

うに任意の二時点でのデータの収集ではなく、個々のケースについて、サービスの利用前と利用後でのデータの収集が必要になってくる。

(4) 家族介護者の社会生活負担

1) 社会生活負担の変化

社会生活上の負担については、6項目の質問項目を用意し、精神・心理的負担の項目と同様に、5段階の選択肢を用いて測定を行った(中谷、1996)。表4-6-4は、第1回調査と第2回調査で社会生活負担6項目において、「非常にあてはまる」と「かなりあてはまる」に回答した者の割合の比較である。6項目のうち「お世話のことで、家族・親戚と意見があわない」のみが、第2回調査で割合が減少しており、「お世話のために、経済的負担が大きい」は、第1回調査と第2回調査でほぼ同じ割合となっているが、他の4項目は、すべて第2回調査の方が割合が多くなっている。

精神・心理的負担項目と同様にして、社会生活負担得点を算出したものが表4-6-5である。2回の調査での平均値の差は、ほとんど見られない結果となった。また、図4-6-6に示すように、「負担減少群」、「変化なし群」、「負担増加群」に分けたところ、「負担減少群」が164名(35.7%)、「負担増加群」が165名(35.9%)とほぼ同数になり、「変化なし群」は130名(28.3%)であった。

表4-6-4 社会生活負担の変化

(%, n=459)

	第1回調査	第2回調査
お世話のために、仕事に出られない、よい仕事につけない、家業が思うようにやれない	18.3	22.0
お世話のために、育児や家事の世話に思うように手がまわらない	8.1	10.9
おとしよりのことが気になって、昼間思うように外出できない	42.7	44.0
お世話のために、昼間、趣味や学習活動などをする自由時間を思うようにとれない	40.5	41.8
お世話のことで、家族・親戚と意見があわない	10.5	7.8
お世話のために、経済的負担が大きい	20.3	20.5

※「非常にあてはまる」と「かなりあてはまる」の合計。

表4-6-5 社会生活負担スコアの変化

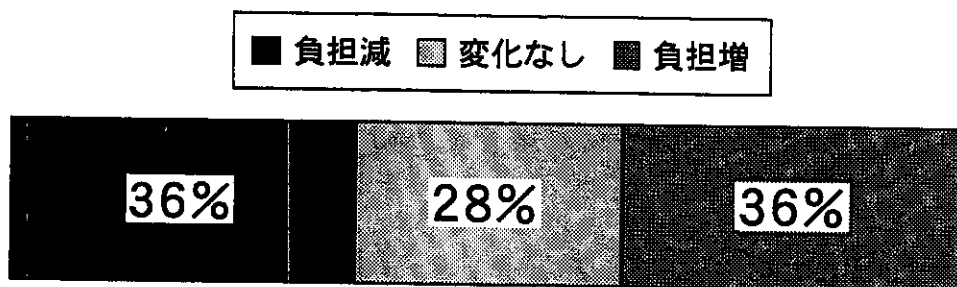
(n=459)

	最小-最大値	平均	標準偏差	t-検定
1回目	6-30	14.5	5.1	t=-536 n.s.
2回目	6-30	14.6	5.3	

2) 要介護度と社会生活負担

高齢者の心身の状態を示す要介護度群別に、社会生活負担得点の平均値を比較したものが表4-6-6で

図4-6-6 社会生活負担得点の増減ケースの割合 (n=459)



ある。精神・心理的負担と同様に、2回の調査において、要介護度が高い高齢者を介護している介護者の社会生活負担得点が有意に高くなっている。また、やはり要介護3の段階あたりが、負担がピークに到達する一つの「壁」であることを示唆するような結果がみられた。

一方、図4-6-7は、要介護度の変化と社会生活負担得点の変化との関連を示したものであるが、要介護度が悪化するにつれて負担が高くなる傾向がみてとれるものの、その差はわずかであり、要介護度の変化と負担の変化の関連は、やはりあるとは言い難い結果となっている。

3) 在宅サービス利用と社会生活負担

在宅サービス利用の変化と社会生活負担の変化の関連を示したものが、図4-6-8、図4-6-9、および図4-6-10である。訪問介護サービスと通所介護サービスの利用開始群において、負担の減少が目立っているが、通所介護サービスの利用開始群は、同時に負担の増加の割合も高い。また、短期入所サービスの利用においては、利用中断群の負担の減少が著しい。以上のように、今回の調査データからは、在宅サービスの利用が社会生活上の負担を軽減しているということは、確認できなかった。

表4-6-6 要介護度別の社会生活負担得点

	要介護度	精神・心理的負担得点	分散分析
第1回調査 (n=457)	要支援	10.9	f=12.532 p<.001
	要介護1	13.6	
	要介護2	14.8	
	要介護3	16.9	
	要介護4	16.4	
	要介護5	16.2	
第2回調査 (n=447)	要支援	11.9	f=8.426 p<.001
	要介護1	13.3	
	要介護2	15.2	
	要介護3	15.3	
	要介護4	16.7	
	要介護5	16.9	

