

## 娘による母親の介護と義理の娘による義母の介護の比較

—つくば市におけるアンケート調査結果から—

クワナ アツコ タミヤ ナナコ モリヤマ ヨウコ  
 桑名 温子\*1\*2 田宮 菜奈子\*3 森山 葉子\*5\*7  
 ツツミ ハルナ カシワギ マサヨ  
 堤 春菜\*4\*8 柏木 聖代\*6\*9

**目的** 家族介護の状況、特に子世代による介護状況を把握することは、今後の介護政策展開の上で重要である。日本ではこれまで、介護者の続柄に焦点をあてた研究は行われてきたが、続柄を娘と義理の娘に限定し、かつ被介護者の要介護度と性別を考慮した上で介護状況を比較した研究はない。そこで、本研究では娘と義理の娘による介護に関し、被介護者の性別を女性に限定した上で、被介護者の要介護度で層別化し、介護期間、介護への考えおよび介護負担感などの状況を比較することとした。

**方法** つくば市保健福祉部高齢福祉課が2011年2月に実施したアンケート調査を二次データとして分析した。サンプリングは層化抽出法により、在宅療養中の65歳以上の要支援・要介護認定者1,400名とその主介護者とした。分析対象は介護者が娘または義理の娘である165名のうち、被介護者が女性の115名とした。介護期間や介護者の心情などを比較した後、要介護2以下と要介護3以上で層別化をして同様に分析した。さらに、続柄による違いがあった要介護2以下の層において、年齢や副介護者の有無等を考慮して負担感を検討するために多変量解析を行った。

**結果** 要介護度で層別化すると、全体で有意差があった項目のほとんどが、要介護2以下の層においてのみ有意差があり、その項目は、娘および義理の娘において、被介護者の年齢（中央値84歳vs88歳）、介護期間が3年以上（60.0%vs32.6%）、経済的負担がある（22.9%vs4.3%）、介護方針の決定に自分の意見が反映される（91.4%vs72.7%）などであった。加えて、住居が持家（88.2%vs100%）、介護負担感が高い（31.2%vs54.8%）は、全体ではなく要介護2以下でのみ有意差があった。多変量解析の結果、要介護2以下の層では介護者の年齢、被介護者のIADL、副介護者の有無を考慮しても、義理の娘の方が娘よりも負担感が高かった（オッズ比：3.47、95%信頼区間：1.11-10.88）。

**結論** 娘と義理の娘という介護者の続柄の違いにより、要介護度が低い場合にのみ被介護者の年齢、介護期間、経済的負担などに違いがみられ、要介護度が高い場合には介護状況にあまり差がないこと、また、義理の娘は年齢や副介護者の有無などの交絡要因を調整しても、被介護者の要介護度が低い場合に娘より負担感が高いことが明らかになった。義理の娘が義母を介護する場合には、要介護度が低くても負担感を軽減するための支援が必要と考えられる。

**キーワード** 介護者、娘、義理の娘、要介護度、介護負担感、在宅介護

\*1 JCHO東京新宿メディカルセンター臨床研修医 \*2 前筑波大学医学群医学類学生  
 \*3 筑波大学医学医療系ヘルスサービサーチ分野教授 \*4 同客員研究員 \*5 前同助教 \*6 前同講師  
 \*7 国立保健医療科学院医療・福祉サービス研究部主任研究官 \*8 荒川区保健所健康推進課保健師  
 \*9 横浜市立大学医学部看護学科教授

## I 緒 言

わが国では、2000年に在宅介護を推進する介護保険制度が導入され、在宅サービスが整備されたことなどから、介護サービス利用者における居宅サービス受給者の割合は2000年の67.2%から2013年には74.2%と<sup>1)</sup>、在宅介護の割合が増加した。この在宅介護における主な介護者は、事業者が13.3%であるのに対し、約73.9%が家族（別居も含む）により担われている<sup>2)</sup>。欧米諸国においても、介護政策は施設から在宅へシフトしており<sup>3)</sup>、多くの国で介護家族の実態調査がなされ、それをもとに在宅介護者を直接支援する施策がなされている<sup>4)</sup>。英国では2014年に介護者の実態とニーズを把握し、被介護者と同様に支援することが自治体の義務とされた<sup>5)</sup>。

しかし、世界一の長寿国で、かつ在宅介護における家族の役割が今だ大きいわが国では、家族介護者の実態を把握する公的調査や介護者を直接支援する政策は整備されていない。そこで、家族介護政策の中で家族をどう支援するかを検討するためにも、まず、わが国の介護家族の実態を明らかにすることは重要であると考えられる。

家族介護者についての先行研究では、介護者の続柄により介護状況が異なることが報告されており、介護者の続柄により利用する介護サービス<sup>6)</sup>、介護期間や介護時間<sup>7)</sup>、介護者の自由な時間<sup>8)</sup>が異なる、介護者が息子か嫁の場合に介護協力者が多い<sup>9)</sup>などが示されている。また、介護者が配偶者よりも義理の娘の場合の方が、年齢などを調整しても被介護者の生存が短いことを示した研究<sup>10)</sup>もある。さらに、その結果は被介護者が女性の場合にのみ見られたことから、家族介護の実態把握には、介護者の続柄による違いに加え、被介護者の性別も考慮することが重要であると考えられる。

一方で、わが国の家族介護者の続柄は、近年大きく変化してきている。まずは、配偶者介護が増え、子世代の介護が2000年の56.4%<sup>11)</sup>から2013年の41.5%<sup>12)</sup>に減少している。さらに、子

世代の介護者の中でも義理の娘の割合は2010年<sup>2)</sup>から2013年<sup>14)</sup>において、23.3%から17.8%と減少し、一方、娘は17.1%から19.1%と増加しており、わが国の特色でもあったいわゆる嫁の介護が実の娘に急速に転換してきたところである。子世代介護は減少してはいるものの、今後も家族介護の重要な担い手であり、義理の娘から娘への変化の背景を探ると共に、これらの介護の実態を把握する必要がある。また、韓国でも同様に、義理の娘の割合が2001年および2014年において、38.0%から12.4%に減少している<sup>15)</sup>。今後急速に高齢化を迎える途上国においては義理の娘による介護が占める割合は今だ高く、バングラデシュでは47.8%<sup>16)</sup>を占めると報告されているが、いずれ日本や韓国のように推移する可能性もあり、各国における今後の介護政策を検討する上でも、大きく変遷してきた日本の子世代家族介護者の実態を明らかにすることはこれらの追隨する国々にとっても有益であると考えられる。

しかし、子世代介護の中心である女性家族介護者に焦点をあてて娘と義理の娘の介護状況を比較した先行研究は今だ少ない。著者らが検索した中で唯一の研究は、介護が必要になったために子どもの元に引越した高齢者を介護する娘と義理の娘を比較したものであり、娘の方が長時間、重度の人を介護しているが負担感は義理の娘の方が大きいと報告されている<sup>17)</sup>。しかし、この研究では被介護者の性別は男女いずれも含まれ、かつ介護状況に大きく影響すると考えられる被介護者の重症度や介護者の年齢などの交絡要因は調整されていない。

そこで本研究では、被介護者の性別を女性に限定した上で、被介護者の要介護度で層別化し、介護期間、介護への考えおよび介護負担感などの状況について、娘による介護と義理の娘による介護を比較することを目的とした。さらに、介護者の状況としてより重要と考えられる介護負担感については、年齢や副介護者の有無等の交絡要因を考慮した上で両者の比較を行った。

## Ⅱ 方 法

### (1) 調査対象と調査時期

2011年2月1～14日につくば市保健福祉部高齢福祉課を調査主体として実施された「第5期つくば市高齢者福祉計画策定のためのアンケート」<sup>18)</sup>を二次データとしてつくば市の許可を得て分析した。このアンケートは郵送配布、郵送回収で行われた。調査対象は在宅で生活している65歳以上の要支援・要介護認定者1,400名とその在宅での主な介護者（以下、主介護者）であり、被介護者が回答する項目と、主介護者が回答する項目を設定している。つくば市内を7区域に分け、圏域ごとの全体に対する要支援・要介護認定者の人口構成比を元に、配布サンプル数をそれぞれ決定した上で、無作為に抽出する層化抽出法を用いた。有効回答数は685名（48.9%）だった。

### (2) 分析項目

介護者の状況（年齢、続柄、介護にあてる時間：以下、介護時間、介護方針の決定に自分の意見が反映されるか、家族に副介護者がいるか）、介護者の介護に対する意識（経済的負担が大きいことで困っているか、介護をしながら良かったと思うこと、介護負担感）、被介護者の状況（年齢、要介護度、要介護になってからの期間：以下、介護期間、独居か家族と同居しているか、持家か否か、手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily Living）：IADL、介護保険サービス利用の有無）に関して分析した。介護をしながら良かったと思うことは、「人間としての絆の深まり」「感謝される喜び」などの7項目から、当てはまるものをすべて回答するよう求めた。介護負担感の評価にはZarit介護負担尺度日本語短縮版（J-ZBI<sub>8</sub>）<sup>19)</sup>（以下、ZBI）を用いた。IADLは老研式活動能力指標<sup>20)</sup>を用いて評価した。

