

ISSN 1881-3801

VOLUME 4 NUMBER 1 2009

The Japanese Journal of Business Management for Long-Term Care

介 護 経 営

第4巻 第1号

2009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

巻頭言

介護保険事業の地域展開を考える

橋本 伸也…… 1

研究論文

介護予防・特定高齢者施策における栄養改善事業の課題と対応に関する検討
—静岡県牧之原市を事例として—

宮本啓子、若杉早苗、水嶋美穂子、東野定律、小山秀夫…… 3

家族介護者の続柄別にみた介護負担感と心理的虐待の関係

東野定律、張英恩、金貞淑、尹靖水、筒井孝子、中嶋和夫、小山秀夫…… 15

ユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの質に関する測定尺度の開発

原祥子、實金栄、太湯好子、中嶋和夫、小野光美、沖中由美、筒井孝子、小山秀夫…… 24

サービス附帯から見た高齢者住宅の特性に関する研究

大塚武則、藤井賢一郎、白石旬子…… 35

テキストマイニングによる特別養護老人ホームにおける
総合的品質経営の課題に関する探索的分析

扇原淳、武藤充、山路学、町田和彦…… 45

介護サービス供給主体の撤退に関する研究

—北九州市の例—

芳賀祥泰…… 59

高齢者を対象にした MSW の関与と在院日数の関連性の検証

—リハビリテーション患者データバンク (DB) のデータを用いて—

井上祐介、鄭丞媛、近藤克則…… 69

研究ノート

高齢者住宅の整備状況をふまえた家賃の現状分析

佐藤栄治、井上由起子、藤井賢一郎…… 78

編集後記

[巻頭言]

介護保険事業の地域展開を考える

藤女子大学人間生活学部

教授 橋本 伸也

介護保険制度の発足以降、居宅サービスを中心とする地域の社会資源の態様は大きく変化してきた。企業や法人、NPOなどのさまざまな背景をもつ事業者が参入し、自らのサービスの質や特徴を念頭においた“利用者サービス”が行われようになった。あるいは隣接し、時には競合する他の事業所との違いや、通所・入所のサービス特性を意識した提供も行われるようになってきている。

措置の時代には「公的サービスは平等な内容であるべき」「一人だけを特別扱いはできない」ことが強調されていた。それが今日、どの事業所のサービスも“質の高さ”が目標となり、かつ“一人ひとりの個別性を大切に”時代へ変わってきている。サービスの内容や形態は似通っていても、その利用者にとっての目的や位置づけをきちんと説明することが重視されるようになった。

方針や、経過の捉え方の的確な説明をとまなうサービス提供は、利用者からの信頼に結びつくことになる。もとより信頼云々よりも、第三者評価や情報公開を通じて、サービスを提供する側の姿勢や責任を自覚した関わり方が問われている。サービスの提供にあたっては、質を保つことに責任をもち、かたや1割負担を納得のうえで利用者を選択されるサービスの提案が求められる時代になった。こうした介護保険制度の特徴を挙げてみると、わずか10年の間に大転換が進行したことになる。

さらに、介護保険制度がもたらした特筆すべき変化は、介護支援専門員という新たな専門職の登場である。制度開始前後において、介護支援専門員は利用者の混乱を最小限にとどめており、その果たした役割の大きさは評価すべきである。

この介護支援専門員たちが現在では地域のマンパワーとして大きな役割を担うことになった。サービスの活用だけでなく、サービスを利用した生活像を提示し、その方針に応じたサービス内容を具体的に提案してその手配を行う。さらに担当者会議の開催やモニタリングも職務として規定されている。ときには状態像の変化に応じた施設サービスの利用を助言することを考えれば、措置時代とはまったく異なる生活支援のための環境が地域を網羅していることになる。

しかしながら、要となる介護支援専門員に対する利用者やその家族からの信頼は大きいとしても、介護支援専門員や居宅介護支援事業所を選択して契約しているという意識はそれほど強くはないものと考えられる。居宅介護支援事業所とサービス提供事業所との関係についても同様とみられることから、利用者や家族のために立てられたケアプランが果たして有効で適切なものであるのかについての評価手法の開発は、重要な検討課題として認識すべきであろう。そもそも、どのような経緯で介護支援専門員との接点をもち始めるのか、他の介護支援専門員や居宅介護支援事業所への契約先変更は利用者にとって容易なことなのか、などの介護保険サービスの利用機序をめぐる実態も確認を要するところである。

他方、介護保険制度の運用や関連事業の地域展開は市町村に委ねられており、本来は、市町村が自らの資源配置をサービスの質を検証しながら、中・長期的な視点で地域のサービス展開を構想する時代に入る筈であった。ところが、市町村に期待された独自性は発揮できにくい状況にあるように感じられる。制度施行時に推奨された自治体独自の「上乘せ」「横出し」サービスは保険料にはね返るし、財源の逼迫は支出

の縮減に向かわせるばかりで、どのようなサービスや支援に網羅された地域にしていくかという将来展望を見出しにくい状況に置かれている。これまでの制度改正や報酬改定が市町村を受身にしたり、市町村の事業者やサービス内容に対する権限・責任の曖昧さが市町村のスタンスを後退させているのかも知れない。

介護保険の10年は、わずか10年とは言いながら福祉に多大な変化をもたらし、制度としても複雑な変容を遂げてきた。これからの高齢社会を支えて、より信頼される介護保険にしていくためには、絶えずさまざまな視点や観点から評価、検証し、議論と選択肢の検討を進めることが求められている。

[研究論文]

介護予防・特定高齢者施策における栄養改善事業の課題と対応に関する検討 静岡県牧之原市を事例として

著者名：宮本 啓子（静岡県立大学大学院 生活健康科学研究科）

共著者名（所属機関名）

若杉早苗（牧之原市健康増進部健康づくり室 保健師）、水嶋美穂子（牧之原市健康増進部健康づくり室 管理栄養士）、東野定律（静岡県立大学 経営情報学部）、小山秀夫（静岡県立大学 経営情報学部）

抄録

本研究は、静岡県牧之原市の介護予防事業、中でも栄養改善事業の推進に寄与することをねらいとし、介護予防事業の中の栄養改善事業についての課題の検証とその対応を整理するものである。方法として公表資料等から静岡県における介護予防事業の現状について明らかにし、牧之原市における栄養改善事業の現状から、その問題点を整理した。また、牧之原市の平成20年度特定高齢者把握事業等の実証データの分析結果から、栄養改善事業対象者の特徴を明らかにし、牧之原市における栄養改善事業のあり方について検討を試みた。

結果からは、牧之原市では特定高齢者把握事業の構造的な体制は整いつつあることが示され、栄養改善事業においては、栄養リスクについての当事者および周囲の認識についての課題、栄養改善事業における特定高齢者の特徴からみた課題、栄養改善事業運営体制の課題があることが明らかになった。

キーワード：地域支援事業、介護予防事業、特定高齢者、栄養改善、栄養ケア・マネジメント

1. 背景

平成18年4月の介護保険制度改正により、(1) 要支援状態や要介護状態になることができるだけ防ぐ、(2) 要支援状態や要介護状態になっても、それ以上状態が悪化しないよう防ぐこと、を目的とした介護予防事業が開始となった。軽度者への介護予防を推進するために、従来の「介護予防地域支え合い事業」ならびに「老人保健事業」を再編し、地域支援事業が創設された。

介護予防施策は、介護予防一般高齢者施策と介護予防特定高齢者施策に大別される。特定高齢者事業は、65歳以上の高齢者の中で要支援・要介護状態になるおそれの高い者を特定高齢者把握事業で把握し、通所型介護予防事業及び訪問介護予防事業において実施している介護予防プログラムに参加を促す事業である。介護予防ケアマネジメン

トは、地域住民の保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援する地域包括支援センターが担当となり、このセンターの責任主体は市町村とされた。

特定高齢者施策については、平成18年の特定高齢者数¹が65歳以上の高齢者人口の0.5%（15万7千518人）、介護予防事業への参加者の割合が高齢者人口の約0.2%（5万4千306人）と、当初の目標である高齢者人口の5%に比して極めて低かったため、平成19年4月からは特定高齢者の決定方法の基準の見直しが行われた（新基準）²。

介護予防事業の効果は、平成20年度厚生労働省継続的評価分析支援事業において検証され、新基準で把握された特定高齢者では、1,000人を1年間追跡し、統計的有意差は認められなかったものの、介護予防事業導入前の要介護度が悪化した人数56人（5.6%）から49人（4.9%）へと、導入前の要

介護度悪化人数に対して11.6%減少したと報告^{3,4}されている。

介護予防事業の課題として挙げられているのは介護予防プログラム（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上）への参加が全般的に低調なことである。特に口腔機能向上事業と栄養改善事業は運動器の機能向上事業に比してサービスの提供及び利用が低調であり、その理由として市町村側からは「実施できる人材の育成・確保が困難」、地域包括支援センター側からは「サービス提供事業者の数が少ない」が挙げられている⁵。そこで、静岡県において特定高齢者施策、中でも栄養改善事業についての状況を調査し、栄養改善事業についての課題と対応を検討することとした。

2. 目的及び方法

全国的に人材不足のために低調とされている介護予防・特定高齢者施策の栄養改善事業に焦点をあて、静岡県牧之原市の事例をもとに栄養改善事業について人材不足以外の課題の検証とその対応を検討する。

方法としては、インターネット等で公表されている資料や文献から静岡県における介護予防事業の現状を調査し、牧之原市における栄養改善事業について、栄養改善事業担当者への聞き取り調査及び平成20年度特定高齢者把握事業の分析を実施する。そして、栄養改善事業の今後の課題について明らかにし、介護予防（栄養改善）事業のあり方について考察する。

3. 静岡県における介護予防事業の現状

3.1 全国との比較

静岡県は、平成21年4月1日現在、県内に37市町あり、そのうち政令指定都市は静岡市と浜松市の2か所である。行政的には伊豆半島南部の賀茂地域、神奈川県に隣接する熱海市から静岡県東部の富士市を含む東部地域、県庁所在地の静岡市を含む中部地域、浜松市を含む西部地域の5つの地域に分けられ、東西に広大な県である。

平成21年4月1日現在の総人口は387万4千216

人、65歳以上の高齢者人口は86万6千974人で高齢化率は22.4%であり、全国平均22.4%（平成21年3月1日現在）に合致する。高齢化は年々進み（平成20年度比+0.7%）市町村別の高齢化率は裾野市の18.0%から川根本町の40.7%まで幅広く分布している（図表1）。

平成20年8月時点で、静岡県の第1号被保険者における要支援1・要支援2の認定率は3.0%（2万5千334人）であり、全国平均4.2%よりは低い（図表1）。第1号被保険者における要介護認定率は11.0%（9万3千145人）で全国平均11.8%よりやや低い。第1号被保険者におけるトータルの要支援・要介護認定率は、静岡県平均14.0%と全国で5番目に低い（全国平均16.1%）。

平成19年度の地域支援事業の高齢者人口における特定高齢者の割合は、全国3.0%⁶で、静岡県は2.0%（1万7千137人）で5番目の低さであった。静岡県内では、最も低いのが川根本町0.2%、最も高いのは芝川町9.4%であった（図表1）。

平成20年度の厚生労働省介護予防事業の実施状況調査結果は、現時点で未公表のため、比較はできないが、平成20年度12月までの静岡県における特定高齢者の割合は、1.9%（1万6千244人）であった（図表1）。静岡県内では、最も低いのが川根本町0.1%、最も高いのは芝川町7.8%であった。平成20年度特定高齢者把握事業は、平成19年度に比して把握数が伸びを見せる市町（函南町：平成19年度比1,290.5%）や鈍化する市町（菊川町：平成19年度比20.2%）の幅が大きい。

平成19年度の高齢者人口における介護予防事業参加率は、全国0.41%であり⁶、静岡県全体では0.35%であった（図表1）。

高齢者人口における、個別の事業の参加実人数（通所型+訪問型）の割合をみると、全国（平成19年度）は、個別事業で高いのは運動器機能向上事業0.26%（7万2千432人）であり、低いのが、栄養改善事業0.07%（1万9千392人）であった、平成20年12月までの静岡県全体では、高いのは運動器機能向上事業0.2%（1,724人）であり、低いのは栄養改善事業0.03%（211人）であった。

図表1. 静岡県市町別高齢化率と要支援及び要介護認定者、特定高齢者の現状

市町村名	高齢化率 (%) [†]	高齢者人口 における要支 援認定者の 割合(%) [†]	高齢者人口に おける要介護 認定者の割合 (%) [†]	平成19年度 特定高齢者 数(人) [‡]	高齢者人口 における特 定高齢者の 割合(%) [‡]	平成20年度 (12月末まで) 特定高齢者 決定者数(人) [‡]	対前年 比(%)	高齢者人口 における介 護予防事業 参加率(%)
全国	22.4	4.3	12.5	822735	3.0			0.41
静岡県合計	22.4	3.0	11.2	17,137	2.0	16,244	94.8	0.35
静岡市	23.5	3.5	11.4	982	0.6	400	40.7	0.04
浜松市	21.3	2.9	11.9	2,023	1.2	2,106	104.1	0.14
沼津市	22.9	4.1	8.7	544	1.1	591	108.6	0.21
熱海市	36.3	3.5	11.3	248	1.7	934	376.6	0.38
三島市	21.6	2.7	10.1	880	3.7	734	83.4	0.47
富士宮市	20.9	3.1	11.1	1,285	5.1	779	60.6	0.08
伊東市	31.0	3.6	10.3	158	0.7	443	280.4	0.62
島田市	24.6	2.3	9.9	713	2.8	1,073	150.5	0.86
富士市	20.5	2.3	11.8	1,707	3.3	1,494	87.5	0.43
磐田市	20.4	3.0	10.5	1,366	3.9	574	42.0	0.67
焼津市	22.1	3.2	11.2	1,463	4.7	1,103	75.4	0.29
掛川市	20.7	1.6	13.6	580	2.4	120	20.7	1.32
藤枝市	22.6	3.3	11.1	386	1.2	248	64.2	0.32
御殿場市	18.2	2.4	9.5	431	2.7	360	83.5	0.23
袋井市	18.1	2.4	12.3	781	5.1	392	50.2	0.24
下田市	31.4	3.5	11.0	143	1.8	198	138.5	0.41
裾野市	18.0	3.7	8.6	93	1.0	82	88.2	0.40
湖西市	18.5	2.9	9.8	205	2.5	270	131.7	0.42
伊豆市	29.6	3.7	9.7	203	1.9	729	359.1	1.49
御前崎市	21.1	1.1	13.0	307	4.0	110	35.8	0.44
菊川市	20.6	1.3	11.5	228	2.3	46	20.2	0.68
伊豆の国市	24.0	3.3	10.2	678	5.8	722	106.5	1.16
牧之原市	23.3	3.9	11.4	397	3.3	752	189.4	1.25
東伊豆町	31.5	1.5	11.8	176	4.0	48	27.3	0.04
河津町	32.5	2.0	12.0	57	2.2	109	191.2	0.22
南伊豆町	35.7	1.8	13.6	166	4.8	166	100.0	1.41
松崎町	35.4	2.9	13.2	49	1.7	80	163.3	0.76
西伊豆町	38.8	2.1	12.8	25	0.6	64	256.0	0.05
函南町	22.6	3.1	10.8	21	0.3	271	1290.5	0.68
清水町	19.4	3.1	9.1	28	0.5	63	225.0	0.11
長泉町	18.2	2.9	9.8	127	1.8	76	59.8	0.00
小山町	22.3	1.5	12.0	249	5.4	316	126.9	0.56
芝川町	26.6	4.6	11.0	237	9.4	199	84.0	0.93
吉田町	19.1	2.4	10.4	103	1.8	232	225.2	0.71
川根本町	40.7	1.4	12.5	7	0.2	4	57.1	0.14
森町	26.7	2.7	11.5	19	0.3	213	1121.1	0.24
新居町	22.7	2.4	9.0	122	3.1	143	117.2	0.70

[†]:総務省統計局「人口推計(平成21年3月確定値,平成21年8月概算値)」(平成21年8月21日公表)
(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/tsuki/index.htm>),静岡県「静岡県の高齢者の人口と世帯・平成21年度高齢者福祉行政の基礎調査結果から」(平成21年4月1日現在)

(http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-210/chouju/tokei_data.htm)

[‡]:静岡県「介護保険事業状況報告(暫定版)」(平成20年8月)

(<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-220/kaigo/zigyoyoujoukyouhoukoku/zigyoyoujoukyouhoukoku.htm>),厚生労働省「介護保険事業状況報告(暫定)」(平成20年8月分)

(<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m08/0808.html>)

[‡]:静岡県資料

:厚生労働省「平成19年度介護予防事業報告」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/04/tp0417-1.html>)

3.2 静岡県における特定高齢者把握事業について

平成20年度の静岡県の高齢者人口における基本チェックリストの実施率は58.1%であり、平成19年度(4月1日～11月30日)の25.2%から倍増した。県内で、実施率が最も低いのは掛川市14.2%

であり、最も高いのは小山町88.7%であった。

静岡県における高齢者人口における特定高齢者決定者数の割合が高い5市町と候補者のうち決定者の割合が高い5市町の重複分(熱海市、芝川町)をまとめた計8市町を図表2に示す。

図表2. 静岡県 特定高齢者決定率上位5市町と候補者のうち決定者の割合上位5市町

(平成20年12月まで, 単位:人)

市町	基本チェックリスト実施数	高齢者人口における実施率(%)	特定高齢者候補者数	高齢者人口における候補者の割合(%)	生活機能検査実施数	高齢者人口における生活機能検査実施率(%)	特定高齢者決定者数	候補者数における決定者の割合(%)	高齢者人口における決定者の割合(%)
芝川町*	828	32.9	199	7.9	828	32.9	199	100.00	7.71
小山町	4,062	88.7	531	11.6	4,062	88.7	316	59.51	6.82
伊豆市	4,053	38.4	798	7.6	798	7.6	729	91.35	6.81
熱海市*	3,735	25.8	934	6.5	934	6.5	934	100.00	6.29
牧之原市	7,002	58.4	1,803	15.0	840	7.0	752	41.71	6.28
南伊豆町	1,258	32.1	181	4.6	195	5.0	166	91.71	4.76
焼津市	6,068	19.3	1,189	3.8	1,189	3.8	1,103	92.77	3.41
御前崎市	2,246	29.6	110	1.4	128	1.7	110	100.00	1.43

*熱海市、芝川町は重複

焼津市は、高齢者人口における基本チェックリストの実施率が19.3%であり、県内でも低い方であるが、候補者に対して生活機能評価は100%実施している。芝川町と小山町は基本チェックリスト実施者数と生活機能評価実施数が同数である。牧之原市、南伊豆町は、候補者数、生活機能評価実施数、決定者数が全て異なる数字となっている。

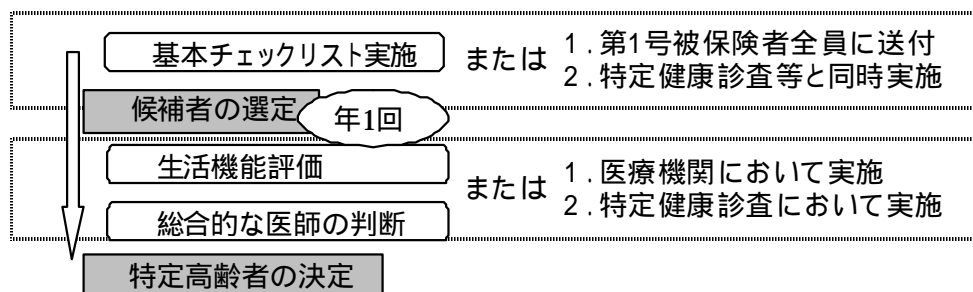
特定高齢者把握事業は、基本チェックリスト(生活機能問診票)によって該当した者が「特定高齢者候補」となり、候補者となった者は生活機能評価(介護予防検診)を受診し、医師によって事業利用の決定を判断される。

厚生労働省の方針である「特定高齢者の決定者

となることはない特定高齢者の候補者以外の者については、「生活機能評価の対象とはしない」⁷⁾に沿った具体的な把握方法を各市町が実情に沿って決定することになっており、それが事業のアウトプットの差異につながっていると考えられる。

静岡県下の市町による特定高齢者把握事業の対象者は、第1号被保険者全員、希望者のみ、行政側でおそれがあると思った者のみピックアップ、など各市町によって様々な方法がとられている(図表3)。

図表3. 特定高齢者把握事業の手順



平成 21 年 4 月から、特定高齢者把握事業を要支援者・要介護者を除く第 1 号被保険者を対象とし、要介護認定において非該当（自立）と判定された者をすべて、特定高齢者の候補者として取扱うことになったが、度重なる見直しに、各市町で効果的な把握方法を手探りしている状態である。

静岡県内で高齢者人口における特定高齢者決定者数の割合が高く、介護予防事業を推進していると推測される牧之原市を事例として調査を行った。牧之原市では、平成 21 年度基本チェックリストの実施数は前年の 1.4 倍、特定高齢者候補数は前年の 1.5 倍に増加し（図表 4）、特定高齢者把握の構造的な体制は整いつつある。

4. 牧之原市における栄養改善事業の課題の検討

4.1 牧之原市における介護予防事業の運営体制の検討

図表 4. 牧之原市における特定高齢者の把握実績

市町	H21.高齢化率 (%)	H19.特定高齢者数 (人)	H20.特定高齢者数 (人)	H20.特定高齢者候補者数 (人)	H21.特定高齢者候補者数 (人)
牧之原市	23.3	397	769	1,969	2,848

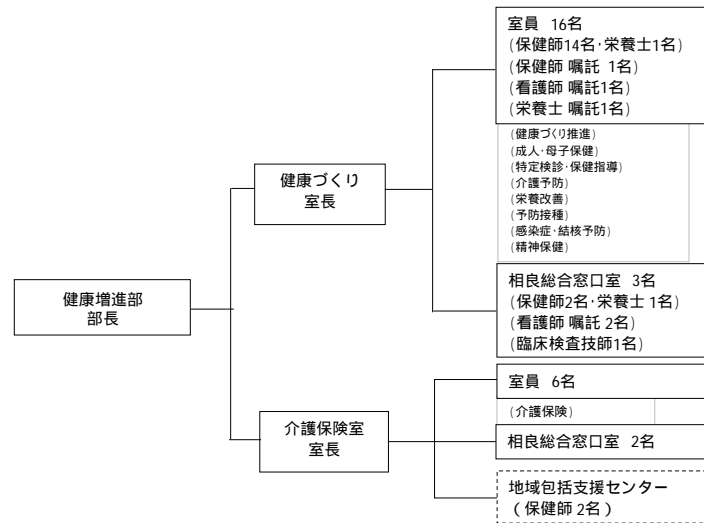
牧之原市の介護予防事業は、牧之原市総合健康福祉センターに配置された健康増進部の健康づくり室及び福祉こども部の福祉支援室が担当している。健康づくり室の役割は地域の健康づくり推進、成人・母子保健、特定検診・特定保健指導、介護予防、精神保健など幅広い（図表 5）。

健康づくり室の介護予防チームは、健康づくり室の保健師 4 人と事務採用の臨時職員（栄養士免許保持者）で構成され、事業の企画や特定高齢者向けの介護予防ケアマネジメントは他部署との協力を図りながら、保健師が中心的に進めている。地域包括支援センターは平成 20 年度までは 1 か所、

平成 21 年度からは 2 か所に増えたが、介護保険室から行政保健師 2 人が地域包括支援センターに派遣されて介護予防ケアマネジメントなどの包括的支援事業の支援を行っている。

健康づくり室には管理栄養士が 3 人配属（常勤 2 人、嘱託 1 人）されているが、1 人は出先機関に配属され、嘱託 1 人は特定保健指導専従であり、残る常勤 1 人で介護予防事業のみならず、食育事業や特定保健指導などの多くの事業に携わっている。そのため介護予防事業における栄養改善事業も保健師が主導で行い、管理栄養士が必要に応じて関わる形をとっている。

図表5. 牧之原市 健康増進部の体制



特定高齢者の把握は、平成 20 年度から新基準に移行した。毎年 4 月 1 日付で 65 歳以上の高齢者に基本チェックリストの全戸調査(郵送法)を行い、基本チェックリストから選定された候補者に生活機能評価(介護予防健診)の受診票が事業委託している地元医師会より郵送される。その後、各地区の拠点施設において設定された健診日に受診できるようにした。

特定高齢者向けの介護予防プログラムは運動器機能向上事業、口腔機能向上事業、認知症予防事業を行っている。栄養改善事業は、平成 20 年度には一般高齢者を対象とした牧之原市巡回支援者育成事業(ちょっとサポーター養成講座) 栄養相談、栄養相談と組み合わせた配食サービスなどを実施しているが、介護予防ケアマネジメントによる個別プログラムの提供は行っていない。

4.2 牧之原市における栄養改善事業担当者への聞き取り調査の結果

栄養改善事業に取り組み始めたのは平成 19 年度からである。前述のように管理栄養士が介護予防事業だけに携われないことから、保健師が栄養改善事業も担当している。

初年度の平成 19 年度は、高齢者の栄養状態が悪

いという「低栄養」の知識を普及するため講演会や学習会を行い、支援体制の構築に向けて地域における「食」に関する資源の洗い出しを行った。その結果、行政や介護支援専門員などの支援する側が低栄養に陥りやすい具体的な高齢者像がわかっていない、低栄養の知識がないので変化に気づけない、という課題が明らかになった。

そこで低栄養のおそれ(低栄養リスク)のある高齢者の実態を把握するため、市の保健師や管理栄養士が中心になり、平成 19 年度の基本健康診査において生活機能評価を受けた 1,822 人中、栄養改善に該当する特定高齢者と決定された 154 人(8.4%) から、低栄養状態の指標である血清アルブミン値が 3.5g/dl 以下(旧基準。平成 19 年 4 月からの新基準は 3.8g/dl 以下)かつ BMI18.5 未満、BMI 正常だが低栄養リスクがある、独居、高齢者世帯、同居者が息子、の 5 条件のいずれかに該当する 58 人(37.7%) について訪問調査を実施した。

世帯構成は、独居 5 件(8.6%)、高齢者世帯 11 件(19.0%)、息子と本人同居 11 件(19.0%)、その他 31 件(53.4%) であった。低栄養リスクの原因として義歯の不具合等の口腔のトラブル(9 人;15.5%)や胃腸疾患などの疾病(12 人;20.7%)を抱えていることが明らかになった。また食事に

については3回以上食べている者が52人(90.0%)と9割を占めるが、44人(75.9%)が食事量の減少を自覚している。また体重減少の自覚のない者が22人(38.0%)と4割近くいることが報告され、当事者が低栄養リスクの認識が乏しい実態が明らかになった。

4.3 平成20年度の特定高齢者把握事業の解析結果

平成20年度の牧之原市の特定高齢者決定者の693人(男性225人、女性468人;平均年齢±SD 79.2±3.2歳)の基本チェックリストを栄養改善事業に焦点をあてて解析を行った(図表6)。

基本チェックリストの運動器の機能向上項目に3つ以上該当した者は470人(67.8%)で、該当者には女性の方が男性より優位に多かった(p<0.001)。口腔機能向上項目に2つ以上該当した者は321人(46.3%)であり、女性のほうが該当しない者が有意に多かった(p<0.001)。栄養改善項目2つ該当又

は血清アルブミン値 3.8g/dl 以下の者(栄養改善該当群)は221人(31.9%)であり、性差はなかった(p=0.794)。

特定高齢者のうち運動器の機能向上、栄養改善及び口腔機能の向上の3つに該当した者は51人(7.4%)。運動器の機能向上と栄養改善に重複該当した者は154人(22.2%)。運動器の機能向上と口腔機能の向上に該当した者は123人(17.7%)。栄養改善と口腔機能の向上に重複該当した者は101人(14.6%)であった。

特定高齢者の年齢構成は、75歳以上の後期高齢者が533人(76.9%)であった。平均年齢は、運動器の機能向上では該当群(79.7±6.3歳)と該当なし群(78.0±6.3歳)では有意な差異があった(p=0.001)(図表7)。栄養改善では、該当群(80.4±6.0歳)と該当なし群(78.6±6.5歳)では有意な年齢の差異があった(p=0.001)(図表7)。口腔機能の向上では該当群と該当なし群における年齢の差異はなかった(p=1.46)(図表7)。

図表6. 男女別にみた各介護予防事業該当者数

総数 (n=693)	運動器の機能向上 [†]			栄養改善 [‡]			口腔機能の向上 [¶]		
	該当せず (n=223)	(6)-(10)の3つ 以上該当 (n=470)	p-Value ^a	該当せず (n=472)	(11)(12)又は ALBに該当 (n=221)	p-Value ^a	該当せず (n=225)	(13)-(15)の2 つ以上該当 (n=318)	p-Value ^a
	(n,%)	(n,%)		(n,%)	(n,%)		(n,%)	(n,%)	
男性 (n=225)	103(45.8)	122(54.2)	p<0.0001	151(67.1)	74(32.9)	p=0.728	85(37.8)	140(62.2)	p<0.0001
女性 (n=468)	120(25.6)	348(74.4)		321(68.6)	147(31.4)		287(61.3)	181(38.7)	

^a: Pearson's χ^2 -test : ALB: 血清アルブミン値 3.8g/dl 以下

[†]: 運動器の機能向上: (6)階段昇降、(7)椅子からの立ち上がり、(8)15分間歩行、(9)転倒経験(1年間)、(10)転倒不安の有無のうちの3つ以上に該当

[‡]: 栄養改善: (11)6か月間で2~3kgの体重減少及び(12)BMI18.5未満の両方に該当

[¶]: 口腔機能の向上: (13)堅いものが食べにくい、(14)水分でむせ、(15)口渇のうちの2つ以上に該当

図表7. 各介護予防事業該当群と該当なし群の年齢の差異

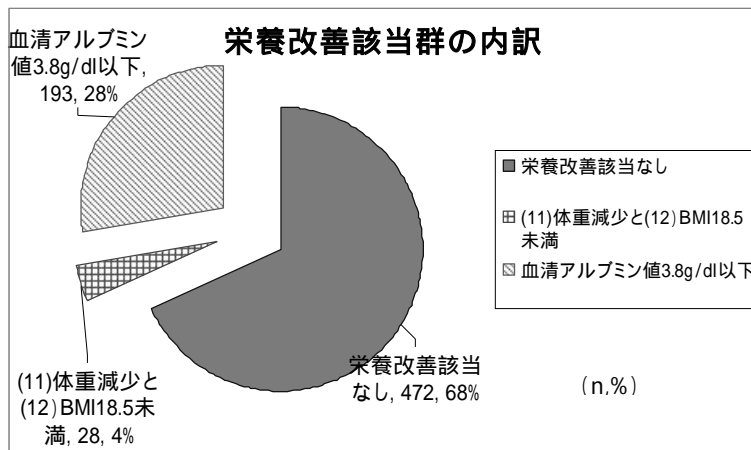
年齢(歳)	運動器の機能向上			栄養改善			口腔機能の向上		
	該当群 (n=470)	該当なし群 (n=223)	p-Value	該当群 (n=221)	該当なし群 (n=472)	p-Value	該当群 (n=372)	該当なし群 (n=321)	p-Value
	(mean±SD)	(mean±SD)		(mean±SD)	(mean±SD)		(mean±SD)	(mean±SD)	
	79.7±6.3	78.0±6.3	p<0.001	80.4±6.0	78.6±6.4	p<0.001	78.8±6.2	79.5±6.5	p=1.46

4.4 栄養改善事業の該当者について

栄養改善該当群 221 人の内訳は、基本チェックリスト(11)6 か月間で 2~3kg の体重減少及び(12) BMI18.5 未満の 2 つに該当した者 28 人 (栄養改善該当群の 12.7%)、血清アルブミン値 3.8g/dl 以下に該当した者 193 人 (87.3%) であった (図表 8)。そのうち、基本チェックリスト(11)及び(12)の両

方に該当し、血清アルブミン値 3.8g/dl 以下の者は 8 人であった (該当群の 3.6%)。全特定高齢者のうち (11) 体重減少の項目に欠損があったのは 27 人 (3.8%) (12) の BMI 値は 87 人 (12.5%)、血清アルブミン値は 17 人 (2.4%) が欠損していた。BMI 値の欠損が多いことは、栄養リスクを持つ者を正確に把握ができていない可能性が示唆される。

図表 8 . 栄養改善該当群の内訳



栄養改善該当群と該当なし群における基本チェックリストの「暮らしぶり」(1)~(5)、「暮らしぶり 2」(16)~(20)、「こころ」(22)~(25)の各質問項目への「正常」とされる回答(「はい」または「いいえ」)の差異をカイ 2 乗検定で比較した (図表 9-11)。栄養改善該当群と栄養改善該当なし群で有

意に差異があったのは、「2. 日用品の買い物をして

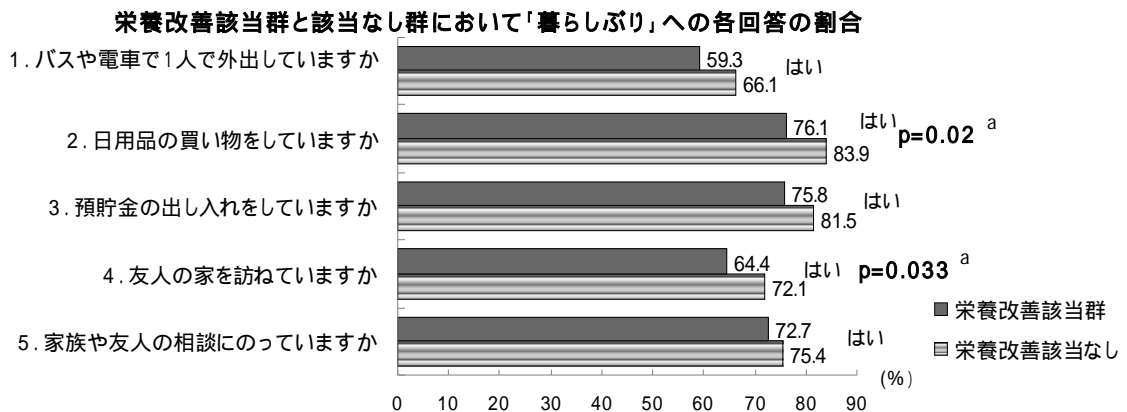
ていますか」(p=0.02)、「4. 友人の家に訪ねて

いますか」(p=0.033) 及び「23.(ここ 2 週間) 以前

は楽にできていたことが今ではおっくうに感じら

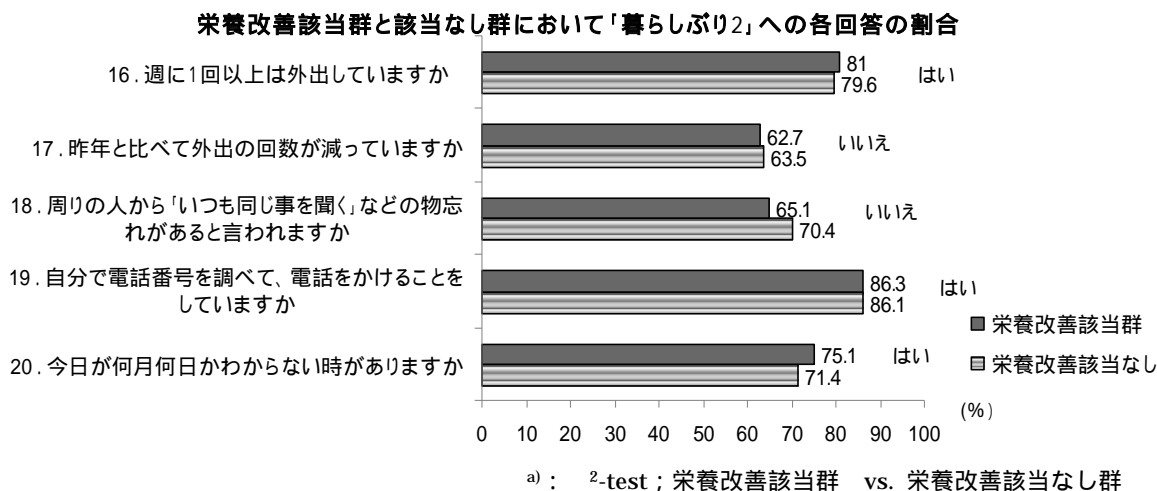
れる」(p=0.04) であった。

図表 9 . 栄養改善該当群と該当なし群における「暮らしぶり」5 項目に「はい」と答えた割合

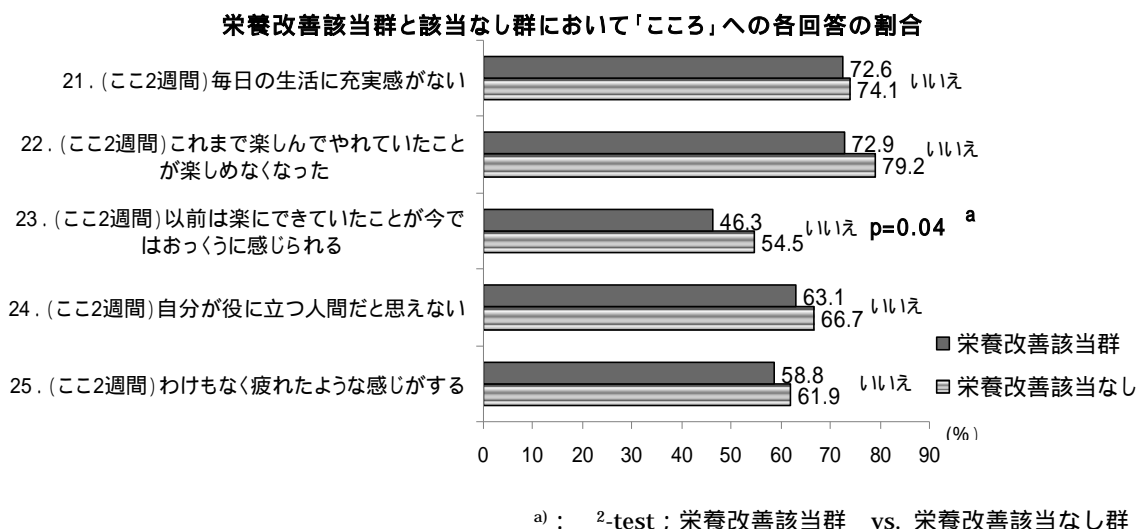


^a: ²-test ; 栄養改善該当群 vs. 栄養改善該当なし群

図表 10. 栄養改善該当群と該当なし群における「暮らしぶり2」への各回答の割合



図表 11. 栄養改善該当群と該当なし群における「こころ」5項目に「いいえ」と答えた割合



5. 牧之原市における栄養改善事業の課題と対応

牧之原市における介護予防事業の現状の分析から、栄養リスクについての当事者および周囲の認識についての課題、栄養改善事業における特定高齢者の特徴からみた課題、栄養改善事業運営体制の課題が明らかになった。

