

第1回調査との異同(注)	質問番号	質問項目の内容
○	34	短期入所利用の有無
○	34-1	――利用回数(過去3ヶ月)
○	34-2	――利用日数
○	34-3	――定期的利用の有無
○	34-4	――利用目的
○	34-5	――満足度
○	34-6	――今後の利用意向(利用していないケース)
	35	その他の介護サービスの利用の有無と満足度・利用意向(訪問入浴、福祉用具の貸与・購入、住宅改修、訪問リハビリ、居宅療養管理指導)
○	36	保険外の区の福祉サービスの利用の有無と利用意向
◇	37	私的介護・家事サービスの利用の有無、時間、費用
◇	38	ボランティアの援助の有無、時間
○	39	特養・老健への入所申し込みの有無と利用意向
○	40	限度額に対する利用割合、限度額まで利用しない理由
○	41	治療・介護費用の負担額
○	42	住居形態
○	43	暮らし向き
○	44	世帯の年収
◇	45	家族介護者の介護時間

(注) ○印は第1回調査とほぼ同じ質問、*印は変化を尋ねる質問、◇印は新たに付け加えた質問、無印はその他の質問を表す。

2. 介護者の就労、介護時間およびサービス需要

駒村 康平

【要約】

本稿は、昨年度報告書「在宅介護サービス需要の分析」で提示した理論的フレームワークに沿って、介護が家族介護者の介護時間に与える影響、介護と就労時間の関係、家計の介護負担感について実証的分析することを目的とする。

本論文は、(1)主たる介護者の介護時間の決定要因と就労時間の関係について、(2)介護費用負担に関する分析によって構成される。

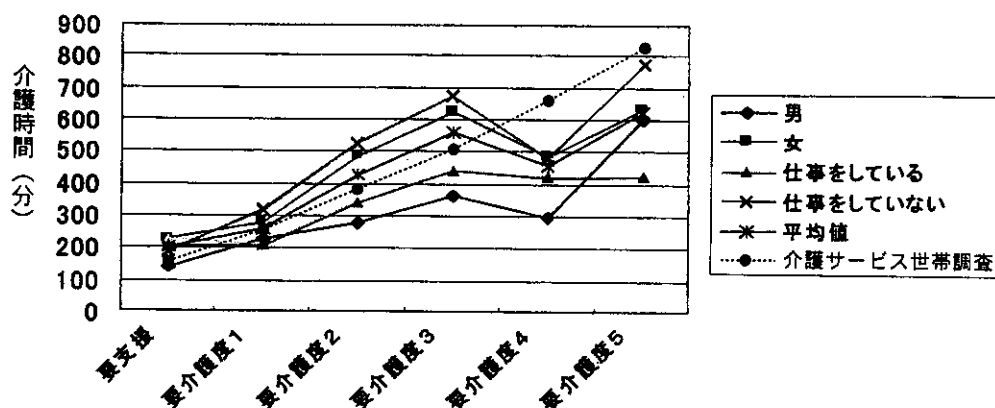
(1) 主たる介護者の介護時間の決定要因と就労時間の関係

1) 主たる介護者の介護時間と就業状況

本分析では、①要介護度によって介護時間がどの程度ことなるのか、②性別、副介護者の有無で介護時間が異なるのか、③介護時間と就労時間、訪問介護サービス利用時間の関係を中心テーマとする。

これまで要介護度と介護時間の関係は、あまり明確ではなかった。牧・駒村(2000)は、国民生活基礎調査を使って、介護保険導入前において、障害の個数によって測定した要介護度と介護時間の間には明確な正の相関が観測されないと報告している。本調査では、介護保険導入後の要介護度との関係について図4-2-1のようになった。点線で示した厚生労働省「介護サービス世帯調査」と異なり、要介護度と介護時間は単純な右上がりの関係ではない。介護時間は要介護度3で一度ピークを迎え、要介護度4でいったん下がり、要介護度5でもう一度上昇している。

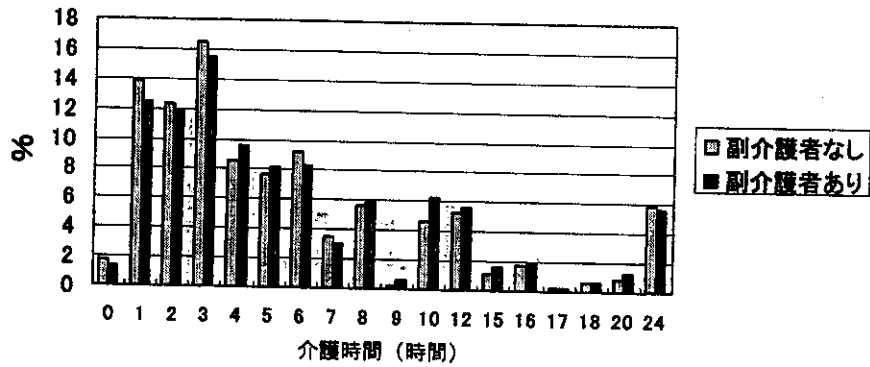
図4-2-1 要介護度別、主介護者の属性別介護時間



また、主たる介護者の性別、就業の有無によっても介護時間に大きな差がでることがわかる。

副介護者の有無によって介護時間が異なるかという点については、図4-2-2で見るように、介護時間は副介護者の有無によって有意な違いは生まれない。

図4-2-2 副介護者の有無別 一日の介護時間



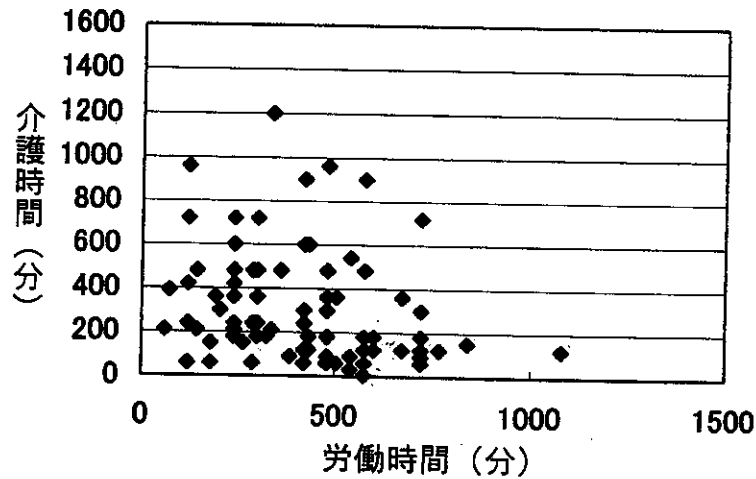
2) 多変量解析による検証

以上、分布表などからもある程度までは、介護時間を規定する要因を推測することがきであるが、さらに本調査データを使用し、決定要因について実証する。

①介護時間の決定重回帰分析

労働時間と介護時間の関係は図4-2-3のように散布しており、相関関係が確認できる。

図4-2-3 介護時間・労働時間



この関係を手がかりに、介護時間を決定する要素について重回帰分析を行った。

被説明変数には主たる介護者の介護時間、説明変数には、要介護度、介護者の性、訪問介護サービス時間を考慮した。

分析に採用したデータの基本統計量は表4-2-1のようになる。重回帰分析の結果は、表4-2-2のようになった。分布表で見たように男性は有意に介護時間が短い。要介護度と介護時間の間には有意な正の相関が存在している。

