

700500299B

厚生労働科学研究費補助金
長寿科学総合研究事業

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

平成16年度～17年度 総合研究報告書

主任研究者 遠藤 英俊

平成18年(2006)年3月

目 次

I. 総合研究報告

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 ————— 3
遠藤英俊

(資料)

平成 16 年度分担研究報告

- ・新しい要介護認定方法開発のための基礎的研究(遠藤)
- ・精神及び知的障害者の介護ニーズの評価手法の開発に関する研究(安西)
- ・身体障害者・障害程度区分と要介護度の関係、要介護認定は身体障害者・要介護度判定・
適応に有効か(飯田)

平成 17 年度分担研究報告

- ・新しい要介護認定方法開発のための基礎的研究—特に高次機能障害を中心に—(遠藤)
- ・精神及び知的障害者の介護ニーズの評価手法の開発に関する研究(安西)
- ・要介護状態の評価における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(坂本)
- ・要介護状態の評価における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 (西村)

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ————— 173

III. 研究成果の刊行物・別刷 ————— 179

I . 総合研究報告

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

主任研究者 遠藤 英俊 国立長寿医療センター 包括診療部長

研究要旨 初年度は介護保険の要介護認定で用いられている認定調査を実施した。次年度は1分間タイムスタディの予備調査を行った。初めに支援費制度の施設給付に関して用いられている障害程度区分調査を実施、また精神障害者、知的障害者については、その他の評価指標等についても調査した。障害程度区分については、その内容から全体を「生活関連動作支援項目」「社会参加支援項目」の二つに分け、それぞれの合計点を尺度として使用した。その他の評価指標としては、GAF、BPRS、HONOS、ケアニーズ、介護支援専門員からみた要介護度、等を使用した。身体障害者については、要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目、介護支援専門員からみた要介護度ともに高い相関を示した。グランドデザインで「介護給付」と位置付けられるホームヘルプと身体障害者療護施設の利用者については、119人中117人が要介護状態ないしは要支援状態と判定された。知的障害者においては、要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目）、HONOS、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関が認められた。ホームヘルプの利用者については、30人中29人が要介護ないしは要支援状態と判定された。精神障害者においては他の障害に比較して、要介護認定の一次判定結果と、その他の指標との間にあまり高い相関は得られなかった。ホームヘルプの利用者については、8人中2人が要介護ないしは要支援状態と判定された。障害者の要介護認定についてはよりよい認定方法のために、今後さらに検討していく必要がある。

次年度は要介護度の測定のために行われる1分間タイムスタディの大規模調査を行う上で必要な調査、条件を検討する目的で行われた。初年度にはケアコードの見直し、新たな指標の検討を行ってきたが、その成果は障害者自立支援法の区分判定に活かされた。今年度においてはさらに一步調査研究事業を進め、在宅と施設離礁者の介護時間の定量化のための、予備調査を各分担研究者間で共通の方法で行った。その結果から今後の調査の課題について分析、整理を行った。身体、知的、精神の各障害者の要介護認定についてはよりよい認定方法のために、今後さらに検討していく必要がある。

分担研究者名

安西信雄 社会精神保健学老年科学
坂本洋一 和洋女子大学
西村秋生 名古屋大学医学部・医学系研
究科・健康社会医学専攻・社
会生命科学講座

研究協力者名

飯田 勝、田原美智子、堀口寿広、
瀬戸屋雄太郎、小高真美、中西三春、
槇野葉月、天笠崇、荒田寛、佐藤久夫
三村 将、宮本有紀、山内慶太、
湯汲英史

A. 研究目的

初年度は自力では地域生活を送ることに困難のある障害者に対して、適切な支援を提供することにより、何らかの福祉サービスを受けている障害者（身体障害者、知的障害者、精神障害者）に対し、現行の要介護認定をあてはめた場合の現状と課題を明らかにする目的で研究を行った。また今後発展的に必要となるタイムスタディの基礎研究として障害者におけるケアコードの開発を行った。

次年度は共通の方法で知的、身体、精神障害に対して 1分間タイムスタディの予備調査を行った。この調査の目的は多様な障害に対して共通の方法で要介護度の調査が可能かどうかの検証を行うことである。本調査から課題を抽出して、より普遍的で有用性の高い調査を行うことを目的としている。

