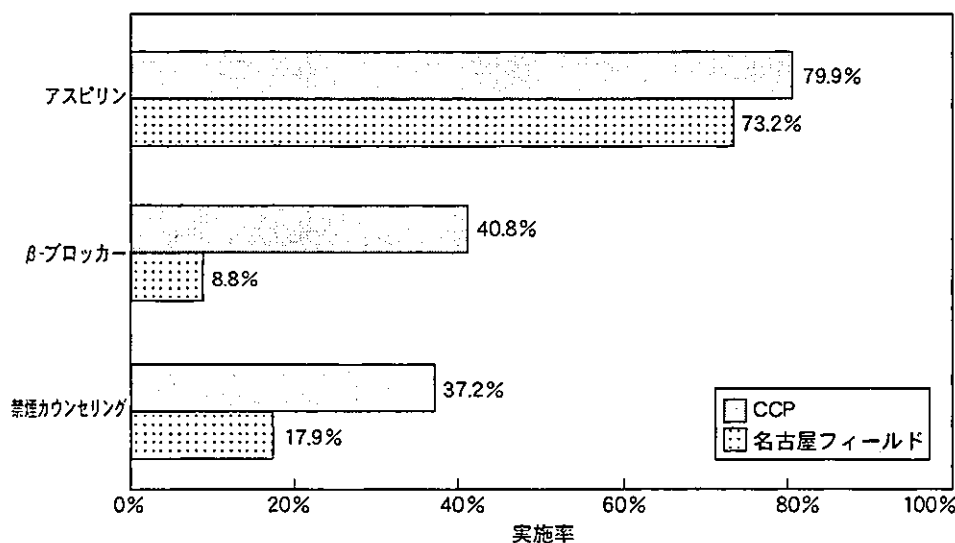


表 6.3 入院中の薬物治療が理想的または適切な患者比率と実施率

変 数	総 計 (N=190)	
	平均値 (標準偏差)	
アスピリンが理想的または適切な患者比率	0.684	(0.466)
アスピリンが理想的または適切な患者のうちの実施率	0.732	(0.445)
$\beta$ -ブロッカーが理想的または適切な患者比率	0.637	(0.482)
$\beta$ -ブロッカーが理想的または適切な患者のうちの実施率	0.088	(0.284)
禁煙カウンセリングが理想的または適切な患者比率	0.405	(0.492)
禁煙カウンセリングが理想的または適切な患者のうちの実施率	0.179	(0.390)

図 6.2 各薬物治療に理想的なまたは最適な患者が実際に治療を受ける確率



(出所) Noguchi, Masuda, Kuzuya, Iguchi, Geppert, and McClellan (2002).

#### 4 おわりに

本研究の主要な結論は以下の4点である。第1に、CCPデータと同様、名古屋大学のフィールドで収集された急性心筋梗塞疾患患者の間には、患者属性や経過指標としての治療属性に不均質性 (heterogeneity) が観察された。したがって、効果指標を使って特定の治療法——本研究の場合には、入院後7日以内のCATHの実施——の医療評価を行う際には、慎重なリスク調整が必要

である。第2に、カルテ・ベースでの詳細な患者属性と経過指標を用いてリスク調整を行った結果、ハイテク治療の起点となるCATHの実施は、効果指標を著しく改善する一方で、医療支出を引き上げることがわかった。第3に、入院後早い時点での積極的なハイテク治療の実施は、短期間における効果指標を大きく改善させるが、長期的にみるとリスクが高く、逆に、ハイテク治療への意思決定期間が長い場合は、ハイテク治療を受けない患者のリスクが、時間の経過に関わりなく高くなる。最後に第4に、ACC/AHAのガイドラインによる薬物治療の検証の結果、医学的・経済的要因により、CCPと比較して、入院中の $\beta$ -ブロッカーの処方と禁煙カウンセリングの実施が日本において極端に過少供給の状態にあることが示された。

本研究によって収集された医療情報は、都市部にある大規模なハイテク医療施設を対象としており、また、現在までに収集することのできた観察者数が限られているため、上記の分析結果は、決して日本の急性心筋梗塞疾患患者の直面する医療サービスの「質」を代表するものではない。しかしながら、本研究が目的としたのは、単にデータを収集して日米間の比較研究をするということではなく、CQIアプローチの理念に基づき、アメリカにおける医療情報の管理方法を取り入れながら、小規模ながらアメリカにおける医療評価のプロセスを日本において試みることにあった。すなわち、アメリカにおいて専門家間のコンセンサスを得た評価指標を応用し、名古屋大学のフィールドでの小規模調査の実施、収集された経過指標・効果指標を含む総合的なサービスの「質」の検証、そして、その検証結果に基づく政策の提案というプロセスである。今後の課題は、データの収集・蓄積過程をより効率化・組織化するために、わが国の現状に適した指標の見直し、コンピュータ・システムの整備、そして、より正確な医療サービスの「質」の計測へ向けての統計学的方法論を模索することにある。

CQIモデルが医療セクターにおけるサービスの「質」を平均的に向上させたという明白なエビデンスはいまだ存在しない。しかし、サービスの「質」の向上を妨げていると考えられる諸問題を特定し、それらに影響を与えていると考えられる経過指標と効果指標に関する情報収集および分析を目的とする学際的な研究グループを組織化して、問題の解決が可能な治療プログラムや医療政

策の策定を行うという CQI アプローチの理念は、医師や医療機関における個別的な対応を単位基盤として、より広範な地域や国家レベルでの総合的かつ持続的な取り組みがあつてこそ、その社会における医療の「質」の向上に資するのではないだろうか。

## 参 考 文 献

### A 基礎的文献

- 野口晴子 (2002) 「保健医療行政が EBM に対して果たすべき役割」『EBM ジャーナル』(中山書店) 第 3 巻第 4 号, pp.79-85.
- 野口晴子・金子能宏・開原成允・Jeff Geppert・Mark McClellan (2001) 「公的に収集された医療情報の研究者への提供に関する一考察」『社会保険旬報』第 2097 巻, pp.6-17.
- Bodenheimer, T. S. and K. Grumbach (1998) *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, 3rd edition, New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill Companies, Chapter 12, pp.127-143.
- Ellerbeck, E. F., S. F. Jencks, M. J. Radford *et al.* (1995) "Quality of Care for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction," *Journal of American Medical Association*, Vol.273, pp.1509-1514.
- Jencks, S. F., T. Cuerdon, D. R. Burwen *et al.* (2000) "Quality of Medical Care Delivered to Medicare Beneficiaries," *Journal of American Medical Association*, Vol.284, pp.1670-1676.
- Health Care Financing Administration (1998) *Health Care Financing Review: Medicare and Medicaid Statistical Supplement*, Baltimore, MD: Health Care Financing Administration.
- Marciniak, T. A., E. F. Ellerbeck, M. J. Radford *et al.* (1998) "Improving the Quality of Care for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction," *Journal of American Medical Association*, Vol.279, pp.1351-1357.
- McClellan, M. and H. Noguchi (1998) "Technological Change in Heart-Disease Treatment: Does High Tech Mean Low Value?" *American Economic Review*, Vol.88, No.2, pp.90-96.

### B 専門的文献

- Beltrame, J. F., S. Sasayama, and A. Maseri (1999) "Racial Heterogeneity in Coronary Artery Vasomotor Reactivity: Differences between Japanese and Caucasian Patients," *Journal of the American College of Cardiology*, Vol.33, No.6, pp.1442-1452.

