

認知症高齢者のケアマネジメントにおける 介護支援専門員の社会保障制度の理解と活用状況

－医療職と福祉職との比較を通して－

タケモト ヨシヒト ナイトウ エリ マシオ チエコ
竹本 与志人*1 内藤 絵里*1 馬塩 智恵子*1
ムネヨシ ユウコ ハシモト チエ ハマグチ スミ
宗好 祐子*1 橋本 智江*1 濱口 須美*1
チュウダ マサキ ホリベ トオル カガワ コウジロウ
忠田 正樹*2 堀部 徹*3 香川 幸次郎*4

目的 介護支援専門員の研修を企画・実施する基礎資料を得るため、認知症高齢者のケアマネジメントにおける社会保障制度の理解と活用状況について、医療職と福祉職との比較を通して、実態を明らかにすることを目的とした。

方法 調査対象者は岡山県内の指定居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員1,234名とし、郵送調査法により調査を実施した。調査内容は、属性、認知症高齢者が活用できる17の制度の活用状況、理解していない制度の有無、社会保障制度活用能力不足感で構成した。統計解析には、各調査項目に欠損値のないものを用いた。解析方法として、医療職と福祉職の群間比較には χ^2 検定を用い、社会保障制度の活用状況にはクラスター分析を用いて類型化し、コンボイモデルを用いて模式化した。

結果 回答は502名(回収率41%)から得られた。認知症高齢者のケアマネジメントにおいて、社会保障制度の活用状況では医療職と福祉職との間に有意差は認められなかったが、両職種ともに医療系サービスを利用する上で最も有効と考えられる通院医療費公費負担制度ですら理解されていないことが判明し、概して福祉職に比べて医療職は制度を理解していない傾向がみられた。また、両職種ともに多くの者が社会保障制度活用に対して能力不足を感じていることが明らかとなった。

結論 事例を通じた制度活用の演習、医療職の理解度に重点を置いた制度概要の講義の実施、センターの医療ソーシャルワーカーによる助言・情報提供の体制づくりが必要であると考えられた。

キーワード 認知症高齢者, ケアマネジメント, 社会保障制度

I 緒 言

総合病院岡山赤十字病院老人性痴呆疾患センター(以下「センター」)は岡山県の補助金事業の1つとして平成2年11月に開設され、神経内科・精神科の医師と医療ソーシャルワーカーが中心となって、認知症高齢者に対する鑑別診断・早期治療、家族介護者に対するケースワーク等

を行ってきた¹⁾。平成14年度からは、「介護予防・地域支え合い事業」の都道府県・指定都市事業の1つである痴呆性老人指導対策事業が岡山県から委託され、センターは専門職の相談センターとしても機能することが求められてきている。

平成12年4月に介護保険法が施行されて以後、認知症高齢者のケアマネジメントは主に介護支援専門員によって行われており、介護支援専門

*1 総合病院岡山赤十字病院医療ソーシャルワーカー *2 同神経内科・精神科部長
*3 岡山県介護支援専門員連絡協議会会長 *4 岡山県立大学大学院保健福祉学研究所教授

員に対する支援がセンターの重要な役割となってきた。認知症高齢者の相談援助に関して、筆者らの取り組みからも、専門医への受診・受療援助、介護保険サービス・精神保健福祉サービスの利用援助、他職種や他機関との協働・連携の3点が必須の援助内容としてあげられる。中でも介護保険サービス・精神保健福祉サービスの利用援助は家族介護者の身体的・心理的な介護負担の軽減のみならず、家族介護者の休息や生きがい維持等においても重要な支援方法であり²⁾、積極的なコーディネートが求められる。しかし、応能負担であった居宅サービスが介護保険施行後に応益負担に変わると、要介護者や家族介護者の経済問題が露呈し、介護サービスの利用を制限するなど、必要なサービスを計画しても導入しにくいケースが報告されるようになってきた³⁾⁻⁵⁾。

経済的問題は、有益な社会保障制度を選択・活用することによって軽減・解決が可能になるが⁶⁾、公費負担医療・医療保険・年金保険・社会手当等の知識を習得するには一定期間の研修が不可欠である。しかし、介護支援専門員の実務研修や現任研修ではフォーマル・インフォーマルなサービスや介護保険サービスのみが焦点があてられ⁷⁾⁸⁾、経済的問題の解決方法に関する研修・指導は実施されておらず、社会保障制度の活用に難渋する介護支援専門員が数多く存在すると推測される。

