

要介護度別の介護サービス利用特性に関する研究

——生活場所（在宅、施設）の選択志向にかかわる要因——

ゴトウ マスミ ワカマツ トシアキ
後藤 真澄*1 若松 利昭*2

目的 要介護認定調査結果と認定審査会の情報を手がかりとして、要介護者の生活場所と介護サービスの利用状況を明らかにし、生活場所の違いによる利用者の特性の違いを評価する。それらをもとに、在宅か施設（入院を含む）かの選択志向について考察し、適切な介護サービスを提供するための判断枠組みの一つを提示する。

方法 岐阜県のA市の認定審査会調査結果と審査会の情報（1年間の認定者数1,600人）に関して、利用者の生活場所（在宅と施設）、要介護度別に、認定調査項目に基づく個別項目得点、分類別平均得点、領域別平均得点の違いを調べ、要介護度別の違い（水準）と生活場所による違い（格差）とを検討した。

結果 生活の場所は、施設利用者が全体の1/4を占めていた。要介護度別の在宅生活者の割合は、要介護IIIに向かって減少し、要介護IIIで在宅生活者割合と施設利用者割合が拮抗し、要介護IVでは施設利用者割合が上回っていた。生活場所の選択は、要介護IIIが一つの大きな転換点となっていた。

認定調査項目についての領域別平均得点は、要介護度の上昇に伴う水準の上昇と、施設と在宅による格差とがみられた。格差が大きかったのは排泄と痴呆の領域であった。

結論 今後入所志向が強まる要介護IIIへの対応を検討し、マネジメントのための判断論理を根拠に基づき、明確に示すことが必要である。

キーワード 要介護認定、認定調査項目、支援特性、入所要因、ケアマネジメント

I はじめに

高齢者への支援の基本的な枠組みとして生活場所がある。支援には、家で生活する場合の支援と、家以外で生活する場合の支援とがある。介護保険では在宅ケアの重視が主張されているが、医学的、経済的効果を厳密に比較した結果では、在宅ケアの効果は限定的であることが指摘されている¹⁾²⁾。大切なことは、生活場所を在宅とするか施設とするかの二者択一的な議論の立て方ではなく、どのような介護サービスがどの程度、提供されれば、問題解決と生活支

援に最適かを示すことである。

本稿では、要介護認定調査結果と認定審査会の情報を手がかりとして、第一に、要介護者の生活場所と介護サービスの利用状況、第二に、生活場所の違いによる高齢者の心身の状況についての非自立率の格差を示す。それらをもとに、在宅か施設（入院を含む）かの選択志向について考察し、適切な介護サービスを提供するための判断枠組みの一つを提示する。

*1 中部学院大学人間福祉学部助教授

*2 日本福祉大学社会福祉学部教授

II 研究方法と内容

(1) 情報源

岐阜県のA市の平成13年要介護認定調査と認定審査会の情報³⁾を用いた(1年間の認定者数1,600人)。個人が特定できない情報であり、A市から統計的に活用することへの承諾を得ている。

(2) 調査項目

高齢者の状況として、要介護度と生活場所(在宅、施設)を用いた。生活場所は、介護保険施設の利用者と介護保険施設以外の利用者(その多くは入院)を「施設」、在宅で一つ以上の介護サービスを利用している利用者を「在宅」とした。評価変数として、以下の3つの指標を用いた(表1)。これらの指標は、(1)認定調査項目(73項目：特別な医療12項目除く)の個別得点、(2)

