

200821007A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

多様な世代及び心身の状態に着目した要介護状態の
評価指標の開発に関する研究

平成 20 年度 総括研究報告書

研究代表者 遠藤 英俊

平成 21 年(2009)年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	
多様な世代及び心身の状態に着目した要介護状態の評価指標の開発に 関する研究	1
遠藤英俊	
II. 分担研究報告	
1. 多様な世代及び心身の状態に着目した要介護状態の評価指標の開発に 関する研究	7
遠藤英俊	
2. 精神障害者におけるケアニーズの測定のあり方に関する研究	10
安西信雄	
3. 身体障害者の要介護状態の評価指標の開発に関する研究	22
坂本洋一	
4. 発達障害における介護ニーズの評価に関する研究	67
湯汲英史	
5. 多様な世代及び心身の状態に着目した要介護状態の評価指標の開発に 関する研究	81
下方浩史	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	83
IV. 研究成果の刊行物・別刷	85

I. 総括研究報告

多様な世代及び心身の状態に着目した要介護状態の評価指標の開発に関する研究

研究代表者 遠藤英俊（国立長寿医療センター 包括診療部長）

研究要旨：多様な障害を対象にした新しい要介護認定方法の開発が社会的にも制度的にも求められている。そこで本研究は従来の要介護認定システムを踏まえ、新たに多様な障害と要介護高齢者に新しい要介護度の定量化をめざして調査研究を行った。本研究グループはこれまでも要介護高齢者の認定調査のあり方に関する研究、1分間タイムスタディに関する研究、適正な障害の判断基準などについて長年にわたり検討してきた。これらを踏まえて、多様な障害に適応した、適正な要介護認定方法論の開発を行い、介護保険の継続性、信頼性を担保する研究を継続的に行った。安西分担研究の結果は、在宅と施設の精神障害者の介護ニーズはどのように異なるか？直接介助以外の介護ニーズ評価を含む客観的なタイムスタディは実施可能か？等の仮説を検証する目的で研究を行った。1)研究班コードの方が、本人の自立に向けた促しや側面からの援助を把握しやすいため、より精神障害者の特性が反映されている、2)精神障害者にとって必要度の高いサービスは、「生活自立支援」などのIADL関連のサービスである、3)精神障害者のみならず、軽度の認知症や行動障害を有する人への重要なケア行動としての「見守り」は、自計式より他計式において正確に捉えられる可能性がうかがえることである。また介護給付では、身体介護、家事援助のサービス及び施設サービスの総利用日数と施設サービスの中でも通所施設、短期入所について障害程度区分により違いがあり、障害程度区分が高いほど多くのサービスが利用されていた。しかしながら、程度区分が高いほど一律に利用量が多くなるのではなく、家事援助及び通所施設の利用時間や日数は、低い障害程度区分の者が高い障害程度区分の者よりも多く利用している傾向があった。また、サービスの種類によって、障害程度区分による利用量に有意差がない傾向も示された。障害者自立支援法では、障害者の心身の状況を把握する9領域の106項目によって評価され、市町村審査会を経て、障害程度区分の認定がなされる。障害者の心身の状態を的確に把握するためには、認定調査員の評価が大きな意味をもってくる。そこで、本研究では、認定調査員に対して認定調査に対するフジビリティを明らかにすることを目的とした。さらに知的障害も含め発達障害のある人の介護ニーズを反映する、客観的で公平な評価方法を開発することである。あわせて、社会的自立をめざした支援課題を明らかにすることである。

研究分担者 **安西信雄**（国立精神・神経センター 武蔵病院 リハビリテーション部 部長）
坂本洋一（和洋女子大学 家政学部 生活環境学科 障害者福祉論 教授）
湯汲英史（精神発達障害指導教育協会 常任理事）
下方浩史（国立長寿医療センター・疫学研究部長）

A. 研究目的

多様な障害において、病院や施設から地域生活への移行を実現するために介護サービスの利用は欠かせないが、そのためには実証的・合理的な根拠に基づく信頼性の高い介護ニーズの客観的な評価方法を確立することが必要である。そこで本研究においては、多様な障害において、それぞれの障害の特性を踏まえ、公平で客観的な介護時間の定量的評価方法を開発し、1分間タイムスタディの結果を踏まえて、樹形図モデルを作成し、新しい要介護認定方法の開発の基礎的データを収集することができる。さらにこの成果を基に予

備調査を行い、要介護時間の定量化の精度を向上させる計画である。本研究の実施により、多様な障害を対象とした介護サービスを適用できる道が開かれ、病院・施設から地域への移行や地域生活の継続や意向が促進され、利用者の利便性の向上と同時に、これらの障害者の地域生活の質を高めるといった目的の達成が期待される。

B. 研究方法

ケアニーズを評価する際に認知症を有する高齢者と精神障害者との間の共通点は多い。そこで、精神障害者の自己決定を支え社会参加を促進するための支援体制の構築に寄与するために、精神障害者のケアニーズを適正に測定する手法を確立することを目的として、開発した手法を試行的に実施し、結果を検証することを通して、大規模なサンプルでの実施をより効果的にするための対応策を検討した。

平成18年度には、精神障害の特性に関連した項目を含め新たに考案した評価項目について、評価者間の評定一致度と評定のしやすさを調査した。居住支援施設を利用している精神障害者を対象に、心身の状態像の調査と1分間タイムスタディを試行的に実施した。19年度には、在宅と施設において行ったタイムスタディの記録について、高齢者を対象に試用されているケアコードと、精神・知的障害者の特性を考慮して作成したケアコードを用いてコーディングして結果を比較した。

身体障害者の要介護状態の評価指標を開発するために、現行の障害程度区分の認定における心身の状態を把握する立場にある認定調査員の調査項目に関する評価のしやすさ・しにくさを明らかにすることを目的とした。全国の773市の認定調査員に対して、市の障害程度区分担当者を通じて現在従事している認定調査員にアンケート調査票を配布してもらい、249名の調査票の回収であった。

