

表2 サービスの種類別に見た介護者1人あたりの利用希望回数、利用希望者の割合、利用希望者中の利用希望回数の変化

サービスの種類	指標	調査時点		
		1996	1998	2002
訪問介護	利用希望回数(週)	0.88**	1.07**	1.65
	利用希望者の割合(%)	35.4**	34.2**	52.3
	利用者中の利用希望回数(週)	2.41**	3.46	3.27
訪問看護	利用希望回数(月)	1.00**	0.74*	1.33
	利用希望者の割合(%)	25.7	19.3*	25.7
	利用者中の利用希望回数(週)	3.11**	3.16**	4.52
通所介護	利用希望回数(週)	1.03	1.00	1.14
	利用希望者の割合(%)	40.0**	43.0+	49.3
	利用者中の利用希望回数(週)	2.37	2.26	2.23
短期入所	利用希望回数(年)	2.36	2.50	2.74
	利用希望者の割合(%)	47.4	41.2+	47.3
	利用者中の利用希望回数(週)	4.98**	6.43	6.34

注1)1996年と1998年の各数値の右横のマークは、2002年と比較した場合の有意差を示している。有意差の検定は、利用回数については重回帰分析、利用割合については多重ロジスティック回帰分析を用いて行なった。分析にあたっては、調査年次(参照カテゴリーは2002年)に加えて、要介護高齢者の日常生活動作能力、認知障害、介護者の性と年齢の影響を同時に投入し、これらの変数の影響を調整している。\*\* P<.01, \* P<.05, + P<.10

注2)表中の数値は、注1の記した回帰式に要介護高齢者の日常生活動作能力、認知障害、介護者の性と年齢の全体の平均値を代入し算出したものである。

次に、利用希望と利用実態との乖離の割合がどのように変化しているか、それに対する制度導入の影響はあるのかを検討したい。これまでの利用と利用希望に関する分析結果から、次のような結果が得られることが予想される。「通所介護」については、利用希望がほとんど増加していないにもかかわらず、介護保険制度の導入を画して利用者の割合が急増していることから、利用希望が利用に結びつかない割合は、制度の導入によって減少している。「訪問看護」については、制度が導入されることによって利用希望も実際の利用のいずれも増加していることから、利用希望と利用実態との乖離の割合は制度導入の前後で大きな変化は見られない。「訪問介護」と「短期入所」については、利用希望、利用実態のいずれも制度導入の影響がほとんどなかったことから、利用希望と利用実態との乖離の割合も介護保険制度の導入によって大きく変化しない。

各サービスについて利用希望と利用実態との乖離の割合を示したのが図3である。結果は予想通りであった。すなわち、「通所介護」のみ利用希望と利用実態との乖離の割合(43.1%)が制度の導入後において10%以上減少しており、利用希望があるにもかかわらず利用に結びつかない、すなわち利用希望の潜在化の防止に制度の導入が貢献していることが示唆されている。その他のサービスについては、全体の傾向として利用希望と利用実

態との乖離の割合が減少してきているものの、それが制度の導入後に大きく減少しているという訳ではなかった。したがって、その減少傾向の要因を制度の導入に求めることは適当ではないことが示唆されている。

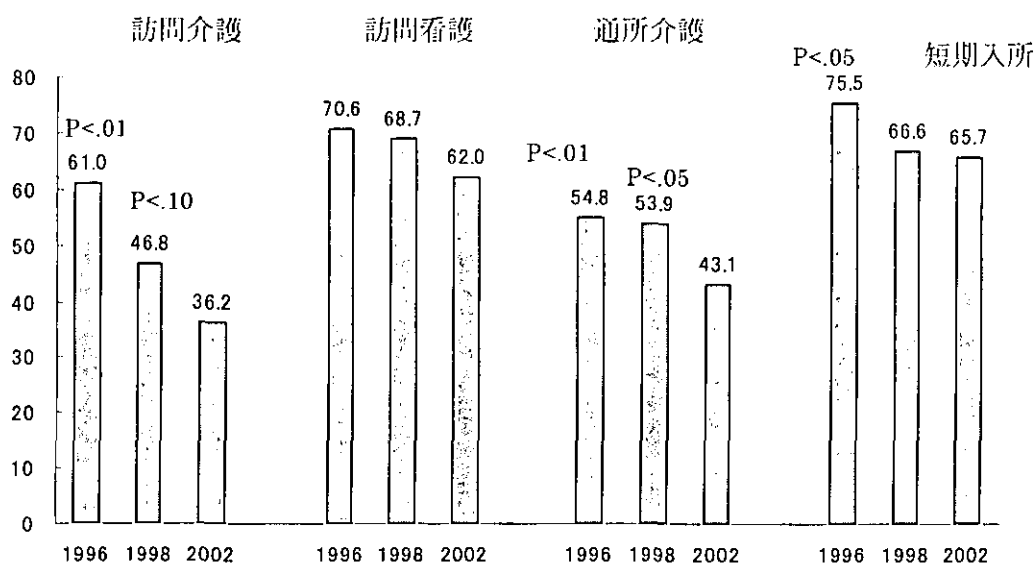


図3 利用希望と利用実態との乖離の割合

注1) 乖離の割合は、利用希望があるにもかかわらずサービスを利用していない人の割合を言う。

注2) 各棒グラフ上の数値は推計値であり、利用希望の利用実態の乖離の有無を従属変数に、調査年次(参照カテゴリーは2002年)、要介護高齢者の日常生活動作能力、認知障害、介護者の性と年齢を独立変数に投入した多重ロジスティック回帰分析の回帰式に、調査年次以外の変数の平均値を代入して算出したものである。

注3) 1996年と1998年の棒グラフの数値の上に、2002年と比較した場合の有意差検定の結果を示している。有意差検定は、注2)の回帰式を用いた。\*\* P<.01, \* P<.05, + P<.10。無印は有意差がなかったことを意味している。

## 5 サービス利用に対する満足度は変化したか

すでに指摘したように、制度の導入によって高齢者や家族介護者の権利意識が強まり、介護サービスに対する評価の目が厳しくなっていることから、満足度は低下するかもしれない。他方では、サービスの満足度の向上に影響するような制度的な変革も行なわれた。その1つは市場原理の導入である。サービス事業者の範囲が、従来は行政や福祉法人といった非営利業者だけに限定されていたが、特に訪問介護分野では営利団体である民間企業の参入を促すような変更がなされた。このように介護サービス市場に市場原理が導入されることは、価格競争が原則的に禁止されている介護保険制度の下では、サービスの質の競争を喚起し、サービスの質の改善、ひいてはサービスに対する満足度の向上につながる可能性がある。