表1 認定審査調査項目(分類)と本研究の領域分類

分類	番号	認定項目	本研究の領域分類		分類	番号	認定項目	本研究の領域分類	
第1群 麻痺・拘縮	1	麻痺・左上肢			第6群 意思の疎通	45	視力		
	2	麻痺・右上肢				46	聴力		
	3	麻痺・左下肢				47	意思の伝達		
	4	麻痺・右下肢				48	指示への反応	3	e) 痴呆
	5	麻痺・その他				49	毎日のH課を理解	4	e) 痴呆
	6	拘縮・肩関節				50	記憶力(生年月日)	5	c) 痴呆
	7	拘縮・肘関節				51	短期記憶	6	e) 痴呆
	8	拘縮・股関節				52	自分の名前をいう	7	e) 痴呆
	9	拘縮・膝関節				53	今の季節を理解	8	e) 痴呆
	10	拘縮・足関節				54	場所の理解	9	c) 痴呆
	11	拘縮・その他							
第2群 移動	12	寝返り	1	a) 上下肢機能	第7群 問題行動	55	被害的	1	f) 問題行動
	13	起き上がり	2	a) 上下肢機能		56	作話	2	f) 問題行動
	14	両足つく座位保持	3	a) 上下肢機能		57	幻覚・幻聴	3	f) 問題行動
	15	つかない座位保持	4	a) 上下肢機能		58	感情が不安定	4	f) 問題行動
	16	両足での立位保持	5	a) 上下肢機能		59	昼夜逆転	5	f) 問題行動
	17	歩行	6	a) 上下肢機能		60	暴言・暴行	6	f) 問題行動
	18	移乗	7	a) 上下肢機能		61	同じ話をする	7	f) 問題行動
第3群 複雑動作	19	立ち上がり	8	a) 上下肢機能		62	大声をだす	8	f) 問題行動
	20	片足での立位保持	9	a) 上下肢機能		63	介護に抵抗	9	f) 問題行動
	21	浴槽の出入り				64	常時の徘徊	10	f) 問題行動
	22	洗身				65	落ち着きなし	11	f) 問題行動
第4群 特別介護	23	じよくそうの有無				66	野外への徘徊	12	f) 問題行動
	24	皮膚疾患				67	要監視	13	f) 問題行動
	25	片手胸元持ち上げ	10	a) 上下肢機能		68	収集癖	14	f) 問題行動
	26	嚥下				69	火不始末	15	f) 問題行動
	27	尿意	1	b) 排泄		70	物や衣類を壊す	16	f) 問題行動
	28	便意	2	b) 排泄		71	不潔行為	17	f) 問題行動
	29	排尿後の後始末	3	b) 排泄		72	異食行動	18	f) 問題行動
	30	排便後の後始末	4	b) 排泄		73	周囲への迷惑行為	19	f) 問題行動
	31	食事摂取	1	c) ADL					
第5群 身の回り	32	口腔清潔	2	c) ADL					
	33	洗顔	3	c) ADL					
	34	整髪	4	c) ADL					
	35	つめ切り	5	c) ADL					
	36	ボタンのかけはずし	6	c) ADL					
	37	上衣の着脱	7	c) ADL					
	38	ズボン等の着脱	8	c) ADL					
	39	靴下の着脱	9	c) ADL					
	40	居室の掃除	1	d) IADL					
	41	薬の内服	2	d) IADL					
	42	金銭の管理	3	d) IADL					
	43	物忘れがひどい	1	e) 痴呆					
	44	周囲への関心	2	e) 痴呆					

注: 特別な医療12項目を除く。

認定項目の分類別平均得点（認定審査資料の分類）、(3)今回の研究で定義した領域別平均得点である。要介護認定の個別項目については、自立を「0」、非自立（全介助、一部介助、見守り等）を「1」とし（障害があれば得点は高）、項目ごとに非自立率を計算した。また、領域の区分⁴⁾は、心身機能と介護時間の特性

（介護時間の集中的なもの、分散的なもの、臨時発生的なもの、見守り的なもの、その他に分類）から導き出したもので、a)上下肢機能（10項目）、b)排泄（4項目）、c)ADL（9項目）、d)IADL（3項目）、e)痴呆（9項目）、f)問題行動（19項目）の6領域とした（表1）。

（3）分析方法

要介護度別に生活場所の分布と施設や在宅サービスの利用内訳を示すとともに、上記の評価変数の平均値から、要介護度による違い（水準）と生活場所による違い（格差）とを調べた。

Ⅲ 結 果

（1）生活場所と在宅サービス利用状況

1) 要介護度別の生活場所

要介護度別の人数の分布は、要支援（236人）、要介護Ⅰ（539人）、要介護Ⅱ（276人）、要介護Ⅲ（186人）、要介護Ⅳ（161人）、要介護Ⅴ（186人）、非該当（16人：今回のデータから除く）であった。要介護Ⅰの頻度が最も多く要介護度が高くなるにつれ減少し、要介護Ⅴでわずかの増加がみられた。

要介護認定審査を受けた人たちで、介護サービスを利用しない非利用者の割合は、要介護Ⅲに向かって減少傾向を示した。生活場所別にみると、在宅（1,114人）、施設（431人）、併用（25人）であり、施設利用者が約1/4を占めていた。要介護度別の在宅生活者の割合は要介護Ⅲに向かって減少し、要介護Ⅲで在宅生活者割合と施設利用者割合が拮抗し、要介護Ⅳでは施設利用

