

# 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—

住居 広士\*

## I 介護モデルにおける介護度とは

要介護高齢者には、毎日続いている病気・障害と、24時間連続している生活とが共存しています。そのため生命の延長 (LOL, Length of Life) を主体とする医学モデルや生活の質 (QOL, Quality of Life) の向上をめざす障害モデルだけでは、対応できなくなっています。要介護高齢者には、「尊厳のある生活 (ROL, Respect of Life) を護り介 (たす) ける介護モデルこそが求められているのです<sup>1)</sup>。家族や地域の支援も失いかけて、自らの本来の意志で人生を送れない要介護高齢者には、その人のROLをいかに護り介けるのかという介護の理念のもとに介護モデルで支えることが必要なのです。

要介護高齢者の急増に対しては、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、厚生省の高齢者介護・自立支援システム研究会から平成6年12月に提唱されました<sup>2)</sup>。その財政的基盤として、平成8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)<sup>3)</sup>」にて介護保険制度が提言されました。介護保険関連三法案が平成8年11月から国会で審議され、ようやく平成9年12月9日に国会で成立しました<sup>4)</sup>。やがて2000年4月から、介護保険制度が実施されます。

平成8年3月28日の老人保健福祉審議会にて、要介護高齢者の状態を把握する要介護度による『要介護認定基準』と、ケアプラン作成に必要な情報を得るための『高齢者アセスメント票』が初めて提示されました<sup>5)</sup>。この要介護度は、そのわずか1ヵ月以内に「高齢者介護保険制度の創

設について (老人保健福祉審議会報告書, 1996年4月22日)」において、要介護者の自己選択によるケアマネジメント・ケアプランの策定による介護保険制度の基本的評価基準として最終報告されてしまいました。要介護度は主に心身の障害度のみを調査する『高齢者アセスメント票』から導き出せる高齢者のタイプ分類をもとに設定されています<sup>6)~8)</sup>。したがって要介護状態区分等からなる6段階の要介護度では、単にタイプ別の心身の障害度のみが明らかになるだけであります。要介護高齢者の場合には、心身の障害度の組み合わせと介護支援状態とが常に一致するとはかぎらないことは、明らかであります。『高齢者アセスメント票』による介護サービス調査票だけでは、特に重要な各々の要介護者への個別の介護支援状態の把握と家族介護評価による家族介護状態を判断するのは不可能であり、ほとんどケアプラン作成に必要な情報は得られません。要介護認定には、その結果とさらに医学モデルを主体としたかかりつけ医意見書により総合判定されます<sup>9)</sup>。つまり介護保険制度では、医学モデルと障害モデルのみによってすべてが規定されてしまうことになります。

このような要介護度だけでなく、要介護者と介護者の介護状態を総合的に示す「介護度 (Kaigo Index)」が、介護モデルの構築のための評価基準として必須なのです。要介護高齢者への介護業務の負担度や実働量については多くの報告がみられますが<sup>10)~13)</sup>、保健福祉機関別の介護・看護・指導業務も含めた介護モデルについて、市広く比較検討し提唱した報告はほとんどありません。介護度を、要介護者と介護者の直接処遇の介護業務における1)関わり度 (Involvement), 2)困難度 (Difficulty), 3)必要

\* 広島県立保健福祉短期大学助教授

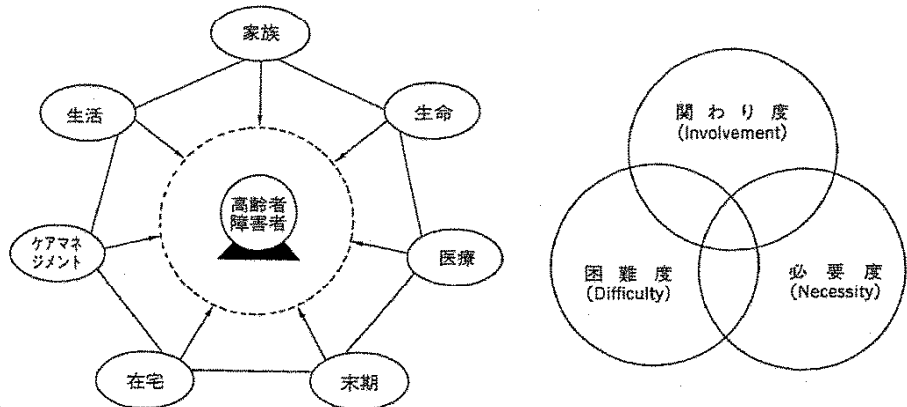
度 (Necessity) の3つの介護評価により数量化しました。要介護者に対して、1)どのように関わっているのか。2)どのように困難があるのか。3)どのように必要であるのか。という3つの視点にたつて介護評価をしました。平成4年度からの日常生活介護業務に関する調査から<sup>14)~19)</sup>、その介

