

第三章 要介護度総合分類（第1次案）

1. 長期ケア施設における調査研究の結果

長期ケア施設の全対象者データ（782件）が回収され、分析ができるようになった時点で、要介護度総合分類の第1次案を開発した。

まず、予め設定した6分類の基本骨格に対応するアセスメント項目と分岐点を樹形モデル解析に基づいて決めた。なお、この時点で在宅ケア機関対象者については約半数の181件のデータが回収されており、後述するように同データを用いて検証した。

(1) 長期ケア施設データによる分析結果

分岐点などの決定に長期ケア施設のデータを用いた理由は、在宅ケアにおけるケア時間には、施設ケアに比べた場合、患者の特性以外の要因が大きく介在しており、精緻な分析にはあまり適していないと判断されたからである。たとえば、家族によるケアはその方法が標準化されておらずさまざまである、患者のIADLやADLの障害に対応するケアと日常的な家族間のコミュニケーションや役割分担を明確に区分しにくい、などの制約がある。また、同居する家族の有無によっても大きく異なっている。従って、精緻な分析には、施設ケアのデータの方が適していると判断した。

分析を行った方法は、各対象者が受けているケア時間を目的変数、それぞれの特性を説明変数として分類の分岐点を決める樹形モデル解析である。対象者は老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームの各々4カ所、計12施設に入院・入所している合計782人である。

(2) 分岐点の決定

統計解析の結果、選ばれたアセスメント項目とその分岐点の概要は以下のようである。

ア. IADL

IADLは、MDS-HCのIADLに関する7つのアセスメント項目の実施上の困難さを全て選び、そのいずれに問題があった場合でも分岐点とした。

なお、この中に「金銭管理」を含めることには疑問があったが、結果的には本項目のみに問題があった者はいなかったため、そのまま残すこととした。

イ. ADL

ADLは、施設ケアにおいてケア時間の相違を反映することがRUG-Ⅲ分類を開発する際に検証された方法に従って各アセスメント項目を選び、その各々の評価を重みづけした。すなわち「ベッド上の可動性」「移行」「食事」「トイレの使用」の4つ

を選び、その重みづけ得点の合計に基づいて分岐点を決めた。ADL 得点は以下のように計算され、最低 4 点（ADL 自立度が高い）から最高 15 点（ADL 自立度が低い）までの間に分布する。

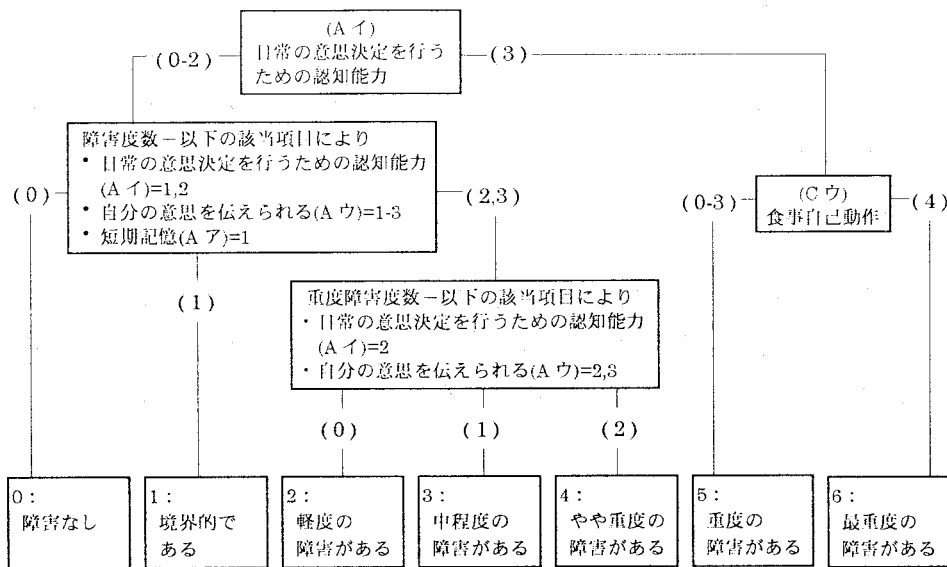
重みづけケア時間を目的変数として、樹形モデルに従って分析した結果、要介護度総合分類における ADL 分岐点としては、4～7 点と 8～15 点とするところが最適であることが明らかになった。

ADL 得点表

ベッド上の可動	自立、または観察・誘導	1 点
	部分的な援助	3 点
	広範な援助、または全面依存	4 点
移 行	自立、または観察・誘導	1 点
	部分的な援助	3 点
	広範な援助、または全面依存	4 点
食 事	自立、または観察・誘導	1 点
	部分的な援助	2 点
	広範な援助、または全面依存	3 点
トイレの使用	自立、または観察・誘導	1 点
	部分的な援助	3 点
	広範な援助、または全面依存	4 点

ウ. 痴呆

痴呆は CPS（Cognitive Performance Scale、認知行動評価尺度）を構成するアセスメント項目である「短期記憶」「自分を理解させる能力」「認知能力」「食事」を選び、CPS のレベルにより分岐点を決めた。樹形モデルによる分析の結果、痴呆の程度の分岐は 0～2 と 3～6 となった。なお、CPS は長谷川式簡易知的機能評価スケール、Mini-Mental 等との相関が高いことが日米において検証されている。また、CPS には含まれない問題行動の項目についても分析したが、CPS との相関が高かったため、独立に取り上げなかった（詳細は第 IV 章参照）。



エ. 医学的管理

医学的管理は、医療の専門技術的ケアの時間との相関が高く、また評価が客観的で容易であるという理由から、アセスメント項目としては医療処置に関する項目を選んだ。分析の結果、分類ⅠとⅡ、および分類ⅢとⅣについては医療処置の有無によって、分類ⅤとⅥについては異なる医療処置 2 つ以上か、1 つ以下かによって分岐点とすることになった。それらの医療処置のアセスメント項目は以下のとおりである。なお、医療処置以外のアセスメント項目についても分析したが、これらを加えることによって統計的な説明率は向上しなかったため、取り上げなかった。

筋肉注射・皮内注射	気管切開のケア
静脈注射	痛みの管理
点滴	放射線治療
中心静脈栄養	抗がん剤
透析	経管栄養
ストーマのケア	緩和ケア
間欠的酸素療法	モニター測定 (毎日)
持続的酸素療法 (濃縮)	皮膚の治療
持続的酸素療法 (上記以外)	コンドームカテーテル
レスピレーター	留置カテーテル

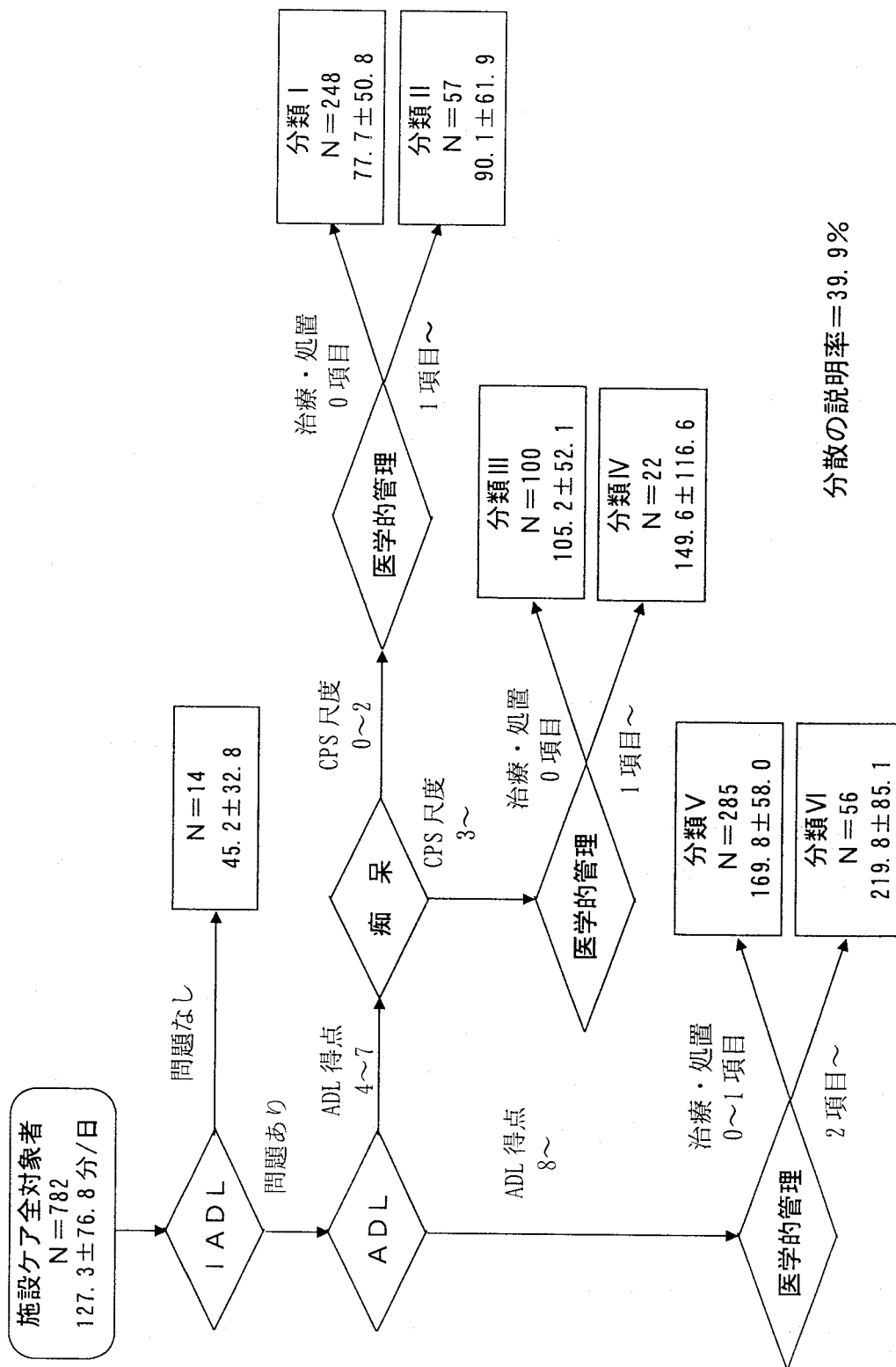
オ. 要介護度総合分類（第1次案）アセスメント項目

以上のようにして選ばれた MDS-HC のアセスメント項目数は IADL、ADL、CPS を把握するための 14、医学的管理を把握するための 20、の合計 34 項目である（付属資料 2 を参照）。

(3) 分散の説明率

以上の分岐点決定の流れを図に示すと図Ⅲ-1 のようになる。本分類による施設におけるケア時間の分散の説明率は 39.9% であり、満足すべきレベルに達するものと考えられる。なお、同図に各分類に分類された対象者の人数、平均ケア時間、およびその標準偏差も示す。

図III-1 分類決定までのフロー、および各分類の対象者数、平均ケア時間（第1次案、長期ケア施設）



分散の説明率=39.9%

2. 在宅ケア機関調査における分析

(1) 在宅ケア機関データによる分析

目的変数とする各対象者の総ケア時間は、以下のように訪問看護婦、ヘルパー、OT・PT、家族の1日あたりのケア時間を算出し、その総和とした。

ア. 訪問看護婦およびホームヘルパー

タイムスタディによって把握したサービス提供日のケア時間を、1ヵ月の利用回数を乗じて30で除することで、1日当たりの平均のケア時間を得た。この際に、医療の専門技術的ケア、ADL支援、IADL支援のいずれにも該当しない「その他」のケア時間は算入しなかった。これはたとえば身支度や談話などの時間であり、利用者の要支援・介護状態に対応していない時間であることによる。移動の時間も、距離や鉄道などの地理的条件によって規定されるので算入していない。また、各利用者に帰属できるステーション内の時間(準備や記録など)についても、各機関によるばらつきが大きく、測定方法に問題があったと考えられたことから除外した。ただし、以上の除外した時間(10.1分)が、看護婦等によるケア時間に占める割合は2.5%とごくわずかで、分析結果に大きな影響は与えていない。

イ. PT・OTによるケア時間

把握した1週間のケア時間を7で除して、1日当たりのケア時間を得た。

ウ. 家族のケア時間

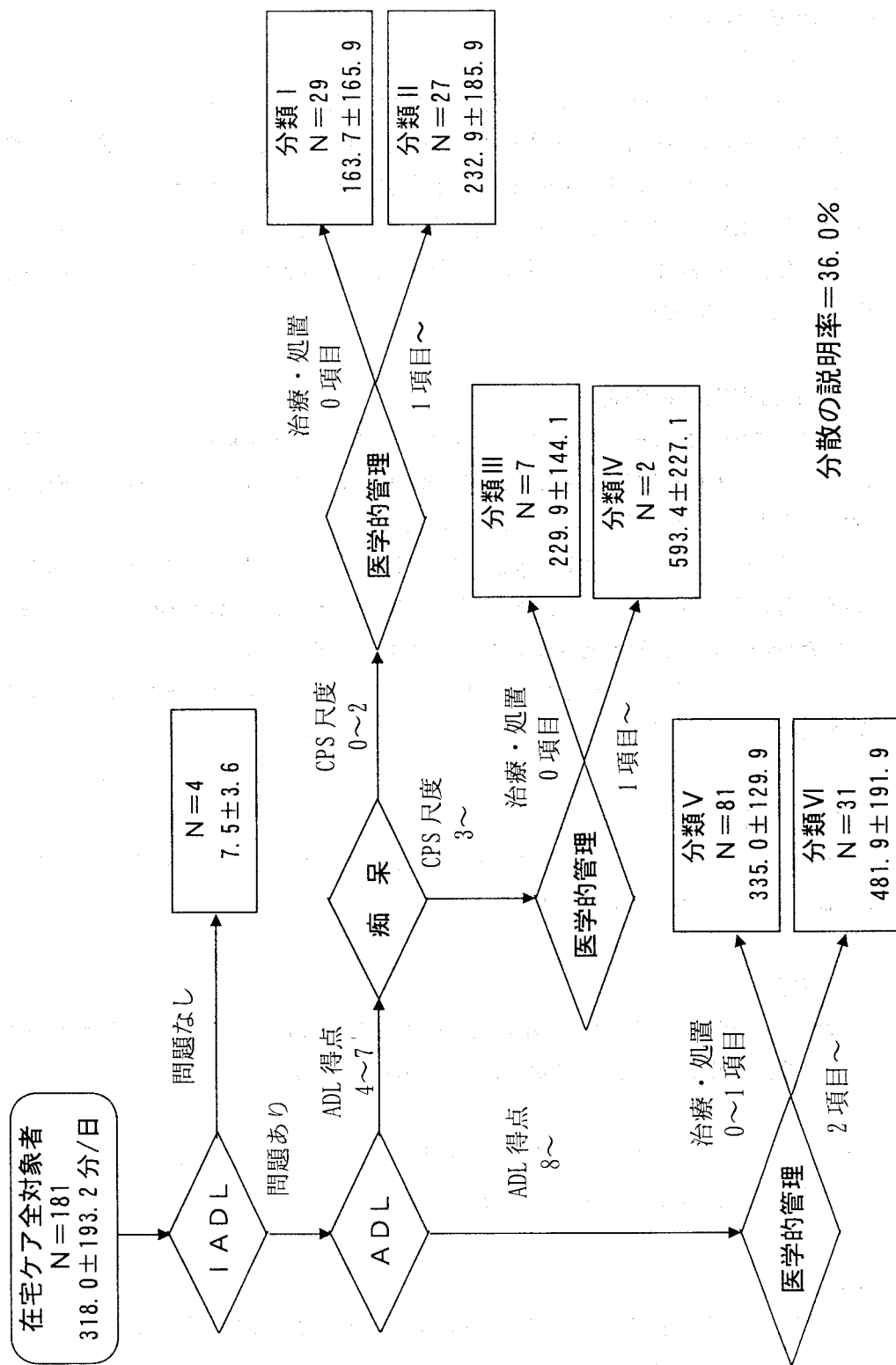
家族のケア時間は、看護婦あるいはヘルパーによるサービスを利用した日としない日にそれぞれ1日ずつ測定している。これらを1ヵ月間の利用回数および非利用回数でそれぞれ乗じた上で和を求めさらに30で除することで、1日当たりのケア時間を得た。なお、訪問看護とヘルパーのサービスを両方受けている利用者もいたが、同じ日に両サービスを受けている場合もあることから、両方のサービスを受けている場合には、多い方の回数を1ヵ月間のサービス利用回数とした。なお、ADL支援およびIADL支援のいずれにも属さないその他のケア時間は算入していない。

