

えた上で所得水準がサービス利用に与える影響を事例的に検討した。その結果、Q市における介護サービス利用については幾つかの点が明らかとなったが、ここでは主に、所得と施設サービス利用の観点からまとめてみたい。

まず、ひとつの都市であるQ市のデータによる分析結果であるため、より多くの市町村のデータを用いて本稿での分析結果の頑健性を検証する必要がある。この点を踏まえた上で、Q市の高齢者全体のサービス利用を2001年から2005年まで観察した結果、次のような点がわかった。1)1/4の要介護高齢者が介護サービスを利用していないことが明らかになったが、全ての保険料段階においてサービス未利用者が見られた。このため、介護サービスの未利用は所得要因だけの問題ではなく、他の要因も含めて検討する必要がある。

介護サービス利用における施設サービス利用の比重は低下している。要支援者の施設サービス利用はほぼ無くなっていった。要支援者の施設サービス利用は措置制度時代の名残と考えられるが、要介護度の高い者が施設サービスを利用するという形態に移行してきていると言えよう。施設サービス利用者の比率が低下した要因は、居住形態別に見れば、老人独居世帯における施設サービス利用者の比率が2001年の43.59%から2005年の32.98%まで10%ポイント程度低下したこと、所得の面から見れば、保険料が第一段階である要介護高齢者の施設サービス利用者比率がそれぞれ38.10%から22.87%に大きく減少したことによる。これらの点をもって、介護施設サービスへのアクセスが（特に）所得が低い要介護高齢者について悪化したか否かは慎重に検討しなければならない。この点は後述する。

利用したサービスに対する負担という観点から見た場合、施設サービスについては保険料が第一段階である要介護高齢者は平均的な総費用額より総費用額が2万円程度低い水準であった。他方、居宅介護サービスについては、総費用額が最も低いのは保険料が第二段階の要介護高齢者であった。それゆえ、実質自己負担額や限度額利用割合も第一段階の高齢者の方が第二段階の高齢者よりも高い状態となっていた。居宅サービスについては、所得水準が低いほど負担が小さいとは言えないことになる。もちろん、介護サービス利用については、所得や介護ニーズや利用者の選好等により利用とその費用が決定されるため、単に負担額の大小によって負担額の適切さについて述べることは出来ない。それゆえ、この点はより広範なサンプルを用いて、他の社会保障制度からの給付や消費支出なども加味したより広い観点からの検討が必要であると思われる。また、後述する施設サービスとの選択との観点も踏まえる必要がある。

2001年度に要介護認定を受けていた高齢者の追跡的な観察からは次のような結果が得られた。まず、1年経過すると10%から30%の要介護高齢者の要介護度が進展していること、さらに要介護度が高い高齢者ほど死亡率が高いことがわかった。これら自体とサービス利用の関係について直接に検討すべきではあるが、本稿では分析しておらず将来の検討課題となっている。本稿では、まず所得の高低によって要介護高齢者を分類し、要介護度別のサービス利用状況を観察した。その結果、同じ要介護度でも所得の低い高齢者の方が施設サービスを利用する割合が高いことがわかった。介護施設サービスへのアクセスが所得の低い要介護高齢者について悪化したか否がひとつの検討課題であることを上述した。他方、少なくとも2001年時点においては所得の高い者よりも所得の低い要介護高齢者の方がより高い割合で施設サービスを利用していた。それゆえ、アクセスに関して検討するためにはそもそも2001年時点でのサービス

利用が適切だったのか否かが考慮される必要がある。第二に、居宅サービスについては保険料が第二段階である要介護高齢者の限度額利用割合が低いことをみたが、もし所得の低い者が施設サービスをより多く使用するのであれば居宅介護サービスを利用している低所得者の負担額についてどのように捉えるべきか慎重に検討すべきである。例えば、低所得者の要介護高齢者の行動として、運悪く施設サービスが利用できない場合には居宅サービス利用額を極力抑制するのか、それとも（高所得者に比べれば）介護ニーズが施設介護サービスによって吸収されているので、同じ要介護度であっても介護サービスを余り使わない者だけが居宅サービスを利用しているのかもしれない。さらに言えば、低所得者であっても、施設サービスを利用するには居宅介護サービスの負担額よりも多い、月額1万5千円に近い自己負担額を支払っていることも考え合わせる必要がある。今後、広範な分析が行われる必要があるだろう。

最後に、2001年時点での未利用者、在宅サービス利用者の1年後、4年後時点でのサービス利用の変化について検定を行ったが、所得による差は検出できなかった。未利用者が状況の変化などに応じてサービスを利用開始する際に所得によって影響を受けているとは言えないわけである。このことは、未利用は所得の多寡によってアクセスを阻害されているためではないというひとつの傍証になるだろう。

本稿の分析結果は、繰り返しであるが、一市町村のデータから得られた予備的分析結果とも言えるものである。それゆえ、広範な市町村のデータによって本稿の内容の頑健性が検証される必要がある。また、今回のデータでは要介護高齢者がどのようなサービス利用を行うのか、特にどのようなサービス利用のパスを通して施設サービス利用に辿り着くのかは明らかではない。どのような形で施設サービスの利用が開始されるのかは、施設サービスの位置づけと現状の利用のされ方のギャップを知るために必要である。このためには医療レセプトと介護レセプトを合わせた形でサービス利用を分析することも必要であろう。例えば、阿波谷（2004）は高知県梶原町の医療・介護レセプトデータ等から死亡前1年間の医療費と介護費を分析している。彼は死亡前1年間の間に在宅した日数の比率としての在宅率は要介護度4で最低となることを示している。死亡前の要介護者に限らずこういった分析が施設介護の位置づけ、あり方を考える際に必要であろう。このような点も含めて、介護保険制度においては、制度改正も継続的に行われていることもあり、改正前後の利用者個人単位のデータセットなどを構築するなどして、施設サービスのみならず、サービス利用等について広範な分析を行っていく必要があるだろう。

参考文献

遠藤久夫・山田篤裕（2007）「介護保険の利用実態と介護サービスの公平性に関する研究」『医療経済研究』vol.19(2),pp.147-167.

田近栄治・菊池潤（2005）「介護保険による要介護状態の維持・改善効果—個票データを用いた分析—」『季刊社会保障研究』,第41巻第3号,pp.248-262.

塚原康博（2004）「介護サービスの限度利用と金銭的価値に関する研究—墨田区の個票データを用いた実証分析」『大原社会問題研究所雑誌』No.542,pp.47-61.

山田篤裕（2004）「居宅介護サービスの公平性—『国民生活基礎調査（平成13年）介護票による分析—』」『季刊社会保障研究』vol.40(3),pp.224-235.

