

介護保険に対する利用者の反応とその特徴

——柏市の介護サービス利用者アンケート調査を中心に——

相川良彦 堀田きみ* 山根律子*

1. はじめに
 - (1) 問題意識と構成
 - 1) 問題意識と調査地の福祉概要およびその選定理由
 - 2) 調査地柏市の概要と調査方法
 - 3) 焦点とする問題の内訳
 - 4) 集計・分析方法の考え方と章別構成
 - (2) 全国との対比による柏市の介護保険実施概況とその影響
 2. 介護保険の実施状況への反応
 - (1) 介護保険利用者の一般的状況
 - 1) 要介護度、性別、年齢階層別の対象者数
 - 2) 同居家族の有無、家族形態、回答者の属性、介護の担い手
 - (2) 要介護度の認定
 - (3) ケアプランの作成
 - 1) ケアプランの作成依頼先、満足/不満足度とその理由
 - (4) サービス利用状況
 3. 介護サービスの満足度と今後の方針
 - (1) 介護サービスの満足度
 - (2) 介護保険によるサービス提供方針
 4. 要介護度認定およびサービス利用の中止・開始に影響する諸要因
 - (1) 介護保険に関する意識 5 項目の関連性
 - (2) 要介護度認定に影響する意識・状況・家族形態
 - (3) 介護保険開始による介護サービス利用量の増減の推定
 5. まとめ
- 補論 要介護度認定における痴呆軽視傾向
- (1) 要介護度認定の仕組み（樹形図）と痴呆軽視傾向
 - (2) 介護保険の認定要介護度と簡易な判定痴呆度との相関

1. はじめに

(1) 問題意識と構成

1) 問題意識と調査地の福祉概要およびその選定理由

高齢者介護は、これまで行政が直接、または社会福祉法人を使って間接的に、サービスを提供（措置）してきた。弱者救済を基本的な考え方とし、それをもとに利用者を選定した。2000年4月に導入された介護保険は、措置制度を払拭して、市場メカニズムによる介護サービスの需給調整を企図している。この介護保険が、介護サービスに如何なる問題点と需給増減をとめない定着しつつ

あるか、またそこに農村と都市の地域差はあるのか。我々は、この2つのテーマを、現在実施中の農村活性化プロジェクト研究の一環として、明らかにしたいと考えている。

これまでの我々の研究（相川ほか〔1〕や相川〔2〕）で次の点を明らかにした。措置制度の下では介護サービスの利用（需要）は抑制的であり、その傾向は都市より農村で強いこと、他方、介護サービスの提供（供給）は硬直的・不足気味で、その傾向は農村より都市で強いこと、である。ただ、この介護サービスの供給状況は措置制度から介護保険への移行にともなって、様変わりすると見込まれる。介護サービスの利用が相対的に顕在化しやすく、かつ高齢人口密度の高い都市では介

* 介護保険市民会議

護サービス利用に応じてサービス事業者が多く参入するが、介護サービスの利用が抑制的で高齢人口密度の低い農村ではサービス事業者があまり参入せず、サービス市場が未成熟に止まるところが多いと思われるからである。

本報告の目的は、上記のテーマを解明する第一歩として、介護保険の導入後の変化が大きいと見込まれる都市について、介護保険の導入にともなうサービス需要面、具体的にはその導入経緯や利用量の増減を明らかにすることである。そして、次稿では、介護サービス供給（事業所）面について、都市と農村の比較研究をする予定である。

介護サービス利用調査の都市部の対象地として、首都圏のベッドタウンの一つである柏市を選定した。当市における1996年度の高齢者100人当たり年間介護サービスの利用状況は、訪問介護利用回数58.6回（全国119.4回）、デイサービス46.9日（全国141.9日）、ショートステイ38.8日（全国36.8日）であり、全国に比べて、高齢者在宅介護サービス利用は少なかった（長寿社会開発センター〔4〕）。措置制度下において、当市は福祉サービスの整備（供給）がたち遅れた典型的な都市であった。

他方、当市の住民は農村住民ほど介護サービスの利用アレルギーが強いとは思われないし、人口規模も市場形成が可能なほどに大きい。介護保険下での民間事業者が新規参入する経済条件を十分に備えている。したがって、当市は介護保険の開始により、介護事情が大きく変化する見込みのある都市地域であると位置づけられよう。

2) 調査地柏市の概要と調査方法

千葉県柏市はJR常磐線上野駅まで30分のベッドタウンである。2000年国勢調査では、人口327,851人、平均年齢39.5歳、うち65歳以上の人口割合は12.4%であった。全国平均年齢が41.1歳、うち65歳以上の人口割合17.4%であったから、当市は高齢化度合いが相対的に緩やかであると言える。また、15歳以上の産業別就業者数のシェア（但し、1995年国勢調査）は、第一次産業2%、第二次産業27%、第三次産業71%であった。第三次産業が中心で、農業は微々たる存在である。

本調査は、2000年4月に介護保険がスタートし

て、ほぼ半年後にあたる8月下旬～9月中旬に、アンケート郵送調査として行った。介護保険適用者1,000名を無作為抽出した無記名調査で、有効回収数は693通であった⁽¹⁾。調査の実施は、柏市介護保険課と農水省農林水産政策研究所とが共同であった。具体的には、調査票は柏市と当所とで協議・作成し、その過程で柏市の介護保険のあり方を市民の立場から検討・提言している団体（介護保険について学習する任意サークル、本報告執筆者も参加）の意見も聴取した。郵送調査の実施は主として柏市介護保険課、データのパソコンへの入力当所、データの集計・分析は柏市と本報告執筆者がそれぞれ独自に行った。

3) 焦点とする問題の内訳

調査票では、介護保険の実施状況とその満足度などについて全般にわたり設問している（なお、参考として本調査で用いたアンケート調査票を本稿末尾に添付）。そこで問題にしたのは、次の諸点である。

- ① 介護保険の認定要介護度は、施設入所の高齢者本人を対象にした介護時間調査にもとづいて算定されたために、介護者にとって「家族状況（介護力など）への配慮がない」「痴呆が低く判定されている」（施設では痴呆者を囲えるので、在宅より楽に介護できる）などが懸念されている。その偏りが柏市の要介護者家族において実感されているかという点。

なお、痴呆度の低評価が要介護度の認定方法の仕組みから派生する点、および従前の簡便な認定調査法に比べて低評価に陥る傾向については、補論で詳細な検討を加える。

- ② ケアプランの作成は障害高齢者の依頼により一人一人にあった介護サービスの利用プランを作成する仕事で、介護保険において重要な位置を占める。ただ、プラン作成料の単価が低く設定されたので経済的に自立しづらく、殆どのケアマネージャーは介護サービス機関に所属しながら、この仕事を兼務の形で遂行している。そのため、ケアマネージャーが所属機関に有利なようにプランを作成しないともかぎらない。このように中立性が危惧されるケアプランであるため、それが果たして利用者に満足のいくものとなったかという

点。

- ③ 厚生省が2000年4月に実施した全国抽出調査によれば、介護保険の開始により平均で介護サービスの利用者数は23%、提供量は64%程度増えていた⁽²⁾。2001年1～2月に本プロジェクト研究で実施した柏市介護サービス事業所調査によれば、当市では介護保険開始一年前（1999年4月）以降に営利法人、医療機関、協同組合、NPO法人など多種多様な事業所が介護ビジネスに参入し、介護サービス市場の形成が期待された（50弱のサービス事業所が活動中）。これらの事業所の増加が、介護保険の実施以降に介護サービスの利用者数や1人当りの利用サービス量にどの程度影響を与えたかという点。

- ④ 措置制度から介護保険制度へと切り替わることで、介護は家族負担と公的サービスとして与えられる形から、サービス財として利用者に選ばれる形へ転換した。そこで、介護保険で提供される介護サービスに対して、利用者がどの程度満足し、また家族形態によりどのような違いを感じているかという点。

なお、そうした介護サービス市場の熟度は地域差をもって形成されるはずである。介護サービス市場の熟度の農村と都市との格差は、次稿において介護サービスの供給者（事業者）の視点から取り上げる予定である。

- ⑤ 介護保険において利用者は利用費用総額の1割を自己負担しなければならない仕組みになっている。介護保険開始の直前に、高齢者の保険料徴収が政治的判断から一部据え置かれたことは未だ記憶に新しい。このように経済的負担は介護保険の今後のあり方に大きく影響する要因の一つである。この負担額と介護サービスの充実との関連を利用者はどのように考えているかという点。

4) 集計・分析方法の考え方と章別構成

本報告における調査結果の集計・分析は、次の考え方にもとづいている。本調査は介護保険開始後5ヶ月前後の実施状況と利用者の意向を尋ねたアンケート調査である。同種の調査は執筆者達が本調査を実施した2000年8月段階では、厚生省〔6〕や千葉市〔3〕などの調査結果しか見当たらな

かった。未だ調査の少ない段階で実施した本調査は、新しい事態を報告するものなので、幾つかのファクトファインディングを期待できた。それらについては出来るだけ実態をありのまま伝える集計方法が報告形態として望ましい。このため本報告は単純集計を基調にしている。

ただ、単純集計による実態提示にとどまれば、せっかく介護保険対象者の協力により収集したデータ情報の一部しか利用しないことになり、情報ロスが大きい。その是正のために、介護サービス利用の増加量や要介護度認定の評価など焦眉の問題に焦点をあて、より詳しい要因分析を追加することにした。

章別構成とその課題並びに集計・分析方法は次のとおりである。

まず、「2. 介護保険の実施状況への反応」において、①要介護度の認定、②ケアプランの作成、③介護保険導入に伴うサービス利用量の増減、についての各質問調査結果を単純集計する。次に、「3. 介護サービスの満足度と今後の方針」において、④介護サービスの満足度、⑤介護保険の自己負担額、についての各質問調査結果を単純集計およびクロス集計により家族形態等と関連づけて整理する。さらに、「4. 要介護度認定およびサービス利用の中止・開始に影響する諸要因」において、要介護度認定の問題点と介護保険導入前後のサービス利用量の変動を、統計手法などの適用によりさらに詳しく研究する。

(2) 全国との対比による柏市の介護保険実施概況とその影響

介護保険開始の2000年4月をひかえて、全国で、また柏市でも高齢者の要介護度認定の作業が進められた。

要介護者総数を95年国勢調査の高齢者総数で割って算出した、要介護・支援認定者数の割合は柏市10%で、全国の8%よりやや高い水準にある。第1表は、その要介護度別の高齢者人数の分布を全国および柏市について、見比べたものだが、ともにほぼ同様の分布である。具体的には、要介護度1をピーク（全国23%：柏市21%）としながら、要介護度4で少し盛り上がり（全国15%：柏市20%）をみせるなだらかな山形分布をしてい

第1表 全国および柏市における要介護度別人数とシェア

平成12年3月末日現在

	全 国						柏 市			
	在 宅		介護保健施設		その他の施設		全 体		全 体	
	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
非該当	85,456	7.7	2,058	0.5	814	1.4	88,328	5.6	66	2.2
要支援	181,663	16.3	11,061	2.7	2,416	4.2	195,410	12.4	310	10.1
要介護1	297,913	26.8	61,385	15.2	8,171	14.3	367,469	23.4	643	21.0
要介護2	192,154	17.3	63,334	15.7	7,358	12.9	262,846	16.7	584	19.1
要介護3	131,021	11.8	74,810	18.6	8,154	14.3	213,985	13.6	450	14.7
要介護4	116,230	10.5	105,185	26.3	13,503	23.7	235,548	15.0	595	19.5
要介護5	107,039	9.6	84,138	20.9	16,567	29.1	207,744	13.2	409	13.4
合 計	1,111,476	100.0	402,261	100.0	56,983	100.0	1,571,060	100.0	3,057	100.0
合計の横%		70.7		25.6		3.6		100.0		

注(1) 全国介護保健施設は内訳として、介護老人福祉施設（計198,963人）、介護老人保健施設（計144,088人）、介護療養型医療施設（計59,630人）の3種により構成される。

(2) 柏市における「非該当」の内訳は、自立判定63人、特定疾病に該当しない2号被保険者3人により構成される。
出所：厚生省および柏市資料による。

第2表 全国および柏市における一次判定と二次判定の比較

	全 国				柏 市			
	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)	件数(件)	割合(%)
6段階 上昇	0	0.0	253,019	16.1				
5段階 上昇	1	0.0						
4段階 上昇	61	0.0						
3段階 上昇	628	0.0			2	0.1		
2段階 上昇	14,111	0.9			41	1.3	631	20.7
1段階 上昇	238,218	15.2			588	19.3		
変更なし	1,236,732	78.7	1,236,732	78.7	2,241	73.4	2,241	73.4
1段階 下降	77,994	5.0	81,309	5.2	176	5.7		
2段階 下降	3,138	0.2			4	0.1	182	5.9
3段階 下降	105	0.0			2	0.1		
4段階 下降	28	0.0						
5段階 下降	15	0.0						
6段階 下降	29	0.0						
合 計	1,571,060	100.0	1,571,060	100.0	3,054	100.0	3,054	100.0

注(1) 上記には、介護認定審査会において特定疾病に該当していないため二次判定を「非該当」としたものが含まれている。

(2) 柏市では、3段階までの上昇・下降分のみ該当件数がある。
出所：厚生省および柏市資料による。

る。柏市の要介護度別高齢者人数分布は、全国平均とほぼ同じだとみて良いだろう。ピークが要介護度1で障害の軽い者が多い反面、要介護度4以上の重い障害に悩む者も3分の1を占めるというのが実態である。

なお、同表から、要介護者の71%が「在宅」、26%が「介護保健施設」、4%が「その他の施設」に居住することが分かる。障害の最も重い要介護度5の者でさえ51%が在宅なのである。施設サービス中心から在宅サービス充実へという介護

のあり方の転換（ゴールドプランから介護保険に至る福祉政策の理念の一つ）は、この事実からみても必然的な帰結であったろう。

要介護度の判定方法は、2段階に分かれている。第1段階は、厚生省の作成したADL（日常生活動作能力）やコミュニケーションの難易、そして受けている医療種別を質問した調査票の回答結果を、コンピューターが機械的に判定する一次判定である。第2段階は、介護認定審査会において、専門家が一次判定の歪みを修正する二次判定である。第2表は、一次判定と二次判定による変更の状況を、全国と柏市について見比べたものである。

