

介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性の検討

スズキ ヒロコ ヤマナカ カツオ フジタ ヨシオ
 鈴木 浩子* 山中 克夫^{2*} 藤田 佳男^{3*}
 ヒラノ ヤスユキ イイジマ セツ
 平野 康之^{4*} 飯島 節^{2*}

目的 何らかの在宅サービスが必要であるにもかかわらず、介護サービスの利用に至らない高齢者に関して、介護サービスの導入を困難にしている問題を明らかにし、問題の関係性を示すモデルを共分散構造分析にもとづいて作成することにより、有効な対策について検討する。

方法 高齢者相談業務に従事する本州地域657か所の行政保健師に対し、自記式質問紙による郵送調査にて事例調査を実施した。調査対象事例は、本研究に該当する介護サービスの導入が困難な高齢者で、回答する保健師が、2000年4月以降家庭訪問による介入援助を行った、とくに印象に残る1事例とした。調査内容は、回答者および所属する自治体の属性、対象事例の基本的属性、対象事例への介入援助の結果、事例調査および文献検討により作成した介護サービスの導入を困難にする問題43項目である。有効回答を得た311通（有効回答率47.3%）を解析対象とした。介護サービスの導入を困難にする問題について、因子分析を行った後、共分散構造分析により関係性の検討を行い、最も適合度の高いモデルを選定した。

結果 1) 介護サービスの導入を困難にする問題は、項目分析、因子分析の結果、第1因子『生活の変化に対する抵抗』、第2因子『親族の理解・協力の不足』、第3因子『手続き・契約における能力不足』、第4因子『インフォーマルサポートの不足』、第5因子『受診に対する抵抗』が抽出・命名された。2) 因子分析で得られた5因子を潜在変数として共分散構造分析を行った結果、GFI=0.929, AGFI=0.901, CFI=0.950と高い適合度のモデルが得られた。このモデルから、『生活の変化に対する抵抗』、『親族の理解・協力の不足』の問題に、『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』、『受診に対する抵抗』の問題が重なり、介護サービスの導入が困難となっていることが示された。

結論 行政保健師を対象とした事例調査により、介護サービスの導入を困難にする問題の関係性が示された。このような高齢者への支援には、個々の問題に応じた介入援助方法の他、手続き能力やサポートが不足し、支援が必要な高齢者を早期に把握、対応する体制を地域レベルで検討することが必要である。

Key words : 介護保険制度, 介護サービス, 家庭訪問, 保健師, 共分散構造分析

I 緒 言

社会福祉基礎構造改革により福祉サービスの利用における措置制度の見直しははかられ、その先駆けとして介護保険制度が2000年4月に施行された。これにより、介護保険は社会保険制度となり、介護サービスの提供を受けるには、高齢者自らが必要なサービスを選択し、契約を行う仕組みへと方向転換

した。わが国では契約という形態への利用者の心の壁は高い¹⁾と言われながら、介護保険制度開始から既に10年経過し、要介護（要支援）認定者数、介護サービス受給者数は増加の一途をたどっている²⁾。契約によるサービス利用の仕組みは、社会の中で受け入れられ、定着してきた感がある。

しかし一方で、何らかの介護サービスを必要としながら、高齢者本人または家族の力だけでは、要介護・要支援認定の申請やサービス利用に至らない高齢者が存在していることが指摘されている^{3~5)}。介護保険制度の創設に伴い、意思決定能力が不十分な者への対策として整備され、その利用が期待されていた地域福祉権利擁護事業（2007年に「日常生活自

* 武蔵野大学看護学部

^{2*} 筑波大学大学院人間総合科学研究科

^{3*} 目白大学保健医療学部作業療法学科

^{4*} 徳島文理大学保健福祉学部理学療法学科

連絡先：〒180-0014 東京都武蔵野市関前 3-40-10

武蔵野大学看護学部看護学科 鈴木浩子

立支援事業」に名称変更)と成年後見制度の利用は、介護保険制度利用の著しい伸びに比して伸びておらず^{6,7)}、依然として意思決定能力の不十分な者への対応は問われないままとなっている⁸⁾。またこれらの制度は財産管理などを中心としており、保健医療サービスの利用に関する支援は限定的である。介護保険制度利用上の意思決定能力・契約能力に関しては、認知症高齢者だけでなく、要介護高齢者一般においても、必ずしも十分とはいえず、健常高齢者といわれる人の意志能力・判断能力にも気を配る必要性がある⁹⁾ように、広く一般高齢者にも目を向けた権利擁護の視点も求められている。

2006年4月に介護保険法改正により設置された地域包括支援センターは、地域におけるケアの拠点となっており、成年後見制度利用支援などの権利擁護事業も業務として位置づけられている。実際の業務に従事する保健師、介護福祉士等の専門職は、介護予防ケアマネジメント事業に多くの時間と労力をとられ、また介護予防事業を最優先しなければならない構造の中に置かれている。そのため、権利擁護事業は後回しになっており⁸⁾、各地域包括支援センターが十分に権利擁護の機能を担っていないのが現状である。

これまで介護サービスが必要であるにもかかわらず、サービス利用に向けて何らかの支援を要する高齢者は困難事例の一類型とされ、行政や在宅介護支援センター、地域包括支援センターが介入援助を行ってきた^{10~12)}。また、在宅介護支援センターが関与した困難事例の6割が要介護認定を受けておらず、地域社会から孤立しがちで問題が顕在化しにくい状態にあり、介護福祉サービスを利用できる能力に欠けているという報告もある¹²⁾。上記の報告から、自ら援助や保護を求めてこない高齢者に対し、公的機関等が支援していることが推察される。しかし、いまだこのような高齢者に対する支援策は確立されておらず、介護サービスの導入が困難な高齢者に関する研究もほとんど行われていない。

2025年には、わが国の65歳以上人口の割合すなわち高齢化率は30.5%に達するものと推計されている。今後、高齢社会の進行に伴い、要介護高齢者の増加も予測される中、現行の契約制になじまず、介護保険制度を適切に運用することのできない高齢者も増えると考えられる。介護保険要介護・要支援認定申請に至らず、サービス利用を適正に行うことのできない高齢者の問題は、介護保険制度開始当初から指摘されているが、介護保険制度の見直しの際にも、取り上げられておらず、このような高齢者の問題はいわば制度の谷間に取り残されたままとなっ

ている。

そこで、本研究では、何らかの在宅サービスが必要であるにもかかわらず、本人または家族だけでは、介護保険要介護・要支援認定申請や、介護サービスの利用に至らない高齢者に関して、介護サービスの導入を困難にしている問題を明らかにし、問題の関係性を示すモデルを共分散構造分析にもとづいて作成することにより、有効な対策について検討することを目的とした。

