

秋田県における短期入所生活介護（ショートステイ）の施設特性の実態と長期利用に関連した要因

萩原 智代¹⁾ 佐々木久長²⁾ 夏原 和美¹⁾

The characteristics of short-stay nursing care facilities in the Akita prefecture and factors related to their long term usage

Chiyo HAGIWARA¹⁾, Hisanaga SASAKI²⁾, Kazumi NATSUHARA¹⁾

要旨：介護保険制度の短期宿泊サービスであるショートステイは施設形態、運営する法人が多様である。また30日を超えてショートステイを利用する長期利用者が存在する。本研究の目的は、ショートステイの施設特性の実態と長期利用率「長期利用者数／（長期利用者数＋短期利用者数）」に関連する要因を明らかにし、今後地域包括ケアシステムの中で担うべき機能について探ることである。秋田県内全域の280事業所のショートステイ管理者を対象とした質問紙調査を行い、108事業所より回答を得た。施設形態は単独型で小規模であり営利法人の運営が多かった。平均の「長期利用率」は単独型、営利法人で割合が高かった。サービス提供状況では職員配置が充実しているショートステイでは、サービスの質の向上に関わる加算が算定される傾向があった。また、全体の傾向として常時医療職の関与が必要な医療ニーズの高い利用者を断っており、個別の機能訓練を実施している割合は低かった。秋田県は高齢化でショートステイの利用需要が高まり、営利法人が単独型ショートステイの運営へ参画している。今後医療機関から在宅へ戻る際に重要な役割を果たすショートステイは機能訓練や医療ニーズへの対応が機能として求められる。しかし単独型ショートステイでは経営面からサービスの質向上よりも利用者確保が優先されやすい。単独型ショートステイでも経営が安定するような介護報酬請求の仕組みが必要である。

キーワード：ショートステイ、長期利用、施設特性

Abstract : A short-stay, a short-term stay service of the nursing-care insurance system, is characterized by diverse facility forms and the managing corporate bodies. In addition, there are long-term facility users who remain consecutively in a short-stay service for 30 days or longer. The objective of this study was to clarify the relationship between the realities of short-stay facility characteristics and the long-term usage rate (the number of long-term facility users)/ (the number of long-term facility users + the number of short-term facility users) and to explore the functions that such facilities should bear in the future as part of a regional comprehensive care system. A questionnaire was conducted with the managers of 280 short-stay operations within Akita prefecture, with 108 of these operations responding. The most common facility format was a single-operation type, small in size, and run by a for-profit corporation. The average long-term usage rate was higher in the single-operation type, for-profit corporations. Regarding the state of service provision, short stay operations with sufficient personnel allocation, showed a tendency for an additional charge connected with an improvement in service quality to be included. Furthermore, as an overall trend, facilities rejected facility users with high medical needs that constantly required involvement of health care professionals. Furthermore, the percentage of facilities that conduct functional training for individuals was low. The demand for short-stay services has increased in Akita prefecture due to the aging of the population. Thus, profit-making corporations are participating in the management of single-operation type short-stay facilities. In the future, short-stay facilities will be required to provide functions such as provision of functional training for those who can address medical needs since such facilities play an important role for elderly patients when returning to their respective homes after being discharged from medical facilities. However, single-operation short stay facilities tend to prioritize the securing of facility users rather than improving the overall service quality due to managerial reasons. A claim system for nursing-care benefits that will help stabilize management even for single-operation type short-stay facilities is required.

Key words : short-stay, the long-term use, facility characteristics

1) 日本赤十字秋田看護大学 2) 秋田大学

1) Japanese Red Cross Akita College of Nursing 2) Akita University

I. 緒言

高齢者の健康に関する意識調査(2012)によると、高齢者が望む「介護を受けたい場所」として34.9%、「最期を迎えたい場所」として54.6%が「自宅」と答えていた。できる限り「自宅」での生活を継続し、最期まで過ごしたいという高齢者が多い。しかし、家族による在宅介護の拡充は難しく、「介護の社会化」、「高齢者の自立支援」を目的とした介護保険制度が平成12年に施行されて以降、介護保険サービス提供量は年々増加している(厚生労働省老健局総務課, 2013)(厚生労働省介護サービス施設・事業所調査, 居宅サービス事業所総括表, 2002, 2007, 2011a)。さらに入所施設利用の需要も高まり、横関、近藤&杉本(2006)の調査によると老人福祉施設の待機者数も増加している。特に、特別養護老人ホーム(以下; 特養)への入居を希望する人に対し定員数は圧倒的に少なく、待機者の増加が問題となっている。それと同時に、秋田県においては短期入所生活介護(以下; ショートステイ)の利用日数が増加傾向にある(厚生労働省, 介護サービス施設・事業所調査, 居宅サービス事業所閲覧表, 2002, 2007, 2011b)。中でも秋田市においては、平成14年度から平成23年度の間で特養の施設定員数は1.2倍の増加にとどまったが、同じ期間にショートステイの利用延人員は2.0倍、利用日数は2.9倍に増加し、ショートステイの利用期間が長期化する傾向がみられた。特養の入所待機者の増加とともに、ショートステイが特養の補完的な役割を担っている状況が推察される。