護業務分析の結果より、介護モデルを設定するための基本的な介護要因として、①生命 (Life Care)、②生活 (Living Care)、③ケアマネジメント (Care Management)、④医療 (Medical Care)、⑤末期 (Terminal Care)、⑥在宅 (Home Care)、⑦家族 (Family Care) の7介護要因により構成されました。それを、介護モデルの介護支援状態の指標である「介護度 (Kaigo Index)」によって示すことができました<sup>1)</sup> (図1)。

## II 介護度の開発と研究に向けて

介護度は、その調査対象としては、1995年12月に、西日本地区の保健福祉機関へ配票調査を行いました<sup>15)</sup>。そのうち、有効回収数を1,320部を得ました。その調査の中で、要介護高齢者の介護に主体的に関わっていた保健福祉職種別の内訳として、①特別養護老人ホーム (特養) の寮母 (特養寮母) には394名、②老人保健施設の介護職員 (老健介護) には258名、③特別養護老人ホームの看護婦 (特養看護) には、33名、④老人保健施設の看護婦 (老健看護) には88名、⑤特別養護老人ホームの生活指導員 (特養指導員) には、24名、⑥ホームヘルパーには170名、⑦訪問看護ステーションの看護婦 (訪問看護) には201名、⑧デイケアには40名における要介護高齢者が、その保健福祉職種から主に介護を受けていました。その要介護者事例の総計1,208名

図1 介護モデルを構成する7つの介護要因と介護度を創設する3つの介護評価



出典 住居広土著、一介護保険総合研究—介護モデルの理論と実践、大学教育出版、1998<sup>1)</sup>

から統計解析をしました。要介護高齢者にかかわった介護調査員の主たる保健福祉資格ののべ人数は、1)介護福祉士362名 (27.4%)、2)無資格者301名 (22.8%)、3)看護婦236名 (17.9%)、4)ホームヘルパー114名 (8.6%)、5)準看護婦96名 (7.3%) の構成となり、現在の保健福祉機関における資格の全般的状況も示唆しています。その保健福祉職の現在の機関での勤務期間は、平均5.0±4.5年の勤務状況でした。その調査した要介護高齢者の年齢は、平均年齢は80.4±10.6歳で、その性別は、男性は29.4%で平均年齢は78.9±8.9歳、女性は70.6%で平均年齢は81.0±11.3歳でありました。

介護モデルを構成するための基本的な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報、第2報、岡山県立大学短期大学部介護福祉教育研究会、1994、1995年)<sup>14)</sup>」における67介護業務を基にし、そして「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 (広島県立保健福祉短期大学、1997年)<sup>15)</sup>」にて、約5年間にわたる実態調査からとさらに介護、看護、保健福祉職関連の介護支援業務を追加して、総計80項目を基本的介護業務として設定しました。

その介護支援業務の構成を上記の介護要因によって分類しますと、基本的介護業務はそれぞれ、生命18業務、生活18業務、ケアマネジメント17業務、医療15業務、末期4業務、在宅8業務に設定しました。以上の総計80の基本的介護

業務について統計学的に分析をしました。そして配票調査によって、要介護者に対するそれぞれの介護支援業務の程度を、I)関わり度、II)困難度、III)必要度について、6段階評価の回答により調査しています。その調査結果より、要介護高齢者への介護支援状態を総合的に示す介護度(Kaigo Index)を、その介護支援業務の関わり度・困難度・必要度の介護評価のそれぞれの統計学的な相互関係から設定しました<sup>15)~19)</sup>。統計解析は、SPSS 6.1J (Norusis SPSS Inc), STATISTICA (Ver. 5J, StatSoft, Inc), STAT FLEX (Ver.4, Artech, Inc)等のソフトウェアを使用しました。

