

「要介護度軽減改善事例の概要シート」

事例番号	20	年齢	80歳	性別	■男性・□女性	世帯	□独居・□高齢・■同居
寝たきり度	□正常・□J1・□J2・□A1・□A2・■B1・□B2・□C1・□C2						
痴呆度	□正常・□I・□IIa・■IIb・□IIIa・□IIIb・□IV・□M						
ADL状況	(食事)	(歩行)	(排泄)	(入浴)	(更衣)	特記事項	
	□自立 ■一部介助 □全介助	□自立 ■一部介助 □全介助	□自立 ■一部介助 □全介助	□自立 ■一部介助 □全介助	□自立 ■一部介助 □全介助		
IADL							
現病歴	パーキンソン氏病						
身体状況	薬の効き具合により手足がこわばったり、昼間でも眠くなると体が動かない						
精神状況	幻覚があり孫や動物が見えたり物音が聞こえる						
サービスの利用種類等	訪問介護(入浴、散歩)2回/w 通所介護2回/w 訪問看護1回/w 訪問マッサージ1回/w						
主な介護者と介護状況	妻 生活全般に非常によく世話をされている 外に連れ出すことが大切と夏冬関わらず散歩に連れて行かれる						
過去の認定の推移状況	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
	□非該当	□非該当	□非該当	□非該当	□非該当	□非該当	□非該当
	□要支援	□要支援	□要支援	□要支援	□要支援	□要支援	□要支援
	□要介護1	□要介護1	□要介護1	□要介護1	□要介護1	□要介護1	□要介護1
	□要介護2	□要介護2	□要介護2	□要介護2	□要介護2	□要介護2	□要介護2
	□要介護3	■要介護3	■要介護3	□要介護3	□要介護3	□要介護3	□要介護3
	■要介護4	□要介護4	□要介護4	□要介護4	□要介護4	□要介護4	□要介護4
□要介護5	□要介護5	□要介護5	□要介護5	□要介護5	□要介護5	□要介護5	
事例の概要	パーキンソン氏病であり、大腿骨骨折で入院。退院前に病院内で初回の調査をされた。その後退院、自宅で住宅改修、車椅子、ベッドのレンタル、ヘルパーによる入浴、散歩介助、2回/w、訪問看護デイサービスを1回/w利用されている。						
要介護度の軽減状況と考えられる理由・要因	妻が本人のために良いと思われることは積極的に取り入れられる。献身的に食事の管理や夏冬関わらず車椅子で遠くまで散歩に出たり家の周りを介助して歩かれたりしている。ヘルパーの介助での入浴や散歩、デイサービスの利用など本人のためになることなら何でも取り入れ、少しでも良くなって欲しいという思いが強い。						

「要介護度軽減改善事例の概要シート」

事例番号	21	年齢	95歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性・ <input type="checkbox"/> 女性	世帯	<input type="checkbox"/> 独居・ <input checked="" type="checkbox"/> 高齢・ <input type="checkbox"/> 同居
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> J1・ <input type="checkbox"/> J2・ <input checked="" type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2・ <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2・ <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2						
痴呆度	<input type="checkbox"/> 正常・ <input type="checkbox"/> I・ <input checked="" type="checkbox"/> IIa・ <input type="checkbox"/> IIb・ <input type="checkbox"/> IIIa・ <input type="checkbox"/> IIIb・ <input type="checkbox"/> IV・ <input type="checkbox"/> M						
ADL状況	(食事)	(歩行)	(排泄)	(入浴)	(更衣)	特記事項	
	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	歩行器にて歩行できるが忘れて使用せず歩かれること有り ふらつき見られ転倒の危険有り	
IADL							
現病歴	老人性痴呆 脳梗塞 完全房室ブロックペースメーカー植込後						
身体状況	歩行器にて歩行できる 尿意あるものの失禁有り						
精神状況	穏やかである 問題行動なし						
サービスの利用種類等	介護老人保健施設						
主な介護者と介護状況	息子夫婦 他府県に住んでいる 月1回程度の面会有り						
過去の認定の推移状況	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目
	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> 非該当
	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要支援
	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護1
	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護2
	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護3
	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護4
	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 要介護5
事例の概要	約5年前に大腸癌のOPを受ける。人工肛門の造設はない。平成11年完全房室ブロックを起こしペースメーカー植込術を受ける。平成14年3月6日自宅で動けなくなり3月14日に日赤に入院、脳梗塞として治療を行う。入院時より痴呆症状が有り、つじつまの合わないことを言うようになった。5月14日入所。車椅子利用。構音障害有り。車椅子より立ち上がり、歩行しようとして何度か転倒される。歩行器についての歩行訓練、バランス訓練をし、現在歩行器を使用し、転倒されることもない。活気も出てきている。つじつまの合わないようなことは言われず俳句の本を読んだり、日光浴をして楽しんでおられる。						
要介護度の軽減状況と考えられる理由・要因	本人の歩こうという意思を大切にしたりハビリの効果があった(歩行訓練・バランス訓練) 奥様と生活を共にする環境を作ることができた						

7. 要介護認定の変動と介護保険サービスとの関係

(1) 分析対象

調査地域は、S 県 A 市において、介護報酬改訂が実施された平成 15 年 3 月までに要介護認定調査の申請を行い調査を受けた者（登録数）9944 名である。これらの高齢者は平成 15 年 3 月までに、30871 回の認定を受けている（表Ⅲ・7-1）。

認定の内訳をみると新規申請 11340 件、更新申請 19079 件、区分変更申請 452 件であった。また、9944 名の資格の変化については、死亡 2647 名、転出 242 名、その他資格喪失 49 名であった。これらのデータから介護サービスを利用した給付実績があった者を抽出し、9779 名を分析対象者とした。申請が最も多いもので 8 回というものもいたが、1 回～2 回で約 4 割程度を示していた。

