

給付全体の傾向に大きな影響を与える結果にはなっていないと考えられた。しかし、介護保険サービス利用者数は増加していることから、利用者1人当たりの当サービスの介護給付費は減少してきていると考えられる。

#### (4) 訪問リハビリテーション

介護給付費改定における主な変更点は、日常生活訓練加算が新設（1日につき50単位）されたことである。訪問リハは、平成13年10月を頂点として減少を続け、平成14年6月からわずかではあるが増加傾向は見られるが、大きな変化はない。大津市における当サービスの利用者数自体がきわめて少ないため、利用の有無や頻度などは、個々の利用者の影響を受けやすいと推察された。

#### (5) 通所介護

介護給付費改定の主な変更点は、

- ①単独型通所介護費及び併設型通所介護費の所定単位数が全般的に減額変更（痴呆型通所介護費は変更なし）
- ②8時間以上の場合の時間延長サービス加算が新設（8時間以上9時間未満は50単位、9時間以上10時間未満は100単位）
- ③送迎加算単位数が増額変更（44単位から47単位に増額変更）
- ④入浴介助加算単位数が増額変更（一般浴は39単位が44単位、特別浴は60単位が65単位に増額変更）
- ⑤定員超過・人員欠員の場合のサービスコードが新設（70%に減額）

である。このサービスは、平成12年4月の制度開始以降、増加傾向が顕著である。改定によって減額変更はされたが、長時間サービスの加算の新設と、送迎及び入浴加算の増額変更によって当サービス給付費は、改定後も順調に増加している。

#### (6) 通所リハビリテーション

介護給付費改定の主な変更点は、

- ①通所リハビリテーション費の区分「Ⅰ」（通常規模の医療機関）、区分「Ⅱ」（小規模診療所）、区分「Ⅲ」（介護老人保健施設）の単位数の区分がなくなり統合
- ②所定単位数が全般的に減額変更
- ③8時間以上の場合の時間延長サービス加算が新設（8時間以上9時間未満は50単位、9時間以上10時間未満は100単位）
- ④送迎加算単位数が増額変更（44単位から47単位に増額変更）
- ⑤入浴介助加算の単位数が増額変更（一般浴は39単位が44単位、特別浴は60単位が65単位に増額変更）

①個別リハビリテーション加算が新設（退所日から起算して1年以内は1日当たり130単位、1年を超えた期間実施時は1日当たり100単位）

である。これによる大津市への影響としては、通所介護と同様で長時間サービスの加算の新設と、送迎及び入浴加算の増額変更によって、当サービス給付費全体としては影響はみられない。しかし、通所リハは、通所介護と同じ通所サービスにもかかわらず、平成14年10月を頂点として月別の増減を繰り返し、通所介護に比較すると全般的には、あまり大きな増加はない。

#### (7) 短期入所生活介護

介護給付費改定の主な変更点は、

①単独型と併設型すべての所定単位数が全般的に減額変更（送迎加算などは変更なし）

②小規模単位生活型が新設

③定員超過・人員欠員が新設（サービスコードとして位置づけ）

である。介護報酬改定の影響は、月別の違いは大きいですが全般的には増加している。平成14年度後半は、増加していなかったが、改定によって減額されたにも関わらず増加している。このサービスは、施設サービスの代替として利用されているため、経年的にも増加していくものと推測される。

#### (8) 短期入所療養介護

1) 介護老人保健施設における短期入所療養介護である、この主な改定点は、

①所定単位数が全般的に減額変更

②リハビリ体制加算がリハビリ機能強化加算に再編（1日につき12単位が30単位に増額変更）

である。

2) 療養病床を有する病院における短期入所療養介護の主な改定点は、

①病院療養病床短期入所療養介護費（Ⅰ）の区分が廃止

②病院療養病床短期入所療養介護費（Ⅱ）以降の名称変更し所定単位数が全般的に減額変更

③夜間勤務等看護（Ⅲ）が廃止

④夜間勤務等看護（Ⅳ）が夜間勤務等（Ⅲ）に変更

⑤定員超過・人員欠員が新設（サービスコードとして位置づけ）

である。

3) 療養病床を有する診療所における短期入所療養介護の主な改定点は、

①所定単位数が全般的に減額変更

②定員超過・人員欠員が新設（サービスコードとして位置づけ）

である。

#### 4) 痴呆疾患型における短期入所療養介護

- ① 所定単位数が全般的に減額変更
- ② 痴呆疾患型短期入所療養介護費（Ⅳ）の区分が廃止
- ③ 定員超過・人員欠員が新設（サービスコードとして位置づけ）である。

#### 5) 基準適合診療所における短期入所療養介護の主な改定点は、

- ① 所定単位数が全般的に減額変更
- ② 定員超過・人員欠員が新設（サービスコードとして位置づけ）である。

#### 6) 介護力強化型における短期入所療養介護の改定点は、

- ① 当区分（類型）が全て廃止
- である。

これらの改定における大津市への影響は、まず介護老人保健施設における短期入所療養介護は、前述の短期入所生活介護と同様に月別の違いが比較的に大きいですが、平成14年5月からは、増加しておらず、平成14年10月頃から減少している。これは、介護給付費改定の平成15年4月から約6か月後の減少であり、改定の影響ではないと考えられる。

次に、療養病床を有する病院等の医療施設での短期入所療養介護は、これも詳細に検討すると月別の違いが大きいですが、介護老人保健施設における短期入所療養介護と同様に、平成15年10月から減少を続けている。多くの介護サービス利用が増加している中で、減少している数少ないサービスである。

以上のように短期入所生活介護と短期入所療養介護とは、短期入所生活介護が増加しているにも関わらず、短期入所療養介護が横ばい、あるいは減少傾向が示されているのは、短期入所療養介護の場合は母体である医療機関、法人全体の医療保険制度と介護保険制度におけるベッド数の影響が大きいのではないかと推察される。すなわち医療機関の場合は、ベッド数の制限が大きく、需要に応じた柔軟な対応が困難であるということに起因するのではないかと推察された。

#### (9) 居宅療養管理指導

介護給付費改定の主な変更点は、

##### 1) 医師又は歯科医師が行う居宅管理指導

- ① 回数の上限が月に1回から2回に変更
  - ② 居宅療養管理指導費（Ⅰ）は1回当たり940単位から500単位に減額変更
  - ③ 居宅療養管理指導費（Ⅱ）は1回当たり510単位から290単位に減額変更
- である。

