

介護保険法改正によるサービス利用制限 の影響と残された課題

—東京都の地域包括支援センターへの調査から—

オオツカ リカ キクチ カズノリ スズキ タカオ
大塚 理加*1 菊地 和則*2 鈴木 隆雄*3

目的 制度改正に伴うサービス利用制限（特殊寝台を除く）が、利用者の生活に与えた影響を示し、今回の制度改正における未だ解決されていない問題点を明確化し、予防給付における適切な利用者支援のあり方を検討することを目的とする。

方法 東京都内100カ所の地域包括支援センターを対象とし、構造的な質問を用いた質問紙法で、要支援1、2となった利用者の制度改正後の生活への適応が困難な事例として、生活・身体機能の低下した事例、保険外サービス利用の増えた事例、予防給付サービスの利用を停止した事例、また、適応が良好な事例として、利用者支援を適切に実施できた事例について、それぞれ具体的な記述を求めた（郵送調査、回収率39%）。これらの事例について、それぞれの特性から類型化を試み、予防給付サービスへの適応に関連する要因を分析する。

結果 通所介護サービスの利用者において、不適応事例では、外出の機会が減少し、身体・生活機能の低下が生じていた。適応事例では、外出の機会の増加が認められた。また、訪問介護サービスの利用者では、不適応事例において、生活の維持に必要なサービスの不足が示された。しかし、適応事例では、ヘルパーの援助による生活機能の向上が認められた。

結論 今後の課題として、介護予防の認定基準の検討と、利用者の状況に即したサービスの質と量の確保が重要であると考えられる。

キーワード 介護保険制度、予防給付サービス、在宅サービス、生活機能、ブル代数分析

はじめに

2006（平成18）年4月から始まった新予防給付において、認定区分とサービス利用の範囲の変更が行われた。この制度改正の基本的視点は、給付の効率化・重点化を図り、制度の持続可能性を高めること、予防重視型システムへの変換により、明るく活力のある超高齢社会を構築すること、介護、年金、医療等の各制度間の機能分担を明確化し、相互の調整を進めることにより社会保障の総合化を進めることである。

今回の制度改正では、介護予防ケアマネジメ

ントが創設され、ICF（国際生活機能分類）に基づくリハビリテーションの概念が取り入れられた。介護予防について、大川（2004）¹⁾は、廃用症候群の予防と「生活機能」全体の向上が大切であり、そのためには生活全般の活性化が必要であるとした。そして、高齢者への働きかけにおける「参加」向上の機会・選択肢の増大と「活動」の一層の向上の重要性を指摘した。さらに、具体的・個性的なプログラムを実施することが、個人の人生・生活の具体的な目標を達成するために必要であるとしている。

また、松田（2005）²⁾は、高齢者の自立支援

* 1 東京都老人総合研究所福祉と生活ケア研究チーム非常勤研究員 * 2 同研究助手

* 3 東京都老人総合研究所副所長

の促進には、筋力の維持・向上、精神的自立度の向上、家事能力の維持・向上が必要であり、筋力の維持・向上のためには筋力トレーニングや運動習慣の形成等、精神的自立度の向上には身体的自立度の向上や地域に役割をもたせる等が重要とした。そして、必要以上の家事援助については、自立を阻害する可能性を指摘した。

この制度改正によって、従来の要支援認定であった利用者が要支援1、要介護1の利用者の一部が要支援2へ変更となった。予防給付への変更による利用者への影響は、サービス内容や利用限度額の変更、サービス利用費の出来高払いから包括払いへの変更、要支援者のケアマネジメントの地域包括支援センターへの移行（居宅介護支援事業所への一部委託あり）等が挙げられる。

そして、予防給付では介護予防の視点からサービス内容が決められており、通所介護や訪問介護の内容や回数、レンタル可能な福祉用具の種類が変更された。その結果、これまで利用していたサービスが制限された事例が多く発生した。

このようなサービスの利用制限により問題が生じた代表的な例としては、要支援認定で特殊寝台のレンタルができなくなったことが挙げられる。この例については制度改正直後から大きな問題として取り上げられたため³⁾、2007（平成19）年度の4月からは条件つきでの利用が認められる等の改善がなされている。しかし、特殊寝台以外の問題については、十分な議論がなされておらず、その実態も明らかにされていない。

