

200718029A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業 (H18-長寿-一般-019)

介護予防の効果評価とその実効性を高めるための 地域包括ケアシステムの在り方に関する実証研究

平成 19 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 川越雅弘

平成 20(2008)年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの在り方に関する実証研究（川越雅弘）	1
----------------------------------------------------------	---

II. 分担研究報告

第1章. 高齢化に伴う生活機能の自然歴

第1節. 高齢者の生活機能と自然歴

研究報告1. 性・年齢階級・要介護度別にみた1年後の機能低下の実態 （泉田信行）	9
研究報告2. 高齢者の要介護状態の遷移（府川哲夫）	33
研究報告3. 新規認定申請者と非申請者間の生活機能の差異に関する縦断調査 ～健診受診者を対象として～（川越雅弘）	49

第2節. 高齢者の生活機能歴の説明因子

研究報告1. 介護予防におけるうつ対策のための視点に関する研究 （金子能宏）	63
-------------------------------------------------	----

第2章. 生活機能歴への社会的対応

第1節. 制度・行政面からの対応と課題

研究報告1. 地域完結型ケア提供体制のあり方：認知症を中心に（信友浩一）	79
研究報告2. 要支援高齢者に対するケアマネジメントの有効性を高めるための 介護支援専門員研修手引き書作成とその試験的实施	81
研究報告3. 性・年齢階級別、プログラム別にみた特定高齢候補者の出現率 （川越雅弘）	97
研究報告4. 島根県松江市における効果的な地域支援事業の運営方法に 関する調査研究～住民アンケート調査から～（川越雅弘）	115
研究報告5. 大阪府寝屋川市における効果的な地域支援事業の運営方法に 関する調査研究～住民アンケート調査から～（川越雅弘）	127
研究報告6. 介護サービス利用に対する所得等の影響（泉田信行）	139
研究報告7. 利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の 現状と課題（川越雅弘）	159

第3章. 生活機能歴へのサービス面からの対応

研究報告1. 地域支援事業における介護予防効果 （大里和彦、備酒伸彦、川越雅弘）	175
研究報告2. 通所介護事業における介護予防効果 （大浦由紀、備酒伸彦、川越雅弘）	187

研究報告 3. 訪問リハビリテーション事業における介護予防効果 (梶家慎吾、備酒伸彦、川越雅弘)	203
研究報告 4. 訪問介護事業における介護予防効果 (竹内さをり、備酒伸彦、川越雅弘)	215
研究報告 5. 地域支援事業、通所介護事業、訪問リハビリテーション事業、 訪問介護事業における介護予防効果 (備酒伸彦、川越雅弘)	229
研究報告 6. 要支援者の身体機能および主観的健康観に関する研究 (山本大誠、備酒伸彦、川越雅弘)	239
研究報告 7. 在宅継続のための小規模多機能サービス －普及期に向けた課題整理－ (三浦 研)	251
第 4 章. 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆	
研究報告 1. 認知症への理解を通じて認知症の介護予防とまちづくりを考える (田中志子)	265
研究報告 2. 急性期の総合病院 医療相談からの発信～退院支援からスタート した地域包括ケアへの実践事例報告～ (村松智子)	275
研究報告 3. 寝屋川市地域包括支援センターの現状と今後に向けて (柴田知成)	287
Ⅲ. 研究成果に関する一覧表	313
Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷	315

研究者一覧（平成 19 年度）

主任研究者：

川越 雅弘（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第 4 室長）

分担研究者：

信友 浩一（九州大学大学院教授）

備酒 伸彦（神戸学院大学准教授）

山本 大誠（神戸学院大学助手）

金子 能宏（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部部長）

泉田 信行（国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第 1 室長）

研究協力者：

渡部 律子（関西学院大学教授）

梶家 慎吾（医療法人社団顕鐘会神戸百年記念病院チーフ理学療法士）

大浦 由紀（デイサービスセンター リハ・リハ 所長）

大里 和彦（寝屋川市保健福祉部高齢介護室理学療法士）

竹内 さをり（甲南女子大学講師）

田中 志子（医療法人大誠会介護老人保健施設大誠苑施設長）

黒田 留美子（潤和リハビリテーション診療研究所主任研究員）

柴本 勇（国際医療福祉大学准教授）

津賀 一弘（広島大学大学院准教授）

鍋島 史一（福岡県メディカルセンター保健・医療・福祉研究機構主任研究員）

大野 裕（慶應義塾大学教授）

滝澤 徹（八戸大学准教授）

三浦 研（大阪市立大学准教授）

和田 耕治（北里大学助教）

村松 智子（焼津市立総合病院地域医療連携室主査）

柴田 知成（寝屋川市保健福祉部高齢介護室係長）

府川 哲夫（国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部部長）

注. 所属等は平成 20 年 3 月現在のもの。

I . 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」

総括研究報告書

主任研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

（研究要旨）

本研究は、介護予防に関する3年後の見直しを念頭に置いた上で、①制度改正前後のケアマネジメント／サービス提供状況／要介護度の変化の実態把握（全国ベース） ②制度改正前後での包括的パネル・データ（生活機能／介護／医療／健診等）の構築と、これを用いた、アウトカム面（新規申請者の減少等）、費用面（医療／介護費）、高齢者の生活機能面（日常生活活動状況等）、歩行／栄養／口腔機能面等からみた、介護予防の多面的な効果評価（モデル地区） ③効果的な介護予防サービスの在り方の検証 ④介護予防の実効性を高めるための地域包括支援センターの在り方の検証 を通じて、制度改正の議論に資する総合的なデータの提供と、介護予防及び地域包括ケアシステムの在り方に関する政策提言を行うことを目的としたものである。

