

行った。2000年9月末に561名を対象に実施し、354名の回答を得た（回収率63.1%）。このうち有効回答は341名であった。本報告では調査時点において在宅で家族により介護を受けている高齢者とその介護者278組を分析対象とした。

質問紙の内容は、高齢者のADL（Barthel Index）、痴呆の状況、サービス利用状況、介護状況、介護者の健康状態、心身の疲労の状況、Zarit介護負担尺度、家庭の経済状況、不適切処遇の有無、介護保険制度開始後におけるサービスの利用量の変化、介護の心身への負担感の変化、支給限度額に対する利用割合、サービス利用による一部負担金の経済的負担、介護保険制度に対する評価、などである。なお、高齢者の痴呆の数は林らの方法（日本公衆衛生雑誌1991. 38. 842-851）に、不適切処遇の有無は上田の方法（日本公衆衛生雑誌2000. 47. 264-274）によった。

対象とした高齢者の特性を表1に介護者の特性を表2に示した。

（倫理面への配慮）

本調査は質問紙を用い郵送法によっており無記名式としたが、継続調査を行う予定であるので、個人を識別できるように各調査票に番号を記し、その旨を各質問紙に記載し回答者の同意を得た。また、回収した調査票および関係資料は鍵のついたロッカーに収納している。

C. 結果

1. 介護保険サービスの利用状況について

利用サービス量の変化

介護保険制度開始後に利用するサービスの量を「増やした」者は25.9%、「変わらない」50.7%、「減らした」8.6%であった。「減らした」とする者のうち、34.8%は利用料の一部負担金が「かなり負担である」としており、この率は「増やした」と「変わらない」をあわせた群の率の7.5%に比較して有意に高率であった（ χ^2 検定）。

サービスの支給限度額に対する利用割合

介護保険のサービスを「支給限度額いっぱい利用している」と回答した者は76名27.3%、「限度額いっぱい利用していない」者は162名58.3%であった。限度額いっぱい利用していない者162名についてその理由をたずねた結果は「自己負担金がかさむため」が24.7%、「家族で何とかできるから」が42.7%、「必要がないから」14.7%であった。

これらの理由別にZarit介護負担尺度得点を分散分析を用いて比較した結果を表3に示した。得点は「自己負担金がかさむから」が最高値を示し、「その他」「家族でできるから」「必要がないから」の順であった。「自己負担金がかさむから」と回答した群は「必要がないから」と回答した群に比較しての有意にZarit介護負担尺度得点は高かった。

介護者の心身の負担の変化

介護保険制度開始後、介護に対する「心身の負担が増えた」と答えた者は 9.4%、「変わらない」56.1%、「減った」と答えた者は 19.8%であった。

2. 介護保険制度の施行に対する介護者の評価と介護環境条件との関連

介護者が介護保険制度施行についてどのような評価をしているかを、介護者、高齢者、社会全体それぞれの場合についてたずねた。結果を表 4 に示した。介護者にとって「良かった」は 35.9%、「どちらとも言えない」は 43.1%、「悪かった」は 15.1%であった。高齢者にとってはそれぞれ、31.3%、48.0%、18.8%、社会全体にとってはそれぞれ 25.7%、49.7%、14.8%であった。介護者にとって「良かった」とする回答は、社会全体にとってのそれよりも有意に高率であった (χ^2 検定 $p < 0.05$)。

介護保険制度が施行されたことについて、介護者自身が介護者にとって「良かった」と回答した群 101 名 (38.6%) と、「どちらとも言えない」あるいは「悪かった」と回答した群 161 名 (61.5%) の 2 群について、高齢者の性別、年齢、介護者の性、年齢、介護への拘束時間、介護時間、同居人数、Zarit 介護負担尺度、ADL (Barthel Index)、介護費用、一部負担金、介護年数、痴呆症状の数、問題行動の数、不適切処遇の有無、要介護度、利用サービス量の増減、介護の心身への負担感の変化、介護

費用の財源、経済的負担の変化、利用限度額サービス利用の有無、介護に対する意識、落ち着く時間、身体的疲労の程度、精神的疲労の程度、施設入所希望の有無との関連を検討した。

介護保険制度の評価の高低と有意な関連のみられた項目は 介護者の性 (χ^2 検定、 $p < 0.05$)、介護時間 (t 検定、 $p < 0.05$)、介護年数 (t 検定、 $p < 0.05$)、サービス量の増減 (χ^2 検定、 $p < 0.001$)、介護の心身への負担感の変化 (χ^2 検定、 $p < 0.001$)、介護費用の経済的負担の変化 (χ^2 検定、 $p < 0.01$)、サービスの利用限度額全額利用の有無 (χ^2 検定、 $p < 0.05$) であった。介護者が女性である、介護時間が長い、介護年数が長い、サービス量を減らした、介護の心身への負担が増えた、経済的負担が増えた、サービスを利用限度額より少なく利用している場合に介護保険制度の評価が低かった。

これらのうち、有意な関連のみられた変数に介護者の年齢を加え、介護年数はカテゴリー化を行い、これらを独立変数とし、介護者の介護保険制度に対する評価の高低を従属変数として、多重ロジスティック回帰分析をおこなった。結果は表 5 に示したとおりであるが、介護者の性 (女性 vs 男 : odds 比=3.05)、介護の心身への負担の変化 (変化なし vs 減った : odds 比=3.92、増えた vs 減った : odds 比=16.47、) 介護期間 (3-5 年未満 vs 3 年未満 : odd 比 3.43、

