

# 訪問介護の利用を決定する要因に関する研究

—ケアマネジャーに対する量的調査をもとに—

カサハラ サチコ シラサワ マサカズ  
笠原 幸子\*1 白澤 政和\*2

**目的** 本研究は、ケアマネジャーは利用者の生活を全体的に把握して介護サービスの利用を決定しているという仮説にもとづき、要介護認定者を対象に訪問介護サービスの利用の決定に関連する要因を明らかにすることを目的とする。

**方法** 近畿地方にあるA地域ケア協議会の協力を得て、同協議会研修会終了後、参加者（ケアマネジャー）に調査目的を説明し協力を依頼した。理解を得られたケアマネジャーのみに調査票を配布した（112名）。調査方法は自記式質問紙を用いた横断的調査法であり、調査期間は、2007年1月の約2週間である。当該ケアマネジャーが担当している利用者に関するデータをもとに、訪問介護の利用の有無を従属変数、利用者の基本的属性、身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況の3領域に大別した各変数を独立変数とする2項ロジスティック回帰分析を行った。

**結果** 有効回収率は73.2%（82名）で、利用者に関する回答数は1,587（分析対象者数）を得た。2項ロジスティック回帰分析による結果、訪問介護利用の決定に有意な関連があった変数は、「性別」「要介護度」「協力者の就労の有無」が有意な正の関連を示した。一方、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」「日常生活での近隣との関わり」「人を自宅に入れたがらない傾向」「世帯規模」「経済状況」が有意な負の関連を示した。

**結論** 本研究において、ケアマネジャーは利用者の身体機能状況に特化して訪問介護の利用を決定しているのではなく、身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況の相互関連性と相互依存性を考慮し、利用者の生活をホリスティック（全体的）に捉えて訪問介護の利用を決定していることが明らかになった。具体的には、訪問介護の利用の決定要因は、利用者の身体機能状況では、「要介護度」と「認知症老人の日常生活自立度判定基準」、利用者の精神心理状況では、「人を自宅に入れたがらない傾向」と「日常生活での近隣との関わり」、利用者の社会環境状況では、「協力者の就労の有無」「世帯規模」「経済的状況」であることが明らかになった。

**キーワード** 訪問介護、サービス利用の決定要因、ホリスティック（全体的）視点

## はじめに

ケアマネジャーは、多様な基礎資格をもった専門職として介護保険制度とともに創設された資格である。それ故、ケアマネジャーは個々の専門分化した専門職として、介護サービス利用者の特定の側面に着目するだけではなく、利用者の全体を捉えることが求められる。2005年の

介護保険法改正においても、利用者一人ひとりの状態像を適切に捉え、生活者としての彼らの特性を深く理解することが一層求められた。その結果ケアマネジャーの担当件数の基準は引き下げられ、業務が適切に行われるように配慮された経緯がある<sup>1)</sup>。ケアマネジャーは、利用者の身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況の相互関連性と相互依存性を考慮し彼らの生活

\* 1 四天王寺大学短期大学部准教授 \* 2 大阪市立大学大学院教授

を全体的に把握することが求められる。つまり、ケアマネジャーにホリスティック（全体的）視点が求められていると考えられる。本研究では、ケアマネジャーは、利用者の生活を全体的に把握して介護サービスの利用を決定しているという仮説にもとづき、要介護認定者を対象に訪問介護サービスの利用の決定に関連する要因を明らかにすることを目的とする。なお、訪問介護サービスに焦点を当てた理由は、サービス利用が多いこと、そして、利用に際して家庭内に他人が入ることを拒む気持ちが働く可能性がある<sup>2)</sup>といった訪問介護サービスの特性は、ケアマネジャーに包括的で柔軟な思考と対応を求めていると考えたからである。また、要介護認定者（以下、利用者）に限定した理由は、月単位定額制となった介護予防訪問介護サービスを含めるとサービス利用の決定要因が不明瞭になってしまう可能性があると考えたからである。

