

## Ⅱ 結果

ここでは主に、T市とH市の比較の結果について述べるが、高齢者アウトカムに関してはS市のデータも含めて地域間の比較を行った結果について示す。

### 1 対象の概要

#### (1) 担当者の概要

##### ①担当者数とアンケート回収状況

調査対象となった担当者は、T市14名、H市20名であった。T市では、事前アンケート13件、事後アンケートはT市で13件が回収されたが、事前アンケートに回答した1名は退職により事後アンケートには回答せず、事前アンケートの際に休職中であった1名が職場に復帰し事後アンケートに回答していた。事前・事後ともにアンケートに回答した担当者は12名であり、この12名を分析の対象とした。H市では20件のアンケートが回収された。

##### ②職種

担当者の職種をたずねたところ、保健師と看護師を合わせた看護職がT市では7名(58.3%)、H市では7名(35.0%)であり、その他の社会福祉士、ケアマネ等の福祉職はT市では5名(41.7%)、H市では13名(65.0%)であった。

両市で、看護職と福祉職の割合に差はなかった( $\chi^2$ 検定  $p=.358$ )。

表Ⅲ - 2 - 1 職種

	T市		H市	
	件数	%	件数	%
合計	12	100.0%	20	100.0%
保健師	4	33.3%	1	5.0%
看護師	3	25.0%	6	30.0%
その他(社会福祉士、ケアマネ等)	5	41.7%	13	65.0%

### ③経験年数

対人援助の経験年数をたずねたところ、T市で平均13.6年、H市で平均13.1年となり、両市で差はなかった（t検定  $p=0.873$ ）。

表Ⅲ - 2 - 2 経験年数

	T市 n=12		H市 n=20	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
対人援助の経験年数	13.6	10.2	13.1	8.0

### ④介護支援専門員としての勤務経験

介護支援専門員としての勤務経験をたずねたところ、T市では「あり」が3名（25.0%）、「なし」が9名（75.0%）と経験のない者が多かったが、H市では「あり」が15名（75.0%）、「なし」が5名（25.0%）と経験のある者が多かった。両市で介護支援専門員の経験のある者とない者の割合に有意差がみられた（ $\chi^2$ 検定  $p=0.017$ ）。

表Ⅲ - 2 - 3 介護支援専門員としての経験の有無

	T市		H市	
	件数	%	件数	%
合計	12	100.0%	20	100.0%
あり	3	25.0%	15	75.0%
なし	9	75.0%	5	25.0%

## (2) 高齢者の概要

### ①高齢者数とアンケート回収状況

調査対象となった高齢者は、T市81名、H市69名であった。対象高齢者のうち、高齢者用アンケートに回答したのは、T市で79件(回収率97.5%)、H市で63件(回収率91.3%)だった。

### ②性別と年齢

性別は、T市では「男性」24.7%、「女性」75.3%、H市では「男性」30.4%、「女性」69.6%であり、両市で男女の割合に差はなかった( $\chi^2$ 検定  $p=.547$ )。

平均年齢は、T市80.5歳、H市で81.2歳であり、両市で差はなかった(t検定  $p=.658$ )。

表Ⅲ - 2 - 4 性別と年齢

	T市		H市	
	件数	%	件数	%
合計	81	100.0%	69	100.0%
男性	20	24.7%	21	30.4%
女性	61	75.3%	48	69.6%

	平均	標準偏差	平均	標準偏差
年齢	80.5	9.0	81.2	8.2

### ③要介護度

要介護度は、T市では要支援1が最も多く（45.7%）、一方、H市では要支援2が最も多かった（46.4%）が、有意差はみられなかった（Mann-Whitney の U 検定  $p=.128$ ）。

表Ⅲ - 2 - 5 要介護度

	T市		H市	
	件数	%	件数	%
合計	81	100.0%	69	100.0%
特定高齢者	15	18.5%	9	13.0%
要支援1	37	45.7%	27	39.1%
要支援2	28	34.6%	32	46.4%
無回答	1	1.2%	1	1.4%

### ④同居者の有無

同居者が「あり」の割合は、T市では67.9%、H市では81.2%であり、両市で割合に差がみられた（ $\chi^2$ 検定  $p=.006$ ）。

表Ⅲ - 2 - 6 同居者の有無

	T市		H市	
	件数	%	件数	%
合計	81	100.0%	69	100.0%
あり	55	67.9%	56	81.2%
なし	26	32.1%	7	10.1%
無回答	0	0.0%	6	8.7%

⑤日常生活自立度

日常生活自立度は、「J2」がT市 53.1%、H市 46.4%とそれぞれ約半数を占めており、両市で分布に差はなかった（Mann-Whitney の U 検定  $p=0.671$ ）。