II 研究方法

1. 介護サービスの導入が困難な高齢者の定義

本研究における「介護サービス導入が困難な高齢者」とは、以下の2条件に該当する者と定義した。

- ① 高齢者福祉サービスにかかわる相談現場で把握された時点で、介護保険要介護・要支援認定申請を行っておらず、生活支援のためのサービスを全く利用していない高齢者
- ② 保健・福祉専門職により介護保険要介護・要支援認定申請から介護サービス利用に至るまで、家庭訪問による介入援助を必要とすると判断された高齢者

2. 予備調査(事例調査)

1) 調査方法と内容

介護サービスの導入を困難にする質問項目作成のため、事例調査および文献検討による項目の収集を行った。

事例調査は都内A区直営の基幹型在宅介護支援センターの勤務経験をもつ、経験年数5年以上の保健師12人、看護師1人、社会福祉士2人に対し、自記式質問紙法により行った。事例の選定は、2000年4月から2005年3月の間に、回答者が直接介入援助を行った本研究の定義に該当する高齢者の事例の中から、とくに印象の残る1事例以上とし、相談記録台帳またはカンファレンスの記録を参照した上での回答を依頼した。調査内容は、基本的属性として性別と年齢、「対象事例の介護サービスの導入を困難にする問題」について自由記述の回答を求めた。調査時期は2005年5月である。

また、事例調査は都市部に限定した調査であり、質問項目の網羅性を確保するため、高齢者の意思決定に関する研究¹³⁾、問題のみられる介護者に関する研究¹⁴⁾、介護保険制度開始以降報告されている支援困難高齢者の事例のうち、介護サービスの導入が困難であった事例の報告^{15~18)}を参考に質問項目を検討し、事例調査で収集した項目と重複するものを除いた項目を抽出した。

表1 介護サービス導入を困難にする問題 質問項目と回答者数(%)

質問項目	平均値±SD	まったくあてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	非常にあてはまる	
① 本人のサービス利用抵抗	X1** 自分の生活に問題を感じていない	3.78±1.25	20(6.4)	38(12.2)	51(16.4)	83(26.7)	119(38.3)
	X2** 介護サービスの利用を拒否する	3.9±1.24	17(5.5)	38(12.2)	41(13.2)	79(25.4)	136(43.7)
	X3 介護サービス以外でも、生活支援にかかわるサービスすべてを拒否する	3.32±1.31	29(9.3)	69(22.2)	62(19.9)	75(24.1)	76(24.4)
	X4 保健・福祉専門職の援助・介入・助言を拒否する	2.95±1.24	39(12.5)	90(28.9)	71(22.8)	71(22.8)	40(12.9)
	X5 他者とできるだけかかわりたくないと思っている	2.95±1.24	43(13.8)	76(24.4)	86(27.7)	64(20.6)	14(13.5)
	X6 他者に対する不信感をもっている	3.07±1.23	38(12.2)	64(20.6)	95(30.5)	66(21.2)	48(15.4)
	X7 他人を家に入れたいと思っていない	3.38±1.30	30(9.6)	59(19.0)	60(19.3)	86(27.7)	76(24.4)
	X8 自分の生活を変えたくないという気持ちが強い	3.29±1.20	15(4.8)	39(12.5)	54(17.4)	91(29.3)	112(36.0)
	X9 人の世話になりたくないと思っていない	3.45±1.21	21(6.8)	53(17.0)	75(24.1)	88(28.3)	74(23.8)
	X10 自分のことは放っておいてほしいと思っていない	2.99±1.18	31(10.0)	83(26.7)	96(30.9)	59(19.0)	42(13.5)
	X11# 自分がどうなってもいいと思っていない	2.57±1.05	46(14.8)	112(36.0)	99(31.8)	37(11.9)	17(5.5)
X12# 介護サービスにお金を払いたくないと思っていない	2.96±1.33	59(19.0)	49(15.8)	99(31.8)	52(16.7)	52(16.7)	
X13 親族の助言にもまったく従わない	3.41±1.27	31(10.0)	45(14.5)	76(24.4)	83(26.7)	76(24.4)	
② 家族の非協力	X14 対象者へ主にかかわる親族は、他人を家に入れたいと思っていない	2.52±1.44	110(35.4)	56(18.0)	64(20.6)	35(11.3)	46(14.8)
	X15* 対象者へ主にかかわる親族は、家族だけで介護したいと思っていない	2.16±1.36	145(46.6)	60(19.3)	49(15.8)	25(8.0)	32(10.3)
	X16 対象者へ主にかかわる親族は、介護にお金をかけたくないと思っていない	2.63±1.34	87(28.0)	57(18.3)	89(28.6)	39(12.5)	39(12.5)
	X17* 対象者へ主にかかわる親族は、対象者に経済的に依存している	2.01±1.32	168(54.0)	51(16.4)	39(12.5)	28(9.0)	25(8.0)
	X18 対象者へ主にかかわる親族は、本人に介護が必要であることを理解していない	2.67±1.40	90(28.9)	66(21.2)	48(15.4)	70(22.5)	37(11.9)
	X19# 対象者と主にかかわる親族との間で、十分な意思疎通がはかされていない	3.69±1.30	28(9.0)	37(11.9)	45(14.5)	95(30.5)	106(34.1)
	X20 対象者へ主にかかわる親族は、必要時、要介護・要支援認定申請手続きを適切に行うことができない	2.88±1.48	81(26.0)	60(19.3)	45(14.5)	66(21.2)	59(19.0)
	X21* 対象者へ主にかかわる親族は、介護サービス利用のための契約能力が不十分である	2.17±1.27	131(42.1)	70(22.5)	60(19.3)	26(8.4)	24(7.7)
	X22 対象者へ主にかかわる親族は、介護サービスの利用に非協力的である	2.81±1.50	91(29.3)	50(16.1)	58(18.6)	52(16.7)	60(19.3)
	X23* 対象者は介護サービスに払うお金がない	2.46±1.47	116(37.3)	68(21.9)	44(14.1)	34(10.9)	49(15.8)
③ 手続き遂行上の問題	X24 お金の支払いや預貯金の引き出しなど自分で(または誰かに依頼して)金銭管理を行うことができない	3.32±1.49	50(16.1)	58(18.6)	44(14.1)	59(19.0)	100(32.2)
	X25** 自ら相談先に向くことができない	4.06±1.22	14(4.5)	30(9.6)	46(14.8)	53(17.0)	168(54.0)
	X26 介護保険制度を理解できない	3.75±1.20	16(5.1)	40(12.9)	57(18.3)	90(28.9)	108(34.7)
	X27** 自分が希望したとしても、要介護・要支援認定申請手続きを行うことができない	3.65±1.44	37(11.9)	49(15.8)	27(8.7)	71(22.8)	127(40.8)
	X28 自分が希望したとしても、介護サービス利用のための契約ができない	3.55±1.43	39(12.5)	51(16.4)	34(10.9)	75(24.1)	112(36.0)
	④ イマコン不足	X29 対象者が生活上困ったときに相談する人がいない	3.02±1.22	38(12.2)	74(23.8)	83(26.7)	75(24.1)
X30 対象者の代わりに、必要な相談や手続きを行ってくれる、キーパーソンがいない		3.29±1.44	46(14.8)	62(19.9)	48(15.4)	67(21.5)	88(28.3)
⑤ 受診抵抗	X31 受診(往診も含む)を拒否している	2.89±1.52	81(26.0)	63(20.3)	44(14.1)	54(17.4)	69(22.2)
	X32# 受診して(または往診をうけて)いない	3.09±1.74	104(33.4)	33(10.6)	16(5.1)	47(15.1)	111(35.7)
	X33 受診により、病気をみつけれられることを怖いと思っていない	2.25±1.12	105(33.8)	69(22.2)	104(33.4)	20(6.4)	13(4.2)
⑥ 健康問題による低下	X34** 疾病や栄養不良などによる体調不良がある	3.84±1.16	15(4.8)	36(11.6)	39(12.5)	115(37.0)	106(34.1)
	X35 短期記憶障害がみられる	3.64±1.35	30(9.6)	42(13.5)	53(17.0)	72(23.2)	114(36.7)
	X36** 理解力・判断力の低下がみられる	3.81±1.26	25(8.0)	30(9.6)	39(12.5)	101(32.5)	116(37.3)
	X37# うつ状態がみられる	2.55±1.14	68(21.9)	80(25.7)	107(34.4)	37(11.9)	19(6.1)
	X38# 被害妄想がみられる	2.83±1.40	73(23.5)	62(19.9)	75(24.1)	48(15.4)	53(17.0)
	X39# 精神疾患、アルコールや薬物依存の問題がある	2.29±1.45	141(45.3)	49(15.8)	51(16.4)	29(9.3)	41(13.2)
⑦ 既存文庫加	X40# 親族以外からは介護されたくないと思っていない	2.52±1.14	64(20.6)	99(31.8)	88(28.3)	41(13.2)	19(6.1)
	X41* 対象者へ主にかかわる親族に、統合失調症、うつ、ひきこもり、アルコール症など精神的問題をもつ人がいる	2.05±1.44	179(57.6)	35(11.3)	41(13.2)	16(5.1)	40(12.9)
	X42* 対象者へ主にかかわる親族に、知的障害者がいる	1.55±1.08	233(74.9)	20(6.4)	36(11.6)	9(2.9)	13(4.2)

