

在宅生活を継続していた要介護者の 3年間の要介護度の推移と介護サービスとの関係

大上 義裕

キーワード： 要介護高齢者、在宅生活継続、利用サービス、要介護の推移

1. はじめに

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けられる仕組みを構築することは、社会保障制度の最重要課題の一つである。その仕組みを日本の政策では「地域包括ケアシステム」と名付け、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される仕組みとして位置づけた。

また、核家族化、女性の社会進出、晩婚化、単身世帯の増加、高齢者の孤独化、無縁化問題、少子化等といった種々の要因を背景に、高齢者夫婦や独居高齢者が急増し、高齢者介護を誰が担うかは社会問題となっており、介護を社会で支えようとする介護保険サービスの利用ニーズは日増しに高まっている。今後、重度の要介護者、単身や夫婦のみの高齢者世帯、認知症の高齢者が増加していくことを踏まえると、在宅生活を支え、在宅の限界点を高めるためには、適切なサービスを組み合わせることができると考えられている。

本稿では在宅生活を維持している要介護者の、要介護度の変化や疾患、提供されているサービスのデータをもとに、在宅生活を維持する要因となる提供サービスについて明らかにすることを目的とする。

2. 目的

研究では、3年間在宅生活を継続していた要介護高齢者の疾病や利用サービス、要介護の推移の状況を明らかにし、これらの関係を明らかにすることを目的とした。

3. 方法

2015年7月から2018年6月までの3年間において、A訪問介護事業所を通じて介護サービスを利用した1325名の要介護者におけるサービス利用単位、介護度、サービス開始時の現病歴、高血圧症、糖尿病、認知症（アルツハイマー型認知症は除く）等の19項目、利用サービス訪問介護、通所介護、訪問看護等の7項目、のデータを用い分析した。1325名はサービスを利用していない期間はあるが、在宅生活を継続していた者であり、死亡したケースは除き、生存していた者だけが対象となっている。

分析に際しては、要介護度及び疾患に着目し、具体的な疾患名20および、疾患なしを変数として用いた。また、介護サービスの提供も変数とし、訪問介護、通所介護、訪問看護、福祉用具、訪問入浴、短期入所、複合の7種類を用いた。

分析では、要介護度と疾患、および要介護度と各介護サービスのそれぞれ2因子ごとの分散分析を行った。具体的には、2因子に関する水準ごとの組合せ人数のデータを整理し、繰り返しなしの2元配置法に基づきF検定を行った。

2因子のそれぞれについて平均が同じとした帰無仮説を想定し、有意であれば因子の水準には平均の差があると判断し、因子による違いがあると見なした。これらの分析は、エクセルのデータ分析に備えられている機能を用いた。

なお、要介護度に関しては、要介護度の変化も扱った。具体的には、水準として維持、悪化、改善の3つの割当てを用いた。ただし、要介護度1および5については、3つの割当てが不可能なため、分析には、これらを変数に含めずに行った。

4. 結果

4-1. 訪問介護対象者の要介護度の推移

調査対象となった要介護者は1,325人であった。2015年開始時の要介護度の平均値は2.18であったが、2018年最新時の要介護度は2.59であることがわかった。

表1 訪問介護対象者の要介護度の推移

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
2015年開始時要介護度	1325	1	5	2.18	1.19
2018年度最新時要介護度	1325	1	5	2.59	1.27
利用月数	1325	1	36	25.95	13.06
疾病数	1325	0	6	0.77	1.10
利用単位合計	1325	1700	1834899	447656.14	312762.27

そのうち2015年開始時に要介護度5は82人、要介護度4は130人、要介護度3は191人、要介護度2は460人、要介護度1は462人であった。

2018年6月最新の介護度では要介護度5の要介護者は152人で70人増、要介護度4の要介護者は178人で48人増、要介護度3の要介護者は251人で60人増、要介護度2の要介護者は463人で3人増、要介護度1の要介護者は281人で181人減であった。

表2 2015年開始時の要介護度

	度数	%
要介護1	462	34.9
要介護2	460	34.7
要介護3	191	14.4
要介護4	130	9.8
要介護5	82	6.2
合計	1325	100

