

## 第2章 政策評価に向けての評価尺度開発－介護負担感尺度開発の試み－

### (1) 目的

政策の効果を測定する評価尺度開発の一環として、介護負担感尺度の開発を試みる。調査項目の選定過程については近藤（2000）に記されているが、中谷ら（1988）の介護負担感評価尺度をもとに、独自の介護負担感尺度を作成する。開発した介護負担感尺度の信頼性と妥当性を検討した上で、介護負担感に影響をあたえる要因を検討する。

### (2) 調査の対象および方法

2つの自治体（A市、B町）で2000年4月までに介護保険の申請をしたA市352人、B町313人の介護者を対象とした。介護保険の申請をした人への訪問調査時に、介護者への調査用紙を留め置き、分析は研究者が行うことを明示した上で、大学宛に郵送してもらう方法をとった。回収率はA市が62.5%、B町が72.0%であるが、ここでは介護負担感に関わる14項目すべてに回答したA市156名、B町162名を分析対象とする。

介護負担感以外の調査内容は、①基本的属性と健康状態、②機能状態（要介護者の要介護度、障害老人自立度、痴呆老人自立度など）、③心理・情緒的因子（介護者の主観的幸福感、うつ傾向）、④社会的因子（介護者のソーシャル・サポートなど）などである。

### (3) 結果

#### ①介護負担感尺度の作成

##### a.信頼性と妥当性の検討

介護負担感尺度の信頼性と妥当性を検討する。中谷らの12項目に経済状態を問う1項目と家族・親族間の人間関係を問う1項目を加えた14項目に対する回答は4段階評定である。得点が高いほど負担感が大きくなるように得点化し、自治体ごとに信頼性係数を求めた。A市では $\alpha=.843$ 、B町では $\alpha=.828$ であった。

次に、14項目の介護負担感尺度の妥当性を検討する。介護者調査では、介護者の全体的負担感（全体的大変さ）を測定するために「全体として、お世話することがどの程度大変だと思いますか」という項目がある。全体的負担感は「大変だとは全く思わない」を1点、「非常に大変だと思う」と7点とする7段階評価である。この全体的負担感を用いて、負担感尺度の内容的妥当性を検討することができる。全体的負担感と介護負担感尺度を構成する14項目の総和との相関を求めた。2つの負担感の相関は、A市では $r=.658$ 、B町では $r=.700$ であった。この介護負担感尺度を用いて、介護の全体的な大変さを測定することができる。

これらの結果から、今回作成した介護負担感尺度を用いて、介護負担を測定することができることがわかる。介護負担感尺度はすべての項目を加算して、介護負担感得点として用いることができる。

##### b.介護負担感の下位尺度の検討

介護負担感尺度には下位尺度が存在すると考えられる。中谷らの介護負担感尺度には「主観的負担感」と「介護の継続意志」という2つの下位尺度が存在することが知られている。

今回作成した負担感尺度は介護のさまざまな側面を測定できるよう作られている。そこで、この負担感尺度の下位尺度について検討する。

自治体ごとに因子分析（主成分分析）した結果が、表 2-2-1 および表 2-2-2 である。いずれの自治体の結果でも 3 因子が抽出されている。

A 市では第 1 因子の寄与率が 38.17、第 2 因子が 10.23、第 3 因子が 8.38 であった。第

表 2-2-1. 因子分析の結果(A市)

	成分		
	主観的負担 感因子	介護の継続 意志因子	世間体因子
3.世話で、精神的にとっても疲れてしまう	.793	-7.486E-02	5.548E-02
2.社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.769	-.244	3.091E-02
7.世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.766	-6.010E-02	.104
10.世話で精神的にはもう精いっぱい	.755	-.197	.199
6.世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.750	-.194	-.111
12.世話をしていると、自分の健康のことが心配	.666	-.154	.291
14.世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.646	8.907E-02	-.138
13.世話のために、経済的負担が大きくて困る	.627	3.931E-02	-9.589E-02
9.代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.620	.197	-.125
5.病院や施設で世話をしてほしいと思うことがある	.594	.214	-.286
8.世話をしていることで近所に気がねをしている	.558	.113	.165
11.自分が最期まで看てあげたいと思う	.292	.773	-.292
4.世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	.103	.743	.445
1.世話はたいした重荷ではない	-8.434E-02	7.688E-02	.765

因子抽出法: 主成分分析

a. 3 個の成分が抽出されました

1 因子に負荷が高かったのは「3.世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう」「2.趣味・学習・その他の社会的活動などのために使える自分の自由な時間が持たなくて困る」など 11 項目である。中谷らの介護負担感評価尺度は、もともと 10 項目からなる「主観的負担感」と 2 項目からなる「介護の継続意志」から構成されている。今回の第 1 因子も、新たに付け加えた経済的負担感を問う項目と家族・親族間の人間関係を問う項目を含めた「主観的負担感」を示す項目からなっているので、「主観的負担感」因子と名付けることができる。第 2 因子に負荷が高かったのは「4.世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う」「11.自分が最期まで看てあげたいと思う」の 2 項目で、中谷らが想定した「介護の継続意志」についての項目である。そこで、第 2 因子は「介護の継続意志」因子と命名する。第 3 因子は「1.世話はたいした重荷ではない」のみに負荷が高く、重荷ではないことを示す因子である。自由記述によれば、この「重荷」という言葉にこだわりを感じた回答者もいたようで、たてまえや世間体に関わる因子と考えることができる。