- i. これとは別に、再分配機能が「どのような理念によって合理化されるか」という設問が存在する。この設問は単に衡平な負担の分配の観点からだけでなく、サービスの効率的な利用とのバランスを考える観点からも永遠の間である。
- ii. 介護保険制度実施時点で（特別）養護老人ホームへ措置入所とされていた利用者は介護保険実施により原則1割負担となると、上述の自己負担の上限を定める設定の下でも、急激に自己負担額が増大することが予想されたため、負担額を減額する経過措置がとられた。
- iii. 旧措置入所者の費用負担に関する特例はこの時点から5年間さらに継続的な経過措置とされた。
- iv. 支給限度額を超えた場合には全額自己負担となる。全額自己負担でもサービス利用をすることが望まなければサービス利用が行われる可能性がある。しかしながら本論文で利用したデータでは、居宅介護サービス利用者は支給限度額の半分程度しか居宅サービスを利用していなかった。
- v. 病床数については、厚生労働省大臣官房統計情報部編『医療施設調査』平成17年版、介護保険施設の定員数については厚生労働省大臣官房統計情報部編『介護サービス施設・事業所調査』平成17年版による。
- vi. データの利用に当たっては、居住状態情報、保険料情報、要介護度情報の欠落したデータを除外している。性・年齢階級の情報に欠落は存在しなかった。
- vii. 未利用群は要介護認定を受けながらも在宅サービスも施設サービスも利用していない要介護者を指す。施設サービス群とは、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養病床、認知症対応型グループホーム、特定施設、のいずれかを利用している要介護高齢者である。在宅サービス群とは未利用でもなく、施設サービスも利用せずに在宅サービスを利用している要介護高齢者となる。当然、施設と在宅サービスを同時に利用する高齢者も存在する可能性があるが、データ上は非常に少数であったため、ここでは検討の対象から除外している。
- viii. 前節における分析では、施設サービス利用者には居住系サービス利用者と特定施設サービス利用者も含まれていた。どのようなサービスを利用するかという観点からの分析においては、施設サービスの中にグループホームや特定施設の利用者を含むことはサービスを全く利用しないか否か、自宅に居住しているか否か、と明確に区別できることから分析上支障をもたらさないと考えよう。他方、グループホームや特定施設の利用者は居住費・生活費の部分は2005年10月の制度改正以前より保険給付対象外であったため、これらのサービス利用者を含めて費用額や自己負担額の推移を検討することは意味を持たない。
- ix. サービス利用状況別に見ると、13人が「重複利用」となっている。重複利用の要介護高齢者は以下での要介護度の推移に係る分析の対象となるが、サービス利用の分析の対象とはならない。
- x. クロス表においてセルのサンプル数が5未満となるセルが発生すると χ^2 乗検定が行えなくなるため、所得水準を高低の二段階で表示することとした。表11より第二段階と第三段階の要介護高齢者の数が多数であるため、それぞれより要介護度が低い者、高い者をまとめる形とした。
- xi. 同一要介護度の高齢者について比較すると、所得が高い方が死亡率も高くなっている。これはパラドキシカルな状態であるが、要因を明確化することはできなかった。今後精査すべき点であると考えられる。
- xii. このように要介護度を集約したのもクロス表での χ^2 乗検定におけるセルごとのサンプル数を確保するためである。田近・菊池（2005）では要介護2までの群とそれ以上の要介護度の群で要介護度の改善度が異なることを指摘している。これに従って、本稿では本文に記載した方法で要介護度を高群と低群に分けることとした。
- xiii. ただし、2005年度の要介護度高群については必要なサンプル数が確保できなかったセルが存在するため検定を行っていない。
- xiv. 表14と表15のクロス表における検定においては死亡サンプルの除外により、特に要介護度高の者についてサンプル数が著しく減少している。例えば、表13から要介護度低・所得低の未利用者は235名であるが、表14では116名となっている。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」

研究報告書

2-1-7. 利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の

現状と課題

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

後期高齢者の急増、社会保障費用の増大が予想される中、2006年度には、「平均在院日数の短縮化と地域での受け皿作りの推進」や「療養病床の再編成」など、費用適正化を目的とした医療・介護制度の大幅な見直しが実施された。特に、後者は、医療・介護療養病床38万床を、医療療養病床に一本化するとともに、病床数を大幅に削減するものであり、今後の介護サービス提供体制に大きな影響を及ぼすものであった。

そこで、厚生労働省は「介護施設等の在り方に関する委員会」を設置し、将来的な介護施設等の基本的在り方、介護施設等の入所者に対する医療提供の在り方に関する検討をこれまで進めてきた。しかしながら、療養病床から老人保健施設への転換の在り方や、同施設における医療サービス提供の在り方に多くの時間が割かれるなど、高齢者特性に応じた多様な住まい（在宅、居住系サービス（特定施設及びグループホーム（以下、GHと略）、介護保険施設）における適切なサービス提供の在り方に関する議論が十分実施されたとは言い難い。

そこで、本研究では、身体機能、認知機能、医療処置受給状況を網羅している認定調査項目をもとに、高齢者の療養場所（給付実績ベース）と諸特性（認定調査項目ベース）に関する横断分析を実施した。その結果、①ADL8項目の全介助者の出現率は、介護療養が全項目で最も高かった（身体機能低下者が最も多かった） ②介護療養入院者の約7割、特養入所者の約5割が寝たきり重度認知症群であったのに対し、GHでは動ける重度認知症群が約4割を占めていた ③介護療養は、他の施設に比べ、経管栄養受給率が非常に高かった（27.5%） ④重度要介護者に対しては、GHよりも特定施設の方が、処置受給率が高かった ⑤2002年時点と2006年時点を比較すると、全体として、認知症高齢者の出現率が増加していた などがわかった。

これら結果より、現時点で、高齢者の心身機能や周辺症状の出現状況、医療処置の受給状況に応じて、介護保険施設や居住系サービス、在宅間の機能分化がある程度行われている実態がわかった。但し、療養病床の再編成、医療サービスの外部化、多様な住まいの拡充などの2006年改正の方向性を考えると、外部との医療連携を含めた形での機能の明確化と分化の在り方を、高齢者の生活機能への効果評価も加味した形で再検討する必要がある。

A. 研究目的

身体機能、認知機能、医療処置受給状況を網羅している認定調査項目をもとに、高齢者の療養場所と諸特性の関係を横断分析し、介護保険施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題を明らかにすること。

B. 研究方法

全国の介護給付データ（2006年9月サービス分）及び介護認定データ（認定有効開始日が2006年8月1日～9月1日の情報）を、共通の任意IDでマッチングしたデータベースを構築し、2006年9月中に複数の療養場所でのサービス利用がなかった101,957人（内訳：在宅71,004人、特養12,742人、老健9,723人、介護療養3,285人、GH3,487人、特定施設1,716人）を対象に、療養場所と利用者特性の関係性に関する横断分析を行った。

