

介護サービスの提供時間に関する推計方法の変遷について

年度	平成7年度	平成8年度	平成9年度	平成10年度
調査項目	心身の状況に関する 8項目（施設）及び5項目（在宅）	心身の状況に関する71項目	心身の状況に関する73項目	心身の状況に関する85項目
使用したデータ	特別養護老人ホーム入所者及び 在宅高齢者に関するデータ	施設入所者に関する 1分間タイムスタディ・データ	施設入所者に関する 1分間タイムスタディ・データ	施設入所者に関する 1分間タイムスタディ・データ
推計方法	<p>特別養護老人ホームの入所者については、連続一週間の介護サービスの実施回数を測定した。これにより得られたデータをAIDという統計手法を用いて解析し、介護サービスの量を心身の状況（8項目）の組み合わせによって説明する推計理論を開発した。</p> <p>在宅高齢者については、提供されている介護サービスを分単位で記録した。このデータを主成分分析という統計手法を用いてスコア化し、このスコアを心身の状況（5項目）の組み合わせによって説明する推計理論を開発した。</p>	<p>高齢者介護サービス体制検討委員会等での検討の結果、施設及び在宅での推計方法を統一することとなった。</p> <p>328種類に分類した介護サービスごとに提供された時間を記録した「1分間タイムスタディ」のデータを用いて、個々の介護サービスが提供された群と提供されなかった群の区分を心身の状況によって説明する理論を開発し、心身の組み合わせに応じて介護サービスの提供に要する時間を推計した。</p> <p>なお、個々の介護サービスが提供される群に与える提供時間は、「1分間タイムスタディ」の実績に基づき設定した。</p>	<p>平成8年度に用いた理論では要介護度別の心身の状況を解りやすく説明できないことから、328項目の介護サービスを以下の5領域に分類し、樹型モデルを用いて介護サービスの提供時間を推計した。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ADL関連（直接生活介助） 2) IADL関連（間接生活介助） 3) 問題行動関連 4) 医療行為 5) その他 <p>それぞれの領域ごとに介護サービスの提供時間を推計したところ、「4）医療行為」及び「5）その他」については適切な推計値が得られなかったため、推計対象から除外することとした。</p>	<p>平成9年度の介護サービスの分類を再検討し、以下の5領域に分類した。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 直接生活介助 2) 間接生活介助 3) 問題行動関連介助 4) 機能訓練関連行為 5) 医療関連行為 <p>前年度同様に、樹型モデルを用いたが、樹形図作成にあたり、介護サービスの提供の有無によってグループ化するのではなく、介護サービスの提供時間の違い(乖離度)を最大とするようにグループ化する方式に変更した。これに伴い、心身の状況(85項目)の組み合わせから介護サービスが提供される時間を直接算出できるようになった。</p> <p>心身の状況(85項目)のうち、特別な医療(12項目)のいずれかに該当する場合には、「特別な医療」に係る介護サービスの提供時間を「5) 医療関連行為」に加えた。</p>
介護サービスの提供時間の計算（一次判定の手法）	<p>特別養護老人ホームでは8項目の心身の状況から14タイプに、在宅高齢者では5項目の心身の状況から8タイプに分類された。</p> <p>さらに、介護サービスを提供する際の身体的・精神的負担感に関する調査結果を加味し、要介護度を6段階に分類した。</p>	<p>要介護認定試行的事業の対象者についての心身の状況(71項目)に関するデータに基づき、対象者が介護サービスの種類ごとに属するグループを同定し、そのグループに与えられた時間を介護サービスが提供される時間とした。</p> <p>すべての介護サービスに関する提供時間の合計を認定の「ものさし」とした。</p>	<p>同左。ただし、問題行動が認められる要介護認定試行的事業の対象者については、問題行動が認められない対象者の「1)ADL」「2)IADL」関連の提供時間に問題行動がある場合の提供時間の増減分を加えることとした。</p>	<p>介護サービスの提供時間の合計は、「1)直接生活介助」から「5)医療関連行為」に係る全ての提供時間（「特別な医療」に該当する場合は「特別な医療」に係る提供時間も含む。）の合計とした。</p>
備考	<p>調査と同時に実施したアンケートの結果、簡便で解りやすいとの意見が少なくなかった反面、以下のような意見が目立った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の状態像が本当に正しく反映されているのか。 ・このような簡便な方法に対する不安や抵抗感がある。 	<p>一次判定の方法について、主な意見は以下のとおりであった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・痴呆の程度が要介護度あまり反映されていない。 ・一次判定の考え方がわかりにくい。 	<p>一次判定の方法について、主な意見は以下のとおりであった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・痴呆の程度が要介護度あまり反映されていない。 ・一次判定結果がその要介護状態区分で高い方が低い方なのかを表示してほしい。 	<p>前年度の成果を踏まえて、以下の取り扱いとした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・問題行動関連行為の提供時間が、推計上負の数となる場合（問題行動があると、ない場合に比較して提供時間が短くなるなど推計される場合には、これを「零（ゼロ）」として算定する。 <p>一次判定の方法について、主な意見は以下のとおりであった。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ソフトウェアの公開が必要である。 ・前年度に比べて、一次判定結果が低くなる傾向がある。 ・軽い状態の方が高く判定されることがある。 ・「再調査」の理由を提示すべきである。