B 町では第 1 因子の寄与率が 38.84、第 2 因子が 12.72、第 3 因子が 9.26 であった。第 1 因子に負荷が高かったのは「10.世話で精神的にはもう精いっぱいである」「3.世話で、毎日精神的にとっても疲れてしまう」など 9 項目である。A 市の場合と同じように「主観的負担因子」と考えることができる。第 2 因子に負荷が高かったのは「介護の継続意志」につ

いての2項目と「14.お世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る」という人間関

表 2-2-2.因子分析の結果(B町)

	成分		
	主観的負担 因子	介護の継続 意志因子	世間体因子
10.世話で精神的にもう精いっぱい	.824	-5.995E-02	-1.572E-02
3.世話で、精神的にとても疲れてしまう	.812	-.128	.232
6.世話で家事やその他のことに手が回らなくて困る	.758	-.230	4.505E-02
9.代わってくれる親族がいれば、世話を代わってほしい	.746	.107	-8.495E-02
7.世話が手に負えなくなるのではないかと心配	.725	-6.928E-02	.117
5.病院や施設で世話してほしいと思うことがある	.722	.247	4.650E-02
12.世話をしていると、自分の健康のことが心配	.606	-.436	-1.543E-02
2.社会的活動に使える自由な時間が持たなくて困る	.597	-.186	.445
13.世話のために、経済的負担が大きくて困る	.546	-.243	-.353
11.自分が最期まで看てあげたいと思う	.283	.701	2.505E-02
4.世話の苦労があっても前向きに考えていこうと思う	.184	.659	-8.070E-03
14.世話のことで、家族・親族と意見があわなくて困る	.452	.472	-.308
8.世話をしていることで近所に気がねをしている	.388	.134	-.659
1.世話はたいした重荷ではない	.102	.424	.604

因子抽出法: 主成分分析

a. 3 個の成分が抽出されました

係の悪さを示す項目である。この場合も「介護の継続意志因子」と命名することができるが、B町の場合は人間関係の悪さが介護の継続意志を低下させている可能性を示唆している。第3因子は「8.世話をしていることで近所に気がねをしている」と「1.世話はたいした重荷ではない」の2項目に負荷が高かった。近所に対する気がねの項目も加わっており、「世間体」因子と名付けることができる。

これら3つの因子はA市、B町共通のものと考えられる。そこで、以下の分析では3つの因子得点を用いることにする。主観的負担感得点、介護の継続意志得点については、得点が高いほど主観的負担感が大きく、介護の継続意志が高いことを示す。世間体得点については、得点が低いほど世間体を気にしていることになる。

ここで、介護負担感を構成する3つの下位尺度の得点と介護者の全体的負担感（全体的大変さ）の関係を検討しておく。3つの下位尺度得点と全体的負担感の相関を求めた結果が表2-2-3と表2-2-4である。A市の結果でもB町の結果でも、全体的負担感と相関が高かったのは主観的負担感因子である。いわゆる「介護の大変さ」は主観的負担因子として示されることがわかる。介護の継続意志因子と世間体因子については全体的負担感と相関はなく、介護負担の異なる側面を測定していることがわかる。

表 2-2-3.介護負担感尺度と大変さの相関(A市)

		全体的大 変さ	主観的負 担感因子	介護の継続 意志因子	世間体因子
全体的大変さ	Pearson の相関係数	1.000	.661 **	.031	-.114
	有意確率 (両側)	.	.000	.699	.158
	N	167	154	154	154
主観的負担感因子	Pearson の相関係数	.661 **	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.000	.	1.000	1.000
	N	154	156	156	156
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.031	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	.699	1.000	.	1.000
	N	154	156	156	156
世間体因子	Pearson の相関係数	-.114	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	.158	1.000	1.000	.
	N	154	156	156	156

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

表 2-2-4.介護負担感尺度と全体的大変さの相関(B町)

		全体的大 変さ	主観的負 担感因子	介護の継続 意志因子	世間体因子
全体的大変さ	Pearson の相関係数	1.000	.735 **	.031	-.047
	有意確率 (両側)	.	.000	.695	.552
	N	168	160	160	160
主観的負担感因子	Pearson の相関係数	.735 **	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.000	.	1.000	1.000
	N	160	162	162	162
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.031	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	.695	1.000	.	1.000
	N	160	162	162	162
世間体因子	Pearson の相関係数	-.047	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	.552	1.000	1.000	.
	N	160	162	162	162

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

## ②介護負担感に影響をあたえる因子

ここでは作成した介護負担感尺度の3つの下位尺度を用いて、介護負担感に影響をあたえる因子について検討する。検討する因子は、①基本属性と健康状態、②機能状態、③心理・情緒的因子、④社会的因子の4つである。

### a. 基本属性と健康状態

分析に用いた基本属性は、要介護者の性別・年齢、介護者と要介護者の続柄、介護者の性別・年齢・健康状態(4段階評定)である。基本属性については、就労条件や介護力などが負担感に影響を与えていることが報告されている(中谷ら, 1990; 荒井ら, 1999など)が、両自治体で調査した項目が異なっているため、ここでは調査項目が重なっているものを選んだ。この点については、現在データベースを整備中で、データがそろった段階で、さらに検討することが必要である。

まず、A市について検討する。介護者の性別と3つの介護負担感因子の関係を調べるため

にT検定を行ったが、どの因子についても得点に差は見られなかった。介護者と要介護者の続柄を子世代（介護者が嫁、娘、息子など）と親世代（妻、夫、兄弟など）に2分して検討したところ、介護の継続意志得点 ( $t=3.74, p=.000$ )、と世間体得点 ( $t=2.03, p=.044$ ) に差が見られた。親世代の方が介護の継続意志が低く、世間体を気にしないようである。要介護者の年齢、介護者の年齢と健康状態については、3つの因子得点との相関を求めた（表2-2-5）。主観的負担因子については相関が見られないが、介護の継続意志因子では

