

原 著

家族介護者が感じる要支援・要介護者の要介護認定結果に対する 満足度に影響を与える要因の研究

Factors affecting family caregiver level of satisfaction with certification decisions for patients requiring long-term support/long-term care

午頭潤子

Junko Goto

日本社会事業大学

Japan College of Social Work

抄 録

家族介護者が感じる要支援・要介護者の要介護認定結果（以下、要介護度）に対する満足度に影響を与える要因を検証する事を目的に、家族介護者の要介護度満足度と認定調査時の対応や要介護状態を把握するための認定調査項目との関連について質問紙調査を実施した。調査は東京都近郊3地域で活動する家族介護者会、介護事業所・医療機関に属する家族会会員 260 名を対象に行い、未記入などの欠損データの多かった回答を除いた 203 名分（回収率 78.0%）の分析を実施した。満足度に影響を与える項目の抽出のため現行認定調査項目及び主治医意見書認知症の周辺症状を追加した項目の必要度で因子分析を行い第 1 因子「認知機能・精神行動障害」、第 2 因子「起居動作」、第 3 因子「医療処置」、第 4 因子「高頻度日常生活動作」、第 5 因子「意見書 BPSD」を抽出。その他、先行研究で要介護度と関連の有るとされた介護負担、介護期間、予備調査で明確となった認定調査時の立ち合いの有無、認知症診断の有無や認知症の症状、同居の有無を家族介護者の要介護度満足度と重回帰分析を行った。その結果、本研究で明確となった家族介護者の要介護度満足度に影響を与える項目は、現在の要介護度の重度さ（ $p < 0.001$ ）、認定調査時専門職の立ち合いの必要性の認識の高さ（ $p < 0.001$ ）、介護期間の長期化（ $p < 0.01$ ）、身体介護を伴う起居動作介助量の多さ（ $p < 0.05$ ）であった。認知症診断有無においては介護負担尺度の重度さ（ $p < 0.05$ ）による差異が認められた。

Abstract

To verify factors affecting satisfaction level that family caregivers feel about decisions to certify patients who need long-term support or need long-term care (hereafter, level of long-term care need), we implemented a questionnaire corresponding to the items measured at the certification assessment to discern level of satisfaction family caregivers feel regarding the level of long-term need determined, the manner in which certification was assessed, as well as the long-term care situation.

This research targeted 260 people comprising members of an organization of family caregivers, as well as family groups associated with home care support offices and medical institutions, all of whom are active in 3 districts of the Tokyo metropolitan area. Excluding responses that contained questions left blank and other missing data, we analyzed questionnaires received from 203 people (collection range 78.0%).

To extract items that affect satisfaction level, factors were analyzed to find the degree of necessity of certification assessment items currently used, the written opinions of the doctor in charge, and items that added symptoms accompanying dementia. Factors extracted, in order of importance, are: 1: Cognitive function and mental and behavioral disorder, 2: Daily activities, 3: Medical treatment, 4: High-frequency activities in daily life,

and 5: Written opinion of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD). We performed a multiple regression analysis of family caregiver level of satisfaction with level of long-term need as related to burden of care and period of care (based on previous research showing an existing relationship), availability of assistance at the time of certification assessment (as clarified in a preliminary study), presence or lack of a diagnosis of dementia, symptoms of dementia, and whether or not the patient resided with family members.

In conclusion, items found to clearly affect family caregiver level of satisfaction with long-term care were the current severity of need for long-term care ($p<0.001$), degree to which necessity for professional assistance was recognized at the time of certification assessment ($p<0.001$), eventual extension of the care period ($p<0.01$), and increased quantities of behavioral assistance accompanying physical care ($p<0.05$). Differences in severity of standards for the burden of care ($p<0.05$) were found regardless of a diagnosis of dementia.

キーワード: 家族介護者、要介護認定、満足度

Key words: Family caregivers, Long-Term Care requirement Certification, Satisfaction levels

緒言

2012年、総務省は日本の高齢者人口の推計65歳以上の高齢者は3074万人、総人口に占める割合も24.1%で過去最高を更新したと発表した¹⁾。他方、厚生労働省でも認知症高齢者数が推計で305万人と予測を大幅に上回る増え方であると発表し話題となった。また今後の推移として25年には470万人に増え65歳以上の人口に占める割合も高まると予測している²⁾。こうした現状より今後更に高齢社会の進行に加え、介護保険制度の定着により要介護認定を受ける者が増加していく事が予想される。

介護保険制度は社会へ浸透し制度への関心は高く、中でも介護サービス利用への関心^{3) 4) 5)}が高いことが報告されている。実際に介護サービスを利用するためにはまず要介護認定を受ける必要があり、認定調査員による訪問調査、主治の医師による主治医意見書をもとに全国一律の基準で保険者(市区町村)の認定審査会において判定される⁶⁾。しかし、介護保険法施行当初より介護認定審査には多くの課題が潜んでいるとされ、2003年度より厚生労働省では介護保険適正化事業を実施⁷⁾、多くの自治体においても認定調査の平準化が積極的に取り組まれ改善が図られてきているものの、全国的に解釈等で混乱が生じているのも事実である⁸⁾。その具体的な内容として、主治医の情報不足⁹⁾、介護認定審査会委員・合議体格差の問題^{10) 11)}等が挙げられる。とりわけ先行研究で最も多くの課題として取り上げられていたのは基本調査項目の解釈による混乱であった。どのように認定調査を行ったかにより認定結果が左右され、利用者の介護状態や事情に変化がなくとも異なる要介護認定が判定されることが懸念さ

