

優先入所基準に伴う施設入所の現状と課題(1)

－ B 指定介護老人福祉施設における入所判定に関わる施設管理職員らの立場から－

仲 田 勝 美

要 旨 指定介護老人福祉施設への入所は「優先入所基準」を基に緊急性の高いケースを施設管理職員らが協議の末、判断している。その視点は施設が持つ介護力、とりわけその限界性に着目したものである。その為、施設入所は限定的なものとなっている。そのような中、施設入所時においては「なぜ、介護が必要なのか」という点は明らかにされているが、個人に合わせた介護サービスの提供、及び利用者理解を深める上で必要な「生活史」に関する情報が不足しているため「どのような介護が必要であるのか」が明確になっていない。その為「生活史」に関する情報を落とし込める、標準性をもった項目、内容及び様式を備えたアセスメントシートの必要性があると考ええる。

1. 調査目的と背景

指定介護老人福祉施設は要介護状態にある高齢者の生活保障の場、及び在宅復帰に向けて機能することは社会にとって大きな役割を果たす機関であると言える。しかし、入所待機者は名古屋市で見ると、48施設（定員4221人）中13,908人という状況にある（平成15年9月現在）。また、愛知県における老人保健福祉計画「21世紀あいち福祉ビジョン」第2期実施計画において、国の示す算酌基準を参考にしつつ、指定介護老人福祉施設整備は65歳以上人口に対しておおむね1.53%、また、介護老人保健施設1.23%、介護療養型医療施設0.55%という低水準の整備目標を挙げているといった実態である。これは愛知県に限らず、全国的にも同様な水準で推移しており、要介護高齢者にとって、入所施設の利用の機会とは言いえないであろう。

そのような中で平成16年4月より、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生省令第39号）の一部が改正され、入所に際して緊急性の高いケースを優先的に施設利用を進める入所判定基準を用いている。このように数値化された基準に基づき指定介護老人福祉施設への入所は規定されることとなった。

しかし、優先入所基準を基本としつつも、施設入所判断に関わる施設管理職員らは、実際の介護サービス提供場面を想定して入所判断をしていると考える。

そして施設入所に至った利用者への介護サービスは日々提供されており、個人に合わせたサービス提供が求められている。

本研究においては、優先入所基準を基本としつつも、指定介護老人福祉施設において施設入所に関わる施設管理職員らはどのような視点で施設入所の判断及び実際の介護サービスについて協議をしているのか、その現状と課題を明らかにすることを目的とする。

2. 調査内容

1) 仮説

仮説は以下の通りである。

- (1) 優先入所基準によって、施設入所者の重症化、及び意思疎通が困難となるケースに傾斜する傾向がある。
- (2) 施設入所判定に関わる施設職員らは一定の判断要素を持っており、それは施設の介護力を軸としつつ、とりわけその限界性を基に入所を決定している。
- (3) 施設入所時においては「なぜ、介護が必要なのか」という点は明らかにされているが、個人に合わせた介護サービスの提供、及び利用者理解を深める上で必要な「生活史」に関する情報が不足しているため「どのような介護が必要で

あるのか」が明確になっていない。

2) 調査の実施時期

予備調査として平成16年6月16日及び7月7日にB苑を訪問し、平成15年度分の入所判定会議議事録、待機者状況記録、入所判定時に用いた調査用紙、入所判定に関する県及び厚生労働省通達の一部、B苑の入所決定要綱等、基礎資料を収集し、施設介護部長、施設相談員、介護主任に優先入所に関する施設の現状等、ヒアリングを行った。

またアンケート調査の実施に伴い、平成16年8月18日に施設へ手渡しにて直接依頼。回収は8月30日とする。

3) 調査方法

(1) 対象施設の選定理由

B苑選定の理由としては、措置制度からの施設であり、多様な資料、実績内容が示されたデータが蓄積されている。また、優先入所基準を用いた入所判定においても平成14年8月という早い時期から取り組みが成されており資料、情報量、データの蓄積、整理がされていることから調査対象施設とする。

(2) データ分析の方法

まず一点目として、予備調査として平成15年度分の入所判定会議録による基礎データに示された平成16年3月分の優先入所者リストとして挙げられた利用者45名の生活状況についての情報の集計、分析を実施した。その理由として、施設入所を希望する要介護高齢者がどのような生活状況に置かれているのか、明らかにすることである。更に要介護高齢者の生活状況を細かく見ることで、より具体的な理解を得られることができると考えたからである。

二点目として平成15年4月～平成16年3月（平成15年度）までの一年間を通して、施設入所に至った23ケースの生活状況に関する資料を集計し、その要介護高齢者がどのような生活状況に置かれているのかを明らかにすることを目的とした。特に在宅から施設へという経路で入所した要因について集計し、在宅での介護が困難な実態を明らかにした。このような情報の集計及び分析は、実際に施設入所に至った要介護高齢者の生活背景、介護状況を示す上において必要と考えられるため、実施した。

三点目として優先入所基準によって施設入所に

至った23名の要因について、「身体的要因」「精神的要因」「社会的要因」という3側面で捉えることとした。「身体的要因」においては、老人福祉関係法令通知集において規定されている①排泄②入浴③食事④着脱⑤移動⑥整容という枠組みで捉え、その内容を全介助、一部（部分）介助、自立という観点で捉えることとした。「精神的要因」においては、痴呆症状の程度に伴う生活上の不応行動の有無とその程度、状態について集計した。「社会（家族）的要因」として、家族が在宅で介護困難となっている状況を具体的に示した。

これら3側面からの視点は基本的な施設入所の要因であり、同時に施設管理職員らが、施設入所を判断することにもつながっていると考えられるため、その実態について明らかとすることを目的とした。

