

without a spouse).

As shown in Table 1, discharge to other than home was associated with older age, subsequent attack, surgical intervention, complicating infection, low ADL score, dementia, and urinary incontinence. Patients with lacunar infarction were discharged to home more often than those with a medium or large infarction. None of the patients with tube feeding at discharge returned home (n = 12). Patients living with a spouse tended to be discharged to home more often than to other destinations (52% vs. 41%).

Table 2 shows the results of the logistic regression analysis. The type of stroke was combined with the size of the infarction, and these were recategorized into lacunar infarction, medium or large infarction, and intracerebral hemorrhage. The analysis revealed that a low ADL score (odds ratio [OR], 2.63; 95% confidence interval [CI], 1.76 to 3.93), medium or large infarction (OR, 0.19; 95% CI, 0.04 to 0.93), and intracerebral hemorrhage (vs. lacunar infarction; OR, 0.09; 95% CI, 0.01 to 0.76) were associated with discharge to other than home. Family structure was not associated with discharge to home. The interaction effects of family structure with gender and ADL score were not significant.

For the patients discharged to home, the median LOS was 35 days. Those patients were divided into two groups: those with LOS less than 35 days and those with LOS 35 days or longer. As shown in Table 3, only ADL scores differed significantly between the two LOS groups ($p < 0.0001$). A multiple regression analysis that included ADL score and demographic factors was performed. The

analysis revealed that the interaction effect between patient gender and living with a spouse was significant ($p = 0.0032$). Consequently, the data were stratified by gender. As Table 4 shows, a low ADL score was a significant explanatory factor for a longer LOS in both men and women. There was a marked contrast between genders for the association between LOS and living with a spouse. LOS was shorter for male patients living with their wives compared with those in other household structures, while the reverse relationship was observed for female patients living with their husbands, although the difference did not reach statistical significance ($p = 0.050$ and 0.071 , respectively). The interaction effects of the ADL score with living alone and living with a spouse were not significant ($p = 0.215$ and 0.387 , respectively).

Discussion

As expected, functional dependency was an important factor influencing discharge destination and LOS after acute stroke hospitalization. Family structure was not associated with discharge destination. For the patients discharged to home, living with a spouse had totally opposite effects on LOS in men and women. LOS tended to be shorter for men with a wife, but longer for women with a husband.

There are many reports that patients with severe neurological deficits have increased risk of being sent to a care facility or other hospital [2-9]. Neurological deficit appears to be a very strong

predictor for not being discharged to home. We used the ADL score as an indicator of stroke severity.

Of the clinical characteristics we analyzed, a high ADL function was found to be a major factor associated with discharge to home, as found in other studies. Moreover, the etiology of stroke may be an important factor in discharge planning [8, 16-18]. Most studies agree that patients with small-vessel infarctions have better outcomes than do those with other stroke subtypes [8, 16, 18]. We observed that patients with intracerebral hemorrhage and a medium or large infarction had increased risk of discharge to other than home compared with those with a lacunar infarction.

For stroke patients, the effect of family structure on resource use is poorly documented [2, 3, 5, 7-9]. Living alone before the stroke was reported to be a risk factor for institutionalization after hospitalization for acute stroke [2, 7]. Few reports are available on the effect of living with a spouse. Living with a spouse was reported to predict the use of rehabilitation [9], but not to be a predictor of discharge destination [5]. In our study, family structure was not associated with discharge destination.

After acute stroke hospitalization, a longer LOS is reported to be associated with lower functional dependency, female sex, and small-vessel occlusion [4, 8]. In our study, a longer LOS was associated with a lower ADL score. While the type of stroke was associated with discharge destination, it was not a significant predictor of LOS in our study because our analysis was limited to those discharged to home who shared similar clinical characteristics. Moreover, it was noteworthy that living with a spouse was clearly associated with LOS according to the patient's gender. In our study, explanations of the opposite effect in men and women are not immediately obvious. For stroke patients, there is

some evidence that men have more favorable outcomes [7, 19-22]. In our study, however, the ADL score did not differ significantly between men and women among patients discharged to home (data not shown). In addition, an association between LOS and living with a spouse was observed after adjusting for age and ADL score. This association would not be caused only by sex differences in functional outcome. It is likely that husbands expect wives to do the housework at home. Because a better functional condition is required, LOS may tend to be longer for women with a husband.