2007(平成19)年度の、研究領域別にみた主な研究成果は次の通りである。

（研究領域1：高齢化に伴う生活機能の自然歴）

- ①年齢階級別の要介護度進展率をみると、要支援以上の場合、男女ともに年齢階級が上がるほど進展率が高くなる傾向があること。また、要介護1までは各年齢階級において男性の方が介護進展率が高い傾向があるが、要介護2以上では必ずしもそうではない場合があること
- ②軽度要介護者（一次判定：要介護1相当）の一次判定進展への影響要因を検討した結果、ア）84歳以下では年齢の違いは影響を与えない イ）女性の方が有意に進展率が低い（男性の0.771倍） ウ）障害高齢者自立度はB1以上のランクから、認知症高齢者自立度はランクIの段階から有意な影響を与えること。また、これら要因をコントロールした上で、一次判定進展に影響を与え得る要因として、褥瘡（1.628倍）、排尿（1.419倍）、排便（1.252倍）、つめ切り（1.349倍）、ズボン等の着脱（1.346倍）が示唆されたこと
- ③要支援と要介護1を「軽度」、要介護2-3を「中度」、要介護4-5を「重度」と要介護状態を3区分にまとめると、「要介護状態は1段階改善するか、1段階進展するか、同じ状態に留まる」という仮定が妥当であること
- ④健診受診非該当高齢者の1年後の新規認定状況をみると、97.76%が非該当を維持、1.33%が要支援状態、0.90%が要介護状態に移行していること（新規認定出現率=2.24%）
- ⑤新規認定出現率の特徴として、ア）80歳以上で高くなること イ）85歳以上では女性の方が高くなること ウ）生活機能4項目以上、運動機能4項目以上、閉じこもり2項目、認知機能3項目、うつ4項目以上の場合、約1割の高齢者が該当すること エ）外出関連行為や運動機能、認知機能、うつ（生活意欲低下）を有する高齢者で高くなること
- ⑥基本チェックリスト（以下、基本CLと略）項目のうち、ア）階段昇降 イ）椅子からの立ち上がり ウ）転倒歴 エ）半年間の体重減少 がある場合、うつ傾向を示す項目の該当率が高いこと

(研究領域2：生活機能歴への社会的対応)

- ①ケアサービス提供者への過大なボランティア精神への期待が当事者他から期待されているが、本来的には、生活を共にしている地域全ての方々のボランティア精神と活動がなければ認知症の方々・家族へのケアは充足できないのではないか、という問題意識が弱く、制度依存的なムードが主流になっているのが問題であること
- ②介護予防サービス計画・支援表（以下、計画表と略）作成過程の問題点として、ア）計画表に沿った情報記入により「利用者の理解が深まりさまざまなデータがより統合されていく」という自然な思考過程がみられず、逆に統合していくべき情報が分断化され、本来個別の情報の分析・統合によって出てくる「何がそれぞれの領域における課題の変化を妨げている可能性があるか」を考慮しなければ到達できない「総合的課題」が分断化された個別課題の羅列になりがちなこと イ）計画表のすべての枠を埋めていかなければならないというプレッシャーのため、同じ情報を何度も繰り返して記述していることが少なくないこと ウ）計画表の評価者が何を評価するかが明確でないためにとにかく計画表により多くの文字が記入されていけば良いという解釈をすることも起こっていること エ）介護支援専門員が提出してくれた事例の要約記録に盛り込まれている利用者の特性や利用者に対して実施したきめ細かな支援が、計画表の中からは読み取れなかったこと があること
- ③2007年の特定高齢者の抽出基準見直しにより、性別年齢階級別出現率は、男性では、「65-74歳」で2.5→10.9%（4.4倍）に、「75-84歳」で5.5→19.9%（3.6倍）に、「85歳以上」で17.4→43.7%（2.5倍）に、また、女性では、「65-74歳」で3.3→16.0%（4.8倍）に、「75-84歳」で7.1→32.7%（4.6倍）に、「85歳以上」で20.3→56.1%（2.8倍）に増加すること
- ④介護予防事業運営に関して、ア）介護予防に関する広報は、市町村広報が有効であった一方、医療機関からの働きかけが弱いこと イ）介護予防事業に参加可能な場所では、「公民館・集会所」と回答した者が、男女とも約半数を占めていること ウ）介護予防事業への参加を高めるためには仲間作りが重要であること エ）女性の方が、介護予防の必要性は感じていても事業に参加しない割合が多いこと などの知見が得られたこと
- ⑤所得の高低と要介護度別のサービス利用状況を観察した結果、同じ要介護度でも所得の低い高齢者の方が施設サービスを利用する割合が高いこと
- ⑥療養場所と諸特性の関係をみた結果、ア）重度要介護者に対しては、GHよりも特定施設の方が、処置受給率が高いこと イ）2002年時点と2006年時点を比較すると、全体として、認知症高齢者の出現率が増加していること

