

Table 1 The number and mean age of subjects

	No. of cases	Male:female	Age in years (average \pm SD)
MWA	35	10:25	34.1 \pm 12.9
MWOA	81	15:66	37.9 \pm 15.3
MWA + MWOA	116	25:91	36.8 \pm 14.6
TH	42	09:33	48.4 \pm 15.4
CTL	279	121:158	47.8 \pm 10.9

42 of tension type headache (TH), according to the diagnostic criteria of International Headache Society (15) and 279 of healthy controls (CTL) (Table 1).

Genotyping

Genomic DNA was extracted from venous blood samples from total individuals. The genotypes of the Cys23Ser were confirmed by polymerase chain reaction (PCR) amplification of DNA and digestion with *HinfI* according to the method described previously (10). Briefly, the PCR primers were REPA1 (5'-TTG GCC TAT TGG TTT GGG AAT-3') and ARTIFACT2 (5'-GTC TGG GAA TTT GAA GCG TCC AC-3'). The PCR reaction mix of 25 μ l contained: 100 ng of DNA, 0.25 μ M each primer, 250 μ M dNTP, 10 mM Tris HCL (pH8.3), 50 mM KCL, 1.5 mM MgCl₂ and one unit of Taq DNA Polymerase (Takara, Otsu, Japan). After initial 5 min denaturation at 95°C, samples were then amplified for eight cycles of 95°C for 1 min, 48°C for 1 min, 72°C for 1 min and eight cycles of 95°C for 1 min, 52°C for 1 min, 72°C for 1 min and 19 cycles of 95°C for 1 min, 55°C for 1 min, 72°C for 1 min. Ten units of *HinfI* (Nippon gene, Tokyo, Japan) and recommended buffer solution were then added and incubated for 10 h at 37°C. Restriction fragments were visualized by 12% polyacrylamide gel electrophoresis and stained with ethidiumbromide. Genotyping was carried out blind to clinical details.

Statistics

The genotype frequency with 5HTR2c-Cys23Ser polymorphism was compared between each case

and controls by using a chi-squared test. The odds ratios (ORs) associated with the genotype and its 95% confidence interval (CI) were determined for adjusting age and gender differences by using unconditional multivariate logistic regression. Statistical analyses were performed using SPSS version 11.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results

The distribution of 5HTR2c Ser or Ser/Ser genotype in MWA (8.3%) is significantly higher than that in CTL (1.1%). The Ser23 allele is more frequent in MWA (6.6%) than that in CTL (1.4%) ($P < 0.05$, OR = 5.04, 95%CI 1.62 \pm 1.30) (Table 2). In males group, the 5HTR2c Ser23 allele frequencies are 40% in MWA, 0% in MWOA, 12% in MWA and MWOA, 0% in TH and 3% in CTL.

Discussion

We investigated the 5HTR2c Cys23Ser polymorphism in Japanese patients with migraine and tension type headache. The Ser allele frequency in patients with MWA was higher than that in control subjects. However, there were no differences among MWOA, TH and control. Burnet and colleagues described that there were no differences with the 5HTR2c polymorphism and migraine in Danish population (11). Compared with this previous report, the Ser allele frequency of control group in Japanese population is much fewer than that in Caucasian population. It is considered that the ethnical difference exists between Caucasian and Japanese population with 5HTR2c polymorphism and this polymorphism is associated with MWA in Japanese population.

Nyholt et al. reported the linkage studies of two families with migraine and excluded the locus on chromosome Xq24-28 as a familial migraine (16). The 5HTR2c gene is also located on Xq24. The allele frequency of Ser in males is larger than that in females in MWA. This suggests that the hypersensitivity of males in migraine may arise with 5HTR2c Cys23Ser polymorphism.

Table 2 The 5HTR2c genotype and odds ratios for headache sufferer

	N	Ser- [n (%)]	Ser+ [n (%)]	Not adjusted			Adjusted for age and gender		
				OR	95% CI	P-trend	OR	95% CI	P-trend
CTL	360	353 (98.16)	7 (1.94)	1			1		
MWA	37	33 (89.19)	4 (10.81)	6.12	1.70-21.97	<0.01	5.12	1.13-23.17	0.03
MWOA	80	78 (97.50)	2 (2.50)	1.30	0.26-6.34	0.75	1.63	0.32-8.31	0.56
TH	43	41 (95.35)	2 (4.65)	2.46	0.49-12.24	0.27	2.85	0.56-14.65	0.20

Significant differences of OR among the subjects are bold typed.

There are several reports about the localization of 5HTR2c mRNA and protein on the occipital cortex (17–19). The activation of 5HTR2c inhibits the visual cortex long-term potentiation, that observed in the visual cortex may underline an experience dependent modulation of visual functions (20). 5HTR2c mRNA is neither expressed in human endothelial cells nor in smooth muscle cells (21). 5HTR2c in migraine is not associated with vasoactivity but neural function such as the cortical spreading depression.

Cys-Ser substitution may affect the receptor folding caused by the ability of disulfide bonds in the presence of cysteine (11). However the functional differences between 5HT2c-Cys and 5HT2c-Ser allele are unknown. Further functional studies between Cys-Ser substitution and MWA are required for this association study.

In conclusion, the present study provides that the Ser allele frequency in Japanese population is much less than that in Caucasian and that 5HTR2c Cys23Ser polymorphism may be associated with MWA in Japanese population. However the number of subjects of this study is very small. Further investigation is needed to reveal the association between 5HTR2c Cys23Ser polymorphism and MA in larger subjects.

Acknowledgements

This report was presented in part at the 26th meeting of Japanese Headache Society, December 5, 1998, Tokyo, Japan, and at the 9th Congress of the International Headache Society, Jun 5, 1999, Barcelona, Spain.

This work was supported by Health and Labour Sciences Research Grants (Research on Psychiatric and Neurological Diseases and Mental Health - 14220901).

References

- FERRARI MD, SAXENA PR. On serotonin and migraine: a clinical and pharmacological review. *Cephalalgia* 1993; 13:151–65.
- FOZARD JR, GRAY JA. 5-HT_{1C} receptor activation: a key step in the initiation of migraine? *Trends Pharmacol Sci* 1989;10:307–9.
- PANCONESI A, SICUTERI R. Headache induced by serotonergic agonists – a key to the interpretation of migraine pathogenesis? *Cephalalgia* 1996;17:3–14.
- OPHOFF RA, TERWINDT GM, VERGOUWE MN et al. Familial hemiplegic migraine and episodic ataxia type-2 are caused by mutations in the Ca²⁺ channel gene CACNL1A4. *Cell* 1996;87:543–52.
- FERRARI MD. Migraine. *Lancet* 1998; 351: 1043–51.
- PEROUTKA SJ, WILHOTT T, JONES K. Clinical susceptibility to migraine with aura is modified by dopamine D₂ receptor (DRD2) NcoI alleles. *Neurology* 1997;49:201–6.
- KOWA H, YASUI K, TAKESHIMA T, URAKAMI K, SAKAI F, NAKASHIMA K. The homozygous C677T mutation in the methylenetetrahydrofolate reductase gene is a genetic risk factor for migraine. *Am J Med Genet* 2000;96:762–4.
- PATERNA S, DI PASQUALE P, D'ANGELO A et al. Angiotensin-converting enzyme gene deletion polymorphism determines an increase in frequency of migraine attacks in patients suffering from migraine without aura. *Eur Neurol* 2000; 43:133–6.
- KUSUMI M, ADACHI Y, ISHIZAKI K et al. Glutathione S-transferase polymorphisms: susceptibility to migraine without aura. *Eur Neurol* 2003;49:218–22.
- LAPPALAINEN J, ZHANG L, DEAN M et al. Identification, expression, and pharmacology of a Cys23-Ser23 substitution in the human 5HT_{2c} receptor gene (HTR2C). *Genomics* 1995;27:274–9.
- BURNET PW, HARRISON PJ, GOODWIN GM et al. Allelic variation in the serotonin 5HT_{2c} receptor gene and migraine. *Neuroreport* 1997;8:2651–3.
- SAKAI F, IGARASHI H. Prevalence of migraine in Japan: a nationwide survey. *Cephalalgia* 1997;17:15–22.
- LAUNER LJ, TERWINDT GM, FERRARI MD. The prevalence and characteristics of migraine in a population-based cohort: the GEM study. *Neurology* 1999;53:537–42.
- RUSSELL MB, RASMUSSEN BK, THORVALDSEN P, OLESEN J. Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine. *Int J Epidemiol* 1995;24:612–8.
- HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Supp. 7):1–96.
- NYHOLT DR, CURTAIN RP, GRITHS LR. Familial typical migraine: significant linkage and localization of a gene to Xq24–28. *Hum Genet* 2000;107:18–23.
- PASQUALETTI M, ORI M, CASTAGNA M, MARAZZITI D, CASSANO GB, NARDI I. Distribution and cellular localization of the serotonin type 2C receptor messenger RNA in human brain. *Neuroscience* 1999;92:601–11.
- DYCK RH, CYNADER MS. Autoradiographic localization of serotonin receptor subtypes in cat visual cortex: transient regional, laminar, and columnar distributions during postnatal development. *J Neurosci* 1993;13:4316–38.
- CLEMETT DA, PUNHANI T, DUXON MS, BLACKBURN TP, FONE KC. Immunohistochemical localisation of the 5-HT_{2C} receptor protein in the rat CNS. *Neuropharmacology* 2000;39: 123–32.
- WANG Y, GU Q, CYNADER MS. Blockade of serotonin-2C receptors by mesulergine reduces ocular dominance plasticity in kitten visual cortex. *Exp Brain Res* 1997; 114:321–8.
- ULLMER C, SCHMUCK K, KALKMAN HO, LUBBERT H. Expression of serotonin receptor mRNAs in blood vessels. *FEBS Lett* 1995;370:215–21.

