

介護サービスにおける量的介護評価から質的介護評価の標準化と専門性

—量的介護評価の要介護認定から質的介護評価の総合介護認定の開発—

スミイ ヒロシ
住居 広士*

目的 介護保険制度では、要介護認定による施設介護サービスの介護時間である量的介護評価が重視されている。量的介護評価の介護時間で要介護認定するだけでなく、介護モデルに基づく身体介護・認知症介護・介護負担に対する質的介護評価である「総合介護認定」を開発する研究をした。

方法 要介護認定改訂版(2003年版)の方式に基づき、介護老人福祉施設における全介護職員13名と要介護者68名を対象とした24時間の自計式タイムスタディ調査と、さらに介護職員3名対調査員3名に対する1分間タイムスタディの他計式調査法にて、調査員と介護職員の認知症介護と介護負担に対する介護評価基準を同期しながら記録した。統計解析はSPSS 9.0 for WindowsでT検定とPearsonの相関係数、Amos 7.0で変数間の因果関係をパス図で解析した。

結果 要介護度が重度になるほど自計式の介護時間が増加傾向にあり、各要介護度と介護時間の統計的有意差を認め、その相関係数は0.444であった。要介護度別に有意差があった介護サービス業務は食事と移動移乗体位変換であった。パス図で要介護度には食事と移動移乗体位変換が直接関与し、日常生活自立度では障害老人は移動移乗体位変換、認知症高齢者は食事を介する間接関与が示唆された。他計式の介護時間の総数(n=540)における介護職員と調査員の認知症介護の有無の一致係数はKendall W=0.60(p<0.01)で、介護負担の有無の一致係数はKendall W=0.37(p<0.01)で、中等度前後の一致性が認められた。

結論 日常生活活動(ADL)介護サービスは、その大部分が身体介護サービスであるため、身体介護の介護時間が多くなると要介護度が重度になる傾向がある。要介護認定のケアコードが身体介護サービスを中心としたADLケアコードになっているために、認知症介護や介護負担が要介護度に反映されにくい。その介護評価基準によるタイムスタディで、認知症介護は介護負担に影響を与える、認知症介護は第三者でも捉えられる可能性がある、認知症介護と介護負担を捉えていく必要があることが示唆された。介護時間による量的介護評価の要介護認定から、身体介護・認知症介護・介護負担に基づく質的介護評価による総合要介護認定の総合化が求められる。

キーワード 介護サービス、介護評価、介護保険、要介護認定、介護時間、標準化、専門性

介護サービスにおける量的介護評価の標準化と専門性

- (1) 介護サービスに対する量的介護評価
介護保険制度では、介護サービスの標準化と

専門性の介護評価として、要介護認定による施設介護サービスの介護時間である量的介護評価が重視されている。介護保険制度では、介護施設の要介護者等にどれくらい介護サービスを提供しているかという「介護の手間」の介護時間を共通の尺度として、要介護度の判定基準としている¹⁾。つまり介護保険制度では、施設介護

* 県立広島大学大学院保健福祉学専攻教授

サービスの標準化と専門性として量的介護評価が重視されているといえる²⁾。

本研究では施設介護サービスを提供している介護保険施設で、介護職員自ら介護サービス業務内容を時間ごとに記録する自計式タイムスタディ調査により1日間24時間において、どのような入所者に対して、どのような施設介護サービスが、どれくらい提供されているのかを調査研究し、まず介護サービスにおける量的介護評価の標準化と専門性の検証調査を実施した。

(2) 介護サービスにおける自計式タイムスタディの調査

A市Y介護老人福祉施設(ユニットケア³⁾)における全介護職員13名ならびに全入所者の要介護者68名を対象とした。2005年7月22日午前9時から24時間連続に、介護職員自ら介護サービス業務内容を時間ごとに記録する自計式タイムスタディで調査した。タイムスタディ調査は、全介護職員に対する自計式タイムスタディにより、全介護職員13名から要介護者68名に提供される介護サービス業務内容の調査を実施した。要介護者等の心身障害の特性は、要介護認定における認定調査票で回答を得た。

介護職員がどのような介護サービスを、どの要介護者等に、何分間、提供したかを、合計1時間当たり5分以内の誤差で24時間にわたり1時間ごとに継続的に記録した。調査ケアコード表は、要介護認定改訂版(2003年版)の調査手技であるケアコード表を参照して記録した⁴⁾。その後ケアコード表の大分類である、清拭整容

更衣、入浴、排泄、食事、移動移乗体位変換、機能訓練、問題行動、医療看護、その他の業務の9つに分類した。統計解析はSPSS 9.0 for Windowsを用いて、平均の比較を独立したサンプルのT検定とPearsonの相関係数を使って統計的検定を行った。介護時間と各介護要因間の相関係数を基に、Amos 7.0 (SPSS Japan Inc.)を用いて変数間の因果関係をパス図で表現した。

(3) 自計式タイムスタディによる要介護度の介護時間

介護老人福祉施設の入所者68名のうち、要介護2～5の区分(要介護1は該当者無)で、実際に施設介護サービスを受けた介護時間数を統計解析した。タイムスタディ調査時間である24時間に介護サービスが提供された全介護時間は3,479分であり、1人当たりの平均介護時間は 53.5 ± 34.0 分である。