B. 研究方法

初年度は介護保険の要介護認定で用いられている認定調査を実施した。併せて支援費制度の施設給付に関して用いられている障害程度区分調査を実施、また精神障害者、知的障害者については、その他の評価指標等についても調査した。調査開始時点において、障害福祉サービスの新しい体系が不明であったため、介護保険で給付される介護サービスと同じ性格のサービスである、

障害保健福祉施策改革のグランドデザイン（以下、グランドデザインと略）で「介護給付」と位置付けられるサービスとは性格を異にする更生施設、授産施設等のサービス利用者も調査対象に含む。障害程度区分については、その内容から全体を「生活関連動作支援項目」「社会参加支援項目」の二つに分け、それぞれの合計点を尺度として使用した。その他の評価指標としては、GAF、BPRS、HONOS、ケアニーズ、介護支援専門員からみた要介護度、等を使用した。

次年度は新しいケアコードを作成し、さらに1分間タイムスタディ用の基礎調査表、1分間タイムスタディ調査用紙、調査員自己評価表、対象者評価表を用意し、知的、身体、精神障害等の多様な障害をもち者を対象にして、その予備調査の普遍性、有用性について検討した。

C. 研究結果

身体障害者については要介護認定における一次判定の結果は、「要介護5：10.8%、要介護4：7.6%、要介護3：5.5%、要介護2：8.8%、要介護1：37.8%、要支援：17.8%、非該当：11.7%」であった。要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目、介護支援専門員からみた要介護度とともに高い相関を示した。グラウンドデザインで「介護給付」と位置付けられるホームヘルプと身体障害者療護施設の利用者については、119人中117人が要介護状態ないしは要支援状態と判定された。知的障害者においては要介護認定における一次判定の結果は、「要介護5：3.7%、要介護4：4.8%、要介護3：6.7%、要介護2：13.1%、要介護1：36.9%、要支援：22.6%、非該当：12.4%」であった。要介護認定における一次判定結果と、障害程度区分（生活関連動作支援項目）、HONOS、介護支援専門員からみた要介護度との間に比較的高い相関が認められた。ホームヘルプの利用者については、30人中29人が要介護ないしは要支援状態と判定された。

精神障害者においては 要介護認定における一次判定の結果は、「要介護3：0.1%、要介護2：1.5%、要介護1：16.1%、要支援：34.0%、非該当：48.3%」であった。他の障害に比較して、要介護認定の一次判定結果と、その他の指標との間にあまり高い相関は得られなかった。ホームヘルプの利用者については、8人中2人が要

介護ないしは要支援状態と判定された。要介護度別に、障害程度区分、GAF、IADL、ケア必要度等他の指標の得点の分布を見ると、要介護度が重度であるほど、他の指標も重度又はケアの必要性が高くなっていったが、各要介護度毎の分散は大きく、群間の分布の重なりも認められた。一次判定結果が「要支援」以上であった群は、「非該当」であった群との比較において、障害程度区分、GAF、IADL、ケア必要度等他の指標の多くにおいて、重度またはケアの必要性が有意に高かった。「非該当」、「要支援」、「要介護1」の3群間の要介護認定調査結果では、認定調査項目のうち、第2群（移動）、第3群（複雑な動作等）、第5群（身の回りの世話等）、第6群（コミュニケーション関連）、第7群（問題行動等）において、要介護状態区分が高いものほど該当する認定調査項目が多くなる傾向が認められた。

次年度においては多様な障害者に対するケアコードを作成した。さらに1分間タイムスタディの予備調査を行った。以下のその結果を示す。

1. タイムスタディの実施結果

精神障害ではホームヘルプとデイケア以外のサービスの利用がほとんどなく、結果としてこれら2種類のみタイムスタディの実施となった。

知的障害者を対象としたタイムスタディは、調査対象者が利用しているサービスによって、作業所での作業か、作業所への通所または作業所

からの帰宅といった移動についてのサービスを記録した。

得られた調査員の記録をもとに研究班内でそれぞれ研究者がコード化を行い、合議のうえで決定した。その結果、以下の点が検討課題として明らかになった。研究者の見解を含めて記す。

1) タイムスタディの実施方法について

①タイムスタディでは毎分00秒の時点で行われているサービスを記入するのであるが、その1分間に行われたケアを列挙し記述している調査員が複数あった。また、記録用紙の時刻を開始後の経過分数とした回答と、各時0分に記録を開始し実際の時刻とした回答が混在していた。

