

# 要介護度総合分類実地調査

－厚生省案との対比－

## 報 告 書

平成10年3月

日本医師会総合政策研究機構  
(日医総研)

# 要介護度総合分類実地調査

－厚生省案との対比－

## 報 告 書

平成10年3月

日本医師会総合政策研究機構  
(日医総研)

## 介護プロジェクト委員会

- 青 柳 俊 (日本医師会常任理事)
- 池 上 直 己 (日本医師会総合政策研究機構非常勤研究員)
- 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)
- 宮 坂 雄 平 (日本医師会常任理事)

(五十音順)

## 目 次

I. 調査の概要 .....	1
1. 調査の目的と方法 .....	1
(1) 調査の目的 .....	1
(2) 調査対象者 .....	1
(3) 調査の方法 .....	1
2. 調査対象者のプロフィール .....	3
(1) 厚生省モデル事業と同一対象者 .....	3
(2) 総合分類のみの対象者 .....	11
II. 調査の結果 .....	14
1. 厚生省案第1次判定との対比 .....	14
(1) 全体と在宅・施設別 .....	14
(2) 施設種別 .....	22
2. 総合分類のみの実施対象者の結果 .....	24
3. 自由意見 .....	25
(1) モデル事業責任者 .....	25
(2) 訪問調査員 .....	31
III. まとめ .....	35
巻末資料 .....	37

## I. 調査の概要

### 1. 調査の目的と方法

#### (1) 調査の目的

平成9年12月、日本医師会介護プロジェクト委員会は、要介護度に医学的管理を付加した「要介護度総合分類」（以下、総合分類）を開発した。同分類の開発に協力した施設・機関に対して行った妥当性調査では、本分類は概ね妥当であるとの結果が得られた。

そこで本実地調査では、総合分類の方法を広く試行するとともに、厚生省の「介護サービス調査票（基本調査）」によって把握される要支援・要介護認定1次判定（以下、厚生省案）の対象者と同一の対象者に対して調査を行って、結果を対比することを目的とする。さらに、それぞれの方法を比較しての意見を聴取することを目的とする。

なお、当該総合分類は、IADL、ADL、痴呆の問題を中心とする状態像から要介護の3つの分類を設定し、その上に医学的管理を付加し、6分類としたものである（詳細は巻末資料4を参照されたい）。

#### (2) 調査対象者

調査の対象者は、厚生省のモデル事業と同一の対象者に対して行うこととし、全国の都道府県医師会を通じて地区医師会に協力を依頼した。また、地区医師会の協力により厚生省案による第1次判定の結果をいただいた。

その結果、厚生省案の対象者と同一の対象者となったのは、34地区、1,610名であった。そのほか、厚生省のモデル事業地区であったが、総合分類の結果のみが回収されたのは、2地区、65名であった。

#### (3) 調査の方法

##### ア. 調査の概要

調査は次の3種類を行った。

##### ①要介護度総合分類アセスメント表（巻末資料1参照）

それぞれの対象者に対して、訪問調査員が訪問のうえ、アセスメントを行うこととした。聞き取り調査とは異なり、通常的生活状態を評価するものであり、事前にアセスメント項目の判断基準についての記入要綱を送付し、調査員の観察、本人・家族からの聞き取り、ほかの訪問ケアスタッフの観察等を参考に評価することとした。また、訪問調査員はモデル事業の訪問調査員と同一であることとした。

②モデル事業責任者アンケート（巻末資料 2 参照）

モデル事業責任者に対して、総合分類の考え方や分類の手順等を記した解説書を予め送付し、アセスメントの結果等を勘案して、厚生省案との比較、および自由な意見をアンケート調査により聴取した。なお、回答者は行政のモデル事業の担当者、または、地区医師会でモデル事業を担当する医師とした。

③訪問調査員アンケート（巻末資料 3 参照）

訪問調査員に対して、要介護度総合分類の各アセスメント項目について、不要・不適切と思う項目と、判断に迷う項目とを上げてもらい、それぞれその理由について聞いた。

イ．説明文書の郵送

調査説明会は行わず、すべて文書で説明した。モデル事業責任者に対しては「要介護度総合分類（案）による判定の手引き」（前述の総合分類の考え方や分類の手順等を記した解説書）（巻末資料 4）、訪問調査員に対しては「要介護度総合分類アセスメント表記入要綱・調査要領」（巻末資料 5）を送付した。

調査の方法、アセスメント項目の判断基準等については随時、電話や FAX で質問を受け付け、全体が統一した見解で調査に臨むことができるようにした。

ウ．調査の時期

厚生省モデル事業による「介護サービス調査票（基本調査）」の時と状態が変わらないように、その前後 1 週間以内に「要介護度総合分類アセスメント表」への記入を依頼した。

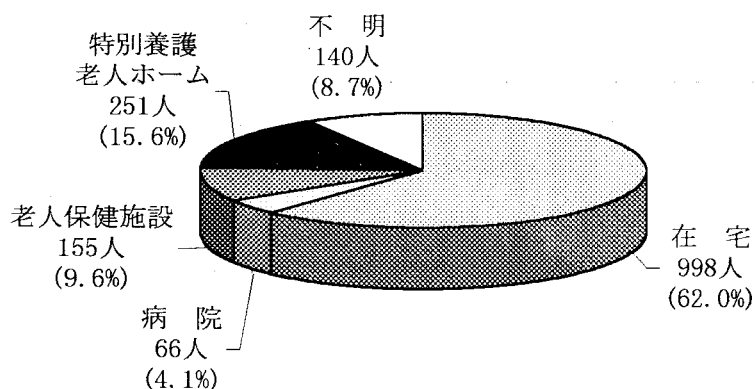
## 2. 調査対象者のプロフィール

### (1) 厚生省モデル事業と同一対象者

#### ア. アセスメントを受けた場所

厚生省モデル事業と同一対象者1,610人がアセスメントを受けた場所は、在宅が998人(62.0%)、施設が472人(29.3%)、不明(無回答)が140人(8.7%)となっている(図I-1)。さらに、施設では病院が66人(4.1%)、老人保健施設155人(9.6%)、特別養護老人ホーム251人(15.6%)となっている。

図I-1 アセスメントを受けた場所



#### イ. 性別

性別をみると、男性が517人(32.1%)、女性が972人(60.4%)、不明(無回答)が121人(7.5%)となっている(図I-2)。また、在宅では男性が352人(35.3%)、女性が526人(52.7%)、施設では男性が125人(26.5%)、女性が346人(73.3%)となっている(図I-3)。

図I-2 性別(全体)

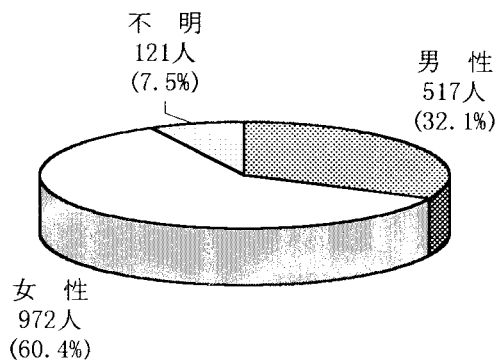
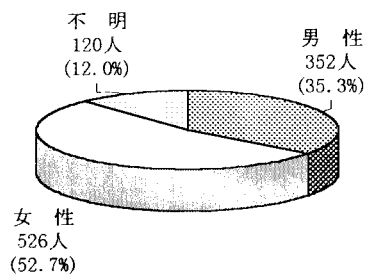
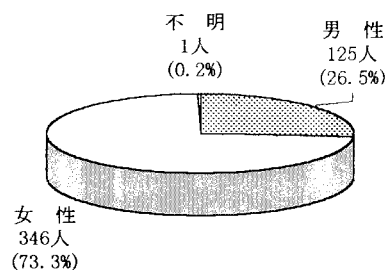


図 I - 3 性別 (在宅・施設別)

a. 在宅



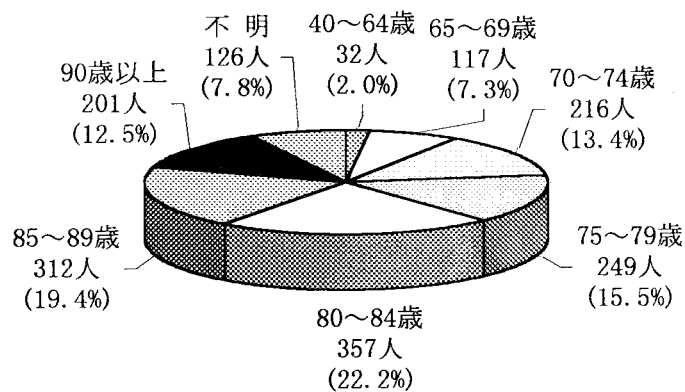
b. 施設



ウ. 年齢階級

年齢階級をみると、「80～84歳」が最も多く 357人 (22.2%)、次いで「85～89歳」が 312人 (19.4%)、平均 80.7歳となっている (図 I - 4)。また、在宅では「80～84歳」が最も多く 201人 (20.1%)、次いで、「75～79歳」と「85～89歳」がともに 157人 (15.7%) となっているが、施設では「80～84歳」が 126人 (26.7%)、次いで「85～89歳」が 125人 (26.5%) となっている (図 I - 5)。平均年齢は在宅で 79.6歳、施設で 82.6歳となっている。

図 I - 4 年齢階級



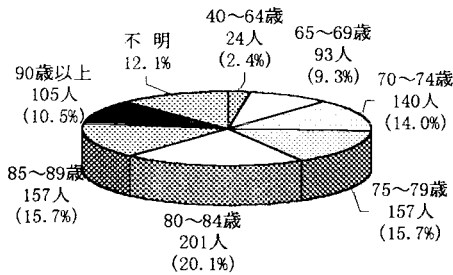
平均年齢 80.7歳



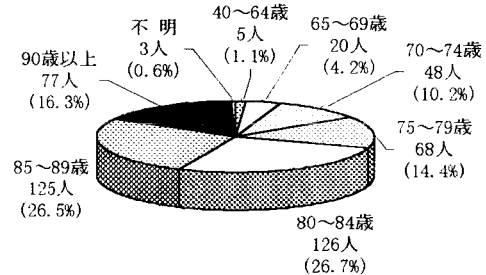
図 I-5 年齢階級 (在宅・施設別)

a. 在宅

b. 施設



平均年齢 79.8 歳

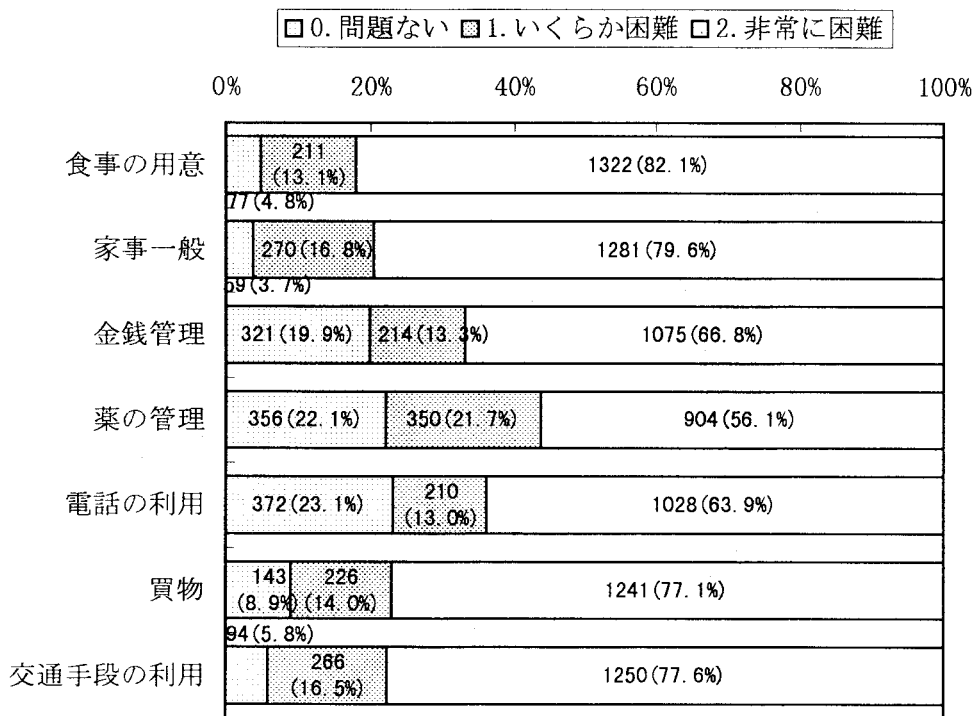


平均年齢 82.6 歳

エ. IADL の状況

IADL の状況を見ると、実施が「非常に困難」が最も多いのは「食事の用意」、次いで「家事一般」となっており、それぞれ1,322人(82.1%)、1,231人(79.6%)となっている(図I-6)。7つのIADLのすべての項目で「非常に困難」が最も多く、また、「問題ない」が最も多いのは「電話の利用」であるが、372人(23.1%)にとどまっている。

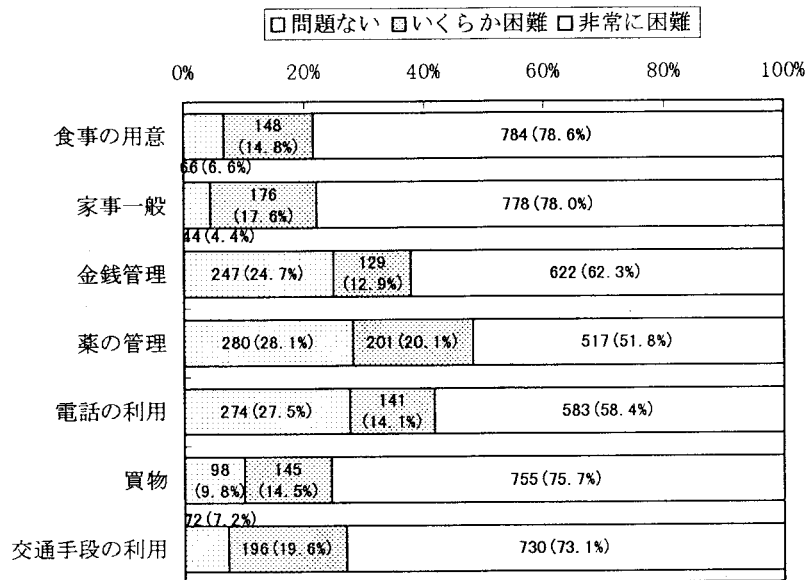
図 I-6 IADL (全体)