(研究領域3：生活機能歴へのサービス面からの対応)

- ①地域支援事業の生活機能への効果として、ア）基本CLのうち、「わけもなく疲れる”など、生活意欲・うつ傾向に関する項目の改善者が多い イ）運動要素では、長座位体前屈量、FR、開眼片足立ち時間、TUGの4項目で有意な改善がみられた ウ）主観的健康観は、改善者の方が多かった があること
- ②リハ特化型通所介護の生活機能への効果としては、ア）運動要素でFRが有意に改善 イ）基本CLでは、IADLやうつ関連項目の改善者が多い ウ）ADL/IADLの自立度では、新規利用者は移動関連行為、継続利用者は公共交通機関の利用と調理の改善者が多い エ）サービス開始時と次回認定時で、介護度改善者の方が多い があること

- ③訪問リハの生活機能への効果としては、ア) 基本 CL の運動器項目 (立ち上がり、歩行、転倒に対する不安感)、閉じこもり項目、うつ項目が有意に改善 イ) できる ADL の屋内移動で有意な改善、洗顔動作で改善傾向が、している ADL では、家事 (調理)、移乗動作、屋内移動、階段昇降で改善傾向が認められた ウ) できる IADL では、家事 (調理以外)、公共交通機関の利用で改善傾向が、している IADL も家事 (調理以外) と公共交通機関の利用で改善傾向が認められた などがあること
- ④訪問介護の生活機能への効果としては、ア) 利用理由は疾病等による心身機能の低下によるものが多く、訪問介護の利用後は、主観的健康観、体力、意欲に改善傾向がみられた イ) IADL 自立度では、掃除と下膳に改善があったとする者が多かった ウ) ADL では起き上がりや歩行、移乗、洗体に改善がみられた エ) 訪問介護の介入によって良かった点として、「栄養面の改善が得られた」41.9%、「訪問介護員を含む他者との交流が図れた」45.2%、「衛生面の改善が図れた」32.2%、「役割が増加した」32.2%、「生活リズムが改善した」29.0%、が挙げられた などがあること
- ⑤「地域支援事業」「通所介護」「訪問リハ」「訪問介護」のいずれの事業においても、身体機能、適切なケア、意欲の 3 要素がうまく組み合わさった時に生活機能の維持・向上という成果がみられており、運動器の機能向上が直接的に生活機能を維持・向上させるという単純な関係ではないこと
- ⑥要支援 1 および要支援 2 の対象者への予防給付サービスの効果について、1 年間の調査を行った結果、両者の身体機能については大きな改善はみられなかったが、主観的健康観は、要支援 2 の対象者において改善傾向が示された、また、主観的健康観が改善した要支援 2 の対象者においてバランス機能の改善が認められたこと
- ⑦見守りや家事支援など同居家族の協力を得られない場合、小規模多機能による自宅での在宅継続は難しく、併設居住機能の設置が対応可能な利用者の幅を広げること (居住機能との連携が不可避なこと)

(研究領域 4: 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆)

- ①DCM 評価は、業務中心の認知症ケアが認知症の人を混乱させ症状を悪化させていることに気づき、認知症の人の個性や生き方に合ったその人らしい生活を支援することが重要であるというパーソンセンタードケアの理念を共有する上で有用な手法であること、また、認知症高齢者の日常生活を支えるためには、まちづくりの視点からのアプローチが必須であること
- ②院内において、退院支援を病棟看護の中に位置付けたことにより、相談件数は激増するとともに、病棟看護師は入院時から退院を意識したかわり(情報収集)ができるようになったこと、またカンファレンスを開催することで「患者＝地域で暮らす生活者」としての視点が共有されるようになり、結果的に「追い出された」という患者家族からの苦情が届かなくなったこと
- ③地域包括支援センターにとって最も重要な役割が「ネットワーク構築」であること、また、ネットワークは自治会レベル・小中学校区レベル・全市レベルなど、地域のレベルごとの多層構造が望ましいこと

など、地域包括ケアを推進する上での様々な課題の整理と知見の獲得が出来た。今後、今回得られた課題解決に向けた調査研究を継続実施し、実効ある地域包括ケアシステムの在り方の精緻化を図っていく所存である。

A. 研究目的

本研究は、介護予防に関する3年後の見直しを念頭に置いた上で、①制度改正前後のケアマネジメント／サービス提供状況／要介護度の変化の実態把握（全国ベース）②制度改正前後での包括的パネル・データ（生活機能／介護／医療／健診等）の構築と、これを用いた、アウトカム面（新規申請者の減少等）、費用面（医療／介護費）、高齢者の生活機能面（日常生活活動状況等）、歩行／栄養／口腔機能面等からみた、介護予防の多面的な効果評価（モデル地区）③効果的な介護予防サービスの在り方の検証④介護予防の実効性を高めるための地域包括支援センターの在り方の検証を通じて、制度改正の議論に資する総合的なデータの提供と、介護予防及び地域包括ケアシステムの在り方に関する政策提言を行うことを目的としたものである。