介護保険サービスの一つであるショートステイは、本来「介護者のレスパイトケア」や「短期間の入所により、日常生活上の支援や機能訓練を受けること」を目的とした短期(30日以下)の宿泊を行うサービスである。在宅介護サービス補完という機能と入所という形態の二面性を持っているショートステイは、施設と在宅介護を繋ぐとともに、厚生労働省が2025年までに構築を目指している地域包括ケアシステムの中で在宅介護を継続する大きな役割を担う可能性を持っている。ショートステイの利用日数に関しては「利用者が連続して30日を超えて短期入所生活介護を受けている場合においては、30日を超える日以降に受けた指定短期入所生活介護については、短期入所生活介護介護費は、算定しない」と規定されている(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に

関する基準, 2000)。さらに、利用する合計日数は「要介護認定の有効期間のおおむね半数を超えないようにしなければならない」とされている(指定居宅介護支援等の人員及び運営に関する基準, 1999a)。ただし、「おおむね半数を超えない利用」とは、在宅生活の維持という観点からの目安であり、一律・機械的に適用されるものではなく、特に必要と認められる場合においては、認定有効期間のおおむね半数を超えてショートステイを居宅サービス計画に位置付けることも可能ということとされている(指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準について, 1999b)。すなわち然るべき理由があり長期利用を行う場合は、最も重度である要介護5では一ヶ月のうち30日までは保険が適用され、31日目は自費払いもしくは在宅へ戻ることとされるものの、連続利用は可能である。このように、利用日数に関してどこまでが短期入所であるのかというはっきりとした線引きがなされていない中で、「特に必要と認められる場合」として、地域によってはいわゆる一ヶ月以上にわたる長期利用をしている利用者の増加、すなわち特養待ちの受け皿となっているのが実態である。

一方でショートステイにはさまざまな施設形態があり、特養併設型(以下; 併設型)、単独型、空床型と区別されている。また、運営している法人は非営利法人(地方公共団体、社会福祉協議会、社会福祉法人)だけでなく営利法人(株式会社、有限会社)など多様である。以上のような施設特性に着目し、利用日数の状況やサービス内容の実態を明らかにした研究はこれまでに見受けられない。

そこで本研究では、1. 秋田県におけるショートステイの施設特性の実態を明らかにすること、2. 30日を超えて連続してショートステイを利用する長期利用率に関連する施設特性を明らかにすること、3. 1と2の結果をふまえ、ショートステイが本来的な目的に沿う活用がなされるために必要なことについて探ることを目的とする。

II. 研究方法

1. 調査対象者

秋田県内全域のショートステイ280事業所の管理者

2. 調査期間

平成26年10月～12月

3. 調査方法

調査対象者へ無記名自記式質問紙調査を実施した。調査票の配布は、研究目的および方法を明記した調査協力の依頼文とともに、管理者宛の調査票を同封し郵送した。調査票の回収にあたっては関係者が内容を把握できないように厳封の上、郵送法で回収した。調査協力についての同意の有無は返送をもって承諾とみなした。

4. 調査内容

調査対象者の属性を始めとした以下の項目について質問した。質問の一部はレスパイトケアの推進に資する短期入所生活介護のあり方に関する調査研究事業報告書（2012）より引用した。

1) 回答者の属性

性別、年齢、職種、経験年数

2) ショートステイの属性

事業所の設置場所（市町村名）、事業所の施設形態（単独型、併設型、空床利用型）、入所定員、運営主体（営利法人、営利法人以外）、過去12ヶ月の稼働率、長期（自費での支払いも含め、30日を超えて連続で長期利用をしている）利用者数、短期（30日以下）利用者数

3) ショートステイにおけるサービス内容

事業所が算定している加算の状況、対応経験のある医療処置、対応を断った医療処置、リハビリテーション実施の状況、介護保険外サービス実施の状況、ショートステイ受け入れ不可の場合の理由

5. 分析方法

調査の各項目について単純集計の後、各項目間でクロス集計を行った。ショートステイの施設形態は「単独型」と「併設型、空床型（以下；単独型以外とする）」、運営主体は「営利法人」と「営利法人以外」とそれぞれ2群に分けて分析を行った。ショートステイ事業所の各月の稼働率については、正規性の検定を行った後、Friedman検定を行った。長期利用率は空床の影響を受けない計算方法とし、ショートステイの長期利用者数を分子、長期利用者数と短期利用者数を合算した実質の利用者数を分母とし百分率で算出した。

独立変数を施設形態、運営主体、入所定員および算定している加算、従属変数をショートステイの長期利用率としそれぞれの従属変数によって平均長期利用率にどのような傾向が見られるか、

Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定により検討した。データ分析においては統計学的有意水準を5%とし、統計処理にはSPSS Statistic Ver.22を使用した。