The reasons for the distinct association between family structure and LOS based on patient gender need further discussion. Japanese national health insurance allows the elderly to stay longer in hospital with a relatively small out-of-pocket payment, compared with the situations in the United States and other OECD countries [23, 24]. With the shortage of long-term care facilities, acute care hospitals are often used as a substitute for long-term care facilities, which often results in prolonged hospitalization owing to the socio-economic condition of the patient's household, such as family composition and capacity for informal care. The recent introduction of public long-term care insurance in April 2000 and changes in legislation provide disincentives for longer hospitalization and encourage the frail elderly to be discharged earlier. Tamiya et al. reported that the use of home services covered by long-term care insurance was determined by the needs of caregivers rather than by the care needs of the applicant [25]. More home services were used in the case of a wife caring for her husband. These previous findings indicate that a wife plays an essential role in home care, and the findings seem to be compatible with our finding that male patients with a spouse tended to be

discharged to home earlier. Although the observed gender difference could be partly attributed to the characteristics of the Japanese health care system, a disproportional burden of care on female caregivers is a common issue across countries [11-14, 26]. The observed gender difference in the association between family composition and stroke outcome may need further investigation in other countries.

When interpreting our results, several limitations should be addressed. First, although the subjects were identified from a stroke case registry, the exact number of stroke patients living in this area during the study period was not available. Except for patients who died during hospitalization, only a few patients refused to submit case reports. We might have failed to count patients who were admitted to other hospitals, although the possibility is negligible because there are no other hospitals with neurosurgery or neurology service units in the region. Patients with very mild symptoms may not have been admitted to this hospital. Nevertheless, excluding these patients was unlikely to bias our results.

Second, the discharge criteria were not clearly specified beforehand. The decision-making process related to discharge destination might be influenced by factors other than clinical conditions and the socio-economic conditions of the patient's family. The availability of long-term care facilities improved over the study period with the introduction of public long-term care insurance, and this would have affected the likelihood of discharge to home. However, access to care resources under the long-term care insurance is determined solely by the patient's functional level and not by

socio-economic conditions [27]. Therefore, it is less likely that this explained the observed difference across gender and family composition.

Finally, no comprehensive functional measurement, such as the Barthel index or Functional Independence Measure, was used in this study, which might cause an underestimation of the impact of functional status. However, many of the variables included in these scales, *e.g.*, mobility, toilet use, feeding, and dressing, were included in our model. Moreover, this would not confound the observed difference between genders.

In conclusion, ADL function was the main predictor of discharge destination and LOS among stroke survivors. For those discharged to home, the effect of living with a spouse on LOS differed markedly with gender, suggesting that the disproportional burden of informal care placed on women may influence discharge planning. The structure and gender roles in a patient's household may need further attention for the efficient use of hospital resources and improved outcome for stroke survivors.

Acknowledgment

We are grateful to the local government and the staff of five towns in Kimotsuki County (Kushira, Higashikushira, Uchinoura, Koyama, and Aira) for data preparation and interpretation of the results.

References

- 1) Ministry of Health and Welfare (Japan). Kokumin Eisei no Doko (Health State of the Nation, Annual Report). Tokyo: Health and Welfare Statistics Association, 2004.

- 2) Rundek T, Mast H, Hartmann A, Boden-Albala B, Lennihan L, Lin IF, Paik MC, Sacco RL. Predictors of resource use after acute hospitalization: the Northern Manhattan Stroke Study. *Neurology* 2000;55:1180-1187.

- 3) Schlegel D, Kolb SJ, Luciano JM, Tovar JM, Cucchiara BL, Liebeskind DS, Kasner SE. Utility of the NIH Stroke Scale as a predictor of hospital disposition. *Stroke* 2003;34:134-137.

- 4) Bohannon RW, Lee N, Maljanian R. Postadmission function best predicts acute hospital outcomes after stroke. *Am J Phys Med Rehabil* 2002;81:726-730.