れている^{8) 12) 13)}。

認定調査員の調査時の課題として、認定調査独居者へ状態把握の困難さ^{14) 15)}、認知症者の自己表現困難さ^{16) 17)}、調査員の技量¹³⁾、があげられる。要介護度は要支援・要介護者(以下、要介護者)本人のみならず家族介護者の生活にもかかわる重要な指標であり、家族介護者支援の視点からも大きな影響を与えるものであると思われる。そこで本研究では都道府県や市区町村等が実施する調査の中でも要介護度満足度調査を実施している京都府や墨田区を参考とした。京都府の要介護度別の認定結果の満足度調査¹⁸⁾では、軽度者における満足度は6割台で、重度者においては「満足」が7割台で高い傾向にあった。墨田区の調査では要支援者の要介護度に対する意識について『軽く認定された』が約6割となっている¹⁹⁾。しかしいずれも要介護者本人が回答又は要介護者本人の意向を家族等が代筆した回答結果が多く、家族介護者の要介護度満足度に焦点を当て分析を行った調査や研究は見当たらなかった。家族介護者の満足度は要介護認定の有り方を検討する上で一つの指標になり得る事や、家族介護者支援体制を構築する際に重要であると考えられ、本研究では家族介護者の認識の中でも満足度に焦点をあて家族介護者支援を検証する。

方法

1. 調査の目的

本研究では、家族介護者が感じる要介護者の要介護度に対する満足度(以下・要介護度満足度)に影響を与える要因の仮説生成と検証のため、家族介護者の要介護度満足度と認定調査時の対応や要介護状態を把握

するための認定調査項目等との関連を検証する事を目的に面接調査と質問紙調査を実施した。また、認知症診断の有無により満足度の差異の有無についても検証する。

2. 対象及び方法

筆者は予備調査とし要介護度満足度に影響を与える項目を抽出し仮説生成をするため、本研究に協力・同意の得られた家族介護者、居宅介護支援専門員、認定調査員、主治医意見書記入医師、介護認定審査会委員等 21 名を対象とした半構造化面接を実施した。要介護度に影響を与える要因として認定調査時の調査員との関わり、主治医意見書の記入内容に関する先行研究同様の問題点が抽出された。その他、現在の要介護度、調査項目への疑問、認定調査時の立ち合いの有無、ADL（日常生活動作）、認知症診断の有無や認知症の症状、介護者ストレス・負担、同居の有無が要介護認定結果に対する不満など満足を得られない要因として挙げられた。満足を得られなかった要介護者や家族に対する説明や支援の必要性を求める回答も出現し、この質的データから要介護度の満足度構造仮説を生成した（図. 1）。また予備調査の結果の言明あるいは引用を本研究で使用する調査票の開発に寄与した。

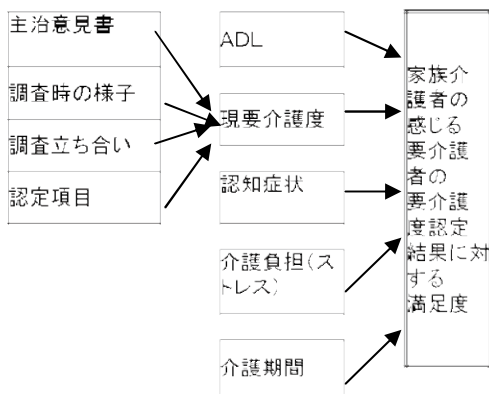


図 1 要介護度満足度構造仮説

予備調査の結果をもとに、要介護度満足度に影響を与える項目の仮説検証のため、質問紙調査を実施した。対象者は家族介護者 260 名とし、選出方法は本研究に協力・同意の得られた東京都近郊 3 地域で活動する家族介護者会 3 か所の会員、介護事業所・医療機関に属する 3 か所の家族会で要介護認定者の介護者である家族介護者とした。調査票は家族会代表者、介護事業所・医療機関代表者より各調査対象者に配布し、回答後、

調査対象者自身が投函するよう依頼した。データ収集期間は、2012 年 7 月～9 月とした。

3. 調査内容、質問項目について

調査票の作成に先立ち、先行研究のレビューを行い、要介護認定結果の影響を与える要因を抽出した。その結果、ADL²⁰⁾、認知症の周辺症状²¹⁾が上げられた。また介護負担（ストレス）²²⁾介護期間²³⁾も関連していることが明らかとなった。

予備調査の結果も踏まえ、現要介護度との関連、調査項目内容、認定調査時の立ち合いの有無など先行研究との比較においても妥当なものと考えられる項目を参考にしながら^{14～17)}²¹⁾²²⁾「要介護度満足度」に関する質問項目を作成し学識経験者 3 名・介護支援専門員及び家族介護者経験のある介護支援専門員 5 名より助言を受けて修正した。完成した調査項目には、要介護度満足度「現在の要介護度に満足しているか」に対し 5 段階評価で示す満足度と、認定結果の主観、介護負担尺度（J-ZBI_8）^{24)～26)}、認定調時の立ち合いの必要性の評価を求めた。また認定調査項目の必要性を 5 段階評価を求めた。項目は、現行の認定調査項目 74 項目²⁷⁾で麻痺の有無（左右上下その他肢の 5 項目を統合し「麻痺の有無」、拘縮の有無（肩関節、膝関節、その他の 3 項目を統合し「拘縮の有無」とそれぞれの 1 項目とカウントし現行の認定調査項目を 67 項目とした。その他、主治医意見書の認知症の周辺症状で評価する 11 項目のうち認定調査項目には存在しない 6 項目（幻視、幻聴、妄想、暴言、暴力、異食行動、性的問題行動）を追加した 73 項目で必要度の回答を求めた。なお、追加した 6 項目については主治医意見書内では認知症の周辺症状の症状名のみ記載であったため、質問選択肢の内容は筆者が所属する研究班が BPSD の先行研究²⁷⁾を参考に平成 23 年度²⁹⁾³⁰⁾・24 年度 老人保健健康増進等事業「認知症者の要介護認定に関わる介護の手間判定指標の開発から介護の手間に関する評価尺度の開発～（研究代表者・今井幸充）」で開発した認知症に伴う症状・行動と介護者の負担感に関する質問項目を引用し使用した。また調査対象者の属性として要介護者の年齢、性別、家族介護者の年齢、性別、要介護者との関係性、介護期間、介護負担感、副介護者の有無、要介護者の認知症疾患の有無を尋ねた。なお、本調査における「要介護度満足度」には家族介護者の自由な回答が実現するよう主観を問うものとし、自由記述も設けた。

