

トラムの幅広い特徴を有する群であり言語性が低いタイプも含まれているため非言語的な「関わり」項目が中心となるのに対し、ADHD群では言語性も並行して課題として取り上げていることによる差異と考えられた。

### 11) 知的障害者の理解度と自立の関係

23名の成人期の知的障害者について、障害程度と自立度の関係について調査、分析した。具体的には33項目の評価表を元に評価を行った。

#### ① 障害程度と自立度について

障害程度を数値化し、職員の評価による自立度との相関を見たところ、 $r=0.44$ となり、弱い相関があることが認められた。つまり、障害程度を知ることは、本人の自立度のある程度予測できる可能性がある、ということである。

#### ② 指標になりうる項目

33項目中、上記16項目については、自立度との相関が弱いながらも認められた。つまり、これらの項目の能力を評価することによって、介護ニーズを知るための指標になりうる可能性がある。(添付②)

#### ③ 自立度と障害程度との相関について

上記16項目のうち、9項目については、自立度では相関が見られるものの、障害程度では相関がなかった。つまり、障害程度を知るだけでは、やはり、自立度、あるいは、介護ニーズを評価するには、不十分であると言える。

以上が、23名の結果であるが、この23名の集団は、障害程度で見ると、中重度の方が、19名と83%を占めている。一般的には、中重度と、軽度は、半数程度ずつといわれている。母集団として、やや偏りがある可能性がある。そのため、今後は、上記33項目について、対象者を広く取った再調査が求められる。

## D. 考察

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。専門家の意見とともに、過去2年間の研究結果も踏まえて考察を行いたい。

### 1) 評価の目的と内容

評価には当然だが、目的がある。今回の研究は、介護・支援ニーズを把握するための指標作りの一環として、オリジナルな評価を作成した。そして、評価項目の中から、介護・支援ニーズの指標となるような項目を抽出することを目的とした。

項目としては、生活密着・関連のものを選出した。それは生活上における、介護・支援の度合いを計ることを評価の目的としたからである。たとえば、個々人の趣味や生きがいという面に着目し、評価する内容ではない。

また、今回の評価表は障害の程度や内容を計るためのものでもない。あくまで、介護・支援・指導のニーズや目標を明らかにするためのものである。

知的障害や発達障害のある児童や成人の場合、本人ばかりでなく保護者の評価も無視できない。保護者の意見を受け入れないと、適切な評価にいたらない場合もある。だからこそ、評価の目的について、保護者と専門家の双方に誤解がないようにすべきである。

児童・学童期の子どもの場合、保護者の障害受容が進んでいないことがある。知的障害を伴わない発達障害のある子の保護者では、それが顕著なこともある。

発達障害の場合、「できない＝社会的支援が必要」ともいえない。教えればできるようになったりするからである。保護者にも、そういう意識があり、「できない」という評価をスムーズに受け止められなかったりする。

介護・支援ニーズを計るという場合、知的障害・発達障害においては、保護者も含めた関係者の心理傾向や意向を無視できない。

教えればできるようになるかもしれないという含みを持たせ、前方向性を持った評価でないことと抵抗感があり、結果的には適正な評価にならないこともありうる。

今回、障害程度区分への疑義が喧伝されているが、評価の目的という点で、意見の相違が起こったといえよう。

なお今回の研究では、評価に使用できる項目を抽出できたといえよう。

## 2) 介護ニーズと障害、年齢の関係

今回の評価表では、多領域にわたり、1400余の支援・指導項目があげられた。これは、知的障害や発達障害における、個別性の表れといえるかもしれない。

実際に、障害の程度が、直接的に介護・支援ニーズに示すとは限らない。感情のコントロール力も含めた社会性や、実年齢とも関係し、その姿は実に多様である。生活領域では、評価に使える項目を抽出しようとしたが、うっすらとはわかって、確実といえるような項目を選出することはできなかった。

結論的にいえば、現時点では程度区分の際に使えるような、確実な項目を見つけれない。

なお、調査対象の母集団のバラツキがあまりにも大きかったといえよう。あるいは、知的障害・発達障害の種別や程度別、年齢別に評価し、分析すれば何らかの指標が得られる可能性はある。