図4-6-7 要介護度の変化と社会生活負担得点の変化

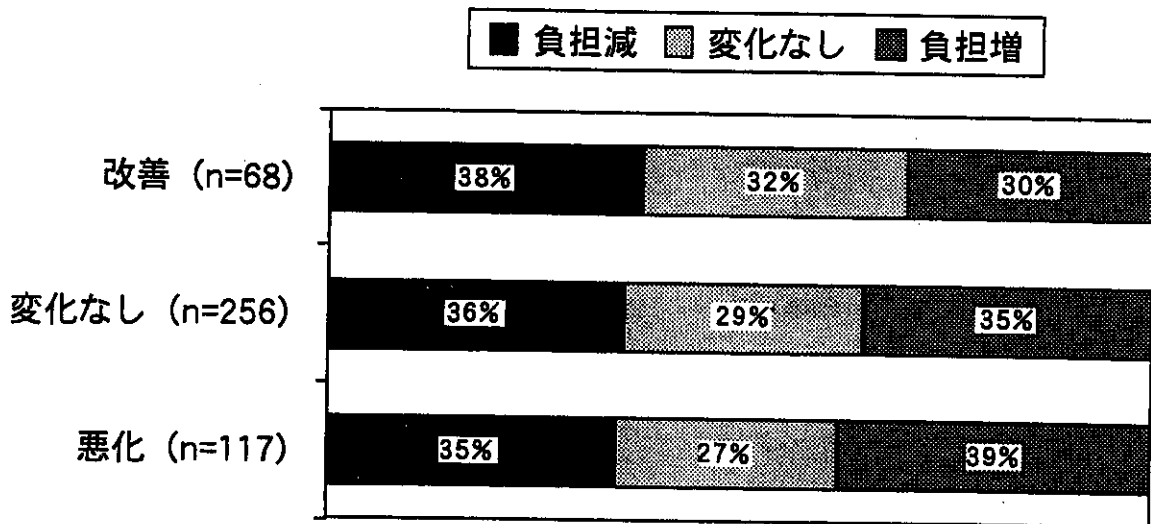


図4-6-8 訪問介護サービス利用の変化と社会生活負担の変化

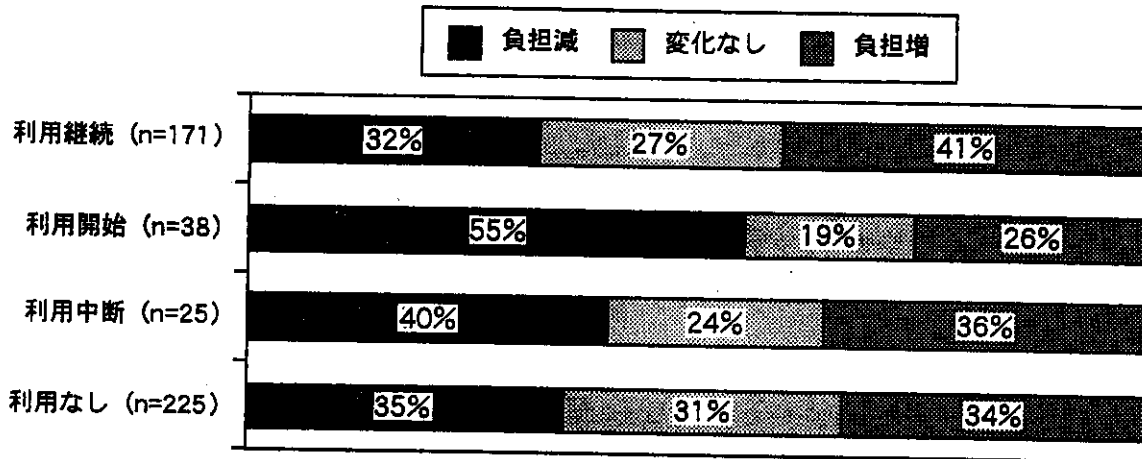


図4-6-9 通所介護サービス利用の変化と社会生活負担の変化

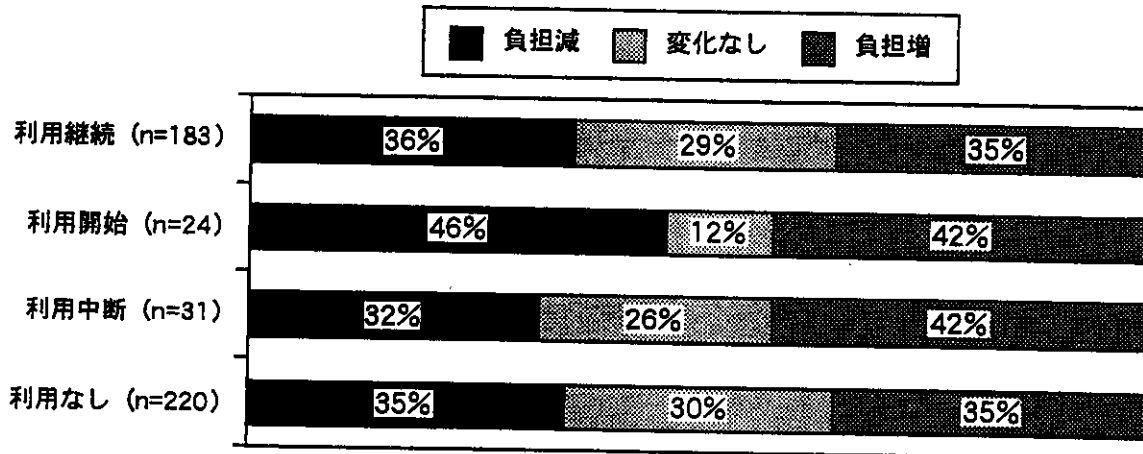
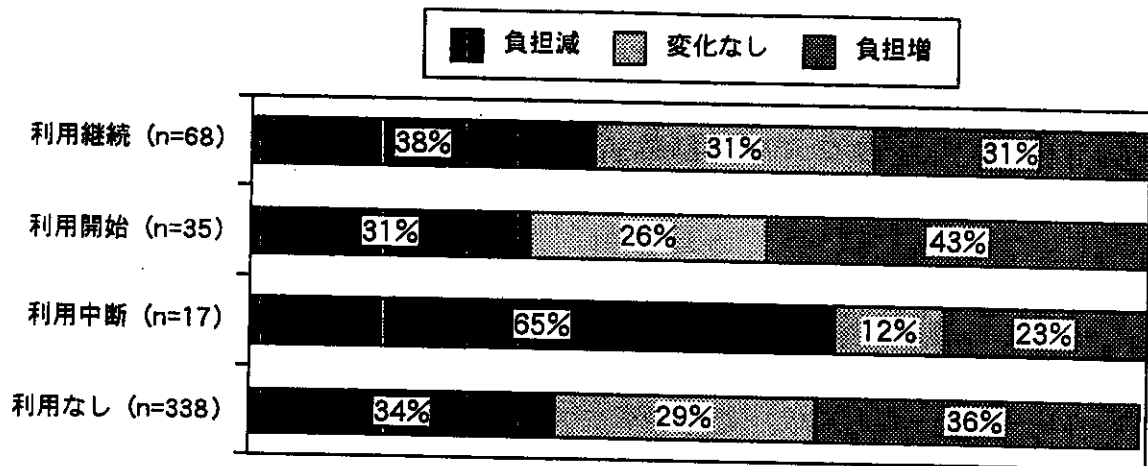


図4-6-10 短期入所サービス利用の変化と社会生活負担の変化



(5) 介護者の対処能力

介護者の負担を軽減する今ひとつの要因として、介護者が持つ対処能力の測定を試みた。使用した項目は、家族介護者の対処能力を測定する目的で開発された5因子16項目のスケール（岡林、1999）から、3因子9項目を採用したものである。3因子とは、「介護におけるペース配分」「介護役割の積極的受容」「気分転換」である。ここでは、因子別の得点を算出せず、総得点のみを使用して分析を行う。

図4-6-11と図4-6-12は、対処能力の変化と介護負担の変化の関連をみたものである。精神・心理的負担および社会生活負担ともに、対処能力が減少している介護者は、対処能力が増加している、あるいは対処能力に変化がない介護者と比較して、負担が増加している者の割合が大きい。つまり、対処能力を持つ介護者の場合は、その能力を発揮し、介護負担が増大するのを抑制することができることが示唆されたわけである。

図4-6-11 対処能力の変化と精神・心理的負担得点の変化

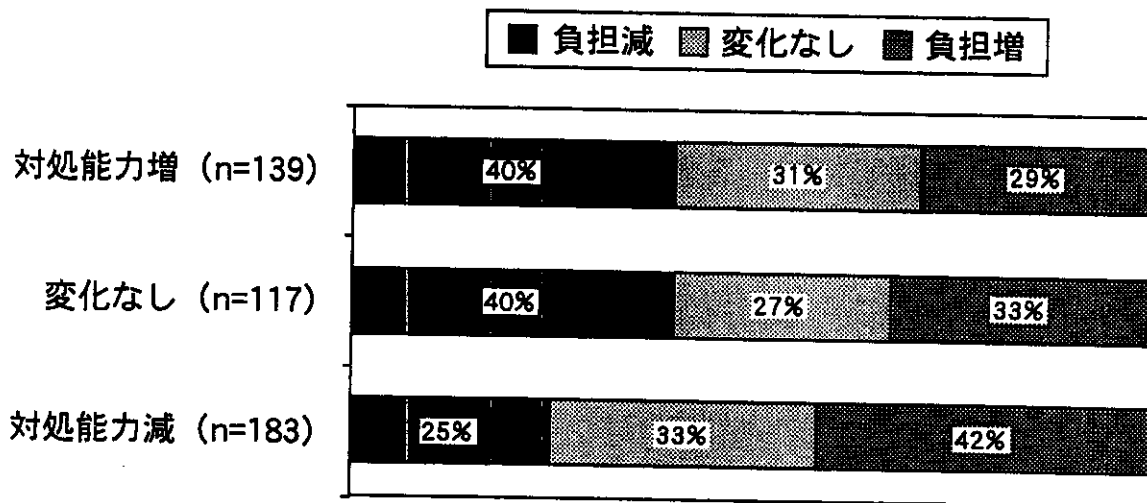
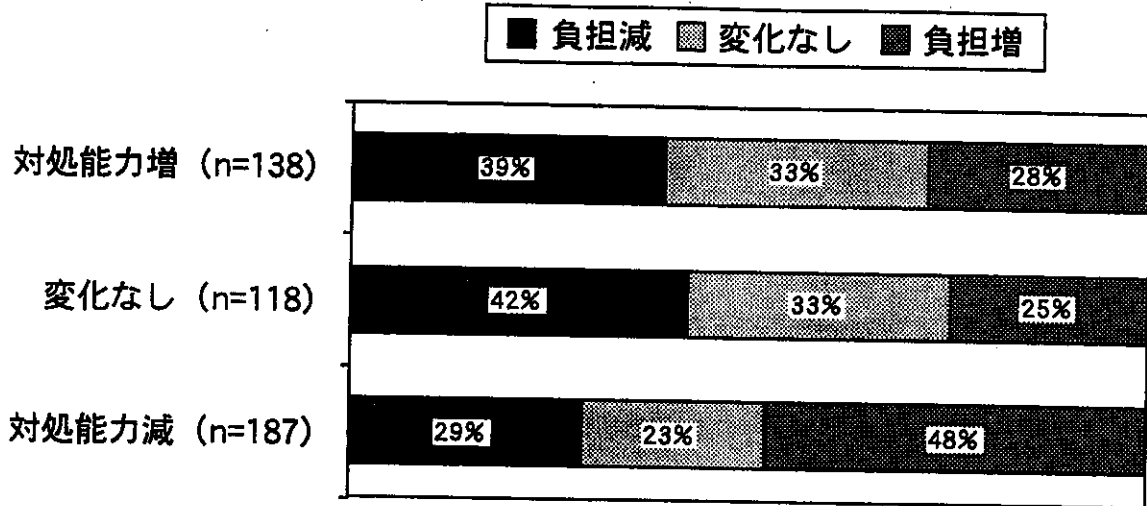


