

700400792 A

厚生科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

要介護状態の評価における精神、知的及び多様な
身体障害の状況の適切な反映手法の開発に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 遠藤英俊

平成17年(2005)年3月

目 次

I. 総括研究報告書	
要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況の 適切な反映手法の開発に関する研究	3
遠藤英俊	
II. 分担研究報告	
1. 新しい要介護認定方法開発のための基礎的研究	9
遠藤英俊	
2. 精神及び知的障害者の介護ニーズの評価手法の開発に関する研究	18
安西信雄	
3. 身体障害者・障害程度区分と要介護度の関係、要介護認定は 身体障害者・要介護度判定・適応に有効か	88
飯田 勝、西村秋生	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	113
IV. 研究成果の刊行物・別刷	117

I . 総括研究報告書

要介護状態の評価における精神、知的及び多様な身体障害の状況の適切な反映手法の開発に関する研究

主任研究者 遠藤 英俊 国立長寿医療センター 包括診療部長

研究要旨 介護保険の要介護認定で用いられている認定調査を実施した。併せて支援費制度の施設給付に関して用いられている障害程度区分調査を実施、また精神障害者、知的障害者については、その他の評価指標等についても調査した。障害程度区分については、その内容から全体を「生活関連動作支援項目」「社会参加支援項目」の二つに分け、それぞれの合計点を尺度として使用した。その他の評価指標としては、GAF、BPRS、HONOS、ケアニーズ、介護支援専門員からみた要介護度、等を使用した。身体障害者については、要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目、介護支援専門員からみた要介護度ともに高い相関を示した。グランドデザインで「介護給付」と位置付けられるホームヘルプと身体障害者療護施設の利用者については、119人中117人が要介護状態ないしは要支援状態と判定された。知的障害者においては、要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目）、HONOS、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関が認められた。ホームヘルプの利用者については、30人中29人が要介護ないしは要支援状態と判定された。精神障害者においては 他の障害に比較して、要介護認定の一次判定結果と、その他の指標との間にあまり高い相関は得られなかった。ホームヘルプの利用者については、8人中2人が要介護ないしは要支援状態と判定された。障害者の要介護認定についてはよりよい認定方法のために、今後さらに検討していく必要がある。

分担研究者名

安西信雄 社会精神保健学老年科学
飯田 勝 さいたま市更生相談所
西村秋生 名古屋大学医学部・医学系研究
科・健康社会医学専攻・社会生命
科学講座

現行の要介護認定をあてはめた場合の現状と課題を明らかにする目的で研究を行った。また今後発展的に必要となるタイムスタディの基礎研究として障害者におけるケアコードの開発を行った。

A. 研究目的

自力では地域生活を送ることに困難のある障害者に対して、適切な支援を提供することにより、何らかの福祉サービスを受けている障害者（身体障害者、知的障害者、精神障害者）に対し、

B. 研究方法

介護保険の要介護認定で用いられている認定調査を実施した。併せて支援費制度の施設給付に関して用いられて

いる障害程度区分調査を実施、また精神障害者、知的障害者については、その他の評価指標等についても調査した。調査開始時点において、障害福祉サービスの新しい体系が不明であったため、介護保険で給付される介護サービスと同じ性格のサービスである、

障害保健福祉施策改革のグランドデザイン（以下、グランドデザインと略）で「介護給付」と位置付けられるサービスとは性格を異にする更生施設、授産施設等のサービス利用者も調査対象に含む。障害程度区分については、その内容から全体を「生活関連動作支援項目」「社会参加支援項目」の二つに分け、それぞれの合計点を尺度として使用した。その他の評価指標としては、GAF、BPRS、HONOS、ケアニーズ、介護支援専門員からみた要介護度、等を使用した。