二次判定による要介護度ランクの変更は、全国では上昇16%、下降5%であったのに対し、柏市では上昇21%、下降6%であった。柏市の二次判定は、全国と比較して一次判定を多少（5%ほど）上昇させる傾向がみられた。

第3表は、介護保険の施行後における介護サー

ビスの提供事業所数の増加状況を示している。厚生省調査86市町村と柏市では、調査時点および期間が異なるので正確な比較とはいえないが、短期入所生活介護を除けば、他の介護サービスではいずれもサービス事業所が増加している。柏市についてみれば、2000年3月から6月にかけて、訪問介護は3ヶ所から19ヶ所、通所介護は9ヶ所から17ヶ所など、急増している。介護保険の施行を契機として、サービス事業所の新設と周辺市町村事業所から当市への流入が起きたと思われる。そのなかで短期入所生活介護だけが逆に減少している理由として、①利用可能日数が介護保険施行以前は年間120日まで利用可能とされていたのに、介護保険により要介護度に応じて半年間で7～42日間と短縮されたので、5月段階では利用の手控えが生じた、②事業者が請求しても国保連などの事務エラーにより数割の審査対象洩れが5月段階まで生じていた、等があると思われる。

第4表で、介護保険で規定された支給限度額に

第3表 厚生省調査86市町村および柏市での介護保険施行後におけるサービス提供量の増加

サービスの種類	対象地	(厚生省調べ：86市町村)		(柏市)	
		1999.4.1現在	2000.4.1現在	2000.3現在	2000.6現在
訪問介護（カ所数）		266	614	3	19
訪問看護（カ所数）		221	349	—	10
通所介護（人数/カ所数）*		3,932	4,789	9	17
通所リハビリ（人数/カ所数）*		1,600	1,879	—	10
短期入所生活介護（人数）		1,725	2,089	227	158
福祉用具貸与（カ所数）		120	285	7	9

注(1) 当該86市町村をサービス提供地域としている事業者数または定員数を集計。

(2) 柏市のデータは、2000年8月に千葉県からの調査依頼に基づき当市介護保健課が作成。

(3) *の「人数」は厚生省調べ86市町村、「カ所数」は柏市の各数値の単位である。

第4表 定点市町村および柏市における支給限度額に対するサービス利用量

	106 定点市町村				柏市
	人数	平均利用単位数 (a)	支援限度額 (b)	限度額に対する利用割合 (a/b)(%)	利用割合 (%)
要支援	1,378	3,334	6,150	54.2	49.2
要介護1	1,764	6,213	16,580	37.5	35.3
要介護2	1,487	8,297	19,480	42.6	42.3
要介護3	1,307	11,681	26,750	43.7	42.3
要介護4	1,232	13,418	30,600	43.9	41.7
要介護5	1,115	15,963	35,830	44.6	47.1
合計・平均	8,323	—	—	43.2	41.7

注(1) 106 保険者（定点市町村）8,323 人についての調査（ケアプラン無作為抽出方式、原則として2000年7月サービス分の調査）。

(2) 「平均利用単位数」は、訪問通所サービスと短期入所サービスの合計の平均。

対する実際のサービス利用量割合を、厚生省調査106定点市町村と柏市について比較している。支給限度額に対するサービス利用割合は、定点市町村平均で43%、柏市で42%とほぼ同水準である。要介護度別の利用割合も、ともに要支援においてやや高く（定点市町村54%：柏市49%）、逆に要介護1でやや低く（定点市町村38%：柏市35%）、要介護2～5はいずれも40%台前半の水準である。柏市における支給限度額に対する実際のサービス利用量割合は全国平均並みである。このことは、柏市において新規参入により増えた事業所数に比べて、利用者個々人は全国同様にサービス利用量をあまり増やしていないことをうかがわせる。（相川良彦）

注(1) 調査対象者は、2000年6月審査分給付実績情報のうち5月提供分の居宅介護支援利用者から8月15日までの資格喪失者を除いた1,450人の中から無作為に1,000人を抽出した。8月29日に発送し、9月13日までに返信するよう依頼した。①性別では、男性291人、女性709人、②年齢別では、1号被保険者75歳以上736人、1号被保険者65～74歳213人、2号被保険者51人であった。なお、返送されたアンケート調査票704通のうち、回答不備・到着の遅延等により11通を除外した。

(2) 厚生省が2000年4月1日現在でまとめた全国調査結果（86市町村の抽出集計）。1年前に比べて、サービス提供量は、福祉用具貸与238%、訪問介護231%、訪問看護158%、通所介護122%、短期入所生活介護121%、通所リハビリテーション117%で、6サービス平均164%の増加を示した（厚生省〔6〕）。

2. 介護保険の実施状況への反応

(1) 介護保険利用者の一般的状況

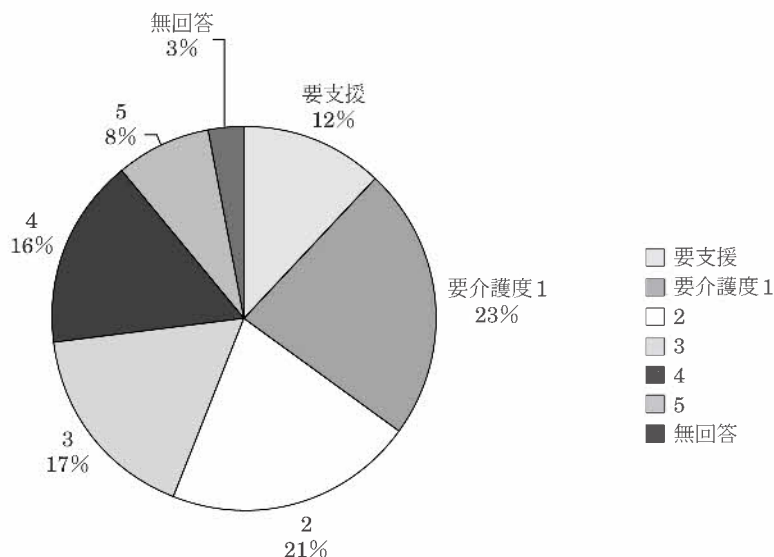
1) 要介護度、性別、年齢階層別の対象者数

調査回答者693人の要介護度別構成比は第1図のとおりである。「要支援」83人（12%）、「要介護度1」164人（23%）、「要介護度2」144人（21%）、「要介護度3」115人（17%）、「要介護度4」110人（16%）、「要介護度5」57人（8%）、無回答が20人（3%）、である。この構成比は7月の在宅サービス利用者1,731人についての要介護度別の構成比、この順に13%、28%、23%、15%、13%、9%、とほぼ一致している。

回答者の性別は、「男」179人（26%）、「女」422人（61%）、無回答92人（13%）である。さらに、年齢階層別では、「40～64歳」（第2号被保険者）34人（5%）、「65～69歳」48人（7%）、「70～74歳」99人（14%）、「75～79歳」105人（15%）、「80～84歳」146人（21%）、「85歳以上」223人（32%）、無回答38人（6%）、である。高年齢の階層になるにしたがい人数が多くなり、「85歳以上」の層が3割強、後期高齢者数（75歳以上）が7割近くを占めている。

2) 同居家族の有無、家族形態、回答者の属性、介護の担い手

「同居家族がいる者」は494人（71%）、「いない



第1図 要介護度別の人数シェア（総数 693 人）

第5表 中心的な介護の担い手の続柄

	回答数(人)	(%)
配偶者	175	25.3
同居している娘	112	16.2
同居している息子の妻	106	15.3
別居している娘夫婦	40	5.8
同居している息子	37	5.3
別居している息子夫婦	19	2.7
同居している娘の夫	10	1.4
親戚	6	0.8
友人、知人	6	0.8
近隣の人	5	0.7
ボランティア	4	0.5
他の同居人	4	0.5
同居の孫	1	0.1
無回答	168	24.2
計	693	100.0

者」は91人(13%)、無回答が108人(16%)、である。「同居家族がいる」494人のうち、164人(全体の24%)は「高齢者のみ」の世帯であり、79人(全体の11%)は「日中独居(日中は家族がおらず独りになる)」と答えている。ここで同居家族の有無とその世帯内容、介護者の同居の有無等から家族形態を推計すると⁽¹⁾、「独居者」84人(12%)、「高齢夫婦・日中独居」249人(36%)、「家族同居」298人(43%)、無回答62人(9%)、となる。この家族形態別シェアからも家族介護力の低下がうかがえる。

本調査票に「本人」が回答しているのが156人(23%)、「介護者」が回答しているのが491人(71%)、無回答が46人(7%)である。回答している介護者の続柄は多い順に、「娘」165人(24%)、「配偶者」128人(19%)、「息子」86人(12%)、「息子の妻」84人(12%)等となっている。

介護の中心的な担い手を1人あげてもらったところ、第5表の結果が得られた。「配偶者」175人(25%)が最も多く、次いで「同居の娘」112人(16%)、「同居の息子の妻」106人(15%)と続く。「配偶者」と答えた175人のうち「男」は62人(35%)、「女」は92人(53%)、無回答は21人(12%)である。

介護の中心的担い手として女性が多いのは全国一般の傾向と同様だが、そのなかで娘(夫婦)合計162人が息子(夫婦)合計162人と並ぶほど多いことが都市的な特徴のように思われる。

第6表 補助的な介護の担い手の続柄(複数選択肢)

	回答数(人)	(%)
同居している息子	120	17.3
別居している娘夫婦	78	11.3
配偶者	74	10.7
同居している息子の妻	65	9.4
同居している娘の夫	61	9.8
同居している娘	40	5.8
別居している息子夫婦	36	5.2
別居している孫	24	3.5
近隣の人	20	2.9
友人、知人	17	2.5
親戚	16	2.3
ボランティア	9	1.3
他の同居人	8	1.2
中心的な担い手のみ	270	39.0
無回答(担い手欄空白)	59	8.5
回答数計(実数)	693	100.0

注. 回答割合は、実数に対するのべ回答の割合。

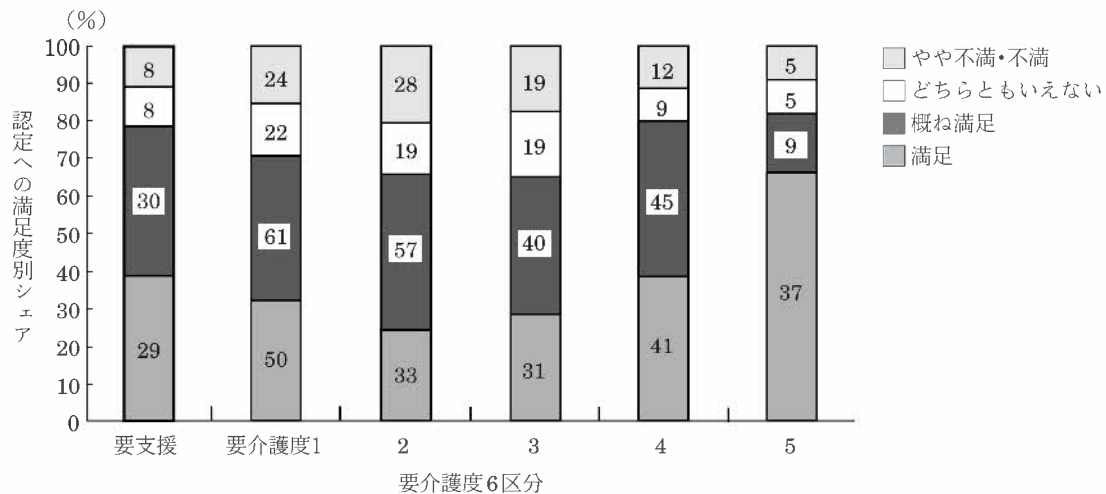
次に、介護の補助的な担い手をあげてもらったところ、第6表(複数選択)の結果が得られた。「同居の息子」120人(17%、調査回答総数693人に占める割合、以下同様)が最も多く、中心的担い手にはなりにくいものの、補助的にはかなり担っていることがうかがわれる。補助的担い手としてならば、「近隣の人」、「友人、知人」、「ボランティア」なども少数ながらいることがわかる。

(2) 要介護度の認定

要介護度認定について満足度を尋ねたところ、「満足」239人(35%)、「概ね満足」253人(37%)、「どちらでもない」93人(13%)、「やや不満」81人(12%)、「不満」18人(3%)、無回答9人(1%)、である。「満足」と「概ね満足」を合わせると72%、「やや不満」と「不満」を合わせると15%になる。

第2図は要介護度別に認定への満足度別シェアを棒グラフで示した。「やや不満・不満」割合は要介護2、3の中位の者に多いため、「満足」と「概ね満足」の合計割合は中位認定がへこんだ凹型分布になっている。

認定に「やや不満・不満」と答えた99人について、不満理由別(複数選択)、要介護度別にクロス集計したのが第7表である。「身体障害が低く判定されている」、「判断基準があいまい」、「痴呆が



第2図 要介護度別の認定への満足度別人数シェア

第7表 不満理由別、要介護度別人数（複数回答：不満者の実数計99人）

	計（人）	要支援	要介護度				
			1	2	3	4	5
身体障害が低く判定されている	38	5	15	10	3	5	0
家族状況への配慮がない	34	1	7	11	7	6	2
判定基準があいまい	31	4	9	8	5	3	2
痴呆が低く判定されている	26	1	9	10	5	1	0
調査が面倒、不親切、難解	12	0	2	3	4	2	1
設定までに時間がかかり過ぎ	8	0	1	3	4	0	0

低く判定されている」という不満は要介護度1, 2の低い認定者に多く、「家族状況への配慮がない」という不満は要介護度2を中心に全般的に分布している。

（3）ケアプランの作成

1）ケアプランの作成依頼先、満足/不満足度とその理由

ケアプラン作成の依頼先の決め方は、多い順に「今まで利用していたサービス事業者に勧められて」367人（53%）、「事業者一覧表などから自分で選んだ」174人（25%）、「他者（友人、知人）に勧められて」39人（6%）であるが、「その他」として「かかりつけ医に勧められて」31人（5%）、「今まで利用していたサービス事業者を自分で選んで」27人（4%）、「市や在宅介護支援センターの紹介で」11人（2%）等があげられている。馴染みのある事業者からの勧めでケアマネジメント機関（居宅介護支援事業者）を決めている者が多く、半

数以上にのぼる。かかりつけ医や市の窓口に相談している者も1割近くいる。

その一方で、一覧表などで情報を集めたり比較検討して自らの判断で事業者を選択している者が3割近くいる。今後、利用者がケアマネジャーの役割についての理解を深めることにより、さらに自主性が出てくると思われる。