図4-6-12 対処能力の変化と社会生活負担得点の変化



(6) 介護者の利得 (ゲイン)

家族介護のポジティブな側面へのアプローチは、満足度などを測定したものがよくみられるが、近年介護のポジティブな側面を指す概念として、「利得 (gain)」が使われるようになってきた。ここでは、そのような利得 (ゲイン) を測定する尺度として、前述した燃えつき尺度のMBIの次元の一つである「自己達成感」の5項目を使用した (中谷、1992)。燃えつきの場合は、この自己達成感の低下の度合いを測定することになっている。

表4-6-7は、5つ設けた選択肢のうち、「非常にあてはまる」と「かなりあてはまる」と回答した割合を示したものである。「お世話をすることで、充実感を感じる」と「お世話をうまくしてきていると思う」の項目以外は、第2回調査になると、割合が減少している。しかしながら、単純加算による利得得点を算出すると、表4-6-8に示すように、第2回調査の方が、利得得点が有意に高くなっている。

利得は、当初負担と表裏一体的なものとして概念化されていたが、現在では、必ずしもそうではなく、それぞれ独立した要因であることが確認されつつある。ここでも、利得得点と2つの負担得点 (精神・心理的負担得点、社会生活負担得点) の相関係数を算出してみたが、表4-6-9にみるように、いずれの相関係数も有意にはなっていない。即ち、利得と負担は1枚のコインの裏表ではなく、それぞれ独立した要因であることが確認されたわけである。言い換えるならば、高い介護負担を経験している家族介護者であっても、介護の利得を経験していることが予測できるわけである。

表4-6-7 利得の変化

(%, n=453)

	第1回調査	第2回調査
お世話をすることで、充実感を感じる	19.6	21.4
お世話をうまくしてきていると思う	45.5	45.7
お年寄りはお世話していることを感謝していると思う	53.0	46.6
お世話することでお年寄りとの気持ちが通じあうように感じる	40.4	36.4
お年寄りが気持ちがいいときには、うれしい気持ちになる	68.4	61.4

※ 「非常にあてはまる」と「かなりあてはまる」の合計。

表4-6-8 利得得点の変化

(n=453)

	最小-最大値	平均	標準偏差	t-検定
1回目	5-25	16.9	3.9	t=-8.059 p<.001
2回目	6-33	18.3	3.8	

表4-6-9 利得得点と負担得点の相関

	第1回調査 精神・心理的負担	第2回調査 精神・心理的負担	第1回調査 社会生活負担	第2回調査 社会生活負担
第1回調査 利得	.004 (n=449)	.029 (n=450)	.042 (n=452)	.078 (n=447)
第2回調査 利得	-.074 (n=449)	-.057 (n=450)	.058 (n=452)	.004 n=447)

(7) まとめ

介護保険制度が目指している、在宅サービスの利用による家族介護者の負担の軽減は、今回の分析からは見出せなかった。ただしこれは、調査手法上の限界からくるものなのかもしれない。この他に、介護者の対処能力や利得については、興味深い知見が得られた。

【文献】

- 中谷陽明「在宅障害老人を介護する家族の燃えつき？ “Maslach Burnout Inventory” 適用の試み」
『社会老年学』36、15-26、1992
- 中谷陽明「家族介護者の負担感」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、266-306、1996
- 岡林秀樹、杉澤秀博、矢富直美、高梨薫、中谷陽明、柴田博「在宅高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果」『心理学研究』69、487-493、1999

7. Household Type and Utilization of Long-Term Care Services in Japan

Sachiko Hiraoka • Koichi Hiraoka

【要約】

第1回調査のデータを用いて、世帯構成と主要な在宅サービスの利用率の関連を分析した。在宅介護、通所介護・通所リハ、短期入所の各サービスの利用率には世帯構成によって、顕著な差がみられた。既婚子と同居している高齢者の場合、要介護度に関わりなく、訪問介護の利用率よりも通所介護・通所リハの利用率のほうが高かった。これに対して、夫婦のみ世帯の高齢者の場合には、要介護度に関わりなく、通所介護・通所リハよりも訪問介護の利用率のほうが高かった。

(1) Purpose

One of the characteristics of the Long-term Care Insurance (LTCI) scheme in Japan is that dependent elderly are entitled to utilize community care services within the upper limits set according to the degree of their dependence regardless of their household composition. However, as elderly persons' needs for care services may differ according to their family circumstances, it is assumed that patterns of utilization of community care services may be related to the household composition of the elderly. The aim of this study is to analyze the relation between the household composition and the pattern of service utilization under the LTCL scheme using the data of the survey of dependent elderly persons in Tokyo.

(2) Data

The data used in this study was drawn the survey of 911 dependent elderly persons in Sumida Ward in Tokyo conducted from January to February 2002.

(3) Results

1. The utilization ratios of home care, day care and short-term stay service are considerably different among household types. But, that of home nursing service is not so closely related to the household types (See Figure 4-7-1).
2. Dependent elderly persons living with their married children are generally reluctant to use home care service. Only 32 percent of these persons are using this service, while 86 percent of the elderly living alone are using it.
3. Elderly persons living with their married children prefer using day care service to home care service regardless of the degree of their dependence (See Figure 4-7-2). In contrast, elderly persons living alone or living with their spouse only prefer using home care service to day care service (See Figure 4-7-3 and Figure 4-7-4).

(4) Implications

Further analysis needs to be conducted to see whether different patterns of service utilization among different household types reflect real differences in the elderly persons' needs, or whether there exist some factors that prevent certain types of type of households from utilizing certain types of community care services.