制度の導入によって介護サービスの質がどのように変化するかについては、営利業者と

非営利業者、あるいは既存業者と新規業者などの比較を中心に検討が行なわれてきている<sup>7</sup>。評価研究の多くは、競争が導入されたことによってサービスの質が向上したと結論づけることはできないというものであった。これらの研究の多くが、評価のための指標としてサービスの質の管理、サービスの利便性、情報公開、ヘルパーの能力といった提供者側の情報を用いている。利用者の満足度も重要な結果指標であるものの、制度の導入が満足度どのような影響をもたらしたかについては先行研究がほとんどない。

「短期入所」「訪問介護」「通所介護」「訪問看護」といった介護サービスについて、「費用」や「量（派遣や利用回数・日数など）」あるいは「質（スタッフとの人間関係、プログラムなど）」といった面での満足度がどのようなレベルにあるかを、1996年と2002年の調査で比較してみたい。すべてのサービスにほぼ共通して、利用回数や日数などについては「非常に満足」あるいは「やや満足」との回答した人の割合が2002年では1996年と比較して有意に増加していた。制度が導入されたことによる成果かどうかは別にして、先に示したようにサービスの利用量が増加したことが、利用回数や日数に対する満足度の改善につながったのであろう。

費用負担については、「訪問介護」を除くすべてのサービスで「非常に満足」あるいは「やや満足」との回答割合が有意に減少していた。費用負担の満足度は利用回数の影響を受ける可能性があるため、1996年と2002年における利用回数の影響を調整した上で満足度を比較してみたが、結果に差異はなかった。三鷹市では、制度導入前の訪問介護の費用負担は所得段階別に6区分され、1時間当たり0円から950円まで分布していた。介護保険制度導入後における費用負担を家事援助でみると「1時間以上30分未満」の利用料負担が236円となった。明らかに制度導入後においては所得段階が高い人では費用負担が軽減され、非課税世帯など低所得世帯では自己負担が増えている。「訪問介護」について介護保険制度導入前後で費用面に対する満足度に有意な差異が見られなかったのは、このように自己負担が増えるグループと減るグループがほぼ同じような割合で存在していたからではないかと思われる。

その他のサービスについては、介護保険制度導入前においては利用上の制約が様々にあった<sup>8</sup>が、自己負担額はかなり低く抑えられていた。「訪問看護」の場合、介護保険制度導入前には老人保健法の事業であったため無料、「通所介護」の場合には食費の実費（400円）負担のみ、「短期入所」の場合は1日1,800円の自己負担があった。介護保険制度導入後は、「訪問看護」については訪問看護ステーションから派遣を受ける場合「30分以上1時間未満」で864円の自己負担、「通所介護」では要介護度によって差異があるが、1回当たり679円から954円（プラス実費負担）の自己負担、「短期入所」（特別養護老人ホーム等の場合）においても要介護度によって差異があるが、1日当たり986円から1201円（プラス実費負担）の自己負担が課せられることになった。以上のように特に「訪問看護」と「通所介護」

<sup>7</sup> 企業からの情報をもとにサービスの質を評価した研究としては、鈴木・佐野（2001）、鈴木（2002）などがある。

<sup>8</sup> 三鷹市では、通所介護は週2回、短期入所は1ヶ月に1週間以内などを原則としていた。

については同じサービスを利用しても介護保険制度導入によって自己負担が増加したことになる。「訪問看護」「通所介護」については、制度の導入後に自己負担が増加したことが、費用負担の満足度を低下させた要因であるといえるであろう。

いずれのサービスについても費用負担に対して「満足」と回答している割合が2002年においても80%以上であるため、費用負担については現時点ではそれほど問題にしなくてもよいかもしれない。しかし、現在のサービスの利用回数では、介護負担を軽減するだけの量に達していない（本書の4章を参照）。本章で示したように利用回数が少し増加しただけでも、費用負担についての満足度が10%程度低下したことから、現在以上にサービスの利用回数が増加するならば費用に対する満足度は現在の水準を維持することはできない。一部のサービスを除き、利用者の割合が拡大していないことを指摘したが、費用負担に対する不満感が高いため、サービスの利用の普及が抑えられている可能性がある。

「スタッフとの人間関係」「プログラムなど」に対する満足度も調べたが、いずれのサービスに関しても1996年と2002年の間では有意差がみられず、満足度はいずれも80%を超えていた。全体的な評価についても有意差はなかった。民間の事業者が介護サービス市場に参入することによってサービスの質の向上あるいは低下があるのではないかといった期待や懸念が出されていたが、満足度からみた場合には、制度の導入による影響は大きいとはいえない。