### (3) 解析対象者の選択

分析対象者決定までのフローを図1に示す。

図1 サンプルフロー

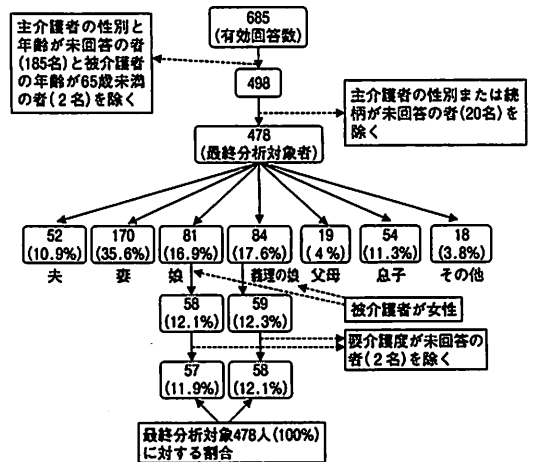
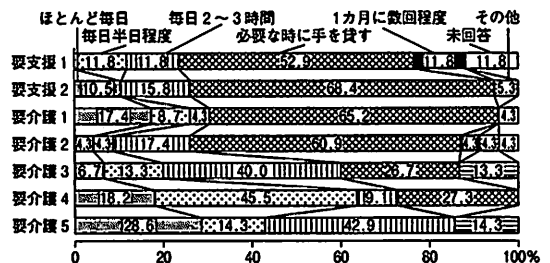


図2 要介護度別にみた介護時間の内訳



得られた回答（n = 685）において、介護者の年齢と性別が未回答の185名は介護者がいないと判断し除いた。さらに、被介護者の年齢が65歳未満と回答した2名を除いた498名のうち、主介護者の性別または続柄が未回答の者（n = 20）を除いた478名（100%）を主介護者の続柄で分けると、夫が52名（10.9%）、妻が170名（35.6%）、娘が81名（16.9%）、義理の娘が84名（17.6%）、父母が19名（4.0%）、息子が54名（11.3%）、その他（婿、兄弟、孫など）が18名（3.8%）であった。介護者が娘または義理の娘の中で被介護者が女性である者だけを選び、要介護度が未回答の2名を除いた、母を介護する娘57名、義母を介護する義理の娘58名を分析対象とした。なお、無回答の項目についてはその項目のみを欠損値として分析から除外したため、各回答項目で有効回答者数が異なる。

表1 全体、要介護2以下と要介護3以上の2群における娘と義理の娘の比較

	全体 (n=115)				要介護2以下 (n=82)				要介護3以上 (n=33)			
	娘 (n=57)	義理の娘 (n=58)	n	p値	娘 (n=35)	義理の娘 (n=47)	n	p値	娘 (n=22)	義理の娘 (n=11)	n	p値
介護者の年齢(歳)	59(39-70)	59(40-68)		0.23 <sup>a</sup>	59(39-70)	59(40-68)		0.24 <sup>a</sup>	58.5(51-70)	59(44-68)		0.55 <sup>a</sup>
被介護者の年齢(歳)	85(69-94)	88(71-99)		<0.001 <sup>a</sup>	84(69-92)	88(71-99)		<0.01 <sup>a</sup>	85(79-94)	90(80-94)		0.14 <sup>a</sup>
現在の要介護度			115									
要支援1・2、要介護1・2	35(61.4)	47(81.0)		0.02								
要介護3・4・5	22(38.6)	11(19.0)										
介護保険サービスを利用している	46(80.7)	42(72.4)	88	0.56	27(81.8)	33(76.7)	60	0.59	19(86.4)	9(90.0)	28	1.00 <sup>b</sup>
介護期間			113				81				32	
3年未満	21(37.5)	35(61.4)		0.01	14(40.0)	31(67.4)		0.01	7(33.3)	4(36.4)		1.00 <sup>b</sup>
3年以上	35(62.5)	22(38.6)			21(60.0)	15(32.6)			14(66.7)	7(63.6)		
介護時間			106				76				30	
半日～終日	17(31.5)	7(13.5)		0.03	8(23.5)	3(7.1)		0.05 <sup>b</sup>	9(45.0)	4(40.0)		1.00 <sup>b</sup>
時々(毎日2～3時間も含む)	37(68.5)	45(86.5)			26(76.5)	39(92.9)			11(55.0)	6(60.0)		
被介護者は独居か同居か			107				74				33	
独居	7(13.0)	2(3.8)		0.16 <sup>b</sup>	6(18.8)	2(4.8)		0.07 <sup>b</sup>	1(4.6)	0(0.0)		1.00 <sup>b</sup>
家族と同居	47(87.0)	51(96.2)			26(81.3)	40(95.2)			21(65.4)	11(100.0)		
被介護者の住居は持家か			112				81				31	
持家	50(89.3)	55(98.2)		0.11 <sup>b</sup>	30(88.2)	47(100.0)		0.03 <sup>b</sup>	20(90.9)	8(88.9)		1.00 <sup>b</sup>
それ以外	6(10.7)	1(1.8)			4(11.8)	0(0.0)			2(9.1)	1(11.1)		
副介護者の有無			113				81				32	
いる	11(19.3)	17(30.4)		0.17	5(14.3)	12(26.1)		0.2	6(27.3)	5(50.0)		0.25 <sup>b</sup>
いない	46(80.7)	39(69.6)			30(85.7)	34(73.9)			16(72.7)	5(50.0)		
副介護者がいない場合の就労の有無			85				64				21	
就労あり	22(47.8)	18(46.2)		0.88	16(53.3)	18(52.9)		0.98	6(37.5)	0(0.0)		0.26 <sup>b</sup>
就労なし	24(52.2)	21(53.8)			14(46.7)	16(47.1)			10(62.5)	5(100.0)		
被介護者のIADL			100				73				27	
2点以下	26(53.1)	31(60.8)		0.44	11(36.7)	23(53.5)		0.16	15(79.0)	8(100.0)		0.29 <sup>b</sup>
3点以上	23(46.9)	20(39.2)			19(63.3)	20(46.5)			4(21.0)	0(0.0)		
介護者の介護負担感(ZBIスコア)			105				74				31	
低負担感(11点以下)	30(56.6)	25(48.1)		0.38	22(68.3)	19(45.2)		0.04	8(38.1)	6(60.0)		0.44 <sup>b</sup>
高負担感(12点以上)	23(43.4)	27(51.9)			10(31.2)	23(54.8)			13(61.9)	4(40.0)		
経済的負担が大きくて困る			16 <sup>c</sup>	<0.01	8(22.9)	2(4.3)	10 <sup>c</sup>	0.02 <sup>b</sup>	5(22.7)	1(9.1)	6 <sup>c</sup>	0.64 <sup>b</sup>
介護をして良かったと思うこと			20 <sup>c</sup>	<0.01	4(11.4)	10(21.3)	14 <sup>c</sup>	0.24	0(0.0)	6(54.6)	6 <sup>c</sup>	<0.001 <sup>b</sup>
絆の深まり	4(7.0)	16(27.6)		<0.01	4(11.4)	10(21.3)		0.04	2(9.1)	6(54.6)	8 <sup>c</sup>	<0.01 <sup>b</sup>
感謝される喜び	8(14.0)	24(41.4)		<0.01	6(17.1)	18(38.3)						
介護方針の決定に			95	0.01	32(91.4)	32(72.7)	64	0.04	20(100.0)	11(100.0)	31	-
自分の意見が反映される <sup>d</sup>	52(94.5)	43(78.2)										
介護者(娘)の婚姻			57	-			35	-			22	-
未婚	10(17.5)				7(20.0)				3(13.6)			
既婚	47(82.5)				28(80.0)				19(86.4)			

注 1) 無印:  $\chi^2$ 検定, a: Wilcoxonの順位検定, b: Fisherの正確検定  
 2) 表中の値はn(%), もしくは中央値(範囲)  
 3) nは、無印: 欠損値を除いた合計, c: 複数選択可能な質問で該当項目を選んだ者の人数を示した。  
 4) d: 「非常に反映される」「やや反映される」を合わせて「反映される」とし、「あまり反映されない」「全く反映されない」を合わせて「反映されない」とした。

(4) 分析方法

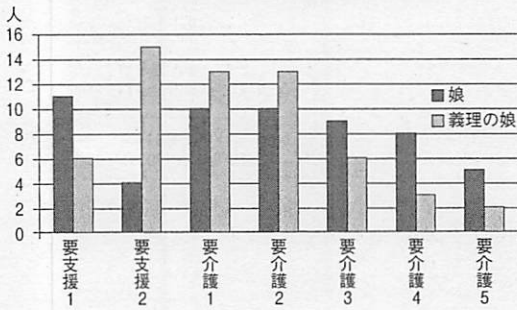
母を介護する娘と、義母を介護する義理の娘の2群を設定し、 $\chi^2$ 検定またはFisher正確検定、Wilcoxon順位検定を行い、まず全体の比較をした。次に、要介護2以下と要介護3以上で介護時間に差が認められた(図2)ことから、要介護度により2つに層別して介護者が娘か義理の娘かの比較をした。さらに、介護者の続柄と介護負担感の関連について、交絡要因を調整した上で検討するために、多重ロジスティック回帰分析を行った。全体におけるZBIスコアの中央値11により低負担感群と高負担感群の2群