施設における痴呆高齢者の転倒・転落事故の発生状況と対策

須貝佑一¹⁾ 小林奈美²⁾

1) 浴風会病院精神科 2) 東京大学大学院医学系研究科家族看護学教室

介護事故の大部分は転倒・転落事故という事実

高齢者の医療現場や高齢者施設で生じている事故は多種多様である。医療施設で起こり得るさまざまな医療過誤のほかに、介護行為に伴う事故や日常生活行動のなかでの大小の事故が毎日のように起こっている。いわゆる「ヒヤリ、ハット」する事故だ。しかし、実際に高齢者施設の現場で事故調査をしてみると、その実態にいくつかの特徴が浮かび上がってくる。

図1は、高齢者医療を専門とする浴風会病院全体で最近1年間に起きた医療事故のまとめである。医療過誤に相当する注射間違い、誤投薬などは報告された事故全体の42%であるのに対して、転倒・転落事故が58%と最も多いことがわかる。これを痴呆高齢者の多い介護病棟に限ってみると、事故の大半は転倒・転落事故に集中していることがわかる(図2)。リスクマネジメントの観点からすると、痴呆高齢者の事故対策の力点は、まず転倒・転落対策に置かねばならないということになる。

高齢者施設でみられる転倒・転落事故に関しては、医療施設でみられる医療過誤とはまた違った側面があることもみてとらねばならない。

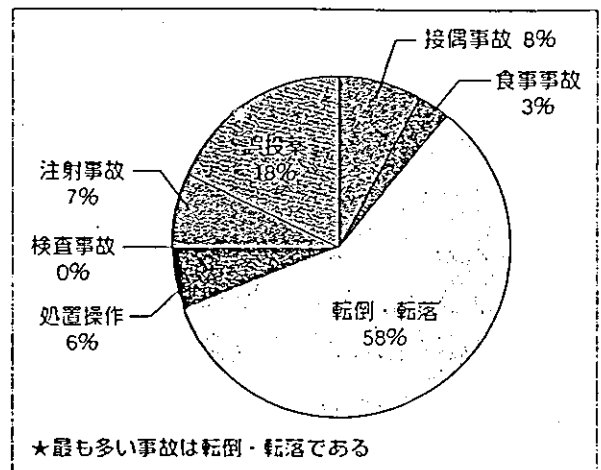


図1 老人病院(300床)における医療事故の内訳

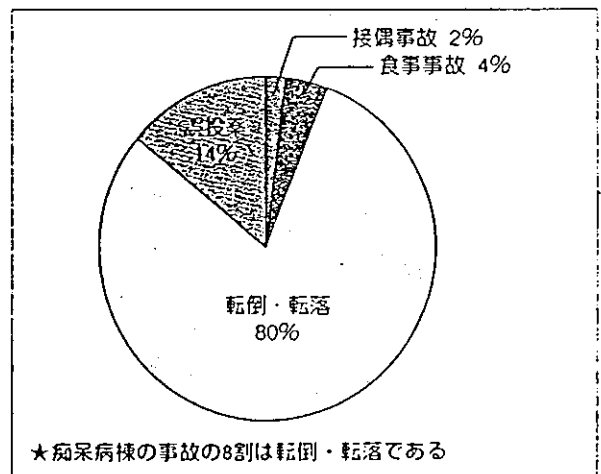


図2 老人病院(300床)の痴呆病棟における医療事故の内訳

すなわち、医療過誤は医療の提供者側に過失があり、医療を受ける高齢者にはなんら瑕疵も責任もない場合がほとんどである。一方、施設入

所中の高齢者にみられる転倒・転落事故は日常生活行動のなかで生じる。精神障害や身体障害を持った高齢者が、自力歩行中や何らかの日常動作の際に転び、転落するのである。生活環境に潜むリスクと事故の被害者側にも内在するリスクを抱えていることになる。その意味で、高齢者施設での転倒・転落事故防止においては、医療者側・介護サービス提供者側のリスクマネージとともに、入所高齢者のリスクマネージも同時に進めていかねばならないという難しい課題を負うことになる。痴呆高齢者における転倒・転落事故防止の対策は、一般的な医療事故防止のマニュアルの形式では役立たない。本稿では、痴呆高齢者の転倒・転落事故の実態をふまえて、その対策の道筋について検討してみた。

転倒・転落事故調査の進め方

筆者らは転倒・転落事故防止のための対策を最優先に進める目的で、痴呆高齢者の介護施設や療養病棟で日常的に生じている転倒・転落事故について、多数例の調査から事故の特徴、事故発生に関連する諸要因を明らかにしようと試みた。これまで報告されている転倒・転落事故調査の多くは、1つの施設内で発生した事故の集計と分析結果のまとめである。そのために施設特有の事情や入所者の特性が事故の様態を左右している可能性があった。

筆者らの調査では、より普遍的な事故要因を検出したいということから、特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型老人病院計10施設を横断的に調べるといった方法をとった。このために表に示したような内容を盛り込んだ各施設共通の転倒・転落事故報告調査用紙を用いた。調査は各施設が使っている事故調査用紙やヒヤリハット報告書を従来どおり使用し、上がってきた事故報告書から共通調査用紙に転記す

る、あるいは不足した情報は補充して記載するというやり方で行なわれた。調査の対象となった人数は1493人である。期間は2002(平成14)年11月から2003(平成15)年1月の3か月間とした。

事故率からみた事故の施設間格差

調査期間中の転倒・転落件数は10施設で計398件だった。それを施設別にみた図を図3に掲げた。1か月間の事故率は、その施設の入所者の数を母数として1か月間の事故件数の割合を算出したものである。約4%から18%まであり、施設間で明らかに差があった。月ごとの変動を考慮してもその差は明瞭だった。調査対象の10施設(特養7施設、病院2施設、老健1施

表 事故の調査項目(各施設共通)

- 1) 各施設の転倒事故総数
- 2) 転倒者の特性(痴呆診断の有無、併存疾患、多重転倒、服薬、移動方法、日常生活援助状況、痴呆の重症度)
- 3) 転倒時の障害部位と重症度
- 4) 転倒場所(廊下、自室、トイレなど)
- 5) 転倒発生(発見)時刻
- 6) 発見の状況(転倒を目撃、転倒後を発見)
- 7) 発生の状況(車椅子からの移動、歩行中など)
- 8) すでに行なわれていた予防策の状況(ケアプラン作成、予防具など)
- 9) 事故後の処置

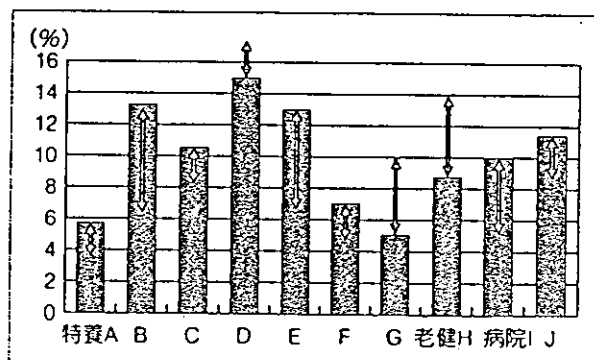


図3 調査参加10施設の事故率(12月分集計)
矢印は3か月間の変動

設)はそれぞれ、開設の時期、施設規模と入居空間の構造、入所者の特性などで違いがある。こうした施設間の何らかの要因が事故の多寡に関係しているであろうことは容易に想像がつくが、今回の調査からはそれが何であるかは読み取れなかった。