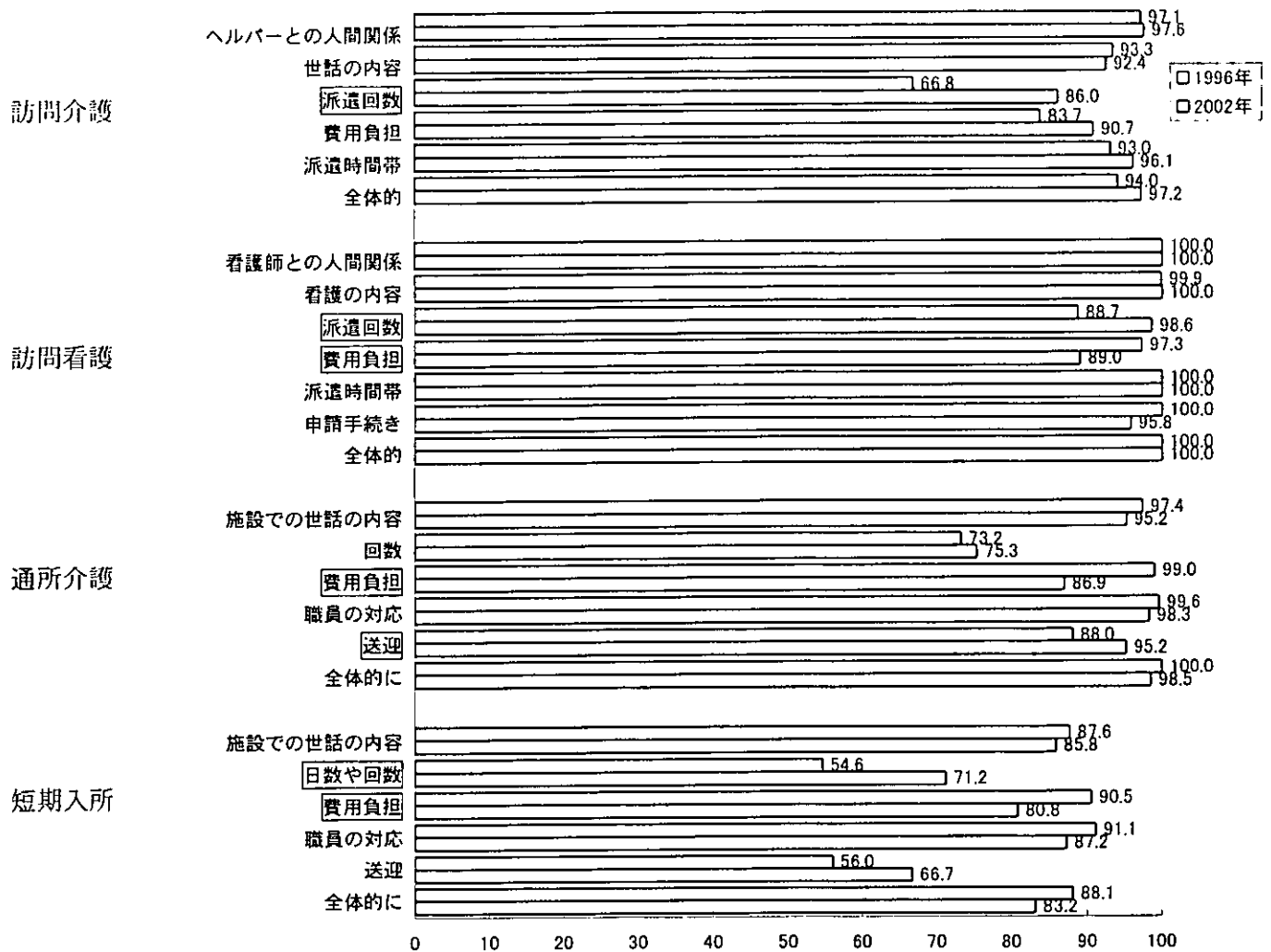


図4 サービスに対する満足度（「非常に満足」「まあ満足」の割合）の1996年と2002年との比較

注1)1996年と2002年で「非常に満足」「まあ満足」の割合が有意 ( $P<.05$ ) に異なる項目を枠囲みで示した。有意差検定は、二項ロジスティック回帰分析によって行なった。分析に際しては、介護者の性・年齢、高齢者の日常生活動作障害数、認知障害の影響を調整した。

注2) 図の推計値は、二項ロジスティック回帰分析の回帰式に、介護者の性・年齢、高齢者の日常生活動作障害数、認知障害の平均値を代入して算出。

## 6 おわりに

介護保険制度を有効に機能させるためには、高齢者や家族介護者が制度の目的や理念を理解し、受け入れることが重要な要件である。本章では、制度が導入されて以降、家族介護への期待や介護サービス利用への抵抗感が減少し、サービスの利用希望が増加しているなど、制度を支えるための意識が高齢者や介護者の間に普及・定着しつつあることが明らか

かとなった。しかし、反面、このような介護の社会化を受け入れる意識や態度は、制度導入を画してよりもゴールドプラン以降の介護サービス拡大の潮流の中で起こっている可能性があることも明らかとなった。

以上に加えて、制度上のいくつかの見直すべき課題も見えてきた。第1に、制度が導入された後も家族介護への期待が根強くあることから、それを解消するための対策を考えていくことが必要である。特に経済的に低位な層では制度導入後においても家族介護に対する期待感がほとんど低下していないことから、この層を対象にサービス利用料の1割の自己負担を見直すことも、介護の社会化を受け入れる意識や態度を普及することに貢献するかもしれない。第2には、利用回数が少し増加しただけでも、費用負担に対する満足度が10%程度低下したことから、今後より一層サービスの利用が進めば費用負担の満足度がこれまで以上に低下する可能性が高い。これに対する対策をどのようにしていくかについては、満足度が低下したのは必ずしも所得が低い層に限定されていないことから、費用負担への満足度が低下したのは、「介護サービスは無料、あるいは安くて当然」といった意識が人々の間に強いことにも起因している可能性がある。介護サービスに対するコスト意識が低いことを踏まえて、介護サービスの費用負担のあり方を検討していくことが必要である。

#### 【引用文献】

- 清川雪彦，山根弘子，2002，「日本人の労働観－意識調査にみるその変遷」『世代間利害調整プロジェクト特定領域研究ディスカッションペーパー』No.69，一橋大学経済研究所。
- 厚生省，2000，『平成12年度厚生白書』ぎょうせい，126。
- 厚生労働省監修，2003，『平成14年版厚生労働白書』ぎょうせい，237。
- 内閣府大臣官房政府広報室，2003，『高齢者介護に関する世論調査』。
- 中井清美，2003，『介護保険－地域格差を考える』岩波書店。
- 総務省，2002，『介護保険の運営状況に関する実態調査結果に基づく勧告』。
- 鈴木亘，2002，「非営利訪問業者は有利か？」『季刊社会保障研究』38(1)：74-88。
- 鈴木亘，佐野秀典，2001，「介護サービス産業への市場原理導入を徹底せよ－事業者アンケートに基づく現状評価と課題」、『Discussion Paper』. No. 523，大阪大学社会経済研究所。

## 2章 サービスニーズは充足したのか

中谷 陽明 (日本女子大学)

### 1 はじめに

介護保険制度には、介護が必要な要介護高齢者とその家族のニーズを充足するという大きな目的がある。もちろんここでいうニーズとは、多様な内容を指し、単に当事者が表明しているニーズだけでなく、専門家等が判定したニーズなども含まれるのであろう。ただし、介護保険法の条文では、その目的は「その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため」と記されている。つまり、何らかの保健福祉関連のサービスを利用することによって、要介護高齢者と家族のニーズを充足することが目指されているわけである。したがってここでは、このような「サービスニーズ」がどの程度充足したのかを、介護保険制度の実施前後のデータからみていくことにする。

### 2 サービスニーズとは

冷水(1996a)によると、サービスニーズとは、臨床的・診断的観点から把握された「問題」それ自体ではなく、それらの問題の中で、ある特定のサービスによって解決や緩和が図られる部分のことを指す。介護保険制度は、サービスによる給付によってニーズの充足を目指しているわけであるから、このようなサービスニーズの考え方をを用いるのが妥当であろう。そしてサービスニーズには、その把握において、大別すると2つのレベルがある。1つは、個々の要介護高齢者およびその家族のケースについて、援助すべきニーズを把握する「サービス実施レベル」と、今1つは、一定の地域を対象にして特定のサービスニーズがどの程度存在しているのかを把握する「政策レベル」のニーズである(冷水,1997)。介護保険制度前後の比較という点においても、両者ともに重要な課題であるが、ここでは、政策レベルのサービスニーズについての比較を行う。

サービスニーズの把握のためには、まずそのニーズが生じてくる原因となる要因を把握する必要がある。介護保険法では、そのサービスの利用者を、「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者」と定義している。したがって本来は、地域のサービスニーズの把握を目指して、この定義を操作化していくことが求められる。しかしながら今回は介護保険制度の実施前後の比較が目的であるので、介護保険制度

の実施以前に、何らかの手法でサービスニーズを把握した研究手法に習って、介護保険制度実施後に実施前にしようしたのと同じ方法でサービスニーズを把握する必要がある。しかしサービスニーズの把握を試みた研究例は数少なく、わが国においては、平岡（1990）や高萩（1996）が指摘しているように、筆者もかつて在籍した東京都老人総合研究所社会福祉部門が継続して行ってきた試みが先駆的であり、かつ代表的なものである。したがってここでは、同部門が開発した手法（以下都老研式）を用いてサービスニーズを把握し、その充足度を、介護保険制度実施の前後で比較することにした。

