

## 介護保険下における痴呆性老人を抱える家族の 介護負担と介護サービス評価について

保坂恵美子<sup>1,2,3)</sup>・松尾誠治郎<sup>1)</sup>・佐藤祐一<sup>3)</sup>  
佐藤亜紀<sup>2)</sup>・大西 良<sup>2)</sup>

### Care-burden and Care Services' Evaluation of the Family Taking Care of the Aged with Dementia Under the Care Insurance System

Emiko HOSAKA<sup>1,2,3)</sup>, Seijirō MATSUO<sup>1)</sup>, Yuichi SATO<sup>3)</sup>, Aki SATO<sup>2)</sup>  
and Ryō ŌNISHI<sup>2)</sup>

【要約】本稿は介護保険施行時(2000年4月)から問題とされている、痴呆性老人に対する介護判定は低いという指摘に対して、痴呆性老人の介護判定は現在でも低く抑えられているのかどうか、介護判定と認知能力(または痴呆症状)、ADLの判定は、調査する人、調査時期の違いによって大きく変化するのかどうかについての追跡調査を行ったものである。また、介護保険の目的は家族の介護負担の軽減におかれているが、この目的がどの程度達成されているのかという観点から、介護者の介護負担感・介護サービス評価について検討している。さらに、痴呆性老人を抱える家族の介護負担の軽減にはどのような介護サービスが必要になるのかという観点から、介護者の介護サービスに対する評価を分析している。

分析結果によると、痴呆性老人の要介護度は、当初予想したほどには必ずしも低いとはいえないこと、しかし、どのような変数が介護判定により大きな影響を及ぼしているのかという観点からは、痴呆性老人へのアプローチには、認知機能障害に関する情報をもっと取り入れる必要があるのに対して、現行の介護判定はADL群へと傾斜しており、痴呆性老人の要介護度が十分反映されているとはいいたことが確認された。また、介護判定は調査者や調査時期の違いによって大きく変化するのかという疑問については、調査者や調査時期の違いによって大きく変化するのはADL群の判定であり、「認知機能群」ではないことが明らかにされている。

次に、どのような変数が介護者の負担感に影響を及ぼすのかという疑問については、介護者の介護実感(介護不満感)と「生活の困りごと」を合わせた15項目の因子分析を実施し、「生活時間制約因子」「家族の介護負担因子」「介護支援因子」の3つの因子を析出した。さらに、これらの因子群の相関分析を通じて、痴呆性老人を抱える家族の介護負担が必ずしも軽減されているわけではない現状が確認できた。介護者の介護サービス評価については、ケアマネジャーに対する不満度の強さやデイサービス、ショートステイなどとともに、痴呆対応型施設への不満度の強いことが確認された。また、介護サービス利用に伴う「介護負担の軽減」には、「介護不満の軽減」→「介護不安の軽減」→「時間拘束の軽減」→「家事制約の解消」→「精神的負担の軽減」という関連図式が成り立つこと、従って、介護者の「介護負担の軽減」には、専門家等による介護不満や介護不安の解消など精神的な支援とともに、デイサービスやショートステイ、グループホームなど「時間拘束の軽減」につながる介護支援体制が必要になると結論できる。

【キーワード】aged with dementia, care-burden, care services' evaluation, care insurance

<sup>1)</sup>久留米大学文学部社会福祉学科

<sup>2)</sup>久留米大学大学院比較文化研究科

<sup>3)</sup>久留米大学比較文化研究所

<sup>1)</sup>Department of Social-Welfare, Kurume University School of Literature

<sup>2)</sup>Department of Comparative Studies of International Culture and Societies Kurume University

<sup>3)</sup>Laboratory of Comparative Studies of International Culture and Societies Kurume University

## はじめに

西暦2000年4月の介護保険の施行によって、要介護高齢者に対する在宅ケアのシステムづくりは促進されつつあるものの、痴呆性老人の在宅介護環境には依然として検討すべき課題が多い。

その第1は、介護保険の施行時から問題ありとされている痴呆性老人に対する介護保険の要介護度(介護判定)が低いという問題である。この点については、これまでにも改善される方向にあるが、「訪問調査を行う人の痴呆に対する理解などによって、要介護判定の結果が異なることがある。また、痴呆性高齢者の要介護認定が軽く出がちである」<sup>1)2)</sup>という。こうした指摘をふまえながら、痴呆性老人の介護判定は、現在でも低く抑えられているのかどうか、介護判定と認知能力または痴呆症状、ADL(日常生活行動)の要介護認定は、調査する人、調査時期の違いによって、大きく変化しているのかどうかについて検討する。

第2の課題は、家族の介護負担を減らすという介護保険の所期の目的をふまえながら、介護保険の施行から3年目に、この目的がどの程度達成されているのかを検討することである。国民の9割が介護不安を持つ<sup>3)</sup>なかで制定された介護保険は、利用者からどのような評価を受けているのであろうか。特に、介護保険制度の下では低い介護判定になりがちといわれる痴呆性老人を抱える家族の介護負担を通じて、どこにどのような問題があるのかを明らかにすることがここでの中心課題である。

介護負担という言葉は、欧米では *burden*, *stress*, *strain* とほぼ同義に用いられており<sup>4)</sup>, Zarit らによると、身体、心理、社会生活などの面で介護者が被った被害を *burden* と定義している<sup>5)</sup>。介護負担に関する研究は、1980年代以降、わが国でも活発になっており、本間昭<sup>6)</sup>, 新名理恵<sup>7)</sup>, 朝田隆<sup>8)</sup>, 筒井孝子<sup>9)</sup>, 太田喜久子<sup>10)</sup> などによる先行研究が行われている。新名によると、潜在的ストレス(ストレスとなる可能性を持つ出来事)を、介護者が「自分にとって負担なことだ、困ったことだ、大変なことだ」と認知評価すると、この評価が負担感となり、負担感が生じることで、さまざまな心身のストレス症状が引き起こされるという<sup>7)</sup>。つまり、負

担感は極めて主観的な意識ということになる。

朝田は介護者の負担として、精神的・身体的側面とともにそれらの負担から2次的に生じる家族間の葛藤、経済問題、職業生活の放棄などの社会生活面での変化に注目している<sup>8)</sup>。いずれにしても、介護者の負担を軽減するためには、日常生活におけるどのような困りごとが介護者の負担と感じられているのかを明らかにする必要がある。これまでにも、このような介護者の負担に関する研究は行われてきているが、介護保険施行後の負担感の軽減を実測した研究は少なく、このような観点から、ここでは身体的・精神的負担感とともに、社会生活面での変化や生活見通し、介護不安など心理的・社会的介護負担に関する項目を加えた統計的調査を行う。

第3の課題は、痴呆性老人を抱える家族の介護負担の軽減には、どのような介護サービスが必要になるのかを明らかにすることである。痴呆性老人を抱える家族が直面する介護困難と感じられる出来事の一つは、痴呆性老人は集団生活になじまないという理由によって、しばしば施設や病院から在宅介護へと戻されることである。痴呆性老人の在宅介護が困難だから施設や病院で見て欲しいという家族の要望に反して、家庭内での対応が最も困難な介護問題を家族が引き受けざるを得ない現状が見出される。このような現状から、家族介護力の弱さを補完すべき公的介護サービスは、痴呆性老人の在宅介護支援に対してどの程度貢献しているのかという疑問が提起されるであろう。家族が求める在宅介護サービスとはそもそもどのようなサービスなのであろうか。以上のような疑問に対して、介護者による公的介護サービスの評価について検討することが第3の課題である。

