

要介護度総合分類の開発に関する 調査研究

平成9年12月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

要介護度総合分類の開発に関する
調査研究

平成 9 年 12 月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

はじめに

本報告書は、日本医師会総合政策研究機構の委託を受けて、介護保険運用の要となる要支援・要介護度分類について、厚生省提示案に示された方法とは全く異なる、新たな分類方法である「要介護度総合分類」を開発するために行った調査研究を取りまとめたものである。

本研究を遂行するために、日本医師会総合政策研究機構、非常勤研究員である池上直己を研究代表者とする要介護認定調査研究会が組織され、調査業務は社団法人北海道開発問題研究調査会に委託された。

調査分析は、平成9年6月から12月にわたって短期集中的に行われ、すでに同年9月には中間報告書も提出されている。本報告書では、それを受けて、中間報告の段階では調査が完了していなかった在宅ケア機関における残り約半数の対象者をも含めて再度分析するとともに、各対象施設に対して、今回新たに開発した要介護度総合分類の妥当性について、各対象者の分類された結果を示し、その適切性について意見をアンケートで聞く等を含めて綿密に分析を行った。

その結果、「要介護度総合分類」は長期ケア施設の患者・入所者、在宅ケア機関の利用者がそれぞれ受けたケア時間の相違を反映し、また現場の感覚にも即した分類方法であることが確認された。

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。

最後に本研究を進めるにあたり、現場で調査にあたっていただいた関係各位ならびに貴重なご提言をいただいた研究委員会の各位に感謝を申し上げます。

研究代表者 池上直己

平成9年12月

委員会名簿

研究代表者	池上直己（日本医師会総合政策研究機構非常勤研究員）
委員	青柳俊（日本医師会常任理事）
	天本宏（介護力強化病院連絡協議会会長）
	糸氏英吉（日本医師会副会長）
	高木安雄（仙台白百合女子大学教授）
	見藤隆子（日本看護協会会長）
	宮坂雄平（日本医師会常任理事）
	山口昇（全国老人保健施設協会会長）

（委員以下、五十音順）

目 次

はじめに

委員会名簿

第Ⅰ章 調査の研究概要	1
1.調査研究の目的	1
2.調査研究の方法	3
3.調査対象機関の概要	8
第Ⅱ章 調査対象者のプロフィール	14
1.基本的属性	14
2.IADL（手段的日常生活動作）とADL（日常生活動作）	21
3.痴呆・認知障害	30
4.受けているケア時間	33
第Ⅲ章 要介護度総合分類（第1次案）	43
1.長期ケア施設における調査研究の結果	43
2.在宅ケア機関の調査における分析	48
3.要介護度総合分類（1次案）の妥当性	50
第Ⅳ章 要介護度総合分類（第2次案）	72
1.第2次案の開発	72
2.要介護度総合分類（第2次案）の妥当性の検証	77
3.要介護度総合分類の状態像例	87
まとめ	92
付属資料	
1.在宅ケアアセスメント表（MDS-HC）	95
2.要介護度総合分類アセスメント表	109

第 I 章 調査の研究概要

1. 調査研究の目的

(1) 研究目的

本調査研究では、介護の必要度に医学的管理を付加した総合的な要介護度分類を開発することを目的とする。そのため、まず現場からの意見を踏まえて各分類における状態像の骨格を定め、次にその輪郭を統計的な方法を用いて決める。統計的なデータとして、各対象者の MDS-HC（在宅ケアアセスメントマニュアル）によって把握される特性と、それぞれが受けているケア時間を調査する。

(2) 研究背景

平成 9 年 12 月の臨時国会において成立した介護保険法に基づく介護保険事業の運営に関して、厚生省は要介護度認定の試案（以下、厚生省案）を提示し、平成 8 年度のモデル事業における検証に引き続き、同案を若干修正し、平成 9 年度においてもモデル事業を実施している。しかしながら、厚生省案には以下の問題点があり、小手先の修正では対応できないと考えられる。

ア. もともと費用を把握することが目的で開発されていない

厚生省案は「特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究事業」（平成 6 年 3 月、全国社会福祉協議会）から出発しているが、開発者自らが「わが国の特別養護老人ホームでは費用が定額であるためコストは目的変数とすることができない」と記している。さらに、コストの代わりに用いている「介護業務の総回数」は、たとえば「テレビ・ラジオのオン、オフ」、「食事介助（全面）」のように異質の介助業務を同列に捉えており、同質であっても「介助（全面）」と「介助（監視）」を同じ 1 回とすることには大きな問題がある。

イ. 統計分析の結果だけで分類を構築しているため、状態像が分かりにくい

要介護度分類は介護保険の給付対象者にも、またサービス提供者にも分かりやすい分類であるべきである。しかしながら、厚生省案は各分類を特徴づける特性を統計解析により機械的に求めたため各特性間の整合性がない等のため、各分類の状態像がわかりにくくなっている。なお、こうした統計解析を行ったプロセスや説明率の程度も公表されていない。

ウ. 医療面が要介護度分類に反映されていない

現在検討されている要介護認定の過程においては、介護認定調査の結果からコンピュ

ータによって要介護度の1次判定を行い、かかりつけ医の意見等によって、2次判定では要介護度は変わるように設計されている。しかしながら、各分類のいずれにも医療的側面の記載がないため、過小にも過大にも評価される危険性がある。さらに、本来は1次判定において医療的側面が加味されることが望ましいと考えられるが、この点については在宅では訪問看護と訪問介護の比重、施設では施設種について決める客観的な指標が厚生省案には組み込まれていない。

以上のうち特に第2点目は、平成9年度モデル事業において、コンピュータによる1次判定の結果のウエートが従来より低下し、「特記事項」、「かかりつけ医意見」とともに、総合評価を行う材料の1つに過ぎないと位置づけられたことにより、認定の客観性や分かりやすさをさらに低下させることが懸念され、一層大きな問題になると考えられる。したがって、より分かりやすい要介護度分類を早急に開発する必要がある。

2. 調査研究の方法

調査研究は、大きく次の3つの段階により実施した。

(1) 各状態像の骨格の検討

ア.現場からの意見を踏まえて、状態像をまず3つに整理し、次に医学的管理の程度によりそれぞれをさらに2つに分ける（下線は当該分類の特徴）。

分類Ⅰ	<u>IADL（家事や金銭管理の能力）が低下</u> ADL介助はあっても、部分的援助に限られる 痴呆による問題はあっても、軽度である
分類Ⅱ	分類Ⅰと同じだが、 <u>医学的管理が中程度以上</u>
分類Ⅲ	IADL（家事や金銭管理の能力）が低下 ADL介助はあっても、部分的援助に限られる <u>痴呆による問題が中程度以上ある</u>
分類Ⅳ	分類Ⅲと同じだが、 <u>医学的管理が中程度以上</u>
分類Ⅴ	IADL（家事や金銭管理の能力）が低下 <u>ADL介助が中程度以上が必要</u> 痴呆による問題は問わない
分類Ⅵ	分類Ⅴと同じだが、 <u>医学的管理が中程度以上</u>

イ.各分類においてIADLが取り上げられているのは、IADLについて支援を要する状態が、介護保険から給付を受ける条件と解釈されるからである。厚生省の「要支援」の区分の特性としてあげられている「社会的支援を要する」に対応する。

ウ.痴呆がケア上問題として顕著になるのは、移動等のADLが保たれているために徘徊等が生じる場合に限られることがRUG-Ⅲ分類を開発する際に確認されているので、痴呆を分類Ⅲ、Ⅳで取り上げた。したがって、ADLが低下した分類Ⅴ、Ⅵでは痴呆の程度を問題としない。

エ.医学的管理の必要度は、IADL、ADL、痴呆による介護の程度と独立に評価するべき課題であるので、Ⅰ、Ⅲ、Ⅴの各分類に対応する形で、それぞれⅡ、Ⅳ、Ⅵを設ける。

(2) アセスメントとタイムスタディの実施

ア.以上の状態像の輪郭を決めるため、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、統計手法のひとつである樹形モデル解析を用いることとした。そのためケア時間を測定するためのタイムスタディと特性を把握するためのアセスメントを実施した。調査の対象者は長期ケア施設（老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホーム）の患者・入所者、および在宅ケア機関（訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、市町村、社会福祉協議会等）より直接ケアを受けている利用者である。

イ.ケア時間の測定については、1日（24時間）を基本にすることとした。長期ケア施設では、病棟単位で毎日頻回に患者・入所者にケアを提供している病棟スタッフ（看護婦、看護助手、寮母、ケアワーカー等）とそれ程には頻回ではない病棟外スタッフ（医師、OT、PT等）に便宜的に分けて、それぞれ1日（24時間）と1週間（7日間）のケア時間を全患者・入所者について測定した。

ウ.長期ケア施設のタイムスタディは、患者・入所者一人ひとりがスタッフから受けているケア時間を求めるため、個々のスタッフが各患者・入所者にかけたケア時間を測定し、集計した。この時、看護職については、ケアの内容を医療の専門技術的ケアとそれ以下のケアに区分した。医療の専門技術的ケアについては、表I-1に例示するようなものとした。

エ.在宅ケア機関においては、対象者を10人程度選定し、1週間以内にケア内容の異なる2日間のタイムスタディを実施した。例えば2日間のうち1日は、当該在宅ケア機関のスタッフの訪問日、他の1日は家族だけからケアを受ける日などである。また、測定するケア時間は、全訪問スタッフ（フォーマルケア）及び全家族（インフォーマルケア）の時間である。

オ.在宅ケア機関サービスの利用者に対するタイムスタディは、看護職については医療の専門技術的ケア、ADL支援、IADL支援に、ホームヘルパーと家族については、IADL支援、ADL支援、その他（精神的支援等）に区分して測定した。

カ.なお、タイムスタディの方法は、別添資料編を参照されたい。

キ.さらに、上記タイムスタディの対象者の特性を把握する方法として「在宅ケアアセスメント表（MDS-HC）」を使用した。

ク.アセスメント実施時期は、長期ケア施設においては、タイムスタディ実施日をはさむ前後7日間、在宅ケア機関においては、タイムスタディ実施日と前後3~4日以内とした。なお、アセスメントの実施者は必ずしも看護婦等の有資格者とは限らず、看護婦と看護助手あるいは保健婦とホームヘルパーの連携により実施されたが、実施者にはMDS-HCに習熟した者があつた。

表 I - 1 医療の専門技術的ケアの例示

a. 診療介助	診療の介助(病棟、他科、他施設)
	検査の準備
	検査物の採取(血液、尿、その他)
	処置の介助(IVH、その他)
b. 処置・リハビリ	注射準備 実施 後始末
	与薬(経口、経管、直腸、点眼、点耳、軟膏)、服薬指導
	温冷罫法
	吸入 吸引(ネブライザー)
	酸素吸入・点検
	洗浄(膀胱、胃、腸)
	IVH 経管栄養の維持・管理
	救急処置、気道の確保、心臓マッサージ、血管確保
	創傷の処置(じょく創、潰瘍、傷口、ガーゼ交換など)
	摘便、浣腸
	留置カテーテル挿入・管理、導尿
	各種カテーテルの挿入・交換
	リハビリ、PT、OT、ST、受動的リハ
	人工肛門管理(ストマ管理)
c. 特別な患者の入浴	入浴介助(心臓疾患、潰瘍がある場合)
d. 記録・評価	体温、呼吸、脈拍、血圧測定(記録も含む)など
	計測(身長、体重、その他)
	I-Oチェック(排液チューブ、ドレーン等)
	病状観察
	各種観察・検査結果に基づく検討・判断
	ケアプランの策定
	看護の記録等
e. 指導	家族調整(カウンセリング)
f. カンファレンス等	医師との連絡や指示受け
	部門内外との連絡・調整、家族との連絡・面接・説明

(3) 統計解析による各状態像の分岐点の決定

ア. 要介護度総合分類の開発に当たり、その基本骨格は本章の2.(1)で述べたような分類IからVIの状態像によって構成することとした。そして、これらの状態像に対応する分類のための説明変数とその分岐点は、樹形モデル解析(tree-based model analysis)のための統計ソフトウェアを利用して、統計的分析に基づいて決定した。樹形モデル解析とは、目的変数(本研究では総ケア時間)を最も良く予測するような説明変数に基づく回帰樹を見出だす多変量解析の手法である。つまり、説明変数の組み合わせにより、目的変数について、異なるグループの間ではより異なる値が取られる一方で、同一のグループの中では、値のばらつきがより少なくより均質になるように、樹形状に分類する方法であるということもできる。

樹形モデル解析のための統計ソフトウェアには、統計的に最適な回帰樹を自動的に生成するスタイルをとるものと、利用者が逐次最適な説明変数を選択しながら探索していく対話型データ解析のスタイルをとるものがある。本研究では、主として、対話型データ解析のスタイルをとるPC-Groupを用いて、本章の(1)で述べたIからVIの状態像に分類するうえで統計的かつ臨床的に妥当な説明変数を検討するとともに、選択した説明変数についてその最適な分岐点を決定した。

なお、PC-Groupでは分岐点を決定する際の指標としては、次のような説明率を基準にしている。

$$\text{説明率} = (\text{群間平方和}) / (\text{総平方和})$$

$$(\text{群間平方和}) = (\text{総平方和}) - (\text{群内平方和})$$

すなわち、分割しようとする群を指定した説明変数によって2分割する時に取りうるあらゆる分岐点について、それぞれ分割した場合に説明率がどれだけ上昇するかを計算し、最も上昇する分岐点を選択するというものである。

イ. 要介護度総合分類の開発に当たっては、本来は目的変数に、各職種の給与水準で重み付けした職種別のケア時間の総和を用いることが望ましい。しかし、本研究においては、調査対象機関が広範にわたっており、各施設・各機関によって給与体系が異なり、統一的な給与水準を決めることが難しかった。こうした点を考慮して、各職種のケア時間の単純な総和を目的変数として使用することにした。

ウ. 在宅調査の対象となった利用者は425人であったが、ケア時間に欠測値のある利用者として、測定されたケア時間が異常値と判断された利用者計51人を除外し、374人を分析の対象とした。異常値とした基準は、該当する分類の平均値+標準偏差よりもケ

ア時間が長い利用者を抽出したうえで、その理由を各機関に問い合わせ、患者の臨床的な特性とは関係なく、かつ一般化できない特殊な事情に明らかに起因していることである。たとえば、同居している家族も高齢でADLが低下していたり痴呆が認められる、家族に視力障害がある、家族が過剰に心配して常に側についていて本人に何もさせない、などの理由で、家族によるケアの時間が長くなっている場合が該当する。

3. 調査対象機関の概要

(1) 長期ケア施設の概要

調査対象となった12の長期ケア施設の概要は表I-2のとおりである。

表I-2 調査対象長期ケア施設の概要

平成9年7月現在

施設	病床数 ・ 入所定数	ケアスタッフ数 ()内は非常勤職員数										全職員数	併設サービス*	
		1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	10)			
		医	歯	看	准	社福	介護	助・寮	S W	リハ	栄養士			
病院	A	942	24 (1)	2	130 (15)	62 (1)	2	23	350	5	21	9	693 (55)	一般、老健、特養、訪問st、在介、 デイケア、デイサービス
	B	180	7 (5)	0 (1)	19 (1)	18 (1)	0	11	0	1	5	3	173 (8)	老健、訪問st、在介、 デイケア、クリニック
	C	262	7 (6)	0	41	36	0	0	39	1	3	1	172 (6)	一般、特養、在介、 デイサービス、養護老人ホーム
	D	338	9 (1)	1	19 (3)	40 (1)	0	4	109 (1)	2	6	2	225 (18)	老、老健、特養、 訪問st、在介、 デイケア、デイサービス
老人保健施設	E	100	1	0	14 (1)	0	0	31	20 (1)	3	3 (0.8)	1	78 (2.8)	老、特養、訪問st、 在介
	F	100	1	0	8 (1)	4	0	20	4	3	3	1	47 (1)	一般、特養、訪問 st、在介、 シルバー・ヘルプ、ケアハウス
	G	100	1	0	3	8	1	10	34	2	1 (0.6)	1	80 (0.6)	訪問st、在介、 デイケア、クリニック
	H	52	0 (2)	0	3 (1)	2	0	6	5 (1)	1	1	0 (3)	20 (10)	一般、特養、 訪問st、在介
特別養護老人ホーム	I	80	0	0	1	4	1	14	24	4	0	1	51	一般、デイサービス、 歯科診療所、精神 薄弱障害更生施設
	J	30	0 (1)	0	2	0	0	7	3	1	0	1	29 (1)	訪問st、在介、 デイサービス、ホームヘルプ 事業
	K	60	0 (2)	0	0	2	0	11	6	1	PTボラン ティ 2回/月	1	32 (2)	在介、デイサービス、シ ョートステイ、ホームヘルプ
	L	70	0 (2)	0	2 (2)	0	1	7 (1)	11 (2)	3	0 (1)	1	36 (15)	一般、老健、訪問 st、在介、デイケア、 デイサービス

1) 「医」は、医師

2) 「歯」は、歯科医師

3) 「看」は、看護婦・士（保健婦を含む）

4) 「准」は、准看護婦・士

5) 「社福」は、社会福祉士

6) 「介護」は、介護福祉士

7) 「助・寮」は、看護助手・寮母

8) 「SW」は、MSW・生活指導員

9) 「リハ」は、OT、PT、ST

* 「一般」は一般病院、「老」は老人病院、「老健」は老人保健施設、「特養」は特別養護老人ホーム、「訪問st」は訪問看護ステーション、「在介」は在宅介護支援センターを意味する。

(2) 調査対象病棟・ケアユニットの概要

また、その中で調査対象となった病棟・ケアユニットの概要は表 I-3 のとおりである。

表 I-3 調査対象病棟・ケアユニット概要

平成9年7月現在

	施設	病棟	特徴	定床数	年平均患者・入所者数	看護体制	看護婦・士(人)	准看護婦・士(人)	介護福祉士(人)	看護助手・寮母(人)	その他(人)
病院	A	01	リハビリ	52	52	入管Ⅱ	6.5	3	0	17	ｸﾗｰｸ:1
		02	特殊ケア	49	49	入管Ⅱ	9.5	4	0	17	ｸﾗｰｸ:1
	B	03	—	60	60	入管Ⅰ	5	5	5	16	—
	C	04	生活リハ	54	53	入管Ⅱ	6	9	0	12	—
	D	05	社会復帰	67	67	入管Ⅰ	6	5	1	24	—
老人保健施設	E	06	社会復帰	100	97	老健Ⅱ	11	0	13	16	—
	F	07	要介護度高い	41	39	老健Ⅱ	8	3	18	3	ST:1 保母:1
		08	要介護度低い	59	56	老健Ⅱ	3階棟と1看護単位でローテーション実施				
	G	09	痴呆棟	50	49	療養Ⅱ	1	6	3	14	—
	H	10	老人看護、介護、リハビリ、家庭復帰	52	46.9	老健Ⅰ	3.5	2	6	6	OT:1 相談指導員:1
特別養護老人ホーム	I	11	要介護	42	42	—	1	4	10	20	生活指導員:4
		12	ADL-自立	38	38	—			4	4	—
	J	13	一般	30	30	—	2	7	3	生活指導員:1	
	K	14	重症	60 内ｼﾞｮｰﾄ0	58 内ｼﾞｮｰﾄ8	—	0	2	11	6	ｶﾊﾞ担当介護員:1 生活指導員:1
	L	15	—	70 内ｼﾞｮｰ20	70	—	2	0	7	11	—

(3)在宅ケア機関の概要

調査対象となった在宅ケア機関の概要は表 I - 4、表 I - 5 のとおりである。なお、ここで人員数は常勤換算で表している。

表 I - 4 調査対象訪問看護ステーションの人員数 (常勤換算)

