

要介護高齢者における 介護度と日常生活自立度の関係

住居 広士^{*1} 江原 勝幸^{*2}

^{*1} 広島県立保健福祉短期大学理学療法学科

^{*2} ソーシャルワーク研究所

抄録

我々は、要介護高齢者における介護支援量を示す介護度と日常生活自立度との関係を検討した。介護度は、介護業務における関わり度・困難度・必要度の介護評価で数量化して設定した。それと厚生省の障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）と痴呆性老人の日常生活自立度（痴呆度と略す）との関係を検討した。1995年12月の西日本における配票調査で、要介護高齢者1208名を分析した。

寝たきり度が増悪すると介護度も上昇していた。寝たきり度B-2で高値となり、C-1で若干低値となつて、C-2でさらにB-2より高値となる二相性の傾向を示した。介護度と寝たきり度との相関係数は0.245で若干の正の相関を認めた。介護度と痴呆度では、痴呆度が高くなるに従って次第に介護度も高くなる傾向を認めた。介護度と痴呆度との相関係数は、0.277で若干の正の相関を認めた。介護度とBarthel Indexは-0.254、老研式活動能力指標とは-0.240と若干の負の相関関係を認めた。寝たきり度と痴呆度等の心身の障害により、相加的には介護度が上昇するも、その相関関係は低かった。

日常生活自立度は、心身の障害度を捉えてだけでは、個々の生活での介護支援量は把握できない。介護保険制度において、障害モデルによる日常生活自立度や要介護度（要介護状態区分等）だけでは介護支援量を判定できないので、介護モデルによる介護度を新たに構築する必要がある。

キーワード : 要介護高齢者, 介護度, 介護保険, 要介護度, 日常生活自立度

はじめに

要介護高齢者に対する自立支援には、心身の障害度と痴呆度を示す日常生活自立度と介護支援量を示す介護度などにより、その介護ニーズを把握し、その個性性と多様性に対応しながら日常生活を介護支援する必要がある¹⁻³⁾。

要介護高齢者に対しては、高齢者の自立支援の理念に基づく新介護システムの創設が提言されている。1996年4月に「高齢者介護保険の創設について（老人保健福祉審議会）」から介護保険制度が提唱され⁴⁾、介護保険関連三法案が1996年11月に国会に提出され、1997年12月9日に国会で修正の上可決され、2000年4月から実施となった。

要介護高齢者の評価基準として、1991年から厚生省老人保健福祉部は「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」⁵⁾と1993年には厚生省老人保健福祉局は「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」⁶⁾ならびに1996年老人保健福祉審議会にて要介護度による要介護高齢者の要介護認定基準の提唱がなされている⁴⁾。要介護高齢者は、介護保険制度では日常生活自立度判定基準を基本的構築とする要介護度認定基準により、6段階の要介護状態区分等に要介護認定審査される。その日常生活自立度は、要介護者のケアマネジメント・ケアプランの策定基準の基本的評価基準になっている。

しかし、日常生活自立度は、障害モデルによる障害度と痴呆度を主体に設定されており、それだけでは心身の障害度のみが明らかになるだけである。日常生活自立度と介護支援量が常に一致しているとは限りません。その要介護高齢者への介護業務の介護負担度や実働量については多くの報告がみるが、保健福祉機関別の介護・看護・指導業務も含めてその要介護高齢者の日常生活自立度との関係について、巾広く比較検討した報告はほとんどない状態である⁷⁻⁹⁾。障害モデルから構築される要介護度（要介護状態区分等）のみでは、特に重要な各々の要介護高齢者への個別の介護支援量を判定するのは不可能である。

我々は、個別の介護支援量をも総合的に示す介護モデルからの介護要因を介護評価して設定する介護度の開発と研究を展開してきている。それを今回は、厚生省の障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）と痴呆性老人の日常生活自立度（痴呆度と略す）との関係を検討した。

対象と方法

介護度は、要介護高齢者への直接処遇における介護支援業務における関わり度（どれほど関

わっているか）・困難度（どのように困難があるか）・必要度（どのように必要であるか）をそれぞれ6段階評価にて調査し、それらより介護度を数量化し統計解析した¹⁾。その調査対象として、1995年12月から西日本地区の保健福祉機関へ配票調査を行い、介護に主体的に関わっている保健福祉機関の要介護高齢者事例1208名から介護度と日常生活自立度を分析した。

