

鳥取県西部地区における介護保険制度認知調査

¹⁾鳥取大学医学部医学科 社会医学講座健康政策医学分野

²⁾鳥取大学医学部保健学科 地域精神看護学講座

細田武伸¹⁾, 黒沢洋一¹⁾, 森田 曜¹⁾, 谷垣静子²⁾, 能勢隆之¹⁾

SURVEY CONDUCTION OF KNOWLEDGE ABOUT THE LONG-TERM CARE INSURANCE IN THE WEST OF TOTTORI, JAPAN

Takenobu HOSODA¹⁾, Youichi KUROSAWA¹⁾,
Hikari MORITA¹⁾, Shizuko TANIGAKI²⁾, Takayuki NOSE¹⁾

¹⁾*Division of Health Administration and Promotion, Department of Social Medicine
Tottori University, Faculty of Medicine, Yonago 683-8503, Japan*

²⁾*Department of Nursing Care Environment and Mental Health Nursing, School of
Health Sciences, Faculty of Medicine, Tottori University, Yonago 683-8503, Japan*

ABSTRACT

The long term-care insurance started from 1ST of April in 2000. The purpose of the study was to survey the knowledge and satisfaction about the long-term care insurance system in doctors, care workers and users. The subjects consisted of 411 doctors in Tottori Seibu Medical Association, 115 home visit nursing care and home visit care office workers, 385 elderly or their families who were using nursing and welfare care services. A questionnaire survey was conducted from July to August in 2000. Response rate were 42.1% among doctors, 55.7% among home care workers, 56.4% among the elderly or their families. Less than half of the elderly or their families had thoroughly known the long term-care insurance screening system. Many of them thought that mental condition was not taken into account for the long-term care insurance screening. 21.8% of doctors and 20.3% care workers and 64.5% of the elderly or their families were satisfied with the services. The elderly or their families had knowledge about the long term-care insurance were biased. Difference between staffs and users found in satisfaction about the long term-care insurance, the more of staffs thought displeasures however the more of users thought happiness.

(Accepted on October 11, 2002)

Key words : The Long-Term Care Insurance, Doctor, Home visit nursing care and home visit care workers, Frail elderly, Knowledge

緒 言

平成12年4月1日より介護保険制度が施行された。これまで介護は老人福祉と老人保健の2つの異なった制度下で実施されてきたが、総合的なサービス利用と言う面で問題があった。介護保険制度は、両制度を再編し社会保険方式により、利用者の選択によって保健医療・福祉にわたるサービスが総合的に利用できるようにした制度である¹⁾。介護保険制度導入により、利用者・関係者への制度の周知が必要となっている。

介護保険の利用現場では、医師、看護師、介護福祉士等様々な職種の間が関係している。それぞれの立場における介護保険制度の理解が大切である。他の地区における介護保険パイロット事業の調査結果においても、訪問調査員による調査票の記入の違い、痴呆の有無による判定の差等、問題点が明らかになっている^{2) 3)}。

このため、これらの職種や介護保険サービス利用者及び家族における介護保険制度の理解と不満を明らかにする必要がある。本研究は在宅介護を中心に、以下の点を重視し質問紙調査を行った。

- 1) 医師、訪問看護師、訪問介護員、介護保険サービス利用者及びその家族の介護保険に対する認識と理解に、どのような違いがあるか。
- 2) 介護サービスに対する満足度に、どのような違いがあるか。また、その理由に違いはあるか。

研究方法

1. 対象と方法

対象地とした鳥取県西部地区は、米子市を中心とした2市12町村からなる平成11年10月1日現在総人口247,804人、老年人口53,236人、老年人口指数21.5%の地域である。

対象者は、1) 鳥取県西部医師会員411人、2)

鳥取県西部老人保健福祉圏域の訪問看護・介護事業所115ヶ所の管理者及びその代表者。(以下、訪問看護・介護事業者と略す) 3) 調査に協力の得られた病床数100床以下の病院(診療科目:内科、循環器科、呼吸器科、消化器科)、指定介護老人保健施設(50床)及び訪問看護・介護事業所を運営している某医療法人の指定介護老人保健施設1ヶ所、訪問看護・介護事業所2ヶ所の訪問看護、訪問介護、通所介護、通所リハビリテーションのサービス利用者及びその家族(以下、介護サービス利用者と略す) 385人である。

調査方法は、1) 及び2) は、平成12年7月下旬から8月にかけて、調査票を郵送・回収した。3) は、居宅サービス利用時に、本人または家族に某医療法人の職員から手渡し直接回収を行った。