四点目として施設入所判定に関わる施設管理職員11名へのアンケート調査を実施し、彼らがどのような判断基準を基に介護サービスの見直しをもっているのか、明らかにすることを目的とした。

3. 調査の効果

本調査においては優先入所基準が指定介護老人福祉施設に及ぼしている、施設入所及び実際の介護サービス提供までの実態を明らかにすることで、今後の介護サービス提供時における課題を示すことができる。

4. B苑の概要

1) 沿革と事業内容

B苑は平成3年4月より開設（定員80名の特別養護老人ホーム）。入所施設を基本とし、老人短期入所施設（定員20名）の併設、及び同年7月よりデイサービスセンターB型（1日定員15名）を開設している。平成12年4月の公的介護保険制度導入に伴い、高齢者総合福祉施設B苑と改称し、総合的な福祉事業を展開することとなった。

事業内容として指定介護老人福祉施設（定員80名）、短期入所生活介護事業所（定員20名）、居宅支援事業所、訪問看護ステーション（2カ所）、ホームヘルプステーションを設置。その他に、福祉用具貸与、デイサービスセンター（3カ所）、訪問入浴

サービス、痴呆対応型共同生活介護（2カ所）配食サービス、地域夜間入浴サービス、訪問介護2級養成講座（Z株式会社との提携）と、地域に幅広く事業展開をしている。

また2002年7月に「ISO9001」を取得。このISO9000シリーズ（International Organization for Standardization）は品質管理や品質保証のための国際規格でありそれを基に、B苑における施設サービスの標準性を示し実施している。

2) 施設利用者の実態

入所状況（平成16年3月31日現在）として定員数74名中、男性14名、女性60名。平均年齢は83.1歳（男性78.3歳、女性85歳）最高年齢99歳、最少年齢61歳である。要介護状況は要介護1・1名 要介護2・9名 要介護3・21名 要介護4・18名 要介護5・25名であり、平均介護度は3.77である。

平均在所期間は男性3年7ヵ月18日、女性3年3ヵ月4日、平均3年4ヵ月0日となっている。また常時300名程の待機者がいる。

5. 地域特性

1) B苑の地域特性 ～気候・産業・歴史・人口～

B苑の設置されているA市は愛知県C半島西海岸に位置し、面積52.45、東西6.1km、南北16.0km、海岸線19.8kmと南北に細長い街である。自然豊かな環境の中にB苑は位置している。A市の人口は50,942人（男25,021・女25,921）世帯数17,090世帯と前年度A市調査報告より、若干ではあるが上昇している（平成16年5月1日現在）。

またA市の平均年齢は43.22歳、世帯人口は一世帯3.0人である。65歳人口においては11,198人であり高齢化率22.0%（男4,719人・女6,482人）であり全国平均より高い水準で高齢化が進んでいる。

A市の気候は年間を通じて温暖で、適度の雨量があり、海山の幸に恵まれている。焼き物は平安時代末期頃より盛んであり、日本六古窯の一つとされた中で最も古い歴史を持つと言われている。窯業は現在も主産業であるが、その他、繊維工業、機械金属工業、醸造業なども盛んである。また海業においては海苔養殖が広く行われている。

6. B苑次期入所者決定要綱

B苑においては、厚生労働省による「施設入所に係る運営基準」に基づき、入所者決定要綱を取り決め、施設入所判定がなされている。その目的は、入所の必要性の高い入所希望者を優先的に入所させるという観点から、手続き及び決定方法を明確化することにより、入所決定過程の透明性、公平性を確保するとともに、入所の円滑な実施に資することである。これはB苑における施設運営の方針に反映されており、要綱に沿って入所に関する調整、協議、及び判断が成される。以下その内容がどのようなものであるのか、まとめることとする。

1) 施設入所決定の方法

次期入所判定会議（B苑における施設入所判定会議を指す）の具体的な方針、内容、進行に関しては以下に示す通りである。

- A. 次期入所判定会議は毎月1回開催され、緊急の場合必要に応じて召集することがある。
- B. 議事進行内容は①施設入所現状確認、前回会議の報告②次期入所待機者状況報告③次期入所者決定に沿って協議がされている。
- C. 施設は、入所者の選考に係わる事務を処理するために合議制の会議（次期入所会議）を設置する。
- D. 会議は評価基準に基づき、入所の必要性の高い者の優先順位を決定し、優先入所対象者名簿を作成する。
- E. 評価項目は①入所希望者の心身状況②家族・介護者等の状況③在宅生活の困難度の状況を評価し、全3項目に該当する者をAグループ、2つの項目に該当する者をBグループ、1つの項目に該当する者をCグループと分類し、Aグループから優先的に入所検討をする。

2) 参加職員の構成 ～施設管理職員らによって構成されている～

次期入所判定会議に参加する施設職員の構成は次の通りであり、国が示す基準に基づいたものである。施設長（1名）在宅部長（介護支援専門員、以下ケアマネジャーと述べる1名）施設部長（ケアマネジャー1名）介護主任（2名）看護主任（1名）ケアマネジャー（3名）短期入所介護相談員（1名）施設相談員（1名）第三者委員会（NPO法人Aより1名）。このように、施設入所に関わる施設職員はB苑のそれぞれの部署において管理職という立場をとる職員らによって構成されており、彼らの協議によって施設入所の判断がなされているという実態である。

3) 入所の必要性を評価する方法～優先入所基準～ (添付資料1参照)