（倫理面への配慮）

介護給付データに関しては、厚生労働省老健局総務課経由統計情報部に対し、認定データに関しては、厚生労働省老健局老人保健課に対して使用申請を行い、提供の可否ならびに提供可能な形態に関する内部検討を受けた上で、被保険者番号を任意変換した上でご提供頂いた。

C. 研究結果

今回の横断分析により、①ADL8項目の全介助者の出現率は、介護療養が全項目で

最も高かった（身体機能低下者が最も多かった）②介護療養入院者の約7割、特養入所者の約5割が寝たきり重度認知症群であったのに対し、GHでは動ける重度認知症群が約4割を占めていた③介護療養は、他の施設に比べ、経管栄養受給率が非常に高かった（27.5%）④重度要介護者に対しては、GHよりも特定施設の方が、処置受給率が高かった⑤2002年時点と2006年時点を比較すると、全体として、認知症高齢者の出現率が増加していたなどがわかった。

D. 考察およびE. 結論

これら結果より、現時点で、高齢者の心身機能や周辺症状の出現状況、医療処置の受給状況に応じて、介護保険施設や居住系サービス、在宅間の機能分化がある程度行われている実態がわかった。ただし、療養病床の再編成、医療サービスの外部化、多様な住まいの拡充などの2006年改正の方向性を考えると、外部との医療連携を含めた形での機能の明確化と分化の在り方を、高齢者の生活機能への効果評価も加味した形で再検討する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

川越雅弘(2008)「利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題」, 季刊社会保障研究, 43(4), pp.316-326 (印刷中)

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第2章 第一節 制度・行政面からの対応と課題

研究報告7. 利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

後期高齢者の急増、社会保障費用の増大が予想される中、2006年度には、「平均在院日数の短縮化と地域での受け皿作りの推進（在宅医療や地域包括ケアの推進）」や「療養病床の再編成」など、費用適正化を目的とした医療・介護制度の大幅な見直しが実施された。特に、後者は、医療・介護療養病床38万床を、医療療養病床に一本化するとともに、病床数を大幅に削減するものであり、今後の介護サービス提供体制に大きな影響を及ぼすものであった。

そこで、厚生労働省は「介護施設等の在り方に関する委員会」を設置し、将来的な介護施設等の基本的在り方、介護施設等の入所者に対する医療提供の在り方に関する検討をこれまで進めてきた¹。しかしながら、療養病床から老人保健施設への転換の在り方や、同施設における医療サービス提供の在り方に多くの時間が割かれるなど、高齢者特性に応じた多様な住まい（在宅、居住系サービス（特定施設²及びグループホーム（以下、GHと略））、介護保険施設）における適切なサービス提供の在り方に関する議論が十分実施されたとは言い難い。また、施設間比較が行われている医療処置に関しては、介護保険3施設間での比較に終始しており、自宅や居住系サービスをも含めた医療提供の在り方を検討する為の基礎データとなっていない。

そこで、本研究では、身体機能、認知機能、医療処置受給状況を網羅している認定調査項目をもとに、高齢者の療養場所と諸特性の関係を横断分析し、介護保険施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題を明らかにすることとした。

2. 方法

1) 使用データ

本研究では、療養場所に関するデータと、利用者特性に関するデータの両方が必要であるが、前者に関しては介護給付データを、後者に関しては要介護認定データを対象とすることとした。

その上で、介護給付データに関しては、厚生労働省老健局総務課経由統計情報部に対し、認定データに関しては、厚生労働省老健局老人保健課に対して使用申請を行い、提供の可否ならびに提供可能な形態に関する内部検討を受けた上で、被保険者番号を任意変換した上でご提供頂いた介護給付データ（2006年9月サービス分）及び要介護認定データ（月次情報）を使用した。

2) 横断分析用データベースの構築方法

被保険者番号は、両データとも同じ方法で変換されているため、任意変換後のIDで両者をマッチングすることが可能である。本研究では、直近の介護給付データの入手時点（2006年9月）を分析時点に設定したため、月次認定情報のうち、認定有効開始日が2006年8月1日～9月1日の認定情報を抽出し、データマッチングを行った。

3) 分析対象者数

認定支援ネットワークはほとんどの市町村で使用されているが、市町村から厚生労働省への被保険者番号の送信は任意となっている。今回の分析では、任意変換後のIDが必要となるが、任意

送信のため、全数調査とはなっていない（ID付与率は3割程度）。

今回の分析対象者は、認定及び給付情報がマッチングでき、かつ、2006年9月中に複数の療養場所でのサービス利用がなかった101,957人（内訳：在宅71,004人、特養12,742人、老健9,723人、介護療養3,285人、GH3,487人、特定施設1,716人）である。なお、対象者数が少なかった小規模多機能型居宅介護事業所³に関しては、今回の分析対象から除外している。

4) 分析の視点

本研究は、どのような特性の高齢者が、どの療養場所に所在しているかを横断分析することによって、介護保険施設や居住系サービスの機能分化の実態を明らかにするものである。このためには、高齢者特性として何を対象とするかを決める必要がある。今回は、①基本属性（性、年齢階級、要介護度） ②身体機能 ③認知機能・周辺症状 ④医療処置 の4領域における差異を検証した。

3. 結果

1) 基本属性

(1) 性別

表1に、療養場所別にみた性別対象者数及び構成割合を示す。

女性の割合は、「特養」「GH」が79.2%と最も多く、次いで「老健」76.8%、「介護療養」74.6%、「特定施設」73.8%、「在宅」69.8%の順であった。

(2) 年齢階級

表2に、療養場所別にみた年齢階級別対象者構成割合を示す（個人情報保護の関連で、実年齢ではなく、5歳階級別年齢しか入手出来ていないため、平均年齢は算出出来ていない）。

ここで、65-74歳の割合をみると、「在宅」15.8%、「介護療養」12.1%、「特定施設」9.3%の順、95歳以上の割合をみると、「介護療養」11.2%、「特養」10.2%、「老健」8.2%の順であった。介護療養は、他の療養場所に比べ、年齢層が広がった。

(3) 要介護度

表3に、療養場所別にみた要介護度別対象者構成割合を示す。

ここで、最頻値をみると、「在宅」は要支援（26.3%）、「特定施設」は要介護1（24.8%）、「GH」は要介護2（29.5%）、「老健」は要介護3（28.2%）、「特養」「介護療養」は要介護5（32.7%、53.7%）であった。

表1. 療養場所別にみた性別対象者数及び構成割合

	男性		女性		合計	
	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)	人数 (人)	割合 (%)
在宅	21,449	30.2	49,555	69.8	71,004	100.0
特養	2,653	20.8	10,089	79.2	12,742	100.0
老健	2,256	23.2	7,467	76.8	9,723	100.0
介護療養	833	25.4	2,452	74.6	3,285	100.0
GH	724	20.8	2,763	79.2	3,487	100.0
特定施設	449	26.2	1,267	73.8	1,716	100.0
合計	28,364	27.8	73,593	72.2	101,957	100.0