調査項目は、介護保険制度の認知度を知るため、「介護認定審査に至るまでのプロセス」「介護認定審査委員の職種」「介護認定審査会に用いられる資料」を、介護保険に対する満足度を知るため、「現在受けている介護サービスに満足しているか(いると思うか)」「現在受けている介護サービスに不満な理由(不満と考える理由)」について質問を行った。

2. 解析対象者と解析方法

回収状況を表1に示す。ここでの回収率は、有効回収のみとし、拒否あるいは全項目の無回答は含めていない。回収率は、医師42.1% (173人)、訪問看護・介護事業者55.7% (64人)、介護サービス利用者56.4% (217人)であった。

統計学的検定には、SPSSにて χ^2 検定を行い、度数が5以下の項目があった場合はFisherの直接確率計算で検定をおこなった。

結 果

1. 対象者の属性

対象者の属性を表2に示す。男性の割合は、医

表1 調査対象者と解析状況

	調査人数	回収数	有効回収率
西部医師会員	411	173	42.1%
訪問看護・介護事業者	115	64	55.7%
介護サービス利用者	385	217	56.4%

表2 対象者の属性

	医師	訪問看護・介護事業者	介護サービス利用者
回答者数	173	64	217
性別			
男	68.4%	3.1%	28.1%
女	9.8%	82.8%	45.6%
不明	21.8%	14.1%	26.3%
年齢			
20-29歳	1.1%	10.9%	1.0%
30-39歳	8.6%	32.8%	0.5%
40-49歳	27.0%	34.4%	0.5%
50-59歳	25.8%	17.2%	10.1%
60-69歳	17.8%	1.6%	29.5%
70歳以上	17.2%	0.0%	70-79歳 14.7%
			80-89歳 12.4%
			90歳以上 22.1%
不明	2.5%	3.1%	9.2%
勤務状況		事業所	記入の続柄
開業医	60.3%	訪問看護	本人 20.7%
勤務医（国公立病院）	17.8%	訪問介護	配偶者 8.8%
勤務医（私立病院）	12.1%		父・母 13.4%
その他	4.6%		息子・娘（義理を含む） 39.2%
			その他 12.9%
不明	5.2%	不明	不明 5.0%
			介護度
			要支援 7.4%
			1 26.7%
			2 21.7%
			3 13.4%
			4 10.6%
			5 6.9%
			不明 13.4%

師68.4%，訪問看護・介護事業者3.1%，介護サービス利用者28.1%であった。

年齢は、医師は40～49歳、50～59歳が52.8%と全体の半数以上を占めた。訪問看護・介護事業者は30～39歳、40～49歳が67.2%と全体の半数以上を占め60歳以上が医師に比較し少なかった。

訪問看護・介護事業者は、訪問看護事業所48.4

%、訪問介護事業所43.8%であった。

介護サービス利用者は、本人による回答は20.7%にすぎず、娘・息子による回答が39.2%と最も多かった。介護度別では、介護度1が26.7%と最も多く、次いで介護度2が21.7%、介護度3は13.4%、介護度4は10.6%の順であり介護度5の者は少なかった。

表3 介護保険制度の認知度

		医師	訪問看護・介護事業者	介護サービス利用者
介護認定審査に至るまでのプロセス				
市町村窓口への申請	はい	93.7	98.4	71.9
	いいえ	4.6	1.6	25.3
	不明	1.7	0.0	2.8
調査員による訪問調査	はい	90.8	96.9*	88.0
	いいえ	7.5	1.6	9.7
	不明	1.7	1.6	2.3
コンピューターによる一次判定	はい	86.2	95.3	48.8
	いいえ	12.1	3.1	48.8
	不明	1.7	1.6	2.3
介護認定審査会による二次判定	はい	92.0	96.9	61.3
	いいえ	6.3	1.6	36.4
	不明	1.7	1.6	2.3
介護認定審査会に用いられる資料				
コンピューターによる一次判定の結果	はい	90.2**	96.9	79.3
	いいえ	8.0	1.6	18.4
	不明	1.7	1.6	2.3
主治医の意見書	はい	97.1	98.4	81.6
	いいえ	1.1	0.0	15.7
	不明	1.7	1.6	2.7
介護認定審査委員の職種				
医師	はい	97.7	93.8**	81.1
	いいえ	0.6	3.1	16.1
	不明	1.7	3.1	2.8
歯科医師	はい	54.0	54.7	6.0
	いいえ	44.3	42.2	91.2
	不明	1.7	3.1	2.8
看護師	はい	75.3	85.9	25.8
	いいえ	23.0	10.9	71.0
	不明	1.7	3.1	3.2
理学・作業療法士	はい	61.5	68.8	21.7
	いいえ	36.8	28.1	75.6
	不明	1.7	3.1	2.8
介護・社会福祉士	はい	71.3	76.6	44.2
	いいえ	27.0	20.3	53.0
	不明	1.7	3.1	2.8