以上のようにして算出したケア時間の総和が1日当たりの総ケア時間となる。

(2) 在宅ケア機関データへの適用

長期ケア施設における樹形モデル解析により得た手法を中間段階での在宅ケア機関の対象者181人に当てはめたところ、図Ⅲ-2に示すような結果となり、同分類の説明率は36.0%となった。

図III-2 分類決定までのフロー、および各分類の対象者数、平均ケア了時間（第1次案、在宅ケア機関）



3. 要介護度総合分類（第1次案）の妥当性

(1) 妥当性調査の方法

ア. 分類の妥当性

第1次案で得られた要介護度総合分類が妥当なものであるかどうかを検証するため、調査対象となった患者・入所者および利用者の一人ひとりの分類結果を、分類に至るロジックを説明せずに現場の感覚で評価してもらった。説明をしなかったのは、ロジックが明らかになればそれぞれの対象者が当該分類に分類されるのは自明だからである。また、分類結果が妥当ではないと思われた対象者についてはどの分類の方がより妥当であるか聞いた。

イ. ADL得点化の妥当性

要介護度総合分類（第1次案）に用いたADL得点は障害高齢者の比較的晩期に失われるADL項目を組み合わせる合計得点を計算する方法で、特に長期ケア施設において適切な得点方法として用いられている（A案とする）。

しかしながら、在宅では必ずしもこの得点方法が適切ではないと考えられ、今回在宅高齢者のデータを用いて、比較的早期に失われるADLとの組み合わせを検討し、新たな方法を検討した（B案とする。なお、評価は第IV章参照）。

そこで、現場スタッフにA案とB案を比較し、どちらがより適切であると思うかを聞いた。

ウ. 自由意見

本研究で開発した新しい分類方法の解説を読んでもらい、特に厚生省案との比較で自由に意見を記入してもらった。

エ. 対象者の変化

ケアや時間の経過によって要介護者の変化をみるため、タイムスタディ調査時点から各対象者が現在どのように変化しているかを聞いた。

第1次案以降に得られた在宅ケア機関のデータと以上の調査をもとに得られた結果から、第2次案の分類を決定することとした。

(2) 回収状況

長期ケア施設の患者・入所者については、782人全員分が回収された。在宅ケア機関については、51カ所、425人中、46カ所（90.2%）、390人分（91.8%）についての結果が回収された。

(3) 分類の妥当性に関する調査結果

ア. 長期ケア施設

①分類結果の妥当性

要介護度総合分類（第1次案）については「3. ほぼ妥当であると思われる」が544人（69.6%）であり、「2. 実際より軽く評価されているが許容できる範囲内である」91人（11.6%）、「4. 実際より重く評価されているが、許容できる範囲内である」22人（2.8%）、を加えると、657人（84.0%）が概ね妥当であり、許容範囲内となっている（表Ⅲ-1）。

また、「1. 実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」が121人（15.5%）で、要介護度総合分類については「軽く評価されている」との判断が相対的に多くなっている。

分類のロジックを示さずに行われた評価結果であることを考慮すると、妥当であるとの割合が約7割、許容できる範囲であるものを含めると8割を超えており、現場の判断による妥当性は高いと評価されたと考えられる。

表Ⅲ-1 第1次案による分類結果の妥当性（長期ケア施設）

	人数	構成比(%)
1. 実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える	121	15.5%
2. 実際より軽く評価されているが、許容できる範囲内である	91	11.6%
3. ほぼ妥当であると思われる	544	69.6%
4. 実際より重く評価されているが、許容できる範囲内である	22	2.8%
5. 実際より重く評価されており、許容できる範囲を超える	4	0.5%
合計	782	100.0%

これを施設種別にみると、老人病院では「3. ほぼ妥当であると思われる」が228人（83.2%）であり、「2. 実際より軽く評価されているが許容できる範囲内である」の13人（4.7%）と「3. 実際より重く評価されているが、許容できる範囲内である」の13人（4.7%）を加えると254人（91.7%）が分類は概ね妥当であり、許容できる範囲内にあると判断されている（表Ⅲ-2）。同様に老人保健施設では「3. ほぼ妥当であると思われる」が191人（69.7%）で、許容できる範囲内との判断を加えると258人（94.2%）が分類は概ね妥当であり、許容できる範囲内にあると判断されている。特別養護老人ホームでは、「3. ほぼ妥当であると思われる」が125人（53.4%）で許容

きる範囲内との判断を加えると、657人（62.0%）が分類は概ね妥当であり、許容できる範囲内であると判断されており、他の施設に比較して妥当性の評価は相対的に低くなっている。

表Ⅲ-2 第1次案による分類結果の妥当性（長期ケア施設種別）

上段：人、下段：%

	1. 軽く評価 許容範囲外	2. 軽く評価 許容範囲内	3. ほぼ妥当	4. 重く評価 許容範囲内	5. 重く評価 許容範囲外	合 計
病 院	19 6.9%	13 4.7%	228 83.2%	13 4.7%	1 0.4%	274 100.0%
老 健	15 5.5%	60 21.9%	191 69.7%	7 2.6%	1 0.4%	274 100.0%
特 養	87 37.2%	18 7.7%	125 53.4%	2 0.9%	2 0.9%	234 100.0%
合 計	121 15.5%	91 11.6%	544 69.6%	22 2.8%	4 0.5%	782 100.0%

さらに、分類別にみると、分類Ⅰ、分類Ⅱ、分類Ⅲで「1. 実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」が相対的に高くなっている（表Ⅲ-3）。また、分類Ⅰ、分類Ⅱ、分類Ⅲで「3. ほぼ妥当であると思われる」が6割前後であるが、分類が重くなるにつれ、その割合は高くなっている。

表Ⅲ-3 第1次案による分類結果の妥当性（長期ケア施設、分類別）

上段：人、下段：%

	1. 軽く評価 許容範囲外	2. 軽く評価 許容範囲内	3. ほぼ妥当	4. 重く評価 許容範囲内	5. 重く評価 許容範囲外	合 計
分類Ⅰ	50 20.2%	46 18.5%	150 60.5%	2 0.8%	0 0.0%	248 100.0%
分類Ⅱ	9 15.8%	6 10.5%	35 61.4%	5 8.8%	2 3.5%	57 100.0%
分類Ⅲ	23 23.0%	18 18.0%	59 59.0%	0 0.0%	0 0.0%	100 100.0%
分類Ⅳ	0 0.0%	5 22.7%	15 68.2%	2 9.1%	0 0.0%	22 100.0%
分類Ⅴ	39 13.7%	12 4.2%	223 78.2%	9 3.2%	2 0.7%	285 100.0%
分類Ⅵ	0 0.0%	0 0.0%	52 92.9%	4 7.1%	0 0.0%	56 100.0%
対象外	0 0.0%	4 28.6%	10 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	14 100.0%
合 計	121 15.5%	91 11.6%	544 69.6%	22 2.8%	4 0.5%	782 100.0%

②該当すると思われる分類

次に、妥当であるとは判断されなかった対象者 238 人について、どの分類に該当すると判断するかを聞いたところ、結果は表Ⅲ-4 のようになっている。

分類Ⅰに分類された対象者 98 人については、分類Ⅱに該当すると思われるとの回答が最も多く 38 人 (38.8%)、以下同様に分類Ⅱの対象者 (22 人) は分類Ⅳに 8 人 (36.4%)、分類Ⅲの対象者 (41 人) は分類Ⅳに 21 人 (51.2%)、分類Ⅳの対象者 (7 人) は分類Ⅴに 5 人 (71.4%)、分類Ⅴの対象者 (62 人) は分類Ⅵに 50 人 (80.6%) と最も多く、それぞれ 1~2 段階の重い評価段階となっている。また、分類Ⅵの対象者では 2 人 (50.0%) が分類Ⅴに該当すると思われる。

表Ⅲ-4 該当すると思われる分類 (長期ケア施設、6 分類)

		該当すると思われる分類							不明	合計
		1. 分類Ⅰ	2. 分類Ⅱ	3. 分類Ⅲ	4. 分類Ⅳ	5. 分類Ⅴ	6. 分類Ⅵ	7. 対象外		
分類 結果	分類Ⅰ	-	38	27	17	12	1	2	1	98
		-	38.8%	27.6%	17.3%	12.2%	1.0%	2.0%	1.0%	100.0%
	分類Ⅱ	5	-	5	8	2	1	1	0	22
		22.7%	-	22.7%	36.4%	9.1%	4.5%	4.5%	0.0%	100.0%
	分類Ⅲ	0	0	-	21	16	3	0	1	41
		0.0%	0.0%	-	51.2%	39.0%	7.3%	0.0%	2.4%	100.0%
	分類Ⅳ	0	0	2	-	5	0	0	0	7
		0.0%	0.0%	28.6%	-	71.4%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
分類Ⅴ	1	3	4	2	-	50	0	2	62	
	1.6%	4.8%	6.5%	3.2%	-	80.6%	0.0%	3.2%	100.0%	
分類Ⅵ	0	1	0	1	2	-	0	0	4	
	0.0%	25.0%	0.0%	25.0%	50.0%	-	0.0%	0.0%	100.0%	
対象外	2	1	0	0	1	0	-	0	4	
	50.0%	25.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%	-	0.0%	100.0%	
合計	8	43	38	49	38	55	3	4	238	
	3.4%	18.1%	16.0%	20.6%	16.0%	23.1%	1.3%	1.7%	100.0%	

この中で 1 段階ずつずれるというのは、医療の専門技術的ケアによる差だけであり、ADL と痴呆の状態については同様である。そこで、分類ⅠとⅡ、ⅢとⅣ、ⅤとⅥをそれぞれまとめて、大きく 3 段階で分類結果と現場の判断との差をみると、表Ⅲ-5 のようになっている。

表Ⅲ-5 より、「分類Ⅰ、Ⅱ」は「分類Ⅲ、Ⅳ」に該当すると思われるとの回答が最も多く、「分類Ⅲ、Ⅳ」は「分類Ⅲ、Ⅳ」と「分類Ⅴ、Ⅵ」がほぼ同数であり、「分類Ⅴ、Ⅵ」はそれで妥当であるとの回答が最も多くなっている。

表Ⅲ-5 該当すると思われる分類（長期ケア施設、3分類）

上段：人、下段：%

	該当すると思われる分類				不明	合計
	分類Ⅰ、Ⅱ	分類Ⅲ、Ⅳ	分類Ⅴ、Ⅵ	7.対象外		
分類Ⅰ、Ⅱ	43 35.8%	57 47.5%	16 13.3%	3 2.5%	1 0.8%	120 100.0%
分類Ⅲ、Ⅳ	0 0.0%	23 47.9%	24 50.0%	0 0.0%	1 2.1%	48 100.0%
分類Ⅴ、Ⅵ	5 7.6%	7 10.6%	52 78.8%	0 0.0%	2 3.0%	66 100.0%
対象外	3 75.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
合計	51 21.4%	87 36.6%	93 39.1%	3 1.3%	4 1.7%	238 100.0%

次に、これらを施設種別にみると、表Ⅲ-6 のようになっている。

老人病院の患者については、「分類Ⅰ、Ⅱ」に分類された対象者は「分類Ⅲ、Ⅳ」に該当すると思われるとの回答が多く、老人保健施設の入居者については、「分類Ⅰ、Ⅱ」の対象者は「分類Ⅰ、Ⅱ」と「分類Ⅲ、Ⅳ」が同数となっている。また、特別養護老人ホームの入所者については、「分類Ⅰ、Ⅱ」の対象者は「分類Ⅴ、Ⅵ」に、「分類Ⅲ、Ⅳ」の対象者についても「分類Ⅴ、Ⅵ」に該当すると思われるとの回答が多くなっている。

表Ⅲ-6 該当すると思われる分類（長期ケア施設種別）

a. 老人病院

上段：人、下段：%

	該当すると思われる分類				不明	合計
	分類Ⅰ、Ⅱ	分類Ⅲ、Ⅳ	分類Ⅴ、Ⅵ	7.対象外		
分類Ⅰ、Ⅱ	7 38.9%	10 55.6%	1 5.6%	0 0.0%	0 0.0%	18 100.0%
分類Ⅲ、Ⅳ	0 0.0%	3 60.0%	2 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 100.0%
分類Ⅴ、Ⅵ	5 21.7%	4 17.4%	13 56.5%	0 0.0%	1 4.3%	23 100.0%
対象外	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
合計	12 26.1%	17 37.0%	16 34.8%	0 0.0%	1 2.2%	46 100.0%

b. 老人保健施設

上段：人、下段：%

	該当すると思われる分類				不明	合計
	分類Ⅰ、Ⅱ	分類Ⅲ、Ⅳ	分類Ⅴ、Ⅵ	7.対象外		
分類Ⅰ、Ⅱ	23 46.0%	23 46.0%	1 2.0%	3 6.0%	0 0.0%	50 100.0%
分類Ⅲ、Ⅳ	0 0.0%	15 71.4%	5 23.8%	0 0.0%	1 4.8%	21 100.0%
分類Ⅴ、Ⅵ	0 0.0%	1 11.1%	7 77.8%	0 0.0%	1 11.1%	9 100.0%
対象外	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
合計	26 31.3%	39 47.0%	13 15.7%	3 3.6%	2 2.4%	83 100.0%

c. 特別養護老人ホーム

上段：人、下段：%

	該当すると思われる分類				不明	合計
	分類Ⅰ、Ⅱ	分類Ⅲ、Ⅳ	分類Ⅴ、Ⅵ	7.対象外		
分類Ⅰ、Ⅱ	0 0.0%	18 45.0%	21 52.5%	0 0.0%	1 2.5%	40 100.0%
分類Ⅲ、Ⅳ	1 3.2%	2 6.5%	25 80.6%	3 9.7%	0 0.0%	31 100.0%
分類Ⅴ、Ⅵ	0 0.0%	1 2.7%	4 10.8%	32 86.5%	0 0.0%	37 100.0%
対象外	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
合計	1 0.9%	21 19.3%	51 46.8%	35 32.1%	1 0.9%	109 100.0%