### 3 サービスニーズ把握の手法

サービスニーズ把握の第一歩として、サービスニーズ形成要因を確定し、その要因の把握のための手法を考案する必要がある。都老研式では、そのような形成要因が、①高齢者の身体的障害の程度（Physical）、②高齢者の精神的障害の程度（Mental）、③高齢者を介護する上で支障となる家族状況（Family）の3つの要因に絞って設定されている。次に、それらの要因を把握するための具体的手法であるが、一定地域の政策レベルのサービスニーズ把握が目的である都老研式においては、郵送や訪問などのサーベイ調査による把握を前提として、以下のような手法が考案されている。

#### 1) 高齢者の身体的障害の程度

まず、高齢者の身体的障害については、いわゆるADL（日常生活動作）について「歩行」「食事」「入浴」「排泄」「着脱」「日常生活状態（総合）」6項目を設け、「歩行」は6つ、「日常生活状態（総合）」は7つ、残りの項目は4つの選択肢を設けている。さらにこれら6項目を使用して、「重度」「中度」「軽度」「障害なし」の4つの分類を、表1～表3にある基準を用いて行っている。各項目についての詳しい妥当性の検証等については、冷水（1996b）が検討している。

表1 身体的障害の項目および基準：「重度」

歩行	まったく移動できない
食事	全面的に介助して食べさせている
排泄	全面的に介助が必要（常時おむつをしている場合を含む）
総合	まったくのねたきり

\* 1つでも該当していれば「重度」



表2 身体的障害の項目および基準：「中度」

歩行	いざって移動する、または、はって移動する
食事	食べるときに一部手助けが必要
着脱	全面的に介助している
入浴	全面介助を必要とするか、または入浴できないので体を拭くのみである
排泄	便器に腰かけさせる、または便器の用意・後片づけなどの一部介助が必要
総合	ほとんどねたきり

\* 「重度」以外で、1つでも該当していれば「中度」

表3 身体的障害の項目および基準：「軽度」

歩行	物につかまれば歩ける、介助されれば歩ける
着脱	ボタンかけなど、一部手伝わなければ着替えられない
入浴	浴槽の出入りや体を洗うのに一部介助が必要
総合	日中は寝たり起きたりで、身の回りのこともほとんどできない 身の回りのことは何とかできるが、日中でも寝たり起きたりの生活である

\* 「重度」「中度」以外で、1つでも該当していれば「軽度」

## 2) 高齢者の精神的障害の程度

高齢者の精神的障害、いいかえれば痴呆性の程度の評価については、医療等の専門家が判断する場合はまだしも、情報源が家族あるいは高齢者本人(やむを得ない場合)である場合は、非常に困難である。都老研式では、表4に示す家族にたずねる16項目のチェックリストが用いられている。さらに、障害の程度については、8項目以上該当する場合は「重度」、3～7項目該当する場合は「中度」、1～2項目該当する場合は「軽度」、どの項目にも該当しない場合は「障害なし」として分類が行われている、このチェックリストの妥当性の検証等については、本間(1996)が行っている。

表4 精神的障害の項目

1	自分の年齢が分からないことが多い
2	慣れている場所でも、ときに道を間違えることがある
3	子供の住んでいる都道府県あるいは市町村がわからない
4	今住んでいる所を自分の家だと思っていないことがある
5	同居している子供やその配偶者を他人と間違えることがある
6	直前に食べた食事を食べていないということがある
7	食べられるものは手あたりしだい食べてしまう
8	特に理由なく入浴や着替えをいやがる
9	家の中でも洗面所の場所がわからないことがある
10	子供の人数をきちんと答えられない
11	家の中で目的なく歩き回ることが目立つ
12	鏡に写っている自分に話しかけていることがある
13	理由なく夜起きて騒ぐ
14	1日中とりとめのないことをしゃべっている
15	同じ動作を何回も繰り返す
16	食べ物でないものも口の中に入れてしまう

### 3) 家族の介護支障の状況

家族介護の支障状況については、「主介護者の同別居」「主介護者の年齢」「主介護者の健康状態」「主介護者就労」「手伝ってくれる家族（副介護者）の有無」の支障要因が設定されている。これらの項目で、「支障あり」とするのは、主介護者に以下の要件が該当する場合である。

- ①別居で、要介護高齢者の自宅と片道15分以上離れている。
- ②年齢が70歳以上である。
- ③病気や障害で介護に支障がある
- ④常勤的職業に従事している
- ⑤副介護者がいない

ただし今回は、「主介護者の就労」については、支障の要因からは除外した。その理由は、冷水（1996a）の中でもふれられているように、職業に従事していることが、必ずしも介護に支障となっているとは限らないという可能性が示唆されるからである。

### 4) PMF類型の作成

以上のような3つのニーズ形成要因を把握した後に、それらの組合せからサービスニーズの類型とも言えるタイプ分けを行い、3つの要因の頭文字をとって「PMF類型」と呼

んでいる。まず、身体的障害と精神的障害の程度を組み合わせ、以下に示すような、高齢者の障害程度の全体的な分類基準の作成を行う。つまり、16通り（身体4×精神4）の組み合わせを4分類にまとめるわけである（本来は5分類で、「身体障害なし×精神障害なし」があるのだが、ここでは要介護高齢者のみを対象としているので4分類）。

- ①PM1：身体的障害が「重度」（精神的障害の有無、程度は問わない）
- ②PM2：PM1 該当者以外で、精神的障害が「重度」
- ③PM3：PM1 および PM2 該当者以外で、身体的障害または精神的障害が「中度」
- ④PM4：PM1、PM2、PM3 以外の要介護高齢者  
（「中度」以上の障害がなく、身体的障害あるいは精神的障害のどちらかまたは両方が「軽度」）

さらに、家族介護の支障状況は、都老研式では3つあるいは4つに分類しているのだが、今回ここでは、支障要因の有無別に以下の2つに分類を行った。

- ①F1（支障あり）：1つでも支障要因に該当する。
- ②F2（支障なし）：いずれの支障要因にも該当しない。

以上のような手続きで要介護高齢者を分類し、要介護高齢者の障害の程度と家族介護の支障要因の2つの要因を組み合わせたものが表5で、最終的には以下の8類型に分類されることになるわけである。

