

2008.21007B

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18年度～平成20年度 総合研究報告書

研究代表者 遠藤英俊

平成21年(2009)年3月

# 目 次

## I. 総合研究報告

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 ————— 1

に関する研究

遠藤英俊

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ————— 7

III. 研究成果の刊行物・別刷 ————— 11

# I. 総合研究報告

（総合）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。その理由は既存の要介護認定にはいぜん様々な問題を内包しているからである。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。今年度は新しい調査方法の開発と検討を行った。その結果安西分担研究の結果は、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。調査2の結果、身体障害者施設におけるタイムスタディは、自記式による調査には記録をとる時間を確保すること、ケアコードの分類に時間を要すること等がみられ、タイムスタディの実施には、移動中、食事中、入浴中の記述に課題が残された。さらに発達途上にある子どもの場合は、「障害」と「未熟」の区別がつきにくいという結果を得た。本研究の3年間のまとめとしてはケアコードの見直し、グループホームでの調査、精神障害施設、身体障害・知的施設での取り組み、障害者（児）への新しい尺度の開発を行った。

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う目的の達成が期待される。

## B. 研究方法

安西分担研究においては障害者の自立に向けた支援が適切に評価されているかを考察することによって、高齢者や精神障害者の介護ニーズをより的確に反映する評価方法とコーディングの方法の検討を進めることを研究目的とした。そのために、2005年と2006年にそれぞれ在宅と施設において行ったパイロット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、それを元に精神・知的障害者の特性を考慮して開発したケアコードを用いてコーディングし、以下の課題について検討した。1) 高齢者版コードと研究班コードによるコーディングの違いはどのように表れるか、2) 対象者の生活自立度の違いやケア環境(在宅/施設)とサービスの違いが、コーディングの集計結果に反映されるか、3) 自計式と他計式という調査方法の違いは、コーディングの集計結果に影響を及ぼすか。

坂本分担研究においては、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結果と在宅障害者の実際のサービス利用状況を比較検討するとともに(調査1)、身体障害者療護施設のタイムスタディを実施し、施設における調査のフィージビリティを検討した(調査2)。

西村分担研究においては様々な状況下にある高齢者に対して、より適切な要介護認定を行うために、多様な状況における高齢者の状況を把握する研究の一環として、在宅高齢者に対するタイムスタディを実施した。

湯汲分担研究では当初は主として「介護」という側面に着目した評価方法の開発が目的であった。しかし発達障害という特性から、他の障害とは違う、介護だけにとどまらない「支援」への内容拡大・拡充が求められた。初年度では、発達障害の特性を踏まえながら独自の「発達の評価表」を開発した。今年度は、独自の表をもとに、

発達障害を持つ子どもから成人までの1191名を評価し、あわせて求められている自立に向けての支援・指導内容について調査・分析した。

(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

安西分担研究の主な結果は、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。

坂本分担研究において、調査1の結果は、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。調査2の結果、身体障害者施設におけるタイムスタディは、自記式による調査には記録をとる時間を確保すること、ケアコードの分類に時間を要すること等がみられ、タイムスタディの実施には、移動中、食事中、入浴中の記述に課題が残された。

西村分担研究の結果、530名の対象者からデータを収集できた。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、今回は単純な集計結果を報告した。一方これらを組み合わせたと

定ロジックの開発は、当初の予想通り有効なロジックの作成には至らなかった。今後新しい要介護認定ロジックが公開された段階で、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。

湯汲分担研究の結果、発達途上にある子どもの場合は、「障害」と「未熟」の区別がつきにくい。今回の結果をもとに、支援・指導の際の発達課題やその指導法を示す「発達の評価表」の改訂版を作成した。改訂版では、介護・指導課題として1414項目を選定した。今後は、今回の調査結果、および改訂版をもとに再度評価を実施し、障害程度区分に使用できる妥当性のある「評価項目」などを抽出する計画である。

#### 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」で終わるという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の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

イに関しては、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、今後厚生労働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も努めたい。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
別添参照
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

