

柏市における要介護高齢者の在宅療養継続に関する研究

—家族関係と経済状況に着目して—

東京大学大学院・博士課程リーディングプログラム 超高齢社会を共創する
グローバル・リーダー養成プログラム コアセミナー・共同研究グループ2
2014年度研究成果報告書

2015年6月

執筆担当者

氏名	所属	執筆章
長谷田 真帆	東京大学大学院医学系研究科社会医学専攻博士課程	要約、1章、4章
安藤 絵美子	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻博士課程	要約、1章、4章
麦山 亮太	東京大学大学院人文社会系研究科修士課程2年	2章
黄 銀智	東京大学大学院人文社会学系研究科博士課程	3章
目 麻里子	東京大学大学院医学系研究科博士課程	3章

目次

本報告書の要約.....	1
1 章 要介護高齢者の療養場所の選択をめぐるこれまでの議論と課題	3
1.背景	3
1-1. 現状と課題	3
1-2. 先行研究.....	5
2. 本研究における仮説と目的.....	7
3.方法	7
3-1.分析の枠組み	7
3-2.研究対象	7
4.報告書の構成・各章のつながり	8
5. 研究体制	2
5-1.研究チーム	8
5-2.倫理的配慮.....	8
参考文献.....	9
2 章 要介護高齢者の施設入所選択にはたらく世帯構成と経済状況の影響に関する計量分析.....	11
1 問題背景	11
2 分析枠組み	11
2.1 要介護高齢者の施設入所選択	11
2.2 仮説の設定	11
3 データと方法.....	12
3.1 データ	12
3.2 目的変数.....	13
3.3 独立変数.....	14
3.4 分析手法.....	15
4 分析.....	15
4.1 記述的分析	16
4.2 世帯人数が施設入所に与える影響	16

4.3 経済状況が施設入所に与える影響	21
5 結論	25
5.1 結果の要約	25
5.2 議論	26
5.3 限界	27
5.4 今後の課題	27
参考文献	28
3 章 家族と介護の経歴にかんする実態調査—家族関係要因に着目して—	29
1. 調査目的	29
2. 調査の手続き	29
3. 調査方法	30
3.1 調査デザイン	30
3-2. 実施期間	30
3.3 調査内容	30
3.3.1 質問紙調査	30
3.3.2. 半構造化面接調査	31
3.4 研究倫理	31
4. 調査結果	31
4.1 調査対象者	31
4.2 基本属性	31
4.3 個別事例ごとの検討	32
5. 分析結果	38
5.1 分析課題	38
5.2 要介護者のサービス利用の現状と変遷	39
5.2.1. 調査時点での利用者の状況	39
5.2.2. 利用目的からみるサービス利用の変遷	40
5.2.2.1, 生活支援とその以外以外の訪問介護	41
5.2.2.2 デイケア・デイサービスの利用目的と現状	42
5.2.2.3. 在宅生活の継続のためのショートステイ	43
5.2.2.4. 医療サービスの利用現状	44
5.3 施設入所への決定打：事例の紹介と分析	44
5.3.1 事例1：認知症の周辺症状の悪化と家族の介護力の低下	44
5.3.2. 事例2：身体症状の悪化	45
5.3.3. 要介護者の終の住処：在宅か施設か	45
5.4 まとめ：意義と限界	46

4 章 本研究のまとめと今後の展望	47
1. 「在宅療養/施設居住に働く世帯構成と経済状況の影響」研究での成果	47
2. 家族と介護の経歴にかんする実態調査-家族関係要因に着目して-	48
3. 総括	50
4. 今後の展望	51
謝辞	52
参考文献	52

本報告書の要約

【背景】

超高齢社会を迎えた日本では、高齢期における居住場所の選択は大きな課題であり、要介護状態になると、望む場所での生活を続けられなくなる場合も多い。先行研究では、様々な要因が居住場所の選択に影響するとされており、実証研究が進みつつある。しかし日本では、個人の経済状況やライフイベント、家族との関係性の変化などの経過が、どのように居住場所の選択に影響するかを検討した研究はまだ少ない。そこで本研究では、中等度の要介護状態に至った高齢者が、在宅療養の継続ないし施設入所に影響する要因を明らかにすることを目的とし、介護給付レセプトデータを用いた量的研究と、ケアマネジャーに対して質問紙ならびにインタビュー調査を用いた質的研究の二つを行い、両者の結果の統合を試みた。

【在宅療養/施設居住に働く世帯構成と経済状況の影響】

千葉県柏市の2013年の介護給付事業報告と住民基本台帳を接合したデータの統計解析によって、介護施設への入居および施設類型の選択に家族関係と経済状況がどのような影響を与えるかを検討した。

分析の結果、単身者であることは特養居住となる可能性を高め、介護保険料賦課段階が第2もしくは第3段階（低所得）である場合は特養入居を、第8～16段階（高所得）である場合には特定施設への入居を高める可能性が示唆された。世帯人数については、2人以上であれば世帯の人数が増加しても施設入居の確率は違いが確認できなかった。

【家族と介護の経歴にかんする実態調査】

・在宅療養中の者と施設入所中の者について、それぞれの介護サービスと家族関係、経済状況を時系列に沿って把握することによって、在宅介護の継続を困難にする要因を明らかにすることを目的とした。

・2015年2-3月にかけて、柏市介護支援員協議会に所属するケアマネジャーに、担当する利用者のうち、要介護2-3、独居または高齢者のみ世帯、在宅介護期間が1年以上の、在宅療養中あるいは施設入所中の65歳以上の者について、ケアプランにもとづいた調査票への記入を依頼した。後日、調査票の回答結果にもとづき、半構造化面接を行った。得られた結果を年表形式にして、経過の検討を行った。

・本研究からは、施設入所へ移行する要因として、「本人の身体症状/認知症周辺症状の悪化」「家族の介護力の低下」が挙げられた。特に本人の症状悪化に加え、主介護者が持病治療のために介護ができなくなることが複合的に作用した場合、施設入所へつながっていた。

在宅療養継続となったケースから、ショートステイの利用が家族介護者の負担を軽減させ、在宅療養継続へつながる可能性が示唆された。

【両者の結果からの考察】

これまでの研究と比較して、量的研究からは「同居家族の有無によって、同じ所得層でも在宅療養を継続できる確率が異なる」という新たな知見が得られた。また質的研究では上記で得られた結果に加えて、「身体状況」、「家族状況」、「利用サービス」の変遷を、一枚の「年表」形式へと「見える化」する試みを取り入れることで、情報を集約して比較することが容易となり、介護現場への応用の可能性も期待できる点で、新規性があると考えられる。今後は、データの整備により、地域特性や家族構成などのさらに詳細な要因の検討ならびに対策への示唆を得ることや、認知症へ焦点を当てた居住場所選択の要因分析ならびにその支援の在り方について、さらに検討を重ねることが望ましい。

1 章 要介護高齢者の療養場所の選択をめぐるこれまでの議論と課題

長谷田真帆（東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 博士課程）

安藤絵美子（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 博士課程）

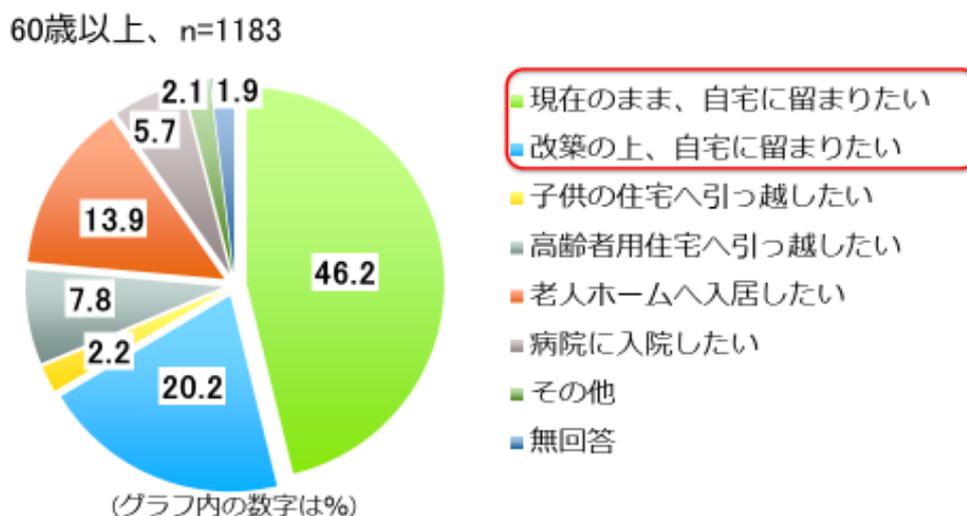
1. 背景

1-1. 現状と課題

超高齢社会を迎えた日本では、高齢者の人口は増加の一途を辿っており、それに伴う医療や介護の需要の更なる増加が見込まれている。このため国は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステム（地域の包括的な支援・サービス提供体制）の構築を推進している(厚生労働省 2013.)。

しかし現状では高齢期における居住場所の選択は大きな課題であり、特に要介護状態になると、望む場所での生活を続けられなくなる場合も少なくない。平成 22 年の内閣府の全国の 60 歳以上の者を対象とした調査によると、身体機能が低下して車いすや介助者が必要になった際の居住場所の希望は、「現在のまま、自宅に留まりたい」との回答が 46.2%、「改築の上、自宅に留まりたい」との回答が 20.2%と、自宅に留まりたい人は全体の約 3 分の 2 を占めている。一方で、「老人ホームへ入居したい」という回答は 13.9%、「高齢者用住宅に引っ越したい」という人は 7.8%に留まっている(図表 1-1)(内閣府 2010)。

体が弱くなった時に望む住宅

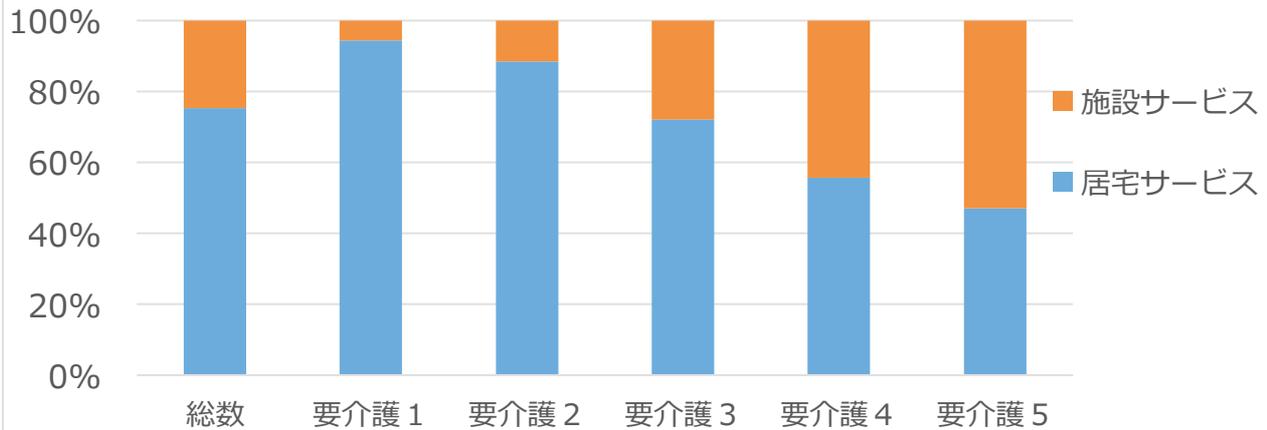


内閣府. 平成22年度「第7回高齢者の生活意識に関する国際比較調査」

図表 1-1：身体機能が低下した場合に望む住宅

それに対して、厚生労働省による直近の介護給付費実態調査の結果をみると、介護度が重くなるにつれ、施設入所者の割合が徐々に大きくなっており、要介護 5 では半数以上の方が施設へ入居となっている(図表 1-2)(厚生労働省 2015)。

介護給付費実態調査 (厚生労働省, 平成27年2月)

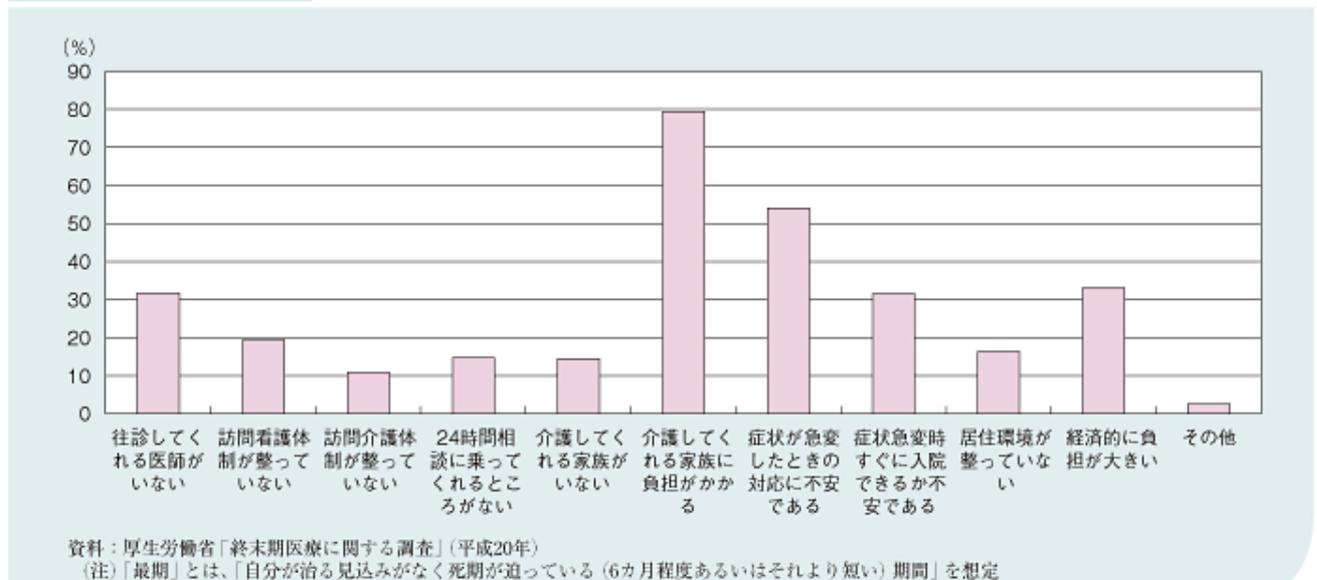


図表 1-2 : 介護給付費実態調査

このように、高齢者の療養場所の希望と、実際に居住している場所や最期の時を迎える場所には、しばしば乖離が生じている。地域包括ケアシステムを構築して、誰もが自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるような社会を作っていくためには、希望する場所の生活を継続できる要因についての分析、および同定された要因へアプローチしていくことが急務であると考えられる。

身体機能が低下した時に、希望する場所での療養を継続できない要因として、厚生労働省の2004年の意識調査では、「介護してくれる家族に負担がかかる」(78.4%)、「病状が急変したときに不安である」(57.3%)、「経済的に負担が大きい」(30.8%) (なお上記割合は、医療・介護職以外の回答) といったことが主なものとして挙げられている(図表 1-3)(厚生労働省 2004)。

図 1-2-25-(2) 自宅で最期まで療養することが実現困難な理由 (複数回答)



図表 1-3 : 自宅で最期まで療養することが実現困難な理由

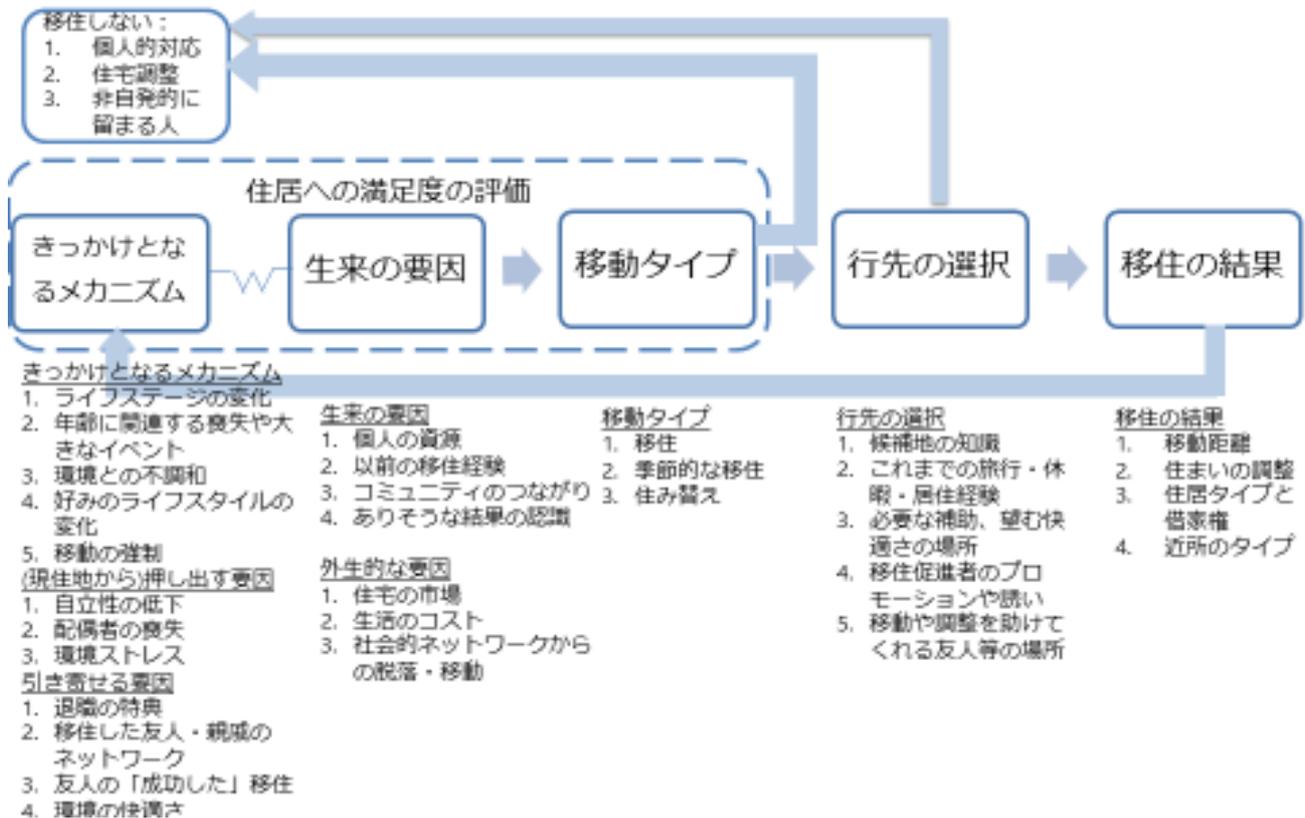
次節では、実際にどのような要因が高齢者の療養場所を規定しているのか、といった要因について、これまでの到達点と課題について述べる。

1-2. 先行研究

高齢期における居住場所の選択とそれに関連する要因については、これまで国内外で様々な理論が提唱され、研究がなされている。1973年にはLawtonとNahemowによって、環境と高齢者の相互作用を説明する生態学的なモデルが提唱された。このモデルでは、①個人の能力（認知機能、身体機能、心理学的な適応能力など）、②環境による圧力、③適応しようとする行動（社会的な規範や個人的な価値観によって規定される、環境による圧力に対する行動）、④感情的な反応、⑤適応のレベル（過去に同じような環境による圧力による経験をした人の、ある適応のレベル）の5つの要素が、高齢者の移住行動を決めるとされている(Lawton and Nahemow 1973)。

また、1980年にはWisemanが高齢者における移住のプロセスについての理論モデルを提唱した(図表1-4)(Wiseman 1980)。

高齢者の移住過程の理論モデル



図表 1-4 Theoretical Model of Elderly Migration Process.