表 2. 療養場所別にみた年齢階級別対象者構成割合 (%)

	65-74	75-84	85-94	95≤	合計
在宅	15.8	44.7	35.7	3.7	100.0
特養	8.7	34.7	46.4	10.2	100.0
老健	8.9	37.4	45.5	8.2	100.0
介護療養	12.1	33.6	43.1	11.2	100.0
GH	7.8	44.5	43.9	3.8	100.0
特定施設	9.3	44.8	39.7	6.2	100.0
合計	13.8	42.4	38.6	5.2	100.0

表 3. 療養場所別にみた要介護度別対象者構成割合 (%)

	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
在宅	26.3	23.4	21.4	14.6	8.7	5.6	100.0
特養	—	4.6	10.2	21.6	30.9	32.7	100.0
老健	—	9.8	18.1	28.2	26.0	17.9	100.0
介護療養	—	1.8	4.6	13.6	26.3	53.7	100.0
GH	0.8	21.0	29.5	29.2	15.4	4.1	100.0
特定施設	17.8	24.8	19.4	16.8	13.8	7.3	100.0
合計	18.7	19.0	19.4	17.3	14.0	11.7	100.0

注. ここでの要支援とは、経過的要介護、要支援 1 及び要支援 2 を含んだものである。

2) 身体機能

(1) 障害高齢者の日常生活自立度 (以下、寝たきり度と略)

表 4 に、療養場所別にみた寝たきり度別対象者構成割合を示す。

ここで、ランク B 以上 (寝たきり者) の割合をみると、「介護療養」が 93.2% と最も多く、次いで「特養」76.5%、「老健」67.4%、「特定施設」35.3%、「在宅」22.5%、「GH」20.0% の順であった。

表 4. 療養場所別にみた寝たきり度別対象者構成割合 (%)

	自立	ランク J	ランク A	ランク B	ランク C	合計	(再掲) B 以上
在宅	0.5	27.2	49.8	16.2	6.4	100.0	22.5
特養	0.1	1.0	22.4	47.5	29.0	100.0	76.5
老健	0.2	1.4	31.0	51.4	15.9	100.0	67.4
介護療養	0.1	0.4	6.4	36.6	56.6	100.0	93.2
GH	0.8	8.9	70.3	18.0	2.0	100.0	20.0
特定施設	0.4	11.2	53.1	27.7	7.5	100.0	35.3
合計	0.4	19.7	43.9	24.4	11.6	100.0	36.0

注. 障害高齢者の日常生活自立度の定義は以下の通り。

「ランク J」: 何らかの障害等を有するが、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、介助なしに外出しない

「ランク B」: 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ

「ランク C」: 1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する

(2) 手段的ADL (Instrumental Activities of Daily Living、以下 IADL と略)

表5に、全体及び要介護1における療養場所別にみた IADL 項目別非自立者の出現率を示す。

まず、全体をみると、3項目とも「特養」「老健」「介護療養」「GH」では9割以上が非自立者であったが、3項目を比較すると、“薬の内服”の自立度が最も低く、次いで“金銭の管理”、“電話の利用”の順であった。「特定施設」では約7～8割、「在宅」では約6割が非自立者であった。

次に、要介護1をみると、「GH」では、3項目とも非自立者の出現率が、他の療養場所に比べ高かった。また、“薬の内服”は、在宅以外の療養場所では、9割以上が非自立者であった。

表5. 療養場所別にみた IADL 項目別非自立者の出現率

ア) 全体

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N数)	(71,004)	(12,742)	(9,723)	(3,285)	(3,487)	(1,716)	(101,957)
薬の内服	64.0	99.1	98.4	99.2	99.4	88.2	74.4
金銭の管理	64.5	98.3	96.5	98.3	98.5	83.7	74.3
電話の利用	64.5	96.5	93.3	97.1	96.7	73.3	73.5

イ) 要介護1 (再掲)

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N数)	(16,580)	(583)	(954)	(59)	(733)	(426)	(19,335)
薬の内服	60.7	94.0	94.0	88.1	98.5	90.8	65.6
金銭の管理	63.7	88.9	90.0	86.4	97.3	84.5	67.5
電話の利用	61.8	77.0	76.7	76.3	91.5	66.7	64.2

注1. 上記3項目は、自立・一部介助・全介助で評価されるが、ここでの非自立者とは、一部介助ないし全介助の者のこと。

注2. N数の単位は人。それ以外は%。

(3) ADL

認定調査項目には多くのADL関連項目が存在するが、ここでは、ADLの代表的指標であるBI (Barthel Index)⁴やFIM (Functional Independence Measure)⁵を参考に、歩行・移乗・移動・嚥下・食事摂取・排尿・洗顔・上衣の着脱の計8項目を比較対象とした。

表6に、全体の療養場所別にみたADL項目別非自立者及び出来ない/全介助者(以下、全介助者と略)の出現率を示す。

まず、非自立者をみると、全項目とも「介護療養」における出現率が最も高かった。ここで、療養場所別に、出現率の最も高い項目をみると、「在宅」「老健」「介護療養」「特定施設」では“歩行”(75.8%、89.4%、97.6%、74.0%)、「特養」「GH」では“排尿”(92.6%、72.7%)であった。

次に、全介助者をみると、全項目とも「介護療養」における出現率が最も高かった。ここで、療養場所別に、出現率の最も高い項目をみると、「老健」「介護療養」では“歩行”(60.1%、89.0%、74.0%)、「在宅」「特養」「GH」では“排尿”(19.7%、74.5%、30.7%)、「特定施設」では“歩行”“排尿”(30.8%)であった。

表 6. 療養場所別にみた ADL 項目別非自立者及び全介助者の出現率（全体）

ア) 非自立者の出現率

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N 数)	(71,004)	(12,742)	(9,723)	(3,285)	(3,487)	(1,716)	(101,957)
歩行	75.8	91.9	89.4	97.6	59.5	74.0	79.2
移乗	36.9	84.0	72.5	92.5	45.4	42.0	48.4
移動	46.4	83.9	73.8	92.2	61.5	53.1	55.8
嚥下	21.6	45.3	29.9	55.1	20.7	20.1	26.3
食事摂取	24.8	67.0	47.9	72.4	37.3	29.6	34.3
排尿	48.8	92.6	86.3	96.9	72.7	55.5	60.3
洗顔	31.9	84.9	73.8	93.6	50.6	40.6	45.3
上衣の着脱	47.6	90.2	82.1	96.0	66.8	52.2	58.5

