

ISSN 1881-3801

VOLUME 1 NUMBER 2 2006

The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care

介 護 経 営

第1卷 第2号

2006年

日本介護経営学会

The Japanese Association of Business Management for Long-Term Care

介護経営
Jpn. J. Biz. Manage. L.-T. Care

目 次

研究論文

尾道式ケアカンファレンスの構造と機能

「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」

田城孝雄、高橋 隆、瀬戸恒彦、片山 壽、田中 滋……68

世田谷区の介護サービス事業者に関する研究

味田村正行……80

潜在曲線モデルを用いた介護老人福祉施設入所高齢者における

ADL 能力の経年変化とその関連要因の検討

桐野匡史、中嶋和夫、筒井孝子、小山秀夫……92

研究ノート

高齢者入所施設の IT 利用とその課題

八巻芳子……101

編集後記

[研究論文]

尾道式ケアカンファレンスの構造と機能 「サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する調査」

著者： 田城孝雄（順天堂大学医学部公衆衛生学講座）

共著者：高橋 隆（茨城県立医療大学保健医療学部）、瀬戸恒彦（かながわ福祉サービス振興会）

片山 壽（尾道市医師会）、田中 滋（慶應義塾大学大学院経営管理研究科）

抄録

サービス担当者会議の実態と介護支援専門員の意識に関する質問紙調査を、広島県尾道市で行い、神奈川県を対照群として比較し、尾道市医師会方式ケアカンファレンスの特徴を研究した。

尾道市では、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）に際し、ケアプランを含む情報が事前に共有され、サービス担当者会議の場では、「医療知識や医療的対処の方法」と「生活上の問題への対処方針」が主として情報共有され、危機管理を含めたケアプランの検討がなされる。事前に情報共有がなされているため、所要時間は15分～20分であり、一方対照群である神奈川県では、情報の事前共有が充分なされておらず、会議の場で利用者の状況説明に時間を要するなど、所要時間は60分となっている。尾道市の介護支援専門員あたりのサービス担当者会議の月間開催回数は対照群より多い。また、利用者本人、家族、主治医への参加呼び掛け及び参加率が、対照群より有意に高かった。

キーワード：介護支援専門員、地域包括ケア、サービス担当者会議、ケアマネジメント、ケアカンファレンス、多職種協働

1. 背景と目的

1.1 背景

わが国は急激に高齢化社会を迎え、寝たきりや認知症などにより、介護の必要な高齢者が増加しており、高齢者介護は国全体の問題である。介護の社会化を目指し、介護保険制度が創設された。介護保険制度のキーパーソンである介護支援専門員は、「介護サービスチームのコーディネーターであり、異なるサービス提供事業所からの介護サービス提供の調整役¹⁾」である。介護支援専門員を中心とし、介護サービスを提供する包括ケアチームのメンバーである各職種は、それぞれの専門性に立脚した課題分析や介護サービス計画の作成を行うため、サービス担当者会議（ケアカンファレンス）に参加し協議を行う。サービス担当者会議（ケアカンファレンス）は、利用者本位の観点から、課題分析や介護サービス計画の作成を地域の異なる機関の多くの専門職が合議によって行うもので

ある¹⁾。

しかし、高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護」では、「サービスを提供する担当者などが介護の方針を設定し共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、担当者が同じ認識の下で、総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかについても疑問がある²⁾」という問題提起が為されている。

尾道市におけるサービス担当者会議の実施・運営方式は「尾道方式」として知られてきた。「尾道方式」とは、医師会が中心となり構築した在宅医療支援システムと福祉分野との連携をもとに確立したケアカンファレンス（サービス担当者会議）をはじめとするケアマネジメントシステムの名称である。特に、サービス担当者会議は「尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンス手順」によって、標準化されている³⁾。これにより、尾道市ではケアカンファレンスの実施率が高く、介護保険

施行直後の2002年5月において、96.7%と高い実施率を示した。

1.2 目的

尾道市におけるサービス担当者会議の実態を調査し、他の地域と異なる点を明らかにする。これにより、特に在宅介護を受けている中重度者（要介護3・4・5）を支えるための包括ケアシステムを構築するサービス担当者会議の在り方を検討する。

2. 研究方法

2.1 対象

尾道市におけるサービス担当者会議の実態の把握に際しては、尾道市に対する比較対照群として神奈川県を選択した。その理由は、神奈川県は首都圏に位置し、2 政令指定都市を有し、人口 800 万人を超える県でありながら工業化・都市化が進んだ地域と農村地帯があり、全国的な平均像に近いものと考えたからである。

2.2 方法

質問紙調査法を行った。平成 17 年 11 月 1 日時点において指定を受けているすべての居宅介護支援事業所を対象に、調査票を郵送した。1 事業所あたり調査票を 2 票ずつ居宅介護支援事業所の管理者あてに依頼状とともに郵送し、管理者から、調査対象事業所に勤務する介護支援専門員に手渡すよう依頼した。記入済み調査票の回収については、返信用封筒を同封し、介護支援専門員が調査業務の委託を受けた社団法人かながわ福祉サービス振興会へ直接返送するよう依頼した。

2.3 統計

分析方法は、尾道市と神奈川県を比較検討するため、t 検定、 χ^2 検定を行った。p < 0.05 を有意差ありとした。解析には統計ソフト SPSSver. 12J を用いた。

3. 結果

3.1 回収率

該当月の居宅介護事業所数は、尾道市が 41 事業所、神奈川県が 1693 事業所であり、それぞれの配

布調査票数は、尾道市が 82 票、神奈川県が 3386 票であった。返送されてきた回収調査票数は、尾道市が 45 票、神奈川県が 1122 票であり、回収率はそれぞれ、尾道市 54.9%、神奈川県 33.1%であった。

3.2 担当利用者数

要介護度別担当利用者数は、要支援で尾道市 5.65±0.65 人 (1 - 18 人)、神奈川県 5.48±0.13 人 (1 - 31 人)、要介護 1 で尾道市 14.20±1.05 人 (1 - 30 人)、神奈川県 14.90±0.24 人 (1 - 44 人)、要介護 2 で尾道市 6.89±0.55 人 (1 - 14 人)、神奈川県 6.70±0.12 人 (1 - 23 人)、要介護 3 で尾道市 4.90±0.49 人 (1 - 15 人)、神奈川県 4.81±0.09 人 (1 - 21 人)、要介護 4 で尾道市 3.64±0.40 人 (1 - 14 人)、神奈川県 3.53±0.08 人 (1 - 22 人)、要介護 5 で尾道市 3.20±0.37 人 (1 - 11 人)、神奈川県 3.17±0.09 人 (1 - 29 人) であった。要介護度別担当利用者数には、尾道市と神奈川県の介護支援専門員には有意な差を認めなかった。(表記は平均値±標準誤差 (最小値 - 最大値))

3.3 サービス担当者会議の開催率

調査期間中の平成 17 年 10 月 1 か月間にサービス担当者会議を開催したと回答した介護支援専門員は、尾道市で 82.2% (37/45)、神奈川県で 61.7% (692/1122) であった。1 回も開催していない (開催回数 0 回) と回答したのは、尾道市で 15.6% (7/45)、神奈川県で 34.3% (385/1122) であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認めた。〔無回答を含む回数不明者は、尾道市 2.2% (1/45)、神奈川県 4.0% (45/1122)〕

3.4 サービス担当者会議に関する実態調査と意識調査の説明

実態調査として、1 回以上開催したと回答した介護支援専門員 (尾道市 37 名、神奈川県 692 名) を対象に行った。また意識調査として、調査対象期間中の平成 17 年 10 月にサービス担当者会議を開催していない介護支援専門員を含めた全回答者を対象とした。

3.5 サービス担当者会議の開催回数と所要時間

3.5.1 サービス担当者会議の開催回数の実態

開催回数は、尾道市は 4.78 ± 0.86 回 (1 - 33 回)、神奈川県は 3.00 ± 0.10 回 (1 - 24 回) であった。

(表記は平均値±標準誤差(最小値 - 最大値))

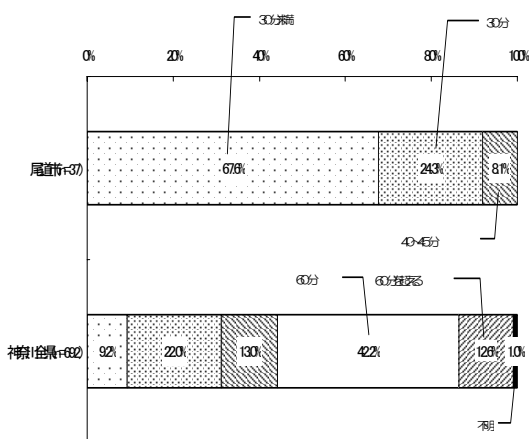
3.5.2 サービス担当者会議の所要時間の実態

サービス担当者会議の所要時間は、尾道市は 22.43 ± 1.29 分 (10 - 40 分)、神奈川県は 51.39 ± 0.88 分 (1 - 180 分) であり、有意な差を認めた。

(表記は平均値±標準誤差(最小値 - 最大値))

尾道市においては、サービス担当者会議が 30 分未満であると回答した介護支援専門員が 67.6% であった。60 分以上と回答したものはみられない。神奈川県では 60 分以上のサービス担当者会議が 5 割を超える。(図表 1)

図表 1 サービス担当者会議の所要時間の分布



3.5.3 サービス担当者会議の開催数と所要時間のもっとも適切と思われる開催回数と所要時間(意識調査)

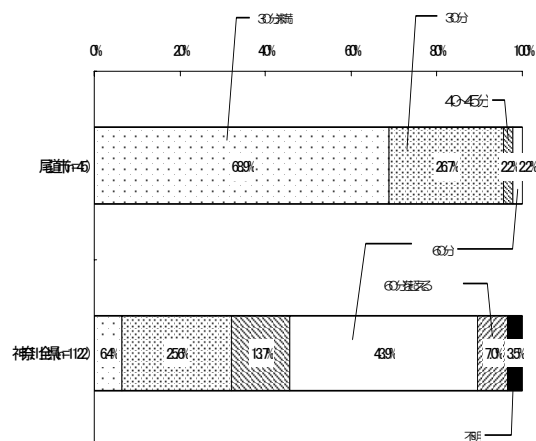
サービス担当者会議を開催していないものを含めた全介護支援専門員に、「もっとも適切と思われる開催回数と所要時間」を質問した。適切と思われる月間の開催回数は、尾道市は 3.32 ± 0.29 回 (1 - 8 回)、神奈川県は 2.22 ± 0.09 回 (1 - 20 回) であり、適切と思われる所要時間は、尾道市は 21.89 ± 1.34 分 (10 - 60 分) であり、神奈川県は 49.04 ± 0.58 分 (10 - 120 分) であった。(表記は平均値±標準誤差(最小値 - 最大値))

3.5.4 適切と思われるサービス担当者会議の所

要時間の分布

サービス担当者会議の所要時間に関する介護支援専門員の意識を見ると、適切な所要時間は実態と大差ない。(図表 2)

図表 2 適切と思われるサービス担当者会議の所要時間の分布



3.6 サービス担当者会議の構造(サービス担当者会議の参加者)

3.6.1 利用者の参加

調査期間中に開催したサービス担当者会議に利用者が出席したと回答した介護支援専門員は、尾道市で 91.9% (34/37)、神奈川県 64.6% (447/692) であり、1 回も出席していないと回答したのは、尾道市で 8.1% (3/37)、神奈川県で 35.4% (245/692) であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認めた。

利用者の参加したサービス担当者会議の回数は、尾道市 4.03 ± 0.61 回 (1 - 20 回)、神奈川県 2.19 ± 0.09 回 (1 - 16 回) であった。(図表 3)

3.6.2 家族の参加

調査期間中に開催したサービス担当者会議に家族が出席したと回答した介護支援専門員は、尾道市で 94.6% (35/37)、神奈川県 69.4% (480/692) であり、1 回も出席していないと回答したのは、尾道市で 5.4% (2/37)、神奈川県で 30.6% (212/692) であり、尾道市と神奈川県で有意な差を認めた。

家族の参加したサービス担当者会議の回数は、尾道市 3.69±0.85 回（1 - 30 回）、神奈川県 2.06±0.07 回（1 - 18 回）であった。（図表 3）

図表 3 サービス担当者会議への利用者・家族の出席率

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者が出席した会議が1回以上ある	34/37 (91.9)	447/683 (65.4)	11.069	0.001
家族が出席した会議が1回以上ある	35/37 (94.6)	480/680 (70.6)	9.994	0.002

3.6.3 参加を呼びかけた人 [実態調査]

介護支援専門員が、利用者、家族、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員に呼びかける比率が、尾道市は神奈川県より有意に高かった。サービス事業者に参加を呼び掛ける割合は、有意差を認めなかった。（図表 4）

図表 4 サービス担当者会議に参加を呼びかけた人

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者	36/37 (97.3)	454/692 (65.6)	16.006	0.000
家族	36/37 (97.3)	540/692 (78.0)	7.859	0.005
主治医	36/37 (97.3)	161/692 (23.3)	97.891	0.000
サービス事業者	37/37 (100.0)	633/692 (91.5)	3.432	0.064
主治医以外の医療機関の職員	20/37 (54.1)	194/692 (28.0)	11.466	0.001
民生委員	19/37 (51.4)	54/692 (7.8)	73.917	0.000

3.6.4 実際に参加した人 [実態調査]

利用者、家族、主治医、主治医以外の医療機関の職員、民生委員の参加率は、尾道市が神奈川県より優位に高かった。サービス事業者の参加率には有意差を認めなかった。（図表 5）

図表 5 サービス担当者会議に実際に参加した人

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者	35/37 (94.6)	423/692 (61.1)	16.844	0.000
家族	35/37 (94.6)	486/692 (70.2)	10.224	0.001
主治医	33/37 (89.2)	97/692 (14.0)	135.449	0.000
サービス事業者	36/37 (97.3)	624/692 (90.2)	2.080	0.149
主治医以外の医療機関の職員	23/37 (62.2)	171/692 (24.7)	25.224	0.000
民生委員	18/37 (48.6)	37/692 (5.3)	94.412	0.000

3.6.5 サービス担当者会議に毎回参加が必要と思われる人 [意識調査]

尾道市、神奈川県とも 90%以上の回答者が、サービス事業者は毎回参加が必要であると考え、有意差を認めなかった。尾道市の介護支援専門員の 80%以上が、利用者、家族、主治医も、出席が毎回必要と考えており、神奈川県より有意に高かった。（図表 6）

図表 6 サービス担当者会議に毎回出席が必要と思われる人

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P 値
利用者	40/45 (88.9)	660/1122 (58.8)	16.293	0.000
家族	39/45 (86.7)	805/1122 (71.7)	4.811	0.028
主治医	36/45 (80.0)	227/1122 (20.2)	88.531	0.000
サービス事業者	41/45 (91.1)	1037/1122 (92.4)	0.106	0.745
主治医以外の医療スタッフ	14/45 (31.1)	152/1122 (13.5)	10.939	0.001
民生委員	14/45 (31.1)	47/1122 (4.2)	63.301	0.000