発達障害児・者に必要な、社会的介護の度合いを客観的に示す指標探しのために本研究は始まった。ところが、評価によって「障害程度」を区分され、その区分によって福祉サービスに制限が加えられることになった。そのことも背景とし、行政と知的障害児・者を対象とする施設等の関係者との間における、障害に対する認識の相違

が明確になった。障害観の食い違いは、「支援」の質や内容への見解の相違にまで及んだ。現在、施設等の関係者は知的障害者への支援を、おおむね「包括的で幅広いもの」と理解している。それは、身体介護レベルではなく、社会参加も含め「生きがい」の領域にまで踏み込む概念となっている。そして、そういった支援の必要性を示し、また実現させるための「評価尺度」を作り、使用すべきと考えている。そもそも価値観を内包しない評価は存在しない。その価値観が、関係者の中で乖離している。

(倫理面への配慮)

研究の実施にあたっては国の臨床研究の指針に従い、国立長寿医療センターの倫理委員会の了承を得た上で、個人情報の取り扱いにあたっては慎重に配慮して行った。

C. 研究結果

これまでの研究成果を振り返り、障害者自立支援法施行後の障害程度区分の認定に対する関係者の意見を収集して、精神障害者のケアニーズの測定の方角を考察した。

本研究班の成果として、一定の資質を有する専門職員であれば安定した評定が得られることが明らかになった。大規模タイムスタディにおいて安定したデータ収集を担保するためには、試行的なタイムスタディの実施によって課題を把握すること、項目の記述や評価マニュアルを整備することなど、調査員間の判断を一定水準に保つための取り組みが必要と考えた。また、本研究班の作成したケアコードはスムーズに用いることができ、精神障害者のグループホームおよび福祉ホームにおいても本研究班の手法が実施可能であることを確認した。本研究班コードは本人の自立に向けた促しや側面からの援助を把握しやすく、より精神障害者の特性を反映し得ること、精神障害者にとって必要度の高いサービスは、「生活自立支援」などのIADL関連のサービスであること、行動としての「見守り」は精神障害者の支援ニーズに即したものであることが明らかになった。本研究班の成果は精神障害者のケアニーズを測定するための手法として有効と考えた。

身体障害者の要介護状態の評価指標を開発するために、現行の障害程度区分の認定におけ

る心身の状態を把握する立場にある認定調査員の調査項目に関する評価のしやすさ・しにくさを明らかにすることを目的とした。調査の結果は、まず単純集計し、その後、調査票の調査項目にすべて回答している138名のデータを統計的に処理し、心身の状態を把握するための項目間の平均値及び偏差値により、評価のしにくさの順位をつけた。単純集計の結果から、調査対象者は平均年齢が38.6歳で30歳代が最も多く35.7%を占めていた。障害種別の担当に関しては、担当を決められている認定調査員が104名(41.8%)であった。また、担当を決められていない認定調査員が136名(54.6%)であった。特に、担当を決めている場合、知的障害、精神障害に特化しているところが多い。心身の状態を把握するための調査項目に対する全体的な評価のしやすさ・しにくさは、「非常に評価しにくい」、「評価しにくい」と回答した人が41.3%であった。一方、「評価しやすい」「非常に評価しやすい」と回答した人は15.4%であった。106項目全体に対する認定調査員の評価は、どちらかという評価しにく状況にあると推察される。次に、各調査項目に対する評価のしやすさ・しにくさに関しては、麻痺・拘縮の群、移動の群、複雑動作の群、特別な医療の群は、評価しやすいという結果であったが、B1項目群、B2項目群、C項目群は、評価しにくい調査項目が多くみられた。特記事項に対する起債に「しやすさ・しにくさ」に関しては、記載に「しにく」と回答した人が半数近くいた。アンケート調査票にすべて回答している138名の調査項目に対する回答の分散分析及び順位づけを行った。その結果、 $F=44.9 > F$ 境界値 $=1.25$ であり、帰無仮説は棄却され、調査項目間の評価のしやすさ・しにくさは同じではないことがわかった。

そこで、各調査項目間の平均値と全体的な評価に対する単相関係数偏差値との関連で評価に「しやすさ・しにくさ」に配慮を要する項目の順位をつけた。その結果、「疑い深く拒否的」、「意欲が乏しい」、「不安定な行動」、「意思の伝達」、「被害的」、「対人面の不安緊張」の項目が上位5項目であった。次いで、6番目から10番目の項目は、「興味等による行動」、「作話」、「指示への反応」、「一人で出たがる」、「外出して戻れない」の

項目であった。

これらの結果から、心身の状態を把握するための調査項目に対する理解度を深めることが重要であると思われる。現状の認定調査委員の研修を見直し、適切に評価できるような技能と知識を研修内容として組み入れるべきであろう。また、特記事項の記載についても同様に、記載方法を学習する機会を設ける必要がある。

さて本研究を行う中で、発達障害児・者の評価では、さまざまな困難があることがわかった。

①評価への心理的反発:「できるーできない」評価に対する、保護者、専門職からの反発が存在する。評価に当たっては、本人にこういう風になってもらいたいというある種の願いを織り込んだ、「前方向性の評価」でないと、特に児童・学童期では協力が得られにくい。客観的には決していえないが、この「願い」の部分を無視しての評価は、現実的には難しいと思われる。

②障害と年齢の関係:ニーズの評価では、理解年齢と社会性、それに実年齢という三つのファクターを配慮する必要がある。特に若年者においては、障害と未熟の見極めが必要となる。

③環境因子の問題:本人の状態像だが、人的、物的環境への注目も必要である。置かれた環境により、障害の状態像への影響がありうる。価値観の乖離とともに、以上のような困難があることがわかってきた。

本研究では、2年間にわたり作成し評価を行ってきた独自の評価法を使い、再度評価を行い、項目の修正を行った。また今回は、成人期の知的障害者の障害程度と自立度の関係について、補完的調査を行った。その結果、介護ニーズをはかる際の指標候補として16項目が示された。