表4-2-1

基本統計量	介護時間(分)	労働時間(分)	訪問介護サービス時間(分)	性別(男性)	要介護度
サンプル数	101	101	101	101	101
平均値	330.3465	410.6139	68.9958	0.3960	2.4158
標準偏差	297.5446	190.9471	68.1284	0.4891	1.5042
分散	88532.8007	36460.8113	4641.4849	0.2392	2.2627
最小値	5	60	8.5714286	0	0
最大値	1440	1080	428.57143	1	5
中央値	210	420	51.428571	0	2

表4-2-2

変数名	介護時間1式				介護時間2式				介護時間3式			
	偏回帰係数	標準偏回帰係数	T値	判定	偏回帰係数	標準偏回帰係数	T値	判定	偏回帰係数	標準偏回帰係数	T値	判定
労働時間(分)	-0.229	-0.147	1.537		-0.341	-0.219	2.373	*	-0.321	-0.206	2.113	*
要介護度	67.980	0.344	3.685	**	66.411	0.336	3.527	**				
サービス時間(分)	0.303	0.069	0.742		0.367	0.084	0.884		0.731	0.167	1.718	
性別(男性)	-132.530	-0.218	2.272	*								
定数項	291.823		3.746	**	284.575		3.580	**	411.600		5.497	**
修正済決定係数	0.186				0.151				0.052			

注 ** ; 1%水準で有意、* ; 5%水準で有意

②労働時間の決定分析

就労は介護の影響をどの程度受けているのか検証する。

図4-2-4、図4-2-5が示すように、訪問介護サービス時間によって介護時間が減少したり、労働時間が延びるということの確認できなかった。

図4-2-4 介護時間と訪問介護サービス時間

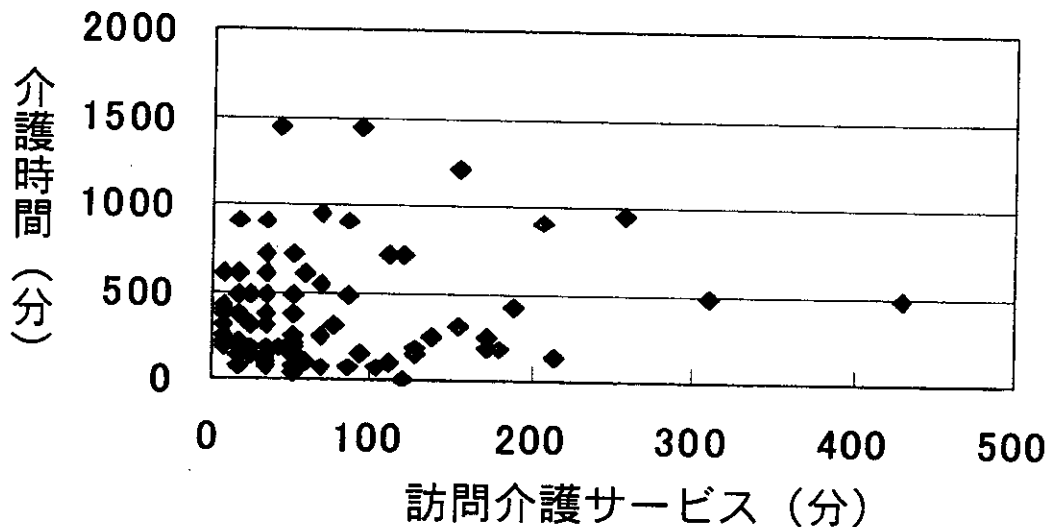
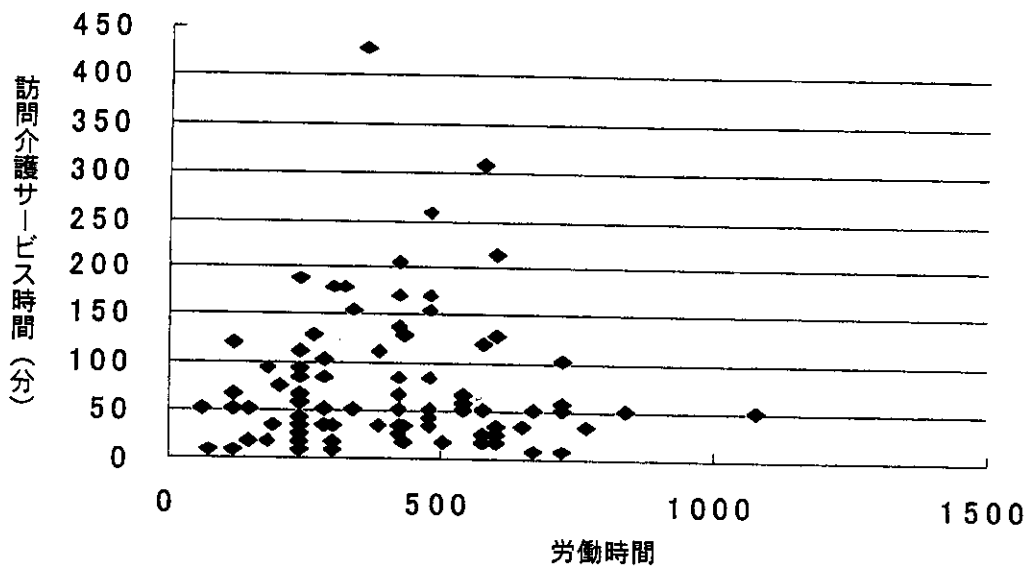


図4-2-5 訪問介護サービス時間と労働時間



さらに就労時間を被説明変数とする推計を行った。

この結果、訪問介護サービスの時間は就労時間を延ばす効果を持っていないことが確認できる。介護保険導入時には、この制度が女性を介護から解放し、労働供給を拡大すると強調され、2000年には介護から解放される家族介護者は156万人、就業率を考慮すると22万人の労働力が生み出されるという計算もあった。しかしながら、この推計結果は、介護保険の導入によって主介護者が介護から解放されるというのは、過大評価であった可能性が高いことを示している。