5.1 栄養リスクについての当事者および周囲の認識についての課題

牧之原市の事例からは、当事者である高齢者自身が低栄養リスクについての認識に乏しいことが

明らかになった。また牧之原市においては、事業開始時は行政や介護支援専門員などの支援側も低栄養について認識が浅く、学びつつ運営してきたという状況である。

平成20年度から開始した牧之原市低栄養巡回支援者育成事業（別名ちょっとサポーター養成講座：全7回20時間）での訪問調査では、受講生から「見た目は栄養状態が悪い印象はない」という感想が出ており外見上も低栄養リスクは認識しづらいと思われる。

高齢者本人のみならず専門職も低栄養リスクに

ついでに認識が不足していることは、栄養改善事業が普及しない要因の一つであると考えられる。

5.2 牧之原市の特定高齢者の栄養改善該当者における特徴からみた課題

牧之原市の特定高齢者は、75歳以上の後期高齢者が2/3を占め、運動器の機能向上該当群と栄養改善該当群は年齢が高い傾向にある、運動器の機能向上と栄養改善の重複該当者が2割近く存在する、栄養改善該当者は日用品の買い物にはいかず、友人宅も訪問していない可能性がある。

牧之原市は地形的には海側地域は官公庁や商店街が集中し、山側地域では高齢者にとって外出しづらいつらいという特徴⁸があり、地理的条件で交通の便が悪い地域で、日用品も買いに出ず友人宅も訪問しない、リスクのある(後期)高齢者が複数の事業に参加することは困難だと考えられる。

全国的にも栄養改善事業には参加率が低く事業評価も困難な現状³では、参加促進のためにも、稼働している運動器の機能向上事業や口腔機能の機能向上事業の内容に、栄養改善を組み込むなど柔軟で充実したメニューを勘案し、参加者への負担が少なく効果的な内容を検討する必要がある。

5.3 栄養改善事業運営体制の課題

高齢者の低栄養の原因は個人によって様々なため^{9,10}、厚生労働省の栄養改善マニュアル¹⁰では、管理栄養士・栄養士が個別相談を行うことになっている。しかし、社団法人日本栄養士会行政栄養士協議会の平成19年の報告¹¹では市町村常勤栄養士数は平均3.6人であり、配置も全市町村の7割にとどまっている。行政栄養士の業務のなかでは乳幼児健診の栄養指導、生活習慣病栄養指導や特定保健指導が優先され、介護予防関係業務は「あまり実施できていない」状況である。田中らの調査^{12,13}においても、市町村栄養士の1日の業務の中で高齢期の栄養改善に割ける時間は0.5時間以下であることが報告されており、牧之原市においても同様の状況であった。

6. まとめ

牧之原市においては、地域ニーズを把握し、保健事業の知識を持っている保健師の支援が介護予防事業の大きな推進力となっていることが示された。栄養改善事業に関しては、「ちょっとサポーター養成講座」に牧之原市長や副市長があいさつに立つなど、市を挙げての啓発活動がなされている。また、この養成講座を修了したサポーターが対象者を牧之原市総合健康福祉センターのサロンに連れ出す姿が公共放送のニュース番組にも取り上げられるなど啓発活動の役割も果たしている。

牧之原市の事例においては、上記のような推進要因とともに、先行研究から明らかになっている人材の不足のほかに、高齢者本人のみならず支援を行う専門職も低栄養リスクについての認識が不足しているという課題、高齢者の実情にあった事業形態になっていない課題が明らかになった。

人材の不足は、全国的であり、構造的な問題である。社団法人日本栄養士会は、各都道府県栄養士会が運営している栄養ケア・ステーションという登録している栄養士・管理栄養士を依頼に応じて派遣する事業を進めており、植田らは活用への研究¹⁴を行っている。しかし事業のコーディネート機能を持たない派遣の管理栄養士のみでの市町村事業の運営が円滑には進むとは考えられない。

市町村への栄養改善事業に関する全国調査¹⁵では、503市町のうち、高齢者が栄養改善事業を拒否した場合、行政側による「必要性の説明と説得が困難」な状況(41.0%)であると回答されている。また介護支援専門員への調査¹⁶において、介護支援専門員における低栄養リスクの把握が少ないことが指摘されている。これは、行政、専門職を含めた普及啓発活動が、全国的に推進される必要があることを示している。

牧之原市が、各介護予防プログラム(運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上)を個別に行っている理由のひとつに、厚生労働省の介護予防継続的評価分析事業³において個別の評価が行われることがあげられる。しかし、特定高齢者への介護予防は、介護予防ケアマネジメントによっ

て効果的な事業を組み合わせた複合的な効果をねらっており、個別事業の効果測定とは趣旨が合わない。また個別事業の実施は、高齢者の実情の沿っていないと考えられる。

積極的に取り組んでいる牧之原市においても課題が散見されるが、すべて全国的に共通する課題である。静岡県における平成20年度の栄養改善事業参加者数が0人であった18市町のうち政令指定都市を含む10市町に電話で今年度(平成21年度)の栄養改善事業の状況を尋ねた。その結果、「集団教室ではなく個別相談や訪問で対応する予定だが、該当者がいない」「チェックリストや血清アルブミン値で該当する人はいるが医師の判断で栄養改善事業の対象とならない」など該当者がいないとするのが6市町。該当者はいるが、「少ないので運動教室の一部として実施している」2市町、「低栄養に陥った理由が個々で異なるため、保健師が訪問や電話で対応している」1市町、「運動器と口腔とともに委託しているが、栄養は少ない」1市町という回答であった。これらのことから、介護予防事業、特に栄養改善事業のシステム設計について現状では大きな課題があると判断できる。

引用文献

- 1)厚生労働省：平成18年度介護予防事業報告，
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/04/tp0411-2.html>：2007．アクセス日2009/8/30．
- 2)厚生労働省：第2回介護予防継続的評価分析等検討会資料(平成19年2月27日開催)，特特定定高齢者の決定方法等の見直し等について(案)，
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/02/s0227-3.html>：2009．アクセス日2008/8/30．
- 3)辻一郎，大淵修一，植田耕一郎，杉山みち子，他：平成20年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)「介護予防事業等の効果に関する総合的評価・分析に関する研究」報告書，財団法人日本公衆衛生協会，
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/03/s0326-12.html>：2009．アクセス日2009/8/30．
- 4)天本健司：厚生労働省における介護予防事業の

- 効果等の評価と今後の展望，公衆衛生，73(4)，248-253：2009．
- 5)草間かおる，須永将弘，杉山みち子：「栄養改善」における現状と課題・特集 介護予防 3年間の検証から，公衆衛生，73(4)，276-280：2009．
 - 6)厚生労働省：平成19年度介護予防事業報告，
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/04/tp0417-1.html>：2008．アクセス日2009/8/30．
 - 7)厚生労働省老健局老人保健課：特定高齢者の決定方法等の見直しに関するQ&Aについて(事務連絡)，地域包括支援センター・介護予防事業担当者会議資料(平成19年3月14日開催)：2007．
 - 8)古川馨子：「フォーラムまきのほら」で地域力向上を狙え!!- 市民が市政に参画するしくみづくり保健師も参加，保健師ジャーナル，63(5)，410-414：2007．
 - 9)市川祐子：特定高齢者施策における栄養改善事業の取り組み事例・高齢者の食 大特集～食べることは生きること～，食生活，103(9)，56-59：2009．
 - 10)厚生労働省：栄養改善マニュアル(改訂版)，
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>：2009．アクセス日2008/8/30．
 - 11)全国行政栄養士協議会：平成19年度政策課題行政管理栄養士等業務のあり方検討事業「行政栄養士業務に関する調査」報告書，社団法人日本栄養士会：2008．
 - 12)田中久子，藤内修二：地域保健サービスにおける栄養専門職のマンパワーに関する研究，平成19年厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)「保健・医療サービス等における栄養ケアの基盤的研究」(主任研究者 須永美幸)，177-191：2008．
 - 13)田中久子，梶 忍，焰硝岩政樹，大江裕子他：地域保健サービスにおける栄養専門職のマンパワーに関する研究，平成20年厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)「保健・医療サービス等における栄養ケアの基盤的研究」(主任研究者 須永美幸)，33-55：2009．
 - 14)植田耕一郎，杉山みち子，迫和子，草間かおる，

他：平成20年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「口腔機能向上及び栄養改善サービスに従事する人材確保の効果的推進に関する調査研究」報告書（主任研究者 植田耕一郎），133-148：2009．

15) 杉山みち子，迫和子，長門登志子，深沢初江，他：地域支援事業栄養改善事業実施状況調査，平成19年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書，有限責任中間法人日本健康・栄養システム学会，171-205：2008．

16) 杉山みち子，多田由紀，三橋扶佐子，木村隆次，他：地域における栄養ケア・マネジメント推進に関わる資源に関する調査・介護支援専門員における栄養ケア・マネジメントに関する実態調査，平成18年度厚生労働省老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進等事業分）「施設及び居宅高齢者に対する栄養・食事サービスのマネジメントに関する研究会」報告書，有限責任中間法人日本健康・栄養システム学会，199-209：2007．

参考文献

- 1) 厚生労働省：総合的介護予防システムについてのマニュアル（改訂版）（2009年5月1日）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>：2009．アクセス日 2009/8/30．
- 2) 厚生労働省：介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル（改訂版）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>：2009．アクセス日 2009/8/30．
- 3) 吉池信男，迫和子，市川祐子，高橋みゆき：平成20年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「地域支援事業における栄養改善プログラムの取り組み状況に関する全国調査」，「介護予防における『栄養改善』の推進に関する総合的研究」報告書（委員長 杉山みち子），有限責任中間法人日本健康・栄養システム学会，17-59．：2009．

Abstract

In this study we examined aspects to clarify issues including shortages of professionals in local projects of nutrition care and management (NCM) service, for free-living elderly people in Makinohara-shi, Shizuoka.

Data were collected from interviews with a public health nurse and a registered dietitian in charge of a project, from the 2008 annual report on a project and from geriatric assessment records for free-living elderly people at 2008.

The results made it clear that, NCM service has three issues. (1) needs in educational activities on food and nutritional knowledge for elderly people, (2) overly-severe regulations than those that reflect actual conditions of free-living elderly people and (3) deep-seated structural problem.

[研究論文]

家族介護者の続柄別にみた介護負担感と心理的虐待の関係

著者：東野定律（静岡県立大学 経営情報学部講師）

共著者：張英恩（岡山県立大学大学院 保健福祉学研究科）、金貞淑（同志社大学社会福祉教育・研究支援センター嘱託研究員）、尹靖水（梅花女子大学 現代人間学部人間福祉学科教授）、筒井孝子（国立保健医療科学院 福祉サービス部福祉マネジメント室長）、中嶋和夫（岡山県立大学 保健福祉学部教授）、小山秀夫（静岡県立大学 経営情報学部教授）

抄録

【目的】

本研究では、在宅要介護高齢者の主介護者の続柄別の介護負担感と心理的虐待の関連性を明らかにすることを目的とした。

【方法】

統計解析に必要なデータは、著者等がA県A市で行った「高齢者を介護する家族の健康と生活の質に関するアンケート」から抜粋し、欠損値を有さない903名のデータを解析した。統計解析には、要介護高齢者の基本属性(性・年齢)、要介護度、主介護者の基本属性(性・年齢)、要介護者との続柄、介護継続期間、介護負担感、心理的虐待の調査項目を使用した。

分析は、続柄別に5群(配偶者(夫・妻介護者)、息子、息子の嫁、娘)に分割し、介護負担感の因子を独立変数、心理的虐待の2つの因子を従属変数とする因果関係モデルを仮定した。前記の因果関係モデルの適合性は、構造方程式モデリング(多母集団同時分析)を用いた。

【結果】

解析の結果、いずれの続柄においても、介護負担感のうちの「拒否感情」が心理的虐待の「言語的攻撃」に有意な影響を与えていた。しかし、続柄によって介護負担感と心理的虐待の関係に、特徴があることも明らかになった。

【考察】

介護負担感の軽減し、虐待発生を予防するためには、特に、介護者の「拒否感情」を軽減させるような専門的支援が必要なことを明らかにした。

キーワード：介護者、介護負担感、心理的虐待

1. 緒言

国際高齢者年(1999年)を契機に、高齢者虐待が社会問題として強く国民に認識されるようになり、わが国においても介護者による要介護高齢者の基本的人権や生命を脅かす虐待事例が近年、多く報告されるようになった。

近年、要介護者を介護する上で認知もしくは、認識される介護負担感、介護者を追い詰め、介

護者が介護負担を強く感じる状況の中で虐待が発生しやすいことが報告されている¹⁾²⁾。

また、高齢者虐待には身体的虐待、心理的虐待、ネグレクトなど、多様な種類が認められているが、従来の研究では、発生頻度では心理的虐待の発生頻度が高いことが報告されている³⁾。

さらに、虐待の発生要因に着目するなら、高齢者側要因、介護者側要因、家庭内要因、社会的要

因と関連すること、その中でも介護者側要因に分類されている心理的ストレスが高齢者虐待の発生に結びつきやすいことが指摘されている⁴⁻¹⁰⁾。ただし、心理的虐待の高齢者に対する有害性⁴⁻⁵⁾¹¹⁾が指摘されているにもかかわらず、家族介護者の介護負担感と心理的虐待の関連性を詳細に検討した研究は、極めて少ない¹²⁻¹³⁾。加えて、介護者の続柄を考慮して介護負担感と心理的虐待の関連性を検討した研究はほとんど見当たらない。

そこで、本研究では、在宅要介護高齢者の主介護者の続柄別に介護負担感と心理的虐待の下位因子の関連性を明らかにすることを目的とした。本研究で示される続柄を考慮した高齢者虐待の早期発見と効果的な予防介入を容易にする基礎資料は、在宅の介護サービス提供におけるマネジメントに直接的に影響する内容となる。このことは、わが国において、在宅生活を継続するための地域包括ケアシステムを実現するための介護経営の在り方を検討していく上での基礎的資料となると考えられた。

2. 研究方法

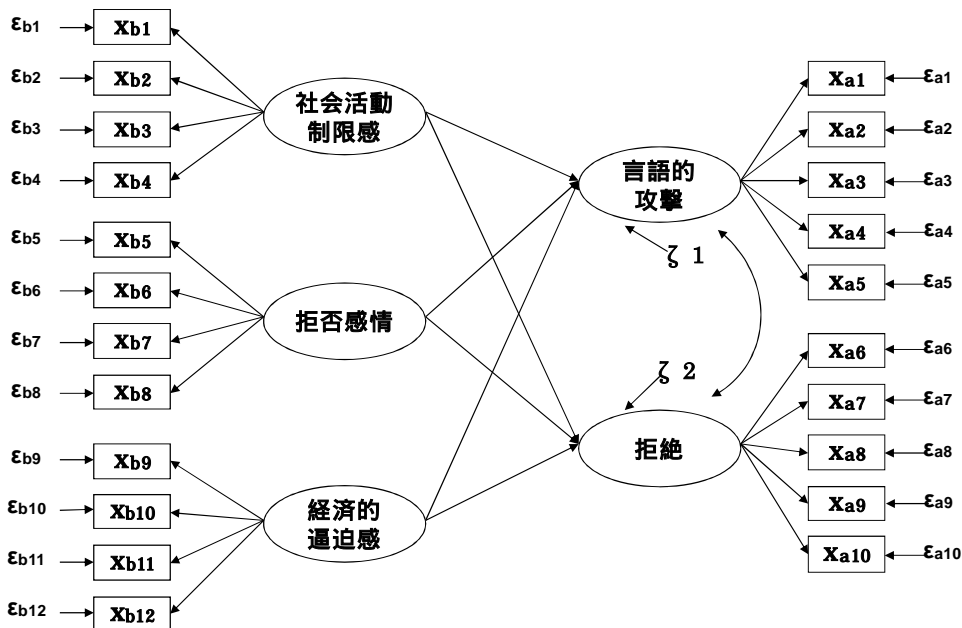
統計解析に資するデータは、筆者らが行った「高齢者を介護する家族の健康と生活の質に関するアンケート調査」の調査データであり、平成14年4月1日現在、A県A市内に居住し、かつ要介護認定を受けていた65歳以上の高齢者の主介護者のうち、協力が得られた1,143名に実施されたものである。

調査内容は、要介護高齢者の基本的属性(性、年齢)、要介護度、主介護者の基本的属性(性・年齢)、要介護者との続柄、介護継続期間、介護負担感、心理的虐待で構成した。介護負担感は、Family Caregiver Burden Inventory(FCBI)¹⁴⁾で測定されている。本尺度は「社会活動に関する制限感(社会活動制限感)」「要介護高齢者に対する拒否感情(拒否感情)」「経済的逼迫感」の3領域計12項目で構成されている。各質問項目に対する回答は、「0点:まったくない」「1点:ときどきある」「2点:しばしばある」の3件法で求めた。

また心理的虐待は、桐野ら¹²⁾が開発した心理的虐待尺度で測定した。この尺度は既存の虐待研究^{5-7),15)}を参考に、「言語的攻撃」と「拒絶」の2領域を反映する計10項目で構成されている。「言語的攻撃」とは言語的な非難や批判、脅迫や恐怖感、不安を与える言動、侮辱などを示している。また「拒絶」は孤立の誘発(他者との関係の遮断)、意図的な無視などを示している。各質問紙による回答は「0点:まったくしない」「1点:ときどきする」「2点:よくする」の3件法で求めた。

統計解析では、標本を続柄別に5群(配偶者(夫・妻介護者)、息子、息子の嫁、娘)に分割し、FCBIで測定される3つの介護負担感の因子を独立変数、心理的虐待の2つの因子を従属変数に因果関係モデルを構築し(図表1)構造方程式モデリング(多母集団同時分析法)を用いて、そのデータへの適合性を検討した。

図表1 介護負担感と心理的虐待に関する因果関係モデル



このモデルの適合度は、比較適合度指標 Comparative Fit Index(CFI)、Root Mean Square Error of Approximation(RMSEA)に基づいて評価した。一般的に、CFIは0.9以上¹⁶⁾、RMSEAは0.08以下¹⁶⁾の数値であれば、そのモデルがデータに適合していると判断される。また各モデルに含まれるパス係数の有意性検定は、棄却比(C.R値)で評価し、その絶対値が1.96以上(5%有意水準)を示したパスを統計学的に有意であると判断した。

また心理的虐待尺度の信頼性については、内的整合性の観点からCronbachの信頼係数を算出し、評価した。

上記の統計解析には、SPSS11.5JとAmos4.0を使用した。なお、統計解析には、要介護高齢者の基本的属性(性・年齢)と要介護度、ならびに主介護者の基本的属性(性・年齢)、要介護者との続柄、介護継続期間、介護負担感、心理的虐待に欠損値がなかった903名のデータを用いた。

3. 倫理的配慮

本調査の内容については、A市役所から依頼されたものであり、その倫理的内容については当該市役所の審査を経ている。調査は介護保険課が事務局となり、研究の主旨や目的を調査対象者やその

家族に説明した。調査票の配布は、A市介護保険課に設置された事務局から、データは統計的に処理すること、また調査結果を今後のA市の介護行政に資する資料とすることを明記した調査依頼文と、これらの内容を踏まえて、この調査に同意するかを回答するための同意書を同封して、調査を行った市の保健師および介護支援専門員が配布した。

調査票の回収は、調査に協力が得られた者からのみ、個別にA市介護保険課に郵送され、回収される仕組みが採用された。本研究で用いたデータは、この調査同意書が回収されたものについて行い、これらの同意書は、A市介護保険課が保管し、管理していた。

解析にあたって、著者に送付されたデータには、個人を特定できる情報はなく、データは統計的に処理され、研究結果の公表の許可はA市から得ている。

4. 結果

4.1 集計対象者の属性の分布

属性の分布は図表2に示した。集計対象とした903名の主介護者の性別構成は、男性211名(23.4%)、女性692名(76.6%)で、平均年齢は60.3歳、標準偏差11.48、範囲41~93歳であった。平

均介護期間は56.2ヶ月で、標準偏差51.63、範囲1~492ヶ月であった。また要介護高齢者との続柄は夫102名(11.3%)、妻171名(18.9%)、息子112名(12.4%)、息子の嫁285名(31.6%)、娘233名(25.8%)であった。

図表2 集計対象の属性の分布

主介護者の性別	男性	211名(23.4%)
	女性	692名(76.6%)
主介護者の平均年齢		60.3歳(標準偏差=11.48) (範囲41-93歳)
平均介護継続期間		56.2ヶ月(標準偏差=51.63) (範囲1-492ヶ月)
要介護高齢者との続柄		
配偶者(夫)		102名(11.3%)
配偶者(妻)		171名(18.9%)
息子		112名(12.4%)
息子の嫁		285名(31.6%)
娘		233名(25.8%)
要介護高齢者の性別	男性	283名(31.3%)
	女性	620名(68.7%)
要介護高齢者の平均年齢		82.1歳(標準偏差=7.7) (範囲65-103歳)
要介護高齢者の要介護度		
要支援		60名(6.6%)
要介護1		271名(30.0%)
要介護2		221名(24.5%)
要介護3		147名(16.3%)
要介護4		107名(11.8%)
要介護5		97名(10.7%)

要介護高齢者の性別構成は、男性283名(31.3%)、女性620名(68.7%)で、平均年齢は82.1歳、標準偏差7.7、範囲65~103歳であった。要介護度は要支援が60名(6.6%)、要介護1が271名(30.0%)、要介護2が221名(24.6%)、要介護3が147名(16.3%)、要介護4が107名(11.8%)、要介護5が97名(10.7%)に分布していた。

FCBI尺度に関する項目の回答分布は図表3に示した。なお、FCBIの下位領域の「社会活動に関する制限感」の得点は平均3.0点(標準偏差2.1、範囲0~8点)、「拒否感情」の得点は平均2.4点(標準偏差2.0、範囲0~8点)、「経済的逼迫感」の得点は平均1.7点(標準偏差2.1、範囲0~8点)であった。

4.2 Family Caregive Burden Inventory(FCBI)の回答分布

図表3 Family Caregiver Burden Inventoryの回答分布

質問項目	回答		
	まったくない	ときどきある	しばしばある
社会活動に関する制限感			
Xb1 介護のために、自分自身の自由な時間が取れない	207 (22.9)	482 (53.4)	214 (23.7)
Xb2 介護に追われ、家族と親族の関係がだんだん疎遠になると感じる	538 (59.6)	293 (32.4)	72 (8.0)
Xb3 介護のために、社会的な役割が果たせず、不安になる	480 (53.2)	370 (41.0)	53 (5.9)
Xb4 介護のために、趣味や学習などの個人的な活動に支障をきたしている	224 (24.8)	443 (49.1)	236 (26.1)
要介護高齢者に対する拒否感情			
Xb5 要介護者の言動に、どうしても理解に苦しむことがある	342 (37.9)	440 (48.7)	121 (13.4)
Xb6 要介護者に対して、我を忘れてしまうほど頭に血がのぼるときがある	576 (63.8)	286 (31.7)	41 (4.5)
Xb7 要介護者を見るだけでもイライラする	416 (46.1)	424 (47.0)	63 (7.0)
Xb8 適切に介護しているにもかかわらず、要介護者から感謝されていないと感じる	423 (46.8)	375 (41.5)	105 (11.6)
経済的逼迫感			
Xb9 介護のために、貯蓄していたお金までも使い、将来に不安を感じる	619 (68.5)	217 (24.0)	67 (7.4)
Xb10 要介護者の介護には費用がかかりすぎると感じる	543 (60.1)	292 (32.3)	68 (7.5)
Xb11 介護に関わる費用のために、余裕のある生活ができなくなったと感じる	603 (66.8)	243 (26.9)	57 (6.3)
Xb12 介護に必要な費用が家計を圧迫していると感じる	569 (63.0)	270 (29.9)	64 (7.1)

単位:名(%)

4.3 心理的虐待尺度の回答分布
 心理的虐待尺度に関する項目の回答分布は図表4に示した。心理的虐待尺度の下位領域の「言語的攻撃」は平均0.7点(標準偏差1.2、範囲0~8点)、「拒絶」は平均1.8点(標準偏差1.9、範囲0~9点)であった。

図表4 心理的虐待尺度の回答分布

質問項目	回答		
	まったくしな	ときどきする	よくする
言語的攻撃			
Xa1 要介護者を大声で叱る	591 (65.4)	296(32.8)	16 (1.8)
Xa2 人前で要介護者をばかにしたり、からかったりする	848 (93.9)	52 (5.8)	3 (0.3)
Xa3 施設に入れるなど、家族から追い出すというプレッシャーを与える	806 (89.3)	88 (9.7)	9 (1.0)
Xa4 要介護者に対して“きちがい”“あほ”“ばか”“のろま”といったような名前で呼ぶ	824 (90.9)	74 (8.2)	8 (0.9)
Xa5 死を意識させる言葉を用いる	837 (92.9)	62 (6.9)	4 (0.4)
拒絶			
Xa6 要介護者の言うことは信じない	384 (42.5)	455 (50.4)	64 (7.1)
Xa7 要介護者の身体の不調や健康上の訴えを無視する	802 (88.8)	92 (10.2)	9 (1.0)
Xa8 要介護者に話しかけられても応えない	579 (64.1)	240 (26.6)	84 (9.3)
Xa9 要介護者と家族や友人との交流の機会を与えない	773 (85.6)	87 (9.6)	43 (4.8)
Xa10 要介護者の要求に耳を傾けない	639 (70.8)	218 (24.1)	46 (5.1)

単位:名(%)

4.4 続柄別にみた介護負担感と心理的虐待の関連性

介護負担感(FCBI)の3つの因子と心理的虐待の2つの因子の関連性を構造方程式モデリングにより検討した。ただし、介護負担感や心理的虐待の得点分布が必ずしも正規分布していないことから、推定は多分相関係数を採用した。統計解析の結果、前記因果関係モデルのデータへの適合度は、 $2=1876.50$ 、 $df=1063$ 、 $CFI=0.89$ 、 $RMSEA=0.03$ であった。

続柄別にパス係数をみると(図表5)、介護者が夫と妻の場合は、FCBIの下位因子の「拒否感情」が心理的虐待尺度の下位因子「言語的攻撃」に、統計学的に有意な関係を示していた(標準化係数:夫

・0.95、妻・0.78、 $p<0.05$)。また、息子と息子の嫁ではFCBIの下位因子の「拒否感情」が心理的虐待尺度の下位因子「言語的攻撃」と「拒絶」に、統計学的に有意に関係していた(標準化係数:息子・0.61、0.63、息子の嫁・0.62、0.57、 $p<0.05$)。さらに、娘ではFCBIの下位因子の「拒否感情」が心理的虐待尺度の下位因子「言語的攻撃」と「拒絶」に(標準化係数:0.58、0.31 $p<0.05$)、さらに「経済的逼迫感」が「拒絶」に対して統計学的に有意な関係を示していた(標準化係数:0.18、 $p<0.05$)。

図表5 続柄別にみた介護負担感と心理的虐待の関係

独立変数と従属変数	続柄別の標準化係数				
	夫	妻	息子	息子の嫁	娘
社会活動制限感 言語的攻撃	-.20	-.22	-.08	-.29	.05
社会活動制限感 拒絶	.03	-.17	-.25	-.14	.07
拒否感情 言語的攻撃	.95*	.78*	.61*	.62*	.59*
拒否感情 拒絶	.10	.22	.63*	.57*	.31*
経済的逼迫感 言語的攻撃	-.23	.08	-.24	.11	.06
経済的逼迫感 拒絶	.03	.17	-.08	.08	.19*

* $p<.05$

5. 考察

高齢者虐待が社会問題になる背景には、戦前の家族制度の崩壊と核家族化、そして高齢社会の進行と介護の長期化や介護する介護者の経済的、心理的負担の増大等、多様な問題が複雑に関連していると考えられている。

このような背景をふまえ、本研究では、在宅要介護高齢者の主介護者の続柄別に介護負担感と心理的虐待の下位因子の関連性を明らかにすることを目的とした。

統計解析に使用したデータは、著者等が実施した「高齢者を介護する家族の健康と生活の質に関するアンケート」から抜粋した。介護負担感の測定には「FCBI」、また心理的虐待の測定には「心理的虐待尺度」を用いたが、これらの尺度については、既に信頼性・妥当性が確認されていることから、本研究においても有効な資料を利用できたものと判断される。

従来の高齢者虐待の研究において、心理的虐待を取り扱ったものは、虐待の発生頻度を報告する⁴⁻⁸⁾、¹⁸⁻²⁰⁾研究が多く、これについては、虐待の発生要因として介護負担感が関係しているという報告も認められるものの¹⁾¹³⁾、介護負担感の下位因子(「社会活動制限感」「拒否感情」「経済的逼迫感」)が心理的虐待のどの下位因子(「言語的攻撃」「拒絶」)と関連しているかを検討した研究は少なかった。また、これらについて、介護者の続柄を考慮して分析した研究は、ほとんどなかった。

以上のことを踏まえ、本研究では介護者の続柄を5群(配偶者(夫・妻介護者)、息子、息子の嫁、娘)に分類し、FCBIで測定される3つの介護負担感の因子を独立変数、心理的虐待の2つの因子を従属変数とする因果モデルを構築し、構造方程式モデリング(多母集団同時分析法)を用いて分析した。この統計解析方法は実際のデータにあらかじめ理論的に組み立てられたモデルを当てはめることで、そのモデルへのデータの適合度の検討を通し、モデルの妥当性の検討を行うことができる方法である。また測定誤差を調査したうえで、モデル全体の適合度を評価できるといった特徴を有している。

分析の結果、主介護者が配偶者(夫・妻)の場合、息子と息子の嫁の場合、娘の場合で統計学的に有意な水準で影響を与える因子が異なることが明らかになった。ただし、いずれの主介護者の続柄においてもFCBIの下位因子の「拒否感情」が心理的虐待の「言語的攻撃」に統計学的に有意な影響を示していた。

この結果からは、いずれの続柄をもった主介護者においても介護負担感を軽減し、心理的虐待の発生を予防するためには、まずは「拒否感情」に焦点をあてた介護者支援の必要性が示唆される。そこで、今回の調査に使用されたFCBI尺度の「拒否感情」因子に着目してみると、「言動の理解に苦しむ」「我を忘れてしまうほど頭に血がのぼるときがある」「見るだけでイライラする」「感謝されていないと感じる」の質問で構成されている¹⁴⁾。したがって、この点を考慮した支援や専門的介入としては、第1に、介護者に対する丁寧なメンタルケアが必要であると考えられた。これは、相談等を通じて介護者の抱える介護に対する不安や家族内での葛藤や、怒りのコントロール等について、これらの感情の緩和のための情緒的支援が重要と考えられた。

第2として、主介護者に対して、介護を行っている要介護高齢者を理解し、この状態を受容するために必要な教育的な支援が必要と考えられた。例えば、要介護高齢者が認知症である場合、すでに要介護認定者数のうち、認知症症状を有している者は、約半数以上に増加しており²¹⁾、主介護者が介護している要介護高齢者もまた認知症症状を持っている場合は少なくないと予想される。

今回、評価尺度で用いたFCBIにおける「拒否感情」因子の「要介護高齢者の言動に、どうしても理解に苦しむことがある」という項目の回答において、「しばしばある」と答えた割合が高かったが、これは、今回の調査対象となった介護者が介護している要介護高齢者に認知症の割合が高かったことが原因であろう。このような理解できない言動については、まずは、介護者が認知症を正しく理解し、認知症高齢者の行動特性や心理を理解でき

るような教育的な支援が必要であろう。

また、こういった認知症の症状の理解のためには、同様に認知症を介護し、介護上で同じ悩みをもつ家族会やセルフヘルプグループといったネットワークでの支援が必要であろう。したがって、今後の支援の在り方としては、主介護者の身近な地域で、こういった社会的資源の情報を提供し、その参加ができるような支援が重要であると考えられた。今日、実施されている認知症サポートに係る情報や活動の全国的な情報についても提供し、適切な介護技術を習得する機会を行政が確保できるように支援していくことも必要であるといえよう。

また、本研究においては、主介護者が息子・息子の嫁、娘の場合別に介入や支援方法を変えていくべきかを検討するため、こういった続柄別の分析をした。

この結果、「拒否感情」は、「言語的攻撃」以外にも有意な影響を与えていることがわかった。まず主介護者が息子、息子の嫁、娘である場合、FCBIの「拒否感情」因子は、心理的虐待の「拒絶」にも有意な影響を与えていた。

従来の研究では、虐待者の割合の上位は、息子の嫁が占め、息子が主介護者になる割合はそれほど高くないものの、息子が虐待者になる場合が多いことが報告されている²¹⁾。また息子や息子の嫁、娘が虐待者となった時の虐待内容としては、放任や世話の放棄の発生頻度が高いことも報告されている^{8)10),21-22)}。

しかし、本研究では、主介護者が息子と息子の嫁、娘の場合、「拒否感情」因子が「言語的攻撃」だけではなく、意図的な無視等が構成因子の「拒絶」にも関連性が認められた。ただし、このうち、とくに息子と息子の嫁の値が高く、娘については、低い値であった。

これらの結果は、これらの続柄の介護者が意図的に放任や世話の放棄を行っている可能性が高いことを示していると考えられ、とりわけ拒否感情が心理的虐待に強い影響を示していた息子、息子の嫁の主介護者の虐待を予防するためには、介護

者と要介護高齢者との人間関係を十分に考慮した介入を行い、介護者の介護負担を軽減する必要があるであろう。

従来の研究では、息子等が主介護者の場合、要介護者との人間関係の不和が虐待の発生要因として挙げられている^{4),8-10)}。過去に生じた要介護高齢者と介護者間の人間関係の不和や介護場面を通じて生じた誤解や苛立ちなどは、両者の関係を悪化させるとともに、互いの拒否感情を高め、結果として介護者の暴言や無視といった心理的虐待を行う可能性を高めることが予想される。したがって、とくに息子が主介護者である場合、この両者の関係性やこれまでの生活の状況といった内容も考慮することが重要であろう。また世話の放棄や放任を避けるためには、他の家族の理解を促すアプローチをし、介護者自身をサポートしてくれるサービスの利用や副介護者を得ることも検討されなければならないと考えられた。

さらに主介護者が娘の場合、「経済的逼迫感」因子が、「拒絶」に有意な影響を与えていることが弱い相関ではあるが認められたことは、実態として、低所得者層において介護者が娘である場合が多いことが指摘されている^{8),10)}ことが影響している可能性も否定できないだろう。「拒絶」と「経済的逼迫感」との関連性は、要介護高齢者の介護に伴う経済的負担によって、要介護者を拒絶する傾向が強くなることを意味しているが、従来の研究では、介護者の経済的な問題は必ずしも虐待発生要因の上位は占めないが、貧困⁴⁾や低所得^{8),10)}といった問題は虐待発生要因となり得ることが報告されている。

本研究では、主介護者の経済状況についての情報は収集しておらず、今後の課題となるが、いずれにしても主介護者が娘だけの場合に限らず、今後は、提供している介護サービス内容とその効果について、すなわち、サービスの必要性を丁寧に説明することが、ますます重要となってくるだろう。

一方で、この尺度によって実際に経済的逼迫感が高いと示された介護者に対しては、サービスの利

用料の減免等、行政による社会的な支援策があること等を含めた、ソーシャルケアが必要となると考えられた。例えば、現状では、すでに在宅で虐待が発生した理由が介護を行うことによる経済的逼迫感からであることが示されれば、行政から公的ヘルパーが派遣されることが行われているし、高齢者の預貯金や財産などの搾取といった虐待が発生した場合には、成年後見人による高齢者の支援という体制が構築されつつある。こういった行政をはじめとする公的機関はもとより、その他民間事業者等の取り組みは必ずしも十分であるとはいえず、こうした虐待に対する社会的支援体制の構築と同時に、高齢者虐待の予防のためには、介護者をサポートする体制の具体的整備が必要である。特に、介護者の精神的なストレスに対しては、地域におけるピアカウンセリング等のサポートやレスパイトケア体制の整備が求められる。

現状では、行政をはじめとする公的機関、その他民間事業者等によってのみで、在宅生活の継続は困難である。したがって、家族介護者は、要介護高齢者の在宅生活の継続のためには、不可欠で貴重な社会資源であると認識することが重要である。これらの資源に関しての円滑なマネジメントのために、本研究で明らかにした在宅要介護高齢者の主介護者の介護負担感と心理的虐待との関連性を示した結果は、重要であったと考えられる。

例えば、こうした介護者に対するサポートの方法やその内容が続柄によって、微妙な差異が示されたことは、わが国における虐待を予防するためのサポート体制を構築する上で、地域においてきめ細かな対応が必要なことを示唆し、要介護高齢者や介護者にとっての介護保険によるサービスだけを対象とするのではなく、レスパイトに関わる新たなサービスの提案に際しての基礎資料となる。

このことは、わが国における介護経営、すなわち介護に関わるマネジメントを円滑に実施するための体制における基礎的な整備の要件を提示するという観点からも重要な知見であると考えられる。

参考文献

- 1) 小野ミツ, 小西美智子: 在宅要介護高齢者に対する介護者の虐待と対人距離. 日本地域看護学会誌, 6(1), 49-58: 2003.
- 2) 金子善彦: 高齢者虐待と家族 高齢者本人へのアンケート調査と家族危険因子評価表について. 老年精神医学雑誌, 16, 194-204: 2005.
- 3) Takako T, Hansu Y, Masafumi K, Uuki Y, et al: The State of Research on Elder Abuse in Japan and Future Directions. International Journal of Welfare for the Aged, 12, 3-21: 2005.
- 4) 上田照子, 水無瀬文子, 大塩まゆみ, 他: 在宅要介護高齢者の虐待に関する調査研究. 日本公衆衛生学会誌, 45(5), 437-448: 1998.
- 5) 上田照子: 在宅要介護高齢者の家族介護者における不適切処遇の実態とその背景. 日本公衆衛生学会誌, 47(3), 264-274: 2000.
- 6) 神山幸枝, 岸恵美子, 荒木美千子, 他: 栃木県における在宅要介護者高齢者の虐待に関する調査研究 専門職へのアンケート調査より. 自治医科大学看護短期大学紀要, 7, 67-73: 1999.
- 7) 福原隆子: 痴呆性老人における虐待の実態と発生要因に関する調査研究. 福井県立大学看護短期大学部論集, 9, 25-38: 1999.
- 8) 荒木乳根子: 在宅における高齢者虐待 1997年調査を中心に. 人間福祉研究, 1, 71-96: 1998.
- 9) Mendonca JD, Velamoor VR, Sauve D: Key features of maltreatment of the infirm elderly in home settings. Can J Psychiatry, 41(2), 107-113: 1996.
- 10) 荒木乳根子: 高齢者虐待. 母子保健情報, 42, 33-38: 2000.
- 11) 鈴木英子, 安梅勅江: 地域在住高齢者の虐待リスク要因に関する研究. 日本保健福祉学会誌, 5(2), 17-30: 1999.
- 12) 桐野匡史, 矢嶋裕樹, 柳漢守, 他: 在宅要介護高齢者の主介護者における介護負担感と心理的虐待の関連性. 厚生指標, 52(3), 1-8: 2005.
- 13) 加藤悦子: 高齢者虐待の発生割合とリスクタイプ別特徴. 月刊総合ケア, 14(11), 57-62: 2004.
- 14) Higashino S, Tsutui T, Kirino M, et al:

- Development of the Family Caregiver Inventory (FCBI). International Journal of Welfare for the aged, 9, 3-14: 2003.
- 15) 多々良紀夫: 老人虐待 アメリカは老人の虐待にどう取り組んでいるか. 筒井書房: 1994.
- 16) Arbuckle, J.L. Wothke W.: Amos User's guide version 5.0. Chicago, Smallwaters Corporation: 2003.
- 17) 佐々木明子, 高崎絹子, 小野ミツ, 他: 高齢者虐待と支援に関する研究 [2]. 保健婦雑誌, 53(5), 383-391: 1997.
- 18) 高崎絹子, 佐々木明子, 谷口好美 (1995). 老人虐待の概念化と在宅ケアの課題. 保健婦雑誌, 51(7): 524-532.
- 19) 田中荘司. 老人虐待の実態から見えてきたこと. 保健婦雑誌, 51(7), 517-523: 1995.
- 20) 高崎絹子, 佐々木明子, 谷口好美, 他: 老人虐待と支援に関する研究 [1]. 保健婦雑誌, 51(12), 966-977: 1995.
- 21) 厚生労働省: 厚生労働白書 (平成 17 年度版). ぎょうせい, 52-53: 2005.
- 22) 荻原清子: 高齢者虐待はなぜ起こる?. 訪問看護と介護, 6(5), 376-383: 2001.