B. 研究方法

本研究における研究方法は以下の通りである。

研究方法①：厚生労働省からご提供頂いた要介護認定等に関する全国データの分析

研究方法②：松江市様からご提供頂いた健診／介護認定・給付等／医療レセプト／介護予防関連データの分析

研究方法③：関連資料に基づくケアマネジメント事例の質的分析

研究方法④：生活機能（心身機能、活動、参加）の経時変化からみたサービス効果分析

研究方法⑤：地域住民（非該当者）を対象としたアンケート調査

研究方法⑥：住民を含めたステークホルダー全員を巻き込んだ多職種協働の実践とその効果評価

研究方法⑦：既存資料、既存データやレポートのレビューおよび専門家へのインタビュー

（倫理面への配慮）

研究方法①：厚生労働省よりご提供頂いた

データにおける個人IDは連結不可能匿名化されたものである。また、個人ID以外の個人情報（氏名、住所等）は削除された形でデータの提供を受けた

研究方法②：研究実施に当たり、松江市の首長に対し、研究概要と調査研究への協力要請を記載した書面を送付し、市内部で実施の可否、実施上の留意事項、提供可能なデータ項目などの内部検討を経た上で、同意の文書を書面により得た。なお、データマッチングは、市が実施し、さらに個人が特定可能な番号を任意番号に変換（匿名化）した上で、データを提供頂く形とした

研究方法③：担当の介護支援専門員から利用者に対し同意を取得してもらうと同時に、提出事例に関して匿名性、秘密保持を厳守し、報告書掲載にあたっては数量化を中心とした。事例紹介は要約を用い、個人を特定しにくい配慮をした

研究方法④：研究実施に当たり、対象者に対し、研究目的と内容を口頭および文書で説明し、同意を得た。調査によって得られた個人の情報は、個人情報保護法に基づき、厳重に管理した。

研究方法⑤：実施に際し、アンケート用紙に、本調査の趣旨、データ公表に関する留意点などを記載した、実施主体である自治体の首長名の文書を添付し、調査への協力を依頼した。対象者抽出及び宛名シール作成は自治体が行うとともに、個人情報への配慮から、アンケート項目には、個人が特定される氏名、住所、生年月日などは設定しなかった

研究方法⑥及び⑦に関しては、その必要性から特段の配慮は行っていない

C. 研究結果

（領域1：生活機能の自然歴）

①年齢階級別の要介護度進展率をみると、要支援以上の場合、男女ともに年齢階級が上がるほど進展率が高くなる傾向があること

- ②要介護1までは各年齢階級において、男性の方が介護進展率が高い傾向があるが、要介護2以上では必ずしもそうではない場合があること
- ③軽度要介護者（一次判定：要介護1相当）の一次判定進展への影響要因を検討した結果、ア）84歳以下では年齢の違いは影響を与えない イ）女性の方が有意に進展率が低い（男性の0.771倍） ウ）障害高齢者自立度はB1以上のランクから、認知症高齢者自立度はランクIの段階から有意な影響を与えること、また、これら要因をコントロールした上で、一次判定進展に影響を与え得る要因として、褥瘡（1.628倍）、排尿（1.419倍）、排便（1.252倍）、つめ切り（1.349倍）、ズボン等の着脱（1.346倍）が示唆されたこと
- ④要介護度を3区分（軽度・注度・重度）した場合、「要介護状態は1段階改善するか、1段階進展するか同じ状態に留まる」という仮定が妥当であること
- ⑤健診受診非該当高齢者の1年後の新規認定状況をみると、97.76%が非該当を維持、1.33%が要支援状態、0.90%が要介護状態に移行していること（新規認定出現率=2.24%）
- ⑥新規認定出現率の特徴として、ア）80歳以上で高くなること イ）85歳以上では女性の方が高くなること ウ）生活機能4項目以上、運動機能4項目以上、閉じこもり2項目、認知機能3項目、うつ4項目以上の場合、約1割の高齢者が該当すること ④外出関連行為や運動機能、認知機能、うつ（生活意欲低下）を有する高齢者で高くなること
- ⑦基本CL項目のうち、ア）階段昇降 イ）椅子からの立ち上がり ウ）転倒歴 エ）半年間の体重減少がある場合、うつ傾向を示す項目の該当率が高いこと
- （領域2:社会的対応）
- ①ケアサービス提供者への過大なボランティア精神への期待が当事者他から期待されているが、本来的には、生活を共にしている地域全ての方々のボランティア精神と活動がなければ認知症の方々・家族へのケアは充足できないのではないかと、という問題意識が弱く、制度依存的なムードが主流になっているのが問題であること
- ②計画表作成過程の問題点として、ア）計画表に沿った情報記入により「利用者の理解が深まりさまざまなデータがより統合されていく」という自然な思考過程がみられず、逆に統合していくべき情報が分断化され本来個別の情報の分析・統合によって出てくる「何がそれぞれの領域における課題の変化を妨げている可能性があるか」を考慮しなければ到達できない「総合的課題」が分断化された個別課題の羅列になりがちなこと イ）計画表のすべての枠を埋めていかなければならないというプレッシャーのため、同じ情報を何度も繰り返して記述していることが少なくないこと ウ）計画表の評価者が何を評価するかが明確でないためにとにかく計画表により多くの文字が記入されていれば良いという解釈をすることも起こっていること エ）介護支援専門員が提出してくれた事例の要約記録に盛り込まれている利用者の特性や利用者に対して実施したきめ細かな支援が、計画表の中からは読み取れなかったことがあること
- ③2007年の特定高齢者の抽出基準見直しにより、性別年齢階級別出現率は、男性では「65-74歳」で2.5→10.9%（4.4倍）に、「75-84歳」で5.5→19.9%（3.6倍）に、「85歳以上」で17.4→43.7%（2.5倍）に、また、女性では、「65-74歳」で3.3→16.0%（4.8倍）に、「75-84歳」で7.1→32.7%（4.6倍）に、「85歳以上」で20.3→56.1%（2.8倍）に増加すること
- ④介護予防事業運営に関して、ア）介護予防に関する広報は、市町村広報が有効であった一方、医療機関からの働きかけが弱いこと イ）介護予防事業に参加可能