ただ、調査参加施設のなかで時期をずらして行なったJ病院での病棟別転倒・転落事故の事故率の多寡は、入所者の特性が大きく左右していることを示唆する興味深い結果となっている(図4)。J病院は病棟機能と入院患者の特性により病棟が分けられている。すなわち、1か月間で最も事故率の高かった病棟は回復期リハビリテーション病棟で12%であった。ついで医療保険適用の痴呆病棟と主に短期間で入退院をしている医療保険適用の療養病棟が8%と目立つ。これに対して、2つの特殊疾患難病指定病棟(注:おもに重度のパーキンソン病患者や脊髄小脳変性症などの難病高齢者をみている)の事故率は1%に満たない。療養病棟でも入院期間が1年以上という長期入院者の多い介護保険適用の病棟では、転倒・転落事故は2.3%からせいぜい3.8%どまりという結果だった。転倒・転落事故の多寡は、入所者のADLや身体、精神状態が関与していることをうかがわせる結果だった。

転倒・転落常習者の存在と事故の発生状況

転倒・転落事故件数の内訳をみると、398件のうち160件は同じ人が何度も転倒・転落を繰り返している。多重転倒者とも呼べる一群で、事故件数の40.2%を占める(図5)。多重転倒・転落事故件数が全体の事故件数を押し上げている実態がわかる。わずか3か月間の集計でこの割合だから、はじめて転んだ人もそのうちにまた転ぶ可能性は高い。一度は転んだことがあるという既往は、転倒・転落事故のハイリスク群であることをこの数字は物語っている。その意味

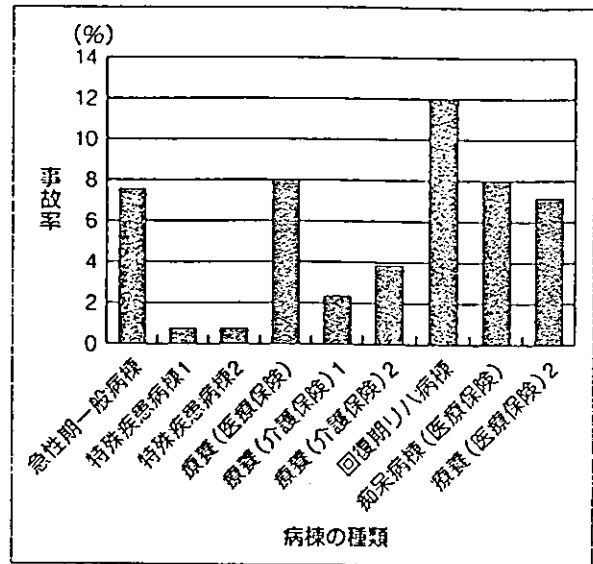


図4 調査対象J病院の病棟別転倒・転落事故発生率(1か月平均)

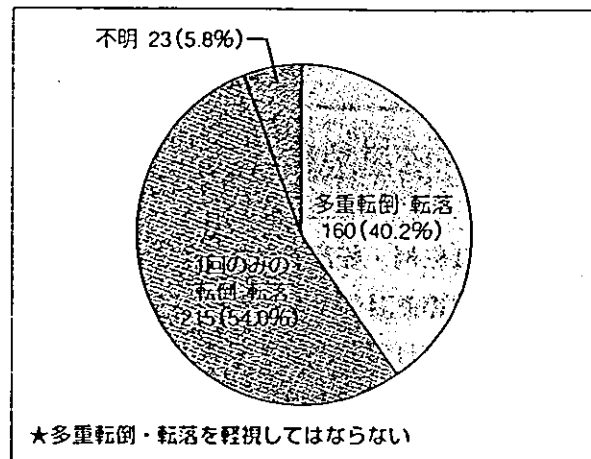


図5 転倒・転落件数(3か月間・総数398件)の内訳

で新規に入院あるいは入所してくる痴呆高齢者にこれまでに転倒・転落の既往がないかどうかを把握しておくことは、事故を予測するうえで重要なことである。

報告された事故のうち、転倒・転落を目撃されているものは15%程度で80%以上は事故が起こったあとの状態を発見されたものであった。転倒・転落事故の8割以上が職員のみでいないところで起こっているということだ(図6)。詳細をみると、音がしたのでかけつけてみると床に倒れていた、尻餅をついていた、しゃがみこ

んでいた、などの状態で発見されている。痴呆高齢者の場合、事故者本人が事故の起きた状況を説明できない場合がほとんどで、なぜ事故に至ったかを究明する手がかりが乏しく、原因を推測することが難しいという問題がつきまとう。

目撃された事故は歩行中の事故が最も多く、ついで、ベッドや車いす・いすからの移動中に起きているものが多かった。これらのうち目撃されたケースでは、介護者が「危ないな」と思いながらもみていたら転んだという状況が多く、

見守りや介護者のとっさの機転で転倒を食い止められたという事例はわずかである。

事故の発生時刻は施設によってまちまちで、共通する特定の傾向は見出せなかった。それぞれの施設の日課や人員配置、ケアの動きに左右されている可能性があり、各施設で個別に要因を追及すべき課題かもしれない。

それとは対照的に、事故発生場所をみるとこの施設でも共通して利用者自室での事故が最も多く(図7)、事故全体の56.8%を占めていた。ついでデイルームであり、この2つで発生場所の4分の3以上を占めている。利用者自室での事故のほとんどはベッド周りでの転倒・転落である。このことは、ベッド周りの事故を集中的に減らすことができれば、転倒・転落事故を半減させることが可能なことを意味する。

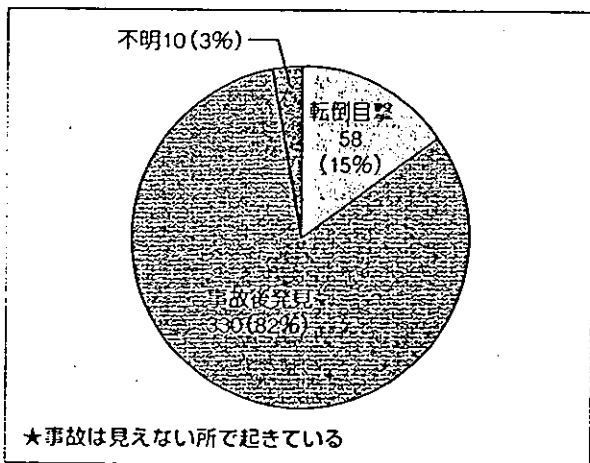


図6 事故発生時の状況

転倒による傷害の特徴

転倒・転落によって実際に負傷した人の割合は、擦過傷程度の軽いものも含めると129件、

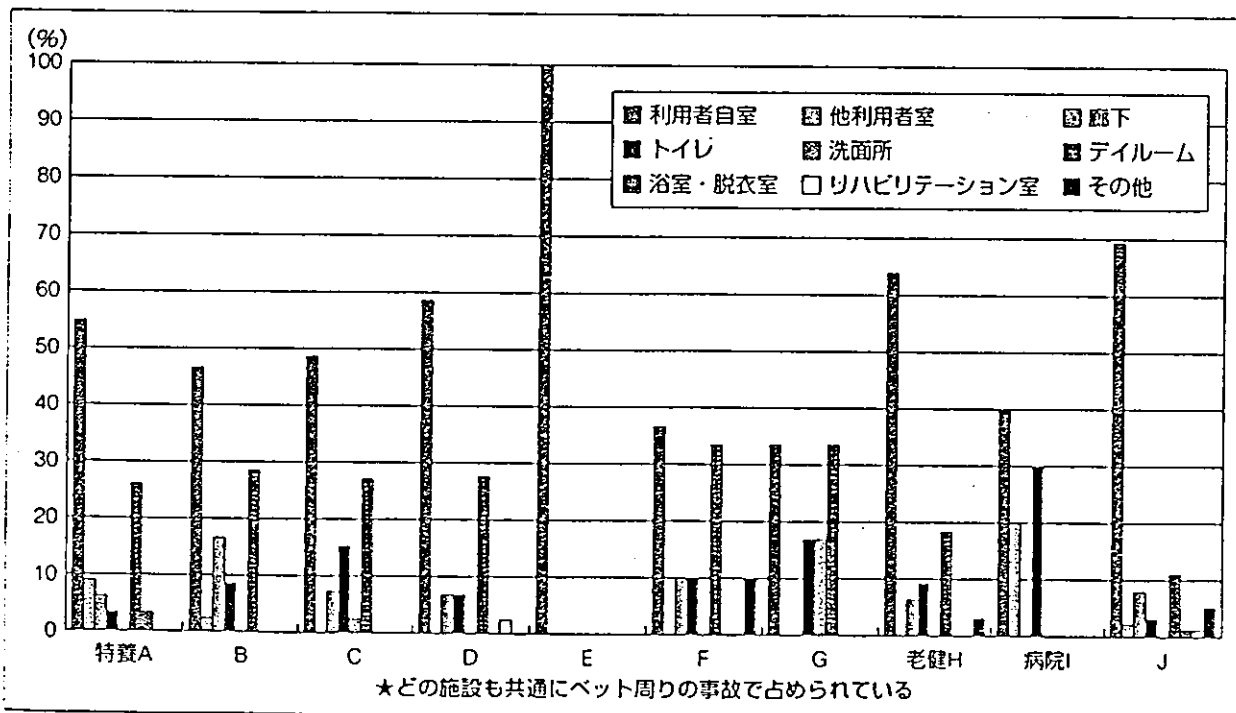


図7 施設別事故の発生場所

事故件数の32%だった。ほとんどが軽症で特別養護老人ホームなら医務室の看護師の処置だけで済んでいる。怪我が重症で入院に至った件数が9件、転倒・転落で死亡した件数が1件あった(図8)。重大事故は転倒・転落事故398件中10件すなわち2.5%である。