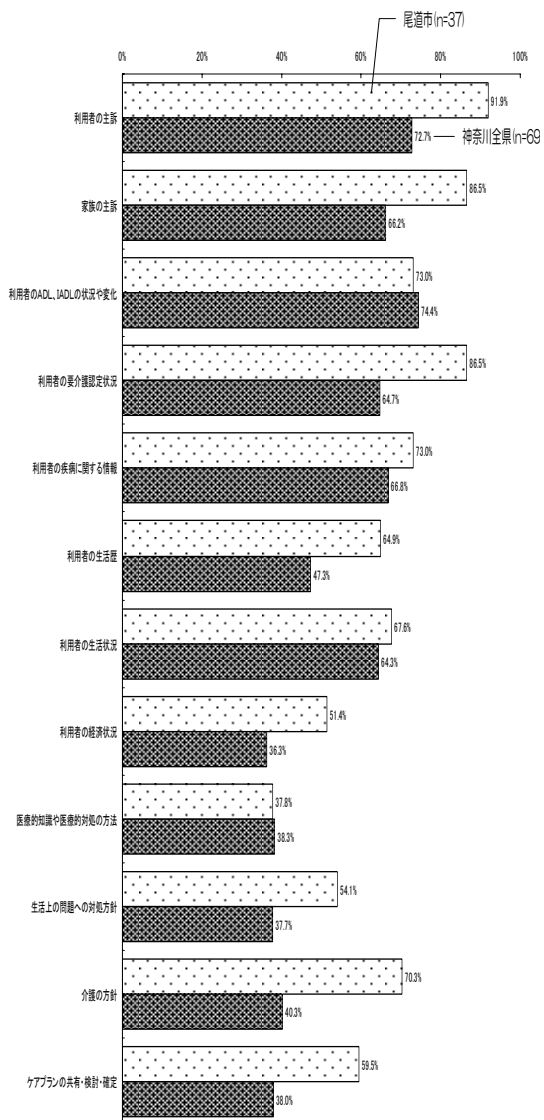
3.7 サービス担当者会議の機能

3.7.1 事前に共有した情報の実態調査

「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者の要介護認定状況」、「利用者の生活状況」、「生活上の問題への対処方針」、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」の項目において、尾道市が神奈川県より有意に高かった。「利用者の ADL、IADL の状況や変化」、「利用者の疾病に関する情報」、「利用者の生活歴」、「利用者の経済状況」、「医療知識や医療的対処の方法」の項目では有意差を認めな

かった。(図表7、図表8)

図表7 サービス担当者会議の開催にあたり事前に共有した情報

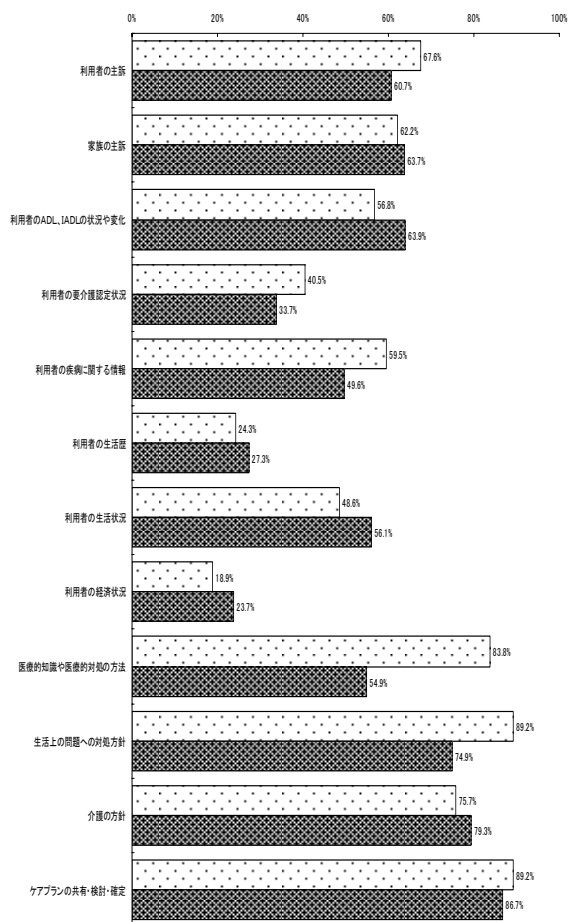


注) 問1で「1回以上」の回答をしたケースのみを母数とする。

図表8 事前に共有した情報

	尾道市 (%)	神奈川県 (%)	χ^2	P値
利用者の主訴	34/37 (91.9)	503/692 (72.7)	6.676	0.010
家族の主訴	32/37 (86.5)	458/692 (66.2)	6.569	0.010
利用者のADL, IADLの状況や変化	27/37 (73.0)	515/692 (74.4)	0.039	0.844
利用者の要介護認定状況	32/37 (86.5)	448/692 (64.7)	7.385	0.007
利用者の疾病に関する情報	27/37 (73.0)	462/692 (66.8)	0.613	0.434
利用者の生活歴	24/37 (64.9)	327/692 (47.3)	4.363	0.037
利用者の生活状況	25/37 (67.6)	445/692 (64.3)	0.163	0.686
利用者の経済状況	19/37 (51.4)	251/692 (36.3)	3.425	0.064
医療知識や医療的対処の方法	14/37 (37.8)	265/692 (38.3)	0.003	0.956
生活上の問題への対処方針	20/37 (54.1)	261/692 (37.7)	3.957	0.047
介護の方針	26/37 (70.3)	279/692 (40.3)	12.949	0.000
ケアプランの共有・検討・確定	22/37 (59.5)	263/692 (38.0)	6.789	0.009

図表9 サービス担当者会議で共有した情報



3.7.2 サービス担当者会議で共有した情報の実態調査 [実態調査]

「医療的知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題への対処方針」の項目において、尾道市が神奈川県より有意に高かった。「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」は、共に60%を超えており、有意差を認めなかった。その他の項目も有意差を認めなかった。(図表9、図表10)

図表10 サービス担当者会議で共有した情報

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
利用者の主訴	25/37 (67.6)	420/692 (60.7)	0.698	0.404
家族の主訴	23/37 (62.2)	441/692 (63.7)	0.037	0.847
利用者のADL/IADLの状況や変化	21/37 (56.8)	442/692 (63.9)	0.767	0.381
利用者の要介護認定状況	15/37 (40.5)	233/692 (33.7)	0.739	0.390
利用者の疾病に関する情報	22/37 (59.5)	343/692 (49.6)	1.375	0.241
利用者の生活歴	9/37 (24.3)	189/692 (27.3)	0.158	0.691
利用者の生活状況	18/37 (48.6)	388/692 (56.1)	0.784	0.376
利用者の経済状況	7/37 (18.9)	164/692 (23.7)	0.447	0.504
医療知識や医療的対処の方法	31/37 (83.8)	380/692 (54.9)	11.904	0.001
生活上の問題への対処方針	33/37 (89.2)	518/692 (74.9)	3.910	0.048
介護の方針	28/37 (75.7)	549/692 (79.3)	0.285	0.593
ケアプランの共有・検討・確定	33/37 (89.2)	600/692 (86.7)	0.190	0.663

3.7.3 事前に共有すべき情報・サービス担当者会議において共有すべき情報 [意識調査]

サービス担当者会議を開催しなかった回答者を含めた意識調査では、事前に共有すべき情報では、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」の2項目について、サービス担当者会議で共有すべき項目では、「利用者のADL、IADLの状況や変化」、「利用者の疾病に関する情報」、「医療的知識や医療的対処の方法」の3項目で有意差が認められた。(図表11、図表12)

図表11 事前に共有すべき情報

	尾道市	神奈川県	χ^2	P値
利用者の主訴	43/45(95.6)	959/1122(85.5)	3.623	0.057
家族の主訴	42/45(93.3)	935/1122(83.3)	3.174	0.075
利用者のADL/IADLの状況や変化	38/45(84.4)	938/1122(83.6)	0.023	0.881
利用者の要介護認定状況	40/5(88.9)	880/1122(78.4)	2.836	0.092
利用者の疾病に関する情報	37/45(82.2)	922/1122(82.2)	0.000	0.993
利用者の生活歴	34/45(75.6)	805/1122(71.7)	0.311	0.577
利用者の生活状況	35/45(77.8)	853/1122(76.0)	0.073	0.787
利用者の経済状況	35/45(77.8)	726/1122(64.7)	3.259	0.071
医療知識や医療的対処の方法	26/45(57.8)	548/1122(48.8)	1.382	0.240
生活上の問題への対処方針	20/45(44.4)	463/1122(41.3)	0.180	0.671
介護の方針	28/45(62.2)	482/1122(43.0)	6.525	0.011
ケアプランの共有・検討・確定	26/45(57.8)	438/1122(39.0)	6.344	0.012

図表12 サービス担当者会議で共有すべき情報

	尾道市	神奈川県	χ^2	P値
利用者の主訴	29/45(64.4)	612/1122(55.3)	1.451	0.228
家族の主訴	29/45(64.4)	618/1122(55.1)	1.536	0.215
利用者のADL/IADLの状況や変化	32/45(71.1)	599/1122(53.4)	5.473	0.019
利用者の要介護認定状況	21/45(46.7)	383/1122(34.1)	3.002	0.083
利用者の疾病に関する情報	32/45(71.1)	482/1122(43.0)	13.913	0.000
利用者の生活歴	16/45(35.6)	345/1122(30.7)	0.468	0.494
利用者の生活状況	24/45(53.3)	510/1122(45.5)	1.082	0.298
利用者の経済状況	17/45(37.8)	350/1122(31.2)	0.870	0.351
医療知識や医療的対処の方法	38/45(84.4)	736/1122(65.6)	6.881	0.009
生活上の問題への対処方針	38/45(84.4)	903/1122(80.5)	0.435	0.509
介護の方針	37/45(82.2)	931/1122(83.0)	0.017	0.895
ケアプランの共有・検討・確定	39/45(86.7)	1001/1122(89.2)	0.290	0.590

3.8 困難点

3.8.1 サービス担当者会議開催困難点

「サービス事業者との日程調整」、「会場の確保」、「利用者の出席」、「主治医の出席」において、尾道市は神奈川県より、有意に低かった。(図表13)

図表13 サービス担当者会議開催困難の理由

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
自分の日程調整	11/45 (24.4)	413/1122 (36.8)	2.860	0.091
サービス事業者との日程調整	20/45 (44.4)	886/1122 (79.0)	29.696	0.000
会場の確保	1/45 (2.2)	170/1122 (15.2)	5.783	0.016
利用者の出席	3/45 (6.7)	295/1122 (26.3)	8.764	0.003
家族の出席	8/45 (17.8)	384/1122 (34.2)	5.246	0.022
主治医の出席	16/45 (35.6)	790/1122 (70.4)	24.601	0.000
資料作り	11/45 (24.4)	270/1122 (24.1)	0.003	0.935
会議の進め方に不安を感じる	10/45 (22.2)	311/1122 (27.7)	0.655	0.418

3.8.2 サービス担当者会議進行運営上の困難点

「会議の時間が長すぎる」の項目は、尾道市で2.2%、神奈川県で11.8%、「利用者の状態説明に時間がかかる」の項目は、尾道市で0.0%、神奈川県で10.1%であり、尾道市が有意に低かった。一方、「上手に進行できない」の項目は、尾道市が51.1%、神奈川県が28.6%と、尾道市が有意に高かった。(図表14)

図表14 サービス担当者会議進行運営困難の理由

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
会議の時間が長すぎる	1/45 (2.2)	132/1122 (11.8)	3.901	0.048
集合時間が守られない	3/45 (6.7)	161/1122 (14.3)	2.114	0.146
無断欠席が多い	0/45 (0.0)	22/1122 (2.0)	0.899	0.343
事前の準備が間に合わない	5/45 (11.1)	207/1122 (18.4)	1.567	0.211
特定の専門職に発言が偏りがち	11/45 (24.4)	263/1122 (23.4)	0.024	0.876
利用者の状態説明に時間がかかる	0/45 (0.0)	113/1122 (10.1)	5.018	0.025
未熟な専門職がいる	3/45 (6.7)	113/1122 (10.1)	0.560	0.454
会議の結論がまとまらない	8/45 (17.8)	267/1122 (23.8)	0.870	0.351
上手に進行できない	23/45 (51.1)	321/1122 (28.6)	10.538	0.001

3.8.3 サービス担当者会議不参加の理由

サービス事業者不参加の理由では、「日や曜日が

あわない」の項目で、尾道市が有意に低かった。それ以外の項目も、尾道市は神奈川県より低いが、有意差は認めなかった。

主治医の不参加の理由については、尾道市はいずれの項目についてもたいへん低い割合である。これに対して、神奈川県は、「自分が呼びかけていない」(57.7%)、「日にちや曜日が合わない」(45.3%)、「時間帯が合わない」(45.3%)と、いずれも高い割合になっている。いずれの項目についても、尾道市は神奈川県より有意に低かった。神奈川県の介護支援専門員の約60%の回答者が主治医に出席を呼びかけていないことが特徴的であった。利用者の不参加の理由については、「出席を呼びかけていない」が、尾道市2.2%、神奈川県18.0%であり、有意差を認めた。

家族の不参加の理由については、尾道市では「日にちや曜日が合わない」が24.4%であり、これに対し、神奈川県では「日にちや曜日が合わない」が30.8%、「時間帯が合わない」が25.2%になっているが、有意差を認めなかった。(図表15)

図表15 サービス担当者会議の不参加理由

(1) 事業者

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	9/45 (20.0)	492/1122 (43.9)	10.045	0.002
時間帯が合わない	16/45 (35.6)	437/1122 (38.9)	0.210	0.647
連絡がつかない	0/45 (0.0)	15/1122 (1.3)	0.609	0.435
会議の意義の無理解	0/45 (0.0)	25/1122 (2.2)	1.025	0.311
信頼関係の不確立	1/45 (2.2)	10/1122 (0.9)	0.821	0.365
出席を呼びかけていない	0/45 (0.0)	43/1122 (3.8)	1.791	0.181

(2) 主治医

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	7/45 (15.6)	508/1122 (45.3)	15.500	0.000
時間帯が合わない	11/45 (24.4)	508/1122 (45.3)	7.603	0.006
連絡がつかない	1/45 (2.2)	210/1122 (18.7)	7.947	0.005
会議の意義の無理解	3/45 (6.7)	253/1122 (22.5)	6.373	0.012
信頼関係の不確立	0/45 (0.0)	312/1122 (27.8)	17.080	0.000
出席を呼びかけていない	2/45 (4.4)	647/1122 (57.7)	49.643	0.000

(3)利用者

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	4/45 (8.9)	143/1122 (12.7)	0.584	0.445
時間帯が合わない	3/45 (6.7)	134/1122 (11.9)	1.162	0.281
連絡がつかない	0/45 (0.0)	8/1122 (0.7)	0.323	0.570
会議の意義の無理解	3/45 (6.7)	157/1122 (14.0)	1.963	0.161
信頼関係の不確立	0/45 (0.0)	12/1122 (1.1)	0.486	0.486
出席を呼びかけていない	1/45 (2.2)	202/1122 (18.0)	7.499	0.006

