

自立支援にむけた居宅サービス計画の検討 —要介護度の経時的変化と要因の調査から—

藤原 和美

An Evaluation of Home-Care-Service Plan as an Assistance toward Self-Sustaining Life
— Investigating What Causes the Time Series Change in Care Need Degree —

Kazumi Fujiwara

要約

本稿ではA居宅介護支援事業所における、2001年12月1日から2003年12月1日まで、介護保険における居宅介護サービスを継続して受けている利用者123名に関する要介護度変化の要因を疾病、家族状況、利用サービスの現状などから分析したものである。今回の調査結果から、要介護度変化に影響を及ぼしている第一の要因は「家事代行」による過剰な介護というより、むしろ疾病の悪化であることが明らかになった。要介護度の重度化（1段階でも認定があがったものを重度化とする）は、疾患の持つ特徴による身体状況の悪化から生じている。従って、居宅サービス計画は的確な病状把握のもとに、予後判断を行いながら策定する必要があることを再認識した。また、病状把握を的確に行ううえでは、医療機関やサービス機関等と介護支援専門員との連携を密に行わなければならないし、利用者の自立支援をめざすためには、サービスの選択や内容の検討においても病状把握をもとに行われる重要性の示唆を得た。

キーワード：重度化 病状把握 居宅サービス計画 連携 居宅介護支援事業所

2005年10月24日受理（実践研究）

はじめに

2000年4月に介護保険制度が開始され、5年が経過した。介護の社会化と自立支援を目的として制度は施行されたが、5年を経過する中で要介護認定者は施行時点の218万人から400万人（2004年8月）をこえており、介護保険制度は一定の定着がはかられたと言える。しかし、本来の目的がどこまで達成されたかについては「評価」が必要である。

2006年4月の介護保険法の改正は、財政面を理由に「持続可能な制度の構築」を最大の改正視点とした。さらに、「明るく活力ある超高齢化社会」の構築と「社会保障の総合化」をあわせた3点の基本的視点がしめ

された。これらの視点に基づいて、①予防重視型システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の向上、⑤負担のあり方・制度運営の見直しの5つの改革あげられている。改正の根拠としていくつかの調査が実施された。一つは、これらの介護保険実施以来、要支援、要介護1の認定者が増加しているという調査結果¹から、新予防給付が創設されていた。特に、「家事代行」による過剰な介護が重度化の要因となり、自立支援の妨げとなっているという2004年7月の社会保障審議会介護保険部会の分析結果²から、軽度者への訪問介護における家事援助の見直しが検討されたのである。また、筋

1) 全国社会福祉協議会「こう変わる 介護保険」2005

2) 朝日健二・矢部広明；「介護保険見直しの要点と対応のしかた」桐書房 2005

力低下からくるADLの低下を予防するため筋力トレーニングも提案されているが、認知症あるいは筋肉トレーニングが困難な状態、また90歳以上の高齢者などの対象外の利用者をのぞくと対象者はわずかであった³⁾との報告もなされている。

そこで本研究では、要介護度の経時的変化に注目し、疾病、家族状況、利用サービスの現状などから、介護度の変化要因を分析し、今後の自立支援にむけた介護計画への示唆を得たい。

I. 要介護度変化と要因調査

1. 調査概要

【調査目的】

要介護度の経時的変化から、その要因を明らかにし、自立支援にむけた介護計画への示唆を得る。

【調査対象者】

A市B居宅介護支援事業所における2001年12月1日時点の要介護認定者172名のうち、2年後の2003年12月1日時点において継続して介護サービスを受けている在宅利用者123名を対象とした。

【調査期間】

2004年2月に実施した。

【調査方法】

下記の項目に従って、記録より介護支援専門員がアンケートを記入した。記録とは、介護保険証、主治医意見書および調査書、居宅介護支援計画表である。

【調査項目】

- ①2001年12月1日時点および2003年12月1日時点での要介護度
- ②介護度が1段階でも下がったものを「改善」とし、変化のなかったものを「維持」、1段階でも認定が上がったものを「重度化」とした
- ③2003年12月1日時点での基本属性（性・年齢・家族構成）、介護度の変化、現病歴、介護サービス内容
- ④障害老人の日常生活自立度・痴呆性老人の日常生活自立度
- ⑤家族状況
- ⑥疾患名（主治医意見書より記入）
- ⑦サービス内容