6年以上 vs 3年 : odd 比 3.90) は介護保険制度の評価の高低の有意な関連要因であった。

3. 要介護度と介護負担、介護状況との関連について

表 6 に、要介護度の分布および要介護度別の高齢者の Barthel Index、痴呆症状の数、Zarit 介護負担尺度得点、拘束時間、介護時間、介護費用の平均値と標準偏差、介護保険スタート後 6 か月間に不適切処遇のあった者の率、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、療養型病床群などの施設への入所を希望する介護者の率、精神的疲労および身体的疲労について「かなり疲れている」と「もう限界である」を合わせた者の率、一部負担金が「少し負担」と「かなり負担」を合わせた者の率を示した。

高齢者の要介護度の分布は 1 と 2 にピークのみられる分布であった。

高齢者の Barthel Index は要支援と要介護 1 が近似していたが、要介護度の上昇とともに小となる傾向にあった。痴呆症状の数はおおむね要介護度とともに多くなる傾向にあったが、要介護 4 で最大値を示し、要介護 5 に比べて有意に大であった (t 検定、 $p < 0.05$)。

Zarit 介護負担尺度得点は要支援と要介護 1、要介護 2 と 3、要介護 4 と 5 がそれぞれ近似していたが、要介護度の上昇に伴い大となる傾向が見られた。要介護 4 と 5 はほぼ同値であった。

拘束時間と介護時間は、概ね要介護度の上昇とともに大となる傾向がみられた。両者とも要介護 4 と 5 において大であり、これらの数値は近似していた。

介護のためにかかる費用は要介護 1 および 4、5 において多かった。

不適切処遇の半年間における発生は、要介護 3、4 に高率であった。

介護施設への入所を希望する介護者の率は要介護 3、4 に高率であった。

介護者の精神的疲労、身体的疲労ともに「かなり疲れている」、「もう限界である」を合わせた者の率は要介護 4 に高値を示した。

サービス利用料の一部負担金が「少し負担」、「かなり負担」を合わせた者の率は要介護 1 と 4 に高率であった。

以上の不適切処遇、入所希望、精神的疲労、身体的疲労、一部負担金について、要介護 4 と 5 の間で χ^2 検定をおこなったが有意な差は認められなかった。

D. 考察

公的介護保険制度の導入による要介護高齢者と介護者への影響について検討を行った。当制度の施行後サービスの利用量を減らしたとする者が約 9% 存在し、一部負担金の経済的負担と関連していた。また、サービスの支給限度枠いっぱいを利用していない者は約 6 割存在しており、その理由として「家族でできるから」や「自己負担金がかさむから」と回

答するものが多かった。これらの介護者における Zarit 介護負担尺度得点は「必要がない」場合に比較して自己負担金がかさむからと回答した群に有意に高かった。今回の分析の対象は家族介護者が存在する場合に限っているが、独り暮らしや、介護者のいない一人暮らしや老夫婦暮らしの場合はさらに一部負担金のためにサービスの利用を控えていることを認めている。これらのことから、今後、低所得者層への自己負担金に対する考慮が必要であると考えられた。

介護保険制度の施行に対する評価の高低は、とくに心身への負担が増えた場合にはそのオッズ比は大きく、介護負担の増減は介護者の制度に対する評価に大きく関連することが認められた。また、介護保険制度施行に対する評価は、およそ 1/3 が良かったとしており、また介護負担が減ったと回答している者は約 2 割であった。これらは介護者の主観によるものであるが、多くの介護者から高い評価を得るためには、現行以上の介護負担の軽減策が必要であると考えられた。今後、高齢者や介護者の制度に対する評価の推移や介護負担感の変化を継続して観察するとともに、それらに関連する要因の検討が必要であると思われる。

要介護度と介護状況との関連を検討した結果、介護者の Zarit 介護負担尺度や介護時間、疲労等の項目においてはおおむね要介護度とともに

大きくなる傾向がみられており、重介護の介護者に対する介護負担の軽減策が必要であると考えられた。

一方、要介護 4 と要介護 5 を比較した場合、要介護 4 では 5 より高齢者の痴呆症状の数が有意に多く、介護のための拘束時間や介護時間、Zarit 介護負担尺度はほぼ近似した値を示していた。また、不適切処遇の発生率も有意ではないが要介護 4 に高率に認められている。これまでの筆者の研究において不適切処遇の発生には、介護負担が大きいことや高齢者の痴呆などの関与が大きいことを認めている。また、要介護 4 において施設への入所を希望する介護者の率も高く、心身の疲労も高率であった。要介護 4 と 5 の間には統計学的に差がないこと、全体的に要支援から要介護 4 まで漸増しているにもかかわらず要介護 5 では減少している傾向がみられることなどから、要介護認定の方法に何らかの偏りのあること考えられた。そのひとつとして、これまでも指摘されている痴呆性高齢者の要介護度の認定の際の評価法が一因となっている可能性が考えられた。

E. 結論

介護保険サービスの利用において、一部負担金の経済的負担が大きいため利用を控えている利用者が多く、これらの介護者に介護負担が大きいことが認められた。低所得者における一部負担金への配慮の必要性が考

えられた。

介護者の介護保険制度に対する評価の高低においては、介護の心身への負担の増減が大きな要因となっていることを認めた。

高齢者の要介護度と介護負担の関係は、おおむね要介護度の上昇とともに介護負担が大きくなっていることから、これらの層への介護支援の拡大が必要であると考えられた。また、要介護 4 においては要介護 5 よりも介護負担が大きくなっている状況がみられ、要介護度認定の際の評価法が一因となっている可能性が考えられ、その見直しが必要と思われた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

上田照子、在宅要介護高齢者の家族介護者における不適切処遇の実態とその背景。日本公衆衛生雑誌。2000;47(3): 264-274.

