

0%)を占め、6点以上では、34点に10人(3.4%)のピークと、6点から10点に8人(2.7%)から6人(2.1%)の二つのピークが見られ、要介護度の点では、やはり、要介護1、要支援、要介護2の生活関連合計得点5点以下の低得点域に多く、密接な関係がある(表4)。

5. 社会参加支援合計得点からの要介護度
次いで、同様に社会参加支援合計得点と介護度を比べると、社会参加合計得点11点、12人(4.1%)、10点、10人(3.4%)、9点、16人(5.5%)、8点、14人(4.8%)、7点、16人(5.5%)、6点、15人(5.2%)、5点、17人(5.8%)、4点、18人(6.2%)、3点、10人(3.4%)、2点、12人(4.1%)、1点、20人(6.9%)、0点、18人(6.2%)と、11点以下に合計、178人(61.2%)を占め、12点以上では、12点の6人(2.1%)から22点の8人(2.7%)にピークと、32点、4人(1.4%)から34点、7人(2.4%)の二つの群に分けられるが、要介護度の点では、生活動作支援と同様に、要介護1、要支援、要介護2の大半が、やはり生活関連合計得点45点以上の高得点域に多く、社会参加関連得点の合計得点も要介護に、ある程度は関連している(表5)。

6. 障害程度区分(点数区分)からの要介護度

障害程度区分(点数区分)が生活動作支援と社会参加支援の合計得点で決定されることから、その障害程度区分(合計得点)と要介護度を比べると、障害程度区分Aは、要介護5、17人(23.9%)、次いで要介護2、15人(21.1%)、要介護1、14人(19.7%)、要介護4、10人(14.1%)、要支援、6人(8.5%)、要介護3、4人(5.6%)で、

要介護5が最も多い。障害程度区分Bは、要介護1、25人(30.1%)、次いで、要支援、16人(19.3%)、要介護4、11人(13.3%)、要介護2、要介護3、要介護5が、それぞれ8人(9.6%)であり、障害程度区分Aに比べて、その要介護度は1から2ランク低くなっている。障害程度区分Cは、要介護1、70人(52.6%)、要支援25人、(18.8%)、自立、20人(15.0%)と、要介護度は、更に低くなり、自立と介護度1が最も多くなり、障害程度区分(点数区分)と要介護度は、かなり密接に関係している(表6)。

7. 介護支援専門員の考える要介護度

介護支援専門員が、当該障害者と直接に面接し、聴き取り調査を行った後、その知識と現場経験から、主観的に判断した要介護度と要介護認定調査表から介護認定ソフトで得た要介護度を比べて見ると、一致するのは、自立、11人、要支援17人、要介護1、19人、要介護2、9人、要介護3、3人、要介護4、7人、要介護5、15人であり、一致の割合は、本項目の回答人数184人のうち81人(44.0%)で、それぞれの要介護度(一次判定)では、自立73.3%、要支援43.6%、要介護1、30.6%、要介護2、37.5%人、要介護3、60%、要介護4、43.8%、要介護5、88.2%であり、やや、要介護1を要支援と介護支援専門員が考える割合が、38.7%と高いのを除くと、その他は全て介護支援専門員の考える要介護度は、聴き取り調査で介護ソフトで得られた要介護度に一致する割合が最も高く、この介護支援専門員の考える要介護度が実際の要介護度と相関性、信頼性が高い(表7)。

8. 申請障害程度区分と調査結果(身障福祉司)・障害程度区分の関係

昨年の調査研究では、施設職員が調査表記入を基にして、障害程度区分得点表に従い、その合計得点から障害程度区分を求め、市町村申請障害程度区分と、かなりの相違が見られ、申請障害程度区分が重度に判定されているのが多いことを明らかにした。今回は、身体障害の専門家である、身体障害者更生相談所の身体障害者福祉司が、直接面接し、聴き取り調査を行うことよって、その正確性、正当性が高まるかどうかを調べて見た。その結果、申請障害程度区分と身障福祉司の聴き取り調査・障害程度区分は、障害程度区分Aでは、申請と一致したのが、51人（50.5%）であり、Aと申請したが、Bであるものが34人（33.7%）、Cであるものが16人（15.8%）、障害程度区分Bでは、申請Bと一致が32人（27.4%）、Bと申請したが、Aであるものが15人（12.8%）、Cであるものが70人（59.8%）、障害程度区分Cでは、申請Cと、一致が47人（70.1%）、Cと申請しているが、Aであるものが3人（4.5%）、Bであるものが、17人（25.4%）という結果であり、申請と専門家による聴き取り調査障害程度区分が一致しているのは、合計、130人（45.6%）であり、一致しないのは、155人（54.3%）であり、申請障害程度区分は、その正確性において、やはり問題のあることが改めて確認された。特に問題なのは、障害程度区分が実際より重く申請されている場合であり、特に、障害程度区分Aに申請されているが、実際はより軽い区分Bが、34人（33.7%）、区分C、16人（15.8%）、区分Bに申請されているが、実際は区分Cであるものが、最も多く、70人（59.8%）である。その人数は120人で不一致の77.4%を占めていることであり、いわば、不一致の3/4は、重く区分されており、申

請障害程度区分の正確性をどう高めてゆくか大きな問題である（表8）。

9. 通所施設での在宅サービスの利用

在宅の障害者が、どのような福祉サービスを受けているかを、通所授産施設の13人で調査した。その結果、調査全ての障害者13人（100%）が、在宅サービスでは、通所授産施設サービスのみを、週5日受けており、他のホームヘルプサービス（身体介護、家事援助、移動介護、日常生活支援）、デイサービス、短期入所や介護保険によるサービスは、全く受けていなかった。