入所者1人当たりの平均介護時間が最も長かったのは、要介護5の 75.7 ± 29.2 分(時間分布37%)で、次いで、要介護4が 50.8 ± 34.9 分(同26%)、要介護2が 36.9 ± 29.6 分(同19%)、要介護3が 35.1 ± 24.8 分(同18%)の順であった。1%未満の統計的有意差は、要介護2と要介護5の間、要介護3と要介護5の間で認められた。また5%未満の統計的有意差は、要介護4と要介護5の間で認められ、これ以外の要介護度では有意差は認められなかった。要介護度と介護時間のPearsonの相関係数は0.444であり1%水準で有意差を認め、ほぼ要介護度の重度化に伴って、介護時間の増加を認めた(図1)。要介護度が重度になるにしたがって、各要介護度のランクと介護時間の格差も増大して、要介護度と介護時間の相関性は中等度弱であった。要介護度が重度化することで、介護時間が増加しながら拡散しているといえる⁵⁾。

介護保険の要介護認定の基礎データとなっているケアコードを用いて、介護職員自身が記録する自計式調査を用いたが、客観的に捉えやすい身体介護が主に記録され、介護する側の介護職員の直接介護サービス業務に視点がおかれた

図1 ユニットケアにおける要介護度別1人当たり介護時間量(N=65)

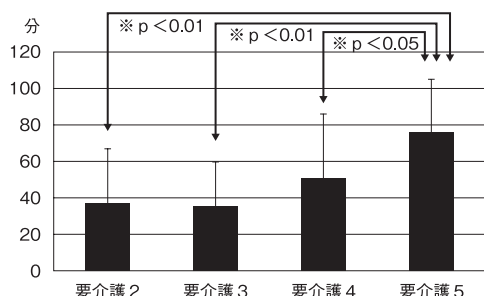
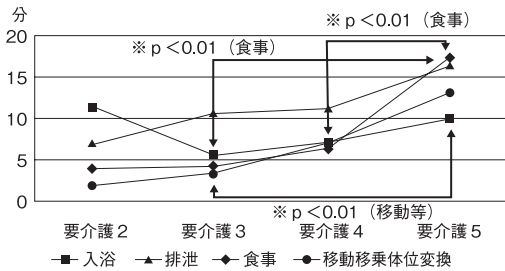


図2 ユニットケアにおける要介護度別の食事・排泄・入浴・移動等の平均介護時間



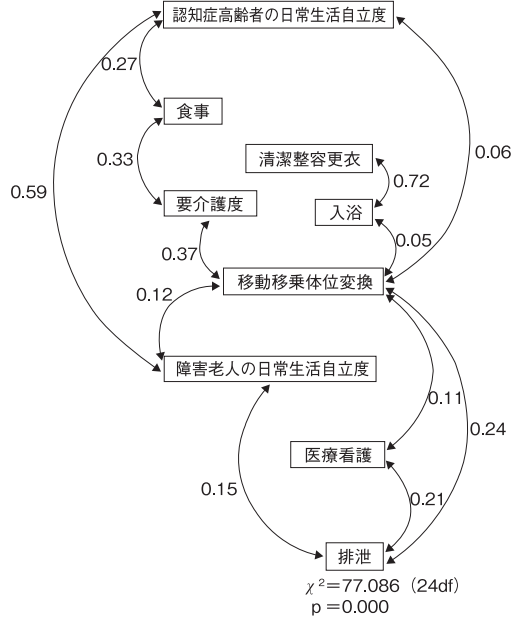
調査結果になったといえる。介護保険におけるタイムスタディでは、介護時間のみでは要介護者像を捉えにくく、介護時間は要介護度を区分するための量的介護評価であって、要介護者等に必要な介護サービス量には必ずしも一致していないといえる。

(4) 要介護度別における日常生活活動別の介護時間

介護サービス業務内容別に、要介護者1人当たりの介護時間の比較および相関係数、統計的有意差を検討した(図2)。食事では、最も介護時間が長かったのは要介護5の17.0±14.6分、次いで要介護4の6.2±6.6分、要介護3の4.1±3.8分であった。食事について1%未満の統計的有意差が、要介護3と要介護5の間、要介護4と要介護5の間で認められた。移動移乗体位変換では、最も介護時間が長かったのは要介護5の13.0±8.1分で、次いで要介護4の6.8±7.5分、要介護3の3.3±3.6分であった。移動移乗体位変換について1%未満の統計的有意差は要介護3と要介護5の間のみで認められ、5%未満の統計的有意差が要介護4と要介護5の間のみで認められた。

個別介護サービス業務内容において要介護度別の統計的有意差があったのは食事と移動移乗体位変換のみであった。介護時間と要介護度別のPearsonの相関係数は、食事は0.409、移動移乗体位変換は0.353で1%水準の有意差があり、要介護2から要介護5と要介護度が重度になるにつれて介護時間が多くなっている傾向がある。しかし、それ以外の排泄、入浴、その他

図3 ユニットケアにおける介護時間と介護要因間の相関図
介護時間に基づく介護要因間のパス図(共分散構造分析 Amos7.0)