2. 調査結果

①対象者の基本属性

123名の男女比は、男性28名（22.8%）、女性95名（77.2%）である。年齢については、表1のとおりである。

表1 年齢別男女割合（%）

	計	男	女
計	123 (100)	28 (22.8)	95 (77.2)
50～59歳	2 (1.6)	1 (3.6)	1 (1.1)
60～64	3 (2.4)	0 (0)	3 (3.2)
65～69	10 (8.1)	2 (7.1)	8 (8.4)
70～74	14 (11.4)	4 (1.4)	10 (10.5)
75～79	28 (22.8)	10 (35.7)	18 (18.9)
80～84	29 (23.6)	7 (25.0)	22 (23.2)
85～89	21 (17.0)	2 (7.1)	19 (20.0)
90歳以上	16 (13.0)	2 (7.1)	14 (14.7)

今回調査の調査対象者の年齢構成については、64歳以下の2号被保険者は5名（4.0%）のみで、その占める割合は少ない。一方、75歳以上の後期高齢者が94名で76.4%を占め、90歳以上も16名（13.0%）を占めていた。平均年齢は全体79.6歳、男性77.9歳、女性80.1歳である。

また、対象者の家族形態（表2）は、男性では、配偶者との2人暮らしが50.0%を占めているが、女性では配偶者との2人暮らしは13.7%と少なく、配偶者と子どもなど3人以上で同居している要介護者は47.9%となっている。

②要介護度認定状況

表2 男女別に見た家族形態（%）

	計	男	女
計	123(100)	28(100)	95(100)
一人暮らし	40(32.5)	3(10.7)	37(38.9)
夫婦のみ	27(22.0)	14(50.0)	13(13.7)
配偶者と子	56(45.5)	11(39.3)	45(47.4)

図1のとおり、A居宅介護支援事業所における2003年12月1日時点の要介護度は、「要支援」6.5%と「要介護1」40.2%で計46.7%である。A居宅介護支援事業所の所在地であるB市における要介護度（2003.12）も、「要支援」と「要介護1」の認定者の割合は53.0%

3) 朝日健二・矢部広明：「介護保険見直しの要点と対応のしかた」桐書房 2005

であり、A居宅介護支援事業所の利用者のうち約半数が予防給付の対象者になる傾向はB市と同様である。

図1 A事業所とB市との要介護度別比較

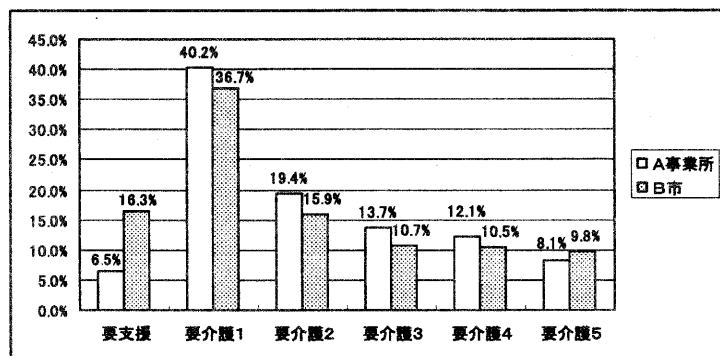
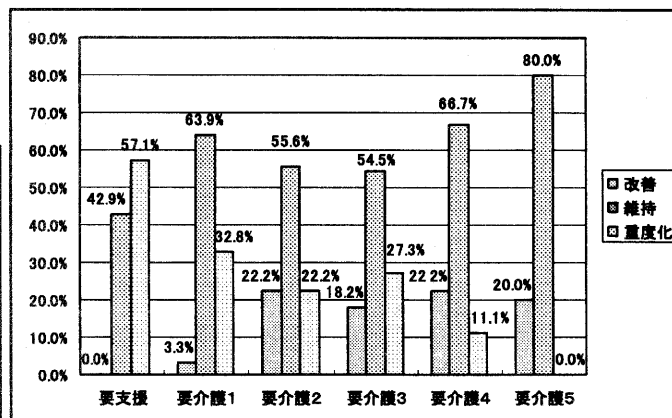


