

平成12年8月

# 平成11年度 要介護度総合分類実地調査

厚生省方式の検証

**日医総研**

日本医師会総合政策研究機構

## 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、委員会および各地域医師会の協力のもと厚生省案との比較検証を行った。また平成10年度は厚生省モデル事業と同一対象者について調査研究事業を行い、「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－」(平成10.3)をまとめた。

本年度においては、さらに、各アセスメント項目及び要介護認定で実際に使用される一次判定ロジックの妥当性を検証するため、市町村の要介護認定申請者と同一対象者について調査研究を実施し、結果をまとめたものが本報告書である。

平成12年4月から介護保険制度が施行されたが、本調査研究の成果が今後の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各位、ご協力頂いた22の郡市区医師会および各市町村の担当者各位に感謝を申し上げます。

平成12年8月

慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室教授  
日医総研 非常勤研究員

池上直己

日医総研 主席研究員

川越雅弘

# 目次

第1章 要介護度総合分類の概要	1
第2章 調査の目的と方法	5
第3章 調査結果	7
I. 結果の概要	7
1. アセスメントを受けた場所	7
2. 性別	8
3. 年齢階級	9
4. IADLの状況	10
5. ADLの状況	16
6. 痴呆の状況	19
7. 医学的管理の状況	23
II. 厚生省方式との比較	26
1. 比較対象者と全体の対比	26
2. アセスメント項目の比較	27
3. ADL得点と寝たきり度の比較	31
4. CPSレベルと痴呆度の比較	33
5. 総合分類と厚生省一次判定の比較	35
III. アンケート調査結果	38
1. 厚生省方式との比較	38
2. 平成11年度厚生省方式と平成10年度厚生省方式との比較	43
3. 自由意見	44
まとめ	46
付属資料	
1. 要介護度総合分類アセスメント表	50
2. 要介護度総合分類に関するアンケート調査票	52
3. アセスメント項目に関するアンケート調査票	54

# 第1章

## 要介護度総合分類の概要

本分類は、高齢者の状態像をIADL (Instrumental Activities of Daily Living)、ADL (Activities of Daily Living)、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。具体的には、まず、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、合計6つに分類している(表1-1)。なお、IADLに問題がない場合を「非該当(自立)」と判定している。

表1-1 要介護度総合分類の状態像

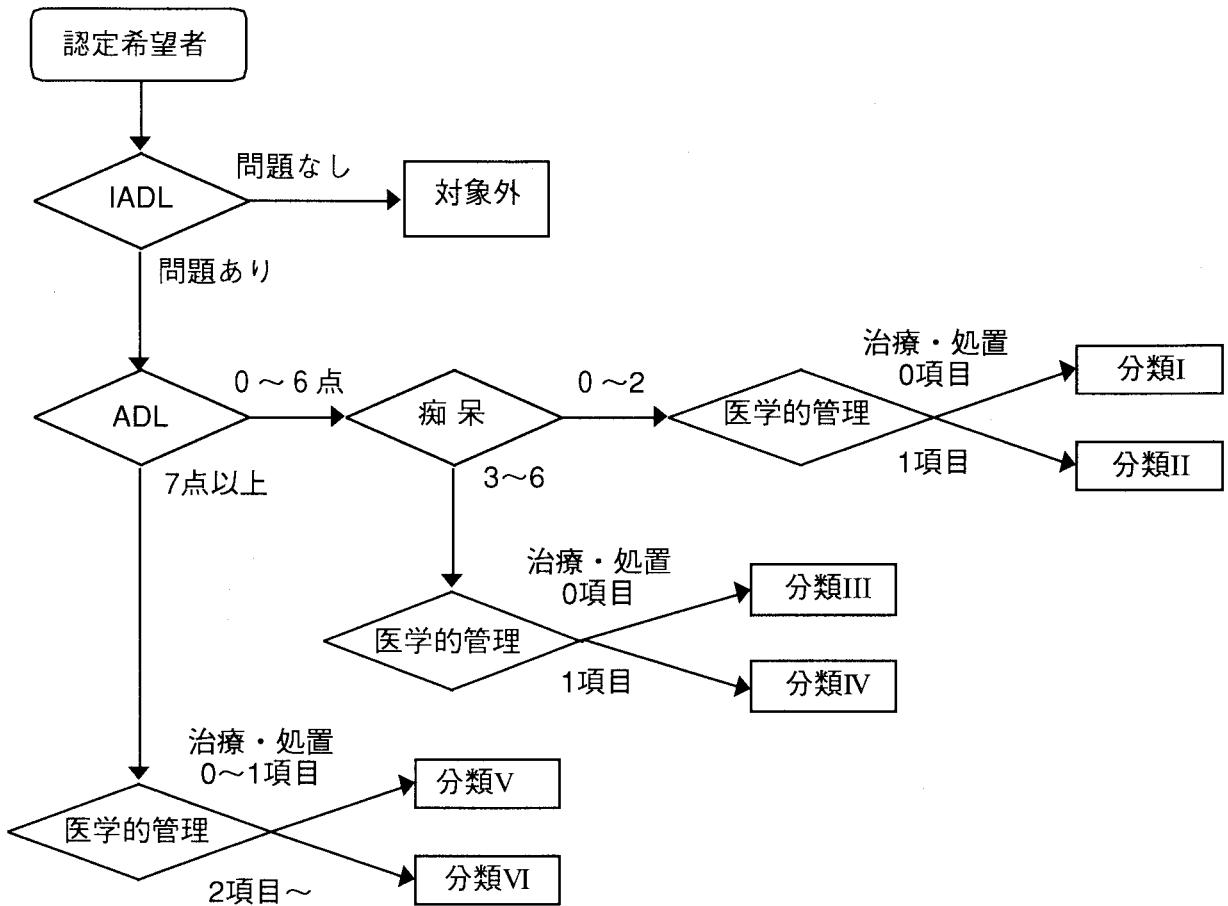
分類	状態像
分類I	IADL(家事や金銭管理の能力)が低下 ADL介助はあっても、部分的援助に限られる 痴呆による問題はあっても、軽度である
分類II	分類Iと同じだが、 <u>医学的管理が中程度以上</u>
分類III	IADL(家事や金銭管理の能力)が低下 ADL介助はあっても、部分的援助に限られる <u>痴呆による問題が中程度以上ある</u>
分類IV	分類IIIと同じだが、 <u>医学的管理が中程度以上</u>
分類V	IADL(家事や金銭管理の能力)が低下 <u>ADL介助が中程度以上必要</u> 痴呆による問題は問わない
分類VI	分類Vと同じだが、 <u>医学的管理が中程度以上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

次に、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、長期ケア施設と在宅ケア機関にてタイムスタディ及びアセスメント表による調査を行い、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した(表1-2、図1-1)。

**表1-2 要介護度総合分類の分岐項目と基準**

	IADL (問題の有無)	ADL (ADL得点)	痴呆 (CPSレベル)	医学的管理 (処置数)
対象外	問題なし			
分類I	問題あり	0~6	0~2	0
分類II	同上	0~6	0~2	1つ以上
分類III	同上	0~6	3~6	0
分類IV	同上	0~6	3~6	1つ以上
分類V	同上	7~12	問わない	0~1
分類VI	同上	7~12	問わない	2つ以上

**図1-1 要介護度総合分類のフロー図**



以下、フロー図における分岐方法について解説する。

### ① IADLの項目と分岐点

IADL項目としては、「食事の用意」「家事一般」「金銭管理」「薬の管理」「電話の利用」「買い物」「交通手段の利用」の7項目があるが、これらのいずれかで実施上の困難がある場合は分類Ⅰ～Ⅵに、7項目とも問題がない場合は「対象外(自立)」に分類している。

### ② ADLの項目と分岐点

ADL項目としては、「移動」「着衣」「トイレの使用」の3項目を使用し、各項目のカテゴリーウェイト(表1-3)より、ADL得点を算出し、その得点が0～6点であれば分類Ⅰ～Ⅳに、7点以上であれば分類Ⅴ～Ⅵに分類している。

なお、本年度の調査では、平成9年度からの調査内容の継続性及びADLの多角的評価の観点から「ベッド上の可動性」「移行」の2項目もあわせて調査している。

表1-3 ADL得点

評価	移動	着衣	トイレの使用
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日間動作なし	5	3	4

### ③ 痴呆の項目と分岐点

分類Ⅰ・Ⅱ 分類Ⅲ・Ⅳを分ける痴呆による問題については、認知に関する「短期記憶」「自分を理解させる能力」「日常の意思決定を行うための認知能力」、及びADLに関する「食事の自己動作」の計4項目によって構成されるCPS(Cognitive Performance Scale、認知活動評価尺度)レベルを用い、そのレベルが0～2点であれば分類Ⅰ～Ⅱに、3～6点であれば分類Ⅲ～Ⅳに分類している(図1-2、表1-4)。

### ④ 医学的管理の項目と分岐点

医学的管理に関するアセスメント項目としては、「筋肉注射・皮内注射」「静脈注射」「点滴の管理」「中心静脈栄養」「透析」など17項目があり、いずれかの処置の有無により、分類ⅠとⅡに、分類ⅢとⅣに分類される。分類Ⅴ・Ⅵについては、処置の数が1項目以下の場合Ⅴに、2項目以上の場合Ⅵに分類される。上記項目を整理し、アセスメント表としてまとめたのが要介護度総合分類アセスメント表(付属資料1)である。なお、これらのアセスメント項目は、信頼性と妥当性が検証されている在宅ケアアセスメント表(MDS-HC)の中から、選出されたものである。

図1-2 CPS の評価アルゴリズム

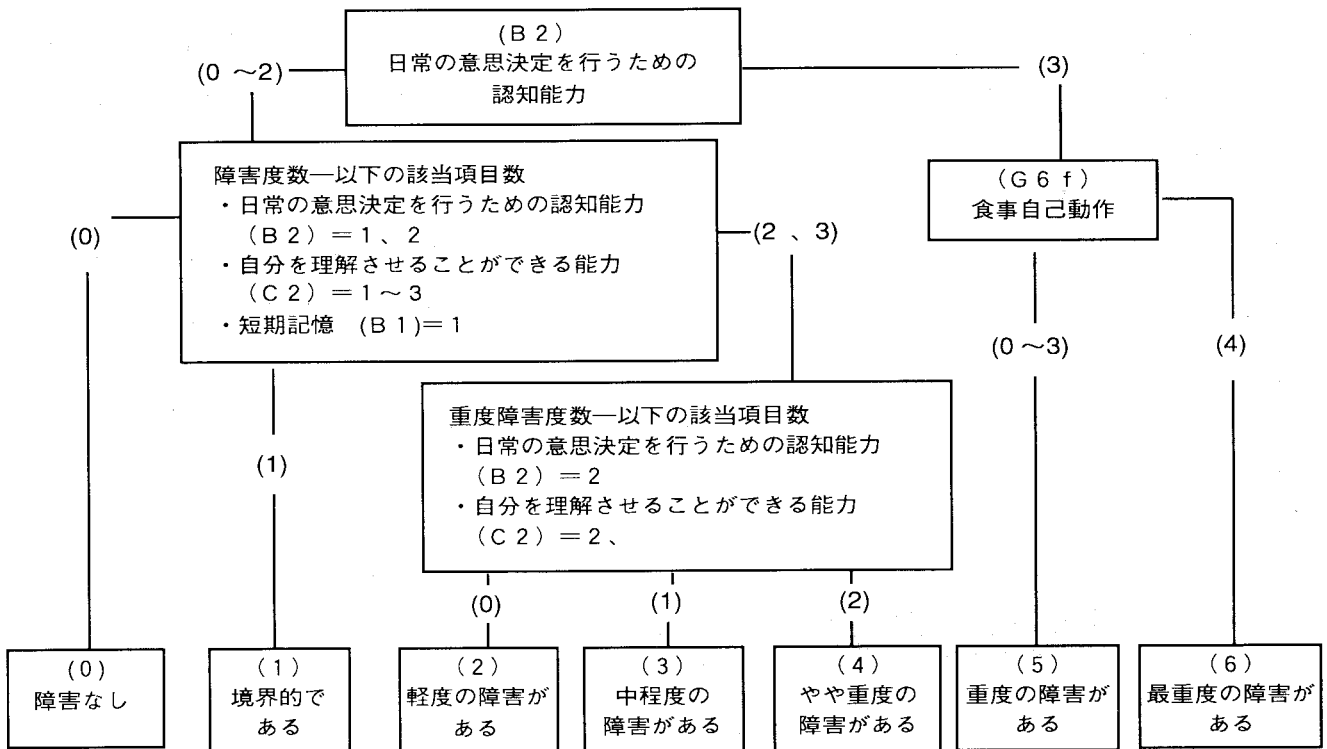


表1-4 CPS を構成するアセスメント項目

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みえる)

- 0. 問題なし
- 1. 問題あり

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、どのような活動をする)

- 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

自分を理解させることができる能力

どのよう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、言葉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)に限定
- 3. ほとんどまたはまったく理解させることができない

食事の自己動作

過去7日間にみられた食事について評価する。自立して活動している場合も他者の励ましや観察・誘導の有無に特に留意

- 0. 自立 : 自分でできる
- 1. 観察・誘導 : 見守りや励ましがあれば自分でできる
- 2. 部分的な援助 : かなりの動作は自分でできる
- 3. 広範な援助 : 動作の一部は自分でできる
- 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

(昏睡状態) - 施設ケアのみ

植物状態が続いてる、あるいは痛みを識別できるような意識がない

- 0. 昏睡状態でない
- 1. 昏睡状態である

## 第2章

# 調査の目的と方法

### I. 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、要介護度分類において①分類の状態像が分かりやすく表わされていること、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、一部要介護度に反映されたところであるが、厚生省の分類方法の構造的欠陥は改められていない。そこで、要介護度分類の考え方を継続的に研究し、厚生省分類の問題点を明らかにしていく必要がある。本調査は、総合分類方法と厚生省一次判定方法(以下、一次判定)を比較検証しながら、こうした課題を追求する。

### II. 調査対象者 (表2-1参照)

今回、22地区医師会の協力を得て、実地調査を実施した。調査対象者は、平成11年10月からの要介護認定を受けられ、かつ本研究の趣旨に同意をされた方とした。協力医師会には、各々100名程度(在宅、施設各々50名程度)の対象者選定を依頼したところ、合計2,062名の協力が得られた(在宅1,201名、施設861名)。なお、項目の回答内容等を比較検討するため、利用者からの同意を得た場合に限って「一次・二次判定結果表」「介護認定審査会資料」および「主治医意見書」も合わせて提出して頂くよう依頼した結果、一次・二次判定結果については1,856人分、介護認定審査会資料については1,007人分のデータが収集された。

### III. 調査の方法

各対象者に対して、①厚生省の訪問調査票と、②要介護度総合分類アセスメント表を用いてアセスメントを実施した。アセスメント実施者については、各地区の実情に応じ選定して頂く形式とした。なお、実施者の職種としては保健婦が68人(41.5%)と最も多く、次いで看護婦45人(27.4%)であった(表2-2参照)。また、介護認定審査会資料で照合が可能であった対象者のうち、89.6%は同一調査員が、83.2%は同一日に、厚生省調査とアセスメント調査を実施していた。

また、総合分類方法およびアセスメント項目が厚生省方式に比べ、現場の感覚で妥当か否かに関し、訪問調査員を中心にアンケート調査を実施し、分類方法について133人、アセスメント項目について119人の回答を得た。

表2-2 職種別にみたアセスメント実施者数とその割合

	保健婦	看護婦	介護福祉士	社会福祉士	MSW	その他	計
人数(人)	68	45	12	7	6	26	164
割合(%)	41.5	27.4	7.3	4.3	3.7	15.8	100.0



表2-1 調査対象者数および各種資料の提出状況

No	都道府県名	地区医師会名	対象者数			資料の提出			アンケートの提出		
			総数	在宅	施設	総合分類 アセス メント表	一次・二次 判定 結果	介護認定 審査会 資料	訪問調査 実施 状況	厚生省 との 比較	アセス メント 項目比較
1	北海道	空知医師会	100	50	50	○	○	○	○	13	12
2	宮城	塩釜医師会	100	49	51	○	○	○	○	13	15
3	福島	郡山医師会	100	50	50	○	○	○			
4		会津若松医師会	100	50	50	○			○	11	9
5	埼玉	浦和市医師会	100	49	51	○	○	○			
6	東京	品川区医師会	100	89	11	○	○	○		3	3
7	神奈川	大和市医師会	82	46	36	○	○		○	6	2
8	富山	魚津市医師会	100	50	50	○	○			2	
9	愛知	名古屋市医師会	54	54	0	○	○		○	1	
10		一宮市医師会	100	50	50	○	○			5	
11		岡崎市医師会	69	45	24	○	○			4	
12		蒲郡市医師会	100	50	50	○	○	○			
13		四日市医師会	100	47	53	○	○	○	○	15	9
14	三重	津地区医師会	124	82	42	○	○			1	
15		鈴鹿市医師会	100	50	50	○	○		○	5	5
16	兵庫	宝塚市医師会	100	50	50	○	○	○	○	11	10
17	広島	呉市医師会	21	21	0	○	○				
18		尾道市医師会	106	61	45	○				3	10
19	徳島	徳島市医師会	103	56	47	○	○	○	○	1	1
20	香川	高松市医師会	100	50	50	○	○		○	7	6
21	福岡	北九州市医師会	99	50	49	○	○		○	19	25
22	大分	別府市医師会	104	102	2	○	○	○	○	13	12
合 計			2,062	1,201	861	22医師会 (2,062)	20医師会 (1,856)	10医師会 (1,007)	12医師会	133人	119人

# 第3章

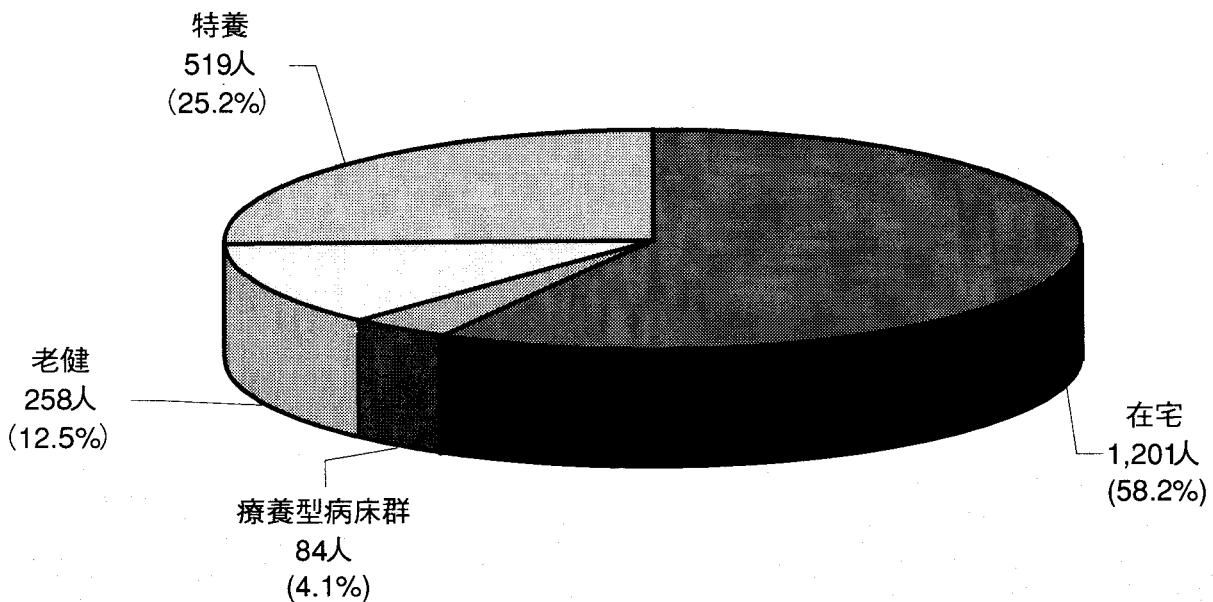
## 調査結果

### I. 結果の概要

#### 1. アセスメントを受けた場所

調査対象者2,062人のアセスメント場所は、在宅1,201人(58.2%)、施設861人(41.8%)であった。なお、施設の内訳は、療養型病床群84人(4.1%)、老人保健施設258人(12.5%)、特別養護老人ホーム519人(25.2%)であった(図3-1)。

図3-1 アセスメントを受けた場所(N=2,062)



注) ショートステイ、ケアハウスは在宅、養護老人ホームは特別養護老人ホームの中を含めた。

## 2.性別

性別を見ると、男性が575人(27.9%)、女性が1,487人(72.1%)であった(図3-2)。

これを在宅・施設別にみると、在宅では男性397人(33.1%)、女性804人(66.9%)、施設では男性178人(20.7%)、女性683人(79.3%)であった(図3-3)。

図3-2 性別(全体,N=2,062)

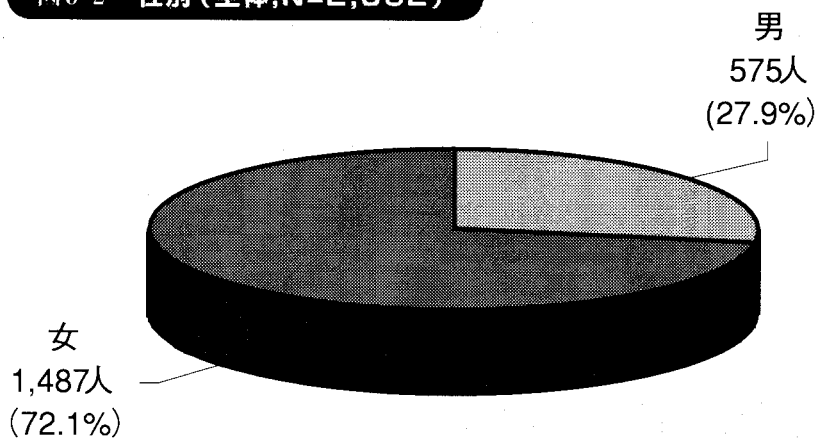
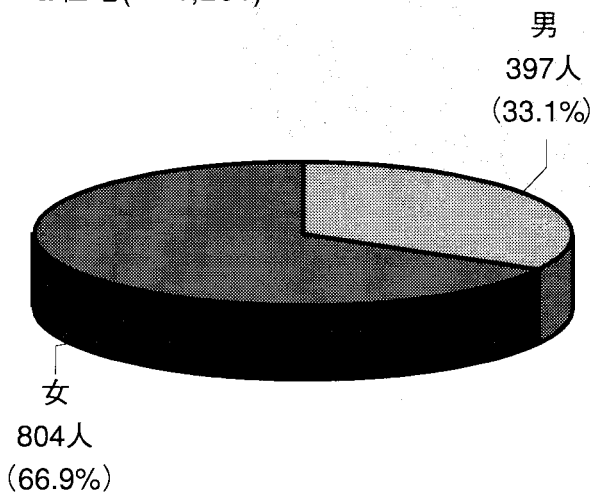
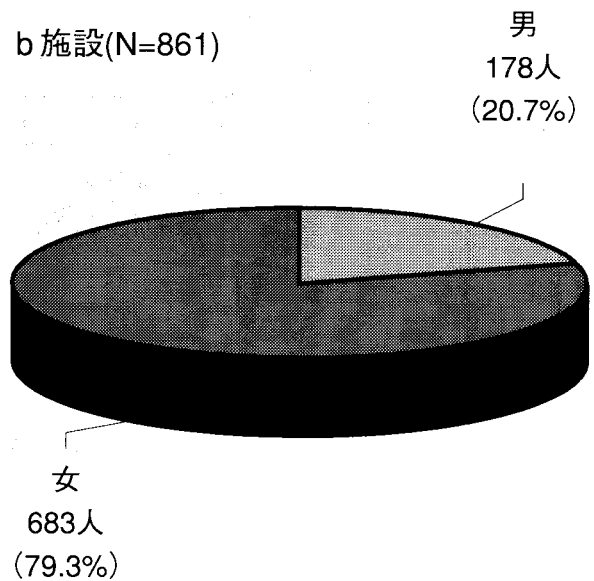