D. 考察

本研究は多様な障害に対応した 共通の指標を開発し、政策に貢献することが趣旨であるが、現在のタイムスタディ調査は施設で行われており、要支援のデータの収集には課題が残る。こうした課題をふまえて調査デザインの根本的な見直しを将来行う必要がある。

2005年度と2006年度に実施したタイムスタディ

ィのデータを分析した結果、「生活自立支援」、「食事」、「社会生活支援」が精神障害者の自立に向けて特に重要な支援であると考えられた。厚生労働省は介護保険施設で生活している高齢者3,519名を対象に、2007年1月から3月まで、48時間の他計式のタイムスタディを実施した。その結果、要介護度によって差はあるものの、全体的な傾向としては「食事」、「排泄」、「入浴・清潔保持・整容・更衣」等が高い割合を占めていた。

したがって精神障害者においては、主に日常生活活動(ADL)介護サービスを必要とする高齢者とは支援の特徴が異なり、日常関連活動(IADL)関連のサービスが重要であることを考える必要がある。

また、高齢者版と研究班のケアコードでコーディングをして比較した結果、高齢者版の「介助」より、研究班コードの「間接介助」の方が、本人の自立に向けた促しや側面からの援助を捉えやすいため、より精神障害者の特性が反映されていると思われた。高齢者版のコードの小項目は、「準備」から始まり「後始末」で終わるといふ物語性をもっており、「介助」は利用者に代行する支援を指す意味合いが強い。高齢者介護によくみられる排泄介助の場合、おむつの準備から始まり、排泄の介助の後おむつの処理までで一連の介助が終了する。それに対し、研究者版コードでは、掃除・ゴミの処理を、利用者に声掛けしながら作業を分担して進めたりする場合、利用者には直接触れないため「直接介助」ではなく「間接介助」としてコーディングされ、本人の自立に向けた支援であることが把握しやすくなるのである。

在宅の身体障害を主たる障害とする障害者が利用している障害保健福祉サービスは、障害程度区分によって違いがあるかについて分析した。1水準6要因の被験者間計画で分散分析を実施した結果、介護給付では身体介護、家事援助のサービス及び施設サービスの総利用日数と施設サービスの中でも、通所施設、短期入所について、障害程度区分により違いがあり、障害程度区分が高いほど多くのサービスが利用されていることが示された。しかし、本調査の結果からは、程度区分が高いほど一律にサービス利用の

量が多くなるのではなく、家事援助及び通所施設の利用時間や日数は、低い障害程度区分が高い程度区分よりも多くのサービスが使われている傾向も認められた。また、サービスの種類によって、障害程度区分による利用量に差を生じないものがある傾向があることが示唆された。

今後、サンプル数を増やし、障害程度区分に加えて、重複障害との関係についての検討や、サービス給付量とニーズとの乖離の状況、より詳細な身体機能の状態や生活の状況あるいは、地域の社会資源に関する情報等を加えたデータを収集し分析することが必要と考える。また、障害程度区分ごとのサービス利用の特徴から、障害程度区分別の「サービスモデル」を構築できれば、サービス利用プラン作成や「審査会」における障害程度区分認定の判断にも資することができると考えられ、程度区分の判定、サービス利用プラン作成の質の向上を図ることへの活用についても検討も行いたい。

2日間のタイムスタディ調査を実施し、2日目はスムーズに実施できたが、1日目はいくつかの課題がでてきた。

説明会を開催して、調査の目的や方法について理解を求めたが、説明会だけでは難しく、事前に半日でも練習時間を設ける必要があると思われる。また、今回、15分間のタイムスタディを行ったが、ケアサービスを提供する施設職員からは、15分毎の刻みで記入するのは難しく、後で記入することが多いので連続したサービス提供を記入した方が記述しやすいとの意見もあり、タイムスタディの根本に関わる問題提起がされた。サービスが15分間刻みで断絶するので利用者にとっては日常的なサービスになっていないと思われる。サービス提供者からすると、ほとんど一日サービスを提供する必要があり、重度の障害者の場合、日常生活に影響を与えるようである。

ケアコードの内容に関しては、具体例が列記されており、わかりやすいとの回答を得た。しかしながら、分類する作業は時間を要し、分類の方法をかなり熟知しておく必要があると思われる。特に、見守りのコードは、どの程度が見守りでどの程度が直接介助か迷っているところがあったので、見守りの定義を丁寧に説明しておく必要

がある。

心身の状態に関するその他の調査結果、および介護者が記載したタイムスタディ調査結果については、これらを組み合わせる認定ロジックの開発を試みたものの、データの緊密性が十分でなく、有効なロジックの作成には至らなかった。ただしこれは研究当初から予想されていたことではあった。

現在施設高齢者を対象としたタイムスタディを基礎データとして、新しい認定ロジックが開発途上にある。同ロジックの公開を待ち、今回のデータの同ロジックに対する適合性を検討することで、データの活用を試みたい。

今回の「発達の評価表」を使った評価では、多数の専門家の協力を得た。専門家の意見なども織り込みながら、考察を行いたい。

発達障害は、日常的な適応スキルの面で考えると、恒久不変の障害とはいえない。たとえば、身辺スキルの面で介護・指導課題と目された内容は、段階に応じて

- ①身辺技能の獲得期
 - ②身辺技能の自発的取組期
 - ③身辺関係の自己管理期
- と分類することができる。

知的障害では、理解レベルに問題があるために①から③まで時間をかけて、着実に取り組んでいく必要がある。教えることで未熟から、スキル獲得に向かわせる必要がある。

一方で、その他の発達障害も基本は同じであろうが、①の時期は短く、②③が重要な課題となる。特に③が確立されないと、社会的な適応が難しくなることが予想される。

2)本人への期待度

同じ評価ボックス、つまりは似たような能力で、似たような障害の本人がいたとする。保護者は介護・指導課題について、一方は「本人ができるようにしたい」と話す。その一方で「無理」と諦める保護者もいる。このことは、評価の妥当性、信頼性とは別の問題といえる。