次に、ケアプラン作成について満足度を尋ねたところ、「満足」268人（39%）、「概ね満足」293人（42%）、「どちらでもない」79人（11%）、「やや不満」34人（5%）、「不満」7人（1%）、無回答12人（2%）であった。「満足」と「概ね満足」を合わせると81%、「やや不満」と「不満」を合わせると約6%である。

そこで、ケアプラン作成に「満足」または「概ね満足」と答えた者にその理由を尋ねた結果（複数選択）は、次のとおりである。「ケアマネジャーの対応が丁寧で分かりやすい」372人（「満足」と「概ね満足」の合計561人に対する割合

66%, 以下同様), 「利用者や家族の意見・希望を尊重してくれる」334人(60%), 「ケアプランの変更等に臨機応変に対応してくれる」296人(53%), 「契約書を取り交わしている」253人(45%), 「希望するサービスが受けられる」150人(27%), 「対応が迅速・正確である」135人(24%), 等である。

他方, ケアプラン作成に「やや不満」および「不満」と答えた者にその理由を尋ねた結果(複数選択)は, 次のとおりである。「希望する事業所やサービスに空きがなく利用できない」18人(「やや不満」と「不満」の合計41人に対する割合44%, 以下同様), 「ケアマネージャーの説明が不十分, 親切・熱意が足りない」16人(39%), 「ケアマネージャーの知識不足」14人(34%), 「ケアマネージャーになかなか連絡がとれない」10人(24%), 「対応が遅い, 処理が不正確」8人(20%), 「利用者や家族の意見や希望を聞いてくれない」7人(17%)等である。

ケアプラン作成については561人(回答者総数の81%)が「満足」・「概ね満足」しており, 満足度が高いと言える。介護保険の開始段階で時間的猶予が短くプラン作りに追われた経過を考えれば, この満足度の高さは予想以上である。いろいろ問題はあるが, 利用者の意見や希望を聞いて作成するケアプランの作成の仕方がまずは歓迎され, 評価されたと考えて良いだろう。

(4) サービス利用状況

1) 介護保険導入の前後におけるサービス利用者数の増減

第8表は各種在宅サービスについて介護保険の導入前と後の利用者数を示している。利用者数が多いのは在宅3本柱と言われるホームヘルプ, デイサービス, ショートステイであり, 導入前と後の増加率は24~26%である。最も利用者数の多いデイサービスは, 介護保険導入前と後で282人から354人へと26%増加したので, 利用者数は調査回答者の過半を超えている。

介護保険を機に利用開始した者が多いのはデイサービス90人(介護保険導入前の利用者数に対する割合32%, 以下同様), ショートステイ53人(35%), 福祉用具貸与49人(66%)などである。逆に利用中止した者が多いのはデイサービス18人(6%), ショートステイ13人(9%), 訪問看護12人(9%), 通所リハビリ12人(20%)などである。

また増加率でみれば, 福祉用具貸与, 通所リハビリが絶対数は少ないものの58%, 38%と高く, 他方で訪問看護は12%と低いレベルにとどまっている。

8種の在宅サービス全体(延べ合計)では, 介護保険導入後も利用の継続891人, 利用の中止86人, 利用の開始340人, 利用者増加数(開始と中止の差し引き)254人, 利用者増加率は26%であった。

2) 利用量の増減と中止・減少の理由

第9表は介護保険導入前も後も介護サービスを

第8表 介護保険導入の前後における在宅サービス利用者数の増減

	利用を 継 続 (a) 人	利用を 中 止 (b) 人	利用を 開 始 (c) 人	保険の前 利用者数 a+b (d) 人	保険の後 利用者数 a+c (e) 人	利用者 増加数 e-d (f) 人	利用者 増加率 f÷d (g) %
ホームヘルプ	134	7	41	141	175	34	24.1
訪問入浴	81	10	28	91	109	18	19.8
訪問看護	122	12	28	134	150	16	11.9
デイサービス	264	18	90	282	354	72	25.5
ショートステイ	139	13	53	152	192	40	26.3
通所リハビリ	49	12	35	61	84	23	37.7
訪問リハビリ	34	8	16	42	50	8	19.0
福祉用具貸与	68	6	49	74	117	43	58.1
延べ合計	891	86	340	977	1,231	254	—
延べ合計シェア(%)	91	9	35	100	126	—	25.9

第9表 介護保険導入前から介護サービス利用を継続する者の介護保険以降の利用量の増減とそのシェア

単位：人，（％）				
	保険の前より 利用量が増加	ほぼ同じ	減 少	計
ホームヘルプ	40 (28)	90 (63)	12 (9)	142 (100)
訪問入浴	19 (23)	63 (75)	2 (2)	84 (100)
訪問看護	14 (12)	88 (73)	19 (15)	121 (100)
デイサービス	87 (31)	169 (61)	23 (8)	279 (100)
ショートステイ	39 (27)	55 (38)	51 (35)	145 (100)
通所リハビリ	13 (22)	41 (68)	6 (10)	60 (100)
訪問リハビリ	5 (14)	25 (78)	2 (6)	32 (100)
福祉用具貸与	11 (15)	59 (81)	3 (4)	73 (100)
延べ合計とシェア（％）	228 (24)	590 (63)	118 (13)	936 (100)

利用している者に、利用量が増えたか減ったかを尋ねた結果である。介護保険導入後、各サービスとも利用量を増やした者が多く、上記の在宅3本柱の増加率は27～31％である。利用量が「ほぼ同じ」という者が最も多く、ショートステイ38％を除いて、それぞれのサービス利用者の過半数以上（61～81％）を占めている。8在宅介護サービス全体（延べ合計）では、「保険前より利用量が増加」228人（24％）、「ほぼ同じ」590人（63％）、「減少」118人（13％）の構成になっている。

介護保険を機に「利用を中止した」または「減少した」という者に、その理由を尋ねた結果は次のとおりである（複数選択）。利用を中止、または減少させている理由は多い順に、「自己負担が増えた」47人、「希望しても利用できない」33人、「施設や病院に入ったから」19人、「身体状況の変化などにより利用できなくなったため」12人、「介護サービス担当者が変わったので」10人、等であった。なお、「希望しても利用できない」理由の内訳には、一つに空きがないこと、二つに介護保険ではショートステイに利用限度額があるため要介護度が低い場合は以前ほど利用できなく、利用限度があると緊急時への不安のため利用を抑制せざるをえないこと、等が含まれる。

3）利用者負担、利用率と利用率の低い理由

介護保険の前と後とで、利用者負担（自己負担）が増えたか否かを尋ねた結果は「増加」366人（53％）、「ほぼ同じ」103人（15％）、「減少」58人（8％）、無回答166人（24％）である。半数以上が負担増と答えている。

要介護度ごとに定められている利用限度額の何

第10表 利用限度額に対する利用量の割合

	回答数（人）	（％）
3割未満	199	(28.7)
3割～5割未満	114	(16.5)
5割～8割未満	120	(17.3)
8割～10割未満	104	(15.0)
10割以上	22	(3.2)
無回答	134	(19.3)
計	693	100.0

割くらいを実際に利用しているか（＝利用率）を尋ねた結果は、第10表のとおりである。利用率が3割未満の者が199人（29％）と最も多く、半数近くの者が利用率5割未満である。他方、10割以上、つまり介護保険内のサービスだけでは足りず自費で上乗せしている者が22人（3％）いる。

なお、この質問では無回答が多く「分かりません」、「市に聞いてください」などの添え書きもみられた。利用限度額について十分な認識がなかったり、利用額をトータルに把握していない場合もあると考えられる。

また、利用率が5割未満の者（313人）に対し、そのように低い理由を尋ねた結果（複数選択）は多い順に、「家族が介護してくれる」156人、「現行のサービス量で十分」117人、「利用料（自己負担）が高くなる」99人、「サービスの内容がよく分からない」42人、「他人が家に入ることに抵抗がある」33人、「受けたサービスがない」30人、「サービスの内容に不満がある」10人、「本人が利用を嫌がる、慣れていない」8人、等となった。利用率の低い理由は、家族介護や現在利用しているサービスだけで足りている、或いは利用料（自己

負担)の高さといったニーズの充足や経済問題が中心であり、介護サービス利用へのアレルギー(他人が家に入ることへの抵抗感やサービス利用への嫌悪感・不慣れ)を挙げる者は該当者総数の1割強と少ない。介護サービスを現に利用している者は、サービス利用の追加に利用アレルギーをさほど持っていないようである。

なお、現段階では家族の介護や利用しているサービスだけで足りているという者が多いが、弱体化した家族構成の現状(「独居」12%と「高齢夫婦・日中独居」36%)を考えると、今後ニーズが増えるものと予想される。また、サービス利用への抵抗感や利用料負担への抵抗感が薄れてくると、加速度的にニーズが増えることも考えられる。(堀田きみ)

注(1) まず、質問6の同居家族の「世帯構成」において、「高齢者のみ」および「日中独居」と回答した者を家族形態では「高齢夫婦・日中独居」と一括りにグループ化する。また同質問6で「その他」と回答した者を家族形態では「家族と同居」と命名する。さらに、フェイスシート「同居家族」で「無」と回答した者を家族構成では「独居者」に分類した。ここにアンダーラインで示した三つを、新たな家族形態の内訳とする。

次に、上記家族形態への補正・追加の方法である。フェイスシート「同居家族」で「有」と回答しながら、質問6「世帯構成」に無回答の場合がある。この場合、質問6の問2「介護者の続柄」で「配偶者」を挙げた者は「高齢夫婦・日中独居」、それ以外の続柄の同居者を挙げた者は「その他同居家族」に分類した。

また、フェイスシート「同居家族」で「無」と回答しながら質問6の「世帯構成」にも回答した者がいる。この矛盾する回答例の場合は質問6の問2「介護者の続柄」を参考しつつ、基本的に後者の回答を優先した。

3. 介護サービスの満足度と今後の方針

(1) 介護サービスの満足度

現在利用している介護サービスについて満足しているかどうかを、「満足」、「概ね満足」、「どちらでもない」、「やや不満」、「不満」から選択を求めた。総数 693 人のうち「満足」176 人 (25%)、「概ね満足」325 人 (47%)、「どちらでもない」72 人 (10%)、「やや不満」57 人 (8%)、「不満」10 人 (1.4%)、無回答 53 人 (8%) である。「満足」と「概ね満足」とで全体の 72% を占め、介護サービ

スに概ね満足している者が多い。

介護サービスの満足度に要介護度や家族形態による差があるかどうかをクロス集計(表割愛)でみると、介護サービスの満足度は「要介護度」、「家族形態」の諸区分による違いはみられないが、「回答者」による差がある。調査票への回答者が「要介護者本人」である場合は、回答者が「介護者」であるよりも、「満足」している者の割合が高い傾向がみられる(カイ二乗 χ^2 検定 5%水準で有意、以下アンダーラインのみを略記)。

介護サービスに「満足」あるいは「概ね満足」と回答した者に、その理由を尋ねた結果(複数選択)、多い順に上位3項目は、「サービス担当者の心構えや対応がよい」350 人 (64%、但し分母は「満足」「概ね満足」と答えた者に限定しないでこの項目の回答者総数 545 人、以下同様)、「家族の介護負担が減った」191 人 (35%)、「かかりつけ医と連携がとれている」163 人 (30%)、であった。これら3項目への高評価には介護保険によるサービス提供方法の変更が多少とも好感をもって受けとめられたからではないか、と推察される。

他に介護保険のメリットと思われる理由として、「在宅生活が続けられる」140 人 (26%)、「自分でサービス事業者を選べる」107 人 (20%)、「多様な介護サービスを利用できる」83 人 (15%)、「権利としてサービスを利用できる」63 人 (12%)、「十分なサービス量が受けられる」60 人 (11%)、等がある。各項目一つ一つの回答割合は高くないが、延べ合計では 84% に達している。

このように介護保険下のサービスは、概ね利用者に満足されており、それは介護保険によるサービス提供の方法の変更によりもたらされたものであった。満足理由 10 項目と家族形態との関連をクロス表(集計数 488 人)でみると、「家族の介護負担が減った」と評価する者が「独居」に比べて「家族と同居」する者に多い(「独居」15.9% : 「高齢夫婦・日中独居」37.3% : 「家族と同居」41.6%、 χ^2 検定 1% 有意、以下同順序で示す)という当然の関連以外には、介護保険のメリットと思われる理由と家族形態との間に有意な関連を示す項目はなかった。

逆に、介護サービスに「やや不満」「不満」の理由を複数選択してもらった項目のうち、介護保険

のデメリットと思われるものを多い順に列举すれば、次のとおりである。「利用できる施設・サービスの不足」24人(26%)、「サービス担当者の不馴れ・技術未熟」20人(22%)、「時間が限られサービスが行き届かない」18人(20%)、「介護保険対象のサービスの種類が少ない」15人(16%)、「サービス担当者がよく交替する」14人(15%)、「利用限度額が低い」9人(10%)、「事前説明と実際の内容とが異なる」7人(8%)、等である。

不満理由10項目と家族形態(3区分)との関連をクロス表(集計数84人)でみると、「独居」の不満割合は「時間が限られ、サービスが行き届かない」(50%：21%：12%, χ^2 検定5% 有意)、「サービス担当者が時間どおりに来ない」(33%：3%：5%, χ^2 検定10% 有意)に多いのに対し、「家族と同居」の不満割合は「介護保険対象のサービスの種類が少ない」に多かった(13%：6%：24%, χ^2 検定10% 有意)。「不満」は人数として少ないが、家族形態にかかわり発生していることが示唆される。

(2) 介護保険によるサービス提供方針

介護保険において、サービス利用が増えれば保険料は高くなり、利用が減れば保険料も安くなる仕組みになっている。そこで、今後の介護サービス量の充実と保険料との関係について、「保険料を多少(月500円)高くしても、サービスの充実を望む」か、「保険料が多少(月500円)でも安くなるなら、サービス量がその分減ってもよい」と考えるか、或いは「保険料もサービス量も現状のままでよい」かを尋ねた。「現状のままでよい」と答えた者が383人(55%)と最も多く、163人(24%)が「保険料を高くしてもサービスの充実」を望み、69人(10%)が「保険料が安くなるならサービス量が減ってもよい」と考え、78人(11%)は無回答であった。