## I 調査の概要

課題の検討に入る前に、筆者らが行った『要介護高齢者を抱える家族の介護ニーズと介護サービス評価に関する実態調査』について<sup>11)</sup>、その概要を述べておくことにする。

## (1) 調査対象と方法

調査対象者は、福岡県内の「痴呆性老人を抱える家族の会」(福岡市・北九州市・久留米市・その他)

の会員、及び同地区内の介護老人福祉施設利用者、グループホーム利用者、在宅介護支援センター利用者、訪問看護ステーション利用者で、現在老人を在宅で介護中か、または看取りを終えた家族である。調査対象地区には、福岡地区（福岡市、筑紫野市、春日市、大野城市、太宰府市、古賀市、筑紫郡、朝倉郡）、北九州地区（北九州市、中間市、宗像郡、遠賀郡）、久留米地区（久留米市、三井郡）、筑後地区（大牟田市、甘木市、浮羽郡、三潞郡）、および筑豊地区（直方市、糟屋郡、嘉穂郡、田川郡）の4地区が含まれている。

調査票配布数は全部で712票、回収数（率）は417票（58.6%）、不能は13票である。

調査方法は郵送調査と配票自記入式調査の併用による。調査時期は2002年8月1日（木）～11月30日（土）までの3ヶ月間で、集計・分析には、エクセルとSPSSを用いた。

## （2）標本特性

要介護者の54.7%が在宅介護中、26.2%が入院・入所、14.9%が看取りを終えた家族である。要介護者の性別は、男性27.0%、女性69.9%で女性の割合が高く、年齢別では74歳以下の老年前期層が18.4%、75～84歳の老年中期層が32.4%、85歳以上の老年後期層が46.8%となっている。家族形態は「一人暮らし」が9.7%、「夫婦のみ」が20.8%、「夫婦・片親と子の同居」が25.2%、「三世帯」が30.0%となっている。

主介護者の性別は、男性16.8%、女性80.0%で女性の割合が高い。主介護者の年齢は、49歳以下が13.4%、50歳代が34.4%、60歳代が31.4%、70歳代が12.6%、80歳以上が5.0%となっている。主介護者との続柄は、「息子の嫁」35.1%、「娘」29.5%、「妻」16.4%、「夫」8.7%、「息子」5.1%、「その他」3.3%、「親戚」1.8%で、嫁・娘・妻が介護者となることが多い。

## （3）その他の特徴

### ① 要介護者について

要介護者の介護判定については、「要支援」5.9%、「要介護1」14.4%、「要介護2」17.6%、「要介護3」14.4%、「要介護4」13.6%、「要介護5」25.5%、

「非該当・不明」は8.6%で、全体の約4割は「要介護4～5」の重度の要介護者である。

痴呆以外の病気「あり」は73.5%、「なし」は17.8%で、病名は高血圧（25.9%）、脳血管疾患（22.1%）、心臓病（16.9%）、骨折・整形外科（16.2%）、目の病気（16.2%）が上位5位を占めている。緊急援助者が「いる」は58.9%、「いない」は37.4%で、特に福岡市で「いない」の割合が高くなっている。痴呆の中核症状といわれる認知能力については、自立（首尾一貫理にかなった判断ができる）が18.6%、限界的自立（新しい事態に直面したときのみいくらか混乱）16.8%、中程度の障害（判断力が弱い、合図や見守りが必要）30.0%、重度の障害（判断できないか、まれにしか判断できない）27.7%で、調査対象者のほぼ6割は中度・重度の認知能力障害をもつ高齢者である。痴呆症状については「痴呆なし」25.7%、「軽度痴呆」20.3%、「中度痴呆」22.0%、「重度痴呆」25.0%で、全体の2/3は何らかの痴呆症状をもつ人々である。痴呆症状の内容については、見当識障害（45.4%）、記憶障害（43.5%）、失禁（30.9%）、幻覚妄想（24.2%）、夜間不眠（22.2%）などが上位を占めている。

### ② 主介護者について

主介護者の健康状態は、「非常によい」「まあ良い」を合わせて全体の62.6%が「良い」、「あまり良くない」「非常に悪い」を合わせて全体の34.6%が健康状態不良の介護者である。介護期間は、「1年未満」7.7%、「1～3年未満」21.5%、「3～5年未満」18.6%、「5～10年未満」28.0%、「10年以上」18.6%で、主介護者の過半数は5年以上の長期介護者となっており、介護期間の長期化とともに痴呆症状は重度化している。

主介護者の介護実感（不満感）については、「全く不満」（7.4%）と「やや不満」（38.9%）を合わせて全体の46.3%が「不満」群、「やや満足」（32.9%）と「満足」（9.4%）を合わせて全体の42.3%が「満足」群となっている。

副介護者については「いる」が69.6%、「いない」が27.0%で、主介護者のほぼ3割は副介護者の「いない」世帯となっている。また、家庭内に複数の要介護者がいる世帯は全体の21.5%で、これらの世帯の介護負担の大きいことをうかがわせている。

ホームヘルパーの利用については、「利用している」が全体の26.5%、「利用していない」が65.9%で、痴呆症状の重い割にはホームヘルパーの利用率は低い。また、その他の介護サービスの利用については、「利用している」が72.3%、「利用していない」が14.1%で、利用者の割合が高い。

家族会への入会については、「加入」は60.4%、「非加入」は39.6%で加入者の割合が高く、加入者群と非加入者群の痴呆症状を比較すると、「痴呆なし」は加入者群14.3%、非加入者群43.1%、軽度・中度・重度を合わせて「痴呆あり」は加入者群78.3%、非加入者群50.7%で「痴呆あり」の加入率が1%水準で有意に高い。

## II 調査の分析

### 1 要介護者の介護判定に影響を及ぼす要因群について

(1) 痴呆性老人の要介護度は現行の介護判定に十分反映されているのか

痴呆の程度と介護判定との間に何らかの相関性が認められるのかどうかを検討するために、「痴呆症状」「認知能力」と「介護判定」(3つの主要変数)間の単回帰分析(表1~2)、及び3つの主要変数と「ADL行動群」「社会生活能力群」「認知機能」「問題行動群」との単回帰分析によるカイ二乗独立性の検定を実施した(表3)。

表1 認知能力と介護判定

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自立	10 43.5	22 39.3	13 19.7	11 19.6	7 13.7	5 5.5	68 19.8
限界的自立	8 34.8	19 33.9	24 36.4	6 10.7	3 5.9	3 3.3	63 18.4
中程度の障害	3 13.0	15 26.8	27 40.9	31 55.4	21 41.2	15 16.5	112 32.7
重度の障害	2 8.7		2 3.0	8 14.3	20 39.2	68 74.7	100 29.2
合計	23 100.0	56 100.0	66 100.0	56 100.0	51 100.0	91 100.0	343 100.0

p<0.000\*\*\*

表2 痴呆症状と介護判定

	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
痴呆なし	16 66.7	28 51.9	17 24.6	15 26.8	8 16.0	12 13.2	96 27.9
軽度の痴呆	6 25.0	17 31.5	27 39.1	9 16.1	10 20.0	8 8.8	77 22.4
中程度の痴呆	1 4.2	9 16.7	22 31.9	23 41.1	14 28.0	11 12.1	80 23.3
重度の痴呆	1 4.2		3 4.3	9 16.1	18 36.0	60 65.9	91 26.5
合計	24 100.0	54 100.0	69 100.0	56 100.0	50 100.0	91 100.0	344 100.0