図3-3 性別(在宅・施設別)

a在宅(N=1,201)



b施設(N=861)



### 3.年齢階級

年齢階級を見ると、「85～89歳」が最も多く484人(23.5%)、次いで「80～84歳」432人(21.0%)、平均81.5歳であった(図3-4)。

これを在宅・施設別にみると、在宅では「80～84歳」が最も多く264人(22.0%)、次いで「75～79歳」が245人(20.4%)であった。施設では「85～89歳」が243人(28.2%)と最も多く、次いで「90歳以上」が177人(20.6%)であった。平均年齢は在宅で80.4歳、施設で83.1歳であった(図3-5)。

図3-4 年齢階級(N=2,062)

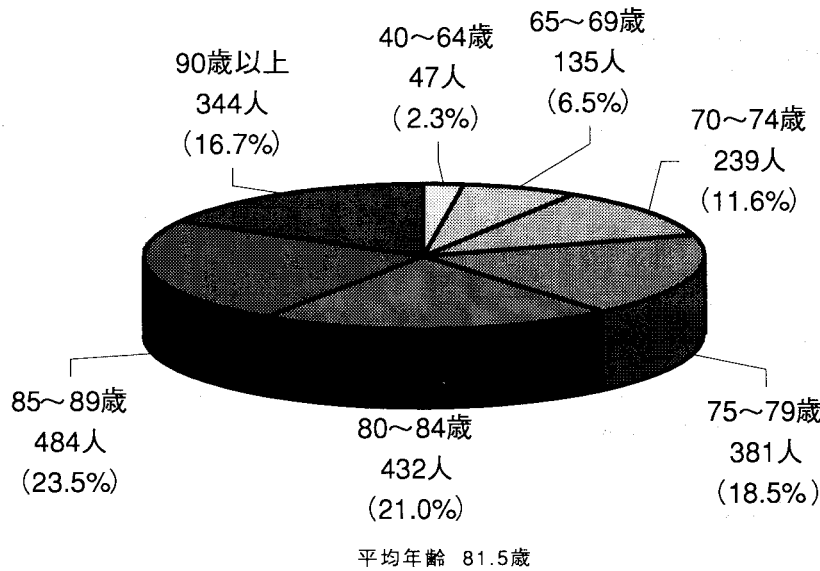
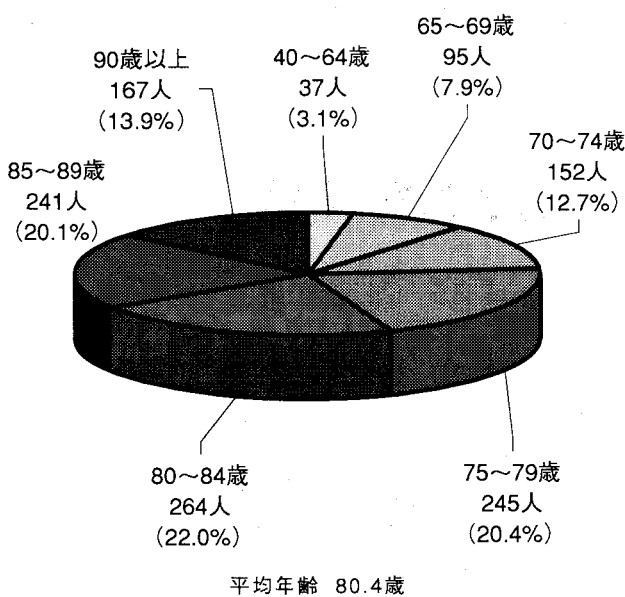
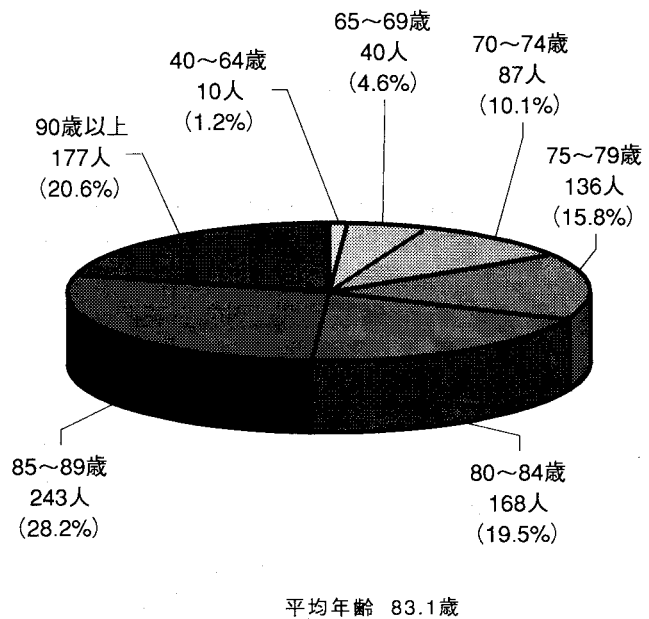


図3-5 年齢階級(在宅・施設別)

a. 在宅(N=1,201)



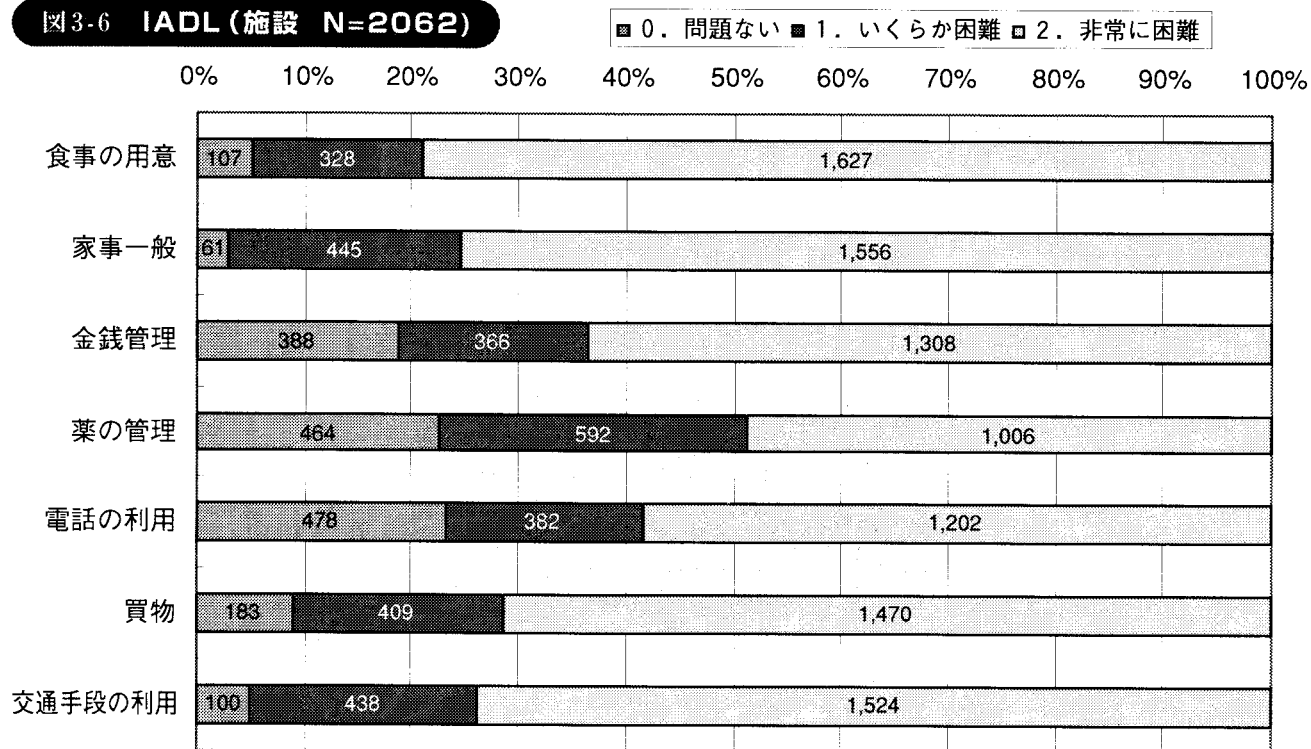
b. 施設(N=861)



## 4.IADLの状況

IADLの状況を見ると、「非常に困難」が最も多いのは、「食事の用意」で1,627人(78.9%)、次いで「家事一般」1,556人(75.5%)、「交通手段の利用」1,524人(73.9%)であった。一方、「問題ない」が最も多いのは「電話の利用」で478人(23.2%)、次いで「薬の管理」464人(22.5%)、「金銭管理」388人(18.8%)であった(図3-6)。

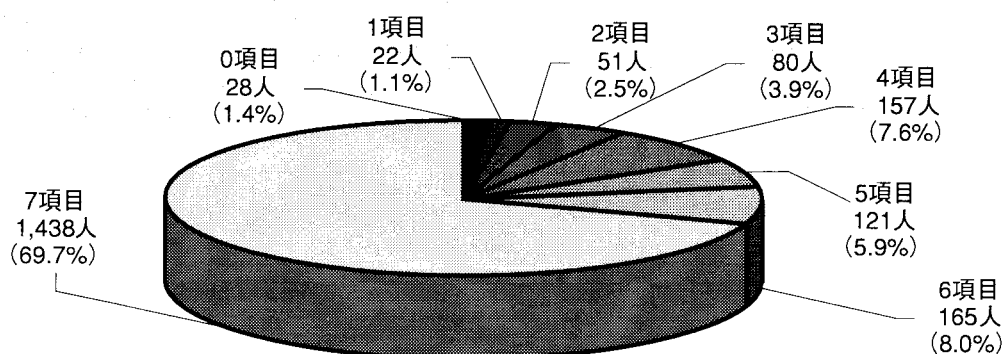
図3-6 IADL (施設 N=2062)



IADL7項目の内、全項目が「問題ない」となったのは28人(1.4%)、一方全項目が「非常に困難」となったのは861人(41.8%)であった。

また、7項目それぞれについて、「いくらか困難」あるいは「非常に困難」のどちらかである場合を「IADLに問題あり」とみなして、該当項目数の分布状況を調べたところ、「7項目(全項目)とも問題あり」が最も多く1,438人(69.7%)、次いで「6項目」165人(8.0%)、「4項目」157人(7.6%)であった。なお、平均該当項目数は6.14であった(図3-7)。

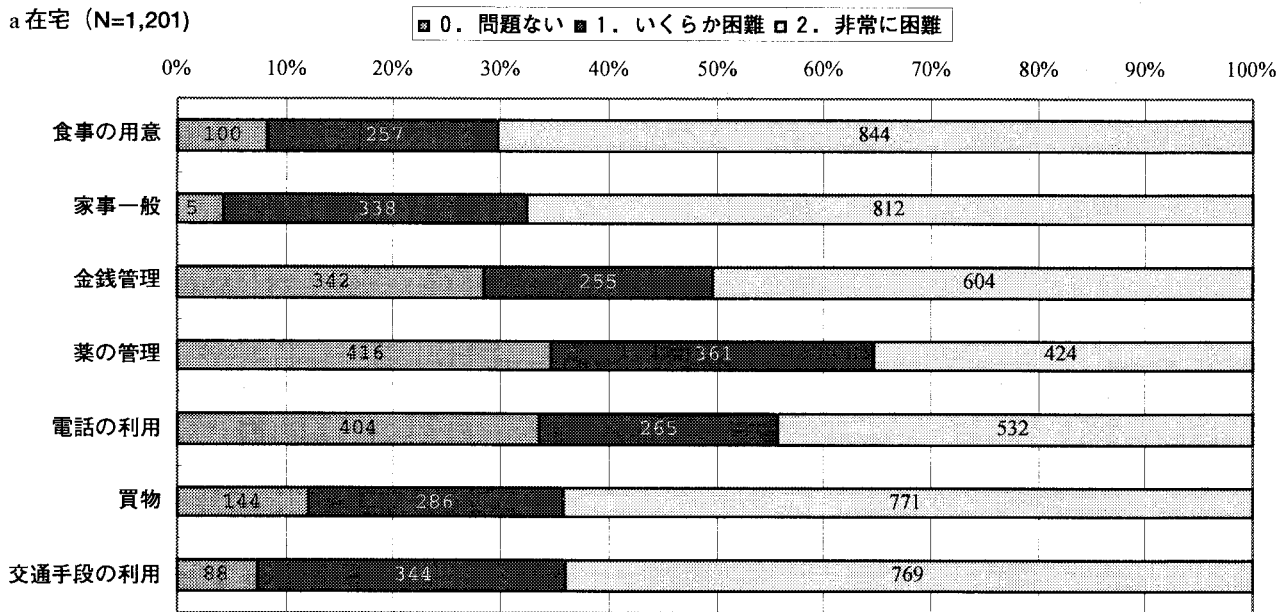
図3-7 「IADLに問題あり」とみなされた項目数(全体N=2,062)



平均該当項目数=6.14

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」で844人(70.3%)、次いで「家事一般」812人(67.6%)となっている(図3-8)。

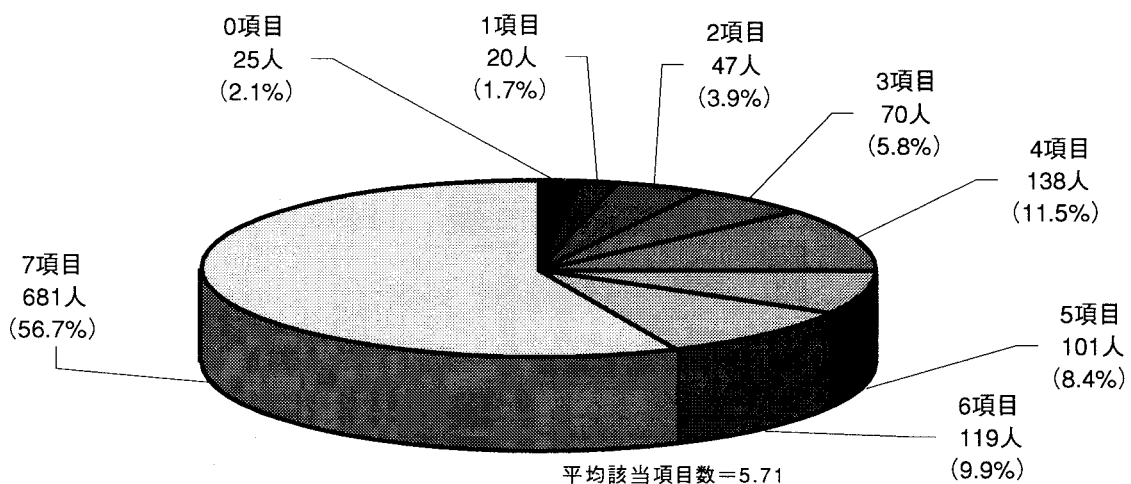
図3-8 IADL (在宅 N=1,201)



在宅についてIADL7項目の該当状況を見ると、全項目が「問題ない」となったのは25人(2.1%)、一方全項目が「非常に困難」となったのは338人(28.1%)であった。

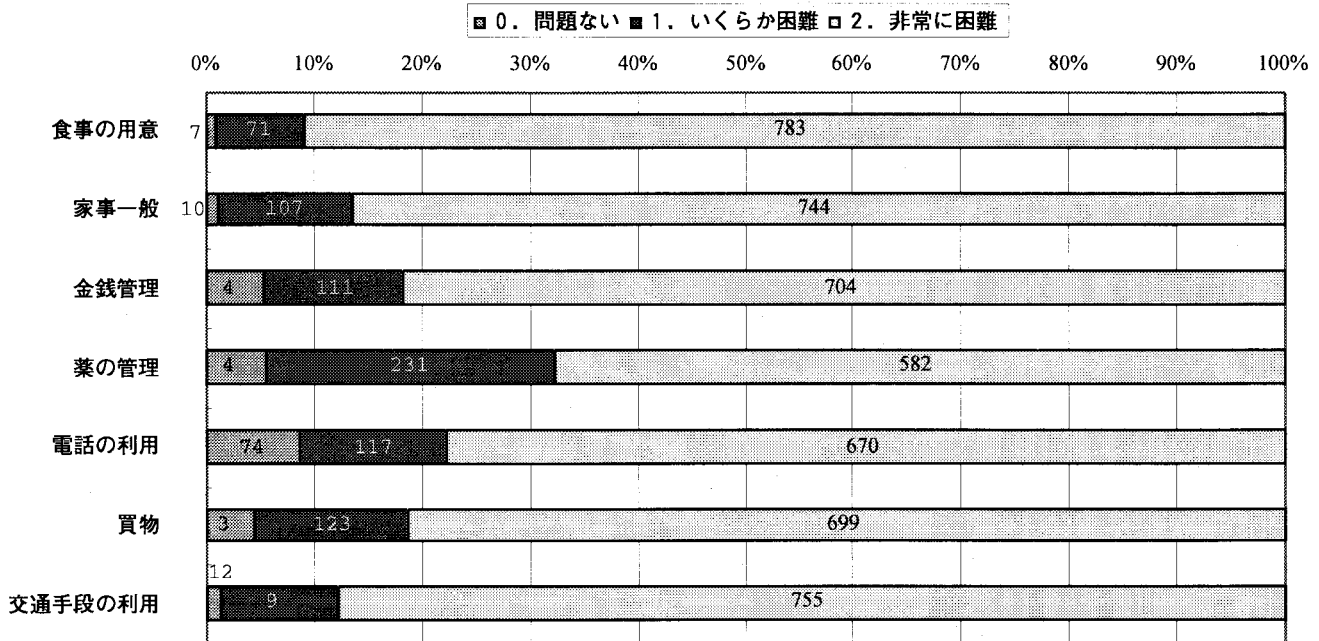
また、該当項目数の分布を見ると、7項目(全項目)が最も多く681人(56.7%)、次いで「4項目」138人(11.5%)、「6項目」119人(9.9%)であった。なお、平均該当項目数は5.71であった(図3-9)。

図3-9 IADLの該当項目数(在宅 N=1,201)



施設では「非常に困難」が最も多いのは「食事の用意」で783人(90.9%)、次いで「交通手段の利用」755人(87.7%)、「家事一般」744人(86.4%)であった(図3-10)。

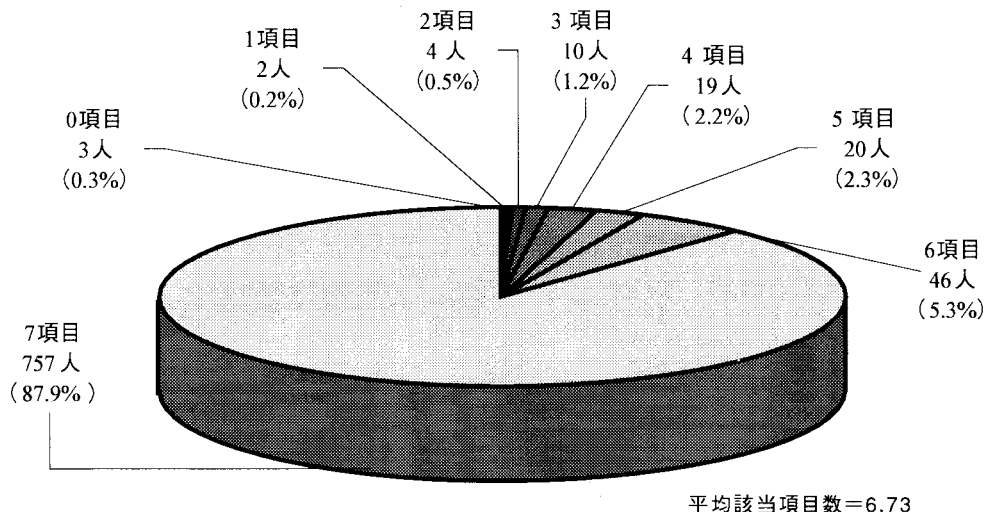
図3-10 IADL(施設 N=861)



施設について IADL7項目の該当状況を見ると、全項目が「問題ない」となったのは3人(0.3%)、一方全項目が「非常に困難」となったのは523人(60.7%)であった。

また、該当項目数の分布を見ると、7項目(全項目)が最も多く757人(87.9%)、次いで「6項目」46人(5.3%)、「5項目」20人(2.3%)であった。なお、平均該当項目数は6.73であった(図3-11)。

図3-11 IADLの該当項目数(在宅 N=861)



以上、在宅と施設を比較してみると、IADLの全項目が「非常に困難」となった人の割合は、在宅では28.1%であるのに対し、施設では60.7%と在宅の倍以上であった。また該当項目数も、在宅より施設の方が多かった。

次に、IADLは男女差が大きいと考えられることから、全数について男女別のIADL状況を見た。当初想定したより男女差の相違は小さくなく、「非常に困難」の割合はほぼ同じである項目が多かった。しかし、「食事の用意」「家事一般」の2項目では男女差が目立ち、「非常に困難」の割合は、それぞれ約10%男性の方が女性より多かった。逆に「問題なし」の割合はそれぞれ女性の方が男性の約2倍であった(表3-1, 図3-12)。