6. 倫理面への配慮

調査を実施するにあたり、研究目的、方法、研究への参加は自由意思であること、答えたくない質問には答えなくても良いこと、データは研究者が匿名記号化した上で使用すること、データ入力・分析に使用するコンピュータはインターネットに繋がらないものを使用し、鍵のかかるところに保管する、研究終了後は調査票のシュレッダー処理を行う、研究の結果については論文としてまとめ、学会などで発表する。以上のことを調査対象者へ文書で伝えた。本研究は日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 研究結果

1. 回答者の属性

秋田県全域のショートステイ事業者280事業所の管理者へ質問紙調査を実施し、108事業所より回答を得た（有効回答率38.6%）。回答者の属性は【性別】は「男」64人（59.8%）、「女」43人（40.2%）、【年齢】は「40代」「60代」が多く、ともに27人（25.2%）、「30代」（24.3%）、「50代」（22.4%）と続いた。【職種】（複数回答）は看護・介護の資格を持たない「その他」50人（46.7%）が最も多く、「その他」のみの回答は47人（43.9%）であった。続いて「生活相談員」（36.4%）、「介護支援専門員」17人（15.9%）であった。【管理者経験年数】は「3年以上6年未満」42人（39.6%）が最も多く、「3年未満」23人（21.7%）、「6年以上10年未満」（19.8%）と続いた。経験年数の平均は6.8年であった。

2. ショートステイの属性（表1、表2）

ショートステイの【施設形態】（表1）は「単独型」58事業所（53.7%）、「併設型」49事業所（45.4%）、「空床利用型」1事業所（0.9%）であった。【入所定員】は「11人～20人」35事業所（32.4%）が最も多く、「21人～30人」30事業所（27.8%）、「31人以上」25事業所（23.2%）、「10人以下」18事業所（16.7%）であった。なお、「31人以上」の事業所のうち「100人以上」が3事業所あり、最も

多い事業所は「140人」であった。また最も少ない事業所は「3人」であった。【運営主体】は「営利法人」55事業所（52.9%）が最も多く、「社会福祉法人（社協を除く）」35事業所（33.7%）、「地方公共団体」6事業所（5.8%）と続いた。

【長期利用率】の実態は「30%未満」が最も多く40事業所（38.1%）、「30%～50%未満」35事業

所（33.3%）、「50%～70%未満」17事業所（16.2%）、「70%以上」13事業所（12.4%）であった。

【事業所稼働率】（表2）の平均は「平成26年2月」 $m=95.1$ （ $SD\pm 9.1$ ）が最も高く、「平成26年8月」 $m=88.0$ （ $SD\pm 12.6$ ）が低かった。各月の稼働率についてFriedman検定を行ったところ有意差（ $p<.001$ ）があった。

表1 ショートステイの属性

| | | 事業所数 | % |
|----------------------|------------------------|------|-------|
| 施設形態 $n=108$ | 単 独 型 | 58 | 53.70 |
| | 特 養 併 設 型 | 49 | 45.37 |
| | 空 床 利 用 型 | 1 | 0.93 |
| 入 所 定 員 $n=108$ | 10 人 以 下 | 18 | 16.67 |
| | 11 人 ～ 20 人 | 35 | 32.41 |
| | 21 人 ～ 30 人 | 30 | 27.78 |
| | 31 人 以 上 [※] | 25 | 23.15 |
| 運 営 主 体 $n=104$ | 地 方 公 共 団 体 | 6 | 5.77 |
| | 社 会 福 祉 協 議 会 | 3 | 2.88 |
| | 社 会 福 祉 法 人 （社協を除く） | 35 | 33.65 |
| | 医 療 法 人 | 3 | 2.88 |
| | 協 同 組 合 | 2 | 1.92 |
| | 営 利 法 人 | 55 | 52.88 |
| 長 期 利 用 率 $n=105$ | 30%未満 | 40 | 38.10 |
| | 30%～50%未満 | 35 | 33.33 |
| | 50%～70%未満 | 17 | 16.19 |
| | 70%以上 | 13 | 12.38 |

※100人以上3事業所

表2 ショートステイの稼働率^{※1}

| | n | 最小値(%) | 最大値(%) | 平均(%) ^{※2} | SD (%) |
|----------|-----|--------|--------|---------------------|----------|
| 平成25年10月 | 107 | 58 | 117 | 91.1 | 9.4 |
| 平成25年11月 | 107 | 70 | 120 | 93.3 | 7.9 |
| 平成25年12月 | 107 | 66 | 120 | 93.0 | 8.2 |
| 平成26年1月 | 107 | 63 | 126 | 93.9 | 8.9 |
| 平成26年2月 | 107 | 54 | 128 | 95.1 | 9.1 |
| 平成26年3月 | 107 | 50 | 125 | 93.5 | 10.2 |
| 平成26年4月 | 107 | 46 | 119 | 91.3 | 11.0 |
| 平成26年5月 | 107 | 50 | 126 | 91.1 | 11.2 |
| 平成26年6月 | 107 | 33 | 122 | 88.6 | 12.6 |
| 平成26年7月 | 107 | 33 | 121 | 88.3 | 12.6 |
| 平成26年8月 | 107 | 33 | 123 | 88.0 | 12.6 |
| 平成26年9月 | 108 | 40 | 117 | 89.3 | 11.1 |