つまりは保護者などの、介護・指導課題の選択では、本人に対する期待の内容が影響することがわかった。保護者等が本人をマイナスに評価していれば、その認識の変容をはからない限

り、本人にとり有効であり、また有意義な介護・指導課題は設定できないといえる。

保護者の本人への認識を、できるだけプラスに変える努力が必要である。

保護者などは、本人の状態評価や介護・指導課題の設定では、客観的な視点を持ちにくいといえる。その客観性については、明文化された評価表などのシステムが必要である。

E. 結論

調査1の在宅障害者の障害程度区分と実際のサービス利用の関係では、①介護給付では、身体介護・家事援助のサービス、通所施設・短期入所のサービスについて障害程度区分が高いほど多くのサービスを利用している、②障害程度区分が高いほど一律にサービス利用量が多くなるのではなく、家事援助及び通所施設の利用時間や日数は、低い障害程度区分が多くサービスを利用している傾向を示した、③サービスの種類によって、障害程度区分による利用量に差が生じない傾向も示した等が明らかになった。

調査2のタイムスタディ調査のフィージビリティに関しては、①事前にタイムスタディの練習を設ける、②15分間のタイムスタディよりも連続したサービス提供を記述する方がよい、③ケアコードの例は具体的でわかりやすかった。④ケア内容をケアコードに分類するのに時間を要する、⑤入浴中、食事中、移動中の記入が難しいことがわかった。

在宅高齢者に対するタイムスタディを実施し、必要なデータを収集した。今回は調査データの単純集計についてを中心に報告したが、今後厚労省からの新ロジックの公開を待ち、さらにデータの活用に努めたい。

F.健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Shigeki Tsuzuku, Taeko Kajioka, Hidetoshi Endo, Robert D. Abbott, J. David Curb, Katsuhiko Yano Favorable effects of non-instrumental resistance training on

fat distribution and metabolic profiles in healthy elderly people Eur J Appl Physiol 99:549-555 2007.

2) 梅本充子、中島朱美、遠藤英俊、津田理恵子 介護予防に資する地域における回想法の研究 日本看護福祉学会雑誌 13(1):45-47 2007.

3) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介、来島修志 アルツハイマー病の作業療法・精神療法 Clinical Neuroscience 25(2):188-190 2007.

4) 遠藤英俊 地域で認知症を支える一改正介護保険と認知症一 向老学研考一日本向老学学会学会誌一 7:11-65 2007.

5) 遠藤英俊 アルツハイマー病一基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム一 日本臨牀 66(1):457-461 2008.

6) 遠藤英俊、鳥羽研二 認知症の非薬物療法 Annual Review 神経 2008 :83-90 2008.

7) 坂本洋一「障害者自立支援法とこれからの通所授産施設、小規模作業所」、療育の窓、全国心身障害児福祉財団、No.140、P.2-7、2007

8) 湯汲英史:社会的支援に必要な視点とは 発達障害白書 2008

日本発達障害福祉連盟 28-29 2007年

9) 湯汲英史:求められている子育て支援への明確なビジョン 発達障害白書 2008

日本発達障害福祉連盟 56-57p 2007年

10) 湯汲英史:障害を持つ子の保育と課題 発達障害白書 2008

日本発達障害福祉連盟 58-59p 2007年

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

参考資料

¹⁾ 厚生労働省:第3回介護認定調査検討会資料 1-3「高齢者介護実態調査結果」:2007.11.9

II. 分担研究報告

分担研究報告書

多様な世代及び心身の状態に着目した要介護状態の評価指標の開発に関する研究

研究分担者 遠藤英俊（国立長寿医療センター 包括診療部長）

研究要旨：初年度から最終年度にかけ多様な障害にも適用可能な新しい要介護認定方法の開発に資する研究を行ってきた。第一に多様な障害を適正に評価するための状態調査表の作成、ケアコードの作成、在宅のタイムスタディの結果の分析を行った。すなわち平成18年度において国の事業として、在宅ならびに施設サービスにおいて1分間タイムスタディを行い、要介護度の定量化を行い、この結果をもとに新しい要介護認定方法が開発された。新しい要介護認定方法には利点もあれば欠点もある。時代に合わせて今後も常に改良を重ねる必要がある。そのための根拠を求める研究の必要性がある。さらにケアコードのあり方についての質的調査を行った。

A. 研究目的

多様な障害において、病院や施設から地域生活への移行を実現するために介護サービスの利用は欠かせないが、そのためには実証的・合理的な根拠に基づく信頼性の高い介護ニーズの客観的な評価方法を確立することが必要である。そこで本研究においては、多様な障害において、それぞれの障害の特性を踏まえ、公平で客観的な介護時間の定量的評価方法を開発し、1分間タイムスタディの結果を踏まえて、樹形図モデルを作成し、新しい要介護認定方法の開発の基礎的データを収集することができる。今年度は要介護認定法の基礎的研究としてケアコードの課題の整理、要支援者へのタイムスタディ調査の課題、新規要介護認定法の課題について検討した。

B. 研究方法

多様な障害にも適用可能な新しい要介護認定方法の開発に資する研究を行うために、第一に多様な障害を適正に評価するための状態調査表の作成、介護サービスの実態を把握し、必要な介護サービスを測定した。平成18年度において在宅ならびに施設サービスにおいて1分間タイムスタディを行い、要介護度の定量化を行い、さらに得たデータをケアコードに整理し、必要なサービスと要介護度の相関を検討した。この過程を評価し、多様な障害と高齢者に対応した新しい要介護認定方法を開発する計画である。

また作成した方法をさらにモデル事業を行い、これを検証し客観的評価に耐える方法に修正する計画である。

（倫理面への配慮）

研究の実施にあたっては国の臨床研究の指針に従い、平成18年度において国立長寿医療センターの倫理委員会の了承を得た上で、個人情報取り扱いにあたっては慎重に配慮して行った。