表 2-2-5.介護負担感尺度と基本属性の相関(A市)

		主観的負担因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.	1.000	1.000
	N	156	156	156
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000	.	1.000
	N	156	156	156
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	.
	N	156	156	156
要介護者の年齢	Pearson の相関係数	-.039	.158 *	-.098
	有意確率 (両側)	.628	.050	.227
	N	155	155	155
介護者の年齢	Pearson の相関係数	-.099	-.229 **	.107
	有意確率 (両側)	.224	.004	.190
	N	152	152	152
介護者の健康状態	Pearson の相関係数	-.143	.185 *	-.221 *
	有意確率 (両側)	.090	.027	.008
	N	142	142	142

\*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

介護者の年齢との間に弱い負の相関が見られている。つまり、介護者の年齢が若いほど、介護を継続する意志が見られるということになる。世間体因子についても介護者の健康状態と弱い負の相関が見られている。介護者の健康状態がよいほど世間体得点が低い、つまり世間体を気にするようである。

B 町でも介護者の性別と3つの介護負担感因子の関係を調べるためにT検定を行ったところ、どの因子でも得点に差は見られなかった。要介護者の性別については、主観的負担感因子で関係が見られる。要介護者が男性の場合に主観的負担感が高い傾向が見られた ( $t=1.89, p=.06$ )。要介護者の性別による負担感の違いについては、荒井ら (1999) が同様の結果を示している。介護者と要介護者の続柄を子世代と親世代の2つに分類して検討したところ、介護の継続意志得点に差が見られた ( $t=3.35, p=.001$ )。A 市と同様、親世代の方が介護の継続意志得点が低かった。

介護負担感尺度と介護者の年齢、健康状態、要介護者の年齢との相関については表 2-2-6 のようである。B 町では、要介護者、および介護者の年齢と介護の継続意志因子との間に、弱い負の相関が見られる。要介護者の年齢が若いほど、介護者の年齢が若いほど、介護を継続する意志があるということになる。

表 2-2-6.介護負担感尺度と基本属性の相関(B町)

		主観的負担感因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担感因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)		1.000	1.000
	N	162	162	162
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000		1.000
	N	162	162	162
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	
	N	162	162	162
要介護者の年齢	Pearson の相関係数	.014	-.208 **	.001
	有意確率 (両側)	.861	.008	.992
	N	162	162	162
介護者の年齢	Pearson の相関係数	-.092	-.236 **	-.164 *
	有意確率 (両側)	.256	.003	.041
	N	156	156	156
介護者の健康状態	Pearson の相関係数	-.011	.167 *	.077
	有意確率 (両側)	.888	.039	.346
	N	153	153	153

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

\* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

b.機能状態

分析に用いた要介護者の機能状態は、要介護度 (6段階)、障害老人自立度 (8段階)、痴呆老人自立度 (9段階) である。いずれも介護負担感尺度の3因子との相関を求めた。

A市では、介護の継続意志得点が障害老人自立度、および要介護度と負の相関を示していた (表2-2-7)。障害の程度が重くなるほど、あるいは要介護度が重くなるほど、介護を継続しようという意志がなくなるようである。

B町ではA市に比べて、相関係数が小さくなっており、介護の継続意志に影響をあたえるのは、障害老人自立度である。A市では要介護度と負の相関を示していたが、B町では痴呆性老人自立度と弱い負の相関を示している (表2-2-8)。

A市とB町の違いは、要介護認定のあり方の違いを反映している可能性がある。この点についてはさらに検討する必要があるが、負担感と要介護度の関係は介護保険を考える上での重要なポイントになるであろう。

表 2-2-7.介護負担感尺度と機能状態の相関(A市)

		主観的負担因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.	1.000	1.000
	N	156	156	156
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000	.	1.000
	N	156	156	156
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	.
	N	156	156	156
障害老人自立度	Pearson の相関係数	.062	-.350 **	.097
	有意確率 (両側)	.441	.000	.226
	N	156	156	156
痴呆老人自立度	Pearson の相関係数	.124	-.150	.050
	有意確率 (両側)	.122	.062	.534
	N	156	156	156
要介護度	Pearson の相関係数	.160 *	-.264 **	.030
	有意確率 (両側)	.046	.001	.711
	N	156	156	156

\*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

\*\*. 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

表 2-2-8.介護負担感尺度と機能状態の相関(B町)

		主観的負担因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.	1.000	1.000
	N	162	162	162
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000	.	1.000
	N	162	162	162
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	.
	N	162	162	162
障害老人自立度	Pearson の相関係数	.018	-.204 *	.167 *
	有意確率 (両側)	.821	.010	.036
	N	158	158	158
痴呆性老人自立度	Pearson の相関係数	.097	-.166 *	.068
	有意確率 (両側)	.225	.037	.398
	N	158	158	158
要介護度	Pearson の相関係数	.089	-.036	.068
	有意確率 (両側)	.273	.656	.401
	N	155	155	155

\*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

c.心理・情緒的因子

今回の分析で用いた心理・情緒的因子は、主観的幸福感を示す PGC モラール得点と高齢者用のうつ尺度である GDS 得点である。

A市の結果(表 2-2-9)では、主観的幸福感は主観的負担得点と負の相関を示しており、

うつ傾向は正の相関を示している。介護保険導入前の調査からだけでは、うつ傾向であるため介護を負担に感じるのか、負担感を感じるからうつ傾向になるのかといった因果関係はわからないが、主観的な負担感と心理・情緒的因子の間には関係があることがわかる。

