

要介護認定の手引き

川越 雅弘

キーワード

- ◆ 要介護認定
- ◆ 厚生省一次判定ロジック
- ◆ 二次判定

ポイント

- ◆ 厚生省一次判定ロジックには多くの問題点がある。従って、一次判定の推定精度が向上するまで当面状態像に基づく二次判定を重視した要介護認定の仕組みを構築する必要がある。
- ◆ 特に「自立」「要支援」の区別は、介護保険給付の対象の境となることから非常に重要であるにもかかわらず、現行の厚生省のロジックでは、「自立」と「要支援」の区別がつかず、かつ利用者への説明も困難である。従って、「自立」と「要支援」は、最終的にはケア時間ではなく、状態像で分けるべきである。
- ◆ 厚生省の要介護認定方法は、具体性に乏しく、効率的な認定審査を支援するものとはなっていない。認定審査業務の適性かつ効率的運営を支援すべく、具体的な二次判定方法を提案した。

1. はじめに

介護保険制度下で、サービスを受給するためには、「要介護認定」という手順を踏まなければならない。その判定結果により、給付限度額が決定されることから、要介護認定は介護保険制度の要といえる。

現在の要介護認定は、85項目の訪問調査結果に基づきコンピュータが行う一次判定と、介護認定審査会が行う二次判定から構成されており、両者で機能補完しながら、公平・公正な判定が行われる必要がある。

厚生省は、過去数年にわたり、一次判定ロジックの開発を行ってきたが、本施行で使用予定のロジックにも多くの問題点がある。その中には、基礎データの信頼性にかかわる根本的な問題も含まれており、現在の基礎データ（施設入所・入院者3,403例に対する1分間タイムスタディ）に基づいた推定には限界がある。したがって、一次判定の推定精度が向上するまで、当面、状態像に基づく二次判定を重視した要介護認定の仕組みを構築する必要がある。

現在、厚生省は、二次判定に関し、各要介護度別状態像例（各10例）や寝たきり度・痴呆度から要介護度への換算表、中間評価項目のスコア、主治医意見書の特記事項などを総合的に判断した上で、審査判定を行うといった方法を提示しているが具体性に乏しく、効率的な認定審査を支援するものとはなっていない。

そこで、現在の一次判定の限界を鑑みた上で、認定審査業務の適正かつ効率的運営を支援すべく、具体的な二次判定方法を以下に提案する。

2. 要介護認定における問題点・課題

ここでは、要介護認定における問題点・課題を、一次判定と二次判定に分けて整理する。

(1) 一次判定の問題点・課題

厚生省一次判定ロジックの主な問題点を以下に列挙する。

- ① ケア時間では「自立」と「要支援」の区別が困難である。
- ② 施設データに基づきロジックを構築しているため、施設ケアと在宅ケアの整合性がとれていない。
- ③ 樹形モデル構築が統計的手法に終始し、臨床的観点からの検証が全く行われていない。
- ④ 調査項目区分の定義が曖昧なため、樹形図で割り当てられるケア時間が変わる可能性がある。
- ⑤ 基礎データ収集時、入浴や機能訓練が実施されていなかった例も、重度でこれらが実施不可能な例も、同じくケア時間を0分と扱っている。

この中でも、特に①は大きな問題である。現在の厚生省一次判定では、樹形図を9つにも分けてしまったため、調査項目全てが「自立」「問題なし」の場合でも、合計ケア時間は24分にもなる。要支援の区分は、

合計ケア時間が25分以上30分未満であることから、1～2分程度の違いを、現行の一次判定ロジックで識別するのは不可能である。この問題に対し、厚生省は、介護に関する73の調査項目中、問題となる項目が3項目以下の場合、項目の内容に関係なく「自立」と判定する仕組みを、無理やり導入している。

「自立」「要支援」の区別は、介護保険給付の対象の境となることから非常に重要であるにもかかわらず、現行の厚生省のロジックでは、「自立」と「要支援」の区別がつかず、かつ利用者への説明も困難である。したがって、「自立」と「要支援」は、最終的にはケア時間ではなく、状態像で分けるべきである。

(2) 二次判定の問題点・課題

二次判定の主な問題点・課題を以下に述べる。

① 要介護度の認定審査に対する具体的方法の提示がない。

現在、厚生省は、二次判定に関して、

イ． 要介護度毎の10例の状態像例

ロ． 寝たきり度・痴呆度から要介護度に換算する換算表

ハ． 7つの中間評価項目のスコア

ニ． 「主治医意見書」や「訪問調査」における特記事項

を総合的に判断して、最終審査を行うという抽象的な方法しか提示していない。効率的かつ有効な審査を行うためには、ある程度の具体的な指針が必要と考える。

② 認定審査会の各委員への負荷が大きい。

一次判定結果を全て精査することは、各審査委員への負荷、作業時間と処理件数の状況を考えると困難である。したがって、

イ． 一次判定結果の妥当性

ロ． 85項目や寝たきり度・痴呆度の妥当性

をスクリーニングするための方法が必要である。

③ 医療的側面からみたケアの必要性の反映方法が不統一

一次判定は、あくまでも福祉側からみた「介護」の必要性を評価したものである。一次判定では、医療的視点からみたケアの必要性を反映させるためには、「主治医意見書」や「訪問調査」の特記事項が非常に重要となる。二次判定に参考となる意見の掲載とその評価方法の確立が必要である。

3. 今回提案の二次判定の基本的な考え方および方法

上記の問題点・課題を解消すべく、今回提案する二次判定方法の基本的考え方および方法を以下に示す。

(今回の二次判定の基本的考え方および方法)