今回の制度改正では、その導入当初から、生活を維持するために必要なサービスが受けられない利用者の発生についての指摘はなされていた⁴⁾。本来は、高齢者の自立支援と心身状況の悪化の予防が主目的であった制度改正において、逆の効果を示す事例があることは、利用者の不利益となるばかりでなく、公正さや適正さが求められる介護保険制度において大きな課題である。この制度をより適正なものとするためには、このような事例を分析し、現行の制度の問題点

を明確にすることが必要であると考えられる。

そこで本研究は、制度改正に伴うサービス利用制限（特殊寝台を除く）が、利用者の生活に与えた影響を示し、今回の制度改正における未だ解決されていない問題点を明確化し、予防給付における適切な利用者支援のあり方を検討することを目的とする。

方 法

東京都老人総合研究所において2006（平成18）年12月に実施された、第1回東京都内の地域包括支援センター実態調査⁵⁾から、センター名の記載があった支援センターで、今回の制度改正によるサービス利用制限のため、生活・身体機能の低下、保険外サービス利用の増加、予防給付サービスの利用の停止のいずれかの例があると回答した支援センターと、利用者支援を適切に行えるようになった例があると回答した計10カ所を対象とした。構造的な質問を用いた質問紙法で、制度改正後の生活への適応が困難な事例として、生活・身体機能の低下した事例、保険外サービス利用の増えた事例、予防給付サービスの利用を停止した事例、また適応が良好な事例として、利用者支援を適切に実施できた事例について、それぞれ具体的な記述を求めた（郵送調査、回収率39%）。調査は2007（平成19）年2～3月に実施した。回収した質問紙にあげられた事例で、質問内容に適切に答えており、かつ分析可能な内容を含む回答は、利用者の生活・身体機能が低下した事例29例、保険外サービス利用が増えた事例43例、サービス利用を停止した事例33例、利用者への支援が適切に実施できた事例30例であった。

これらの事例について、それぞれの特性から類型化を試み、予防給付サービスへの適応に関連する要因を分析した。

調査票は無記名式を用い、事例の概要のみについての質問とし、利用者個人を特定するような情報（氏名、住所、生年月日等）についての回答は求めなかった。

結 果

(1) 利用者の生活・身体機能が低下した事例
 ここであげられた29例は、通所サービス（通所介護・通所リハビリテーション）の回数減少や時間短縮19例、訪問介護の回数減少や時間短縮6例、レンタルの停止3例、介護タクシーの利用停止1例に分類された。

通所サービスの回数減少や時間短縮は、社会的交流の減少による精神面への影響と運動量の減少による身体機能の低下を招いていた。これらの19事例では、脳梗塞・骨折等での身体機能に後遺症があり、主にリハビリテーション目的で通所サービスを利用していた事例（6例）、80歳以上で外出が困難である事例（6例）、抑うつ傾向がある事例（5例）、身体障害や特に治療を要する重篤な疾患がある事例（2例）の4類型に分類された。表1に類型別の概要を示す。

訪問介護の回数減少や時間短縮が認められた6例では、見守りや食事が不十分なために、脱水、ヘルニア等の疾患を悪化、体調の悪化といった状況となった。これらの事例では、要支援でのサービス内容では生活の維持が困難であったことから、利用者の状態に見合ったサービス提供ができなかったと考えられる。

レンタル停止の3例は、新しいベッドやマットレスへの適応ができなかった事例であった。これらの事例では、サービスの変更が状況の悪化への直接の原因とは断定できないが、利用者の新しいサービスへの適応は難しかったと考えられる。

(2) 保険外サービス利用が増えた事例

制度改正によるサービス利用制限による保険外サービス利用が増えた事例は43例（以下の分類では重複あり）であった。

訪問介護の保険外サービスでの利用（29例）では、保険内では実施できない内容等での保険外サービス利用が2例、同居家族がいるため家事援助が受けられなくなった事例が4例、その

