

(4) 改善群に対する個別面接調査の概要

①目的

要介護度の改善及び悪化の統計ではあらわれない事例個別の状況や、改善及び悪化した要因と実際の対応方法について検討すること。そのことにより、要介護度の改善に効果的な介護保険サービスの利用やその組み合わせといった提供方法の特徴を明らかにする。

②調査期間及び方法

過去2年間の要介護度の推移において、特徴があった高齢者について、③で示す条件を満たした調査員による事前提出資料の「要介護度軽改善事例の概要シート」などに基づき、2回の検討会を開催し、要介護度の改善事例を検討した。

③個別面接調査の調査員

高齢者のヒアリング調査及び検討者である調査員は、以下のア～エの条件を満たした26事業所から選出された47名である。

- ア.「介護サービス計画作成技法についての研修会」(平成14年11月17日・18日開催)
- イ.「演習を中心にした介護サービス計画作成基礎研修会」(平成14年12月20日開催)
- ウ.前述の要介護度の2区分以上改善した事例を担当している介護支援専門員
- エ.各地域でのリーダー的役割の介護支援専門員など

④調査項目

ア.「要介護度軽改善事例の概要シート」に沿って個別面接調査が実施された。概要シートは、以下の項目によって構成されている。

- ・年齢
- ・性別
- ・世帯区分(独居世帯・高齢世帯・同居世帯)
- ・障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)
- ・痴呆性老人の日常生活自立度
- ・ADL状況:食事・歩行・排泄・入浴・更衣・特記事項
- ・IADL状況
- ・現病歴
- ・身体状況
- ・精神状況
- ・サービスの利用種類等
- ・主な介護者と介護状況
- ・過去の認定の推移状況
- ・事例の概要
- ・要介護度改善として考えられる理由・要因

⑤調査員(研修会参加者)による検討項目

研修会においては、個別面接調査の結果を以下の2点について分析をした。

- ア.要介護度の改善事例における改善の要因について
- イ.介護サービスの適切な利用と不適切な利用について

⑥調査結果

ア.「要介護度軽改善事例の概要シート」における事例の概要

「要介護度の改善事例の概要シート」における事例の検討は、以下の21事例に関して行なった。(※実際の「要介護度軽改善事例の概要シート」は別紙参照のこと)

表Ⅲ-6-13 改善事例の概要

「要介護度軽改善事例の概要シート」における事例の概要

事例	年齢	性別	世帯区分	寝たきり度	痴呆度	ADLの状況					改善の区分数
						食事	歩行	排泄	入浴	更衣	
1	80	男性	高齢世帯	A1	I	自立	一部介助	自立	一部介助	自立	2
2	89	男性	同居世帯	C2	Ⅱa	一部介助	全介助	全介助	全介助	全介助	1
3	74	女性	独居世帯	A1	I	自立	自立	自立	自立	自立	0
4	86	女性	独居世帯	J1	正常	自立	自立	自立	自立	自立	2
5	79	女性	独居世帯	B2	正常	一部介助	一部介助	一部介助	全介助	一部介助	2
6	85	女性	同居世帯	A2	Ⅱb	自立	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	2
7	88	女性	同居世帯	A2	I	自立	自立	一部介助	一部介助	全介助	2
8	90	女性	同居世帯	B2	正常	自立	全介助	一部介助	全介助	一部介助	1
9	90	男性	高齢世帯	J2	正常	自立	一部介助	一部介助	一部介助	自立	2
10	77	女性	同居世帯	A2	Ⅲa	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	3
11	90	女性	独居世帯	A1	Ⅱa	自立	自立	自立	一部介助	一部介助	-
12	86	女性	同居世帯	A1	Ⅱb	自立	一部介助	自立	一部介助	自立	3
13	77	男性	同居世帯	A1	Ⅲa	一部介助	一部介助	自立	一部介助	一部介助	1
14	86	女性	同居世帯	B1	I	自立	一部介助	自立	一部介助	自立	2
15	66	女性	同居世帯	B2	Ⅳ	一部介助	一部介助	全介助	全介助	全介助	1
16	91	女性	同居世帯	B1	I	自立	一部介助	自立	一部介助	自立	1
17	78	女性	高齢世帯	A1	Ⅱa	自立	自立	一部介助	一部介助	一部介助	2
18	83	男性	同居世帯	B1	正常	自立	自立	一部介助	一部介助	一部介助	1
19	43	女性	同居世帯	A1	正常	自立	自立	一部介助	一部介助	全介助	2
20	80	男性	同居世帯	B1	Ⅱb	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	1
21	95	男性	高齢世帯	A1	Ⅱa	自立	自立	一部介助	一部介助	一部介助	1

