

別紙3

I. 要約

厚生労働行政推進調査事業費補助金（長寿科学政策研究事業）
自立支援に資する介護等の類型化及びエビデンスの体系的な整理に関する研究
(21GA2003)

1. 松田班

- A. 研究目的： 本研究は自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的とした。
- B. 資料及び方法： 今年度研究としては以下の3つの分析を行った。
1. ADL/IADL 及び主な傷病別別に、居宅介護サービスが要介護度の変化に及ぼす影響の分析： 東日本の1自治体において2019年4月から2020年3月までに、要介護認定を受けた者の介護認定調査票、医科レセプト及び介護レセプトを用いてADL/IADL及び主な傷病の有無別に、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与のサービス利用量が要介護度の悪化に関連しているかを分析した。
 2. 介助介護が必要な高齢者における介護サービス利用の有無別にみた医療費及び介護給付費の状況の検討： 東日本の一自治体における2016年度の日常生活圏域ニーズ調査と個人単位で連結した医科レセプト、介護レセプトを用いて、2016年度、2017年度、2018年度、2019年度、2020年度医科レセプト及び介護レセプトを用いて一人当たり医療費及び介護給費を求め、介護サービス利用の有無別にこれらの値を比較した。また、2016年度の一人当たり診療費及び介護給付費を基準として、その伸び率の比較を各年度で行った。
 3. 要介護高齢者の医療介護ニーズに適切に対応するための地域ネットワークの先進事例の検討— 函館市におけるはこだて医療介護連携サマリーを活用した連携事例の分析—： ICTを用いて「はこだて医療介護連携サマリー」を医療介護の関係者間で共有するシステムを実装している函館市では、要介護高齢者の多面的なアセスメント結果をもとに、総合的なケアマネジメントを行う体制が構築されている。なかでも、その中核施設である高橋病院では多職種によるアセスメント結果をICFシートというツールにまとめ、包括的なケアマネジメントを行う体制を構築している。本研究ではその事例を収集し、その内容を分析した。
- C. 結果
1. ADL/IADL 及び主な傷病別別に、居宅介護サービスが要介護度の変化に及ぼす影響の分析： 分析の結果、要介護度の悪化防止を目的とした時、それに効果的な介護サービスは訪問入浴介護以外ほとんど検出されなかった。要介護度の悪化が多くの高齢者にとって死に至る過程の一部であることを考えると、身体的な機

能低下の予防ではなく、人生の最終段階における療養生活の質を維持、向上させるケアマネジメントがより重要であると考えられた。

2. 介助介護が必要な高齢者における介護サービス利用の有無別にみた医療費及び介護給付費の状況の検討： 「介助・介護が必要である」高齢者について、介護サービス利用の有無別に、医療費及び介護給付費の状況を比較検討した。その結果、2016年の調査時にサービス利用の有無で、医療費には差がないが、介護給付費は利用しない者で低いことが明らかとなった。未利用者は、IADLが低く、口腔機能や栄養の平均スコアの低かった。また、経済状況も悪い者が多かった。
3. 要介護高齢者の医療介護ニーズに適切に対応するための地域ネットワークの先進事例の検討— 函館市におけるはこだて医療介護連携サマリーを活用した連携事例の分析—： はこだて医療介護連携サマリーを用いた連携事例と ICF シートの活用事例を収集しその内容を分析した。

D. 考察：

本研究は自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的とするものであった。本研究では、対象者の ADL や IADL、傷病の状況が提供される介護サービスの種類や、要介護度の悪化防止にどの程度寄与するかを分析したが、明確に類型化できる状態像やそれに対応した介護サービスの組み合わせを抽出することはできなかった。要介護度の悪化は老化のプロセスの帰結でもあり、介護サービスの組み合わせによって、人生の最後の時間まで、要介護状態になることは、多くの高齢者にとって困難なことであると考えられる。

人生の最終段階においては、心身の自立度が低下する中で、生きていく目標（生きがい）をいかに維持するかが重要であり、またその理解なしに ACP を進めることもできないだろう。したがって、高齢期に尊厳をもって人が生きていくことを支援する方法論としては、高橋病院が実践しているように、高齢者の状況を ICF シートによって多職種でアセスメントし、その時々状況に応じたケアサービスを柔軟に提供していく体制づくりであると考えられる。

E. 結論

自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的として、ADL/IADL や主な傷病の有病率の状況と提供される居宅介護サービスが要介護度の悪化に及ぼす影響について検討したが、明確なパターンを明らかにすることはできなかった。むしろ、人生の最終段階における高齢者の ICF 的な視点での多様性に注目して柔軟なケアマネジメントを多職種で行える多死絵を作ることが重要であると考えられた。

F. 健康危険情報 なし

- G. 知的財産権の出願 なし
- H. 利益相反 なし

2. 田宮班

- A. 研究目的： 高齢者施設入居者は不安障害や睡眠障害、認知症等を抱えている者が多く、これらの疾患に対して向精神薬が処方されることが多い。本研究では、向精神薬の中でも抗精神病薬、ベンゾジアゼピンおよび Z-drug に着目し、日本の介護老人福祉施設（以下、特養）における①抗精神病薬、ベンゾジアゼピンおよび Z-drug の処方実態と新規骨折発生との関係、②各施設間の処方割合のばらつき、③施設特性ごとの施設の処方割合の違いを明らかにすることを目的とした。
- B. 資料及び方法： 2018年4月～2019年3月の茨城県介護・医療レセプトデータ、介護サービス情報公表システムのデータを使用し、2018年7月～2019年3月の期間に特養に入所しているものを対象とした。2018年7月～12月の期間中1回でも処方されていれば処方ありとし、解析対象者における処方割合と特養ごとの処方割合を算出した。さらに、各薬剤が処方された者と処方されていない者における新規骨折発生者の割合も算出した。また、施設特性として人員配置（ストラクチャー）や施設体制（プロセス）に着目し、各人員配置の低位高位別、および各体制の有無別の、施設の平均処方割合を比較した。
- C. 結果： 抗精神病薬処方の解析対象者（対象施設）は6119名（188施設）、ベンゾジアゼピン・Z-drug 処方の解析対象は7663名（211施設）であった。抗精神病薬の処方割合：7.0%、ベンゾジアゼピンの処方割合：17.0%、Z-drug の処方割合：5.9%であり、Z-drug 処方者では処方されていない者と比べ新規骨折の発生割合が有意に多かった。施設ごとの各薬剤の処方割合は、抗精神病薬処方割合：0～29.4%、ベンゾジアゼピンの処方割合：0～44.8%、Z-drug の処方割合：0～24.1%と、施設間で処方割合にばらつきが見られた。
- D. 考察： 特養入所者において、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、z-drug の処方割合はそれぞれ7.0%、17.0%、5.9%であり、望ましくない処方をされている者がいる可能性が示唆された。Z-drug においては、処方がない者に比べ処方者で新規骨折の発生割合が有意に多く、薬剤の処方が有害事象をもたらしている可能性も示唆された。また、各特養間の処方割合のばらつきが存在することも明らかになり、ケアの質を均てんかさせるためには、各特養における処方割合の違いに関連する施設特性をより詳細に把握する必要がある。
- E. 結論： ケアの質を均てんかさせるためには、各特養における処方割合の違いに関連する施設特性をより詳細に把握する必要がある。
- F. 健康危険情報 なし

G. 知的財産権の出願 なし

H. 利益相反 なし

3. 福井班

A. 研究目的： 要介護3以上の中重度の利用者を対象とする介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの介護施設内で日常のケアに組み込まれているケアと医療介護連携についての具体的な内容のデータ収集を行い、自立支援に資する介護の類型化及び利用者の特性の整理方法について検討、アウトカムとの関連性についてのエビデンスを整理することを目的とした。

B. 資料及び方法： 従来型の居室形態を持つ施設に対して、自立支援のためのケアマネジメント手法及びサービス提供方法、そしてそれらの評価方法に関するインタビュー調査を行った。

C. 結果：従来型居室形態でも、利用者のADLやコミュニケーション等の状態別に集団化することで、利用者が活性化し、個別性のあるプランの立案が容易になっていることが分かった。自立支援のためのケアマネジメントの各プロセスでは、利用者の意向が中心に据えてあることで、自立支援の目標が明確になっており、多職種の連携が促進されている。さらに、スタッフの目線ではなく、利用者目線でのプランの立案と実践が行われていた。

D. 考察： 自立支援介護の評価基準は、利用者の意向がかなえられているか否かである。介護度の軽減などの客観的情報でなく、利用者の笑顔やいきいきとした姿によって評価されている。加えて、管理職や中間管理職が、利用者本人の希望に合わせて施設の理念、施設の持つ役割を行動レベルまで具体化してスタッフに伝え、時には、ケアマネジメントの各プロセスにおいて、実践して見せている。このスタッフへの教育が、利用者への自立支援を行うために重要であると考えられた。

E. 結論： 自立支援介護の評価基準は、利用者の意向がかなえられているか否かである。重要となるのは利用者への自立支援を行うためのスタッフへ教育である。

F. 健康危険情報 なし

G. 知的財産権の出願 なし

H. 利益相反 なし

Ⅱ. 各研究課題の報告

【松田班報告書】

研究代表者 松田晋哉 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授
研究分担者 村松圭司 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 准教授
研究分担者 劉 寧 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 助教
研究分担者 得津 慶 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 助教
研究分担者 松垣 竜太郎 産業医科大学産業生態科学研究所 作業病態学 助教
研究分担者 藤本賢治 産業医科大学 産業保健データサイエンスセンター 助教
研究協力者 高橋 肇 社会医療法人高橋病院 理事長・病院長
研究協力者 滝沢礼子 社会医療法人高橋病院 法人情報システム室室長
研究協力者 野田正貴 社会医療法人高橋病院 地域包括ケア推進室室長
研究協力者 二橋大介 社会医療法人高橋病院 法人情報システム室 SE
研究協力者 佐藤美知子 社会医療法人高橋病院 介護老人保健施設ゆとりろ
統括マネージャー

【研究要旨】

- A. 研究目的： 介護保険法の目的として、要介護者が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」が掲げられている。また、少子高齢化の進展により、2000年の公的介護保険制度施行以来、介護費の増加が続いているとともに、介護業界では慢性的な人材不足である。2040年に向けて、介護保険法の理念を踏まえ、また介護に関わる社会的課題に対処するためにも、要介護者の自立支援に資する介護（以下、「自立支援型介護 自立支援に資する介護」という。）を推進することは必須である。本研究は自立支援型介護 自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的とする。
- B. 資料及び方法： 今年度研究としては以下の3つの分析を行った。
1. ADL/IADL 及び主な傷病別別に、居宅介護サービスが要介護度の変化に及ぼす影響の分析： 東日本の1自治体において2019年4月から2020年3月までに、要介護認定を受けた者の介護認定調査票、医科レセプト及び介護レセプトを用いてADL/IADL 及び主な傷病の有無別に、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与のサービス利用量が要介護度の悪化に関連しているかを分析した。

2. 介助介護が必要な高齢者における介護サービス利用の有無別にみた医療費及び介護給付費の状況の検討： 東日本の一自治体における 2016 年度の日常生活圏域ニーズ調査と個人単位で連結した医科レセプト、介護レセプトを用いて、2016 年度、2017 年度、2018 年度、2019 年度、2020 年度医科レセプト及び介護レセプトを用いて一人当たり医療費及び介護給費を求め、介護サービス利用の有無別にこれらの値を比較した。また、2016 年度の一人当たり診療費及び介護給付費を基準として、その伸び率の比較を各年度で行った。

3. 要介護高齢者の医療介護ニーズに適切に対応するための地域ネットワークの先進事例の検討— 函館市におけるはこだて医療介護連携サマリーを活用した連携事例の分析—： ICT を用いて「はこだて医療介護連携サマリー」を医療介護の関係者間で共有するシステムを実装している函館市では、要介護高齢者の多面的なアセスメント結果をもとに、総合的なケアマネジメントを行う体制が構築されている。なかでも、その中核施設である高橋病院では多職種によるアセスメント結果を ICF シートというツールにまとめ、包括的なケアマネジメントを行う体制を構築している。本研究ではその事例を収集し、その内容を分析した。

C. 結果

1. ADL/IADL 及び主な傷病別別に、居宅介護サービスが要介護度の変化に及ぼす影響の分析： 分析の結果、要介護度の悪化防止を目的とした時、それに効果的な介護サービスは訪問入浴介護以外ほとんど検出されなかった。要介護度の悪化が多くの高齢者にとって死に至る過程の一部であることを考えると、身体的な機能低下の予防ではなく、人生の最終段階における療養生活の質を維持、向上させるケアマネジメントがより重要であると考えられる。具体的には事例研究で取り上げた ICF の視点を踏まえたケアマネジメント手法の一般化がより重要であると考えられた。

2. 介助介護が必要な高齢者における介護サービス利用の有無別にみた医療費及び介護給付費の状況の検討： 「介助・介護が必要である」高齢者について、介護サービス利用の有無別に、医療費及び介護給付費の状況を比較検討した。その結果、介護サービス利用の有無別で医療費には大きな差はないが、2016 年の調査時にサービス利用のない者で有意に介護給付費は低いが、その後の伸び率は大きいことが明らかとなった。介護サービスを使っていない者は、IADL が低く、口腔機能や栄養の平均スコアの低かった。また、経済状況も悪い者が多かった。

3. 要介護高齢者の医療介護ニーズに適切に対応するための地域ネットワークの先進事例の検討— 函館市におけるはこだて医療介護連携サマリーを活用した連携事例の分析—： はこだて医療介護連携サマリーを用いた連携事例と ICF シートの活用事例を収集しその内容を分析した。

D. 考察:

介護保険法の目的として、要介護者が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」が掲げられている。本研究は自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的とするものであった。

この目的のために、本研究では、対象者の ADL や IADL、傷病の状況が提供される介護サービスの種類や、要介護度の悪化防止にどの程度寄与するかを分析した。しかしながら、対象者の ADL や IADL、傷病の状況、さらには家族構成や住まいなどの社会経済的条件を考慮しても、明確に類型化できる状態像やそれに対応した介護サービスの組み合わせを抽出することはできなかった。我々の過去の研究が明らかにしているように、要介護度の悪化は老化のプロセスの帰結でもあり、介護サービスの組み合わせによって、人生の最後の時間まで、要介護状態になることは、多くの高齢者にとって困難なことであると考えられる。

人生の最終段階においては、心身の自立度が低下する中で、生きていく目標(生きがい)をいかに維持するかが重要であり、またその理解なしに ACP を進めることもできないだろう。したがって、高齢期に尊厳をもって人が生きていくことを支援する方法論としては、高橋病院が実践しているように、高齢者の状況を ICF シートによって多職種でアセスメントし、その時々状況に応じたケアサービスを柔軟に提供していく体制づくりであろう。そのためには、連携や調整のコストをできる限り低減させる必要がある。そのためには情報を標準化したうえで、ICT を活用して、この情報を多職種で連携することだろう。今後、函館地域で行われているこの手法を一般化することが、介護保険制度の理念を実現する上で、最重要課題であると考えられる。

E. 結論

自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的として、ADL/IADL や主な傷病の有病率の状況と提供される居宅介護サービスが要介護度の悪化に及ぼす影響について検討したが、明確なパターンを明らかにすることはできなかった。むしろ、人生の最終段階における高齢者の ICF 的な視点での多様性に着目して柔軟なケアマネジメントを多職種で行える多死絵を作ることが重要であると考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 知的財産権の出願 なし

H. 利益相反 なし

1. ADL/IADL 及び主な傷病別別に、居宅介護サービスが要介護度の変化に及ぼす影響の分析

A. 目的

介護保険法の目的として、要介護者が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」が掲げられている。本研究は自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的とする。

B. 資料及び方法

分析に用いたのは東日本の1自治体において2019年4月から2020年3月までに、要介護認定を受けた者の介護認定調査票、医科レセプト及び介護レセプトである。匿名加工した個人IDを用いて、三つの情報を個人単位で連結し、データベース化した。判定後のサービスの利用状況は、判定後サービス開始までのタイムラグを考慮して、2か月後の介護レセプトを用いて把握した。また、主な傷病の状況についても、2か月後の医科レセプトを用いて把握した。さらに、1年後の要介護度を介護レセプトから把握し、要介護度の悪化の有無を把握した。なお、介護サービスの提供が要介護度の変化に及ぼす影響を見る目的に限定する目的で、この間の死亡者は分析から除外した。傷病については、施設介護を受けている場合の把握が不完全となるため、分析対象は判定2か月後に在宅介護サービスを利用している者に限定した。

このようにして構築したデータベースを用いて、移動、嚥下、食事摂取、洗身、排尿、排便、口腔清潔、洗顔、整髪、上衣の着脱、ズボンの着脱、外出頻度、薬の内服、金銭の管理、日常の意思決定、集団への不適応、買い物、簡単な調理について自立していない者について、要介護度の悪化の有無別に介護判定2か月後の訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与のサービス単位数を比較した（t検定）。同様に、それぞれ心不全、悪性腫瘍、認知症、脳血管障害、気分障害、他神経系疾患（パーキンソン氏病など）、眼疾患、下肢関節障害、骨折、脊椎障害の診断がある者について、要介護度の悪化の有無別に介護判定2か月後の訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与のサービス単位数を比較した（t検定）。

なお、分析対象者は要介護1および2と判定された13,829名である。

統計学的検定はIBM Statistics バージョン: 28.0.1.0 (IBM, Tokyo)を用いて行った。

なお、本研究の実施に当たっては産業医科大学倫理委員会の承認を受けた。

C. 結果

図表 1-1 移動で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	11,788	1,637.2	3,023.2	0.811
	あり	2,041	1,654.5	2,993.4	
訪問入浴介護	なし	11,788	34.3	496.5	0.416
	あり	2,041	24.9	363.2	
訪問看護	なし	11,788	1,184.5	2,373.9	0.055
	あり	2,041	1,080.2	2,249.8	
訪問リハビリテーション	なし	11,788	92.3	650.1	0.677
	あり	2,041	98.8	665.3	
通所介護	なし	11,788	2,040.7	3,742.9	0.419
	あり	2,041	1,968.5	3,634.7	
通所リハビリテーション	なし	11,788	755.4	2,337.6	0.685
	あり	2,041	732.7	2,279.1	
福祉用具貸与	なし	11,788	889.0	963.8	0.780
	あり	2,041	895.5	990.7	

図表 1-1 は移動で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-2 嚙下で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	6,294	1,431.6	2,786.5	0.879
	あり	1,120	1,417.9	2,734.8	
訪問入浴介護	なし	6,294	23.4	423.2	0.489
	あり	1,120	14.3	281.9	
訪問看護	なし	6,294	1,061.7	2,266.1	0.602
	あり	1,120	1,023.7	2,143.7	
訪問リハビリテーション	なし	6,294	74.4	574.7	0.726
	あり	1,120	68.0	494.4	
通所介護	なし	6,294	2,046.4	3,639.6	0.430
	あり	1,120	1,954.0	3,410.3	
通所リハビリテーション	なし	6,294	786.6	2,385.1	0.573
	あり	1,120	743.1	2,375.2	
福祉用具貸与	なし	6,294	771.4	951.4	0.577
	あり	1,120	788.6	965.1	

図表 1-2 は嚙下で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数を見たものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-3 食事摂取で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	2,714	1,267.4	2,946.0	0.167
	あり	461	1,475.1	3,196.3	
訪問入浴介護	なし	2,714	32.0	495.5	0.905
	あり	461	29.0	440.2	
訪問看護	なし	2,714	1,000.1	2,230.8	0.193
	あり	461	1,146.8	2,256.0	
訪問リハビリテーション	なし	2,714	92.3	686.9	0.802
	あり	461	83.9	549.7	
通所介護	なし	2,714	2,396.0	4,103.5	0.504
	あり	461	2,259.2	3,847.1	
通所リハビリテーション	なし	2,714	934.5	2,630.1	0.424
	あり	461	829.8	2,403.9	
福祉用具貸与	なし	2,714	757.5	957.2	0.403
	あり	461	797.9	972.8	

図表 1-3 は食事摂取で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-4 洗身で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	18,423	1,781.6	3,279.8	0.776
	あり	3,151	1,799.5	3,181.9	
訪問入浴介護	なし	18,423	31.0	469.9	0.093
	あり	3,151	19.1	347.3	
訪問看護	なし	18,423	1,118.6	2,323.5	0.088
	あり	3,151	1,045.8	2,196.2	
訪問リハビリテーション	なし	18,423	77.3	602.4	0.661
	あり	3,151	72.3	566.1	
通所介護	なし	18,423	2,364.3	4,027.9	0.827
	あり	3,151	2,347.3	4,015.4	
通所リハビリテーション	なし	18,423	695.7	2,264.0	0.145
	あり	3,151	635.2	2,137.0	
福祉用具貸与	なし	18,423	744.9	926.5	0.597
	あり	3,151	754.4	951.4	

図表 1-4 は洗身で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-5 排尿で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	8,110	1,678.5	3,360.6	0.274
	あり	1,338	1,787.2	3,379.0	
訪問入浴介護	なし	8,110	43.4	560.0	0.021
	あり	1,338	18.1	329.9	
訪問看護	なし	8,110	1,055.5	2,257.0	0.244
	あり	1,338	982.0	2,119.1	
訪問リハビリテーション	なし	8,110	78.9	613.5	0.095
	あり	1,338	55.4	451.3	
通所介護	なし	8,110	2,543.2	4,242.3	0.452
	あり	1,338	2,452.7	4,050.0	
通所リハビリテーション	なし	8,110	784.1	2,439.7	0.007
	あり	1,338	611.5	2,138.8	
福祉用具貸与	なし	8,110	793.6	959.8	0.297
	あり	1,338	823.2	981.0	

図表 1-5 は排尿で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護と通所リハビリテーションの提供量が有意に多くなっている。

図表 1-6 排便で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	6,224	1,711.3	3,458.8	0.253
	あり	1,016	1,845.4	3,506.1	
訪問入浴介護	なし	6,224	42.5	549.3	0.404
	あり	1,016	27.6	385.3	
訪問看護	なし	6,224	1,163.9	2,373.4	0.557
	あり	1,016	1,117.0	2,270.7	
訪問リハビリテーション	なし	6,224	77.6	607.2	0.708
	あり	1,016	70.0	532.4	
通所介護	なし	6,224	2,561.4	4,296.6	0.956
	あり	1,016	2,553.4	4,229.1	
通所リハビリテーション	なし	6,224	794.7	2,464.9	0.045
	あり	1,016	640.6	2,231.6	
福祉用具貸与	なし	6,224	840.8	962.8	0.222
	あり	1,016	880.6	969.4	

図表 1-6 は排便で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で通所リハビリテーションの提供量が有意に多く

なっている。

図表 1-7 口腔清潔で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	6,974	1,852.8	3,664.2	0.825
	あり	1,175	1,878.3	3,582.1	
訪問入浴介護	なし	6,974	49.7	578.4	0.018
	あり	1,175	21.6	328.4	
訪問看護	なし	6,974	1,059.8	2,225.1	0.366
	あり	1,175	999.6	2,092.5	
訪問リハビリテーション	なし	6,974	67.1	565.8	0.040
	あり	1,175	40.1	386.9	
通所介護	なし	6,974	2,493.9	4,275.1	0.462
	あり	1,175	2,399.9	4,011.5	
通所リハビリテーション	なし	6,974	627.2	2,153.4	0.173
	あり	1,175	538.4	2,048.9	
福祉用具貸与	なし	6,974	705.2	920.8	0.314
	あり	1,175	734.3	898.7	

図表 1-7 は口腔清潔で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護と訪問リハビリテーションの提供量が有意に多くなっている。

図表 1-8 洗顔で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	6,509	1,942.1	3,657.0	0.991
	あり	1,135	1,940.8	3,624.7	
訪問入浴介護	なし	6,509	56.5	626.4	0.028
	あり	1,135	27.1	368.9	
訪問看護	なし	6,509	1,174.3	2,394.5	0.761
	あり	1,135	1,151.1	2,280.1	
訪問リハビリテーション	なし	6,509	87.4	665.8	0.123
	あり	1,135	60.3	522.9	
通所介護	なし	6,509	2,177.8	4,023.4	0.821
	あり	1,135	2,148.6	3,857.2	
通所リハビリテーション	なし	6,509	630.1	2,179.1	0.134
	あり	1,135	531.6	2,017.1	
福祉用具貸与	なし	6,509	777.3	949.7	0.392
	あり	1,135	803.5	955.1	

図表 1-8 は洗顔で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-9 整髪で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	4,827	2,053.5	3,830.1	0.592
	あり	830	1,976.8	3,686.5	
訪問入浴介護	なし	4,827	59.1	643.7	0.144
	あり	830	33.8	421.4	
訪問看護	なし	4,827	1,106.0	2,318.4	0.758
	あり	830	1,079.3	2,229.5	
訪問リハビリテーション	なし	4,827	75.6	622.2	0.534
	あり	830	61.3	534.6	
通所介護	なし	4,827	2,414.2	4,235.1	0.108
	あり	830	2,176.1	3,883.4	
通所リハビリテーション	なし	4,827	596.9	2,122.2	0.192
	あり	830	496.4	2,035.0	
福祉用具貸与	なし	4,827	729.0	932.5	0.725
	あり	830	741.3	921.4	

図表 1-9 は整髪で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-10 上衣の着脱で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	10,549	1,649.9	3,331.7	0.994
	あり	1,757	1,649.2	3,165.5	
訪問入浴介護	なし	10,549	37.9	513.0	0.109
	あり	1,757	22.2	353.0	
訪問看護	なし	10,549	1,127.9	2,374.7	0.453
	あり	1,757	1,082.4	2,255.4	
訪問リハビリテーション	なし	10,549	91.5	659.3	0.423
	あり	1,757	78.1	581.5	
通所介護	なし	10,549	2,245.7	3,977.9	0.153
	あり	1,757	2,104.7	3,802.4	
通所リハビリテーション	なし	10,549	761.1	2,360.8	0.268
	あり	1,757	695.7	2,276.2	
福祉用具貸与	なし	10,549	803.3	961.1	0.281
	あり	1,757	830.0	966.9	