項目分析後削除した質問項目 *：因子構造から除外した項目

**：平均値+標準偏差≥5 *：平均値-標準偏差≤1

2) 分析方法

事例調査では58事例の回答を得、基本的属性は女性41人(70.7%)、男性17人(29.3%)、平均年齢79.8±6.0歳であった。

「介護サービスの導入を困難にする問題」は、事例調査より得られた自由記述の内容を一文ごとにコード化した後、コードの意味内容が共通するものをまとめ、10年以上の経験を有する保健師4人、社会福祉士1人と質的帰納的に整理・分類を繰り返した。

3) 倫理的配慮

事例調査は調査対象機関である基幹型在宅支援センターの許可を受け実施した。自記式質問紙は、調査者が調査協力者に調査主旨、目的、個人情報保護、倫理的配慮について説明し、同意を得た上で手渡した。

4) 質問項目の作成

自由記述の分析により①本人のサービス利用抵抗に関する質問13項目、②家族の非協力に関する質問9項目、③手続き遂行上の問題に関する質問6項目、④インフォーマルサポート不足に関する質問2項目、⑤受診への抵抗に関する質問3項目、⑥健康問題による心身機能の低下に関する質問6項目の計39項目が収集された。さらに既存文献の検討により3項目を追加し、42の質問項目を作成した(表1)。

3. 本調査

1) 調査方法

本州地域に所在する人口5万人以上(2004年4月時点)の市区町の保健センターまたは高齢者相談担当部署657か所の保健師に対し、自記式質問紙法による郵送調査にて事例調査を実施した。調査対象事例は、本研究の介護サービスの導入が困難な高齢者の定義に該当する事例で、回答する保健師が2000年4月以降、家庭訪問による介入援助を行った、とくに印象に残る1事例とした。調査票は返信用封筒を同封し無記名にて回収した。調査期間は2005年9月である。

調査票回収数は336通(回収率51.1%)であった。これらのうち、「介護サービスの導入を困難にする問題」の質問に欠損値を有する調査票を除く311通(有効回答率47.3%)を分析対象とした。

2) 調査項目

①回答者および所属する自治体の属性：回答者の性別、年代、経験年数、回答者の所属する自治体の人口

②対象事例の基本的属性：対象事例の性別、年齢、要介護状態となる主な原因となった疾患、家族構成、対象事例について最初に相談部署へ相談を持

ち込んだ相談者は誰か

③対象事例に対する介入援助の結果：対象者への介入援助はどの程度困難であったか、対象事例へ介入援助を行った結果、要介護・要支援認定の申請および介護サービスの利用につながったか

④介護サービスの導入を困難にする問題：表1に示す42項目とした。質問文は、「対象者または対象者の親族は、以下の質問項目に示すような状態に当てはまりますか」とし、回答選択肢は、「1. まったくあてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. どちらともいえない 4. ややあてはまる 5. 非常によくあてはまる」の5件法とした。

3) 分析方法

「介護サービスの導入を困難にした問題に関する質問項目」は、42の質問項目の各回答について、「まったくあてはまらない」から「非常によくあてはまる」までを1~5点とする得点化をした。次いで項目分析を行い、各質問項目で回答が高い値を持つ選択肢に集中しすぎている状態(天井効果)と、回答が低い値を持つ選択肢に集中しすぎている状態(床効果)を除くために、本邦でよく用いられている判定基準、天井効果は“平均+標準偏差 ≥ 5 ”、床効果には“平均-標準偏差 ≤ 1 ”を用いた。天井効果のみられた6項目(X1, X2, X25, X27, X34, X36)、床効果のみられた7項目(X15, X17, X21, X23, X39, X41, X42)は以降の分析から除外した。残った29項目については正規P-Pプロットによりすべてに正規性があることを確認した上で、主因子法による因子分析を行った。第1因子から第7因子までの固有値は、(6.45, 4.05, 2.40, 1.66, 1.56, 1.19, 1.07)であり、累積寄与率は、(22.25, 36.21, 44.49, 50.12, 55.60, 59.69, 63.38)であった。固有値1以上の基準で累積寄与率50%以上、因子の解釈可能性を考慮すると、5因子構造が妥当であるとして採用した。次に5因子と仮定して、主因子法・プロマックス斜交回転による探索的因子分析を行った。因子の解釈はプロマックス回転後の因子パターン行列に着目し、因子負荷量が0.40以上を示し、かつ複数の因子に0.40以上の因子負荷量を示さない項目にもとづき行った。最終的に5因子22項目が抽出され、因子名を『生活の変化に対する抵抗』、『親族の理解・協力の不足』、『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』、『受診に対する抵抗』と名づけた。各因子の信頼性の検証にはCronbachの α 信頼性係数を算出した。