このモデルでは、全ての高齢者に移住の可能性があり、自分のニーズ・希望・資源・結果の認識に応じて、居住環境を継続的に再評価していくという仮定を置いている。居住場所の変更は、まずきっかけとなるメカニズムと生来の要因が加わって個人の居住状況の再評価を行い、移住のタイプ・行先を決定し、最終的に移住するかどうかの選択を行い、さらに移住後にその結果を再評価してまた次の移住へと影響する、といった流れで説明されている。このうち最初のきっかけとなるメカニズムは、ライフステージの変化や重大なライフイベント、社会的サポート・ネットワークの縮小、環境の不調和を含んでお

り、今の環境から押し出す要因（自立性の低下、配偶者の喪失、環境ストレス）と次の場所へ引き寄せる要因（退職、移住した知人のサポート・ネットワーク、友人の移住の成功、環境の快適さなど）から構成される。生来の要因には内的な要因として個人の資源、以前の移住経験、コミュニティのつながり、結果の認識などが含まれ、外的な要因として住宅市場、生活のコスト、社会的ネットワークからの脱落・移動などが含まれる。行先の選択に影響するものは、候補地の知識、これまでの旅行や居住の経験、必要な補助や望む快適さの場所、移住促進者のプロモーション、移動や調整を助けてくれる友人などの居住地などが挙げられている。アウトカムは、移住するかしないか・その移住が自発的か非自発的かの4タイプに分かれている。このモデルは、それまでに示されていた概念を、詳細かつ包括的に説明したものとなっている。

また高齢者の移住のパターンについてはLitwakとLonginoによって、①退職に伴う、より快適な環境を求める移住、②ある程度の機能低下に伴う移住、③大きな障害に伴い余儀なくされる移住（すなわち施設入所）、の三つに類型化されている(Litwak and Longino 1987)。この中では、移住は個人、家族、社会的な文脈の中で起こり、ライフイベントに大きく影響を受けるとされている。

これまで、これらのモデルを利用して高齢者の居住場所の選択要因については様々な研究が行われてきている。日本における研究では、レビューによると、在宅療養継続あるいは施設入所を規定する要因として、本人の要因としてADL（特に排泄の自立状況・重症度）、認知症がある場合には付随する行動障害の有無が大きなものとして挙げられている。介護者・家族の要因としては、介護者の負担感の増大、健康状態、副介護者や代替者の確保、介護に関する技術や知識の有無、介護継続の意思（特に本人と介護者の関係性）、また家族や地域の理解・支援の在り方が大きな要素とされている(医療経済研究機構2012)。

次に、医療・介護サービス利用に関する行動については、Andersenの提唱したモデルによれば、個人の所与の素因、サービスへのアクセスを可能にする資源、ニーズの3つがサービス利用に影響を与えるとされている(Andersen and Newman 1973)。このモデルは時代の変遷とともに発展を続けており、1960年代には①個人の所与の素因（人口学的特性（年齢・性別など）、社会文化的特性（学歴・職業・民族など）、健康に関する信念（態度・価値・知識）、他に社会的ネットワーク、文化、心理的要因など）、②医療へのアクセスを可能にする資源（個人や家族レベルの資源・コミュニティレベルの資源（世帯要因（所得、健康保険、社会関係）と地域要因（移動時間、待ち時間、ケアの提供源、医療施設など））、③ニーズ（主観的健康度などの主観的要因と、専門家の診断した客観的要因）によってモデルが構成されていた。これに1970年代にヘルスケアシステムやサービス利用者の満足度、1980-90年代前半に個人の健康状態・外部環境・健康習慣などといった要因が加えられ、1995年では各要因間の相関を仮定したダイナミックで複雑なモデルが提唱されている(Andersen 1995)。このモデルを応用して、海外では居宅サービス利用と関わる要因として高齢、独居、障害程度の重さ、社会的サポートの乏しさ、医療費公費負担制度の利用などが挙げられている(Kadushin 2004)。日本においても、このモデルを応用して、地域要因として地域におけるサービス供給量と各介護サービス利用の関係を検証した研究があり、施設入所と正の相関を示すものに居住地域における施設サービスの供給量、負の相関を示すものに在宅介護サービスの供給量が挙げられている(菊澤 and 澤井 2013)。

以上、ここまで挙げてきた理論モデルにおいては、様々な要因が居住場所・施設入所の選択に影響するとされており、それに基づいた要因の実証研究が進みつつある。但し、モデルに組み込まれている各

項目に着目してみると、個人の資源あるいは特性としての経済状況が高齢者の居住場所の選択に大きく寄与しているとされており、海外では先行研究が存在するが(Mustard et al. 1999) (Baeten, Van Ourti, and van Doorslaer 2013)、日本においてこれについて実証した研究はごく限られており(李 2004)、これも介護保険制度開始直後かつ主観的な経済状況を用いているなどの限界がある。またライフサイクルステージの変化や、加齢に関する重大な出来事についても同様に、上記の選択に関する大きな要因として挙げられているものの、これまでの先行研究ではそれらを考慮して詳細に検討したものは、配偶者の死去がその後の施設入所の確率を高めることを明らかにした研究などは存在するものの(Nihtilä and Martikainen 2008) (Pimouguet et al. 2015)、まだ限られている。

2. 本研究における仮説と目的

医療や介護の現場では、在宅療養を本人が希望している場合であっても、経済的に恵まれない家庭では生活機能を維持できる十分なサービスが入らずに、結果的に施設へ入所していく場合や、介護者や配偶者の入院や死亡などの家族内で何等かのイベントが発生し、家族内の人間関係やパワーバランスに変化が生じて、施設へ入所となる場合を少なからず経験する。そのため、身体機能や認知機能がある程度低下した状態に至った時に、在宅での療養を続けていく者と、施設へ入所する者とは、基礎疾患や社会経済的状況などの個人の要因、あるいは地域の資源や文化などの要因に加え、ライフイベントや家族との関係性の変化などの経過に違いがあるのではないかと、という仮説を立てることができる。

そこで本研究では、これまでの研究の限界点を踏まえて、中等度の要介護状態に至った高齢者が、在宅療養の継続ないし施設入所へ至るまでに影響する要因について、明らかにすることを目的とした。

3. 方法

3-1. 分析の枠組み

以上の仮説の検証および研究の目的を鑑み、本研究では混合研究法を採用している。混合研究法には様々な定義があるが、一般的には「一つの研究や調査の中で、量的なアプローチと質的なアプローチを両方用いて、結果を統合して結論を導く手法」のことを指す(樋口, 2011)。本研究では、量的研究によって浮上した研究上の課題を質的研究でさらに追究するものとし、要介護状態にある高齢者の居住決定要因をより重層的に評価でき、目的に適う方法であると判断された。

3-2. 研究対象

これからの日本では、都市部での老年推計人口の急増が予測されており(国立社会保障・人口問題研究所 2013)、首都圏における高齢化が急速に進行すると見込まれている。そこで東京大学高齢社会総合研究機構では、柏市および柏市内に大規模な団地を有する独立行政法人都市再生機構と研究協定を結び、地域社会の人口の高齢化に伴う課題への対応を模索し、長寿社会のまちづくりの在り方を検討し実践するために、研究および実践的な活動を同市と連携を取りながら継続的に行っている。

本研究では、これまで同機構と柏市が協力して行ってきたこれまでの研究を発展させる形で、要介護状態にある高齢者が可能な限り希望する場所で住み続けられるための要因をより深く検討するために、柏市の要介護認定者の介護給付レセプトデータ分析ならびに同市の介護支援専門員に対して質問紙・インタビュー調査を行った。

4. 報告書の構成・各章のつながり

本報告書は、混合研究法の手順に則り、次の構成から成る。

まず、柏市から東京大学高齢社会総合研究機構に提供された介護給付レセプトデータを用いた 2 次分析を行い(量的研究)、高齢者の世帯構成および経済状況と居住サービス利用の関係を検討した。中でも、自宅ではなく施設居住を選択した高齢者の世帯構成および経済状況に焦点を当て、それらが施設居住決定要因となるのか統計的な分析を行った。(2章)。しかし、柏市介護給付レセプトデータはある時点を取り切った横断的な状態を調査したものなので一時点での状況しか把握し分析することができず、因果関係の検証が困難である。そこで、量的研究の結果を受け、柏市介護支援専門員に対しアンケート調査とインタビューを実施し、本人の心身の状態の変化や本人を取り巻く環境の変遷と在宅・施設居住の継続もしくは移行との関連を検討した(質的調査)。特に、介護認定を受けてから現在に至るまでの経年的な過程、特に家族関係や経済状況、利用サービスの変遷に焦点を当てている。質問紙・インタビュー調査で得られたデータは年表の形式にて図に起こし、経時的な変化を「見える化」した(3章)。

以上の量的研究および質的研究双方から得られた結果を統合し、要介護状態にあっても、本人が希望する場所で住み続けられる要因を総括してこの報告書は完となる(4章)。

本研究の特徴を次のように挙げることができる。(1)家族背景、経済的要因、心身の健康や介護状態など、要介護状態にある高齢者を取り巻く複数の要因を研究対象として一つの調査に取り入れ、要介護状態での住処の決定要因を重層的に探索した領域横断型の研究である。(2)近年の高齢者の独居世帯率の増加、先進国に比しても高い高齢者の貧困率を鑑み、特に家族関係や経済状況などに着目した調査・分析設計を行っている。(3)ライフ・コース(時間縦断的)の視点を取り入れ、経時的な変化を追うことで、住処の決定に関与すると思われるライフイベントや要因の変化を検討することができる。

5. 研究体制

5-1. 研究チーム

本研究は、東京大学高齢社会総合研究機構を中核とした博士課程教育リーディングプログラム(「活力ある超高齢社会を共創するグローバル・リーダー養成プログラム」)に所属している以下の教員・学生が、柏市と高齢社会総合研究機構の協力を得て 2014 年度に調査ならびに分析を遂行した。

荻野	亮吾	東京大学高齢社会総合研究機構	特任助教
木全	真理	東京大学高齢社会総合研究機構	特任助教
福井	康貴	東京大学高齢社会総合研究機構	特任助教
安藤	絵美子	東京大学大学院医学系研究科	健康科学・看護学専攻 博士課程
目	麻里子	東京大学大学院医学系研究科	健康科学・看護学専攻 博士課程
長谷田	真帆	東京大学大学院医学系研究科	社会医学専攻 博士課程
黄	銀智	東京大学大学院人文社会系研究科	社会学専門分野 博士課程
松本	博成	東京大学大学院医学系研究科	健康科学・看護学専攻 修士課程
麦山	亮太	東京大学大学院人文社会系研究科	社会学専門分野 修士課程

5-2. 倫理的配慮

本研究は東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査の承認を受けて実施された(審査番号 14-85、14-200)。

参考文献

- Andersen, R. and J. F. Newman. 1973. "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States." *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society* 51(1):95–124. Retrieved May 6, 2015 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4198894>).
- Andersen, Ronald M. 1995. "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 36(1):1–10. Retrieved May 6, 2015 (http://hpm.fk.ugm.ac.id/hpmlama/images/Ilmu_Sosial_dan_Perilaku_Kes_Mas/MBS/andersen_1995_revisiting_the_behavioral_model_and_access_to_medical_care_does_it_matter.pdf).
- Baeten, Steef, Tom Van Ourti, and Eddy van Doorslaer. 2013. "The Socioeconomic Health Gradient across the Life Cycle: What Role for Selective Mortality and Institutionalization?" *Social science & medicine* 97:66–74. Retrieved June 4, 2015 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3831059&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>).
- Kadushin, Goldie. 2004. "Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work." *Health & social work* 29(3):219–44. Retrieved May 6, 2015 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15453060>).
- Lawton, M. Powell and Lucille Nahemow. 1973. "Ecology and the Aging Process." Pp. 619–74 in *The psychology and of adult development and aging*.
- Litwak, Eugene and Charles F. Jr. Longino. 1987. "Migration Patterns Among the Elderly: A Developmental Perspective." *The Gerontologist* 27(3):266–72. Retrieved May 6, 2015 (<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/27/3/266.long>).
- Mustard, C., M. Finlayson, S. Derksen, and J. M. Berthelot. 1999. "What Determines the Need for Nursing Home Admission in a Universally Insured Population?" *Journal of health services research & policy* 4(4):197–203. Retrieved June 4, 2015 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10623034>).
- Nihtilä, Elina and Pekka Martikainen. 2008. "Institutionalization of Older Adults after the Death of a Spouse." *American journal of public health* 98(7):1228–34. Retrieved June 4, 2015 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2424099&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>).

- Pimouguet, Clément et al. 2015. "Impact of Living Alone on Institutionalization and Mortality: A Population-Based Longitudinal Study." *European journal of public health*. Retrieved June 4, 2015 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25817209>).
- Wiseman, R. F. 1980. "Why Older People Move: Theoretical Issues." *Research on Aging* 2(2):141–54. Retrieved May 6, 2015 (<http://roa.sagepub.com/content/2/2/141.short?rss=1&ssource=mfc>).
- 医療経済研究機構. 2012. 大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究報告書. 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構. Retrieved May 6, 2015 (<http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB0952638X>).
- 菊澤佐江子 and 澤井勝. 2013. "介護サービス資源の地域格差と要介護高齢者のサービス利用 — 介護保険レセプトデータに基づく実証分析 —." *老年社会科学* 34(4):482–90.
- 厚生労働省. 2004. "終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について— (8) 終末期における療養の場所." Retrieved May 6, 2015 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8d8.html>).
- 厚生労働省. 2013. "地域包括ケアシステム." Retrieved (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf).
- 厚生労働省. 2015. "介護給付費実態調査月報(平成 27 年 2 月審査分)." Retrieved May 6, 2015 (http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2015/dl/201502_gaiyou.pdf).
- 国立社会保障・人口問題研究所. 2013. *日本の地域別将来推計人口 —平成 22(2010)～52(2040)年—*. Retrieved June 4, 2015 (<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/6houkoku/houkoku.asp>).
- 内閣府. 2010. "平成 22 年度「第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」(全体版)." Retrieved May 6, 2015 (<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/kiso/zentai/pdf/2-6.pdf>).
- 李文娟. 2004. "在宅介護の継続希望と関連する要因." *老年社会科学* 25(4):471–81.

2章 要介護高齢者の施設入所選択にはたらく 世帯構成と経済状況の影響に関する計量分析

麦山亮太（東京大学大学院人文社会系研究科修士課程2年）

1 問題背景

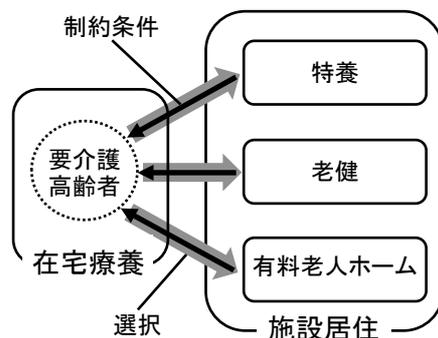
第1章で述べたとおり、要介護高齢者が施設居住を選択するか在宅療養を選択するかを決める際に、家族の要因や経済的要因がどのような影響をあたえるかについてはこれまで十分に明らかにされていない。そこで本章の目的は、施設入所の選択にあたって、世帯構成と経済状況がどのような影響を及ぼすかを計量的に明らかにすることである。

2 分析枠組み

2.1 要介護高齢者の施設入所選択

要介護高齢者は、在宅療養／施設入所の選択をどのように行うのだろうか。本章では、図表2-1に示すような、要介護高齢者の施設入所の選択プロセスを想定する。

図表2-1 要介護高齢者の施設入所に関する分析枠組み



要介護高齢者は、介護を必要とする程度、世帯構成、経済状況に応じて、在宅療養か施設居住かを選択する。その際、どの施設に入所するかという選択に直面する。どの施設を選択するかにあたって、それぞれの施設が提示する制約条件が存在するものと想定する。その制約条件を満たすか否かによって、施設入所を選択した要介護高齢者が具体的にどの施設に入所するかを決定する、という枠組みである¹。

2.2 仮説の設定

以上の分析枠組みにもとづき、本章で検討する仮説を設定する。まず、本研究では世帯

¹ ここでは、要介護高齢者は各施設を独立に選択する(IIA特性を満たす)ものと仮定する。もちろん、それぞれの要介護高齢者が異なる選好順序を持っていると考えられる。さらに、要介護高齢者の選択は、必ずしもその人自身が行うとは限らず、家族の意見や周囲の環境によって選択を規定されるという側面もある。あくまで今回の要介護高齢者の選択と制約条件の存在という分析枠組みが仮設的なものであることは忘れてはならない。

構成に関わる変数として世帯人数を取り上げ、その影響についての仮説を立てる。提示される仮説は以下の2つである。

仮説 1 世帯人数が少ないほど、施設入所の確率は高まる。

仮説 2 世帯人数が少ないほど、特養への入所確率は最も高くなり、有料老人ホーム、老健の順でその効果は小さくなる。

仮説 1 は、施設入所に関する既存研究の知見から導かれたものである。同居家族が要介護高齢者のケアラーとして主要な役割を担っていることはしばしば指摘されている。ここではこうした同居家族の存在が施設入所の決定に際してどの程度の影響をあたえるかを定量的に測ることが主要な目的となる。

仮説 2 は、施設入所に際して、それぞれの施設が同居家族の有無を施設入所の条件として課していることを反映したものである。例えば特養の入所審査に際しては、要介護 3~5 の者を入所の対象とする一方で、要介護 1~2 の場合には、「単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分」（千葉県健康福祉部高齢者福祉課 2015）であるなどといった条件を満たせば、特例入所が認められる。このように、家族ケアラーを欠いている場合の入所は、特養においてより起こりやすいと考えられる。一方で老健は、短期入所およびリハビリを目的としており、家族状況よりは本人の身体障害の程度といった要因がより重要となると考えられる。したがって、特養や有料老人ホームと比較すると、同居家族の有無と施設入所確率の間の関連は小さくなると考えられる。

つづいて経済状況であるが、ここでは個人所得を経済状況に関わる変数として取り上げ、その影響について仮説を立てる。ここで提示される仮説は以下の2つである。

仮説 3 個人所得が低いほど、施設入所の確率は高まる。

仮説 4 個人所得が低いほど特養への入所確率が高くなり、個人所得が高いほど有料老人ホームへの入所確率が高くなる。老健については、明確な影響は見られない。

仮説 3 は、在宅療養継続に際して、本人の経済的負担が大きいということを考慮して設定された仮説である。

仮説 4 も**仮説 2** と同様に、それぞれの施設の提示する条件から導かれた仮説である。経済的に余裕がある場合には、高い入所料金を必要とする有料老人ホームには入所しやすくなるだろう。一方で、経済的余裕がない場合には、公的介護を提供する特養に入所しやすくなるものと考えられる。そして老健に関しては、身体障害の程度がより重要であり、経済状況との関連は他の施設と比較して相対的に小さくなると考えられる。

3 データと方法

3.1 データ

本章で用いるデータは、2013年千葉県柏市の介護保険給付事業報告データに、住民基本

台帳から得た情報を結合したデータ（以下、結合データ）である。分析に際しては、サービスレベルで準備された結合データを個人データへと変換して用いた。本データには、性別・年齢といった基本属性に関する変数のほか、要介護度や障害自立度といった介護ニーズに関わる項目、そして本稿の関心である世帯構成や経済状況に関わる変数が含まれている。うち分析対象となるのは、要介護1以上、かつ65歳以上の高齢者計7489ケース（単身世帯に限定した分析においては3344ケース）である。

結合データを用いて施設入所の規定要因を明らかにすることの利点は以下の3点である。第1に、地域は限られるものの、当該地域で介護保険サービスを受けているすべての人びとを捕捉することできるため、対象者選択の際のサンプリング・バイアスを避けることができる。第2に、サンプルサイズが大きく、推定結果の誤差が小さくなる。第3に、個人の回答にもとづくデータではなく行政の管理するデータであるため、とくに介護ニーズや経済状況に関する変数に関しては、測定誤差が小さいと考えられる。

ここで、データの限界として2点あらかじめ指摘しておく。第1に、介護保険サービスでない施設居住者を完全には捉えることができていないという点が挙げられる。その典型が、有料老人ホームの入所者である。本章では後述する通り、「特定施設入所者生活介護」のサービスを受けているか否かによって、有料老人ホーム入所者のうちの一部を捉えている。しかし、特定施設ではない有料老人ホームも一定程度の割合存在する。したがって今回の分析は施設入所者の数を過少に評価していることに注意する必要がある。

第2に、住所変更に伴う世帯人数の変化の問題である。たとえば特養に入所した場合、要介護者の主たる住まいが特養へと移ることになり、たとえ入所前に同居者をもっていたとしても、対象者の世帯人数は1人として数えられてしまう。その結果、施設に入所する単身世帯の数が過大に推計されてしまう。

