

# 地域保健システムの評価と課題

～円滑な介護保険法をめざすための高齢者の生活支援を考える～

中尾理恵子<sup>1)</sup>・岩木 宏子<sup>1)</sup>・吉谷須磨子<sup>1)</sup>・佐竹 啓子<sup>2)</sup>

**要旨** 介護保険法のスタートまでわずかとなった。介護保険法の施行により、要介護者の生活の質(QOL)が向上するのかを検討した。日本訪問看護振興財団方式のアセスメントを使用してアセスメント・ケアプランの作成を行なった。その結果、財団方式によるアセスメントとケアプラン作成は要介護者の生活を向上させるのに有効だとわかった。しかし、介護保険法のサービス以外のニーズ対応や、家族介護力の問題、心理精神面への援助、経済的負担の増加などいくつかの課題が明らかになった。

長崎大医療技短大紀 13: 47-52, 1999

**Key words** : 高齢者, 在宅介護, QOL, アセスメント, 公的サービス

## I. はじめに

現在の長崎県の高齢化率(65歳以上人口)は、19.0%(平成9年度, 長崎県)であり、2000(平成12)年には、20.1%になると推測されている。その中でも、75歳以上の後期高齢者は、全体の8.4%を占める高率になっている<sup>1)</sup>。これは、全国平均よりも高く、かなり速いスピードで高齢化が進んでいることを表わしている。

このような状況下で2000(平成12)年4月から介護保険法がスタートする。長崎市でも、すでに平成11年9月から介護認定が開始されている。長崎市の地理的な特性として斜面地が多く、要介護者の外出が困難であり、また介護者にとっても負担が大きいということが考えられる。

高齢者保健の目的は“健康で人間として尊厳を保つことができ、生きがいのある自立した生活を送ることができる。”<sup>3)</sup>とされている。介護保険法の施行下で高齢者の生活の質(QOL)が高められるのかという点では、多くの課題が明らかになっている。野川らは<sup>3)</sup>「一種類のサービスで援助できることは限られている。複合的なサービス利用によって多面的な生活ニーズに対応していくことが必要である」と言っている。そこで、本研究では、病院附属の訪問看護ステーションの看護サービスを受けている10事例の在宅支援の現状を調査分析し、複合サービスのあり方を明らかにしたいと考えた。そのため、現状のサービスと介護保険法施行後とを比較し、課題を見出すことにした。本研究で使用する概念を下記のように規定した。

ここで使用するサービスとは、フォーマルなサービスに限定し、介護サービス(ショートステイ, デイサービス, 入浴サービス, ホームヘルパー), 看護サービス(保健婦による訪問指導, 市町村看護婦や病院看護婦の

訪問看護, 訪問看護ステーションの訪問看護), おむつ支給などの物的サービス, 総合相談窓口での相談など, 保健・医療・福祉の分野で行うサービスを一括した。身体障害者手帳の交付, 寝たきり手当及び介護手当の支給は除いた。

## II. 研究対象, 方法

### 1. 調査対象者

1999年8月, F病院訪問看護ステーションで著者らが直接関わった訪問看護を受けている10事例にした。(表1)

表1. 事例の紹介

事例	年齢	ADL/痴呆	家族形態	居住環境	現疾患
1	87歳	Aランク 痴呆I	独居	平地, 車道から5メートルほどにあるアパート1階	心不全, 心房細動, 慢性肝炎, 胆石術後精神分裂病 虚血性心臓病
2	95歳	Gランク 痴呆M	次男夫婦と三人暮らし	平地, 1階は店舗 生活は2階で行なう	虚血性心疾患 HT 難聴
3	95歳	Gランク 痴呆M	独居	平地, 平屋建て, 車道に面している	高血圧症, 老人性痴呆
4	80歳	Gランク 痴呆M	修道院入居中 シスターが交代で身の回りの世話をする (Noの有資格もいる)	山間の修道院の1階個室	脳梗塞後遺症 脳内血腫, 尿路感染, 高血圧
5	78歳	Gランク 痴呆M	実娘と二人暮らし 息子家族が隣家	平地, 昔ながらの住宅	脳梗塞後遺症, MRSA感染症 慢性リウマチ
6	84歳	Gランク 痴呆III	娘家族, 孫家族と6人暮らし (娘婿と不仲)	田圃地, 持ち家の1階 仏間にベッドを置く	慢性心不全, 高血圧症 陈旧性心筋梗塞, 慢性関節リウマチ, 低タンパク血症 左大腿骨頭部骨折術後, 大腸癌術後, 閉塞性動脈硬化症 膀胱留置カテーテル中
7	81歳	Aランク 痴呆I	妻と二人暮らし	車道から階段を50段程上った斜面地	脳梗塞, 頸椎症 腰部変形性脊椎症 神経因性膀胱
8	86歳	B-1ランク 痴呆II	次男夫婦と3人暮らし	郊外にある住宅地 1階, 食堂の隣室にベッドを置く	脳梗塞後遺症 慢性胃炎, 変形性脊椎症 難聴
9	75歳	Aランク 痴呆なし	独居 朝食は毎朝同じ町内に住む長女が届ける	平地, 街中のアパートの1階	慢性関節リウマチ 慢性腎不全(透析3/w) 狭心症 糖尿病
10	84歳	B-2ランク 痴呆II	長男夫婦と妻の4人暮らし 妻: 元看護婦	高台にある住宅地 車は庭まで入る	多発性脳梗塞(右麻痺) パーキンソン症候群 高血圧 糖尿病