##### 2) 薬剤師が行う居宅療養管理指導

- ① 医療機関、薬局の区分が設定

- ②医療機関の薬剤師が行う場合は、月に2回を上限に1回当たり550単位
- ③薬局の薬剤師が行う場合は、月に4回を上限に月に1回目の場合は500単位、月に2回目以降は300単位

3) 歯科衛生士が行う居宅療養管理指導

- ①回数の上限は変更なく月に4回
  - ②月に1回目の場合は550単位、月に2回目以降は300単位
- である。

4) 管理栄養士が行う居宅療養管理指導

- ①回数の上限も単位数も変更なし（月に2回を上限に1回当たり530単位）
- である。

以上の居宅療養管理指導の改定における影響は、これらは、平成14年10月を頂点として若干の減少傾向がみられる。介護給付費改定によって、医師又は歯科医師が行う居宅管理指導が1回当たりの単価が約半分に減額変更されたが、回数の上限が1回から2回に変更されたため、居宅管理指導費全体としても改定による影響はみられなかった。

このように改定による給付費の影響がみられないにも関わらず、月ごとの給付対象回数は、増加し、それは約2倍に達していた。この結果からは、この介護保険サービスの実態については、検討が必要なことを示している。

(10) 痴呆対応型共同生活介護

介護給付費改定の主な変更点は、

- ①所定単位数が全般に増額
  - ②夜間ケア加算が新設（1日当たり71単位）
  - ③定員超過・人員欠員が新設（サービスコードとして位置づけ）
- である。

改定による大津市への影響は、介護保険制度開始時には、ほとんどサービスは供給されておらず、したがって給付費も発生していなかった。しかし、平成14年4月からは急激な増加を続けている。これは、市内における当サービスの事業者の整備（開設）数の増加が要因である。このサービスは、供給が需要を喚起した例といえよう。

(11) 特定施設入所者生活介護

介護給付費改定の主な変更点は、

- ①所定単位数は変更なし
  - ②人員欠員のサービスコード、単位数が新設
- である。

改定による大津市への影響は、介護保険制度開始時から、増加しているサービスであった。しかし、この増加は介護保険サービス利用者数の増加にともなう程度の増加であった

と考えられ、介護給付費の所定単位数は変更がないため、改定後にも大きな変化はみられなかった。若干ではあるが、改定後の平成15年4月から増加の程度がやや上昇している。

#### (12) 福祉用具貸与

このサービスは、報酬改定によって介護給付費の改定は単位数の改定ではなく、以下の給付対象品目が新たに追加されたのが変更点である。

- ①特殊寝台付属品の品目追加（スライディングボード・スライディングマット）
- ②移動用リフトの品目追加（段差解消機、浴槽内リフト、立上り用の椅子）
- ③車椅子の品目追加（6輪歩行器）

改定における影響はなく、このサービスは、介護保険制度開始時から月ごとの差もほとんどなく確実に増加し続けている。月ごとの格差がない理由は、原則として月単位での貸与費用であるために、月単位で利用があったかどうかであるためで、人的サービスではなく用具のため継続しての利用性も高く、月ごとの変動が少ないためと考えられた。

また、所定単位数がなく実際に要した貸与費用が給付対象であるため、介護給付費改定の影響はなかった。

#### (13) 居宅介護支援

改定の主な変更点は、

- ①1単位の地域区分による所定単位数を廃止（地域区分による設定から一律に10円に変更）
  - ②利用者の要介護度による所定単位数の区分を廃止（一律に850単位に変更）
- したことである。このため全般的には、所定単位数は増額変更された。しかも軽度要介護者の場合は大幅な増額変更（要支援の場合は1月当たり650単位が850単位に増額変更）がなされ、
- ①運営基準減算が新設（一定の要件を満たさない場合70%に減額）
  - ②4種類以上のサービスを組み合わせている場合の加算が新設（1月当たり100単位加算）
- といった変更もされた。

このサービスは、介護保険サービス利用者のほとんどが1月に1回は利用するサービスである。このサービスの増加は、介護保険サービスの利用者数の増加を意味しているともいえる。また改定によって増額されたことによって平成15年4月にも大きく増加している。

一方、運営基準減算（一定の要件を満たさない場合の70%に減額）と、4種類以上のサービスを組み合わせている場合の加算（1月当たり100単位加算）の影響は、ほとんど示されなかった。

4種類以上のサービスを組み合わせている場合の加算（1月当たり100単位加算）の給付は少なく、したがってこの4種類以上のサービスを組み合わせることによる加算がもたらす、介護サービス全体の増加という影響は少なく、これは4種類ものサービスの種類を多く組み合わせることによるマネジメントの複雑さやモニタリングの必要性に見合う単位設

定といえないといえるかもしれない。

#### (14) 介護老人福祉施設サービス

改定の主な変更点は、

- ① 所定単位数が全般的に減額変更（入所サービスの減額率は高い）
  - ② 小規模生活単位型介護福祉施設サービス費（ユニットケア）が新設
  - ③ 居住費対策加算が新設
  - ④ 退所時相談援助加算の単位数が減額変更（570 単位が 400 単位に減額変更）
  - ⑤ 退所前連携加算が新設（500 単位）
  - ⑥ 人員欠員のサービスコード、単位数が新設
- である。

改定における大津市への影響は、介護保険制度実施から、施設サービスの需要は高く、そのベッド数は常に満床の状態である。このように施設入所サービスは、ベッド数（定員）が決まっているため、基本的にはベッド数と施設数自体の増減が給付費に影響することになる。

今回の改定は施設入所サービスを減額したため、平成 15 年 4 月から 3 か月ほど減少しているが、その後は緩やかに増加している。この増加により平成 15 年 4 月以前の状態に戻った。

#### (15) 介護老人保健施設サービス

改定の主な変更点は、

- ① 所定単位数が全般的に減額変更（入所サービスの減額率は高い）
  - ② リハビリ体制加算をリハビリ機能強化加算に再編
  - ③ 退所時指導加算の単位数が減額変更（1070 単位から 400 単位に減額変更）され、新たに「退所時情報提供加算」（500 単位）、「退所前連携加算」（500 単位）を新設
  - ④ 人員欠員のサービスコード、単位数が新設
- である。