10. 施設ケア職員の考える施設での総体的な手のかかり度

介護支援専門員の考える要介護度と同様な意味で、要介護度の一つの客観的指標として、その施設内で施設職員の感じた、相対的ケア、時間の手のかかり度を1から5に分類してもらった。その結果、分類1、60人、分類2、58人、分類3、59人、分類4、58人、分類5、56人と分類されたが、その手のかかり度5、4、3、2が、要介護5、4、3、2に手のかかり度1が、要介護1、要支援、あるいは自立と見て、要介護度との一致する割合を比較すると、調査人員291人中、57人（19.6%）であり、個別施設種別では、療護が、35.8%と一致の割合が高く、次いで通所授産、23.0%、更生施設、14.4%、入所授産、11.8%、視覚、重複とも、10%であり、その相関性が、介護支援専門員の判断する要介護度の一致率の44.0%と比較すると、低かった（表10）。その、理由は、障害程度区分は、B、Cであっても、介護度は、ほとんどなく、すなわち、生活動作支援の必要はほとんどなく、要介護度判定には、含まれない社会参加支援の必要性が高いこと、及び、その施設での総体的な手のかかり度であり、身障施設で、例えば、療護施設と他身

障施設とは、介護度を同じレベルでは比較出来ないことに関係していると思われ、要介護度を認定する、介護支援専門員の判断の結果の要介護度の関連性の高さと対称的な結果である。

1 1. 調査結果の統計学的処理

認定ソフトによる要介護認定（一次判定）が、どの程度有意差を持って、障害程度区分、介護支援専門員の考える要介護度と関係しているかを明らかにするため、統計学的処理を行って見た。その結果、相関係数で、生活関連支援合計 0.837、介護支援専門員から見た要介護度 0.825 という高い相関性を示したが、社会参加支援合計では、0.541 と、相関性は生活関連支援合計と比較して低かった。同様に、生活関連支援合計と介護支援専門員から見た要介護度も、0.853 と高い相関性を示し、社会参加支援合計と生活関連支援合計、介護支援専門員から見た要介護度は相関係数が、それぞれ、0.786、0.713 と、やや相関性は、低くなる。しかし、障害程度区分の要介護度との統合という観点から、最も相関性の高いのは、障害程度区分の生活関連支援合計であり、それは、介護支援専門員から見た要介護度でも裏付けられたことが、統計学的に明らかである（図2）。更に、他の介護支援専門員から見た要介護度を目的変数とした重回帰分析を行ったところ、認定ソフトによる一次判定と生活関連支援合計の2項目を説明変数とした場合のR²値は0.77と高く、これに社会参加支援合計を変数に加えても0.79とほとんど変化がなかった。やはり、生活関連支援合計及び認定ソフトによる要介護認定（一次判定）は、介護支援専門員の見た要介護度と相関性の高いことが示された。

D. 考案

昨年の、身体障害者施設における障害程度区分、要介護度調査では、統計的処理を

行っていないが、身体障害者施設においては、療護施設では障害程度区分Aと要介護度4、5が多く、他障害者施設では、障害程度区分がA、B、Cと区分されても、要介護度は自立、要支援、要介護1の軽い要介護度が多く、高齢者施設におけるほど要介護度との平行関係は見られず、その差は、社会参加支援項目での支援程度、項目数の相違によって生じていることを明らかにした。今回の調査では要介護認定（一次）は、身体障害者に、そのまま適応できるかは、障害程度区分の認定を受け、何らかの福祉サービスを受けている身体障害者の約92%が、要介護認定で要介護の対象者と認定されることが分かった。前回は知的障害者の調査も同時に行ったが、今回は、調査の精度を高めるため、知的及び精神障害者は、他分担研究者（安西班）が調査研究を行い、我々は身体障害者に限り、この調査と、その結果の統計学的な処理を行い、要介護認定は障害程度区分の生活関連支援項目合計、介護認定専門員から見た要介護度において、それぞれ、相関係数 0.837、0.825 という高い相関性を示したが、障害程度区分の社会参加支援項目合計とは、相関係数 0.541 と低い相関性を示した。これら要介護度と障害程度区分との高い相関性は、前回は社会参加支援項目に分類されていた4項目が、その支援内容から、生活関連支援に移行したことから当然の結果であり、また、障害程度区分の生活関連支援項目は、前回の調査でも述べたように、要介護認定と内容的に、共通したものが20項目中15項目含まれていることから当然の結果であると考えられる。しかし、障害者の支援では、自立を目的として機能訓練、生活訓練、就労支援等が重要であり、この調査で、調査数は少ないが、在宅障害者の障害程度区分が、全て区分Cであり、全ての対象者が、通所授産サービス受けていた

が、要介護度が低いのは、通所サービスが、社会生活支援に位置付けられているためであり、これらの社会生活支援は、介護サービスと、その必要性を判定するロジックが異なるためと考えられ、要介護認定と異なる判定法、例えば、障害程度区分の社会参加支援のような、別の方法で行うことが必要である。障害程度区分の生活動作支援を要介護認定に統合するためには、今後タイムスタディを行い、介護サービス以外の訓練、就労支援、社会参加支援等を加えた新しい認定法を考慮すべきである。その際、社会参加支援認定に関しては、身体障害者更生相談所の身体障害者福祉司が聴き取り調査した障害程度区分と申請障害程度区分（本来は市町村職員が行うべきものを、実際は施設職員に代わりに行っている場合が多い）と比べて、その正確性に優れていることから、要介護認定の要介護認定調査員と同じように、身体障害者福祉司が認定調査を行うことが必要である。

E. 結論

要介護認定は、身体障害者の障害程度区分、介護支援専門員の判断する要介護度とよく関連し、そのまま身体障害者の介護度を

測定する上でも有効であり、身体障害者の介護サービス、すなわち、グランドデザインの言うところの「介護給付」に相当するサービスの必要度を測定する上で有効であることが、統計学的にも証明された。ただし、身体障害者に対する支援においては、自立を目的とする機能訓練や生活訓練、就労支援等も重要であり、これら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た支援項目とは異なる、例えば、障害程度区分の社会参加支援項目のような別の方法が必要と考えられた。