次期入所判定会議における評価基準は添付資料1に示した内容である。これは岐阜県が用いている優先入所基準がベースとなっており、優先入所基準の該当項目に基づき介護の必要の程度や家族等の状況を評価し、次期入所の判定を行う。B苑ではケアマネジャーの意見書を付加させる様式を導入している。また各項目の配点は示した通りである(添付資料1参照)。

7. 調査結果集計

(図、表1-1、1-2、1-3、1-4、1-5、1-6参照)

以下調査結果を示すこととする。調査内容は、次期優先入所者としてリストアップされた要介護高齢者の、所在場所及び入所前の所在場所、そして施設入所判断の要因について分類、類型化したものである。

1) 施設入所待機者の多くは在宅にて生活をしている

優先入所のリストに挙がった上位45名の要介護高齢者の生活所在場所について平成16年3月のデータを基に集計した結果を示す。その内訳は以下の図の通りである(図1-1参照)。

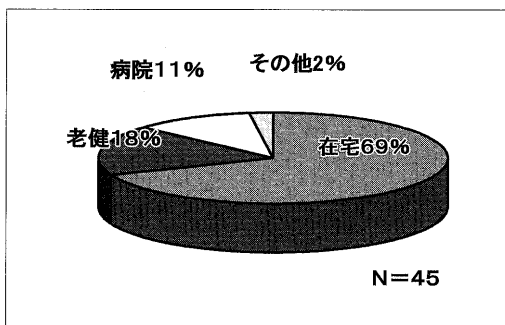


図1-1 生活所在場所の内訳

この図が示す通り、69% (およそ7割) の入所待機者は在宅生活を送っている。また、介護老人保健施設や、介護療養型医療施設、一般病院といった、入所(療養)施設には31% (およそ3割) ほどが占めていることが明らかになった。このように施設入所待機者の主な生活環境は在宅による生活である。

そして次に、在宅に所在する施設入所待機者の家族形態を見ると、家族との同居が17件と最も多く、次いで高齢者世帯5件、独居4件、日中独居4件、及び不明1件であり、家族同居のケースが多いことを示している。また日中独居の状況にあるケースも

家族との同居と考えるとその割合は一層高いものとなる(図1-2参照)。

このように施設入所待機者の生活状況は、家族と共に在宅で暮らすケースが多く、続いて入所施設における入所(療養)の状況にあるという実態を示す結果を得た。

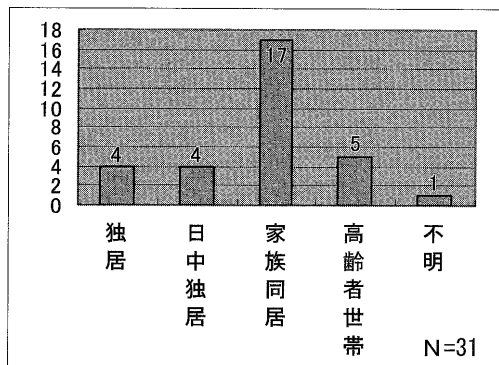


図1-2 在宅療養の形態

2) 施設入所に至った待機者は、在宅よりも入所施設に多数所在している

しかし実際の施設入所に至ったケースは前述した待機者状況と一転する。ここでは、平成15年度入所判定会議議事録に記載され、把握可能な入所待機者の情報を基に、入所前の所在について集計した。その内訳は、在宅生活44%、介護老人保健施設32%、介護療養型医療施設16%、グループホーム4%、盲老人施設4%という割合で構成されている。ここで示された顕著な傾向として、優先入所希望待機者上位45名の69% (7割近く) が在宅での生活が中心であるのに対して、施設入所に至った要介護高齢者は在宅生活者が44% (4割程度) と減少している。それに比して介護老人保健施設や介護療養型医療施設、グループホーム、盲老人施設といった入所施設に身を置いている割合が56% (5割強) にまで達している。このような、およそ逆転現象に近い傾向が、施設入所の実際において示された(図1-3参照)。

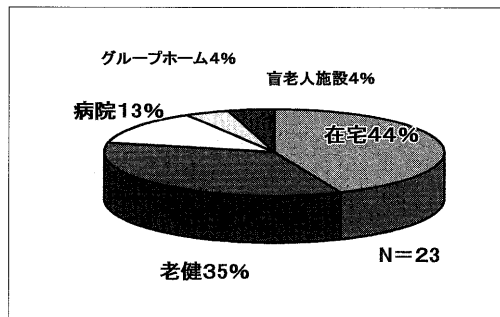


図1-3 施設入所前の所在場所

表 1-4 在宅生活の継続が困難な理由について

	在宅生活の継続が困難な理由
A 氏	主たる介護者が就労により帰宅遅く、日中は隣町のA氏の妹が介護している。
B 氏	主たる介護者の死去。長男も高齢なため、限界。介護には消極的である。
C 氏	主たる介護者の病気。回復しても介護を続けることは難しい状況。
D 氏	独居による在宅生活を送っているが、体調崩すと生活の継続は困難。介護者はD氏の姉で高齢。息子は週1回の訪問がやっとである。
E 氏	E氏の妻も要介護状態。主たる介護者は就労のため在宅生活は困難と思われる。
F 氏	同居していた兄弟の死去により独居。主たる介護者は介護に消極的。
G 氏	夫も要介護状態。息子夫婦も共に持病有り。在宅生活の継続は困難な状況。
H 氏	高齢のいところが介護しているが介護負担が大きく今後の生活に不安を抱いている。
I 氏	主たる介護者が高齢であり入院中。退院後も介護できないと思われる。
J 氏	同居は夫と息子夫婦であるが息子夫婦共に日中就労。夫は高齢で持病あり介護に負担あり。
K 氏	息子夫婦と同居していたが死去。娘が介護するも高齢であり、持病あるため介護負担が強い。

