

介護保険サービス決定における要介護者と家族の主体性に 関連する要因の検討

利用者の基本属性による違い

クヅミマサミ* イトウミキコ ミカミ ヒロシ
九津見雅美* 伊藤美樹子* 三上 洋*

目的 介護保険サービス利用者のサービス決定における主体性とその関連要因を明らかにし、サービス提供者へのサポートのあり方に示唆を得ることを目的とした。

方法 大阪府東大阪市にて介護保険サービスの利用経験がある1,760件のサービス利用者（要介護者と家族）に無記名自記式質問紙を郵送した。調査期間は2001年10月で1,178件（66.9%）回収した。従来日本では、要介護者と家族を同一視して論じられることが多かったが、本研究ではサービス利用の現状を考慮し、要介護者と家族を別々に捉えサービス決定における主体とした。分析対象は要介護者による回答146件と家族による回答577件とし別々のモデルを作成した。調査項目は基本属性、サービス利用期間、情報収集、理解度、要望伝達度、サービス提供者の態度、家族の関係（家族内での支え合い・対話の有無）、サービス決定における主体性である。分析は主体性を従属変数とした重回帰分析を用い各要因の単独効果を明らかにしたあと、利用者の属性と各要因との交互作用効果を検討した。

成績 1) サービス決定における主体性の得点は要介護者では 3.1 ± 0.8 （範囲 1-4）点で、家族の 2.8 ± 0.8 点より高かった。2) 主体性は、単独効果では、要介護者において情報収集と理解度の2つ、家族において情報収集、理解度、要望伝達度、サービス利用期間、家族内の対話の5つに認められた。3) 交互作用効果では、要介護者において「理解度×年齢」「サービス提供者の態度×年齢」「サービス提供者の態度×性」「要望伝達度×性」、家族において「サービス提供者の態度×家族年齢」「認知機能障害×サービス利用期間」が、主体性に対し有意であった。

結論 主体性の得点は家族が要介護者より低く、関連要因は要介護者と家族では異なっており、サービス利用者の属性により主体性を高めるサポートのあり方が異なることが明らかになった。利用者の属性を考慮したサポートが、利用者の主体性を向上させるために必要であることが示唆された。

Key words : 主体性, 介護保険制度, 要介護者, 家族介護者, 属性

Ⅰ 緒 言

近年急速に高齢社会が到来し、介護を必要とする人口は増加している。この介護が在宅介護サービス（以下サービスとする）の支援の下で、可能な限り在宅で完結できるよう、また利用者本位の

サービスの供給体制の確立を目指して2000年4月に介護保険制度が導入された。従来、同様のサービスは福祉サービスとして「措置」制度の下に提供されていたが、介護保険の導入により契約に基づき提供されるようになった。そのため、利用者のサービス選択に関する自己決定が保障される必要がある。利用者の自己決定に伴う自己責任を論じる際の前提条件¹⁾として、利用者がサービスの選択や決定を行う際に、選択肢が十分に提示されたか、提示された選択肢のサービス内容が利用者

* 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
連絡先：〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1-7
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻統合保健看護科学分野 九津見雅美

にとって適切なものかどうか(内容管理)や、ケアの質が確保されているかどうか(品質管理)などが問われている。また、介護保険下においてサービス利用者は「社会的弱者」という受け身的な利用者ではなく、主体性を持った利用者へと変容することか求められてきている^{2,3)}。すなわち、利用者側にサービス選択を主体的に行おうという意識がなければ、「利用者主体」という介護保険の理念があっても、サービス提供者と利用者の関係は変わらないと考えられる。しかしながら利用者の取捨選択は、サービス提供者間に競争を生み、よりよいサービスが提供されるようになることが期待でき³⁾、これは在宅介護サービスの基盤を質的に向上させる要因としても大切であると考えられる。しかし、介護保険サービスの利用者は、サービスに対する自己決定や権利主張になじみが少なく、契約システムに不慣れな世代である⁴⁾ため、利用者の主体性が尊重されるようなサポートづくりが重要であると言える。

主体性を高めるサポートについては Hannke⁵⁾は患者中心スタイルのサポート、Reinardy⁶⁾は①選択のサポート、②熟慮できるサポートが重要と報告した。また Kapp⁷⁾は高齢者にとって自己決定を行うことが精神的に負担となることもあり、その場合には自己決定をおこなえる適切なサポートが必要と述べている。主体性の関連要因には、家族との関連について報告したものや、認知障害の有無、介護者の介護負担感、高齢者の身体機能の悪化、精神状態などと研究者によって異なり、これまでのところ一致した見解は得られていない^{8~14)}。また欧米での高齢者や要介護者の主体性に関する先行研究は質的なもの^{12,13,15)}や、サンプルサイズが少ないもの^{5,6,13~15)}が多い。よって本研究ではサービス利用者の主体性を把握し、それを高めるためのサポートのあり方について検討をおこなうことを目的とし、大規模なサンプルを用いてサービス決定における主体性とその関連要因について統計学的に検討することとした。

主体性の定義には「自己決定の行使 (Silverstone: 1987)」「自己決定、自由、自立、選択の自由、行動などの概念の総合 (Collopy: 1988)」「自己決定の自由であり、疾患をもつ高齢者のケアの中心にあるもの (Grimley: 1984)」などがある^{8,12)}。先行研究の知見を参考にし、本研究にお

ける主体性とは、利用者がサービスを選択し決定を行う能動性とし、その能動性は適切なサポートによって高められるものと定義した。また主体性を保持するためにはサポートだけではなく、サービスに関する情報を得たり、サービスをよく理解するといった一連の情報収集も必要であると考えた。

また、本研究においてサービス利用者とは要介護者、家族とした。日本では、従来しばしば要介護者と家族は同一視して論じられることが多かったが、本研究ではサービスの利用状況や主体性に関連する要因が異なると仮定し、要介護者と家族は別々に捉え、調査票に要介護者が回答したものは要介護者のモデル、家族が回答したものは家族のモデルと明確に区別し、別々のモデルを作成し分析を行うこととした。これによって①要介護者と家族のサービス利用主体としての意識の現状、②訪問回数など量的な基準でしか明示されてこなかったケアマネージャーの要介護者、家族に対する質的な接遇の方法や情動的な環境作りの重要性を明らかにすることができる。

本研究の目的は次の3点である。第一に、サービス利用者である要介護者と家族のサービス決定における主体性を把握することである。第二に、サービス決定における主体性を高める要因を検討することである。本研究で検討する要因は「サービスに関する情報を得ること」「情報に対する理解が高められること」「サービス利用者自身が目的意識を持って利用するサービスを選択できるようなサポート(要望伝達度、サービス提供者の態度)」「日常生活を援助する家族との関係性(家族内での支え合いの有無、家族内での対話の有無)」である。第三に、これらの要因と「主体性」の関係は、要介護者および家族の性別、年齢やサービス利用期間によって異なるか否かを、交互作用効果によって明らかにし、これによって利用者の属性を考慮したサポートのあり方を検討することである。

II 研究方法

1. 対象

1) 調査対象地域の概要

東大阪市は大阪府の東部に位置し、大阪府に隣接し64.8%が市街地である。人口は2001年10月で

51万5千人であり、1996年をピークに人口減少が続いている。世帯数は20万3千世帯で、1世帯人員は2.53人となっている。65歳以上の老年人口割合は東大阪市では14.6%、全国は18.0%、年少人口割合は東大阪市では14.1%、全国は14.4%であった。東大阪市は全国と比較して老年人口割合は低い。