の業務の介護サービス業務内容では相関係数は、排泄0.206、入浴-0.006、その他の業務0.137であり有意差は認められず、要介護度の重症化と介護時間の増加との関連性がより薄かった。

(5) 介護時間と各介護要因間の相互関係

介護サービスにおける介護時間と各介護要因間の相関係数を基に、Amos 7.0 (SPSS Japan Inc.) を用いて変数間の因果関係を共分散構造分析によるパス図で解析した(図3)。変数間の相関係数は双方向の矢印の中央部に示して、それぞれの因果関係を直接効果と間接効果として判定できるので、総合的関与が想定でき有意確率がp < 0.01でモデルの適合性は高いと判断できた。

要介護度には、食事と移動移乗体位変換が直接関与していたことが示唆された。日常生活自立度は障害老人では移動移乗体位変換が、認知症高齢者では食事を介して間接関与していることが示唆された。その他の介護サービス業務である入浴、清潔整容更衣、医療看護、排泄は、要介護度に直接および間接的な相互関係が乏しいことが示唆された。日常生活活動に対する介

護動作では、移動移乗体位変換と入浴、排泄とは近似の関係にあるが、介護時間では移動移乗体位変換は身体介護に関与して、食事は認知症介護等の精神介護にも関与することで、要介護度に影響を与えていると考える。これは介護時間という関わり度だけの関係図なので、その他介護負担などの困難度、介護サービスの必要度による三次元的パス図解析することでより介護実態を総合介護認定できる可能性が示唆された。

今回の調査では、要介護認定改訂版のケアコード分類を、介護サービス業務に割り振りしていることから、要介護認定の一次判定の基礎データとなっているタイムスタディ方法自体が身体介護時間を増大させる影響を与えていることが推察できる。そのために身体介護サービス以外の認知症介護や介護負担などの質的介護評価が要介護度に反映されないことが示唆された。

(6) 介護時間の大半が日常生活活動 (ADL)

介護サービスである

24時間の総合介護時間について、介護サービス業務内容を ADL 介護サービスと生活関連活動 (IADL) 介護サービスで比較すると、ADL 介護サービスが全体の約83%を占めて、IADL 介護サービスは約17%であり、その大半が ADL 介護サービスであった。ADL 介護サービスは、その大部分が身体介護サービスであることから、介護時間が多くなると身体介護の要介護度が重度になる傾向がある⁹⁾。身体介護が必要な人ほど、介護時間の増大により要介護度が重度になりやすいと考えられる。身体介護型の介護サービス業務内容は、利用者の日常生活自立の状態に応じて提供される介護時間が増加している結果から、利用者の状態が重度になると身体介護の介護時間が増加している傾向にある。要介護認定のタイムスタディでは、ケアコード分類が食事・移動・排泄など身体介護サービスを中心とした ADL ケアコードになっている。施設介護サービスおよび介護職員の介護サービス業務の効率性を優先した身体介護サービスだけであると、その介護サービスは要介護者等にとり受け身となり、生活者としての

積極的・主体的な尊厳のある生活を送ることに支障が生じる危険性がある。

介護サービスにおける質的介護評価の標準化と専門性

(1) 身体介護に伴う認知症介護と介護負担

1) 介護サービスに対する質的介護評価

要介護認定改訂版の1分間タイムスタディでは、毎分00秒の介護サービス業務内容を1分間ごとに記録しているために、余計に直接身体介護が重視されて、それに伴う介護負担と認知症介護を捉えにくくなっている⁷⁾。その上、介護サービス業務内容を抽出するための分類であるケアコードには、認知症介護として「問題行動」に対するケアコード項目があるのみで、そのために行っている予防的介護等やそれにかかる介護負担を捉えることは困難となる現状がある。今回、1分間タイムスタディで、認知症介護と介護負担を捉えるための介護サービスに対する質的介護評価から介護サービスの標準化と専門性を考察する。

2) 認知症介護と介護負担の検証調査

M市K介護老人福祉施設の介護職員3名と施設介護サービスを提供される要介護者を調査対象とする調査員3名とした。2004年5月における平日午後1時間における施設介護サービス業務を検証した。要介護認定改訂版(2003年版)の1分間タイムスタディの他計式調査法に基づき、介護職員に付いた調査員が、介護職員から要介護者へ提供される介護サービス業務内容を記録した。要介護認定改訂版の方式で毎分00秒に行われた介護サービス業務内容についてケアコードを記録した。

調査記録用紙に、介護職員が認知症介護を行ったかどうかという各5段階の質的介護評価の項目を作成して、調査中に介護サービス業務内容と共に認知症介護の程度を実務経験5年以上の看護師あるいは介護福祉士が記入した。その際、第三者の調査員からみた介護職員の認知症介護に同期して、どの程度介護負担を伴うかも記録をした。調査終了後、調査員によって記

入された介護サービス業務内容の記録に添って、介護職員自身が認識した認知症介護と介護負担の程度を再評価してもらった。

① 認知症介護度

要介護者等へ提供される介護サービス業務内容について、どの程度認知症介護が行われたかについて5段階で記入する。5段階の指標は、筆者独自で作成し、本文中ではその数値を示している。