なお、障害程度と自立度の関係を示す項目が抽出できた。

## 3) 環境因子の問題

知的障害では、その原因類型から

① 病理型

② 生理型

③ 社会・心理型

の3つに分類することがある。

③の社会・心理型は、まさに置かれた環境によって障害が発生するものである。

評価を実施するなかで、保護者等の障害や発達への見方に違いがあることがわかった。それは評価結果ばかりでなく、本人の能力や状態像にも影響があると思われた。

過保護ともいえる場合は、本人は依存的で実際の能力が発揮されていないことがある。放任の保護者では、何も教わっていないために、身の回りのことができなかつたりする。

1回の評価だけでは、評価しきれない場合が多いともいえる。

## E. 結論

1. 発達障害の場合、評価の際には介護・支援ニーズを計るというように、目的を明確に示す必要がある。趣味や生きがい、あるいは障害程度を知るための「はかり」でないことを明示すべきである。
2. 知的障害、発達障害の場合、障害程度、社会性、実年齢の三軸で評価内容と結果を考える必要がある。
3. 環境因子への配慮が必要である。特に保護者の子どもに対する養育観が、実際の能力以下の状態に繋がっていることがある。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 湯汲英史: 発達障害の定義と社会的支援のあり方 発達障害白書 2009  
日本発達障害福祉連盟 26p 2008年
- 2) 湯汲英史: 子育て支援における4つのキーワード 発達障害白書 2009  
日本発達障害福祉連盟 50-51p 2008年

### 2. 映像教材・書籍・評価表

- 1) 発達障害の理解と支援  
アローウィン 2008年
  - 2) 発達障害のある子へのことば・コミュニケーション指導  
診断と治療社 2008年
  - 3) 湯汲英史ほか: 発達障害(児)者への要支援・要介護度の評価を目的とした評価表と支援・指導・介護プログラム(改訂版) 2008年
- ### 3. 学会発表
- なし

## G. 知的財産権出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし

別添 ① 対象者の分布

【平成 20 年度改訂版】

	A. チョーダイで選ぶ 0-A 17人(2.6%)	B. 「～して」を実行 0-B 24人(3.6%)	C. 「あとで」で待てる 1-C 38人(5.7%)	D. 順番を守る 2-E 17人(2.6%)	E. 「勝ちたい」「うまくなりたい」「お兄さんになりたい」という思いがある 2-E 17人(2.6%)	F. じゃんけんの勝ち負け、あいこがわかる(3人以上)	G. 教室の中のルールや、社会のルールを守る	H. 場面に合わせた行動をする	I. 計画的な行動をする
0. 音源定位：音や声に気づく	0-A 17人(2.6%)	0-B 24人(3.6%)							
1. 何、誰がわかる	1-A 6人(0.9%)	1-B 71人(10.7%)	1-C 38人(5.7%)						
2. 二語文理解(場面依存ではない)	2-A 1人(0.2%)	2-B 50人(7.5%)	2-C 61人(9.2%)	2-D 22人(3.3%)	2-E 17人(2.6%)				
3. 三～多語文理解(場面依存ではない)		3-B 6人(0.9%)	3-C 38人(5.7%)	3-D 44人(6.6%)	3-E 30人(4.5%)	3-F 28人(4.2%)			
4. 重文・複文理解(場面依存ではない)			4-C 17人(2.6%)	4-D 28人(4.2%)	4-E 28人(4.2%)	4-F 30人(4.5%)	4-G 7人(1.1%)		
5. 絵本、アニメの筋に興味を持つ				5-D 21人(3.2%)	5-E 8人(1.2%)	5-F 24人(3.6%)	5-G 3人(0.5%)	5-H 3人(0.5%)	
6. 伝言を理解・実行する					6-E 2人(0.2%)	6-F 18人(2.7%)	6-G 7人(1.1%)	6-H 4人(0.6%)	6-I 2人(0.3%)
7. マンガなどを読んで理解する						7-F 0人	7-G 4人(0.6%)	7-H 3人(0.5%)	7-I 1人(0.2%)
8. 他者の気持ちや推測し、行動する							8-G 1人(0.2%)	8-H 0人	8-I 0人