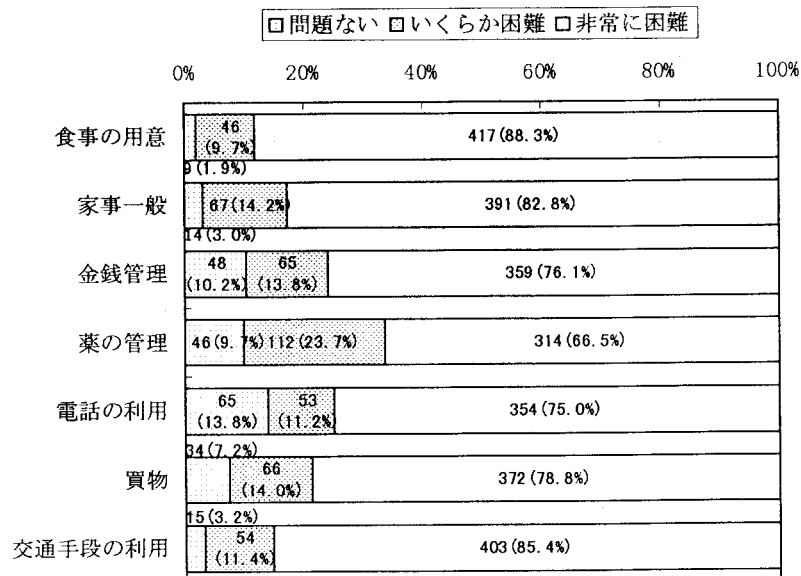
これを在宅・施設別にみると、在宅では「非常に困難」が最も多いのは「食事の用意」、次いで「家事一般」で、それぞれ784人(78.6%)、778人(78.0%)となっている。施設では、「非常に困難」が最も多いのは「食事の用意」で、次いで「交通手段の利用」「家事一般」と続き、それぞれ417人(88.3%)、403人(85.1%)、391人(82.8%)となっている(図I-7)。

図I-7 IADL(在宅・施設別)

a. 在宅



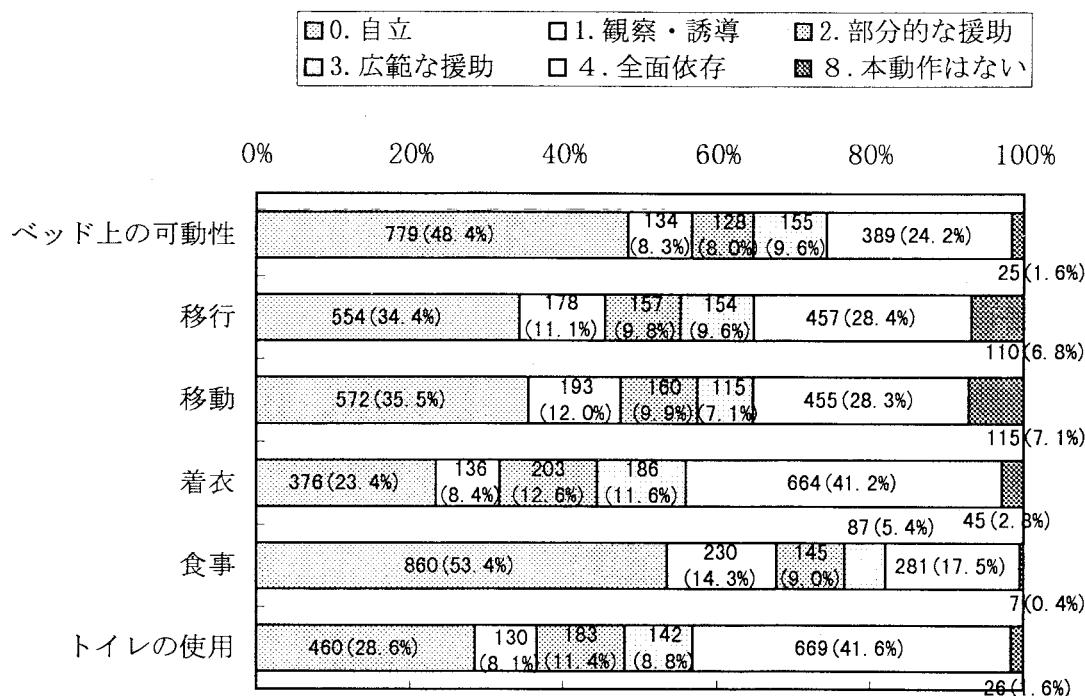
b. 施設



オ. ADL の状況

ADL の状況をみると、「全面依存」が多いのは、「着衣」が 664 人 (41.2%)、「トイレの使用」が 669 人 (41.6%)、「移動」が 455 人 (28.3%) となっており、「自立」が比較的多いのは、「食事」が 860 人 (53.4%)、「ベッド上の可動性」が 779 人 (48.4%) となっている (図 I-8)。

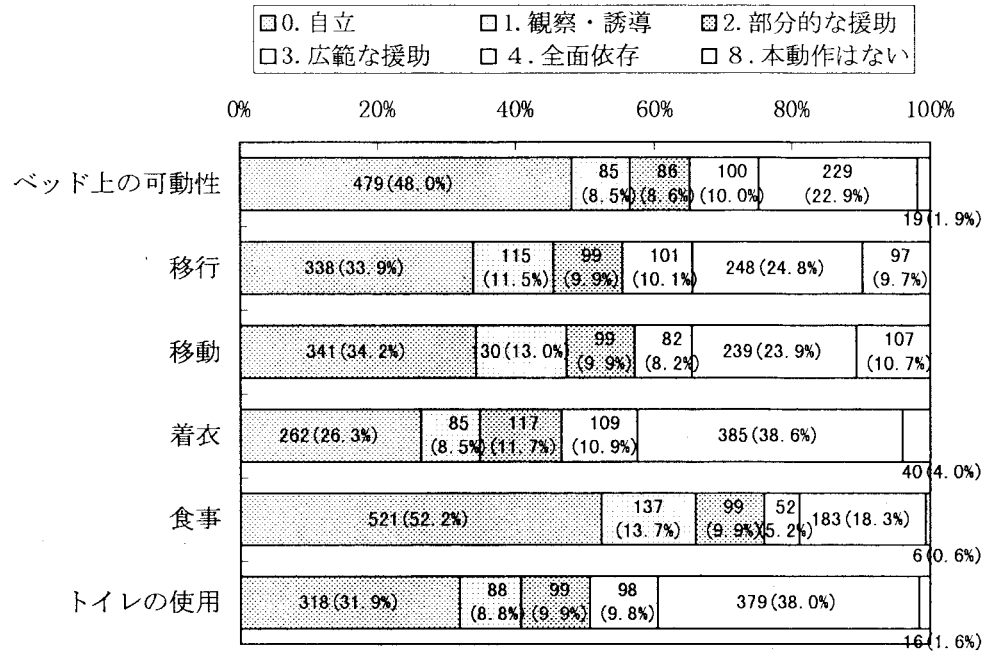
図 I-8 ADL (全体)



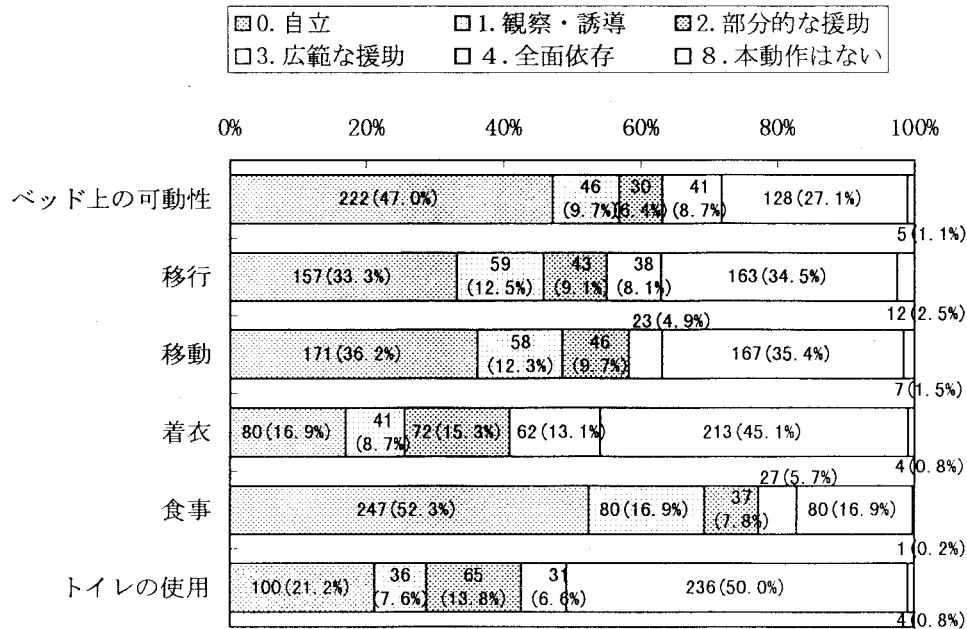
これを在宅・施設別にみると、在宅では「全面依存」が多いのは「着衣」、「トイレの使用」の順で、それぞれ 385 人 (38.6%)、379 人 (38.0%) となっている (図 I-9)。また、施設では「全面依存」が多いのは、「トイレの使用」「着衣」の順で、それぞれ 236 人 (50.0%)、213 人 (45.1%) となっている。

図1-9 ADL (在宅・施設別)

a. 在宅



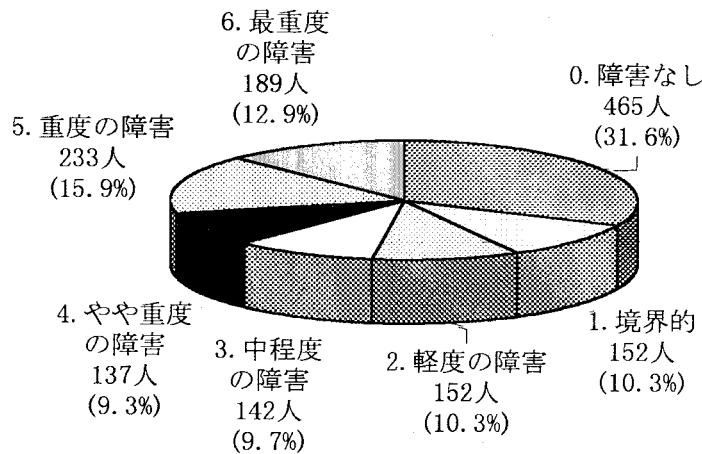
b. 施設



カ. 痴呆の状況

痴呆の程度をCPS（Cognitive Performance Scale、認知活動評価尺度）でみると、「0. 障害なし」が最も多く465人（31.6%）、次いで「5. 重度の障害がある」が233人（15.9%）、「6. 最重度の障害がある」が189人（12.9%）となっている（図I-10）。なお、CPSについては次頁図I-12を参照されたい。

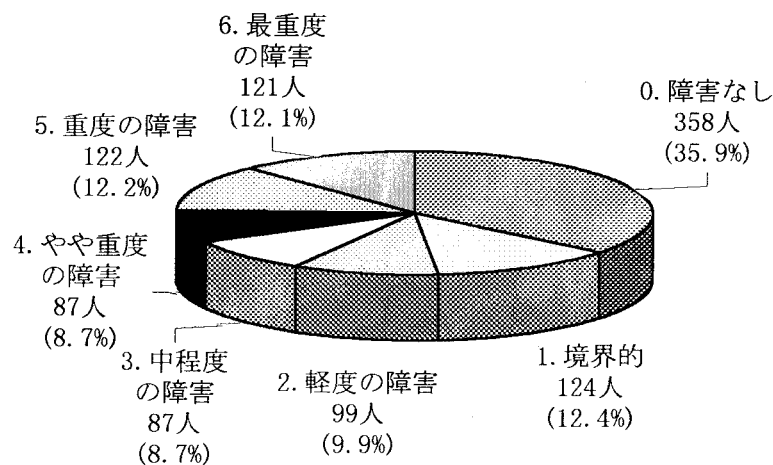
図I-10 痴呆の程度（全体）



これを在宅・施設別にみると、在宅では「0. 障害なし」が最も多く358人（35.9%）で、他は8%～12%台で分布しているが、施設では「5. 重度の障害がある」が最も多く、111人（23.5%）、次いで「0. 障害なし」が107人（22.7%）と続いている（図I-11）。

図I-11 痴呆の程度（在宅・施設別）

a. 在宅



b. 施設

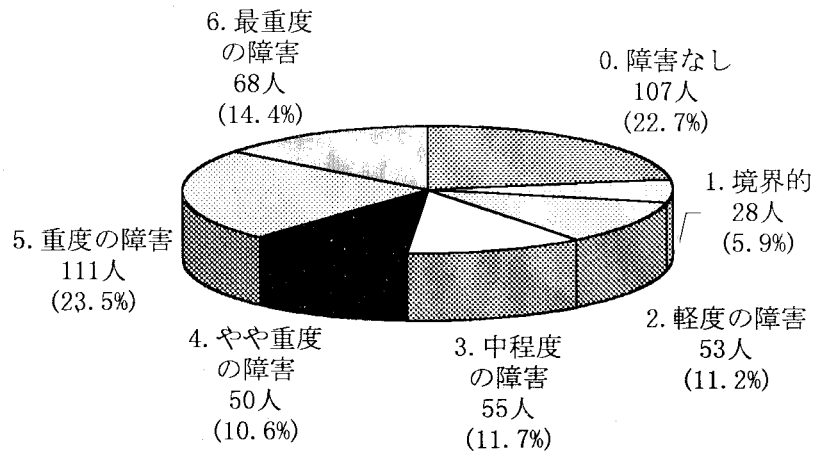
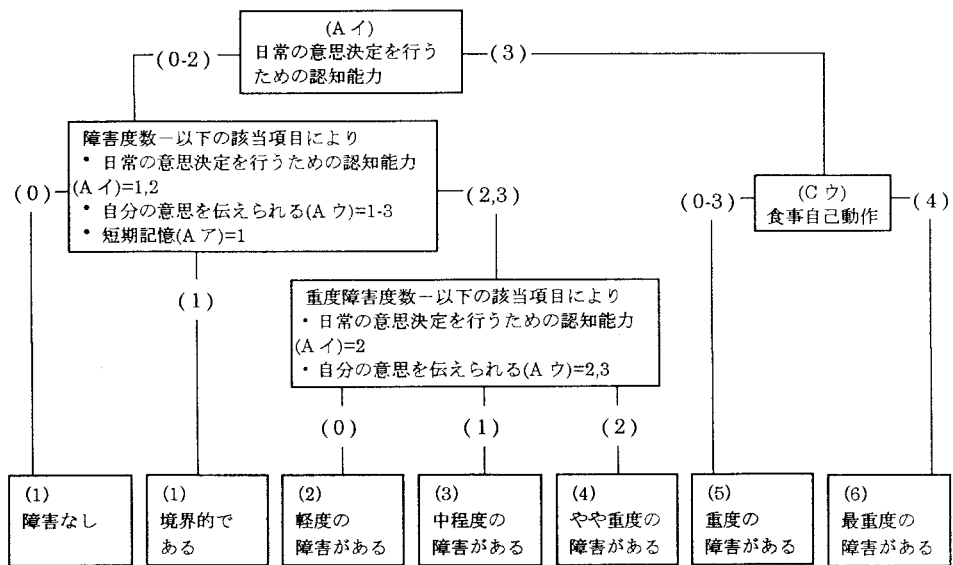