表3-1 IADLの状況(男女別)

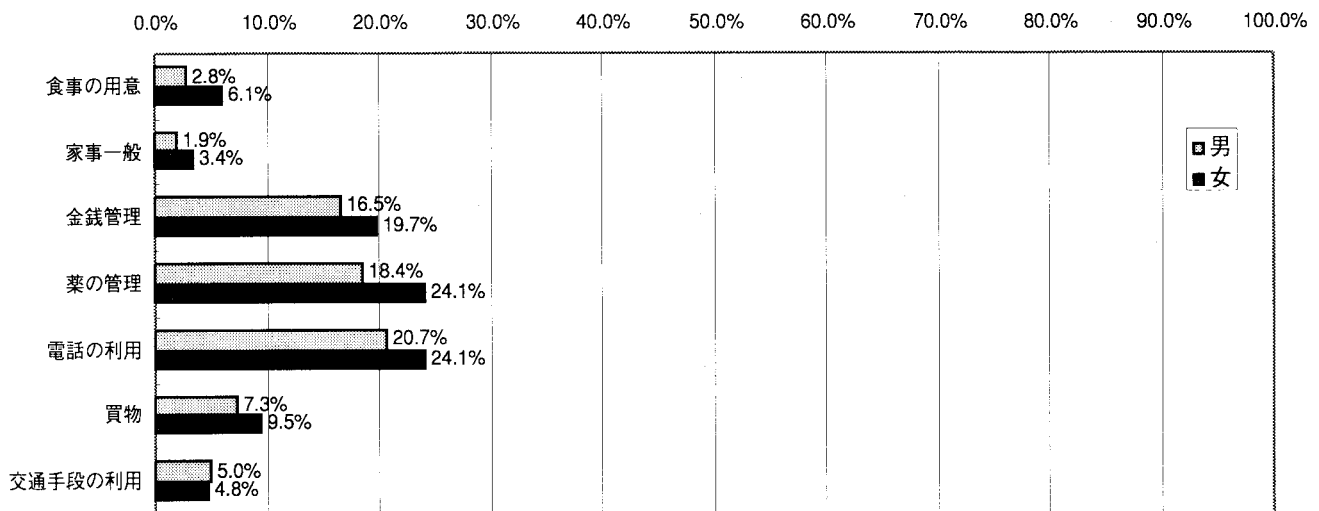
実数	食事の用意	家事一般	金銭管理	薬の管理	電話の利用	買物	交通手段の利用
(男性 N=575 平均79.3歳)							
0. 問題ない	16	11	95	106	119	42	29
1. いくらか困難	64	90	111	199	116	113	114
2. 非常に困難	495	474	369	270	340	420	432
(女性 N=1,487 平均82.4歳)							
0. 問題ない	91	50	293	358	359	141	71
1. いくらか困難	264	355	255	393	266	296	324
2. 非常に困難	1132	1082	939	736	862	1050	1092

構成割合	食事の用意	家事一般	金銭管理	薬の管理	電話の利用	買物	交通手段の利用
(男性)							
0. 問題ない	2.8%	1.9%	16.5%	18.4%	20.7%	7.3%	5.0%
1. いくらか困難	11.1%	15.7%	19.3%	34.6%	20.2%	19.7%	19.8%
2. 非常に困難	86.1%	82.4%	64.2%	47.0%	59.1%	73.0%	75.1%
(女性)							
0. 問題ない	6.1%	3.4%	19.7%	24.1%	24.1%	9.5%	4.8%
1. いくらか困難	17.8%	23.9%	17.1%	26.4%	17.9%	19.9%	21.8%
2. 非常に困難	76.1%	72.8%	63.1%	49.5%	58.0%	70.6%	73.4%

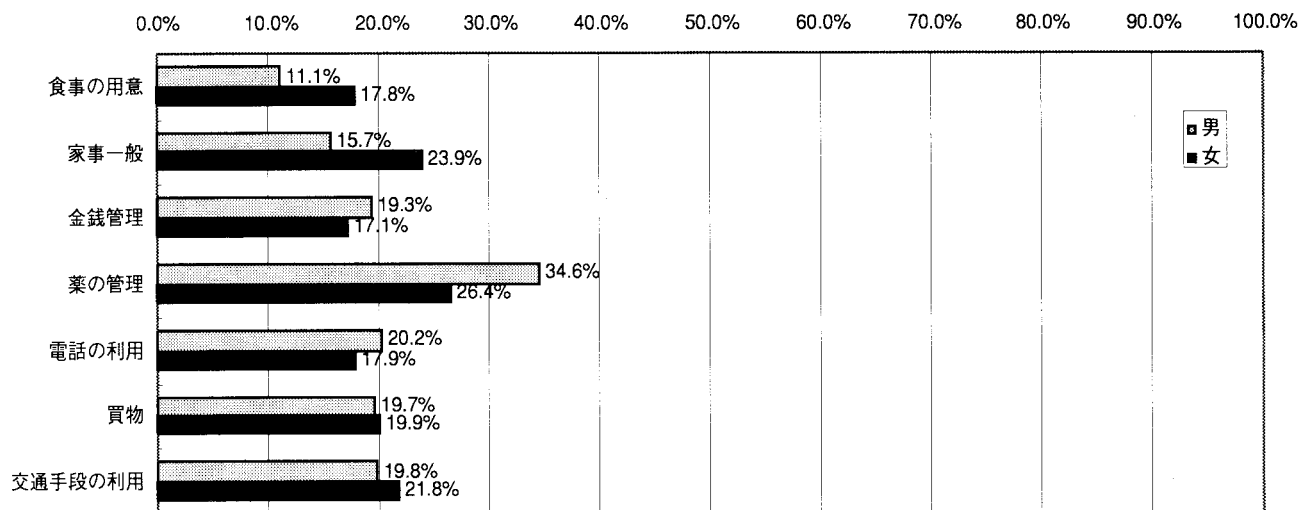


図3-12 IADLの状況（男女別）

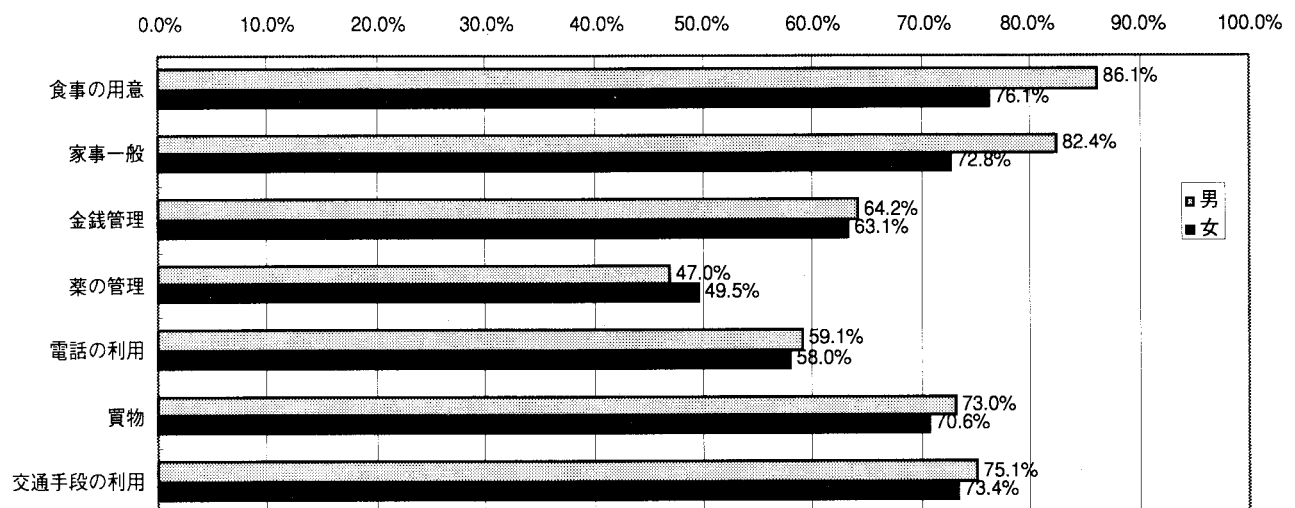
IADL項目別「0. 問題ない」の占める割合（男女別）



IADL項目別「1. いくらか困難」の占める割合（男女別）



IADL項目別「3. 非常に困難」の占める割合（男女別）



しかし、在宅・施設別に見ると、IADL状況の男女差は全数とは異なる結果であった。在宅では、男性の方が女性より、全ての項目で「非常に困難」の割合が多かった。特に全数で見たときにも顕著だった2項目「食事の用意」「家事一般」については、約20%男性の方が女性より多かった。

一方施設では、「食事の用意」以外では全て女性の方が男性より「非常に困難」が多かった。特に「金銭管理」「電話の利用」で、女性の方が男性より「非常に困難」の割合が多かった(表3-2, 表3-3)。

**表3-2 IADLの状況(在宅 男女別)**

実数	食事の用意	家事一般	金銭管理	薬の管理	電話の利用	買物	交通手段の利用
(男性 N=397 平均78.7歳)							
0. 問題ない	14	7	78	93	93	30	26
1. いくらか困難	51	65	85	144	92	82	93
2. 非常に困難	332	325	234	160	212	285	278
(女性 N=804 平均81.2歳)							
0. 問題ない	86	44	264	323	311	114	62
1. いくらか困難	206	273	170	217	173	204	251
2. 非常に困難	512	487	370	264	320	486	491

構成割合	食事の用意	家事一般	金銭管理	薬の管理	電話の利用	買物	交通手段の利用
(男性)							
0. 問題ない	3.5%	1.8%	19.6%	23.4%	23.4%	7.6%	6.5%
1. いくらか困難	12.8%	16.4%	21.4%	36.3%	23.2%	20.7%	23.4%
2. 非常に困難	83.6%	81.9%	58.9%	40.3%	53.4%	71.8%	70.0%
(女性)							
0. 問題ない	10.7%	5.5%	32.8%	40.2%	38.7%	14.2%	7.7%
1. いくらか困難	25.6%	34.0%	21.1%	27.0%	21.5%	25.4%	31.2%
2. 非常に困難	63.7%	60.6%	46.0%	32.8%	39.8%	60.4%	61.1%

**表3-3 IADLの状況(施設 男女別)**

実数	食事の用意	家事一般	金銭管理	薬の管理	電話の利用	買物	交通手段の利用
(男性 N=178 平均80.6歳)							
0. 問題ない	2	4	17	13	26	12	3
1. いくらか困難	13	25	26	55	24	31	21
2. 非常に困難	163	149	135	110	128	135	154
(女性 N=683 平均83.4歳)							
0. 問題ない	5	6	29	35	48	27	9
1. いくらか困難	58	82	85	176	93	92	73
2. 非常に困難	620	595	569	472	542	564	601

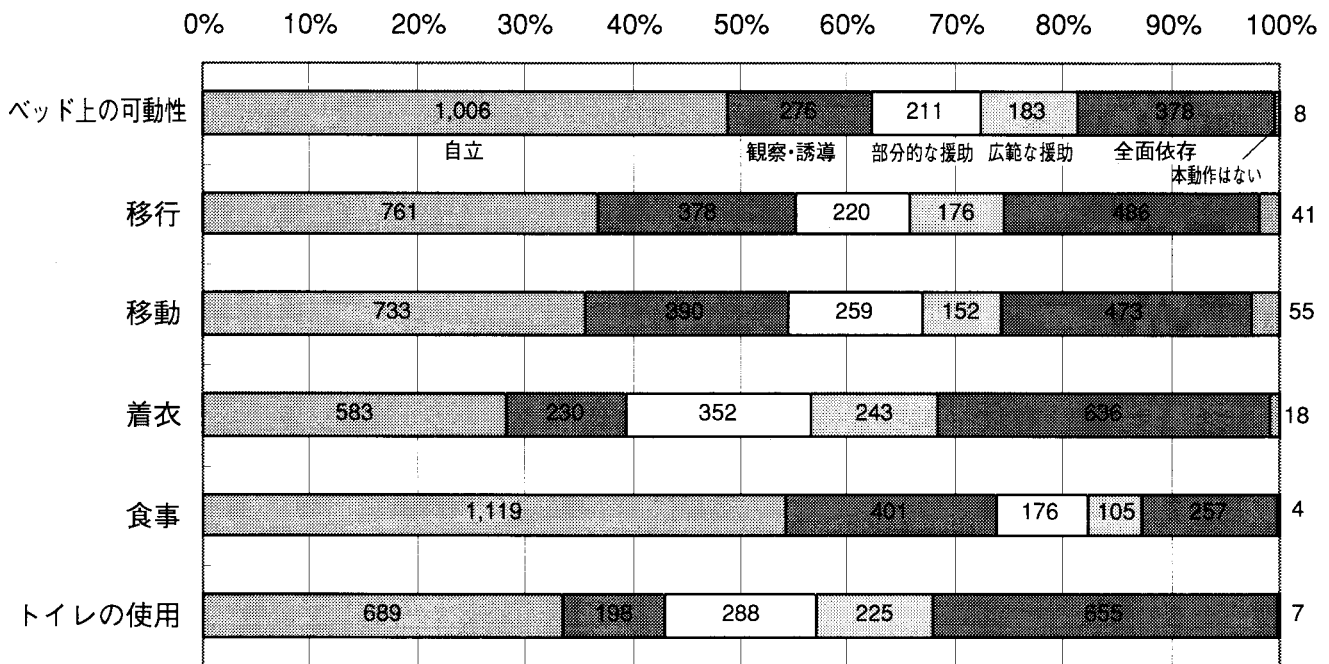
構成割合	食事の用意	家事一般	金銭管理	薬の管理	電話の利用	買物	交通手段の利用
(男性)							
0. 問題ない	1.1%	2.2%	9.6%	7.3%	14.6%	6.7%	1.7%
1. いくらか困難	7.3%	14.0%	14.6%	30.9%	13.5%	17.4%	11.8%
2. 非常に困難	91.6%	83.7%	75.8%	61.8%	71.9%	75.8%	86.5%
(女性)							
0. 問題ない	0.7%	0.9%	4.2%	5.1%	7.0%	4.0%	1.3%
1. いくらか困難	8.5%	12.0%	12.4%	25.8%	13.6%	13.5%	10.7%
2. 非常に困難	90.8%	87.1%	83.3%	69.1%	79.4%	82.6%	88.0%

## 5.ADLの状況

ADLの状況を見ると、「全面依存」が最も多いのは、「トイレの使用」655人(31.8%)、次いで「着衣」636人(30.8%)であった。一方「自立」が多いのは、「食事」1,119人(54.3%)、「ベッド上の可動性」1,006人(48.8%)であった(図3-13)。

図3-13 ADL(全体 N=2,062)

■ 0. 自立 ■ 1. 観察・誘導 □ 2. 部分的な援助 ■ 3. 広範な援助 ■ 4. 全面依存 ■ 8. 本動作はない



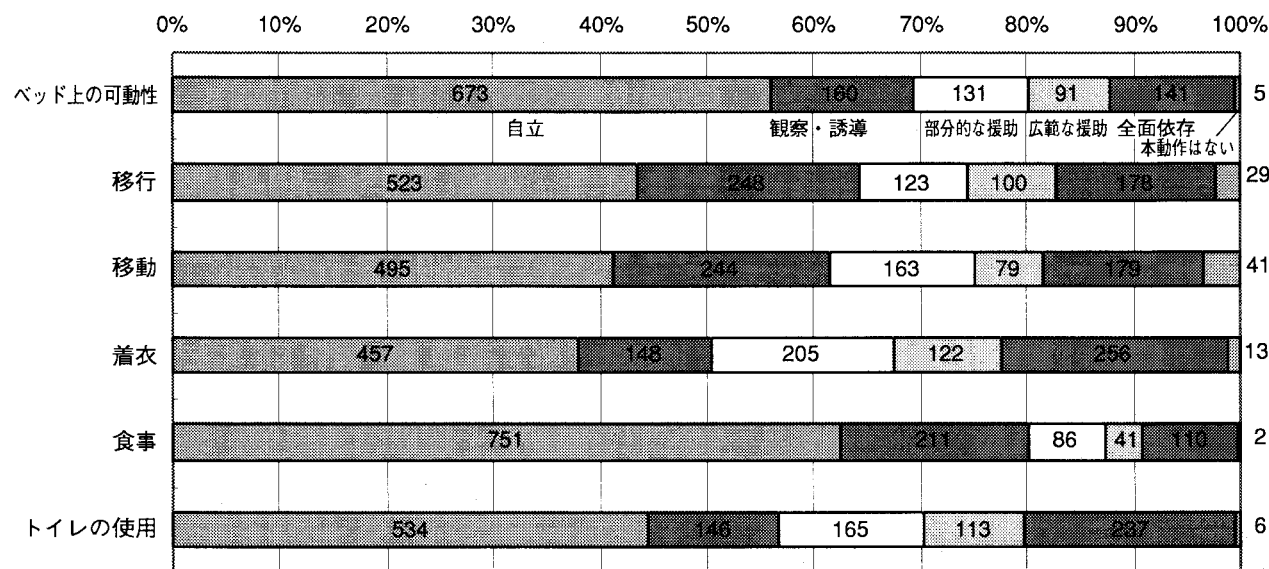
これを在宅・施設別にみると、在宅では「全面依存」が多いのは「着衣」256人(21.3%)、次いで「トイレの使用」237人(19.7%)であった。一方「自立」が多いのは「食事」751人(62.5%)、次いで「ベッド上の可動性」673人(56.0%)であった。

また、施設では「全面依存」が多いのは、「トイレの使用」418人(48.5%)、次いで「着衣」380人(44.1%)であった。一方「自立」が多いのは、「食事」368人(42.7%)、次いで「ベッド上の可動性」333人(38.7%)であった(図3-14)。

図3-14 ADL (在宅・施設別)

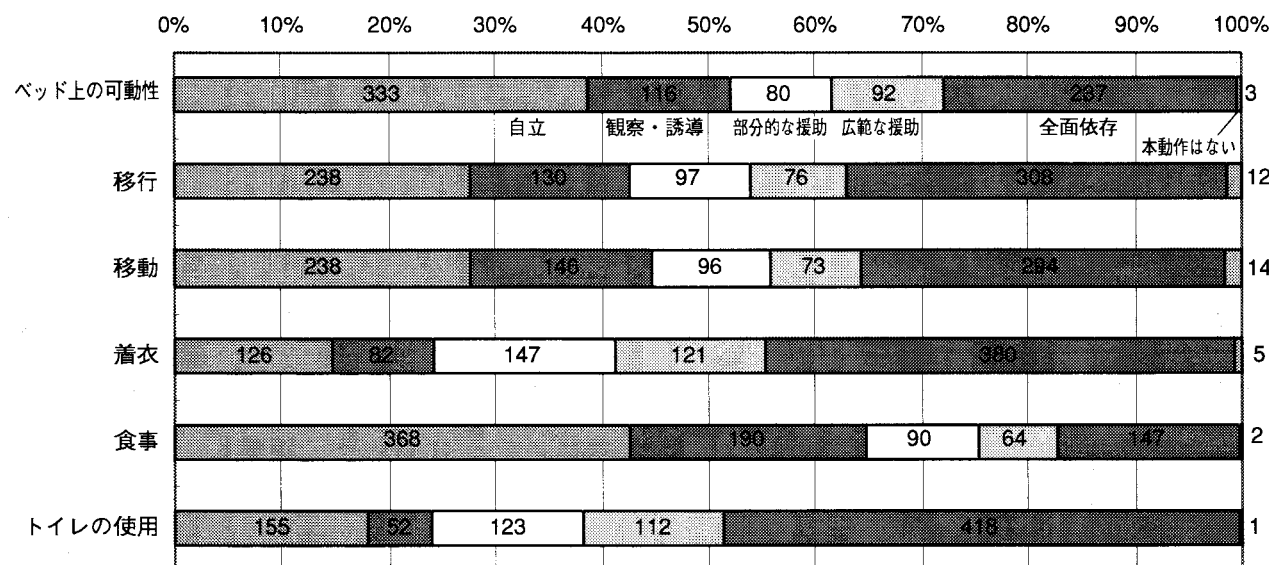
a. 在宅 (N=1,201)

0. 自立 ■ 1. 観察・誘導 □ 2. 部分的な援助 ■ 3. 広範な援助 ■ 4. 全面依存 ■ 8. 本動作はない



b. 施設 (N=861)

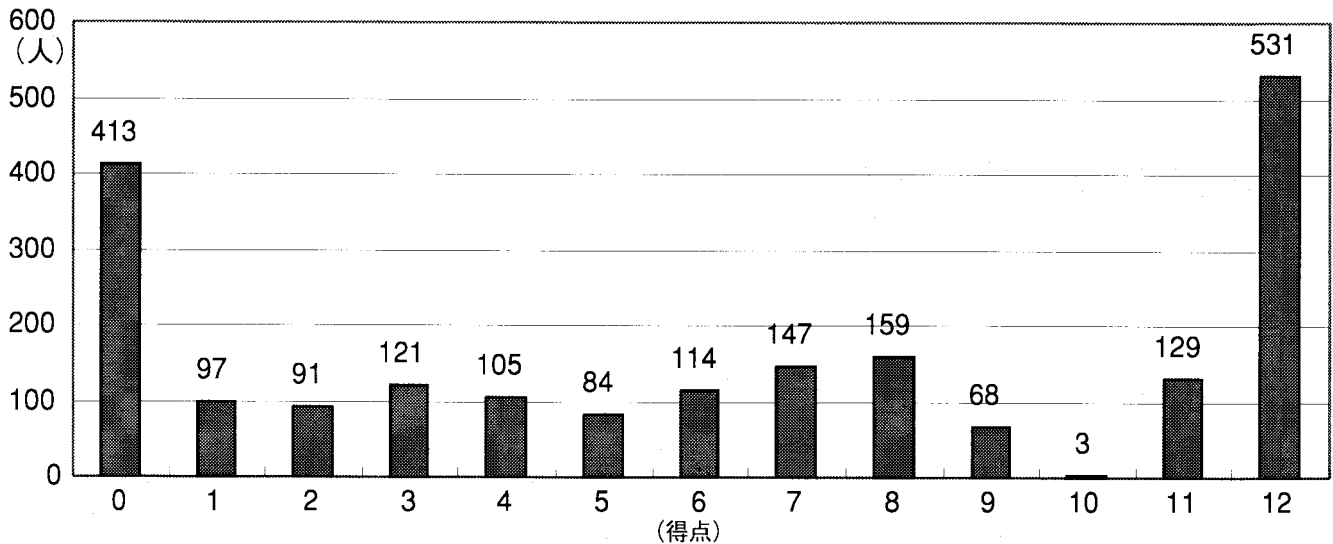
0. 自立 ■ 1. 観察・誘導 □ 2. 部分的な援助 ■ 3. 広範な援助 ■ 4. 全面依存 ■ 8. 本動作はない