③評価結果の検定

第1次案による分類の結果についての妥当性調査の結果、長期ケア施設においては、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」が、全対象の15.5%であった。しかし、直接ケアを提供している職員にとっては、介護の度合いは主観的な感覚で、相対化が難しいために、自分がケアを提供している利用者の要介護度を実際より重く認知している可能性があり、それが「実際より軽く評価されている」という回答に反映していることが考えられる。

この点を検証するために、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」と回答された利用者のケア時間を以下のとおり分析した。

i)平均ケア時間

各分類ごとに、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」と回答された利用者の群と「ほぼ妥当」と回答された群の間でケア時間の平均に差があるか検証した。なお、在宅ケアのデータでは、各分類別に見ると利用者の人数が少なく、統計的な検定には不適當であるので、施設ケアについてのみ検証した。その結果は、表Ⅲ-7

のとおりであった。すなわち、平均値を比較して、「実際より軽く評価されており、許容範囲を超える」の群のケア時間が「ほぼ妥当」の群より t 検定(5%水準)で有意に長かったのは、分類 III のみであり、その他では有意な差は認められなかった。

表Ⅲ-7 分類別ケア時間(平均±標準偏差)

	「実際より軽く…」	「ほぼ妥当」	p 値
分類 I	84.7±57.3 分 (50 人)	74.7±47.0 分 (150 人)	0.26
分類 II	112.3±90.8 分 (9 人)	77.2±46.3 分 (35 人)	0.11
分類 III	131.3±55.1 分 (23 人)	96.7±47.6 分 (59 人)	0.01
分類 IV	(0 人)	161.2±129.7 分 (15 人)	—
分類 V	174.7±52.7 分 (39 人)	167.3±57.1 分 (223 人)	0.43
分類 VI	(0 人)	223.7±85.8 分 (52 人)	—

ii) 当該分類の中での分布

各分類毎に、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」群の利用者個々のケア時間を分析し、当該分類に属する全利用者のケア時間の分布の中で 75 パーセンタイル以上に位置する利用者が多く存在するか検討した。もし、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」との評価がケア時間の面から見て妥当であるならば、75 パーセンタイル以上の利用者は 25%より多くいることになる。

長期ケア施設では、ケア時間が 75 パーセンタイル以上であった患者の割合は、分類 I では 50 人中の 9 人(18.0%)、分類 II では 9 人中の 3 人(33.3%)、分類 III では 23 人中の 10 人(43.5%)、分類 V では 39 人中の 9 人(23.0%)であり、他は 75 パーセンタイル以下に位置していた(表Ⅲ-8)。全体では、121 人中の 90 人(74.4%)は当該分類のケア時間の分布の 75 パーセンタイル以下に位置していた。つまり、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」群の利用者のケア時間も、分類 III 以外では特に長い方に分布していないことが確認されるとともに、大半の利用者は当該分類のケア時間の標準的な分布の範囲内にあることが明らかになった。

表Ⅲ-8 分類別パーセンタイル分布

単位：人、（ ）内%

	25 th -センチル以下	25～75 th -センチル	75 th -センチル以上	合計
分類Ⅰ	10 (20.0)	31 (62.0)	9 (18.0)	50 (100.0)
分類Ⅱ	3 (33.3)	3 (33.3)	3 (33.3)	9 (100.0)
分類Ⅲ	3 (13.0)	10 (43.5)	10 (43.5)	23 (100.0)
分類Ⅴ	6 (15.4)	24 (61.5)	9 (23.0)	39 (100.0)
全体	22 (18.2)	68 (56.2)	31 (25.6)	121 (100.0)

以上より、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」と評価された対象者も、ケア時間の点からみれば、大半は適切な分類がなされていることが確認された。

iii)医療の専門技術的ケア時間

さらに、分類Ⅰと分類Ⅲにおいては、実際の分類よりも1段階ずつ重い分類ⅡとⅣにそれぞれ該当するという回答が比較的多く、医療の専門技術的ケア時間を正しく評価していないとする意見が出されている。この点についても、直接ケア提供している職員の主観的な感覚が反映されていると考えられるため、分類Ⅰ、Ⅲのそれぞれに分類された者を妥当であると判断された利用者群と、分類Ⅰ、Ⅲに分類されたが分類Ⅱ、Ⅳに該当すると思われた利用者群の医療の専門技術的ケア時間の平均時間を比較し、統計的に差があるかどうか検定した。

その結果は表Ⅲ-9のとおりであった。すなわち、平均値を比較して両群にt検定(5%水準)で有意な差は認められなかった。しかしながら、「より重く評価されるべき」という対象者群の平均ケア時間は「分類はほぼ妥当」という対象者群より多くなっており、ケア時間についてのさらなる分析は今後の課題である。

表Ⅲ-9 医療の専門技術的ケア時間（平均±標準偏差）

	分類はほぼ妥当	より重く分類されるべき	P値
分類Ⅰ	17.14±17.74分 (149人)	30.18±42.36分 (38人)	0.0707
分類Ⅲ	18.14±17.10分 (35人)	46.25±76.60分 (8人)	0.3358

④再調査の結果

以上の結果は、分類のロジックを示さないで行った調査であるが、特にほぼ妥当であるとの回答率の低かった2つの施設に対して、ロジックが示された後での各対象者の分類の妥当性について再度調査した。その結果、全体として「ほぼ妥当であると思われる」が75.3%となった（表Ⅲ-10）。これを施設種別にみると、老人保健施設では「ほぼ妥当である」が86.5%に上昇した。一方、特別養護老人ホームでは大きな変化はみられなかった。

表Ⅲ-10 第1次案による分類結果の妥当性（再調査）

上段：人、下段：%

	1. 軽く評価 許容範囲外	2. 軽く評価 許容範囲内	3. ほぼ妥当	4. 重く評価 許容範囲内	5. 重く評価 許容範囲外	合 計
病 院	19 6.9%	13 4.7%	228 83.2%	13 4.7%	1 0.4%	274 100.0%
老 健	10 3.6%	26 9.5%	237 86.5%	1 0.4%	0 0.0%	274 100.0%
特 養	87 37.2%	19 8.1%	124 53.0%	2 0.9%	2 0.9%	234 100.0%
合 計	116 14.8%	58 7.4%	589 75.3%	16 2.0%	3 0.4%	782 100.0%

次に、妥当であるとは判断されなかった193人について、どの分類に該当すると判断するかを聞いたところ、結果は表Ⅲ-11のようになっている。分類Ⅰに分類された73人は分類Ⅱ、Ⅲ、分類Ⅱの19人は分類Ⅲ、Ⅳ、分類Ⅲの28人は分類Ⅳ、Ⅴにほぼ同数が該当すると判断されている。

表Ⅲ-11 第1次案による分類の結果の妥当性（施設種別、再調査）

上段：人、下段：%

		該当すると思われる分類						不 明	合 計
		1. 分類Ⅰ	2. 分類Ⅱ	3. 分類Ⅲ	4. 分類Ⅳ	5. 分類Ⅴ	6. 分類Ⅵ		
分 類 結 果	分類Ⅰ	- -	23 31.5%	25 34.2%	17 23.3%	7 9.6%	0 0.0%	1 1.4%	73 100.0%
	分類Ⅱ	3 15.8%	- -	6 31.6%	7 36.8%	2 10.5%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%
	分類Ⅲ	0 0.0%	0 0.0%	- -	12 42.9%	14 50.0%	1 3.6%	1 3.6%	28 100.0%
	分類Ⅳ	0 0.0%	0 0.0%	2 28.6%	- -	5 71.4%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%
	分類Ⅴ	1 1.7%	3 5.2%	4 6.9%	1 1.7%	- -	48 82.8%	1 1.7%	58 100.0%
	分類Ⅵ	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 25.0%	2 50.0%	- -	0 0.0%	4 100.0%
	対象外	2 50.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	4 100.0%
合 計		6 3.1%	28 14.5%	37 19.2%	38 19.7%	31 16.1%	50 25.9%	3 1.6%	193 100.0%

イ. 在宅ケア機関

①分類結果の妥当性

要介護度総合分類（第1次案）については、「3. ほぼ妥当であると思われる」が330人（84.6%）であり、「1. 実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」は27人（6.9%）にとどまっている（表Ⅲ-12）。

表Ⅲ-12 第1次案による分類結果の妥当性（在宅ケア機関）

	人数	構成比(%)
1. 実際より軽く評価されており、 許容できる範囲を超える	27	6.9%
2. 実際より軽く評価されているが、 許容できる範囲内である	18	4.6%
3. ほぼ妥当であると思われる	330	84.6%
4. 実際より重く評価されているが、 許容できる範囲内である	10	2.6%
5. 実際より重く評価されており、 許容できる範囲を超える	5	1.3%
合 計	390	100.0%

これを機関種別にみると、訪問看護ステーション利用者（237人）については、「3. ほぼ妥当であると思われる」が205人（86.5%）、ホームヘルプサービス利用者（153人）については125人（81.7%）であり、全体とほぼ同様の評価となっている（表Ⅲ-13）。

表Ⅲ-13 第1次案による分類結果の妥当性（在宅ケア機関種別）

	上段：人、下段：%					合 計
	1. 軽く評価 許容範囲外	2. 軽く評価 許容範囲内	3. ほぼ妥当	4. 重く評価 許容範囲内	5. 重く評価 許容範囲外	
訪問看護ステーション	17 7.2%	9 3.8%	205 86.5%	5 2.1%	1 0.4%	237 100.0%
ホームヘルプ提供機関	10 6.5%	9 5.9%	125 81.7%	5 3.3%	4 2.6%	153 100.0%
合 計	27 6.9%	19 4.9%	329 84.4%	10 2.6%	5 1.3%	390 100.0%

さらに分類別にみると、分類Ⅰ、分類Ⅱで「1. 実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」がそれぞれ19.7%、14.3%相対的に高くなっている（表Ⅲ-14）。また、分類Ⅲ、分類Ⅳで「3. ほぼ妥当であると思われる」が9割以上になって

いる。

表Ⅲ-14 第1次案による分類結果の妥当性（在宅ケア機関、分類別）

上段：人、下段：%

	1. 軽く評価 許容範囲外	2. 軽く評価 許容範囲内	3. ほぼ妥当	4. 重く評価 許容範囲内	5. 重く評価 許容範囲外	合 計
分類Ⅰ	12 19.7%	5 8.2%	44 72.1%	0 0.0%	0 0.0%	61 100.0%
分類Ⅱ	6 14.3%	3 7.1%	29 69.0%	4 9.5%	0 0.0%	42 100.0%
分類Ⅲ	2 8.3%	0 0.0%	22 91.7%	0 0.0%	0 0.0%	24 100.0%
分類Ⅳ	0 0.0%	0 0.0%	5 71.4%	0 0.0%	2 28.6%	7 100.0%
分類Ⅴ	7 3.7%	7 3.7%	170 89.9%	3 1.6%	2 1.1%	189 100.0%
分類Ⅵ	0 0.0%	0 0.0%	60 93.8%	3 4.7%	1 1.6%	64 100.0%
対象外	0 0.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
合 計	27 6.9%	18 4.6%	330 84.6%	10 2.6%	5 1.3%	390 100.0%

②該当すると思われる分類

次に、妥当であるとは判断されなかった対象者 60 人について、どの分類に該当すると思われるかを聞いたところ、結果は表Ⅲ-15 のようになっている。

分類Ⅰに分類された対象者 17 人については分類Ⅱと分類Ⅲに該当すると思われるとの回答が 7 人（41.2%）ずつとなっている。分類Ⅱの対象者 13 人は分類Ⅰに 5 人（38.5%）、分類Ⅴの対象者 19 人は分類Ⅵに 14 人（73.7%）に該当すると思われるとの回答が多く、それぞれ 1～2 段階の評価のずれとなっている。

表Ⅲ-15 該当すると思われる分類（在宅ケア機関、6 分類）

上段：人、下段：%

		該当すると思われる分類							合 計
		1. 分類Ⅰ	2. 分類Ⅱ	3. 分類Ⅲ	4. 分類Ⅳ	5. 分類Ⅴ	6. 分類Ⅵ	7. 対象外	
分 類 結 果	分類Ⅰ	-	7 41.2%	7 41.2%	2 11.8%	1 5.9%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
	分類Ⅱ	5 38.5%	-	1 7.7%	2 15.4%	2 15.4%	3 23.1%	0 0.0%	13 100.0%
	分類Ⅲ	0 0.0%	0 0.0%	-	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%
	分類Ⅳ	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	-	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	2 100.0%
	分類Ⅴ	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	4 21.1%	-	14 73.7%	0 0.0%	19 100.0%
	分類Ⅵ	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 25.0%	3 75.0%	-	0 0.0%	4 100.0%
	対象外	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	-	3 100.0%
	合 計	5 8.2%	8 13.1%	9 14.8%	11 18.0%	6 9.8%	19 31.1%	3 4.9%	60 100.0%

そこで、この分類を大きく3段階にまとめて現場の判断との差を見ると、表Ⅲ-16のようになっている。分類Ⅰ、Ⅱは分類Ⅲ、Ⅳに該当すると思われるとの回答が多く、他は概ね分類が一致している。

表Ⅲ-16 該当すると思われる分類（在宅ケア機関、3分類）

上段：人、下段：%

	該当すると思われる分類				合 計
	分類Ⅰ、Ⅱ	分類Ⅲ、Ⅳ	分類Ⅴ、Ⅵ	7. 対象外	
分類Ⅰ、Ⅱ	12 40.0%	12 40.0%	6 20.0%	0 0.0%	30 100.0%
分類Ⅲ、Ⅳ	1 25.0%	2 50.0%	1 25.0%	0 0.0%	4 100.0%
分類Ⅴ、Ⅵ	0 0.0%	6 26.1%	17 73.9%	0 0.0%	23 100.0%
対象外	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
合 計	13 21.7%	20 33.3%	25 41.7%	3 5.0%	60 100.0%

次に、これらを機関種別にみると表Ⅲ-17のようになっている。訪問看護ステーション利用者について、分類Ⅰ、Ⅱに分類された対象者が分類Ⅲ、Ⅳに該当すると思われるとの回答が相対的に多いが、分類Ⅴ、Ⅵは概ね一致している。また、ホームヘルプサービス提供機関利用者については、分類Ⅴ、Ⅵに分類された対象者が分類Ⅲ、Ⅳに該当すると思われるとの回答がやや多いが、他は概ね一致している。