表Ⅲ・7-1 3 年間の申請回数 (N=9944)

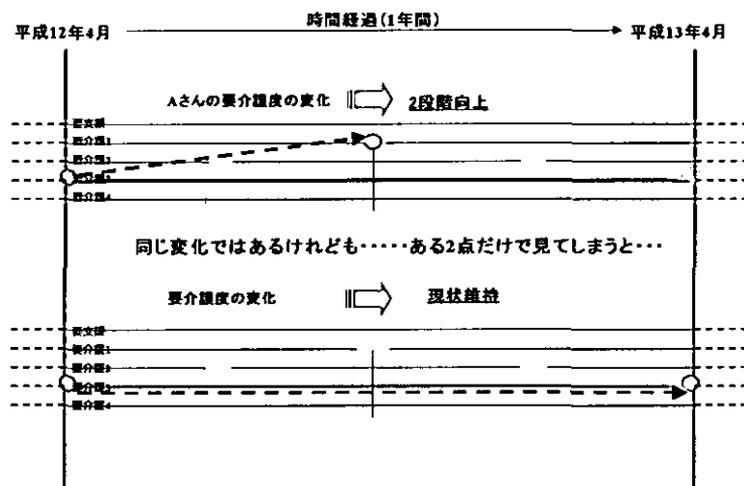
申請を行なった回数	N(人)	(%)
1回	2495	25.1
2回	2001	20.1
3回	1521	15.3
4回	1241	12.5
5回	1435	14.4
6回	1094	11.0
7回	148	1.5
8回	9	0.1
計	9944	100

(2) 分析方法の特徴

従来の研究手法における高齢者の経年的変化の把握は、例えば、平成 12 年 4 月と平成 14 年 6 月というように、任意の評価期間の推移を調査することによって得ていた。

しかし、介護保険制度が実施され、要介護度認定のデータが蓄積されるようになったことで、こういった経年的推移をさらに詳細に検討できる可能性がうまれた。

要介護認定の申請時期は、個々の高齢者の状況によって異なっているため、任意の 2 時点に偶然、存在した高齢者の解析をすることになってしまう。また実際は、要介護度は、図Ⅲ・7-1 に示したように、1 年間に上の例の場合は、向上して悪化した例であるが、1 年間の変化では、維持した群となってしまう。これは、経年的変化を追う期間が長くなればなるほど、推移を正確に把握することが難しくなってしまう。



図Ⅲ-7-1 高齢者の要介護度の推移

表 11-1 に示したように高齢者には、改善や悪化を繰り返す者が存在することがわかった。こういった高齢者は、先の2時点での調査によっては明らかにされることはない。

例えば、図 11-3 に示したように、例えば、A さんの場合、平成 12 年 4 月と平成 14 年 10 月の 2 時点データを比較すると A さんの場合は、平成 12 年 4 月には、要介護度 2 で平成 14 年 10 月にも要介護度 2 であるため維持群となる。

しかし、この間に、A さんは、4 回の認定を受けており、平成 12 年 10 月には、要介護度 1 となり、向上し、平成 13 年 4 月には、さらに向上し要支援と状態がよくなっている。しかし、平成 13 年 10 月には、急激に要介護度 3 と悪化し、平成 14 年 4 月に要介護度 4 となってしまう。平成 14 年 10 月には、再び改善し、要介護度 2 に戻るというプロセスを示している。

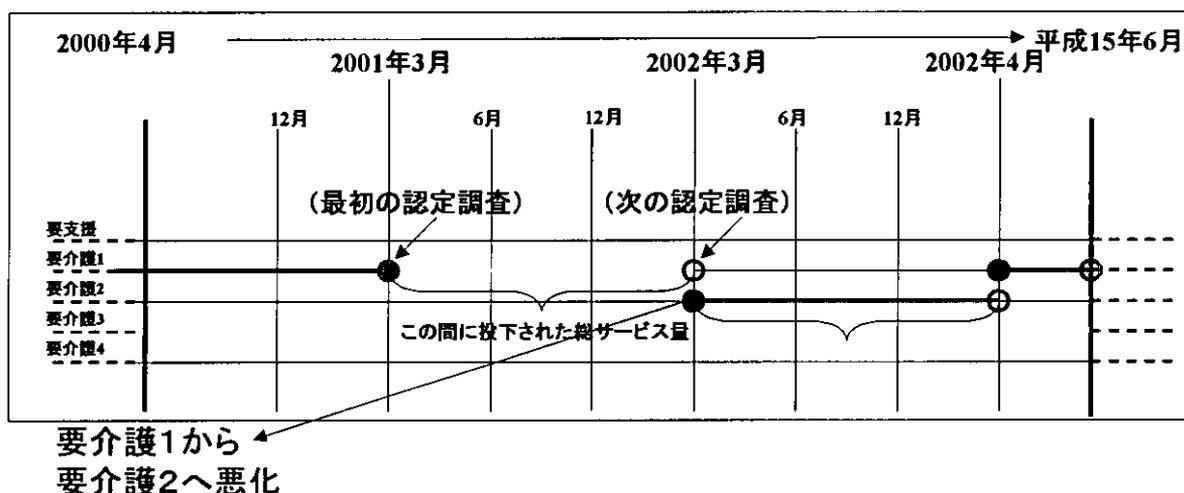
このように改善と悪化を大きく繰り返している例が、維持群とされることにもあれば、2 時点の期間の設定時期によっては、向上群とされることもありうる。

高齢者の推移とそれに影響した介護サービスの内容や量との関係を精確に把握するためには、認定申請毎に、その間の要介護度の推移とサービス提供量をデータ化していく必要がある。