図2 要介護度別 要介護度経時的变化



③要介護認定時 (2003年12月) の主要疾患の特徴

2003年12月1日時点の認定時の主要疾患を男女別にみると、脳血管疾患に占める割合は男女とも高く、全体の37.4%を占めている。認知症を主要疾患とするものが4名(4.2%)であり、いずれも女性である。また、悪性腫瘍による全身状態の悪化によって要介護状態になったものが多くみられた。

要介護度別に要介護に至った主疾患をみると、脳血管障害の割合が「要介護2」から「要介護5」で44.9～60.0%をしめた。また、変形性膝関節症、骨粗鬆症が「要支援」で50.0%をしめ、「要介護1」では44.0%をしめた。これは、廃用症候群や変形性関節症などで徐々に生活機能が低下するタイプは「要支援」「要介護1」等の軽度者に多いとされる全国の調査結果⁴と同様の傾向であった。

II 要介護度の経時的变化の要因

1. 要介護度別の経時的变化

今回の調査では、図2のように「重度化」が、要介護1から5までの介護度で有意であった ($p < 0.05$)。また、要支援の「重度化」は57.1%で、「維持」の42.9%を上回っていた。要介護1においては、「維持」が6割をこえているが、「重度化」が32.8%と高くなっていた。それに対し「改善」は3.3%であった。要介護1の「改善」は2事例であった。

要介護2～4においても、「改善」が18.2～22.2%、「維持」55.6～60.7%、「重度化」11.1～22.2%と同様の傾向を示している。

調査開始時2001年12月1日から2003年12月1日時点までの死亡者は18名であり全体の10.5%となっている。2003年12月1日時点での介護度別死亡率は「要介護1」で最も高く11名であり、全体死亡の61.1%を占める。「要介護5」での死亡は1名(5.6%)であった。要介護度の高い者の死亡率が高いという傾向は見られなかった。死亡にいたった利用者の疾患は悪性腫瘍、脳梗塞再発、呼吸器疾患の増悪などであった。

要介護1での改善事例

要介護1での改善事例は2事例であった。今回の介護保険制度見直しの根拠のひとつである「廃用症候群」の原因は家事代行型の訪問介護にあるといわれたが⁵、訪問介護で家事援助を導入し、他のサービスとの併用によって「改善」にいたった事例をあげ要因の考察を行った。

【事例1】 「要介護1」 → 「要支援」

94歳の女性で、市営住宅に独居である。認知症はなく、主要な疾患は変形性膝関節症である。

介護サービスは、週1回の訪問介護と週2回の通所介護を利用している。

最初は他人のなかに入ることに躊躇があったが、通所するうちに楽しむようになった。また、訪問介護の利用により、掃除の困難なトイレや浴室の清掃および掃除機を使用する中腰姿勢での作業が減り、腰痛の軽減につながった。他の家事についてはできる限り自分で行っていた。

【事例2】 要介護1 → 要支援

4) 「社会保障審議会介護保険部会 意見」28-30 2004

5) 朝日健二・矢部広明：「介護保険見直しの要点と対応のしかた」桐書房 2005

80歳の女性で、平屋に独居である。認知症はなく、疾患は脳梗塞後遺症（左半身不全麻痺）である。週1回の通所リハビリテーションを利用し、買い物などは、通所リハビリテーション時に職員の付きそいのもとで実施した。トイレ、浴室など水回りの清掃については、家事援助として訪問介護のサービスを受けていた。入浴など不安定な部分については、住宅改修によって安全性を確保した。

2事例とも、要介護1から要支援に「改善」したケースである。共通する生活状況としては、一人暮らしであったが、病状が安定をしていたこと、また認知症など生活継続を困難にする状況がなかったことがあげられる。