C. 研究結果

身体障害者については要介護認定における一次判定の結果は、「要介護5：10.8%、要介護4：7.6%、要介護3：5.5%、要介護2：8.8%、要介護1：37.8%、要支援：17.8%、非該当：11.7%」であった。要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目、介護支援専門員からみた要介護度ともに高い相関を示した。グランドデザインで「介護給付」と位置付けられるホームヘルプと身体障害者療護施設の利用者については、119人中117人が要介護状態ないしは要支援状態と判定された。

知的障害者においては要介護認定における一次判定の結果は、「要介護5：3.7%、要介護4：4.8%、要介護3：6.7%、要介護2：13.1%、要介護1：36.9%、要支援：22.6%、非該当：12.4%」であった。要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目）、HONOS、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関が認められた。ホームヘルプの利用者については、30人中29人が要介護ないしは要支援状態と判定された。

精神障害者においては 要介護認定における一次判定の結果は、「要介護3：0.1%、要介護2：1.5%、要介護1：16.1%、要支援：34.0%、非該当：48.3%」であった。他の障害に比較して、要介護認定の一次判定結果と、その他の指標との間にあまり高い相関は得られなかった。ホームヘルプの利用者については、8人中2人が要介護ないしは要支援状態と判定された。要介護度別に、障害程度区分、GAF、IADL、ケア必要度等他の指標の得点の分布を見ると、要介護度が重度であるほど、他の指標も重度又はケアの必要性が高くなっていったが、各要介護度毎の分散は大きく、群間の分布の重なりも認められた。一次判定結果が「要支援」以上であった群は、「非該当」であった群との比較において、障害程度区分、GAF、IADL、ケア必要度等他の指標の多くにおいて、重度またはケアの必要性が有意に高かった。「非該当」、「要支援」、「要介護1」の3群間の要介護認定調査結果では、認定調査項目のう

ち、第2群（移動）、第3群（複雑な動作等）、第5群（身の回りの世話等）、第6群（コミュニケーション関連）、第7群（問題行動等）において、要介護状態区分が高いものほど該当する認定調査項目が多くなる傾向が認められた。

D. 考察

現在、客観的な指標に基づき介護の必要度を判定するものとして、我が国で制度的に用いられているものは、介護保険における要介護認定調査しか存在しない。現行の要介護認定基準は、高齢者の加齢による介護ニーズに対し、身体介護等の介護サービスの必要度を予測する指標として開発されたものであるが、今回の調査において、身体障害者及び知的障害者の身体介護を中心とした介護サービスの必要度を測定する上でも有効であることが認められた。一方、精神障害者については、「非該当」と判定された群と「要支援以上」と判定された群の2群間の比較では、GAF等他の指標の大半において、「要支援以上」の群が「非該当」の群と比べて重度またはケアの必要性が高いという有意差が認められ、要介護認定調査が精神障害者においても身体介護等の介護サービスの必要度を反映していることが示唆された。精神障害者について、今回のデータでは、要介護認定の一次判定結果と、介護支援専門員が判断した要介護度、障害程度区分、GAF、BPRS等他の指標との高い相関は得られなかったが、これは、①調査対象者の半数について「要支援」又は「要

介護1」が大半であり、残りの半数も「非該当」という結果であったこと、②介護支援専門員の判断する要介護状態区分が比較的低いレベルに分布していること、③障害程度区分（日常生活支援項目）の点数も低いレベルに分布していること、から統計的な相関が高くは得られなかったと考えられる。なお、精神障害者が実際に利用しているサービスは、その大半が、グランドデザインでいうところの「訓練等給付」に相当する授産施設等のサービスであり、「介護給付」に相当するサービスとは異なっているが、これは、精神障害者では身体障害者や知的障害者と比べて身体介護等の支援を必要とする者が、相対的に少ないという実態を反映しているものと考えられた。

E. 結論

現行要介護認定基準は、身体介護等の介護サービス、グランドデザインで言うところの「介護給付」に相当するサービスの必要度を測定する上では、障害者においても有効と考えられた。ただし、障害者に対する支援においては、自立を目的とした機能訓練や生活訓練、就労支援等も重要であり、これらの支援の必要度の判定には、「介護給付」に相当するサービスの判定に用いられるロジックとは別のロジックが必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1 論文発表