表 3 2018 年時の要介護度

	度数	%
要介護 1	281	21.2
要介護 2	463	34.9
要介護 3	251	18.9
要介護 4	178	13.4
要介護 5	152	11.5
合計	1325	100.0

4-2. 訪問介護対象者の改善・悪化推移

2015 年度の要介護度が、2018 年時点でどのように推移したかを要介護度別の変化割合として示した（表 4）。2015 年を起点として、要介護度 1 は 181 人減少し、281 人へ、要介護度 2 は 3 人増加し、463 人へ、要介護度 3 は 60 人増加し、251 人へ、要介護度 4 では 48 人増加し、178 人へ、要介護度 5 は 70 人増加し、152 人と変化していた。

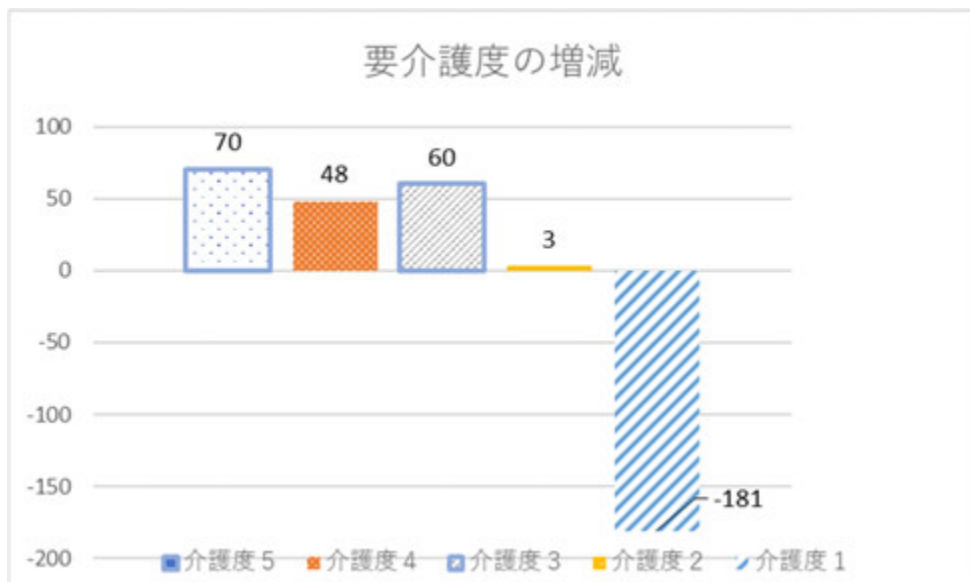


図 1 要介護度の増減

要介護度5から、4つ改善し要介護度1は、5人であった。要介護度5から、3つ改善し、要介護度2となった人は3人であった。要介護度5から、2つ改善し、要介護度3となった人は3人であった。要介護度5から、1つ改善し要介護度4となった人は10人であった。要介護度の変化がなしは61人であった。

要介護度4から、3つ改善し、要介護度1となったのは10人であった。要介護度4から、2つ改善し要介護度2となったのは、16人であった。要介護度4から1つ改善し、要介護度3となったのは21人であった。要介護度4から、1つ悪化し、要介護度5となったのは33人であった。要介護度の変化なしは、50人であった。

要介護度3から、2つ改善し要介護度1となったのは、12人であった。要介護度3から、1つ改善し、要介護度2となったのは41人であった。要介護度3から、1つ悪化し、要介護度4となったのは、51人であった。要介護度3から、2つ悪化し、要介護度5となったのは、30人であった。要介護度の変化なしは、227人であった。

要介護度2から、1つ改善し要介護度1となったのは、65人であった。要介護度2から、1つ悪化し要介護度3となったのは、97人であった。要介護度2から、2つ悪化し要介護度4となったのは、30人であった。要介護度2から3つ悪化し、要介護度5となったのは、30人であった。要介護度の変化なしは、227人であった。

要介護度1から、1つ悪化し要介護度2となったのは、175人であった。要介護度1から2つ悪化し要介護度3となったのは、61人であった。要介護度1から、3つ悪化し、要介護度4となったのは、26人であった。要介護度1から、4つ悪化して、要介護度5となったのは、10人であった。要介護度の変化なしは、189人であった。