イ) 全介助者の出現率（再掲）

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
歩行	16.6	71.9	60.1	89.0	15.2	30.8	30.2
移乗	8.5	49.1	30.0	72.2	6.8	14.1	17.7
移動	11.4	51.1	35.8	76.3	10.6	20.8	20.9
嚥下	1.1	6.8	4.6	26.1	0.1	1.4	2.9
食事摂取	4.4	24.7	13.3	45.1	3.1	5.5	9.0
排尿	19.7	74.5	59.5	87.9	30.7	30.8	33.1
洗顔	9.4	45.7	28.4	63.7	11.2	13.2	17.6
上衣の着脱	10.0	49.1	30.9	64.2	10.8	12.9	18.7

表 7 に、軽度要介護者（要介護 1）の、療養場所別にみた ADL 項目別非自立者及び全介助者の出現率を示す。

まず、非自立者をみると、全療養場所で“歩行”の出現率が最も高かった。ここで、項目別に出現率の高い療養場所をみると、“歩行”は「老健」（75.2%），“移乗”“排尿”“上衣の着脱”は「介護療養」（13.6%、35.6%、37.3%），“移動”“嚥下”は「在宅」（27.1%、12.0%），“食事摂取”“洗顔”は「特養」（10.5%、15.8%）であった。

次に、全介助者をみると、“歩行”以外の全介助者はほとんどいなかった。“歩行”の全介助者の出現率は、「在宅」2.4%、「GH」1.5%、「特定施設」6.6%に対し、「特養」19.2%、「老健」17.4%、「介護療養」10.2%と、同じ要介護 1 でも、歩行機能が低下した高齢者が施設に入院・入所していた⁶。

表 7. 療養場所別にみた ADL 項目別非自立者及び出来ない／全介助者の出現率（要介護 1）

ア) 非自立者の出現率

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計 (N 数)	100.0 (16,580)	100.0 (583)	100.0 (954)	100.0 (59)	100.0 (733)	100.0 (426)	100.0 (19,335)
歩行	70.6	74.3	75.2	72.9	39.8	62.2	69.6
移乗	13.1	12.7	8.1	13.6	5.5	9.2	12.4
移動	27.1	26.8	21.8	20.3	22.8	25.4	26.6
嚥下	12.0	8.7	4.2	6.8	6.7	9.4	11.2
食事摂取	7.0	10.5	5.2	10.2	9.1	9.4	7.2
排尿	22.9	28.8	31.2	35.6	28.1	21.6	23.7
洗顔	5.8	15.8	13.0	15.3	8.0	4.9	6.6
上衣の着脱	23.1	23.3	23.5	37.3	22.5	20.0	23.1

イ) 全介助者の出現率（再掲）

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
歩行	2.4	19.2	17.4	10.2	1.5	6.6	3.8
移乗	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
移動	0.1	0.2	0.3	0.0	0.1	0.2	0.1
嚥下	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
食事摂取	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
排尿	0.3	1.2	0.6	1.7	0.4	0.0	0.3
洗顔	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1
上衣の着脱	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1

表 8 に、重度要介護者（要介護 5）の、療養場所別にみた ADL 項目別非自立者及び全介助者の出現率を示す。

まず、非自立者をみると、“嚥下（全療養場所）”“歩行（GH）”以外はほぼ 100%であった。“嚥下”の非自立者の出現率をみると、「介護療養」が 83.3%と最も高く、次いで「特養」81.4%、「老健」77.3%、「在宅」75.8%、「特定施設」73.0%、「GH」66.7%の順であった。「GH」は他の療養場所に比べ、“嚥下”“歩行”の自立度が高かった。

次に、全介助者をみると、“排尿”以外の全項目で「介護療養」の全介助者の出現率が最も高かった。また、療養場所別に出現率の高い項目をみると、全療養場所とも“排尿”であった。

ここで、“嚥下”の全介助者出現率を療養場所別にみると、「介護療養」が 47.6%と最も高く、次いで「老健」24.7%、「特養」20.4%、「在宅」18.3%、「特定施設」17.5%、「GH」3.5%と、「GH」は他の療養場所に比べ、“嚥下”の全介助者の出現率が低かった。

表 8. 療養場所別にみた ADL 項目別非自立者及び出来ない／全介助者の出現率（要介護 5）

ア) 非自立者の出現率

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N 数)	(3,948)	(4,162)	(1,742)	(1,765)	(144)	(126)	(11,887)
歩行	99.3	99.5	99.0	99.8	89.6	99.2	99.3
移乗	99.6	99.9	99.8	99.9	98.6	100.0	99.8
移動	99.7	99.8	99.7	99.7	100.0	100.0	99.8
嚥下	75.8	81.4	77.3	83.3	66.7	73.0	79.0
食事摂取	97.7	98.8	98.2	98.4	97.9	97.6	98.3
排尿	99.8	100.0	99.9	99.9	100.0	100.0	99.9
洗顔	99.7	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0	99.9
上衣の着脱	100.0	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0	100.0

イ) 全介助者の出現率（再掲）

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
歩行	91.4	97.2	95.5	99.2	71.5	97.6	95.0
移乗	85.8	94.0	89.4	96.5	66.0	92.1	90.6
移動	89.8	95.4	93.1	97.6	73.6	96.0	93.3
嚥下	18.3	20.4	24.7	47.6	3.5	17.5	24.1
食事摂取	71.2	73.2	70.4	81.9	62.5	66.7	73.2
排尿	98.3	99.8	99.7	99.5	97.9	98.4	99.2
洗顔	87.4	94.2	92.2	95.2	84.0	90.5	91.6
上衣の着脱	86.2	93.0	90.8	93.3	82.6	90.5	90.3

3) 認知機能／周辺症状

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度（以下、認知症自立度と略）

表 9 に、療養場所別にみた認知症自立度別対象者構成割合を示す。

ここで、ランクⅢ以上の割合をみると、「介護療養」が 72.6%と最も多く、次いで「特養」67.0%、「GH」53.0%、「老健」51.2%、「特定施設」29.7%、「在宅」17.9%の順であった。

次に、寝たきり度と認知症自立度の組み合わせ状況を見ると（表 10）、「介護療養」「特養」では、寝たきり重度認知症群が過半数を超えていた。「老健」では、寝たきり軽度認知症群と寝たきり重度認知症群が各々 3～4 割を、「GH」では動ける軽度認知症群と動ける重度認知症群が各々 4 割を占めていた。「在宅」「特定施設」では、動ける軽度認知症群が過半数を超えていた。

表 9. 療養場所別にみた認知症自立度別対象者構成割合

	自立	ランク I	ランク II	ランク III	ランク IV	ランク M	合計	(再掲) II以上	(再掲) III以上
在宅	27.1	24.6	30.3	14.7	2.8	0.4	100.0	48.2	17.9
特養	3.4	6.5	23.1	40.9	22.4	3.7	100.0	90.1	67.0
老健	5.0	11.7	32.0	37.5	11.8	1.9	100.0	83.2	51.2
介護療養	3.5	6.8	17.1	35.9	27.7	9.1	100.0	89.8	72.6
GH	0.0	4.4	42.6	44.5	7.7	0.7	100.0	95.6	53.0
特定施設	14.7	18.4	37.2	23.3	5.7	0.8	100.0	66.9	29.7
合計	20.1	19.8	29.7	22.0	7.2	1.3	100.0	60.1	30.4