最後に、介護サービスの導入を困難にしている問題の関係性を検討するために、因子分析で得られた5因子間の関係性をあらかず仮説モデルを想定し、

共分散構造分析を用いて検証を行った。仮説モデルは、予備調査の58事例を参考に検討した。各事例に予備調査で作成した質問項目の構成概念①～⑤（表1）をあてはめ、構成概念間の関係の方向性について事例の内容を検討した。予備調査では「①本人のサービス利用抵抗」に34事例、「②家族の非協力」に17事例、「③手続き遂行上の問題」に19事例、「④インフォーマルサポート不足」に29事例、「⑤受診への抵抗」に22事例が該当した。53事例（91.4%）に複数の構成概念が該当しており、検討の結果、介護サービスの利用を困難にするのは『生活の変化に対する抵抗』、『親族の理解・協力の不足』が主要因であると想定した。要因の不足および重複についても検討し、『受診に対する抵抗』は、『生活の変化に対する抵抗』に内包される概念とも考えられたため、まず『生活の変化に対する抵抗』、『親族の理解・協力の不足』、『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』の4因子を潜在変数としたモデルをつくり共分散構造分析を行ったが、適合度の高いモデルが得られなかった。そこで、『生活の変化に対する抵抗』、『親族の理解・協力の不足』2要因それぞれが『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』、『受診に対する抵抗』に影響を与え、かつ最終的に影響を受ける要因は『インフォーマルサポートの不足』であるという構造で、これら5因子を潜在変数とし、共分散構造分析によるモデリングを繰り返した。また、各因子の下位尺度項目数は2～9と差異がみられ、モデルが過度に複雑化することを避けるため、各因子の因子負荷量が高値の上位4項目を観測変数として選択した。モデルの評価には、GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), AIC (Akaike's Information Criterion) を確認し、最も適合度の高いモデルを選定した。

分析は、単純集計、項目分析、因子分析にはSPSS15.0J for Windowsを、共分散構造分析にはAMOSVer5.0を用いた。

4) 倫理的配慮

調査票郵送にあたって調査対象者の所属長に文書にて調査協力を依頼した。調査対象者には、調査票とともに調査依頼文を同封し、調査目的と意義を明記した調査依頼とともに調査協力は任意であり、回答者及び調査対象者の匿名性、プライバシーは保護されることを明示した。調査票への回答をもって調査への同意を得たものとした。回収した調査表はIDを付し、データはコード化して処理した上で厳重に管理した。

Ⅲ 研究結果

1. 回答者および対象事例の属性と介入援助の結果

回答者および所属する自治体の属性を表2に示す。回答者の経験年数は、10年以上が7割以上を占めていた。

対象事例の属性を表3に示す。性別は女性が約7割で、年代は70歳代、80歳代が約8割を占めた。要介護状態になる主な原因となった疾患は認知症が最も多く約4割、家族構成は独居が半数以上を占めていた。初回相談者については、近隣住民、関係機関職員など、親族以外の関係者が約6割を占めた。

対象事例に対する介入援助の結果を表4に示す。対象事例への介入援助の困難さは、非常に困難とやや困難の回答が9割近くを占めた。要介護・要支援認定の申請に至った事例は228人（71.4%）、介護サービスの利用に至った事例は166人（53.4%）で、利用まで6か月以上を要した事例が59例（19.0%）みられた。

2. 介護サービスの導入を困難にする問題の因子構造

項目分析により残った29項目に対して、因子分析を行った結果、最終的に5因子22項目を選定した。最終的な因子パターンを表5に示す。

第1因子に高い負荷量を示した項目は「他人を家に入れたくない」、「自分のことは放っておいてほしい」など9項目で、『生活の変化に対する抵抗』因子と解釈した。第2因子に高い負荷量を示した項目は「親族が他人を家に入れたくないと思っている」、「親族は介護保険サービスの利用に非協力的である」

表2 回答者および所属する自治体の属性

n = 311		
項目	カテゴリー	n (%)
保健師としての経験年数	5年未満	1(0.3)
	5～10年未満	74(23.8)
	10～20年未満	134(43.1)
	20年以上	97(31.2)
	無回答	5(1.6)
自治体の人口	5万人未満	2(0.6)
	5～10万人未満	89(28.6)
	10～20万人未満	76(24.4)
	20～30万人未満	32(10.3)
	30～50万人未満	35(11.3)
	50万人以上	71(22.8)
	無回答	6(1.9)

表3 対象事例の属性

		n=311
項目	カテゴリー	n (%)
性別	男性	98(31.5)
	女性	211(67.8)
	無回答	2(0.6)
年代	60歳代	44(14.1)
	70歳代	132(42.4)
	80歳代	110(35.4)
	90歳以上	15(4.8)
	無回答	10(3.2)
主疾患 (重複回答)	認知症	122(39.2)
	脳血管疾患	45(14.5)
	精神疾患	35(11.3)
	筋・骨格系疾患	57(18.3)
	悪性新生物	6(1.9)
	その他内科的疾患	39(12.5)
	その他	43(13.8)
	不明	20(6.3)
家族構成	独居	160(51.4)
	夫婦2人暮らし	38(12.2)
	配偶者・未婚の子と同居	16(5.1)
	未婚の子と同居	41(13.2)
	既婚子・既婚子家族と同居	29(9.1)
	兄弟姉妹と同居	12(3.8)
	その他	13(4.2)
	無回答	2(0.6)
	初回相談者	近隣住民・民生委員・家主
友人・知人		9(2.9)
関係機関職員		94(30.2)
主治医		4(1.3)
同居親族		27(8.7)
同居以外の親族		30(9.6)
本人		22(7.1)
その他		22(7.1)
不明		2(0.6)
無回答		4(1.3)

などの5項目であり、『親族の理解・協力の不足』因子と解釈した。第3因子は、「本人は介護サービス利用のための契約ができない」、「介護保険制度を理解できない」などの4項目に高い負荷量を示し、『手続き・契約における能力不足』因子と解釈した。以下第4因子は『インフォーマルサポートの不足』因子、第5因子は『受診に対する抵抗』因子と解釈した。Cronbachの α 係数は22項目全体が0.78、各因子が0.89/0.83/0.82/0.65/0.69と高い信頼係数が得られた。