表4 要介護度の変化割合

	改善合計	4改善	3改善	2改善	1改善	変化なし	1悪化	2悪化	3悪化	4悪化	悪化合計
要介護度1						41.00%	37.96%	13.23%	5.64%	2.17%	59.00%
要介護度2	14.13%				14.13%	49.35%	21.09%	8.91%	6.52%		36.52%
要介護度3	27.75%			6.28%	21.47%	36.13%	26.70%	9.42%			36.13%
要介護度4	36.15%		7.69%	12.31%	16.15%	38.46%	25.38%				25.38%
要介護度5	25.61%	6.10%	3.66%	3.66%	12.20%	74.39%					

4-3. 訪問介護利用群の疾病

訪問介護を利用していた群の疾病については、高血圧、糖尿病、認知症（アルツハイマー型認知症は除く）、脳梗塞、アルツハイマー型認知症、骨粗鬆症、高脂血症、変形性膝関節症、大腿骨頸部骨折、うつ病、関節リウマチ、腰椎圧迫骨折、腰痛、白

内障、心不全、パーキンソン病、狭心症、脊柱管狭窄症、緑内障、心房細動の現病歴を確認し、疾病別の対象者数と要介護度を示した。

要介護度5から、要介護度1に改善した群に多かったのは、疾患なしであったが、次いで多かったのは、高血圧症、糖尿病であった。最も少なかった疾患は、変形性膝関節症4人、狭心症5人であった。要介護度の低い1、2、3では脳梗塞、アルツハイマー型認知症が多かった。

表 5 疾患別要介護度別人数と割合

現疾患	要介護 5	要介護 4	要介護 3	要介護 2	要介護 1	合計
高血圧症	13(12.15%)	23(12.99%)	32(12.40%)	68(11.20%)	79(12.48%)	215
糖尿病	8(8.51%)	13(7.34%)	10(3.88%)	42(6.92%)	37(5.85%)	110
認知症	7(7.45%)	12(6.78%)	21(8.14%)	27(4.45%)	31(4.90%)	98
脳梗塞	9(9.57%)	7(3.95%)	15(5.81%)	28(4.61%)	38(6.00%)	97
アルツハイマー	6(6.38%)	2(1.13%)	7(2.71%)	15(2.47%)	27(4.27%)	57
骨粗しょう症	2(2.13%)	3(1.69%)	6(2.71%)	12(1.98%)	9(1.42%)	32
高脂血症	2(2.14%)	3(1.69%)	7(2.71%)	15(2.47%)	12(1.90%)	39
変形性膝関節症	2(2.15%)	5(2.82%)	5(1.94%)	15(2.47%)	24(3.79%)	51
大腿骨頸部骨折	1(1.06%)	0(0%)	1(0.78%)	1(0.16%)	1(0.16%)	4
うつ病	4(4.26%)	3(1.69%)	3(1.16%)	15(2.47%)	19(3.00%)	44
関節リウマチ	4(4.26%)	2(1.13%)	2(0.78%)	5(0.82%)	3(0.47%)	16
腰椎圧迫骨折	1(1.06%)	4(2.26%)	7(2.71%)	10(1.65%)	12(1.90%)	34
腰痛	2(2.13%)	2(1.13%)	7(2.71%)	14(2.31%)	9(1.42%)	34
白内障	2(2.13%)	5(2.82%)	2(0.78%)	11(1.81%)	12(1.90%)	32
心不全	2(2.13%)	7(3.95%)	6(2.71%)	8(1.32%)	17(2.69%)	40
パーキンソン病	5(5.32%)	1(0.56%)	5(1.94%)	11(1.81%)	4(0.63%)	26
狭心症	1(1.06%)	4(2.26%)	3(1.16%)	15(2.71%)	18(2.84%)	41
脊椎管狭窄症	0(0%)	1(0.56%)	1(0.78%)	1(0.16%)	2(0.32%)	5
緑内障	0(1%)	4(2.26%)	2(0.78%)	8(1.32%)	6(0.95%)	20
心房細動	0(2%)	2(1.13%)	2(0.78%)	3(0.49%)	13(2.05%)	20
疾患なし	36(38.30%)	74(41.81%)	114(44.19%)	283(46.62%)	260(41.07%)	767
合計	94	177	258	607	633	1782