ここでは 3 年間のデータベースから、図Ⅲ-7-3 に示したように、要介護高齢者の中から、2 回以上認定を受けた者を抽出し、各認定間の推移をすべてデータ化し、その同一要介護度の間に利用されていたサービスの内容と量との関係を分析した。図Ⅲ-7-3 に示したように要介護度が変化したときデータを 1 データとしている。よって 3 年間の間に何回か要介護度に変動があった高齢者に関しては、その変化ごとに別々のデータとして扱われ解析がなされている。

これにより、高齢者の要介護度に影響を与えている介護サービスについての精密な解析ができることになったと考えられる。

いるため、より精度が高い分析をするために要介護認定基準時間のデータの増減による変化を予測する解析をした。



図Ⅲ-7-3 分析に用いたデータの考え方

(3) 3年間の高齢者の要介護度の推移

平成12年の4月から平成15年3月までの要介護の推移について解析をし、その結果を表Ⅲ-7-3、表Ⅲ-7-4に示した。表Ⅲ-7-3は、2時点間の推移を解析した結果であり、表Ⅲ-7-4は、要介護度の推移をしたものを、さらに詳細に分析した結果である。これによって3年間に改善と悪化のどちらも経験した高齢者が12.0%も存在していることがわかった。

参考に単純に、2時点での要介護度を比較した場合には、維持群がもっとも多く35.8%、次いで悪化群が29.1%と示されるが、この結果から明らかなように2時点間の比較による解析では、提供された介護サービスが、どのように高齢者に影響を及ぼすかを考える際に、最も重要な改善と悪化を繰り返す群のパフォーマンスを評価できないことが示された。

表Ⅲ-7-3 3年間の要介護度の推移傾向 (N=9478)

表Ⅲ-7-4 改善群と悪化群の実人数の割合 (N=7878)

変化	人数	%
改善群	615	7.8
維持群	2,820	35.8
悪化群	2,292	29.1
死亡	323	4.1
認定無し	1,828	23.2
合計	7,878	100.0

変化	人数	%
改善のみ	735	7.8
悪化のみ	2,463	26.0
改善と悪化	1,137	12.0
維持のみ	3,686	38.9
その他	1,457	15.4
合計	9,478	100.0

(4) 要介護度認定基準時間の変化と介護保険サービス利用との関係

要介護認定の一次判定結果別に介護保険サービスの利用の有無によって悪化時間に差があるかを分析した。この分析では、把握された認定期間のうち、①3ヶ月より有効期間が長い(要支援以上の二次判定を持っている)、②施設に入所していない(在宅で生活している)、③介護保険サービスの利用終了時に新規の認定結果があるを満たしている 13924 回の期間(被保険者 5798 人)において分析した。

それぞれのサービスを利用していたものを「U」とし、利用していなかったものを「NU」とした。当該高齢者が、このいずれかに属しているかによって一次判定結果ごとに、次式、

$$\text{認定基準時間の悪化量} = \text{終了時の認定基準時間} - \text{開始時の認定基準時間}$$

で求め、この平均の差をみた結果のすべてを資料編の3に示した。

この分析の結果、訪問系サービスと要介護認定基準時間の変化との関係は、「訪問介護：身体」を利用する群は、悪化時間が多くなる傾向があるが、「訪問介護：家事」を利用していた群は、悪化時間が少ない改善の傾向が見られる。また、「訪問介護：複合」を利用していた群は、要支援では悪化時間が増加していたが、それ以外では改善の傾向があった。「訪問入浴」や「単なる訪問看護」を利用していた群は、悪化時間が増加量が多かった。この他の、「訪問リハ」などは、サンプル数が少なく、判断は難しかった。

通所系サービスに関しては、「通所：単独」では要介護3ぐらいで、若干、改善の傾向が示されたが「通所：併設」では、要介護度が高い群において、悪化の傾向が見られた。「通所痴呆介護単独型」、「通所痴呆介護併設型」については、サンプル数が少なく、明確ではないが、全般的に悪化時間が増加する傾向があった。「通所リハ：老健」では、要介護度の低い群で悪化時間が増加している傾向がみられた。

福祉用具については、移動機器、特殊寝台では、要介護度が軽い群で悪化傾向が示され、重い群では、逆に要介護認定基準時間の現状がみられ改善の傾向が若干示された。福祉用具の褥瘡関連機器においては悪化傾向が示されていた。

「短期入所生活介護」、「短期入所療養介護」、「居宅管理指導」の利用群は全体に悪化傾向が示された。

以上のように介護保険サービスの利用と要介護高齢者の要介護認定基準時間との関係を分析したが、これらの介護保険サービスは、単独で利用されている場合もあるが、いくつかのサービスが組み合わせられて利用されることが少なくないことから、次に、この組み合わせ別の分析を実施した。

(5) 要介護度認定基準時間の変動と介護保険サービスの組み合わせとの関係

要介護度の変動をさらに詳細に検討するために要介護認定基準時間を用いて、その時間の変化と介護サービスの種類との関係を分析した。ここでは、要介護認定基準時間が増加したことを悪化時間と示した。

この結果、介護保険サービスの組み合わせとして、悪化時間が最も長かったのは、5.416 分の増加が示された通所リハと短期生活入所介護の2種類のサービスを組み合わせている

群であった。次いで、5.424分の増加が示された訪問介護と訪問看護と福祉用具の使用と居宅管理指導の4種類のサービスを受けている群であった。この他に、5分以上の悪化時間が示されたのは、訪問介護、通所介護、短期生活入所介護という組み合わせや訪問介護と通所介護と居宅管理指導の3種類のサービスを受けている群であった。

逆に、介護保険サービスを利用することによって、時間が減少し、おそらく改善に向かっていると推察された群は、0.39分の減少が見られた訪問介護と訪問看護の組み合わせと0.21分の減少が見られた訪問介護と居宅管理指導、0.20分という福祉用具のみ群や、0.12分の減少が見られた訪問介護、通所介護、福祉用具というサービスの組み合わせを受けていた群であった。