Fig 4-7-1 Utilization Ratios of Community Care Services by Household Type

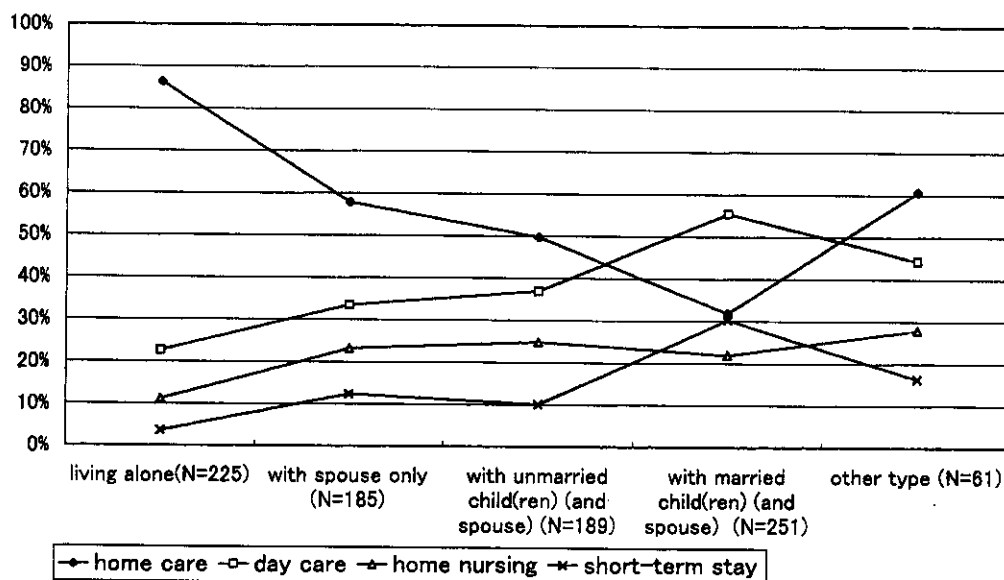


Fig 4-7-2 Service Utilization Ratios by Degree of Dependence (the elderly living with married children)

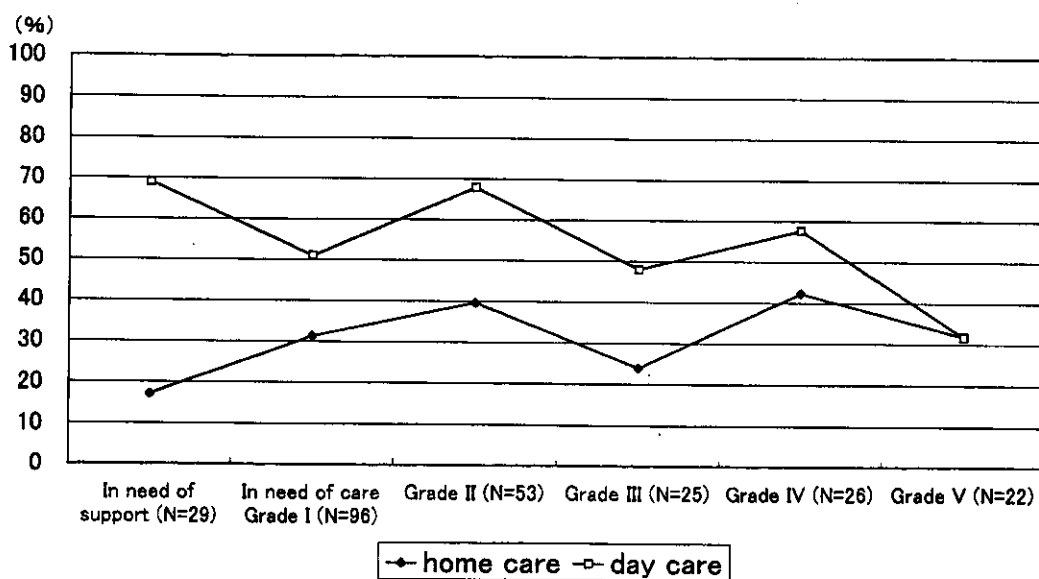


Fig 4-7-3 Service Utilization Ratios by Degree of Dependence
(the elderly living alone)

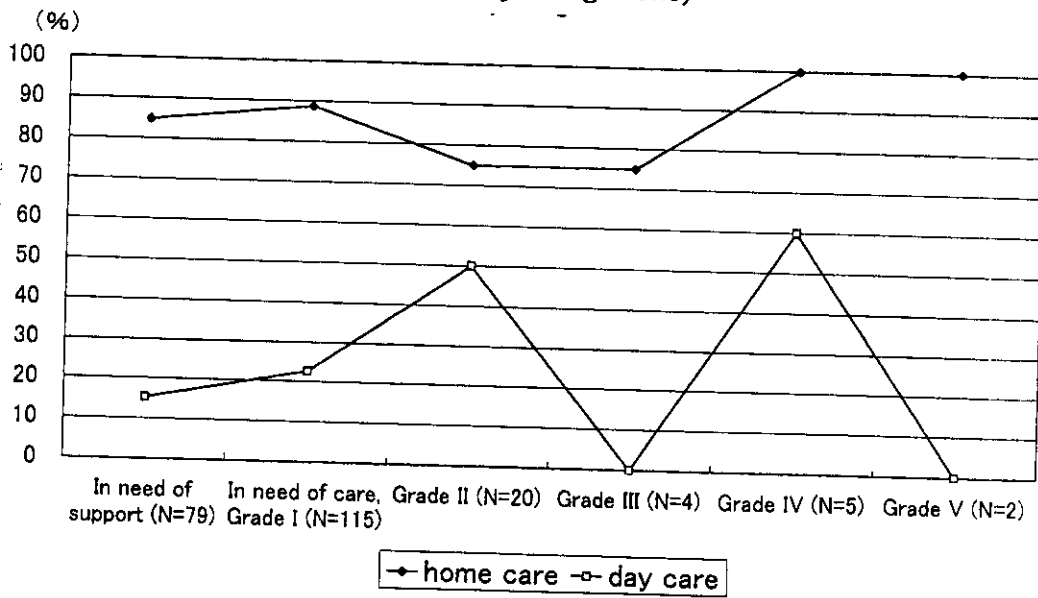
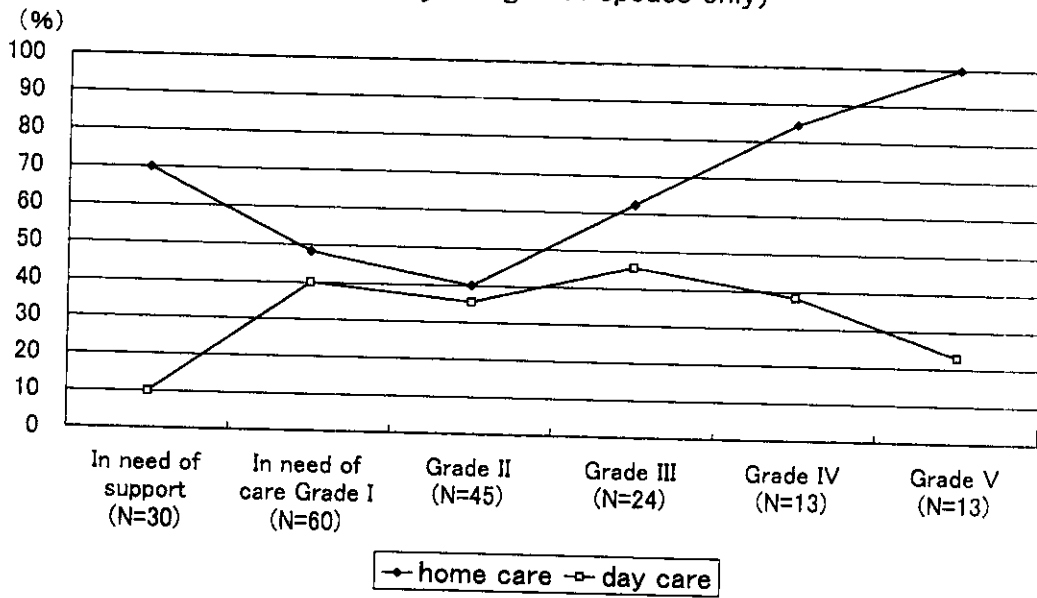