1 長崎大学医療技術短期大学部

2 フランシスコ訪問看護ステーション

2. 方 法

- 1) 事例の生活現状と受けているサービスの実状を、厚生省の障害老人の日常生活自立度（以下ADL度）判定基準と痴呆性老人の日常生活自立度（以下痴呆度）判定基準<sup>4)</sup>を用い、事例ごとにアセスメントし、そのニーズの検討項目を明らかにして現状と介護保険法施行後の比較をおこなった。アセスメントには日本訪問看護振興財団方式<sup>5)</sup>を用いた。
- 2) 事例の介護保険法適用後の要介護認定を、厚生省が要介護認定における一次判定の資料である選択式の基本調査表(85項目)を用いて、要介護認定基準時間を算出し、要介護度を判定<sup>6)</sup>し、平均利用限度額<sup>7)</sup>を要介護度にあわせて試算を出した。これを基にケアプランをたて、現状と介護保険法後のサービスの量的な比較を行った。

表2. 要介護認定とサービス量について

事例	要介護認定基準時間(分/1日)	要介護平均利用限度額	アセスメントから考えられるサービス量	利用額(自己負担額)	現在受けているサービス量
1	76	327万4000円	訪問看護 3回/W 訪問介護 3回/W デイサービス 1回/W ショートステイ 3日/2W 病院看護婦の訪問 1回/W 居宅介護管理指導 1回/月	22万2770円 (2,2277円)	訪問看護 2回/w 家事型ヘルパー 3回/w 病院看護婦訪問 1回/w
2	98	431万3000円	訪問看護 2回/W 訪問介護 2回/W 入浴サービス 1回/W ショートステイ 4日/月 居宅介護管理指導 1回/月	15万6760円 (15,676円)	訪問看護 2回/w
3	113	536万8000円	訪問看護 2回/W 訪問介護 7回/W 家政婦 7回/W 入浴サービス 1回/W 巡回型訪問介護(早朝、深夜) 14回/W ショートステイ 14日/年 居宅介護管理指導 1回/月	54万7106円 高額介護サービス費制度により、 (37,200円)	ヘルパー(午前) 毎日 家政婦(午後) 毎日 夜間巡回サービス 毎日 訪問看護 2回/w 入浴サービス 3回/w ショートステイ 2回/年
4	109	431万3000円	訪問看護 3回/W 訪問リハビリ 1回/W 居宅介護管理指導 1回/月	13万1200円 (13,120円)	訪問看護 2回/w
5	125	536万8000円	訪問看護 3回/W 訪問リハビリ 1回/W 入浴サービス 1回/W 巡回型訪問介護(早朝) 7回/W ショートステイ 2日/月 居宅介護管理指導 1回/月	31万5400円 (31,540円)	訪問看護 2回/w 訪問リハビリ 1回/w 入浴サービス 3回/月
6	138	536万8000円	訪問看護 3回/W 訪問介護 7回/W 巡回型訪問介護(早朝) 7回/W ショートステイ 7日/2ヶ月 居宅介護管理指導 1回/月	54万7120円 高額介護サービス費制度により、 (37,200円)	訪問看護 3回/w ヘルパー(4時間) 毎日
7	82	327万4000円	訪問看護 1回/W 訪問リハビリ 1回/W 訪問介護 2回/W デイサービス 2回/W 居宅介護管理指導 1回/月	21万8560円 (21,856円)	訪問看護 1回/w ヘルパー 2回/w 訪問リハビリ 1回/w 入浴サービス 3回/月
8	73	327万4000円	訪問看護 1回/W 訪問介護 3回/W ショートステイ 2日/3ヶ月 居宅介護管理指導 1回/月	21万2800円 (21,280円)	訪問看護 2回/w
9	67	220万1000円	訪問看護 2回/W 訪問介護 6回/W 居宅介護管理指導 1回/月	12万9280円 (12,928円)	訪問看護 2回/w ヘルパー(5時間) 6回/w
10	132	536万8000円	訪問看護 2回/W 訪問リハビリ 1回/W デイサービス 2回/W ショートステイ 2日/月 居宅介護管理指導 1回/月	29万0000円 (29,000円)	訪問看護 2回/w 訪問リハビリ 1回/w デイサービス 2回/w ショートステイ 1回/w