別添2 自立度と相関のある16項目

相関	生活	入浴について:一人で(おフロのあとの かみがたなどにも気をつけて)きれいにできるか	r=0.62
弱い相関	生活	排便のしまつ(べんきや回りがよごれたときの しまつもふくめて)が、きれいにできるか、について	r=0.53
		手伝い:必要な時や場面をかんがえて、家の仕事ができるか、について	r=0.42
		時間について:自分で時計を見て、時間を気にして、行動できるか、について	r=0.57
		自分の荷物について:ふだんの荷物や 旅行などの時の荷物について	r=0.47
		お金について:貯金したり、こづかいちょうをつけるなどの、お金の管理について、	r=0.45
		お金について:金額のけいさんについて	r=0.50
	運動	ボール投げ(4は、バスケットや、サッカーのしあいに参加できることが、目安)	r=0.53
	言語・文字	字をかく(4は、メモをとるなど、必要におうじて、字をかけることが目安)	r=0.43
		手先の力:ハサミできる、のりではりつける、かみをおることなどについて(4は、3種類のすべてについて、きれいにできることが、目安)	r=0.43
		数のことについて(4は、万たんの数がわかることが、目安)	r=0.42
		ことばの理解:「～してから**する」などのような、つながりのある声かけがわかるか、について	r=0.42
		説明:いつ、どこで、何をしたかについて、じゅんじょどおりに、話しができるかについて(4は、いくつかのきちんとした文をつかって、話ができることが目安)	r=0.42
		家族など回りの人にやり方などの見本をみせられて、その見本を見ることについて	r=0.45
		やりとりのルール:相手が話しおえてから、話したり、行動することについて	r=0.41
いやです、やめてください、などの気持ちを伝えることについて		r=0.40	

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 下方浩史（国立長寿医療センター 疫学部長）

研究要旨：最終年度に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支援した。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。すなわち研究班では当初、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、この結果をもとに樹形図モデルを作成し、新しい要介護認定方法が開発された。しかしながら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を継続する必要がある。さらにケアコードのあり方についての質的調査も調査の根本的な課題であり、引き続き検討する必要がある。

A. 研究目的

多様な障害においても実証的・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

本研究への関与は統計の専門家として研究分担者への支援を行うことである。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う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。統計解析にあたっては無記名で個人が特定できない方法で行われた。

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。また研究班として施設データで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

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なる。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分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、分担研究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。また今後在宅のタイムスタディのデータの活用と調査方法の開発について検討を継続する必要がある。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

##### 2. 学会発表

#### 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

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
<b>&lt;遠藤英俊&gt;</b>							
遠藤英俊			高齢者医療総合診療ガイド担当医必携 Q&A	株式会社	東京	2008	1-189
遠藤英俊	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			2008	219-224
遠藤英俊	第16章 介護保険制度		改訂・老年精神医学講座			2008	237-248
<b>&lt;坂本洋一&gt;</b>							
坂本洋一	視覚障害の理解と介護の留意点	遠藤英俊 坂本洋一 藤野信行	障害の理解～介護の視点からみるこことからだの障がい～	建帛社	東京	2009.3	86-97
坂本洋一	障害者自立支援法に基づく専門職	大塚 晃 小澤 温 坂本洋一	障害者の対する支援と障害者自立支援制度	中央法規	東京	2009.2	136-141
坂本洋一	相談支援専門員の役割と実際	大塚 晃 小澤 温 坂本洋一	障害者の対する支援と障害者自立支援制度	中央法規	東京	2009.2	142-145
<b>&lt;湯汲英史&gt;</b>							
湯汲 英史	知的障害の概念、ほか	無藤隆ほか	よくわかる心理学	ミネルヴァ書房	京都	2009	308-309
湯汲 英史	発達障害の理解と介護の留意点	遠藤英俊ほか	障害の理解	建バク社	東京	2009	191-
湯汲 英史	発達障害の基礎知識	無藤隆ほか	改訂 臨床心理学	北大路書房	京都	2009	63-73
湯汲 英史	発達障害の定義と社会的支援のあり方	湯汲 英史 編集代表	発達障害白書 2009	日本文化科学社	東京	2008	26
湯汲 英史	子育て支援における4つのキーワード	湯汲 英史 編集代表	発達障害白書 2009	日本文化科学社	東京	2008	50-51
湯汲 英史	ことばの働きとその発達ほか	湯汲 英史 編著	発達障害のある子へのことば・コミュニケーション指導	診断と治療社	東京	2008	
湯汲 英史	療育とは	湯汲 英史 編著	療育とは(2)	(社)発達協会	東京	2008	



雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<b>&lt;遠藤英俊&gt;</b>					
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)	72-78	2008
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
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
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イント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
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
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		
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—	日本臨牀	66(1)	457-461	2008
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
<b>&lt;湯汲英史&gt;</b>					
湯汲 英史	子どもが伸びる関わりことば	発達教育	08.4月号～09.3月号まで12回	各号2ページ	2008～2009
湯汲 英史 編著	「気になる子」とつまづきの実際	チャイルドヘルス	08.9月号	13-	2008
湯汲 英史 監修	発達障害の理解と支援	(社)日本発達障害福祉連盟	映像教材		2008