図表 1-10 は上衣の着脱で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-11 ズボンの着脱で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	11,829	1,689.5	3,310.2	0.803
	あり	1,991	1,709.3	3,225.3	
訪問入浴介護	なし	11,829	40.2	531.2	0.034
	あり	1,991	20.9	342.0	
訪問看護	なし	11,829	1,131.2	2,367.9	0.743
	あり	1,991	1,112.4	2,300.5	
訪問リハビリテーション	なし	11,829	91.2	647.5	0.540
	あり	1,991	81.7	619.5	
通所介護	なし	11,829	2,174.8	3,916.1	0.229
	あり	1,991	2,065.7	3,720.5	
通所リハビリテーション	なし	11,829	737.5	2,322.3	0.539
	あり	1,991	703.0	2,262.7	
福祉用具貸与	なし	11,829	835.8	968.5	0.075
	あり	1,991	877.7	1,003.8	

図表 1-11 はズボンの着脱で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-12 外出頻度で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	7,849	2,027.2	3,666.6	0.181
	あり	1,369	1,894.7	3,332.2	
訪問入浴介護	なし	7,849	64.1	657.6	0.010
	あり	1,369	31.1	383.4	
訪問看護	なし	7,849	1,564.1	2,708.1	0.066
	あり	1,369	1,426.9	2,519.6	
訪問リハビリテーション	なし	7,849	91.9	662.9	0.885
	あり	1,369	89.1	661.3	
通所介護	なし	7,849	900.0	2,613.1	0.153
	あり	1,369	1,011.5	2,672.7	
通所リハビリテーション	なし	7,849	236.8	1,245.7	0.384
	あり	1,369	205.4	1,146.1	
福祉用具貸与	なし	7,849	763.7	922.3	0.426
	あり	1,369	742.2	937.4	

図表 1-12 は外出頻度で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護の提供量が有意に多くなって

いる。

図表 1-13 薬の内服で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	19,700	1,602.1	3,216.0	0.938
	あり	3,407	1,597.5	3,078.9	
訪問入浴介護	なし	19,700	26.1	425.7	0.051
	あり	3,407	14.5	297.9	
訪問看護	なし	19,700	1,046.5	2,226.6	0.231
	あり	3,407	999.0	2,121.2	
訪問リハビリテーション	なし	19,700	67.9	571.0	0.883
	あり	3,407	66.4	546.5	
通所介護	なし	19,700	2,333.6	3,965.4	0.546
	あり	3,407	2,289.3	3,901.1	
通所リハビリテーション	なし	19,700	606.6	2,112.3	0.108
	あり	3,407	547.1	1,974.8	
福祉用具貸与	なし	19,700	607.6	855.1	0.483
	あり	3,407	618.8	868.0	

図表 1-13 は薬の内服で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-14 金銭の管理で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	18,658	1,489.6	3,130.9	0.779
	あり	3,220	1,506.3	3,028.9	
訪問入浴介護	なし	18,658	25.8	427.2	0.035
	あり	3,220	13.7	272.7	
訪問看護	なし	18,658	1,007.9	2,208.2	0.040
	あり	3,220	926.3	2,061.5	
訪問リハビリテーション	なし	18,658	70.5	587.9	0.777
	あり	3,220	67.3	543.1	
通所介護	なし	18,658	2,424.4	4,031.4	0.929
	あり	3,220	2,417.6	3,986.5	
通所リハビリテーション	なし	18,658	654.0	2,193.3	0.288
	あり	3,220	611.4	2,082.8	
福祉用具貸与	なし	18,658	609.2	860.3	0.271
	あり	3,220	627.3	866.0	

図表 1-14 は金銭の管理で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護と訪問看護の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-15 日常の意思決定で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	22,021	1,589.9	3,111.2	0.894
	あり	3,777	1,597.2	3,006.2	
訪問入浴介護	なし	22,021	23.0	397.9	0.150
	あり	3,777	14.9	301.6	
訪問看護	なし	22,021	1,000.1	2,175.4	0.211
	あり	3,777	953.7	2,090.1	
訪問リハビリテーション	なし	22,021	65.7	557.2	0.330
	あり	3,777	56.3	487.3	
通所介護	なし	22,021	2,282.6	3,888.3	0.674
	あり	3,777	2,253.9	3,840.9	
通所リハビリテーション	なし	22,021	609.7	2,108.3	0.183
	あり	3,777	562.5	1,997.2	
福祉用具貸与	なし	22,021	608.4	852.2	0.667
	あり	3,777	614.9	855.7	

図表 1-15 は日常の意思決定で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-16 集団への不適応で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	859	2,417.0	4,003.2	0.279
	あり	131	2,823.2	3,933.3	
訪問入浴介護	なし	859	27.8	483.0	0.510
	あり	131	0.0	0.0	
訪問看護	なし	859	1,019.1	2,188.8	0.639
	あり	131	1,114.5	2,038.1	
訪問リハビリテーション	なし	859	46.5	477.8	0.793
	あり	131	58.0	401.9	
通所介護	なし	859	2,519.8	4,680.8	0.972
	あり	131	2,535.1	4,240.7	
通所リハビリテーション	なし	859	379.1	1,701.2	0.408
	あり	131	513.9	1,943.5	
福祉用具貸与	なし	859	580.3	858.4	0.637
	あり	131	618.5	889.2	

図表 1-16 は集団への不適応で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各

サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-17 買い物で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	22,268	1,590.4	3,132.8	0.683
	あり	3,827	1,612.7	3,039.9	
訪問入浴介護	なし	22,268	27.1	435.4	0.094
	あり	3,827	17.2	321.0	
訪問看護	なし	22,268	1,036.6	2,234.6	0.156
	あり	3,827	983.5	2,123.7	
訪問リハビリテーション	なし	22,268	73.8	595.6	0.411
	あり	3,827	65.4	536.2	
通所介護	なし	22,268	2,217.7	3,854.9	0.697
	あり	3,827	2,191.4	3,818.2	
通所リハビリテーション	なし	22,268	621.3	2,123.1	0.410
	あり	3,827	590.8	2,039.4	
福祉用具貸与	なし	22,268	655.4	887.1	0.270
	あり	3,827	672.6	911.5	

図表 1-17 は買い物で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-18 簡単な調理で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	17,201	1,473.7	3,188.5	0.664
	あり	2,950	1,501.2	3,096.7	
訪問入浴介護	なし	17,201	33.2	482.1	0.016
	あり	2,950	17.3	298.4	
訪問看護	なし	17,201	1,036.6	2,234.9	0.078
	あり	2,950	962.6	2,079.1	
訪問リハビリテーション	なし	17,201	81.3	630.4	0.817
	あり	2,950	78.5	586.3	
通所介護	なし	17,201	2,325.9	3,991.0	0.829
	あり	2,950	2,308.8	3,925.8	
通所リハビリテーション	なし	17,201	666.9	2,212.4	0.430
	あり	2,950	632.3	2,122.0	
福祉用具貸与	なし	17,201	665.2	897.3	0.171
	あり	2,950	689.8	919.1	

図表 1-18 は簡単な調理で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-19 認知症自立度で「自立」以外の判定になった者の悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	20,877	1,636.6	3,151.6	0.762
	あり	3,589	1,619.4	3,017.6	
訪問入浴介護	なし	20,877	21.7	385.6	0.509
	あり	3,589	17.2	324.8	
訪問看護	なし	20,877	968.1	2,135.4	0.313
	あり	3,589	930.4	2,056.5	
訪問リハビリテーション	なし	20,877	60.4	534.3	0.243
	あり	3,589	50.5	458.6	
通所介護	なし	20,877	2,371.3	3,951.1	0.628
	あり	3,589	2,336.8	3,906.7	
通所リハビリテーション	なし	20,877	600.9	2,099.6	0.239
	あり	3,589	558.2	1,996.9	
福祉用具貸与	なし	20,877	580.9	835.2	0.135
	あり	3,589	604.0	861.5	

図表 1-19 は認知症自立度で「自立」以外の判定になった者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-20 心不全の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	7,740	1,522.6	3,091.3	0.487
	あり	1,306	1,459.1	2,815.6	
訪問入浴介護	なし	7,740	37.6	504.1	0.021
	あり	1,306	15.5	279.0	
訪問看護	なし	7,740	1,236.5	2,385.6	0.723
	あり	1,306	1,211.5	2,257.2	
訪問リハビリテーション	なし	7,740	66.5	548.5	0.986
	あり	1,306	66.7	542.0	
通所介護	なし	7,740	2,004.1	3,571.7	0.743
	あり	1,306	1,968.9	3,614.3	
通所リハビリテーション	なし	7,740	575.3	2,010.7	0.619
	あり	1,306	545.5	1,986.5	
福祉用具貸与	なし	7,740	673.6	883.2	0.861
	あり	1,306	678.3	921.3	

図表 1-20 は心不全の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化のなかった者で訪問入浴介護の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-21 悪性腫瘍の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	6,274	1,317.6	2,844.9	0.204
	あり	1,084	1,215.0	2,379.9	
訪問入浴介護	なし	6,274	31.3	446.0	0.715
	あり	1,084	26.0	437.2	
訪問看護	なし	6,274	1,229.0	2,405.3	0.243
	あり	1,084	1,142.9	2,213.4	
訪問リハビリテーション	なし	6,274	59.0	528.5	0.584
	あり	1,084	68.7	570.6	
通所介護	なし	6,274	1,791.8	3,388.0	0.445
	あり	1,084	1,707.1	3,285.1	
通所リハビリテーション	なし	6,274	511.9	1,900.2	0.828
	あり	1,084	498.3	1,858.6	
福祉用具貸与	なし	6,274	644.1	851.1	0.020
	あり	1,084	712.9	906.1	

図表 1-21 は悪性腫瘍の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化した者で福祉用具貸与の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-22 認知症の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	7,155	1,371.8	3,116.7	0.212
	あり	1,163	1,498.1	3,211.5	
訪問入浴介護	なし	7,155	15.8	337.7	0.003
	あり	1,163	2.3	77.6	
訪問看護	なし	7,155	747.9	1,872.2	0.098
	あり	1,163	656.8	1,717.1	
訪問リハビリテーション	なし	7,155	31.8	366.8	0.674
	あり	1,163	26.9	333.7	
通所介護	なし	7,155	3,133.9	4,518.5	0.459
	あり	1,163	3,028.5	4,405.4	
通所リハビリテーション	なし	7,155	455.5	1,872.7	0.161
	あり	1,163	381.3	1,638.9	
福祉用具貸与	なし	7,155	341.8	644.8	0.049
	あり	1,163	386.1	720.9	

図表 1-22 は認知症の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化しなかった者では訪問入浴介護の提供量が有意に多く、悪化した者では福祉用具貸与の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-23 脳血管障害の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	8,053	1,263.1	2,688.4	0.716
	あり	1,363	1,291.7	2,658.8	
訪問入浴介護	なし	8,053	20.5	369.5	<0.001
	あり	1,363	1.9	71.6	
訪問看護	なし	8,053	974.6	2,133.8	0.870
	あり	1,363	964.4	2,116.1	
訪問リハビリテーション	なし	8,053	88.0	660.7	0.977
	あり	1,363	87.4	598.6	
通所介護	なし	8,053	2,310.0	3,831.0	0.574
	あり	1,363	2,373.3	3,916.4	
通所リハビリテーション	なし	8,053	782.9	2,356.6	0.216
	あり	1,363	701.4	2,228.5	
福祉用具貸与	なし	8,053	578.5	835.8	0.022
	あり	1,363	639.5	924.5	

図表 1-23 は脳血管障害の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化しなかった者では訪問入浴介護の提供量が有意に多く、悪化した者では福祉用具貸与の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-24 気分障害の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	2,772	1,494.7	2,793.4	0.595
	あり	467	1,569.5	2,892.4	
訪問入浴介護	なし	2,772	27.5	431.8	0.355
	あり	467	8.7	187.1	
訪問看護	なし	2,772	1,122.0	2,274.0	0.883
	あり	467	1,105.3	2,231.5	
訪問リハビリテーション	なし	2,772	57.7	521.1	0.516
	あり	467	75.0	596.0	
通所介護	なし	2,772	2,045.2	3,706.0	0.737
	あり	467	1,983.3	3,504.4	
通所リハビリテーション	なし	2,772	523.6	1,940.6	0.930
	あり	467	515.1	1,961.1	
福祉用具貸与	なし	2,772	562.8	816.7	0.391
	あり	467	598.2	878.8	

図表 1-24 は気分障害の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-25 他神経系疾患の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	12,567	1,406.9	2,815.0	0.706
	あり	2,089	1,432.0	2,774.1	
訪問入浴介護	なし	12,567	25.4	423.9	0.152
	あり	2,089	14.8	288.0	
訪問看護	なし	12,567	1,043.0	2,265.3	0.643
	あり	2,089	1,018.3	2,176.6	
訪問リハビリテーション	なし	12,567	84.2	630.6	0.937
	あり	2,089	85.4	620.5	
通所介護	なし	12,567	2,003.3	3,636.5	0.693
	あり	2,089	2,037.1	3,582.9	
通所リハビリテーション	なし	12,567	658.7	2,169.7	0.151
	あり	2,089	590.1	1,991.1	
福祉用具貸与	なし	12,567	670.4	880.6	0.513
	あり	2,089	684.1	929.5	

図表 1-25 は気分障害の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-26 眼疾患の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	7,399	1,404.8	2,767.8	0.069
	あり	1,216	1,571.7	2,994.5	
訪問入浴介護	なし	7,399	21.8	368.9	0.163
	あり	1,216	10.1	251.4	
訪問看護	なし	7,399	1,012.9	2,217.5	0.359
	あり	1,216	1,076.0	2,245.0	
訪問リハビリテーション	なし	7,399	72.4	561.1	0.981
	あり	1,216	72.0	535.3	
通所介護	なし	7,399	2,023.7	3,629.8	0.354
	あり	1,216	1,919.8	3,570.4	
通所リハビリテーション	なし	7,399	649.9	2,143.7	0.866
	あり	1,216	638.7	2,080.5	
福祉用具貸与	なし	7,399	648.2	869.4	0.084
	あり	1,216	698.3	946.8	

図表 1-26 は眼疾患の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-27 下肢関節障害の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	5,139	1,363.2	2,578.4	0.123
	あり	871	1,235.5	2,200.7	
訪問入浴介護	なし	5,139	21.7	413.1	0.011
	あり	871	4.6	102.1	
訪問看護	なし	5,139	966.1	2,170.0	0.519
	あり	871	915.1	2,095.7	
訪問リハビリテーション	なし	5,139	94.7	632.4	0.236
	あり	871	69.4	575.0	
通所介護	なし	5,139	2,002.0	3,533.6	0.939
	あり	871	1,992.1	3,538.2	
通所リハビリテーション	なし	5,139	669.4	2,144.2	0.148
	あり	871	567.3	1,885.7	
福祉用具貸与	なし	5,139	714.4	895.5	0.456
	あり	871	739.1	959.9	

図表 1-27 は下肢関節障害の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。悪化しなかった者では訪問入浴介護の提供量が有意に多くなっている。

図表 1-28 骨折の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	4,313	1,503.1	2,920.3	0.470
	あり	725	1,588.6	3,096.4	
訪問入浴介護	なし	4,313	34.6	533.9	0.428
	あり	725	52.0	619.6	
訪問看護	なし	4,313	1,010.0	2,246.9	0.789
	あり	725	986.0	2,137.1	
訪問リハビリテーション	なし	4,313	125.2	737.4	0.436
	あり	725	102.4	672.9	
通所介護	なし	4,313	1,906.9	3,483.1	0.974
	あり	725	1,902.4	3,584.8	
通所リハビリテーション	なし	4,313	721.3	2,206.1	0.632
	あり	725	679.2	2,095.7	
福祉用具貸与	なし	4,313	840.3	925.7	0.792
	あり	725	850.1	911.8	

図表 1-28 は骨折の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-29 脊椎障害の診断がある者における悪化の有無別各サービスの平均単位数

介護サービス	悪化	度数	平均値	標準偏差	p値
訪問介護	なし	7,229	1,325.5	2,511.7	0.589
	あり	1,215	1,367.5	2,500.3	
訪問入浴介護	なし	7,229	25.5	435.0	0.809
	あり	1,215	22.3	414.7	
訪問看護	なし	7,229	998.5	2,212.2	0.385
	あり	1,215	1,058.3	2,243.5	
訪問リハビリテーション	なし	7,229	99.5	640.4	0.696
	あり	1,215	91.7	659.2	
通所介護	なし	7,229	1,960.7	3,529.7	0.184
	あり	1,215	1,825.9	3,223.4	
通所リハビリテーション	なし	7,229	656.3	2,124.6	0.540
	あり	1,215	616.2	2,000.7	
福祉用具貸与	なし	7,229	709.9	894.5	0.168
	あり	1,215	748.3	922.5	

図表 1-29 は脊椎障害の診断がある者について要介護度悪化の有無別に各サービスの平均単位数をみたものである。有意な差が検出されたサービスはない。

図表 1-30 認定調査票の項目間の関連に関する主成分分析の結果

	成分			
	ADL	IADL/認知機能	嚥下	問題行動
洗身	0.673	0.243	-0.116	0.030
移乗	0.808	0.106	0.177	-0.088
移動	0.823	0.141	0.064	-0.117
えん下	0.185	0.051	0.754	-0.187
食事摂取	0.500	0.110	0.571	0.135
排尿	0.776	0.235	0.128	0.109
排便	0.795	0.210	0.128	0.113
口腔清潔	0.723	0.250	0.160	0.322
洗顔	0.768	0.216	0.110	0.292
整髪	0.705	0.178	0.145	0.313
上衣の着脱	0.756	0.271	0.145	0.016
ズボン等の着脱	0.799	0.265	0.086	-0.023
外出頻度	0.488	0.198	-0.464	-0.180
薬の内服	0.477	0.466	0.179	0.244
金銭の管理	0.219	0.735	0.198	0.212
日常の意思決定	0.218	0.387	0.391	0.506
集団への不適応	0.027	-0.031	-0.121	0.716
買い物	0.218	0.822	-0.022	-0.090
簡単な調理	0.277	0.778	-0.094	-0.026

因子抽出法：主成分分析

図表 1-30 は認定調査票の項目間の関連に関する主成分分析の結果を示したものである。4つの因子が抽出され、それぞれ ADL、IADL/認知機能、嚙下、問題行動とラベリングした。

図表 1-31 主成分分析で抽出された各要因のスコアと主な居宅サービス提供単位数との相関

		訪問介護	訪問入浴 介護	訪問看護	訪問リハ ビリテー ション	通所介護	通所リハ ビリテー ション	福祉用具 貸与
ADL	R	0.205	0.036	0.110	0.022	-0.164	-0.014	0.195
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.016	<0.001	0.130	<0.001
IADL/認知機能	R	-0.212	0.018	-0.004	0.025	0.090	0.066	0.036
	p	<0.001	0.055	0.671	0.007	<0.001	<0.001	<0.001
嚙下	R	-0.105	-0.039	-0.115	-0.018	0.132	0.040	-0.151
	p	<0.001	<0.001	<0.001	0.051	<0.001	<0.001	<0.001
問題行動	R	0.036	-0.038	-0.061	-0.058	0.106	-0.055	-0.255
	p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

図表 1-31 は主成分分析で抽出された各要因のスコアと主な居宅サービス提供単位数との相関を分析した結果を示したものである。件数が多いのでほとんどの項目間で統計学的な有意差が観察されるため、相関係数が絶対値で 0.1 以上のもののみ記述することとする。ADL は訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与と正の相関、IADL/認知機能は訪問介護と負の相関、嚙下は訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与と負の相関、問題行動は通所介護と正の相関、福祉用具貸与と負の相関を示した。

D. 考察

本研究の目的は自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことであった。本分析の結果を見る限りにおいて、要介護度の悪化防止を目的とした時、それに効果的な介護サービスはほとんど検出されなかった。図表 1-31 は東日本の一自治体において認定調査票と医科レセプト、介護レセプトを個人単位で連結して、要介護度の悪化に関連する要因について分析した結果を示したものである（ここでは要介護 1 のみ）。要介護度の悪化に最も大きな影響を及ぼしている要因は年齢であった。65-74 歳を対照とすると 85 歳以上は 76.5 倍要介護度が悪化することが示された。

図表 1-31 要介護度悪化に関連する要因のパネルデータ分析の結果
(東日本の一自治体要介護 1 : 8,564 名)

説明変数	オッズ比 (OR)	OR の 95%信頼区間		p値
		下限	上限	
年齢階級 75-84 歳(対照:65-74 歳)	7.94	5.48	11.51	<0.001
年齢階級 85 歳以上(対照:65-74 歳)	76.50	50.61	115.63	<0.001
糖尿病	0.90	0.83	0.97	0.008
高血圧	0.84	0.76	0.91	<0.001
気分障害	1.02	0.89	1.17	0.767
皮膚疾患	1.29	1.20	1.38	<0.001
関節障害	0.81	0.73	0.89	<0.001
骨折	1.77	1.61	1.94	<0.001
腎不全	1.45	1.26	1.67	<0.001
心不全	1.24	1.13	1.35	<0.001
肺炎	1.50	1.35	1.67	<0.001
悪性腫瘍	0.97	0.89	1.06	0.489
認知症	1.82	1.65	2.00	<0.001
脳血管障害	1.04	0.95	1.14	0.407
尿路感染症	1.21	1.07	1.36	0.002
貧血	1.36	1.24	1.49	<0.001
一般病院入院	2.72	2.48	2.99	<0.001
外来受診	0.81	0.74	0.90	<0.001

この結果は、要介護度の悪化には加齢の影響がもっとも強く関連していることを示している。したがって、要介護度の悪化防止を目的とするケアマネジメントには限界があると考えることが妥当だろう。ただし、図表 1-31 が示しているように、入院が必要な急性期イベント（肺炎、心不全増悪、尿路感染症、骨折、脳血管障害など）は要介護度を悪化させる。したがって、こうした急性期イベントの発生を予防するようなケアマネジメントを介護現場で強化していく必要がある。例えば、嚥下

障害があるとアセスメントされた高齢者に対して、嚥下訓練や口腔ケアの実施、とろみ食の提供を行うことなどがケアマネジメントにおいて重要となる。令和6年度の介護報酬改定においては、栄養、口腔、リハビリテーションが重視されており、介護現場においてはこれに応える対応の充実が必要である。

本分析の結果で注目されたのは、提供されている対象者は少ないが、訪問入浴介護サービスを提供されている者で、要介護度の悪化が予防されていることである。入浴が個人の尊厳を維持する上で重要であることについては、先進的なケアを行っている組織で確認されている。例えば、倉敷市にある医療法人和香会倉敷スイートホスピタル¹⁾と宇部市にある博愛会・宇部記念病院²⁾では「日本人にとって入浴は特別な生活行為である」という認識のもと、ユニットバスや機械浴ではなく、檜風呂と石風呂での個浴を実施している。訪問入浴介護サービスの効果については、まだ十分な研究が行われていないが、仮に入浴に自立支援や要介護度悪化に関する十分なエビデンスが確認されるのであれば、対象者の尊厳を保持したうえで入浴介助が行いやすい入浴方法及び機材の開発が必要であると考えられる。

ただし、要介護度の悪化が多くの高齢者にとって死に至る過程の一部であることを考えると、身体的な機能低下の予防ではなく、人生の最終段階における療養生活の質を維持、向上させるケアマネジメントがより重要であると考えられる。その鍵となるのは今年度、事例研究として行った函館市医療・介護連携支援センター、中でもその中核として機能している高橋病院におけるICFに着目した継続的なケアマネジメントであると考えられる³⁾。これについては3節で説明する。

引用文献

- 1) 松田晋哉： 地域医療構想と病院（4） 医療法人和香会倉敷スイートホスピタル - ホスピタリティ経営の実践 - 病院 75(5)： 368-373, 2016.
- 2) 松田晋哉： 地域医療構想と病院（31） 博愛会・宇部記念病院—地域包括ケアシステム構築のための介護医療院への転換事例—、 病院 78（10）： 762-768, 2019.
- 3) 松田晋哉： 地域医療構想と病院（51） 医療介護情報共有の先進事例—道南 MedIka プロジェクト（北海道函館市）、病院 82（2）、170-177, 2023.