要介護高齢者の日常生活自立度評価基準としては、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」（平成3年厚生省老人保健福祉部）⁵⁾（表1A）と「痴呆性老人の日常生活自立度判定基準」（痴呆度と称する。）（1993年厚生省老人保健福祉局）⁶⁾（表1B）により上記事例の介護度を判定し検討した。介護支援業務の調査内容は、「老人・障害者（児）援助業務に関する調査報告書（第1, 2報告, 岡山県立大学短期大学部, 1994, 1995年）¹⁰⁻¹¹⁾」を基にし、「高齢者障害者保健福祉分野における日常生活介護業務に関する調査（1997年）¹²⁾」にて、さらに介護、看護、保健福祉職関連の介護支援業務を追加して、総計80項目を設定した¹⁾。要介護高齢者に対するそれぞれの介護支援業務の程度を、関わり度・困難度・必要度による6段階の介護評価にて調査した。要介護者への介護支援を総合的に示す介護度を、その介護支援業務の関わり度・困難度・必要度の関係から設定した。さらに日常生活自立度と関連の深い日常生活活動（ADL）の指標であるBarthel Index¹³⁾と日常生活関連活動の（IADL）の指標である老研式活動能力指標¹⁴⁾と介護度との関係も検討した。

その介護度と日常生活自立度と比較検討した。介護度と日常生活自立度との相関関係の検定をSpearmanの順位相関係数にてそれぞれ検討した。統計解析は、SPSS (SPSS 6.1J, Norusis SPSS Inc.)を使用した。

結果

介護度と日常生活自立度である寝たきり度と痴呆度との関係を検討した。寝たきり度が増悪するとともに介護度も上昇していた。介護度は寝たきり度中等度B-2で高値となり、重度C-2で若干低値となつて、最重度C-2でさらにB-2より高値の二相性の傾向であった（図1）。介護度と寝たきり度との相関係数は0.245 ($\alpha < 0.01$)で若干の正の相関を認めた。

介護度と痴呆度との関係は、痴呆度が高くなるに従って次第に介護度も高くなる傾向を認めた（図3）。ただ各ランクごとの差は非常に少ない反面、軽度Ⅱランクでの家庭内（Ⅱa）と外（Ⅱb）、中等度Ⅲランクでの日中（Ⅲa）と夜間（Ⅲb）との間の差異が顕著であった。介

表1 A 障害老人の日常生活自立度判定基準
(厚生省、1991年)

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2. 外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何等かの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車椅子に移乗する
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りをうたない

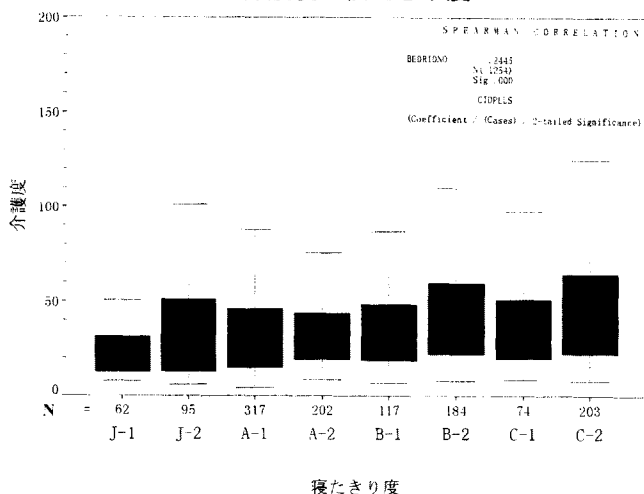
表1 B 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準
(厚生省、1993年)

I	何らかの痴呆を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介助を要する。
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ専門医療を必要とする。

介護度と痴呆度との相関係数は、0.277 ($\alpha < 0.01$) で若干の正の相関を認めた。

介護度を寝たきり度と痴呆度を併せて包括的に検討すると、軽度寝たきり度と痴呆度の場合には、介護度も軽度であり、同様に重度寝たきりと重度痴呆度の場合には介護度は最重度となった(図4)。寝たきり度あるいは痴呆度のどちらかが中等度以下の場合には、介護度は低値のままであった。逆に中等度上の寝たきり度と痴呆度の場合にはかなり介護度が高値となっていた。寝たきり度と痴呆度とが、単に線形回帰直線の