表6 疾患別要介護度別の割合

	要介護5	要介護4	要介護3	要介護2	要介護1
高血圧症	6.05%	10.70%	14.88%	31.63%	36.74%
糖尿病	7.27%	11.82%	9.09%	38.18%	33.64%
認知症	7.14%	12.24%	21.43%	27.55%	31.63%
脳梗塞	9.28%	7.22%	15.46%	28.87%	39.18%
アルツハイマー	10.53%	3.51%	12.28%	26.32%	47.37%
骨粗しょう症	6.25%	9.38%	18.75%	37.50%	28.13%
高脂血症	5.13%	7.69%	17.95%	38.46%	30.77%
変形性膝関節症	3.92%	9.80%	9.80%	29.41%	47.06%
大腿骨頸部骨折	25.00%	0.00%	25.00%	25.00%	25.00%
うつ病	9.09%	6.82%	6.82%	34.09%	43.18%
関節リウマチ	25.00%	12.50%	12.50%	31.25%	18.75%
腰椎圧迫骨折	2.94%	2.26%	2.71%	1.65%	1.90%
腰痛	5.88%	5.88%	20.59%	41.18%	26.47%
白内障	6.25%	15.63%	6.25%	34.38%	37.50%
心不全	5.00%	17.50%	15.00%	20.00%	42.50%
パーキンソン病	19.23%	3.85%	19.23%	42.31%	15.38%
狭心症	2.44%	9.76%	7.32%	36.59%	43.90%
脊椎管狭窄症	0.00%	20.00%	20.00%	20.00%	40.00%
緑内障	0.00%	20.00%	10.00%	40.00%	30.00%
心房細動	0.00%	10.00%	10.00%	15.00%	65.00%
疾患なし	4.69%	9.65%	14.86%	36.90%	33.90%

表5に記載した要介護度と疾患に関する水準の組合せデータに基づいて行った分散分析の結果を表7にまとめた。

疾患に関する因子は、分散比の値が9.32であり、F値境界値1.70 (P<0.05) よりも大きいことから、有意差が推察された。

同様に、要介護度では、分散比が5.07、F値境界値が2.49 (P<0.05) であることから、分散値がF値境界値よりも大きい棄却領域に入っており、要介護の各水準では平均が一定でなく、有意差が存在すると判断できた。このことから、高血圧症の割合は要介護度1および2で高く、認知症の割合に関しては要介護度が上がるにしたがって低くなり、脳梗塞とアルツハイマーの割合はそれぞれ要介護度1から4までは順に低くなるが、要介護度5では高まる傾向にある。

表7 二元配置分散分析結果 (疾患数と要介護度)

分散分析表						
変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F境界値
疾患	106626.5	20	5331.3257	9.3321	1.1E-13	1.7032
要介護度	11589.3	4	2897.3238	5.0716	0.0011	2.4859
誤差	45703.1	80	571.2888			
合計	163918.9	104				

4-4. 利用サービス

A訪問介護におけるサービス内容は、訪問介護、通所介護、訪問看護、福祉用具、訪問入浴介護、短期入所サービスを利用している。これらのサービスの利用頻度について示すと表6のとおり、訪問介護を利用しているのは52人であった、そのうち要介護度5が4人、要介護度4が0人、要介護度3が2人、要介護度2が16人、要介護度1が30人であった。通所介護を利用しているのは673人で、そのうち要介護度5が20人、要介護度4が49人、要介護度3が88人、要介護度2が237人、要介護度1が279人であった。訪問看護を利用しているのは6人で、そのうち要介護度5が0人、要介護度4が0人、要介護度3が1人、要介護度2が1人、要介護度1が4人であった。福祉用具を利用しているのは275名、そのうち要介護度5が28人、要介護度4が38人、要介護度3が48人、要介護度2が99人、要介護度1が62人であっ

た。訪問入浴介護を利用しているのは1名で、要介護度4の1名のみであった。短期入所サービスを利用しているのは318名、そのうち要介護度5が30人、要介護度4が42人、要介護度3が52人、要介護度2が107人、要介護度1が87人であった。