労災事故では死亡事故のような重大事故発生にハインリッヒの法則という経験則が成り立っている(図9)。すなわち、労災による重大事故の裏には、取るに足りない軽微な事故が300件あり、目にみえる事故が29件あったなかで1件ドカンと重大事故が生じているというのだ。今回の調査でみられた事故と傷害の程度をみると、痴呆高齢者の転倒・転落事故についても同様の経験則が成り立ち得ることがわかる。転倒・転落事故の対策にはケアや福祉の立場を超えて、労災や交通事故といった他業種の災害リスクマネージの経験を導入することも求められるゆえんだ。

痴呆高齢者の転倒・転落事故の傷害にも特徴がみられた。図10は転倒・転落件数を傷害部位別にみたものである。顔面受傷が48件、頭部受傷が36件、上肢が31件、下肢が19件という内容だ。顔面と頭部だけで84件、怪我した件数の約70%が顔面と頭部に集中していることがわかる。先述した事故の多くがベッド周りで生じていることを考え合わせると、ベッドから降りようとして、あるいはベッドに上がろうとして転落し、頭や顔面を打っていることが推測される。顔面の青あざ、パンダの目のような目の周囲の黒ずんだ内出血を示す高齢者を施設ではよくみかける。それは転倒・転落による受傷ではないか？ という印象は、今回の調査結果から数字でも裏付けられた形だ。何百という軽症の頭部外傷のなかで急性硬膜下血腫や脳挫傷を呈するような重大事故が1-2件発生するという構造になっている。

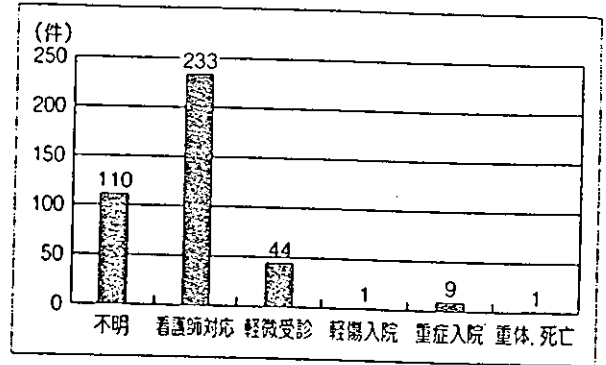


図8 受傷の程度と対応

看護師対応には受傷と無傷が含まれる。

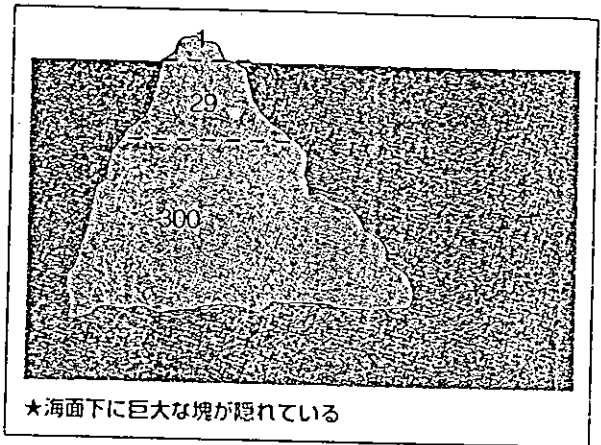


図9 ハインリッヒの法則(労働災害の発生確率)

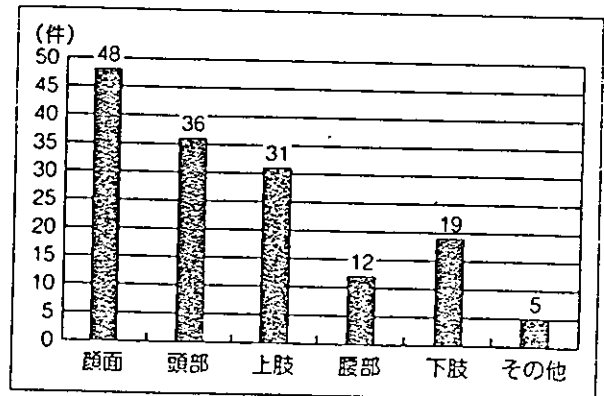


図10 転倒・転落事故による障害部位(複数回答)

転倒・転落事故を示す痴呆高齢者の特性

今回、転倒・転落事故を起こした事故者の特性をみたものが、図11と図12に掲げてある。痴呆の程度でみると、軽症から中等度、高度に

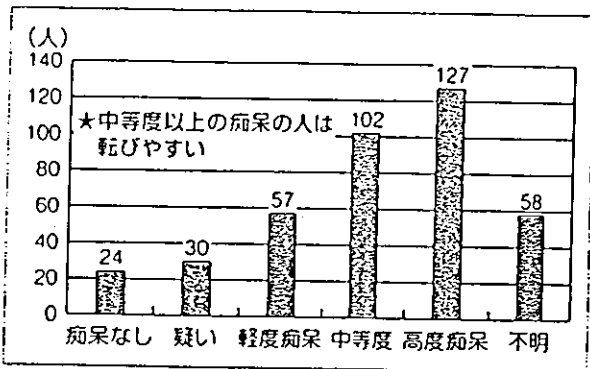


図 11 転倒・転落事故者の痴呆の程度 (CDRによる分類)

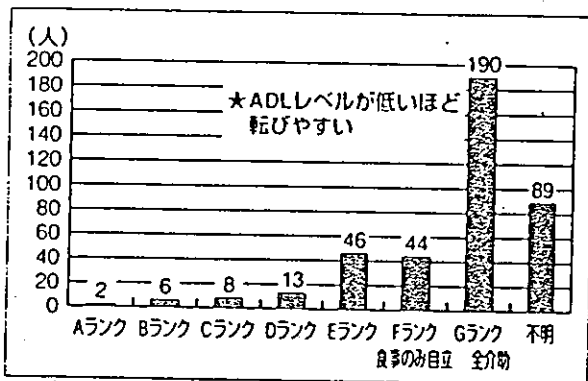


図 12 転倒・転落事故者の ADL の程度 (Katz の CDR 自立指標による分類)

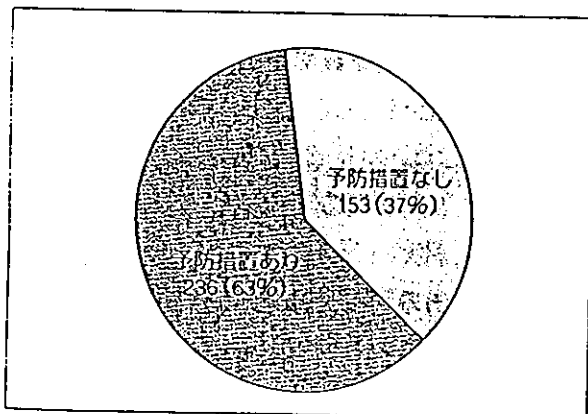


図 13 転倒・転落事故者への事前予防措置の有無

なるにつれて事故者が多くなっていることがわかる。「痴呆が高度なほど転倒・転落しやすい」。これは痴呆高齢者にみられる転倒・転落事故に関するこれまでの研究報告でも指摘されており、転倒・転落のリスクとして一致している所見だ。