次に、「移動」「着衣」「トイレの使用」の3項目の評価により計算されるADL得点の分布状況を調査した。

ADL得点の分布を見ると、最も多いのが「12点」の531人(25.8%)、次いで「0点」の413人(20.0%)という結果であった(図3-15)。

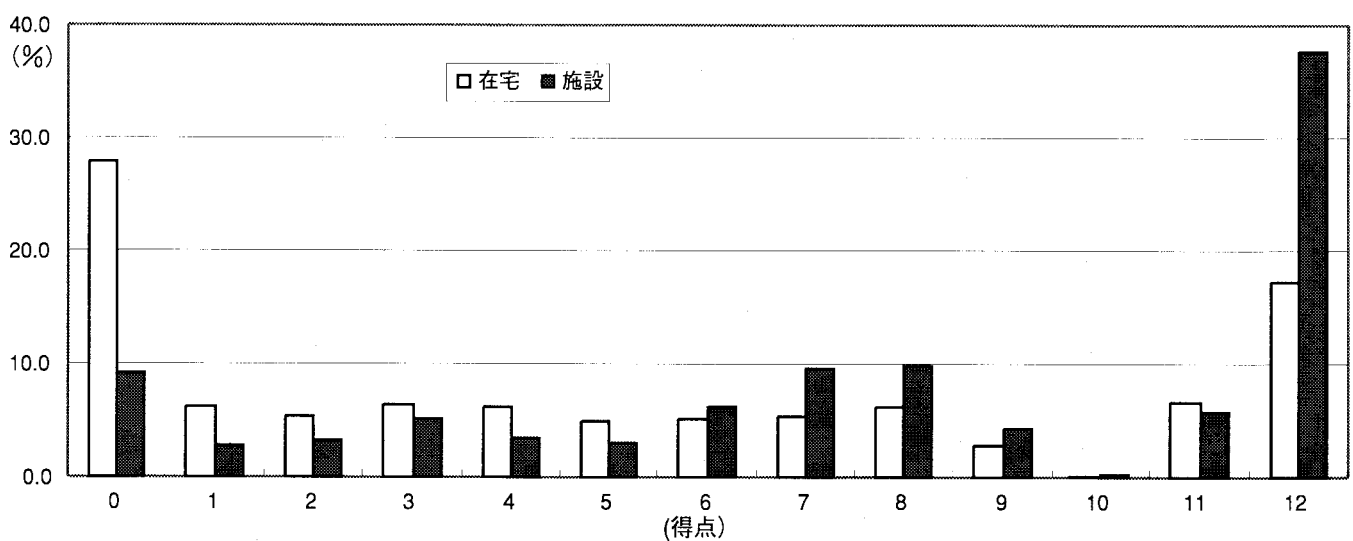
図3-15 ADL得点の分布(全体 N=2,062)



在宅・施設別に、ADL得点が各母数に占める割合を見ると、在宅では「0点」が最も多く27.8%、次に「12点」17.2%であった。施設では「12点」が最も多く37.6%、次に「0点」9.2%であった。

相対的にみると、0点～5点までは在宅の方の割合が多く、6点～12点(除く11点)では施設の方の割合が多くなっていた(図3-16)。

図3-16 ADL得点の分布(各母数に占める割合)



得点	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	合計
在宅 (%)	334 (27.8)	73 (6.1)	63 (5.2)	77 (6.4)	75 (6.2)	59 (4.9)	61 (5.1)	64 (5.3)	75 (6.2)	32 (2.7)	1 (0.1)	80 (6.7)	207 (17.2)	1201 (100.0)
施設 (%)	79 (9.2)	24 (2.8)	28 (3.3)	44 (5.1)	30 (3.5)	25 (2.9)	53 (6.2)	83 (9.6)	84 (9.8)	36 (4.2)	2 (0.2)	49 (5.7)	324 (37.6)	861 (100.0)
全体 (%)	413 (20.0)	97 (4.7)	91 (4.4)	121 (5.9)	105 (5.1)	84 (4.1)	114 (5.5)	147 (7.1)	159 (7.7)	68 (3.3)	3 (0.1)	129 (6.3)	531 (25.8)	2062 (100.0)

## 6.痴呆の状況

### ①短期記憶

短期記憶の状況を見ると、全体では「問題なし」が1,063人(51.6%)、「問題あり」が999人(48.4%)と、ほぼ半々であった(図3-17)。

これを在宅・施設別に見ると、在宅では「問題なし」761人(63.4%)、「問題あり」440人(36.6%)である一方、施設では「問題なし」302人(35.1%)、「問題あり」559人(64.9%)と、構成割合が逆の状況であった(図3-18)。

図3-17 短期記憶(全体 N=2,062)

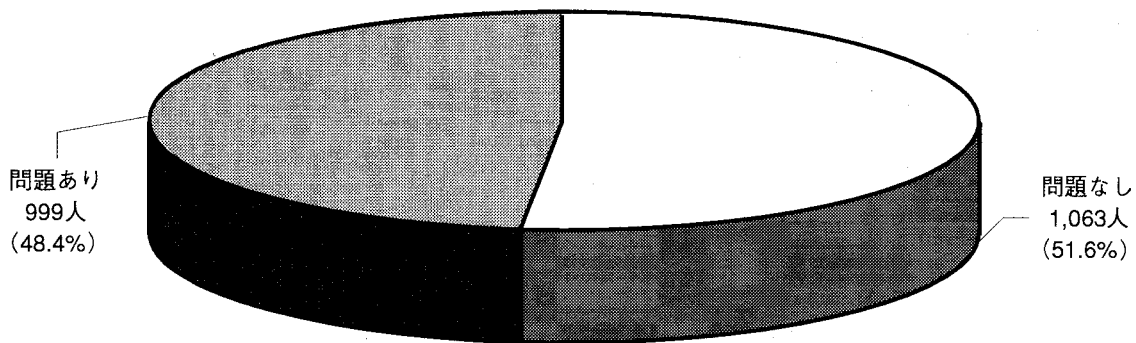
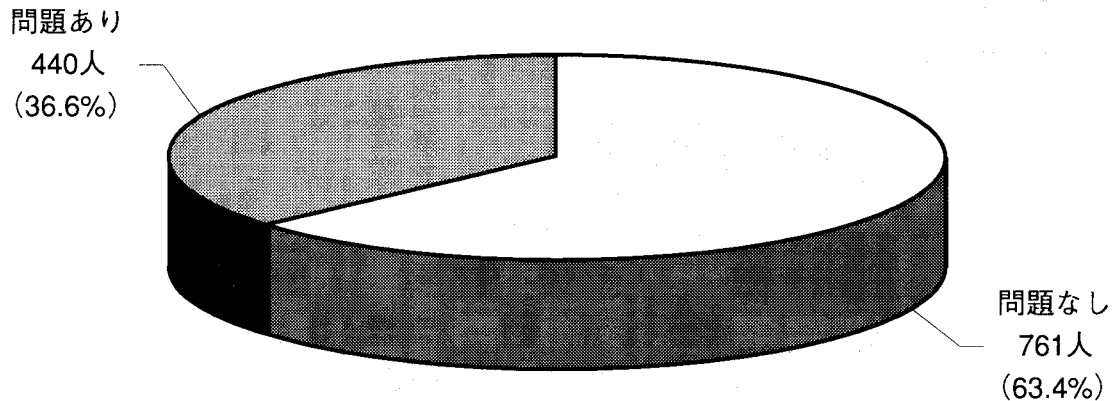
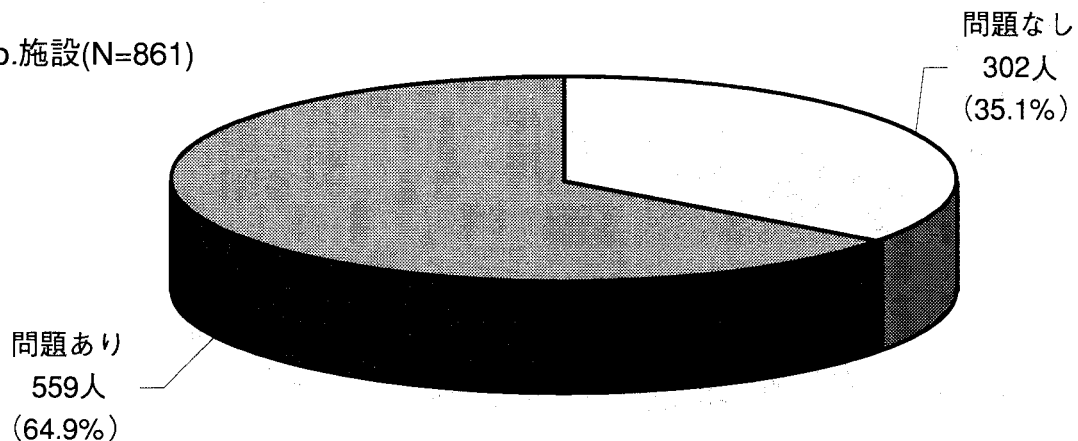


図3-18 短期記憶(在宅・施設別)

#### a.在宅(N=1,201)



#### b.施設(N=861)



## ②日常の意思決定を行うための認知能力

日常の意思決定を行うための認知能力の状況を見ると、「自立」が最も多く660人(32.0%)、次いで「重度の障害」520人(25.2%)、「中程度の障害」474人(23.0%)、「限定的に自立」408人(19.8%)であった(図3-19)。

これを在宅・施設別に見ると、在宅では「自立」が最も多く520人(43.3%)、次いで「限定的に自立」「中程度の障害」が同程度で、最後に「重度の障害」184人(15.3%)であった。

一方、施設では、「重度の障害」が最も多く336人(39.0%)、次いで「中程度の障害」229人(26.6%)、「限定的に自立」156人(18.1%)、「自立」140人(16.3%)となっており、在宅と比較すると、より程度の重い方に多く分布していることがわかった(図3-20)。

図3-19 認知能力(全体 N=2,062)

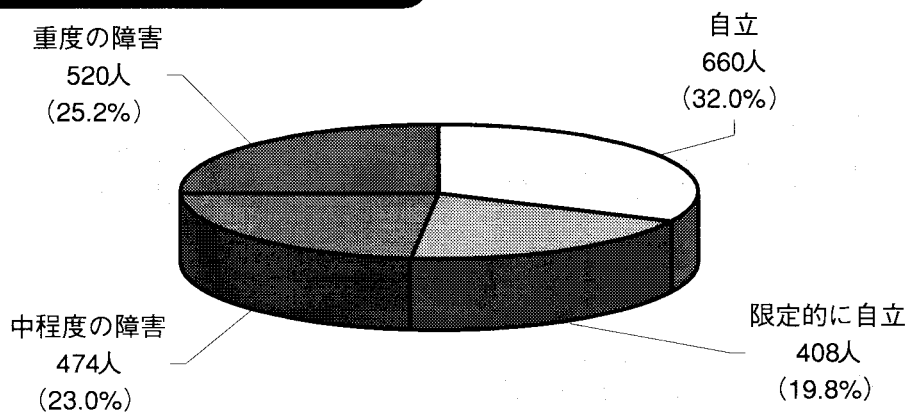
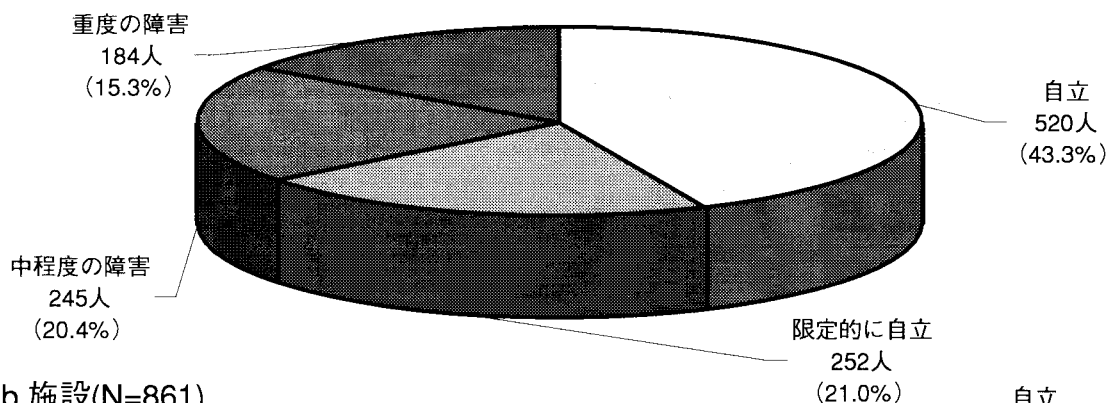
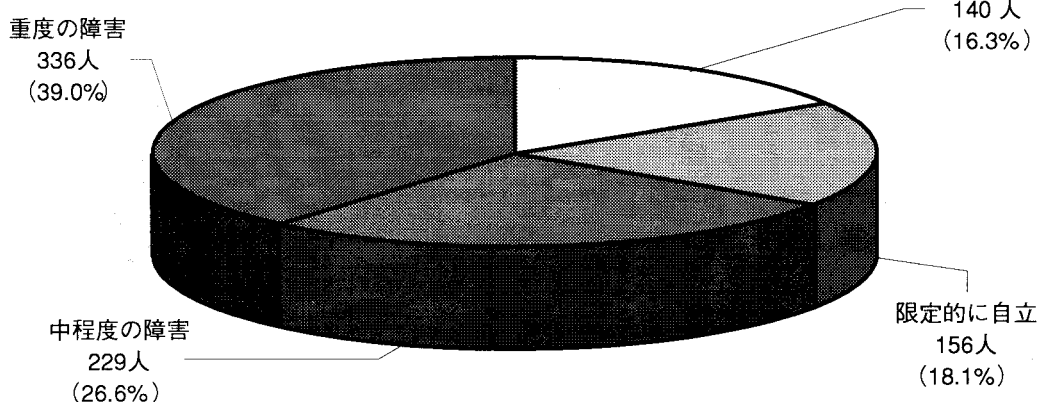


図3-20 認知能力(在宅・施設別)

### a. 在宅(N=1,201)



### b. 施設(N=861)



### ③自分を理解させることができる

自分を理解させることができる状況についてみると、「理解させることができる」が最も多く919人(44.6%)、次いで「ときどきできる」411人(19.9%)、「通常できる」409人(19.8%)、「ほとんどできない」323人(15.7%)であった(図3-21)。

これを施設・在宅別にみると、在宅では「理解させることができる」689人(57.4%)が最も多く半数を超えている。次いで「通常できる」227人(18.9%)、「ときどきできる」180人(15.0%)、「ほとんどできない」は105人(8.7%)であった。

一方施設では、最も多いのが「ときどきできる」で231人(26.8%)であるが、4区分ともに20%台ではほぼ拮抗して分布していた(図3-22)。

①～③すべてにおいて、在宅より施設の方が重い方に分布していることがわかった。

図3-21 理解(全体 N=2,062)

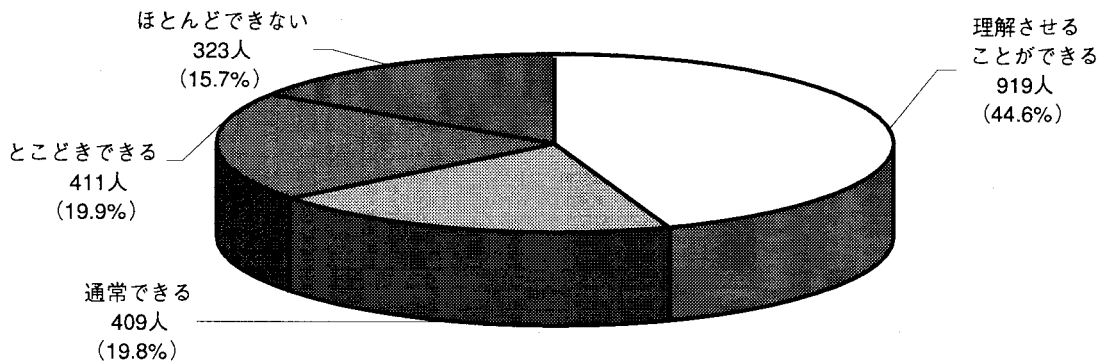
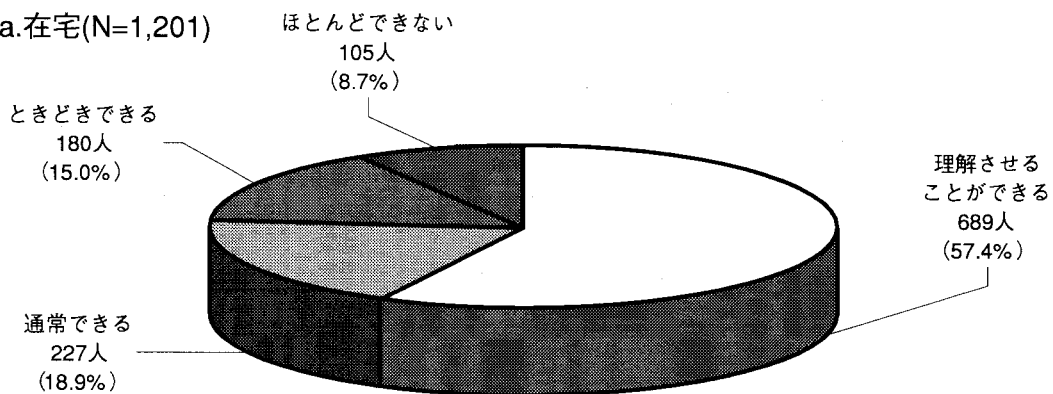
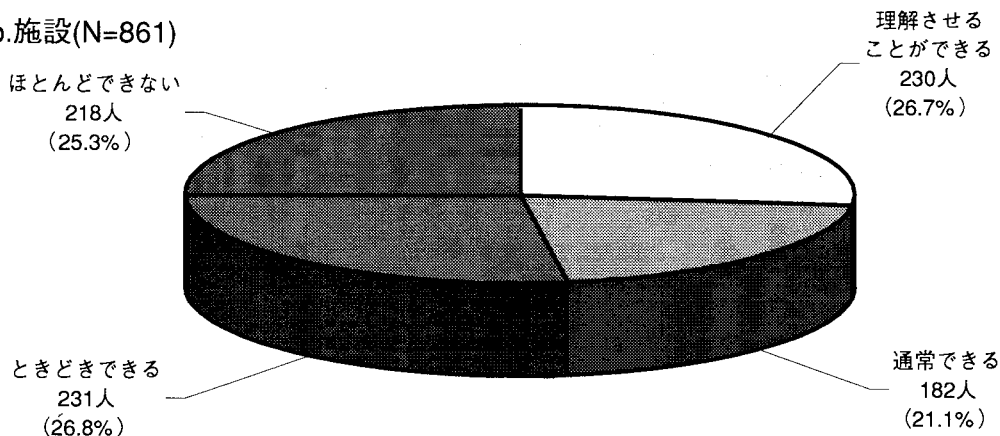


図3-22 理解(在宅・施設別)

#### a. 在宅(N=1,201)



#### b. 施設(N=861)

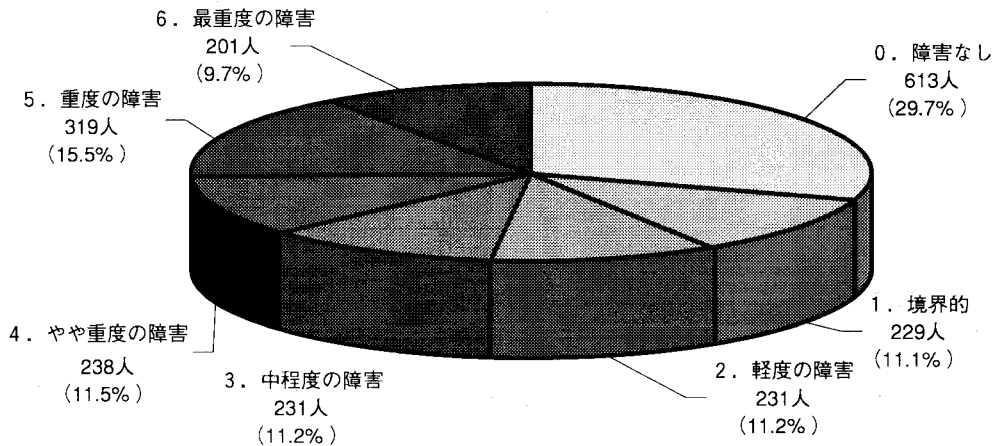




#### ④CPSレベル

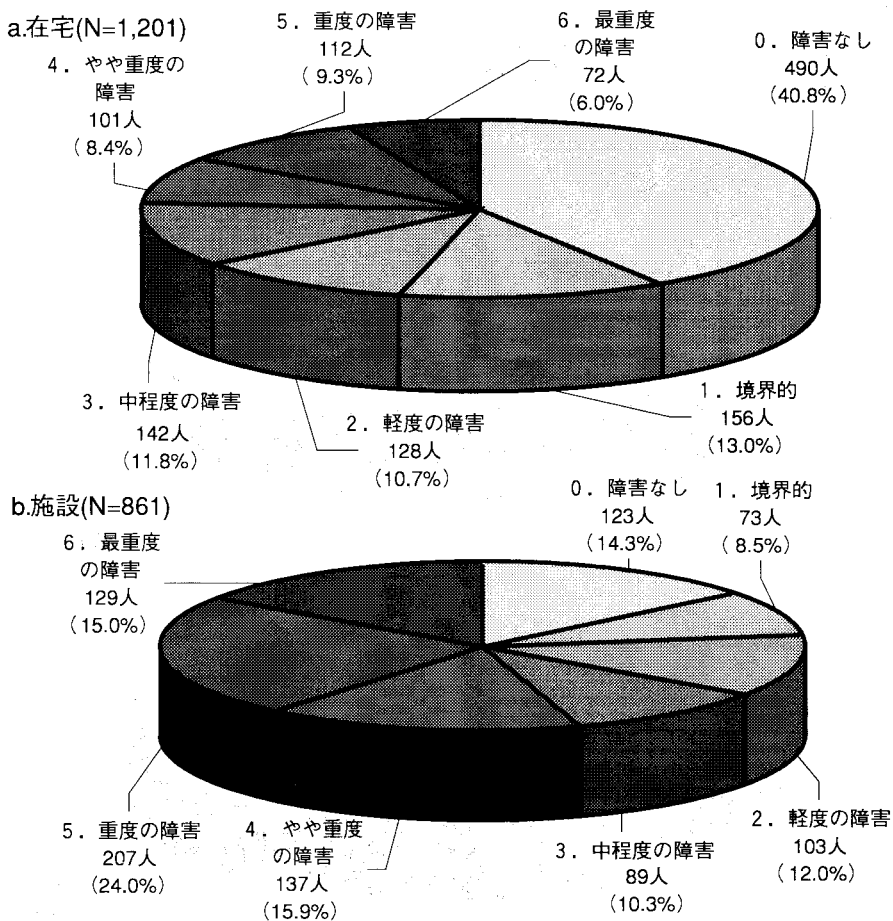
次に前述の「短期記憶」や「認知能力」のアセスメント結果から求められるCPS (Cognitive Performance Scale、認知活動評価尺度) レベルの分布状況を調査した。その結果、「0. 障害なし」が最も多く613人(29.7%)、次いで「5. 重度の障害がある」が319人(15.5%)であった(図3-23)。