- 1) 三浦久幸・遠藤英俊、痴呆症の早期診断と対策、日本醫事新報、4173:1-9,2004.4.17
- 2) 遠藤英俊、特集：高齢者の多臓器不全、Geriatric Medicine、42(4):409-410,2004.4
- 3) 遠藤英俊・井口昭久、高齢者の多臓器不全の考え方と対応、Geriatric Medicine 42(4):411-413,2004.4
- 4) 遠藤英俊・梅垣宏行・数井裕光、入院・入所による治療・療養－痴呆症に対するクリティカルパス－、日本臨床、62(4):312-316,2004.4
- 5) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介、周辺症状への対応、治療、86(5):131-134,2004.5
- 6) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭久・野村秀樹、高齢者在宅感染対策、化学療法の領域、20(S-1):32-35,2004
- 7) 遠藤英俊、これからの高齢者医療に求められるもの、治療学、38:145,2004.7
- 8) 遠藤英俊、介護保険制度の問題点と見直しへの提言、精神神経学雑誌、106(1):73-77,2004.1
- 9) 遠藤英俊、高齢者の包括医療、日本老年医学会雑誌、41:375-377,2004.4
- 10) 遠藤英俊、高齢者のナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)、Geriatric Medicine、42(4):487-493,2004
- 11) 遠藤英俊、痴呆ケアに必要な医療情報、痴呆介護、5(1):107-112,2004
- 12) 遠藤英俊、初診外来どこまでみるか、専門外来への紹介の岐路、Geriatric Medicine、42(2):159-162,2004
- 13) 遠藤英俊、高齢者医療の新しい展開、治療学、38(7):105-115,2004
- 14) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介・数井裕光、

アルツハイマー病の管理と治療・包括管理・診療、最新医学・別冊 129-136,2004.8

- 15) 寺本信嗣・松林公蔵・林登志雄・三浦久幸・遠藤英俊、高齢者の多臓器不全をめぐって、Geriatric Medicine、42(4):507-520,2004
- 16) 遠藤英俊、痴呆性高齢者の介護予防とリハビリテーション、痴呆介護、5(3):95-98,2004
- 17) 大西丈二、梅垣宏行、遠藤英俊、井口昭久グループホームにおける痴呆の行動心理学的症候 (BPSD) の頻度と対応の困難さ。老年精神医学雑誌. 15(1): 59-66 2004

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 分担研究報告

分担研究報告書

新しい要介護認定方法開発のための基礎的研究

主任研究者 遠藤 英俊 国立長寿医療センター包括診療部

研究要旨 今後の介護保険の改正も踏えて、要介護認定の見直しは今後も重要な課題である。そこで必要となる資源の開発、検証はかせない作業である。本研究ではそのための基礎的データを収集する目的で研究を行った。まず医療・介護の専門家による現状のケアの見直しと整理に関する検討を行い、そこから新しいケアコードの開発を行った。その結果これまでよりも多くのケア項目の追加を行い、今後の調査・研究事業の基礎となる成果を得た。

A. 研究目的

現行の要介護認定システムを踏まえ、要介護認定基準を障害者にあてはめた場合にどのような課題があるのか、データを収集し、分析した。最初に愛知県内の施設において障害者に必要なケアコードに関する調査、研究を行い、障害者のケアコードの内容の検討を行った。その結果、高齢者のケアコードに比べ、社会参加への就業支援など障害者にとり必要なケアコードの導入をはかった。今後のタイムスタディに利用できる可能性がある。

B. 研究方法

本研究は知的障害者施設・精神病院に勤務する作業療法士、精神保健福祉士により必要なケアコードを可能な限り抽出し、そのケアコードを大項目、中項目に分類し、一覧表にまとめた。その後今後のタイムスタディに利用するためにデジタル化し、今後の研究に応用可能な状態にした。また本研究にあたり、ドイツにおける障害者を含む