平成 9 年 7 月現在

単位：人

機関コード	保健婦	看護婦	ソーシャルワーカー	ホームヘルパー	事務職	その他	合計
01	3	5					8
02	3	1					4
03	3	1.1				0.2	4.3
04	0.5	7					7.5
05		5					5
06		3					3
07	1	10.5	1			1	13.5
08	3.1	3.2			1		7.3
09	20.47	136.5	5	63.5	22.47	11	258.9
10		15			1	0.03	16.03
11		11			1	1	13
12		5.6			1	0.1	6.7
13		15			1.5	0.5	17
14	9	5			0.5		14.5
15	2.5	10.45			1.5	2.4	16.85
16	1	3.6			0.5	0.4	5.5
17		4.67			0.46	1.5	6.63
18		7			1	0.67	8.67
19		8.5		1	0.2		9.7
20		15.5			1		16.5

表 I - 5 調査対象ホームヘルプ・サービス機関の人員数（常勤換算）

平成9年7月現在

単位：人

機関コード	保健婦	看護婦	ソーシャルワ-カ-	ホームヘルパ-	事務職	その他	合計
21	1		1	9			11
22		1	1	5			7
23	1		2	2	1		6
24	1			3	2		6
25		1		10			11
26	12	3		111	17	8	151
27	1			7	12		20
28	19			9	24	5	57
29	10	3.5	1	10	2	4.3	30.8
30	12			11	18	5	46
31	25	1		16	33	8	83
32	1	5		105.5	17	14	142.5
33				64.5	10	1	75.5
34	5	2		20	6	2	35
35		4	4	60	25	26	119
36				11			11
37				13.8	14		27.8
38	7	1		20	9	2	39
39				28	9	1	38
40	12.7			20	4	3	39.7
41	1	1	1	34.5	3	1	41.5
42				4	2		6
43				4	2		6
44	6			7.3	1		14.3
45				4	3		7
46	7	1	1	6	6	1	22
47				6	3		9
48	5			4	5	1	15
49	1			17.1	6.6		24.7
50	4	1	1	7.5	7	2.5	23
51	0.6	1.4	2	3	1	2.4	10.4

また、これらの機関の全利用者に対する訪問回数は、表 I - 6、表 I - 7 のとおりである。

表 I - 6 訪問看護ステーションの利用者訪問回数

平成 9 年 7 月現在

() 内はサービス併用者数の内数

単位：人

機関コード	週 1 回未満	週 1 ~ 2 回	週 3 回	週 4 回以上	合計
01		67 (59)	5 (5)	2 (1)	74
02		34 (22)			34
03		36 (30)	3 (3)		39
04	4 (3)	60 (37)	4 (4)		68
05		33 (10)	5 (3)	5 (5)	43
06		19 (10)	1		20
07		66 (59)	22 (19)	8 (8)	96
08		81 (18)	11 (4)	15 (8)	107
09	39 (14)	1,415 (522)	223 (99)	62 (26)	1,739
10		115 (40)	20 (15)		135
11		76 (33)	30 (18)		106
12		87 (27)	7 (4)	10 (9)	104
13		78 (50)	39 (32)	2 (2)	119
14		49 (12)	10 (7)	1 (1)	60
15		21	13	118	152
16		28 (17)	13 (9)	2 (2)	43
17		54 (39)	4 (4)		58
18					76
19		58 (50)	9 (8)	1 (1)	68
20	2 (2)	137 (110)	16 (12)	7 (1)	162

表 I - 7 ホームヘルプ・サービス機関の利用者訪問回数

平成 9 年 7 月現在
 () 内はサービス併用者数の内数
 単位：人

機関コード	週 1 回未満	週 1 ~ 2 回	週 3 回	週 4 回以上	合計
21		18 (12)	10 (7)	2 (2)	30
22		25 (25)	2 (2)	1 (1)	36
23	8 (0)	102 (23)	30 (14)	31 (15)	163
24		16 (3)	1 (1)	1 (1)	18
25	4 (0)	33 (14)	6 (4)	4 (4)	47
26					501
27		21 (1)	3 (1)	2 (0)	26
28		19 (9)	6 (3)	2 (0)	27
29		34 (23)	8 (8)		42
30		31 (15)	4 (2)		35
31		44 (18)	13 (6)	2 (2)	59
32		259 (21)	36 (12)	5 (2)	300
33	9 (0)	494 (5)	51 (0)	16 (0)	570
34		176 (13)	20	12 (4)	208
35		298 (120)	56 (50)	19 (19)	373
36		2 (2)	1 (1)	44 (41)	47
37	14 (6)	65 (18)	19 (11)	16 (10)	114
38		100 (33)	7 (2)	4 (1)	111
39					213
40					177
41		153 (24)	3 (1)	8 (3)	164
42		37 (3)			37
43		21 (8)			21
44		22 (10)	12 (8)		34
45		46 (7)		4 (0)	50
46	25 (21)	12 (11)	4 (4)	11 (11)	52
47		24 (11)	2	12 (5)	38
48		28 (11)	4 (3)	1 (0)	33
49		99 (15)	4	5 (4)	108
50		37 (18)		7 (6)	44
51		62 (12)	1	1 (0)	64

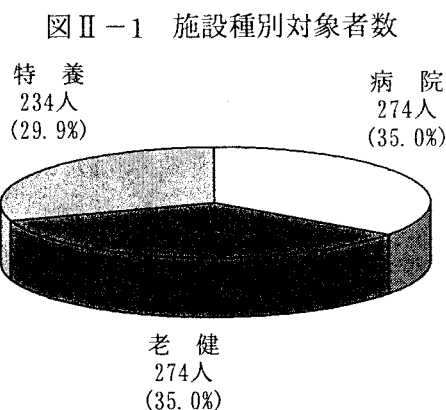
第Ⅱ章 調査対象者のプロフィール

1. 基本的属性

(1) 調査対象者数

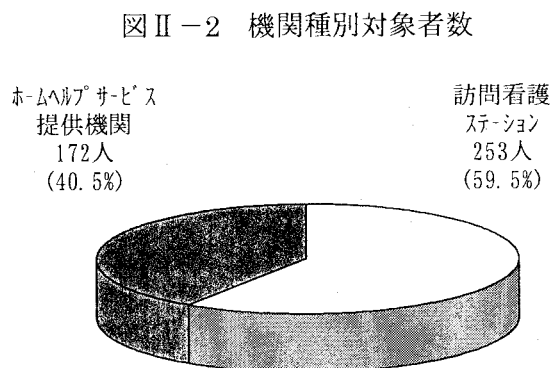
ア. 長期ケア施設

調査対象となった長期ケア施設に入院・入所中の患者・入所者は、老人病院4カ所（うち1カ所は療養型病床群）、274人（35.0%）、老人保健施設4カ所、274人（35.0%）、特別養護老人ホーム4カ所、234人（29.9%）の合計12カ所782人である（図Ⅱ-1）。



イ. 在宅ケア機関

調査対象となった在宅ケア機関からサービスを受けている利用者は、訪問看護ステーション21カ所、253人（59.5%）、ホームヘルプサービス提供機関（在宅介護支援センター、市町村、社会福祉協議会等）31カ所、172人（40.5%）、合計51カ所、425人である（図Ⅱ-2）。なお、訪問看護とホームヘルプサービスの両方を受けている利用者もいるが、ここでは便宜的に調査対象となった在宅ケア機関の種別にしたがって分けてプロフィールをみていく。

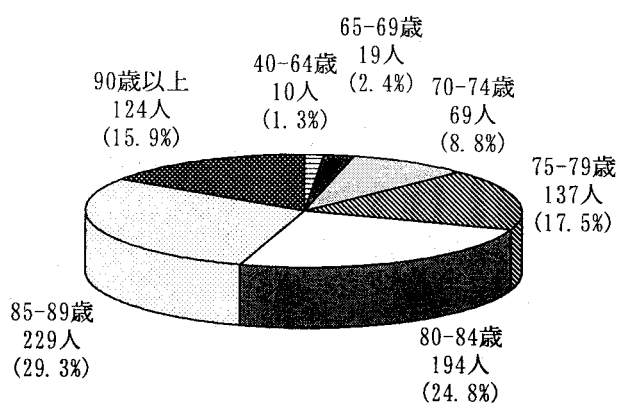


(2) 年 齢

ア. 長期ケア施設

年齢階級別にみると、「85～89歳」が229人（29.3%）と最も多く、次いで「80～84歳」が194人（24.8%）となっている（図Ⅱ-3）。また、平均年齢は82.9歳であり、施設種別にもほぼ同様の構成と平均年齢となっている（表Ⅱ-1）。

図Ⅱ-3 年齢構成（長期ケア施設）



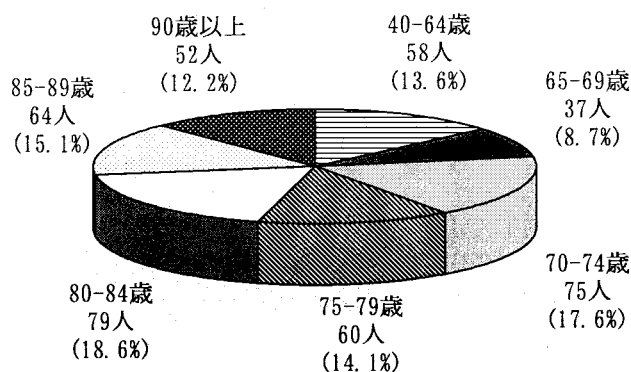
表Ⅱ-1 施設種別年齢構成

	病 院		老 健		特 養		合 計	
	人数	構成比 (%)	人数	構成比 (%)	人数	構成比 (%)	人数	構成比 (%)
40-64歳	6	2.2%	4	1.5%	0	0.0%	10	1.3%
65-69歳	3	1.1%	8	2.9%	8	3.4%	19	2.4%
70-74歳	25	9.1%	23	8.4%	21	9.0%	69	8.8%
75-79歳	43	15.7%	53	19.3%	41	17.5%	137	17.5%
80-84歳	69	25.2%	62	22.6%	63	26.9%	194	24.8%
85-89歳	84	30.7%	83	30.3%	62	26.5%	229	29.3%
90歳以上	44	16.1%	41	15.0%	39	16.7%	124	15.9%
合 計	274	100.0%	274	100.0%	234	100.0%	782	100.0%
平均年齢	83.1		82.7		82.9		82.9	

イ. 在宅ケア機関

年齢階級別にみると、「80～84歳」が79人（18.6%）と最も多く、次いで「70～74歳」が75人（17.6%）となっている（図Ⅱ-4）。また、平均年齢は77.7歳となっている。機関の種類別にみると、訪問看護ステーション利用者は各年齢階級に広がっており、「90歳以上」も40人（15.8%）となっている（表Ⅱ-2）。

図Ⅱ-4 年齢構成（在宅ケア機関）



表Ⅱ-2 機関種別年齢構成

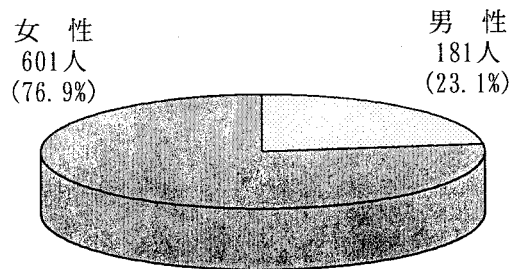
	訪問看護ステーション		ホームヘルプサービス提供機関		合計	
	人数	構成比 (%)	人数	構成比 (%)	人数	構成比 (%)
40-64歳	35	13.8%	23	13.4%	58	13.6%
65-69歳	25	9.9%	12	7.0%	37	8.7%
70-74歳	43	17.0%	32	18.6%	75	17.6%
75-79歳	29	11.5%	31	18.0%	60	14.1%
80-84歳	42	16.6%	37	21.5%	79	18.6%
85-89歳	39	15.4%	25	14.5%	64	15.1%
90歳以上	40	15.8%	12	7.0%	52	12.2%
合計	253	100.0%	172	100.0%	425	100.0%
平均年齢	77.4		76.2		77.0	

(3) 性別

ア. 長期ケア施設

性別にみると、「女性」が601人(76.9%)、「男性」が181人(23.1%)となっている(図Ⅱ-5)。また、施設種別にもほぼ同様の構成となっている(表Ⅱ-3)。

図Ⅱ-5 性別(長期ケア施設)



表Ⅱ-3 施設種別性別

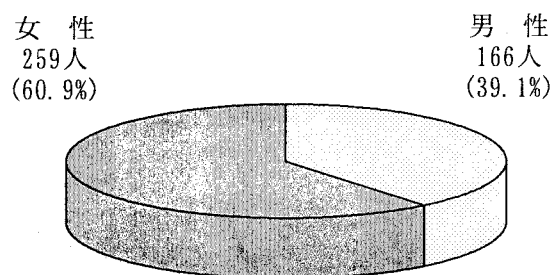
上段：人、下段：%

	男性	女性	合計
病院	56 20.4%	218 79.6%	274 100.0%
老健	71 25.9%	203 74.1%	274 100.0%
特養	54 23.1%	180 76.9%	234 100.0%
合計	181 23.1%	601 76.9%	782 100.0%

イ. 在宅ケア機関

性別にみると、「女性」が259人(60.9%)、「男性」が116人(39.1%)となっている(図Ⅱ-6)。また、機関種別にも同様の構成となっている(表Ⅱ-4)。

図Ⅱ-6 性別(在宅ケア機関)



表Ⅱ-4 機関種別性別

上段：人、下段：%

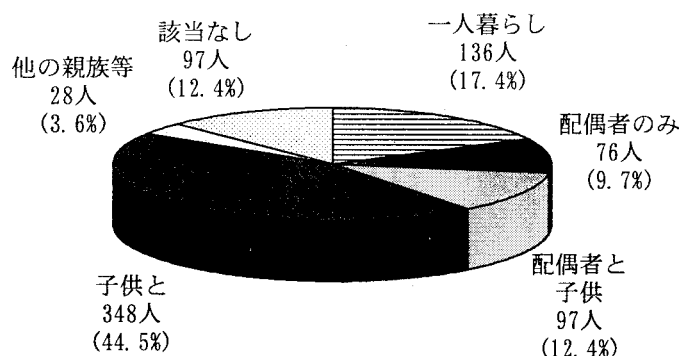
	男性	女性	合計
訪問看護ステーション	100 39.5%	153 60.5%	253 100.0%
ホームヘルプサービス提供機関	66 38.4%	106 61.6%	172 100.0%
合計	166 39.1%	259 60.9%	425 100.0%

(4) 同居者

ア. 長期ケア施設

長期ケア施設への入院・入所前の同居者をみると、「子供と」が348人(44.5%)と最も多く、次いで「一人暮らし」が136人(17.4%)となっている(図Ⅱ-7)。また、施設種別には特別養護老人ホーム入所者で「子供と」が83人(35.5%)と比較的低く、「一人暮らし」が60人(25.6%)と比較的高くなっている(表Ⅱ-5)。

図Ⅱ-7 同居者(長期ケア施設)



表Ⅱ-5 同居者(施設種別)

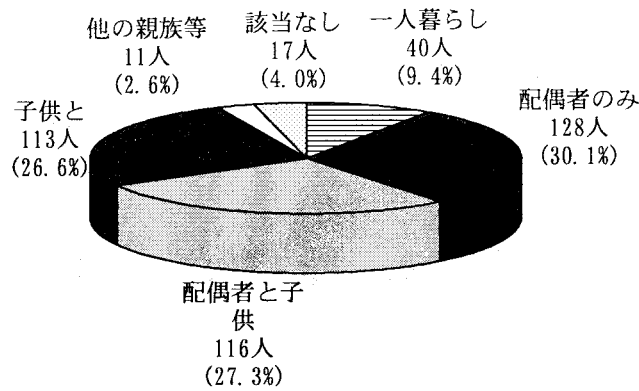
上段：人、下段：%

	1. 一人暮らし	2. 配偶者のみ	3. 配偶者と子供	4. 子供と	5. 他の親族等	6. 該当なし	合計
病院	31 11.3%	28 10.2%	42 15.3%	131 47.8%	9 3.3%	33 12.0%	274 100.0%
老健	45 16.4%	25 9.1%	42 15.3%	134 48.9%	13 4.7%	15 5.5%	274 100.0%
特養	60 25.6%	23 9.8%	13 5.6%	83 35.5%	6 2.6%	49 20.9%	234 100.0%
合計	136 17.4%	76 9.7%	97 12.4%	348 44.5%	28 3.6%	97 12.4%	782 100.0%

イ. 在宅ケア機関

在宅ケア機関からのサービス利用者の同居者をみると、「配偶者のみ」が128人(30.1%)、「配偶者と子供」が116人(27.3%)、「子供と」が113人(26.6%)とほぼ3割程度ずつとなっている(図Ⅱ-8)。また、機関の種類別には、ホームヘルプサービス提供機関に「配偶者のみ」「一人暮らし」がそれぞれ36.6%、14.5%と相対的に高くなっている(表Ⅱ-6)。

図Ⅱ-8 同居者(在宅ケア機関)



表Ⅱ-6 同居者(機関種別)

	上段：人、下段：%						合計
	1.一人暮らし	2.配偶者のみ	3.配偶者と子供	4.子供と	5.他の親族等	6.該当なし	
訪問看護ステーション	15 5.9%	65 25.7%	78 30.8%	79 31.2%	5 2.0%	11 4.3%	253 100.0%
ホームヘルプサービス提供機関	25 14.5%	63 36.6%	38 22.1%	34 19.8%	6 3.5%	6 3.5%	172 100.0%
合計	40 9.4%	128 30.1%	116 27.3%	113 26.6%	11 2.6%	17 4.0%	425 100.0%

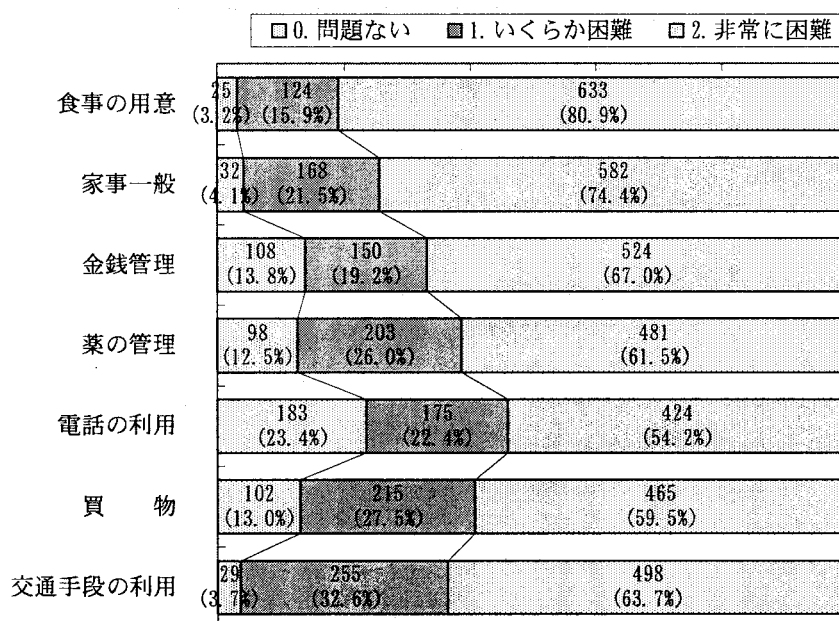
2. IADL（手段的日常生活動作）と ADL（日常生活動作）

(1) IADL 実施上の困難さ

ア. 長期ケア施設

長期ケア施設の患者・入所者は、多くの場合薬や金銭の管理を除くほとんどのIADLに対して施設スタッフにより支援を受けている。そこでIADLを自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさを下記の7つの項目についてみる。これらの中では「食事の用意」に「非常に困難」が633人（80.9%）と最も多く、次いで「家事一般」に「非常に困難」が582人（74.4%）となっている（図Ⅱ-9）。