表Ⅲ - 2 - 7 日常生活自立度

	T市		H市	
	件数	%	件数	%
合計	81	100.0%	69	100.0%
J1	8	9.9%	8	11.6%
J2	43	53.1%	32	46.4%
A1	19	23.5%	22	31.9%
A2	11	13.6%	3	4.3%
無回答	0	0.0%	4	5.8%

⑥初回訪問時と比較した現在の状況

初回訪問時と比較した現在の状況は、「不変」がT市 71.6%、H市 63.4%と最も多く、両市で分布に差はなかった（Mann-Whitney の U 検定  $p=0.397$ ）。

表Ⅲ - 2 - 8 初回訪問時と比較した現在の状況

	T市		H市	
	件数	%	件数	%
合計	81	100.0%	69	100.0%
改善	15	18.5%	18	26.1%
不変	58	71.6%	44	63.8%
悪化	8	9.9%	7	10.1%

⑦連絡回数

調査期間中の連絡回数の平均は、T市 11.0 回、H市 5.3 回であり、H市と比較して、T市で有意に連絡回数が多かった (Mann-Whitney の U 検定  $p=.000$ )。

表Ⅲ - 2 - 9 連絡回数

	T市		H市	
	平均	標準偏差	平均	標準偏差
連絡回数	11.0	6.3	5.3	3.3

## 2 担当者のアウトカム ～介護予防ケアマネジメントに対する自信～

### (1) T市における事業前後の変化

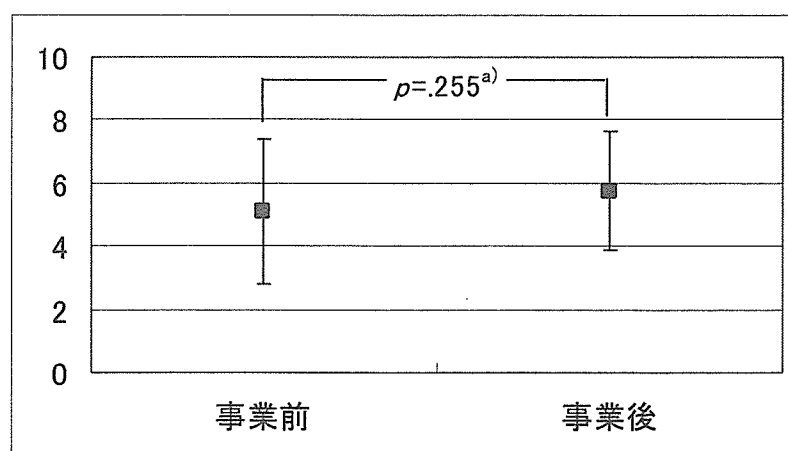
T市の担当者の「介護予防ケアマネジメントに対する自信」が、予防版MDS-HCを用いる前後でどのように変化しているかを検討するため、事前アンケート、事後アンケートの回答結果を比較した（表Ⅲ-2-10、図Ⅲ-2-1～3）。

「介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある」は、事業後に有意に向上した（Wilcoxonの符号付順位検定  $p=.015$ ）。「対象者・家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある」と「予防版MDS-HCとCAPsの内容を把握している」については、ともに事業後に数値は上昇したものの、統計的に有意な差はみられなかった。

表Ⅲ-2-10 T市の担当者の介護予防ケアマネジメントに対する自信の変化（n=12）

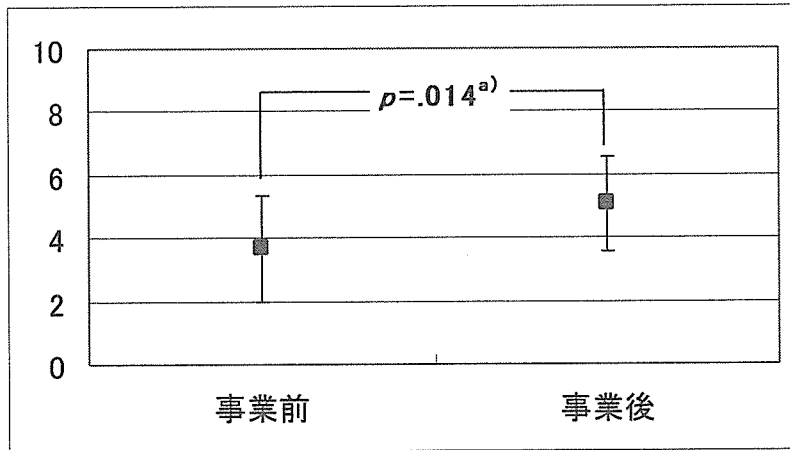
	事前		事後		$p^a)$
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
①対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築する自信がある	5.08	2.28	5.75	1.87	.255
②介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある	3.67	1.67	5.08	1.51	.014
③予防版MDS-HCとCAPsの内容を把握している	2.92	1.83	4.33	1.92	.072

