

論文

在宅サービス 何が足りないのか？

—家族介護者の介護負担感の分析—

岸田 研作*1 谷垣 静子*2

抄 録

目的：現在の在宅サービスが対応できていない介護負担感を測定し、今後整備すべき在宅サービスや施設への公平な入所基準について検討する。

対象と方法：対象は、中国地方の2つの市に在住する要介護者がいる725の同居世帯である。介護負担の要因には様々なものが考えられるが、特定の介護負担要因に対応したサービスが適切に消費できていれば、その介護負担要因は介護負担として顕在化しないはずである。例えば、夜間介護の必要性があっても、夜間介護に対応したサービスがあれば、夜間介護が必要な要介護者を介護している介護者と夜間介護が必要でない要介護者を介護している介護者の介護負担に差はないはずである。そこで、主介護者の介護負担感尺度を、様々な介護負担の要因に回帰した。介護負担感の指標としては、日本語版 Zarit 介護負担感尺度を用いた。

結果：以下の数値は、介護負担感尺度の点数である。在宅サービスが対応できていない介護負担要因は、要介護者の不適応行動が激しい場合に事業者側の都合でショートステイの利用を手控えている(14.9)、夜間介護(7.1)、要介護者と主介護者の関係が良くないこと(5.4~15.8)、介護者の自覚症状数(1つにつき2.3)、家事負担(4.6)があった。要介護者の容態の急変可能性が大きいこと(9.4)は負担感を増加させるが、医療体制の整備は負担感を抑制した(-7.6)。身体障害が軽く痴呆が重い場合と身体障害が重く痴呆が軽い場合に、介護負担感が高かった。副介護者が1人増えると負担感は1.7下がった。

考察：現在の在宅サービスが対応できていない介護負担感の要因は多様であり、それらに対応した新しいサービスやサービス提供のあり方の工夫が望まれる。本稿の推定結果より状態像別の家族介護者の介護負担感が計算できる。それは、超過需要状態にある特別養護老人ホームへの公平な入所基準として利用できる。

キーワード：介護負担感、特別養護老人ホーム、介護保険

1. はじめに

介護保険が作られた目的には様々なものがあるが、その1つに、在宅介護を担う家族の介護負担の軽減がある¹⁾。これは、次の2つの理由により、非常に重要な政策課題であると考えられる。第1に、これまでわが国では圧倒的に介護サービスが不足し、家族介護者の負担は、しばしば「介護地

獄」と称されるほど過酷なものとなっていた。この問題はマスコミでも大きく取り上げられ、深刻な社会問題となっていた。第2に、現在重度の要介護者が在宅介護を継続するには家族による介護が不可欠であり、介護保険のサービスはその補完という位置づけになっている。従って、家族介護者に対する過重な介護負担は在宅介護を破綻させると考えられる。在宅介護から施設介護へのシフトは介護費用を増大させるだけでなく、在宅での生活を願う要介護者本人の希望にも反する。

現在、都市部を中心に施設サービス、特に、特

* 1 岡山大学大学院社会文化科学研究科准教授

* 2 鳥取大学医学部保健学科教授

別養護老人ホームは超過需要の状態であり、措置制度の時代と同様多くの待機者が存在する。厚生労働省²⁾によると、2004年11月時点の全国の待機者数は33万8千人にのぼる。それに対して、国や自治体は次の2つの方針を打ち出している。第1の方針は、在宅介護の継続を促進するために、在宅サービスの基盤整備を進めることである。しかし、介護保険発足後5年間で在宅サービスの消費総額は2倍以上に増え、財政の圧迫要因となっている。また、介護保険導入前後で家族介護者の介護負担感に差が無いという結果が報告されている³⁾。したがって、今後限られた財源の中で効率的に在宅サービスの基盤整備を行うには、現在の在宅サービスが対応できていない介護負担要因を明らかにする必要がある。第2の方針は、必要性の高い者から優先的に特別養護老人ホームに入所させることである。自治体の多くは、入所の必要性の基準として、要介護者の重症度や介護者の健康状態によって設定された点数を用いている。しかし、どのような項目に対してどのような点数付けを行うべきかについての客観的な根拠は示されておらず、自治体によって点数の付け方が異なる^{4,5)}。現在の在宅サービスが対応できていない介護負担の大きさを測定できれば、それは、入所の必要性の基準として用いることができるだろう。

本稿の目的は、現在の在宅サービスが対応できていない介護負担要因とその大きさを明らかにすることである。なお、本稿で在宅サービスという言葉を使う場合、配食サービスなどの介護保険対象外のサービスも含むが、施設的な性格が強い痴呆対応型共同生活介護や特定施設入所者生活介護は除くものとする。

2. 研究方法

(1) データ

データは、我々が行った独自調査である。調査

は、2004年8月から10月にかけて行った。調査母体は、2004年4月時点で介護保険の在宅サービスを利用していた世帯であり、在宅の入所申請世帯から無作為抽出された423世帯と非入所申請世帯から無作為抽出された1,089世帯からなる(計1,512)。調査票は、世帯票とケアマネジャー票からなる。世帯票については、世帯を担当するケアマネジャーが訪問対面調査を行い、単身世帯の回答者は要介護者本人、同居世帯の回答者は主介護者である。ケアマネジャー票は、世帯の介護状況に対するケアマネジャーの判断や要介護者の重症度をケアマネジャー自身が記入する。調査母体の抽出及びケアマネジャーが所属するサービス事業者に依頼する調査票の割り振りは、両市の介護保険課が行った。回収された調査票は1,012通(66.9%)であった。本稿で用いるのは、そのうちの、分析に必要な変数の欠損値があるものを除く725の同居世帯分である。調査協力が得られたケアマネジャーが所属する事業所に対しては、調査1件につき2,100円の謝金を支払った。筆者らが回収された調査票を入手した時点で、被保険者番号や氏名などの個人を特定できる情報はすべて消去されるように調査設計を行った。従って、個人のプライバシーを侵害する恐れは無い。以下、介護者とは要介護者の家族である主介護者を指すものとする。