表5 要介護高齢者のPMF 類型

	PM1	PM2	PM3	PM4
F1	A	B	C	D
F2	E	F	G	H

#### 4 サービスニーズの充足度の比較

サービスニーズの充足度を検討するには、いくつかの指標を活用する方法が考えられるが、ここでは、単純にそれぞれの類型の保健福祉サービスの利用の程度を比較することによって、保健福祉ニーズの充足度の検討を行うこととする。なお、充足度を検討する保健福祉サービスの種類は、今回は主要な在宅サービス3種類、即ち、①ホームヘルプサービス（訪問介護）、②デイサービス（通所介護）、③ショートステイサービス（短期入所）にしぼり、ホームヘルプサービス、デイサービスについては、現在利用しているか否かをたずねた結果を、またショートステイについては、過去に利用した経験があるかどうかをたずねた結果を用いた。

充足度の比較の前に、介護保険制度実施前のデータ（1998年）と実施後のデータ（2002年）における、要介護高齢者のPMF類型別の分布の比較を図1に示す。身体的障害、精神的障害ともに2002年調査の方が「重度」の割合が多く、要介護高齢者の重度化が進んでいることがわかる。ただし、激変したとはいえないであろうから、サービスニーズの充足度の比較も可能になると考えられる。

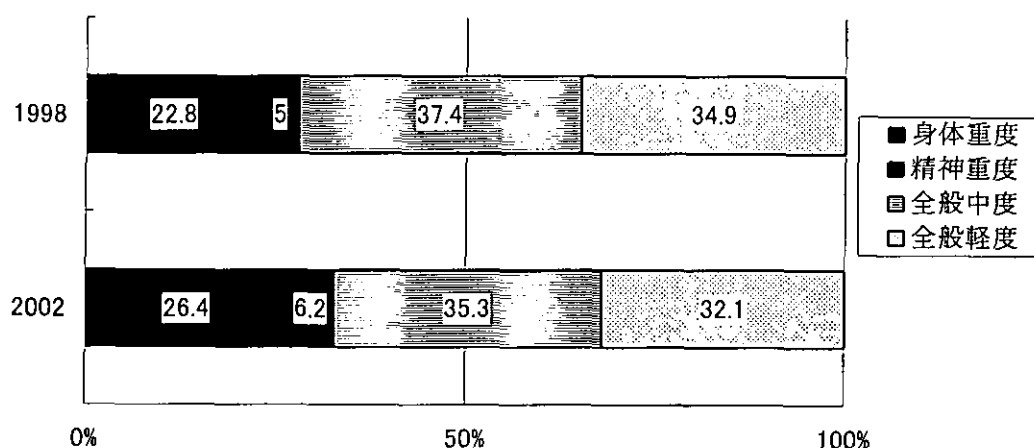


図1 要介護高齢者の障害の程度の比較

#### 1) ホームヘルプサービスの充足度

ホームヘルプサービスの全体の利用率は、1998年調査が25.5%で、2002年調査が35.9%と、10%を超える割合で利用率が増加している。図2に示すのは、PMF類型別にみたホームヘルプサービスの充足度の比較である。全体の利用率の向上を反映して、D類型【全般軽度・家族支障あり】を除いた他の7つのPMF類型では、介護保険制度実施後のサービス利用率が向上し、即ちサービスニーズの充足度が向上している。とくにF類型【精神重度・家族支障なし】は、介護保険制度実施前は、ホームヘルプサービスの利用が全くなかったのに対して、実施後は30%という利用率になっており、高い充足率になっている。比較的身体能力が高い痴呆性高齢者、いわゆる「動ける痴呆性高齢者」の在宅介護のケースは、家族介護者の負担が高いと予想されるので、このようなケースでのニーズ充足度が高まったことは、介護保険制度の効果を評価できる。また、全般的に障害が中程度の要介護高齢者の在宅介護ケースであるC類型【全般中度・家族支障あり】とG類型【全般中度・家族支障なし】を比較した場合に、よりサービスニーズが高いと考えられるC類型の充足度がG類型よりも向上していることも、同様に評価して良いと思われる。ただし全般的に軽度の要介護高齢者を介護しているD類型とH類型の比較では、まったく相反する結果となっており、ここだけをみると、介護保険制度の効果は望ましくないものであるといわざるを得ない。

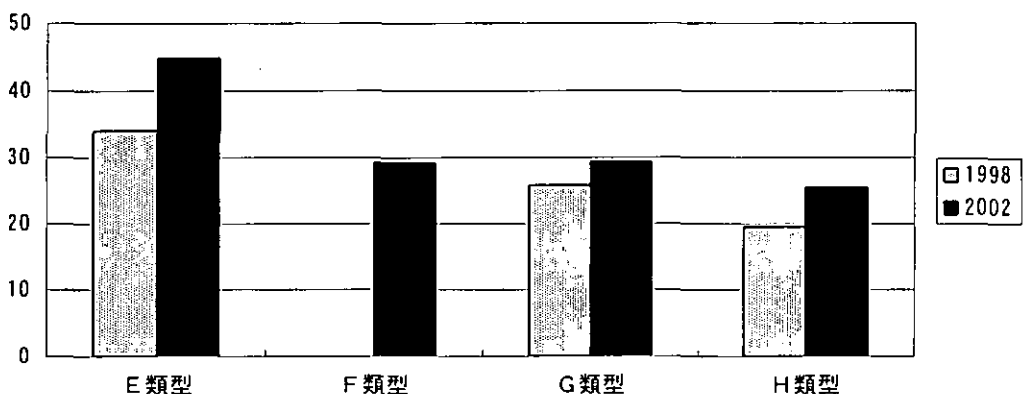
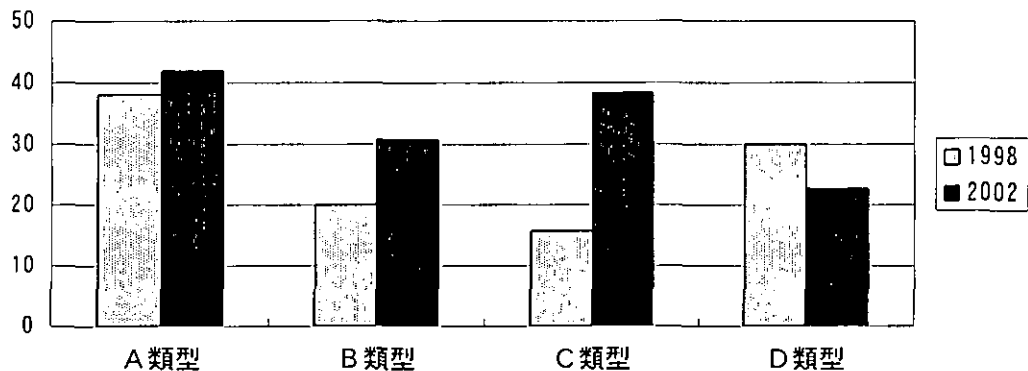