また、2ケースとも腰痛や麻痺のため、ひとりで全ての家事を行うことは困難であったため、家事負担の軽減を目的に、訪問介護の家事援助を組み入れられていることであった。これにより、家事負担が軽減でき、身体的な負担が軽減され時間的な余裕が生まれた。

このことが、家から一歩でも出ていくという前向きな気持ちを生み出し、通所リハビリテーションや通所介護などの利用につながったと思われる。事例1の94歳の女性は、最初、知らない他人の中に入ることに躊躇されたので、まず見学から試み納得されたうえで、通所介護を開始した。時間がたつにつれ、そこでの交流を楽しみにするようになった。「もっと早く、教えてもらって、行けばよかった」との利用者の言葉は印象的であった。たとえ週1回か2回であっても、社会的つながりを保つことが重要と考える。

2事例とも介護支援専門員は利用者の自立支援という視点で家事援助の内容と範囲について具体的に立案し、訪問介護サービス担当者と事前カンファレンスを持ち、介護目標を共有し、サービスを開始した。利用者の生活にとっての適切な家事援助が、このように身体的苦痛からの解放と時間の余裕を生み、社会参加の機会をつくりだしたといえる。「家事代行」は「廃用症候群」につながるという一面的評価ではなく、利用者の自立にとって必要とされる家事援助の具体的な介護計画が立案されるならば、家事援助は要介護度の改善にとって有効であると考えられる。

2. 主要疾病別の要介護度経時変化

図3に示すように、最も多い脳血管疾患では、「改善」、「維持」の合計は78.3%である。他、骨折後や骨粗鬆症においても「改善」、「維持」で8割を越えている。一方、「重度化」が顕著な疾患は虚血性心疾患などの循環器疾患であり、66.7%が「重度化」している。循環器疾患に罹患していてもADLの低下を伴っていないため、要介護度は要支援・要介護1と軽度である。しかし、日常の療養が必要とされる疾患であり、体調の変化によって悪化する危険をはらんでいるといえる。

疾患によって要介護度変化に差がみられる。田中らは、軽度者の重度化要因として「疾患の悪化や発生」「認知症の進行」による割合が大きい⁶⁾としている。次いで「要支援」から「要介護5」において「重度化」が高いのは、リウマチ、パーキンソンとなっている。いずれも「重度化」が4割をこえていた。これらの疾患の特徴は、慢性的に徐々に悪化することである。パーキンソンが進行し、小刻みながら歩行可能であったのが歩行困難となり「重度化」した利用者があった。また、リウマチも常に痛みとの闘いであるが、骨破壊がすすみ寝たきりとなった利用者があった。

3. 介護サービス別の要介護度経時変化

図4は、本調査において介護サービスごとに要介護度変化をみたものである。「改善」がみられるのは、訪問リハビリテーション16.7%、通所介護14.3%、通所リハビリテーションで10.3%となっている。このように、機能訓練を含むサービスにおいて、改善率が高といえる。一方、「重度化」が5割をこえているのは短期入所と住宅改修である。つぎに、訪問看護の45.0%が続いている。また、「維持」が7割をこえているのは通所リハビリテーションと福祉用具貸与であった。

「改善」と「維持」の合計で訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションは8割を越えている。利用者の要介護度は軽度から重度までさまざまであるが、利用者の状態が「改善」、「維持」されていることは、個別のリハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの効果といえるのではないかと考えられる(図4)。