- (1) 要介護度と寝たきり度・痴呆度の関係式（換算表または重回帰分析表）に基づき、一次判定結果および訪問調査項目の初期スクリーニング（妥当性の検証）を実施する。
- (2) 「自立」と「要支援」に該当する可能性の高い症例は、状態像で定義した「自立」「要支援」の各状態像と比較し、二次判定とする。したがって、一次判定で「自立」と判定された場合でも、「要支援」の状態像に合致すれば、「要支援」と判定する。
- (3) 要介護者については、どの介護度に該当するか、一次判定を変更すべきかの判断材料として、以下のデータを参考とする。
 - ① 要介護度と寝たきり度・痴呆度の重回帰式から推定される要介護度の範囲
 - ② 要介護度別の中間評価項目群別スコアの分布図
 - ③ 中間評価項目群別の要介護度別スコアの分布図および群別の50%範囲スコア表
 - ④ 「主治医意見書」「訪問調査票」の特記事項

主治医意見書の特記事項に関しては、医療と介護を総合的に判断できる立場から、医療の視点からみた申請者の各種リスク（ケアや経過観察の必要性など）や手間のかかり具合など、審査に有用な情報が記載されるよう、研修会等での徹底が必要と考える。そのための支援策として、基本的記載事例の作成を検討する。

4. 具体的方法

図1に、二次判定のフローチャートを示す。以下、順を追ってその内容を説明する。

(1) スクリーニング手順（一次判定・訪問調査の妥当性チェック）

まず、一次判定結果、訪問調査結果が妥当であるか否かのチェックを実施する。その手順は以下の通り。

- ① 主治医意見書および訪問調査票の寝たきり度・痴呆度をチェックする。

②両者の評価が異なる場合、85項目のチェック状況などから、正しいと思われる寝たきり度・痴呆度を判断し、修正を行う。

③次に、寝たきり度・痴呆度をもとに、厚生省の提示している「日常生活自立度から要介護度への換算表（表1参照）」または日本医師会で作成した「寝たきり度・痴呆度別の推定要介護度表（表2参照）」から、可能性の高い要介護度の範囲を推定する。

具体的には、寝たきり度がBで痴呆度がⅢの場合、表2を使用すると、要介護2.8度となっているが、標準誤差が±1度程度あることから、この場合の要介護度は、要介護2～4度の範囲と推定する。

④上記推定範囲と、一次判定結果が一致している場合、訪問調査結果および一次判定には特段の問題はなしと判断し、次の審査段階に進む。

⑤要介護度の推定範囲と一次判定結果が一致しなかった場合、主治医意見書の内容や訪問調査の特記事項を参考にして、基本調査結果（85項目）のチェックを行い、必要に応じて、基本調査結果の一部修正作業を行う。

ここで、基本調査項目にも問題なしと判断された場合、一次判定の疑義事例としてピックアップし、認定審査会での精査対象者とする。

（２） 「自立」「要支援」の判定手順

今回の提案における最大の特徴は、少なくとも「自立」と「要支援」については、ケア時間での区別が困難なことから、ケア時間（一次判定結果）ではなく、各々の状態を定義したもの（状態像）と比較を行う点にある。

以下に、「自立」「要支援」の判定手順を示す。

① 一次判定結果が、「自立」「要支援」「要介護1」までを、「自立」「要支援」の判定対象者とする。

要介護1を含めた理由は、施設入所・入院者3403例に対して、実際に提供されていた実ケア時間と、厚生省の一次判定結果を比較検討した結果、実ケア時間が30分未満の方の一次判定結果は、概ね「自立」「要支援」「要介護1」までであった事実に基づいている。

② 次に、上記対象者の状態を、「自立」「要支援」「要介護」の状態像（表3参照）と比較し、「自立」または「要支援」の状態に該当すると判断した場合、それぞれ「自立」「要支援」と判定する。したがって、仮に一次判定で「自立」と判定されたとしても、状態像としては「要支援」に該当すると判断された場合、「要支援」に判定を変更する。

③ 上記手順で「要介護」の状態に該当すると判定された場合、以下に示す要介護度1～5の判定過程の対象者とする。

(3) 要介護1～5の判定方法

要介護者については、どの要介護度に該当するか、一次判定を変更すべきかの判断材料として、以下のデータを参考にした上で、総合的に判断する。

- ① 要介護度と寝たきり度・痴呆度の重回帰式から推定される要介護度の範囲、または、厚生省の換算表から推定される要介護度の範囲（表1、表2）
- ② 要介護度別の中間評価項目群別スコアの分布図（図2）
- ③ 中間評価項目群別の要介護度別スコアの分布図（図3）
- ④ 中間評価項目群別の要介護度別スコアの50%範囲表（表4）
- ⑤ 「主治医意見書」や「訪問調査票」の特記事項
- ⑥ 中間評価項目スコアの変化の特徴に基づく要介護度別の状態像例（表5）

（中間評価項目スコアの見方については、後述）

基本的には、重回帰式等で推定される複数の要介護度を、中間評価項目のスコアの分布図（図2、図3）や50%範囲表（表4）等で絞り込みを行う。その際、中間評価項目スコアの変化の特徴をもとに作成した、要介護度1～5別の状態像例（表5）も、当面の間、指標として活用することも可能である。（表5は、73項目のチェック状況に基づく状態像とは異なる。つまり、第1群の麻痺・拘縮や第6群のコミュニケーション等、第7群の問題行動等についても、要介護度とスコア上に一定の傾向はあるものの、要介護度1～5を区別する明確な指標とはなりえないため除外している。）

上記の各種指標に加え、主治医意見書の特記事項などで、必要に応じて一次判定結果を修正する形と考える。

以下、中間評価項目スコアの見方について、解説を加える。

（中間評価項目スコアの見方）

厚生省は、要介護度毎の状態像例（各10例）を提示し、各対象者をこれら状態像例（73項目のチェック状況）と比較することにより、要介護度の判定を行うという方法を提示しているが、わずか10例であり、各要介護度を代表しているとは言い難い（あくまでもサンプル例）。