C. 研究結果

1分間タイムスタディの結果を元に、樹形図モデルの開発を経て、間接的にモデル事業の支援を行った。モデル事業にあたっては国の要介護認定調査検討委員会の意見を踏まえて調査項目の追加を行った。調査項目の変更に関してマニュアルの変更と解説ビデオの作成を行った。また施設データで2種類の新旧のケアコードの評価を行った。予備的調査ではあるが、樹形図の作成にあたって、調査方法の選択により差がでる可能性が高いことが示唆された。

D. 考察

多様な世代と心身の状況に対応した新しい要介護認定の開発は重要な課題ではあるが、知的・身体・精神など多様な障害に対応した1分間タイムスタディの調査事業がいぜん実行されて

おらず、その調査の実現は将来の課題となっている。今回のモデル事業では高齢者を対象に行われたため、主な目的は要介護・要支援の認定と認知症に対する見直しを中心とする。現在のアナログ式の判定からよりデータに基づく認定方法の開発が求められており、検討課題である。しかしながらタイムスタディは施設のデータであり、いぜん在宅のデータを反映されてはいないことが課題である。今後グループホームのデータの利用や分析や、要支援者のデータの入手こそが重要となる。すなわちこの問題をクリアしないかぎり、要介護認定法の改良は前進しないであろう。

E. 結論

1時間タイムスタディ調査のフィージビリティに関しては、①事前にタイムスタディの練習を設ける、②15分間のタイムスタディよりも連続したサービス提供を記述する方がよい、③ケアコードの例は具体的にわかりやすかった。④ケア内容をケアコードに分類するのに時間を要する、⑤入浴中、食事中、移動中の記入が難しいことがわかった。

在宅高齢者に対するタイムスタディを実施し、必要なデータを収集した。今回は調査データの単純集計について、研究分担者により報告したが、今後厚労省からの新ロジックの公開を待ち、さらにデータの活用に努めたい。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kazui H, Harada K, Eguchi YS, Tokunaga H, Endo H, Takeda M: Association between quality of life of demented patients and professional knowledge of care workers. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 21(1):72-8, 2008
- 2) Yukiko Tanaka, Kumiko Nagata, Tomoe Tanaka, Koichi Kuwano, Hidetoshi Endo, Tetsuya otani, Minato Nakazawa, Hiroshi Koyama: Can an individualized and comprehensive care strategy improve urinary incontinence(UI) among nursing home residents?. *Archives of*

- Gerontology and Geriatrics* (in press)
- 3) 遠藤英俊、梅本充子、佐竹昭介、松山善次郎、三浦久幸: 認知症高齢者におけるクリクソン高齢者行動評価尺度と介護負担尺度に関する研究. *老年精神医学雑誌.* 19(5):569-576. 2008
 - 4) 遠藤英俊、洪 英在、佐竹昭介、三浦久幸: 高齢者総合外来における高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断. *老年精神医学雑誌.* 19(7):756-761. 2008
 - 5) 遠藤英俊: さらなる高齢者虐待防止のために. *高齢者虐待防止研究.* 4(1):6-7, 2008
 - 6) 遠藤英俊、大島治子: 介護保険制度. *臨床精神医学.* 37(5):723-729. 2008
 - 7) 遠藤英俊: インタビュー①日本のどこに住んでいても認知症になっても安心な社会を創るために. *介護保険情報.* 9(6):8-13. 2008. 9
 - 8) 遠藤英俊: 高齢者ケアと在宅医療 第20章 認知症ケアと非薬物療法. *明日の在宅医療.* 4:410-425. 2008. 9
 - 9) 遠藤英俊: アルツハイマー病—基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム—. *日本臨床.* 66(1):457-461, 2008.
 - 10) 遠藤英俊、鳥羽研二: 認知症の非薬物療法. *Annual Review 神経.* 2008. :83-90, 2008.
 - 11) 遠藤英俊: 特集: かかりつけ医が認知症を診るとき 認知症の長期ケア—認知症サポート医と病診連携の役割—. *日本医事新報.* 4410:78-82, 2008
 - 12) 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介: 認知症の進展予防—認知症リハビリテーション. *医学のあゆみ.* 227(3):175-180, 2008
 - 13) 遠藤英俊: アルツハイマー病のケアと介護. *診断と治療.* 96(11):139-144, 2008
- ##### 2. 書籍
- 1) 遠藤英俊: 高齢者医療総合診療ガイド担当 医必携 Q&A. (株)じほう
 - 2) 遠藤英俊 (共著): B. 成人～老年. からだの年齢事典. :107-110, 2008. 5
 - 3) 遠藤英俊 (共著): B. 神経難病 3. 脳血管疾患患者の在宅医療. *在宅医療ガイドブック.* :219-224, 2008

2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし

2. 実用新案登録
特になし

3. その他
特になし

表. 要介護認定法の分析

	改良点	課題
現行の要介護認定法	・要支援1、2の導入	・区分変更のばらつき の存在 ・調査項目が多く、負担が大
新規要介護認定法(平成21年4月導入予定)	・認知症の有無と状態の安定を一次判定で分析 ・区分変更のばらつきを解消 ・調査項目の減少	・認知症が軽度に判定される可能性の存在 ・重度者は軽度に、軽度は重度に判定される可能性がある ・訪問調査項目の解釈の変更

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担 研究報告書

精神障害者におけるケアニーズの測定のあり方に関する研究

研究分担者	安西信雄（国立精神・神経センター武蔵病院リハビリテーション部 部長）
研究協力者	小高真美（国立精神・神経センター精神保健研究所 老人精神保健部）
	堀口寿広（国立精神・神経センター精神保健研究所 社会精神保健部）
	姜 恩和（首都大学東京 都市教養学部 人文・社会系社会福祉学分野）
	瀬戸屋雄太郎（国立精神・神経センター精神保健研究所 社会復帰相談部）
	中西三春（(財)医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構）
	横野葉月（首都大学東京 都市教養学部 人文・社会系社会福祉学分野）