図 I - 12 CPS 認知活動評価尺度

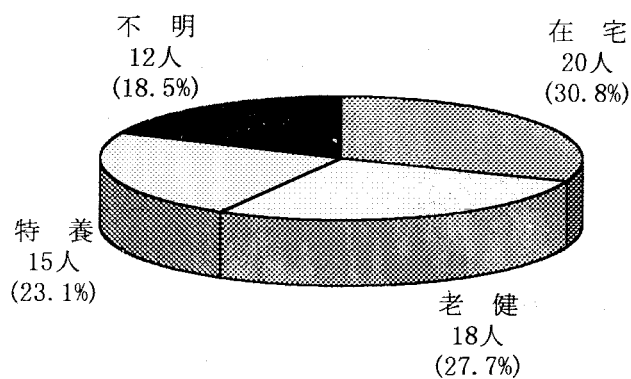


(2) 総合分類のみの対象者

ア. アセスメントを受けた場所

総合分類のみの対象者 65 人がアセスメントを受けた場所は、在宅が 20 人 (30.8%)、施設が 33 人 (50.8%)、不明 (無回答) が 12 人 (18.5%) となっている (図 I-13)。

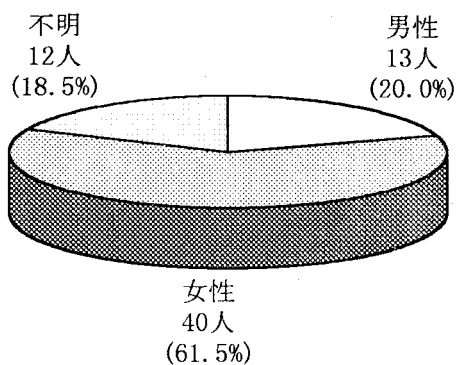
図 I-13 アセスメントを受けた場所



イ. 性別

性別をみると、男性が 13 人 (20.0%)、女性が 40 人 (61.5%) となっている (図 I-14)。

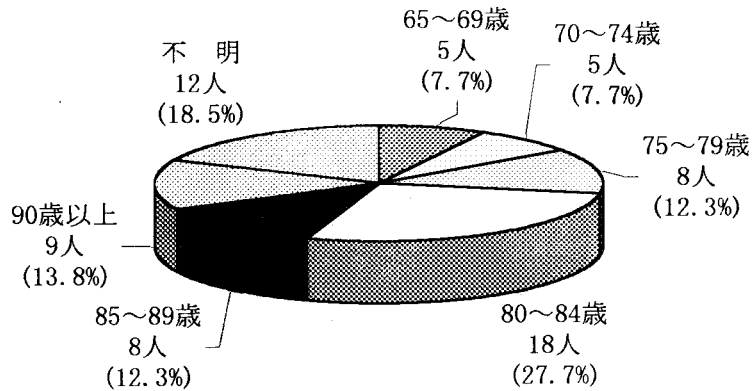
図 I-14 性別



ウ. 年齢階級

年齢階級をみると、「80～84歳」が最も多く、18人（27.7%）、次いで「90歳以上」が9人（13.8%）となっている（図I-15）。また、平均年齢は82.0歳となっている。

図I-15 年齢階級

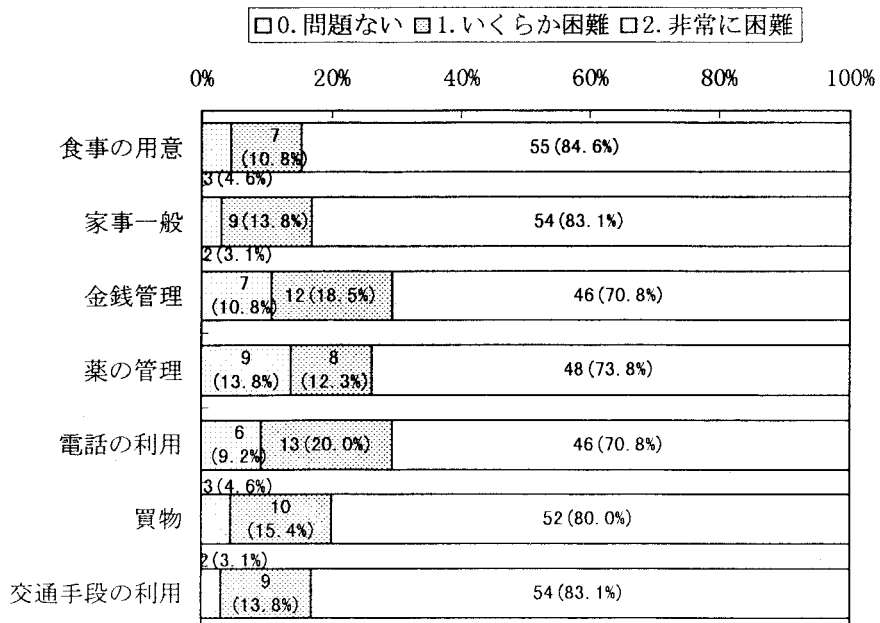


平均年齢 82.0歳

エ. IADL の状況

IADL の状況をみると、「食事の用意」「家事一般」「交通手段の利用」「買物」で、「非常に困難」の割合が高く、8割を越えている（図I-16）。

図I-16 IADL の状況

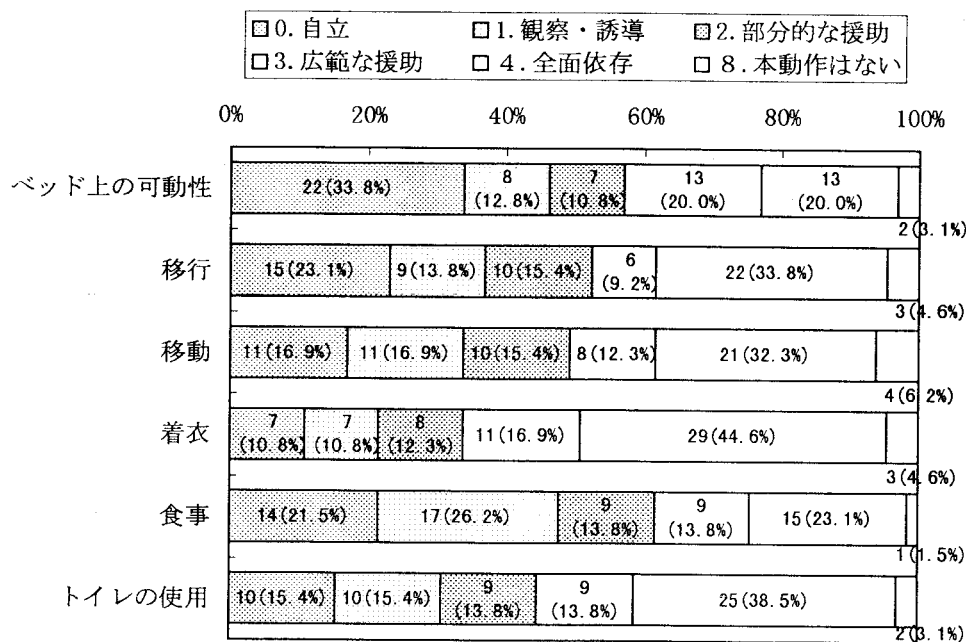




オ. ADL の状況

ADL の状況を見ると、「着衣」「トイレの使用」「移行」「移動」で「全面依存」の割合が3割を越え比較的高く、また、「ベッド上の可動性」では「自立」が33.8%と比較的高くなっている（図I-17）。

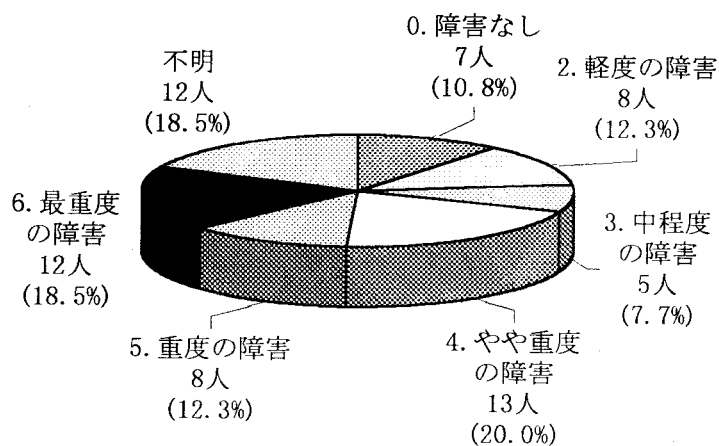
図I-17 ADL の状況



カ. 痴呆の状況

痴呆の状況を見ると、「4. やや重度の障害」が13人（20.0%）、次いで「6. 最重度の障害」が12人（18.5%）となっている（図I-18）。

図I-18 痴呆の程度



## II. 調査の結果

### 1. 厚生省案第1次判定との対比

#### (1) 全体と在宅・施設別

##### ア. 全体

総合分類の6分類は医学的管理を加味したものであるが、厚生省案では全く考慮されていないので、ここでは便宜的に総合分類を「Ⅰ、Ⅱ」「Ⅲ、Ⅳ」「Ⅴ、Ⅵ」にまとめたものと、厚生省案の「要支援・要介護1」、「要介護2、3」「要介護4、5」にまとめたものとを対比して分析する。

厚生省モデル事業と同一対象者1,610人について要介護度総合分類結果と厚生省案1次判定結果とを対比させると、表Ⅱ-1のようになる。総合分類「Ⅰ、Ⅱ」となった対象者で「要支援・要介護1」となった者の割合は27.3%にとどまっているが、総合分類「Ⅲ、Ⅳ」となった者で厚生省案「要介護2、3」となった者、総合分類「Ⅴ、Ⅵ」で厚生省案「要介護4、5」となった者の割合はそれぞれ76.6%、79.0%であった。

表Ⅱ-1 総合分類と厚生省案分類の対比（3分類、全体）

	自立	要支援・ 要介護1	要介護2,3	要介護4,5	合計
自立	10 40.0%	10 40.0%	4 16.0%	1 4.0%	25 100.0%
分類Ⅰ,Ⅱ	47 9.1%	141 27.3%	292 56.6%	36 7.0%	516 100.0%
分類Ⅲ,Ⅳ	0 0.0%	12 8.5%	108 76.6%	21 14.9%	141 100.0%
分類Ⅴ,Ⅵ	7 0.8%	4 0.4%	184 19.8%	733 79.0%	928 100.0%
合計	64 4.0%	167 10.4%	588 36.5%	791 49.1%	1610 100.0%

ここで、厚生省案においてADLや痴呆の面からみて介護の必要性が比較的高いと考えられる人が、不適切に軽く分類されたり、介護の必要性が低いと考えられる人が、重く分類されていることがないかどうかを総合分類のためのアセスメント表の項目を用いて比較検討した。なお、厚生省案の各アセスメント項目の評価結果は公表されていなかったため、厚生省案のアセスメント項目を用いて比較分析はできなかった。

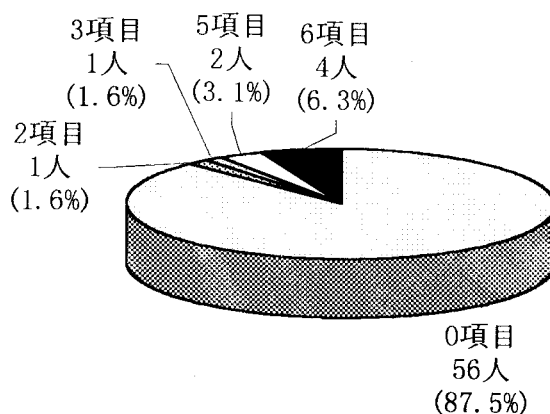
この際、ADLについては、総合分類で開発したADL得点を使用した場合には中立的に比較ができないので、これを使用せず、ADLに関する「ベッド上の可動性」「移行」「移動」「着衣」「食事」「トイレ使用」の6項目のうち「部分的な援助」～「全面依存」にアセスメントされた項目の数で検討することにした。なお、痴呆については総合分類で使用したCPSを用いたが、これは総合分類開発以前に、他の痴呆の評価尺

度との間で妥当性が検証されている尺度であり、かつ総合分類で「痴呆」とした分岐点「3.中程度の障害」にとらわれることなく分析したので中立性を欠くことにはないと考えられる。

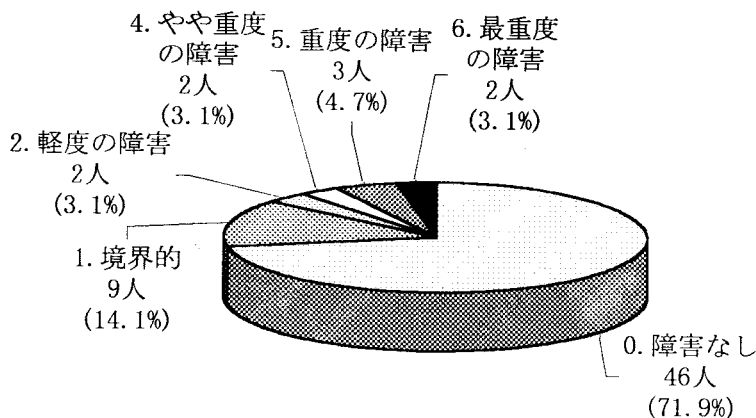
まず、厚生省案で「自立」に分類された対象者は64人であったが、これらの64人を、介護保険給付の対象外とするのが適当かどうかを検証した。身体面については、「部分的な援助」より重いとアセスメントされたADL項目の項目数別の内訳は、図Ⅱ-1a.のとおりであった。すなわち、いずれかの項目で「部分的な援助」以上の介護が必要であった者が8人(12.5%)含まれており、そのうち5項目が2人、6項目が4人含まれていた。次に、CPSの内訳は図Ⅱ-1b.のとおりであり、総合分類で痴呆を把握する際の基準とした「3.中程度の障害」以上が、7人(10.1%)含まれていた。その内訳は「4.やや重度の障害」が2人、「5.重度の障害」が3人、「6.最重度の障害」が2人であった。

図Ⅱ-1 厚生省案で「自立」に分類された対象者64人の状況

a. ADL項目の「部分的な援助」より重くアセスメントされた項目数別の内訳



b. CPSの内訳



一方、総合分類では、IADLに問題がないことから「対象外」とされた25人のうち、何らかのADL項目で「部分的援助」が必要であった対象者は1人とどまっていた。また、CPSについても24人が「0.障害なし」、1人が「1.境界的」であり、「3.中程度の障害」以上はいなかった。