a) 対応のあるt検定



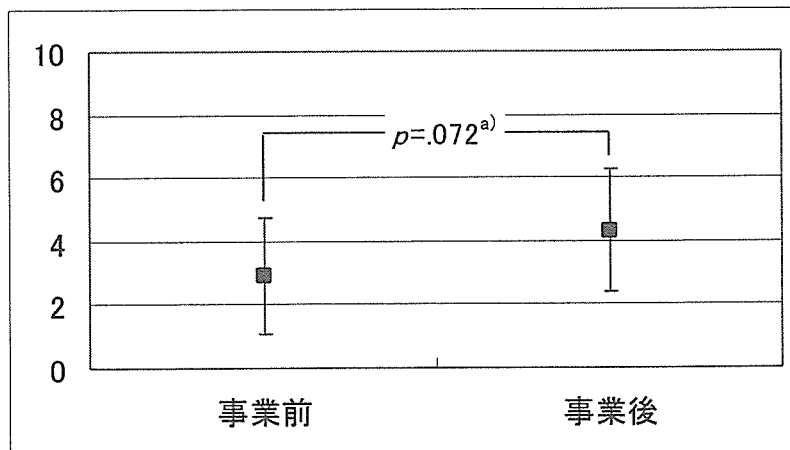
a) 対応のある t 検定

図Ⅲ-2-1 「対象者・家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある」



a) 対応のある t 検定

図Ⅲ - 2 - 2 「介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある」



a) 対応のある t 検定

図Ⅲ - 2 - 3 「予防版 MDS・HC と CAPs の内容を把握している」



## (2) 地域間の比較

次に、T市とH市の事後アンケートを用いて、担当者の「介護予防ケアマネジメントへの自信」について地域間の比較を行った。

比較を行うにあたり、アウトカムへの交絡因子と考えられる担当者の属性と、担当者のアウトカム項目（表Ⅲ-2-11の①～③）間でPearsonの積率相関係数を算出し、両者の関連性について検討した。その結果、相関係数において属性とアウトカムとの間に関連はみられなかった（表Ⅲ-2-11）。

表Ⅲ-2-11 担当者の属性とアウトカム項目とのPearson積率相関係数（n=32）

	職種 <sup>a)</sup>	対人援助 経験年数	ケアマネ 経験 <sup>b)</sup>
①対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築する自信がある	-.086	.265	-.219
②介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある	-.101	.216	-.061
③この仕事にやりがいを感じている	.053	.025	.062

a) 0.看護職/1.福祉職

b) 0.あり/1.なし

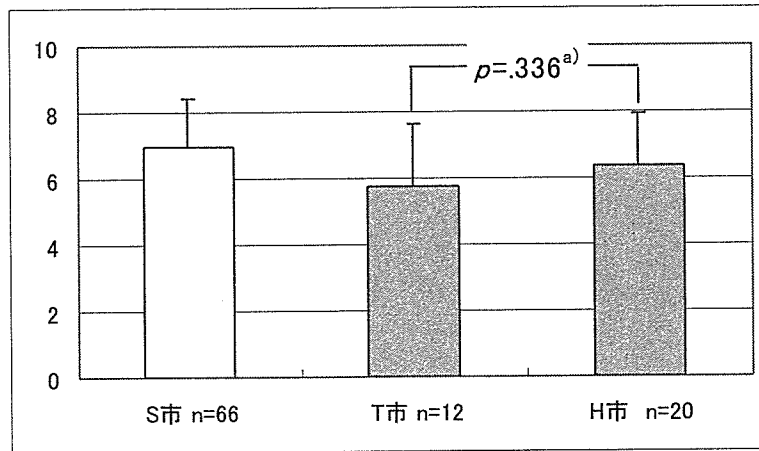
そこで、担当者の属性がアウトカムに影響している可能性は小さいと考え、調整は行わずに地域間でアウトカムを比較した（表Ⅲ-2-12、図Ⅲ-2-4～6）。なお、図Ⅲ-2-4～6のグラフには、参考としてS市の結果も示している。