研究要旨:認知症を有する高齢者と精神障害者のケアニーズ評価については共通点が多い。本研究では、精神障害のケアニーズ評価に関連して従来指摘されている疑問点・問題点を、1)要介護認定一次判定は精神障害者や知的障害者の介護ニーズを反映するか、2)在宅障害者のタイムスタディは可能か、3)在宅と施設の精神障害者の介護ニーズは異なるか、4)直接介護以外の介護ニーズ評価を含む客観的なタイムスタディとコーディングは実施可能か、の4点に整理して、それぞれに対し、本研究班で使用してきた各種評価方法の特性や、これまでの本研究班の研究成果や関連する諸研究の成果にもとづいて検討し、それぞれへの回答や示唆を提示した。また、文献調査にもとづき現行の認定調査項目あるいは認定調査の手法に対する関係者の評価について情報収集し、本研究からの示唆を提示するとともに本研究でカバーされない残された課題の所在を明らかにした。

A. 研究目的

平成 12(2000)年から介護保険制度が発足し高齢者や特定の身体疾患を有する患者を対象として要介護認定が実施されてきた。これら従来の要介護認定の対象者が主として身体的介護のニーズを有するのに対して、精神障害および知的障害については身体的介護以外の介護ニーズが高いという指摘がある。一方、認知症を有する高齢者と精神障害者のケアニーズ評価については、共通点も多い。

そこで、精神および知的障害に対応した介護ニーズの評価方法開発のため、平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金厚

生労働特別研究事業「精神障害を有する者にかかるケアニーズの適切な評価に関する基礎的調査研究(H15-特別-013)」(主任研究者:安西信雄)において平成 15 年 10 月から研究に取り組み、精神および知的障害を有する人々の介護ニーズに関連した国内外の代表的な評価尺度を収集し、これらの対象者が有する身体的以外の介護ニーズも含む評価項目(以下、「追加項目」と称する)を準備した。つづいて平成 16 年度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」(主任研究者:遠藤英俊)における「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」(分担研究者:安西信雄)では、現行の要介護認定一次判定の手法を用いて精神障害者および知的障害者の介護ニーズを評価できるか、評価方法の修正や追加が必要かを検討した。その結果、知的および精神障害者の介護ニーズをより適切に評価する、タイムスタディ等客観的な方法の開発が必要であることが示唆された。そこで、平成17年度および平成18年度に、在宅(平成17年度研究)や福祉ホーム・グループホーム(平成18年度研究)で生活している精神障害者を対象とした1分間タイムスタディを実施した。また平成19年度には、平成17・18年度のタイムスタディで得られたデータを、高齢者を対象に使われているケアコードと、精神・知的障害者の特性を考慮して開発したケアコードの両方を用いてコーディングし、高齢者や精神障害者の介護ニーズをよりの確に反映する評価方法とコーディングの方法を検討した。

今年度の研究では、精神障害のケアニーズ評価に関連して従来指摘されている疑問点・問題点を、1)要介護認定一次判定は精神障害者や知的障害者の介護ニーズを反映するか、2)在宅障害者のタイムスタディは可能か、3)在宅と施設の精神障害者の介護ニーズは異なるか、4)直接介護以外の介護ニーズ評価を含む客観的なタイムスタディとコーディングは実施可能か、の4点に整理して、それぞれに対し、本研究班で使用してきた各種評価方法の特性や、これまでの本研究班の研究成果や関連する諸研究の成果にもとづいて検討し、それぞれへの回答や示唆を提示した。また、文献調査にもとづき現行の認定調査項目あるいは認定調査の手法に対する関

係者の評価について情報収集し、本研究からの示唆を提示するとともに本研究でカバーされない残された課題の所在を明らかにした。

B. 研究方法

1. 研究①

介護ニーズを評価する方法のうち、本研究班で検討してきた各種指標、タイムスタディ実施方法、ケアコードについて、それぞれの特徴、またそれらを用いて実施した調査の結果等を整理し分析した。

2. 研究②

文献検索(医学中央雑誌*)で、「障害程度区分」を検索語として関連資料を検索し、得られた文献内で、精神障害および精神障害者について言及している(シソーラス用語に精神障害あるいは精神障害者を含む)ものを参照した。財団法人日本リハビリテーション協会がインターネット上で提供する障害保健福祉研究情報システム(DINF)の情報、その他別途入手した情報も併せて参照した。

調査研究は、各研究年度において国立長寿医療センター倫理委員会の承認を得て実施した。なお、平成19年度の研究で使用した平成17年度の調査データについては、調査実施時に国立精神・神経センター倫理委員会より調査実施の承認を得たものである。

C. 研究結果

1. 研究①

1.1. 要介護認定一次判定は精神障害者や知的障害者の介護ニーズを反映するか

平成16年度の研究として、精神障害および知的障害を有する入所・通所患者の介護ニーズの評価を実施した。調査の対

象は、精神障害者 493 人(精神科療養病棟患者 158 人、通所授産施設 107 人、生活訓練施設 101 人、高次脳機能障害 44 人など)、知的障害者 366 人(入所更生施設 151 人、通所授産 79 人、重症心身障害 50 人など)であった。

介護ニーズの評価で使用了調査票の詳細は表 1 に記した。

調査の結果、一次判定結果は、知的障害では要介護1を中心に幅広く分布していたが、精神障害では非該当と要支援、要介護1にかたまって分布していた。また、要介護認定における一次判定結果と、既存の代表的な尺度との相関をみたところ、知的障害については一次判定と障害程度区分や GAF、HoNOS-LD、介護支援専門員から見た要介護度等との間に比較的高い相関が認められた。しかし、精神障害については一次判定結果と、障害程度区分や GAF、BPRS、介護支援専門員から見た要介護度との相関は低かった(表 2)。

これらの結果から、要介護認定基準(平成 16 年度時)は、研究対象者の身体介護等介護ニーズの一部を反映していると考えられた。しかしながら、知的・精神障害それぞれにおいて、現行要介護認定で評価される要因以外の関与も考えられた。