2) 調査対象者の抽出方法および調査方法

調査対象は、2001年8月に東大阪市に在住し、要介護認定を受け、かつ同年8月の介護保険給付実績のある4,905件のうち、要支援及び要介護1から約3割、要介護2以上から約4割を層別に無作為抽出し、計1,760件である。郵送法を用いて、無記名自記式質問紙法により実施した。配布と回収は東大阪市介護保険室がおこなった。なお、倫理的配慮として、あらかじめ対象者にはデータを調査研究のみに使用すること、回答は自由意思であり、無記名にすることにより匿名性を確保することを記した。また、調査結果は本研究室が報告書としてまとめ、調査対象者が閲覧できるようにした。調査票は要介護者への設問部分と、家族への設問部分で構成されており、その構成を表1に示す。調査票の冒頭で、要介護者による記入が困難な場合には家族へ代理回答を依頼した。要介護者が回答した場合には要介護者への設問部分にのみ回答があり、家族が代理回答した場合には要介護者への設問に家族が代理回答し、家族への設問には家族が回答をした。1,178件(66.9%)から回答を得て、そのうち、要介護者による回答146件(20.2%)、家族による代理回答577件(79.8%)について別々のモデルを作成した。回答者の区別は調査票のはじめに、記入者が要介護認定を受けているご本人であるか否かを尋ね、さらに本人との続柄を尋ねて把握した。

2. 調査項目

調査項目の一覧を表1に示す。

1) 従属変数：サービス決定における主体性(範囲1-4)

本研究では、サービス選択時に誰がサービスを決定したのかというサービス決定主体ではなく、サービス利用者自身がどの程度の主体性をもってサービス決定を行ったのかを明らかにすることとし、介護保険制度では実際のサービス利用はケアプランに基づいておこなわれることを考慮して

「どのようなサービスを受けたいかという意味はどの程度ケアプランに反映されましたか」という設問様式とした。回答の選択肢にはHealy¹¹⁾のSupport for Autonomy Scaleを参考にして、「全く自分の意思が取り入れられなかった」から「すべて自分の意思が取り入れられた」の5件法とした。分析に投入する際には、回答の分布を考慮し再分類をおこなった(以下の変数についても再分類をおこなった)。数字が大きいことは主体性が高いことを示す。

2) 独立変数

(1) 対象者の基本属性(要介護者の性、年齢、要介護度および家族の性、年齢)

(2) 要介護者の認知機能障害(16項目2件法、範囲0-16)

痴呆などの認知機能障害があってもその人らしさを最大限に支援することが重要である¹³⁾と考えられるため、家族への設問部分において、要介護者の認知機能障害の把握のために自記式の「痴呆性老人のスクリーニング・重症度評価チェックリスト」⁶⁾を使用した。このリストは「自分の年齢がわからないことが多い」など16項目で構成される。本調査におけるCronbachの α 係数は0.86であった。本研究では、該当項目数を測定し単純加算した。数字が大きいほど認知機能障害が重度であることを示す。

(3) 家族関係のアセスメント(2項目2件法、範囲0-1)

家族関係を測る尺度としてMoosのFES(Family Environment Scale: 家族環境尺度)^{17,18)}の3つの次元のうちRelationship(家族相互の関係性)次元に着目し、その下位項目であるCohesionを「家族内での支え合いの有無」、Expressivenessを「家族内での対話の有無」としてこの2つを調査項目に加えた。

(4) サービス利用期間(1項目6件法、範囲1-3)

サービス利用期間は介護保険導入後と限らず、在宅介護サービス利用開始時からの期間を尋ねた。

(5) サービスに関する情報収集、サービスに対する理解度(2項目4件法、範囲1-3)

情報収集は「サービスの種類や内容をどのくらいお聞きになりましたか」、理解度は「サービスの種類や内容をわかっておられましたか」と尋ねた。

表1 調査項目

本論文中での呼称	調査票回答者		質問項目	再分類法
	要介護者	家族		
要介護者性別	○	○	あなたの性別	女性=0, 男性=1
要介護者年齢	○	○	あなたの生年月日	75歳未満=0, 75歳以上=1
要介護度	○	○	質問紙の色で分類	要支援=1, 要介護1=2, 要介護2=3, 要介護3=4, 要介護4=5, 要介護5=6
認知機能障害の程度		○	痴呆性老人のスクリーニング・重症度評価チェックリストを使用(16項目の質問, 2件法)	範囲 0-16単純加算して使用
家族性別		○	あなたの性別	女性=0, 男性=1
家族年齢		○	あなたの生年月日	50歳未満=1, 50-59歳=2, 60-69歳=3, 70歳以上=4
家族内での支え合いの有無, 家族内での対話の有無		○	支え合い:「困ったときはお互いに, 支えたり助け合ったりしていらっしゃいますか」, 対話:「お互いに自分の考えていることや気持ちを直接話すことができますか」	はい=1, いいえ=0
サービス利用期間	○	○	在宅介護サービスを利用しはじめてから, どれくらいになりますか	6ヶ月未満=1, 6ヶ月以上1年未満=2, 1年以上3年未満=3
情報収集	○	○	サービスの種類や内容をケアマネージャーなどからどのくらいお聞きになりましたか	全く・あまり聞いていない=1, まあまあ聞いた=2, 十分聞いた=3
理解度	○	○	サービスの種類や内容をわかっておられましたか	わかっていなかった, あまりわかっていなかった=1, すこしわかっていた=2, わかっていた=3
サービス提供者の態度	○	○	ケアマネージャーなどはどのくらい親身になってあなたや御家族の相談にのってくれますか	全く・あまりしてくれない=1, やや親身=2, とても熱心=3
要望伝達度	○	○	ケアマネージャーなどに自分たちの意向や希望を伝えていきますか	全く・あまり伝えていない=1, ある程度伝えている=2, 十分に伝えている=3
サービス決定における主体性	○	○	あなたのどのようなサービスを受けたいかという意味はどの程度ケアプランに反映されましたか	全く・あまり自分の意思が取り入れられなかった=1, どちらかといえば自分の意思=2, 大体自分の意思=3, すべて自分の意思=4

注) 質問紙は要介護者に対する設問, 家族に対する設問で構成されている。調査票回答者欄の○印は, 要介護者が回答した設問, 家族が回答した設問を示す。

(6) サービス決定を支えるサポート: サービス提供者の態度, 要望伝達度(2項目4件法, 範囲1-3)

野嶋ら¹⁹⁾は自己決定を支えるには看護師の姿勢も重要であると指摘し, 中川²⁰⁾は患者とサービス提供者との関係においてサービス提供者が情報を十分に提供し, 患者の個人的な問題に配慮し, あたかも共感的な態度や, 患者中心スタイルを持つ場合に, 患者アウトカムが高まっていたことを報告している。本研究ではサービス提供者の態度と, サービス提供者に対して利用者である自分た

