

平成10年度
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11年3月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

平成10年度
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11年3月

日本医師会総合政策研究機構
(日医総研)

はじめに

日本医師会総合政策研究機構（日医総研）は、平成9年度において、介護保険における要介護認定システムの要となる要支援・要介護度分類として、厚生省の提示案とは全く異なる、新たな分類方法である「要介護度総合分類」（総合分類）を開発した。そのうえで総合分類の妥当性等を検証するため、厚生省モデル事業の同一の対象者に対して総合分類と厚生省提示案との比較調査を行った。

平成10年度において、平成9年度の厚生省案に修正を加えた方法に従ってモデル事業が実施されたが、日医総研としても平成9年度と同様に、厚生省モデル事業の同一の対象者に対して総合分類と厚生省案との比較を目的に調査研究を実施した。その調査結果を取りまとめたものが本報告書である。

現在、平成12年4月からの介護保険制度施行に向けて準備が進められているが、本調査研究の成果が円滑な制度運営の一助となれば幸いである。

最後に、本調査研究の実施に当たって、ご協力・ご支援をいただいた日本医師会の介護保険検討委員会委員各位、昨年度に引き続きご協力いただいた20の郡市区医師会および各市区町村の担当者各位、ならびに調査業務を委託しました社団法人北海道開発問題研究調査会に感謝を申しあげる。

平成11年3月

研究代表者

池 上 直 己

目 次

I. 要介護度総合分類の考え方と方法	1
1. 状態像の整理	1
2. 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.....	2
II. 調査の概要	5
1. 調査の目的	5
2. 調査対象者	5
3. 調査の方法	7
III. 調査の結果	8
1. 平成10年度の結果	8
2. 平成9年度と平成10年度の相違	18
3. 総合分類がV、VIとなった対象者の障害の程度	20
4. アンケート調査結果	22

巻 末 資 料

1. 要介護度総合分類の考え方と方法

要介護度総合分類は、高齢者の状態像を IADL (Instrumental Activities of Daily Living)^{*1}、ADL (Activities of Daily Living)^{*2}、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。

1. 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	<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 痴呆による問題が中程度以上ある
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	<u>IADL (家事や金銭管理の能力) が低下</u> <u>ADL 介助が中程度以上必要</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>医学的管理が中程度以上</u>

注：下線は当該分類の特徴

^{*1} 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。

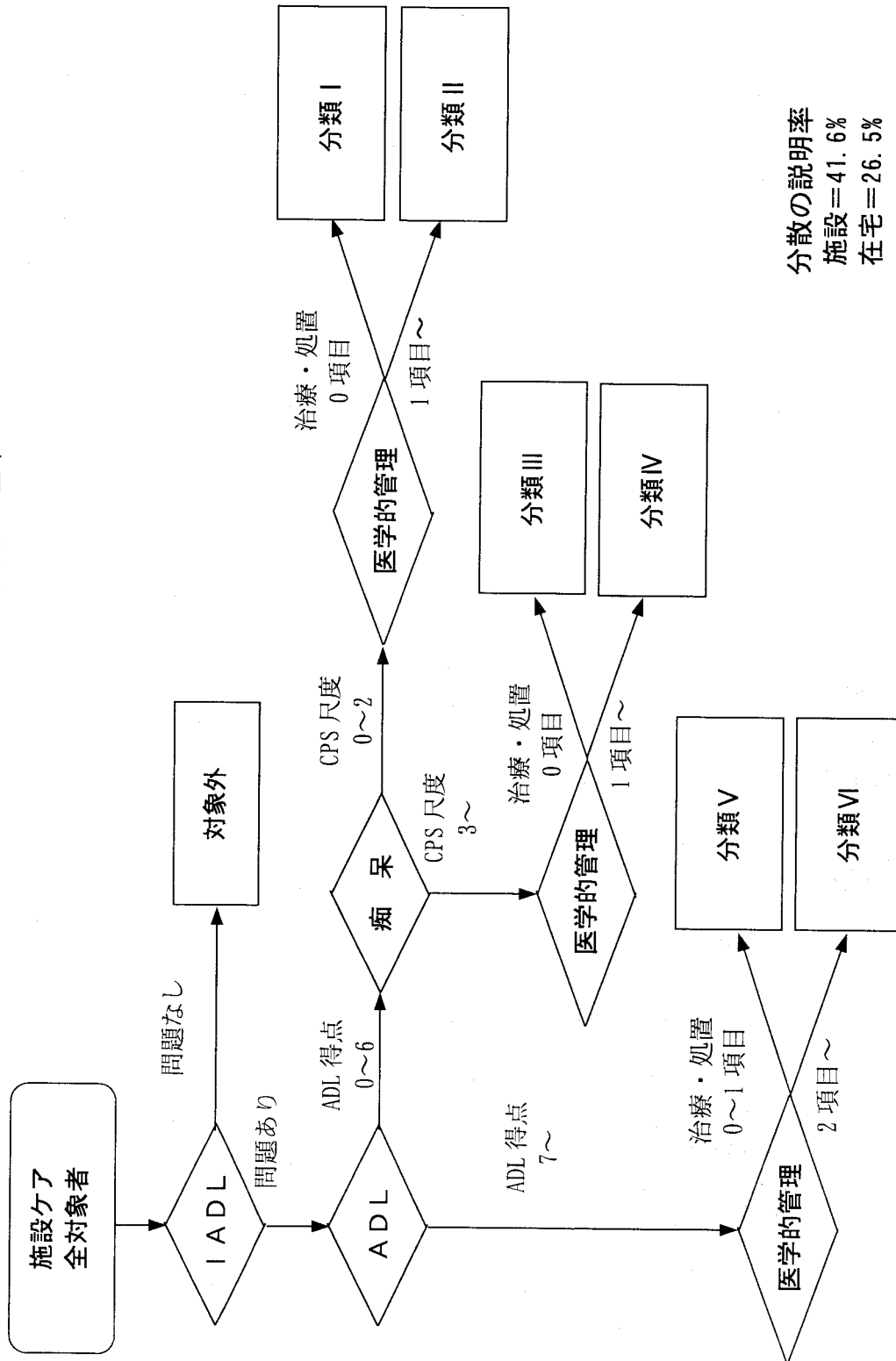
^{*2} ADL (日常生活動作能力) 移動や歩行などの移動能力、食事や着脱などの身の回りの動作など日常生活における動作能力。

- (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。

2. 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 カ所、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 41.6%が説明でき、在宅では、374 名について 26.5%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、IADL7 項目、ADL、CPS 尺度（痴呆）、を把握するための 7 項目、処置（医学的管理）を把握するために 20 項目、合計 34 項目であり、その分岐点を整理すると図 1、表 2 のようである。

図1 要介護度総合分類の分岐項目と基準



分散の説明率
施設=41.6%
在宅=26.5%

表2 要介護度総合分類の分岐項目と基準

	IADL (7分野)	ADL (ADL得点) ¹⁾	痴呆 (CPS尺度) ²⁾	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

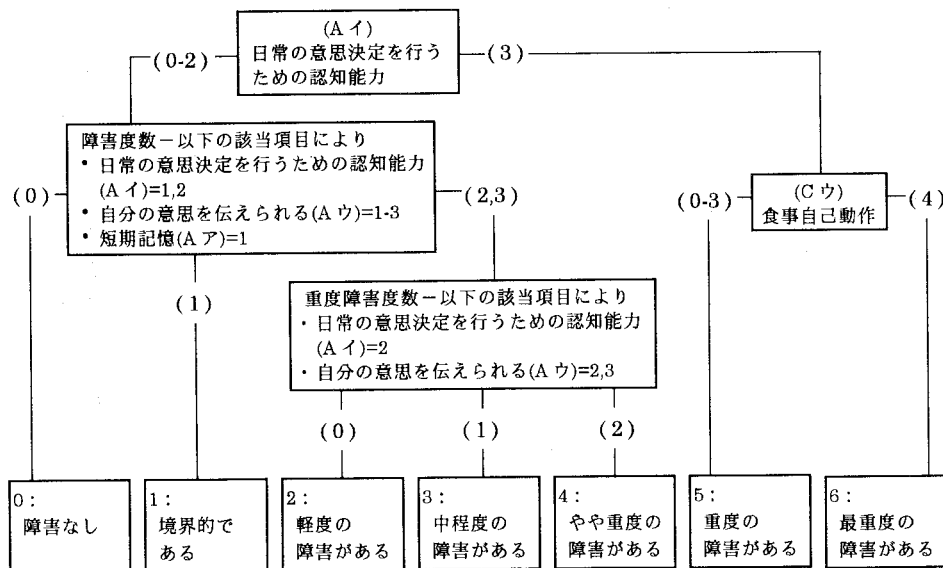
注1) 表3参照

注2) 図2参照

表3 ADL得点

	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

図2 CPS (Cognitive Performance Scale) 尺度



II. 調査の概要

1. 調査の目的

要介護度総合分類（以下、総合分類）を平成 9 年度に開発し、同年、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）と同一の対象者に対して調査を行い、結果を比較した。平成 10 年度においては、厚生省案には修正が加えられて、モデル事業が実施された。本調査は平成 9 年度と同様に、平成 10 年度の厚生省案と同一の対象者に対して調査し、平成 10 年度厚生省案と総合分類を比較することを目的とする。