Fig. 4-7-4 Service Utilization Ratios by Degree of Dependence
(the elderly living with spouse only)



8. 在宅サービスの利用状況と施設入所需要

平岡 公一

【要約】

東京都墨田区で実施した第一回調査のデータ（N=877）を利用して、1）在宅サービスの利用の利用・非利用の規定要因の分析と在宅サービス非利用ケースにおける介護ニーズ充足度の評価、2）低所得層のサービス利用状況と自己負担の負担感の分析、3）特別養護老人ホームへの入所希望の規定要因および入所待機者のサービス利用状況の分析を行った。1）については、ロジスティック回帰分析の結果、ADL得点、痴呆尺度得点、家族介護の支障の有無が有意な効果を及ぼしていること、サービス非利用ケースの中にも、高水準の負担感などから未充足ニーズが広範に存在していることなどが明らかになった。2）については、自己負担の軽減措置が一定程度は有効に機能しているものの、負担能力に乏しいためにサービス利用が抑制されているケースが一定数は存在していることが明らかになった。3）については、ロジスティック回帰分析の結果、特養入所希望の有無に有意な効果を及ぼす要因が、痴呆尺度得点と精神・心理的負担得点と住居形態であること、入所待機ケースについては、限度額まで在宅サービスを利用していないケースのほうが多く、サービス利用をさらに促進する余地があることが明らかになった。

（1）問題の所在と分析の課題・方法

介護保険制度は、在宅ケアを中心とした介護サービスの供給体制の確立をその導入の目的の一つとしており、施設サービスについては、国が示した参酌基準を踏まえて設定された整備目標の範囲内でその整備を進めていくことを原則とする一方で、在宅サービスについては、基本的に、ニーズに対応してその供給が大幅に拡大していくことが想定されている。

実際、介護保険制度の実施とともに、在宅サービスの供給量は、大幅に増加し、その伸びは、全体として施設サービスを上回っており、ケア・バランスという観点からみると、在宅ケアにシフトする方向で、ケア・バランスの変化が起きてきているとみることができる。

しかしながら、これは事の一面に過ぎず、一部の在宅サービスでサービス供給の伸びが、当初の見込みを下回る一方で、特別養護老人ホームを中心とする施設サービスの利用申込みが、介護保険実施後、全国各地で大幅に増加し、待機者問題が深刻化しているという一面を無視することはできない。

この待機者問題については、当面の対策として、単純な申込み順ではなく、要介護度や、施設入所の緊急度、あるいは在宅サービスの利用状況等を考慮した入所優先順位の設定を行うという方針が国によって打ち出されているが、この問題の根本的な解決のためには、施設サービスへの需要が急速に拡大した背景や入所待機者の在宅サービス利用状況を分析し、問題の深刻化の原因を解明することが重要である。

このような観点に立って、ここでは次の3つの分析の課題を設定し、その課題に即して、東京都墨田区で実施した調査のデータを分析する。

- 1) 在宅サービスの利用の利用・非利用を規定する要因を明らかにするとともに、在宅サービスを利用していないケースにおいて、介護ニーズが十分に充足されているのかどうかを検討する。
- 2) 費用負担が困難であるために低所得層のサービス利用が阻害されていないかどうかを検討する。

3) 特別養護老人ホームへの入所の希望の有無に影響を与える要因を分析するとともに、特別養護老人ホームの入所待機者の特性を明らかにする。

分析に用いるデータは、第1回の調査データの有効ケースのうち、要介護者本人が65歳以上であるケース877である。

(2) 在宅サービスの利用の利用・非利用の規定要因と非利用ケースのニーズ充足状況

1) 分析の方針

在宅サービスの利用が必ずしも十分に拡大していない背景を探るのがここでの分析の目的であるが、この分析を進めるにあたっては、次の2つの観点から問題に接近することにしたい。

- ① サービスを(十分に)利用しない主観的な「理由」に着目した分析——なぜあるサービスを利用しないのか、あるいはなぜ給付限度までサービスを利用しないのかという点についての質問の回答データを分析する。
- ② サービスを利用するのか利用しないのか、あるいは給付限度額までサービスを利用するのかしないのかということに影響を及ぼす客観的な要因に着目した分析——サービスの利用の有無・程度と要介護者本人もしくは家族介護者の属性等の要因との関連を分析する。

また、このような観点からの分析を進めるにあたって、主要な在宅サービス(訪問介護、通所介護・通所リハ、訪問看護、短期入所)の利用・非利用に着目した分析を行うとともに、給付限度額に対する実際の給付額の割合に注目した分析も合わせて行うこととする。

2) 在宅サービスの利用状況とサービスを利用しない理由

主な在宅サービスの利用率は、表4-8-1に示す通りである。

表4-8-1 主な在宅サービスの利用率

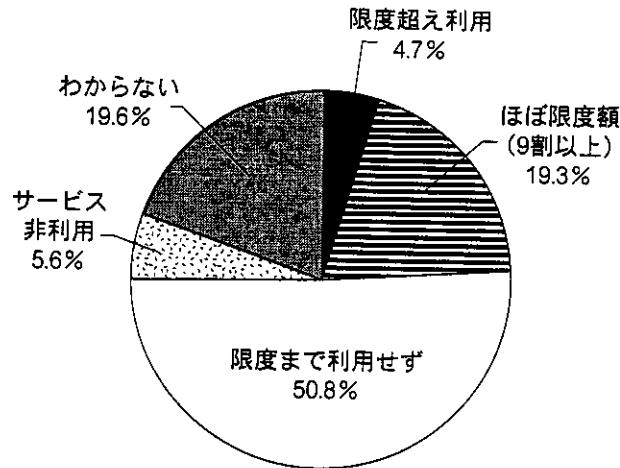
(N=877)

在宅サービスの種類	利用率(=全ケースに占める利用者の割合)
訪問介護	55.6%
通所介護・通所リハ	38.3%
訪問看護	20.6%
短期入所(平成13年10月~12月の間の利用の有無)	15.1%

この表に示すように、訪問介護の利用率が最も高く55.6%を超えているが、通所介護・通所リハビリテーションは4割を割っており、訪問看護は約2割、短期入所は約15%という状況である。

次に、図4-8-1には、要介護度別に定められた給付限度額までサービスを使っているかどうかを尋ねた質問の回答結果が示されている。この点に関する質問を設定するにあたっては、限度額の何%まで給付を受けているかという細かな数値を聞いても答えられない場合が多いだろうと考え、かなり大きくくりで、利用の程度を尋ねることにした。

図4-8-1 限度額に対する利用割合 (N=877)



それでも回答結果をみると、「わからない」という回答が約2割に達しており、この点には、この制度の複雑さのもつ問題が表れているように思われる。

その他の回答についてみると、「限度額以上の利用」は4.7%、「ほぼ限度額までの利用 (9割以上)」が19.3%となっており、限度額まで利用しているケースは、4分の1以下であることがわかる。さらにサービスを利用していないという回答が5.6%を占めており、残りの約5割のケースは、限度額をかなり下まわる (9割未満) 利用状況であることがあきらかになっている。

表4-8-2 在宅サービスを利用しない理由

(複数回答)