ちの意向や要望をどの程度伝達できているかどうかという要望伝達度を, 利用者とサービス提供者との関係を示すものと考え, サービス提供者の接遇状況を把握するために, サービス決定を支えるサポートとして調査項目に加えた。サービス提供者の態度は「ケアマネージャーなどはどのくらい親身になってあなたや御家族の相談にのってくれますか」, 要望伝達度は「ケアマネージャーなどに自分たちの以降や希望を伝えていきますか」と尋ねた。数字が大きいかはサービス提供者の態度が親身であり, 要望が伝達できていることを示す。

3. 分析方法

まず要介護者回答，家族回答のサービス利用の特徴を明らかにした。つぎに「主体性」を従属変数に，「要介護者性別」，「要介護者年齢」，「要介護度」，「サービス利用期間」，「情報収集」，「理解度」，「要望伝達度」，「サービス提供者の態度」，「要介護者の認知機能障害（家族モデルのみ）」，「家族内での支え合いの有無（家族モデルのみ）」，「家族内での対話の有無（家族モデルのみ）」，「家族性別（家族モデルのみ）」，「家族年齢（家族モデルのみ）」を独立変数とした重回帰分析をおこない，要介護者と家族の主体性に対する単独効果を明らかにした。

つぎに主体性に対して，その関連要因と考えられる各変数が対象者の属性によって異なるかどうかを交互作用効果の有無によって検討した。その後交互作用項を1つずつ投入して重回帰分析を行

った^{21~23)}。交互作用項を重回帰式に投入する際には独立変数の1次項との多重共線性が生じないように，AikenとWestの方法²⁴⁾に従い，セントラード化した。

統計ソフトはSPSS 11.0J for Windowsを用い，有意水準は5%とした。ただし，5%以上10%未満であった場合にも関連が確認されたものとして表記することとした。

III 結 果

1. 要介護者と家族の属性およびサービス利用期間，情報収集，理解度，要望伝達度，サービス提供者の態度，サービス決定における主体性（表2）

表2より，家族回答による要介護者と，要介護者回答による要介護者の基本属性を比べると，家族回答における要介護者の方が男性の割合が多

表2 要介護者と家族の属性およびサービス利用期間，情報収集，理解度，要望伝達度，サービス提供者の態度，サービス決定における主体性 人（%）

要 因	カテゴリー	要介護者：n=146	家族：n=577	検定
要介護者性別 ^{a)}	男	29(19.9)	176(30.5)	*
	女	117(80.1)	401(69.5)	
要介護度 ^{a)}	要支援	36(24.7)	23(4.0)	***
	要介護 1	77(52.7)	96(16.6)	
	要介護 2	29(19.9)	173(30.0)	
	要介護 3	3(2.1)	113(19.6)	
	要介護 4	1(0.7)	105(18.2)	
	要介護 5	—	67(11.6)	
要介護者年齢 ^{b)}	年齢±標準偏差（範囲）	79.9±6.2(60-93)	82.1±8.1(46-104)	**
	75歳未満	23(15.8)	102(17.7)	
	75歳以上	123(84.2)	475(82.3)	
サービス利用期間 ^{a)}	6ヶ月未満	22(15.1)	99(17.2)	n.s.
	6ヶ月以上1年未満	31(21.2)	158(27.4)	
	1年以上	91(62.3)	306(53.0)	
	不明・無回答	2(1.4)	14(2.4)	
情報収集 ^{b)}	平均点±標準偏差（範囲）	2.2±0.7(1-3)	2.2±0.7(1-3)	n.s.
理解度 ^{b)}	平均点±標準偏差（範囲）	2.1±0.8(1-3)	1.8±0.8(1-3)	***
要望伝達度 ^{b)}	平均点±標準偏差（範囲）	2.3±0.7(1-3)	2.4±0.6(1-3)	n.s.
サービス提供者の態度 ^{b)}	平均点±標準偏差（範囲）	2.5±0.7(1-3)	2.5±0.6(1-3)	n.s.
サービス決定における主体性 ^{b)}	平均点±標準偏差（範囲）	3.1±0.8(1-4)	2.8±0.8(1-4)	**

n.s.: not significant, †: $P < .1$, *: $P < .05$, **: $P < .01$, ***: $P < .001$

a) Mann-Whitney の U 検定

b) t 検定

く、要介護度が高いものが多く (Mann-Whitney U 検定, $P < .001 \sim .05$), また年齢も有意に高かった (t 検定, $P < .01$)。理解度およびサービス決定における主体性は要介護者回答の方が家族回答よりも高い評価をしていた (t 検定, $P < .001 \sim .01$)。

2. サービス利用の特徴の比較 (表 3, 4)

要介護者回答, 家族回答におけるサービス利用の特徴を比較するために要介護度別, 性別, 年齢

別にサービス利用のオッズ比を表 3, 4 に示した。この際, 要介護者回答と家族回答の利用を比較するため要介護度 4 以上, 訪問入浴, ショートステイは分析から除外した。

表 3, 4 より, 要介護者回答, 家族回答ともホームヘルプ利用と要介護度との間に有意な関連はなかった。デイケア・デイサービスは要介護者回答では要介護 1, 2 の利用が多く, 家族回答では要介護 2, 3 の利用が多かった。訪問看護は,

表 3 要介護者回答におけるサービス利用別にみたオッズ比 (n=145)

変数	ホームヘルプ			デイケア・デイサービス			訪問看護			福祉用具のレンタル		
	n	%	OR	n	%	OR	n	%	OR	n	%	OR
要介護度												
要支援	31	26.1	1	8	14.5	1	2	10.0	1	1	3.8	1
要介護 1	59	49.6	0.42 ^{n.s.}	30	54.5	2.15 [†]	9	45.0	2.18 ^{n.s.}	15	57.7	8.23*
要介護 2	25	21.0	0.81 ^{n.s.}	14	25.5	3.15*	6	30.0	4.30 [†]	9	34.6	15.30*
要介護 3	3	2.5	173.13 ^{n.s.}	3	5.5	4,528.34 ^{n.s.}	2	10.0	33.00*	0	0.0	—
要介護者の性別												
女	95	79.8	1	47	85.5	1	14	70.0	1	21	80.8	1
男	24	20.2	1.06 ^{n.s.}	8	14.5	0.56 ^{n.s.}	6	30.0	1.90 ^{n.s.}	5	19.2	0.94 ^{n.s.}
要介護者の年齢												
75歳未満	22	18.5	1	10	18.2	1	2	10.0	1	6	23.1	1
75歳以上	97	81.5	0.18 [†]	45	81.8	0.76 ^{n.s.}	18	90.0	1.82 ^{n.s.}	20	76.9	0.56 ^{n.s.}

注) n.s.: not significant, †: $P < .1$, *: $P < .05$, **: $P < .01$, ***: $P < .001$, レファレンスカテゴリー (要支援) のオッズ比を 1 と表記した。

OR = オッズ比

表 4 家族回答におけるサービス利用別にみたオッズ比 (n=405)