②「支援」「援助」「制止」「介助」といった記述があった。この場合はケアコードを正確につけることができないため、記録をつける際に対象者への身体的な接触があったか否か、言葉による指示のみか身振り手振りもあったかという情報を漏らさないよう調査員に周知するか、あるいはそれをチェックできる調査票を考案する必要がある。

③デイケアや作業所など集団場面でのケアの記録では、本人に対して行われているのか、対象者を含む複数の参加者へのケアなのか、あるいは対象者を含まない他の参加者へのケアなのかといった判別が難しい場合があった。

④デイケアの調査では複数の職員と複数のサービス対象者がおり、職員の行動が記録されていてもその職員の専門が分からなかったり、職員のうち何人が調査対象者にケアを行っていたのかが不明瞭であったりする場合がみられた。調査票の表記方法に改善を要する。

⑤ホームヘルプでヘルパーが買い物に出掛けたとき、調査員は対象者と残るのかヘルパーについていくのか、ケースによって調査員の判断が分かれていた。

2) ケアコード体系に関して

①小分類における優先順位は直接介助・間接介助・言葉による働きかけ・見守りの順番で上位のものが下位のものも内包していると考えていたが、実際にはケアが並列している（代行しながら見守っているなど）例もあった。

②中分類レベルでケア内容が複数にまたがる場合は、それぞれに対応するケアコードの複数をつけるべきではないか。

③食器洗い、布団干し、デイケア内での活動に対応するケアコードが分かりづらかった。

④入浴と更衣、整容など他の行為に関連した行為のケアコードの判断で迷いやすい。

⑤機能訓練の分類はもっと簡素化できるのではないか。

⑥知的障害者の場合、移動の支援に際して自身の興味から突発的

な行動をとるケースや、危険の認知が充分ではないため、ヘルパーが本人の手を握るなどして制止したり、適宜誘導を行っていた。このような場合、本人がとった突発的な行動を大分類7の問題行動のコードで記録してしまうと、記録の大部分がこのコードを用いることになってしまう。すると本来どのような行為が進行していたのかが不鮮明になる惧れがある。したがって可能な限りこのコードの使用は慎重にすべきではないかとの意見があった。問題行動とされる適応的でない行動をとることは知的障害者の認知特性や行動特性を表すものと考えられるが、ケアの内容を記録する場合は、大分類7をもってケアの必要度の高さを記述するよりも、個々のケア内容を中分類まで使用して分類し、手を握るなどの介助者の行動を直接介助として小分類で記録するほうが適切ではないか。

- ⑦ タイムスタディ中に入浴や更衣などを観察するケースが生じていたことから、調査員は対象者と同性である必要性がある。

2. 心身の状況評価

大規模タイムスタディに用いられる心身の状況評価の調査票は高齢者・精神障害・知的障害・身体障害で共通のものが想定されている。そ

のため、例えば知的障害のない精神障害者にも知的障害の特性に関する項目を尋ねるなど、調査員が聞き取りを行ううえで留意が必要であることが指摘された。

また心身の状況評価に追加された「家や地域における日常の活動レベルについて」（日常生活関連動作：instrumental activities of daily living (IADL))の評価に関しては、調査を受けた対象者から、例えば都市部では買い物等に行くにも徒歩圏内で用事を済ませられるので「できる」と判断されても同じ対象者が地方では車がないと用件を果たすことができないため「できない」と判断されるなど、生活環境によってその行為ができるかできないかの判断も異なる可能性が指摘された（タイムスタディ調査への評価の自由記載より）。

3. 対象者のケアニーズ

精神障害では対象者の半数が病気の再発や悪化に不安をもち、健康の管理の面で困っていると回答した。また市町村の専門の相談員、デイケア、ホームヘルプへのケアニーズが高かった。

一方、知的障害者の場合は、質問内容に対する十分な理解が得られず、3名のみ回答した。現在利用しているサービスについて「不満」とする回答はなく、現在の生活で不安や心配なこととして、仕事の継続に対する心配は2名があげた。地域で生活し

ていくうえで必要とするものは病院・診療所およびそれらの相談員、当事者の会、就労相談窓口であった。

4. 対象者のタイムスタディ評価

精神障害の対象者においては、調査時点では調査員が気になったなどの影響があったが調査終了後は概ね問題なく経過したことが回答からうかがえた。知的障害者の対象者のうち、回答の得られた者はなかった。