な場所では、「公民館・集会所」と回答した者が、男女とも約半数を占めていること
ウ) 介護予防事業への参加を高めるためには仲間作りが重要であること
エ) 女性の方が、介護予防の必要性は感じて事業に参加しない割合が多いことなどの知見が得られたこと

⑤所得の高低と要介護度別のサービス利用状況を観察した結果、同じ要介護度でも所得の低い高齢者の方が施設サービスを利用する割合が高いこと

⑥療養場所と諸特性の関係をみた結果、ア) 重度要介護者に対しては、GH よりも特定施設の方が、処置受給率が高いこと
イ) 2002年時点と2006年時点と比較すると、全体として、認知症高齢者の出現率が増加していること

(領域3:サービス面からの対応)

①地域支援事業の生活機能への効果として、ア) 基本CLのうち、“わけもなく疲れる”など、生活意欲・うつ傾向に関する項目の改善者が多い イ) 運動要素では、長座位体前屈量、FR、開眼片足立ち時間、TUG の4項目で有意な改善がみられた
ウ) 主観的健康観は、改善者の方が多かった があること

②リハ特化型通所介護の生活機能への効果としては、ア) 運動要素でFRが有意に改善 イ) 基本CLでは、IADLやうつ関連項目の改善者が多い ウ) ADL/IADLの自立度では、新規利用者は移動関連行為、継続利用者は公共交通機関の利用と調理の改善者が多いエ) サービス開始時と次回認定時で、介護度改善者の方が多い があること

③訪問リハの生活機能への効果としては、ア) 基本CLの運動器項目(立ち上がり、歩行、転倒に対する不安感)、閉じこもり項目、うつ項目が有意に改善 イ) できるADLの屋内移動で有意な改善、洗顔動作で改善傾向が、しているADLでは、家事(調理)、移乗動作、屋内移動、階段昇降で改善傾向が認められた ウ) できる

IADLでは、家事(調理以外)、公共交通機関の利用で改善傾向が、しているIADLも家事(調理以外)と公共交通機関の利用で改善傾向が認められた などがあること

④訪問介護の生活機能への効果としては、ア) 利用理由は疾病等による心身機能の低下によるものが多く、訪問介護の利用後は、主観的健康観、体力、意欲に改善傾向がみられた イ) IADL自立度では、掃除と下膳に改善があったとする者が多かった ウ) ADLでは起き上がりや歩行、移乗、洗体に改善がみられた エ) 訪問介護の介入によって良かった点として、「栄養面の改善が得られた」41.9%、「訪問介護員を含む他者との交流が図れた」45.2%、「衛生面の改善が図れた」32.2%、「役割が増加した」32.2%、「生活リズムが改善した」29.0%、が挙げられた などがあること

⑤「地域支援事業」「通所介護」「訪問リハ」「訪問介護」のいずれの事業においても、身体機能、適切なケア、意欲の3要素がうまく組み合わせられた時に生活機能の維持・向上という成果がみられており、運動器の機能向上が直接的に生活機能を維持・向上させるという単純な関係ではないこと

⑥要支援1および要支援2の対象者への予防給付サービスの効果について、1年間の調査を行った結果、両者の身体機能については大きな改善はみられなかったが、主観的健康観は、要支援2の対象者において改善傾向が示された、また、主観的健康観が改善した要支援2の対象者において、バランス機能改善が認められたこと

⑦見守りや家事支援など同居家族の協力を得られない場合、小規模多機能による自宅での在宅継続は難しく、併設居住機能の設置が対応可能な利用者の幅を広げること(居住機能との連携が不可避なこと)

(領域4:取り組み事例と改正への示唆)

- ①DCM 評価は、業務中心の認知症ケアが認知症の人を混乱させ症状を悪化させていることに気づき、認知症の人の個性や生き方に合ったその人らしい生活を支援することが重要であるというパーソンセンタードケアの理念を共有する上で有用な手法であること、また、認知症高齢者の日常生活を支えるためには、まちづくりの視点からのアプローチが必須であること
- ②院内において、退院支援を病棟看護の中に位置付けたことにより、相談件数は激増するとともに、病棟看護師は入院時から退院を意識したかわり(情報収集)ができるようになったこと、またカンファレンスを開催することで「患者＝地域で暮らす生活者」としての視点が共有されるようになり、結果的に「追い出された」という患者家族からの苦情が届かなくなったこと
- ③地域包括支援センターにとって最も重要な役割が「ネットワーク構築」であること、また、ネットワークは自治会レベル・小中学校区レベル・全市レベルなど、地域のレベルごとの多層構造が望ましいこと

