軽度要介護高齢者のアウトカム評価に基づく自立促進方法の開発と実用化

国際医療福祉大学小田原保健医療学部　看護学科長･教授

島内　　節

【スライド-1, 2】

はじめに2000年に介護保険がスタートいたしました時に介護度別にアウトカムの測定を全国5県でやってみました。その結果、要支援と要介護1の人達が、それ以下の人達よりも自立の維持率と改善率が有意に多数の項目で高くて、要介護2から下の人達の改善率は介護度にかかわらず非常に低く悪化がみられました。

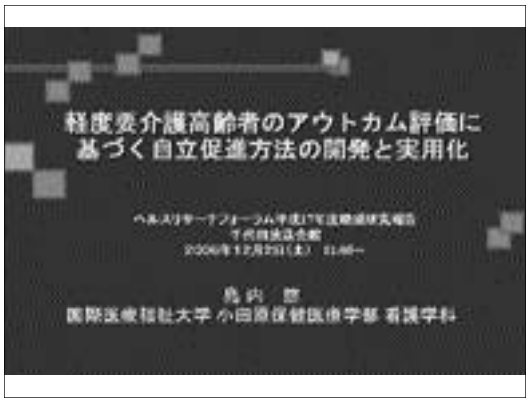
そこで、本研究では在宅における要介護高齢者、ここでは要支援と要介護1の高齢者の日常的に繰り返す行動の中での自立度向上への効果を高めるために、2時点で事例のアウトカムを測定し、どのような背景因子、生活の仕方、サービスが効果を高めやすいかの要因を明らかにしました。

これらの結果に基づき、効果的な自立促進方法を検討をすることを目的といたしました。

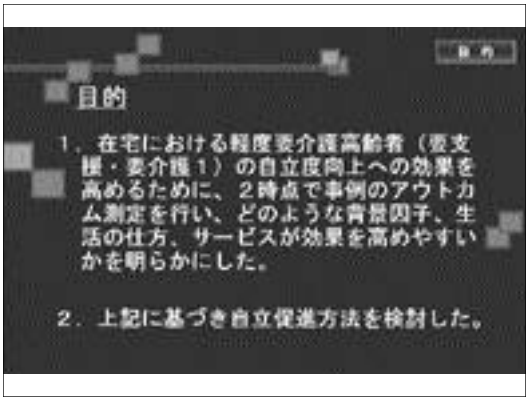
【スライド-3】

調査対象ですが、国内では東京都S区とA県、国際では東京都S区とスウェーデンのストックホルム市と、フィンランドのセイナヨーキ市です。この2ヵ国では、介護保険という制度はありませんし、対象の選定をどうするかということで、日本で示されていました要支援は1日の介護時間が25分から30分、要介護1は30分から50分ということで、それを適

スライド-1



スライド-2



スライド-3

用して対象を選定しました。

【スライド-4】

調査方法ですが、対象地域においてケアマネージャーまたはチームリーダーが、「自立度」、「意欲」、「自立への家族協力度」の各項目について同一のアセスメントによって、2カ月間の2時点で調査し、ケア効果を比較いたしました。

アウトカムに影響する要因として、本人の背景、生活の仕方、サービスの種類と頻度を分析しました。

調査項目の抽出は、日常生活行動においてケアがなされると自立度の改善が促進されたというエビデンスと、それからもう一つは200事例からケアプランを見て、その中からこの項目にケアを実施したもので効果が出た内容から拾い出しました。また、家族とか本人が努力すると出来る可能性があるという項目です。

ケア項目は実際の調査と指導が兼用出来る表になっております。34の各項目に得点方式で質問しました。

自立度が一部介助から全介助に該当した項目のみについて、本人・家族が努力し、且つケア提供者が意図的に自立促進に向けて働きかけをするとよいと考えました。

【スライド-5】

国内比較です。

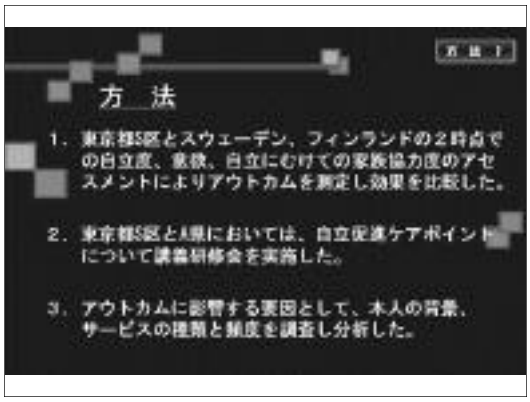
【スライド-6】

地域別に自立度に有意差があった項目です。

【スライド-7】

これは「意欲あり」の人の内容で比較したら、A県の方が全部意欲ありの人が有意に高かった。

スライド-4



スライド-5

スライド-6

スライド-7

【スライド-8】

自立に向けての「家族の協力あり」の項目についてですが、S区の方が高くて、A県の方が低いのですが、A県の方はサポートの仕方が、家事をする、ここでは「食事の支度」「掃除」「洗濯」についての家族の協力があるということで、差がありました。