改定による大津市への影響は、通所リハビリテーションと短期入所療養介護（老人保健施設）と同様に平成 14 年 10 月頃過ぎから減少を続けている。この点については母体施設である老人保健施設及び経営母体の法人全体がサービスの提供を減少させたのではないかと推察される。

#### (16) 介護療養施設サービス

改定の主な変更点は、

- 1) 療養型介護療養施設サービス
- ① 所定単位数が全般的に減額変更（入所サービスの減額率は高い）

- ②療養型Ⅰ型を廃止
- ③療養型（Ⅱ）以降の名称と所定単位数を変更
- ④夜間勤務等看護（Ⅲ）を廃止し、夜間勤務等看護（Ⅳ）を夜間勤務等看護（Ⅲ）に変更
- ⑤他科受診時費用を新設(月に4日を限度とし444単位加算)
- ⑥退院時指導加算の単位数を減額変更（1070単位を400単位に減額変更）
- ⑦退院時情報提供加算を新設（500単位）
- ⑧退院前連携加算を新設（500単位）
- ⑨人員欠員のサービスコード、単位数が新設である。

#### 2) 診療所型介護療養施設サービス

- ①所定単位数が全般的に減額変更（入所サービスの減額率は高い）
- ②他科受診時費用を新設(月に4日を限度とし444単位加算)
- ③退院時指導加算の単位数を減額変更（1070単位を400単位に減額変更）
- ④退院時情報提供加算を新設（500単位）
- ⑤退院前連携加算を新設（500単位）
- ⑥人員欠員のサービスコード、単位数が新設である。

#### 3) 痴呆疾患型短期入所療養介護

- ①所定単位数が全般的に減額変更（入所サービスの減額率は高い）
  - ②痴呆疾患型短期入所療養介護費（Ⅳ）の区分を廃止
  - ③他科受診時費用を新設(月に4日を限度とし444単位加算)
  - ④退院時指導加算の単位数を減額変更（1070単位を400単位に減額変更）
  - ⑤退院時情報提供加算を新設（500単位）
  - ⑥退院前連携加算を新設（500単位）
  - ⑦人員欠員のサービスコード、単位数が新設
  - ⑧特定診療費内に重度療養管理を新設（1日当たり120単位）
  - ⑨特定診療費内にADL加算を新設（1日当たり30単位）
- である。

#### 4) 介護力強化型短期入所療養介護

- ①当区分（類型）が全て廃止

以上の改定における大津市への影響は、まず、これらのサービスは平成12年4月の介護保険制度開始時から平成14年2月頃までは、ほとんど変化がなく、それ以降は増加している。とくに平成14年2月から平成14年10月頃までは急激に増加していた。続く平成14年10月頃からは、ゆるやかな増加が示された。

改定により、単位数が減少したことを受け、介護給付費は減少すると予想されたが、逆に改定直後に増加している。これは老人保健施設関係のサービス全般が、平成14年10月

頃から減少していることと対照的である。この結果が大津市の固有の状況かどうかは不明であり、検討する必要がある。



### 第3章 要介護認定データから得られる高齢者類型と介護保険サービス利用の関係

#### 1. 目的

サービス提供の適性さとは何かを考える視点としては、介護保険サービスの給付による高齢者や家族の満足程度などいろいろな視点が考えられるが、そのサービス給付が心身状態の維持改善に有効であるかが、適性さの一つの重要な基準となると考えられる。

本章ではこの考え方に基き、認定情報から心身状態の悪化の程度の指標を定義し、在宅高齢者を対象として、給付サービスの組合せと悪化の程度の関係について分析を行った。

また、給付サービスの心身状態変化への影響の仕方は、高齢者の心身状態によって異なる可能性が考えられるので、自己組織化マップという方法により高齢者の心身状態を類型化し、これによって高齢者を層別した上で、各個人の利用した介護サービス履歴や心身状態の変化との関連を検討した結果も示す。以上により、要介護認定調査結果でわかる範囲の情報から、サービス給付の標準を与えるための基礎資料を提供する。

#### 2. 方法

##### (1) 対象データとその整合方法

本章では、対象高齢者 11,945 人が平成 12 年 4 月から平成 16 年 3 月の 4 年間 48 ヶ月間中に受けた要介護認定 (39,582 認定) について分析候補とした。それぞれの認定期間ごとに、期間の最初における認定結果と期間終了時の認定結果をみることで、その期間中の心身状態の変化を把握した。有効期間を挟む二つの認定を持つ期間は 27562 期間あった。

これらの期間について、心身状態の悪化量を、始点における有効認定の認定基準時間を終点における有効認定の認定基準時間から差し引いたものとして定義した。これが正の値であれば、ケア時間の推定値としての認定基準時間が増加したことになるので、高齢者の状態は悪化したと解釈できる。

さらに、以上の結果と期間中の介護保険サービスの月々利用記録を突合し、その認定期間における高齢者の心身状態変化と、サービス利用状態を関連付けて分析できるデータを作成した。突合のできた 216,589 人月が基本サンプルとなる。

##### (2) 高齢者類型抽出のための SOM

SOM(Self-Organizing Map: 自己組織化マップ)は、サンプル間の類似性に基づいて、サンプルを層別する手法である。本研究では、要介護認定調査結果から認定調査を受けた高齢者を層別し、タイプ分けするために用いた。SOM の入力、サンプル×属性(多次元)の行列である。本研究の場合、高齢者×認定調査項目の行列がデータとなる。このデータに対し、SOM では通常 2 次元の規則正しいノードのグリッドを使用し、ノードのそれぞれにサンプルの類型に相当する参照ベクトルを用意する。各サンプルを最も類似した参照ベクトルを

もつノードに割り当てることで各サンプルはノード数のタイプに分けられることとなる。

SOM のアルゴリズムは隣接したノードの参照ベクトルが類似したものになるように作成するので、サンプル間の類似性が所属ノード間の距離(通常ユークリッド距離)と対応するようになる。つまり、似ているサンプルは近いノードに所属するようになる。このように作成された、サンプルが距離関係を保って二次元上に表される図をマップと呼ぶ。