2. 介助介護が必要な高齢者における介護サービス利用の有無別にみた医療費及び介護給付費の状況の検討

A. 目的

本研究の目的は、ADL/IADL の状況をパターン化し、各パターンに区分される高齢者の自立支援に資する介護サービスの在り方を検討することである。今年度の分析では、認定調査票と介護レセプト、医科レセプトを用いて、自立支援に資する介護サービスのパターンを明らかにすることを試みた。しかし、ADL/IADL の状況及び主な傷病の有病状況から、要介護度の悪化予防に関連する明確な知見は得られなかった。わずかに、訪問入浴介助の提供量が全般的に要介護度の非悪化群で有意に多かったという知見が得られたのみであった。

また、自立支援にあたっては、認定調査票や医科および介護レセプトでは把握できない生活状況を考慮することが必要となる。具体的には、住居の状況、世帯の状況（独居、高齢夫婦世帯、同居）、経済状況などがある。これらの生活状況を把握する手段としては、各自治体が行っている日常生活圏域調査を用いる方法がある。この調査においては、運動、口腔機能、栄養、認知、抑うつ、閉じこもり、友人との面会頻度などの社会参加の状況などの情報が幅広く収集されている。また、介護サービスの利用については、「介助・介護が必要だが使っていない」高齢者と「介助・介護が必要だが使っている」高齢者を把握することができる。そこで本分析では日常生活圏域ニーズ調査において「介助介護が必要」と回答した高齢者について、介護サービスの利用の有無別にどのような特性の違いがあるかを検討し、生活状況が医療・介護サービスの利用状況に及ぼす影響について検討した。

B. 資料及び方法

分析に用いたのは東日本の一自治体における 2016 年度の日常生活圏域ニーズ調査である。この調査においてデータ提出のあった 140,099 名のうち、て「介助介護が必要」と回答した高齢者 1,188 名について分析対象者に紐づけされた 2016 年度、2017 年度、2018 年度、2019 年度、2020 年度医科レセプト及び介護レセプトを用いて一人当たり医療費及び介護給費を求め、介護サービス利用の有無別にこれらの値を比較した。また、2016 年度の一人当たり診療費及び介護給付費を基準として、その伸び率の比較を各年度で行った。

さらに分析の過程で対象者の地域への信頼度のレベルと介護サービスの利用に関係があることが示唆されたため、この関係性について詳細な分析を行った。

統計学的検定は IBM Statistics バージョン: 28.0.1.0 (IBM, Tokyo) を用いて行った。

なお、本研究の実施に当たっては産業医科大学倫理委員会の承認を受けた。

C. 結果

図表 2-1 は 2016 年の調査時に「介助・介護の必要がある」と回答した \$ \$ 名について、介護サービス利用有無別に各年度の一人当たり平均医療費及び介護給付費、そして 2016 年度の値に対する各年度のそれぞれの費用額の伸び率を見たものである。各年度とも一人当たり介護給付費は 2016 年度に介護サービスの利用があった者で有意に高くなっている。医療費は 2017 年度と 2018 年度で利用有者で有意に高くなっているが、その他の年度は差がない。また、介護給費に比較すると利用の有無による費用額の差が小さい。伸び率に着目すると、医療費の伸び率は 2016 年調査時の介護サービス利用の有無別に大きな差はないが、介護給付費の伸びはサービス利用のなかった者で大きくなっている。

図表 2-1 2016 年の介護サービス利用の有無別にみた各年度の一人当たり医療費・介護給付費の状況

2016年調査時の介護サービス	2016年度年間一人当たり平均費用		伸び (対2016年)	
	医療費 (点数)	介護給付費 (単位数)	医療費	介護給付費
利用無	76,941	4,518		
利用有	87,262	23,308		
p値	0.243	<0.001		
2016年調査時の介護サービス	2017年度年間一人当たり平均費用		伸び (対2016年)	
	医療費 (点数)	介護給付費 (単位数)	医療費	介護給付費
利用無	75,823	16,125	0.99	3.57
利用有	101,631	38,649	1.16	1.66
p値	0.007	<0.001		
2016年調査時の介護サービス	2018年度年間一人当たり平均費用		伸び (対2016年)	
	医療費 (点数)	介護給付費 (単位数)	医療費	介護給付費
利用無	74,132	28,615	0.96	6.33
利用有	93,421	53,102	1.07	2.28
p値	0.045	<0.001		
2016年調査時の介護サービス	2019年度年間一人当たり平均費用		伸び (対2016年)	
	医療費 (点数)	介護給付費 (単位数)	医療費	介護給付費
利用無	80,277	38,788	1.04	8.59
利用有	93,680	66,321	1.07	2.85
p値	0.207	<0.001		
2016年調査時の介護サービス	2020年度年間一人当たり平均費用		伸び (対2016年)	
	医療費 (点数)	介護給付費 (単位数)	医療費	介護給付費
利用無	63,435	42,519	0.82	9.41
利用有	73,347	70,553	0.84	3.03
p値	0.286	<0.001		

図表 2-2 は地域への信頼の有無（有= 1、無= 0； カテゴリーの割付は・・・）に介護サービス利用の有無が関連しているか否かを単変量ロジスティック回帰モデルで分析した結果を示したものである。サービス利用のある群で有意に地域への信頼があるオッズ比が高くなっている（OR=1.422, p=0.007）

図表 2-2 地域への信頼の有無に対する介護サービス利用の影響に関する
単変量ロジスティック回帰モデル分析の結果

説明変数	OR	ORの95%信頼区間		有意確率
		下限	上限	
介護サービス利用有(無=0, 有=1)	1.422	1.101	1.836	0.007
定数	1.126			0.085

図表 2-3 地域への信頼の有無に対する介護サービス利用の影響に関する
多変量ロジスティック回帰モデル分析の結果

説明変数	OR	ORの95%信頼区間		有意確率
		下限	上限	
介護サービス利用有(無=0, 有=1)	1.460	1.104	1.931	0.008
女性(男性を対照)	1.006	0.772	1.310	0.967
75_84歳(65-74歳を対照)	1.292	0.946	1.765	0.107
85歳以上(65-74歳を対照)	1.758	1.212	2.551	0.003
住宅1(住宅7を対照)	1.919	1.139	3.233	0.014
住宅2(住宅7を対照)	1.542	0.866	2.744	0.141
住宅3(住宅7を対照)	1.188	0.632	2.233	0.594
住宅4(住宅7を対照)	2.231	0.721	6.909	0.164
住宅5(住宅7を対照)	1.221	0.625	2.386	0.558
住宅6(住宅7を対照)	0.820	0.333	2.019	0.665
資産2(資産1を対照)	1.228	0.640	2.359	0.537
資産3(資産1を対照)	1.289	0.844	1.969	0.240
資産4(資産1を対照)	1.439	0.919	2.251	0.111
資産5(資産1を対照)	1.475	1.052	2.068	0.024
資産6(資産1を対照)	1.403	0.913	2.155	0.122
運動判定(リスク無=0, 有=1)	0.909	0.703	1.174	0.465
栄養判定(リスク無=0, 有=1)	1.206	0.714	2.038	0.483
口腔判定(リスク無=0, 有=1)	0.794	0.610	1.032	0.084
うつ判定(リスク無=0, 有=1)	0.651	0.501	0.847	0.001
認知判定(リスク無=0, 有=1)	0.769	0.597	0.992	0.043
閉じこもり判定(リスク無=0, 有=1)	0.773	0.443	1.350	0.366
友人面会カテゴリ(月に1回未満=0, 月に1回以上=1)	1.910	1.481	2.464	<0.001
独居(同居世帯を参照)	0.778	0.561	1.079	0.132
夫婦世帯(同居世帯を参照)	0.905	0.669	1.224	0.517
主観的健康観判定(あまりよくない・よくない=0, まあよい・とてもよい=1)	1.004	0.766	1.316	0.976
定数	0.573			0.102
R ² =0.126				
住宅1. 持家(一戸建て) 住宅2. 持家(集合住宅) 住宅3. 旧公団(UR)分譲住宅				
住宅4. 旧公団(UR)賃貸住宅 住宅5. 公営賃貸住宅 住宅6. 民間賃貸住宅(一戸建て)				
住宅7. 民間賃貸住宅(集合住宅)				
* 資産				
資産1. 50万円未満				
資産2. 50~100万円未満				
資産3. 100~500万円未満				
資産4. 500~1,000万円未満				
資産5. 1,000~5,000万円未満				
資産6. 5,000万円以上				

図表 2-3 は地域への信頼に関係していることが予想される他の変数（性別、年齢階級、住居の状況、資産の状況、基本チェックリストの得点、社会参加の代替変数としての友人との面会頻度、世帯の状況）を加えて多変量ロジスティックモデルで分析した結果を示したものである。これらの変数を加えてもサービス利用のある群で有意に地域への信頼があるオッズ比が高く、またその値もほぼ同じとなっている（OR=1.460, p=0.008）。他の要因では85歳以上（OR=1.758；対照は65-74歳）、持ち家（一戸建て）（OR=1.919；対照は民間賃貸住宅（集合住宅））、資産1,000~5,000万円未満（OR=1.475；対照は50万円未満）、友人との面会が月に1回以上（OR=1.910）で地域への信頼度が有意に高く、逆に基本チェックリストで口腔機能（OR=0.794）、うつ（OR=0.651）、認知（OR=0.769）で「リスク有」と判定されたものでオッズ比が有意に1より小さくなっている。

D. 考察

この分析では、「介助・介護が必要である」高齢者について、介護サービス利用の有無別に、医療費

及び介護給付費の状況を比較検討した。その結果、介護サービス利用の有無別で医療費には大きな差はないが、2016年の調査時にサービス利用のない者で有意に介護給付費は低い、その後の伸び率は大きいことが明らかとなった。介護サービス利用有の者で2017年と2019年の医療費が高くなっている理由としては、入院の影響が考えられる。

2016年調査時点で介護サービスの利用のない者は、その後も介護給付費の額は低い。この点を確認するために、介護サービス利用の有無別に基本チェックリストの平均得点を比較してみた（図表2-4）。

	介護サービス利用	度数	平均値	標準偏差	p値
基本CL基本得点	なし	772	1.99	1.54	<0.001
	あり	320	2.53	1.72	
基本CL運動得点	なし	780	2.69	0.99	0.577
	あり	326	2.73	1.06	
基本CL栄養得点	なし	754	0.39	0.58	0.008
	あり	312	0.51	0.67	
基本CL口腔得点	なし	799	1.24	1.05	0.070
	あり	329	1.37	1.07	
基本CL閉じこもり得点	なし	821	0.58	0.54	0.001
	あり	336	0.70	0.60	
基本CL認知得点	なし	800	0.84	0.89	0.741
	あり	332	0.82	0.94	
基本CLうつ得点	なし	727	2.28	1.74	0.538
	あり	297	2.36	1.82	

介護サービスを利用している群としていない群で運動機能、認知機能、うつの平均得点には有意な差はない。他方で、IADLに相当する基本得点（バスや電車を使っての外出、日用品の買い物、食事の準備、預貯金の出し入れ、友人の家の訪問、友人や家族の相談にのる）、栄養、口腔、閉じこもりで、介護サービスを利用していない者は有意に平均得点が低くなっている。

医療費の状況及び2016年の基本チェックリストの各項目の点数を比較する限りにおいて、このような大きな差をもたらすほどのADL自立度の差があるとは考えにくい。また、医療費の状況もよく似ている。したがって、2016年の調査時点で介護サービスを利用していない者は、その後もその利用を継続的に抑制している可能性がある。そして、この利用抑制群で介護給付費の伸び率が高くなっていることは、その抑制に限界が来ていることを示唆している。地域への信頼度が介護サービス利用有群で有意に高いという結果は、逆にみると介護医サービスを利用できない高齢者で地域への信頼度が低くなっているという因果関係の可能性を示唆している。

また、社会経済状況について分析すると、介護サービスを利用していない者は資産の少ない者が多いが、世帯の状況、住居の種類などとは有意な関係を示さなかった。

IADLの低さ、口腔機能や栄養の平均スコアの低さを考えると、介助・介護が必要だが介護サービスを利用していない高齢者は生活機能が低下しており、それに経済的状況が関係している可能性が考えられる。そして、こうした状況のために介護サービスが使えず、地域に対する信頼が低下している可能性がある。この結果を演繹すると、経済状態によらず、ニーズに応じて介護サービスが使

えることは、住民の地域に対する信頼を維持・向上させる機能があると推察される。

高齢社会において介護保険が、ニーズのある高齢者の生活を支える基本的なインフラになっていることを考慮すると、ニーズのある高齢者が、適切に介護サービスを使うことが可能となる体制、具体的には地域の関係者のネットワークの中で高齢者を支えていく仕組みづくりが、障害の有無にかかわらず地域の高齢者の自立を促進する地域包括ケアシステムの基本になると考えられる。

3. 要介護高齢者の医療介護ニーズに適切に対応するための地域ネットワークの先進事例の検討

— 函館市におけるはこだて医療介護連携サマリーを活用した連携事例の分析—

A. 目的

人生の最終段階における高齢者の自立支援の方法論を確立することが、本研究の目的である。しかし、これまでの研究結果を見る限りにおいて、高齢者をそのニーズに応じてパターン化し、それに対応する介護サービスの組み合わせを確立することは困難であると、我々は考えている。80年以上の人生を生きてきた高齢者にとって、人生の最終段階において大切にしたいものは、その人生経験と現在の心身の状況や物理的環境（住居など）、社会的環境（経済状況や家族など）によって、多様であると考えるのが自然である。このように考えると、人生の最終段階における高齢者の自立支援の方法論を検討するためには、ICF的なアプローチが適切であることが理解できる。例えば、ACPも、人生の最終段階において繰り返されるプロセスであり、揺れ動く高齢者のその時々気持ちをその都度都度で理解し、ケアプロセスにつながる者でなければならない。

このような問題意識で高齢者へのサービスを包括的に行っているのが、函館市である。函館市では函館市医療・介護連携支援センターが中心となって、函館市医師会、函館市歯科医師会、函館市薬剤師会、看護協会、介護関連団体などが相互に協力して、連携のための仕組みを構築し、そして実際に稼働させている。その中心となるツールが「はこだて医療介護連携サマリー」である。函館市においては、この標準的な情報共有ツールを、ICT上で運用し、効率的に関係者が連携を行える仕組みを長年にわたって運用している。本研究の目的との関連では、函館市における医療介護連携の中核組織である高橋病院が、ICF的な視点から対象となる高齢者の生活課題と生活目標を共有し（ICFシート）、包括的なサービスを提供する体制を作っている。そこで、今年度の研究では、高橋病院における「ICFシート」を用いた継続的なケアマネジメントの事例について調査を行った。

B. 資料及び分析方法

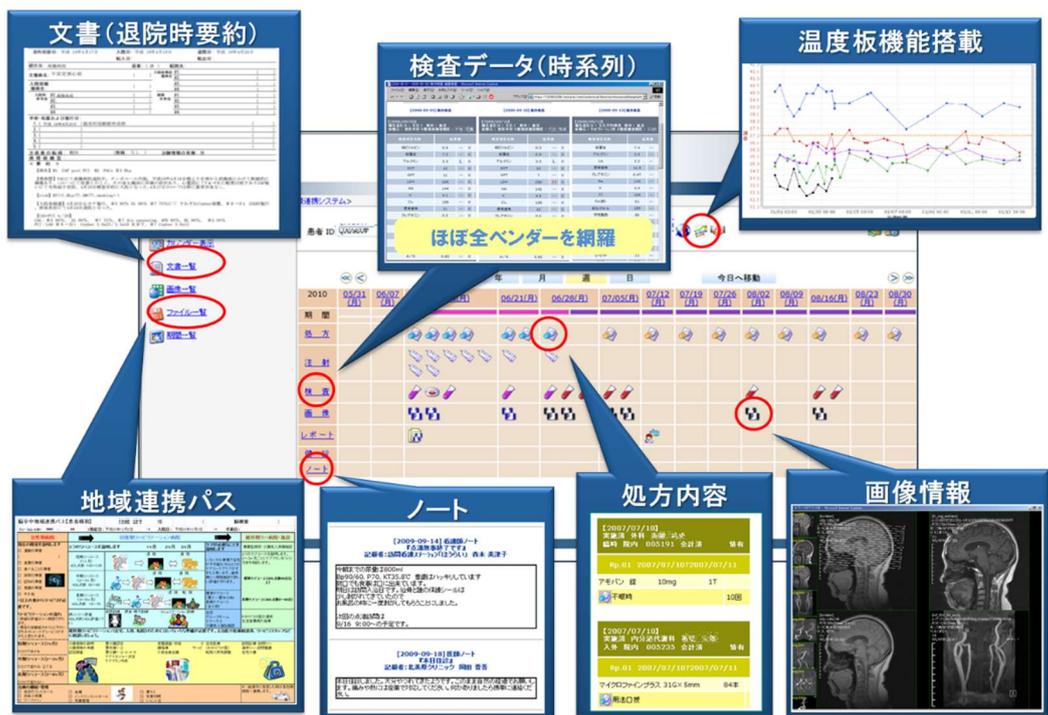
1. 高橋病院の概要

高橋病院は明治27（1894）年に函館市に開院した高橋米治医院をその祖とする。時代のニーズに対応してその機能の拡大を行い、現在は地域包括ケア病棟39床、回復期リハビリテーション病棟2棟（80床）、介護医療院60床、合計179床のケアミックス病院となっている。また、関連施設として介護老人保健施設、訪問看護ステーション、訪問リハビリステーション、訪問介護ステーション、グループホーム、認知症対応型デイサービス、居宅介護支援事業所、小規模多機能施設、認知症対応型デイサービスセンター、ケアハウスなども併設しており、函館市の医療介護福祉を総合的に支える複合体となっている。

現在我が国で医療機関間の情報共有の仕組みとして広く使われているものにSEC社が開発したID-Linkがある。高橋病院は2007（平成19）年3月、全国に先駆けてID-Linkの試験稼働を行い、市立函館病院など複数の病院及び診療所と患者情報を共有する体制整備を行っている。このシステム運用を行っている協議会は道南MedIka（メディカ）という名称で、国内で広く知られる存在となり、長崎のあじさいネットと並んで地域共通電子カルテの先進事例となっている。このシステムは、インターネット

VPNを利用して患者の診療情報の保管先のアドレス情報を共有することで、異なる電子カルテであっても双方向で臨床情報を閲覧できる画期的なシステムである。図表 3-0 にその画面を示した。医療機関ごとにアイコンが色分けされ、連携医療機関における処方・注射内容、採血検査データ、MRI・CT・エコー・内視鏡などの各種画像情報、退院時要約・看護要約や読影レポートなどの文書類が共有されている。高橋病院のシステムでは、電子カルテを持たない診療所や在宅介護サービス事業所も i-Pad などをを用いて、閲覧を行えるようになっている。このような構成にすることで、その活用領域が在宅や介護領域にも広がり、訪問診療所と訪問看護ステーション、及び介護施設との情報共有が進んでいる。

図表 3-0 ID-Link の概要

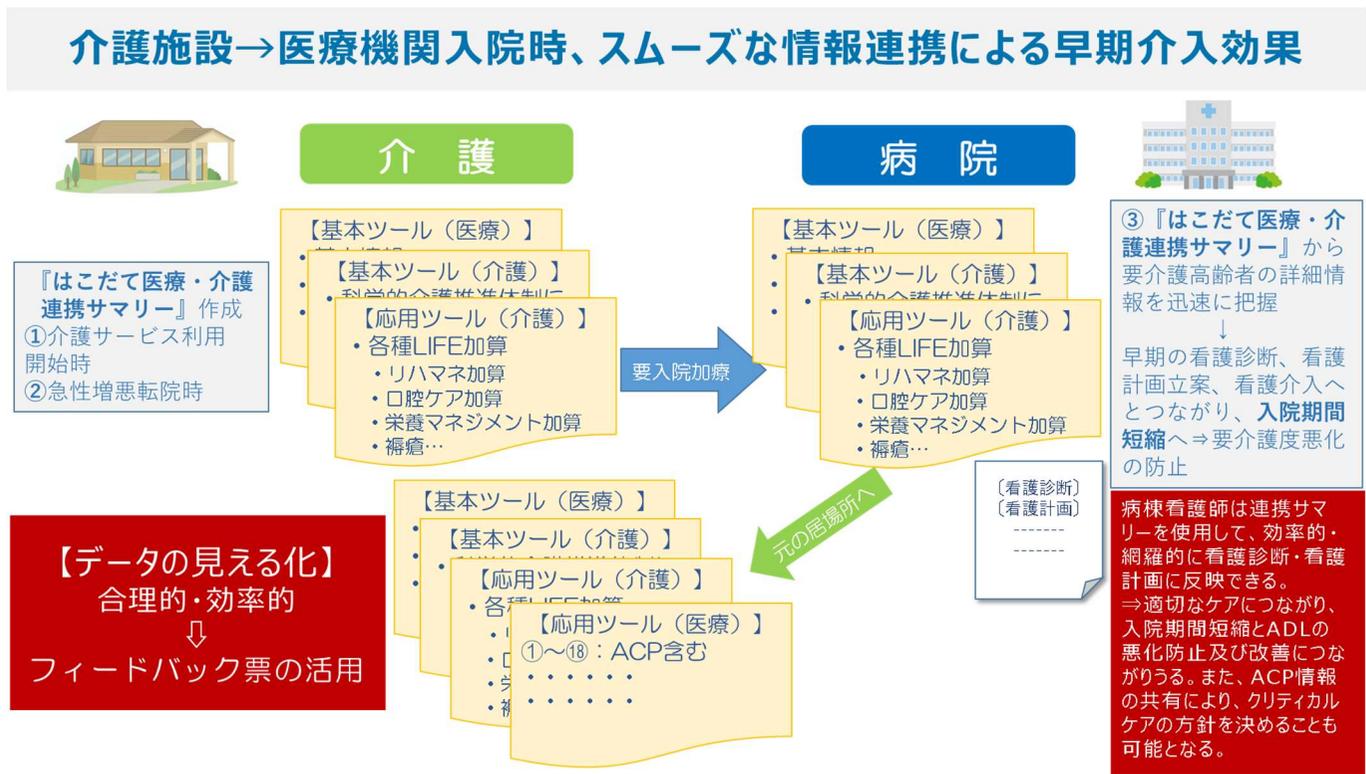


2. 分析方法

本研究では、高橋病院において実践している ICF の観点から継続的なケアマネジメントを行っている事例を抽出してもらい、その概要をナラティブに記述する手法を採用した。

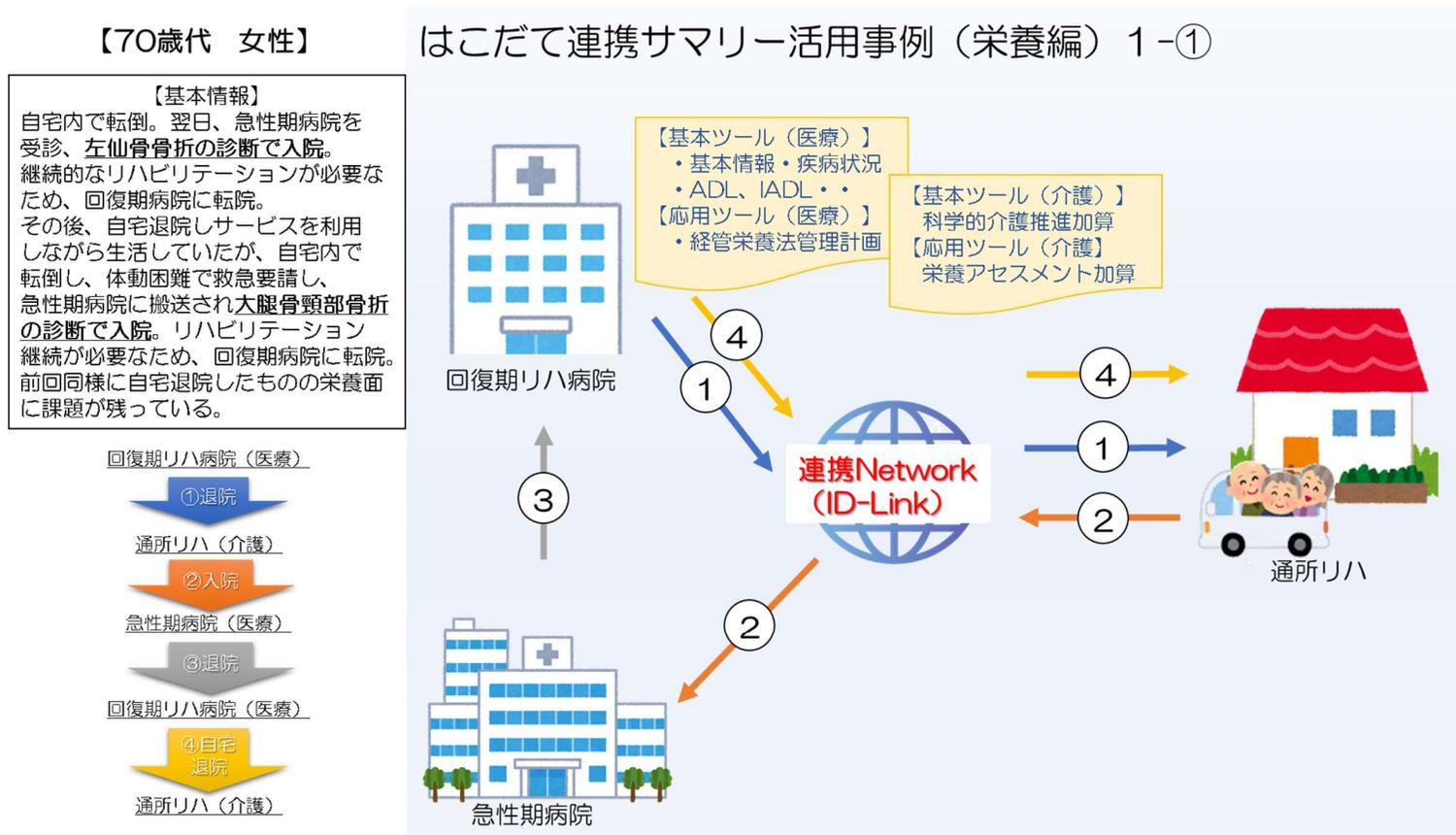
C. 結果

図表 3-1 函館市における医療介護連携の概要



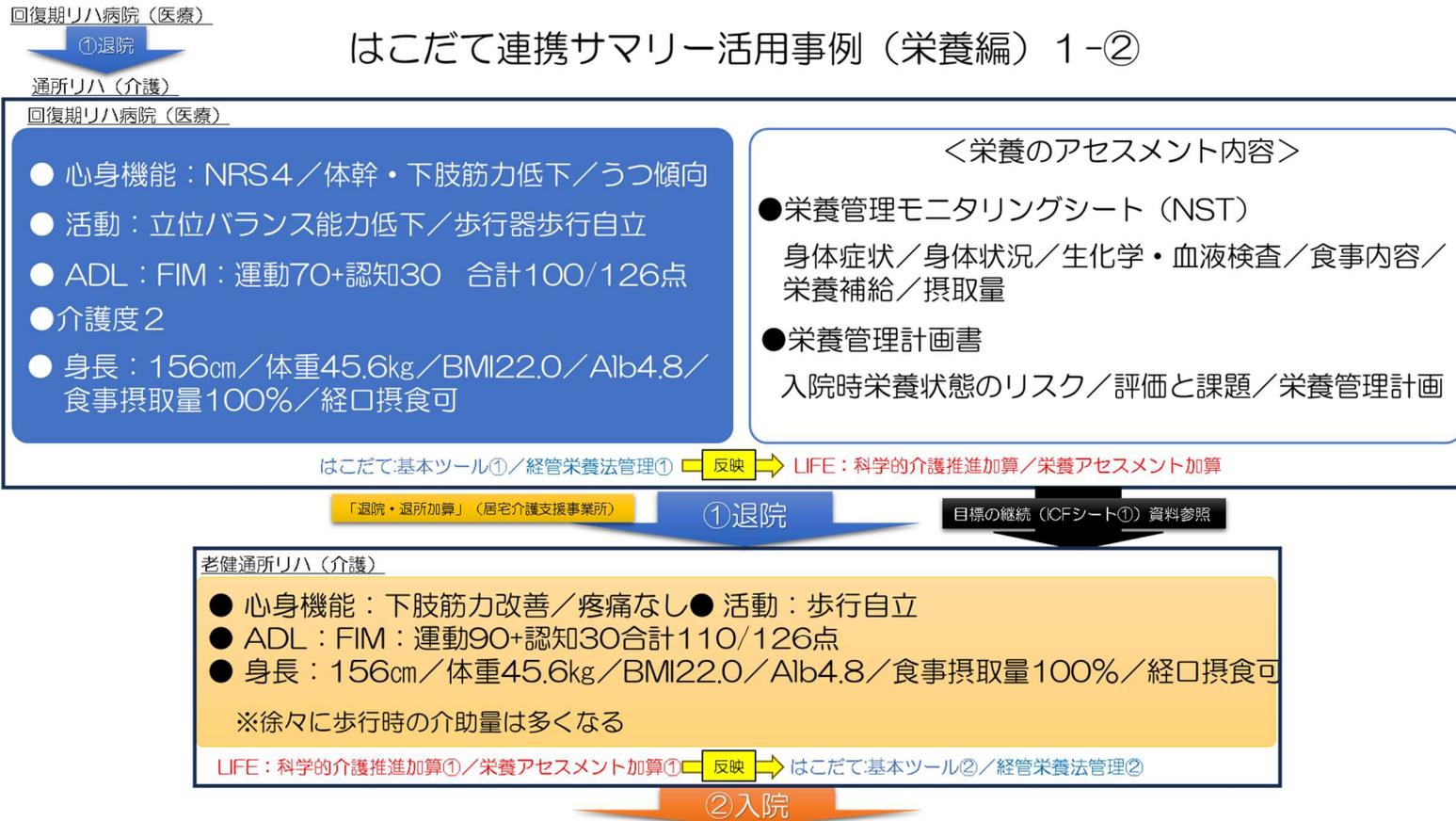
図表 3-1 は函館市における医療介護連携の概要を示したものである。函館市においては、各段階のサービス提供時に参考資料に示した「はこだて医療介護連携サマリー」の記載が求められる。まず、基本ツール（医療版・介護版）で対象者の全体的なアセスメントが行われ、例えば食事摂取に課題があれば応用ツールの「食事摂取困難管理」の記載を行う。そして、これらのシートは当該サービスから次のサービスに移った後、ICT上で次のサービス担当者によって閲覧され、当該サービスのケアマネジメントに反映される仕組みとなっている。