5. 調査員のタイムスタディ評価

調査票の自由記載等で、調査員より以下の点が指摘された。

1) 調査実施に関わる連絡調整の方法

①調査の日程や対象者の自宅住所等の情報は、対象者から担当保健師、担当保健師から調査事務局、調査事務局から調査員にという連絡経路をとっていたため調査日程の決定までに時間を要した。

②連絡経路が煩雑であったため、保健師やサービス提供者に連絡が行き届いていなかったなどの事態が生じた。

③月末月初は介護事業者が多忙な時期であることから、調査員の選定に時間を要し、予定していた調査員で調査を実施できず、交代した事例もあった。

2) タイムスタディ調査の対象者への配慮

①とくに精神障害者の場合、調査員が対象者と会話をすることなく観

察・記録をしているばかりでは、自分の居住空間に侵入されているという感情を抱かれる可能性がある。

②対象者が調査員の存在を気にしているようで、ヘルパーが部屋の中で移動しても調査員が移動しづらいときがあった。

3) タイムスタディ調査によるサービスへの影響

・調査員が入ることでヘルパーが緊張したり、対象者が通常よりもヘルパーに話しかけなかったり、たまたまその調査日だけ異なるヘルパーが入るなど、調査対象となった時間帯のケアが通常と異なった例があった。

4) タイムスタディ調査の記録方法

①同時に並行して行われるケアの記述が難しい。

②精神障害者ではヘルパーが二人で来ていた例が1件あった。調査者はケアの対象者と直接に接していた方のヘルパーのケアを主に記録したが、もう一方のヘルパーは家事代行をやっており、後者のケアがあることで前者が成立していると思われる。対象者の生活を支援するケアを測定するという意味では、両者のケアをそれぞれ調査する必要がある。

③知的障害者の場合、ガイドヘルプサービスによる移動の支援については、当日の天候や利用する交通機関の運賃に対応するための準備が必要である。

④調査対象者が調査を意識すること

なく記録を実施するための方法として、ビデオカメラによる記録は行えないか。

5) 認定調査票

①精神障害者の対象では身体的には問題はみられないことが多く、精神面に関連した項目でも「今は落ち着き問題や困ったところがない」と回答された。精神面で現在は問題がないことの(薬物療法以外の)理由や、より精神面に特化した項目が必要ではないか。

6) 調査時間外業務記入表

対象者の状態によって変動するため週に何時間といった把握は難しいという回答がよせられた。

D. 考察

現在、客観的な指標に基づき介護の必要度を判定するものとして、我が国で制度的に用いられているものは、介護保険における要介護認定調査しか存在しない。現行の要介護認定基準は、高齢者の加齢による介護ニーズに対し、身体介護等の介護サービスの必要度を予測する指標として開発されたものであるが、今回の調査において、身体障害者及び知的障害者の身体介護を中心とした介護サービスの必要度を測定する上でも有効であることが認められた。一方、精神障害者については、「非該当」と判定された群と「要支援以上」と判定された群の2群間の比較では、GAF等他の指標の大半において、「要支援以上」の群が「非該当」の群と比べて重度またはケアの

必要性が高いという有意差が認められ、要介護認定調査が精神障害者においても身体介護等の介護サービスの必要度を反映していることが示唆された。精神障害者について、今回のデータでは、要介護認定の一次判定結果と、介護支援専門員が判断した要介護度、障害程度区分、GAF、BPRS等他の指標との高い相関は得られなかったが、これは、①調査対象者の半数について「要支援」又は「要介護1」が大半であり、残りの半数も「非該当」という結果であったこと、②介護支援専門員の判断する要介護状態区分が比較的低いレベルに分布していること、③障害程度区分(日常生活支援項目)の点数も低いレベルに分布していること、から統計的な相関が高くは得られなかったと考えられる。なお、精神障害者が実際に利用しているサービスは、その大半が、グランドデザインでいうところの「訓練等給付」に相当する授産施設等のサービスであり、「介護給付」に相当するサービスとは異なっているが、これは、精神障害者では身体障害者や知的障害者と比べて身体介護等の支援を必要とする者が、相対的に少ないという実態を反映しているものと考えられた。この結果は障害者自立支援法に基づく障害者の区分判定に方法に活かされ、政策に反映されている。