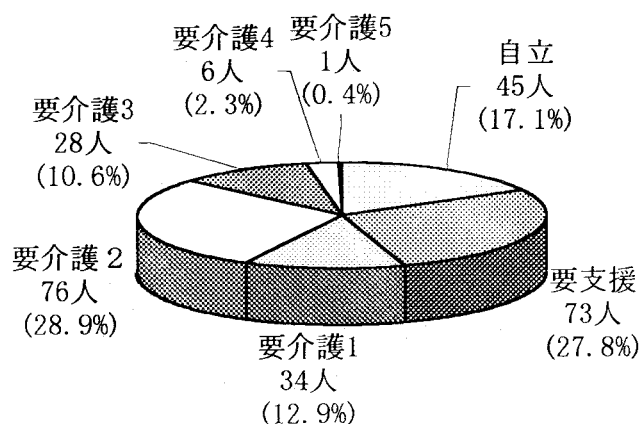
以上の分析から、厚生省案では、介護保険の給付対象とならない「自立」に分類される対象者の1割強は、ADL低下や痴呆に関する問題で介護の必要な対象者であることが確認された。一方、総合分類ではこのような危険性はほとんどなかった。

次に、厚生省案で実際より重い介護度に不適切に分類されたと考えられる対象者がどの程度存在するか検討するため、ADLと痴呆に関する問題のない対象者を取り上げ分析した。

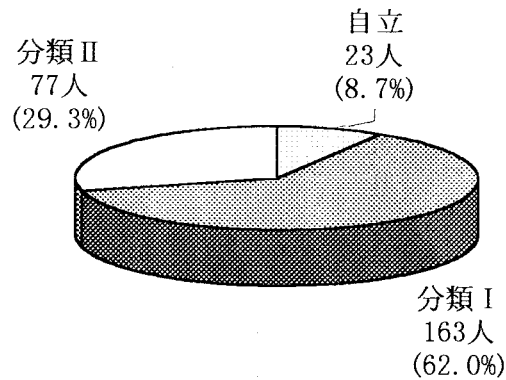
ADL項目が全て「自立」または「観察・誘導」で、CPSが「0.障害なし」の対象者は計263人であった。これらの対象者の厚生省案による要支援・要介護分類の内訳は、図Ⅱ-2a.のとおりであった。すなわち、「自立」が45人(17.1%)、「要支援」が73人(27.8%)、「要介護1」が34人(12.9%)と、約半数は確かに適切に分類されていたが、一方で、「要介護2」が76人(28.9%)、「要介護3」が28人(10.6%)、「要介護4」が6人(2.3%)、「要介護5」が1人(0.4%)と「要介護2~5」に111人(42.2%)が分類されていた。したがって、厚生省案では、ADLの面でも痴呆の面でも介護の必要性が明らかでない人の約半数が、比較的重い要介護度に分類されていた。一方、総合分類では、図Ⅱ-2b.のとおりであり、全てが分類Ⅱより軽く分類されていた。

図Ⅱ-2 ADLと痴呆の両面で問題のない対象者（ADL項目がすべて「自立」または「観察・誘導」で、かつCPSが「0.障害なし」）についての要介護分類の内訳

a. 厚生省案 (N=263)



b. 総合分類 (N=263)



注：分類Ⅲ～Ⅵはいずれも0人

以上の分析から、厚生省案では総合分類と比べ、ADL や痴呆に関して問題の少ない対象者を重度の要介護度に分類する危険性が高く、一方、総合分類ではそのような危険性がないことが確認された。

なお、参考までに総合分類6分類と厚生省6分類の対比の結果を示すと、表Ⅱ-2のようになっている。

表Ⅱ-2 総合分類と厚生省案分類の対比 (全体)

	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
自立	10 40.0%	10 40.0%	0 0.0%	4 16.0%	0 0.0%	1 4.0%	0 0.0%	25 100.0%
分類I	34 9.3%	73 20.0%	31 8.5%	112 30.7%	92 25.2%	21 5.8%	2 0.5%	365 100.0%
分類II	13 8.6%	20 13.2%	17 11.3%	64 42.4%	24 15.9%	12 7.9%	1 0.7%	151 100.0%
分類III	0 0.0%	4 3.6%	5 4.5%	44 39.3%	42 37.5%	12 10.7%	5 4.5%	112 100.0%
分類IV	0 0.0%	1 3.4%	2 6.9%	11 37.9%	11 37.9%	3 10.3%	1 3.4%	29 100.0%
分類V	7 0.9%	1 0.1%	2 0.2%	16 2.0%	151 18.5%	348 42.5%	293 35.8%	818 100.0%
分類VI	0 0.0%	0 0.0%	1 0.9%	1 0.9%	16 14.5%	29 26.4%	63 57.3%	110 100.0%
合計	64 4.0%	109 6.8%	58 3.6%	252 15.7%	336 20.9%	426 26.5%	365 22.7%	1610 100.0%

イ. 在宅・施設別

次に、これを在宅・施設別にみる。まず、厚生省モデル事業と同一の在宅対象者 998 人について、要介護度総合分類結果と厚生省案 1 次判定結果を対比させると、表Ⅱ-3 のようになる。総合分類「Ⅰ、Ⅱ」に分類された者で厚生省案「要支援・要介護 1」の者の割合は 29.4%であるが、総合分類「Ⅲ、Ⅳ」で「要介護 2、3」となっている者、総合分類「Ⅴ、Ⅵ」で「要介護 4、5」となっている者の割合は、それぞれ 72.9%、77.9%となっている。

表Ⅱ-3 総合分類と厚生省案分類の対比 (3分類、在宅)

	自立	要支援・ 要介護 1	要介護2, 3	要介護4, 5	合計
自立	8 38.1%	10 47.6%	3 14.3%	0 0.0%	21 100.0%
分類Ⅰ, Ⅱ	36 10.3%	103 29.4%	190 54.3%	21 6.0%	350 100.0%
分類Ⅲ, Ⅳ	0 0.0%	8 11.4%	51 72.9%	11 15.7%	70 100.0%
分類Ⅴ, Ⅵ	7 1.3%	3 0.5%	113 20.3%	434 77.9%	557 100.0%
合計	51 5.1%	124 12.4%	357 35.8%	466 46.7%	998 100.0%

一方、厚生省モデル事業と同一の施設対象者 472 人についてそれぞれの分類を対比させると、表Ⅱ-4 のようになる。総合分類「Ⅰ、Ⅱ」に分類された者で「要支援・要介護 1」に分類された割合は 20.7%にとどまっているが、総合分類「Ⅲ、Ⅳ」に分類された者で「要介護 2、3」、総合分類「Ⅴ、Ⅵ」で「要介護 4、5」に分類された者の割合は 80%を超えている。

表Ⅱ-4 総合分類と厚生省案分類の対比 (3分類、施設)

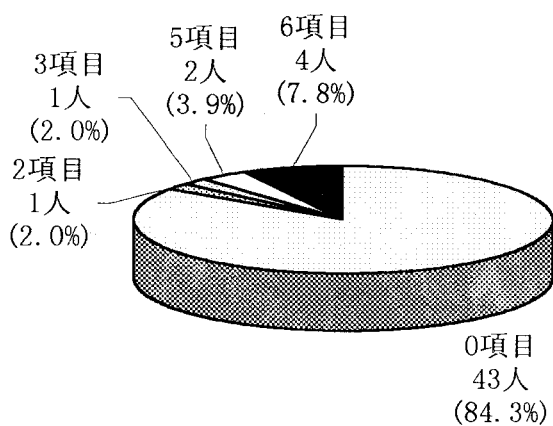
	自立	要支援・ 要介護 1	要介護2, 3	要介護4, 5	合計
自立	2 50.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	4 100.0%
分類Ⅰ, Ⅱ	7 6.0%	24 20.7%	79 68.1%	6 5.2%	116 100.0%
分類Ⅲ, Ⅳ	0 0.0%	3 5.2%	47 81.0%	8 13.8%	58 100.0%
分類Ⅴ, Ⅵ	0 0.0%	1 0.3%	54 18.4%	239 81.3%	294 100.0%
合計	9 1.9%	28 5.9%	181 38.3%	254 53.8%	472 100.0%

ここで、在宅・施設別に ADL や痴呆面からみて介護の必要度に応じて厚生省案の「要支援・要介護」の程度が適切かどうかをみる。

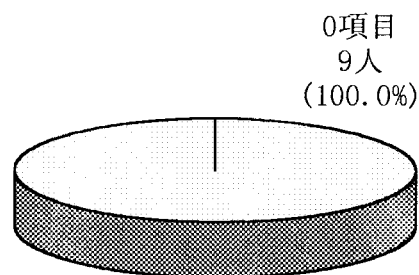
まず、在宅、施設のそれぞれにおいて厚生省案で「自立」と分類されたのはそれぞれ 51 人、9 人となっている。ADL については、在宅対象者で「部分的な援助」より重いとアセスメントされた項目が 2 つ以上ある者は 7 人で、中でも 4 人は 6 つのすべての ADL 項目で「全面依存」となっていた（図Ⅱ-3a.）。施設対象者については、「部分的な援助」以上とアセスメントされた ADL 項目がある者はいなかった（図Ⅱ-3b.）。

図Ⅱ-3 ADL 項目の「部分的な援助」より重くアセスメントされた項目数別の内訳

a. 在宅



b. 施設

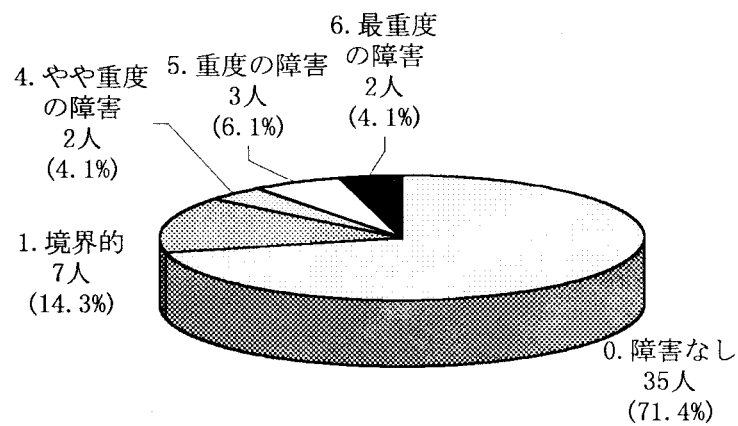


次に、CPS をみると、在宅では「3.中程度の障害」以上が 7 人で、その内訳は「4. やや重度の障害」が 2 人、「5.重度の障害」が 3 人、「6.最重度の障害」が 2 人であった（図Ⅱ-4a.）。また、施設では全員が「2.軽度の障害」以下であった（図Ⅱ-4b.）。

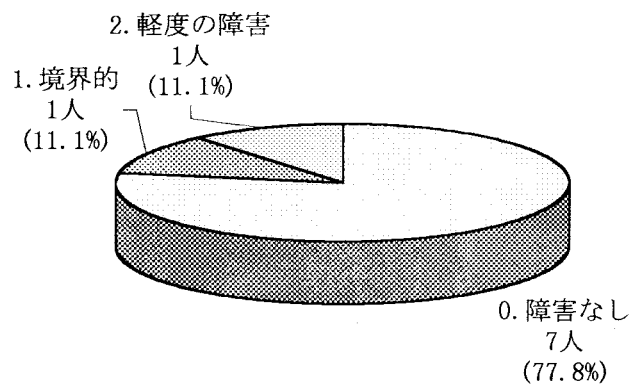
従って、厚生省案では介護保険給付の対象者にならない「自立」に分類される危険性が高いのは、施設よりも在宅対象者であることが確認された。

図Ⅱ-4 CPS の内訳

a. 在宅



b. 施設





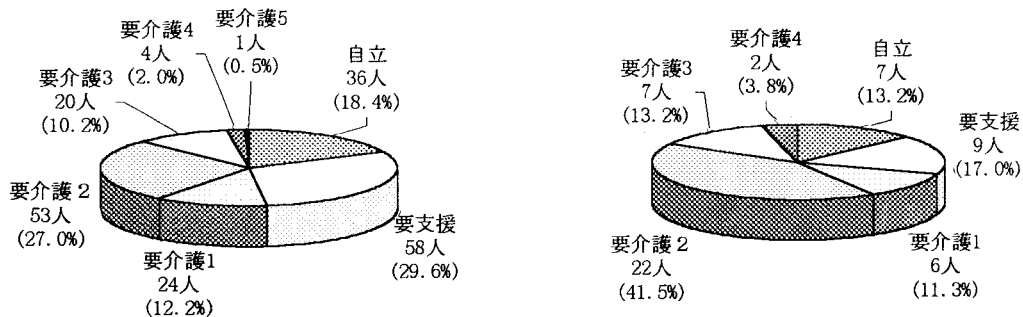
さらに、ADL項目がすべて「自立」または「観察・誘導」で、CPSが「0.障害なし」の対象者は、在宅が193人、施設が53人であった。これらの対象者の厚生省案による要支援・要介護分類の内訳は、図Ⅱ-5a.b.のとおりであった。在宅では「自立」が36人(18.7%)、「要支援」が58人(30.0%)、「要介護1」が24人(12.4%)と約6割の分類は妥当であったが、「要介護2」が53人(27.5%)、「要介護3」が20人(10.4%)、「要介護4」が4人(2.1%)、「要介護5」が1人(0.5%)、と「要介護2~5」に78人(39.8%)が不適切に分類されていた。施設では、「自立」が7人(13.2%)、「要支援」が9人(17.0%)、「要介護1」が6人(11.3%)と4割の分類は妥当であったが、「要介護2」が22人(41.5%)、「要介護3」が7人(13.2%)、「要介護4」が2人(3.8%)と要介護2~5に31人(58.5%)が不適切に分類されていた。

一方、総合分類では図Ⅱ-6a.b.のとおり、全てが総合分類「Ⅱ」以下であった。従って、厚生省案で、ADLや痴呆に問題がない対象者が不適切に重く判断されている傾向にあるのは、施設の方が在宅よりやや多いことが確認された。

図Ⅱ-5 ADL項目がすべて「自立」または「観察・誘導」で、かつCPSが「0.障害なし」の対象者についての要介護分類の内訳(厚生省案)

a. 在宅

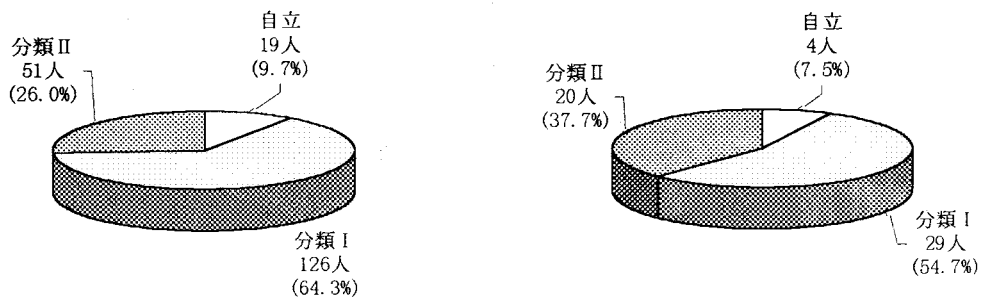
b. 施設



図Ⅱ-6 ADL項目がすべて「自立」または「観察・誘導」で、かつCPSが「0.障害なし」の対象者についての要介護分類の内訳(総合分類)

a. 在宅

b. 施設



(2) 施設種別

さらに、施設での対象者を病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの別に分けて対比をみる。

ア. 病院

病院に入院している対象者は 66 人であり、分類ごとの数は少ないが、結果は表 II-5 のようになる。

表 II-5 総合分類と厚生省案分類の対比 (3 分類、病院)