そこで本研究では、介護支援専門員の研修を企画・実施する基礎資料を得るため、認知症高齢者のケアマネジメントにおける社会保障制度の理解と活用状況について、保健医療関係資格のみの取得者（以下「医療職」と福祉関係資格のみの取得者（以下「福祉職」と）の比較を通して、その実態を明らかにすることを目的とした。

II 方 法

(1) 調査の対象と方法

調査対象者は、岡山県内の指定居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員1,234名とした。調査は無記名自記式とし、郵送調査法によ

り実施した（一部の地域については介護支援専門員連絡協議会に依頼）。調査期間は2003（平成15）年7月から8月で、回答は502名から得られた（回収率41%）。

(2) 調査内容

調査内容は、属性（性、年齢、取得資格）、社会保障制度の活用状況、理解していない制度の有無、社会保障制度活用の能力不足感で構成した。

社会保障制度には、認知症高齢者が活用できる可能性のある制度を選択した。「自己負担が軽減される制度」として通院医療費公費負担制度、特定疾患治療研究事業、地方自治体独自の老人医療制度、老人医療の自己負担額減免制度、訪問介護の利用料軽減措置制度、入院時食事療養費の減額制度を、「税金控除の制度」として所得税・住民税の障害者控除、自動車税・自動車取得税の減免、おむつ代の医療費控除を、「現金給付・所得保障の制度」として医療保険の現金給付、障害年金を、「障害者手帳」として精神障害者保健福祉手帳を、「社会手当」として特別障害者手当と市町村独自の介護手当を、「その他」として支援費制度、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業の計17の制度を選択した。

17の制度に対して、活用状況については、「活用している」「活用していない」の2件法で、制度の理解については、17の制度の中で概要のわからないものすべてを記入するよう求めた。制度活用の能力不足感については、「非常に感じている」「感じている」「どちらともいえない」「感じていない」「全く感じていない」の5件法で回答を求めた。

(3) 解析方法

統計解析には、回収された502名分の調査票のうち、各調査項目に欠損値のないものを用いた。解析方法として、医療職と福祉職の群間比較には χ^2 検定を用い、社会保障制度の活用状況にはクラスター分析を用いて類型化し、コンボイモデル⁹⁾を用いて模式化した。統計ソフトは、センター所有のSPSS 11.5J for Windows を用いた。

Ⅲ 結 果

(1) 集計対象者の属性の分布

集計対象者の属性の分布は表1のとおりであった。医療職は女性が94%を占め、平均年齢が44歳、取得資格は看護師が最も多く74%を占めていた。一方、福祉職も女性が多く83%を占め、平均年齢は42歳、取得資格は介護福祉士が73%と最も多く占めていた。

表1 医療職と福祉職の属性の分布

医療職 (n=253)		福祉職 (n=200)	
項目	人数(%)	項目	人数(%)
性別		性別	
男性	14 (6)	男性	34 (17)
女性	239 (94)	女性	166 (83)
年齢		年齢	
29歳以下	3 (1)	29歳以下	29 (15)
30～39歳	82 (32)	30～39歳	52 (26)
40～49	106 (42)	40～49	62 (31)
50～59	50 (20)	50～59	54 (27)
60歳以上	10 (4)	60歳以上	1 (1)
無回答	2 (1)	無回答	2 (1)
(範囲：28～69歳) (平均±標準偏差：44±8歳)		(範囲：25～62歳) (平均±標準偏差：42±10歳)	
取得資格(複数回答)		取得資格(複数回答)	
医師	4 (2)	社会福祉士	34 (17)
歯科医師	1 (0)	精神保健福祉士	4 (2)
薬剤師	14 (6)	社会福祉主事	88 (44)
保健師	19 (8)	介護福祉士	145 (73)
看護師	186 (74)	ホームヘルパー1級	40 (20)
准看護師	30 (12)	ホームヘルパー2級	34 (17)
理学療法士	2 (1)	ホームヘルパー3級	9 (5)
作業療法士	5 (2)		
義肢装具士	- (-)		
歯科衛生士	5 (2)		
言語聴覚士	- (-)		
栄養士	5 (2)		

(2) 社会保障制度の活用状況

社会保障制度の活用状況は表2のとおりであった。医療職で活用している制度では、訪問介護の利用料軽減措置制度が111名(64%)と最も高く、次いでおむつ代の医療費控除96名(55%)、市町村独自の介護手当81名(47%)となっていた。反対に、活用度が低い傾向を示したのは、自動車税・自動車取得税の減免21名(12%)、通院医療費公費負担制度19名(11%)、精神障害者保健福祉手帳18名(10%)であった。