(2) 方法

介護負担の要因には、認知症による不適応行動や介護者自身の健康問題、夜間の介護など様々なものが考えられる。しかし、介護負担の要因に対応したサービスが適切に消費できていれば、介護負担の要因は介護負担として顕在化しないはずである。その場合、特定の介護負担要因を抱える介護者と抱えない介護者では介護負担に差が生じないはずである。例えば、夜間介護が必要な要介護

者を抱える世帯が夜間介護に対応したサービスを充分適切に消費できているならば、その世帯の介護者と夜間介護が必要でない要介護者の介護者の負担に差はないはずである。逆に言えば、介護者間で介護負担に差がある場合、それは特定の介護負担要因に対応するサービスが存在しないことや、適切なサービスの消費が何らかの要因で阻害されていることが原因となっている可能性が考えられる。例えば、現在の介護サービスが夜間介護の負担を軽減するというニーズに充分答えられていないとすると、夜間介護をしている介護者は、夜間介護をしていない介護者よりも負担が高くなるだろう。また、自己負担があるので低所得者ほど介護負担を軽減するのに必要なサービスの利用を手控えるならば、世帯の貧富により介護者の負担に差が生じると考えられる。我々は、介護者の介護負担の指標を、介護負担に影響すると考えられる様々な個人・世帯属性に回帰する。もし、現在の在宅サービスが、あらゆる介護負担の要因に充分対応できているならば、すべての説明変数の係数は0となるはずである。逆に、有意に0で無い係数を持つ変数が存在すれば、それは現在の在宅サービスが対応できていない介護負担要因や適切なサービスが十分に消費されるのを阻害する要因を反映していると考えられる。

介護負担の指標としては、Zaritの介護負担感尺度日本語版を用いる。Zarit・他⁶⁾は、介護負担を、「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義した。そして、彼らがこの定義に基づいて作成した介護負担感尺度⁶⁾は、現在欧米でもっとも広く用いられているものの1つである。負担感尺度は、介護者に介護負担感について尋ねる22問の質問を行い、5段階得点として得られたそれらの回答の合計得点である。Arai・他⁷⁾は、その日本語版を作成し、妥当性と信頼性を検

証した。質問文は、表1に示している。推定式は、以下のとおりである。

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \mu$$

Yは日本語版Zarit介護負担感尺度であり、介護がもたらす負効用である。説明変数の定義は、表2に示している。若干の例外はあるものの、介護保険のサービスは公定の均一価格なので、価格は説明変数に含まれない。X₁は、要介護者の重症度をあらわす変数群であり、以下の2種類についてそれぞれ推定を行う。1つは、障害老人の日常生活自立度（以下、障害自立度）と痴呆老人の日常生活自立度（以下、痴呆自立度）の組み合わせ、夜間介護の必要性、容態の急変可能性である。もう1つは、要介護度である。日常生活自立度の定義は、論文末の付論に示している。X₂は介護の状況、X₃は主介護者の属性である。X₄は、在宅サービス利用の制約要因である。予算制約をあらわす変数として介護保険料段階を用いる。その他の制約要因として、要介護者の意向又は事業者側の都合でサービス利用が阻害されている場合、ケアプランが不適切な場合を考慮した。認知症が重度である場合、要介護者を短期間預かってくれるショートステイは、介護者の疲労の回復に役立つと考えられる。従って、ショートステイの利用が手控えられることによる介護負担感は、要介護者の痴呆自立度によって異なる可能性が考えられる。そこで、痴呆自立度Ⅱ以上ダミーとショートステイ・ダミーの交差項も用いる。事業者側の都合で、ショートステイ以外のサービスを一括したのは、ショートステイ以外では事業者側の都合でサービス利用を手控えている世帯がほとんどなかったからである。μは攪乱項である。推定は、標本抽出倍率で重み付けをした最小二乗法で行う。

表1 Zarit介護負担感尺度日本語版

それぞれの問いに対して、「思わない」(0)、「たまに思う」(1)、「時々思う」(2)、「よく思う」(3)、「いつも思う」(4)のうち一つを選択。問22については、「全く負担ではない」(0)、「多少負担に思う」(1)、「世間並みの負担だと思う」(2)、「かなり負担だと思う」(3)、「非常に大きな負担である」(4)のうち一つを選択。

- 1 介護を受けている方は、必要以上に世話を求めてくると思いますか
- 2 介護のために自分の時間が十分にとれないと思いますか
- 3 介護のほかに、家事や仕事などもこなしていかなければならず「ストレスだな」と思うことがありますか
- 4 介護を受けている方の行動に対し、困っていると思うことがありますか
- 5 介護を受けている人のそばにしていると腹が立つことがありますか
- 6 介護があるので、家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか
- 7 介護を受けている方が将来どうなるのか不安になることがありますか
- 8 介護を受けている人は、あなたに頼っていると思いますか
- 9 介護を受けている人のそばにしていると、気が休まらないと思いますか
- 10 介護のために、体調を崩したと思ったことがありますか
- 11 介護があるので、自分のプライバシーを保つことができないと思いますか
- 12 介護があるので、自分の社会参加の機会が減ったと思うことがありますか
- 13 介護を受けている方が家にいるので、友達を自宅によびたくてもよべないと思うことがありますか
- 14 介護を受けている人は「あなただけが頼り」というふうにみえますか
- 15 いまの暮らしを考えれば、介護にかかる金銭的な余裕がないと思うことがありますか
- 16 介護にこれ以上の時間を割けないと思うことがありますか
- 17 介護が始まって以来、自分の思いどおりの生活ができなくなったと思うことがありますか
- 18 介護をだれかに任せてしまいたいと思うことがありますか
- 19 介護を受けている方に対して、どうしていいかわからないと思うことがありますか
- 20 自分は今以上にもっと頑張って介護をするべきだと思うことがありますか
- 21 本当は自分をもっとうまく介護ができるのになあと思うことがありますか
- 22 全体を通してみると、介護をするということは、どれくらい自分の負担になっていると思いますか

3. 結果

(1) 記述統計

表3.1は、日常生活自立度と要介護度の分布を示している。63.0%の要介護者に、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難(痴呆自立度のランクがⅡ以上)がみられた。