上田照子、高齢者の虐待を防ぐ在宅介護のあり方。－介護保険に期待すること－。「はつらつ」保健同人社。2000;22(8): 12-13.

瀬尾明彦、近藤雄二、車谷典男、平井一芳、荒地秀明、伊藤道郎、上田照子、日下幸則、徳永力雄。作業と健康の状態が体力に与える影響を考慮した健康づくり支援システムの開発。労働科学。2000;

76(4):155-164.

上田照子、家族介護者による不適切処遇の背景とその予防。労働の科学。2001;56(5):印刷中.

2. 学会発表

西尾信宏、上田照子、瀬尾明彦、近藤雄二、車谷典男、米増國雄、徳永力男。老人施設および職員の介護労働の現況。－アンケート調査から－。第 70 回日本衛生学会、3月 28-30 日、2000 年、大阪.

上田照子、橋本美知子。在宅要介護高齢者の介護家族における施設入所希望の実態とその関連要因について。第 42 回日本老年社会科学会、7月 6-7 日、2000 年、札幌.

上田照子、橋本美知子。特別養護老人ホームへの入所希望の実態。－大阪府下の場合－。第 59 回日本公衆衛生学会、10月 18-20、2000 年、前橋.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

特記すべきことなし

2. 実用新案登録

特記すべきことなし

3. その他

特記すべきことなし

表1 介護者の特性

		人数	%
総数		278	100.0
性別	男性	52	18.7
	女性	226	81.3
年齢	平均±標準偏差	58.9	11.2
要介護者との続柄	配偶者	73	26.3
	息子	25	9.0
	娘	76	27.3
	嫁	88	31.7
	その他	13	4.7
	無回答	3	1.1

表2 高齢者の特性

		人数	%
総数		278	100.0
性別	男性	83	29.9
	女性	195	70.1
年齢	平均±標準偏差	81.8	7.2
要介護度	要支援	24	8.6
	要介護1	60	21.6
	要介護2	60	21.6
	要介護3	35	12.6
	要介護4	36	12.9
	要介護5	47	16.9
	自立他	16	5.7

表3 支給限度額の全額を利用しない理由

(対象は支給限度額より低く利用している者のみ)

	人数	%	Zarit 介護負担尺度得点 平均±標準偏差
対象数	154	100.0	32.0±16.0
自己負担金がかさむから	39	25.3	37.5±17.5
家族でできるから	71	46.1	30.5±14.4
必要がないから	22	14.3	25.2±15.0
その他	22	14.3	36.7±16.3

分散分析： $p < 0.05$ 、「自己負担金がかさむから」と「必要がないから」の間に Scheffe の対比較により有意差 ($p < 0.05$)

表4 介護保険制度施行に対する介護者の評価

		人数	%
対象数		278	100.0
あなたにとって	良かった	101	36.3
	どちらとも言えない	117	42.1
	悪かった	44	15.8
	無回答	16	5.8
高齢者にとって	良かった	89	32.0
	どちらとも言えない	129	46.4
	悪かった	41	14.7
	無回答	19	6.8
社会全体にとって	良かった	73	26.3
	どちらとも言えない	135	48.6
	悪かった	43	15.5
	無回答	27	9.7

表5 介護者の介護保険制度に対する評価の高低の関連要因
(多重ロジスティック回帰分析)

要 因		オッズ比	95%信頼区間
介護者の性	男	1.00	
	女	3.05	1.03-9.02
サービス量	増やした	1.00	
	変化なし	2.49	0.83-7.47
	減らした	3.89	0.47-31.89
心身負担	減った	1.00	
	変化なし	3.92	1.24-12.36
	増えた	16.47	1.52-178.33
経済的負担	減った	1.00	
	変化なし	2.31	0.94-5.71
	増えた	6.13	0.80-44.96
サービス利用率	全額	1.00	
	非全額	1.10	0.45-2.70
介護期間	3年未満	1.00	
	3-6年未満	3.43	1.18-9.95
	6年以上	3.90	1.27-11.98
介護時間	3時間未満	1.00	
	3-6時間未満	2.56	0.82-8.01
	6時間以上	2.49	0.87-7.18
年齢	1歳	0.97	0.93-1.01