サービスと保険料との関係に対する考えが、要介護度や年齢などの属性や家族形態など社会的条件により違いがあるかどうかをみると、「要介護度」と「回答者」により差が見られ(2項目とも χ^2 検定5% 有意)、「家族形態」、「男女」、「年齢」による差は見られなかった。そのうち、「保険料を高くしてもサービスの充実」を望む者と「保険料が安くなるならサービス量が減ってもよい」者との「要介護度」による差を第11表に示しておく。「保険料を高くしてもサービスの充実を望む」と考えている割合は要介護度4に少なく、「保険料が安くなるならサービス量が減ってもよい」と考えている割合は、大きな差(χ^2 検定で有意)ではないが、要介護度が高くなるにしたがい多くなっていることが分かる。

また、「回答者」別には、回答者が「介護者」である場合は「要介護者本人」よりも、「保険料を高くしてもサービスの充実」を望む割合が高かった(「要介護者本人」17%：「介護者」29%)。

このように介護保険料とサービスの関係では、半数以上の者が現状でよいと考えているが、要介護度が高い階層で保険料の値下げを、また、介護者の方が要介護者本人よりも保険料が高くなってサービス量の充実を望む傾向にあった。

(山根律子)

4. 要介護度認定およびサービス利用の中止・開始に影響する諸要因

本章の課題は、(1) 要介護度認定に対する満足および不満が、どのような属性や条件に影響され派生しているか、また、(2) 介護保険を契機として介護サービスの利用量がどの程度増減し、そこで利用し始めた者と中止した者などとの間にどのような属性や条件の差異があるかを定量的に明らかにすることである。

第11表 介護保険によるサービス提供方針と要介護度との関係

		要支援	要介護度1	2	3	4	5
保険料を高くしてもサービスの充実を望む	(人)	18	40	38	29	18	17
	(%)	23	27	30	30	19	33
保険料が安くなるならサービス量が減っても良い	(人)	4	15	11	11	14	12
	(%)	5	10	9	11	14	18

(1) 介護保険に関する意識 5 項目の関連性

アンケート調査票（末尾掲載）は、[質問 1] 要介護度認定、[質問 2] ケアプランの作成、[質問 3] 介護保険導入に伴う利用量の増減、[質問 4] 介護サービスの満足度、[質問 5] 介護保険によるサービス提供方針、という 5 つの質問群から構成されている。上記 5 質問群の中から意識にかかわる中心的な質問項目を一つずつ選び、数量化Ⅲ類を適用して 5 項目の関連性を検討することにした。

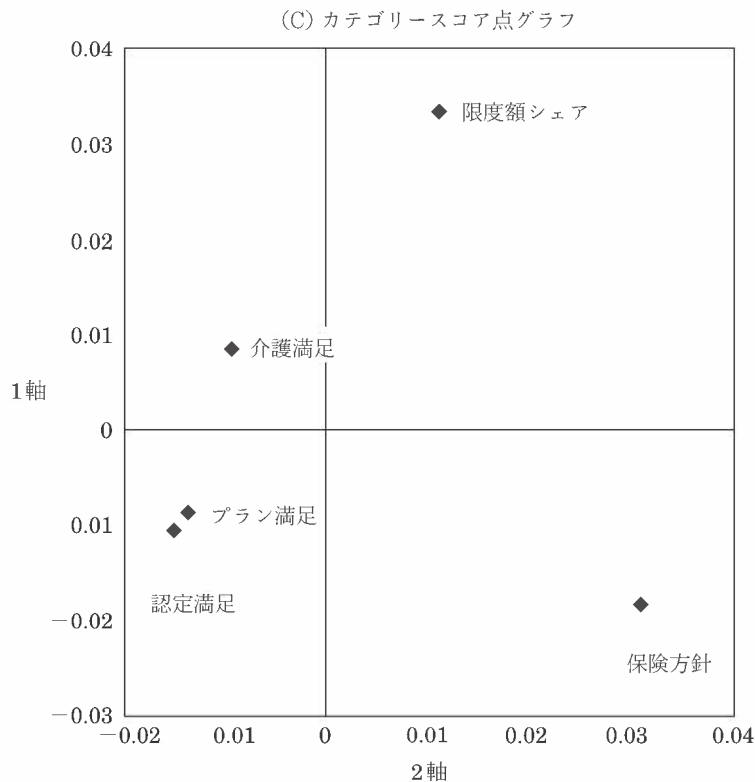
ここで各質問群の中から選んだのは、「介護保険による認定要介護度への満足度（略称、認定満足、以下同様）」、「作成ケアプランへの満足度（プラン満足）」、「介護保険利用限度額に対する実際

の利用額のシェア（限度額シェア）」、「利用している介護サービスへの満足度（介護満足）」、「保険料との関係でみた介護保険のサービス提供方針の選択（保険方針）」、の五つである（アンダーライン付き太字をピックアップして略称とする）。なお、「限度額シェア」は利用状況を表す指標であるが、その背後には介護保険に対する意識（例えば、利用控えという意識）が存在し、意識との関連性が強いとみてここに取り上げた。

第 12 表の (A) カテゴリースコア表は、前述の 5 質問項目間の似た（相関関係が強い）要素を数量化Ⅲ類により集約して作成された（合成変量にもとづく）1 軸、2 軸と、元の 5 質問項目との関連性の強さを表すスコアであり、これにより軸の意

第 12 表 介護に関する意識 5 項目の関連性
——数量化Ⅲ類による——

(A) カテゴリースコア表			(B) 固有値表			
カテゴリー名	1 軸	2 軸	軸No.	固有値	寄与率(%)	累積(%)
認 定 満 足	-0.0105063	-0.0150298	1	0.0438	50.9	50.9
プ ラ ン 満 足	-0.0085618	-0.0135662	2	0.0230	26.7	77.6
介 護 満 足	0.0085607	-0.0092203				
保 険 方 針	-0.0181421	0.0311024				
限度額シェア	0.0334444	0.0112557				



味を解釈することができる。

1軸は、「保険方針」と「限度額シェア」とが正負対称で比較的大きなスコア値を示している。この関連性を元の質問項目にたち戻って解釈すれば、「保険料を多少高くしても、サービスの充実を望む」者が「限度額シェア」5割未満の者に多いという傾向を現わしている（「保険料を多少高くしても、サービスの充実」と「保険料が多少でも安いなら、サービス量がその分減ってもよい」との総数に占める割合は、限度額5割以上者が21%：14%に対して、5割未満者が34%：7%）。言い換えれば、介護サービスを比較的良好に利用し自己負担費用の高む者は保険料の値上げを望まず、一部にはサービス低下しても値下げまで望むのに対し、逆に介護サービスを利用せず自己負担費用も少ない者は保険料を値上げしてもサービスの充実を望むことが多いのである。この意味で1軸は、介護サービスの利用度合いと経済的負担感との関連性が強いことを物語っている。

2軸は、認定要介護度、ケアプラン、介護サービスへの満足度といった現行サービスへの好感度と、「保険方針」や「限度額シェア」といった介護保険への実際の態度とが対称的な位置にあることを示している。これを元の質問項目にたち戻り、「認定満足」と「保険方針」を例として解説すれば、次のようである。介護保険の要介護度認定に満足（および概ね満足）な者は、「保険料もサービス量も現状のままでよい」（満足者66%：不満者52%）という考えが多く、他方で、要介護度認定に不満な者は、「保険料が多少でも安くなるなら、サービス量がその分減ってもよい」（満足者8%：不満者18%）と考えている。このように2軸は、現行サービスへの好感度と実際の介護保険への姿勢との正の対応関係を示すものと考えられる。

(B)の固有値表は、これら2軸によって、元の5質問項目がもつデータ情報量の何%まで集約したかを示している。当測定ケースの場合、1軸が51%、2軸が27%、合わせて78%をこれら2つの軸に集約している。累積寄与率は高く、数量化Ⅲ類による集約が有効であった、と言える。

(C)のカテゴリースコア点グラフは、これら2軸を座標にして作成した散布図で、カテゴリースコアにもとづいて5質問項目の位置づけをしたも

のである。「保険方針」、「限度額シェア」は独自の位置にあるが、「認定満足」「プラン満足」「介護満足」はまとまっている。後三つの質問項目のまともには、好感度という意識レベルでそれらが密接に関連することを示唆している。

(2) 要介護度認定に影響する意識・状況・家族形態

本節では、要介護度認定に対して満足と回答した者と不満足と回答した者とがどのような意識、状況、家族形態の差異により判別できるかを、数量化Ⅱ類を適用して検討する。判別のために用いた項目として、前節で用いた5項目の中から「限度額シェア」と「介護満足」を、その他に「家族形態」、「要介護度」、「性別」を取り上げた。

前節で示したように、「限度額シェア」と「保険方針」とは負の対応関係にあり、ともに1軸を構成する主項目なので、介護サービスの利用状況を示す前者をもって代表させることにした。また、「認定満足」、「プラン満足」、「介護満足」の3項目は意識を表わす点で同グループに位置するため、ここでは「介護満足」で代表させた。

この他に、介護力に関連する指標として家族形態（「独居」、「高齢夫婦・日中独居」、「家族と同居」の3区分）、高齢者本人の属性として「性別」、健康状況を示す指標として「要介護度」（要支援・要介護度1、要介護度2、要介護度3～5の3区分）を加えた。

第13表は、要介護度認定に対して満足する者と不満な者との区別に、上記5項目がどの程度影響しているかを数量化Ⅱ類により計測した結果である。

判別の中率は72%である。説明変数5項目間の影響力の大きさは、レンジの大きさ（カテゴリースコアの最大隔差）で推量できる。「介護満足」、「限度額シェア」、「家族形態」、「要介護度」、「性別」の順番になる。カテゴリースコア表の「カテゴリー計に占める認定満足度のシェア」欄をみると、介護サービスに満足する者の82%まで要介護度認定にも満足しているのに、介護サービスに満足でない者は39%しか要介護度認定に満足していないことになる。ただ、影響順位2位の「限度額シェア」において、限度額の「5割以上」

第13表 要介護度認定の満足の有無に影響する意識、状況、属性
——数量化Ⅱ類による——

分析精度：判別の中率 71.9% 相関比 0.178

カテゴリースコア表

項目名	カテゴリー名	データ数	レンジとその順位	カテゴリースコア	カテゴリー計に占める認定満足度のシェア(%)
介護満足	満足	361	0.962	0.223	82
	満足でない	109	1位	-0.739	39
限度額シェア	50%以上	262	0.180	0.080	76
	50%未満	208	2位	-0.100	68
家族形態	独居	56	0.176	0.113	77
	高齢夫婦・日中独居	176	3位	-0.063	71
	家族と同居	238		0.020	73
要介護度	要支援・要介護度1	150	0.097	-0.039	71
	要介護度2	108	4位	-0.046	70
	要介護度3-5	212		0.051	74
性別	男性	143	0.043	0.030	75
	女性	327	5位	-0.013	71

注(1) 5説明項目相互の単相関係数に有意な相関が認められるのは「要介護度」と「限度額シェア」間の0.09（有意水準5%）のみである。

(2) 「家族3形態」のカテゴリーのうち「独居」と「高齢夫婦・日中独居」を併合して2カテゴリーで再計算すると、3位と4位のカテゴリーが逆転し、判別の中率が69.6%へと低下する。

第14表 「家族状況への配慮がない」および「痴呆が低く評価」と意識、属性、状況とのクロス表

単位：人、(%)

		家族状況へ配慮がない			痴呆が低く評価			合計
		有	無	検定	有	無	検定	
家族3形態	独居	1(11)	8(89)	#	5(56)	4(44)	#	9(100)
	高齢夫婦・日中独居	22(44)	28(56)		10(20)	40(80)		50(100)
	その他家族	12(29)	30(71)		11(26)	31(74)		42(100)
介護満足	満足	13(22)	46(78)	*	15(25)	44(75)		59(100)
	満足でない	18(46)	21(54)		10(26)	29(74)		39(100)
要介護度	要支援・要介護度1	8(22)	29(78)		10(27)	27(73)		37(100)
	要介護度2	11(35)	20(65)		10(32)	21(68)		31(100)
	要介護度3-5	15(39)	23(61)		6(16)	32(84)		38(100)
限度額シェア	50%未満	12(33)	24(67)		4(11)	32(89)	*	36(100)
	50%以上	15(33)	31(67)		17(37)	29(63)		46(100)
性別	男性	10(38)	16(62)		5(19)	21(81)		26(100)
	女性	22(31)	49(69)		21(30)	50(70)		71(100)

注(1) 「家族状況への配慮がない」を被説明変数として、表側5項目を説明変数とした数量化Ⅱ類の測定結果は、判別の中率70%、5項目の影響順位は表側に並べた順で、そのレンジは0.712, 0.653, 0.489, 0.147, 0.052である。また、「痴呆が低く評価」を同上手法で測定した結果は、判別の中率63%、5項目の影響順位とレンジは表側に並べた順に、1位0.698, 4位0.459, 3位0.380, 2位0.033, 5位0.022である（但し、データ総数は共に73人）。

(2) 表頭の検定は χ^2 検定で、*は5%、#は10%で有意であることを示す。

利用者は76%まで要介護度認定に満足するが、「5割未満」の者は68%しか満足していないというように、関連の仕方は整合的（正の方向）だが、その隔差はさほど大きくない。そして、その点は、影響度順位の2位以降の項目はレンジ値が小さ

く、影響度の小さいことによっても確かめられる。

これらから要介護度認定に満足する者は、介護サービスに満足している者であること、また、サービス利用状況（「限度額シェア」）、属性（性

別)、健康状況(要介護度)、家族形態もそれぞれ要介護度認定への満足に影響するものの、その割合は小さいことが分かる。後者の理由だが、それは要介護度認定に満足する者の割合が81%と高く、状況や属性や家族形態の枠を越えて広く支持されているため、かえって項目の各カテゴリー間の差異が生じないからであると考えられる。

次に、要介護度認定に満足でない理由の中の2項目である「家族状況(介護力など)への配慮がない」と「痴呆が低く判定されている」を取り上げ、それらがどのような意識、健康状況、家族形態と関連するかを探ることにする。この2つの理由は、施設入所者を対象とするタイム調査という認定方法に結びついて生じた欠陥だと思われるからである。

第14表の左部分は、「家族状況(介護力など)への配慮がない」を挙げた者と挙げなかった者との間に意識、状況、家族形態の5項目間にどのような違いがあるかについて、クロス表でみたものである。第13表と同様数量化Ⅱ類で測定した結果は、判別の中率70%で、5項目間の影響度の大きさは表側に上から並べた順であった(表掲載は割愛)。