要介護認定の現状を調査し、日独の比較検討も行った。

（倫理面への配慮）

本研究は新しい要介護認定のためのケアコードの開発を行い、人を直接対象としていない。

C. 研究結果

研究結果として、開発段階ではあるが、別表のごとく、年齢に関わらず、障害者をふくむ介護一般を対象にしたケアコードの開発を行った。

D. 考察

今後はこのケアコードを用いて具体的に医療・介護の現場で調査を行い、今後の新しい要介護認定の開発の基礎となる研究を行うことが必要である。

E. 結論

基礎的なデータとして障害者のケア項目を整理、分類し、障害者ケアをふくむ新しいケアコードの開発を行った。

F. 健康危機情報

本研究は今年度、ケアコードの開発に関する研究を行い、すなわち人を対象とせず、個人情報を扱わなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

1 論文・総説発表

- 1) 三浦久幸・遠藤英俊、痴呆症の早期診断と対策、日本醫事新報、4173:1-9,2004.4.17
- 2) 遠藤英俊・井口昭久、高齢者の多臓器不全の考え方と対応、Geriatric Medicine 42(4):411-413,2004.4
- 3) 遠藤英俊・梅垣宏行・数井裕光、入院・入所による治療・療養－痴呆症に対するクリティカルパス－、日本臨牀、62(4):312-316,2004.4
- 4) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介、周辺症状への対応、治療、86(5):131-134,2004.5
- 5) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭久・野村秀樹、高齢者在宅感染対策、化学療法領域、20(S-1):32-35,2004
- 6) 遠藤英俊、これからの高齢者医療に求められるもの、治療学、38:145,2004.7
- 7) 遠藤英俊、介護保険制度の問題点と見直しへの提言、精神神経学雑誌、106(1):73-77,2004.1
- 8) 遠藤英俊、高齢者の包括医療、日本老年医学会雑誌、41:375-377,2004.4
- 9) 遠藤英俊、高齢者のナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)、Geriatric Medicine、42(4):487-493,2004
- 10) 遠藤英俊、痴呆ケアに必要な医療情報、痴呆介護、5(1):107-112,2004
- 11) 遠藤英俊、初診外来どこまでみるか、専門外来への紹介の岐路、Geriatric Medicine、42(2):159-162,2004
- 12) 遠藤英俊、高齢者医療の新しい展開、治療学、38(7):105-115,2004
- 13) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介・数井裕光、アルツハイマー病の管理と治療・包

括管理・診療、最新医学・別冊

129-136,2004.8

- 14) 寺本信嗣・松林公蔵・林登志雄・三浦久幸・遠藤英俊、高齢者の多臓器不全をめぐって、Geriatric Medicine、42(4):507-520,2004
- 15) 遠藤英俊、痴呆性高齢者の介護予防とリハビリテーション、痴呆介護、5(3):95-98,2004

2. 学会発表

- 1) 高齢者虐待、高齢者虐待防止学会
- 2) 痴呆ケア学会

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む）

表1. 障害者のためのケアコード一覧

表1. ケアコード	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	コード
1	清潔・整容 更衣	1	清拭 (入浴時・排泄時を除く)	1	準備	111
				2	誘いかけ・拒否時の説明	112
				3	介助	113
				4	見守り	114
				5	後始末	115
		2	洗髪 (入浴時を除く)	1	準備	121
				2	誘いかけ・拒否時の説明	122
				3	介助	123
				4	見守り	124
				5	後始末	125
		3	洗面・手洗い (入浴時を除く)	1	準備	131
				2	誘いかけ・拒否時の説明	132
				3	介助	133
				4	見守り	134
				5	後始末	135
		4	口腔ケア (義歯を含む)	1	準備	141
				2	誘いかけ・拒否時の説明	142
				3	介助	143
				4	見守り	144
				5	後始末	145
		5	整容	1	準備	151
				2	誘いかけ・拒否時の説明	152
				3	介助	153
				4	見守り	154
				5	後始末	155
		6	更衣	1	準備	161
				2	誘いかけ・拒否時の説明	162
				3	介助	163
				4	見守り	164
				5	後始末	165
		9	その他	9	その他	199
				1	準備	211