介護をするということに、どれくらい認知症介護が必要になっていると思いますか 1. 声かけ又は指示と認知症介護は不要 2. 声かけ又は指示不要であるが見守りが必要 3. 声かけ又は指示と共に認知症介護が軽度 に必要 4. 声かけ又は指示と共に認知症介護が中等 度 に必要 5. 声かけ又は指示と共に認知症介護が重 度 に必要

② Zaritの介護負担度

全体を通して見て、提供された介護サービス業務内容に対して、どのくらい介護職員自身の介護負担になっていると思うかを5段階で記入する。介護負担に関しては、Zarit⁸⁾の介護負担度の中で、Zaritがa single global burdenと定義した第22問の質問項目を用いて、全体として毎分00秒ごとに提供されている介護サービス業務がどの位大変であるかを、身体・精神負担度を総合した介護負担度として記録した⁹⁾。5段階の指標は、本文中ではその数値を示している。

全体を通してみると、介護をするということはどう くらい自分の負担になっていると思いますか 1. まったく負担はない 2. 多少負担に思う 3. 世間並みの負担だと思 う 4. かなり負担だと思 う 5. 非常に大きな負担である

(2) 介護サービスの質的介護評価における結果と考察

1) 認知症介護が介護負担に影響する

認知症介護が必要なFさんに対する排泄介助を介護職員が提供している介護場面である(表

表1 調査員A調査記録用紙からの認知症介護と介護負担

時間	ケアコード改訂版	介護サービス業務内容	介護対象者	介護負担度	認知症介護度
14:00	312	排泄ことばかけ	Fさん	3	3
14:03	323	立ち上がり一部介助	Fさん	3	3
14:04	314	排泄中見守り, 排泄中の声かけ, 見守り	Fさん	3	3

注 改訂版ケアコード: 312排泄誘いかけ, 323排泄時の移乗介助, 314排泄見守り

表2 調査員B調査記録用紙からの認知症介護と介護負担

時間	ケアコード改訂版	介護サービス業務内容	介護対象者	介護負担度	認知症介護度
14:18	722	なぜ他人のタンスをさわっていたのか質問する	Oさん	2	3
14:19	713	ご飯の時間を聞かれ答える	Oさん	1	3
14:20	513	車いすを押しながらビューティ教室の説明	Oさん	1	3

注 ケアコード改訂版: 722問題行動の予防的対応の誘いかけ, 713問題行動発生時の対応, 513移動介助

1)。介護サービス業務内容に記されているのは、「ことばかけ」「一部介助」「見守り, 声かけ」であるが、それに伴う介護負担は「3」と記録された。排泄介助という身体介護に、認知症介護が重なり、そのために介護負担が中等度に影響したと思われる。

認知症介護が必要なOさんとの介護職員のコミュニケーションの介護場面である(表2)。その記録には全般にわたり会話している介護場面の記入がされているが、14:18をみると、ただ「質問をする」だけの会話場面であるはずなのに、介護職員の介護負担度を「2」と記録していた。また14:19「答える」、14:20「説明」では、介護負担度は「1」であるが、認知症介護度は「3」と捉え、認知症介護は行っていると記録された。

表1と表2から、身体介護に認知症介護が重なるために、介護負担度が大きくなっていることを示しているといえる。介護負担度には、身体的な負担のみではなく精神的な負担も含まれている。表に示された介護サービス業務内容は、声かけ等の軽度の介護サービス業務であるはずなのに、介護負担度が「2」以上になっているのは、認知症介護に対して介護職員に精神的負担が有ると判断されたと思われる。

2) 認知症介護は、第三者でも捉えられる可能性がある

個別に関わった介護時間を抽出した中から、1分間タイムスタディ記録における認知症介護に焦点を当て、認知症介護の有無を、「1」を無、「2」以上「5」以下を有として区分して出した結果であるが、認知症介護度が「2」以上「5」以下ということは、その度合いは違ってても、「認知症介護を行った」という有の判断ができていと判定した。

3人の調査員が記入した認知症介護と、介護職員が記入した認知症介護では、「2」以上「5」以下と記入したものの誤差は、調査員A 3分、調査員B 1分、調査員C 7分しかなかった。つまり調査員Aは86%、調査員Bは79%、調査員Cは61%、介護職員と全体で約75%が一致して認知症介護の有無を判定できている。これは、その要介護者等に介護サービスの提供を行っていない第三者の調査員の介護評価でも、介護職員が認知症介護を行っているかどうかを判定できる可能性があることが示唆された。全1分間タイムスタディ調査における介護時間の総数(n=540)にわたる介護職員と調査員との認知症介護の有無の分布と一致係数は、Kendall W=0.60(p<0.01)で、中等度強以上の一致性が認められた(図4)。認知症介護は、「その人の認知症介護を行ったかどうか」という視点からみるため、記入の際の明確な説明があれば、介護職員と第三者とは同様な結果が得られる可能性が示唆された。