具体的には、「家族状況(介護力など)への配慮がない」という理由は、「高齢夫婦・日中独居」という家族と同居するものの介護力の手薄な利用者(「高齢夫婦・日中独居」44%:元気の者が多い「独居」11%)、介護サービスに「満足でない」者(46%:「満足している者」22%)から、多く出されている。

第14表の右部分は、「痴呆が低く評価」を挙げた者と挙げなかった者との間に同じ5項目間でどのような違いがあるかについてクロス表でみたも

のである(表掲載を割愛するが、上記同様数量化Ⅱ類で測定した結果は、判別の中率63%で、影響度の大きい順に「家族形態」、「限度額シェア」、「要介護度」である)。

具体的には、「痴呆が低く評価」という不満は、「独居」(「独居」56%:「高齢夫婦・日中独居」20%)で、介護サービスを限度額の50%以上の利用者(「50%以上」37%:「50%未満」11%)から、多く出されているのである。一般的に障害の軽い「独居」者に痴呆低評価への不満が多い理由をここでは明示できないが、一因として独居者が家族と同居する高齢者よりも痴呆への不安感を募らせていると推察される。また、限度額50%以上利用する者にこの不満が多いのは、痴呆者・家族が、低評価により低く設定された限度額の枠内で介護サービスを相対的に多く利用せざるをえない実態を反映していることが考えられる。

(3) 介護保険開始による介護サービス利用量の増減の推定

本稿「2」の第8表に示したが、介護保険実施以降に介護サービス8種のいずれかを利用しはじめた者が340人(延べ合計、以下同じ)、逆に中止した者が86人であり、差引き254人の増加があったことを明らかにした。これは介護保険実施前の利用者数977人の26%にあたる。

本調査は介護サービスの利用量に関連して、調査票[質問3]の問5で「介護保険で要介護度ごとに定められている利用限度額の何割ぐらいを実際に利用しているか」を5階層区分の選択肢の形で問うている。第8表とこの質問とを組み合わせ、利用者数の変動による介護サービス利用量の増減を推定してみる。

第15表 介護保険導入(2001年4月)に伴う介護サービス(8種延べ合計)利用の変動形態別、限度額シェア別の人数とその割合

	限度額シェア					総計
	30%未満	30~50	50~80	80~100	100%以上	
2000年4月前から継続	109(36)	55(18)	60(20)	65(22)	10(3)	299(100)
2000年4月以降に中止	8(27)	10(33)	7(23)	5(17)	0(0)	30(100)
2000年4月以降に開始	28(25)	26(23)	30(27)	23(21)	4(4)	111(100)
総計	145(33)	91(21)	97(22)	93(21)	14(3)	440(100)

注. χ^2 (カイ二乗値)=10.15, P (有意水準の確率)=0.25 である。

第15表は、介護保険導入に伴う介護サービス「総利用変動」3カテゴリーと「限度額シェア」とのクロス表である。介護サービス「総利用変動」は、次のようにして3カテゴリーを仕分けた。調査票の「質問3」の問1で8種の介護サービス毎に、介護保険実施（2001年4月）前から利用を継続しているか、実施後に中止したか、実施後に新たに利用し始めたかを尋ねている。これを8種について合算し、例えば継続と中止（開始）のサービスが併存ならば中止（開始）、中止と開始の数とが混じる場合、同数なら継続、中止（開始）が開始（中止）を上回れば中止（開始）と判定し、利用者一人一人について介護保険導入に伴う介護サービスの継続、中止、開始のカテゴリーいずれかに仕分けたものである。

同表のデータ数の分布を χ^2 検定でみると、統計的に全く差のないことが分かる。介護保険の導入前から利用を継続する者、中止、或いは新たに開始する者の人数は、介護サービスの利用量（要介護度毎に定められた利用限度額に占める実際の利用量の割合）区分による分布の差異がないのである。

ちなみに、「限度額シェア」の中位数（たとえば、「30%未満」は15%、「30～50%」は40%、「100%以上」は110%とみなす）にデータ分布割合を掛けて、介護サービス「総利用変動」3カテゴリー別の限度額シェア平均値を算出すれば、介護保険の導入前から利用を継続する者49%、中止の者48%、新たに開始した者54%、3カテゴリー全体では50%であった。継続する者、中止した者（サービス種類を一部中止したが、なお利用しているサービスがある者）、新たに開始した者の三者とも、現在利用している介護サービス量は介護

保険で定められている限度額の50%程度と、違いないのである。

この結果は、前出の第4表での柏市における「限度額に対する利用割合」平均41.7%に比べて、8%ほど高い水準である。本調査の回答者が限度額に対して相対的に介護サービスをよく利用する者に偏っていることを示唆するものだろう。

次に、本稿「2」の第9表では、介護サービス8種のいずれかを継続利用する者の、介護保険実施以降について、その利用量の増減（延べ合計のシェア）を示していた。内訳は、「保険の前より利用量が増加」24%、「ほぼ同じ」63%、「減少」13%、であった。

第16表は、継続利用者における「利用量増減」3カテゴリーと「限度額シェア」5区分のクロス表である。同表のデータ数の分布を χ^2 検定でみると、統計的に有意差はないものの（有意水準確率14%）、ある程度の偏りのあることが分かる。ちなみに、上記と同じ方法で「利用量増減」3カテゴリー別の「限度額シェア」平均値を算出すれば、「利用量増加」者51%、「利用量同じ」者45%、「利用量減少」者60%、であった。介護保険実施以降に利用量を増加させた者は同じ者に比べて6%ほど現在の限度額シェアを多く利用しているのである。また、介護保険実施以降に利用量を減少させた者は同じ者に比べて、減少させてもなお限度額シェアで15%ほど多く利用している。以前に多く利用していた者が介護保険による限度額の設定を契機に利用量を抑制するようになったわけである。

介護保険導入を契機として、介護サービスの利用量がどの程度増えたかを、これまでの調査結果から大雑把に推定してみよう。

第16表 前から介護サービス利用を継続する者の2001年4月以降の利用量の増減別、限度額シェア別の人数とその割合

	限 度 額 シ ェ ア					総 計
	30%未満	30～50	50～80	80～100	100%以上	
2000年4月前と同じ	67(41)	33(20)	29(18)	30(18)	4(3)	163(100)
2000年4月前より減少	10(25)	6(15)	9(23)	11(27)	4(10)	40(100)
2000年4月前より増加	32(33)	16(17)	22(23)	24(25)	2(2)	96(100)
総 計	109(36)	55(18)	60(20)	65(22)	10(3)	299(100)

注. χ^2 (カイ二乗値)=12.35, P=0.14 である。

まず、第8表では、2000年4月以降に開始した介護サービス利用者（延べ合計）が35%、中止者が9%であったことを示した。その差し引き26%が介護保険導入を契機として増えた介護サービス利用者数と考えられる。開始者、中止者、継続者の間に限度額シェアに差異はなかったため、利用者数の増加の割合はそのまま利用量の増加割合をも意味する。

次に、同上（第8）表から、2000年4月前からのサービス継続者が91%おり、また第9表から継続利用者（延べ合計）のうち2000年4月以降に利用量を増加させた者が24%、減少させた者が13%いることを知る。ただ、本調査ではどの程度増加（または減少）させたかを尋ねていないので、仮に上述の中位数から算出した「利用量同じ」者の限度額シェア平均値45%と「利用量増加」者のそれ51%との差6%を継続利用者の介護保険導入による利用量増加部分とみなしてみよう。そして、「利用量減少」者の減少量は増加量と同量であったとアプリアリに想定する。すると、継続者

の利用量増加は、「利用量増加」者数24%と「利用量減少」者数13%の差の11%が人数の増加で、利用量増加者1人当たりの利用増加量は限度額シェアの6%である。

2000年4月前からのサービス継続者の利用量増加（T）が全体の中でどの程度のシェアを占めるかをラフに示せば、次の通りである。

$$T = 0.91 \times 0.11 \times 0.06 \times 100\% = 0.1 \times 0.06 \times 100\% = 0.6\%$$

ただし、

0.91 は、保険導入前の利用者総数に占めるサービス継続者数の割合

0.11 は、サービス継続者数の中での「利用量増加」者数割合と「利用量減少」者数割合の差

0.06 は、「利用量増加」者1人当たり推定増加利用量の割合（「利用量増加」者の限度額シェア平均値と「利用量同じ」者のそれとの差をもって代替）

上の式から、保険導入前からのサービス継続者

第17表 介護保険導入後の介護サービス「総利用変動」形態別、家族形態別・要介護度別の人数とその割合

単位：人，（％）

家族形態/要介護度	家 族 形 態				要 介 護 度	
	独 居	高齢夫婦 日中独居	その他家族	要支援 要介護1	要 介 護 度 2	3-5
総利用変動形態						
2000年4月前から継続	47 (67)	127 (59)	153 (55)	141 (69)	69 (55)	140 (53)
2000年4月以降に中止	4 (6)	11 (5)	20 (7)	6 (3)	6 (7)	23 (9)
2000年4月以降に開始	19 (27)	77 (36)	104 (38)	56 (28)	51 (40)	102 (38)
総 計	70 (100)	215 (100)	277 (100)	203 (100)	126 (100)	265 (100)

注. 介護保険導入後の介護サービス利用の変動形態別と家族形態別の人数の $\chi^2=4.01$, $P=0.41$, 変動形態別と要介護度別の人数の $\chi^2=17.76$, $P=0.001$ である。

第18表 前から介護サービス利用を継続する者の2001年4月以降の利用量の増減別、家族形態別・要介護度別の人数とその割合

単位：人，（％）

家族形態/要介護度	家 族 形 態				要 介 護 度	
	独 居	高齢夫婦 日中独居	その他家族	要支援 要介護1	要 介 護 度 2	3-5
利用量の増減						
2000年4月前と同じ	39 (66)	106 (60)	106 (46)	110 (63)	58 (57)	100 (47)
2000年4月前より減少	5 (8)	20 (11)	41 (18)	21 (12)	12 (12)	35 (16)
2000年4月前より増加	15 (25)	52 (29)	83 (36)	45 (26)	31 (31)	78 (37)
総 計	59 (100)	178 (100)	230 (100)	176 (100)	101 (100)	213 (100)

注. 介護保険導入前の介護サービス継続利用者の利用量増減別と家族形態別の人数の $\chi^2=12.33$, $P=0.02$, 利用量増減別と要介護度別の人数の $\chi^2=9.49$, $P=0.04$ である。

の利用増による介護サービス利用量の増加分は0.6%程度で微々たるシェアしか占めない。介護保険は導入5ヶ月余の段階において、利用者数を26%増やしたが、1人当たりの利用量の増加をさほど誘発するものでなかった(1%弱)、と言い得よう⁽¹⁾。

その理由を示唆するデータを二つ例示することで、本章の小括にかえたい。

第17表は、介護保険導入後の介護サービス「総利用変動」3形態と家族形態および要介護度との関連性をクロス表で見たものである。「総利用変動」形態は家族形態とは関連せず、要介護度と強く関連する(χ^2 検定で1%有意)ことが分かる。具体的には、介護サービス利用の開始(または中止)は家族形態を問わず全般的に起きたが、障害程度との関連では中・重症者に多い。

同様に、第18表は継続利用者における「利用量増減」3形態と家族形態および要介護度との関連度をクロス表で見たものである。「総利用変動」形態は家族形態、要介護度ともに関わり関係する(χ^2 検定で5%有意)ことが分かる。具体的には、家族に介護力があればあるほど、また本人が重症であればあるほど、利用量を増加させる傾向にあった。

このように、介護保険導入は、これまで介護サービスを利用していなかった中・重症者に介護サービスの利用開始を促して大幅な利用者増加をもたらしたし、導入前からの利用継続してきた中・重症者も小幅ながら利用量を増加させた。また、家族形態との関連では、介護保険の導入はいずれの家族形態においても利用者数を増加させたし、他方で導入前からの利用継続してきた者のなかでは介護力のある家族の方が、利用量を現状にとどめず、変化(増加あるいは減少)させる傾向にあった。(相川良彦)

注(1) 本論における利用者数の増加率が26%、利用者1人当たりのサービス利用量の増加が1%弱という仮定の妥当性を、厚生省調査と比較しておこう(厚生省〔6〕)。厚生省調査(86市町村)は、介護保険導入により増えたサービス提供量の増加を64%、うちサービス利用者数の増加を23%と報告している。その差し引き41%は利用者1人当たりの利用量増加によりもたらされたことになる。これに対して、本調査の利用者数増加は26%

であり、またサービス継続者の利用量増加者1人当たり利用量増加を6%と仮定した(継続者回答総数で割れば1%へと低下)。利用者数の増加はほぼ同レベルだが、1人当たり利用増加量は、本論の仮定が大幅に低めであったことになる。ただ、厚生省調査の提供量とは、事業所数または定員の集計値である。仮に、提供量が利用限度額を100%充足する水準と一致する場合、第4表から実利用量が利用限度額の43%なので、実際に増えた利用量は28%になる($63\% \times 0.43$)。うち利用者数の増加が23%であるから、その差し引き、すなわち1人当たり利用量増加の寄与分は5%になる。そして、現段階の提供量が利用限度額を下回る段階にあると想定すれば、実際に増えた利用量は28%以下であり、(それと利用者数の増加率23%との差し引きで算出される)1人当たり利用量増加の寄与分も5%以下の水準に低迷する。本論の調査結果および仮定との大きな食い違いはないのである。

5. ま と め

柏市はJR常磐線沿線にあり、東京のベッドタウン的性格が強い都市である。全国平均に比べて都市的要素が強いために、介護保険の導入に伴う介護サービス利用の増加が多いと見込んでいた。ただ、2000年春から初夏に実施された厚生省調査と柏市調査結果を照らし合わせると、要介護度の階層分布や利用限度額に対するサービス利用割合(「限度額シェア」)は全国とほぼ同じレベルにあることが分かった。このことは、高齢者の要介護度(=健康状態)やサービス利用に対する抑制傾向に関して、さほど地域差がないことを推察させる。本稿の狙いは、介護保険に対する要介護者・家族の受け止め方とその属性、状況、家族形態による違いを明らかにするとともに、介護保険が介護サービス利用に与えた影響を例示することにあった。