表 8 要介護度別サービス利用者数

	訪問介護	通所介護	訪問看護	福祉用具	訪問入浴	短期入所	複合	合計
要介護5	4	20	0	28	0	30	0	82
要介護4	0	49	0	38	1	42	0	130
要介護3	2	88	1	48	0	52	0	191
要介護2	16	237	1	99	0	107	0	460
要介護1	30	279	4	62	0	87	0	462
	52	673	6	275	1	318	0	1325

表 9 要介護度別サービス利用割合

	訪問介護	通所介護	訪問看護	福祉用具	訪問入浴	短期入所	複合	合計
要介護5	4.9%	24.4%	0.0%	34.1%	0.0%	36.6%	0.0%	100.0%
要介護4	0.0%	37.7%	0.0%	29.2%	0.8%	32.3%	0.0%	100.0%
要介護3	1.0%	46.1%	0.5%	25.1%	0.0%	27.2%	0.0%	100.0%
要介護2	3.5%	51.5%	0.2%	21.5%	0.0%	23.3%	0.0%	100.0%
要介護1	6.5%	60.4%	0.9%	13.4%	0.0%	18.8%	0.0%	100.0%

表 10 要介護度と利用サービスとの関係

分散分析表

変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
サービス割合	0	4	0	0	1	2.8661
要介護度	8272.135	5	1654.4270	26.9121	3.1E-08	2.7109
誤差	1229.504	20	61.4752			
合計	9501.639	29				

表 8 は、要介護度と介護サービスの因子に関する水準ごとの組合せデータを整理したものであり、表 10 がそのデータに基づいて分散分析を行った結果である。

介護サービスの因子に関する F 境界値 ($P < 0.05$) が 2.87 であり、その分散比は 0 に近い値となっている。したがって、介護サービスでは有意な差が存在しない。

また、要介護度の分散値は 26.91 であり、F 境界値 2.71 ($P < 0.05$) よりも大きいことから、この因子に関しては有意な差が存在している。このように要介護度では差があるので、全体 1325 のうち、当該要介護度に含まれる件数の割合での違いが想定できることがわかった。

病態による要介護度の変化を以下に示すと、要介護度が1つ改善したもので、上位3疾患は「疾患なし」の25.95%であった。次いで、大腿骨頸部骨折の25.00%、次いで糖尿病の23.48%であった。要介護度が1つ悪化したもので上位3疾患は、心不全37.50%、認知症37.11%、緑内障35.00%であった。

表 11 疾患別要介護度の変化

要介護度変化量	4悪化	3悪化	2悪化	1悪化	変化なし	1改善	2改善	3改善	4改善
高血圧	0.92%	4.13%	12.84%	27.06%	39.91%	10.55%	3.67%	0.46%	0.46%
糖尿病	0.87%	1.74%	2.61%	11.30%	39.13%	23.48%	12.17%	6.96%	1.74%
認知症	0.00%	5.15%	5.15%	37.11%	40.21%	12.37%	0.00%	0.00%	0.00%
脳梗塞	0.98%	5.88%	15.69%	30.39%	34.31%	11.76%	0.98%	0.00%	0.00%
高脂血症	0.00%	7.32%	9.76%	26.83%	48.78%	4.88%	0.00%	2.44%	0.00%
アルツハイマー	3.33%	1.67%	13.33%	33.33%	38.33%	5.00%	1.67%	1.67%	1.67%
骨粗しょう症	0.00%	8.82%	8.82%	26.47%	52.94%	0.00%	2.94%	0.00%	0.00%
変形性膝関節症	1.89%	1.89%	16.98%	26.42%	41.51%	5.66%	3.77%	1.89%	0.00%
大腿骨頸部骨折	25.00%	0.00%	0.00%	25.00%	25.00%	25.00%	0.00%	0.00%	0.00%
うつ病	0.00%	6.82%	9.09%	31.82%	45.45%	6.82%	0.00%	0.00%	0.00%
関節リウマチ	0.00%	0.00%	12.50%	18.75%	43.75%	6.25%	12.50%	6.25%	0.00%
腰椎圧迫骨折	0.00%	11.43%	8.57%	28.57%	34.29%	11.43%	5.71%	0.00%	0.00%
腰痛	0.00%	5.88%	5.88%	35.29%	44.12%	5.88%	2.94%	0.00%	0.00%
白内障	0.00%	0.00%	12.90%	32.26%	48.39%	3.23%	3.23%	0.00%	0.00%
心不全	2.50%	5.00%	10.00%	37.50%	35.00%	5.00%	5.00%	0.00%	0.00%
パーキンソン病	3.70%	7.41%	3.70%	14.81%	62.96%	3.70%	3.70%	0.00%	0.00%
狭心症	4.88%	9.76%	7.32%	19.51%	48.78%	7.32%	2.44%	0.00%	0.00%
緑内障	0.00%	0.00%	5.00%	35.00%	45.00%	15.00%	0.00%	0.00%	0.00%
心房細動	10.00%	10.00%	10.00%	30.00%	35.00%	5.00%	0.00%	0.00%	0.00%
疾患なし	0.39%	1.04%	2.22%	11.47%	46.15%	25.95%	8.74%	3.65%	0.39%