図2 ホームヘルプサービスのサービスニーズ充足度の比較

## 2) デイサービスの充足度

デイサービスの全体の利用率は、1998年調査が27.1%で、2002年調査が31.3%と、ホームヘルプサービスほどではなく、若干の利用率の増加がみられる。そのことは、図3のデイサービスの充足度の比較にも現れており、ホームヘルプサービスのように大きく充足度が向上している類型はみられない。むしろ、全般的に中程度の要介護高齢者の在宅介護のケースであるC類型とG類型を除いては、充足度は低下している。中でも、身体的障害が重度の要介護高齢者の在宅介護のケースであるE類型〔身体重度・家族支障なし〕において、充足度が10ポイント以上低下していることは見逃せない。ただしこの低下は、むしろホームヘルプサービスを利用するようになったからかもしれない。実際、上でみたように、E類型のホームヘルプサービスの充足度は10ポイント程度向上している。しかし、そうであるとすれば、E類型に限定していえば、介護保険制度によってデイサービス利用からホームヘルプサービス利用に移行したケースはみられるが、実はこの類型でのニーズ充足度は向上していないと言えなくもない。

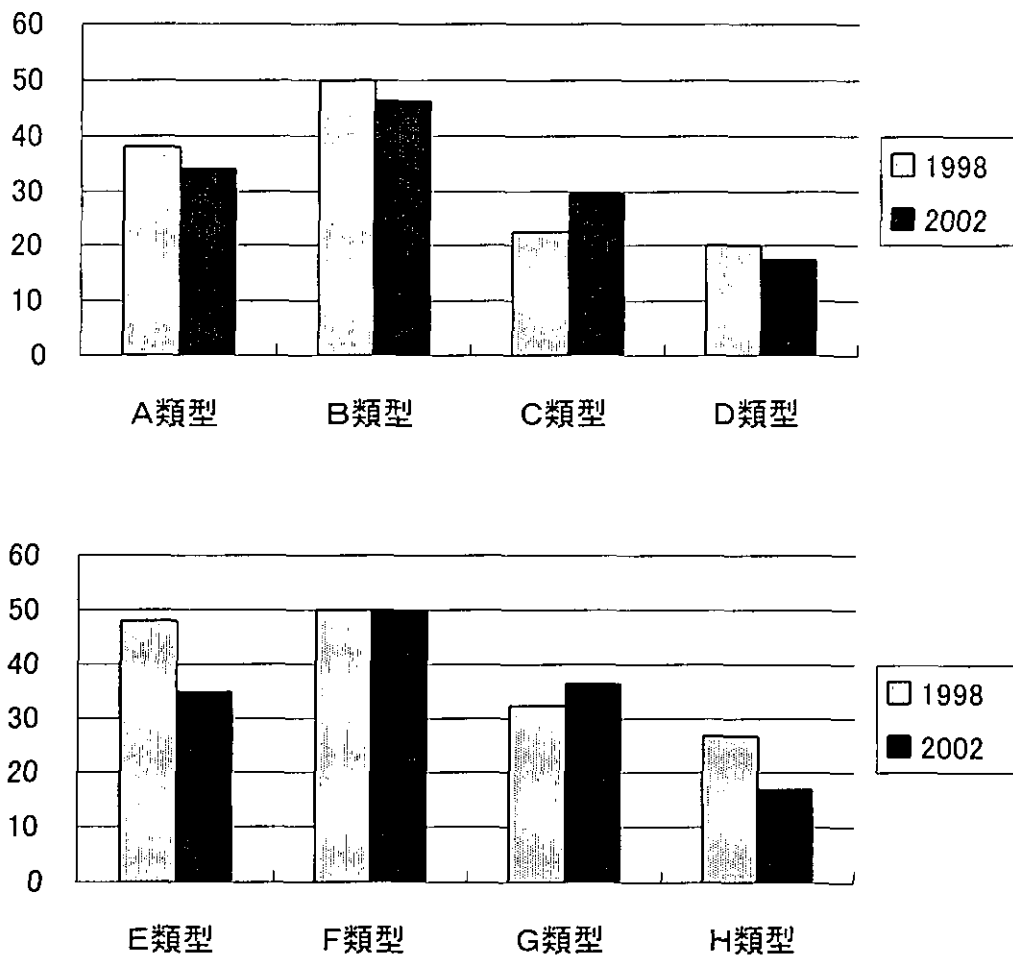


図3 デイサービスのサービスニーズ充足度の比較

### 3) ショートステイの充足度

ショートステイサービスの全体の利用率は、1998年調査が21.7%で、2002年調査が25.9%と、これも若干の利用率の増加がみられる。図4のニーズ充足度の比較をみると、ニーズが高いと思われる身体的障害や精神的障害が重度の要介護高齢者の在宅介護のケース（A、B、E、F類型）では充足度は同じ程度か低下しており、むしろ障害が中程度あるいは軽い要介護高齢者の在宅介護のケース（C、D、G、H類型）で充足度が向上している。ケース数が少ないとはいえ、B類型〔精神重度・家族支障あり〕で充足度が半減していることは、介護保険制度の効果に疑問を持たざるを得ない。