図3-23 痴呆の程度 (全体 N=2,062)



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490人(40.8%)、次いで「1. 境界的」156人(13.0%)であった。一方施設では「5. 重度の障害がある」が最も多く207人(24.0%)、次いで「4. やや重度の障害」137人(15.9%)であった(図3-24)。

図3-24 痴呆の程度 (在宅・施設別)



## 7. 医学的管理の状況

### ① 処置数

特別な治療・ケアを受けた処置数についてみると、「0個」が最も多く1,639人(79.5%)であった(図3-25)。これを在宅・施設別にみてもやはり「0個」が最も多く、8割前後を占めていた(図3-26)。

図3-25 特別な医療処置数(全体 N=2,062)

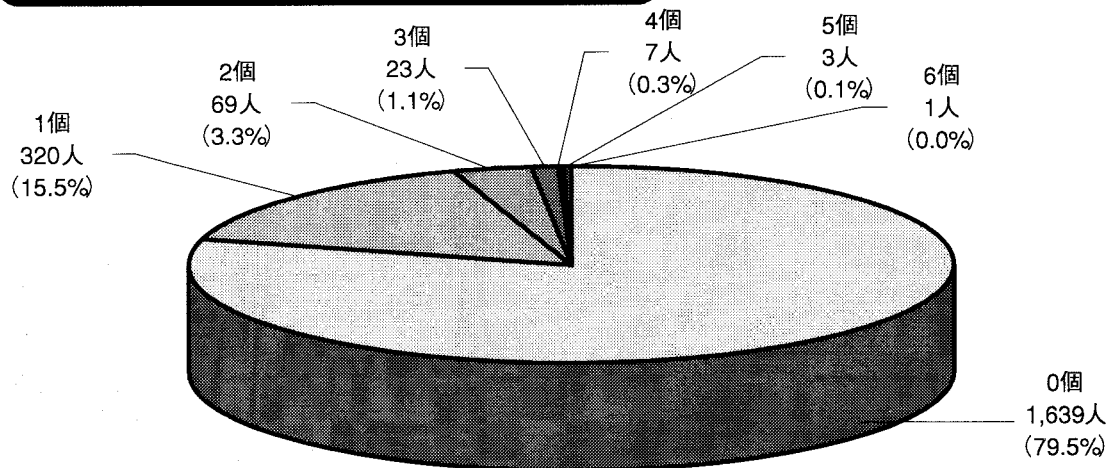
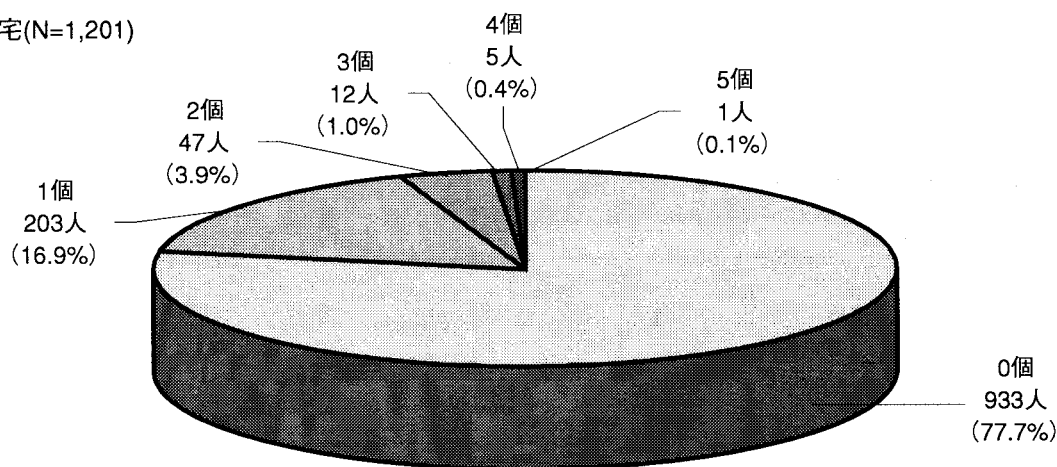
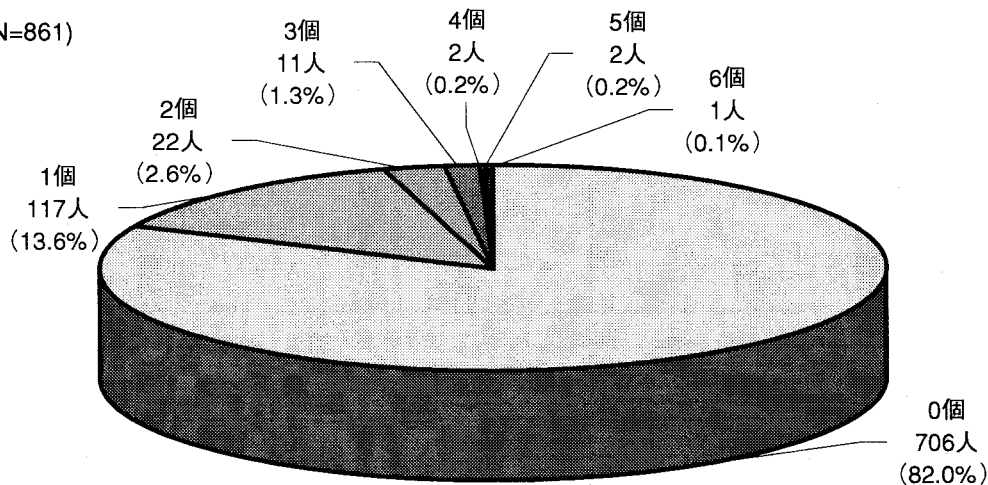


図3-26 特別な医療処置数(在宅・施設別)

a. 在宅(N=1,201)



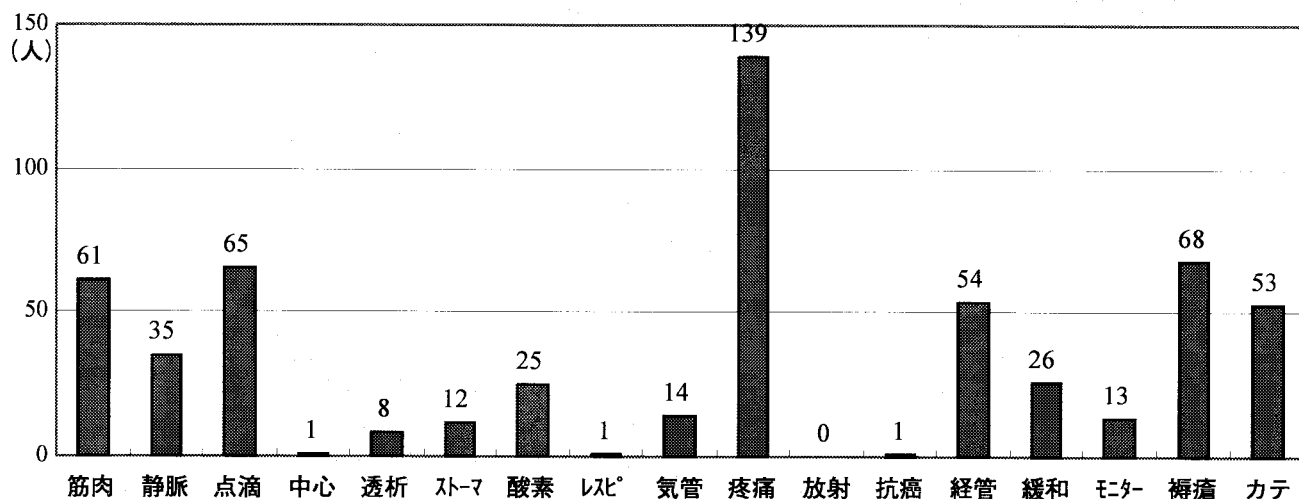
b. 施設(N=861)



## ②実施状況

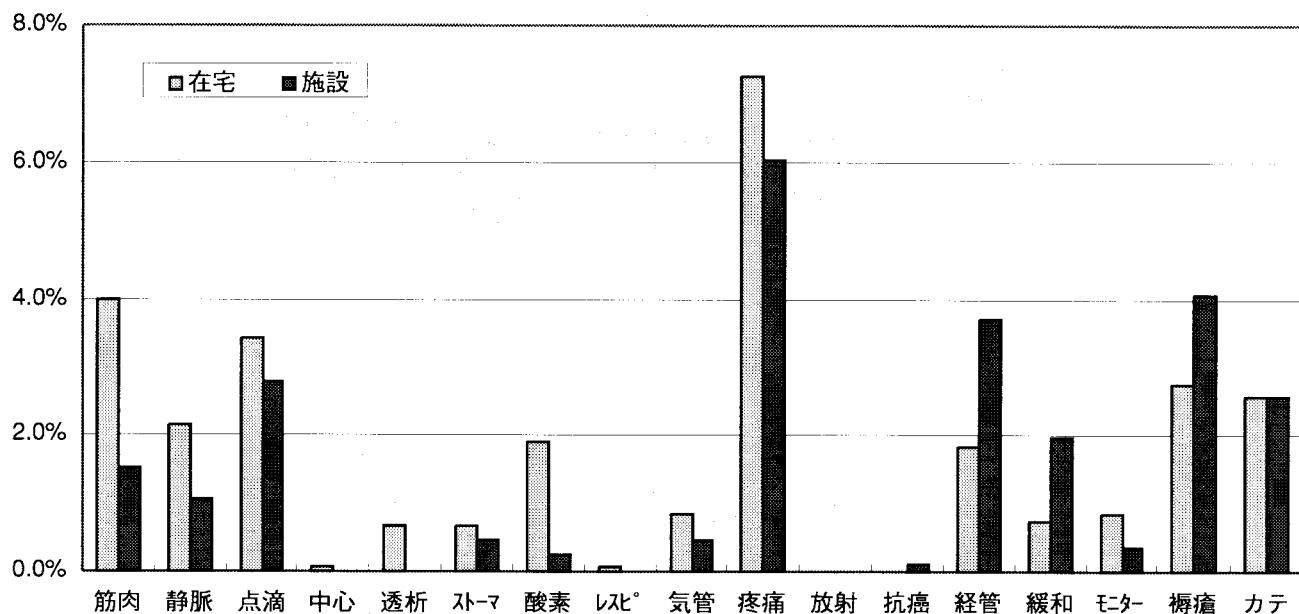
特別な治療・ケアを受けた項目別にみると、「疼痛管理」が最も多く139人(6.7%)、次いで「褥瘡の処置」68人(3.3%)、「点滴」65人(3.2%)という順であった(図3-27)。

図3-27 特別な医療の項目別実施状況(全体 N=2,062)



これを在宅・施設別にみるとやはり最も多いのは「疼痛管理」であるが、在宅では次いで「筋肉注射・皮内注射」「点滴」と続くのに対し、施設では「褥瘡の処置」「経管栄養」と続いていた(図3-28)。

図3-28 特別な処置の実施状況(各母数に占める割合)



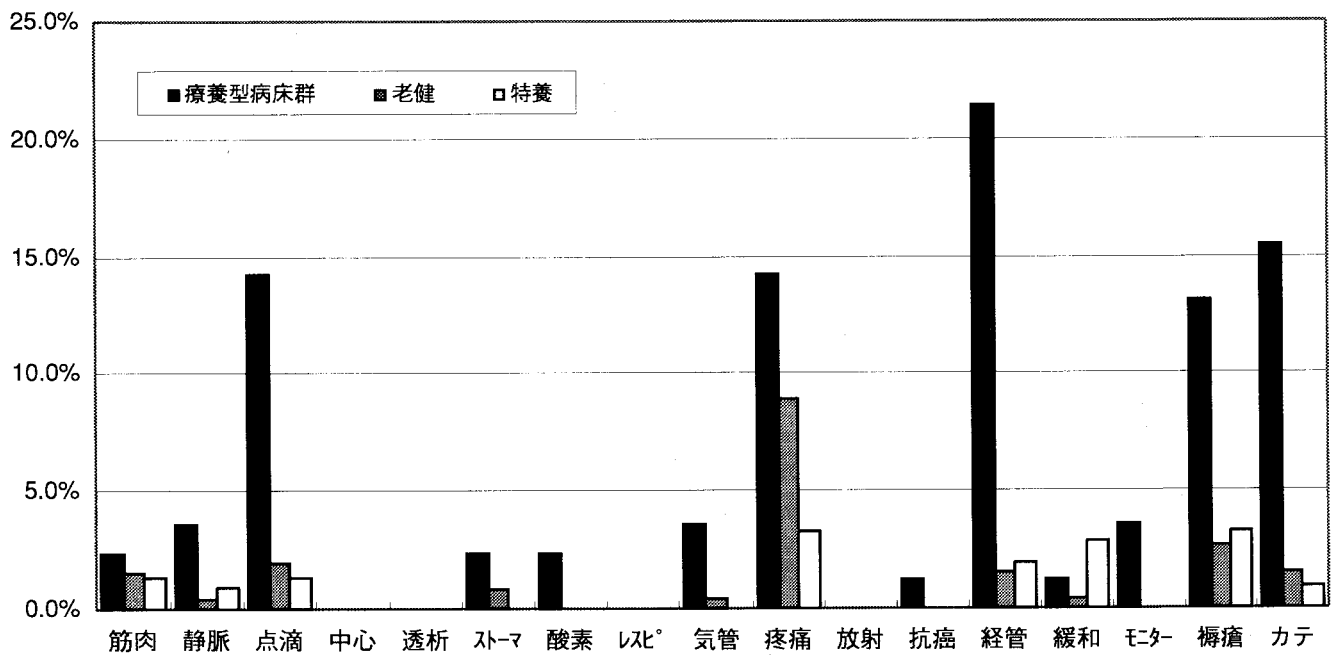
(実数)	筋肉	静脈	点滴	中心	透析	ストマ	酸素	レシ°	気管	疼痛	放射	抗癌	経管	緩和	モニター	褥瘡	カテ
在宅	48	26	41	1	8	8	23	1	10	87	0	0	22	9	10	33	31
施設	13	9	24	0	0	4	2	0	4	52	0	1	32	17	3	35	22

実施状況を各母数に占める割合でみると、在宅では「疼痛管理」が7.2%と最も多く、次いで「筋肉注射・皮内注射」4.0%、「点滴」3.4%であった。一方、施設では「疼痛管理」が6.0%と最も多く、次いで「褥瘡の処置」4.1%、「経管栄養」3.7%であった。

また、相対的に在宅の割合が多く見られるのが「筋肉注射・皮内注射」の在宅4.0%、施設1.5%、「酸素療法」の在宅1.9%、施設0.2%であった。逆に施設の割合が多く見られるのが「経管栄養」の在宅1.8%、施設3.7%、「褥瘡の処置」の在宅2.7%、施設4.1%などであった(図3-28)。

さらに、施設を療養型病床群・老健・特養に分けて、各母数に占める割合をみると、相対的に病院の割合が高いものも多く、中でも「経管栄養」では療養型病床群21.4%、老健1.6%、特養1.9%であった(図3-29)。

図3-29 特別な処置の実施状況(各母数に占める割合～施設別～)



(実数)	筋肉	静脈	点滴	中心	透析	ストマ	酸素	レスピ	気管	疼痛	放射	抗癌	経管	緩和	モーター	褥瘡	カテ
療養型病床群	2	3	12	0	0	2	2	0	3	12	0	1	18	1	3	11	13
老健	4	1	5	0	0	2	0	0	1	23	0	0	4	1	0	7	4
特養	7	5	7	0	0	0	0	0	0	17	0	0	10	15	0	17	5

## II. 厚生省方式との比較

### 1. 比較対象者と全体の対比

本節では、総合分類と厚生省方式のアセスメント項目、分類能力の妥当性の比較検証を行う。これを行うためには認定審査会資料が必要となるが、今回認定審査会資料の入手できた1,007例に対し、そのプロフィールを全調査対象者2,062例と比較したところ、アセスメント場所、性別、年齢階級とも構成比に大きな差はないことが確認された(表3-4)。以下、1,007例を用いて、両方式の比較検討を行う。

表3-4 全調査対象者と認定審査会資料が提出された対象者の比較

		全調査対象者 (N=2,062)		認定審査会資料が提出された対象者 (N=1,007)		
		(実数)	(構成比)	(実数)	(構成比)	
ア セ ス メ ン ト 場 所	全体	(N=2,062)		(N=1,007)		
	在宅	1,201	(58.2%)	592	(58.8%)	
	施設	861	(41.8%)	415	(41.2%)	
	療養型病床群	84	(4.1%)	22	(2.2%)	
	老健	258	(12.5%)	121	(12.0%)	
	特養	519	(25.2%)	272	(27.0%)	
性	全体	(N=2,062)		(N=1,007)		
	男	575	(27.9%)	278	(27.6%)	
	女	1,487	(72.1%)	729	(72.4%)	
	在宅	(N=1,201)		(N=592)		
	男	397	(33.1%)	194	(32.8%)	
	女	804	(66.9%)	398	(67.2%)	
別	施設	(N=861)		(N=415)		
	男	178	(20.7%)	84	(20.2%)	
	女	683	(79.3%)	331	(79.8%)	
年	全体	(N=2,062)		(N=1,007)		
	40~64歳	47	(2.3%)	11	(1.1%)	
	65~69歳	135	(6.5%)	56	(5.6%)	
	70~74歳	239	(11.6%)	103	(10.2%)	
	75~79歳	381	(18.5%)	206	(20.5%)	
	80~84歳	432	(21.0%)	225	(22.3%)	
	85~89歳	484	(23.5%)	250	(24.8%)	
	90歳以上	344	(16.7%)	156	(15.5%)	
	平均年齢	81.5歳		81.9歳		
	階	在宅	(N=1,201)		(N=592)	
		40~64歳	37	(3.1%)	10	(1.7%)
65~69歳		95	(7.9%)	41	(6.9%)	
70~74歳		152	(12.7%)	66	(11.1%)	
75~79歳		245	(20.4%)	133	(22.5%)	
80~84歳		264	(22.0%)	148	(25.0%)	
85~89歳		241	(20.1%)	127	(21.5%)	
90歳以上		167	(13.9%)	67	(11.3%)	
平均年齢		80.4歳		80.7歳		
級		施設	(N=861)		(N=415)	
	40~64歳	10	(1.2%)	1	(0.2%)	
	65~69歳	40	(4.6%)	15	(3.6%)	
	70~74歳	87	(10.1%)	37	(8.9%)	
	75~79歳	136	(15.8%)	73	(17.6%)	
	80~84歳	168	(19.5%)	77	(18.6%)	
	85~89歳	243	(28.2%)	123	(29.6%)	
	90歳以上	177	(20.6%)	89	(21.4%)	
平均年齢	83.1歳		83.6歳			

## 2.アセスメント項目の比較

要介護度分類方法の精度を上げるためには、分類スキームの妥当性と同時に、各アセスメント項目が、対象者の状態をいかに的確に把握できるかが、非常に重要となる。

そこで、認定審査会資料が入手できた1,007人に対し、総合分類のアセスメント項目と厚生省の85項目のうち対応付けられる主な項目5つ（認知能力、コミュニケーション能力、着衣、食事、排泄）について、その評価結果を比較した（表3-5）。

### ①認知能力／コミュニケーション能力

認知能力については、総合分類の「日常の意思決定を行うための認知能力」と厚生省の「毎日の日課の理解」を、コミュニケーションについては、総合分類の「自分を理解させることができる」と厚生省の「意思の伝達」に対するアセスメント結果の比較を実施した。

認知能力については、総合分類で「自立」とされた340人（33.8%）のうち、厚生省項目でも「できる」とされた者が326人（95.9%）、逆に、総合分類で「重度に障害」とされた209人（20.8%）のうち、厚生省項目でも「できない」とされた者が198人（94.7%）とよく一致していた。総合分類で「限定的に自立」とされた者で、厚生省項目で「できる」「できない」とされた者の割合は、それぞれ76.1%、23.9%、「中程度の障害」とされた者のうち、厚生省項目で「できる」「できない」とされた者の割合は、それぞれ27.3%、72.7%であった。

厚生省一次判定の大きな欠点は、痴呆の評価の妥当性に問題があることであり、認知能力に関しては、単なる「できる」「できない」だけでなく、より細かなアセスメントの必要性が示唆された。

コミュニケーションについても、総合分類で「理解させることができる」「ほとんどまたはまったく理解させることができない」は、厚生省項目の「できる」「できない」とよく一致しているが、「通常は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」などは、厚生省項目では、評価が「できる」「ときどきできる」「ほとんど伝達できない」に分散してしまっている。アセスメントが難しい場合に、厚生省項目では評価にばらつきが生じやすいと言える。

### ②ADL関連

ADL関連として、「着衣」「食事」「排泄」に関連するアセスメント項目の比較を実施した。着衣としては、総合分類の「着衣」と厚生省の「上衣の着脱」「ズボン等の着脱」「靴下の着脱」を、食事としては、総合分類の「食事」と厚生省の「食事摂取」を、排泄としては、総合分類の「トイレの使用」と厚生省の「排尿後の後始末」「排便後の後始末」に対するアセスメント結果の比較を実施した。