4. 倫理的配慮

各代表者及び調査対象者に対し口頭・書面で調査の目的や方法、調査は強制しないこと、調査協力の諾否に関わらず不利益がないこと、個人や機関、団体名が特定されないこと、調査用紙より入手したデータは符号化、匿名性保持され統計的に処理すること、回答者自身が返信用封筒に入れ投函し返信をもって同意したものとみなす旨説明した。なお、本研究は日本社会事業大学研究倫理委員会の承認（受付番号 12-0304、平成 24 年 7 月 26 日承認）を得て実施した。

5. 分析方法

260 名に配布し回収された 206 名の調査票のうち、未記入などの欠損データの多かった回答を除いた 203 名分（回収率 78.0%）を分析対象とした。

5-1) 現在の要介護認定調査項目及び主治医意見書の周辺症状の項目を追加した項目で、認定調査項目の因子構造を明らかにするために、全 76 項目の必要度をもとに探索的因子分析を行った。因子抽出法として最尤法、プロマックス回転（斜交回転）を用いて算出した。因子数はカイザーガットマン基準及びスクリープロット基準と解釈可能性をもとに判断した³¹⁾。因子分析後、尺度の信頼性は Cronbach's α 係数の算出による内的整合性の検討を行い、さらに構成概念の妥当性を検討するため検証的因子分析を行った。推定法は最尤法を用いて行適合度の評価は GFI (0.9 以上) AGFI (0.9 以上) を基準とした³¹⁾。

5-2) 本研究の要介護度満足度と関連のある変数を確認するために現要介護度、介護期間、専門職の認定調査時立ち合いの必要度と Kendall の順位相関をし、相関を確認した。

5-3) 要介護度満足度に影響を与える要因を抽出するため、満足度を従属変数とし、先行研究で要介護度に相関があるとされた変数、本研究内において満足度及び現在の要介護度との相関が見られた変数、認定調査項目の因子分析結果を独立変数とし重回帰分析を行った。先行研究より要介護度・介護の手間と関連があるとされる ADL、IADL、中核症状、周辺症状、医療的処置の項目については認定調査項目の因子分析結果を採択した。また介護者負担尺度においては介護負担を定量的に評価する指標として信頼性及び妥当性も確認されている Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) を用いた^{25) 26) 32)}。

信頼性は cronbach のアルファ 0.890、因子も 1 因子で、本調査対象においても使用できると採択した。なお、重回帰分析に先立ち、独立変数間の交互作用の有無について、一元配置分散分析を用いて確認した。

data の集計及び解析にあたっては、spss19.0 および AMOS19.0 を使用した。

結果

1. 対象者の属性

対象者の属性を表 1 に示す。

要介護度満足度「現在の要介護度に満足しているか」における全体の 5 段階評価の結果は「1・満足していない n = 46 (22.7%)」、「2・やや満足していない n = 29 (14.3%)」、「3・どちらでもない n = 33 (16.3%)」、「4・やや満足している n = 36 (17.7%)」、「5・満足している n = 59 (29.1%)」であった。また現在の要介護度と要介護度満足度のクロス表を以下表 2 で示す。この結果より要介護 5 のものは 71% が「5. 満足」と回答し、「1. 満足していない」「2. やや満足していない」と回答したものはいなかった。また要介護 4 のものも 55% が「5. 満足」と回答した。一方、要支援 2 の者は「1. 満足していない」が 72% で「4. やや満足」、「5. 満足」と回答したものはなかった。

2. 認定調査項目の因子構造

現在の要介護認定調査項目及び主治医意見書の周辺症状の項目を追加した項目で、認定調査項目の因子構造を明らかにするために、全 76 項目の必要度をもとに探索的因子分析（最尤法、プロマックス回転（斜交回転））を用いて算出した。記述統計量において、変数の平均値の最小値は 3.837、最大値は 4.438、標準偏差の最小値は 0.993、最大値は 1.426 で天井効果のみられる項目も存在したが、現行の認定調査項目を使用していることから全ての項目が重要であると判断し採択した。項目は、因子負荷量が 0.35 未満のもの、かつ、因子負荷量が 2 つ以上にわたって 0.35 以上であるもの及び因子負荷量の差が 1.0 未満を削除項目とし、因子数はカイザーガットマン基準及びスクリープロット基準と解釈可能性をもとに判断した。

その結果、36 項目 5 因子の構造となった。回転後の因子負荷量は表 3 の通りである。KMO (Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測定) は 0.902、Bartlett の球面性検定 $p < 0.001$ で有意に単位行列とは異なる