事故者と ADL の関係でみると、ADL が高度に障害されている人に事故が集中している。歩

行との関係では、痴呆がないか、ごく軽い状態で独立歩行していた人が転倒・転落した割合は全事故者の 1% 未満だったのに、痴呆が中等度以上にあり、独立歩行できていた人が転倒・転落している件数は 111 件あり、全事故者の約 30% を占める。また、痴呆がない場合、車いす生活で自力で移動できない人が転倒・転落した件数は 5 件(全事故の約 1%) なのに対して、痴呆がある場合、車いす生活で自力移動できない人では 80 件(全事故の約 21%) の事故があった。認知障害が高度になり、自分は歩けないのに歩けるつもりで動きだして事故につながることが推測される。痴呆高齢者の転倒・転落事故の背景には認知障害という中核の症状があるために、その対策にはいっそうの工夫が必要である。

事前の予防措置は有効だったか

事故が報告されたケースについてあらかじめ事故が予想できたか否か、予防措置があったかどうかを調べた。その結果、あらかじめ転倒が予測されて予防措置をしていた件数が 236 件 (63%)、予防措置がもともとなかった件数が 153 件 (37%) だった(図 13)。予防措置がなかった理由は「転倒・転落の危険が予測はできたが予防措置がなかった」ケースが 76 件で、予防措置がなかった事故件数の約半数を占めた。わかっているにもかかわらず対策ができなかった、というのが実情だろう。「転倒・転落の危険予想が困難」、「転倒・転落の危険なしと判断」も 74 件で、予防措置がなかったケースの約半数には危険予測の見落としや見込み違いがあった(図 14)。

予防措置がありながら事故に至ったケースを詳しくみると、転倒・転落予防のケアプランを作っただけというものが 162 件だった(図 15)。センサー類を設置したり、転落マットを

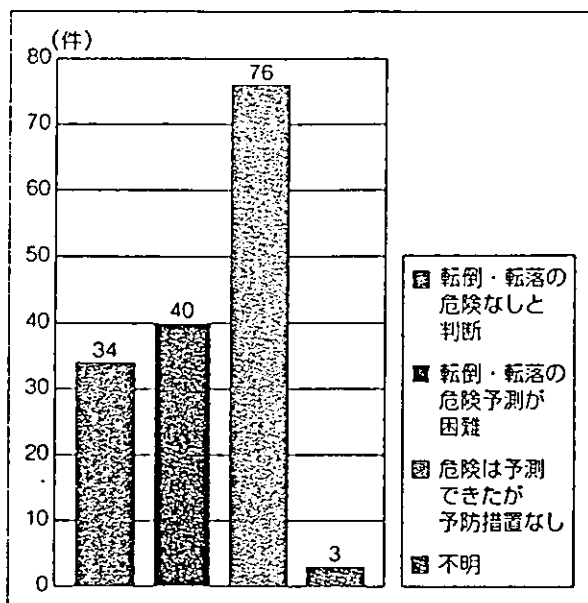


図14 事前予防措置なしの理由

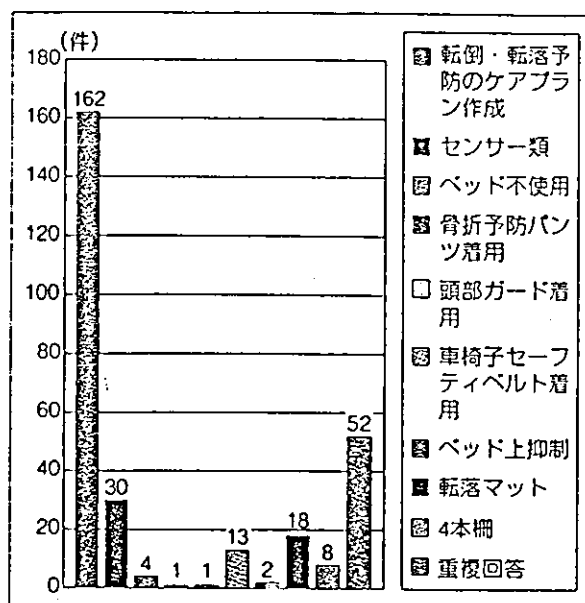


図15 予防措置はあったが事故となったケースの予防策

敷くなどの対策をとったケースでも、それぞれ30件、18件の事故があった。この数字だけからでは、それぞれの予防措置の母数がわからないため予防措置が有効だったか無効だったのかはわからない。床に寝床を設置してベッドを使わない人、ベッド上抑制をしていた人の事故者はそれぞれ4件、2件という件数からみて、抑制や拘束に近い措置をすれば転倒・転落をある程度防げるであろうことは推測がつく。だが、予防措置の有効性は事故件数のみでは判断できないことはいうまでもない。予防措置の有効性・無効性の判断には、事故件数のほかに事故による受傷の程度をどの程度軽減できたかも考慮しなければならないからだ。

予防措置を痴呆の程度別にみてもみると、転落マットはCDRの点数で痴呆の疑い(CDR0.5)以上で使われ、センサー類は軽度痴呆(CDR1.0)以上で使われ、車いす安全ベルト着用は中等度痴呆(CDR2.0)以上、ベッド不使用あるいはベッド上抑制は高度痴呆(CDR3.0)以上で使われていた。痴呆のレベルや段階で転倒予防策を変えているということは現場感覚では自然な発想

ではあるが、今回の調査でみるかぎり明瞭な根拠がないままセンサー類や転倒防止用品が出回り使われているのが実情だった。誰もが納得できる有効な予防措置は何かを明らかにするためにも、予防措置の全数とそのなかで生じる事故の割合、傷害の質をみて比較分析していくことが求められる。

リスクの予見と回避の努力は適切か

痴呆症のある程度進行した高齢者は、危険をみずから察知したり回避する力がないため、転ぶ確率が大きくなる。そこで転倒・転落のリスクを医療者側・介護者側が評価し、あらかじめリスクを減らす努力、転落・転倒を回避する努力が求められることが、今回の調査でも明らかになった。一方で、最近の傾向として痴呆介護施設の現場では患者さん本人の「尊厳ある生活」と「自立支援」が理念として掲げられ、家庭的で「普通の生活」に近づけるような介護環境と介護行為が求められている。サービスの質の向上とは、精神障害や痴呆のある高齢者の尊厳を守る

ような生活環境と介護だと受け止められている。理念的には誰もが肯定する。しかし、実際に具体的な施策や介護環境、介護行為のレベルでこれを実現しようとする、安全性の面でリスクが拡大する。介護現場では今、それが深刻な悩みになっている。

筆者の勤める浴風会に新設された特別養護老人ホームの痴呆介護棟(40人定員)では、上述の「尊厳ある生活」「家庭的雰囲気」「自立支援」を理念として、実際にいくつかの工夫が意識的になされた。徘徊患者さんを多く収容するフロアだが、幅の広い入り口の扉には鍵をつけなかった。施設は尊厳に反するという思想によるものだ。観葉植物や鉢植えの花をあちこちに配置した。フロアの一角には床から少し高い位置に和室風の畳のフロアを作り、患者さんが自由に畳の上でくつろげるような工夫がされた。入所は2002年4月から始まった。

入居者のほとんどが進行したアルツハイマー型痴呆で、平均年齢は83歳である。週1回、精神科医のコンサルテーションがあり、筆者がその任にあたった。毎週看護師から状況の報告があった。それによると、入所者が扉をあけて外に出てしまうというのだ。日中は監視の目があるので未然に防げるが、勤務者が2人になる夜勤帯では対応できないという。実際、夜間に扉を開けてエレベータを降り、外に出てしまった患者さんが何人かいた。そのつど介護者があとを追いかけてきたが、他の入所者への介護ができず、夜間業務に支障をきたすほどだった。結局、開所1か月で扉の前に大きなソファや腰掛を置き、開かずの扉としてしまった。出入りはすべて鍵のかかる職員の勤務室からという事態が続いている。

畳の上でくつろぐ痴呆患者さんはほんのわずかだった。多くの入所者は誘導しない限りそこに畳の空間があることにはまったく無頓着だった。逆に徘徊する入所者が畳の上に上がり、畳

から降りようとしてフロアに転倒するという事故が目立った。とくに際立ったのは女性入所者のHさん(84歳)である。経過約5年のアルツハイマー型痴呆で、家にいたところから転びやすかったという。MMSEは9点で高度の知能低下の状態だった。徘徊があり、フロアのいすにつまづいても転ぶことがあった。2002年6月下旬の介護・看護記録を抜粋すると、「6月27日午前10時、畳より降りるときにつまづき左ひざ打撲」「6月29日17時30分、畳より足を踏み外し右側臥位で転倒」「6月30日21時、畳よりバランスを崩して落ちる。右肩打撲」といった記載である。この間に行なわれたHさんに対する具体的な転倒防止策は、「畳の上に行かないように注意する」「畳の上にいるところをみつけたら早めに介助誘導する」といった対応にとどまっていた。その後も畳からの転倒は散発的に起き、2002年12月までの9か月間に28回の転倒があった。うち1回は顔面まぶたの上の出血を伴う切創で、近くの大学病院の形成外科で縫合処置を要する怪我だった。