そこで、昨年日本医師会で収集した約2,700例のデータをもとに、中間評価項目群のスコアと要介護度の関係を分析した。その結果を図2、図3、表4に示す。図2は、要介護度別にみた中間評価項目群別スコアの分布状況、図3は、中間評価項目群別にみた要介護度別スコアの分布状況、表4はスコアの中央値から±25%の範囲（合計50%）を表したものである。

図2で、「自立」と「要支援」をみると、第3群（複雑な動作）や第5群（身の回りの世話、IADL含む）に違いがみられる。これは、「自立」と

「要支援」を I A D L 能力で分けた状態像の考え方を裏付ける結果と言える。

また、図 3 をみると、「要介護 1」「要介護 2」と「要介護 3 以上」では、第 2 群（移動等）、第 3 群（複雑な動作等）、第 4 群（特別な介護）、第 5 群（身の回りの世話）のスコアが小さい方にシフトしている様子がうかがえる。

逆に、要介護度の違いを見ることを目的とした場合、第 1 群（麻痺・拘縮）や第 6 群（コミュニケーション等）、第 7 群（問題行動）は判断材料としては使えないといえる。したがって、要介護度を判断する上では、第 2 群～第 5 群の中間評価項目スコアの状況が、判断材料として重視すべきと考える（日本医師会データの代表性については、厚生省の提示している中間評価項目平均値との比較結果から妥当と判断した（参考 1 参照））。

（主治医意見書について）

主治医意見書の特記事項に関しては、医療と介護を総合的に判断できる立場から、医療の視点からみた申請者の各種リスク（ケアや経過観察の必要性など）や手間のかかり具合など、審査に有用な情報が記載される必要がある。そのため、

（１） 基本的記載事例の作成（主治医意見書作成支援ソフトにおける記載事例の表示を含む）

（具体例）

- ① 強心剤を服用しているため、用量を誤ると危険な状態となるため、定期的な見守りが必要。
- ② 麻痺・失調等はないが、少しの体動にて心不全を生じやすく、注意深い観察が必要。
- ③ 安静時は問題ないが、体動時に呼吸困難が強くなるため、定期的な看護が必要。
- ④ 日によって症状に変動あり、介助なしに歩行できない時もある。
- ⑤ 嚥下性肺炎を起こすと重症化しやすく、食事介助に援助が必要。
- ⑥ 骨が脆く骨折しやすいため、注意深い見守りが必要である。
- ⑦ 病状が変化しやすく、介護者の注意深い観察が要求される。
- ⑧ 心不全があり、入浴などにより状態が急変する可能性があるため、見守りが必要。
- ⑨ 喀痰搬出困難のため、体位変換を定期的に行う必要がある。
- ⑩ 褥創を生じやすく、体位交換やオムツ交換を頻回に行う必要がある。
- ⑪ 便が泥状で頻回なため、オムツ交換が頻回かつ時間がかかる。
- ⑫ 独居のため、排泄・入浴等に危険が伴い、常時の見守りが必要。
- ⑬ 痴呆の悪化、高血圧のコントロール、疼痛の管理等の観点から、週 1 回は訪問看護が必要。
- ⑭ 定期的に透析、点滴の処置をするので、週 3 回の訪問看護が必要。

⑮ リハビリテーションの必要があり、老人保健施設への入所が適当。

(2) 研修会等での記載方法の徹底

などが必要と考える。

5. まとめ

今回、現在提案されている、厚生省の要介護認定方法の問題点・課題を解決するため、具体的な二次判定方法を提案した。その骨子は、

(1) 「自立」「要支援」については、一次判定結果が「自立」「要支援」「要介護1」を対象に、状態像で判定する。

(2) 要介護1～5の区分については、寝たきり度・痴呆度から推定される複数の要介護度を、厚生省の状態像例（各10例）ではなく、約2,700名の各群別中間評価項目スコアと要介護度との関係から絞り込みを行い、さらに、主治医意見書の特記事項等を参考に、総合的に判断を行う。

というものである。認定審査会において、重回帰分析結果（表2）や中間評価項目群別の要介護度別スコアの分布図（図3）などを活用していただければ幸いである。

今後、データの集積、各現場での認定審査状況等のモニタリングを行いながら、より効率的かつ有効な二次判定方法を開発していく所存である。

【参考資料】

- 1993 年度厚生省老人保健健康増進等事業「特別養護老人ホームのサービスの質の向上に関する調査研究事業」報告書
- 1993 年度厚生省老人保健健康増進等事業「在宅福祉サービスの効果に関する基礎的調査研究事業」報告書
- 1994 年度厚生省老人保健健康増進等事業「保健医療福祉サービス供給指標調査研究事業」報告書
- 川越雅弘、上野智明：「要介護一次判定ロジックの分析結果について」，社会保険旬報，No.2015，pp.36-43，1999.
- 川越雅弘：「厚生省一次判定ロジックの過去・現在」，全国医療情報システム連絡協議会第16回定例会議シンポジウム，pp.28-32，1999.
- 川越雅弘：「要介護認定のためのコンピュータソフトについて」，第4回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会，1999.
- 川越雅弘：「要介護認定について」，第5回都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会，1999.
- 山内慶太：「樹形モデル解析の基本的概念とヘルスケア研究への応用について」，病院管理，33(3)，pp.343-352，1996.