2. 調査対象者

調査は、協力が得られた 20 の郡市医師会で、平成 10 年度高齢者介護サービス体制整備支援事業（以下、モデル事業）対象となった高齢者を対象とした。

調査対象者数は表 4 のとおりとなっている。なお、平成 9 年度、平成 10 年度ともに調査対象となった地区を網掛けで示す。

表4 調査対象者数

平成9年度					平成10年度				
機関名	対象者数				機関名	対象者数			
	在宅	施設	不明	在宅		施設	不明		
AA	28	16	12	0	AA	61	17	44	0
AB	42	19	23	0	AB	100	0	0	100
AC	70	34	36	0	AC	79	32	47	0
AD	50	50	0	0	AD	100	50	50	0
AE	96	50	46	0	AE	91	48	42	1
AF	48	45	3	0	AF	96	47	49	0
AG	100	58	42	0	AG	99	60	39	0
AH	46	24	22	0	AH	42	20	22	0
AI	20	14	6	0	AI	26	26	0	0
AJ	39	20	19	0	AJ	86	42	44	0
AK	100	50	50	0	AK	100	50	50	0
AL	28	13	15	0	AL	95	44	51	0
AM	60	44	16	0	AM	75	36	39	0
AN	81	35	46	0	AN	96	48	48	0
AO	16	10	6	0	AO	100	50	50	0
BF	19	19	0	0	BA	99	49	50	0
BG	48	23	25	0	BB	62	0	0	62
BH	16	16	0	0	BC	100	50	50	0
BI	44	44	0	0	BD	91	61	30	0
BJ	95	47	48	0	BE	34	16	18	0
BK	50	50	0	0					
BL	43	43	0	0					
BM	94	44	50	0					
BN	19	19	0	0					
BO	91	0	0	91					
BP	50	50	0	0					
BQ	20	0	0	20					
BR	44	44	0	0					
BS	20	20	0	0					
BT	24	24	0	0					
BU	17	10	7	0					
BV	15	15	0	0					
BW	29	0	0	29					
BX	48	48	0	0					
合 計	1610	998	472	140	合 計	1632	746	723	163
平成9・10年度共通地区対象者数									
(平成9年度)	824	482	342	0	(平成10年度)	1246	570	575	101

※網掛けは平成9年度・平成10年度ともに調査対象となった地区

3. 調査の方法

(1) 調査の概要

調査は、次の2つの調査票にて実施した。

ア. 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。

イ. 訪問調査員アンケート（巻末資料2参照）

訪問調査員に対して、平成9年度と平成10年度の厚生省案の違いについて聞くとともに、要介護度総合分類との比較について聞いた。

(2) 調査方法の説明

調査方法の説明会は行わず、文書で説明した（巻末資料3参照）。また、調査の時期は、モデル事業における訪問調査後1ヵ月以内とし、もしその間に、状態が変化している場合には、モデル事業実施時点の状態で評価することとした。

Ⅲ. 調査の結果

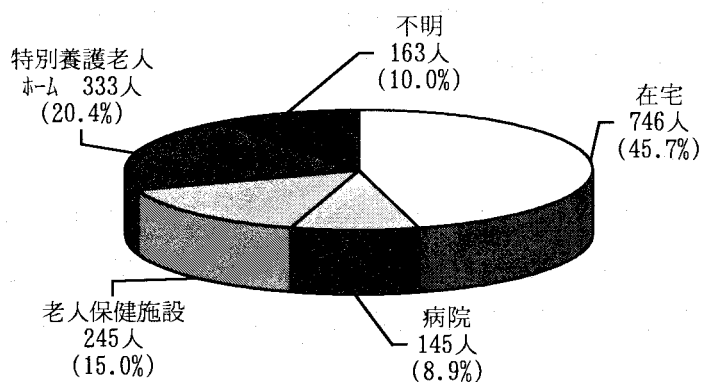
1. 平成 10 年度の結果

(1) 調査対象者のプロフィール

ア. 調査を受けた場所

対象者 1,632 人が調査を受けた場所は、在宅が 746 人 (45.7%)、施設が 723 人 (44.3%)、不明 (無回答) が 163 人 (10.0%) となっている (図 3)。さらに、施設では病院が 145 人 (8.9%)、老人保健施設が 245 人 (45.0%)、特別養護老人ホームが 333 人 (20.4%) となっている。

図 3 調査を受けた場所



イ. 性別

性別をみると、男性が 475 人 (29.1%)、女性が 1,052 人 (64.5%)、不明 (無回答) が 105 人 (6.4%) となっている (図 4)。また、在宅では男性が 265 人 (35.5%)、女性が 429 人 (57.5%)、施設では男性が 157 人 (21.7%)、女性が 514 人 (71.1%) となっている (図 5)。

図 4 性別 (全体)

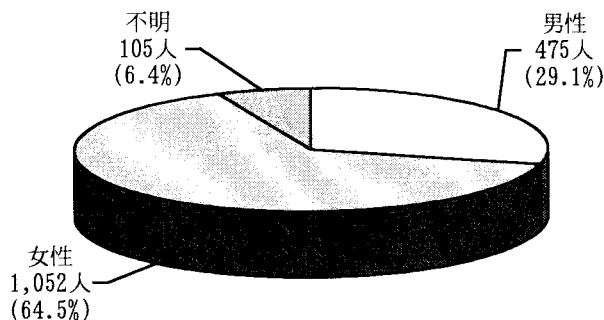
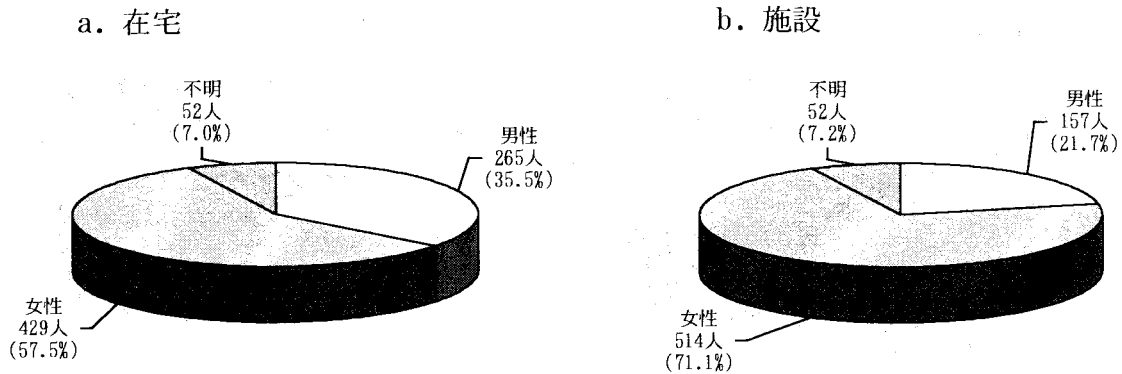


図5 性別（在宅・施設別）



ウ. 年齢階級

年齢階級をみると「85～89歳」が最も多く338人（20.7%）、次いで「80～84歳」が324人（19.9%）、平均年齢は75.6歳となっている（図6）。また、在宅では「75～79歳」が最も多く135人（18.1%）、次いで「85～89歳」が128人（17.2%）となっているが、施設では「85～89歳」が最も多く181人（25.0%）、次いで「80～84歳」が161人（22.3%）となっている（図7）。平均年齢は在宅で73.5歳、施設で76.5歳となっている。

