

発達障害白書

日本発達障害福祉連盟 編

- ・全日本手をつなく育成会
- ・全日本特別支援教育研究連盟
- ・日本知的障害者福祉協会
- ・日本発達障害学会

2009

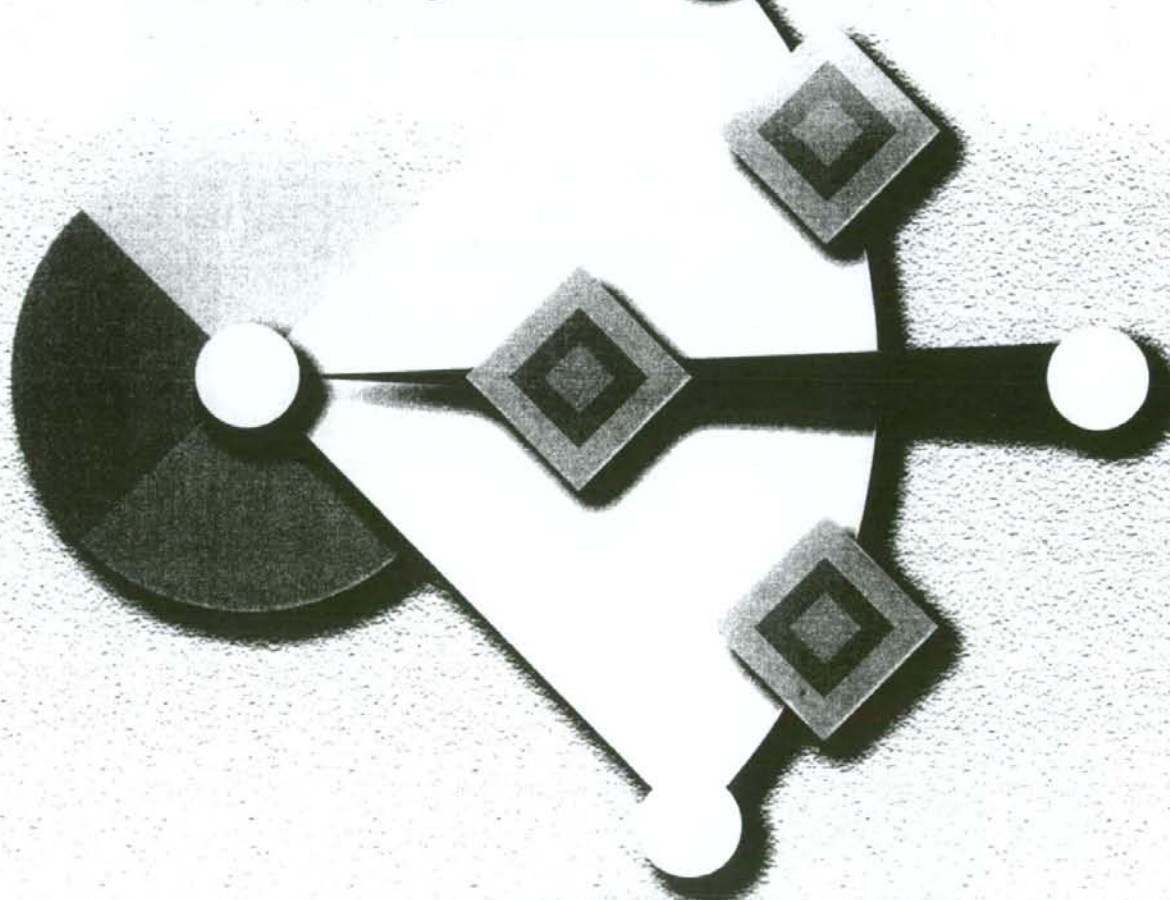
年版



CD-ROM
付き

特集

発達障害の25年を 検証する



日本文化科学社

I 発達障害の定義と社会的支援の在り方

1 「知的障害」が少な過ぎる？

発達障害専門の医療機関を利用する子どもや青年は、以前は知的障害を伴うのが当たり前だった。ところがここ1～2年の間に、知的障害「あり」と「なし」の比率は逆転してきて、「なし」の方が多くなっている。では、知能指数が70以上だから、能力に問題がないのかといえば、そうともいえない。IQ70から85までを境界線やグレイというが、それ以上でも理解力などに問題を抱える場合が多い。具体的には学業不振、不登校、引きこもりなど多様な不適応行動を示している。