表4-2-3

変数名	介護時間1式				介護時間2式				介護時間3式			
	偏回帰係数	標準偏回帰係数	T値	判定	偏回帰係数	標準偏回帰係数	T値	判定	偏回帰係数	標準偏回帰係数	T値	判定
介護時間(分)	-0.105	-0.163	1.537		-0.161	-0.251	2.373	*	-0.136	-0.212	2.113	*
要介護度	10.202	0.080	0.768		15.648	0.123	1.147					
訪問介護サービス時間(分)	0.052	0.018	0.187		0.014	0.005	0.049		0.081	0.029	0.289	
性別(男性)	112.158	0.287	2.887	**								
定数項	372.612		8.944	**	424.985		10.926	**	449.908		13.924	**
修正済決定係数	0.096				0.027				0.024			

注 ** ; 1%水準で有意、* ; 5%水準で有意

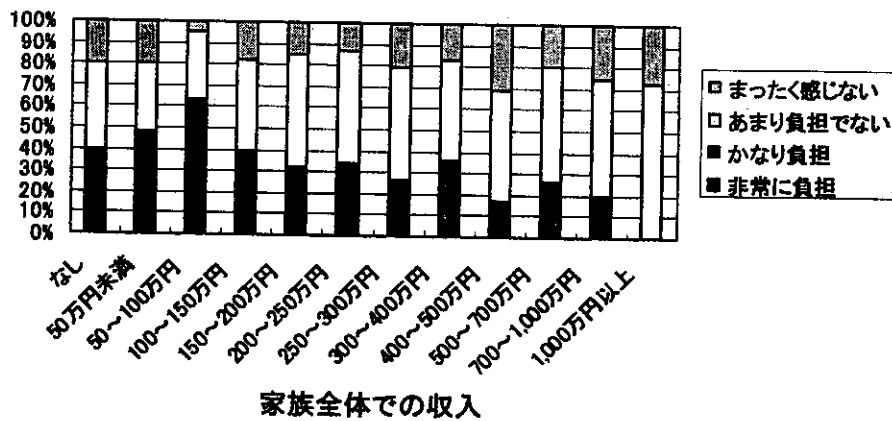
以上の分析は、主たる介護者が就業しているという一部のサンプルに限定しているが、誰が主たる介護者になるのか、あるいは主たる介護者が就業するのかという点にも家計の選択が働いているため、就業有無そのものを変数にしたトービットモデルという手法でさらに分析する必要があり、今後の課題とする。

(2) 家計の介護保険費用の負担感

家計が、介護保険の自己負担によってどの程度負担感を持っているかという点については、明確な結論は出ていない。大日（2002）は介護保険サービスの報酬とその一割負担について介護サービスの需要の価格弾力性を推計している。また御船（2003）は要介護者家計の支出行動を分析し、大きな負担が発生していることを確認している。

本調査では、図4-2-6では、100—150万円という所得世帯層で大きな負担感を持っていることが確認できる。また図4-2-7によると負担感を持つ世帯の割合は要介護度が大きくなるほど増えている。

図4-2-6 家族全体の年収別 自己負担額の負担感



この関係について、「かなり負担」「非常に負担」と回答している世帯を1としたロジステック分析を行った。推計結果は、表4-2-4になった。要介護度は有意ではないが、自己負担が有意にプラス、所得が有意にマイナスという結論になり、図と整合的な結果が得られた。これらの結論から、低所得階層への自己負担の減額の必要性が示唆される。

図4-2-7 要介護度別 治療・介護費用の負担感

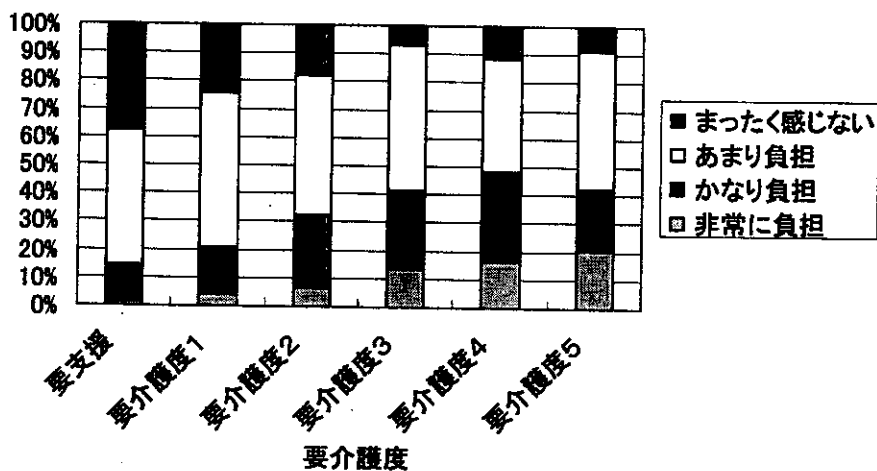


表4-2-4

	推計値	標準誤差	Wald	オッズ比	判定
世帯収入	-0.00329	0.000585	31.50928	0.99672	**
要介護度	0.032144	0.038766	0.687555	1.032666	
男性ダミー	0.188461	0.263076	0.513194	1.20739	
介護負担額	0.06096	0.010764	32.07448	1.062856	**
定数	-0.70082	0.314235	4.974047	0.496176	*

注 ** ; 1%水準で有意、* ; 5%水準で有意

[参考文献]

- 和泉正俊 (1995) 「要介護老人の介護と生活費用」『季刊家計経済研究』第25巻 pp89-91
- 岩田正美・平野隆之・馬場康彦共著 (1996) 『在宅介護の費用問題』中央法規
- 岩本康志編 (2001) 『社会福祉と家族の経済学』東洋経済新報社
- 大守隆・田坂治・宇野裕・一瀬智弘 (1998) 『介護の経済学』東洋経済新報社
- 大日康志 (2002) 「公的介護保険のゆくえ上・中・下」『経済セミナー』
- 御船美智子 (2003) 「要介護高齢者夫婦世帯の介護費用と家計費」『介護保険導入後の介護費用と家計』
家計経済研究所
- 牧厚志・駒村康平 (2000) 「高齢者の要介護状態が家計の介護時間・介護費用に与える影響」『家族・世帯の変容と生活保障機能』国立社会保障・人口問題研究所、東大出版会

3 . Family Caregiver's Satisfaction With Long-Term Care Services

Koichi Hiraoka • Rie Yamanoi • Kazunori Kikuchi

【要約】

第1回調査のデータを用いて、主要な在宅サービスに対する満足度（1項目で測定）と要介護高齢者本人とその主介護者の諸属性、ケアマネジメントの適切性の指標、ケアプラン作成課程の適切性の指標、主観的なニーズ充足度の指標との関連を分析した。満足度と諸属性の間には有意な関連が見られなかったが、ケアマネジメントの適切性の指標、ケアプラン作成課程の適切性の指標と訪問介護等のサービスへの満足度の間には有意な関連がみられた。高水準の満足度にもかかわらず、それが主観的なニーズ充足感にそのまま対応していないことも明らかになった。食事、排泄、入浴、家事に関して十分な介護がおこなわれていないと感じていながらも、訪問介護サービスについて「満足している」と答えるケースが4割を超えることが明らかになったことは、介護サービスの評価のために単純な満足度の指標を用いるのが適切でないことを示唆している。

(1) Purpose

This study aims to analyze the level of family caregiver's satisfaction with community care services provided under the Long-term Care Insurance (LTCI) scheme and to examine the possibilities and limitations of using the index of family caregiver's satisfaction for the evaluation of these services in Japan.