介護度と寝たきり度



比例関係により介護度は上昇していなかった。介護度と日常生活自立度のばらつきが顕著であった。

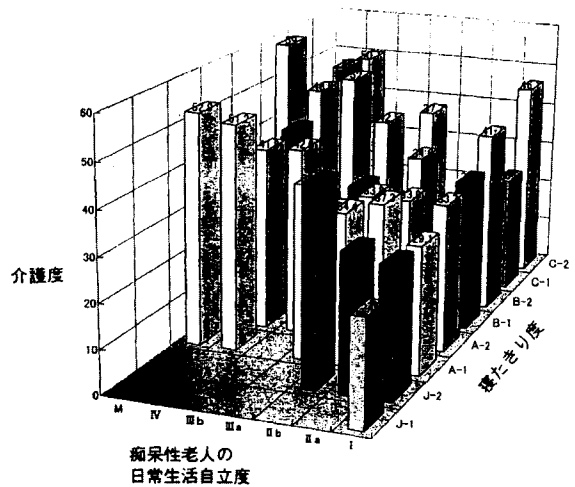


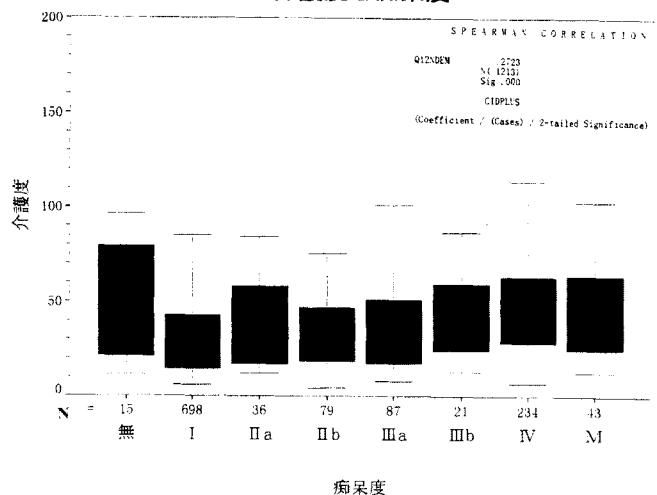
図3 介護度と寝たきり度および痴呆性老人の日常生活自立度との関係

さらに日常生活自立度と関連の深い日常生活活動(ADL)の指標であるBarthel Indexと老研式活動能力指標と介護度との相互関係を検討した。介護度とBarthel Indexは-0.254 ($\alpha < 0.01$)と若干の負の相関関係を認めた。介護度と老研式活動能力指標とも同様に-0.240 ($\alpha < 0.01$)と負の相関関係を認めた。介護度と他の障害指標

表2 介護度、日常生活自立度(寝たきり度、痴呆度)、Barthel Index、老研式活動能力指標との相関関係

	介護度	寝たきり度	痴呆度	Barthel Index	老研式活動能力指標
介護度	*	0.245	0.277	-0.354	-0.24
寝たきり度		*	0.357	-0.835	-0.596
痴呆度			*	-0.421	-0.571
Barthel Index				*	0.662
老研式活動能力指標					*

介護度と痴呆度



との相関関係は低値にもかかわらず、障害指標それぞれの相関関係は比較して高値である(表2)。寝たきり度とBarthel Indexとは、 -0.835 と強い負の相関関係を認めた。痴呆度とBarthel Indexとは、 -0.421 と弱い負の相関を認めた。寝たきり度と老研式活動能力指数とは、 -0.596 と中等度の負の相関関係を認めた。痴呆度と老研式活動能力指数とは、 -0.571 と中等度の相関を認めた。介護度の信頼度である内的整合性(Cronbach α)については、6項目で 0.87 、25項目で 0.82 であった。