こうした限界はありながらも、第1章で述べたとおり、世帯構成と経済状況が施設入所に与える影響に関して分析がなされたことはこれまでにほとんどなく、本章の試みが先進的なものであることには変わりはないことは再度強調しておく。

3.2 目的変数

施設入所か否か、および施設入所の場合は入所する施設の種類が、本研究における目的変数となる。本稿では、介護保険サービスとして「特別養護老人ホーム（特養）」「老人保健施設（老健）」「特定施設入所者生活介護（特定施設）」「療養施設サービス」「地域密着老人福祉施設」のいずれかを受けている場合、「施設入所」とみなし、それ以外の場合は「在宅療養」とみなす。上述した仮説においてまた、施設ごとに種類を分けた分析の際には、当該サービスを受けている割合が低い「療養施設サービス」と「地域密着老人福祉施設」を「その他」としてまとめる。

なお、有料老人ホーム入所者については、今回の結合データからそれを捕捉することは難しい。そこで、「特定施設」を有料老人ホームの代理変数として用いることとする。柏市内の有料老人ホームの定員全体に占める特定施設の割合はおよそ6割であり、過少推計ではあるものの、ある程度有料老人ホーム入所者を捕捉することには成功しているといえよう。

図表 2 - 2 介護保険料賦課段階の詳細

段階	区分
第1段階	老齢福祉年金受給者で世帯全員が市民税非課税・生活保護受給者
第2段階	本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下で世帯全員が市民税非課税
特例第3段階	本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が81万円以上120万円以下で世帯全員が市民税非課税
第3段階	本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が121万円以上で世帯全員が市民税非課税
特例第4段階	本人が市民税非課税で同じ世帯に市民税課税者がいて本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下
第4段階(基準額)	本人が市民税非課税で同じ世帯に市民税課税者がいる
第5段階	市民税課税で合計所得金額が140万円未満
第6段階	市民税課税で合計所得金額が140万円以上170万円未満
第7段階	市民税課税で合計所得金額が170万円以上200万円未満
第8段階	市民税課税で合計所得金額が200万円以上300万円未満
第9段階	市民税課税で合計所得金額が300万円以上400万円未満
第10段階	市民税課税で合計所得金額が400万円以上500万円未満
第11段階	市民税課税で合計所得金額が500万円以上600万円未満
第12段階	市民税課税で合計所得金額が600万円以上700万円未満
第13段階	市民税課税で合計所得金額が700万円以上800万円未満
第14段階	市民税課税で合計所得金額が800万円以上900万円未満
第15段階	市民税課税で合計所得金額が900万円以上1000万円未満
第16段階	市民税課税で合計所得金額が1000万円以上

* 生活保護法による生活扶助を受けている、または合計所得金額が125万円以下の場合、市民税非課税出所) 柏市高齢者支援課(2015)

3.3 独立変数

本稿の主眼となる独立変数である世帯構成と経済状況について述べる。まず世帯構成については、世帯の人数を用いて操作化する。世帯人数は、1人、2人、3人、4人以上と4つにカテゴリ化する。

つづいて経済状況については、介護保険料賦課段階を用いて操作化する。柏市における介護保険料賦課段階の詳細について、図表 2 - 2 に示した。ここで注意すべきは、第4段階以下に関しては、賦課段階の高低は要介護者本人の経済状況だけでなく、同居者の経済状況も考慮して決定されている点である。先述した仮説を検証するのに適切な指標は個人所得であるから、指標の作成にあたって同居者の経済状況が反映されるのは適切とはいえない。そこで、経済状況に関わる仮説の検証の際には、分析対象を単身世帯のみに限定する²。それにより、同居者の経済状況が反映される(特例)第4段階は分析から除外される³。そ

² このように単身世帯に分析を限定することで、結果的に、個人所得と世帯人数との間に相関関係がないという仮定のもとで、先ほど述べた住所変更の問題を回避することができる。

³ (特例)第4段階の定義からいって、同居者をもたない単身世帯の場合はこの段階のな

して、賦課段階を第1段階（老齢福祉年金（生活保護）受給者）、第2段階（個人所得80万円以下）、第3段階（個人所得81-125万円）、第5-7段階（個人所得125-300万円）、第8-16段階（個人所得300万円以上）とカテゴリ化して用いる。介護保険料賦課段階が高いほど、個人所得が高く経済的に豊かであるとみなすことができる。

そのほか、統制変数として、要介護度（1~5の5カテゴリ）、障害自立度（自立・J1・J2、A1、A2、B1、B2、C1・C2の6カテゴリ）、認知症自立度（自立、1、2a、2b、3a、3b、4・Mの7カテゴリ）を用いる。これらの変数は連続尺度でなく順序尺度とみなし、ダミー変数化してそれぞれモデルに投入する。また年齢と性別も同様に統制変数としてモデルに投入する。

3.4 分析手法

用いる分析手法は、ロジスティック回帰分析である。これにより、世帯人数および個人所得が施設入所に対して与える影響を、個人の介護ニーズの多寡を統制したうえで検討することが可能となる。まず、在宅療養か施設居住かの選択に関するモデルを推定する。ここでは、施設入所か否かを目的変数とし、諸独立変数で回帰する二項ロジスティック回帰分析で係数を推定する。 P_{i1} は個人*i*のもつ施設入所確率とすると、モデルは以下のように表される。

$$\log\left(\frac{P_{i1}}{1-P_{i1}}\right) = \mathbf{X}_i\boldsymbol{\beta} \quad \text{-----} \quad (1)$$

つづいて、施設類型を分けたモデルを推定する。施設の種類を分けて、多項ロジスティック回帰分析により施設ごとの入所の規定要因を検討する。 P_{i2} 、 P_{i3} 、 P_{i4} 、 P_{i5} をそれぞれ「特養」「老健」「特定施設」「その他」への入所確率とすると、モデルは以下のように表される。

$$\log\left(\frac{P_{ij}}{1-P_{i1}}\right) = \mathbf{X}_i\boldsymbol{\beta}_j, \quad j = 1, \dots, 5, \quad \boldsymbol{\beta}_1 = 0 \quad \text{-----} \quad (2)$$

$$\text{ただし } P_{i1} = \sum_{j=2}^5 P_{ij}$$

4 分析

本節では、本稿の問いである世帯構成と経済状況が施設入所に与える影響についての分析を行っていく。4.1節では、まず結合データから読み取れる範囲で、要介護1~5の65歳以上の高齢者がどの程度施設介護を受けているかを確認する。つづいて世帯人数・賦課段

かには入り得ない。ただし今回の結合データには、少数であるが単身世帯かつ（特例）第4段階となるケースが含まれていた。これらのケースについては、分析から除外した。

階と施設入所の二変量関係、および介護ニーズと施設入所の二変量関係を確認する。4.2節では、多変量解析によって他の変数を統制したうえで、世帯人数・賦課段階が施設入所の選択にあたってどのような効果を持つかを明らかにする。4.3節では、とくに大きな効果をもつことが確認された世帯人数に関して、世帯人数によって要介護度の上昇に伴う施設入所割合の上昇にどの程度の違いが生じるかを、記述的な分析によって具体的に確認する。

4.1 記述的分析

まず、65歳以上で要介護度1~5の人びとがどの程度施設介護を受けているのかを結合データから確認する。表2-1には、第4節の分析に用いる変数の記述統計量を示した⁴。施設入所の項目についてみると、有料老人ホーム入所者を完全に補足しているわけではないという限定つきではあるが、対象者のうち約30%が施設介護を受けていることがわかる。施設の種別別にみると、最も多いのは特養入所者で、全体の12.5%を占める。次に多いのが老健(9.4%)、特定施設(4.7%)、最後にその他(0.7%)である。

図表2-3 記述統計量 (合計：N = 7489 単身：N = 3344 2人以上：N = 4218)

		単身	2人以上	合計			単身	2人以上	合計
施設居 住	特養	22.6	4.4	12.5	障害自 立度	障害(自立,J1,J2)	10.2	10.5	10.4
	老健	10.2	8.8	9.4		障害(A1)	21.1	25.7	23.7
	特定施設	6.4	3.4	4.7		障害(A2)	23.5	24.8	24.2
	その他	1.0	0.5	0.7		障害(B1)	13.4	12.9	13.1
	在宅	59.8	83.0	72.7		障害(B2)	20.0	14.9	17.2
世帯人 数	1人	100.0	0.0	44.7	障害(C1,C2)	11.8	11.2	11.5	
	2人	0.0	57.8	32.0	認知症 自立度	認知症(自立)	12.2	16.8	14.8
	3人	0.0	23.0	12.8	認知症(1)	16.0	19.5	18.0	
	4人以上	0.0	19.2	10.6	認知症(2a)	9.7	10.0	9.9	
賦課段 階	第1段階	8.6	1.8	4.8	認知症(2b)	24.1	25.7	25.0	
	第2段階	55.9	10.3	30.7	認知症(3a)	23.3	18.0	20.3	
	第3段階	16.8	7.6	11.7	認知症(3b)	5.0	3.8	4.3	
	第4段階	0.0	45.5	25.2	認知症(4,M)	9.7	6.2	7.7	
	第5-7段階	12.0	19.4	16.1	デモグ ラフイツ ク変数	年齢 - 65	20.1	17.1	18.4
	第8-16段階	6.9	15.4	11.6	(7.4)	(7.8)	(7.8)		
要介護 度	要介護1	26.8	28.2	27.6	男性	19.4	42.4	32.1	
	要介護2	24.4	29.3	27.1	女性	80.7	57.6	67.9	
	要介護3	18.9	17.9	18.4					
	要介護4	15.6	13.9	14.6					
	要介護5	14.4	10.7	12.4					

* それぞれ%を示した。ただし「年齢 - 65」の値のみ平均値を、括弧内の値は標準偏差を表す。

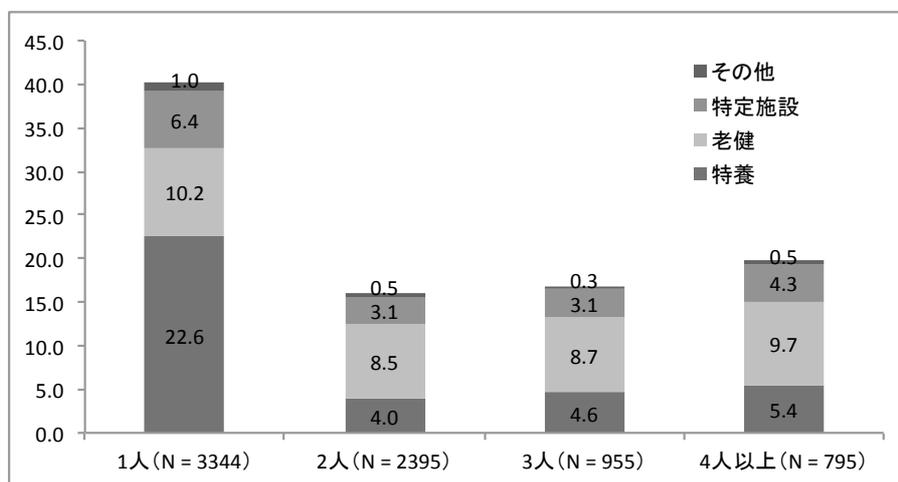
4.2 世帯人数が施設入所に与える影響

では、こうした施設入所は、世帯人数とどのような関係をもっているだろうか。図表2-

⁴ 年齢に関しては、今回の分析対象が65歳以上であるため、年齢から65を減じることで、解釈の便宜をはかった。

4には、世帯人数別に施設に入所している人がどの程度の割合でいるかを示した。一見してわかることは、世帯人数が1人の場合は40%近くが施設に入所している一方で、世帯人数が2人以上の場合はいずれも20%に届かず、単身世帯である場合に施設に入所する傾向が顕著に現れることが見てとれる⁵。

図表 2 - 4 世帯人数別施設入所率 (%)

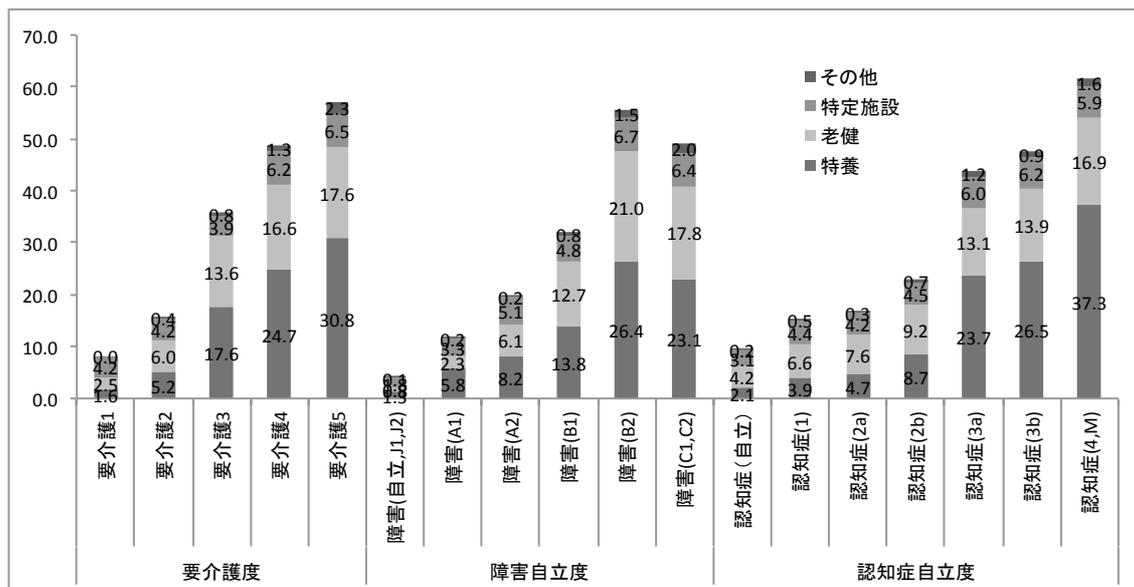


ここまで、世帯人数と施設入所との関係を見てきた。しかし、施設入所を選択するか否かは、当人の介護ニーズと強く関係している。介護の必要性が大きいほど、集中的に介護を受けることのできる施設入所を選択する傾向は強まるだろう。

これを確認するために、要介護度・障害自立度・認知症自立度と施設入所との関係を示したのが図表 2 - 5 である。基本的には、要介護度・障害自立度・認知症自立度が高いほど、施設入所の割合が高まるといえる。とはいえ、これらの尺度の値はそれぞれ質的に異なる意味合いを持っており、値が上がるほど比例的に施設入所割合が高まる、という単純な関係にはない。言い換えれば、単調増加ではなく、割合が大きく増加する閾値があるといえる。そこで、具体的にどことどここの間に施設入所の有無に関して大きな差が存在するかを確認しておこう。まず要介護度については、とくに要介護 2 以下と要介護 3 以上との間に施設入所割合に関して懸隔があることが確認される。次に障害自立度に関しては、障害(A2)～障害(B2)にかけて、施設入所割合の大きな増加が観察される。最後に認知症自立度については、認知症(2b)と認知症(3a)との間に大きな差が存在する。

⁵ ただし、単身世帯でも 60%近くの要介護高齢者が在宅療養を継続しているという結果は注目に値する。こうした単身世帯が在宅療養を続けることのできる条件について、第 3 章の結果も踏まえつつ今後の検討が必要となるだろう。

図表 2 - 5 介護ニーズ別施設入所率 (%)



以上、世帯人数と施設入所との関係、および介護ニーズと施設入所との関係について確認してきた。では、本稿の検討課題であった世帯構成と施設入所との関係について、他の変数を統制してもその影響が見られるかどうかについて、多変量解析を用いて検討する。具体的には、はじめに確認した世帯人数と施設入所との関係が、介護ニーズ等の影響を統制しても見られるかどうかを二項ロジスティック回帰分析により確認する。

目的変数として施設入居か否か目的変数とし、独立変数として世帯人数、要介護度、障害自立度、認知症自立度、年齢、女性ダミーを投入した結果を図表 2 - 6 に示した。結果についてみていこう。世帯人数については、1人、すなわち単身世帯の場合、2人世帯と比べて約3倍 (= $\exp(1.124)$) 施設入所のリスクが高まる。一方で、世帯人数が3人以上となっても、2人世帯と比較して大きな変化は見られない。誰か1人とでも同居していることで、施設入所の確率が低まるという結果であり、仮説 1 を部分的に支持する結果である。他の変数については、要介護度、障害自立度、認知症自立度ともほとんどの係数が統計的に有意な値を示し、またその値も大きい。これら3つの介護ニーズは施設入所に対してそれぞれ別個の影響を有していることが分かる。なお他の統制変数の結果については、年齢の係数が0.1%水準で統計的に有意な正の値を呈している。すなわち、他の変数を統制しても、年齢が上がるほど施設入所確率が高まるという結果である。

図表 2 - 6 施設入所に関する二項ロジスティック回帰分析

	Coef.	S.E.
世帯人数(ref:2人)		
1人	1.124	(0.078) ***
3人	-0.126	(0.113)
4人以上	0.072	(0.119)
要介護度(ref:要介護1)		
要介護2	0.233	(0.110) *
要介護3	0.757	(0.120) ***
要介護4	0.935	(0.138) ***
要介護5	1.063	(0.168) ***
障害自立度(ref:障害(自立,J1,J2))		
障害(A1)	0.903	(0.204) ***
障害(A2)	1.451	(0.200) ***
障害(B1)	1.997	(0.209) ***
障害(B2)	2.444	(0.213) ***
障害(C1,C2)	1.895	(0.230) ***
認知症自立度(ref:認知症(自立))		
認知症(1)	0.448	(0.137) **
認知症(2a)	0.590	(0.155) ***
認知症(2b)	0.879	(0.127) ***
認知症(3a)	1.239	(0.131) ***
認知症(3b)	1.208	(0.173) ***
認知症(4,M)	1.513	(0.161) ***
デモグラフィック変数		
年齢 - 65	0.027	(0.004) ***
女性	0.055	(0.073)
切片	-5.145	(0.230)
N	7489	
-2LL	6559.089	
Pseudo R2	0.2534	
*** p < .001 ** p < .01 * p < .05		

二項ロジスティック回帰分析により、他の変数を統制しても、1人世帯であれば、施設入所の確率が高まることを確認してきた。次に、施設の種類を分けてその規定要因について検討しよう。独立変数としてさきほどの二項ロジスティック回帰分析の Model 2 と同様の変数を投入し、係数を推定した。

図表 2 - 7 にその結果を示した⁶。先ほどの二項ロジスティック回帰分析と比較しつつ、それぞれの結果についてみていこう。まず世帯人数に関しては、やはり 2 人以上であればそれぞれの施設への入所リスクに有意な違いは生じないことが分かる。さらに、一人暮らしの係数は施設の種類ごとに大きく異なる。老健の場合、係数は 0.1%水準で有意であるも

⁶ ただし、「その他」については該当ケース数が少なく推定が安定しないため、結果は示していない。

の最も値は小さく、2人世帯と比較して施設入所のリスクを約 1.6 倍 ($= \exp(0.469)$) 高めるにとどまる。つぎに特定施設については、1人世帯であると施設入所のリスクは約 2.4 倍 ($= \exp(0.885)$) となる。特養において世帯人数の効果は最も顕著に観察され、1人世帯の場合、2人世帯と比較して施設入所のリスクは 7.2 倍 ($= \exp(1.815)$) となり、非常に効果が大きい⁷。この結果は、**仮説 2** を支持するものといえる。

その他、介護ニーズに関わる変数の効果に着目すると、それぞれの施設の位置づけを読み取ることができる。特養と比較すると、老健は障害自立度の係数が概して大きく出ており、医療ケアやリハビリを必要とする患者が入所しやすいことを伺わせる結果である。一方で、特定施設に関しては、要介護度および認知症自立度の係数が低く、必ずしも介護を必要とする程度と強く関係しているわけではないことが伺える。特養は入所に際して介護を必要とする程度に関して一定の審査を通過する必要があるのに対して、特定施設は相対的にそうした傾向は小さく、本人あるいは家族の経済状況が入所と関係していることを反映した結果と捉えることができよう。