表 12 疾患と要介護度の変化の割合との関係

分散分析表

変動要因	変動	自由度	分散	則された分散	P-値	F 境界値
疾患	1E-15	19	7.0E-17	2.0E-14	1	1.6554
要介護度	3.2572	8	0.4072	118.5284	2.4E-61	1.9998
誤差	0.5221	152	0.0034			
合計	3.7793	179				

表 12 に示された分散分析の結果は、疾患名を水準とする因子と要介護度の変化を 9 つの水準とする因子を扱ったものである。疾患の因子に関しては、F 境界値が 1.66 であり、分散比が 0 に近く、有意差はなかった。

要介護度変化の因子に関しては、F 境界値が 2.00 および分散比が 118.53 であり、これらの比較から、有意差が認められた。

以上の結果から、要介護度の変化は、疾患別の付帯状況に依存するのではなく、別の因子および水準に依ると想定できる。特に、疾患別よりは、利用していた介護サービスと要介護度変化との関係で捉えることが妥当と推察できた。

表 13 3 群別要介護度の変化と利用サービス

	訪問介護	通所介護	訪問看護	福祉用具	訪問入浴	短期入所	複合
維持	13	171	1	77	0	84	0
悪化	2	114	1	64	0	89	0
改善	3	68	0	28	0	66	0

表 14 3 群別要介護度の変化割合と利用サービス

	訪問介護	通所介護	訪問看護	福祉用具	訪問入浴	短期入所	複合
維持	3.76%	49.42%	0.29%	22.25%	0.00%	24.28%	0.00%
悪化	0.74%	42.22%	0.37%	23.70%	0.00%	32.96%	0.00%
改善	1.82%	41.21%	0.00%	16.97%	0.00%	40.00%	0.00%

要介護度維持群で最も多く利用していたサービスは、通所介護であった。次いで福祉用具、短期入所となっており、短期入所は、他群と比較すると最も少なかった。

要介護度が悪化している群で最も利用されていたのは、通所介護であった。次いで

短期入所、福祉用具であった。

要介護度が改善している群で最も利用されていたのは、通所介護であった。次いで短期入所、福祉用具となり、悪化群も改善群も同じサービスであった。

上記の要介護度の変化数とサービスをエクセル統計にて、繰り返しのない二元配置分散分析を行った。観測された分散比がF境界値よりも高いことから、要介護度の変化には有意差が認められた。

表 15 3 群別要介護の変化と利用サービスとの関係

分散分析表						
変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
3群	2360.095	2	1180.048	3.064679693	0.084099	2.806796
提供サービス	41160.57	6	6860.095	17.81622558	2.47E-05	2.331024
誤差	4620.571	12	385.0476			
合計	48141.24	20				

また要介護度 2 に関しては、顕著に短期入所において悪化となる結果となった。

表 16 3 群別要介護度の変化別の利用サービス

	訪問介護	通所介護	訪問看護	福祉用具	訪問入浴	短期入所	複合
維持	12	120	0	52	0	43	0
悪化	1	80	1	32	0	54	0
改善	3	37	0	15	0	10	0