図6 年齢階級

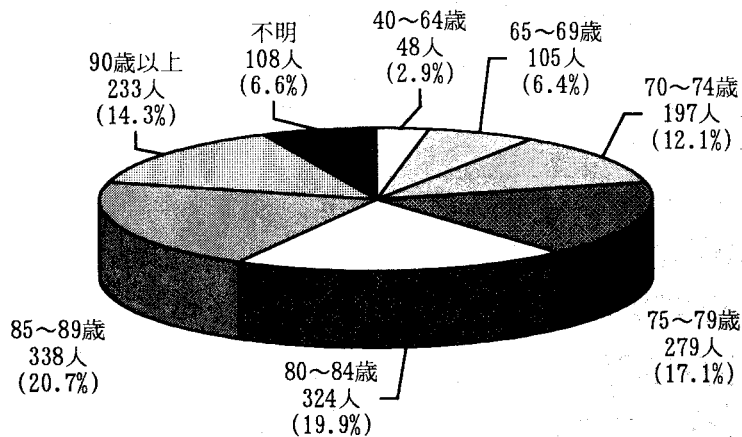
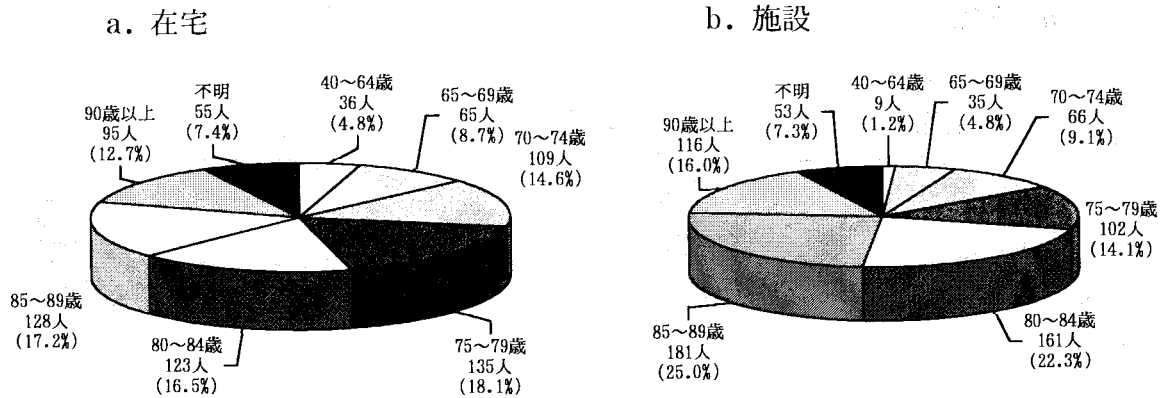


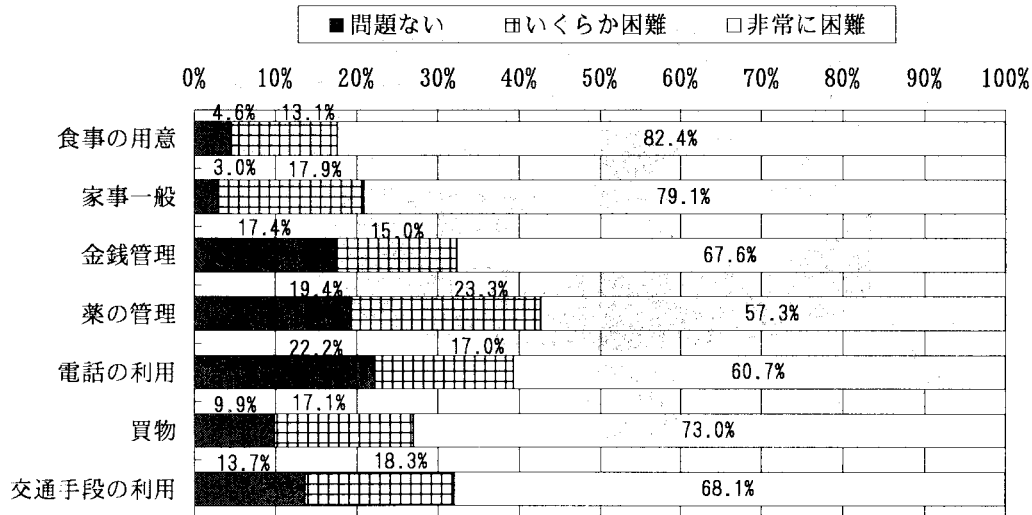
図7 年齢階級（在宅・施設別）



エ. IADL の状況

IADL の状況をみると、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 1,344 人（82.4%）、1,291 人（79.1%）となっている（図8）。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」が多いのは「電話の利用」であるが 363 人（22.2%）にとどまっている。

図8 IADL（全体）



これを在宅・施設別にみると、在宅では「非常に困難」が最も多いのが「食事の用意」、次いで「家事一般」で、それぞれ 579 人 (77.6%)、573 人 (76.8%) となっている。施設では、「非常に困難」最も多いのが「食事の用意」、次いで「家事一般」、「交通手段の利用」と続き、それぞれ 645 人 (89.2%)、608 人 (84.1%)、596 人 (82.4%) となっている (図 9、図 10)。

図 9 IADL (在宅)

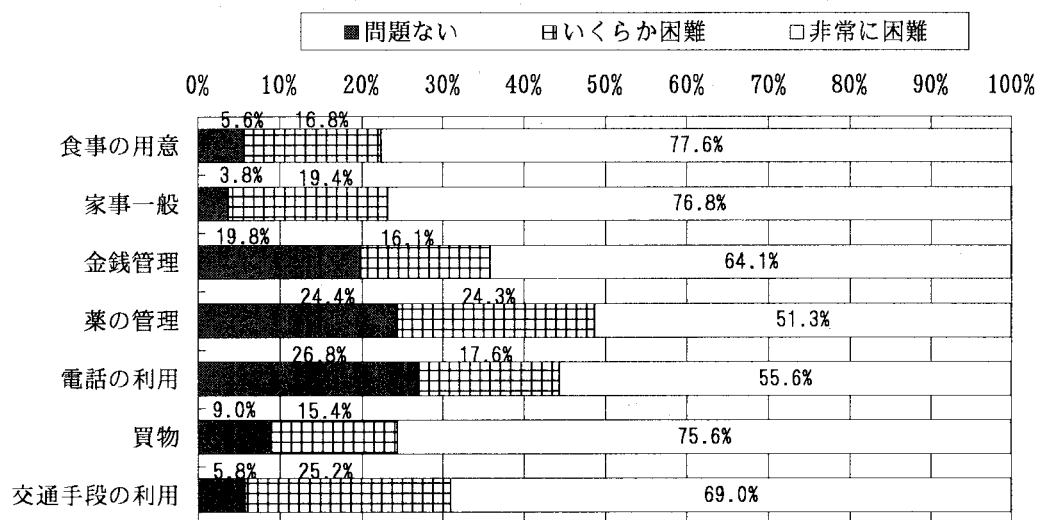
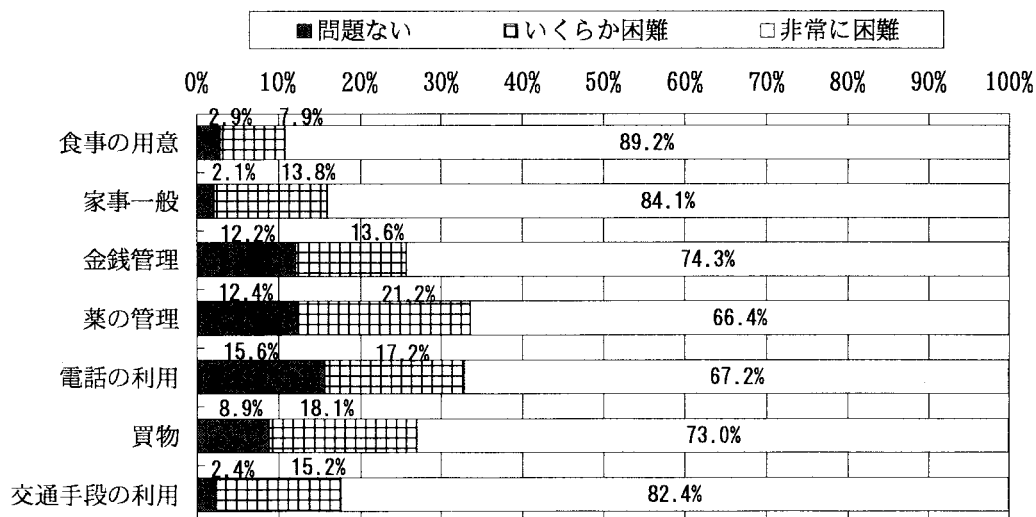


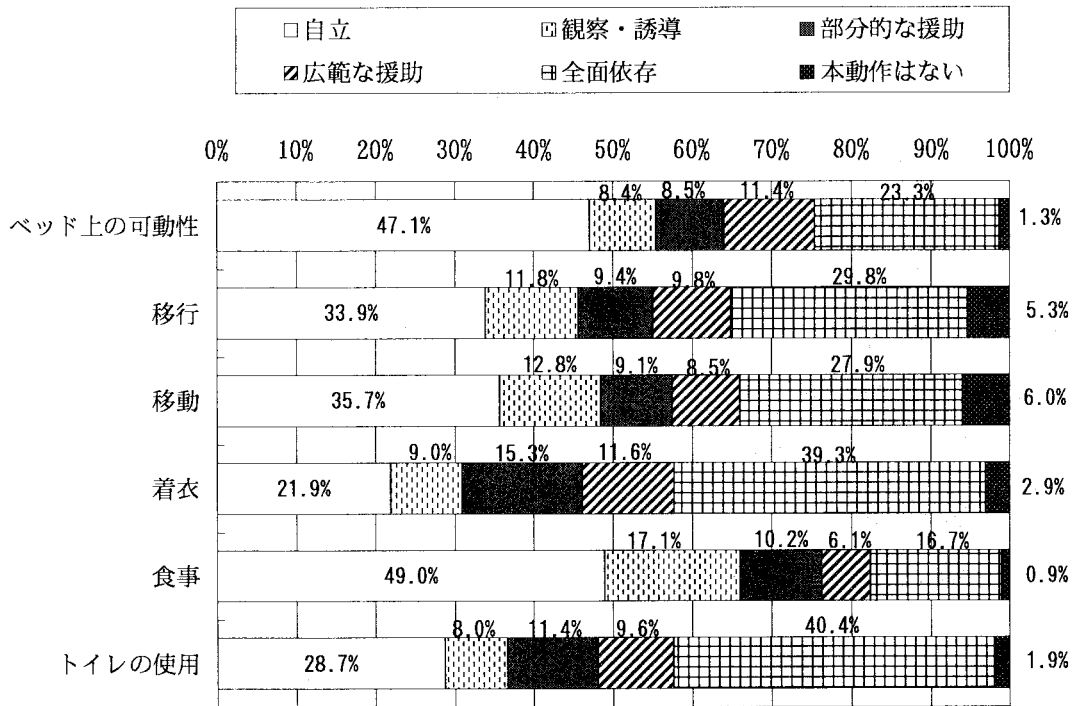
図 10 IADL (施設)