以上の結果から、**仮説 1** と **仮説 2** はいずれも支持され、単身世帯であれば施設入所しやすく、施設類型を分けた場合には、単身であると、特養、有料老人ホーム（特定施設）、老健の順に入所しやすいということが明らかになった。もちろん、介護保険サービスでないかたちで施設介護を受けている者がおり、しかも住所変更のため施設入所の単身世帯の数を過大に推計しているという 3.1 節で触れた限界がある点には注意が必要である。

⁷ 世帯人数 1 人ダミーの係数の差については、在宅と特定施設間、特定施設と老健間でいずれも 0.1%水準で統計的に有意であった。

図表 2-7 入所施設の類型に関する多項ロジスティック回帰分析

	特養		老健		特定施設	
	Coef.	S.E.	Coef.	S.E.	Coef.	S.E.
世帯人数(ref:2人)						
1人	1.969	(0.126) ***	0.469	(0.106) ***	0.885	(0.147) ***
3人	-0.004	(0.196)	-0.139	(0.145)	-0.168	(0.224)
4人以上	0.123	(0.202)	0.050	(0.153)	0.136	(0.218)
要介護度(ref:要介護1)						
要介護2	0.737	(0.213) **	0.325	(0.180)	-0.286	(0.169)
要介護3	1.652	(0.214) ***	0.758	(0.190) ***	-0.589	(0.220) **
要介護4	1.977	(0.232) ***	0.684	(0.211) **	-0.207	(0.251)
要介護5	2.175	(0.261) ***	0.715	(0.244) **	-0.103	(0.312)
障害自立度(ref:障害(自立,J1,J2))						
障害(A1)	1.030	(0.349) **	1.001	(0.443) *	0.712	(0.306) *
障害(A2)	1.318	(0.346) ***	2.012	(0.428) ***	1.228	(0.298) ***
障害(B1)	1.760	(0.354) ***	2.821	(0.433) ***	1.483	(0.328) ***
障害(B2)	2.008	(0.355) ***	3.455	(0.438) ***	2.038	(0.341) ***
障害(C1,C2)	1.283	(0.372) **	3.032	(0.452) ***	1.667	(0.380) ***
認知症自立度(ref:認知症(自立))						
認知症(1)	0.541	(0.264) *	0.491	(0.194) *	0.282	(0.224)
認知症(2a)	0.697	(0.288) *	0.805	(0.216) ***	0.238	(0.260)
認知症(2b)	1.242	(0.238) ***	0.956	(0.180) ***	0.416	(0.214)
認知症(3a)	1.840	(0.236) ***	1.031	(0.185) ***	0.802	(0.229) ***
認知症(3b)	1.811	(0.272) ***	1.016	(0.244) ***	0.773	(0.322) *
認知症(4,M)	2.295	(0.261) ***	1.209	(0.223) ***	0.782	(0.304) *
デモグラフィック変数						
年齢 - 65	0.033	(0.006) ***	0.011	(0.006)	0.055	(0.008) ***
女性	-0.002	(0.107)	0.123	(0.101)	-0.032	(0.137)
切片	-7.689	(0.423)	-6.174	(0.451)	-5.668	(0.355)
N	7489					
-2LL	10601.058					
Pseudo R2	0.2078					

*** p < .001 ** p < .01 * p < .05

*「その他」については該当ケース数が少なく推定結果が安定しないため、結果については省略している。

4.3 経済状況が施設入所に与える影響

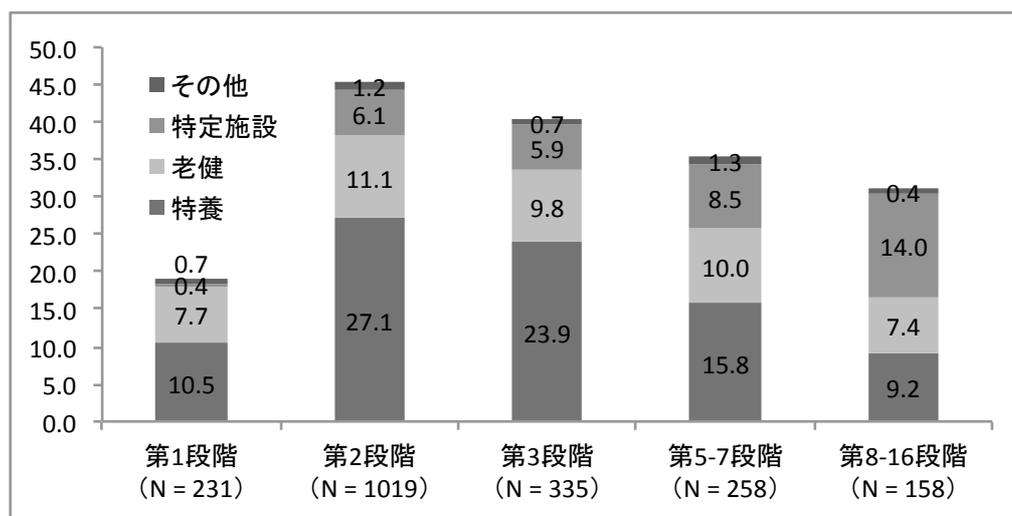
以上、世帯構成が施設入所に対して与える影響を記述的な分析および多変量解析によってみてきた。つづいて、経済状況が施設入所に与える影響について確認する。ここでは、分析対象を単身世帯に限定することで、経済状況を表す変数である個人所得の影響を厳密に捉えることを目指す。

図表 2-8 に、単身世帯に対象を限定した場合の、賦課段階別施設入所率を示した。これを見ると、第2段階以上に関しては、賦課段階が低いほど施設入所しやすいという関係が見て取れる。ただし、第1段階に関しては、どの段階よりも施設入所率は低い。第1段階は高齢福祉年金受給者であり、保護認定との関係から施設入所をしにくくなる、あるいは施設入所に伴い介護保険料賦課段階が変わっている、という可能性がある。この点について

ては 5.2 節で考察する。

また施設の種別別にみると、第 2 段階から段階が上がるにつれて特養への入所率が減少し、代わって特定施設への入所率が増加する、という傾向が見て取れる。第 2 段階では全体の入所のうちの約 6 割を占めている特養入所が、第 8-16 段階では全体の 3 割程度となり、代わって特定施設入所がこれよりも大きく 5 割弱を占めるようになる。賦課段階で測定された個人所得は、施設入所か否かだけでなく、施設の場所を変える働きをもっていると言えるだろう。

図表 2-8 単身世帯・賦課段階別施設入所率 (%)



つづいて、4.2 節と同様、単身世帯を対象を限定し、施設入所か否かに関する二項ロジスティック回帰分析を行い、他の変数を統制しても経済状況と施設入所との間に関係が見られるかを検討する。結果は図表 2-9 に示した。

図表 2 - 9 単身のみ・施設入所に関する二項ロジスティック回帰分析

	Coef.	S.E.
賦課段階 (ref: 第2段階)		
第1段階	-1.056	(0.183) ***
第3段階	0.024	(0.119)
第5-7段階	-0.240	(0.149)
第8-16段階	-0.503	(0.187) **
要介護度 (ref: 要介護1)		
要介護2	0.374	(0.140) **
要介護3	0.917	(0.157) ***
要介護4	1.153	(0.185) ***
要介護5	1.284	(0.230) ***
障害自立度 (ref: 障害(自立,J1,J2))		
障害(A1)	0.884	(0.253) ***
障害(A2)	1.509	(0.247) ***
障害(B1)	1.924	(0.261) ***
障害(B2)	2.334	(0.269) ***
障害(C1,C2)	1.904	(0.297) ***
認知症自立度 (ref: 認知症(自立))		
認知症(1)	0.359	(0.185)
認知症(2a)	0.403	(0.206)
認知症(2b)	0.787	(0.171) ***
認知症(3a)	1.055	(0.178) ***
認知症(3b)	0.807	(0.235) **
認知症(4,M)	1.435	(0.229) ***
デモグラフィック変数		
年齢 - 65	0.019	(0.006) **
女性	-0.041	(0.131)
切片	-3.618	(0.308) ***
N		3344
-2LL		3440.336
Pseudo R2		0.236

*** p < .001 ** p < .01 * p < .05

図表 2 - 9 をみると、2 変量の関係を見たときと同様、第 2 段階から、段階が上がるにつれて施設入所しにくくなるという傾向が見て取れる。ただし係数の差は、第 8-16 段階についてのみ統計的に有意である。第 8-16 段階の場合、第 2 段階と比較して施設入所のリスクは約 0.6 倍 ($=\exp(-0.503)$) となり、施設入所しにくいことがわかる。また、第 1 段階の係数も、有意な負の値を呈し、先ほどの結果と整合的である。第 1 段階の場合、第 2 段階と比較して施設入所のリスクは約 0.35 倍 ($=\exp(-1.056)$) となり、やはり施設入所しにくいことがわかる。以上の結果は、第 1 段階を除いては基本的に仮説 3 を支持するものである。

なお他の変数に関しては、基本的に全サンプルで係数を推定した 4.2 節と同じ方向のものが多く改めて確認された。

では、施設類型を分けた場合には、どのような効果が見られるだろうか。図表 2 - 10 には、多項ロジスティック回帰分析の結果を示した。賦課段階の係数に着目すると、2 変量関係について見たときとほぼ同じ傾向が見て取れる。施設ごとに賦課段階の係数について

見ていくと、まず老健に関しては、第1段階、第5-7段階、第8-16段階において有意な負の値が見られた。やはり第1段階は第2段階と比較して特養入所のリスクは低いが、それ以上の段階については、賦課段階が上がるにつれて特養入所のリスクは下がっていく。特養入所のリスクは、第5-7段階については第2段階と比較して約0.5倍(=exp(0.698))、第8-16段階については第2段階と比較して約0.25倍(=exp(-1.410))である。したがって、個人所得が高いには特養は選択されにくい(あるいは特養に採用されにくい)。老健に関しては、第1段階の場合に入所しにくいという以外には、有意な値は見られなかった。最後に特定施設であるが、第1段階、第5-7段階、第8-16段階の係数が有意な値を呈した。第1段階の係数は顕著に低いが、標準誤差も大きく、特定施設に入所している第1段階の者が極めて少ないことを反映しているものと考えられる。第5-7段階と第8-16段階については係数は正であり、それぞれ第2段階と比較して約1.7倍(=exp(0.517))、約2.4倍(=exp(0.864))施設入所のリスクが高い。したがって、個人所得が高い場合には、特定施設が選択されやすいといえる。これらの結果は、仮説4を支持するものである。

以上、分析の結果、仮説3および仮説4はいずれも支持され、個人所得が低いほど施設入所しにくく、施設類型を分けた場合には、個人所得が低いと、特養に入所しやすく、個人所得が高いと、有料老人ホーム(特定施設)に入所しやすい、ということが明らかになった。ただし、第1段階すなわち高齢福祉年金(生活保護)受給者については例外的にこうした関係は成り立たず、どの施設に関しても施設入所しにくいということが明らかになった。

図表 2- 10 単身のみ・施設居住に関する多項ロジスティック回帰分析

	特養		老健		特定施設	
	Coef.	S.E.	Coef.	S.E.	Coef.	S.E.
賦課段階 (ref: 第2段階)						
第1段階	-1.168	(0.232) ***	-0.760	(0.262) **	-2.748	(1.013) **
第3段階	0.017	(0.142)	-0.040	(0.181)	0.160	(0.216)
第5-7段階	-0.698	(0.191) ***	-0.108	(0.222)	0.517	(0.238) *
第8-16段階	-1.410	(0.274) ***	-0.571	(0.302)	0.864	(0.256) **
要介護度 (ref: 要介護1)						
要介護2	0.815	(0.231) ***	0.554	(0.254) *	-0.294	(0.219)
要介護3	1.738	(0.238) ***	0.850	(0.278) **	-0.841	(0.307) **
要介護4	2.049	(0.262) ***	0.814	(0.312) **	-0.386	(0.346)
要介護5	2.143	(0.303) ***	0.922	(0.361) *	-0.064	(0.417)
障害自立度 (ref: 障害(自立,J1,J2))						
障害(A1)	1.068	(0.394) **	0.484	(0.573)	0.830	(0.405) *
障害(A2)	1.527	(0.389) ***	1.835	(0.531) **	1.424	(0.394) ***
障害(B1)	1.766	(0.401) ***	2.578	(0.542) ***	1.707	(0.435) ***
障害(B2)	2.045	(0.403) ***	3.358	(0.551) ***	2.236	(0.459) ***
障害(C1,C2)	1.567	(0.428) ***	2.957	(0.580) ***	1.944	(0.509) ***
認知症自立度 (ref: 認知症(自立))						
認知症(1)	0.302	(0.300)	0.485	(0.277)	0.285	(0.303)
認知症(2a)	0.607	(0.315)	0.360	(0.320)	0.286	(0.337)
認知症(2b)	1.083	(0.266) ***	0.793	(0.260) **	0.460	(0.289)
認知症(3a)	1.550	(0.266) ***	0.580	(0.270) *	0.780	(0.314) *
認知症(3b)	1.364	(0.313) ***	0.195	(0.373)	0.405	(0.454)
認知症(4,M)	2.083	(0.306) ***	0.711	(0.337) *	0.874	(0.411) *
デモグラフィック変数						
年齢 - 65	0.021	(0.008) **	-0.003	(0.009)	0.049	(0.012) ***
女性	-0.315	(0.164)	0.146	(0.202)	0.323	(0.233)
切片	-4.927	(0.482) ***	-5.001	(0.594) ***	-5.196	(0.520) ***
N			3344			
-2LL			5931.044			
Pseudo R2			0.193			

*** p < .001 ** p < .01 * p < .05

*「その他」については該当ケース数が少なく推定結果が安定しないため、結果については省略している。

5 結論

5.1 結果の要約

本章で得られた結果をまとめる。本章では、施設入所の選択に際して、世帯構成と経済状況がどのような影響を与えるかを、柏市の介護保険給付事業報告データに、住民基本台帳から得た情報を結合したデータを用いて計量的に検討した。世帯構成・経済状況はそれぞれ世帯人数と介護保険料賦課段階から判断される個人所得によって操作化し、それらが施設入所に対して与える影響について分析した。まず世帯人数の影響については、他の変数を統制しても、世帯人数が1人、すなわち単身世帯であると施設入所の確率が高まる。一方で、2人以上世帯であると、人数が増加しても施設入所の確率にほとんど変化はない。

したがって、単身であるかどうかが重要な要因であった。施設の種類を分けても、単身世帯であることは、老健・特定施設・特養への入所確率をいずれも高めることが明らかとなったが、とりわけ特養の入所確率を大きく高め、これが単身世帯の高い施設入所確率の原因の多くを占めていることがうかがえた。また個人所得に関しては、対象を単身世帯のみに限定して分析を行ったところ、第1段階すなわち老齢福祉年金受給者を例外として、他の変数を統制しても、個人所得が低いほど施設入所しやすいという関係が明らかになった。さらに施設の種類を分けると、個人所得の低い場合は特養への入所確率が高まり、個人所得の高い場合は特定施設への入所確率が高まるというように、個人所得の多寡によって施設の入所先が異なってくることが明らかになった。

5.2 議論

本章で得られた結果をもとに、(1)同居家族のもつ意味、(2)経済状況のもつ意味、(3)施設入所選択における老齢福祉年金（生活保護）受給者の位置、という3つの点について、それぞれ考察を行う。

まず(1)同居家族のもつ意味について。本章の分析で得られた結果より、家族をもたない単身高齢者であっても、希望すれば在宅療養を継続できるように介護保険の制度設計を整える必要性が示される。ケアを負担する人を確保できるように在宅療養を選択するのか、それとも家族がいるということで在宅で暮らそうという意欲が湧くのか、その理由については分からないものの、要介護高齢者にとって家族が主要なケアラーとして機能していることは想像に難くない。仮に家族ケアラーの存在がケア負担の軽減というかたちで在宅療養継続を促しているとするならば、単身世帯と2人以上世帯との間で、本人の在宅療養の意思の実現が同居家族の有無という本人が制御できない外的要因によって左右されてしまうことになる。人生の最期を迎えるにあたり、同居家族をもたない単身高齢者であっても、自身の最期を自身の意思で選択可能なようにサポートできるように制度を整えていくことが求められる。

つぎに、(2)経済状況のもつ意味について。本章で得られた結果は、単身高齢者のみではあるが、経済状況が悪い場合には在宅療養を継続しにくいというものであった。社会階層によって在宅療養を継続したいという希望に変わりはないという仮定に立てば、経済状況によって個人の意思の実現の困難さが異なってくるという意味で、施設入所確率の違いは解決すべき不平等であるということが出来る。所得の少ない要介護高齢者であっても、在宅療養を継続しうる制度設計が求められる。また、高齢期の所得は、企業年金や厚生年金といった、現役として働いていたころの状況によって変化する部分を含んでおり、それゆえより長いライフコースのなかで生じる不平等としての側面を有する。施設入所選択において所得の多寡が影響をもつということは、現役時代の不平等が退職以降の生活に影響を与える事例の一つであり、人生を見据えた長い射程での解決が必要とされる課題といえよう。

最後に、(3)施設入所選択における老齢福祉年金（生活保護）受給者の位置について。本章では、老齢福祉年金（生活保護）受給者は、一貫して施設入所しにくいという結果が得られた。この結果は、個人所得が低いほど施設入所しやすいという結果とは明らかに矛盾している。こうした結果が見られた要因として、2つ考えられる。第1に、施設入所する

ことで、年金等の収入で生活できると判断され、生活保護の認定を失い、賦課段階が変化している可能性である。第2に、施設入所によって生活保護の認定を失うのを避けるために、施設入所をしないという可能性である。現時点ではどちらの要因がより妥当か判断することは難しく、より福祉制度の設計に立ち入った考察が必要となる。これについては、今後の課題としたい。

5.3 限界

本章の分析は、大規模データを用いて、施設入所の選択に際して世帯構成と経済状況がどのような影響をあたえるかを明らかにするものであった。ただし、今回の分析には限界もある。データ上の限界としては3.1節にて介護保険サービスでない施設介護を補足できない点、および住所変更の影響が混在している点という2点を指摘したが、それに加えて、以下の3点を指摘しておく。

第1に、細かい世帯構成を捉えられていない点である。まず前者について言えば、たとえば同じ3人世帯といえども、高齢者夫婦と未婚の息子、あるいは高齢者と息子夫婦という3人世帯では、要介護高齢者の施設居住選択に対する影響は異なったものとなることが予想される。しかし、今回用いた合併データからはこのような世帯構成に関する詳細な情報は得ることができず、単に世帯の人数しか考慮することができない。

第2に、第1の点とも関連するが、世帯の経済状況を個人所得でしか捉えられていない点が限界として挙げられる。高齢期の経済状況は、勤労者と比較して個人所得が少なく、したがって資産・貯蓄額や同居者の所得等の重要性が相対的に高くなるものと考えられる。今回の分析においては、このような資産額や世帯所得といった経済状況は捕捉することができていない。

第3に、今回使用したのが一時点のデータであることが挙げられる。在宅療養／施設居住の選択は、老化と介護ニーズの高まりにともなって動的に行われるものである。しかし一時点データでは、今施設入所している人びとの特徴は明らかにすることもできても、どのような特徴を有する人びとが施設入所に至りやすいか、という時間の前後をともなった因果関係については明らかにすることができない。

5.4 今後の課題

以上のべた限界を受けて、今後の課題というかたちで、さらに分析を進めるためにはどのようなデータが必要となるかについて述べる。第1に、施設入所者の全体像をより正確につかむことのできる大規模データが必要である。とりわけ、介護保険サービスによらず施設入所を選択している人びとに関するデータを得る必要がある。

第2に、世帯構成と世帯の経済水準に関する詳細なデータの収集である。前者に関しては、世帯の人数のみならず、詳細な世帯構成についてのデータを収集する必要がある。また同居のみならず、近居の家族がいるかについても収集できればより望ましい。後者に関しては、世帯年収、あるいは資産・貯蓄額についてのデータを収集できれば、より世帯の生活水準の実態に迫ることができよう。

第3に、複数時点のレセプトデータと住民基本台帳データを組み合わせ、データ間で個人同士を紐づけたパネルデータを構築することである。これは、住所変更に伴う問題を部

分的に解決することにつながるほか、施設「入所」という動学的なプロセスを明らかにすることにつながる。この点については、行政側でもデータ間で個人を区別できるように番号を割り振るなどといった工夫が必要となるだろう。