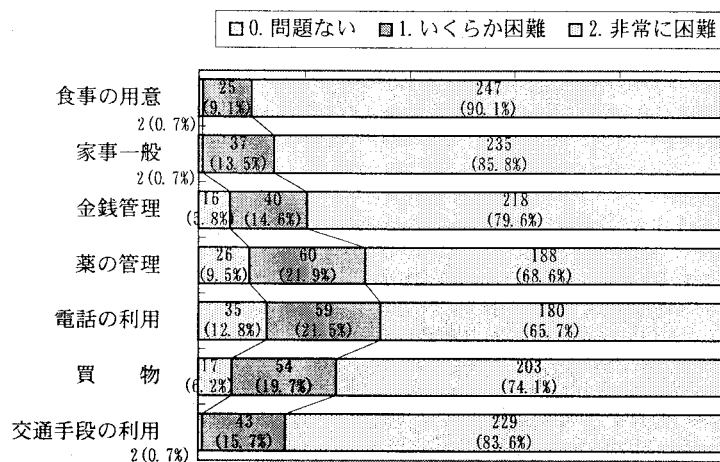
図Ⅱ-9 IADL実施上の困難さ（長期ケア施設全体）



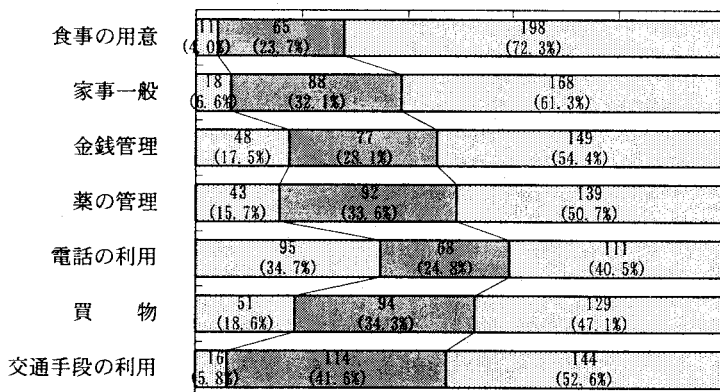
これを施設種別にみると、全てのIADLの項目で老人病院の入院患者に「非常に困難」の割合が最も高く、次いで特別養護老人ホーム、老人保健施設となっている（図Ⅱ-10）。

図Ⅱ-10 IADL実施上の困難さ（施設種別）

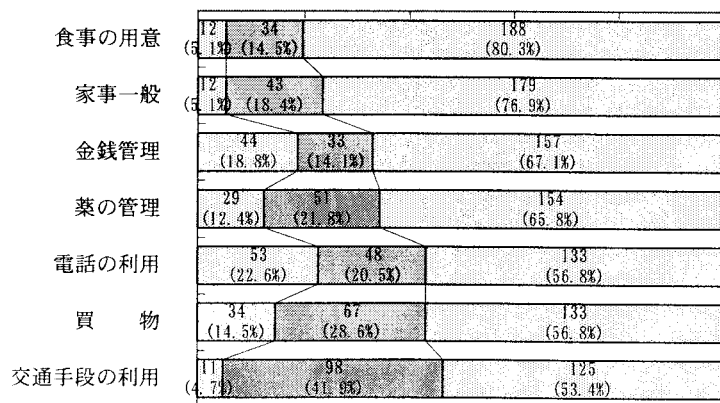
a. 老人病院



b. 老人保健施設



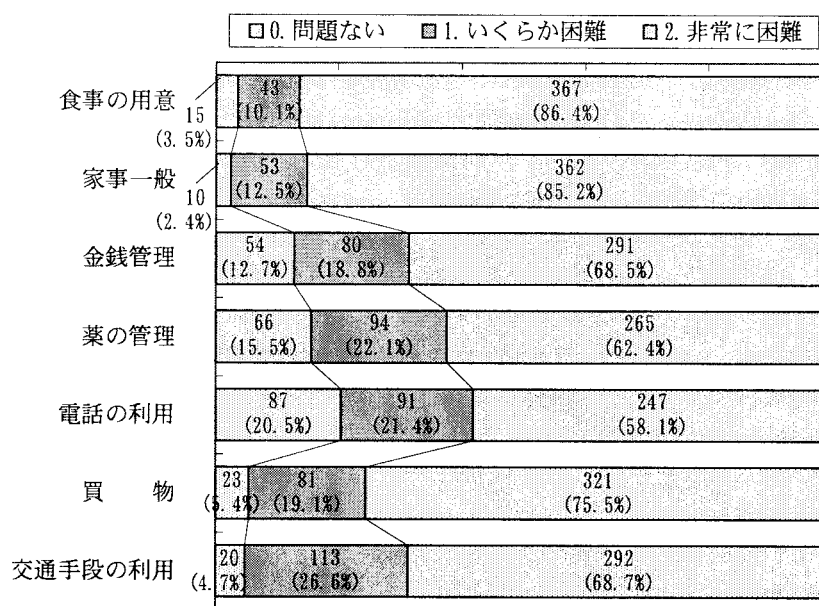
c. 特別養護老人ホーム



イ. 在宅ケア機関

在宅ケア機関のサービスを受けている利用者のIADL実施上の困難さをみると、「食事の用意」に「非常に困難」が367人（86.4%）と最も高く、次いで「家事一般」に「非常に困難」が362人（85.2%）となっている。

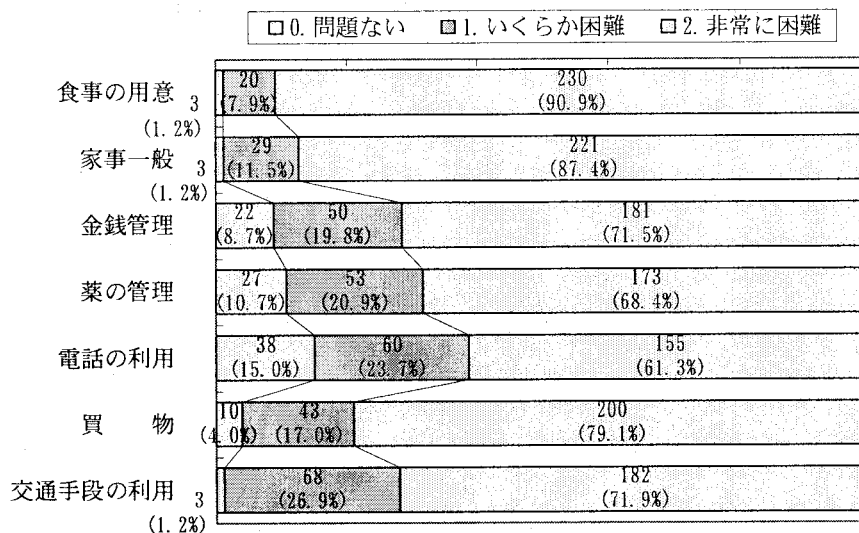
図Ⅱ-11 IADL実施上の困難さ（在宅ケア機関全体）



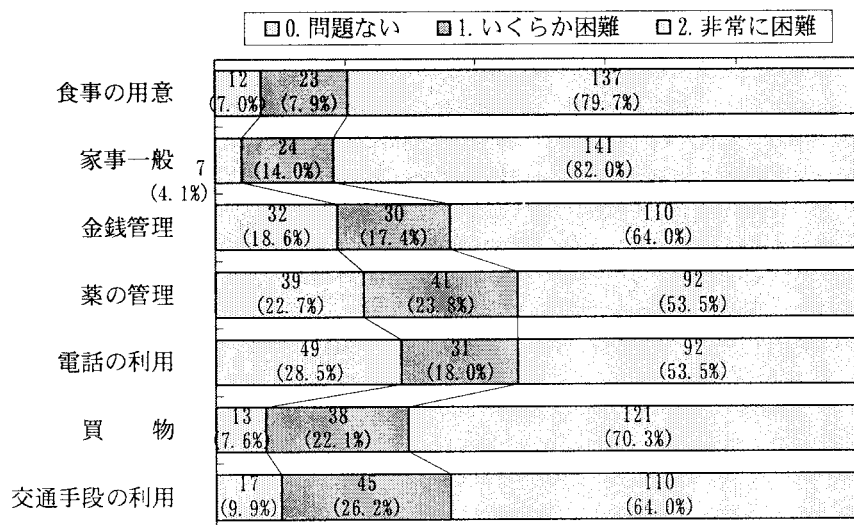
これを機関の種類別にみると、全てのIADLの項目で訪問看護ステーション利用者に「非常に困難」の割合が高くなっている（図Ⅱ-12）。

図Ⅱ-12 IADL実施上の困難さ（機関種類別）

a. 訪問看護ステーション



b. ホームヘルプサービス提供機関

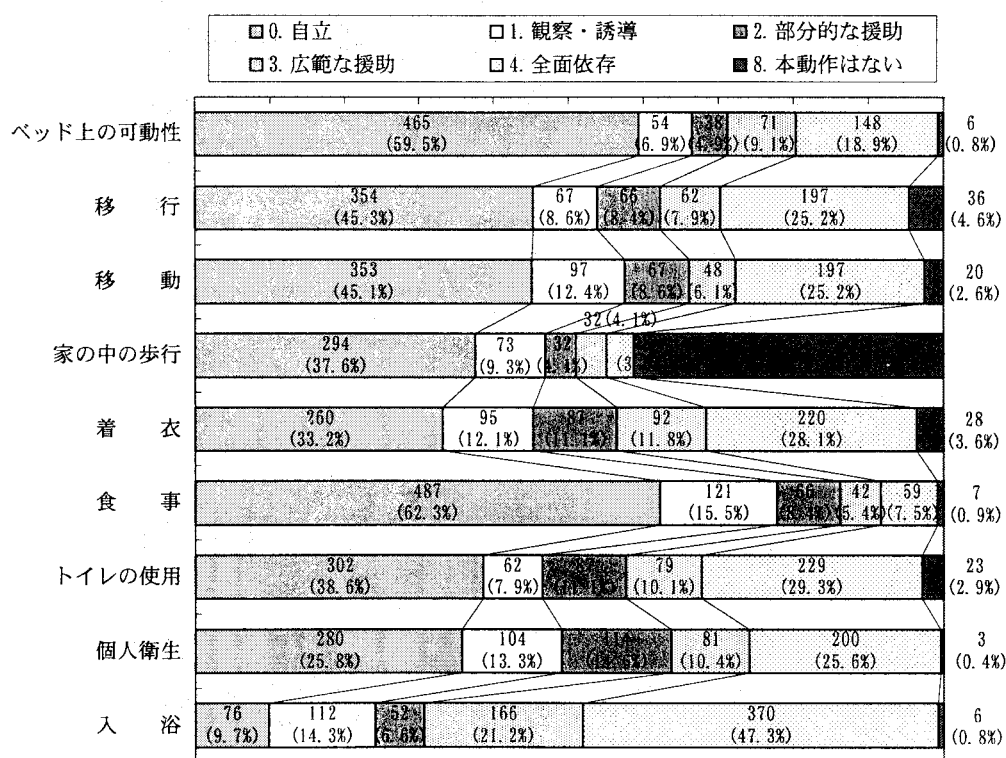


(2)ADL自立度

ア. 長期ケア施設

下記の9つのADL項目について自立度を5つの段階で見ると図Ⅱ-13のようになる(ただし、入浴は評価基準が若干異なる)。これらの中では、「食事」「ベッド上の可動性」における自立度が比較的高く、「自立」はそれぞれ487人(62.3%)、465人(59.5%)となっている。一方、「入浴」は自立度が最も低く、「全面的に援助」を受けているのが370人(47.3%)となっている。また、「ベッド上の可動性」「移行」「移動」「着衣」「トイレの使用」「個人衛生」の6つのADL項目では、「自立」が最も多いものの、次いで「全面依存」が多く、両極に寄る状況になっている。さらに、「家の中の歩行」は行っていない者が比較的多く、「8.本動作はない」が323人(41.3%)となっている。

図Ⅱ-13 ADL自立度(長期ケア施設全体)

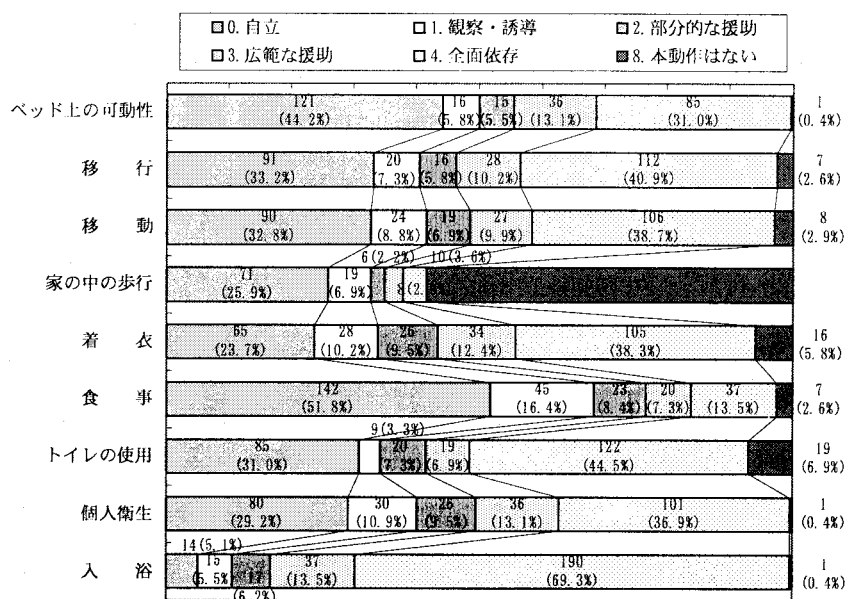


注) 「入浴」の評価は「2.移行時のみ援助」「3.部分的に援助」であり他と異なる。

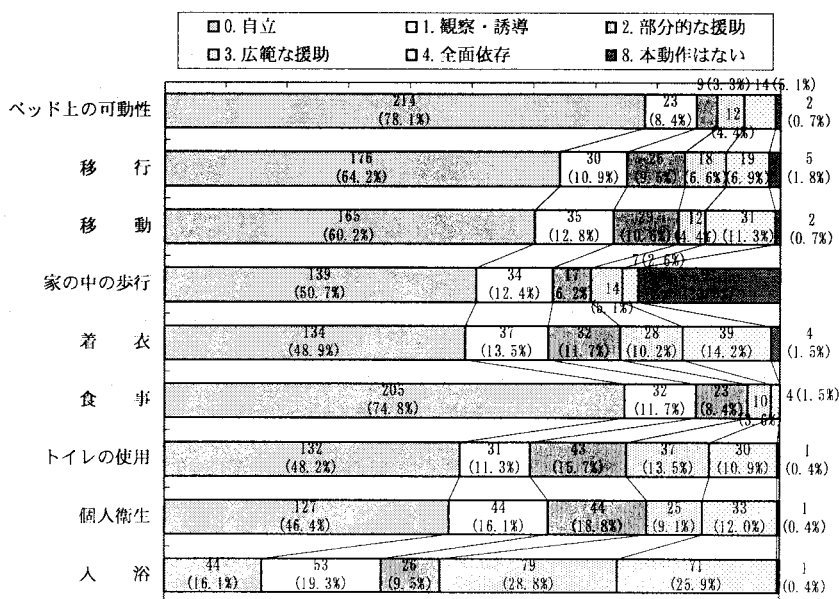
さらに、これらを施設種別にみると、いずれのADL項目とも老人病院の入院患者で「自立」の割合が最も低く、特別養護老人ホーム、老人保健施設の順に高くなっている。一方、「家（部屋）の中の歩行」以外では老人病院入院患者で「全面依存」の割合が最も高く、特別養護老人ホーム、老人保健施設の順に低くなっている（図Ⅱ-14）。

図Ⅱ-14 ADL自立度（施設種別）

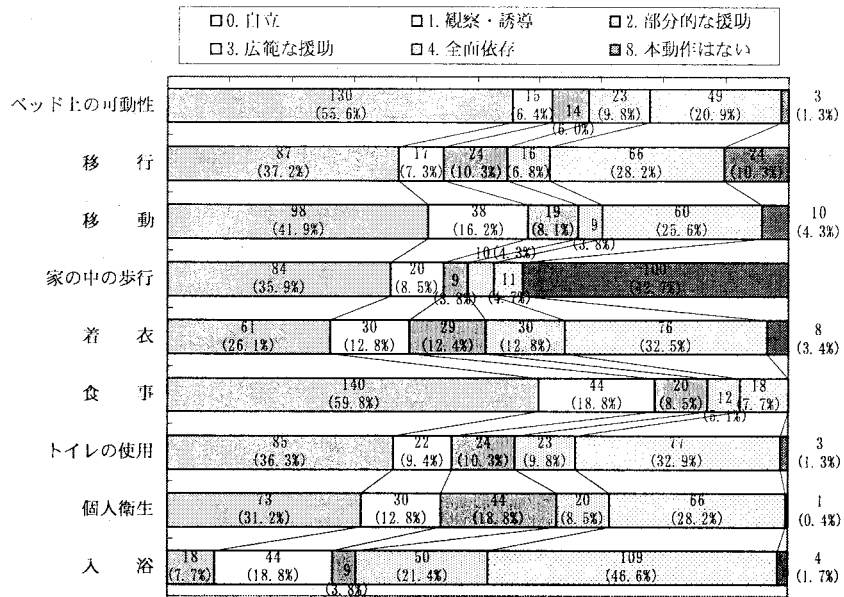
a. 老人病院



b. 老人保健施設



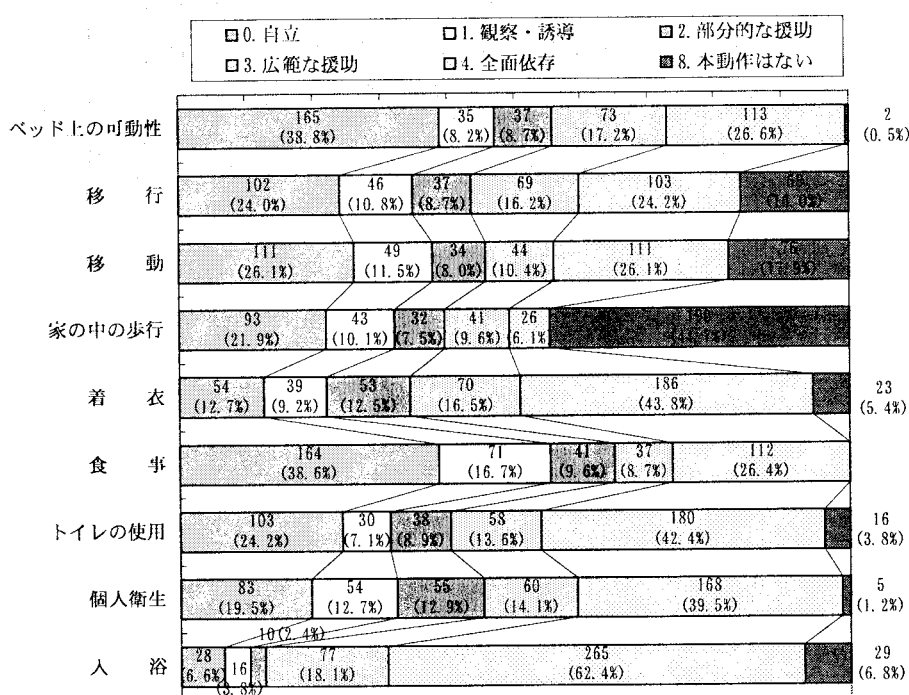
c. 特別養護老人ホーム



イ. 在宅ケア機関

在宅ケア機関からのサービス利用者について、下記の9つのADL項目の自立度をみると、図Ⅱ-15のようになっている。これらの中で自立度が比較的高いのは、「ベッド上の可動性」「食事」で、それぞれで「自立」しているのは165人(38.8%)、164人(38.6%)となっている。一方、自立度が比較的低いのは「入浴」「着衣」「トイレの使用」「個人衛生」でいずれも「全面依存」が「自立」を上回っており、それぞれ265人(62.4%)、186人(43.8%)、168人(39.5%)となっている。