- Berwick, D. M. (1989) "Continuous Improvement as an Ideal in Health Care," *New England Journal of Medicine*, Vol.320, p.53.
- Donabedian, A. (1969) *A Guide to Medical Care Administration, Volume II: Medical Care Appraisal—Quality and Utilization*, Washington, DC: American Public Health Association.
- Geppert, J. and M. McClellan (1999) "Management of Confidential data in a research environment," Stanford mimeo.
- Maddala, G. S. and L. F. Lee (1976) "Recursive Models with Qualitative Endogenous Variables," *Annals of Economic and Social Management*, Vol.5, No.4, pp.525-545.
- Marshall, M. N. *et al.* (2000) "The Public Release of Performance Data," *Journal of American Medical Association*, Vol.268, p.80.
- McClellan, M. B. and J. Newhouse (1997) "The Marginal Cost and Benefit of Medical Technology," *Journal of Econometrics*, Vol.77, No.1, pp.34-64.
- McClellan, M. B. and H. Noguchi (1997) "Validity and Interpretation of Treatment Effect Estimates Using Observational Data: Treatment of Heart Attack in the Elderly," Stanford mimeo, prepared for the 1997 International Conference on Health Policy Research Sponsored by the Health Policy Statistics Section of the American Statistical Association, Crystal City, VA, December 7, 1997.
- McClellan, M. B. and D. Staiger (1999) "Estimating Treatment Effects with Observational Data: a New Approach Using Hospital-Level Variation in Treatment Intensity," Working paper.
- Meng, X. L. (1997) "The EM Algorithm and Medical Studies: a Historical Link," *Statistical Methods in Medical Research*, Vol.6, No.1, pp.3-23.
- Nishida, H., M. Endo, and H. Koyanagi (1997) 「日本の現状をどう見るか」, *Meibo*, Vol.14, No.12, pp.25-34.
- Noguchi, H., Y. Masuda, M. Kuzuya, A. Iguchi, J. Geppert, and M. B. McClellan (2002) "The Quality of Health Care: A the United States-Japan Comparison of Treatment and Outcomes for Heart Attack Patients," Working paper prepared for National Bureau of Economic Research-Japan Center for Economic Research Conference, April 2002.
- Pristipino, C., J. F. Beltrame, M. L. Finocchiaro, R. Hattori, M. Fujita, R. Mongiardo, D. Cianflone, T. Sanna, S. Sasayama, and A. Maseri (2000) "Major Racial Differences in Coronary Constrictor Response Between Japanese and Caucasians with Recent Myocardial Infarction," *Circulation*, Vol.101, pp.1102-1108.
- Prosser, R. L. (1992) "Alteration of Medical Records Submitted for Medicolegal

- Review,” *Journal of American Medical Association*, Vol.267, p.2630.
- Rubin, H.R. *et al.* (1992) “Watching the Doctor-Watchers: How Well Do Peer Review Organization Methods Detect Hospital Care Quality Problems?” *Journal of American Medical Association*, Vol.267, p.2349.
- Ryan, T. J., J. L. Anderson, E. M. Antman *et al.* (1996) “ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction: 1999 Update: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines,” *Journal of American Coll Cardiol*, Vol.28, pp.1328-1428, Committee on Management of Acute Myocardial Infarction.
- Ryan, T. J., E. M. Antman, N. H. Brooks *et al.* (1999) ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction: 1999 Update: a Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, Committee on Management of Acute Myocardial Infarction, available at <http://www.acc.org>.
- Sasakuri, S., Y. Hosoda, T. Watanabe, K. Takazawa, I. Hayashi, T. Yamamoto, K. Minami, H. Miyagawa, and T. Fukuda (1997) “Graft Selection in Coronary Artery Bypass Surgery in the Aged,” 『日本胸部外科学会雑誌』 Vo.45, No.3, pp.384-386.
- Wang, T. J., and R. S. Stafford (1998) “National Patterns and Predictors of  $\beta$ -Blocker Use in Patients with Coronary Artery Disease,” *Archives of Internal Medicine*, Vol.158, pp.1901-1906.

第99回日本精神神経学会総会

シンポジウム

## 介護保険制度の問題点と見直しへの提言

遠藤 英俊 (国立療養所中部病院内科)

### 1. はじめに

現在、超高齢社会化に伴い要介護高齢者も急増している。介護保険の導入はその超高齢社会へ対応した社会保障改革の一つであった。特に介護保険制度の開始とともに福祉の分野において大きな改革が同時に行われた。これは「福祉のビッグバン」ともいわれ、多大な変化を迎えた。また医療と福祉が連携を深める方向で社会が変わってきている。この制度において民間介護サービスの充実と介護支援サービス（ケアマネジメント）の導入は画期的であった。これを主に動かすのが介護支援専門員である。また民間サービスもサービスによっては2倍以上の供給量となり、サービスの充実につながっている。しかし一方介護保険制度には低所得者の対策、介護支援専門員の質の向上などいぜん課題があることはいうまでもない。

介護保険制度はいくつかの修正を経て、概ね順調に経過している。しかし一方介護保険収支が赤字の保険者もでてきており、介護保険制度の改定の時期にあたり、介護保険の今後の方向性を決める重要な節目を迎えている。平成15年4月には要介護認定の見直し、介護保険料や介護給付費の見直しなどが行われ、さらには平成17年には法律そのもの見直しも予定されている。こうした介護保険の現状と課題についてまとめる。

### 2. 介護保険の現状

介護保険のねらいは高齢者の自立と自立支援や介護の社会化であったが、一朝一夕には解決しない。民間活力の活用は進んでいるものの、地域ケ

アの充実と在宅療養はまだ問題が山積している。また介護保険制度は医療保険財政の補完的な意味があった。社会的入院を減少させる目的があったが、現実には施設利用希望者が激増している。医療と福祉サービスの連携を進める必要がある。

介護保険の利用者は年々増加しており、居宅介護サービス受給者数は168万を超え施設介護サービス受給者数は68万人、介護老人福祉施設は32万人、介護老人保健施設は25万人、介護療養型医療施設（療養病床）は11万人である。

介護保険は被保険者の増加、民間サービス事業者の増加も順調に推移している。介護サービスの利用者数は、2年半で約100万人増加（67%）し、特に在宅サービスの利用者が大幅に増加（84%）した。図1には要介護者の分布を示した。要介護1が最も多くを占めている。また図2に民間サービスである通所介護、訪問介護の年次推移を示した。図3に読売新聞にのった介護保険1年後のアンケート結果を示した。その具体的によかった内容を図4に示した。

介護保険制度で指定されている介護サービスの中で訪問看護は要介護4、5が中心に利用されており、訪問介護（要支援、1、4、5）、訪問入浴介護（要介護4、5）、訪問リハビリ、通所介護と通所リハ、短期入所生活介護と短期入所療養介護、居宅療養管理指導、グループホーム（痴呆対応型共同生活介護）、福祉用具の貸与などがある。

介護サービスの変化の傾向としては、在宅サービスは増加しつつあり、個人ベースの変化としては介護保険導入後にサービス量が増加したが

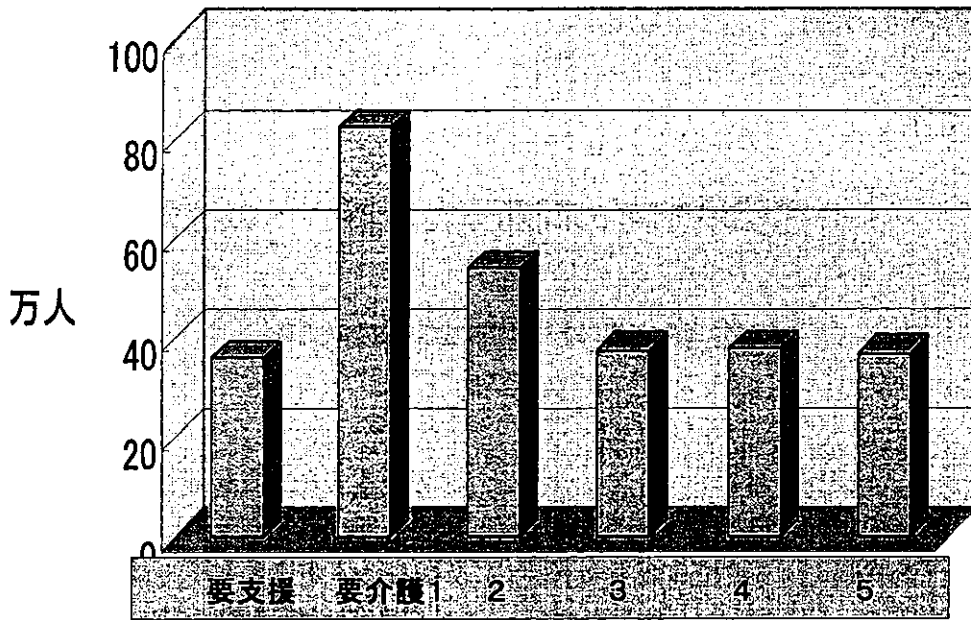


図1 要支援・要介護認定者数 (2001.11)