以上の課題に取り組むことにより、これまで十分に問われてこなかった世帯構成と経済状況が施設入所の選択に与える影響について、より緻密に明らかにしていくことが可能となるだろう。今後の取組みが期待される。

参考文献

千葉県健康福祉部高齢者福祉課，2015，「特別養護老人ホーム入所に関する指針」，千葉県ホームページ，（2015年5月30日最終閲覧，<https://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/fukushisetsu/tokubetsuyougo/documents/shishin.pdf>）。

柏市高齢者支援課，2015，「介護保険料金額（平成24~26年度）」，柏市ホームページ，（2015年5月30日最終閲覧，<http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/060300/p004184.html>）。

3章 家族と介護の経歴にかんする実態調査

—家族関係要因に着目して—

黄 銀智（東京大学大学院人文社会学系研究科 博士課程）

目 麻里子（東京大学大学院医学系研究科 博士課程）

1. 調査目的

利用者とその家族との関わりが深いケアマネジャーから、在宅介護の現状あるいは施設に入るまでの変遷を聞き、在宅介護においてどのような継続・阻害要因が存在しているのかについて、本人の身体状況・家族関係・利用している介護保険サービスに焦点を当てて検討することを目的とした。

2. 調査の手続き

柏市介護支援専門員協議会の協力のもと、役職のケアマネジャーのうち、調査参加への同意を得たケアマネジャーに対して質問紙調査とヒアリング調査を行った。

包含基準は実際に支援経験のある高齢者とし、65歳以上の独居高齢者もしくは65歳以上の夫婦のみの世帯、要介護2-3である、要介護認定を受けてからの在宅介護期間が1年以上である者とした。（図表3-1）

図表 3-1. 調査対象者の選定

現在、自宅で在宅介護を受けており（以下、継続事例）、下記の要件をすべてみたす方	現在、施設介護を受けており（以下、移行事例）、下記の要件をすべてみたす方
1) 65歳以上 2) 要介護2~3 3) 単身世帯または高齢者のみ世帯（65歳以上の者のみで構成される世帯） ※同じお住まいに居住している場合は同一世帯とします。 4) 要介護認定を受けてからの在宅介護期間が1年以上 5) 介護支援専門員が家族関係や生活状況等の要介護認定を受けてから現在までの状況を把握している 6) 施設への入所歴がない	1) 65歳以上 2) 要介護2~3 3) 単身世帯または高齢者のみ世帯（65歳以上の者のみで構成される世帯） ※同じお住まいに居住している場合は同一世帯とします。 4) 要介護認定を受けてからの在宅介護期間が1年以上 5) 介護支援専門員が家族関係や生活状況等の要介護認定を受けてから現在までの状況を把握している 6) 特養、グループホーム、老健のいずれかに入所しており、将来退所する予定がない

3. 調査方法

3.1 調査デザイン

ケアマネジャーに対する質問紙調査とヒアリング調査
(事前に調査票に回答を依頼し、その後、調査員が各事業所へ訪問し、インタビューガイド・質問紙を基づき半構造化面接を行った。時間は対象者1人につき30分程度とした。)

3-2. 実施期間

2015年2月から3月とした。

3.3 調査内容

3.3.1 質問紙調査

ケアマネジャーへの調査説明の際に、質問紙を配布し、初回のケアプラン時については、すべての項目へ記入を依頼、2回目以降のケアプランについては、変更があった項目のみ記入を依頼した。ケアマネジャーの負担を考慮し、対象者はケアマネジャー1人につき最大3名までとした。

質問紙の内容は下記の通りとした。

1) 利用者基本情報

年齢、性別、介護認定を受けた年月、入所した介護施設・入所年月、本人の在宅継続の意思

2) 家族関係

- ・過去の同居者について：同居者の属性、同居人数
- ・子どもについて：子どもの有無、同別居・近居、訪問頻度
- ・主たる介護者：主介護者の属性、主介護者の介護度、他役割の有無、同別居・近居、家族構成、

3) 経済状況

経済的余裕の程度、主たる家計維持者、本人の主な収入源、親子間での金銭的な移転の有無（仕送りなど）

4) 健康・ケア

要介護度、疾病、心身の機能低下、診療や介護サービス利用状況

5) 住居

住宅の種類、改修・バリアフリー化の有無

6) その他、在宅継続や施設入所との関連で特記すべき事項

在宅生活の継続が困難だと、介護支援専門員が判断した出来事（「きっかけ」となる出来事）など

3.3.2. 半構造化面接調査

調査票、インタビューガイド（図表 3-2）をもとに家族関係、社会経済的要因、在宅介護継続が困難な事例の理由、介護保険サービスの利用状況、自宅の状況を中心にヒアリングを行った。ケアプラン更新毎にヒアリングを行い、ケアプランの変遷を迎えるようにした。

図表3-2. インタビューガイド

調査項目	調査内容
基本情報	<ul style="list-style-type: none">・日常的な仕送り等の経済的支援・家族関係、キーパーソンは誰か、同居者の変化について・本人・家族の具体的な日常生活の困難・困難が解決したタイミングとその後の展開
介護・医療保険サービスの利用状況	<ul style="list-style-type: none">・日常生活の困難はサービス利用によって解決されているか・(入所希望の場合)なぜ、希望しているのか・導入しなかったができなかったサービスとその理由
在宅療養の意思	<ul style="list-style-type: none">・家族の意思の変遷・ケアマネジャーとしての判断
住居	<ul style="list-style-type: none">・バリアフリー化がどの程度されているか・資金源とバリアフリー化のタイミング
介護者	<ul style="list-style-type: none">・主介護者の役割(仕事・育児など)・介護者の身体状態の変化・副介護者の有無と関係性

3.4 研究倫理

倫理的配慮として、調査説明時に対象となる利用者への同意取得、同意書への署名をケアマネジャーに依頼した。また、調査者はケアマネジャーへの聞き取り調査時には利用者の個人名を用いず、匿名で行い、調査に協力した事業所が特定されないよう、事業所ごとに区別せず、統合して集計した。また、データ解析の際は、各対象の利用者に ID を付与しコード化を行った。

本研究は東京大学倫理審査会の承認（#14-200）を得た上で実施された。

4. 調査結果

4.1 調査対象者

調査協力の得られたケアマネジャーは6名、ヒアリング対象利用者は計11名であった。

4.2 基本属性

ヒアリング対象者の属性は、男性3人、女性8人であった。また、現段階での要介護度は要介護2が6人、要介護3が5人であった。要介護認定を受けてからの年月は平均48カ月であり、ケアプランの枚数は平均4枚、ケアプラン更新ごとに要介護度が上がったケー

スは5例、要介護度が下がったケースは1例、変化がなかったケースは5例であった。在宅で生活している人が9名、施設で生活している人は2名であった。（図表3-3）

図表 3-3. 調査対象高齢者の基本属性

		n (%) or mean ±SD [range]
性別	女性	8 (73)
	男性	3 (27)
年齢		80.7 ± 6.3 [72-90]
居住場所	在宅	9 (82)
	施設	2 (18)
同居者の有無	あり	6 (55)
配偶者の有無	あり	4 (36)
子どもの有無	あり	10 (91)
要介護度の変化	上がった	5 (45)
	下がった	1 (10)
	変化なし	5 (45)
要介護認定を受けてからの年月 ^a		52.3 ± 33.8 [4-116]
ケアプランの枚数		4.1 ± 1.6 [2-6]
バリアフリー化の有無	あり	11 (100)

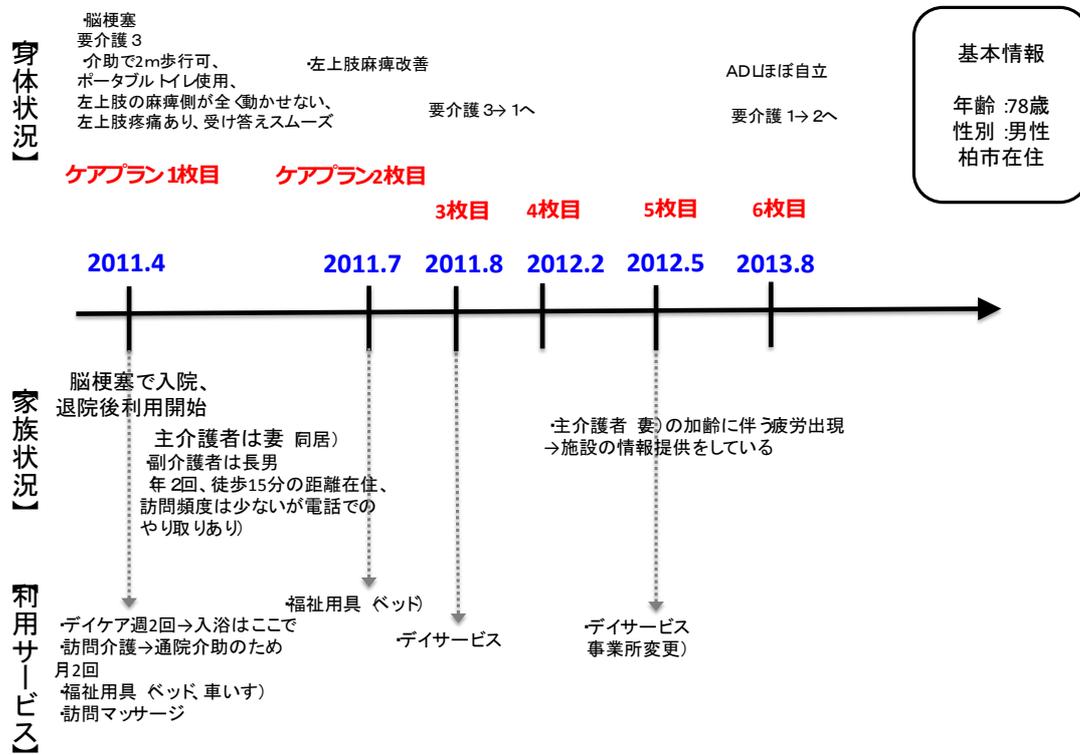
Note. a:月単位

4.3 個別事例ごとの検討

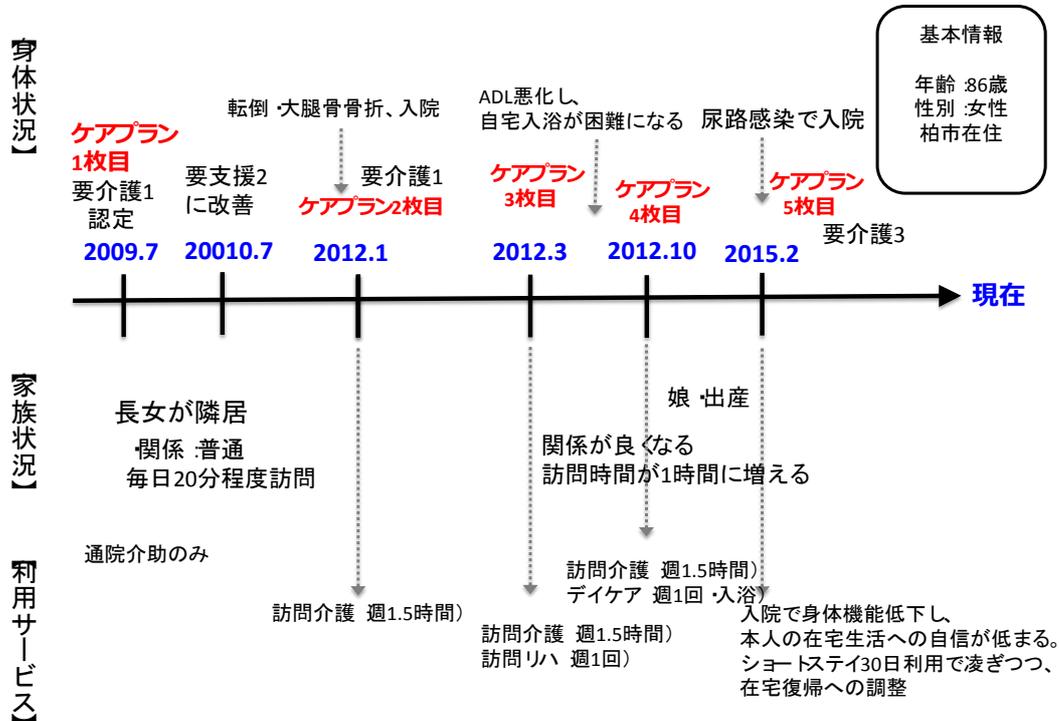
個別事例をまとめたものを図表3-4から3-15に示す。個別事例は、ケアプランの更新毎に【身体状況】【家族状況】【利用サービス】の変化を時系列で年表にして整理した。

この年表の見方を図表3-4. ID1の年表で紹介する。78歳、男性、脳梗塞を発症し、要介護認定を申請し、要介護3となった。ケアプランは全部で6枚であった。初回ケアプラン作成時の【身体状況】は介助で2m歩行可、ポータブルトイレ使用、左上肢の麻痺側が完全に動かさず、疼痛もあった。認知レベルは問題なく、受け答えもスムーズな状態であった。【家族関係】は、主介護者は同居している妻であり、副介護者として近隣に住む長男が挙げられていた。家族仲は良好であり、長男の訪問頻度は少ないが、電話でのやり取りを頻繁に行っている。【利用サービス】は、入浴の目的でデイケア週2回、通院介助の目的で訪問看護月2回、ベッド・車椅子の福祉用具貸与を利用していた。ケアプラン2枚目では【身体状況】の左上肢麻痺が改善したことから、【利用サービス】を福祉用具のレンタルをベッドのみに変更した。ケアプラン3枚目では【身体状況】要介護3から1へ改善し、【利用サービス】をデイケアからデイサービスへ変更となった。ケアプラン5枚目では、ADLはほぼ自立し、デイサービスを本人の希望で半日の事業所へと変更した。【家族状況】では介護者である妻に加齢に伴う疲労が出現してきており、在宅介護継続に関して妻から不安の声が聞かれるようになった。そのため、施設入所に関する情報提供を少しずつ提供し始める状況であった。ケアプラン6枚目では、デイケアでのリハビリが減ったことから、【身体状況】が要介護2となった。以上のように、年表で整理することで、【身体状況】【家族状況】【利用サービス】の変化を同時に読みとる事が可能となる。