2	入浴	1	入浴 (洗身・洗髪・洗面を含む)	2	誘いかけ・拒否時の説明 (浴室内の移動・移乗・体位変換を除く)	212
				3	介助(浴室内の移動・移乗・体位変換を除く)	213
				4	見守り(浴室内の移動・移乗・体位変換を除く)	214
				5	後始末	215
		2	浴室内の移動・移乗・体位変換(浴槽への出入りを含む)	2	誘いかけ・拒否時の説明	222
				3	介助	223
				4	見守り	224
		9	その他	9	その他	299
		3	排泄	1	排泄	1
2	誘いかけ・拒否時の説明(移乗・体位変換を除く)					312
3	介助(移乗・体位変換を除く)					313
4	見守り(移乗・体位変換を除く)					314
5	後始末					315
2	排泄時の移乗・体位変換			2	誘いかけ・拒否時の説明	322
				3	介助	323
				4	見守り	324
9	その他			9	その他	399
4	食事	1	食事	1	準備	411
				2	誘いかけ・拒否時の説明	412
				3	介助(水分摂取を除く)	413
				4	見守り	414
				5	後始末	415
				6	水分摂取介助	416
		9	その他	9	その他	499
5	移動・	1	移動 (浴室内の移動)	1	準備	511
				2	誘いかけ・拒否時の説明	512
				3	介助	513

	移乗・ 体位変換		時を除く)	4	見守り	514
				5	後始末	515
				1	準備	521
		2	移乗 (浴室内の移乗時 排泄時の移乗時 を除く)	2	誘いかけ・拒否時の説明	522
				3	介助	523
				4	見守り	524
				5	後始末	525
				1	準備	531
		3	体位変換 (浴室内の体位変 換時 排泄時の体位変 換時を除く)	2	誘いかけ・拒否時の説明	532
				3	介助	533
				4	見守り	534
				5	後始末	535
				9	その他	599

3桁	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	コード
6	機能訓練 (居室での 機能訓練を 含む)	1	理学療法的訓練	1	準備	611
				2	誘いかけ・拒否時の説明	612
				3	実施・評価・デモンストレー ション	613
				4	見守り	614
				5	後始末	615
		2	作業療法的訓練	1	準備	621
				2	誘いかけ・拒否時の説明	622
				3	実施・評価・デモンストレー ション	623
				4	見守り	624
				5	後始末	625
		3	言語療法的訓練	1	準備	631
				2	誘いかけ・拒否時の説明	632
				3	実施・評価・デモンストレー	633

				シヨン			
			4	見守り	634		
			5	後始末	635		
		4	1	準備	641		
			2	誘いかけ・拒否時の説明	642		
			3	実施・評価・デモンストレー シヨン	643		
			4	見守り	644		
			5	後始末	645		
		5	1	準備	651		
			2	誘いかけ・拒否時の説明	652		
			3	実施・評価・デモンストレー シヨン	653		
			4	見守り	654		
			5	後始末	655		
		6	1	準備	661		
			2	誘いかけ・拒否時の説明	662		
			3	実施・評価・デモンストレー シヨン	663		
			4	見守り	664		
			5	後始末	665		
		9	9	その他	699		
7	問題行動	1	問題行動発生時 の対応	1	準備	711	
				2	誘いかけ・拒否時の説明	712	
				3	対応	713	
				4	見守り	714	
				5	後始末	715	
		2	問題行動の予防 的対応	1	準備	721	
				2	誘いかけ・拒否時の説明	722	
				3	対応	723	
				4	見守り	724	
				5	後始末	725	
					1	準備	731