図1. 二次判定フローチャート

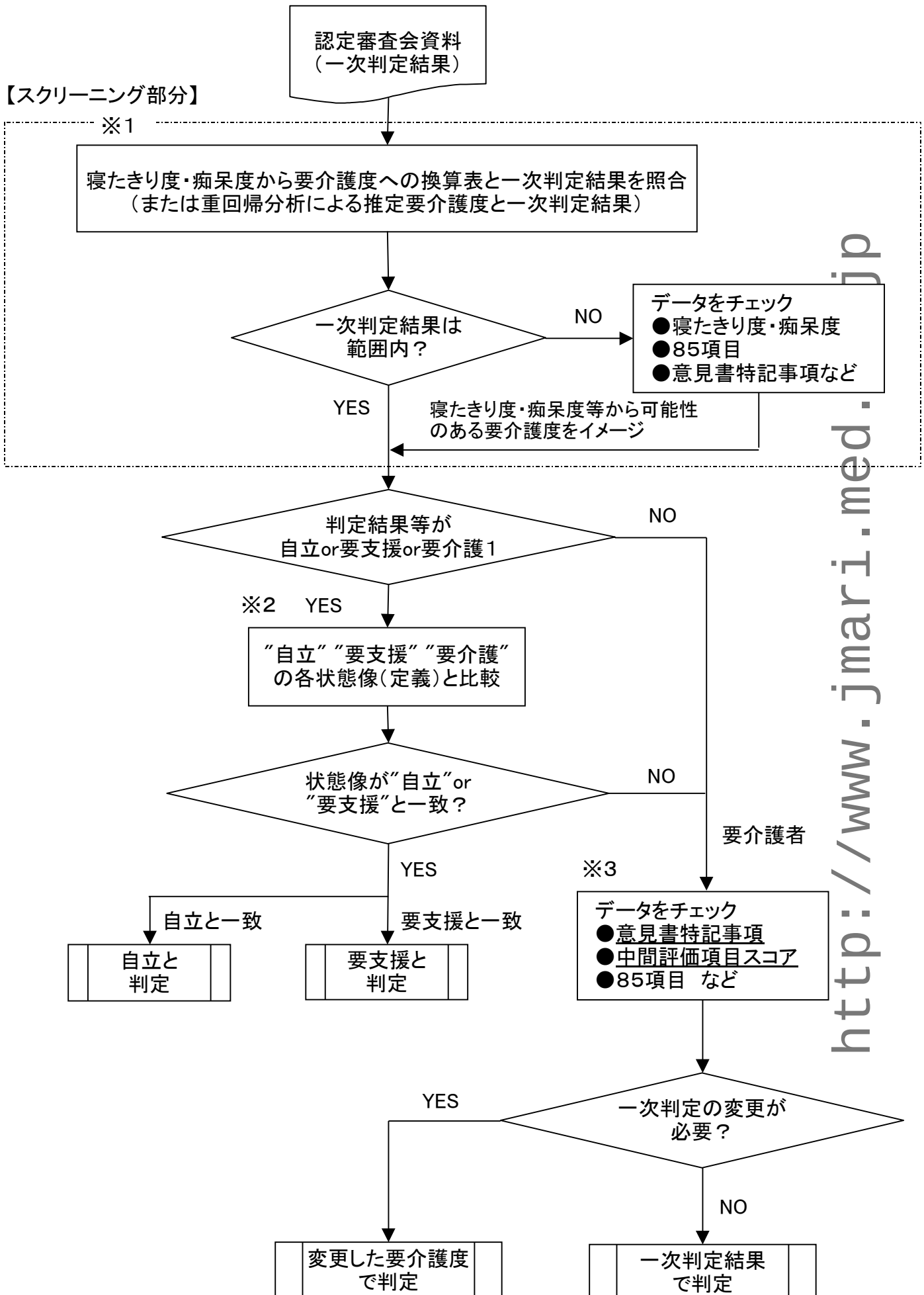


表1. 日常生活自立度から要介護度への換算表～厚生省データ(N=16,380)～

【寝たきり度J】

痴呆度 \ 自立度	N	要介護度						
		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
自立	1,829	30%	30%	30%	10%	0%	0%	0%
I	299	20%	40%	30%	10%	0%	0%	0%
II	374	0%	40%	50%	10%	0%	0%	0%
III	217	0%	10%	50%	30%	10%	0%	0%
IV	114	0%	0%	20%	40%	30%	10%	0%
M	12	0%	10%	20%	30%	40%	0%	0%
合計	2,845	8%	22%	33%	22%	13%	2%	0%

【寝たきり度A】

痴呆度 \ 自立度	N	要介護度						
		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
自立	2,068	0%	20%	50%	20%	10%	0%	0%
I	549	0%	20%	50%	20%	10%	0%	0%
II	964	0%	20%	40%	30%	10%	0%	0%
III	722	0%	0%	30%	30%	30%	10%	0%
IV	386	0%	0%	20%	30%	40%	10%	0%
M	50	0%	0%	20%	20%	40%	10%	10%
合計	4,739	0%	10%	35%	25%	23%	5%	2%

【寝たきり度B】

痴呆度 \ 自立度	N	要介護度						
		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
自立	1,663	0%	0%	20%	20%	30%	20%	10%
I	613	0%	0%	20%	20%	30%	20%	10%
II	911	0%	0%	10%	20%	30%	30%	10%
III	1046	0%	0%	0%	10%	40%	40%	10%
IV	475	0%	0%	0%	0%	40%	40%	20%
M	60	0%	0%	0%	0%	40%	40%	20%
合計	4,768	0%	0%	8%	12%	35%	32%	13%

【寝たきり度C】

痴呆度 \ 自立度	N	要介護度						
		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
自立	905	0%	0%	0%	0%	20%	40%	40%
I	405	0%	0%	0%	0%	20%	40%	40%
II	531	0%	0%	0%	0%	20%	40%	40%
III	898	0%	0%	0%	0%	20%	40%	40%
IV	985	0%	0%	0%	0%	20%	40%	40%
M	304	0%	0%	0%	0%	20%	40%	40%
合計	4,028	0%	0%	0%	0%	20%	40%	40%

表2. 寝たきり度・痴呆度別の推定要介護度

		寝たきり度			
		J	A	B	C
痴呆度	自立	-0.6	0.7	2.0	3.3
	I	-0.3	1.0	2.3	3.6
	Ⅱ	-0.1	1.2	2.5	3.8
	Ⅲ	0.2	1.5	2.8	4.1
	Ⅳ	0.4	1.7	3.0	4.3
	M	0.7	2.0	3.3	4.5