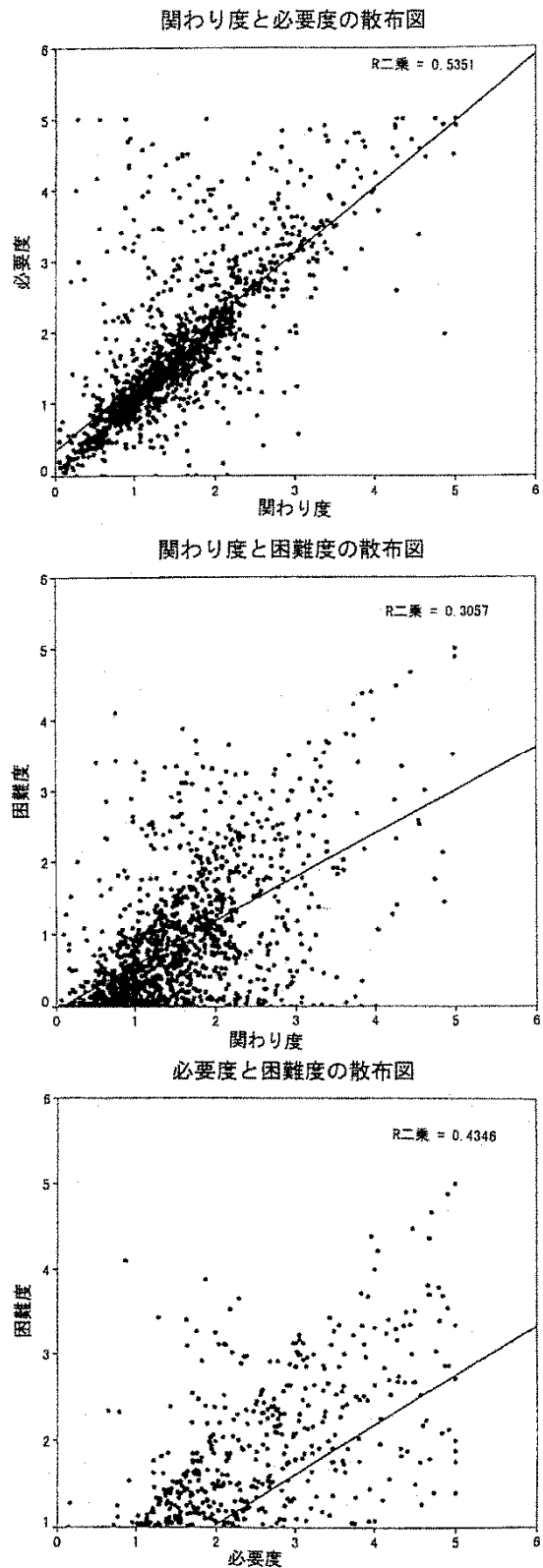
### III 介護モデルによる介護度の創設

介護業務における関わり度と困難度と必要度の相関関係による相互作用を、まず検討していきます。関わり度と必要度は相関係数0.77と相関係数は非常に高く、偏相関係数については、0.49と中等度でありました(表1)。関わり度と必要度の散布図をごらんとおり、必要度と関わり度はかなり類似しています。その因果関係を調べるため、そのグラフの関わり度と必要度の比例関係を検討します。その直線の線形関係を示す回帰曲線の決定係数 ( $R^2$ )=0.54は中等度であり、この回帰直線のあてはまりは中等度のあてはまりの良さを示しています。ある程度必要度に応じて介護業務の関わり度が規定されています(図2)。必要度が高い介護業務は、関わり度も高いですが、とくに必要度の中等度以上において関わり度が極端に低下している傾向があります。さらに、困難度の影響を除いた両者の偏相関係数は、かなり低下しているので、介護業務の困難度に応じて取捨選択されている

表1 介護度と関わり度・困難度・必要度との相関係数と偏相関係数

	関わり度	困難度	必要度	介護度
関わり度	*	0.57	0.77	0.70
困難度	-0.27	*	0.67	0.93
必要度	0.49	-0.02	*	0.76
介護度	0.35	0.89	0.24	*