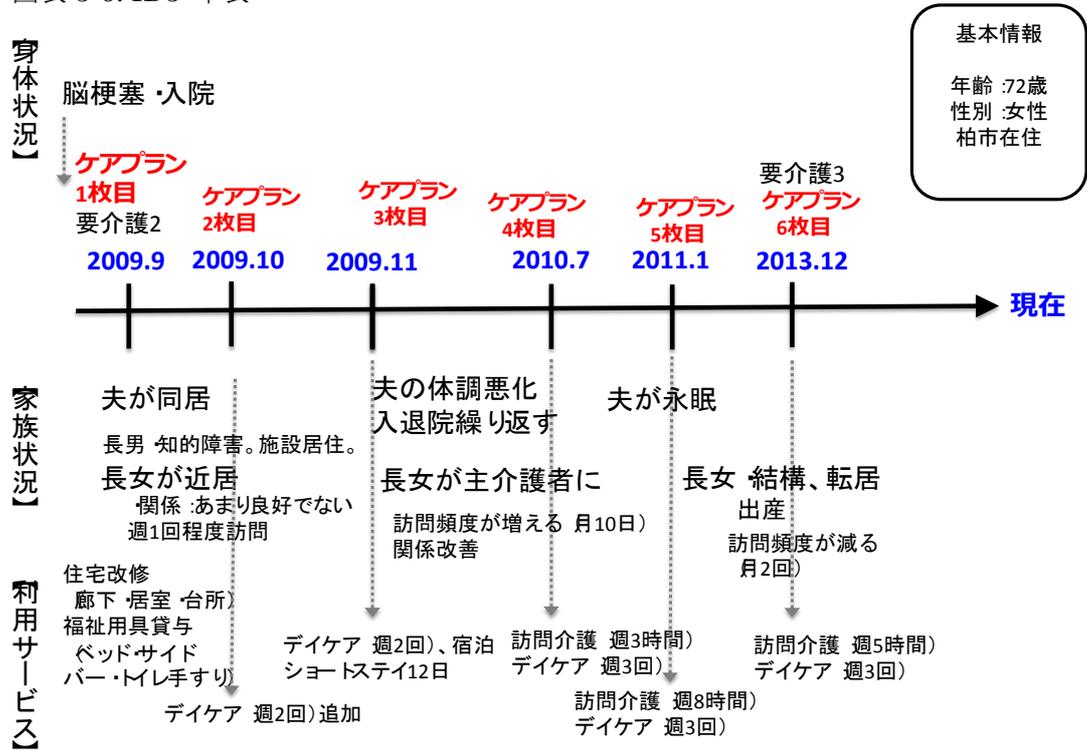
図表 3-4. ID1 年表



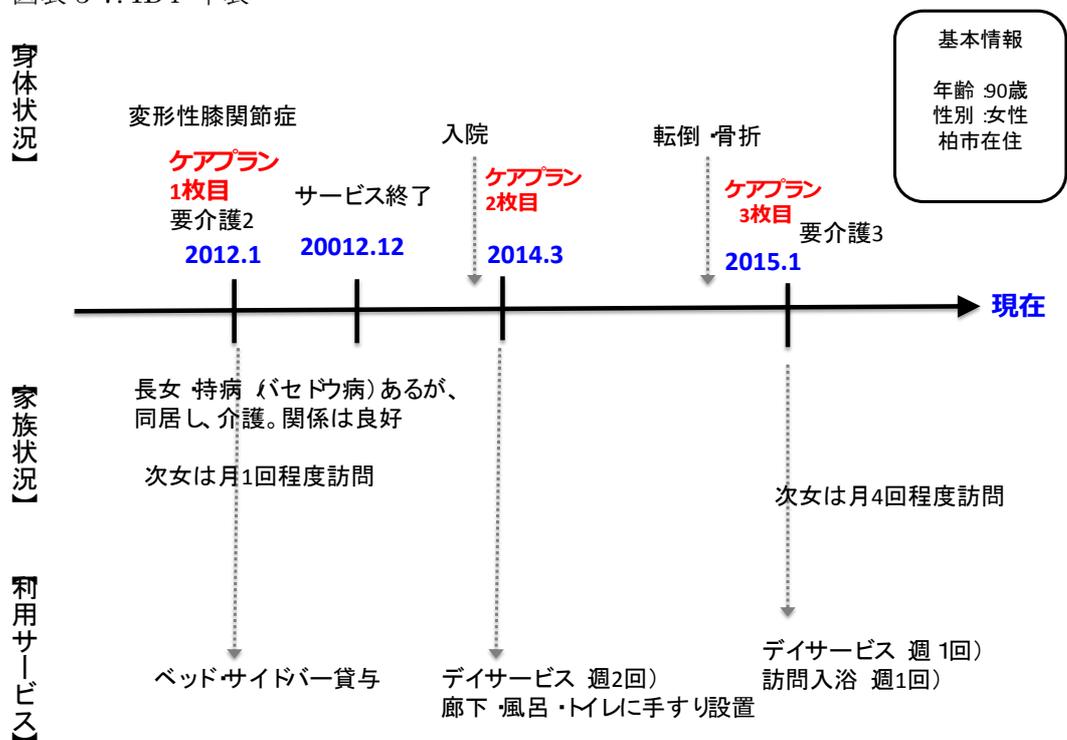
図表 3-5. ID2 年表



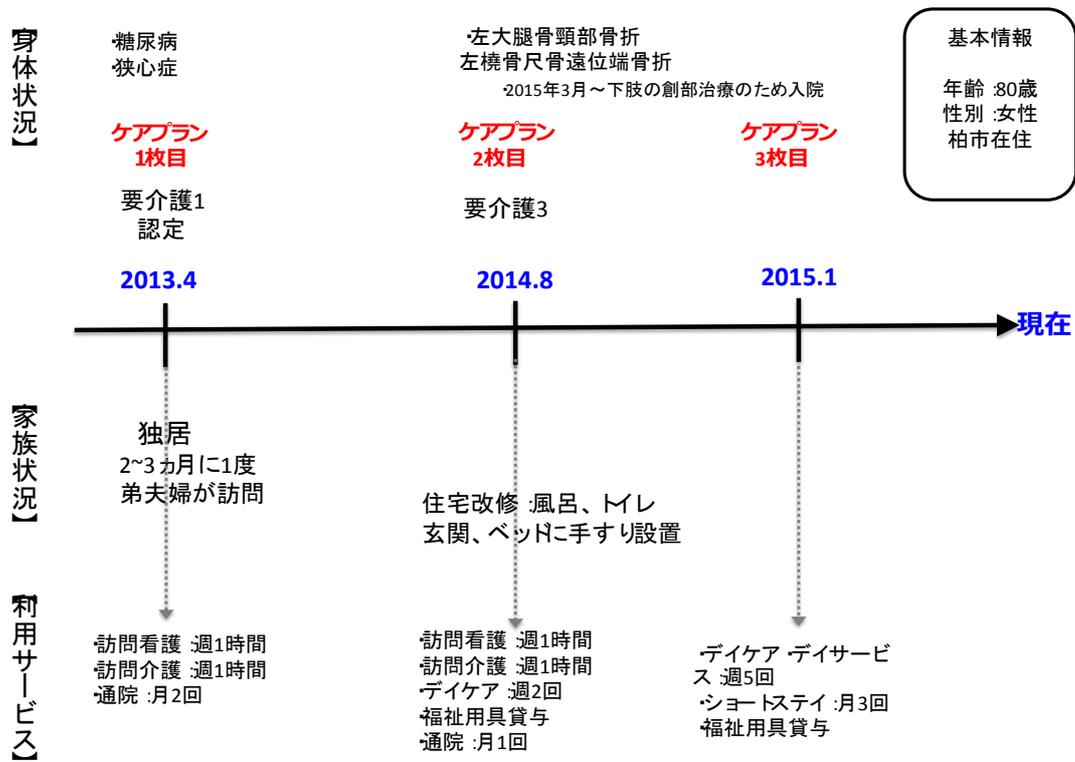
図表 3-6. ID3 年表



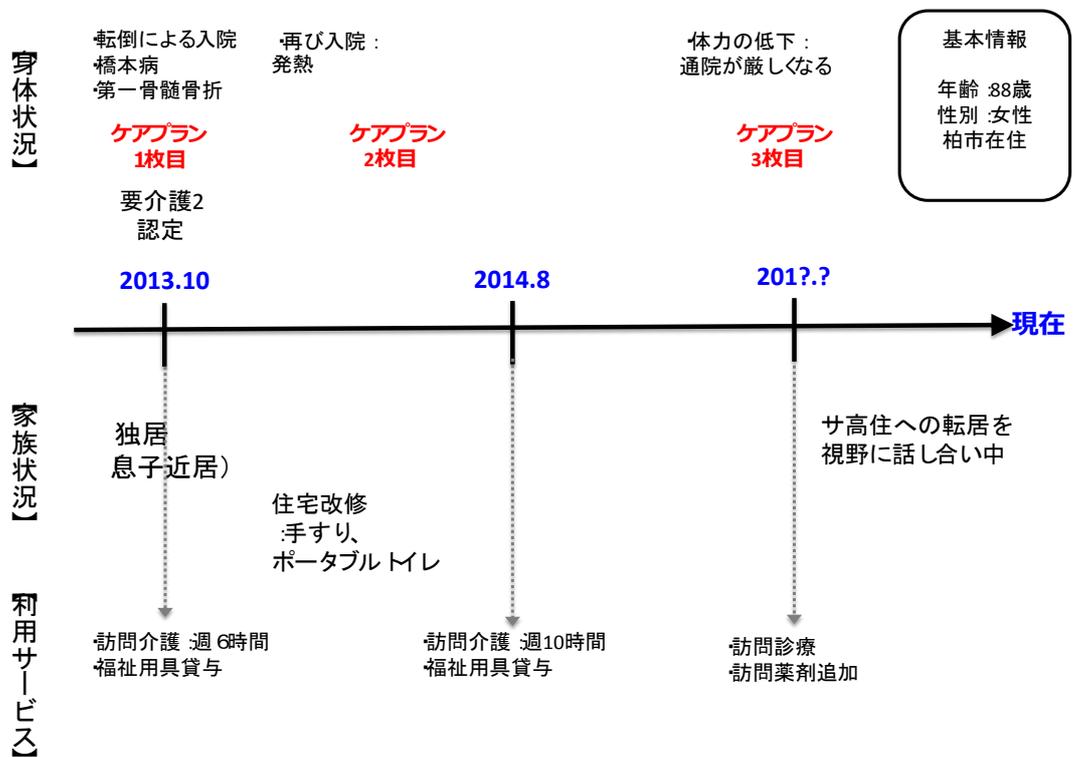
図表 3-7. ID4 年表



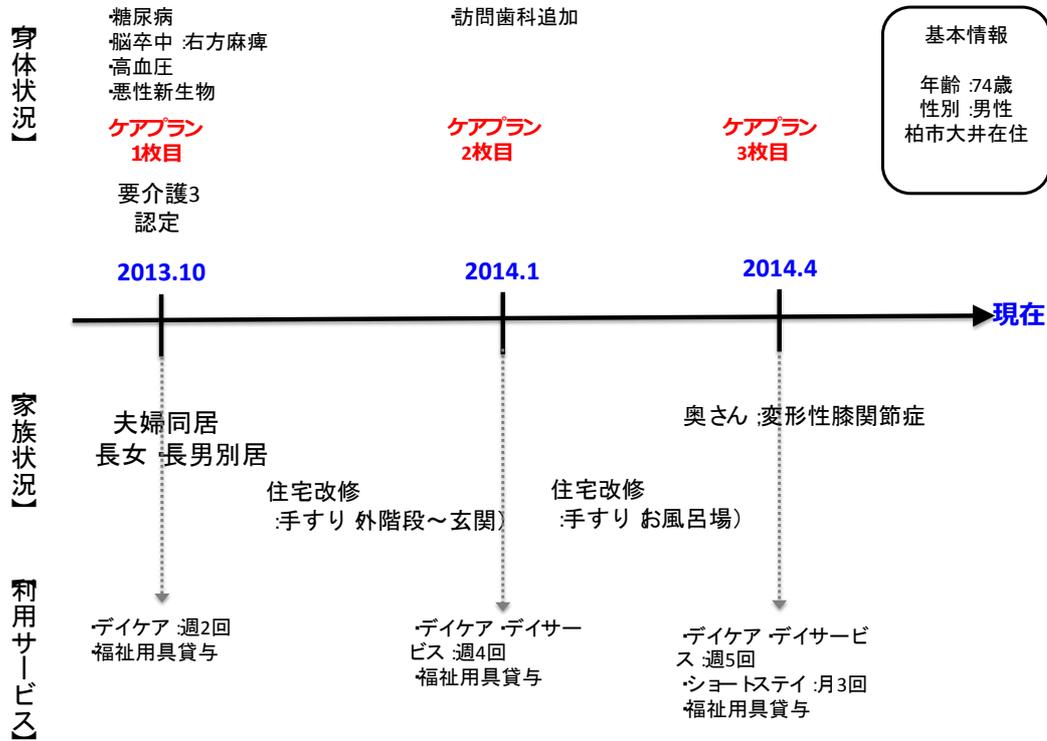
図表 3-8. ID5 年表



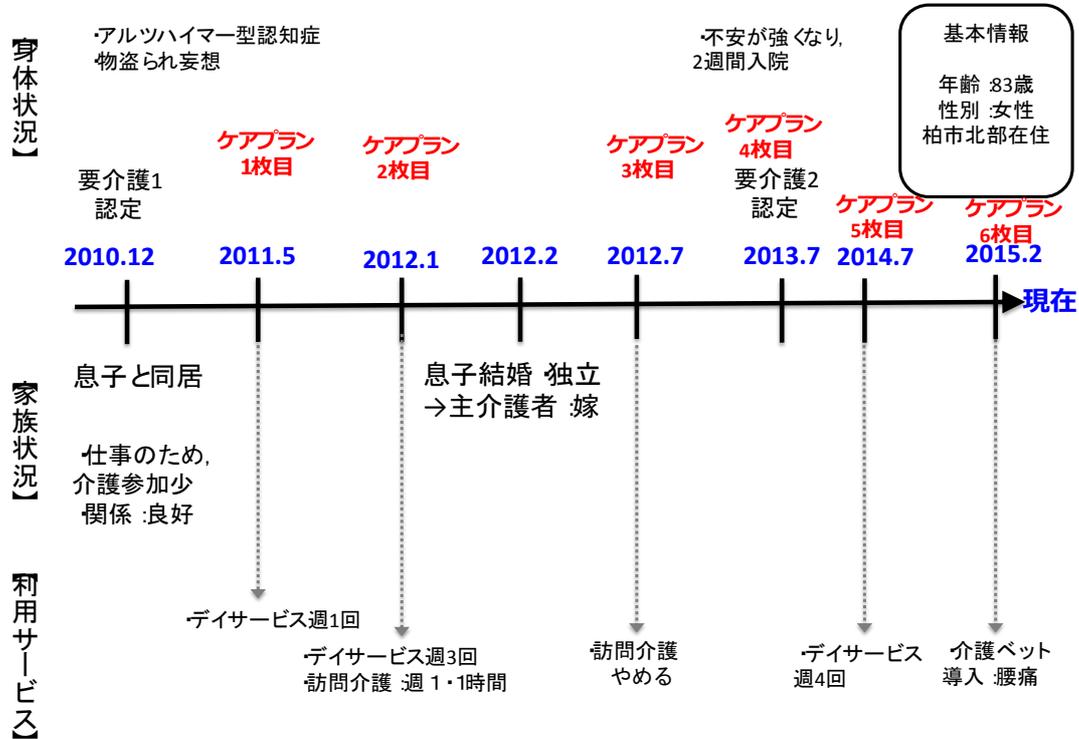
図表 3-9. ID6 年表



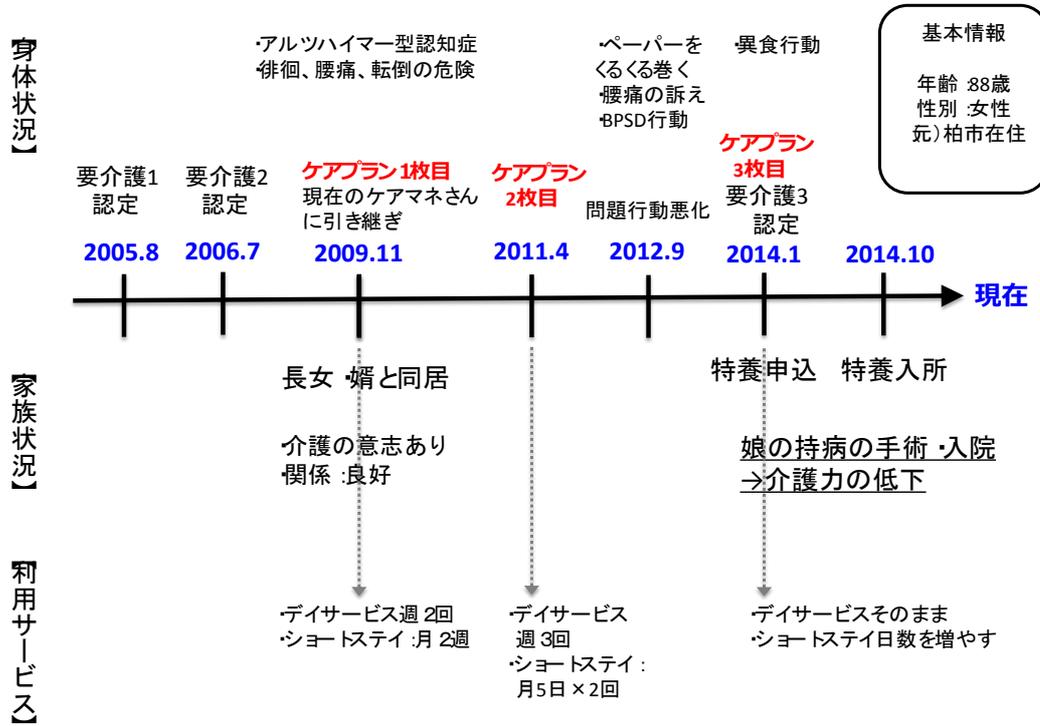
図表 3-10. ID7 年表



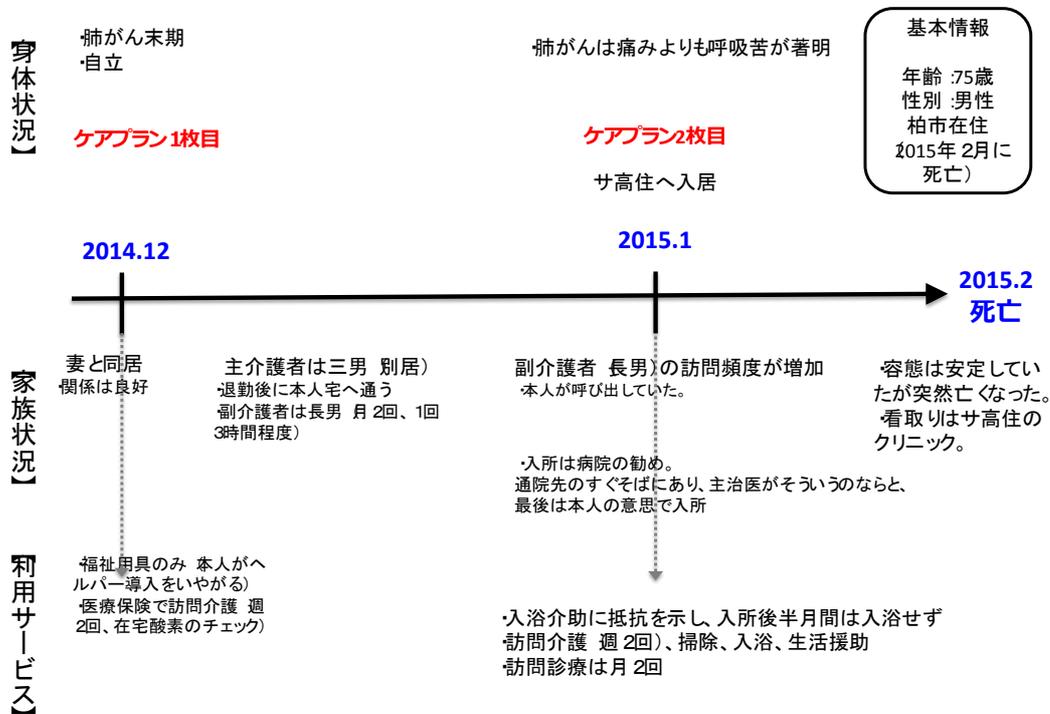
図表 3-11. ID8 年表



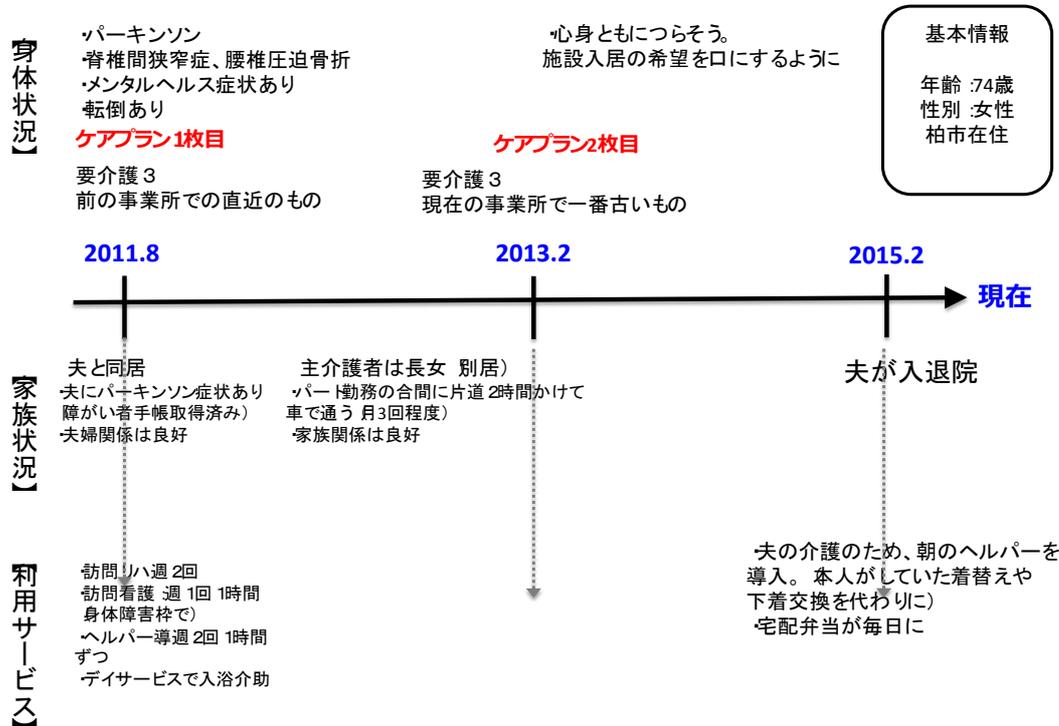
図表 3-12. ID9 年表



図表 3-13. ID10 年表



図表 3-14. ID11 年表



5. 分析結果

5.1 分析課題

今回の質的調査では、当初の計画では、要介護度2から3までの比較的に似ている要介護状態でありながら、在宅で暮らしている要介護高齢者と施設に入所した要介護者の対比による、施設入所への規定要因の特定を試みた。しかし、調査結果、同じ量のサンプルを取集できなかったため、施設移行群と在宅群での比較検討での詳細な要因の検討は行うことより、それぞれの事例をケアプランの経過という時系列データより分析することで、施設入所に至るまでのプロセスに注目することに分析方向を転換した。特に、決定的なイベントとして各種施設への入所を決めたきっかけに注目するとともに、その過程で介護・医療サービスの利用が在宅生活継続に役立つものとしてどう機能しているかを分析することで、在宅で暮らしたいと思う要介護者、そしてその要介護者を支えている家族介護者の現状とそれを阻む要因を明らかにすることを目的とした。本調査が介護支援専門員（以下、ケアマネジャー）を調査対象にした理由は前章で既にいくつか挙げられているが、前述の調査の目的と照らし合わせたとき、要介護者のニーズを把握し、適切なサービスの組み合わせを考える過程で要介護者と家族介護者双方と日常的に接しているケアマネジャーの通常業務が、在宅での生活を可能とするサービスの利用状態と、またそのサービスだけでは充足されない要介護者とその家族のニーズの変化をもっとも捉えているに加え、その内容を随時ケアプランに記載しているという面で、縦断的なプロセスに注目するに適している

と考えられた。そのため、この章の後半では、まずは要介護者の調査時の状況を要介護認定時からの変遷を含めて示し、その過程でサービス利用の組み合わせの変化からどのように施設に入所するようになるかの流れに沿って分析結果を記述する。

5.2 要介護者のサービス利用の現状と変遷

5.2.1. 調査時点での利用者の状況

調査時の分析対象者の要介護状態を引き起こす原因となる診断名、そしてその結果として日常生活に支障を与える身体・認知状況の程度を示す日常生活自立度、そして日常生活を支援し、要介護状態を改善させるために利用している介護・医療サービスの内容をまとめた結果が以下の【図表 3-15】である。