表4 対象事例に対する介入援助の結果

		n=311
項目	カテゴリー	n (%)
対象高齢者への介入援助の困難さ	非常に困難	162(52.1)
	やや困難	109(35.0)
	どちらでもない	25(8.0)
	あまり困難ではない	8(2.6)
	全く困難ではない	0(0.0)
無回答	7(2.3)	
要介護・要支援認定申請に至ったか	申請しなかった	74(23.8)
	介入後1か月以内に申請	78(25.1)
	介入後1~3か月以内に申請	46(14.8)
	介入後3~6か月以内に申請	37(11.9)
	介入後6か月より後に申請	60(19.3)
不明	14(4.5)	
無回答	2(0.6)	
介護サービスの利用に至ったか	サービス利用に至らない	132(42.4)
	介入後1か月以内に利用	37(11.9)
	介入後1~3か月以内に利用	42(13.5)
	介入後3~6か月以内に利用	28(9.0)
	介入後6か月より後に利用	59(19.0)
不明	9(2.9)	
無回答	4(1.3)	

3. 介護サービスの導入を困難にする問題の関係性

介護サービスの導入を困難にしている問題の関係性について、共分散構造分析を用いて想定した仮説モデルの検証を行った。最も適合度の高かったモデルを図1に示す。潜在変数を楕円形で、観測変数を長方形で示している。◎またはⓐはそれぞれ誤差変数を表し、観測変数・潜在変数のみで説明しきれない誤差を表現している。図1のモデルは、カイ二乗値(CMIN) = 184.43, 自由度(DF) = 98, 有意確率(P) < 0.001である。また, GFI = 0.929, AGFI = 0.901, CFI = 0.950と高い適合度を得られた。また, 潜在変数がそれぞれの観測変数に与えている標準偏回帰係数は0.63から0.88であり, 潜在変数と観測変数は適切に対応していた。潜在変数間の標準偏回帰係数はすべて有意であった。

潜在変数間のみをみると、『生活の変化に対する抵抗』因子を外生変数とし、『受診に対する抵抗』と『親族の理解・協力の不足』につながる2方向への関係性が示され, 仮説モデルで主要因であると想定した『生活の変化に対する抵抗』と『親族の理解・協力の不足』の2つの潜在変数には逆相関がみられた。

第一に、『生活の変化に対する抵抗』→『受診に

表5 介護サービス導入を困難にする問題の因子分析結果

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
第1因子：生活の変化に対する抵抗					
X7 他人を家に入れたくない	0.828	0.086	-0.054	-0.002	-0.125
X10 自分のことは放っておいてほしい	0.759	0.014	0.074	-0.128	0.091
X5 他者とできるだけかかわりたくない	0.725	-0.056	0.031	0.189	0.001
X9 他人の世話になりたくない	0.717	0.046	-0.012	-0.217	0.016
X4 保健・福祉専門職の援助・介入・助言を拒否	0.713	-0.031	0.024	0.080	0.015
X8 自分の生活を変えたくない	0.697	0.078	-0.109	-0.119	0.048
X3 生活支援にかかわるサービスを全て拒否	0.670	0.060	0.032	-0.074	0.071
X6 他者に対する不信感がある	0.653	-0.160	0.036	0.279	-0.127
X13 親族の助言にも従わない	0.472	-0.016	-0.028	-0.002	0.155
第2因子：親族の理解・協力の不足					
X14 親族は他人を家に入れたくない	0.091	0.773	0.060	-0.088	-0.107
X22 親族は介護保険サービスの利用に非協力的	-0.062	0.732	-0.054	0.139	0.031
X18 親族は本人に介護が必要であることを理解していない	0.062	0.703	-0.027	0.022	-0.033
X16 親族は介護にお金をかけたくない	-0.054	0.675	0.085	-0.032	0.073
X20 親族は必要時サービス利用のための手続きを遂行することができない	0.031	0.507	-0.048	0.310	0.060
第3因子：手続き・契約における能力の不足					
X28 本人は介護保険サービス利用のための契約ができない	-0.077	0.021	0.791	0.011	-0.013
X26 介護保険制度を理解できない	0.092	-0.018	0.735	0.044	0.002
X35 短期記憶障害がみられる	0.086	-0.031	0.714	0.024	-0.100
X24 日常の金銭管理を行えない	-0.124	0.069	0.687	-0.058	0.116
第4因子：インフォーマルサポートの不足					
X30 本人に代わって必要な相談や手続きを行うキーパーソンがいない	-0.074	0.112	-0.028	0.702	0.001
X29 困ったときに相談する相手がいない	0.013	0.032	0.055	0.574	0.043
第5因子：受診に対する抵抗					
X31 受診・往診を拒否している	0.115	-0.118	0.000	0.107	0.724
X33 受診により病気をみつけたくないと思っている	0.054	0.075	-0.002	-0.031	0.657
固有値	5.70	3.60	2.18	1.26	1.18
Cronbach's α	0.89	0.83	0.82	0.65	0.69
寄与率 (%)	23.83	14.23	7.80	3.45	3.33
累積寄与率 (%)	23.83	38.06	45.88	49.32	52.65