- 5) Lai SM, Alter M, Friday G, Lai SL, Sobel E. Disposition after acute stroke: who is not sent home from hospital? *Neuroepidemiology* 1998;17:21-29.

- 6) Silliman RA, Wagner EH, Fletcher RH. The social and functional consequences of stroke for

elderly patients. *Stroke* 1987;18:200-203.

7) Glader EL, Stegmayr B, Norrving B, Terent A, Hulter-Asberg K, Wester PO, Asplund K;

Riks-Stroke Collaboration. Sex differences in management and outcome after stroke: a Swedish national perspective. *Stroke* 2003;34:1970-1975.

8) Chang KC, Tseng MC, Weng HH, Lin YH, Liou CW, Tan TY. Prediction of length of stay of first-ever ischemic stroke. *Stroke* 2002;33:2670-2674.

9) Jimenez Muro M, de Pedro-Cuesta J, Almazan J, von Koch L, Widen Holmqvist L. Functional outcome, rehabilitation use and length of hospital stay for stroke patients in south Madrid. *Cerebrovasc Dis* 2003;15:106-115.

10) Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke* 1995;26:843-849.

11) Dewey HM, Thrift AG, Mihalopoulos C, Carter R, Macdonell RA, McNeil JJ, Donnan GA.

Informal care for stroke survivors: results from the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke* 2002;33:1028-1033.

12) Low JT, Payne S, Roderick P. The impact of stroke on informal carers: a literature review. *Soc Sci Med* 1999;49:711-725.

13) Scholte op Reimer WJ, de Haan RJ, Rijnders PT, Limburg M, van den Bos GA. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke* 1998;29:1605-1611.

14) Bugge C, Alexander H, Hagen S. Stroke patients' informal caregivers. Patient, caregiver, and service factors that affect caregiver strain. *Stroke* 1999;30:1517-1523.

15) Oliveira-Filho J, Ezzeddine MA, Segal AZ, Buonanno FS, Chang Y, Ogilvy CS, Rordorf G, Schwamm LH, Koroshetz WJ, McDonald CT. Fever in subarachnoid hemorrhage: relationship to vasospasm and outcome. *Neurology* 2001;56:1299-1304.

16) Ween JE, Alexander MP, D'Esposito M, Roberts M. Factors predictive of stroke outcome in a rehabilitation setting. *Neurology* 1996;47:388-392.

17) Mayo NE, Hendlisz J, Goldberg MS, Korner-Bitensky N, Becker R, Coopersmith H. Destinations of stroke patients discharged from the Montreal area acute-care hospitals. *Stroke* 1989;20:351-356.

18) Leibson CL, Hu T, Brown RD, Hass SL, O'Fallon WM, Whisnant JP. Utilization of acute care services in the year before and after first stroke: A population-based study. *Neurology* 1996;46:861-869.

19) Wyller TB, Sodrings KM, Sveen U, Ljunggren AE, Bautz-Holter E. Are there gender differences in functional outcome after stroke? *Clin Rehabil* 1997;11:171-179.

20) Weimar C, Ziegler A, Konig IR, Diener HC. Predicting functional outcome and survival after acute ischemic stroke. *J Neurol* 2002;249:888-895.

21) Roquer J, Campello AR, Gomis M. Sex differences in first-ever acute stroke. *Stroke* 2003;34:1581-1585.

22) Di Carlo A, Lamassa M, Baldereschi M, Pracucci G, Basile AM, Wolfe CD, Giroud M, Rudd A, Ghetti A, Inzitari D; European BIOMED Study of Stroke Care Group. Sex differences in the clinical presentation, resource use, and 3-month outcome of acute stroke in Europe: data from a multicenter multinational hospital-based registry. *Stroke* 2003;34:1114-1119.

- 23) Kobayashi Y, Reich MR. Health care financing for the elderly in Japan. *Soc Sci Med* 1993;37:343-353.
- 24) Ikegami N, Campbell JC. Medical care in Japan. *N Engl J Med* 1995;333:1295-1299.
- 25) Tamiya N, Yamaoka K, Yano E. Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *Int J Qual Health Care* 2002;14:295-303.
- 26) Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving: differential experiences by gender. *Med Care* 2002;40:1249-1259.
- 27) Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Aff (Millwood)* 2000;19:26-39.