表1 基本属性

基本属性		度数	%
介護者性別	男性	75	36.9
	女性	128	63.1
介護者年齢 (平均61.7歳)	20代	2	1.0
	30代	11	5.4
	40代	24	11.8
	50代	45	22.2
	60代	67	33.0
	70代	36	17.7
	80代	17	8.4
同居	同居	123	60.6
	別居	80	39.4
介護期間 (平均4.40年)	0~3年未満	66	32.5
	3~5年未満	61	30.0
	5~10年未満	55	27.1
	10~15年未満	18	8.9
	15年以上	3	1.5
副介護者の有無	副介護者有	91	44.8
	副介護者無	79	38.9
	自分が副介護者	32	15.8
	NA	1	.5
要介護者との関係	実親	103	50.7
	義親	46	22.7
	配偶者	37	18.2
	兄弟	6	3.0
	祖父母	8	3.9
	その他	3	1.5
	要介護者性別	男性	64
	女性	139	68.5
要介護者年齢 (平均84.6歳)	50代	2	1.0
	60代	6	3.0
	70代	41	20.2
	80代	95	46.8
	90代	51	25.1
	100代	6	3.0
	NA	2	1.0
要介護者生活場所	自宅・同居	130	64.0
	自宅・独居	24	11.8
	介護施設	30	14.8
	病院入院	14	6.9
	その他	5	2.5
要介護度	要支援1	7	3.4
	要支援2	18	8.9
	要介護1	34	16.7
	要介護2	46	22.7
	要介護3	40	19.7
	要介護4	22	10.8
	要介護5	35	17.2
認知症診断	無	48	23.6
	有	155	76.4
認定調査時立ち合い (複数回答)	家族	142	70.0
	専門職	27	13.3
	その他	7	3.4
	無	51	25.1

表2 現介護度と要介護度満足度のクロス表

	満足してやや満足して		どちらでも		満足	
	いい	いい	ない	やや満足	満足	
要支援1	29%	29%	1%	0%	29%	
要支援2	72%	17%	11%	0%	0%	
要介護1	33%	24%	18%	12%	0%	
要介護2	24%	17%	20%	17%	22%	
要介護3	7%	18%	25%	30%	18%	
要介護4	4%	6%	6%	23%	65%	
要介護5	0%	0%	6%	20%	7%	

り、因子分析を適応させることの妥当性は保証された。尺度の信頼性を示す Cronbach's α 係数は第1因子0.949、第2因子0.942、第3因子0.954、第4因子0.938、第5因子0.919で全体では0.960と高い値を示した。また、構成概念の妥当性について検証的因子分析を行ったところ GFI=0.912、AGFI=0.901と高い値を示し、今回のモデルは妥当なものと判断した。

各因子の下位項目の内容として、現行の認定調査項目の群間名を基準に以下のように命名した。第1因子は作話や被害的、短期記憶や徘徊で、現行の認定調査項目の3群・4群に当たる項目で構成され「認知機能・精神行動障害」因子と命名した。第2因子は起き上がりや寝返り、歩行で現行の認定調査項目の1群のうち起居動作に関する項目で構成され「起居動作」因子と命名した。第3因子は経管栄養処置や疼痛看護で現行の認定調査項目の特別な医療に当たる項目で構成され「医療処置」因子と命名した。第4因子は排泄、食事のADLで現行の認定調査項目の2群のうち身体介護を表す項目で構成され「高頻度日常生活動作」因子と命名した。第5因子は現行の認定調査項目には存在しないが主治医意見書の認知症の周辺症状を示す項目で構成した幻覚、暴力、暴言で「意見書BPSD」因子と命名した。

表3 認定調査項目必要度をもとにした探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)の結果

項目	因子負荷量					
	F1	F2	F3	F4	F5	
36-4-2作話	.994	-.082	.004	-.138	.026	
35-4-1被害的	.928	-.133	-.011	-.083	.102	
39-4-5同じ話をする	.923	.037	-.039	-.017	-.203	
37-4-3感情不安定	.852	-.068	.082	.048	-.019	
40-4-6大声をだす	.810	-.054	-.016	.087	-.012	
38-4-4昼夜逆転	.779	.068	.104	-.134	-.040	
34-3-9外出して戻れない	.681	.102	.106	.044	.049	
31-3-6季節理解	.630	.045	-.103	.133	.147	
29-3-4短期記憶	.590	.197	.004	.089	-.101	
33-3-8徘徊	.539	.041	.007	.218	.232	
5-1-5座位保持	-.105	.974	.071	-.068	.035	
4-1-4起き上がり	-.087	.959	.030	.021	-.040	
7-1-7歩行	-.013	.853	-.054	.020	-.004	
3-1-3寝返り	-.063	.844	.015	.106	-.027	
6-1-6両足立位	.010	.826	-.027	.005	.080	
8-1-8立ち上がり	.181	.686	-.052	.004	-.071	
2-1-2拘縮	-.015	.650	.069	.030	.024	
1-1-1麻痺	.118	.645	-.022	-.062	.075	
64-医-9経管栄養	.010	-.070	.938	.084	-.043	
63-医-8疼痛看護	.021	-.064	.915	.024	.043	
62-医-7気管切開処置	.039	.003	.915	.007	.020	
65-医-10モニター測定	.119	.074	.819	-.152	-.131	
61-医-6レスピレーター	-.019	.058	.792	.034	.108	
60-医-5酸素療法	.020	.120	.787	-.050	-.031	
66-医-11褥瘡処置	-.105	-.077	.767	.138	.064	
18-2-5排尿	-.006	-.058	.033	1.030	-.075	
19-2-6排便	.011	.002	-.038	.960	-.024	
17-2-4食事摂取	-.059	-.071	.071	.922	-.005	
16-2-3嚥下	-.153	.080	.064	.799	.069	
15-2-2移動	.084	.122	.040	.669	-.092	
23-2-10上衣着脱	.235	.169	-.193	.564	.041	
68-主-15幻覚(実際にはないものが見える)	.064	.062	.003	-.190	.962	
70-主-17せん妄	-.169	.014	-.050	.082	.958	
69-主-16幻聴(実際には聞こえないものが聞こえる)	.024	.052	.047	-.189	.948	
71-主-暴力・暴言	.076	-.063	.018	.195	.616	
72-主-13社会生活上の判断能力・不潔行為(おむつじり・弄便)	.049	-.084	-.002	.269	.585	
固有値	14.687	3.758	2.676	2.698	2.057	
Cronbach's α	.949	.942	.954	.938	.919	
因子間相関	F1	1.000	.367	.493	.474	.557
	F2		1.000	.378	.520	.371
	F3			1.000	.423	.465
	F4				1.000	.495
	F5					1.000