※1 稼働率=1月の利用延人員/入所定員として算出したもの。

※2 各月の平均(%)についてFriedman検定を行ったところ有意差（ $p<.001$ ）あり

3. ショートステイにおけるサービス内容(表3、表4)

【算定している加算状況】(複数回答)では「送迎加算」102事業所(94.4%)が最も多く、「夜勤職員配置加算」56事業所(51.9%)、「看護体制加算Ⅰ」47事業所(43.5%)、「サービス提供体制強化加算Ⅰ」46事業所(42.6%)と続いた。また算定している割合が少なかったのは「在宅中重度受け入れ加算」2事業所(1.9%)、「認知症緊急対応加算」3事業所(2.8%)であった。平均加算数は3.8であった。

各加算と全体の加算数の関連についてMann-WhitneyのU検定(表3)を行ったところ、「看護体制加算Ⅰ」($p<.001$)「看護体制加算Ⅱ」($p<.001$)「夜勤職員配置加算」($p<.001$)「認知

症緊急対応加算」($p<.05$)「若年性認知症加算」($p<.001$)「療養食加算」($p<.001$)「機能訓練体制加算」($p<.001$)を算定しているショートステイが全体の加算数平均が有意に多かった。

【リハビリテーション実施状況】(表4)は「計画作成はせず集団体操や生活リハビリを実施している」47事業所(46.1%)が最も多かった。

【介護保険外のサービス実施状況】(表4、複数回答)は「理容・美容」100事業所(94.3%)が最も多く、「受診送迎」93事業所(87.7%)、「金銭の預かり」72事業所(67.9%)が続いた。

表には示していないが、【ショートステイ受け入れ不可の場合の理由(空床がない以外)】は「医療処置ニーズに対応できない」89事業所(84.0%)

表3 ショートステイで算定している各加算と全体の加算数の関連

| 加算 | | 度数 | % | 平均 | SD | p値 |
|--------------|---|-----|--------|------|------|-------|
| 看護体制加算Ⅰ | 有 | 47 | 43.52 | 4.32 | 1.25 | <.001 |
| | 無 | 61 | 56.48 | 3.33 | 1.29 | |
| 看護体制加算Ⅱ | 有 | 33 | 30.56 | 4.91 | 0.98 | <.001 |
| | 無 | 75 | 69.44 | 3.25 | 1.19 | |
| 夜勤職員配置加算 | 有 | 56 | 51.85 | 4.29 | 1.22 | <.001 |
| | 無 | 52 | 48.15 | 3.19 | 1.28 | |
| 認知症緊急対応加算 | 有 | 3 | 2.78 | 5.67 | 0.58 | .013 |
| | 無 | 105 | 97.22 | 3.7 | 1.34 | |
| 若年性認知症加算 | 有 | 19 | 17.59 | 5.16 | 1.07 | <.001 |
| | 無 | 89 | 82.41 | 3.46 | 1.23 | |
| 療養食加算 | 有 | 20 | 18.52 | 5.05 | 1.05 | <.001 |
| | 無 | 80 | 74.07 | 3.47 | 1.25 | |
| 緊急入所ネットワーク加算 | 有 | — | — | — | — | — |
| | 無 | 108 | 100.00 | 3.76 | 1.36 | |
| 在宅中重度受け入れ加算 | 有 | 2 | 1.85 | 4.5 | 0.71 | .400 |
| | 無 | 106 | 98.15 | 3.75 | 1.37 | |
| サービス提供強化加算Ⅰ | 有 | 46 | 42.59 | 3.91 | 1.30 | .300 |
| | 無 | 62 | 57.41 | 3.65 | 1.40 | |
| サービス提供強化加算Ⅱ | 有 | 44 | 40.74 | 3.77 | 1.33 | .962 |
| | 無 | 64 | 59.26 | 3.75 | 1.39 | |
| サービス提供強化加算Ⅲ | 有 | 6 | 5.56 | 3.5 | 1.52 | .588 |
| | 無 | 102 | 94.44 | 3.77 | 1.36 | |
| 機能訓練体制加算 | 有 | 28 | 25.93 | 4.89 | 0.99 | <.001 |
| | 無 | 80 | 74.07 | 3.36 | 1.25 | |
| 送迎加算 | 有 | 102 | 94.44 | 3.82 | 1.33 | .098 |
| | 無 | 6 | 5.56 | 2.67 | 1.51 | |

Mann-WhitneyのU検定

緊急入所ネットワーク加算を算定している事業所はなかった。

が最も多く、「その他」8事業所(7.5%)、「BPSDのある認知症に対応できない」5事業所(4.7%)「入退所・送迎等に対応できない」4事業所(3.8%)が続いた。

【対応を断った経験のある医療処置】(複数回答)では「気管切開」37事業所(43.0%)が最も多く、「人工透析」33事業所(38.4%)、「人工呼吸器」33事業所(38.4%)と続いた。