3) 家族介護の限界と長期化が他施設からの入所を促進している

では、なぜそのような現象が起きたのであろうか。まずここでは、在宅から入所することとなった11名(44%)の施設入所待機者の介護状況からみることにする。

B苑の資料から、在宅から施設入所となった要介護高齢者を抱える介護者の状況を見ると「家族による介護を継続することの困難さ」が主な理由として挙げられている。その要因について詳しくみると表1-4に示した実態であった(図1-4参照)。

このように個々のケースを見ていくと、介護者の不在、死去、高齢化、また介護に対する負担感、限界性を強く感じているといったことが顕著に見られる。

そして、施設での入所(療養)を経てB苑に入所となるケースにおいては、すでにこのような状況が在宅で発生しているということである。それは在宅での介護が、ままならない状況におかれている家族介護の実態を示す結果であると言えよう。それ故、施設入所(療養)している要介護高齢者が施設入所時に介護が必要な状態であると判断されやすく、入所に至るのであろう。

以上、在宅で要介護高齢者がおかれている実態(社会的要因)について見てきた。以下、在宅生活を困難にさせている要因をさらに多角的に把握するため、「身体的側面」及び「精神的側面」からの視点で捉えた。

このような結果は施設入所を希望する要介護高齢者は在宅生活の継続が困難な状況に置かれ、結果施設での入所(療養)を余儀なくされているという実

態を示すものであると考えることができるだろう。その要因とは何かを以下検証することとする。

4) 施設入所待機者の身体機能は重度化の傾向にある

B苑に入所となった23名の要介護状態を示すと、要介護度1・0人 要介護度2・1人 要介護度3・9人 要介護度4・10人 要介護度5・3人という状況であり、要介護状態から見たとき、それは身体的なレベル低下が顕著に見られるという傾向を示すということである。以下その内訳を詳しく見てみると、以下の図のような状況である(図1-5参照)。

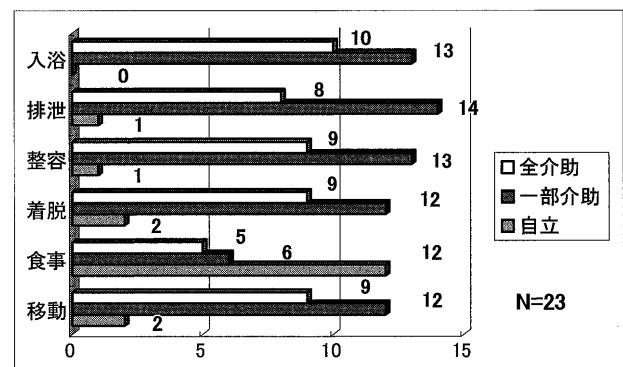


図 1-5 介護内容別にみた自立度

このように、介護状況を見ると、食事においては自立度の高い結果となったが、それ以外の生活(介助)行為においては、一部介助、及び全介助が高い数値を示している。このことから、日常生活において介護職員の援助を必要とする割合が非常に高く、身体的機能低下が顕著にみられるケースが入所に至るということを示すものである。

5) 施設入所待機者のほとんどは痴呆症状に伴う不適応行動がある

次に「精神的要因」として痴呆症状に伴う不適応行動の内訳を示すこととする。まずは、不適応行動の有無、特にその度合いを表に示した(表1-6参照)。

表1-6 痴呆症状に伴う不適応行動の頻度

非常に多い	やや多い	少しあり	なし
6	7	7	3

(N=23)

この表の結果からも分かるように、痴呆症状に伴う不適応行動を示すケースが出現頻度に差はあるものの、23ケース中20ケースという状況である。その内容として、徘徊、幻聴、幻覚、暴力行為、不安症状、便所以外での排泄、睡眠障害、多動、火の不始末、興奮、状況誤認、等といった症状を示す。このような状態は身体的要因においても同様な結果が示されているが、何らかの援助がなくては生活を営むことが困難な実態を示している。このような状態では、言うまでもなく在宅での継続的な生活は困難であろう。またこれら状況は、意思疎通が困難なケースが多いということを示すものである。

8. 施設入所判定に携わる施設管理職員へのアンケート調査集計結果

ここでは、毎月行われる次期入所判定会議に参加する施設長以外の施設管理職員11名からのアンケート調査の回収結果から、彼らがどのような視点で施設入所を判断しているのか、集計結果を示す(複数回答)。

1) 入所判定会議において主導権をもって運営する職種について(添付資料2参照)

次期入所判定会議において主導権をもち運営にあたりと考えられる職種として最も多いのは、「ケアマネジャー」9件(内、「在宅部長」と言及した件数は3件、「施設部長」と言及した件数は4件、「特に言及なし」が2件)であった。その理由として待機者の細かい情報を持っており、その状況をよく理解しているというものであった。在宅部長においては在宅生活で困っているケースの代弁、緊急性の高いケースを受け持っている、ケースに関わりを持っているという回答であった。施設部長においては、現場の受け入れ状況を把握しておりそれを元に発言している、介護計画作成担当者として情報の分析や

判断が求められるため。また、勤務年数の長さが理由に挙げられている。

続いて、「看護主任」と回答したのは8件であった。その理由として、医療的な対応が求められるケースの場合、受け入れ可能か不可能かの判断を専門的に行う立場にある職種であることから発言権が強い。また看護師としての医療的なアドバイスが重要であることが理由として挙げられている。また看護師の人員不足により受け入れが出来ない状況があることを指摘する回答もあった。

「介護主任」と回答したのは6件であった。その理由として、現場での受け入れ、介護サービスの提供が可能か不可能かの判断をする職種であり、また具体的にケースの状況を把握していることが理由として挙げられている。