表3.2は、日常生活自立度と要介護度以外の変数の記述統計である。Zarit介護負担感尺度の点数は、 32.3 ± 17.7 点(平均点 \pm 標準偏差)であった。表には示していないが、Cronbach α 係数は0.93であり、高い信頼性(内的整合性)を示した^(註1)。

45.8%の介護者が夜間の介護をしていた。容態が急変する可能性が非常にある介護者は15.9%であった。そのうちすぐに医師や看護師にみてもらえる体制が整っているものは、57.2%であった。副介護者数は平均1.0人であった。12.8%の介護者が複数の者を介護していた。

介護者の平均年齢は62.8歳で、男性は19.4%であった。介護者は、平均的に2.4個の自覚症状があった。要介護者との関係は、「良い」(48.1%)、「どちらかといえば良い」(30.3%)、「どちらともいえない」(16.1%)、「どちらともいえない又は良く

表2 説明変数の定義

| | |
|-------------------------------------|---|
| 要介護者の重症度 X_1 | |
| 夜間介護 | 「夜間は介護が必要ですか。」という質問に対して、「はい」と答えた場合は1、「いいえ」と答えた場合は0。 |
| 容態急変 | 容態の急変可能性が「非常にある」場合に1、それ以外は0。 |
| 介護の状況 X_2 | |
| 急診体制整備 | 容態の急変可能性が非常にある場合に医師や看護師がすぐに診てくれる体制が整っていれば1、それ以外の場合は0。 |
| 副介護者数 複数介護 | 日常的に主介護者の介護を手伝ってくれる家族の数。 「現在複数の方を、介護しておられますか」という質問に対して、「はい」と答えた場合に1、「いいえ」と答えた場合に0。 |
| 介護期間 | 「2年未満」の場合を基準とし、「3～5年前」、「6～10年前」、「10年以上前」について、それぞれ該当する時のみ1を示すダミー変数。 |
| 介護者の属性 X_3 | |
| 性別 | 主介護者が男性の場合は1、女性の場合は0。 |
| 年齢 | 主介護者の年齢の実数値。 |
| 自覚症状数 | 自覚症状の種類は、体がだるい、眠れない、いらいらする、頭痛、動悸、食欲不振、肩こり、腰痛、手足の関節痛、その他 の10種類。 |
| 家事負担 | 「日常的な家庭の家事は、主にあなたが行っていますか？」という質問に対して「ほとんどそうだ」と答えた場合は1、それ以外の場合は0。 |
| 要介護者との関係 | 「ご本人との関係は、うまくいっていますか。」という質問に対して、「良い」を基準として、「どちらかといえば良い」、「どちらともいえない」、「どちらかといえば良くない」又は「良くない」について、それぞれ該当する時のみ1を取るダミー変数。 |
| A市在住 | 居住地がA市の場合に1、B市の場合に0。 |
| サービス利用の阻害要因 X_4 | |
| 介護保険料段階 | 介護保険料段階ごとのダミー変数。第1段階世帯数は少ないので、第1段階と第2段階は、同一カテゴリー。 |
| 本人サービス拒否 | 「ご本人が望まないため、利用回数を控えたり、利用していないサービスはありますか。」という質問を行い、1.訪問介護、2.訪問入浴介護、3.訪問看護、4.訪問リハビリ、5.通所介護、6.通所リハビリ、7.ショートステイをあげ、該当するものすべてを選択してもらった。変数は各サービスについて定義され、該当する場合に1、該当しない場合に0。ショートステイについては、痴呆自立度Ⅱ以上との交差項も用いる。 |
| 事業者サービス拒否 | 「事業者側の都合で、利用回数を控えたり、利用していないサービスはありますか。」という質問を行い、1.訪問介護、2.訪問入浴介護、3.訪問看護、4.訪問リハビリ、5.通所介護、6.通所リハビリ、7.ショートステイをあげ、該当するものすべてを選択してもらった。変数はショートステイとそれ以外のサービスについて定義され、該当する場合に1、該当しない場合に0。サービス提供側の都合の例として、訪問介護（休日・早朝・夜間の派遣ができない）、通所介護（重度の方の受け入れ困難）、ショートステイ（必要なときに必要なだけ使えない）をあげた。ショートステイについては、痴呆自立度Ⅱ以上との交差項も用いる。 |
| ケアプラン不適切 | 調査世帯を担当し、ケアプランを立てたケアマネジャー自身による評価。「現在このご家庭では適切なケアプランが立てられていると思いますか」という質問に対し、「あまりできていない」又は「できていない」の場合に1、「充分出来ている」又は「概ねできている」の場合は0。 |

表 3.1 記述統計 n = 725

| 日常生活自立度の分布 (%) | | 痴呆自立度 | | | | 要介護度の分布 (%) | |
|----------------|---|---------|------|-----|---------|-------------|------|
| | | なし or I | II | III | IV or M | | |
| 障害自立度 | J | 9.4 | 5.0 | 1.8 | 0.8 | 要支援 | 5.0 |
| | A | 18.5 | 14.9 | 8.6 | 1.9 | 要介護度 1 | 21.7 |
| | B | 6.6 | 7.4 | 8.0 | 2.1 | 要介護度 2 | 21.2 |
| | C | 2.5 | 3.0 | 3.9 | 5.7 | 要介護度 3 | 18.1 |
| | | | | | | 要介護度 4 | 16.8 |
| | | | | | 要介護度 5 | 17.2 | |

ない」(5.4%)であった。73.9%がほとんどの家事を負担していた。39.7%がA市在住者であった。

要介護者の意向で利用を手控えている在宅サービスではショートステイが19.7%と最も多かった。そのうち痴呆自立度がII以上のものは31.5%であった。事業者側の都合で利用を手控えているサービス(ショートステイ以外)がある主介護者は4.3%であった。事業者側の都合でショートステイの利用を手控えている主介護者は4.7%であり、そのうち痴呆自立度II以上の者は36.2%であった。ケアプランの作成が不適切であると答えたケアマネは、18.2%であった。