に分け従属変数とし、独立変数は「介護者が娘か義理の娘か」とした。共変量として、共線性を確認した上で、先行研究<sup>21)22)</sup>で負担感との強い関連が示されている「介護者の年齢」と「副介護者の有無」、負担感について上記2群の単変量解析で $p < 0.2$ であった「介護者のIADL」の3つを強制投入した。すべての統計学的検定はSAS Ver9.3を使用し、有意水準は5%とした。

(5) 倫理的配慮

筑波大学人間総合科学研究科研究倫理委員会の承認を受けて実施した(承認日:平成23年9

図3 要介護度別にみた娘と義理の娘の人数



月30日、番号：第23-221号)。データ使用に関しては、分析は関係者に限り、データを持ち出さないことを条件に、つくば市長の許可を得ている。また、プライバシーの保護について、本研究で扱うデータは、無記名自記式質問紙調査結果に基づく、連結不可能匿名化したデータである。

### Ⅲ 結 果

#### (1) 全対象者における基本属性

基本属性として、全体の要介護度の内訳は、要支援1が14.8%、要支援2が16.5%、要介護1が20.0%、要介護2が20.0%、要介護3が13.0%、要介護4が9.6%、要介護5が6.1%であった。その他の属性は表1左欄に記載した。

要介護度別にみた介護時間の内訳を図2に示す。要介護2以下では「必要な時に手を貸す」が最も多いが、要介護3以上では「毎日半日程度」あるいは「毎日2～3時間」が最も多かった。また、図3に要介護度別にみた娘と義理の娘の人数を示す。グラフから、要介護3以上では娘の人数が多い傾向にあることがわかる。実際に被介護者が要介護3以上なのは、介護者が娘の場合22人(38.6%)、義理の娘の場合11人(19.0%)であり、娘の方が要介護度の高い被介護者を介護している者の割合が有意に高く( $p=0.02$ )、要介護度により属性に差がみられた。

#### (2) 要介護度により層別化した分析結果

全体および要介護度により層別化して分析を

表2 高介護負担感に関連する要因(要介護2以下)  
—多重ロジスティック回帰分析—

独立変数	オッズ比(95%信頼区間)
介護者の続柄 義理の娘	3.47(1.11-10.88)
介護者の年齢 59歳以上	0.73(0.25- 2.20)
被介護者のIADL 3点以上	0.35(0.12- 1.03)
副介護者の有無 いる	0.39(0.11- 1.43)

注 1) HosmerとLemeshow検定  $p$ 値=0.895  
2) 高負担感群  $n=30$ 、低負担感群  $n=35$   
3) 独立変数の参照カテゴリは、介護者の続柄は「娘」、IADLは「2点以下」、介護者の年齢は「59歳未満」、副介護者の有無は「いない」である。

したところ、要介護2以下の層( $n=82$ )では全体で有意差があった項目のうち2項目以外のすべての項目で有意差がみられたが、要介護3以上の層では、2項目しか有意差はみられなかった(表1)。

要介護2以下の層において有意差があった項目を以下に示す(娘vs義理の娘、 $p$ 値)。娘は義理の娘に比して被介護者の年齢が低く(中央値84歳vs88歳、 $p<0.01$ )、介護期間が3年以上であり(60.0%vs32.6%、 $p=0.01$ )、経済的負担が大きくて困る者が多く(22.9%vs4.3%、 $p=0.02$ )、「介護をして良かったと思うこと：感謝される喜び」を選んだ者が少なく(17.1%vs38.3%、 $p=0.04$ )、介護方針に自分の意見が反映される者が多かった(91.4%vs72.7%、 $p=0.04$ )。また、層別化によって新たに2項目で有意差がみられ、娘は義理の娘に比して被介護者の住居が持家である者が少なく(88.2%vs100%、 $p=0.03$ )、介護負担感が低い者が多かった(68.3%vs45.2%、 $p=0.04$ )。

要介護3以上の層( $n=33$ )では、娘は義理の娘に比して、介護をしていて良かったこととして「絆の深まり」を思う者が有意に少なく(0%vs54.6%、 $p<0.001$ )、「感謝される喜び」を思う者も有意に少なかった(9.1%vs54.6%、 $p<0.01$ )。

#### (3) 要介護2以下の層における介護負担感と続柄の関連

要介護2以下の層で続柄による差があったも

ののうち、より重要と考えられる介護負担感（ZBIスコア）に着目し、交絡要因を調整した上で介護負担感と統柄の関連を分析した。その結果（表2）、「介護者の年齢」「被介護者のIADL」「副介護者の有無」を考慮しても、介護者が義理の娘であることのオッズ比（95%信頼区間）は3.47（1.11-10.88）で、高負担感と有意に関連があった。

#### Ⅳ 考 察

本研究では、娘と義理の娘の介護状況を、被介護者を女性に限定し、かつ要介護度で層別化した上で比較した。その結果、従来の報告<sup>17)</sup>にある娘と義理の娘による介護の違いのほとんどは、要介護度が低い者を介護している場合にみられ、要介護度が高い場合にはほとんど差がみられないことが明らかになった。母を介護する娘と義母を介護する義理の娘にのみ着目し要介護度を考慮して介護状況を詳細に比較した研究は、著者らの知るところではこれまでにない。

要介護2以下の層においてのみ義理の娘の方が高負担感の者の割合が有意に高く、先行研究で報告されている、義理の娘の方が被介護者の重症度が低い、娘よりも負担感を感じているという結果<sup>17)</sup>が、主に要介護度が低い者を介護している場合に当てはまることになった。介護負担感が高いほど精神的健康が低下しているという報告<sup>20)</sup>もあり、介護者が義理の娘の場合には精神的なサポートが必要と考えられる。また、義理の娘は娘に比べて介護方針の決定に自分の意見が反映されると感じる者の割合が低かったが、介護方針の決定に意見が反映されることが介護肯定感に正の関連を示したという報告<sup>21)</sup>があることから、義理の娘の方が介護肯定感を感じにくい状況にあると考えられる。この背景として、呼び寄せ介護に限定し、介護者の同意の上での呼び寄せか、そうする他に選択肢がなかったかを比較した研究<sup>17)</sup>があるが、ここでは、介護者が義理の娘の場合にのみ、他に選択肢がなかったために呼び寄せていた方がより負担感が高かった。本研究における義理の

娘の意見の反映と負担感の関係の背景には、こうした状況もあり得ると考えられる。また、義理の娘が介護する義母全員が持家であり、娘が介護する母と比較して有意に多かったことは、遺産相続が介護を行う動機である場合、もしくは、すでに遺産相続がされた結果によって義理の娘が介護を行うようになった両方の可能性が考えられる。一方で娘においては介護期間が長く、かつ経済的負担も高いことから、娘は自身の生活や対価労働を犠牲にして母親の介護をしている可能性がある。

さらに、要介護2以下の層で介護負担感と介護者の統柄の関連について多変量解析した結果、介護者の年齢、被介護者のIADL、副介護者の有無を調整してもなお、統柄には有意差があったことから、同様な状況にあっても、義理の娘は、より負担感を強く感じていることが明らかになった。

要介護3以上の層では、娘と義理の娘の間に有意差はほとんどみられなかった。これは、サンプル数が33と少なく検出力が低いという限界を踏まえる必要があるが、考えられる方向性としては、介護者が義理の娘の場合は、娘の場合と比較して施設入所のリスクが高いという報告<sup>25)</sup>があることから、被介護者の要介護度が高くても在宅で介護をしている義理の娘は、在宅介護継続の条件がある程度整い施設入所せずにいる一部の限られた集団であるため、この集団においては娘か義理の娘かという統柄の違いの影響は小さいという可能性がある。また、この高介護度層では、介護方針決定に自分の意見が反映されるとした者が娘も義理の娘も100%であった。主介護者の意見が反映されるということが、要介護度が高い被介護者を在宅で介護する場合に重要な点となっており、義母の要介護度が高くても義理の娘が在宅介護を継続するのに必要な状況だと考えられる。

一方で、義理の娘の方が、介護をして良かったと思うこととして「絆の深まり」と「感謝される喜び」を感じる者の割合が高かった。このことから、義理の娘はこうした気持ちを持てる場合には要介護度が高くても介護を続けていら

れるという可能性が考えられる。また、娘は親のわがままや支配的・依存的態度をストレスに感じるという報告があり<sup>26)</sup>、娘の方が「感謝される喜び」を感じにくい状況にあるのではないだろうか。介護者の心情に関する先行研究では、実子と義理の子を比較すると実子の方が抑うつが多い一方で気分の高揚も多いという報告<sup>27)</sup>がある。これは実子の方が親との関係性が近い分、親が苦しんでいるのを見るのは辛い、介護をすることでそれを和らげてあげることができ、喜びを感じられるためと考えられている<sup>27)</sup>。本研究では、被介護者との続柄により介護者の心情に違いがあることが改めて確認された。