表 1 介護ニーズ評価で使用了調査票

本人が記入	
ケアニーズに関するアンケート調査	厚生労働省・日本精神科病院協会が実施した社会復帰サービ

	スニーズ調査で使用了されたものから一部を抜粋し、QOL 等の評価を加えた。
医師が記入	
医師調査票	要介護認定で用いられている主治医意見書に同様に記入(一部項目を省略)
追加項目	行動の計画および遂行に関する能力評価(3 項目)
	GAF(機能の全般的評定)
	ADL(日常生活動作)と IADL(手段的日常生活動作)
	BPRS(簡易精神症状評価表)Oxford 版と病識評価(精神障害のみ)
認定調査員が記入	
認定調査票	通常の認定調査と同様に実施して記入(一部項目を省略)
追加項目	追加①行動の評価(追加 12 項目)
	追加②上記以外(自由記述)
	追加③各調査項目に対する意見
	追加④介護支援専門員から見た要介護度
日常のケア担当者が記入	
調査票	① 今回の施設利用の開始年月日 ② 利用している入所サービス名と頻

	③ 利用している通所サービス名と頻度 ④ 今までに受けている各種の障害等級・認定等 ⑤ 知能評価(記録がある場合) ⑥ 強度行動障害者特別支援加算の評価を実施している場合、その点数 ⑦ 実施しているケアの「直接的なケア」と「見守り」の時間%の記入 ⑧ 障害程度区分のチェック項目の記入
ケア必要度	対人ケアサービスのニーズ。精神障害者ケアガイドライン検討委員会版(精神障害者のみ)
HoNOS-LD(Health of the Nation Outcome Scale-LD)	包括アウトカム尺度知的障害版(知的障害者のみ)

ADL	296	0.681
IADL 困難	278	0.780
IADL 実施	301	0.625
障害程度区分		
38項目総得点	305	0.816
生活支援関連	305	0.814
社会生活関連	305	0.770
生活+社会4項目	305	0.810
社会-4項目	305	0.798
精神障害者		
認定調査員からみた要介護度	408	0.192
GAF 尺度	320	-0.287
BPRS	310	0.142
ケア必要度	377	0.297
ADL	316	0.174
IADL 困難	306	0.372
IADL 実施	318	0.339
障害程度区分		
38項目総得点	406	0.321
生活支援関連	406	0.304
社会生活関連	406	0.326
生活+社会4項目	406	0.292
社会-4項目	406	0.321

一次判定と変数との相関は全て危険率5%で有意である。

表2 変数間の Spearman の相関分析

	一次判定	
	N	rs
知的障害者		
認定調査員からみた要介護度	305	0.764
GAF 尺度	302	-0.778
HoNOS 得点	300	0.775

1.2. 在宅障害者のタイムスタディは可能か
平成17年度には、福祉サービスを受けて地域で生活している精神障害者10人および知的障害者10人のケア提供者、平成18年度にはグループホームおよび福祉ホームB型の利用者23人のケア提供者を対象としてタイムスタディを実施した。

「在宅」障害者に関する評価は、あらかじめ対象者の1週間の福祉的サービスの利用状況を把握し、利用するサービスが1種類の場合には1回3時間を上限として調査日を2回設けた。サービスが2種類のときはそれぞれ3時間を上限として1回ずつ調査日を設定した。調査員は実際にサー

ビスが行われている間、サービス提供者が対象者に直接提供するケアの内容を毎分00秒時に観察し調査票に記録した。タイムスタディが終了した後、記録されたケアの内容をケアコードに基づいて分類した。

「施設」障害者に関する評価は、2日間にわたり職員5人に対して調査員を個別に配置し、毎分0秒時点で提供されているケアの内容を記録した。このタイムスタディを行う前の5日間にわたり、職員自身により10分単位の自計式タイムスタディを行い、対象者に提供されているケアの内容をより詳細に把握できるようにした。

タイムスタディの結果、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組にすることなどの改善策があげられた。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。また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。

1.3. 在宅と施設の精神障害者の介護ニーズは異なるか

平成19年度の研究の一環として、平成17・18年度に実施したタイムスタディの結果から、「在宅」と「施設」の支援内容を対比して検討した。在宅患者では「生活自立支援」占める時間が59.5%と長く、施設患者では「食事」「生活自立支援」「医療」の時間が長かった(図1)。

「生活自立支援」の具体的な内容として、在宅は「清掃・ゴミの処理」が最も高く、「相談・助言・指導を含む会話」、「整理整頓」、

「洗濯」が続いていた(図2)。これらは地域で生活していくために必要な支援を示しており、在宅障害者を評価する際に留意すべき点である。施設では、「相談・助言・指導を含む会話」と「調理」が高い結果となった。

1.4. 直接介護以外の介護ニーズ評価を含む客観的なタイムスタディとコーディングは実施可能か

本研究班は、平成17年度にタイムスタディを実施した際、高齢者を対象に使われているケアコードを元に、精神・知的障害者の特性を考慮したケアコード(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)も開発した。

高齢者ケアコードの場合は、要介護者の「できない」部分を「介助」という、ケアを行う側の行為に重きがおかれるため、準備をするところから後片付けをするところまでの、ケアする側の物語性に沿ってケアコードが組まれている。一方、精神障害者などへのケアは必ずしも直接介助(代行)が中心とはならないため、本研究班では、「見守り」や間接介助を広く把握できるケアコードを開発した。これにより、要介護者本人が実施することを介助者が支えるという状況も記述することができる。

また平成19年度の研究として、平成17・18年度に実施したタイムスタディのデータを、高齢者を対象に使われているケアコードと、前述の本研究班が開発したケアコードを用いてコーディングし、結果を比較したところ、本研究班のケアコードの方が、本人の自主的な日常生活行動を妨げることなく、自立に向けた促しや見守りといった側面からの援助を捉えやすいことが分かった(図3および4)。そのため、本研究班