表Ⅲ-6-14 改善事例の基本属性など

「要介護度軽改善事例の概要シート」の集計一覧表

項目	人数	%	
年 齢	65歳未満	1	4.8
	65歳～75歳未満	2	9.5
	75歳～85歳未満	7	33.3
	85歳～95歳未満	10	47.6
	95歳以上	1	4.8
性 別	男 性	7	33.3
	女 性	14	66.7
世 帯	独居世帯	4	19.0
	高齢世帯	4	19.0
	同居世帯	13	61.9
寝たきり度	正常	0	0.0
	J 1	1	4.8
	J 2	1	4.8
	A 1	8	38.1
	A 2	3	14.3
	B 1	4	19.0
	B 2	3	14.3
	C 1	0	0.0
	C 2	1	4.8
痴 呆 度	正常	6	28.6
	I	5	23.8
	IIa	4	19.0
	IIb	3	14.3
	IIIa	2	9.5
	IIIb	0	0.0
	IV	1	4.8
	M	0	0.0
食 事	自 立	15	71.4
	一部介助	6	28.6
	全介助	0	0.0
歩 行	自 立	8	38.1
	一部介助	11	52.4
	全介助	2	9.5
排 泄	自 立	8	38.1
	一部介助	11	52.4
	全介助	2	9.5
入 浴	自 立	2	9.5
	一部介助	15	71.4
	全介助	4	19.0
更 衣	自 立	7	33.3
	一部介助	10	47.6
	全介助	4	19.0
改善区分数	3	2	9.5
	2	9	42.9
	1	8	38.1
	その他	2	9.5

(5) 要介護度の改善の要因などに関する事例的検討の結果

①要介護度の軽減（改善）事例における軽減（改善）の要因について

ア.健康・医療・リハビリテーション面での要因

- ・主治医の熱心な往診などの診療
- ・服薬管理による病状・状態の安定
- ・排便コントロールによる状態の安定（排泄に限らず食事面などにも好影響）
- ・ペースメーカーの植え込み手術による病状・状態の安定
- ・積極的（意欲的）なリハビリテーションの実施

イ.利用者や家族などの意欲・意識面での要因

- ・「ベッドから起き上がって煙草が吸いたい」という本人の強い意欲・目標
- ・「遊びに来ている（居間にいる）曾孫に会いたい」という本人の強い意欲・目標
- ・「これ以上介護者に負担をかけられない」という本人の強い意欲・目標
- ・「自立したい」という本人の強い意欲・目標
- ・地域での支援・サポート体制（地域ネットワーク）
- ・良好な家族関係（良好な介護環境）

ウ.介護サービス利用による要因

- ・通所リハビリテーションと訪問看護の効果的な連携
- ・対応の迅速性・即応性
- ・福祉用具活用や住宅改修による住環境の改善
- ・訪問介護や通所・短期入所サービス利用による食生活（栄養状態）の改善
- ・通所サービス利用による外出の機会や他者とのコミュニケーションなど
- ・訪問介護利用により気ままな独居生活から生活の活性化への変化
- ・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ケア
- ・サービス提供者の対応の良さ（サービス利用の好印象や喜びなど）

エ.その他の要因

- ・生活保護受給によって介護サービス利用が増加（経済状況）
- ・認定調査のチェック（調査員の判断）の違い
- ・親戚関係良好となり精神状態が安定
- ・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
- ・インターネット、ケアマネジャーなどの情報入手の手段によって意欲に影響
- ・1か月～2か月程度の施設入所（利用）を継続
- ・認定調査では居宅と施設では調査結果が異なる