Table 1. Relationship between predictive variables and discharge destination

Characteristics	Discharge destination		p Value
	Home n = 98	Hospital or institution n = 60	
Female sex	41 (42)	35 (58)	0.05
Age, y median (min-max)	72 (25-93)	76 (47-99)	0.022
Family structure ¹			0.34
Living alone	14 (15)	8 (14)	
Living with a spouse	50 (52)	24 (41)	
Others	32 (33)	26 (45)	
Type of stroke			0.068
Infarction	76 (78)	38 (63)	
Intracerebral hemorrhage	22 (22)	22 (37)	
First attack	79 (81)	40 (67)	0.058
Size of infarction			<0.0001
Lacunar	51 (67)	9 (23)	
Medium or Large	25 (33)	30 (77)	
Surgical treatment	3 (3)	7 (12)	0.043
Complicating infection	4 (4)	16 (27)	<0.0001
ADL score, median (min-max) ²	8 (0-8)	0.5 (0-8)	<0.0001
Dementia ³	8 (8)	29 (49)	<0.0001
Urinary incontinence	6 (6)	33 (55)	<0.0001
Pressure sores	1 (1)	1 (2)	1
Tube feeding	0 (0)	12 (20)	—

Values are n (%) unless stated otherwise.

¹missing=4, ²missing=4, ³missing=1

Table 2. Logistic regression analysis predicting discharge to home

Predictors	Odds ratio	95% confidence interval
Female	1.01	0.26 - 3.94
Age, per y	0.99	0.91 - 1.08
Living alone	1.05	0.15 - 7.56
Living with a spouse	1.36	0.33 - 5.53
Lacunar infarct	1	—
Medium or large infarct	0.19	0.04 - 0.93
Intracerebral hemorrhage	0.09	0.01 - 0.76
Subsequent attack (vs. first attack)	0.99	0.17 - 5.93
Surgical treatment	2.81	0.29 - 27.41
Complicating infection	1.02	0.17 - 5.91
ADL score	2.63	1.76 - 3.93
Dementia	0.30	0.05 - 1.73
Urinary incontinence	0.12	0.01 - 1.28

Table 3. Relationship between predictive variables and length of stay for patients discharged to home

Characteristics	=34 hospital days	=35 hospital days	p Value
	n = 48	n = 50	
Female sex	17 (35)	24 (48)	0.23
Age, y median (min-max)	72 (51-93)	72 (25-90)	0.50
Family structure ¹			0.96
Living alone	7 (15)	7 (14)	
Living with a spouse	25 (53)	25 (51)	
Others	15 (32)	17 (35)	
Type of stroke			0.23
Infarction	40 (83)	36 (72)	
Intracerebral hemorrhage	8 (17)	14 (28)	
First attack	40 (83)	39 (78)	0.61
Size of infarction			0.63
Lacunar	28 (70)	23 (64)	
Medium or Large	12 (30)	13 (36)	
Surgical treatment	0 (0)	3 (6)	—
Complicating infection	0 (0)	4 (8)	—
ADL score, median (min-max) ²	8 (6-8)	7 (0-8)	<0.0001
Dementia	3 (6)	5 (10)	0.72
Urinary incontinence	2 (4)	4 (8)	0.68

Values are n (%) unless stated otherwise.

¹missing=2, ²missing=2

Table 4. Multiple regression analyses predicting ln(LOS) among patients discharged to home

Factors	Coefficient B	Standard error	p Value
Male			
Age, per y	-0.012	0.007	0.088
ADL score	-0.307	0.046	<0.0001
Living alone	0.094	0.306	0.761
Living with wife	-0.345	0.172	0.050
Female			
Age, per y	-0.020	0.010	0.061
ADL score	-0.237	0.053	<0.0001
Living alone	0.038	0.285	0.896
Living with husband	0.460	0.247	0.071