	自立	要支援・ 要介護 1	要介護2,3	要介護4,5	合計
自立	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
分類 I, II	2 16.7%	2 16.7%	8 66.7%	0 0.0%	12 100.0%
分類 III, IV	0 0.0%	0 0.0%	4 66.7%	2 33.3%	6 100.0%
分類 V, VI	0 0.0%	1 2.1%	10 20.8%	37 77.1%	48 100.0%
合計	2 3.0%	3 4.5%	22 33.3%	39 59.1%	66 100.0%

イ. 老人保健施設

老人保健施設入居者は 155 人で、対比の結果は表 II-6 のようになる。

表 II-6 総合分類と厚生省案分類の対比 (3 分類、老人保健施設)

	自立	要支援・ 要介護 1	要介護2,3	要介護4,5	合計
自立	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
分類 I, II	3 7.5%	7 17.5%	28 70.0%	2 5.0%	40 100.0%
分類 III, IV	0 0.0%	1 5.0%	18 90.0%	1 5.0%	20 100.0%
分類 V, VI	0 0.0%	0 0.0%	22 23.4%	72 76.6%	94 100.0%
合計	4 2.6%	8 5.2%	68 43.9%	75 48.4%	155 100.0%

ウ. 特別養護老人ホーム

特別養護老人ホームの入所者は 251 人で、対比の結果は表Ⅱ-7 のようになる。

表Ⅱ-7 総合分類と厚生省案分類の対比 (3 分類、特別養護老人ホーム)

	自立	要支援・ 要介護 1	要介護2, 3	要介護4, 5	合計
自立	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	3 100.0%
分類Ⅰ, Ⅱ	2 3.1%	15 23.4%	43 67.2%	4 6.3%	64 100.0%
分類Ⅲ, Ⅳ	0 0.0%	2 6.3%	25 78.1%	5 15.6%	32 100.0%
分類Ⅴ, Ⅵ	0 0.0%	0 0.0%	22 14.5%	130 85.5%	152 100.0%
合計	3 1.2%	17 6.8%	91 36.3%	140 55.8%	251 100.0%

## 2. 総合分類のみ実施対象者の結果

総合分類のみの調査対象者となった 65 名について分類結果をみると、表Ⅱ-8 のようになる。「自立」は 2 人 (3.1%) で、最も多く分類されたのは「分類Ⅴ」の 30 人 (46.2%) となっている。

表Ⅲ-8

分類	件数	構成比
自 立	2	3.1%
分類Ⅰ	6	9.2%
分類Ⅱ	4	6.2%
分類Ⅲ	5	7.7%
分類Ⅳ	4	6.2%
分類Ⅴ	30	46.2%
分類Ⅵ	14	21.5%
合 計	65	100.0%

### 3. 自由意見

#### (1) モデル事業責任者

モデル事業責任者に対してアンケート調査を行い、30 の地区から回答があった。以下にその結果をまとめる。

#### ア. 要介護度総合分類と厚生省案との比較

##### ①分類された状態像のわかりやすさ

「厚生省案と比べて分類された状態像はわかりやすいと思いますか」と聞いたところ、「1. わかりやすい」との回答が最も多く 10 人 (33.3%)、次いで「2. まあまあわかりやすい」が 9 人 (30.0%) となっている (表Ⅱ-9)。これらを合わせると 19 人 (63.3%) がわかりやすいと評価している。

表Ⅱ-9 分類された状態像のわかりやすさ

	件数	構成比 (%)
1. わかりやすい	10	33.3
2. まあまあわかりやすい	9	30.0
3. どちらともいえない	6	20.0
4. ややわかりにくい	4	13.3
5. わかりにくい	1	3.3
合 計	30	100.0

##### ②現場の感覚との適合性

厚生省案と比べて、「現場の感覚に照らして分類は適合していると思いますか」と聞いたところ、「3. どちらともいえない」との回答が最も多く 14 人 (46.7%)、次いで「2. まあまあ適合している」が 10 人 (33.3%) となっている (表Ⅱ-10)。また、「1. 適合している」は 5 人 (16.7%) で、「2. まあまあ適合している」と合わせると半数の 15 人 (50.0%) が適合していると評価している。

表Ⅱ-10 現場の感覚との適合性

	件数	構成比 (%)
1. 適合している	5	16.7
2. まあまあ適合している	10	33.3
3. どちらともいえない	14	46.7
4. やや適合している	0	0.0
5. 適合してない	1	3.3
合 計	30	100.0

### ③項目に対する選択肢の客観性

「厚生省案と比べて項目の選択肢は客観的だと思いますか」と聞いたところ、「2. まあまあ客観的である」との回答が最も多く 12 人 (40.0%)、次いで「3. どちらともいえない」が 10 人 (33.3%) となっている (表Ⅱ-11)。また、「1. 客観的である」は 5 人 (16.7%) で、「2. まあまあ客観的である」と合わせると 17 人 (56.7%) が選択肢は客観的であると評価している。

表Ⅱ-11 項目に対する選択肢の客観性

	件数	構成比 (%)
1. 客観的である	5	16.7
2. まあまあ客観的である	12	40.0
3. どちらともいえない	10	33.3
4. やや客観的でない	3	10.0
5. 客観的でない	0	0.0
合 計	30	100.0

### ④利用者からの理解の得られやすさ

「厚生省と比べて、利用者へ説明する際に理解が得られやすいと思いますか」と聞いたところ、「3. どちらともいえない」との回答が最も多く 10 人 (33.3%)、次いで「2. まあまあ理解が得られやすい」が 8 人 (27.6%) となっている (表Ⅱ-12)。また、「1. 理解が得られやすい」は 7 人 (23.3%) で、「2. まあまあ理解が得られやすい」と合わせると半数の 15 人 (50.0%) が利用者への説明の際には理解が得られやすいだろうと評価している。

表Ⅱ-12 利用者からの理解の得られやすさ

	件数	構成比 (%)
1. 理解が得られやすい	7	23.3
2. まあまあ理解が得られやすい	8	26.7
3. どちらともいえない	10	33.3
4. やや理解が得られにくい	3	10.0
5. 理解が得られにくい	1	3.3
6. 無回答	1	3.3
合 計	30	100.0

## イ. 自由意見

アンケートが回収された 30 件のうち 22 件に自由意見が記入されていた。意見の中には当初の説明が不十分なために出てきたものが散見され、すでに検証を終えているものも多い。そこでそのような意見に関しては、どのような検証結果が得られているかを記す。

### 1) 全体の枠組みについて

ロジックや全体の枠組みについては、以下のような意見があった。

#### ①考え方・ロジックについて

- ・ ロジックが明快で理解しやすい。
- ・ 判定結果の理屈がわかる。
- ・ 審査員が自信をもって判定できる。
- ・ 基本的な 3 段階の分類がよい。
- ・ 考え方が簡潔で優れている。特に痴呆と医学的管理の程度が明確に整理される。
- ・ 判定の手順が簡潔。

#### ②あてはまりについて

- ・ 現実をよく反映している。
- ・ 厚生省案ほどではないが、痴呆の判定が若干低く判定されている。

#### ③手間・時間について

- ・ 短時間でできる。
- ・ コンピューター化すれば非常に効率的。
- ・ 簡潔で調査しやすい。

以上のように肯定的な意見が多数を占めたが、その中で②の痴呆の判定が若干低く判定されているのではないかと、との意見がある。これについては、総合分類に使用した痴呆判定スケール CPS は既存の研究によって柄澤式痴呆基準と高い相関係数を示しており、このスケールで軽度以下と中程度以上で分けることによって、痴呆によるケア時間の相違を適切に反映している。

### 2) アセスメント項目について

一方、細かなアセスメント項目については、以下のような課題が示された。

#### ①ADL 項目について

- ・ ADL 項目に歩行が必要。
- ・ ADL 項目の「2. 部分的援助」と「3. 広範な援助」の区分けが難しいのでは

ないか。

- ・ 食事については経管栄養と常食で介護者の負担は大きく異なるので、より細分化が必要。
- ・ トイレの使用の区分が大雑把すぎる。

#### ②IADL 項目について

- ・ IADL の表記はもっと細分化した方がよい。
- ・ 施設入所者には不適切と考える。
- ・ 3 段階評価ではなく、5 段階（問題なし、見守り、一部介助、全介助、不能）が望ましい。

#### ③痴呆項目について

- ・ 痴呆の判定に問題行動を含めるべき。
- ・ 痴呆・精神疾患などの記載があった方がよい。
- ・ 痴呆の判定項目が少ない。

#### ④特別な治療・ケア項目について

- ・ 医学的管理が特別な治療・ケアの処置数で判定されるのは疑問（例：酸素療法は 3 種類も必要か、訪問診療をしても必ずしも特別な治療・ケアではないがコミュニケーションや観察は重要）。
- ・ あまりに専門的で調査員もわからず、家族からも聞きにくい。
- ・ 調査員の職種によって判断できかねるものもある。
- ・ 介護保険としては、治療・ケアの項目が多すぎでないか。

#### ⑤その他

- ・ 項目数、情報量が少なく、利用者の理解が得られないのではないか。
- ・ 質問項目が少ないので対象者に負担がかからなかった。
- ・ ケアプランに直接反映できる。
- ・ A～D で判断基準が違っていて答えにくい。
- ・ B、C は過去 7 日間では期間が短いのではないか。
- ・ アセスメント表が大雑把で、もっと細かい分析によるスコア化が必要。
- ・ 調査する項目と得点付けが適切でないと、正しい判定にならないため、調査員が「判断に迷う」あるいは「不適切」と回答した項目の修正を検討すべき。

以上の意見は、要介護度総合分類を改善していく上で生かしていきたいが、一部は説明会を開催しなかったため、調査内容の理解が不十分であったことに起因する面もある。理解が不十分であったと思われる面について列記すると以下ようになる。

- ・ ADL、IADL の項目について、全体的に判断基準を細かく、また多くとる方がよいとの意見があったが、総合分類を開発する際、すべての ADL 項目の組み



合わせの中から各分類のケア時間の相違をもっとも適切に説明している項目を選び出している。すなわち、選ばれなかった項目は選ばれた項目と同じようにチェックされるので、これらの項目を含めなくても支障がないことが統計的に検証されている。

- ・ 問題行動を痴呆度のスケールに盛り込むかどうかについては、痴呆と判定された対象者について、問題行動の各項目について、該当の有無によってケア時間の差の検証を行ったが、有意な差は認められなかった。すなわち、問題行動のある対象者は CPS の痴呆スケールによって適切に把握されることが検証されている。また、逆に痴呆と判断されなかった者で問題行動のあったのは 2 名のみであり、この 2 名のケア時間は同じ分類の問題行動のなかった者と比べて多くなかった。
- ・ 調査項目が少ないのではないかと、との意見があるが、総合分類の開発に際しては約 240 項目におよぶ MDS-HC のアセスメントを実施し、その中から臨床の状態像とケア時間の相違を説明する上でもっとも適切な項目を選定している。
- ・ 特別な治療・ケアの項目については、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、それらを加えることによって統計的な説明率は向上せず、また客観的かつ容易に評価することが困難なため取り上げなかった。
- ・ 区分けが難しいアセスメント項目があるという点については、今回は記入要領を渡すだけであったので、調査（アセスメント）に関する十分な説明を行うことによって解決できると考えられる。

### 3) 今後の課題について

今後の課題、および要介護度を定めるプロセスについての意見としては、以下のようなものがあつた。

- ・ 総合分類案は調査員の判断に誤りがなければ判定は機械的に行われるので正確であろうが、かかりつけ医の意見書はどのように扱われるのか。
- ・ 今後、具体的なデータの積み重ねを見ながら、特別な状況もカバーできるか検討することが課題。
- ・ 在宅でのタイムスタディから始められているので、在宅に利用するにはかなり手直しが必要と思われる。
- ・ かかりつけ医の意見書は記述方式ではなく「選択法式」を多くできないか。
- ・ 医療保険から移行するときの「初回審査」と、その後生活の中で明らかになってくる障害に対する「再審査」と 2 つの対応を別にしてもよいのではないかと。
- ・ かかりつけ医の意見書の役割を重視し、どう位置付けるか日医として検討し、行政と折衝してもらいたい。

- ・ かかりつけ医のいない人は市町村が医師を指定することになっているが、健康なときから何でも相談できる医師を持つことへの働きかけをすべき。
- ・ 無医地区への対応に対する日医としての案を持つべき。
- ・ 過去および将来の要介護度の変化予測ができないか。

以上の意見についても、要介護度総合分類および今後制度の構築に生かしたいが、かかりつけ医の意見については、対象者の予後（要介護度の変化）を見極める上で不可欠ゆえ、1次判定としては機械的に行われても必ず重視されると考えられる。また、要介護度総合分類は確かに施設を対象としてモデルを構築したが、在宅におけるケア時間の相違を十分説明することが検証されている。

## (2) 訪問調査員

訪問調査員に対して、要介護度総合分類に使用したアセスメント項目（中分類による17項目）について、①不要または不適切と思われる項目があったか、またその理由は何か、②判断に迷う項目があったか、またその理由はどのようなことか、を聞いた。

アンケート調査表は1地区1部としたが、広域で行っている地区は各市町村の調査員がそれぞれ記入した等のため、回収数は43件となった。

### ①不要または不適切と思われる項目

不要または不適切と思われる項目があったかを聞いたところ、「B.ア.食事の用意」が最も多く12人（27.9%）、次いで「B.イ.家事一般」、「C.エ.着衣」、「D.特別な治療・ケア」が11人（25.0%）となっている（表Ⅱ-13）。不要または不適切との回答が3割を越えた項目はなく、2割を越えたものは8項目となっている。

表Ⅱ-13 不要または不適切と思われる項目

	件数	構成比
A.ア.短期記憶	10	23.3%
A.イ.日常の意思決定を行うための認知能力	7	16.3%
A.ウ.自分を理解させることができる	9	20.9%
B.ア.食事の用意	12	27.9%
B.イ.家事一般	11	25.6%
B.ウ.金銭管理	10	23.3%
B.エ.薬の管理	7	16.3%
B.オ.電話の利用	4	9.3%
B.カ.買物	7	16.3%
B.キ.交通手段の利用	6	14.0%
C.ア.ベッド上の可動性	7	16.3%
C.イ.移行	6	14.0%
C.ウ.移動	5	11.6%
C.エ.着衣	11	25.6%
C.オ.食事	5	11.6%
C.カ.トイレの使用	10	23.3%
D.特別な治療・ケア	11	25.6%