以上のように SOM では、各サンプルの多次元の属性データを低次元の情報に集約し、サンプル間の類似関係を図に可視化することで、サンプルを理解しやすい形に層別することができる。

### 3. 結果

#### (1) 認定調査項目による高齢者類型の結果

最初に高齢者類型の分析結果を示す。ここでは、高齢者を在宅に限定せず、得られた 39581 認定全てを利用して、そこから介護保険制度を利用している高齢者の一般類型を検討する。

##### 1) SOM によるタイプ分け結果

新旧認定調査で共通な項目 63 項目を高齢者属性として高齢者をタイプ分けするために SOM を実施した。結果として得られるノードごとの参照ベクトルを表現するために用いた認定調査項目ごとの値を図 3-1 のようなレーダーチャートに表す。

このレーダーチャートでは、認定調査項目の第 1 群から第 7 群までの項目を 12 時の方向から時計回りに順にならべて、各項目ごとに悪い状態と考えられるカテゴリーであるほど長い線が引かれるように表現してある。なお、項目ごとの最大カテゴリーは 2 から 5 までの場合あり、第 1 段階を原点 (長さ 0) と表現し、最大カテゴリーを長さ 1 と表示することで、カテゴリー数の多い項目も同じ長さの線となるようにしてある。全体に大きな図形になるノードほど、重度の高齢者類型を表すと考えられる。

6×4 ノードで SOM を行った結果のマップを図 3-2 下側に示す。この図から、概ね右側から左側に向けて要介護度が高くなるよう、6×4=24 タイプに高齢者がタイプ分けされていることがわかる。

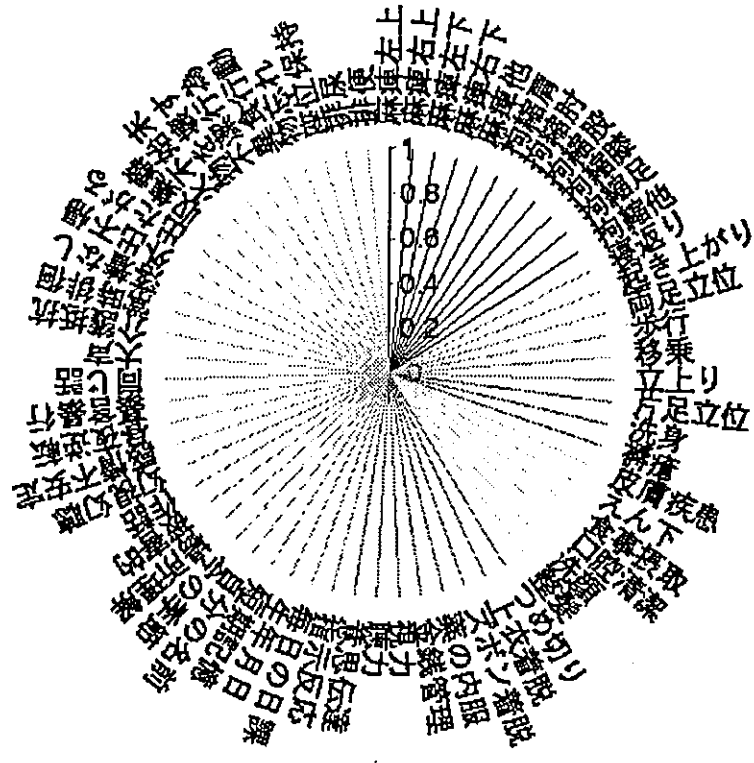


図 3-1 認定調査項目に現れる高齢者の心身状態の表現方法

所属のべ人数

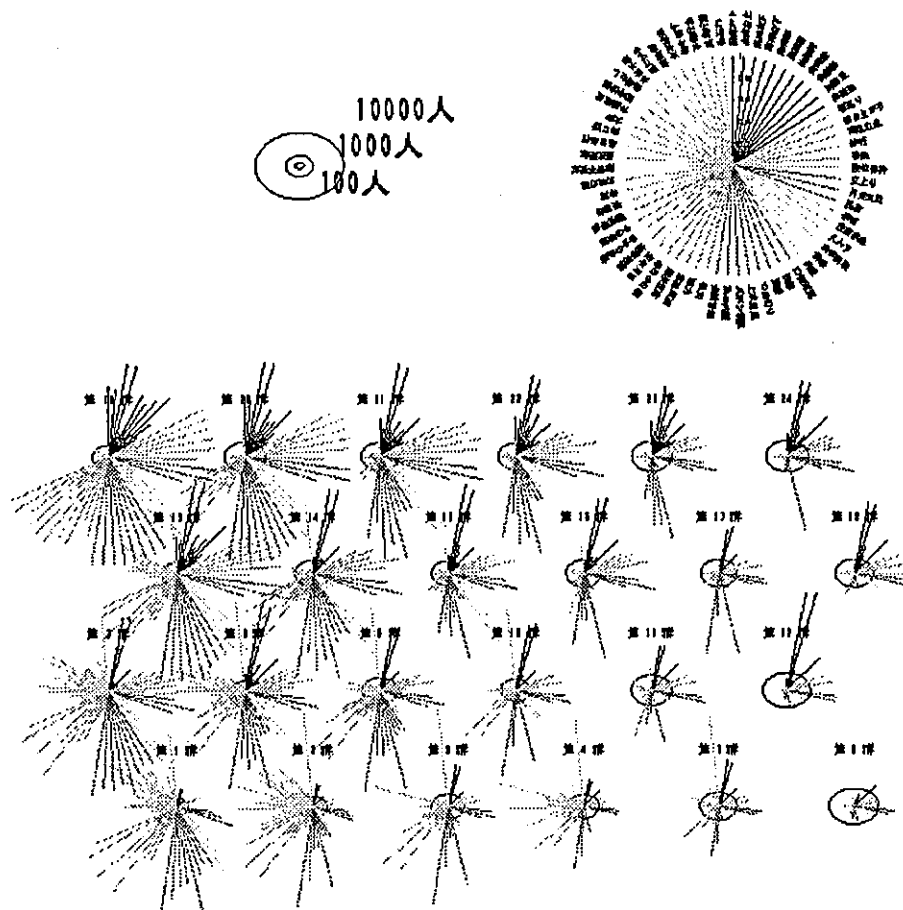


図 3-2 SOMにより得られた高齢者類型

より詳しく各ノードの特徴を見るため、各ノードの属性として、平均年齢、女性率、平均要介護度等を図 3-3 に示す。これから、前述の要介護度の違いが直接見て取れる。また、中央（14,9,16,11 ノード）で年齢が高く、上辺と左下で男性の率が相対的に高いことがわかる。悪化量は右下半分のノードで多く、特に下辺中央のノードで多いことがわかる。要介護度の高い左上のノードでは、悪化する余地が少ないため、悪化量が少ないという傾向が伺われる。