変数	ホームヘルプ			デイケア・デイサービス			訪問看護			福祉用具のレンタル		
	n	%	OR	n	%	OR	n	%	OR	n	%	OR
要介護度												
要支援	10	5.2	1	8	2.5	1	4	2.4	1	4	2.1	1
要介護 1	36	18.6	0.78 ^{n.s.}	54	17.0	2.41 ^{n.s.}	11	6.5	0.62 ^{n.s.}	17	8.8	1.02 ^{n.s.}
要介護 2	48	24.7	0.51 ^{n.s.}	108	34.0	3.21*	32	19.0	1.09 ^{n.s.}	46	23.7	1.75 ^{n.s.}
要介護 3	34	17.5	0.57 ^{n.s.}	72	22.6	3.38*	26	15.5	1.44 ^{n.s.}	43	22.2	2.96 [†]
要介護者の性別												
女	140	72.2	1	233	73.3	1	101	60.1	1	130	67.0	1
男	54	27.8	0.82 ^{n.s.}	85	26.7	0.67*	67	39.9	1.82**	64	33.0	1.19 ^{n.s.}
要介護者の年齢												
76歳未満	35	18.0	1	52	16.4	1	40	23.8	1	41	21.1	1
75歳以上	159	82.0	0.96 ^{n.s.}	266	83.6	1.22 ^{n.s.}	128	76.2	0.57*	153	78.9	0.70 ^{n.s.}

注) n.s.: not significant, †: $P < .1$, *: $P < .05$, **: $P < .01$, ***: $P < .001$, レファレンスカテゴリー (要支援) のオッズ比を 1 と表記した。

OR = オッズ比

要介護者回答では要介護度が高いと利用が多かったが、家族回答では訪問看護利用と要介護度に関連はなかった。福祉用具のレンタルは要介護者回答では要介護度が高いと利用が多く、家族回答では要介護3において福祉用具の利用が多い傾向がみられた。以上よりサービス利用状況は要介護者回答、家族回答間には大きな違いはみられず、要介護度によって特徴がみられた。またサービス利用の有無と情報収集、理解度、要望伝達などとの間の相関は $r = -.14 \sim .17$ と非常に弱かったため、重回帰分析にはサービス利用の有無は投入せず、要介護度を用いてサービス利用状況の違いをコントロールした。

3. 要介護者の主体性に対する効果

1) 要介護者の主体性に対する単独効果 (表5)

要介護者の主体性を従属変数とした重回帰分析では、理解度が高く ($\beta = .254, P < .01$)、情報収集できている ($\beta = .161, P < .1$) と主体性が高くなっており、決定係数 (自由度調整済み) は .181 ($P < .001$) であった。情報に対する理解度の高さが、主体性に最も強い関連を示した。要望伝達度や、サービス提供者の態度は有意ではなく、また要介護者の性、年齢、要介護度ならびにサービス利用期間も有意ではなかった。サービス利用期

表5 要介護者のサービス決定における主体性を従属変数とした重回帰分析 (n=139)

	直接効果		
	B	SE B	β
(定数項)	1.571***	.371	
要介護者性別	-.102 ^{n.s.}	.145	-.055
要介護者年齢	.199 ^{n.s.}	.156	.099
要介護度	.008 ^{n.s.}	.077	.008
サービス利用期間	-.051 ^{n.s.}	.084	-.050
情報収集	.179 [†]	.099	.161
理解度	.240**	.079	.254
要望伝達度	.049 ^{n.s.}	.106	.047
サービス提供者の態度	.189 ^{n.s.}	.121	.165
Adjusted R ²	.181		
F 値	4.807***		

注) n.s.: not significant, †: $P < .1$, *: $P < .05$, **: $P < .01$, ***: $P < .001$, B; 非標準化偏回帰係数, SE B; 非標準化偏回帰係数の標準誤差, β ; 標準化偏回帰係数, Adjusted R²; 自由度調整済み決定係数, F 値; F 検定の結果

間の標準偏回帰係数が、 $\beta = -.050$ と負の値であり、サービス利用期間が長い場合主体性は低い傾向を示した。

2) 要介護者の主体性に対する交互作用効果 (表6)

1) の重回帰式に交互作用項を1つずつ投入した結果を表6に示す。交互作用項に有意差が認められたものは「要望伝達度×性」「サービス提供者の態度×年齢」「サービス提供者の態度×性」であった。「理解度×性」も主体性と10%の有意確率で関連が認められた。「サービス提供者の態度×年齢」の標準偏回帰係数 $\beta = -.172$ ($P < .05$)、この交互作用項を投入した重回帰モデルの決定係数 (自由度調整済み) が .205 と最も大きかった。

要介護者の主体性に対し、理解度は単独で有意であり、また年齢との交互作用も有意確率10%で関連が認められた ($\beta = -.148, P < .1$)。要望伝達度、サービス提供者の態度、性は単独では有意ではなかったが、「要望伝達度×性」($\beta = .164, P < .05$)、「サービス提供者の態度×性」は有意 ($\beta = .157, P < .05$) であった。

表6で関連のあった交互作用効果がどのような影響を持つのかを明らかにするために、重回帰式を用いて属性別に作図した。図1は「理解度×年齢」の関係を示す。要介護者が、75歳以上では理解度が高いほど主体性も高いが、75歳未満では理解度が低い場合に主体性は高く、理解度が高い場合には主体性が低いという関係を示していた。「要望伝達度×性」(図2)では、男性は要望伝達している程主体性も高かったが、一方、女性は要望伝達の程度に関わらず、主体性は高いことが明らかとなった。「サービス提供者の態度×年齢」(図3)では、サービス提供者の態度が親身である程主体性は高いが、要介護者が75歳未満ではその効果が著しく高かった。また「サービス提供者の態度×性」(図4)は、サービス提供者の態度と性別との交互作用では、サービス提供者の態度が親身である程主体性は高いが、男性ではその効果が著しく高かった。

4. 家族の主体性に対する効果

1) 家族の主体性に対する単独効果 (表7)

家族の主体性を従属変数とした重回帰分析では、情報収集 ($\beta = .174, P < .01$)、理解度の高さ ($\beta = .173, P < .001$)、要望伝達できていること

表6 要介護者のサービス決定における主体性を従属変数とした交互作用効果の結果

		交互作用項	重回帰分析の結果		
		β	Adjusted R ²	F 値	図
単独効果のみ	重回帰モデル		.181	4.807***	
交互作用項を投入	情報収集×年齢	-.125 ^{n.s.}	.191	4.614***	
	情報収集×性別	.070 ^{n.s.}	.179	4.353***	
	情報収集×サービス利用期間	-.065 ^{n.s.}	.179	4.333***	
	理解度×年齢	-.148 [†]	.196	4.470***	1
	理解度×性別	.056 ^{n.s.}	.178	4.312***	
	理解度×サービス利用期間	.078 ^{n.s.}	.180	4.371***	
	要望伝達度×年齢	-.036 ^{n.s.}	.176	4.270***	
	要望伝達度×性別	.164*	.201	4.863***	2
	要望伝達度×サービス利用期間	-.054 ^{n.s.}	.177	4.303***	
	サービス提供者の態度×年齢	-.172*	.205	4.943***	3
	サービス提供者の態度×性別	.157*	.200	4.834***	4
	サービス提供者の態度×サービス利用期間	-.113 ^{n.s.}	.187	4.537***	

注1) n.s.: not significant, †: $P < .1$, *: $P < .05$, **: $P < .01$, ***: $P < .001$, β ; 標準化偏回帰係数, Adjusted R²; 自由度調整済み決定係数, F 値; F 検定の結果