オ. ADL の状況

ADL の状況を見ると、「全面依存」が多いのは、「トイレの使用」が 660 人（40.4%）、
「着衣」が 641 人（39.3%）となっており、「自立」が比較的多いのは、「食事」が 799 人
（49.0%）、「ベッド上の可動性」が 769 人（47.1%）となっている（図 11）。

図 11 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 301 人 (40.3%)、290 人 (38.9%) となっており、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 323 人 (44.7%)、293 人 (40.5%) となっている (図 12、図 13)。

図 12 ADL (在宅)

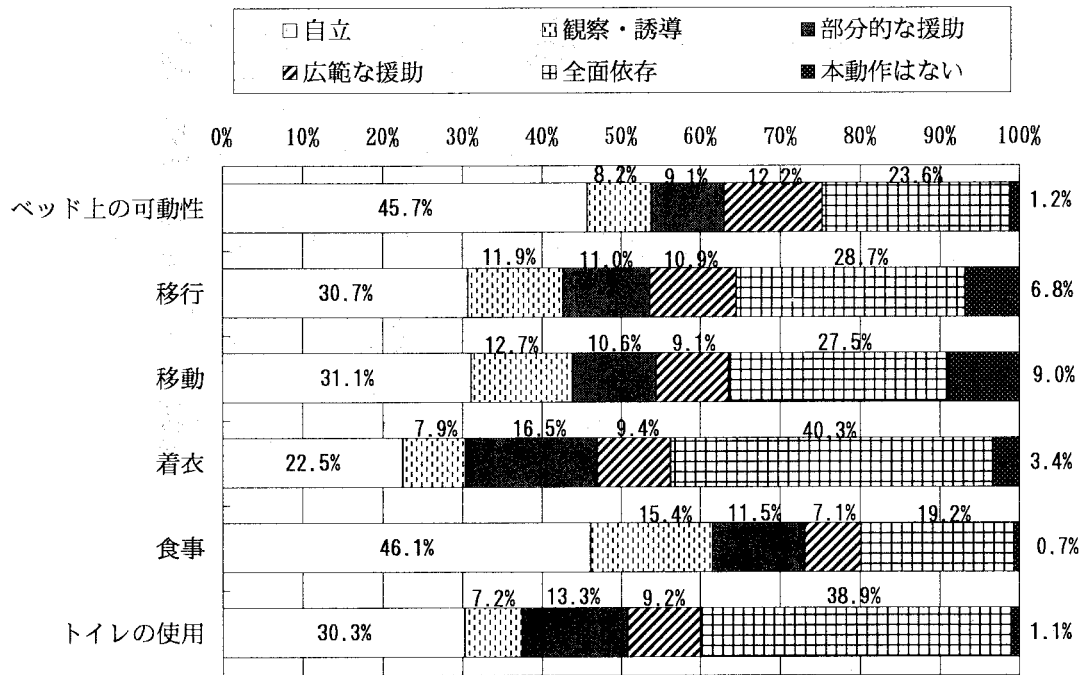
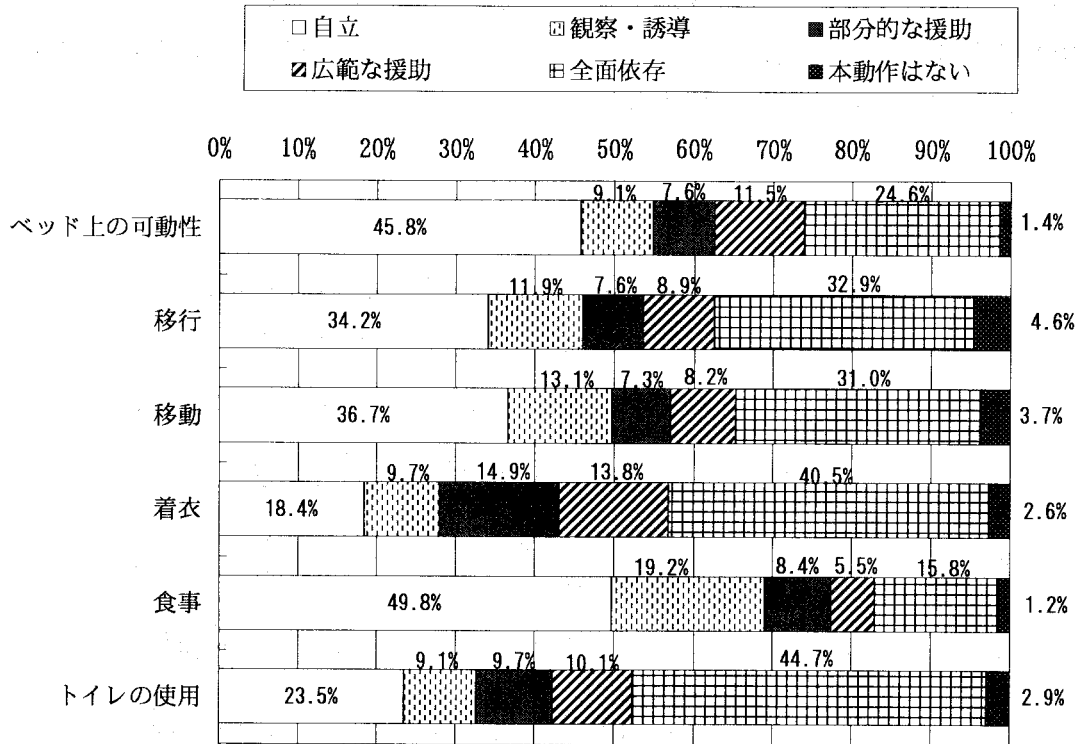


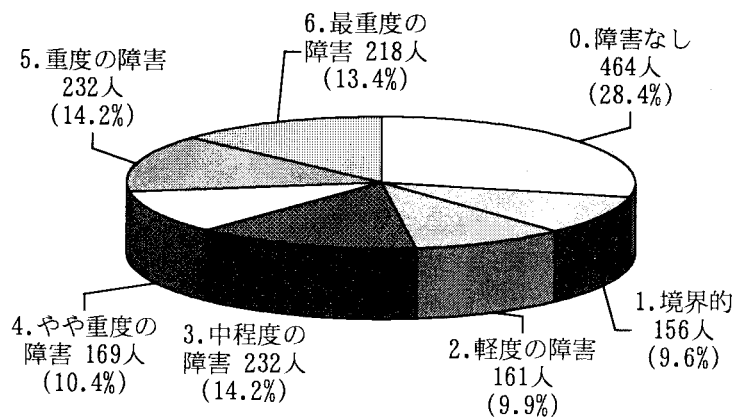
図 13 ADL (施設)



カ. 痴呆の状況

痴呆の状況を 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 464 人 (28.4%)、次いで「3. 中程度の障害」「5. 重度の障害」が同数で続き、どちらも 232 人 (14.2%) となっている (図 14)。

図 14 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 251 人 (33.6%) であり、次いで「6. 最重度の障害」が 104 人 (13.9%)、「3. 中程度の障害」が 99 人 (13.3%) となっている。また、施設では「0. 障害なし」が最も多く 155 人 (21.4%) であり、次いで「5. 重度の障害」が 148 人 (20.5%)、「3. 中程度の障害」が 116 人 (16.0%) となっている (図 15、図 16)。

図 15 痴呆の程度 (在宅)