【スライド-9】

これはS区とA県の自立度と意欲です。自立度と意欲は関係が強いと、よく言われているのですが、実際に共通に出てきた有意に関連した内容が、このようなものでありました。

【スライド-10】

S区に見られたものがたくさん出ていますが、特に自立、意欲、家族の協力との関係を見ますと、これだけの有意項目が出たのですが、家族の協力度がS区の方は非常に高かったです。

【スライド-11】

それから、A県に見られた自立改善と意欲との関係は、IADL、特に家事に関わる項目が多く出ております。

スライド-8

スライド-9

カテゴリー	アウトカム項目と数	
ADL	体を洗う 電話	2
IADL	金銭管理 冷暖房の温度調整 掃除	3
対人関係	近隣との付き合い 趣味 仕事への参加	3
健康維持・増進	健康状態把握	1

スライド-10

スライド-11

自立改善率の地域比較ですが、7カテゴリーすべてにおいてA県の方が高くて、しかも5つのカテゴリーでは、全てA県の方が有意に改善していたということです。

スライド-12

【スライド-12】

では、2ヶ月間に利用が多いサービス内容ですが、S区では訪問介護とデイサービスが60％台、それからA県はデイケア39%で、訪問介護の対象は少ないが、回数が多いという結果でした。

どうもこのような内容を見ていきますと、S区は家族も良く支えているのですけれども、“して貰うサービス”が多くて、A県はリハビリが多く、且つ家事行動もあって、これらが関与して、自立促進の上ではA県に有効に働いたと考えられます。

それでは、自立度・意欲・家族協力におけるよい維持と改善に影響した要因を検討する目的で、関係のある因子を調整して、多重ロジスティック回帰解析による分析を行いました。

Ⅰが自立度、Ⅱが意欲、Ⅲが家族の協力で、これらそれぞれについて、「よい維持と改善群」に対して「よくない状態維持と悪化・低下群」を比較しました。

改善と悪化の説明変数には「背景要因」と「サービス状況」、さらに調整因子に「年齢」「性」を加えました。

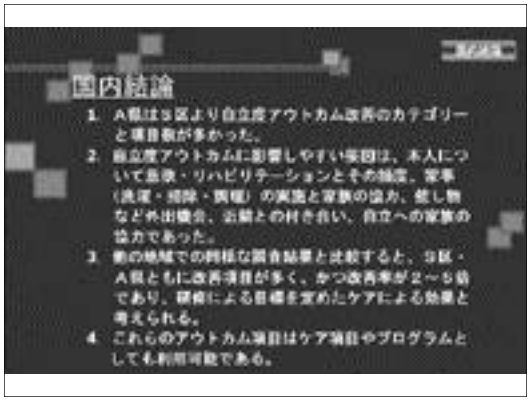
その結果、オッズ比からみますとS区よりA県の方が自立改善が6倍でありました。また「認知症がない」ことで11.4倍の自立・改善が出来るということもわかりました。有意ではありませんが、視力に問題がないことが自立改善に影響していました。

意欲が向上・維持できた要因ですが、有意な結果は得られませんでしたが、「認知症がないこと」が意欲の上昇につながるということがわかりました。

家族の協力が上昇・維持できた要因ですが、「同居者がいる」ことで協力度は4倍に上がります。それから「通所リハ」で6.2倍の上昇・維持でした。

また、有意ではないが、「聴力に問題がないこと」「認知症がないこと」が家族協力の上昇・維持につながることが示唆されました。

スライド-13



【スライド-13】

国内結論です。

A県はS区より自立改善率が高い結果でした。

自立改善に影響しやすい要因は、本人の意欲、リハビリテーションとその頻度、家事（洗濯・掃除・調理）の実施、外出

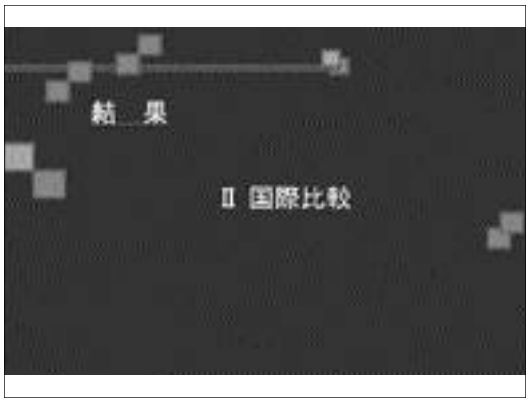
機会、近隣と付き合うこと、家族の協力でした。

部分介助から全介助の項目に注目してケアを行うと、項目に焦点化せずに行ったケアよりも2倍から5倍の改善効果が得られますので、このようなプログラムを使った方が良いのではないかと思います。