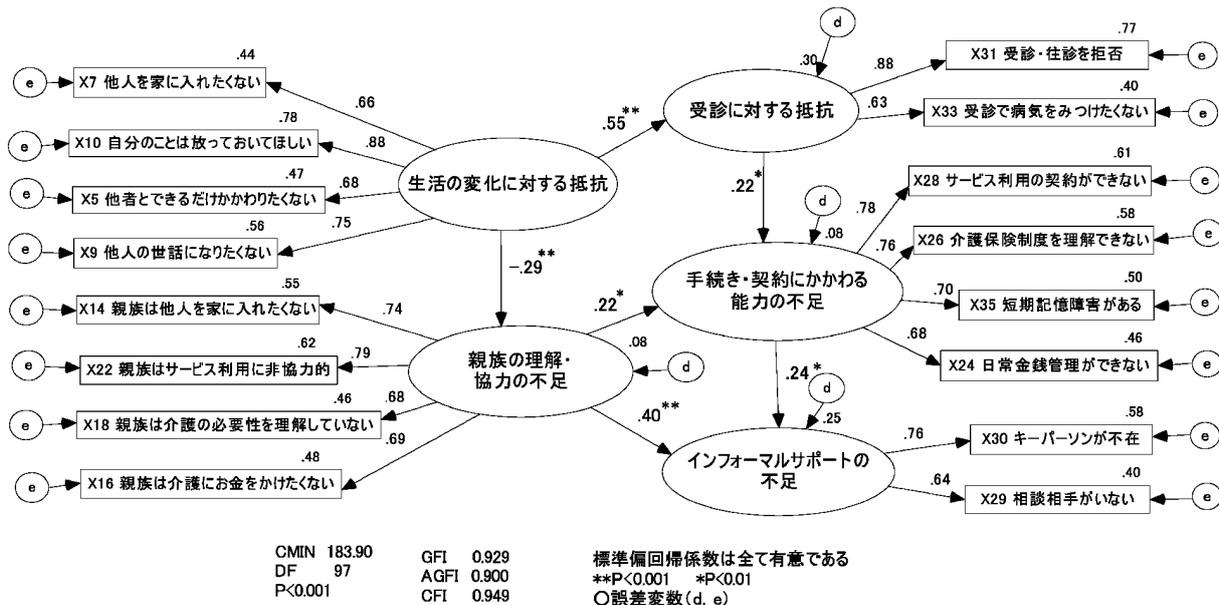
因子分析：主因子法・プロマックス回転
 因子負荷量0.4以上は太字で示している

対する抵抗』→『手続き・契約における能力不足』→『インフォーマルサポートの不足』への関連が示され、潜在変数間はいずれも有意な正の影響が認められた。すなわち「他人を家に入れたくない」、「自分のことは放っておいてほしい」といった観測変数で構成される『生活の変化に対する抵抗』を有する者は、『受診に対する抵抗』をも併せ持つ傾向にあり、変化に対する高齢者の抵抗感の強さを示す関係性がみられた。そしてこのような抵抗感が強いと、介護サービスの利用に対する意欲や関心も低くなり、『手続き・契約における能力不足』へ繋がるものと推察された。さらに、困った時に自ら助けを求

める能力が不足するために、結果的に『インフォーマルサポートの不足』をももたらし、介護サービスの導入が困難となっていることが示された。

次に、『生活の変化に対する抵抗』から『親族の理解・協力の不足』への有意な負の関係がみられた後、『親族の理解・協力の不足』→『インフォーマルサポートの不足』または、『親族の理解・協力の不足』→『手続き・契約における能力不足』→『インフォーマルサポートの不足』への有意な正の関係が認められた。つまり『親族の理解・協力の不足』の問題をもつ高齢者は、『生活の変化に対する抵抗』を有していなくても、親族がサービス利用の妨げに

図1 介護サービスの導入を困難にする問題の関係性



なることから、『インフォーマルサポートの不足』につながり介護サービスの導入が困難になっている構造が示された。なお、『親族の理解・協力の不足』から『インフォーマルサポートの不足』への関係については、直接効果が0.40、間接効果が0.053 (0.22 × 0.24) で『手続き・契約における能力不足』を媒介しない影響の方が大きく、『親族の理解・協力の不足』がみられる高齢者には、『インフォーマルサポートの不足』が直接的に介護サービスの導入を困難にしている関係性がみられた。

Ⅳ 考 察

1. 本研究対象者の特徴と保健師の介入

介護サービス導入が困難な高齢者の特徴をみると、対象者が要介護状態になる主な原因となった疾患は約4割が認知症であり、家族構成は独居が51.4%、夫婦2人世帯が12.2%であった。平成19年国民生活基礎調査による、要介護者等の介護が必要となった主な疾患の14.0%が認知症という結果や、世帯構成は独居が24.0%、夫婦2人世帯は20.2%という報告と比較して²⁾、介護保険利用者の場合よりも本研究の対象事例では認知症を有する者の割合と独居世帯の割合が多くを占めていると推定できる。サービスが必要と認識できず、介護保険申請にたどり着けない典型的な高齢者群が一人暮らしの認知症の高齢者³⁾と言われており、本調査はこのことを裏付ける結果となった。また、介入援助の結果、介護サービスの利用につながった事例のうち、サービス利用につながるまでに6か月以上かかった事例が最も多く、9割近い事例に保健師が介入援助の困難さ

を感じていたことから、介入援助には一定の時間と労力がかかっていると推測された。

2. 介護サービス導入を困難にする問題の関係性と介入援助方法

本調査では、行政機関の保健師に対する事例調査を行い、介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性について検討した。保健師は自治体において、介護保険業務の最前線で地域の高齢者や家族への支援を行っている職種^{19,20)}であり、現場経験の蓄積にもとづいた回答を得られたと考える。本研究では、介護サービスの導入を困難にする問題の関係性について、共分散構造分析を行い検討した。その結果得られたモデルから、『生活の変化に対する抵抗』と『親族の理解・協力の不足』の問題に、『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』、『受診に対する抵抗』の問題が重なり、介護サービスの導入が困難になっていると考えられた。

まず『生活の変化に対する抵抗』をもつ高齢者は『受診に対する抵抗』の問題を有し、さらに『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』へとつながる関係性がみられた。『生活の変化に対する抵抗』因子は、「他人を家に入れたくない」、「自分のことは放っておいてほしい」などの観測変数から構成されている。保健師は対象高齢者に介護サービスが必要と判断して介入援助を行っているが、この問題を背景にもつ高齢者は他者にかかわられることを望んでおらず、保健師の援助の方向性とは一致していない状況がうかがえた。また介護保険の要介護・要支援認定申請の手続きには、意見書を作成する主治医が必要であり、受診す

ることが要介護・要支援認定申請の前提となっているが、『受診に対する抵抗』があると要介護・要支援認定の手続きが進まないこととなる。これらのような高齢者自身のもつ意思、価値観、考え方の問題に加えて、判断力や理解力、金銭管理などの能力の低下や、それらを補う周囲の支援の不足の問題が重なり、介護サービスの導入が困難となる問題構造が推察された。

しかし本調査では実際の介入援助の結果、約半数の事例が介護サービスの利用につながっており、このことから『生活の変化に対する抵抗』を有する高齢者にも介護サービス利用の潜在ニーズは存在すると考えられる。介護保険制度施行以前は、サービスの利用を拒否する高齢者に対してサービスを利用するまでの援助を、行政が手厚く行ってきたことが報告されている^{3,4)}。一方、介護保険制度下では、介護サービスの利用を受け入れない高齢者は、支援なしに打ち捨てられる可能性があることが指摘されているが^{3,4)}、今回の調査では、保健師が介護サービスの導入が困難な高齢者に対して積極的に介入援助を行い、一定の成果を上げていた。『生活の変化に対する抵抗』をもつ高齢者に対する、具体的、効果的な介入方法は今後の検討課題であるが、まず本人が自らの潜在的ニーズに気づいたり、介護サービスを利用することによる利点を認識したりするための介入援助が重要と考える。その上で、受診拒否に対するアプローチ、契約能力および金銭管理能力を補うための日常生活自立支援事業や成年後見制度の活用など、専門家の連携した対応により、諸制度の活用を行い、高齢者が介護サービスの利用を受け入れることができるような働きかけが重要と言える。ただし、高齢者の意思の尊重という側面を考えた時、介護サービス利用を望んでいない高齢者に対して、専門職が介入援助に着手する判断基準は十分に検討されなければならない。

