

## 在宅障害児者の介護者の施設入所希望に関連する要因

タミカガ チサト\*  
谷掛 千里\*

**目的** 生まれてから在宅生活を続けていた障害児者に対し、近年、施設生活を希望する介護者が多くなってきている。この背景を明らかにすることは、地域で生活している障害児者の今後の社会的支援施策を考える上で重要なことと考えられる。そこで、本研究は、在宅障害児者の介護者の施設入所希望に関連する要因を明らかにすることを目的として行った。

**方法** 在宅障害児者410人の保護者（肢体不自由児者の父母の会の会員）に対して、障害児者および介護者の年齢、障害程度、介護者の具合、日常介護が一人でできるか（以下、日常介護）、障害児者が今後生活してほしいと介護者が考える生活場所（以下、介護者の生活希望場所）等について、調査票を用い、手渡し配布し、訪問回収を行った。介護者の施設入所希望と回答者の属性に対し多重ロジスティック回帰分析を行った。

**成績** 回答を得た297人に対し単変量分析で、介護者の施設入所希望と有意な関連があったものは、療育手帳の等級が重度である、英国人口統計情報局社会調査部による尺度（以下、OPCS）のうち会話（以下、会話）ができない、重症心身障害児分類が重症心身障害である、介護者の具合が悪い、日常介護ができないであった。多重ロジスティック回帰分析を行った結果、介護者の年齢階級が上がるにつれてオッズ比が有意に高く、20～30歳代を1としたオッズ比は、40歳代で18.3、50歳代で37.2であった。介護者の施設入所希望と介護者の年齢との間に強い関連が認められた。療育手帳はA以外の者に対しAの者のオッズ比が5.0と有意に高かった。介護はできる者に対して、できない者のオッズ比が3.8と有意に高かった。日常生活で困っていることとして、介護者の年齢が50歳以上の者では「在宅介護が限界」、「介護者の高齢化」と回答した者の割合が高かった。不足している公共の福祉サービスとしては、緊急一時預かり、ショートステイ、デイサービス、入浴サービスをあげた者の割合が高かった。

**結論** 在宅障害児者の介護者の施設入所希望に関連する要因として、介護者の高齢化、日常の介護ができない、知的障害が重度であることが明らかとなった。特に、介護者の高齢化が大きな要因であった。

**Key words** : 障害児者、重症心身障害児、在宅生活、施設入所、介護者の高齢化

### 1 緒 言

障害児者の生活場所としては、一般の人との関わりがほとんどない大規模施設（コロニー）での生活が主流であった。しかし、その後の欧米の脱施設化の潮流からわが国でも小規模施設または在宅中心の生活への移行を進める政策転換がなされてきている<sup>1-5)</sup>。

一方で、障害児者に対する栄養管理やケア技術

の向上に伴い、重度の障害児者の寿命も延び、障害児者の中の障害程度が重度の者の割合も増加してきている。また重症心身障害児施設でも40歳以上の障害者の割合が高くなっている<sup>6,7)</sup>。このため、在宅で生活している障害児者が亡くなるまで親が介護をすることができたという時代は過去のものとなり、親が亡くなった後の障害児者の生活を考える必要が生じている。

これまで、生活希望場所に関連する要因については、単変量分析からは障害程度、障害児者の年齢、家族の要因などがあげられている<sup>5,8-14)</sup>。重回帰分析を用いた分析から、障害程度は有意では

\* 大阪府吹田保健所  
連絡先：〒564-0072 大阪府吹田市出口町19-3  
大阪府吹田保健所 谷掛千里

なく障害児者の年齢要因が大きいとの報告がなされている<sup>5)</sup>。

しかし、障害児者の寿命が延びてきているわが国では新たな研究はほとんどなされていない。わが国において障害児者の介護者の施設入所希望に関連する要因を検討することが必要と考え、本研究を実施した。

## II 研究方法

### 1. 対象

大阪府北部に位置し7市2町に在住する肢体不自由児者父母の会の会員（以下、会員）410人に対し調査を行った。調査実施時期は、1998年1月～2月末までとし、回収率が44.4%（182人）であったため、回収期間を延長し、5月末までとした。

調査対象者の基本情報は、以下のとおりである。

男239人、平均年齢22.0歳（SD=9.19）、女171人、平均年齢22.5歳（SD=10.40）であった（表1）。

調査は無記名で実施し、調査にあたって、父母の会の役員会にて、研究の趣旨、プライバシー保護について説明を行った。配布時には、役員が、上記の説明文と調査票を同時に手渡し、口頭で説明を行った。約1か月後に訪問して調査票を回収

した。

回収できたのは297人であった。無回答者については、30人は会の活動に参加せず、会費も払っていない会員であった。その他84人は回答拒否の者であった。調査票の回収率は72.4%であった。

なお、会の活動を行っているのが肢体不自由児者の父母であることより、両親が死別した肢体不自由児者は除かれている。重症心身障害児に相当するようかなり重度の障害児者は、幼少より入所施設に入所していると考えられるので、今回の研究対象としては除かれていると考えられる。

### 2. 調査内容

#### 1) 障害児者の基本情報

回答者は、父母の会の会員または障害児者本人であった。介護者に関する質問（介護者の具合・日常介護ができるか・日常生活で困っていること・介護者の生活希望場所）については、介護者が回答するよう記載した。