8	医療・看護	3	問題行動の予防的訓練	2	誘いかけ・拒否時の説明	732		
				3	対応	733		
				4	見守り	734		
				5	後始末	735		
				9	その他	799		
		1	(経口薬・坐薬 注射・自己注射 輸液・輸血など)	1	準備	811		
				2	誘いかけ・拒否時の説明	812		
				3	実施	813		
				4	観察(内服、自己注射施行時など)	814		
				5	後始末	815		
				2	呼吸器・循環器・消化器 泌尿器にかかる処置 (吸引・吸入・排痰 経口・経管栄養 摘便・洗腸など)	1	準備	821
						2	誘いかけ・拒否時の説明	822
						3	実施	823
						4	観察	824
						5	後始末	825
				3	運動器・皮膚・眼・耳鼻咽喉 歯科及び手術にかかる処置 (牽引・固定 温・冷電法など)	1	準備	831
						2	誘いかけ・拒否時の説明	832
						3	実施	833
						4	観察	834
						5	後始末	835
				4	観察・測定・検査	1	準備	841
2	誘いかけ・拒否時の説明					842		
3	実施					843		
5	後始末					845		

		5	指導・助言	1	準備	851
				2	誘いかけ・拒否時の説明	852
				3	実施	853
				5	後始末	855

3桁	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	コード
8	医療・看護	6	診察介助	1	準備	861
				2	誘いかけ・拒否時の説明	862
				3	実施	863
				5	後始末	865
		7	感染予防	3	実施（消毒液などを用いる手洗いなど）	873
		8	巡視	3	実施	883
		9	その他	9	その他	899
9	その他の業務	1	その他の日常生活 (起床・就寝、集う テレビを見る 読書をする たばこを吸うなど)	1	準備	911
				2	誘いかけ・拒否時の説明	912
				3	介助	913
				4	見守り	914
				5	後始末	915
		2	行事・クラブ活動	1	準備	921
				2	誘いかけ・拒否時の説明	922
				3	実施・評価	923
				4	見守り	924
				5	後始末	925
		3	コミュニケーション	1	挨拶・日常会話	931
				2	心理的支援・訴えの把握	932
				3	その他のコミュニケーション	933

		4	伝達	934
4	入所（院）者物品管理	1	入所（院）者物品管理（物品購入を含む）	941
5	情報収集・生活指導	1	情報収集	951
		2	生活指導	952
6	環境整備	1	寝具・リネン整備	961
		2	ベッド周囲環境整備・掃除	962
		3	入所（院）者の病棟等環境整備・掃除（職員に関する場所を除く）	963
		4	洗濯	964
7	記録・調整 （職員に関することを除く）	1	記録（看護・介護記録記入など）	971
		2	施設内調整業務（申し送りなど）	972
		3	施設外を含む調整業務	973
8	職員に関すること	1	移動	981
		2	手洗い（消毒液などを用いないもの）	982
		3	待機（仮眠）	983
		4	職員に関する記録・調整	984
		5	休憩	985
		6	職員に関する環境整備・掃除（入所（院）者に関する場所を除く）	986
		7	その他職員に関すること	987
9	その他	9	その他	999

精神及び知的障害者の介護ニーズの評価手法の開発に関する研究

分担研究者 安西信雄 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部長
研究協力者 西村秋生、山内慶太、三村将、佐藤久夫、天笠崇、湯汲英史、宮本有紀、
荒田寛、瀬戸屋雄太郎、小高真美、榎野葉月、中西三春

研究要旨

現行の要介護認定一次判定の手法を用いて精神障害者および知的障害者の介護ニーズを評価できるか、評価方法の修正や追加が必要かを検討するため本研究を実施した。対象は何らかの福祉的サービスを受けている者で、精神障害者493人、知的障害者366人であった。これらの対象につき、現行要介護認定に準じた認定調査員評価および主治医意見書記入を実施し、追加調査として認定調査員、医師、ケア担当者および施設管理者による評価を実施した。