## 研究方法

### (1) 調査対象、方法、倫理的配慮

近畿地方にあるA地域ケア協議会の協力を得て、同協議会研修会終了後、参加者（ケアマネジャー）に調査目的を説明し協力を依頼した。理解を得られたケアマネジャーのみに調査票と返信用封筒を配布した（112名）。調査票は2部構成（ケアマネジャー自身に関する質問項目、当該ケアマネジャーが担当している利用者に関する質問項目）になっている。調査方法は自記式質問紙を用いた横断的調査法であり、調査期間は、2007年1月の約2週間である。有効回収率は73.2%（82名）で、利用者に関する回答数は1,587（分析対象者数）を得た。倫理的配慮に関しては、調査依頼に当たって、調査対象者に調査の目的を理解していただけたら協力してほしいこと、協力が得られた場合、データは事業所および個人のプライバシーの保護に十分配慮し、すべて統計的に処理され匿名性が確保されること、質問等があれば連絡していただきたいことなど、調査の目的を協力依頼文書に明記するとともに、研修会の際に協力できない場合

は回答せずともよいことも加えて伝えたため、本研究において倫理的な問題点はないと判断している。

### (2) 調査項目

調査項目の作成に関しては、同協議会の中で調査項目検討会議に参加できる会員の参加を呼びかけた。その結果、調査項目検討会議には7名のケアマネジャーと筆者の合計8名の参加で調査項目の検討を行った。実際の検討については、事前に、高齢者の領域で用いられている代表的なアセスメント・シートとして、介護保険法成立時、厚生省の高齢者介護サービス体制整備支援事業資料として提示されている Resident Assessment Instrument MDS-HC、全国老人保健施設協会・全国老人福祉施設協議会・介護療養型医療施設連絡協議会の3団体による包括的支援プログラム、日本社会福祉士会方式の「アセスメント票」、日本介護福祉士会方式の「アセスメント様式1と2」、日本訪問看護振興財団方式の施設版の5種類<sup>3)</sup>を参考に質問項目を選択した。さらに、高齢者の保健・医療・福祉サービス利用に影響する要因の整理・分析のための概念枠組みとしての Andersen らの行動モデル<sup>4)</sup>、健康状態を把握する概念枠組みに環境因子という観点を導入した ICF（国際生活機能分類）を参考にした。これらの概念枠組みは多くの研究で用いられている<sup>5)6)</sup>。行動モデルはサービス利用に影響する要因を素因・利用促進・病気の程度の3つに整理し、これらがサービス利用に影響するメカニズムを明らかにしている。行動モデルに改良を加えたホームヘルプサービスの利用に関する研究の質問項目<sup>7)8)</sup>を参考にした。また、人と環境との関係のなかで健康が形成されていることを明示している ICF は、利用者個人の特性だけでなく、環境因子との関係のなかで質問項目を検討することができた。

その結果、身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況の3領域に大別し身体機能状況では、要介護度、認知症老人の日常生活自立度判定基準、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）

など、精神心理状況では、ケアマネジャーから見た利用者の自立意識、社交性、他人を自宅に入れたがらない傾向など、社会環境状況では、世帯規模、協力者の有無、利用者の経済的状況などの調査項目案を作成した。精神心理状況では、利用者本人による回答ではなくケアマネジャーから見た利用者の精神心理状況を設定した。このような質問項目の設定した理由は、サービス利用の決定は利用者とその家族らの意思決定が第一義であるが、介護サービス計画案を作成する際、ケアマネジャーの暗黙の部分（利用者の精神心理状況を推し量る部分）が存在するという現場の経験値を反映させた。

対象者の基本属性は、性別と年齢とした。身体機能状況は、要介護度（要介護1～要介護5）、認知症老人の日常生活自立度判定基準（非該当＝1～M＝8）、障害老人の日常生活

自立度（J1＝1～C2＝8）、定期的な通院（なし＝0）とした。精神心理状況は、自立意識（弱い＝1～強い＝5）、社交性（ない＝1～ある＝5）、日常生活での近隣との関わり（持ってない＝1～持っている＝4）、人を自宅に入れたがらない傾向（ない＝1～ある＝5）とした。社会環境状況は、世帯規模（1人暮らし＝1～3世代＝4）、住環境（戸建＝0、集合住宅＝1）、経済的状況（生活保護＝1～年金以外収入あり課税世帯＝4）、協力者の有無（いない＝0、いる＝1）、利用者との続き柄（近隣者＝1～配偶者＝4）、利用者との関係性（悪い＝1～良い＝5）、協力者の就労の有無（就労していない＝0、就労している＝1）、協力者の年齢（40歳未満＝1～80歳以上＝4）とした。