図表 3-2-1 はこだて医療介護連携サマリー活用事例（栄養）



図表 3-2-1 は「はこだて医療介護連携サマリー活用事例（栄養）」の対象となった 70 歳代女性の事例を記述したものである。この女性は左選考骨折の治療後回復期病院に転院してリハビリテーションを受け、自宅に退院し通所リハビリテーションを利用しながら生活していた。しかし、自宅での転倒により大腿骨頸部骨折となり、急性期病院での加療、回復期病院でのリハビリテーションの後、自宅に戻ったが連携ツールで栄養面に課題があることが記載された。

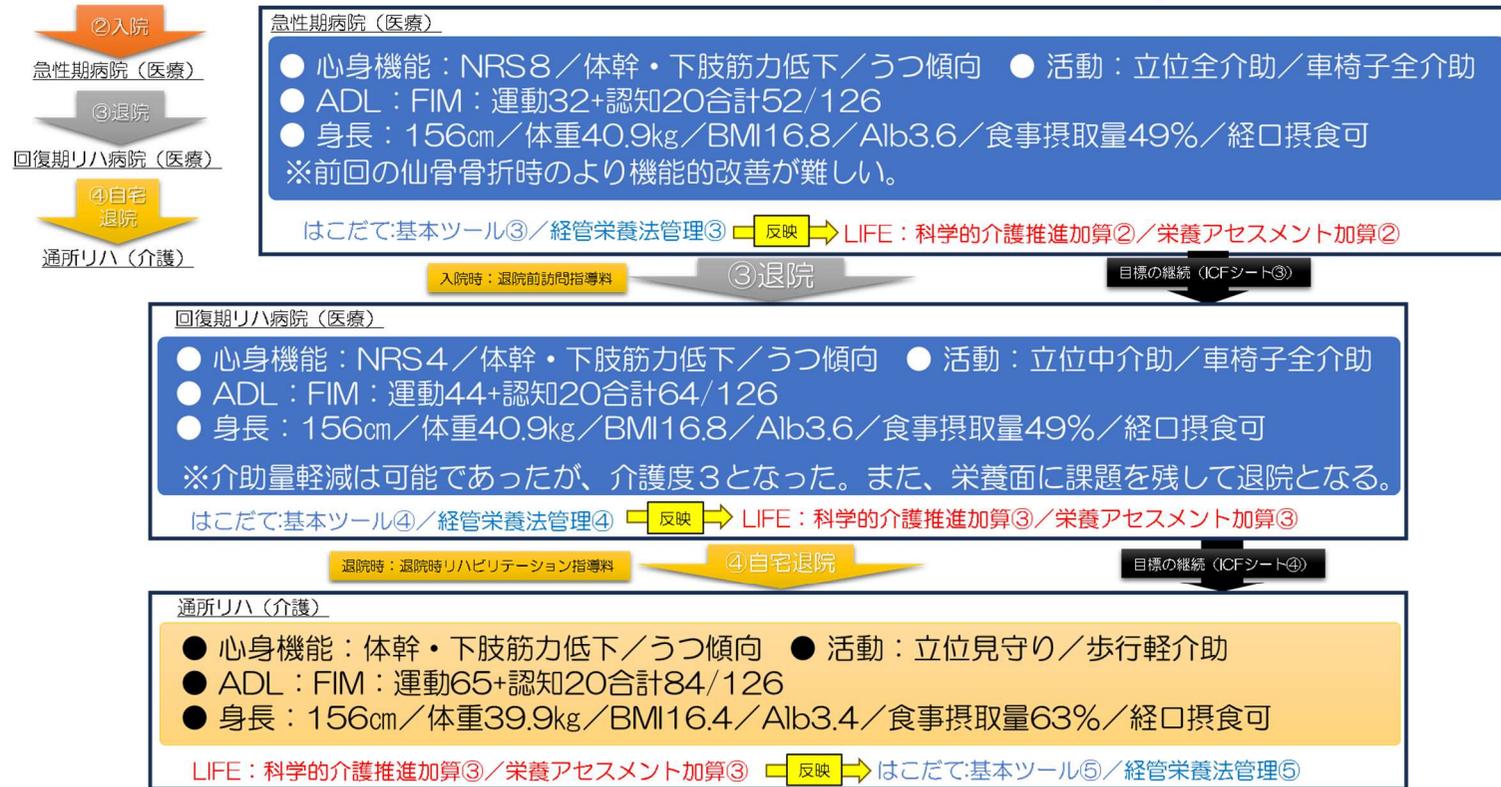
図表 3-2-2 はこだて医療介護連携サマリー活用事例（栄養）



図表 3-2-2 は 1 回目の骨折における記載内容の概要を示したものである。心身機能、活動、ADL、栄養の状況が記載され、栄養管理モニタリングシートを栄養管理計画書も共有されている。通所リハビリテーション事業所側でもこれらの記載を参考に、栄養評価が行われ、栄養管理の計画が作成される。

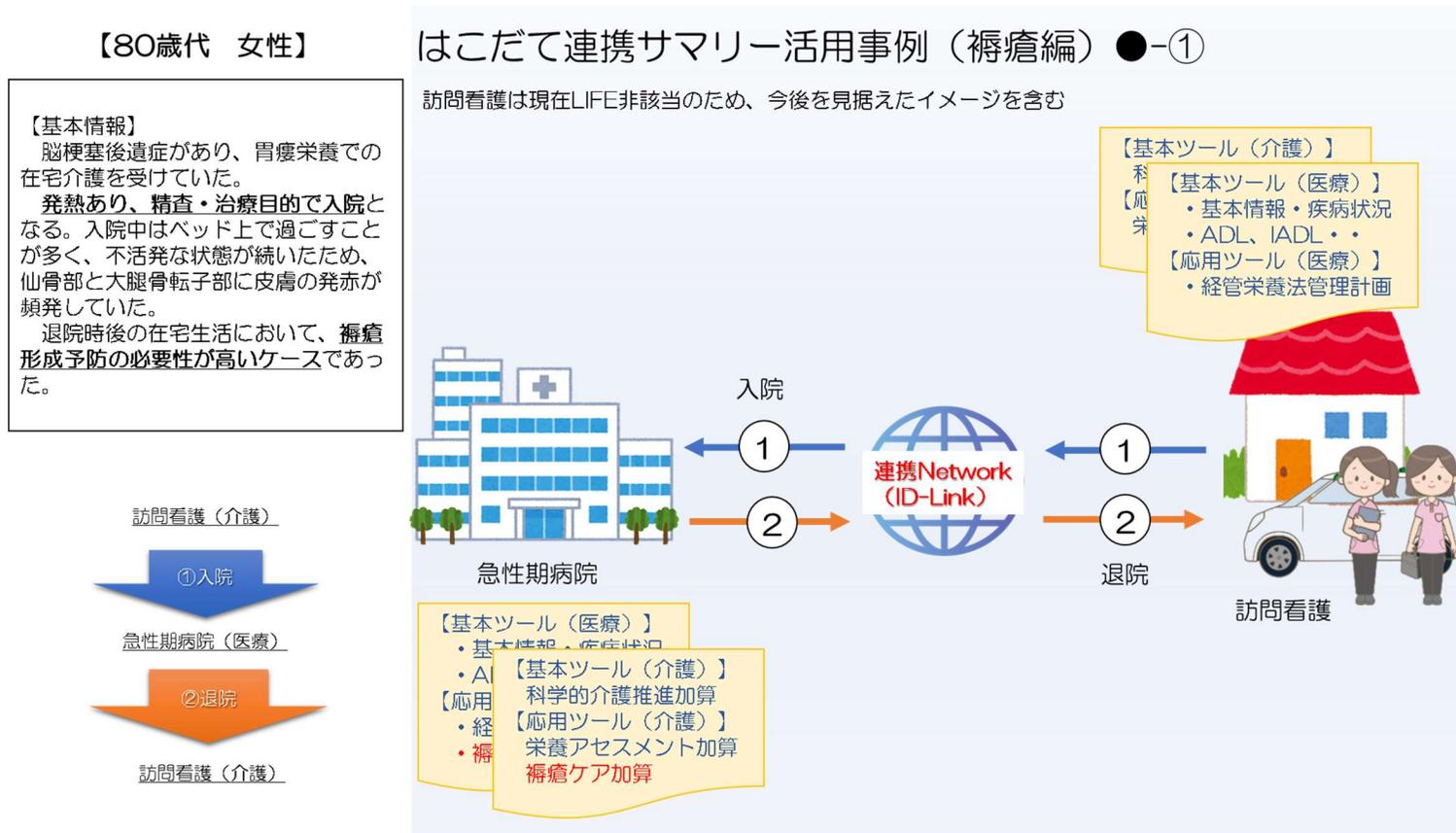
図表 3-2-3 はこだて医療介護連携サマリー活用事例（栄養）

はこだて連携サマリー活用事例（栄養編） 1-③



図表 3-2-3 は 2 回目の骨折における記載内容の概要を示したものである。心身機能で体幹・下肢筋力の低下、抑うつ傾向があり、移動介助が必要な状態になっていること、経口摂取は可能であるものの食事摂取量が低下していることが、急性期病院→回復期病院→通所リハビリテーションに情報提供されている。食事摂取量は改善しているが、体重の減少は続いており、栄養マネジメントにおけるさらなる工夫が必要なが関係者間で共有されている。

図表 3-3-1 はこだて医療介護連携サマリー活用事例（褥瘡）

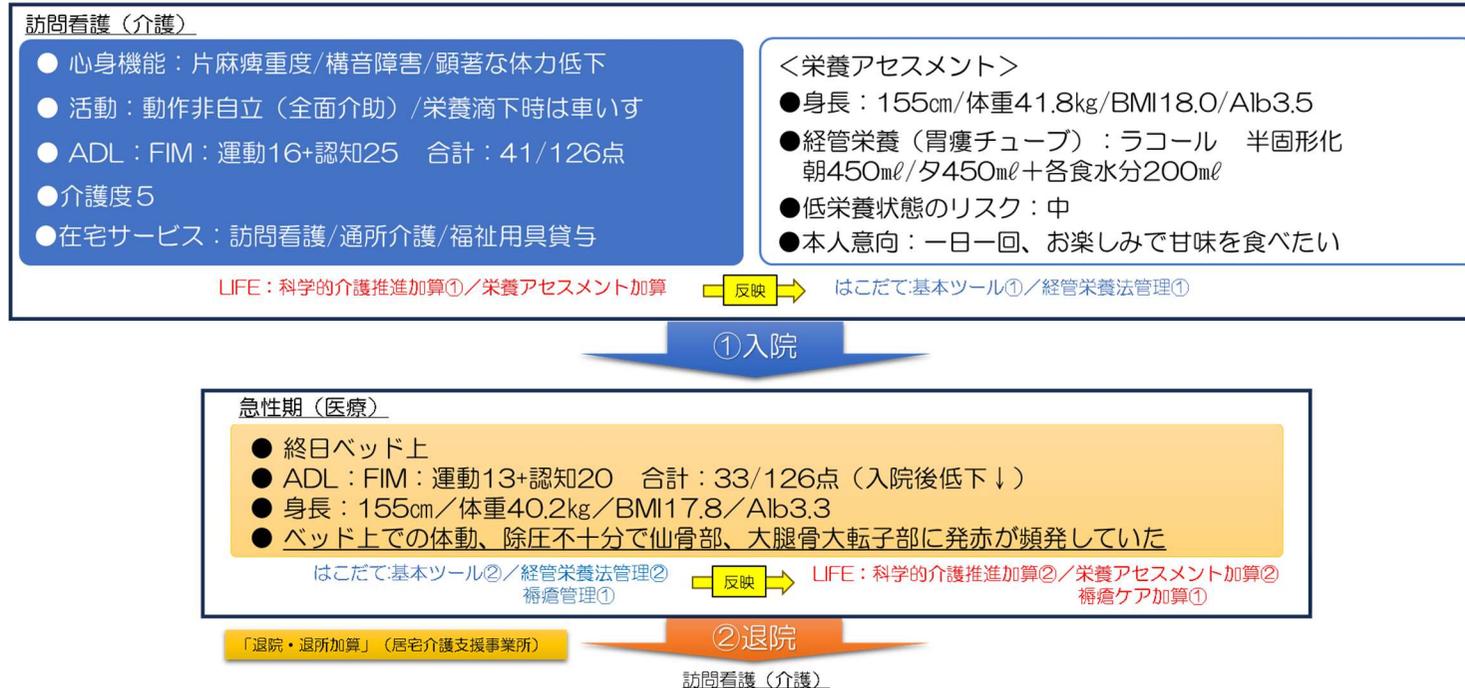


図表 3-3-1 は「はこだて医療介護連携サマリー活用事例（褥瘡）」の対象となった80歳代女性の事例を記述したものである。この女性は脳梗塞の後遺症があり、胃ろう栄養で在宅を受けていた。発熱のために急性期病院に入院したが、入院中もベッド臥床が多く、仙骨部と大腿骨転子部に皮膚の発赤が頻発していたため、退院にあたって褥瘡管理の応用ツールの記載が行われ、その情報が訪問看護ステーションと共有されている。

図表 3-3-2 はこだて医療介護連携サマリー活用事例（褥瘡）

はこだて連携サマリー活用事例（褥瘡編）●-②

訪問看護は現在LIFE非該当のため、今後を見据えたイメージを含む



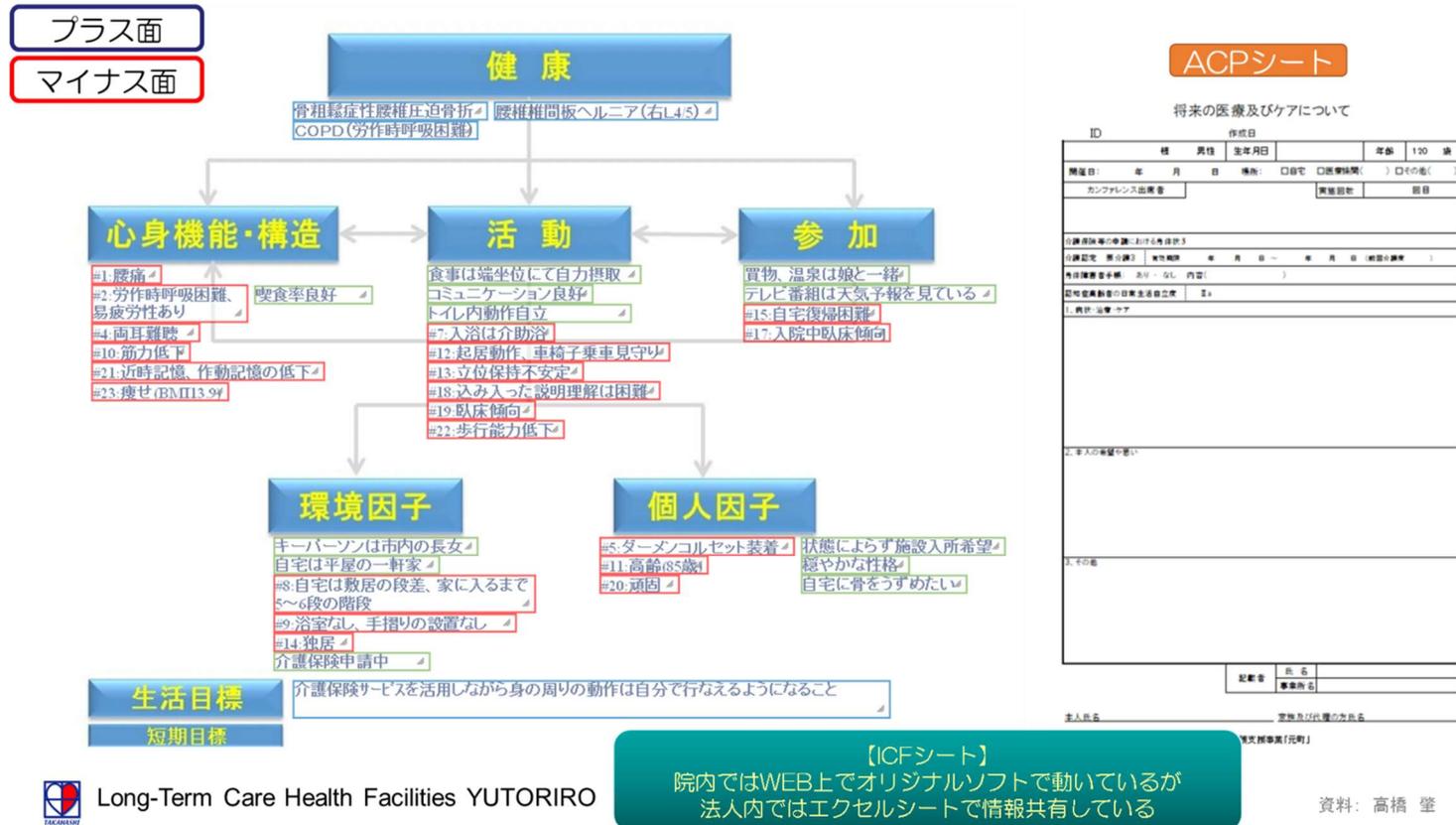
図表 3-3-2 は共有された情報の概要を示したものである。栄養アセスメントの結果が提供され、それをもとに行われたアセスメントによって科学的介護推進加算、栄養アセスメント加算、褥瘡加算の算定に必要な書類が作成される。連携を行うことで、それに関連した加算や管理料がもれなく算定できるように工夫していることが、連携体制を継続的に維持していくことに役立つ。栄養アセスメントにおいて、本人の意向（「お楽しみで甘味を食べたい」）の記載があることが重要である。