その結果、知的障害については要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目）、GAF、HoNOS、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関が認められた。一方、精神障害については要介護認定一次判定とGAF、BPRS、介護支援専門員から見た要介護度との相関は低かった。精神障害者を一次判定による非該当と要支援、要介護1、要介護2の4群に分け、GAFやIADL、ケアニーズ評価等の分布の中央値と第1四分位値および第2四分位値等を比較したところ、一次判定評価が重いほど各評価の中央値は重い順になっていたが、各一次判定評価内でのばらつきが大きく、一次判定間の重複も大きかった。また、精神障害者を一次判定による非該当と要支援、要介護1以上の3群に分け、要介護認定項目群について検討したところ、第5群「身の回りの世話等」、第7群「問題行動等」などで要介護群が他の群より有意に高く評価されていた。

以上により、本研究の対象者については、現行要介護認定基準は身体介護等介護ニーズの一部を反映していると考えられた。しかしながら、知的・精神障害それぞれにおいて、現行要介護認定で評価される要因以外の関与も考えられ、今後介護ニーズをより適切に評価する、タイムスタディ等客観的な方法の開発が必要であると考えられた。

A. 研究目的

2000年から介護制度が発足し高齢者や特定の疾患を有する患者を対象として要介護認定が運用されてきたが、これらの対象者が主として身体的介護のニーズを有するのに対して、精神障害および知的障害については身体的介護以外の介護ニーズが高いという指摘がある。そこで、これらの障害に対応した介護ニーズの評価方法開発のため、平成15年度厚生労働科学研究費補助金厚生労働特別研究事業「精神障害を有する者にかかるケアニーズの適切な評価に関する基礎的調査研究(H15-特別-013)」(主任：安西)において平成15年10月から研究が取り組み、精神および知的障害を有する人々の介護ニーズに関連した国内外の代表的な評価尺度を収集し、これらの対象者が有する身体的以外の介護ニーズも含む評価項目(以下、「追加項目」

と称する)が準備された。

本研究は何らかの福祉的ケアを受けている精神障害者および知的障害者を対象に、現行の要介護認定項目とともに、上記の追加項目も用いた評価を行い、これらの対象者に対して、

- 1) 現行の要介護認定一次判定の手法を用いて精神障害および知的障害者の介護ニーズを評価できるか
- 2) 評価方法の修正や追加が必要かを明らかにすることを目的に実施した。

B. 研究方法

1. 対象

精神障害(高次機能障害を含む)および知的障害(自閉症を含む)を持ち、介護ニーズのある人たちで、文書により同意が得られた人。援護寮、福祉ホーム、グループホーム等の居住施

設、および、就労支援等に関する通所・入所施設、および精神科療養病棟（精神障害）、重症心身障害児施設（知的障害）を評価の場とした。

精神障害および知的障害について、実際の障害者数を考慮して施設類型別に目標数を設けて対象者数の目標を設定した。

調査対象者は知的障害366人、精神障害493人、合計859人であった。施設類型別対象者数を表1に、診断別対象者数を表2に示した。

1) 施設類型別対象者数

施設類型別の対象者数を表1に示した。対象者は下記のように各種の入所系施設および通所系施設のサービスを受けている者であった。高次脳機能障害のリハビリテーション施設の44人も調査対象とした。

表1. 対象者の所属施設

	施設の種類の種類	N	%	
知的障害	入所更生施設	151	41.3	
	通所更生施設	40	10.9	
	通所授産施設	79	21.6	
	重症心身障害児施設	50	13.7	
	入所授産施設	16	4.4	
	通勤寮	30	8.2	
	知的障害 計	366	100.0	
精神障害	生活訓練施設	101	20.5	
	通所授産施設	107	21.7	
	グループホーム	31	6.3	
	福祉ホームB	11	2.2	
	福祉ホームA	12	2.4	
	地域生活支援センター	19	3.9	
	就労支援センター	10	2.0	
	精神科療養病棟	158	32.0	
	高次脳機能障害	44	8.9	
	精神障害 計	493	100.0	
			0	