柏市および当所プロジェクトは、連携して同市在住の要介護者・家族1000名に対し郵送によるアンケート調査を行い、693名から回答を得た。その調査票は、高齢者の一般的な社会状況を尋ねるフェイスシートと五つの質問群から構成されていた。具体的には、[質問1] 要介護度認定、[2] ケアプランの作成、[3] 介護保険導入に伴うサービス利用量の増減、[4] 介護サービスの満足度、[5] 介護保険によるサービス提供方針、である。

本報告で「2. 介護保険の実施状況への反応」は質問 [1]～[3] を、また「3. 介護サービスの満足度と今後の方針」は [4], [5] を順次集計・整理した。さらに、「4. 要介護度認定およびサービス利用の中止・開始に影響する諸要因」において、要介護度認定の偏り、および介護保険を契機とするサービス利用の変化について、実態とその要因を検討した。そこで得た知見を章別編成と問題意識に沿って要約すれば、以下のとおりである。

「2. 介護保険の実施状況への反応」において、次の諸点を明らかにした。

第1に、調査対象者は女性が3分の2、また80歳以上の者が過半数を占めていた。家族形態別では、「独居」12%、「高齢夫婦・日中独居」36%で両者を合わせると約半数になり、家族介護力の弱体化が家族形態面から進行していた。介護の担い手の続柄を多い順に列举すれば、「同居の娘」112人>「同居の息子の妻」106人>「妻」92人等であり、介護の担い手は女性を中心となっていた。ここで、女性に介護が背負われるのは全国的傾向と同じだが、息子の妻より娘の方が多いのは都市的地域の特徴であると考えられる。

第2に、介護保険の認定要介護度において、「家族状況（介護力など）への配慮がない」「痴呆が低く判定されている」などの偏りが懸念されており、それは柏市の要介護者家族においても実感されているか、という問題である。

当市の要介護度認定について、「満足」「概ね満足」の計72%、「どちらでもない」13%、「やや不満」「不満」の計15%、無回答1%であった。2000年5月に千葉市が実施した市職員による電話調査結果（千葉市〔3〕）では、「納得している」「概ね納得している」の計91%、「やや不満である」「不満である」の計9%であったから、20%も柏市は満足度が低いことになる。この差には調査方法の違いが強く反映しているように思われるが、ともあれ当市において3割近い要介護者が介護保険の要介護度認定に満足していない事実は心に留めておかなければならない。

なお、要介護度認定への不満は、本調査では要介護度の中位の者から多く出された。不満な理由との対応関係では、家族状況への配慮のなさへの不満は要介護度2を中心に全階層で出され、身体

障害や痴呆への低評価に対する不満は、要介護度1・2の階層に多かった。これらは、世上で懸念されているような厚生省の要介護度認定のもつ偏りへの不満が、当市の要介護者・家族の一部においても実感されていたことをうかがわせる。

第3に、ケアプランは介護保険開始時に作業量が集中したこと、或いは、ケアマネージャーが経済的理由で他の機関に所属して活動することからくる中立性への危惧もあって、満足のいくものとなったか、という問題である。

ケアプラン作成の依頼先は、5割以上の者が今まで利用していたサービス事業者に勧められて選んでいた。介護サービスの利用は、馴染みの有無に左右されて、ドライに割り切って選ぶわけにはいかない側面がある。他方、作成されたケアプランに対しては8割以上の者が満足していた。そして、介護サービスに満足している者がケアプランにも満足する傾向が見られた。時間的余裕がなくて慌てて作成されたケアプランではあったが、利用者の要望に応じて作成するというプロセスがこのような高い満足感を利用者に与えたのではないか、と思われる。

第4に、介護保険の開始が介護サービス利用者数と利用量に与えた影響である。サービス種類別の利用者数では、在宅3本柱といわれるデイサービス、ショートステイ、ホームヘルプが利用者数も多く、かつ介護保険実施を契機として25%前後の増加をみた。在宅3本柱を含む8種の介護サービスについて、介護保険の導入前後での利用者数増加率をみると、最高が福祉用具貸与58%、最低でも訪問看護12%となり、介護保険の実施が多かれ少なかれサービス利用者数の増加をもたらしたことが分かった。

また、介護保険開始前から在宅サービス8種のいずれかを継続利用している者で開始後に利用量を増加させた者の割合は24%、逆に減少させた割合は13%であった。中止・減少理由としては、利用者負担（自己負担）が増えたから、希望しても利用できない（利用限度額や空きがない）などが主なものであった。

なお、利用限度額に対する利用割合（限度額シェア）はおおよそ半数が5割未満であった。利用割合が低いのは、家族介護に支えられて現行サー

ビス量で間に合うことや、自己負担もあるためであった。介護保険の施行は、一方で介護サービス利用者数を増加させたが、他方、個人では利用の手控えもあり、期待通りに利用総量を増加させていないという状況も生み出していた。

次に、「3. 介護サービスの満足度と今後の方針」において、以下の諸点を明らかにした。

第5に介護サービスの満足度の程度と、それに影響する属性や家族状況の問題である。介護サービスに対して7割強の者が満足し、逆に約1割の者が不満に思っていた。調査回答者が要介護者本人の方が、介護家族よりも満足という答えが多かった。また、満足と不満の理由とも介護保険のサービス提供方法の変更に関連するものが多かった。満足の理由内訳には家族形態による差異は認められないが、不満理由の内訳項目の中には家族形態により差異のあるものがあつた。すなわち、「独居」者はサービス時間が限られ、またサービス担当者が時間どおりに来ないことに不満なのに対し、家族と同居する者は介護保険対象のサービスの種類が少ないことに不満を示していた。

第6に、利用者は1割の自己負担額と受ける介護サービスとの関係をどう考え、今後どのような介護保険の施策方針を望むか、という問題である。まず、介護保険の施策方針について、過半が現状で良いと考えていた。その中で、保険料が安くなるならサービス量が減ってもよいと考えている者も少数ながらいて、その割合は、要介護度の高い者ほど多くなっていた。また、保険料が高くなってもサービス充実を望む者は、回答者が要介護者本人よりも介護家族の方に多かった。障害が重いほど経済的負担を重く感じていること、介護家族の方が労力負担からの解放をもとめて介護サービスの充実を望むこと、などがそこにうかがえた。

さらに、「4. 要介護度認定及びサービス利用の中止・開始に影響する諸要因」において、次の諸点を統計手法等の適用により明らかにした。

第7に、「認定満足」に対しては、「介護満足」や「限度額シェア」が正対応する方向で影響していた。介護サービスに満足し、利用限度額に占める利用料割合が5割を超える者が要介護度認定にも満足するというようにである。また、「家族状況

への配慮がない」という不満は介護サービスに満足しておらず、家族介護力のない「高齢夫婦・日中独居」から多く出されていた。さらに、「痴呆が低く評価されている」という不満は「限度額シェア」50%以上のサービスをよく利用する「独居」者に多かった。この測定結果は低評価により痴呆者の利用できる限度額が低めに抑えられている実態を示唆するものと考ええる。

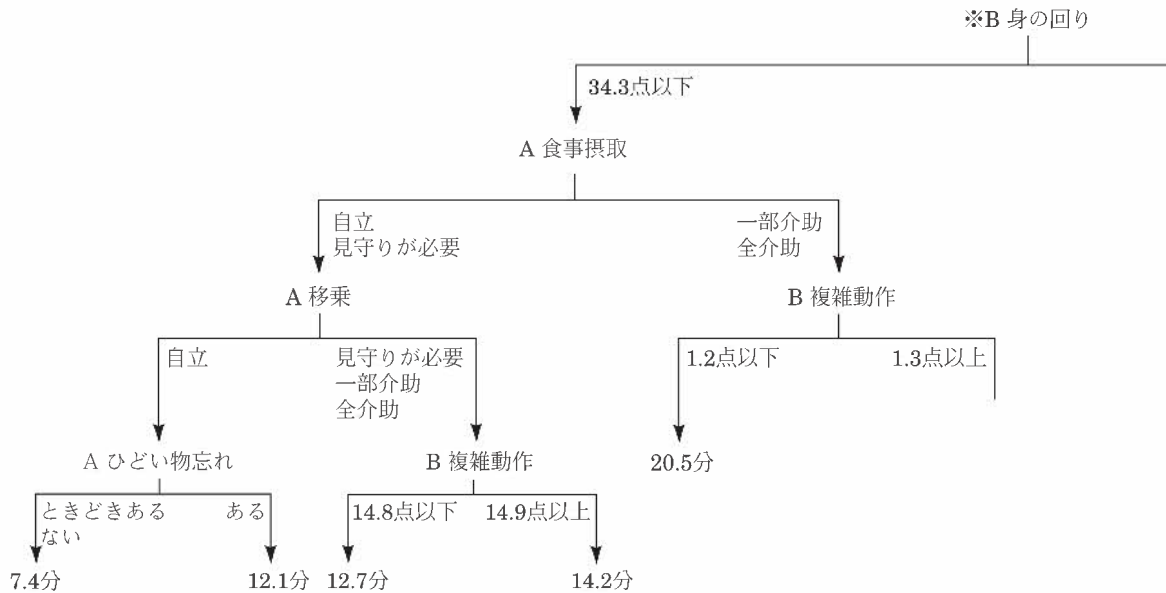
第8に、介護保険導入にともなう介護サービス利用の増加量が全体としてどの程度のものであったかを推定した。介護保険導入により介護サービスを新たに開始した者と中止した者との差し引きで利用者数は26%増加していた。また、介護保険前からの継続的利用者（総数の91%）のうち、利用量を増加させた者と減少させた者との差し引き人数が11%で、その1人当たりの利用量（限度額シェア）増加率を6%と仮定した場合、この増加が全体の利用量を押し上げる割合は1%弱にとどまっていた。

このように、介護保険導入を契機として介護サービス利用は合計で27%程度増加したと推定された。その内訳は、新たに介護サービス利用を開始した者が26%、前から利用を継続する者が利用量を増やした分が1%弱であった。身体状況との関連では、中・重症（要介護度2-5）の者がこれまで利用を控えてきた介護サービスを新たに利用し始めたり、利用量を増加させたこと、家族形態との関連では、独居より介護力のある家族と同居する者の方がより多く介護サービスの利用を開始させていたこと、などの傾向を指摘した。

以上、本報告では、介護保険実施後5ヶ月の段階における（都市部である）柏市の介護保険対象者の介護実態とその問題点を提示し、要介護度認定の偏向および介護サービス利用の増減とそれに影響する要因を摘出した。（相川良彦）

補論 要介護度認定における 痴呆軽視傾向

介護保険の認定要介護度は、データベースである介護時間調査が福祉施設の入所者を対象にして行われた調査のために、痴呆度の認定が囲い込み可能な施設での調査では在宅介護に比べて過少に



第3図 要介護度認定基準時間の推計方法——整容の例の抜粋——

資料：厚生省〔5〕による。

評価されたのではないかといった偏りが懸念された。本論では柏市の介護保険利用者アンケート調査においても「痴呆が低く判定されている」ことへの不満の存在を指摘した。その傍証として、補論では、「痴呆が低く判定されている」理由の一端が介護保険における要介護度認定の仕組みのなかにあることを、指摘しておきたい。

（1）要介護度認定の仕組み（樹形図）と痴呆軽視傾向

介護保険の介護認定調査票は、合計68の質問項目を、双対尺度法という統計手法により関連する項目をまとめて、七つの「中間評価類型」にグループ化している。具体的には、(A)身の回り、(B)移動、(C)複雑行動、(D)特別介護、(E)麻痺拘縮、(F)意思疎通、(G)問題行動であり、それはADL(日常生活動作)とコミュニケーション(本報告では社会生活動作IADL・対人関係と痴呆とを混みにした概念として使用)という基準により仕分けた質問項目のグループ化であると解釈される⁽¹⁾。

そして、それらを(a)整容、(b)排泄、(c)食事摂取、(d)入浴、(e)移動、(f)間接生活援助、(g)機能訓練関連行為、(h)問題行動関連行為、(i)医療関連行為、という九つの介護種類に振り

分けて、質問項目の回答肢に即して九つの介護種類別の介護所要時間を算定する仕組みになっている(質問項目が複数の介護場面では重複使用可)。

第3図は、厚生省〔5〕が示した、「整容」についての質問項目を樹形にした図の一部抜粋である。要介護者が「整容」にかかる時間は、第3図の樹形図に沿って質問項目の回答肢を選んでいくと自動的に一つ決まる仕組みになっている。「整容」の所要時間のパターンは18種あり、それらは各々第3図と同じように、七つのADLとコミュニケーション基準の中間評価類型にグループ化される質問諸項目の樹形構造として構成される。

ところで、厚生省〔5〕は樹形図を提示しても、質問項目の選択肢をたどれば何故に所要時間を算定できるかという具体的な根拠までは、公表していない⁽²⁾。だが、我々は、樹形図を逆にたどることによって、介護にかかる総時間数に占める介護諸質問項目のシェアを推計することができる。そして、介護諸質問項目は七つのADLとコミュニケーション基準の中間評価類型に分類されるので、それらを積算すれば七つの中間評価類型が介護にかかる総時間数に占めるシェアを算出し、その算定根拠も類推することができる。

そこで、樹形図から介護所要時間を推計する方法について、筆者は次のような仮定のもとに、各

質問項目の介護所要時間を算定することにした。
それを、第3図を例にして、解説しよう。

第3図の最左翼に「ひどい物忘れ」という質問項目がある。項目は、「ない」、「ときどきある」、「ある」、の三つの内訳に区分されていて、前二者内訳区分を選んだ要介護者の「整容」所要時間は7.4分、後二者内訳区分を選んだ要介護者のそれは12.1分かかる。したがって、「ひどい物忘れ」の「有」と「無」との間には $12.1 - 7.4 = 4.7$ 分の差異があることになる⁽³⁾。

とはいえ、この4.7分の差異は「ひどい物忘れ」だけによりもたらされるのではなく、樹形図の上に位置する「移乗」介助の有無、さらにその上に位置する「食事摂取」介助の有無、そのさらに上の「身の回り」介助の有無によっても連鎖的に影響される。そこで、一つ上の質問項目「移乗」は「ひどい物忘れ」に比べて2分の1、二つ上のそれは4分の1と質問項目が上位に移るにしたがい影響力が半減していくものと仮定する。すると、4.7分の差異に影響する4質問項目のシェアは、「ひどい物忘れ」53% (2.5分)、「移乗」26% (1.2分)、「食事摂取」13% (0.6分)、「身の回り」7% (0.3分)となる。そして、これら質問諸項目の各介護所要時間を7つのADLとコミュニケーション基準の中間評価類型別に積算した。それは、「症状・問題行動の有無によって生じる介護時間の差異をベースにした介護時間の算定方法」であると言え