3) 介護負担の有無は、第三者からでも捉えられる可能性がある

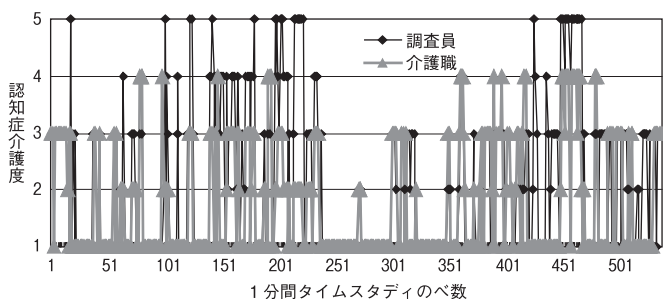
介護負担の有無では、調査員が記入した介護負担度と、介護職員が記入した介護負担度では、「1」を無、「2」以上「5」以下を有として記入したものの一致率は、調査員Aでは86%、調査員Bは68%、調査員Cは71%、介護職員と同様に全体で約75%が一致して介護負担の有無を判定できている。これは、その要介護者等に介護サービスの提供を行っていない第三者の調査員の介護評価でも、介護職員の介護負担度の有無を判断できる可能性があることを示唆している。全1分間タイムスタディ調査における介護時間の総数(n=540)にわたる介護職員と調査員との介護負担の有無の分布と一致係数は、Kendall W=0.37(p<0.01)で、認知症介護の有無に比較して、やや中等度弱の一致性が認められた(図5)。介護負担度は、「介護サービスに負担を伴うか」という視点からみるため、記入の際の明確な説明があれば、介護職員と第三者の調査員とは、介護負担の有無についてもほぼ同様な結果が得られる可能性が示唆された。

4) 認知症介護と介護負担を捉えていく必要がある

今回の調査では、1分間タイムスタディと同期させて、独自に考えた認知症介護の介護評価基準とZaritの介護負担度の質的介護評価を示した。本来の1分間タイムスタディには、その介護サービス業務内容に対する質的介護評価の指標はなく、実際に行われた介護時間のみが記録されるようになる。つまり、そのために身体介護の介護時間のみが介護評価の対象となりや

すいのである。しかし認知症介護は、問題行動が起こったときのみ提供するものではなく、すべての身体介護サービスに関連している。つまりどの介護サービスに対しても認知症介護が行われたかどうかを介護評価する必要がある。認知症介護度や介護負担度の介護評価基準を介護職員と調査員とがある程度一致して記録できたのは、

図4 調査員と介護職の介護評価における認知症介護の一致係数



注 Kendall W=0.60, n=540 (p<0.01)

調査記入の説明をする際に毎分00秒の介護サービス業務内容の中で、「その人の認知症介護や介護負担度をどの程度あったかどうか」という明確な介護評価基準を提示できたからである¹⁰⁾。

以上のことから、次のような関係を知ることができた。認知症介護は介護負担に影響を与える、認知症介護は第三者でも捉えられる可能性がある、認知症介護と介護負担を捉えていく必要がある。介護時間の量的介護評価である要介護認定から、認知症介護と介護負担の質的介護評価の総合化による総合介護認定の構築から介護サービスにおける標準化と専門性についての検証が必要である(図6)。

介護サービスの標準化と専門性における質的介護評価の課題

(1) 身体介護と認知症介護における質的介護評価

身体介護に含まれる認知症介護をいかに分離できるのか、あるいは身体認知症介護として新しい介護サービス業務を創造するのか、いずれにしても認知症介護として身体介護から質的介護評価を抽出する方法を検討する必要がある¹¹⁾。現行のままでは、身体介護の中に認知症介護が混在している状態で、認知症介護には何ら質的介護評価されないシステムになっている。

介護サービスの対象者は、「寝たきりで認知症なし」「寝たきり認知症」「動ける認知症」の3つの介護状態に分類できる。その中で問題になるのは、寝たきり認知症の中に、寝たきり介護と認知症介護が混在していることを質的介護評価するには次のような3つの方法が考えられる。

まず第1の方法として、寝たきり介護と認知症介護とに介護サービス業務を分類する方法として、認知症介護のケアコードを再検討して、1分間タイムスタディでも認知症介護の抽出を可能にすることが求められる。しかし、他計式調査では認知症介護が身体介護に隠れて捉えに

図5 調査員と介護職の介護評価における介護負担の一致係数

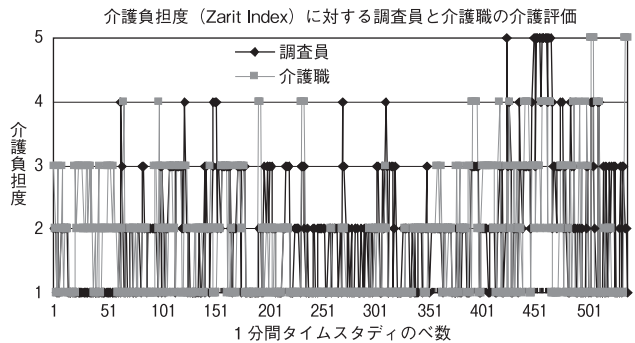
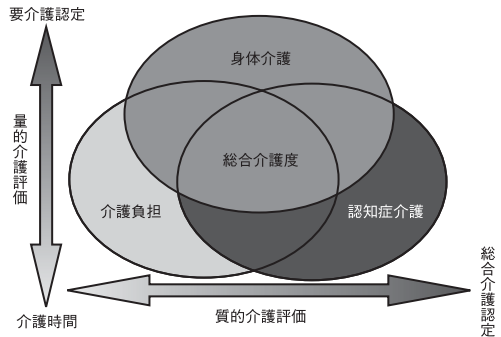