因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 検証的因子分析による適合度指標 : 最尤法 GFI=.912、AGFI=.901

3. 要介護度満足度との順位相関

要介護度満足度と相関のある変数を確認するために Kendall の順位相関を行った結果を表 4 に示す。

表 4 要介護度満足度の Kendall の順位相関

属性	現介護度満足度	現介護度
現介護度満足度	1.000	.479**
現介護度	.479**	1.000
調査立ち合い必要性	-.259**	-.023
zarit合計得点	-.098	-.013
介護期間	.111*	.241**
自宅・同居	-.175**	-.352**
自宅・独居	-.090	-.033
施設	.162*	.298**
入院	.202**	.248**
介護者女性	.025	-.194**
要介護者女性	.051	.084
FAC1 認知機能・精神行動障害	.072	.065
FAC2 起居動作	-.052	.011
FAC3 医療処置	.009	.023
FAC4 高頻度日常生活動	-.021	-.037
FAC5 意見書 BPSD	.053	.034

なお、要介護者の生活場所で自宅(同居・独居)、施設、入院においては変数間の相関が高く変数として採択する事が適切でない判断し、分析対象より除外した。

4. 要介護度満足度との重回帰分析

要介護度満足度に影響を与える要因を抽出するため、満足度を従属変数とし、先行研究で要介護度に相関のあるとされる変数、結果 3 において満足度及び現在の要介護度との Kendall の順位相関に有意差の見られた変数及び認定調査項目の因子分析結果を独立変数とし強制投入法による重回帰分析を行った結果を表 5 に示す。なお年齢や要介護者との関係等属性を変数とし分析を行ったが有意差に寄与せず変数より削除した。また交互作用の有無については相関分析を行い有意な相関の有ったものは一元配置分散分析を行い交互作用が無い事を確認、VIF 値も全ての変数において 3.0 以下であり多重共線性は存在しないと判断した。

その他、認知症診断の有無による差異を確認するため認知症診断有群・無群の重回帰分析も行った。

全体 (n = 203) を対象とした分析では ANOVA (分散分析表) の結果 p < 0.001 と有意で、R2 は 0.487、

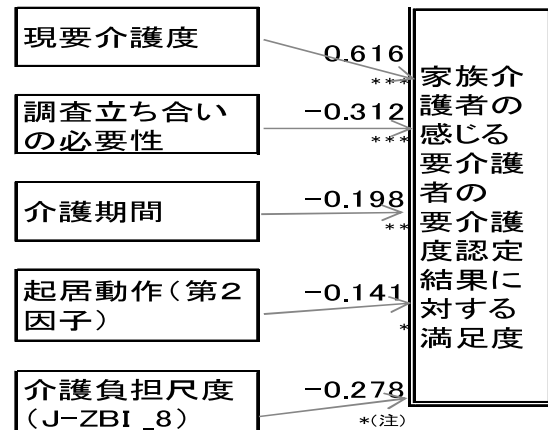
Durbin-Watson 比は 1.777、認知症診断有 (n = 155) を対象とした分析では ANOVA の結果 p < 0.001 有意で、R2 は 0.491、Durbin-Watson 比は 1.804、認知症診断無 (n = 48) 対象とした分析では ANOVA の結果 p < 0.001 有意で、R2 は 0.629、Durbin-Watson 比は 2.350 で、全ての分析において適合度は高く、Durbin-Watson も問題ないと評価した³³⁾。

全体を通し有意差が示されたのは現在の要介護度(p < 0.001) に正の相関、認定調査時の専門職に立ち合いの必要性 (p < 0.001)、介護期間 (p < 0.01) と第 2 因子「起居動作」(p < 0.05) に負の相関が示された。

認知症診断有群においては、介護期間 (p < 0.05) で負の相関が示された。

認知症診断無群においては、介護負担尺度 (J-ZBI_8) の合計点、第 2 因子「起居動作」(p < 0.05) との負の相関が示された。

要介護度満足度に影響を与える要因について、本調査によって修正された要介護度満足度構造図に示す(図 2)。



(注)認知症診断無

*: p < 0.05 ** : p < 0.01 *** : p < 0.001

図 2 要介護度満足度構造図 (注) 認知症無群 data

表 5 「要介護度の満足度」の重回帰分析結果

(定数)	全体 (n=203)		認知症診断有 (n=155)		認知症診断無 (n=48)	
	β	有意確率	β	有意確率	β	有意確率
現介護度	.516	.000 ***	.526	.000 ***	.708	.000 ***
調査立ち合い必要性	-.312	.000 ***	-.267	.000 ***	-.461	.001 ***
zarit合計得点	-.100	.089	-.055	.373	-.278	.024 **
介護者女性	.101	.068	.094	.201	.136	.270
介護期間	-.198	.010 **	-.192	.084 *	-.269	.175
FAC1 認知機能・精神行動障害	.069	.327	.086	.320	-.040	.766
FAC2 起居動作	-.141	.029 *	-.115	.122	-.399	.013 *
FAC3 医療処置	-.055	.401	-.038	.620	.040	.775
FAC4 高頻度日常生活動	.094	.180	.118	.150	.111	.493
FAC5 意見書 BPSD	.026	.685	.012	.882	-.047	.747
R2	.487		.491		.629	
ANOVA	p < 0.001		p < 0.001		p < 0.001	
Durbin-Watson	1.777		1.804		2.350	