知能指数は、知能は正規分布しているとの考えをもとに数値化される。理論的には約2.3%の人がIQ70以下となる。個別知能検査を受ける人はめったにいないから、多くの人がIQ70以下であることに気づかないまともいえる。欧米諸国では、国民の2～3%を知的障害と考え、施策を実施しているという。一方で厚生労働省の知的障害の推計値は55万人弱、国民の0.5%以下である。統計的にみて少な過ぎる値であり、知的障害のとらえ方、範囲が狭過ぎるといえる。

2 少な過ぎる知的障害はどこにいるのか

知能指数は、使用テストの年月がたつにつれ中央値が高い方にずれる傾向がある。これにサンプル数の問題も影響し、現実には理論と違うIQ値が出ている可能性がある。臨床の場でみる不登校・引きこもりの場合、発達障害が過半数を超えている。ニートでは、何割かに発達障害があるとされる。これらの発達障害の中には、知的障害が当然含まれている。

日本最古の精神病院には、何十人もが、何十年にもわたり入院している重度から中度程度の知的障害病棟がある。統合失調症、人格障害、うつ病など、精神障害で分けられている知的障害のある人は少なくない。さらに犯罪受刑者のうち3割程度に知的障害がありながら、ほとんどは障害認定を受けていないという。一連の問題は、社会的テーマとされるほどに人数が多い。知的障害への取り組みの弱さが、問題の発生の一因ともいえよう。

3 新たな「知的障害」？

知的障害の原因には、病理型（脳に器質的障害がある）、生理型（知的機能が低い）、社会・心理型の3つがあるとされる。最近では学習意欲が減衰し、知的障害のある生徒よりも成績が低い生徒が、少なからず出現している。社会・心理型ともいえる、新たな「知的障害」の発生である。このようなタイプも含め、知的障害、発達障害について基準を定め、対象をある程度確定した上で、ニーズに応じた有効な社会的支援の立案、実行が望まれている。

(社団法人 日本発達障害福祉連盟／早稲田大学 湯汲 英史)

発達障害白書

日本発達障害福祉連盟 編

- ・全日本手をつなく育成会
- ・全日本特別支援教育研究連盟
- ・日本知的障害者福祉協会
- ・日本発達障害学会

2007

年版



CD-ROM
付き

特集

岐路に立つ日本 制度改革の行方

日本文化科学社

I

概 論

1 「就学援助」と「下流社会」

「就学援助、4年で4割増」の朝日新聞の見出し。2006年の新年早々に出たこの記事に、多くの読者がショックを受けたと思う。ご存知と思うが、「就学援助」とは、文房具代や給食費、修学旅行費が払えない児童・生徒に対し公的に援助することである。東京では約25%、4人に1人の子が就学援助を受けているという。全国平均でも12.8%、おおむね8人に1人と続く。修学旅行費や給食費は、保護者が目的外に使うのを防ぐために、校長管理の口座に直接振り込まれる。

東京のある区には、就学援助の受給率が7割に達した小学校があり、担任は鉛筆の束と消しゴムを持参し、授業を始めるという。鉛筆や消しゴムを買えない子がいるからだ。アジアなどの、開発途上国の話のように思えるが、これは日本の現実を示したレポートである。嫌なことではあるが、「下流社会」ということばが社会に根付いてきた。朝日の記事以降、この「下流社会」と呼応するかのように、マスコミは社会の階層化を取り上げている。

2005年の家計調査では、「貯蓄を持っていない」という世帯が22.8%と発表された。4.4世帯に1つの割合で貯蓄がない。リストラ、事故、病気などがあれば、一挙に経済的に立ちゆかなくなる。駅前に林立する消費者金融の会社群。貯蓄ゼロの世帯があるからこそ、経営が成り立つといえる。社会の階層化については、高齢世帯の増加など諸論があり、社会学的に確定した話ではない。ただ貯蓄のない世帯の多さが、就学援助の比率の高さの一因となっていると思われる。

2 クラスが変わり、子どもが変わる

以前にも就学援助を受けていた子はいた。ただそれはクラスに1人か2人の範囲だったように記憶している。それがいま、大きく変わってきた。教室の中で、貧富の差が明瞭に見えるようになってきているといえる。公教育は、おおむね均一で平等な階層の子ども集団を対象に行われてきた。階層が生まれると、子ども集団の質が変化する可能性さえある。