表1 利用者の生活・身体機能が低下した事例の類型別概要

類型	概要
脳梗塞・骨折等での身体機能に後遺症があり、主にリハビリテーション目的で通所サービスを利用していた事例（6例）	脳梗塞・骨折等による身体機能の後遺症があり、主にリハビリテーション目的で通所サービスを利用。4例は脳梗塞後のリハビリテーション目的であった。これらの事例では、リハビリテーションの回数の減少や、個人指導からグループになる等の内容の変更があった。また、利用者は60～70歳代と前期高齢期で、意欲的にリハビリテーションに取り組んでいた。このため、制度改正後は、利用者は十分なりハビリテーションが受けられていないと感じていた。そして、これらの事例では、後遺症による身体機能の低下のため、ひとりでの外出が困難であることから、外出の機会の減少となった。このことから、落ち込みや閉じこもり、意欲低下等の精神面への影響も認められた。 4例については、実際に下肢筋力の低下や、それによる歩行能力の低下、身体の拘縮等がみられた。残りの2例は、意欲低下から寝たきりの時間が増える等、日常生活での活動が低下し、その後ADLの低下、拘縮の進行がみられた。また、5例では、身体状況の変化による区分変更により、介護度が悪化した。
高齢で1人での外出が困難な事例（6例）	80歳以上で、1人での外出ができない利用者にとり、通所サービスが貴重な外出の機会であった。これらの事例では、社会交流の機会の減少による影響がみられた。高齢者クラブへの参加を試みた利用者もあつたが、体調や天候によって参加できず、外出の機会が減少した。体重増加を招いた2例では、膝関節症や糖尿病の悪化を引き起こした。また、下肢筋力の低下が2例、意欲低下が1例みられた。また、生活のリズムが崩れ、昼夜逆転となった事例や、家族の介護負担の増加が心配される事例もあつた。
抑うつ傾向がある事例（5例）	慣れていた通所サービスの利用が週に2回から1回になった事例では、保険外サービスの利用を試みたが、興味が持てず、利用回数が減ってしまったことを悲観するようになった。また、その他の事例でも、意欲低下や閉じこもり、心気症等の抑うつ症状の悪化が認められた。さらに、閉じこもりになって筋力低下が危惧される事例や、歩行機能の低下から要介護1になってしまった事例、意欲低下から車椅子の利用になってしまった事例も認められた。これらの事例では、精神的健康の悪化が、日常生活での活動の低下を招き、身体機能の低下となった可能性が示唆された。
障害や疾患があつた事例（2例）	言語障害のある事例と認知症の事例であった。言語障害の事例では、外出の機会の減少から、気分の落ち込みが生じ、言語機能も低下、電話の対応もまったくできない状況となった。結局は、区分変更で以前の通所サービスの回数に戻った。認知症の事例は、サービス利用の減少の受入が困難となっており、家族の介護負担の増加から在宅介護の継続が懸念された。

彼は、これまでの介護度では認められていたサービス内容での有償サービス利用であった。同居家族がいるため家事援助が受けられなく

なった事例では、同居家族が障害者であったり、別の障害のある家族を介護する必要があったり、老老介護の夫婦世帯であったりといった事情のために、やむを得ず保険外の訪問介護サービスを利用していった。これまでのサービス内容を継続して有償サービス利用となった事例は、利用者が生活を維持していくためには、これまでと同じサービスが必要であった。具体的には、入浴介助や通院介助、身体機能の低下している利用者の生活維持のための家事援助が報告された。腎疾患のための食事療法の援助は、現行の訪問介護サービスの時間不足から、有償ヘルパーの利用となっていた。訪問介護の有償サービスの内容は多岐に渡っており、利用者の身体・生活機能によって、必要なサービスが異なることが示された。

その他の保険外サービス利用は、通所介護の保険外での利用（4例）、配食サービスの利用（9例）、特殊寝台関係（4例）、緊急通報システム（1例）であった。

(3) 予防給付サービスの利用を停止した事例

制度改正時に予防給付の認定を受けてサービスの利用を停止した事例は33例で、特殊寝台等の購入および自費レンタルへの切り替え（12例）、新しい制度についての理解の不足（6例）、包括払いへの不満（6例）、保険外ヘルパーの利用（6例）、その他（3例）であった。