注. 認知症高齢者の日常生活自立度の定義は以下の通り。

「ランクⅠ」: 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及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・行動や意思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・行動や意思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・行動や意思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あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

表 10. 療養場所別にみた寝たきり度と認知症自立度別対象者構成割合

	動ける軽度 認知症群	動ける重度 認知症群	寝たきり軽度 認知症群	寝たきり重度 認知症群	合計
在宅	67.6	9.8	14.4	8.1	100.0
特養	11.4	12.1	21.6	54.9	100.0
老健	19.1	13.5	29.7	37.7	100.0
介護療養	3.9	3.0	23.5	69.7	100.0
GH	40.4	39.6	6.6	13.3	100.0
特定施設	53.0	11.8	17.3	17.9	100.0
合計	52.7	11.3	16.9	19.1	100.0

注. 各群の定義は以下の通り。

「動ける軽度認知症群」: 寝たきり度がランク A 以下で、かつ、認知症自立度がランクⅡ以下

「動ける重度認知症群」: 寝たきり度がランク A 以下で、かつ、認知症自立度がランクⅢ以上

「寝たきり軽度認知症群」: 寝たきり度がランク B 以上で、かつ、認知症自立度がランクⅡ以下

「寝たきり重度認知症群」: 寝たきり度がランク B 以上で、かつ、認知症自立度がランクⅢ以上

(2) 周辺症状(問題行動)

表 11 に、全体及び重度認知症群(認知症自立度Ⅲ以上)における療養場所別にみた周辺症状項目別出現率を示す。

まず、全体をみると、“ひどい物忘れ”が全ての療養場所で出現率が高く、次いで、「在宅」「GH」「特定施設」では“同じ話をする”(24.2%、42.6%、25.3%)、「特養」「老健」「介護療養」では“介護への抵抗”(29.1%、23.2%、19.1%)であった。なお、“火の不始末”以外の 18 項目の出現率は「GH」が最も高かった。

次に、認知症自立度Ⅲ以上をみると、“被害的(29.6%)”“作話(19.5%)”“感情不安定(45.1%)”“暴言暴行(36.2%)”“同じ話(46.5%)”“大声を出す(30.6%)”“介護への抵抗(49.8%)”“常時徘徊(29.4%)”“落ち着きなし(36.0%)”“外出して戻れず(20.8%)”“一人で出たがる(26.0%)”“収集癖(24.2%)”“破壊行動(6.7%)”“不潔行為(12.7%)”“異食行動(8.1%)”“ひどい物忘れ(73.2%)”の 16 項目は「GH」、 “幻視幻聴(27.7%)” “昼夜逆転(38.8%)” “火の不始末(9.3%)” の 3 項目は「在宅」における出現率が最も高かった。

表 11. 療養場所別にみた周辺症状の出現率

ア) 全体

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計 (N 数)	100.0 (71,004)	100.0 (12,742)	100.0 (9,723)	100.0 (3,285)	100.0 (3,487)	100.0 (1,716)	100.0 (101,957)
被害的	10.0	10.7	10.4	4.4	27.9	13.7	10.6
作話	6.0	6.8	6.5	3.0	16.8	8.2	6.5
幻視幻聴	9.9	9.5	8.3	6.0	18.8	8.7	9.8
感情が不安定	17.7	22.6	19.4	13.4	38.2	23.3	19.2
昼夜逆転	18.5	20.9	19.3	17.0	28.1	16.7	19.1
暴言暴行	9.7	19.8	14.6	9.3	28.4	13.2	12.1
同じ話	24.2	20.1	20.2	12.4	42.6	25.3	23.6
大声を出す	9.7	20.1	14.7	12.7	23.3	12.6	12.1
介護に抵抗	16.2	29.1	23.2	19.1	38.6	22.4	19.4
常時の徘徊	5.5	11.5	12.2	5.3	18.2	8.3	7.4
落ち着きなし	5.2	11.2	11.7	5.6	26.6	9.7	7.4
外出して戻れず	3.2	6.1	6.9	2.1	14.3	5.3	4.3
一人で出たがる	5.5	4.6	5.0	2.0	18.7	5.4	5.7
収集癖	3.1	6.9	7.2	1.9	17.1	4.4	4.5
火の不始末	9.6	0.6	0.9	0.5	2.2	1.7	7.0
破壊行動	1.5	2.8	2.1	1.4	3.9	1.3	1.8
不潔行為	1.8	7.1	5.9	5.7	8.0	3.7	3.3
異食行動	1.5	4.0	2.5	2.1	4.8	2.1	2.1
ひどい物忘れ	48.6	35.0	39.8	20.9	69.7	46.2	45.8

イ) 認知症自立度Ⅲ以上(再掲)

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計 (N 数)	100.0 (12,742)	100.0 (8,536)	100.0 (4,980)	100.0 (2,386)	100.0 (1,847)	100.0 (510)	100.0 (31,001)
被害的	20.4	10.3	11.5	4.0	29.6	20.0	15.5
作話	14.5	6.7	7.8	2.9	19.5	14.5	10.7
幻視幻聴	27.7	11.2	11.4	6.7	25.0	19.0	18.6
感情が不安定	31.9	24.1	23.8	14.0	45.1	32.0	27.9
昼夜逆転	38.8	24.9	27.7	19.4	36.4	31.0	31.4
暴言暴行	25.4	22.2	20.9	11.0	36.2	22.0	23.3
同じ話	43.3	21.3	24.1	12.7	46.5	33.7	31.8
大声を出す	25.9	24.3	22.6	15.3	30.6	24.9	24.4
介護に抵抗	40.0	35.3	34.1	22.4	49.8	42.0	37.0
常時の徘徊	22.5	15.6	21.3	6.6	29.4	22.0	19.6
落ち着きなし	19.6	13.1	16.9	6.3	36.0	20.4	17.3
外出して戻れず	11.4	7.6	10.9	2.3	20.8	11.8	10.2
一人で出たがる	20.2	5.9	7.6	2.4	26.0	11.6	13.1
収集癖	11.4	8.5	10.6	1.7	24.2	9.8	10.4
火の不始末	9.3	0.5	0.8	0.4	2.4	1.2	4.3
破壊行動	6.3	3.9	3.9	1.8	6.7	2.7	4.9
不潔行為	7.8	9.6	10.3	7.3	12.7	9.8	9.0
異食行動	6.9	5.8	4.5	2.6	8.1	6.1	5.9
ひどい物忘れ	69.8	35.8	45.2	20.5	73.2	62.4	52.8