6) 田中広子;「軽度者の重度化要因調査研究報告書」

一介護度分析からの提言—NPO 地域保健研究会・福祉職場の保健師部会2005

図3 主要疾患別 要介護経時的変化の占める割合

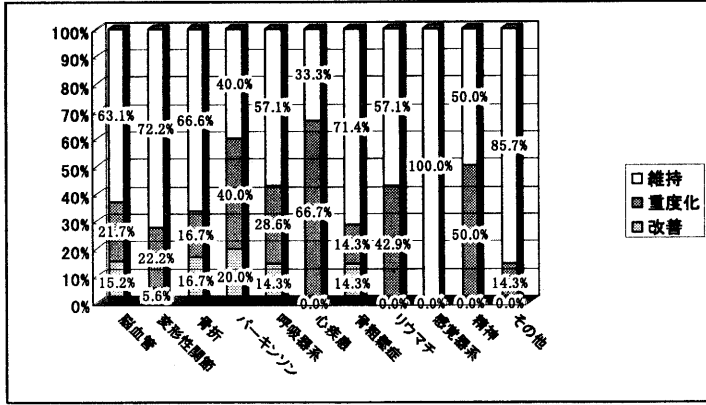


図5 通所、訪問介護サービス別みた要介護度の経時的変化

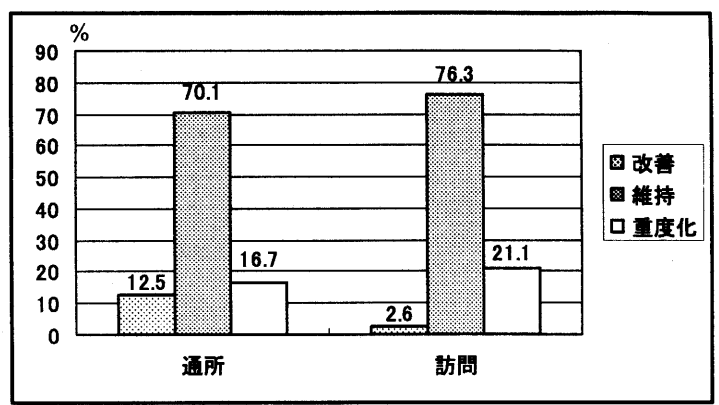
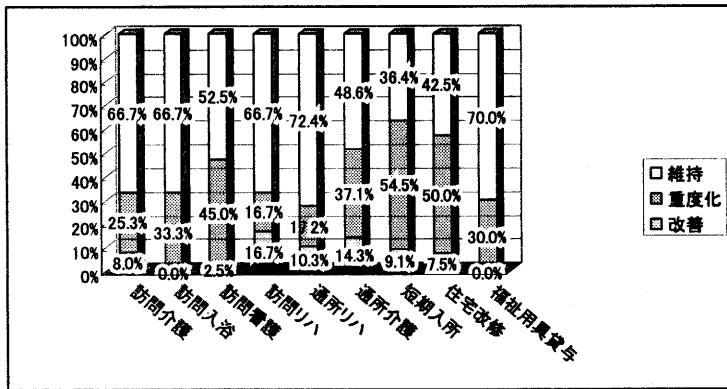


図4 介護サービス別要介護経時的変化

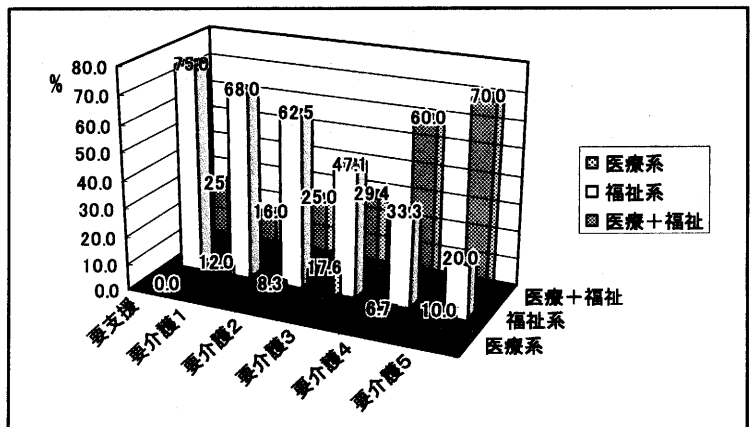


また、訪問介護においても、「改善」、「維持」が7割をこえている。軽度者の訪問介護を利用しての改善事例については述べたとおりであるが、重度者においても訪問介護の役割は大きく、家族一人では困難な排泄介助から更衣、入浴介助まで介護における実質的な担い手となり、在宅での介護の継続が計られている。また、第3者である訪問介護者の存在が本人および家族の精神的介護になっていることは否定できないといえる。これらの状況が「改善」「維持」につながっていると考える。