(4)家族

	尾道市(%)	神奈川県(%)	χ^2	P値
日や曜日があわない	11/45 (24.4)	346/1122 (30.8)	0.833	0.361
時間帯が合わない	6/45 (13.3)	283/1122 (25.2)	3.283	0.070
連絡がつかない	4/45 (8.9)	99/1122 (8.8)	0.000	0.988
会議の意義の無理解	4/45 (8.9)	181/1122 (16.1)	1.702	0.192
信頼関係の不確立	1/45 (2.2)	27/1122 (2.4)	0.006	0.937
出席を呼びかけていない	2/45 (4.4)	142/1122 (12.7)	2.697	0.101

4. 考察

4.1 担当利用者数

担当利用者数は、要介護度別にみて、両群とも有意な差は認めなかった。担当利用者の負担は同じであるといえる。

4.2 サービス担当者会議開催

調査期間の1ヶ月間にサービス担当者会議を1回も開催しなかった回答者は、尾道市は15.6%であり、神奈川県の34.3%より有意に低かった。また開催した介護支援専門員を比較しても、開催回数は、尾道市が多かった。

所要時間は尾道市が平均約20分であり、神奈川県は平均約50分であったが、実態調査だけでなく、調査期間中である平成17年10月の1か月にサービス担当者会議を開催しなかった回答者を含めた意識調査でも、適切と思われる所要時間は、それぞれ実際の所要時間と変わらない。つまり、本来所要時間を短くしたい(あるいは長くしたい)が、実現できていないのではなく、そもそも前提となる意識として、両群では適切と思われるサービス担当者会議の所要時間が異なっている。

会議の所要時間が短ければ、同じ時間で開催できる回数は多くなり、所要時間が長ければ、同じ時間に開催できる回数に限られてくることは自明である。

尾道市の介護支援専門員は、担当者数が少なく負担が少ないので、サービス担当者会議を開催する回数が多いのではない。対照群である神奈川県は、1回の会議の所要時間が、尾道市の約3倍である。(移動の時間を考慮しないで)単純に考えると、同じ時間で3倍の回数を開催できる。

一方、意識調査で、尾道市の介護支援専門員も、適切と思われる会議の開催回数(3.32±0.29回)は、実際の開催回数(4.78±0.86回)より少ないので、望んで開催するというより、必要に迫られて開催していると考えられる。

4.3 参加者

4.3.1 利用者(要介護者)、家族

尾道市では、サービス利用者である要介護者と家族の参加する会議の割合が高い。一方、対照群である神奈川県では、調査期間中の1ヶ月間に開催した会議に、1回も利用者(要介護者)が参加しなかった回答者が35%であり、家族が参加しなかった回答者が30%であった。意識調査において、毎回出席が必要と思われる割合と、実態調査にお

いて、参加を呼びかけた割合と、実際に参加した割合は、尾道市も神奈川県も、利用者(要介護者)、家族とも、ほぼ同じ数字であった。

神奈川県は、「毎回出席が必要と思う」58.8%→「参加を呼び掛ける」65.6%→「実際に参加した」61.1%であった。一方、尾道市は、利用者の場合、「毎回出席が必要と思う」88.9%→「参加を呼び掛ける」97.3%→「実際に参加した」94.6%であった。家族に関しても、同様の傾向を示している。

利用者(要介護者)、家族の出席率の差は、参加者側の止むを得ない事情からではなく、介護支援専門員が毎回出席が必要と認識しているか否かの差により、対照群ある神奈川県では呼び掛けそのものがなされていないからであると考えざるを得ない。

介護支援専門員は、要介護者や家族からの相談に応じ、心身の状況等に応じ適切なサービスを利用できるように、居宅サービス事業を行うものとの連絡調整等を行う者である。サービス担当者会議は、利用者本位の観点から、課題分析や介護サービス計画の作成を地域の異なる機関の多くの専門職が合議によって行うものである。そして、要介護者等や家族の意思に沿って、この合議と協働を調整(マネジメント)するのが介護支援専門員の役割である。

さらに、サービス担当者会議に、本人・家族が参加している場合は、サービス担当者会議の場で、本人や家族から最終確認を取り、居宅サービス計画を交付することで、居宅サービス計画が完結したことになる。サービス担当者会議に本人や家族など、当事者が参加していない場合には、最終的に要介護者から居宅サービス計画について了解を得る必要性があり、二段階の手間となる。

4.3.2 主治医

主治医は毎回出席の必要があると思う回答者は、尾道市は80%であり、対照群の神奈川県で20.2%である。主治医に参加を呼びかけた割合は、尾道市が97.3%と神奈川県で23.3%のとなり、実際に参加したと回答した介護支援専門員の割合は、尾道市89.2%と神奈川県14.0%であり、尾道市、神

奈川県で、「毎回出席の必要があると思う」、「参加を呼び掛ける」、「実際にサービス担当者会議に出席する」の3つの項目に関して、尾道市、神奈川県は、それぞれがほぼ同じ割合を示した。このことは、実際に主治医がサービス担当者会議に出席するか否かは、介護支援専門員が、主治医が毎回出席の必要があると考えるか否かという意識の問題であると言える。

また会議開催上の問題点の中で、主治医不参加の理由として、「参加を呼びかけていない」と回答したものは、尾道市では4.4%であったが、神奈川県では57.7%と約6割に及んでいる。曜日、時間帯など日時があわないのが、45.3%となっている。

参加を呼び掛けようとしないうる基底には、「主治医が会議の意義を理解しない」(尾道市6.7%、神奈川県22.5%)こともあるが、介護支援専門員と主治医の信頼関係が確立していない(尾道市0%、神奈川県27.8%)という理由があると考えられる。一方、尾道市では、回答した45名のうち「主治医との信頼関係が確立されていない」と答えたものは1名も居なかった。

4.4 サービス担当者会議で共有された情報

4.4.1 事前に共有した情報

尾道市は、全体として、共有していると回答した回答者の割合が、ほとんどすべての項目で神奈川県より高い。特に、『尾道市医師会方式ケアカンファレンス』では、利用者のプロフィールとケアプランを関係者に送付することが事前準備として定められている⁴ため、「利用者の主訴」、「家族の主訴」、「利用者の要介護認定状況」の共有は、90%前後(86.5%~91.9%)であった

また上記の3項目に加え、「利用者の生活状況」、「生活上の問題への対処方針」、「介護の方針」、「ケアプランの共有・検討・確定」という未来志向の方針に対しても、事前に有意に高く情報共有されていた。

4.4.2 会議で共有された情報

サービス担当者会議で共有された情報項目は、尾道市と神奈川県では同じ割合であった。尾道市

では、事前に情報を共有していると回答した介護支援専門員の割合が、神奈川県より20～30%高いが、サービス担当者会議で、実際に情報を共有したと回答した割合は同じである。

さらに、尾道市では、「疾病に関する情報」、「医学的知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題への対処方針」も有意に高い。これは尾道市では、サービス担当者会議に主治医が参加している(89.2%)ためと考えられる。医療的、生活上の問題への対処の方針の情報が、利用者(要介護者)や家族を含めた参加者で共有されることは、介護チーム全体の危機管理が成され、チーム全員、また利用者本人や家族の安心感が増すと考えられる。特に医療の知識の少ない非医療職種や、利用者本人、家族は、主治医から医療情報や対処法に関する情報を得て、全員で情報を共有して確認することによる安心感は強いと考えられる。

4.4.3 会議の所要時間

意識調査によると、対照群である神奈川県は、60分の所要時間を長いと意識していない。尾道市の場合、事前にケアプランを含めた情報の共有が出来ている→会議では主治医も参加して、医療情報や対処法や介護方針について情報共有する→事前準備が出来ているので、実際の会議は15分から20分で十分である→従って会議の開催回数が多いという循環になっている。一方、対照群は、事前の準備・情報共有が乏しい→実際の会議で、状況説明に時間が掛かる→会議所要時間が50分から60分必要である→会議を開催する回数が少ない→また、そのことに問題を感じていないという循環になっていると考えられる。

このため、サービス担当者会議の開催率を向上するためには、意識改革から始めることが必要である。

これには、「介護支援専門員資質向上事業」として行われる介護支援専門員研修で、それぞれの地域における必要性に従い、研修プログラムの内容を検討するべきである。

またサービス担当者会議の所要時間を短くするためには、事前にケアプランを含む情報の共有を励

行することが必要と考えられる。

5. まとめ

5.1 尾道市方式の特徴

利用者(要介護者)本人、家族、主治医、(民生委員)のサービス担当者会議への出席率が高いことが特徴であり、これは「毎回会議に出席するべきか」という意識の段階で、対照群と異なっていた。意識の差が、「参加を呼び掛ける」という介護支援専門員の行動の差となり、その違いがサービス担当者会議への出席率という結果の違いに繋がっている。

5.2 会議で共有される情報

尾道市では、事前の情報共有が行われ、特にケアプランを事前に共有することが特徴的である。会議では、「医療知識や医療的対処の方法」、「生活上の問題への対処方針」について、情報共有されている割合が、対照群より有意に高かった。

事前に情報共有が充分になされて、サービス担当者会議の1回の所要時間は、平均20分である。対照群は、事前に情報共有を行ったと回答した介護支援専門員の割合は低く、「利用者の状況説明に時間が掛かる」などにより、会議の所要時間は平均50分である。両者とも、現状の所要時間を、それぞれ適切であると認識している。

さらに所要時間の短い尾道市の介護支援専門員は、サービス担当者会議の月間平均開催回数が多い。

担当利用者数には、有意な差が無いため、月間開催回数は、会議所用時間の影響と考えることが出来る。

5.3 ケアカンファレンスの役割

尾道市方式のケアカンファレンスは、「多職種協働には必須のもので、利用者本人、家族を含めたケアチームのメンバー全員が参加し(顔を合わせて)、ケアプランは事前に共有し、介護・医療の情報と、今後起こりうる生活上・医療上の問題点の対処方針を会議で確認し、共有するもの」と定義できる。

5.4 提言

「サービス担当者会議」という呼称は介護支援専門員自身にも、利用者・家族を含む他の者にも、「サービス事業者のみが集まり、ケアプランに盛り込む介護サービスの分配を決める会議」という誤解あるいは間違ったイメージを与えている可能性があるため、「サービス担当者会議」との名称を避けて、「ケアカンファレンス」という呼び方を用いることを提言する。

6. 謝辞

本研究は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業(H17-長寿-一般-022)の補助を受けている。

データの整理・解析および作表を補助してくれた吉原久美子氏に感謝します。

引用文献

- 5) 片山壽：地域医師会による看護連携の取り組みと医師会ケアマネジメントセンター、看護展望、27、66-71、2002
- 6) 月刊ケアマネジャー編集部：「尾道」の謎に迫る：ケアカンファレンス実施率は9割以上、ケアマネジャー、10、22-25、2002
- 7) 片山壽：ケアマネジメントの導入、内科、92、170-173、2003
- 8) 片山壽：医療ケア現場におけるケアマネジメントの意義、内科、92、374-378、2003
- 9) 片山壽：地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦、内科、92、578-583、2003
- 10) 片山壽：介護保険が誘導する新たな地域連携とサービスの一元化：新・地域ケアのシステムの受け皿と平均在院日数の短縮化、内科、92、753-757、2003

Abstract

To research into characteristics of Onomichi Medical Association method Care Conference, we had investigation about the actual conditions of care conference and awareness of care manager in Onomichi city and compared with Kanagawa prefecture as groups of contrast.

When care conference is held in Onomichi city, information including care plan is shared in advance. "Medical information and management of medical care" and "management of daily life care"

- 1) 会議支援専門員 基本テキスト
- 2) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護、2003
- 3) 田城孝雄、片山壽、丸井英二、田中滋：地域医療連携「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ、医療と社会、14(1)、51-62、2004
- 4) 片山 壽：患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療、治療、87、1693-1701、2005

参考文献

- 1) 片山壽：在宅医療介護基本手技マニュアル、永井書店、2000
- 2) 片山壽：かかりつけ医とケアマネジャー、月刊ケアマネジメント、12、8、2001
- 3) 片山壽：ケアマネジメント多職種協働の方法論、月刊ばんぶう、11、123、2001
- 4) 片山壽：主治医機能とケアマネジメント、日本プライマリケア学会誌、25(3)、213、2002
- 11) 片山壽：急性期病院における退院前ケアカンファレンスと包括的地域ケアシステム、看護学雑誌、67、882-885、2003
- 12) 片山壽：尾道市医師会の取り組み：地域医師会による高齢者ケアマネジメントの構築、介護支援専門員、5(4)、25-28、2003
- 13) 片山壽：在宅医療とは何か、からだの科学、No.232、12-16、2003
- 14) 神奈川県介護支援専門員協会調査研究委員会：平成16年度介護支援専門員実態調査報告書、～介護支援専門員の質の向上に向けた現状と課題の把握～、神奈川県介護支援専門員協会、2005
- 15) 田城孝雄：地域で育てよう 我らの在宅ケア—包括的地域ケアとは何か—、月刊総合ケア、15、1216-1223、2005

are shared in advance in care conference mainly and considered care plan including crisis management. Because of sharing information in advance, meeting takes 15 ~ 20 minutes. On the other hand, in Kanagawa prefecture as groups of contrast, it takes 60 minutes to explain about user's condition at the meeting because information is not shared with in advance. Frequency of Care Conference in month per Care manger in Onomichi city is more held than groups of contrast. Also calling user, family, and doctor to join the meeting and participation rate were higher than groups of contrast significantly.