表 15 は、要介護度の変化を因子とした 3 水準と介護サービスの各種を水準との対応データに関する分散分析の結果である。なお、データは要介護度 2 から 4 までを統合している。要介護度変化の因子に関しては、分散比が 3.06 であり、F 境界値が 2.81 ($P < 0.1$) である。したがって、要介護度変化に関しては、水準間で差が有意と判断できる。ただし、この場合の F 検定での危険率 α は、片側のみを用いて 0.1 としている。同様に、介護サービスを因子とした検定では、分散比が 17.82 であり、F 境界値が 2.33 ($P < 0.1$) であり、有意差があった。

表 14 から、通所介護では、改善と悪化の割合が同程度であるが、福祉用具では悪

化の割合が高く、短期入所では改善の割合が高かった。

表 17 は、要介護度 2 のみに着目し、その状態変化を因子とした 3 水準と利用していた介護サービスの各種との対応データに関する分散分析の結果である。

要介護度の変化に関しては、分散比が 3.46 であり、F 境界値が 6.93 ($P < 0.1$)であることから有意の差が認められ、さらに利用サービスの因子に関しても、分散比が 9.50 であり、F 境界値が 4.82 ($P < 0.1$)であることから、有意差が存在しており、要介護度 2 の変化に関しては、通所サービスとの関連性があると推察された。

表 17 要介護度 2 の変化と利用サービスとの関係

分散分析表						
変動要因	変動	自由度	分散	観測された分散比	P-値	F 境界値
3群	1920.6667	2	960.333	3.461353624	0.06504	6.92661
提供サービス	15815.81	6	2635.97	9.500886778	0.00056	4.82057
誤差	3329.3333	12	277.444			
合計	21065.81	20				

5. 考察

5-1. 在宅で生活する要介護度 5 の高齢者における疾病及び予後等

厚生労働省によると介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができるとされている。要介護 5 が要介護認定基準の中で最も重い状態である。今回のデータからも、要介護度が改善されたのは 25.61%で 74.39%が要介護 5 のままであった。

熊澤（2013）は要介護 5 の者が 2 年間に要介護 5 に留まる割合は 0.502（50.2%）、要介護 5 の者が 2 年間に死亡する割合は 0.414（41.4%）、要介護 5 の者が 2 年間に要介護 4 に改善する割合は 0.052（5.2%）で、要介護 5 の者が 2 年間に要介護 3 に改善する割合は 0.008（0.8%）、要介護 5 の者が、2 年間に要介護 2 に改善する割合は 0.002（0.2%）、要介護 5 の者が、2 年間に要介護 1 に改善する割合は 0.001（0.1%）

要介護5の者が、2年間に要支援に改善する割合は0.000（0.0%）と報告している。

本稿のデータは3年間であり、要介護5の要介護者は4割以上死亡していた。この結果を踏まえ、本研究では、在宅を維持していた要介護5のデータから、在宅で生活を継続していた方の特性を検討した。

厚生労働省の平成28年国民生活基礎調査の概況と統計表によれば、要介護度5における介護が必要になった主な要因は、脳血管障害30.8%、認知症20.4%、転倒骨折10.2%、高齢による衰弱6.7%、悪性新生物5.5%、その他・不明・不詳26.5%となっている。

本研究の対象者では、高齢による衰弱と考えられる疾患なしが33.64%と多く、脳血管障害は0.98%と少なかった。認知症もアルツハイマー型認知症を含めても8.41%と少なく、介護を受ける要因となった疾患数が少ないことは、在宅継続の要因の一つではないかと考える。

また、提供サービスは、要介護度が上がるほど、通所介護の割合は減少し、福祉用具と入所介護の割合が増える傾向にあることが分かった。

5 - 2. 在宅生活継続者の要介護度の推移と利用サービスとの関係

本研究で用いた悪化群、改善群、維持群での分類に関しては、筒井（2011）が在宅で介護保険サービスを受けながら、3年間は生存していた全国の在宅要介護高齢者72,660名の分析から明らかにしており、この3群における分析が詳細に検討されている。本研究では3年間の在宅生活継続者の要介護度の変化とサービス利用傾向を検討した結果、提供サービスの順位は、ほぼ変わらず、改善群、悪化群における訪問看護との関係も示されなかったが、維持群では、通所介護の割合が高いことがわかった。