表1 基本的属性の単純集計（N=1,587）

	度数（％）		度数（％）
性別		人を自宅に入れたがらない傾向	
男性	550 (34.7)	ない	506 (31.9)
女性	1 027 (64.7)	どちらかというもない	328 (20.7)
年齢（平均年齢80.6±9.85歳）		普通	437 (27.5)
42歳から64歳まで	117 ( 7.4)	どちらかというところ	214 (13.5)
65歳から74歳まで	267 (16.8)	ある	97 ( 6.1)
75歳から84歳まで	581 (36.6)	世帯規模	
85歳から103歳まで	610 (38.4)	1人暮らし	293 (18.5)
要介護度（平均要介護度2.30±1.31）		夫婦2人	386 (24.3)
要介護1	592 (37.3)	2世代	400 (25.2)
要介護2	382 (24.1)	3世代	499 (31.4)
要介護3	288 (18.1)	住環境	
要介護4	179 (11.3)	集合住宅	269 (17.0)
要介護5	138 ( 8.7)	戸建	1 316 (82.9)
認知症老人の日常生活自立度判定基準		経済的状況	
非該当	358 (22.6)	生活保護受給	33 ( 2.1)
a	367 (23.1)	年金のみ（非課税）	330 (20.8)
b	200 (12.6)	年金のみ（課税）	458 (28.9)
a	268 (16.9)	年金以外の収入あり（課税）	630 (39.7)
b	188 (11.8)	協力者の有無	
M	75 ( 4.7)	いない	103 ( 6.5)
定期的な通院	99 ( 6.2)	いる	1 484 (93.5)
通院している	25 ( 1.6)	利用者との続き柄	
通院していない		友人・近隣者	99 ( 6.2)
自立意識		嫁	294 (18.5)
弱い	205 (12.9)	実子	645 (40.6)
どちらかという弱い	323 (20.4)	配偶者	446 (28.1)
普通	398 (25.1)	協力者の就労の有無	
どちらかという強い	391 (24.6)	就労していない	814 (51.3)
強い	256 (16.1)	就労している	597 (37.6)
近隣との関わり		協力者の年齢（2区分）	
持ってない	145 ( 9.1)	40歳未満	67 ( 4.2)
あまり持ってない	357 (22.5)	40～60歳未満	752 (47.4)
少しは持っている	552 (34.8)	60～80歳未満	610 (38.4)
持っている	529 (33.3)	80歳以上	53 ( 3.3)

注 各項目で欠損値がある場合、合計値がnに満たない場合や100%に満たない場合がある。

(3) 分析方法

利用者に関するデータをもとに分析した。訪問介護の利用の有無と基本的属性、身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況との関係を見るために、*t*検定、 $\chi^2$ 検定、ピアソンの相関分析を行った。次に、訪問介護の利用の有無を従属変数とする2項ロジスティック回帰分析を行った。その際、独立変数は基本的属性の他に、先の分析で有意な差がみられた変数を投入するという方法を採用した。障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)は要介護度との相関が0.75と高かったため、また、社交性は自立意識との相関が0.58と比較的高かったため分析には使用しなかった。調査データの統計解析には、SPSS12.0 for Windowsを用いた。

研究結果

(1) 分析対象者の特性

分析対象者の特性を表1に示した。調査対象者の平均年齢は80.6±9.85歳で、42歳から103歳までを4区分すると85歳以上が38.4%で最も多い。性別は「女性」64.7%であった。平均要介護度は2.30±1.31で「要介護1」が37.3%で最も多い。認知症老人の日常生活自立度判定基準は「」が23.1%で最も多く、次いで、「非該当」が22.6%であった。定期的な通院は83.0

%の利用者が行っていた。利用者の自立意識は「普通」が25.1%で最も多い。日常生活での近隣との関わりは、「少しは持っている」と「持っている」を合わせると68.1%であった。協力者の有無では「いる」が9割以上であった。

(2) 訪問介護利用の有無と分析対象者の特性との関係

訪問介護利用の有無と分析対象者の特性との関係について、*t*検定の結果を表2に示した。訪問介護の利用の有無を「性別」でみると、女性の方が有意に訪問介護の利用が多かった。以下同様に、身体機能状況に関して、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」では判定基準が低いほうが、「定期的な通院の有無」では通院している方が有意に訪問介護の利用が多かった。精神心理状況に関して、「日常生活での近隣との関わり」を持ってない方が、「人を自宅に入れたがらない傾向」がない方が有意に訪問介護の利用が多かった。社会環境状況に関して、「世帯規模」では1人暮らしであるほど、「住環境」では集合住宅であるほど、「経済的状況」では所得が低いほど有意に訪問介護の利用が多かった。また、協力者がいる場合、「利用者と協力者との続き柄」では、協力者が近隣者や友人であるほど、「協力者の就労の有無」では就労しているほど、「協力者の年齢」が若い