最終年度の考察として、介護保険の受給者、対象者の拡大については様々な場所で議論が行われており、平成17(2005)年

の通常国会の衆・参両院の厚生労働委員会においては、介護保険改正法における付帯決議として、「平成 18（2006）年度末までに結論が得られるよう新たな場を設け、範囲の拡大も含めて検討する」としている。平成 18 年 3 月 6 日には、第一回介護保険制度被保険者・受給者拡大に関する有識者会議が開催されている。

そのため、若年障害者の介護ニーズを測定法の開発は急務であり、その手法を検討した本研究は意義があると考え。

介護ニーズを正確に測定するには、「どのような人が」、「どのようなケアを」、「どの程度」受けていたか、把握する必要がある。「どのような人が」という点は、心身の状態を評価する認定調査票で評価し、昨年度から検討を行ってきた。本年度は、「どの程度」を把握するためのタイムスタディを実施し、結果に基づいて「どのようなケアを」を把握するためのケアコードを検討した。

また、介護以外の支援に対するニーズをあわせて検討した。

1. タイムスタディについて

精神障害者、知的障害者にパイロットスタディを行ったところ、さまざまな課題が見いだされた。

改善策として①連絡調整ルートを簡素化すること、②タイムスタディの記録方法を調査員に徹底すると同時に調査票の書式を整備すること、③調査員を 2 人 1 組にすることなどがあげられた。これらの点を改善することで在宅の若年障害者を対象に含めた大規模タイムスタディは実施可

能と考えた。

ただし、今回の対象者は予め選定されており、タイムスタディ調査時における困難も事後評価があることである程度補填されていた可能性は否めない。大規模調査を実施する際は、各関係者同士の意思疎通をより計画的に果たしていく必要がある。

また、タイムスタディの対象となった障害者本人の中には、調査時点で調査員の存在が気になるという影響のみられた例もあったが、調査終了後は問題なく経過したことから、障害者に対するタイムスタディの実施可能性が改めて確認できた。しかし今回は、本人や家族が調査の主旨を十分理解することができたり、本人が性格的に社交的であるなど、比較的協力的で同意の得られやすい者のみを対象にしていた可能性もある。今後は対象者によってはより慎重な配慮が必要である。

2. ケアコードについて

今回ケア内容を分類するためのケアコードは、高齢者を対象に従来行われていたケアコードを元に、精神・知的障害者の特性を考慮しケア項目を修正し使用した。またケア項目の小分類として、「直接介護」「間接介護」「言葉による働きかけ」「見守り」を設定した。その上で、タイムスタディで得られた記述を元に、専門家の協議により修正したケアコードに基づきコーディング作業を行った。

その結果、複数のケアを同時に行ったときにどう処理するか、といったケアの構造上の課題と、記録方法が調査者間で統一されていなかったことが課題にあがった。今後ケアコードをさらに洗練すること、調査

員の調査法を均一化するための研修会の開催が必要である。

3. 対象者のケアニーズについて

今回の対象者は健康管理など医療面での不安や心配があり、とくに精神障害者は市町村の専門相談員などへのニーズが高かった。対象者が区の職員のサービスを受けている者から選択されていることや、実際にホームヘルプやデイケアを利用している者が中心であったことが反映されていると思われる。

最終年度の研究成果は今後さらに検討を重ね、全国大規模1分間タイムスタディに実施に向けて調査研究事業を行う計画である。

E. 結論

現行要介護認定基準は、身体介護等の介護サービス、グランドデザインで言うところの「介護給付」に相当するサービスの必要度を測定する上では、障害者においても有効と考えられた。ただし、障害者に対する支援において

は、自立を目的とした機能訓練や生活訓練、就労支援等も重要であり、これらの支援の必要度の判定には、「介護給付」に相当するサービスの判定に用いられるロジックとは別のロジックが必要と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1 論文発表

- 1) 三浦久幸・遠藤英俊、痴呆症の早期診断と対策、日本醫事新報、4173:1-9,2004.4.17
- 2) 遠藤英俊・梅垣宏行・数井裕光、入院・入所による治療・療養—痴呆症に対するクリティカルパス—、日本臨牀、62(4):312-316,2004.4
- 3) 遠藤英俊、これからの高齢者医療に求められるもの、治療学、38:145,2004.7
- 4) 遠藤英俊、介護保険制度の問題点と見直しへの提言、精神神経学雑誌、106(1):73-77,2004.1
- 5) 遠藤英俊、高齢者の包括医療、日本老年医学会雑誌、41:375-377,2004.4
- 6) 遠藤英俊、高齢者のナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)、Geriatric Medicine、42(4):487-493,2004
- 7) 遠藤英俊、高齢者医療の新しい展開、治療学、38(7):105-115,2004
- 8) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介・数井裕光、アルツハイマー病の管理と治療・包括管理・診療、最新医学・別冊129-136,2004.8
- 9) 遠藤英俊、痴呆性高齢者の介護予防とリ