このように要介護度と介護者の続柄により、被介護者の年齢および要介護度、介護時間、経済的負担、介護負担感、介護に対する意識などに違いがみられた。このことから、要介護度と続柄の両方を考慮して、義理の娘の場合には要介護度が低くても負担感を減らすよう交流の場を設けるといった支援や、娘の場合には経済的支援やショートステイ利用などによって長い介護時間を減らすなど娘自身の生活をより尊重できるような支援が必要と考えられる。

本研究の限界は、1市（つくば市）のみのデータであることである。つくば市の要介護認定率は調査と同時期の2011年2月末で16.8%となっており、国の17.3%よりはやや低いものの、茨城県の13.7%よりは高い水準にある<sup>28)</sup>。今回の結果はこれらの特性を加味して解釈する必要がある。また、サンプル数が少ないことにより、層別化後の検出力が小さいことも限界であり、さらに規模の大きな調査が必要である。

現在、わが国は、在宅介護推進を政策として推進しているが、欧米諸国のように、国レベルの公的な介護者の実態調査や介護者への直接支援は実施されていない。今後、在宅介護を進めるには、より大規模な介護者調査および交絡要因などを検討した疫学的分析が推進され、さらに、それに基づく適切な介護者支援政策が整備されることが重要であると考えられる。

## 謝辞

本調査は、つくば市高齢福祉課と筑波大学の連携により実施された。つくば市の皆さまのご協力に感謝申し上げます。本研究は、厚生労働科学研究費補助金（H27-政策-戦略-012）の助成を受けたものである。

## 文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ。平成26年版厚生労働白書資料編 10高齢者保健福祉。(http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14-2/dl/10.pdf) 2015.4.20.
- 2) 厚生労働省ホームページ。平成22年国民生活基礎調査の概況。(http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/4-3.html) 2015.4.23.
- 3) 新井光吉。アメリカの介護者支援-PACEによる地域包括ケア拡大の可能性-。海外社会保障研究 2013; 184: 30-41.
- 4) 木下康仁。オーストラリアのケアラー（介護者）支援。海外社会保障研究 2013; 184: 57-70.
- 5) 齋藤香里。ドイツの介護者支援。海外社会保障研究 2013; 184: 16-29.
- 6) 金貞任。韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護支援の現状。海外社会保障研究 2013; 184: 42-56.
- 7) GOV.UK. Department of Health. Factsheet8. (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\_data/file/366089/Factsheet\_8\_-\_Carers.pdf) 2015.4.20.
- 8) Tamiya N, Yano E, Yamaoka K. Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. Int. J Quality in Health Care 2002; 14(4): 295-303.
- 9) 石川利江, 井上都之, 岸太一, 他。在宅介護者の介護状況, ソーシャルサポートおよび介護バーンアウト-要介護高齢者との続柄に基づく比較検討-。健康心理学研究 2003; 16(1): 43-53.
- 10) 佐藤敏子, 清水裕子。女性介護者の蓄積的疲労徴候の実態と介護継続関連要因 嫁・妻・娘の検討。日本在宅ケア学会誌 2005; 9(1): 46-51.
- 11) 新鞍真理子, 荒木晴美, 炭谷靖子。家族介護者の

- 続柄別に見た介護に対する意識の特徴. 老年社会科学 2008 ; 30(3) : 415-25.
- 12) Nishi A, Tamiya N, Kashiwagi M, et al. Mothers and daughters-in-law : a prospective study of informal care-giving arrangements and survival in Japan. BMC Geriatrics 2010 ; 10 : 61.
- 13) 厚生労働省ホームページ. 平成12年 介護サービス世帯調査の概況 Ⅲ主な介護者と要介護者の状況. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/setai00/kekka-3.html>) 2015.4.23.
- 14) 厚生労働省ホームページ. 平成25年 国民生活基礎調査の概況. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/dl/05.pdf>) 2015.4.23.
- 15) 韓国保健福祉家族府. 政策統計ポータルサイト. (<http://stat.mw.go.kr/>) 2015.4.23.
- 16) Nicola C, Morshed C, Rezaul H, et al. Disability among elderly rural villagers : report of a survey from Gonoshasthaya Kendra, Bangladesh. BMC Public Health 2012 ; 12 : 379.
- 17) Caring for a Yobiyose-Rojin, A Comparison of Burden on Daughters and Daughters-in-law. Journal of Gerontological Nursing 2005 ; 31(6) : 15-21.
- 18) つくば市ホームページ. つくば市高齢者福祉計画 平成24年度～26年度. ([https://www.city.tsukuba.ibaraki.jp/dbps\\_data/\\_material/\\_localhost/GyouseiKeiei/PublicComment/H23/23\\_04\\_kourei-huku-shi/23-04keikaku.pdf](https://www.city.tsukuba.ibaraki.jp/dbps_data/_material/_localhost/GyouseiKeiei/PublicComment/H23/23_04_kourei-huku-shi/23-04keikaku.pdf)) 2014.4.5.
- 19) 熊本圭吾, 荒井由美子, 上田照子, 他. 日本語版 Zarit介護負担尺度短縮版 (J-ZBI\_8) の交差妥当性の検討. 日老医誌 2004 ; 41 : 204-10.
- 20) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定-老研式活動能力指標の開発-. 日本公衆衛生雑誌 1987 ; 34 : 109-14.
- 21) 一原由美子, 鈴江毅. 家族の介護負担感に影響を及ぼす要因に関する検討. 香川県立保健医療大学紀要 2008 ; 5 : 39-45.
- 22) 米花菜央, 田中千枝子, 生川善雄, 他. 介護負担感に影響を及ぼす諸要因に関する検討-介護負担感尺度を用いた研究の整理を通して-. 東海大学健康科学部紀要 2003 ; 9 : 39-50.
- 23) 東野定律, 中島望, 張英思, 他. 続柄別にみた家族介護者の介護負担感と精神的健康の関連性. 経営と情報 2010 ; 22(2) : 97-110.
- 24) Kobayashi M, Tamiya N, Kashiwagi M, et al. Factors related to positive feelings of caregivers who provide home-based long-term care for their family members in Japan. Journal of Research on Humanities and Social Science (in press), 2013 ; 3(16) : 27-36.
- 25) Tanihara S, Akashi C, Yamaguchi J, et al. Effects of family structure on risk of institutionalization of disabled older people in Japan. Australian Journal on Aging 2013.
- 26) 池田成美. 介護理由と介護のストレスの関連の分析: 首都圏における「嫁」介護と娘介護の比較. 日米女性ジャーナル 2000 ; 27 : 68-88.
- 27) Martin P, Silvia S. Spouses, Adult Children, and Children-in-law as Caregivers of Older Adults : A Meta-Analytic Comparison. Psychology and Aging 2011 ; 26(1) : 1-14.
- 28) 厚生労働省ホームページ. 介護保険事業状況報告. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m11/1102.html>) 2015.6.17.



## 全国介護レセプトを用いた経口移行者実態把握の試み

カワムラ アキラ タミヤ ナナコ イズミダ ノブユキ  
 川村 顕\*1 田宮 菜奈子\*2 泉田 信行\*3  
 ウエシマ ヒロアキ タカハシ ヒデト ノグチ ハルコ  
 植嶋 大晃\*1 高橋 秀人\*4 野口 晴子\*5

**目的** わが国では誤嚥等により経口栄養摂取が困難になった高齢者に、経皮内視鏡的胃瘻造設術等の経管栄養が用いられているが、経管栄養の是非について議論するだけでなく、経管栄養から経口摂取への程度戻るかについても議論することが求められる。しかし、経口への移行の程度を把握する試みは、アンケート等により一部では行われているものの、全国レベルでは行われていない。そこで本研究では、全国介護レセプト個票データを用いて経口への移行の実態把握を可能な範囲で試みるとともに、その限界について考察することにした。

**方法** 本研究で用いるデータは、レセプト審査年月が2006年5月～2014年4月の全国介護レセプト個票である。介護レセプトデータのうち、受給者台帳ファイルと明細情報ファイルを用い、経口移行加算の利用状況を、介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護療養型医療施設（介護療養）別に、記述統計によって示した。

**結果** 経口移行加算者数は、老健と介護療養が同程度に多かったが、入所者に占める経口移行加算者の割合（以下、加算者割合）では介護療養（1.016%）が老健（0.274%）や特養（0.087%）に比べ多かった。加算者割合の経時推移では、3施設すべてで加算者割合の低下が確認できたが、観察期末の加算者割合を期首で除すると、老健が特養や介護療養より高かった。都道府県別の加算者割合では、各施設種類で大きなばらつきがみられた。