図6 量的介護評価の要介護認定から質的介護評価の総合介護認定



くという欠点がある。ケアコードの見直しができたととしても、現行の1分間タイムスタディの調査方法では認知症介護の介護評価が困難であり、その調査方法の検討も同時に必要である。

第2の方法として、寝たきり介護と認知症身体介護との関係に新しい方式を構築することである。寝たきり度が強くなれば、認知症介護は少なくなる傾向がある。それぞれがどのような介護サービス業務の相互関係にあるのかを検討する必要がある。その件については介護保険の要介護認定初版(1999年版)の基礎データとなった「サービス供給指標調査研究事業報告書」(1995年)¹²⁾の中でも検討されたが、困難な問題のままにして放置されている。両者の関係性から、それぞれの介護サービスによる包括的介護評価を構築する必要がある¹³⁾。

第3の方法として、介護サービスの方式を「寝たきり介護」「寝たきり認知症介護」「動ける認知症介護」の3つの要介護等状態像に分類

して介護評価することがある。要介護状態像に関しては、要介護者等の心身の障害の特性によって分類が可能と考える。その分類によって、要介護者等への介護サービスを質的介護評価できれば、身体介護から認知症介護を抽出できる可能性が出てくる（図7）。

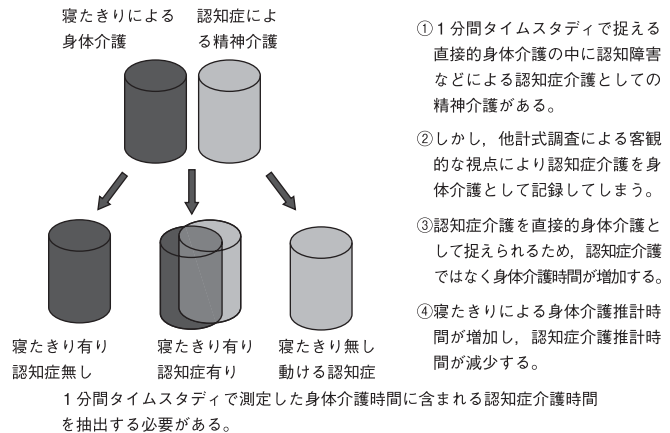
いずれにしても身体介護の中に混在している寝たきり介護と認知症介護をどのように分析するのは今後の重要な課題である。認知症介護の量的介護評価が非常に低い現状では、要介護認定によっては不適切な要介護度の判定が増える可能性がある。要介護認定改訂版の一次判定では基準見直し作業が進められ、介護時間に関わりなく動ける認知症高齢者の指標を追加するなどして、一次判定における補正方式も出されているが、基本的には一次判定における介護時間が大きく影響している。今後益々要介護者等が増加することを考えると、さらにコンピューターによる一次判定ソフトには、介護サービスの介護時間の量的介護評価だけでなく質的介護評価が重要な役割を果たすことは確実である。

(2) 要介護認定新版と新しい介護サービスの標準化と専門性

2005年度の介護保険法の改正、障害者自立支援法の成立を受けて、2009年度から新介護保険法が施行される可能性がある。介護制度改革本部が想定する施行準備のスケジュールに従えば、2009年度に介護保険法ならびに介護報酬の改正、さらに障害者自立支援法と報酬単価の変革が同期することになる。要介護認定新版の策定のために、第1回要介護認定調査検討会が2006年10月10日に開催され、新しい要介護認定の認定調査票と調査方法が議論された¹⁴⁾。

その中で最も議論の対象となったのがケアコード表による調査手法であり、介護サービスの標準化と専門性の介護評価の基点となり、要介護認定の精度の根幹に関わる問題である（表

図7 身体介護の中に認知症介護が隠れる



3)。要介護認定初版の調査方法である1分間において最も重要な介護サービス業務内容を記載するシーケンスモデルでは、認知症が軽く出て、直接的な身体介護の比重が高く出た。そのため要介護認定改訂版の調査では、何時何分毎00秒の瞬間の介護サービス業務内容を記載するクロックモデルに変更した。しかし、同じように認知症が軽く出て直接的な身体介護の比重がより高く出た。それにも関わらず、2009年度からの要介護認定新版でも、調査方法は改訂版の調査方法と同一で、介護サービス業務分類も変更されなかった。

認定調査票ならびに介護サービスの種類を定めるケアコードは、ほとんど従来通りで変更されていない。従来から問題となっている認知症高齢者、心身障害の把握が困難である若年障害者などの知的障害者・精神障害者、難病などの特定疾病者などの介護時間が適正に介護評価できない¹⁵⁾。結局、生活自立支援33項目と社会生活自立支援31項目の64項目が追加された。問題行動に対するケアコード数も内容も項目数も改訂版と同一であり、食事の業務を7項目から20項目に逆に拡大して、その他の業務を32項目から13項目に縮小した。要介護認定改訂版では樹形図上で食事の介護時間が最大であり、さらに新版で食事の業務数が増えるとますます格差が増大することになる。