D. 考察および E. 結論

本研究により得られた主な知見に対する考察と結論を以下に示す。

- 1) 運動器に様々な問題を抱える高齢者では、活動性も低下するため、うつ傾向や生活意欲低下を招きやすい。この悪循環を断ち切るためには、運動器へのアプローチもさることながら、ADL/IADL 訓練等により歩行機能や活動性向上を積極的に図ることが重要である。ADLやIADLの自立度の改善は、結果として要介護度の改善にもつながることが期待される。
- 2) 要支援・軽度要介護者の場合、重度要介護者に比べ、状態の可逆性は高い。

特に、リハビリテーション介入の効果が期待されることから、従前のリハビリテーション前置の考え方に加え、適時適切なリハビリテーションサービスの提供が必要である。

- 3) 生活機能を構成する各要素(心身機能、活動、参加)のうち、最も重視すべきは「活動」である。運動要素(筋力、バランス力など)の改善も必要ではあるが、これに行動変容が伴い、活動に変化が生じなければあまり意味がない。ADLやIADLを如何に高めるかの視点からのサービス介入が必要である。
- 4) 全ての関係者を交えたケア会議を通じて、最適な目標設定、サービス選択方法を学ばせるとともに、アセスメント項目の経時変化評価を通じて、ケアマネジメント過程の妥当性の吟味を繰り返す事が、ケアマネジメントの質の向上を図る上で重要である。そのためにも、効率性や実効性の観点からみたケア会議自体の在り方の再検討が必要である。
- 5) ケアマネジメントに求められる思考過程が、ケアマネジャーには十分会得出来ていない可能性が高い。これを解決するためには、思考過程の再教育、実際の支援計画表作成過程への反映と専門家による評価を通じて、基本的スキルアップを地道に図っていく研修体系の再構築が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 川越雅弘(2008)「利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題」, 季刊社会保障研究, Vol.43, No.4, pp.316-326 (印刷中)
- 2) 川越雅弘(2008)「我が国における地域

- 包括ケアシステムの現状と課題」, 海外社会保障研究, No.162, pp.4-16 (印刷中)
- 3) 和田耕治, 鹿熊律子, 川越雅弘(2008) 「カナダ東部の地域包括ケアシステムの現状と課題」, 海外社会保障研究, No.162, pp.68-76 (印刷中)
 - 4) 泉田信行(2008) 「介護サービス利用に対する所得の影響－施設介護サービスを中心に－」, 季刊社会保障研究, Vol.43, No.4, pp.327-342 (印刷中)
 - 5) 備酒伸彦, 山本大誠, 川越雅弘(2007) 「転倒に結びつく危険な歩容・歩行と Timed Up & Go Testとの関連」, 神戸学院総合リハビリテーション研究, Vol.3, No.1, pp.13-20
 - 6) 山本大誠, 備酒伸彦, 川越雅弘(2007) 「高齢者の運動機能に関する横断的研究」, 神戸学院総合リハビリテーション研究, Vol.3, No.1, pp.31-41
2. 学会発表
- 1) 川越雅弘(2007) 「介護予防の効果評価に向けて」, 兵庫県プライマリ・ケア協議会第5回研究会, 兵庫県医師会館, 2007.11.18
 - 2) 大里和彦(2007) 「行政サービスによる介護予防効果」, 兵庫県プライマリ・ケア協議会第5回研究会, 兵庫県医師会館, 2007.11.18
 - 3) 大浦由紀(2007) 「デイサービスによる介護予防効果」, 兵庫県プライマリ・ケア協議会第5回研究会, 兵庫県医師会館, 2007.11.18
 - 4) 梶家慎吾(2007) 「訪問リハビリテーションによる介護予防効果」, 兵庫県プライマリ・ケア協議会第5回研究会, 兵庫県医師会館, 2007.11.18
 - 5) 竹内さをり(2007) 「訪問介護による介護予防効果」, 兵庫県プライマリ・ケア協議会第5回研究会, 兵庫県医師会館, 2007.11.18
 - 6) 黒田留美子, 納富祥子, 川越雅弘他(2007) 「適切な食形態の選択が高齢者の栄養状態等に及ぼす影響について(第2報)」, 第13回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 大宮ソニックホール, 229, 2007.9.15
 - 7) 田中志子, 関口清貴, 牧野寿男, 川越雅弘(2007) 「当苑における栄養ケアマネジメントの現状と課題解決に向けた取り組み(第1報)」, 第13回日本摂食・嚥下リハビリテーション学会学術大会, 大宮ソニックホール, 143, 2007.9.15
 - 8) 泉田信行, 川越雅弘(2007) 「要介護認定データによる要介護度別の身体機能の実態と要介護度の自然歴への影響要因分析」, 医療経済学会第2回研究大会, 学習院大学, 2007.7.21
 - 9) Izumida N., Kawagoe M. (2007), Service Utilization in Long Term Care Insurance and the effectiveness of the service, 6th World Congress "Explorations in Health" of International Health Economics Association, Copenhagen, Denmark, 2007.7.9
 - 10) 渡部律子(2007) 「要支援高齢者に対するケアマネジメントの現状と課題－利用者特性と支援目標・支援計画の適合性－」, 日本社会福祉実践理論学会第24回大会口頭発表, 大妻女子大学, 2007.6.24
- H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
なし