#### IV. 研究成果の刊行物・別刷

# 高齢者医療 総合診療ガイド 担当医必携 Q&A

国立長寿医療センター 包括診療部長 遠藤 英俊 著

JiP じほう



## B. 神経難病

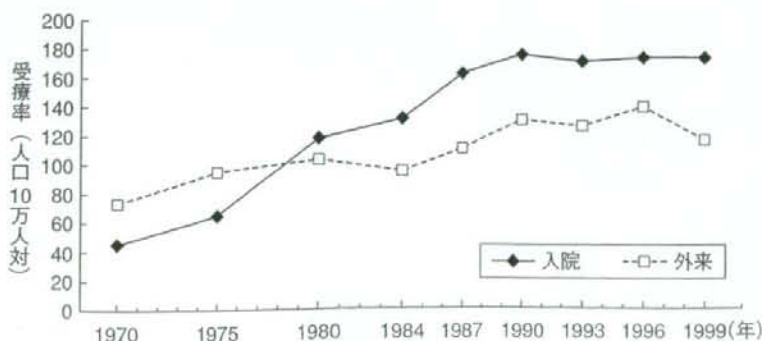
### 3. 脳血管疾患患者の在宅医療

脳血管疾患患者の在宅医療は介護保険制度を利用しつつ、薬物療法の進歩とともにリハビリや介護環境が整備されつつある。しかしながら在宅を継続するためには家族の支援はどうしても必要である。

近年薬物療法の進歩により、脳出血が激減し、脳梗塞の後遺症も軽減されるようになった。また介護の分野でも進歩があり、寝たきり状態は介護施設からは激減している。その結果、脳血管疾患があっても、適切なりハビリテーションにより、また介護保険サービスの利用によって、発症後の生活の質が改善され、多少の後遺症があっても老後を健やかに暮らせるまたは支援できる体制ができつつある。しかし課題は再発予防とリハビリテーションの継続である。こういう現状を背景にして、在宅医療における脳血管疾患の現状と課題について概説する。

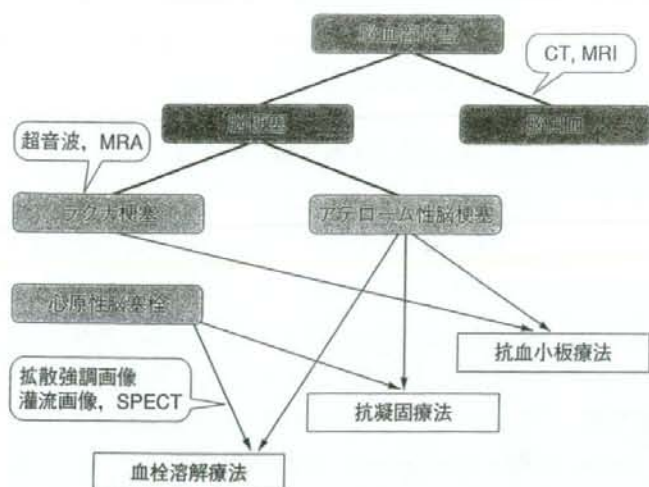
#### ■ 1 ■ 急性期医療

症状が軽度であれば在宅で治療を行う場合もあるが、ほとんどの場合、急性期治療を目的に、さらに検査やリハビリというメリットがあり入院治療が原則である。また救命という観点からも脳血管疾患が発症した場合には入院対応となる。図IV-11に日本における年次別受療率を示した。脳血管障害の入院は必ずしも減少していない。しかし急性期病院の在院日数は急速に短縮されており、脳血管障害も例外ではない。図IV-12に脳血管障害診断のフローチャートを示した。診断後には病型にあわせて治療を開始する。表IV-4に脳梗塞急性期の病態別治療の一覧を示した。入院時から退院支援を行う必要があり、在宅にむけて多職種が連携する必要がある。医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士をはじめ、ケースワーカーなどである。さらに栄養サポートチームが関与する場合も多い。また退院時カンファレンスを行うことで病診連携を行うこともある。さらに



■ 図IV-11 脳血管障害の年次別受療率





■ 図IV-12 脳血管障害診断のフローチャート (文献1より改変)

■ 表IV-4 脳梗塞急性期の病態別治療 (文献1より改変)

	アテローム血栓性	ラクナ	心原性
血栓溶解療法			
t-PA 静注	○3時間以内	○3時間以内	○3時間以内
UK 動注	○6時間以内		○6時間以内
少量 UK 静注	○	○	
抗血小板療法			
オザクレル	○	○	
アスピリン	○	○	
抗凝固療法			
低用量ヘパリン	○進行型	○進行型	○再発予防
アルガトロバン	○		
抗脳浮腫療法			
グルセオール	○		○
マンニトール	○重症例		○重症例