- ハビリテーション、痴呆介護、
5(3):95-98,2004
- 10)大西丈二、梅垣宏行、遠藤英俊、井口昭久
グループホームにおける痴呆の行動心理学的症候(BPSD)の頻度と対応の困難さ。老年精神医学雑誌. 15(1): 59-66 2004
- 11) 三浦久幸、金山由美子、茂木七香、遠藤英俊：第1回プロジェクト研究論文
軽症認知症高齢者に対する音楽療法の効果と意義—生活自立度、認知機能、介護負担度、脳画像への影響について— 日本音楽療法学会誌 5(1):48-57,2005
- 12) 有園陽子、三浦久幸、遠藤英俊、藤田千恵：高齢者に対するナラティブ・ベイス
ト・メディスンの実践—軽度認知機能障害(MCI)と診断された女性の事例を通して考える 臨床心理学
5(6):827-837,2005.11
- 13) 渡辺智之、福田博美、宮尾克、水野裕、小長谷陽子、柴山漠人、志村ゆず、三浦久幸、遠藤英俊：痴呆性高齢者に対する音楽療法に関するシステムティックレビュー
愛知教育大学研究報告 54 : 57-61,2005
- 14) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介：要介護認定と高齢者総合的機能評価
Geriatric Medicine 43(4):557-560,2005
- 15) 遠藤英俊：1.国立長寿医療センターにおける地域連携と老年医学への提言
日本老年医学会雑誌 42(3):291-293,2005
- 16) 遠藤英俊：認知症ケアの標準化をめざす「センター方式」って何ですか？ エキスパートナース 21(11):18-20,2005
- 17)遠藤英俊、大島伸一：サクセスフルエイジング 看護のための最新医学講座「第二版」 17: 104-108,2005
- 18) 遠藤英俊：介護保険とアルツハイマー病 日本医師会雑誌 134(6): 1033-1036,2005
- 19) 栗山 勝、井形昭弘、佐々木健、月岡関夫、遠藤英俊：痴呆診療：診断と治療の進歩と問題点 日本内科学会雑誌 94(8): 113-132,2005
- 20) 遠藤英俊：介護保険の改正と認知症ケアの新しい潮流 日本プライマリ・ケア学会誌 28(3): 161-168,2005
- 21) 遠藤英俊：ここが変わる介護保険法—改正のポイント— 看護展望 30(12): 50-55,2005
- 22) 遠藤英俊：介護保険制度の現状と展望
クリニカルプラクティス 24(11): 1124-1128,2005
- 23) 遠藤英俊：認知機能を保つ のぼそう健康長寿 : 59-63,2005
- 24) 遠藤英俊：特集 ケアマネジメントの
新潮流認知症のケアマネジメント ケアマネジメント学 4: 24-28,2005
- 25) Onishi J, Suzuki U, Umegaki H, Endo H, Kawamura T, Imaizumi M, Iguchi A : Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia. Int Psychogeriatr. :1-12 ,2006
- 26) Joji Onishi, Yusuke Suzuki, Hiroyuki Umegaki, Hidetoshi Endo, Takashi Kawamura, Akihisa Iguchi : A comparison of depressive mood of older adults in a community, nursing homes, and a geriatric hospital: factor analysis of geriatric depression scale. J

Geriatr Psychiatry Neurol.

19(1):26-31,2006

27) Hideki Nomura,Hatsuyo

Hayashi,Toshio Hayashi,Hidetoshi

Endo, Hisayuki Miura, Shosuke Satake
and Akihisa Iguchi : Bowel

incontinence is related to improvement
in basic activities of daily living in
residents of long-term health care
facilities for the elderly in Japan.