F 9. 研究発表

1. 論文発表
特に無し
2. 学会発表
特に無し

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特に無し
2. 実用新案登録
特に無し
3. その他

新しい要介護認定方法開発のための基礎的研究

—特に高次機能障害を中心に—

主任研究者 遠藤英俊 国立長寿医療センター包括診療部
研究協力者 田原美智子 日本福祉大学高浜専門学校作業療法学科

研究要旨 介護保険の改正を踏えて、適正な要介護認定の運営は制度の要である。つまり要介護認定の見直しは今後も引き続き重要な課題である。そこで必要となる要介護度データの分析、検証はかかせない作業である。本研究ではそのための要介護度を定量化するための基礎的データを収集する目的で1分間タイムスタディの予備的研究を行った。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った。さらに本研究は分担研究者とも協力して共通の方法で、1分間タイムスタディの予備調査を行い、大規模調査のデザインを検証することを目的とした。その結果今後の調査・研究事業の課題を抽出し、今後に備えて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。つまり知的、身体、精神障害に対しても要介護の必要度を定量化するためには1分間タイムスタディの手法が必要であり。そこで予備調査として、愛知県内の在宅ならびに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うことを本研究の目的とした。

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、介護福祉士、介護支援専門員による調査を行った。対象者は在宅または施設入所者で同意を得たもので、地域においてホームヘルプ等の福祉サービスを利用している人を対象とした。タイムスタディを実施する上で1日3時間を原則として、2日間調査し、サービスを受けている時にタイムスタディを実施した。

調査の手順は分担研究者とほとんど同様の方法をとった。主な内容は以下の通りである。

- ① 対象者に、面接を通じて基本属性を尋

ねるとともに、タイムスタディ調査を行う日の候補をあげてもらった。

- ② タイムスタディの調査員との連絡調整を経て正式な調査日を決定した。なお今回、正確かつ客観的な記録を行うため、調査員として介護施設勤務者または愛知介護福祉会の理事等に依頼した。
- ③ 調査員によるタイムスタディ、および面接による対象者の心身の状況評価を実施した。
- ④ タイムスタディ終了後、対象者と調査員の双方にタイムスタディの実施方法について評価を依頼した。
- ⑤ また、対象者本人によるケアニーズの評価をあわせて行った。
- ⑥ さらに、対象者への主たるケア提供者に、タイムスタディの調査時間外の対象者に関連した業務を聴取した。

3. 調査内容

1) タイムスタディ

予め対象者の一週間の福祉的サービスの利用状況を把握し、利用するサービスが一種類の場合には一回三時間を上限として調査日を二回設けた。調査員は実際にサービスが行われている間、サービス提供者が対象者に直接提供するケアの内容を毎分00秒時に観察し調査票(資料2参照)に記録した。タイムスタディが終了した後、記録されたケアの内容をケアコードに基づいて分類した。

2) 基本情報調査票

対象者の年齢、性別、診断といった基本属性と、通常の一週間におけるサービス利用の状況を尋ねた。

3) タイムスタディの方法論の評価

大規模タイムスタディに向けて必要な調査方法の改善点について示唆を得るため、対象者と調査員にそれぞれタイムスタディ調査の実施方法の評価を依頼した。

4) 調査時間外業務

ケア提供者から、対象者のいないところでその人のために行われたケアについて聴き取り調査を実施した。

5) 心身の状況評価

新障害程度区分の試行事業(平成17年)で行われた認定調査では、従来の要介護認定の79項目に障害特性を考慮した27項目が追加されている。また介護予防事業でも従来の79項目に新たに3項目が追加された。そこで本研究では、精神障害および知的障害の特性の評価という観点からこれらの評価項目を総合的に検討し、従来の要介護認定79項目に以下の項目を変更もしくは追加した。

6-3 意思の伝達

6-4 指示・説明の理解

6-5 記憶・理解(イ、ウ、カ、ケ)

7 行動(ト〜レ)

7-ロ 作業課題の把握と自分で段取りをたてる能力

9-1 日中の生活

9-2 外出頻度

9-3 家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

10 家や地域における日常の活動レベルについて

6) ケアニーズ

厚生労働省・日本精神科病院協会が実施した「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」(大島ら, 2003)における外来患者調査票から一部を抜粋し、QOL等の評価を加えて用いた。

4. 調査員評価の信頼性を高めるための説明会の実施

在宅の障害者を対象とした他計式1分間タイムスタディは他に類をみない試みである。また、今回心身の状況評価においては、現行の要介護認定項目に加えて精神障害や知的障害の特性を考慮した新たな項目を用いる。したがって、調査の実施にあたり、タイムスタディの実施方法や精神障害者および知的、身体障害者の特性について調査員が熟知している必要があることから、研修会を平成17年12月に実施した。

説明会では、①調査の必要性と意義、②実施方法、③精神障害および身体・知

的障害の基礎知識と、調査に当たり留意すべき点の講義などを行い、認識を共有するとともに、質問を受け回答することで調査遂行に支障が出ないようにした。

(倫理面への配慮)

本研究は対象者をすべてコード化し、対象者を特定できない状態で、調査分析を行った。また調査全体は対象者の人権にも配慮して行った。

C. 研究結果

表1に対象者のサービス利用状況を示した。本研究は名古屋市リハビリテーションセンターの協力を得て、対象者24名のうち、10名の高次機能障害の対象者をいれていることである。また表2に調査員の自己評価結果を示した。表3には対象者の事後自己評価結果を示した。表4に1分間タイムスタディ予備調査における現状と課題についてまとめたものを示した。

高次機能障害の対象者の特徴は基礎調査の段階で、残存機能を質問した場合に本人からはできるという答えが得られるが、家族から実際にはできない場合もみられ、評価には慎重に行う必要があることが調査員の自由記載でみられた。

D. 考察

今後はこのケアコードをさらに現場において利用しやすいものに改訂し、具体的に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。また在宅サービスの利用者へのタイムスタディへの手法もさらに可能な形ですめる必要がある。今回課題となったのは調査上、日程調整の重要性、調査員の確保、調査方法の検討、対象者の特殊性を理解すること、ケア提供者が複数の場合があり、調査上整理が必要であること、対象者が調査中に外出するなど予想外の行動がみられること、