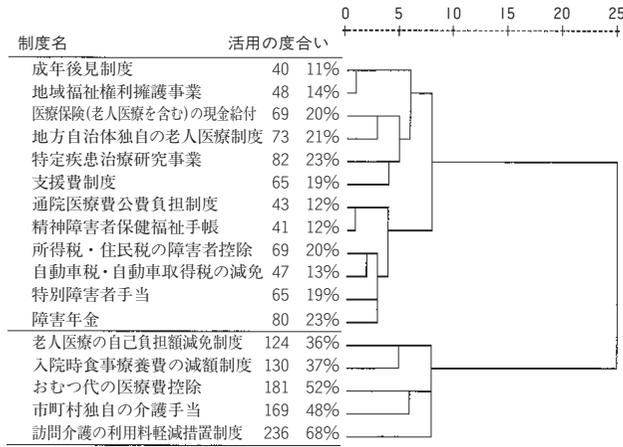
一方、福祉職で活用している制度においても医療職と同様に訪問介護の利用料軽減措置制度が101名(73%)と最も高く、次いで市町村独自の介護手当69名(50%)、おむつ代の医療費控除68名(49%)となっていた。反対に、活用度が低い傾向を示したのは、通院医療費公費負担制度19名(14%)、精神障害者保健福祉手帳18名(13%)、成年後見制度16名(12%)であった。

職種間の制度の活用状況について χ^2 検定を行ったところ、有意差は確認されなかった。そこで、介護支援専門員の制度活用の実態を明らかにするため、全データを用いてクラスター分析を行った結果、2つのクラスターが抽出された(図1)。第1クラスターは、「老人医療の自己負担額減免制度」「入院時

表2 社会保障制度の活用状況の比較

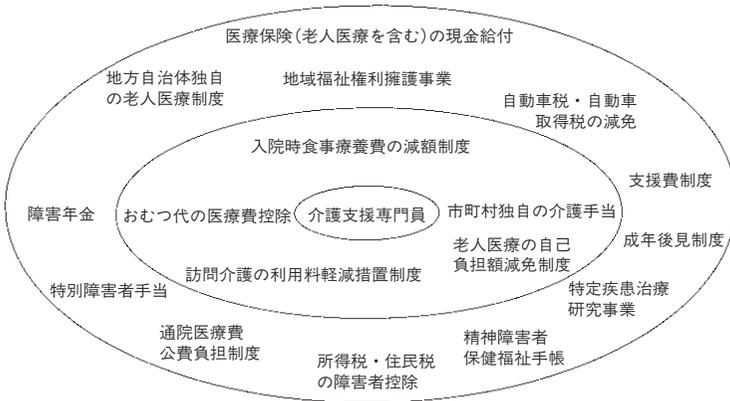
医療職(n=174)		福祉職(n=138)	
制度名	活用度(名、%)	制度名	活用度(名、%)
訪問介護の利用料軽減措置制度	111 (64)	訪問介護の利用料軽減措置制度	101 (73)
おむつ代の医療費控除	96 (55)	市町村独自の介護手当	69 (50)
市町村独自の介護手当	81 (47)	おむつ代の医療費控除	68 (49)
老人医療の自己負担額減免制度	69 (40)	入院時食事療養費の減額制度	50 (36)
入院時食事療養費の減額制度	63 (36)	老人医療の自己負担額減免制度	43 (31)
特定疾患治療研究事業	44 (25)	障害年金	34 (25)
地方自治体独自の老人医療制度	41 (24)	特定疾患治療研究事業	29 (21)
障害年金	37 (21)	所得税・住民税の障害者控除	28 (20)
医療保険(老人医療を含む)の現金給付	37 (21)	特別障害者手当	26 (19)
支援費制度	36 (21)	医療保険(老人医療を含む)の現金給付	25 (18)
所得税・住民税の障害者控除	35 (20)	地方自治体独自の老人医療制度	24 (17)
特別障害者手当	30 (17)	支援費制度	22 (16)
地域福祉権利擁護事業	23 (13)	地域福祉権利擁護事業	21 (15)
成年後見制度	22 (13)	自動車税・自動車取得税の減免	20 (14)
自動車税・自動車取得税の減免	21 (12)	通院医療費公費負担制度	19 (14)
通院医療費公費負担制度	19 (11)	精神障害者保健福祉手帳	18 (13)
精神障害者保健福祉手帳	18 (10)	成年後見制度	16 (12)

