

令和 6 年 6 月 8 日現在

機関番号：37104

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2017～2023

課題番号：17K12557

研究課題名(和文) 要介護度を改善した介護事業者の成功報酬に関する評価基準の開発

研究課題名(英文) Developing assessment criteria of contingency fee for long-term care service providers that improve degree of long-term care

研究代表者

梶 勇三郎 (kaba, yuzaburo)

久留米大学・医学部・准教授

研究者番号：30368964

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,400,000円

研究成果の概要(和文)：介護サービスの利用とその後の要介護度改善との関連を検討した結果、通所介護、介護老人保健施設の利用と負の関連が認められた。認知症状がない者では、小規模多機能居宅介護、短期入所生活介護の利用との正の関連が認められた。  
居宅サービスでは他の介護サービスも併せて利用する者が多く、一般的に区分支給限度額内での利用を計画するため、要介護度改善を目的に利用しようとしても利用が抑制され、介護サービスの効果を十分に高めるまでの利用に至っていない可能性が否めない等の介護サービスの効果を評価する際の留意点が示唆された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究では、介護サービスを利用することによって要介護度が改善するか検討した結果、小規模多機能居宅介護や短期入所生活介護の利用によって要介護度が改善することが示唆され、新たな知見が得られたものと考えられる。一方、介護サービスの種類によっては利用者の特性に応じたさらなる機能分化の必要性が考えられた。また、介護サービスの評価を行う際の留意点も提案できたため、今後、介護サービスの効果を検討する際に活用されることが期待できる。

研究成果の概要(英文)：We examined the association between the use of long-term care services and subsequent improvement in the degree of long-term care required and found a negative association with the use of day care centers and health care facilities for the elderly requiring long-term care. In individuals without cognitive symptoms, we found a positive association with the use of small-scale multifunctional home care and short-term admission for daily life long-term care. Many individuals using in-home services also utilize other long-term care services, and generally plan to use them within the category payment limit. Thus, the use is curtailed despite attempts to use them for the purpose of improving the degree of long-term care required, suggesting points to note when assessing the effects of long-term care services, such as the undeniable possibility of them not being used to the extent of sufficiently increasing the effects of long-term care services.

研究分野：公衆衛生看護学

キーワード：介護サービス 高齢者 要介護度 評価

## 様式 C - 19、F - 19 - 1 (共通)

### 1. 研究開始当初の背景

高齢化の進展によって介護が必要な高齢者は年々増加し、それに伴い介護サービスの利用者も増え介護費用は増加の一途を辿ることが予測されていた。また、限られた財源の中で介護保険制度を運営していくことは保険者の市町村にとっては大きな課題と考えられた。こうした中で、介護サービスによって、要介護度の悪化を抑制することが重要視されるようになり、介護サービスを評価する機運が高まりつつあった。

ただ、介護保険制度は、介護事業者が質の高いケアを行って利用者の要介護度が改善した場合、利用者数が減ったり利用回数が少なくなることで、介護事業者に支払われる介護報酬は低くなる仕組みになっているため、適切なサービスを提供しにくい現状になっている可能性が考えられた。そのような状況において、国よりも先駆けて自治体独自の基準で要介護度改善に伴う成功報酬として奨励金や助成金等の支給が実施されていた。

一方、諸外国においては、介護サービスの質の評価が行われているところもあるが、社会保障制度(税方式か社会保険方式、社会保険方式でも公費の投入割合が違う)の仕組みが異なったり、働く介護士の勤務形態やサービス提供のあり方も違ったり、保険によるサービスの範囲が狭いため経費は自費でまかなうケースが多かったりするので、我が国の介護保険制度にそのまま導入することは容易ではない状況であった。

そこで、介護サービスの評価を行うにあたり、まずは介護サービス利用がその後の要介護度にとどのくらい影響しているのか明らかにすることが必要と考えられた。そのうえで、介護サービスの評価基準について検討する必要があると考えた。