図1 要介護度別の生活場所（在宅、施設）

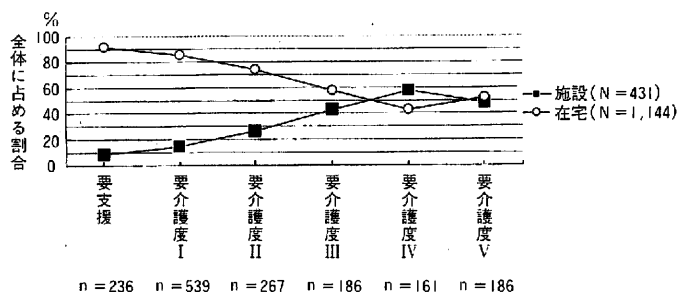
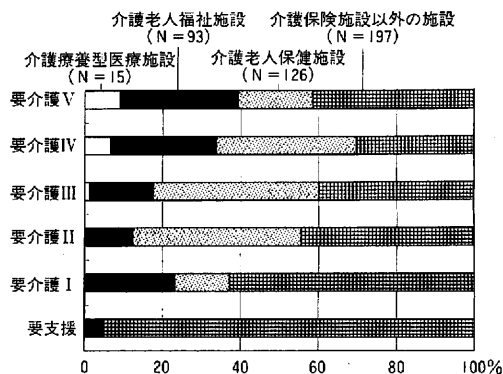


図2 要介護度別の利用施設



者割合が上回っていた（図1）。

以上の結果から要介護Ⅲが、生活場所の選択において一つの転換点となっていた。

2) 要介護度別の利用施設

A市の要介護度別利用施設で最も利用者数が多いものは、介護保険施設以外の施設（その多くは病院）であり、医療の果たす役割が大きかった。介護療養型医療施設は、要介護Ⅳ、Ⅴで相対的に多く、医療を必要とする者が利用していた。介護老人保健施設（老健）では、要介護Ⅱ、Ⅲ、Ⅳでの利用者数の割合がほぼ同一であるのに対して、介護老人福祉施設（特養）では、要介護Ⅰで相対的に高く、要介護Ⅳ、Ⅴで高い双峰型の分布をなしていた（図2）。

3) 要介護度別の在宅サービス利用状況

A市での在宅サービスは、デイケア、デイサービスの通所系サービス（以下「通所系」）の利用が圧倒的に多く、福祉機器、訪問介護がこれに続いていた。通所系は要介護度が高くなるに

つて利用割合が低下し、訪問介護は要介護度にかかわらず利用割合が10%前後では一定であった(図3)。短期入所系サービス(以下「短期入所系」)の利用割合は10%前後と低いが、要介護ⅠからⅢに対応して増加しており、要介護Ⅳ、ⅤではⅢよりも低くなっている。訪問看護の利用割合は要介護ⅠからⅣにかけて漸増しており、要介護ⅤではⅣと比較すると10%程度高くなっている。

(2) 利用者評価の要介護度別にみた水準と生活場所による格差

1) 個別項目

生活場所による個別項目の非自立率の格差の大きい項目を抽出した。基準は、両群の非自立率の格差が0.1以上とし、個別項目の非自立率

は、施設群と在宅群のいずれかで0.5以上とした。

要介護Ⅰで非自立率の格差の大きい個別項目は、「浴槽の出入り」「洗身」「薬の内服」「金銭の管理」であった。要介護Ⅱでは、「洗身」「薬の内服」のほか、「口腔清潔」「洗顔」である(図4-1)。これらの個別項目の格差における特徴は、要介護Ⅰ、Ⅱで格差が大きくなり、要介護度が高くなるに従い格差が小さくなる傾向がみられた。要介護Ⅲで格差が大きい項目は、「場所の理解」「毎日の日課を理解」「今の季節をいう」「自分の名前をいう」「意思の伝達」「記憶力」であり、痴呆(認知障害)に関するものであった。要介護Ⅳでは、認知障害に加え、「尿意」「便意」で格差が大きくなっていた。要介護Ⅴでは、「片手持ち上げ」「便意」「記憶力」「指示への反応」であった。要介護ⅢとⅣで格差の大きい項目は、痴呆(認知障害)と排泄に関するものがほとんどであった。これらの個別項目は、要介護Ⅲで格差が拡大し、この格差は要介護Ⅳ、Ⅴにも認められた(図4-2)。

2) 認定調査項目分類別平均得点(7分類)