p<0.000\*\*\*

表3 痴呆症状・介護判定と痴呆性老人の状態

		痴呆症状		認知能力		介護判定	
A D L 群	起き上がり	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	室内移動	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	歩行	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	食事	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	排泄	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	着替え	0.000	***	0.000	***	0.000	***
社会生活能力群	金銭管理	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	安全管理	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	会話	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	意思伝達	0.000	***	0.000	***	0.000	***
	記憶障害	0.000	***	0.000	***	0.004	**
知覚機能群	視覚	0.000	***	0.000	***	0.006	**
	聴力	0.001	**	0.000	***	0.000	***
問題行動群	記憶障害	0.001	**	0.090	*	0.004	**
	昼夜逆転	0.001	**	0.606	—	0.018	**
	徘徊	—	—	0.017	**	0.037	**
	失禁	0.001	**	0.014	**	0.048	**
	幻覚妄想	—	—	0.341	—	0.885	—
	火の不始末	—	—	0.328	—	0.606	—
	夜間不眠	—	—	0.374	—	0.020	**
	摂食障害	—	—	※	—	0.028	**
	帰宅願望	—	—	0.725	—	0.005	**
	抑うつ状態	—	—	0.069	*	0.769	—
	不潔行為	0.039	**	0.010	**	0.424	—
	攻撃的行為	0.299	—	0.565	—	0.472	—
	見当識障害	0.000	***	0.000	***	0.115	—
その他	0	***	0	***	0.126	—	

注1)「認知能力」は「1 首尾一貫した判断ができる(自立)」「2 新しい事態に直面したときのみにくらか混乱(限界的自立)」「3 判断力が弱い、合図や見守りが必要である(中程度の障害)」「4 判断できないか、まれにしか判断できない(重度の障害)」の4段階評定法

注2) ※はカイ2乗検定でセルの期待度数が5未満数字が25%以上に達する検定不可能なクロス項目

注3) \*\*\*はP<0.001 \*\*はP<0.05 \*はP<0.1

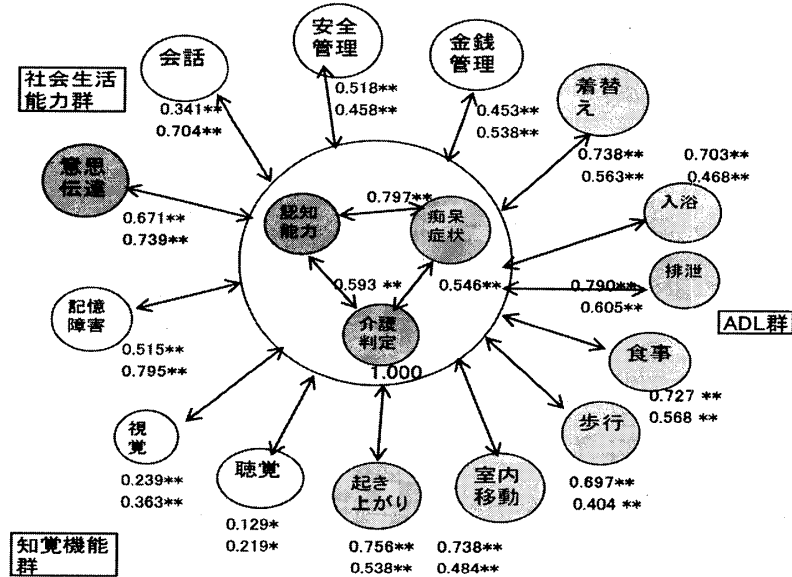
表1は痴呆の中核症状といわれる認知能力と介護判定のクロスである。同表によると、要介護高齢者の認知能力が高いほど介護判定は低く、要介護高齢者の認知能力が低下するほど介護判定は高まっている。また、表2の痴呆症状と介護判定のクロスを見ると、同表の場合も、「痴呆なし」「軽度痴呆あり」のように痴呆の程度が軽いほど介護判定は低く、「中度痴呆あり」「重度痴呆あり」のように痴呆の程度が重度化するほど介護判定度は高まっている。以上の結果から、痴呆の程度(認知能力、痴呆症状)

と介護判定との相関性の高いことが確認された。

次に、表3によって、3つの主要変数と「ADL行動群」「社会生活能力群」「知覚機能群」「問題行動群」のカイ二乗独立性の検定の結果をみると、3つの主要変数と「ADL行動群」「社会生活能力群」「知覚機能群」(以下、まとめて要因群と称す)の相関性は高いものの(p<0.001又はp<0.05)、問題行動群については必ずしも高くない。

このことから、一般的に「認知能力」及び「痴呆症状」が重度化するほど「ADL行動群」や「社会

図1 介護判定・痴呆症状・認知能力と要因群との相関図



注) 上段は「介護判定を1.000とした時の相関性、下段は「認知能力」を1.000とした時の相関係数を示す。「認知能力」は「1 首尾一貫した判断ができる(自立)」「2 新しい事態に直面したときのみいくらか混乱(限界的自立)」「3 判断力が弱い、合図や見守りが必要である(中程度の障害)」「4 判断できないか、まれにしか判断できない(重度の障害)」の4段階評定法。「痴呆症状」は「痴呆なし」「軽度痴呆」「中度痴呆」「重度痴呆」の4段階評定法。

\*\*相関係数は1%水準で有意(両側)、\*は5%水準で有意(両側)。

生活能力群」「知覚機能群」等の要因群の変数も高まること、それとともに介護判定も高まることになり、痴呆性老人の要介護度は、当初予想したほどには必ずしも低いとはいえないことが確認できた。

(2) どのような変数が介護判定により大きな影響を及ぼしているのか

介護判定要因群のどのような変数が介護判定により大きな影響力を及ぼしているのかを検討するため、「介護判定」と「認知能力」「痴呆症状」をそれぞれ1.000とした時のADL群や社会生活能力群、認知機能群との相関係数を求めた(図1)。その結果、介護判定を1.000とした時の「認知能力」との相関係数は0.593\*\*、同じく、介護判定を1.000とした時の「痴呆症状」との相関係数は0.546\*\*で、「痴呆症状」との相関よりも「認知能力」との相関の方がやや高いことが確認された。このことから、痴呆性老人の介護判定により大きな影響力を及ぼすのは、

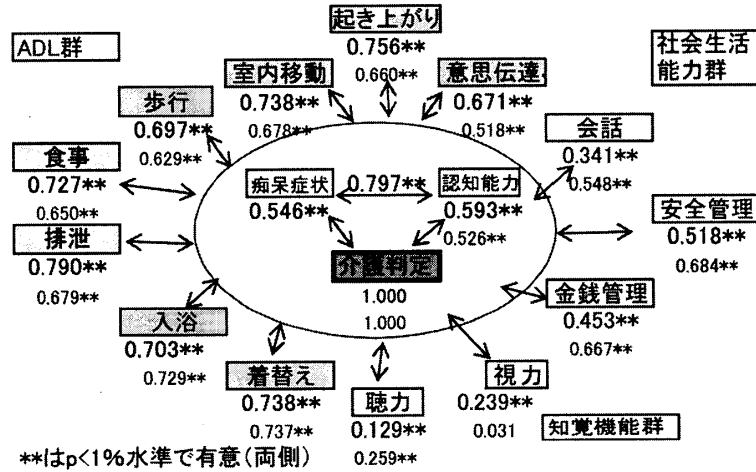
「痴呆症状」ではなく「認知能力」であることが理解できる。

介護判定とADL群・社会生活能力群・知覚機能群との相関についてみると、介護判定により大きな影響力をもつのは、「排泄」(0.790\*\*),「起き上がり」(0.756\*\*),「室内移動」(0.738\*\*),「着替え」(0.738\*\*),「食事」(0.727\*\*),「入浴」(0.703\*\*),「歩行」(0.697\*\*)などADL群であり、「認知能力」と関わりの深い社会生活能力群では、「意思伝達」能力(0.671\*\*)の影響力がやや強く現れている。