- 3) 事例の生活の質(QOL)を検討するために、縦軸にサービスの支援人数、横に介護量をとった二次元的なグラフを作成し、支援度を査定し可視化する試みをした。それにより生活支援の質的検討をした。

III. 結 果

1. 介護保険法の実施によって行われるニーズのアセスメント効果  
 現行の在宅支援は、老人保健法による市長村のサービ

スとして行われている。そのサービスとして訪問介護、F病院の訪問看護、訪問リハビリテーションを受けている対象者が介護保険法の適応によるアセスメントにより、どのようなニーズの検討項目が表出するか試算をしてみた。試算は、日本訪問看護振興財団方式による30の問題・ニーズ項目を検討項目の内容によって身体、精神、社会、医療の分類で見た。それらを、①生活行動、②社会的認知とコミュニケーション、③生活行動の評価、④治療の4群に分けた。対象にした10事例がアセスメントにより明らかとなった30項目中の該当した項目毎の総計を点数化しグラフにした。同時に、事例が現在受けている在宅支援の状況と比較するために、現状でニーズとして検討されているであろう項目を30項目にあてはめて同様に点数化しグラフ化した(図1)。その結果、①生活行動、②社会的認知とコミュニケーションではアセスメントにより表出したニーズの検討項目と、現状の検討項目とのグラフの間に有意に差があった。③生活行動の評価、④治療においてはアセスメントにより表出したニーズの検討項目と、現状の検討項目とをグラフ間の項目による該当者数はほぼ同じであった。

2. 事例ごとに評価した 現状と介護保険法実施後のサービスの差

老人保健法で受けている在宅介護のサービスと介護保険実施後のサービスを1ヶ月の延べ回数で集計したものを(図2)に表した。事例3, 5, 6は1ヶ月の現状の訪問回数が延べ50以上である。この事例は、介護保険適応後は、20~40%の訪問回数の減少になる。事例9, 10は、10%の減少である。このことから事例3, 5, 6と事例9, 10の間に介護回数の差が大きかった。この差は、事例3, 5, 6では、ADL度がCランクであり痴呆度はⅢ~M度と共に重度であり、また家族介護力が期待できないケースであるためである。事例9は痴呆度なしでADL度もAランクと軽度である。事例10のADL度はB-2と重度であるが、家族の協力が得られているケースである。

3. 事例が現在受けているサービスと介護保険実施後の質の比較

本研究で使用した事例の生活行動に対する支援と要介護者が生活過程を支援する段階を二次元にマップ化する表現型から、10事例の質の支援度を解析しようと試みた。(図3)マップ化は、教育情報工学における概念の地図化の手法と類似しているものとした。X軸には介護量(仕事量)を置き、Y軸には関わりの量として、人員数をおいた。そのグラフ内に、現在の支援内容を「相談・介護指導」、「食事援助」、「排泄の援助」、「家事援助」、「清潔の援助」、「移動・リハビリテーション」、「医療」の7つのカテゴリーに分けカード化し二次元に置いていった。介護量はADLの自立度が一番高く介護量が少ない