比較の結果、①～③のいずれのアウトカム項目においても、T市とH市との間に差はみられなかった。

表Ⅲ-2-12 T市とH市の担当者アウトカム

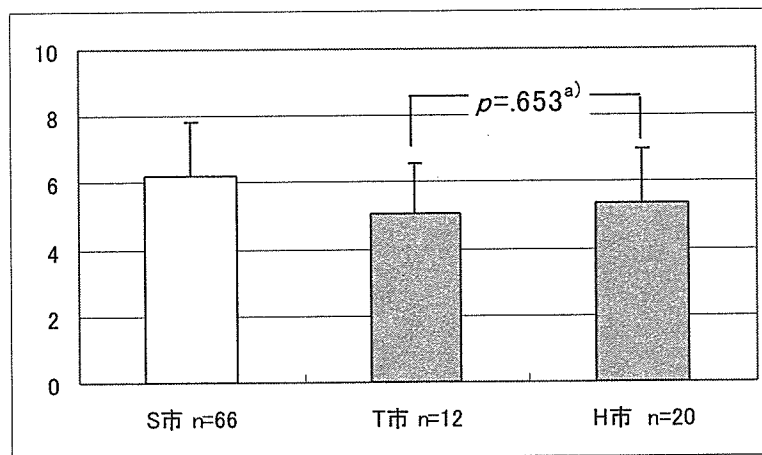
	T市 n=12		H市 n=20		$p^a)$
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
①対象者や家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築する自信がある	5.75	1.87	6.35	1.57	.336
②介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある	5.08	1.51	5.35	1.66	.653
③この仕事にやりがいを感じている	4.33	1.92	5.90	1.65	.709

a) t検定



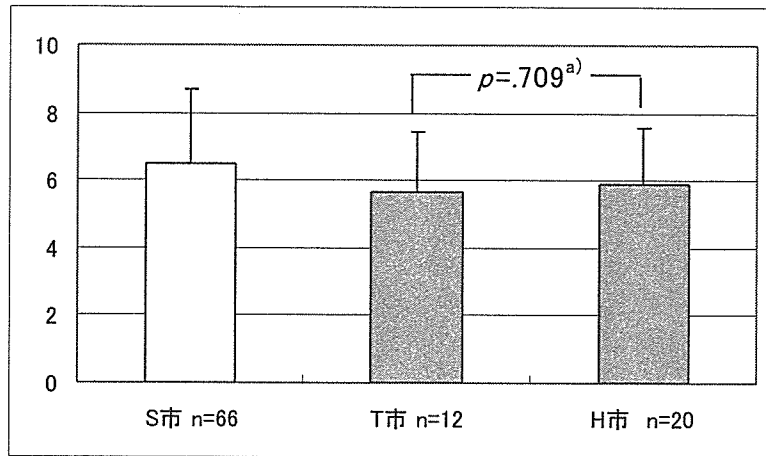
a) t 検定

図Ⅲ - 2 - 4 「対象者・家族との継続的な関わりを通して、信頼関係を構築できる自信がある」



a) t 検定

図Ⅲ - 2 - 5 「介護予防の対象者のニーズを、適切に把握できる自信がある」



a) t 検定

図Ⅲ - 2 - 6 「この仕事にやりがいを感じている」

### 3 プランの質評価 ～支援計画表の内容分析～

#### (1) 支援計画表の概要

CAPの抽出を行った支援計画表は、T市92枚(81名分)、T市事業前31枚(24名分)、H市63枚(62名分)であった。高齢者一人につき支援計画表が複数枚作成されている場合は、T市とH市においては直近のものを、T市事業前においては最も古い日付のものを選択し、T市81枚(回収率100%)、T市事業前24枚、H市62枚(回収率89.9%)の支援計画表を分析の対象とした。

#### (2) 抽出方法の信頼性

対象高齢者に対して作成された支援計画表からCAPを抽出する方法の信頼性を検討するため、研究者2名(研究者A・B)が、各STEPで無作為に選択した20枚の支援計画表から独立に抽出したCAPの一致率を確認した。

##### ①STEP1における一致率

STEP1における両者の一致率は、76.9%であった(研究者Bが抽出したCAP65件中50件が、研究者Aの抽出したCAPと一致)。しかし、それぞれが抽出したCAPの詳細を比較したところ、支援方法の内容を両者が同様に認識していたにも関わらず、ニーズとケアの範囲が重複している異なるCAPを選択していたことが明らかになった(表Ⅲ-2-13)。

そこで、この場合についても「一致」と考え、再度一致率を算出したところ、86.5%(65件中56件が一致)と高い一致率が得られ、抽出方法の信頼性が確認された。

表Ⅲ-2-13 両者の抽出が相違した、ニーズとケアの範囲が重複しているCAP

- |  |
|--|
| <p>① 下肢筋力増強運動を、研究者Aは「CAP3 健康増進」、研究者Bは「CAP1ADL」として抽出</p> <p>② 疾患に対する定期受診を、研究者Aは「CAP3 健康増進」、研究者Bは「CAP21 順守」として抽出</p> |
|--|

①に関しては、「CAP3. 健康増進」は、下肢筋力増強運動に限らず全身の健康維持・促進に関わる CAP であり、この場合には、リハビリテーションの内容が含まれる「CAP1. ADL」とするのが適切と考えられた。また、②に関しても同様に「ある特定の疾患の管理のために定期受診を順守することが必要である」という点で、「CAP21. 順守」の方が適切であると考えた。