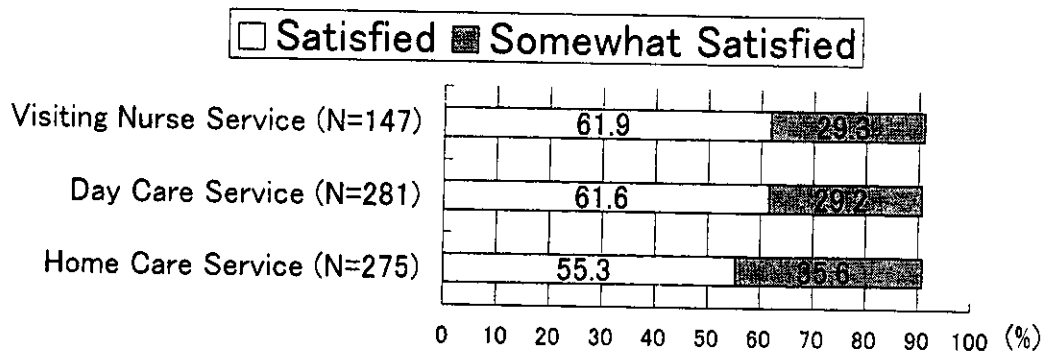
(2) Method

The data used in this study were drawn from a personal interview survey of 622 family caregivers of the frail elderly persons randomly selected from the residents aged sixty-five and over who were entitled to utilize community care services under the LTCI scheme in Sumida Ward in Tokyo. This survey was conducted from January to February 2002 as the first-wave of panel survey as part of the research project on the evaluation of the LTCI scheme. Family caregiver's satisfaction with home help, day care or visiting nurse service was measured by a single item index of user satisfaction.

(3) Results

1. Overall level of satisfaction with community care services was considerably high (See Figure 4-3-1). The proportion of family caregivers who were either 'satisfied' or 'somewhat satisfied' was 90.9 percent for home care service, 90.8 percent for day care service and 91.2 percent for visiting nurse service. Only less than percent expressed dissatisfaction with these services.
2. Relationship between the level of family caregiver's satisfaction with community care services, and the various attributes of the family caregivers and the elderly relatives that they were caring

Figure 4-3-1 Family Caregiver's Satisfaction with Community Care Services



for was analyzed using chi-square tests of independence or Kendall's rank-order coefficients (Tau-b). No statistically significant correlations were found between the level of family caregiver's satisfaction and the age, sex, income, or degree of dependency of the elderly relative. Nor was the family caregiver's age, health status, educational background or the lineal relationship between the family caregiver and the elderly relative correlated with the level of family caregiver's satisfaction.

On the other hand, the adequacy of the process of care management (measured by a 5-item index) was correlated with the level of family caregiver's satisfaction with home care service (See Table 4-3-1). In addition, the adequacy of the process of care planning (measured by a 10-item index) was significantly correlated with the level of family caregiver's satisfaction with home care and visiting nurse service.

3. Kendall's Tau-b was also calculated between the level of family caregiver's satisfaction with community care services and the indices of unmet need for eating, toileting, bathing, house-

Table 4-3-1 Relationship between Level of Satisfaction with Community Care Services and Adequacy of the Process of Care Management and Care Planning (Kendall's tau-b)

	Adequacy of the process of care management (5-item index)	Adequacy of the process of care planning (10-item index)
Satisfaction with Home Care Service	0.214 * * (N = 264)	0.184 * * (N = 261)
Satisfaction with Day Care Service	0.106n.s. (N = 263)	0.033n.s. (N = 256)
Satisfaction with Visiting Nurse Service	0.118n.s. (N = 143)	0.148 * (N = 143)

* * p < .01 * p < .05

Satisfaction with Home Care, Day Care or Visiting Nurse Service:

(4 = satisfied, 3 = somewhat satisfied, 2 = somewhat dissatisfied, 1 = dissatisfied)

Adequacy of the process of care management (5-item index): 0(low) - 10(high)

Adequacy of the process of care planning (10-item index): 0(low) - 20(high)

keeping and nursing (See Table 4-3-2). Although the values of all the coefficients in this table were negative, only four were statistically significant.

Table 4-3-2 Relationship between Level of Satisfaction with Community Care Services and Index of Unmet Need (Kendall's tau-b)

	Index of Unmet Need				
	Eating	Bathing	Toileting	House keeping	Nursing
Satisfaction with Home Care Service	-0.097n.s. (N = 275)	-0.102n.s. (N = 275)	-0.091n.s. (N = 275)	-0.175 * * (N = 272)	-0.099n.s. (N = 271)
Satisfaction with Day Care Service	-0.167 * * (N = 280)	-0.076n.s. (N = 280)	-0.151 * * (N = 281)	-0.094n.s. (N = 280)	-0.032n.s. (N = 280)
Satisfaction with Visiting Nurse Service	-0.119n.s. (N = 148)	-0.104n.s. (N = 148)	-0.113n.s. (N = 148)	-0.183 * (N = 146)	-0.144n.s. (N = 147)

** p<.01 *p<.05

Satisfaction with Home Care, Day Care or Visiting Nurse Service:

4=satisfied, 3=somewhat satisfied, 2=somewhat dissatisfied, 1=dissatisfied

Index of Unmet Need:

Question: Do you think that Ms./Mr. _____ is provided with adequate assistance for eating services ?

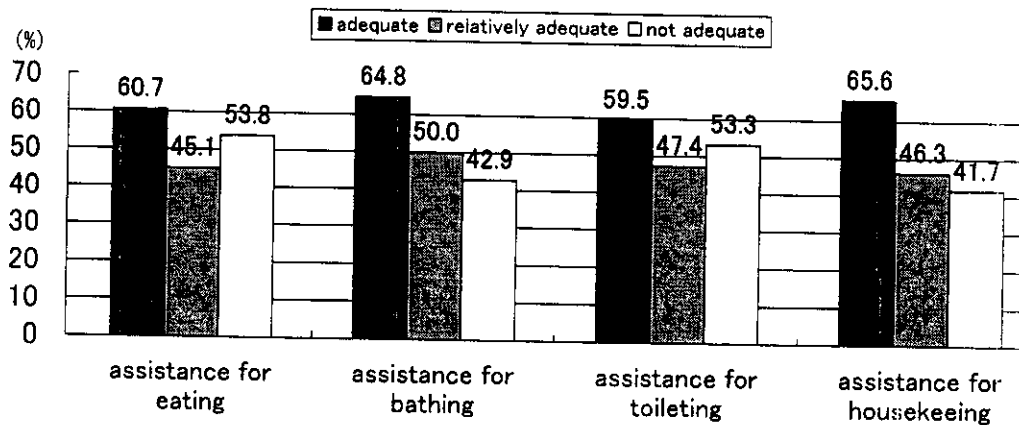
1=She (He) is provided with adequate assistance, or she (he) needs no assistance.