図1は本稿で用いた世帯の要介護度ごとの在宅

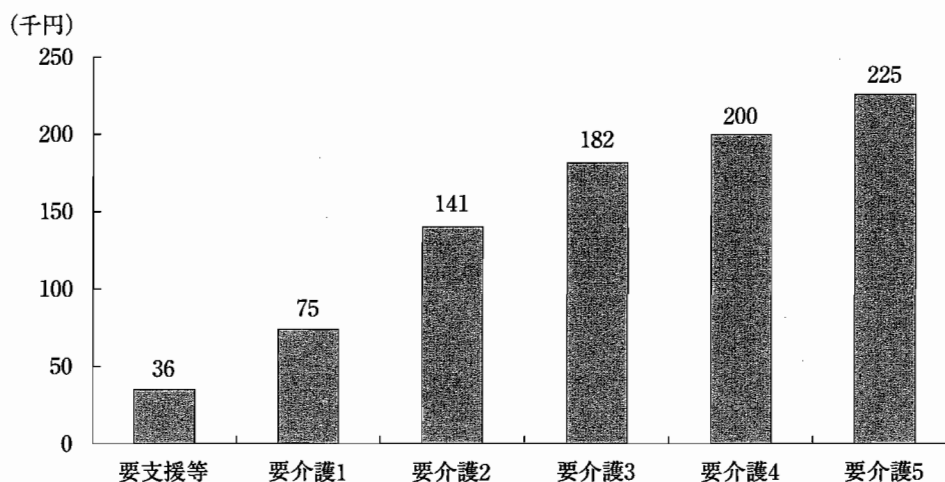
サービスの消費額を示している。要介護度が高くなるほど、在宅サービスの消費額が多くなる傾向が観察された。

(2) 重回帰分析の結果

表4に推定結果を示している。要介護者の重症度以外の係数は、重症度の変数として日常生活自立度を用いた場合も要介護度を用いた場合もほとんど同じであった。従って、重症度以外の変数の結果は、日常生活自立度を用いた場合のみ示している。以下、有意であるとは、少なくとも5%水準で有意であることを示す。

日常生活自立度を用いた場合、自由度修正済み

図1 要介護度別・受給者1人当たり在宅サービス消費額



出所：本稿で用いた独自調査(同居世帯分)

表 3.2 記述統計 $n = 725$

| | 平均値 | 標準偏差 | 最小値 | 最大値 |
|-------------------------------|-------|-------|-----|------|
| 介護負担感 | 32.3 | 17.69 | 0 | 88.0 |
| 要介護者の重症度 X_1 | | | | |
| 夜間介護 (有り = 1) | 0.458 | 0.499 | 0 | 1 |
| 容態急変 (可能性大 = 1) | 0.159 | 0.366 | 0 | 1 |
| 介護の状況 X_2 | | | | |
| 急診体制整備 (整っている = 1) | 0.091 | 0.288 | 0 | 1 |
| 副介護者数 | 1.0 | 1.125 | 0 | 13 |
| 複数介護 (有り = 1) | 0.128 | 0.335 | 0 | 1 |
| 介護期間 | | | | |
| 2年未満 | 0.303 | 0.460 | 0 | 1 |
| 3~5年前 | 0.401 | 0.491 | 0 | 1 |
| 6~10年前 | 0.217 | 0.412 | 0 | 1 |
| 11年以上前 | 0.079 | 0.269 | 0 | 1 |
| 介護者の属性 X_3 | | | | |
| 性別 (男性 = 1) | 0.194 | 0.396 | 0 | 1 |
| 年齢 | 62.8 | 12.20 | 27 | 98 |
| 自覚症状数 | 2.4 | 1.892 | 0 | 10 |
| 要介護者との関係 | | | | |
| 良い | 0.481 | 0.500 | 0 | 1 |
| どちらかといえば良い | 0.303 | 0.460 | 0 | 1 |
| どちらともいえない | 0.161 | 0.368 | 0 | 1 |
| どちらかといえば良くない又は良くない | 0.054 | 0.226 | 0 | 1 |
| 家事負担ダミー (ほとんど = 1) | 0.739 | 0.439 | 0 | 1 |
| A市在住 (A市在住 = 1) | 0.397 | 0.490 | 0 | 1 |
| サービス利用阻害要因 X_4 | | | | |
| 介護保険料の段階 | | | | |
| 1-2 | 0.377 | 0.485 | 0 | 1 |
| 3 | 0.461 | 0.499 | 0 | 1 |
| 4 | 0.105 | 0.307 | 0 | 1 |
| 5 | 0.058 | 0.234 | 0 | 1 |
| 要介護者の意向で利用手控えているサービス (有り = 1) | | | | |
| 訪問介護 | 0.072 | 0.258 | 0 | 1 |
| 訪問入浴 | 0.058 | 0.234 | 0 | 1 |
| 訪問リハビリ | 0.058 | 0.234 | 0 | 1 |
| 通所介護 | 0.098 | 0.297 | 0 | 1 |
| 通所リハビリ | 0.098 | 0.297 | 0 | 1 |
| ショートステイ | 0.197 | 0.398 | 0 | 1 |
| ショートステイ×痴呆自立度Ⅱ以上 | 0.062 | 0.241 | 0 | 1 |
| 事業者の都合で利用手控えているサービス (有り = 1) | | | | |
| ショートステイ以外 | 0.043 | 0.202 | 0 | 1 |
| ショートステイ | 0.047 | 0.212 | 0 | 1 |
| ショートステイ×痴呆自立度Ⅱ以上 | 0.017 | 0.128 | 0 | 1 |
| ケアプラン不適切 (不適切 = 1) | 0.182 | 0.386 | 0 | 1 |

表 4.1 回帰分析の結果 $n = 725$

| | |
|----------|-------|
| 決定係数 | 0.49 |
| F 検定等計量 | 20.1 |
| Prob > F | 0.000 |

【要介護者の重症度】

日常生活自立度を用いた場合

| | | 痴呆自立度 | | | |
|-------|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | なし or I | II | III | IV or M |
| 障害自立度 | J | 基準 | 15.1 [0.001] | 11.5 [0.007] | 11.5 [0.007] |
| | A | 4.2 [0.102] | 7.9 [0.003] | 9.1 [0.011] | 11.5 [0.007] |
| | B | 5.8 [0.067] | 5.8 [0.083] | 6.4 [0.063] | 16.9 [0.028] |
| | C | 10.2 [0.016] | 11.2 [0.026] | 6.4 [0.217] | 4.8 [0.332] |
| | | | | | |