Geriatrics and Gerontology

International 5:48-52,2005

28) Joji Onishi,Yusuke Suzuki,Hiroyuki

Umegaki,Akira Nakamura,Hidetoshi

Endo,Akihisa Iguchi : Influence of
behavioral and psychological symptoms
of dementia(BPSD) and environment of
care on caregivers'burden Archives
of Gerontology and Geriatrics
41:159-168,2005

なし

3. その他

なし

2. 学会発表

1)遠藤英俊：高齢者虐待防止のための地域
システムの構築に関する調査研究 日本
老年医学会 2005.6.16

2) 遠藤英俊：一般病院から見た老年病専
門医の役割 日本老年医学会学術集会
2005.6.16

3) 遠藤英俊：介護保険法改正の流れ 市
民公開シンポジウム 2005.6.17

4)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

(資 料)

分担研究報告書

新しい要介護認定方法開発のための基礎的研究

主任研究者 遠藤英俊 国立長寿医療センター包括診療部

研究要旨 今後の介護保険の改正も踏えて、要介護認定の見直しは今後も重要な課題である。そこで必要となる資源の開発、検証はかせない作業である。本研究ではそのための基礎的データを収集する目的で研究を行った。まず医療・介護の専門家による現状のケアの見直しと整理に関する検討を行い、そこから新しいケアコードの開発を行った。その結果これまでよりも多くのケア項目の追加を行い、今後の調査・研究事業の基礎となる成果を得た。

A. 研究目的

現行の要介護認定システムを踏まえ、要介護認定基準を障害者にあてはめた場合にどのような課題があるのか、データを収集し、分析した。最初に愛知県内の施設において障害者に必要なケアコードに関する調査、研究を行い、障害者のケアコードの内容の検討を行った。その結果、高齢者のケアコードに比べ、社会参加への就業支援など障害者にとり必要なケアコードの導入をはかった。今後のタイムスタディに利用できる可能性がある。

B. 研究方法

本研究は知的障害者施設・精神病院に勤務する作業療法士、精神保健福祉士により必要なケアコードを可能な限り抽出し、そのケアコードを大項目、中項目に分類し、一覧表にまとめた。その後今後のタイムスタディに利用するためにデジタル化し、今後の研究に応用可能な状態にした。また本研究にあたり、ドイツにおける障害者を含む

要介護認定の現状を調査し、日独の比較検討も行った。

（倫理面への配慮）

本研究は新しい要介護認定のためのケアコードの開発を行い、人を直接対象としていない。

C. 研究結果

研究結果として、開発段階ではあるが、別表のごとく、年齢に関わらず、障害者をふくむ介護一般を対象にしたケアコードの開発を行った。

D. 考察

今後はこのケアコードを用いて具体的に医療・介護の現場で調査を行い、今後の新しい要介護認定の開発の基礎となる研究を行うことが必要である。

E. 結論

基礎的なデータとして障害者のケア項目を整理、分類し、障害者ケアをふくむ新しいケアコードの開発を行った。

F. 健康危機情報

本研究は今年度、ケアコードの開発に関する研究を行い、すなわち人を対象とせず、個人情報扱わなかった。

G. 研究発表

1. 論文発表

1 論文・総説発表

- 1) 三浦久幸・遠藤英俊、痴呆症の早期診断と対策、日本醫事新報、4173:1-9,2004.4.17
- 2) 遠藤英俊・井口昭久、高齢者の多臓器不全の考え方と対応、Geriatric Medicine 42(4):411-413,2004.4
- 3) 遠藤英俊・梅垣宏行・数井裕光、入院・入所による治療・療養－痴呆症に対するクリティカルパス－、日本臨牀、62(4):312-316,2004.4
- 4) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介、周辺症状への対応、治療、86(5):131-134,2004.5
- 5) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭久・野村秀樹、高齢者在宅感染対策、化学療法領域、20(S-1):32-35,2004
- 6) 遠藤英俊、これからの高齢者医療に求められるもの、治療学、38:145,2004.7
- 7) 遠藤英俊、介護保険制度の問題点と見直しへの提言、精神神経学雑誌、106(1):73-77,2004.1
- 8) 遠藤英俊、高齢者の包括医療、日本老年医学会雑誌、41:375-377,2004.4
- 9) 遠藤英俊、高齢者のナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)、Geriatric Medicine、42(4):487-493,2004
- 10) 遠藤英俊、痴呆ケアに必要な医療情報、痴呆介護、5(1):107-112,2004
- 11) 遠藤英俊、初診外来どこまでみるか、専門外来への紹介の岐路、Geriatric Medicine、42(2):159-162,2004
- 12) 遠藤英俊、高齢者医療の新しい展開、治療学、38(7):105-115,2004
- 13) 遠藤英俊・三浦久幸・佐竹昭介・数井裕光、アルツハイマー病の管理と治療・包