表Ⅲ-17 該当すると思われる分類（在宅ケア機関種別）

a. 訪問看護ステーション

上段：人、下段：%

	該当すると思われる分類				合 計
	分類Ⅰ、Ⅱ	分類Ⅲ、Ⅳ	分類Ⅴ、Ⅵ	7. 対象外	
分類Ⅰ、Ⅱ	3 21.4%	8 57.1%	3 21.4%	0 0.0%	14 100.0%
分類Ⅲ、Ⅳ	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
分類Ⅴ、Ⅵ	0 0.0%	2 11.1%	16 88.9%	0 0.0%	18 100.0%
対象外	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
合 計	3 9.1%	10 30.3%	20 60.6%	0 0.0%	33 100.0%

b. ホームヘルプサービス提供機関

上段：人、下段：%

	該当すると思われる分類				合 計
	分類Ⅰ,Ⅱ	分類Ⅲ,Ⅳ	分類Ⅴ,Ⅵ	7.対象外	
分類Ⅰ,Ⅱ	9 56.3%	4 25.0%	3 18.8%	0 0.0%	16 100.0%
分類Ⅲ,Ⅳ	1 33.3%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%
分類Ⅴ,Ⅵ	0 0.0%	4 66.7%	2 33.3%	0 0.0%	6 100.0%
対象外	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 100.0%	3 100.0%
合 計	10 35.7%	10 35.7%	5 17.9%	3 10.7%	28 100.0%

③評価結果の検定

在宅ケア機関においては、ケア時間が75パーセントイル以上であった利用者の割合は、分類Ⅰでは12人中の4人(33.3%)、分類Ⅱでは6人中の3人(50.0%)、分類Ⅲでは2人中の0人(0.0%)、分類Ⅴでは7人中の5人(71.4%)であり、他は75パーセントイル以下に位置していた(表-18)。全体では、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」と評価された利用者27人中の15人(55.6%)は、各分類のケア時間の分布の75パーセントイル以下に位置していた。

表Ⅲ-18 分類別パーセントイル分布

単位：人、()内%

	25 ^パ -セントイル以下	25~75 ^パ -セントイル	75 ^パ -セントイル以上	合 計
分類Ⅰ	2 (16.7)	6 (50.0)	4 (33.3)	12 (100.0)
分類Ⅱ	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	6 (100.0)
分類Ⅲ	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
分類Ⅴ	0 (0.0)	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)
全 体	3 (11.1)	12 (44.4)	12 (44.4)	27 (100.0)

以上より、「実際より軽く評価されており、許容できる範囲を超える」と評価された利用者については、ケア時間はやや長くなっていることがわかった。

(4) ADL 得点化の妥当性

妥当性調査において、従来の ADL 得点を A 案、新たに開発した ADL 得点を B 案として、それぞれの構成項目を示し、いずれが適切な方法と思われるかを、調査を実施した各機関にアンケートによって尋ねた。なお、アンケートへの回答は病院・施設では病棟（ユニット）単位で、在宅ケア機関では地域に出先機関がある場合は出先機関単位で回答してもらったため、回答者はそれぞれ 13 病棟（ユニット）、76 機関となっている（表Ⅲ-19）。また、A 案、B 案の内容は以下のとおりである。

A 案：下記の、晩期に失われる ADL 項目を組み合わせる合計得点を計算する方法
（今回の分類に使用した方法）

「ベッド上の可動性」、「トイレ使用」、「移行」、「食事」

B 案：下記の、早期に失われる ADL 項目と、晩期に失われる ADL 項目を組み合わせる合計得点を計算する方法（新たに検討している方法）

「着衣」、「移動」、「トイレ使用」

「1. A案がよい」との回答は、長期ケア施設で5病棟（ユニット）（38.5%）、在宅ケア機関で19機関（25.0%）、「2. B案がよい」との回答は、それぞれ3病棟（ユニット）（23.1%）、26機関（34.2%）となっており、相対的には長期ケア施設はA案、在宅ケア機関はB案の方がより適切な方法と考えている。しかしながら両方とも「3. よくわからない」も3割を超えており、判断がつかかねるという機関も多くなっている。

表Ⅲ-19 ADL 得点の方法

	() 内 %	
	長期ケア施設	在宅ケア機関
1. A案がよい	5 (38.5)	19 (25.0)
2. B案がよい	3 (23.1)	26 (34.2)
3. よくわからない	4 (30.8)	27 (35.5)
不明	1 (7.7)	4 (5.3)
合計	13 (100.0)	76 (100.0)

(5) 自由意見

要介護度総合分類の組み立てと、開発方法および第1次案の結果を示し、各施設・機関で調査に関わったスタッフで協議してもらい、特に厚生省案との比較で意見を聞いた。厚生省案については、平成9年度高齢者介護サービス体制整備支援事業に使用されている「要介護状態区分等と状態像」を示した。自由意見は、長期ケア施設12カ所中9カ所、在宅ケア機関51カ所中43カ所（出先機関では66カ所）から回答を得た。それぞれの意見をまとめると以下のようなものである。

なお、自由意見の中には、本分類を十分に理解していなかったことに基づくものと思われるものもあった。そのような意見に対しては註を付す。

ア. 長期ケア施設

①厚生省案との比較で

- ・ 医学的管理の必要度が考えられている点で総合的に見ることができる（2カ所）
- ・ ADL得点とCPS尺度を求めているため、より明確である
- ・ 厚生省案は基準が多いが、総合分類は簡潔すぎではないか
- ・ 両者とも問題行動に対する評価が低い
- ・ 両者とも精神面、心理面に対する評価が低い

註) 問題行動については、CPS尺度の痴呆度から十分に把握される。本調査における検証については第IV章を参照。

②医学的管理について

- ・ 治療・ケアの項目だけではなく、内服薬投与等も必要ではないか。

註) 内服薬投与等の管理を必要とする高齢者の割合は極めて高いと思われ、本調査においても内服薬投与がない者は施設で9.1%、在宅で13.2%である。

③ IADL

- ・ IADLが明確で状態を判断しやすい

④ ADL得点について

- ・ 入浴動作を加味することが必要ではないか
- ・ 保清・入浴・移行を加えた方がよい
- ・ 「部分的援助」（3点）と「広範な援助」（4点）の差は2点くらいあると感じられる

註) 指摘のあったADL項目は、ADL得点を計算する際のアセスメント項目となっていないが、これらは、採用したADL項目のいずれかと高い相関を有している。したがって、指摘の項目における機能レベルはADL得点に反映している

と考えられる。なお、入浴については、浴室環境等によってケアの程度が大きく異なるため、採用は不適當と考えている。

⑤その他

- ・ 施設の整った環境の中であるからこそ ADL 支援があまり必要がなかったり、安心感があって状態が落ち着いたりするので、その差を考慮することが必要では
- ・ 家族や住環境について考慮することが必要

イ. 在宅ケア機関

①厚生省案との比較で

厚生省案との比較では、次のような分類の考え方が明確になり、評価されるとの意見があった。

- ・ 医学的管理が組み込まれている点が評価される (27 カ所)
 - ・ 独立に評価される点わかりやすい
 - ・ 訪問看護の必要性が打ち出される
 - ・ 在宅では今後医療ニーズの高い人が増大と思われるので
 - ・ 病状変化が介護に大きく関与しているので
- ・ 分類と状態イメージが分かりやすく、容易 (14 カ所)
 - ・ 各分類における IADL、ADL、痴呆、医学的管理の程度の基準が明確
 - ・ 各職種の役割分担も考えられる
 - ・ 一人ひとりの状態を把握しやすい
 - ・ ケアプランにもつなげられる
 - ・ 実態に近い
- ・ 痴呆の程度が明確に反映されている (厚生省案は不明確) (10 カ所)
- ・ IADL が取り上げられているので評価できる (4 カ所)
 - ・ 要支援の区分が明確になった
- ・ 項目数も少なく、簡便にできる (2 カ所)

また、厚生省案に対しては、区分のあいまいさに関する意見が多かったが、ADL の状態説明が詳しいのであてはめやすいとの意見も 2 カ所からあった。

- ・ 厚生省案は区分の境界が不明確 (8 カ所)
 - ・ 介護度がイメージしにくい
- ・ 厚生省案の「週による回」や「ほとんどない」等の表現があいまい (7 カ所)
 - ・ 判断する人によって評価が異なる
 - ・ 厚生省案は ADL に偏りすぎている

- ・厚生省案は区分が大雑把で漠然としている（5カ所）
 - ・各区分毎に細かい説明があるが、程度の判定ができない
- ・厚生省案の分類はADLの内容が具体的に細かく書かれている（2カ所）

②医学的管理

医学的管理を組み込んだ点については評価されているものの、次のような点でさらに検討が必要との意見があった。

- ・定義が不明確で、程度をどのように判断するべきか（10カ所）
- ・必ずしも処置の数だけでは決定されない（3カ所）
- ・疾病によりADL、IADLが変動するため、その内容をどう盛り込むか検討する必要がある

註）本分類では、単なる処置の数だけではなく、さまざまな医学的処置のうち、日常的に高齢者に提供されている投薬などの処置は除外し、ケアの時間に反応している医学的処置の種類によって分類している。実際は分類ⅠとⅡおよび分類ⅢとⅣは0種類と1種類以上、すなわち何らかの医学的処置が提供されているか否かで分類し、また、分類ⅤとⅥは1種類以下か2種類以上で分けている。したがって1つでもケア時間にかなり影響する処置を分岐点としている。

③IADLについて

IADLを組み込んだ点で評価されているが、困難さの判断が難しいとの意見があった。

④ADLについて

ADL得点については、主に盛り込むべき項目について、次のような意見があった。

- ・ADLは早期に失われる項目を考えることが必要
- ・在宅では、食事、排泄、清潔に気が抜けず、時間がかかる

註）指摘のあった食事、排泄、清潔のうち、食事と清潔はADL得点の算出には使用されていない。しかし、これは選ばれたADL項目がこれらの項目と相関が高いことによるものであり、したがって、食事、清潔、などの機能レベルはADL得点に十分反映している。

また、得点化については次のような意見があった。

- ・「自立」と「観察」が同じ1点でよいか
- ・「部分的援助」のとらえ方が判断に迷う

註）新たに開発し、第2次案に採用したADL得点の計算では、移動、着衣、トイレの使用のいずれかについても、自立は0点、観察・誘導は1または、2点であり、差がついている（第IV章参照）。

⑤痴呆について

痴呆の程度で分類したことについては評価されているが、次のような点で疑問が出された。

- ・ 痴呆の程度が重くなったり、問題行動が表われて、かつ ADL が保たれている人は、より重度になるのではないか
- ・ CPS を求める項目に判断に迷うものがある

註) ADL 自立度が保たれている方が、低下している場合と比べ、痴呆や問題行動がケア時間により大きく影響することが確認されている。そのため、ADL が低下している場合では、痴呆の程度によって分類をせずに、ADL が保たれている場合に行っている（第IV章参照）。

⑥その他

- ・ 家族の介護能力や負担を組み込むことが必要（7カ所）
- ・ 予防的看護、ケアの必要性はどうとらえられるか
- ・ かかりつけ医の意見書を上手く取り扱うことが必要
- ・ さらに実証が必要
- ・ 誰が行っても公平にできるかやや不安
- ・ 調査員は福祉関係者と医療関係者のペアで行うことがよいと思う

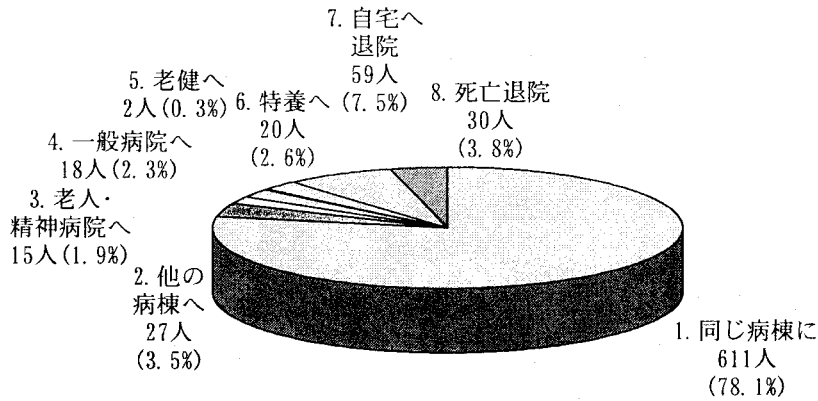
註) 介護保険は、本人の状態によってのみ要介護度を定めることが基本方針となっているため、家族の介護能力や負担は取り上げていない。

(6) 対象者の状態変化

ア. 対象者の状態変化

調査対象となった患者・入所者のその後の状態がどのように変化しているかを調べたところ、「1. 現在も同じ病棟（ユニット）に入院（入所）」が611人（78.1%）と最も多くなっている（図Ⅲ-3）。次いで「7. 自宅へ退院」となっているが、59人（7.5%）にとどまっている。なお、妥当性調査時点はタイムスタディ調査時点から約4ヵ月後である。

図Ⅲ-3 対象者の状態変化
(N=782人)



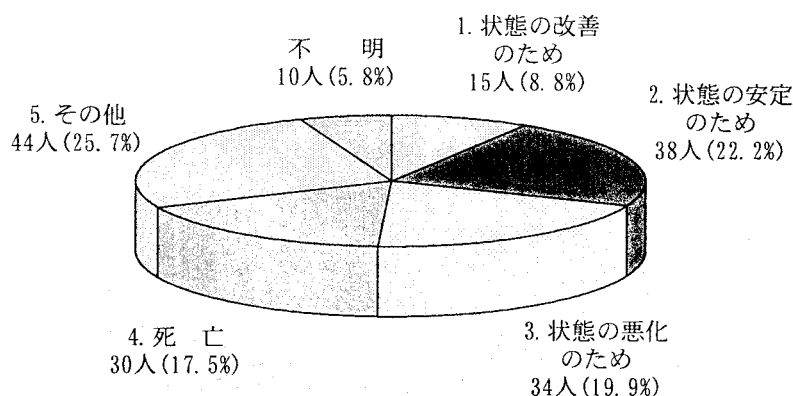
また、それを施設種別にみると、老人保健施設（274人）で「1. 現在も同じ病棟（ユニット）に入院（入所）」は189人（69.0%）と相対的に少なく、「7. 自宅へ退院」が41人（15.0%）と相対的に多くなっており、特別養護老人ホーム（234人）で「1. 現在も同じ病棟（ユニット）に入院（入所）」が210人（89.7%）と相対的に多くなっている（表Ⅲ-20）。

表Ⅲ-20 対象者の状態変化（施設種別）

	1. 同じ病棟	2. 他の病棟へ転棟	3. 他の老人・精神病院	4. 他の一般病院へ	5. 他の老健へ転院	6. 他の特養へ転院	7. 自宅へ退院	8. 死亡退院	合計
病院	212 77.4%	25 9.1%	4 1.5%	1 0.4%	0 0.0%	4 1.5%	10 3.6%	18 6.6%	274 100.0%
老健	189 69.0%	1 0.4%	11 4.0%	13 4.7%	2 0.7%	16 5.8%	41 15.0%	1 0.4%	274 100.0%
特養	210 89.7%	1 0.4%	0 0.0%	4 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	8 3.4%	11 4.7%	234 100.0%
合計	611 78.1%	27 3.5%	15 1.9%	18 2.3%	2 0.3%	20 2.6%	59 7.5%	30 3.8%	782 100.0%