JAPANESE JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

日本公衆衛生雜誌

第51卷・第10号 特別附録 平成16年10月

第63回日本公衆衛生学会總會抄録集

松 江

日本公衛誌
J.J.P.H

日 本 公 衆 衛 生 学 会
Japanese Society of Public Health

10

特別附録

痴呆対応型グループホームのケアサービスの質に関する評価視点の検討

○小林 和成、矢島 まさえ、小林 亜由美、及川 智香子、梅林 壱子

群馬パース学園短期大学

【目的】痴呆対応型グループホームで行われるケアサービスの評価視点の検討。

【対象】A県下のグループホーム連絡協議会の評価委員長が、質の高いケアを提供している施設として老人保健福祉10圏域から各1か所ずつ推薦した10施設の内、同意が得られた9施設の介護従事者1名ずつの計9名とした。

【方法】半構成面接票を用いた面接調査。半構成面接票は食事介助、清潔介助、排泄介助等15のケア場面において、介護従事者がケアの質を高めるために意図的に行っている働きかけとその理由について聞き取った。介護従事者の発言からケアの質を表す文節を抽出し、内容毎に分類した。

【結果】ケアの質を表す文節480件が抽出され、以下の8領域に分類された。一番多かった領域は、(1)他者との関係の維持・促進130件(27.1%)、次いで(2)その人らしく快適な基本生活の維持114件(23.8%)、(3)健康への配慮68件(14.2%)、(4)ケアマネジメント63件(13.1%)、(5)残存機能の維持・向上48件(10.0%)、(6)自己決定の促進24件(5.0%)、(7)人間としての尊厳18件(3.8%)、(8)役割意識の向上15件(3.1%)の順であった。

抽出された内容の内、各領域名と主な内容を以下にあげる。(1)他者との関係の維持・促進：社会参加の機会づくり、施設の行事への家族の招待、利用者間の交流促進、(2)その人らしく快適な基本生活の維持：生活リズムの保持、社会性の維持・回復、(3)健康への配慮：定期健診の受診勧奨、バイタルサインのチェック、生活環境整備とその方法の教育、(4)ケアマネジメント：個別性を考慮したケアプランの作成、スタッフ間での情報の共有、利用者間のトラブルを防ぐ配慮、(5)残存機能の維持・向上：最小限度の介助、生活リハビリの工夫、利用者の状態にあった衣類の選択、(6)自己決定の促進：意思を表出しやすい環境づくり、自己決定を促す場面づくり、意見の尊重、(7)人間としての尊厳：人格の尊重、尊敬の念をもった対応、プライバシーの保護、(8)役割意識の向上：活躍できる場の提供。

【考察】A県のグループホームの自己評価項目と比較して、利用者の意見の尊重や要望を叶える、スキミングの援助や生活リズムの保持、職員教育・自己研鑽の場の整備などが、新たな評価の視点として抽出された。今後は、評価項目を厳選しその妥当性を検討する必要がある。

ドイツ介護保険法における家族介護者擁護の法基盤

一バース 能里子、田宮 菜奈子

大学大学院 人間総合科学研究科 医学系

的】ドイツ介護保険法における家族介護者擁護の基盤を明確化する。

【法】ドイツの法定介護保険の法基盤となる社会法11巻から家族介護者の権利保障に関する項目を抽、さらに、関連法として社会法典第7巻、社会法6巻を参照し、家族介護者擁護について考察した。【果】家族介護者の擁護に関しわが国にはなくドイツ介護保険に特徴的なものとして、1)現金給付と現金選択者の介護指導受講権利(§37)、介護金庫の介護義務(§45)、2)現金給付と介護現物給付の組み合わせ(§38)、3)家族介護者の都合を配慮した一時的介護(§39)、4)要施設介護判定者と自由意志によ設介護選択者への給付の違い(§43)、5)家族介護者社会保障に関する給付(§44) - (1)家族介護者の年金保険加入、(2)家族介護者の法定労災保険加6)特別な生活援助を要する要介護者に対する特別(§45a, b, c)などがある。