●相関係数 $R=0.762$ ●推定値の標準誤差 $=1.1355$

●重回帰式：要介護度 $=1.29 \times \text{寝たきり度} + 0.246 \times \text{痴呆度} - 2.09$

注1. 表中の要介護度の定義は、

-1:自立 0:要支援 1:要介護1 2:要介護2
 3:要介護3 4:要介護4 5:要介護5

注2. 寝たきり度はJ:1、A:2、B:3、C:4。痴呆度は正常:1、I:2、Ⅱ:3、Ⅲ:4、Ⅳ:5、M:6

注3. N数は、1分間タイムスタディ対象者3403例のうち、73項目に欠損値のなかった3,133例。

これら3,133例に対して、厚生省一次判定結果と、寝たきり度・痴呆度の重回帰式を求めた。

注4. 相関係数は0.762。推定値の標準誤差は1.1355。したがって、 ± 1 度程度のばらつきがあり。例えば、寝たきり度Aで痴呆度Ⅲの場合、要介護度1.5となるが、要介護1ないし2の可能性が高いが、要支援や要介護3の可能性もあるということ。

逆に、自立や要介護4以上の可能性は低いと判断できる。

表3. 状態像の考え方

要介護度区分	状態像								
自立	日常生活上の基本的動作を自力で行うことが可能であり、かつ、IADL(手段的日常生活動作)を行う能力もある状態。								
要支援状態	日常生活上の基本的な動作については、ほぼ自力で行うことはできるが、日常生活能力の補助および悪化防止の観点から、IADL または複雑な動作について、何らかの<u>支援</u>を要する状態。 <table border="1"> <tr> <td>基本的な動作／ADL(日常生活動作)</td><td>支援は不要</td></tr> <tr> <td>IADL／複雑な動作</td><td>何らかの支援／見守りが必要</td></tr> <tr> <td>特別な介護</td><td>ほとんど支援不要</td></tr> <tr> <td>問題行動</td><td>ほとんど問題ない</td></tr> </table>	基本的な動作／ADL(日常生活動作)	支援は不要	IADL／複雑な動作	何らかの支援／見守りが必要	特別な介護	ほとんど支援不要	問題行動	ほとんど問題ない
基本的な動作／ADL(日常生活動作)	支援は不要								
IADL／複雑な動作	何らかの支援／見守りが必要								
特別な介護	ほとんど支援不要								
問題行動	ほとんど問題ない								
要介護状態	日常生活上の基本的な動作についても、自力で行うことが困難であり、何らかの<u>援助</u>を要する状態。 <table border="1"> <tr> <td>基本的な動作／ADL</td><td>見守り／何らかの援助が必要</td></tr> <tr> <td>IADL／複雑な動作</td><td>部分的な介助／全介助が必要</td></tr> <tr> <td>特別な介護</td><td>間接的援助／全介助が必要</td></tr> <tr> <td>問題行動</td><td>問題行動が多い</td></tr> </table>	基本的な動作／ADL	見守り／何らかの援助が必要	IADL／複雑な動作	部分的な介助／全介助が必要	特別な介護	間接的援助／全介助が必要	問題行動	問題行動が多い
基本的な動作／ADL	見守り／何らかの援助が必要								
IADL／複雑な動作	部分的な介助／全介助が必要								
特別な介護	間接的援助／全介助が必要								
問題行動	問題行動が多い								

※ 行為／状態の具体例

	状態／行為の具体例
基本的な動作	「寝返り」「起き上がり」「歩行」「移乗」など
ADL	「つめ切り」「ボタンのかけはずし」「浴槽の出入り」 など
IADL	「居室の掃除」「薬の内服」「金銭の管理」
複雑な動作	「立ち上がり」「片足での立位保持」「浴槽の出入り」 など
特別な介護	「じょくそう」「排便後の後始末」「食事摂取」 など
問題行動	「暴言・暴行」「常時の徘徊」「収集癖」「不潔行為」 など

図2. 要介護度別の中間評価項目群別スコアの分布(日本医師会データ, N=2,649)