表2 各変数と訪問介護の利用の有無との関係 (*t*検定結果)

変数	訪問介護を利用している			<i>t</i> 値	訪問介護を利用していない		
	平均値	標準偏差	度数		平均値	標準偏差	度数
性別(男性=0,女性=1)	0.70	0.46	666	-3.276 **	0.62	0.49	911
年齢	80.28	9.72	664	1.094 n.s.	80.83	9.94	911
要介護度	2.28	1.38	669	0.548 n.s.	2.31	1.25	910
認知症老人の日常生活自立度判定基準	3.03	1.90	666	2.874 *	3.31	1.88	914
障害老人の日常生活自立度	4.15	1.86	667	-0.851 n.s.	4.07	1.66	913
定期的な通院の有無(なし=0,あり=1)	1.20	0.40	668	-2.774 *	1.14	0.35	911
自立意識(弱い=1~強い=5)	3.15	1.28	664	-1.175 n.s.	3.08	1.27	909
社交性(ない=1~ある=5)	3.06	1.25	663	1.256 n.s.	3.14	1.19	910
近隣との関わり(持ってない=1~持っている=4)	2.71	1.00	670	7.696 ***	3.08	0.89	913
人を自宅に入れたがらない傾向(ない=1~ある=5)	2.30	1.18	671	3.040 *	2.49	1.27	911
世帯規模(1人暮らし=1~3世代=4)	2.19	1.09	667	16.799 ***	3.07	0.95	911
住環境(戸建=0,集合住宅=1)	1.27	0.45	670	-9.203 ***	1.09	0.29	915
経済的状況(生活保護=1~年金以外収入あり課税世帯=4)	2.91	0.87	665	10.595 ***	3.37	0.78	786
協力者の有無(いない=0,いる=1)	0.92	0.27	671	1.900 n.s.	0.95	0.23	916
利用者と協力者との続き柄(近隣者=1~配偶者=4)	2.89	0.92	618	2.766 *	3.02	0.84	866
利用者と協力者との関係性(悪い=1~良い=5)	2.33	1.14	617	-1.845 n.s.	2.22	1.05	865
協力者の就労の有無(就労していない=0,就労している=1)	0.51	0.50	587	-5.854 ***	0.36	0.48	822
協力者の年齢(40歳未満=1~80歳以上=4)	2.39	0.69	616	2.479 *	2.47	0.60	866

注 \* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

ほど有意に訪問介護の利用が多かった。また、 $\chi^2$ 検定の結果は紙幅の関係上省略したが、「性別」「要介護度」「認知症老人の日常生活自立度判定基準」「定期的な通院の有無」「日常生活での近隣との関わり」「人を自宅に入れたがらない傾向」「世帯規模」「住環境」「経済的状况」「利用者」と協力者との続き柄」「利用者」と協力者との関係性」「協力者の就労の有無」「協力者の年齢」で有意な差がみられた。

### (3) 訪問介護利用の決定に関連する要因

訪問介護利用の決定に関連する要因について、2項ロジスティック回帰分析の結果を表3に示した。訪問介護利用の決定に有意な関連があった変数は、「性別」「要介護度」「協力者の就労の有無」が有意な正の関連を示した。一方、「認知症老人の日常生活自立度判定基準」「日常生活での近隣との関わり」「人を自宅に入れたがらない傾向」「世帯規模」「経済的状况」が有意な負の関連を示した。「定期的な通院の有無」「利用者の住環境」「利用者」と協力者の続き柄」は有意な関連がみられなかった。

## 考 察

多変量解析による関連要因の分析結果に関する考察を述べる。まず性についてみると、他の変数の影響をすべて取り除いたうえで有意な正の関連を示した。男性よりも女性の方が訪問介護の利用に関連していることが明らかになった。また、世帯規模において有意な負の関連を示しているということは、1人暮らしであるほど訪問介護の利用に関連していることが明らかになった。わが国の平均寿命や世帯の動向<sup>9)</sup>をみると、男性の平均寿命は79.0歳、女性の平均寿