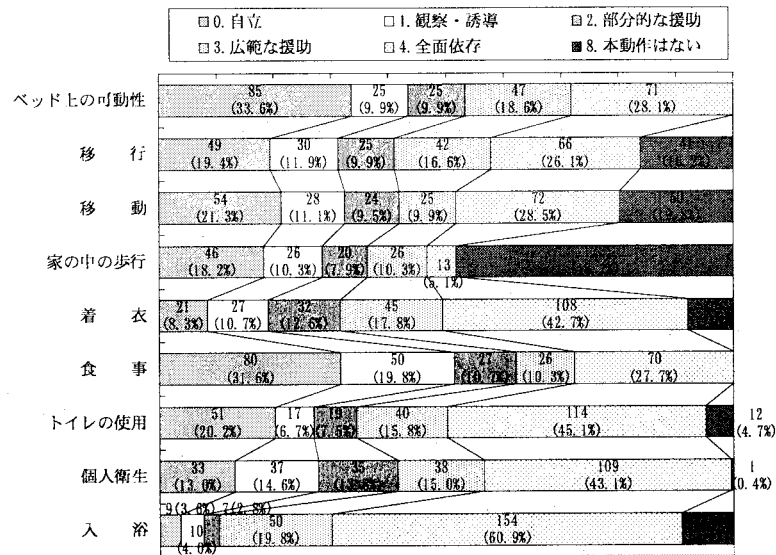
図Ⅱ-15 ADL自立度(在宅ケア機関全体)



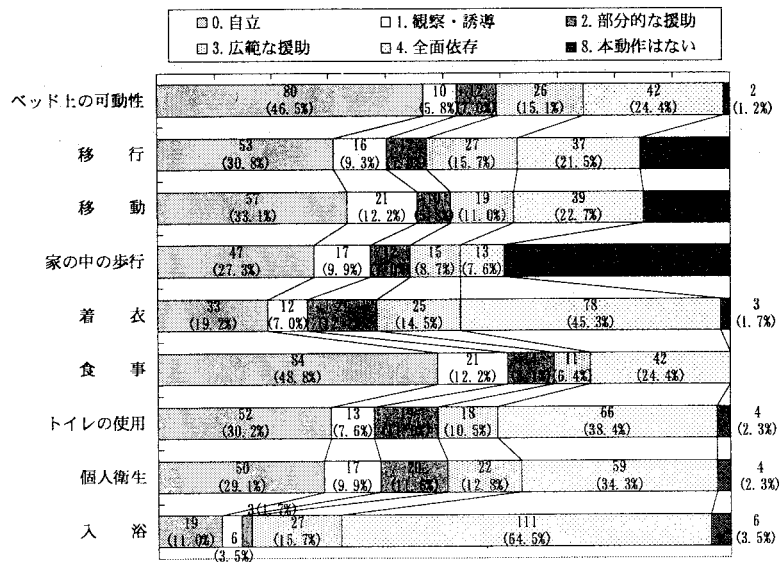
これを機関種別に見ると、全ての ADL 項目でホームヘルプサービス提供機関からのサービス利用者の「0. 自立」の割合が高くなっている（図Ⅱ-16）。

図Ⅱ-16 ADL自立度（機関種別）

a. 訪問看護ステーション



b. ホームヘルプサービス提供機関



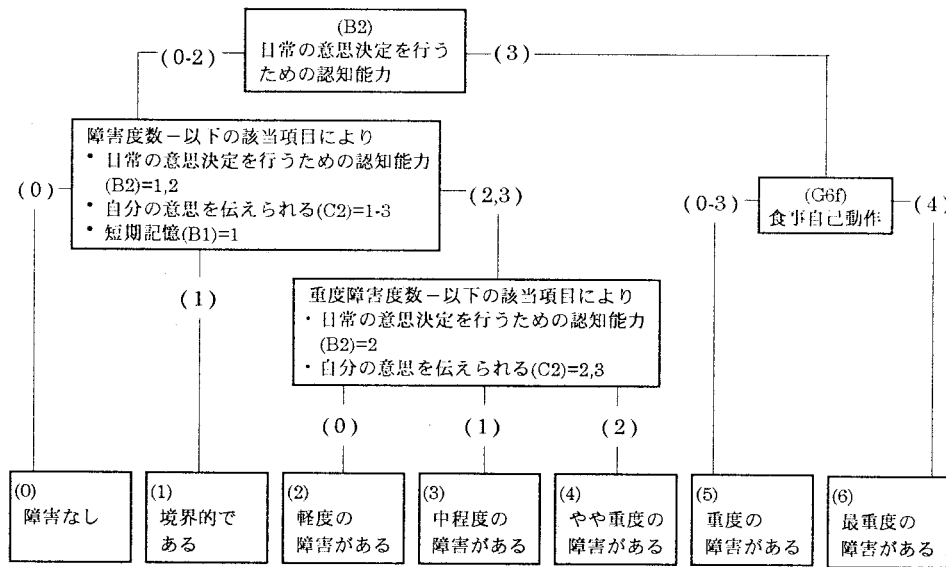
3. 痴呆・認知障害

(1) CPS (Cognitive Performance Scale、認知活動評価尺度)

MDS-HC の項目を用いて、認知障害の程度を図る尺度として CPS が既に関発されており、ここでは CPS によって本調査研究の対象者の痴呆・認知障害の程度を把握する。

CPS は図Ⅱ-17 に示すように求められ、「(0) 障害なし」から「(6) 最重度の障害がある」まで、7段階に分類することができる。

図Ⅱ-17 CPS 認知活動評価尺度



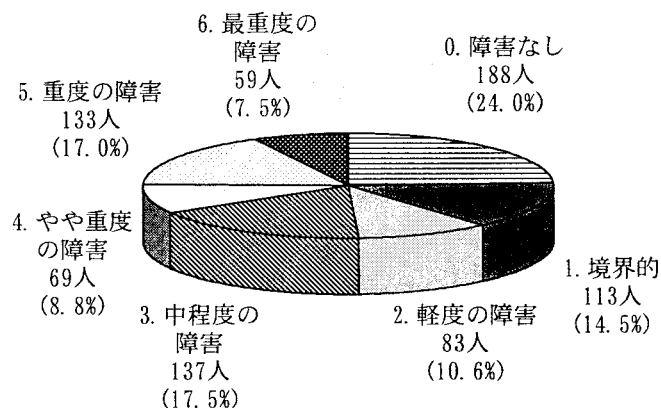
(2)対象者のCPS

ア. 長期ケア施設

長期ケア施設に入院中の患者・入所者のCPSをみると、「(0) 障害なし」が188人(24.0%)、「(1) 境界的である」が113人(14.5%)であり、残る約6割が軽度以上に障害がみられ、「(3) 中程度以上の障害」が137人(17.5%)、「(5) 重度の障害」が133人(7.0%)と比較的多くなっている(図Ⅱ-18)。

また、これを施設種別にみると、老人病院では「(6) 最重度の障害がある」が40人(14.6%)と相対的に高く、老人保健施設では「(5) 中程度の障害がある」が55人(20.1%)、「(2) 軽度の障害がある」が41人(15.0%)、特別養護老人ホームでは「(5) 重度の障害がある」が50人(21.4%)と相対的に高くなっている(表Ⅱ-7)。

図Ⅱ-18 CPS (長期ケア施設全体)



表Ⅱ-7 CPS (施設種別)

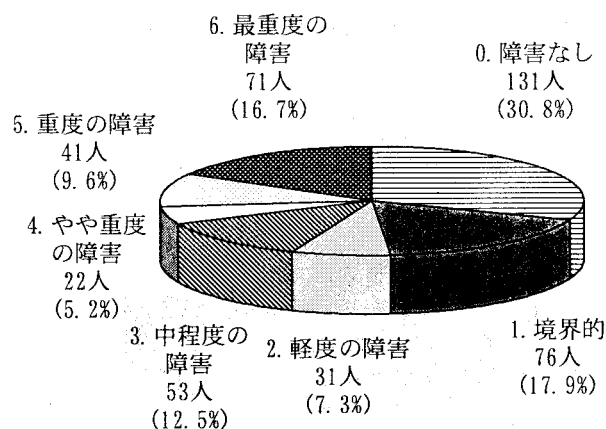
	上段：人、下段：%							合計
	0	1	2	3	4	5	6	
病院	62 22.6%	37 13.5%	23 8.4%	37 13.5%	29 10.6%	46 16.8%	40 14.6%	274 100.0%
老健	74 27.0%	43 15.7%	41 15.0%	55 20.1%	20 7.3%	37 13.5%	4 1.5%	274 100.0%
特養	52 22.2%	33 14.1%	19 8.1%	45 19.2%	20 8.5%	50 21.4%	15 6.4%	234 100.0%
合計	188 24.0%	113 14.5%	83 10.6%	137 17.5%	69 8.8%	133 17.0%	59 7.5%	782 100.0%

イ. 在宅ケア機関

在宅ケア機関の利用者のCPSをみると、「(0) 障害なし」が131人(30.8%)、「(1) 境界的である」が76人(17.9%)で合わせて約半数となっている(図Ⅱ-19)。一方、「(6) 最重度の障害がある」も71人(16.7%)と比較的高くなっている。

また、これを機関種類別にみると、訪問看護ステーション利用者は「(3) 中程度の障害がある」が38人(15.0%)、ホームヘルプサービス提供機関利用者は「(0) 障害なし」が62人(36.0%)と相対的に高くなっている(表Ⅱ-8)。

図Ⅱ-19 CPS (在宅ケア機関全体)



表Ⅱ-8 CPS (機関種類別)

	上段:人、F段:%							合計
	0	1	2	3	4	5	6	
訪問看護ステーション	69 27.3%	46 18.2%	23 9.1%	38 15.0%	10 4.0%	26 10.3%	41 16.2%	253 100.0%
ホームヘルプサービス提供機関	62 36.0%	30 17.4%	8 4.7%	15 8.7%	12 7.0%	15 8.7%	30 17.4%	172 100.0%
合計	131 30.8%	76 17.9%	31 7.3%	53 12.5%	22 5.2%	41 9.6%	71 16.7%	425 100.0%

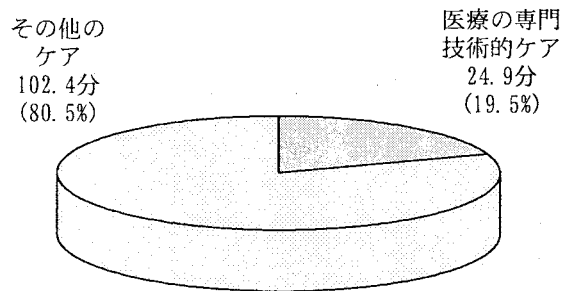
4. 受けているケア時間

(1) 長期ケア施設

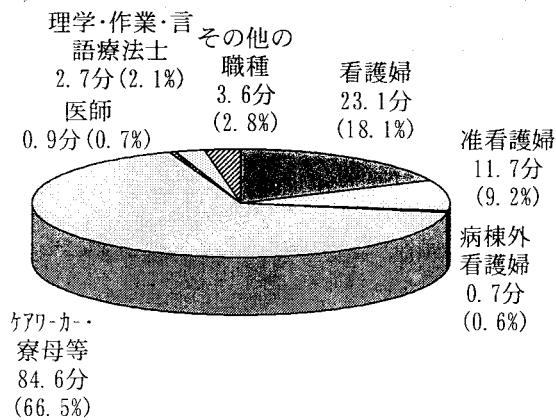
ア. 全体

長期ケア施設で調査対象となった患者・入所者（782人）が受けている1日平均のケア時間は127.3分で、そのうち医療の専門技術的ケアの時間は24.9分（19.5%）、ADLの介助等その他のケア時間は102.4分（80.5%）となっている（図Ⅱ-20）。また、職種別にケア時間の内訳をみると、ケアワーカー・寮母等が84.6分（66.5%）と最も多く、看護婦23.1分（18.1%）、准看護婦11.7分（9.2%）となっている（図Ⅱ-21）。さらに、看護婦、准看護婦、病棟外看護婦を含む看護職の合計35.5分のケア時間のうち医療の専門技術的ケアの時間は21.3分（59.9%）となっている（図Ⅱ-22）。

図Ⅱ-20 患者・入所者1人1日平均ケア時間（N=782人）
平均 127.3分

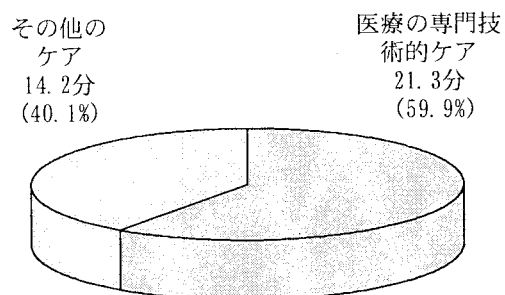


図Ⅱ-21 職種別ケア時間の内訳（N=782人）
平均 127.3分



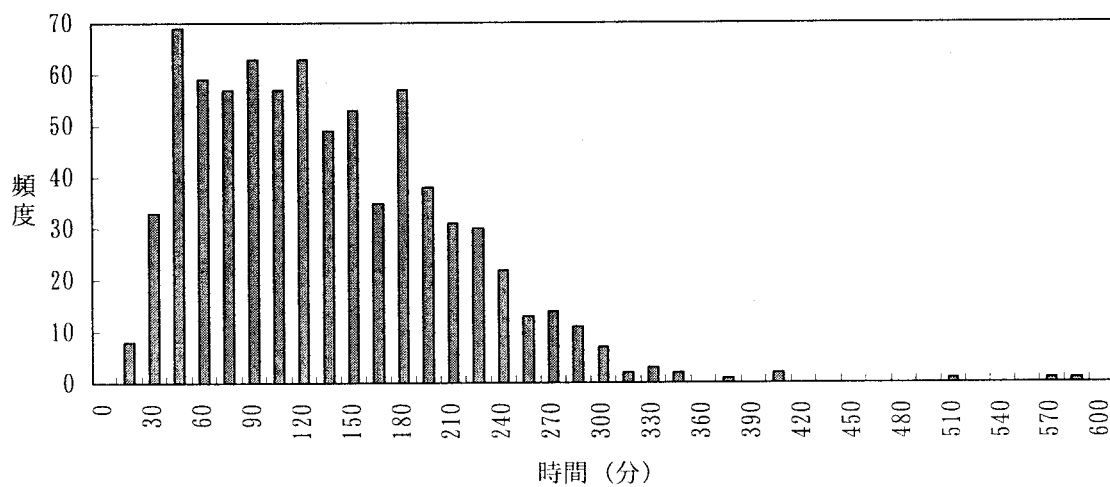
図Ⅱ-22 看護職のケア時間の内訳 (N=782人)

平均 35.5分



次に、ケア時間の分布をみると、図Ⅱ-23のようになっており、45分～60分から、120分～135分の間にケア時間が集中している。

図Ⅱ-23 1日平均ケア時間の分布状況 (N=782人)

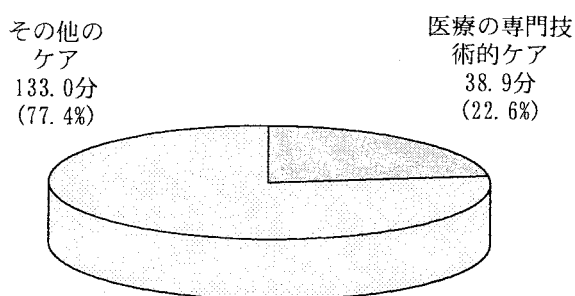


イ. 施設種別

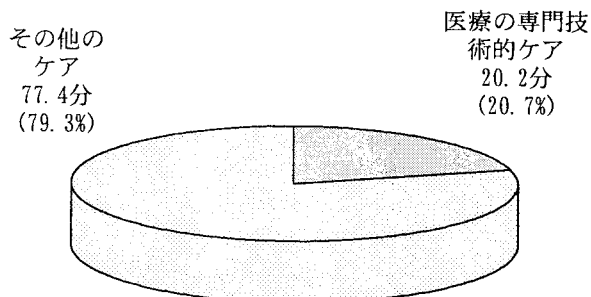
これらを施設種別にみると、1日平均のケア時間は老人病院では171.9分、老人保健施設では97.6分、特別養護老人ホームでは109.9分となっており、そのうち医療の専門技術的ケアの時間は、順に38.9分(22.6%)、20.2分(20.7%)、13.8分(12.6%)となっている(図Ⅱ-24)。

図Ⅱ-24 患者・入所者1人1日平均ケア時間(施設種別)

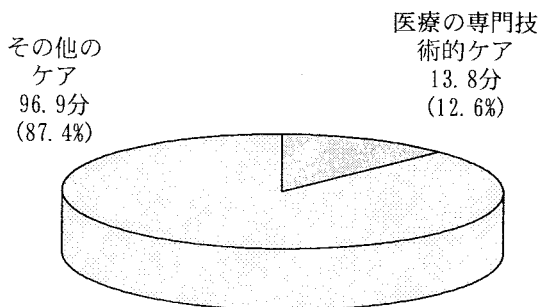
a. 老人病院 平均 171.9分 (N=274人)



b. 老人保健施設 平均 97.6分 (N=274人)



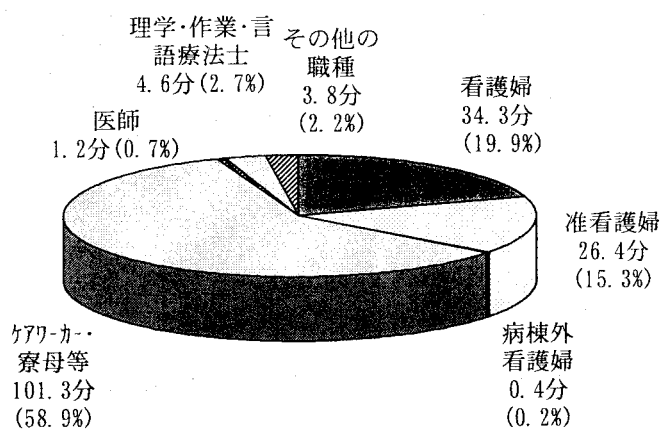
c. 特別養護老人ホーム 平均 109.9分 (N=234人)



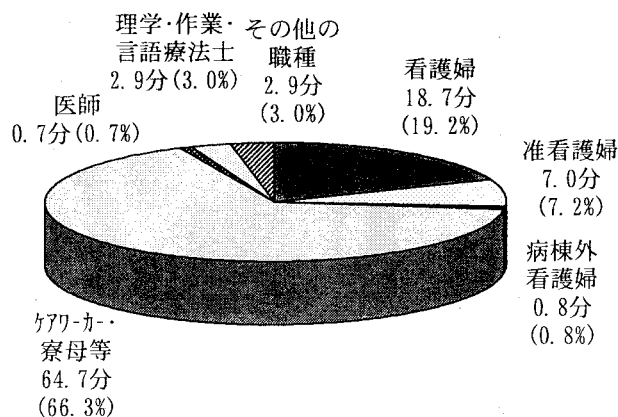
また、施設種別に職種別のケア時間の内訳をみると、いずれもケアワーカー・寮母等が最も多く、次いで看護婦、准看護婦となっており、老人病院ではそれぞれ 101.3 分 (58.9%)、34.3 分 (19.9%)、26.4 分 (15.3%)、老人保健施設では 64.7 分 (66.3%)、18.7 分 (19.2%)、7.0 分 (7.2%)、そして特別養護老人ホームでは、88.5 分 (80.5%)、15.1 分 (13.8%) となっている (図Ⅱ-25)。なお、特別養護老人ホームでは准看護婦が少なく、平均では 0.0 分以下になるため、表示されていない。

図Ⅱ-25 職種別ケア時間の内訳 (施設種別)

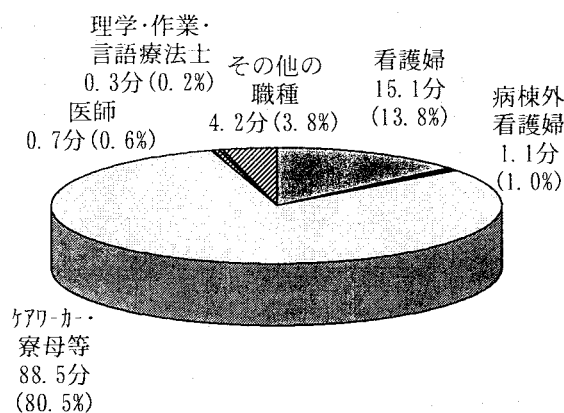
a. 老人病院 平均 171.9 分 (N=274 人)



b. 老人保健施設 平均 97.6 分 (N=274 人)