図1 認知症高齢者のケアマネジメントにおける社会保障制度の活用状況に関するクラスター分析の結果(n=349)



食事療養費の減額制度」「おむつ代の医療費控除」「市町村独自の介護手当」「訪問介護の利用料軽減措置制度」の5つの制度で構成されていた。一方、第2クラスターは、「成年後見制度」「地域福祉権利擁護事業」「医療保険(老人医療を含む)の現金給付」「地方自治体独自の老人医療制度」などの12の制度で構成されていた。それぞれのクラスターに所属している制度の「活用している」の回答割合を観察すると、第1クラスターはいずれも35%以上であり、第2クラスターは11%から23%を示していた。介護支援専門員と社会保障制

図2 認知症高齢者のケアマネジメントにおける社会保障制度の活用状況に関する模式図



度とのかかわりについて、以上の結果をもとにコンボイモデルを用いて模式化すると、図2のような構造が考えられた。

(3) 社会保障制度で概要がわからない制度
社会保障制度で概要のわからない制度に対する回答を観察したところ、わからないと回答のあった割合は、医療職では通院医療費公費

表3 社会保障制度で概要がわからない制度

医療職(n=218)

(単位 名, ()内%)

福祉職(n=183)

(単位 名, ()内%)

制度名	回答数(%)
通院医療費公費負担制度	68 (31)
精神障害者保健福祉手帳	58 (27)
地方自治体独自の老人医療制度	54 (25)
医療保険(老人医療を含む)の現金給付	50 (23)
特別障害者手当	47 (22)
自動車税・自動車取得税の減免	36 (17)
所得税・住民税の障害者控除	30 (14)
老人医療の自己負担額減免制度	26 (12)
支援費制度	25 (11)
地域福祉権利擁護事業	23 (11)
障害年金	23 (11)
特定疾患治療研究事業	21 (10)
入院時食事療養費の減額制度	20 (9)
成年後見制度	16 (7)
市町村独自の介護手当	14 (6)
訪問介護の利用料軽減措置制度	3 (1)
おむつ代の医療費控除	1 (0)

制度名	回答数(%)
通院医療費公費負担制度	53 (29)
医療保険(老人医療を含む)の現金給付	41 (22)
地方自治体独自の老人医療制度	35 (19)
特定疾患治療研究事業	32 (17)
特別障害者手当	26 (14)
地域福祉権利擁護事業	26 (14)
精神障害者保健福祉手帳	21 (11)
支援費制度	19 (10)
老人医療の自己負担額減免制度	16 (9)
成年後見制度	15 (8)
入院時食事療養費の減額制度	13 (7)
自動車税・自動車取得税の減免	12 (7)
所得税・住民税の障害者控除	12 (7)
障害年金	12 (7)
市町村独自の介護手当	9 (5)
おむつ代の医療費控除	4 (2)
訪問介護の利用料軽減措置制度	3 (2)

注 回答数は「わからない」と回答した数である。

負担制度が31% (68名) と最も高く、次いで精神障害者保健福祉手帳27% (58名), 地方自治体独自の老人医療制度25% (54名) となっていた。一方、福祉職では通院医療費公費負担制度が29% (53名) と最も高く、次いで医療保険 (老人医療を含む) の現金給付22% (41名), 地方自治体独自の老人医療制度19% (35名) となっていた (表3)。

職種間の差を χ^2 検定で確認した結果, 精神障害者保健福祉手帳 ($p<0.01$), 自動車税・自動車取得税の減免 ($p<0.01$), 所得税・住民税の障害者控除 ($p<0.05$), 特定疾患治療研究事業 ($p<0.05$) に有意差が確認された (表4)。

(4) 社会保障制度に対する能力不足感

職種による社会保障制度活用の能力不足感の違いを確認したところ, 有意差は認められなかった。両職種合わせると ($n=440$), 「非常に感じている」 (30%; 134名) あるいは「感じている」 (48%; 209名) と回答した者が合わせて78% (343名) にも及んでおり, 両職種ともに能力不足を感じていることが判明した。