図表 3-4 はこだて医療介護連携サマリーにおける ICF 的視点の重視

<p>■心身機能・構造</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>現在の状況</th><th>活動への支障</th><th>特記事項(改善の見込み含む)</th></tr> <tr><td>筋力低下</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>麻痺</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>感覚覚醒障害</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>認知可聴域制限</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>尿意嚙下障害</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>失声症・構音障害</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>発声障害</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>高次脳機能障害()</td><td>あり</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>栄養障害</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>褥瘡</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>疼痛</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>精神行動障害(GPISD)</td><td>あり</td><td>あり</td><td></td></tr> <tr><td>10分間歩行試験</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>□TUG Test</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>□MMSSE □HDS-R</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>コミュニケーションの状況</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)	筋力低下	あり	あり		麻痺	あり	あり		感覚覚醒障害	あり	あり		認知可聴域制限	あり	あり		尿意嚙下障害	あり	あり		失声症・構音障害	あり	あり		発声障害	あり	あり		高次脳機能障害()	あり			栄養障害	あり	あり		褥瘡	あり	あり		疼痛	あり	あり		精神行動障害(GPISD)	あり	あり		10分間歩行試験				□TUG Test				□MMSSE □HDS-R				コミュニケーションの状況				<p>■身体機能(基本動作、指節範囲など)</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>現在の状況</th><th>特記事項(改善の見込み含む)</th></tr> <tr><td>歩行</td><td>自立</td><td></td></tr> <tr><td>起き上がり</td><td>自立</td><td></td></tr> <tr><td>座位保持</td><td>自立</td><td></td></tr> <tr><td>立ち上がり</td><td>自立</td><td></td></tr> <tr><td>立位保持</td><td>自立</td><td></td></tr> </table> <p>■活動(ADL)(※「している」状況について記載する)</p> <table border="1"> <tr><th>項目</th><th>現在の状況</th><th>特記事項(改善の見込み含む)</th></tr> <tr><td>家事</td><td>10(自立)</td><td>10(自立)</td></tr> <tr><td>イストベットの移動</td><td>15(自立)</td><td>15(自立)</td></tr> <tr><td>整容</td><td>5(自立)</td><td>5(自立)</td></tr> <tr><td>トイレ動作</td><td>10(自立)</td><td>10(自立)</td></tr> <tr><td>入浴</td><td>5(自立)</td><td>5(自立)</td></tr> <tr><td>平地歩行</td><td>15(自立)</td><td>15(自立)</td></tr> <tr><td>階段昇降</td><td>10(自立)</td><td>10(自立)</td></tr> <tr><td>更衣</td><td>10(自立)</td><td>10(自立)</td></tr> <tr><td>排便コントロール</td><td>10(自立)</td><td>10(自立)</td></tr> <tr><td>排尿コントロール</td><td>10(自立)</td><td>10(自立)</td></tr> <tr><td>合計点</td><td></td><td></td></tr> </table>	項目	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)	歩行	自立		起き上がり	自立		座位保持	自立		立ち上がり	自立		立位保持	自立		項目	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)	家事	10(自立)	10(自立)	イストベットの移動	15(自立)	15(自立)	整容	5(自立)	5(自立)	トイレ動作	10(自立)	10(自立)	入浴	5(自立)	5(自立)	平地歩行	15(自立)	15(自立)	階段昇降	10(自立)	10(自立)	更衣	10(自立)	10(自立)	排便コントロール	10(自立)	10(自立)	排尿コントロール	10(自立)	10(自立)	合計点			<p>心身機能・構造</p> <table border="1"> <tr><td>#1</td><td>元々聴覚・左上下肢軽度運動麻痺あり(しるい後候隠性) b730</td></tr> <tr><td>#2</td><td>左鼠径部・動作時痛(NRS4) b280</td></tr> <tr><td>#3</td><td>体幹・下肢筋力低下 b730</td></tr> <tr><td>#4</td><td>わずかに短期記憶の低下 b144</td></tr> <tr><td>#5</td><td>耐久性低下 b455</td></tr> <tr><td>#6</td><td>軽度うつ傾向あり b139</td></tr> <tr><td>#7</td><td></td></tr> <tr><td>#8</td><td></td></tr> <tr><td>#9</td><td></td></tr> </table> <p>○認知機能は維持されている ○日常生活において上肢機能は問題なし b710</p>	#1	元々聴覚・左上下肢軽度運動麻痺あり(しるい後候隠性) b730	#2	左鼠径部・動作時痛(NRS4) b280	#3	体幹・下肢筋力低下 b730	#4	わずかに短期記憶の低下 b144	#5	耐久性低下 b455	#6	軽度うつ傾向あり b139	#7		#8		#9		<p>活動</p> <table border="1"> <tr><td>#1</td><td>立位バランス能力低下 d415</td></tr> <tr><td>#2</td><td>独歩困難/歩行器歩行自立 d450</td></tr> <tr><td>#3</td><td>階段昇降:手すり+近位見守り d410</td></tr> <tr><td>#4</td><td></td></tr> <tr><td>#5</td><td></td></tr> <tr><td>#6</td><td></td></tr> <tr><td>#7</td><td></td></tr> <tr><td>#8</td><td></td></tr> <tr><td>#9</td><td></td></tr> </table>	#1	立位バランス能力低下 d415	#2	独歩困難/歩行器歩行自立 d450	#3	階段昇降:手すり+近位見守り d410	#4		#5		#6		#7		#8		#9		<p>参加</p> <table border="1"> <tr><td>#1</td><td></td></tr> <tr><td>#2</td><td></td></tr> <tr><td>#3</td><td></td></tr> <tr><td>#4</td><td></td></tr> <tr><td>#5</td><td></td></tr> <tr><td>#6</td><td></td></tr> <tr><td>#7</td><td></td></tr> <tr><td>#8</td><td></td></tr> <tr><td>#9</td><td></td></tr> </table> <p>○今後集団訓練に参加予定 d920</p>	#1		#2		#3		#4		#5		#6		#7		#8		#9	
項目	現在の状況	活動への支障	特記事項(改善の見込み含む)																																																																																																																																																																																	
筋力低下	あり	あり																																																																																																																																																																																		
麻痺	あり	あり																																																																																																																																																																																		
感覚覚醒障害	あり	あり																																																																																																																																																																																		
認知可聴域制限	あり	あり																																																																																																																																																																																		
尿意嚙下障害	あり	あり																																																																																																																																																																																		
失声症・構音障害	あり	あり																																																																																																																																																																																		
発声障害	あり	あり																																																																																																																																																																																		
高次脳機能障害()	あり																																																																																																																																																																																			
栄養障害	あり	あり																																																																																																																																																																																		
褥瘡	あり	あり																																																																																																																																																																																		
疼痛	あり	あり																																																																																																																																																																																		
精神行動障害(GPISD)	あり	あり																																																																																																																																																																																		
10分間歩行試験																																																																																																																																																																																				
□TUG Test																																																																																																																																																																																				
□MMSSE □HDS-R																																																																																																																																																																																				
コミュニケーションの状況																																																																																																																																																																																				
項目	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)																																																																																																																																																																																		
歩行	自立																																																																																																																																																																																			
起き上がり	自立																																																																																																																																																																																			
座位保持	自立																																																																																																																																																																																			
立ち上がり	自立																																																																																																																																																																																			
立位保持	自立																																																																																																																																																																																			
項目	現在の状況	特記事項(改善の見込み含む)																																																																																																																																																																																		
家事	10(自立)	10(自立)																																																																																																																																																																																		
イストベットの移動	15(自立)	15(自立)																																																																																																																																																																																		
整容	5(自立)	5(自立)																																																																																																																																																																																		
トイレ動作	10(自立)	10(自立)																																																																																																																																																																																		
入浴	5(自立)	5(自立)																																																																																																																																																																																		
平地歩行	15(自立)	15(自立)																																																																																																																																																																																		
階段昇降	10(自立)	10(自立)																																																																																																																																																																																		
更衣	10(自立)	10(自立)																																																																																																																																																																																		
排便コントロール	10(自立)	10(自立)																																																																																																																																																																																		
排尿コントロール	10(自立)	10(自立)																																																																																																																																																																																		
合計点																																																																																																																																																																																				
#1	元々聴覚・左上下肢軽度運動麻痺あり(しるい後候隠性) b730																																																																																																																																																																																			
#2	左鼠径部・動作時痛(NRS4) b280																																																																																																																																																																																			
#3	体幹・下肢筋力低下 b730																																																																																																																																																																																			
#4	わずかに短期記憶の低下 b144																																																																																																																																																																																			
#5	耐久性低下 b455																																																																																																																																																																																			
#6	軽度うつ傾向あり b139																																																																																																																																																																																			
#7																																																																																																																																																																																				
#8																																																																																																																																																																																				
#9																																																																																																																																																																																				
#1	立位バランス能力低下 d415																																																																																																																																																																																			
#2	独歩困難/歩行器歩行自立 d450																																																																																																																																																																																			
#3	階段昇降:手すり+近位見守り d410																																																																																																																																																																																			
#4																																																																																																																																																																																				
#5																																																																																																																																																																																				
#6																																																																																																																																																																																				
#7																																																																																																																																																																																				
#8																																																																																																																																																																																				
#9																																																																																																																																																																																				
#1																																																																																																																																																																																				
#2																																																																																																																																																																																				
#3																																																																																																																																																																																				
#4																																																																																																																																																																																				
#5																																																																																																																																																																																				
#6																																																																																																																																																																																				
#7																																																																																																																																																																																				
#8																																																																																																																																																																																				
#9																																																																																																																																																																																				
<p>■リハビリテーションの短期目標(今後3ヶ月)</p> <p>(心身機能)</p> <p>(活動)</p> <p>(参加)</p>	<p>■リハビリテーションの長期目標</p> <p>(心身機能)</p> <p>(活動)</p> <p>(参加)</p>	<p>環境因子</p> <table border="1"> <tr><td>#1</td><td>自宅は4階建てで、4階が居住スペース e515</td></tr> <tr><td>#2</td><td>4階までは階段昇降必要(手すりはあり) e515</td></tr> <tr><td>#3</td><td></td></tr> <tr><td>#4</td><td></td></tr> <tr><td>#5</td><td></td></tr> </table>	#1	自宅は4階建てで、4階が居住スペース e515	#2	4階までは階段昇降必要(手すりはあり) e515	#3		#4		#5		<p>個人因子</p> <table border="1"> <tr><td>#1</td><td>自身を過小評価する傾向あり</td></tr> <tr><td>#2</td><td>2年前に母親が亡くなってから、様々な身体症状が出現したと感じている</td></tr> <tr><td>#3</td><td></td></tr> <tr><td>#4</td><td></td></tr> <tr><td>#5</td><td></td></tr> <tr><td>#6</td><td></td></tr> </table> <p>○以前は絵を描くことが趣味だった</p>	#1	自身を過小評価する傾向あり	#2	2年前に母親が亡くなってから、様々な身体症状が出現したと感じている	#3		#4		#5		#6																																																																																																																																																												
#1	自宅は4階建てで、4階が居住スペース e515																																																																																																																																																																																			
#2	4階までは階段昇降必要(手すりはあり) e515																																																																																																																																																																																			
#3																																																																																																																																																																																				
#4																																																																																																																																																																																				
#5																																																																																																																																																																																				
#1	自身を過小評価する傾向あり																																																																																																																																																																																			
#2	2年前に母親が亡くなってから、様々な身体症状が出現したと感じている																																																																																																																																																																																			
#3																																																																																																																																																																																				
#4																																																																																																																																																																																				
#5																																																																																																																																																																																				
#6																																																																																																																																																																																				
<p>個別機能訓練加算およびリハビリテーションマネジメント加算の様式</p>		<p>函館医療介護連携サマリーの様式 (ICFシート)</p>																																																																																																																																																																																		
<p>はこだて医療介護連携サマリーでは個別機能訓練加算およびリハビリテーションマネジメント加算の内容を右記のようにICFの要素別にまとめている。</p>		<p>生活目標</p> <p>自宅退院し、家族と屋外歩行・買い物が行える b730/d450/d760/d6200</p>	<p>期間</p>																																																																																																																																																																																	
<p>短期目標</p> <p>左鼠径部疼痛緩和と、体幹・左下肢筋力向上、起立・立位の安定性向上、杖歩行自立/階段見守りで獲得 b280/b730/d415/d450/d410</p>		<p>期間</p>																																																																																																																																																																																		

厚生労働省が導入した LIFE においては個別機能訓練加算およびリハビリテーションマネジメント加算算定にあたっての様式が提示されているが、高橋病院においてはこれらのシートへの記載事項を図表 3-4 のように ICF 的視点から整理する仕組みを導入している。

図表 3-5 ICF の各要素に対応した取得情報の整理



図表 3-5 は高橋病院における ICF に対応した情報の整理方法について示したものである。健康、心身機能、活動、参加、環境因子、個人因子という各要素について、プラス面、マイナス面からのアセスメント結果が記載され、これらの状況を踏まえたうえで、対象者の生活目標が記述される。そして、これらの情報をもとに、将来の医療及びケアに関する ACP シートが記述される体系となっている。また、この評価はケアの実践に合わせて時系列で行われ、そのたびに新しい情報に更新されていく。

図表 3-6 ICF シートの記載のもととなるフレイルシート

フレイルシート

#はマイナス因子として、ICFシートに自動反映
↓
「低栄養改善」「口腔ケア」「ポリファーマシー管理」

管理栄養士

放射線技師
臨床検査技師

歯科衛生士

薬剤師

項目数の比較	4月20日				5月20日				6月20日			
	栄養	身体 (画像 臨床検査)	口腔・嚥下 (歯科衛生士)	薬剤	栄養	身体 (画像 臨床検査)	口腔・嚥下 (歯科衛生士)	薬剤	栄養	身体 (画像 臨床検査)	口腔・嚥下 (歯科衛生士)	薬剤
項目数の比較	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0
作成日	4月20日				5月20日				6月20日			
栄養	・#高血圧 ・脂質異常 ・BMI23.9でやや高値 ・食事摂取量にムラあり6~7割				・#高血圧 ・脂質異常 ・体重増加(+2.5kg) ・BMI24.8でやや高値				・#高血圧 ・脂質異常 ・BMI24.2でやや高値 ・食事摂取量にムラあり6~7割			
身体 (画像 臨床検査)	・CPK低値(活動性が低いのか) ・エコー筋力検査未実施 ・骨密度検査未実施 ・内臓脂肪測定未実施 ・検査の検討が必要(動脈硬化/骨粗鬆症)				・CPKやや上昇(28~38) ・エコー筋力検査未実施 ・骨密度検査未実施 ・内臓脂肪測定未実施 ・検査の検討が必要(動脈硬化/骨粗鬆症)				・CPK正常下限値に入った(38~50) ・エコー筋力検査未実施 ・骨密度検査未実施 ・内臓脂肪測定未実施 ・検査の検討が必要(動脈硬化/骨粗鬆症)			
口腔・嚥下 (歯科衛生士)	齶歯あり、欠損部分(+)				齶歯あり、欠損部分(+)				齶歯あり、欠損部分(+)			
薬剤	・再発防止管理 ・便秘コントロール ・#疼痛コントロール				・再発防止のための血圧管理 ・便秘コントロール ・疼痛コントロール ・#副作用確認のための採血データ無し				・再発防止のための血圧管理 ・便秘コントロール ・疼痛コントロール ・脂質コントロール			

ICF が対象となる高齢者の生活全般に関わる以上、その評価は多職種で、相互の情報共有の下で総合的に行われる必要がある。高橋病院ではそれを可能にするために、院内の関係職が、日常のケアの過程でそれぞれの専門職としての視点からフレイルにつながる状態のアセスメントを行い、それをフレイルシートとしてまとめている。個々に記載された情報のうち、マイナス因子に関わるものは、ICF シートに自動反映される仕組みとなっている。

図表 3-7 ICF シートに記載された内容の時系列管理

ID-Linkによる情報連携 (ICF時系列)

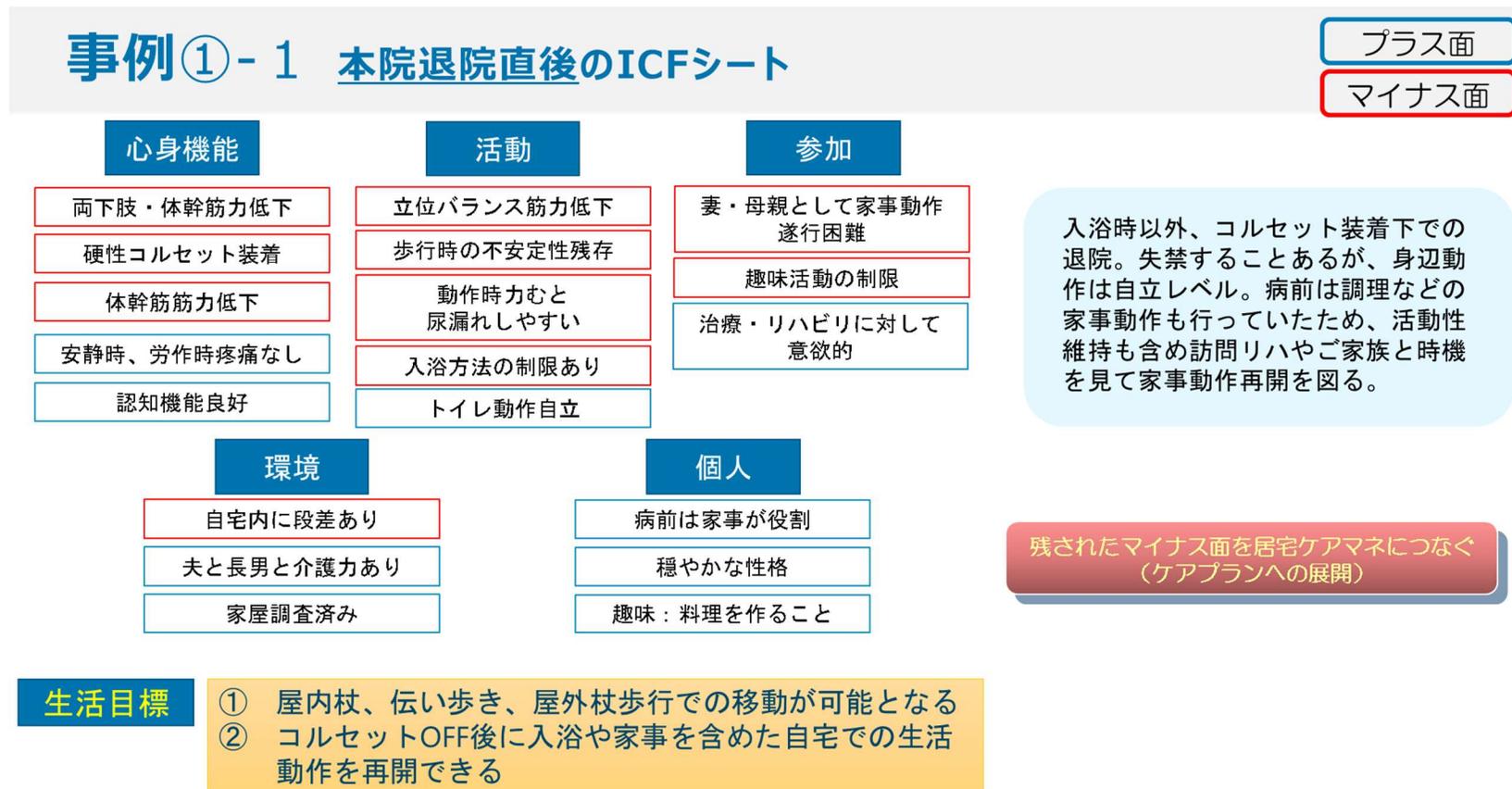
氏名 上橋 英		2022/4/19	2022/4/22	2022/5/18	2022/6/20	2022/8/10	2022/8/16	2022/9/5
作成日	2022/4/19	2022/4/22	2022/5/18	2022/6/20	2022/8/10	2022/8/16	2022/9/5	
事業所					ゆとりろ 通所リハビリテーション	居宅元町	ゆとりろ 通所リハビリテーション	
生活目標	医療行為やADLに合わせた適切な介護保険サービスの利用と家族からの支援を受け、安全に在宅生活が送れる。	医療行為やADLに合わせた適切な介護保険サービスの利用と家族からの支援を受け、安全に在宅生活が送れる。	医療行為やADLに合わせた適切な介護保険サービスの利用と家族からの支援を受け、安全に在宅生活が送れる。	医療行為やADLに合わせた適切な介護保険サービスの利用と家族からの支援を受け、安全に在宅生活が送れる。	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立
短期目標	離床時間の拡大 起居動作自立 トイレまでの介助歩行獲得 トイレでの排泄の機会が増える 食事摂取量が増加する	離床時間の拡大 立ち上がり動作自立 トイレでの排泄の機会が増える トイレ動作自立	短距離の独歩自立/排泄の失敗が減る/夜間-イレまでを歩行器歩行見守りで行/更衣動作自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立	①散歩がより安定してできる ②日常生活動作全般修正自立～自立
健康状態	心原性脳塞栓症(既往)	心原性脳塞栓症(既往)	心原性脳塞栓症(既往)	心原性脳塞栓症(既往)	心原性脳塞栓症(既往)	心原性脳塞栓症(既往)	心原性脳塞栓症(既往)	心原性脳塞栓症(既往)
	高血圧(既往)	高血圧(既往)	高血圧(既往)	高血圧(既往)	高血圧(既往)	高血圧(既往)	高血圧(既往)	高血圧(既往)
身体機能	# 食事摂取量46%と不具合 体力低下あり	BMI19.3	BMI16.0	BMI16.0	BMI16.0	BMI16.0	BMI16.0	BMI16.0
	# BMI18.7	軽度認知障害(見当識・記憶力低下あり)の疑いあり(検査は受け入れ不良)	軽度認知障害(見当識・記憶力低下あり)の疑いあり(検査は受け入れ不良)	軽度認知障害(見当識・記憶力低下あり)の疑いあり(検査は受け入れ不良)	認知機能低下(HDS-R21点 MSE18点)見当識、短期記憶、作業記憶にて減点	認知機能低下(HDS-R21点 MSE18点)見当識、短期記憶、作業記憶にて減点	認知機能低下(HDS-R21点 MSE18点)見当識、短期記憶、作業記憶にて減点	認知機能低下(HDS-R21点 MSE18点)見当識、短期記憶、作業記憶にて減点
	# 軽度認知障害(見当識・記憶力低下あり)の疑いあり(検査は受け入れ不良)	転倒転落アセスメントB16	転倒転落アセスメントB16	転倒転落アセスメントB	転倒転落アセスメントB	転倒転落アセスメントB	転倒転落アセスメントB	転倒転落アセスメントB
	# 転倒転落アセスメントB16	Aib2.7と低値	Aib2.7と低値	Aib2.7と低値	Aib2.7と低値	Aib2.7と低値	Aib2.7と低値	Aib2.7と低値
	# Aib3.0と低値	下肢・顔面 浮腫(+)	糖尿は時々失禁あり					
	# 下肢・顔面 浮腫(+)	排泄は夜間失禁経過						
	# 排泄は失禁経過	心カニューレにて酸素1L/min流入中						
	# 過労(離床に消極的)							
	○ 上肢機能良好	食事摂取量90%へ改善	食事摂取量90%へ改善	食事摂取量90%へ改善	食事摂取量90%へ改善	食事摂取量90%へ改善	食事摂取量90%へ改善	食事摂取量90%へ改善
	○ 上下肢MMT3~4相当	上肢機能良好	上肢機能良好	上肢機能良好	上肢機能良好	上肢機能良好	上肢機能良好	上肢機能良好
○ ガーメンコルセットOFF	上下肢MMT3~4相当	上下肢MMT3~4相当	上下肢MMT3~4相当	上下肢MMT4相当	上下肢MMT4相当	上下肢MMT4相当	上下肢MMT4相当	
○ 股関節の疼痛なし	ガーメンコルセットOFF	ガーメンコルセットOFF	ガーメンコルセットOFF	ガーメンコルセットOFF	ガーメンコルセットOFF	ガーメンコルセットOFF	ガーメンコルセットOFF	
○ 腰背部の疼痛なし	腰背部の疼痛なし	腰背部の疼痛なし	腰背部の疼痛なし	腰背部の疼痛なし	腰背部の疼痛なし	腰背部の疼痛なし	腰背部の疼痛なし	
# 歩行器歩行見守り	歩行器歩行見守り	服薬管理は病棟が行っている	服薬管理は病棟が行っている	服薬管理は病棟が行っている	服薬管理は病棟が行っている	服薬管理は病棟が行っている	服薬管理は病棟が行っている	
# 服薬管理は病棟が行っている	服薬管理は病棟が行っている	会話では辻褄が合わないことがある	入浴動作見守り可能	入浴動作見守り可能	入浴動作見守り可能	入浴動作見守り可能	入浴動作見守り可能	
# 鍵を無くす新しいことを覚えることが苦手などのエピソードがある	会話では辻褄が合わないことがある	入浴動作見守り可能	院内、屋外歩行は独歩見守り	院内、屋外歩行は杖使用で見守りだが、杖を忘れて独歩で歩行	院内、屋外歩行は杖使用で見守りだが、杖を忘れて独歩で歩行	外出すると意切れあり、財布を忘れることあるため買い物同様に提案する	施設内、屋外歩行は杖使用で見守りだが、杖を忘れて独歩で歩行	
時系列	原本 2019年8月7日	2022年1月25日	2022年1月28日	2022年4月19日	2022年4月22日	2022年5月18日	2022年6月20日	2022年8月10日快とろDC
								2022年8月16日居宅元町
								2022年9月5日快とろDC

地域全体でその人をみていく、つなげていく
↓
地域包括ケアシステムの構築

高橋病院の取り組みで特筆すべきは、記載された ICF シートの内容が図表 3-7 のように時系列で閲覧できるようになっていることである。ケアにあたる者はこの情報を見ることで、対象となる高齢者の現在の ICF 的視点からのアセスメント状況を、過去の経緯も含めて知ることができる。これにより人生の最終段階にある対象者の心身の状況をより深く理解し、それをケアに反映させることが可能となる。

図表 3-8-1 から図表 3-8-3 は ICF シートを用いて、経時的に生活目標を設定し、それに対応したサービスを提供した事例の記述である。このような本人の状態と希望に応じた柔軟なサービス提供はパターン化できるようなものではなく、高橋病院の関係者が取り組んでいるような個別化された対応で可能になるものだろう。その意味で標準化すべきものは ICF シートとその活用方法であると言える。

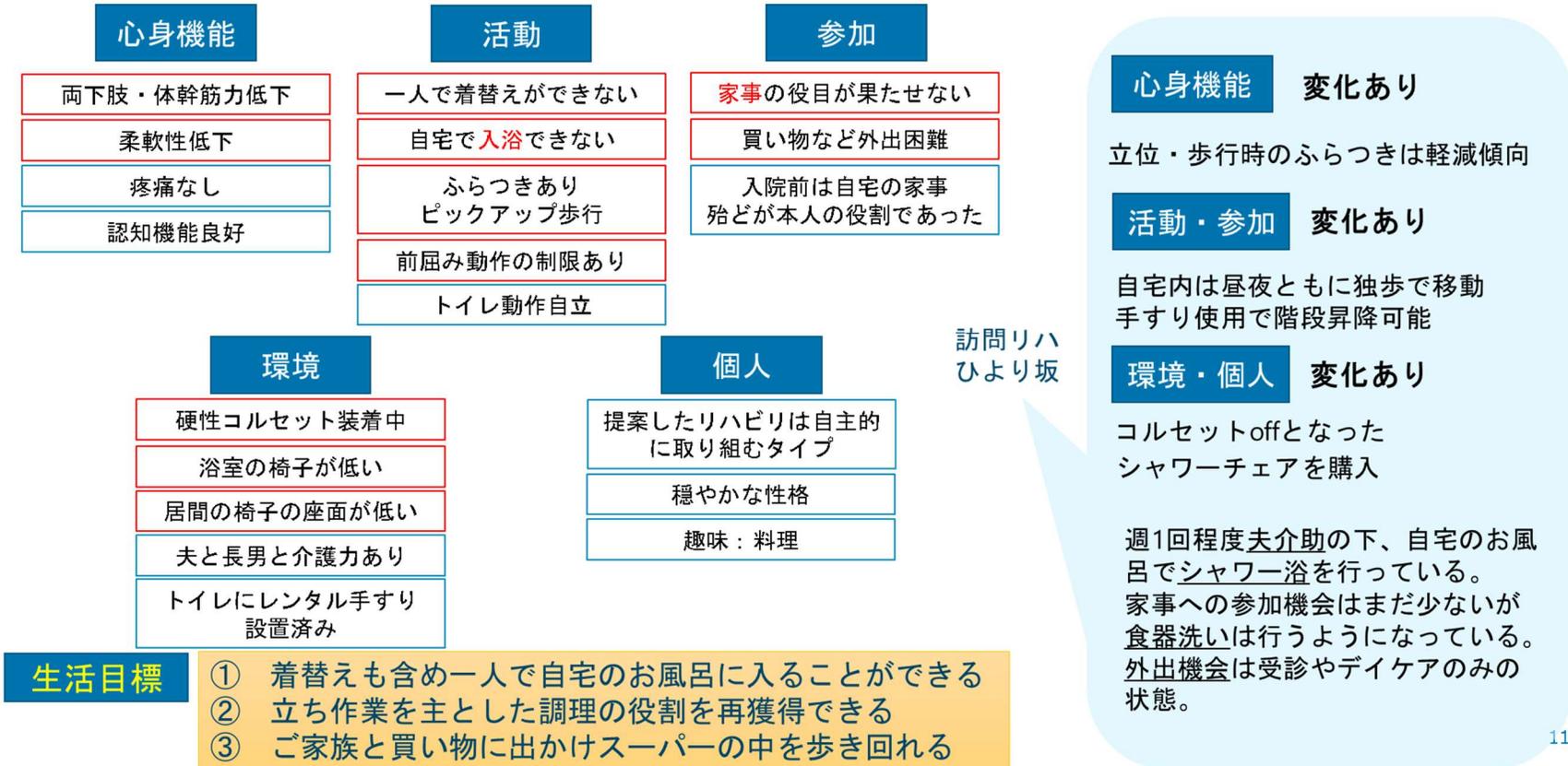
図表 3-8-1 ICF シートを活用した評価事例



図表 3-8-2 ICF シートを活用した評価事例

事例① - 2 退院1か月後のICFシート（訪問リハ）とICFミーティング

訪問
リハビリ



訪問リハ
ひより坂

心身機能 変化あり

立位・歩行時のふらつきは軽減傾向

活動・参加 変化あり

自宅内は昼夜ともに独歩で移動
手すり使用で階段昇降可能

環境・個人 変化あり

コルセットoffとなった
シャワーチェアを購入

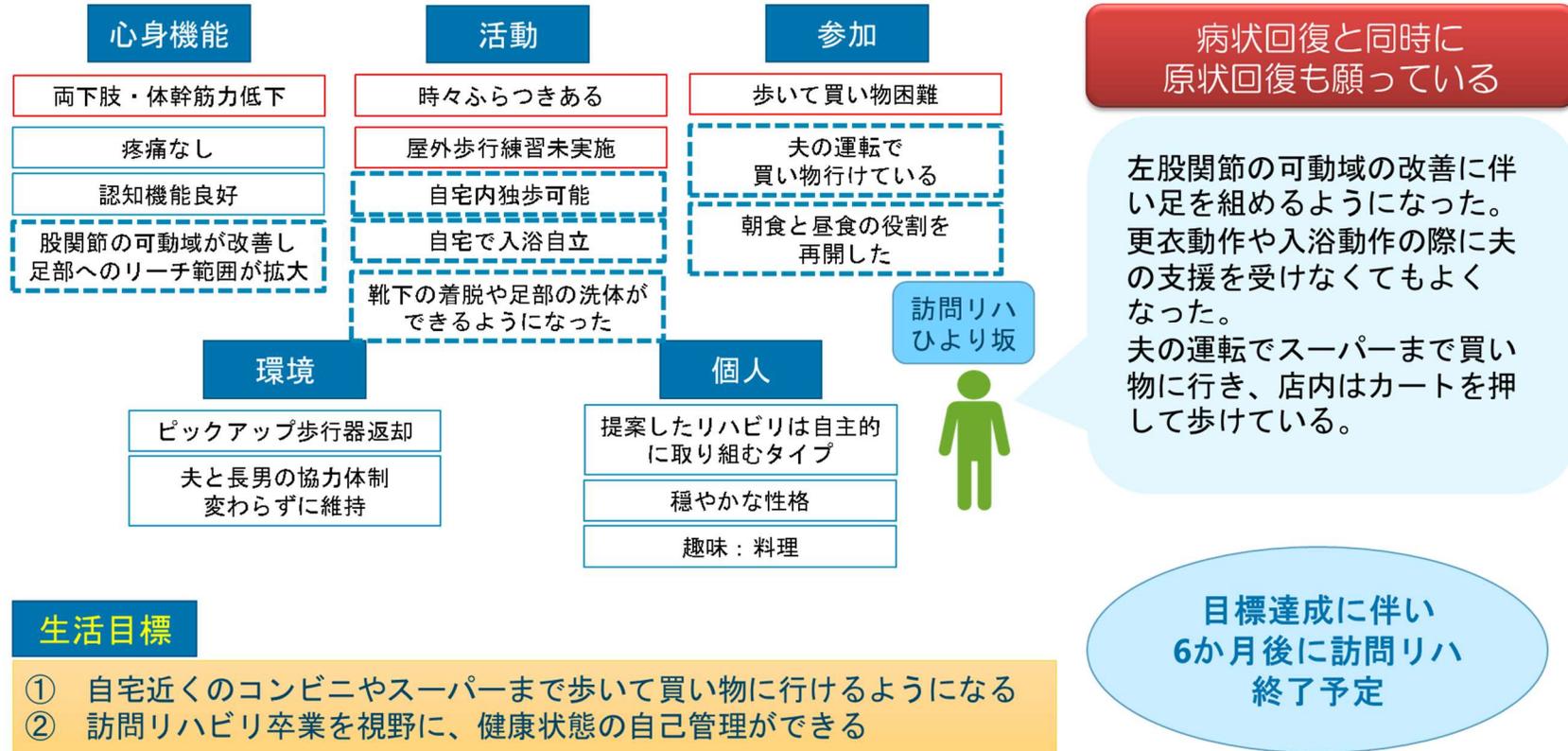
週1回程度夫介助の下、自宅のお風呂でシャワー浴を行っている。
家事への参加機会はまだ少ないが
食器洗いは行うようになっている。
外出機会は受診やデイケアのみの状態。