そこで、研究者 A は分析対象としたすべての支援計画表を見直し、研究者 A が①で「CAP3. 健康増進」と捉えた記載内容を「CAP1. ADL」へ、②で「CAP3. 健康増進」と捉えた記載内容を「CAP21. 順守」へと修正した。

## ②STEP2 における一致率

上記修正後に実施した STEP2 においては、両者の一致率は 69.8%であり（研究者 B が抽出した CAP53 件中 37 件が、研究者 A の抽出した CAP と一致）、STEP1 における一致率よりも低下したが、概ね抽出方法の信頼性が確認された。

### (3) 抽出された CAP の内容

#### ①CAP の抽出件数

STEP1 では、T 市 347 件、T 市事業前 107 件、H 市 224 件の CAP が抽出された。

STEP2 では、CAP 抽出の基準が厳しくなっているためにアセスメントに基づいていないと判断され、CAP が一件も抽出されなかった支援計画表が存在した。STEP2 において支援計画表から 1 つ以上の CAP が抽出されたのは、T 市では 78 枚 (81 枚中)、T 市事業前では 23 枚 (24 枚中)、H 市では 61 枚 (62 枚中) であり、ここから T 市 244 件、T 市事業前 47 件、H 市 141 件の CAP が抽出された。

それぞれの段階における支援計画表 1 枚あたりの CAP 数は、表Ⅲ - 2 - 14 の通りである。なお、STEP2 の CAP 数は、CAP が抽出された支援計画表の枚数ではなく、各地域で分析対象となった支援計画表の枚数で除した数値 (つまり、CAP が抽出されなかった支援計画表も含めた平均値) を示している。

STEP1、STEP2 の両方において、予防版 MDS・HC を使用した T 市では、H 市より、支援計画表 1 枚あたりに含まれる CAP 数が多くなっている。また、T 市で予防版 MDS・HC を使用していない事業前の支援計画表では、STEP1 においては含まれる CAP 数は予防版 MDS・HC を用いた事業後よりも多かったが、STEP2 で「アセスメントに基づく CAP」に限定して抽出したところ、含まれる CAP 数は半分以下に減少した。

STEP1 から STEP2 で、抽出される CAP がどの程度維持されているかという維持率についても算出したところ、維持率が最も大きかったのは T 市 (70.3%) であり、最も小さかったのは T 市事業前 (43.9%) であった。

表Ⅲ - 2 - 14 支援計画表 1 枚あたりに含まれる CAP 件数の平均

	T市 n=81	T市事業前 n=24	H市 n=62
STEP1 支援方法として挙げられたCAP	4.28	4.46	3.61
STEP2 アセスメントに基づくCAP*	3.01	1.96	2.27
抽出CAPの維持率(STEP2/STEP1)	70.3%	43.9%	62.9%

※各地域における全支援計画表の枚数で除した数値

## ②各 CAP の抽出件数と割合

次に、それぞれの CAP 領域ごとに、支援計画表から抽出された件数と割合をみた（表Ⅲ - 2 - 15）。

支援計画表に含まれる CAP の全体的な傾向として、「CAP1. ADL」「CAP12. 社会的機能」「CAP15. 転倒」「CAP18. 痛みの管理」「CAP3. 健康増進」が、高い割合で含まれていた。