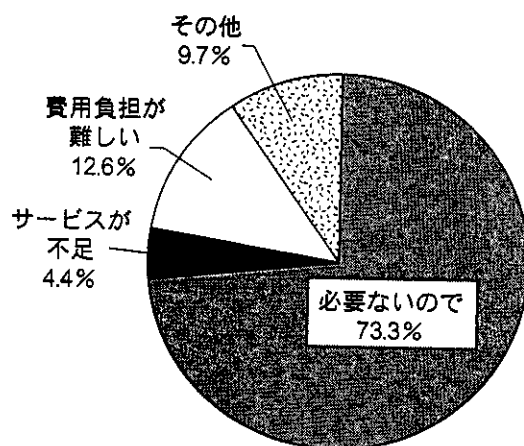
訪問介護 (N=386)	(%)
介護が必要な状態にはない	37.3
家族だけで十分介護ができるから	58.0
他人には家庭の中に入ってきてほしくない	10.9
家族以外ではうまく介護できないと思うから	5.2
本人が望まない	18.7
費用 (自己負担) が高いと思うから	6.5
家族や親族が賛成しない	1.3
その他	4.4
合計	142.2
通所介護、通所リハビリテーション (N=540)	(%)
介護やリハが必要な状態にはない	30.2
家族だけで十分介護ができるから	11.7
本人のすがたを他人に見られたくない	1.7
本人の状態が適していないと思う	19.3
本人が望まない	46.3
費用 (自己負担) が高いと思うから	3.1
家族や親族が賛成しない	0.4
その他	10.0
合計	122.6

訪問看護 (N=693)	(%)
看護が必要な状態にはない	68.7
家族だけで十分看護ができるから	27.3
他人には家庭の中に入ってきてほしくない	2.5
家族以外ではうまくできないと思うから	1.7
本人が望まないの	12.0
費用 (自己負担) が高いと思うから	4.0
家族や親族が賛成しないの	0.3
その他	5.3
合計	121.8
短期入所 (N=740)	(%)
介護が必要な状態にはない	47.0
家族だけで十分介護ができるから	22.2
本人のすがたを他人に見られたくない	0.5
本人の状態が適していないと思うので	10.1
本人が望まないの	36.8
費用 (自己負担) が高いと思うので	2.8
家族や親族が賛成しないの	0.5
その他	6.2
合計	126.2

次に、表4-8-2には、それぞれのサービスを利用していないケースに対して、利用しない理由を複数回答方式で尋ねた質問の回答結果を示した。

これをみると、「家族だけで十分できるから」「必要な状態にない」「本人が望まない」といった回答が上位を占めており、これを見る限り、これらのサービスを利用していないケースのうちの大多数に関しては、介護ニーズが満たされているためにサービスを利用していないのだと結論づけてよいようにも思える。

図4-8-2 利用限度額まで利用しない理由 (N=435)



次に、図4-8-2に、在宅サービス（正確に言えば、訪問通所サービス）の利用限度額まで利用しない理由について、単数回答方式で質問した結果を示した。その結果をみると、「必要ないので」という回答が73%と、圧倒的に多い。「費用負担が難しいから」という回答が1割を超えていることがやや気にかかるが、それらのケースを除く（この問題は、2で取り上げる）と、限度額近くまでサービスを利用しないことに特に問題がないかのように思える。

3) サービスを利用していないケースにおけるニーズ充足状況

それでは、このように、「必要ないから利用しない」とか「利用を希望しない」という理由でサービスを利用していない、あるいは限度額をかなり下まわる範囲でしか利用していないというケースでは、本当に、介護ニーズは十分に充足され、在宅介護の状況に問題がないといえるのだろうか。

ここでは、次のような観点から、この点についての検証を試みることにしたい。

①ニーズ充足度の自己評価……………この調査では、主観的なニーズ充足度の指標として、食事、入浴、排泄、家事のそれぞれについて、家族介護とサービス利用によってそれぞれの介護が十分に行われているとみているかどうかについて回答者に尋ねる設問を設けている。選択肢は、「十分にできている」「比較的できている」「あまりできていない」「そのような手助けは必要ない」の4つである。この質問に対する回答結果を利用して、サービスを利用していないケースについて、ニーズが十分充足されているという自己評価が行われているのかどうかを検証する。

②精神・心理的負担得点……………この調査では、中谷陽明のこれまでの研究結果に基づいて、7項目からなる精神・心理的負担得点（問18のア、ウ、オ、キ、ケ、サ、シ）を構成して、分析に利用している（6章を参照）。尺度値としては、各項目の単純合計得点を用いている（7～35点）。この尺度を用いて、サービスを利用していないケースについて、精神・心理的な負担感が相対的にみて高いケースがどの程度の割合を占めるのかを検証する。

③社会生活負担得点……………家族介護のために家庭生活や家計、職業、社会生活に関して、どの程度の支障が生じているのかを測定する尺度であり、6項目（問19のアーカ）から構成される（6章を参照）。尺度値としては、各項目の単純合計得点を用いている（6～30点）。この尺度を用いて、サービスを利用していないケースについて、社会生活面での負担感が相対的にみて高いケースがどの程度の割合を占めるのかを検証する。

表4-8-3 ニーズ充足度の自己評価
（「家族で充分できる」という理由で訪問介護を利用していないケースの場合）

（単位：％、人）

	十分にできている	比較的できている	あまりできていない	そのような手助けは必要ない	合計
食事	75.8	18.4	1.3	4.5	100.0 (N=223)
入浴	60.7	26.8	4.5	8.0	100.0 (N=224)
排泄	61.2	22.3	3.1	13.4	100.0 (N=224)
家事	54.9	23.2	15.2	6.7	100.0 (N=224)

まず表4-8-3には、「家族で充分できる」という理由で訪問介護を利用していないケースのみを取り出して、ニーズ充足度の自己評価に関する項目の単純集計を行った結果を示した。

これをみると、食事、入浴、排泄、家事のいずれの項目をとっても、過半数のケースについては、「十分にできている」という評価が下されていることがわかる。しかし、「あまりできていない」という回答も、食事・入浴・排泄についてはごく少数であるが存在し、家事の場合には、15%に達している。「比較的できている」という回答を含めて考えると、食事、入浴、排泄、家事について、多かれ少なかれ十分な世話がおこなわれていない面があると判断しているケースが、2割から4割程度に及ぶことがわかる。

表4-8-4 限度額までの利用／非利用別、非利用の理由別にみた精神・心理的負担得点

(単位：％、人)

	-11点	12-17点	18-24点	25点-	合計
限度額を超え利用しているケース	2.9	40.0	42.9	14.3	100.0(N=35)
ほぼ限度額まで利用しているケース	10.3	25.9	42.2	21.6	100.0(N=116)
限度額まで利用していないケース					
理由＝「必要ない」と回答したケース	16.8	37.3	31.1	14.8	100.0(N=244)
理由＝「サービスが不足」と回答したケース	5.6	27.8	50.0	16.7	100.0(N=18)
理由＝「費用負担が難しい」と回答したケース	7.1	42.9	14.3	35.7	100.0(N=42)

表4-8-4は、精神・心理的負担の得点の分布を、限度額までの利用／非利用の別、また利用していない理由別に分けて、示したものである。

在宅サービスを限度額近くまで利用しているケースのなかで、精神・心理的負担得点が25点以上のケースは21.6%であるが、「必要がない」という理由で在宅サービスをフルに利用しないケースのなかでも、精神・心理的負担得点が25点以上のケースが14.8%に及んでいる。より深刻なのは、「費用負担が難しい」という理由で給付限度額までサービスを利用していないケースの場合であり、この場合には、35.7%、つまり3人に1人以上が、精神・心理的負担得点が25点以上と、特に負担感の強いグループに属するという結果になっている。

表4-8-5 限度額までの利用／非利用別、非利用の理由別にみた社会生活負担得点

(単位：％、人)