要介護認定初版では当初から調査されていた質的介護評価である負担度(身体・精神)は改

訂版ならびに新版では削除され調査されない¹⁶⁾。居宅介護サービスにおいて介護する側と介護される側との介護関係で影響されることを削除の根拠にしているが、介護予防の対象者である要支援者を判定するためにも居宅介護サービスも調査に含めるべきである¹⁷⁾。要介護認定新版でも量的介護評価のみとなり、介護サービスの標準化と専門性の質的介護評価が見送られたのである¹⁸⁾。

表3 要介護認定における介護サービス業務内容のケアコード改訂過程

	初版 (1999年版)	改訂版 (2003年版)	新版 (2009年予定版)
調査方法 調査モデル 内容記載 質的評価 身体的介助 間接介助等 生活支援等 項目数	シーケンス 1分間で最も重要 負担度(身体・精神)	クロック 何時何分の瞬間 無	同左 同左 無
大分類	5	9	10
中分類	58	58	64
小分類	323	181	250
業務分類 形式	具体的なケア内容	準備 誘いかけ 介 助 見守り 後始末 の5コードに統一	同左

(3) 介護サービスの総合介護評価となる総合介護度

介護保険の基盤である要介護認定には、介護・障害・医学モデルはどのように関与しているか。医学モデルは、要介護認定基準において主治医意見書と認定調査票に関与している。障害モデルは、要介護認定基準における認定調査票の基本調査において心身の障害項目を調査することに関与して、障害程度区分の要介護度を割り出している¹⁹⁾。要介護認定基準は医学モデルと障害モデルが主体となり、本来の介護モデルは要介護認定にはほとんど生かされていない。要介護認定における介護モデルには、介護サービスを受ける側に、どのように介護サービスが支援されているかの介護評価である総合介護度が必要とされた。介護モデルにおける総合介護度では、要介護者等に対して介護サービスが、どのようにかかっているのか(関わり度)、どのように困難であるのか(困難度)、どのように必要であるのか(必要度)、という3つの視点で質的介護評価していくことが必要である。筆者は、介護モデルに基づく介護評価である総合介護度(TKI: Total Kaigo Index)を「総合介護度 = 困難度 × (関わり度 + 必要度)」で数量化できることを示した²⁰⁾。ところが介護保険における要介護認定に基づく要介護度は、単に施設介護サービス提供者における介護労働時間の介護サービス分配率から量的介護評価しているだけである²¹⁾。それだけでは要介護者の1人1人の認定結果に関する満足度と介護サービス量に関する満足度が一致しないことになる²²⁾。少

なくとも介護サービスを、関わり度・困難度・必要度の3つの視点から総合介護度により質的介護評価で総合介護認定をすべきである²³⁾。

要介護認定については、介護保険における介護モデルの議論もされることなく、要介護認定調査検討会は、要介護認定新版(2009年版)に向けた調査を確定するために、2006年10月に実施する予備調査の内容を固めている。その調査内容は、1分間タイムスタディと状態像に関する調査である。ほとんど要介護認定初版と改訂版の欠陥は積み残したままであり、要介護認定一次判定ソフトの見直しを求める国民の要望はいまだに活かされていない²⁴⁾。

2006年6月14日の医療制度改革関連法案の成立により、2008年4月から高齢者医療制度が創設されることになった。たびたび医療制度や医療保険の診療報酬を改正するも、医療期の医学モデルにおいて医療費高騰をほとんど解決できないまま、その代わりに介護保険を巻き込んで、介護期に当たる介護療養型医療施設が2011年3月末に廃止されることが介護保険法改正に明記された²⁵⁾。要介護者等には、生命の延長(LOL)のために診断して治療する医学モデルや生活の質(QOL)の向上を目指す障害モデルだけでは限界がある²⁶⁾。21世紀の超長寿社会における社会保障には、尊厳のある生活(ROL)を目標とする介護モデルによる介護サービスこそが求められている。だからこそ介護保険における要介

護認定にも、新たな介護モデルを導入して再構築しなければならない。介護保険における介護モデルの創造によって、社会保障が最終的に国民の尊厳のある人生の総仕上げにあずかることができる²⁷⁾ (図8)。

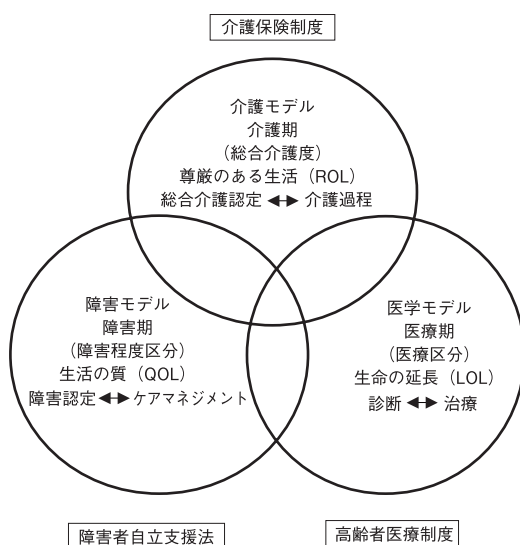
謝辞

多数の保健福祉機関および関係者にご支援とご協力を賜り、ここに深謝申し上げます。この研究成果は、住居広土「介護保険における介護サービスの標準化と専門性」(平成18年度科学研究費公開促進費学術図書, 大学教育出版, 2007) に基づくものである。