表Ⅲ - 2 - 15 CAP領域単位の抽出件数と全体に占める割合

CAP	合計 n=167		T市 n=81		T市事業前 n=24		H市 n=62	
	支援方法として学 げられた件数(%)	アセスメントに基 づく件数(%)	支援方法として学 げられた件数(%)	アセスメントに基 づく件数(%)	支援方法として学 げられた件数(%)	アセスメントに基 づく件数(%)	支援方法として学 げられた件数(%)	アセスメントに基 づく件数(%)
1. ADL	106 (63.5)	84 (50.3)	50 (61.7)	40 (49.4)	9 (37.5)	9 (37.5)	47 (75.8)	35 (56.5)
2. IADL	54 (32.3)	41 (24.6)	31 (38.3)	26 (32.1)	11 (45.8)	6 (25.0)	12 (19.4)	9 (14.5)
3. 健康増進	44 (26.3)	35 (21.0)	16 (19.8)	16 (19.8)	10 (41.7)	7 (29.2)	18 (29.0)	12 (19.4)
5. コミュニケーション	10 (6.0)	3 (1.8)	3 (3.7)	1 (1.2)	3 (12.5)	0 (0.0)	4 (6.5)	2 (3.2)
6. 視覚	3 (1.8)	2 (1.2)	3 (3.7)	2 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. アルコール	6 (3.6)	4 (2.4)	3 (3.7)	2 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.8)	2 (3.2)
8. 認知	11 (6.6)	4 (2.4)	4 (4.9)	2 (2.5)	1 (4.2)	0 (0.0)	6 (9.7)	2 (3.2)
10. うつと不安	18 (10.8)	8 (4.8)	9 (11.1)	4 (4.9)	5 (20.8)	2 (8.3)	4 (6.5)	2 (3.2)
11. 虐待	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
12. 社会的機能	130 (77.8)	95 (56.9)	59 (72.8)	48 (59.3)	21 (87.5)	8 (33.3)	50 (80.6)	39 (62.9)
13. 心肺の管理	11 (6.6)	9 (5.4)	5 (6.2)	5 (6.2)	1 (4.2)	0 (0.0)	5 (8.1)	4 (6.5)
14. 脱水	5 (3.0)	1 (0.6)	4 (4.9)	1 (1.2)	1 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
15. 転倒	107 (64.1)	53 (31.7)	60 (74.1)	33 (40.7)	14 (58.3)	5 (20.8)	33 (53.2)	15 (24.2)
16. 栄養	27 (16.2)	14 (8.4)	17 (21.0)	11 (13.6)	8 (33.3)	2 (8.3)	2 (3.2)	1 (1.6)
17. 口腔衛生	15 (9.0)	8 (4.8)	8 (9.9)	5 (6.2)	5 (20.8)	2 (8.3)	2 (3.2)	1 (1.6)
18. 痛みの管理	56 (33.5)	33 (19.8)	34 (42.0)	25 (30.9)	7 (29.2)	2 (8.3)	15 (24.2)	6 (9.7)
20. 皮膚と足	5 (3.0)	4 (2.4)	4 (4.9)	3 (3.7)	1 (4.2)	1 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
21. 順守	33 (19.8)	19 (11.4)	13 (16.0)	8 (9.9)	5 (20.8)	3 (12.5)	15 (24.2)	8 (12.9)
22. もろい支援体制	8 (4.8)	4 (2.4)	5 (6.2)	3 (3.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.8)	1 (1.6)
23. 薬剤管理	1 (0.6)	1 (0.6)	1 (1.2)	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
26. 向精神薬	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
28. 環境評価	21 (12.6)	5 (3.0)	12 (14.8)	3 (3.7)	4 (16.7)	0 (0.0)	5 (8.1)	2 (3.2)
29. 排便の管理	1 (0.6)	1 (0.6)	1 (1.2)	1 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
30. 尿失禁	5 (3.0)	3 (1.8)	4 (4.9)	3 (3.7)	1 (4.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)