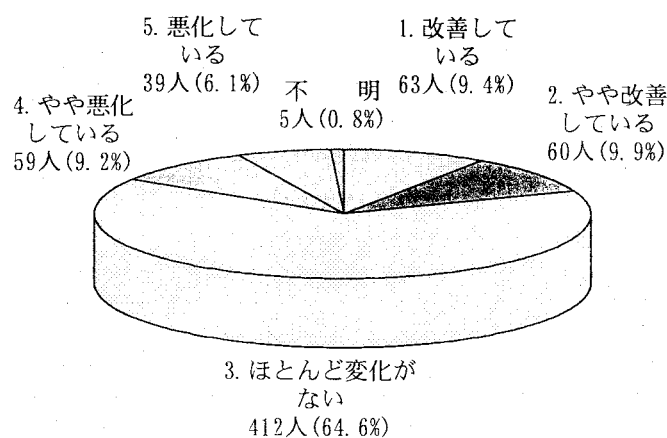
病棟（ユニット）や施設が移動した対象者 171 人について、その理由を聞いたところ、「5. その他」を除き、「2. 状態の安定（固定）のため」が 38 人（22.2%）と最も多かったが、「1. 状態の改善のため」と「2. 状態の安定（固定）のため」を合わせると 53 人（31.0%）で、「3. 状態の悪化のため」と「4. 死亡」を合わせた 64 人（37.4%）よりも下回っている（図Ⅲ-4）。

図Ⅲ-4 移動の理由
(N=171 人)



一方、調査時と同じ病院・施設にいる対象者 638 人について（病棟が変わっただけの人も含む）現状の状態の総合的な判断について聞いたところ、「3. ほとんど変化がない」が 412 人（64.6%）で、「1. 改善している」と「2. やや改善している」を合わせて 123 人（19.3%）、「4. やや悪化している」と「5. 悪化している」を合わせて 98 人（15.4%）となっている（図Ⅲ-5）。

図Ⅲ-5 状態の変化（同一施設に入院・入所のまま）
(N=638 人)

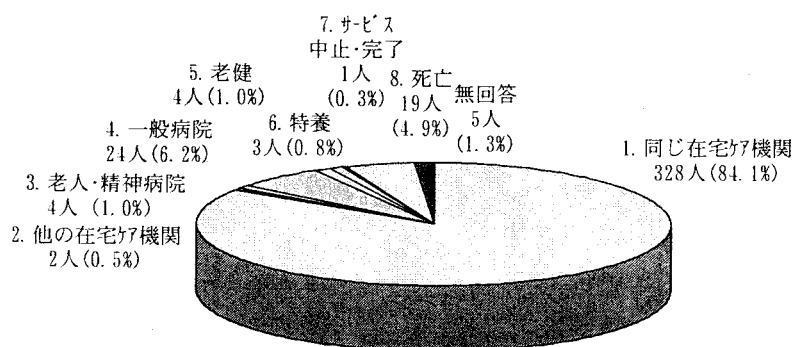


イ. 在宅ケア機関

調査対象となった利用者のその後の状態がどのように変化しているかを調べたところ、「1. 現在も同じ在宅ケア機関からサービスを受けている」が328人(84.1%)とかなり高くなっている(図Ⅲ-6)。変化があった対象者の中では「4. 一般病に入院」が多いが、その数は24人で全体の6.2%となっている。なお、妥当性調査時点はタイムスタディ調査時点から約2~3ヵ月後である。

図Ⅲ-6 対象者の状態変化

(N=390人)



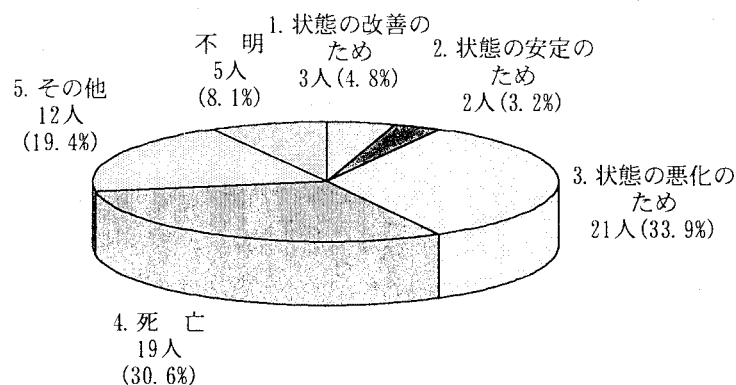
また、それらを機関種別にみると、訪問看護ステーション利用者で「1. 現在も同じ在宅ケア機関からサービスを受けている」は192人(81.0%)、ホームヘルプサービス提供機関では136人(88.9%)となっている(表Ⅲ-21)。さらに、訪問看護ステーション利用者に「4. 一般病院に入院」が20人(8.4%)、「8. 死亡」が14人(5.9%)と相対的に高くなっている。

表Ⅲ-21 対象者の状態変化(機関種別)

	訪問看護ステーション		ホームヘルプサービス提供機関		合計	
	人数	構成比(%)	人数	構成比(%)	人数	構成比(%)
1. 現在も同じ在宅ケア機関から	192	81.0%	136	88.9%	328	84.1%
2. 現在は他の在宅ケア機関から	2	0.8%	0	0.0%	2	0.5%
3. 老人病院・精神病院に入院	4	1.7%	0	0.0%	4	1.0%
4. 一般病院に入院	20	8.4%	4	2.6%	24	6.2%
5. 老人保健施設に入所	2	0.8%	2	1.3%	4	1.0%
6. 特別養護老人ホームに入所	2	0.8%	1	0.7%	3	0.8%
7. サービスの中止・完了	1	0.4%	0	0.0%	1	0.3%
8. 死亡	14	5.9%	5	3.3%	19	4.9%
9. 不明	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
無回答	0	0.0%	5	3.3%	5	1.3%
合計	237	100.0%	153	100.0%	390	100.0%

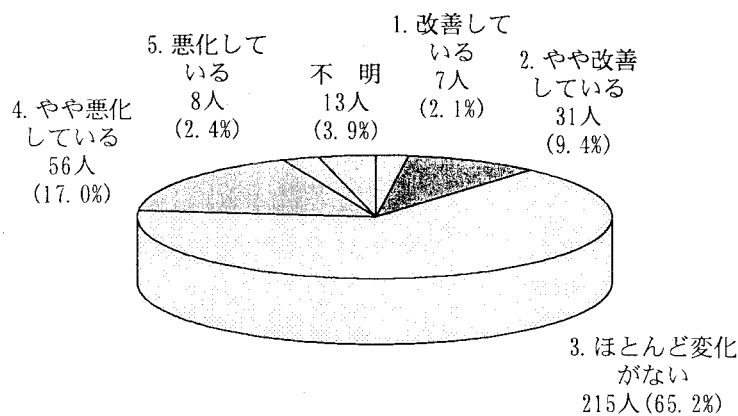
次に、他機関からのサービスに変更した、あるいは中止した等の62人について、その理由を聞いたところ、「3. 状態の悪化のため」が21人(33.9%)、「4. 死亡」が19人(30.6%)で、「1. 状態の改善のため」や「2. 状態の安定(固定)のため」を上回っている(図Ⅲ-7)。

図Ⅲ-7 サービスの変更の理由
(N=62人)



一方、病院・施設への入院・入所ではなく、変わらず在宅サービスを受けている340人について、現在の状態の総合的判断について聞いたところ、「3. ほとんど変化がない」が215人(65.2%)で、「1. 改善している」と「2. やや改善している」を合わせて38人(11.5%)、「4. やや悪化している」と「5. 悪化している」を合わせて64人(19.4%)となっている(図Ⅲ-8)。

図Ⅲ-8 状態の変化(在宅サービス継続者)
(N=340人)



第Ⅳ章 要介護度総合分類（第２次案）

1. 第２次案の開発

(1) 第２次案開発の背景

総合分類では、分類Ⅰ～Ⅳと分類Ⅴ～Ⅵは ADL のレベルによって分けられるが、第 1 次案では、ADL の水準の指標に、時間的な制約でとりあえず、RUG-Ⅲに使用された ADL 得点を使用した。これは、「ベッド上の可動性」「移行」「食事」「トイレの使用」から構成される尺度で、元来、米国の施設ケアのデータに基づいて開発されたものである。そこで、我が国で在宅ケアへの適用を視野に入れた要介護度分類への使用を検討する場合には、第一に、日本のデータに基づいて、我が国の実態に合致しているかを検証する必要がある。第二に、施設ケアに比して、機能の低下が軽度の利用者も幅広く包含し、その程度をより適切に把握するためには、晩期に失われる ADL 項目だけでなく、早期に機能の低下が出現する ADL 項目も含んでいる方が望ましいと考えられる。（ADL における機能の低下は一般には、比較的早期に失われる「着衣」から、晩期に失われる「移動」「トイレの使用」などへと段階的に進行する。）

そこで以下の手続きにより、新たに ADL 得点と、それを採用した要介護度総合分類(第 2 次案)の開発を行った。なお、その際、基礎的な分析は施設調査のデータを用いて行い、その結果を在宅調査のデータに適用して妥当性を検証することとした。その理由は、第 1 次案の作成の際と同様で、在宅調査におけるケア時間には、施設調査に比べ、患者の特性以外の要因が大きく介在しており、精緻な分析にはあまり適していないと判断されるからである。

(2) ADL 得点の開発

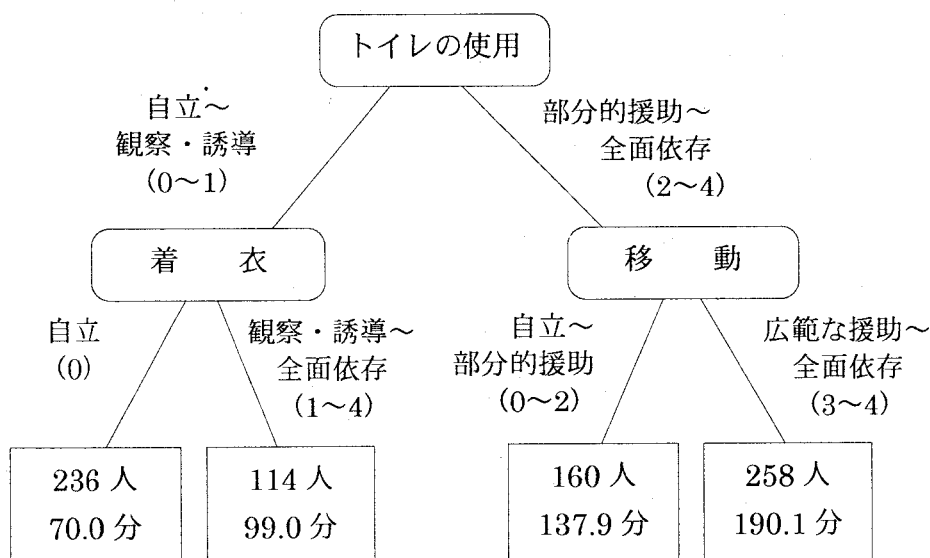
ADL 得点の計算方法については、以下の方法で開発した。

まず、ADL に関するアセスメント項目の「ベッド上の可動性」「移行」「移動」「家のなかの歩行」「着衣」「食事」「トイレの使用」「個人衛生」を説明変数、総ケア時間を目的変数として、多変量解析を実施し、どのような ADL 項目がケア時間を反映しているか分析した。多変量解析の手法としては、まず重回帰分析と樹形モデル解析によって ADL 得点に使用する説明変数を選択し、次に選択された ADL 項目を説明変数に用いて、数量化Ⅰ類によって、各項目のカテゴリウェイトを得た。ADL 項目の選択の際に、一般的に使用される重回帰分析とともに樹形モデル解析を実施したのは、重回帰分析の場合、厳密には、線形性・正規性が確認されている、説明変数間に共線性がないことなどの前提条件を満たしている必要があるため、これらの前提条件を必要とせず、さらに交互作用などにも対応できる樹形モデル解析も併せて実施することで、より頑健な分析が期待できるからである。

まず重回帰分析の結果、ステップワイズ法による変数選択の結果、「移動」「着衣」「トイレの使用」の3項目が選択された。樹形モデル解析を自動的に行って得た、統計的に最適な樹形モデルも、上位の階層はこれらの3項目によって構成されていた。すなわち、まず「トイレの使用」によって分割され、次の階層は「着衣」と「移動」で分割される樹形モデルが得られた(図IV-1)。「トイレの使用」が0~1点の場合には「着衣」が0点であればケア時間は平均70.0分、1点以上であれば99.0分であり、「トイレの使用」が2点以上の時には、「移動」が2点以下であれば137.9分、3点以上であれば190.1分であった。

なお、第Ⅲ章で述べたように、アンケート調査の結果では、第1次案で採用したADL得点の項目と新たに開発したADL得点の項目の評価に大きな差はなかったが、後者の方が適切とする意見がやや高かったこと、および在宅ケア機関では新たに開発したADL得点の方法の評価が高かったことから、第2次案ではこれを採用することとした。在宅ケア機関の意見に重点を置いたのは、今後在宅における要介護高齢者の割合が増大し、政策的にも従来以上に重点が置かれると考えたからである。

図IV-1 ADL項目の選択に関する樹形モデル解析結果



以上の両分析結果から、ADL得点は「移動」「着衣」「トイレの使用」の3項目によって構成することとした。

次に、これらの3つの説明変数で数量化I類を実施し、各変数のカテゴリーウェイトを表IV-1のとおり決定した。その合計点がADL得点となる。

表IV-1 ADL得点（第2次案用）

	移動 (G6c)	着衣 (G6e)	トイレの使用 (G6g)
0. 自立	0	0	0
1. 観察・誘導	1	2	1
2. 部分的援助	2	3	3
3. 広範な援助	5	3	3
4. 全面依存	5	3	4
8. 7日間動作がない	5	3	4