11

図表 3-8-3 ICF シートを活用した評価事例

事例① - 3 退院3か月後のICFシートとICFミーティング

特に改善を認めた部分



D. 考察

介護保険法の目的として、要介護者が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」が掲げられている。本研究は自立支援型介護自立支援に資する介護の方法等の類型化を行い、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことを目的とするものであった。

この目的のために、本研究では、対象者の ADL や IADL、傷病の状況が提供される介護サービスの種類や、要介護度の悪化防止にどの程度寄与するかを分析した。しかしながら、対象者の ADL や IADL、傷病の状況、さらには家族構成や住まいなどの社会経済的条件を考慮しても、明確に類型化できる状態像やそれに対応した介護サービスの組み合わせを抽出することはできなかった。我々の過去の研究が明らかにしているように、要介護度の悪化は老化のプロセスの帰結でもあり、介護サービスの組み合わせによって、人生の最後の時間まで、要介護状態になることは、多くの高齢者にとって困難なことであると考えられる。

人生の最終段階においては、心身の自立度が低下する中で、生きていく目標（生きがい）をいかに維持するかが重要であり、またその理解なしに ACP を進めることもできないだろう。したがって、高齢期に尊厳をもって人が生きていくことを支援する方法論としては、高橋病院が実践しているように、高齢者の状況を ICF シートによって多職種でアセスメントし、その時々状況に応じたケアサービスを柔軟に提供していく体制づくりであろう。そのためには、連携や調整のコストをできる限り低減させる必要がある。そのためには情報を標準化したうえで、ICT を活用して、この情報を多職種で連携することだろう。

函館市では、函館市内の医療介護福祉関係者が、サービス提供の総合性を高めるために、どのような情報が必要であるかを実務者の視点で整理し、それを IT の専門家がシステム化し、さらにそれを ID-Link という情報システムで、適時性をもって共有することを可能にしている。しかも、共有すべき情報は、診療報酬や介護報酬に対応しており、連携することの経済的効果についても配慮されている。我が国では、地域医療再生基金を用いて、多くの地域で地域共通電子カルテ g 導入された。しかし、補助金がなくなると同時に、ほとんどのシステムが運用をやめている。連携することの意義が関係者間で共有されていないために、システムを運用し続けることの経済的、心理的モチベーションが維持できなかったのである。その意味でも函館市を中核とした道南 MrdIka は稀有の存在であると言える。

現在、国レベルでは医療介護情報共有のための基盤整備が進んでいる。しかし、その基盤は、現場の実務者の業務を支援するものでなければ、また標準化されたものでなければ、活用されないだろう。その意味でも、LIFE で設定されている個別機能訓練加算、リハビリテーションマネジメント加算、自立支援促進加算などのアセスメント結果を ICF シートを用いて整理する「はこだて医療介護連携サマリー」の仕組みは、介護保険制度が目的とする「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」を実現するための仕組みとして一般化されるべき優れたものであると言える。この仕組みを一般化することを研究成果として提言する。

資料 はこだて医療介護連携サマリー

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール】					
情報提供先 施設名称	御中			情報提供先 担当者名	様
● 基本情報等					
(フリガナ) 氏名	生年・ 性別等	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 歳)	生活 保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障害等 認定
現住所	電話番号	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 身障(級) 療育 精神(級) 特定疾患()			
居住	<input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> 施設()	<input type="checkbox"/> 集合住宅(階) ※エレベータ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 その他()
要介護度	認定有 効期間	～	年 月 日	障害高齢者日常生活 自立度(寝たきり度)	認知症高齢者日 常生活自立度
同居家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()				
連絡先①	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン その他()
連絡先②	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	電話	関係	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン その他()
● 医療情報等 *歯科医師等が摂食や口腔ケアに介入されている場合は、応用ツール④を作成下さい。					
主病名	医療機関等名称	診療科名等	担当医	受診状況等	*特記
*特記の付く場合は応用ツール⑨を作成して下さい。					
● 身体・生活機能等					
		評価日	令和	年	月 日
*起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 地域生活期 その他()		
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 自立 ⇒ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす その他() <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()		
視力 [日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	眼鏡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
聴力 [日常生活に支障]	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒()	補聴器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	失語症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		
*認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 その他()
食事 摂取	*食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動	水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	*食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事・水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
口腔	*口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 要アセスメント		
排泄	排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	Pトイレ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
	排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	オムツ使用(パッド含む)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴(保清等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール② 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール③ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 自己腹膜灌流装置 (応用ツール⑤ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール⑥ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール⑦ 作成) <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール⑧ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール⑨ 作成)		<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (応用ツール⑩ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール⑪ 作成) <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール⑫ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール⑬ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール⑭ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール⑮ 作成) <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール⑯ 作成) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) <input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール⑰ 作成) <input type="checkbox"/> 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報 (応用ツール⑱ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール⑲ 作成)		
在宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> 看多機 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> その他()				
*介護上、特に注意すべき点等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*医療・ケアに関する本人・家族の意向等		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール⑩を、認知症症状[無]以外は応用ツール③を作成下さい。					
*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール⑬を作成下さい。					
本サマリーの記入者					
電話	FAX	記入者	作成日		
*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール①を必ず作成下さい。					

はこだて医療・介護連携サマリー【基本ツール②】 在宅⇒病院用

情報提供先 施設名称	御中	情報提供先 担当者名	様
---------------	----	---------------	---

氏名	
----	--

		週間スケジュール						
		月	火	水	木	金	土	日
医療・ 介護サ ービス 利用状 況	AM							
	PM							
	備考							
		サービス内容	サービス提供事業所・担当者			主なサービス内容等		
		()						
		()						
		()						
		()						
		()						
		()						
		()						
		()						

生育歴・生活歴	
---------	--

家族構成図	<p>□=男性 ○=女性 ⊕=本人 KP=キーパーソン</p> <p>縦書きテキスト BOX</p> <p>横書きテキスト BOX</p>	連絡先	氏名	続柄	関係	連絡先	
			1	(住所)			
			(備考・携帯番号等)				
			就労状態		健康状態		
			2	(住所)			
			(備考・携帯番号等)				
			就労状態		健康状態		
			3	(住所)			
			(備考・携帯番号等)				
			就労状態		健康状態		

本サマリーの記入者	所属名	
電話	FAX	記入者
		作成日

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール① 付帯情報管理

【基本ツール】の他に必要情報として以下を添付致します。

1. 氏 名

生年月日

2. 情報提供時に添付する書類 (該当するものに☑)

① 診療情報提供書

枚数 () 枚

備考 ⇒

② 看護サマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

③ リハビリテーションサマリー

枚数 () 枚

備考 ⇒

④ フェイスシート

枚数 () 枚

備考 ⇒

⑤ その他

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

文書名 ⇒

枚数 () 枚

備考 ⇒

作成者 所属

記入者

ツール管理者 所属

氏名

				記載日	令和	年	月	日
はこだて医療・介護連携サマリー								
応用ツール② 褥瘡管理								
1. 氏名				生年月日				
2. 治療医療機関				・担当医				
3. 自己管理能力 (該当するものに☑)								
<input type="checkbox"/> 1) 自己管理可 <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全面介助 (介助者 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 不可能)								
* 家族等の介助状況⇒								
* 特記事項()								
4. 褥瘡① ・位置)								
・ DESIGN-R [®] 2020 褥瘡経過評価 ・Depth (深さ) →() Granulation (肉芽組織) →() ・Exudate(滲出液) →() Necrotic tissue (壊死組織) →() ・Size (大きさ) →() Pocket (ポケット) →() ・Inflammation/Infection (炎症/感染) →() ・現在の使用薬剤および投与量 ・消毒薬・ドレッシング材の種類・数 ～ 上記薬剤および材料の要継続期間 (推定) ・使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載) ～ 上記使用器具の要継続期間 (推定) ・褥瘡処置回数								
褥瘡② ・位置)								
・ DESIGN-R [®] 2020 褥瘡経過評価 ・Depth (深さ) →() Granulation (肉芽組織) →() ・Exudate(滲出液) →() Necrotic tissue (壊死組織) →() ・Size (大きさ) →() Pocket (ポケット) →() ・Inflammation/Infection (炎症/感染) →() ・現在の使用薬剤および投与量 ・消毒薬・ドレッシング材の種類・数 ～ 上記薬剤および材料の要継続期間 (推定) ・使用器具・提供数(*バック療法がある場合記載) ～ 上記使用器具の要継続期間 (推定) ・褥瘡処置回数								
5. その他(褥瘡の状態変更時の対応方法等)								
作成者 所属				記入者				
ツール管理者 所属				氏名				

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール③ 認知症管理

1. 氏名 生年月日

2. 認知症の原因疾患（該当するものに☑）

- ① アルツハイマー型認知症
- ② 脳血管性認知症
- ③ レビー小体型認知症
- ④ 前頭側頭型認知症

3. 認知症の症状（該当するものに☑と下部欄内に詳細記載）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ・記憶障害
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | <input type="checkbox"/> ・幻覚、妄想
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・昼夜逆転
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | <input type="checkbox"/> ・介護への抵抗
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・抑うつ、不安
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | <input type="checkbox"/> ・暴言、暴力
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・不潔行為
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | <input type="checkbox"/> ・徘徊
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> ・その他
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> | |

4. 認知症の治療状況

- ・治療医療機関⇒ ()
- ・担当医 ⇒ ()
- ・内服薬の状況⇒ 有 無
 有の場合処方内容 ⇒
 ➡ 薬情報添付

5. その他

作成者 所属

記入者

ツール管理者 所属

氏名

応用ツール④ 食事摂取困難管理

1. 氏名 生年月日

2. 食事摂取に対しての問題 (該当するものに☑)

- ① 口の中に関する問題
- 入れ歯が合わない むし歯 口内炎等により痛いところがある
 - 歯が無いのに入れ歯を使っていない 口臭がある
 - 口が渇いた感じ、ねばねばした感じがする

- ② 食事摂取に関する問題
- 最近3ヶ月間に、食事が減った
 - 最近3ヶ月間に、食事にかかる時間が長くなった
 - 最近3ヶ月間に、食形態に変化があった
 - 最近3ヶ月間に、3キロ以上体重の減少があった
 - 最近1年間に肺炎にかかった

- ③ 食事中、気になる事
- 食べようとしない
 - 食べこぼしや、うまく噛めないことがある
 - 飲み込んだ後に食べ物が口に残っている
 - 食事中によくむせる
 - 飲み込んだものが逆流することがある
 - 不明

- ④ 食事を摂取しない場合の問題
- * 疾患との関連性 有 無
有の場合の要因()
 - * 内服薬の内容との関連性 有 無
有の場合の要因()
 - * 拒食の意思表示 有 無

3. 現在の食事摂取カロリー及び量

- * 現在の食事提供カロリー()kcal提供中
- * 現在の食形態
 刻み食 軟食 トロミ食 ミキサー食
 その他 ()

* 主食

* 副食

4. その他

作成者 所属

記入者

ツール管理者 所属

氏名

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑤ 自己腹膜灌流管理

1. 氏名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 開始日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項()

5. 透析療法と使用器具等

方法: CAPD (持続携行式腹膜透析) APD (自動腹膜透析)

かぐや

接続方法: スタンダード UVフラッシュ つなぐ

CAPD (持続携行式腹膜透析)

回数	時間	透析液	量
1			ml
2			ml
3			ml
4			ml
			ml
	Yセットで排液		

APD (自動腹膜透析)

透析液	量
	個
	個
	個

を用いて

・ 総注液量(ml) ・ サイクル数(回)

・ 時間(~)

・ 最終注液 有 無 ・ 日中バック交換 有 無

6. 消毒薬・衛生材料

・ スワブスティック (本)

・ 絆創膏 () ・ ドレッシング剤 ()

・ 手指消毒剤 ()

・ その他 ()

7. カテーテル感染の既往 (いずれかに☑)

あり なし

8. 緊急時の対応方法(排液の混濁、カテーテル出口部の発赤、除水量の不足等)

9. その他

作成者 所属 記入者

ツール管理者 所属 氏名

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑥ 酸素療法管理

1. 氏名	生年月日
2. 治療医療機関	
・担当医	
3. 開始日	
4. 自己管理能力 (該当するものに☑)	
<input type="checkbox"/> 1) 自己管理可 <input type="checkbox"/> 2) 一部介助 <input type="checkbox"/> 3) 全面介助 (介助者)	
* 家族等の介助状況⇒ <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 不可能	
* 特記事項()	
5. 使用機器 (該当するものに☑ (提供機関)	
設置型の場合 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 酸素濃縮装置 <input type="checkbox"/> 液化酸素装置	
携帯型の場合 <input type="checkbox"/> 携帯用酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 携帯型液化酸素装置	
* パルスオキシメーター⇒ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
6. 投与方法 (該当するものに☑)	
<input type="checkbox"/> 1) 持続 <input type="checkbox"/> 2) 間欠 (時間/1日 <input type="checkbox"/> 労作時 <input type="checkbox"/> 睡眠時 <input type="checkbox"/> 他→)	
3) 酸素吸入量 ・ 安静時⇒ L/分 ・ 労作時⇒ L/分 ・ 睡眠時⇒ L/分	
* 吸入方法⇒ <input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> マスク	
* SP02変化時の指示⇒ ()	
7. 緊急時の対応方法(呼吸困難増強時等)	
8. その他	
作成者 所属	記入者
ツール管理者 所属	氏名

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑦ 中心静脈栄養法管理

1. 氏名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 初回導入日

4. 自己管理能力 (該当するものに☑)

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助 (介助者 可能 不完全 不可能)

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項 ()

5. 使用薬剤・投与量

薬剤名・投与量 ()

6. 投与方法 (該当するものに☑)

1) 持続 2) 間欠 (時間/1日 他→)

* フラッシュ頻度⇒ ()

* 注入速度⇒ (ml/時間)

* 輸液ポンプの使用 ⇒ 有 無 ()

* 輸液ポンプ貸出機関⇒ ()

7. 挿入部に関して (該当するものに☑)

* 挿入部位⇒ ()

* ポート カテーテル

* ロック方法⇒ ()

* 特記事項⇒ ()

8. 消毒薬・衛生材料

・滅菌綿棒 (本) ・絆創膏 (個)

・滅菌ガーゼ (枚×パック) ・酒精綿 ()

・滅菌フィルム (枚) ・NSシリンジ (ml 本)

・フィルム (巻) ・ヘパ生シリンジ (本)

・その他 ()

9. 使用器具・交換頻度・提供数

・輸液回路 (セット) ・注射器、注射針 (セット)

・ヒューバー針 (mm 本) ・連結管 (本)

・エクステンションチューブ (ml 本) ・インジェクションプラグ (個)

・フィルター (個) ・その他 ()

10. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)

11. その他

作成者 所属 記入者

ツール管理者 所属 70 氏名

応用ツール⑧ 糖尿病治療管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・ 担当医 _____

3. 開始日 _____

4. 経口薬 (該当するものに☑)

- 無
- 有
 - ↳ 薬剤名 (_____) 量 (_____)
 - 服用法 (_____)
 - ↳ 薬剤名 (_____) 量 (_____)
 - 服用法 (_____)
 - ↳ 薬剤名 (_____) 量 (_____)
 - 服用法 (_____)
 - 薬情あり 服用法 (_____)

5. 自己管理能力 (該当するものに☑)

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助 (介助者 _____)
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項 (_____)

6. インスリン使用の有無

インスリン名・量
 朝 (_____ ・ _____ 単位) 昼 (_____ ・ _____ 単位)
 夕 (_____ ・ _____ 単位) 就寝 (_____ ・ _____ 単位)
 投薬時間・タイミング (_____)
 その他の指示 (_____)

7. 使用器具および提供数

注射器⇒ シリンジ ペン型
 針⇒ (ペンニードル) (_____ G ・ _____ 本/月)

8. 自己血糖測定器 ⇒ 有 無 (『有』の場合以下記載)

種類 (_____) (貸出 ⇒ 有 無) 穿刺器具 (_____)
 針 (_____ 本/月) チップ (_____ 個/月) その他 (_____)

9. 消毒薬・衛生材料

・ カット綿 (_____ 枚× _____ パック) ・ 酒精綿 (_____ 枚× _____ パック)
 ・ 消毒液 エタノール 他 (_____ ml)
 ・ その他 (_____)

10. 緊急時の対応方法 (明らかな低血糖発作時等)

11. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 72 _____ 氏名 _____

応用ツール⑨ 経管栄養法管理

1. 氏名	生年月日
2. 治療医療機関 ・担当医	
3. 経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
4. 開始日	
5. 自己管理能力 (該当するものに☑)	
<input type="checkbox"/> 1) 自己管理可	
<input type="checkbox"/> 2) 一部介助	
<input type="checkbox"/> 3) 全面介助 (介助者)	
* 家族等の介助状況 → <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不完全 <input type="checkbox"/> 不可能	
* 特記事項 ()	
6. 使用栄養剤・注入量 (提供機) (<input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> 自費購入)	
栄養剤名 () 1日に必要なカロリー (kcal)	
栄養量 (朝 ml) (昼 ml) (夕 ml)	
* 固形化の場合その方法～	
水分量 (朝 ml) (昼 ml) (夕 ml)	
* 注入の順序	
1回の注入時間 (分/回) (または ml/時間)	
その他の注入方法 ()	
●上記使用薬剤等変更の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否	
7. 使用器具・交換頻度	
1) 方法 → <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()	
チューブ → (種類) 太さ (Fr)	
2) 交換頻度 → () 次回交換予定日 ()	
3) 交換医療機関 → ()	
8. 緊急時の対応方法 (滴下不良の場合等)	
9. 挿入部の処置等	
10. その他	
作成者 所属	記入者
ツール管理者 所属	氏名

応用ツール⑩ 膀胱留置カテーテル管理

1. 氏名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 開始日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可
 2) 一部介助
 3) 全面介助（介助者 ）
 ＊ 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
 ＊ 特記事項（ ）

5. 使用器具

- ・交換用キット (セット)
- ・尿道カテーテル 号数 (セット)
- ・蓄尿袋 (商品名 ） (個)
- ・固定液 (ml)
- ・注射器 (ml・本)

6. 消毒薬・衛生材料

- ・滅菌綿棒 (本)
- ・絆創膏 (個)
- ・消毒液 (ml)
- ・潤滑油 (）)
- ・滅菌手袋 (個)
- ・滅菌ガーゼ (枚)
- ・滅菌セッシ (個)

7. カテーテル交換

- ・交換頻度 (週毎)
- ・最終交換日 (）)
- ・次回交換予定日 (）)

8. 緊急時の対応方法（尿道カテーテル閉塞の場合、感染等）

9. その他

作成者 所属 記入者
 ツール管理者 所属 氏名

応用ツール⑪ 自己導尿管理

1. 氏名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 開始日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
- 2) 一部介助
- 3) 全面介助（介助者 ）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ ）

5. 使用器具

- ディスポカテーテル
 ・商品名⇒ Fr ・ 本または 箱/日
- リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット
 ・商品名⇒ Fr ・ 本または 箱/日
- 上記を代用するカテーテル類
 （・商品名⇒ Fr ・ 本または 箱/日）

6. 消毒薬・衛生材料

- * 潤滑剤⇒ キシロカインゼリー （ 本・個/日）
- 滅菌グリセリン （ 本・個/日）
- * 消毒液⇒ リューザブルカテーテル
 ・消毒液名⇒ 本 ）
 自己導尿用カテーテルを入れた容器の中を満たすもの
 （・消毒液名⇒ 本 ）

7. 自己導尿回数指示

* 1日（ ）回 （ ）時間ごと

8. 自己導尿カテーテルの中を満たす消毒液の交換頻度

* （1回/ 日）

9. 緊急時の対応方法

10. その他

作成者 所属 記入者

ツール管理者 所属 氏名

応用ツール⑫ 腎瘻・尿管皮膚瘻管理

1. 氏名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 造設日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 ）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ ）

5. 使用器具・交換頻度・数量

- ・ カテーテル （ ）
- ・ カテーテルチップ （ ）
- ・ 集尿装具[パウチ、バッグ等]（提供機関 ）（ ）
- ・ 注射器 （ ）
- ・ 注射針 （ ）
- ・ 滅菌コップ （ ）

6. 消毒薬・衛生材料

- ・ 生理食塩水 （ ml）
- ・ ガーゼ （ 枚）
- ・ ガーゼ付絆創膏 （ 個）
- ・ テープ （ ）
- ・ 消毒薬 （ ）

7. 腎瘻・尿管皮膚瘻カテーテルの洗浄方法

1) 回数 ⇒ （ ）

2) 量 ⇒ （ ）

3) 手技等 ⇒ （ ）

8. 緊急時の対応方法（カテーテルが抜けた、つまった場合、血尿等）

9. その他

作成者 所属 記入者

ツール管理者 所属 氏名

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑬ 人工呼吸療法管理

1. 氏名 生年月日

2. 治療医療機関 ・担当医

3. 開始日

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

- 1) 自己管理可
 - 2) 一部介助
 - 3) 全面介助（介助者 ）
- * 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能
- * 特記事項（ ）

5. 使用器具・交換頻度・提供数 （業者名 ）

	機種・種類・サイズ	個数	交換頻度
人工呼吸器			
人工呼吸器回路			回/週
加湿モジュール			回/週
バクテリア・フィルター			ヶ月毎
外気取入口フィルター			ヶ月毎
気管カニューレ			医師による交換

6. 消毒薬・衛生材料

滅菌綿球	個	吸引チューブ	、	本
滅菌ガーゼ(Yカット)	枚	消毒液(気切用)	、	本
絆創膏	個	生理食塩水	、	本
		滅菌蒸留水	m1	本

7. 人工呼吸器等設定(NPPV含む)

使用時間	時	分～	時	分まで
モード		吸気時間	秒	気道内圧下限 cmH20
1回換気量	m1	吸気流量	L/分	気道内圧上限 cmH20
呼吸回数	回/分	感度	cmH20	加湿加湿器設定
I/E比	1:	秒	気道内圧	酸素量 m1/分

8. 緊急時の対応方法

9. その他(CPAPを使用している場合はその旨記載下さい。)

作成者 所属 記入者
 ツール管理者 所属 氏名

応用ツール⑭ 気管カニューレ管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. 造設日 _____

4. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

5. 経口摂取（該当するものに☑）

可

不可

6. 医療器材

- ・ カニューレの名称 _____)
- ・ 交換の頻度 (_____ 週に _____ 回)
- ・ カニューレの数 (_____ 本)
- ・ カフ用注射器 (_____ ml _____ 個)

7. 衛生材料

- ・ 滅菌綿棒 (_____ 本)
- ・ 滅菌Yガーゼ (_____ 個)
- ・ 絆創膏 (_____)
- ・ 消毒液 (薬品名: _____ 、 _____ 本)