図2 介護評価の関わり度・困難度・必要度の散布図とその線形回帰分析

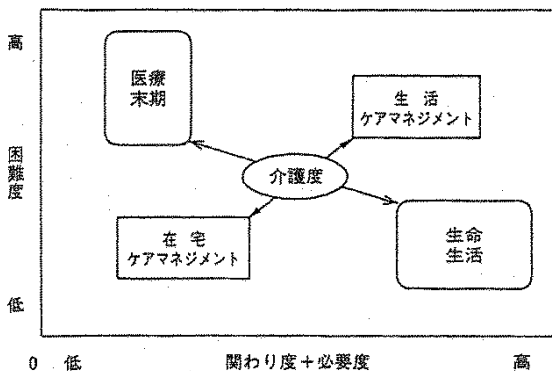


傾向も示唆されました。この必要度も高く、困難度の高い介護業務については、それぞれの保健福祉専門職によるチームアプローチにて対応すべきであります。その対応状態についても、介護度により介護評価ができるのです。

次に、関わり度と必要度の両者と困難度の相関関係による相互作用を、検討していきます。関わり度と困難度とは、相関係数0.57であり、必要度と困難度の相関係数は0.67と中等度の相関関係を示しています。しかし、関わり度と困難度、必要度と困難度の散布図をみますと、比例関係を示す直線の線形関係である回帰曲線の決定係数( $R^2$ )=0.31と0.43と、あまり相関関係を認められません。よく注目すると、関わり度と必要度の低い介護業務群はたしかに、困難度も低下していますが、関わり度と必要度がともに中等度以上の介護業務群は、逆に相反的方向を認めます。つまり、関わり度と必要度が高い業務ほど困難度が低く、逆に関わり度と必要度が低い業務には困難度が高い傾向を認めました。関わり度と必要度に対して、困難度は反比例の相反関係があることが示唆されました(図3)。

このことは、2因子だけの相関係数である偏相関係数でみると、関わり度と困難度は-0.27であり、必要度と困難度は-0.02であることから、若干関わり度・必要度と困難度の関係は反作用の相反的方向がうかがえました。ほとんど関わりがなく、必要もない業務を除いて、その専門的介護業務にしばってみるとさらにこの傾

図3 介護要因に対する関わり度・必要度と困難度との相反性の関係図



0 低 関わり度 + 必要度 高  
 出典 住居広士著、一介護保険総合研究-介護モデルの理論と実践、  
 大学教育出版、1998<sup>9)</sup>

向は、強まります。つまり、専門的介護業務においては、関わり度・必要度と困難度の関係は相反的で反作用的傾向があることが示唆されました。

以上のような統計学的結果と、私がいままで介護モデルに至るまでの臨床経験に基づいた固有技術を勘案して、私は介護モデルとして以下の数式を提唱します。

介護度 = 困難度 × 平均(関わり度 + 必要度)  
 の関係として介護度を設定しました。

困難度は、関わり度・必要度とは相反的で反作用的傾向があり、それらを単に直線的な比例関係として加減することだけでは無意味であります。統計学的手法だけでは、加減による重回帰分析か、相関関係に注目して因子分析などの多変量解析になりがちです。しかし介護モデルは、単なる加減関係や相関関係のみによって構築されていないことは、私の介護モデルに至るまでの介護実践の経験による固有技術によって推察できました。よってその相反的で反作用的傾向の場合に、困難度と関わり度・必要度の関係を示すには、それらの掛け算による乗数化すべきであると提唱します。

関わり度と必要度は、統計学的結果からも相関係数0.77と相関係数は非常に高く、偏相関係数については0.49と中等度でありました。関わり度と必要度の散布図をごらんのとおり、必要度と関わり度はかなり類似しています。そしてある程度は必要度に依じて介護業務の関わりが規定されています。とくに必要度の中等度以上において関わり度が極端に低下している傾向があります。従って、両者が互いに補い合う傾向を認めますので、両者の平均値をとってそれを関わり度と必要度の代表値としました。よって困難度に、関わり度と必要度の平均値とを掛け合わせることによって、介護モデルの介護度を、  
 介護度 = 困難度 × 平均値(関わり度 + 必要度)  
 と設定しました。

その設定した介護度では、関わり度との相関係数は0.7、困難度との相関係数は0.93、必要度との相関係数は0.76となりました。介護度はそれぞれとも、かなり高い相関係数を示しました。どの介護要因ともかなり関連性の高い指標とし