対象者が調査員の存在により日ごろとは別の行動様式をとる場合があることなどが示された。これらの課題は大規模スタディの際の課題として検討、修正していくことが必要である。

また高次機能障害など障害の特殊性があり、これらを調査時によく把握して調査を行う必要があることが判明した。

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。障害者における分間タイムスタディの実施可能性について検討し、多くの課題を抽出し、今後の検討に前向きな結果を得た。

F. 健康危機情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

1 論文・総説発表
研究発表

1. 論文発表

1) Onishi J, Suzuki U, Umegaki H, Endo H, Kawamura T, Imaizumi M, Iguchi A : Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. Int Psychogeriatr. :1-12,2006

2) Joji Onishi, Yusuke Suzuki, Hiroyuki Umegaki, Hidetoshi Endo, Takashi Kawamura, Akihisa Iguchi : A comparison of depressive mood of older adults in a community, nursing homes, and a geriatric hospital: factor analysis of geriatric depression scale. J Geriatr Psychiatry Neurol. 19(1):26-31,2006

3) Hideki Nomura, Hatsuyo Hayashi, Toshio Hayashi, Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura, Shosuke Satake and

Akihisa Iguchi : Bowel incontinence is related to improvement in basic activities of daily living in residents of long-term health care facilities for the elderly in Japan. *Geriatrics and Gerontology International* 5:48-52,2005

4) Joji Onishi, Yusuke Suzuki, Hiroyuki Umegaki, Akira Nakamura, Hidetoshi Endo, Akihisa Iguchi : Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD) and environment of care on caregivers'burden *Archives of Gerontology and Geriatrics* 41:159-168,2005

5) 三浦久幸、金山由美子、茂木七香、遠藤英俊：第1回プロジェクト研究論文 軽症認知症高齢者に対する音楽療法の効果と意義 ―生活自立度、認知機能、介護負担度、脳画像への影響について― *日本音楽療法学会誌* 5(1):48-57,2005

6) 岡村菊雄、鷲見幸彦、遠藤英俊、徳田治彦、志賀幸夫、三浦久幸、野尻佳克：「水分を多く摂取することで、脳梗塞や心筋梗塞を予防できるか？」システムティックレビュー *日本老年医学会雑誌* 42(5):557-563,2005.9

7) 有園陽子、三浦久幸、遠藤英俊、藤田千恵：高齢者に対するナラティブ・ベイスト・メディスンの実践―軽度認知機能障害(MCI)と診断された女性の事例を通して考える *臨床心理学* 5(6):827-837,2005.11

8) 遠藤英俊、三浦久之、佐竹昭介、小沢律恵、今井真理：高齢者への代替医療 *臨床看護* 31 : 302-304,2005

9) 渡辺智之、福田博美、宮尾克、水野裕、小長谷陽子、柴山漠人、志村ゆず、三浦久幸、遠藤英俊：痴呆性高齢者に対する音楽療法に関するシステムティックレビュー *愛知教育大学研究報告* 54 : 57-61,2005

10) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介：要介護認定と高齢者総合的機能評価 *Geriatric Medicine* 43(4):557-560,2005