たとえば、豊かな家の子がそれだけで「偉く」見られるかもしれない。世界の国々を貧富のものさしだけでランク付けをしたり、歴史上の人物も、勝ち組であればそれだけで正しいとなる可能性もある。

欧米の教育では、到達度別クラスやリソースルームなどが当たり前である。両者の内容には違いがあるものの、子どもの能力差を前提にしたシステムといえる。一方で日本の公教育では、クラスは高い理解力の子から低い子までを包みこんできた。能力差に着目しないシステムといえる。この日本の教育システムだが、低い子も含め、クラスの子たちの能力を平均的にあげてきたとの指摘もある。このことが日本の豊かさにつながったとも考えられる。

ところで特別支援教育の発想は、能力差を前提としたアメリカ流のシステムの導入ともいえる。この考えが行き過ぎると、低い能力の子どもは早々に一般教育から切り離されるようにならないだろうか。切り離しによって、クラスの子たちから学べる機会を子どもから奪ってしまう。このことこそ、保護者がもっとも危惧している点である。

3 「利用できる人」と「利用できない人」

アジア諸国にいくと、「貧困」が社会の大きな問題であることを実感する。特にカースト制が続いている国では、貧富の差は想像を絶するものがある。

これから階層化が進めば、教育ばかりでなく、社会のあらゆる分野で「利用できる人」「できない人」が生まれるであろう。それが、人を区別することは当たり前と見なすことにつながるかもしれない。そのような認識が一般的になれば、障害のために利用できない人に対し、使えなくても仕方がないという発想になる恐れさえある。結果的に障害がある人への、社会的な配慮が生まれにくくなるのではないかと予感する。

障害者自立支援法では、所得保障の議論が十分になされないままに、応能負担が決定した。これからは、料金を払って社会福祉施設（事業）を利用することになる。施設（事業）を自己選択できるようになるなど、確かによい面はある。ただ「利用料」に対する負担感の問題がある。歯が痛いから歯科医に行くといった切迫感がなければ、高いお金を払ってまで施設（事業）には行かないという人が現れてもおかしくない。

今後は金銭的な負担が理由で、作業所も含めた福祉施設（事業）を利用せず、家に引きこもる可能性がある。階層化社会では、現代版「座敷牢」を、新しい制度が生み出さないような仕組みの創出が必要である。

4 岐路に立つ日本

せっかく築き上げてきた平等な社会。ただこれから「一億総中流」の時代に戻すことは難しいであろう。世界を覆う「経済こそ最大の価値」とする考え方と、階層化は密接な関係があるからだ。

経済に最大価値を置いた社会では、障害がある人は勝ち組になれるはずがない。階層化は、障害がある人に対して、教育・福祉・医療分野での利用格差を広げる可能性がある。これからこそ、障害への無配慮、差別の強まりについて関係者は警戒する必要がある。

私たちは、日本がいま重要な岐路に立っているとの認識をもつべきである。その岐路だが、日本はどこを目指そうとしているのか、その問題点も含め領域ごとに各論者に分析・考察をお願いした。読者には、これからの日本の進路を見極めていただきたい。

（社団法人 日本発達障害福祉連盟／社団法人 精神発達障害指導教育協会 湯汲 英史）

Association Between Quality of Life of Demented Patients and Professional Knowledge of Care Workers

Hiroaki Kazui, MD, PhD
Kazuyoshi Harada, MD, PhD
Yoko S. Eguchi
Hiromasa Tokunaga, MD, PhD
Hidetoshi Endo, MD, PhD
Masatoshi Takeda, MD, PhD

Reprinted from Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology
Volume 21, No. 1, March 2008, pp. 72-78
© 2008 by Sage Publications
Reprinted by permission of Sage Publications, Inc.

Association Between Quality of Life of Demented Patients and Professional Knowledge of Care Workers

Hiroaki Kazui, MD, PhD, Kazuyoshi Harada, MD, PhD,
Yoko S. Eguchi, Hiromasa Tokunaga, MD, PhD,
Hidetoshi Endo, MD, PhD, and Masatoshi Takeda, MD, PhD

Professional knowledge about dementia and care methods is necessary for the appropriate care of demented people. In this study, the quality of life of 91 demented people staying at 12 care institutions was evaluated with the Quality of Life Questionnaire for Dementia (QOL-D). The amount of professional knowledge was evaluated in 140 staff members who took care of the patients using the professional knowledge test (PKT), and the mean PKT score was calculated for each institution (professional knowledge of institution). A positive significant correlation was observed between the QOL-D score and the pro-

fessional knowledge of institution. The correlation remained significant when age, sex, and severity of dementia of demented patients were partialled out. This result indicated that the quality of life of demented people was better at institutions with staff members having more professional knowledge, indicating the importance of education of staff members and the possibility that such education improves the quality of life of the demented people.