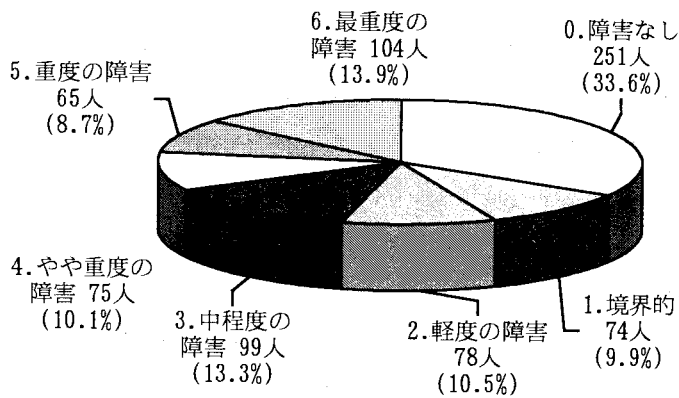
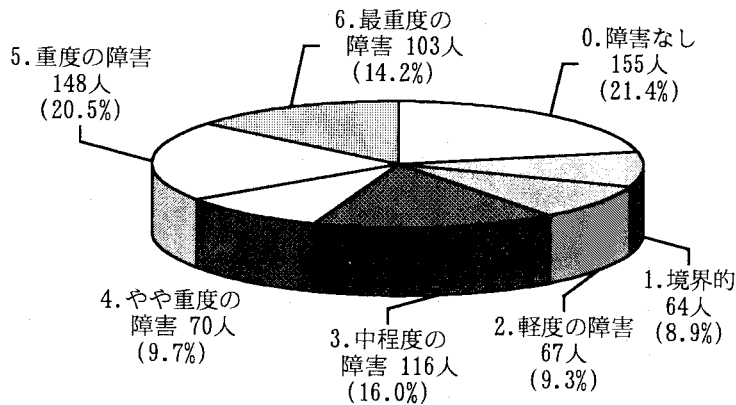


図 16 痴呆の程度 (施設)



(2) 全体での比較

総合分類の6分類は、まず状態像から3分類し、その上に医学的管理を加味したものである。厚生省案では医学的管理が全体に加算されているため、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、厚生省案のそれぞれの分類を対比して分析する。

対象者1,632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5のようになる。総合分類「Ⅰ、Ⅱ」となった対象者では、「要介護1」となったものが173人(35.6%)、「自立」となったものが104人(21.4%)、「要介護2」となったものが101人(20.8%)となっている。次に、総合分類「Ⅲ、Ⅳ」となった対象者では、「要介護1」となったものが70人(35.2%)、「要介護2」となったものが67人(33.7%)となっている。さらに、総合分類「Ⅴ、Ⅵ」となった対象者では、「要介護3」となったものが304人(32.8%)、「要介護2」となったものが232人(25.0%)、「要介護4」となったものが198人(21.4%)となっている。

全体として、総合分類の方が厚生省案よりも重く判定される傾向にあるが、総合分類「Ⅴ、Ⅵ」に分類された者のADL、IADL、CPS(痴呆)については「3. 総合分類がⅤ、Ⅵとなった対象者の障害の程度」に示すとおりで、実際にADL及びIADLの自立度が低く、痴呆の程度も重い対象者が大半を占めている。

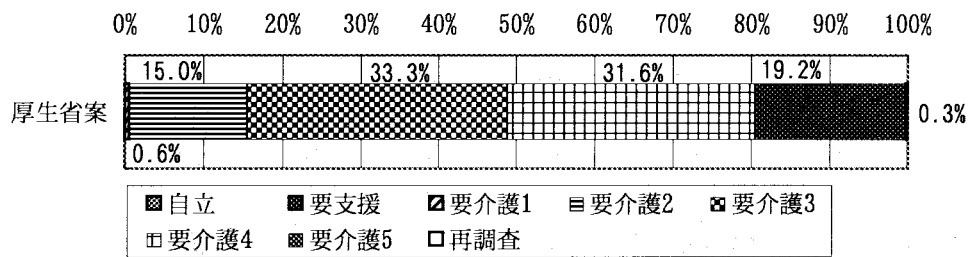
では、アセスメントでADLに障害があり、痴呆の程度が重く判断された者が厚生省案でどのように分類されるかを以下で分析する。

表5 総合分類と厚生省案分類の対比(全体)

	合計	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	再調査
合計	1,632 100.0%	124 7.6%	93 5.7%	303 18.6%	401 24.6%	350 21.4%	218 13.4%	127 7.8%	16 1.0%
対象外	20 100.0%	10 50.0%	3 15.0%	5 25.0%	1 5.0%	1 5.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
分類Ⅰ・Ⅱ	486 100.0%	104 21.4%	77 15.8%	173 35.6%	101 20.8%	19 3.9%	5 1.0%	3 0.6%	4 0.8%
分類Ⅲ・Ⅳ	199 100.0%	8 4.0%	6 3.0%	70 35.2%	67 33.7%	26 13.1%	15 7.5%	2 1.0%	5 2.5%
分類Ⅴ・Ⅵ	927 100.0%	2 0.2%	7 0.8%	55 5.9%	232 25.0%	304 32.8%	198 21.4%	122 13.2%	7 0.8%

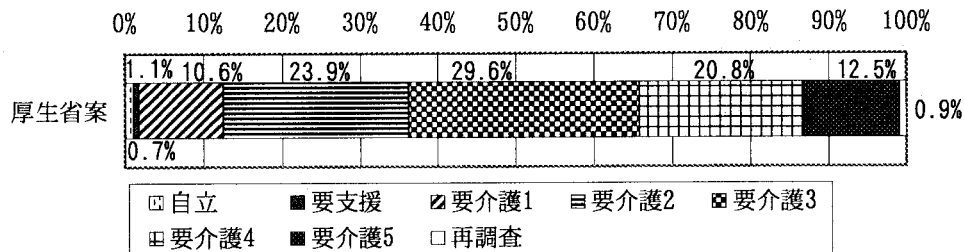
(3) ADL 項目の全てが「広範な援助」以上に重くアセスメントされた対象者
 ADL6 項目の全てが「広範な援助」以上に重くアセスメントされた対象者について、厚生省案の内訳をみると、「要介護 3」が 33.3%、「要介護 4」が 31.6%となっている（図 17）。

図 17 ADL6 項目の全てが「広範な援助」以上にアセスメントされた対象者（N=354）



(4) CPS が「3. 中程度の障害」以上にアセスメントされた対象者
 CPS が「3. 中程度の障害」以上にアセスメントされた対象者について、厚生省案の内訳をみると、「要介護 3」が 29.6%、「要介護 2」が 23.9%となっているが、「要介護 1」も 10.6%であり、比較的軽く分類される傾向にあるといえる（図 18）。