2=She (He) is provided with relatively adequate assistance.

3=She (He) is not provided with adequate assistance

It is important to note that family caregiver's high level of satisfaction with community care services does not necessarily mean that they considered that their elderly relative's needs were adequately met. Among the family caregivers who responded that their elderly relative's needs for eating, toileting, bathing or housekeeping were not adequately met, more than forty percent were, nonetheless, 'satisfied' with home care service (See Figure 4-3-2).

Figure 4-3-2 Proportion of the Family Caregivers Satisfied with Home Care Service



More than 40 percent of the family caregivers who responded that their elderly relatives were not provided with adequate assistance for eating, bathing, toileting or housekeeping were 'satisfied' with home care services

(4) Implications

In recent years, single item indices of user satisfaction have very often been used by local governments in Japan to measure the effectiveness of community care services. Although local governments' efforts to evaluate community care services from their users' perspective should be appreciated, indices of family caregiver's satisfaction should be used with caution and should be supplemented with more elaborate techniques of measuring user satisfaction or objective measures of service outcomes.

Major aims of our research project, of which this presentation is a preliminary report, are to develop these objective measures and to conduct a cost-benefit analysis of community care services by utilizing panel survey data following the methodology developed by Challis and Davies (1986), Davies et al. (1990) and Green et al. (1993).

References

- Challis, D. and Davies, B., 1986, *Case Management in Community Care*, Gower.
- Davies, B., Bebbington, A., Charnley, H. and et al., 1990, *Resources, Needs and Outcomes in Community Care*, Gower.
- Green, Vernon, L. et al., 1993, "The Cost Effectiveness of Community Care Services in a Frail Elderly Population", *The Gerontologist*, 33-2.

4. 介護サービスの価値と利用に関する分析

塚原 康博

【要約】

本研究では、2つの課題を取り上げた。1つは、介護サービスの金銭的な価値の推定を行うことであり、もう1つは、介護サービスの利用において、限度まで利用する場合としない場合の要因分析を行うことである。分析結果は、以下のとおりである。(1)介護サービスの金銭的な価値に関しては、1時間当たり1000円から1300円程度である。(2)単身世帯で、主介護者が男性かつ不健康である場合に、有意に利用限度を超えて介護サービスを利用する傾向が見られる。(3)要介護度が重度であったり、痴呆であったりする場合に、有意にほぼ利用限度まで利用する傾向が見られる。要介護度が軽度の場合は、限度まで利用する必要性が乏しく、家族が世話をしていると推測されるので、そのような家族介護に報いるためにも、利用限度より低い金額、例えば1時間当たり1000円から1300円程度の介護手当の支給も検討されるべきであろう。

(1) はじめに

本研究では、2つの課題を取り上げる。1つは、介護サービスの金銭的な価値の推定を行うことであり、将来、介護保険に現金給付が導入される場合には、その給付水準への示唆を与える。もう1つは、介護サービスの利用において、限度まで利用する場合としない場合の要因分析を行うことである。介護保険導入前の予想に反して限度まで利用しない人が多いという現象がみられているが、どのような属性の人が限度まで利用し、どのような属性の人が限度まで利用しないのかを明らかにする。

(2) 介護サービスの金銭的な価値の推定

介護サービスの金銭的な価値を推定するための方法として、調査対象者から介護サービスに関するWTPやWTAを聞き出す方法が考えられる。WTP (Willingness to Pay) とは、介護サービスを受けられるならば、最大限、支払ってもよい金額のことであり、WTA (Willingness to Accept) とは、介護サービスを供給するならば、最小限、支払ってもらいたい金額のことである。本研究では、家族の介護者に介護サービスに関するWTPやWTAを聞いている。要支援・要介護者にWTPのみを聞くという方法も考えられるが、要支援・要介護の状態になったときに、事実上、介護サービスの供給の責務が発生するのは家族の介護者であること、さらに、要介護者が痴呆や寝たきりの場合には、WTPの質問に答えてもらうことが困難な場合がありうるなどの理由により、本研究では、家族の介護者に介護サービスに関するWTPやWTAを聞くことにした。

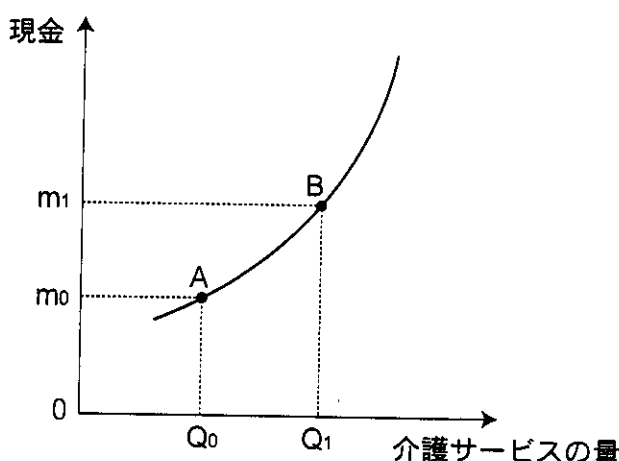
本研究で使用するデータは、2002年1月に墨田区でなされた第1回調査から得られたデータである。調査において、回答者が介護者である場合に、次のような質問をした。すなわち、「次のような架空の状況を思い浮かべてください。現在、あなたが行っている介護をあなた以外の人でやりたい人が何人か現れたとします。あなたを含め、この中から介護をする人を決めるために、介護を行いたい人が介護する権利を買い取るものとします。あなたは、お金を支払ってでも、現在行っている介護を続けたいと思いますか。」である。この質問に対し、「そう思う」と答えれば、その回答者は介護サービスの

提供に正の価値を置いていることになり、「そう思わない」と答えれば、その回答者は介護サービスの提供に負の価値を置いていることになる。調査結果によると、有効回答数503のうち、「そう思う」という回答は134 (26.6%) であり、「そう思わない」という回答は369 (73.3%) である。

さらに、われわれは、「そう思う」と答えた回答者には、次のような質問をした。すなわち、「あなたが現在行っている介護を継続できるならば、あなたは1時間当たり最大いくら払ってもよいと思えますか。」である。この質問は、介護サービスが正の価値をもつと認識している人に、そのサービスを得るための最大支払意思を尋ねているので、これを正WTPと呼ぶ。