また、介護サービスを訪問系サービス（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）と通所系サービス（通所リハビリテーション・通所介護）に分類し、要介護度の経時的変化をみた（図5）。通所系サービスでは「改善」が12.5%であったが、訪問系サービス利用での「改善」が2.6%と低かった。しかし、訪問系サービスおよび通所系サービスにおいても「維持」が7割をこえていることは注目される。2年間にわたって要介護度が「維持」されることは、利用者の病状の安定を保ち、ADLの低下を防止できていることになり、効果があつたと評価できると考えられるからである。

図6は、介護サービスを医療系サービス（訪問看護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション）と福祉系サービス（訪問介護・訪問入浴介護・通所介護）に分類して、介護度別に利用状況をみたものである。福祉系サービスのみ利用は、要支援において75.0%であったのが、要介護度があがるにしたがい減少し、要介護5では20.0%となっている。一方、対照的に医療・福祉系サービスの併用では要支援での利用が25.0%であったのが、要介護があがるにつれて増加し、要介護5では70.0%となっている。

図6 医療、福祉系サービス別みた要介護度経時的変化



「重度化」が進むにつれ、全身の身体管理が必要となる。疼痛緩和、食事、排便コントロール、薬の管理など療養上の負担は増大する。当然、家族のみでの自宅療養の困難さは増してくる。

この時点で、入院か施設入所か、自宅療養の継続かについて家族は選択を迫られることになるが、自宅療養の継続を可能にするには、本人への介護とともに、家族の療養負担を軽減する手段の有無に大きく左右される。本人の身体の管理から、家族の介護による身体的、精神的疲れへの対応、また緊急時の医療対応など

すべてについて、本人と家族との調整が行われ進めていく必要がある。そこで必要とされるのは、病状管理を中心とする医療系のサービスであり、介護を担う福祉系のサービスの併用である。

重度になるほど、両者の併用によって居宅において療養の見直しをもった介護計画の策定が可能となる。

また、サービスごとの要介護度変化をみてきたように、医療系サービスにおける訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションは「改善」、「維持」に大きな効果を果たしている。これらの点に関して言えば、改正後の介護保険制度における介護予防事業でプログラムされている「運動器の機能向上」のメニューは一定の評価が得られるのではないかと考えられる。

しかし、軽度者における医療系サービスの活用は少なく、とりわけ要支援では使われていない状況である。骨関節系の疾患が多い軽度者においては、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションを積極的に活用し、改善を計るべきではないかと考える。

Ⅲ 考察

今回の調査から、介護サービス計画をたてるうえでの留意点は大きく2点あることがわかった。

1点目は、疾患と病状把握の重要性である。今回、2001年の認定時疾患は脳梗塞、リウマチ、認知症や骨粗鬆症などであったが、当然、疾患によって2年後にたどる経過は異なる。脳梗塞においては、今回の調査においては「改善」、「維持」で78.9%と安定しているが、再発を繰り返す利用者も多く、再発することで重度化に至るケース多い⁷⁾。循環器系の心疾患においては、今回調査では66.7%が「重度化」していた。

リウマチ等の慢性に進行する疾患においては、徐々にその症状が進行する場合も多いが、疼痛や骨破壊の状況によっては転倒などの事故を引き起こし、結果として一気に「重度化」する危険もあることもわかった。また、2ランク以上悪化した利用者は11例みられた。それらの疾患をみると悪性腫瘍、認知症が4例づつみられ、脳梗塞の再発、パーキンソンの進行、慢性関節リウマチの悪化からくる間質性肺炎などが重度化の原因となっていた。

原疾患の種別によりある程度の予後が予測できるた

め、要介護者の病状把握を的確に行い、予後判断することが重度化予防において最も必要であると考えられる。このことは、自立支援への介護計画策定を行う介護支援専門員において重要な課題であると認識できた。的確な病状把握を行うために主治医、医療・福祉などのサービス担当者、介護支援専門員などとの情報交換と、互いの密なる連携なしに重度化予防は計れない。