また次に『親族の理解・協力の不足』の問題に着目すると、『生活の変化に対する抵抗』因子から『親族の理解・協力の不足』因子へは負の関係を示し、さらに『手続き・契約における能力不足』および『インフォーマルサポートが不足』の問題へと関係していた。親族の理解・協力が得られない高齢者は、介護サービスを自分の生活に受け入れる素地があっても、自らの能力不足、インフォーマルサポートの不足が関係し、介護サービスの導入は困難となることが示唆された。介護サービス利用の意思決定に家族の意向が大きく関与していることが報告されているように¹³⁾、家族のせいで介護サービスの利用につながらない事態は起こり得る。在宅サービスの

受け入れを拒否している高齢者の同居家族の背景として、精神障害・知的障害がある、介護意欲が低い、人間関係が悪い、他人が家に入ることに抵抗がある、金銭面の問題があるなどが報告されている¹⁴⁾。家族が非協力的となっている背景を見極め、家族が適切な意思決定を行うことができるよう支援することが必要である。このような親族の理解を得るための働きかけの他、手続き・契約の援助や、親族に代わるキーパーソンの選任など、インフォーマルサポートの不足を直接補う支援が有効と考えられる。

3. 能力の低下およびサポートの不足を補完する対策の必要性

介護サービスを困難にする問題は、『生活の変化に対する抵抗』、『親族の理解・協力の不足』、『受診に対する抵抗』といった高齢者本人、または親族自身の意思、価値観、考え方の問題に加え、『手続き・契約における能力不足』および『インフォーマルサポートが不足』の問題が重なっていた。『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』の問題は、制度利用や契約にかかわる能力低下の問題、キーパーソンや相談相手の不在によるサポートの不足を示す観測変数により規定されている。この問題は、現在の介護保険制度の中で、高齢者の契約能力等の低下、能力低下を補うインフォーマルサポートの不足を支援する仕組みが不足し、保障されていないことを意味すると考える。

介護保険制度開始以降、自治体の公的責任が曖昧になり、それまで市町村が行ってきた生活困難者の発見、相談といった高齢者福祉機能は大幅に後退している²¹⁾と言われている。介護保険制度下の介護サービスは、利用者の自己決定により選択・利用できることが大きな利点である。しかしその反面、判断能力等の低下により自己決定能力が損傷されている高齢者の場合、何らかの支援がなければサービス利用に至ることは困難となる構造も持ち合わせている。国民生活基礎調査によると、65歳以上の者のいる高齢者世帯のうち、独居および夫婦2人暮らしの世帯は年々増加傾向にあり、既に半数を超えている²⁾。また、地域社会との交流が希薄化していることも考えあわせると、何らかの支援が必要であっても、家族や地域からインフォーマルな保護や支援を得られない高齢者は今後増加の一途をたどると推測される。現在、高齢者の介護サービスのマネジメントは主として介護支援専門員が担っているが、このケアマネジメントは要支援・要介護の申請、認定が起点となっており、介護サービスが必要であるが申請に至らない高齢者の発見に繋がるアウトリーチ機

能はもっていない。健康や福祉について困った時の相談相手がいない高齢者は、在宅福祉サービスの周知が低いという報告もみられ²²⁾、このような高齢者ほど情報が届きにくいと言える。成年後見制度に関しても、市区町村長による申し立ては少なく²³⁾、制度が準備されていても、これらを活用するまでの支援はまだ十分になされていない。以上の問題に対し、介護保険の保険者である市区町村の責任において、支援が必要な高齢者を早期に把握、支援する体制を構築するとともに、積極的に介入することが望まれる。

今回の調査では、対象事例に関する初回相談者は近隣住民・民生委員・家主および関係機関職員が約6割を占めていた。介護が必要なのに要介護認定を受けていない高齢者に関して、民生委員からの通報が増えていることから¹⁶⁾、自ら介護保険制度へアクセスできない高齢者の把握には、地域の協力が重要と言える。ただし、現行の介護保険制度下で、周囲の関係者による相談を期待するだけでは、関係者の目につかない高齢者の存在は取り残される恐れがあり、地域特性に応じた方策の検討が必要である。本調査事例の属性から考えると、独居世帯および夫婦2人世帯、認知症の高齢者はハイリスク群と言え、とくにこのような高齢者に焦点をあてた対応策が有効と考えられる。

現在、介護サービスを本人または親族が望んでおらずサービス利用に結びつかない高齢者への支援体制は自治体により様々である。高齢者に対する総合的なサービス調整と一体的な総合相談を行う「総合相談窓口」を設置し、サービスの利用に結び付けるきっかけを得ている自治体の報告もある²⁴⁾。相談窓口の明確化、各関係機関の役割と機能を具体的に検討することが重要である。

4. 本研究の限界と今後の課題

本調査は行政保健師を対象に事例調査を行った。介護サービスの導入が困難な高齢者についての定量的調査はこれまでに Rowe 等²⁵⁾、対照部も自治体により様々である中、貴重な回答を得ることができたと考える。介護サービスの導入が困難な高齢者は、①相談・発見につながらない高齢者、②相談・発見につながるがサービス利用に向けて専門職による介入援助が必要な高齢者、③相談・発見につながり簡易なサポートがあればサービス利用につながる高齢者の3つに分類されると考えられる。本研究ではこのうち②の高齢者を想定した調査を実施しており、研究対象者の一定の代表性は保たれていると考える。しかし、とくに印象に残る事例に関する後方視的調査であること、公的機関がかかわった事

例であることから、思い出しバイアスにより回答者が濃密に介入した事例など、極端な事例が選択されており、印象に残りにくい事例、公的機関が関わっていない事例などが脱落している可能性がある。今回得られた結果の一般化にはさらなる調査研究が必要である。また、介護サービスの過少利用の要因に低所得があげられているように²⁵⁾、介護サービスの導入を困難にする問題の背景となる要因についての検討も重要である。

V 結 論

本研究では介護サービスの導入を困難にする問題とその関係性を検討した。その結果、『生活の変化に対する抵抗』と『親族の理解・協力の不足』が主要因となり、『受診に対する抵抗』、『手続き・契約における能力不足』、『インフォーマルサポートの不足』へとつながる問題の関係性が示された。このような高齢者への支援には、個々の問題に応じた個別援助の他、手続き能力やサポートが不足し、支援が必要な高齢者を早期に把握して対応する体制を地域レベルで検討する必要がある。

調査にご協力いただいた自治体保健師の皆様へ心より感謝いたします。

この研究は勇美記念財団2004年度在宅医療助成を受けて行いました。

(受付 2010. 9.29)
採用 2012. 1.20)