また、改善、悪化群では、通所介護が減少し、短期入所が増加していた。このことから短期入所は、改善にも悪化にも影響を与えているとも考えられた。適切な短期入所が提供されれば改善するが、適切ではない利用となると、悪化するといった関係があった可能性もある。

特に要介護度2では、短期入所に着目すると悪化が多くなっていた。要介護度が低い要介護者にとっては、適切ではなかったが、要介護度が高い、重度要の介護者には

効果的であったともいえる。

このように短期入所の提供は、特別養護老人ホームなどに短期間入所して主に生活面の介助を受ける「短期所生活介護」と、介護老人保健施設や医療機関に短期間入所して医療面を伴う介護を受ける「短期入所療養介護」があり、同じ短期入所といっても性質が異なる。また、その施設の人員、短期入所を利用する目的は様々で、どのようなサービス内容になるかは、不明であることから、要介護者の状態によっては、短期入所のサービス内容の詳細を吟味することは、重要と考える。

在宅生活を維持するには必要な提供サービスとして、菊池ら（2000）は家庭復帰に影響する主な要因として定期的な短期入所（ショートステイ）の利用を示唆しているが、本研究の結果からは、短期入所の利用との関係はみられなかった。

これは前述したように短期入所は、対象の要介護者に適合したサービスであるかを事前に判断しなければならないが、その際には、サービスの詳細な内容を示した個別介護計画が提示されなければならないことを示している。

また、今回のデータにおけるサービスについては、利用が多くなかった訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションなどのデータが不十分であり、これらのサービスの効果を示すことができなかった。さらに、疾患、要介護度、利用サービスとの関係は分析したが、筒井の研究の詳細な対象者の身体面や精神面などの評価は行っていない。利用サービスの効果を検討するには、このような情報を蓄積し、分析することも今後の課題としたい。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究所の筒井孝子教授、小山秀夫特任教授、貝瀬徹教授、木下隆志教授に熱心かつ丁寧なご指導を賜りましたことに、心より感謝申し上げます。

参考文献

[1] 厚生労働省. 第 144 回社保審－介護給付費分科会参考資料 2

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000174012.pdf

(2022 年 7 月 24 日アクセス)

[2] 厚生労働省. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて.

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour
eisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_kour
eisha/chiiki-houkatsu/)

(2022年8月15日アクセス)

- [3]厚生労働省. 第182回社会保障審議会介護給付費分科会 (web会議) 資料

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_13021.html

(2022年8月20日アクセス)

- [4]厚生労働省. 平成25年度 介護給付費実態調査の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/13/index.html>

(2022年8月20日アクセス)

- [5] 筒井 孝子、宮野 尚哉 . 要介護高齢者の状態の経年的変化データを利用した介護保険サービスの質の評価方法に関する研究. 介護経営 第6巻 第1号 2011年11月 29 - 40

引用文献

- [1] 大河内二郎. 高齢者施設の機能と医療. 日老医誌 2016 ; 53 : 96—101

- [2] 大淵律子・大西和子・佐藤敏子 (2001) 「高齢者のショートステイ利用による心身の変化」『三重看護学誌』(三重大学医学部看護学科医療技術短期大学部) 3 (2), 145-154.

- [3] 菊池忍, 黒川幸雄. 老人保健施設利用者の家庭復帰に影響する要因 利用者の諸因子から見た影響要因. 北里理大学療法学,

- [4] 熊澤幸子. 高齢者の要介護度の経年変化についての研究. 学苑_文化創造学科紀要No. 877 (18) ~ (24) (2013_11)

- [5]厚生労働省. 平成28年国民生活基礎調査の概況と統計表

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/06.pdf>

(2022年7月24日アクセス)

- [6]厚生労働省. 社保審一介護給付費分科会第180回 (R2. 7. 20) 短期入所生活介護資料4

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000650020.pdf>

(2022年8月20日アクセス)

- [7] 厚生労働省. 平成26年度 介護給付費実態調査の概況

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/14/index.html>

(2022年8月23日アクセス)