

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

I 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（以下、介護療養と略）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取り方、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（以下、老健と略）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とともに、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。

II 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、特別養護老人ホーム（以下、特養と略）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。

III 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」

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
G H	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
G H	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
G H	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。

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、年齢層が広かった。

(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。

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。

(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

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、介助なしで外出しない。

「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。

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	G H	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)
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	G H	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)
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。

2) N数の単位は人。それ以外は%。

であったが、3項目を比較すると、“薬の内服”的自立度が最も低く、次いで“金銭の管理”、“電話の利用”的順であった。「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。

(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、全体における療養場所別にみた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%), 「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7に、軽度要介護者(要介護1)における療養場所別にみた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”的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%)であつた。

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”的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8に、重度要介護者(要介護5)における療養場所別にみた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”的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”的自立度が高かった。

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”的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”的全介助者の出現率が低かった。

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みると(表10), 「介護療養」「特養」で

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	G H	特定施設	合計
合計(N)	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)
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	G H	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 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	G H	特定施設	合計
合計(N)	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	G H	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 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	G H	特定施設	合計
合計 (N 数)	100.0 (3,948)	100.0 (4,162)	100.0 (1,742)	100.0 (1,765)	100.0 (144)	100.0 (126)	100.0 (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	G H	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

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
G H	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は自立している。

「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の組み合わせ別対象者構成割合

	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
G H	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。

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	G H	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
當時の徘徊	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	G H	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
當時の徘徊	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%。

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。

(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%)の順であった。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。

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”的受給率が最も高く、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

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	G H	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	G H	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

定施設」の方が、処置受給率が高かった。

IV 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、認知症高齢者に対する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)という実態が窺える。

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、医療機能強化型の介護老人保健施設、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である。

V 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ろう。

謝辞

本研究の一部は、平成19年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業(H18—長寿—一般—019)の助成によるものである。

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しているもの)のこと。厚生労働省の介護給付費実態調査月報(2007年10月審査分)によると、請求事業所数は2,694カ所(介護予防及び地域密着型を除く)で、うち1,999カ所が有料老人ホーム、382カ所が養護老人ホーム、303カ所が軽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、2006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(2007年10月審査分)によると、請求事業所数は1,066カ所(介護予防除く)となっている。主な設立主体は、営利法人475カ所、社会福祉法人(社会福祉協議会除く)264カ所、医療法人151カ所、NPO法人95カ所などである。
- 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。

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卷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。

(かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障応用分析研究部第4室長)