評価の高低は「良かった」と回答した群と、「何とも言えない」と「悪くなった」を合わせた群の2群

表 6 要介護度別の介護状況

要介護度	対象数 (%)	Barthel Index	痴呆症 状態の数	Zarit 介護 負担尺度得点	拘束時間 (hr)	介護時間 (hr)	介護費用 (万円)	不適切 処遇	入所 希望	精神 疲労	身体 疲労	一部 負担金
総数	262(100.0)	11.5±6.5	1.91±2.1	31.1±16.5	11.1±8.4	6.0±5.9	3.6±4.0	28.1	33.7	31.1	26.5	57.6
要支援	24 (9.2)	16.9±4.4	0.64±1.1	23.2±20.3	5.3±4.6	2.3±1.0	1.0±0.4	27.8	36.8	31.6	26.3	50.0
1	60 (22.9)	16.5±2.7	1.68±2.0	25.5±15.0	5.1±5.2	3.1±3.4	4.6±5.5	20.0	26.8	14.5	14.3	64.9
2	60 (22.9)	13.6±3.0	1.78±2.0	31.6±14.7	8.9±7.3	4.8±4.5	1.7±1.4	25.4	31.0	32.2	17.2	52.8
3	35 (13.4)	9.9±4.1	2.21±2.0	33.1±15.0	10.2±7.2	3.8±2.5	3.7±4.9	39.4	41.2	30.3	29.4	48.3
4	36 (13.7)	4.9±3.7	3.36±2.4	38.6±14.6	16.9±7.1	9.1±7.1	4.1±4.9	41.2	40.0	48.6	50.0	66.7
5	47 (17.9)	3.0±4.0	2.20±2.2	38.9±15.8	16.8±8.3	9.0±7.2	4.9±3.8	27.3	33.3	42.2	36.9	58.1

表中の数値は平均値±標準偏差、不適切処遇より右の列の項目は%を示す。不適切処遇は半年間に「あり」の%、精神疲労と身体疲労は「かなり疲れている」「もう限界」の合計、一部負担金は「少し負担」「かなり負担」の合計%を示す。

厚生科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

公的介護保険前後のサービス利用・経済負担の変化とその関連要因

分担研究者 田宮菜奈子 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学 講師

研究要旨

公的介護保険の導入は、従来の措置型福祉から、一部負担金を伴った契約によるサービス選択への大転換である。従って、従来から保健・福祉サービスを利用していた者のサービス利用や経済負担の変化、それを利用者はどう受け止めているのかを把握することは、大変重要である。本研究は、一在宅支援事業者においてこれを明らかにしたものである。実際に支払い負担が増えた者が75%おり、経済負担感は介護負担度と強く関連していた。要介護度の低い若い対象者の新規サービス利用は促進されたが、要介護度の高い高齢者への負担が大きい。今後、さらに保険料の負担が増す状況において、介護保険の利用を促進するためには、この経済負担感への何らかの配慮が必要かもしれない。

A. 研究目的

介護保険前後で実際に利用者が受けたサービスの変化を明らかにし、その変化とサービスへの満足度・経済負担感・介護負担度との関係を明らかにする。

B. 研究方法

(1) 対象

神奈川県の一在宅支援事業者においてケアマネージメントを依頼している利用者およびその家族 66 名。

(2) 方法

要介護認定調査の際に聞き取る情報の中から、介護保険前の各種在宅サービスの利用度を明らかにし、さらに、平成12年8月の在宅支援事業者側

の居宅サービス計画書から、介護保険後のケアプランに基づく利用状況および自己負担額を把握した。

さらに、介護者および本人に郵送法によるアンケート調査を行い、介護保険前の自己負担額（福祉系サービス・医療サービスを含む合計）・自己負担額の経済負担の自覚的变化・介護負担度（Zarit による尺度）・サービス利用に対する満足度および介護保険に伴う変化の自由記載のデータを得た。

(3) 解析の方法

介護保険前後における上記データの変化を比較し、各サービス利用の変化を把握し、変化の推移で群別化し、本人の要介護度・基本的属性、介護負担・経済負担・各サービス間の相互関

連などを分析した。

(倫理面への配慮)

サービス利用状況(ケアプラン)データにおいては、利用者の実氏名・住所・介護保険受給者番号など個人が特定できる情報を前もって削除されたものを事業者から入手した。アンケートの回答者は無記名で、IDによるのみ識別し、サービス利用状況(ケアプラン)とのリンクもID番号でのみ行った。

C. 研究結果

66人全員に対して介護保険前後のサービス利用状況のデータを得ることができた。また、アンケートは47名から回答を得た。基本統計を表1に示す。対象者66人の年齢(平均±SD)は78±10歳、要介護度は、2.6±1.5であった。

表1 基本統計量

	N	Mean	SD	Min	Max
年齢	66	77.7	10	56	96
要介護度	66	2.6	1.5	0	5
介護負担度(zarit)	39	36.2	19.4	3	84
保険請求自己負担額*	66	9.57	6.2	0	29.0
保険前自己負担額*	47	32.9	41	0	120.0
保険後自己負担額*	55	37.5	39.3	2	150.0

*自己負担額 の単位は いずれも(千円)

次に、利用度の変化(介護保険後の1週間あたりの利用回数—介護保険前の1週間あたりの利用回数)によって減少、不変、増加として3群にわけた分布を表2に示す。自己負担額は75%が増加し、全サービスの合計の利用変化では64%が利用増加、9%が利用減少していた。各サービス別に変化

表2 自己負担額およびサービス利用度の変化

項目	(減少 不変 増加) 別のn・%	
	n	%
自己負担額変化		
減少	9	19.1
不変	3	6.4
増加	35	74.5
ホームヘルパー利用変化		
減少	5	7.6
不変	52	78.8
増加	9	13.6
訪問入浴利用変化		
減少	2	3
不変	61	92.4
増加	3	4.5
訪問看護利用変化		
減少	2	3
不変	54	81.8
増加	10	15.2
訪問リハ利用変化		
減少	1	1.5
不変	65	98.5
デイサービス利用変化		
減少	4	6.1
不変	57	86.4
増加	5	7.6
デイケア利用変化		
減少	5	7.6
不変	15	22.7
増加	46	69.7
特別養護老人ホーム利用変化		
不変	64	97
増加	2	3
老人保健施設利用変化		
減少	19	28.8
不変	44	66.7
増加	3	4.5
全サービス合計の変化		
減少	6	9.1
不変	18	27.3
増加	42	63.6