(4) 適応が良好な事例

制度改正によるサービス利用の変化後、利用者の適応が良好であった事例27例を分析対象とした。ここでは、これまでの介護保険サービスの利用が不適切であった3事例は除いた。

訪問介護による家事支援での効果がみられた事例（19例）では、ヘルパーからの働きかけで、買い物や掃除、洗濯等の「日常生活でできること」が増えていた。それにより、自信がついたり、生活意欲が向上したりといった精神面への効果も報告された。通所介護サービスの利用に変化があり、身体・生活機能の維持や向上が認められた事例（5例）では、通所介護サービス

表2 通所サービスに変化があった脳梗塞等の後遺症がある事例での真理表

独立変数			従属変数	事例数	
A:80歳以上	B:外出の機会の減少	C:脳梗塞等以外の障害または疾患	Z:身体生活機能低下	機能低下	機能低下なし
1	1	1	1	1	—
1	1	0	1	1	—
1	0	1	—	—	—
1	0	0	—	—	—
0	1	1	—	—	—
0	1	0	1	6	—
0	0	1	—	—	—
0	0	0	0	—	1

注 従属変数、複数の独立変数は、それぞれがある条件に該当しているか否かを表す。条件の存在を1、欠如を0とする。以下、表3、4とも同じ。

でのリハビリテーションや筋肉トレーニング等の導入により、歩行に自信が持てる等の身体機能の向上が報告された。また、それに伴い意欲の向上等の精神面への効果も認められた。その他にも、リハビリテーションにより身体機能の向上がみられた事例（2例）や、本人の意欲と家族の協力体制を引き出した事例（1例）があった。

これらの事例では、ヘルパーからの家事への参加の働きかけや、利用者の介護予防への理解を促すための地域包括支援センターからの働きかけを積極的に行ったことが報告された。

(5) ブール代数分析

通所サービス（通所介護・通所リハビリテーション）のサービス内容の変更後、機能低下に関連する要因について、より明確に示すため、ブール代数を用いて分析した^{注1)}。ここでは、通所サービス利用の変更後に、身体・生活機能の低下がみられた19例と、機能の維持あるいは向上がみられた5例を対象とした。

通所サービスの利用制限が身体・生活機能に影響した要因として、年齢、外出の機会、脳梗塞等の身体機能へ影響する後遺症、抑うつ傾向、その他の身体障害あるいは特に治療を要する疾患があげられた。この中から、事例の状況に特徴がみられた脳梗塞の後遺症と抑うつ傾向における要因を整理するために、以下の条件でブー

表3 通所サービスに変化があった脳梗塞等の後遺症がない事例での真理表

独立変数			従属変数	事例数	
A:80歳以上	B:外出の機会の減少	C:脳梗塞等以外の障害または疾患	Z:身体生活機能低下	機能低下	機能低下なし
1	1	1	1	2	—
1	1	0	1	8	—
1	0	1	0	—	2
1	0	0	0	—	1
0	1	1	1	1	—
0	1	0	—	—	—
0	0	1	0	—	1
0	0	0	—	—	—

表4 通所サービスに変化があった抑うつ傾向がない事例での真理表

独立変数			従属変数	事例数	
A:80歳以上	B:外出の機会の減少	C:脳梗塞等以外の障害または疾患	Z:身体生活機能低下	機能低下	機能低下なし
1	1	1	1	3	—
1	1	0	1	6	—
1	0	1	0	—	2
1	0	0	0	—	1
0	1	1	1	1	—
0	1	0	1	5	—
0	0	1	0	—	1
0	0	0	0	—	1

ル代数を用いた分析を行った。

- 1) 脳梗塞等の後遺症の有無（抑うつ傾向の有無の要因を除く）

① 脳梗塞等の後遺症がある事例

脳梗塞等の後遺症がある9例を対象とした。独立変数は、A：80歳以上、B：外出の機会の減少、C：脳梗塞等以外の障害または疾患とし、従属変数をZ：身体・生活機能の低下とする真理表を作成した（表2）。