また、中間評価項目得点の平均値を図 3-4 に示す。中間評価項目の平均値からは、第 5 群までの身体的能力については、要介護度の程度と同様な傾向が見られるが、その中でも第 1 群（麻痺拘縮）は上辺の得点が低く、第 5 群（身の回りの世話）は左辺でも得点が低

くなる傾向にある。第 6 群（コミュニケーション）に関しては、左側での低下が見られることがわかる。特に第 7 群の問題行動（認知障害）は、下辺左側に特徴的に得点の低下が見られることがわかる。

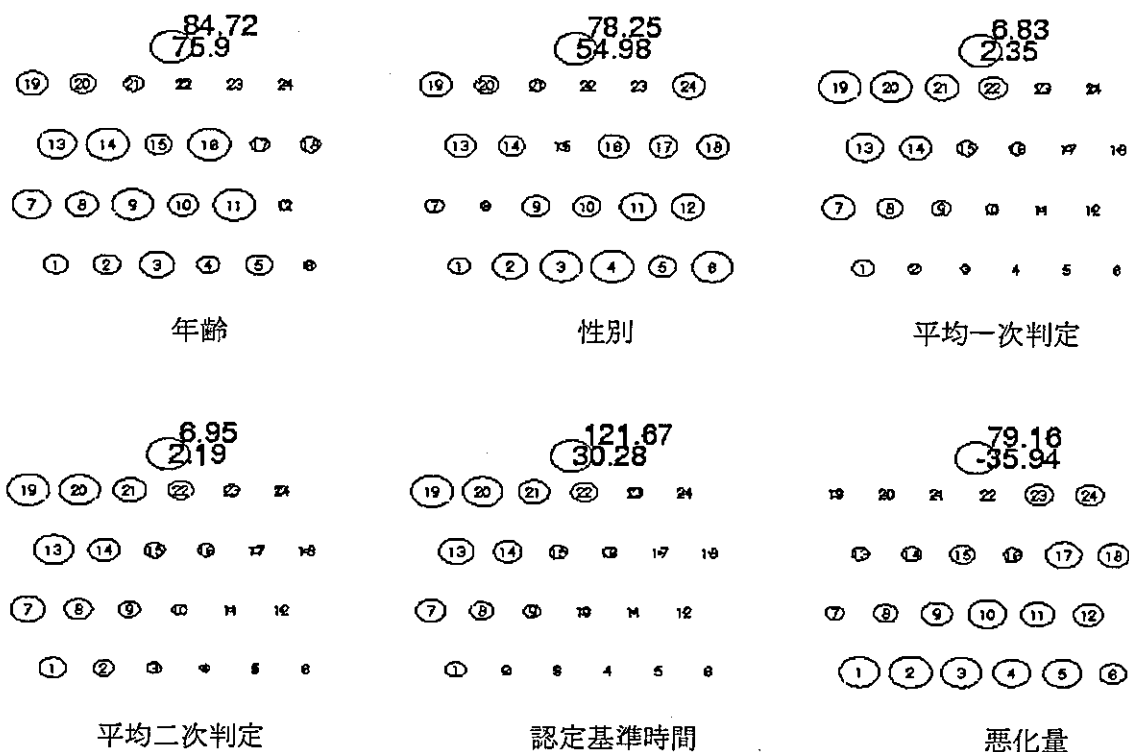


図 3-3 高齢者類型ごとの属性の平均値

円が大きいほど値が大きい、最大値と最小値が各図の上側に円と数値で記載されている。

ただし、最小値は最小の円つまり点で表現されている。

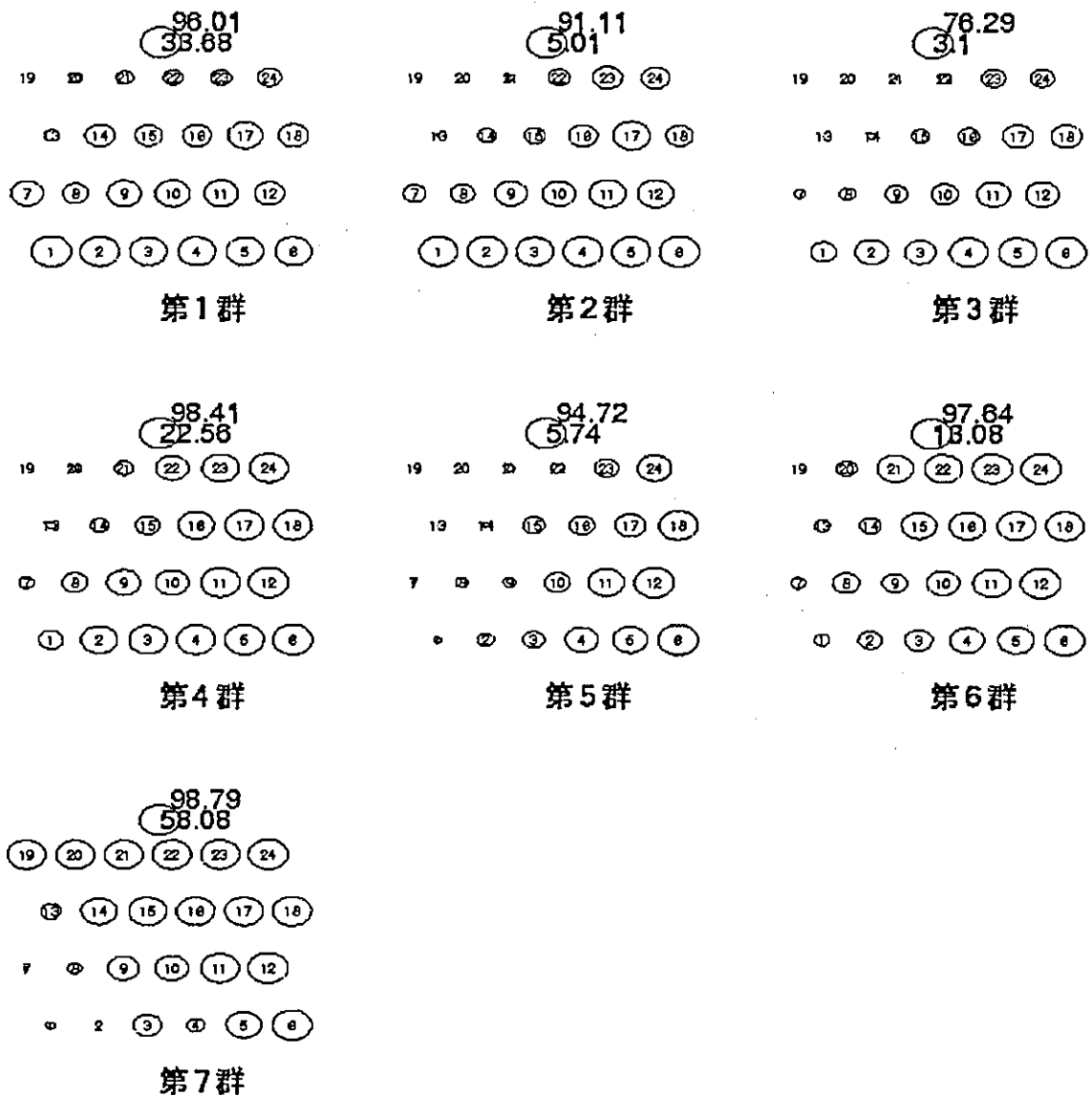


図 3-4 高齢者類型ごとの中間評価項目得点平均値

円が大きいほど値が大きい、最大値と最小値が各図の上側に円と数値で記載されている。

ただし、最小値は最小の円つまり点で表現されている。

## 2) 各タイプ間の遷移

時間的に合い隣り合う認定間で高齢者の心身状態の変化がどのように生じたかをみるために、SOMにより得られた類型間でどの類型からどの類型に遷移するケースが多かったかを図 3-5 に示す。制度開始の平成 12 年 4 月は認定制度が開始するのを待ち続けていたケースが多くあったと考えられるので、平成 12 年 5 月以降の遷移を図にしている。図より、タイ

プ6またはタイプ12に入る状態で初回認定を受けている場合が多い。また、その後、左上方に遷移して、上辺左半分の状態から制度から離脱している場合が多いことが見て取れる。

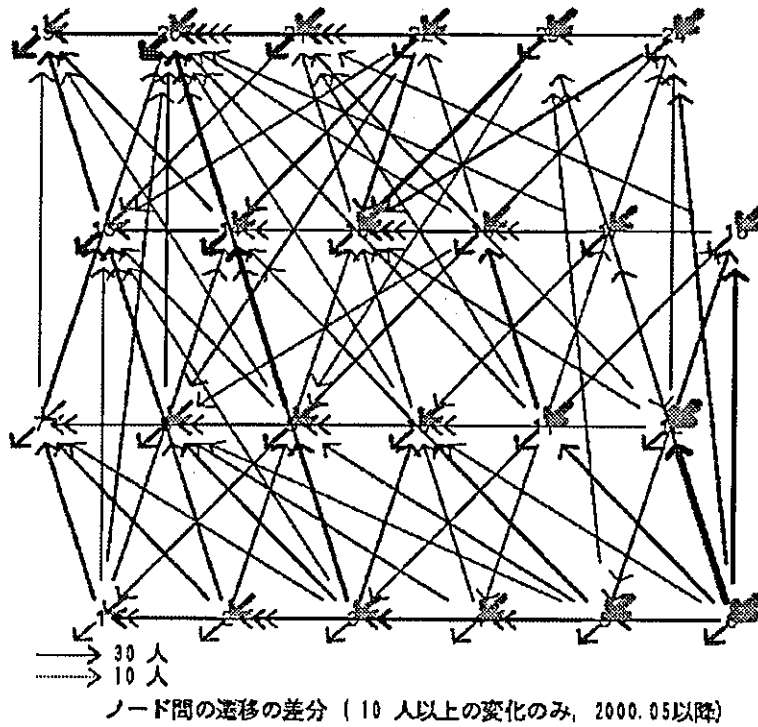


図 3-5 高齢者類型間の認定間遷移

各ノードに入る赤い矢線は初回認定の人数、各ノードから出る赤い矢線は、  
 死去などによる制度からの離脱を表す。