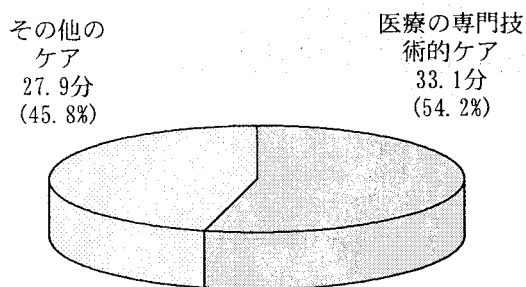
c. 特別養護老人ホーム 平均 109.9分 (N=234人)



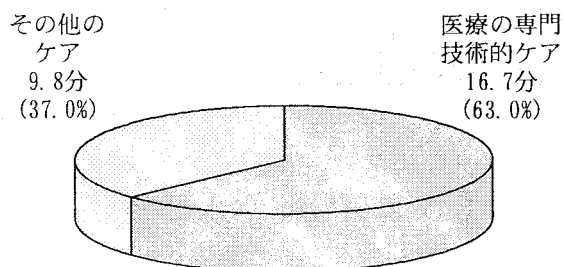
さらに、看護婦、准看護婦、病棟外看護婦を含む看護婦のケア時間のうち医療の専門技術的ケアにかかる時間は、老人病院 33.1分 (54.2%)、老人保健施設 16.7分 (63.0%)、特別養護老人ホーム 12.9分 (79.4%) となっている (図Ⅱ-26)。

図Ⅱ-26 看護職のケア時間の内訳 (施設種別)

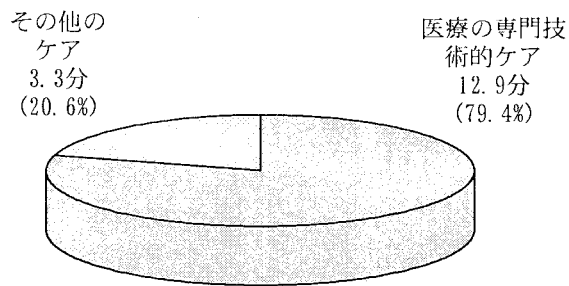
a. 老人病院 平均 61.0分 (N=274人)



b. 老人保健施設 平均 26.5分 (N=274人)



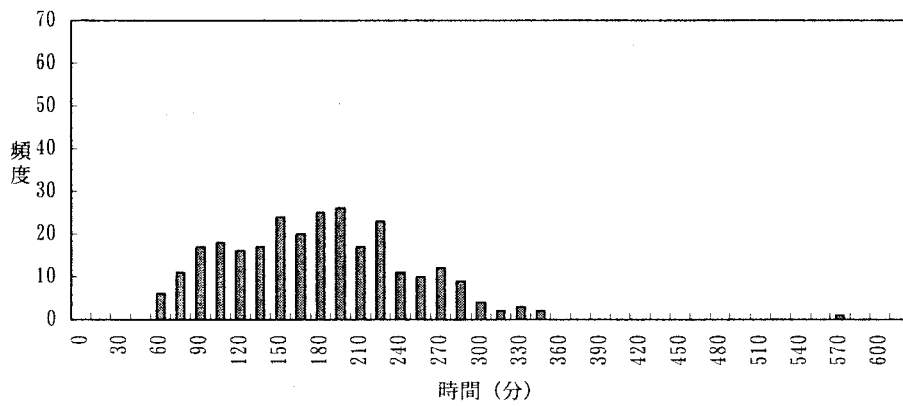
c. 特別養護老人ホーム 平均 16.2分 (N=234人)



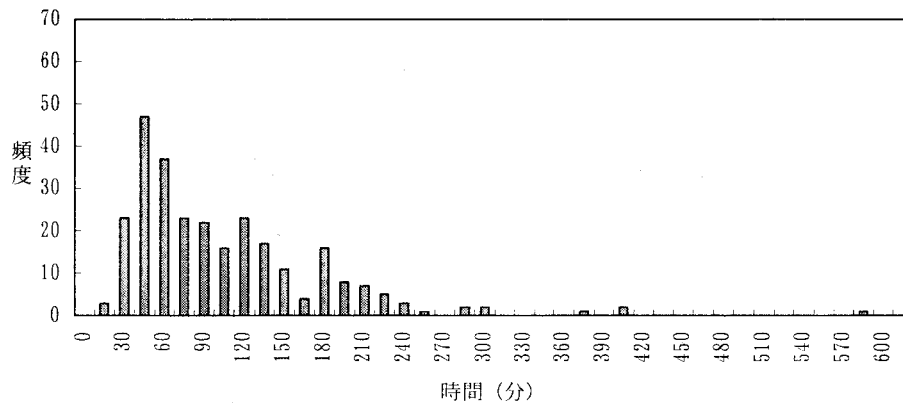
施設種別にケア時間の分布をみると、図Ⅱ-27のようになっている。

図Ⅱ-27 1日平均ケア時間の分布状況 (施設種別)

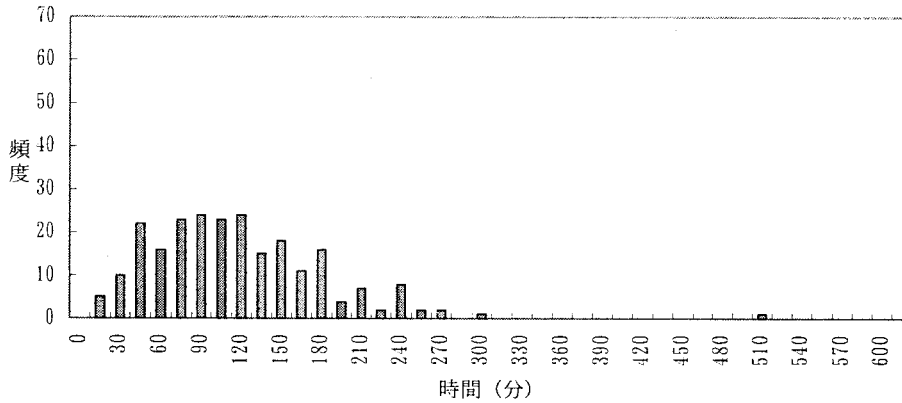
a. 老人病院



b. 老人保健施設



c. 特別養護老人ホーム



(2) 在宅ケア機関

ア. 訪問看護のみの利用者

調査対象者の中で訪問看護のみを利用している203人についてケア時間をみると、訪問看護を利用している日のケア時間は1日平均385.5分で、訪問看護婦のケア時間は21.2分(5.5%)、家族等によるケア時間は364.3分(94.5%)となっている。訪問看護婦のケアでは医療の専門技術的ケアが10.1分でケア時間の概ね半分となっている。

また、訪問看護を利用していない日の家族のケア時間は1日平均435.8分となっている。家族のケア時間ではともにADL支援が多く、ケア時間の約半分近くが費やされている。

表Ⅱ-9 訪問看護のみの利用者が受けている平均ケア時間

N=203人				
日区分	ケア提供者	ケア区分	時間(分)	割合(%)
サービス 利用日	訪問看護婦	医療の専門 技術的ケア	10.1	2.6%
		ADL支援	8.4	2.2%
		IADL支援	2.7	0.7%
		小計	21.2	5.5%
	家族等	IADL支援	97.7	25.3%
		ADL支援	176.5	45.8%
		その他	90.1	23.4%
		小計	364.3	94.5%
合計			385.5	100.0%
サービス 利用日以外	家族等	IADL支援	120.1	27.6%
		ADL支援	209.0	48.0%
		その他	106.7	24.5%
	合計			435.8

イ. ホームヘルプサービスのみの利用者

ホームヘルプサービスののみを利用している172人について、ケア時間をみると、ホームヘルプサービスを利用している日のケア時間は1日平均308.6分でホームヘルパーの時間は38.8分(12.6%)、家族等によるケア時間は269.8分(87.4%)となっている(表Ⅱ-10)。また、ホームヘルプサービスを利用していない日の家族等のケア時間は307.1分でサービス利用日のケアの合計時間とほぼ同じである。さらにサービス利用日のケア区分毎のホームヘルパーと家族の時間の合計とサービス利用日以外のケア区分毎の時間もほぼ同じになっており、ホームヘルパーが家族の代替的サービスを提供しているといえる。

表Ⅱ-10 ホームヘルプサービスのみの利用者が受けている平均ケア時間

N=172人

日区分	ケア提供者	ケア区分	時間(分)	割合(%)
サービス 利用日	ホームヘルパー	IADL支援	15	4.9%
		ADL支援	16.5	5.3%
		その他	7.3	2.4%
		小計	38.8	12.6%
	家族等	IADL支援	91.6	29.7%
		ADL支援	132.9	43.1%
		その他	45.3	14.7%
		小計	269.8	87.4%
合計			308.6	100.0%
サービス 利用日以外	家族等	IADL支援	105.5	34.4%
		ADL支援	148.8	48.5%
		その他	52.8	17.2%
	合計			307.1

ウ. 訪問看護ステーション利用者

訪問看護ステーションが調査の対象とした利用者 253 人については、OT、PT やホームヘルプサービスを合わせて利用している者もあり、訪問サービスを利用している日の訪問看護婦は 22.3 分、OT・PT は 4.7 分、ホームヘルパーは 15.4 分、家族等は 340.7 分となっている（表Ⅱ-11）。また、訪問看護等を利用していない日の家族の時間は 406.8 分で、ADL 支援が 195.2 分（48.0%）となっている。

表Ⅱ-11 訪問看護ステーション対象者が受けている平均ケア時間

N=253 人				
日区分	ケア提供者	ケア区分	時間 (分)	割合 (%)
サービス 利用日	訪問看護婦	医療の専門 技術的ケア	10.5	(47.1%)
		ADL支援	8.9	(39.9%)
		IADL支援	2.9	(13.0%)
		小計	22.3	(100.0%)
	OT・PT	リハビリ	4.7	-
	ホームヘルパー	IADL支援	7.2	(46.8%)
		ADL支援	5.5	(35.7%)
		その他	2.7	(17.5%)
		小計	15.4	(100.0%)
	家族等	IADL支援	92.5	(27.1%)
		ADL支援	163.9	(48.1%)
		その他	84.3	(24.7%)
		小計	340.7	(100.0%)
サービス 利用日以外	家族等	IADL支援	113.9	28.0%
		ADL支援	195.2	48.0%
		その他	97.7	24.0%
	合計	406.8	100.0%	

エ. ホームヘルプサービス利用者

ホームヘルプサービス提供機関が調査対象とした利用者172人については、訪問看護を合わせて利用している者もいたが、ごくわずかであり、平均ケア時間は0.0分以下であったため、ここでは割愛されている。ホームヘルプサービス利用日の平均ケア時間は309.8分でホームヘルパーが38.9分(12.6%)、家族等が270.9分(87.4%)となっている。(表Ⅱ-12)。ケアの内容については、ホームヘルプサービスのみの利用者の場合とほぼ同様である。

表Ⅱ-12 ホームヘルプサービス対象者が受けている平均ケア時間

N=172人

日区分	ケア提供者	ケア区分	時間(分)	割合(%)
サービス 利用日	ホームヘルパー	IADL支援	14.8	4.8%
		ADL支援	16.7	5.4%
		その他	7.3	2.4%
		小計	38.9	12.6%
	家族等	IADL支援	92.7	29.9%
		ADL支援	133.8	43.2%
		その他	44.4	14.3%
		小計	270.9	87.4%
合計			309.8	100.0%
サービス 利用日以外	家族等	IADL支援	106.7	34.7%
		ADL支援	149.5	48.6%
		その他	51.4	16.7%
	合計			307.6

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。

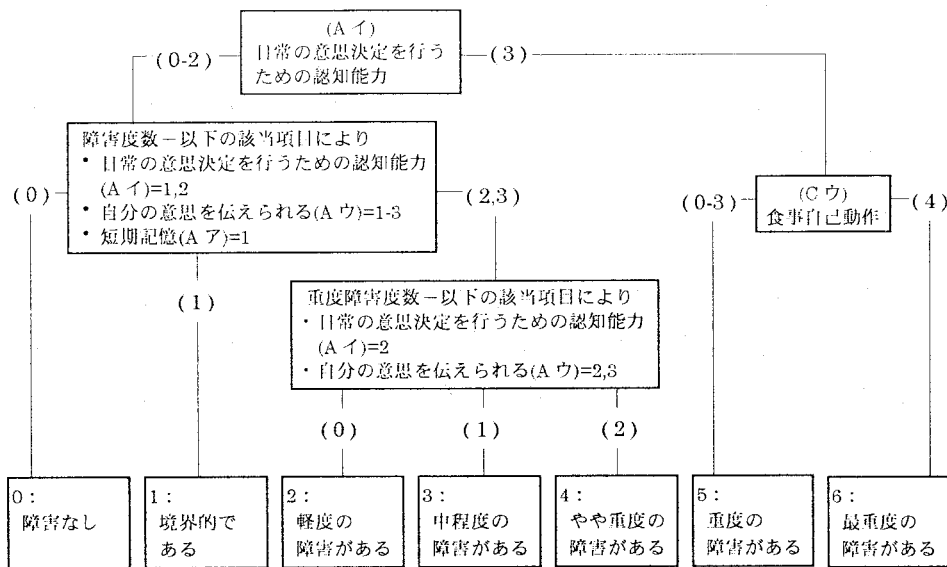
重みづけケア時間を目的変数として、樹形モデルに従って分析した結果、要介護度総合分類における ADL 分岐点としては、4～7 点と 8～15 点とするところが最適であることが明らかになった。

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

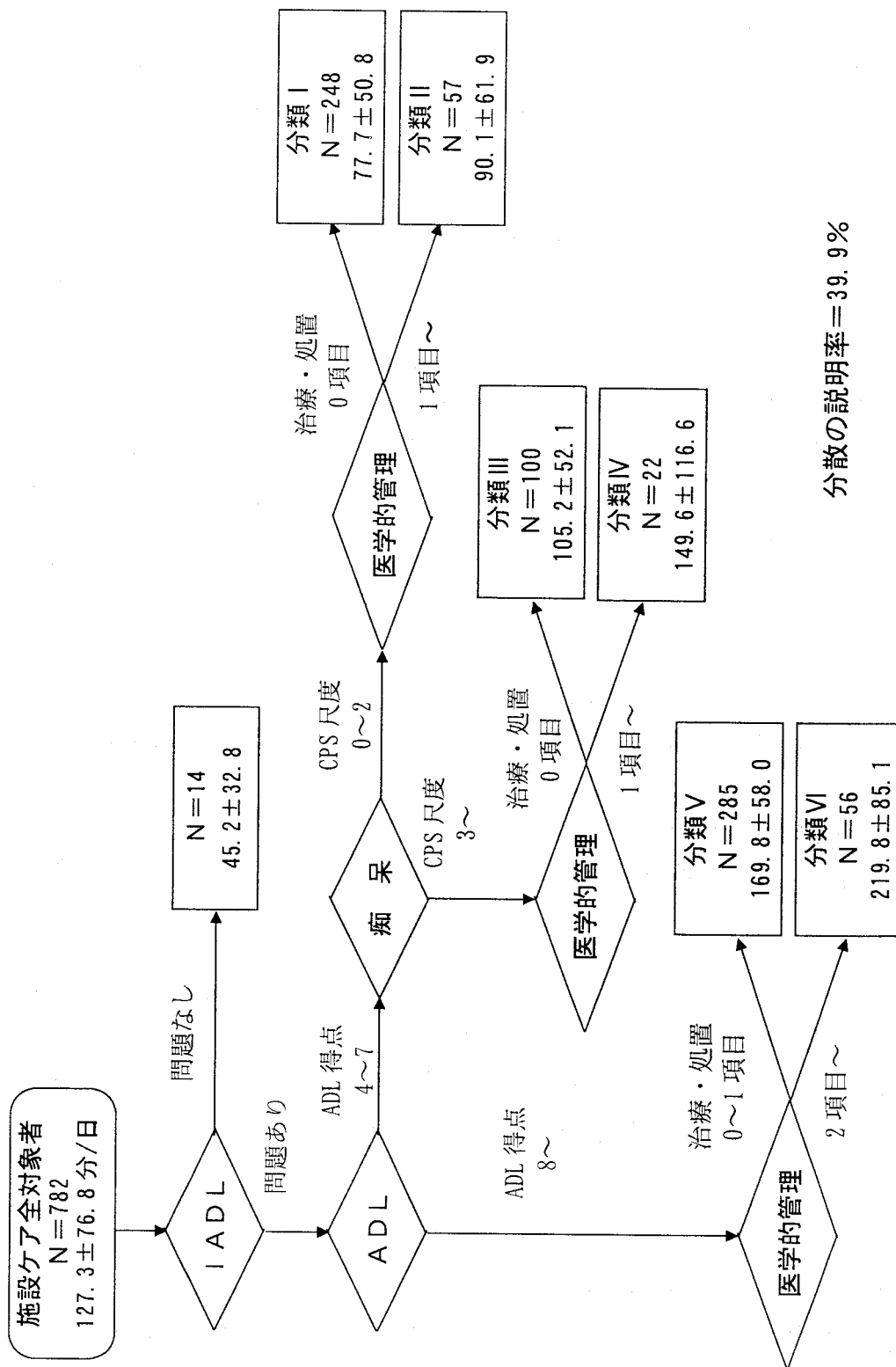
オ. 要介護度総合分類（第1次案）アセスメント項目

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ヵ月の利用回数に乗じて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

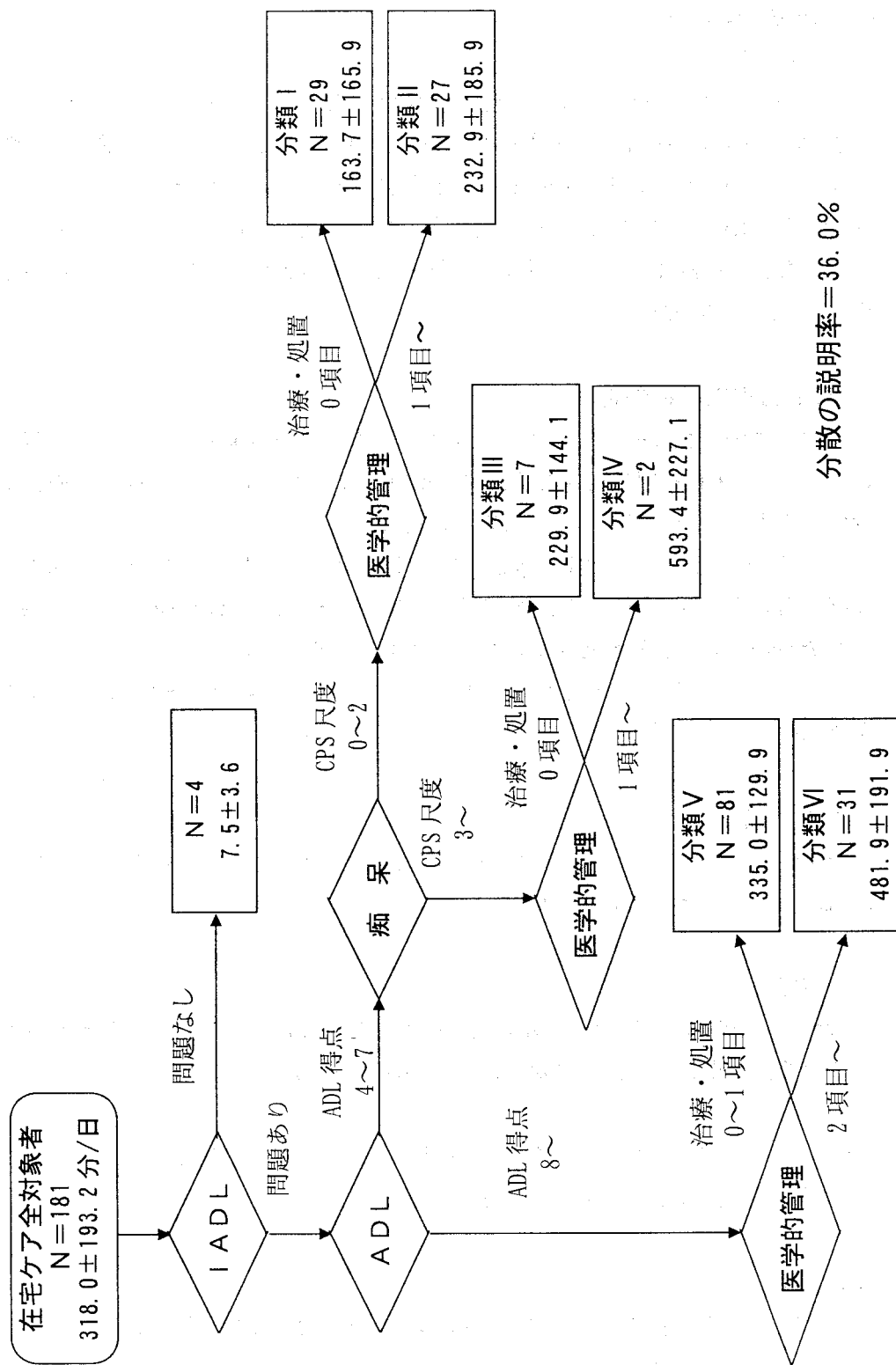
家族のケア時間は、看護婦あるいはヘルパーによるサービスを利用した日としない日にそれぞれ1日ずつ測定している。これらを1ヵ月間の利用回数および非利用回数でそれぞれ乗じた上で和を求めさらに30で除することで、1日当たりのケア時間を得た。なお、訪問看護とヘルパーのサービスを両方受けている利用者もいたが、同じ日に両サービスを受けている場合もあることから、両方のサービスを受けている場合には、多い方の回数を1ヵ月間のサービス利用回数とした。なお、ADL支援およびIADL支援のいずれにも属さないその他のケア時間は算入していない。