Ⅱ. 分担研究報告

第1章

高齢化に伴う生活機能の自然歴

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」

分担研究者報告書

1-1-1. 性・年齢階級・要介護度別にみた1年後の機能低下の実態

分担研究者 泉田信行 国立社会保障・人口問題研究所室長

本研究の目的は全国規模のデータにより、要介護認定を受けている個人の要介護度がどのように変化するか、またその要介護度の推移が何によるのか、について性・年齢階級・要介護度別などの観点から明らかにすることである。要介護認定データを利用し、1年後の機能低下について、性・年齢階級・要介護度別に要介護認定79項目の推移によって示した。

幾つかの認定調査項目（排便自制機能、金銭管理機能、「自分の名前を言う」）について、性・年齢階級別に自立である割合を比較・検討したところ、認定項目ごとに要介護度進展に与える影響が異なることが示唆されたため、個別の機能が要介護認定の一次判定結果に与える影響について検討した。

ロジスティック回帰によってどのような機能が一次判定の進展に影響するかを検討した結果、84歳以下では年齢の違いは影響を与えないこと、女性の方が、有意に進展率が低いこと（男性の0.771倍）、障害高齢者自立度はB1以上のランクから影響を与えること、他方、認知症高齢者自立度はランクIの段階から有意な影響を与えること、がわかった。

今後は機能低下の状況に応じた要介護高齢者の適切な分類を行った上で、さらなる要介護進展がどの特定の機能の低下によるかを明らかにする必要があると考えられた。

A. 研究目的

全国規模のデータにより、要介護認定を受けている個人の要介護度がどのように変化するか、またその要介護度の推移が何によるのか、について性・年齢階級・要介護度別などの観点から明らかにすること

介護認定データを利用し、1年後の機能低下について、性・年齢階級・要介護度別に要介護認定79項目の推移によって示す。その際に、昨年度行ったデータ接続方法をより改善してさらに精密な分析に耐えるように分析方法上の改善を行った。

（倫理面への配慮）

B. 研究方法

厚生労働省老健局にご提供いただいた要

本研究で使用する厚生労働省老健局より提供いただいたデータの各レコードには連

結不可能匿名化された個人 ID が付与されている。個人 ID 以外の個人情報削除された形でデータの提供を受けている。

C. 研究結果

まず、昨年度本研究事業で行った分析の結果を精緻化した。その上で、年齢階級別の要介護度進展率を検討したところ、①要支援以上の場合、男女ともに年齢階級が上がるほど要介護度進展率が高くなる傾向があること、②要介護 1 までは各年齢階級において男性の方が、介護進展率が高い傾向があるが、要介護 2 以上では必ずしもそうではない場合があること、が明らかにされた。

次に、幾つかの認定調査項目（排便自制機能、金銭管理機能、「自分の名前を言う」）について、性・年齢階級別に自立である割合を比較・検討したところ、③排便自制機能や金銭管理機能も各要介護度で年齢が高くなるほど自立維持比率が低下するが、排便自制機能よりも金銭管理機能の方が機能低下の仕方が緩やかであること、④「自分の名前を言う」機能については、要介護度が上昇しても、年齢が高くなっても自立維持比率が低下する割合は非常に低いこと、がわかった。これらにより、認定項目ごとに要介護度進展に与える影響が異なることが予想された。

そこで、個別の機能が要介護認定の一次

判定結果に与える影響について検討した。

その際にサンプルは認定調査データのうち、介護保険制度改正後の 2006 年 4 月以降、2007 年 9 月（現時点での最新のデータ）を用いた。上記の期間において認定回数が 2 回以上であり、一回目の認定時点で一次判定結果が要介護 1 相当のものを抽出した。

クロス表分析によって、⑤麻痺(その他)、拘縮(肩関節)、拘縮(その他)、皮膚疾患、および疼痛の看護、褥瘡の処置以外の医療系のケアの必要性についての各項目が一次判定の進展に影響を与えないことが予想された。

次に、ロジスティック回帰によってどのような機能が一次判定の進展に影響するかを検討した。その結果、⑥84 歳以下では年齢の違いは影響を与えないこと、⑦女性の方が、有意に進展率が低いこと（男性の 0.771 倍）、⑧障害高齢者自立度は B1 以上のランクから影響を与えること、⑨他方、認知症高齢者自立度は I の段階から有意な影響を与えること、がわかった。

以上の他の要因をコントロールした上で⑩一次判定に影響を与え得る要因として、褥瘡があること(1.628 倍)、排尿(1.419 倍)、排便(1.252 倍)、つめ切り(1.349 倍)、ズボン等の着脱(1.346 倍)が示唆された。他方、⑪被害的・作話・暴言暴行などの問題行動に該当する項目で影響を持たないことがわかった。