そこで、「認知能力」を1.000とした時の他の要因群との相関性についてみると、「認知能力」は「記憶障害」(0.795\*\*),「意思伝達」(0.739\*\*),「会話」(0.704\*\*)などとの相関性が高く、「認知能力」とADLとの相関性はこれより低く現れることが確認された(図1)。

このことから、痴呆症状が介護判定に及ぼす影響力については、ADL群より社会生活能力群との相

図2 介護判定とADL・社会生活能力の相関係数(2002年11月と1999年11月調査)



- (注1) 認知能力は1. 自立(首尾一貫理に適った行動が出来る), 2. 限界的自立(新しい事態に直面した時のみいくらか混乱), 3. 中程度の障害(判断力が弱い, 合図や見守りが必要), 4. 重度の障害(判断できないか, 希にしか判断できない)の4段階評定法による。
- (注2) 痴呆症状は「1 痴呆なし」「2 軽度の痴呆あり」「3 中程度の痴呆あり」「4 重度の痴呆あり」の4段階評定法で今回初めて調査項目に加えたもの
- (注3) \*\*相関係数は1%水準で有意(両側), \*相関係数5%で有意(両側)
- (注4) 数字上段は2000年11月調査, 下段は1999年11月調査, 「痴呆程度」は2000年に始めて調査した項目

関性が高いこと, 痴呆症状へのアプローチには, 介護判定の際「記憶障害」, 「意思伝達」, 「会話」など認知機能障害に関する情報をもっと積極的に取り入れる必要があるのに対して, 実際の介護判定はADL群へと傾斜していることになる。以上のような結果から, 現行の介護保険の判定に, 痴呆性老人の要介護度が十分反映されていないのではないかと介護者家族からの疑問を完全に否定することはできなかった。

(3) 介護判定は調査者や調査時期の違いによって大きく変化するのか

介護判定と認知能力(又は痴呆症状), ADL群の要介護度は, 調査者や調査時期の違いによって, 大きく変化するのどうかを検討するため, 今回の調査と介護保険施行直前に実施された(1999年11月調査)久留米保健所管内の介護判定・認知能力(又は痴呆症状)及びその他の要因群との比較検討を試みた<sup>(13)</sup>。

図2によると, 「介護判定」と「認知能力」との

相関係数は前回(1999年, 0.526\*\*)より今回調査(2000年, 0.593\*\*)の方が高い。前回と今回調査を比較すると, 「自立」は前回40.0%, 今回19.9%, 「限界的自立」は前回22.7%, 今回18.1%, 「中程度の障害」は前回24.1%, 今回32.2%, 「重度の障害」は前回13.2%, 今回29.8%となっており, 中度・重度の認知能力障害をもつものは前回よりも今回の方がはるかに高い割合を示す。こうした現状を考慮すると, 介護判定を1.000とした時の認知能力(又は痴呆症状)とそれに関連する要因群は, 前回調査の時よりも高い相関係数を示すと仮説されるであろう。

このような観点から図2を見ると, 前回より今回の方が高い相関係数を示したのは, ADL要因群では「排泄」(0.790\*\* > 0.679\*\*), 「起き上がり」(0.756\*\* > 0.660\*\*), 「室内移動」(0.738\*\* > 0.678\*\*), 「食事」(0.727\*\* > 0.650\*\*), 「歩行」(0.697\*\* > 0.629\*\*)など, 社会生活能力群では「意思伝達」(0.671\*\* > 0.518\*\*)の項目となっている。これに対して, 前回よりも低い相関係数を示したのは, 社会生活能力群では「安全管理」(0.518\*\*

表4 主介護者の困りごとと介護実感・認知能力・痴呆症状

	介護実感		認知能力		痴呆症状	
身体的不調	0.000	***	0.087	*	0.103	—
精神的不調	0.000	***	0.052	*	0.317	—
就労制限がある	0.018	*	0.030	**	0.412	—
外出制限がある	0.000	***	0.002	**	0.040	**
時間の拘束がある	0.000	***	0.014	**	0.168	—
経済的負担がある	0.000	***	0.100	*	0.113	—
老々介護による共倒れの恐れ	0.001	**	0.334	—	0.301	—
他の家族の世話ができない	0.001	**	0.049	**	0.030	**
介護負担が大きい	0.000	***	0.000	***	0.000	***
生活の見通しが立たない	0.000	***	0.027	**	0.057	*
介護できなくなった時の不安	0.000	***	0.004	**	0.099	*
相談機関がない	0.000	***	0.468	—	0.556	—
介護方法がわからない	0.000	***	—	—	0.005	**
施設に入れない	0.000	***	0.001	**	0.001	**

(注1) 介護実感は不満群(「まったく不満」「やや不満」の合計)と満足群(「やや満足」「十分満足」の合計)比

(注2) \*\*\*はP<0.001 \*\*はP<0.05 \*はP<0.1

<0.684\*\*),「金銭管理」(0.453\*\*<0.667\*\*)「会話」(0.341\*\*<0.548\*\*)など、ADL群では「入浴」(0.703\*\*<0.729\*\*)の項目である。

これらの結果から、痴呆性老人の増加や痴呆症状の重度化は「認知能力」(又は痴呆症状)への影響力を高めるものの、その影響力は「安全管理」や「金銭管理」「会話」能力などには及ばず、「排泄」「起き上がり」「室内移動」等のADL群の変数を高める結果になっている点が指摘できるであろう。つまり、介護保険の要介護度は、認知能力障害よりもADL群の障害を強く捉えているのである。

## 2 主介護者の介護負担について

(1) どのような変数が介護負担に影響を及ぼすのか  
痴呆性老人の介護判定は低くなりがちといわれている。そこで介護保険のどこにどのような問題があるのかを検討するため、ここでは主介護者の「介護実感」と「認知能力」・「痴呆症状」を従属変数、14項目の「日常生活の困りごと(以下「困りごと」と略す)」を独立変数とする単回帰分析とカイ二乗独立性の検定を行った。ここでいう「介護実感」とは、「全く不満」「やや不満」「やや満足」「十分満足」の4段階評定法で計測された「介護不満感」のことで

ある。また、「日常生活の困りごと」は表4に示すとおり14項目の変数群を含んでいる。

表4は、主介護者の「困りごと」と「介護実感」・「認知能力」・「痴呆症状」の検定結果を示している。同表によると、「介護実感」・「認知能力」・「痴呆症状」の3つの主要変数のうち、主介護者の14項目の「困りごと」全てに対して有意差が認められる変数が「介護実感」であり、「認知能力」では10項目、「痴呆症状」では7項目に有意差が見出される。このことから、主介護者の「介護実感」を従属変数、「困りごと」を独立変数とする介護負担の分析の妥当性が確認された。また、痴呆状態の分析には、「痴呆症状」の変数よりも「認知能力」の変数の方が妥当性をもつことになる。以上のような観点から、以下の分析では「介護不満感」と「認知能力」を主たる手がかりとした分析を進めていく。

主介護者の「介護実感」と「困りごと」のクロスを見ると、14項目の主介護者の「困りごと」のうち、「介護実感」と最も強い相関性を示すのが「介護負担感(=介護負担が大きい)」であり、「介護不満感」(負の介護実感)が強まるほど「介護負担感」も高まることが明らかにされている。また、「介護不満感」とその他13項目の「困りごと」との間にも高い