【察と結論】ドイツ介護保険は、わが国同様に在宅重あるが、そこには在宅介護を推進するための特徴法的擁護が存在する。これは、家族介護者の介護を労働として認識し、労働者としての家族介護者利と義務を明確化するという形式で法令の中に明されている。なかでも社会保障の向上と題して介護法に明記されている、介護金庫全額負担の労災適応と家族介護者の年金保険加入は、家族介護者護活動を労働として位置づけるドイツ介護保険法徴の主たるものである。加えて、労災保険加入に、介護活動の性質上その活動従事に起因する障害に関する保障が存在することは在宅介護の推寄与しているものと考えられる。また、年金保険とその掛け金に関する優遇措置は、家族介護者の労働に従事する動機と意義を高揚させるものである。また、現金給付に関連して義務付けられている保険の行う介護技術指導・助言は、家族介護者へ導・助言を通して在宅介護の推進を図り、介護労質を確保することを目指しているが、同時に要介の受ける介護の質を保証することにより、要介護権利擁護としても機能していると考えられる。さ、家族介護者の都合を配慮した一時的施設介護のは、労働者としての家族介護者が請求可能な有給の位置づけであると解釈できる。日本では議論の現金給付は導入されず、全体に在宅の家族介護者護する部分が乏しいが、ドイツ介護保険見られるらの家族介護者支援の視点は、日本の介護保険のにも重要であると考えられる。

究は平成15年度厚生労働科研政策科学推進研究事主任研究者、田宮菜奈子)によって補助を受けた。

『我が国の福祉・介護における法的権利保障の現状—40年間の判決の分析から』

○松澤 明美^{1,2)}・田宮 菜奈子²⁾ 監修 スーハーニク

茨城キリスト教大学看護学部看護学科¹⁾、筑波大学人間総合科学研究科 医学系²⁾

【目的】介護保険制度により、利用者の権利性はより確保されるといわれている。しかし法的視点からみると、わが国の福祉の法制度は他国と比較し未整備である。そこで本研究では、社会の問題や制度の欠陥・権利侵害の現状を明らかにする法的手段である「判決」に着目し、判決では福祉や介護の権利性の問題がどのようにならているのか、法的権利性が保障されているのかを調査・考察した。

【方法】総合判例情報データベース「判例体系のD-ROM」及び判例掲載誌「判例時報」等を用いて社会保障に関する判例である朝日訴訟の第1審判決(東京地判昭和35年10月)以降からこれまでの約40年間の判決を検索した。その中で社会保障の権利性の問題に判決が判断を示したと考えられる約250例を更に調査し、権利性がどう捉えられているのかを考察した。

【結果】抽出した判決のうち、平成5年迄の判決では社会保障の権利性について具体的な判断を行っているものはほとんどなく、實質して裁判所は無干渉の姿勢であった。しかし、平成5年から最近迄では社会保障の権利性に関する約20例の注目される判決があり、それらでは裁判所は個別の事例への判断を具体的に示し、より権利性が認められる傾向に変化していた。しかし、社会福祉の中の介護に関しては介護保険制度施行以前で5事例、施行後では介護保険料徴収と要介護認定に関する2事例についての判決が存在するのみであった。そして介護の権利性を扱った判決でも内容は所得保障に限られており、サービス保障、つまり現物給付であるサービスの量や質の権利性を認める判決はほとんどなかった。

【考察】裁判的保障は現段階における社会福祉の中でも介護に関しては最後のセーフティネットである。しかし判決からみた範囲ではその機能を期待することが難しく、この権利の位置づけは極めて弱いことが明らかになった。今後財政的制約から福祉の切り捨てが予期されるが、サービス提供者も利用者も未だ人権意識や権利意識に乏しいと考えられる。この問題はたてまえての権利ではなく法的根拠をもつ権利性の視点からの考察が必要不可欠であり、これからの本制度の抜本的改革に向けて、高齢者の権利擁護、つまり、権利性の視点からみた法整備と制度の運用が求められる。そのためにも判決に至る前の状況把握として、個々の介護サービスの質の評価や虐待等の権利侵害の現状把握及び原因究明が急務の課題といえる。