注2) 重回帰モデルの自由度調整済み決定係数は従属変数にサービス決定における主体性, 独立変数に要介護者の性別, 年齢, 要介護度, サービス利用期間, 情報収集量, 理解度, 要望伝達度, サービス提供者の態度を投入したものである(表5と同じ)。それより下は, 単独効果のみの重回帰モデルに2次の交互作用項を1つ投入したものであり, その交互作用項の β と有意確率を示し, Adjusted R², F 値は交互作用項を投入した際の重回帰モデルの値である。

図1 要介護者の主体性に対する年齢と理解度との交互作用効果

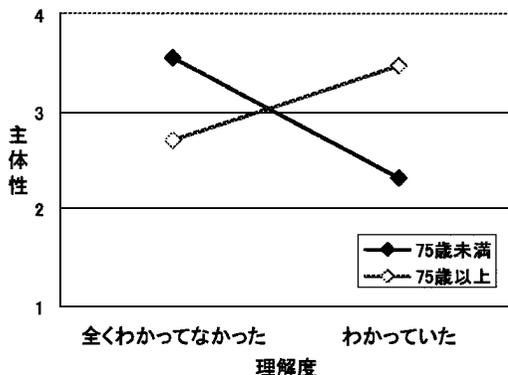
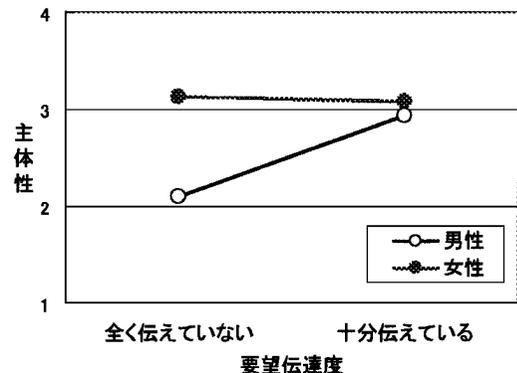


図2 要介護者の主体性に対する性と年齢との交互作用効果



($\beta = .163, P < .01$), 家族内での対話の有無 ($\beta = .141, P < .01$), サービス利用期間の長さ ($\beta = .085, P < .05$) が関連していた。主体性に対して情報収集できていることが最も強い関連を示し, 要介護度や認知機能障害, 要介護者, 家族の性や年齢は有意でなかった。このモデルの決定係数(自由度調整済み)は.155 ($P < .001$) であっ

た。表5と表7に示した要介護者と家族の重回帰分析の結果を比較すると, 要介護者モデルでは有意ではなかったサービス利用期間, 要望伝達度が家族モデルでは有意な関連を示した。また, 家族モデルでは要介護者モデルより多くの変数を投入したにも関わらず, 決定係数(自由度調整済み)は小さかった(要介護者=.181>家族=.155)。

図3 要介護者の主体性に対する年齢とサービス提供者の態度との交互作用効果

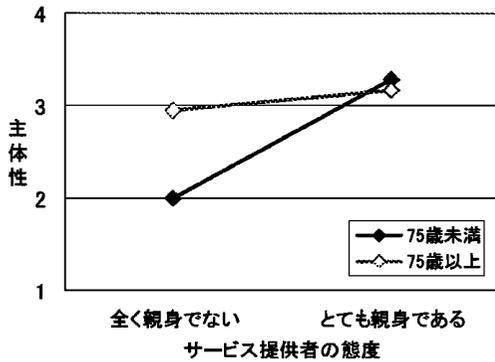
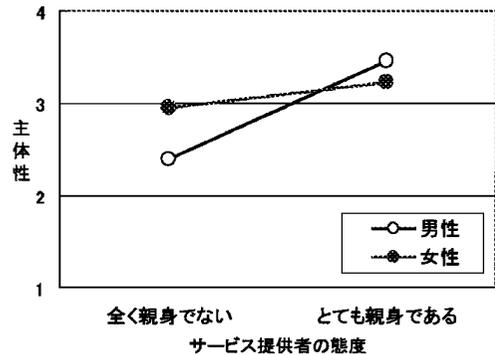


図4 要介護者の主体性に対する性とサービス提供者の態度との交互作用効果



2) 家族の主体性に対する交互作用効果 (表8)

要介護者の場合と同様に重回帰式に交互作用項を1つずつ投入した結果を表8に示す。「サービス提供者の態度×家族年齢」「要介護者の認知機能障害×サービス利用期間」は10%の有意確率で関連が認められた。サービス利用期間は単独でも有意な効果をもっており、「要介護者の認知機能障害×サービス利用期間」の標準偏回帰係数 ($\beta = .072$) が最も大きかった。

図5は「サービス提供者の態度×家族年齢」の交互作用効果を示す。家族が50歳未満、50-59歳ではサービス提供者の態度が親身でない場合に主体性は高く、親身であると主体性は低かった。家族が60-69歳、70歳以上では、サービス提供者の態度が親身であると主体性が高く70歳以上ではその効果がさらに強かった。「要介護者の認知機能障害×サービス利用期間」(図6)は、全体にサー

表7 家族のサービス決定における主体性を従属変数とした重回帰分析 (n=478)

	直接効果		
	B	SE B	β
(定数項)	1.037***	.269	
要介護者性別	.029 ^{n.s.}	.084	.016
要介護者年齢	.121 ^{n.s.}	.099	.055
要介護度	-.017 ^{n.s.}	.028	-.029
要介護者の認知機能障害	-.008 ^{n.s.}	.012	-.028
サービス利用期間	.093*	.047	.085
情報収集	.207**	.060	.174
理解度	.190***	.051	.173
要望伝達度	.222**	.068	.163
サービス提供者の態度	.019 ^{n.s.}	.068	.014
家族性別	.000 ^{n.s.}	.092	.000
家族年齢	.003 ^{n.s.}	.038	.004
家族内での支え合いの有無	-.049 ^{n.s.}	.103	-.025
家族内での対話の有無	.273 ^{n.s.}	.102	.141
Adjusted R ²	.155		
F 値	7.734***		

注) n.s.: not significant, †: $P < .1$, *: $P < .05$, **: $P < .01$, ***: $P < .001$, B; 非標準化偏回帰係数, SE B; 非標準化偏回帰係数の標準誤差, β ; 標準化偏回帰係数, Adjusted R²; 自由度調整済み決定係数, F 値; F 検定の結果

ビス利用期間が長い程主体性が高かったが、認知機能障害75%タイル値、すなわち中等度痴呆のある要介護者の家族でその効果がより強く表れていた。

IV 考 察

本研究では、介護保険サービス利用者の主体性に関して大規模サンプルを用いて調査を行い、サービス利用者である要介護者、家族の主体性についてモデルを作成・分析した。

また、介護保険制度においてはサービス決定に至る過程にケアマネジャーとのやりとりがあったため、本研究ではサービス利用契約主体のあるべき姿については踏み込まず、家族にしろ要介護者にしろ利用者が自らサービスを選択し、どの程度主体性をもって決定できているのか否かと、それに対するサポートや環境について検討をおこなった。冷水²⁵⁾は「自記式質問紙を使用した際の要