表4 リハビリテーションの実施状況および介護保険外のサービス実施状況

| | | 事業所数 | % |
|-------------------------------|---------------------|------|-------|
| リハビリテーション実施状況 n=102 | 計画作成し個別リハビリを実施 | 22 | 21.57 |
| | 計画作成し集団リハビリを実施 | 22 | 21.57 |
| | 計画作成はせず個別・集団リハビリを実施 | 47 | 46.08 |
| | 実施していない | 9 | 8.82 |
| | その他 | 2 | 1.96 |
| 介護保険外サービス実施状況 n=106 (複数回答) | テレビレンタル | 40 | 37.74 |
| | 金銭の預かり | 72 | 67.92 |
| | 理容・美容 | 100 | 94.34 |
| | クリーニング | 68 | 64.15 |
| | 付き添いヘルパー・送迎の調整 | 23 | 21.70 |
| | 受診付き添い | 52 | 49.06 |
| | 受診送迎 | 93 | 87.74 |
| | その他 | 4 | 3.77 |

4. ショートステイ施設特性と長期利用率との関連(表5、表6、表7)

【運営主体】を「営利法人」「営利法人以外(地方公共団体、社会福祉協議会、社協以外の社会福祉法人、医療法人、協同組合)」と2群に分け、【施設形態】【入所定員】について、 χ^2 検定を行った(表5)。分析の結果、「営利法人」では「単独型」、「営利法人以外」では「単独型以外」の施設形態をとる傾向があった。入所定員は「営利法人」で多く、「営利法人以外」で少ない傾向がみられた。また、表には示していないが【入所定員】と【施設形態】についても同様に分析したところ、有意な関係があった。「10人以下」では「単独型以外」が有意に多く、「21人~30人」では「単独型」が有意に多かった。

また、【施設形態】および【運営主体】と【算定している加算状況(複数回答)】との χ^2 検定を行った(表6)。その結果、「サービス提供体制強化加算I」の算定の割合は「単独型以外」($p<.001$)「営利法人以外」($p<.001$)で有意に高く、「サービス提供体制強化加算II」の算定の割合は「単独型」($p<.001$)「営利法人」($p<.001$)で有意に高かった。他の算定加算項目と【施設形態】およ

び【運営主体】については、有意な関係は見られなかった。

施設特性と【長期利用率】の関連について検討したところ以下のことが明らかとなった(表7)。**【施設形態】**、**【運営主体】**と**【長期利用率】**の関連についてMann-WhitneyのU検定を行ったところ、「単独型」および「営利法人」の長期利用率が有意に高かった($p<.001$)。また、**【入所定員】**と**【長期利用率】**の関連についてKruskal-Wallis検定を行ったところ、入所定員によって長期利用率には違いがあり($p<.001$)入所定員が多い群ほど長期利用率が高くなっている傾向があった($p<.001$)。**【リハビリテーション実施状況】**、**【ショートステイ受け入れ不可の場合の理由(空床がない以外)】**と長期利用率の関連について有意差はなかった。

【算定している加算】と**【長期利用率】**の関連についてMann-WhitneyのU検定を行ったところ、「療養食加算あり」および「サービス提供体制強化加算IIあり」の平均の長期利用率が加算なしの群に比べて有意に高く(それぞれ $p=.003$)、「サービス提供体制強化加算Iあり」の平均の長期利用率が有意に低かった($p<.001$)。

表5 施設形態、入所定員と運営主体との関連

| | | 営利法人 | 営利法人以外 | p 値 |
|------|---------|-----------|-----------|-------|
| 施設形態 | 単 独 型 | 51 (8.2) | 6 (-8.2) | <.001 |
| | 単独型以外 | 4 (-8.2) | 43 (8.2) | |
| 入所定員 | 10人以下 | 2 (-3.9) | 16 (3.9) | <.001 |
| | 11人~20人 | 18 (0) | 16 (0) | |
| | 21人~30人 | 22 (2.7) | 8 (-2.7) | |
| | 31人以上 | 13 (0.7) | 9 (-0.7) | |

χ^2 検定 () 内：調整済み残差

表6 施設特性と算定している加算との関連

| | サービス提供体制強化加算Ⅰ ^{※1} | | p 値 | サービス提供体制強化加算Ⅱ ^{※2} | | p 値 |
|---------|-----------------------------|-----------|-------|-----------------------------|-----------|-------|
| | なし | あり | | なし | あり | |
| 単 独 型 | 45 (4.6) | 13 (-4.6) | <.001 | 23 (-4.5) | 35 (4.5) | <.001 |
| 単独型以外 | 17 (-4.6) | 33 (4.6) | | 41 (4.5) | 9 (-4.5) | |
| 営 利 法 人 | 47 (6.1) | 8 (-6.1) | <.001 | 20 (-5.1) | 35 (5.1) | <.001 |
| 営利法人以外 | 13 (-6.1) | 36 (6.1) | | 42 (5.1) | 7 (-5.1) | |