(2) 給付サービス組合せごとの悪化の程度の分析結果

以下の分析に当たっては、突合のできた 216589 人月のうち、期首に、居宅であった認定期間となる 126344 人月に限定して対象サンプルとした。居宅であるかは、認定時の現在の状況が在宅であることで判定した。

1) 利用サービス種類の定義

表 3-1 に示す 11 種類の在宅サービスを区別して集計利用した。対象高齢者が対象期間においてこれらのサービスを利用した記録が残されている場合に、そのサービスを利用したとした。

表 3-1 対象利用サービス種類

	サービス名	略称	サービスコード
1	訪問介護	訪問	11
2	訪問入浴	入浴	12
3	訪問看護	看護	13
4	訪問リハ	訪リ	14
5	通所介護	通所	15
6	通所リハ	通リ	16
7	用具借与	用具	17
8	短期入所	短期	21,22,23
9	療養管理	療管	31
10	共同生活	共同	32
11	特定施設	特定	33

2) サービス組合せの定義

前述のサービス種類を、利用があったとき 1、無かったとき 0 と表し、これを順に並べて長さ 11 の順列として表し、異なる順列を区別すると、全く利用がなかった場合から最大 7 種類の利用までの 351 タイプが存在した。利用サービス種類数ごとの利用サービスタイプ数を下表に示す。これを給付サービスの利用の組合せのタイプとして、以下の分析を進める。

表 3-2 利用サービス種類数ごとの利用サービスタイプ数

種類数	0	1	2	3	4	5	6	7	合計
存在数	1	11	43	90	97	69	31	9	351



### 3) サービス組合せごとの利用人数と悪化量の関係

サービス組合せごとの悪化量は、対象高齢者の中で、対象期間中にそのサービス組合せを選択した高齢者の悪化量の平均を求め、これから対象高齢者全体での悪化量の平均値を差し引いたものを用いた。つまり、平均的な高齢者の悪化程度に比べ、そのサービス組合せを選択するような高齢者はどの程度悪化量が多いかを表現した。