[研究論文]

世田谷区の介護サービス事業者に関する研究

著者： 味田村正行（いきいきコンシェルジュ経営オフィス）

抄録

本研究は、東京都世田谷区において介護サービスを提供している、介護サービス事業者の現状と課題を分析し、今後の経営上の展望を纏めたものである。本稿においては、まず世田谷区の介護サービスを取り巻く諸環境として、人口動態を含む世田谷区の地勢、並びに高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を包含する世田谷区の介護サービス関連計画を把握した。その上で世田谷区の介護サービス市場を規定している高齢者、介護認定者及び介護保険サービスの実状につき、調査を行なった。その結果、世田谷区は介護認定者の伸び率が高く、居宅サービスの利用が活発であることが判明した。更に世田谷区の介護サービス事業者の経営状況につき、分析を行なうとともに特定事業者よりのヒアリング結果を報告している。最後に今後の経営の展望につき示唆しているが、人材の確保、介護サービスの質の向上、事業者間の連携等が、経営上の重要要因になることが提言された。

キーワード:安全で安心なまち、介護保険事業計画、居宅サービス、閉じこもり、介護サービスの地域差、人材の確保

はじめに

急激な少子高齢化の進展、年金、医療、介護をめぐる社会保障制度の再設計、消費者ニーズの多様化及び高度化等、介護サービス市場を取り巻く経営環境は、激変の渦中にある。介護サービス事業者もその厳しい経営環境に対峙し始めているが、近い将来における団塊の世代の高齢者への参入もあり、急激に進展する高齢社会において、既存の介護サービスの役割は益々重要になると思料される。したがって、増加する高齢者に対し、介護サービスを提供する当該サービス事業者による経営の基盤作り及び体質強化は、日本社会にとって喫緊の課題であるといえる。

平成12年における介護保険制度施行以来、国の基本方針のもと、保険者である各自治体は高齢者保健福祉計画との同期をとりつつ、介護保険事業計画を策定し、同事業を推進してきた。各自治体

における介護サービスは、自治体の保健福祉計画、高齢者特性、生活環境、介護サービス事業者の参入状況等の要素により、独自の市場を構築していくものと推測される。については、筆者が住んでいる世田谷区も人口規模、高齢者保健福祉への取り組み、多様な介護サービスの展開、参入介護サービス事業者の構成等から、全国的にも特徴のある地域の一つと言える。

本稿は上記観点から、最初に世田谷区の介護サービスを取り巻く人口、予算及び行政施策等の環境を把握し、世田谷区の介護サービス市場を特徴づけている高齢者、介護認定者、介護保険サービス等の実態につき、調査を行った。更に世田谷区の介護サービス事業者の経営状況につき分析を行なうとともに特定事業者にヒアリングを行ない、事業環境及び課題を研究した。最後にこれらの調査及び研究をもとに今後の世田谷区の介護サービス

ス事業に関する考察及び提言を纏めることにする。

1. 世田谷区の地勢

1.1 世田谷区の人口

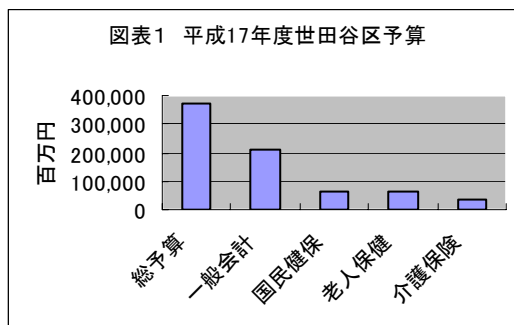
平成18年1月1日現在の世田谷区の人口は810,983人(内 男 389,067人 女 421,916人)、世帯数は418,118世帯(1世帯当たり1.9人)となっている。年齢別人口では0-14歳が全体の10.8%、15-64歳が71.9%、65歳以上が17.3%(内 75歳以上が8.1%)となっている。経年の人口傾向としては、平成元年から平成7年までは減少傾向であったが、その後一貫して増加傾向が続いている。高齢化率は平成7年には13.5%だったが、平成15年には16.6%に増加した。因みに平成17年9月現在の全国及び東京都の高齢化率はそれぞれ20.0%及び18.2%となっており、世田谷区の高齢化率よりも高くなっている。一方、東京都全域の世帯数及び人口において世田谷区の占める割合は、それぞれ7.0%及び6.4%であり、東京都において最大人口を擁する地域となっている。

1.2 世田谷区の土地と住宅

世田谷区の土地面積は平成16年度において、総数が3,715.89haであり、その内、住宅地域は約92%であり、工業地区はゼロである。平成10年度の世田谷区の居住世帯住宅は364,640戸となっており、東京都全域の10.2%を占めている。

1.3 世田谷区の予算状況

世田谷区の平成17年度予算総額は370,537百万円(前年比-2.3%)、内一般会計208,714百万円(前年比-8.9%)、特別会計として国民健康保険事業会計65,171百万円、老人保健医療会計59,815百万円、介護保険事業会計36,601百万円となっている。予算総額の内、医療保健福祉関係予算総額は約228,332百万円であり、予算総額の約61.6%にもものぼっている。また予算総額の内、介護保険事業会計予算は約9.9%を占めている。



1.4 世田谷区の産業

平成13年度の国勢調査によると世田谷区の事業所数は、総数28,059の内、卸売・小売8,586、サービス4,920、飲食4,122、医療・福祉2,076(全体の7%)となっている。また、従業者数は総数249,126人の中で卸売・小売65,730人、サービス34,119人、飲食27,818人、医療・福祉22,458人(全体の9%)となっている。医療・福祉の事業所数及び従業者数の内訳としては、それぞれ医療1,701、15,156人、保健衛生16、1298人、社会保険・社会福祉・介護359、6,004人となっている。医療・福祉の従業者規模別事業所数は1-4人46.9%、5-9人30.7%、10-19人9.9%、20-29人3.9%となっている。

2. 世田谷区の介護サービス関連計画

2.1 世田谷区基本構想

世田谷区基本構想は、世田谷区の望ましい将来像の実現に向けて区民全体のまちづくりを進め、自治の発展を目指す区政の基本方針として平成6年に制定された。世田谷区はこの指針のもとに基本計画の策定を始め、計画的・総合的な行政を推進している。基本理念として「人間尊重のまちづくり」「環境と共生する社会の実現」「区民自治の確立」を掲げている。さらに世田谷区の将来像として「生活者の視点にたった平和で豊かな生活文化都市の実現」を目指している。

2.2 世田谷区基本計画

上記の基本構想に基づいて、行政運営の基本的指針として平成17年度から平成26年度までの10ヵ年の基本計画が策定されている。その基本的考え方は『いつまでも住み続けたい「魅力溢れる安全・安心のまち世田谷」』の実現であり、それに向けて10年後の目指すべき目標として「安全で安心なまち」「魅力的で活力溢れるまち」「健康でやすらぎのある街」「世田谷の文化を育み、未来が輝く街」「区民が創るまち」の主要5テーマを掲げている。

2.3 地域保健医療福祉総合計画

世田谷区は保健医療福祉に関する基本計画として、地域福祉計画及び地域保健医療計画を策定し、保健医療福祉政策を進めてきたが、保健医療福祉分野を横断的に俯瞰し、今後10年間の取り組みの方向性を明確にするため、平成17年度を初年度として地域保健医療福祉総合計画を策定した。同計画は保健医療福祉に関わる基本方針として、各分野の計画を誘導する役割をもち、基本理念は「尊厳」「発達」「自立」「参加」である。

2.4 高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画

介護保険制度が区民に定着したことを前提に高齢者保健福祉政策の在り方を必要に応じて見直し、21世紀の高齢社会における世田谷区の地域づくりの基礎となる計画として本計画が策定された。本計画は関連各種計画と整合され、区の高齢者保健福祉分野における総合的指針とし、老人福祉法及び老人保健法に基づく「老人保健福祉計画」と介護保険に基づく「介護保険事業計画」を併せた一体的計画となっている。計画の基本理念は「アクセス」「サービスの提供」「質の確保と権利擁護」であり、平成15年度を初年度とし、平成19年度までの5ヵ年の計画になっているが、平成18年度に見直しが実施された。

3. 世田谷区の介護サービス

3.1 第1号被保険者数及び認定状況

平成18年1月度における総人口は810,983人、第1号被保険者数は141,010人、対総人口保険者比率は17.4%である。また介護認定者数は25,996人であり、対第1号被保険者数比率は、18.4%である。また介護度別の認定者数の内訳は、図表2の通りであり、要介護1が顕著に多く、要支援、要介護2が続いている。

世田谷区における要介護認定者の平成12年から平成17年までの経年変化は図表3の通りである。各年4月末時点の認定状況を示しているが、平成12年から平成17年までに要介護認定者数増加率は全体で約2.2倍の伸びを示している。特に要介護1の伸びが著しく、それに次いで要支援が高い伸びを示している。反面、要介護2,3,5は、平均以下の伸びであり、また要介護4は最も低い伸び率であり、伸び率は軽度と重度に二極化してきている。

図表2 平成17年末介護度認定状況

介護度	認定者数	割合
要支援	3,985人	15.3%
要介護1	8,169人	31.4%
要介護2	3,962人	15.2%
要介護3	3,464人	13.3%
要介護4	3,252人	12.5%
要介護5	3,164人	12.2%

図表3 要介護認定者の経年変化（世田谷区）

	平成12年	平成17年	増加率・倍
要支援	1,629人	3,746人	2.3倍
要介護1	2,488人	7,748人	3.1倍
要介護2	2,143人	3,978人	1.9倍
要介護3	1,777人	3,367人	1.9倍
要介護4	1,899人	3,148人	1.7倍
要介護5	1,605人	3,094人	1.9倍
計	11,541人	25,081人	2.2倍

なお、全国の要介護認定者の平成12年から平成17年までの経年変化を下記図表4に示す。当該期間で要介護認定者の全体の増加率は1.9倍であり、世田谷区の増加率よりも低くなっている。介護度別の増加率は世田谷区と同じ傾向であり、要介護1、要支援及び要介護5が高くなっている。

図表4 要介護認定者の経年変化(全国)

	平成12年	平成17年	増加率・倍
要支援	291千人	686千人	2.4倍
要介護1	551千人	1,37千人	2.5倍
要介護2	394千人	633千人	1.6倍
要介護3	317千人	544千人	1.7倍
要介護4	339千人	517千人	1.5倍
要介護5	290千人	491千人	1.7倍
計	2,18千人	4,24千人	1.9倍

3.2 介護保険サービスの利用状況

世田谷区の平成16年度介護保険居宅サービスの利用状況を下記図表5に示す。居宅サービスの保険給付額合計は19,430百万円であり、一方、施設サービスの保険給付額合計は12,188百万円となっている。保険給付額における居宅サービス対施設サービスの比率は、1:0.62となっている。同年度の全国居宅サービスの保険給付額は2,764,445百万円であり、施設サービスの保険給付額は2,866,374百万円である。保険給付額における居宅サービス対施設サービスの比率は1:1.04となっており、全国に比べて世田谷区の居宅サービスの利用がはるかに活発であることが窺われる。

図表5 平成16年度居宅サービス保険給付額

サービス名	利用件数	保険給付額
訪問介護	138,390	7,589,277千円
通所介護	54,668	3,323,674千円

短期入所	10,096	786,070千円
訪問入浴	12,754	682,342千円
訪問看護	25,311	946,001千円
福祉用具貸与	88,673	1,220,907千円
居宅介護支援	170,873	1,527,770千円
認知症生活介護	1,897	429,626千円
特定入所者施設	11,868	2,123,644千円

3.3 介護保険事業状況の世田谷区と東京都

及び全国との比較

介護保険事業状況における世田谷区と東京都及び全国との比較を項目別に検討する。

第1号被保険者1人当たり保険給付額は平成16年4月において、世田谷区は20,034円、東京都17,504円及び全国18,048円となっており、世田谷区の給付額は東京都及び全国に比べて10数%ほど高いレベルにある。

世田谷区は全国平均に比して高齢者1人当たり施設サービス費用(全額10割額)が約1,000円低く、高齢者1人当たり居宅サービス費用については約2,000円高くなっており、施設サービスに比べて居宅サービス利用が活発であることを示している。東京都に比べても居宅サービス費用が約1,500円高くなっている。

世田谷区は全国平均に比べて、第1号被保険者に占める居宅サービス利用率は約1%高く(世田谷区は約11%)、また居宅サービス利用者1人当たり居宅サービス費用も約2,000円高くなっており、居宅サービス利用が活発であることが推測される。因みに東京都と比較しても全国と同様の傾向が見られる。

世田谷区は全国平均に比し、居宅サービス対支給限度額利用比率の各要介護度の平均値が約8%高く(世田谷区は約54%)1人当たりの居宅サービス利用量が多くなっている。東京都と比較してもほぼ同様の傾向になっている。

高齢者1人当り介護保険サービス分類別サービス費用に関し、世田谷区は全国平均に比べて、訪問系サービスが特化して高く、一方通所系サービス及び老人保健施設は低くなっている。東京都は全国平均に比し、世田谷区と同様の傾向を示しているが、訪問系サービスは世田谷区より低い。一方、高齢人口に占める要介護度別施設サービス利用者の割合に関しては、世田谷区は全国及び東京都と比較して全ての要介護度において低くなっており、施設利用が低いレベルにあることが推測できる。

3.4 世田谷区における高齢者実態調査

世田谷区における高齢者の実態を把握するために、各種実態調査結果を渉猟することにより分析を試みることにする。

3.4.1 世田谷区高齢者福祉計画改定・介護保険事業計画策定のための高齢者等実態調査

平成11年3月に実施された要介護高齢者等個別調査で、高齢者の属性としては前期高齢者22.5%、後期高齢者77.5%であった。調査対象者の約6割以上が買い物、家事が出来ず、また約6割の人が寝たきり及び準寝たきりの状態である。

約4割の人に認知症の症状が出ており、約8割の人が病気で治療中である。主介護者は配偶者が28.7%で一番多く、娘、嫁が続いている。約30%の人が入所施設の利用を考えている。

3.4.2 介護保険サービス・保健福祉サービス実態調査

平成13年3月に実施された介護保険サービスに関わる介護保険利用者の調査であり、回答者は要介護度の6段階にほぼ均等に分布しており、家族構成は約40%が子供等との同居世帯でその他が、夫婦のみ或いは1人暮らしである。要介護認定申請は約60%が保健福祉センター、約40%が在宅介護支援センターを利用している。要介護認定結果及びケアプランについては約80%の人が

「納得」「大体納得」と回答している。サービスの満足度は、訪問介護において満足が50%と高く、他のサービスも満足が30-40%に達している。

3.4.3 2003年度世田谷区高齢者実態調査

2003年度に1人暮らし並びに高齢者のみ世帯を対象に実施された調査であり、同年1月現在では1人暮らしの人は13,675人であり、高齢者のみ世帯は9,699世帯であり、その人数は19,678人となっている。1人暮らし高齢者13,675人のうち、男性2,548人女性11,127人であり、女性が81.4%と多数を占めている。1人暮らしの人でバスや電車での外出可能と答えた割合は56.2%である。一方、高齢者のみ世帯でのバスや電車での外出可能な人は70.1%であり、1人暮らしの人と比較するとその割合が高くなっている。

3.4.4 世田谷区高齢者保健福祉ニーズ調査報告書

世田谷区では区民の健康づくりに役立てるために閉じこもりの人がどれぐらいいるのか、またなぜ閉じこもりになってしまうのか、転倒を予防するにはどうしたらよいかを調査し、平成13年3月に調査結果を発表した。閉じこもりは三つの側面があり、空間面の閉じこもりは生活の広がりや狭い範囲に限定されており、「外出頻度が月に2回以下」かつ「日常生活の行動範囲が主に家の中」であり、対人関係面の閉じこもりとは家族以外の人との接触が少ない人で「別居親族、友人、近隣との接触が月に1回以下しかなく、かつ地域のグループに月に1回以下しか参加していない」人であり、心理面の閉じこもりは心理的に周囲から孤立していると感じている人で孤立していると感じることが「時々、或いはそのように感じているときが多い」とした人である。2種類以上の閉じこもりをかかえている人は世田谷区の65歳以上の高齢者全体で10.7%であり、約13,000人の高齢者が特に問題となるような閉じこもりの状態にあるとみられる。このような閉じこもりは74歳までの前期高

高齢者では 10%にも満たないが、85 歳以上になると 20%を越える。閉じこもりの原因としては健康面での生活の自立度の低さ、社会面での日中 1 人での時間の多さ、外出の誘いがないこと、経済状態が悪いこと、環境面での周囲の環境の悪さ、心理面での転倒の恐怖、地域への愛着の低さ、社会参加の意欲の低さが挙げられる。以上からすれば身体がたとえ不自由になっても周囲の環境の改善、誘い合いながらの外出、社会参加意欲の増大を通じて閉じこもり予防が十分に可能であることが推測される。

一方、転倒については過去 1 年間で全体の 18.6%の人が経験しており、区内では約 2 万 3 千人の高齢者が転倒を経験していたことになる。転倒経験者は 65-69 歳で 12%程度だが、80 歳以上になると 25%を越えている。高齢者が転倒するとそれが契機になって寝たきりになりやすいと言われているが、転倒を未然に防ぐためには室内環境の整備が必須である。