括弧内はp値

要介護度を用いた場合

| | 係数 | p値 |
|--------|-----|-------|
| 要支援 | 基準 | |
| 要介護度 1 | 3.5 | 0.283 |
| 要介護度 2 | 6.8 | 0.042 |
| 要介護度 3 | 9.2 | 0.015 |
| 要介護度 4 | 9.5 | 0.020 |
| 要介護度 5 | 6.9 | 0.109 |

決定係数は0.49であった。痴呆自立度と障害自立度が(III, J)、(IV or M, J)、(IV or M, A)の組は、標本数が少なかったため係数が等しいという制約をかけて推定した。制約が不適切であるという帰無仮説はWald検定により棄却された。障害が軽く痴呆が重い場合と障害が重く痴呆が軽い場合は、それ以外の場合よりも介護負担感が高かった。要介護度を用いた場合、自由度修正済み決定係数は0.48であった。要介護度の係数は、必ずしも重症度が高いほど大きくなる傾向は見られず、最重度の要介護度5の係数は有意でなかった。

夜間介護、容態急変可能性が正、急診体制整備、副介護者数が負で有意であった。複数介護は有意でなかった。夜間介護がある場合、介護負担感は7.1点高かった。要介護者の容態が急変する可能性が非常に高いと介護負担感が9.4点高かった。しかし、その場合でも医師や看護師がすぐに診てくれる場合は、介護負担感は1.8点(=9.4 - 7.6)であった。副介護者が1人増えるごとに介護負担感は1.7点低くなった。

介護者の性別や年齢は有意でなかった。自覚症状数、要介護者との関係、家事負担が正で有意であった。介護者は、平均で2.4個の自覚症状を持っていた。従って、平均的な主介護者は、健康状態が良くないことが原因で5.5点の介護負担感を感じていることになる。要介護者との関係が悪くなるにつれ係数は大きくなった。関係が良い場合に比べて、「どちらかといえば良い」は5.4点、「どちらともいえない」は10.4点、「どちらかといえば良くない又は良くない」は15.8点介護負担感が高かった。A市ダミーは負で有意であり、A市在住者はB市在住者に比べて介護負担感が3.8点低かった。

介護保険料段階はすべて有意でなかった。要介護者の意向で利用を手控えているサービスは、すべて有意でなかった。事業者側の都合で利用を手控えているサービスは、ショートステイと痴呆自立度II以上ダミーとの交差項だけが有意で介護負担が14.9点高かった。ケアプラン不適切は有意でなかった。

表 4.2 回帰分析の結果 (つづき) *1

| | 変数名 | 係数 | p値 |
|-------------------------------|--------------------|-------|-------|
| 基準：容態が急変する可能性大 | 夜間介護 (有り = 1) | 7.1 | 0.000 |
| | 容態急変 (可能性大 = 1) | 9.4 | 0.004 |
| | 急診体制整備 (整っている = 1) | -7.6 | 0.034 |
| 介護期間 基準：2年以内 | 副介護者数 | -1.7 | 0.000 |
| | 複数介護 (有り = 1) | 2.2 | 0.259 |
| | 3～5年前 | 4.4 | 0.003 |
| | 6～10年前 | 2.6 | 0.136 |
| | 11年以上前 | 5.9 | 0.015 |
| 要介護者との関係 基準：良い | 性別 (男性 = 1) | 3.3 | 0.123 |
| | 年齢 | 0.1 | 0.359 |
| | 自覚症状数 | 2.3 | 0.000 |
| | どちらかといえば良い | 5.4 | 0.000 |
| | どちらともいえない | 10.4 | 0.000 |
| | どちらかといえば良くない | 15.8 | 0.000 |
| | 又は良くない | | |
| 家事負担 (ほとんど = 1) | 4.6 | 0.002 | |
| A市在住 | -3.8 | 0.000 | |
| 介護保険料段階 基準：第5段階 | 第1段階又は第2段階 | -2.9 | 0.200 |
| | 第3段階 | 0.3 | 0.899 |
| | 第4段階 | -2.5 | 0.331 |
| | 訪問介護 | -3.2 | 0.230 |
| 要介護者の意向で利用手控えているサービス (有り = 1) | 訪問入浴 | -0.2 | 0.964 |
| | 訪問リハビリ | 1.6 | 0.687 |
| | 通所介護 | -2.1 | 0.328 |
| | 通所リハビリ | 0.6 | 0.782 |
| | ショートステイ | 2.9 | 0.227 |
| | ショートステイ×痴呆自立度Ⅱ以上 | -0.6 | 0.872 |
| | ショートステイ以外 | 1.1 | 0.679 |
| | ショートステイ | -0.7 | 0.020 |
| | ショートステイ×痴呆自立度Ⅱ以上 | 14.9 | 0.020 |
| | ケアプラン不適切 (不適切 = 1) | 2.3 | 0.126 |
| 事業者の都合で利用手控えているサービス (有り = 1) | | | |
| | | | |
| | 定数項 | 4.1 | 0.359 |

*1 要介護者の重症度として日常生活自立度を用了場合の推定結果

4. 考察

要介護度が高い世帯ほど多くのサービスを消費するという結果が報告されている⁹⁾。同様の傾向が、本稿でも確認された (図1)。これらは、要介護世帯が介護負担を軽減するために、介護負担に応じて在宅サービスを消費していることを示し

ていると考えられる。介護負担の要因に応じて適切なサービスが十分に消費できていれば、介護負担の要因は介護負担として顕在化せず、特定の介護負担要因を抱える介護者と抱えない介護者では介護負担感に差が生じないはずである。従って、介護者間で介護負担感に差がある場合、それは特定の介護負担要因に対応するサービスが存在しな