(3) 開発したADL得点を用いた要介護度総合分類

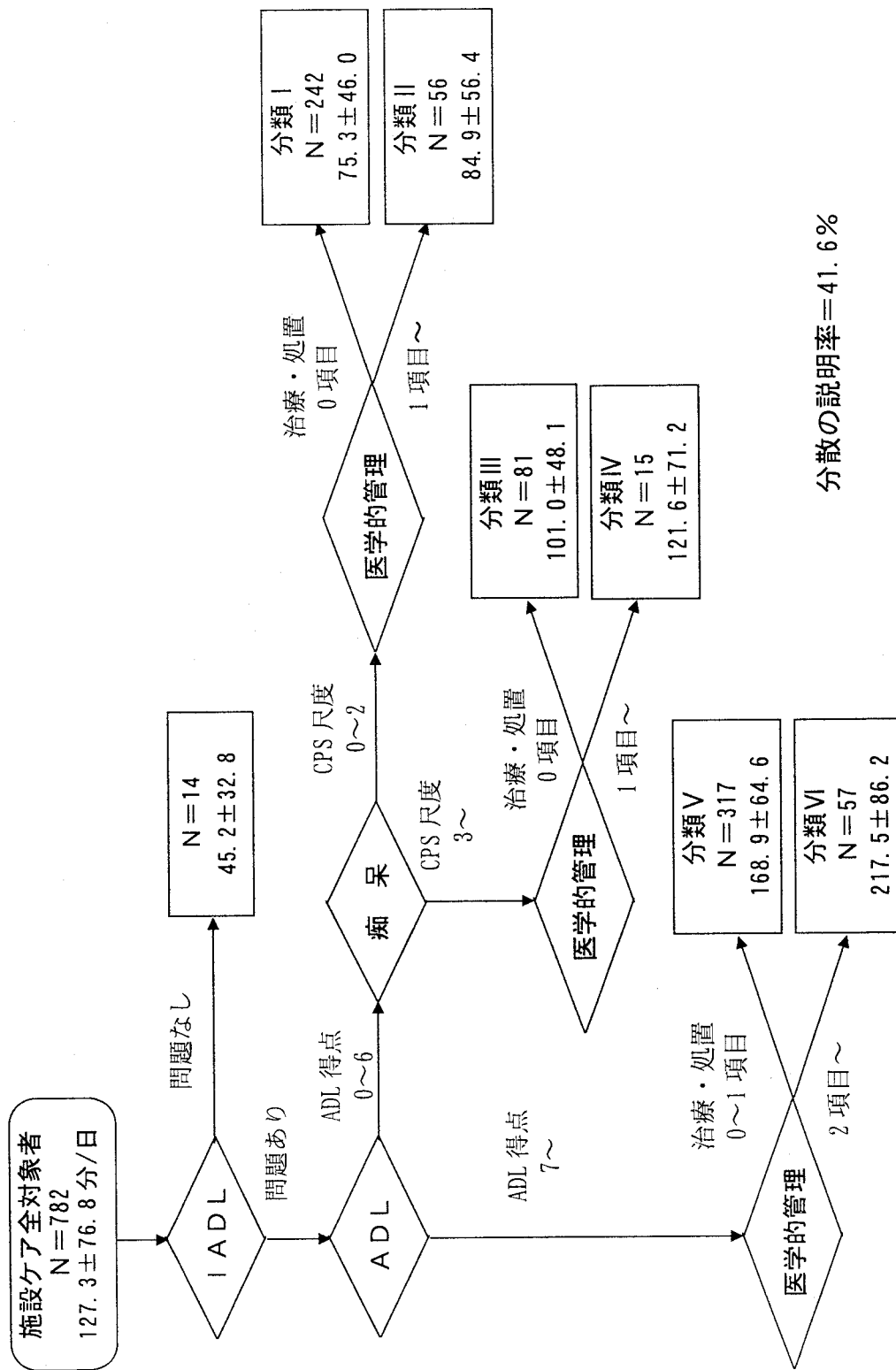
次に、総合分類の分類Ⅰ～Ⅳと分類Ⅴ～Ⅵを分けるADLの水準の指標を、第1次案で用いたADL得点から、新たに開発したADL得点に置き換えた場合の、最適な分岐方法を検討した。まず、新ADL得点による分岐は6点以下と7点以上に行うことが統計的に最適であることが明らかになった。次に、この分岐方法を適用した場合に、それより下の階層のCPS尺度、医学的治療・処置の種類数による分岐について、統計的に最適な分岐点を検討した。その結果、これらの分岐点については、第1次案と同じであることが確認された。

開発した要介護度総合分類の第2次案は、表IV-2のようになる。また、付属資料2の「要介護度総合分類アセスメント表」は、本分類に基づく要介護度を判定する際に必要となるアセスメント項目をまとめたものである。なお、本総合分類を施設調査および在宅調査のデータに適用した結果は、図IV-2、IV-3のとおりであった。

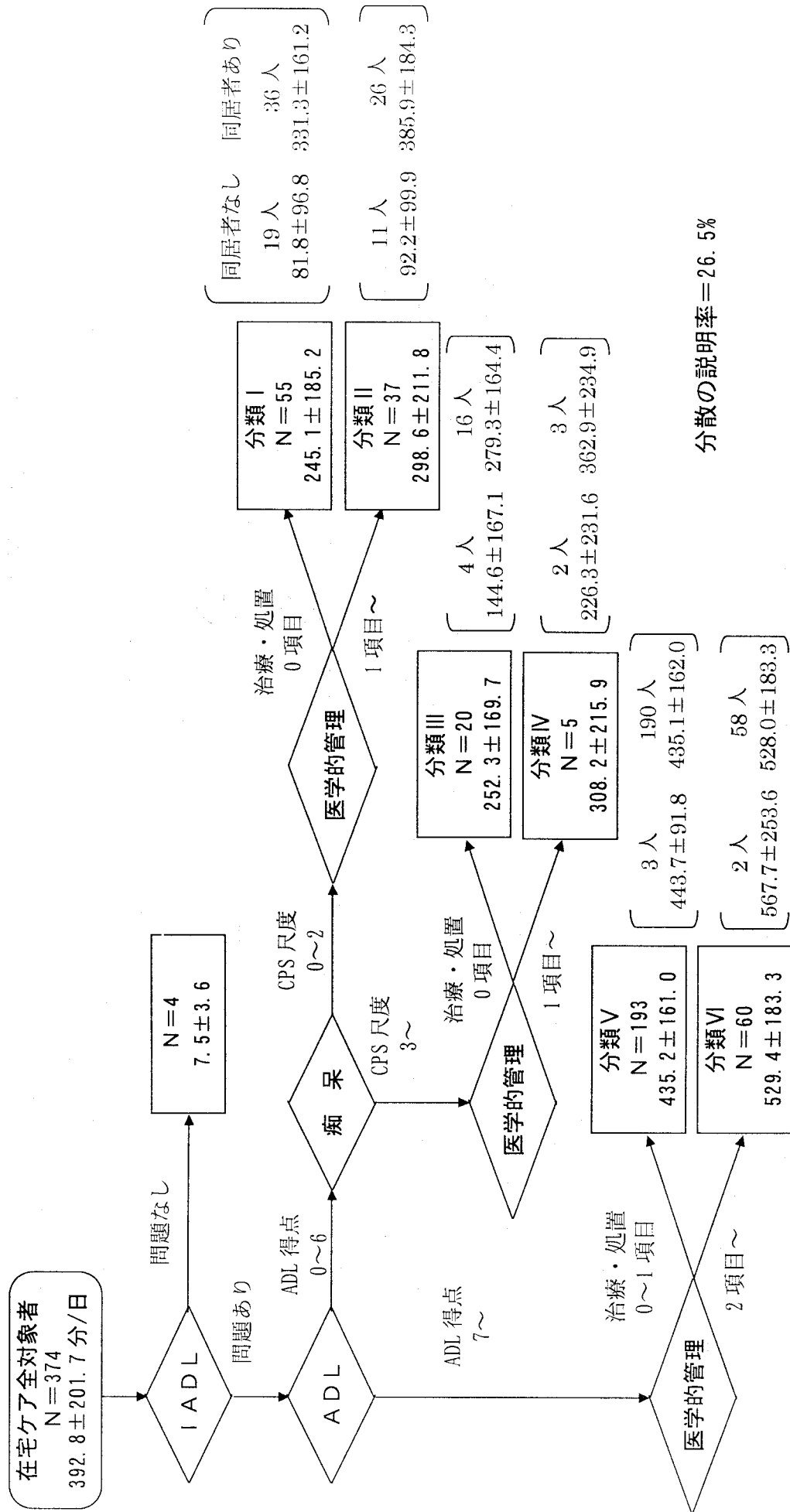
表IV-2 要介護度総合分類（第2次案）

	IADL (7分野)	ADL (新たに開発したADL得点)	痴呆 (CPS尺度)	医学的管理 (処置の種類数)
対象外	問題なし	0～6		
分類Ⅰ	問題あり	0～6	0～2	0
分類Ⅱ	問題あり	0～6	0～2	1種類以上
分類Ⅲ	問題あり	0～6	3～6	0
分類Ⅳ	問題あり	0～6	3～6	1種類以上
分類Ⅴ	問題あり	7～12	問わない	0～1
分類Ⅵ	問題あり	7～12	問わない	2種類以上

図IV-2 分類決定までのフロー、および各分類の対象者数、平均ケア時間（第2次案、長期ケア施設）



図IV-3 分類決定までのフロー、および各分類の対象者数、平均ケア時間（第2次案、在宅ケア機関）



2. 要介護度総合分類の妥当性の検証

(1) 統計的な妥当性

開発した要介護度総合分類の統計的妥当性を、その分類の調査データへのあてはまりのよさ(goodness-of-fit)から検討した。なお、あてはまりのよさの基準には、群間平方和と総平方和によって決まる説明率を用いた。すなわち、総ケア時間の分散を要介護度総合分類における、対象外および分類Ⅰ～Ⅵの7グループによってどれだけ説明できるかを示している。

ア. 長期ケア施設

施設調査のデータにおいては、説明率は41.6%であった。第一次案の説明率は、39.9%であり、若干の向上がみられた。

次に、この説明率が十分な水準にあるか検討するために、本調査データの患者特性によって総ケア時間の分散を最大限何パーセント説明できるか分析した。すなわち、調査した全ての臨床特性を説明変数として、樹形モデル解析を自動的なスタイルで適用して、統計的に最適な樹形モデルを生成し、その説明率を計算した。この際、分類数を多くすれば当然説明率は向上するので、比較できるように、総合分類と同様に6つのグループを得た段階で樹の生成を停止することにした。その結果得られた統計的に最適なモデルの説明率は47.5%であった。これと比べると、総合分類の41.6%という説明率は、十分な水準であると考えられる。

イ. 在宅ケア機関

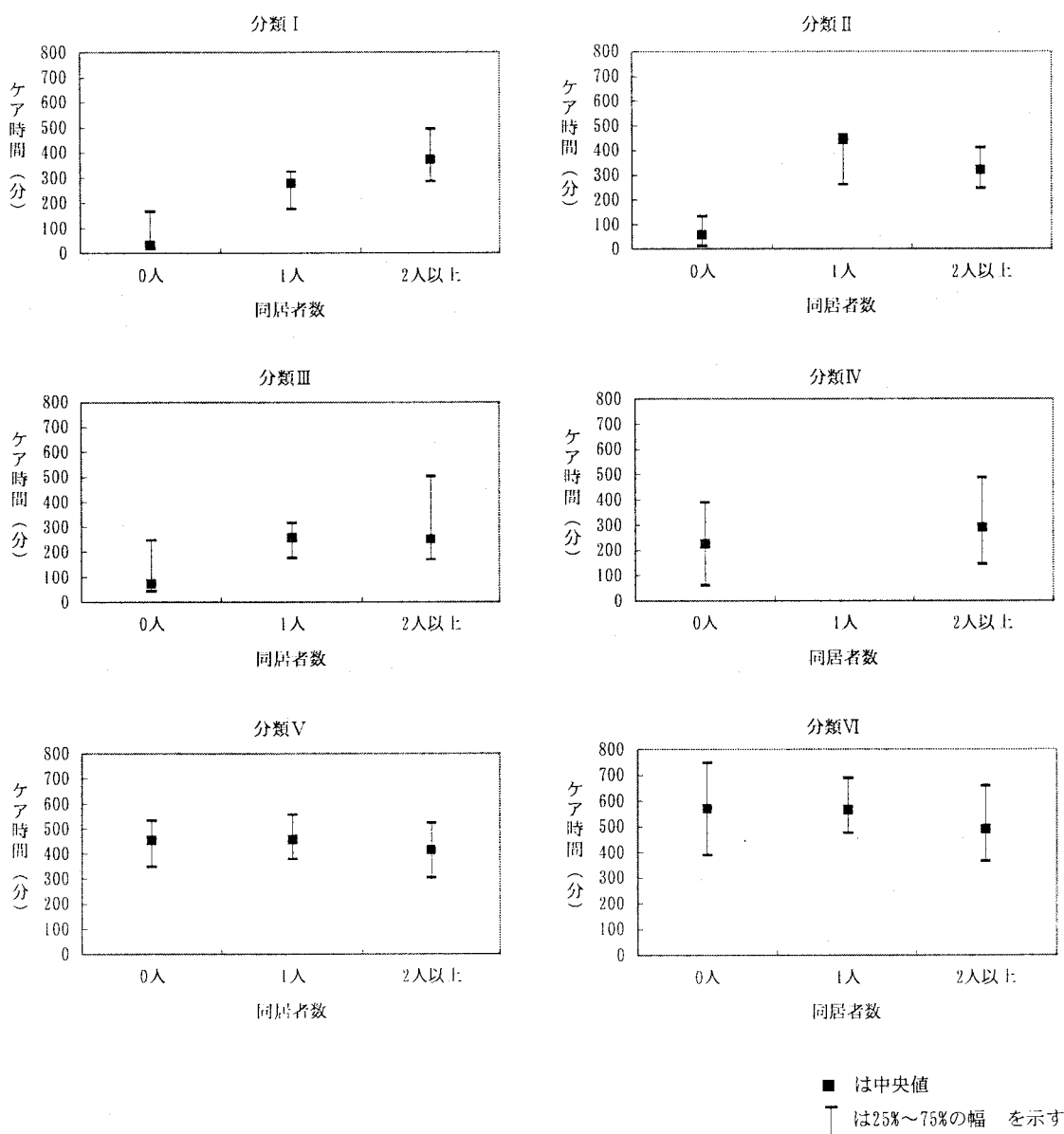
次に、在宅調査のデータにおいては、要介護度総合分類(第2次案)の説明率は26.5%であった。中間報告において説明率は36.0%で低下がみられた。これは、在宅調査はその時点では回収中であったため、集計できたデータのみでとりあえず分析したものである。本最終報告書では、分析対象は中間報告の18機関(計181人)から51機関(計374人)に増加したが、中間報告までの18機関とその後回収されたデータの機関の間では、地域や機関などの特性にも相違があり、サービスの提供の方法などにも機関間でばらつきが大きいと思われる。こうした機関による種々のばらつきの影響が、中間報告の説明率との相違の背景にあると考えられる。

また、説明率が施設調査に比べて低かった理由としては、在宅ケアの場合には、ケア時間に、同居家族の人数など臨床特性以外の要因が大きく介在していることがあげられる。

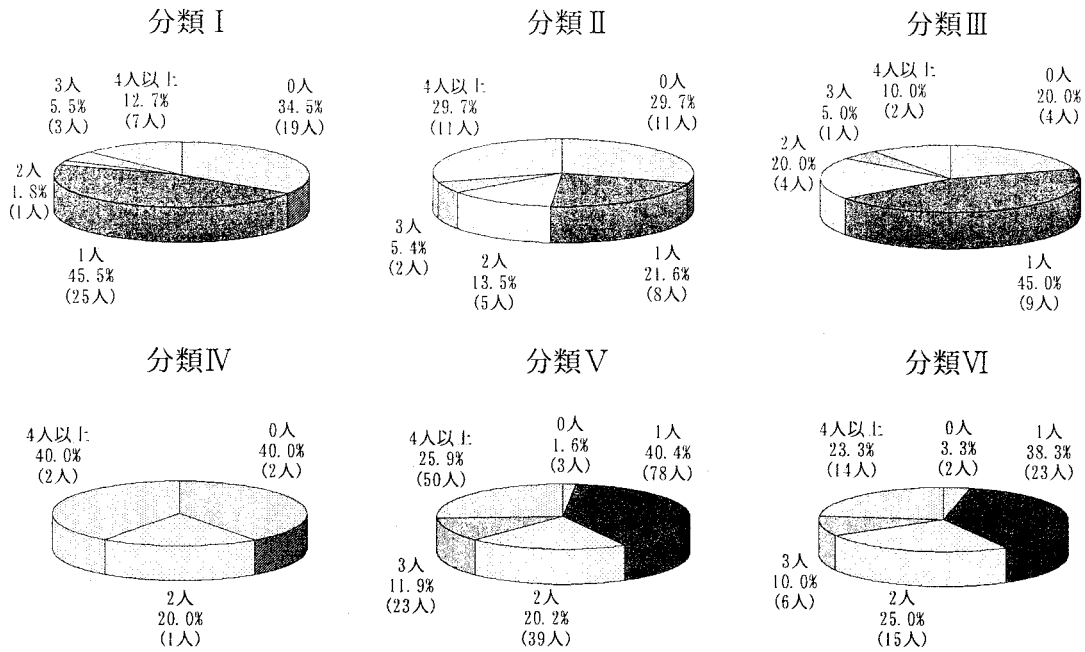
図Ⅳ-4は同居者の人数ごとに、総ケア時間の分布を図示したものである。分類Ⅰなどの軽度の分類では、分類Ⅴ、Ⅵなどの重度の分類に比べ、同居者がいない場合といる場合(実質的な同居者も含む)の間でケア時間に乖離が見られること、しかも、同居者の状況は要介護度総合分類によっても異なっている(軽度の分類は重度の分類に比べ1人家族の構成