②介護サービスの適切な利用と不適切な利用について

- ・相手の要求されないこと以外の顔色や生活を見て気づくこと
- ・非言語的なコミュニケーション（声の出し方など）を見逃さない
- ・ゆっくりと人間関係を作っていくながら進めて行く
- ・電話での相談の場合、声のトーンなどの波長で気づく（波長合わせ、同調）
- ・重篤に至る疾患の有無を先ず調べる（脱水の危険性など）
- ・利用者及び家族のできること、できないことを見極める
- ・排泄、食べ物の内容（食べたかどうかやメニュー）、今日の生活の様子を確認
- ・これから今日一日どう過ごすのかを確認
- ・今日一日どう過ごされたかを確認
- ・入浴、冬なら暖房、夏なら暑くなり過ぎていないかなどの危険性を確認
- ・新人や慣れていない場合は経験者（先輩など）が同行する
- ・居宅生活での危険性（転倒の危険性などで住宅環境）の確認
- ・主たる介護者が誰で、どういう介護をしているのかを確認
- ・家庭の臭い（尿臭や衣類の臭い）と実際の話しとの食い違いを確認
- ・その人の普通の状態、食事の摂取量などの「判断」を先ず確認
- ・通所は性格が内向的でない方、内向的な方には通所サービスは向かない
- ・訪問介護は家族の受け入れ状況による
- ・主治医やPTなどからの指示があり、可能であれば通所リハをすすめる
- ・リハビリテーションの意欲が高い方は通所リハをすすめる
- ・アクティビティを希望される方には通所介護をすすめる
- ・医療の必要が高い方は医療系をすすめる
- ・短期入所もリハビリが必要な方は医療系をすすめる

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)

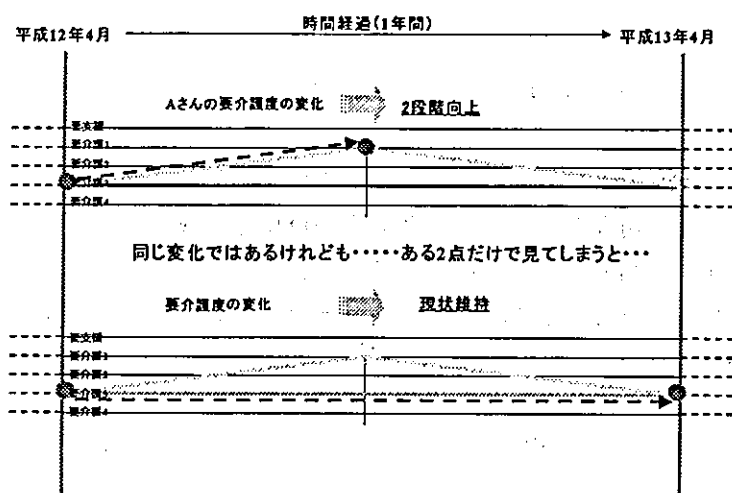
申請を行なった回数	N(人)	(%)
1回	2495	25.1
2回	2001	20.1
3回	1521	15.3
4回	1241	12.5
5回	1435	14.4
6回	1094	11.0
7回	148	1.5
8回	9	0.1
計	9944	100

(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。

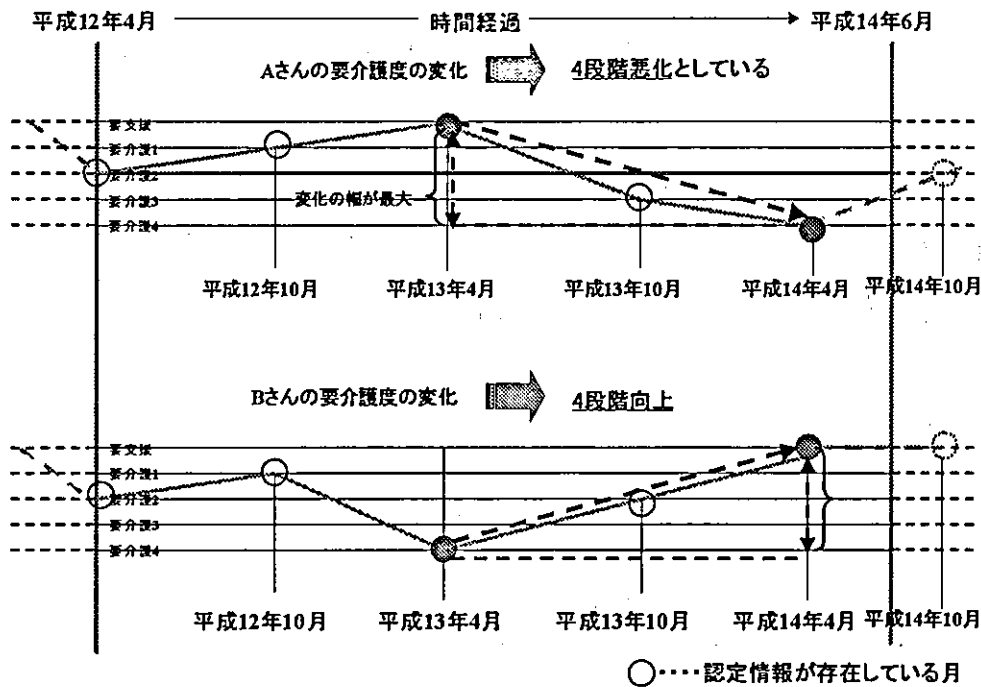
しかし、この間に、A さんは、4 回の認定を受けており、平成 12 年 10 月には、要介護度 1 となり、向上し、平成 13 年 4 月には、さらに向上し要支援と状態がよくなっている。しかし、平成 13 年 10 月には、急激に要介護度 3 と悪化し、平成 14 年 4 月に要介護度 4 となってしまう。平成 14 年 10 月には、再び改善し、要介護度 2 に戻るというプロセスを示している。