*: p < 0.05 **: p < 0.01 ***: p < 0.001

考 察

1. 現介護度と満足度の関係性について

Kendallの順位相関及び要介護度満足度に影響を与える要因を抽出するため満足度を従属変数とした重回帰分析の結果より現在の要介護度と要介護度満足度には有意な関連がみられ、正の相関が見られた。

現在の要介護度と満足度のクロス表からも、要介護4及び5の者の満足度が高かったのに対し要支援2の者の満足度が低かった。これは京都府が平成18年に実施した要介護度別の認定結果の満足度調査¹⁸⁾でも、要介護5では満足と回答した者が9割を占め、軽度者(要支援1~2、要介護1)における満足度は6割台であったように、重度者の高満足度傾向と一致した。また墨田区の調査¹⁹⁾も要支援者が現在の要介護度を軽く認定されたと回答した理由として『認定結果の不満として軽く認定されたため、家族の負担が大きい』とあり、軽度者、特に要支援者の低満足度が見られた。本調査で明らかとなった要支援者、特に要支援2の満足度の低さについては、平成18年度より施行された改正介護保険法により、要介護1相当の者で認知機能の低下が無く状態の安定した者を要支援2と判定し介護予防給付と位置付ける事になったが、施行当初より不満を訴える者が出現している実態と一致する³⁴⁾。その理由として、要支援者の施設入所制限や福祉用具貸与の制限が考えられる。他調査^{18) 19) 35)}に比べ本調査での要介護度満足度が更に低い傾向としては回答対象者の差異が考えられる。要介護者本人は「介護サービスを受けられ有りがたい」³⁵⁾との考え方があり介護サービス利用で満足感を感じている可能性が考えられる。しかし家族介護者は、介護負担やサービス種別・量の制限から要介護度満足度を下げる可能性が考えられる。要介護者を支えるインフォーマルサポートの最有力者である家族介護者の支援の重要性を感じ、家族介護者の不安や不満を取り除く支援を実施していく必要が示唆された。

2. 認定調査時の立ち合いについて

認定調査時の立ち合いの必要性からは、認定調査時に要介護者本人と認定調査員だけではなく専門職の認定調査立ち合いの必要性を認識している人ほど要介護度満足度が低いことから、専門職の認定調査立ち合いが行われていない状態で認定されている者の要介護度満足度が低い事が示唆された。本調査の自由記述の中には『当市は、介護支援専門員等の専門職の認定調

査立ち合いを禁止されており、本人の状態を上手く認定調査員に伝えられなかった』等の意見が複数見られた。一方、専門職の認定調査立ち合いを推奨している保険者も存在し、この様なところにも自治体間の体制のバラつきが生じていた。『初めて会う認定調査員が30分程度の調査時間で要介護者の状態の把握してもらえなかった』とする要介護者や家族の意見や、『認定調査をする際に常に判断に迷っている』との調査する側である調査員からの意見についても先行研究や自治体の調査報告がなされている^{8) 12) ~15) 19) 35)}。

本研究の予備調査で介護支援専門員・認定調査員に実施した面接調査の結果からも一定のルールを設け、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員や地域包括支援センター職員、施設入所者や入院者には介護職・看護職等の調査同席を求める声も聞かれた。認定調査時に本人の支援に携わる専門職が立ち合いを行う事は、本人・家族では伝えきれない本人の状況や家族の様子などを伝達できるメリットや、本人・家族の緊張をほぐし安心感を与えられ、結果とし満足度を高めるのではないかと考えられる。

3. 介護期間について

介護期間については、介護期間が長期化すると要介護度満足度を低下させる要因となる事が検証できた。終わりの見えない不安や介護者の時間拘束²³⁾などから要介護度満足度に関連すると考えられる。特に認知症診断無群に比べ認知症診断有群に有意差が認められた事は、認知症状のある利用者を長期間介護することは認知症特有の対応が求められ、サービス量増加の希望にも繋がるのではないかと考えられる。またはADL状態は良好で認知症状の有る者に対し長期間介護をしているにも関わらず、介護者が希望する要介護度に認定されない事は、認知症ケアに必要とされる介護の手間が正確に認定評価されていないのではないかと^{3) 36) 37)}との先行研究同様に示唆された。

4. 認知症診断有無による要介護度満足度

認知症診断無群に有意な差であったZarit介護負担尺度日本語版の短縮版合計点($p < 0.05$)は0点から32点で本調査内の平均点は11.5点であった。当尺度は介護を必要とする状態に対する否定的な感情の程度と介護によって社会生活に支障をきたしている程度を測るものであり、本調査で認知症診断無群に有意差があり、認知症診断有群には有意差が認められなかった