しかし、これらの介護保険サービスの組み合わせによる分析は、これらを受けている要介護高齢者群が多様であることが予想されるため、介護保険サービスの組み合わせだけを要介護度との変動要因として判断することは難しいことは、明らかであった。

そこで、次に、要介護高齢者群の任意の要介護認定とその次の認定結果までの期間とそ次回の認定までに提供された介護サービスの種類とその量、および要介護高齢者の状態との関係に着目して分析をした。

表Ⅲ-7-5 介護保険サービスの組合わせによる認定基準時間の変化

サービス種類数	認定基準時間の平均値	悪化時間の平均値	述べ人数	分散	サービスの種類
2	52.20213	-0.39361702	94	328.1552	介護+看護
2	46.56019	-0.21296296	216	257.4149	介護+居管
1	51.32657	-0.20473773	591	442.7156	用具
3	57.86364	-0.12121212	198	476.3609	介護+通所+用具
3	74.75676	0.29729730	74	528.4036	介護+看護+用具
2	46.24078	0.53009709	515	276.7904	介護+通所
1	38.17067	0.94344344	1998	194.1525	介護
2	46.92224	0.99590723	733	371.4522	介護+用具
1	46.89447	1.18718593	796	243.1486	所り
3	59.65306	1.32653061	98	223.9541	介護+看護+居管
2	44.77457	1.46820809	173	176.4481	通所+所り
1	43.87779	1.60953113	1301	229.6074	通所
2	63.69082	1.77777778	207	438.7562	所り+用具
1	65.34783	1.85507246	69	420.5963	看護
2	57.79570	1.89247312	93	375.4448	看護+居管
2	59.61905	2.12698413	252	385.9280	通所+用具
2	47.04472	2.56910569	246	196.4911	介護+所り
2	57.42183	2.77286136	339	313.9690	通所+短生
2	49.64754	2.84426230	122	362.9755	通所+居管
3	59.79487	3.01923077	156	381.9674	介護+所り+用具
3	69.23364	3.33644860	107	318.3008	通所+用具+短生
0	57.47016	4.18295082	1525	559.0813	なし
3	56.35294	4.32352941	136	433.9686	介護+用具+居管
4	72.24658	4.41095890	73	414.9399	介護+通所+用具+短生
2	57.55118	4.65354331	127	238.4504	所り+短保
1	54.17021	4.65957447	94	352.0549	短生
3	60.48214	5.21428571	112	369.9717	介護+通所+短生
3	50.53247	5.25974026	77	565.0895	介護+通所+居管
4	63.80952	5.41666667	84	479.6918	介護+看護+用具+居管
2	55.83562	5.42465753	73	361.2755	所り+短生

(6) 要介護度の推移に関連する要因

本研究では、要介護度の推移について、任意の認定結果から、その次の認定結果までの変動をとらえ、これらの推移動向を改善、維持、悪化と把握し、これが改善と示されることを質の高い介護保険サービスと考えてきた。さらに、こういった改善に影響を及ぼす高齢者自身に帰する要因、あるいは介護者の介護方法、そして介護保険サービスの利用の影響として、その介護サービスの利用の有無とその量を検討したのが以下に示す樹形回帰分析の結果である。

ここでは、ある任意の認定結果とその次の認定結果に示された要介護認定基準時間の増減を基準とした解析を実施した。

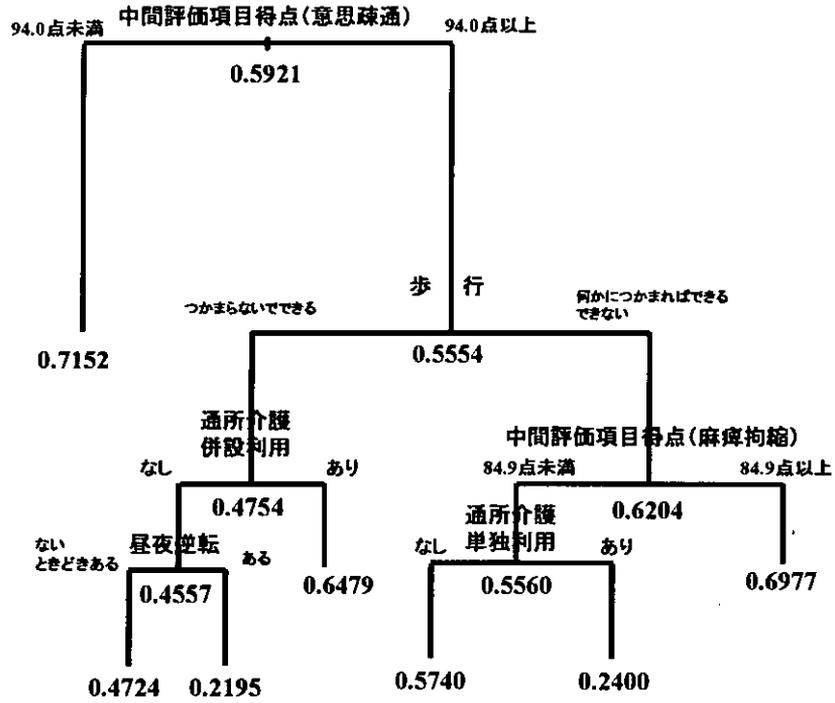
1) 要支援になった経験がある高齢者の予後予測と関連する介護保険サービス

ここでは、要支援の状態が悪化しないために、どのような介護保険サービスが必要であるかを明らかにするために、要支援状態の高齢者の変化がいかなる条件と関連するかを樹形回帰分析によって明らかにした。

まず、要支援の状態が悪化してしまう可能性が高い高齢者群の特徴は、中間評価項目得点における意思疎通の得点が94点未満であることと示された。すなわち、コミュニケーション能力が低下している高齢者は、悪化していた(71.52%)。この他に、7割以上が悪化する可能性がある集団の特徴としては、コミュニケーション能力が維持され、自力歩行が可能な集団においては、通所介護(併設型)を利用していると悪化する傾向がみられた(64.8%)。コミュニケーション能力が維持され、杖歩行か歩行できない高齢者で、まひがない場合も悪化していた(70.0%)。