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。



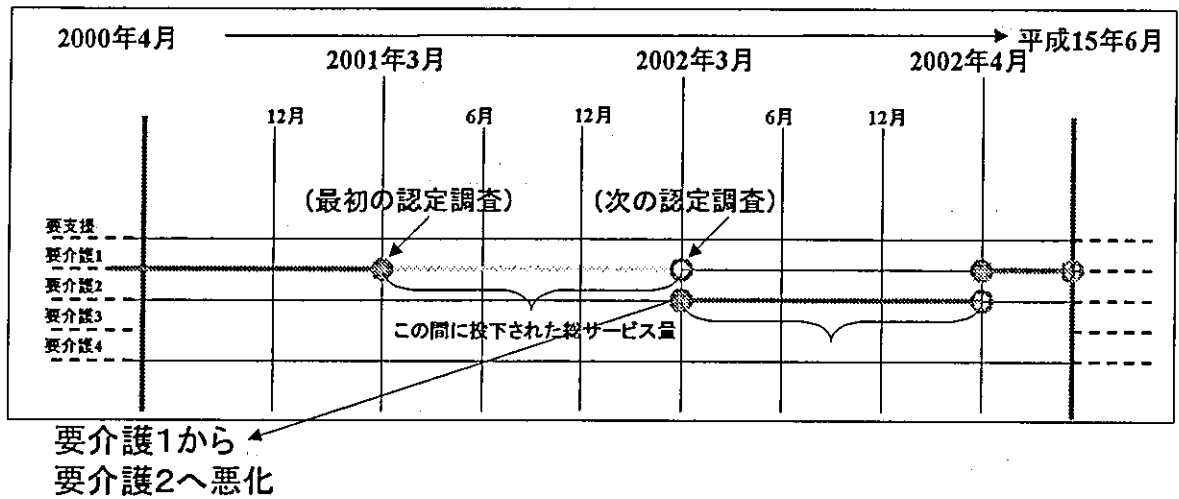
図III-7-2 長期にわたる高齢者の要介護度の推移

表III-7-2 要介護度の推移 (抜粋)

ID	2000年												2001年												2002年												2003年		
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	死	死	死	死		
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
5	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	支	支	支	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	
7	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	死	死
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死
10	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	死	死
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死
12	3	3	3	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死
13	3	3	3	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死	死
14	3	3	3	3	3	3	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5

なお、解析手法としては、樹形回帰分析を用いた。その際の目的変数は、高齢者の要介護度の推移とし、説明変数を介護サービスの内容やその量（介護サービスポイント数）および高齢者自身の個人特性を示す基本属性、および中間評価得点や73項目の情報を説明変数として解析を実施した。

ただし、ここでいう要介護度の推移は、要介護認定基準時間の推移を目的変数とした。これは、要介護度が同じであっても、その要介護認定基準時間には、概ね20分前後の範囲が存在するためである。たとえ同じ要介護度3であっても70分の者もいれば、89分の者もいるため、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。