要介護認定改訂版1分間タイムスタディによる痴呆介護と介護負担の介護評価と関連性

○住居 弘士¹⁾・日下部 みどり²⁾ 監修 林 小

広島県立保健福祉大学 保健福祉学部¹⁾、日本ケアワーク研究所²⁾

【目的】介護認定改訂版1分間タイムスタディでは、毎分00秒の介護内容を1分間ごとに抽出し、主に直接身体介護が抽出され、介護の質を捉えることは困難である。改訂版タイムスタディで介護負担と痴呆介護を捉える介護モデルを構築した。目的は痴呆介護と介護負担の検証調査。

(1)調査対象：M市K介護老人福祉施設の介護職員10名、及び調査員のべ12名、調査対象施設は痴呆率7.2% (2)調査期間：2003年4月、8月、2004年5月 (3)調査方法：改訂版1分間タイムスタディにより、介護職員からの要介護者へのケア内容の調査を実施した。9種類181項目のケアコードから、毎分00秒に行われた介護職員のケア内容を記録する。 (4)介護負担と痴呆介護の記入方法：痴呆介護の必要度の5段階の項目と、Zarit Burden Interviewの「single global burden」による5段階の介護負担を調査員が毎分介護評価をした。調査終了直後に、調査対象の介護職員が、毎分00秒ケア内容に痴呆介護と介護負担を介護評価した。

(1)痴呆介護は介護負担につながる：痴呆介護と介護負担のケア内容に記されているのは、「言葉かけ」「見守り」「声かけ」であるのに、介護負担は「2」とチェックされた。軽度の介護であるはずなのに、介護負担が「1」以上になっていたのは、痴呆介護を伴うために、介護者が介護負担と介護評価した可能性がある。

(2)痴呆介護は第三者でも捉えられる可能性がある：対象介護者と調査員が痴呆介護と介護負担を介護評価を比較検討した。痴呆介護と介護負担の判定は3人の調査員が調査中に記入した痴呆介護と、調査後に介護職員が記入した痴呆介護の介護評価では、60分間に記入したものの誤差は、調査員A→6分、調査員B→2分、調査員C→26分であった。調査員Aは95%、調査員Bは97%、調査員Cは78%が介護職員と一致した痴呆介護を判断できている傾向がある。利用者の介護を行っていない第三者評価でも、痴呆介護を判断できる可能性がある。介護負担では、調査員A→35分、調査員B→13分、調査員C→5分の誤差時間あり、調査員Aは42%、調査員Bは78%、調査員Cは85%で介護職員と同様な介護負担を判断し、分散していた。

(3)痴呆介護と介護負担を捉えていく必要がある：Zaritの介護負担度と、独自に構築した痴呆介護度で介護評価を示した。本来のタイムスタディにはその指標はなく、ケアのみが記録され、直接介護のみが評価の対象となっている。介護時間だけでは要介護者に対する介護量は変わらない。痴呆介護は、問題行動に対して行うだけでなく、全てケアの介護負担にも関連している可能性がある。

介護認定基本調査項目がらみた要支援者が要介護状態に至る要因

○長野 聖¹、中野 幸²、中野 幸²、中野 幸²、中野 幸²

大阪府立看護大学 総合リハビリテーション学部 理学療法学専攻

【目的】

本研究は介護認定審査で「要支援」と認定された者の身体・社会活動能力を経時的に調査し、「要支援」の状態を継続している者と、要支援から「要介護1」となった者を比較することにより、要支援から要介護に至る要因を明らかにする。このことにより、介護予防事業の対象となりうる要支援と認定された者に対して、保健福祉の専門職が具体的な介護予防の方法を立案し、事業の展開に資することを目的とする。

【対象と方法】対象は、近畿圏内のA市において平成14年、15年に介護認定審査を実施した1311名のうち、65歳以上で初回審査時に要支援と認定され、2回目の審査時も要支援と認定された者492名（維持群）、および2回目の審査時に要介護1と認定された者223名（悪化群）、計715名である。

評価は、介護認定基本調査85項目のうち身体・社会活動能力に関する評価項目（移動、複雑な動作、特別な介護、身の回りの世話、意思の疎通、問題行動）を用いて行った。分析は、維持群と悪化群それぞれについて、「介助が必要」、「できない」などと判定され、初回審査時より能力が低下した者の割合を性、年齢階級別に求めた。これら身体・社会活動能力が介護度の悪化に及ぼす影響は、性、年齢を調整し多重ロジスティック回帰分析を用いて分析した。