* p<0.05, ** p<0.005

表4 介護認定でよく考慮されていると思うこと

		医師	訪問看護・介護事業者	介護サービス利用者
被介護者の現在の身体状態	はい	69.0	68.8	55.3
	いいえ	12.1	25.0	29.5
	不明	19.0	6.3	15.2
被介護者の身体状態の不安定性	はい	27.6	26.6	22.1
	いいえ	53.4	67.2	62.7
	不明	19.0	6.3	15.2
被介護者の現在の精神・神経状態	はい	41.4	20.3	20.7
	いいえ	39.1	73.4	64.1
	不明	19.5	6.3	15.2
被介護者の精神・神経の不安定性	はい	21.8*	20.3	12.4
	いいえ	59.2	73.4	72.4
	不明	19.0	6.3	15.2
家族構成（介護できる人の有無）	はい	21.8	10.9	24.4
	いいえ	59.2	82.8	60.4
	不明	19.0	6.3	15.2
経済力	はい	12.6**	12.5	24.4
	いいえ	68.4	81.3	60.4
	不明	19.0	6.3	15.2
家の設備	はい	8.6	6.3	11.1
	いいえ	72.4	87.5	73.7
	不明	19.0	6.3	15.2
本人の生活習慣	はい	11.5	20.3	10.1
	いいえ	69.5	73.4	74.7
	不明	19.0	6.3	15.2
過去の病歴	はい	29.9***	4.7	18.0
	いいえ	51.1	89.1	66.8
	不明	19.0	6.3	15.2
過去の問題行動	はい	5.2	10.9	6.5
	いいえ	78.7	82.8	78.3
	不明	16.1	6.3	15.2
特に必要な医療	はい	22.4****	39.1	11.1
	いいえ	58.6	54.7	73.7
	不明	19.0	6.3	15.2

** p<0.05, * p<0.01, *** p<0.005, ****<0.001

単位：%

2. 介護保険制度の認知度

「介護認定審査に至るまでのプロセス」「介護認定審査委員の職種」「介護認定審査会に用いられる資料」の認知度を表3に、「介護認定でよく考慮されていると思うこと」という質問の結果を

表4に示す。

「介護認定審査に至るまでのプロセス」という、「市町村窓口への申請」「調査員による訪問調査」「コンピューターによる一次判定」「介護認定審査会による二次判定」までの4つの過程について

表5 介護保険に対する満足度

	医師	訪問看護・介護事業者	介護サービス利用者
現在受けている介護サービスに満足しているか（いると思うか）			
満足	21.8*	20.3	64.5
あまり満足していない	23.6	45.3	19.4
不満を持っている	12.1	17.2	3.7
わからない	33.3	14.0	7.4
不明	9.2	3.2	5.1
現在受けている介護に不満な理由（不満と考える理由）			
1位 「金銭面の負担」	「金銭面の負担」	「金銭面の負担」	
2位 「希望した介護プランとは異なる」	「希望した介護プランとは異なる」	「サービス回数の不足」	
3位 「介護度が軽い」	「介護度が軽い」	「介護度が軽い」	
	「サービス回数の不足」	「希望した介護プランとは異なる」	

* P<0.0001

単位：%

聞いた結果では、医師、訪問看護・介護事業者はいずれも約9割の者が知っていたが、介護サービス利用者は「コンピューターによる一次判定」について知っている者が半数以下であった。「調査員による訪問調査」のみ、訪問看護・介護事業者、介護サービス利用者間に有意差があった。

「介護認定審査会に用いられる資料」について聞いた質問では、「コンピューターによる一次判定の結果」「かかりつけ医の意見書」いずれも3者のほとんどの者に知られていた。「コンピューターによる一次判定の結果」に医師、介護サービス利用者間に有意差があった。

「介護認定審査委員の職種」という鳥取県西部保健福祉圏域介護認定審査会、合議体委員の職種5つについて聞いた質問では、「医師」にのみ、訪問看護・介護事業者と介護サービス利用者間に有意差があった。3者とも「歯科医師」が最も知られていなかった。特に介護サービス利用者では、6.0%とほとんど知られていなかった。また、「看護師」25.8%、「理学・作業療法士」21.7%と余り知られていなかった。「介護・社会福祉士」も知っている者は、半数以下にすぎなかった。