11) 遠藤英俊：1.国立長寿医療センターにおける地域連携と老年医学への提言 *日本老年医学会雑誌* 42(3):291-293,2005

12) 遠藤英俊：認知症ケアの標準化をめざす「センター方式」って何ですか？ *エキスパートナース* 21(11):18-20,2005

13) 遠藤英俊、大島伸一：サクセスフルエイジング 看護のための最新医学講座「第二版」 17: 104-108,2005

14) 遠藤英俊：介護保険とアルツハイマー病 *日本医師会雑誌* 134(6): 1033-1036,2005

15) 栗山 勝、井形昭弘、佐々木健、月岡関夫、遠藤英俊：痴呆診療：診断と治療の進歩と問題点 *日本内科学会雑誌* 94(8): 113-132,2005

16) 遠藤英俊：介護保険の改正と認知症ケアの新しい潮流 *日本プライマリ・ケア学会誌* 28(3): 161-168,2005

17) 遠藤英俊：ここが変わる介護保険法―改正のポイント― *看護展望* 30(12): 50-55,2005

18) 遠藤英俊：介護保険制度の現状と展望 *クリニカルプラクティス* 24(11): 1124-1128,2005

19) 遠藤英俊：認知機能を保つ のばそう健康長寿 : 59-63,2005

20) 遠藤英俊：特集 ケアマネジメントの新潮流認知症のケアマネジメント *ケアマネジメント学* 4: 24-28,2005

21) 遠藤英俊：病院における高齢者虐待(病院の役割) *治療* 87: 3283-3289,2005

22) 三浦久幸、佐竹昭介、藤澤道子紙谷博子、遠藤英俊：高齢者糖尿病の管理のための総合的機能評価 *日本臨牀* 64: 106-111,2005

2. 学会発表

1)遠藤英俊：高齢者虐待防止のための地域システムの構築に関する調査研究 日本老年医学会 2005.6.16

2) 遠藤英俊：一般病院から見た老年病専門医の役割 日本老年医学会学術集会 2005.6.16

3) 遠藤英俊：介護保険法改正の流れ 市民公開シンポジウム 2005.6.17

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 調査対象者とサービス利用状況

調査対象者	月	火	水	木	金	土	日
NO01	9:00~16:00	9:00~16:00	9:00~16:00	9:00~16:00	9:00~16:00		
	授産施設	授産施設	授産施設	授産施設	授産施設		
NO02	9:50~13:50	9:50~16:00	9:50~13:50	9:50~16:00	9:50~16:00		
	作業所	作業所	作業所	作業所	作業所		
NO03		9:00~16:00	9:00~16:00	9:00~16:00	9:00~16:00	9:00~16:00	
		サービス	サービス	サービス	サービス	サービス	
NO04	9:50~16:00	9:50~16:00	9:50~16:00	9:50~16:00	9:50~16:00		
	作業所	作業所	作業所	作業所	作業所		
NO05	9:00~16:00			9:00~16:00			
	サービス			サービス			
NO06	9:50~16:00	9:50~16:00	9:50~16:00	9:50~16:00	9:50~16:00	グループホームは	17:00~8:30
	作業所	作業所	作業所	作業所	作業所	(月)夜~(金)朝迄	グループホーム
NO07	8:40~17:00	8:40~17:00	8:40~17:00		8:40~17:00		
	サービス	サービス	サービス		サービス		
NO08	10:00~16:00	10:00~16:00	9:00~10:30			10:00~16:00	
	作業所	作業所	受診/病院訓練	←名古屋リハ		作業所	
NO09		10:00~16:00		10:00~16:00	14:00~16:00		
		通所リハ		通所リハ	通所リハ		
NO10	10:00~16:00		10:00~16:00		10:00~16:00		
	作業所		さおり教室		作業所		
K001	17:30~18:30	11:00~14:00	11:00~14:00	11:00~14:00	17:30~18:30		
	在宅	施設	施設	施設	在宅		

K002	11:00~14:00	同左	同左	同左	同左		
K003	15:45~9:00	同左	同左	同左	同左		15:45~9:00 グループホーム
K004	11:00~14:00	同左	同左	同左	同左		
M001	10:00~15:00 作業所	10:00~15:00 作業所	10:00~15:00 作業所	10:00~15:00 作業所	10:00~15:00 作業所	10:00~15:00 作業所	
M002				10:30~16:30 送迎			
M003	24時間体制	午後調査不可	第1・3は調査不可	24時間体制	24時間体制	24時間体制	調査不可
M004				調査希望日 在宅			
Y001							
Y002							
T001	18:00~21:00 在宅				18:00~21:00 在宅	12:00~18:00 在宅	
T002							
MR001	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所		
MR002	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所	9:00~16:00 授産所	10:00~16:00 外出ガイドヘルプ	
B001							
R001							

表 2. 調査者の自己評価結果

事例	1.支障の有無	2.観察上の支障の有無	3.支障の内容	4.記述	5.記述の内容
	2	2	7	3	7
	2	2	2	2	2
	2	2	2	2	7
	2	1	6	1	6
	2	2	7	2	7
	2	2	7	2	7
	1	1	6	2	1
	3	2	1	2	1
	1	1	6	1	1
	3	2	3	2	2
	2	2	1	2	7
	2	2	5	2	5
	1	1	2	1	5
	2	2	1	2	7
	2	2	1	2	2
	1	1	6	1	6
	3	3	7	3	7
	3	3	1	3	5
	1	1	7	1	6

注)

設問 1, 2, 4 の内容

- 1 : 全く支障がなかった
- 2 : あまり支障がなかった
- 3 : ときどき支障があった
- 4 : とても支障があった

設問 3 の内容

- 1. サービスの対象者が調査者を意識していた
- 2. サービス提供者が調査者を意識していた
- 3. サービスの対象者のしばしば観察を断られた
- 4. サービス提供者にしばしば観察を断られた
- 5. 調査者の居場所の確保が困難であった
- 6. 困ったことはなかった
- 7. その他

設問 5 の内容

- 1. 複数のケアが同時に行われていた
- 2. ケア内容がわからなかった
- 3. ケアの対象者が特定できなかった
- 4. 観察中にケアと思われるものがなかった
- 5. 1分ごとの観察ではケア内容が記述しづらかった
- 6. 困ったことはなかった
- 7. その他

表3. 対象者の調査後自己評価

	1. 平常	2. 調査員が気 になったか	3. サービスは同じ だったか	4. 精神的 負担	5. 調査後普段通り だったか	6. 調査後生活に がでたか	
	2	3	1	1	1	1	1
	1	2	2	2	2	2	1
	2	2	2	2	2	1	1
	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1
	4	4	3	4	4	1	1
	2	3	2	2	2	1	1
	2	2	1	2	2	2	2
	3	3	1	3	3	1	2
	2	3	1	3	3	2	2
	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	1	1	1	1	1
	3	3	2	3	3	3	2
	1	3	1	3	3	2	2
	2	3	1	3	3	1	1

注) 設問1, 3, 5

1 : 全くふだんと同じだった

2 : ほぼ同じだった

3 : 少し違った

4 : 全く違った

設問2

1 : 全く気にならなかった

2 : あまり気にならなかった

3 : 少し気になった

4 : とても気になった

設問4

1 : 全く負担ではなかった

2 : あまり負担ではなかった

3 : 少し負担だった

4 : とても負担だった

設問6

1 : 全く支障がなかった

2 : あまり支障がなかった

3 : ときどき支障があった

4 : とても支障があった

表4. 1分間タイムスタディ予備調査における現状と課題

①調査方法における課題

- 調査員の確保が重要かつ難しい
- 調査員の説明を丁寧かつ慎重に行う必要がある
- 調査日程調整が時間を要する
- 本人又は介護者の同意を文書で得るのが難しい

②ケアコード

- ケアコード分類の解釈・分類が難しい場合がある
- サービス提供者が2名以上いる場合の記入ができない

③調査上の課題

- 在宅の調査がサービス提供時に行ったパターンにない行動やケアがあるととたんに解釈が難しくなる
- 調査員のいる場所の確保
- プライバシーへの配慮

④今後の課題

- 在宅調査方法の検討
- 調査員研修の充実
- ケアコードのさらなる見直し
- ケアコードの詳細な説明書、マニュアルの整備

厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
分担研究報告書

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 堀口寿広、瀬戸屋雄太郎、小高真美、中西三春、槇野葉月、西村秋生、
天笠崇、荒田寛、佐藤久夫、三村将、宮本有紀、山内慶太、湯汲英史