が大きかったものとしては、老人保健施設の利用が29%減少し、デイケアの利用増加が70%に見られた。

次に、全サービスを合計した変化と、関連要因の関係を表3に示す。

表3 サービス利用全体の変化
(減少・不変・増加) 別にみた各要因の差

項目	ANOVAによるf値およびp値		
変化	n	mean	SD
年齢* f値=3.21 p=0.047			
減少	6	85.3	8.4
不変	8	79.9	9.1
増加	42	75.7	10.0
要介護度 f値=1.72 p=0.187			
減少	6	3.3	1.7
不変	8	2.2	1.6
増加	42	2.7	1.4
自己負担額変化量〔円〕 f値=0.35 p=0.71			
減少	4	13000	9451.6
不変	10	4852.8	27610.4
増加	26	11400.7	21382.7
経済負担感** f値=5.38 p=0.009			
減少	4	3.5	1
不変	12	2.7	1.2
増加	22	3.9	0.9
全体の満足度 f値=0.2 p=0.917			
減少	2	3	0
不変	9	2.7	0.9
増加	17	2.6	0.7
介護負担度(zarit) f値=1.55 p=0.225			
減少	4	39.75	13.8
不変	10	27.1	13.7
増加	21	39.8	20.3

** : p < 0.01, * : p < 0.05

サービス利用が減少していた群の年齢は有意に高かった。実際の自己負担額変化量には有意な関係はなかったが、経済負担感は、利用が増減した群が不変群より高負担を感じていた。

各々の要因の相互関連をみるために、spearman 順位相関係数による相関マトリクスを表4に示す。

表4 連続変数の相関マトリクス
(有意な相関のあった項目のみ)

	自己負担額	訪問看護	特養ホーム	老健	経済満足度
年齢	-0.06	-0.17	-0.29	-0.01	
デイサービス 利用変化量	0.04	0.29	0.02	0.91	
デイケア利用 変化量	-0.28	-0.14	-0.02	-0.28	
老健施設利 用変化量	-0.22	0.09	0.18	-0.08	0.26
経済負担感	-0.04	0.48	0.05	-0.16	-0.02
全体の満足 度	0.30	0.44	0.83	0.16	0.73
介護負担度 (zarit)	-0.02	0.40	0.11	0.20	0.11

年齢では、デイケア利用との逆相関があり、若い者ほど利用が増えていた。自己負担額の変化は、経済負担感および介護負担感と正の相関があった。また、各サービスの相互関連では、ホームヘルパーとデイサービスの变化、訪問看護とデイケアには逆相関があり、老健施設利用とデイケア利用との間には正相関があった。

全体の満足度は、特別養護老人ホーム利用者で低く(スコアが高いほど悪い)、経済負担感と正の相関があった。最後に、自由記述で得られた回答を、アンケートの質問表現ごとに、関連事項の回答とあわせ、表5,6に示す。

表5 介護保険の前に比べて自己負担額（自分で支払う金額）について、どのように感じていらっしゃいますか

回答(楽になった:1~きつくなった:5) と 理由	年齢・性・介護度
1 支払い金額減少	96歳・男・介護度3
1 通院の際、送迎車が指定時刻に迎えに来ることになり助かっているのよ。	85歳・男・介護度0
2 初めて介護を受けてので以前のことが分からない	
2 負担額が減り楽になった	
3 かなりの金額を支払うつもり。	83歳・男・介護度3
3 以前はショートが2週間あとはデイサービス、今はショートが1ヶ月あとは1ヶ月デイサービスと形態がかわり金額の負担はかわらない。	63歳・男・介護度4
4 2週間ごとだったショートステイが1ヶ月ごとの利用になったため。	91歳・男・介護度3
4 オムツ購入が増え、1ヶ月は施設入所だが1ヶ月は在宅で週3回デイサービスのため金額が増えたため負担金がきつくなった	88歳・女・介護度4
4 以前は介護を全て自分でしていたので介護費が0円。今では通所日に自分の仕事が出来ようになり身体的にも楽になった。	95歳・男・介護度3
4 何がどう変わったかは分からないが支払いが多い。	84歳・男・介護度3
4 介護保険と国民保険の支払いで負担金はきつい	61歳・女・介護度3
4 今まで無料。今の2万円の負担は大きい	89歳・女・介護度2
4 身体障害者のため負担なしだったが一割負担になったため	69歳・男・介護度3
4 特定疾患者で行政の医療費全額負担が介護保険で自己負担金になりきつなくなった	84歳・女・介護度3
4 負担額の増加のためきつい	80歳・男・介護度1
5 以前勤めていた会社が倒産し企業年金が入らず収入が減り非常にきつくなった。	
5 金払いが嫌	83歳・女・介護度1
5 障害者の妻・中学生の孫との3人家族で月額13万円の年金生活のため生活が苦しくなった。	64歳・女・介護度4
5 利用を増やした・加算料金が高い。負担額は非常にきつくなった	81歳・男・介護度0
5 利用を増やした・加算料金が高い。負担額は非常にきつくなった	90歳・男・介護度2
5 負担金はよくわからない(今も以前も)	69歳・女・介護度4
無回答 以前は利用なし	
介護保険前は利用なし デイサービスのみなので負担金は不満ではない	
介護保険導入後、サービス利用を始めたので以前の自己負担など良く分からない	85歳・男・介護度2
今年の1月よりお願いしているので比べようがない	90歳・男・介護度5
負担額について介護保険導入後すぐ入院のため比較できない	90歳・男・介護度5
老化が進むにつれ身体が弱くなる	80歳・女・介護度2