障害児者の性別と満年齢を記載してもらった。

障害原因については、不明、出産時異常、予防接種（種類）、発熱、病気、事故、その他の選択肢より一つ選択してもらい、選択肢の横に自由記載欄を設けた。

#### 2) 介護者の基本情報

介護者の性別および障害児者との続柄を母、

表1 調査対象者および分析対象者の障害児者の性年齢階級別人数<sup>a)</sup>

	総数	男		女		総数	
		調査対象	分析対象	調査対象	分析対象	調査対象	分析対象
	総数	239(100)	168(100)	171(100)	127(100)	410(100)	297(100)
障害児者の年齢階級	0～9歳	25(10)	26(15)	22(13)	20(16)	47(11)	46(15)
	10～19歳	63(26)	40(24)	46(27)	37(29)	109(27)	77(26)
	20～29歳	98(41)	59(35)	58(34)	34(27)	156(38)	93(31)
	30～39歳	47(20)	27(16)	37(22)	25(20)	84(20)	52(18)
	40～49歳	4(2)	3(2)	8(5)	6(5)	12(3)	9(3)
	不明	2(1)	13(8)	0(0)	5(4)	2(0)	18(6)
介護者の年齢階級	20～29歳		4(2)		4(3)		8(3)
	30～39歳		28(17)		20(16)		48(16)
	40～49歳		47(28)		49(39)		96(32)
	50～59歳		44(26)		28(22)		72(24)
	60～69歳		23(14)		17(13)		40(13)
	70～79歳		5(3)		4(3)		9(3)
不明		17(10)		5(4)		22(7)	

a) 分析対象の障害児者の性別については不明2名を除く

( ) は%

父、きょうだい、その他の選択肢より選択し、さらに母、父についてはいる、いないの選択肢も追加し、各満年齢を記載してもらった。主介護者は誰であるかという質問に対し、母、父、きょうだい、その他の選択肢より一つ選択してもらった。

介護者の具合については、「主に介護されている方にお聞きします」として、「現在具合の悪いところはありますか」という質問に対し、悪い、よいの選択肢より一つ選択してもらった。

「現在の日常介護についてお聞きします」として、「介護は一人でできますか」という質問に対し、できる、なんとかできる、できないの選択肢より一つ選択してもらった。

### 3) 障害程度

身体障害については、以下の3つの指標を用いた。

身体障害者手帳等級（以下、身障手帳）は、障害部位別（視覚障害、聴覚又は平衡機能の障害、音声機能、言語機能またはそしゃく機能の障害、肢体不自由、内臓機能障害）に1～6級の等級で、1級が最も重度の障害であり、重複障害がある場合、状態を考慮して等級が決定される（身体障害者福祉法第15条の4項）。身障手帳について1～6級の選択肢より選択してもらった。

厚生労働省による障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準（以下、JABC）<sup>17)</sup>は、日常生活の自立について補装具や自助具を使用した状態で最もあてはまるものを以下の選択肢より選択してもらった。J1は「交通機関等を利用して外出する」J2は「隣近所へなら外出する」A1は「介助があれば外出する（屋内の生活はほぼ自立。日中はほぼベッドから離れて生活）」A2は「ほとんど外出しない（屋内の生活はほぼ自立。日中も寝たり起きたりの生活）」B1は「自力で車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う（屋内の生活に介助必要）」B2は「介助により車椅子に移乗する（坐位を保持できる）」C1は「自力で寝返りをうつ（1日中ベッドで過ごす）」C2は「自力では寝返りもうたない（1日中ベッドで過ごす）」である。

Barthel Index（以下、BI）は、セルフケア領域（食事、整容、トイレ動作、入浴、更衣）、移動領域（移乗、歩行、階段昇降）および排泄領域（便失禁、尿失禁）からなる10項目の機能領域を示す

基本日常生活活動（ADL: Activities of Daily Living）評価であり、全介助、部分介助、自立の自立度に応じて0、5、10、15点の得点が各項目についてそれぞれ重み付けされている。全項目介助が0点、全項目自立が100点として判定される<sup>18)</sup>。

知的障害については、以下の2つの指標を用いた。

療育手帳等級（以下、療育手帳）は、IQにより、A、B1、B2に分類されている（1973年厚生省療育手帳制度実施要領）。Aが最も重度の知的障害でIQ=25以下に、B1は中等度、B2は軽度に相当する。

英国人口統計情報局社会調査部の尺度（the Office of Population Censuses and Surveys disability scale：以下、OPCS）は、基本的ADL評価に加え、視力あるいは聴力からみた感覚機能や行動、会話といった心理・精神面の評価を含む広範な能力障害の評価尺度である。全11領域ある中で、今回の調査では会話領域のみ用いた。会話領域は、1.0～12.0点と重み付けされた得点で評価される<sup>19)</sup>。

身体障害および知的障害を合わせた評価として、重症心身障害児分類大島分類（以下、重心分類）を用いた。

重心分類は、IQと身体状況により25分割されたものである。身体状況は、走れる、歩ける、歩行障害、座れる、寝たきりの5段階である。IQは、20未満、20～35、35～50、50～70、70～80の5段階である。25区分のうち区分1～4に相当するものを重症心身障害とする。寝たきりまたは座れる身体障害で、IQが35未満の状態である<sup>20,21)</sup>。