**結論** 施設種類によって経口移行加算の利用にばらつきがあること、地域間の利用にも大きな違いがあることが確認できた。ただし、経口移行者の実態により近い記述をするためには、医療レセプトと介護レセプトとの突合が必要である。

**キーワード** 全国介護レセプト、経口移行加算、経管栄養、医療レセプト

### I 緒言

わが国では誤嚥等により経口栄養摂取が困難になった高齢者に、経皮内視鏡的胃瘻造設術（Percutaneous Endoscopic Gastrostomy, 以下、PEG）等の経管栄養が用いられている<sup>1)</sup>。わが国におけるPEGの正確な件数については不明であるが、近年は毎年10万人前後の新規造設がある<sup>2)4)</sup>と報告され、PEG等の経管栄養摂取

に否定的な欧米の状況より多いと考えられる<sup>5)6)</sup>。欧米で経管栄養が少ない一因としては、生命予後の改善が明らかでないことが挙げられる<sup>7)10)</sup>。それに対し、日本人のPEG造設後の生命予後は、欧米に比べてよいことが示されてきた<sup>11)12)</sup>。

ただし、欧米に比べてわが国で予後が良好である背景として、人種などの元来の身体的特徴や医療技術の違いだけでなく、社会的、経済的、

\*1 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野研究員 \*2 同教授

\*3 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部長

\*4 福島県立医科大学医学部放射線医学県民健康管理センター教授 \*5 早稲田大学政治経済学術院教授

文化的背景の違いにより、PEG造設が適応となる対象者の属性が欧米に比してより軽度である可能性を考慮しなければならない。PEG造設の是非について議論する際には、その造設の実態とともに、いったんPEGを造設した後に経口摂取へどの程度戻るかの把握が重要である。しかし、PEGを含む経管栄養の実態や経口移行の程度を把握する試みは、アンケート等により一部で行われているものの<sup>13)14)</sup>、全国レベルでは行われていない。

そこで本研究は、全国介護レセプト個票データにおける「経口移行加算」の集計を用いて、経管栄養の経口移行の実態把握を可能な範囲で試みるとともに、その限界について考察することを目的とした。「経口移行加算」は、医師の指示に基づき、現に経管により食事を摂取している入所者に対し、経口移行計画を作成した上で、経口による食事の摂取を進めるための栄養管理を行った場合、原則、最大180日間を算定できる。本研究では、この加算利用の実態把握を、介護老人福祉施設（以下、特養）、介護老人保健施設（以下、老健）、介護療養型医療施設（以下、介護療養）の介護3施設別に行った。

## Ⅱ 方 法

### (1) 使用データについて

本研究で用いたデータは、審査年月が2006年5月～2014年4月の全国介護レセプト個票であった。本データは、統計法33条の規定による承認に基づき、厚生労働省統計情報部より提供を受けた。本データに収載されている市町村数は、全1,742区市町村中1,630区市町村(93.6%)であった(2014年3月31日現在)。なお、観察期間中は経口移行加算の単位数に変更はなかった(1日につき28単位)。

本研究では、介護レセプトデータのうち、加算等の情報が記載されている明細情報(D1)および受給者台帳(M)を用いた。経口移行加算は介護施設サービスの加算であるので、①介護3施設(特養、老健、介護療養)のレコードを抽出、②各個人の保険者番号、被保険者番号、

審査年月を用いて受給者台帳と明細情報を突合し、受給者台帳のみ、あるいは明細情報のみに存在するレコードを除外、③サービス提供年月2006年4月～2014年3月以外のレコードを除外、というプロセスでデータセットを作成した。

### (2) 加算者割合の算出

上記により、同一年月における介護施設入所者100人当たりの経口移行加算者数(以下、加算者割合)を算出した。本来は、PEGを始めとした経管栄養摂取者に対する経口移行者の割合が重要であるが、それは、現在の介護レセプトでは把握できない。そこで本研究では、介護施設入所者数を分母として用いた割合を算出した。

### (3) 分析

第1に、上記データセットを以下のように全国単位で集計した。①経口移行加算者数を年齢階級別・要介護度別・施設種類別に集計した。②介護施設入所者数を年齢階級別・要介護度別・施設種類別に集計した。③加算者割合を年齢階級別・要介護度別・施設種類別に集計した。④加算者割合を性別・施設種類別に月単位で集計した。

第2に、上記データセットを以下のように都道府県単位で集計した。⑤加算者割合を性別で集計した。⑥加算者割合を施設種類別に集計した。

### (4) 倫理的配慮

本研究で用いる二次利用データを筆者らが受領する以前に、データからは住所や氏名等の個人を特定できる情報が削除されているため、個人情報保護されている。また、本研究は筑波大学医学医療系倫理委員会の承認(通知番号:第1009号2015年10月1日)を受けた。

## Ⅲ 結 果

### (1) 全国集計データ

#### 1) 経口移行加算者数

年齢階級別、要介護度別の経口移行加算者数、介護施設入所者数、加算者割合を、表1に示し

表1 経口移行加算者数・介護施設入所者数・加算者割合

		3施設合計																				
		経口移行加算者数(件)					介護施設入所者数(件)										加算者割合(%)					
		合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	経過的要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	172 738	174	903	4 637	27 804	139 218	68 225 566	3	7 919	46 766	3 690 881	8 049 901	14 711 549	20 542 242	21 176 305	0.253	0.005	0.011	0.032	0.135	0.657	
64歳以下	6 906	1	32	159	785	5 929	1 274 893	-	121	818	68 718	161 806	273 243	338 682	431 505	0.542	0.001	0.020	0.058	0.232	1.374	
65~69歳	6 694	11	35	174	1 015	5 459	1 708 445	-	253	1 089	98 876	216 988	379 958	475 111	536 170	0.392	0.011	0.016	0.046	0.214	1.018	
70~74	13 485	5	62	250	2 177	10 991	3 816 618	-	690	3 203	215 237	460 673	840 027	1 101 846	1 194 942	0.353	0.002	0.013	0.030	0.198	0.920	
75~79	25 404	23	118	686	4 293	20 284	7 942 079	-	1 262	5 812	447 866	920 075	1 721 051	2 333 397	2 512 616	0.320	0.005	0.013	0.040	0.184	0.807	
80~84	38 350	36	251	1 137	5 929	30 997	13 727 406	2	2 166	10 312	801 905	1 643 353	2 972 503	4 039 040	4 258 125	0.279	0.004	0.015	0.038	0.147	0.728	
85~89	43 070	35	192	1 262	7 025	34 556	17 363 775	1	1 958	13 126	1 013 998	2 139 914	3 800 527	5 151 025	5 243 226	0.248	0.003	0.009	0.033	0.136	0.659	
90~94	27 825	41	167	755	4 668	22 194	14 296 736	-	1 073	9 084	743 293	1 703 624	3 098 687	4 413 690	4 327 285	0.195	0.006	0.010	0.024	0.106	0.513	
95~99	9 594	14	44	198	1 669	7 669	6 679 380	-	346	2 992	268 219	694 672	1 371 082	2 194 290	2 147 779	0.144	0.005	0.006	0.014	0.076	0.357	
100歳以上	1 408	8	2	16	243	1 139	1 416 254	-	50	330	32 769	108 796	254 491	495 161	524 657	0.099	0.024	0.002	0.006	0.049	0.217	

		介護老人福祉施設(特養)																				
		経口移行加算者数(件)					介護施設入所者数(件)										加算者割合(%)					
		合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	経過的要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	30 121	15	96	807	4 812	24 391	34 517 962	-	3 806	23 541	1 157 005	3 110 963	7 153 404	11 260 416	11 808 827	0.087	0.001	0.003	0.011	0.043	0.207	
64歳以下	4 462	-	-	6	31	425	430 494	-	50	350	14 367	41 531	86 050	126 320	161 826	0.107	-	-	0.007	0.025	0.263	
65~69歳	1 031	-	4	45	239	743	727 116	-	117	348	27 082	74 208	159 784	218 207	247 370	0.142	-	0.005	0.028	0.110	0.300	
70~74	2 154	-	19	31	386	1 718	1 825 871	-	383	1 818	74 216	186 207	391 844	562 657	608 746	0.118	-	0.010	0.008	0.069	0.282	
75~79	4 261	4	5	99	697	3 456	3 904 431	-	610	3 186	151 939	382 846	808 723	1 228 263	1 348 864	0.109	0.003	0.001	0.012	0.057	0.256	
80~84	6 754	-	29	142	989	5 594	6 775 327	-	995	4 957	245 743	616 331	1 405 733	2 156 244	2 345 324	0.100	-	0.005	0.010	0.046	0.239	
85~89	7 690	-	4	276	1 216	6 194	8 815 157	-	918	6 321	306 838	812 081	1 853 465	2 848 043	2 987 491	0.087	-	0.000	0.015	0.043	0.207	
90~94	5 796	1	20	172	919	4 288	5 142 168	-	508	4 777	232 441	678 623	1 586 692	2 530 090	2 519 037	0.077	0.000	0.003	0.011	0.036	0.186	
95~99	1 778	3	15	31	313	1 416	3 680 920	-	192	1 598	92 238	291 596	723 856	1 296 011	1 275 429	0.048	0.003	0.005	0.004	0.024	0.111	
100歳以上	195	7	-	5	22	161	806 478	-	33	186	12 141	47 540	137 257	294 581	314 740	0.024	0.058	-	0.004	0.007	0.051	