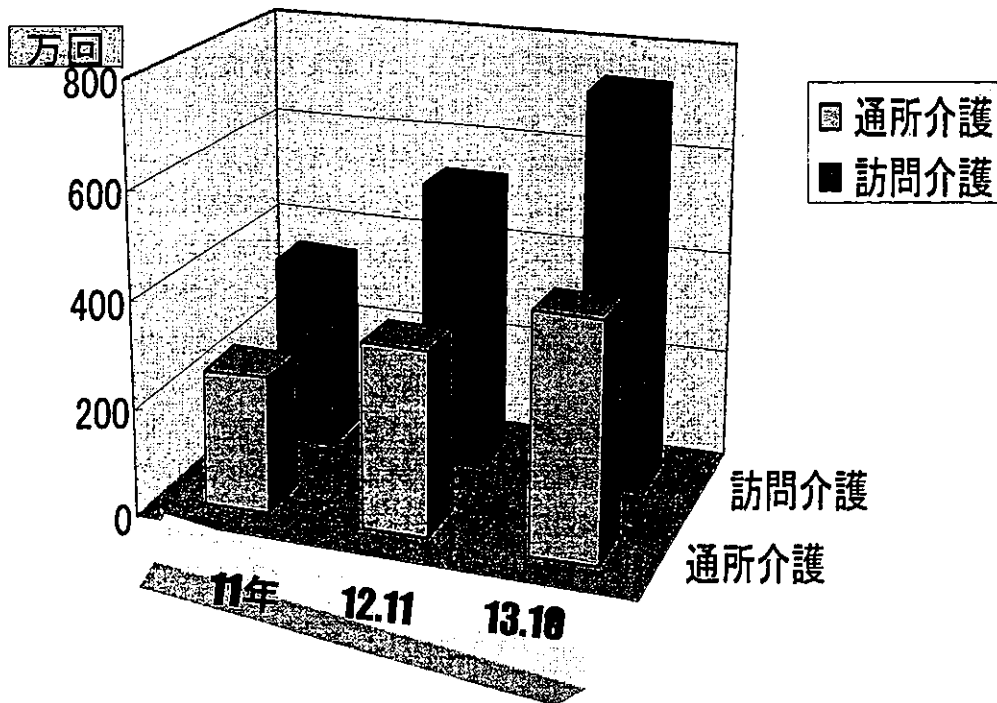


図2 介護保険導入前後のサービスの比較

67.5%，サービス量は変化なしが14.8%，サービス量が減少したが17.7%である。一方福祉用具購入費などは平成12年で85%増加し、サービスの質の確保が課題であり、評価の検討（自己評

価、外部評価の導入）が行われている。不正請求の増加もみられ、指定の取り消しなどの処分も行われている。

介護サービスの基盤整備としては基盤整備はさ

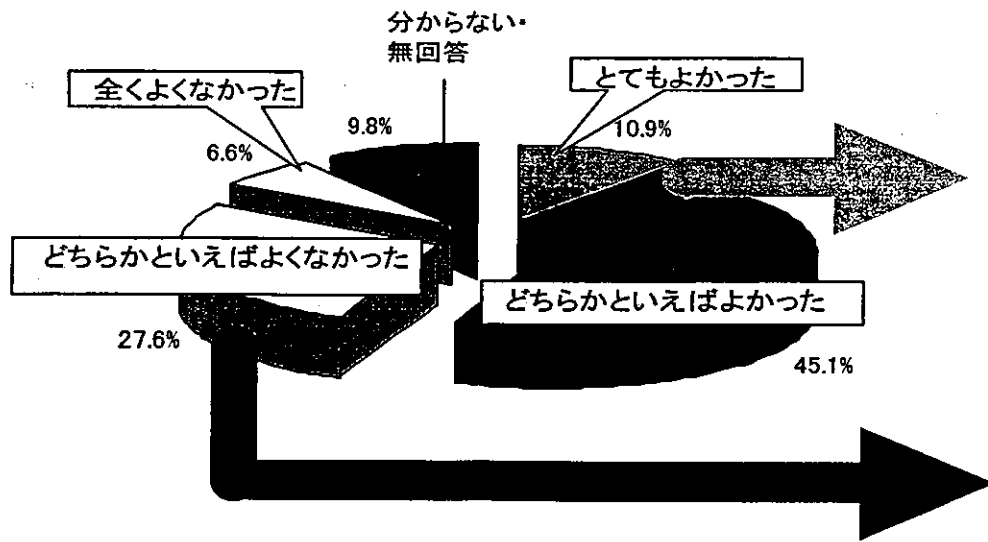


図3 介護保険の感想 (読売新聞より)

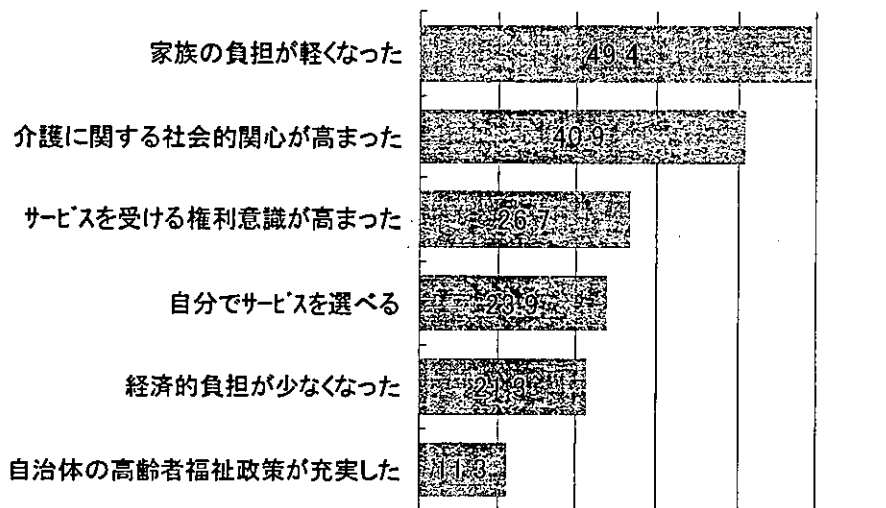


図4 介護保険がよかった点

らに増加しつつあり、全室個室、ユニットケアを特徴とする新型特養の整備（ホテルコストの導入）がされている。またケアハウスの整備（PFI方式）も行われている。

介護保険制度による福祉の変化としては介護支援専門員に身近に相談できるようになったとか、サービス事業者の数が増加した。デイサービス、デイケア、ショートステイの利用が増加した、その結果在宅介護がしやすくなったとか、施設利用がしやすくなった。その結果サービスの向上が進

んだ<sup>1)</sup>。

介護保険制度として、医療の変化としては医療と福祉の距離は短くなった。主治医意見書を記入することで要介護者の診断が可能となっている。介護サービスは在院日数の短縮に有用である。複合体化が進んだ、サービスの向上が進みつつある。

### 3. 介護保険制度の問題点

現在の大きな問題点としては介護支援専門員の資質の向上とサービスの充実である。制度上では



介護保険料の値上げに対する低所得者対策の充実も必要である。また施設入所希望者が増加し、在宅療養の困難さが明らかになってきている。これが現在の介護保険制度の限界を示している。つまり介護者の支援もふくめ在宅介護の支援こそが鍵となるであろう。また痴呆介護の充実も必要である。高齢者痴呆介護研究研修センターの活動も充実してきているが、さらに高齢者虐待対策も今後の課題であろう。また新たに痴呆症の治療、予防も重要であることはいままでのないが、その中でも痴呆症の介護予防が重要である。

さらに介護支援専門員の現任研修の充実、痴呆介護の充実、第3者評価などによりサービスの向上にむけての変革がなされていく必要がある。介護支援専門員の課題と今後としては在宅ケアにおいてケア担当者会議を開催しにくいことがあり、ケアプランが上手にできていない場合がある。医師との連携も十分でない場合も多い。これは医師側の壁が高いとの意見もある。また契約や情報公開ができていない。急なサービス変更に対応しがたいなどの問題があり、ケアマネリーダの養成、ケアマネジメント学会での認定が計画されている。現任研修の充実も重要な課題である。