「施設長」と回答したのは3件であった。その理由として、トップの判断が最優先される、施設長のもつ判断基準によって大きく影響されるといった理由であった。また金銭的に困っているケースへの受け入れ等の指示がされるためという回答であった。

「生活相談員」と回答したのは2件であった。その理由として、入所相談を一手に引き受けていることから、緊急度を様々な角度から分析しているため。また会議へ緊急性の高いケースを挙げてくるからであるという回答を得た。

このように、施設入所判定時において、その判断が委ねられる職種として「ケアマネジャー」、「介護主任」、「看護主任」が多数挙げられ、彼らを中心に施設入所が可能か、不可能かの判断が成されているようである。

2) 施設入所困難と判断されたケースの特性について(添付資料3参照)

施設入所が困難と判断されたケースの特徴として、医療的な行為、処置頻度の高いケースは受け入れに議論を必要とするようである(10件)。その中でも褥瘡、胃ろう、留置カテーテル、インシュリン、吸引が必要なケースへの対応を躊躇しているようである。その理由として、施設においては職員体制、マンパワーの不足、といった施設側の対応が困難であること。また、本人にとって、医療頻度が高いということは施設での生活がふさわしいとは考えられない、といった理由を同時に挙げている。

続いて、痴呆症状が強くそれに伴う、暴言、暴力、帰宅願望、他者に迷惑をかけるような行為、問題行動が顕著に見られるケースが挙げられている(7

件)。理由として痴呆症状が介護現場での介護力の限界、また受け入れの設備や職員体制が整っておらず、対応が困難であるということ、そして他の利用者へ危害が及ぶことを危惧しているようである。

また、他者とのトラブルが高いケースを挙げている（3件）。理由としては他の利用者に不安を感じさせてしまうというものである。またすでに施設利用者のトラブルが多いため、入所を回避したいという回答もあった。

続いて家族の協力が得られない、家族間で入所に対する統一した見解がないケースが挙げられている（2件）。理由として、身元保証が不安なケースはトラブルを発生させてしまう可能性が高いからという回答である。また主たる介護者の介護負担が把握できていないという理由も挙げられている。

次に、本人が入所を拒否及び納得していないケースである（2件）。理由として本人の意志を尊重することが大切であり、納得しない状況であると帰宅願望の出現やエスケイプの危険性が考えられるためという回答である。

他には、怪我の可能性の高いケース（1件）。理由として現在の利用者が怪我をすることが多いという回答である。

最後に、金銭面で負担困難なケースが挙げられている（1件）。理由として利用料がどれだけかかるか不安であるという回答である。

以上のようなケースに対して、次期入所判定会議では協議を要しているという結果であった。その中でも特に際だっていると考えられるのは、医療行為の頻度が高いケースと痴呆症状による対応困難なケースであることが結果として得られた。

3) 施設入所となった要介護高齢者への介護サービス提供時に必要と考える情報について (添付資料4参照)

集計結果として、様々な情報の必要性が挙げられた。そのため、その内訳を大きく分類すると、「本人に関わる情報」「家族との関係についての情報」「その他」に分けることができる。

まず、その中でも「本人に関わる情報」として医療を必要とする頻度、健康面、既往歴が挙げられている。その理由として生命に関わる情報である、介護看護上必要な基本事項である等、との回答であった。

またADL、IADL情報の必要性が挙げられ、理由として、日常生活での援助に必要な情報であるとの回答である。

次に痴呆症状、精神面に関する情報の必要性については、きちんとした痴呆の診断がないとお互いの関わりが難しくなる。転倒、骨折、異食等の危険因子を回避したい。また利用者同士の相性を見る上において必要であるという回答であった。

次に生活習慣、生活状況、生活歴、本人の意向、性格に関する情報の必要性についてその理由は、生活の継続性に考慮したい。利用者の姿が見えてくる。性格についてその程度を知る上で具体的な情報が欲しい。施設生活のあり方を決める基本的な事柄であるため、という回答であった。

次に自宅での生活パターンに関する情報の必要性については、可能な限り在宅でのケアを中心に考えたいという回答であった。

続いて「家族との関係に関わる情報」として、身元引受人、家族の意向、家族プロフィールなどが挙げられている。理由として、家族との関係抜きによるケアは提供できない、身元引受人がはっきりしないことで起きる問題（急変時、死亡時、経済面）への対応が必要である、といった内容である。

最後に「その他必要な情報」として、自宅の部屋の見取り図、介護支援専門員の意見書、経済状況、施設の情報、施設生活、施設利用時の持ち物といった情報が必要であると考えている結果であった。

このような結果から施設入所後のサービスを提供する上で、本人（特に身体、精神、生活状況に関する情報）、家族との関係に関する情報を必要としており、そのことが円滑な介護サービス提供につながる、と考えているようである。

9. 考 察

1) 施設入所は施設の介護力の限界性を基に判断されている

施設入所を希望する主な理由として身体的側面においてはその重症化が顕著であり、精神的側面においては、痴呆症状による不適応行動が際だっており、意思疎通が困難な状態である。また社会（家族）的側面においては、家族による介護の継続が困難な状況が顕著に示される傾向であった。そのような状況は、個々それぞれのケースが抱える問題は複雑化し、様々な要因が重なり合ったいわば重層化した状況を示していると言えるであろう。