表 2-2-9.介護負担感尺度と心理・情緒的因子の相関(A市)

		主観的負担因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.	1.000	1.000
	N	156	156	156
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000	.	1.000
	N	156	156	156
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	.
	N	156	156	156
PGC	Pearson の相関係数	-.565 **	-.040	-.101
	有意確率 (両側)	.000	.641	.241
	N	137	137	137
GDS	Pearson の相関係数	.519 **	.085	-.053
	有意確率 (両側)	.000	.341	.555
	N	127	127	127

\*\* . 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

表 2-2-10.介護負担感尺度と心理・情緒的因子の相関(B町)

		主観的負担因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.	1.000	1.000
	N	162	162	162
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000	.	1.000
	N	162	162	162
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	.
	N	162	162	162
PGC モラル得点	Pearson の相関係数	-.614 **	.283 **	-.011
	有意確率 (両側)	.000	.001	.896
	N	146	146	146
GDS 得点	Pearson の相関係数	.479 **	-.197 *	-.046
	有意確率 (両側)	.000	.025	.604
	N	129	129	129

\*\* . 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

\* . 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

表2-2-10はB町の結果である。B町では、主観的負担感得点だけでなく、介護の継続意志得点と主観的幸福感の間に弱い正の相関が見られている。主観的に幸福であることが介護を持続させる可能性を示唆しているのであろう。

d.社会的因子



社会的因子として、ソーシャル・サポート測定指標（野口，1991）で捉えた主介護者のソーシャル・サポートを用いる。この指標では、「同居家族」「別居の子どもや親戚」「知人・友人・近隣」という3つのサポート源から得られる3種類のサポート（情緒的サポート、手段的サポート、ネガティブ・サポート）を測定することができる。ここでは、サポートの種類を中心に検討する。以下の表では、情緒的サポートを「情緒合計」、手段的サポートを「手段合計」、ネガティブ・サポートを「ネガ合計」とする。さらに、情緒的サポートと手段的サポートの和をポジティブ・サポート（P合計）とし、ポジティブ・サポートからネガティブ・サポートを減ずることで介護者の総サポート量（T合計）を算出した。

A市では、ソーシャル・サポートが主観的負担感得点と関係しているようである（表2-2-11）。主観的な負担感を増大させるのは、手段的サポートの少なさとネガティブ・サポートの多さであると考えられる。介護の継続意志得点や世間体得点とソーシャル・サポー

表 2-2-11.介護負担尺度と社会的因子の相関(A市)

		主観的負担因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.000	1.000	1.000
	N	156	156	156
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000	.000	1.000
	N	156	156	156
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	.000
	N	156	156	156
情緒合計	Pearson の相関係数	-.035	-.079	-.097
	有意確率 (両側)	.663	.327	.227
	N	156	156	156
手段合計	Pearson の相関係数	-.317 **	.010	-.026
	有意確率 (両側)	.000	.899	.745
	N	156	156	156
ネガ合計	Pearson の相関係数	.357 **	.180 *	.035
	有意確率 (両側)	.000	.024	.662
	N	156	156	156
P 合計	Pearson の相関係数	-.172 *	-.048	-.077
	有意確率 (両側)	.032	.555	.340
	N	156	156	156
T 合計	Pearson の相関係数	-.291 **	-.110	-.084
	有意確率 (両側)	.000	.170	.298
	N	156	156	156

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

\* 相関係数は 5% 水準で有意 (両側)

トの間には関係がないようである。

これに対し、B町の場合は、ソーシャル・サポートが介護負担尺度の3つの因子すべてと関係がある。介護者が受ける総サポート量の少なさ、それは情緒的サポートの少なさであり、手段的サポートの少なさであり、ネガティブ・サポートの多さである、が主観的負担感を高めるようである。介護の継続意志得点とネガティブ・サポートの間に弱い正の相関が見られ、情緒的サポート、総サポート量が世間体得点と正の相関を示している。これ

らの結果は、東京都老人総合研究所の一連の研究と一致する。

表 2-2-12.介護負担感尺度と社会的因子の相関(B町)

		主観的負担感因子	介護の継続意志因子	世間体因子
主観的負担感因子	Pearson の相関係数	1.000	.000	.000
	有意確率 (両側)	.	1.000	1.000
	N	162	162	162
介護の継続意志因子	Pearson の相関係数	.000	1.000	.000
	有意確率 (両側)	1.000	.	1.000
	N	162	162	162
世間体因子	Pearson の相関係数	.000	.000	1.000
	有意確率 (両側)	1.000	1.000	.
	N	162	162	162
情緒合計	Pearson の相関係数	-.265 **	.002	.236 *
	有意確率 (両側)	.001	.979	.003
	N	162	162	162
手段合計	Pearson の相関係数	-.236 **	-.029	.141
	有意確率 (両側)	.003	.717	.073
	N	162	162	162
N合計	Pearson の相関係数	.296 **	.203 **	-.132
	有意確率 (両側)	.000	.010	.093
	N	162	162	162
T合計	Pearson の相関係数	-.369 **	-.080	.253 *
	有意確率 (両側)	.000	.310	.001
	N	162	162	162

\*\* 相関係数は 1% 水準で有意 (両側)

#### (4) 今後の課題

介護者調査で用いた介護負担感尺度は、3つの因子からなっていた。地域によって多少項目が異なるようであるが、「主観的負担感」と「介護の継続意志」については同じ因子と見なすことができる。これまで報告してきたように、同じ尺度を用いることでそれぞれの地域の特徴を描き出すことができる。さらに詳細な検討が必要であるが、今回調査を行ったA市とB町では、ソーシャル・サポートのあり方が異なっていると考えられる。それぞれの地域にあったサポートのあり方を考える上でも、標準化された同一の尺度を用いて比較する必要がある。