また、その理由を聞いたところ、表Ⅱ-14のような回答となっている。ほとんどの項目で「2.おおざっぱすぎる」が理由の第1位を占め、「4.設定が不適當」が多かったのは「B.カ.買い物」、「B.キ.交通手段の利用」で、また、「1.細かすぎる」が比較的多かったのは「D.特別な治療・ケア」である。

表Ⅱ-14 不要または不適切と思われる理由

	1. 細かすぎる	2. 大雑把すぎる	3. 判断に時間がかかる	4. 設定が不適當	5. その他
A. ア. 短期記憶	0 0.0%	6 60.0%	0 0.0%	2 20.0%	2 20.0%
A. イ. 日常の意思決定を行うための認知能力	0 0.0%	6 85.7%	0 0.0%	1 14.3%	0 0.0%
A. ウ. 自分を理解させることができる	0 0.0%	2 22.2%	3 33.3%	3 33.3%	1 11.1%
B. ア. 食事の用意	2 16.7%	4 33.3%	3 25.0%	4 33.3%	1 8.3%
B. イ. 家事一般	1 9.1%	5 45.5%	3 27.3%	3 27.3%	2 18.2%
B. ウ. 金銭管理	0 0.0%	5 50.0%	0 0.0%	4 40.0%	1 10.0%
B. エ. 薬の管理	0 0.0%	5 71.4%	0 0.0%	1 14.3%	1 14.3%
B. オ. 電話の利用	0 0.0%	2 50.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%
B. カ. 買い物	0 0.0%	2 28.6%	1 14.3%	4 57.1%	0 0.0%
B. キ. 交通手段の利用	0 0.0%	2 33.3%	1 16.7%	3 50.0%	0 0.0%
C. ア. ベッド上の可動性	0 0.0%	4 57.1%	1 14.3%	2 28.6%	0 0.0%
C. イ. 移行	0 0.0%	3 50.0%	1 16.7%	2 33.3%	0 0.0%
C. ウ. 移動	0 0.0%	2 40.0%	1 20.0%	2 40.0%	0 0.0%
C. エ. 着衣	2 18.2%	4 36.4%	2 18.2%	3 27.3%	0 0.0%
C. オ. 食事	0 0.0%	2 40.0%	2 40.0%	1 20.0%	0 0.0%
C. カ. トイレの使用	0 0.0%	5 50.0%	1 10.0%	3 30.0%	1 10.0%
D. 特別な治療・ケア	4 36.4%	1 9.1%	0 0.0%	4 36.4%	2 18.2%

②判断に迷う項目

判断に迷う項目があったかを聞いたところ、「A.イ.日常の意思決定を行う認知の能力」、「B.ア.食事の用意」がともに最も多く 14 人（32.6%）、次いで「B.イ.家事一般」が 13 人（30.2%）となっている（表Ⅱ-15）。判断に迷う項目との回答が 3 割を越えたのはこれら 3 項目で、2 割を越えた項目を合わせると 12 項目である。

表Ⅱ-15 判断に迷う項目

	件数	構成比
A.ア.短期記憶	7	16.3%
A.イ.日常の意思決定を行うための認知能力	14	32.6%
A.ウ.自分を理解させることができる	12	27.9%
B.ア.食事の用意	14	32.6%
B.イ.家事一般	13	30.2%
B.ウ.金銭管理	9	20.9%
B.エ.薬の管理	3	7.0%
B.オ.電話の利用	4	9.3%
B.カ.買物	11	25.6%
B.キ.交通手段の利用	9	20.9%
C.ア.ベットの可動性	10	23.3%
C.イ.移行	6	14.0%
C.ウ.移動	6	14.0%
C.エ.着衣	10	23.3%
C.オ.食事	9	20.9%
C.カ.トイレの使用	10	23.3%
D.特別な治療・ケア	12	27.9%

また、その理由を聞いたところ表Ⅱ-16 のような回答となっている。痴呆に関する項目の「A.イ.日常の意思決定を行うための認知能力」では「2.基準があいまい」が、「A.ウ.自分を理解させることができる」では「1.表現が不適切」が理由の第 1 位にあげられている。IADL に関する項目は、概ね「2.基準があいまい」が多く、ADL に関する項目は「1.表現が不適切」、「2.基準があいまい」がほぼ半々、医学的管理に関する項目は「8.その他」が多くなっている。「8.その他」の内容をみると、最も多いのが「本人や家族等の介護者が受けた治療内容を把握していない」であり、「専門的なため、調査員には聞けない」との回答もあった。

表Ⅱ-16 判断に迷う理由

	1. 表現が 不適切	2. 基準が あいまい	3. 説明が 不十分	4. その他
A. 7. 短期記憶	0 0.0%	7 100.0%	1 14.3%	1 14.3%
A. 4. 日常の意思決定を 行うための認知能力	3 21.4%	10 71.4%	1 7.1%	0 0.0%
A. 5. 自分を理解させる ことができる	7 58.3%	2 16.7%	3 25.0%	1 8.3%
B. 7. 食事の用意	2 14.3%	9 64.3%	3 21.4%	3 21.4%
B. 4. 家事一般	0 0.0%	9 69.2%	3 23.1%	3 23.1%
B. 5. 金銭管理	1 11.1%	4 44.4%	2 22.2%	5 55.6%
B. 6. 薬の管理	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	2 66.7%
B. 8. 電話の利用	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%
B. 9. 買物	1 9.1%	5 45.5%	3 27.3%	4 36.4%
B. 10. 交通手段の利用	1 11.1%	6 66.7%	1 11.1%	3 33.3%
C. 7. ベッド上の可動性	3 30.0%	6 60.0%	1 10.0%	5 50.0%
C. 4. 移行	3 50.0%	3 50.0%	1 16.7%	3 50.0%
C. 5. 移動	3 50.0%	3 50.0%	1 16.7%	3 50.0%
C. 6. 着衣	3 30.0%	7 70.0%	1 10.0%	3 30.0%
C. 8. 食事	4 44.4%	4 44.4%	1 11.1%	5 55.6%
C. 9. トイレの使用	3 30.0%	7 70.0%	1 10.0%	3 30.0%
D. 特別な治療・ケア	2 16.7%	1 8.3%	5 41.7%	8 66.7%

### Ⅲ. まとめ

1. 本調査は、日本医師会介護プロジェクト委員会が開発した「要介護度総合分類」（以下、総合分類）を広く試行するとともに、厚生省の「介護サービス調査票（基本調査）」によって把握される要支援、要介護認定 1 次判定（以下、厚生省案）を対比することを目的とした。

2. 厚生省案は医学的管理について配慮されていないので、総合分類のⅠとⅡ、ⅢとⅣ、ⅤとⅥをまとめて、厚生省案による分類と対比させた。その結果、総合分類「Ⅰ、Ⅱ」と厚生省案「要支援・要介護 1」は十分な対応は見られなかったが、総合分類の「Ⅲ、Ⅳ」と「要介護 2、3」、総合分類の「Ⅴ、Ⅵ」と「要支援 4、5」はそれぞれほぼ対応した。特に、介護の程度が重い対象者については厚生省案と総合分類は比較的よく対応した。

しかしながら、厚生省案で ADL や痴呆面からみて介護の必要度に対応して「要支援・要介護」の程度が適切に分類されているかどうかをみると、次の 2 つの問題が明らかになった。第 1 は、「自立」と分類された対象者の 1 割強に介護を必要とする ADL 項目や痴呆の状態が認められ、これらの人たちは介護保険給付の対象外とされる危険性がある。第 2 は、ADL が自立し、かつ痴呆に関する問題のない対象者でも「要介護 2」以上に不適切に重く分類される対象者が約 4 割あった。なお、在宅・施設別に分析すると、第 1 の問題に関してはすべて在宅例であり、第 2 の問題に関しては施設例において多くみられる傾向があった。

3. モデル事業責任者に対して、要介護度総合分類を厚生省案と比較して、アンケート調査で意見を聞いたところ、30 人からの回答があった。要介護度総合分類については、十分周知できなかったにもかかわらず、全般的に総合分類の方がよいとの意見が半数以上で、残りは「どちらともいえない」との回答が多かった。特に「分類された状態像のわかりやすさ」については 63.3%が「わかりやすい」ないし「まあまあわかりやすい」と回答した。

さらに、自由意見においても、枠組み、ロジックが「明快、簡潔で理解されやすい」等の意見が多かった。また、要介護度総合分類の問題点を指摘した回答には、同分類について説明・周知の時間が十分でなかったことを反映して、要介護度総合分類を必ずしも十分に理解していないことによると思われるものが多かった。従って、同分類が広く理解されるについて、このような指摘は減ると考えられる。なお、かかりつけ医の意見書の扱い、記入方法の工夫、無医地区への配慮等に対する意見も寄せられた。

4. 訪問調査員に対して、要介護度総合分類のアセスメント項目についてのアンケート調査で意見を聞いたところ、広域の地域では複数の調査員が調査にあたったこともあって、43人から回答があった。

アセスメント項目についての適切性については、肯定的な意見が圧倒的に多く、「不要または不適切な項目はあると思うか」という設問に対して、3割以上の調査員が「ある」と回答したアセスメント項目はなかった。なお、あると思うとされた項目についての理由としては「大雑把すぎる」があげられていた。また、「判断に迷う項目はあると思うか」という設問に対しても、3割以上の調査員が「ある」と回答したアセスメント項目は中分類合計17項目のうち、3項目にすぎなかった。このような意見に対しては、調査員に対して十分な説明を行うことによって解決できると考えられる。



卷 末 資 料

## 要介護度総合分類アセスメント表

対象者の属性

フリガナ 氏 名		年 齢	歳	性 別	1.男 2.女
-------------	--	-----	---	-----	---------

A. 認知能力

過去7日間の状況で判断

ア. 短期記憶	短期記憶に問題ない（5分後に覚えているように見える） 0.問題なし 1.問題あり <input style="float: right;" type="checkbox"/>
イ. 日常の意思決定を行うための認知能力	どの程度自分の判断でその日の活動をうまくなしとげるか（たとえば、起床や食事すべき時間がわかる、衣服を選ぶ、どんな活動をする） 0.自 立 : 首尾一貫して的確である 1.限定的に自立: 新しい事態に直面したときにのみいくらか困難がある 2.中程度の障害: 判断力が弱く、合図や見守りが必要である 3.重度の障害: 判断できないか、まれにしか判断できない <input style="float: right;" type="checkbox"/>
ウ. 自分を理解させることができる	どんな方法を用いて表現してもよい 0.理解させることができる 1.通常は理解させることができるが、ことばを思い出したり考えをまとめるのが困難 2.時々理解させることができるが、その能力は具体的な欲求（食事、トイレなど）に限られる 3.ほとんどまたはまったく理解させることができない <input style="float: right;" type="checkbox"/>

B. IADL（手段的日常生活能力）

IADL実施上の困難<自分で行う、あるいは行おうとした場合の難しさ> 過去7日間の状況で判断	
0.問題ない 1.いくらか困難（援助が必要、非常にゆっくりしている、疲れる） 2.非常に困難（ほとんど、あるいはまったく活動に参加できない）	
ア. 食事の用意	食事の用意 (献立を考える、料理する、材料を用意する、配膳する) <input style="float: right;" type="checkbox"/>
イ. 家事一般	食事の後片付け、掃除、ベッドの整理、家の中の整頓、洗濯 <input style="float: right;" type="checkbox"/>
ウ. 金 銭 管 理	支払い、家計の収支勘定 <input style="float: right;" type="checkbox"/>
エ. 薬 の 管 理	服用の時間、袋から取り出し、処方どおり服用 (内服薬、外用薬、インシュリンなどの注射薬を含む) <input style="float: right;" type="checkbox"/>
オ. 電話の利用	自分で電話をかける (必要に応じて音の拡大装置を使ってもよい) <input style="float: right;" type="checkbox"/>
カ. 買 物	食べ物や衣類など必要な物を自分で選び、支払う <input style="float: right;" type="checkbox"/>
キ. 交通手段の利用	乗り物による移動 (歩行できる範囲外における移動) <input style="float: right;" 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

(970920版)

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. ベッド上の可動性	自分でベッド上で横になったり、起き上がったり、寝返りを打ったり、からだを動かす	<input type="checkbox"/>
*	イ. 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"/>
	ウ. 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"/>
	エ. 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"/>
	オ. 食 事	食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)	<input type="checkbox"/>
	カ. 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

治療内容

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

\*これらの項目は要介護度総合分類の最終報告の段階で除かれた。

## 要介護度総合分類（案）に関するアンケート調査票

1. 要介護度総合分類（案）は厚生省が示した案と比較してどのように感じましたか。それぞれについてあてはまる番号を1つだけ選び○をつけて下さい。

(1) 厚生省案と比べて分類された状態像はわかりやすいと思いますか。

- |            |              |             |
|------------|--------------|-------------|
| 1.わかりやすい   | 2.まあまあわかりやすい | 3.どちらともいえない |
| 4.ややわかりにくい | 5.わかりにくい     |             |

(2) 厚生省案と比べて現場の感覚に照らして分類は適合していると思いますか。

- |            |              |             |
|------------|--------------|-------------|
| 1.適合している   | 2.まあまあ適合している | 3.どちらともいえない |
| 4.やや適合している | 5.適合していない    |             |

(3) 厚生省案と比べて項目の選択肢は客観的だと思いますか。

- |            |              |             |
|------------|--------------|-------------|
| 1.客観的である   | 2.まあまあ客観的である | 3.どちらともいえない |
| 4.やや客観的でない | 5.客観的でない     |             |

(4) 厚生省案と比べて利用者へ説明する際に、理解が得られやすいと思いますか。

- |               |                 |             |
|---------------|-----------------|-------------|
| 1.理解が得られやすい   | 2.まあまあ理解が得られやすい | 3.どちらともいえない |
| 4.やや理解が得られにくい | 5.理解が得られにくい     |             |

2. 要介護度総合分類（案）について、自由に意見があれば記入して下さい。

要介護度総合分類（案）に関するアンケート調査票

1. 要介護度総合分類（案）に使用したアセスメント項目について、（1）不要または不適切と思われる項目はありましたか、また、（2）判断に迷う項目はありましたか。あれば次の表の（1）、（2）それぞれの欄に「✓」をして下さい。また、「✓」をつけた項目については、その理由を次の中から選び、表のあてはまる番号のすべてに○をつけて下さい。

なお、回答は訪問調査員の方々の協議により記入して下さい。

（1）不要・不適切と思う理由

- |             |                               |
|-------------|-------------------------------|
| 1.項目が細かすぎる  | 4.設定が不適切である                   |
| 2.項目が大雑把すぎる | 5.その他（                      ） |
| 3.判断に時間がかかる |                               |