		介護療養型医療施設(老健)																				
		経口移行加算者数(件)					介護施設入所者数(件)										加算者割合(%)					
		合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	経過的要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	70 303	140	633	2 692	13 286	53 552	25 662 476	3	3 937	22 180	2 401 940	4 591 738	6 621 151	6 978 025	5 043 502	0.274	0.006	0.014	0.041	0.190	1.062	
64歳以下	2 937	1	16	126	402	2 392	606 705	-	71	442	51 192	111 395	161 982	155 442	126 181	0.484	0.002	0.014	0.078	0.259	1.896	
65~69歳	2 412	11	28	88	442	1 843	725 124	-	136	710	68 001	132 279	192 602	188 716	142 680	0.333	0.016	0.021	0.046	0.234	1.292	
70~74	4 825	5	31	166	923	3 700	1 481 709	-	290	1 329	133 624	253 984	391 698	402 844	297 940	0.326	0.004	0.012	0.042	0.229	1.242	
75~79	10 456	17	84	408	2 094	7 853	3 053 875	-	607	2 421	280 292	518 315	800 253	832 827	619 180	0.342	0.006	0.016	0.051	0.251	1.268	
80~84	16 188	35	168	635	2 864	12 486	5 355 585	2	1 119	5 085	528 208	957 529	1 380 485	1 435 248	1 047 909	0.302	0.007	0.018	0.046	0.200	1.192	
85~89	18 248	29	168	710	3 448	13 891	6 623 944	1	999	6 528	670 700	1 236 151	1 714 656	1 749 442	1 245 467	0.275	0.004	0.014	0.041	0.197	1.115	
90~94	11 199	40	114	442	2 305	8 298	5 149 315	-	552	4 187	484 235	952 056	1 318 903	1 406 935	982 447	0.217	0.008	0.012	0.034	0.164	0.845	
95~99	3 485	2	22	109	702	2 650	2 227 763	-	146	1 341	166 314	373 417	559 186	680 367	466 992	0.156	0.001	0.006	0.019	0.106	0.567	
100歳以上	555	-	2	8	106	439	438 456	-	17	137	19 374	56 612	101 386	146 204	114 726	0.127	-	0.004	0.008	0.073	0.383	

		介護療養型医療施設(介護療養)																				
		経口移行加算者数(件)					介護施設入所者数(件)										加算者割合(%)					
		合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	経過的要支援	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
合計	72 312	19	174	1 138	9 706	61 275	7 118 955	-	174	992	98 041	248 687	717 108	1 995 836	4 058 117	1.016	0.019	0.070	0.159	0.488	1.510	
64歳以下	3 507	-	16	27	352	3 112	225 995	-	-	26	2 816	7 707	22 902	53 821	138 723	1.552	-	0.208	0.118	0.654	2.243	
65~69歳	3 251	-	3	41	334	2 873	238 754	-	-	31	3 237	8 519	23 931	63 090	139 946	1.362	-	0.035	0.171	0.529	2.053	
70~74	6 506	-	12	53	888	5 573	469 255	-	16	56	6 097	16 341	47 234	124 310	275 201	1.386	-	0.073	0.112	0.698	2.025	
75~79	10 687	2	29	179	1 502	8 975	889 479	-	45	199	12 538	29 611	90 393	241 399	515 294	1.201	0.016	0.098	0.198	0.622	1.742	
80~84	15 408	1	54	380	2 076	12 917	1 403 839	-	52	262	20 361	49 421	141 741	385 052	806 950	1.098	0.005	0.109	0.254	0.539	1.601	
85~89	17 134	6	20	276	2 361	14 471	1 665 433	-	40	253	26 010	62 396	169 838	468 483	938 413	1.029	0.023	0.032	0.163	0.504	1.542	
90~94	10 830	-	33	141	1 444	9 212	1 388 078	-	13	105	19 158	50 068	142 322	405 210	771 202	0.780	-	0.066	0.099	0.356	1.194	
95~99	4 331	9	7	58	654	3 603	683 030	-	8	53	6 960	21 180	66 110	206 370	382 349	0.634	0.129	0.033	0.088	0.317	0.942	
100歳以上	658	1	-	3	115	539	155 092	-	-	7	864	3 444	12 637	48 101	90 039	0.424	0.116	-	0.024	0.239	0.599	

た。ただし、月単位のデータである介護レセプトを観察対象期間（96カ月）で集計したので、経口移行加算者数および介護施設入所者数については96カ月間の延べ人数であることに注意が必要である。まず経口移行加算者数についてみると、対象期間における3施設合計・男女計では172,736件であったが、特養で30,121件、老健で70,303件、介護療養で72,312件となっていた。年齢階級別では、85～89歳で43,070件と最も多くなっていた。要介護度別に確認すると、要介護5が最も多く、139,218件（全利用件数の約80.6%）であった。要介護4の27,804件（約16.1%）と合わせると96.7%となった。

図1は年齢階級ごとの、図2は要介護度ごとの経口移行加算者数を、性と施設種類で分類して示した。図1で全年齢階級利用者を性別に集計すると、女性の利用者が男性の約3倍となっていた。また、75歳以降から年齢階級が上がるにつれて加算者数の男女差が大きくなっていた。図2では、性と施設種類で分類しても、経口移行加算者の多くは要介護5であることがわかった。

2) 介護施設入所者数

表1から、対象期間における介護施設入所者数は、3施設合計・男女計で68,225,566件であった。3施設別の内訳をみると、特養で34,517,962件、老健で25,662,476件、介護療養で7,118,955件であったことから、特養が最も

多く、介護療養は他の2施設に比べると1桁小さい利用であった。

3) 加算者割合

1), 2) を用いて加算者割合を算出すると、3施設合計・男女計における加算者割合は0.253%であった。要介護度別の分布をみると、3施設合計・男女計で、要介護1の0.005%から要介護5の0.657%まで増加した。年齢階級別に確認すると、年齢階級の上昇に伴って加算者割合が減少していた。特に、要介護5での減少の程度は64歳以下の1.374%から100歳以上の0.217%まで、他の要介護度に比べて最も大きかった。

3施設それぞれの加算者割合は、特養が0.087%、老健が0.274%、介護療養が1.016%、要介護5にのみ着目すると、特養が0.207%、老健が1.062%、介護療養が1.510%であった。

4) 時系列推移

3施設における加算者割合を、利用月ごとにプロットしたものが図3である。この図では、3施設それぞれについて、男性、女性の加算者割合を示した。

3施設の中では、介護療養の加算者割合が最も高い水準で推移した。老健がそれに続き、特養が最も低い水準で推移した。男性についてみると、介護療養については、2006年4月には2.174%であった加算者割合はおおむね減少を続け、2014年3月には0.660%と、約30%ま

図1 年齢階級別経口移行加算者数

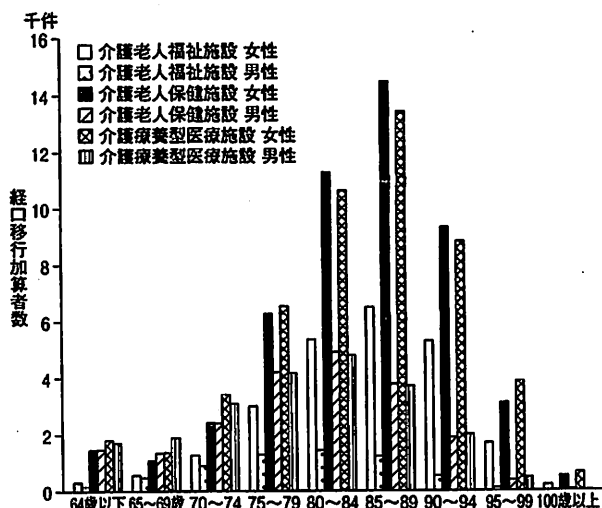
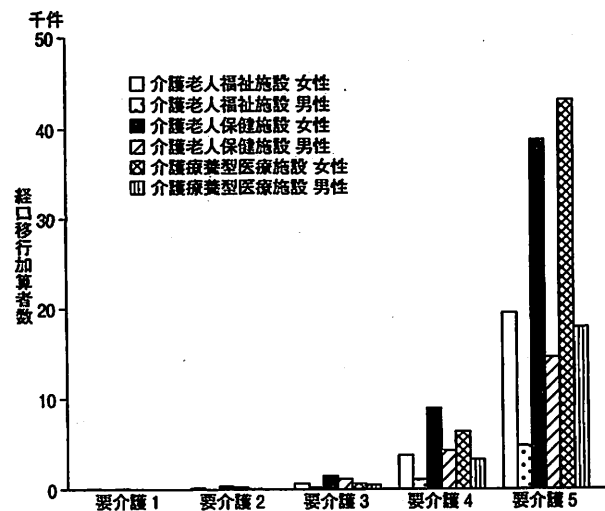