痴呆症の要介護認定が軽いとの問題が当初より指摘されていた。そこで要介護認定調査検討委員会が設置され、要介護認定の改訂への取り組みを開始した。平成12年8月より平成14年3月まで10回委員会を開催した。その後訪問調査項目の見直し(ケアコード)を行った。平成13年に在宅・施設のタイムスタディの調査を行った。8項目の追加項目の全国調査を終了した。平成15年4月より新たな二次判定を開始する計画である。改訂一次判定の変更の要点としては調査項目が85から79へ(12減り、6増加)と変化し、樹形図分岐先端211から314へ変化した。運動の能力の低下していない痴呆への変更は二次判定で最終調整を行う。結果として実測ケア時間と推計ケア時間がより相関が高くなった。主治医意見書も十分に記載されていないとの批判もあった<sup>2)</sup>。

また要介護認定に費用がかかることも問題であ

る。1人あたり1万円から2.5万円も必要となる地域もある。このお金は一般財源からでており、地域においてかなりの負担である。

介護認定審査会の現状と課題としては多くの保険者で委員の交代が行われる。合議体により判定基準が異なる場合がある(対策:共通の事例検討を行うなど)。さらに介護認定審査会の委員の研修の必要性がある。合議体ごとの判定が異なることも問題になっており、要介護認定二次判定変更事例集を活用したり、共通の事例を検討することが行われている。

介護保険の変化と今後の展開としては平成15年4月には介護報酬の見直しが行われ、介護保険料の改定が行われた。さらにシステム上は要介護認定の見直しも行われる。今後の当面の方針として介護予防の充実と個別リハの導入である。たとえばパワーリハビリの導入である。さらには痴呆介護の充実である。

21世紀の痴呆ケアとして、痴呆症は治療し、予防する時代になり、脳ドックなどで早期診断する時代になってきている。介護保険におけるケアの進展、痴呆のアセスメントとチームアプローチの進展、バリエーションとDCM(痴呆ケアマッピング)(共通点はPerson Centered Care)、在宅でのケアの進歩、高齢者虐待への対策(ネットワーク)、介護施設での身体拘束(抑制)の禁止、施設入所(大規模)から家庭的なグループホーム、ユニットケア(小規模)での生活支援が行われている<sup>3)</sup>。

介護予防事業の推進として、寝たきりの予防(早期リハビリ)、転倒・骨折の予防(リハビリ)、誤嚥性肺炎の予防(嚥下のリハビリ)、痴呆介護予防、高齢者食生活改善事業運動指導事業他、目的は医療費、介護費用の削減と健康増進が重要である<sup>4)</sup>。

地域ケアの主役は高齢患者であり、脇役はかかりつけ医師、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護であり、デイサービス、デイケア、ショートステイは在宅の要で、予防医療の重要性がいわれており、地域連携が重要であることはいままでのな

いが、現実はなかなか困難である。医師とケアマネ、病診連携、病病連携など、病院、介護施設、在宅の連続的な一体化したサービスが望まれる。

地域ケアの要件としては在宅医療と介護保険が基盤となり、アセスメントとチーム医療、地域連携が重要であり、かかりつけ医師、訪問看護、介護支援専門員、訪問介護が協力する、介護サービスの利用がかかせない、緊急ショート、緊急入院などの対応が必要であるが、施設の利用もかかせない、ボランティアの利用、生活支援、在宅ターミナルケアが重要である。

#### 4. 介護保険改正への提言

平成17年4月には介護保険法が改正される予定である。被保険者の年齢引き下げが検討されている。さらに要介護対象者として障害者が検討されている。そのためには要介護認定法も大きく変更される可能性がある。介護サービスの内容や量が増える可能性があり、社会的にも問題となろう。そのためにも論議を尽くす必要がある。疾患としては痴呆症の克服が最大の課題である。研究者、現場の介護職、看護職が協力して対策を考える必要がある。さらには赤字市町村の対策も十分に行う必要がある。また介護支援専門員の現任研修や介護報酬上も働きやすい環境を形成する必要

がある<sup>5)</sup>。

#### 5. おわりに

介護保険は21世紀の医療・福祉にかかせないものとなっている。介護保険の長所は介護の社会化、福祉のビッグバンであった。介護保険は改定、修正しつつ、よいものへと見直しをしていく必要がある。痴呆介護の充実と介護予防の重要性、地域ケアは連携が重要と考えられる。それには精神科医もケア担当者会議への参加、専門医としての診療、介護認定審査会への参加などが求められる。

#### 文 献

- 1) 遠藤英俊ほか：介護保険制度への対応。アルツハイマー病（痴呆症）のケア、脳の科学（臨時増刊号）280-290, 2000
- 2) 遠藤英俊：主治医意見書の書き方。臨床医 26(2), 97-107, 2001
- 3) 遠藤英俊, 水野 裕：老人福祉施設における利用者の最近の動向。老年精神医学雑誌 13(12), 1396-1398, 2002
- 4) 遠藤英俊：新しい回想法。分子精神医学 3(1), 71-76, 2003
- 5) 遠藤英俊：介護保険の改訂への提言。老年精神医学雑誌 12(5), 492-495, 2001

## [原著論文]

# 痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および 介護環境の介護負担に与える影響

大西丈二<sup>\*1</sup>・梅垣宏行<sup>\*1</sup>・鈴木裕介<sup>\*1</sup>  
中村 了<sup>\*1</sup>・遠藤英俊<sup>\*2</sup>・井口昭久<sup>\*1</sup>

\*1 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学, \*2 国立療養所中部病院内科

## 抄録

痴呆の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) および介護環境が介護負担に与える影響について明らかにするため、要介護高齢者の介護者 116 人を対象に、Zarit 介護負担尺度 (ZBI) 等を用いて記名式質問紙調査を行った。介護者の要因のうち介護負担と有意な相関を認められたのは、介護者の続柄、介護期間、相談者および交替者の有無、体の痛みの有無であった。また、介護負担感と強く相関した BPSD は、便・尿失禁、夜間の不穏等介護者の生活を侵害する行動、幻覚や不幸な様子等対応が困難な行動などであった。また、「要介護者がいなくなればよい」「死んでしまいたい」という介護者の危険な感情は介護負担と強い相関があった。要介護者の属性と病状、介護環境および BPSD を説明変数とした ZBI の回帰分析では痴呆性老人日常生活自立度、相談者の有無、「しゃべり続ける」「不幸な様子」「尿失禁」という BPSD が有意な予測値として抽出され、調整済み説明率  $R^2 = 0.401$  であった。以上より、介護負担の評価のうえでは BPSD および介護環境が重要であることが示された。

Key words : 要介護高齢者, 介護負担, BPSD

老年精神医学雑誌 14 : 465-473, 2003

## 序 言

公的介護保険制度施行後、要介護高齢者には認定された要介護度に応じてサービスが供給されているが、痴呆性高齢者では介護ニーズの評価がむずかしく、必要なサービス量を決定する適切な方法がまだ確立されていない。たとえば痴呆性高齢者では、初期から火の不始末や徘徊などの痴呆の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) がみられ、見守りなどのケアを要することが多いが、痴呆の進行に伴って活動が低下し逆に要するケアが少なくなることもあり、必ずしも痴呆の重症度と必要なサービス量は相関するわけではない。

このため筆者らは、BPSD・介護環境が介護負担に与える影響について明らかにする目的で、要介護高齢者の介護者に質問紙調査を行った。

## I. 対象および方法

### 1. 対象

調査は、①名古屋大学医学部附属病院老年科外来に通院する患者の介護者 62 例と②A市社会福祉協議会居宅介護支援事業所でケアプランが作成されている高齢者の介護者 54 人の合計 116 人を対象として行った。大学病院では 2 人の医師の外来にておもに痴呆のために通院している患者を対象に選択した。今回の調査では介護者をもたない症例や、介護者自身が高齢であるなどの理由により自己記入式質問紙に回答が困難と思われる症例は対象から除外した。