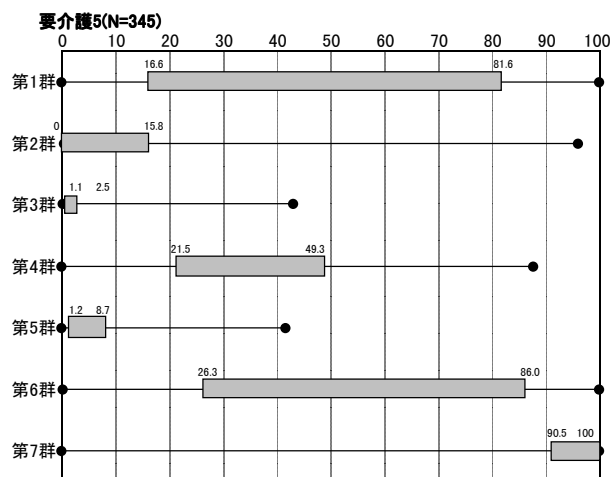
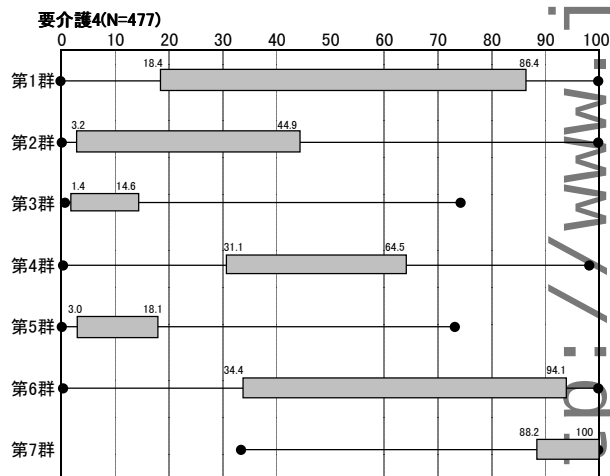
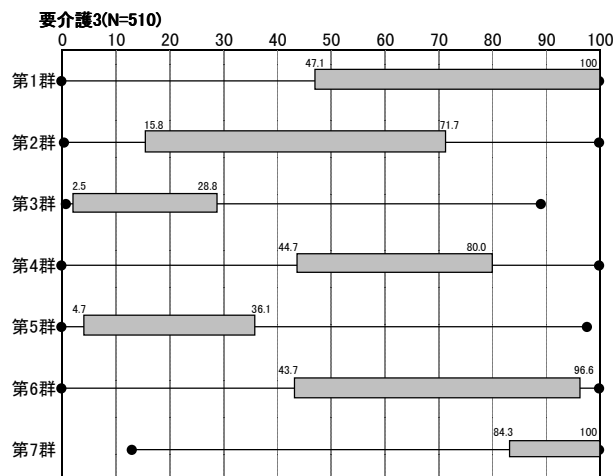
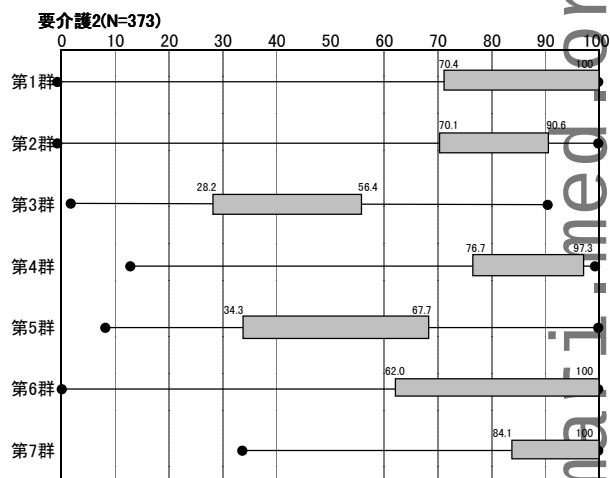
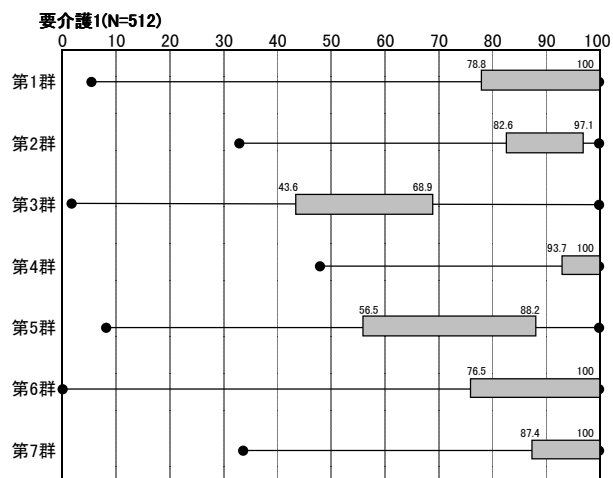
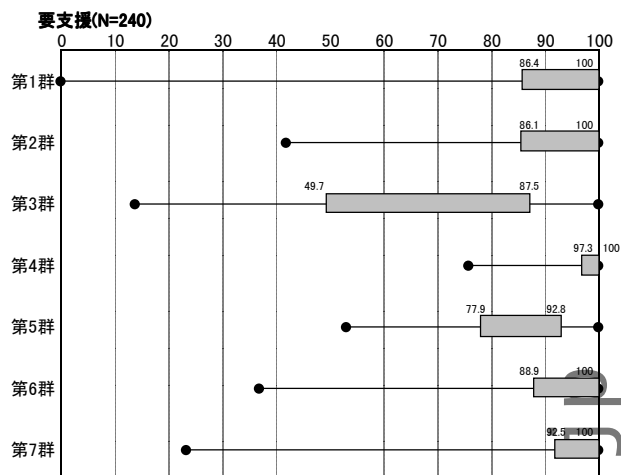
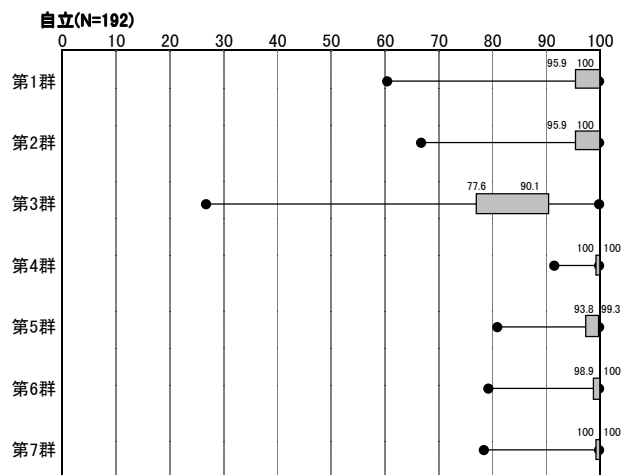


図3. 中間評価項目群別の要介護度別スコアの分布(日本医師会データ, N=2,649)