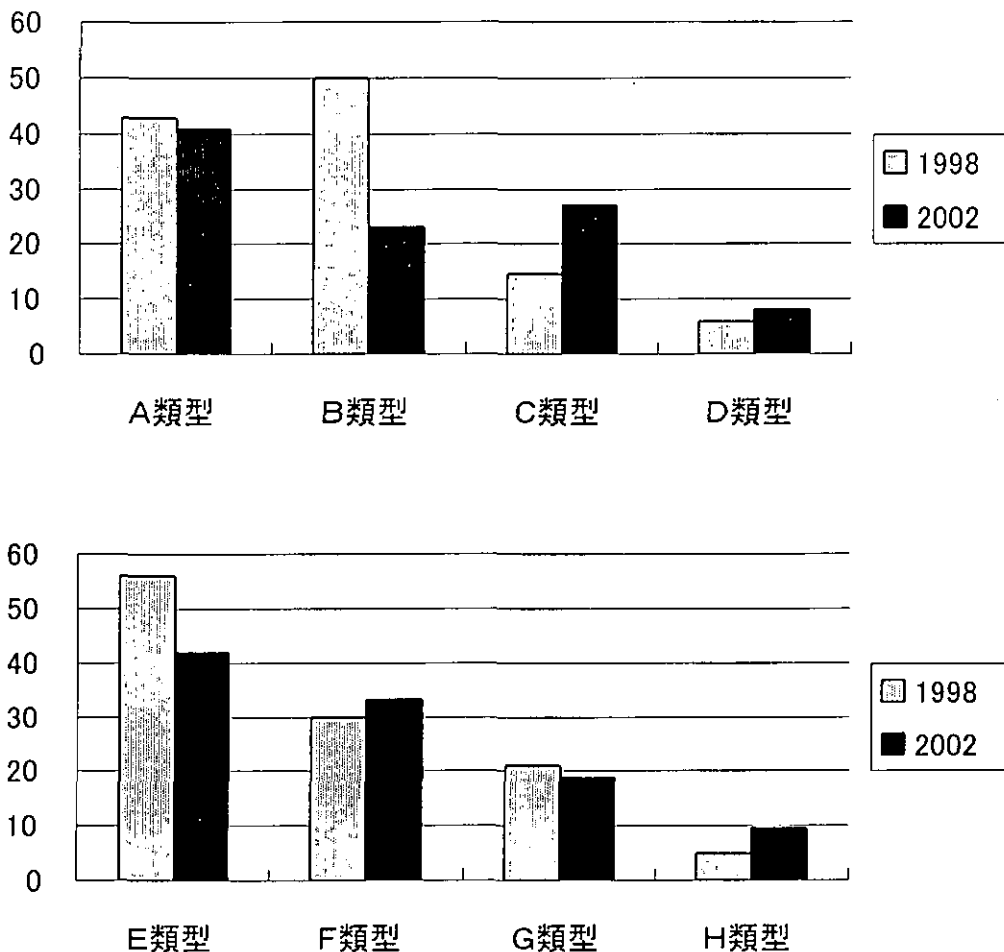


図4 ショートステイのサービスニーズ充足度の比較

## 5 おわりに

在宅の要介護高齢者とその家族のニーズの充足を目指した介護保険制度ではあるが、サービスニーズの充足度の比較から見た限りでは、そして制度開始後2年の時点では、必ずしもその目的を達成できていないといえよう。たしかに全体的にみれば、3種類の在宅サービスの利用率は増加しており、介護保険制度の実施により、要介護高齢者のニーズ充足度が向上したとよいかもしれない。ただし、その増加率は決して劇的に高いわけではなく、さらに、PMF類型を使用して要介護高齢者を8つの類型に分け、それぞれの類型におけるニーズ充足度を検証してみると、必ずしもすべての類型において一律にニーズが充足されているわけではない。一部ではあるが、むしろニーズの充足度が低下した類型もみられた。介護保険制度が今後より成熟していくことによって、ニーズの充足度は順調

に向上していくのか、それとも制度実施上の不備等で今後もこのような傾向が続くのかを見極めるためにも、より詳細な分析を続ける必要がある。

#### 【引用文献】

- 平岡公一、1990、「政策立案・計画策定のためのニード推計の論理と技法-要援護老人のための福祉・保健サービスの場合-」『社会老年学』32、50-61.
- 本間昭「精神的障害（痴呆）の評価法と実態」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、123-129.
- 冷水豊、1996a、「高齢者介護サービスが対象とする「問題」の分析」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、44-72.
- 冷水豊、1996b、「身体的障害程度の評価法と実態」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、108-122.
- 冷水豊、1997、「高齢者の生活問題と保健福祉ニーズ」冷水豊責任編集『老人福祉論』メヂカルフレンド社、26-48.
- 高萩盾男、1996、「福祉ニーズの把握とニーズ推計の技術」定藤丈弘・坂田周一・小林良二編『社会福祉計画』有斐閣、145-162.



### 3章 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

杉原 陽子 (東京都老人総合研究所)

##### 1 はじめに

2000年4月より介護保険制度が本格実施された。厚生労働省が公表している資料によると、制度の施行後、在宅サービスの利用者数や利用量、サービス事業所の総数は全国的にみて増加しており、保険料徴収も高水準を維持していることから、概ね順調に実施されていると言われている(厚生労働省, 2002)。他方、支給限度額に対する介護保険の平均利用率は約40%に留まっており(厚生労働省, 2002)、痴呆に関する要介護認定や介護サービスの不十分さ、ケアマネジメントの空洞化、施設不足の問題、保険料や介護サービスの地域格差など、多数の課題も指摘されている(池田, 2001; 伊藤, 2001; 遠藤, 2001; 岡本, 2003; 中井, 2003)。

これらの課題を整理し、介護保険事業をより効果的なものへと改善していくためには、事業計画の見直し時期に合わせて、定期的に目的が達成できているかどうか評価していく必要がある。介護保険制度を評価する際の指標としては、要介護認定の体制や基盤整備率といったインプット(資源投入)指標、介護サービスの利用者数や介護保険給付費といったアウトプット(事業運営の実態)指標、および要介護高齢者や介護者の生活の質の改善といったアウトカム(事業の効果)指標などが提案されている(医療経済研究機構, 2001)。介護保険が順調に推移しているという評価は、主にインプットまたはアウトプット指標に基づく場合が多い。

アウトカム指標としては、例えば要介護者の生活の質や要介護度の改善、家族の負担軽減など、利用者にとどのような効果があったかを評価する項目があげられている(医療経済研究機構, 2001)。アウトカム指標に基づく評価に取り組んだ調査報告は今のところ少ないが、介護保険の導入前と比べて導入後も介護者の介護時間や介護負担、身体的・精神的なストレスは改善しておらず、介護者の就業も促進されていないなど、介護保険制度の効果がまだ十分に現われていないことを指摘した報告が多い(相野谷ほか, 2002; 内閣府, 2002; 新名ほか, 2002; 小野ほか, 2003)。このようなアウトカム評価は、制度を利用者にとってより良いものへと改善していく上で不可欠であり、対象者や評価方法を変えながら多角的に知見の蓄積を図っていく必要がある。

本章では、介護保険制度の導入前(1996年, 1998年)と比べて導入後(2002年)では

介護者に対する支援態勢の拡充や介護者の負担の軽減、在宅継続意欲の向上が図られているか等、主に介護者からみたアウトカム指標に基づき、介護保険制度が当初掲げていた「介護の社会化」や「在宅重視」といった理念がどの程度達成されているのか検証した。

まず、2節では、在宅介護態勢と家族に対する支援態勢の変化について言及する。近年、在宅サービスの利用が増えていることは既存の資料で明らかであるが、サービスを利用していたとしても相変わらず「家族主体」の在宅介護態勢のまま、「在宅サービス主体」とまでは転換が図られていない可能性がある。サービスの利用が増えることは確かに介護の社会化への一歩となるが、家族介護を前提とし、それを部分的に補完する程度の水準でしか在宅サービスが使われていないとすれば、家族が抱える問題の多くは未解決のままではないだろうか。他方、全体としては在宅介護の基盤は依然として家族主体かもしれないが、ある特定の要介護高齢者や介護者においては、サービス主体へと社会化が進んでいるかもしれない。この節では、全体の推移とともに、どのような層において社会化がすすみ、逆に、どのような層で遅れているかについて検討した。

さらに、介護者の相談ニーズとそれに対する支援態勢がどのように変化しているかについても検討した。老老介護の増加や家族機能の変化など私的な支援態勢が脆弱化する中で、介護者の孤立が進んでいる可能性がある。介護保険制度はケアマネジメントの仕組みを取り入れることにより、適切なサービス選択の支援など、高齢者や介護者に対する相談機能を強化しようとしていたが、そのねらい通りに介護者の相談に対する支援態勢は拡充されているだろうか。措置制度と異なり、介護保険制度は利用者が自ら希望するサービスを選択できる制度であるが、必要に応じて適切な情報提供を受けられるような支援態勢がなければ、かえって不安や混乱を招くかもしれない。措置制度の頃は地方自治体が地域の高齢者や家族の生活状況を把握し、相談に応じる責任を有していたが、介護保険制度の導入に伴い、高齢者や家族の相談相手は主にケアマネジャーへと移りつつある。このように介護者をとりまく私のおよび社会的な支援態勢が大きく変化する中で、介護者の孤立は抑止されているのだろうか。