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to examine the Relationship between psychological abuse and care burden in the primary caregiver's characteristics.

Method: Study subjects were 903 primary caregivers for the older persons who selected from 5,189 class 1 insured persons in the long-term care (LTC) insurance (April 1, 2002).

The structural model was used to analyze the gender, age, and care level provided to the senior requiring care; the gender and age of the main caregiver; the period of time over which care has been provided; the relationship between the caregiver and the elderly person requiring care; psychological abuse; and care burden.

The Structural Equation Modeling assumed that independent variable in a factor of the care burden and dependent variable in two factors of the psychological abuse.

Results: Structural Equation Modeling result showed that only "negative feeling", one of the care burden, was significantly associated with factor of psychological abuse "verbal aggression". However, it became clear for the relations of care burden and psychological abuse that there were peculiarity by caregiver's characteristics.

This finding suggests the importance of providing family caregivers with supports focusing on their negative feeling in order to prevent psychological abuse to the care-recipients.

Key Words: family caregiver, care burden, psychological abuse

[研究論文]

ユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの質に関する測定尺度の開発

著者： 原 祥子（島根大学 医学部）

共著者：實金 栄（岡山県立大学 保健福祉学部）、太湯好子（岡山県立大学 保健福祉学部）、中嶋和夫（岡山県立大学 保健福祉学部）、小野光美（島根大学 医学部）、沖中由美（島根大学 医学部）、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

目的：本研究は、ユニット型介護老人保健施設における「認知症ケアの質に関する測定尺度」の開発を目的とした。

方法：認知症ケアの質に関する測定尺度の因子モデルは、「健康管理」「その人らしい生活の維持」「自立生活の支援」「看取り」「家族関係の維持」「統一したケア」を一次因子、「認知症ケアの質」を二次因子とする二次因子モデルとした。前記尺度の構成概念妥当性は、因子モデルと外的基準との関係において、看護職員 370 人のデータを基礎に、構造方程式モデリングで検討した。外的基準には仕事満足度を使用した。

結果：前記尺度の因子モデルのデータへの適合性ならびに認知症ケアの質と仕事満足度の関係が、統計学的に支持された。なお、認知症ケアの質に関する測定尺度の Cronbach の 信頼性係数は統計学的な許容水準にあった。

結論：著者らは、認知症ケアの質に関する測定尺度の妥当性と信頼性を基礎に、それがユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの質の評価にとって有効に機能するものと結論した。

キーワード：ユニット型介護老人保健施設、認知症、ケア、尺度、構成概念妥当性

1. 緒言

従前より、高齢者関連施設での認知症のケアにおいて、従来型の大規模施設における集団ケアでは種々の生活上の制約が加わる等の理由から生活に困難をきたす¹ことが指摘されている。2003年、高齢者介護研究会の報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」は、施設介護においては個別的ケアを実現するために個室化・ユニットケア（小規模生活単位の導入）の普及が必要なことを提唱している。同時に、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させるためには、認知症高齢者のニーズに効果的に応えることができる個別のケアサービス内容の明確化や普及が重要な鍵になると指摘している。

わが国では、全室個室・ユニットケアの小規模生活単位型特別養護老人ホームが2002年に誕生し、2005年には介護老人保健施設と介護療養型医療施設のユニット型が制度化されている。ユニット型施設で認知症高齢者が安心して快適な生活を送っていくためには、施設の数や個室・ユニット化といったハード面での充実に加えて、施設におけるケアの質が極めて重要な要素となる。しかしながら、各ユニット型施設での実践や取り組みは多様であり²、個々のスタッフの経験に基づいた試行錯誤が重ねられているのが現状である。ユニット型施設における認知症高齢者に対するケアの質の確保や向上は重要課題であり、実際のユニットケアの現場で直接活用でき、高水準の認知症ケアの質

が維持できるケアの内容を具体的に示す質指標の構築が急務となっている。これまで日本では、高齢者訪問看護質指標（認知症ケア）³⁻⁷や認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準⁸開発の試みがなされている。また、認知症高齢者グループホームについては、ケアの指針となるガイドライン⁹⁻¹²が開発されている。しかし、認知症高齢者ケアが提供される場合は、自宅、グループホーム、介護保険施設など多様であり、永田¹³はそれぞれの場で提供されるべき認知症高齢者ケアのあり方を追究する必要があると述べているものの、近年普及しつつあるユニット型施設における認知症ケアの質指標やガイドラインについては、いまだ検討されていないのが実情である。それはユニット型施設における認知症ケアの質の根幹に関わる問題であり、認知症ケアの質をより適切に測定するための尺度開発が望まれよう。

本研究では、ユニット型介護老人保健施設に適用できる認知症ケアの質を測定するための尺度を考案し、その尺度の構成概念妥当性ならびに信頼性について検討することを目的とした。

2. 用語の定義

認知症ケアの質：ケアの質の評価に関する Donabedian モデル¹⁴においては、評価されるべきケアの質として「構造」「過程」「成果」の3つの構成要素が重視されている。「構造」はケアの場における人的、物的、財政的、組織的資源の有無や内容、「過程」はケアの提供過程における行為や内容、「成果」は構造および過程によってもたらされる結果を意味する。本研究における認知症ケアの質では、Donabedian モデルの「過程」に焦点を当て、認知症高齢者のケア過程において看護職員が実践すべき重要な要素を行為レベルで提示することを企図した。

3. 研究方法

3.1 対象

本研究における調査対象は、全国のユニット型

介護老人保健施設に勤務する常勤の看護職員とした。本研究でいうユニット型介護老人保健施設は、ユニットケア体制の対応をしている介護老人保健施設であって、都道府県の介護サービス情報公表システムにおける報酬類型欄に「ユニット型個室」「ユニット型準個室」の両方もしくは一方に「あり」と表示されている介護老人保健施設を総称している。なお、全室個室・ユニットケアを原則とし、全ての居室について介護報酬上の施設等の区分を「ユニット型」として届け出た施設と、一部の居室について個室・ユニットケアを原則とした居室を採用し、これに該当する部分について介護報酬上の施設等の区分をユニット型として届け出た「一部ユニット型」があるが、本研究ではその両方を対象施設とした。各都道府県の介護サービス情報公表システムに2008年11月時点で掲載されていた情報を基礎に、全269ヶ所のユニット型介護老人保健施設に本調査への協力を依頼した。最終的に、調査協力の同意が得られた69ヶ所（25.7%）のユニット型介護老人保健施設に勤務する常勤の看護職員すべてを対象に調査を実施した。

3.2 調査内容

調査内容は、施設と看護職員の属性、認知症ケアの質、仕事満足度で構成した。

3.2.1 施設と看護職員の属性

施設属性は、ユニット型施設としての開設年月、ユニットケアの介護報酬上の届出種別、看護職員および介護職員の日勤・夜勤体制、フロアリーダー配置の有無、終末期への対応体制、2008年10月の入所者の平均要介護度ならびに認知症の程度を尋ねた。なお、フロアリーダーとは、複数のユニットをもつ1フロアを統括するリーダーであり、最近ではユニットリーダーに加えてフロアリーダーを配置する施設が増えている。

看護職員の属性は、年齢、性別、職位、取得資格、看護職としての通算経験年数、老人保健施設での看護経験年数、ユニットリーダー研修受講の

有無を尋ねた。ユニット型介護老人保健施設の運営に関する基準には、ユニットごとに常勤のユニットリーダーを配置することが定められており、厚生労働省が2003年から開始した「ユニットケア施設研修等事業」のなかにユニットリーダー研修が含まれている。

3.2.2 認知症ケアの質の各領域と項目の設定

著者らはすでに、ユニット型施設において提供されている認知症ケアを具体的な行為のレベルで整理するために、ユニット型介護老人保健施設のケアスタッフが重要と考える認知症ケアの実践内容を抽出し、それが5領域（「健康管理」「その人らしい生活の維持」「自立生活の支援」「看取り」「統一したケア」）に集約できること¹⁵を明らかにした。その5領域は、ユニット型介護老人保健施設で働いている看護職員を対象に「認知症高齢者に対する日常の仕事の中で何を大切に実践しているのか」を主テーマにフォーカスグループインタビューを実施することで得られたデータを基礎に、認知症高齢者に対するケアの具体的な行為を整理・抽象化することによって導き出したものである。

本研究では、前記の解析結果を基礎に老年看護学の研究者5名による協議、ならびにユニット型介護老人保健施設の看護管理者1名による確認を通して、前記5領域に「家族関係の維持」の領域を追加することで、最終的にはユニット型介護老人保健施設のケアスタッフが重要と考える認知症ケアを6領域に設定した。また、それら6領域に所属する調査項目は、著者ならびに共著者の協議を基礎に19項目を選定し配置した。具体的には、「健康管理」の領域に4項目（「体調の変化を見落とさないために個々の入居者の普段の生活を継続的にみる」「入居者の健康上の変化や異常の早期発見のために介護職員と密に連絡・連携する」「内服薬が入居者の生活に及ぼす影響を見極める」「慢性病管理のために必要な生活制限と入居者が生活のなかで楽しみにしている事との調和を考えた生活支援をする」）、「その人らしい生活の維持」

の領域に4項目（「入居者自身が選択して好きな活動に参加できるように配慮する」「入居者が集まって団樂できる家庭的な雰囲気のある場や落ち着いた過ごせる環境をつくる」「入居者が家で使っていた馴染みのものなどを取り入れ、その人らしい居室づくりをする」「入居者が自分の居場所として認識できるプライベートな空間を確保する」）、「自立生活の支援」の領域に4項目（「メリハリのある個々の生活リズムをつくる」「食欲がわくような適度な活動を支援する」「退所後も継続可能な生活習慣が身につくように支援する」「入居者が意欲と安心感をもって歩けるように段階的に歩行を促す」）、「看取り」の領域に2項目（「看取りの時期のケアを主体的に引き受ける」「入居者がやすらかな死を迎えるためのケアを組み立てる」）、「家族関係の維持」の領域に3項目（「入居者の家族と馴染みの関係を築く」「入居者の生活状況やケアについて家族と情報交換する」「入居者家族の状況を把握し、家族を支える」）、「統一したケア」の領域に2項目（「日々のケアについてスタッフ同士で話し合いながらケア方針のズレがないかを確認する」「一人一人の入居者を大切な人として尊重したケアが組み立てられているかを定期的にスタッフで振り返る機会をつくる」）を配置した。前記のケアの質に関する回答は、看護職員がケア行為を示す頻度として測定できると仮定し、頻度を示す選択肢から構成された5件法で求めた。あるべき姿ではなくて実際にどの程度行っているかを「認知症高齢者にケアを提供するとき、以下の内容をどの程度行っていますか」と問い、各項目について「5点：いつも行っている」「4点：たびたび行っている」「3点：時々行っている」「2点：あまり行っていない」「1点：ほとんど行っていない」のうちから一つを選んで回答する形式とした。得点が高いほど、その看護職員のケアの質が高いことを意味することになる。

3.2.3 仕事満足度

仕事満足度の測定は、Macdonaldら¹⁶によって開発され、信頼性・妥当性が検証されている「仕事

満足度尺度」で行った。この尺度は10項目で構成され、「5点：強くそう思う」「4点：そう思う」「3点：どちらともいえない」「2点：そう思わない」「1点：全くそう思わない」の5件法で回答を得て、合計点(10~50点)を算出する。性別に関係なく、20~60歳の範囲で、多様な職種に使用できるものとなっている。本研究で「仕事満足度尺度」を使用するにあたっては、開発者の許可を得て、著者等が本来の意味が損なわれない範囲で翻訳をすすめた。

3.3 調査手続きおよび倫理的配慮

全国のユニット型介護老人保健施設の施設長宛に、本研究の趣旨・方法に関する説明と調査協力についての依頼文書を郵送した。協力いただける場合には、同意書への施設長の署名とともに、施設の属性に関する調査票への回答を依頼し、同意書と調査票を返送してもらった。看護職員の属性・認知症ケアの質に関する調査票は、調査協力依頼文と返信用封筒を添えて、協力の得られた各施設に対して常勤看護職員の人数分を送付した。看護職員の調査への参加は自由意思とし、調査票の返送をもって調査参加への意思の確認とした。調査は無記名自記式で実施し、個別投函で回収した。調査期間は2008年11月から2009年2月であった。なお、本研究は島根大学医学部看護研究倫理委員会の承認を得た。

3.4 統計解析

通常、測定尺度の因子モデルは、収集データを基礎に探索的因子分析によって任意に抽出した因子で構造化する方法と、操作的定義や臨床経験あるいは既存の知見を基礎に論理的に考案した因子で構造化する方法に大別できる。上記のいずれの場合も、測定概念(潜在変数)と測定値(観測変数)の関連性の問題、すなわち因子モデルの側面からみた構成概念妥当性が、構造方程式モデリングを用いた確証的因子分析によって検討されなければならない¹⁷⁾。本研究では後者のアプローチを採用した。その理由は、ユニット型介護老人保健施設

設においていかなる特性の常勤看護職員の標本であっても、予め仮定した因子モデルがその標本(データ)に適合するならば、結果的にそれは因子モデルの強固さが確認できる、すなわち開発した尺度が一般性の高い尺度として位置づけることが可能であるということに依拠している。

本研究では、因子モデルは、「健康管理」「その人らしい生活の維持」「自立生活の支援」「看取り」「家族関係の維持」「統一したケア」を一次因子、「認知症ケアの質」を二次因子とする二次因子モデルで構成した。

また本研究では、開発した測定尺度の構成概念妥当性を、外的基準との関連性においても検討した。ケアとはケア提供者が専門職として業務の充実感を遂げるものである¹⁸⁾というMayeroffの理論を踏まえ、看護師の認知症ケアの質が仕事満足度に影響するといった仮説(因果モデル)を設定し、その因果関係モデルのデータへの適合性を構造方程式モデリングで解析した。このとき統制変数として、性別、年齢、看護職としての経験月数、老人保健施設での経験月数、ユニットリーダー研修の受講経験を投入した。

前記の因子モデルならびに因果関係モデルのデータへの適合性の評価には、標本数や観測変数の数に影響されにくい比較適合度指標「CFI」ならびに適合度指標「RMSEA」を採用した。CFIは一般的に0.9以上、RMSEAは0.08以下であればそのモデルがデータによく適合していると判断される。なお、パス係数の有意性は、ワルド検定で検討した。検定統計量C.R.(棄却比:critical ratio)の値が1.96以上(5%有意水準)を示したものを統計学的に有意と判断した。

また、認知症ケアの質に関する測定尺度の信頼性は、尺度全体および下位領域ごとにCronbachの信頼性係数を算出した。

以上の統計解析は、構造方程式モデリングを用いた解析には「Amos 17.0」を使用し、他の解析には「SPSS 17.0」を使用した。

4. 結果

ユニット型介護老人保健施設 69ヶ所の常勤看護職員に配布した調査票は 608 通で、回収数は 393 通（回収率 64.6%）であった。このうち、認知症ケアの質と仕事満足度に対する回答に欠損値がないものを有効回答として利用した。有効回答数は 370 通（有効回答率 60.9%）であった。

4.1 対象者の属性

回答した看護職員の属性は、図表 1 に示した。平均年齢は 44.1 歳で、93.8% が女性であった。看護職としての経験年数は、0.7 年から 45 年のキャリアをもつ者まであり、平均 19.3 年であった。老人保健施設での看護経験年数は平均 3.8 年であった。スタッフが 70.4% を占めており、ユニットリーダー研修を受講した者は 9.2% であった。准看護師の資格をもつ者が 54.3% で最も多く、看護師資格をもっている者は 51.6% であった。

対象者の属するユニット型介護老人保健施設の概要を図表 2 に示した。回答のあった 69 施設のうち、31 施設がユニット型、38 施設が一部ユニット型であった。看護職員の日勤体制として、フロア固定体制をとっている施設が 26 (37.7%)、一定のフロアやユニットに固定せずに施設全体で配置している施設が 20 (29.0%)、ユニット固定体制をとっている施設は 16 (23.2%) であった。夜勤体制では、看護職員の常時夜勤体制をとっている施設が 62 (89.8%)、オンコール体制が 5 (7.2%)、看護職員の夜間対応はしていないと回答した施設が 2 (2.9%) であった。フロアリーダーを配置していると回答したのは 60 施設 (87.0%) だった。終末期への対応体制について、入所者及び家族が施設において終末を迎えることを希望した場合に、原則として応じると回答した施設は 33 (47.8%)、応じられないと回答したのは 17 施設 (24.6%)、応じられないことが多いと回答したのは 16 施設 (23.2%) であった。また、ユニットにおいて死の看取りを含むターミナルケアの実践例があると回答したのは 34 施設 (49.3%) であった。施設入所者の平均要介護度は 3.16 (標準偏差 0.36) であ

った。認知症の程度については、「認知症高齢者の

図表1 回答者の属性 (n=370)

性別	女性	347 (93.8)
	男性	23 (6.2)
年齢	平均±標準偏差	44.1±10.3歳
	範囲	22～68歳
看護職としての経験年数	平均±標準偏差	19.3±10.4年
	範囲	0.7～45年
老人保健施設での看護経験年数	平均±標準偏差	3.8±3.2年
	範囲	0.1～16.3年
職位・役職	看護師長相当職	44 (11.8)
	副看護師長相当職	13 (3.5)
	フロアリーダー	14 (3.8)
	ユニットリーダー	15 (4.0)
	スタッフ	260 (70.4)
	その他・不明	24 (6.5)
取得資格 (複数回答)	看護師	191 (51.6)
	准看護師	201 (54.3)
	保健師	8 (2.2)
	介護支援専門員	51 (13.8)
	認知症ケア専門士	11 (3.0)
ユニットリーダー研修受講の有無	受講した	34 (9.2)
	受講していない	329 (88.9)
	不明	7 (1.9)

単位：人 (%)

図表2 施設の概要 (n=69)

ユニットケアの介護報酬上の届け出種別	ユニット型	31 (44.9)
	一部ユニット型	38 (55.1)
開設年	2002年	3 (4.3)
	2003年	9 (13.0)
	2004年	13 (18.8)
	2005年	10 (14.5)
	2006年	13 (18.8)
	2007年	11 (15.9)
	2008年	10 (14.5)
	その他	3 (4.3)
看護職員の日勤体制	ユニット固定	16 (23.2)
	フロア固定	26 (37.7)
	施設全体で配置	20 (29.0)
	その他	7 (10.1)
看護職員の夜勤体制	常時夜勤体制	62 (89.8)
	1ユニットに1人	1 (1.4)
	フロアに1人	2 (2.9)
	施設全体に1人	52 (75.4)
介護職員の夜勤体制	当直制	0 (0.0)
	オンコール	5 (7.2)
	夜間対応はしていない	2 (2.9)
	その他	3 (4.3)
フロアリーダーの配置	1ユニットに1人	15 (22.7)
	2ユニットに1人	42 (60.9)
	その他	12 (17.4)
フロアリーダーの配置	配置している	60 (87.0)
	配置していない	8 (11.6)
	不明	1 (1.4)
	原則として応じる	33 (47.8)
終末期への対応	応じられないことが多い	16 (23.2)
	応じられない	17 (24.6)
	不明	3 (4.3)
ターミナルケアの実践例	ある	34 (49.3)
	ない	34 (49.3)
	不明	1 (1.4)
入所者の平均要介護度	平均±標準偏差	3.16±0.36
	範囲	2.10～4.30
認知症高齢者の日常生活自立度における「ランク」以上の入所者の割合	20%未満	3 (4.3)
	20～40%未満	15 (21.7)
	40～60%未満	25 (36.2)
	60～80%未満	13 (18.8)
無回答	80%以上	3 (4.3)
	無回答	10 (14.5)

単位：施設数 (%)

日常生活自立度判定基準」(平成5年10月厚生省)によるランク (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)以上の入所者の割合が40~60%未満であると回答した施設が最も多く、25施設(36.2%)であった。

4.2 認知症ケアの質に関する回答傾向

ユニット型介護老人保健施設における看護職員の認知症ケアの質に関する回答分布は図表3に示した。「いつも行っている」と「たびたび行っている」を合算した回答が最も多かったのは「X2:入居者の健康上の変化や異常の早期発見のために介護職員と密に連絡・連携する」で340人(91.9%)、次いで「X1:体調の変化を見落とさないために個々の入居者の普段の生活を継続的にみる」が304人(82.2%)、「X3:内服薬が入居者の生活に及ぼす影響を見極める」が270人(73.0%)となっており、いずれも「健康管理」領域に含まれる項目であった。一方、「ほとんど行っていない」と「あまり行っていない」を合算した回答が最も多かったのは「X14:入居者がやすらかな死を迎えるためのケアを組み立てる」で236人(63.8%)、次いで「X13:看取りの時期のケアを主体的に引き受ける」が225人(60.8%)となっており、「看取り」

領域の項目であった。続いて、「自立生活の支援」領域の「X11:退所後も継続可能な生活習慣が身につくように支援する」が158人(42.7%)、「その人らしい生活の維持」領域の「X7:入居者が家で使っていた馴染みのものなどを取り入れ、その人らしい居室づくりをする」が152人(41.1%)、「家族関係の維持」領域の「X17:入居者家族の状況を把握し、家族を支える」が142人(38.4%)となっていた。

4.3 認知症ケアの質に関する測定尺度の因子モデルのデータへの適合性の検討

「健康管理」「その人らしい生活の維持」「自立生活の支援」「看取り」「家族関係の維持」「統一したケア」を一次因子、「認知症ケアの質」を二次因子とする二次因子モデル(図表4)として仮定し、その因子モデルのデータへの適合性を検討した結果、前記二次因子モデルのデータへの適合度は、CFIが0.935、RMSEAが0.065であった。また、二次因子から一次因子に向かうパス係数ならびに一次因子から観測変数に向かうパス係数は、すべて統計学的に有意な水準にあった。

図表3 ユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの質の質問項目と回答分布(n=370)

項目	いつも行っている	たびたび行っている	ときどき行っている	あまり行っていない	ほとんど行っていない
健康管理					
X1. 体調の変化を見落とさないために個々の入居者の普段の生活を継続的にみる	208 (56.2)	96 (25.9)	56 (15.1)	6 (1.6)	4 (1.1)
X2. 入居者の健康上の変化や異常の早期発見のために介護職員と密に連絡・連携する	244 (65.9)	96 (25.9)	25 (6.8)	3 (0.8)	2 (0.5)
X3. 内服薬が入居者の生活に及ぼす影響を見極める	140 (37.8)	130 (35.1)	81 (21.9)	17 (4.6)	2 (0.5)
X4. 慢性病管理のために必要な生活制限と入居者が生活のなかで楽しみにしている事との調和を考えた生活支援をする	70 (18.9)	104 (28.1)	121 (32.7)	56 (15.1)	19 (5.1)
その人らしい生活の維持					
X5. 入居者自身が選択して好きな活動に参加できるように配慮する	54 (14.5)	113 (30.4)	113 (30.6)	65 (17.5)	25 (7.0)
X6. 入居者が集まって団欒できる家庭的な雰囲気のある場や落ち着いた過ごせる環境をつくる	65 (17.5)	103 (28.0)	117 (31.5)	61 (16.4)	24 (6.7)
X7. 入居者が家で使っていた馴染みのものなどを取り入れ、その人らしい居室づくりをする	37 (9.9)	59 (15.9)	122 (33.1)	105 (28.2)	47 (12.9)
X8. 入居者が「自分の居場所」として認識できるプライベートな空間を確保する	91 (24.7)	62 (16.7)	105 (28.2)	80 (21.5)	32 (8.9)
自立生活の支援					
X9. メリハリのある個々の生活リズムをつくる	52 (14.1)	82 (22.2)	135 (36.5)	78 (21.1)	23 (6.2)
X10. 食欲がわくような適度な活動を支援する	41 (11.1)	67 (18.1)	139 (37.6)	90 (24.3)	33 (8.9)
X11. 退所後も継続可能な生活習慣が身につくように支援する	44 (11.9)	69 (18.6)	99 (26.8)	96 (25.9)	62 (16.8)
X12. 入居者が意欲と安心感をもって歩けるように段階的に歩行を促す	45 (12.2)	85 (23.0)	125 (33.8)	78 (21.1)	37 (10.0)
看取り					
X13. 看取りの時期のケアを主体的に引き受ける	28 (7.6)	40 (10.8)	77 (20.8)	70 (18.9)	155 (41.9)
X14. 入居者がやすらかな死を迎えるためのケアを組み立てる	21 (5.7)	35 (9.5)	78 (21.1)	60 (16.2)	176 (47.6)
家族関係の維持					
X15. 入居者の家族と馴染みの関係を築く	69 (18.6)	99 (26.8)	135 (36.5)	41 (11.1)	26 (7.0)
X16. 入居者の生活状況やケアについて家族と情報交換する	60 (16.2)	118 (31.9)	136 (36.8)	31 (8.4)	25 (6.8)
X17. 入居者家族の状況を把握し、家族を支える	27 (7.3)	66 (17.8)	135 (36.5)	89 (24.1)	53 (14.3)
統一したケア					
X18. 日々のケアについてスタッフ同士で話し合いながらケア方針のズレがないかを確認する	86 (23.2)	116 (31.4)	124 (33.5)	27 (7.3)	17 (4.6)
X19. 一人一人の入居者を大切な人として尊重したケアが組み立てられているかを定期的にスタッフで振り返る機会をつくる	59 (15.9)	98 (26.5)	122 (33.0)	60 (16.2)	31 (8.4)

単位:人(%)

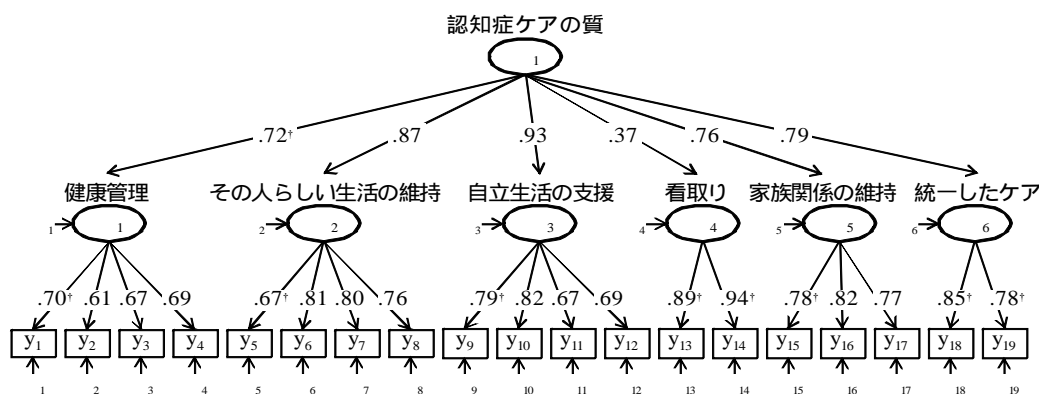
4.4 認知症ケアの質と仕事満足度との関連性の検討

仕事満足度の回答分布は図表5に示した。仕事

満足度の得点は、平均30.8点、標準偏差が6.22、範囲が11~46点であった。看護職員が提供する認知症ケアの質の程度と仕事満足度に関する因果関

係モデル(図表6)のデータへの適合度は、CFIが0.903、RMSEAが0.053であった。認知症ケアの質から仕事満足度に向かうパス係数(0.33)は統計学的な有意水準を満たしていた。また、投入した全変数の仕事満足度に対する寄与率は19%であった。統制変数として投入した5変数のうち、統計

学的に有意な水準で関係性が認められたのは、年齢(パス係数0.25)とユニットリーダー研修(パス係数0.13)の仕事満足度に対する影響と老人保健施設での経験月数(パス係数0.12)の認知症のケアの質に対する影響であった。



図表4 認知症ケアの質に関する測定尺度の因子モデル

(標準化解)

n=370, CFI=0.935, RMSEA=0.065

注) †はモデル識別のために制約を加えた個所である。

4.5 認知症ケアの質に関する測定尺度の信頼性の検討

6因子19項目で構成される測定尺度全体のCronbachの信頼性係数は0.92、下位領域ごとみると「健康管理」4項目が0.75、「その人らしい生活の維持」4項目が0.84、「自立生活の支援」4項目が0.83、「看取り」2項目が0.91、「家族関係の維持」3項目が0.83、「統一したケア」2項目が0.80であった。

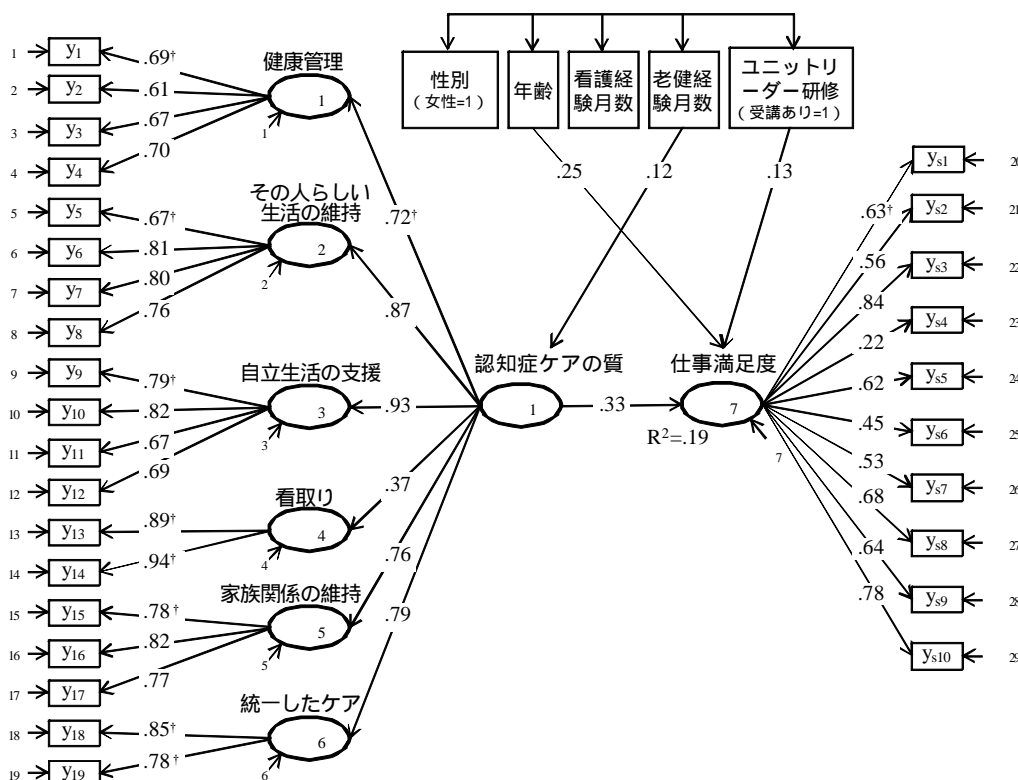
なお、認知症ケアの質に関する測定尺度の全項目を用いたときの平均値は61.9点、標準偏差は

13.3、範囲は22~94点であった。また下位領域では、「健康管理」の平均値16.4点、標準偏差2.8、範囲4~20点、「その人らしい生活の維持」の平均値12.7点、標準偏差3.9、範囲4~20点、「自立生活の支援」の平均値12.0点、標準偏差3.8、範囲4~20点、「看取り」の平均値4.3点、標準偏差2.4、範囲2~10点、「家族関係の維持」の平均値9.6点、標準偏差2.9、範囲3~15点、「統一したケア」の平均値6.9点、標準偏差2.0、範囲2~10点であった。

図表5 Macdonaldらの仕事満足度尺度の質問項目と回答分布 (n=370)

項目	強く そう思う	そう思う	どちらとも 言えない	そう 思わない	全く そう思わない
1. 仕事ができるときには、それなりの評価を受けている	12 (3.2)	125 (33.8)	150 (40.5)	62 (16.8)	21 (5.7)
2. 職場の人々に親しみを感じている	56 (15.1)	207 (55.9)	87 (23.5)	15 (4.1)	5 (1.4)
3. 今の職場で働くことに満足している	40 (10.8)	107 (28.9)	149 (40.3)	47 (12.7)	27 (7.3)
4. 仕事のことで不安に思うことはない	22 (5.9)	55 (14.9)	112 (30.3)	123 (33.2)	58 (15.7)
5. 経営者は自分のことに関心を持ってくれていると思う	5 (1.4)	73 (19.7)	152 (41.1)	77 (20.8)	63 (17.0)
6. 仕事をするのは体の健康にとってよいことだと思う	80 (21.6)	157 (42.4)	101 (27.3)	24 (6.5)	8 (2.2)
7. 給料に満足している	8 (2.2)	59 (15.9)	127 (34.3)	95 (25.7)	81 (21.9)
8. 自分の才能や技術は、すべて仕事に生かされている	10 (2.7)	85 (23.0)	159 (43.0)	90 (24.3)	26 (7.0)
9. 上司との関係はうまくいっている	23 (6.2)	163 (44.1)	134 (36.2)	36 (9.7)	14 (3.8)
10. 仕事の内容に満足している	9 (2.4)	79 (21.4)	149 (40.3)	91 (24.6)	42 (11.4)