3.4.5 世田谷区独自の介護サービス

世田谷区は介護保険対象在宅介護サービスに加えて、区独自の在宅サービスとして多様なメニューを提供している。対象者別のサービス内容は下記の通りであり、寝たきり及び認知症の高齢者向けは図表 6、1 人暮らし向けサービスは図表 7、1 人暮らし、高齢者のみ世帯向けは図表 8 を参照されたい。

図表 6 寝たきり及び認知症の方へのサービス

サービス種類	サービス内容
訪問理美容	自宅に理美容師が訪問
寝具乾燥	寝具を乾燥・水洗い
紙おむつ	紙おむつの支給
おむつ代	支給に代え費用を助成
生活用具	洗浄器付き便座を給付

図表 7 1 人暮らしの方へのサービス

サービス種類	サービス内容
会食サービス	会食等の機会提供
福祉電話	電話を貸与
電話料助成	電話料を助成
おはよう訪問	毎日訪問し、安否確認
火災安全システム	防災上必要用具を給付

図表 8 1 人暮らし、高齢者世帯へのサービス

サービス種類	サービス内容
配食サービス	夕食配達し、安否確認
家事援助	生活支援介護員を派遣
緊急通報	緊急通報ペンダント給付
火災自動通報	緊急通報システムに接続

以上のサービスのほかに世田谷区は住宅改修費の助成等を含む住まいに関するサービス、リフト付きタクシーの運行、入浴券の支給等のサービスを実施している。更に世田谷区では平成 17 年度より、見守りが必要な高齢者を対象に地区内で支えあう見守りネットワークづくりを展開し、世田谷区社会福祉協議会では高齢者や子育ての人への地域支えあい活動を実施しており、一方世田谷区成年後見支援センターでは判断能力が十分でなくなっても住み慣れた地域で安心して暮らせるように成年後見制度の活用を高齢者に対し、支援している。

4. 世田谷区の介護サービス事業者

4.1 介護サービス事業者の概要

世田谷区には介護保険施設として、介護老人福祉施設 17 施設(定員 1,256 人)、介護療養型医療施設 3 施設(定員 165 人)、介護老人保健施設 7 施設(定員 679 人) 認知症対応型共同生活介護 8 施設(定員 117 人) 及び特定施設入居者生活介護 25 施設(定員 1,730 人) が存在しており、

これらの施設の定員の合計は、3,947 人となっている。上記の介護老人福祉施設、介護療養型医療施設及び介護老人保健施設の3施設に関し、全国と世田谷区の総高齢者数対施設定員総数を比較すると全国では高齢者100人に対し、施設定員は3.1人であるのに対し、世田谷区では高齢者100人に対し、施設定員は1.5人となっており、世田谷区は全国レベルの約半分であり、設置施設数が少なく、施設収容力が低くなっている。この主な要因は、土地代を中心とする施設建設費が高く、行政による抑制並びに事業者の参入障壁が高いことにあると推測される。なお介護老人福祉施設の入居待機者は区全体で2千人いると言われている。

平成17年における居宅介護サービス分野別の世田谷区における事業所数は下記図表9の通りである。

図表9 居宅介護サービス分野別事業所数

サービス分野	事業所数
居宅介護支援	202
訪問介護	196
訪問入浴	12
訪問看護	43
訪問リハビリ	11
通所介護	71
通所リハビリ	17
短期入所生活介護	17
短期入所療養介護	9
福祉用具貸与	49
住宅改修	74

分野別に事業所数をみると、居宅介護支援及び訪問介護の事業所数が多く、それに住宅改修、通所介護、福祉用具貸与及び訪問看護が続いている。事業所数の差異は、個々のサービスの市場規模、参入障壁、事業投資額、専門スタッフの必要

度及び既存事業との関係等により、生じていると思われる。

なお参考までに世田谷区の医事関係施設を図表10に示す。平成12年から平成16年においては、病院及び救急施設数は変化が少なく、診療所及び歯科診療所が増加している。

図表10 世田谷区の医事関係施設

	平成 12年	平成 13年	平成 14年	平成 15年	平成 16年
病院	32	31	30	29	30
診療所	756	765	776	796	806
歯科 診療所	659	680	684	688	696
助産所	13	12	12	11	12
歯科 技工所	111	112	111	114	116
救急 施設	23	22	22	23	23

4.2 介護サービス事業者の開設主体

世田谷区の介護サービス事業者の開設主体別分析は下記図表11の通りである。

居宅介護支援事業所総数202事業所のうち、株式会社及び有限会社の占める割合は68%である。同様に訪問介護事業所総数196事業所のうち、株式会社及び有限会社の合計数は167事業所であり、全体の85%を占めている。訪問入浴、福祉用具貸与及び住宅改修においても株式会社及び有限会社が占める割合は総事業所のうち、それぞれ92%、92%並びに96%にも達している。上記5分野においては、介護保険制度の施行後に民間企業の参入が加速的に行なわれたことを数字が物語っている。一方、訪問看護、訪問リハビリ及び通所リハビリにおいては、医療系サービスにおける開設主体の制限もあり、医療系の開設主体が半数以上を占め

ている。通所介護においては過去の経緯・実績の要因もあり、社会福祉法人が52%と最も高い割合を占めている。

図表 11 介護サービス事業者の開設主体

	株式 会社	有限 会社	医療 社団	社福 法人	その 他	合計
居宅 介護	89	49	13	34	17	202
訪問 介護	120	47	1	12	16	196
訪問 入浴	11	1	0	0	1	13
訪問 看護	8	2	23	7	3	43
訪問 リハ	0	0	9	0	2	11
通所 介護	23	5	2	37	4	71
通所 リハ	0	0	9	1	7	17
短期 生活	0	0	0	14	3	17
短期 療養	0	0	6	1	2	9
福祉 用具	32	13	1	0	3	49
住宅 改修	45	26	0	0	3	74

4.3 大手介護サービス事業者の動向

世田谷区における大手介護サービス事業者の事業所数は 下記図表 12 の通りである。

公開上場企業はメデイカジャパン及びメッセージを除いて介護事業の拠点を世田谷区に開設して

いる。事業分野別では居宅介護支援と訪問介護を中心に事業展開している。地域的には三軒茶屋を拠点に玉川、北沢及び砧地域に事業所を配置している。コムスンの事業所数が最も多く、訪問介護において、唯一世田谷区の5行政地域に拠点を開設しており、最近では玉川地域に拠点数を増やしている。ニチイ学館は通所介護にも進出し、施設サービスの取り込みに参入しつつある。セコム医療システムは医療系の強みを生かして、訪問看護を手掛けており、一方ベネッセスタイルケアは介護事業のうち、経堂事業所をベネッセ介護センター東京と名付け、世田谷区、杉並区、練馬区、中野区及び新宿区における事業の統括を行なわさせている。更に同社は区内に11ヶ所の有料老人ホームを擁している。

図表 12 大手介護事業者の事業所

	居 宅 介 護	訪 問 介 護	訪 問 入 浴	訪 問 看 護	通 所 介 護	福 祉 用 具
コムスン	2	16	0	1	0	0
ニチイ学館	4	5	1	0	1	1
やさしい手	4	6	0	0	1	0
セントケア	2	4	2	0	0	1
ジャパンケ ア	2	5	0	0	0	0
セコム医療	1	2	0	2	0	0
ベネッセ	2	2	0	0	0	0
ロングライ フ	2	2	1	0	0	0

4.4 世田谷区社会福祉事業団の動向

平成6年に区立特別養護老人ホームの運営主体として、社会福祉事業の推進を通し、区民福祉の増進を図るため、社会福祉法人として設立された。

現在の施設及び事業内容としては、区立特別養護老人ホーム(2施設)、デイホーム(8事業所)、訪問介護(4事業所)、訪問看護(4事業所)並びに居宅介護支援(7事業所)を擁し、区内最大の介護サービス事業者となっている。平成16年度の事業収入は約43億円であり、そのうち介護保険収入は約29億円である。職員数は常勤約270名、非常勤約530名の計約800名である。

5. 世田谷区の介護サービス事業者訪問調査

5.1 研究方法

世田谷区の介護サービス事業者の事業の現状を調査し、事業環境及び事業課題を把握し、今後の経営改善の方向性を検討するため、区内事業者を2005年3月～6月の期間にて訪問した。訪問先事業形態別では居宅介護支援1、訪問介護6、通所介護3、訪問看護2、短期生活入所1、通所リハビリ1にて、開設主体別では社会福祉法人4、有限会社1、NPO3、株式会社4、財団法人2である。介護サービス事業者の介護事業の実態、課題及び今後の展望等をそれぞれ約1時間半に亘って14事業者から各事業所で聴取した。

5.2 訪問調査による聴取結果

5.2.1 全事業者の共通認識内容

- ・世田谷区は人口が多いこともあり、事業者数は他地域に比較すると多い。
- ・世田谷区は介護サービスの全国的モデル地域と呼ばれている。その要因としては事業者数が多い、富裕層が多い、高齢化率が比較的高い、人口密度が高い等である。大手事業者は世田谷区を重点地域と位置づけている。
- ・事業者は中小事業者が多い。
- ・特養、短期入所、通所介護の収容人数はまだ足りないが、訪問介護はほぼ充足している。
- ・競争はまだ厳しくないが、大手事業者のシェアが伸びており、予断を許さない。

- ・世田谷区はコストが高く、全般的に経営は難しい。経営の安定を図るためには介護保険サービスの売上割合を減少させ、介護保険外のサービスの拡大を図ることが必要である。

- ・経営体質向上のためには利用者のニーズを統合的に把握し、総合的なサービスを提供していくことが重要である。

- ・人の確保と育成及び人事管理が経営上重要な課題である。

- ・今までは営業活動はする必要なく、口コミで利用者を開拓していたが、今後は競争が激しくなり、営業活動の強化が必要になる。

- ・ISO9001認証に取り組みを始めている事業所も散見された。

5.2.2 特定事業者の固有認識内容

- ・ケアマネ及びヘルパーの採用が、非常に困難である。常勤雇用は尚更難しい。

- ・訪問介護においては、稼働管理が収益向上の為には、最重要の課題である。

- ・訪問介護事業環境は厳しい。特に小規模事業者にとっては厳しい環境である。施設サービスとの連携も必要である。

- ・訪問介護経費の中で割合が高いのは人件費、通信費、システム費、交通費の順である。

- ・通所介護は2年目より黒字になるが、収容能力により収益は頭打ちになり、固定費負担が大きいため収益性は低い。

- ・訪問入浴も高い稼働率を確保することは困難である。

- ・小規模多機能サービスも収容人数が限定されており、固定費が高く、収益改善の余地が少ない。

- ・訪問看護は売上及び利益が少ないため、医療リスクを最小限にすることに注意している。

- ・短期入所では利用者の直前キャンセルが売上確保の最大の課題である。

- ・介護タクシーの需要は増えているが、移動手段

の確保は依然として課題である。

・認知症対応が今後の大切な課題である。

5.3 特定事業者の財務状況

訪問介護事業者及び訪問看護事業者各1社から、財務諸表を入手したが、その分析結果は下記の通りである。

5.3.1 訪問看護事業者財務状況

収益性分析では、売上高対営業利益率 9.5%、売上高対経常利益率 9.5%、売上高対税引前当期利益率 7.3%、売上高対当期利益率 6.4%、売上高対人件費率 80.9%となっている。平成 17 年 11 月に公表された厚生労働省の介護事業経営実態調査結果では訪問看護事業所の介護事業収益対損益(上記税引前利益に相当)率は 5.8%になっているので、上記収益率は高い収益レベルにあるといえる。一方、財政状態分析では、固定長期適合率 13.7%、流動比率 161.9%、総資本対経常利益率 37.2%、総資本回転率 3.9 回となっている。財政状態については更に他事業者との比較分析する必要あるが、概観的には安定性もあり、収益性も高いレベルにあると判断できる。

5.3.2 訪問介護事業者財務状況

収益性分析では、売上高対営業利益率 2.5%、売上高対経常利益率 2.0%、売上高対税引前当期利益率 1.6%、売上高対当期利益率 1.5%となっている。前述の介護事業経営実態調査結果によると訪問介護事業者の介護事業収益対損益率は-0.8%になっているので上記利益率は高い収益レベルにあると言える。一方、財政状態分析では、自己資本比率 26.3%、固定長期適合率 109.5%、流動比率 91.8%、総資本対経常利益率 5.3%、総資本回転率 2.6 回となっている。財政状態については、他事業者との比較分析などにより客観的な検討の必要があるが、上記データからは安定性に脆弱な面があり、収益性も標準レベルと推定される。

上記の訪問看護事業者と訪問介護事業者を比較

すると訪問看護事業者が、収益性分析においてより高い収益性を示しており、また財政状態分析でもより良い安定性と収益性を維持している。介護事業経営実態調査結果でも収益性においては同様な結果が出ており、両事業の収益構造に起因するものと思われる。

おわりに

以上の通り、世田谷区の介護サービス事業者の現状と課題について事業を取り巻く世田谷区の地勢、高齢者の特性、行政の方針、介護サービスの実態等を俯瞰しながら、分析し検討してきた。全国の市町村数は約 1,820 であり、人口、人口密度、面積には大きな相違が存在するが、各自治体の介護サービスにも歴然とした地域差が存在する。この地域差は受益者である地域の高齢者の特性、自治体の地域福祉・介護政策及び介護サービス事業者のサービス力等に起因する社会的な地域差であると想定される。住友生命総合研究所は地方自治体における介護力の地域差について、在宅介護サービスに関する「在宅介護力指数」という指標によって分析している。その資料によると世田谷区は政令指定都市・特別区の中では上位 10 番目にランク付けされており、1位 中央区、2位 江戸川区、3位 仙台市になっている。

世田谷区は行政として保健医療福祉分野に積極的に取り組んでおり、民間主導による介護サービス事業の育成にも熱心であり、行政と民間の連携が良い形態で進行している。在宅介護サービスについては、上記の統計の通り、整備されつつあるが、介護老人福祉施設に代表される施設介護サービスにおいては、収容能力を中心にまだまだ未整備であり、地域の高齢者の要望に応える高品質の介護サービス提供の観点からはさまざまな課題が山積していると言える。一方、今年 4 月の介護保険制度改正に伴う介護予防体制の確立については、

改正直後のこともあり、その推進が遅れている。世田谷区も今年度から新たな介護保険事業計画をスタートさせたが、その帰趨が世田谷区の将来の介護サービス提供体制に大きな影響を与えることが予想される。

世田谷区の中小介護サービス事業者は大半が経営的には苦しい状況にあり、人材の確保と収益の向上の課題を抱え乍ら、介護サービスの質の改善と経営合理化等に向けて苦闘しており、明確な出口が見えないのが実態である。長期的には介護保険制度の改定による介護報酬の継続的な削減が予想され、経営環境が一層厳しくなる状況下、事業者はさまざまな経営変革努力を迫られるが、事業者間の連携・統合、新規サービスへの参入並びに専門家による経営支援も必要になってくると思料する。

一方、大手介護サービス事業者は、潤沢な資金力及び経営力もあり、着実に業績を伸ばしており、売上拡大及び顧客の囲い込みの観点から、最近は施設サービスまで展開を開始している。また地方の介護サービス有力企業も相次いで首都圏への市場進出を開始している。高齢化は都市部において急速に進展しており、世田谷区においても大手・中小事業者間の競争はますます激化することが予想される一方、大手・中小事業者間の合従連衡の動きが促進される可能性がある。