介護負担感に影響する要因を検討し、その因果関係を明らかにするためには、縦断的な調査が必要となる。現在、自治体の協力を得て、介護保険導入後のデータを収集している。この縦断データを用いて、介護負担に影響をあたえる要因の因果関係について詳しく分析する必要がある。

また、介護者調査では調査項目の多さがしばしば問題になる。少ない項目数で、介護者の負担感を的確に調べることができるような尺度を開発する必要がある。項目を減らすという観点から、介護者負担感尺度を再検討することも課題である。

#### (5) 文献

荒井由美子・鷺尾昌一・三浦宏子・工藤啓・左直信彦 1999 障害高齢者を介護する者の

負担感 精神保健研究, 45, 31-35.

近藤克則 2000 文献学的研究に基づく臨床的評価尺度の開発 厚生科学研究費補助金  
(政策科学推進研究事業) 1999 年度総括・分担研究報告書「基礎自治体(広域型・単独型)  
における介護保険制度の効率的運用と政策選択の評価基準に関する研究」95-104.

中谷陽明・東条光雅 1988 家族介護者の受ける負担 - 負担感の測定と要因分析 老年社  
会学, 29, 27-36.

野口祐二 1991 高齢者のソーシャルサポート - その概念と測定 - 社会老年学, 34,  
37-48.

### 第3章 自治体における福祉情報化と政策評価

#### 第1節 福祉領域における政策評価の必要性

1997年、行政改革会議の最終報告の中で、「政策の評価機能の充実」が謳われ、最近のマスコミにも「政策評価」という言葉自体やその導入を促進するような論調が見受けられるようになった。国民の意識の高まりにより、行政サービスなどが効率的かどうか、無駄な施策があるのではないか、公共事業がコストに見合うだけの効果を上げているのか、といった問いかけが寄せられている。

福祉領域でも、社会福祉基礎構造改革の中で、利用者本位のサービスを実現するため、利用者が適切な福祉サービスを選択し利用を支援していく仕組みの構築、「サービスの質」の向上を進めるインセンティブの強化、またサービスに関する基準の策定、そしてサービス評価の仕組みを充実させていく必要を指摘している。介護保険制度も同様、利用者がサービスの選択的利用を適切に行えるように、「苦情対応」と「権利擁護システム」の「確立とサービス評価」を法定化している。

福祉政策・サービスの効果についての評価は従来から大きなテーマであったと考えられる。効果だけでなく、サービス自体についても必ずしも妥当な評価手法が確立していたわけでない。その原因としてあげられるのは行政一般について評価手法が一般に確立していなかったからである。また、人に対するサービスの評価指標自体に定まった見解がないことも一因として挙げられる。

全体研究では、介護保険制度の導入前と導入後において、自治体における福祉・保健サービスの供給量や供給システムの変化、及び福祉・保健施策とその経済効果の評価分析を行い、自治体レベルでの介護保険制度の成果と今後の総合福祉施策の課題を明らかにすることを最終目標としている。本研究では、自治体における福祉領域の情報化の現状を分析した後、介護保険制度に関わる福祉領域の政策・サービスを中心としながら、福祉データベースの構築技法、評価の指標、手法の提案を行うものである。介護報酬のデータそのものは、政策・サービスの評価には大きく貢献できる。これとは別に、自治体内には住民基本台帳、国民健康保険データなど膨大な行政データが存在する。これらも政策環境や政策対象に関する評価に不可欠なものである。現在、自治体内においてばらばらに活用されている、これらのデータを統合するデータベースの開発を行った。

研究対象自治体は福祉先進自治体ユニットの幹事自治体で、比較的、調査データの整備されている愛知県高浜市と、介護保険事業計画の中で介護予防を謳っている武豊町である。

#### 第2節 福祉領域における情報化の現状

福祉分野の情報システムは自治体・社会福祉法人などを中心として構築されてきたといえる。最近では、介護保険対応で、規模の大きな自治体は総合型の情報システムの構築を進めつつある。この分野が有望市場ということもあり、メーカーやソフトハウスが一斉に参入している。しかし、多くの自治体、特に人口規模が小さい自治体ほど個別業務ごとの効率化が図られている段階であり、関連業務との連携や他部門との情報共有化の段階まで

至っている自治体は少ない。

情報化が比較的進んでいる自治体では、福祉情報をデータベース化し、住民基本台帳・国民健康保険など他のシステムと連携させ、福祉業務に関する情報の共有化を図った上で、個人に対する相談や情報提供を実現したいという希望が高い。そのためにも、従来の窓口を一本化し、相談、情報提供、サービスの受付・予約などが総合的に扱えるように改善しようとする自治体もある。これはOA化から地域情報化につながる動きである。

福祉分野の地域情報化の目的を見ると、まず行政の福祉部門における事務効率化のためのOA化を基本として、ケアマネジメントを支援するための情報化や需給調整を支援するため、福祉関連組織の情報化が進んでいる。次に、地域における福祉活動に関わる民間組織の情報化や情報機器を使用した福祉サービスの展開が行われている。緊急通報システムや情報提供システムなどがこれに相当する。さらに、ITはバリアーを克服するための機能も備えており、コミュニケーションを保証し、社会参加を促すための道具としての利用である。

福祉情報をコンピュータなどに蓄積して利用する福祉情報化の意義は、以下のように見いだされる。個々の福祉業務の改善だけでなく、総合的な福祉行政の体制づくりには欠かすことができないのが情報化である。