ID	要介護度	診断名	日常生活自立度		介護サービス(調査時)	医療サービス(調査時)
1	3→1→2	脳梗塞	A-2	I	デイサービス(週2) 訪問介護(月2)	通院(月2)
2	1→要支援2 →1→3	糖尿病 網膜症 高脂血症	B-2	Ⅱb	ショートステイ(月30日)	通院(月1)
3	2→3	脳梗塞	B-1	I	訪問介護(週5) デイケア・サービス(週3) 福祉用具貸与	通院(月1)
4	2→3	狭心症 高血圧 変形性膝関節症	B-1	I	デイサービス(週1) 訪問入浴(週1) 福祉用具貸与	訪問診療(月2)
5	2	糖尿病 狭心症	J-2	記載なし	訪問介護(週1) 訪問看護(週1) デイケア(週2) 福祉用具、手すり貸与	通院(月1)
6	2	橋本病 第一骨髄破裂骨折	A-2	I	訪問介護(週10時間) 福祉用具貸与 訪問診療・訪問薬剤	訪問診療(月1) 訪問薬剤(月1)
7	3	糖尿病 脳卒中 高血圧 悪性新生物	A-2	I	デイケア・サービス(週5) ショートステイ(月3) 福祉用具貸与	通院(月1) 訪問歯科(月2)
8	1→2	アルツハイマー型認知症	J-2	Ⅱa	デイサービス(週4) 福祉用具貸与	通院(月1回以上)
9	1→2→3	アルツハイマー型認知症	A-1	Ⅱb	(特養入所前) デイサービス(週3) ショートステイ(月10日)	(特養入所前) 通院(月1)
10 ※注1	2	肺がん	B-2	自立	(サ高住転居前) 訪問介護	訪問診療(月2)
11	3	パーキンソン病 脊柱管狭窄症 腰椎圧迫骨折	B-2	自立	デイサービス(週2) 訪問介護(週2) 訪問リハビリ(週2) 福祉用具貸与	通院(月2)

【図表 3-15】 要介護者の調査時の要介護状態と利用サービスの詳細¹

¹ ID11 は夫もともに要介護3の認定を受けているため、他の事例が個人ベースのサービス利用状況になっているに対し、世帯ベースで双方が利用しているサービスが網羅されている可能性がある。

まず、調査時に要介護者が居住していた場所としては、自宅が 9 名、特別養護老人ホームが 1 名、サービス付き高齢者向き住宅が 3 名であったが、ID2 は退院後、ショートステイを月 30 日利用していることから、在宅と分類されながらも特殊な事例であった。全体的な要介護状況に関しては、アルツハイマー性認知症によって認知機能に問題に抱えており、認知機能の日常生活自立度も低かった事例が ID8, 9 と、その他の要介護者に関しては、包含基準として要介護 2 または 3 を設定したことから、準寝たきりに該当し、外出の頻度が少ない A-2 より、日中の生活がベッド上で主に行われる寝たきり状態の B を中心に分布していた。ただ、これらの身体障害要介護者の場合も、ID10 と 11 を除くほとんどが認知機能にも多少支障を抱えていたことから、要介護状態が身体・認知機能両方で複合的に現れる可能性がある。

分析対象者が要介護認定を受けてから現在までの経過時間は最短で 4 ヶ月から最長で 115 ヶ月と偏差があるが、その間に要介護度の変化を示したのが約半数の 6 事例確認された。内訳としては ID3, 4, 8, 9 のように要介護度が段々上昇した事例があった反面、途中で要介護度の低下を見せた ID1, 2 の事例も存在した。要介護 2 から要介護 3 に上昇した事例としては、4 年 3 ヶ月後に加齢によって上昇した ID3、そして 3 年後に転倒による骨折によって上昇した ID4、3 年 6 ヶ月後に認知症が悪化した結果の ID9 があり、また ID8 も認定証の悪化による入院によって要介護 1 より 2 に上昇していた。一方で、ID1 は元々左上肢麻痺のために要介護 2 の認定を受けたが、その 4 ヶ月後麻痺の改善により要介護 1 に低下し、その 2 年後気力の低下などにより要介護 2 へと上昇した。また、要介護 1 より要支援に低下したため、一時的にサービス利用を打ち切ったあと、またその一年半後に転倒による大腿骨骨折をきっかけに要介護認定を受け、3 年 1 ヶ月後に尿路感染による入院などを経たことで、要介護 3 に更新された ID2 の事例もあった。これらの結果より、要介護者の状態は一度要介護認定を受けてから、変化の速度が緩やかなことが多いため、介護が長期化する傾向であることが示唆された。また、介護・医療サービスの利用内容などについては過去からの変化を踏まえて、次の節で詳しく述べる。

5.2.2. 利用目的からみるサービス利用の変遷

【図表 3-16】は、要介護認定を受けた当初から調査時に至るまでの、要介護者が利用していた介護サービスの変遷をまとめた図である。縦軸が個別事例別、横軸を時間軸として左より右に向かうにつれて、要介護認定時、またはケアマネジャーの引受時より調査時に近くなり、在宅で暮らしている要介護者は現時点、介護施設に入所した場合は入所時を終着点とした変遷を示した構成になっている。また²、それぞれの要介護者の要介護歴の年数にばらつきがあることから、現在に至るまでのケアプランの枚数の偏差を反映したつくりになっている。しかし、分岐点をケアプランの大きな変化があった時点と区切っていたこ

² ID10 は、2015 年 2 月に死去したため、死去直前の利用状況を現時点と替える。

とから、実際の年数と枚数が必ずしも比例していない点、そしてケアプラン一枚当たりにかかった期間も一定ではない点を留意し、それぞれのケアプラン一枚にかかった月数等の詳細は先述した個別事例の年表をご参照いただきたい。

ID	現在の 居住場所	認定(引受)時					調査時	
		ケアプラン枚数	1枚目	2枚目	3枚目	4枚目		5枚目
1	在宅	2	デイケア(週2) 訪問介護(月2) 福祉用具貸与 訪問マッサージ	福祉用具貸与 (ベッドのみ) *医療保険の 通院リハ	デイサービス 通院リハ	(サービス内容に変化なし)	デイサービス 業者変更 通院リハ	デイサービス(週2) 訪問介護(月2) 福祉用具(ベッドのみ) 通院リハ終了
2	在宅	2	訪問介護(月2)	要支援認定に よる一時中止	訪問介護(週1.5時 間)	訪問介護(週1.5時間) 訪問リハ(週1回)	訪問介護(週1 時間) デイケア(週1 回)	ショートステイ(月30日)
3	在宅	2	福祉用具貸与 住宅改修	デイケア(週 2) 福祉用具貸与	デイケア(週2回、宿 泊5日間) ショートステイ(月12 日) 福祉用具貸与	訪問介護(週3時間) デイケア(週3回) 福祉用具貸与	訪問介護(週 8時間) デイケア・デイ サービス(週3 回) 福祉用具貸与	訪問介護(週5) デイケア・サービス(週 3) 福祉用具貸与
4	在宅	2	福祉用具貸与	1年3ヶ月間 利用中止	デイサービス(週2 回)、福祉用具貸与	デイサービス(週1) 訪問入浴(週1) 福祉用具貸与		
5	在宅	2	訪問看護(週1時間) 訪問介護(週1時間)	訪問看護(週 1時間) 訪問介護(週 1時間) デイケア(週2 回) 福祉用具貸与	訪問介護(週1) 訪問看護(週1) デイケア(週2) 福祉用具、手すり貸 与			
6	在宅	2	訪問介護(週6時間) 福祉用具貸与	訪問介護(週 10時間) 福祉用具貸与	訪問介護(週10時 間) 福祉用具貸与 訪問診療・訪問薬剤			
7	在宅	2	デイケア(週2) 福祉用具貸与	デイケア・デイ サービス(週 4) 福祉用具貸与	デイケア・サービス (週5) ショートステイ(月3) 福祉用具貸与			
8	在宅	2	デイサービス(週1)	デイサービス (週3) 訪問介護(週 1時間)	デイサービス のみ	デイサービス (週4)	デイサービス (週4) 福祉用具貸与	
9	施設	2	デイサービス(週2) ショートステイ(月14 日)	デイサービス (週3) ショートステイ (月10日)	デイサービス(週3) ショートステイ(月10 日以上)	特別養護老人ホーム 入所		
10	サ高住	2	訪問介護	サ高住。週2 回の訪問介 護、掃除、入 浴介助等	訪問介護	サービス付き 高齢者向き住宅入所		
11	在宅	2	訪問リハビリ(週2回) 訪問看護(週1時間) ヘルパー(週2回)デ イサービス(不明) 福祉用具貸与	デイサービス 週2回2015年 2月に入院し た夫が退院し た後、左記の 他に朝にヘル パーを導入。 弁当サービス も開始。	デイサービス(週2) 訪問介護(週2) 訪問リハビリ(週2) 福祉用具貸与			

【図表 3-16】介護サービス利用の変化

5.2.2.1, 生活支援とその以外以外の訪問介護

【図表 3-16】の内容から調査時に訪問介護サービスを利用していたのは、ID 番号 1, 3, 5, 6, 10, 11 の 6 名であった。しかし、それぞれが訪問介護を利用する目的は多岐にわたり、例えば、よくある生活支援の目的で導入していた事例もあれば、通院介助のために通院ペースにあわせて、月二回のみ利用していた ID1 や ID2 のようなケースもあった。また

ID6 は、最初はケアマネジャーさんが通所リハビリテーションをずっと推薦、サービス利用が初めてという不安から、リハビリテーションの目的で週10時間訪問介護を利用していたが、その後ポータブルトイレを利用するようになり、その処理をしてもらえるようにヘルパーさんの回数増やしていた。一方で、夫婦がともに要介護認定を受けていた ID11 の場合は、自らしていた夫の着替えや下着交換をやるために朝に訪問介護を頼むなど、老老介護の助力者としての役割も果たしていた。これらの事例は介護保険の訪問介護サービスを利用していた事例だが、ID10 は、サービス付き高齢者住宅に入所する前に医療保険の訪問介護を利用し、週2回在宅酸素のチェックや、掃除、入浴、生活援助などをお願いしていた。

前述のように利用者の状況に様々な目的で用いられていた訪問介護だが、物盗られ妄想などアルツハイマー型認知症の病状によって、その利用が難しくなった ID8 のような事例もあった。ID8 は簡単な調理も難しくなっていたため、ヘルパーさんを週1回1時間派遣し、一緒に掃除と料理をしていたが、およそ半年でトラブルになり、訪問介護の利用を中止せざるを得なくなった。

5.2.2.2 デイケア・デイサービスの利用目的と現状

調査時にデイケア、またはデイサービスを利用していたのは、ID 番号 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11 と、ショートステイに一ヶ月中ずっと滞在していた 2 と、サービス付き高齢者向け住宅に居住していた 10 を除けば、実質的に在宅で暮らしている要介護者のなかでデイケア・デイサービスを利用していなかったのは ID6 のみと、非常に利用率が高いサービスであった。

デイケア・デイサービスを利用する目的は、主には(1)リハビリテーションや、(2)他の高齢者とのコミュニケーションやレクリエーションなどが挙げられた。リハビリテーションのためにデイケア・サービスを積極的に利用していた事例として ID7 の内容を以下にて詳しく記述する。ID7 は 2013 年 5 月に脳卒中を患い、身体の右方が麻痺したため、同年 10 月に要介護 3 の認定を受けた。本人と配偶者のみの世帯であり、その妻が主介護者であったが、リハビリテーションに積極的な意志を見せていたため、通所の頻度を週 2 回から 4 回、調査時には週 5 回にまで追加していった様子が上記の【図表 3-16】から確認できる。最初その結果、本来はデイケア事業所で入浴もしていたのが、週 4 回自宅で入浴できるようになるほど様態が改善されていた。一方で、ID1 は、麻雀やカラオケ、パソコンなどの趣味活動をしたいとの要望を受けたケアマネジャーさんが、外出目的としてデイサービスの利用を開始させていた。

しかし、要介護者たちがデイサービスで活用していた最大の目的は、(3)入浴サービスである。具体的には、要介護認定当初は週二回入浴をしていた ID1、そして、週 1 回で入浴をしていた ID2、週 2 回入浴していた ID7 や 11、お風呂はすべてデイサービス先で入っていた ID9 の事例が確認された。主には、身体自立度に問題がある場合によくデイケア・デイ

サービス先で入浴を済ませていたケースが多く、成人の入浴介助が自宅で家族介護者によって行われることの難しさが示唆された。

このような入浴手段としてのデイサービスの活用状況とは対照的に、訪問入浴を利用していたのは ID4 のみであった。考えられる要因としては、デイケア・サービスを頼むことで、入浴だけではなく、そのほかに挙げられたリハビリテーション、他の高齢者とのコミュニケーション、家族介護者の自由時間の確保などのメリットを同時に得られるために、訪問入浴サービス単独だけよりも好まれている可能性がある。その一方で、入浴や着替え行為自体が介護者に身体的負担を与える危険性があるにも関わらず、非常にプライベートな身体接触を伴うものであるため、外部のサービスを取り入れることに対して本人が拒否感を示す ID10 の事例などから、要介護者の入浴介助をめぐる介入の難しさが示唆された。

その他にデイケア・サービスを利用していた事例として、認知症からの物盗られ妄想などの病状により訪問介護による自宅での生活支援が厳しく、(4)生活支援の一環として利用していた ID8 の事例があった。とくに、夏場には温度の調整ができないため脱水症状などの恐れがあったため、生活援助の代替案としてデイサービスを最初の週一回から四回までに増やし、同じく要介護者である夫が先に利用していたデイサービス先に一緒に通っていた。このように同じ種類のサービスであれ、要介護者が利用する目的は多岐に渡るため、その通常の目的のみならず、各要介護者が各サービスを実際に活用する実態を把握する必要であると考えられる。

5.2.2.3. 在宅生活の継続のためのショートステイ

短期入所生活介護（ショートステイ）は介護保険法第八条によれば、他の訪問系サービスとともに「居宅サービス」の一種として分類され、“居宅要介護者について、老人福祉法第五条の二第四項の厚生労働省令で定める施設又は同法第二十条の三に規定する老人短期入所施設に短期間入所させ、当該施設において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うこと”³を指す。今回の調査で調査時にショートステイを利用していた事例は ID2、ID7 があり、特別養護老人ホームに入所していた ID9 は入所直前にショートステイを利用していた。ショートステイは要介護者本人のためのサービスであると同時に、家族介護者が介護疲れなどの介護に困難な場合に使うサービスとしても周知されており、今回の調査でも主介護者である妻が片麻痺を患う夫の送迎などの身体介助により変形性膝関節症を患ったため、その(1)家族介護者の負担の軽減のために月3回使われていた ID7 の事例が挙げられた。ID7 は、奥さんが膝を痛めたこと以外にも、介護によって自分の時間が取れないということで、夫と話し合いをした結果、毎月2泊3日のショートステイを利用することになったという。また、調査時以前にショートステイを利用した経験がある ID3 の場合は、主介護者であった夫の体調が悪化した時期と重なって、別居していた長女が主介護者となり訪問頻度を増やすまでにショートステイを月12日利用し

³ 介護保険法第八条の9。

ていた。この二つの事例の共通点として家族の介護力の低下が、直接にショートステイの利用につながったということである。ただ、これらの事例はあくまでも主介護者の不在を一時的に補完する、または家族介護者の息抜きになることで、結果的には在宅での生活を継続させるものとして機能していた。

しかし、それ以外にここで注目したいのは、尿路感染による入院によって身体機能が低下し、在宅生活への自信を無くした要介護者が帰宅を目指し、(2)一時的に在宅生活への不安を落ち着かせるための場所として活用していた ID2 の事例や、認知症の悪化によって特別養護老人ホームに入所する前に、(3)施設入所に向けて自宅以外での場所への適応を試みる場所として、ショートステイを利用していた ID9 の事例から、ショートステイが在宅と施設入所の間段階としての位置づけを再確認したことである。ID2 は、当分はショートステイ先で入所して様子をみながら、ゆくゆくは自宅に戻り、入院前に利用していた訪問介護とデイケアの利用を再開させる計画をケアマネジャーと立てていた。つまり、この場面は、自宅に戻るか、または施設に入所するかの決断を迫られている瀬戸際であり、在宅継続が困難になっていることを示すシグナルないしマーカー（指標）だと考えることができる。したがって、在宅継続要因の調査や介入のポイントとして、ID2 と ID9 のような自宅での生活に不安を抱えているショートステイの利用者にアプローチすることが重要である。

5.2.2.4. 医療サービスの利用現状

要介護認定のためには何らかの医師による診断を受けることが前提となっており、今回の調査結果からももれなくすべての要介護者が通院や訪問診療、入院などの医療サービスを利用していたことから、医療サービスは在宅での生活の様子を把握するうえで外せないものであると考えられた。まずは、退院がきっかけで要介護認定を受けたケースが ID1（脳梗塞）、2（狭心症）、6（転倒）、7（脳卒中）、10（肺がん）など多数存在していたことから、入院時からの切れ目ない退院支援が大事であることが示唆された。ほぼすべての要介護者が医療サービスを利用していたにもかかわらず、そのほとんどが通院であり、訪問診療を利用していたのは ID4 と 6、10 の三名のみであった。ID-6 は退院後、通院の体力が心配という医師のすすめによって、訪問診療・薬剤の両方取り入れることになったことから、在宅医療は通院という移動のリスクを抱えている要介護者に有効なサービスであると考えられていたが、実際にはまだその普及が遅れていた様子が、外出に介助を必要としながらも通院していた前述の ID1 や ID2 のケースなどから伺えた。

5.3 施設入所への決定打：事例の紹介と分析

5.3.1 事例1：認知症の周辺症状の悪化と家族の介護力の低下

今回の調査で介護施設に入所していたのは、特別養護老人ホームに入所していた ID9 と、サービス付き高齢者向き住宅で亡くなった ID10 の二名であった。その二事例の詳細を以下

にて示す。ID9の要介護者は、2014年1月に要介護3認定を受けてすぐ特別養護老人ホームに入所申込をし、10月に入所した。最初に要介護認定を受けたのが2005年8月と在宅での生活が非常に長いケースである。元々アルツハイマー型認知症を患っており、いろいろな物を移動させてしまい、縁側が物であふれる、洗剤を間違えて飲むなどの問題行動をみせていたのが、病状が長引いたことによって、徘徊やペーパーをくるくる巻く、異食行動などBPSD行動が強くなったことによって、在宅介護に関する不安が増えたとの家族の訴えがあったことがケアマネジャーから言及された。さらに、主介護者であった娘さんが体調を崩し、持病の手術・入院を受けることになったのが複合的に作用し、要介護3認定を受けて入所の申請をし、実際の入所に至った。

5.3.2 事例2：身体症状の悪化

一方で、ID10は末期の肺がんを患っていたのが、調査直前の2015年2月に亡くなった事例である。もともと通院治療中であつたが、2014年末に急激に症状が悪化したことで入院することになった。その際に入院先の医師よりサービス付き高齢者住宅への入所を薦められ、最初は本人も渋々であつたが、了承して、退院後に要介護認定を受けて、すぐにケアプランを作って2015年1月中旬にサービス付き高齢者住宅に引っ越した。転居直後の2015年1月後半は訪問系のサービスは導入していなかったが、適応した後は訪問介護や訪問診療も導入した矢先に突然息を引き取ったという。特別にサービス付き高齢者住宅が薦められた理由は明らかになってないが、もともと肺がんによる呼吸苦等の症状が強かったため、自宅での対応が困難な事例だったために医療サービスが身近で利用できるサービス付き高齢者住宅が推薦された可能性がある。

5.3.3 要介護者の終の住処：在宅か施設か

今回、施設に入所していたのは2ケースのみであつたが、現在、介護施設への入所を念頭に入れて、話し合いをしている事例も、施設入所予備群として注目する必要がある。ID1は、いわゆる老老介護の事例であり、加齢にともなって主介護者である配偶者の疲労が出てきたことによって、自分が倒れた際のことに関する本人の不安の声があつたことによって、色々な情報を提供しているが、まだ具体的な話を進めてはいないという。また、ID11は、本人も要介護者でありながら、同じ要介護状態である夫の介護もしていたことから、ここ数ヶ月は心身ともに大変で「そろそろ施設に入りたい」との要望が聞かれるようになったという。首都圏の他県に在住している長女は施設入所に前向きであり、すでに要介護認定時から夫婦ともに自分の地域の特別養護老人ホームに申込みを済ませていた。さらに、ID6も熱・転倒など本人の健康状態に関する心配から、サービス付き高齢者住宅への転居を視野に入れて話していた事例であつたが、ケアマネジャーさんがサービス付き高齢者住宅を勧めている理由としては、健康状態に柔軟に対応できて、認知症がないためにある程度自由度がある場所が適切であると考えたためであるという。これらの事例からも、(1)本人