### 4) その他の調査内容

日常生活で困っていることについて、選択肢を設け、複数回答可とした。選択肢は「在宅での介護が限界にきている」「障害者が日中行く場所がない」「障害者がいることで、他のきょうだいの子育てに配慮がいった」「障害者の働くところがない」「親の働くところがない」「親が高齢になってきている」「障害をもった人の介護を手伝ってくれる人がいない」「公共の福祉サービスが不足している」「緊急に診察してくれる病院が近くにない」「介護者が倒れたときに預ける場所がない」「困ったときに相談にのってくれる人がいない」、その他とした。また「公共の福祉サービスが不足

している」を選択した時には、どんなサービスが不足しているかを自由記載してもらった。

介護者の生活希望場所については、「お子さんの将来についてどのようにお考えですか」という質問に対して、「家族あるいは親族と一緒に生活を続けたい」（以下、家族と一緒）、「一人で自立して生活してほしい」（以下、一人で自立）、「グループホームなどでみんなと生活してほしい」（以下、グループホーム）「療護施設などの入所施設で生活してほしい」（以下、入所施設）、その他の5つの項目を選択肢とし、複数回答可とした。

### 3. 分析方法

クロス集計については $\chi^2$ 検定を実施した。 $\chi^2$ 検定は分布の検定であり、項目数が多いクロス集計については傾向検定を実施した。

多重ロジスティック回帰分析を実施する際に、各項目について以下のとおり置換し、カテゴリ変数として強制投入を行った。

統計解析は、SPSS10.0 for Windows95を用いて、 $P < 0.05$ を有意とした。

#### 1) 障害児者の基本情報

障害児者の性別については、男を1、女を2と置換した。障害児者の年齢については、0～9歳を0、10～19歳を1、20～29歳を2、30歳以上を3と置換し、0～9歳を基準とした。

障害原因については、回答結果より出産時異常、出産前異常、脳炎・感染症、早産、てんかん、不明・記載なし、染色体異常、黄疸、事故に再分類した。

#### 2) 介護者の基本情報

介護者の性別については、男を1、女を2と置換した。介護者の年齢としては、40歳未満を0、40～49歳を1、50～59歳を2、60歳以上を3と置換し、40歳未満を基準とした。また、介護者の平均年齢が48.8歳（SD=0.66）であるため、50歳未満と50歳以上の二区分とした。

介護者の具合は、悪いを1、よいを0と置換した。

日常介護は、できるを0、なんとかできる、できないを1と置換した。

#### 3) 障害程度

身障手帳は、回答結果の分布より、重度の1級に偏っていたため、1級の者とそれ以外に分類し、それぞれ1、0と置換した。

JABCは、J1～A2を0、B1～C2を1と置換した。

BIは、各項目について合計した点数の分布をみると、対象者が肢体不自由児者ということより、重度の対象者が多いことが予想されたため、合計点の5点以下を1、10点以上を0と置換した。

療育手帳は、回答の分布よりAに偏っていたため、Aを1、それ以外を0と置換した。

会話は、得点をそのまま用いた。

重心分類はJABCやBIの各項目、療育手帳より総合的に判断し、療育手帳のAで、歩行障害まであるものを重心とした。

#### 4) その他の調査内容

介護者の生活希望場所について、複数回答可としたため、「家族と一緒」と「入所施設」の2項目を同時に選択している人を「家族と入所施設」として全4項目とし、「家族と入所施設」を除き、各分析を行うこととした。また、「一人で自立」、「グループホーム」、その他は人数が少ないため、1つの回答群として、「自立等」とした。「入所施設」を1、それ以外を0と置換した。

## III 結 果

### 1. 基本情報

障害児者の性別、平均年齢は、以下のとおりである。男168人、平均年齢20.6歳（SD=10.29）、女127人、平均年齢20.8歳（SD=10.95）であった（表1）。障害原因については、男性では女性より出産時異常の割合が高く、女性では脳炎・感染症および不明・記載なしの割合が高かった。障害児者の性別でみると、女性の方が、身障手帳が重度の者および、BIが低い者の割合が高かった（表2）。身障手帳1級の者が64%であった。身体障害のみの者は69人、知的障害のみが5人、どちらの手帳もない者が1人であった。

回答者の障害児者との続柄は、母270人、父12人、その他5人、記載なし10人であった。

一方、介護者の障害児者との続柄は、母278人、父6人、その他は4人、不明9人であった。

また、介護者の性別、平均年齢は以下のとおりである。男6人、平均年齢67.8歳（SD=2.11）、女291人、平均年齢48.5歳（SD=0.65）であった。男女合わせた平均年齢は、48.8歳（SD=0.66）であった。