相関が見出されるので、全体的に「介護不満感」が強まるほど「日常生活の困りごと」も強まる事が確認できる。

14項目の「困りごと」変数のうち、「介護負担が大きい」は、「介護実感」のみならず「認知能力」や「痴呆症状」などにも強い影響力を及ぼしている ( $p < 0.001$ )。また、「施設に入れない」、「外出制限がある」「他の家族の世話ができない」等の項目についても、カイ二乗独立性の検定で  $p < 0.05$  の水準で有意差が認められた。つまり、これらの項目は「介護実感」のみならず、「認知能力」「痴呆症状」など痴呆の状態を計測するためにも有効性をもつ変数といえるであろう。

さらに、「認知能力」は、「就労制限」「時間の拘束」「生活の見通しが立たない」「介護できなくなったときの不安」等とも  $p < 0.05$  の有意差を示しており、要介護者の「痴呆症状」は、介護者の介護負担感を高め、生活時間の拘束や就労制限、将来の生活や介護に対する不安感など、さまざまな負の影響を生み出す要因となっている。

## (2) 介護負担感の構造

介護負担感の構造を明らかにするため、14項目の生活の困りごとに介護実感を合わせた合計15因子を投入して因子分析を実施した。因子分析にはSPSSを使用した。因子抽出法は主因子法で、バリマックス回転後の因子として、表5に示す3つの因子が抽出された。第1因子は『生活時間制約因子』、第2因子は『家族の介護負担因子』、第3因子は『介護支援因子』と命名することができる。この分析結果から、介護者にとって介護負担の構造は、第1に生活時間を制約される拘束感、第2に家族生活に負の影響を及ぼす介護負担感、第3に介護支援の有無に起因する介護負担の軽重として把握できることになる。

次に、「介護実感」「介護負担感」「生活時間拘束感」をそれぞれ1.000とした時、介護負担変数群のどの変数の影響が強いのかを検討するため、介護実感と14項目の介護負担変数群の相関係数を算出した。図3～5はその結果である。

図3は介護実感と介護者の困りごと変数群との相関係数を示している。「介護実感」を1.000とした時、主介護者が感じる「介護負担感」は0.413\*\*

表5 生活の困りごと一回転後の因子行列一

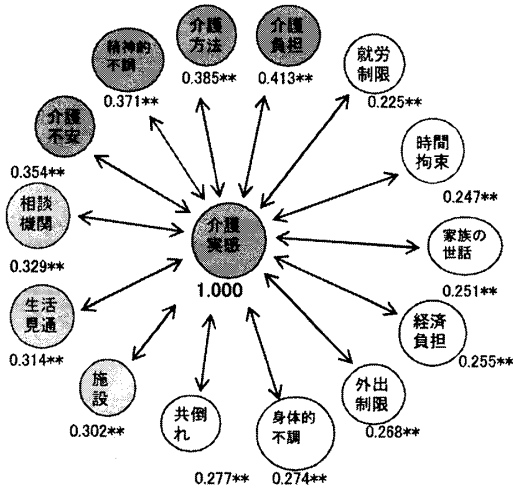
	因子		
	1	2	3
時間の拘束がある	<b>0.889</b>	0.158	0.156
就労制限がある	<b>0.855</b>	0.171	0.155
精神的不調	<b>0.652</b>	0.228	0.165
共倒れの心配がある	<b>0.429</b>	0.410	0.295
家族の世話ができない	0.031	<b>0.632</b>	0.264
介護負担が大きい	0.192	<b>0.619</b>	0.220
生活見通しが立たない	0.373	<b>0.578</b>	0.376
経済的負担がある	0.105	<b>0.565</b>	0.379
身体的不調がある	0.242	<b>0.531</b>	0.181
介護できなくなった時の不安	0.275	<b>0.451</b>	0.165
介護方法がわからない	0.247	<b>0.389</b>	0.343
相談機関がない	0.168	0.184	<b>0.686</b>
施設に入れない	0.047	0.297	<b>0.614</b>
介護実感	0.188	0.250	<b>0.503</b>
	0.193	0.240	<b>0.442</b>

因子抽出法：主因子法

回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法

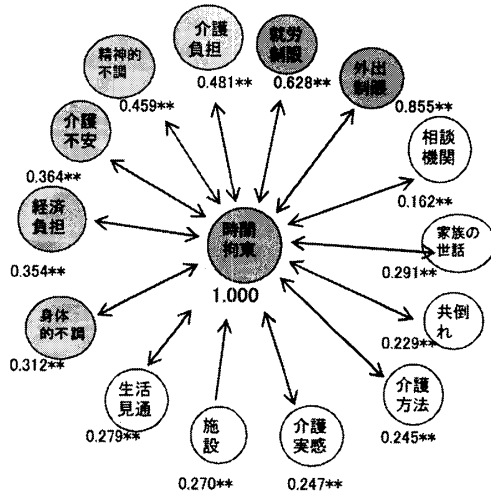
a. 6回の反復で収束しました。

図3 介護実感と介護者の困りごと変数群との相関



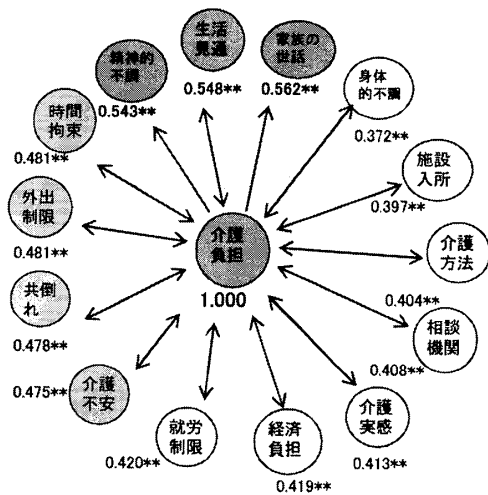
(注1) 「介護実感」は「全く不満」「やや不満」「やや満足」「十分満足」の4段階評定法  
 (注2) \*\*相関係数は1%水準で有意(両側), \*相関係数は5%水準で有意(両側)

図5 時間拘束と介護者の困りごと変数群との相関



(注1) \*\*相関係数は1%水準で有意(両側), \*相関係数は5%水準で有意(両側)

図4 介護負担と介護者の困りごと変数群との相関



(注1) \*\*相関係数は1%水準で有意(両側), \*相関係数は5%水準で有意(両側)

であり、次いで「介護方法」の0.385\*\*, 「精神的な不調」0.371\*\*, 「介護不安」0.354\*\*, 「相談機関」0.329\*\*などの変数が続いている。このことから、介護実感としての不満感は、介護者が「介護負担が大きい」と思うことで、また、介護方法がわからないこと、精神的な不調や介護不安など負の感情に取り

つかれていること、相談機関の無いことなどによって大きくなっていることがわかる。この分析結果から、介護者の「困ったことだ」という意味づけが介護負担を大きくするという新名説の正しさを確認することができた。

図4は介護負担感と介護者の困りごと変数群の相関係数を示している。介護負担感を1.000とした時、介護者が感じる介護負担の内容は、「家族の世話ができない」0.562\*\*, 「生活の見通しが立たない」0.548\*\*, 「精神的な不調」0.543\*\*, 「時間の拘束」0.481\*\*, 「外出制限」0.481\*\*, 「共倒れの心配」0.478\*\*, 「介護不安」0.475\*\*などである。このことから、主介護者の介護負担感、家族生活が安定的に維持できないこと、生活見通しが立たないことに加えて、生活時間の拘束や共倒れの心配、介護不安などのような負の感情と結びつくことによって高められていることがわかる。