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）



分散の説明率=36.0%

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項目を組み合わせて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、許容できる範囲内に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 分)	—

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	25	17	7	0	1	73
		-	31.5%	34.2%	23.3%	9.6%	0.0%	1.4%	100.0%
	分類Ⅱ	3	-	6	7	2	1	0	19
		15.8%	-	31.6%	36.8%	10.5%	5.3%	0.0%	100.0%
	分類Ⅲ	0	0	-	12	14	1	1	28
		0.0%	0.0%	-	42.9%	50.0%	3.6%	3.6%	100.0%
	分類Ⅳ	0	0	2	-	5	0	0	7
	0.0%	0.0%	28.6%	-	71.4%	0.0%	0.0%	100.0%	
分類Ⅴ	1	3	4	1	-	48	1	58	
	1.7%	5.2%	6.9%	1.7%	-	82.8%	1.7%	100.0%	
分類Ⅵ	0	1	0	1	2	-	0	4	
	0.0%	25.0%	0.0%	25.0%	50.0%	-	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	6	28	37	38	31	50	3	193	
	3.1%	14.5%	19.2%	19.7%	16.1%	25.9%	1.6%	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パーセンタ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パーセンタ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パーセンタイル以下に位置していた。

表Ⅲ-18 分類別パーセンタイル分布

単位：人、()内%

	25 th -センタイル以下	25~75 th -センタイル	75 th -センタイル以上	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ふ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すると思われるので
 - ・ 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。

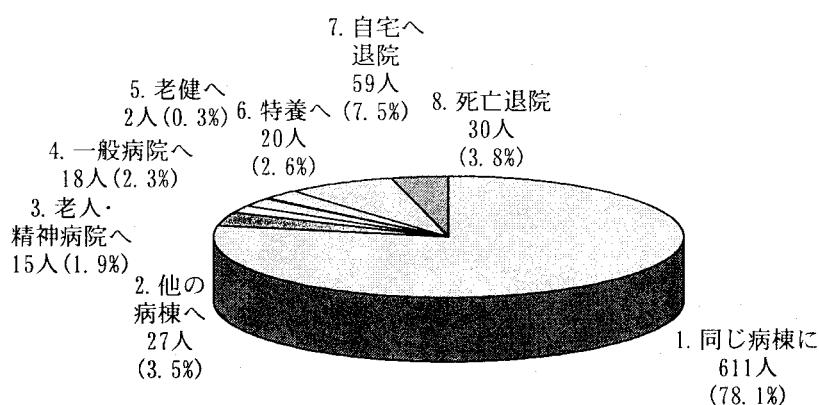
(6) 対象者の状態変化

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)



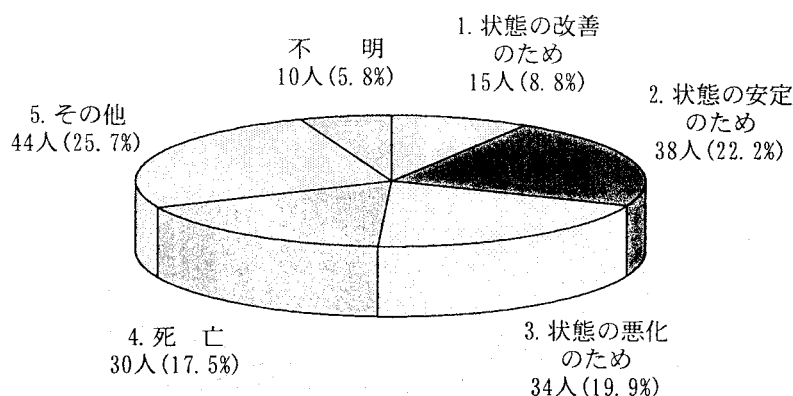
また、それを施設種別にみると、老人保健施設（274人）で「1. 現在も同じ病棟（ユニット）に入院（入所）」は189人（69.0%）と相対的に少なく、「7. 自宅へ退院」が41人（15.0%）と相対的に多くなっており、特別養護老人ホーム（234人）で「1. 現在も同じ病棟（ユニット）に入院（入所）」が210人（89.7%）と相対的に多くなっている（表Ⅲ-20）。

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%

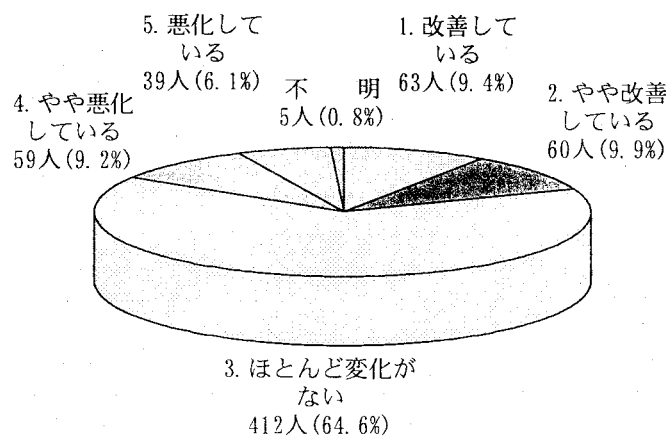
病棟（ユニット）や施設が移動した対象者 171 人について、その理由を聞いたところ、「5. その他」を除き、「2. 状態の安定（固定）のため」が 38 人（22.2%）と最も多かったが、「1. 状態の改善のため」と「2. 状態の安定（固定）のため」を合わせると 53 人（31.0%）で、「3. 状態の悪化のため」と「4. 死亡」を合わせた 64 人（37.4%）よりも下回っている（図Ⅲ-4）。

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)

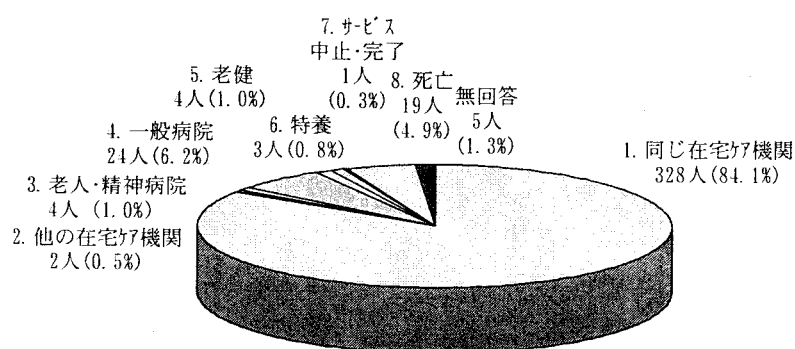


イ. 在宅ケア機関

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)



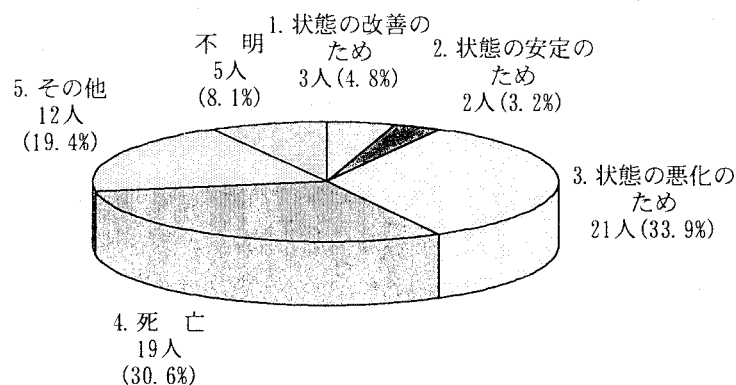
また、それらを機関種別にみると、訪問看護ステーション利用者で「1. 現在も同じ在宅ケア機関からサービスを受けている」は192人(81.0%)、ホームヘルプサービス提供機関では136人(88.9%)となっている(表Ⅲ-21)。さらに、訪問看護ステーション利用者に「4. 一般病院に入院」が20人(8.4%)、「8. 死亡」が14人(5.9%)と相対的に高くなっている。

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%

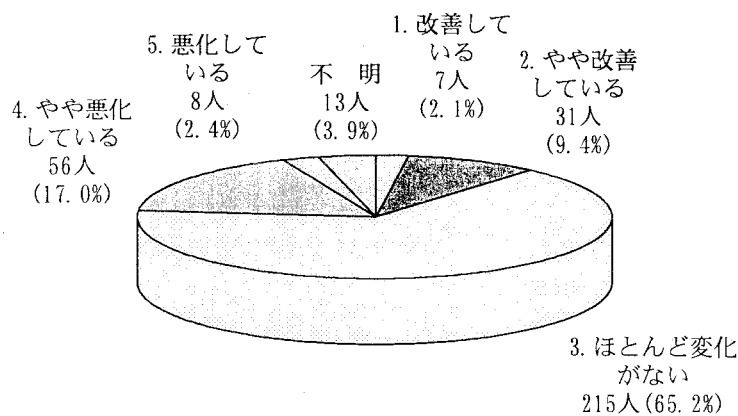
次に、他機関からのサービスに変更した、あるいは中止した等の62人について、その理由を聞いたところ、「3. 状態の悪化のため」が21人(33.9%)、「4. 死亡」が19人(30.6%)で、「1. 状態の改善のため」や「2. 状態の安定(固定)のため」を上回っている(図Ⅲ-7)。

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

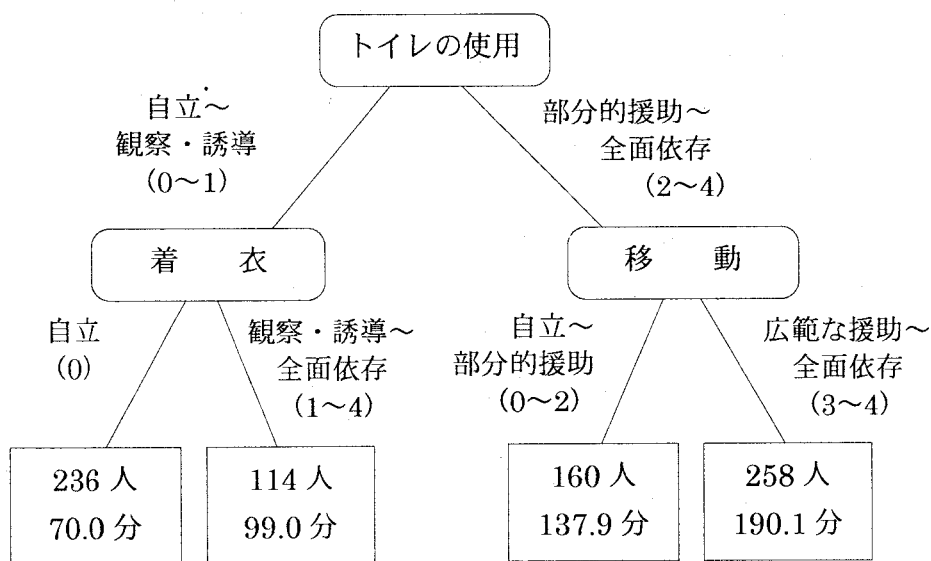
ADL 得点の計算方法については、以下の方法で開発した。

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のとおりに決定した。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

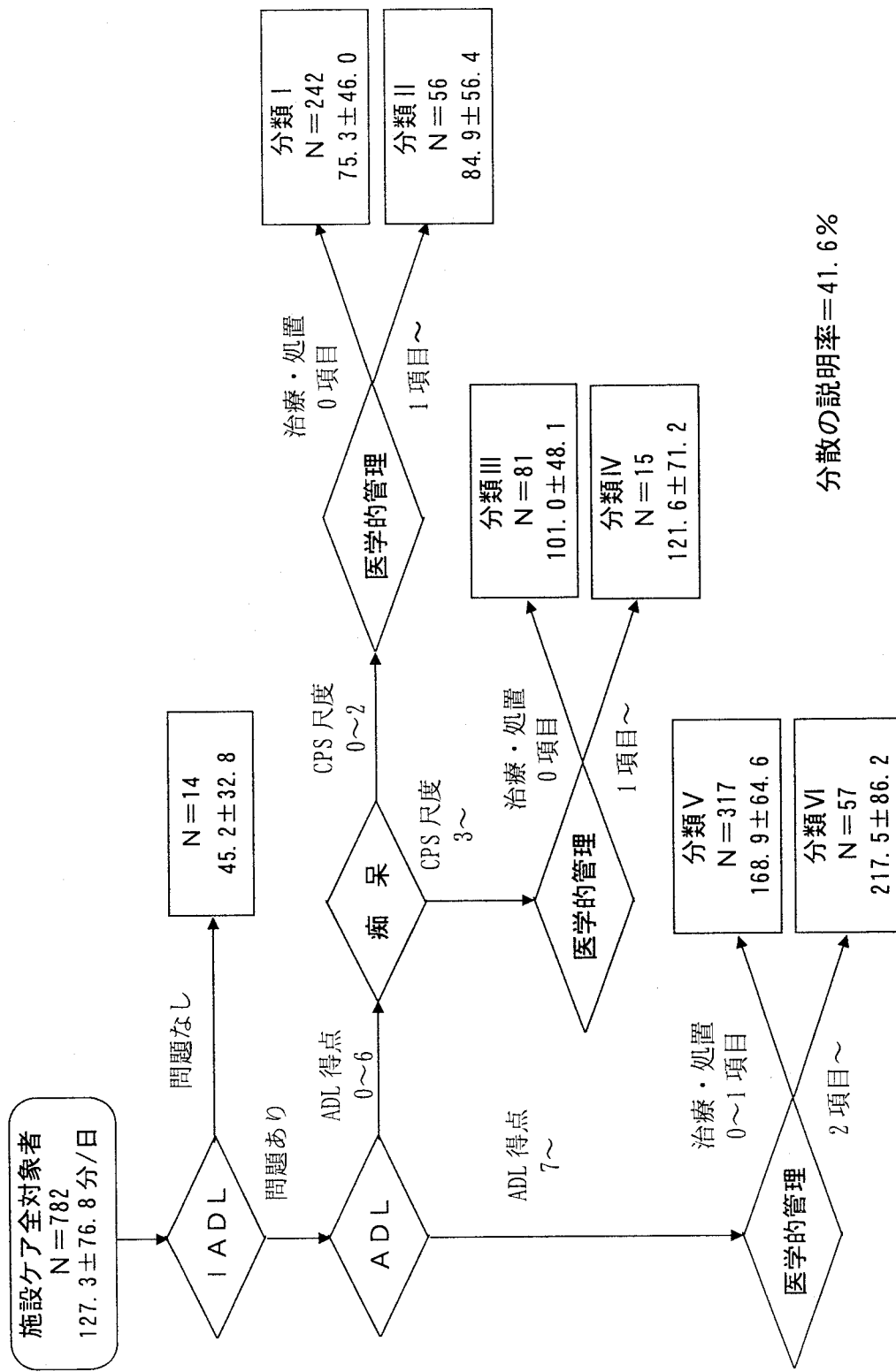
次に、総合分類の分類Ⅰ～Ⅳと分類Ⅴ～Ⅵを分けるADLの水準の指標を、第1次案で用いたADL得点から、新たに開発したADL得点に置き換えた場合の、最適な分岐方法を検討した。まず、新ADL得点による分岐は6点以下と7点以上に行うことが統計的に最適であることが明らかになった。次に、この分岐方法を適用した場合に、それより下の階層のCPS尺度、医学的治療・処置の種類数による分岐について、統計的に最適な分岐点を検討した。その結果、これらの分岐点については、第1次案と同じであることが確認された。