図1. ニーズの比較

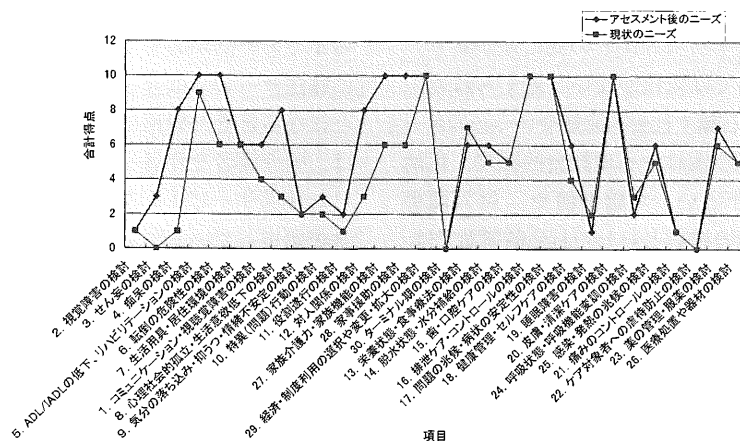


図2. サービス回数の比較

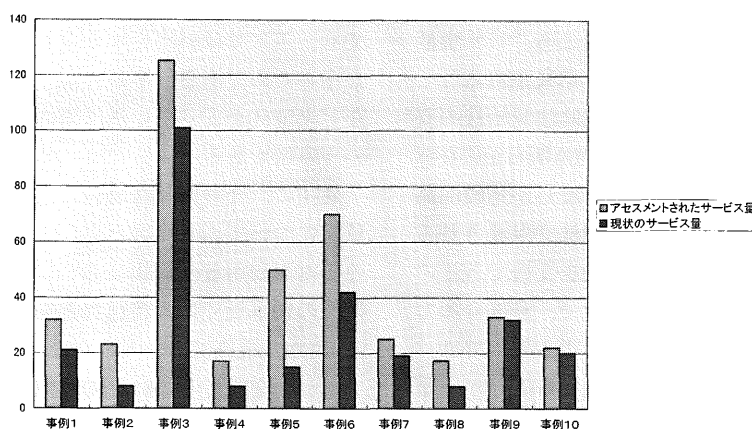


図3-1. 2次元イメージマップによる介護量と関わる人員との関係 (10事例中5事例がこのタイプである)

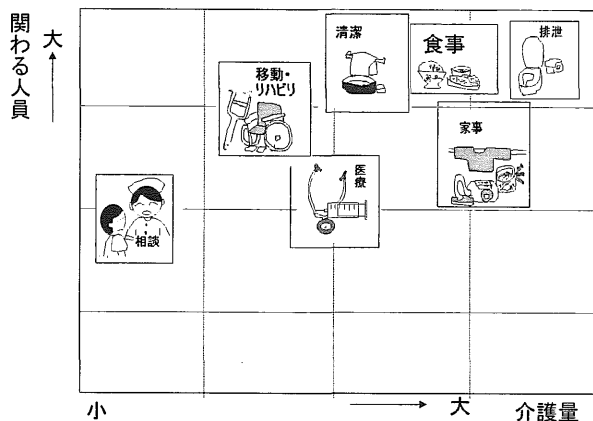
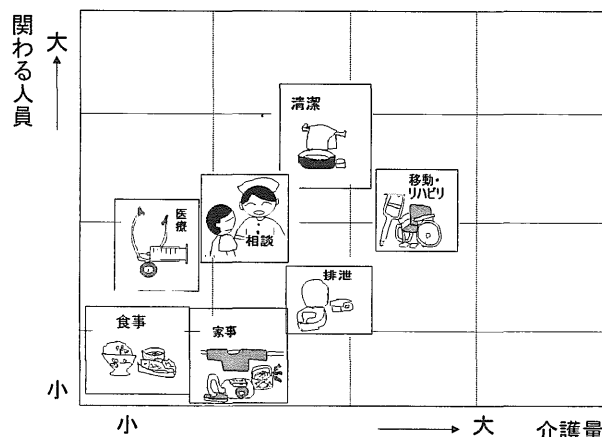


図3-2. 2次元イメージマップによる介護量と関わる人員との関係 (10事例中3事例がこのタイプである)



ケースを1として、その他がその基準値の何倍にあたるかで判定していった。その結果、10事例とも在宅サービスにおける介護量とサービス提供の量は、多様であった。しかし、事例3、5、6は、要介護認定度が低く、痴呆があり、家族の介護力が低い事例群である。この事例群は、生活行動の介護項目と介護量が高くなり二次元の表現が右上になる。同様にみると、事例9、10では、介護量とサービス提供の量は左下に片寄る傾向が見られた。