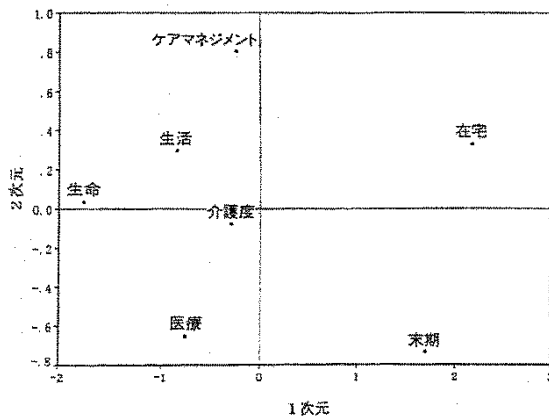
て設定できました。

他の変数の影響をのぞいた2変数間の相関関係である偏相関係数については、介護度は困難度とは0.89となり、非常に強い相関性を認めました。介護度と関わり度・必要度については、偏相関をとると、それぞれの類似性によって相殺されて、偏相関係数は、関わり度が0.35、必要度が0.24となり、相関係数とも比較してかなり低値となりました。介護度と平均値（関わり度+必要度）との相関係数は、0.74となり、そこから困難度の影響を除いた偏相関係数は、0.46となりました。今回の介護度は、関わり度、困難度、必要度ともに相互作用のある総合的指標として設定できました。

#### Ⅳ 介護モデルにおける介護度の介護要因

次に、介護度と介護モデルを設定するための基本的な介護業務の介護要因について、統計学的に設定しました。その介護要因を3つの①関わり度②困難度③必要度の介護評価により、介護度を数量化しました。それぞれの変数間の関係を、平面内の距離によって、変数間の類似性を表そうとする多変量解析である多次元尺度法(MDS, Multidimensional Scaling)にて解析しました。ピタゴラスの定理を多次元的に一般化したユークリッド距離モデルの多次元尺度法により表示しました(図4)。すると介護要因は、4つの関連ある分野に分割できました。1)生

図4 介護度による基本的な介護要因の多次元尺度法(MDS)による介護モデル構成図



命・ケアマネジメント・生活の群, 2)在宅の群, 3)医療の群, 4)末期の群に分けられました。多次元尺度法では、お互いに類似している要因とは近い距離で示され、相違している要因は離れた点で表現されます。よって、①生命, ②生活, ③ケアマネジメントは、それぞれ非常に関連して類似している業務であることが示唆されました。しかし、他の④医療, ⑤末期, ⑥在宅については、①生命, ②生活, ③ケアマネジメントとは、いずれも長い距離が示されており、かなりの統計学的相違が認められました。また、④医療, ⑤末期, ⑥在宅どうしも、お互いに距離が離れており、それぞれが相違し独立している傾向を認めました。

もし、介護を捉える範囲をあらかじめ狭くして、相関係数などの類似性を主体に選別した場合には、①生命, ②生活, ③ケアマネジメントのみを主体とした評価のみで、介護モデルをかたちづくる可能性があります。今回の厚生省の要介護度(要介護状態区分1~5と要支援状態)の設定は、特別養護老人ホームの介護職員(寮母)における158種類の業務解析からスタートしています<sup>9)</sup>。最初から介護業務を、①生命, ②生活, だけに絞った調査になり、その後もその関連業務のみをさらに追加して、つりあいを合わせようとしています。しかし、③ケアマネジメント, ④医療, ⑤末期, ⑥在宅の要因については、要介護度では、依然としてほとんど捉えられていません。その要介護度だけでは、介護を総合的に評価することは不可能なのです。今回の調査では、保健福祉機関別の介護・看護・指導業務も含めて、その介護モデルについて、巾広く比較検討した調査研究なので、すべての介護業務にわたり捉えることができました。介護モデルは、保健医療福祉機関の各種介護業務を包括的に捉えることが必須であるからです。

それらの要因間の類似度に近いものから順にまとめていくクラスター分析(Cluster Analysis)にて分析し分類しました(図5)。そのクラスター分析の樹形図によると、1)生活とケアマネジメント, 2)医療と生命, 3)在宅と末期の3群に分割できました。上記の平面内の距離によ