考察

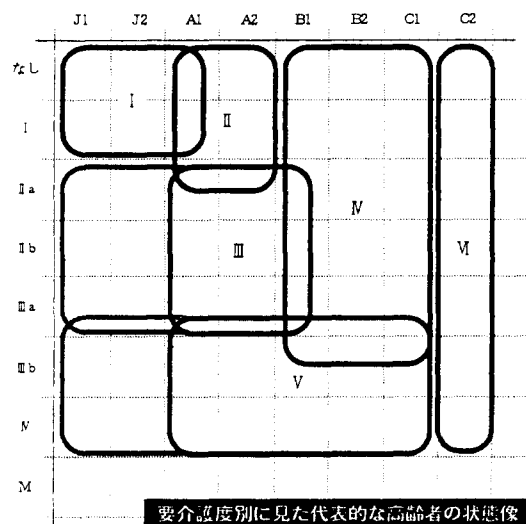
2000年4月から実施される介護保険制度による新介護システムの基本理念として、「自立支援」を掲げ、高齢者が自らの意志に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することが目指されている^{4) 15)}。しかし、心身の障害からの自立支援だけが、介護するための最終目標ではない³⁾。自立支援は、障害モデルの最終目標にはなり得ても、介護モデルの最終目標とはならない要介護高齢者が現実によくいるからである。たとえば最重度の寝たきり老人や痴呆性老人の場合など、いくら介護支援しても自立に至るという目標に達し得ないからである。

今回、介護要因により構築される介護モデルに基づく介護度と障害モデルの指標である日常生活自立度との関係の研究を行った。研究の結果からも、介護度と日常生活自立度の関係は、若干の相関関係を認めるのみで、ばらつきも多く、日常生活自立度のみでは介護度は判定不可能である。寝たきり度と痴呆度との関係も、両者の直線関係の相関関係でのみ介護度は上昇していない。とくに日常生活自立度の中等度の場合には、特に介護度の判定は困難であった。他のADLとIADLの指標であるBarthel Indexや老研式活動能力指数等にも同様な結果であった。日常生活自立度は、単に心身の障害度と痴呆度のみを捉えており、個々の生活するうえでの介護支援量は示されていない。つまり障害モデルだけでは、介護支援量を判定できないので、新介護システムには、介護モデルの指標である介護度の確立が必須である²⁾。

寝たきり度と痴呆性老人の日常生活自立度判定基準による高齢者状態像で、要介護度の認定基準がⅠ～Ⅵまで分類されている⁴⁾(図4)。(高齢者ケアサービス体制整備検討委員会(1997年5月)では、自立・要支援・区分1～5に分類されている¹⁶⁾。) この要介護度は、日常生活自立度や介護負担感をもとに体系化され、その基本的構成因子として身体的負担度と精神的負担度、

介護回数や時間の因子等で構築されている²⁾、⁷⁻⁸⁾、¹⁷⁾。しかし、要介護度の策定された結果では、主に障害モデルに基づいており、介護モデルに関する検討が非常に乏しいと思われる。要介護度だけでは、要介護高齢者の心身の障害度が判定されるだけであり、それだけではケアマネジメント・ケアプランの策定はできない。

図4 障害老人の自立度判定基準・痴呆性老人の自立度判定基準と要介護度との関係を模式化した図⁴⁾ (老人保健福祉協議会、1996年)



- (注) 1. この図は、障害老人の自立度判定基準、痴呆性老人の自立度判定基準と要介護度との関係を示す模式図例
2. 黒線は要介護度別の高齢者が自立度判定基準のどのランクに該当するかを示したものである。
3. 黒線は調査では対象者がなかったが、高齢者の状態像として予想される範囲を示したものである。

1996年度厚生省では、全国60ヶ所にてモデル的に要介護度の試行を行い、その調査研究結果を「高齢者ケアサービス体制整備委員会報告について」(1997年5月)で報告している¹⁶⁾。5,563人の調査票からの電算機による要介護度一次判定に対して、モデル介護認定審査会で二次判定が行われた。その二次判定により要介護度を変更された件数は1,538件(27.6%)にもおよび、変更がなかったのは3,976人の(71.5%)にすぎなかった。その変更された理由として、介護上の判断(37.9%)、判定基準(22.2%)であり、ほぼ約6割が要介護度の判定基準に関連する事項であった。要介護度認定基準が心身の評価を主体とする障害モデルで判定している限り、いつまでもその妥当性は7割以下で改善困難と認識される。