このケースのリスク回避には何をすべきだろうか。Hさんは転ぶのである。しかも転ぶ確率が他の入所者より高い。そのうえに痴呆が高度でみずから危険を予知し、回避することはできない能力の状態にある。畳の上から落ちる、怪我をするということは十分予見できる。Hさんに限らず、平均年齢83歳のアルツハイマー型痴呆の入居者が段差のある畳の部屋から1人で降りようとするれば転ぶことは予見できるはずである。その予防策として「畳の部屋に上らないようにする」「近づかないようにする」というのは的はずれだ。利用するために作った設備なのに、である。

一見よさそうに見える段差のある畳部屋は、ある程度進行した痴呆患者さんにとって危険な環境として作用する。そのことはHさんの繰り返す転倒事故によって実証されている。他の

入居者にとっても多かれ少なかれリスクである。とすれば、事故回避のためには、畳部屋を撤廃するか、段差のない平面で作り直すか、のいずれかの策が浮かぶはずである。筆者はHさんの事故記録を踏まえ、嘱託医として施設管理者に畳部屋の撤去を進言している。リスクマネジメントをリスクの予見、回避、損害の最小化というようなプロセスととらえればそれは当然のことである。だが、一方で痴呆患者さんへの和みの環境、安らぎのある環境作り、といった理念が介護者や施設側に浸透しており、畳部屋を撤去することを躊躇させている。

しかしHさんにとってみれば、それは安らぎのある環境ではない。むしろ氷河のクレバスや危険な尾根にも等しい。Hさん以外の入所者にとってもリスクは大きいといわざるをえない。よしと思っているのは当の入所者・患者さん本人ではなく、「こうありたい」と願う家族や介護提供者側であろう。痴呆の進行状態と生活能力を冷静に判断し、その人に必要な介護環境は何かを個別に考え、その最大公約数として集団での生活環境を整えるのが専門性のある高齢者介護施設だ。その判断にはリスクの予見と回避の努力が実行されていなければならない。介護の個性とはこうしたことも意味していると解釈すべきであろう。

フェイルセーフの考え方

今回の調査でも明らかなように、痴呆のある高齢者はある確率で転ぶ。転倒・転落事故は防ぎきれない側面を持っている。とくに夜間に自室、ベッド周りで起きている転倒・転落事故は防ぐことが難しい。そこで予防策として、いくつかの特養ではベッド周りの体動センサーマッ

トを導入している。患者さんがベッドから降りようとして足をついたら看護室やケアセンターにあるナースコールが鳴る仕掛けである。これによって早めに部屋に駆けつけて転落を未然に防ごうという計画だ。浴風会の3施設でも実際に導入しているが、その評価はまちまちだ。実際使ってみると、鳴った瞬間に駆けつけることのできる距離なら未然に防げるが、間に合わず転落したあとに駆けつけるということも少ないことがわかった。1フロアに20個のセンサーマットを導入した部署では同時に2-3か所でも鳴り、介護者が右往左往するときもあったという。事故をゼロにすることは至難の技である。

こうしてみると転倒・転落防止は、予見、回避の努力を最大限したうえで、転倒・転落しても怪我に至らないという、損害最小の考え方を同時に進めていくことが重要であることに気づかされる。その観点で痴呆性高齢者の環境を点検してみると、フェイルセーフの部分がまだしの感がある。床は固い。床材がやわらかいラバーならば骨折に至らないかもしれない。低床ベッドは十分普及していない。ベッド柵は鉄だ。アルミでも取っ手がとがっている。車いすは前方向の力に弱く前に倒れやすい。車いすの患者さんが乗ったまま立ち上がることを想定していない。ずり落ちることも想定していない。こうした事柄にわれわれはあまりにも無関心だった。

現場では事故を未然に防ぐ努力と工夫がまず求められる。そのなかでリスクマネジメントの考え方が浸透し、事故が不可避であるとの認識に立てば事故の損害を最小にとどめるフェイルセーフの考え方も定着していくはずだ。

未然に防ぐ努力とフェイルセーフ。この2つがかみあえば「抑制廃止」で悩む介護現場の苦悩も軽くなるだろう。

脳変性疾患における

痴呆の知識

第4回 ピック病

谷風会病院 精神科 診療部長 須貝佑一



ピック病とは

痴呆疾患の一つであるピック病には、人格の病と言えるような際立った特徴がある。発病初期には、人が変わったように破廉恥な行動を平気で繰り返したり、ある行動や言動を繰り返したりなどの特異な症状を示すことで知られる。アルツハイマー病に代表されるようなほかの痴呆と違って、初期での記憶障害や生活障害は極めて軽い。経過も長いために、発病初期は痴呆症とみなされないことも多い。奇妙な人格異常ととられているうちに痴呆が次第に明らかになり、10数年経過すると寝たきりに移行する。初老期に好発しやすい代表的痴呆疾患の一つである。

この病気の発見は、19世紀にさかのぼる。1892年、プラハの神経学者アーノルド・ピック（Arnold Pick）が、側頭葉に局限した著しい萎縮を示す、特異な人格変化が現れた痴呆症例を初めて報告した。その後、

前頭葉から側頭葉に局限した萎縮を示し、ピックが見つけた症例と同じような特異な人格変化と行動異常を示す症例が次々と見つかった。

1926年、こうした前頭葉から側頭葉に局限した萎縮を示し、特異な人格変化を示す痴呆症は、当時ドイツに留学中だった日本人神経学者、大成潔博士とその共同研究者らによって「ピック病」と命名された。



ピック病と前頭側頭型痴呆

1920年代以降、ピック病は脳病理学的にも臨床症状からも一つの疾患単位と考えられてきた。しかし、脳の画像診断の進歩で、前頭葉や側頭葉に局限した萎縮を示す症例は、軽度の萎縮を含めるとかなりの頻度で見つかるようになった。これらは、臨床症状や経過もアルツハイマー病とは明らかに異なっており、アルツハイマー病の脳に見られるような老人斑や神経原線維変化といっ

た特有の病理所見も見られず、発病年齢の幅も広い。最近では、脳画像上から前頭葉または側頭葉に限局した萎縮を示し、アルツハイマー病とは異なる痴呆の一群をまとめて前頭側頭型痴呆と呼ぶようになった。そして、この前頭側頭型痴呆の一つの型として、ピック病も含めて考えるのが一般的になっている(図)。しかし、専門家の間では、前頭側頭型痴呆とピック病の関係についてなお論争があり混乱しているが、日常の臨床現場では、ピック病と前頭側頭型痴呆をほぼ同じものと理解しておくのが実際的である。

ピック病の頻度

好発年齢は初老期で、そのピークは40代から60代であり、80歳以上の高齢での発症はまれである。日常的に臨床現場で遭遇する機会も少ない。しかし、ピック病の概念を広げた前頭側頭型痴呆として見ると、比較的多い疾患であることがわかってきた。正確な罹患率は知られていないが、臨床統

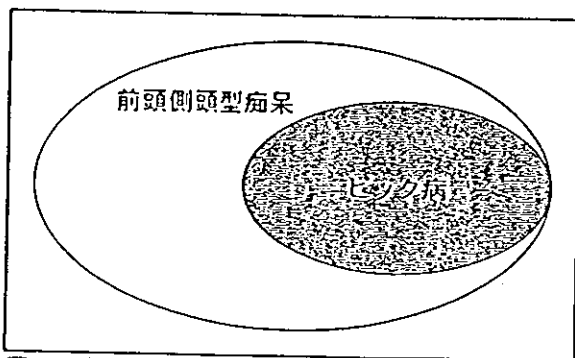


図 一般的なピック病の考え方

計から、頻度はアルツハイマー病患者数の5分の1から10分の1程度とされている。古典的なピック病は少ないが、前頭側頭型痴呆はアルツハイマー病と脳血管性痴呆に次いで多い痴呆と考えられる。