表2 分析対象者の障害児者の性別および介護者の年齢2区分別属性別人数

		a)性 別			b)介護者の年齢区分			分析対象者数
		男	女	P値	50歳未満	50歳以上	P値	
総 数		168(100)	127(100)		152(100)	122(100)		297(100)
身体障害者手帳の等級	1級	99(59)	91(72)	0.022	100(66)	79(65)	0.898	191(64)
	1級以外	68(40)	35(28)		51(34)	42(34)		104(35)
	不明	1(1)	1(1)		1(1)	1(1)		2(1)
療育手帳の等級	A	115(68)	88(69)	0.878	111(73)	79(65)	0.149	205(69)
	A以外	53(32)	39(31)		41(27)	43(35)		92(31)
Barthel Index	5点以下	69(41)	71(56)	0.012	82(54)	49(40)	0.028	141(47)
	10点以上	99(59)	56(44)		70(46)	73(60)		156(53)
厚生労働省の寝たきり基準	J・A	58(35)	33(26)	0.110	37(24)	47(39)	0.018	92(31)
	B・C	108(64)	93(73)		112(74)	75(61)		202(68)
	不明	2(1)	1(1)		3(2)	0(0)		3(1)
会 話	0点	37(22)	24(19)	0.074	28(18)	29(24)	0.000	61(21)
	1点	23(14)	12(9)		10(7)	20(16)		35(12)
	2点	14(8)	6(5)		3(2)	15(12)		20(7)
	5.5点	7(4)	5(4)		7(5)	5(4)		12(4)
	8.5点	11(7)	7(6)		9(6)	6(5)		19(6)
	12点	75(45)	71(56)		94(62)	46(38)		147(49)
	不明	1(1)	2(1)		1(1)	1(1)		3(1)
	重症心身障害児分類(大島分類)	重心である	73(43)		57(45)	0.807		69(45)
重心でない		95(57)	70(55)	83(55)	71(58)		166(56)	
介護者の具合	よい	72(43)	51(40)	0.416	77(51)	37(30)	0.001	124(42)
	悪い	87(52)	75(59)		72(47)	81(66)		163(55)
	不明	9(5)	1(1)		3(2)	4(3)		10(3)
日常の介護が一人でできるか	できる	42(25)	28(22)	0.418	41(27)	25(20)	0.316	70(24)
	できない	116(69)	97(76)		107(70)	91(75)		215(72)
	不明	10(6)	2(2)		4(3)	6(5)		12(4)

a) 障害児者の性別については不明2人を除く b) 介護者の年齢区分については不明23人を除く ( )は%

介護者の年齢が高齢な者は若年の者より、BIが高い者、JABCのうちJAの者、介護者の具合が悪い者の割合が高かった(表2)。

介護者の年齢が50歳以上の者では、「在宅での介護が限界にきている」「親が高齢になってきている」と回答した者の割合が高く、50歳未満の者では「公共の福祉サービスが不足している」と回答した者の割合が高かった(表3)。

また、「公共の福祉サービスが不足している」と回答した者に、不足サービスに関する質問をした自由記載内容において、ショートステイや、デイサービス、緊急一時預かり、入浴サービスをあげた者の割合が高かった。

## 2. 介護者の年齢と障害児者に対する生活希望場所との関連

50歳未満の者に「家族と一緒に」の割合が高い傾向があった。一方、50歳以上の者に「入所施設」の割合が高い傾向があった。回答が1対1となるようにしてみたが同様の傾向であった(表4)。

介護者の施設入所希望に関連する要因として、療育手帳が重度の者、重心分類が重心の者、介護者の具合が悪い者、日常介護ができない者の割合が高かった(表5)。

## 3. 多重ロジスティック回帰分析(表6)

介護者の施設入所希望の有無を従属変数として、障害児者の性別および年齢、介護者の年齢お

表3 介護者の年齢区分別日常生活で困っていること別人数<sup>a)</sup>

	介護者の年齢区分		分析対象者数
	50歳未満	50歳以上	
親が高齢になってきている	48 (32)	87 (71)	145 (49)
介護者が倒れたときに預ける場所がない	72 (47)	51 (42)	131 (44)
公共の福祉サービスが不足している	48 (32)	23 (19)	74 (25)
在宅での介護が限界にきている	10 (7)	31 (25)	45 (15)
障害者がいることで、他のきょうだいの子育てに配慮がいった	26 (17)	5 (4)	33 (11)
障害をもった人の介護を手伝ってくれる人がいない	21 (14)	5 (4)	31 (10)
障害者が日中に行く場所がない	18 (12)	6 (5)	26 (9)
障害者の働くところがない	16 (11)	6 (5)	23 (8)
緊急に診察してくれる病院が近くにない	14 (9)	8 (7)	22 (7)
親の働くところがない	12 (8)	1 (1)	15 (5)
困ったときに相談にのってくれる人がいない	6 (4)	4 (3)	11 (4)
その他	21 (14)	11 (9)	34 (11)
総数	152 (100)	122 (100)	297 (100)

<sup>a)</sup> 3項目まで選択可としたため重複回答となっている ( )は%

表4 介護者の年齢区分別障害児者に対する生活希望場所別人数

	介護者の年齢区分			分析対象者総数
	50歳未満	50歳以上	不明	
家族と一緒に	57(38)	26(21)	10(43)	93(31)
自立等	41(27)	31(25)	4(17)	76(26)
入所施設	31(20)	44(36)	6(26)	81(27)
家族と入所施設	8(5)	11(9)	0(0)	19(6)
記載なし	15(10)	10(8)	3(13)	28(9)
分析対象者総数	152(100)	122(100)	23(100)	297(100)

( )は%

よび具合、日常介護、身体障害 (JABC, BI)、知的障害 (療育手帳, 会話) を独立変数として、多重ロジスティック回帰分析を行った。

障害児者の性別および年齢をカテゴリー変数としてモデルに投入したところ、介護者の年齢階級が上がるにつれてオッズ比が有意に高く、20~30歳代を1としたオッズ比は、40歳代で18.3、50歳代で37.2であった。