3節では、介護者の負担軽減という観点から、「介護の社会化」の達成状況について言及する。介護サービスの利用は確かに増加しているが、最終的に介護者の負担軽減や社会参加の促進などの成果につながらなければ、介護者は「介護の社会化」が達成されたとは実感できないだろう。ここでは、介護者の介護程度や身体的・精神的・社会的な負担感、および就労などの社会参加状況といった複数の指標を用いて、介護保険制度の導入前後で介護者の負担や生活のどの側面が改善されているか否かを検討した。

さらに、在宅サービス利用の効果が介護保険導入前後で変化しているか否かについても検討した。在宅サービスの利用量は増加しているが、介護者の負担軽減に貢献するよう機能しているだろうか。介護保険制度の導入前の調査では、在宅サービスの利用は必ずしも介護者の負担軽減につながっていないことが報告されている(杉原ほか, 1998; 杉澤, 1999)。その理由としては、在宅サービスの利用者や利用量が少ないことや、介護者が破綻しない

ように予防的にサービスを利用するというよりも、介護負担がかなり強くなってからサービスを利用しはじめることなどが考えられる。介護保険制度の導入後においては、在宅サービス量の増加に伴い、在宅サービスの利用が介護者の負担軽減につながるような効果が現われているだろうか。

4節では、介護者の施設入所意向の変化について言及する。介護保険制度は在宅サービスの充実を図り、在宅で生活する高齢者の自立支援を目的としていたはずである。しかし、介護保険制度が始まって以来、施設志向が高まり、入所待機者が急増していることが指摘されている（池田，2001；白澤，2003）。将来の不安のためにあらかじめ申し込んでいる人もいるが、特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）の待機者の増加や待機期間の長期化だけでなく、本来は在宅復帰を図るための施設であった介護老人保健施設も「特養化」していることが指摘されており（小西，2001）、施設需要の増加は否めない事実である。このように施設需要が増大した理由としては、施設サービスの方が相対的には安価で介護者の負担も軽いのに対し、在宅介護は給付されるサービスの量に制限があり、介護者の負担が小さくないことが関係している。しかし、介護の社会化が施設化（病院化）という形をとる時に生じる問題も指摘されており（市野川，2000）、介護保険は介護の社会化を施設化ではなく、在宅介護の方向で実現しようとしていたはずである。その理念は評価できるものの、在宅介護の基盤整備については依然として問題が残っており、それが家族の施設志向を惹起しているのだろう。

この節では、特にどのような状況の介護者で施設志向が高まっているかについて検討した。介護保険の給付水準が低いために重度の障害を持つ高齢者ほど保険がきかないサービスが増え、在宅介護が困難になっている可能性や、老老介護のように私的支援が期待できない場合も施設志向が高まっている可能性が指摘されている（伊藤，2001）。このような最も介護負担が重い人たちの在宅生活に対応することができていないとすれば、介護保険が掲げる「在宅重視」という理念はむなしなものとなってしまう。さらに、在宅サービスを利用することによって介護者の入所希望が減少するようになっているかどうかについても検討する必要がある。全体としては施設志向が高まっているかもしれないが、在宅サービス利用者では、非利用者と比べて介護者の入所意向が低く抑えられているかもしれず、そうであるならば施設需要を減らすための示唆が見えてくる。ちなみに、介護保険制度が導入される前に行われた分析では、重度の障害を持つ高齢者を介護している場合であってもホームヘルパーを利用していると介護者の入所意向は下がるが、私的介護態勢が弱い介護者がショートステイを利用している場合は入所意向が逆に強まることが指摘されており（杉澤，1999）、在宅サービスの種類や高齢者・介護者の特性によって効果の現われ方が異なっていた。介護保険制度の導入後、在宅サービスの利用と介護者の入所意向との関連性がどのように変化しているのか、それは在宅サービスの種類や介護状況によってどのように異なっているのだろうか。

## 2 介護者に対する支援態勢は拡充したか

### 2.1 依然として多い家族主体の在宅介護態勢

ひとり暮らしや老老介護世帯の増加など家族による介護力の低下がすすむ中、介護保険制度の導入により、家族を基盤とする在宅介護態勢から在宅サービスを基盤とする介護態勢へと転換が図られているだろうか。在宅要介護高齢者の介護を主に担っている人（主介護者）と介護を最も良く手伝ってくれる人（副介護者）が誰によって構成されているかを比較した結果、「主介護者・副介護者とも家族・親族」「主介護者は家族で副介護者はいない」といった家族主体の在宅介護態勢の割合は徐々に低下しており、「主介護者は家族だが副介護者はヘルパー」「ヘルパーが主介護者」といったヘルパーを主体とする介護態勢が増加していた（表1）。しかし、介護保険導入後も家族を主体とした在宅介護態勢が8割以上を占めており、また、ヘルパー主体の介護態勢は介護保険の導入を境に増加したというよりも、それ以前から既に増加傾向にあったことがわかる。

表1 主介護者と副介護者の構成 (%)

	1996年	1998年	2002年
主介護者・副介護者とも家族	60.6	58.4	54.8
主介護者は家族で副介護者はなし	32.4	31.0	29.0
主介護者は家族で副介護者はヘルパー	4.9	8.5	9.9
主介護者がヘルパー	2.2	2.1	6.3
n	880	377	573

注) 主介護者がいない場合や家族でもヘルパーでもない人が介護している場合は分析から除外。  
「主介護者・副介護者とも家族」「主介護者は家族で副介護者はなし」という場合を家族主体、  
「主介護者は家族で副介護者はヘルパー」「主介護者がヘルパー」のように主または副介護者役割のいずれかをヘルパーが担っている場合をヘルパー主体の在宅介護態勢とみなした。 $\chi^2(df) = 36.227 (6), p < .001$

ヘルパーが主介護者または副介護者といった在宅介護の主体を担っている割合は、特にどのような世帯において増えているだろうか。表2をみると、2002年ではひとり暮らしの要介護高齢者の約半数がヘルパー主体の在宅介護態勢をとっており、社会化が最も進んでいる層といえる。しかし、単身要介護高齢者世帯におけるヘルパーの活用は介護保険の導入に伴って増加したのではなく、導入以前の96年、98年の時点で既に6割の単身要介護高齢者世帯においてヘルパーが家族の代替として在宅介護の中心を担っており、介護保険の導入前後で有意な変化はみられなかった。老夫婦のみの世帯も私的な介護力に乏しいが、