○: 適応あり

在宅かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護、訪問リハ、訪問介護などが参加する。患者を中心にしたチームの連携が重要である。地域連携を促進するためにはふだんから連携する相手の顔がみえる関係性を構築することが重要である。そのチームに支えられつつ、急性期から慢性期、在宅療養へとシームレスケアが重要である。また今後は病院と病院、病院と在宅をつなぐ、地域連携バスも重要となる。

## ■ 2 ■ 亜急性期医療から慢性期医療

### a. 回復期リハビリテーションと介護老人保健施設の利用

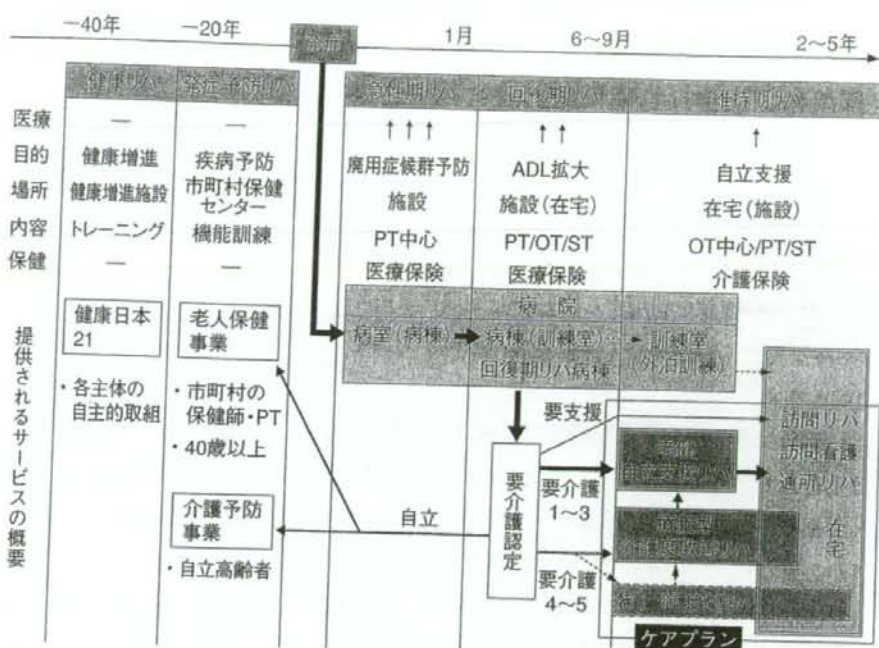
急性期病院の治療は2週間程度である，並行してベッドサイドのリハビリを行うが，2週間以後は適当な時期に，リハビリの継続を目的として転院する．その先として回復期リハビリテーション病院や介護老人保健施設を利用する．しかし地域によっては療養病床が偏在しており，満員であるとか利用困難な場合には介護老人保健施設へ転院する．そこでは3カ月をめどにリハビリを受け，在宅へ退院となる．この流れを図IV-13と図IV-14に示した．図IV-13はわが国における脳血管障害発症の1年後の患者の状態を示している．すなわち，わが国における脳卒中発症1年後の状態は約79%は生存しており，入院・入所は約6%，在宅の寝たきりは約7%，部分介助は約13%，自立が約29%であり，回復は24%であった．すなわち生存者のうち72%は在宅であり，このうち何らかの介護が必要な患者は49%であり，約半数を占めていた．しかしケースによっては在宅療養が困難な場合には長期入院や長期入所となる．回復期リハビリテーションや老人保健施設ではリハビリスタッフの充実が図られているが，人とサービスを比較するとリハビリの充実は病院ほどではなく，今後の大きな課題である．

今後はこうした急性期病院と介護施設，在宅と連携することが求められる．その点においても連携は重要である．地域連携の適応疾患として脳血管疾患も例外ではない．急性期は病院で，その後は回復期リハビリや，療養病床，老人保健施設の利用となる．そのためには医療と福祉の連携が必要であり，担当者会議などを利用して意思確認や役割分担が必要である．また脳血管障害においては継続的な治療戦略が必要であり，発病から終末期まで1人の主治医による一貫した方針が基本である．なかでもリハビリと薬物療法，生活指導そして介護サービスの利用はその中心となる．薬物療法も再発予防の観点からは最も重要な役割がある．副作用や合併症に注意しつつ，取り組む必要がある．