IV 考 察

内閣府が実施した高齢者介護に関する世論調査¹⁰⁾によると, 自分自身が要介護になった場合や家族が要介護になった場合に困る点として, 介護に要する経済的負担が大きいと回答した者が半数を超えている。介護保険サービス利用者を対象とした調査を概観すると, 介護に伴う経済的不安¹¹⁾や経済的負担の増加¹²⁾¹³⁾, 経済的問題¹³⁾¹⁴⁾が報告されており, 必要な介護サービスが利用できないことは在宅生活の破綻にもつながり得るため, 早急な解決が求められる。

経済的問題は保健・医療・福祉の各分野から有益な社会保障制度を選択・活用することによって軽減・解決が可能になるため, 介護支援専門員には社会保障制度の概要と活用方法の習得が望まれる。しかし, 介護支援専門員の実務研修や現任研修において社会保障制度に関する講義は実施されておらず, 専門外分野の知識不足

表4 社会保障制度でわからない制度の比較

(単位 名, ()内%)

制度名	回 答 数	
	医療職 (n=218)	福祉職 (n=183)
通院医療費公費負担制度	68 (31)	53 (29)
精神障害者保健福祉手帳	58 (27)	21 (11) **
地方自治体独自の老人医療制度	54 (25)	35 (19)
医療保険 (老人医療を含む) の現金給付	50 (23)	41 (22)
特別障害者手当	47 (22)	26 (14)
自動車税・自動車取得税の減免	36 (17)	12 (7) **
所得税・住民税の障害者控除	30 (14)	12 (7) *
老人医療の自己負担額減免制度	26 (12)	16 (9)
支援費制度	25 (11)	19 (10)
地域福祉権利擁護事業	23 (11)	26 (14)
障害年金	23 (11)	12 (7)
特定疾患治療研究事業	21 (10)	32 (17) *
入院時食事療養費の減額制度	20 (9)	13 (7)
成年後見制度	16 (7)	15 (8)
市町村独自の介護手当	14 (6)	9 (5)
訪問介護の利用料軽減措置制度	3 (1)	3 (2)
おむつ代の医療費控除	1 (0)	4 (2)

注 * $p<0.05$, ** $p<0.01$ (χ^2 検定)

のために社会保障制度の活用に難渋する介護支援専門員が多数存在すると推測される。センターでは社会保障制度の理解と活用状況をふまえた研修の企画・実施が必要と考え, 介護支援専門員の業務に関する実態調査を概観した¹⁵⁾⁻²⁰⁾, 社会保障制度の理解度や活用状況を取り入れた調査は見当たらなかった。そこで, この度は社会保障制度に焦点をあて, 実態把握のための調査を実施することにした。

調査の結果, 以下の3点が明らかとなった。第1に, 認知症高齢者のケアマネジメントにおいて, 制度の活用状況では職種による有意差は認められなかったが, 両職種ともに医療系サービスを利用する上で最も有効と考えられる通院医療費公費負担制度が最も理解されていない実態が判明した。この制度は, 精神疾患のための通院医療費を軽減する公費負担医療制度であり, 制度利用により外来医療や訪問看護, 重度痴呆患者デイケア, 精神科デイケアの費用が5%負担となる。介護支援専門員が認知症高齢者のケアマネジメントにおいて連携をとっている機関に関して筆者らが行った調査²¹⁾では, 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション) は53%, 重度痴呆患者デイケア施設は13%, 精神科デイケア施設は7%の介護支援専門員がかかわりを持っていると回答しており, 認知症高齢者の支援において通院医療費公費負担制度の活用の可能性は

高く、介護支援専門員への周知が望まれた。第2に、概して福祉職に比べて医療職は制度を理解していない傾向がみられた。有意差のあった制度のみならず、制度全般に関してこうした傾向がみられた。これは、社会保障制度の多くが社会福祉関係法に基づくものであり、福祉職の教育課程において社会福祉関係法が少なからず教授されているからではないかと推測された。第3に、両職種共に多くの者が社会保障制度活用に対して能力不足を感じていることが明らかとなった。この結果は、社会保障制度の根拠法が多岐にわたっており、制度活用には広範囲の知識を必要とするために能力不足を感じていると推察された。これら3点は、今後の介護支援専門員の研修計画を立案する上での重要な資料となった。

今後の課題として、第1に、両職種とも通院医療費公費負担制度すら理解されていなかった点には、各社会保障制度の内容を介護支援専門員に情報提供をしていくことが求められる。具体的には、介護支援専門員現任研修等において事例を用いた制度活用の演習を行う方法が一方法と考えられる。第2に、福祉職よりも医療職の方が制度を理解していない傾向がみられた点には、医療職の理解度に重点を置いた制度の講義、すなわち、前述の事例演習の前段階としての制度概要の講義が必要と考えられる。第3に、両職種とも制度活用に対する能力不足感が高かった点には、講義・演習のほか、センターの医療ソーシャルワーカーが個々に介護支援専門員からの相談を受理し、ケースの状況に応じた助言や情報提供を行う体制づくりが一助になると推察される。