身体・生活機能の低下（Z）に関する要因の縮約は以下の通りであった。

$$Z = ABC + ABc + aBc = B(A + C)$$

身体・生活機能の低下がみられなかった例（z）は、abcのパターンのみであった。

脳梗塞等の後遺症がある事例では、外出の機会の減少（B）がみられ、80歳以上（A）、その他の障害や疾患がない（c）場合において、身体・生活機能の低下（Z）が認められた。

② 脳梗塞等の後遺症がない事例

脳梗塞等の後遺症がない15例を対象とした。独立変数は、A：80歳以上、B：外出の機会の減少、C：脳梗塞等以外の障害または疾患とし、従属変数をZ：身体・生活機能の低下とする真理表を作成した（表3）。

身体・生活機能の低下（Z）に関する要因の縮約は以下となった。

$$Z = ABC + ABc + aBC = B(A + C)$$

身体・生活機能の低下がみられなかった例（z）に関する要因の縮約は以下となった。

$$z = AbC + Abc + abc = b(A + C)$$

脳梗塞等の後遺症がない事例では、外出の機会が減少し（B）、80歳以上（A）、脳梗塞以外の障害または疾患がある（C）場合に、身体生活機能の低下がみられた（Z）。また、外出の機会が減少していない（b）場合は、80歳以上（A）、あるいはその他の障害や疾患がある（C）という要因があっても、身体・生活機能の低下はみられないこと（z）が示された。

この結果から、脳梗塞等の後遺症の有無に関わらず、外出の機会の減少し（B）、80歳以上（A）の場合には身体生活機能の低下がみられた（Z）。また、80歳未満（a）では、外出の機会の減少（B）に加え、脳梗塞等の後遺症がない場合は、それ以外の障害や疾病（C）が、機能低下（Z）に関連することが示された。

- 2) 抑うつ傾向（脳梗塞等の後遺症の有無の要因を除く）

① 抑うつ傾向がある事例

抑うつ傾向がある事例は、4例であった。独立変数をA：80歳以上、B：外出の機会の減少、C：脳梗塞等以外の障害または疾患があるとし、従属変数をZ：身体・生活機能の低下とすると、ABc、aBcの2つのパターンが示された。すなわち、抑うつ傾向がある事例では、年齢に関わらず、外出の機会の減少がみられ（B）、脳梗

塞等以外の障害や疾患がない（c）場合に、身体・生活機能の低下がみられる（Z）ことが明らかになった。

② 抑うつ傾向がない事例

ここでは、抑うつ傾向がない20例を対象とした。独立変数は、A：80歳以上、B：外出の機会の減少、C：脳梗塞等以外の障害または疾患とし、従属変数をZ：身体・生活機能の低下とする真理表を作成した（表4）。

身体・生活機能の低下（Z）に関する要因の縮約は以下となった。

$$Z = ABC + ABc + aBC + aBc \\ = B$$

身体・生活機能の低下がみられなかった場合（z）に関する要因の縮約は以下となった。

$$z = AbC + Abc + abC + abc \\ = b$$

以上より、抑うつ傾向がない事例では、外出の機会の減少（B）が、身体・生活機能の低下（Z）に関連している要因であることが示された。

考 察

（1）通所サービスの利用者への影響

通所サービスの利用については、サービスの利用の制限が意欲低下などの精神的健康の悪化を招き、さらに、運動量の減少による機能低下も認められた。このような結果となったのは、80歳以上で1人での外出が困難で、外出の機会が通所サービスによって確保されていた利用者、脳梗塞等のリハビリテーションとして通所サービスを使っていた利用者、精神的、身体的健康が損なわれている利用者であった。このような利用者は、新しい環境への適応が難しかったことが推測される。新しいコミュニティへの適応が可能な場合は、民間のサービス利用等で補うことも可能であろう。しかし、新しい環境への適応が困難な利用者にとって、これまで築いてきたコミュニティの喪失は、心身の機能低下の原因になったと考えられる。

また、リハビリテーション目的で通所サービ

スを利用していた場合は、要介護認定時の利用回数や時間の削減後、身体機能の低下が認められており、要支援でのサービス内容では、身体機能の維持に十分ではなかった可能性も考えられる。今後、通所介護におけるリハビリテーションの効果について、利用者の状況を考慮した検討が必要であろう。