その他、療育手帳はA以外の者を1としたオッズ比に対しAの者のオッズ比が5.0、日常介護はできる者を1としたオッズ比に対し、できない者のオッズ比が3.8と有意に高かった。

独立変数のうち、介護者の年齢階級が上がるにつれてオッズ比が高くなり、強い関連が認められた。

介護者の男女比が偏っているため、女性だけとして、同様に多重ロジスティック回帰分析を実施したところ、調査対象者をすべて分析対象とした場合と同様の結果であった。

#### IV 考 察

わが国の肢体不自由児者数は、平成8年に実施された身体障害児者実態調査の結果<sup>15,16)</sup>より、在宅生活している肢体不自由児者の出現率 (人口千対) は13.5人である。この数字を用いて、平成9年の本研究対象地区の人口が約171万人であったことより在宅肢体不自由児者数を推計すると、約23,000人となる。今回の研究対象の障害原因は、ほぼ脳性麻痺や、脊髄性小児麻痺、脊髄損傷、進行性筋萎縮症に限られており、この原因による障害児者は13.7%であることから、その出現率 (人口千対) は、1.8人と考えられる。さらに不明や不詳と上記疾患と合わせた原因による障害児者は40.4%であることからその出現率 (人口千対) は5.4人と考えられる。以上より、今回の研究対象地区の肢体不自由児者数は、約3,200人~9,300人と考えられる。本研究の対象者数410人と研究対象地区在住の肢体不自由児者数と比較すると、少なく見積もって4.4~12.8%のカバー率であると推定される。

対象者410人のうち、回答を得た者は297人、回答拒否は84人であった。回答拒否の理由としては、養護学校に在学中は同じ学校の保護者として種々の情報を得るために会員であるメリットがあ

表5 介護者の生活希望場所と分析対象者の属性別人数

		家族と一緒に	自立等	入所施設	家族と入所施設	<sup>b)</sup> 再掲 入所施設の割合	<sup>c)</sup> P値
<sup>a)</sup> 総 数		93(100)	76(100)	81(100)	19(100)	81(27)	
障害児者の性別	男	48( 52)	44( 58)	46( 57)	12( 63)	46(27)	0.776
	女	44( 47)	32( 42)	34( 42)	7( 37)	34(27)	
	不明	1( 1)	0( 0)	1( 1)	0( 0)	1(50)	
障害児者の年齢階級	0～9 歳	23( 25)	18( 24)	1( 1)	1( 5)	1( 2)	0.005
	10～19歳	23( 25)	15( 20)	24( 30)	5( 26)	24(31)	
	20～29歳	30( 32)	18( 24)	32( 40)	6( 32)	32(34)	
	30歳以上	11( 11)	22( 25)	18( 19)	6( 32)	18(30)	
	不明	6( 6)	3( 4)	6( 7)	1( 5)	6(33)	
介護者の性別	男	0( 0)	1( 1)	3( 4)	0( 0)	3(50)	0.049
	女	93(100)	75( 99)	78( 96)	19(100)	78(27)	
介護者の年齢階級	20～39歳	27( 26)	21( 22)	2( 2)	2( 11)	2( 4)	0.000
	40～49歳	30( 32)	20( 26)	29( 36)	6( 32)	29(30)	
	50～59歳	18( 19)	14( 18)	26( 32)	8( 42)	26(36)	
	60歳以上	8( 5)	17( 18)	18( 20)	3( 16)	18(37)	
	不明	10( 11)	4( 5)	6( 7)	0( 0)	6(27)	
身体障害者手帳の等級	1 級	62( 67)	39( 51)	55( 68)	12( 63)	55(29)	0.197
	1 級以外	31( 33)	36( 47)	25( 31)	7( 37)	25(24)	
	不明	0( 0)	1( 1)	1( 1)	0( 0)	1(50)	
療育手帳の等級	A	71( 76)	26( 34)	73( 90)	17( 89)	73(36)	0.000
	A 以外	22( 24)	50( 66)	8( 10)	2( 11)	8( 9)	
Barthel Index	5点以下	54( 58)	23( 30)	43( 53)	10( 53)	43(30)	0.305
	10点以上	39( 42)	53( 70)	38( 47)	9( 47)	38(24)	
厚生労働省の寝たきり基準	J・A	17( 18)	40( 53)	25( 31)	2( 11)	25(27)	0.868
	B・C	74( 80)	35( 46)	56( 69)	17( 89)	56(28)	
	不明	2( 2)	1( 1)	0( 0)	0( 0)	0( 0)	
会話	0 点	13( 14)	32( 42)	8( 10)	0( 0)	8(13)	0.006
	1 点	9( 10)	14( 18)	8( 10)	1( 5)	8(23)	
	2 点	3( 3)	7( 9)	6( 7)	1( 5)	6(30)	
	5.5点	5( 5)	2( 3)	3( 4)	1( 5)	3(25)	
	8.5点	7( 8)	3( 4)	6( 7)	1( 5)	6(32)	
	12点	55( 59)	18( 24)	48( 59)	15( 79)	48(33)	
	不明	1( 1)	0( 0)	2( 2)	0( 0)	2(67)	
	重症心身障害児分類 (大島分類)	重心である	42( 45)	13( 17)	51( 63)	12( 63)	
重心でない		51( 55)	63( 83)	30( 37)	7( 37)	30(18)	
介護者の具合	よい	48( 52)	34( 45)	22( 27)	9( 47)	22(18)	0.001
	悪い	43( 46)	37( 49)	57( 70)	10( 53)	57(35)	
	不明	2( 2)	5( 7)	2( 2)	0( 0)	2(22)	
日常の介護が一人でできるか	できる	31( 33)	21( 28)	7( 9)	4( 21)	7(10)	0.000
	できない	61( 66)	47( 62)	73( 90)	15( 79)	73(34)	
	不明	1( 1)	8( 11)	1( 1)	0( 0)	1( 8)	