単位: 人 (%)



図表6 認知症ケア質と仕事満足度との関連性
(標準化解)

n=370, CFI=0.903, RMSEA=0.053

注1) 統計学的に非有意なパス (p>0.05) および独立変数間との相関係数 (共分散) は図の煩雑化を避けるため表記していない。
注2) †はモデル識別のために制約を加えた個所である。

4.6 認知症ケアの質に関する測定尺度の信頼性の検討

6 因子 19 項目で構成される測定尺度全体の Cronbach の 信頼性係数は 0.92、下位領域ごとにみると「健康管理」4 項目が 0.75、「その人らしい生活の維持」4 項目が 0.84、「自立生活の支援」4 項目が 0.83、「看取り」2 項目が 0.91、「家族関係の維持」3 項目が 0.83、「統一したケア」2 項目が 0.80 であった。

なお、認知症ケアの質に関する測定尺度の全項目を用いたときの平均値は 61.9 点、標準偏差は 13.3、範囲は 22～94 点であった。また下位領域では、「健康管理」の平均値 16.4 点、標準偏差 2.8、範囲 4～20 点、「その人らしい生活の維持」の平均値 12.7 点、標準偏差 3.9、範囲 4～20 点、「自立生活の支援」の平均値 12.0 点、標準偏差 3.8、範囲 4～20 点、「看取り」の平均値 4.3 点、標準偏差 2.4、

範囲 2～10 点、「家族関係の維持」の平均値 9.6 点、標準偏差 2.9、範囲 3～15 点、「統一したケア」の平均値 6.9 点、標準偏差 2.0、範囲 2～10 点であった。

5. 考察

5.1 認知症ケアの質に関する測定尺度の開発の意義について

本研究は、ユニット型介護老人保健施設に適用できる認知症ケアの質を測定するための尺度を考察し、その尺度の構成概念妥当性ならびに信頼性について検討することを目的に行った。その結果、6 因子 19 項目で構成した認知症ケアの質に関する測定尺度は、因子モデルと外的基準との関係で検討した構成概念妥当性ならびに Cronbach の 信頼性係数で検討した信頼性 (内的整合性) が統計学的に支持された。

2005年に財団法人介護労働安定センターによって実施された「介護労働者のストレスに関する調査」¹⁹では、グループホーム及びユニット型特別養護老人ホームに勤務する介護労働者の85%が「適切なケアができていないか不安がある」と感じていることが明らかにされている。ユニット型介護老人保健施設で働く看護職員においても少なからず類似した状況にあるだろうことは想像に難くない。そこで、本研究で開発した認知症ケアの質に関する測定尺度を活用するならば、彼らの自己評価を通して認知症高齢者に対する適切なケアの確保が確認でき、結果的に適切なケアができていないかという不安の軽減につながることを期待できる。このことは、提供すべきケアの内容を踏まえた確実な実践とその技術の向上につながるものと言えよう。

なお、本研究では、終末期への対応体制として、入所者及び家族が施設において終末を迎えることを希望した場合に原則として応じると回答した施設が47.8%、ユニットにおいて死の看取りを含むターミナルケアの実践例があると回答した施設が49.3%を占めており、決して少ない割合ではなかった。しかし、認知症ケアの質に関する測定尺度を構成している項目の実践頻度の分析結果からは、「看取り」2項目の実践頻度がさほど高くないことが示された。平成21年度介護報酬改定で、老人保健施設における看取りの際のケアを評価するためにターミナルケア加算が新設されたことも踏まえるならば、看護職員の看取りの実践の質向上は課題であろう。

平成19年度の介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)によると、介護老人保健施設利用者の93.2%に「認知症あり」と報告されている。また本研究におけるユニット型介護老人保健施設では、認知症高齢者の日常生活自立度がランク 以上の入所者割合40%以上の施設が59.3%を占めていた。老人保健施設で働く看護職員には、看取りを含めて常に質の高い認知症ケア実践が求められる現状にある。本研究で開発された測定尺度は、看護職員が日々の実践を振り返りながら自己評価するために有用であり、認知症ケアの質向上に貢献し得

るものと推察された。

5.2 看護職員が提供している認知症ケアの質の程度と仕事満足度の関係について

本研究では、因子モデルの側面からの検討に加えて、外的基準とした仕事満足度との関連において、認知症ケアの質に関する測定尺度の構成概念妥当性を評価した。統計解析の結果、認知症ケアの質を独立変数としたときの因果関係モデルのデータへの適合度は、統計学的な許容範囲を満たすものであった。認知症ケアを実践していると自己評価している人ほど、つまり質の高いケアを提供している人ほど仕事満足度が高いことが示された。質の高いケアが入居者の満足度に影響することは自明のことであるが、先行研究^{20, 21}において、サービスを提供する職員の職務満足とこれを受ける利用者の満足との相互依存的な影響関係が指摘されており、質の高いケアの提供が看護職員の仕事満足度に影響するという結果は理論的にも矛盾しないものと推察された。この結果は、認知症ケアの質に関する測定尺度の構成概念妥当性を支持すると同時に、他方では、5つの統制変数(性別、年齢、看護職としての経験月数、老人保健施設での経験月数、ユニットリーダー研修の受講)を加味しても、看護職員のケアの質が自身の仕事満足度を規定するという因果関係が否定されないことを意味している。従って、老人保健施設で働く看護職員の仕事満足度を高めていく上で、換言すれば、看護職員が生き生きと働き続けるために、認知症ケアの質の測定は看護職員に有用な資料をもたらすものと推察された。

6. 結論

ユニット型介護老人保健施設における「認知症ケアの質に関する測定尺度」の開発を目的として、「健康管理」「その人らしい生活の維持」「自立生活の支援」「看取り」「家族関係の維持」「統一したケア」を一次因子、「認知症ケアの質」を二次因子とする二次因子モデルを構成し、その構成概念妥当性を因子モデルと外的基準(仕事満足度)と

の関係において構造方程式モデリングで検討した。その結果、6因子19項目で構成される測定尺度の因子モデルのデータへの適合性ならびに認知症ケアの質と仕事満足度の関係が、統計学的に支持された。また、測定尺度のCronbachの信頼性係数は統計学的な許容水準にあった。本研究で開発された測定尺度は、看護職員がユニット型介護老人保健施設における認知症ケアの実践を振り返りながら自己評価するために有用であり、認知症ケアの質の向上に貢献し得る。さらに、看護職員の仕事満足度を高めていく上で、認知症ケアの質の測定は有用な資料をもたらすものと推察された。

引用文献

- 1) 宮島渡：地域分散型ケアは家族・スタッフの介護負担軽減に役立つか、老年精神医学雑誌、15(8)、929-935：2004
- 2) 柴尾慶次：施設サービスの質をめぐる研究・政策・実践の動向-質の評価について、社会福祉学、48(1)、185-188：2007
- 3) 伴真由美、鈴木祐恵、金川克子、他：認知症ケアに関する質指標の構築と標準化、看護研究、40(4)、73-84：2007
- 4) 山本則子：高齢者訪問看護の質指標の開発、看護研究、40(4)、3-10：2007
- 5) 山本則子、藤田淳子、篠原裕子、他：高齢者訪問看護質指標（認知症ケア）の開発・訪問看護師の自己評価からの検討、老年看護学、12(2)、52-59：2008
- 6) 山本則子、岡本有子、辻村真由子、他：高齢者訪問看護の質指標開発の検討-全国の訪問看護ステーションで働く看護師による自己評価、日本看護科学会誌、28(2)、37-45：2008
- 7) 山本則子、片倉直子、藤田淳子、他：高齢者訪問看護質指標（認知症ケア）の開発・看護記録を用いた訪問看護実践評価の試み、老年看護学、13(1)、73-82：2008
- 8) 田高悦子、川越博美、宮本有紀、他：認知症ケア専門特化型訪問看護ステーションにおけるサービスの質の評価基準の開発、老年看護学、11(2)、64-73：2007
- 9) 永田千鶴：ケアの質の保障・認知症高齢者ケアプロセスの質評価指標の検討を通して、熊本大学医学部保健学科紀要、2、7-18：2006
- 10) 永田千鶴：認知症高齢者グループホームにおけるケアプロセスの質-ケアプロセスガイドライン作成の試み、介護福祉学、13(2)、157-168：2006
- 11) 永田千鶴：認知症高齢者グループホームにおけるケアプロセスの質の評価、熊本大学医学部保健学科紀要、3、71-87：2007
- 12) 永田千鶴、忍博次：認知症高齢者グループホームケアの質・ケアプロセスガイドラインの開発・最新社会福祉学研究、2、50-67：2007
- 13) 永田千鶴：グループホームにおける認知症高齢者ケアと質の探究、ミネルヴァ書房（京都）、247-248：2009
- 14) Donabedian A：Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (vol 2) , Health Administration Press , (Washington): 1980
- 15) 原祥子、小野光美、吉岡佐知子、他：ユニット型介護老人保健施設のケアスタッフが重要と考える認知症ケアの実践内容、島根大学医学部紀要、31、1-9：2008
- 16) Macdonald S, MacIntyre R: The genetic job satisfaction scale: scale development and its correlates , Employee assistance quarterly , 13(2) , 1-16 : 1997
- 17) 中嶋和夫、香川幸次郎、朴千萬：地域住民の健康関連QOLに関する満足度の測定、厚生指標、50(8)、8-15：2003
- 18) Mayeroff M (田村真、向野宜之訳)：ケアの本質 生きることの意味、ゆみる出版（東京）、13：1987
- 19) 財団法人介護労働安定センター：介護労働者のストレスに関する調査報告書：2005
- 20) 藤村和宏：職員の満足はなぜ重要か、ナーシング・トゥデイ、14(3)、12-15：1999
- 21) 恩田光子、松田孝緒、田口義丈、他：病院に

おける組織管理姿勢と患者満足との関連・外来患者満足度と職務満足の関連に着目した分析、病院管理、42(3)、267-275：2005

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to develop “dementia care quality scale” in unit-type geriatric health service facilities.

Method: The dementia care quality scale is based on the second-order factor model comprised of “health management,” “helping maintain the lifestyle of individual residents,” “helping residents lead independent lives,” “end-of-life care,” “helping residents maintain relationships with their families” and “uniform care” as first-order factors and “dementia care quality” as the second-order factor. The structural equation modeling was adopted in order to evaluate the construct validity of the above scale, in terms of the relationship between factor model and external criterion, using data collected from 370 nursing staff. Job satisfaction was used as the external criterion.

Results: The results statistically supported the relationship between compatibility of the above scale’s factor model with the data, dementia care quality and job satisfaction. Cronbach’s reliability coefficient alpha of dementia care quality scale remained at a statistically acceptable level.

Conclusions: These results suggest that dementia care quality scale may be effective for assessing dementia care quality in unit-type geriatric health service facilities.

[研究論文]

サービス附帯から見た高齢者住宅の特性に関する研究

著者： 大塚 武則（日本社会事業大学大学院 社会福祉研究科）
共著者：藤井 賢一郎（日本社会事業大学大学院福祉マネジメント研究科）
白石 旬子（日本社会事業大学大学院 社会福祉研究科）

抄録

目的：本研究は、高齢期における心身状況に合わせた、新たな居住の場としての良質な高齢者住宅整備・運営に向けた知見を得ることを目的とした。

方法：2008年6月末時点で高齢者住宅財団に登録されている高齢者住宅から、アンケート調査の回収389票を対象とし、以下の分析を試みた。

高齢者住宅の類型化 高齢者住宅の各類型化の比較

結果：類型化：「元気型」「中体型」「早期住替型」「介護型」の4つに入居形態を類別した結果、「介護型」が最も多く、「早期住替型」（軽度者を受け入れ重度・ターミナルまで受け入れる住宅）は少数であった。

類型化による各種整備傾向： の入居形態類型別に、共用空間の設備状況、運営法人、サービスの附帯状況、併設等事業所等に差異が見られた。

考察：事業者が、入居対象として想定している高齢者の心身状況に合わせた共用空間の設備、サービスの附帯、事業所の併設を建築計画段階から踏まえていると考えられる。

キーワード：高齢者専用賃貸住宅、附帯・併設サービス、共用空間整備

1. 研究目的

1.1 背景

我が国では超高齢化社会が進むなか、要介護（要支援）認定者総数は460.6万人となり、そのうち施設サービス受給者数を除いた、82.1%の要介護（要支援）認定者が在宅で生活を送っている¹。

療養病床の再編が打ち出され、2012年3月をもって介護療養型医療施設の廃止が決まり、現在は経過措置の中にある。そこで転換支援策の一つとして、医療法人の附帯業務の拡大・規制緩和によって、新たに有料老人ホームや一定の条件下で高齢者専用賃貸住宅（以下、高専賃）が経営可能となった。このように、ある種のサービスを附帯させることで、単なる高齢者向けの賃貸住宅という枠から、ケアやサービスを附帯させたケア付き住宅として、高専賃への期待は高まっている。今後、

世帯構成の変化や高齢者の嗜好の多様化を受け、高齢者住宅に居住を移す者が増加すると考えられる。

近年の高齢者住宅のケア・生活支援サービス、共用空間に関する研究では、松川²らが中国、四国、九州地方で供給されている高優賃・高専賃についてアンケート調査を行い、建築環境と生活支援の特性から類型化を行い、建築特性、附帯サービス、入居者属性について把握し、高専賃を2極化している。小野³は首都圏の高専賃について、財団法人高齢者住宅財団の登録データから、高専賃の建築的概要、費用等、サービスの状況について把握している。石井⁴はヒアリング調査とアンケート調査によって2事業所の入居者の属性やニーズ、入居者の身体レベルと年齢によって入居者を類型化し、住環境について把握しているが、これらは対象を

一部地域に限定しており、全国的な調査、把握には至っていない。また、田村⁵は、高専賃を制度に照らし合わせて6類型化し、行政への届け出の有無とケアサービスの附帯状況について把握している。高尾・竹宮⁶は、ケア付き住宅の入居者の要介護度や入居年数による、関連法人内のサービス利用について把握している。伊佐地、三富、長尾ら⁷は、終身介護型高齢者住宅における居住者の生活展開と居住空間、住まい方について、元気型、介護型入居者別について把握している。

これらの先行研究を踏まえても、高専賃制度は制度施行後の時間の経過が十分とは言えず、その研究の蓄積も多いとは言えない。高齢期における心身状況の変化、ニーズ対応に、高専賃が対応でき得るのか、併設事業所や高専賃運営法人などを加味して更なる検討を加えることが必要と考える。

1.2 研究の目的

本研究は、高専賃事業者の想定する入居者像をもとに類型化を行い、その建築上の特性や附帯サービス、併設する事業所の傾向を分析し、高齢期における心身状況、ニーズの変化に合わせた、新たな居住の場としての良質な高齢者専用賃貸住宅整備・運営に向けた知見を得ることを目的とした。

2. 研究方法

2.1 研究対象

本研究で扱う高齢者住宅は、高専賃と高齢者向け優良賃貸住宅（以下、高優賃）の2種で、2008年6月末時点の高専賃の整備登録数は、885軒、21,377戸、このうち高優賃は240軒、5,679戸である。本研究では上記登録戸数のうち、一時金と前払い家賃の合計額が300万円から3,132万円の21件について、賃貸住宅と趣旨が異なるものと判断し除外した。この結果、本研究においては、864件、20,643戸（うち、高優賃240件、5,679戸）を分析対象とした。

2.2 調査概要

本研究では以下に示す2種のデータを用いて分

析を行った。

a：高齢者住宅財団公表データ

2008年6月末時点で高齢者住宅財団に登録されている高専賃（含む高優賃）データから、基本項目、サービス項目、設備項目を用いた。収集物件数は885件であり、分析対象は、一時金と前払い家賃の合計額が300万円以上の物件を除外した、864件である。

b：アンケート調査

2008年6月末時点で高齢者住宅財団に登録されている高専賃（含む高優賃）に対して、アンケート調査を実施した。このうち本分析においては、配布数864票、回収389票（回収率45.0%）を対象とした。

3. 結果

3.1 高齢者住宅の類型化

アンケート調査回収の389票について、入居時点での利用者の要件と、事業者側が想定している居住継続の要件の関係を示した。当然のことながら、入居要件が重度まで受け入れるほど、居住継続要件も重度まで受け入れる傾向にあった（ $\chi^2 = 235.8$, $df = 6$, $p = .000$ ）。

この利用者の要介護度による入居要件から、高専賃を4つに分類した。すなわち、入居時点での要件を「自立のみ」「軽度まで（要介護度2まで）」としているもののうち、想定している継続居住要件を「軽度まで」としているものを「元気型」、入居要件は「自立」から「中重度（要介護度3以上）も可」としているもののうち、継続居住要件を「中度まで（要介護度3まで）」としているものを「中度型」、入居要件を「自立のみ」「軽度まで」としているもののうち、継続居住要件を「重度（要介護度4まで）」「ターミナルまで」としているものを「早期住替型」、入居要件を「中重度まで可」としているもののうち、継続居住要件を「重度まで」「ターミナルまで」としているものを「介護型」とカテゴリ化した。

次いで、高専賃を認知症による入居要件と継続居住要件で分類した。入居時の要件として「受け

入っていない」「軽度まで」としたもので、居住継続要件を「症状が出た時点で話し合い」「軽度まで」としたものを「軽度まで群」と、入居時ならびに継続居住要件を「程度に係わらず受け入れ可」としたものを「程度に係わらない群」とした ($\chi^2 = 276.4, df = 4, p = .000$)。このうち、入居時点での要件を「程度に係わらない」としたにもかかわらず、継続居住要件を「症状が出た時点で話し合い」「軽度まで」とした9施設について、不整合回答と見なし、以降の分析対象から除外した。

これら要介護度による入居要件と、認知症による入居要件を図表1に示す ($\chi^2 = 78.9, df = 6, p = .000$)。この結果、要介護度による要件で「元気型」では、認知症による要件では「軽度まで型」となるなど、両者には不整合はみられなかった。そこで、以下では、要介護度による入居要件を「入居形態類型」と呼ぶことにした。

図表1 入居時・継続居住要件から見た「入居形態類別」結果

入居時要件	継続居住要件	分類	認知症			
			軽度まで	程度に係わらない	不整合回答	合計
「自立のみ」～「軽度まで」	「軽度まで」	「元気型」	63 28.4%	0 0%	0 0%	63 20.1%
	「中度まで」	「中程度型」	55 24.8%	1 1.2%	0 0%	56 17.9%
	「重度」「ターミナルまで」	「早期住替型」	9 4.1%	2 2.4%	0 0%	11 3.5%
「中重度まで可」	「重度」「ターミナルまで」	「介護型」	95 42.8%	79 96.3%	9 100.0%	183 58.5%
合計			222 100.0%	82 100.0%	9 100.0%	313 100.0%

3.2 特性

以下、分析に用いた変数と、「入居形態類別」との分析結果を図表2に示す。

3.2.1 高専賃特性

適合高専賃の条件を満たすものは全類型で半数以上みられたが、特に「中程度型」「介護型」に高い割合でみられた。

また、特定施設入居者生活介護の指定は、受けているものが有効回答数の10%にも満たず、特に「元気型」「中程度型」「早期住替型」で受けていない割

図表2 変数一覧と分析結果

高専賃特性	
適合高専賃	$\chi^2 = 12.5, df = 3, p = .006$
「特定施設」の指定	$\chi^2 = 24.2, df = 9, p = .004$
入居者特性	
平均年齢の平均	$F = 9.2, df = 3, p = .000$
平均年齢区分	$F = 55.1, df = 3, p = .000$
建築上の特性	
単身利用での住戸の下下面積	$F = 14.9, df = 3, p = .000$
一棟の高専賃登録戸数	$F = 5.0, df = 3, p = .002$
高専賃登録経過年数	$F = 7.8, df = 3, p = .000$
全戸に個室内台所	有意差なし
全戸に個室内便所	有意差なし
全戸に個室内洗面所	有意差なし
全戸に個室内浴室	有意差なし
共用食堂	$\chi^2 = 38.7, df = 3, p = .000$
共用台所	$\chi^2 = 16.2, df = 3, p = .001$
共用浴室	$\chi^2 = 19.3, df = 3, p = .000$
共用居間	有意差なし
共用廊下(内廊下・外廊下)	有意差なし
運営主体	
運営法人	$\chi^2 = 71.9, df = 18, p = .000$
保険外サービスの附帯状況	
食事の提供	$\chi^2 = 10.7, df = 3, p = .014$
介護(排泄・入浴・食事・その他)	$\chi^2 = 8.7, df = 3, p = .034$
家事生活支援等サービス(掃除洗濯・外出支援・買い物・通院等)	有意差なし
健康管理	$\chi^2 = 13.0, df = 3, p = .005$
緊急時対応等安否確認	
昼間	有意差なし
夜間	有意差なし
フロントサービス(建物管理業務除く)	有意差なし
併設事業所等	
訪問介護事業所	
併設等	$\chi^2 = 33.2, df = 3, p = .000$
同一敷地内	有意差なし
運営主体	$\chi^2 = 14.9, df = 6, p = .021$
サービス兼業型	$\chi^2 = 25.2, df = 3, p = .000$
当該高専賃入居者の利用状況	$\chi^2 = 42.7, df = 12, p = .000$
通所系事業所	
併設等	有意差なし
同一敷地内	有意差なし
運営主体	有意差なし
サービス兼業型	有意差なし
当該高専賃入居者の利用状況	$\chi^2 = 27.7, df = 12, p = .006$
小規模多機能型居宅介護事業所	
併設等	有意差なし
同一敷地内	有意差なし
運営主体	$\chi^2 = 21.1, df = 6, p = .002$
サービス兼業型	有意差なし
当該高専賃入居者の利用状況	$\chi^2 = 24.1, df = 12, p = .020$
居宅介護支援事業所	
併設等	$\chi^2 = 11.946, df = 3, p = .008$
同一敷地内	有意差なし
運営主体	有意差なし
サービス兼業型	有意差なし
当該高専賃入居者の利用状況	$\chi^2 = 32.4, df = 12, p = .001$
訪問介護事業所	
併設等	有意差なし
同一敷地内	有意差なし
運営主体	有意差なし
サービス兼業型	有意差なし
当該高専賃入居者の利用状況	有意差なし
診療所・病院	
併設等	$\chi^2 = 9.0, df = 3, p = .029$
同一敷地内	有意差なし
運営主体	有意差なし
サービス兼業型	有意差なし
当該高専賃入居者の利用状況	有意差なし

合が高くなっている。指定を受けているものでは、「介護型」で一般型の特定施設入居者生活介護の指定を受けており、「元気型」「中度型」で外部サービス利用型の指定を受けている割合が高くなっている。

3.2.2 入居者特性

各高専賃の入居者の平均年齢の平均は79.2歳であり、「入居形態類型」によって相違がみられた。また、入居者の平均年齢区分では、「元気型」「中度型」に平均年齢80歳未満の入居者割合が高く、「早期住替型」「介護型」では、平均年齢80歳以上の入居者割合が高かった。入居者の平均要介護度区分別にみると、「元気型」に「自立(要介護度なし)」が高い割合でみられた。

3.2.3 建築上の特性

各高専賃の、単身での利用を想定した住戸の下限面積のグループ平均 $25.0 \pm 10.9 \text{ m}^2$ (平均 \pm SD) からみると、「介護型」が平均 $21.5 \pm 8.4 \text{ m}^2$ (平均 \pm SD) と、最も居室の面積が狭い。

一棟あたりに登録されている高専賃の住戸では、「介護型」に60戸以上という大きいものがあるなど、規模が大きい傾向にあり、「元気型」に規模が小さいものが多い。

「中度型」「早期住替型」「介護型」の高専賃登録経過年月が浅い傾向にある。

各高専賃の共用空間設備の状況では、共用食堂が設備されているものは、「介護型」に高い割合でみられ、共用台所が設備されているものは、「介護型」に高い割合でみられ、共用浴室が設備されているものは、「介護型」に高い割合でみられた。

3.3 運営主体

図表3に示すとおり、各高専賃を運営法人別にみていくと、「元気型」では社会福祉法人、営利法人(建設業)、医療法人の運営割合が高くなっており、「中度型」では、営利法人(不動産)住宅供給公社、営利法人(建設業)の運営割合が高く、「早期住替型」では、営利法人(不動産)社会福祉法

人の運営割合が高く、「介護型」では、営利法人・NPO法人(介護サービス事業)の運営割合が高くなっている。

図表3 高専賃の運営法人別結果

	営利(不動産業)	営利(建設業)	医療法人	社会福祉法人	営利法人・NPO法人(介護サービス事業)	住宅供給公社	その他	合計
元気型	10 15.9%	8 12.7%	4 6.3%	14 22.2%	16 25.4%	3 4.8%	8 12.7%	63 100.0%
中度型	17 30.9%	7 12.7%	3 5.5%	3 5.5%	16 29.1%	8 14.5%	1 1.8%	55 100.0%
早期住替型	4 36.4%	0 .0%	0 .0%	2 18.2%	4 36.4%	0 .0%	1 9.1%	11 100.0%
介護型	32 18.9%	17 10.1%	8 4.7%	5 3.0%	93 55.0%	0 .0%	14 8.3%	169 100.0%
合計	63 21.1%	32 10.7%	15 5.0%	24 8.1%	129 43.3%	11 3.7%	24 8.1%	298 100.0%

3.4 保険外サービスの付帯状況

各高専賃で提供されている保険外の付帯サービスとして、食事の提供は、「介護型」で高い割合でみられた。

保険外の付帯サービスとして、介護(排泄・入浴・食事・その他)の提供は、「元気型」「中度型」「介護型」に高い割合でみられた。

介護保険外の付帯サービスとして、健康管理の提供は、「元気型」「中度型」「介護型」に高い割合でみられた。

3.5 併設事業所

分析にあたって、高専賃の併設サービス事業所について、当該事業所が「併設」もしくは「同一敷地内」「近隣」にあるものを「併設等」として扱った。また、当該事業所が「併設」もしくは「同一敷地内」にあり、かつ、その事業所運営主体が高専賃を運営する「同一法人」ないし「関連法人」によるものを「サービス兼業型」とカテゴリ化した。

3.5.1 訪問介護事業所

訪問介護事業所の併設等は、「介護型」に高い割合でみられた。また、事業所の併設は「早期住替型」「介護型」に高い割合でみられた。

併設等事業所の運営主体は、「中度型」「早期住替型」で、同一法人、関連法人に高い割合でみられ、「介護型」では同一法人に高い割合でみられた。サービス兼業型として運営しているものは、「早期住替型」「介護型」に高い割合でみられた。

併設等事業所の、当該高専賃入居者による利用状況は、「介護型」に併設等事業所の利用が多くなっている割合が高く、「元気型」「中度型」で、外部事業所の利用が多い割合が高くなっている。

3.5.2 通所系事業所(デイサービス・デイケア等)

通所系事業所の当該高専賃入居者による利用状況は、「介護型」「早期住替型」に併設等事業所の利用が多くなっている割合が高くなっている。

3.5.3 小規模多機能型居宅介護事業所

小規模多機能型居宅介護事業所(以下、小規模多機能)の併設等事業所の運営主体は、「中度型」「介護型」で、同一法人、関連法人に高い割合でみられた。

併設等事業所の、当該高専賃入居者による利用状況は、「介護型」に併設等事業所の利用が多くなっている割合が高くなっている。

3.5.4 居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所の併設等は、「介護型」に高い割合でみられた。

当該高専賃入居者による利用状況は、「介護型」に併設等事業所の利用が多くなっている。

3.5.5 診療所・病院

診療所・病院の併設等は、「元気型」に高い割合でみられた。

4. 共用設備・併設事業所・付帯サービスの因子分析

高齢者住宅の入居形態類型における特徴を探索するため、1で対象とした、高専賃の特性、共用設備、併設等事業所、付帯サービスの21項目について、ある選択肢に75%以上が集中しているような8項目(「適合高専賃」「特定施設入居者生活介護の指定(一般型)」「特定施設入居者生活介護の指定(外部サービス利用型)」「小規模多機能型居宅介護事業所の併設等」「訪問看護事業所の併設等」「食事の提供(付帯サービス)」「緊急時対応等安否確認(昼間)(付帯サービス)」「緊急時対応等安否確認(夜間)(付帯サービス)」)を削除して、13項目で因子分析(重みづけのない最小2乗法)を行った。その結果、固有値1以上の因子が4つ認められた。固有値の推移は第1因子から順に3.206、2.528、1.595、1.026である。

KMOによる妥当性は0.748、 $p < .001$ なので、この因子分析は妥当性があると考えられる。回転(プロマックス回転)後の結果は図表4に示すとおりである。

各因子に負荷量の高かった項目を解釈して、因子を命名した。第1因子は、「家事生活支援等の提供(付帯サービス:保険外)」「介護の提供(付帯サービス:保険外)」など、高専賃に付帯するサービスに関する4項目からなり、『保険外の付帯サービスの提供』($= .852$)と命名した。第2因子は、「共用食堂の設備」「共用浴室の設備」など、共用空間の設備に関する5項目からなり、『共用空間の設備』($= .724$)と命名した。第3因子は、「訪問介護事業所の併設等」「居宅介護支援事業所の併設等」の2つからなり、『在宅介護系サービス事業所の併設等』($= .752$)と命名した。

図表4 高専質の諸項目に対する因子分析結果

項目 ($\lambda = .649$)					h^2
保険外の附帯サービスの提供 ($\lambda = .852$)					
家事生活支援等の提供 (附帯サービス：保険外)	.930	.072	-.017	-.010	.728
介護の提供 (附帯サービス：介護保険外)	.799	-.035	.064	.069	.168
健康管理の提供 (附帯サービス：介護保険外)	.741	.005	-.066	.087	.348
フロントサービスの提供 (附帯サービス：介護保険外)	.634	-.038	.055	-.173	.617
共用空間の設備 ($\lambda = .724$)					
共用食堂の設備	-.019	.844	.020	-.021	.244
共用浴室の設備	-.032	.777	.013	-.076	.657
共用台所の設備	.080	.619	-.118	.083	.252
共用廊下 (内廊下) の設備	-.080	.435	.068	.074	.542
共用居間の設備	.042	.389	.062	-.029	.461
在宅介護系サービス事業所の併設等 ($\lambda = .752$)					
訪問介護事業所の併設等	.049	.002	.833	-.058	.651
居宅介護支援事業所の併設等	-.018	.015	.687	.108	.856
医療・通所系サービス事業所等の併設等 ($\lambda = .435$)					
診療所・病院の併設等	.014	-.005	-.046	.691	.586
通所系事業所の併設等	-.052	.032	.181	.406	.402
因子間相関					
	1.000	-.123	-.165	.101	
		1.000	.368	.057	
			1.000	.313	
				1.000	

第4因子は、「診療所・病院の併設等」「通所系事業所の併設等」の2つからなり、『医療・通所系サービス事業所の併設等』($\lambda = .435$)と命名した。次に、各因子に含まれる因子得点を入居形態類別に算出し、図表5に提示した。因子得点のグループ平均から、「元気型」に第4因子の傾向が強く、「介護型」に第2因子、第3因子で傾向が強いことが予見された。

入居要件が高専質の有する諸因子といかに影響するかを検討するため、4因子の尺度得点について、入居形態類別を要因とする1元配置分散分析を行った。等分散性の検定から、このデータを用いて分散分析を実行することは適切ではなく(第1因子 Levene = 3.543, $df1 = 3$, $df2 = 205$, $p = .016$ 、第2因子 Levene = 11.522, $df1 = 3$, $df2 = 205$, $p = .000$ 、第3因子 Levene = 3.635, $df1 = 3$, $df2 = 205$, $p = .014$ 、第4因子 Levene = 2.698, $df1 = 3$, $df2 = 205$, $p = .047$) Welch の検定結果(第1因子 $p = .013$ 、第2因子 $p = .001$ 、第3因子 $p = .006$ 、第4因子 $p = .003$)からグループ間の有意差を判断することにした。

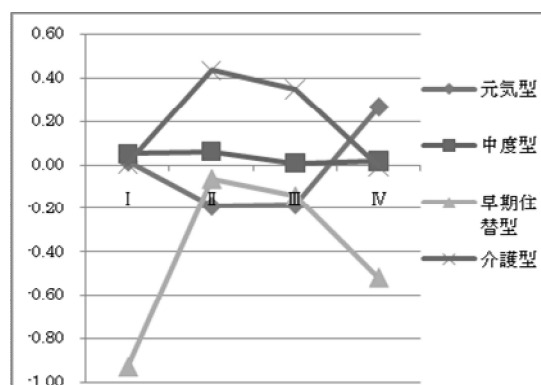
図表6, 7に示すとおり、グループによって平均値に有意な差があると判断した。Dunnett Cによる多重比較から、『保険外の附帯サービスに提供』

では、「元気型」「中度型」「介護型」が、「早期住替型」との平均に有意差が見られた。

『共用空間の設備』『在宅系介護サービス事業所の併設等』では、「介護型」と「元気型」との平均に有意差が見られた。

『医療・通所系サービス事業所の併設等』では、「元気型」と「早期住替型」との平均に有意差が見られた。

図表5 入居形態類別の平均因子得点



図表6 多重比較結果

Dunnett C

		平均値の差 (I-J)		標準誤差	95% 信頼区間 下限 上限		
保険外の附帯サービスの提供	元気型	中度型	-0.036	0.211	-0.601	0.530	
		早期住替型	.94642258 [*]	0.288	0.007	1.886	
		介護型	0.008	0.166	-0.431	0.447	
	中度型	元気型	0.036	0.211	-0.530	0.601	
		早期住替型	.98192523 [*]	0.295	0.024	1.940	
		介護型	0.043	0.179	-0.435	0.521	
	早期住替型	元気型	-.94642256 [*]	0.288	-1.886	-0.007	
		中度型	-.98192523 [*]	0.295	-1.940	-0.024	
		介護型	-.93849562 [*]	0.265	-1.831	-0.046	
	介護型	元気型	-0.008	0.166	-0.447	0.431	
		中度型	-0.043	0.179	-0.521	0.435	
		早期住替型	.93849562 [*]	0.265	0.046	1.831	
共用空間の設備	元気型	中度型	-0.252	0.191	-0.762	0.258	
		早期住替型	-0.127	0.353	-1.314	1.059	
		介護型	-.62441133 [*]	0.137	-0.988	-0.260	
	中度型	元気型	0.252	0.191	-0.258	0.762	
		早期住替型	0.124	0.361	-1.079	1.328	
		介護型	-0.373	0.156	-0.791	0.045	
	早期住替型	元気型	0.127	0.353	-1.059	1.314	
		中度型	-0.124	0.361	-1.328	1.079	
		介護型	-0.497	0.335	-1.650	0.655	
	介護型	元気型	.62441133 [*]	0.137	0.260	0.988	
		中度型	0.373	0.156	-0.045	0.791	
		早期住替型	0.497	0.335	-0.655	1.650	
	在宅介護系サービス事業所の併設等	元気型	中度型	-0.192	0.190	-0.699	0.316
			早期住替型	-0.041	0.351	-1.219	1.137
			介護型	-.53142347 [*]	0.143	-0.910	-0.153
		中度型	元気型	0.192	0.190	-0.316	0.699
			早期住替型	0.151	0.358	-1.043	1.344
			介護型	-0.340	0.160	-0.767	0.087
早期住替型		元気型	0.041	0.351	-1.137	1.219	
		中度型	-0.151	0.358	-1.344	1.043	
		介護型	-0.490	0.335	-1.638	0.658	
介護型		元気型	.53142347 [*]	0.143	0.153	0.910	
		中度型	0.340	0.160	-0.087	0.767	
		早期住替型	0.490	0.335	-0.658	1.638	
医療・通所系サービス事業所等の併設等		元気型	中度型	0.247	0.167	-0.199	0.693
			早期住替型	.78467969 [*]	0.187	0.191	1.379
			介護型	0.275	0.132	-0.076	0.625
		中度型	元気型	-0.247	0.167	-0.693	0.199
			早期住替型	0.538	0.194	-0.072	1.147
			介護型	0.028	0.141	-0.348	0.404
	早期住替型	元気型	-.78467969 [*]	0.187	-1.379	-0.191	
		中度型	-0.538	0.194	-1.147	0.072	
		介護型	-0.510	0.165	-1.056	0.036	
	介護型	元気型	-0.275	0.132	-0.625	0.076	
		中度型	-0.028	0.141	-0.404	0.348	
		早期住替型	0.510	0.165	-0.036	1.056	