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。

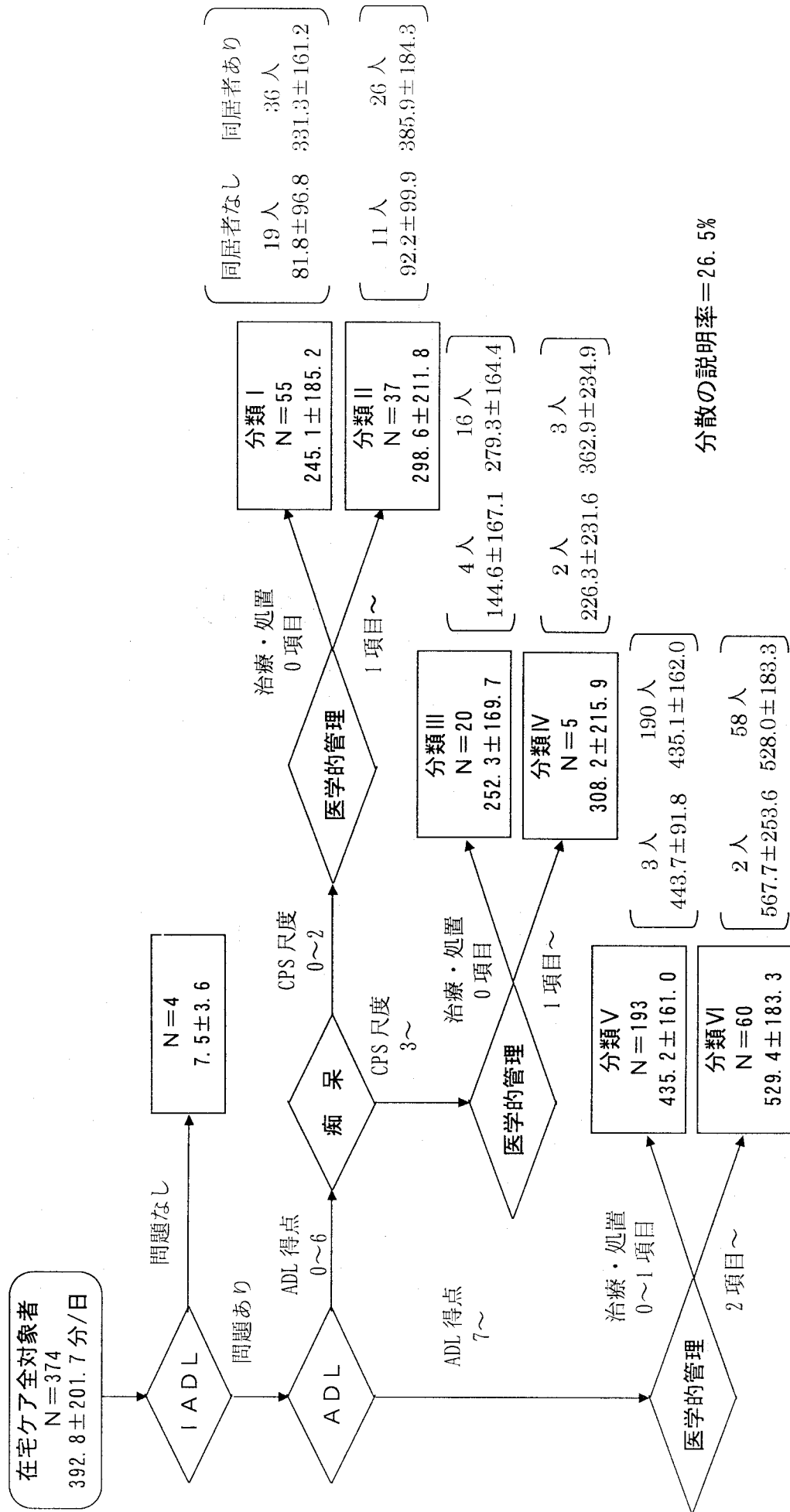
表IV-2 要介護度総合分類（第2次案）

	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

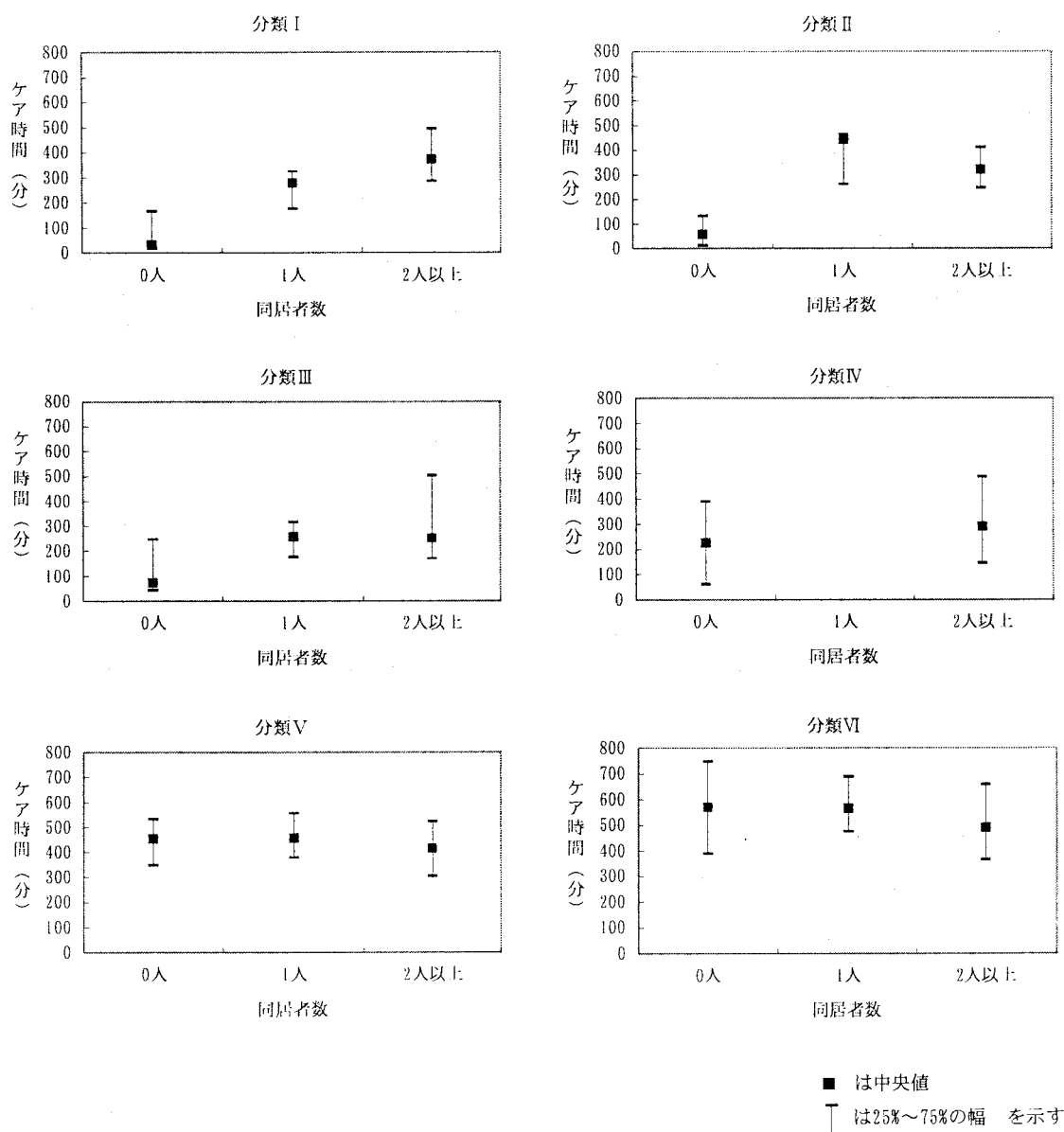
次に、在宅調査のデータにおいては、要介護度総合分類(第2次案)の説明率は26.5%であった。中間報告において説明率は36.0%で低下がみられた。これは、在宅調査はその時点では回収中であったため、集計できたデータのみでとりあえず分析したものである。本最終報告書では、分析対象は中間報告の18機関(計181人)から51機関(計374人)に増加したが、中間報告までの18機関とその後回収されたデータの機関の間では、地域や機関などの特性にも相違があり、サービスの提供の方法などにも機関間でばらつきが大きいと思われる。こうした機関による種々のばらつきの影響が、中間報告の説明率との相違の背景にあると考えられる。

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。

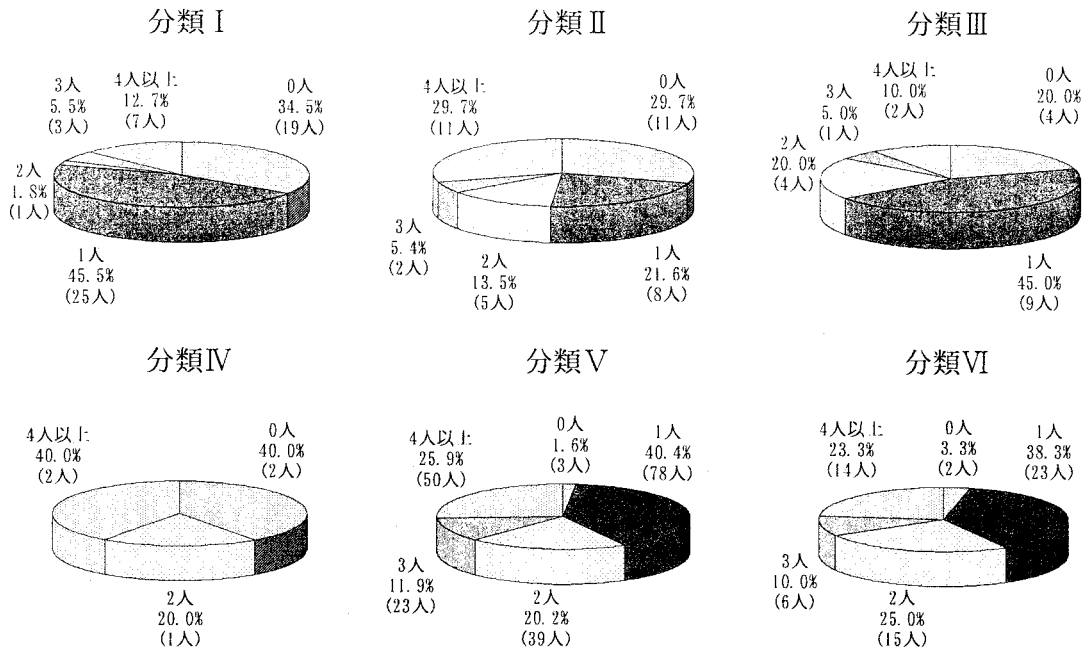
図Ⅳ-4は同居者の人数ごとに、総ケア時間の分布を図示したものである。分類Ⅰなどの軽度の分類では、分類Ⅴ、Ⅵなどの重度の分類に比べ、同居者がいない場合といる場合(実質的な同居者も含む)の間でケア時間に乖離が見られること、しかも、同居者の状況は要介護度総合分類によっても異なっている(軽度の分類は重度の分類に比べ1人家族の構成

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。

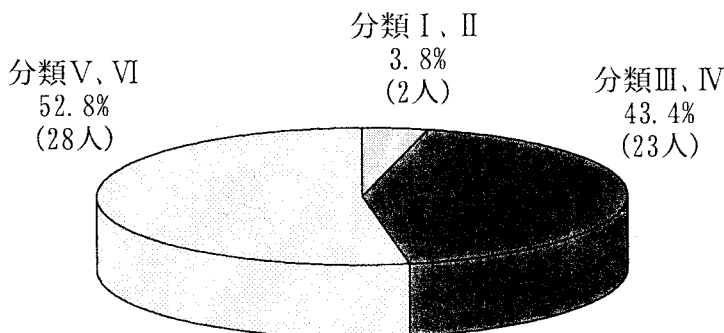
このことを確認するために、「徘徊」「暴行」「社会的に不適当または混乱させる行動(騒ぐ、自傷行為、性的逸脱行為、糞便を塗りたくるなど)」の各問題行動が認められた対象者について、1) 大半が分類Ⅲ以上に分類されること、2) 分類ⅠまたはⅡに分類された対象者については、そのケア時間が該当する分類の平均的なケア時間と比べて長くないこと、の2点を検証した。その結果、以下のとおり施設ケアにおいても在宅ケアにおいても、問題行動があつて分類Ⅰ～Ⅱに分類される対象者はごくわずかであり、かつそれらの対象者は、ケア時間からみれば、ほぼ適切に分類されていることが確認できた。したがって、分類Ⅰ～Ⅱと分類Ⅲ～Ⅳを分岐する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

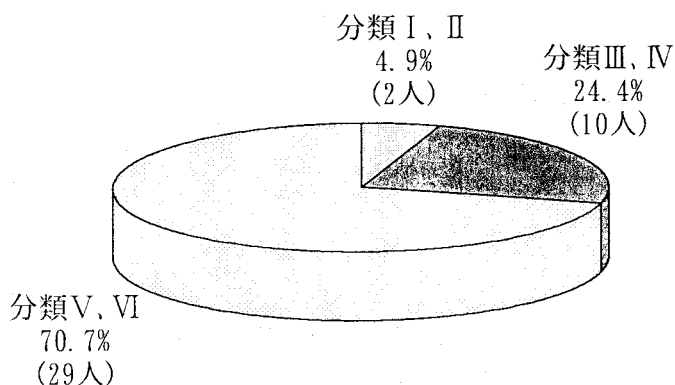
「徘徊」が認められた対象者は合計 53 人（全対象者の 6.8%）であった。各分類別の内訳は、分類ⅠからⅥまで順に、2 人、0 人、20 人、3 人、27 人、1 人で、51 人（96.2%）が分類Ⅲ以上に分類されていた(図Ⅳ-6)。分類Ⅰに分類された 2 人についても、その総ケア時間は、1 人は 64.4 分でその分類の平均総計時間 75.3 分よりも短く、他の 1 人も 110.0 分で平均±標準偏差(75.3±50.0 分)の範囲内にあった。

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)



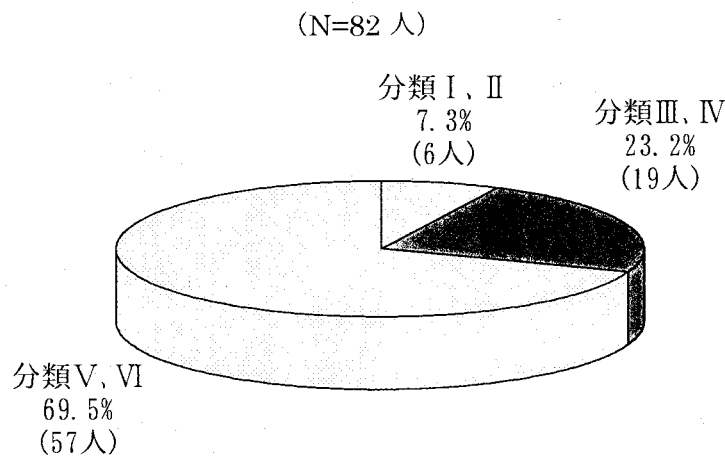
「暴行」が認められた対象者は合計 41 人(全対象者の 5.2%)であった。各分類別の内訳は、分類ⅠからⅥまで順に、2 人、0 人、10 人、0 人、27 人、2 人で、39 人(95.1%)が分類Ⅲ以上に分類されていた(図Ⅳ-7)。分類Ⅰの 2 人についても、その総ケア時間は、64.4 分と 82.9 分で、分類Ⅰの平均±標準偏差(75.3 ±50.0 分)の範囲内にあった。

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。

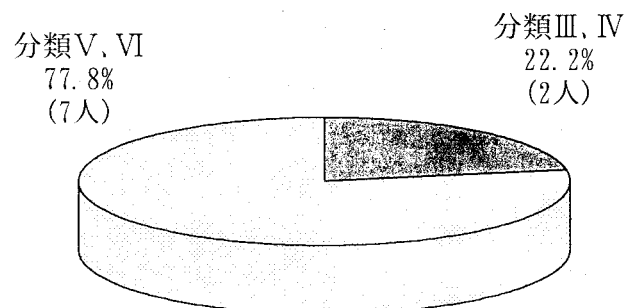
図 IV-8 「社会的に不適當なまたは混乱させる行動」が認められた対象者の分類
(長期ケア施設)



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)。

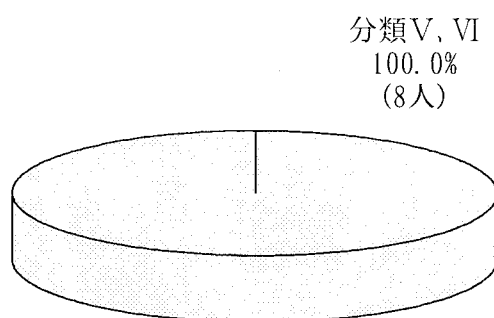
図 IV-9 「徘徊」が認められた対象者の分類 (在宅ケア機関)
(N=9 人)



※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)。

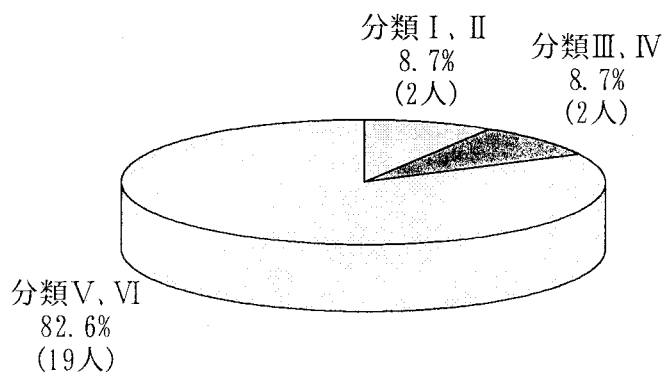
図IV-10 「暴行」が認められた対象者の分類 (在宅ケア機関)
(N=8人)



※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

分類Ⅰ	<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>
分類Ⅱ	<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>
分類Ⅲ	<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手を思い出したり、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。

付 属 資 料

整理番号 -

在宅ケアアセスメント表

I. 利用者の個人情報

I 1. 名 前	<small>フリガナ</small> 姓	<small>フリガナ</small> 名	
I 2. 生年月日	明・大・昭	年	月 日 (歳)
I 3. 性 別	1. 男	2. 女	<input type="checkbox"/>
I 4. 配偶者の有無	1. 未 婚	3. 死 別	5. 別 居
	2. 既 婚	4. 離 婚	6. その他 (<input type="checkbox"/>)
I 5. 紹介時における同居者	1. 一人暮らし	4. 子供と (配偶者はいない)	
	2. 配偶者のみ	5. 他の親族等 (配偶者、子供以外)	
	3. 配偶者と子供など	6. <u>上記に該当なし</u>	<input type="checkbox"/>
I 6. 依頼前 5 年間の状況 (該当するものすべてチェック)	1. 一般病院において90日以上継続した入院歴		<input type="checkbox"/>
	2. 老人病院において90日以上継続した入院歴		<input type="checkbox"/>
	3. 精神病院において90日以上継続した入院歴		<input type="checkbox"/>
	4. 老人保健施設において90日以上継続した入所歴		<input type="checkbox"/>
	5. <u>上記に該当なし</u>		<input type="checkbox"/>
I 7. 終末期に対する希望	1. 入院せず在宅で	2. 入 院	3. 考えていない <input type="checkbox"/>

II. 紹介等に関する情報

II 1. ケース開始 (再開) 年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
II 2. かかりつけ医の名前	<small>フリガナ</small> 姓	<small>フリガナ</small> 名	
II 3. かかりつけ医の住所・電話番号	所属機関:		
	住 所:		
	電話番号:		

該当する番号を1つ選ぶ 該当するものをすべてチェック

《以下、とくにことわり書きのない限り、過去7日間の状態を評価する》

A. アセスメント情報

A1. アセスメント 記載者氏名①	フリガナ 姓	フリガナ 名	<input type="text"/>																								
アセスメント 記載者氏名②	フリガナ 姓	フリガナ 名	<input type="text"/>																								
A2. 評価者の職種	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">1. 看護婦</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">5. P T</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2. 保健婦</td> <td style="padding: 5px;">6. O T</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3. 医師</td> <td style="padding: 5px;">7. その他</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4. ソーシャルワーカー</td> <td></td> </tr> </table>			1. 看護婦	5. P T	2. 保健婦	6. O T	3. 医師	7. その他	4. ソーシャルワーカー																	
1. 看護婦	5. P T																										
2. 保健婦	6. O T																										
3. 医師	7. その他																										
4. ソーシャルワーカー																											
A3. 評価した場所	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">0. 本人の自宅・アパート</td> <td style="width: 50%;">4. 診療所</td> </tr> <tr> <td>1. 仮住まい（子供の家など）</td> <td>5. 老人保健施設</td> </tr> <tr> <td>2. 在宅サービス機関</td> <td>6. デイケア（センター）</td> </tr> <tr> <td>3. 病院</td> <td>7. その他</td> </tr> </table>			0. 本人の自宅・アパート	4. 診療所	1. 仮住まい（子供の家など）	5. 老人保健施設	2. 在宅サービス機関	6. デイケア（センター）	3. 病院	7. その他																
0. 本人の自宅・アパート	4. 診療所																										
1. 仮住まい（子供の家など）	5. 老人保健施設																										
2. 在宅サービス機関	6. デイケア（センター）																										
3. 病院	7. その他																										
A4. アセスメント 年月日	<p>a. 1回目のアセスメント 平成____年____月____日</p> <p>b. アセスメントを完成させるために必要な2回目の訪問日 （1回目では情報をすべて収集できなかった場合に記入） 平成____年____月____日</p>																										
A5. アセスメントの 情報源	<p>該当するものをすべてチェック</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">a. 本人</td> <td style="width: 33%;">a. <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">g. ソーシャルワーカー</td> <td style="width: 33%;">g. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. 家族</td> <td>b. <input type="checkbox"/></td> <td>h. 他の在宅サービス提供者 （</td> <td>h. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. 他のインフォーマルなケア提供者</td> <td>c. <input type="checkbox"/></td> <td>i. 医師</td> <td>i. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. ヘルパー</td> <td>d. <input type="checkbox"/></td> <td>j. 病歴・ケース記録</td> <td>j. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. 訪問看護婦</td> <td>e. <input type="checkbox"/></td> <td>k. 病院・施設の看護婦</td> <td>k. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. 保健婦</td> <td>f. <input type="checkbox"/></td> <td>l. 他の施設ケアスタッフ</td> <td>l. <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			a. 本人	a. <input type="checkbox"/>	g. ソーシャルワーカー	g. <input type="checkbox"/>	b. 家族	b. <input type="checkbox"/>	h. 他の在宅サービス提供者 （	h. <input type="checkbox"/>	c. 他のインフォーマルなケア提供者	c. <input type="checkbox"/>	i. 医師	i. <input type="checkbox"/>	d. ヘルパー	d. <input type="checkbox"/>	j. 病歴・ケース記録	j. <input type="checkbox"/>	e. 訪問看護婦	e. <input type="checkbox"/>	k. 病院・施設の看護婦	k. <input type="checkbox"/>	f. 保健婦	f. <input type="checkbox"/>	l. 他の施設ケアスタッフ	l. <input type="checkbox"/>
a. 本人	a. <input type="checkbox"/>	g. ソーシャルワーカー	g. <input type="checkbox"/>																								
b. 家族	b. <input type="checkbox"/>	h. 他の在宅サービス提供者 （	h. <input type="checkbox"/>																								
c. 他のインフォーマルなケア提供者	c. <input type="checkbox"/>	i. 医師	i. <input type="checkbox"/>																								
d. ヘルパー	d. <input type="checkbox"/>	j. 病歴・ケース記録	j. <input type="checkbox"/>																								
e. 訪問看護婦	e. <input type="checkbox"/>	k. 病院・施設の看護婦	k. <input type="checkbox"/>																								
f. 保健婦	f. <input type="checkbox"/>	l. 他の施設ケアスタッフ	l. <input type="checkbox"/>																								