---

#### 参考資料

「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. 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                | 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<br>坂本洋一<br>藤野信行            | 障害の理解～介護の視点からみるこころとからだの障がい～ | 建帛社         | 東京  | 2009年3月 | 86-97   |
| 坂本洋一                | 障害者自立支援法に基づく専門職             | 大塚 晃<br>小澤 温<br>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年2月 | 136-141 |
| 坂本洋一                | 相談支援専門員の役割と実際               | 大塚 晃<br>小澤 温<br>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年2月 | 142-145 |
| 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 | 青山正征、<br>寺山久美子<br>西川公司<br>三ツ木任一 | 療育の窓                        | 全国心身障害児福祉財団 | 東京  | 2007    | 2-7     |
| <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年   | 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                       | 建パク社        | 東京  | 2009年   | 191-    |
| 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<br>編集代表                   | 発達障害白書2009                  | 日本文化科学社     | 東京  | 2008年   | 26      |
| 湯汲 英史               | 制度改革の行方                     | (社)日本発達障害福祉連盟                   | 発達障害白書2007                  | 日本文化科学社     | 東京都 | 2006    | 3-4     |

## 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、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ワク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 |
| Joji Onishi, Yusuke Suzuki, Hiroyuki Umegaki, <u>Hidetoshi Endo</u> , Takashi Kawamura, Munehisa Imaizumi and Akihisa Iguchi | Behavioral, psychological and physical symptoms in group homes for older adults with dementia       | International Psychogeriatrics | 18(1) | 75-86   | 2006 |
| <b>&lt;安西信雄&gt;</b>  |   |                                |       |         |      |
| 安西信雄   | 特集) 新しい時代の統合失調症－研究から治療へ－<br>統合失調症患者にどのような社会的サービスが必要か  | 臨床精神医学                         | 36(1) | 67-71   | 2007 |
| 安西信雄、瀬戸屋雄太郎  | 障害者自立支援法と社会の在り方   | 精神科                            | 8(4)  | 314-319 | 2006 |
| <b>&lt;坂本洋一&gt;</b>  |   |                                |       |         |      |
| 坂本洋一   | 障害者のケアマネジメント・プロセス(5)～障害程度区分の認定の一次判定～  | 月刊ケアマネジメント                     | 5(17) | 38-41   | 2006 |
| 坂本洋一   | 障害者のケアマネジメント・プロセス(6)～市町村審査会～  | 月刊ケアマネジメント                     | 6(17) | 42-45   | 2006 |
| 坂本洋一   | 障害者のケアマネジメント・プロセス(7)～障害程度区分と障害福祉サービス～   | 月刊ケアマネジメント                     | 7(17) | 44-47   | 2006 |



|          |  |               |       |         |       |
|----------|--|---------------|-------|---------|-------|
| 坂本洋一     | 障害者のケアマネジメント・プロセス(8)<br>～障害程度区分の認定後から支給決定まで～ | 月刊ケアマネジメント    | 8(17) | 42-45   | 2006  |
| 坂本洋一     | 障害者のケアマネジメント・プロセス(9)<br>～支給決定後の相談支援～         | 月刊ケアマネジメント    | 9(17) | 50-53   | 2006  |
| <湯汲英史>   |  |               |       |         |       |
| 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年 |
| 湯汲英史     | 「障害」を一つの特性とみる                                | 心と社会          | 37(2) | 126-130 | 2006  |

### Ⅲ. 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

JHO じほう



## 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、現実にはむずかしい場合も多い。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というまでもないが、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