「介護認定でよく考慮されていると思うこと」では、「被介護者の現在の身体状態」と答えた者

が3者とも約6割に及んだが、その他の項目は3者ともいずれも約5割以下であった。「本人の生活習慣」「過去の問題行動」は3者とも約2割以下にすぎなかった。さらに医師と介護サービス利用者、訪問看護・介護事業者と介護サービス利用者間に χ^2 を行った結果、医師と介護サービス利用者間のみ、「被介護者の精神・神経の不安定性」「経済力」「過去の病歴」「特に必要な医療」に有意差があった。

3. 介護保険に対する満足度

「現在受けている介護サービスに満足しているか（いると思うか）」「現在受けている介護サービスに不満な理由（不満と考える理由）」という質問の結果を表5に示す。

「現在受けている介護サービスに満足しているか（いると思うか）」では、医師、訪問看護・介護事業者は「満足している」がそれぞれ21.8%、20.3%にすぎなかったが、介護サービス利用者は64.5%が満足していた。3者間には、0.01%の有意差があった。介護度別で見ると、介護度3では満足しているが53.8%と低かった。「現在受けている介護サービスに不満な理由（不満と考える理由）」では、3者とも1位に「金銭面の負担」を上げていた。

考 察

本調査対象者は、鳥取県西部医師会員、鳥取県西部保健福祉圏域訪問看護・介護事業者、某医療法人の訪問介護、通所介護、訪問看護、通所リハビリテーションのサービス利用者及びその家族に限定された。これは、本調査が介護保険法施行後間もない時期に計画され、公的介護保険サービス利用者にアンケート調査を行う為の方法が限られていたことによる。特に介護サービス利用者の対象者は、特定の医療法人が行っている限られたサービス利用者に限定されているため、介護度が比較的軽かったこと、サービス利用時にサービス事業者からアンケートが渡され、サービス事業者により回収されたことによる心理的影響による回答の偏りがあることもいえない。また、有効回収率が低率であったことも考慮しなければならない。その理由として、西部医師会員の回答医師の60.3%が開業医であり、45.4%が主として従事もしくは標榜する診療科を内科と回答していた。このことから回答しなかった医師は、勤務医で内科医以外の医師が多かったと推測された。このように無効回答の理由としては、介護保険との関わりが希薄であると考えているためと推測される。訪問看護・介護事業者においては、鳥取県西部老人保健福祉圏域訪問看護・介護事業所一覧表に従い、事業所管理者に調査票送付を行ったが、管理者が医師会員と重複している場合（訪問看護事業者76ヶ所中28ヶ所、訪問介護事業者39ヶ所中1ヶ所）があり、送付した封筒は同一のため間違いと誤解され訪問看護・介護担当者に渡らなかったケースも考えられた。介護サービス利用者は、調査票の記入もれもしくは誤記入のため回収率は75.6%であったが、全ての質問項目を記入している調査票のみを有効としたため有効回収率が56.4%に留まった。

医師、訪問看護・介護事業者、介護サービス利用者が、介護保険制度の認知度について違いがあるのは当然であるが、介護サービス利用者（特に家族）が、医師、訪問看護・介護事業者と比較し制度のどの部分を知らないか焦点をあてるため、あえて比較を行なった。

「介護認定審査に至るまでのプロセス」では、介護サービス利用者は、「コンピューターによる一次判定」について知る者は半数以下であったが、

「介護認定審査会に用いられる資料」では「コンピューターによる一次判定の結果」を約8割の者が知っていた。これは、コンピューターによる一次判定は知っているが、どの段階で行われているかあまり理解されていないためと思われる。

「介護認定審査委員の職種」は公開されているにも関わらず知られている職種に偏りがあった。歯科医師と介護認定審査委員および居宅療養管理指導等、介護保険制度との関わりをより広く明らかにする必要があるだろう。また、介護サービス利用者に介護認定審査委員として知られていない看護師、理学・作業療法士、介護・社会福祉士と制度の関わりの周知も必要となろう³⁾。

「現在受けている介護サービスに満足しているか（いると思うか）」という設問では、医師、訪問看護・介護事業者は、満足していないと考える者が多かったが、介護サービス利用者は半数以上が現在のサービスに満足していた。他地区の自治体が行った調査でも同様な結果がマスメディア等で報道されている⁴⁾⁵⁾。今後、このような違いの原因を調べる必要がある。ただ、今回の調査では、前述したように介護サービス利用者が特定の医療法人のサービス利用者に限られていることのバイアスによるものかもしれない。「現在受けている介護に不満な理由（不満と考える理由）」では、3者とも金銭の負担を上げたのは、従来自己負担が無料であった介護サービスも社会保険方式になり、保険料を納め、サービス利用に対し1割負担が原則となったため、当然の回答結果と思われる。（注：調査時点では、第一号被保険者である介護サービス利用者は保険料を納付していない。1割負担も各自治体により対応が異なる。）