注. N 数の単位は人。それ以外は%。

4) 医療処置

表 12 に、全体及び重度要介護者における療養場所別にみた医療処置の受給率を示す。

まず、全体をみると、「在宅」では“点滴の管理”(2.4%)、「特養」「老健」「介護療養」では“経管栄養”(6.9%、4.8%、27.5%)、「GH」では“褥瘡の処置”(1.1%)、「特定施設」では“カテーテル”(2.2%)の受給率が最も高かった。

次に、重度要介護者(要介護4～5)をみると、GH以外では“経管栄養”の受給率が最も高く、特に、「介護療養」では34.3%に達していた。ここで、「特養」と「老健」を比較すると、“酸素療法”“レスピレータ”以外は全て「老健」の方が、また、「GH」と「特定施設」を比較すると、“ストーマ処置”“モニター測定”以外は「特定施設」の方が、処置受給率が高かった。

表 12. 療養場所別にみた医療処置の受給率

ア) 全体

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
点滴の管理	2.4	1.2	1.5	4.4	0.9	1.5	2.1
中心静脈栄養	0.1	0.1	0.1	0.8	0.0	0.2	0.1
透析	1.2	0.1	0.2	0.0	0.4	0.9	0.9
ストーマ処置	0.3	0.5	0.6	0.6	0.1	0.6	0.4
酸素療法	1.5	0.7	0.4	1.7	0.2	1.7	1.2
レスピレータ	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
気管切開処置	0.2	0.1	0.2	1.6	0.0	0.1	0.2
疼痛の看護	1.9	1.4	1.6	1.3	0.7	0.7	1.7
経管栄養	1.1	6.9	4.8	27.5	0.1	1.7	3.0
モニター測定	0.1	0.1	0.2	0.7	0.1	0.1	0.1
褥瘡処置	1.3	3.9	3.5	7.4	1.1	1.8	2.0
カテーテル	1.5	3.0	3.3	9.6	0.7	2.2	2.1

イ) 要介護4-5(再掲)

	在宅	特養	老健	介護療養	GH	特定施設	合計
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
点滴の管理	4.1	1.6	2.6	5.4	1.5	2.8	3.1
中心静脈栄養	0.4	0.1	0.2	1.0	0.0	0.8	0.3
透析	1.6	0.0	0.2	0.0	0.4	1.1	0.7
ストーマ処置	0.6	0.5	0.6	0.7	0.4	0.3	0.6
酸素療法	2.1	0.8	0.5	1.9	0.3	2.8	1.4
レスピレータ	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1
気管切開処置	0.9	0.1	0.3	1.9	0.0	0.3	0.6
疼痛の看護	1.0	0.9	1.1	0.8	0.4	0.8	0.9
経管栄養	7.2	10.8	10.9	34.3	0.6	8.0	11.5
モニター測定	0.4	0.1	0.3	0.8	0.1	0.0	0.3
褥瘡処置	6.8	5.8	7.1	9.0	4.4	6.6	6.7
カテーテル	7.0	4.1	6.3	11.4	1.3	7.5	6.3

4. 考察

1) 認知症高齢者の特性と療養場所の関係性の変化について

認知症自立度と療養場所の関係性に関する報告は、厚生労働省が2002年9月末時点の認定データをもとに特別集計したものが最初である⁷。それによると、ランクⅡ以上の出現率は（全体：47.5%）、「在宅」34.8%、「特養」84.4%、「老健」80.0%、「介護療養」83.3%、ランクⅢ以上の出現率は（全体：25.2%）、「在宅」13.3%、「特養」62.5%、「老健」52.0%、「介護療養」66.7%、動ける重度認知症群の出現率は（全体：8.0%）、「在宅」7.1%、「特養」12.5%、「老健」16.0%、「介護療養」8.3%であった。一方、2006年9月を対象とした本分析では、ランクⅡ以上の出現率は（全体：60.1%）、「在宅」48.2%、「特養」90.1%、「老健」83.2%、「介護療養」89.8%、ランクⅢ以上の出現率は（全体：30.4%）、「在宅」17.9%、「特養」67.0%、「老健」51.2%、「介護療養」72.6%、動ける重度認知症群の出現率は（全体：11.3%）、「在宅」9.8%、「特養」12.1%、「老健」13.5%、「介護療養」3.0%であった⁸。

ここで、2002年時点と2006年時点を比較すると、全体として、認知症高齢者の出現率が増加していることがわかる。さらに、これを療養場所別にみると、ランクⅢ以上の出現率は、「在宅」4.6ポイント増、「特養」4.5ポイント増、「老健」0.8ポイント減、「介護療養」5.9ポイント増、動ける重度認知症群の出現率は、「在宅」2.7ポイント増、「特養」0.4ポイント減、「老健」2.5ポイント減、「介護療養」5.3ポイント減となっている。

この間、GH利用者数は急増しているが（2.5→12.0万人）、ケア提供上の負担の大きい「動ける認知症高齢者」の出現率は「在宅」でのみ増加しており、在宅での介護負担軽減に対し、制度として十分には対応できていない可能性が示唆された。

現在、GHの整備量に対しても制限される方向にあるが、認知症高齢者の今後の急増⁹、施設整備量の伸びの鈍化などを考慮すれば、より一層のGHないし小規模多機能施設整備の推進、認知症ケアの確立が必要であろう。

2) 居住系サービスにおける医療連携の強化について

2006年4月の介護報酬改定では、GHに対して医療連携体制加算（39単位/日）が新設された。これは、GH職員として、または訪問看護ステーションとの契約により看護師を1名以上確保し、24時間連絡可能な体制としているとともに、入居者が重度化し看取りの必要が生じた場合等における対応の指針を定めて、入居の際に入居者又は家族等への説明・同意を行っているなど、健康管理・医療連携体制を強化している場合に算定出来るものである¹⁰。

一方、特定施設入居者に対しては、医療ニーズへの対応の観点から、夜間看護体制加算（10単位/日）が新設されたのみである。ただし、今回の分析結果をみると、医療ニーズが高まる要介護4-5においては、GHよりも特定施設の方が、医療処置の受給率が高い状況にあった。

療養病床の再編成や多様な住まいの拡大という制度改正の流れを鑑みれば、今後、特定施設における内部医療提供体制及び外部との医療連携方法に関し、十分な検討を行うべきである。

3) 介護療養病床の入院者特性とサービス代替の確保策について

2012年3月末に廃止される介護療養病床に関しては、その転換先として老人保健施設が最も期待されている。ただし、転換に際しては、日勤帯や夜勤帯における医療ニーズの高まり、入所者への看取りの対応の強化が必要となることから、現在、報酬の在り方を含め、介護給付費分科会にて検討が進められているところである。

さて、介護療養及び老健における、要介護 4-5 に対する処置受給率をみると、「経管栄養」（介護療養 34.3%、老健 10.9%）、「カテーテル」（介護療養 11.4%、老健 6.3%）、「酸素療法」（介護療養 1.9%、老健 0.5%）、「気管切開処置」（介護療養 1.9%、老健 0.3%）などで大きな差がみられており、特に、呼吸器関連の処置（酸素療法、気管切開処置）を必要とする高齢者を、現行の老健ではほとんど受け入れていない（受け入れ体制がない）という実態が伺える。