そのような状況に置かれた要介護高齢者は、優先入所基準を基本としつつ、施設管理職員らの合意の

基に施設入所となった。またショートステイやデイサービス利用時の様子も考慮されているようである。

しかし、アンケート結果でも示されたように、医療的措置の頻度が高いケース、及び痴呆症状が顕著に見られるケースにおいては協議を要し、入所が回避される実態がある。その判断においては、ケアマネジャー、介護主任、看護主任の立場からの発言権が強く、入所判断が左右される傾向にあるようだ。それは施設への受け入れ後の対応は現場職員が行うため、その見通しを持っているからであろう。ではその見通しとはどのようなものであるのかというと、入所判断に携わる施設管理職員らも含め、協議の末、施設が持っている介護力、とりわけその限界性に着目し、入所を判断していると言えるであろう。

2) 矛盾した論理構成によって施設への優先入所が行われている

そして、すでに触れてきたような入所待機者の状況及び、施設管理職員へのアンケートで示された結果からも伺い知ることができるように、施設入所は優先性をもった利用者が全て施設に受け入れられていないという実態を示している。これは、優先性をいくら吟味しても現行の指定介護老人福祉施設の持つ機能では受け入れられにくいケースが多く、きわめて限定的な入所状況であることがいえる。

それは、介護保険制度でうたわれている「利用者本位に基づくサービスの利用、及び選択制」という理念から乖離した状況が存在していることを示している。言うならば、介護保険制度自体から逆行した基準を基にした入所判断が、介護保険制度下で行われている。そのような矛盾した論理構成の上に、現在の指定介護老人福祉施設は位置づけられているといえよう。それは、優先入所基準とは何かという問いと同時に介護保険制度下における指定介護老人福祉施設のあり方が大きく変わりうる要素をもつのではないか。そのため、今後このような動向に注目することが求められると考える。

3) 施設入所判定時には利用者理解が深まる情報収集が必要

また現実問題として、優先入所基準を基に、施設入所は行われている。そのため施設入所に至った、要介護高齢者個人に合わせた介護サービスの提供という課題も考えなくてはならない。今回の調査において示された結果は、入所に至ったケースにおいては、入所判定会議の場において入所のいきさつ、介

護を必要とする生活状況と、その経緯についての情報は提示され「なぜ、介護が必要であるのか」ということについては明らかにされ共通認識を得る議論が成されていた。

しかし、施設入所に際して「どのような介護が必要か」ということを考える上で、必要とされる利用者情報において「利用者がどのような生き方をしてきたのか」という「生活史」に関する情報についての認識は、ほとんど見られず、その部分への共通認識が得られにくいという実態があるということである。

個人に合わせた介護サービスの提供、より深い利用者理解を実現する一要素として「生活史」に関する情報の収集と蓄積及び、活用を挙げることができる。今後優先入所基準によって、施設入所者の重症化及び意思疎通の困難さが際だってくるであろう利用者の特性や、取り巻く環境等を考えると、そのような情報の収集が困難な状況が予測される。そこで、施設入所時において「介護が必要となった理由」に関する情報と同様に「生活史」に関する情報の収集及び提示が、求められるのではなかろうか。何故なら介護職員は、生活史から得た情報を通じて、介護サービス提供の際の判断材料とし、利用者理解及び生活の継続性を吟味することが出来るからである。しかし、そのような情報をいつ、どこで、どのように、誰から収集するのか、そして介護サービス提供時において、どのように活用するのかという具体的な方法論を示して行くことも求められるであろう。

それは「生活史」が個別性の高い、多様性に富んだものであるという特性を持つものでもあり、そのことに注目しなければならない。しかし、記録としての特性及び、その活用という観点からすると、ある一定の統一された形での情報収集が求められる。いわば、それは標準性をもった様式と内容の吟味の必要性と言えるであろう。更には言えば生活史に関する情報が一目で把握できるアセスメントシートの開発が求められるであろう。

10. 調査の限界

今回の研究においてはB苑という1施設の入所の現状把握にとどまったものとなった。その意味では限定的なものであり、今後の課題としては、いくつかの施設との比較検証が必要と考える。また、優先入所判断基準の構造的把握と、点数化された結果だ

けでは判断できないケースを検証することにより施設入所の実態をより具体的に把握できるものと考え

(8) 木下康仁『老人ケアの人間学』医学書院 1993
 (9) ケンプラマー著 原田勝弘、川合隆男、下田平裕身監訳『生活記録の社会学—方法としての生活史研究案内—』光生館 1991
 (10) 松平誠、中島邦 編著『生活史』光生館 1993
 (11) 敬愛園広報委員会 編『百年も生きてもどわがるもんだ』筒井書房 1985
 (12) 永原慶二 編『常滑焼と中世社会』小学館 1995
 (13) 小澤勲『痴呆を生きるということ』岩波新書 2003
 (14) 三好禎之「指定介護老人福祉施設における介護職員の入所者情報の共有化に関する現状と課題—B施設の施設調査を通して—」名古屋柳城短期大学研究紀要第24号 2002年度
 (15) ゆたかなくらし「東京都の特別養護老人ホームにおける優先入所に関するガイドライン」について 本の泉社 pp14-17 2003、5
 (16) 介護保険情報「介護報酬見直しへの提言」社会保険事務所pp28-30 2002、8

【引用、参考文献】

(1) 老人福祉関係法令研究会『平成14年度版老人福祉関係法令通知集』第一法規出版 2002
 (2) 長嶋紀一他編著『施設介護の実践とその評価』ワールドプランニング 1998
 (3) 浅野仁、田中荘司 編集『日本の施設ケア』中央法規出版社 1993
 (4) 小笠原裕次、蛭江紀雄 編集『ロングタームケア』中央法規出版社 1994
 (5) 愛知県『あいち福祉21世紀ビジョン 第2期実施計画』 2003、8
 (6) 小山秀夫『高齢者ケアのマネジメント論』厚生科学研究所 1997
 (7) 広井良典『ケア学—超境するケア—』医学書院 2000