事は身体介護量が関連している事が考えられる。

その結果が因子分析の第2因子「起居動作」との相関も説明している。「起居動作」は身体介護に属し認定調査員が判断に迷い実際にバラつきが生じやすいとされる「麻痺の有無等」が含まれた項目である¹²⁾。これは「日常生活に支障の有る場合」の統一的な定義がされていないもので、認定調査員間でも判断基準の解釈が異なることが指摘されている。家族介護者においても麻痺の有無や起き上がり動作、体位交換が可能か不可能か自立か介助を有するかにより介護量に差異を与えるものであり、身体的介護に比重が重くなり介護サービスの増加の検討を余儀なくされるためと考えられる。一方、認知症診断有群は認知症状の対応に関する介助を重視したためか、起居動作介助の増加による要介護度満足度低下へは繋がらない事が示唆された。

5. 予備調査での仮説生成の際に作成した構造仮説と比較

先行研究及び予備調査で要介護度満足度と関連が認められた項目であるADLや認知症状で本調査では相関が見られなかった項目も出現した。

認知症の有無や症状など家族介護者の悩みとも言われる項目である、因子分析の第1因子「認知機能・精神行動障害」、第5因子「意見書BPSD」など認知症の中核症状や周辺症状を表す項目との有意差が認められなかったことには疑問が残るが、本調査の対象者は家族介護者であり認定調査時や主治医に認知症の症状などを伝達出来ている可能性がある。

本研究内の要介護度満足度には本人の状態像より、認定調査時にどの程度要介護者本人の様子を把握できるように取り組みを行ったかが要介護度満足度を左右する結果に至った。

また5%水準での明確な有意確立は認められなかったが、家族介護者が女性の方が要介護度満足度を高く評価するわずかな傾向が示された。これは女性介護者の方が介護をするという行為に歴史があること³⁸⁾や抵抗が少ない事³⁹⁾が考えられ先行研究と矛盾しない。

結 論

以上、本研究で明らかとなった要介護度満足度に影響を与える要因として、現在の要介護度の重度さ、認定調査時専門職の立ち合いの必要性の認識の高さ、介護期間の長期化、身体介護を伴う起居動作介助の多さ、認知症診断有無の差異においては無群の介護負担尺度

の重度さで構成されており、介護ニーズの高い者ほど満足度への影響が高い事が明らかとなった。

要介護度は介護サービスの選択や区分支給限度額内で利用できるサービス量に差があり、要介護者本人のみならず家族介護者の生活にも影響を与える指標である³⁴⁾。しかし、要介護度満足度と現介護度との相関は高いものの、それに関わる要因には差異が生じた。特に、要介護者の状態を表す項目と要介護度満足度の有意差は無く、本人の状態が直接要介護度満足度に関連していると考ええるより、要介護度を判定する認定調査時に本人・家族、また専門職による身体状況や生活状況、家族状況などを聴取してもらえたか、補足してもらえたかが要介護度満足度に強く関わるとみられる。専門職には本人・家族では伝えきれない介護の状況を客観的に正確に伝える事や、本人・家族の緊張をほぐし安心感を与える援助も必要である。そのためには、担当介護支援専門員や地域包括支援センター職員等の専門職が認定調査時の立ち合いを行った際、介護報酬の算定加算を導入する等も方法であると提言したい。また自治体間の解釈の差を軽減し平準化への更なる取り組み^{7) 8)}が求められる。よって、本研究で明確となった家族介護者の要介護度満足度に影響を与える要因から要介護者・家族介護者への支援体制の活用可能であり、必要な取り組みについて検討される事が望まれる。

しかしいくつかの限界と課題が残存した。第一に本調査では東京都近郊3地域の6ヶ所の家族介護者を対象としたが、対象者の中には筆者との関わりのある家族会や介護事業所といった選択バイアスがある。その為、調査結果において適宜返還し確認を行いながら実施した。しかし数に限りがある点や本研究の参加者は研究テーマへの関心が高い介護者や調査への参加意欲の高い介護者に偏っていた可能性がある。また分析方法も含め限界があった。今後、大規模調査や家族介護者ケアへの介入研究による効果検証も実施し、研究結果の普遍性や妥当性の検証も必要である。

〈謝 辞〉

本研究は、筆者の修士論文の一部を加筆修正したものである。

本研究にご協力いただきました、家族介護者会の皆様、介護事業所・医療機関の皆様、回答者の皆様に心より御礼申し上げます。

そして調査から分析、論文執筆に至るまでご指導く

ございました、日本社会事業大学大学院 今井幸充教授、中島健一教授、老人保健健康増進等事業「認知症者の要介護認定に関わる介護の手間判定指標の開発から介護の手間に関する評価尺度の開発」の研究班の皆様この場を借りて御礼申し上げます。