図2 要介護度別経口移行加算者数



で減少した。老健についても、定性的な傾向は介護療養に類似しており、2006年度から2007年度にかけて大きく減少、期間後半も漸減傾向であった。ただし、2006年4月の老健における男性の加算者割合が0.406%、2014年3月は0.263%であり、観察期間当初からの減少は65%であった。特養における男性も同様の減少傾向であり、2006年4月に0.167%であったものが、2014年3月には0.062%となり、約38%の減少であった。

男女別については、経口移行加算者数の場合と異なり、老健、介護療養においてはほぼすべての期間において、男性の方が女性より加算者割合が高かった一方、特養については他の2施設ほど男女の違いがあるとはいえなかった。

(2) 都道府県別集計データ

都道府県別の加算者割合を、男女計で高い値の順に並べたグラフが図4である。男女計において最も高い加算者割合を示したのは福井県(0.59%)、最も低いのは島根県(0.074%)であり、その格差は7.97倍であった。男女差については、男性の方が女性よりもおおむね高い加算者割合であった。加算者割合の男女差に違いがない、あるいは女性の方が男性より加算者割合が高い都道府県はグラフの右方(低い加算者割合)に集まっていた。

都道府県別・施設別の加算者割合を、介護療養で降順に図示したグラフが図5である。この図から、介護療養における加算者割合が他の2施設よりおおむね大きかった。また、介護療養

図3 施設種類別・性別・加算者割合の推移

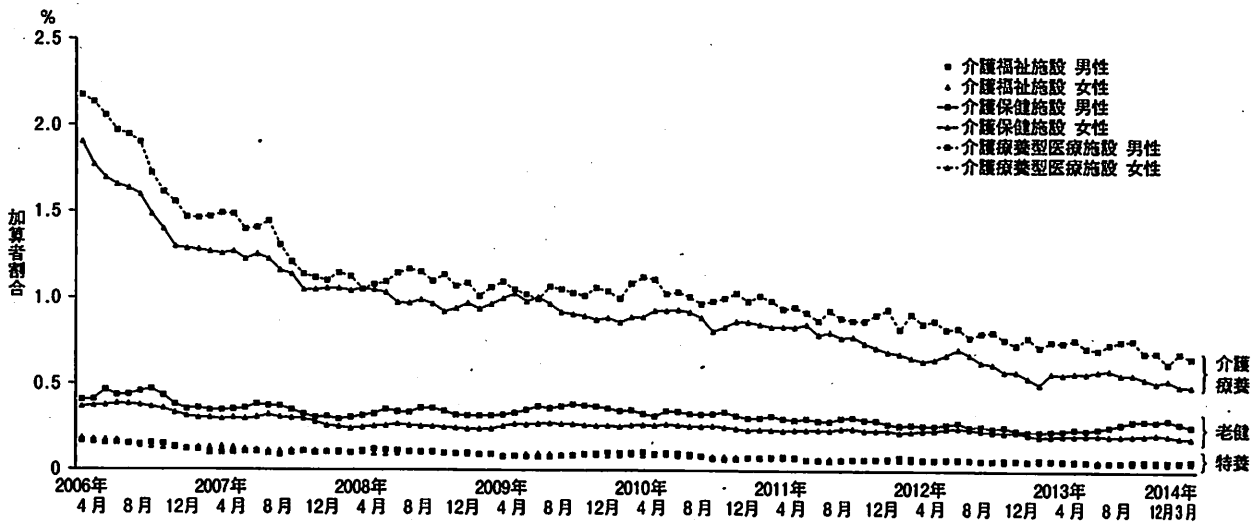


図4 都道府県別・性別・加算者割合

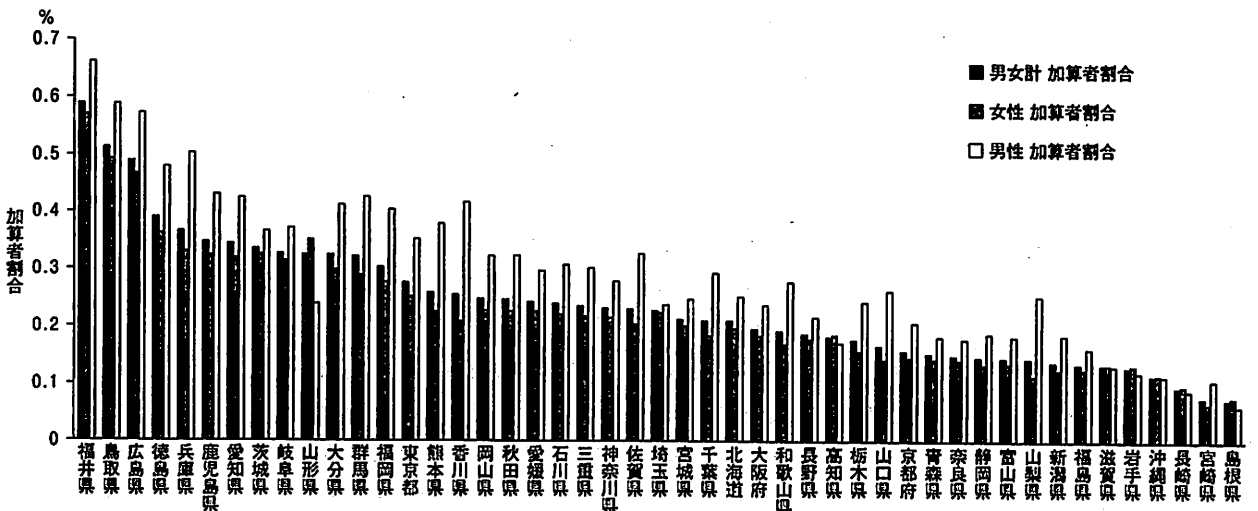
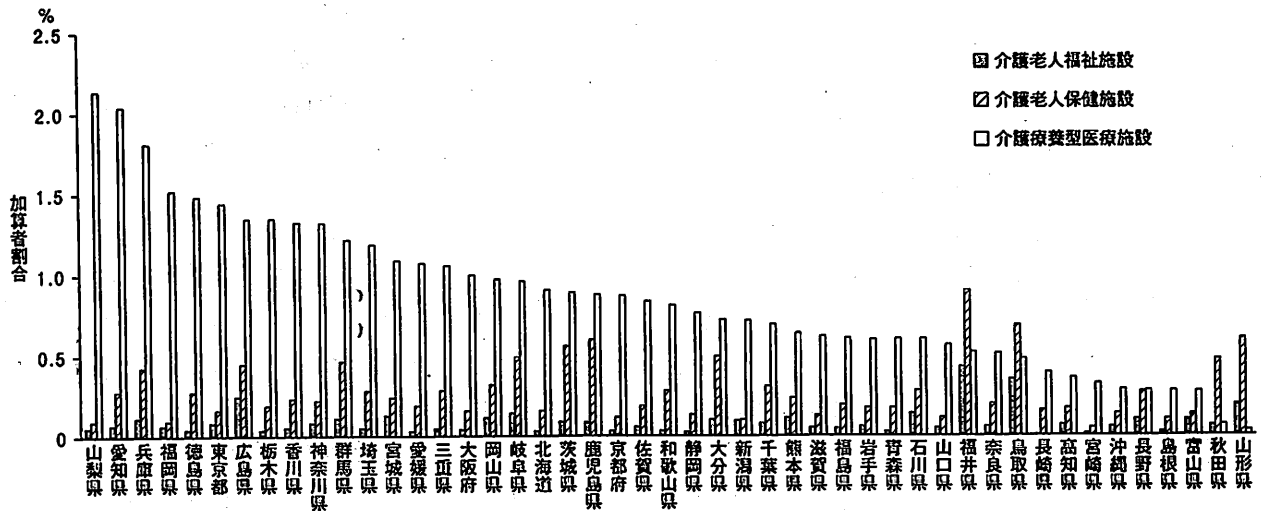


図5 都道府県別・施設種類別・加算者割合



でも最も高い加算者割合は山梨県 (2.14%)、最も低いのは山形県 (0.03%) であり、格差は 71.3倍であった。

#### Ⅳ 考 察

##### (1) 全国集計

本研究では、経口移行加算者の介護施設入所者に占める割合を算出したが、経管栄養摂取者数がわからないため、その多寡については議論することはできない。ただ、参考として、PEG造設の入所者に占める割合が老健で7.2%であったという報告<sup>1)</sup>を用い、老健の加算者割合が0.274%であるという本研究の結果とを合わせて計算すると、PEG造設者に占める経口移行加算者の割合は、 $0.274\% / 7.2\% = \text{約}3.8\%$ となる。医療経済研究機構の報告では、PEG造設時における将来の経口移行の可能性に関する医師の見通しについて、「経口摂取に戻る可能性があった」患者が24.3%、そのうち、23.8%が摂食・嚥下訓練の実施を「実施しない・予定がない」状況であった<sup>14)</sup>。つまり、経口摂取に戻る可能性があり、かつ、摂食・嚥下訓練を実施／予定していたものは、PEG造設患者のうちおよそ18.5% ( $24.3\% \times (100 - 23.8)\%$ ) である。これと比較すると、経口移行加算者が3.8%というのはかなり少ない。ただし、18.5%という数値は病院を対象としたアンケートから得ら