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

G 5. 生活習慣 (飲酒、喫煙)	a. 過去90日間に、お酒の量を減らしたほうがよいと思ったり、他者に減らすように言われたり、あるいは他者が本人の飲酒を心配している	0. いいえ	1. はい	<input type="checkbox"/>
	b. 過去90日間に、自分をおちつかせたり、二日酔いの迎え酒のため、朝一番に飲酒する	0. いいえ	1. はい	<input type="checkbox"/>
	c. 過去30日間の通常の7日間において、お酒(ビール、ワイン、ウイスキー等)を飲んだ日数(飲んでない場合には「0」を記入)			<input type="checkbox"/>
	d. 飲んだ日において、平均的に飲んだ量(ビール1缶を「1」として換算し、飲んでない場合には「0」、9以上は「9」を記入)			<input type="checkbox"/>
	e. 毎日、喫煙	0. いいえ	1. はい	<input type="checkbox"/>

G 6. 日常生活における自己動作

過去7日間にみられたa.～h.の食事や着衣等の日常動作について、それぞれにおけるすべての状況を考慮して評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無にとくに留意

0. 自立：自分でできる
 ・手助けまたは見守りは不要。または、1～2回のみ
1. 観察・誘導：見守りや励ましがあれば自分でできる
 ・見守り、励まし、または誘導が3回以上
 ・見守りが3回以上および身体的援助が1～2回のみ
2. 部分的な援助：かなりの動作は自分でできる
 ・四肢の動きを助けてあげるような身体的援助や体重(身体)を支える必要のない他の援助が3回以上
3. 広範な援助：動作の一部は自分でできる
 ・体重(身体)を支える援助
 ・毎日ではないが全面介助
4. 全面依存：まる7日間すべての面で他の者が全面介助した
8. 本動作は7日間の間に1回もなかった(能力の有無を問わない)

a. ベッド上の可動性	自分でベッド上で横になったり、起き上がったたり、寝返りを打ったり、からだを動かす	<input type="checkbox"/>
b. 移 行	ベッドから車いす、車いすからいすなどの間を移行する(浴槽や便器などへの移行を除く)	<input type="checkbox"/>
c. 移 動	家の中を移動する (車いすなら、車いすに移行したあと)	<input type="checkbox"/>
d. 家の中の歩行	家の中を歩く (杖、歩行器、松葉杖などを用いる場合を含む)	<input type="checkbox"/>
e. 着 衣	タンスから衣類を取り出し、衣服を脱いだり、着たりする	<input type="checkbox"/>
f. 食 事	食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)	<input type="checkbox"/>
g. トイレの使用	トイレ(ポータブルトイレ、便器や採尿器を含む)を使用する；便器への移行、排泄後の始末、おむつの替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服の整理を含む	<input type="checkbox"/>
h. 個人衛生	髪をとかす、歯をみがく、ひげを剃る、化粧する、洗顔する、手や陰部を洗う(入浴、シャワーを除く)	<input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

G 7. 入浴	自分で入浴する（清拭を含む、背中を洗うことと洗髪は含まない） ；入浴サービスの利用を含む 0. 自立、自分で行った 1. 観察・見守りのみ 2. 浴槽への移行の時のみ援助 3. 入浴について部分的に援助 4. 全面的に援助 8. 入浴はしなかった	<input type="checkbox"/>
---------	--	--------------------------

H. 排泄（過去14日間）

H 1. 尿失禁	過去14日間、尿・膀胱機能のコントロールの状況（下着がびしょ濡れになるかどうかの問題、おむつを除けばカテーテル等の器材を使用しても、定時排尿を行っていてもよい） 0. 完全にコントロールできる 1. 通常は失禁しない：週1回以下 2. 時々失禁する：週2回以上ではあるが、毎日ではない 3. しばしば失禁する：毎日失禁する傾向にあるが、いくらかコントロールが保たれている 4. 失禁状態：コントロール不十分、毎日頻回に失禁	<input type="checkbox"/>
H 2. 尿失禁用器材	過去14日間に該当するものをすべてチェック a. おむつ（パッド、ブリーフを含む） b. コンドームカテーテル c. 留置カテーテル d. <u>上記のいずれでもない</u>	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/>
H 3. 便失禁	過去14日間の便のコントロールの状況（ストーマや定時排便を行っている場合を含む） 0. 完全にコントロールできる 1. 通常は失禁しない：週1回以下 2. 時々失禁する：週2回以上ではあるが、毎日ではない 3. しばしば失禁する：毎日失禁する傾向にあるが、いくらかコントロールが保たれている 4. 失禁状態：コントロール不十分、毎日頻回に失禁	<input type="checkbox"/>
H 4. その他の便の問題	該当するものをすべてチェック a. 毎低下剤を使用 b. 過去90日間に、明らかに痔による出血以外の血が便に混じる c. <u>上記のいずれでもない</u>	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

I. 疾 患

<p>I 1. 疾 患</p>	<p>現在の状況に影響し、医師が治療や管理を要すると指摘した疾患、 また、過去 180日間に入院理由となった疾患についてもすべてチェック</p> <p><u>循 環 器</u> a. 脳卒中 a. <input type="checkbox"/> b. うっ血性心不全 b. <input type="checkbox"/> c. 冠状動脈疾患 c. <input type="checkbox"/> d. 高血圧症 d. <input type="checkbox"/> e. 不整脈/心房細動 e. <input type="checkbox"/> f. 末梢血管疾患 f. <input type="checkbox"/></p> <p><u>神 経</u> g. アルツハイマー型痴呆症 g. <input type="checkbox"/> h. アルツハイマー型以外の痴呆症 h. <input type="checkbox"/> i. 頭部外傷 i. <input type="checkbox"/> j. 多発性硬化症 j. <input type="checkbox"/> k. パーキンソン病 k. <input type="checkbox"/></p> <p><u>筋 骨 格</u> l. 関節炎 l. <input type="checkbox"/> m. 大腿骨骨折 m. <input type="checkbox"/> n. その他の骨折 n. <input type="checkbox"/> o. 骨粗鬆症 o. <input type="checkbox"/></p> <p><u>感 覚 器</u> p. 白内障 p. <input type="checkbox"/> q. 緑内障 q. <input type="checkbox"/></p> <p><u>精 神 科</u> r. 精神科診断 (内容問わない) r. <input type="checkbox"/></p> <p><u>感 染 症</u> s. HIV感染 s. <input type="checkbox"/> t. 肺 炎 t. <input type="checkbox"/> u. 結 核 u. <input type="checkbox"/> v. 尿路感染症 (過去30日間) v. <input type="checkbox"/></p> <p><u>そ の 他</u> w. がん (過去5年間、皮膚がんは含まない) w. <input type="checkbox"/> x. 糖尿病 x. <input type="checkbox"/> y. 胃 炎/胃潰瘍 y. <input type="checkbox"/> z. 肺気腫/慢性閉塞性肺疾患/喘息 z. <input type="checkbox"/> aa. 腎不全 aa. <input type="checkbox"/> bb. 甲状腺疾患 (既往にあれば) bb. <input type="checkbox"/> cc. 上記のいずれでもない cc. <input type="checkbox"/></p>
<p>I 2. その他の疾患、 あるいはより 詳細な診断名と その ICD-10 コード</p>	<p>a. _____ </p> <p>b. _____ </p> <p>c. _____ </p> <p>d. _____ </p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

0. 治療方針の順守

<p>01. 特別な治療・ケア</p>	<p>過去14日間に受けた、あるいは受ける予定のあった治療、療法とその順守 (受ける場所は在宅であっても施設であってもよい)</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>0. 該当せず</p> <p>1. 予定されており、指示されたとおり完全に守られた</p> <p>2. 予定されていたが、指示されたとおりには完全には守られなかった</p> </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 30%;">治療内容</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="text-align: center; width: 30%;">療 法</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. 筋肉注射・皮内注射</td> <td>a.</td> <td>q. 理学療法</td> <td>q.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. 静脈注射</td> <td>b.</td> <td>r. 作業療法</td> <td>r.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. 点 滴</td> <td>c.</td> <td>s. 言語療法</td> <td>s.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. 中心静脈栄養</td> <td>d.</td> <td>t. 運動療法</td> <td>t.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. 透 析</td> <td>e.</td> <td>u. 呼吸療法</td> <td>u.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. ストーマのケア</td> <td>f.</td> <td><u>ケアプログラム</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>g. 間歇的酸素療法(嚙)</td> <td>g.</td> <td>v. デイサービス</td> <td>v.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>h. 持続的酸素療法(上記以外)</td> <td>h.</td> <td>w. デイケア</td> <td>w.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>i. 持続的酸素療法</td> <td>i.</td> <td>x. 家族会(痴呆老人の会など)</td> <td>x.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>j. レスピレーター</td> <td>j.</td> <td>y. 外来通院</td> <td>y.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>k. 気管切開のケア</td> <td>k.</td> <td>z. 緩和ケア</td> <td>z.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>l. 痛みの管理</td> <td>l.</td> <td><u>在宅での特別な対応</u></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>m. 放射線治療</td> <td>m.</td> <td>aa. 緊急通報用の器材(ペンダント等)</td> <td>aa.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>n. 抗がん剤</td> <td>n.</td> <td>bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日)</td> <td>bb.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>o. アルコール/薬物依存の治療</td> <td>o.</td> <td>cc. モニター測定(毎日以下)</td> <td>cc.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>p. 経管栄養</td> <td>p.</td> <td>dd. 皮膚の治療</td> <td>dd.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ee. 特別治療食</td> <td>ee.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ff. その他</td> <td>ff.</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	治療内容		療 法			a. 筋肉注射・皮内注射	a.	q. 理学療法	q.	<input type="checkbox"/>	b. 静脈注射	b.	r. 作業療法	r.	<input type="checkbox"/>	c. 点 滴	c.	s. 言語療法	s.	<input type="checkbox"/>	d. 中心静脈栄養	d.	t. 運動療法	t.	<input type="checkbox"/>	e. 透 析	e.	u. 呼吸療法	u.	<input type="checkbox"/>	f. ストーマのケア	f.	<u>ケアプログラム</u>			g. 間歇的酸素療法(嚙)	g.	v. デイサービス	v.	<input type="checkbox"/>	h. 持続的酸素療法(上記以外)	h.	w. デイケア	w.	<input type="checkbox"/>	i. 持続的酸素療法	i.	x. 家族会(痴呆老人の会など)	x.	<input type="checkbox"/>	j. レスピレーター	j.	y. 外来通院	y.	<input type="checkbox"/>	k. 気管切開のケア	k.	z. 緩和ケア	z.	<input type="checkbox"/>	l. 痛みの管理	l.	<u>在宅での特別な対応</u>			m. 放射線治療	m.	aa. 緊急通報用の器材(ペンダント等)	aa.	<input type="checkbox"/>	n. 抗がん剤	n.	bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日)	bb.	<input type="checkbox"/>	o. アルコール/薬物依存の治療	o.	cc. モニター測定(毎日以下)	cc.	<input type="checkbox"/>	p. 経管栄養	p.	dd. 皮膚の治療	dd.	<input type="checkbox"/>			ee. 特別治療食	ee.	<input type="checkbox"/>			ff. その他	ff.	<input type="checkbox"/>
治療内容		療 法																																																																																														
a. 筋肉注射・皮内注射	a.	q. 理学療法	q.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
b. 静脈注射	b.	r. 作業療法	r.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
c. 点 滴	c.	s. 言語療法	s.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
d. 中心静脈栄養	d.	t. 運動療法	t.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
e. 透 析	e.	u. 呼吸療法	u.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
f. ストーマのケア	f.	<u>ケアプログラム</u>																																																																																														
g. 間歇的酸素療法(嚙)	g.	v. デイサービス	v.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
h. 持続的酸素療法(上記以外)	h.	w. デイケア	w.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
i. 持続的酸素療法	i.	x. 家族会(痴呆老人の会など)	x.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
j. レスピレーター	j.	y. 外来通院	y.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
k. 気管切開のケア	k.	z. 緩和ケア	z.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
l. 痛みの管理	l.	<u>在宅での特別な対応</u>																																																																																														
m. 放射線治療	m.	aa. 緊急通報用の器材(ペンダント等)	aa.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
n. 抗がん剤	n.	bb. モニター測定(血圧、尿量など毎日)	bb.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
o. アルコール/薬物依存の治療	o.	cc. モニター測定(毎日以下)	cc.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
p. 経管栄養	p.	dd. 皮膚の治療	dd.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
		ee. 特別治療食	ee.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
		ff. その他	ff.	<input type="checkbox"/>																																																																																												
<p>02. 薬剤のコンプライアンス</p>	<p>医師によって処方された薬をいつも、あるいはほとんどいつも指示通り服用している</p> <p>0. 常に従う</p> <p>1. 80%以上は従っている</p> <p>2. 80%未満しか従っていない</p> <p>8. 薬剤は処方されていない <input type="checkbox"/></p>																																																																																															

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

P. 過去90日間における全体状況

<p>P 1. ケアニーズの変化</p>	<p>90日前と比べて、高齢者の全体的な自立状況は著しく変化している</p> <p>0. 不 変</p> <p>1. 改 善（援助が減る）</p> <p>2. 悪 化（援助が増える）</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>P 2. 居住形態の変化</p>	<p>a. 90日前と比べて、居住形態が変わり、同居者等がより支援できるようになった（自分が移る、他者が移ってくる、同居者が時間にもっと余裕ができたことを含む）</p> <p>0. いいえ 1. は い</p> <p>b. 高齢者本人ないし主たる介護者は高齢者が他へ移った方が本人のためによいと考えている</p> <p>0. いいえ 2. 主たる介護者のみ</p> <p>1. 高齢者本人のみ 3. 高齢者と主たる介護者とも</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>P 3. 達成されたケア目標の有無</p>	<p>過去90日間に、ケア目標のいずれかが達成されている</p> <p>0. いいえ 1. は い</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>P 4. 入院・救急外来</p>	<p>a. 過去90日間における入院回数（1回も入院していなければ「0」、9回以上ならば「9」をそれぞれ記入）</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p>b. 過去90日間に、入院には至らないが救急外来を受診した回数（1回も受診していなければ「0」、9回以上ならば「9」をそれぞれ記入）</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

Q. 環境評価

<p>Q 1. 居住環境</p>	<p>居住環境を危険にしている、あるいは住めなくしている次のような要因があれば、該当するものをすべてチェック</p> <p>a. 照明（明るさは適切か、漏電の心配） a. <input type="checkbox"/></p> <p>b. 床の状態（凹凸や段差、電気のコードにつっかかる） b. <input type="checkbox"/></p> <p>c. 浴室およびトイレの環境（すべりやすい浴槽、必要であるにもかかわらず手すりがない、水もれ、トイレの使用に支障） c. <input type="checkbox"/></p> <p>d. 台所環境（危険なガス台、冷蔵庫が壊れている、ねずみや虫が出る） d. <input type="checkbox"/></p> <p>e. 暖房や空調（冬に寒すぎる、夏に暑すぎる） e. <input type="checkbox"/></p> <p>f. 身の安全（屋外に出た際の危険、交通量が多い） f. <input type="checkbox"/></p> <p>g. 玄関や玄関先（出入りが困難など） g. <input type="checkbox"/></p> <p>h. 家の中の部屋へのアクセス（階段の上り下りができないなど） h. <input type="checkbox"/></p> <p>i. <u>上記のいずれでもない</u> i. <input type="checkbox"/></p>
<p>Q 2. 家計の切りつめ</p>	<p>前月の家計に困ったため、在宅ケアサービスを受けるために食料品や光熱費についてやりくりした</p> <p>0. いいえ 1. は い</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Q 3. 経済状態</p>	<p>世帯の経済状態</p> <p>0. 比較的裕福 2. やや困窮</p> <p>1. 普 通 3. 生活保護</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

C. ADL（日常生活における自己動作）

過去7日間すべての状況を考慮して評価する。

0. 自立：自分でできる
 ・手助けまたは見守りは不要。または、1～2回のみ

1. 観察・誘導：見守りや励ましがあれば自分でできる
 ・見守り、励まし、または誘導が3回以上
 ・見守りが3回以上および身体的援助が1～2回のみ

2. 部分的な援助：かなりの動作は自分でできる
 ・四肢の動きを助けてあげるような身体的援助や体重（身体）を支える必要のない他の援助が3回以上

3. 広範な援助：動作の一部は自分でできる
 ・体重（身体）を支える援助、または毎日ではないが全面介助

4. 全面依存：まる7日間すべての面で他の者が全面介助した

8. 本動作は7日間の間に1回もなかった（能力の有無を問わない）

ア. 移動	家の中を移動する（車いすなら、車いすに移行したあと）	<input type="checkbox"/>
イ. 着衣	タンスから衣類を取り出し、衣服を脱いだり、着たりする	<input type="checkbox"/>
ウ. 食事	食べたり、飲んだりする（経管栄養を含む）	<input type="checkbox"/>
エ. トイレの使用	トイレ（ポットトイレ、便器や採尿器を含む）を使用する；便器への移行、排泄後の始末、おむつ交換、人工肛門・カテーテルの管理、衣服の整理を含む	<input type="checkbox"/>

D. 特別な治療・ケア

過去14日間に受けた治療・ケアのすべてにチェック

<u>治療内容</u>		シ. 痛みの管理	シ. <input type="checkbox"/>
ア. 筋肉注射・皮内注射	ア. <input type="checkbox"/>	ス. 放射線治療	ス. <input type="checkbox"/>
イ. 静脈注射	イ. <input type="checkbox"/>	セ. 抗がん剤	セ. <input type="checkbox"/>
ウ. 点滴	ウ. <input type="checkbox"/>	ソ. 経管栄養	ソ. <input type="checkbox"/>
エ. 中心静脈栄養	エ. <input type="checkbox"/>	<u>ケアプログラム</u>	
オ. 透析	オ. <input type="checkbox"/>	タ. 緩和ケア	タ. <input type="checkbox"/>
カ. ストーマのケア	カ. <input type="checkbox"/>	<u>在宅での特別な対応</u>	
キ. 間歇的酸素療法	キ. <input type="checkbox"/>	チ. モニター測定（毎日）	チ. <input type="checkbox"/>
ク. 持続的酸素療法（濃縮）	ク. <input type="checkbox"/>	ツ. 皮膚の治療	ツ. <input type="checkbox"/>
ケ. 持続的酸素療法（上記以外）	ケ. <input type="checkbox"/>	<u>尿失禁用器材</u>	
コ. レスピレーター	コ. <input type="checkbox"/>	テ. コンドームカテーテル	テ. <input type="checkbox"/>
サ. 気管切開のケア	サ. <input type="checkbox"/>	ト. 留置カテーテル	ト. <input type="checkbox"/>

該当する番号を1つ選ぶ

該当するものをすべてチェック

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第3号

非売品

要介護度総合分類の開発 に関する調査研究

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113 東京都文京区本駒込 2-28-16

日本医師会館内 ☎ 03 (3946) 2121 (代)

代表 坪井 栄 孝

平成9年12月 発行