逆に、意思疎通ができ、自分で歩行ができ、通所介護を利用しない高齢者であれば、昼夜逆転があっても、21.9%しか要介護認定基準時間は、増加はしておらず、改善する割合が高かった。さらに、歩行に若干、障害がある場合には、通所介護を利用している高齢者のほうが改善する可能性がみられた。

以上の結果から、要支援の状態でもコミュニケーション能力が良好で歩行にも何らかの障害があれば、介護保険における通所系サービスの利用による要介護認定基準時間の現状が示され、自立度の向上も示されているが、自立歩行ができる群においては、単に通所系サービスを利用するだけでは、高齢者の要介護認定基準時間が減少する結果は示されていない。(図Ⅲ-7-4)

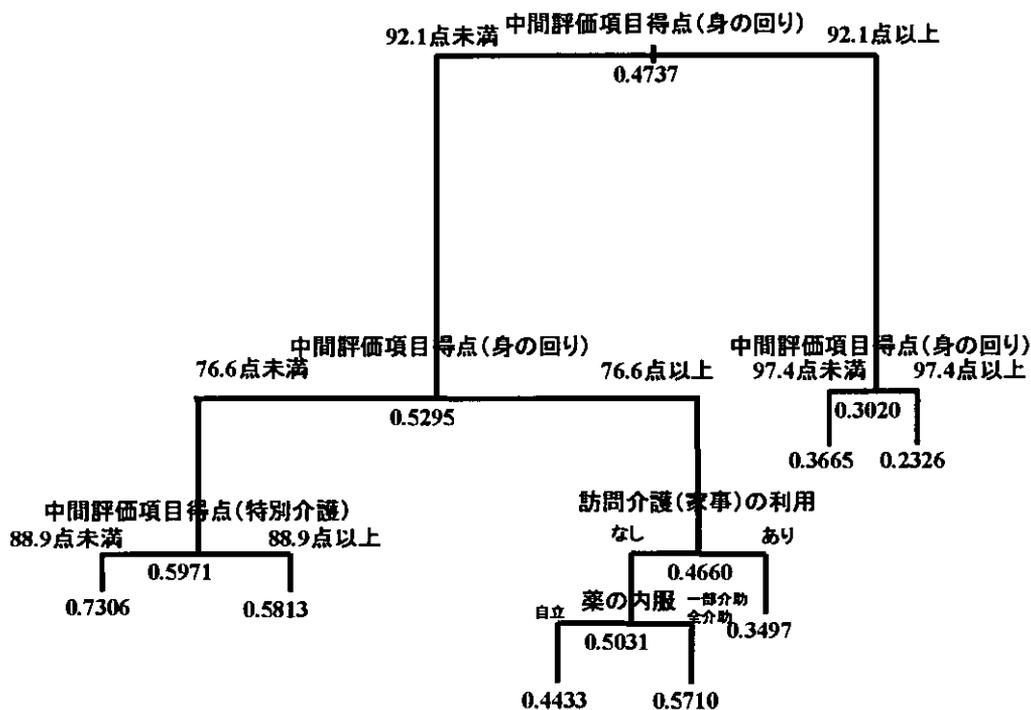


図Ⅲ-7-4 要支援状態からの予後を予測するモデル

2) 要介護度1となった経験がある高齢者の予後予測と関連する介護保険サービス

要介護度1は、中間評価項目の得点の「身の回りの世話」得点によって、その予後が大きく分岐していた。まず、身の回りの世話に関する得点が92.1点以上であると、悪化する割合は低かった(30.2%)。この得点が97.4点以上だとその割合は、さらに低くなり23.3%となる。つまり、要介護度1と判定されても「身の回りの世話」がある程度自立していれば、要介護認定基準時間が増加することはない。この「身の回りの世話に関する得点」が77点から92点未満となり、若干、低くなってしまうと訪問介護における家事援助を利用していれば、それほど認定基準時間が増加しない、すなわち悪化していない(35.0%)。しかし、同様に、身の回りの世話に関する得点が77点から92点未満で訪問介護サービスを利用しないと、50.3%が悪化している。

要介護度1の場合は、要支援と比較すると自ら身の回りのことができるか否かによって、より悪化するか否かが予測できる可能性がある。このレベルの状態から悪化する可能性が高くなるのは、身の回りの世話ができなくなってしまった状態になってしまったときに、速やかに、その高齢者の生活の維持を目的とした訪問系の家事援助を利用させられるかどうか重要なのではないかと推察される。(図III-7-5)