よう⁽⁴⁾。

なお、ここで質問項目「ひどい物忘れ」は中間評価類型「身の回り」に、「移乗」は中間評価類型「移動」に、「食事摂取」は中間評価類型「特別介護」に分類される。また第3図の最上段の「身の回り」は中間評価類型で、そのスコアは各質問項目別に厚生省が与えたスコア値の計である⁽⁵⁾。

だが、これら七つの中間評価類型は、コミュニケーションという社会生活動作 IADL・対人関係と痴呆とが混みの基準でグループ化されており、介護にとって重要な痴呆という基準が曖昧になっている。そこで筆者は、主観的判断により、社会生活動作 IADL・対人関係を日常生活動作 ADL と痴呆とに振り分けなおすことにして、次のような修正を試みた⁽⁶⁾。

まず、前述の「ひどい物忘れ」は厚生省の中間評価類型において「身の回り」に分類されているが、ADL と痴呆の2区分基準だと「問題行動」(痴呆)に分類されるべきだろう。同様に、IADL と性格づけられる「ぼんやり」、「薬の内服」、「金銭の管理」も「身の回り」から「問題行動」(痴呆)へ、また意志疎通のうち「視力」「聴力」の2項目は「意志疎通」(痴呆)から「麻痺拘縮」(ADL)へ、それぞれ組み替えるのが良いように思われる。

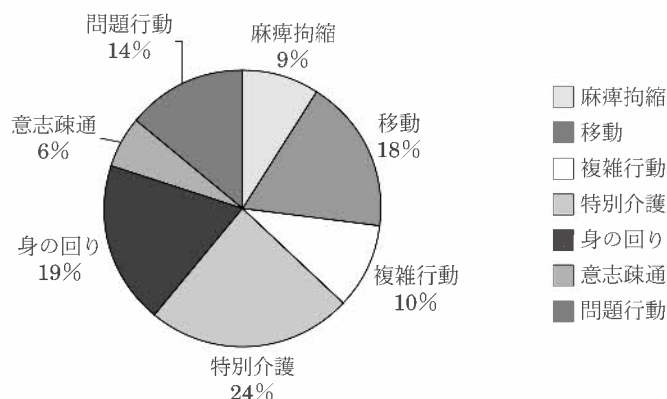
さて、第19表は、中間評価類型をADLとコミュニケーション基準からADLと痴呆の2基準

第19表 介護種類別、ADLと痴呆基準の中間評価類型別の
介護所要時間・合計と1パターン当り介護時間平均

単位：分，（％），（パターン数）

		介護の種類									合計（％）
		整容	排泄	食事 摂取	入浴	移動	間接生 活援助	機能 訓練	問題 行動	医療 関連	
中間 評価 類型	麻痺拘縮	2.0	12.5	4.5	8.9	13.7	1.0	17.1	0.0	9.9	69.6（ 8.6）
	移 動	10.3	24.1	5.0	10.5	25.3	13.0	39.5	5.5	14.7	148.0（ 18.3）
	複雑動作	6.9	0.0	0.0	4.3	23.6	10.9	19.5	0.0	15.5	80.5（ 10.0）
	特別介護	10.3	38.4	46.9	6.2	25.7	5.1	0.0	0.0	64.2	196.7（ 24.3）
	身の回り	21.4	18.6	7.8	2.3	30.5	25.1	31.9	4.6	10.9	153.1（ 18.9）
	意思疎通	6.5	4.4	9.4	2.3	1.5	13.8	6.1	1.6	3.8	49.3（ 6.1）
	問題行動	8.8	11.5	2.9	7.8	12.9	9.3	43.5	8.1	6.6	111.3（ 13.8）
合 計		66.2	109.6	76.4	42.2	133.2	78.2	157.5	20.0	124.8	808.5（100.0）
1パターン当り 介護時間平均と （パターン数）		12.4 (18)	11.7 (25)	20.7 (13)	3.1 (30)	14.4 (32)	11.6 (20)	8.4 (29)	2.6 (16)	9.4 (26)	94.2 (209)

資料：厚生省〔4〕による。



第4図 介護時間に占める中間評価類型別介護のシェア

第20表 従前の厚生省の寝たきり4段階区分と介護保険の認定要介護度との相関関係

		寝たきり判定4段階区分					痴呆判定4段階区分				
		自立 J	A	B	C	総計	痴呆なし・I	II	III	IV	総計
介護保険の要介護度	要支援	4				4	3	1			4
	介護度 1	1	1			2	2				2
	2	2	1	1		4	3		1		4
	3			2	2	4	1	2	1		4
	4			3	1	4	2	1		1	4
	5				4	4	3			1	4
総計		7	2	6	7	22	14	4	2	2	22
介護時間 (分)		29	55	83	100		63	72	60	111	

資料：松本市 1997 年調査による。

注：痴呆 I, V, M は本データの中に存在しなかった。

へと一部組み替えて表側とし、九つの介護種類を表頭にして、前述の推計方法により介護所要時間を算定し、中間評価類型別に積算したものである。合計時間は 808.5 分となった。また、この推計方法とはまったく別に、介護種類別の 1 パターン当たり介護時間（単純平均）を算出すれば、整容 12.4 分、排泄 11.7 分、食事摂取 20.7 分、入浴 3.1 分、移動 14.4 分、間接生活援助 11.6 分、機能訓練関連行為 8.4 分、問題行動関連行為 2.6 分、医療関連行為 9.4 分、でそれら平均介護時間の合計は 94.2 分であった。

第4図は、第19表の表側の ADL と痴呆基準の中間評価類型別介護時間にもとづき、介護時間合計 808.5 分（13.5 時間）に占める、中間評価類型別シェアを図示したものである。言い換えれば、それは「症状・問題行動の有無によって生じる介護時間の差異をベースにした介護時間の算定方法」により按分した、ADL と痴呆基準の中間評価類型別の介護時間を意味するものである。「身の回

り」から「麻痺拘縮」までの 5 中間評価類型が ADL の症状および行動（＝身体面の要介護度）、「意志疎通」と「問題行動」とが痴呆度を現わすと仮定すれば、痴呆向けの介護が介護総時間に占めるシェアはわずか 20% にすぎないことが分る。（身体的に自立する）最重症の痴呆者に認定される介護時間がわずか 162 分である。介護保険の要介護度認定は痴呆を軽視しているという一般的な批判は、この時間シェアから判断すると当たっていると思われる。

なお、介護時間の実際の算定には、上記樹形図とは別に、医療処置 12 項目にかかる時間数が付け加えられる。医療処置をやっていない場合は 0 分だが、医療処置 12 項目全部を受けると 67.2 分が ADL と痴呆の介護時間に加算されることになっている。

（２） 介護保険の認定要介護度と簡易な判定痴呆度との相関

第 20 表は、介護保険認定調査のプリテストとして、松本市で実施された調査データ 22 人⁽⁷⁾について、従前の簡便な寝たきり度および痴呆度⁽⁸⁾と介護保険の認定要介護度との相関関係を示したものである。

まず、第 20 表の左部分から、従前の寝たきり 4 段階区分と介護保険の要介護度 5 段階区分とは、かなり相関していることが明らかになる。ちなみにクルスカルワリス順位相関係数のカイ自乗値（とその判定確率）は 17.35（0.2%：1%水準で有意）であった。また、同 20 右表から、簡便な痴呆度 4 段階区分と介護保険の要介護度 5 段階区分とは、まったく相関していないことが分かる。同様に、クルスカルワリス順位相関係数のカイ自乗値（とその判定確率）は 3.34（50%：有意でない）であった。

なお、同表下段は、寝たきり 4 段階区分別、および痴呆度 4 段階区分別の介護にかかった所要時間の平均値（単位：分）である。前者では重症になるにしたがい介護時間も長くなるが、後者では「痴呆なし・Ⅰ」から痴呆判定区分「Ⅲ」までは介護時間に差異があまりないことが分かる。介護保険の要介護度は、従前の簡便な判定基準との適合が、寝たきり（身体）面では良いが、痴呆面では悪いのである。この適合の良し悪しは、上のパラグラフで示した介護保険の要介護度と 2 つの簡便法との相関関係の有無と、よく一致している。

タイム調査により実証的に割り出された介護保険の要介護度（時間数）は、これまで要介護度指標として便宜的に使用されてきた、担当専門職の判定による厚生省の身体面の寝たきり 4 段階区分とは算定の仕方が違っているものの、結果的に相関していた。だが、それは従前の簡便な痴呆度 5 段階区分との相関が弱かった。この事実、一つには、仮に介護保険の要介護度がタイム調査にもとづき身体面の要介護度の実態をよく反映するものであるならば、それと相関の高い、従前の「身体面の寝たきり判定基準」は要介護度の簡便法として有効なこと、二つには、仮に従前の簡便な痴呆判定基準が有効であったならば、逆にそれと相関の低い介護保険の要介護度は痴呆軽視の性向の

あること、を意味するだろう。

以上、試算したように厚生省〔5〕の質問項目樹形図にもとづく介護時間の推計によれば、痴呆にかかる時間は ADL と痴呆の介護にかかる時間合計の 20% のシェアを占めるにすぎなかった。また、介護保険の要介護度は、従前の簡便な痴呆度 5 段階区分と殆ど相関関係が認められない。この二つの事実は介護保険の要介護度が痴呆を過少評価していることを示唆している。

ただ、従前の簡便な痴呆度 5 段階区分法と介護保険の要介護度との相関の無さは、松本市の僅か 22 例にもとづく結果なので、その一般化にはより多くのデータによる検証を待たなければならないだろう。

（相川良彦）

（原稿受理日 2001 年 11 月 20 日）

注(1) 要介護度の分類基準の考え方については、小田利勝〔9〕、日本訪問看護振興財団〔8〕を参照。

(2) 介護保険の認定調査票とその介護にかかる所要時間（単位：分）の具体的な算出方法については、厚生省〔5〕を、その算定方法の基本的な考え方については、小山秀夫〔7〕、筒井孝子〔10〕を参照。

(3) 九つの介護種類に属する延べ 209 パターンの選択肢のなかで、症状または行動の有と無のケース間で差異のない場合が八つあった。うち、七つまでが「問題行動関連行為」に所在した。この場合は、症状または問題行動が有っても無くても介護にかかる時間（分）に差異がないのだから、介護時間に影響しないとみて、その項目をカットした。

(4) ここで採用した中間評価類型諸項目による介護時間の算定方法は、時間変動への影響に着目し、言わば限界概念で捉えようとするものである。それに対し、第 19 表下段に示した、介護種類別の 1 パターン当たり介護時間平均は、各パターン別の介護時間の単純平均であり、いわば平均概念で捉えている。両者の数値が異質であることに留意されたい。

(5) 各中間評価類型の質問項目全部について、「自立」の場合の評点計 100、「全介助」の場合の評点計は 0 となるように設定され、「一部介助」の場合はその中間的な評点が与えられる。

(6) 厚生省〔5〕における七つの中間評価類型に属する介護質問諸項目は、次の通りである。そのなかで、筆者が分属変更させた介護質問項目と新たな中間評価類型先をアンダーラインおよび（→新たな中間評価類型）により示す。

(A)麻痺拘縮：①麻痺、②拘縮（肩関節）、③拘縮（肘関節）、④拘縮（股関節）、⑤拘縮（膝関節）、⑥拘縮（足関節）

(B)移動：①寝返り、②起き上がり、③両足での座位、④両足つかない座位、⑤両足での立

- 位, ⑥歩行, ⑦移乗
- (C)複雑動作: ①立ち上がり, ②片足での立位, ③浴槽の出入り, ④洗身
- (D)特別介護: ①じょくそう, ②皮膚疾患, ③片手胸元持ち上げ, ④嚥下, ⑤尿意, ⑥便意, ⑦排尿後の後始末, ⑧排便後の後始末, ⑨食事摂取
- (E)身の回り: ①口腔清潔, ②洗顔, ③整髪, ④つめ切り, ⑤ボタンのかけはずし, ⑥上衣の着脱, ⑦ズボン等の着脱, ⑧靴下の着脱, ⑨居室の掃除, ⑩薬の内服 (→G 問題行動), ⑪金銭の管理 (→G 問題行動), ⑫ひどい物忘れ (→G 問題行動), ⑬周囲への無関心 (→G 問題行動)
- (F)意思疎通: ①視力 (→A 麻痺拘縮), ②聴力 (→A 麻痺拘縮), ③意思の伝達, ④指示への反応, ⑤毎日の日課を理解, ⑥生年月日をいう, ⑦短期記憶, ⑧自分の名前をいう, ⑨今の季節を理解, ⑩場所の理解
- (G)問題行動: ①被害的, ②作話, ③幻視幻聴, ④感情が不安定, ⑤昼夜逆転, ⑥暴言暴行, ⑦同じ話をする, ⑧大声をだす, ⑨介護に抵抗, ⑩常時の徘徊, ⑪落ち着きなし, ⑫外出して戻れない, ⑬一人で出たがる, ⑭収集癖, ⑮火の不始末, ⑯物や衣類を壊す, ⑰不潔行為, ⑱異食行動, ⑲性的迷惑行為
- (7) 松本市におけるモデル介護認定調査は, 1997年11月に施設高齢者50人, 在宅高齢者50人について, 実施された。うち, 資料散逸を逃れた在宅高齢者42人の調査結果を対象にして, 要支援～要介護度5まで各4人(ただし, 要介護度1のみは2人)を無作為抽出した。
- (8) 従前の身体面の寝たきり判定基準は次のように規定されている。
- ランクJ: なんらかの障害を有するが, 日常生活はほぼ自立しており, 独力で外出する。
- ランクA: 屋内での生活は概ね自立しているが, 介助なしには外出しない。
- ランクB: 屋内での生活はなんらかの介助を要し, 日中もベッドでの生活が主体であるが座位を保つ。
- ランクC: 一日中ベッドで過ごし, 排泄・食事・着替えにおいて介助を要する。
- また, 従前の痴呆性老人の自立度判定基準は, 次のようである。
- ランクI: 何らかの痴呆を有するが, 日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。
- ランクII: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても, 誰かが注意していれば自立できる。
- ランクIII: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ, 介