また、「そう思わない」と答えた回答者のうち、約半数（調査対象者番号が奇数の人）に対しては、次のような質問をした。すなわち、「今の質問とは違う次のような架空の状況を思い浮かべてください。あなたの代わりに自由にヘルパーを頼めるとします。あなたの代わりに、あなたが現在行っている介護をヘルパーの方にやってもらったとしたら、あなたは1時間当たり最大いくら払ってもよいと思えますか。」である。この質問は、介護サービスが負の価値をもつと認識している人に、そのサービスを代わりに提供してもらう場合の最大支払意思を尋ねているので、これを負WTPと呼ぶ。他方で、「そう思わない」と答えた回答者のうち、残りの約半数（調査対象者番号が偶数の人）に対しては、次のような質問をした。すなわち、「今の質問とは違う次のような架空の状況を思い浮かべてください。あなたが行っている介護に対し、介護手当が支給されることになったとします。あなたが行っている介護に対し、あなたは1時間当たりで最低いくらもらいたいと思えますか。」である。この質問は、介護サービスが負の価値をもつと認識している人に、そのサービスの代わりに補償してもらい最小受取意思を尋ねているので、これをWTAと呼ぶ。

図4-4-1 WTP、WTAと介護サービス



最大支払意思を示すWTPと最小受取意思を示すWTAを図で表したのが、図4-4-1である。図の縦軸は、現金の額を示し、横軸は介護サービスの量を示している。ここでは、介護サービスの供給が供給者にとって負の価値をもつケースを考える。図の中の曲線は、無差別曲線であり、同じ効用水準をもたらす現金と介護サービスの量の組み合わせを線で結んだものである。WTPは、A点を初期状態として、A点からB点への動きで介護サービスを測るものであり、 $(Q_1 - Q_0)$ の量の介護サービスを得る

ためには、 $(m_1 - m_0)$ の額の現金を支払ってもよいことを示す。WTAは、B点を初期状態として、B点からA点への動きで介護サービスを測るものであり、 $(Q_1 - Q_0)$ の量の介護サービスを提供するためには、 $(m_1 - m_0)$ の額の現金が補償されなければならないことを示す。この議論の前提として、回答者の保有している現金額などの初期状態が同じで、無差別曲線の形状で示される回答者の選好が同じである必要があるが、ここでは単純化のために、これらの要因についてはコントロールしていない。調査結果によると、最頻値を回答した回答者の比率が、正WTP、負WTP、WTAそれぞれにおいて、45%、43%、45%と、大きな比率を占めており、初期状態などの違いに影響されず、介護サービスの金銭的な評価は集約されている。それゆえ、このような単純化は許されるであろう。

調査から得られた正WTP、負WTP、WTAの記述統計量は、表4-4-1に示されている。平均値を比較すると、WTA、正WTP、負WTPの順に大きい。最頻値は、いずれも1000円で、同じである。WTAの標準偏差が他の2つより大きいので、WTAの値のばらつきは大きく、これが平均値の大きさにも影響したと推測される。1時間あたりの介護サービスの金銭的な価値は、平均値から見ると、1200円から1300円程度であり、最頻値から見ると、1000円である。

表4-4-1 正WTP、負WTP、WTAの記述統計量

	正WTP	負WTP	WTA
回答数	134	167	202
平均値	1280.41	1197.01	1333.04
最頻値	1000	1000	1000
標準偏差	769.81	589.07	1056.07
最小値	100	500	500
最大値	5000	5000	9500

注) 回答数以外の統計量の単位は円である。

(3) 介護サービスの現物給付と現金給付

ここでは、介護サービスの現物給付と現金給付について考察する。まず、介護サービスの現物給付と現金給付のメリットとデメリットを論じた先行研究をみてみよう。

漆 (1997) は、家族外の介護と家族内の介護の選択において、不平等が生じないように、家族介護に対して現金給付をすべきであると主張した。

八代 (1999、2000) は、現金給付のメリットとして、家族の介護労働への評価、家族外の介護と家族内の介護における選択の自由の尊重を指摘し、デメリットとして、女性による家族介護の固定化、寝たきりなどのモラルハザードの誘発、家族による流用、質の低い介護サービスの供給を指摘した。

牧・駒村 (2000) は、1995年の「国民生活基礎調査」の個票データを用いて、要介護者がいる世帯を抽出し、要介護の程度、家族の介護時間、介護費用の関係を分析した。分析結果によると、寝たきり期間とともに介護費用は増加し、要介護度の上昇は介護時間を増加させていた。要介護度の上昇は、介護支出ではなく、家族の介護時間の増加を通じて、介護の機会費用を増加させているので、牧・駒村 (2000) は、家族への現金給付も検討に値すると主張した。

小塩（2001）は、現金給付のメリットとして、現金の給付を受けた人が消費者主権を行使することで、消費者の選択に合ったビジネスが育成されるので、効率的な資源配分に寄与する点を指摘し、デメリットとして、現金が目的外に使用されるおそれがあるなどの点を指摘した。

介護サービスの現物給付の是非に関して、これまでの議論は、2段階で整理できるであろう。第1段階として、現金給付を受ける本人が、その使用において、本人のための正しい判断ができるか否かである。正しい判断ができるのであれば、現金給付が望ましい。第2段階として、仮に現金給付を受ける本人が、正しい判断ができるとしても、給付する側が価値財として特定の財やサービスの消費を奨励したい場合である。給付する側が価値財として家族外の介護サービスの消費を奨励したい場合は、現金給付は望ましくない。現行の介護保険は、家族外の介護サービスの消費を奨励し、その裏返しとして、家族内の介護サービスの消費を抑制している。給付する側は、家族内の介護サービスにおける消費の抑制を通じた女性の家族介護からの解放に価値を見出しているため、現在のところ、現金給付はなされていない。

介護保険に現金給付が導入されている国としてドイツがある。ドイツでは、1995年から介護保険が開始されたが、在宅介護の場合に現物給付か現金給付、もしくは両方の組み合わせを選択することが可能になっている。制度の導入当初は、現金給付を選択する要介護者が多かったが、現物給付を選択する要介護者の比率が徐々に増えつつある。ドイツにおける現金給付、すなわち介護手当は、要介護度に応じて定額であり、現物給付の上限の半分程度である。一般的には、要介護度が重度になるほど、現物給付が増える傾向にある。田中（2000）は、家族を世話したいと考える介護者に金銭で報いる介護手当はドイツで広く支持されており、日本においても介護手当を早急に導入すべきであると主張している。

日本における介護報酬の単価は、身体介護中心型は、30分以上1時間未満で4020円、家事援助中心型は1530円、これら2つの中間としての複合型は2780円である。試みとして、調査結果を参考に介護手当の金額を設定してみると、最頻値を採用する場合は1時間あたりで1000円であり、平均値を最頻値を採用する場合は1時間あたりで1200円から1300円程度である。この金額は複合型の介護報酬の半分をやや下回る程度の金額である。この金額で日本に介護手当を導入すると、要介護度の高い要介護者は現物給付を選択し、要介護度の低い要介護者は現金給付を選択すると予想される。家族を世話したいと考える介護者に金銭で報いるという点を重視するならば、介護報酬の半分程度の金額に設定された介護手当の導入は検討に値すると思われる。