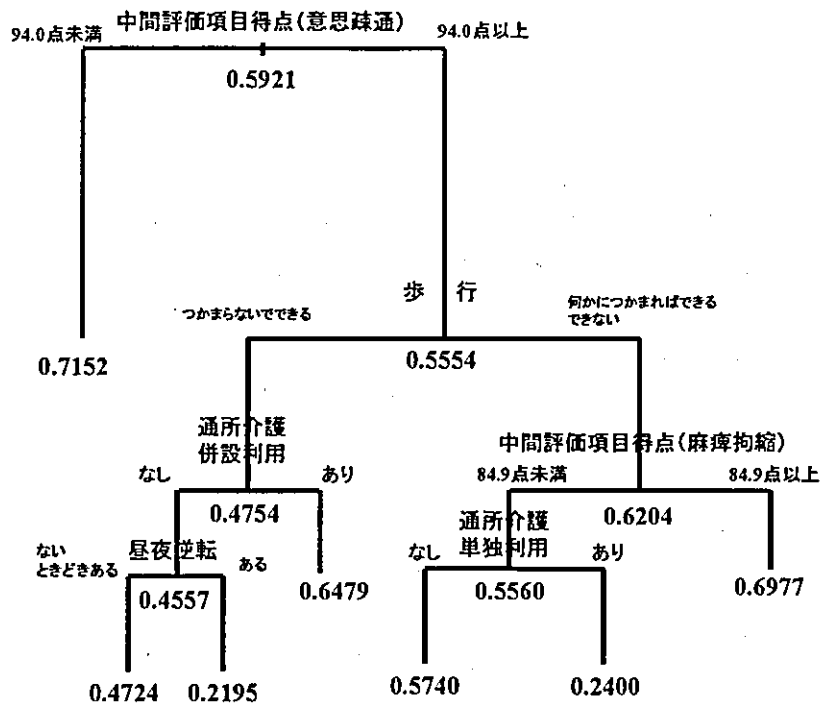
1) 要支援になった経験がある高齢者の予後予測と関連する介護保険サービス

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)