（2）判断に迷う理由

- |              |                               |
|--------------|-------------------------------|
| 1.表現が不適切である  | 3.記入要綱の説明が不十分である              |
| 2.基準があいまいである | 4.その他（                      ） |

	(1)不要 または 不適切	その理由 (✓の項目のみ)				
		1.細かすぎる	2.大雑把すぎる	3.判断に時間がかかる	4.設定が不適當	5.その他 ( )
A.7.短期記憶		1	2	3	4	5 ( )
A.4.日常の意思決定を行うための認知能力		1	2	3	4	5 ( )
A.9.自分を理解させることができる		1	2	3	4	5 ( )
B.7.食事の用意		1	2	3	4	5 ( )
B.4.家事一般		1	2	3	4	5 ( )
B.9.金銭管理		1	2	3	4	5 ( )
B.1.薬の管理		1	2	3	4	5 ( )
B.8.電話の利用		1	2	3	4	5 ( )
B.9.買物		1	2	3	4	5 ( )
B.3.交通手段の利用		1	2	3	4	5 ( )
C.7.ベッド上の可動性		1	2	3	4	5 ( )
C.4.移行		1	2	3	4	5 ( )
C.9.移動		1	2	3	4	5 ( )
C.1.着衣		1	2	3	4	5 ( )
C.8.食事		1	2	3	4	5 ( )
C.9.トイレの使用		1	2	3	4	5 ( )
D.特別な治療・ケア		1	2	3	4	5 ( )

	(2) 判断に迷う	その理由 (✓の項目のみ)			
		1.表現が不適切	2.基準があいまい	3.説明が不十分	4.その他 ( )
A.7.短期記憶		1	2	3	4 ( )
A.1.日常の意思決定を行うための認知能力		1	2	3	4 ( )
7.自分を理解させることができる		1	2	3	4 ( )
B.7.食事の用意		1	2	3	4 ( )
B.1.家事一般		1	2	3	4 ( )
B.9.金銭管理		1	2	3	4 ( )
B.1.薬の管理		1	2	3	4 ( )
B.4.電話の利用		1	2	3	4 ( )
B.8.買物		1	2	3	4 ( )
B.11.交通手段の利用		1	2	3	4 ( )
C.7.ベッド上の可動性		1	2	3	4 ( )
C.1.移行		1	2	3	4 ( )
C.9.移動		1	2	3	4 ( )
C.11.着衣		1	2	3	4 ( )
C.4.食事		1	2	3	4 ( )
C.8.トイレの使用		1	2	3	4 ( )
D.特別な治療・ケア		1	2	3	4 ( )

## 要介護度総合分類（案）による判定の手引き

- I. 要介護度総合分類（案）に関する研究の背景
  - II. 要介護度総合分類（案）の基本的考え方
  - III. 要介護度総合分類（案）による判定の方法
- 付属資料. 要介護度総合分類の方法

平成9年10月

日本医師会介護プロジェクト



## I. 要介護度総合分類（案）に関する研究の背景

介護保険制度法案の審議に平行して、平成 8 年度厚生省では介護保険給付水準を規定するための要介護認定・要支援認定についての案を提示し、モデル事業を実施した。昨年度のモデル事業での結果を基に原案修正を行った上で、平成 9 年度にもモデル事業を実施することとしている。しかしながら、1) 平成 8 年度にも 9 年度にも認定ロジックが示されず、現場で議論ができない、2) 原案修正はアセスメント表の一部修正にとどまっている。このような方法では基本的には以下のような本来的な問題は解決されていると考えられる。

### 1. 統計分析の結果だけで分類を構築しているため、状態が分かりにくい。

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とすべきである。しかしながら、厚生省案は細部の説明はあるものの状態像が分かりにくい。その一つの理由は、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ことにあると考えられる。なお、こうした統計解析を行った際の説明率も公表されていない。

### 2. 医療面が要介護度分類に反映されていない

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制度は設計されているが、各分類のいずれにも医療的側面の記載がないため、どのような変更が適切なのか明確ではない。また、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、それぞれ決める客観的な指標が要介護度分類に組み込まれていないことから、サービス水準の目安が不明確である。

以上のうち特に第 2 点は、平成 9 年度モデル事業において、コンピューターによる 1 次判定の結果のウェイ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。しかしながら、本来 1 次判定でより高い確率で確定されることが効率性からも公平性からも望ましいと考えられる。

したがって、より分かりやすく、医療ニーズも含めて総合的で、かつ現場の実態が反映された要介護度分類を早急に開発する必要がある。

## II. 要介護度総合分類（案）の基本的考え方

### 1. 命名について

本分類（案）は、高齢者の状態像を IADL (Instrumental Activities of Daily Living)<sup>\*1</sup>、ADL (Activities of Daily Living)<sup>\*2</sup>、痴呆状態及び医学的管理等、現場の感覚に合うように、かつ総合的な視点からの分類を試みたものである。

### 2. 状態像の整理

(1) まず最初にケアを要する高齢者の状態像を IADL、ADL、痴呆状態から 3 つに整理し、その上でそれぞれを医学的管理の程度によってさらに 2 つに分ける（表 1）。

表 1 要介護度総合分類の状態像

分類	状態像
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>医学的管理が中低度以上</u>
分類Ⅴ	IADL（家事や金銭管理の能力）が低下 <u>ADL 介助が中低度以上必要</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>医学的管理が中低度以上</u>

注：下線は当該分類の特徴

<sup>\*1</sup>IADL（手段的日常生活能力）日常生活において調理や掃除、金銭管理など、ものや道具を対象としたり、媒体としたりして行われる動作能力。低下した場合、社会的支援の対象となる。

<sup>\*2</sup>ADL（日常生活動作能力）移動や歩行などの移動能力、食事や着脱などの身の回りの動作など日常生活における動作能力。

- (2) 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、介護保険給付の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。
- (3) 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であり、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。
- (4) 医学的管理は在宅介護療養指導管理料（仮称）等として全員を対象とすべきだが、特に医療処置を必要とする対象者については、中程度以上医学的管理を要するとして別に分類する必要がある。このような医学的管理の必要度は IADL、ADL、痴呆による介護の程度から独立に評価すべきであり、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。

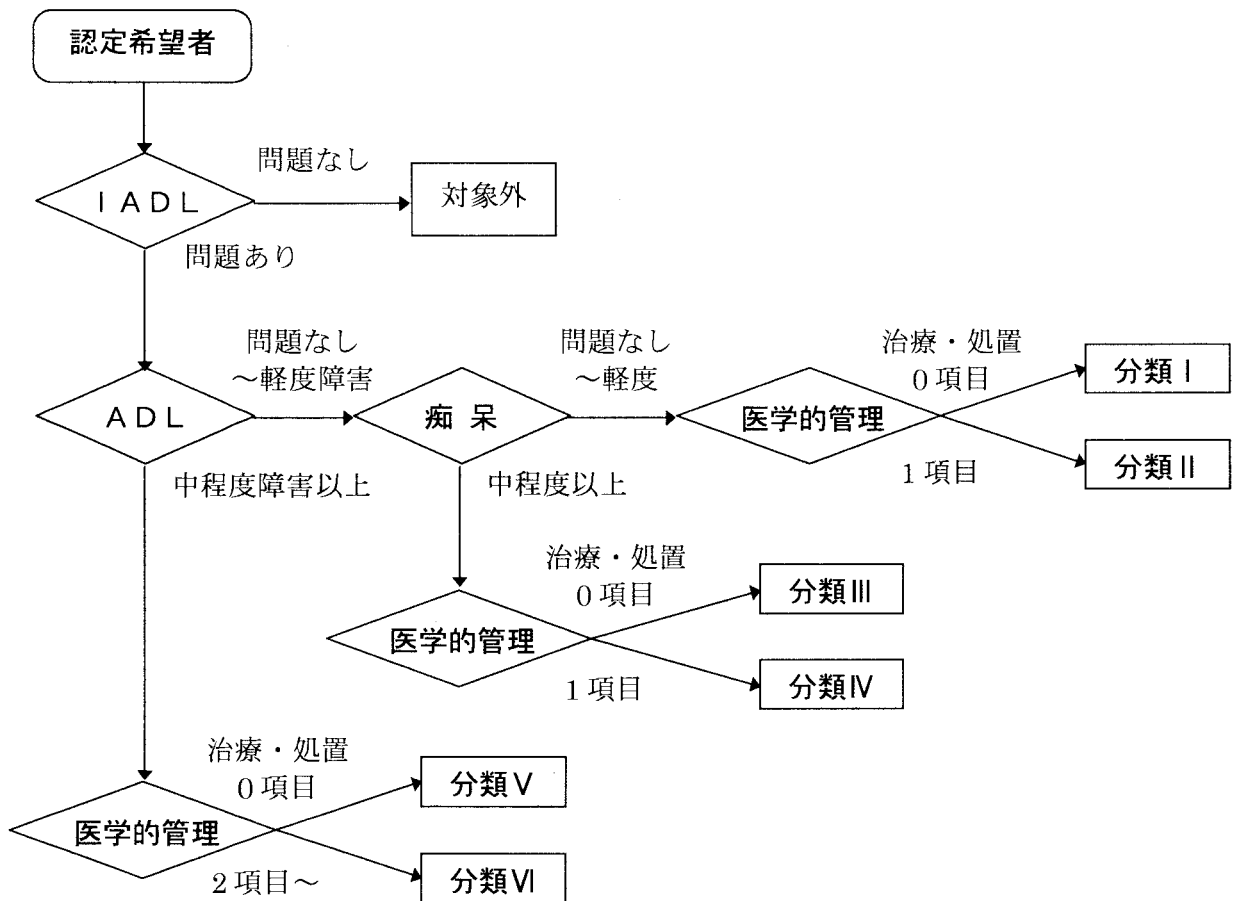
### 3. 各状態を規定するアセスメント項目とその分岐点の決定

- (1) 以上の状態像を決めるため、各対象者が受けているケア時間の違いを対象者の特性の違いによって分類することとし、統計手法の一つである樹形モデル解析を用いて、6 つの分類の分岐点を決定することとした。そこで、長期ケア施設と在宅ケア機関にタイムスタディ及びアセスメント表による調査を依頼した。タイムスタディは 24 時間・病棟（ケアユニット）単位で実施し、アセスメント表は「在宅ケアアセスメント表」（MDS-HC）を使用した。
- (2) 施設のほうが在宅に比べてケア内容の標準化やケア時間の測定が適切にできると判断し、まず施設の対象者について統計解析を行い、その結果を在宅ケアを受けている対象者に適用した。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 ヲ所、計 12 施設に入院、入所している合計 782 名の入院・入所者であった。本総合分類により、782 名のケア時間の相違の 39.9%が説明でき、在宅では、調査対象者の第 1 段階 181 人については 36.0%の説明ができた。
- (3) 統計解析の結果、MDS-HC のアセスメント項目の中から選ばれた項目は、IADL、ADL、CPS 尺度（痴呆）、を把握するために 16 項目、処置（医学的管理）を把握するために 20 項目、合計 36 項目であり、その分岐点を整理すると表 2、図 1 のようである。その詳細については、付属資料に記す。
- (4) 以上の結果は、中間報告に基づいてのものであり、今年中に在宅ケアの対象者の第 2 段階（400 人強）の結果に基づいて、アセスメント項目と分岐点を再検討し、さらに精度を上げたモデルを構築する予定である。

表2 要介護度総合分類の分岐項目と基準

	IADL (7分類)	ADL (ADL得点)	痴呆 (CPS尺度)	医学的管理 (処置数)
対象外	問題なし			
分類I	問題あり	4-7	0-2	0
分類II	同上	4-7	0-2	1つ以上
分類III	同上	4-7	3-6	0
分類IV	同上	4-7	3-6	1つ以上
分類V	同上	8-15	問わない	0-1
分類VI	同上	8-15	問わない	2つ以上

図1 要介護度総合分類のフロー図



#### 4. まとめ

- (1) 要支援、要介護となる3つの状態像を現場における実態を踏まえて想定し、さらに医学的管理については独立に評価するべきであるので、その程度によりこれら3つの状態像をそれぞれ2つに分け、合計6つとした。
- (2) 次に、これら6つの要支援・要介護となる状態像を規定するアセスメント項目として、IADL、ADL、CPS（痴呆）、および医療処置を構成するアセスメント項目（合計36項目）とその分岐点を施設でのタイムスタディの結果に基づいて、樹形モデル解析により暫定的に決めた。
- (3) 上記、「要介護度総合分類」により老人病院、老人保健施設、特別養護老人ホームの入院、入所者782人のケア時間の相違の39.9%を説明でき、また、在宅ケアを受けている調査対象者の第1段181人については36.0%を説明できた。
- (4) 今年中には在宅例を増やして再検討するとともに、現場の意見を通じて改善してゆく予定である。なお、来年度以降も、対象者を増やしてさらに修正してゆく必要があると考えている。

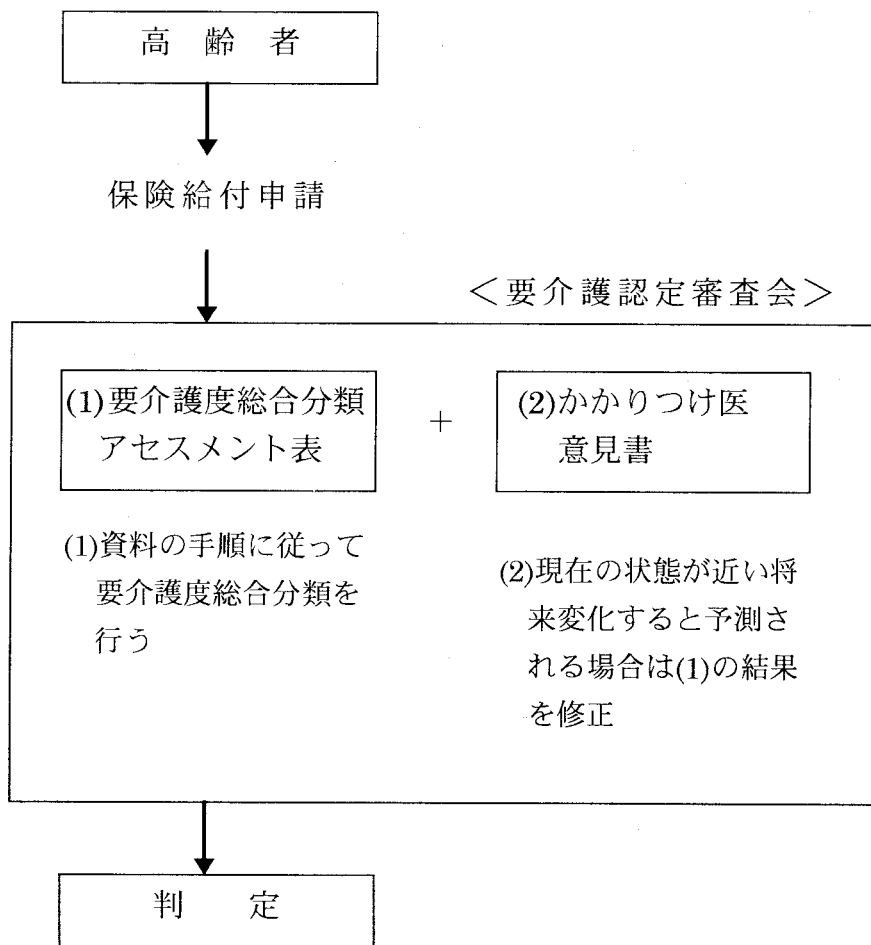
### Ⅲ. 要介護度総合分類（案）判定の方法

#### 1. 用意すべき調査資料

- (1) 「要介護度総合分類アセスメント表」（様式1）
- (2) 「介護サービス調査票（特記事項）」
- (3) 「かかりつけ医意見書」

※ (2)、(3)は、平成9年度高齢者介護サービス体制支援事業調査票を使用する。

#### 2. 判定の流れ



※  以外は現在の厚生省案と同様である。

分類の方法

分類の方法は以下に従って行う。

1. 「要介護度総合分類アセスメント表」の B. IADL のア. ～エ. のいずれか 1 つに  
でも「1」または「2」が記入されていないければ（すなわち、すべて「0」が記入  
されていれば）、本分類の対象外となる。
2. 次に各人の ADL 得点と CPS 尺度を以下の方法によって求める。