【文献】

- 1) 総務省 統計局・政策統括官・統計研所「高齢者の人口」<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi630.htm> 2012-12-20
- 2) 厚生労働省「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成25年度から29年度までの計画）<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf/2012-12-20>
- 3) 澁田 英敏, 鬼崎 信好, 要介護認定をめぐる現状と課題-要介護認定審査会を中心として, 福岡県立大学紀要 2001-03, 9 (2), 55-72
- 4) 本間和代, 「健康に老いる」ために 地域支援事業取組みの背景と目的 明倫歯科保健技工学雑誌 2008-03, 11 (1), 28-31
- 5) 福岡 裕美子, 高齢者の介護予防活動のあり方の検討 A 県一地区の悉皆調査から, 弘前大学大学院地域社会研究科年報 2010-12-28, (7), 55-67
- 6) 介護保険法第3章, 2012-11-26, 法律第98
- 7) 要介護認定適正化事業, 老健局老人保健課 (宇都宮啓課長), 2010-08
- 8) 厚生労働省, 要介護認定適正化事業事務局 (受託団体:株)三菱UFJリサーチ&コンサルティング) 平成19年度要介護認定適正化事業報告書, 2008
- 9) 小林 之誠, 時論 介護保険認定審査会の課題, 日本医事新報 2000-12-02, (3997), 57-60
- 10) 大嶽 昇弘, 舟木 一夫, 介護認定審査会委員へのアンケート調査 (地域リハビリテーション), 理学療法学 2002-04-20, 29 (supplement_2), 256
- 11) 上土橋 浩, 介護認定審査会における合議体別判定状況について (介護保険1), リハビリテーション医学, 日本リハビリテーション医学会誌 2002-04-18, 39 (supplement), S216
- 12) 櫻庭けい子, 吉本照子, 緒方泰子, 要介護認定における認定調査員の判断基準と解釈の共有化するしくみづくりーコンピューターネットワークと会議を活用してー保健医療科学 2010, vol.59, No.2, 169-177,
- 13) 増山道康, 介護保険要介護認定スキル研修についてー研修方法と今後の課題、青森保健大雑誌 2004, 6 (2), 101-108
- 14) 廣橋容子, 介護支援専門員によるケアマネジメントの課題, 家族支援の必要性について, 聖泉大学短期大学部聖泉論業 2006, (13) 117-133
- 15) 千葉県, 平成20年度介護認定審査会委員及び認定調査員現任研修資料
- 16) 小森 憲治郎, 認知症にみられるコミュニケーション障害について, 神経心理学: Japanese journal of neuropsychology 2009-06-25, 25 (2), 128-136,
- 17) 岡田 澄子, コミュニケーション障害を合併する嚥下障害患者のリハビリテーション, 音声言語医学 2009-07-20, 50 (3), 211-215,
- 18) 京都府健康福祉部高齢者支援課. 介護保険サービス利用者アンケート調査 (第8回) の結果概要について, 2011-05-31
- 19) 墨田区. 墨田区要支援認定者調査報告書, 2007-03
- 20) 高橋 昌二, 加藤 貴彦, 植松 美樹, 小原 利紀, 森 崇浩, 福島 真弓, 川上 正人, 中島 一彦, 日常生活動作の評価における自立度と「介護の手間」の捉え方 (測定・評価), 理学療法学 2002-04-20, 29 (2), 63
- 21) 遠藤まり子, 痴呆性高齢者の家族主介護者からみた痴呆の問題行動と要介護度と関連, 埼玉県立大学紀要 2002, 4, 77-86
- 22) 加藤 貴彦, 高橋 昌二, 植松 美樹, 小原 利紀, 森 崇浩, 鈴木 淳, 中島 一彦, 川上 正人, 仙骨部褥創の治癒期間と膝関節の屈曲角度の関係 (成人中枢神経疾患), 理学療法学 2002-04-20, 29 (supplement_2), 114
- 23) 小橋 紀之, 飯田 紀彦, 在宅患者の介護者と介護保険認定評価との関係について, リハビリテーション医学, 日本リハビリテーション医学会誌, 2002-04-18, 39 (supplement), S216
- 24) Zarit SH, Todd PA, Zarit J M: Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a Longitudinal Study, Gerontologist, 1986, 26, 260-266
- 25) 荒井由美子, 工藤啓, Zarit 介護尺度日本語版 (J-ZBI) 及び短縮版 (J-ZBI_8), 公衆衛生 2004-2-15 (68) 第2号
- 26) 荒井由美子, Zarit 介護尺度日本語版の短縮版 (J-

- ZBI_8) の作成 : その信頼性と妥当性に関する検証, 日老医誌 2003, 40 (5), 471-477
- 27) 認定調査員テキスト 2009 改訂版-厚生労働, 2012-04
 - 28) 日本認知症ケア学会 (編), BPSD の理解と対応, ワールドプランニング東京, 2011, p8
 - 29) 日本社会事業大学社会事業研究所, 認知症者の要介護認定結果に係わる介護の手間判定指標の開発～介護の手間に関する評価尺度の開発～, 2012-03
 - 30) 日本社会事業大学社会事業研究所, 認知症者の要介護認定結果に係わる介護の手間判定指標の開発～認知症機能障害に伴う日常生活評価測度の妥当性の検証～, 2012-03
 - 31) 小塩真司, SPSS と AMOS による心理・調査データ解析, 東京図書, 2009-11-10, 第 12 刷
 - 32) 羽生正宗, 徳永 あけみ, Zarit 介護負担尺度日本語版の短縮版 (J-ZBI_8) を用いた家族介護者の負担感分析 : 介護負担感要因のモデル化, 山口経済学雑誌 2011-09, 60 (3), 219-253
 - 33) 対馬栄輝, SPSS で学ぶ医療系多変量データ解析, 東京図書, 2011-04-10, 第 5 刷
 - 34) 特集 速報・06 年 4 月介護報酬改定 介護予防・小規模多機能の報酬決まる, 日経ヘルスケア 2006-02, 21 (196), 44-56,
 - 35) 東村山市地域福祉計画基礎調査報告書, 2011-03
 - 36) 認知症の人と家族の会, 提言・「こうあってほしい介護保険」クリエイツかもがわ, 2008-09-20
 - 37) 石倉 康次, 森 俊夫, 呆け老人をかかえる家族の会, 痴呆老人と介護保険一問題点と改善への提言, クリエイツかもがわ, 2000-04
 - 38) 春日 キスヨ, 変わる家族と介護, 講談社, 2010-12-17
 - 39) 一瀬貴子, 『「介護の意味」意識からみた高齢配偶介護者の介護特性』, 関西福祉大学紀要, 2004, (7), 75 - 90