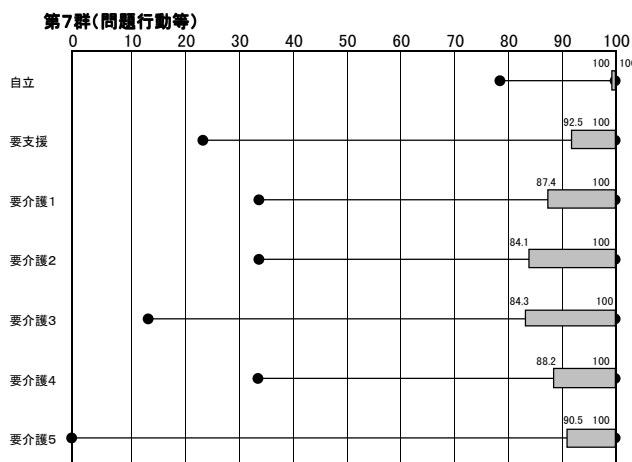
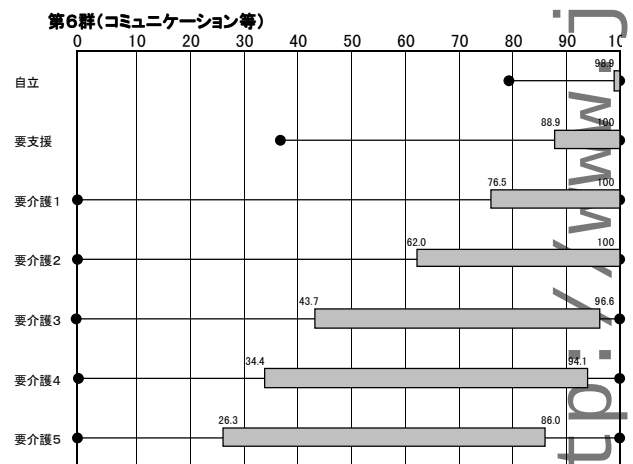
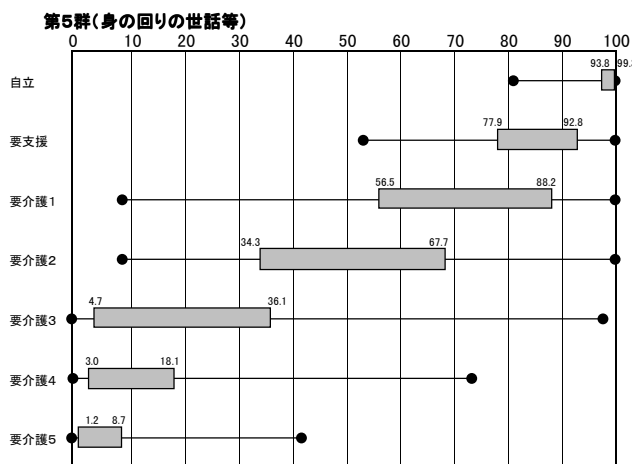
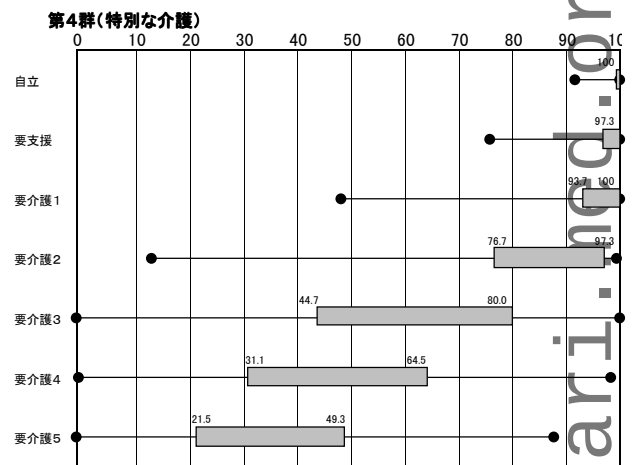
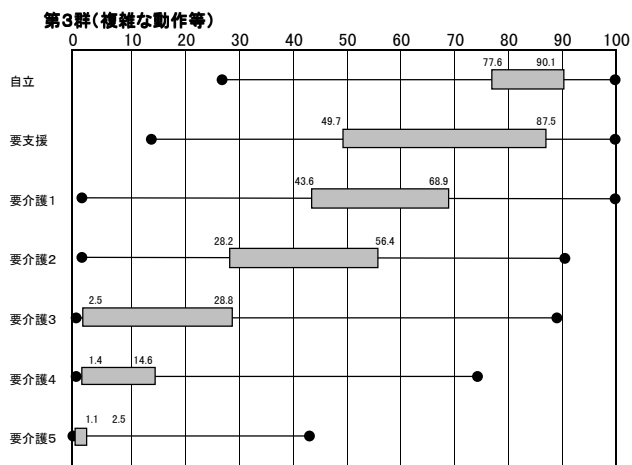
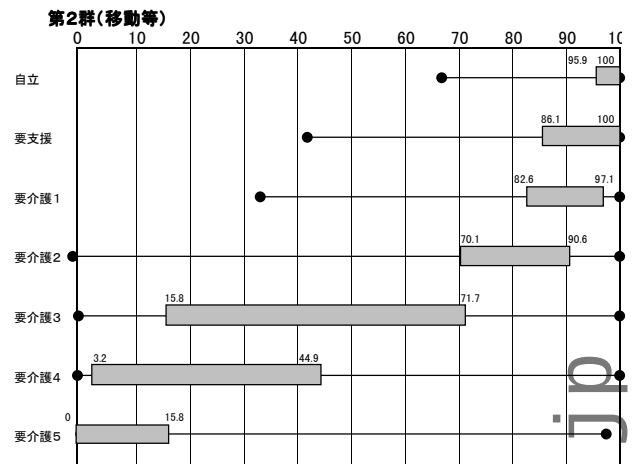
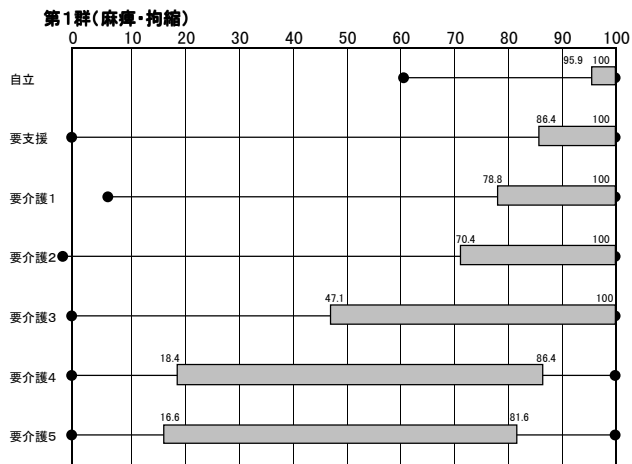