D. 考察

機能低下の状態は個人によって異なると考えられる。例えば、身体機能から低下する高齢者と認知機能から低下する高齢者の2群にわかれるとすれば、両群を合わせた分析は分析から得られる情報量を却って低下させるかもしれない。本稿で行った機能低下と一次判定進展の独立性の検定やロジスティック回帰分析は、一見矛盾するような結果をそれぞれ与えているが、この点に起因するかもしれない。

E. 結論

機能低下の状況に応じた要介護高齢者の適切な分類を行った上で、さらなる要介護進展がどの特定の機能の低下によるかを明らかにする必要があると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第1章 第一節 高齢者の生活機能と自然歴

研究報告1. 性・年齢階級・要介護度別にみた1年後の機能低下の実態

泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

本稿の目的は全国規模のデータにより、要介護認定を受けている個人の要介護度がどのように変化するのか、またその要介護度の推移が何によるのか、について性・年齢階級・要介護度別などの観点から明らかにすることにある。

個人の異時点間の要介護度の推移を分析した研究はそれほど多くはない。これは要介護度にかかるデータの個人単位での収集の困難さによるものである。本研究は昨年度実施した研究（泉田・川越 2007a,b）における個人の異時点間のデータ接続方法をさらに精緻化してその内容を再度提示した上で、1年後の機能低下について、性・年齢階級・要介護度別に要介護認定79項目の推移によって示すものである。

2. 使用するデータセット

厚生労働省老健局にご提供いただいた要介護認定データを利用した。この要介護データは市町村コード、個人ID（個人情報保護のために既に変換されているもの）が付された要介護認定に必要なデータである。対象範囲は2003年から2007年の全国にわたる情報である。その意味では、全数調査ともよべるものであるが、提供を受けた時点で個人IDが欠落したデータのみをご提供いただいた自治体がある。個人IDが付されていないデータは当然異時点間の比較ができないという欠点がある。さらに、個人IDの付されたデータを観察すると、個別の要介護高齢者の認定情報が2レコード以上にわたって提供される事例が見られた。個人IDが無いデータについて行われていないという保証がないため、本稿では個人IDなしのデータは利用しなかった。提供を受けたデータの年次別ID有無別のレコード数は表1のとおりである。

表1：ID有無別年次別レコード数¹

	IDあり群	IDなし群	IDありの比率
2003年度	1,401,655	3,229,224	30.27
2004年度	1,639,915	3,638,719	31.07
2005年度	1,440,982	3,129,723	31.53
2006年度	1,424,180	3,540,974	28.68

これらのレコードを年度別に、個人別のレコード重複回数別に分類した。最大で5回重複までとしたところ、ほとんど全てのレコードが利用可能であった。ひとつのレコードはある個人の一回の申請である。それゆえ、5回のレコードを持っている個人はある年度に5

回の新規・継続・更新のいずれかの認定申請を行ったことになる。レコードの分類は本稿末の別表1から4にまとめられている。

レコードを個人単位にまとめると、その集計単位が人数となる。申請回数別の八日以後高齢者数を年度別にまとめたのが表2である。表最下段の人数総計を見ると、2004年度の人数が多くなっていることがわかるが、その理由は不明である。

表2：年度別申請回数別要介護高齢者数

	2003年度	2004年度	2005年度	2006年度
単数回申請者小計	939712	1203593	1059563	960309
同年度内	93822	162856	140494	119152
次年度	845865	784727	755343	841156
次年度以降	25	256010	163726	1
複数回申請者のうち実質一回である者小計	1445	2206	1378	3343
同年度内	190	288	271	691
次年度	1255	1525	1007	2533
次年度以降	0	393	100	119
複数回申請者小計	221477	205857	180941	215409
同年度内	4591	7619	7013	8436
次年度	216867	164160	142351	173464
次年度以降	19	34078	31577	33509
同年度内小計	98603	170763	147778	128279
次年度小計	1063987	950412	898701	1017153
次年度以降小計	44	290481	195403	33629
人数総計	1162634	1411656	1241882	1179061

表2中において、単数回申請者とは年度内の申請が一回のみの者を指している。複数回申請者とは2回以上の者である。複数回申請者のうち実質一回である者とは、同一個人のレコードのうち、申請日・認定開始日・認定終了日、要介護度が同一であるものを指す。複数回申請者のうち実質一回である者と複数回申請者を別に表示している。

表中、同年度内と記載されているものは、認定開始と終了が同一年度内である高齢者を指している。これに該当する高齢者は当該年度内に転居・死亡等があった可能性が高い。次年度と記載されているものは認定期間終了日が翌年度であるものを指す。次年度以降とあるものは2年後に認定終了日が到来する高齢者を指している。

ここで、各要介護高齢者のレコードの接続方法について触れておきたい。同一個人の複数のレコードについて、それらの申請日・認定開始日・認定終了日・要介護度（2007年度及び2008年度データでは一次判定結果としている）によって、表3の7とおりの組み合わせが観察された。以下の分析においては、複数レコードをもつよう介護高齢者については、認定開始日が早い順にレコードを並べ、連続するどのふたつのレコードについてもそれらの接続形態がタイプgとならなかった高齢者の情報のみを使用することとするⁱⁱ。年度別・認定期間別の高齢者数は表4のとおりである。