いことや、適切なサービスの消費が何らかの要因で阻害されていることが原因となっていると考えられる。我々は、主介護者の介護負担感の指標を、介護負担に影響すると考えられる様々な個人・世帯属性に回帰した。もし、現在の在宅サービスが、あらゆる介護負担の要因に充分対応できているならば、すべての説明変数の係数は0となるはずである。逆に、有意に0で無い係数を持つ変数が存在すれば、それは現在の在宅サービスが対応できていない介護負担要因や適切なサービスが十分に消費されるのを阻害する要因を反映していると考えられる。以下では、それぞれの変数について考察を行う。

(1) 各変数の解釈

①要介護者の重症度

障害が軽く痴呆が重い場合と障害が重く痴呆が軽い場合に、介護負担感が高い傾向が見られた。障害が軽く痴呆が重い場合に介護負担感が高いのは、要介護者の不適応行動（徘徊、暴言、汚物いじり等）が原因であると考えられる。在宅サービスには、ショートステイやデイサービスのように要介護者を預かってもらうことで、介護者が一定期間あるいは日中の数時間介護労働から完全に解放され、休息を取れるサービスがある。しかし、要介護者の重症度が高い場合、介護者が要介護者と過ごす時間は長くならざるをえず、不適応行動がもたらす強いストレスに長時間さらされると考えられる。諸外国の先行研究でも不適応行動が強いストレスをもたらすことが報告されている^{10, 11)}。本稿の結果は、不適応行動をもたらすような重度の痴呆に対応した新しいサービスの必要性を示している。障害が最重度の場合、痴呆が軽いほど介護負担感が高かった。このことは、障害が重い場合は痴呆が重くても介護負担感をもたらすような不適応行動が少なく、むしろ認知症が軽く介護者

に自分の意思を明確に伝えることができる者のほうが、介護に関する要求が多くなり介護負担感を高めている可能性が考えられる。

措置制度の時代を対象とした研究でも、夜間の介護が主介護者の介護負担を増加させることが報告されている^{12~14)}。介護保険のサービスには、夜間の訪問介護も存在する。しかし、夜間介護がある場合、7.1点も介護負担感が高かった。これは、現在の夜間の訪問介護が夜間介護の負担を充分軽減できていないことを示していると考えられる。原因としては、要介護者世帯が、夜中に他人が家に入ってくるのに抵抗を感じて十分な量のサービスを利用していない可能性が考えられるが、本稿の結果からは明らかな結論は得られない。

要介護度を用いた推定では、要介護度5タミーが有意でなかった。理由として、要介護認定において不適応行動が充分考慮されていない可能性が考えられる。

②介護の状況

容態が急変する可能性が非常にある場合、負担感9.4点高かった。これは、急変時に家族だけで適切な対応ができるか分からないことが、介護者にとって大きなストレスになっていることを示していると考えられる。しかし、急変時の医療体制が整っていることは、介護負担感を大きく軽減する。従って、急変可能性のある要介護者を抱える要介護世帯に対する医療体制の整備の充実が一層望まれる。

副介護者数が多いほど介護負担が低かった。このことは、家族による介護には、現在の在宅サービスでは補えない要素があることを示していると考えられる。

2人以上を介護している場合の介護負担感、1人だけしか介護していない場合と変わらなかった。家族による介護は、在宅サービスと非代替的

な要素もあると考えられるだけに、この変数の係数は正で有意であると予想された。予想外の結果を得た理由は不明である。

③主介護者の属性

健康状態が悪いことが、介護負担感が高いことと関連することが報告されている^{12, 13, 15-17)}。本稿の結果は、介護保険になっても在宅サービスが、主介護者の健康状態の悪化による介護負担の増大に充分対応できていないことを示している。本稿で取り上げた自覚症状の多くは、高齢者の場合、慢性的に継続し、完治しない場合も多いと考えられる。従って、介護者の健康相談や健康診断などを積極的に行うことにより、健康状態悪化の予兆の早期発見や悪化の予防を行うことが重要であると考えられる。

要介護者との関係を尋ねる質問はプライバシーに深く関わるので、回答者が正直に回答するかについては懸念がもたれるが、要介護者との関係が悪くなるほど、顕著に介護負担感が大きくなった。介護者と要介護者の関係は、不適応行動による影響を受けている可能性が考えられる。その場合、家族会による心理的サポートや家族介護者向けの認知症介護教育が、介護負担感の軽減に役立つ可能性が考えられる¹⁸⁾。

現在同居世帯に対する家事援助の提供は制限されている。しかし、介護者がほとんどの家事を担うことは、介護負担を増加させた。従って、介護負担を軽減するために、同居家族がいる場合の家事援助の制限を緩和する余地が考えられる。

A市ダミーは、本調査で取り上げられていない介護負担の要因で、A市とB市で異なるものの影響を一括してあらわしている。その具体的な内容としては、住者の気質の違いや自治体の独自サービスの利用環境などが考えられる。

④介護保険の在宅サービスの利用を阻害する要因

清水谷・野口¹⁹⁾は、介護負担の指標として介護時間を用いて分析を行った。そして、介護保険の自己負担が介護サービスの消費を抑制し、長時間介護が解消されていないことを示した。しかし、介護負担の指標として介護時間を用いることには問題があると考えられる。介護と家事の時間区分は曖昧であり、同じ介護時間であっても「見守り」と身体介護など、労働密度が大きく異なる場合があるからだ。さらに、調査対象者が答える介護時間と観察者が計測した介護時間には大きな乖離が見られるという報告もある²⁰⁾。本稿では、より適切な介護負担の尺度としてZaritの尺度を用いた。結果は、介護保険料段階ダミーがすべて有意でなかった。このことは、介護負担を抑制するのに必要なサービスの消費を自己負担が抑制していないことを示していると考えられる。

ショートステイ以外のサービスでは、要介護者の意向や事業者側の都合でサービス利用が手控えられても介護負担感には影響しなかった。このことは、特定のサービスの利用が制限されても他のサービスで代替できることを反映していると考えられる。しかし、痴呆自立度がⅡ以上の場合に事業者側の都合でショートステイの利用が制限を受けると、介護負担感は14.9点も高くなった。交差ダミーが1となる標本数が12しかないので係数の大きさの信頼性には留意が必要であるが、ショートステイが不適応行動による介護負担感を抑制するのに有効であるとともに、それが充分使えない場合は介護負担感が非常に高くなる可能性を示唆していると考えられる。