介護サービスは非定形の人的サービスであり、その品質は介護者個人の資質と能力に依存する面が大きい。量的な確保と合わせて高い技術レベルの介護職の採用は事業者の規模を問わず、業界全体の問題となっている。国も介護者の質の向上を加速的に推進する計画であるが、事業者にとっては、競争激化の中で生き残りをかけ、人材の確保と介護サービスの品質向上への取り組みが、喫緊の課題となっている。

高齢者のニーズは介護ニーズはもとより、生活

支援ニーズに至るまで多岐にわたっておるが、既存の介護保険サービスでは高齢者の満足を十分に得ておらず、利用者ごとの個別のニーズに即した介護・生活サービスの提供が求められる環境になって来ている。しかしながら、そのサービスを提供出来る主体並びに仕組みがまだ構築されていない現状があり、同サービスの実現のためには、いままでの「官」及び介護事業者に代表される「民」の考え方では難しく、「公—コミュニティ」という概念並びに実体の導入が必要と思われる。世田谷区が提唱する「高齢者にとって安全で安心なまち」を創造するためには「官」「民」「公」の3者が、共同で高齢者の自立生活を支援するノウハウの形成と仕組みの構築にむけて連帯することが望まれる。

参考文献

- 1) 石井孝宣：医療・介護施設のための経営分折入門 病院編、じほう：2003
- 2) 井松志郎：高齢者介護・シルバー事業企画マニュアル 2005～2006、エクスナレッジ：2005
- 3) 小野瀬 由一：介護ビジネス経営革新の進め方、同友館：2005
- 4) グローバル・ネットワーク：成功する介護ビジネスの起こし方・運営一切、日本実業出版社：2004
- 5) シルバーサービス振興会、介護ビジネス起業ガイドブック、中央法規出版：2000
- 6) 住友生命総合研究所：地域介護力 介護サービスの現状と課題、中央法規出版：1998
- 7) 住友生命総合研究所：地域介護力データブック、中央法規出版：2001
- 8) 世田谷区介護サービスネットワーク：介護サービス事業者ガイドブック 2005年、ハートページ：2005

- 9) 世田谷区地域保健福祉審議会：世田谷区高齢者
保健福祉計画・介護保険事業計画 改定に向けた
論点の整理 検討の中間報告、世田谷区：2005
10) 西田在賢：医療・福祉の経営学、薬事日報社：
2001
11) 早川浩士：介護事業の最新動向と経営展望、
日本医療企画：2002
12) ヘルスケア総合政策研究所：2005年版介護経
営白書、日本医療企画：2005
13) 森宮勝子：高齢社会の介護ビジネス、千
倉書房：2005

Abstract

This research is elaborated to analyze and grasp status quo and business tasks of long term care service providers operating in Setagaya Ward, Tokyo. In the paper ,surrounding circumstances of longterm care service such as topographical features including persons living ,and long term care related public plan including plan for social health and welfare, and long term care service for aged people are surveyed in depth.. Based on the above, fact finding works are performed for aged people, aged people acknowledged for long term insurance care and long term care insurance operation in the area. The result shows that increase ratio of numbers of aged people acknowledged for long term insurance care is relatively high and demand for residential long term care is strong and active in Setagaya Ward. Besides business trend and activity of long term care service providers are investigated and face to face hearing report with specific service providers is being presented. As future management key issues for long term care service, to secure well educated human resources, to improve quality of long term care service and alliance and collaboration among service providers are suggested.

[研究論文]

潜在曲線モデルを用いた介護老人福祉施設入所高齢者における
ADL能力の経年変化とその関連要因の検討

著者： 桐野匡史（岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士後期課程）

共著者：中嶋和夫（岡山県立大学保健福祉学部）、筒井孝子（国立保健医療科学院福祉サービス部）、

小山秀夫（静岡県立大学経営情報学部）

抄録

効率的な施設ケアサービスと長期介護計画に資する基礎資料を得ることをねらいに、介護老人福祉施設入所高齢者のADL能力の経年変化とそれに関連する要因について検討した。分析対象は、S県内の介護老人福祉施設111ヵ所の入所者のうち、寝たきりや重度のADL障害を有する者およびADLが完全に自立している者を除外した997名とした。調査は、2000年11-12月から2004年11-12月にわたって2年間隔で3度実施した。統計解析の結果、ADL能力の変化量（BI得点の変化量）と有意な関連を示した変数は、年齢と認知障害の有無であった。このことから、年齢が高く、認知障害がある者ほどADL能力の低下が急速に起こることが明らかとなった。ADL能力の変化量に対する説明率は10.6%と決して大きな数値ではなかった。今後は、認知障害のみならず、さまざまな疾患（心疾患、関節症、呼吸器疾患など）や転倒、骨折等の条件を考慮した上で、彼らのADL能力の変化量を説明する要因を探索することが望まれる。

キーワード：高齢者、ADL能力、Barthel Index、経年変化、潜在曲線モデル

1. 緒言

厚生労働省は、施設サービスの質を多様化する利用者の生活感覚に応じたものに転換させるため、平成5年にその評価事業をスタートさせ、翌平成6年には自己決定・残存能力の活用・サービスの継続性を基本理念として、特別養護老人ホーム・老人保健施設の「サービス評価基準」¹⁾を開発している。さらに、社会福祉基礎構造改革の一環として「福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書（平成13年3月）」²⁾をとりまとめている。このような流れの延長線上で、昨今の介護に関連した施設の経営者においては、サービスの質のみならずアウトカム（成果）が問われている。たとえば、2000年に発足した介護保険制度では、

2006年に高齢者の要介護度の悪化を防止するための給付を新たに新予防給付として加え、大幅な改正が行われた。これは、介護保険法の本来の目的である自立の促進を推進するために必要とされた改革といえる。施設入所者における要介護度は、時間の経過と共に高くなる（悪化する）傾向が強いとの報告がなされ³⁾、介護給付の成果が問われるに至っている。この問題を施設経営者が解決していくためには、要介護高齢者の日常生活活動（Activities of Daily Living；ADL）能力に応じた悪化予防のための適正な給付が求められる。

さて、従来の介護老人福祉施設等の入所高齢者を対象とした研究によれば、彼らの入浴や排泄、食事等のADLの障害は、年齢が高くなるにつれて

重篤化するとされている⁴⁾。このようなADL能力の低下の様相は、個人によってさまざまであることが経験的に知られているが、介護老人福祉施設等の入所高齢者を対象に彼らのADL能力の経年変化とそれに関連する要因を検討した研究は少ない^{5)・10)}。従来の研究成果のうち、たとえばMcConnellら⁵⁾はナーシングホーム利用者を対象として、(1)ADL能力の低下は比較的緩やかであること、(2)入所時の認知障害の程度はADL障害の程度とは関連するが、ADL能力の低下量(rate of decline)とはほとんど関連しないこと、(3)年齢や婚姻状態といった人口学的属性は入所時のADL障害の程度とは関連するが、それは認知障害の程度と比較すれば非常に小さいこと、を主な結果として報告している。もちろん、わが国においても、介護老人福祉施設等の入所高齢者のADL能力の変化を記述した縦断的研究^{11)・13)}はいくつか認められる。しかし、それらの研究では入所者のADL能力の変化がどのような要因と関連するのかがほとんど明らかにしていない。また、入所者のADL能力の評価については、要介護度だけでは十分に把握することはできない。そもそも要介護度は、介護の必要度を数量化したものであり¹⁴⁾、ADL能力を評価しているものではない。しかも、要介護度は、自立、要支援、要介護1~5の7段階しか存在しないため、あるひとつの段階に存在する高齢者のADL能力は多様である。このようなことから、施設入所高齢者のADLをどのような尺度で測定するかが問題となるが、本研究ではADL能力をBarthel Index (BI)^{15)・16)}で把握することを試みる。BIは1965年にMahoney & Barthelによって開発された機能的状態を評価する尺度で10の課題(食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行(車椅子)、階段昇降、更衣、排便自制、排尿自制)で構成されている。得点化は、それぞれの課題に対して0-15点が与えられ、その

合計は100点となることから、経年的な高齢者のADL能力の変動を数量化することが容易であると想定された。また、このADL能力との関連性を検討するものとして、従来の研究を参考に性、年齢といった基本的な属性に加え、認知障害にも着目する。その測定には1975年にFolsteinら¹⁷⁾によって開発された認知機能検査(Mini-Mental State Examination; MMSE)を採用した。この理由は、MMSEが質問項目の正誤数(合計得点)から認知障害(認知症)を簡便にスクリーニングでき、またスクリーニングテストとしての十分な妥当性が検討されているためである。加えて、施設生活の長期化による活動性の低下がみられるかどうかを検討するために、施設入所期間についても関連要因の1つとして加えるものとした。

以上のことを背景に、本研究では、介護施設サービスの効果測定の基礎資料を得ることをねらいとして、施設入所高齢者のADLの経年変化とそれに関連する要因を検討することを目的とした。

2. 方法

2.1 調査対象と調査内容

調査対象は、S県内の介護老人福祉施設111カ所の入所者7,215名(2000年11月現在)とした。調査は、対象者を主に介護している介護職員に質問紙を配布して観察・記入を依頼し、後日回収する形で行われた。調査は、2000年11-12月から2004年11-12月にわたって2年間隔で3度実施した。調査に当たっては、S県社会福祉協議会内に設置された倫理審査委員会の承認を得、調査は各施設責任者の承諾のもとに実施された。

調査内容は、施設入所高齢者の性、年齢、施設入所期間、要介護度、認知障害の有無、ADL能力とした。認知障害は、MMSE得点のカットオフ値(23/24点)^{18)・19)}に基づき、その有無を判断した。ADL能力はBIを用いて測定した。

調査の結果、調査に協力が得られた 87 施設、5,633 名分の回収票（回収率 78.0%）を得た。このうち、本研究では、BI に欠損値がない 5,288 名から寝たきりや重度の ADL 障害を有する者と ADL が完全に自立している者を除外し、最終的に 997 名を選定した。具体的には、従来の BI 得点のカットオフ値（60/61 点¹⁹⁾を参考にし、60 点以下の者と 100 点満点の者を除外した。

統計解析には、上記 997 名のうち、初回調査時点（T1）の年齢が 65 歳以上で、かつ性、施設入所期間、認知障害のスクリーニングに使用した MMSE に欠損値がない 830 名から、追跡調査時点（T2）で死亡した 22 名および再追跡調査時点（T3）でさらに死亡した 32 名を除く 776 名分のデータを T1 で使用した。また、前記 776 名のうち、多忙を理由に施設経営者等の責任者からの調査協力が得られなかった 483 名および他施設へ移動した 7 名を除いた生存者 286 名から、BI に欠損値を有さない 269 名分のデータを T2 で使用した。同様にして、T2 の生存者 286 名のうち、上記と同じ理由により調査協力が得られなかった 127 名および他施設へ移動した 9 名を除く生存者 150 名から、BI に欠損値がない 144 名のデータを T3 で使用した。

2.2 分析方法

統計解析には、平均構造を導入した構造方程式モデリングの 1 つである潜在曲線モデル（latent curve model; LCM）²⁰⁾を採用した。LCM は、固定母数を用いて「初期値（切片項）」と「変化量（傾き）」という成長（衰退）の形状を表わす構成概念を測定し、それらの母集団における散らばりの程度を構成概念の平均と分散を用いて表現することで、母集団全体における成長（衰退）曲線の形状を吟味できる方法の 1 つである²¹⁾。また、モデル中の「切片項」と「傾き」に対して 1 つ以上の説

明変数を組み込むことで、調査開始時（T1）の BI 得点（切片項）と BI 得点の変化量（傾き）に影響を与える要因の検討が可能になる。本研究では、まず、「切片項」と「傾き」の平均および分散が 0 ではないことを確認するために、説明変数を組み込まない基本的な潜在曲線モデルによる分析を行った。そののち、上述の「切片項」、「傾き」に対して 4 つの説明変数（性、年齢、施設入所期間、認知障害の有無）を組み込んだ説明変数のある潜在曲線モデルによる分析を行った。なお、説明変数のコード化は、性は「女性=0、男性=1」、施設入所期間は「中央値（2.9 年）未満=0、以上=1」、認知障害の有無は「認知障害なし（MMSE \geq 24）=0、認知障害あり（MMSE \leq 23）=1」とした。分析モデルの制約条件のうち、「切片項」から観測変数に向かうパスは 1、「傾き」から T1、T2 の BI 得点に向かうパスはそれぞれ 0、1 に固定した。ただし、「傾き」から T3 の BI 得点に向かうパスは、各測定時点の BI 得点の平均値（実測値）の変化量から判断し、T1 から T2 における BI 得点の変化量と T2 から T3 における BI 得点の変化量が概ね一致していると判断できた場合（線形変化）には 2、そうでない場合（非線形変化）には自由推定させるものとした^{21)・22)}。

上記の分析モデル全体のデータに対する適合性は、 χ^2 検定ならびに適合度指標 TLI、CFI、RMSEA で判断した。 χ^2 検定は、「帰無仮説：分析モデルは正しい」ことを検定しており、有意確率は 0.05 より大きいことが望ましい。他方、TLI、CFI は独立モデルを比較基準としたときのモデルとデータの乖離度の改善の程度を意味する指標、また RMSEA は 1 自由度あたりの乖離度の大きさを意味する指標であり、前者 2 つは 1 に近いほど、後者は 0.05 より小さいことが適合性の高いモデルと判断される²¹⁾。なお、パスの推定値の評価については、Wald 検定の結果、有意確率が 0.05 以

下のものを有意と判断した。最後に、「切片項」および「傾き」の分散に対する説明変数の説明力の指標として重相関係数の平方 (R^2) を求めた。以上の統計解析には、SPSS Ver.10 for Windows、Amos Ver.5.0 を使用した。また、本データは欠測値を含んでいたことから、モデルの各種パラメータの推定には完全情報最尤法 (Full Information Maximum Likelihood; FIML) ²¹⁾を用いた。

3. 結果

3.1 基本属性等の分布

調査開始時 (T1) の分析対象者の性別構成は、男性 171 名 (22.0%)、女性 605 名 (78.0%) であった。平均年齢は 80.9 歳 (標準偏差 (SD) 7.76、範囲 65-104 歳) であり、前期高齢者 (65-74 歳) は 178 名 (22.9%)、後期高齢者 (75 歳以上) は 598 名 (77.1%) であった。

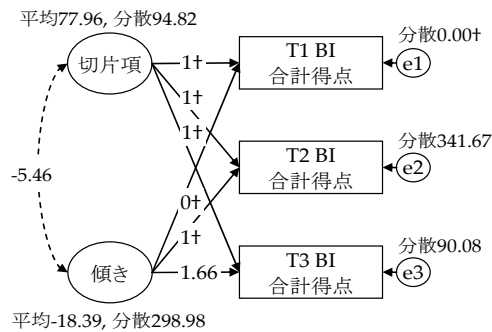
施設利用期間は、平均 4.1 年 (SD4.22、範囲 0.1-26.3 年)、中央値 2.9 年であった。認知障害の有無は、「認知障害なし」169 名 (21.8%)、「認知障害あり」607 名 (78.2%) であった。要介護度は、「要支援」36 名 (4.6%)、「要介護度 1」304 名 (39.2%)、「要介護度 2」274 名 (35.3%)、「要介護度 3」129 名 (16.6%)、「要介護度 4」22 名 (2.8%)、「要介護度 5」2 名 (0.3%)、不明 9 名 (1.2%) であった。BI 得点の平均値 (有効回答者による実測値) は、T1 では 77.9 点 (SD9.74)、