図 18 CPS が「3. 中程度の障害」以上にアセスメントされた対象者（N=851）



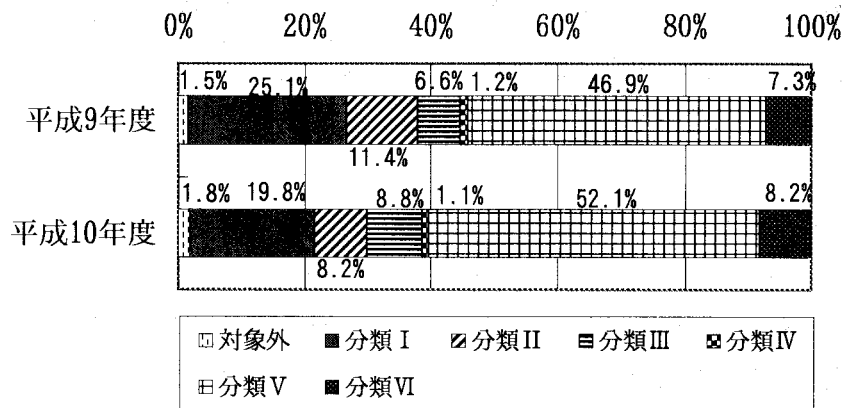
2. 平成9年度と平成10年度の相違

(1) 分類別要介護度構成比の比較

ア. 総合分類

平成9年度と平成10年度の在宅対象者について、総合分類の内訳を比較すると図19のとおりとなっている。

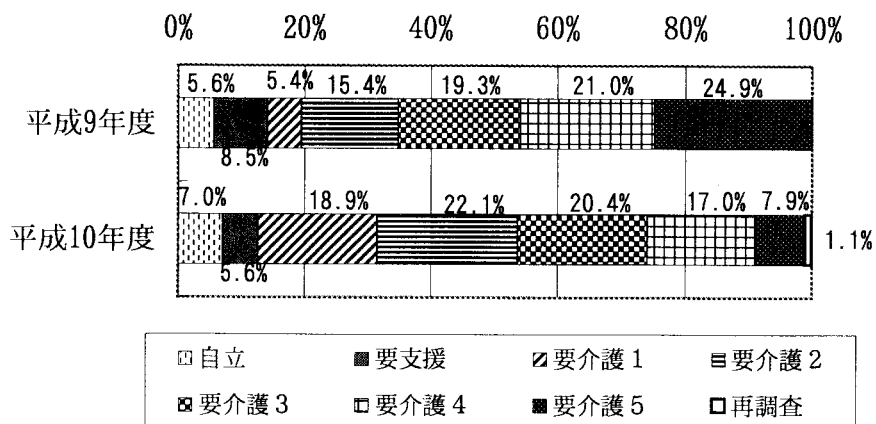
図19 総合分類要介護度構成比



イ. 厚生省案

平成9年度と平成10年度の在宅対象者について、厚生省案分類の内訳を比較すると図20のとおりとなっている。

図20 厚生省案分類要介護度構成比

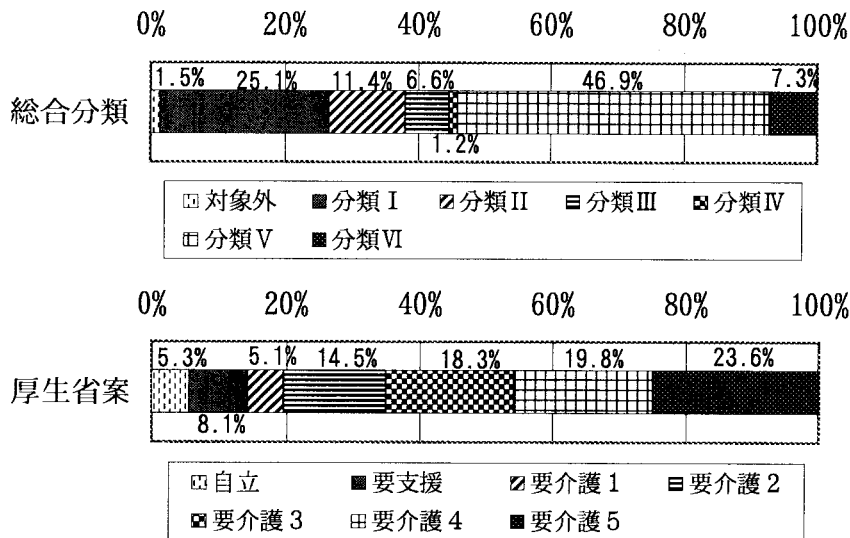


(2) 年度別要介護度構成比の比較

ア. 平成 9 年度

在宅の対象者について、平成 9 年度の総合分類と厚生省案分類の要介護度構成比を比較すると、図 21 のとおりとなっている。

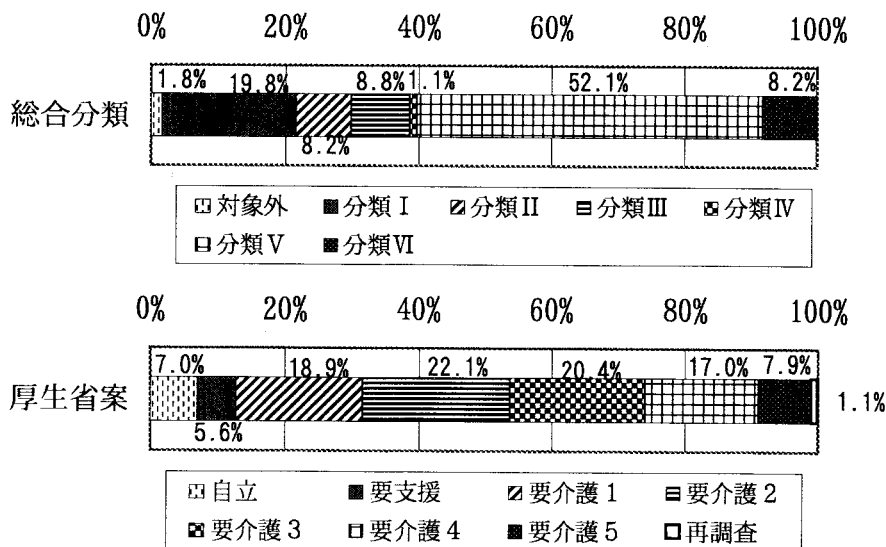
図 21 平成 9 年度要介護度構成比の比較



イ. 平成 10 年度

在宅の対象者について、平成 10 年度の総合分類と厚生省案分類の要介護度構成比を比較すると、図 22 のとおりとなっている。

図 22 平成 10 年度要介護度構成比の比較



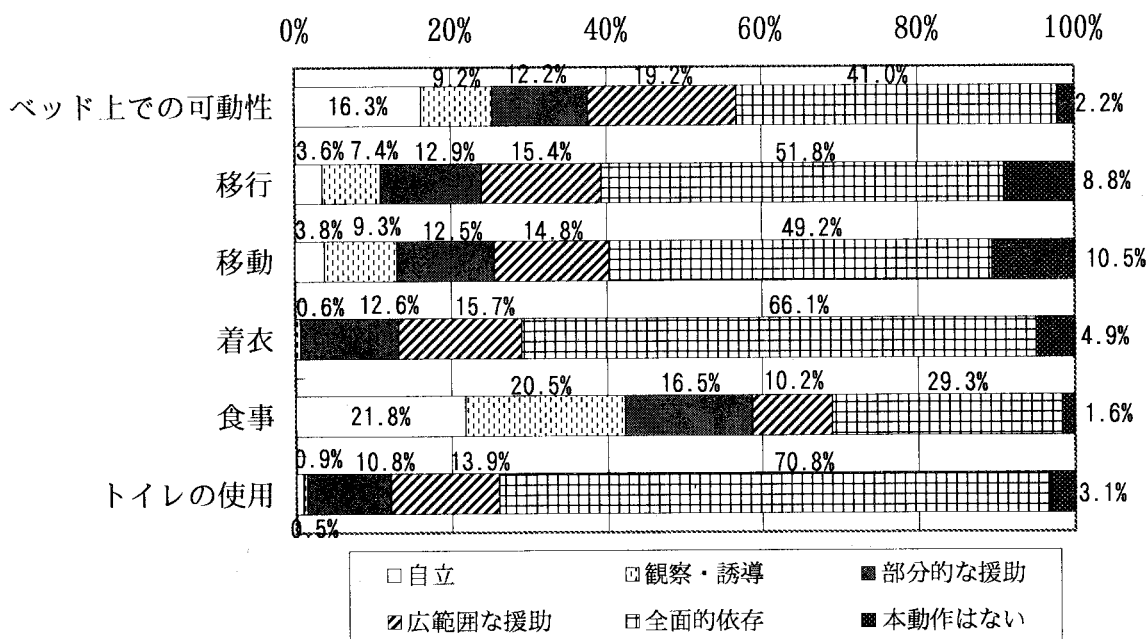
3. 総合分類がV、VIとなった対象者の障害の程度

総合分類は、厚生省案に比較すると相対的に重く分類される対象者の割合が高くなるが、では、重症に分類された対象者の状態がどのようなものであるかを、ADL、IADL、CPS によって確認する。

(1) ADL

平成 10 年度調査で「分類V」「分類VI」となった対象者の ADL の状況をみると、「全面的依存」が「トイレの使用」で 70.8%、「着衣」で 66.1%、「移行」で 51.8%と半数を超えている。また、「広範な援助」以上に重くアセスメントされた対象者は、「食事」以外の全ての項目で6割を超え、ADL自立度の低さがうかがえる（図 23）。

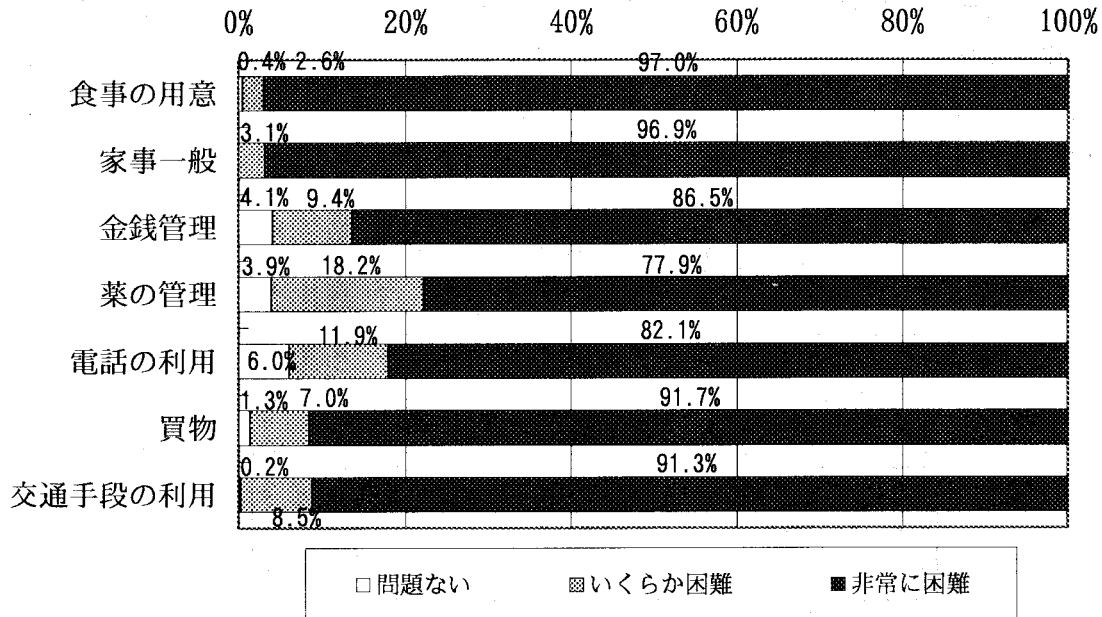
図 23 ADL の状況（総合分類V、VIのみ）



(2) IADL

平成 10 年度調査で「分類V」「分類VI」となった対象者の IADL の状況を見ると、「非常に困難」としたものの割合が「薬の管理」以外の全ての項目で 8 割を超えており、IADL 自立度の低さがうかがえる（図 24）。