#### IV. 考 察

以上の結果から、事例により、ニーズは多様であるが、事例にあったアセスメントを行ない、ケアプランをたてることが、要介護者のQOLを向上させるために不可欠であることがわかった。現状の在宅支援では、標準的なアセスメント様式がないまま実践されてきた。そのため、ニーズのとらえかたも保健医療福祉職の個人個人の力量に依存してきたといえる<sup>8)</sup>。本研究の結果からも、事例の

ニーズにおいて、身体、精神、社会、医療の分類の視点で見ると、精神、社会の分野に属する項目ではニーズのとらえ方の現状と介護保険法施行後との間に差があり、身体、医療の分野の項目では変化がないと考えられた。これは、現状では、生活行動や社会的認知やコミュニケーションの項目である痴呆の検討や心理社会的孤立、生活意欲の低下、IADLの低下といった精神面や、対人関係や家族介護力、家族機能の検討といった社会的側面では、アセスメントされていないためであろう。

今回は、日本訪問看護振興財団方式のアセスメントツールを使用した。他のアセスメント方式（MDS-HCや福祉協会方式など）でも同様であると思われる。高齢者の在宅支援には多職種によるサービスが介入するため、関係者間で職種を越えて共通理解をしていく必要があると考えられる。実際に、老人保健施設では要介護度にあったケアプランをたて、ケアを実践したところ、日常生活自立度と精神機能評価が向上したという結果がある<sup>9)</sup>。

サービスの充実面のみならず、介護保険法開始後の要介護者のQOLについて、いくつかの課題も明らかになった。第一には、日常生活自立度（ADL度）が比較的高く、要介護度が低い事例では、介護保険法で保証されるサービスの範囲内で在宅生活のほぼ全般を支援できるのに対し、ADL度が低く、痴呆度も重度で、家族介護力が期待できないといった問題が多岐におよぶ事例では、介護保険法の範囲だけでは在宅生活を支えることが困難であるということである。

家族の介護協力の有無は、サービス決定の際に大きく関与する。独居世帯や二人暮らし世帯は、身体介護の大部分と家事援助においても大きく社会サービスが担っていることが明らかになったが、要介護認定は、家庭環境や社会的な背景を加味しないで、その人の状態だけで判定する<sup>10)</sup>ため、サービス利用のニーズは高くても要介護認定結果、必要なサービスが受けられないことも考えられた。家族介護力はケアプラン作成の際、充分考慮される必要がある。

精神面、社会面からの支援は、身体援助面と違って、表面化されにくい。事例のQOLにとって重要だとされる。高齢者介護では、日常生活の身体的な介護とともに、会話が大切にするなど精神的な介護も必要である<sup>11)</sup>と、山田は提言している。介護保険法ではケアプランに基づいた時間単位で仕事をこなしていく必要があるために、ゆっくりとした会話の時間をとることができなくなるのではないだろうか。要介護者のQOLを考えていく場合、他者とのふれあいを通じたコミュニケーションや社会との交流ということも大切なケアの一部だと考える。

本研究の事例の在宅支援を考えていく中で、長崎という土地の特殊性が、要介護者の生活に及ぼす影響にぶつかった。事例7においては、ケアプラン内でリハビリテーション目的のため、通所リハビリテーション（デイケア）

の必要が高いことがわかった。しかし、事例は階段上の斜面地居住者であり、自宅から送迎バスの待つ車道へ出るまでの介助が必要である。介護保険法のサービス内容に移送サービスは含まれていない。移送を業者に頼むことになるとその費用は自己負担になる。現在、長崎市では、要介護者を背負って移動するなどマンパワーを活用した移送サービスを市独自の対応に組み入れる方向で検討が始まっている<sup>12)</sup>。また、長崎市では、平成10年度のモデル事業時、自立と判定された介護保険法対象外の人々が斜面居住者で302名もあった。これらの人々をどうやって支援していくかという課題も残る。野田らの報告によれば<sup>13)</sup>、「長崎市で現在介護サービスを受けている人の14.6%は、介護保険法開始後サービスが低下するか、受けられなくなる」という結果として出ている。これは、坂の町長崎では、ADLの自立度では、軽度の障害であっても、1人では外出をすることができないというケースが多いためである。それに加えて、斜面が長い程、家賃など土地代が高く、生活所得の低い独居高齢者が多いという事情もある。