表3 訪問介護利用の有無の峻別に関連する要因（2項ロジスティック回帰分析結果）

変数	回帰係数	オッズ比(95%信頼区間)
性別(男性=0,女性=1)	0.616	1.85(1.39-2.46) ***
要介護度	0.253	1.29(1.15-1.45) ***
認知症老人の日常生活自立度判定基準	-0.154	0.86(0.79-0.93) ***
定期的な通院の有無(なし=0,あり=1)	0.061	1.06(0.75-1.51) n.s.
近隣との関わり(持っていない=1-持っている=4)	-0.423	0.66(0.43-0.98) ***
人を自宅に入れたがらない傾向(ない=1-ある=5)	-0.275	0.76(0.68-0.85) ***
世帯規模(一人暮らし=1-3世代=4)	-0.691	0.50(0.57-0.76) ***
住環境(戸建=0,集合住宅=1)	0.328	1.39(1.18-1.47) n.s.
経済的状况(生活保護=1-年金以外収入あり課税世帯=4)	-0.224	0.80(0.74-1.02) *
利用者」と協力者の続き柄(近隣者=1-配偶者=4)	-0.143	0.87(1.47-2.68) n.s.
協力者の就労の有無(就労していない=0,就労している=1)	0.685	1.98(0.86-1.39) ***
協力者の年齢(40歳未満=1-80歳以上=4)	0.089	1.09(0.67-0.96) n.s.
モデル $\chi^2$ (自由度)		10.73(8) ***

注 \* p<0.05, \*\*\* p<0.001

命は85.8歳で(平成18年)、1人暮らし高齢者(65歳以上の1人暮らし)の65歳以上人口に占める割合は、男性が9.9%、女性が18.9%になっている<sup>10)</sup>。このような動向からも、1人暮らし高齢者であること、女性であることが訪問介護の利用決定に関連する要因であることが推測できる。また、同居家族がいない方が在宅介護サービスの利用に関連するという先行研究<sup>2)11)12)</sup>の知見とも一致する。次いで、要介護度では有意な正の関連を示しているということは、要介護度が重度であるほど訪問介護の利用に関連していることが明らかになった。要介護度が重度になるに従って、他者の手助けが必要になってくることから容易に推測できる。このような結果は、杉澤ら<sup>13)</sup>の在宅介護サービスの過少利用の要因研究で、要介護度1以上に限定すれば、要介護度が重度になるに従って介護サービス利用への動機づけが高まり過少利用が減少するという結果と一致した。認知症老人の日常生活自立度では有意な負の関連を示しているということは、認知症の程度が軽度であるほど訪問介護の利用に関連していることが明らかになった。このような結果は、有意な差がないというチェラ<sup>14)</sup>の知見と異なった。多様な要因が混在しているため妥当な考察は難しいが、訪問介護サービスのもつ特性と関係があると考えられる。つまり、自らの意思表示が十分にできない認知症高齢者は、援助者の力量が問われる。認知症の程度が軽度であれば、利用者の自宅という密室の中でのサービスも計画通り提供できる

が、認知症の程度が重度になるに従って援助が困難になってくるものと推測する。

利用者の精神心理状況については、日常生活での近隣との関わりを持っていないほど、他人を家に入れたがらない傾向がないほど訪問介護の利用に関連していることが明らかになった。このような結果は、利用者本人の回答ではないためその真意については明らかではない。しかし、沖田<sup>15)</sup>の研究で、援助者として援助する義務・責任を優先するか、あくまでも本人の自由な選択（自律性）に委ねるべきか、ケアマネジャーは倫理的ディレンマ（板挟み）を経験しながら何らかの判断をしているという知見があるように、訪問介護サービスの利用決定の過程においてケアマネジャーは利用者の立場に立ち、利用者と同じ目線で彼らの意思や希望を捉えケアプランに反映していると考えられる。本研究においても、ケアマネジャーが利用者の言動からその精神心理状況を推し量り、訪問介護の利用を決定していることが明らかになった。