この分類による格差は、「意思の疎通」の非自立率の平均得点で施設利用者にやや高い傾向がみられ

図3 要介護度別の利用在宅サービス

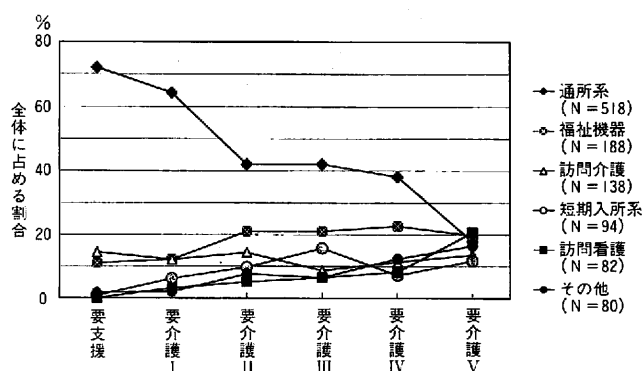


図4-1 要介護度別の生活場所で差がある個別項目

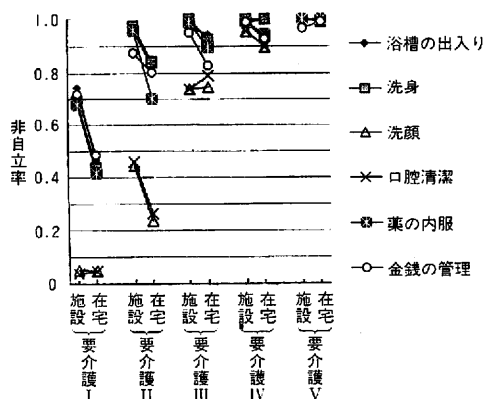
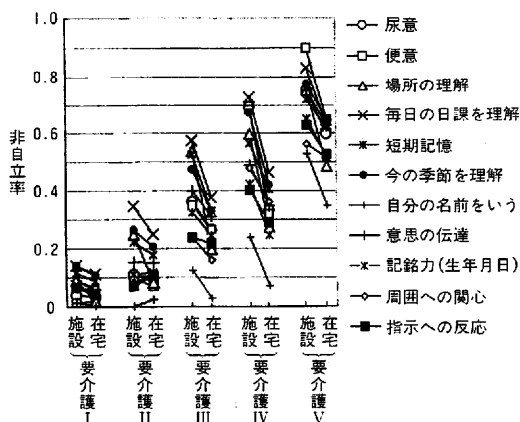


図4-2 要介護度別の生活場所で差がある個別項目



たが、生活場所の違いによる格差は全般的に小さかった(図5)。

3) 領域別平均得点(6領域)

今回の研究で定義して用いた6領域の平均得点は、要介護度に応じた増加がみられ、直線的な増加を示すものと、ある要介護度で大きく変化する二つのタイプがあった。問題行動領域は全体に低い水準にあり格差も小さかった。IADL領域では、要介護II以上で、水準は高くなるが、格差は小さかった。生活機能領域は、要介護IIでは水準が大幅に上昇するが、格差はむしろ小さくなっていった。痴呆領域は要介護IIIで格差が拡大し、この格差は要介護IV、Vにも認められた。排泄領域では要介護IIIで水準が上昇するが格差は拡大しておらず、要介護IV、Vで格差が大きくなっていった(図6)。

IV 考 察

利用している介護サービスを規定する要因には、当該市町村の人口規模、当該市町村と近隣市町村の社会資源の集積状況のほか、利用者の状況として、要介護度、ADL、痴呆度や、介護力の指標としての家族形態がある。これらの要因によって、利用する介護サービスの状況のほとんどを説明することができる。特に、施設への選択志向にはこれらの要因が強く効いていることが、今回の結果から示唆された。

地域で利用している介護サービスの全体的な傾向として、介護サービスを利用しない非利用者数を要介護度別にみると、要介護IIIに向かって減少傾向を示すことは、全国の受給者総数のデータからも示されている³⁾。また、在宅で利用する介護サービスの重複数は、要介護度が軽度であれば単一であり、重度になると増加する。重度での重複は、通所系と短期入所系のサービスとの併用が主なものである。訪問介護と通所