*p>.05

図表7 1要因分散分析結果

	元気型(n=51)		中度型(n=39)		早期住替型(n=7)		介護型(n=112)		Welch 有意	多重比較
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD		
保険外の附帯サービスの提供	0.015	1.012	0.051	0.979	-0.931	0.662	0.007	0.917	.013	元気型、中度型、介護型>早期住替
共用空間の設備	-0.190	0.887	0.062	0.903	-0.062	0.874	0.435	0.621	.001	介護型>元気型
在宅介護系サービス事業所の併設等	-0.183	0.889	0.009	0.894	-0.142	0.867	0.349	0.749	.006	介護型>元気型
医療・通所系サービス事業所の併設等	0.266	0.806	0.019	0.767	-0.518	0.396	-0.009	0.734	.003	元気型>早期住替型

5. 考察

これまで、高専賃入居者を、身体レベルと年齢によって類型化したもの4はあったが、本研究は、高専賃を、事業者側の利用者状態像別受入意向が

ら、入居形態類型(「軽度型」「早期住替型」「中度型」「介護型」)から分析したところに大きな特徴がある。

結果として、「介護型」が最も多く、約半数を占

め、「早期住替型」は少数であることが分かった。これらは、事業者側が、同じ高専賃でも、中重度者を受け入れる住居と、軽度・中度までしか居住できない住居に、大きく2分して経営モデルを考えていることが想定できる。これは、ハード面での相違によって、入居者の要介護状態に違いがみられる傾向にあることが支持される結果8となった。また「介護型」は、認知症高齢者を程度に係わらず受け入れている事業者が多くなっている。他の類型では、「軽度まで」としているところが多く、中重度認知症者の受け入れに対しては否定的であった。これは、事業者側に中重度認知症者が在宅で独居生活を送ることの困難さの想定や、グループホームのように他者とのトラブルがないことを入居条件としているとも考えられる。

「介護型」は、居室が若干狭く、共用空間の整備が整っているものが多く、ハード面としては、介護保険施設や特定施設に近い傾向がある(ただし、戸数は29戸未満が約3分の2を占め、他と比較すると大規模であるものの、介護施設と比較すると小規模傾向である)。また、入居者の平均要介護度・平均年齢が高く、介護サービス事業所(営利・NPO)が運営母体である点も、この傾向と一致する。付帯サービスについては、事業者の特定施設の意向が高い。また、小規模多機能の運営では、同一法人・関連法人で多くみられ、その利用状況は入居者に多かった。訪問介護整備の割合が高く、また入居者による併設事業所の利用も多くみられた。この傾向は、事業者や利用者側に、一斉型のサービスではなく、個別の訪問型のサービス志向が高いためかもしれない。食事、健康管理といった介護保険外サービスも充実する傾向があるのが特徴である。

一方、「元気型」は、社会福祉法人・医療法人立の割合が約3割弱と高い傾向にある。居室はやや広く、19床以下が過半数を占めるなど小規模で、利用者の平均年齢・平均要介護度は低い。併設事業所については、病院・診療所の整備率が高く、訪問介護や居宅介護支援の整備はむしろ低い。また、保険外サービスの整備率は低く、ソフトサー

ビスは医療・通所系を中心に、限定している傾向がみられる。

「中度型」は、運営母体で、不動産(営利)住宅供給公社の割合が高く、入居者の平均年齢は、「元気型」と同様に低い。付帯サービスについては、全般的に行っている傾向にあるが、その他については、目立った特徴はなかった。

これらから、保険外サービスの提供には、諸種の組み合わせがある中で3、保険外の生活支援サービスと、ハード面における関連2を示唆していると考えられる。

以上の特徴のうち、「介護型」「元気型」のサービス付帯の対比が注目される。筆者らは、重度・ターミナルまで入居可能とするためには、付帯サービスの中でも、通所系サービスや医療系サービスが不可欠と考えていた。しかし、今回の結果は、我々の予測に反するものであり、「元気型」のほうにむしろ、医療・通所系サービスが併設されていた。これは入居者の要介護状態から、サービス利用量と、またサービス利用先機関が異なっている7ことに起因しているのかも知れない。

この結果は、運営母体の相違から解釈することが可能かもしれない。「元気型」は、社会福祉法人・医療法人立の割合が約3割弱と高くなっていたが、これは、既に介護保険施設等の入所施設を持つ法人が「元気型」高専賃を設置している傾向を表すものと考えられる。すなわち、介護・医療施設を持つ法人が、介護・医療施設と併設して、「早めの移り住み」ではなく、「早めの囲い込み」のために設置している高専賃が一定割合あることが想定される。これらは、同様に併設事業所の設置や、その事業所における、高専賃入居者の利用状況からも推測される。筆者らは、「重度・ターミナル対応」「通所・医療サービス敷設」と想定していたが、「介護・医療施設併設」「軽度者対応型住居」という、現実には、目的と結果が逆の関係になっていた可能性が示唆されたわけである。

以上のように考えると、高専賃の課題として以下の2つが考えられる。第1に、「早めの囲い込

み」高専賃が多く存在し、増加する傾向にあるとすれば、どのような課題が存在するであろうか(サービスの適正化や移り住みのインパクトなど)。第2に、はたして現在の通所・医療系サービスが附帯されていない「重度型」が、重度・ターミナルまで、適正なサービスを提供できるのであろうか(本来、どのようなサービスがどのように附帯されるべきであろうか)。これらについて、利用者調査と高専賃で提供されているサービス実態を踏まえ、検討していく必要があると思われる。

6. 結論

高齢者専用賃貸住宅事業者の想定している入居者の入居要件、継続居住要件から、高専賃を、「元気型」「中体型」「早期住替型」「介護型」の4つに入居形態を類別した。

その結果、「介護型」が最も多く、次いで「元気型」「中体型」であり、「早期住替型」(軽度者を受け入れ重度・ターミナルまで受け入れる住宅)は少なくなっていた。

「介護型」はハードが介護保険施設等と共通の性格が強く、訪問介護・居宅介護支援事業所を併設する傾向があるものの、医療・通所系事業所の併設傾向が低い。逆に「元気型」は医療・通所系事業所の併設傾向が高く、医療法人、社会福祉法人立が約3割となっていた。これらは、介護・医療施設を持つ法人が、「早めの移り住み」ではなく、「早めの囲い込み」のために設置している高専賃が一定割合あることが原因と考えられた。今後、利用者の状況やサービス利用実態を含め、ミクロ

的な検討を行い、高専賃におけるサービス附帯のあり方を検討することが求められるだろう。

参考文献

- 1) 厚生労働省：介護保険事業状況報告(平成20年7月暫定版)より算出
- 2) 松川修啓, 鈴木義弘：高専賃及び高専賃の類型的把握と計画課題について, 日本建築学会九州支部研究報告, 46, 109-112: 2007
- 3) 小野信夫：高齢者専用賃貸住宅の現状と課題 首都圏の高専賃登録データから考える, ニッセイ基礎研究所, ニッセイ基礎研 REPORT, 126, 19-26: 2007
- 4) 石井敏：高齢者専用賃貸住宅の居住実態に関する研究, 日本建築学会計画系論文集, 627, 963-969: 2008
- 5) 田村明孝：どこがどう違う高専賃と有料老人ホーム、NPO 法人高齢社会をよくする女性の会 2009新春3回シリーズ特番例会セミナー、2009年4月22日開催資料: 2009
- 5) 高尾昌和, 竹宮健司：グループKのケア付き住宅における利用者の入居経緯と入居後の生活実態 高齢期の医療・介護ニーズに応じた支援環境に関する研究(その2), 日本建築学会: 2007
- 6) 伊佐地大輔, 三富寿英, 長尾信彦他：終身介護型高齢者住宅の建築計画に関する研究(その1、その2、その3), 日本建築学会: 2003
- 7) 水主千鶴子：痴呆性高齢者グループホームの入居条件の一考察, 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要(4), 63-69: 2001

Abstract

Purpose : The present study matched to the mind and body situation in the senile state, and aimed to obtain the finding for good quality senior citizen house maintenance and management as the place of a new residence.

Method : The following analyses were tried from the housing of the aged registered in the senior citizen housing foundation at the end of June in 2008 for 389 collection votes of the questionnaire survey.

A type of housing of the aged

Comparison of each types of housing of the aged

Result :

A type of housing of the aged : As a result of having classified an entering form into 4 of the "healthy type" "requires little care type" "early moving type" "care type", there were the most "care types", and the "early moving type" was few.

Tendency to maintenance by comparison of each types : From a type of housing of the aged, the differences were found to the situation of shared space facilities, corporate management, the situation of ancillary services, adjacent office.

Consideration : It is thought that the entrepreneur is basing the equipment of the shared space facilities , incidental service and adjacent office matched to the mind and body situation of the senior citizen who is assuming as a moving from the architectural plan stage.

Key word : Lease house only for senior citizen, incidental service and adjacent office, the shared space facilities.

[研究論文]

テキストマイニングによる特別養護老人ホームにおける
総合的品質経営の課題に関する探索的分析

著者： 扇原 淳（早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科）

共著者：武藤 充（早稲田大学人間科学部健康福祉科学科）、山路 学（青山学院大学理工学部経営システム工学科）、町田和彦（早稲田大学人間科学学術院健康福祉科学科）

抄録

全国の特別養護老人ホームを対象に、特別養護老人ホームにおける総合的品質経営の実践に関する課題を明らかにすることを目的に、全6項目の自由記述式によるアンケートを郵送法により実施した。その回答についてテキストマイニングによる分析を行った。

全国4,261の施設に郵送し、回収できたのは451件（回収率10.6%）であった。各質問項目における自由記述の分析から、多くの施設で、「人材」に関する事項が最重要課題として挙げられ、従業員の定着・育成に向けた処遇改善とキャリア管理の重要性を強く認識していることが明らかとなった。

今回の調査結果の分析を基に、「特別養護老人ホーム人材育成モデル」と「特別養護老人ホーム総合的品質経営モデル」を提案した。

今後は、この2つのモデルに基づく活動が、人材確保や育成にどのように結び付くのかについて実証的に明らかにする必要がある。さらにキャリア管理についても、経験及び職能に応じたシステムの開発を検討していく。

キーワード：テキストマイニング、特別養護老人ホーム、総合的品質経営

1. はじめに

日本の人口構造の特徴は、他の先進諸国と比べたときその急速な高齢化率の上昇にある。2007年時点における65歳以上の総人口に対する割合は、21.5%に達した¹⁾。加えて、この21.5%を34の道府県が上回っている。

こうした高齢社会に対応するため、平成12年から施行された介護保険法では、「措置・委託により与えられる福祉」から「サービス利用者が主体的に施設を選択する福祉」へと制度が移行した。このため、経営者や施設職員のサービスの質に対する考え方や実際の取り組みが施設の業績に大きく影響するようになった。近年では、多くの介護事業者の収益基盤が悪化し、介護事業から撤退する事業者やNPOも出始めている。加えて、介護業界の離職率は21.6%であり、全産業の平均離職率

16.2%を上回っており²⁾、介護サービスの担い手である人材の確保・定着が難しい状況にある。

その主な要因として、介護サービスの公定価格である介護報酬の引き下げが指摘されている。その引き下げ率は、2003年度は2.3%、2006年度は2.4%であった。事業形態による違いはあるけれども、2000年の制度発足から3年毎の改正では、全体として減額となっている。特に、報酬総額の多くを占める施設事業については連続で大幅な減額となった。2009年度の改定では3%の引き上げとなったものの、過去2回のマイナス改定の影響は存在している。介護業界全体で、その労働者の低賃金が問題となっているのも事実である。

人材を確保し、定着させ、より高度なサービスを提供するためには、顧客満足（Customer Satisfaction, 以後CS）と同様に従業員満足

(Employee Satisfaction, 以後 ES) を検討していかなければならない。サービスの質を上げるためには、その担い手である介護労働者が、生きがいを持って業務を遂行できる環境を整備することが重要である。

サービスや製品の質改善については様々な業界で取り組まれている。製造業では、顧客が高度に満足する製品を生産したり、サービスを提供したりするための一連の活動である総合的品質経営 (Total Quality Management、以後 TQM) に取り組んでいるところが多い。TQM とは、経営トップのリーダーシップのもとに組織が一丸となって、顧客が高度に満足する製品を生産したり、サービスを提供したりするための一連の活動である。業務におけるムリ・ムダ・ムラを省くことで、効果的で効率的な施設経営を行うことができる。

こうした現状を背景に、介護サービスを提供する高齢者福祉においても、TQM に基づいた質改善活動を行うことは不可欠であり、我々も、そうした活動が実際に一定の効果を上げていることを報告した³⁻⁶⁾。さらに TQM は、効率的な施設経営を行えるだけでなく、施設職員のバーンアウト抑制に効果があることが報告されている⁷⁾。

しかしながら、高齢者福祉分野においては、提供するサービスの質向上の成果や取り組みの事例の報告、実際の現場からの声を科学的に分析し報告した研究は少ない。そこで今回、特別養護老人

ホームにおける TQM の実践に関する課題を明確にすることを目的に、自由記述式アンケートを実施し、テキストマイニング⁸⁾の手法を用いてその分析を行った。

2. 方法

自由記述式アンケートには、図表 1 に示した「福祉施設が抱えている品質経営とは何か」を明確化することを目的とした質問項目を設定した。自由記述式としたのは、各施設の独自性や数値化できない意見を広く集めるためである。

平成 19 年 9 月時点で、独立行政法人福祉医療機構が運営している福祉・保健・医療のネットワーク総合サイトである「WAM NET」に登録されていた全国の特別養護老人ホーム 4,268 件を対象に、郵送法により実施し回答を依頼した。

集計した自由記述の回答データは、Text Mining Studio (数理システム社、東京) を使用し、テキストマイニングの手法を用いて分析を行った。

今回は、各質問項目について、単語頻度解析、係り受け頻度解析の 2 つ、全テキストデータを対象に単語頻度解析、係り受け頻度解析、注目語分析の 3 つの方法を用いた。さらに、より細部の具体的情報に注目するために、個々の分析結果を元に原文検索を行い、特徴的意見を抽出し、意味内容及び解析・分析結果について検討した。

図表 1 質問項目

	以下は、「福祉施設が抱えている品質経営とは何か」を明確化することを目的とした質問で構成されています。
Q1	最近の福祉施設を取り巻く環境の中で、 <u>現在抱えている問題点、課題</u> はどのようなものがありますか？
Q2	福祉活動を進めるにあたって、 <u>業務遂行上のポイント</u> となるのはどのような点ですか？
Q3	これからの福祉施設を取り巻く厳しい状況・時代を勝ち抜くために、 <u>今後取り組むべき課題</u> はどのようなものがあるとお考えですか？
Q4	<u>Q3 の課題</u> に対して、現在どのような取り組みをされていますか？または取り組もうと考えていますか？
Q5	福祉施設における品質経営に関して、何か意見があればお書きください
Q6	その他 (何でも構いません。自由にお答え下さい)

(1) 単語頻度解析

この解析では、文章中に現れる単語の出現回数をカウントし、頻度の高い順に表やグラフに表わすことができる。テキストデータの中にどういったことばが、どの程度出てくるかを見ることによって、そもそも何についてのデータであるのか、さらには、今後の分析の方向性を導き出すのに有効とされている。

今回の分析では、対象の品詞を「名詞、形容詞、動詞」とし、頻度「上位 20 件」を抽出した。

(2) 係り受け頻度解析

この解析では、文章中に現れる単語の「係り受け」の関係の出現回数をカウントし、表やグラフに表わすことができる。例えば、「メール」を「書く」のか「読む」のか「送る」のかは、「メール」という単語からは分からないが、係り受け頻度解析を行うことにより、「メール」に関して何が多いのかが分かるようになる。このように、単語の意味だけでははっきりしないものでも、係り受け関係で表示することにより、明確な意味を示すことができる。

今回の分析では、対象の品詞を「話題一般」とし、頻度「上位 5 件」を抽出した。

(3) 注目語分析 (注目情報)

この分析では、注目した単語が、どのような表現の中で用いられているか、他のどのような単語・属性と同時に出現 (共起) しているかを表すことができる。これらの情報は、単語・属性値をノードに対応させ、特に共起する確率が高い単語

のノード同士をリンクで接続したネットワーク図で表示できる。

今回の分析では、共起ルール抽出「最低信頼度 50」、共起ルール抽出「最低個数 2 回以上」、頻度「上位 20 件」を抽出した。

このようなテキストマイニングの手法を医療分野に用いた研究⁹⁻¹¹⁾は、まだその緒についたばかりである。さらに、特別養護老人ホームをはじめとした高齢者福祉施設等の福祉分野における課題抽出のために用いた研究は見受けられない。

3. 結果

3.1 回答者の基本属性

調査票の回収数及び回収率は 451 件、10.6%であった。回答者の男女比は、男性が 318 人、女性が 113 人で、女性よりも男性が多かった。年代別では、50 代が最も多く (173 人)、平均年齢は 52.9 歳であった。役職別では、施設長が最も多く (230 人)、次いで事務長 (40 人)、園長 (18 人)、生活相談員 (16 人)、副施設長 (15 人) という順であった。

3.2 各質問項目の分析

各質問項目において単語頻度解析と係り受け頻度解析を行った。単語頻度解析の結果の上位 5 件を図表 2、係り受け頻度解析の結果の上位 5 件を図表 3 に示した。

図表 2 各質問項目における単語頻度解析上位 5 件 (カッコ内は出現頻度)

Q1	人材 (341)、介護報酬 (144)、確保、(139)、不足 (112)、介護 (90)
Q2	人材 (217)、利用者 (83)、向上 (68)、確保 (53)、サービス (56)、育成 (56)
Q3	人材 (196)、サービス (91)、確保 (90)、向上 (86)、育成 (85)
Q4	人材 (146)、研修 (115)、実施 (79)、育成 (50)、施設 (48)
Q5	人材 (117)、品質 (71)、施設 (60)、利用者 (56)、サービス (54)
Q6	人材 (41)、施設 (30)、利用者 (30)、介護保険法 (20)、介護報酬 (20)

図表3 各質問項目における係り受け頻度解析上位5件（カッコ内は出現頻度）

Q1	人材・確保(118)、人材・不足(95)、確保・困難(44)、人材・育成(21)、介護報酬・引き下げ(20)
Q2	人材・確保(47)、人材・育成(38)、品質・向上(23)、サービス・提供(19)、資質・向上(18)
Q3	人材・確保(67)、人材・育成(65)、品質・向上(44)、サービス・提供(20)、サービス・向上(10)
Q4	人材・育成(36)、研修・参加(20)、人材・確保(19)、研修・充実(17)、人材・研修(16)
Q5	人材・育成(19)、人材・確保(19)、品質・向上(19)、サービス・提供(11)、利用者・満足(7)
Q6	人材・確保(6)、品質・向上(5)、人材・不足(4)、介護・支える(3)、介護報酬・引き下げ(3)

3.2.1 質問項目1

Q1「最近の福祉施設を取り巻く環境の中で、現在抱えている問題点、課題はどのようなものがありますか？」において、単語頻度解析の上位20件を図表4、係り受け頻度解析の上位20件を図表5に示した。

単語頻度解析では、頻度の高い順に、「人材(341回)」、「介護報酬(144回)」、「確保(139回)」、「不足(112回)」、「介護(90回)」となった。

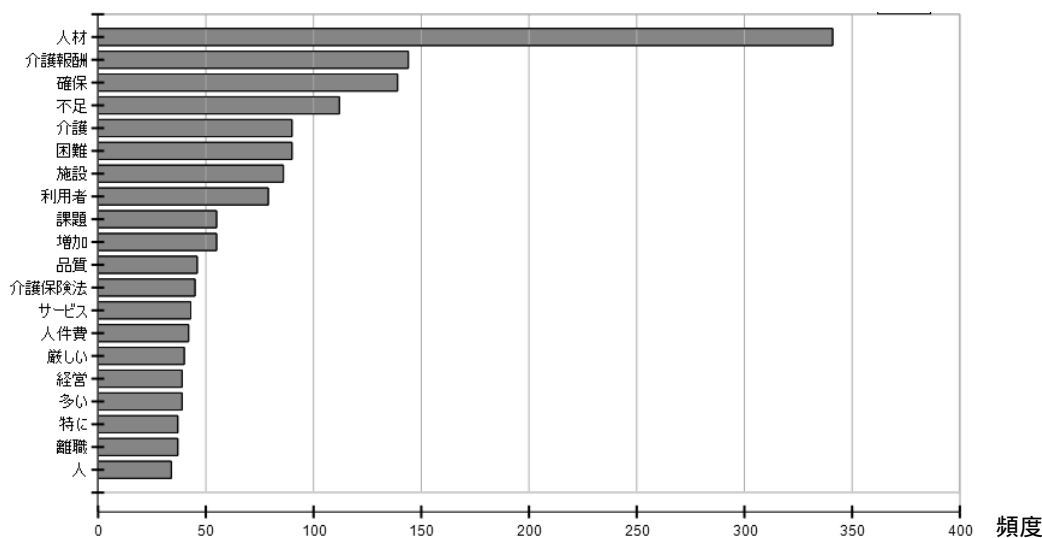
最も注目されている事柄は「人材」に関することであった。現在、介護現場において慢性的な「人材」の「不足」が起こっていることがこの調査からも浮かび上がった。「人材」を「確保」するため、施設の経営基盤となる「介護報酬」の改定が望まれていた。また、「介護」の業務を行い、利用者に対しサービスを提供するのは人である。そのため、

人材の確保と密接に関わっている介護報酬が問題となっていた。

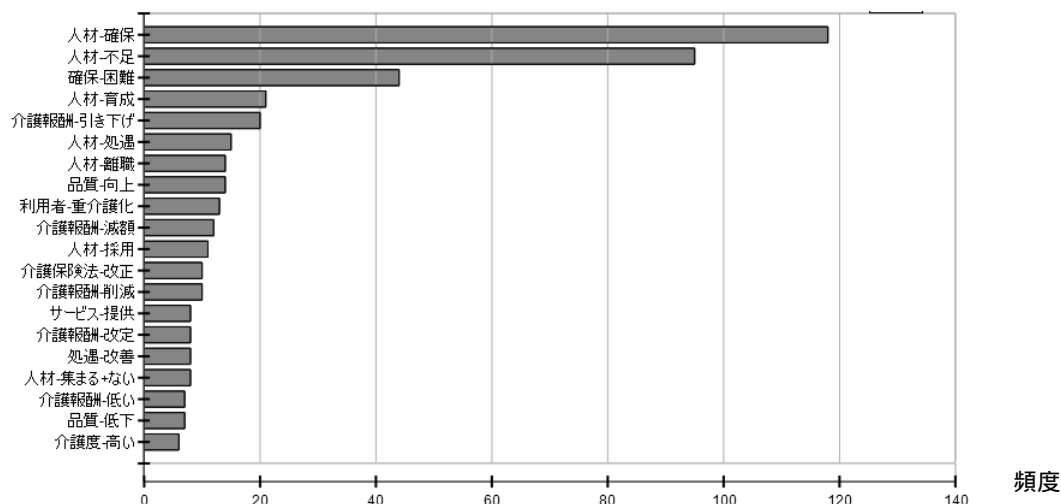
係り受け頻度解析では、頻度の高い順に、「人材・確保(118回)」、「人材・不足(95回)」、「確保・困難(44回)」、「人材・育成(21回)」、「介護報酬・引き下げ(20回)」となった。

最も注目されている事柄は「人材確保」であった。多くの施設が、「介護報酬の引き下げ」や慢性的な「人材不足」の状態にあるため、その人材や財源の「確保が困難」である。これに起因し、サービスの低下が生じている。さらに、サービスの質向上を図るためには、「人材確保」だけでなく、「人材育成」に取り組むことで、職員の資質向上を図らなければならないという回答が挙げられていた。

図表4 単語頻度解析(Q1)



図表5 係り受け頻度解析(Q1)



3.2.2 質問項目2

Q2「福祉活動を進めるにあたって、業務遂行上のポイントとなるのはどのような点ですか？」における単語頻度解析では、頻度高い順に、「人材(217回)」、「利用者(83回)」、「向上(68回)」、「確保(53回)」、「サービス(56回)」、「育成(56回)」となった。

最も注目されている事柄は「人材」に関することであった。業務上の対象である「利用者」に適切な「サービス」を提供するため、さらにサービスの質を「向上」させるために、人材の「確保」と「育成」が日々の業務を遂行するためのポイントとして挙げられた。

係り受け頻度解析では、頻度高い順に、「人材-確保(47回)」、「人材-育成(38回)」、「品質-向上(23回)」、「サービス-提供(19回)」、「資質-向上(18回)」となった。

最も注目されている事柄は「人材確保」であった。「サービスを提供」する人材の「資質向上」を「人材育成」で図ることで、施設におけるサービスの質をはじめとした「品質向上」を達成することができる。人材を確保するだけでなく、いかに育成していくかが、サービスの質向上のポイントであると考えられていた。

3.2.3 質問項目3

Q3「これからの福祉施設を取り巻く厳しい状況・時代を勝ち抜くために、今後取り組むべき課題はどのようなものがあるとお考えですか？」における単語頻度解析では、頻度の高い順に、「人材(196回)」、「サービス(91回)」、「確保(90回)」、「向上(86回)」、「育成(85回)」となった。

最も注目されている事柄は「人材」に関することであった。高齢者人口の増加と核家族化に応じた介護サービスに対する需要の拡大に伴い、介護事業者は利用者に対する質の高い「サービス」の提供が求められている。淘汰されない施設となるためには、適正な量と質の人材を「確保」し、「育成」し、提供するサービスの質「向上」を実行していかなければならない。

係り受け頻度解析では、頻度の高い順に、「人材-確保(67回)」、「人材-育成(65回)」、「品質-向上(44回)」、「サービス-提供(20回)」、「サービス-向上(10回)」となった。

最も注目されている事柄は「人材確保」であった。ほぼ同数で「人材育成」が挙げられていた。「サービス提供」を行う人材を確保し、育成していくことで、施設の「サービスの向上」を図ることができる。人材の資質が向上し、サービスの質が向上することで、施設としての「品質を向上」させ

ることができる。

3.2.4 質問項目4

Q4「Q3の課題に対して、現在どのような取り組みをされていますか？または取り組もうと考えていますか？」における単語頻度解析では、頻度の高い順に、「人材(146回)」、「研修(115回)」、「実施(79回)」、「育成(50回)」、「施設(48回)」となった。

最も注目されている事柄は「人材」に関することであった。サービスの質向上の実現に向けて、多くの施設が人材の「育成」を図るための「研修」の「実施」に力を入れていた。また、「施設」が一体となり、サービスの質向上という目標に向かうことが求められていることも挙げられていた。

係り受け頻度解析では、頻度の高い順に、「人材・育成(36回)」、「研修・参加(20回)」、「人材・確保(19回)」、「研修・充実(17回)」、「人材・研修(16回)」となった。

最も注目されている事柄は、「人材育成」であった。上位5件において、「人材」と「研修」に関する事柄が3件ずつ抽出された。このことから、人材育成と人材確保を達成するために、施設内外における「研修の充実」を図り、「研修に参加」させている、あるいはさせたいと希望していることが明らかとなった。

3.2.5 質問項目5

Q5「福祉施設における品質経営に関して、何か意見があればお書きください」における単語頻度解析では、頻度の高い順に、「人材(117回)」、「品質(71回)」、「施設(60回)」、「利用者(56回)」、「サービス(54回)」となった。

最も注目されている事柄は、「人材」に関することであった。日々、「利用者」に対し「サービス」を提供する人材の資質の向上が、「施設」における「品質」の向上、品質経営に結びつくことが示唆された。

係り受け頻度解析では、「人材・育成(19回)」、「人材・確保(19回)」、「品質・向上(19回)」、「サ

ービス・提供(11回)」、「利用者・満足(7回)」となった。

「人材育成」、「人材確保」、「品質向上」が同数となった。人材を確保・育成することで、施設やサービスの質が向上する。「サービス提供」を行う人材の向上が「利用者満足」などの向上につながっていく。

3.2.6 質問項目6

Q6「その他」における単語頻度解析では、頻度の高い順に、「人材(41回)」、「施設(30回)」、「利用者(30回)」、「介護保険法(20回)」、「介護報酬(20回)」となった。

最も注目されている事柄は、「人材」に関することであった。それに続く形で、日常業務に関連する「施設」や「利用者」が同数で並んでいた。さらに、施設を取り巻く外部環境として大きな位置を占めている「介護保険法」や「介護報酬」が続いた。

係り受け頻度解析では、頻度の高い順に、「人材・確保(6回)」、「品質・向上(5回)」、「人材・不足(4回)」、「介護・支える(3回)」、「介護報酬・引き下げ(3回)」となった。

最も注目されている事柄は、「人材確保」に関することであった。

上位5件をはじめとして多くの意見が抽出されたが、これらはほぼ同数であった。しかし、質問項目5までになされている主張と変わらず、介護を支える人材の確保が困難になっており、提供するサービスの品質の向上を図ることができない。その原因の一つとして、介護報酬の引き下げなどが考えられていた。

3.3 全テキストデータの分析

全質問項目(Q1~Q6)について統合した単語頻度解析では、上位5件は、「人材(1058回)」、「確保(369回)」、「利用者(353回)」、「施設(344回)」、「サービス(282回)」となった。

他の語に大差をつけ、最も話題に挙がった語は「人材」となった。さらに、それら人材や資金、

利用者などの「確保」、施設におけるサービス提供者である「利用者」、サービス提供元である「施設」、提供される「サービス」に関する話題が上位5件を形成した。「人材」と「サービス」に関すること、また、これらの関連が話題の中心であった。係り受け頻度解析では、上位5件は、「人材・確保(276回)」、「人材・育成(182回)」、「品質・向上(114回)」、「人材・不足(102回)」、「サービス・提供(64回)」となった(図表6)。

単語頻度解析において最も話題となっていた「人材」に関連する語として「確保」、「育成」、「不足」が続いた(図表7)。さらに「品質向上」や「サービス提供」が上位に挙げられた。人材がサービスの提供に大きく関わり、その品質の向上に寄与していることが、示唆された。

注目語分析では、「単語頻度解析」と「係り受け頻度解析」の結果を元に、「人材確保」と「人材育成」に注目をし、分析を行った。「人材確保」の結果を図表8、「人材育成」の結果を図表9にそれぞれ示した。

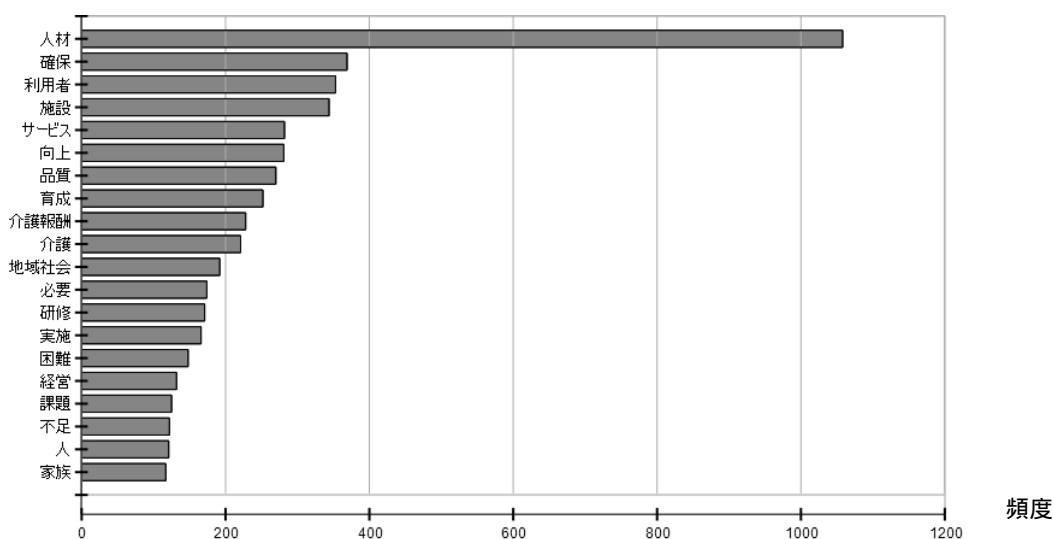
「人材確保」について、共起した単語は「事件」、「容易+ない」、「深刻」、「万全」、「期す」、「労務環境」となった。

「事件」とは、高齢者虐待やコムスンによる不正事件など、福祉施設における事件を指していた。このような現状に対し、「労務環境」の整備が注目されていた。給与や労務管理を行うことで、職員が意欲を持ってやりがいを感じながら業務を行うことが可能となる。

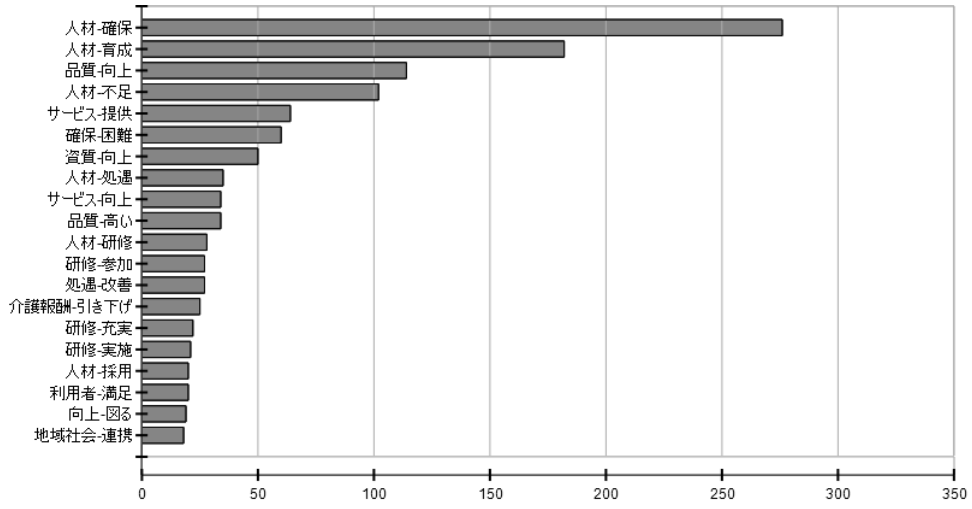
「人材育成」について、共起した単語は「環境整備」、「人員整備」、「人事」、「労務管理」、「共生」、「経営分析」、「経営計画」、「経営責任」、「拡充」、「能力主義」、「独自」となった。しかし、「共生」に関して、原文検索を行ったところ、人材育成に関連していなかったため、除外した。その結果、次点であった「能力開発」が結果に反映された。

抽出された結果を、「環境整備」などの「労務管理」に関するまとまりと、「経営分析」などの「施設経営」に関するまとまりに分類できた。それぞれのまとまりが、人材育成に取り組んでいく上で必要であることが示唆された。さらに、その結果として、「能力主義」に基づいた「能力開発」を実現していくことができ、独自性のある施設経営が可能となっていくという図式ができた。

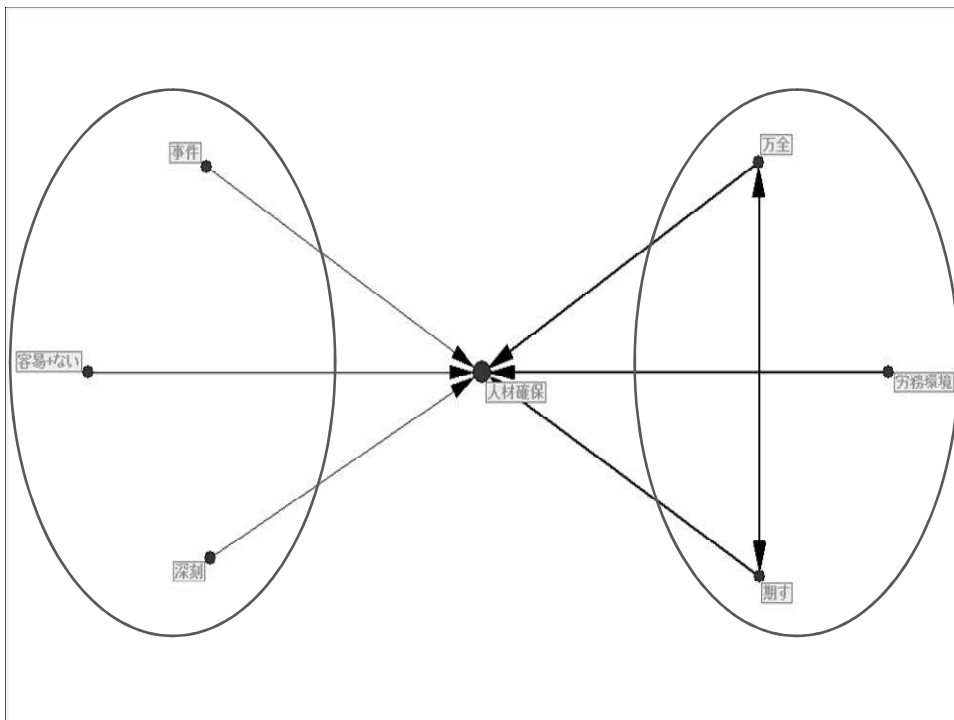
図表6 単語頻度解析(全体)