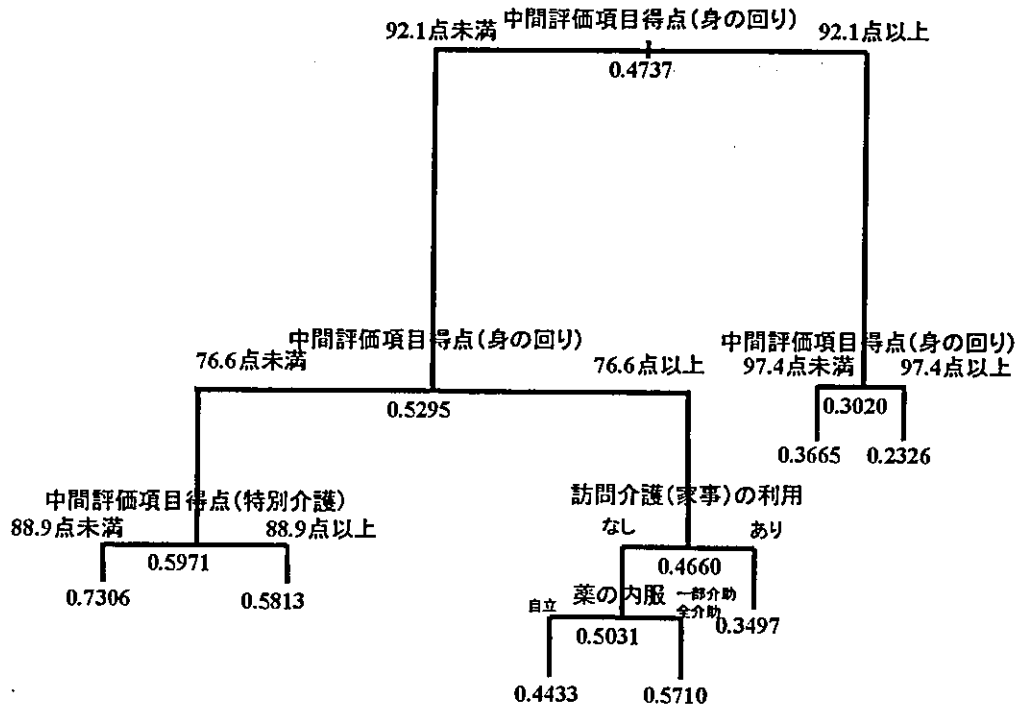


図III-7-4 要支援状態からの予後を予測するモデル

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

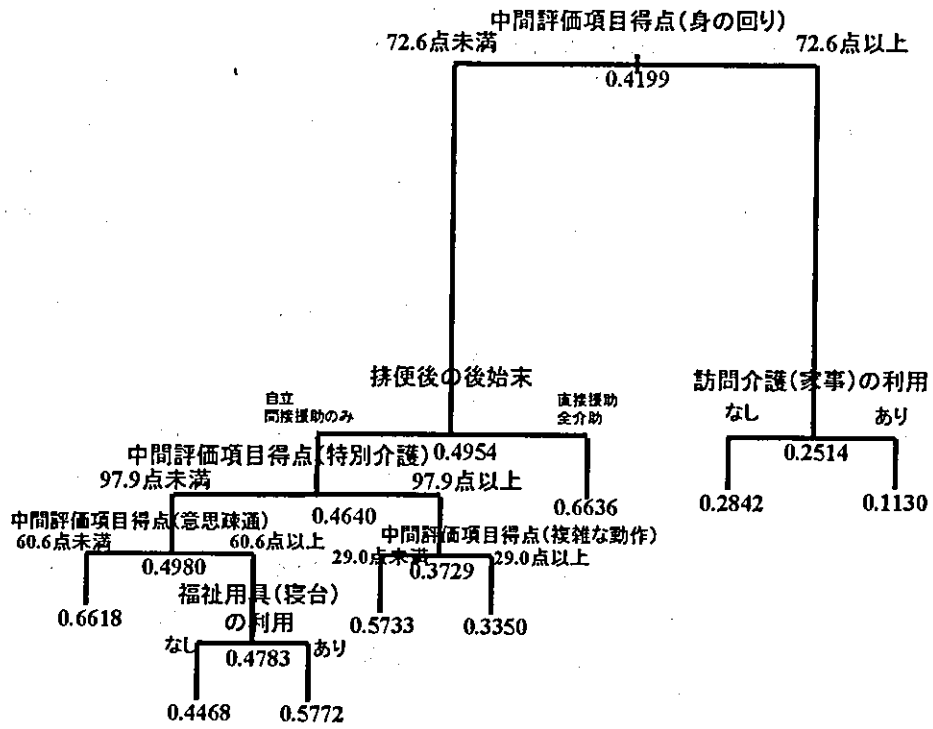
要介護度2と判定されたことがある高齢者のうち、身の回りの世話に関する能力がそれほど低下していない高齢者は、訪問介護（家事援助）を利用することで悪化しない傾向がみられる。要介護度2と判定され、身の回りの世話に関する能力がそれほど低下していない高齢者は、臨床的には精神的な機能等の低下があることが予想されるが、食事の調理や衛生面の確保という訪問介護（家事援助）による生活支援だけでなく、他の介護サービスが有効と考えられる。

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ると、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）



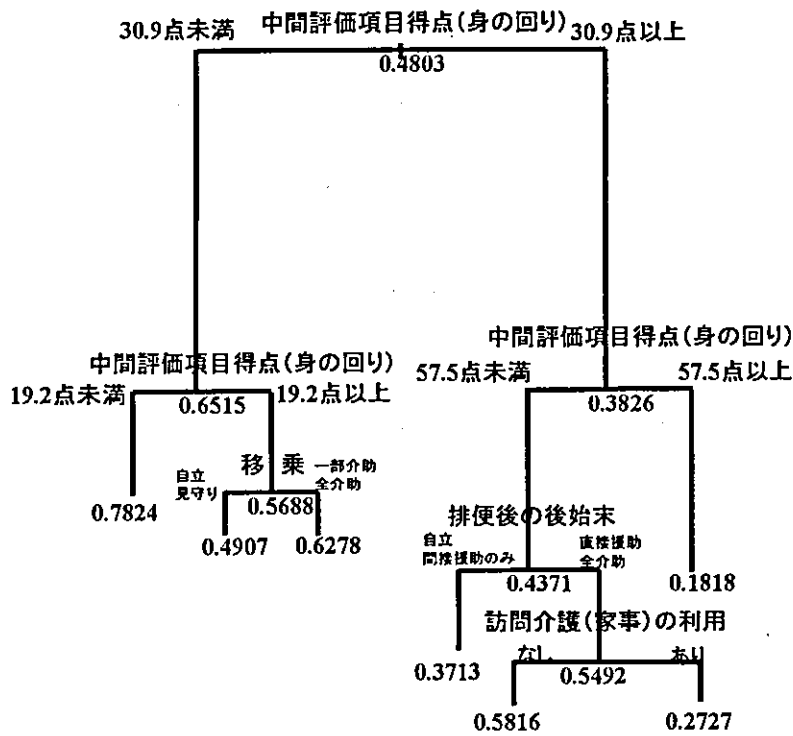
図III-7-6 要介護2からの予後を予測するモデル

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とは、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