ピック病の病理所見

肉眼的には、前頭葉から側頭葉にかけての著しい萎縮が特徴である(写真)。萎縮している部位の大脳皮質内では、次のような所見が見られる。

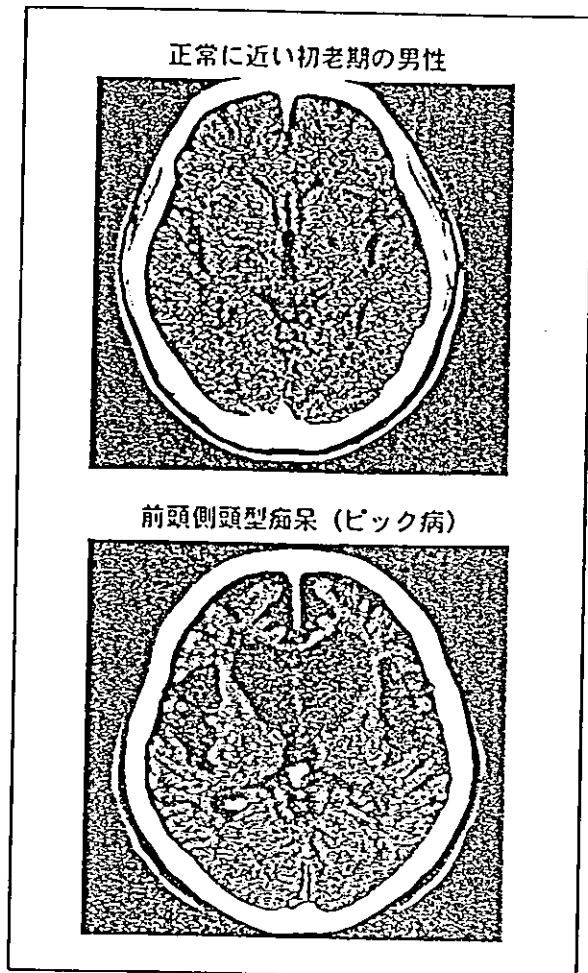


写真 前頭側頭型痴呆の脳画像

- ① 神経細胞が変性して脱落している。
- ② 神経細胞が脱落してスカスカになった部位は、グリア細胞というリンパ球に似た組織の細胞で埋められている。
- ③ 膨らんだ神経細胞内に、ピック嗜銀球と呼ばれる塊が時々見つかることがある。

萎縮部位が前頭葉、側頭葉に限局しているという点を除けばどの神経病理所見も特異性に乏しいが、アルツハイマー病に見られる老人斑や神経原線維の変化がないという点が、逆説的ではあるが特徴とも言える。



ピック病に見られる症状

① 人格変化

いつとはなしに何もしない無精な生活を続けるうちに、理性的な判断や道義的な判断をしなくなる。人の話に耳を傾けることがなくなり、自分勝手にわが道を行くような行動をとるようになる。周囲からは「人格的におかしくなった」と気づかれる。

② 脱抑制

平気で万引きをしたり、人の物を持ち帰ったりする。指摘されても悪びれた様子はなく、あっけらかんとしていてまた繰り返す。誰かれ構わず性的な行為に及ぶ逸脱行為も時に見られる。

③ 常同行為

決まった道しか通らない、決まった食べ物しか摂らないといった決まり事がよく見

られる。会話のなかで、同じ内容のせりふを場違いに繰り返すこともある。時間にこだわり、時計の秒針を見て決まった行動を始めるような、儀式的な行為が目立つ。

④ 考え無精

日常への関心が薄れ、自分の関心事以外は何ごとにも無関心になる。何を尋ねても深く考えない。考えたり、悩んだりする様子がない。

⑤ 言語の意味理解の障害

言葉の意味がわからなくなる。話の文脈は通るが、使われている名詞の理解ができない。みそ汁、魚といった日常使う名詞さえも、「それ何ですか」というほどになる。とぼけた印象とわざとらしい印象を受けるほどだ。

以上のような諸症状のいくつかが揃いながら、年余に渡って症状が持続する。この間、日常生活は何とか維持できていることが多い。やがて痴呆が進行し、日常生活が困難になり、言葉を失い、無言・無動に近い寝たきり状態に移行する。アルツハイマー病より経過が長く、十数年の経過をとる。



ピック病の診断

いつとはなしに始まった人格の変化や奇妙な行動異常、繰り返しの行動や言動が診断の手がかりとなる。発病初期は記憶障害や見当識障害が軽いため、アルツハイマー

病とは区別できる。頭部X線CT画像や核磁気断層画像（MRI）では、早くから前頭葉から側頭葉にかけての限局した萎縮を認める。脳萎縮がまだ軽い段階でも、脳血流を調べると前頭葉から側頭葉にかけて血流が著しく低下していることが証明される。人格変化や脳萎縮が著しいが、脳波は正常なことが多いのも特徴の一つである。病気が進行すると側頭葉の萎縮も著しくなり、精神活動や身体動作もほぼ絶える。



ピック病の治療と介護

有効な治療手段はない。行為をとがめられると興奮したり暴力を振るったりすることがあるため、対症療法として向精神病薬

が使われることがある。わが道を行く行動が突出するため、集団生活にはなじみにくい。日常生活を普通にこなしている発病初期から意思の疎通がとりにくく、行動異常の対応に苦慮する。家庭内では介護者が疲弊し、福祉施設での対応も難しい。活発に動いている間は、精神病院などへの治療的な入院も必要になる。福祉施設での介護が可能になるのは、病気がある程度進行して痴呆が重くなった段階と考えるべきであろう。

引用・参考文献

- 1) 三好功峰：老年期の痴呆性疾患，P.85～111，医学書院，1998.
- 2) 日本老年精神医学会編：老年精神医学講座 各論，P.51～69，ワールドプランニング，2004.

高齢者の生活習慣と知的機能

須貝佑一¹⁾, 丸井英二²⁾, 松村康弘³⁾, 林 邦彦⁴⁾, 杉下知子⁵⁾

1) 高齢者痴呆介護研究・研修東京センター, 2) 順天堂大学医学部公衆衛生学教室,
3) 国立健康・栄養研究所, 4) 群馬大学医学部保健学科, 5) 三重県立看護大学

【目的】高齢者の知的機能は加齢に伴って緩やかに低下する事が知られているが, その度合いは一樣ではなく個人差が大きい。知的機能の低下には加齢の他, 身体状況, おかれた環境, 生活習慣など諸要因が関与している事が推測されるが, 集積された知見はなお乏しい。最近では慢性進行性の変性疾患であるアルツハイマー病についても加齢のリスクファクターの他に生活習慣が発病と進行に関与している可能性を示唆する所見が発表されている。本研究では, 高齢者の知的機能の低下が加齢以外に日頃の生活習慣とも関連しているのかどうかを検討することにある。

【方法】東京都杉並区在住で浴風会病院で行っている区民高齢者健康診査に来院し, 健康診断を受診した 65 歳以上の高齢者を対象とした。14 年度の高齢者検診受診者 1263 人のうち本調査研究に同意した調査対象者は 625 人だった。調査対象者にはあらかじめ生活習慣調査表を郵送し, 記入したものを受診日に持参してもらい点検した。調査表は国立健康・栄養研究所(松村式)で作成したものを用いた。高齢者検診当日, 臨床心理士が面接し, MMSE を行った。食材ごとの摂取状況や嗜好品の有無, 運動の状態など 50 項目と MMSE との関連を検討した。MMSE は 30 点から 28 点までの群を正常群, 27 点から 25 点までの群をやや低下群 (MCI 含む), 24 点以下を知能低下群としてそれぞれの群での生活習慣の違いを検討した。MMSE 0 点のケースは, 自己記入式調査のため信頼性が乏しく除外した。

【結果】実際に受診に訪れ, 調査票の回収と

MMSE の実施できた調査対象者 372 人で, 男性 141 人, 女性 231 人だった。平均年齢は 75.4 歳で MMSE の平均は 27.7 点だった。男性 27.6, 女性 27.8 点で男女差は見られなかった。生活習慣の中で乳製品の摂取が毎日, ほぼ毎日とる群で知的機能正常者が多く, たまにとるか, ほとんどとらない群では知的機能やや低下と低下の群が多かった。乳製品の中でもヨーグルトの摂取がよりその傾向が明らかだった。ビタミン剤の摂取でも差が見られた。新鮮な魚の摂取, 緑黄野菜の摂取では差が見出せなかったが, 海草類の摂取ではほぼ毎日摂取する群で正常者が多く, ほとんどとらないか, わずかにとる群で知能低下者が多い結果だった。卵や肉類, 納豆, 豆腐などその他の食材の摂取習慣では明らかな差は見出せなかった。

【考察】得られた結果は調査参加希望者からのものであって, 調査結果偏りは免れない。しかし, MMSE の分布から見て, 一般高齢者の MMSE 分布と相同で母集団から大きく外れた調査対象とは考えにくい。結果の解釈に限界はあるものの, 多くの食材は知的機能との関連は見出せなかった。しかし, わずかに乳製品の摂取と海草類の摂取状況が高齢者の知的機能との関連を伺わせたことは興味深い。ヨーグルトの摂取や海草類の摂取はそれ自体が知的機能に何らかの影響を及ぼしているのか, それともそのような生活習慣を保つ姿勢や動機, 知的状態そのものが結果として表現されたものかは議論の余地があるが, 今後知的機能低下の中でもアルツハイマー病へ移行するリスクファクターを検索する上でも示唆に富んだ結果と考える。

Association between cognitive function and life style of old ages
yuichi Sugai

The 19th conference of The Japanese Psychogeriatric Society at Matumoto
(2004.6.25)

As for the old age intellectual function, it is well known that the decline gently along with aging process. But the degree isn't the same and a difference is big by the person. Recently association between cognitive dysfunction and living habit in old ages is attracting attention .