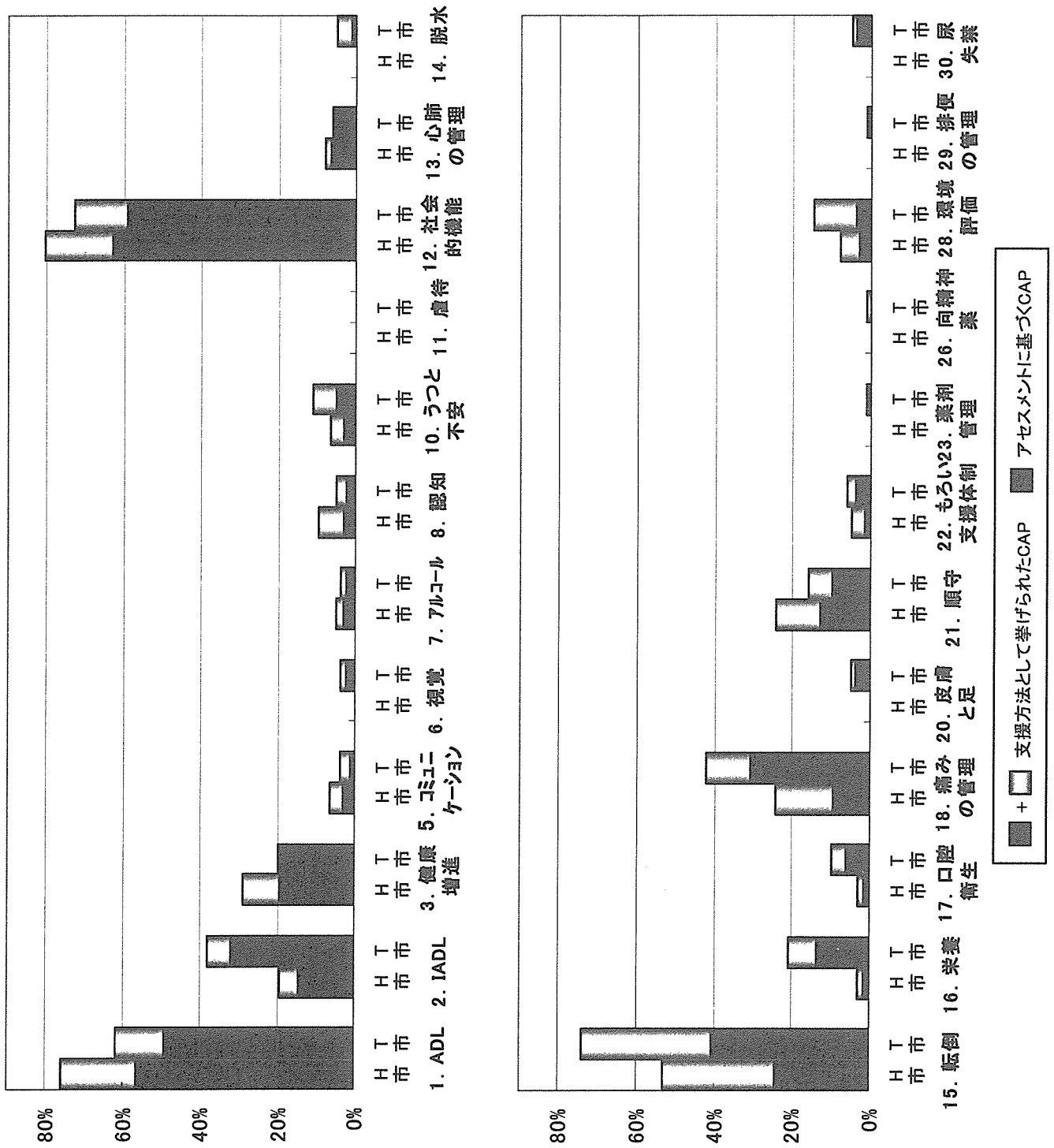
### ③抽出された CAP の地域間および事業前後比較

各 CAP の抽出割合について T 市（事業後）と H 市での比較を行ったのが、図Ⅲ-2-7 のグラフである。このグラフから、次の特徴が明らかになった。

- ① T 市で割合が高く、アセスメントに基づくものに限定しても傾向が変わらない CAP  
「CAP2. IADL」「CAP15. 転倒」「CAP16. 栄養」「CAP18. 痛みの管理」は、STEP1（棒グラフの色の濃い部分と薄い部分を合わせた部分の割合で示される）で、H 市よりも T 市の方が高い割合で抽出されていた。これを、STEP2 の「アセスメントに基づく CAP」（棒グラフの色の濃い部分のみで示される）に限定してみても、T 市の方が割合が高いという傾向は変わらない。
- ② H 市で割合が高いが、アセスメントに基づくものに限定すると両市の差が縮小する CAP  
「CAP1. ADL」「CAP3. 健康増進」「CAP12. 社会的機能」「CAP21. 順守」は、STEP1 で、T 市よりも H 市の方が高い割合で抽出されていた。これを、STEP2 の「アセスメントに基づく CAP」に限定しても、H 市の方が割合が高い傾向は変わらないが、両市の割合の差は減少する。
- ③ T 市の支援計画表のみで抽出されている CAP  
「CAP6. 視覚」「CAP14. 脱水」「CAP20. 皮膚と足の状態」「CAP23. 薬剤管理」「CAP26. 向精神薬」「CAP29. 排便の管理」「CAP30. 尿失禁」は、T 市では少数ではあるものの支援計画表から抽出されていたが、H 市の支援計画表からは抽出されていなかった。一方、T 市の支援計画表には含まれておらず H 市のみで抽出された CAP はなかった。

次に、T市において予防版 MDS-HC を用いて作成された支援計画表における CAP の割合について、予防版 MDS-HC を用いる前の事業前と比較した（図Ⅲ - 2 - 8）。グラフの検討から、次の特徴が明らかになった。

- ① 事業後で割合が高く、アセスメントに基づくものに限定しても傾向が変わらない CAP  
「CAP1. ADL」「CAP15. 転倒」「CAP16. 栄養」「CAP18. 痛みの管理」は、STEP1 で、事業前よりも予防版 MDS-HC を用いた事業後の方が高い割合で抽出されていた。これを、STEP2 の「アセスメントに基づく CAP」に限定してみても、事業後の方が割合が高いという傾向は変わらない。
- ② 事業前で割合が高いが、アセスメントに基づくものに限定すると事業前後の差が縮小する CAP  
「CAP3. 健康増進」「CAP10. うつと不安」「CAP17. 口腔衛生」「CAP21. 順守」「CAP28. 環境評価」は、STEP1 で、予防版 MDS-HC を用いた事業後よりも用いていない事業前の方が高い割合で抽出されていた。これを STEP2 の「アセスメントに基づく CAP」に限定しても、事業前の方が割合が高い傾向は変わらないが、事業前後の割合の差は減少する。
- ③ 事業前で割合が高いが、アセスメントに基づくものに限定すると事業後の方が割合が高くなる CAP  
「CAP2. IADL」「CAP12. 社会的機能」は、STEP1 において、予防版 MDS-HC を用いた事業後よりも用いていない事業前の方が高い割合で抽出されていたが、これを STEP2 の「アセスメントに基づく CAP」に限定したところ、事業前後で割合の高さは逆転し、事業後の方が高い割合となった。
- ④ 事業後の支援計画表のみで抽出されている CAP  
「CAP6. 視覚」「CAP22. もろい支援体制」「CAP23. 薬剤管理」「CAP26. 向精神薬」「CAP29. 排便の管理」は、予防版 MDS-HC を用いた事業後では少数ではあるものの支援計画表から抽出されていたが、用いていない事業前の支援計画表からは抽出されていなかった。一方、事業後の支援計画表には含まれておらず事業前のみで抽出された CAP はなかった。