適切な種類のサービスが存在し、事業者による提供体制が整っていたとしても、適切な在宅サービスが供給されるには、適切なケアプランが不可欠である。適切なケアプランがどのようなものであるかについての客観的な基準が無いため、本稿

では、ケアマネジャーの自己評価を用いた。係数は有意ではなかったが、自己評価は、自分に厳しく謙虚な者ほど低くなるというバイアスがあると考えられるため、解釈には注意が必要である。ケアプランの適切さが介護負担感に与える影響については、今後より客観的な基準に基づいた研究が望まれる。

(2) 特養の入所基準

介護保険では利用者がサービスを選択する権利を認められたが、限りある資源を有効かつ公平に使うための基準として要介護度が設けられた。要介護度は要介護者本人の状態のみによって決まり、在宅サービスでは要介護度に応じて1割負担でサービスが消費できる額に上限が設けられた。しかし、現実には1割負担の上限まで在宅サービスを使うケースはそれほど多いとはいえず、限度額の設定が資源分配に与える影響は限定的である。介護給付費実態調査によると、限度額に占める消費額の割合は、すべての要介護度で50%前後である。現在、介護保険における資源分配の基準として最も求められているのは、超過需要状態にある特別養護老人ホームの入居基準であると考えられる。厚生労働省は、2002年各都道府県に対し、必要性の高い者から優先的に入居させるべきことを通知した²¹⁾。必要性の基準としては、要介護者本人の状態のみならず、要介護度では考慮されていない介護をする家族の状態もあげられている。多くの自治体は、入所の緊急性の基準として、要介護者の重症度や介護者の健康状態によって設定された点数を用いている。しかし、どのような項目に対してどのような点数付けを行うべきかについての客観的な根拠は示されておらず、自治体によって点数付けの規則が異なる^{4,5)}。要介護度の基準を決める際には、全国社会福祉協議会による大規模なタイムスタディが行われ、基準の妥当性に

ついて様々な議論が行われた²²⁾。それと比べると、現在要介護度よりも重要性が高いと考えられる入居基準の客観的な根拠について全く調査・研究が行われていないのは驚くべきことであるといえよう。重度の要介護者が在宅介護を継続するには家族による介護が不可欠であり、介護保険のサービスはその補完という位置づけになっている。従って、本稿で推定した在宅サービスが対応できてない介護負担の大きさを入居の優先順位として用いることには妥当性があると考えられる。実際の運用にあたっては、本稿の結果に基づく点数化された基準は、要介護判定における1次判定のように用い、数量化しにくい個別の事情については医療・福祉の専門家が考慮して入所の優先順位を決めることが望ましいと考えられる。

(3) 本稿の問題点

本稿の問題点としては、次の2点があげられる。第1に、対象が中国地方の2市に限定されていることである。今後、より代表性のある標本による分析が望まれる。第2に、同時決定バイアスの有無についての統計的検証ができていないことである。要介護者の重症度は、介護負担感と介護サービス利用の双方の決定要因であると考えられる。したがって、介護負担感を従属変数とした推定式にサービス利用の有無を説明変数として用いることは、説明変数で調整できていない重症度（以下、観察されない重症度）と説明変数が関連し、推定結果にバイアスが生じる可能性が考えられる²³⁾。そのため、観察されない重症度が高い者ほどサービスを利用するならば、サービス利用が介護負担感を押し上げるという推定結果さえ得られる可能性がある²⁴⁾。本稿では同時決定バイアスを避けるため、サービス利用の有無を説明変数として直接用いなかった。代わりに、サービス利用の制約要因が介護負担感に与える影響を調べることを試み

た。しかし、事業者都合や要介護者本人の意向によってサービス利用が制限されているか否かをあらかず変数は、制約要因そのものではないので、本稿の結果が同時決定バイアスを免れているとは言い難い^{注3)}。例えば、観察されない重症度が高い世帯ほどショートステイの利用希望が多いため、ショートステイの空きが見つからないことが多い可能性が考えられる。同時決定バイアスに対応した推定に拘泥することは、場合によっては政策的に重要な分析を放棄することにつながりかねない。しかし、バイアスの有無が検証できていない場合^{注4)}、結果の解釈には一定の留意が必要であることは言うまでも無く、今後課題を残す。

付論：日常生活自立判定度

痴呆老人の日常生活自立度判定基準

| | |
|-----|---|
| I | 何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 |
| II | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 |
| III | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。 |
| IV | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 |
| M | 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 |

(平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知)

障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

| | |
|---|--|
| J | 何らかの痴呆を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。 |
| A | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 |
| B | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 |
| C | 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 |

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知)

注

- 1 Zaritの介護負担感尺度は古典的テスト理論⁹⁾に基づいているため、尺度の信頼性が特定の標本で確認されても、異なる標本に適用する場合には改めて信頼性を確認する必要がある。
- 2 Kumamoto・他²⁰⁾は、構造方程式モデリングを用いて、在宅サービスの利用が家族介護者の介護負担を下げるという結果を報告している。しかし、構造方程式モデリングは、観察されない交絡変数が存在しないことを仮定している²⁰⁾。そのため本稿の指摘する同時決定バイアスを克服しているわけではない。
- 3 地域の高齢者人口当りショートステイ定員数などを説明変数として用いる方が適切であると考えられるが、我々が対象としたのは2つの市であるため地域変数は利用できなかった。
- 4 副介護者数、自覚症状数、家事負担、要介護者との関係、などの係数も、サービス利用について本文中で触れたのと同様の理由で、同時決定バイアスがある可能性は否めない。

謝辞

本稿の作成にあたって、中国地方の2つの市の介護保険課、事業者、市民より多大な協力を得た。本稿は、ファイザー・ヘルスリサーチ振興財団、ユニバー財団の助成を受けている。本誌の匿名の査読者、山本克也(国立社会保障・人口問題研究所)、田中滋(慶應大学)、岩本康志(東京大学)、中野いく子(東海大学)の各氏より有益なコメントを頂いた。以上の方々にごで改めて感謝申し上げる。