表6 利用しているサービスの介護保険前後の変化について教えてください。

内容別に分類したコメント(分類は筆者による)	年齢・性・介護度
サービスシステムが良くなった。	
訪問入浴・看護と住診があること	80歳・女・介護度2
週4日通いpe元気になる質がよくなった	89歳・女・介護度2
沢山の行事を組んでもらえること	83歳・男・介護度4
リハビリに来るまで送迎してもらいサービスが良くなったと感じる	
リハビリ (1週間に6時間) 受けられる	96歳・男・介護度3
リハビリが多くなった。	80歳・男・介護度1
職員の対応が良くなった。	
送迎時の保健婦・運転手が非常に親切	64歳・女・介護度4
荷物を運んでくれて助かる。	91歳・男・介護度3
自宅に来てくれ、相談にものってくれる。	90歳・男・介護度5
サービス態度がよい	63歳・男・介護度4
サービスメンバーの質が良く積極性が見られる	83歳・男・介護度3
悪くなった。	
逆に悪くなった。	83歳・女・介護度1
今までと変わらない	
今までと同じで分からない。	84歳・男・介護度3
今まで通り	78歳・男・介護度1
分らない	
以前サービスを受けていないので分からない	69歳・男・介護度3
サービスの質は比較出来ない	90歳・男・介護度2
今まで介護を受けてこなかった分、今後様々な問題も生じてくると思う。	95歳・男・介護度3

D. 考察

まず、介護保険によって経済負担が増えたものが多く、また、経済負担感と介護負担感の相関が高かったことから、介護保険による介護負担の変化を考える際に負担額の増加は、考慮すべき要因かもしれない。また、サービス利用は、全体に若年者において促進されており、特に若い層のデイケアの利用が増えていた。満足度が低い者と特養入所との関連があったことは、これまでの在宅生活が維持できずに入所した者が含まれており、問題点が多い可能性がある。

自由記述では、一部負担金への負担感を訴えた者が多く、年金生活者にとっては負担が強いようである。これは、対象地域が、比較的収入レベルの低い地域であったことも関連するかもしれない。他地域との比較が必要である。

一方では、サービスの質がよくなったと感じている者もあり、今後、サービス向上によって、経済負担感を補えるかどうか重要な視点であろう。

E. 結論

介護保険導入によって、要介護度の低い若い対象者のサービス利用が促進された。しかし、経済的負担感が大きく、実際に支払い負担が増えた者が75%であったことは着目すべきである。特に従来福祉サービスを受けていた要介護度の高い者には負担が大きいうようである。経済負担感は、介護負担度と関連が強く、今後、さらに保険料の負担がかかる状況において、介護

保険の利用を促進するためには、何らかの配慮が必要かもしれない。

研究協力者 永山定男

(南大和クリニック・リハビリテーション科長・理学療法士・介護支援専門員)

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

現在執筆中

2. 学会発表

第55回日本公衆衛生学会発表予定

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

特記すべきことなし

2. 実用新案登録

特記すべきことなし

3. その他

特記すべきことなし

厚生科学研究補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

公的介護保険の導入後の農村部における介護者の介護負担に関する研究

分担研究者 鷺尾昌一 北九州津屋崎病院 内科医師

研究要旨

公的介護保険導入前の調査では福岡県は施設サービスに比べ、在宅サービスの充足が遅れていることが指摘されていた。公的介護保険制度導入後の福岡県農村部における要介護高齢者の主介護者の介護負担感に関する要因を検討した。介護負担が高い介護者は問題行動の多い要介護高齢者を介護しており、多くの社会的サービスを利用しているにも関わらず、介護時間や要介護高齢者から目が離せない時間が長く、要介護高齢者を伴わないで外出できる時間が短かった。介護者の半数以上は抑鬱状態であり、要介護者の介護を肩代わりして、要介護高齢者を伴わないで外出が可能になるデイケア、ショートステイ等の社会的サービスの充足が必要である可能性が示唆された。

A. 研究目的

要介護高齢者を介護している者の負担感を軽減するには、介護者が積極的に公的サービスを利用していくことが必要である。しかしながら、1997年の全国調査では高齢者に対する福岡県の公的サービスは施設サービスが充実しているものの、在宅サービスは全国平均以下であった。1998年に我々が行った要介護高齢者の主介護者に対する調査でも7割以上の者が在宅で利用できるサービスが不足していると答えていた。

本研究の目的は、要介護高齢者と介護者の介護負担に関する関連要因を検討し、公的介護保険導入により介護負担に関連する要因がどのよう

に変化したかを検討し、介護負担を軽減するにはどのような方法をとるべきかを検討することである。

B. 研究方法

(1) 対象

2000年9月に福岡県遠賀郡水巻町の郡医師会訪問看護ステーションを利用している要介護者とその主介護者で、要介護者が65歳以上の高齢者である42組。

(2) 方法

文書による調査の依頼と訪問看護婦による口頭の説明により、インフォームド・コンセントを得た後、これら42組に自記式の質問票を配布し、要介護高齢者の性、年齢、サービス