図5は生活時間の拘束と介護者の困りごと変数群の相関性を示している。時間拘束を1.000とした時、主介護者が感じる時間の拘束感、外出制限が0.855\*\*で最も高く、次いで「就労制限」の0.628\*\*, 「介護負担感」0.481\*\*, 「精神的な不調」0.459\*\*などとなっている。介護は介護者の自由時間を奪うばかりか、社会生活を営む上で不可欠の外出や就労時間を制約する。介護者の多くが口にするのは、一日で

もよいから自由時間が欲しいということである。介護保険の施行によって、介護環境は幾分改善されつつあると考えられるが、痴呆性老人を抱える家族の介護時間や介護負担感は必ずしも軽減されているわけではないように思われる。

### 3 介護者の介護サービス評価について

#### (1) 利用者の介護サービス評価と痴呆症状・介護実感

介護サービス利用者の不満感がどの程度介護サービス利用評価に影響するかという観点から、ホームヘルパー利用とその他のサービス利用を合わせた合計15の変数と、「痴呆症状」・「介護実感」の2変数とのカイ二乗独立性の検定を行った(表6)。

表6によると、「痴呆症状」と「ヘルパー利用」の検定結果は、「サービス時間が短い」で  $p < 0.05$  の有意差が、また、「介護実感」と「ヘルパー利用」の検定では、「ヘルパーとの接し方がわからない」で  $p < 0.05$  の有意差が見出されたが、他の項目にはいずれの場合も有意差は見出せなかった。このことから、「サービス時間の短かさ」や「ヘルパーとの接し方」を除外して、痴呆の程度(「痴呆症状」)や

介護不満感(「介護実感」)がホームヘルパーの評価に影響することはあまりないと結論できる。

次に、「痴呆症状」と「その他の介護サービス」の検定をみると、「訪問リハビリの利用不満」と「介護判定の不満」を除いて、他の8項目には  $p < 0.001$ 、もしくは  $p < 0.05$  の有意差が認められた。また、「介護実感」と「その他の介護サービス」の検定をみると、「訪問看護師の利用不満」と「訪問リハビリの利用不満」を除いて、他の8項目には  $p < 0.001$ 、もしくは  $p < 0.05$  の有意差が認められた。

このことから、一部の項目を除外して(「訪問看護師」「訪問リハビリ」「介護判定不満」など)、痴呆の程度(「痴呆症状」)や介護不満感(「介護実感」)は「その他の介護サービス」評価に対して強い影響力を持つことが明らかにされている。

#### (2) 介護サービス評価の構造

主介護者の介護サービス利用に対する評価の構造を理解するため、ホームヘルパー利用に対する6つの変数と、その他の介護サービス利用に対する10個の変数を投入して、因子分析を実施した。表7は、主因子法によるバリマックス回転後の因子行列であ

表6 痴呆症状と介護実感

		痴呆症状		介護実感	
ホームヘルパーについて	私はヘルパーの訪問に大変気を使う	0.840	—	0.183	—
	ヘルパーは私の要望を聞いてくれない	0.163	—	※	—
	ヘルパーのサービス時間が短いと思う	0.045	**	0.217	—
	ヘルパーのサービスに信頼がもてない	0.719	—	0.454	—
	ヘルパーとの接し方が解からない	0.201	—	0.021	**
	ヘルパーのサービスに不満がある	0.108	—	※	—
その他の介護サービスについて	ケアマネは要介護者の痴呆状態をよく理解していない	0.000	***	0.000	***
	ケアマネは要介護者のADLをよく理解していない	0.027	**	0.000	***
	訪問看護師を利用したいのに介護計画に入っていない	0.024	**	※	—
	訪問リハビリを利用したいのに介護計画に入っていない	0.146	—	※	—
	デイサービスをもっと利用したいのに利用できない	0.012	**	0.010	**
	ショートステイをもっと利用したいのにできない	0.023	**	0.000	***
	もっと入院させたいのにできない	0.001	**	0.002	**
	グループホームを利用したいのにできない	0.001	**	0.004	**
	介護サービスが予定通り実施されない不満がある	0.012	**	0.004	**
介護判定に不満がある	0.173	—	0.000	***	

(注1) 介護実感は不満群(「まったく不満」「やや不満」の合計)と満足群(「やや満足」「十分満足」の合計)と比較

(注2) ※はカイ二乗検定で5以下の数字がセルの25%以上の現れた検定不可能な項目

(注3) \*\*\*は  $P < 0.001$  \*\*は  $P < 0.05$  \*は  $P < 0.1$

る。

同表の第1因子は、「訪問看護」「訪問リハビリ」「グループホーム」「入院」などへの不満を中心とする『痴呆性老人介護環境評価因子』と命名することができる。また、第2因子は、「介護サービス不満」とホームヘルパーの「信頼性」「接し方」「要望」「気を使う」「サービス時間」などへの不満を中心とする『ホームヘルパー評価因子』と命名できる。さらに、第3因子は、ケア・マネジャーが要介護者の「生活動作を理解してない」「痴呆状態を理解してない」など『ケア・マネジャー評価因子』、第4因子は、「ショートステイ」「デイサービス」「介護判定不満」「ヘルパーのサービス不満」など、『在宅介護サービス評価因子』と命名することができる。

このことから、主介護者の介護サービス評価の軸は、第1に痴呆性老人介護環境に、第2にホームヘルパーの評価に、第3にケア・マネジャーの評価に、そして第4にホームヘルパー、デイサービス、ショートステイなど在宅3本柱と介護判定不満に求められることがわかる。

次に、介護サービス評価項目間における影響力の

強弱を検討するため、10項目の介護サービス評価項目に「痴呆症状」「認知能力」を加えた12変数間の相関係数を算出した。

図6～9は、「介護判定に不満あり」「ケア・マネジャーは要介護者の痴呆状態をよく理解してない」「デイサービスの利用不満」「グループホームの利用不満」をそれぞれ1.000とした時の他の変数との相関係数を示している。

「介護判定に不満あり」を1.000とした時の他の変数との相関係数は、「ケア・マネジャーは要介護者のADLをよく理解していない」0.465\*\*、「介護サービスが予定通り実施されない不満がある」0.432\*\*、「ケア・マネジャーは要介護者の痴呆状態をよく理解してない」0.422\*\*など、ケア・マネジャーに対する不満が強いことが指摘できる(図6)。

また、「ケア・マネジャーは要介護者の痴呆状態をよく理解してない」を1.000とした時の他の変数との相関係数は、「ケア・マネジャーは要介護者のADLをよく理解していない」の0.862\*\*が最も高く、「介護サービスに不満あり」0.461\*\*、「介護判定に不満あり」0.422\*\*がこれに次いでいる(図7)。