8. トラブル時の対処

1) カニューレ抜去時の対応方法

2) 呼吸困難時の対応方法

3) 緊急時の対応方法

9. その他

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

応用ツール⑮ 人工肛門・人工膀胱管理

1. 氏名 _____ 生年月日 _____

2. 治療医療機関 _____ ・担当医 _____

3. ストーマの種類 = _____

4. 造設日 _____

5. 自己管理能力（該当するものに☑）

1) 自己管理可

2) 一部介助

3) 全面介助（介助者 _____ ）

* 家族等の介助状況⇒ 可能 不完全 不可能

* 特記事項（ _____ ）

6. 使用装具、装具交換状況、装具購入方法（提供機関 _____ ）

・装具名（ _____ ）

・装具の交換状況（ _____ 回/週、あるいは _____ 日毎に交換）

・その他の使用材料 _____

7. 緊急時の対応方法 _____

8. その他 _____

作成者 所属 _____ 記入者 _____

ツール管理者 所属 _____ 氏名 _____

				記載日	令和	年	月	日
はこだて医療・介護連携サマリー								
応用ツール⑩ 感染に関する管理								
1. 氏名				生年月日				
2. 治療医療機関						・担当医		
3. 感染症の罹患について								
・ 感染症① ()								
～ その対策								
・ 感染症② ()								
～ その対策								
・ 感染症③ ()								
～ その対策								
4. 緊急時の対応方法(明らかな悪化状態が見られた時等)								
5. 感染症に対しての処方状況								
6. その他								
作成者 所属				記入者				
ツール管理者 所属				氏名				

応用ツール⑰ 緩和ケア情報共有シート (MOPN)

患者氏名			生年月日		
年齢	124	歳			
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
P S	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
予後予測	<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 1年以上	<input type="checkbox"/> 6か月	
	<input type="checkbox"/> 2～3か月		<input type="checkbox"/> 1か月未満	<input type="checkbox"/> 1週間未満	
患者の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい		<input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない		
	<input type="checkbox"/> 知りたくない		<input type="checkbox"/> 今は決められない		
	<input type="checkbox"/> その他 []		
患者への病状 説明、受け止め					
患者の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)					
家族の病名・ 症状・治療方針・ 予後などについての 説明への希望	<input type="checkbox"/> 具体的にはっきり知りたい		<input type="checkbox"/> よくない情報はあまり詳しく知りたくない		
	<input type="checkbox"/> 知りたくない		<input type="checkbox"/> 今は決められない		
	<input type="checkbox"/> その他 []		
家族への病状 説明、受け止め	キーパーソン()				
家族の希望、 大切にしたいこと (気がかり・不安)					
病状が悪化した 時の希望の療養 の場所	<input type="checkbox"/> 自宅で療養したい				
	<input type="checkbox"/> 入院したい				
	<input type="checkbox"/> なるべく自宅で療養して 必要があれば入院したい		<input type="checkbox"/> 今までの病院	<input type="checkbox"/> ホスピス 緩和ケア病棟	
	<input type="checkbox"/> 今は決められない				
	<input type="checkbox"/> その他 []		
情報提供	<input type="checkbox"/> ホスピス緩和ケア病棟		<input type="checkbox"/> 在宅医療・ケア		
D N A R	<input type="checkbox"/> 確認		<input type="checkbox"/> 確認未		
治療医療機関			・担当医		
作成者 所属			記入者		
ツール管理者 所属			氏名		

はこだて医療・介護連携サマリー

応用ツール⑱ 本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報

※本応用ツールはご本人の思いをつなぐための書式としてご活用ください。



下記は **時点** で確認できている情報です。今後も意向は変化していく可能性があります。適宜、対話を繰り返していただきますようお願いいたします。

1. 氏名 生年月日 年齢 124 歳

2. 意思確認実施機関 ・意思確認者（相談員等）

3. 意思確認対象者 本人 家族や友人等：（氏名） による推定意思の確

※ACP実施の有無にかかわらず会話等により聞き取れた本人の思いがある場合も下記に記入。

4. ACPを実施する上で参考にしたツール もしもノートはこだて 機関独自のツール（ ）
 なし その他（ ）

5. もし生きることができ時間が限られているとしたら、大切にしたいこと（複数回答あり）
 家族 友人 仕事や社会的な役割 趣味
 身の回りのことが自分でできること 経済的なこと
 できる限りの治療が受けられること ひとりの時間がもてること
 家族の負担にならないこと
 その他（ ）

6. もし自分の意思をはっきりと示せなくなり、生きることができ時間が限られているとしたら、希望する医療・ケア
 身体に大きな負担がかかっても、できる限り長く生きられる治療
 身体に大きな負担がかかる処置は希望しないが、そのうえで少しでも長く生きられる治療
 延命的な治療はおこなわず、できる限り苦痛を緩和して自分らしい時間を過ごすこと
 今はわかりません
 その他（ ）

7. 人生の最期を過ごしたいと希望する場所
 自宅 今まで治療を受けていた病院（医療機関）
 ホスピスや緩和ケアを中心に行っている病院（医療機関）
 老人ホーム、介護施設など
 今はわかりません
 その他（ ）

8. 自分の意思が示せなくなったとき本人が望む医療・ケアを推定できる人はいるか？
 いる いない
 * 「いる」の場合
 家族 友人 その他（ ）
 ※本人の思いを推定できる人が家族・友人以外の場合、その他にご記入。ご本人が信頼を寄せ人生の最終段階を支える存在であれば、家族や友人以外でも構いません。例えば、医療・介護等の支援者がここにあたる場合もあるかもしれません。

9. 会話等から確認できた本人の思いなど

※これまでの項目について、特記事項等がある場合は応用ツール⑲をご活用ください。

各機関で独自のACPの取り組みを行っている場合は、そちらを実施の上、情報共有シートとしてご活用ください。独自の仕組みがない機関では、厚生労働省が作成している「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」および、その「解説編」を確認の上、ACPの取り組みの一つとして、函館市医療・介護連携支援センターのホームページにて紹介している「もしもノートはこだて」を参考に実施をご検討ください。

作成者 所属 記入者
 ツール管理者 所属 氏名

【田宮班】

令和5年度厚生労働行政推進調査事業費（長寿科学政策研究事業）
自立支援型介護等の類型化及びエビデンスの体系的な整理に関する研究（21GA2003）
分担研究報告書

特別養護老人ホームにおける向精神薬の処方実態に関する研究

研究協力者 鈴木愛 筑波大学人間総合科学学術院人間総合科学研究群パブリックヘルス学位プログラム
研究協力者 宇田和晃 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 助教
研究分担者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授
筑波大学ヘルスサービス開発研究センター センター長
研究代表者 松田晋哉 産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

研究要旨

目的

高齢者施設入居者は不安障害や睡眠障害、認知症等を抱えている者が多く、これらの疾患に対して向精神薬が処方されることが多い。しかし、向精神薬の中には高齢者が服用すると様々な有害事象を起こす薬があることが報告されており、特に抗精神病薬、ベンゾジアゼピンおよび非ベンゾジアゼピン（以下、Z-drug）は高齢者において使用を避けることが望ましい薬剤として広く認知されている。しかし、高齢者施設入居者に対しては依然として多く処方されている状況であり、また、施設間の処方割合にばらつきがあったと報告されているが、日本における状況は明らかにされていない。そこで本研究では、向精神薬の中でも抗精神病薬、ベンゾジアゼピンおよびZ-drugに着目し、日本の介護老人福祉施設（以下、特養）における①抗精神病薬、ベンゾジアゼピンおよびZ-drugの処方実態と新規骨折発生との関係、②各施設間の処方割合のばらつき、③施設特性ごとの施設の処方割合の違いを明らかにすることを目的とした。

方法

2018年4月～2019年3月の茨城県介護・医療レセプトデータ、介護サービス情報公表システムのデータを使用し、2018年7月～2019年3月の期間に特養に入所しているものを対象とした。2018年7月～12月の期間中1回でも処方されていれば処方ありとし、解析対象者における処方割合と各特養ごとの処方割合を算出した。なお、抗精神病薬の処方については、統合失調症、ハンチントン病、トゥレット病患者の既往があるものは対象から除外した。さらに、各薬剤が処方された者と処方されていない者における新規骨折発生者の割合も算出した。また、施設特性として人員配置（ストラクチャー）や施設体制（プロセス）に着目し、各人員配置の低位高位別、および各体制の有無別の、施設の平均処方割合を比較した。

結果

抗精神病薬処方解析対象者（対象施設）は6119名（188施設）、ベンゾジアゼピン・Z-drug 処方解析対象は7663名（211施設）であった。抗精神病薬の処方割合：7.0%、ベンゾジアゼピンの処方割合：17.0%、Z-drug の処方割合：5.9%であり、Z-drug 処方者では処方されていない者と比べ新規骨折の発生割合が有意に多かった。施設ごとの各薬剤の処方割合は、抗精神病薬処方割合：0～29.4%、ベンゾジアゼピンの処方割合：0～44.8%、Z-drug の処方割合：0～24.1%と、施設間で処方割合にばらつきが見られた。各薬剤の平均処方割合が多かった施設特性の中で3つの薬剤に共通していた特性は、「薬剤師の定期的な訪問がある」「入所者100人あたりの看護師数が少ない」であった。

結論

特養入所者において、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、z-drug の処方割合はそれぞれ7.0%、17.0%、5.9%であり、望ましくない処方をされている者がいる可能性が示唆された。Z-drug においては、処方がない者に比べ処方者で新規骨折の発生割合が有意に多く、薬剤の処方が有害事象をもたらしている可能性も示唆された。また、各特養間の処方割合のばらつきが存在することも明らかになり、ケアの質を均てんかさせるためには、各特養における処方割合の違いに関連する施設特性をより詳細に把握する必要がある。

A. 研究目的

高齢者施設入居者は多くの疾患を抱えており、特に不安障害や睡眠障害、認知症等が多いと報告されている¹⁾。これらの疾患に対しては、抗精神病薬やベンゾジアゼピン、非ベンゾジアゼピン（以下、Z-drug）が広く使用されているが、これらの薬は高齢者が服用すると様々な有害事象を起こすことが報告されており²⁾³⁾⁴⁾、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drug は高齢者において使用を避けることが望ましい薬剤として広く認知されている。しかし、先行研究では高齢者施設入居者において、抗精神病薬の処方割合：13.6～32.4%⁵⁾⁶⁾⁷⁾、ベンゾジアゼピンの処方割合：8.0～30.2%⁶⁾⁸⁾、Z-drug の処方割合：8.1～14.6%⁹⁾¹⁰⁾と報告されており、依然として多く処方されている状況である。また、欧米においては高齢者施設間での処方割合

のばらつきも存在しており、抗精神病薬の処方割合のばらつき：5.0～55.0%¹¹⁾、3.0～50.0%¹²⁾、3.3～66.7%⁷⁾、ベンゾジアゼピン・Z-drug の処方割合のばらつき：23.7～98.6%¹²⁾と報告されている。

そこで本研究では、日本の特別養護老人ホーム（以下、特養）における①抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drug の処方実態と新規骨折発生の関係、②施設間の処方割合のばらつき、③施設特性ごとの施設の処方割合の違いを検討することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 対象者

2018年度の茨城県の介護・医療レセプトデータ、介護サービス情報公表システムのデータを使用し、2018年7月～2019年3月の期間に特養に入所した者を対象と

した。除外基準は2018年7月時点で入所期間が3ヶ月以内の者、医療データと突合できない者、複数の施設に入所している者、30日以上入院が発生した者、介護サービス情報公表システムのデータと突合できなかった者、対象者が20名以下の特養に入所している者とした。なお、抗精神病薬の処方においては、統合失調症、ハンチントン病、トゥレット病患者に対する処方は適正な処方とみなし、対象者から除外して検討した。

(2) 分析方法

①抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drugの処方実態と新規骨折発生の関係

抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drugの処方は、以下のWHOATCコードを用いた：抗精神病薬(N05A)、ベンゾジアゼピン(N05BA, N05CD, N03AE)、Z-drug(N05CF)。2018年7月～2018年12月の期間に上記薬剤が1回でも処方されていれば「処方あり」とした。

新規骨折発生は、各薬剤処方ありの者においては処方日～2019年3月までの期間に新規に発生した骨折を、各薬剤処方なしの者においては2018年7月～2019年3月までの期間に新規に発生した骨折を新規骨折発生と定義した。骨折は転倒に関連があると思われる骨折として、先行研究⁴を参考に以下の骨折と対応するICD10コードを用いた：股関節骨折(S72.0, S72.1, S72.2)、大腿骨骨折(S72.3, S72.4)、膝蓋骨骨折(S82)、脛骨・腓骨骨折(S82.1, S82.2, S82.3, S82.4)、足首骨折(S82.5, S82.6, S82.7, S82.8, S82.9, S92)、鎖骨骨折(S42)、肩甲骨骨折(S42.1)、上腕骨骨折(S42.4, S42.3, S42.4)、前腕骨折

(S52)、手の骨折(S62)、肋骨骨折(S22.2, S22.3, S22.4)、胸骨骨折(S22.8, S29)、顔面骨折(S02)、頭蓋内損傷(S06)。

統計解析は、カイ二乗検定とスチューデントのt検定を用いて、各薬剤の処方なし群・あり群の個人特性の違いと処方なし群・あり群の新規骨折発生割合を比較した。有意水準は5%とした。

②施設間の処方割合のばらつき

上記より求めた個人レベルの処方から、各特養ごとの処方割合を算出し、処方割合の分布を確認した。

③施設特性ごとの施設の処方割合の違い

施設特性として人員配置と施設体制に着目し、人員配置は「入所者100人あたりの医師数」「入所者100人あたりの看護師数」「入所者100人あたりの介護士数」「入所者100人あたりの介護支援専門員数」を、施設体制は「薬剤師による特養訪問の有無」「精神科医による療養の有無」を用いた。医師数、看護師数、介護士数、介護支援専門員数に関しては、中央値で区切り低位/高位の2区分とした。

各人員配置の低位高位別、および各体制の有無別の、特養の平均処方割合を比較した。

(倫理面への配慮)

本研究で用いるデータは、筆者らが受領する以前に個人を特定できる情報は削除されており、個人情報保護されている。また本研究は筑波大学医学医療系倫理委員会の承認(承認日:2020年9月3日、承認番号:1595)を得て実施した。

C. 研究結果

抗精神病薬の解析対象者は6119名(188

施設)、ベンゾジアゼピン・Z-drug の解析対象者は 7663 名 (211 施設) であった。

抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drug の解析対象者の個人特性と施設特性を表 1、表 2 に示す。抗精神病薬の解析対象者の平均年齢は 88.2 歳、女性 82.0%、要介護度は要介護 1: 107 名 (1.8%)、要介護 2: 318 名 (5.2%)、要介護 3: 1757 名 (28.7%)、要介護 4: 2323 名 (38.0%)、要介護 5: 1614 名 (26.4%) であった。ベンゾジアゼピン・Z-drug の解析対象者の平均年齢は 88.2 歳、女性 81.5%、要介護度は要介護 1: 126 名 (1.6%)、要介護 2: 378 名 (4.9%)、要介護 3: 2149 名 (28.0%)、要介護 4: 2893 名 (37.8%)、要介護 5: 2117 名 (27.6%) であった。

①抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drug の処方実態と新規骨折発生の関係

解析対象者における個人レベルの処方割合は、抗精神病薬: 429 名 (7.0%)、ベンゾジアゼピン: 1306 名 (17.0%)、非ベンゾジアゼピン: 454 名 (5.9%) であった。

抗精神病薬処方なしの者とありの者における新規骨折発生割合はそれぞれ 6.0%、3.7% であり、t 検定の結果有意な関連は認められなかった ($p=0.054$)。ベンゾジアゼピン処方なしの者とありの者における新規骨折発生割合はそれぞれ 2.0%、2.3% であり、処方ありの者で新規骨折発生者が多かったが t 検定では有意な関連は認められなかった ($p=0.054$)。Z-drug 処方なしの者とありの者における新規骨折発生割合はそれぞれ 2.0%、4.2% であり、t 検定では有意な関連が認められた ($p=0.002$) (表 3)。

②施設間の処方割合のばらつき

各施設における処方割合のばらつきを

図 1 に示す。各施設毎の処方割合は、抗精神病薬: 0~29.4%、ベンゾジアゼピン: 0~44.8%、Z-drug: 0~24.1% であり、ばらつきが見られた。

③施設特性ごとの施設の処方割合の違い

各施設特性ごとの平均処方割合を表 4 に示す。各薬剤の処方割合が多かった施設特性の中で 3 つの薬剤に共通していた特性は、「薬剤師の定期的な訪問がある」「入所者 100 人あたりの看護師数が高位」であった。

D. 考察

本研究は、レセプトデータを使用し、日本の特養入所者の抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drug の処方実態と新規骨折発生との関連、施設間の処方割合のばらつきを記述した初めての研究である。

非ベンゾジアゼピン処方者では新規骨折発生割合が有意に多いことが明らかになった。先行研究⁴⁾¹³⁾においても非ベンゾジアゼピン処方者では骨折のリスクが高くなると報告されており、今回も同様の結果が得られた。こういった薬剤は転倒リスクを高くする可能性があるため、処方する際には注意が必要である。

施設ごとの処方割合に関して、処方割合にばらつきが存在していることが明らかになった。また、各薬剤の平均処方割合が多かった施設特性の中で、3 つの薬剤に共通していた特性は「薬剤師の定期的な訪問がある」「入所者 100 人あたりの看護師数が低位」であった。「薬剤師の定期的な訪問がある施設」は、薬剤師と密にコミュニケーションをとれる環境にあると想定できる。薬剤師とコミュニケー

ションしやすい環境にあることで、薬剤の処方等の相談をしやすく個別性を考慮して敢えて抗精神病薬やベンゾジアゼピン Z-drug の処方をする可能性が考えられ、それにより、薬剤師の定期的な訪問がある施設は薬剤の処方割合が多かったのだと考える。また、看護師は日常的に入居者とコミュニケーションを取り、かつ医療的な知識を持っている職種である。そのため、日常生活と医療的な状況を両面を考慮した入居者の状況を医師に伝えることで、適切な処方につながっているのだと考える。

しかし、今回は単純な記述にとどまっているため、施設レベルの処方割合の違いに関連する施設特性については今後マルチレベル分析を用いた詳細な解析が必要である。

E. 結論

特養入所者において、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、z-drug の処方割合はそれぞれ 7.0%、17.0%、5.9%であり望ましくない処方がされている者がいる可能性が示唆された。また、非ベンゾジアゼピンでは処方者で新骨折の発生割合が有意に多く、これらの薬剤の処方には注意が必要である。さらに、施設ごとの処方割合の違いが存在することも明らかになった。施設ごとの処方割合に施設特性が関連している可能性も示唆され、今後はマルチレベル分析を用いたより詳細な研究を行うことで処方割合に関連する施設特性を明らかにし、不適正な処方に対応するための環境整備に寄与できる可能性が示唆された。

研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

F. 知的財産権の出願・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

参考文献

1. van den Brink AM, Gerritsen DL, Voshaar RC, Koopmans RT. Residents with mental-physical multimorbidity living in long-term care facilities: prevalence and characteristics. A systematic review. *Int Psychogeriatr.* 2013;25(4):531-48.
2. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ.* 2007;176(5):627-32.
3. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.*

- 2019;67(4):674–694.
4. Berry SD, Lee Y, Cai S, Dore DD. Nonbenzodiazepine sleep medication use and hip fractures in nursing home residents. *JAMA Intern Med.* 2013;173(9):754–61.
 5. Hamada S, Kojima T, Hattori Y, Maruoka H, Ishii S, Okochi J, Akishita M. Use of psychotropic drugs and drugs with anticholinergic properties among residents with dementia in intermediate care facilities for older adults in Japan: a cohort study. *BMJ Open.* 2021;11(4):e045787.
 6. Maclagan LC, Maxwell CJ, Harris DA, Campitelli MA, Diong C, Lapane KL, Hogan DB, Rochon P, Herrmann N, Bronskill SE. Sex Differences in Antipsychotic and Benzodiazepine Prescribing Patterns: A Cohort Study of Newly Admitted Nursing Home Residents with Dementia in Ontario, Canada. *Drugs Aging.* 2020;37(11):817–827.
 7. Rochon PA, Stukel TA, Bronskill SE, Gomes T, Sykora K, Wodchis WP, Hillmer M, Kopp A, Gurwitz JH, Anderson GM. Variation in nursing home antipsychotic prescribing rates. *Arch Intern Med.* 2007;167(7):676–83.
 8. Candon M, Strominger J, Gotlieb E, Maust DT. Nursing Home Characteristics Associated with High and Low Levels of Antipsychotic, Benzodiazepine, and Opioid Prescribing to Residents with Alzheimer's Disease and Related Dementias: A Cross-Sectional Analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(11):1780–1786. e2.
 9. Lukačičinová A, Fialová D, Peel NM, Hubbard RE, Brkic J, Onder G, Topinková E, Gindin J, Shochat T, Gray L, Bernabei R. The prevalence and prescribing patterns of benzodiazepines and Z-drugs in older nursing home residents in different European countries and Israel: retrospective results from the EU SHELTER study. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):277.
 10. Drusch S, Le Tri T, Ankri J, Michelon H, Zureik M, Herr M. Potentially inappropriate medications in nursing homes and the community older adults using the French health insurance databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2023;32(4):475–485.
 11. Kleijer BC, van Marum RJ, Frijters DH, Jansen PA, Ribbe MW, Egberts AC, Heerdink ER. Variability between nursing homes in prevalence of antipsychotic use in patients with dementia. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(3):363–71.
 12. Fog AF, Mdala I, Engedal K, Straand J. Variation between

nursing homes in drug use and in drug-related problems. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):336.

13. Donnelly K, Bracchi R, Hewitt J, Routledge PA, Carter B. Benzodiazepines, Z-drugs and the risk of hip fracture: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(4):e0174730.

表 1. 対象者の個人特性

	抗精神病薬			ベンゾジアゼピン			非ベンゾジアゼピン				
	処方なし n=5690 (93.0%)	処方あり n=429 (7.0%)	p 値	処方なし n=6357 (83.0%)	処方あり n=1306 (17.0%)	p 値	処方なし n=7209 (94.1%)	処方あり n=454 (5.9%)	p 値		
年齢 n(SD)	88.7 (7.3)	87.7 (7.1)	0.004	年齢 n(SD)	88.5 (7.4)	87.9 (7.6)	0.007	年齢 n(SD)	88.4 (7.4)	88.1 (7.0)	0.421
性別 n(%)				性別 n(%)				性別 n(%)			
女性	4670 (82.1)	347 (80.9)	0.537	女性	5138 (80.8)	1110 (85.0)	<.0001	女性	5874 (81.5)	374 (82.4)	0.633
要介護度 n(%)				要介護度 n(%)				要介護度 n(%)			
要介護 1	103 (1.8)	4 (0.9)		要介護 1	93 (1.5)	33 (2.5)		要介護 1	113 (1.6)	13 (2.9)	
要介護 2	309 (5.4)	9 (2.1)		要介護 2	290 (4.6)	88 (6.7)		要介護 2	349 (4.8)	29 (6.4)	
要介護 3	1623 (28.5)	134 (31.2)		要介護 3	1757 (27.7)	392 (30.0)		要介護 3	2014 (27.9)	135 (29.7)	
要介護 4	2145 (37.7)	178 (41.5)		要介護 4	2390 (37.7)	503 (38.5)		要介護 4	2715 (37.7)	178 (39.2)	
要介護 5	1510 (26.5)	104 (24.2)	0.009	要介護 5	1827 (28.8)	290 (22.2)	<.0001	要介護 5	2018 (28.0)	99 (21.8)	0.011
うつ n(%)	392 (6.9)	94 (21.9)	<.0001	うつ n(%)	484 (7.6)	236 (18.1)	<.0001	うつ n(%)	668 (9.3)	52 (11.5)	0.121
不安障害 n(%)	287 (5.0)	44 (10.3)	<.0001	不安障害 n(%)	238 (3.7)	235 (18.0)	<.0001	不安障害 n(%)	425 (5.9)	48 (10.6)	<.0001
不眠症 n(%)	1571 (27.6)	196 (45.7)	<.0001	不眠症 n(%)	1519 (23.9)	1000 (76.6)	<.0001	不眠症 n(%)	2092 (29.0)	427 (94.1)	<.0001

認知症 n(%)	2349 (41.3)	246 (57.3)	<.0001
----------	-------------	------------	--------

認知症 n(%)	2931 (46.1)	575 (44.0)	0.170
----------	-------------	------------	-------

認知症 n(%)	3288 (45.6)	218 (48.0)	0.318
----------	-------------	------------	-------

表 2. 対象施設の施設特性

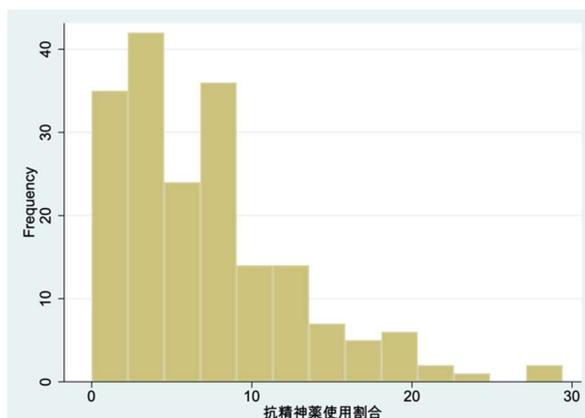
抗精神病薬処方解析対象施設		ベンゾジアゼピンおよび非ベンゾジアゼピン処方解析対象施設	
施設特性	n=188	施設特性	n=211
薬剤師の訪問あり n(%)	121 (64.4)	薬剤師の訪問あり n(%)	133 (63.0)
精神科医による療養 n(%)	9 (4.8)	精神科医による療養 n(%)	11 (5.2)
入所者 100 人あたりの医師数 n(%)		入所者 100 人あたりの医師数 n(%)	
低位	126 (67.0)	低位	132 (62.6)
高位	62 (33.0)	高位	79 (37.4)
入所者 100 人あたりの看護師数 n(%)		入所者 100 人あたりの看護師数 n(%)	
低位	94 (50.0)	低位	121 (57.4)
高位	94 (50.0)	高位	90 (42.6)
入所者 100 人あたりの介護士数 n(%)		入所者 100 人あたりの介護士数 n(%)	
低位	95 (50.5)	低位	107 (50.7)
高位	93 (49.5)	高位	104 (49.3)
入所者 100 人あたりの介護支援専門員数 n(%)		入所者 100 人あたりの介護支援専門員数 n(%)	
低位	94 (50.0)	低位	107 (50.7)
高位	94 (50.0)	高位	104 (49.3)