現在、サービス担当者会議の開催や主治医との連絡にFAXの活用がされているが、要介護度の認定期間が最長2年になったこともあり、主治医の意見書のみでは現状把握が不十分な状況がある。医療面をふくめ、介護上の状況などを確認できるチャートの検討など、現状に対する共通認識への対策が必要であると考えられる。

もう1点は要介護区分にかぎらず、利用者にとって必要とされる介護サービス内容の検討である。

今回、「要支援」「要介護1」の主たる原因疾患は、骨関節系が半数をしめており、「要介護2」～「要介護5」に多い脳血管障害とは明らかに異なっていた。以上のことより、軽度者では、骨関節系に焦点をあてた適切な介護計画が重要であると考えられる。

2006年介護保険制度改正で「介護予防事業」がもりこまれていた。すでに「介護予防事業」の「運動器の機能向上」事業として筋力トレーニングが全国で実施されており、結果として要介護認定に係わる心身の状態（第1群～第7群）については、すべての群で統計学的に有意な改善が得られたと報告されている⁸⁾。

また、A居宅介護支援事業所の調査結果でも介護サービスごとの要介護度変化をみると、訪問リハビリテーションおよび通所リハビリテーションは要介護度の「改善」、「維持」に大きな効果を果たしていた。したがって、骨関節系の疾患の多い軽度者に対し、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどの機能訓練を考慮した介護サービスが必要である。

しかしながら、骨関節系に必要な医療系サービスの利用率が「要支援」において低いという特徴があった。この要因として、サービス利用者自身が食事や入浴などの生活ニーズが優先するため、限られた支給限度額のなかでは、まず生活するうえで必要な、訪問介護や通所介護のサービスを求めるのは必然とも思われる。

7) 田中甲子：「軽度者の重度化要因調査研究報告書」

—介護度分析からの提言— NPO 地域保健研究会・福祉職場の保健師部会2005

8) 厚生労働省「介護予防市町村モデル事業 中間報告」2005.10.23 <http://www.mhlw.go.jp/>

今後は、適応のある軽度者に対してリハビリテーションの有効性を説明し、「介護予防事業」を積極的に活用していく必要があると考える。

また、改善事例からも明らかなように、介護サービスの組み合わせと同時に重要なのは、利用目的を明確にする事である。同じ介護サービスであっても利用者によって、その意義は異なっている。

利用者の自立支援を目的に、介護サービスをどのように活用するのかを明確にした介護計画を組み立てることの重要性が改めて確認された。

IV 今後の課題

今回の調査は断面調査であり、介護サービス利用の2年後の時点での評価にすぎない。しかし、調査期間の2年間に利用者の状況はさまざまに変化していた。介護サービスにおいても、1～2週間のみの利用で、その後継続しなかったものも少なくない。疾患、病状の変化とともに経済的理由によっても利用する介護サービスが大きく変わることも確かである。今回しほりきれなかった家族状況や、経済の問題なども検討しながら、自立支援のための有効な居宅介護計画策定について検討を深めていきたいと考える。

【参考文献】

- 1) 田中 甲子：「軽度者の重度化要因調査研究報告書」—介護度分析からの提言—
NPO 地域保健研究会・福祉職場の保健師部会 2005
- 2) 松田 晋哉：「介護保険制度に評価指標」介護保険情報 第4巻7号 54-60 2003
- 3) 山崎 史郎：「介護予防事業の展望と介護保険の動向」介護保険情報 第4巻9号 8-10 2003
- 4) 岡本 祐三：「見えてきた課題は何か認定データNO活用を」介護保険情報 第4巻10号 30-33 2004
- 5) 朝日 健二・矢部 広明：「介護保険見直しの要点と対応のしかた」桐書房 2005
- 6) 全国社会福祉協議会『こう変わる 介護保険』2005

(ふじわら かずみ 本学講師)