χ^2 検定 () 内：調整済み残差

他の加算項目に有意差はなし

※1 サービス提供体制強化加算Ⅰ：介護職員の総数のうち介護福祉士の割合が50%以上であること

※2 サービス提供体制強化加算Ⅱ：介護職員の総数のうち常勤職員の割合が75%以上であること

※1 ※2 いずれも平成26年10月時点、サービス提供体制強化加算はⅠ・Ⅱ・Ⅲいずれか算定可能であり、Ⅰ>Ⅱ=Ⅲの順に報酬が高い。

表7 施設形態、運営主体、入所定員、加算の有無による平均長期利用率

| | | 度数 | 平均 | SD | 中央値 | p 値 | |
|------------------------|---------------|----|------|------|------|------|------|
| 施設形態 ^{※1} | 単 独 型 | 58 | 42.9 | 22.7 | 43.1 | .031 | |
| | 単独型以外 | 48 | 33.8 | 26.7 | 32.8 | | |
| 運営主体 ^{※1} | 営 利 法 人 | 54 | 46.6 | 22.6 | 44.1 | .001 | |
| | 営利法人以外 | 48 | 31.4 | 25.5 | 29.6 | | |
| 入所定員 ^{※2} | 10人以下 | 17 | 27.7 | 25.9 | 22.2 | .011 | |
| | 11人~20人 | 35 | 32.7 | 20.7 | 34.5 | | |
| | 21人~30人 | 30 | 45.9 | 29.1 | 40.4 | | |
| | 31人以上 | 24 | 46.5 | 19.6 | 45.4 | | |
| 算定している加算 ^{※1} | 療養食加算 | 有 | 20 | 52.7 | 22.5 | 46.4 | .006 |
| | | 無 | 86 | 35.5 | 24.4 | 34.6 | |
| | サービス提供体制強化加算Ⅰ | 有 | 46 | 29.9 | 24.8 | 24.8 | .001 |
| | | 無 | 60 | 45.5 | 22.9 | 22.9 | |
| | サービス提供体制強化加算Ⅱ | 有 | 43 | 46.5 | 21.7 | 21.7 | .003 |
| | | 無 | 63 | 33.4 | 25.7 | 25.7 | |

※1 Mann-WhitneyのU検定

※2 Kruskal-Wallis検定

IV. 考 察

1. 秋田県におけるショートステイの施設特性

介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省、2014b, c）による全国のショートステイ事業所の【施設形態】は「併設型」、【運営主体】は「社会福祉法人（社会福祉協議会を除く）」【入所定員】では「50～99人」が最も多い。同様の調査で秋田県では【施設形態】は「単独型」、【運営主体】は「営利法人」、【入所定員】「30～39人」が最も多かった。本研究の結果、【施設形態】は「単独型」、【運営主体】は「営利法人」、【入所定員】は「11人～20人」が最も多かった。本研究の対象施設の特性の傾向は厚生労働省の秋田県の統計結果を反映している内容となっており、秋田県全体のショートステイの状況を考えていく上で概ね偏りが無いと考えられる。

秋田県では、全国一高齢化が進むとともに、独居高齢者が増加している。そして、秋田県におけるショートステイの長期利用者は同居に比べて独居高齢者が有意に多いことが示されている（萩原、2015）。独居高齢者をはじめとしたショートステイの需要が高まる中、利用者確保が確実に期待できる秋田県では営利法人でもショートステイの運営に参入しやすいと考えられる。しかし「併設型」をとれる特別養護老人ホームの設置主体は社会福祉法人に限定されており、ショートステイの運営に参入した営利法人は、必然的に単独型を選択せざるを得なかったため【施設形態】は「単独型」が多くなった、そして【入所定員】については、営利を考えると、職員の人員確保が最小限で済み、比較的赤字となるリスクの低い小規模のショートステイを選択したと考えられる。このように、営利を目的とした運営主体がショートステイに参入していることが、全国的な傾向とは異なる秋田県の施設特性の特徴にあらわれたと考えられる。

ショートステイの稼働率（表2）も、秋田県の施設利用実態の特徴を良く表している。11月から3月にかけての冬期は降雪があり、介護が必要な高齢者の自宅の除雪や外出などが困難であるという理由から、冬期の稼働率が高くなっていると考えられる。豪雪地帯に暮らす高齢者の健康上の安心を支える要素である「冬を乗り切ること」（中村ら、2011）を満たすために、ショートステイが一定の役割を果たしていることがうかがえる。

2. 施設特性から見たサービス内容の実態

【施設形態】【運営主体】と【算定している加算状況（複数回答）】の関連から、特養併設型の方が「サービス提供体制強化加算Ⅰ」を算定し専門職を配置しやすい状況であることがわかる。特養併設型の場合は、特養との兼務も可能であることから、人員をある程度配置しやすいのではないかと考えられる。さらに、専門職の配置が必要な「看護体制加算Ⅰ・Ⅱ」、「夜勤職員配置加算」、「若年性認知症受入加算」、「療養食加算」、「機能訓練体制加算」を算定している事業所は全体の加算数が多い傾向があることから、サービスの質向上に取り組んでいることがわかる。その一方で、単独型、および営利法人の場合はショートステイ単独での人員配置や経営管理を行わなければならない、人件費をかけられない状況であることが推察される。つまり、単独型ショートステイで運営主体が営利法人の場合、経営母体が特養である併設型ショートステイとは異なり、経営面を安定させることが困難であることから、看護師や夜勤職員、栄養士などによる人員配置やサービスの質の向上に十分取り組みにくいことが考えられる。