のケアコードは、精神障害者のケアの評価において適当であり、さらに、障害者の自己決定を支え社会参加を促進するケアの実現に寄与するものであると言えるだろう。

2. 研究②

文献検索(医学中央雑誌[®])で、「障害程度区分」を検索語として資料を検索し、21件の検索結果が得られた。その内、精神障害者に関連する(シソーラス用語中に精神障害および精神障害者が含まれる)11件中、障害程度区分の判定および認定の課題について論じているものは9件だった(表3)。それらの文献と、財団法人日本リハビリテーション協会がインターネット上で提供する障害保健福祉研究情報システム(DINF)の情報、その他別途入手した情報を整理したところ、現行の障害者程度区分の認定をめぐる大きな課題として、①各障害の特性を反映するための抜本的見直し、②二次判定の平準化に資する取り組み、の二つがあげられた。

まず、平成20年12月16日に提出された『社会保障審議会 障害者部会報告～障害者自立支援法施行後3年の見直しについて～』および平成21年1月21日に開催された全国厚生労働関係部局長会議の資料²⁾によると、障害者自立支援法施行後3年の見直しで対応すべき事がらおよび今後検討していくべき事がらのなかで、障害程度区分の認定については、身体障害、知的障害、精神障害各々の特性を反映するように抜本的に見直すことが必要であるとしている。特に知的障害者や精神障害

者は、障害程度区分認定で、低く判定される傾向にあることがこれまで数多く報告されてきた。心身の状況以外の生活環境や個別の支援ニーズは考慮されず³⁾、身体介護が必要な場合は区分程度が高いが、そうでない知的障害者や精神障害者に対する区分判定は比較的低くなる⁴⁾と指摘されている。平成18年7月～19年3月に乙訓2市1町で実施された障害程度区分認定の結果、一次判定では、知的、精神で判定が軽すぎる傾向にあった⁵⁾。また、平成18年8月～9月に実施された、広島県の精神療養病棟入院患者を対象とした調査の結果、重度障害において、障害程度区分判定と2軸評価目安・生活障害評価の乖離が大きかったが、身体介護が必要となってくる高齢者層ではその乖離は小さく、障害程度区分の認定は、身体障害による生活障害は反映するが、重度精神障害の生活障害は反映されにくかったと報告されている⁶⁾。また、千葉県が主体となり、全国47都道府県に依頼した障害程度区分認定に関する調査⁷⁾(日本の市町村の概ね9割が回答)では、全ての都道府県および1,098の市町村が、利用者や事業者から「知的・精神障害者は、実際の介護の必要度に比べ低く判定されることが多いため、認定調査項目の見直しを行うべき」と指摘を受け、全都道府県および1,117の市町村が認定調査項目は「適切でない」と回答した。このような状況のなか、身体的自立度の高い精神障害者や知的障害者が必要なサービスを受けられない、あるいは利用時間が削減されるとの問題も指摘されている⁸⁾。

表3 医中誌検索の結果

著者名(年)	障害程度区分の判定や認定に関する主な論点
金杉和夫	・ 認定調査員が、申請者の生活実態を十分把握していない場合、特記事項へ

(2008) ¹⁴	<p>十分な記載が困難なため、実態が反映されないという問題が出る場合もある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師意見書には身体介護に関する項目が多く、精神面の障害の実態を伝達しづらい。 ・ 精神科の主治医は、精神症状は詳細に記載できても、合併症や身体疾患、日常生活の実態について把握できていない場合も多い。
高畑龍一ほか (2008) ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一次判定では、知的、精神で評価が軽すぎる傾向にあり、二次判定で変更せざる得ない状況にある。 ・ 区分変更では特記事項や医師意見書が重視されている傾向にあり、これらの記載が十分でないという評価が困難である。
長崎和則(2007) ¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害を個人的な問題としてのみ捉えるのではなく、環境との相互作用にも注目して、障害程度区分のあり方を見直すべきである。
石井知行ほか (2007) ⁶	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害程度区分の認定は、身体障害による生活障害は反映するが、重度精神障害の生活障害は反映されにくかった。
矢野清 (2007) ⁹	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神障害者や知的障害者の実態が特に一次判定結果に反映されづらいことが、二次判定での区分変更率の高さとなって現れている。
多田裕美子 (2007) ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> ・ 二次判定に障害者の実際の生活状況を反映させるためには、二次判定の審査会委員に実態が伝わるよう、ケアが必要な状況を具体的に把握し、記載する必要がある。
高谷恵子(2007) ¹³	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認定調査員が記入する特記事項に、精神障害の場合、症状の波を考慮して、生活のしづらさを記載する必要がある。
澤温 (2006) ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> ・ 判定への精神科医師の関わり(医師意見書の記入等)が重要である。
松原三郎(2006) ¹²	<ul style="list-style-type: none"> ・ 精神障害者の場合、医師意見書には、「①陰性症状や思考障害に関する部分は反映されにくいので、これをできるだけ具体的に記載すること。②被害的行動や感情面が不安定な状況などは反映されにくいので、症状を具体的に記載すること。③二軸評価の精神症状を正確に、適切に行うこと。④日精協版「生活障害評価」を正確に記載すること」があげられる。 ・ 訓練等給付については、医療サイドの考えが反映されにくい状況であり、改善する必要がある

「障害程度区分」を検索語として医学中央雑誌¹⁷で検索した結果の中で、シソーラス用語に精神障害あるいは精神障害者が含まれていたもので、かつ障害程度区分の判定および認定の課題について論じているもの。医学中央雑誌¹⁸による検索結果順に掲載した。

二点目として、平成20年11月21日に全国知事会から提出された『障害者自立支援法の見直しに係る提言』⁷および平成20年12月16日に出された『社会保障審議会 障害者部会報告～障害者自立支援法施行後3年の見直しについて～』¹の中で、障害程度区分認定の二次判定の平準化や認定調査に資する、障害特性の理解の向上等を目的とした研修や判定事例の提供等を引き続き実施す

るように求めている。精神障害者や知的障害者の実態が特に一次判定結果に反映されづらいことは、二次判定での区分変更率の高さとなって現れているが^{5,9}、これまで、二次判定における障害程度区分変更率に、市町村間でばらつきがあることが指摘されてきた。前述の千葉県が主体となって実施した調査⁷では、二次判定の変更率について、36の都道府県が市町村や認定審査会で大きな差が生じて