	-9点	10-14点	15-19点	20点-	合計
限度額を超え利用しているケース	11.8	41.2	35.3	11.8	100.0(N=34)
ほぼ限度額まで利用しているケース	17.8	28.8	31.4	22.0	100.0(N=116)
限度額まで利用していないケース					
理由＝「必要ない」と回答したケース	22.2	35.5	31.9	10.5	100.0(N=248)
理由＝「サービスが不足」と回答したケース	5.6	22.2	50.0	22.2	100.0(N=18)
理由＝「費用負担が難しい」と回答したケース	19.0	23.8	26.2	31.0	100.0(N=42)

表4-8-5は、社会生活負担得点に関して、同様な集計を行った結果を示したものである。

在宅サービスを限度額近くまで利用しているケースのなかで、社会生活負担得点が20点以上のケースは22.0%であるが、「必要がない」という理由で在宅サービスを限度額まで利用しないケースのなかでも、社会生活負担得点が20点以上のケースが10.0%は存在している。「費用負担が難しい」という理由で給付限度額までサービスを利用していないケースの場合には、社会生活負担得点が20点以上のケースが31.0%に及んでいる。

このように、「必要がない」という理由で在宅サービスを限度額まで利用しないケースのなかにも、家族介護者の負担感が相当高いレベルに達しているケースが一定するは存在している。こうしたケースについては、専門的な観点からみた時に、介護ニーズが十分に充足されているという評価は下せないであろう。

さらにまた、「費用負担が難しい」という理由で、限度額までのサービス利用ができていないケースについては、家族介護者の心理的・社会的負担感が相当高いレベルに達しているケースがきわだつて多いことに注意が必要である。

4) 限度額までサービスを利用するかどうかを決定する要因の分析

次に、在宅サービスの利用の程度を規定する要因の分析に移ることとしたい。

具体的な分析方法としては、在宅サービスの限度額までの利用の有無を従属変数とするロジスティック回帰分析を行うこととした。

従属変数としては、以下のものを用いることとした。

- 1) ADL尺度（日常生活動作能力）得点：6項目（問6の1～6）の単純合計得点
- 2) 痴呆尺度（痴呆症状のチェックリスト）¹⁾：16項目（問7）の単純合計得点
- 3) 家族介護の支障：主たる家族介護者が別居、70歳以上、週30時間以上就労、または「あまり健康ではない」「健康ではない」のいずれかに該当する場合に1、その他の場合は0
- 4) 主介護者の学歴
- 5) 保険料段階（所得階層）
- 6) ケアマネジメントの適切性：10項目（問25）の単純合計得点
- 7) ケアプラン作成過程の適切性：5項目（問28のウ以外の項目）の単純合計得点

変数選択法としては、尤度比による変数増加法を用いた。

表4-8-6 限度額まで利用する（超過を含む）かどうかに影響を及ぼす要因：ロジスティック回帰分析の結果

	回帰係数	オッズ比
ADL得点	-0.061*	0.942
痴呆尺度得点（老人性痴呆の症状の程度）	0.094**	1.096
家族介護の支障 あり（→なし）	0.555*	1.742
定数	-0.695	
モデル χ^2	25.086***	(3df)

従属変数 1 = 限度超利用、ほぼ限度額（9割以上）

0 = 限度まで利用せず、サービス非利用

***p<.001 **p<.01 *p<.05

→の右は、基準カテゴリー

変数選択は、変数増加法尤度比による。

結果は、表4-8-6に示す通りであった。

最終的にモデルに投入された変数は、ADL得点、痴呆尺度得点、家族介護の支障の有無の3変数であった。モデル全体についても、これらの3変数についても、その効果は、統計的に有意であった。

この分析結果は、老人性痴呆が重度であること、ADLのレベルが低いこと、家族介護に支障をきたす条件があることが、限度額までのサービス利用に結びつく要因であること示すものである。

5) クロス集計による関連要因の検討

次に以上の分析結果を補うクロス集計結果をいくつか示しておきたい。

図4-8-3 訪問介護利用率（ADL・老人性痴呆の症状の水準別）

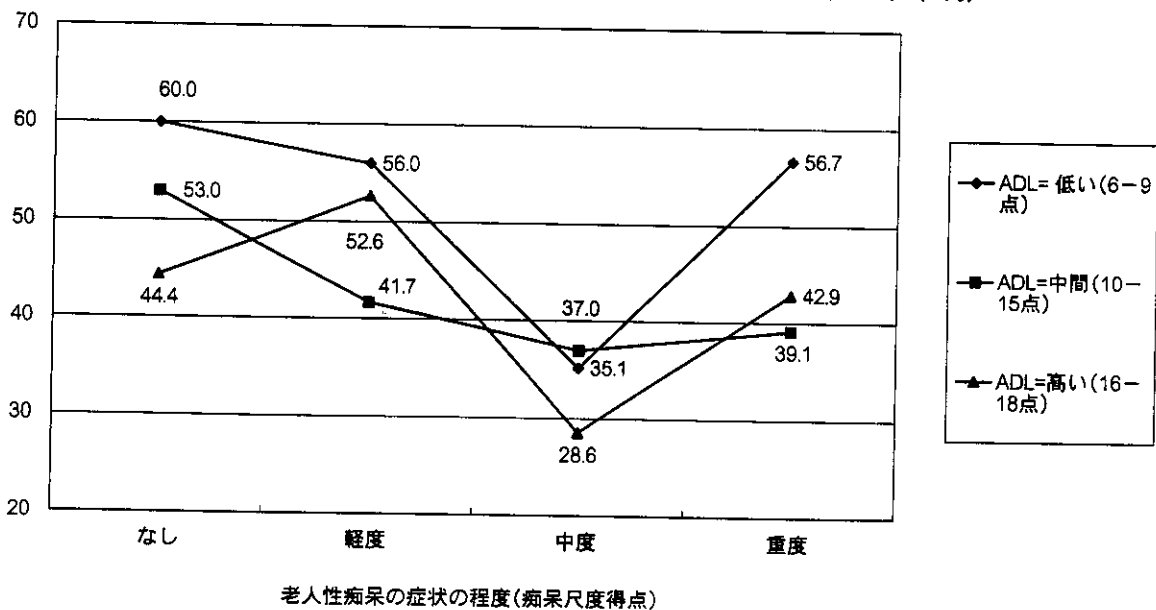
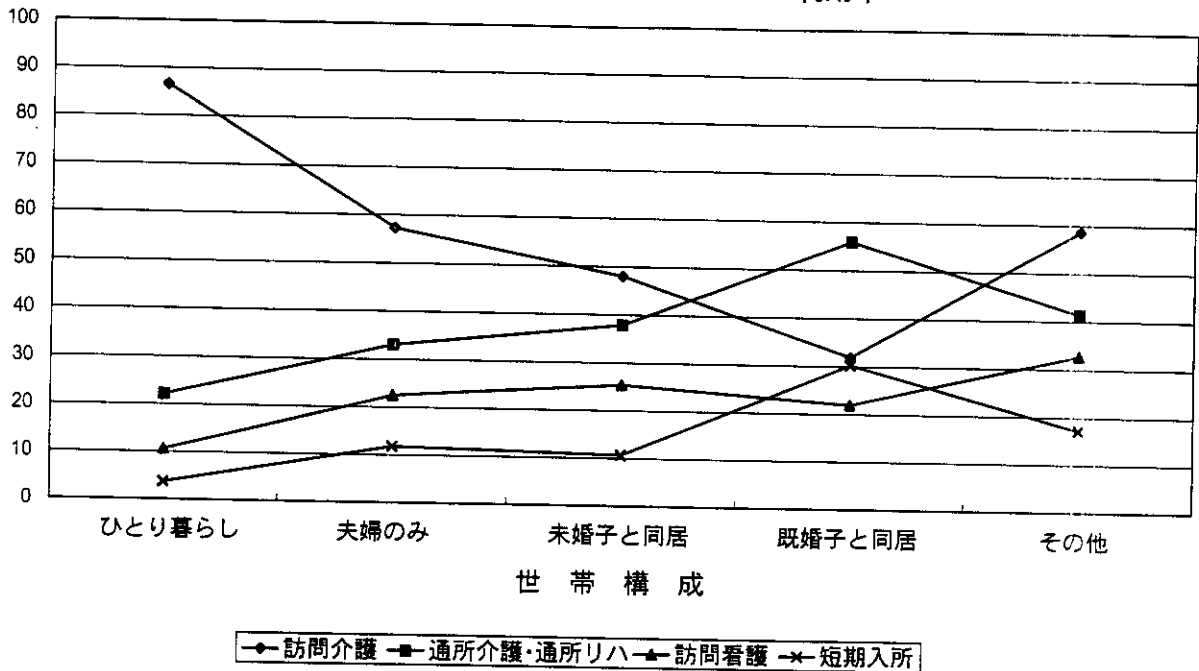