T2 では 60.2 点 (SD26.93)、T3 では 52.1 点 (SD30.45) であった。BI 得点の差分については、T1 から T2 では-17.7 点、T2 から T3 では-8.1 点と非線形的な低下の様相を示した。

3.2 潜在曲線モデルの結果

上記の結果 (非線形的な変化) を受け、「傾き」から T3 の BI 得点に向かうパスを自由推定させた説明変数を組み込まない潜在曲線モデルによる分析を行った。結果、T1 の BI 得点 (観測変数) の誤差分散 (e_1) に負の推定値 ($est=-4.68$) が観察された。しかし、 e_1 の推定値は統計学的に非有意 (標準誤差 36.01, $p=0.897$) であったことから、本結果は標本変動によって偶然にも負の推定値が得られたものと判断し、 e_1 に非負制約 ($e_1=0$) を課した上で再分析した ²⁰⁾。結果、誤差分散に負の推定値は観察されず、モデルの適合度は $\chi^2=0.018$ 、 $df=1$ 、 $p=0.894$ 、CFI=1.000、TLI=1.058、RMSEA=0.000 と良好な数値を示した。なお、「傾き」から T3 の BI 得点に向かうパスは 1.66 と推定され、「切片項」の平均は 77.96 (分散 94.82)、「傾き」の平均は-18.39 (分散 298.98) と推定された (図表 1)。「切片項」および「傾き」の平均と分散は、いずれも統計学的に有意であった。このうち、「傾き」の分散が有意であったことは、ADL 能力の変化量に個人差が認められることを意味している。

図表1. 潜在曲線モデルの分析結果(非標準化推定値)



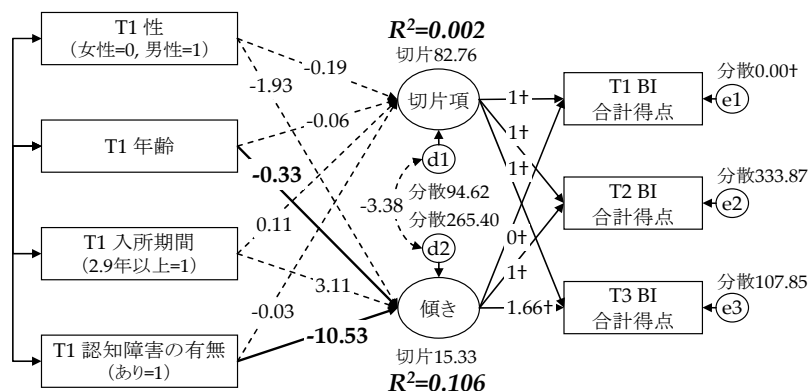
注1) 破線は非有意なパスである。+は制約を加えた箇所である。

$\chi^2=0.018, df=1, p=0.894, CFI=1.000, TLI=1.058, RMSEA=0.000$

次に、4つの説明変数(性、年齢、施設入所期間、認知障害の有無)を組み込んだ潜在曲線モデルによる分析を行った。このとき、前記分析で得られた結果を基礎に、「傾き」からT3のBI得点に向かうパスを1.66に制約し、e1の誤差分散には非負制約(e1=0)を課した。結果、モデルの適合度は $\chi^2=4.436, df=6, p=0.618, CFI=1.000, TLI=1.037, RMSEA=0.000$ と良好な数値を示した。「切片項」に対して有意な影響が認められた変数はなく、「傾き」に対して有意な影響が認められ

た変数は「年齢」(推定値-0.33)と「認知障害の有無」(推定値-10.53)の2つであった。この結果は、他の要因が一定の場合、年齢が1歳高いほど2年後には0.33点(4年後は0.54点)だけ余分にBI得点が低下するものと解釈され、同様に、他の要因が一定の場合、認知障害がある者は(いない者よりも)2年後には10.53点(4年後は17.47点)だけ余分にBI得点が低下するものと解釈された。切片項、傾きに対するR²値(説明率)はそれぞれ0.002(0.2%)、0.106(10.6%)であった(図表2)。

図表2. 説明変数を導入した潜在曲線モデルの分析結果(非標準化推定値)



注1) +は制約を加えた箇所である。説明変数間の共分散(相関)の推定値と検定結果は、図の煩雑化を避けるため省略している。
注2) 実線は有意なパス(p<0.05)、破線は非有意なパスである。制約を加えたパスは実線で記載しているが、検定は行えない。

$\chi^2=4.436, df=6, p=0.618, CFI=1.000, TLI=1.037, RMSEA=0.000$

4. 考察

本研究では、介護施設サービスの効果測定の基本資料を得ることをねらいとして、施設入所高齢者の ADL の経年変化とそれに関連する要因を検討することを目的に行なった。

統計解析には、調査に協力が得られた S 県内の介護老人福祉施設の入所高齢者のうち、初回調査時の ADL 障害が比較的軽度であった高齢者が選定された。これにより、同時点で全体の大多数を占めていた寝たきりおよび重度の ADL 障害を有する入所者は必然的に除外されることになった。しかし、このような対象選定を行った理由は大きく分けて 2 つある。1 つは、わずかな ADL 障害とはいえ、ADL 能力の低下が認められるようになった入所者は、その後の ADL 能力の変動が大きく見込まれる集団であり、その変動の仕方によっては彼らの介護状況も大きく変わる可能性があると思定されるからにほかならない。すなわち、現在はわずかな ADL 障害しかない入所者であっても、その後の ADL 能力がある程度維持される者もいれば、早期に悪化してしまう者もいる⁷⁾。もちろん、長期的にみれば、ADL 能力の低下は不可避ではあるが、それが早期に低下してしまう可能性が高い入所者に対しては、低下する以前の早い段階から彼らを特定できるような手掛かり(潜在的リスク)を明確にし、彼らの今後の介護の必要性を考慮した長期介護計画を思案しなければならない。特に、介護老人福祉施設においては、職員の不足や重労働といった数々の問題を抱えていることから²³⁾、入所者の予後を見据えた上で、効率的な介護を提供するための見通しを立てなければ、介護の質の低下を招き、結果的にはその対応に追われる職員の業務過多に結びつく可能性も高い。反対に、こうした状況を早期に予測できれば、職員の介護能力の向上や生活ケアがもつりハビリテーション的

機能¹²⁾を活用した入所者自身の ADL 能力の低下予防を図ることも仮定でき、安定したサービス提供体制を維持できるものと推察される。もう 1 つの理由は、ADL 能力を評価するための尺度の限界である。本研究で用いた BI は、評価に対する利便性は高いものの、1 課題あたりの評価は最大でも 4 段階しかなく、重度な ADL 障害を有する要介護高齢者においては、彼らの ADL 能力の個人差を正しく反映できない可能性がある。また、満点の者(完全自立者)についても BI 得点の天井効果により彼らの有する正確な ADL 能力を測定できない可能性は否定できない。そういった意味では、今回のように、重度な ADL 障害を有する者や要介護度が重度の寝たきりの高齢者を除外して分析したことは分析結果の信頼性を向上させる上で適切な判断であったと推察される。

さて、潜在曲線モデルによる分析の結果、「傾き」から T3 の BI 得点に向かうパスは 1.66 と推定され、施設入所高齢者の ADL 能力の経年変化の様相は、線形というよりはむしろ非線形的な傾向を示す衰退モデルがデータに適合することが明らかとなった。従来のナーシングホーム利用者等を対象とした Frytak ら⁹⁾の研究によれば、彼らの 1 年間の ADL (平均) は前半 6 ヶ月と後半 6 ヶ月で同程度低下する(依存度が増加する)線形成長 (liner growth) モデルが最もデータに適合したことが報告されている。また、McConnell⁵⁾らの研究においては、彼らの ADL 能力の変化は線形関数によって表現され、非線形を仮定した分析は行われていない。他方、特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)の入所高齢者を対象とした坪井らの 3 年間の縦断研究¹¹⁾では、1 年毎に彼らの ADL 得点(FIM 総得点)の低下量が小さくなる傾向を見出している。本研究の結果は、後者の知見を支持するものであった。ただし、このような差異が生じた背景には、追跡調査の継続期間や測定間隔、脱落者の

影響に加え、分析サンプルの選定基準や使用された測定尺度の違いが想定される。このようなことから、単純な比較を行うことはできないと考える。今後は、わが国の標本を用いてさらなる縦断研究を実施し、それに関する知見の蓄積が望まれよう。次に、説明変数を導入して潜在曲線モデルによる分析を行った結果、「年齢」(推定値-0.33)と「認知障害の有無」(推定値-10.53)の2つが「傾き」に対して有意な影響を示していた。この結果から、他の要因が一定の場合、年齢が高くなるほど、また同様に、他の要因が一定である場合、認知障害がある者は、ない者よりも、その後の単位期間あたりのADL能力の低下が大きくなることが明らかとなった。このことは、年齢が高いほど、認知障害がある入所高齢者ほどADL能力の悪化速度が速くなるものと解釈される。年齢^{7),8)}や認知障害の重症度⁷⁾、認知症の有無^{8),24)}がADL低下や死亡といった負の帰結の潜在的リスクとなることは従来の研究でも指摘されているところではあるが、年齢や認知障害の有無が彼らのADL能力の変化量に対しても影響については、ほとんど議論されてこなかった^{5),9)}。しかし、本研究の結果からは、調査開始時の年齢はADL能力の低下量をわずかに増大させていた。このことは、高齢な者ほど防衛反応や回復力の低下に伴う老化現象が比較的に年齢が若い入所者よりも顕著となり、ADL能力の維持が困難になったものと考えられる。ただし、年齢1単位あたりのADL能力の低下量は非常に小さく、年齢よりはむしろ他の要因に着目することの重要性が示唆された。他方、認知障害がある者は、ない者と比べて、ADL能力の低下量が大きかった。通常、アルツハイマー病や脳血管性疾患(脳卒中)によって引き起こされる認知症(認知障害)やそれに随伴する神経学的な症状は、前者は緩徐に、後者は階段状に進行することが知られている^{25),26)}。このように、認知障害のある者は、

経年的に認知障害が重篤化するため、それに伴いADL能力が(認知障害のない者と比べて)大きく低下したと考えられる。ただし、本研究のみでは明確な結論を出すことはできないため今後さらなる検討を加えていく必要があるだろう。なお、調査開始時のADL能力を意味する「切片項」に対して有意な関連を示す変数がなかったことは、特定の限定された標本(ADL障害が比較的軽度な入所高齢者標本)を選定したことによるBI得点の分散(個人差)の減少と推察されよう。

最後に、ADL能力の変化量(傾き)に対するR²値(説明率)は10.6%と決して大きな数値ではなかった。したがって、今回取り上げた要因では、ADL能力の変化を説明するのに十分ではない。今後は、認知障害に加えて他の疾患(心疾患、関節症、呼吸器疾患など)や転倒、骨折などの条件を加味した上で、要介護高齢者におけるADL能力の変化量を説明する要因を探索していくことが望まれる。また施設サービス給付の程度についても考慮する必要があるだろう。このような研究の蓄積が、入所者のADL能力の予後予測の精度を高め、介護施設サービスの効果測定をより正確なものに変容させていくことにつながるものと思料する。ただし、ADL能力と同様に、変化量を説明するための各種要因も時間の経過に伴い変化していくこと、また追跡期間中に新たな疾患や障害が発現するようなケースもあることから、それらを十分に考慮し、計画された縦断研究が必要である。さらに、別の側面からは、ADL能力の変化量を独立変数、well-beingや主観的幸福感といった肯定的な帰結を従属変数とした検討を行い、施設生活におけるADL能力の自立促進への介入に対する意義を明確にしていく必要があると考えられた。

参考文献

- 1) 厚生省老人保健福祉局: 特別養護老人ホーム・

- 老人保健施設のサービス評価基準、全国社会福祉協議会: 1994
- 2) 厚生労働省: 福祉サービスにおける第三者評価事業に関する報告書: 2001
- 3) 川越雅弘: 介護サービスの有効性評価に関する調査研究、日本医師会総合政策研究機構報告書、第55号: 2003
- 4) Sato S, Demura S, Tanaka K: ADL ability characteristics of partially dependent older people: gender and age differences in ADL ability, *Environmental Health and Preventive Medicine*, 6, 92-6: 2001
- 5) McConnell ES, Pieper CF, Sloane RJ: Effects of cognitive performance on change in physical function in long-stay nursing home residents, *Journal of Gerontology*, 57A(12), M778-84: 2002
- 6) 穂山尚子、穂山憲、竹内孝仁: 施設入所高齢者の日常生活活動(ADL)とその変化、公衆衛生、65、925-8: 2001
- 7) Buttar A, Blaum C, Fries B: Clinical characteristics and six-months outcomes of nursing home residents with low-activities of daily living dependency, *Journal of Gerontology*, 56A(5), M292-7, 2001
- 8) Ang YH, Au SYL, Yap LKP, et al: Functional decline of the elderly in a nursing home, *Singapore Med J*, 47(3), 219-24: 2006
- 9) Frytak JR, Kane RA, Finch MD, et al: Outcome trajectories for assisted living and nursing facility residents in Oregon, *Health Serv Res*, 36, 91-111: 2001
- 10) Binder EF, Kruse RL, Sherman AK, et al: Predictors of short-term functional decline in survivors of nursing home-acquired lower respiratory tract infection, *Journal of Gerontology*, 58A(1), 60-67: 2003
- 11) 坪井章雄、新井光男、木村明彦: 特別養護老人ホーム利用者のADL予後の検討、OTジャーナル、33、259-62: 1999
- 12) 進藤伸一: 特別養護老人ホーム入所者の日常生活自立度の5年間の変化、秋田大学医短紀要、10(2)、165-70: 2002
- 13) 山下一也、飯島献一、小林祥泰: 特別養護老人ホーム入所者のADLとQOLの1年間の変化、日本老年医学会雑誌、36(10)、711-4: 1999
- 14) 筒井孝子: 図解 よくわかる要介護認定、日本看護協会出版会(東京): 1999
- 15) Mahoney FI, Barthel D: Functional evaluation: the Barthel Index, *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61: 1965
- 16) 正門由久、永田雅章、野田幸男、他: 脳血管障害のリハビリテーションにおけるADL評価—Barthel indexを用いて—、総合リハビリテーション、17(9)、689-94: 1989
- 17) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiat Res*, 12, 189-98: 1975
- 18) 森悦郎、三谷洋子、山鳥重: 神経疾患患者における日本語版 Mini-Mental State テストの有用性、神経心理学、1(2)、2-10: 1985
- 19) McDowell I, Newell C: *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaire* (Second edition), Oxford University Press(New York): 1996
- 20) 狩野裕、三浦麻子: AMOS, EQS, CALISによるグラフィカル多変量解析—目で見る共分散構造分析—増補版、現代数学社(京都): 2003.
- 21) 豊田秀樹: 共分散構造分析 [疑問編]—構造方程式モデリング—、朝倉書店(東京): 2003
- 22) Duncan TE, Duncan SC, Strycker LA, et al: *An introduction to latent variable growth curve*

modeling: Concepts, issues, and applications, Lawrence Erlbaum Associates publishers(London): 1999.