って、変数間の類似性を表そうとする多次元尺度法の結果とも合致していました。それぞれの1)生活とケアマネジメント、2)医療と生命、3)在宅と末期の間が、もっとも関係が深くなりました。ケアマネジメントやケアプランを立てる場合には、それぞれの介護要因を相互に関連づけながら、7つの介護要因をもとに介護計画をたてなければなりません。

この介護度、その尺度が、どの程度対象を正確に測ることができるかを示す信頼係数 (reliability coefficient) のひとつであるCronbach  $\alpha$  係数を調べました。1に近いほど尺度の信頼性が高い傾向にあります。今回の調査の尺度の内的整合性 (Cronbach  $\alpha$ ) については、6項目で0.87、25項目で0.82でありました。かなり、内的整合性は高く、信頼性の高い評価基準であるといえます。

### V 介護度の応用について

介護保険法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

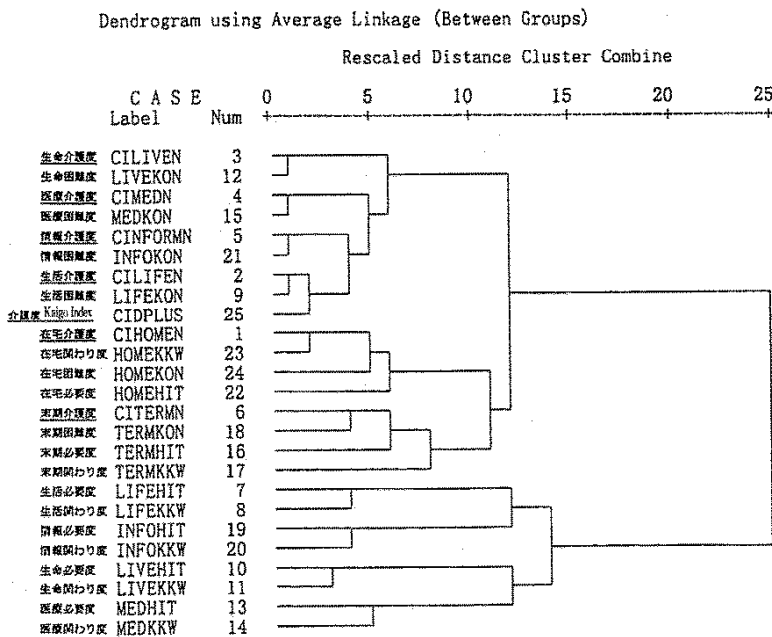
ができるように支援することが目指されています<sup>20)</sup>。しかし、寝たきり老人や痴呆性老人の場合には自立だけが、介護するための最終目標にはなりません。心身の自立支援自体は、障害モデルの最終目標にはなり得ますが、介護保険によっていくら介護支援しても、要介護高齢者が自立することに達し得ない場合が多くあるからです。介護モデルの専門性は、単に自立支援だけにあるのではなく、介護を創意する過程のなかにあります。介護の専門性が発揮される介護過程により構築される介護モデルに基づいて、介護度の開発と研究を行いました。

厚生省は、平成7年4月より「高齢者ケア支援体制に関する基礎調査研究会」で検討し、平成8年度より「高齢者ケアサービス体制整備検討会」で、要介護認定基準を同じく6段階の要支援状態、要介護状態区分1～5に分類されています。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ます<sup>21)~23)</sup>。従って、高齢者ケアアセスメント票での調査項目では、要介護度は主に障害モデルの組合せ構成されていま

す。この要介護度については、全く介護モデルに関する検討が非常に欠如しています。もし、障害モデルだけの調査なら、国際的に定評のある Barthel Index<sup>20)</sup> や FIM (Functional Independence Measure)<sup>21)</sup> の日常生活活動評価のほうが、はるかに信頼性、妥当性、再現性もすぐれています<sup>22)</sup>。障害モデルだけなら、高齢者ケアアセスメント票よりも、それらの日常生活活動評価で十分と思われれます。この要介護