利用状況、介護者の性、年齢、続柄、介護を手伝ってくれる人の有無、介護負担感（荒井らが開発した Zarit 介護負担尺度）、抑鬱（CESD）について自記式質問票を留め置き法で、介護者に答えてもらった。また、医療情報については診療記録、看護記録より、訪問看護ステーションの担当者（看護婦）が転記し、痴呆の有無については診療記録、看護記録、要介護者の問題行動に関する質問票の結果より、報告者が判断した。

統計解析は九州大学大学院医学研究院予防医学分野のパーソナルコンピュータにて、統計解析ソフト SAS を使用して行った。

（倫理面への配慮）

各対象者には、拒否の機会を保証し、インフォームド・コンセントを得たのち、調査を開始した。個人情報保護の目的で、調査用紙には氏名を記入せず、ID も診療記録とは別に今回の調査のためだけに新たに作成したものを扱い、調査票だけからは個人が同定できないようにした。ID が誰のものであるかの照合は、訪問看護ステーションの担当者のみが知り得るようにした。

研究者は個人同定情報はせず、個人識別情報（ID）をつけた情報の提供をうけ、不明の点があれば、訪問看護ステーションの担当者に質問するようにした。

C. 研究結果

表 1 に示すように、要介護高齢者

の平均年齢は 83.0(±10.0)歳、男女比は 16/25 で、痴呆は 23 例 (56.1%) に認められ、33 例 (80.5%) が介護保険を利用し、要介護度 1 以上であった。残りの 8 例 (19.5%) は医療保険を利用していた。表 2 に示すように、介護者の平均年齢は 65.3(±12.3)歳、男女比は 8/33 で、平均介護時間は 11.2(±8.3)時間、要介護高齢者から目が離せない平均時間は 14.7(±7.9)時間、平均介護期間は 73.9(±55.7)ヶ月、家族の人数は平均 3.2 (±1.9)人、利用している社会的サービスの種類は平均 4.4 (±2.1)であった。介護者のうち 34 例 (82.9%) が病気に罹っており、23 例 (56.1%) が鬱状態で、Zarit 介護負担尺度 (88 点満点) の平均は 41.7 (±7.9)点であった。

Zarit 介護負担尺度が 41 点以上を高介護負担群 (20 組)、40 点以下を低介護負担群 (21 組) とすると、表 3 に示すように、高介護負担群は低介護負担群に比べ、要介護高齢者の問題行動の数が多く (2.2 ± 2.6 vs 0.6 ± 1.0 , $p=0.02$)、痴呆の割合は多い傾向 (60.9% vs 39.1% , $p=0.08$) を示した。また、高介護負担群の介護者は低介護負担群の介護者に比べ、介護時間 (14.0 ± 7.9 vs 8.6 ± 8.2 , $p=0.04$) や要介護高齢者から目が離せない時間 (17.9 ± 6.1 vs 11.8 ± 8.3 , $p=0.01$) が長く、多くの社会的サービスを利用し (5.2 ± 2.0 vs 3.7 ± 2.1 , $p=0.03$)、抑鬱の割合は多い傾向 (70.0% vs 42.9% , $p=0.08$) を示した。一方、要

介護高齢者を伴わない外出の時間は短かった（ 1.0 ± 1.5 vs 2.3 ± 2.3 , $p=0.03$ ）。

表 4 に示すように、要介護高齢者の年齢、性別、要介護度、日常生活動作や介護者の年齢、性別、介護期間、病気の有無、介護の手伝いの有無、家族の人数は両群間で有意差を認めなかった。

介護時間と目が離せない時間（正の関係）、外出（負の関係）にはお互いに関係が認められたため、以下の3つの要因（a.要介護高齢者の問題行動、b.介護時間、c.社会的サービスの利用）と高い介護負担との関連について多変量解析を行った。表 5 に示すように、3つの変数を同時に入れたモデルでは4種類以上のサービスの利用（vs 3 以下：OR=2.26, 95% CI=1.01-5.09）のみが有意な関連要因で、要介護高齢者の2つ以上の問題行動（vs 1 以下：OR=2.12, 95% CI=0.97-4.63）と12時間以上の介護時間（vs 11時間以下：OR=1.17, 95% CI=0.83-3.49）は介護負担を高める傾向を認めたものの有意ではなかった。介護時間を除いたモデルでは、要介護高齢者の2つ以上の問題行動（vs 1 以下：OR=2.29, 95% CI=1.05-4.99）は有意な関連要因であった。

D. 考察

他の要因を補正しても社会的サービスの利用の多い者に介護負担が高かったが、このことは介護負担が

高いために多くの社会的サービスが必要であったと考えられた。社会的サービスの利用により、介護負担が減少するとの報告もみられるが、今回の結果はまだ、社会的サービスが不足していることを示していると考えられた。両群間で、要介護高齢者の要介護度に有意差を認めなかったことは、要介護度の程度に関わらず、社会的サービスが不足している可能性が示唆された。事実、今回研究の対象となった介護者の社会的サービスを要介護高齢者の要介護度別に見てみると、社会的サービスを4種類以上利用している者の割合は、医療保険で訪問介護サービスを利用している者では37.5%、要介護度1で50.0%、要介護度2で50.0%、要介護度3で100%、要介護度4で80.0%、要介護度5で66.7%であった。平成9年の全国調査では福岡県の在宅サービス（訪問介護、デイサービス、ショートステイ）は全国平均を下回っていたが、現在でもサービスが十分でない可能性が示唆された。