研究要旨:高齢者、身体障害者、精神障害者および知的障害者の介護ニーズを測定する大規模タイムスタディを実施する場合に必要なタイムスタディの実施方法を開発し、その方法の実施可能性を検証するため、精神障害者と知的障害者に対するタイムスタディのパイロットスタディを行い、今回開発された方法が実施可能であることを確認するとともに今後改善が必要な事項につき示唆を得た。

研究方法:タイムスタディ実施方法については過去に使用されたものは主として施設で生活する高齢者が対象であったことから、今回は精神障害者および知的障害者の介護ニーズを適切に反映し、在宅の障害者も評価可能となるよう評価方法を開発した。パイロットスタディは、精神障害または知的障害を持ち、地域においてホームヘルプ等の福祉サービスを受けている在宅生活者および施設生活者、および、ケア提供者を調査の対象とした。パイロットスタディとして実施したタイムスタディ調査は、実際にサービスが行われている間、サービス提供者が対象者に直接提供するケアの内容を調査員が1分おきに観察し調査票に記録した。タイムスタディの終了後、調査員および対象者からみた、タイムスタディの実施方法に対する評価を得た。またケアを分類するケアコードの検討も行った。

結果:開発されたタイムスタディ実施方法をパイロットスタディとして精神障害および知的障害をもつ在宅生活者とケア提供者に適用して評価を行ったところ、実施可能であることが明らかとなったが、タイムスタディ実施方法およびケアコードのそれぞれに改善すべき課題が見いだされた。

まとめ:精神・知的障害者の介護ニーズを正確に把握するために、ケア時間を測定するタイムスタディの実施方法と、測定したケアを分類するケアコードの分類と評価方法を検討するために、パイロットスタディとして地域に生活する障害者とケア提供者を対象に小規模なタイムスタディを行った。その結果、調査方法は実施可能であったが、改善すべきいくつかの課題が見いだされた。来年度はさらに方法論を検討し、介護ニーズ評価の基礎となる大規模タイムスタディにつき検討を行う予定である。

A. 研究目的

平成12(2000)年から介護保険制度が発足し高齢者や特定の身体疾患を有する患者を対象として要介護認定が実施されてき

た。しかし、これら従来の要介護認定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、精神および知的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)」(主任研究者：安西信雄)において平成15年10月から研究に取り組み、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)を準備した。つづいて平成16年度には精神、知的及び多様な身体障害者を対象とし現行の要介護認定基準を当てはめた場合の介護ニーズの反映度を調査した。その結果から、これらの若年障害者に提供されているケアの時間を測定する大規模なタイムスタディを行う必要性が示唆された。

しかし若年障害者を対象としたタイムスタディはわが国において前例がなく、大規模タイムスタディの実施にあたりどのような課題があるか、事前に試行的な調査を通じて推定する必要があった。また、従来の要介護度を判定する樹形モデルは施設入所者のタイムスタディデータに基づいて作成されているため、地域で生活する障害者を対象とした場合の大規模タイムスタディへの適用可能性もあわせて検討する必要があった。

そこで本研究では、在宅の若年障害者を対象としたタイムスタディを先行的に施行(パイロットスタディ)して、タイムスタディの方法論の検証と改善に向けての示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

精神障害または知的障害を持ち、地域において居宅介護等支援事業(ホームヘルプ)等の福祉サービスを受けている在宅生活者およびグループホーム等の施設生活者

である。在宅の場合は、予め受けている福祉サービスが全て把握可能な者を対象とした。

精神障害者では平成17年12月時点で世田谷区が提供するホームヘルプを利用し地域生活を営んでいる10人を選択した。

知的障害者は、平成17年12月時点で北区内の社会福祉法人が運営する小規模通所授産施設(作業所)の利用者を対象とした。ふだんの本人をよく知る施設職員を通じて本人および保護者に調査の趣旨と内容を詳細に説明し、協力の申し出のあった10人から書面による同意を得た。

対象者の概要を資料の表1に示した。精神障害者では対象の半数以上が統合失調症であった。知的障害者では4人で自閉症の合併もしくは自閉傾向があり、1人でDown症、身体的合併症として1人に筋緊張性ジストロフィー、1人に左側の片麻痺があった。

タイムスタディでは、これらの対象者に対してケア提供者が提供しているサービスを評価した。

2. 調査方法

研究解析対象となるデータの収集は調査票(自記式調査票、面接調査票)とタイムスタディによって行った。使用した調査票を本報告の末尾に資料として添付した。

文書および口頭により対象者に研究の趣旨や目的、実際の調査方法について十分説明し、また研究に協力をしない場合でもいかなる不利益につながることはないこと、および研究への参加はいつでも中止できることを保証し、本人から直接同意を得た。本人の同意能力が不十分である場合は保護者あるいは後見人から同意を得た。対象者全員から書面による同意を得て平成18年1月から2月にかけて調査を実施した。

調査の手順は以下の通りである。

- ① 対象者に、面接を通じて基本属性を尋ねる(資料1)とともに、タイムスタディ調査を行う日の候補をあげてもらった。

- ② タイムスタディの調査員との連絡調整を経て正式な調査日を決定した。なお今回、正確かつ客観的な記録を行うため、調査員として日本介護支援専門員協会の会員である熟練した介護支援専門員の協力を得た。
- ③ 調査員によるタイムスタディ、および面接による対象者の心身の状況評価を実施した。(資料3)(タイムスタディの詳細は別項にて説明する。)
- ④ タイムスタディ終了後、対象者と調査員の双方にタイムスタディの実施方法について評価を依頼した。(資料4および5)
- ⑤ また、対象者本人によるケアニーズの評価をあわせて行った。(資料7)
- ⑥ さらに、対象者への主たるケア提供者に、タイムスタディの調査時間外の対象者に関連した業務を聴取した。(資料6)