### 2. 調査項目および調査方法

(受付日 2002 年 12 月 21 日)

Joji Onishi, Hiroyuki Umegaki, Yusuke Suzuki,  
Akira Nakamura, Hidetoshi Endo, Akihisa Iguchi

\*1 〒466-8550 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町 65

主のアウトカムを介護負担として、対象の基本属性のほか、病状や介護者要因、介護環境を調査した。生活満足感、さらに介護負担の結果として生じうる希死念慮などの危険な感情を重要性が高いものとして調査に加えた。

調査は自己記入式質問紙を対象となるおもな介護者に配布して行ったが、これはあらかじめ12人の高齢者ボランティアによる予備調査で回答のしやすさを検討したうえで作成し、介護者が記入したのち、郵送にて回収した。

#### 1) 患者属性および病状

年齢・療養期間のほか、要介護認定で用いられる主治医意見書の分類に従い、障害老人日常生活自立度（以下、寝たきり度）および痴呆性老人日常生活自立度（以下、痴呆自立度）について、①老年科外来通院患者については主治医に、②A市居宅介護支援事業所でケアプランが作成されている高齢者については介護者に評価を求めた。BPSDの評価には、要介護認定調査との整合性を重視して一次調査表に含まれている19のBPSDをもととし、Sanford<sup>9)</sup>やGreeneら<sup>5)</sup>、Baumgartenら<sup>3)</sup>、朝田<sup>2)</sup>のリストを参考に補足し、計35項目の網羅的なBPSDリストを作成した。BPSDは回答を簡易にするため、頻度を問わずその有無のみの回答を求めた。

#### 2) 介護者

おもな介護者の続柄と年齢・おもな介護者が介護を続けている期間のほか、介護者の体の痛みの有無および介護のために住む場所をかえたり仕事を辞めたりした有無について調べた。そして、介護を要するようになるまえの要介護者-介護者の人間関係を「不良」から「良好」までの5件法にて、「(要介護者が) かわいそう」「親しい人を失ったという喪失感」「(要介護者の病状なら) 死んだほうがまし」「(要介護者を) 施設に入れるにはつらい」という気持ちを「感じない」「多少感じる」「感じる」の3件法にて調査した。

#### 3) 介護環境

同居人数・世帯の年収・現在利用しているサービス、介護の交代要員や相談できる者の有無につ

いて調査した。

#### 4) 介護負担

負担感にはZarit介護負担尺度(Zarit Burden Interview; ZBI)<sup>11)</sup>日本語版を用いて調査したが、このなかの22項目の全体的な負担感を問う質問は「まったく負担を感じない」を0点、「極度の負担」を100点としたときの点数の質問(以下、負担感得点)に置きかえて、ZBI 21項目の尺度得点などとの相関をみた。さらにBPSDのうちあると答えた項目について、それぞれどのくらいの負担であるかを「まったく負担を感じない」を0点、「極度の負担」を10点としてつけた点数を質問した。

#### 5) 負担の結果としての感情

介護者自身の現在の生活満足度を100点満点として点数で表すよう求めた。さらに、「(要介護者は) いなくなればよい」「(介護者自身が) 死んでしまいたい」という危険な感情について3件法にて調査した。

### 3. 分析方法

パラメトリックな項目については平均値と標準偏差を算出し、ノンパラメトリックな項目については度数分布表を作成した。相関性についてはパラメトリックな項目についてはPearsonの相関係数を、ノンパラメトリックな項目についてはSpearmanの順位相関係数を算出した。またパラメトリックな群間の比較にはANOVAを使用し、ノンパラメトリックな群間の比較には、2群間の検定にStudentのt検定を用いた。また、回帰分析はステップワイズ法を用いて行った。いずれも有意確率は5%未満を有意とした。データの分析はSPSS11.0J(SPSS社)を用いた。

## II. 結 果

老年科外来群およびA市居宅介護支援所群の間では、寝たきり度・痴呆自立度にて有意差が認められたものの、本研究にて主のアウトカムとするZBI-負担感では有意な差は認められなかった(表1)。本研究では介護負担と関連する因子について明らかにすることを主眼としているため、以

表1 対象者の基本情報

	名大病院老年科	A市居宅介護支援所	全体
n数	62人	54人	116人
年齢	78.9 ± 8.0歳	80.9 ± 10.2歳	79.8 ± 9.1歳
要介護期間	40.4 ± 41.8か月	53.6 ± 41.8か月	46.6 ± 42.1か月
要介護度	3.8 ± 1.4	2.5 ± 1.8	3.1 ± 1.7
障害老人日常生活自立度	2.4 ± 1.5	3.8 ± 2.1 *	3.2 ± 2.0
痴呆性老人日常生活自立度	2.5 ± 0.8	1.7 ± 1.5 *	2.0 ± 1.3
介護者の年齢	58.6 ± 11.0歳	63.3 ± 11.7歳	60.8 ± 11.5歳
ZBI	36.1 ± 17.0	34.3 ± 13.8	35.3 ± 15.6
負担感得点	53.2 ± 24.9	60.5 ± 26.4	56.6 ± 25.8

mean ± SD

\*p < 0.05

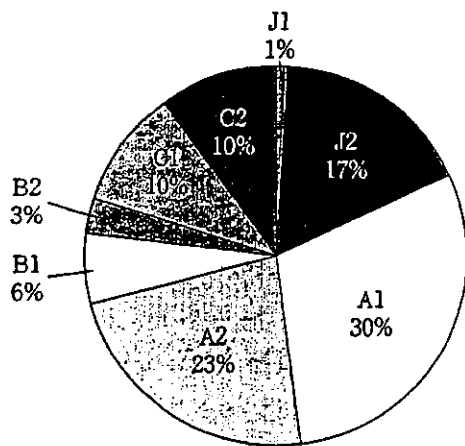


図1 障害老人日常生活自立度

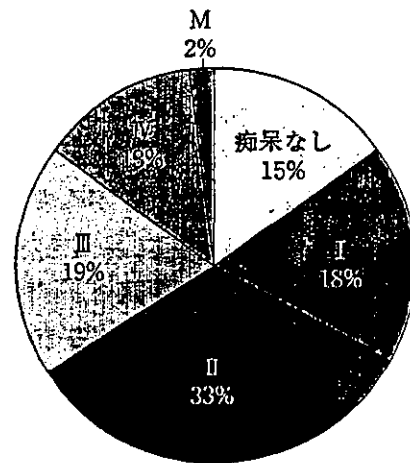


図2 痴呆性老人日常生活自立度

後両者を合わせて解析・検討した。

1. 要介護者の属性と重症度、介護環境

全体の要介護高齢者の年齢は平均 79.8 ± 9.1 歳、介護を要するようになってからの期間は平均 46.6 ± 42.1 か月であった。調査の回答はおもな介護者によったが、嫁が 27.8%、娘が 30.4%、配偶者が 30.4% とおよそ 1/3 ずつを占めた。

おもな介護者の 84.4% は女性で、年齢は平均 60.8 ± 11.5 歳と介護者自身が高齢の場合が多く、介護者が介護に携わっている期間は平均 45.3 ± 42.2 か月であり、これは患者が介護を要する期間とおおむね合致し、おもな介護者はあまり変動していないことが推察された。また、79.3% と多くの介護者は自分自身が体の痛みをもち、家族のだから介護のために仕事を辞めた例は 19.5%、住

居をかえた例は 13.2% あった。介護を始めるまえの介護者-要介護者の人間関係で「やや不良」または「不良」と答えたものは 27.2% あった。

寝たきり度および痴呆自立度は図 1, 2 に示した。要介護度は自立または未申請の者が 6.1%、要支援が 8.7%、要介護 1 が 23.5%、要介護 2 が 24.3%、要介護 3 が 14.8%、要介護 4 が 12.2%、要介護 5 が 10.4% であった。

また全体の 94.4% が何らかの介護サービスを利用しており、デイサービス 73.8%、ショートステイ 25.2%、ヘルパー 25.2%、介護用具 21.5%、訪問看護 10.3%、訪問診療 8.4%、入浴 3.7%、訪問歯科診療 2.6%、訪問リハビリテーション 0.9% の順に多かった。