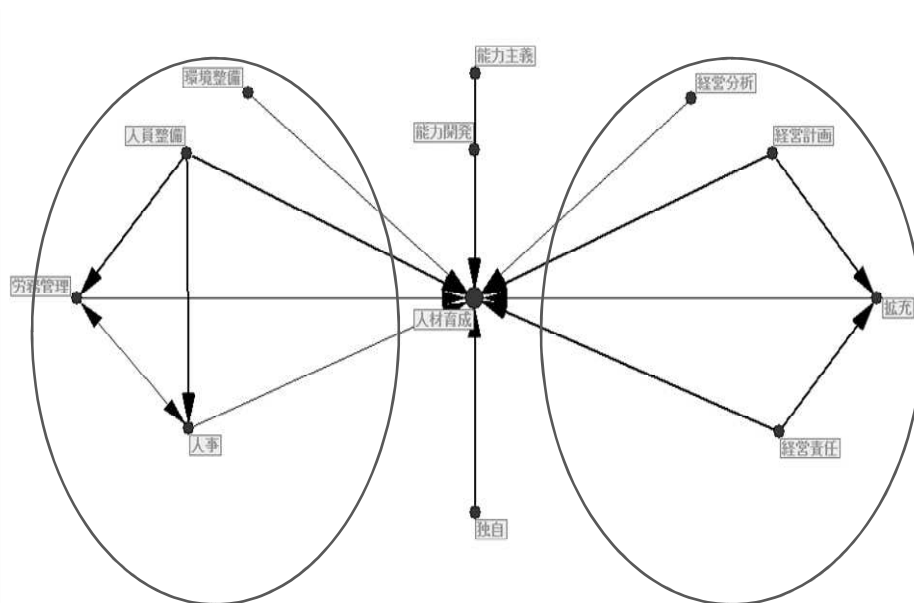
図表7 係り受け頻度解析(全体)



図表8 注目語分析(人材確保)



図表9 注目語分析(人材育成)



4. 考察

4.1 特別養護老人ホームにおける課題とその考察

本研究では、全国の特別養護老人ホームを対象に、特別養護老人ホームにおける TQM の実践に関する課題を明らかにすることを目的に、全 6 項目の自由記述式によるアンケートを郵送法により実施し、その回答についてテキストマイニングによる分析を行った。

そもそもテキストマイニングとは、文書情報から有益な知識を発見・抽出するための技術である。情報検索システムが、利用者の目的に合った文書を探し出すことを目的としているのに対し、テキストマイニングでは、文書を個別に調べても分からない、文書群全体に内在する知識を発見することを目的としている¹²⁾。本研究では、こうしたテキストマイニングの特徴を活かして、自由記述式アンケートの回答から高齢者福祉施設における TQM の課題を明らかにすることを目指した。

その結果、介護サービスの質向上には、「人材確保」と「人材育成」が鍵であることが明らかとなった。これまでその多くが個人的な見解が中心であった前述の課題が、今回の全国の特別養護老人ホームを対象とした調査でも明らかとなった。さ

らに、介護労働者の確保・定着等に関する研究会が中間取りまとめ¹³⁾の中で指摘しているように、本調査においても、介護労働者の定着・育成に向けた介護労働者の処遇改善とキャリア管理の重要性が現場において強く認識されていた。

さらに、原文検索^{14, 15)}から、処遇改善とキャリア管理に関する特徴的な意見として、Q3 に対する回答の中では、「第一に、人材確保のための対策。具体的には、退職する理由の主たるものに、人間関係や自分のスキルが磨けないことがある。上司と職員間、職員同士で何でも話せる環境づくりと外部内部への参加の保証。第二に、長期に働いていくモチベーションを維持するために、将来設計が出来るような給与の保障をする。第三に、施設として働きやすい環境(給与、休暇、コミュニケーション、ファシリティ)を作る」といったものが見られた。さらに、「事業運営に必要な資金を介護報酬だけで調達できる経営感覚能力の育成。職員にムリ・ムダ・ムラを排除する教育を徹底し経費の適正化を図り、省力化の効果が出来れば職員に還元することが望ましい」といった回答があった。

Q4 に対する回答の中では、「介護のプロとしての認識を持たせるために、介護職に資格取得への奨励をし、現場の介護職員のモチベーションを上

げること資格のある職員は名札にきちんと明記する。プロとしての自覚を持たせる。有資格者の手当アップ。接遇の園内研修を行い、指導講師を招いて介護サービスの質のレベルアップにつなげる」といったものがあつた。さらに、良質の指針やマニュアルを整備することでサービスの均質化を指摘する回答も見られた。

厚生労働省は、介護労働者の処遇改善について、2009年度の介護報酬改定が現場で働く介護職員の給与にどう影響するかを検証する調査を来年度行う方針を明らかにしており¹⁶⁾、今回の介護報酬引き上げが処遇改善に影響を与え、人材確保の改善に結び付いたのかについて、今後検証される必要がある。

人材の定着については、給与面だけではない福利厚生の充実も取り組むべき課題のひとつである。介護労働者のやりがいをもつめる職場環境の整備¹⁷⁾といった視点から、職員自身の成長の可能性を高める研修制度、キャリアモデルがある職場環境の整備が不可欠である。

こうした課題の解決には、TQMの手法及び考え方が大いに参考となる。これまで、我々もTQMの介護分野への導入の可能性と事例について報告してきた³⁻⁶⁾。このTQMは、製造業だけでなく、医療分野でもその有効性が報告されている。恩田ら¹⁸⁾は、経営幹部が経営方針を明確に示し職員の理解を促す努力や、適正な人事評価と人材育成の充実などを意識した組織管理体制が、患者満足度に寄与している。また「職場の雰囲気・職務満足」が高ければ高いほど、患者の再利用意向が高くなっているため、職務満足度を高めることが、患者満足度の向上や外来患者の確保につながっている。介護分野においても、組織のトップが経営方針をしっかりと明示し、ESを意識した組織管理体制をとるTQMを行うことは、CSの向上に寄与する可能性がある。また、地域住民に理解される活動、地域に貢献する取り組みを行うことが重要であるとする、TQMを構成するSS(Social Satisfaction: 社会的満足)を重視する回答もみられた^{14, 15)}。

このように、介護分野においてもTQMを導入し、ES・CS・SSを意識した活動を展開することが、「人材の確保・定着」及び「介護サービスの質の向上」につながると思われる。

さらに、福祉系専門学校及び大学と連携し、より高度な知識、技術を習得した学生の福祉現場への就職をこれまで以上に増やす必要性や現職員の再教育を指摘する回答もみられた¹⁵⁾。

また、介護業務遂行上のポイントとして、Q2に関する原文検索の結果において、「理念をしっかりと持ち、職員にしっかりと伝えることができれば業務は安心です。リーダーになる人の養成をし、全体への指導力を高めておくこと」、「職員の質の均一化、資質の向上(知識や技術、人間性)。業務遂行における意識の統一」、「人事考課などの人事マネジメント(経営の効率化、人件費のコントロール)。施設理念やサービス目標の明確化と職員に対するその教育、周知、理解の推進」とあるように、施設の運営方針を職員に対し明確に示すことが重要との回答がみられた¹⁵⁾。施設の運営方針の浸透とリーダー、リーダーシップの養成も「人材の確保・定着」及び「介護サービスの質の向上」に欠かせないと思われる。

そこで、本研究の結果と先行研究及びわが国の政策の動向を踏まえて、「特別養護老人ホーム人材育成モデル」と「特別養護老人ホーム総合的品質経営モデル」を次のように提案した。

4.2 特別養護老人ホーム人材育成モデル

分析結果と前述の先行研究から、人材育成を支えるものとして「給与」、「福利厚生」、「キャリアデザイン」、「研修」を4つの要素を柱として抽出した。

「給与」に関しては、現行法下では、「介護報酬」が大きく関係している。限られた報酬による収入額の中でも、十分な人件費を創出させることができるよう、施設経営者には効率的な経営が求められる。また、施設経営における人件費の適正化を図る上でも、資質向上やモチベーション向上にも寄与すると考えられる「人事考課」や「資格

手当」の導入が必要となる。

図表 10 職場研修の3つの形態

OJT (オンザ・ジョブ・トレーニング：職務を通じての研修)	職場の上司が職務を通じて、または職務と関連させながら、部下を指導・育成する研修
OFF-JT (オフザ・ジョブ・トレーニング：職務を離れての研修)	職務命令により、一定期間日常業務を離れて行う研修。職場内の集合研修と職場外研修への派遣との2つがある
SDS (セルフ・ディベロップメント・システム：自己啓発援助制度)	職員の職場内外での自主的な自己啓発活動を職場として認知し、経済的・時間的な援助や施設の提供などを行うもの

「福利厚生」に関しては、業務における事故の発生や職員のモチベーションの低下を防ぐことを目的として、その充実が求められる。具体的には、身体的・精神的な「健康管理」、「安全管理」の確保である。さらに、産休や育休、有給休暇の取得のしやすさなど、「休暇制度」も心身の衛生管理に大きく影響すると考えられる。

「キャリアデザイン」に関しては、仕事における具体的将来像を描くために必要となってくる。

勤続年数による獲得技術や昇進の「モデル化」やその「専門性」が社会的に認知され、確保されることで、自らの職務に対する誇りを持たせることができる。明確なキャリアの見通しを具体的に提示でき、大学や専門学校などの「教育機関」との連携を充実させることで、意欲と能力のある人

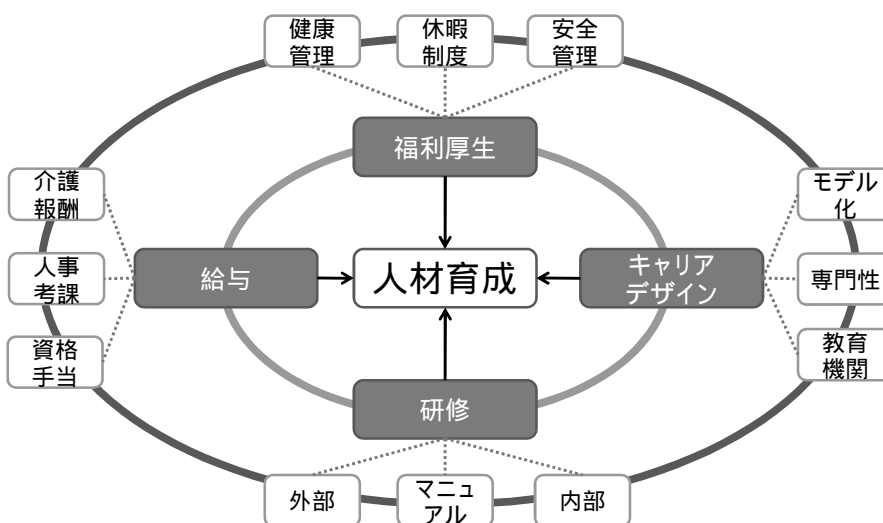
材を早期に確保しやすくなる。

「研修」に関しては、「内部」で行われている研修は、「OJT (On the Job Training：職務を通じての研修)」、「OFF-JT (Off the Job Training：職種を離れての研修)」、「SDS (Self Development System：自己啓発援助制度)」の3つの形態で推進する(図表 10)¹⁹⁾。このほかに、研修を日常業務に有効に反映させるために、使える「マニュアル」を整備することも、効果的である。

これらの要素一つひとつが独立しているのではなく、有機的に連携させて展開していくことが、人材育成に取り組んでいく上で重要であり、結果として人材の定着につながる事が予想される。

以上の分析から得られた結果をもとに、図表 11 に示すモデルを提案する。

図表 11 特別養護老人ホーム人材育成モデル



4.3 特別養護老人ホーム総合的品質経営モデル

本研究の結果からも、特別養護老人ホームにおけるTQMの実践の中核を担うのは、「人材」であることは疑いの余地がない。その人材への取り組みは、「確保」と「育成」という両面から行っていかなければならない。

「確保」に関しては、「給与改善」、「働きがいの創出」、「福利厚生 の充実」、「教育機関との連携」がそれぞれ重要な要素と考えられた。

「育成」に関しては、「研修の充実」、「マニュアル整備」、「キャリアデザイン」、「リーダーシップ」が必要な要素と考えられた。

上記のように、処遇改善など労務管理を行っていくことにより、職場環境整備を果たすことが、「サービスの質向上」に影響を与える。さらに、施設経営の中核を担うリーダーシップを発揮できる人材も併せて確保・育成していかなければならない。こうして醸成されたリーダーシップによっ

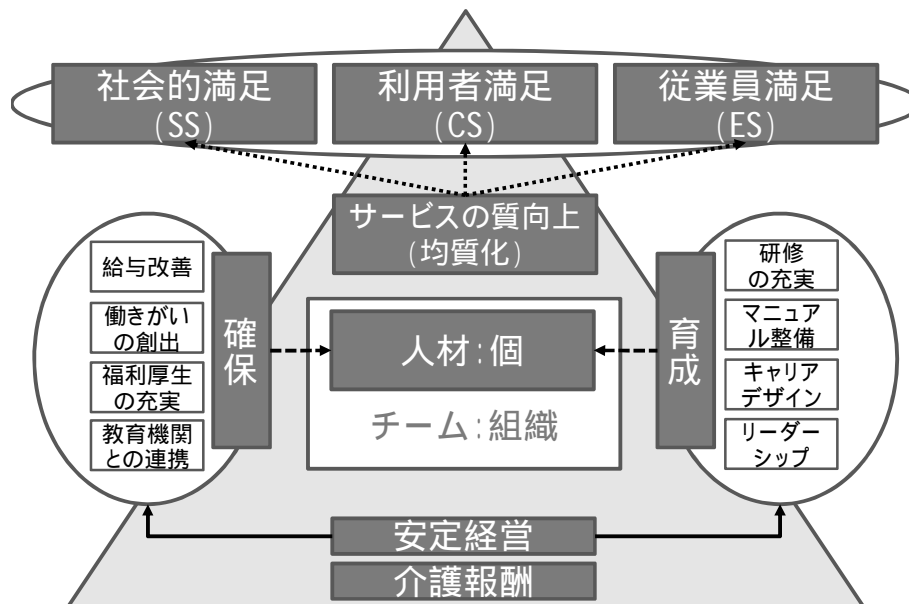
て、帰属する組織の「理念や方針」を明確なものとして共有させ、共通認識かすることで一層の団結を生むことができる。一人ひとりの職員が均質で高品質なサービス提供を実現できることになる。

しかし、これらの取り組みも、「安定的な施設経営」が基盤となっている。そのためにも、介護報酬の適正化が必要である。さらに、施設長などのリーダーシップと限られた介護報酬の中でも効果的で効率的な経営が可能な感覚が求められる。

これらの一連の活動を通じて、TQMを展開していくことで、利用者満足が向上していくことはもちろんのこと、従業員満足、社会的満足も高い施設となることができると考える。

以上の分析から得られた結果をもとに、図表12に示すモデルを提案する。

図表12 特別養護老人ホーム総合的品質経営モデル



5. 全体のまとめと今後の課題

全国の特養老人ホームを対象に、特別養護老人ホームにおけるTQMの実践に関する課題を明

らかにすることを目的に、全6項目の自由記述式によるアンケートを郵送法により実施し、回答についてテキストマイニングによる分析を行った。

全国4,261の施設に郵送し、回収できたのは451件(回収率10.6%)であった。回答者の属性に関して、性別は、男性が318人、女性が113人であった。年代別では、50代が最も多かった(173人)、役職別では、施設長が最も多かった。

各質問項目における自由記述の分析から、多くの施設で、「人材」に関する事項が最重要課題として挙げられていた。人材の「不足」の原因として、「介護報酬の引き下げ」に伴う減収、社会的好景気により他業界への人材の流出を挙げる意見が抽出された。そして、人材の「育成」や「確保」に向けて、「施設内外の研修充実」が注目されていることが明らかになった。

このように、特別養護老人ホームでは、従業員の定着・育成に向けた、処遇改善とキャリア管理の重要性が強く認識されていた。

そこで、今回の調査に基づいて、「特別養護老人ホーム人材育成モデル」と「特別養護老人ホーム総合的品質経営モデル」を提案した。

2009年度には、介護報酬改定が現場で働く介護職員の給与にどう影響するかを検証する調査が行われる予定であるが、このことと併せて、上記の2つのモデルに基づく活動が、人材確保や育成にどのように結び付くのかについて実証的に明らかにする必要がある。さらにキャリア管理についても、経験及び職能に応じたシステムの開発を検討していく。

引用文献

- 1) 国民衛生の動向、厚生省の指標、厚生統計協会、55(9)、2006
- 2) 厚生労働省、雇用動向調査(平成18年)
- 3) 扇原淳、沖繁希、関根淳美、山路学、高齢者福祉施設における業務プロセスの改善に関する研究、介護経営、2(1)、52-57、2007
- 4) 扇原淳、武藤充、山路学、介護技術・技能の変革による介護作業価値向上に関する基礎的検討、介護経営、3(1)、43-51、2008
- 5) 武藤充、扇原淳、沖繁希、山路学、科学的アプローチを用いた高齢者福祉施設業務プロセスの改善(第3報)、日本公衆衛生雑誌、55(10)、516、2008
- 6) 扇原淳、武藤充、沖繁希、山路学、科学的アプローチを用いた高齢者福祉施設業務プロセスの改善(第4報)、日本公衆衛生雑誌、55(10)、517、2008
- 7) 徳永淳也、福祉施設サービスにおける質改善活動とバーンアウト抑制の関連、日本公衆衛生雑誌、53(10)、882、2006
- 8) 那須川哲哉、テキストマイニングを使う技術/作る技術、東京電機大学出版局、2006
- 9) 服部兼敏、鷲田万帆、学際的技術としてのテキストマイニング その意義と看護における可能性、看護研究、41(3)、239-248、2008
- 10) 鷲田万帆、服部兼敏、看護におけるテキストマイニングとその活用事例、看護研究、41(3)、249-258、2005
- 11) 入江拓、小平朋江、精神看護実習における患者との体験が看護大学生の保護室の受けとめに関与する影響 - テキストマイニングによる探索的分析 -、聖隷クリストファー大学看護学部紀要、16、47-57、2008
- 12) 渡部勇、テキストマイニングの技術と応用、情報の科学と技術、53(1)、28-33、2003
- 13) 厚生労働省職業安定局、介護労働者の確保・定着等に関する研究会(中間とりまとめ)、2008
- 14) 武藤充、扇原淳、山路学、町田和彦、特別養護老人ホームにおける総合的品質経営のあり方に関する全国調査報告書、2009
- 15) 扇原淳、武藤充、全国調査から見えた特別養護老人ホームにおけるTQMの課題、第2回介護福祉施設における品質経営研究大会報告資料集、1-8、2009
- 16) 厚生労働省、福祉・介護人材確保対策について(平成20年)、<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/09.html>
- 17) 石橋真二、介護労働のやりがいを生むキャリアアップ制度の必要性、総合ケア、17(6)、50-53、2007
- 18) 恩田光子、松田孝緒、田口義丈、山本和明、

病院における組織管理姿勢と患者満足との関連、
病院管理、42(3)、27-34、2005
19) 永田理香、福祉の独自性における人材育成と

「職場研修」導入の限界性についての検討、立教
大学コミュニティ福祉学部紀要、6、17-30、2004

Abstract

In order to identify issues regarding Total Quality Management in special nursing homes for the elderly, a questionnaire consisting of six questions expecting free description answers was sent out nationwide and its response analyzed using a text mining approach.

The questionnaires were sent out to 4,261 homes nationwide and 451 responses received (recovery rate of 10.6%). By analyzing the free description answers for each question, it became clear that many homes list 'human resources' as their most pressing issue with strong recognition of the importance of improving working conditions and career management in order to train and retain staff.

Based on the findings, two models, 'Human Resources Development Model for Special Nursing Homes for the Elderly' and 'Quality Management Model for Special Nursing Homes for the Elderly' were proposed.

In future it is needed to demonstrate how the activities based on the two models would deliver the retention and development of staff. As for career management, a system responsive to experience and skill should also be developed.

Keywords: text mining approach, special nursing home for the elderly, total quality management

[研究論文]

介護サービス供給主体の撤退に関する研究 北九州市の例

著者： 芳賀 祥泰（北九州市立大学大学院マネジメント研究科特任教授）
（株式会社エルダーサービス代表取締役）

抄録

本研究は、介護保険開始後10年を迎え、政令指定都市の中で一番高齢化が進んでいる北九州市において介護サービスを提供する供給主体が、介護ビジネス市場の中でどのように存続しているのかを撤退率に注目して実態調査を行い、分析を試みたものである。

その結果、2002年から2009年までに1670事業所が介護サービスに参入し、そのうち388事業所が撤退しており、撤退事業所率は23.2%となった。

また参入法人数は724法人が確認され、そのうち126法人が撤退しており撤退法人率は、17.4%となった。

介護サービス供給主体の中では、医療法人、社会福祉法人がシェアを落とした反面、営利企業である株式会社、有限会社は、大きくシェアを伸ばした。

市場としての競争原理が特に在宅サービスでは、機能しているようにうかがわれる。

キーワード：介護保険制度、介護サービス供給主体、撤退率、非営利組織、営利企業、市場原理

1. はじめに

2000年に開始された介護保険制度は、今年で10年目を迎える。

介護保険制度は、従来の介護の担い手であった市町村、医療法人、社会福祉法人だけではなく、営利企業である、株式会社、有限会社、さらにNPO法人などにも介護サービス供給主体としての参入機会を与えた。従来の措置制度から保険制度に基づく個人対事業者の契約制度になった。個人契約になったことで他業界と同様、介護サービスにも市場原理・競争原理が導入されたとも言える。利用者にとっては介護サービス供給主体が増え、利用選択肢が増えることが望ましいが、経営側から言えば市場として成り立っているのかどうか参入の大きなポイントになる。市場として成り立っているかの指標の1つとして撤退率がある。

2007年3月31日現在の住民基本台帳によると、政令指定都市で一番高齢化が進んでいるのは、

23.3%で北九州市である。その北九州市について介護サービス供給主体の実態を調査し、市場として機能しているのかどうか検討しようと考えた。

2. 研究目的

二木（1998）や㈱日本総合研究所（2001）の先行研究では、介護保険制度下においては、医療法人、社会福祉法人など非営利組織が主役という予測的なことは述べられているが、具体的な実態として示されたものはみあたらない。また介護保険創設後の介護サービスの動向や具体的な内容、課題、さらに事業撤退の実態については十分に明らかにされていない。そこで、本研究では、北九州市をとりあげ、その実態を明らかにし、今後の課題について考察し、介護サービス供給主体の変遷の歴史になるところに独自性があると考えた。

本研究は、北九州市において介護サービスを提供する供給主体の実態がどのようになっているの

か、サービスの種類、供給主体の種類、事業所数、法人数、撤退数に注目して調査した。特に非営利組織である医療法人、社会福祉法人、NPO法人、営利企業である株式会社、有限会社が、どのような展開をしているのかを実態調査し、介護サービスの量的供給にどう寄与したかについて明らかにすることと、撤退率に注目し、特に営利企業にとって介護市場が魅力的なものになっているのかどうかを明らかにすることを目的とする。

3. 研究方法

本研究では、北九州市における介護サービス供給主体の実態調査を行った。介護サービスを提供している供給主体すべてを対象にした。

調査方法としては、北九州市のホームページ、WAM NET（独立行政法人 福祉医療機構 運営サイト）、インターネット検索、新聞、雑誌等で2009年3月末時点の実態把握を行い、2002年1月現在の介護サービス提供事業者が掲載された「北九州市居宅介護支援事業者居宅サービス事業者ガイドブック2002」と2004年12月現在の介護サービス提供事業者が掲載された「介護保険事業者ガイドブック2004」との比較検討を行うと共に各法人ホームページ、パンフレット、市内複数のケアマネジャー情報、法人関係者への聞き取り等を行った。そのうえで以下の項目について検討を行う。

介護サービス供給主体を対象とした調査

1) 介護サービスを提供している供給主体とその法人数

2) 介護サービス種類ごとの撤退事業所数と撤退率

3) 介護サービス供給主体ごとの撤退率
(医療法人、社会福祉法人、NPO、株式会社、有限会社について)

4. 用語の定義

本稿では2つの用語について次のように定義する。

介護サービス供給主体

介護サービス供給主体とは、介護保険法の介護

サービスを提供することができる法人格の各種類およびその総称とする。

各種類は、具体的には、2009年3月現在、北九州市で確認された医療法人、社会福祉法人(社福法人)、北九州市、株式会社、有限会社、NPO法人、合名会社、合資会社、社団法人、財団法人、生活協同組合、日本赤十字社、学校法人、農業協同組合、企業組合、合同会社とする。

介護サービス

介護サービスとしては、施設サービスとして介護老人福祉施設(特養)、介護老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設(療養)、特定施設入居者生活介護(特定)、グループホーム(G)、在宅サービスとしてデイサービス(デイス)、デイケア(デイク)、訪問介護(訪介)、訪問入浴(訪入)、福祉用具貸与(福貸)、居宅介護支援(居宅)、小規模多機能型拠点、訪問看護(訪看)とする。

5. 北九州市における介護サービス供給主体の実態

5.1 介護サービス供給主体の種類とその法人数の現状

5.1.1 介護サービス供給主体の種類

介護サービス供給主体としては、2002年時の14種類から2009年時は合同会社と学校法人が増え、16種類となっている。

5.1.2 介護サービス供給主体の法人数の推移

2002年時において介護サービスを提供する法人数は298である。2009年では598となっており、200.7%介護サービスを提供する法人数は増加している。(図表1)

2002年時から一貫して株式会社、有限会社は急激に介護ビジネスに参入している。

法人数では、2009年時点で、有限会社が最も多く、次いで株式会社、医療法人、社会福祉法人の順になっている。またこの4供給主体で全法人数の9割を占めており、介護保険制度開始時より一

貫している。

営利企業である株式会社、有限会社は、2002年時では46.9%のシェアであったが、2009年時では、株式会社、有限会社で67.8%を占めている。医療法人と社会福祉法人のシェアは2002年時の43%か

ら24.6%に低下している。特に医療法人は、シェアが2002年時の28.1%から2009年時は13.4%に低下している。NPO法人はシェアが低いままである。

図表1 介護サービス供給主体の変化 (単位 法人数)

(法人格)	2002年 (N = 288)	2004年 (N = 503)	2009年 (N = 598)
医療法人 1	81 (28.1%)	82 (16.3%)	80 (13.4%)
社会福祉法人	43 (14.9%)	53 (10.5%)	61 (11.2%)
北九州市 2	5 (1.7%)	5 (1.0%)	5 (0.8%)
株式会社	57 (19.8%)	93 (18.5%)	151 (25.3%)
有限会社	78 (27.1%)	228 (45.3%)	254 (42.5%)
NPO法人	8 (2.8%)	16 (3.2%)	15 (2.5%)
合名会社	1 (0.3%)	5 (1.0%)	5 (0.8%)
合資会社	2 (0.7%)	5 (1.0%)	6 (1.0%)
社団法人	5 (1.7%)	5 (1.0%)	5 (0.8%)
財団法人	2 (0.7%)	3 (0.6%)	3 (0.5%)
生活協同組合	3 (1.0%)	4 (0.8%)	3 (0.5%)
日本赤十字社	1 (0.3%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)
学校法人	0 (0.0%)	1 (0.2%)	2 (0.3%)
農業共同組合	1 (0.3%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)
企業組合	1 (0.3%)	1 (0.2%)	1 (0.2%)
合同会社	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (0.8%)

1・・・個人3含む(2009年時は個人1含む)

2・・・法人数ではなく施設数

供給主体は、全部で16種類確認されたが、医療法人、社会福祉法人、株式会社、有限会社以外はかなり低いシェアのものであった。

ここからは代表的な供給主体である医療法人、

社会福祉法人、株式会社、有限会社、NPO法人についての特徴を考察したい。各供給主体を下記のように分類した。(小規模多機能型拠点は2006年からのサービスなので除外した。)

図表2 介護サービス供給主体別事業所数とシェアの推移

2002年から2009年で事業所数が増加でかつ2009年時のシェア50%以上。

2002年から2009年で事業所数が増加でかつ2009年時のシェア30%以上50%未満。

2002年から2009年で事業所数が増加でかつ2009年時のシェア30%未満。

2002年から2009年で事業所数が横ばいでかつ2009年時のシェア50%以上。

2002年から2009年で事業所数が横ばいでかつ2009年時のシェア30%以上50%未満。

2002年から2009年で事業所数が横ばいでかつ2009年時のシェア30%未満。

2002年から2009年で事業所数が減少でかつ2009年時のシェア50%以上。

2002年から2009年で事業所数が減少でかつ2009年時のシェア30%以上50%未満。

2002年から2009年で事業所数が減少でかつ2009年時のシェア30%未満。

×供給していない、または供給数0

供給主体	特養	老健	療養	特定	G	デS	デC	訪介	訪入	福貸	居宅	訪看
医療法人	×			×								
社福法人										×		
株式会社	×	×	×				×					
有限会社	×	×	×				×		×			
NPO	×	×	×	×			×		×	×		×

まず供給主体別にみている。

医療法人については、参入規制のある老健、療養施設で高いシェアを保っている。さらにグループホーム、デイサービスでも増加している。デイケアでは、シェアは50%以上あるが、事業所数を減らしている。そのほか訪問介護、訪問入浴、訪問看護という訪問系サービスすべてにおいて事業所数を減らしている。

社会福祉法人については、参入規制のある特養では、高いシェアを保っている。医療法人との違いは、供給しているほぼ全種類のサービスで事業所数を増加させていることである。ただし、各サービス種類でのシェアは低くなっている。

株式会社については、特定施設と福祉用具貸与、訪問入浴のサービスで高いシェアを保っている。ただし、訪問入浴については事業所数が減少している。そのほかの供給している全種類のサービスで事業所数を増加させている。グループホームと訪問介護でも3割以上のシェアがある。

有限会社については、供給している全サービスにおいて事業所数が増加している。株式会社に比べると過半数を越すシェアを持つサービスはないが3割以上のシェアを持つのは、グループホーム、デイサービス、訪問介護、福祉用具貸与で株式会社と類似している。

NPO法人については、他の供給主体にくらべ供給サービス種類が少ない。しかし、供給している全種類のサービスで事業所数を増加している。ただし、シェアは低い。

次にサービス供給種類でみてみたい。

参入規制のある特養、老健、介護療養施設では、当然のごとく福祉系施設の代表的施設である特養は社会福祉法人、医療系施設である老健、療養型施設は、医療法人が圧倒的シェアとなっている。

これらに参入できない営利企業である株式会社、有限会社は、特定施設でのシェアが高くなっており、特定施設の供給主体としての存在感を持っている。本来参入できる医療法人に参入がないのが

特徴である。社会福祉法人の参入は、以前に建てたケアハウスの特定施設化がほとんどであり、今後の参入も限定的であろう。

グループホームは、どの供給主体も積極的に事業所数を増やしているが、株式会社、有限会社のほうが積極的である。各供給主体が参入し、事業所数が増加しているデイサービスに比べ、デイケアは事業所数が減少している。リハビリのニーズがある利用者が多いが、医師、さらに理学療法士や作業療法士などのリハビリ専門職員確保が必要という人材確保の面でも事業所が増えない面があるのだろう。

訪問介護では、株式会社と有限会社のシェアが高く、医療法人の事業所数減少が特徴的である。

訪問入浴では、事業所数を増加している供給主体がない。家で風呂に入りたいというニーズは、一定あると考えるが、訪問介護、デイサービスなど他サービスを利用して代用している面もあろう。報酬面および、看護師確保など人員確保の面の困難さがあることも考えられる。

福祉用具貸与では、ほぼ営利企業である株式会社、有限会社に圧倒的シェアを保っている。

居宅介護支援では、医療法人以外の供給主体で事業所数を増やしているが、特別に高いシェアの供給主体はない。

訪問看護については、医療法人が高いシェアにもかかわらず、事業所数を減少させている。

全体として医療法人は、老健、グループホーム以外の特に在宅サービスからの撤退傾向が見取れる。社会福祉法人は、シェアは営利企業に及ばないものの在宅サービスでも確実に参入を続けている。ただし、特定施設については、そのほとんどがケアハウスからの転用だったという点は気をつけたい。今後社会福祉法人で特定施設に新規で

参入するかどうかは不透明である。営利企業である株式会社、有限会社は参入できる全サービス種類での存在感を高めている。NPO法人の影響力は限定的である。

次に、供給主体別の事業所数の変化について時期を区切って考察を加えたい。

医療法人は、老健、グループホームを除いて2004年以降事業所数を減らしている。

2006年からの医療報酬、介護報酬改定などの影響により、介護サービスへの参入を控えてきていることがうかがわれる。

社会福祉法人は、居宅介護支援を除く全サービス分野で事業所数を増加させている。居宅介護支援については、2006年の介護保険制度改正により、地域包括支援センターが創設され、北九州市においては、市直営での運営になり、要支援者のプラン数が激減したことが、社会福祉法人のみならず、医療法人、有限会社などにも影響していることがうかがわれる。

株式会社については、訪問入浴、福祉用具貸与以外のサービスでは、順調に事業所数を増やしている。

有限会社では、同じ営利企業である株式会社との違いとして、訪問介護、居宅介護支援などでも2004年以降事業所数が減少していることがあげられる。

2006年以降の介護報酬改正の影響が比較的財政基盤の弱い有限会社のほうに強くでていることが推察される。

NPO法人は、グループホームを除いて苦戦している様子が見られる。

図表3 供給主体別の事業所数の変化

2002年から2004年、2004年から2009年いずれも事業所数が増加。

2002年から2004年は増加、2004年から2009年は減少。

2002年から2009年は減少、2004年から2009年は増加。

2002年から2004年は増加、2004年から2009年は横ばい。

2002年から2004年、2004年から2009年いずれも横ばい。

2002年から2004年は横ばい、2004年から2009年は減少。

2002年から2009年は減少、2004年から2009年は横ばい。

2002年から2004年、2004年から2009年いずれも減少。

×供給していない。

サービス種類	医療法人	社福法人	株式会社	有限会社	NPO
特養	×		×	×	×
老健			×	×	×
療養				×	×
特定	×				×
G					
デサ					
デケ			×	×	×
訪介					
訪入					×
福貸		×			×
居宅					
訪看					

5.2 介護サービス種類別撤退率

2002年時から2009年3月末までに休止・廃止および取り消しで介護サービスから撤退していった事業所をサービス種類別に調査した。(図表4)

今回、撤退はしているが休止・廃止、または取り消しの区別が不明な事業所が複数あったため休止・廃止、取り消しの区別はあえてせず、撤退の事実だけを示す。また一部買収による廃止が含ま

れる。小規模多機能拠点は撤退がないので記載しなかった。ちなみに2007年にコムスンショックによる事業譲渡が行われているが、それともなうコムスンの撤退分グループホーム2、訪問介護6、福祉用具貸与1、訪問入浴1、居宅介護支援事業所6、デイサービス1が含まれる。特定施設、グループホームについては、買収による運営企業変更であった。

図表4 介護サービス種類別撤退率(単位 事業所数)

(サービス種類)	撤退数 A	2009 年末稼働事業所数 B	撤退率 A/A + B (%)
特養	0	48	0.0%
老健	0	35	0.0%
療養	16	17	48.5%
特定	2	36	5.3%
グループホーム	5	104	0.5%
デイサービス	36	255	12.4%
デイケア	18	70	20.5%
訪問介護	133	315	29.7%
訪問入浴	7	13	35.0%
福祉用具貸与	50	60	45.5%
居宅介護支援	107	288	27.1%
訪問介護	14	41	25.5%
全種類	388	1282	23.2%

全種類では、23.2%の撤退率となった。

撤退率が高いのは、介護療養型医療施設の48.5%、ついで福祉用具貸与の45.5%、訪問入浴の35.0%であった。訪問介護も約30%と高くなっている。通所系サービスでは、デイケアのほうがデイサービスよりも撤退率が高くなっている。居宅介護支援、訪問看護も約25%となっており、施設サービスよりも圧倒的に在宅者向けサービスの撤退率が高くなっている。介護療養型医療施設は、国の方針による撤退率の高さである。福祉用具貸与は、2006年の介護保険制度改正により、利用者が激減したことによる収益面悪化が考えられる。持続継続性という観点からは、事業所が撤退し、顔なじみになったケアマネジャーやヘルパーが突

然いなくなるといった供給サイドの理由による不安や不便をご利用者に与えてしまっていることがわかる。

5.3 介護サービス供給主体別撤退率

次に介護サービス種類別に供給主体の撤退率を検証する。(図表5)供給主体としては、医療法人、社会福祉法人、株式会社、有限会社、NPO法人を取り上げる。ここでは、撤退率の高いデイサービス、デイケア、訪問介護、福祉用具貸与、居宅介護支援のサービスについて検証することにする。

図表5 介護サービス供給主体別撤退率(単位%)

供給主体	デイS	デイケア	訪問介護	福祉貸与	居宅介護 支援
医療法人	30.4	19.5	51.9	25.0	29.2
社福法人	13.8	0.0	28.3	×	19.6
株式会社	6.7	×	25.2	41.8	21.7
有限会社	13.6	×	28.7	51.1	33.6
NPO	0.0	×	33.3	×	22.2

医療法人は、デイサービスでの撤退率が、30.4%と他の供給主体よりも高くなっている。訪問介護、居宅介護支援でも同様に他の供給主体に比べると高くなっている。

社会福祉法人は、訪問介護の撤退率が高くなっているが、他のサービスでは、いずれも平均以下であり、デイケアでは数は4と少ないものの撤退率0%となっている。

株式会社は、全ての種類で平均撤退率より下回っている。デイサービスでは、医療法人、社会福

祉法人よりも撤退率はかなり低くなっている。

有限会社は、福祉用具貸与と居宅介護支援のサービスで撤退率が一番高くなっている。

NPO法人は、数は7と少ないながらもデイサービスで撤退率0%となっている。

なお、供給主体のうち、日本赤十字社、学校法人、農業協同組合、合同会社は、事業所数は、多くないが撤退率0%であった。

最後に供給主体法人別撤退率を検証した。(図表6)