添付資料1 優先入所基準表

氏名	
介護保険被保険者証番号	

1. 本人の状況

要介護度	要介護度 1(6点)・2(6点)・3(10点)・4(12点)・5(14点)
痴呆による不適応行動	非常に多い(12点) やや多い(8点) 少しあり(4点) なし(0点)

2. 在宅サービス限度額割合

	80%以上(20点) 60%以上 80%未満(20点) 40%以上 60%未満(16点) 20%以上 40%未満 (8点) 20%未満
	(直近一月の利用単位数 単位) (区分支給限度基準単位数 単位)

3. 主たる介護者・家族の状況

世帯状況	独居 高齢者世帯 その他
介護者の年齢・続柄	
在宅介護期間	年 (ヵ月)
介護者の介護負担	重い(6点) やや重い(4点) 軽い(2点) 負担なし(0点)
介護者が障害や疾病	無(0点) ・有 () (6点)
介護者の就労	無(0点) ・有 (職種等 日/週、 時間/日)
他の要介護者	無 ・有 (要支援、 要介護 1・2・3・4・5)
介護者の育児、家族の病気	無(0点) ・有 () (6点)
介護者の介護の関わり方	介護拒否(6点) 非常に消極的(4点) やや消極的(2点) ふつう(0点)
他の同居介護補助者	無(6点) ・有 (続柄 日/週程度) (4点)
別居血縁者介護協力	無(6点) ・有 (続柄 日/週程度) (4点)
近隣者等の介護協力	ほとんどなし(6点) 随時あり (4点) 常時あり

4. 介護支援専門員の意見

--

記載日 年 月 日

記載者氏名

添付資料2 次期入所会議において入所に関わる判断時に主導権をもっている職種とその理由について

	職種	理由
施設管理職員A	看護主任	人員不足のため医療行為があると要検討となるため
	介護主任	現場で受け入れ可能か判断するため
施設管理職員B	介護支援専門員	困難事例を含め待機者の各ケースの細かい情報収集、分析ができるから
	看護主任	待機者のケース検討において生じる医療への問題を専門的にアドバイスしてくれるから
	生活相談員	入所相談を一手に引き受けているため家族の状況、経済状況の把握をしているため、緊急度を色々な角度から分析できるから。
施設管理職員C	看護主任	医療的立場からのアドバイスが重要と思われる
	施設長	施設長の入所判断基準が大きく影響されると思われる
	介護支援専門員(施設部長)	現場の受け入れ状況を把握しているため
施設管理職員D	介護支援専門員(施設部長)	介護計画作成担当者として総合的に情報の分析、判断をする必要性のある職種のため
	介護主任	施設で介護の提供が可能かどうか判断できる職種
施設管理職員E	看護主任	医療的管理の必要度を判断し入所可能かを判断する職種
	介護主任	現場の状況で介護が難しいケースがあるため
施設管理職員F	看護主任	病状、症状で受け入れ不可能な場合がある
	介護支援専門員(在宅部長)	在宅生活で困っているケースの代弁
	介護支援専門員(施設部長)	受け入れる側として状況、受け入れ体制等把握して発言
施設管理職員G	施設長	金銭的に困っている人への受け入れ等の指示
	介護支援専門員	入所希望者の情報を一番握っている
	介護主任	待機者の施設での利用状況を具体的に把握しているから
施設管理職員H	看護主任	医療的な事が含まれると看護師の発言権が強い
	施設長	トップの判断が最優先
施設管理職員I	介護支援専門員(在宅部長)	緊急性の高い利用者を受け持っており状況も十分に把握している
	介護主任	対応困難ケースの受け入れの可、不可の判断をしてくれる
施設管理職員J	看護主任	医療的対応の受け入れの可、不可の判断をしてくれる
	介護主任	現場での対応の判断をする立場であるから
	看護主任	医療面での対応を判断する立場であるから
第三者評価員K	生活相談員	在宅生活での継続が困難である情報を持っており、緊急性の高い利用者を会議に挙げてくるのは生活相談員であるから
	介護支援専門員(在宅部長)	利用者の状況をよく理解しており関わりも持っているため
	介護支援専門員(施設部長)	利用者の状況をよく理解している。情報も持っている。勤めて長い