まず、着衣について、総合分類で「自立」とされた者のうち、厚生省項目でも「できる」とされた者は、上衣、ズボン等、靴下でそれぞれ290人（92.4%）、283人（90.1%）、293人（93.3%）とよく一致していた。一方、総合分類で「全面依存／本動作なし」とされた者のうち、厚生省項目でも「全介助」とされた者も、上衣、ズボン等、靴下でそれぞれ246人（85.1%）、264人（91.3%）、268人（92.7%）とよく一致していた。

ところが、総合分類の「観察・誘導」とされた者のうち、厚生省項目で「見守り」とされた者は、上

衣、ズボン等、靴下でそれぞれ38人(30.4%)、40人(32.0%)、37人(29.6%)に過ぎず、「自立」「一部介助」「全介助」に分散している。総合分類の「部分的援助」では、特にその傾向が強い。

次に、総合分類の「食事」と厚生省の「食事摂取」に対するアセスメント結果の比較を実施した。

まず、総合分類で「自立」とされた者のうち、厚生省項目でも「自立」とされた者は、511人(87.4%)とよく一致していた。一方、総合分類で「全面依存/本動作なし」とされた者のうち、厚生省項目でも「全介助」とされた者も、91人(80.5%)とよく一致していた。

ところが、総合分類の「観察・誘導」とされた者のうち、厚生省項目で「見守り」とされた者は、89人(48.4%)に過ぎず、「自立」「一部介助」「全介助」に分散している。総合分類の「部分的援助」「広範な援助」でも同様の傾向であった。

これらの傾向は、排泄に対する総合分類の「トイレの使用」と厚生省項目の「排尿後の後始末」「排便後の後始末」でも同様であった。

これらの結果から、厚生省項目は、「自立」「全介助」といったアセスメントしやすい場合は問題ないものの、その中間のアセスメントが難しい場合に、評価にばらつきが生じやすいことがわかる。

表3-5 アセスメント項目の比較

ア. 日常の意思決定を行うための認知能力

総合分類	厚生省	毎日の日課の理解		計
		1. できる	2. できない	
0. 自立		326	14	340
		95.9%	4.1%	100.0%
1. 限定的に自立		159	50	209
		76.1%	23.9%	100.0%
2. 中程度の障害		68	181	249
		27.3%	72.7%	100.0%
3. 重度の障害		11	198	209
		5.3%	94.7%	100.0%
合 計		564	443	1,007
		56.0%	44.0%	100.0%

イ. 自分を理解させることができる

総合分類	厚生省	意思の伝達				計
		1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる	2. 時々伝達できる	3. ほとんど伝達できない	4. できない	
0. 理解させることができる		468	9	2	1	480
		97.5%	1.9%	0.4%	0.2%	100.0%
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		162	36	5	1	204
		79.4%	17.6%	2.5%	0.5%	100.0%
2. 通常は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		75	70	33	11	189
		39.7%	37.0%	17.5%	5.8%	100.0%
3. ほとんどまたはまったく理解させることができない		9	29	34	62	134
		6.7%	21.6%	25.4%	46.3%	100.0%
合 計		714	144	74	75	1,007
		70.9%	14.3%	7.3%	7.4%	100.0%

ウ. 着衣

総合分類	厚生省	上衣の着脱				計
		1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
0. 自立		290	13	10	1	314
		92.4%	4.1%	3.2%	0.3%	100.0%
1. 観察・誘導		66	38	18	3	125
		52.8%	30.4%	14.4%	2.4%	100.0%
2. 部分的な援助		43	35	78	13	169
		25.4%	20.7%	46.2%	7.7%	100.0%
3. 広範な援助		15	5	61	29	110
		13.6%	4.5%	55.5%	26.4%	100.0%
4. 全面依存/本動作なし		5	4	34	246	289
		1.7%	1.4%	11.8%	85.1%	100.0%
合 計		419	95	201	292	1,007
		41.6%	9.4%	20.0%	29.0%	100.0%

総合分類	厚生省	ズボン等の着脱				計
		1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
0. 自立		283	16	12	3	314
		90.1%	5.1%	3.8%	1.0%	100.0%
1. 観察・誘導		59	40	23	3	125
		47.2%	32.0%	18.4%	2.4%	100.0%
2. 部分的な援助		29	20	88	32	169
		17.2%	11.8%	52.1%	18.9%	100.0%
3. 広範な援助		4	5	42	59	110
		3.6%	4.5%	38.2%	53.6%	100.0%
4. 全面依存/本動作なし		3	2	20	264	289
		1.0%	0.7%	6.9%	91.3%	100.0%
合 計		378	83	185	361	1,007
		37.5%	8.2%	18.4%	35.8%	100.0%

総合分類	厚生省	靴下の着脱				計
		1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
0. 自立		293	9	7	5	314
		93.3%	2.9%	2.2%	1.6%	100.0%
1. 観察・誘導		69	37	9	10	125
		55.2%	29.6%	7.2%	8.0%	100.0%
2. 部分的な援助		46	20	51	52	169
		27.2%	11.8%	30.2%	30.8%	100.0%
3. 広範な援助		8	5	16	81	110
		7.3%	4.5%	14.5%	73.6%	100.0%
4. 全面依存/本動作なし		4	2	15	268	289
		1.4%	0.7%	5.2%	92.7%	100.0%
合 計		420	73	98	416	1,007
		41.7%	7.2%	9.7%	41.3%	100.0%



工. 食事

総合分類	厚生省	食事摂取				計
		1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	
0. 自立		511	41	30	3	585
		87.4%	7.0%	5.1%	0.5%	100.0%
1. 観察・誘導		65	89	27	3	184
		35.3%	48.4%	14.7%	1.6%	100.0%
2. 部分的な援助		14	20	38	7	79
		17.7%	25.3%	48.1%	8.9%	100.0%
3. 広範な援助		3	8	24	11	46
		6.5%	17.4%	52.2%	23.9%	100.0%
4. 全面依存/本動作なし		7	8	7	91	113
		6.2%	7.1%	6.2%	80.5%	100.0%
合計		600	166	126	115	1,007
		59.6%	16.5%	12.5%	11.4%	100.0%

オ. 排泄

総合分類	厚生省	排尿後の後始末				計
		1. 自立	2. 間接的援助	3. 直接的援助	4. 全介助	
0. 自立		323	35	6	6	370
		87.3%	9.5%	1.6%	1.6%	100.0%
1. 観察・誘導		46	53	6	3	108
		42.6%	49.1%	5.6%	2.8%	100.0%
2. 部分的な援助		23	72	30	12	137
		16.8%	52.6%	21.9%	8.8%	100.0%
3. 広範な援助		3	23	33	36	95
		3.2%	24.2%	34.7%	37.9%	100.0%
4. 全面依存/本動作なし		1	6	21	269	297
		0.3%	2.0%	7.1%	90.6%	100.0%
合計		396	189	96	326	1,007
		39.3%	18.8%	9.5%	32.4%	100.0%

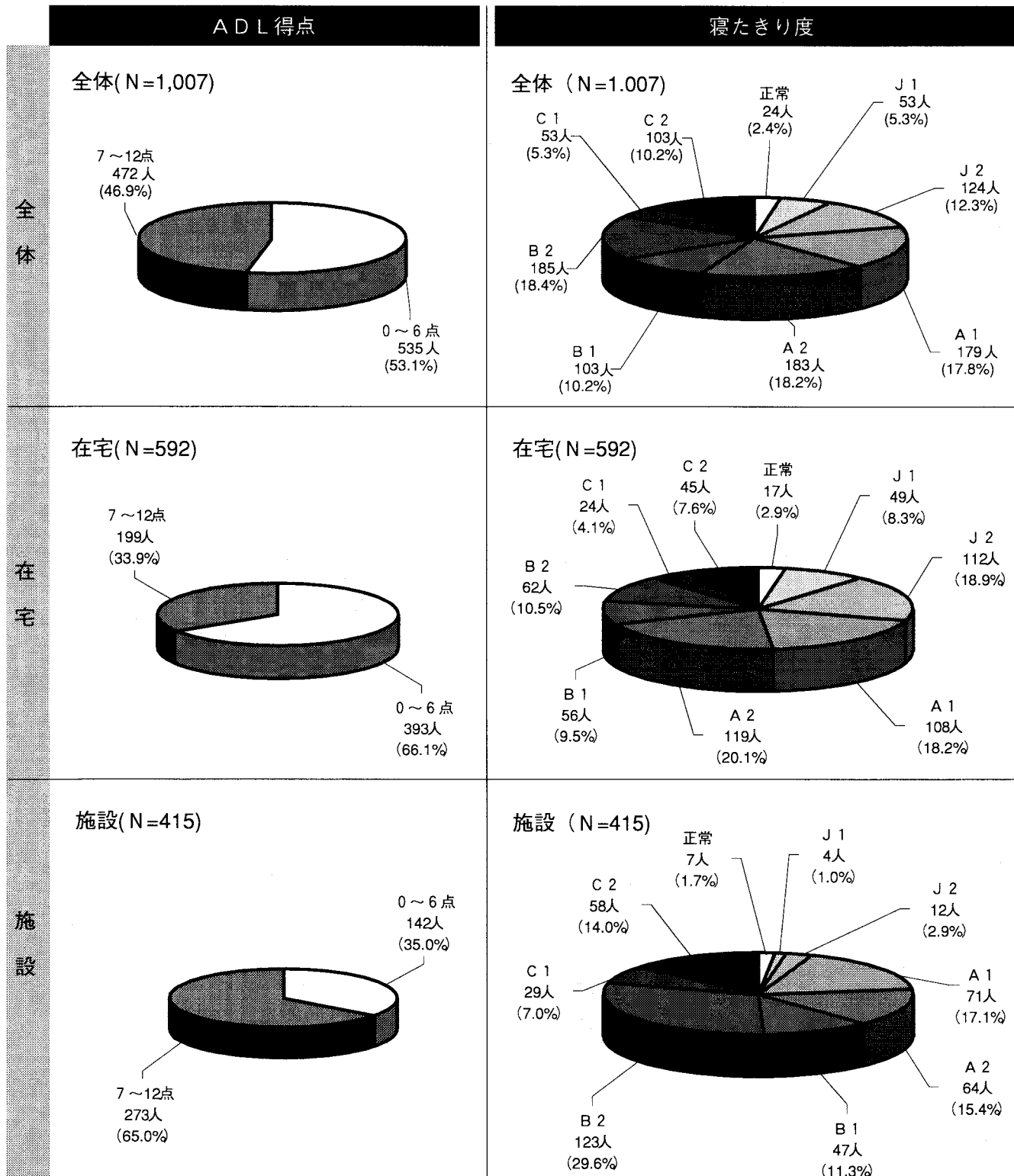
総合分類	厚生省	排便後の後始末				計
		1. 自立	2. 間接的援助	3. 直接的援助	4. 全介助	
0. 自立		327	28	8	7	370
		88.4%	7.6%	2.2%	1.9%	100.0%
1. 観察・誘導		51	44	7	6	108
		47.2%	40.7%	6.5%	5.6%	100.0%
2. 部分的な援助		26	44	53	14	137
		19.0%	32.1%	38.7%	10.2%	100.0%
3. 広範な援助		3	12	38	42	95
		3.2%	12.6%	40.0%	44.2%	100.0%
4. 全面依存/本動作なし		1	2	19	275	297
		0.3%	0.7%	6.4%	92.6%	100.0%
合計		408	130	125	344	1,007
		40.5%	12.9%	12.4%	34.2%	100.0%

### 3.ADL得点と寝たきり度の比較

認定審査会の資料により寝たきり度の判明した1,007人についてADL得点と寝たきり度の対比を試みた。なお、ADL得点は、総合分類判定のフローの中で用いられている分岐と同様に「0～6点」「7～12点」の2グループとした。

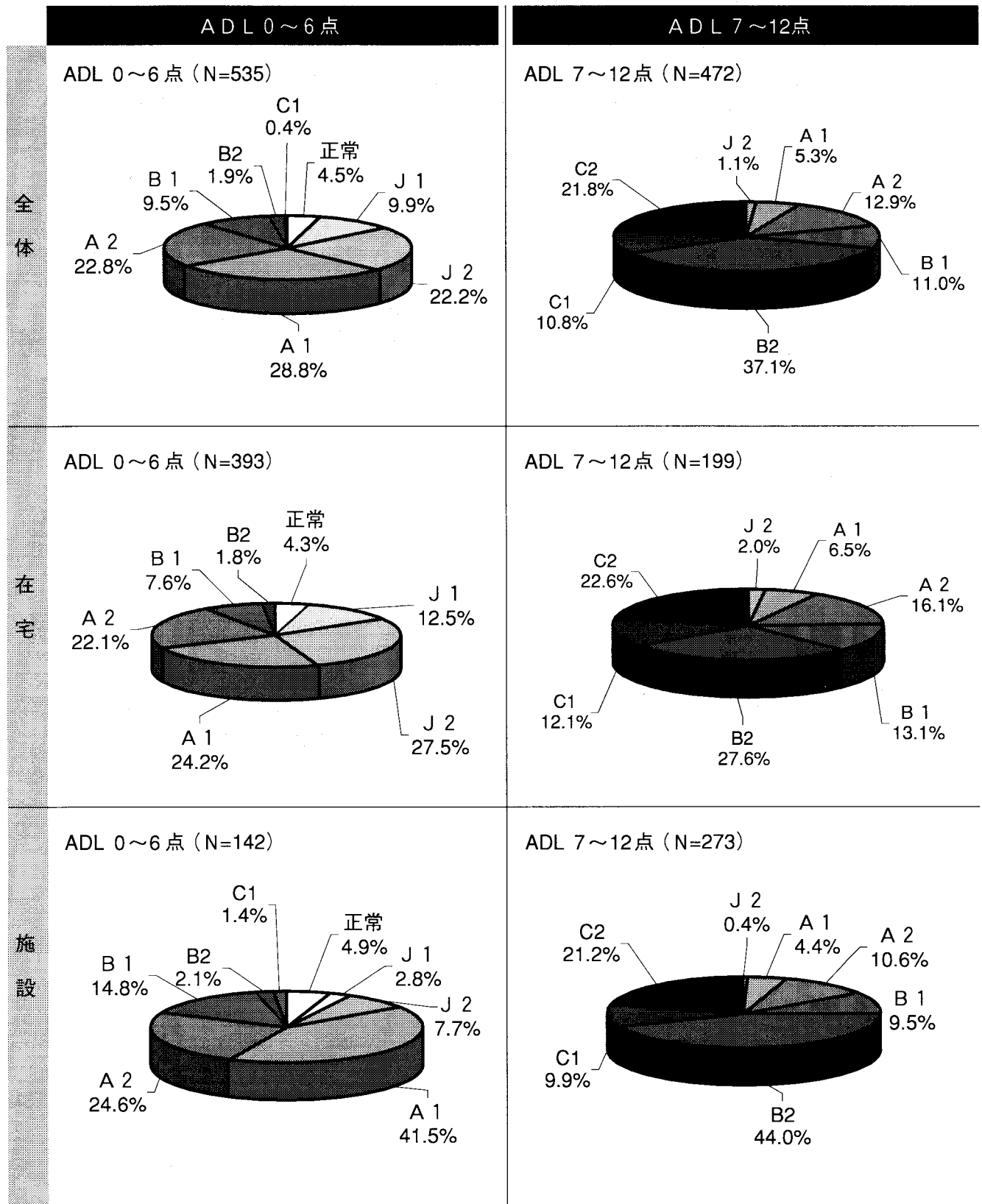
その結果、ADL得点の「0～6点」は寝たきり度の「正常～A2」に、ADL得点の「7～12点」は寝たきり度の「B1～C2」にほぼ対応していることがわかった(図3-30)。

図3-30 ADL得点と寝たきり度の対比



次に、ADL得点のグループ別に、寝たきり度の分布状況を見た。A2とB1の境界の位置が、グループにより大きく異なることがわかった(図3-31)。

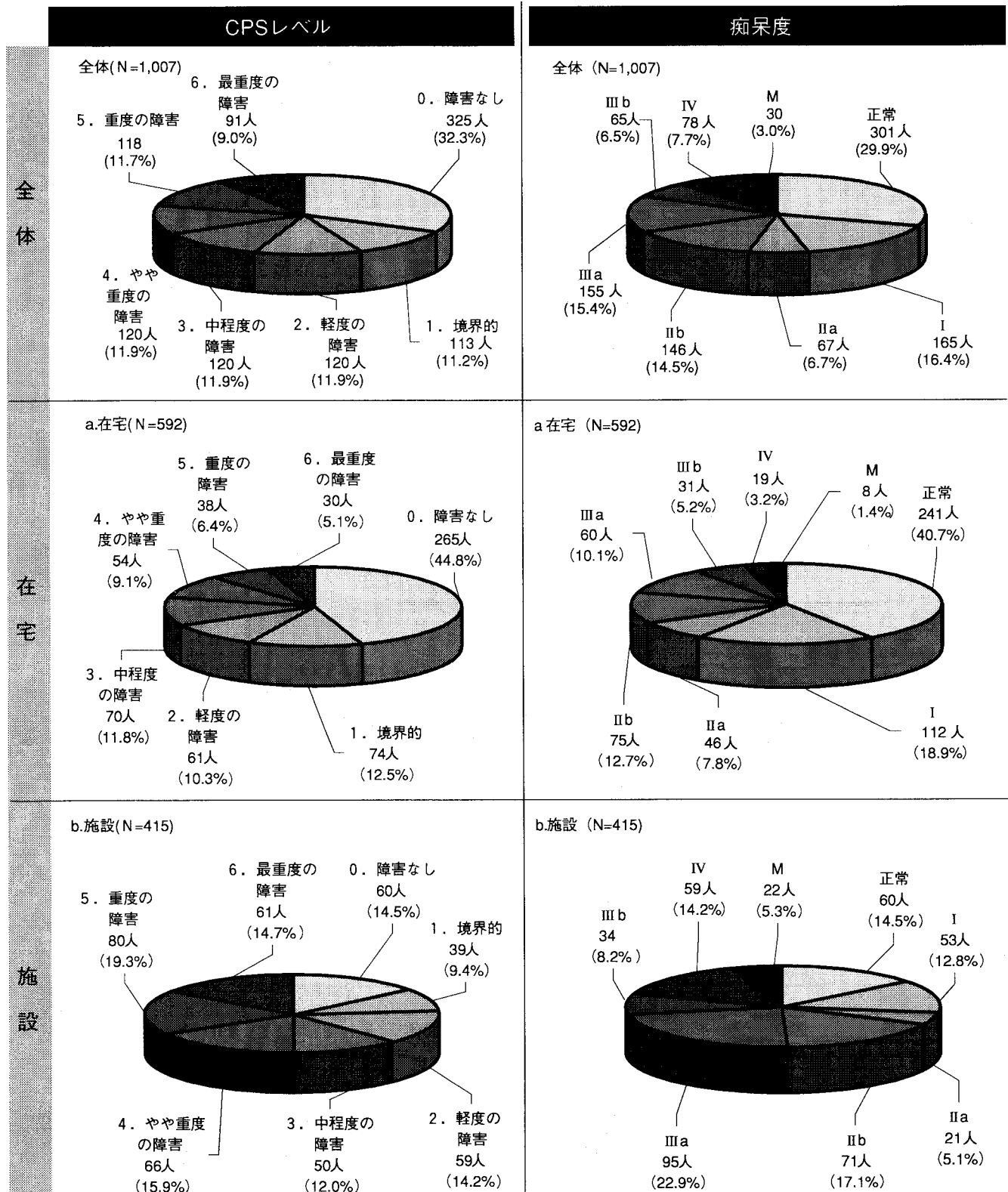
図3-31 ADL得点グループ別寝たきり度比



## 4.CPSレベルと痴呆度の比較

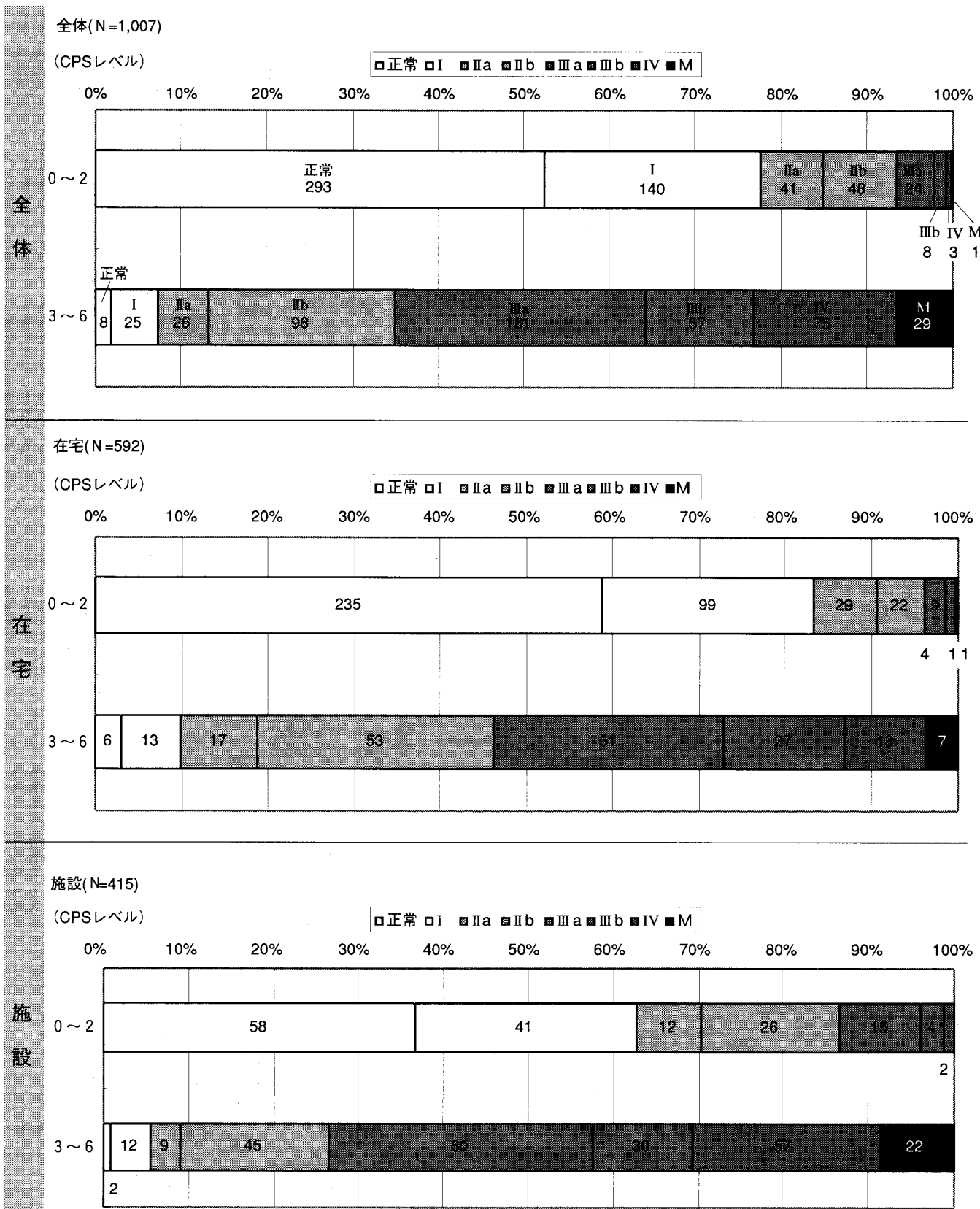
次にCPSレベルと痴呆度の対比を試みた。結果、CPSレベルの「0. 障害なし～2. 軽度の障害」が痴呆度の「正常～IIa」に、CPSレベルの「3. 中程度の障害～6. 最重度の障害」が痴呆度の「IIb～M」にほぼ対応していることがわかった(図3-32)。