図III-7-5 要介護1からの予後予測するモデル

3) 要介護度2となった経験がある高齢者の予後予測と関連する介護保険サービス

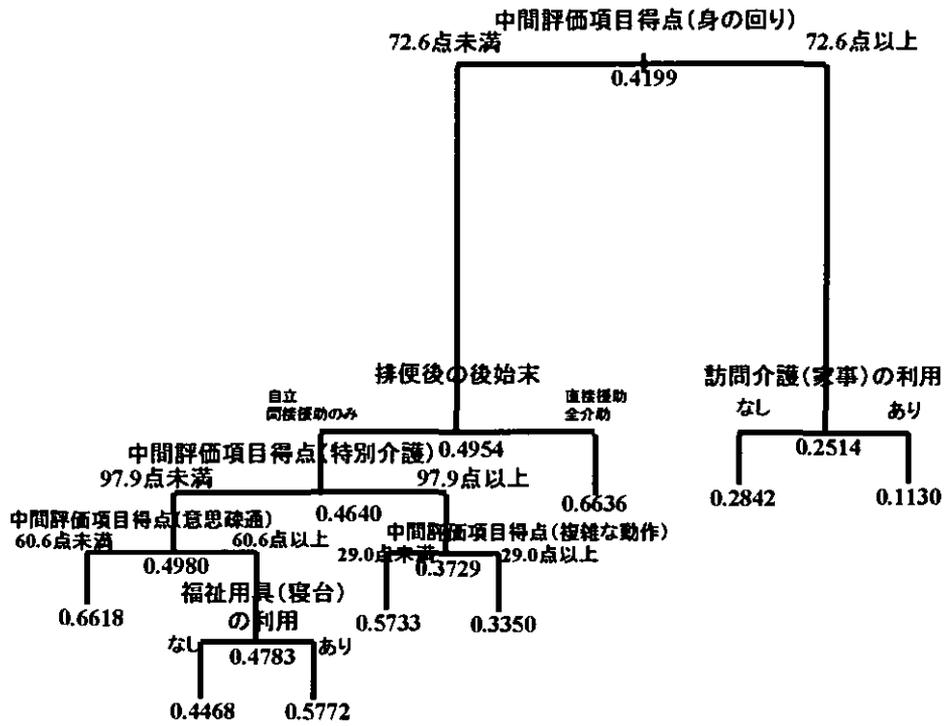
要介護度2と判定されたことがある高齢者のうち、身の回りの世話に関する能力がそれほど低下していない高齢者は、訪問介護（家事援助）を利用することで悪化しない傾向がみられる。要介護度2と判定され、身の回りの世話に関する能力がそれほど低下していない高齢者は、臨床的には精神的な機能等の低下があることが予想されるが、食事の調理や衛生面の確保という訪問介護（家事援助）による生活支援だけでなく、他の介護サービスが有効と考えられる。

身の回りの世話に関する能力が低下している場合は、排泄後の後始末はある程度でき、複雑な動作（浴槽の出入や立ち上がり等）が低下しているが、コミュニケーション能力がそれほど低下していない高齢者は、特殊寝台の利用によって悪化を防いでいるようにみうけられる。これは、特別介護（浴槽の出入や立ち上がり等）は低下しているものの、コミュニケーション能力がそれほど低下していない高齢者であれば、急激な状態像の悪化は免れていると予想される。

具体的には、自分で身の回りのことがだいたいできる高齢者（身の回りの世話の得点が72.6点以上）で訪問介護の家事援助を受けていると11.3%程度しか悪化していない。また、身の回りの世話の得点が72.6点未満で排泄後の後始末ができないと66.4%が要介護認定基準時間が増加しており、悪化する傾向が強まるといえる。しかし、身の回りの世話の得点が72.6点未満で排泄後の後始末ができるか、一部介助であれば、すなわち排泄について自分である程度までは、自立し、特別な介護等に関連する得点が高く（97点以上）、辱創もなく嚥下といった医療的な問題がなければ、それほど悪化しないようである。ただし、排泄後の後始末ができるか、一部介助で、ある程度は自立していても、コミュニケーション能力が低い場合は、悪化する傾向が高くなる。

福祉用具の利用という観点からみると身の回りの世話の得点が72.6点未満で排泄後の後始末ができるか、一部介助で、コミュニケーション能力が高く、特殊寝台を使用していた人は、57.7%が悪化していたが、使用していない人は、44.7%が悪化しており、特殊寝台を使用した群のほうが、使用していない群に比較して悪化していた。

ただし、身の回りの世話の得点が72.6点未満で、排泄後の後始末ができるか、一部介助で要介護度1に近い（必要とされる介護時間が短い高齢者）は、自立できる能力を持っているにも関わらず特殊寝台を利用してしまうと、これは逆に悪化する割合は、57.8%と高くなっていた。（図Ⅲ-7-6）



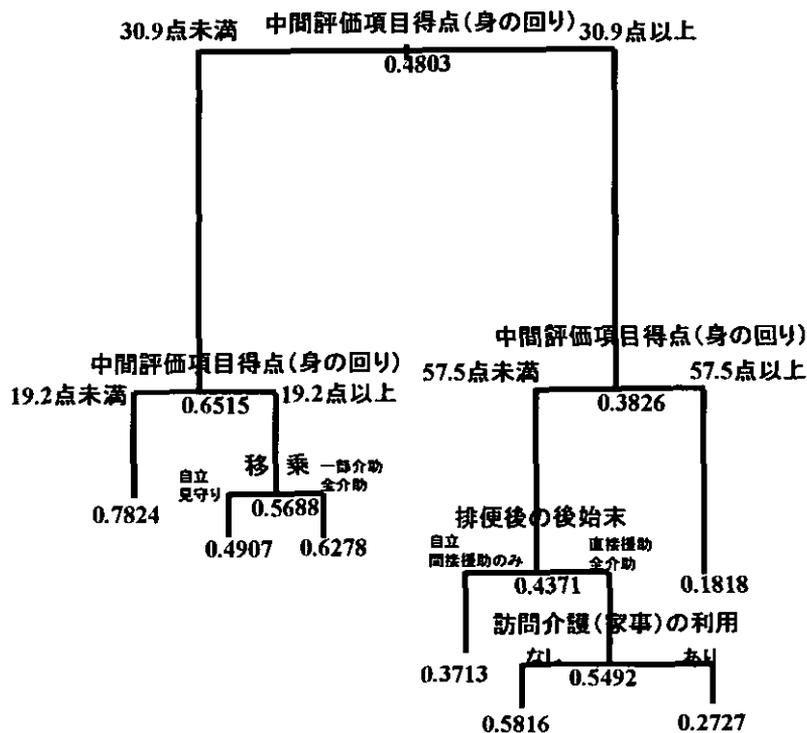
図Ⅲ-7-6 要介護2からの予後を予測するモデル

4) 要介護度3となった経験がある高齢者の予後予測と関連する介護保険サービス

要介護度3と判定されたことがある高齢者のうち、身の回りの世話の能力が中程度で低下している者で排便後の後始末ができない高齢者は、訪問介護（家事援助）サービスを利用した方が悪化していないことがわかった。具体的には、身の回りの世話の中間評価得点31点以上57.5点未満で、排便の後始末が一部介助か全介助であっても、訪問介護の家事援助を受けていれば悪化するの、27.3%に留まっていたが、この訪問介護の家事援助を受けないとその58.2%が悪化していた。