表8 家族のサービス決定における主体性を従属変数とした交互作用効果の結果

単独効果	重回帰モデル	交互作用項		重回帰分析の結果	
		β	Adjusted R ²	F 値	図
			.155	7.734***	
交互作用項を投入	情報収集×要介護者の認知機能障害	.054 ^{n.s.}	.156	7.307***	
	情報収集×サービス利用期間	-.012 ^{n.s.}	.153	7.173***	
	情報収集×家族年齢	.061 ^{n.s.}	.157	7.345***	
	情報収集×家族性別	-.044 ^{n.s.}	.155	7.252***	
	理解度×要介護者の認知機能障害	.049 ^{n.s.}	.156	7.282***	
	理解度×サービス利用期間	-.001 ^{n.s.}	.153	7.166***	
	理解度×家族年齢	.029 ^{n.s.}	.154	7.206***	
	理解度×家族性別	.018 ^{n.s.}	.154	7.182***	
	要望伝達度×要介護者の認知機能障害	.042 ^{n.s.}	.155	7.246***	
	要望伝達度×サービス利用期間	.044 ^{n.s.}	.155	7.258***	
	要望伝達度×家族年齢	.057 ^{n.s.}	.156	7.321***	
	要望伝達度×家族性別	.038 ^{n.s.}	.155	7.231***	
	サービス提供者の態度×要介護者の認知機能障害	.042 ^{n.s.}	.155	7.246***	
	サービス提供者の態度×サービス利用期間	.023 ^{n.s.}	.154	7.190***	
	サービス提供者の態度×家族年齢	.071 [†]	.158	7.410***	5
	サービス提供者の態度×家族性別	-.013 ^{n.s.}	.153	7.173***	
	要介護者の認知機能障害×サービス利用期間	.072 [†]	.158	7.417***	6
	要介護者の認知機能障害×家族年齢	-.073 ^{n.s.}	.158	7.411***	
	要介護者の認知機能障害×家族性別	-.014 ^{n.s.}	.153	7.175***	

注1) n.s.: not significant, †: $P < .1$, *: $P < .05$, **: $P < .01$, ***: $P < .001$, β ; 標準化偏回帰係数, Adjusted R²; 自由度調整済み決定係数, F 値; F 検定の結果

注2) 重回帰モデルの自由度調整済み決定係数は従属変数にサービス決定における主体性, 独立変数に要介護者の性別, 年齢, 要介護度, 認知機能障害の程度, サービス利用期間, 情報収集量, 理解度, 要望伝達度, サービス提供者の態度, 家族の年齢, 性別, 家族内での支え合いの有無, 家族内での対話の有無を投入したものである(表7と同じ)。それより下は単独効果のみの重回帰モデルに2次の交互作用項を1つ投入したものであり, その交互作用項の β と有意確率を示し, Adjusted R², F 値は交互作用項を投入した際の重回帰モデルの値である。

図5 家族の主体性に対する年齢とサービス提供者の態度との交互作用効果

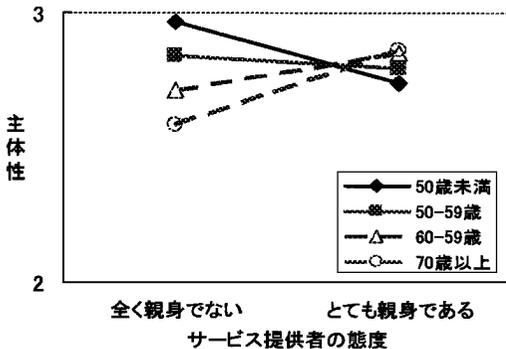
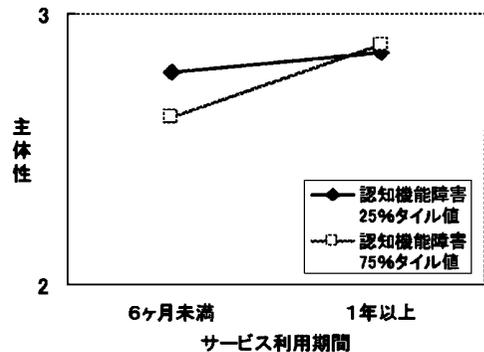


図6 家族の主体性に対する要介護者の認知機能障害とサービス利用期間との交互作用効果



注) 認知機能障害25%タイル値 = 認知機能障害該当目なし, 痴呆なし
 認知機能障害75%タイル値 = 認知機能障害該当目4つ, 中等度痴呆

介護者の回答は要介護者の意思が反映されていると捉えて問題ないが、家族が回答したものは要介護者を含めた家族全体の意思が反映されている場合もある」と指摘しつつ、「厳密に言えば回答者である家族の意思とみなすべきである」述べている。本研究においても家族モデルよりも要介護者モデルの方が、要介護者の要介護度や年齢は低いといった、要介護者の基本属性が異なることを念頭におき、考察を慎重にすすめていく必要がある。

1. サービス決定における要介護者と家族の主体性に関する考察

今回の調査でのサービス決定における主体性の得点は、要介護者回答では 3.1 ± 0.8 点、家族回答では 2.8 ± 0.8 点であり、要介護者は家族よりも主体性を高く評価をしていた。今回は主体性を「ケアプランにどのサービスを受けたいかという意味はどのくらい反映されましたか」と尋ねた。ケアプランとサービスは直結しており要介護者は自分が選んだサービスを利用していると感じやすいのではないかと考えられ、そのことが要介護者において主体性の評価を高めることになったと考えられる。一方家族回答で主体性が低く評価された理由として、家族はサービス利用意識が抑制されやすいためではないかと考えられた。これは、杉澤らの「私的な介護基盤である家族では、サービスの過少利用が多く発生している」という報告²⁶⁾とも共通する現象であると考えられる。介護保険制度の理念では、サービスは私的な支援体制の多寡に関わらず、介護ニーズに対応して提供されることがあげられている²⁶⁾が、この観点からみると、家族の方がサービス利用者としての意識が低いと言える。

2. サービス決定における主体性の単独効果に関する考察

サービス提供者と利用者との間ではサービスに関する知識量において圧倒的な較差がある²⁷⁾。要介護者において情報収集できていることがサービスに対する理解度を高めることにつながり、主体性を高めることとなったと考えられる。

家族の主体性の単独効果は、サービスに関する情報収集、サービスに対する理解度、要望伝達度、家族内での対話の有無、サービス利用期間の長さであったのは、利用期間が長くなることに伴いサービスに関する情報を得やすくなり、理解度

が高いという可能性や、サービス利用経験により主体化されている可能性が考えられた。また要望伝達度が有意であったことは、家族の主体性を高めるためには、サービス利用者が意向や要望を伝えられるような雰囲気作りが重要であることが考えられた。また家族内での対話の有無が主体性との有意であったことは、サービス決定が家族に影響を受ける^{8~10)}という従来の知見と一致している。これは家族内での対話を通して、介護サービスを決定する者すなわち家族が介護に対する自分の思いや気持ちを言い表せる状況があり、ケアニーズが明確になっていたためと考えられた。

主体性に関連する要因は要介護者と家族とは異なることが明らかになった。情報収集、理解度は要介護者と家族に共通して効果がみられたが、サービス利用期間と要望伝達度は家族においてのみ効果がみられた。家族において主体性を高めるにはサービスの情報収集や理解度だけでなく、家族の意向や要望を伝達できているかどうかということが重要であることが考えられた。介護保険制度の理念は利用者主体であるが、利用者としての要介護者と家族の主体性の関連要因は異なることからこの両者を同一視はできない。介護保険は介護の社会化を目指しているが、介護の社会化は家族介護を排除することではなく、家族介護者を公的な介護者またサービスの利用者として位置づけサポートを展開する必要があると考えられる。このことは本研究において回答者の多くを家族回答が占めたという結果からも支持できる。また家族では独立変数が要介護者より多いにも関わらず決定係数(自由度調整済み)が小さいことから、家族の主体性の関連要因は要介護者よりさらに複雑であることが考えられ、家族の主体性の関連要因が他にあることが示唆された。