表1 福祉情報化の意義

① 福祉業務に関わる統合型データベースの整備により、個別の業務の電算化では実現できなかった業務の効率化・高度化を図ることができる。
② 要介護者などの状況・ニーズに適合したサービスの提案が可能となり、QOL (Quality of Life : 生活の質) の向上が可能となる。
③ 統合型データベースにより、福祉サービスの利用状況や実施をリアルタイムで把握し、そのデータを基に福祉指標を入手することが可能となる。キャッチシステムとしての利用で施策の効果や住民ニーズを正確に把握し、福祉政策の企画・立案に反映できる。
④ 情報通信ネットワーク接続の拡大により、民間を含めた福祉関連組織、ボランティア、場合によっては保健・医療分野などが適切な連携を図ることができ、効果的なサービス体制を構築できる。
⑤ 情報通信システムの整備にあわせて実施される、組織変更や相談窓口の一元化により、複数窓口では実現できないようなサービスの向上を図ることが可能である。

福祉関係組織や関係者間でどのような種類の福祉情報が流通し、処理されているか、以下の表のように、8種類にまとめた。本研究で利用するデータは、①～⑤と⑦である。

表2 福祉情報の種類

福祉情報の種類	内 容
①個人属性情報	氏名・性別・生年月日・住所などの個人に関わる基本的な情報である。
②ADL・生活状況・ニーズ関連	個人のADLや心身の状況、その個人を取り巻く日常生活の状況、

情報	そして個人の困難を克服するための各種の希望・ニーズに関わる情報である。
③申請情報	福祉サービスを受給するため、要介護者あるいはその家族がサービス事業者窓口などに申請した内容に関する情報である。受けたいサービスや時間指定・場所などの関連情報が含まれる。
④サービス提供者関連情報	福祉サービスを提供する事業者などに関する基本的な情報であり、名称・サービス範疇・住所・電話番号・担当者などの情報が含まれる。
⑤サービス内容情報	福祉サービス事業者などが提供するサービス内容についての詳細情報である。
⑥運営・管理情報	各種の業務を運営し、要介護者・職員・施設・経営などを管理するための情報である。
⑦処遇情報	要介護者のニーズや状況に応じて、各種の福祉サービスを実施した際の状況・結果などを含む情報である。
⑧緊急情報	生命の危険に関わるような緊急を要する信号や情報である。

出典：文献4)をもとに加筆

民間企業では、行政に先行して情報化投資を行い、戦略情報システムやイントラネットを構築してきた。福祉情報システムと他業種にわたる企業情報システムを比較検討することは慎重を要するが、一般的に企業情報システムには、経営管理情報システム（経営者・管理者の意志決定支援）と業務情報システム（日常業務の自動化）に大きく分けられる。前者の経営管理情報システムは、「情報の収集・加工→代替案の企画→代替案の選択→代替案の実施→実績の評価」という一連のフィードバック・ループにおける中核システムとして機能し、会社全体の意志決定に貢献するものである。自治体における福祉分野の情報システムはOA化止まりのものが多く、重要視されてこなかったものは、こうした評価を含むフィードバック・ループ実現のための情報通信システムである。福祉行政が措置制度を中心としていた中で、政策代替案の選択肢が少なかったことも一因として考えられるが、今後は福祉環境の不確実性が高まり、住民の多様化する福祉ニーズに確実に応えるために、こうしたフィードバック・ループを支援し、政策立案に貢献する情報通信システムが福祉分野でも重要となってくるであろう。

### 第3節 政策評価のための福祉関連データ

福祉政策・サービスの評価を行うために、福祉領域に関わるデータを収集し、分析が可能なデータベースを構築する必要がある。収集するデータは役所福祉関連部署、社会福祉協議会などで収集されてきた1.福祉カルテ（含：要介護認定結果）、6.個人コストデータ、介護保険事業計画策定時に行った、5.高齢者一般・要援護者調査、保健センターで収集されている、2.一般住民健診のデータ、役所市民関連部署で管理されている、3.国民年金、4.国

民健康保険、8.レセプト情報、10.住民基本台帳、役所財政関連部署で管理されている、7.社会福祉財政である。また、今回独自に研究グループが高浜市・武豊町の協力の下に行った、9.介護負担感調査の結果である。

これらのデータベースは役所内の異なる部署に所在するデータや独自アンケート調査の結果を本研究の目的に合うように変換しながら、またバグをつぶしながら構築したものである。これらは福祉に関わる領域の個人情報であるため、取り扱いが非常にセンシティブである。個人情報の保護や倫理面に配慮しながらの作業で、データ提供側、受け入れ側双方とも神経を使う業務である。

収集したデータは、関係する研究者がアクセスできるようにDBMSを利用しながら、福祉・保健総合データベースとして整備した。そのデータベースの主要な中身は以下の表の通りである。データベースはMicrosoft社のAccess2000で開発し、高浜市分で212MB、武豊町で55MBの大きさである。