表 3. 各薬剤の処方と新規骨折割合

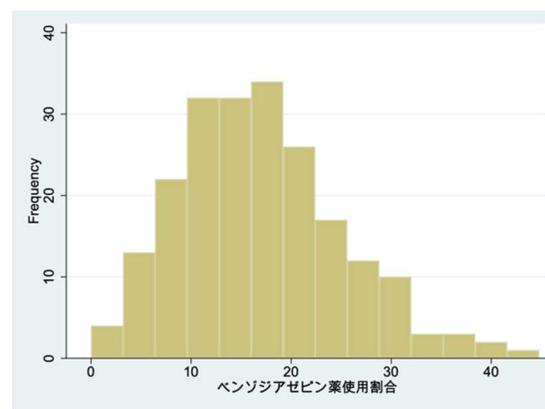
	抗精神病薬		p 値
	処方なし n=5690	処方あり n=429	
新規骨折発患者数 n (%)	341 (6.0)	16 (3.7)	0.054

	ベンゾジアゼピン		p 値
	処方なし n=6357	処方あり n=1306	
新規骨折発患者数 n (%)	367 (5.8)	67 (5.1)	0.359

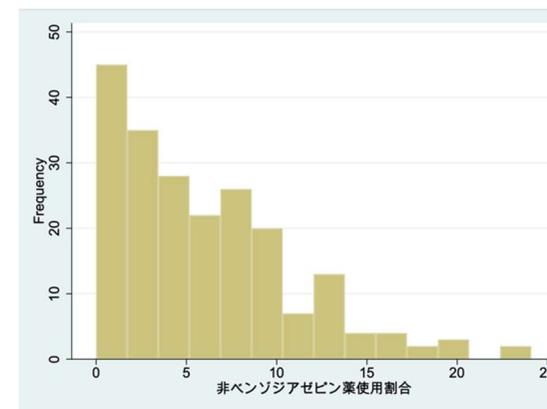
	Z-drug		p 値
	処方なし n=7209	処方あり n=454	
新規骨折発患者数 n (%)	144 (2.0)	19 (4.2)	0.002



施設における抗精神病薬の処方割合の分布



施設におけるベンゾジアゼピンの処方割合の分布



施設における Z-drug の処方割合の分布

図 1. 施設ごとの抗精神病薬、ベンゾジアゼピン、Z-drug の処方割合の分布

表 4. 各施設特性ごとの薬剤平均処方割合

抗精神病薬		
	施設体制なし (or) 人員配置低位	施設体制あり (or) 人員配置高位
精神科医による療養体制 % (SD)	6.9 (5.4)	10.8 (10.6)
薬剤師の訪問体制 % (SD)	6.1 (5.7)	7.6 (5.8)
入所者 100 人あたりの医師数 % (SD)	7.1 (5.7)	7.1 (6.0)
入所者 100 人あたりの看護師数 % (SD)	7.7 (5.8)	6.4 (5.7)
入所者 100 人あたりの介護士数 % (SD)	6.9 (5.8)	7.3 (5.8)
入所者 100 人あたりの介護支援専門員数 % (SD)	7.6 (6.6)	6.6 (4.8)

ベンゾジアゼピン		
	施設体制なし (or) 人員配置低位	施設体制あり (or) 人員配置高位
精神科医による療養体制 % (SD)	16.9 (8.1)	17.3 (8.9)
薬剤師の訪問体制 % (SD)	16.9 (9.3)	17 (7.4)
入所者 100 人あたりの医師数 % (SD)	17 (7.1)	16.8 (9.6)
入所者 100 人あたりの看護師数 % (SD)	17.4 (7.6)	16.3 (8.8)
入所者 100 人あたりの介護士数 % (SD)	16.2 (8.5)	17.7 (7.7)
入所者 100 人あたりの介護支援専門員数 % (SD)	16.5 (7.4)	17.4 (8.8)

Z-drug		
	施設体制なし (or) 人員配置低位	施設体制あり (or) 人員配置高位
精神科医による療養 % (SD)	5.9 (5.0)	6.0 (5.5)
薬剤師の訪問あり % (SD)	5.5 (5.0)	6.1 (5.0)
入所者 100 人あたりの医師数 % (SD)	5.7 (4.5)	6.2 (5.8)
入所者 100 人あたりの看護師数 % (SD)	6.6 (5.2)	6.4 (4.7)
入所者 100 人あたりの介護士数 % (SD)	5.9 (5.4)	6.0 (4.6)
入所者 100 人あたりの介護支援専門員数 % (SD)	5.9 (4.6)	6.0 (5.4)

【福井班】

厚生労働行政推進調査事業補助金（長寿科学政策研究事業）

分担研究報告書

自立支援に資する介護等の類型化及びエビデンスの体系的な整理に関する研究

研究分担者 福井 小紀子（東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授）
研究協力者 岩原 由香（医療創生大学 国際看護学部 講師）
梅津 千香子（福井県立大学 看護福祉学部 准教授）

本調査は、要介護 3 以上の中重度の利用者を対象とする介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの介護施設内で日常のケアに組み込まれているケアと医療介護連携についての具体的な内容のデータ収集を行い、自立支援に資する介護の類型化及び利用者の特性の整理方法について検討、アウトカムとの関連性についてのエビデンスを整理することを目的として実施する 3 年目の調査である。昨年度までの調査は、ユニット型の居室形態を持つ介護保険 3 施設のみであったため、今年度は、従来型の居室形態を持つ施設に対して追加調査を行った。そのうえで、初年度から行ってきた定性的データを統合し、自立支援のためのケアマネジメント手法及びサービス提供方法、そしてそれらの評価方法に関する取りまとめを行うことを目的とした。その結果、従来型居室形態でも、利用者の ADL やコミュニケーション等の状態別に集団化することで、利用者が活性化し、個別性のあるプランの立案が容易になっていることが分かった。自立支援のためのケアマネジメントの各プロセスでは、利用者の意向が中心に据えてあることで、自立支援の目標が明確になっており、多職種の連携が促進されている。さらに、スタッフの目線ではなく、利用者目線でのプランの立案と実践が行われている。自立支援介護の評価基準は、利用者の意向がかなえられているか否かである。介護度の軽減などの客観的情報でなく、利用者の笑顔やいきいきとした姿によって評価されている。加えて、管理職や中間管理職が、利用者本人の希望に合わせて施設の理念、施設の持つ役割を行動レベルまで具体化してスタッフに伝え、時には、ケアマネジメントの各プロセスにおいて、実践して見せている。この、スタッフへの教育が、スタッフの利用者への自立支援に影響を及ぼしていることが分かった。

A. 研究目的

1) 背景

わが国の介護保険法の目的として、要介護者が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むこと」が掲げられている。また、少子高齢化の進展により、

2000 年の公的介護保険制度施行以来、介護費の増加が続いているとともに、介護業界では慢性的な人材不足である。2040 年に向けて、介護保険法の理念を踏まえ、また介護に関わる社会的課題に対処するためにも、要介護者の自立支援に資する介護（以下、自

立支援型介護)を推進することは必須である。

厚生労働省では、2021年より科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)」(以下、LIFE)を用いて、介護事業所より自立支援に資するアウトカム情報等を収集することとしている。アウトカム情報等を提出した事業所は、提供されるフィードバック情報を検証し、利用者に対する介護の内容を見直して、アウトカムを改善させるという一連のPDCAサイクル(plan-do-check-act cycle)を推進していくことが求められている。しかし、実際の介護現場において行われている介護は多岐に渡り、利用者の特性も様々であるが、これまでそれらについて学術的に網羅的に類型化されたものはない。加えて、介護保険におけるアウトカムについても、例えば、ADL(Activities of Daily Living)の改善や、社会参加を進めること、満足度の向上、幸福度の向上、尊厳の保持等様々な観点が示されている。また、あるアウトカムを改善すれば他が悪化する可能性もある。このため、どのような介護介入が各アウトカムを変化させるかというエビデンスを系統的に整理することが難しいという課題があり、介護の内容をどのように見直すのが最善かを、各施設が判断するのは簡単とは言えない状況にある。

そこで、実際に行われている自立支援型介護の方法等を調査し類型化することで、どのような介護の方法が、どのような利用者のどのようなアウトカムを改善するのかというエビデンスを示すことができれば、介護事業所が自らの介護の質を向上させていくのに有用と考えられる。

本研究は、事業所が自ら介護の質の向上を行うことを助け、ひいてはわが国の介護の質全体の向上に貢献する。

要介護3以上の中重度の利用者を対象とする介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームの自立支援型介護の類型化を目的として実施した2021年度の調査は、インターライとLIFEを勘案して、看護の政策研究での共通指標とする枠組である長期ケアの質の指標を用いて分類した。その結果、【尊厳の追求】、【苦痛の最小化】、【食生活の維持】、【排泄活動の維持】、【身体活動の維持】、【睡眠の確保】、【認知機能低下による生活機能障害の最小化】、【家族のウェルビーイングの追求】の8ドメイン24アウトカム項目のうち11のアウトカム項目において、すべての施設でケアの語りがあった。一方、ケアの語りが7施設中1施設にとどまったのは3つのアウトカム項目で、これらはすべて、【苦痛の最小化】のドメインだった。この調査の結果から、2022年度の調査は、ケアの記述の少なかった各アウトカム項目のケアの状況について、特に施設内で日常のケアに組み込まれているケアと医療介護連携についての具体的な内容のデータ収集を行った。

その結果、利用者にとって自宅で生活していた時と同じような当たり前の日常生活を送ってもらうことで、体調を整え、基礎体力をあげ、活動意欲を向上させる。その結果、感染症や褥瘡の予防、睡眠の確保ができていた。スタッフが利用者とは密にかかわることで、情報をキャッチし個別の支援へとつなげていた。定期的なカンファレンスだけでなく、日常のケアの中で情報交換が行われ、タイムリーに多職種のカンファレン

スが行われているため、疾病悪化の早期発見ができていた。組織の理念を中間管理職が、具体化してスタッフに周知すること、介護保険施設施設の持つ役割を、スタッフ全員で共通認識すること、利用者の望む生活が送れるように支援すること、利用者を中心に据えて、多職種が連携しケアを構築していくことが、前提にあることで、自立支援型介護が促進されていることが分かった。

昨年度までの調査は、ユニット型の居室形態を持つ介護保険 3 施設のみであったため、今年度は、従来型の居室形態を持つ施設に対して追加調査を行う。そのうえで、初年度から行ってきた定性的データを統合し、自立支援のためのケアマネジメント手法及びサービス提供方法、そしてそれらの評価方法に関する取りまとめを行うことを目的とする。

B. 研究方法

1) 調査対象と調査方法

調査の趣旨を説明し、協力の得られた従来型の居室形式を持つ介護老人保健施設、特別養護老人ホームの職員に対して、対面でインタビューを行った。

2) 調査項目

(1) 施設概要

施設の理念、およびそれを職員全体と共有する取組、施設設備等に見られる特徴、「自立支援促進加算」算定状況

(2) 尊厳の保持と自立支援のための取組
方策

(3) 自立支援促進に向けた PDCA サイクル

Plan：状態の改善や本人の希望実現に向けた具体的な取り組み内容、多職種連携や役割分担、情報共有等

Do：実施

Check：効果の確認

Action：効果を踏まえた支援計画の見直し

3) データ分析方法

今年度インタビューデータに加えて、初年度からのインタビューデータについて逐語録を作成した。インタビューでの施設職員の語りを、PDCA サイクルを念頭に置いて、質的記述的に分析を行った。

4) 倫理面への配慮

調査は、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会の承認を得た上で実施した。データはすべて匿名化して電子媒体に保存し、研究者の研究室の鍵のかかる場所に保管した。データは、本研究の目的以外では使用せず、研究終了後 5 年をめぐりに一定期間経過後に復元できない形で破棄する。本研究における利益相反はない。

C. 研究結果

1) 対象施設の特徴

今年度の対象施設は介護老人保健施設（ユニット型、従来型の併設）、特別養護老人ホーム（従来型）それぞれ一か所ずつであった。（表 1）

2022 年度の対象施設は、すべてユニット型で、介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホームがそれぞれ一か所ずつであった。（表 2）

2) 結果

(1) 従来型居室形態での工夫

意向のはっきりした人を集団化し、従来型でありながら、20 人ほどのミニユニット的な形式で運営している。その結果、利用者の発語が非常に多くなったり、その人の意

向、もしくはその人に合った個別プランを立てやすくなったりした。のミニユニット形式の中で元気にいきいきとしている利用者の姿を見ると、スタッフのモチベーションにつながっている。さらに集団が小さいので、一人一人の状況に気づきやすい利点がある。しかし、従来型では、人的あるいは報酬の保障はされていない。そのため、介護度の高い利用者のユニットでは、パワースーツや眠りスキャンなどの福祉機器を導入などの工夫をしている。加えて、介護技術の向上のための研修会を開いたり、定期的にユニットのスタッフの入れ替えをおこなったりしている。

COVID-19 のクラスターが発生した時に、個室対応をした結果、食事や水分の摂取量が減り、生命の危険があるくらいに衰弱した。この利用者の様子を見て、スタッフは今まで自分たちのやっていたことのすごさを実感しており、それがスタッフのモチベーションへつながっていた。

(2) 自立支援のためのケアマネジメント手法及びサービス提供方法、そしてそれらの評価方法

介護保険3施設における自立支援型介護は、「利用者本人の希望を中心に据えて」「ケアマネジメント」と「施設のスタッフ教育」の2本の柱からなる。(図1)

ケアマネジメントのプロセスでは、インタビュー面接だけでなく日々の利用者とのかわりの中で本人の意向を確認し、それを、「日々のケアの中で」「多職種」「家族」と「共有する」。このようにして収集、共有された情報をもとにアセスメントされ、多職種、家族とすり合わせが行われる。

アセスメントの後の Planning において

は、「どのようにすれば利用者の望みがかなえられるのか」の視点から行われる。本人の望みだけでなく、「その人にとってのあたりまえの生活」の実現、「生命を守る」こと、「人と交流する」こと、「気の合う友人を作ったり、楽しい活動をしたりする」こともプランに加える。

これらのケアプランは、実践され「利用者の笑顔」や「いきいきとした姿」によって、自立支援の評価がなされる。

情報の収集や情報の共有、プランの実施において、眠りスキャン、タブレット等の「ICT や」介護アシストスーツなどの「福祉機器の活用をする」ことでマンパワーの不足を補っている。

一方、施設スタッフの教育は、施設の理念、施設の持つ役割を座学で研修するだけでなく、「中間管理職が」利用者本人の希望に合わせて施設の理念、施設の持つ役割を「行動レベルまで具体化してスタッフに伝える」。時には、ケアマネジメントの各プロセスにおいて、実践して見せる。

ケアの実践の結果としての、「利用者の笑顔やいきいきとした姿」は、「スタッフのやりがい」につながっている。さらに、ケアマネジメントの「プロセスを」、介護報酬の加算やLIFE等を用いて「可視化する」ことも、「スタッフのやりがい」につながり、自立支援型の介護の継続促進に役立っている。

3) 考察

ユニット型居室形態は、スタッフが担当する利用者が少なく、固定されることで、利用者との距離が近くなり、より密にかかわることができる。この利点を生かして、支援を行っている。一方、従来型居室形態でも、利用者のADLやコミュニケーション等の状

態別に集団化することで、利用者が活性化し、個別性のあるプランの立案が容易になっていることが分かった。

ADL やコミュニケーション等の状態別の集団化の取り組みは、人との交流や気の合う友人を作ったり、楽しい活動をしたりすることができ、利用者の生活の質の向上につながっていると考える。

ケアマネジメントの各プロセスでは、利用者の意向が中心に据えてあることで、自立支援の目標が明確になっており、多職種の連携が促進されている。さらに、スタッフの目線ではなく、利用者目線でのプランの立案と実践が行われている。

利用者の意向が中心であるため、自立支援の介護の評価基準は、利用者の意向がかなえられているか否かである。介護度の軽減などの客観的情報でなく、利用者の笑顔やいきいきとした姿によって評価されている。

横尾(2018)は、自立支援介護を実践している施設では、8割以上の施設で要介護度が軽減していると述べている。また、自立支援介護を実践している施設は、していない施設と比べて「福祉機器導入と仕事の適材適所の整備」、「上司や先輩に相談し、指導が受けられる仕組み」、「管理者が職員に丁寧な経営理念や介護方針を伝える仕組み」、「管理者としての能力を高める仕組み」について優位に取り組んでいる(横尾, 2018)。

横尾の調査の自立支援介護とは、食事、排せつ、清潔、移動の自立のみであり、本調査よりも範囲が狭い。しかし、本調査の「中間管理職が」利用者本人の希望に合わせて施設の理念、施設の持つ役割を「行動レベルまで具体化してスタッフに伝える」、「ICT や福

祉機器の活用をする」という結果に共通性が見られる。

トップマネージャーの変革的リーダーシップは、中間管理職の戦略的リーダーシップと正の相関がある。さらに、トップマネージャーの変革的リーダーシップは、中間管理職の戦略的リーダーシップを通じて、エビデンスに基づく実践に対する従業員の態度に間接的に関連している(Guerrero et al., 2020)。

変革型リーダーシップには4つの構成要素がある(高岡, 2023)。本調査では、この4つの要素のうちの理想化された影響と動悸の鼓舞が結果に表れていた。理想化された影響とは、変革型リーダーが部下のロールモデルとなり部下に理想化された影響を与えることであり、動悸の鼓舞とは、変革型リーダーが将来のビジョンをわかりやすく説明し、部下の仕事に意味づけを行い、部下自ら目的を達成するように導くものである(高岡, 2023)。

本調査では、施設スタッフの教育において、施設の理念、施設の持つ役割を座学で研修するだけでなく、「中間管理職が」利用者本人の希望に合わせて施設の理念、施設の持つ役割を「行動レベルまで具体化してスタッフに伝える」。時には、ケアマネジメントの各プロセスにおいて、実践して見せている。ケアマネジメントのプロセスの、「利用者の意向を中心に据える」こと、できないと決めつけるのではなく、「どうやったらできるか考えるPlanning」、その人にとってのあたりまえの生活を「プランに組み込む」ことが、実践され、利用者の自立支援につながっている。これらの実践は、管理職や中間管理職によるスタッフへの教育が、スタッフ

の利用者への自立支援に影響を及ぼしていることを示している。このことから、従来型の介護から自立支援型介護へ転換には、トップマネージャーの変革型リーダーシップを活用した取り組みが必要であると考え。

文献

Fukui, C., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., Sakka, M., Naruse, T., Kitamura, S., ... & Yamamoto-Mitani, N. (2021). Development of quality indicators for evaluating the quality of long-term care. *Geriatrics & gerontology international*, 21(4), 370-371.

Guerrero et al. (2020). Advancing theory on the multilevel role of leadership in the implementation of evidence-based health care practices. *Health Care Management Review*. 45(2), 151-161.

三菱総合研究所ヘルスケア・ウェルネス事業本部. “ケアの質の向上に向けた科学的介護情報システム(LIFE)利活用の手引き”. 厚生労働省. (2021-04). https://www.mri.co.jp/knowledge/pjt_related/roujinhoken/dia6ou000000qwp6-att/R2_174_3_guideline_1.pdf, (参照 2022-04-11)

Morris, John N., Belleville-Taylor, P., Berg, K., Bernabei, R., Björkgren,

M., Carpenter, I., ... Zimmerman, D. (2009/2011). 池上直己 (監訳), インターライ方式ケアアセスメント : 居宅・施設・高齢者住宅 (第2版). 医学書院.

高岡明日香. (2023). 連載 明日のわたしのリーダーシップ・2 リーダーシップに関する主な理論・2. *看護管理*, 33(5), 410-414.

横尾恵美子. (2018). 福祉の現場から介護福祉経営の安定化に向けての組織作り: 自立支援介護の実施状況と成功のための取り組みについて. *地域ケアリング/地域ケアリング企画編集委員会編*, 20(13), 87-95.

D. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

E. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

表1 2023年度の施設の概要

施設の種類 (開設年)	定員数	職員数	自立支援 促進加算	法人等が実施するサービス
介護老人保健施設 (2018年)	従来型多床 室40名、 ユニット型 個室80名	111名 医師2.2人 薬剤師0.5人 看護職員14.9人 介護職員41.0人 支援相談員3.5人 理学療法士3.0人 作業療法士3.0人 言語聴覚士0.8人 管理栄養士2.5人 栄養士3.5人 介護支援専門員 1.0人	算定	訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 定期巡回・随時対応型訪問介護 看護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所療養介護 介護予防認知症対応型共同生活 介護 介護予防支援
特別養護老人ホーム (1989年)	70名(1人 居室9室、2 人居室3 室、4人居室 16室)	嘱託医(内科・ 外科)1名 生活相談員1名 介護支援専門員 3名 介護職員3:1 以上 看護職員3名 機能訓練指導員 1名 管理栄養士1名	算定せず	通所介護 短期入所生活介護 認知症対応型通所介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入 所者生活介護 居宅介護支援 介護予防短期入所生活介護 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型共同生活 介護

表2 2022年度の施設の概要

施設の種類 (開設年)	定員数	職員数	自立支援 促進加算	法人等が実施するサービス
介護医療院 (2018年)	60床	医師1.25人 看護職員15人 介護職員17人 リハビリスタッフ4人 管理栄養士1.9人	2021年4 月より算 定	訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所療養介護 介護老人保健施設 介護医療院
介護老人保 健施設 (2004年)	100人 (うちシ ョートス テイ5 人)	医師1人 看護職員13人 介護職員38人 リハビリスタッフ 12人 管理栄養士1人 支援相談員4人	2021年4 月より算 定	訪問介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 通所リハビリテーション 短期入所療養介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所療養介護 介護予防認知症対応型共同生活介護 介護予防支援 介護老人保健施設 介護医療院
特別養護老 人ホーム (2017年)	40人 (うち短 期入所11 人)	介護職員25人 看護職員5人	2021年 10月より 算定	短期入所生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護 介護予防短期入所生活介護

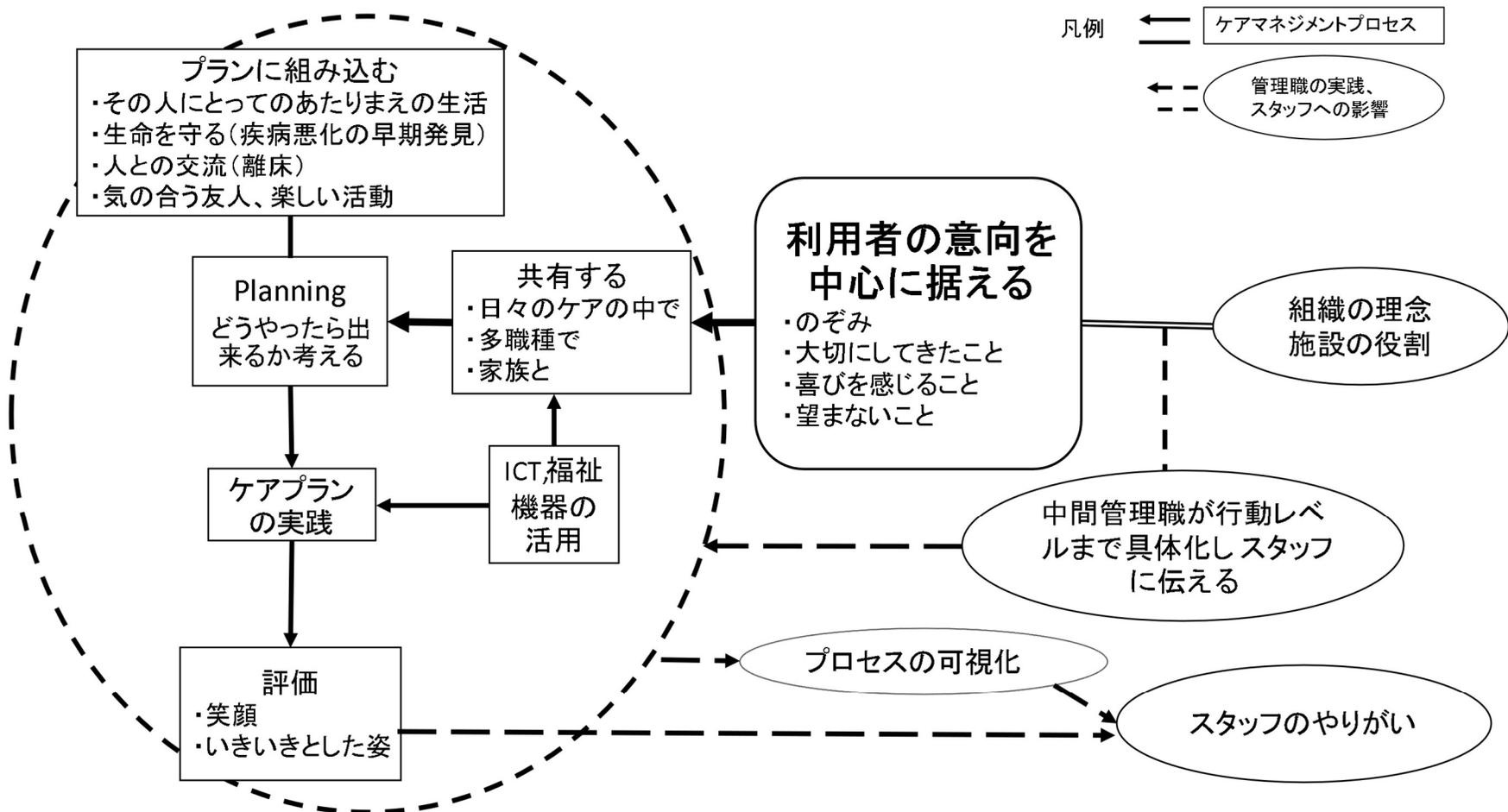


図1 自立支援のためのケアマネジメント手法及びサービス提供方法、評価方法