比が高い) こと、などが指摘できる (図IV-5)。これらがケア時間に寄与している結果、総合分類の説明率は低くなっていると考えられる。ちなみに、得られた各分類を同居者の有無によってさらに分類分けをすると、説明率は 36.5%に向上した。この水準は、あらゆる臨床特性と家族の人数を説明変数として自動的に得た統計的に最適な樹形モデルの説明率が 42.7%であることと比べると、十分な水準にあると思われる。

図IV-4 同居の状況と総ケア時間の分布



図IV-5 分類別同居者の状況



(2) 臨床的妥当性の検証

ア. 「徘徊」などの問題行動と痴呆(分類Ⅲ～Ⅳ)

本分類ではADL得点が6点以下のADL自立度が比較的保たれている対象者は、「痴呆による問題が中程度以上ある」か否かによって、分類Ⅰ～Ⅱと分類Ⅲ～Ⅳに分類される。その指標としてはCPS尺度を使用し、「徘徊」などの痴呆に伴ういわゆる問題行動は組み入れていないが、これは、問題行動のある対象者もCPS尺度によって適切に把握できると考えたからである。

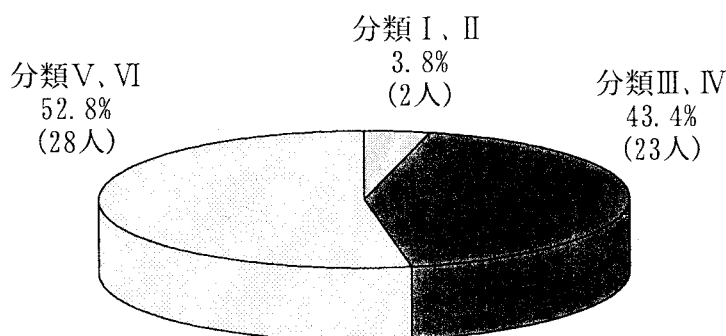
このことを確認するために、「徘徊」「暴行」「社会的に不適当または混乱させる行動(騒ぐ、自傷行為、性的逸脱行為、糞便を塗りたくるなど)」の各問題行動が認められた対象者について、1) 大半が分類Ⅲ以上に分類されること、2) 分類ⅠまたはⅡに分類された対象者については、そのケア時間が該当する分類の平均的なケア時間と比べて長くないこと、の2点を検証した。その結果、以下のとおり施設ケアにおいても在宅ケアにおいても、問題行動があつて分類Ⅰ～Ⅱに分類される対象者はごくわずかであり、かつそれらの対象者は、ケア時間からみれば、ほぼ適切に分類されていることが確認できた。したがって、分類Ⅰ～Ⅱと分類Ⅲ～Ⅳを分岐する変数として、CPS尺度が臨床的に妥当であることが確認された。

以下でその分析の詳細を述べる。

①長期ケア施設

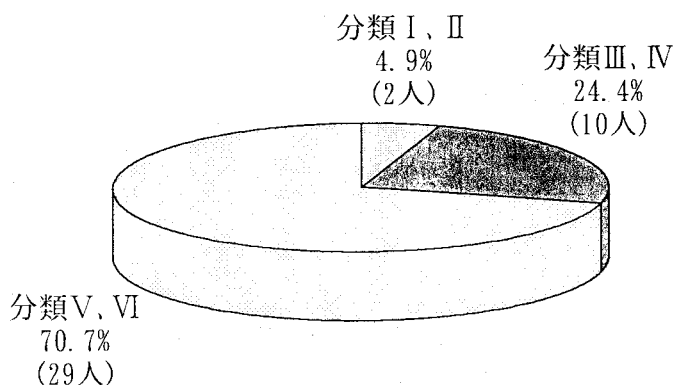
「徘徊」が認められた対象者は合計 53 人（全対象者の 6.8%）であった。各分類別の内訳は、分類 I から VI まで順に、2 人、0 人、20 人、3 人、27 人、1 人で、51 人（96.2%）が分類 III 以上に分類されていた（図 IV-6）。分類 I に分類された 2 人についても、その総ケア時間は、1 人は 64.4 分でその分類の平均総計時間 75.3 分よりも短く、他の 1 人も 110.0 分で平均±標準偏差(75.3±50.0 分)の範囲内にあった。

図 IV-6 「徘徊」が認められた対象者の分類（長期ケア施設）
(N=53 人)



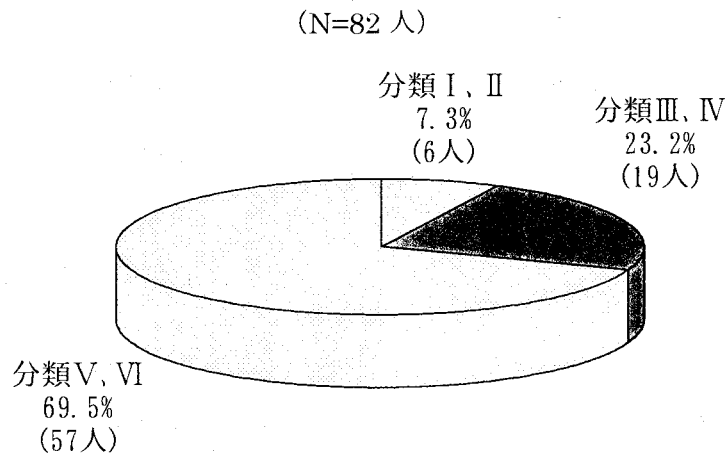
「暴行」が認められた対象者は合計 41 人（全対象者の 5.2%）であった。各分類別の内訳は、分類 I から VI まで順に、2 人、0 人、10 人、0 人、27 人、2 人で、39 人（95.1%）が分類 III 以上に分類されていた（図 IV-7）。分類 I の 2 人についても、その総ケア時間は、64.4 分と 82.9 分で、分類 I の平均±標準偏差(75.3 ±50.0 分)の範囲内にあった。

図 IV-7 「暴行」が認められた対象者の分類（長期ケア施設）
(N=41 人)



「社会的に不適當または混乱させる行動」が認められた対象者は合計 82 人であった。その内訳は、分類 I から VI まで順に、5 人、1 人、17 人、2 人、51 人、6 人であり、76 人(92.7%)が分類 III 以上に分類されていた(図 IV-8)。分類 I および II の 6 人についても、その総ケア時間は、分類 I に該当した 1 人が 164.6 分とその分類の平均±標準偏差の範囲を超えていたほかは、いずれも平均±標準偏差の範囲内にあった。

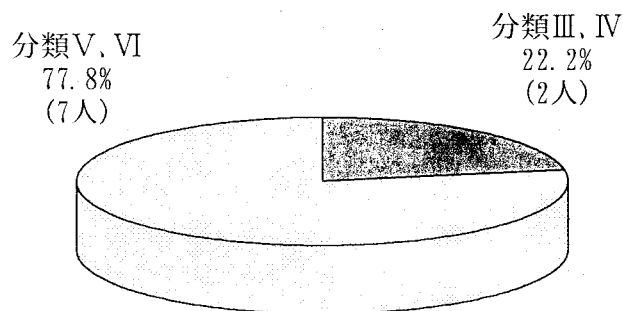
図 IV-8 「社会的に不適當なまたは混乱させる行動」が認められた対象者の分類
(長期ケア施設)



②在宅ケア機関

「徘徊」が認められた対象者は 9 人(対象者 374 人中の 2.4%)であった。その内訳は、分類 III が 2 人、分類 V が 7 人で、分類 I および II に該当する患者は 1 人もいなかった(図 IV-9)。

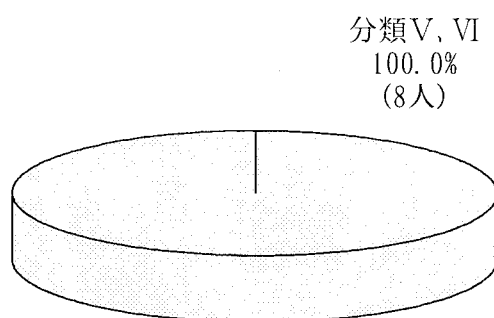
図 IV-9 「徘徊」が認められた対象者の分類 (在宅ケア機関)
(N=9 人)



※分類 I, II は 0 人である

「暴行」が認められた対象者は8人であったが、その内訳は分類Vが6人、分類VIが2人であり、分類IおよびIIに該当する患者はいなかった(IV-10)。

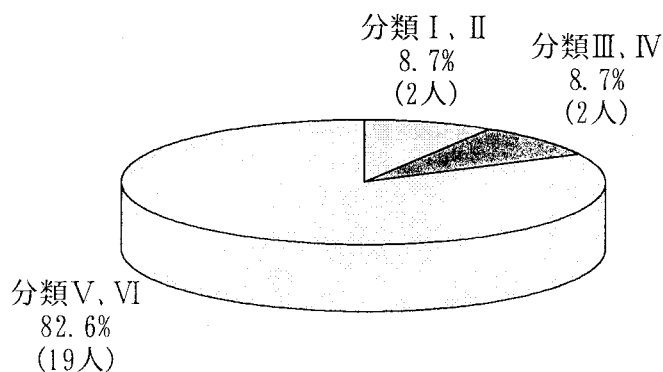
図IV-10 「暴行」が認められた対象者の分類 (在宅ケア機関)
(N=8人)



※分類I, II と III, IV は0人である

「社会的に不適当または混乱させる行動」が認められた対象者は23人であった。その内訳は、分類Iから順に2人、0人、2人、0人、15人、4人であり、21人(91.3%)は分類III以上に分類されていた(図IV-11)。分類Iに該当した2人の総ケア時間は、16.5分と12.0分であり、分類Iの平均値298.6分に比べ特に短かった。

図IV-11 「社会的に不適当または混乱させる行動」が認められた対象者の分類
(在宅ケア機関)
(N=23人)



イ. 痴呆及び痴呆に関連する問題行動(分類 V～VI)

本分類では、ADL 得点による層別に次いで、ADL 自立度が比較的保たれている 6 点以下の群については、さらに CPS 尺度による分類をするが、自立度が低下している 7 点以上の群については、CPS 尺度による分類を行っていない。これは、痴呆の程度およびそれに伴う問題行動の有無がケアの時間や負担に特に関係するのは、ADL の低下が軽度の場合であって、ADL の障害が重い場合には、余り関係しないと考えられるからである。この点について、施設調査、在宅調査それぞれのデータを用いて検証した。

①長期ケア施設

分類 V、VI に該当する対象者について、CPS 尺度毎に平均のケア時間を求め、比較した(表IV-3)。その結果は、CPS 尺度が 0 の 199.1 分と比べ、6 が 206.3 分であったほかは CPS1 の 182.1 分から 5 の 171.0 分までいずれも短く、CPS 尺度が大きい(痴呆の程度が重い)ほどケア時間が長いとはいえないことが確認された。

表IV-3 分類 V～VI における CPS 尺度と総ケア時間 (長期ケア施設)

CPS 尺度	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
0	23	199.1	66.7
1	28	182.1	60.8
2	21	139.0	64.1
3	72	154.0	67.4
4	53	186.9	80.2
5	118	171.0	64.8
6	59	206.3	69.6

同様に、「徘徊」「暴行」「社会的に不適當または混乱させる行動」とケア時間の関係についても検討した(表IV-4～IV-6)。その結果、問題行動の存在が、ケア時間の延長には寄与していないことが確認された。

表IV-4 分類V~VIにおける「徘徊」と総ケア時間（長期ケア施設）

	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
認められなかった	346	180.0	70.1
行動はあったが、容易に変えられた	12	143.9	71.6
行動はあり、変えることは困難	16	122.0	48.2

表IV-5 分類V~VIにおける「暴行」と総ケア時間（長期ケア施設）

	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
認められなかった	345	176.6	66.3
行動はあったが、容易に変えられた	14	195.5	127.8
行動はあり、変えることは困難	15	152.7	35.1

表IV-6 分類V~VIにおける「社会的に不適當または混乱させる行動」と総ケア時間
(長期ケア施設)

	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
認められなかった	317	180.4	70.0
行動はあったが、容易に変えられた	23	164.6	91.5
行動はあり、変えることは困難	34	146.4	48.9

②在宅ケア機関

分類V、VIに該当する患者について、CPS 尺度毎に平均のケア時間を求め、比較した(表IV-7)。CPS 尺度が0~1点の群に比べ、2以上の群では、ケア時間が長い傾向のあることが認められた。

表IV-7 分類V～VIにおけるCPS得点と総ケア時間（在宅ケア機関）

CPS 得点	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
0	58	436.9	139.1
1	38	407.5	160.6
2	20	494.2	173.4
3	25	483.6	149.0
4	14	535.5	280.0
5	34	470.3	161.2
6	64	460.5	181.2

同様に、「徘徊」「暴行」「社会的に不適當または混乱させる行動」とケア時間の関係についても検討した(表IV-8～IV-10)。いずれの項目も、問題行動が認められる利用者の人数は少ないので、厳密な比較は難しいが、問題行動が認められる群では、認められない群に比べケア時間が長い傾向が認められた。

表IV-8 分類V～VIにおける「徘徊」と総ケア時間（在宅ケア機関）

	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
認められなかった	246	456.1	170.8
行動はあったが、容易に変えられた	2	345.1	40.4
行動はあり、変えることは困難	5	574.9	173.6

表IV-9 分類V～VIにおける「暴行」と総ケア時間（在宅ケア機関）

	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
認められなかった	245	456.1	172.5
行動はあったが、容易に変えられた	5	512.1	121.2
行動はあり、変えることは困難	3	480.4	120.2

表Ⅳ-10 分類Ⅴ～Ⅵにおける「社会的に不適當または混乱させる行動」と総ケア時間
(在宅ケア機関)

	人数 (人)	総ケア時間 (分)	
		平均	標準偏差
認められなかった	234	455.9	171.1
行動はあったが、容易に変えられた	13	458.2	181.2
行動はあり、変えることは困難	6	521.4	158.5