の症状の変化、(2)家族の介護力の低下、という二つの要因が、施設入所に直結していることが示唆される。要介護状態が長期化することによって、これらの要因が生じるリスクが高くなることは必然だが、その過程で各介護・医療サービスはあくまでも家族介護の捕捉的なものに過ぎないうえに、日常的に介護が提供される施設がより好まれるために、介護サービスの利用量を増やして在宅で暮らし続けるよりは、施設への入所を検討するようになっていた。

5.4 まとめ：意義と限界

本調査では、要介護者が介護施設に入所するまでのプロセスを、ケアプランの変化から読み取るという手法をとっているが、その結果、要介護者本人のみならず、家族介護者からなる介護力の状況と介護・医療サービス利用までの要因に関して複合的に把握することができた。また、その手法は本文のなかでも提示した年表などの形式にまとめて「みえる化」することで、要介護状態の長期化によってより複雑になる要介護者の状況を縦断的に把握しやすくすることで、その結果を調査にご協力頂いた現場に還元しやすいという利点がある。しかしながら、担当ケアマネジャーが変わる際にケアプランが引き継がれず、時系列でのデータを取ることができなかった事例があったことは、ケアマネジャーを対象にした調査方法の限界であった。

ただし、前述のとおり、最終的に収集したサンプルに在宅群と施設移行群にばらつきがあったことから、今後更なる調査を通じて、当初計画していた双方の対比によって、本調査で得られた知見を再検討する必要がある。また、すべての対象者が基礎・厚生・共済年金のうちのどれか、または複数の年金を受給しており、経済的に不安のない事例のみだったことから、前章で言及された経済状況に関する検討ができなかったことも、生活保護受給者などの低所得層までも調査対象を広げる工夫が今後、求められる。

しかしながら、本調査を通じて、ショートステイが家族介護者の負担を軽減させることで、在宅生活の継続のための有効な手段であると同時に、在宅生活に困難を示している施設入所予備群も一定数、存在すると考えられたことから、ショートステイの利用者に注目した後続研究の可能性が示唆された。とくに、現在は連続30日を超えてはいけないという利用基準があるが、その基準は超えないが限界に近く使っていたなど施設に近く長期的に利用していた場合に焦点を当て、ショートステイへの滞在日数にもとづいた仮説を立て、新しい調査を実施することも考えられる。また、本人の要介護状態の悪化のなかでも、認知症の悪化に注目し、認知症の進行の各段階における病状の詳細や施設入所の確率を調べることで、どのような支援が求められるかに関する、より詳しい研究が今後の課題である。

4章 本研究のまとめと今後の展望

長谷田 真帆（東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻 博士課程）

安藤 絵美子（東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 博士課程）

福井 康貴（東京大学高齢社会総合研究機構 特任助教）

本研究は、千葉県柏市をフィールドとして、住民基本台帳とリンケージさせた介護保険給付データを用いた量的研究と柏市のケアマネジャーを対象とした質問紙およびインタビュー調査による質的研究を合わせた混合研究法により、要介護状態にある高齢者の住まいの決定要因をさぐるものである。以下で各調査の結果を概観しその要点を整理するとともに本研究の限界も考慮した上で今後の研究上の展望を述べる。

1. 「在宅療養/施設居住に働く世帯構成と経済状況の影響」研究での成果

ここでは、千葉県柏市の2013年の介護給付事業報告と住民基本台帳を接合したデータ（以下、レセプトデータ）の統計解析によって、介護施設への入居および施設類型の選択に、家族関係と経済状況がどのような影響を与えるかを検討した。

この研究の目的変数は2つある。1つは施設入居か在宅療養かの2値の変数であり、「特別養護老人ホーム（特養）」「老人保健施設（老健）」「特定施設入居者生活介護（特定施設）」「療養施設サービス」「地域密着老人福祉施設」のいずれかを受けている場合、「施設入居」とみなし、それ以外の場合は「在宅療養」とみなしている。もう1つは、施設類型の選択に関わる変数であり、「在宅療養」、「特養」、「老健」、「特定施設」の4つのカテゴリをもつ変数である。

独立変数については、家族関係は家族人数により、経済状況は介護保険料賦課段階により操作化しており、年齢、性別といった基本属性のほか、要介護度、障害自立度、認知症自立度が統制されている。要介護高齢者の施設選択について、施設の選択（第1段階）と施設類型の選択（第2段階）という二段階の選択モデルを設定し、介護施設が課す制約条件も考慮した仮説を立てて検証している。分析には二項ロジスティック回帰分析と多項ロジスティック回帰分析が使用されている。

分析の結果、単身者であることは特養居住となる可能性を高め、介護保険料賦課段階が第2もしくは第3段階（低所得）である場合は特養入居を、第8～16段階（高所得）である場合には特定施設への入居を高める可能性が示唆された。世帯人数については、2人以上であれば世帯の人数が増加しても施設入居の確率は違いが確認できなかった。経済状況についても、介護保険料賦課段階第1（生活保護受給）の場合には、施設入所により生活保護打ち切りを懸念して本人もしくはその家族が自宅での療養を選択した結果、生活保護受給の場合には、むしろ在宅生活を継続する確率を高めている可能性も考えられる。また、比較的高所得の世帯でも、現在の介護保険サービスのもとでは、経済状況は在宅療養の継続を促進するというよりは、入居施設の種類を規定する要因として機能している可能性が示唆された。

ただし、本章の分析にはデータに由来する限界がある。第一に、データがあくまで1時点の状況のみを調査したものであり、因果関係が特定できない。例えば、施設への転居に伴い住民票を移した結果、

単身となっている可能性もある。また、介護保険サービスと独立した施設居住者がサンプルに含まれておらず、結果を過小評価している可能性がある。また、住民基本台帳とレセプトデータをベースにしているため世帯の構成を詳細に把握することができず、その内容を解析に反映させることができなかった。介護保険料賦課段階はあくまで対象者本人の経済状況を反映しているにすぎず、世帯の経済状況を窺い知ることはできなかった。今後は同居家族の収入状況も含めた家計状況を解析に反映させることが必要である。

本章の意義としては、柏市のレセプトデータを解析することによって、家族関係と経済状況が施設類型の選択に無視できない影響を与えていることを、実証的に明らかにしたことである。ここで明らかになった知見は、行政や介護の現場にとって周知の事実である可能性もあるが、昨今、科学的根拠に基づく政策が重視される傾向にある中で、データ解析により現場の感覚が裏付けられたとすれば、1つの重要な貢献であると考えられる。

2. 家族と介護の経歴にかんする実態調査-家族関係要因に着目して-

本研究の目的は、在宅介護を受けている高齢者（以下、在宅群）と施設介護を受けている高齢者（以下、施設群）を対象として、要介護認定を受けた時点から調査時点までの期間について、介護サービスと家族関係、経済状況を時系列に把握することによって、在宅介護の継続を困難にする要因の一端を明らかにすることにあつた。

このような目的を設定した背景には、国内の調査において経年的変化を観察した研究に乏しく、関連しているとされる要因と結果の因果関係の同定が求められていることが挙げられる。同時に、前章にあるように、公的データでは収集できない本人・家族の微細な変化を詳細に把握し、アウトカムとの関連を検討する必要が挙げられる。

また、現在、介護保険法改正に伴う、介護予防・日常生活支援総合事業により、従来、介護保険の対象であった要支援 1、2 の一部は、民間企業や NPO も含む、多様な主体による生活支援・介護予防として位置づけられるようになっている(厚生労働省, 2015a)。このような多様な主体による高齢者の生活支援・介護予防に向けた取り組みにとっては、当該高齢者の 1 時点の介護サービス情報だけではなく、家族関係や社会関係もふくむさまざまな資源の有無を縦断的に「見える化」し、把握・共有することが重要になってくるとも考えられる。

以上の目的および問題意識にもとづき、2015 年 2～3 月にかけて、下記の調査をおこなった。柏市介護支援員協議会の協力を得て、協議会に所属するケアマネジャーに、ケアプランを提供している要介護高齢者に関する調査を実施した。ケアマネジャーへ調査票（「家族と介護の経歴にかんする実態調査」）を郵送により配布し、選定基準に合致する要介護高齢者について、ケアプランの情報にもとづいて調査票への記入を依頼した。調査票は、利用者のケアプランの枚数に合わせて複数の質問紙を用意し、ケアプランの変更ごとに、家族関係等の変化の有無も把握できるようにデザインした。その後、調査員が事業所等へ訪問し、調査票等にもとづいた半構造化面接を行った。

当初の目論見は、年齢層や家族構成を統制したうえで、在宅群と施設群の系統的な比較をおこなうことであったが、事例数が 10 にとどまり、在宅群と施設群の事例数もアンバランスであったため（在宅

群 8、施設群 2)、両者の厳密な比較は諦めざるをえなかった。

そこで本研究では、利用サービスのうち、デイケア・デイサービス、施設入所生活介護（ショートステイ）、医療サービスについて、在宅介護の継続要因という観点にとって示唆を与える事実を、事例から可能な限り析出しようと試みた。この箇所注目すべき点は 2 つある。1 点目は方法論上のものであり、図表 2 のように、利用サービスの変化を「見える化」する課題に着手していることである。2 点目は、施設入所生活介護（ショートステイ）の利用を、在宅継続が困難になっていることの指標（マーカー）として位置づけ、在宅介護の継続を困難にする状況の調査および介入のポイントとして捉える視点を提出していることである。

つぎに、施設入所した事例（認知症とガン末期患者）について、介護歴の年表を挙げて分析を行っている。ここでの注目すべき成果は、調査票調査およびフォローアップの面接調査の情報を活用し、要介護高齢者の「身体状況」、「家族状況」、「利用サービス」の変遷を、一枚の「年表」形式へと「見える化」していることである。高齢者の在宅介護の時系列変化については、文字情報をベースとしたケーススタディの試みはあるが(藤崎, 1998)、このような年表形式のフォーマットは類例のない試みではないかと考えられる。要介護高齢者の情報を一覧することが可能な形で集約し、他の事例との比較を容易にするツールの開発に挑戦している点で、ここでの試みは、介護の現場や先行研究にたいする大きな貢献の 1 つであると思われる。現時点では荒削りであるが、この手法をより利用しやすいツールに洗練していくことには、大きな可能性があると考えられる。

他方、このようなツールの前提となる、高齢者に関する情報面の整備について、調査の過程で気付かされたのは、情報の分散や分断である。家族状況については住民基本台帳である程度把握でき、介護サービスについては介護レセプトで把握できるが、両者は通常は接合された状態にはない。在宅介護の継続という観点で分析するには、「複数年の」住民基本台帳情報と介護レセプト情報を「接合」する必要があるが、このようなデータベースを構築し、研究者が利用・分析するのは困難である。また、本章の分析のベースになっているのはケアプランであるが、そもそもケアプランに家族関係を記入する必然性はなく、介護サービスの提供に家族介護者が関わっている限りにおいて、ケアマネジャーの判断で書き込まれるにすぎない。在宅介護にとって家族の介護との関わりは無視できないと考えられるが、そのような情報は場合によっては欠落しているのである。なお、施設群の事例が少ない理由の 1 つとしては、施設入居者については、入居前のケアプランが引き継がれないため、過去の情報を入手することが困難だったことがある。これも情報の欠落という点では関連している。

また本研究における、手法上の課題を 3 点挙げる。まず、ケアマネジャー、特に市の介護支援専門員協議会で役職についている者のみにインタビューを行ったことで、本人や家族の意向や潜在的な意識を十分に反映させたデータを得られなかったり、バイアスのかかったデータのみを収集していたりといった可能性が挙げられる。インタビューの対象者を家族や本人、他の事業者などへ拡大し、多面的な視点を反映できるような工夫も今後検討されるべきである。二つ目に、年表形式にまとめる際に恣意的にデータの取舍選択が行われていないかどうか、質的研究の知識を持つ専門家から客観的に評価を頂くことが望ましい。三つ目に、年表から生成されたライフイベントのカテゴリなどについては、それが一連の経過の流れとして了解可能なものであるかどうか、研究対象者からのフィードバックを受け、確認す

る必要がある。このようなステップを踏み、さらに研究の信用性を上げることが求められる。

以上のように、量的研究同様限界はあるものの、本研究により在宅療養継続か施設移住かを決定する要因として、「本人の身体症状/認知症周辺症状の悪化」「家族の介護力の低下」が挙げられた。本研究で得られた 10 サンプルのうち、2 サンプルが、本人の身体症状のコントロールを目的とした施設入居、認知症による BPSD 行動増悪により、施設入居に至っている。後者は、さらに主介護者が持病治療のために介護ができなくなることが複合的に作用していた。同様の事情はありながらも在宅療養継続となったケースから、ショートステイの利用が家族介護者の負担を軽減させ、在宅療養継続へと至る作用を持つ可能性が示唆された。今後は対象者のサンプリング方法を再度検討し、得られたデータをより詳細に分析することにより、本人や家族の状態の変化、介護サービスの影響をより綿密に観察できる研究が期待される。

3. 総括

ここでは、先行研究と比較して本研究による新たな知見と意義について述べる。

東京大学高齢社会総合研究機構では 2013 年度に、要介護状態にある高齢者が自宅で居住継続可能な要因を把握するために、特別養護老人ホームの待機者と入所者を対象とした横断調査「要介護高齢者の居住における課題解決に向けた検討」を実施した(東京大学高齢社会総合研究機構, 2014)。その報告では、特に低所得者に施設サービス・居住系サービスの利用者が多いといった分析結果であった。しかし、本研究で同じデータを用いて、世帯人数を分けて検討し、さらに性別・年齢・障害自立度・認知症自立度などを調整した多変量解析を行ってみると、確かに独居の場合では(生活保護を受給している場合を除き)低所得者ほど施設(特に特養)の入所確率が高くなる傾向にあったが、二人以上の世帯では、施設サービスの利用確率に所得による有意な差はみられない、といった結果が得られた。したがって、以前の研究では、世帯人数の違いを考慮しないで検討した結果、「低所得ほど施設入所につながりやすい」という結果が導かれていたが、本研究からは「同居家族の有無によって、同じ所得層でも在宅療養を継続できる確率が異なる」という新たな知見が得られた。今後は第 2 章 5.3 節に述べられている通り、さらに詳細な家族構成やその関係性(サポート状況など)についても考慮した分析を行えるようになることが望ましい。

また、在宅療養を継続できる要因について、担当ケアマネジャーに対して、利用者についてのアンケート・ヒアリング調査を行った類似の研究として、医療経済研究機構による「大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究」(医療経済研究機構, 2012)が挙げられる。この調査では施設入所に移行する要因として、介護保険・医療サービス、見守りなどの社会資源の利用が低い傾向である一方、家族介護者による支援の割合が高い傾向にあることが示されていたが、どのような経過を経て調査回答時点の状況になったか、といったことは明らかにできていない、といった課題があった。本研究では、介護必要度が中等度の者に対する施設入所前後の状況を、さらに詳細かつ一連の流れで把握するために、年表形式を用いて「本人」「家族」「介護度」の変化を捉え、時点縦断的に検討した。その結果、単身世帯あるいは高齢者二人暮らし世帯において、本人の身体状況、認知症周辺症状の変化、家族の介護力の低下が在宅から施設入居へと至る可能性を高めるものの、介護サービスなかでもショートステイの利用

が主介護者の負担を減らし、在宅生活を延伸させる可能性が示唆された。

このような形で、個人の経過を年表形式で記す試みは、研究の枠組みに捉われることなく、医療や介護の現場でも応用できる可能性がある。現在、介護保険法改正に伴う介護予防・日常生活支援総合事業により、介護保険の対象であった要支援 1、2 の一部は介護保険から外れ、より生活支援・社会参加と融合した、地域住民主体の介護予防への転換が推進されている。一方で、要介護 1 以上は従来の制度が引き継がれるため、要支援から要介護へと移行する段階で、また本調査で経験されたように、施設入所や居宅介護支援事業所の交代、また入退院によって情報が途切れ、本人の辿ってきた経過が十分に引き継がれないことが危惧される。本調査で用いた年表形式で身体状況に加えて社会関係や家族関係も含めて記載し、基本情報として、ケアマネジャーや新たに創設される生活支援コーディネーターが情報提供の際に利用できるツールとして発展させられることができれば、介護予防の場でも、またいざ要介護状態となった時にも有用であると考えられる。また介護施設や在宅で、コミュニケーションが困難とされていたような利用者に対して、民俗学の手法を用いて個人のライフ・ヒストリーを丁寧に聞き取って書き残す行為が、本人の意志疎通能力や認知機能を改善させたり、家族にとっての癒しになったりといった事例の報告があり(六車, 2012)、経過を振り返ること自体が、本人・家族の「より本人らしい暮らし」の支援やケアの手段となるとも考えられる。但し、どの範囲まで情報を含めるべきかについての指針や(個人のプライバシーとの兼ね合い)、年表作成やライフ・ヒストリーの把握が日常業務を圧迫しないようなシステムの整備などが行われなければ、広く実用化されることは困難であると予想される。

4. 今後の展望

今後の研究の方向性として、大きく三つを挙げることができる。

一点目は、地域特性の検討である。今回の量的分析部分では、個人の特性に着目した多変量解析を行ったが、これまで示されている高齢者の移住モデルや先行研究では、地域の特性も居住場所の選択に影響を与えるとされている。多様な介護保険サービスの利用状況が地域の特性と関連しているのかについての日本における実証研究はまだ少ないことから、地域差そのものについての分析や、地域要因も考慮した分析を行うことには意義があると考えられる。

二点目は、認知症に着目した分析を行うことである。高齢化に伴い、認知症患者の数は増加の一途を辿っており、今後も増加することが見込まれている(厚生労働省, 2012)。認知症を発症した場合、本人の苦痛はもちろんのことであるが、家族の苦悩や介護負担も著しく、厚生労働省は認知症施策の推進戦略を立てている(厚生労働省, 2015b)。量的分析の結果から、認知症の重症度は、施設入所の確率に対して要介護度そのものとはほぼ同等の影響があることが示唆された。また質的調査から、施設入所となる大きな契機として、認知症の進行を挙げる事例が複数存在していた。これらのことから、認知症であっても、家族に過度の負担を強いることなく、望む場所での生活を継続できる要因を探る必要性がある。このため、認知症に焦点を当てて研究を進めることは喫緊の課題であると考えられる。

三点目は、本研究の当初の目的であった、時間縦断的な分析を深めることである。介護認定を受ける前に発生したライフイベントや家族構成、社会関係などに関する個人の調査データと、介護保険給付データの結合が今後可能になれば、介護度の変遷や利用サービスなどについて、時間経過を考慮した解析

を行うことができるようになり、質的調査で得られた仮説を検証することが可能となり、あるライフイベントを経験し、その後要介護状態となった個人が、どのような環境（社会的サポート）やサービスを受けることによって、その後の生活場所がどのように変わるのか、といったことを明らかにすることができ、希望する療養場所での生活を継続できるようなサポートやサービス提供への示唆を得ることができる。今後はそのような解析が可能となるようなデータの整備が待たれる。

謝辞

本研究は、千葉県柏市より東京大学高齢社会総合研究機構に提供された介護保険レセプトデータと、柏市介護支援専門員協議会の協力により実現した。一般の研究者にはレセプトデータへのアクセスは困難である。ケアマネジャーの皆さんには、大変ご多用の中、該当する利用者を選定してもらいケアプランをご準備いただき、少なくない調査項目に回答していただいた上、ときに2時間を超過するインタビューに快くご協力いただいた。このような協力体制あって初めて本研究は実現した。また本調査は、博士課程教育リーディングプログラム「活力ある超高齢社会を共創するグローバル・リーダー養成プログラム」の一環として、同プログラムの支援を受けて実施した。調査チーム一同心から御礼を申し上げる。

参考文献

医療経済研究機構. (2012). 大都市圏における要介護高齢者の在宅継続に関する研究報告書. 医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構.

厚生労働省. (2012). 認知症高齢者数について.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iau1.html>

厚生労働省. (2015a). 介護予防・日常生活支援総合事業.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000074126.html>

厚生労働省. (2015b). 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～.

http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaisakusuishinshitsu/02_1.pdf

東京大学高齢社会総合研究機構. (2014). 要介護高齢者の居住に関する課題解決に向けた検討報告書.

藤崎宏子. (1998). 高齢者・家族・社会的ネットワーク（現代家族問題シリーズ）. 培風館.

六車由美. (2012). 驚きの介護民俗学. 医学書院.