「介護認定審査でよく考慮されていると思うこと」では、「被介護者の精神・神経の不安定性」「経済力」にのみ、医師と介護サービス利用者間で有意差があった。「精神・神経の不安定性」では、サービス利用者で考慮されていないと感じている人が多かった。介護保険モデル事業でも一次判定と二次判定の結果が、痴呆があるものでは判定のずれが大きく、原因として、一次判定システム、調査員やかかりつけ医の痴呆に対する理解不足が要因に挙げられている²⁾、^{6~11)}。また、訪問調査に同行した精神科医師も同様に、被介護者に診察と神経心理学検査を行い要介護度の推定を行った結果、一次判定と大きく異なっていた割合が

痴呆ありの者では高かったと報告している⁹⁾。この点での改善が、今後の課題となろう。

厚生省の平成11年度国民生活基礎調査によると、1世帯当りの平均世帯人員は2.79人であり、依然減少傾向にある。65歳以上の者の単独世帯は、増加傾向にある¹⁾。社会全体で高齢者を支え、福祉サービスも有償で限られたものであるとした公的介護保険制度が施行され2年経つが、今後さらなる制度の改善と発展を切望したい。

結 語

介護保険制度における理解と満足度を調査するために、鳥取県西部医師会員、鳥取県西部保健福祉圏域訪問看護・介護事業者、介護保険による訪問看護・介護サービス利用者及びその家族に無記名自記式の質問紙調査を行った。その結果、介護保険サービス利用者及びその家族は、介護認定審査のプロセスについて理解が十分ではないことがわかった。また、被介護者の精神・神経の状態が介護保険の認定に考慮されていないと考えていた。半数以上の介護保険サービス利用者及びその家族は、現在受けている介護サービスに満足していた。

本調査に当り、協力頂いた鳥取県西部医師会員、鳥取県西部保健福祉圏域の訪問看護・介護事業者及び担当者、医療法人の担当者、介護サービス利用者及びその家族の方々、鳥取大学学生の皆様方に深く感謝を申し上げます。

文 献

- 1) 厚生統計協会(編)。(2000)国民衛生の動向・厚生の指標臨時増刊・47, 9号。厚生統計協会, 東京。
- 2) 大井律子, 東 栄治, 脇阪敦彦, 他。(1999)高齢者の状態把握に関する比較検討—宇部市における要介護認定施行事業(介護保険認定パイロット事業)の調査結果から—。山口医学, 48, 149—156。
- 3) 山本勝, 横山淳一, 永井昌寛。(2000)介護システムからみた介護保険制度の課題と地域関係者者の意識実態分析。病院管理, 7, 19—31。
- 4) 読売新聞。(2001年3月26日)介護保険の現場は今(14)定着への課題は?「ほぼ満足は8割」。読売新聞社, 東京。
- 5) 京都新聞。(2001年4月1日)「サービス選択」からほど遠く介護保険 京滋自治体調査。京都新聞社, 京都。
- 6) 大櫛陽一, 佐々木順子。(1998)介護レベル判定のコンピューター処理の現状。新医療, 5, 45—47。
- 7) 武田功。(1999)公的介護保険における高齢者のQOL評価表とその検定。川崎医療福祉学会誌, 9, 169—176。
- 8) 池田学, 銚石和彦, 牧徳彦, 他。(2000)介護保険と高齢者医療(4)介護保険モデル事業における要介護一次判定と二次判定のずれ痴呆との関連で。日本老年医学会雑誌, 37, 528—531。
- 9) 筒井孝子, 中島和夫。(2000)「要介護認定」における認定アセスメント項目の妥当性に関する研究—要援護高齢者問題行動指標の交差妥当化—。厚生指標, 47, 3—7。
- 10) 太田秀樹。(2000)介護保険下の医療 主治医意見書を問い直す 調査認定の不備を踏まえた意見書の記載。Gpnet, 47, 52—59。
- 11) 繁信和恵, 池田学, 牧徳彦, 他。(2000)介護保険制度訪問時の調査員及び精神科医師の印象と一次判定の異同について 痴呆の有無における検討。精神神経学雑誌, 102, 717—721。