### 2. 研究の目的

本研究では、どのような対象にどのような介護サービスを提供したら効果的なのか、また介護サービス利用がその後の要介護度にとどのくらい影響しているのか明らかにし、介護保険財政の効率的な運営と重症化予防対策に関する示唆を得ることを目的とした。

また、要介護度が改善した場合、どのような基準で成功報酬として判断するのが妥当なのか、自治体担当者と現場の介護事業者に受け入れられる評価基準の開発を行うことを目的とした。

### 3. 研究の方法

本研究では、当初、上述した目的を達成するために取り組んでいたが、新型コロナウイルス感染症拡大に伴い、「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて」(令和2年2月18日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)及び「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて(その4)」(令和2年4月7日付け厚生労働省老健局老人保健課事務連絡)により、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図る観点から認定調査が困難な場合においては、要介護認定の有効期間について、従来の期間に新たに12か月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できる取扱いとなったことから、適切な介護サービスの評価ができなくなったこと、さらに感染対策に関わる諸事情で介護事業者との検討会等が行えなかったことで、追跡期間等の研究デザインや研究スケジュールを見直す必要に迫られ、予定していた研究をすべて実施することができなかった。

そこで、本研究では、新型コロナウイルス感染症が流行する前の介護サービスの利用とその後の要介護度との関連の有無と強さを検討し、その結果をもとに介護サービスの評価方法についてこれまでの知見(文献レビュー)をふまえ示唆を得ることにした。

#### (1) 対象者

対象者は、九州地方に在住する65~99歳の者で、新型コロナウイルス感染症感染流行前の3年間(2016~2018年)に、初めて要介護認定の申請(2016年以前の要介護認定等を確認し2回以上の者は除外)を行い、新規に要介護度1または2の認定を受けた871人とした。そのうち1年以内に死亡や転出、要介護度が6か月以内に悪化した者等93人は除外、2016~2018年に複数回(2回以上)の新規要介護認定を受けた者225人に対しては1回目の情報を利用した。その結果、概ね1年後(2017~2019年)の状況を把握できた553人を分析対象にした。

#### (2) 用語の定義

要介護度が改善した者とは、更新時要介護度が1段階以上改善した、または非該当、要介護認定の更新申請を行わなかった者とした。悪化した者とは更新時要介護度が1段階以上悪化した者とした。維持した者とは、更新前後で要介護度に変化がなかった者とした。例えば、要介護度1の場合、改善した者とは更新申請において要介護度が要支援1または2、非該当、要介護認定の更新をしなかった者を、悪化した者とは要介護度が2~5に該当した者を、維持した者とは更新前後で変化がなかった要介護1の者を示す。

### (3) 調査内容

調査内容は基本属性、要介護度、要介護認定調査項目、中間項目得点（要介護認定調査項目の情報をもとに、身体機能・起居動作、生活機能、認知機能、精神行動障害、社会生活への適応、ごとに算出されたもの）障害高齢者日常生活自立度、認知症高齢者日常生活自立度、要介護認定等基準時間（食事、排泄、移動、清潔保持、間接生活介助、問題行動関連行為、機能訓練関連行為、医療関連行為、認知症加算 8 つの生活場面ごとに、介護の手間が相対的にどの程度あるかを示した指標）、要介護認定期間中の介護サービスの利用状況等である。

### (4) 分析方法と倫理的配慮

統計解析には、要介護度が改善した者と悪化した者の介護サービス利用との関連を明らかにするために、性別、年齢、ベースライン時の要介護度、認知症の有無、状態の安定性、要介護認定等基準時間、第 1～5 群の中間評価得点を調整変数に、介護サービスの利用状況（各サービス別の訪問回数・通所回数、各施設利用の有無）を説明変数に、ロバスト分散を適用したポアソン回帰モデルを用いて要介護度改善割合比と 95%信頼区間（95%CI）を算出した。