また介護者は、「(要介護者が) かわいそう」と

表2 BPSDの頻度と負担感との相関および項目別負担感得点

BPSD	あると 答えた数	相関係数(Spearman's $\rho$ )		負担感得点 (/10点)
		ZBI	負担感得点	
金銭の管理ができない	77	0.308**	0.386**	6.8 ± 3.3
知っているはずの人がわからない	68	0.043	0.071	5.2 ± 2.8
現在と昔のことを混同したような言動がある	64	0.256	0.219	5.2 ± 2.5
尿失禁する	63	-0.009	0.188	6.0 ± 3.4
物事に関心を示さない	61	0.218	0.349**	5.6 ± 3.0
説明しても否定したりゆがんだ解釈をする	60	0.321*	0.291*	5.1 ± 2.6
目的もなく動き回る	56	0.301*	0.267*	5.8 ± 2.5
大声をだす	54	0.380**	0.215	4.8 ± 2.7
夜間不眠あるいは昼夜の逆転がある	53	0.135	-0.027	5.2 ± 2.6
火の不始末や火元の管理ができない	52	0.117	0.186	6.0 ± 3.5
外出すると病院、施設、家などに一人で戻れなくなる	51	0.150	0.219	6.9 ± 2.9
便失禁する	48	0.030	0.358*	6.1 ± 3.3
憂うつ・不幸そうである	46	0.230	0.224	4.5 ± 2.1
まとわりついたり同じ質問を繰り返す	43	0.322*	0.232	5.3 ± 2.4
家族のことがわからない	41	-0.051	0.011	5.0 ± 2.8
実際にはないものが見えたり、聞こえたりする	40	0.230	0.297	5.2 ± 2.6
泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	39	0.366*	0.259	4.7 ± 2.4
やたらと物を隠す	37	0.456**	0.371*	5.5 ± 2.7
食欲が異常に増えたり減ったりする	36	0.258	0.124	5.4 ± 2.7
助言や介護に抵抗する	35	0.310	0.076	5.1 ± 2.3
一人で外に出たがり目が離せない	33	0.084	0.238	5.7 ± 2.7
暴言や暴行	32	0.071	0.028	4.8 ± 3.1
物を盗られたなどと被害的になる	30	0.502**	0.485**	5.3 ± 3.0
「家に帰る」等と言い落ち着きがない	29	0.238	-0.006	5.3 ± 2.7
不潔な行為	29	0.107	-0.019	5.6 ± 3.1
作話をしたり周囲に言いふらす	28	0.479*	0.209	4.7 ± 2.8
しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てる	28	-0.069	-0.235	4.3 ± 3.2
無意味な作業に熱中する	24	0.022	0.171	4.4 ± 2.7
一人でしゃべり続けたり、家族の団欒や会話を妨害する	24	0.253	0.213	4.1 ± 2.1
夜半に騒いだり家族を起こしたりする	24	0.143	0.011	4.9 ± 2.4
他人との間で非常識な言動やトラブルがある	23	0.231	0.028	4.6 ± 3.0
いろいろなものを集めたり、無断で持ってくることもある	18	-0.022	0.288	4.6 ± 2.6
食べられない物を口にする	15	-0.163	-0.076	4.3 ± 2.9
物や衣類を壊したり、破いたりする	12	0.134	0.231	4.6 ± 2.8
周囲が迷惑する性行動	1	-	-	5.0 ± 0.0

負担感得点は mean ± SD

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.001$

「思う」46.0%、「多少思う」38.9%、「思わない」15.0%、「親しい人を失ったという喪失感」は「感じる」25.2%、「多少感じる」31.5%、「感じない」43.2%、「(要介護者の病状は)死んだほうがまし」は「思う」46.0%、「多少思う」38.9%、「思わない」15.0%、「(要介護者を)施設に入れるにはつらい」は「思う」41.6%、「多少思う」43.4%、「思わない」15.0%、という感情をもっていた。

## 2. BPSD (表2)

全体としてBPSDのなかで、よくみられたものは順に、①金銭の管理、②知っているはずの人物がわからない、③現在と昔のことを混同、④尿失禁、⑤関心の低下であった。BPSDとしてみられた場合の項目ごとに算出した負担平均点数は、①一人で自宅に戻れない、②金銭の管理、③便失禁、④火の不始末、⑤尿失禁の順に高かった。

BPSDの有無と、①家族のだれかが介護のため

に住む場所をかえたか、②家族のだれかが仕事を辞めたか、③介護にやり甲斐があるか、④休める日があるかとの関連について検討したところ、①については不眠 (Spearman's  $\rho = -0.269$ ) に、②については尿失禁 ( $\rho = -0.300$ )・物を壊す ( $\rho = -0.266$ )・便失禁 ( $\rho = -0.239$ )・家族のことがわからない ( $\rho = -0.207$ )・知人のことがわからない ( $\rho = -0.188$ ) に、③については物を壊す ( $\rho = -0.298$ )・まとわりつく ( $\rho = -0.256$ )・大声 ( $\rho = -0.245$ )・無意味な作業 ( $\rho = -0.219$ )・憂うつ不幸そう ( $\rho = -0.203$ )・不潔行為 ( $\rho = -0.202$ )・火の不始末 ( $\rho = -0.193$ )・暴言暴行 ( $\rho = -0.190$ ) に、④については便失禁 ( $\rho = -0.293$ )・尿失禁 ( $\rho = 0.254$ )・異食 ( $\rho = 0.224$ ) に有意な相関が認められた。これらより、とくに尿・便失禁があると家族は仕事を辞めなくてはなくなることが多く、介護のため休める日も少なくて、負担感としても大きくなっている構造が推測される。

対象者全体において、35項目のBPSDの合計数は平均  $11.7 \pm 7.9$  (SD) 項目で、項目別負担感の合計は平均  $63.5 \pm 52.1$  点であった。BPSDの項目数の合計はZBIと  $r = 0.396$  ( $p < 0.001$ )、負担感得点と  $r = 0.202$  ( $p < 0.030$ ) と有意な相関を示し、またBPSDの項目別負担感の合計も同様にZBI ( $r = 0.442$ ,  $p < 0.001$ )、負担感得点 ( $r = 0.282$ ,  $p < 0.002$ ) と有意に相関した。

### 3. 介護者の負担感

ZBIの平均点は  $35.3 \pm 15.6$  (SD)/84点で、Cronbachの $\alpha$ 係数0.915と高い信頼性を示した。負担感得点は  $56.6 \pm 25.8$  点であり、ZBIと  $r = 0.623$  の中等度の相関を示した ( $p < 0.001$ )。また痴呆症例のみに限った場合、ZBIの $\alpha$ 係数は0.918とやはり高い信頼性を示し、負担感得点とは  $r = 0.528$  ( $p < 0.001$ ) の中等度の相関を示した。これらより痴呆・非痴呆が混在した場合でも痴呆症例に限った場合でも、ZBIは介護者の負担感をよく示していることが示唆された。

患者属性・病状では、痴呆自立度でZBIと  $r = 0.334$  ( $p = 0.003$ ) の有意な相関をみたものの負担

感得点とは有意ではなく ( $r = 0.154$ ,  $p = 0.163$ )、要介護度や寝たきり度についてはいずれもZBIおよび負担感得点と有意な相関は認めなかった。

また、介護者要因のなかでZBIおよび負担感得点と有意な関係を認めたのは、①介護期間 (ZBI  $r = 0.223$ ,  $p = 0.021$ , 負担感得点  $r = 0.219$ ,  $p = 0.018$ , 以下同)、②相談者の有無 ( $p < 0.001$ ,  $p = 0.024$ )、③介護者の体の痛みの有無 ( $p = 0.019$ ,  $p = 0.001$ ) であった。相談者の有無はこのほか、将来の不安 ( $\rho = 0.280$ )、施設に入れるのがつらい ( $\rho = 0.193$ )、自分なら死んだほうがましと病状を悲観する気持ち ( $\rho = 0.194$ ) に有意な相関があり、相談できる者の重要性が示唆された。そして、介護を交替する者の有無は負担感得点と有意な相関があったものの ( $p = 0.049$ )、ZBIとは関連がみられなかった。同様に、介護者の続柄は負担感得点とのみ関連をもち ( $p = 0.018$ )、①嫁、②配偶者、③娘、④息子の順に負担感が高かった。介護者の性別、年齢、世帯の年収、介護を要するまでの人間関係には有意な相関は認められなかった。