3. サービス決定における主体性の交互作用効果に関する考察

主体性を高める支援についてケアマネージャーが関わる場面を想定し、利用者の属性別に検討した結果をふまえて考察する。要介護者の主体性に対して、理解度には単独効果だけでなく年齢との交互作用効果があった。75歳未満で理解度が低い場合に主体性が高い傾向が示されたことは、サービス内容を理解しないで自己決定していることが示唆された。このことから自己決定に伴う自己責

任を論じる際の前提条件¹⁾がクリアされていない状況があると考えられた。要介護者において年齢と要介護度との相関は有意ではなく ($r=0.06$, n.s.), 要介護度には単独効果および交互作用効果はないことから要介護度と主体性の関連はないと考えられた。サービス提供者の態度と要望伝達度は主体性に対して単独では有意な効果はなかったが、年齢や性との交互作用効果があることが明らかとなった。男性ではサービス提供者の態度が親身であり、要望伝達できている場合、また75歳未満でサービス提供者の態度が親身である場合に主体性が高いことが明らかとなった。しかし、女性ではサポートの状況に関わらず男性より主体性が高いことが明らかになりサービス提供者の態度や要望伝達状況による主体性への影響は男性ほど受けていないことが考えられた。交互作用効果の結果から、男性では特にサービス提供者の親身な態度が重要であり、サービス利用者の属性により主体性を高めるサポートのあり方や形態が異なる可能性が示唆された。介護保険サービスは利用負担を伴うため、女性の方が経済的な事情もあり主体性が高いということも考えられた。

家族の主体性に対してサービス提供者の態度の単独効果は有意ではなかったが、家族の年齢との交互作用効果がみられた。家族の年齢が60歳以上ではサービス提供者の態度が親身である場合に主体性は高かったが、59歳以下では低かった。59歳以下の家族でサービス提供者の態度が親身である場合に主体性が低いのは、サービス決定をサービス提供者にまかせてしまうという可能性が考えられた。家族の年齢により、サービス提供者の態度が親身であるという条件下で主体性が高い場合もあれば低い場合もあることは、サポートをおこなう際には家族の年齢を考慮する必要があることが示された。家族において要介護者の年齢と要介護度との間の相関は有意でなく ($r=0.08$, $P=0.07$), 主体性に対する要介護度の単独効果および交互作用効果はないことから、要介護者と同様に家族においても要介護度と主体性の関連はほとんどないと考えられた。

また家族の主体性に対して要介護者の認知機能障害は単独効果がみられなかったものの、サービス利用期間との交互作用効果が認められた。先行研究では要介護者の知的能力は自己決定と関連が

ある¹⁴⁾と報告したものがあつた。一方MMSEなどの認知機能測定ツールによって自己決定できるかどうかを判定することはできないとし、自己決定をできるかどうかを測定するゴールドスタンダードはない²⁸⁾としたものがあつた。サービス選択能力(情報収集力、判断力)のない者、意思能力が不十分な者(痴呆・精神疾患のある者)、など利用者保護の問題が解決されないと、個人の尊厳にふさわしい自己決定はおこなえないことになる²⁹⁾とされているが、本研究では認知機能障害なしのものとは比べて認知機能障害がある要介護者を介護する家族において、サービス利用期間が長期化する、つまり介護期間が長くなると、家族がサービス決定をより主体性をもっておこなっていることが示された。認知機能障害がある要介護者の家族は、要介護者のそれまでの生活や好みから要介護者の選択を判断しサービスを決定していることが望ましいが、家族は要介護者との兼ね合いの結果、最終的に家族がサービス決定の判断をしていると思われる。個々の家庭においてどのような経過をたどりサービス決定をおこなっているかを把握することは非常に困難であるが、今後痴呆性老人が増えると推測されており、権利擁護の視点からもこの過程を軽視することはできないであろう。

介護保険制度は要介護者の自立支援を目指したものである。痴呆のある場合、高齢者に意思能力がある場合はもちろん、痴呆が進行して意思能力が不十分な場合にも、社会的弱者とせず、あくまで「選択」と「要求」を有する主体として、その自己決定を支援することが極めて重要な意義がある²⁹⁾とされている。しかし、介護保険において利用者が誰か、主体が誰かについてのあるべき姿はさらに議論が必要な部分である。痴呆症状のある事例や、要介護者の意思の確認が困難な事例は、介護保険導入前よりケアマネジメントの際に対応が難しいと考えられていた³⁰⁾。介護保険導入後には、とくに単身で痴呆のある事例への介入には難しい状況があるという報告があり、契約能力のない高齢者を誰がどのようにサポートするのかが不明瞭である³¹⁾と指摘されている。要介護者に認知機能障害のある場合には、要介護者の嗜好や好みを考慮し、その人らしさを最大限に支援できるようなサポートを行い要介護者の主体性を高めることが家族やサービス提供者に求められると考えら

れる。

今後の課題として、結果の因果関係を明らかにするため縦断調査を行うこと、また、主体性をよりの確にとらえる設問様式の検討が必要であると考えられる。情報収集に関して、サービスに精通するだけでなく、ケアマネージャーや事業所を利用者が選ぶことができるという情報も含め、介護保険システムそのものを利用者が理解することが必要と考えられるが、今回の「情報収集」ではそこまで調査できなかった。また、ケアマネージャーの接遇状況についてさらに詳しい調査が求められる。

V 結 語

本研究では介護保険サービス利用者を要介護者と家族とし、その主体性を明らかにしたのち、主体性への単独効果と交互作用効果の検討をおこなった。

- 1) サービス決定における主体性について、家族と比較して要介護者の方が主体性を高く評価していた。
- 2) 主体性の単独効果は、要介護者では情報収集、理解度だった。家族では、情報収集、理解度、要望伝達度、サービス利用期間、家族内での対話があることであった。主体性に対して最も強い関連を示した独立変数は、要介護者ではサービスに対する理解度、家族ではサービスに関する情報収集であった。
- 3) 主体性の交互作用効果は、要介護者では男性においてサービス提供者の態度が親身であり、要望伝達できている場合、要介護者が75歳未満においてサービス提供者の態度が親身であり、75歳以上において理解度が高い場合に主体性が高かった。家族では家族の年齢が60歳以上においてサービス提供者の態度が親身である場合、中等度痴呆の要介護者の家族においてサービス利用期間が長い程主体性が高かった。以上よりサービス利用者の属性により主体性を高めるサポートの形態やあり方が異なることが明らかになった。利用者の属性を考慮したサポートが、利用者の主体性を向上させるために必要であることが示唆された。

本研究にご協力を賜りました東大阪市福祉部介護保険給付管理課、ならびに回答していただいた東大阪市民の皆様にご心より感謝致します。

(受付 2003. 6.16)
(採用 2004. 4.16)