護を必要とする。

ランクIV: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ, 常に介護を必要とする。

ランクM: 著しい精神症状や問題行動或いは重要な身体疾患が見られ, 専門医療を必要とする。

〔参考・引用文献〕

- 〔1〕 相川良彦・池本良教・藤崎宏子・本城昇「介護保険実施前のホームヘルプサービスの実態と課題—松本市アンケート調査報告書—」(農業総合研究所『農総研季報』No. 47, 2000年9月)。
- 〔2〕 相川良彦『農村にみる高齢者介護』(研究叢書第122号/川島書店, 2000年)。
- 〔3〕 千葉市保健福祉局介護保険課「介護保険制度の施行状況調査—調査結果」(2000年6月)。
- 〔4〕 長寿社会開発センター『平成9年版 老人保健福祉サービス利用状況地図(老人保健福祉マップ)数値表』(1998年11月)。
- 〔5〕 厚生省「厚生省告示第91号」『官報 号外第55号 平成12年3月24日』(2000年3月)。
- 〔6〕 厚生省2000年4月1日現在調査資料(読売新聞2000年4月20日付け記事)。
- 〔7〕 小山秀夫「要介護度認定方式と費用設定に関する一考察」『季刊・社会保障研究 第32第3号』, 社会保障研究所(1996年)。
- 〔8〕 日本訪問看護振興財団『平成9年度改訂・日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン成人・高齢者用』, 日本看護協会出版会(1997年)。
- 〔9〕 小田利勝「高齢期における自立生活と日常生活活動能力をめぐって」『神戸大学発達科学部研究紀要 第7巻第1号』(1999年)。
- 〔10〕 筒井孝子「高齢者の要介護度および要介護度推定方法に関する研究」医療経済研究機構『医療経済研究 Vol. 3』(1996年)。

〔後 記〕

本調査研究は, 特別研究「農村活性化プロ」の一環として実施した。調査の実施にご協力いただいた柏市役所, 郵送調査に回答いただいた介護保険対象者, 調査票作成時に助言いただいた介護保険市民会議有志に感謝したい。また, 本調査研究の過程で同上特研プロジェクトメンバーの千葉修, 合田素行, 小野智昭の各研究員, および査読者と編集委員各位から有益な意見やコメントを受けたことも特記しておきたい。

- ア 身体障害が低く判定されている
イ 痴呆が低く判定されている
ウ 判定基準があいまいである
エ 家族状況（介護力など）への配慮がない
オ 調査が面倒・不親切・難解である
カ 認定までに時間がかかりすぎる
キ その他（具体的に： ）

- ア 満足 イ 概ね満足 ウ どちらでもない エ やや不満 オ 不満

- ア ケアマネージャーの対応が丁寧で分かりやすい。
- イ ケアプランの変更等について臨機応変に対応してくれる
- ウ 利用者や家族の意見・希望を尊重してくれる

- エ 希望するサービスが受けられる
- オ 対応が迅速・正確である
- カ 契約書を取り交わしている
- キ その他（具体的に： _____）

3-2 上記の設問2で「エ」又は「オ」と答えた方に質問します。不満の理由は何ですか（いくつでも○印）。

- ア ケアマネージャーの説明が不十分，不親切・熱意不足
- イ ケアマネージャーになかなか連絡がとれない
- ウ ケアマネージャーの知識不足
- エ 利用者や家族の意見・希望を聞いてくれない
- オ 希望する特定の事業所のサービスに空きがなく，利用できない
- カ 希望するサービスがどこの事業所にも空きがなく，利用できない
- キ 不要なサービスの押し付けや，紹介されたサービスに偏りがある
- ク 対応が遅い，処理が不正確
- ケ 契約書を取り交わしてくれない
- コ その他（具体的に： _____）

[質問 3] 介護保険導入に伴うサービス利用量の増減について

- 1 今年4月から介護保険が始まりましたが，次の(1)～(8)までのサービスについて，
- ・4月前から利用していて，現在も介護保険で利用しているサービスには○印を
 - ・4月前は利用していたが，4月以降利用をやめたサービスには×印を
 - ・介護保険の導入により，4月以降初めて利用を開始したサービスには△印を
- 各サービス名の後の（ ）内に記入してください。

- | | | | |
|-------------|-----|------------|-----|
| (1) 訪問介護 | () | (2) 訪問入浴 | () |
| (3) 訪問看護 | () | (4) デイサービス | () |
| (5) ショートステイ | () | (6) 通所リハビリ | () |
| (7) 訪問リハビリ | () | (8) 福祉用具貸与 | () |

- 2 上記の設問1で（ ）内に1つでも「○」印を記入した方に質問します。その○印を記入したサービスの利用量は，4月以降増えましたか，減りましたか（当該サービスについて，それぞれ該当する記号に丸印をつけてください。）。

- | | | | |
|-------------|------|--------|------|
| (1) 訪問介護 | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |
| (2) 訪問入浴 | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |
| (3) 訪問看護 | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |
| (4) デイサービス | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |
| (5) ショートステイ | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |
| (6) 通所リハビリ | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |

- | | | | |
|------------|------|--------|------|
| (7) 訪問リハビリ | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |
| (8) 福祉用具貸与 | ア 増加 | イ ほぼ同じ | ウ 減少 |

3 上記の設問1で()内に1つでも「×」印を記入した方及び上記の設問2で1つでも「ウ」(減少)と答えた方に質問します。4月前まで利用していたサービスをやめ、又は4月前に比べ利用量が減少した理由は何ですか(いくつでも○印)。

ア 健康・機能の回復等により利用する必要性が減った(なくなった)

イ 介護施設や病院へ入所・入院した

ウ 身体状況の変化等により利用できなくなった

エ 家族の介護で間に合うようになった

オ 希望する事業所のサービスが空き状況等により、利用できない

カ サービスの供給量が不足し、希望しても利用できない

キ 介護サービス担当者が変わった

ク 利用者負担(自己負担)が増える

ケ 要介護度認定が低く評価された(利用限度額が低い)

コ その他(具体的に:)

4 4月前から何らかのサービスを受けていた方に質問します。介護保険実施(4月)以降、利用者負担(自己負担)額は増えましたか、減りましたか(1つだけ○印)。

ア 増加 イ ほぼ同じ ウ 減少

5 介護保険で要介護度ごとに定められている利用限度額の何割ぐらいを実際に利用していますか(1つだけ○印)。

ア 3割未満 イ 3~5割未満 ウ 5~8割未満 エ 8~10割 オ 10割超

◇選択肢の「オ」(10割超)は、利用限度額を超えて利用している場合をいいます。

6 上記の設問5で「ア」又は「イ」と答えた方に質問します。利用限度額に対する利用割合が5割未満であることの理由は何ですか(いくつでも○印)。

ア そのサービス量で十分

イ 家族等が一部介護をしてくれる

ウ 利用料(自己負担分)が高くなる

エ 他人が家に入るのがいや

オ サービスの内容がよく分からない

カ 受りたいサービスがない

キ その他(具体的に:)

[質問 4] 介護サービスの満足度について

1 現在利用しているサービスに満足していますか(1つだけ○印)。

ア 満足

イ 概ね満足

ウ どちらでもない

エ やや不満

オ 不満

2-1 上記の設問1で「ア」又は「イ」と答えた方に質問します。どのような点に満足していますか（いくつでも○印）。

- | | |
|---------------------|-------------------|
| ア サービス担当者の心構えや対応が良い | イ サービス内容・技術の質が良い |
| ウ 多様な介護サービスを利用できる | エ 十分なサービス量が受けられる |
| オ 自分でサービス事業者を選べる | カ 権利としてサービスを利用できる |
| キ 自己負担など経済的に楽になった | ク 在宅生活が続けられる |
| ケ 家族の介護負担が減った | コ かかりつけ医と連携がとれている |
| サ その他（具体的に：_____） | |

2-2 上記の設問1で「エ」又は「オ」と答えた方に質問します。不満の理由は何ですか（いくつでも○印）。

- | | |
|----------------------|--------------------|
| ア サービス担当者の熱意不足、対応が悪い | イ サービス担当者の不馴れ・技能未熟 |
| ウ サービス担当者が時間どおりに来ない | エ サービス担当者がよく交替する |
| オ 介護保険対象のサービスの種類が少ない | カ 利用できる施設・サービスの不足 |
| キ 時間が限られ、サービスが行き届かない | ク 利用限度額が低い |
| ケ かかりつけ医と連携がとれていない | コ 事前説明と実際の内容とが異なる |
| サ その他（具体的に：_____） | |

〔質問 5〕 介護保険によるサービス提供方針について

柏市の65歳以上の方の介護保険料の基礎月額額は2,718円です。次の3つの方針から、あえて1つを選ぶとしたら、どれを希望しますか（1つだけ○印）。

- ア 保険料を多少（月500円）高くしても、サービスの充実を望む
 イ 保険料もサービス量も現状のままで良い
 ウ 保険料が多少（月500円）でも安いなら、サービス量がその分減ってもよい

〔質問 6〕 その他

1 同居家族「有」の方に質問します。世帯構成は次のどれですか（1つだけ○印）。

- ア 高齢者（65歳以上）のみ イ 日中独居 ウ その他（_____）

2 あなた（被保険者）の世話・介護を中心になってやっている方1人に◎印を、補助的に手伝っている方幾人でも○印をつけてください。

- | | | | |
|------------|-----------|------------|------------|
| ア 配偶者 | イ 息子(同居) | ウ 息子(同居)の妻 | エ 娘(同居) |
| オ 娘(同居)の夫 | カ 孫(同居) | キ 親(同居) | ク その他の同居家族 |
| ケ 息子・妻(別居) | コ 娘・夫(別居) | サ 孫(別居) | シ 親戚 |
| ス 隣近所の人 | セ 友人・知人 | ソ ボランティア | タ その他 |

ご回答どうもありがとうございました。ポストへの投函もよろしくお願いいたします。

〔要 旨〕

介護保険に対する利用者の反応とその特徴 —— 柏市の介護サービス利用者アンケート調査を中心に ——

相川良彦 堀田きみ* 山根律子*

本論の目的は、2000 年 4 月に始まった介護保険制度が利用者にどのように受けとめられたかを、首都圏の一都市でのアンケート調査により明らかにすることである。調査結果の要点は、次の通りである。

- (1) 家族と常時同居する要介護者が、半数しかいなかった。また、介護の中心的担当者は女性だが、内訳では「同居の娘」と「同居の息子の妻」がほぼ同数であった。それらは、都市的特徴を現わしている。
- (2) 介護保険の要介護度認定に満足しない者が 29% で、要介護度 1～3 と中・低位に認定された者に多かった。「家族の介護力への配慮がない」という不満理由は全階層から、また、「痴呆が軽く評価されている」という不満理由は限度額に比して介護サービスをよく利用する要介護者から、それぞれよく出される傾向が見られた。
- (3) ケアプラン作成は馴染みのある事業者に頼む傾向が強かった。ケアプランについては、80% 以上の要介護者が満足していた。
- (4) デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプの 3 サービスは利用者数が多く、いずれも介護保険を契機に 25% 前後の増加をみた。8 種の介護サービスの実人数トータルでは介護保険前からのサービス継続利用者が 91%、利用中止者が 9%、新たに利用開始した者が 35% であった。介護保険を契機にサービス利用者が差引きで 26% 程度増えたのである。
- (5) 介護保険前からのサービス継続利用者のうち、介護保険を契機に利用量を増加させた者 24%、ほぼ同じ者 63%、減少させた者 13% で、増加者から減少者を差し引いた増加者率は 11% であった。この継続利用者の増加者率（11%）は、介護保険を契機に利用を開始した差引き増加率（26%）ほど多くはなかったのである。
- (6) 介護保険制度において、利用者は保険料の 10% を自己負担しなければならない。障害の重い者はサービスが低下しても経済的負担の軽減を望み、逆に家族は本人よりも経済的負担が増えてもサービスを充実することを希望していた。
- (7) 要介護者のサービス利用量平均は利用限度額の 50% であった。介護保険が始まって、介護サービスを控え目に利用するという傾向が存続していた。利用限度額の設定や保険料の 10% 自己負担が影響していると思われる。
- (8) 介護保険の要介護度認定の仕組みから、ADL（日常生活動作能力）と痴呆にかかる介護時間数を独自の算定基準で推計してみると、介護最大限時間数 809 分（13 時間半）で、うち痴呆にかかる時間数が 20% であった。痴呆にかかる時間は ADL に比べて低評価されていると思われる。
- (9) 従前の厚生省の簡略な ADL および痴呆認定基準と介護保険の認定基準とにより同データについて算定結果を比較してみると、両者の相関係数が ADL の要介護度について高く、痴呆について低かった。これからも介護保険における痴呆の要介護度認定は低評価の傾向にあることが示唆される。

*介護保険市民会議

Reactions of Users of the Public Nursing Care Insurance System and their Characteristics :

With an Emphasis Placed on the Questionnaire Survey on Users of Care Service Conducted in the City of Kashiwa

Yoshihiko AIKAWA, Kimi HOTTA* and Ritsuko YAMANE*

Summary

The purpose of this paper is to examine the reactions of users of the Public Nursing Care Insurance system, which was introduced in April 2000, based on the results of the questionnaire survey conducted in a city in the Tokyo metropolitan area. The results can be summarized as follows:

(1) Only a half of those in need of nursing care regularly lived with their families. In addition, while women played a central role in giving nursing care, the number of “daughters living together” who provided nursing care was almost the same as that of “wives of the sons living together.” This is a characteristic commonly observed in cities.

(2) Seventy to eighty percent of those in need of nursing care (or their families) were satisfied with the Public Nursing Care Insurance system. From this it may be concluded that the system has generally been accepted favorably. However, though there were not many users discontent with care need assessments, those dissatisfied with the assessments complained that “No consideration was given to the family’s ability to give nursing care” or that “Assessment of the condition of dementia was too low.” These opinions suggest that the care need assessment method of the system has these defects.

(3) In the Public Nursing Care Insurance system, users have to pay 10% of the insurance premiums. While those who suffered from severer disability desired less economic burden even if it meant a lower service level, their families wanted, on the contrary, a better service even though it resulted in a heavier economic burden.

(4) After the introduction of the system, users of nursing care service increased by about 26%. On the other hand, 24% of those who had already used the service before the start of the system increased the level of use, and 13% of them decreased the level of use. This means that only 11% of these continued users of the service (24%–13%) increased their utilization level. The average use level of the service of those in need of nursing care was 50% of the upper limit. This shows that even after the system was introduced, the tendency to use nursing care service moderately has continued.

*Kaigo Hoken Shimin Kaigi