BPSDのうちZBIと相関の高かったのは、①昼夜逆転 ( $r = 0.375$ )、②便失禁 ( $r = 0.344$ )、③物を隠す ( $r = 0.335$ )、④幻覚 ( $r = 0.307$ )、⑤会話を妨害する ( $r = 0.306$ ) であり、負担感得点と相関の高かったのは、①便失禁 ( $r = 0.352$ )、②夜半に騒ぐ ( $r = 0.210$ )、③尿失禁 ( $r = 0.206$ )、④憂うつ・不幸そうである ( $r = 0.192$ )、⑤落ち着きがない ( $r = 0.190$ ) であった。BPSDのすべての項目を変数としてZBIの回帰分析を行ったところ、便失禁 (標準化係数  $\beta = 0.324$ )、物を隠す ( $\beta = 0.240$ )、不眠 ( $\beta = 0.214$ )、関心の低下 ( $\beta = -0.204$ )、暴言 ( $\beta = 0.173$ ) が変数に投入され、調整済み説明率は  $R^2 = 0.300$  であった。

さらに要介護者の属性と病状、介護環境およびBPSDのうちZBIと有意な相関を示した項目を説明変数としてZBIの回帰分析を行ったところ、痴呆自立度 ( $\beta = 0.114$ )、相談者の有無 ( $\beta = 0.289$ )、しゃべり続ける ( $\beta = 0.294$ )、不幸な様子 ( $\beta = 0.304$ )、尿失禁 ( $\beta = 0.205$ ) が有意な予測値とし

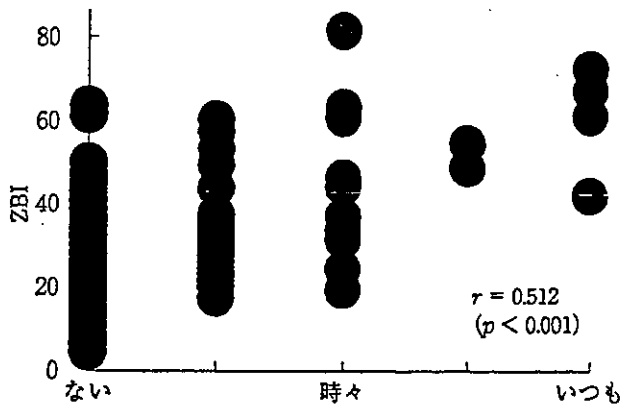


図3 「(要介護が) いなくなればよい」と思う気持ちとZBI

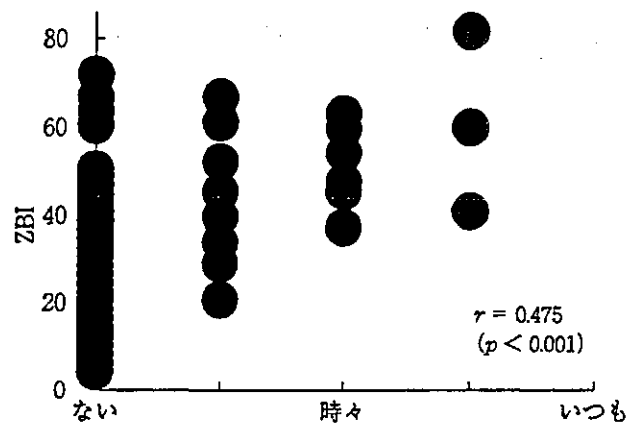


図4 「死んでしまいたい」と思う気持ちとZBI

て抽出され、調整済み説明率は  $R^2 = 0.401$  であった。

#### 4. 負担に続く感情

「(要介護者が) いなくなればよい」という感情についての質問では、「なし」44.8%、「たまに感じる」31.0%、「時々感じる」17.2%、「よく感じる」1.7%、「いつも感じる」5.2%という回答結果であったが、これはZBIおよび負担感得点とよく相関した ( $r=0.512$ ,  $r=0.418$ , 図3)。また、介護のやり甲斐 ( $r=-0.337$ )、休める日 ( $r=0.269$ )、将来の不安 ( $r=0.306$ ) と相関した。

「死んでしまいたい」という感情についての質問では、「なし」73.7%、「たまに感じる」17.5%、「時々感じる」5.3%、「よく感じる」2.6%、「いつも感じる」0.9%であったが、これはZBIおよび負担感得点とやはりよく相関し ( $r=0.475$ ,  $r=0.388$ , 図4)、そのほか介護期間 ( $r=0.387$ )、介護者の体の痛み ( $r=0.351$ )、休める日 ( $r=0.211$ )、将来の不安 ( $r=0.250$ )、家計の苦しさ ( $r=0.380$ )、痴呆のため親しい家族を失ったという喪失感 ( $r=0.200$ ) と有意な相関があった。

これら2つの感情についてそれぞれ回帰分析を行ったところ、「いなくなればよい」という感情についてはZBIだけが変数として抽出されたものの調整済み説明率は  $R^2 = 0.294$  と低かった。「死んでしまいたい」という感情についてはZBIおよび介護期間が抽出されたが、調整済み説明率は  $R^2 = 0.289$  とやはり低かった。

また、介護者自身の生活の満足度はZBIおよび負担感得点と強く相関した ( $r=-0.557$ ,  $r=-0.496$ )。満足度は相談者の有無 ( $p=0.006$ ) とは相関がみられたものの、介護者の年齢、続柄、介護期間、年収、介護を交替する者の有無、介護者の体の痛み、介護を要するまでの人間関係とは相関がみられなかった。満足度を回帰分析したところ負担感得点のみが有意な独立変数として抽出されたが、調整済み説明率は  $R^2 = 0.098$  と低いものであった。

### Ⅲ. 考 察

高齢痴呆者の介護負担に関する研究は、1960年に Mcmillane ら<sup>7)</sup>が知的能力の低下より多動・徘徊・失禁といった痴呆に伴うBPSDが負担を大きくしていることを報告して以来、BPSDや介護の負担感について客観的に評価し関連を検討する研究が多く積み重ねられている。BPSDは1975年に Sanford<sup>8)</sup>によって網羅的に列挙され、1980年に Zarit らによって発表され、本研究でも用いた負担尺度(ZBI)は以後広く使用されている。また、Greene ら<sup>9)</sup>は問題行動には「無感情と離脱」「行動障害」「感情障害」という3つの要素があることを明らかにし、Gilleard ら<sup>10)</sup>はBPSDのうち重大なのは常時監視が必要なこと・転倒・失禁・夜間徘徊・意味のある活動ができないことであることを報告した。

今回の研究では介護者の負担感を評価するため



にZBIを用いたが、これは1997年に荒井らによって日本語版が作成され、信頼性・妥当性が確かめられている<sup>1)</sup>。しかし、本尺度は元来痴呆性高齢者の介護負担を評価するためにつくられたものであるが、荒井らの研究は要介護高齢者を対象とした調査であり、痴呆についての検討はなされていない。本研究は痴呆性高齢者を多く含む調査であったが、高い信頼性と妥当性が示され、痴呆を含む高齢者介護においてもZBI日本語版は介護者の負担感をよく示すものであることが確かめられた。

この結果を踏まえたうえで、本研究ではZBIと100点を最大とした負担感得点を用いて介護負担の関連について調査した。BPSDの頻度と負担感についてはTeriら<sup>10)</sup>のThe Revised and Memory Behavior Problems Checklist (RMBPC)を用いた研究があるが、RMBPCには尿・便失禁など身体的障害に関する項目がなく、今回の調査では介護負担の関連因子をより網羅的に把握し、実際の臨床利用を容易にするため、現在公的介護保険の一次調査で用いられている問題行動19の項目を含めた独自のリストを作成した。このなかで負担として大きかったものは、①一人で自宅に戻れないこと、②金銭の管理、③便失禁などであった。