図表6 介護サービス供給主体法人別撤退数 (単位 法人)

(供給主体)	撤退数 A	2009 年末稼働法人数 B	撤退率 A/A + B (%)
医療法人	18	80	18.4%
社福法人	3	61	4.7%
株式会社	35	151	18.8%
有限会社	63	254	19.9%
NPO	5	15	25.0%
全体	126	598	17.4%

全体では、上記の他、合名会社、生活協同組合で各1撤退があり、今までに724法人が参入し、126法人が撤退している。したがって撤退法人数率は17.4%となった。

社会福祉法人の撤退率が他の供給主体に比べると極めて低くなっている。

法人数が少ないがNPO法人の撤退率が高くなっている。

6. 考察と結論

調査の結果、介護保険制度は、非営利組織である医療法人、社会福祉法人、NPO法人よりも営利企業である株式会社、有限会社に大いにビジネスチャンスを与えたことがわかった。非営利組織の事業所のシェアは、参入規制があるサービスを除くと年々低下している。営利企業のシェアは、年々高まっている。撤退数と撤退率に注目すると、

特養は社会福祉法人、老健は医療法人がほぼ独占しており、参入規制があり撤退はない。一方で規制のため特養、老健に参入できない営利企業は、特定施設、グループホームへの参入を進めており、この分野では撤退はほぼ0である。医療法人、社会福祉法人の事業展開は、在宅サービス分野では必ずしも順調には進んでいない。特に医療法人では、デイサービス、訪問介護など在宅サービス分野での撤退が増えている。これは医療制度の改正による本業の医療分野での経営資源の投入の必要性の高まり、収益悪化による新規投資力の低下、営利企業である株式会社、有限会社など介護専門会社との競合激化などの要因が考えられる。またあえて複数サービス提供をせずに他の社会福祉法人や営利企業と連携を強化しているとも考えられる。

社会的事業体として期待されたNPO法人は、参入が進んでいないことがわかった。資金力の問題もあり特定施設など多額の資金投資の必要がある分野には進出ができていない。職員の待遇の面や競争力にも限界がある。

入居施設と在宅サービスいずれの分野でも営利企業である株式会社、有限会社の存在感は年々高まっている。在宅サービスでは、株式会社、有限会社主導でサービス量は拡充されてきたといえる。株式会社、有限会社への参入を認めていなければ要介護高齢者の急増による介護サービスのニーズの需要に量的に対応できていなかったらう。

営利企業である株式会社、有限会社の参入は、ビジネスとして成り立つという勝算があつたことである。この傾向は、今後もビジネスとして成り立つ介護報酬である限り続くと思われる。裏返せば、営利企業である株式会社や有限会社は利益が得られないビジネス分野だとわかると一気に撤退する可能性がある。投資に見合った利益確保が至上命題だからである。有限会社が訪問介護や居宅介護支援事業所では2004年に比べて事業所数を減らしているのは、市場の競争原理がおきているのと財務基盤が株式会社よりも弱いとされる有限会社が、2006年の介護報酬の改定により収益面

で苦しくなり、その分野からの撤退がおきてしまったからだということがうかがえる。在宅サービスにおいて営利企業の参入が鈍化すると在宅サービスの量的供給にも支障をきたす恐れがでてくる。社会福祉法人や医療法人などの非営利組織でも、資金収支がプラスにならないとすれば、新規の特養、老健に参入しようという法人も少なくなり、介護施設分野でも量的供給に支障をきたす恐れがある。規制が行われていないのに新規参入の鈍化と撤退率の高い介護サービス種類では、利益の適正な確保が困難になっていることがうかがわれる。

利益が適正に認められる分野であれば、営利企業は、顧客に選ばれるための行動を行う。

地域における介護報酬が一定である在宅サービスにおいては、顧客に選ばれるための行動とは、サービスの質向上に関わる行動になる。

事実上デイサービスや訪問介護、福祉用具貸与などの在宅サービス分野では、競争原理が働いていると撤退率の高さからもいえる。競争原理が働くことによって介護サービスの質向上にもつながることにもなるので、この状態を続けるには新規参入事業所にとって適正な収益確保が見込まれる市場であり続ける必要がある。

営利企業である株式会社、有限会社の事業所数の多い状況は、ビジネスとして成り立つ介護報酬である限り続くと思われる。ただし、株式会社と有限会社では、若干異なる状況を呈している。有限会社では、訪問介護や居宅介護支援事業所において、2004年に比べて事業所数を減らしている。これは、財務基盤が株式会社よりも弱いとされる有限会社が、収益面で苦しい分野からの撤退がおきているものと思われる。

営利企業である株式会社、有限会社の介護サービスへの参入は、高齢者に介護サービス利用の選択肢を拡げるための前提となる量的供給に寄与したといえる。今後も増え続ける

要介護者への介護サービスの継続的、安定的供給のためには、営利企業の意欲的な参入が必要であり、そのためには、参入意欲を掻き立てる介護報酬でなくてはならない。

7. 本研究の限界

今回の研究は、過去に発行された北九州市の介護サービス事業者のガイドブックに基づいている。そのため、その時点での正確な事業所数かどうかは疑わしい。ガイドブック作成提出日に存在していても提出しなかった事業所も含まれている可能性がある。

WAM NETについても事業者の情報が更新されていない場合がありえる。

また筆者自身の施設名簿等の照合時の該当施設・事業所の見落とし、転記、入力ミス等がいくつか残っている可能性がある。そのために今回の表記している数字は「概数」と見なすべきである。

しかし、筆者自身が住み、介護サービスを行っている地元なのでWAM NET等の更新されていない実態も加味でき、より実際の数字に近づける努力はしたものである。

また事業所数のみのデータしか用いず、介護報酬面のデータは、用いていないという限界がある。

医療法人、社会福祉法人が傘下に営利企業を持つ、あるいは、営利企業と提携するといった実態は調査の途中でいくつか判明したが、図表には反映されていないところにも限界がある。

参考文献

- 1) 岡本 祐三・田中 滋『福祉が変われば経済が変わる』東洋経済新報社 2000
- 2) 小山 秀夫『中間施設の潮流』中央法規 1986
- 3) 田中 晴人・熱田 一信『総合医療福祉論』ミネルヴァ書房 2002
- 4) 二木 立『保健・医療・福祉複合体』医学書院 1998
- 5) 二木 立『介護保険制度の総合的研究』勁草書房 2007
- 6) ㈱日本総合研究所『保健・医療・福祉の複合的サービス展開に関する研究』2001
- 7) 水巻 中正『変革期の福祉経営戦略』日本医学出版 2005

Abstract

It has been 10 years since the beginning of nursing-care insurance system in 2000. This is a study that attempts to analyze how the constituent of supply of nursing-care service are continuing to exist in the market of nursing-care business in the city of Kitakyusyu, which has the highest rate of population 65 year old and over among government ordinance cities, by researching on the actual condition focused on the evacuation rate of corporation that entered the market.

According to this study, 1670 nursing-care centers have entered the market between 2002 and 2009, and 388 of them, or 23.2%, have already left. Study also showed that between 2002 and 2009, 724 corporations have entered the market, and 126 of them, or 17.4%, have already left.

Under the market supply system of nursing-care service, medical corporations and social welfare corporations have decreased their market share, while stock companies, that are formed to create profit, and limited liability companies have highly increased their market share. It seems that the principle of competition as the market is functioning especially in the field of in-home nursing-care service.

[研究論文]

高齢者を対象にした MSW の関与と在院日数の関連性の検証 ・ リハビリテーション患者データベース (DB) のデータを用いて・

著者： 井上祐介 (日本福祉大学大学院福祉社会開発研究科福祉経営専攻博士課程)

共著者：鄭丞媛 (長寿科学振興財団リサーチレジデント・日本福祉大学)、近藤克則 (日本福祉大学社会福祉学部)

抄録

本研究では、高齢者を対象とし、医療ソーシャルワーカー (以下、MSW) が関与したリハビリテーション患者の特徴と、リハビリテーション医療における MSW の関与と平均在院日数の関連性を、リハビリテーション患者データベース (DB) のデータを用いて検証した。

その結果、MSW 関与群は、非関与群に比べて、患者の重症度が高いこと、平均在院日数が長いこと、在宅復帰率が低いこと、転院・転科するケースの割合が高いことを明らかにした。交絡因子の条件を同じにするマッチドペア法を用いた分析でも、MSW 関与群の平均在院日数が長いことや在宅復帰率が低いという結果であった。

この結果から、在院日数には、家族の意向、医療機関の経営方針、地域のインフラの状況など、多数の交絡因子が影響していることと、MSW の退院援助の効果を平均在院日数のみによって評価することは妥当でない可能性があることが示唆されたといえる。

キーワード：医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション、マッチドペア法

1. はじめに

2006 年の社会福祉士法改正に伴い、社会福祉士国家試験受験資格の実習指定施設として医療機関が含まれることになった。医療機関内の福祉専門職には医療ソーシャルワーカーが (以下、MSW) 配置されており、この法改正により、MSW は医療の現場においてもより重要な職種となる¹⁾²⁾とされ、その存在は患者にとっても病院にとっても有益である³⁾と考えられている。

MSW の業務内容は幅広く、療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助、退院援助、社会復帰援助、受診受療援助、経済的問題の解決と調整援助、地域活動などであり⁴⁾、所属する医療機関の性格によっても異なる。急性期医療を主な役割とする医療機関では、転院先捜し、救急搬送されてくる無保険者や単身者などに対する対応などであり、慢性期病院では、在宅準備、長期療養のための施設

捜しなどが MSW の業務内容となる⁵⁾が、その中心的業務は、診療報酬に点数化されている「退院支援」である³⁾。

在院日数の短縮化が一つの流れとなっている中で、MSW が患者に関与することにより、入院期間の短縮化と、効率的な病床管理につながる⁶⁾ことや、紹介・連携部門の後方連携機能統合による病床の効率的な利用⁷⁾が促進されることなど、総じて、MSW の関与が「在院日数の短縮」に繋がると言われている。

この点を量的データにより検証した研究は意外に少ない。小野沢は、1 病院の 5 病棟の患者を対象にし、MSW が積極的に介入した期間と、通常の間とに分け、それぞれの在院日数を比較した結果、「MSW の早期介入が在院日数の短縮につながる」⁸⁾としている。関田らは、「病院機能により差はあるがその成果は確認できた」⁹⁾としているものの、分

析対象は病院単位とし、その研究結果は、200～399床の療養病床を持たない急性期病院に限定している。患者単位での分析だけでなく、患者の状態別等の分析が行われていなければ、患者像の違いや、MSWの関与による効果以外の特性による違いの可能性を排除できない。

疾病構造が変化し、後遺症の現れやすい疾患が増加した結果、利用者への保健・医療・福祉サービスの切れ目のない提供が求められている。それを現実化するために、MSWが得意とする連携機能をさらに強めることが期待されており¹⁾、実際にMSWは、リハビリテーション患者といった、慢性疾患を持つ患者にも関わっている¹⁰⁾。

高齢者医療・介護の領域で、ソーシャルワーカーは医療機関以外にも介護老人保健施設等において配置されている。しかし、介護施設において、ソーシャルワーカーの配置が経営に与える影響といったアウトカム評価に関する研究数はデータ蓄積の面から少ない。そのため、現段階においては、介護領域に比べて相対的にデータが蓄積されている医療領域における検証結果からの示唆点は少なからずあると思われる。

そこで、本研究では、高齢者のリハビリテーション患者を対象とし、MSWの関与と在院日数との関連性を、30病院の患者単位のデータを用い、退院時日常生活自立度、退院時認知症度といった患者の状態や、一般病棟と回復期リハビリテーション病棟に分けて検証する。さらに、MSWが関与する患者の特徴も併せて検証する。

2. 研究目的

本研究では、MSWが関与した高齢者のリハビリテーション患者の特徴と、リハビリテーション医療におけるMSWの関与が平均在院日数に関連しているか否かを検証する。

3. 研究方法

3.1 対象

本研究では、リハビリテーション患者データベース(DB)¹¹⁾(厚生労働科研究費補助金: H19-長寿・一般-028)(以下、リハ DB) のデータを用いる。リハ DB とは、脳卒中リハビリテーション患者データベースを元に、急性期と慢性期、大腿部頸部骨折と認知症への展開を図ったものである。各病院が作成するデータベースの項目や入力形式を統一することで、多くの病院の患者データベースを結合できるように開発されたものである^{12) 13)}。

リハ DB には、2009年6月現在で30病院から3,949症例のデータが収集されている。リハ DB データの概要を図表1に示す。入院病棟の種別は、一般病棟(以下、一般) 56.9%と回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期) 38.7%とで全体の90%以上を占める。性別は、男性が57.3%、女性は42.7%である。年齢別では、65歳以上が71.8%を占める。在院日数は、全体の平均で55.7日、一般32.2日、回復期92.2日である。退院先は、全体では自宅が57.6%、次いで転院・転科が32.6%であり、一般は自宅47.0%、転院・転科46.0%、回復期は自宅75.0%、転院・転科15.0%であった。

図表1 リハDBデータの概要

区分		全体		一般		回復期	
		N	%	N	%	N	%
入院病棟 の種別	一般	2,238	56.9				
	回復期	1,519	38.7				
	その他	173	4.4				
性別	男性	2,250	57.3	1,293	57.8	868	57.2
	女性	1,679	42.7	945	42.2	650	42.8
年齢	54歳以下	356	9.1	183	8.2	164	10.8
	55-64歳	663	16.9	35	16.3	287	18.9
	65-74歳	1,072	27.3	590	27.4	430	28.3
	75-84歳	1,252	31.9	695	32.3	495	32.6
	85歳以上	495	12.6	334	15.5	141	9.3
退院先	自宅	2,262	57.6	1,044	47.0	1,100	75.0
	老健施設	149	3.8	27	1.2	118	8.0
	福祉施設	73	1.9	49	2.2	24	1.6
	転院・転科	1,279	32.6	1,023	46.0	219	15.0
	死亡	94	2.4	80	3.6	6	0.4
在院日数		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
		55.7日	62.2	32.2日	48.8	92.2日	49.3

3.2 分析方法

3.2.1 MSWの関与した患者の特徴

本研究では、年齢による治療効果の差を小さくするため、65歳以上のリハビリテーション患者(N=2,819)のデータを用いる。さらに、入院種別として、リハDBのデータの約95%を占める、一般(56.9%)と回復期(38.7%)の患者のデータを用いる。

退院時の患者の状況を把握する項目として12項目(平均在院日数、在宅復帰率、性別、年齢、退院時の日常生活自立度、退院時の認知症度、退院時のmodified Rankin Scale、入院種別、病型、合併症の有無、退院先、退院先の介護力)を設定した。その全ての項目において不明および欠損値がないデータ(N=1,638)を抽出し、MSWが関与した患者の特徴を把握した。

3.2.2 MSWの関与と在院日数との関連性の検証

マッチドペア法

MSWの関与と在院日数との関連性を検証するため、交絡因子の条件を同じにするマッチドペア法を用い、退院時の状態が同じ患者を、MSWの関わりがあるものと関わりのないものとでペアを組み比較分析を行った。

患者の状態を同じにするために以下の8項目を用い、各項目が全て一致するデータセットを作成した。使用した項目は、性別(男、女)、年齢(65歳から5歳刻み7区分)、退院時日常生活自立度(正常から寝たきりまでの9段階)、退院時認知症高齢者の日常生活自立度(正常から専門医療必要までの8段階)、退院時modified Rankin Scale(症状なしから完全介護までの6段階:退院時死亡除外)、病型(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血)、合併症の有無、介護力(ほとんどなしから通常2人以上まで5区分)である。

ペアになりうるケースが複数存在した場合は、退院時の日常生活自立度(Barthel Index)が近いものを抽出し、設定した。その結果、8つの変数のすべてが同一条件の106例(53ペア)が抽出された。なお、分析ソフトは、SPSS for Windows Ver17.0Jを用い、カイ二乗検定とt検定を行った。

4. 研究結果

4.1 MSWが関与した患者の特徴

MSWが関与した患者の特徴は、図表2に示した通りである。

4.1.1 平均在院日数と在宅復帰率

平均在院日数と在宅復帰率をみると、MSW 関与群の方が、平均在院日数は長く、在宅復帰率は低い結果がみられた（図表2参照）。

平均在院日数は、全体では関与群 58.6 日、非関与群 29.1 日であった。一般は、関与群 36.0 日、非関与群 24.1 日、回復期は、関与群 97.0 日、非関与群 78.5 日であった。関与群の方が平均在院日数は長く、全体と回復期は、統計的に有意な差があった。

在宅復帰率は、全体では関与群 48.1%、非関与群 77.1%であった。一般は、関与群 31.8%、非関与群 74.7%、回復期は、関与群 71.7%、非関与群 84.8%であり、いずれも関与群の方が在宅復帰率は低く、統計的にも有意な差があった。

4.1.2 患者の重症度と病型，および退院先等

退院時の日常生活自立度、認知症度、modified Rankin Scale からは、MSW 関与群の方が重症度の高い患者が多いことがわかった（図表2参照）。退院時の日常生活自立度の寝たきりに近い患者群

や、退院時認知症度が高い群、退院時 modified Rankin Scale が高い群程、MSW が関与する割合は高かった。一般と回復期でも同様の結果であり、回復期の退院時 modified Rankin Scale を除いた全ての項目で統計的に有意な差がみられた。

病型、合併症の有無、退院先は、全体と一般では MSW の関与群と非関与群の間に統計的に有意な差がみられた。一方で、退院先の介護力は統計的に有意な差はみられなかった。

退院先をみると、自宅は全体で関与群 48.1%、非関与群 77.1%であり、一般は関与群 31.8%、非関与群 74.7%であった。転院・転科は、全体の関与群 45.5%、非関与群 21.4%、一般の関与群 66.3%、非関与群 24.2%であり、関与群の方が自宅の割合が少なく、転院・転科の割合が高かった。

以上の結果を集約すると、MSW が関与した患者の特徴としては、平均在院日数が長いこと、在宅復帰率が低いこと、重症度が高いこと、退院先は転院・転科が多いことがみられた。

図表2 MSWの関与と患者の特徴

項目		全体			一般			回復期		
		MSWの関与		P値	MSWの関与		P値	MSWの関与		P値
		有 (N=1,179)	無 (N=459)		有 (N=682)	無 (N=392)		有 (N=433)	無 (N=33)	
平均在院日数		58.6日	29.1日	p<0.01	36.0日	24.1日	ns	97.0日	78.5日	p<0.05
在宅復帰率		48.1%	77.1%	p<0.01	31.8%	74.7%	p<0.01	72%	84.8%	p<0.05
性別	男	612(51.9%)	273(59.5%)	p<0.05	349(51.2%)	235(59.9%)	p<0.01	231(53.3%)	21(63.6%)	ns
	女	567(48.1%)	186(40.5%)		333(48.8%)	157(40.1%)		202(46.7%)	12(36.4%)	
年齢		77.8歳	75.4歳	p<0.01	79.1歳	75.3歳	p<0.01	76.0歳	74.2歳	ns
退院時日常生活自立度	正常	35(3.0%)	56(61.5%)	p<0.01	21(3.1%)	49(12.5%)	p<0.01	9(2.1%)	2(6.1%)	p<0.01
	J1	56(4.7%)	70(15.3%)		34(5.0%)	61(15.6%)		19(4.4%)	7(21.2%)	
	J2	78(6.6%)	80(17.4%)		31(4.5%)	65(16.6%)		42(9.7%)	6(18.2%)	
	A1	211(17.9%)	79(17.2%)		94(13.8%)	67(17.1%)		100(23.1%)	3(9.1%)	
	A2	170(14.4%)	65(14.2%)		86(12.6%)	49(12.5%)		76(17.6%)	8(24.2%)	
	B1	216(18.3%)	52(11.3%)		121(17.7%)	49(12.5%)		83(19.2%)	3(9.1%)	
	B2	169(14.3%)	31(6.8%)		98(14.4%)	29(7.4%)		65(15.0%)	1(3.0%)	
	C1	68(5.8%)	10(2.2%)		52(7.6%)	8(2.0%)		14(3.2%)	2(6.1%)	
	C2:寝たきり	176(14.9%)	16(3.5%)		145(21.3%)	15(3.8%)		25(5.8%)	1(3.0%)	
退院時認知症度	正常	335(28.4%)	267(58.2%)	p<0.01	187(27.4%)	228(58.2%)	p<0.01	127(29.3%)	19(57.6%)	p<0.05
	ほぼ自立	169(14.3%)	85(18.5%)		71(10.4%)	71(18.1%)		86(19.9%)	6(18.2%)	
	a	115(9.8%)	27(5.9%)		45(6.6%)	21(5.4%)		61(14.1%)	2(6.1%)	
	b	128(10.9%)	23(5.0%)		70(10.3%)	21(5.4%)		48(11.1%)	0(0.0%)	
	a	146(12.4%)	24(5.2%)		89(13.0%)	20(5.1%)		52(12.0%)	4(12.1%)	
	b	41(3.5%)	9(2.0%)		31(4.5%)	8(2.0%)		7(1.6%)	1(3.0%)	
	M:専門医療必要	153(13.0%)	15(3.3%)		112(16.4%)	14(3.6%)		38(8.8%)	1(3.0%)	
臨床用 Rankin Scale	0:症状なし	34(2.9%)	35(7.6%)	p<0.01	7(1.0%)	31(7.9%)	p<0.01	27(6.2%)	3(9.1%)	ns
	1	107(9.1%)	146(31.8%)		56(8.2%)	129(32.9%)		39(9.0%)	8(24.2%)	
	2	205(17.4%)	104(22.7%)		99(14.5%)	85(21.7%)		91(21.0%)	7(21.2%)	
	3	263(22.3%)	65(14.2%)		133(19.5%)	50(12.8%)		115(26.6%)	5(15.2%)	
	4	320(27.1%)	73(15.9%)		187(27.4%)	64(16.3%)		119(27.5%)	8(24.2%)	
	5:完全介護	250(21.2%)	36(7.8%)		200(29.3%)	33(8.4%)		42(9.7%)	2(6.1%)	
入院種別	一般	682(57.8%)	392(85.4%)	p<0.01						
	亜急性期	64(5.4%)	34(7.4%)							
	回復期	433(36.7%)	33(7.2%)							
病型	脳梗塞	849(72.0%)	375(81.7%)	p<0.01	480(70.4%)	323(82.4%)	p<0.01	315(72.7%)	22(66.7%)	ns
	脳出血	294(24.9%)	75(16.3%)		182(26.7%)	63(16.1%)		104(24.0%)	9(27.3%)	
	くも膜下出血	36(3.1%)	9(2.0%)		20(2.9%)	6(1.5%)		14(3.2%)	2(6.1%)	
合併症	有	304(25.8%)	66(14.4%)	p<0.01	140(20.5%)	54(13.8%)	p<0.01	154(35.6%)	9(27.3%)	ns
	無	875(74.2%)	393(85.6%)		542(79.5%)	338(86.2%)		279(64.4%)	24(72.7%)	
退院先	自宅	567(48.1%)	354(77.1%)	p<0.01	217(31.8%)	293(74.7%)	p<0.01	308(71.7%)	28(84.8%)	ns
	福祉施設	76(6.4%)	7(1.5%)		13(1.9%)	4(1.0%)		60(13.9%)	2(6.1%)	
	転院・転科等	536(45.5%)	98(21.4%)		452(66.3%)	95(24.2%)		65(15.0%)	3(9.1%)	
介護力	ほとんどなし	322(27.3%)	106(23.1%)	ns	190(27.9%)	94(24.0%)	ns	113(26.1%)	5(15.2%)	ns
	との間	433(36.7%)	186(40.5%)		258(37.8%)	156(39.8%)		114(33.3%)	10(30.3%)	
	常時,1人程度	338(28.7%)	138(30.1%)		177(26.0%)	117(29.8%)		149(34.4%)	16(48.5%)	
	との間	59(5.0%)	21(4.6%)		39(5.7%)	18(4.6%)		18(4.2%)	1(3.0%)	
	常時,2人以上	27(2.3%)	8(1.7%)		18(2.6%)	7(1.8%)		9(2.1%)	1(3.0%)	

4.2 患者の条件を調整した MSW 関与群と非関与群の検証 マッチドペア法

次に、マッチドペア法によって、病型や重症度等が同じ状態の患者を 53 ペア (N=106) つくり、MSW の関与群と非関与群の両群の間に、平均在院日数等に違いがあるかを検証した (図表 3)。

その結果、平均在院日数は MSW の関与群 45.7 日、非関与群 26.4 日であり、在宅復帰率は関与群 79.0%、非関与群 93.0%であり、やはり関与群の方が平均在院日数は長く、在宅復帰率は低い結果がみられた。介護力、病型別に分析を行っても同

様の傾向がみられた。

入院種別でみると、一般は関与群の方の平均在院日数が短かったが、統計的に有意な差はみられなかった。

退院先でみると、転院・転科の場合、平均在院日数は MSW の関与群 23.4 日、非関与群 30.3 日であり、MSW 関与群の方が短かったが、統計的には有意差がみられなかった。

図表 3 マッチドペア法による MSW の関与群と非関与群の検証

項目		MSWの関与		P値	
		有	無		
全体	平均在院日数	45.7日	26.4日	p<0.01	
	在宅復帰率	79.0%	93.0%	p<0.01	
入院種別	一般	平均在院日数	19.1日	20.6日	ns
		在宅復帰率	64.0%	90.0%	p<0.01
	回復期	平均在院日数	89.1日	85.7日	ns
		在宅復帰率	94.0%	99.0%	ns
介護力	ほとんどなし	平均在院日数	33.1日	35.7日	ns
		在宅復帰率	85.7%	85.7%	ns
	との間	平均在院日数	44.6日	29.3日	ns
		在宅復帰率	72.4%	89.6%	ns
	通常1人	平均在院日数	53.3日	18.1日	p<0.01
		在宅復帰率	87.5%	99.0%	ns
病型	脳梗塞	平均在院日数	46.6日	23.9日	p<0.01
		在宅復帰率	81.6%	94.1%	ns
	脳出血	平均在院日数	31.7日	66.7日	ns
		在宅復帰率	33.3%	66.7%	ns
退院先	自宅	平均在院日数	47.0日	26.1日	p<0.01
	転院・転科	平均在院日数	23.4日	30.3日	ns

5. 考察

本研究では、リハ DB のデータから、30 病院の患者単位のデータを用い、MSW が関与した患者の特徴と、MSW の関与と在院日数との関連性の検証を試みた。

5.1 MSW が関与する患者の特徴は、重症度が高く、在院日数が長い

30 病院の患者単位のデータを用いて検証した結果、MSW が関与した患者の特徴は、重症度が高いことから、平均在院日数は長く、在宅復帰率は低くなることが示唆された。さらに、MSW 関与群の方が、転院・転科するケースの割合が非関与群よりも相対的に高かった。この結果も、MSW 関与群の方が、患者の重症度が高いことを示しているといえる。

マッチドペア法を用い、退院時の状態が同じ患

者同士でペアを組み、MSWの関与群と非関与群とで比較分析を行った結果をみても、MSWの関与群の方が、平均在院日数が長く、在宅復帰率も低い結果であった。これらの結果は、先行研究で示されていた「MSWの関与が在院日数の短縮に繋がる」とするものとは異なる結果であった。

こうした結果がみられた理由は、在院日数には、MSWの関与以外にも、医療機関の経営方針や、医師の治療方針、患者の経済状態、家族の意向、地域のインフラの状況など様々な交絡因子が影響しているものと思われる。例えば、医療機関内でのMSWの配置状況や教育の取り組み方に差があるなど、MSWが置かれている職場内環境が異なること¹⁴⁾も在院日数に影響を与えていると考えられる。また、退院や転院・転科が決定してから、あるいは回復がほぼ横ばいに達してからMSWが関与した場合、その分、平均在院日数は長く、在宅復帰率は低くなると考えられる。

5.2 MSWが関与することの効果は多面的な検証が必要

本研究では、リハDBのデータを用い、MSWの関与と平均在院日数との関連性に着目して検証を行った。MSWが関与する効果として、「在院日数の短縮」以外にも、様々な側面における患者の不安の軽減が期待できる¹⁵⁾ことや、未収金の回収による医療機関の収益が確保¹⁶⁾されることなどが言われている。加えて、MSWの役割は、保健医療と福祉とを当事者を中心に連続性・包括性を求めて繋ぐこと¹⁷⁾とされていることに鑑みると、「MSWの関与の効果」を測るには、こうした点も含めて多面的に行う必要があると考えられる。

したがって、本研究の結果から、MSWの退院援助の効果を平均在院日数によってのみ評価することは妥当でないことが示されたといえる。

5.3 本研究の意義と限界

先行研究では、MSWが関与することによって在院日数が短縮すると言われていた。しかしながら、それらの研究は、事例研究が基本であり、量的デ

ータを用いた研究でも分析対象が病院単位であったり、1病院内での検証にとどまっている。また、一般と回復期に分類した分析や、患者の状態等に分けた分析は行われていない。

先行研究に比して、多施設間の個票レベルの大規模な量的データを用い、さらに、患者の状態等も考慮して検証を行った点が、本研究の意義であるといえる。本研究の結果、在院日数には、複数の交絡因子が影響を与えており、より多面的な検証を行う必要があることが示唆された。リハDBは、基本項目のみのデータであり、MSWの関与開始日や家族の意向といったより詳細なデータは含まれていない。そのため、本研究では、在院日数に限定して検証を行った。これは、データ面での限界であり、本研究の限界であるといえる。

6. 結論

本研究では、MSWが関与した患者の特徴と、リハビリテーション医療におけるMSWの関与と平均在院日数との関連性を、リハDBの患者単位のデータを用いて検証した。

その結果、MSW関与群は、非関与群に比べて、患者の重症度が高いこと、平均在院日数が長いこと、在宅復帰率が低いこと、転院・転科するケースの割合が高いことを明らかにした。マッチドペア法を用いた分析でも、MSW関与群の平均在院日数が長いことや在宅復帰率が低いという結果であった。

これらの結果から、在院日数には、多数の交絡因子が影響しているものと考えられる。したがって、本研究の結果、MSWの退院援助の効果を平均在院日数のみによって評価することは妥当でない可能性があることが示されたと考えられる。

本研究では、医療機関に限定して分析を行ったが、高齢者医療・介護の領域において、ソーシャルワーカーは医療機関以外にも、介護老人保健施設や介護老人福祉施設などに配置されている。とりわけ介護老人保健施設を対象にし、ソーシャルワーカーの関与の効果を、量的データを用いて検証する際には、複数の指標を用いる必要があると

いう本研究で得られた知見は有意義であると考えられる。

謝辞

本研究は、厚生労働科学研究費補助金（H19-長寿-一般-028）を受けて行われた。記して深謝します。

参考文献

- 1) 二木立「医療制度改革と増大する医療ソーシャルワーカーの役割」『文化連情報』(350), 42-46, 2007
- 2) 杉浦貴子「文献により探索する医療ソーシャルワーカーの『困難性』の実態」『ルーテル学院研究紀要』40, 79-94, 2007.
- 3) 村上武敏「退院援助における対象者の実態と実践課題」『病院』67(8), 729-732, 2008.
- 4) 厚生労働省「医療ソーシャルワーカー業務指針」2002.
- 5) 竹中麻由美「医療ソーシャルワーカーの業務内容」児島美都子・成清美治編『第二版現代医療福祉概論』学文社, 162-180, 2007.
- 6) 竹内一夫「わが国における医療ソーシャルワーカーの現状と課題」『病院』65(6), 486-488, 2006.
- 7) 阿倍真奈美・加藤由美・関田康慶「MSWのコーディネート機能と平均在院日数, 病床利用率への影響分析」『病院』65(10), 838-841, 2006.
- 8) 小野沢滋・阿部弘子「急性期病院における医療ソーシャルワーカーの積極的介入による要支援者

の把握の効果」『日本在宅ケア学会誌』6(1), 70-78, 2002.

9) 関田康慶・阿部真奈美「MSWのコーディネート機能による機能連携への貢献」『病院』65(7), 586-589, 2006.

10) 松井久典「連携づくり」日本医療社会事業協会編『新訂 保健医療ソーシャルワーク原論』相川書房, 111-133, 2007.

11) リハビリテーション患者データベース(DB) <http://rehabdb.umin.jp/>

12) 近藤克則(主任研究者)『リハビリテーション患者データベース(DB)の開発(H19-長寿-一般-028)研究報告書』平成19-21年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業), 2008.

13) 近藤克則(主任研究者)『リハビリテーション患者データベース(DB)の開発(H19-長寿-一般-028)研究報告書』平成19-21年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業), 2009.

14) 浅野正嗣「医療ソーシャルワーカーの困難とソーシャル・スーパービジョン」『金城学院大学論集, 社会科学編』4(1), 18-35, 2007.

15) 加藤由美・関田康慶「MSWのコーディネート機能による患者不安度軽減効果の評価」66『病院』(1), 64-69, 2007.

16) 都成祥子・秋田穂束「医療費未収問題における医療ソーシャルワーカーとしての貢献」『病院』67(6), 520-522, 2008.

17) 田中千枝子『保健医療ソーシャルワーク論』勁草書房, 2008.

Abstract

Japanese health insurance policies that encourage shorter Lengths of Stay (LOS) are well known, as is the role of interventions by Medical Social Workers (MSW). However, there are few studies of associations between interventions by MSW and LOS, and of the ratio of discharged patients who return home.

We used data in the Rehabilitation Patients Databank in Japan. As of June 2009, it held data on 3,949 patients who were treated at 30 hospitals nationwide.

Controlling for patients' characteristics at discharge, age, sex, ADL, modified Rankin Scale scores, diagnosis, and support by family, we compared the MSW intervention group to the group without MSW intervention, among acute and chronic patients.

There was no association between MSW ' s intervention and either LOS or the ratio of discharged patients who returned home. There were no significant differences between the two groups. We also note that the main indicators used to assess the MSW ' s performance (the LOS and the ratio of discharged patients returned home) are extremely unreliable.

There may also be other confounding factors, and further studies should analyze the characteristics of MSW ' s performance in hospitals.