【結果と考察】性・年齢階級別に能力が低下した者の割合をみると、「一般浴槽の出入り」、「洗身」、「排尿後の後始末」、「排便後の後始末」、「上衣の着脱」、「ズボン等の着脱」、「靴下の着脱」の項目において、悪化群は維持群に比べ、能力が低下した者の割合が有意に高かった。また、前記8項目について、それぞれの能力が「維持・改善」の者に比べて「低下」した者のオッズ比(95%CI)をみると、「一般浴槽の出入り」が4.22(2.50-7.12)、「洗身」が3.59(1.96-6.56)、「ズボン等の着脱」が3.49(1.43-8.59)であり、入浴や更衣に関連する能力の低下が、要支援から要介護への介護度の悪化に関連することが示された。

現在の介護予防事業は、高齢者に対する筋力トレーニングや閉じこもり予防などを中心に実施されているが、要支援の者に対する介護予防については、入浴、更衣動作が自立するための福祉用具や自助具の活用方法、また、これらの動作を維持するための生活に即したリハビリテーション・プログラムの提供も必要であると考える。

1年間の要介護度の変化に影響を及ぼす要因—H13国民生活基礎調査からの検討—

○田宮 菜奈子¹、橋本 英樹²、橋本 英樹²、橋本 英樹²、橋本 英樹²

筑波大学院 人間総合科学研究科 医学系¹、帝京大学 医学部 衛生学公衆衛生学教室²

【目的】在宅高齢者における1年間の要介護度の変化に関連する要因を明らかにする。

【対象と方法】平成13年国民生活基礎調査の世帯票・介護票について目的外申請を行って得た個票をもとに、両票がリンクできた者(4534人)のうち、65歳以上で介護保険認定を受け、かつ調査実施1年前の介護認定情報が得られた在宅高齢者(3373人)を分析対象とした。介護度の変化から改善・不変群と悪化群に分類し、高齢者本人の状況(介護度、病名、要介護期間)、介護の状況(介護者の性、続柄、介護に要した費用)、サービス利用状況(介護保険による在宅サービス利用の有無)と世帯所得を比較した。単変量比較には連続量にはt検定を、離散量にはカイ二乗検定を用い、その結果で有意性の高かった要因をもとに、介護度の改善・不変および悪化を従属変数とした変数増減法多重ロジスティック分析多変量解析を行った。

【結果】介護度不変は2203人:65%、改善351人:10%(うち1度改善9%、2度改善1%)、悪化819人:24%(うち1度悪化19%、2度悪化3:7%)であった。改善・不変群2554人および悪化群819人の2群に分け比較分析した。単変量比較で悪化と関連していたのは、高齢、高介護度、要介護期間が短い、配偶者以外が介護、高収入であり、要介護状態の原因疾患が痴呆、感覚障害(聴覚・視覚障害)、老衰、パーキンソンであり、サービス利用ではデイサービス、福祉系ショートステイ、医療系ショートステイ利用者であった。多重ロジスティック分析の結果、高介護度、要介護期間が短い、配偶者以外が介護、要介護状態の原因疾患が痴呆またはパーキンソン、デイサービス利用があり、他の要因の影響を考慮しても介護度の悪化に有意な影響をおよぼしていた。

【考察】年齢などの多要因を考慮しても配偶者が介護者の場合に有意に悪化が少なかったことは着目すべき結果である。高齢者介護において配偶者の介護がより質の高いものである可能性を示唆し、老々介護の支援が重要であることを示すと考えられる。要介護の原因疾患では、痴呆、聴覚・視覚障害に悪化が多く、これらの疾病における悪化への対策が必要であろう。また、介護期間については、1年の観察の場合では原疾患発症後直後のADL低下が影響したと考えられ、発症後早期の介護悪化予防の重要性を示すとも考えられる。利用サービスの結果については、施設入所者が対象となっていないため生じた可能性があり、解釈には検討を要すところである。本研究は平成15年度厚生労働科科研政策科学推進研究事業(主任研究者、橋本英樹)によって補助を受けた。