文 献

- 1) 白井正樹. 自己決定と福祉—自己決定概念の福祉分野における意義と限界—社会福祉学 2000; 41(1): 135-149.
- 2) 菊地馨実. 介護保険制度と利用者の権利擁護. 社会保障研究. 2000; 36(2): 235-245.
- 3) 斎藤正彦. 介護保険と地域福祉権利擁護事業—高齢者の自己決定権をめぐる—. 老年精神医学雑誌 2001; 12(2): 131-136.
- 4) 佐藤由理. サービス評価に取り組んで 宮城県女川町での実践. 訪問看護と介護 2003; 8(2): 109-116.
- 5) Hanneke CJM, Sjaak M. Patient participation and decision control: are patient autonomy and well-being associated? Med Decis Making 1997; 17(3): 353-354.
- 6) Reinardy JR. Autonomy, choice, and decision making: how nursing home social workers view their role. Soc Work Health Care 1999; 29(3): 59-77.
- 7) Kapp MB. Health care decision making by the elderly: I get by with a little help from my family. Gerontologist 1991; 31(5): 619-623.
- 8) Horowitz A, Silverstone BM, Reinhardt JP. A conceptual and empirical exploration of personal autonomy issues within family caregiving relationships. Gerontologist 1991; 31(1): 23-31.
- 9) Pratt CC, Jones LL, Shin HY, Walker A. Autonomy and decision-making between single older women and their caregiving daughters. Gerontologist 1989; 29(6): 792-797.
- 10) Coulton CJ, Dunkle RE, Chow JCC, Haug M, Vielhaber DP. Dimensions of post-hospital care decision-making: a factor analytic study. Gerontologist 1988; 28(2): 218-223.
- 11) Healy TC. The complexity of everyday ethics in home health care: an analysis of social workers' decisions regarding frail elders' autonomy. Soc Work Health Care 1998; 27(4): 19-37.
- 12) Hennessy CH. Autonomy and risk: the role of client wishes in community-based long-term care. Gerontologist 1989; 29(5): 633-639.
- 13) Shawler C., Rowles GD, High DM. Analysis of key decision-making incidents in the life of a nursing home resident. Gerontologist 2001; 41(5): 612-622.
- 14) Diamond EL, Jernigan JA, Moseley RA, Messina V, Mckeown RA. Decision-making ability and advance

- directive preferences in nursing home patients and proxies. *Gerontologist* 1989; 29(5): 622-626.
- 15) Groger L. Decision as process: a conceptual model of black elders' nursing home placement. *J Aging Stud* 1994; 8(1): 77-94.
- 16) 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. 東京: 光生館, 1996; 54, 123-127.
- 17) 河口てる子, 丸山 博, 川田智恵子. 青年前期・思春期インスリン依存型糖尿病患者の家族環境と糖尿病コントロール. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 1997; 1(1): 7-16.
- 18) 野口裕二, 斎藤 学, 手塚一朗, 他. FES (家族環境尺度) 日本版の開発: その信頼性と妥当性の検討. *家族療法研究* 1991; 8(2): 43-54.
- 19) 野嶋佐由美, 畦地博子, 中野綾美, 他. 患者の意志決定を支える看護の基盤についての看護者の認識. *高知女子大学紀要看護学部編* 2000; 49: 75-87.
- 20) 中川 薫. 患者アウトカム指標との関連からみた医師患者間のコミュニケーションに関する文献学的検討. *保健医療社会学論集* 2001; 12: 32-46.
- 21) 古谷野亘. 団地老人におけるモラルと社会関係一性と配偶者の有無の調節関係一. *社会老年学* 1992; 35: 3-9.
- 22) Krause N. Stress, gender, cognitive impairment, and outpatient physician use in later life. *J Gerontol* 1996; 51B(1): P15-P23.
- 23) 杉原陽子, 杉澤秀博, 中谷陽明, 柴田 博. 在宅要介護老人の主介護者のストレスに対する介護期間の影響. *日公衛誌* 1998; 45(4): 320-335.
- 24) Aiken LS, West SG. *Multiple Regression: Testing and Interpreting Interactions*. Newbury Park, CA: Sage. 1991.
- 25) 冷水 豊. 障害老人をかかえる家族における福祉サービス利用希望の規定要因. *社会老年学* 1982; 16: 10-19.
- 26) 杉澤秀博, 深谷太郎, 杉原陽子, 石川久展, 中谷陽明, 金 恵京. 介護保険制度下における在宅介護サービスの過少利用の要因. *日公衛誌* 2002; 49(5): 425-435.
- 27) 一戸真子, 北原龍二. 医療者・患者関係の転換と患者の主体化. *保健医療社会学論集* 1997; 8: 5-8.
- 28) Mezey M, Mitty E, Ramsey G. Assessment of decision-making capacity. *J Gerontol Nurs* 1997; 23(3): 28-35.
- 29) 河野正輝・菊池高志編. 高齢者の法. 有斐閣, 1997; 136-178.
- 30) 岡本玲子. ケアマネジメントの質点検(1)21世紀の幕開けを機に. *訪問看護と介護* 2001; 6(1): 66-71.
- 31) 関なおみ, 大越扶貴. 単身痴呆性高齢者の在宅生活支援に行政援助職が苦慮した事例の分析. *保健医療社会学論集* 2002; 13(2): 55-65.
-

EVALUATION OF DEMOGRAPHIC FACTORS FOR AUTONOMY OF THE ELDERLY AND THEIR FAMILIES IN SELECTING LONG-TERM CARE INSURANCE SERVICES

Masami KUTSUMI*, Mikiko ITO*, and Hiroshi MIKAMI*

Key words : autonomy, long-term care insurance system, frail elderly, family caregiver, demographic factors

Purpose This study was conducted to characterize (1) the autonomy of service users, both frail elderly and of their family caregivers, in selecting Long-term care insurance services, and to evaluate (2) influencing demographic factors. The aim was to propose new directions for the care providing system.

Methods The subjects were 1,760 users of public Long-term Care Insurance who were randomly stratified and sampled in Higashi-osaka city, Osaka prefecture. Data were collected through a mailed anonymous self-report questionnaire in October, 2001. The number returned was 1,178 (66.9%). In this study, 723 eligible cases were analyzed in separate models: 146 cases for the elderly model, and 577 for the family model. Multiple regression analysis and two-way analysis of variance were performed to identify factors which have direct and interactive effects, respectively, on the autonomy.

Results 1) The degree of autonomy of the elderly (3.1 ± 0.8 (range 1-4)) was high in comparison with the family (2.8 ± 0.8). 2) In the elderly model, the ability to collect service information and the level of knowledge about the service contents had a direct effect on the autonomy. In the family model, ability to collect service information and the level of knowledge about the service contents, the degree of informing the provider of own care needs, and good relations among family members had direct effects. 3) In the elderly model significant two-way interactive effects on the autonomy were observed between the level of knowledge about the service contents and the age; attitudes of the service providers and the age or gender of the recipient; the degree of informing the provider of own care needs and the gender. In the family model, significant interactions were noted between the attitudes of the service providers and the age of the family caregiver; the level of cognitive disorders of the elderly and the length of service usage.

Conclusions It was clarified that the score for autonomy of the family was low in comparison with that for elderly, and the essential requisites of service providers for enhancing the autonomy of elderly people and families may vary depending on the basic characteristics or the situation of the user. It was suggested that support to enhance users autonomy should be provided by taking the demographic factors of the user into consideration.

* Division of Health Promotion Science, Graduate School of Medicine, Osaka University