<sup>a)</sup> 介護者の生活希望場所については不明28人を除く

( ) は%

<sup>b)</sup> 再掲の入所施設の割合については入所施設希望とそれ以外の希望との割合を示す

<sup>c)</sup> P値は入所施設希望とそれ以外の希望との間における検定

表6 入所施設希望に影響する因子の多重ロジスティック回帰分析 (n=226)

		Odds 比	95%信頼区間	P 値
介護者の年齢	20~30歳代	1.00		
	40歳代	18.28	1.50-222.04	0.023
	50歳代	37.19	2.70-513.05	0.007
	60歳代以上	81.48	4.88-1,359.36	0.002
障害児者の年齢	0歳代	1.00		
	10歳代	2.08	0.14-32.07	0.601
	20歳代	0.97	0.06-16.25	0.985
	30歳代以上	0.52	0.03-10.35	0.666
障害児者の性別	女	1.00		
	男	0.84	0.43-1.65	0.606
介護者の具合	良い	1.00		
	悪い	1.83	0.87-3.84	0.112
日常介護	できる	1.00		
	できない	3.82	1.35-10.81	0.011
JABC	JA	1.00		
	BC	0.68	0.32-1.46	0.321
療育手帳	A 以外	1.00		
	A	4.97	2.00-12.32	0.001

ったが、その後、介護者も高齢となってくると、日常介護で精一杯の状態となり、調査に回答する暇もないためと思われる。また、障害程度が軽度の方について、会に継続して所属していたものの、障害児者が自立するようになり、特に会の活動に参加する必要がなくなり、参加しない人も対象者に含まれていたため、会の役員からの依頼では回答をしていただけなかったと考えられる。

平成8年に実施された身体障害児者実態調査結果<sup>15,16)</sup>では、824,200人が身障手帳1級の在宅身体障害児者数で、3,014,600人が在宅障害児者総数であることより、27.3%が身障手帳1級の者である。今回の研究では、身障手帳1級の者が64%であり、重度の身体障害の方の割合が高かった。

介護者の施設入所希望に関連する要因としてこれまで、単変量分析では、障害程度、障害児者の年齢、家族の要因などが報告されている<sup>5,8~14)</sup>。本研究においても、単変量分析では、障害児者の障害程度に関わる療育手帳が重度である、重心分類が重心であるおよび家族に関わる要因である介護者の具合が悪い、日常介護ができないとの間に有意な関連が認められた。今回の分析において介護者の施設入所希望に関連する要因であることが明らかとなった。このことは、障害児者の性別および年齢、介護者の年齢および具合、日常介護、

身体障害、知的障害を独立変数として用いた多重ロジスティック回帰分析によっても、介護者の年齢階級が上がるにつれて20~30歳代を1としたオッズ比は、40歳代で18.3、50歳代で37.2とオッズ比が顕著に有意に高かった。

障害児者と介護者の年齢は内部相関が強いと考えられるが、障害児者よりも介護者の年齢が介護者の施設入所希望に大きな関連が認められることを示すために、同時にモデルに強制投入し、多重ロジスティック回帰分析を行った。介護者の年齢と最も強い関連がある障害児者の年齢について調整をされたにも関わらず、介護者の年齢階級が上がるにつれてオッズ比が有意に高くなっていった。このことより、障害児者よりも介護者の年齢の要因の方が、介護者の施設入所希望に強い関連を有していることが示された。

また、介護者の年齢が最も大きな要因であったことについては、介護者が若いうちは家庭で介護できていた者も、高齢になって介護者自身にも具合の悪いところができるほど日常介護ができなくなって、施設での生活を希望するという図式になっていると思われる。

これまでの報告は障害児者の寿命が20歳までといわれていた時代のものが大部分であった。20歳代の障害者の親は40~50歳であることから、何とか一人で、日常介護を行うことができたと考えられる。一方、障害児者が子どもの頃は、日常介護は一人で十分行うことができるが、成人近くなると体も大きくなり、一人で障害児者を日常介護することが難しくなると考えられる。このため、これまでの報告では、介護者の要因は大きな要因として選択されず、障害児者の年齢が大きな要因として選択されたと考えられる<sup>5,8~14)</sup>。現在では、重症心身障害児施設在在者についても、全体として40歳以上の障害者の割合が高くなっており<sup>6,7)</sup>、40歳代の障害者の親は、60~70歳となることから、障害児者自身の体の大きさは変わらないものの、介護者は体力が衰え、病弱になってくる。このため、本研究では、介護者の施設入所希望要因として、介護者の要因が大きくなったものと考えられる。