図3-32 CPSレベルと痴呆度の対比



次に、CPSレベルを「0～2点」「3～6点」の2グループに分け、痴呆度の分布状況を見た。全体、在宅、施設ともCPSレベル「0～2点」より「3～6点」のグループの方が痴呆度が重い方に分布していることがわかった(図3-33)。

図3-33 CPSレベルグループ別痴呆度



## 5.総合分類と厚生省一次判定の比較

前節までは、認定審査会資料が入手できた1,007人に対し、アセスメント項目等の比較検証を実施した。ここでは、厚生省の一次判定結果が入手できた1,856人に対し、総合分類による分類との比較検証を行う。なお、1,856人のプロフィールは、全対象者のものとはほぼ同じであった。

### ①分類結果の比較

#### ア. 全体

総合分類の6分類は医学的管理の程度によって別に分類したものであるが、厚生省案では分けられていないため、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、厚生省の自立～要介護5を対比して分析する。

厚生省と総合分類の両アセスメントを実施し、かつ厚生省一次判定結果を入手した1,856人について、両者の分類状況を対比させた結果を表3-6に示す。

総合分類で「自立」と分類された23人(1.2%)をみると、厚生省一次判定でも「自立」と分類された者は15人(65.2%)と最も多く、次いで「要支援」5人(21.7%)であった。

次に、総合分類「Ⅰ・Ⅱ」に分類された691人(37.2%)をみると、「要介護1」と分類された者が295人(42.7%)と最も多く、次いで「要支援」159人(23.0%)、「要介護2」135人(19.5%)であった。

次に、痴呆がケア上問題として顕著となる総合分類「Ⅲ・Ⅳ」に分類された228人(12.3%)をみると、「要介護1」に分類された者が103名(45.2%)と最も多く、次いで「要介護2」59人(25.9%)、「要介護3」33人(14.5%)であった。「要支援」と分類された者も19人(8.3%)おり、厚生省分類では痴呆が正しく反映されない現象を裏付ける結果となった。

最後に、総合分類「Ⅴ・Ⅵ」に分類された914人(49.2%)をみると、「要介護4」と分類された者が285人(31.2%)と最も多く、次いで「要介護3」253人(27.7%)、「要介護5」251人(27.5%)であった。

表3-6 総合分類と厚生省分類の対比(3分類、全体)

		厚生省							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	
総合分類	自立	15 65.2%	5 21.7%	2 8.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	0 0.0%	23 100.0%
	分類Ⅰ・Ⅱ	45 6.5%	159 23.0%	295 42.7%	135 19.5%	48 6.9%	7 1.0%	2 0.3%	691 100.0%
	分類Ⅲ・Ⅳ	0 0.0%	19 8.3%	103 45.2%	59 25.9%	33 14.5%	11 4.8%	3 1.3%	228 100.0%
	分類Ⅴ・Ⅵ	0 0.0%	1 0.1%	28 3.1%	96 10.5%	253 27.7%	285 31.2%	251 27.5%	914 100.0%
	合計	60 3.2%	184 9.9%	428 23.1%	290 15.6%	334 18.0%	304 16.4%	256 13.8%	1856 100.0%

表3-6をみると、総合分類「Ⅲ・Ⅳ」に該当し、痴呆がケア上問題となると想定されるにも関わらず、「要支援」と判定された人が19人(8.3%)いる。そこで、この19症例について、個別にアセスメント項目のチェック状況や分類結果などを調べた。その結果を表3-9に示す。なお、12人については、認定審査会資料が入手できなかったため、プロフィールのみを載せている。

19例のうち、特に、症例2～症例5、および症例7では、痴呆度がⅡb～Ⅲaであり、「意思疎通」や「問題行動」に多くの問題があるにもかかわらず、厚生省一次判定では「要支援」となっていることから、厚生省分類では、痴呆の評価に問題があることがわかる。

#### イ. 在宅・施設別

次に、分類結果を在宅・施設別にみる。まず、在宅対象者1,095人、施設入院・入所者761人に対し、要介護度総合分類と厚生省一次判定結果を対比させた。その結果を表3-7および3-8に示す。

総合分類で「自立」と分類された23人中、20人が在宅、3人が施設であった。厚生省分類でも「自立」と分類されているのは、在宅13人(65.0%)、施設2人(66.7%)という状況であった。

分類「Ⅰ・Ⅱ」をみると、いずれも「要介護1」が最も多く、在宅で219人(40.1%)、施設で76人(52.4%)であった。全体的な傾向としては、施設の方が在宅より、若干重い方にシフトしている。

分類「Ⅲ・Ⅳ」をみると、要介護度分布割合は在宅・施設ともほぼ同じであった。このうち、「要支援」と分類される者は、在宅13名(10.2%)、施設6名(5.9%)であった。

分類「Ⅴ・Ⅵ」をみると、在宅では「要介護5」が126人(31.3%)と最も多いのに対し、施設では「要介護4」が166人(32.4%)と最も多い状況であった。

表3-7 総合分類と厚生省分類の対比(3分類、在宅)

		厚生省							
		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
総合分類	自立	13 65.0%	5 25.0%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	20 100.0%
	分類Ⅰ・Ⅱ	38 7.0%	137 25.1%	219 40.1%	114 20.9%	32 5.9%	4 0.7%	2 0.4%	546 100.0%
	分類Ⅲ・Ⅳ	0 0.0%	13 10.2%	55 43.3%	34 26.8%	15 11.8%	9 7.1%	1 0.8%	127 100.0%
	分類Ⅴ・Ⅵ	0 0.0%	0 0.0%	8 2.0%	46 11.4%	103 25.6%	119 29.6%	126 31.3%	402 100.0%
	合計	51 4.7%	155 14.2%	284 25.9%	194 17.7%	150 13.7%	132 12.1%	129 11.8%	1095 100.0%

表3-8 総合分類と厚生省案分類の対比(3分類、施設)

		厚生省							
		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
総合分類	自立	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	3 100.0%
	分類Ⅰ・Ⅱ	7 4.8%	22 15.2%	76 52.4%	21 14.5%	16 11.0%	3 2.1%	0 0.0%	145 100.0%
	分類Ⅲ・Ⅳ	0 0.0%	6 5.9%	48 47.5%	25 24.8%	18 17.8%	2 2.0%	2 2.0%	101 100.0%
	分類Ⅴ・Ⅵ	0 0.0%	1 0.2%	20 3.9%	50 9.8%	150 29.3%	166 32.4%	125 24.4%	512 100.0%
	合計	9 1.2%	29 3.8%	144 18.9%	96 12.6%	184 24.2%	172 22.6%	127 16.7%	761 100.0%

表3-9 総合分類と厚生省一次判定との比較

～認定審査会の資料より、心身の状況が分かる7例～

(1) 分類結果の比較	症例1 (86歳、女性)	症例2 (78歳、女性)	症例3 (77歳、女性)	症例4 (78歳、女性)	症例5 (77歳、女性)	症例6 (66歳、女性)	症例7 (78歳、女性)
プロフィール等							
1. アセスメント場所	在宅	在宅	特養	老人保健施設	在宅	特養	老人保健施設
2. 一次判定結果	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
3. 二次判定結果	要支援	要介護1	要支援	要介護1	要介護1	要支援	要介護1
4. 総合分類	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ
5. 寝たきり度、痴呆度	J1、I	J2、IIb	A1、IIIa	A1、IIb	J2、IIIa	J2、正常	A2、IIIa
6. C P S 尺度	3	3	4	3	5	3	3
7. 総合分類項目 (1) ADL—着衣—	自立	観察・誘導	部分的な援助	観察・誘導	部分的な援助	部分的な援助	自立
心身の状況							
1. 麻痺・拘縮	(1) 麻痺 — (2) 拘縮 膝関節	(1) — (2) —	(1) — (2) —	(1) — (2) —	(1) — (2) —	(1) 両下肢 — (2) —	(1) — (2) —
2. 移動	(1) 寝返り — (2) 両足つかない座位 —	(1) — (2) —	(1) できない — (2) —	(1) — (2) —	(1) — (2) 自分の支えで可	(1) — (2) —	(1) — (2) —
3. 複雑動作	(1) 立ち上がり — (2) 片足での立位 支えが必要 (3) 浴槽の出入り — (4) 洗身 —	(1) つかまれば可 (2) 支えが必要 (3) — (4) —	(1) — (2) — (3) — (4) —	(1) — (2) — (3) — (4) —	(1) — (2) — (3) — (4) —	(1) — (2) — (3) 一部介助 (4) 一部介助	(1) — (2) — (3) — (4) 一部介助
4. 特別介護	(1) 排便後の後始末 間接的援助	(1) —	(1) —	(1) —	(1) 一部介助	(1) —	(1) —
5. 身の回り	(1) つめ切り — (2) スポン等の着脱 — (3) 居室の掃除 一部介助 (4) 薬の内服 一部介助 (5) 金銭の管理 — (6) ひどい物忘れ ある (7) 周囲への無関心 —	(1) — (2) — (3) — (4) 全介助 (5) 全介助 (6) ある (7) —	(1) — (2) — (3) 全介助 (4) 一部介助 (5) 全介助 (6) ときどきある (7) ときどきある	(1) — (2) — (3) 一部介助 (4) 一部介助 (5) 一部介助 (6) ある (7) —	(1) 一部介助 (2) 見守りが必要 (3) 一部介助 (4) 一部介助 (5) 全介助 (6) ある (7) —	(1) 全介助 (2) — (3) — (4) — (5) — (6) — (7) —	(1) 全介助 (2) — (3) — (4) — (5) 全介助 (6) ある (7) —
6. 意思疎通	(1) 意思の伝達 — (2) 指示への反応 — (3) 日課の理解 — (4) 生年月日を言う — (5) 短期記憶 — (6) 季節の理解 — (7) 場所の理解 —	(1) — (2) — (3) できない (4) — (5) できない (6) — (7) できない	(1) — (2) — (3) できない (4) できない (5) — (6) できない (7) できない	(1) — (2) — (3) できない (4) できない (5) できない (6) できない (7) できない	(1) ときどきできる (2) ときどき通じる (3) できない (4) できない (5) できない (6) できない (7) できない	(1) — (2) — (3) — (4) — (5) — (6) — (7) —	(1) — (2) — (3) できない (4) — (5) できない (6) できない (7) できない
7. 問題行動	(1) 被害的 ときどきある (2) 作話 ときどきある (3) 幻視幻聴 ときどきある (4) 感情不安定 — (5) 昼夜逆転 — (6) 暴言暴行 — (7) 同じ話をする ときどきある (8) 大声を出す — (9) 介護に抵抗 ときどきある (10) 常時の徘徊 — (11) 落ち着きなし — (12) 外出して戻れない — (13) 一人で出たがる — (14) 収集癖 —	(1) ある (2) — (3) — (4) — (5) ときどきある (6) — (7) ある (8) — (9) — (10) ある (11) — (12) ある (13) ある (14) ときどきある	(1) ある (2) — (3) — (4) ときどきある (5) — (6) ときどきある (7) ある (8) ときどきある (9) ある (10) — (11) ある (12) — (13) ある (14) —	(1) ときどきある (2) — (3) — (4) ときどきある (5) — (6) ときどきある (7) — (8) ときどきある (9) — (10) — (11) ある (12) ある (13) ある (14) —	(1) ときどきある (2) — (3) ときどきある (4) — (5) ときどきある (6) — (7) ときどきある (8) — (9) — (10) ときどきある (11) — (12) ときどきある (13) ときどきある (14) —	(1) — (2) — (3) ときどきある (4) — (5) — (6) — (7) — (8) — (9) — (10) ときどきある (11) — (12) ときどきある (13) ときどきある (14) —	(1) — (2) — (3) — (4) — (5) — (6) — (7) — (8) — (9) — (10) — (11) ときどきある (12) ときどきある (13) ときどきある (14) —

～認定審査会の資料がなく、プロフィールのみの12例～

	症例8 (85歳、女性)	症例9 (80歳、女性)	症例10 (72歳、男性)	症例11 (76歳、女性)	症例12 (76歳、男性)	症例13 (87歳、男性)
プロフィール等						
1. アセスメント場所	特養	在宅	特養	在宅	在宅	在宅
2. 一次判定結果	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
3. 二次判定結果	要支援	要支援	要支援	要介護1	要支援	要介護1
4. 総合分類	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ
5. 寝たきり度、痴呆度						
6. C P S 尺度	3	5	5	5	3	4
7. 総合分類項目 (1) ADL—着衣—	部分的な援助	自立	自立	自立	自立	部分的な援助

	症例14 (71歳、女性)	症例15 (78歳、男性)	症例16 (80歳、女性)	症例17 (79歳、女性)	症例18 (80歳、女性)	症例19 (75歳、男性)
プロフィール等						
1. アセスメント場所	在宅	在宅	在宅	在宅	在宅	在宅
2. 一次判定結果	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援	要支援
3. 二次判定結果	要介護1	要支援	要支援	要介護1	要支援	要支援
4. 総合分類	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ	分類Ⅲ
5. 寝たきり度、痴呆度						
6. C P S 尺度	3	4	3	3	3	3
7. 総合分類項目 (1) ADL—着衣—	自立	自立	自立	自立	観察・誘導	自立



### Ⅲ. アンケート調査結果

#### 1. 厚生省方式との比較

##### ①状態像のわかりやすさ

「厚生省一次判定方式と比べて総合分類の状態像はわかりやすいと思いますか」の問いに対しては、「3. どちらともいえない」との回答が最も多く53人(39.8%)、次いで「2. まあまあわかりやすい」が39人(29.3%)となっている。また、「1. わかりやすい」は24人(18.0%)で、「2. まあまあわかりやすい」と合わせると63人(47.4%)がわかりやすいと評価している(表3-10)。

表3-10 状態像のわかりやすさ

評価	件数	構成比 (%)	
1. わかりやすい	24	18.0	} 47.4%
2. まあまあわかりやすい	39	29.3	
3. どちらともいえない	53	39.8	} 12.0%
4. ややわかりにくい	13	9.8	
5. わかりにくい	3	2.3	
6. 無記入	1	0.8	
合計	133	100.0	

##### ②現場の感覚との適合性

「厚生省一次判定方式と比べて、現場の感覚に照らして分類が適合していると思いますか」の問いに対しては、「3. どちらともいえない」との回答が最も多く61人(44.2%)、次いで「2. まあまあ適合している」が44人(33.1%)となっている。また、「1. 適合している」は8人(6.0%)で、「2. まあまあ適合している」と合わせると52人(39.1%)が適合していると評価している(表3-11)。

表3-11 現場の感覚との適合性

評価	件数	構成比 (%)	
1. 適合している	8	6.0	} 39.1%
2. まあまあ適合している	44	33.1	
3. どちらともいえない	61	45.9	} 13.5%
4. やや適合していない	15	11.3	
5. 適合していない	3	2.3	
6. 無記入	2	1.5	
合計	133	100.0	

##### ③利用者からの理解の得られやすさ

「厚生省一次判定方式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」の問いに対しては、「3. どちらともいえない」との回答が最も多く56人(42.1%)、次いで「2. まあまあ理解が得られやすい」が47人(35.3%)となっている。また、「1. 理解が得られやすい」は14人(10.5%)で、「2. まあまあ理解が得られやすい」と合わせると61人(45.9%)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3-12)。

表 3 - 12 利用者からの理解の得られやすさ

評 価	件数	構成比 (%)	
1. 理解が得られやすい	14	10.5	} 45.9%
2. まあまあ理解が得られやすい	47	35.3	
3. どちらともいえない	56	42.1	
4. やや理解が得られにくい	14	10.5	} 12.0%
5. 理解が得られにくい	2	1.5	
6. 無記入	0	0.0	
合 計	133	100.0	

#### ④評価のしやすさ

総合分類のアセスメント項目と厚生省の85項目について、対応づけられる主な項目5つを列挙し、両者の評価のしやすさについて、アンケート調査した。

##### 【認知能力／コミュニケーション】

認知能力については、総合分類の「日常の意思決定を行うための認知能力」と厚生省の「毎日の日課の理解」に対する評価のしやすさを、コミュニケーションについては、総合分類の「自分を理解させることができる」と厚生省の「意思の伝達」に対する評価のしやすさを聞いた。

ア.日常の意思決定を行うための認知能力では、総合分類の方が厚生省より評価を「2.ややしやすい」との回答が最も多く、「1. とてもしやすい」と合わせると101人(84.9%)が評価しやすいとしている。また、イ.自分を理解させることができるについても、総合分類の方が厚生省より評価を「2.ややしやすい」との回答が最も多く、「1.とてもしやすい」と合わせると91人(76.5%)の人が評価しやすいとしている。

表 3 - 13 評価のしやすさの比較

#### ア. 日常の意思決定を行うための認知能力

評 価	件数	構成比 (%)	
1. とてもしやすい	25	21.0	} 84.9%
2. ややししやすい	76	63.9	
3. どちらともいえない	14	11.8	
4. ややしにくい	4	3.4	} 3.4%
5. とてもしにくい	0	0.0	
6. 無記入	0	0.0	
合 計	119	100.0	

#### イ. 自分を理解させることができる

評 価	件数	構成比 (%)	
1. とてもしやすい	20	16.8	} 76.5%
2. ややししやすい	71	59.7	
3. どちらともいえない	22	18.5	
4. ややしにくい	3	2.5	} 4.2%
5. とてもしにくい	2	1.7	
6. 無記入	1	0.8	
合 計	119	100.0	

【ADL関連】

ウ. 着衣 エ. 食事 オ. 排泄 については、「1.とてもしやすい」「2.ややしやすい」を合わせ、評価しやすいと回答した人が約半数を占めた。しかし、「3.どちらともいえない」を選択した人もそれぞれ3分の1前後を占め、ア.認知能力 イ.コミュニケーション ほどには、総合分類に肯定的でない結果となっている。

ウ. 着衣

評 価	件数	構成比 (%)	
1. とてもしやすい	15	12.6	} 56.3%
2. ややししやすい	52	43.7	
3. どちらともいえない	39	32.8	
4. ややしにくい	13	10.9	} 10.9%
5. とてもしにくい	0	0.0	
6. 無記入	0	0.0	
合 計	119	100.0	

エ. 食事

評 価	件数	構成比 (%)	
1. とてもしやすい	14	11.8	} 49.6%
2. ややししやすい	45	37.8	
3. どちらともいえない	47	39.5	
4. ややしにくい	12	10.1	} 10.9%
5. とてもしにくい	1	0.8	
6. 無記入	0	0.0	
合 計	119	100.0	

オ. 排泄

評 価	件数	構成比 (%)	
1. とてもしやすい	13	10.9	} 51.3%
2. ややししやすい	48	40.3	
3. どちらともいえない	41	34.5	
4. ややしにくい	17	14.3	} 14.3%
5. とてもしにくい	0	0.0	
6. 無記入	0	0.0	
合 計	119	100.0	

### ⑤評価者間のぶれについて

総合分類のアセスメント項目と厚生省の85項目について、対応づけられる主な項目5つを列挙し、両者の評価者間のぶれについて、アンケート調査した。

#### 【認知能力／コミュニケーション】

認知能力については、総合分類の「日常の意思決定を行うための認知能力」と厚生省の「毎日の日課の理解」の評価者間のぶれを、コミュニケーションについては、総合分類の「自分を理解させることができる」と厚生省の「意思の伝達」の評価者間のぶれを聞いた。

ア. 日常の意思決定を行うための認知能力では総合分類の方が厚生省より評価者間のぶれが「2. まあまあ少ない」との回答が最も多く、「1.ぶれが少ない」と合わせると69人(58.0%)の人がぶれが少ないとしている。また、イ. 自分を理解させることができるについても、総合分類の方が厚生省より評価者間のぶれが「2.まあまあ少ない」との回答が最も多く、「1.ぶれが少ない」と合わせると61人(51.3%)の人が、ぶれが少ないとしている。

しかし、ア. 日常の意思決定を行うための認知能力では「4.ややぶれが多い」「5.ぶれが多い」を合わせた22人(18.5%)が、ぶれが多いと回答しており、ばらつきの多い結果となっている。(表3-14)

表3-14 評価者間のぶれの比較

#### ア. 日常の意思決定を行うための認知能力

評価	件数	構成比 (%)	
1. ぶれが少ない	20	16.8	} 58.0%
2. まあまあ少ない	49	41.2	
3. どちらともいえない	26	21.8	
4. ややぶれが多い	18	15.1	} 18.5%
5. ぶれが多い	4	3.4	
6. 無記入	2	1.7	
合計	119	100.0	

#### イ. 自分を理解させることができる

評価	件数	構成比 (%)	
1. ぶれが少ない	16	13.4	} 51.3%
2. まあまあ少ない	45	37.8	
3. どちらともいえない	45	37.8	
4. ややぶれが多い	10	8.4	} 9.2%
5. ぶれが多い	1	0.8	
6. 無記入	2	1.7	
合計	119	100.0	

【ADL関連】

ウ. 着衣 エ. 食事 オ. 排泄については、「1.とてもしやすい」「2.ややしやすい」を合わせ、評価しやすいと回答した人が約半数を占めた。しかし、「3.どちらともいえない」を選択した人もそれぞれ4割前後を占めている。

ウ. 着衣

評 価	件数	構成比 (%)	
1. ぶれが少ない	15	12.6	} 51.3%
2. まあまあ少ない	46	38.7	
3. どちらともいえない	44	37.0	
4. ややぶれが多い	12	10.1	} 10.1%
5. ぶれが多い	0	0.0	
6. 無記入	2	1.7	
合 計	119	100.0	