① ADL 得点の求め方

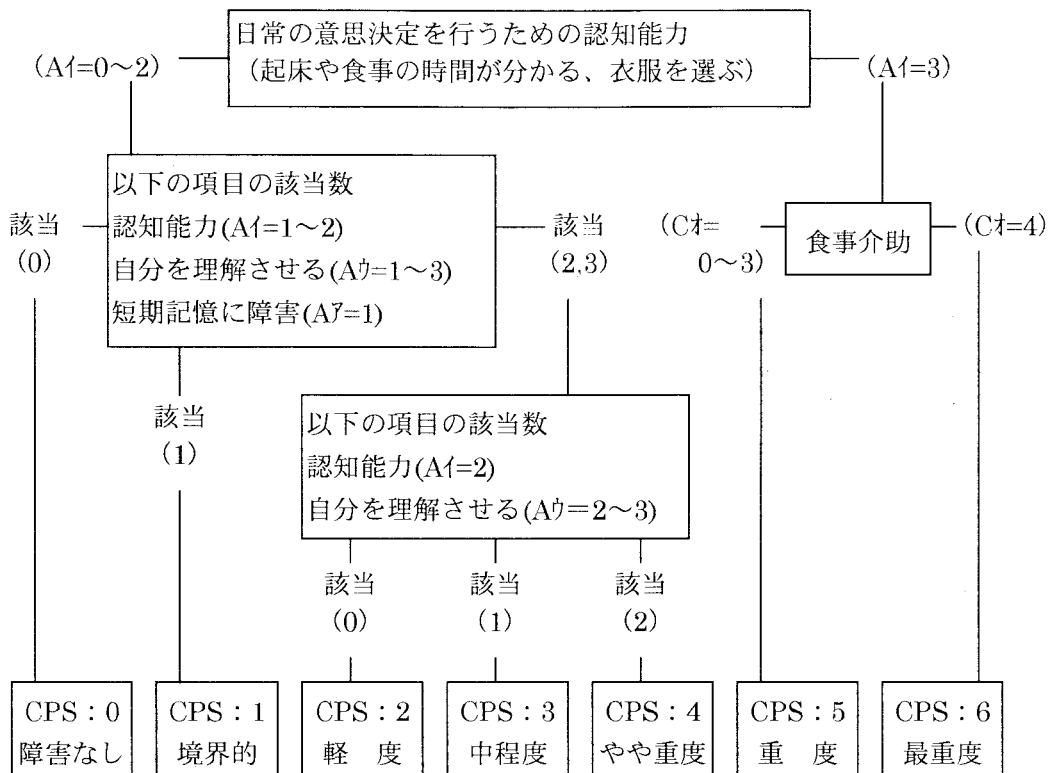
- ・以下の得点表によって求める。
- ・最低 4 点から最高 15 点までの間に分布する。

ADL 項目	内 容	コード	得 点
ベッド上の可動性 (寝返り)	自立ないし観察	0,1	1 点
	部分的援助	2	3 点
	広範援助、全面依存ないし活動なし	3,4,8	4 点
トイレ使用	自立ないし観察	0,1	1 点
	部分的援助	2	3 点
	広範援助、全面依存ないし活動なし	3,4,8	4 点
移 行	自立ないし観察	0,1	1 点
	部分的援助	2	3 点
	広範援助、全面依存ないし活動なし	3,4,8	4 点
食 事	自立ないし観察	0,1	1 点
	部分的援助	2	2 点
	広範援助、全面依存ないし活動なし	3,4,8	3 点

※上記の ADL 得点は施設入院・入所者を対象として統計解析をしたアセスメント項目と  
得点であり、在宅ケアの対象者全般について改めて分析すると結果が異なる可能性が  
ある。そのため「着衣」と「移動」がアセスメント表に追加されている。

## ② CPS 尺度の求め方

・以下のフロー図によって 0～6 までの尺度を求める。



### 3. 各高齢者の要介護度総合分類プロフィールの作成 (様式 3)

以下の分類プロフィールは必ずしも必要ではないが、作成しておくとも作業が効率的であり、確認にもなる。

氏名	IADL 困難さ	ADL 得点	CPS 尺度	治療・ケア数	分類結果
例)日医 太郎	あり	8	2	1	V



4.以下の分類早見表によって分類の決定

- ・表2および図1を使用して分類を確認することもできるが、表3の分類早見表を活用すると簡便である。

表3 分類早見表 (IADLに問題のある高齢者)

	ADL 得点 4-7		ADL 得点 8-15	
	治療・ケア		治療・ケア	
CPS 0-2	0	I	0,1	V
	1以上	II	2以上	VI
CPS 3-6	0	III	0,1	V
	1以上	IV	2以上	VI

5.かかりつけ医意見書の取り扱い

- ・平成9年度高齢者介護サービス体制整備支援事業調査票を使用する。
- ・特に発生の可能性が高い病態や予後等からみて、現在の状態に近い将来（ここ1ヵ月くらいで）変化することが医学的に予測される場合、アセスメント表に基づいた分類結果を再検討し、必要であれば修正する。

## 要介護度総合分類アセスメント表

### 記入要綱・調査要領

I. 調査要領	1
II. 「要介護度総合分類アセスメント表」への記入要綱	2
様式 1. 「要介護度総合分類アセスメント表」 略	
様式 2. 「厚生省による 1 次判定結果表」 略	

平成 9 年 10 月

日本医師会介護プロジェクト

## I. 調査要領

### 1. 調査の目的

日本医師会介護プロジェクトでは、介護保険制度導入にむけて、要介護認定は①各分類の状態像を分かりやすく表わすこと、② ADL や痴呆等に加えて医療的ニーズを加味すること、が必要と考え、**別紙1**の「要介護度総合分類（案）」を考案した。この調査の目的は本分類方法と厚生省案を比較検証することである。

### 2. 対象者

厚生省による「平成9年度高齢者介護サービス体制支援事業（以下、厚生省調査）」と同一の対象者とする。

### 3. アセスメント実施者

各地区の実情に応じる。「厚生省調査」での調査員が同時に行うと効率的である。

### 4. 調査票

- 1) 「要介護度総合分類アセスメント表」〈様式1〉（対象者分）
- 2) 厚生省による1次判定結果表〈様式2〉（1部）
- 3) 要介護度総合分類（案）に関するアンケート調査票（訪問調査員用）（1部）

### 5. 返送

「要介護度総合分類アセスメント表」対象者分をまとめて同封の返送用封筒にて12月19日までご投函ください。

### 6. 調査の問い合わせ先

本調査について不明な点があれば以下にお問合せください。

社団法人北海道開発問題研究調査会  
調査部 五十嵐、星野  
TEL:011-222-3669 / FAX:011-222-4105

## Ⅱ. 「要介護度総合分類アセスメント表」への記入要綱

### 1. 記入にあたっての留意点

- ①アセスメントは、過去 7 日間または過去 14 日間の高齢者の状態について情報を収集し、総合的に判断して記入して下さい（厚生省の調査時点の聞き取り調査とは性格が異なるので十分注意して下さい）。
- ②総合判断は、対象者本人の観察、対象者本人や家族からの情報提供、あるいは各ケア機関のスタッフの方々からの情報を基本とします。必要に応じて情報の確認をして下さい。
- ③  には該当する番号を、 には該当する項目に「√」を記入して下さい。
- ④記入が終了しましたら、念のため記入ミスや記入もれがないかを確認して下さい。

### 2. 項目別記入要綱

#### A. 認知能力

ア. 短期記憶： 評価者も高齢者も共に記憶に残るような直前のことについて尋ねる。あるいは所定の短期記憶テストを行ってもよい。（身近にある 3 つのものを見せて、一旦それをしまい、5 分後に聞くなど。）

イ. 日常の意思決定を行うための認知能力： 毎日の日課における判断能力を評価する。

0. 自立： 本人のライフスタイルや価値観に照らした時に首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できたりする。

1. 限定的自立： 日々繰り返される日課については判断ができるが、特別な予定や何か新しい事態に直面した時にのみ判断にいくらかの困難がある。

2. 中程度の障害： 判断力が低下しており、日々の日課をこなす上でも声かけ・誘導・観察などの合図や見守りが必要である。日課において、いくつかの場面では自分で判断できることがあっても、新しい事態に直面した場合に限らず、判断が困難である。

3. 重度の障害： ほとんどあるいは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

ウ. 自分を理解させることができる： 本人が要求やニーズ、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価する。会話に限らず筆談・手話あるいはそれらの組合せによって表現される内容で評価してもよい。

0. 理解させることができる： 自分の考えを完全に表現し理解させることができる。

1. 通常は理解させることができるが、言葉を思い出したり考えをまとめるのが困難： 適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意志を理解させるのに、多少、相手の促しを必要とする。

2. 時々理解させることができるが、その能力は具体的な欲求に限られる： 自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレなど）に限られる。訴えている内容が基本的な要求（飲食、睡眠、トイレなど）以上の内容であっても、理解させることが困難であれば、「2.」とする。

3. ほとんどまたは全く理解させることができない： 限られた職員にのみ理解できるサイン（患者・入所者固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求（痛みや排泄等）を伝えることが出来ない。

## B. IADL（手段的日常生活能力）

・ IADL（Instrumental Activities of Daily Living）とは、日常生活動作の中でも、ものや道具を対象としたり、媒介としたりして行われる動作をいい、「手段的日常生活能力」と訳されている。

・ IADL 実施上の困難さを評価する際には、以下の2つの点に留意することが必要である。

1) ア. から キ. のそれぞれの IADL は、一連の動作と判断力を必要とし、それを行おうとした場合、どの程度困難であるか、状況に応じて総合的に判断をしなければならない場合がある。

2) 高齢者で家事等に携わっていない場合には（特に男性に多いと思われる）、仮に行おうとした場合にどの程度困難であるかによって判断する必要がある。

ア. 食事の用意：献立を考える、材料を用意する、料理する、配膳するといった一連の行為について評価する。以下の例を参照されたい。

<ケース 1>

朝食は、パンと牛乳を自分で用意して食べる。

昼食は、あらかじめ用意されていたものを電子レンジで温めたり、カップラーメンを食べる。手足が不自由なため、買い出しに行ったり、材料からすべて用意して料理できない。

夕食は、家族が料理したものを皆で食べる。

評価は「1」

<ケース 2>

全食とも通常は家族がつくる。

たまに 1 人である場合は、自分で料理する（自分では料理ができると言っており、家族もそう思っている）。

評価は「0」

C. ADL

・ア.～エ.の日常生活動作をどの程度、どのように自分で行っているかを評価する。評価基準は、高齢者が受けた援助の程度と頻度の組合せによっている。選択肢の基準は次のようである。

0. 自立：自分でできる。過去 7 日間、1～2 回のみの手助けや見守りの場合も該当する。
1. 観察・誘導：過去 7 日間、見守り、励まし、誘導があれば、通常はできる。1～2 回のみ、身体的援助を受けて行った場合も該当する。
2. 部分的な援助：かなりの動作は自分ででき、通常は手足など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援助を受けて行った場合に該当する。
3. 広範な援助：動作の一部のみででき、通常は身体ごと支えられたり、毎日ではないが全面介助によって動作を行う場合該当する。

4. 全面依存：7日間の間に全ての面で他の者が全面介助して行った場合に該当する。

8. 本動作は過去7日間の間に1回もなかった：能力はあるが行わなかった場合も含む。「4.全面依存」と異なることに注意する。例えば、ほぼ寝たきりでベッド上でしか生活していない人は「イ.移行」「ウ.移動」とも「8.」になる。

・昨日はできたが今日はできない、午前中はできたが、午後はできないなど、日や時間帯によってADLに差がある高齢者は少なくない。また、援助を行う者によって本人の活動レベルが異なる場合もある。関わっている家族と話し合っ、過去7日間でどのような援助を何回行ったか確認して評価し、客観性を確保する。特に、評価者がその場の観察だけで評価しないように注意する。なお、回数が銘記されているのは「時々」、「しばしば」などといったあいまいな表現を避けるためであり、おおよその目途として考えて記入する。

ア. ベッド上の可動性：ベッド上の可動性にはいくつかの動作が含まれており、それぞれの動作によって違いがある場合があるが、すべての動作を考慮する。例えば、「起き上がる」ことはできないが、「寝返りをうつ」ことはできるような場合でも、ベッド上での動き全体をどの程度自分で行っているかを評価する。

イ. 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。浴槽や便器への移行は除く。「車いすで家の中を移動する」ような「移動」と区別する。

ウ. 移動：歩行に限らず、杖や車いすの使用によって家の中をどの程度自分で移動するかを評価する。

エ. 着衣：タンスから衣類を取り出し、衣服を脱いだり、着たりするという一連の動作を考慮する。例えば、衣服の着脱には手を支えるという軽い支援が必要だが、タンスから取り出すことができない、というような場合でも、全体の動作としては自分で行える部分が多く、「2.」とする。

オ. 食事：経管栄養であっても、高齢者が自分で準備し、後片付けを行った場合は「0.」とする。

カ. トイレの使用：便器への移行、排泄後の後始末、オムツ替え、人工肛門またはカテーテルの管理、衣服の管理といった一連の動作を考慮して評価する。

#### D. 特別な治療・ケア

- ・過去 14 日間に受けた治療・ケアの内容すべてにチェックする。現時点で受けている治療・ケアに限らず、病院から退院・転院するような場合は当該病院から、新たに入院・入所する場合は在宅ケア機関から情報を得る。
- ・本人や家族が十分理解していないようであれば、かかりつけ医等に問い合わせる。



日本医師会総合政策研究機構 報告書 第3号 別冊

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10年3月 発行