要介護高齢者は、要介護度だけで判定するのではなく、本来は介護を受けている対象者がどのように介護により支援されているかを示す介護度で評価し判定すべきである²⁾。まずその介護度と要介護度との差違により、新たに社会的に支援すべき介護支援量が策定できるのである。要介護者に個別対応できる介護支援の指標である介護度の創設が必須である。

これからのケアマネジメント・ケアプランと保健福祉システムにおける介護の社会化における各種サービスの適応と連携を図る場合に¹⁸⁻²⁰⁾、介護度により、その適切な介護サービスの適応を決定することが可能となる。要介護高齢者の要介護度だけの基準で、介護サービスを連結するだけでなく、そこに介護度という新たな基準を設けることにより効率的な社会資源の活用が可能となるのである²¹⁾。今回の介護度と日常生活自立度を比較検討した。介護度により、日常生活に関連した適切な介護業務指標を求められることが示唆された。

新たな介護システムの構築を目指して公的介護保険制度によるケアマネジメント・ケアプランの策定が検討されている²²⁾。それらのアセスメントの項目とその問題領域だけを査定するだけではなく、介護度の総合的指標で要介護高齢者の個別性や家族の介護状況に応じて策定すべきである。介護度は、介護保険制度における保健医療福祉の連携と統合に対応した要介護高齢者の効率的なケアマネジメントとケアプランによる保健医療福祉システムの再構築には必須である¹⁸⁻²⁰⁾。介護度は、保健医療福祉分野の介護支援の量と質的向上をめざし、その効率化のためにも、是非とも必要な指標である。21世紀の少子長寿社会を展望した新しい介護保険システムの構築には、まず介護度を確立する必要がある²³⁻²⁶⁾。

謝辞

多大のご協力をいただきました保健福祉関係者のご協力とご鞭撻に深謝申し上げます。この研究の一部は、平成9年度厚生省長寿医療研究委託費(9公-01)と平成9年度文部省科学研究費による研究成果として行われた。

文献

- 1) 住居広士, 高山忠雄ほか. 介護度による保健福祉専門職種の介護専門性の検討. 日本保健福祉学会誌, 1:10-19, 1997
- 2) 住居広士, 高山忠雄ほか. 介護支援分析による保健福祉専門職の介護度の数量分析. 介護福祉学, 3(1):78-84, 1996
- 3) 住居広士, 石田一紀. 介護保険制度における要介護認定基準と介護サービスの標準化. 介護福祉学, 4(1):16-19, 1997
- 4) 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修. 高齢者介護保険制度の創設について. 東京, ぎょうせい, 1996
- 5) 厚生省大臣官房老人保健福祉部保健課. 障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基

準作成報告書. 東京, 厚生省, 1991

- 6) 厚生省老人保健福祉局. 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準の活用について. 東京, 厚生省, 1993
- 7) 筒井孝子. 特別養護老人ホームの介護職員における介護負担感の数量化に関する研究. 社会福祉学, 34:43-82, 1993
- 8) 全国社会福祉協議会. 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報告書. 東京, 全国社会福祉協議会, 1994
- 9) 安梅勅江, 高山忠雄. 高齢障害者の介護負担感からみた在宅ケア支援のあり方に関する保健福祉学的研究. 国立リハ研究紀要, 11:1-7, 1990
- 10) 橋本祥恵, 住居広士ほか. 老人・障害者(児)援助業務に関する調査報告書(第1報). 総社, 岡山県立大学短期大学部, 1994
- 11) 橋本祥恵, 住居広士ほか. 老人・障害者(児)援助業務に関する調査報告書(第2報). 総社, 岡山県立大学短期大学部, 1995
- 12) 住居広士. 高齢者障害者保健福祉分野における日常生活介護業務に関する研究, 平成8年度文部省科研費報告書. 広島, 1997
- 13) Mahoney, F.L., Barthel, D.W. Functional evaluation: The Barthel index. Maryland State Medical Center Journal, 14:61-65, 1965
- 14) Koyano, W., Shibata, H. et al. Measurement of competence; Reliability and validity of the TMIG index of competence. Archives of Gerontology and Geriatrics, 13: 103-116, 1991
- 15) 厚生省老人保健福祉局介護保険制度施行準備室監修. 介護保険関係法令通知集, 東京, 第一法規, 1998
- 16) 高齢者ケアサービス体制整備検討委員会. 高齢者ケアサービス体制整備検討委員会報告について. 東京, 1997
- 17) 筒井孝子. 高齢者の要介護および要介護度推定方法に関する研究, 医療経済研究, 3:117-129, 1996
- 18) John, N. Morris ほか編著. 在宅ケアアセスメントマニュアル. 東京, 厚生科学研究所, 1996
- 19) イギリス保健省・社会サービス監査庁, スコットランド庁共編. ケアマネジメント—実践者とマネジャーの指針—. 東京, 学苑社, 1996
- 20) 厚生省老人保健福祉局監修. 高齢者ケアプランの策定指針. 東京, 厚生科学研究所, 1991
- 21) 村上須賀子編著. 医療ソーシャルワーカーが案内する医療福祉ハンドブック. 岡山, 大学教育出版, 1997
- 22) 厚生省高齢者ケアサービス体制整備検討委員会. 介護支援専門員—標準テキスト(第1,