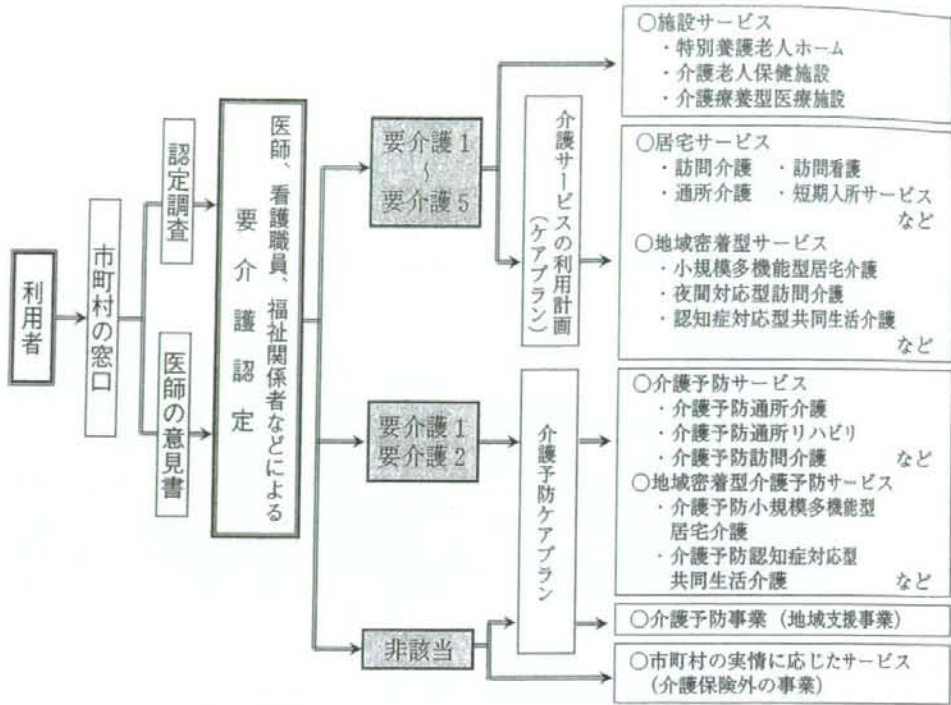


図1 サービス利用の手続き

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への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



|                              |  |  |   |
|------------------------------|--|--|---|
| <p>市町村が<br/>指定・監督を行うサービス</p> | <p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <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<br/>(グループホーム)</li> <li>○地域密着型特定施設<br/>入居者生活介護</li> <li>○地域密着型介護老人福祉施設<br/>入所者生活介護</li> </ul> | <p>都道府県が指定・監督を行うサービス</p> <p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> <p>◎居宅介護支援</p>   | <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> |
| <p>予防給付を行う<br/>サービス</p>      | <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> <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<br/>(グループホーム)</li> </ul> <p>◎介護予防支援</p>  | <p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <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> </ul> <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○介護予防短期入所生活介護<br/>(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> |   |

図2 介護サービスの種類

表1 地域包括支援センターの4つの機能

|   |
|---|
| ①総合的な相談窓口機能<br>初期相談対応, 相談支援, 実態把握, 権利擁護 等                       |
| ②介護予防マネジメント<br>介護予防プランの作成等の介護予防サービスの利用に要する業務<br>介護予防サービスの一部実施 等 |
| ③包括的マネジメント (マネジメントの統括)<br>市町村, 関係機関との調整<br>ケアマネジメント等のバックアップ 等   |
| ④権利擁護   |

的とした。つまり認知症ケアの方向性として、政策的に現在検討されていることは地域包括ケアの進展であり、具体的には小規模多機能居宅介護の創設である。また地域における総合的・継続的な認知症ケア支援体制の整備として、早期発見・診断、相談体制、家族支援などが検討されており、医師はとくに認知症の早期発見と診断に重要な役割を果たす必要がある。こうしたサービスは「生活圏域」単位のサービス基盤の整備が考えられており、認知症ケアに関する人材育成（専門資格化を含む）が重要であり、さらに高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点がおかれるようになっている。

### 3. 地域包括支援センター

改正介護保険の目玉は全国3,800か所に及ぶ地域包括支援センターの開設である。総合的な介護予防システムの確立やケアマネジメントの体系的な見直しを踏まえ地域における総合的なマネジメントをになう中核機関として創設される。専門職種として社会福祉士、保健師、主任ケアマネジャーの保健医療福祉に携わる専門職種を必置とされている。認知症や介護者もこの支援センターの直接もしくは間接的に対象となる。図3にイメージ図を示し、表1にその機能をまとめた。認知症対策に対しても地域包括支援センターは利用される。介護予防や相談支援、さらに高齢者虐待防止がその役割である。