れており、病院での胃瘻造設患者と老健での経口移行加算者とは本人の健康状態や職員体制等が異なる可能性があることには注意が必要である。また、老健において実際に経口移行の試みが少ないのか、経口移行サービスを提供したにもかかわらず加算申請しなかったケースが多いのかは不明である。後者の問題点については、「(4) 本研究の限界と今後の課題」にて考察する。

##### (2) 時系列推移

経時的には、加算者割合が減少していた。この理由としては、経口移行加算者数の減少、PEG等経管栄養者数の減少の両方が考えられる。本研究のデータでは、前述のように、入所者のうち何人が経管栄養摂取者であるかが不明であるため、加算者割合減少の解釈は保留せざるを得ない。また、3施設の中でも、介護療養の加算者割合が比較的大きく減少していたことについても、単純に加算利用者が減っているのか、介護療養の減少によって(潜在的)経口移行加算者が老健等に移っているのかが不明であることに注意が必要である。

##### (3) 都道府県別集計

都道府県別加算者割合から、全体的に地域差が大きいことが明らかとなった。ただし、ある地域で加算者割合が高いのは、経口移行への取

り組みの熱心さの違いなのか、経管栄養導入件数が多い結果、経口移行加算者数が多くなったことによるものなのかは識別できないことに留意する必要がある。

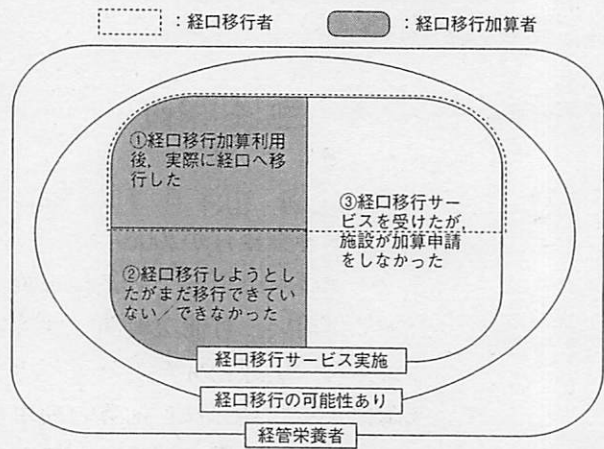
なお、加算者割合の男女差についても上記と同様に、PEG導入自体男性が多いこと、経口移行への取り組みが男性に多いことの両方が考えられる。脳血管障害などの原因疾患における有病率が男性の方が多くことや、PEG導入や経口移行加算における家族の姿勢（男性は配偶者が意思決定をするが、女性は配偶者がいないことがより多い）などの要因が、男女差自体、また、男女の地域差を生んでいる可能性がある。

施設種類別については、福井県、鳥取県、秋田県、山形県のように、老健が多い都道府県では介護療養が比較的少ないため、介護療養の減少を老健が代替しているように見える都道府県もある。上述したように、介護療養の減少により代替的に老健での加算者割合が増加した可能性もあるが、両者の相関係数を算出すると、統計的に有意ではなかったこと（相関係数：-0.079, P値：0.596）から、全国的には関係があるとはいえない。

#### (4) 本研究の限界と今後の課題

本研究で使用したデータの特性から、経口移行の実態を把握するにはいくつかの限界がある。これを図6の経口移行加算の概念図から考察する。グレーのエリアは経口移行加算者を、点線で囲まれたエリアは実際に経口移行した者を示す。緒言にて経口移行加算の要件に触れたとおり、加算を得るには移行を完了する必要はなく、計画に基づき移行を進めればよいものであるため、経口移行加算者には、実際に経口移行できたものの他に、②「経口移行しようとしたがまだ移行できていない／できなかった」ものが含まれる。この点では、経口移行加算者数は実際に経口移行したものの数より多くなっている。他方、経口移行加算者には、③「経口移行サービスを受けたが、施設が加算申請をしなかった」<sup>13)</sup>場合は含まれず、それらの数も不明である。したがって、経口移行加算者数は③の分だ

図6 経口移行加算の概念図



け、経口移行者数を取りこぼしていることになる。以上より、通常、経口移行加算者数は経口移行者数と一致せず、経口移行の実態把握が容易でないことがわかる。

経口移行加算者数が経口摂取移行の実態に合わない理由として、サービス提供の負担と比べて加算単位数が多くない可能性が挙げられる。この場合、負担の程度に合わせて単位数の設定をよりきめ細やかにしたり、経管栄養摂取終了に対する加算を介護保険にも新設することで、加算者数が経口移行の実態により近づくものと考えられるが、一方で請求手続きがますます複雑化し、施設の負担が増加する。また、前述したように、請求手続きの労力を避けるため、経口移行サービスを利用者に提供しても加算をレセプトに計上しない可能性もある。請求手続きの負担緩和の方法として、診療報酬における医師事務作業補助体制加算と同様の加算を介護報酬においても新設すれば、③の問題が縮小し、加算者数が経口移行の実態に近づくかもしれない。

今後の課題としては、まず経管栄養摂取者の実態を明らかにするために、医療レセプトと介護レセプトを突合したデータを用いる必要があることが挙げられる。それにより、経管栄養摂取者に占める経口移行加算者の割合を算出できるようになる。また、医療レセプトから医療施設側での経口移行の状況や経管栄養を終えたかどうかの情報も明らかにできうるので、経口移行の実態により近づけた記述とすることが可能

となる。ただし、全国レベルの医療レセプト分析は現在では不可能であり、地域レベルにとどまる。

## V 結 語

本研究は、レセプト審査年月が2006年5月から2014年4月の全国介護レセプトデータに記載された経口移行加算を用い、可能な範囲で経管栄養摂取者の経口移行の実態把握を試みた。その結果、施設種類によって経口移行加算の利用にばらつきがあること、地域間の利用にも格差があることが確認できた。ただし、本研究の結果だけで実態を解釈するには限界があるため、今後は医療レセプトと突合したデータによる検証が必要である。

## 謝辞

本稿の執筆にあたり、南大和老人保健施設さくらぶらざのスタッフの皆様から、現場の視点から有益なアドバイスをいただいた。また、筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野の皆様には、多くの助言を受けた。ここに記して感謝申し上げる。なお、本研究は厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「地域包括ケア実現のためのヘルスサービスリサーチ-二次データ活用システム構築による多角的エビデンス創出拠点」（研究代表者：田宮菜奈子、課題番号：H27-政策-戦略-012）の助成によって行われた。

## 文 献

- 1) 社団法人全日本病院協会. 平成22年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）PEG造設高齢者の実態把握及び介護施設・住宅における管理等のあり方の調査研究報告書. 2011
- 2) 特定非営利活動法人PEGドクターズネットワーク. 平成22年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）認知症患者の胃ろうガイドラインの作成-原疾患、重症度別の適応・不適応、見直し、中止に関する調査研究-調査研究事業報告書. 2011.
- 3) 厚生労働省. 中央社会保険医療協議会総会（第264回）議事次第「個別事項（その6：明細書の発行、技術的事項）について」（[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Ho\\_kenkyoku-Iryouka/0000031923.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Ho_kenkyoku-Iryouka/0000031923.pdf)）2015.11.30.
- 4) Sako A, Yasunaga H, Horiguchi H, et al. Prevalence and in-hospital mortality of gastrostomy and jejunostomy in Japan: a retrospective study with a national administrative database. *Gastrointestinal Endoscopy* 2014; 80(1): 88-96.
- 5) 会田薫子. 認知症の終末期と胃瘻栄養法-PEGの施行要因分析と価値判断を経た代替法の提案-. 勇美記念財団2009年度在宅医療助成一般公募（前期）報告書. 2010.
- 6) 池上直己, 油谷由美子, 石井剛, 他. 要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書. 医療経済研究機構, 2002.
- 7) Grant JP. Comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy with Stamm gastrostomy. *Annals of Surgery* 1988; 207(5): 598-603.
- 8) Rebeck L, Wray NP, Peterson NJ. Long-term outcomes of patients receiving percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *Journal of General Internal Medicine* 1996; 11(5): 287-93.
- 9) Sanders DS, Carter MJ, D'Silva. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. *The American Journal of Gastroenterology* 2000; 95: 1472-5.
- 10) Cervo FA, Bryan L, Farber S. To PEG or not to PEG: a review of evidence for placing feeding tube in advanced dementia and the decision-making process. *Geriatrics* 2006; 61: 30-5.
- 11) Suzuki Y, Tamez S, Murakami A, et al. Survival of geriatric patients after percutaneous endoscopic gastrostomy in Japan. *World Journal of Gastroenterology* 2010; 16(40): 5084-91.
- 12) Suzuki Y, Urashima M, Izumi M, et al. The Effects of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy on Quality of Life in Patients With Dementia. *Gastroenterology research* 2012; 5(1): 10-20.
- 13) みずほ情報総研株式会社. 平成24年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）施設入所者に対する栄養ケアマネジメントにおける効果的な経口摂取の支援のあり方に関する調査研究事業報告書. 2013.
- 14) 一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構. 平成24年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究事業報告書. 2013.