The purpose of this research is to clear the matter whether old man's living habit influences an intellectual function .The population under study consisted of a group of old age person older than 65 years (n=422), who visited the Yokufukai geriatric hospital for health medical examination. from September to October in 2003. They agreed to participate in this research. The MMSE were administered to each person by psychologist and brain XrayCT were performed. The investigation of the living habit was done by the question table in which each person wrote it down . An intellectual function was classified in the score of MMSE. A person from 28 points to 30 points was classified with "a group of high scores". (Results) The mean age of participants was 75.4 years (S D=6.0) . The average score of MMSE were 27.9 points (S D=3.7) . About 7% of participants were less than 24 points of MMSE. There are more rate of high score person in the group which was usually eating fresh fish ,dairy products and natto (ferment soybean) . There are MMSE score high person more rates in the group of physical exercise daily. But, by this research there was no distinctive difference comparatively at the rate of high score person of MMSE between the people who eat green-yellow vegetables well and the people who do not eat it so much. In these other, we checked about the intake habit of the various food materials. No distinctive relationship were observed in the other life habits. these results indicate that there may be relationship between some of living habit and the intellectual function. But it does not know whether living habit itself influences an intellectual function as the causal factor . Even if life habit influences an old man's intellectual function, it is difficult to detect the effects significantly. We would like to explain the association between life habit and the old man's intellectual function by the further continued investigation.

特集

精神科医療における介護保険制度

介護保険制度を通じた保健・医療・福祉の統合と課題

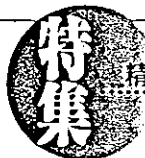
須貝 佑一

精 神 医 学

第46巻 第10号 別刷

2004年10月15日 発行

医学書院



精神科医療における介護保険制度

介護保険制度を通じた保健・医療・福祉の統合と課題*

須貝佑一**

Key words

Elderly care insurance, Medical care, Dementia, Schizophrenia

はじめに

介護保険制度が発足して4年が経過した。制度の開始当初の介護保険利用者の混乱は影をひそめ、介護サービス側も利用者側も制度に慣れて介護保険制度は軌道に乗ったかに見える。落ち着いてこの間の経過を振り返ってみると、介護保険制度は社会福祉法の改正とリンクしながら社会福祉の分野に大きな構造改革を迫ったとも考えられる。構造改革の根幹は福祉がサービス業種として明快に位置づけられたことである。2000年4月1日は介護保険制度の発足と社会福祉法の改正で福祉が一般の商品社会の中に一夜にして投げ出された瞬間でもあった。施設入所者やデイケアに通う利用者は消費者である。その結果は福祉の現場にさまざまな波紋を呼び、今もその余波は続いている。サービス業者と消費者という新たな関係性の出現は実際に現場で働く介護サービス職員と利用者、利用者家族との間にある種の緊張関係を生み出している。福祉がサービス業と位置づけられながら、一方で営利追求は制限され、保険金の範

囲内で質の向上を義務化されるという特殊性を抱えてしまった。消費者の立場からは、介護認定というランクづけで消費の内容が決まってしまう。ここに福祉のあるべき理念と実際の福祉現場の実情との乖離が生まれる隙間があるように思える。介護保険制度と福祉、医療の解決すべき課題について列挙し、利用者とサービス提供者の両者の視点から改めて検討してみたい。

利用者の苦情から浮かび上がる問題点

介護保険制度では、利用者の苦情に対して窓口を設け、適切な解決をするように求められている。それぞれのサービス業種でさまざまな苦情とそれに対する対応を日々行っているはずだが、その内容はあまり表面化しない。一連の苦情処理は一施設内、業種内でとどまっただけで、経験が一般化しにくい状況にある。苦情内容がサービスを受ける利用者の個人情報であるために、サービス提供者側、利用者側ともに経験を共有しにくいという側面もある。

その中であって、苦情が各地の消費生活センターや国保連合会といった第三者機関に持ち込まれるケースも多く、そこに寄せられている苦情内容は現行の介護保険制度の持つ問題点の一端を浮かび上がらせている。

* A Task for Integration of System for Elderly Care Insurance, Medical Care and Welfare Service

** 浴風会病院精神科(〒168-8535 東京都杉並区高井戸西1-12-1), SUGAI Yuichi: Yokufukai Hospital, Tokyo, Japan

2003 年 8 月に東京都国民健康保険団体連合会がまとめた『東京都における介護サービスの苦情相談白書』によると、1 年間の苦情件数は 6,607 件あり、うち要介護認定の区分に対する不満と保険料についての苦情が 2,503 件、これにケアマネジャーに対する不満、ヘルパー派遣に関する苦情など各種サービス内容についての苦情が 2,912 件と、これらで苦情全体の 82% を占める。当たり前のことではあるが、払う保険料、介護認定のあり方、それに見合うサービスが問われているのである。保険料の徴収、その適正な料金のあり方は別にすると、要介護認定が適切に行われているかどうか、各種サービスの提供者の質やサービス内容が問われているともいえる。

要介護認定のはらむ問題点

介護保険制度では、被保険者が介護サービスを受けるためには「介護が必要である」との専門家の認定がまず必要になる。その具体的な手順は次のように決められている。①介護サービスを受けたい高齢者は市町村の保険業務の窓口で保険給付の申請をする。②市町村は介護認定調査員を訪問させ、本人の面接調査にあたる。その際に全国共通の基準による調査票を使い、結果をコンピュータ処理する。③同時に、介護申請をした高齢者の主治医に医学的意見書を作成してもらう。④面接調査のデータと主治医意見書をもとに市町村に設置された介護認定審査会の委員が合議して要介護の適否、要介護度(サービスの上限)を判定する。結果を保険者である市町村へ通知する、という仕組みである。決められた費用限度内でどんなサービスをするかは、これ以後ケアマネジャーが利用者の要望と状況を見ながら決めていく。

介護保険の根幹にあたる上記の介護認定の手順は、当初複雑でわかりにくい仕組みと思われたが、実際に運用が始まってみると、きわめて円滑に動いた。仕組みとしての完成度は高いとの評価が固まっている。しかし、内容にはいくつかの問題点がなお残されている。これまでも再三にわたり指摘されていることだが、その第一が訪問面

接による介護状況の判定の信頼度である。各項目がどのような重さで評価されるか外部から見えにくいこと、原則 1 回の調査であること、マニュアルに基づく全国共通の面接調査ではあるが、調査員の資質にばらつきがあり、調査結果がまちまちな点だ。

この点を利用者は不安に感じていて、クレーム事例にも、「居宅介護事業者より認定調査にきたが、本人からのみ話を聞いていて、介護者側が話をしてもくみとってもらえなかった。このままだと寝たきりになるから老人保健施設に入れたほうがよいとか、要介護 2 ですね、などといわれとてもつらかった」「新人の調査員が本をみながら調査した」「調査中にこれは無理、これは難しいなど独り言が多くあり、不要なことまで指示があった。この人に判定を任せる気にはどうしてもなれない」といった記載に現れている。

第二が、訪問面接の調査項目は申請者本人の心身の状態調査であって、介護を取り巻く環境、施設か在宅かや介護者の社会的状況の判断が入り込まない仕組みがなお続いていることである。第三に、介護の重症度の区分が主に身体障害の程度にあわせて作られていて、身体障害が軽いにもかかわらず介護が過酷になりやすい痴呆性的高齢者の介護負担と一致しないという点である。電算機処理に当たって若干の改善をした形跡はあるが、各地の介護保険審査会での一次判定の変更の度合いを見ると、改善されたところまでは至っていないように思われる。このことが認定区分結果への不満として今なお噴出しているのだろう。痴呆症は軽く認定されるという問題点をはらみながら、形のうえでは認定作業は円滑に軌道に乗るようになった。しかし、介護認定の適正化が制度の信頼性と根幹をなすのにもかかわらず、なぜ痴呆症の介護認定が軽くなりやすいのかについては、いまだにどこからも公式な説明がない。

認定調査内容の見直しは十分か

介護認定の根拠となる元のデータは、本人との面接調査の結果による。介護認定調査員が原則 1