図5 介護モデルにおける介護度と介護要因の介護評価度のクラスター分析

\*\*\*\*\* HIERARCHICAL CLUSTER ANALYSIS \*\*\*\*\*



度だけでは、要介護者の心身の障害度が判定されるだけであり、それだけではケアプラン・ケアマネジメントの策定はできません。

平成8年、厚生省では全国60カ所にて要介護判定基準の試行を行われ、「高齢者ケアサービス体制整備委員会報告について」（平成9年5月）でとりまとめられています<sup>23)</sup>。それによると、5,563人の調査票からのコンピューター電算機による要介護度の一次判定に対して、モデル介護認定審査会で二次判定が行われました。その二次判定により要介護度を変更された件数は1,538件で27.6%にもおよび、変更がなかったのは3,976人の71.5%にすぎませんでした。その変更された理由として、ほぼ約6割が要介護度判定基準に関連する事項でありました。要介護度認定基準が心身の障害評価を主体とする障害モデルで判定している限り、その高齢者ケアアセスメント票である介護サービス調査票による調査ですから、さらに直接に介護現場の実践をしていない介護認定審査会の判定の妥当性は、実際は7割以下に留まっているのです<sup>24)</sup>。平成9年度の要介護認定等の試行的事業の結果では、905市町村41,059人の判定では、変更された件数は23.2% (9,459件)、変更されなかったのは75.3% (30,703件)と報告されています<sup>25)</sup>。ほとんど見直しのなく単に繰り返した試行的事業での若干の改善の操作が加えられています。

要介護者は、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の介護状態を示す介護度で、介護評価し判定すべきであります。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サービスが設定できるのであります。たとえば、保健福祉施設に入所退所の判定については、心身の障害度だけで決定するのではなく、その要介護者に対しての介護状態の指標である介護度を調査して、それが入所の介護サービスに達していなければ入所適応があり、逆に十分に達していれば、在宅ケアの適応と判断できるのです。つまり公的介護保険制度には、要介護者に個別対応できる介護支援の介護状態の指標である介護度の創設が

必須なのです。

介護業務における関わり度と困難度と必要度の相関関係との相互作用を検討すると、関わり度と必要度は相関係数は高く、偏相関係数は中等度でありました。困難度は関わり度・必要度とは相関係数は中等度であるが、その偏相関係数は非常に低値でした。関わり度・必要度と困難度には、介護要因ごとに相反性の関係にあることが判明しました<sup>26)</sup> (図3)。その統計学的結果と介護モデルの実践経験にもとづく固有技術から勘案して、介護度＝困難度×平均値（関わり度＋必要度）と定義しました。つまり介護度＝介護負担度×（介護サービス量＋介護ニード）とも表現されるのです。すると今回の介護度の数式により、関わり度、困難度、必要度ともに相関性が高い介護度が設定できました。介護保険においては介護モデルを提示できる介護度の創設のため、その介護評価とその介護要因のさらなる検討を進めていかなければなりません<sup>24)</sup>。

## VI 介護保険制における介護度の創設

これからの公的介護保険制度においては、ケアマネジメント・ケアプランにより、保健福祉システムの社会的介護支援である各種サービスの適応と連携を図ることが重要となります<sup>26)27)</sup>。その場合に、今回の介護度により、その適切な介護サービスの適応とその連携を測定し規定することが可能となります。要介護高齢者・障害者自身の要介護度だけで、介護サービス総量を単に連結するだけでなく、そこに介護度という基準を設けることにより、要介護高齢者の多様性と個別性に合わせた効率的な社会資源の活用が可能となるのです<sup>28)</sup>。この介護度により、日常生活に関連した適切な介護状態の指標を求められることが示唆されました。

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では、ケアマネジメント・ケアプランの策定が検討されていますが、その介護サービス調査票の高齢者ケアアセスメントの項目とその心身障害の問題領域だけに対応するのではなく<sup>29)</sup>、介護度の総合的指標で、要介護者の個別

性や家族介護評価<sup>30)</sup>などに応じて介護計画を策定すべきであります。介護度は、保健医療福祉の連携と統合に対応した要介護者の効率的なケアマネジメントと、ケアプラン策定による新介護システムの基本的構築に必須であります。介護度は、保健医療福祉システムにおける介護の質的向上と効率化のためにも、是非とも必要な指標であります。21世紀の少子長寿社会を展望して、新しい介護システムの構築には、要介護認定基準にまず介護度(Kaigo Index)を創設することが必須なのであります<sup>1)</sup>。