さらに地域包括支援センターは高齢者虐待の通報受理機関である。高齢者虐待の8割程度は認知症があり、虐待を防止するための早期発見と介入を行う必要がある。そういう背景から高齢者虐待防止・養護者支援法が成立した。

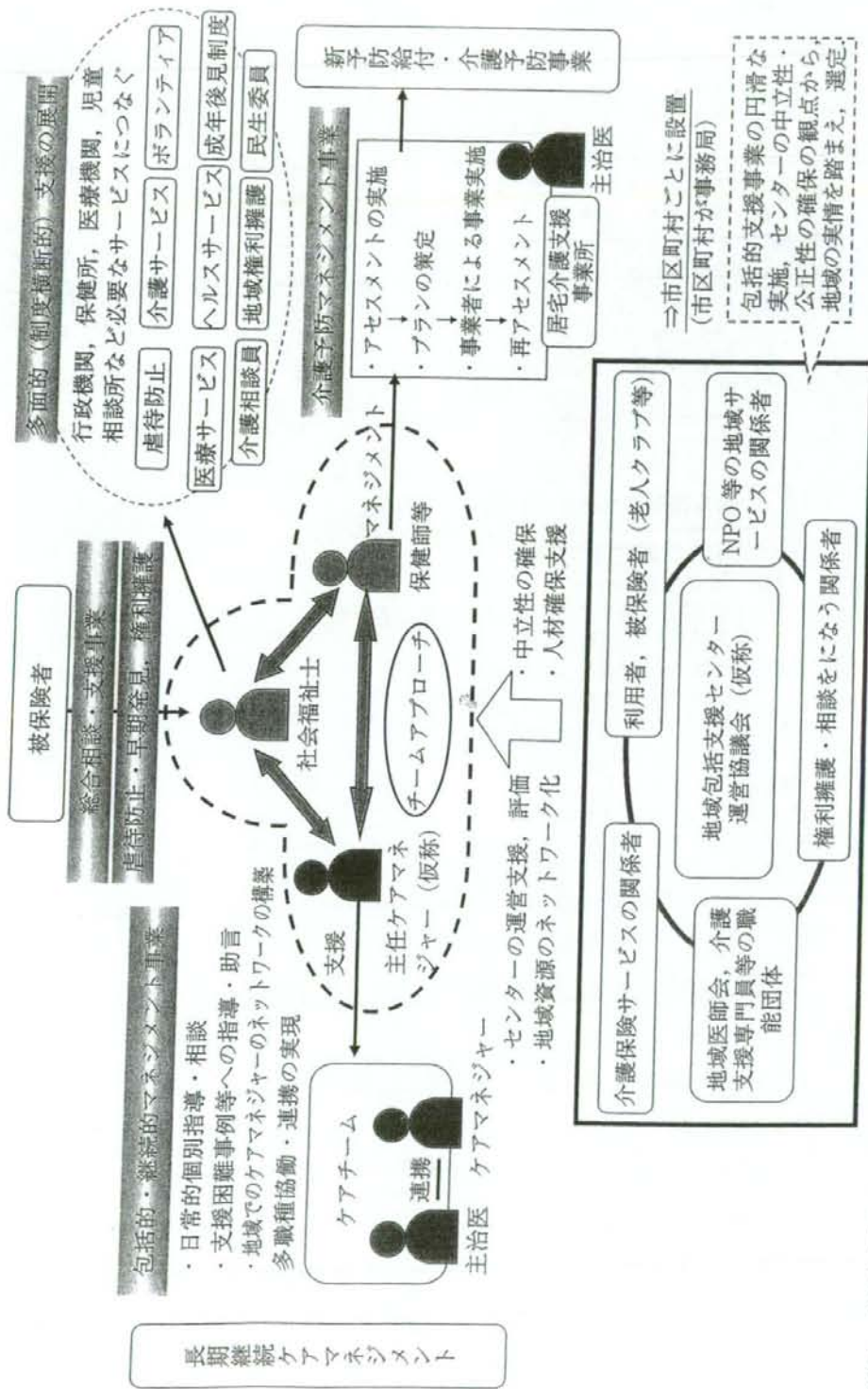


図3 地域包括支援センターのイメージ