さらに、本研究の結果から、外出の機会の減少が、身体・生活機能の低下に関連していることが示された。特に、抑うつ傾向がない利用者において、身体・生活機能の低下には、外出の機会の減少のみが規定要因となっていた。1人での外出が困難で、通所サービスが貴重な外出の機会であり、唯一の社会参加となっている場合は、十分な配慮が必要であると考えられる。

外出の機会の減少以外の要因としては、80歳以上では、身体状況に関係なく身体・生活機能の低下がみられた。しかし、80歳未満では、脳梗塞等の後遺症やその他の身体障害、疾患等、利用者の身体状況にリスクがある場合に、身体・生活機能の低下が示された。これらのことから、年齢によって身体・生活機能の低下へのリスクが異なることが推察された。

（2）訪問介護サービスの利用者への影響

訪問介護サービスの減少では、利用者の疾患の悪化による体調不良や身体機能の低下がみられた。このことから、本来は必要なサービスが削られてしまった可能性が示唆された。また、同居の家族がいても、日中独居である場合や他の家族の介護が優先される場合、老老介護である場合等には、在宅介護を継続するためには、ある程度の家事援助が必要である。このような家族の状況は、現行の認定の基準には反映されにくいと考えられた。

その一方で、ヘルパーからの援助によって、生活の中でできることが増え、自信を取り戻し、生活意欲が向上する利用者も報告された。しかし、利用者の身体機能が低いと、ヘルパーからの援助のみでは代行サービスより時間がかかり、現行の時間内にできない事例も認められた。どのような利用者にも効果があるのか、介入方法と

合わせて具体的な検討が必要であろう。

以上より、予防給付における認定方法や訪問介護サービスの利用基準、および利用者への支援のあり方を検討する必要があると考えられる。

(3) 今後の課題

本研究の結果から明らかになった今後の課題について、予防給付の認定、介護予防サービス、サービスの変更による影響の3点から述べる。

1) 予防給付の認定について

本研究の結果から、現行の介護予防サービスでは、身体・生活機能を維持、向上できる利用者として、身体・生活機能が低下した利用者の存在が示された。しかし、大川らの述べている廃用症候群予防の対象となる利用者であれば、介護予防サービスによる身体・生活機能の低下は起こらないと考えられる。

例えば、腎臓病やリウマチ等の疾患があるため十分な家事ができず、自費での訪問介護を利用している事例では、介護予防サービスでは利用者のニーズにあったサービスが提供されていないと考えられる。慢性疾患で病態が安定していても、気候等の影響で身体状況が不安定になりやすい疾患がある利用者が、要支援の対象となり得るのかを検討する必要があるであろう。制度改正後の審査請求が前年度の倍の560件となり、うち4割が要支援へ移行したことへの不服であった⁶⁾ことから、どの程度の身体・生活機能があれば介護予防サービスの対象となるのか、要支援の利用者像を明確にする必要がある。

また、予防給付に導入された包括払いは、個人のニーズに即したサービスを選択しにくいシステムとなっている。機能低下がみられたのは、通所介護か訪問介護のどちらかのサービスのニーズが高く、それが満たされない事例であった。介護保険の利用状況や機能の維持、向上への費用効果等についても、より詳細な検討が必要であると考えられる。

2) 予防給付サービスについて

現在の基準では、脳梗塞後の後遺症があっても、状態が安定している場合は要支援となる。

保険者により利用者の認定状況には若干の差はあると考えられるが、今回寄せられた事例では、半身まひがある状況でも、状態が安定していれば要支援認定となっていた。しかし、室内歩行が可能で、日常動作が自立であっても、利用者の動作の安全性等により、必要な援助は異なると考えられる。そのため、現行の認定基準を継続するのであれば、個人の状態にあわせたサービスが利用できるように、予防給付サービスの選択肢を増やす必要があると考えられる。

さらに、身体機能の維持、向上を目的とする通所介護によるリハビリテーションにおいて、回数や時間の短縮によって機能低下がみられた。このことから、現状のサービスでは十分な量と質が確保できない可能性が示唆された。通所サービスの効果には、死亡率低下の報告もある⁷⁾が、具体的な量や質の検討は未だ十分とはいえない。科学的根拠に基づいたプログラムを展開するためには、より実証的な研究を積み重ねていくことが必要であると考えられる⁸⁾。