利用者の社会環境状況について、経済的状況は、低所得の利用者であるほど訪問介護の利用に関連していることが明らかになった。このような結果は、高橋<sup>16)</sup>の研究結果と同様の結果となったが、杉澤らの研究結果と反対の結果となった。杉澤らの研究では、所得の低い者は介護サービスの過少利用の割合が高いという知見であった。単純に比較することが難しいが、高橋の研究はサービスの利用の有無の要因研究であり、杉澤らの研究はサービスの利用の量の要因研究であったため、本研究結果が高橋の研究結果と同様の結果になったと考える。笠原ら<sup>17)</sup>の訪問介護サービスの利用量の要因研究では、杉澤らの研究結果と同様の結果になった。介護サービス利用の有無と経済的状況、介護サービス利用の量と経済的状況の関連に関する実証的な研究がほとんどないため、これまでの研究知見の検証が求められる。協力者の就労の有無については、就労しているほど訪問介護の利用に関連していることが明らかになった。介護者が日中留守にしていること等がホームヘルプサービスの利用を促進する傾向にあるというチェラ

の知見と一致した。利用者の住環境に関しては有意な差はみられなかった。このような結果は、高齢者の在宅ケアの希望の有無に関して「部屋数」が最も大きな関連要因であったという高鳥毛らの研究知見と異なる結果を示した。高鳥毛らの研究では、「部屋数」が多い住宅に住む高齢者は、介護サービスを利用して、最後まで在宅生活を継続する可能性があるという指摘があった。本研究での集合住宅は、ケアハウスも含まれているため単純に比較できないが、高齢者と居住構造の関連の重要性が指摘されているため<sup>18)</sup>、本研究知見の検証が求められる。

### 結論および今後の課題

ケアマネジャーが、利用者の訪問介護の利用を決定している要因について検討した結果、以下のようなことが明らかになった。高齢者の介護サービスの利用等に関して、高齢者の身体機能状況の程度が大きな要因であるという研究結果<sup>19)</sup>、Andersenらの行動モデルを用いた研究<sup>20)21)</sup>でも、医療や福祉サービス利用に大きな影響を与えているのは病気の程度であるという知見があるが、ケアマネジャーは身体機能状況に特化して訪問介護の利用を決定しているのではなく、利用者の身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況の相互関連性と相互依存性を考慮し、利用者の生活全体を捉えていることが明らかになった。スマッツ<sup>22)</sup>が全体は部分の総和では説明し尽くせない性質を持つと指摘したように、ケアマネジャーは、利用者の生活全体を捉えるホリスティックな視点を持っていた。このような知見は、Schneider<sup>23)</sup>のケアプラン作成の原則とも一致する。次いで3つの領域における結論は、利用者の身体機能状況に関して、ケアマネジャーが訪問介護の利用を決定している要因は「要介護度」と「認知症老人の日常生活自立度判定基準」であることが明らかになった。利用者の精神心理状況に関して、ケアマネジャーが訪問介護の利用を決定している要因は「人を自宅に入れたがらない傾向」と「日常生活での近隣との関わり」であることが明らかに

なった。利用者の社会環境状況に関して、ケアマネジャーが訪問介護の利用を決定している要因は「協力者の就労の有無」「世帯規模」「経済的状况」であることが明らかになった。また、上記3領域以外に利用者の「性」が訪問介護の利用を決定している要因となっていることが明らかになった。

今後の課題については、第1点目、本研究は協力の得られた近畿地方にあるA地域ケア協議会のケアマネジャーを対象に実施したが、広井<sup>24)</sup>が「福祉というものは、どちらかというところと普遍的かつ場所を超越した概念として捉えられる傾向が強かったが、今後は、福祉にいわば地理的・空間的な視点を導入していくことが重要なのではないかと指摘しているように、今回の研究対象の地域は、郊外のニュータウンや都市部ではなく、どちらかというところと人間関係の比較的濃密な旧市街地、農業地帯に加えて、共同住宅など新規住宅供給による子育て世帯などが多い地域を持つ特例市（2005年高齢化率16.2%）であったため、一般的な傾向を明らかにすることに限界があった。また、自治体によって介護サービスの整備状況が異なるため、介護サービス計画の作成はインフォーマルサービスも含め当該地域の介護サービス整備状況に左右されると考えられる。今後は、地域特性を考慮して研究することが求められる。第2点目、介護予防訪問介護の利用は月単位の定額報酬を設定しているため、要支援認定者を分析対象に加えなかった。その結果、認定者全体について明らかにすることができなかった。第3点目、訪問介護の利用の決定は複雑な要因が混在していると考えられるため、設定した質問項目だけでは限界がある。今後は、ケアマネジャーから生の情報を収集し、訪問介護の利用の決定プロセスを明らかにしていく質的研究が求められる。