3. 調査内容

1) タイムスタディ

予め対象者の一週間の福祉的サービスの利用状況を把握し、利用するサービスが一種類の場合には一回三時間を上限として調査日を二回設けた。サービスが二種類のときはそれぞれ三時間を上限として一回ずつ、サービスが三種類以上の場合も他の対象者と重ならない種類のサービスを二つ選択して調査日を設定した。調査員は実際にサービスが行われている間、サービス提供者が対象者に直接提供するケアの内容を毎分00秒時に観察し調査票(資料2参照)に記録した。タイムスタディが終了した後、記録されたケアの内容をケアコードに基づいて分類した。

2) 基本情報調査票

対象者の年齢、性別、診断といった基本属性と、通常の一週間におけるサービス利用の状況を尋ねた。

3) タイムスタディの方法論の評価

大規模タイムスタディに向けて必要な調査方法の改善点について示唆を得るため、対

象者と調査員にそれぞれタイムスタディ調査の実施方法の評価を依頼した。

4) 調査時間外業務

ケア提供者から、対象者のいないところでその人のために行われたケアについて聴き取り調査を実施した。

5) 心身の状況評価

新障害程度区分の試行事業(平成17年)で行われた認定調査では、従来の要介護認定の79項目に障害特性を考慮した27項目が追加されている。また介護予防事業でも従来の79項目に新たに3項目が追加された。そこで本研究では、精神障害および知的障害の特性の評価という観点からこれらの評価項目を総合的に検討し、従来の要介護認定79項目に以下の項目を変更もしくは追加した。

6-3意思の伝達

6-4指示・説明の理解

6-5記憶・理解(イ, ウ, カ, ケ)

7行動(ト〜レ)

7-ロ作業課題の把握と自分で段取りをたてる能力

9-1日中の生活

9-2外出頻度

9-3家族・居住環境、社会参加の状況などの変化

10家や地域における日常の活動レベルについて

6) ケアニーズ

厚生労働省・日本精神科病院協会が実施した「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」における外来患者調査票から一部を抜粋し、QOL等の評価を加えて用いた。

4. 調査員評価の信頼性を高めるための説明会の実施

在宅の障害者を対象とした他計式1分間タイムスタディは他に類をみない試みである。また、今回心身の状況評価においては、現行の要介護認定項目に加えて精神障害や知的障害の特性を考慮した新たな項目を用

いる。したがって、調査の実施にあたり、タイムスタディの実施方法や精神障害者および知的障害者の特性について調査員が熟知している必要があることから、研修会を平成17年11月に約4時間にわたり実施した。

説明会では、①調査の必要性と意義、②実施方法、③精神障害および知的障害の基礎知識と、調査に当たり留意すべき点の講義などを行い、認識を共有するとともに、質問を受け回答することで調査遂行に支障が出ないようにした。

なお、当日の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。

5. 倫理面への配慮

調査にあたり国立精神・神経センター倫理委員会に申請し実施の承認を得た。

とくに個人情報保護の観点から本研究では、①文書および口頭にて対象者に研究の主旨や目的を説明し、同意が得られた者のみを研究の対象者とする、②個別の調査票および集計データには氏名等の個人を特定しうる情報は含めず、調査票はID番号により管理を行うこと、③調査票に関しては、主任研究者および分担研究者の研究室内で管理し、外部に漏洩しないよう厳重に管理すること、④研究結果は、統計的手法を用いて分析し、個人が特定されない形式で公表すること等を遵守した。

また、認定調査員からはあらかじめ守秘義務誓約書を得た。

C. 研究結果

1. タイムスタディの実施結果

資料の表2にタイムスタディの実施状況を示す。精神障害者の1件で、予定されていたデイケアでのタイムスタディ調査が中止になった。理由は、調査当日のデイケアのプログラムが参加者同士で話し合いをするもので個人に関わる話題も出ることから、調査員が記録をすることは「秘密を記録されているの

ではないか」と他の利用者に懸念され、他の利用者の状態が悪化する等の弊害が危惧されたためである。また、タイムスタディの途中で対象者の要望によりタイムスタディが中断となったものが1例あった。

精神障害ではホームヘルプとデイケア以外のサービスの利用がほとんどなく、結果としてこれら2種類のみタイムスタディの実施となった。

知的障害者を対象としたタイムスタディは、調査対象者が利用しているサービスによって、作業所での作業か、作業所への通所または作業所からの帰宅といった移動についてのサービスを記録した。

得られた調査員の記録をもとに研究班内でそれぞれ研究者がコード化を行い、合議のうえで決定した。その結果、以下の点が検討課題として明らかになった。研究者の見解を含めて記す。

1) タイムスタディの実施方法について

①タイムスタディでは毎分00秒の時点で行われているサービスを記入するのであるが、その1分間に行われたケアを列挙し記述している調査員が複数あった。また、記録用紙の時刻を開始後の経過分数とした回答と、各時0分に記録を開始し実際の時刻とした回答が混在していた。

②「支援」「援助」「制止」「介助」といった記述があった。この場合はケアコードを正確につけることができないため、記録をつける際に対象者への身体的な接触があったか否か、言葉による指示のみか身振り手振りもあったかという情報を漏らさないよう調査員に周知するか、あるいはそれをチェックできる調査票を考案する必要がある。

③デイケアや作業所など集団場面でのケアの記録では、本人に対して行われているのか、対象者を含む複数の参加者へのケアなのか、あるいは対象者を含まない他の参加者へのケアなのかといった判別が難しい場合があった。

④デイケアの調査では複数の職員と複数の

サービス対象者がおり、職員の行動が記録されていてもその職員の専門が分からなかったり、職員のうち何人が調査対象者にケアを行っていたのかが不明瞭であったりする場合がみられた。調査票の表記方法に改善を要する。