在宅リハビリテーションの位置づけとしては図IV-14に示したように，回復期リハビリから維持



■ 図IV-13 わが国における脳血管障害発症の1年後の姿



■ 図IV-14 リハビリテーションの方向性

期リハビリである。サービスとしては訪問リハ、訪問看護、通所リハビリがある。基本的には40歳以上であれば、介護保険の申請をして、要介護認定を受けることがスタートとなり、介護支援専門員にケアマネジメントを依頼する仕組みになっている。ケアマネジメントにおいては対象者の状況をアセスメントし、ケアプランを立案し、サービスを提供することである。最近では個別ケアが重視されている。また地域包括支援センターによる地域包括ケアが重要とされ、地域で支える視点が重要である。

## b. 地域連携パス

現在わが国では急性期医療の短縮化を図ることを最大の目的としており、診療報酬においてクリニカルパスが重要視されており、なかでも連携パスが重要視されている。今のところ大腿骨頸部骨折と脳血管障害の連携パスが適応となっている(表IV-5)。2週間程度の点滴を中心とする脳血管障害の治療に引き続き、回復期リハビリテーションや介護老人保健施設でのリハビリの継続が重要となる。しかし急性期病院のリハビリに比べ質量とも課題が残る。これを早急に改善する必要がある。表IV-6に脳血管障害の主な合併症をまとめた。

## ■ 3 ■ 脳血管疾患の在宅医療について

脳血管疾患の在宅医療の重要性はいうまでもない。つまり現在の医療では脳血管疾患はその進歩により多くの場合救命が可能となってきたが、一方で後遺症や合併症をもったまま、在宅療養を行



■ 表IV-5 脳血管疾患クリニカルパスの意義

- 在院日数の短縮
- 退院計画の推進
- チーム医療の推進
- インフォームドコンセントの改善
- 診療・看護内容の標準化
- 急性期に対応する診療とケアの標準化
- 周辺行動、介護者教育、退院支援に対応
- 介護施設との連携パスもある

■ 表IV-6 脳梗塞合併症治療のポイント

- 予防的対応が重要
- 深部静脈血栓症
- 消化管出血（急性期出血，副作用）
- 感染症（尿路感染症，肺炎）
- 褥瘡
- けいれん
- 麻痺側の脱臼
- 偽痛風

う患者も多い。その際在宅療養では病院や診療所へ通院する場合にも 必要な薬剤、リハ、訪問介護の利用を検討する。さらに通院などの移手段も検討する。通院が困難になった場合にはいよいよ在宅医療を依頼することになる。さらに介護サービスを利用して家の中においては手すりの設置や、ベッド、ポータブル便器の設置を検討する必要がある。ケアマネジャーが個人にあわせて、ケアアセスメントし、ケア計画を立案することで手配が可能となる。つまり早い時期に介護保険の申請をしておくことが必須である。

脳血管障害の在宅医療の特徴は慢性であり、長期間にわたるケアが必要であること、麻痺や失語などの障害をもったまま生活を継続することが多く、介護やリハビリが必要な場合が多い。特にリハビリは継続が重要であり、中断すれば、急速に障害が進んだり、ADLが低下し、廃用症候群をきたすことも多い。また先に述べたように合併症や再発の可能性も多く、包括的な評価とサービスが必要である。その点で介護保険の意義は大きい。在宅を継続するポイントは介護の負担を軽減することである。デイケアやデイサービスを利用し、ときにはショートステイを利用することで介護負担はかなり軽減できる。しかしながら本人がサービスを拒否する場合も多く、課題も多い。また排泄の障害や認知症に伴う周辺症状が手におえなくなると在宅継続が困難となり、施設利用となる場合が多い。

#### a. 介護サービスの利用

医療機関におけるリハビリの利用の他に訪問リハビリ、訪問看護、通所リハビリの利用が可能である。適切な時期に適切にサービスを利用することで機能の維持、向上が可能となり、在宅療養を可能とする。ただ患者本人がサービスを拒否する場合もあり、現場はそう簡単ではない。図IV-15に介護保険改正後の新しいサービスメニューの一覧を示した。特に今後は地域の支援が重要であり、地域づくりという意味からも、地域密着型サービスのうちで小規模多機能居宅介護サービスは1人暮らしや2人暮らしの老々介護においても必要な時に必要なサービスを利用することができ、今後のサービスとして期待される。このサービスを利用し、さらに往診や訪問診療を利用することで在宅は可能となる。また在宅療養支援診療所の役割も重要であり、在宅緩和ケアの重要性はいうまでもない<sup>2)</sup>。