また、要介護3であっても身の回りの世話の中間評価得点58点以上維持していれば、悪化する可能性は18.2%と低かった。一方、同じ要介護3の段階であっても身の回りの世話の中間評価得点が19点未満とかなり低い場合は、78.2%の高齢者が悪化していた。

(図Ⅲ-7-7)



図Ⅲ-7-7 要介護3からの予後予測するモデル

IV. 考察

1. A 市における要介護状況

今回の分析の対象となった A 市のデータは、平成 12 年 4 月から平成 15 年 3 月までに介護保険受給対象者として認定をうけた 9944 名分のデータである。要介護度別認定状況を分析した結果、認定者の資格は、経時的に変化しており、かなり複雑なデータとなっていた。

要介護認定の登録数は 9944 名であったが、これらの高齢者が 2003 年 3 月までに 30871 回の認定を受けていた。約 3 年間に、高齢者毎にみると認定は、1 回から 8 回、受けている者に分類された。

また、9944 名の資格の変化については、死亡:2647 人（150 名は 2000 年 4 月には亡くなっている）、転出:242 人、その他資格喪失:49 名であった。ここでの死亡率は、26.6%と高い割合であった。9944 名のうち、データに不備があったものを除き、9779 名を分析対象とした。

A 市は、高齢化率が比較的 low、人口が増加している地域である。今回の分析は、こういった地域の特徴が反映された結果が示されたと考えられる。

まず、要介護高齢者数の推移としては、全国的な動向と同じく、要介護度が低い要介護 1、要介護 2 の高齢者が 2002 年度より、増加する傾向が顕著に示されていた。全国データにおいても要支援、要介護 1、要介護 2 の軽度の高齢者が認定全体の 45.1%を占めており、さらに前年度に比較して要支援が 28.0%、要介護 1 が 20.8%と上昇している。

A 市の軽度の認定者は、2003 年 3 月の時点では、全体の 63.4%であり、さらに割合が高かった。ただし、A 市は、一次判定と二次判定の乖離が全国平均より大きく、40%以上であり、この変更において要介護度が高いほうに変更がされているため、実際は、要支援などのさらに低い要介護度の高齢者の増加率は、データで示すより、高い可能性も示唆される。

要介護高齢者の年齢層としては、75・85 歳未満の者が全体の 44.5%を占めており、介護保険サービスの利用者における後期高齢者の割合は、78%と示されていた。後期高齢者の利用が多いことも全国データと一致している。施設入所者の割合も後期高齢者が 87.3%を占めており、A 市の要介護高齢者においては、とくに 75 歳以上の後期高齢者群が要介護度も高く、入所割合も高くなっていた。ただし、入所者の人数は、A 市では、わずかに減少していた。

こういった A 市の要介護高齢者の介護保険サービスの利用について各種サービスの総利用回数の比較について見てみると、利用回数の中で最も多い割合を占めているのが、「通所系のサービス」で 1,868,455 回（41.7%）であった。次に、「施設系のサービス」で 1,352,851 回（30.2%）、「訪問系のサービス」826,953 回（18.4%）と続くが、通所系のサービスは訪問系のサービスのほぼ 2 倍の割合を占めていた。在宅関連と施設系サービスとの利用回数の比較をすると、その割合は、7 対 3 であった（図 I-4-1）。

若干、内容は異なるが、平成 14 年～15 年 2 月の全国データによれば、在宅でのサービスの利用者は、全体の 72.4%であり、施設は、27.6%とされており、概ね 7 対 3 と同様の結果といえる。

しかし、A 市の各種サービスの総利用料の比較について見てみると、総利用料の中で最も

多い割合を占めているのが、利用総回数と同様「施設系サービス」で 10,741,408,100 円 (53.4%) であった。次は、「訪問系サービス」で 3,725,929,620 円 (18.5%)、「通所系サービス」が 3,639,813,690 円 (18.1%)、「短期入所系サービス」が 1,014,826,270 円 (5.0%)、「その他」が 993,434,560 円 (4.9%) であった。施設系サービス利用料が全体の 5 割を超え、他のサービスに比較して、かなり大きいことがわかる。次いで多いのは、訪問系のサービスであるが、全体の 20%にしかあたらなかった。このように、A 市の給付額においては、その 55.9%が施設系サービスによって占められ、高い割合であることが明らかになった。

全国データについても、この傾向は同じであり、平成 14 年度累計においては、在宅サービスが 1 兆 9688 億円、施設サービスが 2 兆 6572 億円で、その割合は、在宅サービス 42.6% に対して、施設サービス 57.4%と示され、A 市のデータは、ほぼ全国データに準拠していることがわかった。したがって、本研究で分析した結果は、概ね、わが国の地方都市を代表する傾向として解釈することができるといえ、ここで示された結果は重要である。

2.改善の要因

次に、本研究では、要介護度の改善の要因を明らかにするために、実際に要介護度が改善した事例を詳細に検討した。この結果、要介護度の軽減（改善）事例において現場が感じていた改善の要因としては、まず、主治医の熱心な往診などの診療といった医療サービスの充実や同様にリハビリテーションのすすめによる積極的な訓練の実施等が示された。