図4-8-4 世帯構成別にみたサービス利用率



まず図4-8-3は、ADLの水準と老人性痴呆の症状の程度を組み合わせ、訪問介護利用率との関連をみたものである。

これをみると、ADLが低い場合に、利用率がやや高くなる傾向があるが、ADLが「中間」の場合と「高い」場合では、必ずしも前者のほうが利用率が高いとは言えず、ADLの水準の効果は必ずしも明確ではない。また、老人性痴呆の症状の程度が深刻化するとともに訪問介護の利用率が高まるという明確な傾向はみられない。訪問介護サービスが、老人性痴呆を抱えるケースのニーズに有効に役立っているとはいえない状況がうかがわれる結果となっている。

次に図4-8-4は、主な在宅サービスの利用率を世帯構成別にみたものである。これをみると、訪問介護の場合、ひとり暮らし世帯の9割近くが利用しており、夫婦のみ世帯でも6割ほどの利用率であるが、既婚子と同居している世帯では3割くらいしか利用していないという結果になっている。一方、通所介護・通所リハについては、ひとり暮らし世帯での利用率は低いですが、既婚子と同居しているケースでは、利用率は5割を超えており、訪問介護よりも利用率がかなり高くなっている。

このように世帯構成によるサービス利用パターンの違いという点も、今後注目する必要がある点ではないかと思われる。

(3) 低所得層とサービス利用

続いて、介護保険の自己負担（一部負担）が、低所得層にとって過大な負担になっていないかどうか、そして、その負担の大きさがサービスの利用抑制につながっていないかどうかを検討したい。

表4-8-7 保険料段階（所得階層）別に見た限度額に対する利用割合

(単位：％、人)

保険料段階	限度額に対する利用割合				合 計
	限度額を超え 利用	ほぼ利用 限度額迄	限度まで利用 せず	サービス利用 せず	
第1段階	2.9	45.7	40.0	11.4	100.0(N= 35)
第2段階	5.2	26.6	61.4	6.8	100.0(N=308)
第3段階	6.1	20.6	66.4	6.9	100.0(N=247)
第4段階	7.5	22.4	64.2	6.0	100.0(N= 67)
第5段階	8.3	10.4	75.0	6.3	100.0(N= 48)
全体	5.8	24.0	63.3	7.0	100.0(N=705)

第1段階が最も所得の低い層、第5段階が最も所得の高い層である。
利用割合を「わからない」と回答したケースを除外して集計している。

まず表4-8-7に、保険料段階別にみた限度額に対する利用割合を示した。

これをみると、一番所得の低い第1段階で「ほぼ限度額まで利用」が45.7%ときわだって多くなっている。このような結果になっている理由としては、一つには、第1段階には生活保護世帯を含む低所得世帯が含まれていて、さまざまな自己負担の減免措置が受けやすい層であるということが考えられる。

しかし、第2段階より上の所得階層をみても、所得が高くなるにつれて、「ほぼ限度額まで」という回答の割合が低下していく傾向がみられる。

一方、「限度額を超えての利用」に関しては、所得が高くなるにつれて多くなるという傾向がみられるが、決定的に大きな差とはいえない。

この点だけでみると、むしろ所得の低い層のほうが、介護保険を積極的に活用していて、自己負担額の高さが低所得層のサービス利用を抑制していることはないように思えるが、その点については、2つの点で留保が必要と考えられる。

第一に、低所得層のほうが、全般的に家族の介護力が弱く、住宅環境も悪いと考えられるので、低所得層のほうが施設に入所もしくは病院に長期入院する割合が高い可能性がある。もしそうであれば、在宅のケースのみを対象にしたこの調査のデータの分析では、低所得層の在宅サービスの利用の程度を過大評価している可能性がある。この点を十分に検証するためには、施設入所ケースを含む調査データの分析が必要と考えられるが、第2回調査のデータも合わせて利用すれば、ある程度までの分析は可能であるので、今後の分析の課題としたい。

第二に、低所得層の場合、自己負担の減免制度などを活用して多くのサービスを利用しているケースが相対的にみて多いとしても、負担能力が著しく低いケースや、減免制度が利用できないケースについては、サービス利用が抑制される場合もあるのではないかという推測も成り立つ。

表4-8-8 暮らし向き別にみた限度額まで利用しない理由

(単位：％、人)

暮らし向き	限度額まで利用しない理由				合計
	必要ないので	サービスが不足	費用負担が難しい	その他	
かなり苦しい	32.4	8.8	44.1	14.7	100.0(N= 34)
やや苦しい	69.2	5.8	18.3	6.7	100.0(N=104)
ふつう	77.6	3.5	8.1	10.8	100.0(N=259)
やや余裕	89.3	3.6	—	7.1	100.0(N= 28)
かなり余裕	100.0	—	—	—	100.0(N= 10)
全体	73.3	4.4	12.6	9.7	100.0(N=435)

表4-8-8にはそのような推測の裏付けとなる結果が示されている。すなわち、「費用負担が難しい」という理由で在宅サービスを限度額まで利用しないケースは、暮らし向きが「やや余裕がある」「かなり余裕がある」と答えたケースでは皆無であったが、「かなり苦しい」と答えたケースでは、44.1%にのぼっている。「やや苦しい」と回答したケースの場合も、「費用負担が難しい」の比率が18.3%と高い。

表4-8-9 保険料段階別にみた自己負担の負担感

(単位：％、人)

保険料段階	介護保険の自己負担の負担感				合計
	非常に感じられる	かなり感じられる	あまり感じられない	まったく感じられない	
第1段階	4.8	19.0	54.8	21.4	100.0(N= 42)
第2段階	7.8	27.2	46.2	18.8	100.0(N=346)
第3段階	9.4	17.2	57.3	16.1	100.0(N=267)
第4段階	3.9	16.9	59.7	19.5	100.0(N= 77)
第5段階	1.9	13.2	47.2	37.7	100.0(N= 53)
全体	7.4	21.4	51.8	19.4	100.0(N=785)

この点と関連して、自己負担の負担感の程度を尋ねた質問の回答結果をみておきたい。

表4-8-9をみると、第2段階が最も負担感が強く、第3段階、第4段階、第5段階と、所得が高い層ほど負担感が低いという結果になっている。第1段階の負担感が低いのは、負担の減免が受けやすいからだと考えられる。

(4) 施設入所の需要拡大の背景要因と入所待機者の状況

次に、最後の分析の課題である、特別養護老人ホームの入所需要拡大の背景要因と入所待機者の状況の分析に進みたい。