市町村が 指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域密着型サービス</li> <li>○夜間対応型訪問介護</li> <li>○認知症対応型通所介護</li> <li>○小規模多機能型居宅介護</li> <li>○認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)</li> <li>○地域密着型特定施設 入居者生活介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○居宅サービス</li> <li>【訪問サービス】—</li> <li>○訪問介護(ホームヘルプサービス)</li> <li>○訪問入浴介護</li> <li>○訪問看護</li> <li>○訪問リハビリテーション</li> <li>○居宅療養管理指導</li> <li>○特定施設入居者生活介護</li> <li>○特定福祉用具販売</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>【通所サービス】—</li> <li>○通所介護(デイサービス)</li> <li>○通所リハビリテーション</li> <li>【短期入所サービス】—</li> <li>○短期入所生活介護(ショートステイ)</li> <li>○短期入所療養介護</li> <li>○福祉用具貸与</li> </ul>	介護給付を行う サービス
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施設サービス</li> <li>○介護老人福祉施設</li> <li>○介護老人保健施設</li> <li>○介護療養型医療施設</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域密着型介護予防サービス</li> <li>○介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>○介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>○介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防サービス</li> <li>【訪問サービス】—</li> <li>○介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス)</li> <li>○介護予防訪問入浴介護</li> <li>○介護予防訪問看護</li> <li>○介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>○介護予防居宅療養管理指導</li> <li>○介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>○特定介護予防福祉用具販売</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>【通所サービス】—</li> <li>○介護予防通所介護(デイサービス)</li> <li>○介護予防通所リハビリテーション</li> <li>【短期入所サービス】—</li> <li>○介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ)</li> <li>○介護予防短期入所療養介護</li> <li>○介護予防福祉用具貸与</li> </ul>	予防給付を行う サービス

■ 図IV-15 新しい介護サービス一覧

#### おわりに

脳血管疾患は介護保険利用の最大の原因疾患である。後遺症を軽減することはいうまでもないが、亜急性期から慢性期のリハビリを継続することは残存機能を維持するためにも重要なことである。しかし介護サービスのリハビリは依然質量ともに課題が残る。急性期医療から慢性期医療でのリハビリの日数制限がある状況では多大な課題が残っている。今後はさらにこうした中間的な施設からの在宅医療への転換がスムーズに進める仕組みが必要である。つまり在宅でのリハビリの継続が課題である。より専門家とチームが患者と介護者を支える強固な支援体制の整備が必要である。たとえば障害が軽度であれば、在宅への移行がスムーズであるし、障害が重度な場合の再発予防とリハビリの継続を重点とした在宅サービスの充実が求められる。

- 文献 ■
- 1) 柳沢紀夫, 脳卒中への初期対応. Modern Physician. 2001; 7 (21): 951-4.
  - 2) 遠藤英俊, 井形昭弘, 監修. ケアマネジャーのための在宅ホスピス緩和ケア. 日総研: 2007.

(遠藤英俊)

## 16

## 介護保険制度

## はじめに

介護保険法は平成12年4月に施行され、平成18年4月に改正された。この法律は介護の社会化や、自立支援、サービスの民間化などを目的に創設された。その後の改正において、おもな内容としては、介護予防が重視され、新たな介護予防サービスの開発と普及が行われた。また地域では地域包括支援センターが設立され、介護予防対策、高齢者虐待防止、地域包括ケアなどを行う多機能な地域の中核的な役割をもつ拠点が全国的に整備された。とりわけ地域において認知症の介護予防サービスはエビデンスがさらに必要ではあるが、今後期待できるサービスである。一方施設においてはユニットの導入、小規模多機能居宅サービスの拡充が図られようとしている。本章では認知症と介護保険の改正の関係とその影響、そして今後の動向について概説する。

## I. 介護保険制度の背景とそのねらい

介護保険制度は超高齢社会をまえに、介護問題を国として解決する手段として創設された制度である。それまで福祉は措置制度が原則であったが、公的保険制度を導入することで、措置制度から契約制度へと大きく転換された。また、主体は利用者であり、利用者の自己決定、自己選択を原則とした。ま

た介護事業者の参入が自由化され、介護サービスの民間活用がねらいのひとつとなった。さらに高齢化に伴う医療費の負担の増加があり、新たに公的介護保険が必要となった。医療サービスのうち、いくつか介護サービスとして転換された。日本全体でどこでもあまねく介護サービスが利用できる環境が必要であった。