- 2巻) 東京, 長寿社会開発センター, 1998
- 23) Sumii, H., Tokie Anne et al. The Kaigo Index for involvement in and difficulty with total care given to the elderly and disabled. The proceedings of SYSTED 97, 321-325, 1997
- 24) Sumii, H., Nobuyuki Dohi et al. The Kaigo Index accoring to involvement, difficulty and necessity of the whole care given to the elderly and disabled. IRMA VIII, Bologna, Monduzzi Editore, 749-754, 1997
- 25) 住居広士, 江原勝行. 「尊厳のある人生」からみた介護保険法とはー人生全体をとらえる介護モデルの構築をー. 福祉のひろば, 73:118-123, 1998
- 26) 住居広士. 一介護保険総合研究一介護モデルの理論と実践. 岡山, 大学教育出版, 1998

図と表

表1A 障害老人の日常生活自立度判定基準 (寝たきり度) (厚生省, 1991)

表1B 痴呆性老人の日常生活自立度判定基準 (厚生省, 1993)

表2 介護度, 日常生活自立度, Barthel Index, 老研式活動能力指数との相関関係

図1 障害老人の日常生活自立度判定基準・痴呆性老人の自立度判定基準と要介護度との関係 (老人保健福祉審議会, 1996)

図2 介護度と寝たきり度 (障害老人の日常生活自立度) との関係

図3 介護度と痴呆性老人の日常生活自立度との関係

図4 介護度と寝たきり度及び痴呆性老人の自立度との関係

An investigation of the relationship between the *Kaigo* index and the degree of independent living for the elderly and disabled

Hiroshi Sumii*¹ and Katsuyuki Ebara*²

*1 Department of Physical Therapy, Hiroshima Prefectural College of Health and Welfare

*2 Japanese Research Center of Social Work

Abstract

The relationship between the *Kaigo* index and the level of independent living of bedridden or demented elderly was investigated in this study. The *Kaigo* index, which is composed of the involvement, difficulty, and necessity of the whole care given to the elderly and disabled, was created for the evaluation of the actual care given. The criteria of bedridden and demented elderly was established by the Ministry of Health and Welfare. 1208 disabled elderly in West Japan were selected and surveyed with mail questionnaires with regard to the 80 care duties.

Various changes in score on the *Kaigo* index resulted from the degree of independent living (IL) of the bedridden and demented elderly. The *Kaigo* index and the degree of IL bore a small correlation coefficient (bedridden $r=0.245$, demented $r=0.277$). An inverse proportion was detected in the *Kaigo* index and the middle degree of IL. As the degree of the bedridden state or dementia got worse, most of the *Kaigo* index gradually became higher.

The evaluation of the elderly for adaptation to care plan and care management should not be based only on the need for care, but also on the *Kaigo* index which reflects both the quantity and quality of care services. The eligibility criteria of insurance for long-term care in 21st Century in Japan with only physical assessment system could not be determined without the *Kaigo* index.

Key words: the elderly caregiven, *Kaigo* index, long-term care insurance, the eligibility criteria of insurance independent living