最後に、介護保険法施行により事例が受ける経済的な負担についてふれたいと思う。介護保険法では、利用料の1割を利用者が負担する<sup>14)</sup>ことが原則であるために本研究の10事例では、自己負担額が1ヶ月あたり、最低12,928円から最高37,200円とかなりの額になっている。ケアプランを立てる際に平均利用限度額を目安とするために限度額いっぱいサービスを想定すると、自己負担額も高値となってしまふ。アセスメントにてサービス量を決定することが有効であることがわかったが、それによるケアプランを事例らが受け入れるかどうか課題が残る。

介護保険法の財源の問題もある。社会保険の負担と給付の原則により、40歳以上者は保険料の負担がある。例えば、65歳以上の一号被保険者は、年金額が月額15,000円以上ならば、天引きされることになる。それ以下の人は口座振替などによって、市町村に納めることになっている。利用料の負担に加えて、保険料の負担が年金生活者の生活に及ぼす負担は相当なものになると予想される。また、二号被保険者の40～64歳までの者は医療保険として一括して徴収される。しかし、加入している保険によって差があり、健康保険加入者と国民健康保険加入者との間に不平等感が生じることは必至である。このことから、保険料の未納が多額になることが推測される。そのことが介護保険の安定的な運営に影響を及ぼすことも考えられる。

## V. まとめ

訪問看護ステーションの10事例について、生活の質の観点から介護保険法施行時の課題と評価を検討してきた。今回、日本訪問看護振興財団方式のアセスメントがケアプラン作成時において有効であることがわかった。しかし、介護保険法の施行が高齢者のQOLに及ぼす課題も

明らかになった。今後、要介護者の生活ニーズに合わせた、サービスが行なわれるために、ケアの適切な提供が重要であると考えられる。

【引用文献】

- 1) 長崎県保健医療対策協議会：長崎県保健医療計画。1997. p236
- 2) 前掲：p235
- 3) 大塚真理子、野川とも江、他：在宅要介護高齢者・家族の社会サービス利用の要因と評価。埼玉県立衛生短期大学紀要。p41. 1997
- 4) 障害老人の日常生活自立度判定基準。国民衛生の動向。厚生省の指標臨時増刊。第46巻第9号。p118. 1999
- 5) 日本版 成人・高齢者用アセスメント・ケアプラン用紙。財団法人日本訪問看護振興財団。1999
- 6) 三浦公嗣：要介護認定の枠組み、そして審査判定のすすめ方。地域ケアリング・p37. vol.1.(7). 1999
- 7) 介護報酬の仮単価 厚生省発表。協会ニュース。日本看護協会。vol.1378. 1999. 9
- 8) 内田恵美子、島内節、他：日本版 在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラン成人・高齢者用。p15. 日本看護協会出版会。1999
- 9) 向後貴行、村木敏明 他：高齢者ケアプラン実践と要介護度に関する一考。作業療法。17巻特別。p225. 1998
- 10) 平野かよこ、磯辺光彦 他：〔座談会〕介護保険時代を前にこれからの地域保健活動を考える。保健婦雑誌。vol.155(2)。p121~124. 1999
- 11) 山田健三：人間性を尊重した介護を保証するために。公衆衛生。vol.61(5) p321.
- 12) 高齢者福祉を考える いきいきシルバーながさき。長崎新聞。1999. 10. 19付
- 13) 野田剛稔 他：介護保険対象外虚弱老人への対応と問題点。長崎県医師会報。第644号。p28. 1999
- 14) 介護保険法案要綱。第四保険給付，二介護給付(1)(2)。1999

## Evaluation and Problems of Community Care System for Elderly

Rieko NAKAO<sup>1)</sup>, Hiroko IWAKI<sup>1)</sup>, Sumako YOSITANI<sup>1)</sup>, Keiko SATAKE<sup>2)</sup>

1. Department of Nursing, The school of allied medical sciences Nagasaki University
2. St.Fransisco Visiting Nursing Station

**Abstract** In this study, quality of life (QOL) of elderly people requiring community care services was evaluated. We assessed their needs using an instrument designed by Japanese Visiting Nursing Promotion Association (JVNPA). The degrees of disabilities of the subjects were also calculated by the way of Care Insurance System. A care plan for each individual subject was made within an amount of expenditure from the care insurance. Consequently, the instrument designed JVNPA was useful to assess the needs. However, there were some problems in making a care plan that services needed could not be covered by the care insurance when disabilities of the subjects became severe. Furthermore, it is also necessary to provide psychological care for the elderly and support to family member.

Bull. Sch. Allied Med. Sci., Nagasaki Univ. 13: 47-52, 1999