2) 診断別対象者数

施設類型別診断別の対象者数を表2に示した。診断は医師調査票に書かれた主診断を用

いた。知的障害ではF7(精神遅滞)が226人(知的障害の62%)で、F8(心理的発達障害)が51人(同14%)であった。精神障害ではF2(統合失調症)が241人(精神障害の49%)で、F3(気分障害)、F0(器質性精神障害)がそれについていた。

2. 評価方法

下記の評価を実施した（使用した調査票と評価尺度は資料を参照）。

1) 本人調査票「ケアニーズに関するアンケート調査」の記入

厚生労働省・日本精神科病院協会が実施した社会復帰サービスニーズ調査で使用されたものから一部を抜粋し、QOL等の評価を加えた。

2) 医師による「医師調査票」と「追加調査」の記入

医師調査票：要介護認定で用いられている主治医意見書に同様に記入（一部項目を省略）

追加調査

①行動の計画および遂行に関する能力評価（3項目）

②GAF(機能の全般的評定)

③ADL(日常生活動作)とIADL(手段的日常生活動作)

④BPRS(簡易精神症状評価表)Oxford版と病識評価(精神障害のみ)

3) 認定調査員による「認定調査票」と「追加項目」の記入

①認定調査票：通常の認定調査と同様に実施して記入（一部項目を省略）

②追加項目

追加-1 行動の評価(追加12項目)

追加-2 上記以外(自由記述)

追加-3 各調査項目に対する意見

追加-4 介護支援専門員から見た要介護度

4) 日常のケア担当者による評価

①今回の施設利用の開始年月日

②対象者が利用している入所サービス名と頻度、費用

③対象者が利用している通所サービス名と頻度

④今までに受けている各種の障害等級・認定等

⑤知能評価(記録がある場合)

⑥強度行動障害者特別支援加算の評価を実施している場合、その点数

⑦実施しているケアの「直接的なケア」と「見守り」の時間%の記入

- ⑧障害程度区分のチェック項目の記入
 ⑨ケア必要度(対人ケアサービスのニーズ)評価(精神障害者ケアガイドライン検討委員会版(精神障害者のみ))

⑩HoNOS-LD(Health of the Nation Outcome Scale-LD)包括アウトカム尺度知的障害版

表2 施設類型別 診断別対象者数

	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	F8	その他
知的障害									
入所更生施設	5						89	48	9
通所更生施設	2						36	2	
通所授産施設							61	1	17
重症心身障害児施設	20					5	10		15
入所授産施設									16
通所寮							30		
知的障害 合計	27	0	0	0	0	5	226	51	57
精神障害									
生活訓練施設	1	1	44	6	3	1	2		43
通所授産施設	1	1	41	1	1				62
グループホーム	1		7	1			1		21
福祉ホームB			8	1					2
福祉ホームA			11						1
地域生活支援センター			8	1					10
就労支援センター	1		6	2					1
精神科療養	8	2	116	5	1	1	6		19
高次脳機能障害									44
精神障害 合計	12	4	241	17	5	2	9	0	203
総合計	39	4	241	17	5	7	235	51	260

注 (ICD-10の符号が表す診断名)

- F0 症状性を含む器質性精神障害
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害
- F2 統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害
- F3 気分(感情)障害
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
- F6 成人の人格および行動の障害
- F7 精神遅滞
- F8 心理的発達の障害
- その他

5) 施設基本調査票

- ①施設の種別、職員数等の基本的な事項
- ②調査対象者のケアにかかる時間の評価

3. 認定調査員評価の信頼性を高めるための説明会の実施

本研究の調査を実施した認定調査員は高齢者

の認定調査の熟練者であるが、知的障害および精神障害については経験が乏しい可能性があったため、2004年6月にこれらの障害者の面接方法についての説明会を実施した。説明会に参加できなかった認定調査員には説明会のビデオを閲覧後に調査を実施するよう求めた。