添付資料3 判定会議において入所が困難と協議されたケースの特徴とその理由について

	ケースの特徴	理由
施設管理職員A	怪我の可能性の高いケース	現在の入所者、ショート利用者は転倒する可能性の高い方が多いため
	他者とのトラブルが高いケース	現在の入所者、ショート利用者は他者とのトラブルが高い方が多いため
	医療行為が必要なケース	看護師が足りないという理由でバルン、胃ろうの入っている方。異物が体内に入っているため体調を崩し病院にかかることが多いのも理由
施設管理職員B	癌末期患者で腹水、肉体的苦痛の症状が出現し医療が必要であった	痛み止め、腹水の処置、急変時の対応を考えると病院の方がふさわしいと考えたから
	老人保健施設に入所されていた方で夜間痙攣があり発作をおさえる注射をうっている方	夜間、医師はもちろん看護師もいないため、痙攣発作時の対応ができないため
	インシュリン投与のある方	夜間は看護師が常駐していないためインシュリン投与ができない。そのため特に朝食に間に合うインシュリンを投与できる職員体制ができていないため
施設管理職員C	痴呆症状進行、自宅に閉じこもりがちな生活。ヘルパーのサービス受け入れも出来ず近くに住む息子の負担あり	食事摂取にムラがあり、体調変化が激しい
	娘と二人暮らしの世帯。痴呆症状、精神症状も悪化。娘の精神的ストレスも大である。	精神症状が悪化しており精神科受診にて安定を図ってから検討
施設管理職員D	医療的管理の必要度の高い方	特養での看護スタッフ、医療体制のせい弱さ
	痴呆による激しい問題行動がある方	マンパワーの限度を超える対応が必要となる。事故のリスク
	家族の協力が得られない方	身元保証が不安。トラブル発生時のリスク大
施設管理職員E	痴呆による問題行動が激しい(徘徊、暴力)	介護現場の介護力を超えているケースが多い。他の入所者に暴力がでる
	褥瘡がひどく、食事摂取量が低下している	生活施設であるため、入所してもらっても本人の改善につながるケアが十分にできない
	医療施設に入った方がよい様な医療処置の多い方	生活施設であるため、入所してもらっても本人の改善につながるケアが十分にできない
施設管理職員F	医療行為(吸引、褥瘡等)のある利用者	夜間の吸引が必要。褥瘡悪化で処置に時間がかかるなど看護師の負担が大きい
	家族間で入所について統一されていないケース	主たる介護者の介護負担が分らない
	金銭面で負担困難なケース	どれほどかかるか分からず不安をもっている
施設管理職員G	本人が利用を拒否しているケース	本人の意志を尊重することが大切である。帰宅願望によるエスケイプがあってもいけない
	医療的処置の多い(褥瘡のひどい)ケース	処置が施設の体制では不可能なため
施設管理職員H	痴呆症状の重い方で帰宅願望が顕著に見られるケース	受け入れるための環境設備が整っていないから
	利用者本人が入所に対して納得されていない場合	そのまま入所すると帰宅願望などが出現してしまう恐れがある
施設管理職員I	他の利用者にも多大な迷惑を与える場合	利用者同士のトラブルは他の方々に不安を感じさせてしまう
	医療行為(インシュリン、胃ろう、バルン)	対応が困難であるため(安定していれば受け入れも可能であるが)
施設管理職員J	迷惑行為	他の利用者に関わってくることだから
	医療依存度の高いケース	対応できる医療行為が限られているため、即時的な対応が困難である
第三者評価員K	他の利用者への影響を与えるケース	暴言、暴力、不穏によって他利用者へ危害を与えてしまうから
	暴力、暴言、夜間不眠のケース	4人部屋では対応困難である。夜間の対応が困難である

添付資料4 優先入所となった利用者への介護サービス提供時、必要と考える情報について

	必要な情報	理由
施設管理職員A	自宅での生活パターンと部屋の見取り図	可能な限り在宅でのケアを中心に考えたいから
	性格(できるだけ詳しく)	情報の中に書いてあるが「怒りっぽい」とあってもどの程度かわからないため
	既往歴(病歴)	はるか昔の既往歴について書かれていないことによって問題があったため
施設管理職員B	医療をどの程度必要とするかという情報	利用者の生命に関わる重要な情報だから
	痴呆症状のある場合どういった問題行動が考えられるかという情報	転倒や骨折、異食、皮膚剥離など危険因子を回避したいため
	経済的に困難な場合所得がどれくらいか、支援が頼める家族はいるのか制度活用ができるかという情報	生活を維持するには安定した収入も必要である。一時的でなく長期に安定した生活を送っていただくため契約を行い経済的課題は解決しておく
施設管理職員C	医療情報	施設は生活施設のため医療面は十分でない、そのため受け入れにも制限される施設が多い。(留置カテーテルやインシュリン注射等)
	ADL情報	日常生活、入浴や排泄、衣服の着替え等が自力でどれだけ行えるのか、介助の部分はどこかを把握
	IADL情報	考えて行動することがどの程度出来るかを、知ることによって生活支援の方法を検討できる
施設管理職員D	本人、家族の意向	施設での生活のあり方を決める基本的な事柄なので
	医療情報、ADL	介護、看護の方法を決めるために必要な基本事項
	家族関係、緊急時の連絡先	入所後の家族との関わりが必要なため
施設管理職員E	本人の状況	入所後スムーズにケアの提供ができるようにするため
	家族の状況(どんな家族関係で生きてこられたか)	入所後スムーズにケアの提供ができるようにするため
	経済状況(誰が実権をにぎっているか、ゆとりの有無)	入所後の生活で利用料が払えるか。本人の生活をより快適にするための物品が購入できるかを把握したい
施設管理職員F	施設の情報	どんなところなのか知りたい
	施設での生活の情報	どのように生活するのか知りたい
	施設利用時の持ち物	何を持って行ったらよいか、必要か知りたい
施設管理職員G	健康状況	介護、看護的な対応上必要である
	生活状況	直接介護をする上で参考にして介護を行うため
	身元引受人の情報	急変時、死亡時こちらで対応できないこと、経済的部分のことで問題が発生したとき身元引受人が必要となるから
施設管理職員H	介護支援専門員意見書	入所決定となり迄の情報収集に活用
	ご本人の状況	入所になって実際の様子を元にサービス内容を調整
施設管理職員I	医療情報	対応時に必要である。予測が立てられるため
	精神的な情報	利用者同士の相性を見る上で必要
	生活歴	話しかける時の話題から利用者の姿が見えてくるから
施設管理職員J	家族関係	家族関係のわだかまりのあるケースがあるため把握が必要
	生活習慣	生活の継続性を考え対応がとれればよい。個性性につながっていく
	家族のプロフィール	家族の協力が欠かせない。その連携がターミナルケア時に必要となるため
施設管理職員K	痴呆症状の診断	きちんとした痴呆症状の診断がないと、お互いの関わりが難しくなってしまうため。また症状への家族の理解も必要であるため。
	無回答	無回答