（4）介護サービスのWTPとWTAは乖離するか

この節では前節とは論点を変え、介護サービスが介護者にとって負の金銭的な価値をもつとき、介護者の介護サービスに関するWTP（負WTP）とWTAは乖離するかを検証する。経済理論においてWTPとWTAは同じ値をとると考えられていたが、仮想的な調査や実験において、しばしばWTPとWTAが乖離し、後者が前者よりも大きいという結果が得られており、WTPとWTAの乖離は経済学におけるアノマリーの1つに数えられている²⁾。それゆえ、介護サービスにおいてWTP（負WTP）とWTAが乖離するかは、興味深い論点であろう。

ここでは、2つの統計的検定、t検定とMann-Whitney検定を使って、介護サービスにおけるWTP（負WTP）とWTAに乖離がみられるかを検証する。t検定は、平均値の観点から差の検定を行うものであるが、表4-4-1に示されているように、WTP（負WTP）とWTAの平均値は、それぞれ1197.01円と1333.04円であり、平均値では、WTAのほうがWTP（負WTP）より136.03円大きい。ただし、t検定におけるt値は1.561であり、データのばらつきも考慮するとき、WTP（負WTP）とWTAに統計的に有意な差はみられない。他方で、データの順位和を用いるMann-Whitney検定では、Mann-WhitneyのUが16773.0であり、ここでもWTP（負WTP）とWTAに統計的に有意な差はみられない。したがって、われわれの調査では、介護サービスが介護者にとって負の金銭的な価値をもつとき、介護者の介護サービスに関するWTP（負WTP）とWTAに差がないといえる。

他の財やサービスの場合に、しばしばWTPとWTAに大きな差がみられるため、これを政策的に活用する場合は、どちらの値を採用するか決めなければならないが、介護サービスにおいては、その問題は生じない。われわれの調査から、介護保険において介護手当を支給する場合には、その金額は1時間当たり1000円から1300円程度に設定すればよいであろう。

（5）介護サービスの限度利用に関する分析

利用限度の問題に関しては、介護保険導入前の予想に反して、利用限度まで介護サービスを利用しない人がかなりいることが指摘されている。そこで、本節では、介護サービスを利用限度を超えて利用するかそれとも利用限度以内の利用かを規定する要因の分析と、ほぼ利用限度の利用かそれともそれより少ない利用かを規定する要因の分析を行う。

本分析では、2002年1月に墨田区で実施された第1回調査から得られたデータのうち、回答者が介護者であるデータを使用する。ほぼ利用限度の利用かそれともそれより少ない利用かを規定する要因の分析では、利用限度を超えて利用しているサンプルは分析から除外してある。ちなみに、利用限度を超えて利用しているサンプルは30、ほぼ利用限度まで利用しているサンプルが320、利用限度より少ない利用のサンプルが104である。利用限度以下のサンプルは、後者の2つのサンプルを合計した424である。利用がゼロであっても、要介護認定を受け、利用の可能性のあるサンプルは、利用限度より少ない利用のサンプルに含めてある。

推定式の被説明変数は0と1のダミー変数をとるので、ロジット・モデルを使用する。利用限度を超えて利用しているか否かの分析では、「利用限度を超えて利用している」が1、「利用限度以下で利用している」が0であり、ほぼ利用限度の利用かそれより少ない利用かの分析では、「ほぼ利用限度の利用をしている」が1、「利用限度より少ない利用をしている」が0である。

説明変数は、2つの分析とも同じである。すなわち、世帯類型（1人暮らし、夫婦、未婚子と同居、既婚子と同居、その他、の5つからなり、1人暮らしを基準とするダミー変数）、世帯所得（年間所得で単位は1万円³⁾）、痴呆の有無（なし=0、あり=1、のダミー変数）、要介護度（要支援=0、要介護度=1、要介護度=2、要介護度=3、要介護度=4、要介護度=5、の6段階からなる⁴⁾）、主介護者の健康状態（健康である=1、まあ健康である=2、どちらともいえない=3、あまり健康でない=4、健康でない=5、の5段階からなる）、主介護者の年齢、主介護者の性別（男性=0、女性=

1、のダミー変数) からなる。

表4-4-2 利用限度を超えて利用するか否かのロジット分析

	回帰係数	標準誤差
定数	-1.09989	1.30629
夫婦世帯	-2.52655***	0.84793
未婚子と同居の世帯	-1.87589**	0.74541
既婚子と同居の世帯	-1.64793**	0.73238
その他の世帯	-1.42324	0.86652
世帯所得	0.00047	0.00058
痴呆の有無	0.59691	0.42451
要介護度	0.15461	0.12864
主介護者の健康状態	0.40375**	0.16720
主介護者の年齢	-0.01666	0.01874
主介護者の性別	-0.95969**	0.46049
サンプル・サイズ	449	

注) **、* はそれぞれ1、5、10%水準で有意であることを示す。

表4-4-3 ほぼ利用限度を利用か、それより少ない利用かのロジット分析

	回帰係数	標準誤差
定数	0.50680	0.90534
夫婦世帯	-0.83055	0.60945
未婚子と同居の世帯	-0.75706	0.58821
既婚子と同居の世帯	-0.53713	0.59102
その他の世帯	-0.78623	0.69593
世帯所得	-0.00011	0.00038
痴呆の有無	0.59925**	0.27201
要介護度	0.16688**	0.07996
主介護者の健康状態	0.30829***	0.10366
主介護者の年齢	-0.03160***	0.01198
主介護者の性別	-0.43473	0.28655
サンプル・サイズ	419	

注) **、* はそれぞれ1、5、10%水準で有意であることを示す。

第1に、利用限度を超えて利用するか否かの要因を分析した表4-4-2からみていくと、単身世帯と比べて、同居世帯は有意に利用限度を超えて介護サービスを利用しない。主介護者の属性に関しては、主介護者が不健康なほど、有意に利用限度を超えて介護サービスを利用し、主介護者が女性のときは、男性のときに比べて有意に利用限度を超えて介護サービスを利用しない。

以上をまとめると、利用限度を超えて介護サービスを利用する要介護者の特徴は、単身世帯で、主介護者が男性で、不健康であるということである。要介護度や世帯所得は影響しないものの、介護者の家族内介護能力が不十分であり、介護ニーズが高い状況にあると考えられる。

第2に、ほぼ利用限度を利用か、それより少ない利用かの要因を分析した表4-4-3をみると、要介

介護度が高まるほど、痴呆でなときと比べて痴呆であるほど、要介護者は有意にほぼ利用限度まで介護サービスを利用しようとする。主介護者の属性に関しては、主介護者が不健康なほど、有意に要介護者は有意にほぼ利用限度まで介護サービスを利用しようとし、主介護者の年齢が上昇するほど、有意に要介護者は有意にほぼ利用限度まで介護サービスを利用しようとしな