- ⑤ホームヘルプでヘルパーが買い物に出掛けたとき、調査員は対象者と残るのかヘルパーについていくのか、ケースによって調査員の判断が分かれていた。

2) ケアコード体系に関して

- ① 小分類における優先順位は直接介助・間接介助・言葉による働きかけ・見守りの順番で上位のものが下位のものも内包していると考えていたが、実際にはケアが並列している(代行しながら見守っているなど)例もあった。
- ② 中分類レベルでケア内容が複数にまたがる場合は、それぞれに対応するケアコードの複数をつけるべきではないか。
- ③ 食器洗い、布団干し、デイケア内での活動に対応するケアコードが分かりづらかった。
- ④ 入浴と更衣、整容など他の行為に関連した行為のケアコードの判断で迷いやすい。
- ⑤ 機能訓練の分類はもっと簡素化できるのではないか。
- ⑥ 知的障害者の場合、移動の支援に際して自身の興味から突発的な行動をとるケースや、危険の認知が充分ではないため、ヘルパーが本人の手を握るなどして制止したり、適宜誘導を行っていた。このような場合、本人がとった突発的な行動を大分類7の問題行動のコードで記録してしまうと、記録の大部分がこのコードを用いることになってしまう。すると本来どのような行為が進行していたのかが不鮮明になる惧れがある。したがって可能な限りこのコードの使用は慎重にすべきではないかとの意見があった。問題行動とされる適応的でない行動をとるこ

とは知的障害者の認知特性や行動特性を表すものと考えられるが、ケアの内容を記録する場合は、大分類7をもってケアの必要度の高さを記述するよりも、個々のケア内容を中分類まで使用して分類し、手を握るなどの介助者の行動を直接介助として小分類で記録するほうが適切ではないか。

- ⑦ タイムスタディ中に入浴や更衣などを観察するケースが生じていたことから、調査員は対象者と同姓である必要性がある。

2. 心身の状況評価

資料の表3に心身の状況評価の結果を示す。大規模タイムスタディに用いられる心身の状況評価の調査票は高齢者・精神障害・知的障害・身体障害で共通のものが想定されている。そのため、例えば知的障害のない精神障害者にも知的障害の特性に関する項目を尋ねるなど、調査員が聞き取りを行ううえで留意が必要であることが指摘された。

また心身の状況評価に追加された「家や地域における日常の活動レベルについて」(日常生活関連動作:instrumental activities of daily living (IADL))の評価に関しては、調査を受けた対象者から、例えば都市部では買い物等に行くにも徒歩圏内で用事を済ませられるので「できる」と判断されても同じ対象者が地方では車がないと用件を果たすことができないため「できない」と判断されるなど、生活環境によってその行為ができるかできないかの判断も異なる可能性が指摘された(タイムスタディ調査への評価の自由記載より)。

3. 対象者のケアニーズ

資料の表4に対象者のケアニーズの評価を示す。精神障害では対象者の半数が病気の再発や悪化に不安をもち、健康の管理の面で困っていると回答した。また市町村の専門の相談員、デイケア、ホームヘルプへのケ

ニーズが高かった。

一方、知的障害者の場合は、質問内容に対する十分な理解が得られず、3名のみ回答した。現在利用しているサービスについて「不満」とする回答はなく、現在の生活で不安や心配なこととして、仕事の継続に対する心配は2名があげた。地域で生活していくうえで必要とするものは病院・診療所およびこれらの相談員、当事者の会、就労相談窓口であった。

4. 対象者のタイムスタディ評価

調査を受けた対象者のタイムスタディに対する評価は資料の表5に示すとおりである。精神障害の対象者においては、調査時点では調査員が気になったなどの影響があったが調査終了後は概ね問題なく経過したことが回答からうかがえた。知的障害者の対象者のうち、回答の得られた者はなかった。

5. 調査員のタイムスタディ評価

調査員のタイムスタディに対する評価は資料の表6に示すとおりである。

また調査票の自由記載等で、調査員より以下の点が指摘された。

1) 調査実施に関わる連絡調整の方法

- ①調査の日程や対象者の自宅住所等の情報は、対象者から担当保健師、担当保健師から調査事務局、調査事務局から調査員にという連絡経路をとっていたため調査日程の決定までに時間を要した。
- ②連絡経路が煩雑であったため、保健師やサービス提供者に連絡が行き届いていなかったなどの事態が生じた。
- ③月末月初は介護事業者が多忙な時期であることから、調査員の選定に時間を要し、予定していた調査員で調査を実施できず、交代した事例もあった。

2) タイムスタディ調査の対象者への配慮

- ①とくに精神障害者の場合、調査員が対象者と会話をすることなく観察・記録をしているばかりでは、自分の居住空間に侵入され

ているという感情を抱かれる可能性がある。

- ②対象者が調査員の存在を気にしているようで、ヘルパーが部屋の中で移動しても調査員が移動しづらいときがあった。

3) タイムスタディ調査によるサービスへの影響

- ・調査員が入ることでヘルパーが緊張したり、対象者が通常よりもヘルパーに話しかけなかったり、たまたまその調査日だけ異なるヘルパーが入るなど、調査対象となった時間帯のケアが通常と異なった例があった。

4) タイムスタディ調査の記録方法

- ①同時に並行して行われるケアの記述が難しい。
- ②精神障害者ではヘルパーが二人で来ていた例が1件あった。調査者はケアの対象者と直接に接していた方のヘルパーのケアを主に記録したが、もう一方のヘルパーは家事代行をやっており、後者のケアがあることで前者が成立していると思われる。対象者の生活を支援するケアを測定するという意味では、両者のケアをそれぞれ調査する必要がある。

- ③知的障害者の場合、ガイドヘルプサービスによる移動の支援については、当日の天候や利用する交通機関の運賃に対応するための準備が必要である。

- ④調査対象者が調査を意識することなく記録を実施するための方法として、ビデオカメラによる記録は行えないか。

5) 認定調査票

- ①精神障害者の対象では身体的には問題はみられないことが多く、精神面に関連した項目でも「今は落ち着き問題や困ったところがない」と回答された。精神面で現在は問題がないことの(薬物療法以外の)理由や、より精神面に特化した項目が必要ではないか。

6) 調査時間外業務記入表

対象者の状態によって変動するため週に何時間といった把握は難しいという回答がよせられた。