また、障害児者と介護者の年齢を同時に独立変数として用いた多重ロジスティック回帰分析の結果では、施設入所希望に対し、障害程度の中で知

の障害が重度であるのみが有意な変数として選択された。

一方、身体障害については、単変量分析の結果では、介護者の施設入所希望と有意な関連が認められず、多重ロジスティック回帰分析の結果では、オッズ比が1を割っていた。このことは、身体障害については、障害児者の年齢および性別の影響が大きく、有意な関連が認められなかったためと考えられる。さらに、身体障害については、本研究の対象者は、身障手帳のない者が6人であることより、肢体不自由児者の集団であるため、知的障害と比較すると関連が認められにくかったものと考えられる。

一方、介護者が高齢の人ほど在宅介護の限界を感じていることが明らかとなった。

在宅介護は、介護サービスが導入されるようになったとはいえ、まだまだ家族の介護に頼らねばならない現状にあるからと考えられる。

不足している社会サービスとして、緊急の一時預かり、ショートステイ、デイサービス、入浴サービスがあげられており、介護者が高齢になり、病気等で倒れたときに、在宅障害児者が安心して、在宅生活を続けられない状況となっている。

障害児者の地域生活支援として、グループホームの増設を厚生労働省は推進している。介護者の生活希望場所を介護者の年齢階級別にみると、「グループホーム」と「一人で自立」などは障害児者の年齢が若い者へ偏っていた。また、介護者の生活希望場所と障害程度別にみると、知的障害が軽度な者は「グループホーム」や「一人で自立」などを選択していた。特に、「一人で自立」は、身体障害も軽度の者が選択する傾向にあった。障害児者が高齢になると二次障害も生じてくることを考えると二次障害が生じるまでの若い間（介護者が介護の余力がある間）にグループホームなどの生活をするにより少しでも自立を支援することも可能と考えられる。しかし、知的障害も身体障害も重度でコミュニケーションが取れない場合は、グループホームなどの自立生活支援よりも、まず介護職員が豊富な入所施設でレスパイト等を利用した自立生活を体験した後、グループホームなどの自立生活をするという支援の仕方も、一つの方法と考える。

本研究では、介護者の生活希望場所について質

問をした。本来なら障害児者本人に生活希望場所を調査する必要がある。介護者ができるだけ本人の希望に添う形で、生活場所を選択するという配慮が必要である。障害児者本人が、自ら生活場所を選択するためには、介護者が元気の間にいろいろな生活体制（グループホーム・入所施設・自立生活など）を体験する時間をとることが必要であると考えられる。

平成15年4月より、障害児者の社会サービスの利用方法として支援費制度が導入された。この制度は障害児者が自ら社会サービスを選択し、負担金を払うことによって社会サービスを受けることにより、在宅生活を支援する制度で、障害程度に合わせてサービスの上限が決められている。本研究の対象者のように身体および知的障害を合わせもつ者は、介護者が高齢となりながらも同居している場合は、支援費制度によるサービスを利用することにより、在宅生活を続けることはできると考える。しかし、介護者が亡くなったあと、障害児者が一人で在宅生活をする場合には支援費制度では補いきれないと考える。また、本研究対象者が在宅生活を続けていくためには、固定した介護者が介護する方が安心である。以上より重度な障害児者が一人で生活できるためには、24時間の介護サービスの導入か施設も一つの居住形態として認める必要があると考える。24時間の介護サービスの利用ができれば、入所施設での生活希望も減少してくると考えられるが、経済的な理由も考慮すると24時間の介護サービスの利用はかなり困難であると考えられる。今後、介護サービス業者が増加し、介護職員も増加することによって、障害児者が自らサービスを選択できるサービスとなっていくことを期待したい。

## V 結 語

介護者の施設入所希望の有無を従属変数として、介護者の年齢および具合、障害児者の年齢、日常介護、障害程度を独立変数として、多重ロジスティック回帰分析を行った。

介護者の施設入所希望に関連する変数の中で、介護者の年齢に関して年齢階級が上がるにつれてオッズ比が高くなっている。介護者の施設入所希望に関連する要因として、介護者の高齢化が大きな要因であることが明らかとなった。また、知的

障害が重度である、日常介護ができないも介護者の施設入所希望に関連する要因であった。

最後に、本研究実施に当たり、調査票の配布および回収に関して、肢体不自由児者の父母の会の役員の方には、大変お世話になりました。北摂に療護施設をつくる会の会長はじめ、会員の方々には本研究に対するご協力感謝いたします。この紙面をお借りしてお礼を申し上げます。

また、論文作成にあたり、放送大学の多田羅浩三教授、大阪大学大学院医学系研究科社会環境医学教室の中西範幸助教授、高鳥毛敏雄先生、鹿児島大学歯学部予防歯科学教室の日野陽一先生、大阪府立看護大学の長野聖先生にご指導を賜り、この紙面をもってお礼を申し上げます。