表3 本研究における福祉関連DBの内容

サブシステム	データフィールド
1. 福祉カルテ (含：要介護度認定結果)	家族・介護の状況と負担、寝たきり度判定基準、健康状態、痴呆と精神症状・行動障害、経済・収入状況、希望サービス、家事及びIADL、居住環境、主治医意見書など要介護者と介護に関わるデータ
2. 一般住民健診	身体計測、診察、尿検査、血液検査、心電図検査、眼底検査、胸部X線検査、総合判定などの健康診査結果データ(40歳以上)
3. 国民年金	年金記号、年金番号、資格区分、種別コード、保険料区分、免除区分、免除理由、免除該当年月、免除消滅年月年度内資格区分、資格状況、収納状況、収納累計額などの資格と収納に関わるデータ
4. 国民健康保険	国保番号、履歴番号、次出力履歴番号、世帯区分、世帯退職区分、世帯得喪区分、被保険者数、国保世帯主個人番号、国保続柄、資格得喪区分、資格区分、扶養者区分、課非区分、公的年金収入額、公的年金所得額、総所得額、総所得金額、被保険者数、賦課合計額など国保と収入に関わるデータ
5. 高齢者一般・要援護者調査	健康状況、保健・福祉サービスの利用状況・利用希望、給食サービス、生きがいなどアンケート調査票に基づくデータ
6. 個人コストデータ	ホームヘルプサービス・ディサービス・ショート・訪問入浴別の利用回数及コスト
7. 社会福祉財政	目レベルで老人福祉費、老人ホーム費、ディサービスセンター費、いきいき広場費など社会福祉に関わるデータ (主要施策成果説明書より)
8. レセプト情報	国保関連のレセプト情報
9. 介護負担感調査	基本属性、健康状態・生活習慣、機能状態、心理的・情緒的因子、

	社会的因子、環境因子
10. 住民基本台帳（含：外国人登録）	個人番号、世帯番号、性別、続柄、生年月日、住民区分、住民でなくなった異動日、住民でなくなった異動事由など

注：個人のプライバシー保護の観点から個人を特定できるデータの収集は行っていない。

#### 第4節 政策評価方法の提案

構築した福祉・保健総合データベースを利用して、表4のような政策評価が可能と考えられる。福祉部門のデータだけでなく、保健、所得、国民年金、国保などの周辺領域のデータを含むデータベースの構築が可能となった。来年度はこの構築したデータベースを利用して、福祉事業評価に関わりの大きい指標の同定を行い、サービス（部門）へ反映できる評価結果を得るものとする。分析結果は高浜市や武豊町だけでなく、全国の自治体に実証的な根拠を示すことが可能となる。

表4に示した説明変数と被説明変数群はまだイメージ段階で、今後臨床グループによる量的尺度の開発などを受けて、より実用的な政策評価の方法を提案することになる。データベースに登録されている、1,000項目を超えるフィールドを統計的に検討し、指標候補として妥当性をチェックすることになる。

利用する分析方法は、説明変数と被説明変数の関係が直感的で分かりやすい重回帰分析などが望ましい。しかし、福祉領域における諸データは連続変数であるケースが少ない。極端なケースでは0、1の2値変数であり、正規分布の仮定が満足されない。この種の定性的データによる従属変数と説明変数群との関係をモデル化した方法の一つがロジスティック回帰分析である。この手法が一般的に広く認識されたのは、1967年に Truett, Cornfield and Kannel によって発表されたフラミンガム疫学調査の論文である。それ以来、さまざまな分野で多変量解析の主要な方法としてロジスティック回帰分析が用いられてきた。この分析結果として多変量調整オッズ比（多重リスクファクタ）の推定が可能となっており、本研究の政策評価にも適した手法といえる。この他にもロジスティック回帰分析に関連した手法として、Mantel-Haenszel 型の推測、比例オッズモデル、Cox の比例ハザードモデル、数量化Ⅱ類などがある。データのケースに応じてどの手法が適合するか、実証的に検討する必要がある。

表4 福祉施策・サービスの評価

福祉政策の評価	変数（案）	
	被説明変数	説明変数
QOLの向上	（介護負担感調査） 主観的幸福感	（介護負担感調査） PGC モラールスケール



高齢者の自立度向上	(福祉カルテ) ADL (介護負担感調査) 閉じこもり予防	(福祉カルテ) 年齢/性別/コミュニケーション 医療器具の使用/居住環境 社会活動状況・日課/介護状況/福祉用具 (課税データ) 給与控除後の総所得(世帯) (介護負担感調査) 生活習慣/運動習慣/PGC モラールスケール
栄養状態の向上	(特にデータなし)	
適切な住居・安全性の確保	(福祉カルテ) 居住環境の主要ニーズ (介護負担感調査) 転倒予防	(福祉カルテ) ADL/住環境の問題点/IADL 年齢/性別/福祉用具 (住民基本台帳) 世帯区分 (課税データ) 給与控除後の総所得(世帯) (介護負担感調査) 運動習慣/視力障害 改造の有無/過去一年間の転倒の有無
寝たきり老人ゼロ	(福祉カルテ) 寝たきり度 (モデル事業結果) 要介護認定	(福祉カルテ) 年齢/性別/コミュニケーション 麻痺の有無/関節の動く範囲 医療器具の使用/居住環境 社会活動状況・日課/介護状況/福祉用具 (住民基本台帳) 世帯区分 (課税データ) 給与控除後の総所得(世帯)
施設入所率の減少	(福祉カルテ) 施設利用状況 <特養・老健など>	(福祉カルテ)
予防介護の充実	(モデル事業結果) 要介護高齢者数  介護予防事業効果	(福祉カルテ) 年齢/性別/居住環境 (住民基本台帳) 世帯区分 (課税データ) 給与控除後の総所得(世帯) (一般住民健康診査) 受診の有無/健診結果 (介護負担感調査) 各種指標