今回の調査では、通所サービスの利用制限により抑うつ状態が促進し、閉じこもりへとつながった事例が報告された。他方、ヘルパーとともに家事を行うことが、自立した生活へ結びついた事例も報告された。これらのサービスの変更による肯定的あるいは否定的な効果は、利用者のエンパワメントに影響したと考えられる。このような視点からも、今後の研究ではサービス利用の精神面への効果について、具体的なメカニズムを含めて、明らかにしていく必要があると考えられる。

3) サービスの変更による影響

サービスの変更による影響については、第1に、サービスの変更による利用者への影響についての配慮がなかったことがあげられる。身体・生活機能が低下していたのは、80歳以上で虚弱な高齢者や、疾患や障害がある高齢者、抑うつ傾向がある高齢者であった。このような利用者にとっては、新しい環境への適応は難しい。また、通所介護の利用制限により、それまで形成されていたコミュニティへの参加が制限されたことは、身体機能ばかりでなく、精神面への

影響を及ぼしたと考えられた。

第2に、今回の制度改正では、介護給付サービスを利用している状態で、要支援の認定が行われたため、サービスを利用しない場合の身体への負担、家族も含めた生活への影響については考慮されなかったことがあげられる。このことが一部の利用者において必要なサービスが削減される結果となり、身体・生活機能の低下を招いた原因である可能性が推察される。一度低下した機能を回復させるのは、このような影響を受けやすい虚弱な高齢者ほど難しい。制度の改正時には、この点にも留意するべきであろう。

(4) 本研究の限界

本研究は、東京都の地域包括支援センターから報告された事例を対象とした。東京都は首都圏であること、また保険者によって、要介護認定の実態に違いがあることから、ここでの結果がすべての地域にあてはまるとはいえない。また、事例数が限られていることから一般化は難しいと考えられる。

謝辞

本研究は、日本社会福祉学会第55回全国大会において発表した内容をまとめたものである。調査にご協力いただいた東京都の地域包括支援センターおよび関係者の方々に深謝したい。

注1) ブール代数分析は、2値の変数を分析する手法である。従属変数、複数の独立変数は、それぞれがある条件に該当しているか否かをあらわす。条件の存在を1、欠如を0としてデータを整理し、真理表を作成する。次に、条件が成立する場合は

大文字、欠如している場合は小文字で各変数のアルファベットを表記する。そして、論理式を作成し、演算で縮約することで、独立変数と従属変数の因果関係を表すことができる。詳細は鹿又ら(2001)⁹⁾参照のこと。

文 献

- 1) 大川弥生．介護保険サービスとリハビリテーション - ICF に立った自立支援の理念と技法 - . 中央法規, 2004 .
- 2) 松田晋也．介護予防入門．社会保険研究所, 2005 .
- 3) シルバー産業新聞．ケアマネアンケート / 軽度者の福祉用具利用制限施策について . (<http://www.silversangyo-news.co.jp/news0609-2.html>) 2007.01.05 .
- 4) 松田晋也．これからの介護予防の戦略．保健師ジャーナル 2006 ; 62(11) : 900-6 .
- 5) 東京都老人総合研究所．第1回 東京都内の地域包括支援センター実態調査報告書 平成19年度長期プロジェクト研究「中年からの老化予防総合的長期追跡研究」．東京都老人総合研究所, 2007 .
- 6) 読売新聞．介護認定「不服」倍増 . (2007/07/04)
- 7) Kuzuya, M., Masuda, Y. and Hirakawa, Y., et al. (2006) Day care service use is associated with lower mortality in community-dwelling frail older people, Journal of American Geriatrics Society, 54, 1364-71.
- 8) 芳賀博．高齢社会への適応 1．医療・保健と福祉．柴田博, 長田久雄, 杉澤秀博編．老年学要論．東京：建帛社, 2007 ; 279-91 .
- 9) 鹿又伸夫, 野宮大志郎, 長谷川計二編．質的比較分析．京都：ミネルヴァ書房, 2001 .