[研究ノート]

高齢者住宅の整備状況をふまえた家賃の現状分析

著者 : 佐藤栄治 (国立保健医療科学院)

共著者 : 井上由起子 (国立保健医療科学院)、藤井賢一郎 (日本社会事業大学)

抄録

本研究では、良質な高齢者住宅整備に向けた知見を得ることを最終的な目的として、全国の高齢者専用賃貸住宅の整備状況を把握したうえで、家賃分析を通じて一般の賃貸市場との相違点を考察した。

結果、都道府県別の整備状況には一定の傾向がないことを明らかにした。家賃と建築スペックの関係では第一に共用空間の有無が、第二に個人空間の充実度が関連し、結果として建物が充実するほど家賃が高額になる傾向を把握した。運営主体が医療・福祉系と建設・不動産系のいずれかによっても、家賃の傾向が異なることが明らかとなった。全国を4つの地域に類型し家賃分析を行った結果、経済活動や人口集中などの地域間の差異が家賃に反映されている傾向を捉えたが、運営主体によって傾向に違いがあることが確認された。

法的整備が行われたことにより、今後、高専賃の整備状況は大きく変化する可能性があるため、継続的に調査をする必要がある。

キーワード : 高齢者住宅、高齢者専用賃貸住宅、家賃

1. 背景と目的

高齢者の居住の場は自宅、高齢者住宅、施設の3つに分類することができる。平成17年度の統計データによれば、高齢者人口2,576万人のうち施設で生活を送る高齢者は約91万人(高齢者人口の3.5%)であり、残りの2,485万人(同96.5%)は、高齢者住宅もしくは自宅で生活を送っている¹⁾²⁾。

施設の特徴は住居、食事、日常生活支援、介護をパッケージとして提供することで、認知症を含めた中重度の高齢者の生活を24時間365日にわたって支えることにある。これに対し高齢者住宅は、安否確認、緊急時対応などの基本サービスを備えることで、不安や困難を軽減させ、安心して自立生活を続けられるような仕組みの住居を指す。一般的には、虚弱から中程度までを支えるものとして認識されているが、サービス附帯の仕組みによっては、施設の代替機能として整備することも可能である。

対高齢者人口でみる高齢者住宅の整備割合は、

諸外国と比較すると、日本0.9%(シルバーハウジング、高齢者専用賃貸住宅、健康型有料老人ホーム、軽費老人ホーム等、2005年)³⁾、スウェーデン4.2%(サービスハウス等、2005年)⁴⁾、デンマーク8.1%(ブライエポーリ、エルダポーリ等、2006年)⁵⁾、英国8.0%(シェルタードハウジング、2001年)⁶⁾、米国2.2%(アシステッドリビング等、2000年)⁷⁾となっている。住宅政策が異なる国々を一概に比較することはできないが、我が国の整備量は際立って少ない。今後我が国では、都市部を中心に高齢者住宅のニーズは増えると言われている⁸⁾。その背景には、団塊の世代が一斉に高齢化を迎えて高齢者人口が2040年に概ねピークの3,850万人に達すること、核家族化により単身高齢者や高齢のみ世帯の増加が著しいこと、単身高齢者の35%が賃貸住宅に住んでいること、公営住宅やUR機構などの公的賃貸住宅における居住者の高齢化が進行していること、施設の入居対象者が中重度者向けに収斂してゆくためには自立〜軽度者向けの住

まいを確保する必要性が高じること、などがあげられる。高齢者ケアの基本的な方向は在宅ケアであり、その一つの住まい方である高齢者住宅のあり方を検討することが肝要と思われる。

高齢者住宅のなかでも近年制度的な拡充が行われているのは高齢者専用賃貸住宅（高専賃）であるが、市町村等の建設補助や家賃補助がある高齢者優良賃貸住宅（高優賃）を除くと、高専賃自体には質を誘導する基準が明確には定められていない。また、さまざまな運営形態があり、質の検証と今後の整備方針の策定に資する知見の蓄積が求められる（なお高専賃は2008年5月の高齢者居住安定確保法の改正を受け、登録基準が設けられた）。

高専賃に関する近年の先行研究を見ると、小野⁹⁾は、高専賃登録データ（高齢者住宅財団収集）から首都圏の高専賃整備状況を把握し、また松川ら¹⁰⁾は、中国・四国・九州地方で整備された高専賃の事業者に対しアンケート調査を行い整備状況を把握している。これらは対象地域を限定しており、整備状況の一端を明示しているものである。また石井¹¹⁾のように数カ所の高専賃を対象を絞り、利用者の入居時の状況、サービスの利用状況から住環境の質・付加するサービスを検討したもの、熊澤ら¹²⁾のように高専賃の転用改修事例により整備手法の方策を論じたものもある。これらは総じて数種の事例分析に基づいて整備手法を明示している。さらに高専賃は家賃を自由に設定できるという市場性を持ち、高齢社会におけるビジネスモデルという観点から、不動産¹³⁾や経済¹⁴⁾の分野での分析・事例紹介もある。上記の文献はいずれも建築領域や住宅領域での先行研究であるが、制度発足から日が浅いこともあり、福祉領域での研究は見当たらなかった。

そこで本稿では、良質な高齢者住宅整備に向けた知見を得ることを最終的な目的に、全国の高齢者専用賃貸住宅を対象とし、都道府県別の整備状況を把握したうえで、家賃分析を通じて一般の賃貸市場との相違点を考察する。

2. 研究の方法

2.1 本研究で扱う高齢者住宅の範囲

本研究で扱う高齢者住宅は、高齢者専用賃貸住宅（以下、高専賃）と高齢者向け優良賃貸住宅（以下、高優賃）の2種とする。

高専賃は2005年の高齢者居住安定確保法に基づき、各都道府県の指定登録機関に登録された高齢者円滑入居賃貸住宅のうち、もっぱら高齢者または同居の配偶者を賃借人としたうえで一定の基準を満たした住宅を指す。2009年8月現在で1,411件、36,973戸が登録されている。高優賃は、高専賃よりもバリアフリーに関する基準が上乘せされ、都道府県知事等の認定を受けたものを指す。賃借人を収入分位80%以下に限定した場合には整備費補助があり、収入分位40%以下の世帯に対して家賃減額補助がある。2009年3月末現在で474件、12,145戸が整備されている。

概念的には高優賃は高専賃に内包されているが、高専賃登録をしていない高優賃が多数存在している。そのため後述する調査では高優賃の一部が調査対象から漏れている。

2.2 調査内容

調査の枠組みを図表1に示す。下記にその詳細を記す。

高齢者住宅に関するデータ収集

a：高齢者住宅財団登録データ分析調査、b：高専賃アンケート調査の二種類を実施した。収集データは図表2に示すとおり。

a：高齢者住宅財団登録データ収集

高齢者住宅財団に登録されている高専賃（含む高優賃）のデータ（以下、財団登録データ）を用い、図表2に示すデータを収集した（2008年6月末時点の登録データ）。この時点での登録事業所数（件）と登録整備戸数（戸）は885件、21,377戸で、このうち、一時金+前払い家賃の額が300万円～3,132万円の21件については、賃貸住宅の本来の趣旨とは異なると判断し、分析データから除外した。この結果、分析データ数は864件、20,643戸（うち、高優賃240件、5,679戸）となった。

b：高専賃アンケート調査データ収集

2008年6月末時点で高齢者住宅財団に登録されている高専賃に対して、アンケート調査を実施した。調査は高齢者住宅財団が実施し、得られた結果を本研究用に再分析した。分析対象配布数 864票、回収 389票（回収率、45.0%）であり、389票のうち 211票から平面図の提供を受けた。運営主体に関しては、事業内容等について web で検索し

た。

各種統計データ収集

高齢者住宅の整備状況を、都道府県などのエリア単位で各種統計データと比較分析するために、データ収集を実施した。収集データは、都道府県別の高齢者人口・高齢化率・持ち家率、都道府県別の高齢者施設定員数、都道府県別1人あたりの所得、エリア別の詳細な土地価格である。

図表1：調査の概要

①高齢者住宅の整備状況	②各種統計データの収集
a: 高齢者住宅財団登録データ収集	平成17年国勢調査
・2008年6月末時点で高齢者住宅財団に登録されている高専賃(含む高優賃)データ	・高齢者人口
・登録件数: 885件, 21,377戸	・高齢化率
・分析対象: 864件, 20,643戸	・持ち家率
b: 高専賃アンケート調査データ収集	平成18年介護サービス施設・事業所調査
・2008年6月末時点で高齢者住宅財団に登録されている高専賃(含む高優賃)に対し行ったアンケート調査	・高齢者施設定員数
・配布数864票, 回収389票(回収率, 45.0%)	平成18年県民経済計算
・運営主体データに関しては別途WEB調査	・都道府県別の所得
	平成20年都道府県地価調査
	・エリア別土地価格

図表2：財団登録データのデータ収集項目

財団登録データ: 864件

項目	内容		
物件立地	都道府県	市区町村	
建物と住宅費用の概要	戸数	住戸面積下限	
	家賃+共益費下限		
空間構成	個人空間	台所	便所
		洗面	浴室
	共用空間	食堂	台所
		浴室	
サービス	食事	介護	
	洗濯・掃除	安否確認	
	健康管理		

アンケート調査: 389件, 内図面あり: 211件

項目	内容		
運営主体	法人種別		
建物の概要	戸数	住戸面積	
	個人空間	台所	便所
空間構成	共用空間	洗面	浴室
		食堂	台所
併設機能	介護保険に関わるサービス		
	医療保険に関わるサービス		
保険外サービス	見守り	食事	
利用者	年齢	要介護度	
	入居要件	継続程度	

2.3 分析内容

高齢者住宅の整備状況

財団登録データをもとに高齢者住宅の全国的な整備量を把握し、整備量と高齢者数・高齢化率・施設整備量・持ち家率等との相関関係の有無を分析した。

高専賃家賃と市場家賃の関係性の把握

家賃補助のある高優賃を除いた高専賃を対象に、高齢者住宅財団登録データ分析調査を用いて高専賃家賃を把握した。建築スペック別の家賃特性、

運営主体別の家賃特性、都道府県別・エリア単位別の家賃特性、市場家賃と高専賃家賃との関連性を分析した。

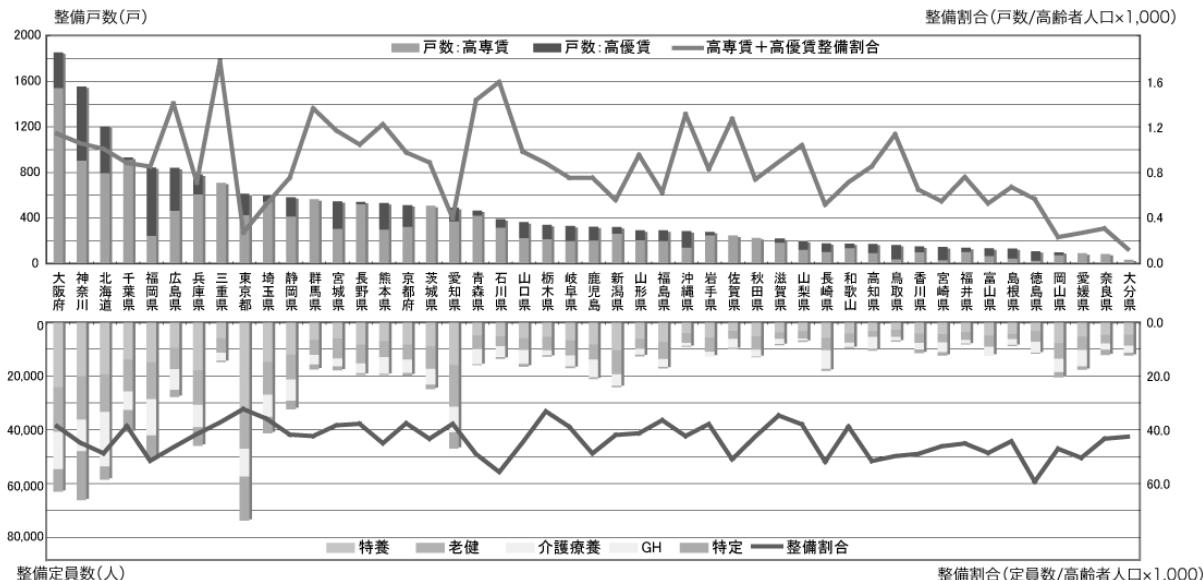
3. 結果

3.1 高齢者住宅の整備状況

高専賃・高優賃別に都道府県ごとの整備状況(戸数、高齢者人口 1,000 人対整備割合)を示したものが図表3である。下段には、比較検討のため高齢者施設(介護保険3施設・認知症対応型共同生

活介護・特定施設入所者生活介護)の整備状況を併記した。

図表3：都道府県別の高齢者住宅と高齢者施設の整備状況



各グラフの基データは以下の通り、各都道府県の高専賃・高優賃の整備戸数は高齢者住宅財団登録データを著者が集計したものである。整備割合の人口は平成17年国勢調査による。整備定員数は平成17年介護サービス施設・事業所調査による。なお、図表は著者が作成した。

3.1.1 整備実数と高齢者人口1,000人対整備割合

整備実数は大阪府、神奈川県、北海道、千葉県、福岡県の順に多い。高齢者人口1,000人対整備割合は全国平均で0.8である。高齢者施設の高齢者人口1,000人対整備割合の全国平均(43.2)の1/54と非常に少ない。整備割合が高い都道府県は三重県、石川県、青森県、広島県、群馬県である。

3.1.2 各種統計データとの相関関係

整備実数・高齢者人口1,000人対整備割合と各種統計データとの相関係数を算出したものが図表4である。都道府県別の整備実数と各種統計データの実数(図表4の右側)とは、相関係数が高く一定程度の相関関係が見られる。しかし整備割合と65歳人口に対する各種統計比率では、相関係数が低く相関関係は見られない。

図表4 整備実数・高齢者人口1000人対整備割合と各種統計データとの相関係数

分類	65歳以上実数	整備実数との相関係数	65歳人口に対する比率	整備割合との相関係数
人口関連	人口	0.749	高齢化率	-0.132
	総世帯数	0.734		
	単身世帯数	0.692		
	夫婦のみ世帯数	0.767		
住居の所有形態	持ち家世帯数	0.735	持ち家割合	0.083
	公的賃貸世帯数	0.646	公的賃貸居住割合	-0.144
	民間賃貸世帯数	0.725	民間賃貸居住割合	-0.019
高齢者施設	高齢者施設定員数	0.811	高齢者施設整備割合	0.052

3.2.2 建築スペックと家賃

広さ以外の建築スペックの違いは、その住宅内

で生活が完結可能な設備を有しているか否か、および食堂に代表される共用空間を有しているか否

かである。前者を「住戸」、居室」、後者を「共用あり」、「共用なし」として類型し、家賃との関連を分析する。分析対象は家賃が把握できた 593 件である。なお本節以降は、分析対象を高専賃に限定した。高優賃の家賃は一般の賃貸市場と同等に設定することが定められており、高齢者住宅なら

ではの特徴が存在しない仕組みとなっているためである。

住戸・居室の別

住戸・居室の別では、「住戸」183 件、「居室」378 件と 2 倍程度「居室」が多い。平均家賃には大きな差が見られない(図表 6)。

図表 6 : 住戸・居室別の家賃

分類	件数	割合	平均値	標準偏差	中央値
住戸	183	30.9	75,535	38,079	68,900
居室	378	63.7	73,234	29,874	72,669
不明	32	5.4	57,372	27,682	51,000

*財団登録データを編集。データの単位は、件数は件、割合は%、その他は円

共用空間のあり・共用空間なしの別
共用空間のあり・なしでは、「共用あり」が大多数を占める。平均家賃においては 5,000 円程度の

差が見られる。共用空間のありなしで家賃が上昇する傾向が読み取れる(図表 7)。

図表 7 : 共用空間あり・共用空間なし別の家賃

分類	件数	割合	平均値	標準偏差	中央値
共用あり	508	85.7	74,472	32,828	71,250
共用なし	53	8.9	69,311	32,095	60,000
不明	32	5.4	57,372	27,682	51,000

*財団登録データを編集。データの単位は、件数は件、割合は%、その他は円

住戸・居室の別と共用空間のあり・共用空間のなしの別

上記、をクロス集計した結果を図表 8 に示す。4 つの類型が導き出されるが、「居室+共用空間なし」では建物内で生活が成立しないため、実際の類型は「居室+共用あり」、「住戸+共用あ

り」、「住戸+共用なし」の 3 種となる。整備件数は、「居室+共用あり」が 63% 程度を占め多数整備されている。平均家賃では、「住戸+共用あり」、「居室+共用あり」、「住戸+共用なし」の順に家賃が高く、第 1 に共用空間の有無が、第 2 に住戸・居室の別が家賃に影響を与えていることがわかる。

図表8：住戸・居室の別、共用空間のあり・なし別の家賃

分類	件数	割合	平均値	標準偏差	中央値
住戸＋共用あり	130	21.9	78,072	39,987	70,000
居室＋共用あり	378	63.7	73,234	29,874	72,669
住戸＋共用なし	53	8.9	69,311	32,095	60,000
不明	32	5.4	57,372	27,682	51,000

*財団登録データを編集。データの単位は、件数は件、割合は%、その他は円

3.2.3 運営主体別でみた建築スペックと家賃

建築スペック別にみた整備状況、建築スペックと家賃の関係性を運営主体に別に分析した。運営主体は、不動産業、建設業、医療法人、社会福祉法人、介護系NPO法人、住宅供給公社、その他（個人等）判定不可、の8種に分類した。このうち本稿では「不動産・建設系」：不動産業、建設業、「医療・介護系」：医療法人、社会福祉法人、介護系NPO法人、の2系列に分類して分析を進める。「不動産・建設系」：180件、「医療・介護系」：327件であり、この2系列で、全体の85.5%（507件/593件）を占める。

整備状況については、「共用なし」の占める割合が「建設・不動産系」は「医療・福祉系」より多い。居室・住戸の別では整備割合に違いはなかった。

家賃については以下のような傾向が認められた。

すなわち、「建設・不動産系」は「医療・福祉系」より平均家賃が高いうえに（この点は立地による違いを踏まえて検証する必要がある、後述）、居室・住戸の別では「住戸」、共用あり・なしの別では「共用あり」で平均家賃が高く、クロス集計では、「住戸＋共用あり」、「居室＋共用あり」、「住戸＋共用なし」の順に平均家賃が高かった。3.2.1の全体の傾向と同様である。一方、「医療・福祉系」では、居室・住戸の別では「居室」、共用あり・なしの別では「共用なし」で平均家賃が高く、クロス集計では、「住戸＋共用なし」、「居室＋共用あり」、「住戸＋共用あり」の順に平均家賃が高かった。「不動産・建設系」と「医療・福祉系」では、全く逆の傾向が見られた（図表9）。

図表9：建築スペックと運営主体による分類

運営主体	分類	件数	割合	平均値	標準偏差	中央値	
建設・不動産	全体	180	35.5	78,799	28,853	77,600	
	居室or住戸	住戸	61	12.0	82,818	42,279	77,000
		居室	106	20.9	78,337	15,159	78,125
	共用あり・なし	あり	141	27.8	82,019	27,679	78,750
		なし	26	5.1	68,885	29,329	61,000
	居室・住戸 共用あり・なし	住戸+共用あり	35	6.9	93,169	47,171	90,000
		居室+共用あり	106	20.9	78,337	15,159	78,125
		住戸+共用なし	26	5.1	68,885	29,329	61,000
	医療・福祉	全体	327	64.5	72,853	34,891	70,000
		居室or住戸	住戸	101	19.9	71,353	35,950
居室			218	43.0	73,795	34,776	70,763
共用あり・なし		あり	301	59.4	72,958	35,022	70,000
		なし	16	3.2	74,438	37,721	60,000
居室・住戸 共用あり・なし		住戸+共用あり	83	16.4	70,758	35,567	67,000
		居室+共用あり	218	43.0	73,795	34,776	70,763
		住戸+共用なし	16	3.2	74,438	37,721	60,000

*財団登録データを編集。データの単位は、件数は件、割合は%、その他は円。割合の分母は507件。「建設・不動産系」には13件、「医療・福祉系」には10件の不明データあり。

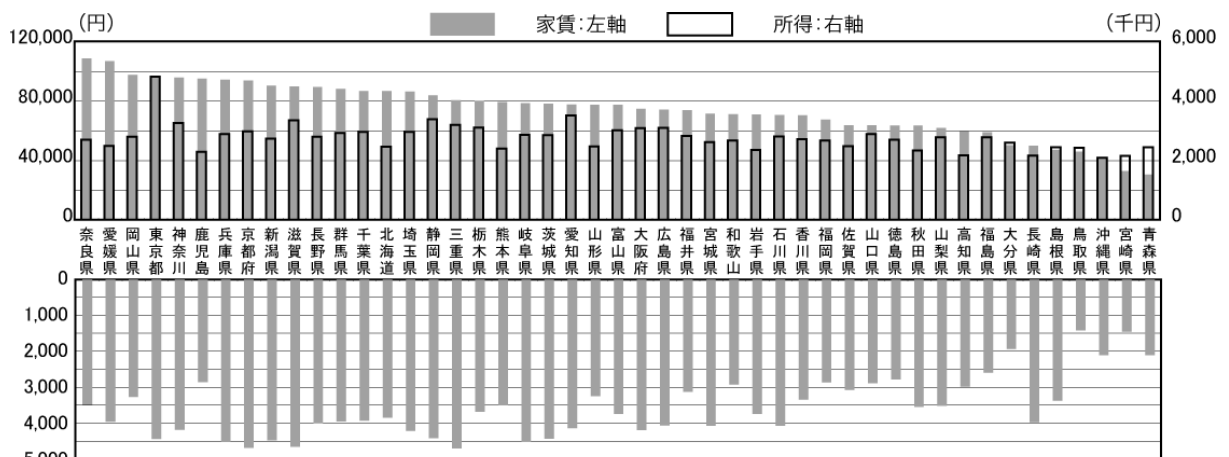
3.2.4 都道府県別の家賃

建築経済分野では、家賃の絶対額は利用者の支払能力と、平米単価は土地価格と強い相関関係があるとされている。そこで本節では、都道府県別家賃の状況、および都道府県別所得の状況と家賃の関連について分析した(図表10)。

都道府県別の平均家賃は奈良県、愛媛県、岡山

県、東京都、神奈川県などで90,000円を超えている。1人あたりの県民所得は東京都、愛知県、静岡県の順に高いが、家賃と所得の相関係数は0.48と低い値を示した。都道府県別の家賃の平米単価は三重県、京都府、滋賀県、兵庫県、岐阜県で4,500円/m²を超える。

図表10：都道府県別の高専賃家賃と1人あたりの県民所得の状況



(円/m²) *家賃および平米単価は高齢者住宅財団登録データを編集、所得は平成18年県民経済計算データを使用し編集、図は著者が作成した

3.2.5 エリア別の家賃

都道府県単位では家賃に関する一定の傾向が認められなかったことから、各都道府県を500万以上の人口を有する「都市部」と「都市部以外」に

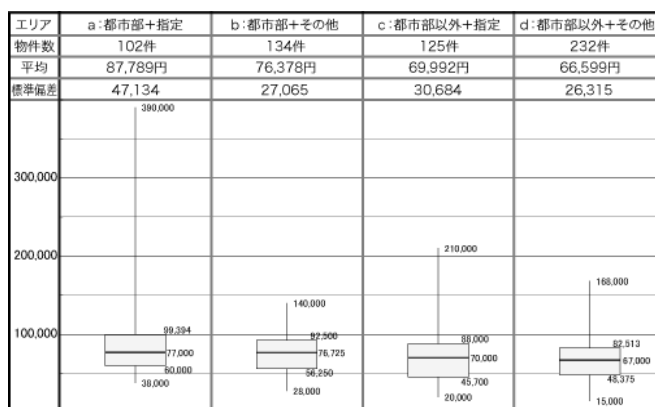
わけたうえで、各都道府県の市区町村を県庁所在地や政令指定都市である「指定都市」と「その他の地域」に細かく分類し、それらを組み合わせた4地域(「都市部+指定」「都市部+その他」「都市部

以外 + 指定」「都市部以外 + その他」) で分析を行った。

平均家賃は、「都市部 + 指定」87,789 円、「都市部 + その他」76,378 円、「都市部以外 + 指定」

69,992 円、「都市部以外 + その他」66,599 円の順に低くなる傾向であった。また、「都市部 + 指定」では標準偏差が他の3類型よりも大きく、家賃設定に幅がある(図表11)。

図表 11 : 地域別の家賃



3.2.6 エリアと運営主体

3.2.3 節において、運営主体別で分類することで家賃に傾向が見られたことから、本節でもエリア別、運営主体別に家賃を分類した。結果を図表12に示す。

エリアの違いを考慮しても「建設・不動産系」で平均家賃が高くなる傾向にある。ただし、「都市部 + 指定」では「医療・福祉系」の平均家賃が「建設・不動産系」よりも高くなっている。

図表 12 : エリア別、運営主体別の家賃

運営主体	エリア	件数	割合	平均値	標準偏差	中央値
建設・不動産系 180件	都市部	75	15	86,933	33,922	83,000
	都市部 + 指定	32	6	88,697	46,500	81,750
	都市部 + その他	43	8	85,621	19,847	85,000
	都市部以外	105	21	72,989	22,895	76,250
	都市部以外 + 指定	37	7	72,473	28,450	75,000
	都市部以外 + その他	68	13	73,269	19,204	76,250
医療・福祉系 327件	都市部	122	24	82,529	41,045	76,500
	都市部 + 指定	53	10	90,916	51,853	75,000
	都市部 + その他	69	14	76,087	28,599	78,000
	都市部以外	205	40	67,095	29,162	66,000
	都市部以外 + 指定	65	13	70,769	32,613	70,000
	都市部以外 + その他	140	28	65,389	27,244	65,750

*財団登録データを編集。データの単位は、件数は件、割合は%、その他は円。割合の分母は507件。

3.2.7 市場賃貸家賃と高専賃の関係

高専賃が立地している周辺地域の市場家賃(高専賃と同等の広さと考えられる1K、1R、1DK)を全国の賃貸物件情報を掲載している情報サ

イト HOME 's から収集し、高専賃家賃との対応をエリア別に整理したものが図表12である。市場家賃は市区町村レベルで平均値をとった。

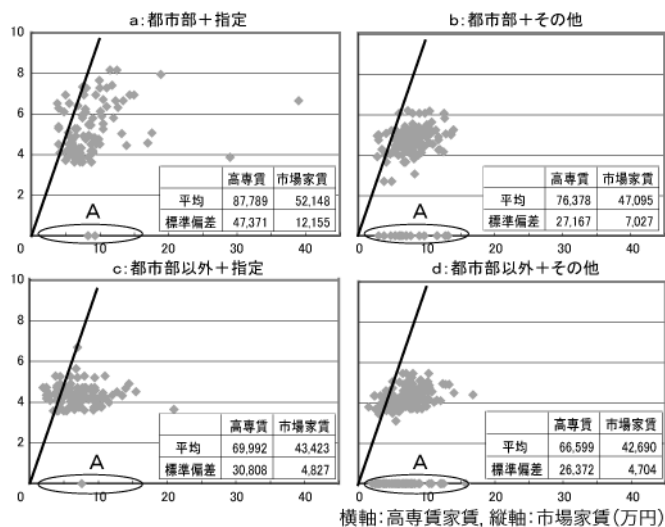
図表中の正比例直線は、高専賃家賃と市場家

賃が同一の直線である。直線より右側に多くの点が分布しており、市場家賃に上乗せされる形で高専賃家賃が設定されていることがわかる。高専賃家賃と市場家賃の差額は、-27,200円～251,400円であり、平均は市場家賃+29,706円であった。建築スペックによる差異、運営主体による差異は確認できなかった。いずれのエリアも市場家賃に比べて高専賃家賃の標準偏差が大きく、家賃が分散

傾向にある。とりわけ、「都市部+指定」は市場家賃の標準偏差12,155に比べて、高専賃家賃の標準偏差47,371と差異が極めて大きく、家賃の分散傾向が顕著である。

また「都市部+その他」「都市部以外+その他」のエリアを中心に、市場家賃が存在しない地域(グラフ上のAにあたるもの102件)で高専賃の整備が行われている。

図表13：地域別の家賃と市場家賃の散布状況



3.2.8 市場家賃が存在しない地域に立地する高専賃

市場家賃が存在しない地域で整備されている高専賃102件について運営主体別、建築スペック別に平均家賃を算出し分析を行った(図表13)。各エリアの平均家賃よりも低額の家賃設定となっているのは、「都市部+その他」(エリア平均家賃76,378円、市場欠損平均家賃68,190円)、「都市部

以外+その他」(エリア平均家賃66,599円、市場欠損平均家賃59,190円)である。102件の多くが、この二つのエリアに該当する。運営主体別みると医療・福祉系が多数を占める。住戸・居室の別、共用あり・共用なしの別、これらのクロス集計で傾向が見られたのは、共用あり・共用なしのみで、「共用あり」が多数を占める。平均家賃は「不動産・建設系」で高額に設定されている。

図表14：市場家賃が存在しない地域に立地する高専賃

エリア	分類	件数		運営種別			
		平均家賃	総数	不動産・建設系	差遣・福祉系	その他・不明	
都市部+指定	総数	件数	2	0	2	0	
		平均家賃	88,000	-	88,000	-	
	共用あり	件数	2	0	2	0	
		平均家賃	88,000	-	88,000	-	
	共用なし	件数	0	0	0	0	
		平均家賃	0	-	-	-	
都市部+その他	総数	件数	21	5	14	2	
		平均家賃	68,190	81,567	64,486	38,000	
	共用あり	件数	19	5	13	2	
		平均家賃	66,463	88,500	64,062		
	共用なし	件数	2	1	1		
		平均家賃	65000	60000	70000		
都市部以外+指定	総数	件数	1	0	1	0	
		平均家賃	76,250	-	76,250	-	
	共用あり	件数	1	1	0	0	
		平均家賃	76,250	76,250	-	-	
	共用なし	件数	0	0	0	0	
		平均家賃	0	-	-	-	
都市部以外+その他	総数	件数	78	12	55	11	
		平均家賃	59,190	62,813	57,033	69,590	
	共用あり	件数	73	10	52	11	
		平均家賃	60,233	64,275	57,477	69,590	
	共用なし	件数	4	2	2	0	
		平均家賃	55250	55000	55000	-	

4. 考察

4.1 都道府県別整備量の考察

図表4から高齢者施設整備実数と各種統計データの実数には相関係数が高いものの、整備実数が各種統計データの実数に対して極小であること、また整備割合では相関が見られないことから、現時点では高齢者住宅の整備状況は各種統計データとの関連性が見られないと判断できる。高齢者住宅には施設における参酌標準のような指標はないが、2009年5月施行の高齢者居住安定確保法の改正により各都道府県は高齢者住宅の必要戸数を含めて整備計画を策定するよう求められている。市区町村によって施設整備や在宅ケアの状況が異なること、高優賃の整備方針に違いがあること、整備費補助や家賃補助がない高専賃（除く高優賃）は利用者の負担能力から整備が困難な地域が存在すること、公営住宅における高齢化対応が自治体によって様々であること、そもそも住宅の市場性はエリアが限定されていることなどから、住宅政策の側面からの検討や自治体単位での検討が欠かせないものと思われる。また、高齢者住宅の整備量は国によって異なるため、この点についても更なる知見の収集が必要である。

4.2 家賃の設定傾向

図表5から、家賃補助や建設補助のある高優賃は、高専賃よりハードのスペックが良いにも関わ

らず家賃は抑えられていた。

高専賃の家賃は図表6・7・8から建物スペックが充実するほど高額になるが、第一に共用空間の有無が、第二に住戸・居室の別が家賃に影響を与えていることが示唆された。通常の賃貸住宅市場では、家賃は個人空間の充実度によって異なり、共用部の違いは付加価値として加味されるにすぎないという捉え方が支配的である。これとは異なる傾向が示唆されたのは、共用空間の面積が通常の賃貸住宅市場よりも大きいことに加えて、共用空間がある場合には食事サービスの提供があり、そこから想定される利用者像からみて見守りサービスが附帯されている可能性が高く、これら各種サービスの差が家賃に付加価値を与えているとの仮説が考えられる。すなわち、住宅のハードそのものではなく、住まい方というソフトが、家賃設定に大きな影響を与えているとの推察である。この点は、個々の高専賃の利用者像とサービス附帯を加味した分析を行うことで検証が可能である。

図表11からは地価の高いエリアほど家賃が高額になることが確認できた。高専賃家賃と市場家賃の差額は、-27,200円～251,400円（平均で29,706円）であり、同等の建築スペックをもつ一般賃貸住宅より高額に設定されている。また、図表13から、いずれのエリアも一般賃貸住宅よりも高専賃の家賃は分散傾向にあり、とりわけ「都市部+指定」で分散傾向が著しい。このことは高額な家賃

を設定しても、その家賃を支払う利用者が存在していること、とりわけ「都市部+指定」でその傾向が強いことを意味する。各種サービスを附帯させたことによる安心感が利用者に受け入れられて需要と供給が合致した好ましい市場性が存在していると捉えるのか、施設や高齢者住宅の不足を背景とした好ましいとは言い難い市場性によって成立していると捉えるのかは、判断がつかない。なお、見守りについては基礎サービス費などの項目で家賃とは別に設定することが望ましく、事実、殆どの高専賃は基礎サービス費を利用者から徴収している。ただし見守りにかかるコストのすべてが基礎サービス費で賄われているのかは明らかとなっていないため、コストの一部が家賃に反映されているのかを含めて、さらなる分析が必要である。

運営主体別にみると「不動産・建設系」と「医療・福祉系」では家賃に異なる傾向が確認された。エリアの違いを考慮しても「不動産・建設系」の家賃は「医療・福祉系」より高額であった。「不動産・建設系」は建築スペックの充実度と家賃が連動しているが、「医療・福祉系」では建築スペックの充実度と家賃は連動していなかった。また、市場家賃が存在しない地域（市街化調整区域など）では、図表14から「医療・福祉系」が「共用あり」を中心に低額家賃の高専賃を整備している。これらの地域では、立地条件ならびに運営主体からみて、様々なサービスを附帯させた高専賃が整備されているものと予測できる。

高専賃家賃が建築スペックやエリアと明確には連動しないこと、とりわけ「医療・福祉系」でその傾向が強い理由としては、住宅費用とサービス費用を合算して経営モデルを組み立てていることがあると推察される。例えば図表7から読み取れる、「共用あり」が「共用なし」よりも家賃の幅が広いのは、前者は入居者が一定の介護を必要とし、附帯サービスからの収益が見込めるためではないかと解釈できる。図表13ならびに図表14から読み取れる、市場家賃が存在しない地域で「医療・福祉系」が低額家賃の高専賃を整備しているのは、

同様の理由のほか、所有地の有効活用という観点から土地取得費用を反映させずに事業モデルを構築しているケースがあるためではないかと解釈できる。一方、図表9から読み取れる「建設・不動産系」の家賃と建築スペックに明確な関係性が見られるのは、住宅費用とサービス費用をわけた不動産事業のビジネスモデルを採用している可能性が高いためと推測される。

5. 結論

本稿では、良質な高齢者住宅整備に向けた知見を得ることを最終的な目的に、高齢者住宅の全国的な整備状況を把握するとともに、家賃分析を通じて一般の賃貸市場との相違点を考察した。

全国的な整備状況においては、調査時点では一定の整備傾向が見られなかった。制度化されてから年月が浅いことがその要因として考えられるが、2009年5月施行の高齢者居住安定確保法の改正により、今後は傾向に何らかの変化が生じる可能性がある。

家賃に関しては、建築スペック、運営主体、立地するエリアによって一定の傾向を把握することができた。運営主体による違いは、不動産事業と医療福祉事業のそもそもの経営モデルの差異に加えて、ケアを附帯させることで住宅とケアを併せた経営モデルが成立可能か否かによるのではないかと考察を行った。この点は、今回取り扱うことができなかった利用者像（入居時の介護度、退去時の介護度、認知症の有無、従前住居の状況、居住期間など）とサービス附帯の詳細を把握することで検証可能と予測され、継続的な調査が必要である。

本研究は、平成20年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）「市場性を備えた良質な高齢者住宅の供給とケアサービスの附帯のさせ方に関する研究」（H20・政策-一般-005）の一環として行われた。

参考文献・資料

- 1) 総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」
- 2) 平成17年度介護保険事業報告、平成17年介護サービス施設・事業調査結果。
- 3) 厚生労働省「第2回介護施設等の在り方に関する委員会」(平成18年12月15日)資料
- 4) Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)配付資料
- 5) Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)配付資料
- 6) Elderly Accommodation Counsel (2004) "the older population"
- 7) 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)
- 8) 内閣府「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」
- 9) 小野 信夫,「高齢者専用賃貸住宅の現状と課題--首都圏の高専賃登録データから考える,ニッセイ基礎研究所,ニッセイ基礎研 report No.126, pp.19-26, 2007年9
- 10) 松川修啓,鈴木義弘,「高優賃及び高専賃の類

- 型的把握と計画課題について」,日本建築学会研究報告九州支部, No.46, pp.109-112, 2007年3月
- 11) 石井敏,「入居者の居住実態からみた高齢者専用賃貸住宅のあり方に関する事例考察」,日本建築学会計画系論文集, No.627, pp.963-969, 2008年5月
- 12) 熊澤暢子,生田京子,村上心,山下哲郎,「高齢者専用賃貸住宅の他用途施設からの転用改修に関する研究」,日本建築学会計画系論文集 No.633, pp.2317-2324, 2008年11月
- 13) 吉村直子,「高齢者向け居住施設の現状と課題(特集 高齢者居住の問題と課題--市場を通じた高齢期の安定した居住確保のために)」日本不動産学会誌, No.79, pp.73-84, 2007年12月
- 14) 不動産流通研究所,「高専賃ビジネス成功のポイントと課題 徹底したマーケティングを(編集部レポート 注目の高齢者専用賃貸住宅--そのビジネス手法を探る!)」,月刊不動産流通, Vol.27, No.1, 2008年7月

Abstract

This paper aims to obtain some insight into developing high quality housings for the elderly. For this purpose, rental housings exclusively for the elderly were taken up for examination to grasp situations among place, and to study the difference of markets therefore from those for general housings through an analysis of rents.

As a result of this analysis, we could not see the fact that maintenance situation has tendencies by prefecture. As for relationships between building specs and rents, we could see the fact that rents tend to be higher the more buildings are upgraded. And the setting of the rent changes by the deference of Management Corporation. In this paper, rents were analyzed after the classification of Japan into four regions according to type. The results showed that there is a tendency for rents to reflect regional variances concerning conditions such as economic activities and population density.

We would like to examine the development of this trend through our continuous research in the future. Because there is a possibility that the maintenance situation changes by law enforcement was done.

編集後記

介護経営第4巻第1号をお届けします。今回はこれまで最も多くの方々から投稿をいただき、大変ありがとうございました。そのため、その分多くの先生方に査読をお願いすることとなり、こちらからの急なお願いにもかかわらず査読をお受けいただいた先生も、多忙でお受けいただけなかった先生もご協力大変ありがとうございました。また、一部の先生には査読の過程を十分にご説明しないまま査読を行っていたこととなりご迷惑をおかけもしました。この場をお借りして、御礼とお詫びを申し上げます。まだまだ会員数も十分ではないことから、次号以降も多くの先生方の、場合によっては今号でお世話になった先生方にも、お知恵とご厚意をお借りすることとなるとは思いますが、なにとぞよろしくお願いいたします。今後も、質と量に優れた学会誌を追及して、さまざまな改善を行っていきたいと考えています。皆様からの盛んな投稿やご意見をお待ちしておりますので、よろしく願いいたします。また、この場をお借りして、舞台裏で編集に携わっていただいた先生方、事務局の方々に御礼申し上げます。

(K. N)

介護経営

第4巻 第1号 (年1回発行) 2009年11月発行

発行人 田中 滋

発行所 日本介護経営学会

〒104-0061 東京都中央区銀座1-5-15

TEL/FAX : 03-3564-3235