また、空床がない以外の受け入れ不可の理由は「医療処置に対応できない」場合が圧倒的に多く、中でも「気管切開」「人工透析」「人工呼吸器」などの医療職の関与の頻度が高く、医療機関との連携が不可欠な処置の受け入れが困難であることがわかる。口村（2011）の研究では、ショートステイ相談員の悩みとして医療依存度の高い利用者の受け入れを挙げており、本研究結果とも一致している。ショートステイの人員配置が十分でない状況のなかでは医療処置に対応する余裕がないことがうかがわれる。職員の医療知識の向上や看護職や夜勤職員の充実により、受け入れ可能な利用者が増えるのではないかと考えられる。さらに、外部在宅医療機関、例えば訪問看護ステーションとの連携を一層進めていく必要がある。利用者・家族の“生活を支える”（2012）によると、利用者が普段利用している訪問看護ステーションの看護師とショートステイの看護師との連携により施設内の看護師の負担が軽減されるだけでなく、情報が共有でき、利用者の身体状況が的確に把握できると述べられている。本研究の対象では、訪問看護師がショートステイへ訪問した際に算定できる「在宅中重度者受入加算」を算定している事業所が少なかった。在宅で生活している高齢者が

ショートステイを利用する際には、楠田 & 小粥（2012）の報告のように、在宅看護を高齢者に提供しているいつもの訪問看護ステーションの看護師と、利用するショートステイの看護師が情報共有や連携を行うことが、より継続的で効果的なケアにつながる。またショートステイ利用後、中重度である高齢者が円滑に在宅へ戻る際に看護師が連携することも重要である。

本研究の結果、秋田県では全体的に個別の機能訓練を実施しているショートステイの割合は21.6%と低かった。今後、医療機関の在院日数短縮化により、ショートステイが多様な医療ニーズに対応していく必要性はますます高まると考えられる。高澤（2008）の研究によると、リハビリテーションサービスを備えているショートステイは医療機関が早期退院を進めている中でリハビリテーション機能の一つとしての役割を果たせると述べられている。このことから今後地域包括ケアシステムの構築にあたり、ショートステイでのリハビリテーション実施は重要な機能の一つであり、対応が必要な課題であることが明らかになった。ショートステイで個別機能訓練の実施が強化されれば、ショートステイ利用目的がいわゆる介護者の都合によるレスパイトケアだけでなく、利用者自身が主体的にショートステイを利用する理由にもなると考えられる。

3. ショートステイの施設特性と長期利用率との関連

単独型ショートステイおよび運営主体が営利法人、入所定員が多いショートステイほど、平均の長期利用率が高い傾向があった。営利法人、単独型ショートステイは経営を安定させるために収入の見通しをつけやすい長期利用を積極的に受け入れる傾向があると考えられる。また、入所定員が多いショートステイほど空床の規模も大きくなる可能性があり、それを避けるために単独型、営利法人の場合と同様、長期利用を受け入れやすいことを示している。

「サービス提供体制強化加算Ⅱ」あり、「サービス提供体制強化加算Ⅰ」無しが、長期利用率と関係していたのも、表6に示したように、これらの特徴が営利法人、単独型ショートステイの加算の特徴だったことと関係していると思われる。「療養食加算」あり、つまり食のサービスの質向上に取り組んでいる施設で平均長期利用率が高かった

ことを考慮すると、長期利用率が高いショートステイの全てでサービス内容の充実が遅れているとは限らないが、経営安定のために利用者確保が優先されている状況はあると推測できる。

今後、医療機関から在宅へ戻る際に重要な役割を果たすと考えられるショートステイは、リハビリテーションや医療ニーズへの対応を始めとしたサービスの質向上に取り組むことが期待される。しかし、その一方でショートステイは利用者の入れ代わりが頻繁なサービスであるだけに、経営面の安定が重要な課題である。ショートステイ事業所のサービスの質向上に対する報酬は、利用者の介護報酬へ加算の上乗せという方策が現状採られているが、利用者の自己負担が増えるという点、利用者を確認しなければ加算報酬を得られない点が短所として挙げられる。以上の課題に対しては、サービスの質向上の加算報酬を直接的に利用者へ強いるのではなく、介護保険の財源から補助金としてショートステイへ分配するなどの政策的な関与が効果的と考えられる。