また、ある疾病に関しては、ペースメーカーの植え込み手術や服薬管理による病状・状態が安定したことが示され、疾病の治癒が要介護度の改善につながった事例が少なくないことが示された。この他にも服薬による排便コントロールによる状態の安定は、排泄の世話の軽減に限らず食事摂取を積極的に行なうといった面にも好影響を与えることがわかった。このような医療サービスとの連携は、改善に大きな効果を与えると推察された。

次に、利用者や家族などの意欲・意識の変化によって改善がなされたことが多くの事例で共通することがわかった。例えば、要介護高齢者本人の「ベッドから起き上がって煙草が吸いたい」、「遊びに来て（居間にいる）曾孫に会いたい」、「これ以上介護者に負担をかけられない」、「自立したい」といった多様な本人の願いやそれに対する強い意欲が改善につながることを表していた。こういった改善をささえるためには、地域での支援・サポート体制（地域ネットワーク）も必要であること、良好な家族関係があることも示されていた。

このほかにも生活保護受給によって介護サービス利用が増加できたという福祉サービスの利用による改善の効果や、親戚関係が良好となったために精神状態が安定したという状況であるとか、ケアマネジャーの訪問時に励ましの言葉で意欲的になるといった社会関係や人間関係の改善が要介護状態との改善に大きく影響を及ぼしていることが示された。

一方、介護保険サービスの利用が改善へ影響している場合とは、通所リハビリテーションと訪問看護が密接に連携をとっている場合には、自宅でのリハビリテーションの実施やその効果のモニタリングが可能であることから、改善に大きな影響があることが示されていた。また、いずれの介護保険サービスにおいても利用が迅速に即応できた場合は、改善する可能性が高いことが示された。

介護保険サービスの利用において具体的には、福祉用具活用や住宅改修による劣悪な住環境の改善が見られた事例においては、大きな要介護度の改善が見られたといった事例が報告されていた。訪問介護や通所・短期入所サービス利用による効果としては、とくに食生活（栄養状態）の改善によっても要介護状態が改善することが示された。通所サービスの利用は、主に外出の機会の増加や他者とのコミュニケーションなどといった社会的活動が広がることによる影響が示された。

この他に、介護保険サービス単独の効果というよりは、サービス担当者会議による関係者間の連携による統一された目標を持ったケアの提供が状態の改善に影響を与えるという認識が示された。

以上の事例の検討結果からは、臨床場面での印象として要介護度の改善へ影響を及ぼす内容は、要介護高齢者本人の意欲の有無やその高齢者を取り巻く家族や近隣との関係の良否であり、こういった内容は、高齢者の性格や生活環境など高齢者固有の特性が大きく影響していると考えられていた。

また、介護保険制度の利用との関係においては、ある特定の介護保険サービスが要介護高齢者の状態の改善に有効であるということはなく、当該高齢者の状況に合わせたサービスが保健医療福祉のすべての領域から、統一的に提供されることが必要であるという認識が示された。

3. 予後予測モデル

このような、ある個別の事例を複数集めることによって、状態改善に有効なサービスを検討するという方法論は、新規の事例に対して、こういった臨床知を総合化し、応用するという職人芸的な手法とつながっていく。保健医療福祉の対人援助サービスにおいては、こういう方法論が主流であったといえよう。

なぜなら、要介護高齢者や患者や、障害を持った人々など、さまざまな人間像をある一定の基準の下に類型化することは難しかったこと、あるいは、これらの人々への支援方法を探索する過程では、多くの試行錯誤がなされてきた歴史があり、このすべての試行錯誤の過程がデータベースとして蓄積されていないため、その最良の支援方法を探索する過程は、法則化がなされておらず、体系化もされていないこと。さらに、こういった最良の支援方法を決定するまでの過程は、名人芸とされており、他者に伝達することが難しい技術として認知されてしまったこと等が原因である。

このため事例の分析によって、要介護高齢者の状態の改善に関する条件について詳細な内容を明らかにすることは、困難であった。しかし、臨床家が確かに状態が改善する高齢者のタイプがあるらしいという感触を得ている事実を明らかにできたことは重要であった。多様な高齢者が存在するが、短期間に良好な状態へと改善する可能性を持った高齢者が現段階では、少ないように思うが確実に存在しているという認識を持っていたのである。

そこで、次に、これらの状態が改善する高齢者の条件について客観的に記述できることを考えた。その方法は、実際に改善した高齢者群の要介護認定基準時間の減少を判別することを目的として、この減少の有無を従属変数に、高齢者の状態像、介護保険サービスの利用の実態やその状況といった内容を独立変数として、これらの関係について樹形回帰分析を行ない、ある要介護度の経験をもった要介護高齢者群毎に、その予後について予測モ

デルをつくった。

予後予測モデルは、要介護高齢者の起点となる要介護状態で大きく異なっていた。とくに要支援は、他の要介護1~4の予後予測モデルと異なり、他者とのコミュニケーション能力に関する影響が大きかった。おそらく、社会的な活動を活発化させたり、家族関係を良好にすることによって、要支援者は、かなり自律した生活を送れる可能性があると考えられるが、現段階の介護保険サービスに、こういった方向性を支援できるサービスは、予定されていないのではないかと考えられた。

要介護1~4までのモデルでは、高齢者の状態を表す中間評価項目得点として、「身の回りの世話」に関する得点によって、状態の変化が異なっていることが示されていた。身の回りの世話という中間評価項目は、「口腔清潔」、「洗顔」、「整髪」、「つめ切り」、「ボタンのかけはずし」、「上衣の着脱」、「ズボン等の着脱」、「靴下の着脱」、「居室の掃除」、「薬の内服」、「金銭の管理」の11項目のカテゴリー得点の合計値から構成されている。これらの行為の自立の程度によって、要介護高齢者の予後が大きく異なるという知見は、重要であると考えられる。

しかし、さらに高齢者の予後において状態の改善を勧める方法を検討するためには、前述した基本的な生活習慣を維持できる支援方法をさらに考察していく必要があると考えられる。