介護保険利用者で、要支援の要介護者は1人も認められなかったが、その理由のひとつとして、介護保険で訪問・通所サービスが利用できる区分支給限度額は要介護1が16580単位であるのに対して、要支援では6150単位と限られているため、訪問看護サービス（30分以上1時間未満：830単位）を利用せずに、訪問介護（30分以上1時間未満：家事援助153単位）を利用している可

能性が考えられた。また、九州地区では医療保険で訪問看護を利用するために、要介護認定を返上したケースも報道されており、医療保険で訪問看護サービスを受けるために要介護認定を受けていないものが含まれている可能性も否定できない。

要介護高齢者の問題行動、介護時間が長いことは単変量解析では高い介護負担と有意の関連を示し、多変量解析でも高い介護負担を示す傾向を示した。多変量解析ではこれらの要因で高い介護負担との関連に有意差を認めなかったが、症例が少ないために、変数を多くしたことにより、有意差が出にくくなったと考えられた。今後、他の地域での調査と一緒にして解析するなど、症例数を増やして検討する必要がある。

要介護高齢者では問題行動が多いものが、介護者の高い介護負担と関連している可能性がある。介護負担の高い介護者は多くの社会的サービスを利用していたが、それは原因というよりも結果と考えられる。

E. 結論

介護負担の高い介護者は多くの社会的サービスを利用しているにもかかわらず、介護時間や要介護高齢者から目が離せない時間が長く、要介護高齢者を伴わないで外出できる時間が短く、鬱状態の者が多い傾向を示した。介護者の半数以上は鬱状態であり、要介護高齢者の介護を肩代わりして、要介護者を伴わないで外

出できるように、デイケア、デイサービス、ショートステイ等の社会的サービスの充足が必要である可能性が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

Arai Y, Washio M, Kudo K. Factors associated with admission to a geriatric hospital in semi-suburban southern Japan. *Psychiatry Clin Neurosciences* 2000; 54:213-216.

Matsuu K, Washio M, Arai Y, Ide S. Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. *Psychiatry Clin Neurosciences* 2000; 54:553-557.

Arai Y, Sugiura M, Miura H, Washio M, Kudo K.

Undue concern for others' opinions deters caregivers of impaired elderly from using public services in rural Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 961-968.

Washio M, Ishibashi N, Arai Y, Tanaka K, Maeda M, Fujishima M, Okayama M. The isolation of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) is a predictor for poor prognosis of the

elderly patients with bacterial infection. Int Med J 2000; 7(2): 117-120.

Miyake Y, Fukuoka Heart Study Group (Washio M as a member of this study group). Risk factors for non-fatal acute myocardial infarction in middle-aged and older Japanese. Jpn Circ J 2000; 64: 103-109.

鷺尾昌一. ホームヘルパーの医療行為. 日本医事新報 2000; 3999: 59.

鷺尾昌一. ヘルパーも最低限の医学知識は必要. 日医ニュース 2000; 931: 6.

松鶴甲枝、鷺尾昌一、荒井由美子、三浦宏子、広畑一代、井出三郎. 看護短大生の介護保険制度に対する認識. 看護教育 2000; 41(12): 1066-1069.

松鶴甲枝、緒方セイ子、橋口ちどり、荒井由美子、鷺尾昌一、井出三郎. 在宅要介護高齢者およびその主介護者の特性とサービスの利用状況. 保健婦雑誌 2000; 56(11): 964-969.

鷺尾昌一、石橋直明、荒井由美子. 高齢者の終末期医療とインフォームド・コンセント: 非医学系短大生に対するアンケート調査より. 臨床と研究 2000; 77(4): 759-762.

鷺尾昌一、藤島正敏. 高齢者のMRSA感染. 日老医誌 2000; 37(10): 759-762.

鷺尾昌一、藤島正敏. 高齢者のMRSA感染とその関連要因. 臨床と研究 2001; 78(1): 117-120.

2. 学会発表

三宅吉博、鷺尾昌一、松鶴甲枝. 若年層の介護保険制度の認識度. 第59回日本公衆衛生学会. 2000年10月18-20日, 群馬.

松鶴甲枝、鷺尾昌一、荒井由美子、井手三郎. 要介護高齢者の在宅介護破綻に関する要因. 第59回日本公衆衛生学会. 2000年10月18-20日, 群馬.

鷺尾昌一、荒井由美子、清原千香子、田中恵太郎. 高齢者の細菌感染におけるMRSAの分離は予後不良因子. 第11回日本疫学会. 2001年1月25-26日, つくば.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

特記すべきことなし

2. 実用新案登録

特記すべきことなし

3. その他

特記すべきことなし

表1. 要介護高齢者の特性 (41人)

項目	平均±標準偏差 または人数 (%)
年齢 (歳)	83.0±10.0
男/女	16/25
痴呆	23(56.1%)
問題行動	1.4±2.1
Barthel Index	30.6±31.9
介護保険利用	
要介護度 5	18(43.9%)
4	5(12.2%)
3	4(9.8%)
2	2(4.9%)
1	4(9.8%)
医療保険利用	8(19.5%)