この論文の内容については、一部第57回日本公衆衛生学会（1998年）で発表した。

（受付 2003. 9.24）  
（採用 2004.12.17）

## 文 献

- 1) 障害者施策の主な歩み. 総理府編. 平成11年版障害者白書. 東京都:大蔵省印刷局, 1999; 354-373.
- 2) 北野博一. 重症心身障害に対する行政の役割と制度の変遷. 公衆衛生 1971; 35(11): 686-689.
- 3) 佃 徳彦. わが国における重症心身障害児対策. 公衆衛生 1971; 35(11): 682-685.
- 4) 谷口政隆: 知的障害者の福祉—自己主張と脱施設化への歩み—. 臨床精神医学 1994; 23(7): 804-808.
- 5) Mark T. Factors in Family Decision-Making About Placement for Developmentally Disabled Individuals. American Journal of Mental Deficiency 1985; 89(4): 352-361.
- 6) 岡田喜篤. 重症心身障害児・者の歴史と最近の動向. 作業療法ジャーナル. 1998; 32: 43-49.
- 7) 江草安彦. 重症心身障害児施設入所者の実態. 重症心身障害療育マニュアル. 東京: 医師薬出版株式会社, 1998; 222-225.
- 8) Melville J. Appell, William J. Tisdall. Factor Differentiating Institutionalized from Non-Institutionalized referred retardates. American Journal of Mental Deficiency, 1968; 73: 424-434.
- 9) Mary T. Hobbs. A Comparison of Institutionalized and Non-Institutionalized Mentally Retarded. American Journal of Mental Deficiency, 1964; 69: 206-210.
- 10) Michael L. German, Albert A. Maisto. The Relationship of a Perceived Family Support System to the Institutional Placement of Mentally Retarded Children. Education and Training of the Mentally Retarded, February 1982; 17-23.
- 11) Maureen M. Black, Jeffrey F. Cohn, Michael Smull, et al. Individual and Family Factors Associated With Risk of Institutionalization of Mentally Retarded Adults. American Journal of Mental Deficiency, 1985; 90(3): 271-276.
- 12) R. K. Eyman, G. O'Connor, G. Tarjan, et al. Factors Determining Residential Placement of Mentally Retarded Children. American Journal of Mental Deficiency, 1972; 76(6): 692-698.
- 13) Betty V. Graliker, Richard Koch. A Study of Factors Influencing Placement of Retarded Children in a State Residential Institution. American Journal of Mental Deficiency, 1965; 69: 553-559.
- 14) John R. Kershner. Intellectual and Social Development in Relation to Family Functioning: a Longitudinal Comparison of Home vs. Institutional Effects. American Journal of Mental Deficiency, 1970; 75(3): 276-284.
- 15) 厚生省大臣官房障害保健福祉部. 平成8年身体障害児実態調査結果の概要. 厚生指標 1998; 45(10): 45-47.
- 16) 厚生省大臣官房障害保健福祉部. 平成8年身体障害者実態調査結果の概要. 厚生指標 1998; 45(10): 48-51.
- 17) 「障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」作成検討会報告書, 1991.
- 18) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J 1965; 14: 61-65.
- 19) Martin J, Meltzer H, Elliot D. OPCS surveys of disability in Great Britain Report 1. HMSO, 1988.
- 20) 大島一良. 重症心身障害の基本的問題. 公衆衛生 1971; 35(11): 648-655.
- 21) Yukikatsu Nakada, Kyoko Kamiya, Etsuko Takaesu, et al. Definitions of severely mentally and physically disabled children in Japan: Do the differences affect the prevalence rates of these children? Acta Paediatrica Japonica 1996; 38: 229-232.

## FACTORS RELATED TO THE DEMAND OF CAREGIVERS FOR INSTITUTIONALIZATION OF DISABLED PERSONS LIVING AT HOME

Chisato TANIKAKE\*

**Key words** : disabled persons, severely mentally and physically disabled persons, living at home, institutionalization, aging of caregivers

**Purpose** Recently, there has been an increase in the number of caregivers who are demanding institutionalization of the disabled, despite having taken care of them at home since their birth. It is important to clarify the background of this demand in order to help develop plans aimed at socially supporting the caregivers. This study was aimed at elucidating the factors related to demands of caregivers to have disabled persons living at home institutionalized.

**Methods** To caregivers of 410 home-living disabled persons, we handed out and collected questionnaires asking for the following information: age of the disabled persons and their caregivers, severity of the disability, status and level of manageability of the caregivers, and the place where the caregivers wanted the disabled to live in the future. The demand for institutionalization of the disabled and the attributes of the responders were analyzed by multiple logistic regression.

**Results** From the responses of 297 people who replied to the questions, univariate analysis revealed that the demand for institutionalization significantly correlated with the labels of “severe” in the mental disability certificate, “incapable of conversation” according to the Office of Population Censuses and Surveys (OPCS) scale, “severe disability” in Oshima’s classification and “unfit” and “unable to give daily care.” The results analyzed by multiple logistic regression revealed that older caregivers had a significantly higher odds ratio (18.3 for those in their 40s and 37.2 for those in their 50s), indicating a strong correlation between the demand for institutionalization and the age of the caregivers. According to the mental disability certificate, the odds ratio of those with “A” was 5.0 relative to “other than A,” while the odds ratio was 3.8 for those “unable to give care” against “able to give care,” in both cases statistically significant. As for suffering in daily life, a majority of the caregivers aged 50 years or older claimed “a limit to home caring” and “aging”. Regarding the shortage of public welfare services, a large percentage pointed out the inconveniences of emergency short stay, short stay, day care, and bathing services.

**Conclusion** The factors related to demand for institutionalization of disabled care receivers at home were aging of the caregivers, incapability of giving daily care, and severe mental impairment. The age of the caregivers was identified as an explicit factor.

---

\* Osaka Prefectural Suita Public Health Center