文 献

- 1) 成田有吾. 患者の権利擁護と社会的問題. 治療学 2008; 42(6): 657-661.
- 2) 厚生統計協会. 図説 統計でわかる介護保険 2009. 東京: 厚生統計協会, 2009; 114-129.
- 3) 春日キスヨ. 介護にんげん模様: 少子高齢社会の「家族」を生きる. 東京: 朝日新聞社, 2000; 171-189.
- 4) 小川栄二. ケアマネジメントとホームヘルプにおける自治体の責任. 石川 満, 小川栄二, 加茂圭三, 他編. 自治体は高齢者介護にどう責任をもつのか. 東京: 萌文社, 2002; 25-39.
- 5) 関なおみ. 時間の止まった家: 「要介護」の現場から. 東京: 光文社, 2005; 16-69.
- 6) 田山輝明. 成年後見制度と地域福祉権利擁護事業. 総合リハビリテーション 2004; 32(11): 1071-1076.
- 7) 白井典子. 介護保険契約における成年後見制度の利用. 法律のひろば 2005; 58(6): 35-40.
- 8) 中村康子. 社会福祉制度の改正と権利擁護事業: 介護保険制度改正を通して. 人間福祉研究 2007; 10: 13-27.
- 9) 水野 裕. 介護保険制度と高齢者の意思能力. 老年精神医学雑誌 2002; 13(10): 1127-1135.

- 10) 鏡論. 地域包括支援センターの現状と課題. 老年精神医学雑誌 2008; 19(1): 48-58.
 - 11) 吉澤みどり. 援助困難ケースの全体像: 実態把握票作成とその集計分析より. 月刊地域保健 2003; 34(3): 81-89.
 - 12) 小倉千恵子, 榊原千佐子, 近藤あゆ子, 他. 介護保険制度開始後の行政機関が関わる事例の類型化とその役割の研究: A市B区2行政機関と在宅介護支援センターが関与した困難事例の分析から. 保健師ジャーナル 2007; 63(11): 1012-1017.
 - 13) 麻原きよみ, 百瀬由美子. 介護保険サービスの利用に関する高齢者の意思決定に関わる問題: 訪問看護師の意識調査から. 日本地域看護学会誌 2003; 5(2): 90-94.
 - 14) 吉江 悟, 高橋 都, 齋藤 民, 他. 同居家族が問題の主体となる高齢者在宅介護の対応困難事例の現状: 長野県A市の行政保健師へのインタビューから. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51(7): 522-529.
 - 15) 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.
 - 16) 川崎市介護保険運営協議会苦情解決・権利擁護等作業部会の議事録・資料. 介護保険下の老人福祉現場における援助・処遇困難ケース(その事例と対応の実際): 要介護高齢者の生活リスクとは. 賃金と社会保障 2002; 1321: 52-69.
 - 17) 木村紀明. 困難をかかえた家庭に自治体が責任をもって取り組む. 女性の広場 2004; 310: 58-63.
 - 18) 田村 宏. 保険者(自治体)にケアプランへの関与を求める 契約になじまないケースの処遇のために. 訪問看護と介護 2001; 6(3): 187-192.
 - 19) 三宅久枝, 二階堂一枝, 上野春代, 他. 市町村の介護保険分野に所属する保健師の業務実態. Nurse eye 2005; 18(4): 100-112.
 - 20) 永田智子, 村嶋幸代, 春名めぐみ, 他. 介護保険施行後の保健師活動に関する調査(第1報)介護保険業務へのとりくみに焦点をあてて. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50(8): 713-723.
 - 21) 伊藤周平. 「構造改革」と社会保障. 東京: 萌文社, 2002; 85-124.
 - 22) 松下恭子, 多田敏子, 橋本文子, 他. 介護保険による要介護認定を受けていない在宅高齢者の在宅福祉サービス周知状況. 日本看護福祉学会誌 2003; 9(1): 61-62.
 - 23) 新井 誠. 成年後見制度の現状と課題. 法律のひろば 2005; 58(6): 4-9.
 - 24) 藤野智子. 世田谷区における高齢者の保健福祉システム. 月刊地域保健 2000; 31(3): 5-15.
 - 25) 杉澤秀博, 深谷太郎, 杉原陽子, 他. 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. 日本公衆衛生雑誌 2002; 49(5): 425-435.
-

Problems impeding the introduction of care services under the long-term care insurance system

Hiroko SUZUKI*, Katsuo YAMANAKA^{2*}, Yoshio FUJITA^{3*}, Yasuyuki HIRANO^{4*} and Setsu IJIMA^{2*}

Key words : long-term care insurance system, care services, home-visit, public health nurse, covariance structural analysis

Objectives To identify problems currently impeding the introduction of care services to seniors who are not yet taking advantage of such services despite the need for some kind of in-home care, and to examine effective solutions by creating a model that clarifies relationships among these problems based on covariance structural analysis.

Methods An anecdotal self-completion questionnaire was sent by mail to public health nurses who provide consultations to seniors in 657 locations throughout the mainland Japan, Honshu. The cases targeted in this survey were seniors for whom the introduction of care services was perceived to be difficult. Respondents were asked to relate one particularly memorable case encountered since April 2000 in which intervention assistance was provided through home visits. The survey consisted of 43 questions, including demographic information, basic case data, the outcome of intervention assistance in the case cited, and obstacles to introducing nursing services. We analyzed the 311 valid responses received (valid response rate: 47.3%). After performing factor analysis on the problems that were considered to impede the introduction of care services, we examined the relationships among these problems using covariance structural analysis and selected the model that best fit the data.

Results 1) Problems that were considered to impede the introduction of care services were extracted from the results of an item analysis and factor analysis as follows. Factor 1: "Resistance to changing lifestyle." Factor 2: "Relative's lack of understanding or cooperation." Factor 3: "Lack of ability to handle procedures and contracts." Factor 4: "Lack of informal support." Factor 5: "Resistance to undergoing medical exams." 2) We performed a covariance structural analysis using the five factors derived from the factor analysis as the latent variables, and selected the best-fitting model, in which $GFI=0.929$, $AGFI=0.901$, and $CFI=0.950$. The model showed that factors 3, 4, and 5 overlapped with factors 1 and 2 in impeding the introduction of nursing services, thus impeding the introduction of care services.

Conclusion The relationships among the problems impeding the introduction of care services were clarified using an anecdotal survey administered to public health nurses. To provide adequate support to these seniors, efforts must be made to examine community-based methods of providing intervention assistance tailored to the needs of individuals, as well as to examine systems of identifying and accommodating seniors who require assistance because they lack the ability to handle bureaucratic procedures themselves and also lack other sources of support.

* Faculty of Nursing, Musashino University

^{2*} Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

^{3*} Faculty of Health Sciences Department of Occupational therapy, Mejiro University

^{4*} Faculty of Health and Welfare Department of Physical therapy, Tokushima Bunri University