<p>要介護度の向上</p>	<p>(モデル事業結果) 要介護者数 あるいは 要介護度の平均 (介護負担感調査) 痴呆予防</p>	<p>(福祉カルテ) 年齢／性別／居住環境／在宅サービス 利用状況／寝たきり度／痴呆度／ ADL／IADL／社会活動状況・日課／ 介護状況 (住民基本台帳) 世帯区分 (課税データ) 給与控除後の総所得(世帯)</p>
<p>介護者の負担減少</p>	<p>(福祉カルテの要 約表) 家族・介護の 状況と負担</p>	<p>(福祉カルテ) 年齢／性別／麻痺の有無／関節の動く 範囲 医療器具の使用／居住環境／在宅サー ビス利用状況／寝たきり度／痴呆度／ ADL／IADL 社会活動状況・日課／介護状況／福祉 用具 (住民基本台帳) 世帯区分 (課税データ) 給与控除後の総所得(世帯)</p>

### 第5節 政策評価を実施する上での課題

本研究では、具体的な政策評価の作業に入ったわけではなく、政策評価に必要なデータの整備をほぼ終了した段階である。こうした段階から政策評価を実施する上でいくつかの課題が明らかとなった。

第一に、介護保険法では、3年ごとに市町村介護保険事業計画を定めることを義務づけている。これは市町村にサービス毎の給付必要量の予測と供給量確保の方策を計画することを意味し、サービスの過不足や費用対効果を検討し、「今後のニーズにあったサービスとは何か?」「財政逼迫の状況の中で効果的な施策やサービスをどう提供するか?」といった意志決定を行う必要がある。自治体でも政策評価の動きは徐々にではあるが大きくなりつつある。こうした評価によるサービス向上と業務改善の努力は、サービスの質的な向上をもたらす。しかし、福祉に関わる各現場は非常に多忙で、一から評価の業務を開始する時間的余裕はない。本研究の成果を自治体で利用しやすい形でフィードバックする仕組みを今から構築しておく必要がある。また、サービスの適正化のために、評価の前提情報、評価結果はサービス選択の情報とともに順次開示される流れの中にあり、住民参加の下での政策評価やベンチマーク設定により大きな意義がある。

第二に、政策評価を行うために収集するデータの形式や種類が、政策評価の目的のために作成されたものでないため、収集や加工に膨大な時間を必要とすることである。自治体内でその目的のデータベースの重要性に対する認識を高めるとともに、あわせて民間に比べて遅れがちな情報化のスピードをアップする必要がある。

第三に、国や県が政策評価において収集すべきデータにおける最低限度の指針を作成し、自治体間の横断的な比較ができるような仕組みづくりが必要である。例えば、自治体の決算書中の支出項目に抽象的なものが散見され、費目名から具体的な支出対象を特定することが非常に難しい。介護保険制度の導入で介護保健関係総費用は詳細に把握可能となったが、制度導入以前のデータが詳細には入手できず、介護保険導入前後の比較を困難にしている。最も詳細な分類である「目」でも、サービス毎の分類はされておらず、政策評価のためには新たな分類項目を構築する必要がある。

## 参考文献

- 1) 橋本正明；「福祉サービスの質の向上に向けて～サービス評価を考える～」，月刊福祉，1999年8月
- 2) 小笠原裕次；「高齢者福祉におけるサービス評価の視点と課題」，月刊福祉，1999年9月
- 3) 長倉真寿美，宮崎芳紀；「介護関係総費用統計整備に期待する」，月刊福祉，2000年1月
- 4) 森本佳樹；「地域福祉情報論序説」，川島書店，1996年
- 5) 後藤順久；「福祉情報活用法 ～介護保険制度と連携して～」，一誠社，2000年11月
- 6) 社会福祉基礎構造改革
- 7) 日本経済新聞

本文中に記載されている製品名、会社名は、関係会社の商標または登録商標である。

### 第3部 広域方式における計画行政の評価

#### 第1章 広域方式による介護保険事業

##### 第1節 介護保険事業と広域化の全国的動向

本研究の目的は、介護保険制度の効率的、効果的運用にかかわって、単独方式と広域方式の比較検討を進めるための一つの前提として、介護保険制度の施行に関する諸事務を広域方式で行っている場合について検討し、その特色を明らかにすることにある。

介護保険制度発足前の調査（2000年1月14日、厚生省調査）によれば、広域的な保険者運営を行う地域は全国に59あり、その内訳は、広域連合28、一部事務組合26、市町村相互財政安定化事業5であった。これを市町村数でみると、広域連合241市町村に対し、一部事務組合167、市町村相互財政安定化事業33で、合計441市町村であり、これは、全市町村数（特別区を含む3252）の13.6%に相当していた。

また、認定審査会を広域的に設置する地域数は全国で466地域にのぼり、全市町村数の78.3%にあたる2545市町村が何らかの形態で共同設置に参加していた。

このうち、機関の共同設置によるものが264地域、1016市町村と最も多く、一部事務組合によるものが147地域、993市町村でこれに次ぎ、広域連合によるものが55地域、488市町村、この他に事務の委託を行っている町村48となっていた。

その後、広域連合数は、68に増えている（2000年9月27日現在）。

全国介護保険広域化推進会議「介護保険の財政運営を含む広域連合又は一部事務組合

表－1 介護保険の財政運営を含む広域連合及び一部事務組合数

	設置数	構成団体数				
		県	市	町	村	計
広域連合	30	1	21	176	53	251
事務組合	28	…	25	144	23	192
計	58	1	46	320	76	443

(注)全国介護保険広域化推進会議「介護保険の財政運営を含む広域連合又は一部事務組合名簿」(2000年4月1日現在)による。

名簿」(2000年4月1日現在)によれば、介護保険の財政運営にあたっている広域連合は30、同じく介護保険の財政運営にあたっている一部事務組合数は28となっている。

表－1に示すように、30広域連合の構成団体数は251(1県21市176町53村)、同