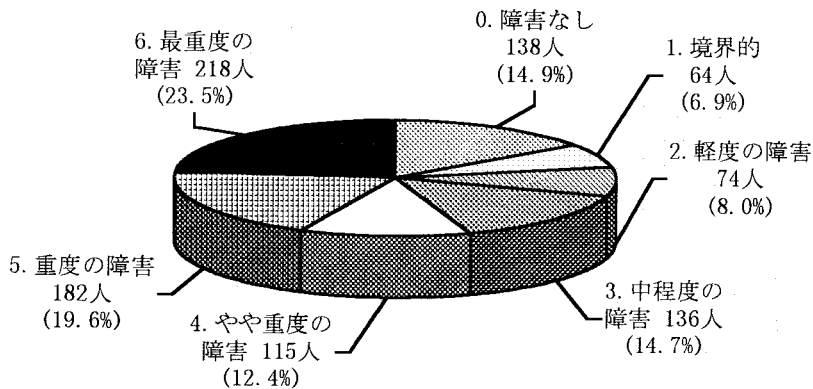
図 24 IADL の状況（総合分類V、VIのみ）



(3) CPS

平成 10 年度調査で「分類V」「分類VI」となった対象者の CPS の状況を見ると、「最重度の障害」が最も多く 218 人（23.5%）であり、次いで「重度の障害」が 182 人（19.6%）となっている。「中程度の障害」以上に重くアセスメントされた対象者は 651 人（70.2%）となっている（図 25）。

図 25 CPS の状況（総合分類V、VIのみ）



4. アンケート調査結果

モデル事業責任者に対してアンケート調査を行い、20 地区から回答があった。以下にその結果をまとめる。

(1) 分類された状態像のわかりやすさ（要介護度総合分類と平成 10 年度厚生省案との比較）

「要介護度総合分類は、平成 10 年度の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、「わかりやすい」との回答が最も多く 7 人（35.0%）、次いで「まあまあわかりやすい」が 6 人（30.0%）となっている。これらを合わせると 13 人（65.0%）がわかりやすいと評価している（表 6）。

表 6 分類された状態像のわかりやすさ

	件数	構成比
わかりやすい	7	35.0%
まあまあわかりやすい	6	30.0%
どちらともいえない	3	15.0%
ややわかりにくい	3	15.0%
わかりにくい	1	5.0%
合計	20	100.0%

(2) 分類された状態像のわかりやすさ（平成 9 年度厚生省案と平成 10 年度厚生省案との比較）

「平成 10 年度の厚生省案は、平成 9 年度の厚生省案と比べて状態像はわかりやすくなったと思いますか」ときいたところ、「どちらともいえない」が最も多く 8 人（40.0%）、次いで「まあまあわかりやすくなった」が 7 人（35.0%）となっている。また、「ややわかりにくくなった」が 1 人（5.0%）、「わかりにくくなった」が 4 人（20.0%）であった（表 7）。

表 7 分類された状態像のわかりやすさ

	件数	構成比
わかりやすくなった	0	0.0%
まあまあわかりやすくなった	7	35.0%
どちらともいえない	8	40.0%
ややわかりにくくなった	1	5.0%
わかりにくくなった	4	20.0%
合計	20	100.0%

(3) 現場の感覚との適合性（要介護度総合分類と平成10年度厚生省案との比較）

「要介護度総合分類は、平成10年度の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、「まあまあ適合している」、「適合している」が合わせて11人（55.0%）であった。一方、「やや適合していない」、「適合していない」は2人（10.0%）であった。（表8）。

表8 現場の感覚との適合性

	件数	構成比
適合している	3	15.0%
まあまあ適合している	8	40.0%
どちらともいえない	7	35.0%
やや適合していない	0	0.0%
適合していない	2	10.0%
合計	20	100.0%

(4) 現場の感覚との適合性（平成9年度厚生省案と平成10年度厚生省案との比較）

平成10年度の厚生省案は、平成9年度の厚生省案と比べて分類がより適合していると思いますか」と聞いたところ、「まあまあ適合している」が4人（20.0%）、「適合している」が0人（0.0%）であった。一方、「適合していない」が10人（50.0%）であった（表9）。

表9 現場の感覚との適合性

	件数	構成比
適合している	0	0.0%
まあまあ適合している	4	20.0%
どちらともいえない	6	30.0%
やや適合していない	0	0.0%
適合していない	10	50.0%
合計	20	100.0%

(5) 利用者からの理解の得られやすさ（要介護度総合分類と平成 10 年度厚生省案との比較）

「要介護度総合分類は、平成 10 年度の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」ときいたところ、「まあまあ理解が得られやすい」が最も多く 8 人（40.0%）、次いで「理解が得られやすい」が 5 人（25.0%）となっている。これらを合わせると、13 人（65.0%）が理解が得られやすいと評価している。

一方、「やや理解が得られにくい」、「理解が得られにくい」は合わせて 4 人（20.0%）であった（表 10）。

表 10 利用者からの理解の得られやすさ

	件数	構成比
理解が得られやすい	5	25.0%
まあまあ理解が得られやすい	8	40.0%
どちらともいえない	3	15.0%
やや理解が得られにくい	2	10.0%
理解が得られにくい	2	10.0%
合計	20	100.0%

(6) 利用者からの理解の得られやすさ（平成 9 年度厚生省案と平成 10 年度厚生省案との比較）

「平成 10 年度の厚生省案は、平成 9 年度の厚生省案と比べて利用者への説明の際に、理解が得られやすいと思いますか」ときいたところ、「理解が得られにくい」が最も多く 9 人（45.0%）、次いで「やや理解が得られにくい」が 5 人（25.0%）となっており、これらを合わせると 14 人（70.0%）が理解が得られにくいと評価している。

一方、「理解が得られやすい」、「まあまあ理解が得られやすい」は 3 人（15.0%）であった（表 11）。

表 11 利用者からの理解の得られやすさ

	件数	構成比
理解が得られやすい	2	10.0%
まあまあ理解が得られやすい	1	5.0%
どちらともいえない	3	15.0%
やや理解が得られにくい	5	25.0%
理解が得られにくい	9	45.0%
合計	20	100.0%

(7) 自由意見

ア. 全体の枠組みについて

1) 考え方・ロジックについて

- ・フロー図や得点によって分類されるため、介護度が導き出される過程を理解しやすい。
- ・アセスメント表に IADL を取り入れているので、厚生省案より在宅に即している。
- ・特に痴呆度が合理的・科学的に分類でき、有用性が高い。
- ・CPS 尺度のフロー図は、認定の根拠がはっきりしていてわかりやすい。
- ・アセスメント表の結果が点数化されており、正確に記入すれば誤判定はない。

2) あてはまりについて

- ・状態像がかなりわかりやすく、厚生省案より分類も適している。
- ・疾患との関係で分類される点は、実感に合う点だと思う。

3) 手間・時間について

- ・調査は簡単で短時間でできるが、判定が十分かどうか気になる。
- ・アセスメント表は簡潔でよいが、意図的に介護度を高くする工夫をされる可能性がある。
- ・厚生省案よりも、2次判定が面倒ではない。

イ. アセスメント項目について

1) ADL 項目について

- ・調査項目が少なく簡便であるが、項目を増やす必要があるのではないか。
- ・ADL7点と8点の分岐点に問題があるのではないか。
- ・ADLの得点4~7、8~15を見直し、3つに分類してはどうか。

2) 痴呆項目について

- ・項目点数に配慮が必要と考えられる。

3) 特別な治療・ケア項目について

- ・判定にあまり影響が出ない。
- ・チェック方法にもう少し工夫を要する。

- ・特別な医療という項目が加えられたが、項目が書き加えられただけで実際にはカウントされていない。
- ・医療を介護度にストレートに反映させるべきである。

4) その他

- ・日医アセスメントのコンピュータによる処理は的確に機能しているだろうか。
- ・アセスメント項目間の整合性はとれているのか。
- ・選択肢が分かりやすく、利用者の理解を得られやすい。
- ・アセスメント項目が、要介護度分類に全て利用されておらず、痴呆度と ADL で介護度がほぼ決まってしまう。
- ・かかりつけ医の意見書の入り込む余地がない。
- ・2次判定は不要ではないか。