### 4) サービス組合せの表現上の配置

利用の場合が多かったサービスは、1,訪問介護、5,通所介護、6,通所リハ の3つであった。そこで、図に表現する場合には、これら三つの主要サービスを基本としてサービス組合せを図 3-6 のように配置した。中心に、これら主要サービスを利用していない場合、全体の右側に三つとも利用している場合、また中心から上方に通所、右下に通所リハ、左下に訪問介護に位置付けた。

さらに、この主要三種のうち二つの組合せは二つの方向の組合せの方向に置いた。これらを中心として、他のサービスの付加あった場合を近くに配置するように表現した。付加的サービスは、時計廻りに、訪問リハは右上、訪問看護は右、療養管理は右下、用具借与は左下、訪問入浴は左、短期入所は左上、とした。なお、独立して用いられる共同生活は図全体の左上方、特定施設は右上方に表示した。なお、主要サービスに付加的サービスが追加された組合せについては、組合せ名において、主要サービスを省略し、主要サービスの個数だけ+が先頭につけてある。

### 5) 給付サービスの全体的効果

図 3-6 より訪問介護と通所リハが改善効果を与えているのに対し、通所は悪化の場合が多いことがわかる。特に通所と用具貸与の組合せや、通所と短期入所の組合せや、さらに、通所と用具貸与と短期入所の組合せは、悪化の場合が多いことがわかる。痴呆対応型共同生活介護や、特定施設入所者生活介護を利用している場合にも、悪化の場合が多いことがわかる。また、サービス給付なしの場合にも悪化の場合が多いことがわかる。その他の場合には、相対的に改善がある場合が多いことがわかる。

サービス給付が何年度に行われたかでサービス利用を層別して悪化を表現した結果を図 3-7 を示す。これから年度ごとの変化を見ると、年度間にサービス供給の質、量ともに大きな変化は無かったと思われる。強いて変化をみると、痴呆対応型共同生活介護が平成 12 年度には無かったが、平成 13 年以降、供給サービスとして提供されるようになった点、訪問介護や通所リハに改善程度が増えている傾向が伺える点などである。ただし、平成 15 年度に全体の平均悪化時間がかなり増えている。これは、サービスの質が変化したというより、認定方式の変更のため、認定基準時間の算出法が変わったためと考えられる。