エ. 食事

評 価	件数	構成比 (%)	
1. ぶれが少ない	13	10.9	} 45.4%
2. まあまあ少ない	41	34.5	
3. どちらともいえない	53	44.5	
4. ややぶれが多い	10	8.4	} 8.4%
5. ぶれが多い	0	0.0	
6. 無記入	2	1.7	
合 計	119	100.0	

オ. 排泄

評 価	件数	構成比 (%)	
1. ぶれが少ない	16	13.4	} 44.5%
2. まあまあ少ない	37	31.1	
3. どちらともいえない	50	42.0	
4. ややぶれが多い	13	10.9	} 11.8%
5. ぶれが多い	1	0.8	
6. 無記入	2	1.7	
合 計	119	100.0	

## 2.平成11年度厚生省方式と平成10年度厚生省方式との比較

### ①分類された状態像のわかりやすさ

「平成10年度の厚生省方式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」の問いに対しては、「3.どちらともいえない」との回答が最も多く70人(52.6%)、次いで「2.まあまあわかりやすい」が43人(32.3%)となっている。また、「1.わかりやすい」は8人(6.0%)で、「2.まあまあわかりやすい」と合わせると51人(38.3%)がわかりやすいと評価している(表3-15)。

表3-15 状態像のわかりやすさ

評価	件数	構成比 (%)	
1. わかりやすい	8	6.0	} 38.3%
2. まあまあわかりやすい	43	32.3	
3. どちらともいえない	70	52.6	
4. ややわかりにくい	6	4.5	} 4.5%
5. わかりにくい	0	0.0	
6. 無記入	6	4.5	
合計	133	100.0	

### ②現場の感覚との適合性

「平成10年度の厚生省方式と比べて、分類がより適合していると思いますか」の問いに対しては、「3.どちらともいえない」との回答が最も多く71人(53.4%)、次いで「2.まあまあ適合している」が46人(34.6%)となっている。また、「1.適合している」は2人(1.5%)で、「2.まあまあ適合している」と合わせると48人(36.1%)が適合していると評価している(表3-16)。

表3-16 分類の適合性

評価	件数	構成比 (%)	
1. 適合している	2	1.5	} 36.1%
2. まあまあ適合している	46	34.6	
3. どちらともいえない	71	53.4	
4. やや適合していない	8	6.0	} 6.8%
5. 適合していない	1	0.8	
6. 無記入	5	3.8	
合計	133	100.0	

### ③利用者からの理解の得られやすさ

「平成10年度の厚生省方式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」の問いに対しては、「3.どちらともいえない」との回答が最も多く77人(57.9%)、次いで「2.まあまあ理解が得られやすい」が35人(26.3%)となっている。また、「1.理解が得られやすい」は4人(3.0%)で、「2.まあまあ理解が得られやすい」と合わせると39人(29.3%)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3-17)。

表3-17 利用者からの理解の得られやすさ

評価	件数	構成比 (%)	
1. 理解が得られやすい	4	3.0	} 29.3%
2. まあまあ理解が得られやすい	35	26.3	
3. どちらともいえない	77	57.9	
4. やや理解が得られにくい	10	7.5	} 9.8%
5. 理解が得られにくい	3	2.3	
6. 無記入	4	3.0	
合計	133	100.0	

### 3.自由意見

自由意見について、①総合分類と厚生省の比較②アセスメント項目の2項目に分けて、主な意見を記す。

#### ①総合分類と厚生省の比較について

- 総合分類の認知能力やコミュニケーションは、本人の状態がわかりやすく、要介護度に反映されやすいと思う。
- 総合分類は、各項目の評価がはっきり出てくる分類方式ではないかと考える。
- 総合分類の方が厚生省一次判定方式に比べて状態像がわかりやすく、また、聞き取り調査する上において理解しやすいように感じた。要介護者、介護者のニーズ、問題点等も把握しやすいのではないと思う。
- 厚生省の方は簡単で時間も比較的短い時間でできるが対象者の実態が把握できにくいと思う。それで認定調査をする側(調査員によっては)で差が出る可能性が高いと思われる。総合分類の方はアセスメント項目を読む時間は必要だが、例えば毎日の日課も厚生省のように「できる・できないで判断」だけでは決めかねる場合、考える時間・把握する時間などを入れると、時間的にも短時間で出来、調査員による差も少ないと思われる。
- 総合分類は、厚生省一次判定に比べ質問項目が少なく、問題行動面の評価が全くないので、全体的な評価という面において不十分なのではないか。
- 総合分類は、大まかにはわかりやすいが、要支援や介護1のレベルの方について区分がどの辺かわかりにくい。簡単すぎる感じがした。
- 総合分類は、厚生省分類に比して、介護度の分布率が均等でなく、現場で使用するには不向きである。
- 厚生省方式で出発してしまったものを、全く違った方式に変更することは考えられないことで、総合分類を進めていくのは無意味ではないか。それより、厚生省方式をいかに改良するかを検討すべきだと思う。
- 厚生省のアセスメントで研修を受けているので、厚生省の分類の方がすっきりしておりその場でチェックしやすい。

## ②アセスメント項目について

### ア. ADL項目

- 食事は配膳や食事の準備も重要な点であり、それを考慮した項目が望ましいと思われる。
- 着衣について、何回以上、何回のみ、と回数を限定されるのは難しいように思う。
- 「着衣」その他においても、1～2回、又は3回等と表現しても、回数を数えて介護している訳ではないので、理解されにくい。
- ADLの項目は自立～要支援レベルの人で迷う人にはつけやすかった。
- 着衣、食事、排泄は選択肢が多く、受けた援助と頻度の組み合わせにより、選択できるのは良いと思うが、ADLが自立でないにもかかわらず独居である場合には判断に迷う。

### イ. IADL項目

- IADLについての項目は必要と思う。特に在宅での生活の人に対しては重要ではないか。

### ウ. 痴呆項目

- 痴呆の方の判定について、調査項目が少なく手を取ることが多い割には判定が軽いのでは？1人で留守番ができない、他人に何を言ったか覚えていない、お金の価値がわからず多額なお金を払う、以前できていたことができなくなった(食事の用意・選択・名前を書く)等、より細かくあれば…と思った。

### エ. その他

- 厚生省方式も日医の総合分類でも、本人の意欲、家庭環境(家族介助の熱意・独居・準独居)等を客観的に捉えるアセスメント項目がない。原則として、本人の状態のみをアセスメントするという視点から立てばやむを得ないが、これらを客観的な項目としてアセスメントできれば、「主治医の意見書」、調査員の特記事項と共に、より詳細に本人の状態像が反映されるのではないか。厚生省がやらなければ、日医案として作ってもよいのではないだろうか。



## まとめ

1. 平成9年度、日医総研では、介護保険制度導入にむけて、要介護度分類において①分類の状態像が分かりやすく表わされていること、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」(以下、「総合分類」と略)を考案した。このうち③については、一部要介護度に反映されたが、現在使用されている方式においても構造的欠陥は改められていない。そこで、本調査は総合分類を引き続き検証し、さらに一次判定結果、認定審査会資料も参照しながら現行方式の問題点を明らかにすることが目的である。なお総合分類は、状態像によって軽度(I,II)、痴呆単独(III,IV)、重度(V,VI)の3つの基本分類に分け、それを医療処置によって2分した合計6分類で構成される。
2. 本調査は22地区医師会の協力を得て、平成11年10月より要介護認定を受け、かつ本調査の趣旨に同意された方を対象に実施した。協力医師会に対して、各々100名程度(在宅、施設各々50名程度)の対象者選定を依頼したところ、合計2,062名の協力が得られた(在宅1,201名、施設861名)。このうち1,856名(在宅1,095名、施設761名)は一次判定結果が、1,007名(在宅592名、施設415名)は認定審査会資料が得られた。これらの詳細分析が可能な対象者の属性は全体とほぼ同じであった。なお、調査員は各地域の実情に即して選定されており、87.3%は厚生省の訪問調査と同一であった。
3. 対象者全体の結果の概要を列挙すると以下のようである。

基本属性：58.2%が在宅、41.8%が施設(療養型病床群4.1%、老人保健施設12.5%、特別養護老人ホーム25.2%)であり、在宅では男性が相対的に多く(在宅33.1%に対して施設20.7%)、平均年齢は在宅が80.4歳に対して施設は83.1歳であった。

●IADL：「非常に困難」、ないし「いくらか困難」と回答した割合が高い分野は「家事一般」の97.0%、「交通手段の利用」の95.2%であり、一方、比較的低い割合となったのは、「電話の利用」の76.8%、「薬の管理」の77.5%であった。施設のほうが在宅よりも困難である割合は高かったが、性差の影響は在宅と施設で大きく異なり、在宅では男性のほうが「食事の用意」、「家事一般」において約20%「非常に困難」の割合が高く、逆に施設では女性のほうが「金銭管理」、「電話の利用」において約10%「非常に困難」の割合が高かった。

●ADL：「全面依存」の割合が高かったのが「トイレの使用」の31.8%、「着衣」の30.8%であり、「自立」の割合が高かったのが「食事」の54.3%、「ベッド上の可動性」の48.8%であった。施設のほうが在宅より障害が重いとされている割合が高く、「トイレの使用」における「全面依存」の割合は在宅が19.7%であるのに対して、施設では48.5%であった。総合分類のADL得点で見ると、最も障害の重い12点が25.8%、0点が20.0%であり、U字型に分布していた。全体では49.7%が6点以下であったが、在宅では61.8%、施設では32.9%であった。

●痴呆：総合分類を構成する項目より導き出されるCPSレベルで見ると、「0.障害なし」が29.7%、「1.境界的」が11.1%、「2.軽度」が11.2%、「3.中程度」が11.2%、「4.やや重度」が11.5%、「5.重度」が15.5%、「6.最重度」9.7%であった。全体では52.0%が「2.軽度」以下であったが、在宅では64.4%、施設では34.7%であった。

●特別なケア・処置：実施割合は全体で20.5%に留まり、在宅では22.3%、施設では18.0%と施設のほうが低かった。内容的には「疼痛管理」が最も多く(在宅7.2%、施設6.0%)、次いで在宅では「筋肉注射」(4.0%)、「点滴」(3.4%)、「褥瘡処置」(2.7%)の順、施設では「褥瘡処置」(4.1%)、「経管栄養」(3.7%)、「点滴」(2.8%)の順であった。施設の中では療養型病床群における実施が多く、特に「経管栄養」は21.4%であった。

4. 総合分類でアセスメントされた内容を、認定審査会資料が得られた1,007名を対象に厚生省方式と比較すると、以下の結果となる。
- アセスメント項目の比較：総合分類の項目と要介護度分類の項目(85項目)を比較すると、後者では分類が粗く記入要綱が明確でないために、認知に関する「できる」と「できない」、ADLの「自立」と「見守り」、「一部介助」と「全介助」の判別がそれぞれ適性になされていないことが示唆された。たとえば、総合分類の「着衣」の「部分的な援助」の段階に評価された者を、対応する85項目の「ズボン等の着脱」でみると、52.1%は「一部介助」に対応したが、17.2%は「自立」、11.8%は「身守り」、18.9%は「全介助」であった。
  - ADL得点と寝たきり度の比較：総合分類のADL得点と、認定審査会資料の寝たきり度を比較すると、ADL得点の0～6点であった者の88.2%が寝たきり度「正常」からA2に含まれ、一方、7～12点であった者の80.7%はB1からC2に含まれていた。こうした対応は在宅、施設別でもみられた。
  - CPSレベルと痴呆度の比較：CPSレベルによって総合分類で「痴呆でない」に分類される「0.障害なし～2.軽度」であった者の77.6%は痴呆度の「正常」から「I」に含まれ、「痴呆」に分類される「3.中程度～6.最重度」であった者の92.7%は「II」から「M」に含まれていた。こうした対応は在宅、施設別でもみられた。
5. 総合分類の分類結果を、一次判定結果が得られた1,856名を対象に比較すると、総合分類で軽度の「I・II」は「要支援」から「要介護2」に、痴呆単独の「III・IV」は「要介護1～3」に、重度の「V・VI」は「要介護3～5」にほぼ対応していた。だが、総合分類で「自立」となった23名のうち30.4%が「要支援」と「要介護1」に、軽度の「I・II」となった691名のうち8.2%が「要介護3」以上の重い分類に、痴呆の「III・IV」となった228名のうち8.3%が「要支援」に、重度の「V・VI」とされた914名のうち13.7%が「要介護2」以下の軽い分類にそれぞれ分類された。総合分類で「III・IV」に分類され、「要支援」と一次判定された者のうち、認定審査会の資料を入手できた7名を分析すると、痴呆に関する多くの問題点が記載されていた。
6. アセスメントを行った訪問調査員等164名に対してアンケート調査を実施した結果、「分類された状態像のわかりやすさ」、「現場の感覚との適合性」、「利用者からの理解の得られやすさ」の3点について、総合分類と厚生省分類を比較した結果、総合分類のほうがより適合しているという回答結果が多かった。また、アセスメント項目についても、総合分類のほうがわかりやすく、評価者間のぶれが少ないという回答結果が多かった。
7. 以上を総括すると、総合分類を構成する各項目は、特に境界領域についてより正確に状態を把握しており、また総合分類を構成するADL得点とCPSレベルの各分岐点は、それぞれ「寝たきり度」と「痴呆度」の状態像に対応していた。一方、厚生省分類は必ずしも適性に対象者を分類しておらず、特に痴呆の場合に軽度に分類することが明らかにされた。今後、総合分類を用いて、厚生省分類の問題点を継続的に検証してゆく必要がある。

## 付属資料

- 付属資料1 要介護度総合分類アセスメント表
- 付属資料2 要介護度総合分類に関するアンケート調査票
- 付属資料3 アセスメント項目に関するアンケート調査票

## 要介護度総合分類アセスメント表

対象者の属性など

コード番号

--	--	--	--

調査日	平成	年	月	日	年齢	歳	性別	1. 男	2. 女	
調査場所	1. 在宅		2. 療養型病床群等		3. 老健施設		4. 特養		5. その他施設	

### 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 <span style="float: right;">1. 問題あり <input type="text"/></span>
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 type="text"/>
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 type="text"/>

### 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 type="text"/>
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 type="text"/>
ウ. 金銭管理	支払い、家計の収支勘定 <input type="text"/>
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 type="text"/>
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 type="text"/>
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 type="text"/>
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 type="text"/>

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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
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="text"/>
オ.食事	食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)	<input type="text"/>
カ.トイレの利用	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="text"/>

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

処置内容

ア. 筋肉注射・皮内注射	ア. <input type="text"/>	シ. 抗がん剤	シ. <input type="text"/>
イ. 静脈注射	イ. <input type="text"/>	ス. 経管栄養	ス. <input type="text"/>
ウ. 点滴の管理	ウ. <input type="text"/>	<b>ケアプログラム</b>	
エ. 中心静脈栄養	エ. <input type="text"/>	セ. 緩和ケア	セ. <input type="text"/>
オ. 透析	オ. <input type="text"/>	<b>特別な処置</b>	
カ. ストーマの処置	カ. <input type="text"/>	ソ. モニター測定	ソ. <input type="text"/>
キ. 酸素療法	キ. <input type="text"/>	(血圧、心拍、酸素飽和度等)	
ク. レスピレーター	ク. <input type="text"/>	タ. 褥瘡の処置	タ. <input type="text"/>
ケ. 気管切開の処置	ケ. <input type="text"/>	<b>失禁への対応</b>	
コ. 疼痛の看護	コ. <input type="text"/>	チ. カテーテル	チ. <input type="text"/>
サ. 放射線治療	サ. <input type="text"/>	(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)	

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表

1. 要介護度総合分類は、厚生省の一次判定方式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厚生省一次判定方式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) 要介護度総合分類は、厚生省一次判定方式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

(3) 要介護度総合分類は、厚生省一次判定方式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

(4) 厚生省一次判定方式は、平成10年度の厚生省方式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                      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                      5. わかりにくくなった

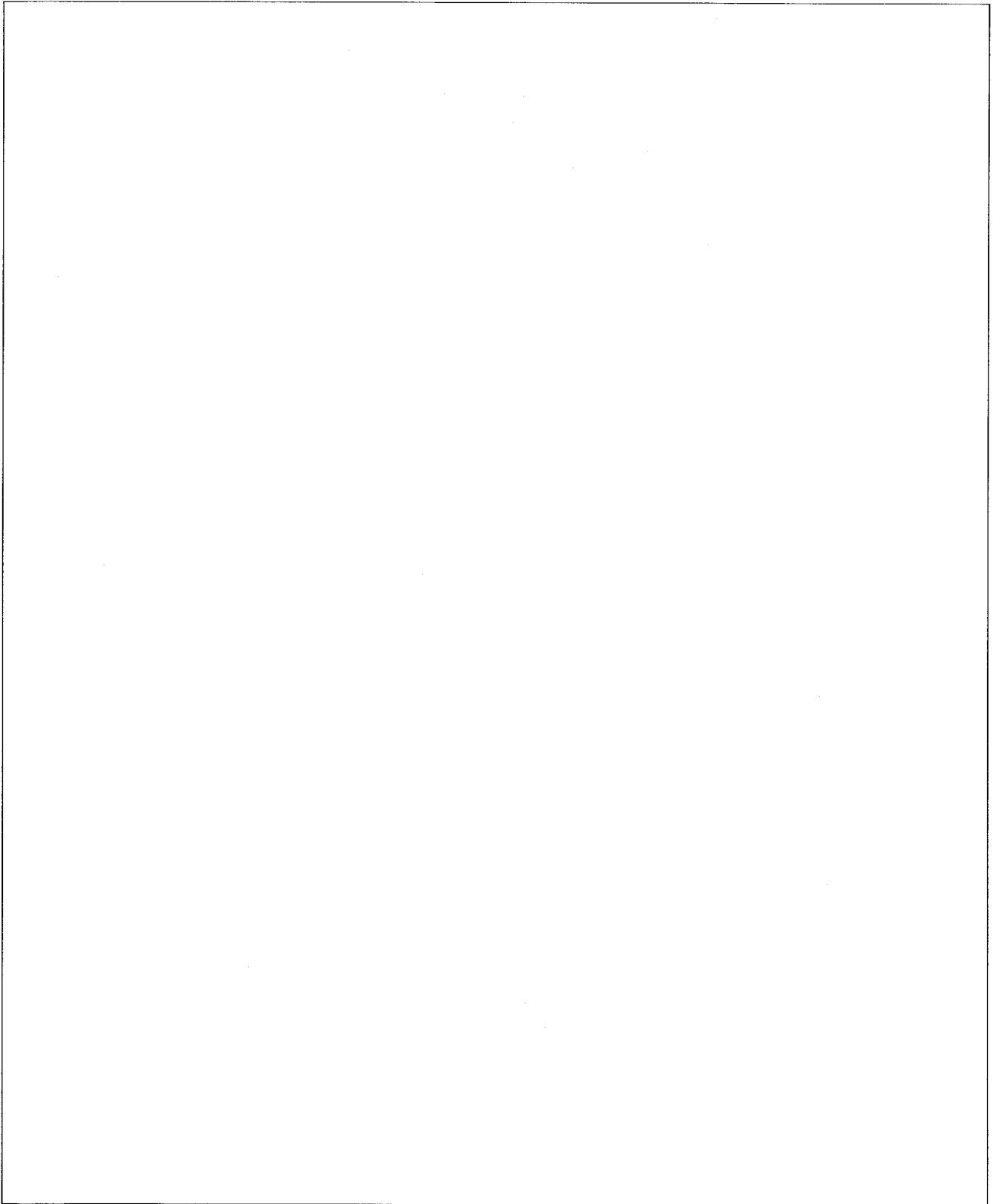
(5) 厚生省一次判定方式は、平成10年度の厚生省案と比べて分類がより適合していると思いませんか。

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

(6) 厚生省一次判定方式は、平成10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.要介護総合分類について、自由に意見を記入して下さい。



ご協力ありがとうございます。

# アセスメント項目に関するアンケート調査票

(回答は訪問調査員の方全員にお願いいたします。)

## 1. アセスメント項目について

要介護度を分類する方法の良し悪しは、最終的には各アセスメント項目が、申請者の状態をいかに的確に把握するかにかかっています。そこで、総合分類のアセスメント項目と厚生省85項目について、対応づけられる主な項目5つを下記に列挙しました。

### 1. 認知能力

(総合分類) 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

(厚生省) 毎日の日課

- 1.できる
- 2.できない

### 2. コミュニケーション

(総合分類) 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.通常は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

(厚生省) 意思の伝達

- 1.調査対象者が意思を他者に伝達できる
- 2.ときどき伝達できる
- 3.ほとんど伝達できない
- 4.できない

### 3. 着衣

(総合分類) 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  
過去7日間全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)

(厚生省) 上衣/ズボン・パンツ/靴下の着脱

- 1.自立
- 2.見守り(介護側の指示を含む)
- 3.一部介助
- 4.全介助

### 4. 食事

(総合分類) 食事

食べたり、飲んだりする(経管栄養を含む)

※選択肢は3. 着衣と同じ

(厚生省) 食事摂取

※選択肢は3. 着衣と同じ

### 5. 排泄

(総合分類) トイレの使用

トイレ(ポータブル化、便器や探尿器を含む)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、衣類の整理を含む

※選択肢は3. 着衣と同じ

(厚生省) 排尿後・排便後の後始末

- 1.自立
- 2.間接的援助のみ
- 3.直接的援助
- 4.全介助



両者を比較し、評価のしやすさ、および評価者によるぶれについて、それぞれあてはまる番号を1つだけ選び、○をつけて下さい。

項目	評価のしやすさ (総合分類の方が厚生省より)					評価者間のぶれについて (総合分類の方が厚生省より)				
	1. とてもしやすい 2. ややしやす 3. どちらともいえない 4. ややにくい 5. とてもにくい					1. ぶれが少ない 2. まあまあ少ない 3. どちらともいえない 4. ややぶれが多い 5. ぶれが多い				
1. 認知能力	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. コミュニケーション	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. 着衣	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. 食事	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. トイレの利用	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

2. 総合分類に用いたアセスメント項目について、自由にご意見を記入してください。

**日医総研**

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第18号

## **平成11年度 要介護度総合分類実地調査**

厚生省方式の検証

---

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.03-3942-7215

---

平成12年8月 発行(15)H

会員価格 1,000円(本体 953円)

一般価格 2,000円(本体1,905円)