Haley<sup>6)</sup>が徘徊や怒りなど予測できない行動は継続した監視が必要であり、負担感を増大させると指摘しているように、痴呆性高齢者の介護では見守りに手間がとられ負担になっていることが多い。また、朝田<sup>9)</sup>により尿・便失禁が在宅介護の破綻の強い予測因子であることも明らかにされているが、本研究においても、尿・便失禁は負担感と強い関連を示すと同時に、家族が仕事を辞めたり介護者の休める日がなかったりという事柄とも関連し、介護のなかでキーポイントになっていることが示された。また、そのほかに負担感と強く関連したBPSDには、夜間の不穏や会話の妨害など介護者の生活を侵害する行動、幻覚や不幸な様子など対応が困難な行動などがあつた。

また、Pearlinら<sup>8)</sup>は、primary stressorに介護環境や介護者自身の問題としてsecondary stres-

orが加わって、ストレス症状として現れるモデルを提唱しているが、本調査でもsecondary stressorとして介護期間、相談者の有無、介護者の体の痛みが負担と強い相関をもつことが確認された。とくに相談者をもたない場合、負担感が大きい一方で要介護者を施設に入所させることをつらく感じ、将来の不安も強く、要介護者の病状を「死んだほうがまし」と悲観する傾向があり、介護のうえで相談者が重要であることが示された。

今回の調査では、ZBIおよび負担感得点を従属変数とした回帰分析はそれぞれ $R^2 = 0.295$ 、 $R^2 = 0.275$ といずれも低いものであつた。荒井らは介護負担が介護者のうつと強く関連していたことを報告しているが<sup>1)</sup>、今回の調査では介護者自身の身体的・精神心理的評価が十分に行えておらず、この点が不十分であつたことが考えられた。

要介護高齢者のBPSDが介護者に与える影響は病状によって異なりそれに応じた評価が必要であるものの、今回の調査は病状別に検討するためには十分な数の調査ではなかつたが、今後はさらに規模を大きくして調査を行う予定である。

## 結 論

要介護高齢者のBPSDおよび介護環境と介護負担について明らかにするため、要介護高齢者の介護者を対象に調査を行い、介護負担の関連因子について明らかにした。今後は介護の負担を適切に評価するため、今回負担に関連の強かつたBPSDや介護環境を重視する必要がある。

## 文 献

- 1) Arai Y, Kudo K, Hosokawa T, Washio M, et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry Clin Neurosci*, 51 (5) : 281-287 (1997).
- 2) 朝田 隆: 痴呆性老人の在宅介護破綻に関する検討; 問題行動と介護者の負担を中心に. *精神神経学雑誌*, 93 (6) : 403-433 (1991).
- 3) Baumgarten M, Becker R, Gauthier S: Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *J Am Geriatr Soc*, 38 (3) : 221-226 (1990).

- 4) Gilleard CJ, Boyd WD, Watt G : Problems in caring for the elderly mentally infirm at home. *Arch Gerontol Geriatr*, 1 (2) : 151-158 (1982).
- 5) Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC : Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives ; A factor analytic study. *Age Ageing*, 11 (2) : 121-126 (1982).
- 6) Haley WE : The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*, 48 [Suppl.6] S25-29 (1997).
- 7) Macmillane D : Preventive geriatrics : Opportunity of a community mental health service. *Lancet* (ii) : 1439-1441 (1960).
- 8) Pearlman LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM : Caregiving and the stress process ; An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30 (5) : 583-594 (1990).
- 9) Sanford JR : Tolerance of debility in elderly dependants by supporters at home ; Its significance for hospital practice. *Br Med J*, 3 (5981) : 471-473 (1975).
- 10) Teri L, Truax P, Logsdon R, Uomoto J, et al.: Assessment of behavioral problems in dementia ; The revised memory and behavior problems checklist. *Psychol Aging*, 7 (4) : 622-631 (1992).
- 11) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J : Relatives of the impaired elderly ; Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20 (6) : 649-655 (1980).

## Impact of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and cared environment on caregiver burden

Joji Onishi \*<sup>1</sup>, Hiroyuki Umegaki \*<sup>1</sup>, Yusuke Suzuki \*<sup>1</sup>,  
Akira Nakamura \*<sup>1</sup>, Hidetoshi Endo \*<sup>2</sup>, Akihisa Iguchi \*<sup>1</sup>

\* 1 *Department of Geriatrics, Nagoya University Graduate School of Medicine*

\* 2 *Department of Internal Medicine, Chubu Hospital*

The present study examined the impact of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and the care environment on the caregiver's burden. Registered questionnaires using Zarit's burden interview (ZBI) were completed by 116 families with elderly people in need of care.

The burden had significant associations to the relationship between the caregiver and the elderly person, the duration of care, presence of an intimate adviser, alternative care providers, and the presence of physical pain in caregivers. The BPSD that had a great impact on the burden were those that impaired the caregivers' life such as fecal and urine incontinence and sleep disturbance, and also those that the caregivers were unsure of how to deal with such as hallucination and appearance of unhappiness. The caregivers' desires to remove the elderly person or to die were strongly associated with ZBI.

Multiple regression analysis for ZBI showed the significant variables were the degree of dementia, presence of an intimate adviser, and the BPSD of talking incessantly, appearance of unhappiness, urine incontinence, with adjusted  $R^2$  of 0.401.

This result suggests that the BPSD and care environment are important for evaluation of the care burden.

---

**Key words** : elderly persons in need of care, burden, behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)



# 介護保険の改訂への提言

遠藤英俊

### はじめに

介護保険制度の発足に伴い、福祉のみならず医療も大きく変わりつつある。平成12年4月に施行された介護保険制度はおおむね順調な滑り出しをしたといわれている。しかし、短期入所の利用や介護報酬をはじめ、介護支援サービス、要介護認定方法など個々の問題では改正する余地はありそうである<sup>1)</sup>。本稿では、現状の課題を総括し、改訂へのヒントともなる課題について検討してみたい。

### 1 介護保険制度の現状と課題

介護保険制度は当初の予想よりは順調な滑り出しをしたといわれている。福祉サービスの10%の負担により、以前の福祉サービスに比べて経済的な負担が増加したことに対する苦情がでることは当初より予想はされていた。しかし、より大きな問題点が2つある。介護支援サービスが一部を除いて稼働していないことと、痴呆の要介護認定である。その最大の理由は、介護支援専門員が給付管理業務に追われ、本来の介護支援サービスができないことである。介護支援サービスとは、要介護者に対してアセスメントを行い、サービス計画を立案することにより、必要なニーズに対する社会資源を提供することである。この介護支援サービスこそがわが国の介護保険制度の根幹をなす要点であった。しかし、現実的には経済的な問題、

人員の問題などでケアマネージャーは事務に忙殺され、現状は本来のケアマネジメント業務に取り組むことができないでいる。介護支援専門員に関連する介護報酬については見直しが必要であろう。さらに、ケア担当者会議が広く開催されていないことに問題がある。ケアマネージャーは介護支援業務に専念すべきである。またケアマネージャーの現任研修も始まっているが内容に問題がある。テキストを作成するなどして、レベルアップをはかると同時に情報提供を積極的に行うべきである<sup>2)</sup>。また現任研修については単位性にして、講座をとりやすい方法を検討すべきである。

介護保険のシステム上の問題点としては、痴呆症の要介護認定が低くでやすいことが指摘されている。厚生労働省において、平成12年8月より「要介護認定調査検討会」が発足し問題の解決に向けてその対応が検討され始めた。要介護認定方法は改訂されるべき最大の課題といえるかもしれない。調査項目の見直し、1分間タイムスタディが再検討されているが、困難が予想される。基本的には、一次判定の大幅な見直しは困難と思われる。痴呆の異常行動や介護困難については二次判定でシステムを見直す方向が現実的で、妥当ではないかと考える<sup>3,4,6,7)</sup>。

またチームアプローチについてはとくに、高齢者の医療や長期ケアを提供するうえで医師と介護支援専門員との連携が重要であり、多職種とのチームアプローチが必要である。

医師は介護支援サービスについては専門的な知識を生かして、訪問看護や訪問リハビリへの指示

Hidetoshi Endo：国立療養所中部病院内科  
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3