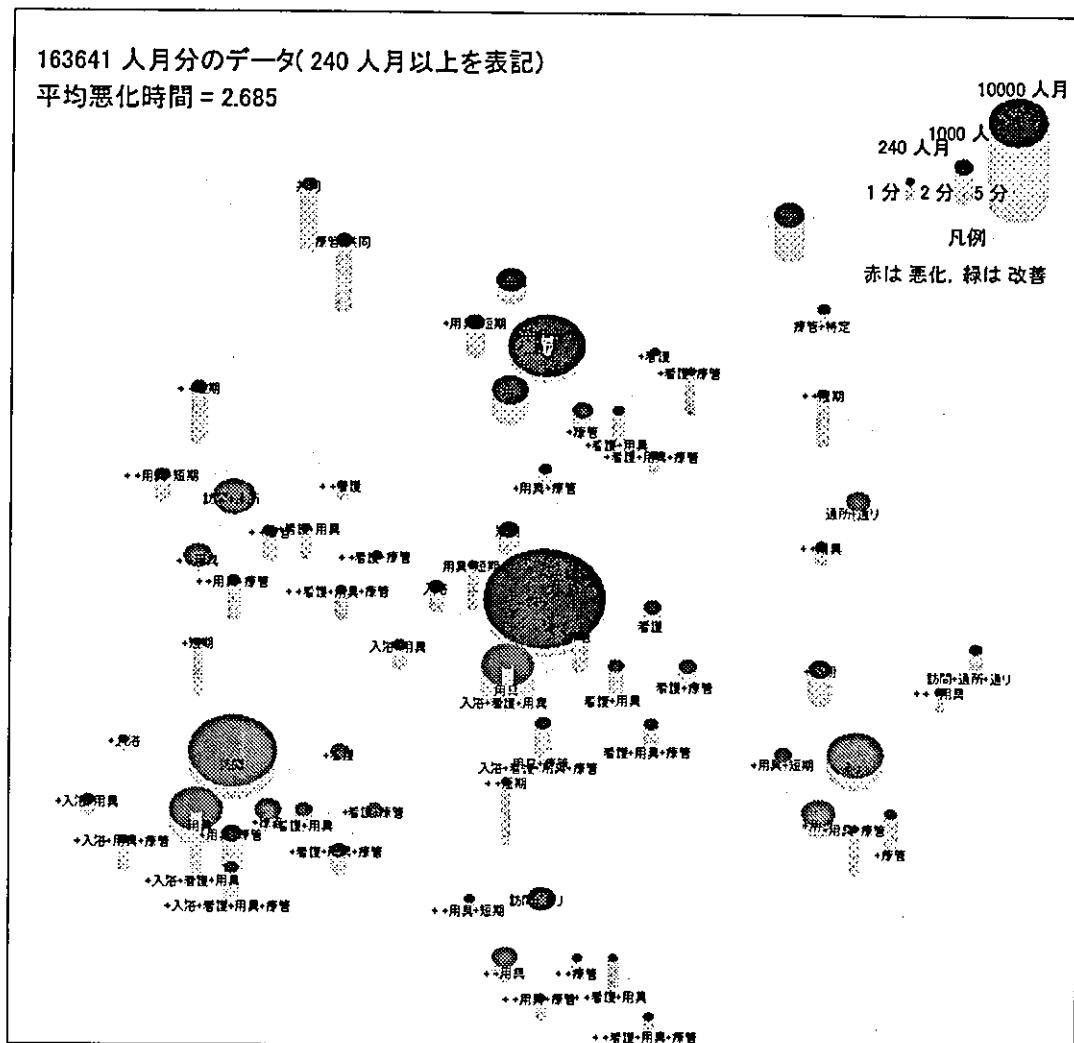


図 3-6 サービス組合せごとの悪化時間平均値

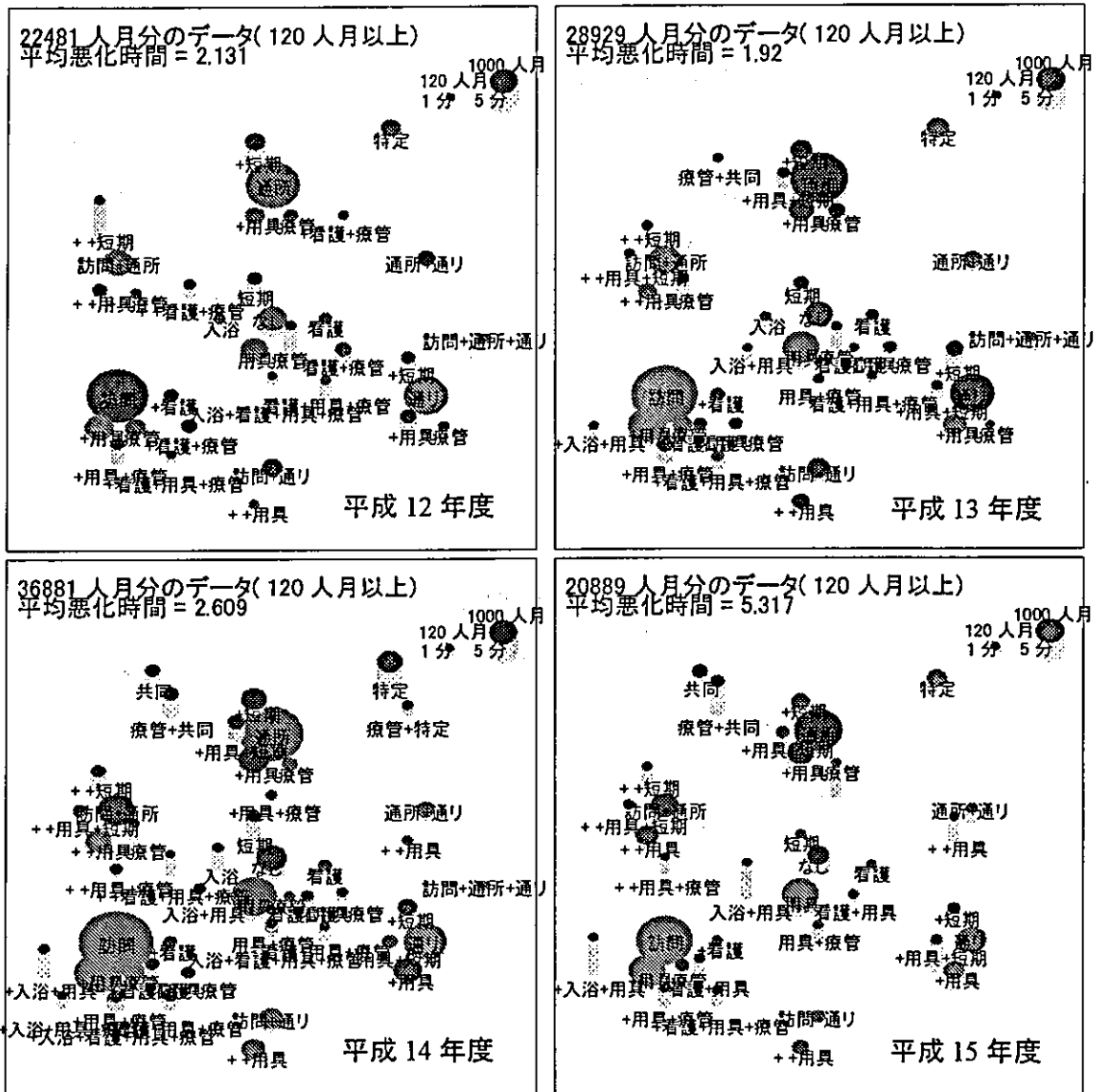


図 3-7 年度ごとの利用サービスごとの平均悪化量

#### 6) 高齢者を類型ごとに層別した場合のサービスの効果

高齢者の心身状態に応じ、サービス利用の与える効果は異なると考えられるので、層別なしの図 3-6 に対し、前節において得られた高齢者類型によってサービス利用を層別した上で求めた悪化程度を図 3-8, 図 3-9 に示した。また以下に、分析によって明らかにされた点を示したが、これらについては、さらに臨床における専門家の評価が必要と考えられる。

1. 右下半分の類型群では、何らかの給付サービスを利用する群に比べ、利用の無い群は悪化している。
2. 通所介護の維持改善効果の見られるのは、毎日の日課・短期記憶の悪化は見られるが、コミュニケーション関連の全面的な悪化はないタイプ 3,9,10 の高齢者と、下肢麻痺と一部に拘縮の傾向の見られるタイプ 17,22,23 などの高齢者である。
3. 通所リハの維持改善効果の見られるのは、タイプ 3,4,9,10,15,16,17,22 の中程度高齢者である。
4. 訪問介護の維持改善効果の見られるのは、下肢麻痺と爪切りのみに問題のあるタイプ 24 の高齢者と、それに加えて金銭管理に問題のあるタイプ 17 の高齢者、認知障害のうち昼夜逆転に特徴のあるタイプ 3,4,5 の高齢者である。昼夜逆転のある高齢者に対して、規則的生活を再構築するのに、訪問介護が効果があったと予想される。
5. 認知障害とコミュニケーション関連の全面的な悪化のあるタイプ 1,7,8 の高齢者では、サービス利用なしが、相対的に最良の維持改善群となっている。それに類似した状態であるが、まだ、意思伝達や指示への反応が得られるタイプ 2 では、訪問介護と通所介護の併用や、通所と短期入所の併用が相対的に維持改善効果がある。
6. タイプ 19,20,13,14 の要介護度の最も高い群では、サービス利用の表示がほとんどないが、これはこのタイプの高齢者が入所している場合が多いため在宅高齢者が少ない上に、複雑で多様な組合せのサービス利用が多いため、今回の組合せごとでの表現では、個々の組合せごとのサンプル数が少なくなってしまう、表示できなかったことを表す。別途、サービス組合せの場合わけについて詳細な考察の上に、分析しなおす必要がある。