参考文献

- 1) 厚生省. 介護保険制度(Q&A). http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html 1999. 2006/11/20 筆者確認.
- 2) 日本経済新聞. 特養の入所待機33万人-厚労省初の調査、東京・神奈川など多く. 2005.
- 3) 杉原陽子. 介護の社会化や在宅重視の理念はどの程度達成されたか、杉澤秀博, 中谷陽明, 杉原陽子編, 介護保険制度の評価-高齢者・家族の視点から-. 三和書房, 2005: 73-99
- 4) 大阪府. 大阪府指定介護老人福祉施設入所選考指針. <http://www.pref.osaka.jp/korei/sisetu/info>

- /toku-index.htm 2006/11/20筆者確認。
- 5) 愛知県. 指定介護老人福祉施設の入所指針について. <http://www.pref.ehime.jp/040hokenhukushi/080kaigohoken/fukushi/kaigo/sisin/index.htm> 2006/11/20筆者確認.
 - 6) Zarit, SH., Reeve, KE., Bach-Peterson, J. Relative of the impaired elderly; Correlations of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-655
 - 7) Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T., Washio, M., Miura, H. and Hisamichi, S. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosciences* 1997; 51: 281-287
 - 8) 豊田秀樹. 第5章 テスト情報関数 項目反応理論 [入門編] —テスト測定の科学—. 朝倉書店. 2002: 61-75
 - 9) 大日康史. 公的介護保険による実際の介護需要の分析—世帯構造別の推定—. 季刊社会保障研究 2002; 38: 67-73
 - 10) Arai, Y. Family caregiver burden in the context of the long-term care insurance system. *J Epidemiol* 2004; 14: 139-142
 - 11) Pinquart, M., Sorensen, S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontology: Psychological Sciences* 2003; 58B: 112-128.
 - 12) 服部明徳, 他. パーンアウト・スケールを用いた高齢者介護の家族負担度の検討 (第2報): 高齢者の問題行動や介護者自身の要因と家族負担との関連. *日老医誌* 2001; 38: 360-365
 - 13) 緒方泰子, 橋本勉夫, 乙坂佳代. 在宅要介護高齢者を介護する家族の主観的介護負担, *日本公衛誌* 2000; 47: 307-319
 - 14) 上田照子, 他. 在宅要介護老人を介護する高齢者の負担に関する研究. *日本公衛誌* 1994; 41: 499-505
 - 15) 鷲尾昌一, 他. 介護保険制度導入1年後における福岡県遠賀地区の要介護高齢者を介護する家族の介護負担感: Zarit介護負担尺度日本語版による検討. *日老医誌* 2002; 40: 147-155
 - 16) Kuwahara Y, Washio M, Arai Y. Burden among caregivers of frail elderly in Japan. *Fukuoka Igaku Zasshi* 2001; 92: 326-333
 - 17) 中谷陽明, 東條光雅. 家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—. *社会老年学* 1989; 29: 27-36
 - 18) Sorensen, S., Pinquart, M., Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356-372.
 - 19) 清水谷諭, 野口晴子. 第6章 介護・保育サービスの利用と家族負担・労働供給. 介護・保育サービス市場の経済分析. 東洋経済新報社. 2004: 163-216
 - 20) 筒井孝子. 第1章 要介護高齢者の在宅での生活. 高齢社会のケアサイエンス. 中央法規. 2004: 20-48
 - 21) 厚生労働省老健局企画課. 指定介護老人福祉施設に関する指針について. 老計発第0807004号 2002.
 - 22) 岡本祐三. 第4章 介護保険が開く新しいサービスの世界. 介護保険の教室. PHP新書. 2000: 117-176
 - 23) 山本 拓. 第10章 説明変数と攪乱項の相関計量経済学. 新世社. 1995: 223-246
 - 24) Kumamoto K, Arai Y, Zarit SH. Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006 ;21: 163-170
 - 25) 狩野裕. 第II部 構造方程式モデリング, 因果推論, そして非正規性. 統計科学のフロンティア5 多変量解析の展開. 岩波書店. 2002: 65-129

著者連絡先

岡山大学大学院社会文化科学研究科
 岸田 研作
 〒700-8530 岡山市津島中3-1-1
 岡山大学経済学部
 TEL/FAX : 086-251-7546
 e-mail : kishiken@cc.okayama-u.ac.jp

What's Needed in at-home Services? — An Analysis of Family Care Burden —

Kensaku Kishida *¹, Shizuko Tanigaki *²

Abstract

Objective : The aim of this paper is to estimate family care burden that is not lessened by the present at-home services to clarify at-home services to be supplied in the future and to get the impartial standard of nursing home placement.

Methods : Our subjects are 725 families that include the impaired elderly and at least another person in two cities in Chugoku Prefecture. There could be many causes for care burden. However, if the family can use enough care services to meet each burden cause, the causes won't result in care burden. For example, if a family, including an impaired elderly person who needs night care, can use enough service to meet night care, there should be no difference in the care burden between caregivers whose impaired relatives need night care and those whose impaired relatives do not. So, we regressed the measure of care burden on various care burden causes. We used the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI) as the measure of care burden.

Results : The following numbers are ZBI scores. The care burden causes that is not lessened enough by the present at-home services were restricted usage of short-stay in the cases where behavioral problem was severe (14.9), night care (7.1), bad relationships between the caregivers and the impaired elderly (5.4 - 15.8), caregiver's self-symptoms (2.3 per one), housekeeping (4.6). Those who very likely get worse suddenly increased the ZBI scores by 9.4 points. But if the preparation for a doctor's visit for such emergencies was completed, the score was 1.8. The scores were higher in the cases where either dementia or physical disability was severe. Sub caregivers decreased the scores by 1.7 per person.

Conclusion : The care burden causes that couldn't be dealt with the present at-home services were various. The new services that could deal with those causes are needed. We can calculate family care burdens by each status and use them as the impartial standard of nursing home placement.

[key words] care burden, nursing home, long-term care insurance

*1 Graduate School of Humanities and Social Sciences, Okayama University

*2 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University