い。以上のことから、ほぼ利用限度まで利用するか否かの決定においては、要介護度の重度や痴呆の有無などの要介護者側のニーズが重要である。主介護者の年齢が上昇するほど、ほぼ利用限度まで介護サービスを利用しようとしな

(6) 結論

本研究では、2つの課題を取り上げた。1つは、介護サービスの金銭的な価値の推定を行うことであり、もう1つは、介護サービスの利用において、限度まで利用する場合としない場合の要因分析を行うことである。

分析結果は、以下のとおりである。(1)介護サービスの金銭的な価値に関しては、1時間当たり1000円から1300円程度である。(2)単身世帯で、主介護者が男性かつ不健康である場合に、有意に利用限度を超えて介護サービスを利用する傾向が見られる。(3)要介護度が重度であったり、痴呆であったりする場合に、有意にほぼ利用限度まで利用する傾向が見られる。

(1)の知見に関しては、今後、介護手当を導入する際には、金額設定の参考資料として使うことができるであろう。(2)の知見については、このような状況の人には、別途、利用限度の見直しが必要であろう。(3)の知見からは、限度まで利用しない理由として、要介護度が重度でないため、その必要性がないからと推測される。要介護度が軽度のため、家族が介護を行うケースについては、現在の介護保険では、介護手当がないため、無償労働になっている。ドイツのように、利用限度の半額程度の介護手当を導入すれば、重度の要介護者は現物給付を選択し、軽度の要介護者は介護手当を選択するであろう。限度まで利用せず、家族が介護を行っているケースについては、介護手当によって金銭的に報いるという選択肢も考慮すべきであろう。

注

- 1) 介護サービスの提供は、提供者にとって通常は負の金銭的な価値をもつと考えられるので、正の価値をもつと答えた人の比率が26.6%であるのは、数値が高すぎると思われる。回答者が一部が負の価値を正の価値と勘違いしている可能性も排除できないので、負の価値をもつと答えたデータのほうが信頼性が高いであろう。
- 2) WTPとWTAの乖離に関する詳細については、塚原(2000)および塚原・竹内(2000)を参照されたい。
- 3) 世帯所得は回答者に12段階の所得区分から選択してもらったが、金額はそれぞれの所得区分の中間値を割り当てた。
- 4) 当初、要介護度については、要支援を基準とするダミー変数を説明変数として投入したが、利用限度を超えて利用しているか否かのロジット・モデルの推計が収束しなかったため、要介護度に関しては、ダミー変数を用いずに、6段階の連続変数を用いている。

- 5) 利用限度に関する2つのロジット分析において、説明変数として介護サービスの利用が介護保険導入より前か否かのダミー変数を含めた分析を行ってみたが、このダミー変数は有意ではなかった。

参考文献

- 牧厚志・駒村康平 (2000) 「高齢者の要介護状態が家計の介護時間・介護費用に与える影響」国立社会保障・人口問題研究所編『家族・世帯の変容と生活保障機能』東京大学出版会、263-291ページ
- 小塩隆士 (2001) 『社会保障の経済学』、日本評論社
- 田中耕太郎 (2000) 「介護手当 (金銭給付) の意義、実施状況およびその評価」『海外社会保障研究』第131号、24-36ページ
- 坪郷實 (2000) 「地方自治と介護保険—ドイツの事例を中心に—」『海外社会保障研究』第131号、3-13ページ
- 塚原康博 (2000) 「WTAとWTPの乖離に関する実験経済学の研究動向」『明治大学短期大学紀要』、第66号、409-427ページ
- 塚原康博・竹内憲司 (2000) 「WTPとWTAの環境政策への適用可能性—乖離要因の検討とスコープテスト—」『公共選択の研究』、第34号、60-71ページ
- 漆博雄 (1997) 「老人医療の有料化と公的介護保険」、八代尚宏編『高齢化社会の生活保障システム』、東京大学出版会、137-157ページ
- 八代尚宏 (1999) 『少子・高齢化の経済学』、東洋経済新報社
- 八代尚宏 (2000) 「公的介護保険と社会福祉事業改革の課題」『季刊社会保障研究』第36巻、第2号、176-186ページ

5. ケアマネジメント

菊地和則・山井理恵

【要約】

本報告では、高齢者・介護者によるケアマネジメントに対する評価ならびに評価に影響するケアマネジメント過程を明らかにすることを目的としている。分析の対象は、第1回および第2回調査を完了した回答者791名のうち、ケアマネジメントを継続して依頼している489名である。

ケアマネジメントに対する評価およびケアマネジャーの対応に対する評価としては、いずれの調査時点においても、またいずれの回答者においても、肯定的な回答が約9割を占めている。しかしながら、第1回目調査と第2回目調査を比較すると、約4割の回答者に評価への変化が見られている。

ケアマネジャーに対しては、約3割の回答者が相談を行っている。問題が解決された程度により、ケアマネジメントならびにケアマネジャーの対応への満足度に影響が見られ、ケアマネジメントにおけるモニタリングの重要性が示唆された。

(1) 研究の課題と方法

1) 問題の所在・研究の目的

2000年4月、介護保険法が施行され、我が国に本格的な介護支援サービス（ケアマネジメント）が制度的に位置づけられた。ケアマネジメントは、要援護高齢者やその家族が持つ複数のニーズと社会資源を結びつけることである（白澤、2000）。

介護保険によるサービスを受けるに際しては、ケアプランと呼ばれる介護サービス計画を作成することが必要になる。ケアプランは、利用者や家族が自分たちで作成することも可能であるが、大多数の利用者は居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャー（介護支援専門員）に、ケアプランの作成を含むケアマネジメントを依頼している。

依頼を受けたケアマネジャーは、利用者宅を訪問し、利用者の解決すべき課題を明らかにするためのアセスメントを行う。そして、このアセスメントや利用者の希望に基づき、ケアプランを作成する。そして、ケアプランが実施されると、サービスが適切に提供されているかについてモニタリングやフォローアップを実施する。そして、サービスや介護などに関する問題が発生した場合、ケアマネジャーは利用者や介護者の要望や状況を把握し、その問題を解決するための介入を行う。したがって、ケアマネジャーは、ケアプランの作成のみならず、ケアプランが実施されてからも、利用者の生活を継続的に支援する必要がある。

ケアマネジメントとは、インテークからサービスの提供やモニタリングにいたるまでの過程そのものをさす。しかしながら、現在、ともすればケアプランの作成に注目が集まり、ケアプラン実施後のモニタリングやフォローアップなどのサービス提供後のケアマネジャーの活動への関心は必ずしも高いものではない。また、いくつかの先行研究からも、業務量の過重さや担当ケース数の多さにより、ケアマネジャーが十分にフォローアップやモニタリングなどができないことが指摘されている（長寿社会開発センター、2001a）。