#### 謝辞

本研究にご協力いただいたA地域ケア協議会の皆さま方に御礼を申し上げます。なお、本研究は2006年度文部科学省科学研究費補助金（萌芽研究）により実施した研究の一部です。

#### 文 献

- 1) 平成18年度介護報酬等の改定について - 概要 - . 第39回社会保障審議会介護給付費分科会資料2006 : 10 .
- 2) 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 . 老年社会学 1982 ; 16 : 10-9 .
- 3) 吉田美奈子 , 藤牧元 , 浜田和則 , 他 . ケアプラン・アセスメント方式 . GPnet 3 . 東京 : 厚生科学研究所 , 1998 ; 12-25 .
- 4) Andersen RM, Newman JF, Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States, Milbank Memorial Fund quarterly. Health and Society. New York. Milbank Memorial Fund by Cambridge University Press 1973 ; ( 51 ) : 95-124 .
- 5) Coulton C, Frost AK, Use of social and Health Services by the Elderly. Journal of Health and Social Behavior 1982 ; 23 : 330-9 .
- 6) 白澤政和 , 丹野克子 . ICF に学ぶケアプラン作成——生活機能を高めるケアプランとは ( 第 8 回 ) 認知症のある要介護高齢者に対する「健康状態」と「環境因子」の相互作用に着目した事例 . 介護支援専門員 2006 ; ( 2 ) : 44-50 .
- 7) Starrett RA, Decker JT, Araujo A, et al. Cuban elderly and their service use Journal of Applied Gerontology 1989 ; 8 : 69-85 .
- 8) Bass DM, Nelker LS, Influence of Family Caregiver on Elder's use of in-home services; An expanded conceptual framework. Journal of Health and Social Behavior 1987 ; 28 : 184-96 .
- 9) (財)厚生統計協会編 . 国民の福祉の動向 . 厚生指標 2007 ; 54( 12 ) : 10-20 .
- 10) 平成17年国勢調査抽出速報と今後の公表予定 . 第6回社会保障審議会人口部会資料 2007 ; 32-4 .
- 11) 岡本多喜子 . 介護サービスの認知と利用希望 , 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 ; 238-65 .
- 12) 高鳥毛敏雄 , 多田羅浩三 , 黒田研二 , 他 . 老人の入院および在宅ケアに関連する要因に関する研究 . 日本公衆衛生雑誌 1990 ; 37 : 255-62 .

- 13) 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. 公衆衛生誌 2002; 49(5): 425-35.
- 14) チェ ジョンヒョン, 村嶋幸代, 堀井とよみ, 他. 訪問看護とホームヘルプサービスの利用に影響を及ぼす要因. 公衆衛生誌 2002; 49(9): 948-58.
- 15) 沖田佳代子. 介護サービス計画の決定作成における倫理的ディレンマ - ケアマネジャーに対する訪問面接調査から -. 社会福祉学 2002; 43-1(66): 80-90.
- 16) 高橋正人. 老夫婦の社会福祉サービス利用を規定する要因. 老年社会科学 1988; 10(1): 60-74.
- 17) 笠原幸子, 白澤政和. 身体介護と生活援助の利用量を規定する利用者要因の比較に関する研究. 第15回介護福祉学会大会 2007: 189.
- 18) 鈴木晃. 自立支援としての住環境整備の課題 - 介護保険制度の見直しを機会に 住宅改修には専門職が目的の妥当性や達成度, 生活の質の改善度等を客観的に評価する視点が必要 (特集 介護保険制度見直しと住宅改修 - 高齢者の住環境整備と建築リフォームの課題). ジーピーネット 2006; 53(2): 13-8.
- 19) 岡本多喜子. サービスの認知と利用希望. 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ. 光生館, 1996; 264.
- 20) Andersen RM, Aday LA. Access to Medical Care in The U.S.; Realized and Potential. Medical Care 1978; 16: 533-46.
- 21) Mechanic D. Medical Sociology; Some Tensions Among Theory, Method, and Substance. Journal of Health and Social Behavior 1989; 30(June): 147-60.
- 22) Smuts Christian Jan: Holism and Evolution, 石川光男, 片岡洋二, 高橋史朗訳. ホーリズムと進化. 玉川大学出版部, 1925; 247-68.
- 23) Schneider B. Care Planning. The Core of Case Management. Generations 1980; (5): 16.
- 24) 広井良典編. 「環境と福祉」の統合 - 持続可能な福祉社会の実現に向けて. 有斐閣, 2008; 126.