文 献

- 1) 住居広土．要介護認定とは何か．東京：一橋出版，2004．
- 2) 住居広土．介護保険における介護サービスの標準化と専門性．岡山：大学教育出版，2007．
- 3) 外山義．介護保険施設における個室化とユニットケアに関する研究．医療経済研究 2002；11：63-89．
- 4) 厚生労働省．第8回要介護認定調査検討会議事次第，2001年4月．
- 5) 老施協総研．介護老人福祉施設の報酬体系の再構築に関する調査研究報告書．全国老人福祉施設協議会，2005．
- 6) 住居広土，江原勝幸．要介護高齢者における介護度と日常生活自立度の関係．広島県立保健福祉短期大学紀要 1998；3(1)：57-63．
- 7) 住居広土，日下部みどり．1分間タイムスタディによる介護サービスの標準化の検証 - 介護保険における要介護認定への提言 - ．ハイテクインフォメーション 2002；142：37-43．
- 8) Zarit SH, et al. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980；20：649-55．
- 9) 荒井由美子．要介護高齢者を介護する者の介護負担とその軽減に向けて．日本老年医学会雑誌 2005；42(2)：195-8．
- 10) 長澤紀美子．要介護認定調査における評定者間一致率および効果的な研修手法に関する検討．新潟

図8 社会保障における介護・障害・医学モデル



- 青陵女子短期大学研究報告書 2000；30：77-80．
- 11) 日本ケアワーク研究所監修．見てよくわかるリハビリテーション介護技術．東京：一橋出版，2001．
- 12) 全国社会福祉協議会．保健医療福祉サービス供給指標研究事業報告書．1996．
- 13) 松村菜穂美．痴呆デイケア施設における痴呆度と寝たきり度と介助量の関係．季刊社会保障研究 2003；39(2)：189-203．
- 14) 厚生労働省．第2回要介護認定調査検討会議事次第，2006年12月．
- 15) 遠藤英俊．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．長寿科学総合研究事業，2006．
- 16) 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．1994．
- 17) 石橋潔．タイムスタディ調査によるホームヘルプ労働専門性の検証．社会文化論集 1999；6：139-59．
- 18) 住居広土，石田一紀．介護保険における要介護認定基準と介護サービスの標準化 - 要介護認定に関する問題点とその検討．介護福祉学 1997；4：16-29．
- 19) 高橋紘士．新たな障害程度区分の開発と評価等に関する研究．厚生科学研究費障害保健福祉総合研究，2007．

- 20) 住居広土．介護モデルの理論と実践．岡山：大学教育出版，1998．
- 21) 筒井孝子．高齢者の要介護および要介護推定方法に関する研究．医療経済研究 1996；3：117-29．
- 22) 三浦公嗣．介護保険制度の要介護認定の評価と利用者の満足度に影響を与える因子．慶應医学 2002；79(1)：17-26．
- 23) 住居広土．要介護高齢者の介護度による介護モデルの構築 - 要介護認定基準に向けた介護度の創設について - ．厚生指標 1998；45：16-23．
- 24) 日本介護支援協会監修．要介護認定 SOS - 介護保険で泣かないために - ．東京：インデックス出版，2000．
- 25) 住居広土．我が国の高齢者医療・介護の行方を決めるものは医療環境の動向である (Con)(介護福祉の動向から)．日本老年医学会雑誌 2006；43(6)：730-3．
- 26) 住居広土．医療介護とは何か - 医療と介護の共同保険時代 - ．東京：金原出版，2004．
- 27) 坂本忠次，住居広土．介護保険の経済と財政 - 新時代の介護保険のあり方 - ．東京：勤草書房，2006．

3 動向誌バックナンバー集 DVD

「国民衛生の動向」「国民の福祉の動向」および「保険と年金の動向」の各創刊号から平成18年(2006)版までを収録したDVDを発売いたしました。

戦後から今日までの保健・医療行政，社会福祉行政および保険・年金制度の動向と関連統計データを経年的にご覧いただけます。

研究室や図書館等において，関連資料・データの保管・参照利用にも最適です。

「国民衛生の動向」定価40,000円(税込)

「国民の福祉の動向」および「保険と年金の動向」定価 各30,000円(税込)

Windows 対応 DVD(本製品は当協会からの直接販売です)

財団法人 厚生統計協会 厚生情報開発センター 03-3586-4927

図説 統計でわかる介護保険2007

介護保険制度の概要および介護保険関連の主要事項をカラー図表でわかりやすく解説。

介護保険関連主要統計表を収録 - 各種時系列データ，介護サービス種類別データ等。

都道府県・保険者(市町村)別統計表を収録したCD-ROMを添付。

B5判カラー印刷 331頁 定価 2,400円(税込)

ご注文はお近くの書店へ

財団法人 厚生統計協会 03-3586-3361