【スライド-14】

国際比較に入ります。

スライド-14



対象者の背景の日本の特徴としては、独居が少ないこと、軽度認知症が多いこと、視力・聴力が良いことが挙げられます。

ごく簡単にADLは、日本が単純なものでみますと自立がよいように見えるのですが、IADLで、少し日本は悪化が出ております。フィンランドも同じように出ております。

対人関係とメンタルヘルスも、フィンランドが一番悪化が見られました。

2ヶ月間のサービスの利用では、スウェーデンとフィンランドは訪問系ですが「介護」「看護」「入浴」が高くて「福祉用具の貸与」が日本より多く、特にスウェーデンはサービス頻度も高く、充実していることがうかがえます。

日本は「通所リハビリ」の利用が多くあり、個別サービスとしての訪問による「看護」「介護」「リハビリ」が少ないということが言えます。

関連のある因子で調整してみた結果、「認知症がないこと」が8倍自立を維持・改善する。

単変量解析結果では、日本が自立が高い結果でしたけれども、多変量解析を行うと、スウェーデンが日本を上回りました。

意欲は、フィンランドが最も高く、日本、スウェーデンの順でした。

有意差は認めませんでしたが、「同居者がいること」「視力・聴力に問題が無いこと」「訪問系のサービスを行うこと」が良い結果を与えるということです。

家族の自立への協力度は、同居率が高いことにより、日本が一番高い結果でした。

ですから、自立への協力度は、日本が一番良いわけです。

【スライド-15, 16】

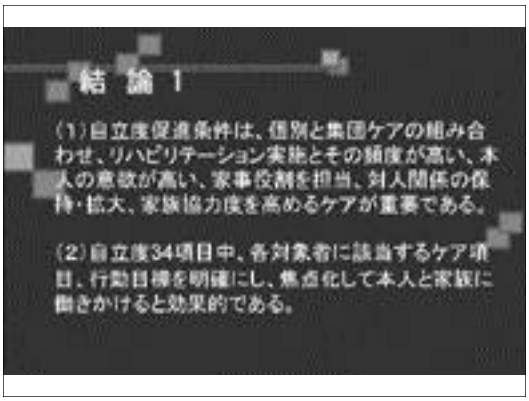
国内を含めた全体的な結論です。

(1) 自立度促進条件は、個別と集団ケアの組み合わせ、リハビリテーション実施とその頻度が高い、本人の意欲が高い、家事役割を担当、対人関係の保持・拡大、家族協力度を高めるケアが重要だと思います。

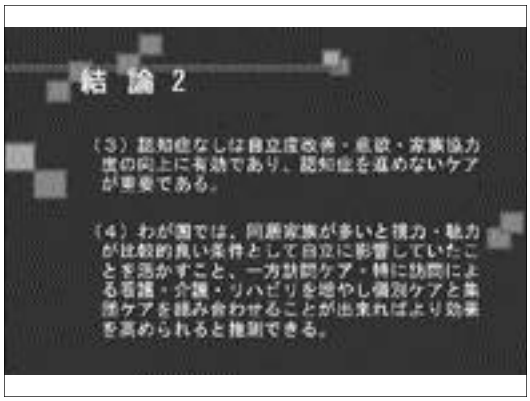
(2) 各対象者に該当するケア項目に注目し、一段階でも改善するように行動目標を明確にして焦点化し、本人と家族に働きかけることが効果的です。

(3) 認知症なしは、自立度改善とか協力・意欲の上で非常に重要ですので、認知症

スライド-15



スライド-16



を進めないケアというのが非常に重要である思います。

（4）認知症は影響が大きいのですけれども、日本での有利さというのは、同居家族がいるとか、視力・聴力が比較的良いことを生かした進め方がよい。一方わが国では訪問ケアが非常に少ないということがあります。訪問による個別ケアと集団ケアを上手く組み合わせることが出来ていけば、より効果が高められるのではないかと考えました。