表7 介護サービス評価の構造一回転後の因子行列一

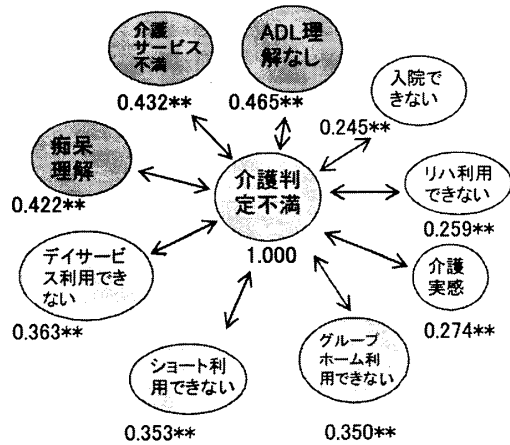
	因子			
	1	2	3	4
X1 訪問看護が利用できない	0.788	0.075	0.264	0.252
X2 訪問リハビリが利用できない	0.727	0.073	0.125	0.256
X3 グループホームが利用できない	0.687	0.101	0.222	0.318
X4 入院できない	0.683	0.106	0.239	0.341
X5 介護サービスが予定通り実施されないが不満ある	0.061	0.861	0.155	0.152
X6 ヘルパーのサービスが信頼できない	0.045	0.842	0.007	0.120
X7 ヘルパーとの接し方が解からない	0.115	0.741	0.266	0.045
X8 ヘルパーは要望を聞いてくれない	0.420	0.621	0.073	-0.117
X9 ヘルパーの訪問に気を使う	0.049	0.584	0.102	0.209
X10 ヘルパーのサービス時間が短い	0.373	0.424	0.002	0.103
X11 ケアマネは要介護者の生活動作を理解してない	0.226	0.193	0.847	0.284
X12 ケアマネは要介護者の痴呆状態を理解してない	0.387	0.206	0.812	0.134
X13 ショートステイが利用できない	0.346	0.045	0.043	0.690
X14 介護判定に不満がある	0.296	0.168	0.240	0.612
X15 ヘルパーのサービスに不満がある	0.495	0.150	0.351	0.496
X16 デイサービスが利用できない	0.241	0.255	0.172	0.450

因子抽出法：主因子法

回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法

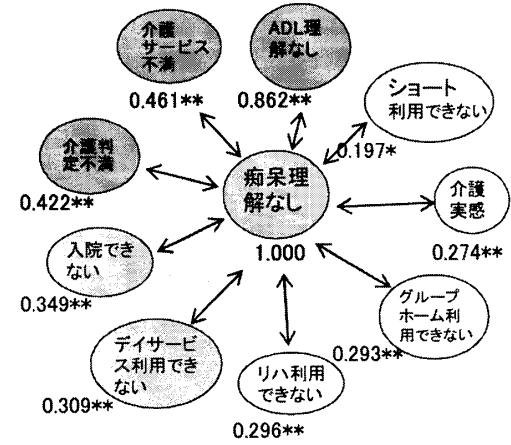
a. 7回の反復で回転が収束しました。

図6 「介護判定不満」を1.000とした時のその他の介護サービス評価



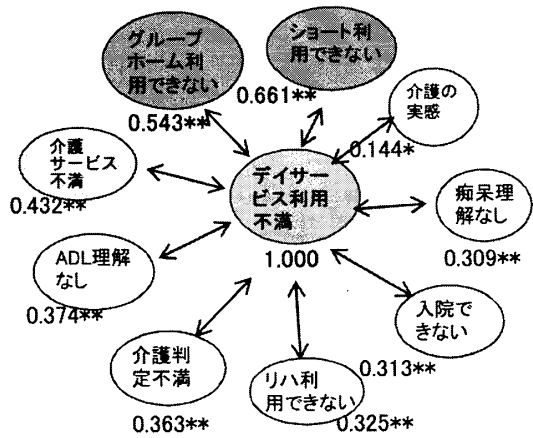
(注1) \*\*は1%水準で有意(両側), \*は5%水準で有意(両側)

図7 「痴呆理解なし」を1.000とした時のその他の介護サービス評価



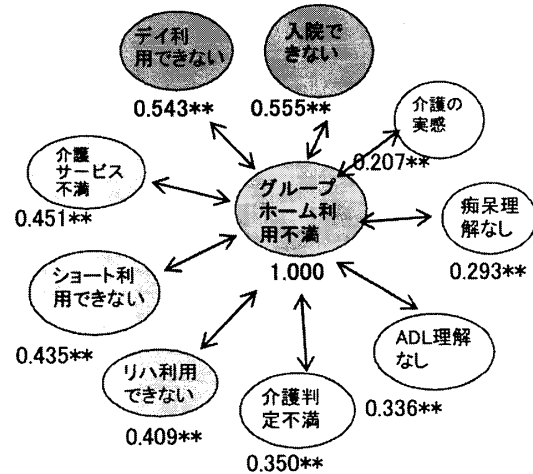
(注1) \*\*は1%水準で有意(両側), \*は5%水準で有意(両側)

図8 デイサービス利用不満を1.000とした時のその他の介護サービス評価



(注1) \*\*は1%水準で有意(両側), \*は5%水準で有意(両側)

図9 「グループホーム利用不満」を1.000とした時のその他の介護サービス評価



(注1) \*\*は1%水準で有意(両側), \*は5%水準で有意(両側)

以上のように、「介護判定に不満あり」と「痴呆状態の理解なし」「ADLの理解なし」「介護サービスに不満あり」の間には相互に強い相関があり、これらはいずれもケア・マネジャーに対する不満度の強さを示すことになる。

次に、デイ・サービスやグループホーム利用に対する不満をみると、「デイ・サービス利用の不満」を1.000とした時の他の変数との相関係数は、「ショート・ステイ利用の不満」0.661\*\*、「グループホーム

利用の不満」0.543\*\*など、中間ケア・サービスや痴呆対応型施設との相関性の強いことが指摘できる(図8)。

これに対して、「グループホーム利用に対する不満」を1.000とした時の他の変数との相関係数は、「入院させたいのにできない」0.555\*\*、「デイ・サービスが利用できない」0.543\*\*との相関性が特に強く、また、「介護サービスに不満あり」0.451\*\*、「ショートステイ利用の不満」0.435\*\*、「リハビリ

利用の不満」0.409\*\*など、利用不満度の高い項目が多岐にわたっていることがわかる(図9)。

以上の結果から、「デイ・サービス」と「グループホームの利用に対する不満」との相関性は高いこと、「グループホームの利用に対する不満」については、入院やデイ・サービス利用、ショートステイ利用など、不満が多岐にわたっており、痴呆性老人の介護環境の厳しいことが理解できる。

(3) 介護サービス利用に伴う介護負担の軽減について

主介護者の介護サービス評価を通じて、介護サービス利用によってどの程度介護負担が軽減されたのかを検討してみることにしたい。

図10は「介護実感(=介護不満感)」を1.000とした時のその他の介護負担軽減群との相関係数を示している。同図によると、「介護不安軽減」の0.321\*\*である。次いで、「施設が利用しやすくなった」0.205\*\*、「就労制限解消」0.202\*\*、「介護負担の軽減」0.190\*\*の順番となっている。

このことから、「介護実感(=介護不満感)」を弱めるためには、第1に介護不安を軽減すること、第2に施設を利用しやすくすること、第3に就労制限をなくすこと、第4に介護負担を軽減すること等が

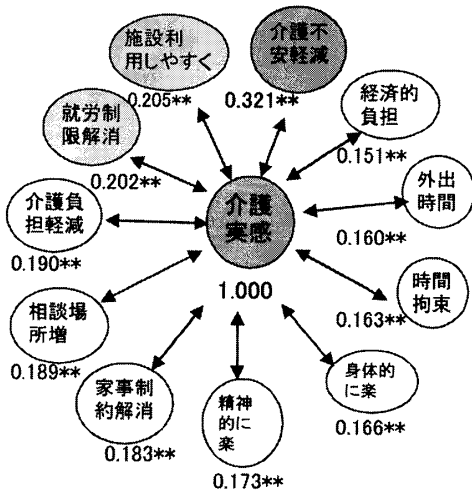
有効といえるであろう。

次に、介護不安の軽減に影響力をもつ変数について検討してみたい。図11によって、「介護不安の軽減」を1.000とした時のその他の介護負担軽減群との相関係数をみると、「介護負担の軽減」が0.588\*\*で最も高く、次いで、「就労制限の解消」0.570\*\*、「家事制約の解消」0.550\*\*、「相談場所が増えた」0.549\*\*、「施設を利用しやすく」0.525\*\*となっている。このことから、「介護不安」の軽減には、第1に介護負担感を軽減させること、第2に就労制限の解消、第3に家事制約の解消、そして、第4に相談場所を増やすことが有効性を持つことになる。