#### 〈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指導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, 高齢者総合診療システムの構築に関する研究)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ました。今回の調査結果の一部は、平成9年度文部省科学研究費「研究成果促進費」により、『一介護保険総合研究一介護モデルの理論と実践(住居広士著, 大学教育出版(ISBN4-88730-259-2 C3077 P2900E), 1998年<sup>1)</sup>』でまとめております。(E-mail: sumii@hpc.ac.jp)

#### 参考文献

- 1) 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.
- 2) 厚生省高齢者介護対策本部監修. 新たな高齢者介護システムの構築を目指して一高齢者介護・自立支援システム研究会報告書, 東京: ぎょうせい, 1995.
- 3) 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一老人保健福祉審議会報告・厚生省介護保険制度大綱一, 東京: ぎょうせい, 1996.
- 4) 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, 第一法規, 1998.
- 5) 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.
- 6) 全国社会福祉協議会. 在宅福祉サービスに関する調査研究(報告書), 1994.
- 7) 全国社会福祉協議会高年福祉部. サービス供給指標調査研究事業報告書, 1995.
- 8) 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.
- 9) 日本医師会総合政策研究機構. 要介護総合分類の開発に関する研究調査, 日医総研報告書, 1997.
- 10) Zait, S. H. ; et al : Relatively of the impaired

- elderly : Correlates of feelings of burden. The Gerontologist 20 : 649-655, 1980.
- 11) 前田大作, 他. 障害老人を介護する家族の主観的困難度の要因分析, 社会老年学, 19 : 3-17, 1984.
  - 12) 安梅勲江, 他. 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.
  - 13) 松岡英子, 他. 老人介護とストレス一既存尺度の検討, 信州大学教育学部紀要, No. 86, 147-159, 1995.
  - 14) 橋本祥恵, 他. 老人・障害者(児)援助業務に関する調査報告書(第1, 2報), 岡山県立大学短期大学部介護福祉教育研究会, 1994, 1995.
  - 15) 住居広士, 他. 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, 保健福祉総合研究(ISSN 1341-9390), 2, 1-102, 1997.
  - 16) 住居広士, 他. 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, 78-84, 1996.
  - 17) 住居広士, 他. 介護度による保健福祉専門職種介護専門性の検討, 日本保健福祉学会誌, 4, 11-20, 1997.
  - 18) Sumii, H., et al : The Kaigo index for involvement in and difficulty with total care given to the elderly and disabled. The Proceeding of SYSTED 97, 321-325, 1997.
  - 19) Sumii, H. et al : The Kaigo index according to involvement, difficulty and necessity of the whole care given to the elderly and disabled. IRMA VIII, Bologna : Monduzzi Editore, 749-754, 1997.
  - 20) Mahoney, F. I., et al : Functional Evaluation : The Barthel Index. Maryland Dtate Medical Journal, 14 : 61-65, 1965.
  - 21) Hamilton, B. B., et al : Uniform Data Set for Medical Rehabilitation. The Data Management Service of the Uniform Data System for Medical Rehabilitation and the Center for Functional Research, State University of New York at Buffalo, 1990.
  - 22) Donaldson, S. W. et al : A Unifide ADL evaluation form. Arch. Phys. Med. Rehabil., 54 : 175-180, 1973.
  - 23) 筒井孝子. 公的介護保険制度における要介護認定の考え方一全国60地域で行われた要介護認定結果を基に一, 社会福祉学, 第38, 2号, 36-52, 1997.
  - 24) 住居広士, 他. 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一要介護度に関する問題点とその検討一, 介護福祉学, 4, 16-29, 1997.
  - 25) 医療福祉審議会老人保健福祉部会 : 平成9年度高齢者介護サービス体制整備支援事業実施状況の概要について, 1998年4月13日.
  - 26) David P.Moxley: The Practice of Case Management. SAGE Publications, 1989.
  - 27) 白澤政和. ケースマネジメントの理論と実際, 東京 : 中央法規, 1992.
  - 28) 荒川義子, 住居広士監修, 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ガイドブック, 岡山 : 大学教育出版, 1997.
  - 29) 厚生省老人福祉局監修. 高齢者ケアプラン策定指針, 東京 : 厚生科学研究所, 1994.
  - 30) 東京都老人総合研究所社会福祉部編. 高齢者の家族介護と介護サービスニーズ, 東京 : 光生館, 1996.