括管理・診療、最新医学・別冊

129-136,2004.8

- 14) 寺本信嗣・松林公蔵・林登志雄・三浦久幸・遠藤英俊、高齢者の多臓器不全をめぐって、Geriatric Medicine、42(4):507-520,2004
- 15) 遠藤英俊、痴呆性高齢者の介護予防とリハビリテーション、痴呆介護、5(3):95-98,2004

2. 学会発表

- 1) 高齢者虐待、高齢者虐待虐待防止学会
- 2) 痴呆ケア学会

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む）

表1。障害者のためのケアコード一覧

表1. ケアコード	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	コード
1	清潔・整容 更衣	1	清拭 (入浴時・排泄時を除く)	1	準備	111
				2	誘いかけ・拒否時の説明	112
				3	介助	113
				4	見守り	114
				5	後始末	115
		2	洗髪 (入浴時を除く)	1	準備	121
				2	誘いかけ・拒否時の説明	122
				3	介助	123
				4	見守り	124
				5	後始末	125
		3	洗面・手洗い (入浴時を除く)	1	準備	131
				2	誘いかけ・拒否時の説明	132
				3	介助	133
				4	見守り	134
				5	後始末	135
		4	口腔ケア (義歯を含む)	1	準備	141
				2	誘いかけ・拒否時の説明	142
				3	介助	143
				4	見守り	144
				5	後始末	145
		5	整容	1	準備	151
				2	誘いかけ・拒否時の説明	152
				3	介助	153
				4	見守り	154
				5	後始末	155
		6	更衣	1	準備	161
				2	誘いかけ・拒否時の説明	162
				3	介助	163
				4	見守り	164
				5	後始末	165
9	その他	9	その他	199		
				1	準備	211

2	入浴	1	入浴 (洗身・洗髪・洗面を含む)	2	誘いかけ・拒否時の説明 (浴室内の移動・移乗・体位変換を除く)	212
				3	介助(浴室内の移動・移乗・体位変換を除く)	213
				4	見守り(浴室内の移動・移乗・体位変換を除く)	214
				5	後始末	215
		2	浴室内の移動・移乗・体位変換(浴槽への出入りを含む)	2	誘いかけ・拒否時の説明	222
				3	介助	223
				4	見守り	224
		9	その他	9	その他	299
		3	排泄	1	排泄	1
2	誘いかけ・拒否時の説明(移乗・体位変換を除く)					312
3	介助(移乗・体位変換を除く)					313
4	見守り(移乗・体位変換を除く)					314
5	後始末					315
2	排泄時の移乗・体位変換			2	誘いかけ・拒否時の説明	322
				3	介助	323
				4	見守り	324
9	その他			9	その他	399
4	食事	1	食事	1	準備	411
				2	誘いかけ・拒否時の説明	412
				3	介助(水分摂取を除く)	413
				4	見守り	414
				5	後始末	415
				6	水分摂取介助	416
		9	その他	9	その他	499
5	移動・	1	移動 (浴室内の移動)	1	準備	511
				2	誘いかけ・拒否時の説明	512
				3	介助	513

移乗・ 体位変換		時を除く)	4	見守り	514		
			5	後始末	515		
			2	移乗 (浴室内の移乗時 排泄時の移乗時 を除く)	1	準備	521
					2	誘いかけ・拒否時の説明	522
					3	介助	523
	4	見守り			524		
	5	後始末			525		
	3	体位変換 (浴室内の体位変 換時 排泄時の体位変 換時を除く)	1	準備	531		
			2	誘いかけ・拒否時の説明	532		
			3	介助	533		
			4	見守り	534		
			5	後始末	535		
	9	その他	9	その他	599		

3桁	大分類	2桁	中分類	1桁	小分類	コード
6	機能訓練 (居室での 機能訓練を 含む)	1	理学療法的訓練	1	準備	611
				2	誘いかけ・拒否時の説明	612
				3	実施・評価・デモンストレーション	613
				4	見守り	614
				5	後始末	615
		2	作業療法的訓練	1	準備	621
				2	誘いかけ・拒否時の説明	622
				3	実施・評価・デモンストレーション	623
				4	見守り	624
				5	後始末	625
		3	言語療法的訓練	1	準備	631
				2	誘いかけ・拒否時の説明	632
				3	実施・評価・デモンストレーション	633