本研究は、研究代表者が所属する機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

## 4. 研究成果

### (1) 対象者の状況

対象者の性別は男性 198 人（35.8%）、女性 355 人（64.2%）、年齢の平均（標準偏差）は 82.2（7.1）歳、要介護度は要介護 1 は 400 人（72.3%）、要介護 2 は 153 人（27.7%）、訪問調査等で認知症なしまたはと判断されたのは 94 人（17%）、a 以上 459 人（83%）、状態の安定性は安定 184 人（33.3%）、不安定 369 人（66.7%）であった。

1 年後に要介護度が改善した者は 176 人（32%）、維持した者は 221（40%）、悪化した者は 156 人（28%）であった。介護度別にみると、要介護 1 で改善した者は 86 人（21.5%）、維持した者 191 人（47.8%）、悪化した者 123 人（30.7%）、要介護 2 で改善した者は 90 人（58.8%）、維持した者 30 人（19.6%）、悪化した者 33 人（21.6%）であった。

### (2) 要介護度が改善した者と悪化した者を比較した結果

要介護度が改善した 176 人と悪化した 156 人を比較した多変量解析の結果、要介護度改善割合比（95%CI）は通所介護（デイサービス）0.97（0.95-0.99）、介護老人保健施設 0.49（0.26-0.90）で有意な負の関連が認められた。

一方、訪問介護 1.00（0.98-1.02）、訪問リハビリテーション 0.99（0.97-1.03）、訪問看護 0.98（0.95-1.09）、居宅療養管理指導 0.94（0.84-1.05）、通所リハビリテーション 0.99（0.98-1.08）、地域密着型通所介護（地域密着型サービス）1.01（0.98-1.05）、認知症対応型通所介護（地域密着型サービス）0.95（0.86-1.06）、小規模多機能型居宅介護（地域密着型サービス）1.19（0.74-1.90）、短期入所生活介護 0.87（0.75-1.02）には有意な関連は認められなかった。

### (3) 認知症がない者で要介護度が改善した者と悪化した者を比較した結果

認定調査項目等で認知症高齢者自立度がいずれも自立またはの者のみに限定し、要介護度が改善した 58 人と悪化した 14 人を比較した多変量解析の結果、要介護度改善割合比（95%CI）は訪問介護 1.03（1.00-1.05）、小規模多機能型居宅介護 1.44（1.11-1.87）、短期入所生活介護 1.43（1.03-1.98）で有意な正の関連が認められた。

一方、訪問リハビリテーション 1.02（0.99-1.05）、訪問看護 0.95（0.89-1.02）、居宅療養管理指導 0.90（0.77-1.04）、通所介護 0.99（0.95-1.03）、通所リハビリテーション 1.00（0.99-1.02）には有意な関連は認められなかった。

介護老人保健施設の利用した者のうち、要介護度が改善した者は 0 人、悪化した者は 2 人（14.3%）であった。

以上の主要な結果より、介護サービスの評価を検討する際、以下の留意する点が示唆された。

居宅サービスを利用している者は、その他の介護サービスも併せて利用する者が多く、一般的には区分支給限度額内で利用回数を計画するため、要介護度改善を目的に利用しようとしても利用が抑制され、介護サービスの効果を十分に高めるまでの利用に至っていない可能性が否めないことである。また、本研究では、通所介護を利用した者の要介護度の改善割合が低かったため、今後は利用者の特性に応じた通所介護の機能分化をはかっていくことも必要と考えられた。

介護老人保健施設では、利用した者の改善割合が低かった。本来、介護老人保健施設は在宅復帰を目指す施設であるが、利用者の実態が異なっている施設も見受けられるとの見解もある。在宅復帰をすぐには想定できない利用者については介護医療院等の利用も考えられるため、今後、介護老人保健施設は本来の機能を担い、その評価ができるようになっていくものとする。

最後に、利用者によっては多くの介護が必要な状態のため介護サービスを多く利用している可能性も否めないため、介護サービスの評価をする際には、要介護度が改善しないからといって介護サービスの効果がないことを一律に示しているものではないことに留意すべきである。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計0件

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

	氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考
--	---------------------------	-----------------------	----

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8. 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------