ウ. 今後の課題について

- ・厚生省の調査票より調査員の判断力が求められ、主観が入りやすくなるのではないかな。
- ・調査員に分かりやすい判定でよろこばれているが、作為的に私意を盛り込む程度も大きくなる。
- ・入所・在宅ともに、公平に判定結果が出るよう細かな修正が必要と思われる。
- ・医学上の管理での区分のため、各チェックが介護の量と対応するだろうか。
- ・平成 9 年度の調査時に、調査員が判定に困ると回答した項目については修正が必要と思われたが、今年度に何ら変更はなかった。
- ・問題行動や「動ける人の方が動けない人よりもリハビリに手助けが必要」などの判断が加えられていない。
- ・もう少し検討し、修正の必要がある。

エ. 厚生省案判定について

- ・対象者の全体像から矛盾するような判定結果もある。
- ・昨年度よりも痴呆の度合いを勘案しなくなったためか、昨年度結果よりも軽く判定されている例が見られる。全体像が変わらないため、理解が得られがたい。
- ・判定結果が「要介護 1」と「要介護 5」に偏っており、判定方法に矛盾があると考えられる。
- ・認定に時間がかかりすぎる。

- ・調査員に判断させるのが難しい調査項目がある。
- ・調査員の主観が入りやすい。
- ・平成 10 年度 1 次判定に矛盾がある。
- ・厚生省の示す「要介護状態像」どおり入力しても、その区分が出ないものがある。
コンピュータプログラム内容の開示が必要ではないか。
- ・介護量の区分があいまいで、1 次判定と 2 次判定とのくいちがいが多く見られる。
- ・痴呆関連の設問がない。

卷末資料

資料1	要介護度総合分類アセスメント表	資-1
資料2	要介護度総合分類に関するアンケート調査票	資-3
資料3	要介護度総合分類アセスメント表 記入要綱・調査要領	資-5

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、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（毎日以下）	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

要介護度総合分類に関するアンケート調査票

1. 要介護度総合分類は平成 10 年度に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) 要介護度総合分類は、平成 10 年度の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) 平成 10 年度の厚生省案は、平成 9 年度の厚生省案と比べて状態像はわかりやすくなったと思いますか。

1. わかりやすくなった 2. まあまあわかりやすくなった 3. どちらともいえない
4. ややわかりにくくなった 5. わかりにくくなった

(3) 要介護度総合分類は、平成 10 年度の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. やや適合していない 5. 適合していない

(4) 平成 10 年度の厚生省案は、平成 9 年度の厚生省案と比べて分類がより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. やや適合していない 5. 適合していない

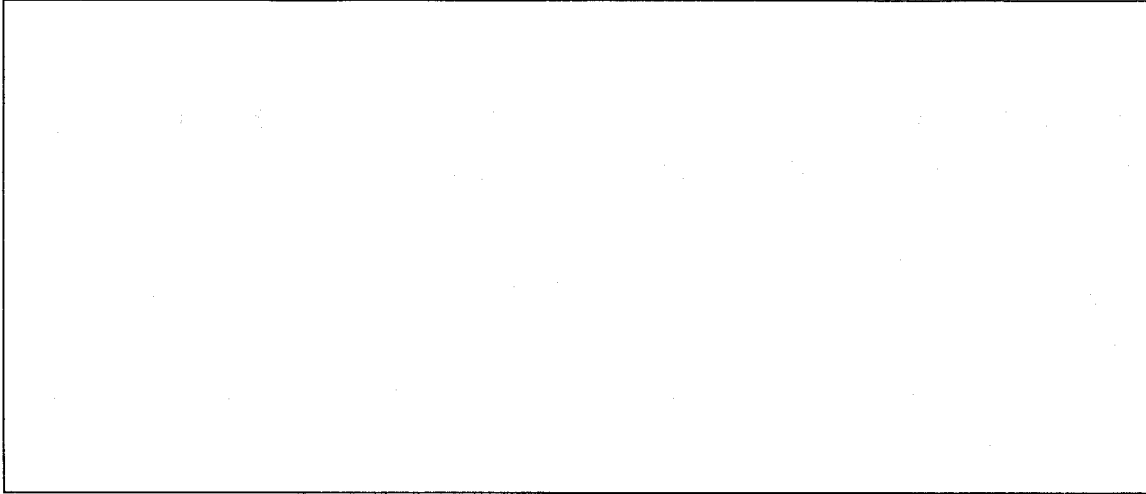
(5) 要介護度総合分類は、平成 10 年度の厚生省案と比べて利用者へ説明する際に、理解が得られやすいと思いますか。

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

(6) 平成 10 年度の厚生省案は、平成 9 年度の厚生省案と比べて利用者への説明の際に、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. 要介護度総合分類について、自由にご意見を記入して下さい。



ご協力ありがとうございました

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

II. 「要介護度総合分類アセスメント表」への記入要綱

III. <様式2> の記入について

IV. <様式3> の記入について

<様式1> 「要介護度総合分類アセスメント表」

<様式2> 「厚生省による1次判定結果表」

<様式3> 「厚生省による2次判定結果表」

<様式4> 「協力同意書」

平成10年9月

日本医師会 要介護度総合分類による調査研究事業

I. 調査要領

1. 調査の目的

平成9年度、日医総研では、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、②ADL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、「要介護度総合分類」を考案した。このうち②については、一部厚生省の介護分類1次判定のための調査項目に反映されたところであるが、さらに要介護分類の考え方を検討し、問題点を明らかにしていく必要がある。本調査では、総合分類の方法と「平成10年度高齢者サービス体制整備支援事業」における分類（以下、厚生省案）を比較検証する。

2. 対象者

厚生省による「平成10年度高齢者介護サービス体制整備支援事業（以下、モデル事業）」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。「モデル事業」での調査員が同時に行うと効率的であるが、必ずしも同一の調査員が訪問調査しなくてもかまわない。

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) 厚生省による2次判定結果表〈様式3〉（1部）

5. 協力同意書 〈様式4〉

本人の同意を得るにあたり、口頭で行う他、必要があれば協力同意書を使用する。

6. 返送

- 1) 「要介護度総合分類アセスメント表」〈様式1〉と厚生省による1次判定結果表〈様式2〉、および協力同意書〈様式4〉について、対象者分をまとめて11月30日までご投函ください。
- 2) 厚生省による2次判定結果表〈様式3〉は1月18日（月）までにご投函下さい。

7. 返送先・調査の問い合わせ先

返送は以下に、また本調査について不明な点があればお問い合わせください。

〒060-0004 札幌市中央区北4条西6丁目 毎日札幌会館
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「v」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。

Ⅲ. <様式 2> の記入について

- (1) 氏名 プライバシー保護のために調査対象者の氏名を記載できない場合は、ID を付けて下さい。ID は<様式 1>と同様のものを付けて下さい（次頁参照）。
- (2) 1次判定結果 「要支援」 要介護「1」「2」「3」「4」「5」のいずれかを記入して下さい。
- (3) 所在 在宅の方は「1」
病院の方は「2」
老人保健施設の方は「3」
特別養護老人ホームの方は「4」 を記入して下さい。

Ⅳ. <様式 3> の記入について

- (1) 氏名 <様式 2>と同じ並びにして下さい。氏名や ID を記入していたかなくても結構ですが、同一対象者であることを必ず確認して下さい。
- (2) 2次判定結果 「要支援」 要介護「1」「2」「3」「4」「5」のいずれかを記入して下さい。

厚生省案による 1 次判定結果表

NO.1

氏 名	厚生省1次判定 (要支援, 1~5)	所 在
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		

氏 名	厚生省1次判定 (要支援, 1~5)	所 在
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		

氏 名		厚生省1次判定 (要支援, 1~5)	所 在
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			

氏 名		厚生省1次判定 (要支援, 1~5)	所 在
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			

厚生省案による 2 次判定結果表

NO.1

氏 名	厚生省 2 次判定 (要支援, 1~5)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	

氏 名	厚生省 2 次判定 (要支援, 1~5)
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	

論文審査報告書

NO.2

氏名		厚生省2次判定 (要支援, 1~5)
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		

氏名		厚生省2次判定 (要支援, 1~5)
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		
101		
102		
103		
104		
105		
106		
107		
108		

調査協力同意書

平成10年 月 日

日本医師会 御中

平成10年度日本医師会「要介護度総合分類実施調査」に協力することに同意します。

調査対象者氏名	ふりがな	性別	生年月日
		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生 歳
現住所	〒 TEL: — —		

※この同意書を本人に代わって記入した方は以下に記入して下さい。

代理者氏名	ふりがな	調査対象者との関係	
連絡先住所	〒 TEL: — —		

平成10年度 要介護度総合分類実地調査報告書
－ 厚生省案との対比 －

発行 日本医師会総合政策研究機構
〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
日本医師会館内 Tel: 03 (3946) 2121 (代)

代表 坪井 栄 孝

平成11年3月 発行