図Ⅲ-2-7 支援計画表から抽出されたCAPの割合 (T市とH市)

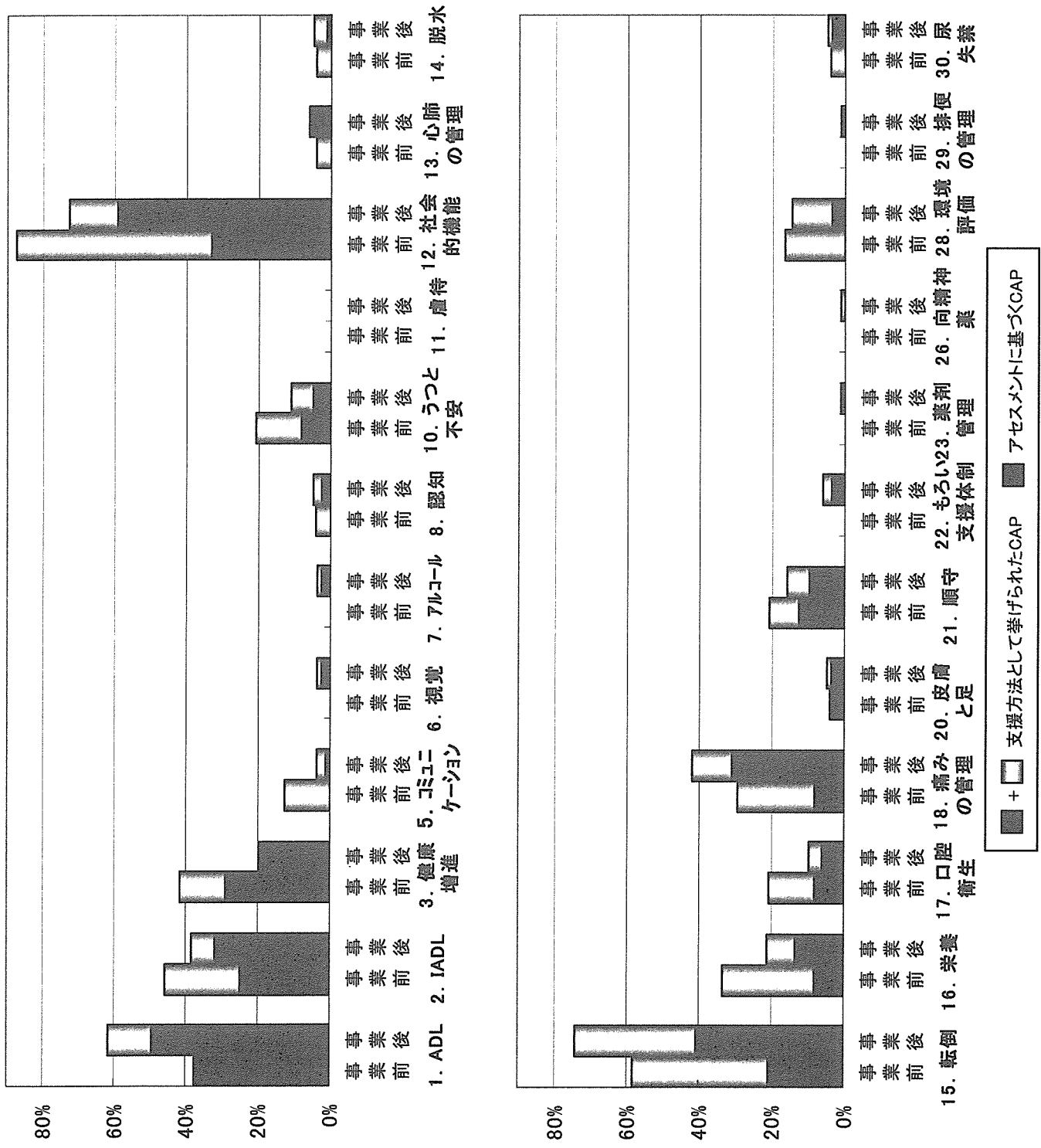


図 III - 2 - 8 対標評価表から抽出された CAP の割合 (T 市の事業前後)