

## 介護保険サービスを利用する高齢者の健康格差に関する基礎的研究

- ADL向上と介護サービスの利用について -

近畿大学九州短期大学 澁田 英敏 (4769)

キーワード： ADL、リハビリテーション、介護サービス

## 1. 研究目的

OECDの統計(2000年)によれば、日本の相対的貧困率は13.5%で、米国の13.7%に次いで2番目に貧富格差が大きかった(OECD加盟国の平均は8.4%)。更に、日本の国民生活基礎調査(2008年)では、一世帯当たり年間所得の中央値(448万円)の半分(224万円)以下が相対的貧困率の対象とされているが、同調査によると、年間所得が200万円未満の世帯の割合は18.5%であった。日本の相対的貧困率は1980年代半ばから上昇しており、その要因として、80年代から始まった「高齢化」や「単身世帯の増加」、および、90年代から始まった「勤労者層の格差拡大」の影響が考えられている。このように、格差、社会的不平等、貧困問題等が社会的注目を浴びてきたにも関わらず、有効な対策は取られて来なかった。そのため、2005年には、世帯ごとの所得格差の大きさを表すジニ係数は過去最大の値(0.5263)になった(「所得再分配調査」(厚生労働省2005年)。その結果、社会的弱者といわれる母子家庭、障害者、高齢者のみならず、若年者や子供などの広い層に対し、貧困、社会的排除、社会経済的不平等が広がり、さらに医療や健康面において、新たな格差が発生している可能性が指摘されている(「生活保護の経済学」阿部彩2008年)

今日、貧困と健康格差に関する検討は焦眉の急を要する課題である。しかしながら、今まで、両者の関係を定量的に検討した研究は殆ど行われてこなかった。そこで、本研究では、対象を回復期リハビリテーション病棟入院患者の高齢者に絞り、経済的要因を含めた入院前の生活状況とADLや介護サービス利用状況の関係を検討することとした。

## 2. 研究の視点および方法

脳卒中等のリハビリテーション(以下、リハ)では制度的に役割分担が明確になり、急性期・回復期は医療保険、維持期は介護保険でそれぞれ行われている。回復期リハ病棟から家庭、施設等へ移った場合、介護保険による維持期リハを受けることになる(「介護保険下の脳卒中維持期リハビリテーション」山永裕明2005年)。先行研究において、維持期リハにおけるADL向上に関し、食事、整容やコミュニケーション能力(「ADL自立度の低い脳卒中患者の自宅退院な影響を与える要因」高橋千賀子2009年)、浴槽移乗・トイレ移乗(「退院後の自宅ADLの変化」正垣幸2009年)、訪問リハ(「訪問リハビリテーションが脳卒中者のADL向上に及ぼす効果、及びADL向上要因の検討」荒尾雅文2009年)など多数の因子の有効性が確認されている。そこで、本研究では、回復期リハ病棟入院患者の高齢者 286

名を対象に、健康状態(基礎疾患)、介護サービス、退院時・退院後(3カ月)のADLとの関連性を検討した。

なお、ADLの評価には、機能的自立度評価表(Functional Independence Measure)における運動スコア13項目(13~91点)を使用した。

FIM 運動スコア

セルフケア	移 乗
食事	ベッド、椅子、車椅子
整容	トイレ
清拭	浴槽、シャワー
更衣上半身	移 動
更衣下半身	歩行、車椅子
トイレ	階段
排 泄	
排尿コントロール	
排便コントロール	

3 . 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、個人を特定する情報を取り扱うことになるため、(1)F市個人情報保護条例、(2)学校法人近畿大学個人情報保護規定を厳に遵守し、被保険者番号にマスキングするなど個人を特定できないようにデータ加工を実施し、訪問調査等にあたっては、(1)本人からの同意書、(2)調査員からの守秘義務誓約書を得ている。

4 . 研究結果

ADL向上に関連する介護サービス(重回帰分析) N=286

	推定値	標準誤差		t 値	p 値
デイケア	-2.254	0.694	-0.213	-3.325	0.001
デイサービス	-1.982	0.667	-0.196	-2.973	0.003
訪問看護	-0.936	0.997	-0.054	-0.938	N.S.
訪問リハビリ	2.426	0.816	0.18	2.973	0.003
ショートステイ	-0.184	0.994	-0.011	-0.185	N.S.
訪問介護	-1.792	0.831	-0.123	-2.156	0.032

従属変数 : ADL 差分(3カ月後 - 退院時)

なお、本研究は、文部科学省科学研究費補助金(挑戦的萌芽研究 22659107)の助成を受けている。