療養病床の再編成に伴い、医療療養病床も大きく削減される方向にある。そのため、これら処置受給者の多くは、医療機能強化型介護老人保健施設（仮称）、特定施設、在宅に流れることが想定される。経管栄養や呼吸器管理を要する高齢者を、どこがどの程度引き受け可能かの検証が今後必要となる。

5. 結語

2006 年 9 月時点の、全国ベースの認定・給付データをもとに、療養場所と利用者特性の横断分析を実施した。その結果、①ADL8 項目の全介助者の出現率は、介護療養が全項目で最も高かった（身体機能低下者が最も多かった） ②介護療養入院者の約 7 割、特養入所者の約 5 割が寝たきり重度認知症群であったのに対し、GH では動ける重度認知症群が約 4 割を占めていた ③介護療養は、他の施設に比べ、経管栄養受給率が非常に高かった（27.5%） ④重度要介護者に対しては、GH よりも特定施設の方が、処置受給率が高かった などがわかった。

これら結果より、現時点で、高齢者の心身機能や周辺症状の出現状況、医療処置の受給状況に応じて、介護保険施設や居住系サービス、在宅間の機能分化がある程度行われている実態がわかった。ただし、療養病床の再編成、医療サービスの外部化、多様な住まいの拡充などの 2006 年改正の方向性を考えると、外部との医療連携を含めた形での機能の明確化と分化の在り方を、高齢者の生活機能への効果評価も加味した形で再検討する必要がある。

参考文献

医療経済研究機構(2003)：「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」報告書。

—————(2004)：「介護老人保健施設における医療・介護に関する調査研究」報告書。

—————(2005)：「療養病床における医療・介護に関する調査研究」報告書。

—————(2007)：「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査」報告書。

川越雅弘・大場和子・木下 毅(2002)：「回復期リハ病床／療養病床／老健／特養の機能分担に関する調査研究～入退院（所）分析を中心として～」，日本医師会総合政策研究機構報告書第 47 号。

川越雅弘・吉田真季・原 祐一・大塚宣夫・木下 毅(2003)：「長期療養者に対する新しい支払い方式に関する調査研究」，日本医師会総合政策研究機構報告書第 49 号。

川越雅弘(2006)：「我が国における医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』，156 号，pp.4-18。

厚生労働省大臣官房統計情報部(2003)：「平成 13 年介護サービス施設・事業所調査」。

—————(2007)：「平成 17 年介護サービス施設・事業所調査」。

社会保険研究所(2006):「介護報酬の解釈―1. 単位数表編―」, 東京。

竹迫弥生・田宮菜奈子・梶井英治(2006):「介護保険施設における終末期ケア:公表統計データに基づく介護保険施設内死亡者についての検討」, プライマリ・ケア, 29巻1号, pp.9-14。

千野直一・安藤徳彦編集主幹(2007):「ADL・IADL・QOL」, 『リハビリテーションMOOK』, 9号, 金原出版, 東京。

日本医師会介護保険課(2005):「要介護高齢者の服薬状況に関する実態調査」。

原 祐一・池田浩行・堀口裕正・信友浩一(2001):「老健施設と特養ホームの機能―その比較調査研究」, 『日本医事新報』, 4033号, pp.73-76。

老人保健福祉法制研究会編(2003):「高齢者の尊厳を支える介護」, 法研, 東京。

注

¹ 介護施設等の基本的な在り方、入所者に対する医療提供の在り方などを検討するために設置された委員会。第1回の会議開催日は2006年9月27日で、計6回の会議が開催された。

² 特定施設とは、有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、適合高齢者専用賃貸住宅（高齢者居住法の高齢者専用賃貸住宅で一定の居住水準等の要件を満たすものとして都道府県知事に届け出ているもの）のこと。厚生労働省の介護給付費実態調査月報（平成19年10月審査分）によると、請求事業所数は2,694ヶ所（介護予防及び地域密着型を除く）で、うち1,999ヶ所が有料老人ホーム、382ヶ所が養護老人ホーム、303ヶ所が経費老人ホームである。

³ 登録された利用者（定員25人以下）を対象に、事業所への通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問サービスや宿泊サービスを組み合わせて提供することで、居宅における生活の継続を支援することを目的に、平成18年4月に新たに導入されたサービス事業所のこと。介護給付費実態調査月報（平成19年10月審査分）によると、請求事業所数は1,066ヶ所（介護予防除く）となっている。主な設立主体は、営利法人475ヶ所、社会福祉法人（社会福祉協議会除く）264ヶ所、医療法人151ヶ所、NPO法人95ヶ所などである。

⁴ Mahorneyらが1965年に発表したADL自立度評価法。食事、移乗、整容、トイレ、入浴、歩行、階段昇降、着替え、排便、排尿の10項目で構成されている。0～100点で評価し、自立度が低いと点数も低くなる。

⁵ 運動13項目（セルフケア、排泄コントロール、移乗、移動の4分野）、認知5項目（コミュニケーション、社会的認知の2分野）の合計18項目を1～7点で評価するもの。ADLの実行状況（しているか否か）の評価を強調しているのが特色。BI及びFIMに関しては、千野直一・安藤徳彦編集主幹(2007):「ADL・IADL・QOL」, 『リハビリテーションMOOK』, 9号のpp.15-22を参照。

⁶ 今回の調査は横断調査であるため、同じ要介護1でも歩行機能が低下した高齢者が、在宅などよりも介護保険施設に多いという事実はわかるが、これが、「施設ケアの方が歩行機能低下を招きやすく、その結果、歩行機能低下者が多い」のか、「要介護1の中でも、歩行機能が低下した高齢者は在宅療養が困難なため、施設入所しやすい」のかはわからない。因果関係を明らかにするためには縦断調査が必要である。このことは、要介護5の中で、GH入所者が最も嚙下の全介助者が少なかったという事実に対しても同様である。

⁷ 参考文献「高齢者を支える介護」、法研、p.118参照。

⁸ 同時期の全数調査である厚生労働省「平成18年度介護サービス施設・事業所調査」によると、ランクⅢ以上の介護保険施設における出現率は、「特養」68.8%（本調査67.0%）、「老健」51.4%（本調査51.2%）、「介護療養」76.9%（本調査72.6%）と、本調査結果と類似しており、本分析対象の代表性はある程度確保されていると考える。

⁹ 認知症高齢者の将来推計に関しては、参考文献「高齢者を支える介護」、法研、p.119参照。

¹⁰ 参考文献「介護報酬の解釈―1. 単位数表編」、介護保険研究所、p.72-73参照。

第3章

生活機能歴へのサービス面からの対応