図5 要介護度別生活場所別の認定項目平均得点

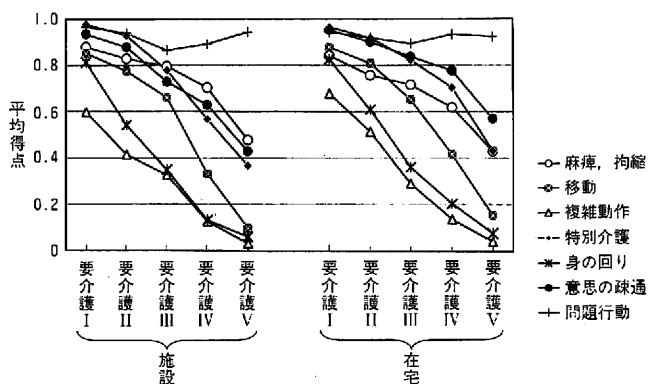
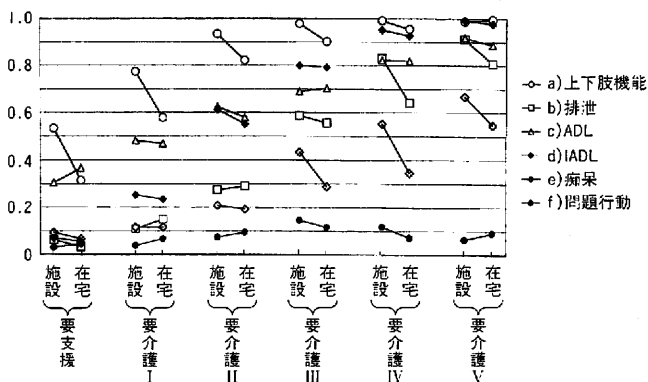


図6 要介護度別生活場所別の領域別平均得点



系の利用者延べ人数は、私たちが調査した近隣各市においてもA市と同様の傾向がみられた⁶⁾⁷⁾。

今回の研究で用いた評価変数では、①要介護度に伴う上昇(水準)と②同一の要介護度の中での在宅と施設別の差(格差)として分析したが、特に格差として示される違いが生活場所の選択傾向を示している可能性がある。今回のデータでは、要介護IIIで施設と在宅の格差が拡大し始め、要介護IV、Vで格差が大きくなっており、要介護IIIがクリティカルポイントになるものと考えられた。施設を選択する要因には、排泄と痴呆(心身の機能に問題を伴う入所)とIADL(生活に支障をきたしたための入所)の2つがあると考えられており、今回のデータでも排泄と痴呆が施設入所の要因となっている可能性が示された。

今回の分析に用いた要介護度は、操作的に定

義されたものであり具体的な臨床像が明らかにできないという問題がある。今後は、実際の事例に基づき、在宅から施設への選択志向の転換事情を明らかにしていく必要があろう。そして、施設選択志向のある人たちが居宅介護サービスを利用した在宅での生活を可能とするためには、どのような介護サービスメニューと利用のための技術が必要かを十分に検討し、マネジメントのための判断論理を明確にし、誰にもわかりやすく示すことが必要である。生活場所の選択については、根拠に基づく判断論理を生み出してゆくことが新たな研究の課題となろう。

本研究は、平成13年文部科学省科学研究費「地域介護支援システムの再構築に関する研究—システムと臨床の結合に向けて」の研究成果の一部である。

文 献

- 1) 佐藤直人. 福祉産業の現状と課題Ⅲ—ホームヘルプ関連サービス. 明日の福祉⑥民間活力とシルバーサービス. 中央法規出版, 1987; 214.
- 2) 二木立. わが国の高齢者費用. 21世紀初頭の医療と介護. 草書房, 2001; 192.
- 3) 岐阜県健康福祉環境部高齢福祉課介護保険室資料. 平成13年度A士認定審査会委員資料.
- 4) 若松利昭編. 高齢者福祉の組織心理学. 生活構造と在宅介護の可能性. 福村出版, 1994; 132-5.
- 5) 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課. 介護給付費実態調査月報(概況). 厚生指標 2001; 49(1): 54.
- 6) 若松利昭, 後藤真澄. ソーシャルマーケットから見た支援特性(1). 第49回社会福祉学会 抄録集: 417.
- 7) 後藤真澄, 若松利昭. ソーシャルマーケットから見た支援特性(2). 第49回社会福祉学会 抄録集: 418.

2002年 3 動向誌 発売中!!

表示は本体価格です。
定価は別途消費税が
加算されます。

- * 国民衛生の動向2,095円
- * 国民の福祉の動向1,800円
- * 保険と年金の動向1,800円

財団法人 厚生統計協会

〒106-0032 東京都港区六本木5-13-14
TEL 03-3586-3361