23) 栗木黛子、佐藤芳子、西浦功、他: 特別養護老人ホームにおける介護職の業務実態と負担感(調査報告)、人間福祉研究、6、101-119: 2003

24) 鷺尾昌一、納富昭人、岡山昌弘、他: 特別養護老人ホーム入所者の予後とその関連要因—長谷川式簡易知能評価スケールの得点を中心に—、老

年精神医学雑誌、4(12)、1413-1418: 1993

25) 笠原洋勇: 痴呆の診断の進め方、老年期痴呆診断マニュアル 第2版(上田慶二、大塚俊男、平井俊策他編)、日本医師会(東京): 1999

26) 加藤伸司: 老年期痴呆、老年心理学(長嶋紀一、佐藤清公編)、建帛社(東京)、116-144: 1990

Abstract

Purpose: To study changes over time in ADL for elderly persons living in seniors' facilities along with other related factors, as a means of acquiring fundamental materials that will contribute to long-term care planning for elderly persons living in seniors' facilities.

Method: This survey covered 997 seniors at 111 welfare facilities for the elderly requiring long-term care in S Prefecture. The seniors at these facilities who were excluded from this survey were those who were bedridden or with serious ADL disabilities, or whose activities for daily living were completely independent. The survey was conducted three times at two-year intervals from November-December 2000 to November-December 2004. Survey items included: gender, age, time at the facility, degree of care need, presence of cognitive disorders, and ADL abilities. Presence of cognitive disorders was determined using the Mini-Mental State Examination cutoff value (23/24), and ADL abilities were evaluated using the total score on the Barthel Index (BI). When studying changes over time in ADL abilities and related factors, we used the latent curve model, incorporating four factors: gender, age, time at the facility, and presence of cognitive disorders.

Results: The variables that showed a significant relationship with changes in ADL abilities (changes in BI scores) were age and presence of cognitive disorders. This indicates that reductions in ADL abilities progress more quickly in seniors who are older and who have cognitive disorders. The contribution rate to changes in ADL abilities was 10.6%.

Conclusions: In the future, it would be preferable to investigate factors that explain changes in the ADL abilities of seniors giving consideration not only to cognitive disorders but also to other illnesses (heart disease, arthropathy, respiratory ailments, etc.) and conditions such as falls and broken bones. It will also be necessary to conduct well-planned, continuous research taking into consideration changes over time in various factors.

[研究ノート]

「高齢者入所施設」のIT利用とその課題

著者： 八巻芳子（学校法人青丹学園地域福祉学科）

大阪府の第三者評価者として、介護保険事業者の第三者評価を行う立場から、入所施設の課題について考えてみることにした。

1. 情報化社会の「老人ホーム」選び

消費者意識の向上から、従来お仕着せであった介護・福祉分野でも消費者の情報収集意欲は非常に高くなってきた。しかし、与えられる情報に対する不満は極めて多く、介護・福祉情報入手への期待は高い。一方でこの領域に関する情報はまだまだロコミに頼られている。しかし近年、インターネットの普及で消費者はインターネット上から情報を入手するようになってきた。

インターネット上で、消費者はどのようにして介護・福祉情報を入手しているのだろうか。実態はわかりにくい、「ネット上での販売が野放し」との報道もある。

老人ホームの場合、インターネット上でホームページを使っただけの宣伝・広告をする業者が増えている。しかし、「誇大広告」と思える内容も多い。現に国民生活センターへの相談件数は2000年以降900件近くある。大半が契約やサービスの質などへの苦情である。

すなわち、「広告と中身が違っていた」、「嫌だからホームを出ると言ったら、入居一時金のうち500万円が返ってこなかった」、「終身介護と謳っているのに、ボケたら他の入居者に迷惑だといって退去させられた」、などといった批判、相談が次々に各地の消費生活センターに寄せられている。これらのほとんどは介護保険の指定事業者である。従って、介護保険で提供されるサービスと自費に

なるサービスが混在する。インターネット上で有料老人ホームや特別養護老人ホームを検索してみると、なかなか「素人」には分かりにくい文言が多い。しかも、重要事項説明書をホームページ上で公開している老人ホームは少ない。それでも、インターネットで検索しようという消費者は、ある程度の知識がある人たちではある。ただ、ネット上の情報はほとんどダダ同然で入手できるためにジャンク情報も多い。

本年4月からの介護保険の改正で適用範囲が狭くなり、自宅にいる高齢者は家族での介護を余儀なくされる事態も予想される。7月以降は、今まで老人ホームの代わりであった老人病院も廃止された。財政難から特別養護老人ホームの新規開設は強気に抑えられている。一定以上の収入のある高齢者にとって、これからは「家族介護」か、特別養護老人ホームに代わる「有料老人ホーム」か、という二者択一を迫られることも増えてくるだろう。

日本では、今後団塊世代が徐々に高齢期に突入していく。少子高齢社会の進行で家族介護は期待できない。となると、有料老人ホーム、特別養護老人ホームのいずれにしても、老人ホーム選びは、誰にとっても大きな関心事になる。

2. 情報インフラを充実させるためには？

最近、情報提供の充実という流れにのっとり、介護施設の格付けにあたるISOの認証が重視されるようになった。さらに介護施設のランキングも見られるようになってきている。しかし、レストランのランキングと異なり、介護施設、とりわ

け有料老人ホームの場合には選び方をまちがうと、取り返しのつかない事態に陥ることがある。

ランキングの見方の基本は、まず何のためにランキングを利用するかを明確にし、次いでその選びかたの基準を知ることである。

介護や福祉といったサービスを購入するのはきわめてむずかしいことである。

たとえば、レストランを選ぶことと、耐久消費財である「クルマ」を購入することを比較して考えてみると、この差は明らかである。

「クルマ」の場合には、好みはあろうが「価格」と「品質」がわかれば購入できる。しかし、レストランの場合は「価格」「品質」「時間」「場所」の四つの要素を考慮することになる。この差は「モノ」か「サービス」なのかということによって説明できる。

介護・福祉は「サービス」であるから、後者に当たる。しかし、介護・福祉サービスの場合、「価格」は公定価格であるから、あまり選択に影響しない。「品質」の評価は消費者には十分出来ないもので、「時間」と「場所」で決まってしまう。簡単に言えば、家族が出向いていきやすい近くのところを選択することが多い。

ここで、問題がある。

「品質」についてである。介護・福祉サービスの「品質」を評価することは容易ではない。その品質とは、以下のようなものを含む。

①技術的要素：与えられるサービスが適切かどうか

②人間的要素：信頼と安心

③快適性：気持ちよさ **comfortable**

④経済性：費用対効果

消費者からいえば、②と③以外を評価することはむずかしい。

いいかえれば、普通のモノやサービスを買ったりするとき、もっとも重要な①、次いで重要な

④を評価できないことになる。

したがって、消費者としてはなかなか適当なサービスにたどりつけないということになる。逆に言えば、①と④についての情報発信を誠実に行うことが、老人ホームにとって、顧客獲得の道であるということでもある。

3. その戦略に即した IT 投資が行われているのか？

さて、以上のような環境下での老人ホームのインターネット上の広告はどうなっているのかというと、多くは2で述べた②と③に終始している。

Eヘルスのように、医療機関がインターネットその他のデジタル技術を活用して、医療情報、製品、技術、サービスを提供するようにはなっていない。

老人ホームにとって、インターネットでアクセスしてくれる消費者は、貴重な情報提供者でもある。インターネット上の消費者から、情報を収集し、消費者が何を欲しているのかを知り、それに即したサービスを揃えていくことが可能になる。

インターネットにアクセスしてくるのは、消費者だけではなく、行政関係者、医療機関、医療関係者個人、介護支援専門員、他領域の介護保険事業者など多岐にわたる。情報としては、介護・福祉に関する知識、他施設の情報、ネット利用者の交信内容、など様々である。こうした情報が自宅にいながらにして無料で入手することが可能である。この情報に即して、2で述べた、①と④についての情報を誠実に発信していくことが求められる。口コミ情報に頼り、良いサービスを提供していれば顧客が自然に集まるという時代ではない。積極的にIT投資を行うことが、良い顧客を獲得する最短の道でもある。

4. それを推進するための人材・組織は？

日本では、介護・福祉サービスは公定価格であるため、サービス購入要素として価格はそれほど重要ではない。では、何がサービス購入の要素であろうか。

サービス購入者は、入りたい施設を選ぶ際に、「家族」「友人」「知人」からの情報を重視する。しかしこれは、いわゆる口コミ情報で、客観的な評価を保証するものではない。行政機関の窓口や、介護支援専門員（ケアマネジャー）は客観的な情報を提供できるが、そこへアクセスするにはハードルがあるということであろう。

つまり、介護・福祉サービスを提供する側の組織上の問題が存在する。それは、「不透明性」や「なれあい」である。一方で消費者意識の向上からあまりにも手探りの選択を強いられる消費者から不満の声も増加している。最近の介護・福祉領域に対する批判はそれを裏付けている。その意味でも、消費者にアクセスしやすい情報公開が求められている。

老人ホーム側からの消費者への働きかけも重要になる。サービスを提供する上で、顧客とサービス提供側が知識を共有することは、情報の非対称性や不確実性を克服する上でも重要である。

しかしながら、老人ホームに限らず、介護・福祉領域の経営者の行動はこの方向には動いていない。広告や広報にどのように取り組むのかを全国有料老人ホーム協会が調査したところによると、43.3%が特に計画はなし、と応えている。ホームページやEメールの開設や活用をしたいと応えたのは17.3%であった。

広告や広報は対象物に関して商業的に意味のあるニュースを公の媒体に掲げさせるコミュニケーションである。横並びの施設紹介のホームページを掲げるのではなく、例えば、重要事項説明書の書式であるとか、キャンセルポリシーといった、消費者がもっとも知りたい情報を掲げることで、

信頼を得る努力をする必要がある。

そのためには、兼務ではなく、専任の広報担当者をはりつけ、インターネット上のアクセスに適宜対応できる体制をつくりあげなければならない。

しかし、一時的な初期導入にかかる時間的・空間的・人的コストの発生を恐れて、介護・福祉施設はITの導入に躊躇している。

5. インターネット利用の変化

介護保険の登場後、消費者意識の高まりから受身の姿勢を一步出て、自らのサービスを自ら探そうとする人々も増えてきている。サービスを利用する当事者の70代～80代以降の高齢者には無理でも、その子ども世代は親の介護のために積極的に情報を収集しようとしている。

介護・福祉の領域では「エンパワーメント」ということが注目され、この手法で、サービスを利用する消費者と向き合うことが求められるようになってきている。

WHOのオタワ憲章では、エンパワーメントという概念を「人々や組織、コミュニティが自分たちの生活への統制を獲得する過程である」としている。

介護・福祉サービスの消費者が、自分たちの利用するサービスについての情報収集活動に積極的になってきたのは、インターネットの普及に負うところが大きいと思う。

インターネット草創期の利用者は若年層が中心であったが、近年では中高年齢者の利用率の伸びも著しい。職場でのパソコン利用が不可避となった中高年ビジネスマンがインターネットをプライベートでも利用しはじめ、家庭用に購入したパソコンを主婦が日中に利用するという循環のなかで、中高年齢者の利用率も大幅に高まっている。

しかし、有料老人ホームの紹介等のサイトでは、本当に知りたいことが分からない。

一方、楽天市場の「福祉・介護」カテゴリーの出品数は5万件近い。ないのは、施設紹介ぐらい、といっても過言ではない。「福祉・介護お役立ち豆知識」のコーナーでは、「介護保険って何?」「介護支援専門員って何する人」「改正介護保険」「介護サービスを受けるまでの流れ」等々・・・といった知識が日々更新されて、掲載されている。ここに、「老人ホームの豆知識」というコーナーを設け、ここから情報発信することを考えても良い。

さらに、消費者同士の情報交換が出来るようになればメリットはさらに高まる。介護情報を交換する、mixiのような「ソーシャルネットワーク」が出来る可能性もないとはいえない。

こうした環境の変化の中で、コストの発生を恐れて、躊躇している場合ではない。

消費者の知りたい情報をすばやく提供し、顧客の満足度を高めることが老人ホーム経営でも、求められている。莫大な市場性があるからといっても、やすやすと利益の出る業態ではない。消費者保護の法規制も急ピッチで進んでいる。入居者保護を重視し、顧客満足度を高める努力を怠らないことが生き残りの要諦である。

6. 今後の課題

介護・福祉はアナログの世界である。ITの活用は他との差別化や競争優位に立つために重要ではある。しかし、Face To Faceの対応が最後には決定打となる。

今後の介護・福祉施設にとっての大きな課題は、その施設が位置する地域住民との関係である。

地域住民は、その施設にとっての利害者集団であるとの認識が重要である。

施設がその地域で存在感を発揮するためには当該地域の地域住民に強く依存する。地域住民の理解なしにはその施設の存続すら脅かされる場合がある。

ヒト・モノ・カネ・情報の需要ルートのように、施設の組織活動によって自然発生的に強化される部分と、意識的に社会的責任を遂行していくことで強化される部分があるが、地域住民は後者に含まれる。

地域住民は、自らの地域に存在する施設からの情報提供に期待するところが大きい。

たとえば、英国では、NHSが、IT革命を促進し消費者に益するためにそれを利用する、という方針を打ち立てている。英国の介護は、日本と同様に家族介護が主流である。しかし、全英ケアラー・アソシエーション（全英家庭介護者協会）が、介護者へのさまざまなサポートを講じている。問題を抱えた家族のところへソーシャルワーカーが出向いて行って、困難を抱えているケアラー（家族介護者）を支える。

医療の領域でもGP（家庭医）制度がしっかりしている英国では、家庭に対するIT充実へのサポートを行っており、サービス購入者の知識獲得への流れの構築、を打ち出している。

日本における介護保険は市町村が保険者である。したがって、地域単位の取り組みがいっそう重要である。今後、医療・福祉・介護は地域単位の再編の議論が起きてくる。そのときに、しっかりとした情報ネットワークが作られているところと、そうでないところでは、大きな差が生まれるに違いない。

施設という組織が意図的に地域住民との良好な関係を形成・維持していくことが要請されるのである。

顧客の欲しているものを掬い上げる戦略は様々であるが、ITの活用がその一助であることは間違いない。

編集後記

介護経営第1巻第2号をお届けします。今号から、ISSNコードも取得し、時代の趨勢にあわせて電子媒体出版となりました。また、シンポジウムなどの行事の「報告」は学会ホームページのコンテンツとしたので、重複を省きました。さらに、多くの会員の方々からの投稿を期待できるように「研究ノート」の項目を独立させて、学術誌としての内容を保ちつつ投稿の間口を広げることとしました。これからも、皆様からの盛んな投稿をお待ちしております。また、この場をお借りして、編集に携わっていただいた先生方に御礼申し上げます。

(K. N)

介護経営

第1巻 第2号 (年2回発行) 2006年11月発行

発行人 田中 滋

発行所 日本介護経営学会

〒160-0018 東京都新宿区須賀町2番地

TEL/FAX : 03-3225-1707