表4. 中間評価項目群別の要介護度別スコアの50%範囲

		要介護度						
		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
中間 評価 項目 群	第1群 (麻痺・拘縮に関連する項目)	95.9 ～ 100.0	86.4 ～ 100.0	78.8 ～ 100.0	70.4 ～ 100.0	47.1 ～ 100.0	18.4 ～ 86.4	16.6 ～ 81.6
	第2群 (移動等に関連する項目)	95.9 ～ 100.0	86.1 ～ 100.0	82.6 ～ 97.1	70.1 ～ 90.6	15.8 ～ 71.7	3.2 ～ 44.9	0.0 ～ 15.8
	第3群 (複雑な動作等に関連する項目)	77.6 ～ 100.0	49.7 ～ 87.5	43.6 ～ 68.9	28.2 ～ 56.4	2.5 ～ 28.8	1.4 ～ 14.6	1.1 ～ 2.5
	第4群 (特別な介護等に関連する項目)	100.0 ～ 100.0	97.3 ～ 100.0	93.7 ～ 100.0	76.7 ～ 97.3	44.7 ～ 80.0	31.1 ～ 64.5	21.5 ～ 49.3
	第5群 (身の回りの世話等に関連する項目)	93.8 ～ 99.3	77.9 ～ 92.8	56.5 ～ 88.2	34.3 ～ 67.7	4.7 ～ 36.1	3.0 ～ 18.1	1.2 ～ 8.7
	第6群 (コミュニケーション等に関連する項目)	98.9 ～ 100.0	88.9 ～ 100.0	76.5 ～ 100.0	62.0 ～ 100.0	43.7 ～ 96.6	34.4 ～ 94.1	26.3 ～ 86.0
	第7群 (問題行動に関連する項目)	100.0 ～ 100.0	92.5 ～ 100.0	87.4 ～ 100.0	84.1 ～ 100.0	84.3 ～ 100.0	88.2 ～ 100.0	90.5 ～ 100.0

注1. 50%範囲とは、各領域に含まれる対象者の群別スコアの中央値を境に、 $\pm 25\%$ (全体の25%～75%) の範囲を示したもの。この範囲の中に、全体の50%が入る。

表 5．要介護度別の状態像例
－中間評価項目スコアの変化の特徴に基づく－

要介護度	状態像例
要介護 1	要支援状態から IADL または複雑な動作を行う能力がさらに低下し、部分的な援助が必要となる状態
要介護 2	要介護 1 の状態に加え、ADL（日常生活動作）についても部分的な援助が必要となる状態
要介護 3	要介護 2 の状態に比べ、ADL ・ IADL および複雑な動作を行う能力が著しく低下し、ほぼ全面的な援助が必要となり、また、移動等の動作にも部分的な援助が必要となる状態
要介護 4	要介護 3 の状態から、移動等の動作を行う能力の低下が著しく進み、特別な介護にも何らかの援助が必要となるなど、自力で日常生活を営むことが困難となる状態
要介護 5	要介護 4 の状態から、さらに各動作能力の低下が進み、他の援助なしには日常生活を営むことがほぼ不可能な状態

※ 行為／状態の具体例

	中間評価項目群	具体的な行為／状態
移動等の動作	第 2 群	「寝返り」「起き上がり」「歩行」「移乗」 など
複雑な動作	第 3 群	「立ち上がり」「片足での立位保持」「浴槽の出入り」 など
特別な介護	第 4 群	「じょくそう」「排便後の後始末」「食事摂取」 など
ADL	第 5 群	「つめ切り」「ボタンのかけはずし」「上衣の着脱」 など
IADL		「居室の掃除」「薬の内服」「金銭の管理」

参考 1. 要介護度別にみた中間評価項目の平均点数の比較

厚生省 (N=16,380)	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
第1群 麻痺・拘縮に関連する項目	97.2	93.1	86.8	79.8	72.6	60.4	50.0
第2群 移動等に関連する項目	98.8	94.0	89.5	79.7	50.2	26.9	14.3
第3群 複雑な動作等に関連する項目	94.0	74.5	59.6	43.3	19.8	8.7	4.3
第4群 特別な介護に関連する項目	99.7	98.8	96.8	88.5	65.4	49.0	37.8
第5群 身の回りの世話等に関連する項目	98.1	89.6	75.3	55.4	24.7	11.3	6.7
第6群 コミュニケーション等に関連する項目	99.3	93.7	90.0	84.3	67.9	59.9	52.2
第7群 問題行動等に関連する項目	99.3	94.2	93.0	89.8	87.0	89.7	92.6

日医総研 (N=2,649)	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
第1群 麻痺・拘縮に関連する項目	96.0	90.1	84.6	80.2	67.9	55.3	47.1
第2群 移動等に関連する項目	97.1	91.2	88.7	76.2	44.1	26.0	14.0
第3群 複雑な動作等に関連する項目	85.6	67.7	56.2	39.6	16.4	9.0	4.2
第4群 特別な介護に関連する項目	99.8	98.4	95.4	83.7	61.3	47.3	36.4
第5群 身の回りの世話等に関連する項目	96.0	85.3	70.6	50.4	23.0	11.6	6.9
第6群 コミュニケーション等に関連する項目	98.9	90.9	86.6	80.5	67.3	60.2	52.2
第7群 問題行動等に関連する項目	98.6	93.7	91.5	89.2	89.5	91.4	92.9