また、「介護負担の軽減」を1.000とした時のその他の介護負担軽減群との相関係数は、「時間拘束の軽減」が0.632\*\*で最も高く、次いで、「家事制約の解消」0.605\*\*、「精神的に楽になった」0.603\*\*、「介護不安の軽減」0.588\*\*などとなっている(図12)。このことから、「介護負担の軽減」には、第1に介護者の時間拘束を軽減させること、第2に、家事制約を緩和させること、第3に精神的負担感の軽減、そして第4に介護不安の軽減が有効性をもつことになるであろう。

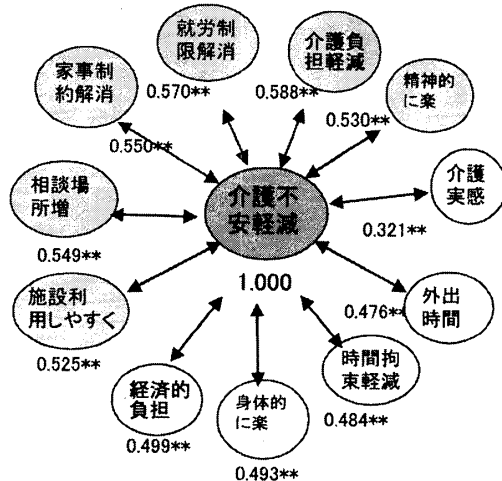
さらに、介護負担感と最も強いかわりのある「時間拘束の軽減」を1.000とした時の介護負担軽減群との相関係数は、「外出時間が増えた」0.789\*\*が

図10 「介護実感」とその他の負担軽減変数との相関



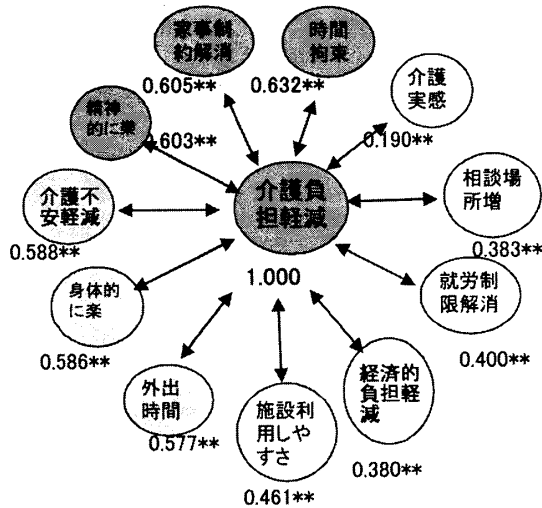
(注1) \*\*は1%水準で有意(両側)  
\*は5%水準で有意(両側)

図11 「介護不安の軽減」とその他の負担軽減変数との相関



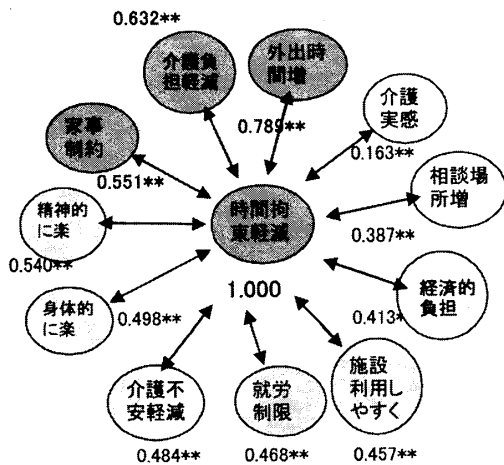
(注1) \*\*は1%水準で有意(両側)  
\*は5%水準で有意(両側)

図12 「介護負担軽減」とその他の負担軽減変数との相関



(注1) \*\*は1%水準で有意(両側)  
\*は5%水準で有意(両側)

図13 「時間拘束の軽減」とその他の負担軽減変数との相関



(注1) \*\*は1%水準で有意(両側)  
\*は5%水準で有意(両側)

最も高く、次いで、「介護負担の軽減」の0.632\*\*、「家事制約の軽減」の0.551\*\*となっている(図13)。

以上の結果から、「介護不満の軽減」には、「介護不安の軽減」→「介護負担の軽減」→「時間拘束の軽減」→「家事制約の解消」と「精神的負担の軽減」いう図式が成り立つことになる。このうち、「介護不満感」と「介護不安感」、「介護負担感」について

は、主介護者の精神的な側面であり、医師・看護師・保健師・ソーシャルワーカー・ケアワーカー・ホームヘルパーなど、保健・医療・福祉関係者などによる精神的な支援が必要とされるであろう。これに対して、「時間拘束の軽減」については、病院や施設などへの入院・入所のみならず、ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイ、グループホームなど、様々な介護者支援の枠組みづくりが強く求められることになる。

注

- (1) 民主党「介護保険導入後1年 介護保険に対する民主党『10の提言』解説」2001年5月31日, [http://www.dpj.or.jp/seisaku/koyou/BOX\\_KO0027.html](http://www.dpj.or.jp/seisaku/koyou/BOX_KO0027.html)
- (2) 「痴呆のある方の要介護認定について」丹波ささやま kaigo-2003/05/16(Fri)01:07, <http://ryokufuu.com/backnumber/ninteichosa.htm>
- (3) 厚生省編『平成9年版 厚生白書』p.110
- (4) 中谷陽明・東条光雅「家族介護者の負担—負担感の測定と要因分析—」社会老年学 NO.29, 1989年
- (5) Steven H. Zarit, PhD<sup>2</sup>, Karen E. Reever, MPA / MSG<sup>3</sup>, Julie Bach-Peterson, MSG<sup>4</sup>: Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden<sup>1</sup>, The Gerontologist, Vol.20, No.6, 1980
- (6) 本間昭「痴呆性老人の介護者にはどのような負担があるのか」老年精神医学雑誌 第10巻第7号 1999. 7
- (7) 新名理恵「痴呆性老人の家族介護者の負担感とその軽減」老年社会科学, Vol.14 Suppl. 1992
- (8) 朝田隆「痴呆性老人の在宅介護破綻に関する検討：問題行動と介護者の負担を中心に」精神神経学雑誌 第93巻第6号, 1991, pp.403-433
- (9) 筒井孝子 新田収「在宅高齢者に対する介護者の主観的負担と介護継続意思に関連する要因

- の検討」総合リハ・21巻2号・129～134・1993年2月
- (10) 大田喜久子「老人のケアにおける家族の負担とストレスに関する研究の動向」看護研究, Vol.25 No.6 1992年12月 pp.12-20
- (11) 久留米大学文学部介護福祉研究会 代表 保坂恵美子「要介護高齢者を抱える家族の介護ニーズと介護サービス評価に関する実態調査報告書—痴呆性老人を中心に—」2003年4月, pp.1-66
- (12) 久留米大学文学部介護福祉研究会 代表 保坂恵美子「要介護高齢者を抱える家族の介護ニーズと介護サービス評価に関する実態調査報告書—痴呆性老人を抱える家族の地区別比較」2003年5月, pp.1-52
- (13) 福岡県久留米保健所編, 「在宅介護サービスの支援と連携システムに関する調査研究 『報告書』」, 2001年3月