今後、全国各地で秋田県と同様に高齢化が進行すると、地域で生活する高齢者にとってショートステイは重要な社会資源の一つとなるであろう。そして、ショートステイの利用需要の拡大に伴い、多くの営利法人の参入が予想される。その際には、ショートステイの報酬による経営状況とともにサービスの質に関しても注目していくことが重要である。また、秋田県のような降雪地帯においては、冬を乗り切る手段としてショートステイを、30日を超えて柔軟に利用するなど、在宅での暮らしを続けるために効果的な活用が期待される。

V. 結論

高齢化の進む秋田県において、ショートステイの施設形態は「単独型」で「小規模」であり「営利法人」の運営が多い傾向にあることが明らかになった。そして平均の「長期利用率」は「単独型」、「営利法人」のショートステイにおいて割合が高かった。サービス提供状況では職員配置が充実しているショートステイでは、サービスの質の向上に関わる加算が算定されている傾向があった。ショートステイでは医療依存度の高い処置を断る傾向にあり、医療依存度の高い利用者がショートステイの利用ができない可能性が示唆された。

秋田県でショートステイの利用需要が高まった

ことにより、運営に参画した営利法人、単独型のショートステイの経営は安定しにくいことから、利用者確保が優先されている状況であることが示唆された。ショートステイの経営が安定するためには、サービスの質向上の報酬を利用者へ直接求めるのではなく、介護保険の財源から補助金としてショートステイへ分配するという政策的な仕組みづくりが必要である。ショートステイの経営が安定し看護師をはじめとした人員配置が充実することで、医療処置への対応や機能訓練による重度化の予防に取り組むことが可能であると考えられる。

本研究は第18回日本在宅医学会大会 第21回日本在宅ケア学会学術集会 合同大会で発表予定である。

本研究は2014年度「学校法人日本赤十字学園研究基金」学内研究費の助成を受けて実施された調査研究の一部である。

本論文について他者との利益相反はない。

引用文献

- 楠田則子, 小粥まさ子. (2012). ショートステイと訪問看護ステーションの情報共有から連携は始まる, *community care*, Vol14, No.2, 20-23.
- 口村淳. (2011). 高齢者ショートステイにおける生活相談員の悩みとは何か, 全国調査における自由記述の分析を通して, *評論・社会科学* 97, 81-91.
- 厚生労働省・政府統計の総合窓口e-stat. (2002, 2007, 2011a). 介護サービス施設・事業所調査, 居宅サービス事業所総括表.
- 厚生労働省・政府統計の総合窓口e-stat. (2002, 2007, 2011b). 介護サービス施設・事業所調査, 居宅サービス事業所閲覧表, 1事業所当たり利用実人員数-1事業所当たり利用延人員数-利用者1人当たり利用回(日)数, 都道府県-指定都市・中核市(再掲), 居宅サービスの種類別.
- 厚生労働省・政府統計の総合窓口e-stat. (2014a). 介護サービス施設・事業所調査, 閲覧表 居宅サービス事業所, 事業所数(通所介護-短期入所生活介護-特定施設入居者生活介護), 都道府県-指定都市・中核市(再掲), 居宅サービスの種類, 事業所の形態(複数回答)別.
- 厚生労働省・政府統計の総合窓口e-stat. (2014b). 介護サービス施設・事業所調査, 閲覧表 居宅サービス事業所, 居宅サービスの事業所数, 開設(経営)主体, 居宅サービスの種類, 定員階級別.
- 厚生労働省・政府統計の総合窓口e-stat. (2014c). 介護サービス施設・事業所調査, 閲覧表 居宅サービス事業所, 居宅サービスの事業所数, 都道府県-指定都市・中核市(再掲), 居宅サービスの種類, 利用実人員階級別(短期入所生活介護).
- 厚生労働省老健局総務課. (2013). 公的介護保険制度の現状と今後の役割, http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/hoken.pdf (平成27年9月30日参照).
- 指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準. (1999a). 厚生省令第38号.
- 指定居宅介護支援等の事業の人員および運営に関する基準について. (1999b). 老企第22号.
- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準. (2000). 厚生省告示第19号.
- 高澤寛人. (2008). ショートステイにおけるリハビリテーションの役割, *理学療法学* 35(Supplement_2), 405.
- 内閣府共生社会政策. (2010). 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果(全体版), <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/sougou/zentai/index.html> (平成27年9月30日参照).
- 中村順子, 大高恵美, 荻原麻紀, 酒井志保, 佐藤美恵子, 佐々木亮平, . . . , 阿部範子. (2011). 東北地方B県の特定高齢者にとっての健康上の安心, *日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学紀要* (16), 19-26.
- 日本介護支援専門員協会. (2012). レスパイトケアの推進に資する短期入所生活介護のあり方に関する調査研究事業(2011年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金).
- 萩原智代. (2015). 短期入所生活介護(ショートステイ)利用者の利用形態に関連する要因, *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文*.
- 横関真奈美, 近藤克則, 杉本浩章. (2006). 特別養護老人ホーム入所待機者の実態に関する調査, *社会福祉学*, vol.47, No.1, 59-70.
- 利用者・家族の“生活”を支える「在宅中重度受入加算」での連携. (2012). *community care*, Vol14, No.2, 12-16.