以上のように施設調査では、ADL得点が7点以上の群をさらに、CPS尺度および痴呆に伴う問題行動の有無によって分類することが、ケア時間の把握に有用でないことが確認された。一方、在宅調査では、ケア時間の長短がCPS尺度および問題行動の有無に対応する傾向のあることが確認された。しかし既に指摘したように、在宅調査においては、ケア時間の測定などに患者の臨床特性以外の要素が介在しやすく、施設調査に比べると精緻な分析には適していないことから、施設調査で得られた知見を採用して、ADL得点7点以上の群についてはさらにCPS尺度によって分類しないこととした。

(3) 妥当性に関する追加アンケート調査

在宅ケア調査の対象者のうち、第2次案で第1次案と異なって分類された者については、再度妥当性の調査を実施した。異なって分類された利用者は374人中の22人(5.88%)であった。その22人について各機関の担当職員に、第1次案と新たに開発した総合分類による分類を示し、どちらがその対象者には適當と思われるかを質問紙により尋ねた。その結果、回答のあった18人中、「従来のADL得点による分類がよい」が4人、「新たに開発されたADL得点による分類がよい」が6人、「よくわからない」が8人であり、新たに開発したADL得点の方が良いとする回答の方が若干多かった。

3. 要介護度総合分類の状態像例

以下では、今回の調査対象者の中から要介護度総合分類の状態像を例示する。なお、文中の記号は、要介護度総合分類アセスメント表の項目に対応する。

(1) 長期ケア施設

<p>分類Ⅰ</p>	<p>Aさん（78歳、女性）平成9年1月入院</p> <p>IADL：車いすなので買物や掃除などは非常に困難な状況。しかし食事をあたためたり、簡単な調理はできると判断された。</p> <p>ADL：自分でベッドから起き上がり、車いすに移行するには見守りが必要であるが、車いすでの移動には完全に自分で操作する（Cア=0（ADL得点として0点、以下同様））。着替えもトイレの使用も見守りにて自分でできる（Cイ=1（2点）、Cエ（1点））。 <u>ADL=3点</u></p> <p>痴呆：全く問題がない <u>CPS=0</u></p> <p>医学的管理：白内障、骨粗鬆症、高血圧症があるが、血圧測定以外は行っていない。 <u>処置数=0</u></p>
<p>分類Ⅱ</p>	<p>Bさん（75歳、女性）平成9年5月入院</p> <p>IADL：掃除などはほとんどできず、調理も簡単なことのみ可能と判断された。</p> <p>ADL：歩行に見守りが必要な他は自立している。 <u>ADL=0点</u></p> <p>痴呆：短期記憶に問題があり（Aア=1）、通常の日課は自分で判断してこなせるが、通常と違うことが起こると判断がいくらか困難（Aイ=1）であるが、コミュニケーションには問題はない（Aウ=0）。 <u>CPS=2</u></p> <p>医学的管理：慢性関節リウマチ、腰痛症があり、毎日痛みがある。痛みの管理として温湿布等を行っている。 <u>処置数=1</u></p>
<p>分類Ⅲ</p>	<p>Cさん（82歳、女性）平成9年5月入院</p> <p>ADL：左片麻痺があるが車いすでの移動は完全に自分で操作する（Cア=0（0点））。着衣とトイレの使用は見守りにて自分でできている（Cイ=1（2点）、Cエ=1（1点））。 <u>ADL=3点</u></p> <p>痴呆：脳梗塞の後遺症により、短期記憶に問題あり（Aア=1）、日課をこなすためには合図や見守りが必要で（Aイ=2）、自分が伝えたいことの言葉を思い出したり、考えをまとめたりすることが困難（Aウ=1）。 <u>CPS=3</u></p> <p>医学的管理：脳血管性痴呆、骨粗鬆症、糖尿病等があるが、特別な処置は行っていない。 <u>処置数=0</u></p>

<p>分類Ⅳ</p>	<p>Dさん(85歳、男性) 平成9年5月入居</p> <p>ADL: 移動は自立している(Cア=0(0点))が、痴呆症のため着替えが自分では全くできず、援助を必要としている(Cイ=4(3点))。常にはないが、尿・便失禁があり、オムツ交換に支援を要している(Cエ=3(3点))。 <u>ADL=6点</u></p> <p>痴呆: 短期記憶に問題はないが(Aア=0)、日課をこなすためには合図や見守りが必要で(Aイ=2)、自分が伝えたいことの言葉を思い出したり、考えをまとめたりすることが困難(Aウ=1)。しばしば他者に対してののしつたりの問題行動がある。 <u>CPS=3</u></p> <p>医学的管理: 虚血性心疾患があり、浮腫があり、毎日のように強い痛みを訴えており、痛みの管理をしている。 <u>処置数=1</u></p>
<p>分類Ⅴ</p>	<p>Eさん(82歳、女性) 平成2年12月入所</p> <p>ADL: 自分で身体を動かすことがほとんどできず、車いすに移行した後も押ししてもらっている(Cア=4(5点))。着替えやオムツ交換(毎日失禁状態)も全面依存である(Cイ=4(3点)、Cエ=4点(4点))。 <u>ADL=12点</u></p> <p>痴呆: 短期記憶に問題があり(Aア=1)、日課をこなすためにも合図や見守りを必要としている(Aイ=2)。自分の言いたいことも上手に言葉にすることが困難(Aウ=1)。 <u>CPS=3</u></p> <p>医学的管理: かなり前に脳梗塞を発症しているが、血圧が高いほかは疾病もなく、特別な処置は受けていない。 <u>処置数=0</u></p>
<p>分類Ⅵ</p>	<p>Fさん(80歳、女性) 平成7年12月入院</p> <p>ADL: 自分で身体を動かすことができず、ベッド上で過ごすことがほとんどで、車いすに乗っての移動も全面依存(Cア=4(5点))。着替えも全面依存で、留置カテーテルを使用している(Cイ=4(3点)、Cエ=4(4点))。 <u>ADL=12点</u></p> <p>痴呆: 短期記憶に問題があり(Aア=1)、日課の判断はほとんどできない(Aイ=3)。会話はできるが、伝えたいことを考えにまとめるのが困難である(Aウ=1)。食事も全面依存である(Cウ=4)。 <u>CPS=6</u></p> <p>医学的管理: 肺炎をおこしており、注射、点滴、間歇的酸素療法、かゆみがあり処置を行っている。膀胱留置カテーテル使用。 <u>処置数=5</u></p>

(2) 在宅ケア機関

<p>分類Ⅰ</p>	<p>Gさん（74歳、女性） 平成8年7月病院退院後、独居のためホームヘルプサービスを受けている。 IADL：食事の用意や家事はやや困難で、ホームヘルパーが週2回、買物、食事の用意、家事をしている。買物は、5年前に白内障の手術のため視力低下があり、ヘルパーと週1回程度する。外来通院を一人で、タクシーを利用して行っているが、乗り降りは運転手が手を貸している。 ADL：全てにおいて自立している。 <u>ADL=0点</u> 痴 呆：なし <u>CPS=0</u> 医学的管理：冠状動脈疾患があり、外来通院しているが、経過観察と与薬が主で特別な処置はない。 <u>処置数=0</u></p>
<p>分類Ⅱ</p>	<p>Hさん（77歳、男性） 平成8年5月より訪問看護を受けている。独居でありホームヘルプサービスを受けている。 IADL：食事の用意や家事は非常に困難であり、週3回のホームヘルパーが行っている。 ADL：移動、着替えは自立しており、トイレ使用については夜間たまに失禁しているが自分で始末をしている（Cア=0、Cイ=0（0点）、Cエ=0（0点））。 <u>ADL=0点</u> 痴 呆：通常の日常生活にはほとんど支障はないが、新しい石油ストーブの扱いを誤って火傷をしたことがある（Aイ=1）。自分の伝えたいことを上手に言葉で表現できないことがある（Aウ=1）。 <u>CPS=2</u> 医学的管理：高血圧症、糖尿病。訪問看護婦が火傷による皮膚の治療も行っている。 <u>処置数=1</u></p>
<p>分類Ⅲ</p>	<p>Iさん（90歳、男性） 平成6年5月より訪問看護を受ける。子供夫婦と同居、ホームヘルパーの訪問を受けている。 IADL：子供夫婦に全面依存し、実施は非常に困難。 ADL：自分で家の中を歩く（Cア=0（0点））が、着替えは声をかけて一つひとつ指示すると自分でできる（Cイ=1（2点））。オムツをしており、一部だけ自分で扱える（Cエ=3（3点））。 <u>ADL=5点</u> 痴 呆：短期記憶に問題あり（Aア=1）、日課をこなすにも合図や見守りが必要（Aイ=2）。自分の伝えたいことを上手に言葉にできない（Aウ=1）。 <u>CPS=3</u></p>

	<p>医学的管理：脳血管性痴呆症、不整脈。理学療法と言語療法を受けているが特別な処置は行っていない。</p> <p style="text-align: right;"><u>処置数=0</u></p>
分類Ⅳ	<p>Jさん（80歳、男性）</p> <p>平成8年12月より訪問看護を受ける。妻と娘夫婦と同居。</p> <p>IADL：全て妻と娘に依存し、自分では実施が非常に困難。</p> <p>ADL：見守りにて移動、歩行、着替えを行っているが（Cア=1（1点）、Cイ=1（2点））、トイレへの移行や後始末はほとんど手伝ってもらう（Cエ=3（3点））。</p> <p style="text-align: right;"><u>ADL=6点</u></p> <p>痴 呆：脳血管障害の後遺症で、日課をこなすのに合図が必要で（Aイ=2）、自分の伝えたいことを言葉にまとめるのが困難（Aウ=1）。</p> <p style="text-align: right;"><u>CPS=3</u></p> <p>医学的管理：冠状動脈疾患。皮膚のかゆみの治療を行っている。</p> <p style="text-align: right;"><u>処置数=1</u></p>
分類Ⅴ	<p>Kさん（69歳、女性）</p> <p>平成8年10月より訪問看護、ホームヘルプサービスを受ける。主たる介護者は同居の夫で、市内に娘がいて、時々家事を手伝っている。</p> <p>IADL：夫、娘、ヘルパーが全て行っている。</p> <p>ADL：家の中では車いすは押ししてもらい（Cア=4（5点））、リハビリとして伝い歩きをしている。着替えは夫の手助けでかなり自分で行っている（Cイ=2（3点））。日中はトイレに行くが、夜間はオムツに失禁し、援助が必要（Cエ=2（3点））。</p> <p style="text-align: right;"><u>ADL=11点</u></p> <p>痴 呆：平成6年の右脳梗塞により認知障害があり、短期記憶に問題があり（Aア=1）、日課をこなすにも合図や見守りが必要で（Aイ=2）、言いたいことを上手に伝えることが困難（Aウ=1）。</p> <p style="text-align: right;"><u>CPS=3</u></p> <p>医学的管理：脳血管性痴呆症、心房細動。外来通院、デイケアにも通っているが、特別な処置は行っていない。</p> <p style="text-align: right;"><u>処置数=0</u></p>
分類Ⅵ	<p>Lさん（81歳、女性）</p> <p>平成8年9月より訪問看護を受けている。娘が2人いて、ともに同居している。</p> <p>IADL：ほとんど寝たきりで、家事は全くできない。常に娘が行っている。</p> <p>ADL：1日中ほとんどベッド上で過ごしている（Cア=8（5点））。着替えは多少自分で手や身体を動かすくらいで全面依存（Cア=4（3点））。人工肛門のストーマのケアは娘か訪問看護婦が行っている（Cエ=4（4</p>

	<p>点))。</p> <p style="text-align: right;"><u>ADL=12 点</u></p> <p>痴呆：短期記憶に問題はないが（A ア=0）、食事の時間など日課については合図が必要である（A イ=2）。また、自分の伝えたいこと、考えを上手くまとめることが困難（A ウ=1）。</p> <p style="text-align: right;"><u>CPS=3</u></p> <p>医学的管理：尿路感染症、子宮癌。寝たきりでI度の褥創に対する治療とストーマのケアを行っている。留置カテーテル使用。</p> <p style="text-align: right;"><u>処置数=3</u></p>
--	---

まとめ

1. 新しい分類として、現場における介護の必要度に対応して、IADL（家事や金銭管理等の能力）の低下が中心となる状態像、痴呆の問題が中心となる状態像、ADL（食事や移動等の機能レベル）の低下が中心となる状態像の3つの状態像をまず想定し、次にこれらの3つをさらに医学的管理が中程度以上必要であるか否かで分けることによって、合計6つの分類とすることを予め決めた。
2. 6つの要介護度状態を規定するMDS-HCのアセスメント項目とその分岐点を、樹形モデル解析を用いて、長期ケア施設である老人病院（274人、4施設）、老人保健施設（274人、4施設）、特別養護老人ホーム（234人、4施設）の患者・入所者合計782人が受けたケア時間を統計的に最もよく説明し、かつ臨床的にも妥当な方法で決めた。その結果、以下の34アセスメント項目が選ばれた。
 - ・ IADLの7項目
 - ・ 移動、着衣、トイレの使用の3ADL項目（これらの重みづけ合計得点が分岐点）
 - ・ CPS（認知行動評価尺度）を構成する短期記憶、日常の意思決定を行う認知能力、自分を理解させることができる、食事の自己動作の4項目
 - ・ 注射、点滴、気管切開のケア、経管栄養、留置カテーテル等の医療処置を構成する20項目
3. 上記のアセスメント項目とその分岐点によって分類される「要介護度総合分類」は、患者・入所者のケア時間の相違の41.6%を説明できた。
4. 次に、訪問看護ステーション（253人、20機関）、ホームヘルプサービス提供機関（172人、31機関）の合計425人のうち、欠測値や異常値を除いた374人に対して、「要介護度総合分類」に基づいて分類したところ、ケア時間の相違の26.5%を説明できた。ただし、ケア時間は家族のケア時間が含まれるので施設と比べて約3倍多く、その影響が特に軽度の分類に多くでていたため、同居の有無によって6分類をさらに分類すると、説明率は36.5%に向上した。
5. 痴呆の程度を把握するために用いたCPSには、徘徊等の問題行動のアセスメント項目が含まれていないが、これらの項目に該当する者のほとんどは、CPS尺度のみによって適切に痴呆が中心となる分類ⅢとⅣに分類されていること、また、分類ⅠとⅡに分類された者については、ごく少数であるうえ、そのケア時間も異ならないことが確認された。一方、ADLが低下した対象者は、痴呆の有無によらず分類ⅤとⅥに分類されるが、たとえば痴呆や問題行動があっても、長期ケア施設ではケア時間は異ならないことが確認された（在宅では、ケア時間がやや長い傾向にあった）。

6. 「要介護度総合分類」によって各対象者が分類された結果を、各長期ケア施設、在宅ケア機関に提示し、意見を求めたところ、長期ケア施設の場合はほぼ妥当が75.3%（許容範囲を含めると84.8%）、在宅ケア機関の場合はほぼ妥当が84.6%（同91.8%）という回答を得た。なお、妥当でないと回答した場合は、いずれも要介護度総合分類で分類された結果よりも、実際はより重度という意見が圧倒的に多かった。しかしながら、より重度であると指摘された対象者のケア時間を分析したところ、全体と比べて長くないことが明らかにされた。
7. 本研究の成果が日本医師会介護プロジェクト委員会における検討を踏まえ、介護保険が制度として円滑に施行されるうえで役立てば幸いである。なお、「要介護度総合分類」については今後とも検証を重ねる必要がある。