本結果を受け、社会保障制度をテーマとした研修会を企画・開催したところ、大変好評であった。また、介護支援専門員現任研修で「認知症」をテーマとした講義の中に社会保障制度の活用を取り上げたところ、参加した介護支援専門員からの反響が大きく、経済的問題から処遇困難となっている事例の相談が寄せられた。今後は、全国レベルで社会保障制度の理解と活用状況に関する調査を実施し、その実態をふま

た介護支援専門員の現任者教育の企画・実施が望まれる。

謝辞

本調査にご協力いただきました岡山県内の指定居宅介護支援事業所に勤務する介護支援専門員の皆様に心から感謝申し上げます。

文 献

- 1) 竹本与志人, 内藤絵里, 西原美幸, 他. 老人性痴呆疾患センターにおけるソーシャルワーク活動の実践. 医療と福祉 2000; 69-33(2): 59-64.
- 2) 沖田裕子. ケアマネジement. 長嶋紀一, 加藤伸司, 内藤桂津雄編. 痴呆ケア. 東京: 中央法規出版, 2003; 48-51.
- 3) 井上千津子. ケアマネジャーの今日的状況における課題. CARE LOOK 介護支援専門員 2001; 4(7): 10-7.
- 4) 高齢者虐待防止研究会. 介護の不安・混乱からくる虐待. 大國美智子監修. 高齢者虐待を未然に防ぐためー高齢者虐待早期発見の手引きー. 東京: 朝日新聞厚生文化事業団, 2002; 20.
- 5) 埼玉県杉戸町. 介護サービス利用率が低い原因. 杉戸町高齢者等実態調査報告書. 2002; 48.
- 6) 四方克尚, 竹本与志人. 利用者の自己負担を考慮したコストマネジメントの視点と方法. トータルケアマネジメント 2000; 5(3): 27-32.
- 7) 福富昌城. 介護サービスと資源活用. 介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編. 介護支援専門員実務研修テキスト. 東京: (財)長寿社会開発センター, 2003; 196-9.
- 8) (財)長寿社会開発センター. 「介護支援専門員実務研修のあり方に関する研究委員会」報告書(平成14年度老人保健健康増進等事業). 2003.
- 9) Kahn RL, Antonucci TC. Convoys over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support. Life-Span Development And Behavior 1980; 3: 253-86.
- 10) 吉田一生. 経済統計からみた国民生活の現状と動向(31)ー高齢者介護に関する世論調査ー. 厚生指標 2004; 51(3): 30-3.
- 11) 三重県津市. 高齢者社会に関する調査報告書. 2002.
- 12) 東京都文京区. 介護サービス利用状況及び満足度調査. 2001.
- 13) 東京都西東京市. 西東京市介護保険事業計画(第2期)策定に係る各種調査報告書 2002.
- 14) 青森県. 介護保険サービス利用者実態調査報告書. 2001.
- 15) 群馬県介護保険課. 介護支援専門員業務実態に関するアンケート調査報告書. 2001.
- 16) 東京都品川区介護サービス向上委員会. 第3章第2節(2)ケアマネジャー自己評価調査の結果. 品川区介護サービス向上委員会答申書ーケアマネジメントに関するサービス評価ー. 2002; 27-38.
- 17) 埼玉県杉戸町. 第1章第1節(4)ケアマネジャー調査. 杉戸町高齢者等実態調査報告書. 2002; 47-9.
- 18) 東京都世田谷区. 第4章居宅介護支援事業者アンケート. 介護保険サービス・保健福祉サービス実態調査. 2003; 79-112.
- 19) 兵庫県介護支援専門員協会. 介護支援専門員職の実態と実践に関する調査報告書. 2002.
- 20) 全国介護支援専門員連絡協議会. 介護支援専門員の業務実態と意識に関する調査研究報告書ーケアマネジメントの質の向上に向けた現状と課題の把握ー. 2004.
- 21) 総合病院岡山赤十字病院老人性痴呆疾患センター. 指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員を対象とした痴呆性高齢者のケアマネジメントに関する調査研究報告書. 2004; 6-8.