さらに利用者の自立支援や在宅重視の原則を徹底したが、現実にはむしろ難しい場合も多い。医療サービスと福祉サービスの統合も意図されたが、一事業者が複合的に経営している場合には連携が機能する場合もあるが、医療と福祉の連携はいぜん課題が残る。制度として介護保険と自費との組み合わせの混合介護はいうまでもないが、社会保険方式を採用し、保険料+税財源の組み合わせ方式となっている。さらに地方分権をめざし、市町村単位で「給付と負担の連動」が図られている。

## Ⅱ. 介護保険制度の現状

### 1. 介護保険の申請

介護サービスの利用の際には、保険者である市町村に申請を行う。はじめの手続きとしては認定調査を受け、主治医意見書が必要となる。その結果を受け、各地域の介護認定審査会で検討される。その後、市町村長の名前で認定が通知される。サービスの利用の手続きの流れを図1に示した。

新しいサービスの内容を図2に示した。平成18年4月よりはこれまでのデイサービスやショートステイなどの介護サービスに加え介護予防サービスが加わった。こうした介護サービスを利用しつつ、在宅療養を継続したり、施設を利用することになる。この点ではわが国における介護は量的にサービスが充実したことはいうまでもない。今後、介護は質的な向上をめざす必要がある。

また介護保険ではさらにサービス内容を担保し、本人の自己決定を支えるためにケアマネジメント制度を導入している。さまざまな障害をもつ人に対して、ケアアセスメントを行い、ケアプランを立案したあと、介護サービスなどを提供し、その後モニタリングをする一連の行為をケアマネジメントと



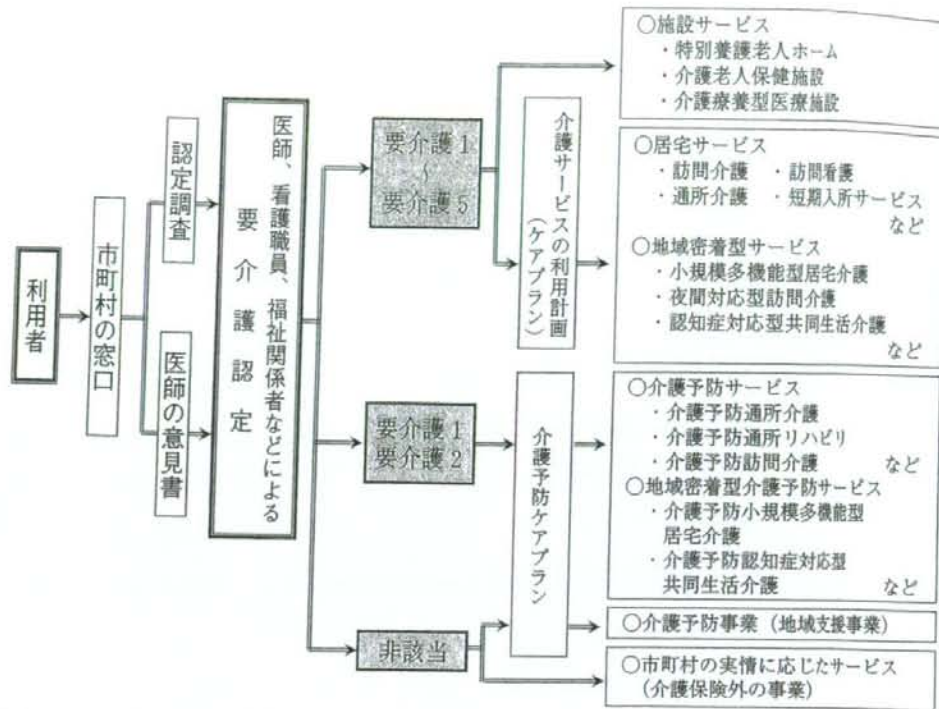


図1 サービス利用の手続き

いう。わが国の介護保険制度において、ケアマネジャーをおき、ケアマネジメントが介護サービスや施設利用において必要な制度として位置づけられた。

## 2. 改正介護保険について

高齢者介護研究会による「2015年の高齢者介護」の報告をベースに、2006年に介護保険の改正がなされ、平成18年4月より改正介護保険制度が施行された。その趣旨は超高齢化に突入するまえの2015年に備えて、保健医療福祉の方向性を示したものである。そこで要介護高齢者の半数が認知症をもち、介護施設入所者の8割が認知症をもつというデータに基づき、今後は身体ケアから認知症ケアに重点を移し、介護予防の重要性が認識された。その結果、認知症ケアの普遍化を目指すことが指摘された。その第1段階として、2004年12月に「認知症」へ痴呆の名称変更がなされた。これは疾患のイメージチェンジを図ることで、認知症への理解と対応を進めることを目