Keywords: dementia; care service; care institute; education

The number of demented people is increasing. Because most forms of dementia are incurable, care and support of demented patients are

From Psychiatry and Behavioral Science, Osaka University Graduate School of Medicine, Osaka, Japan (HK, KH, YSE, HT, MT); Harada Hospital, 9-8 Furukawa-cho, Shunan City, Yamaguchi Prefecture, Japan (KH); Department of Neuropsychiatry, Ichikawa General Hospital, Tokyo Dental College (YSE); and Department of Comprehensive Geriatric Medicine, National Center for Geriatrics and Gerontology, 36-3 Gengo, Morioka-machi, Obu City, Aichi Prefecture, Japan (HE).

The work presented in this paper was undertaken at Psychiatry and Behavioral Science, Osaka University Graduate School of Medicine. This work was supported by a Research Grant for Comprehensive Research on Aging and Health from the Ministry of Health, Labor and Welfare (No. H16-Dementia.Fract-008). There was no sponsor's role in this research. Hidetoshi Endo serves as a staff of National Center for Geriatrics and Gerontology, which is set under the Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan.

Received June 28, 2006. Revision received November 24, 2006. Accepted for publication December 6, 2006.

Address correspondence to Hiroaki Kazui, MD, PhD, Psychiatry and Behavioral Science, Osaka University Graduate School of Medicine, D3, 2-2 Yamadaoka, Suita city, Osaka, 565-0871, Japan; phone: 81-6-6879-3051; e-mail: kazui@psy.med.osaka-u.ac.jp.

important for promotion of well-being and maintenance of the optimal quality of life (QOL). In Japan, care and support of demented people were officially systematized in 2000 as the Care Insurance System. The care services provided under the Care Insurance System are divided into home care support services and care institution-type services. Adult day service is a typical home care support service. Recipients of adult day service live at home, periodically visit an adult day service center, are provided with a bathing service and meals, have their state of health checked, and receive functional training. Among the institution-type services, the group home has recently been used most widely. A group home is a facility in which 5 to 9 demented people live together and receive support in activities of daily living in a family-like atmosphere. In adult day service centers and group homes, caregivers are given consultations and advice concerning care. The numbers of adult day service centers and group homes in Japan are increasing, and such services have become available to many demented people.

Professional knowledge about dementia and care methods and skill are necessary to give appropriate care

Table 1. Characteristic of Demented Patients in Each Institute

	No. of Participants	Male Ratio, %	Age, y ^a	Etiology, n				Dementia Severity ^a	Period of Use, d ^a
				AD	VaD	Other	Unknown		
DS1	13	61.5	79.4 ± 7.4	1	8	0	4	2.6 ± 1.0	1158.9 ± 621.7
DS2	5	40	81 ± 6	1	2	0	2	2.6 ± 0.9	942.4 ± 495
DS3	7	14.3	84.1 ± 5.4	1	2	0	4	2 ± 1	2375 ± 1581.4
DS4	6	50	83.8 ± 7	0	3	0	3	3 ± 1.1	1479.3 ± 2105.7
DS5	8	50	81.5 ± 7.4	4	1	1	2	3.8 ± 1.2	1233 ± 634.1
DS6	13	23.1	85 ± 8	2	4	1	6	3.5 ± 1.6	1481.2 ± 1100.6
DS7	6	16.7	85 ± 11.1	1	1	0	4	3.7 ± 1.2	936 ± 828.9
DS8	4	25	86.8 ± 4.3	4	0	0	0	3.3 ± 1.5	1160.8 ± 804.6
GH1	5	0	87.8 ± 7.2	3	2	0	0	4 ± 1	1207.4 ± 719.1
GH2	14	0	87 ± 5.3	5	7	0	2	3.7 ± 1.3	898 ± 323.1
GH3	5	20	84.6 ± 3.9	3	0	0	2	4 ± 0.7	1112.4 ± 734.9
GH4	5	0	85.5 ± 2.2	3	1	0	1	3.4 ± 0.9	825 ± 848.1
All DS	62	37.1	83 ± 7.5	14	21	2	25	3 ± 1.3	1293.2 ± 1099.2
All GH	29	3.4	86.5 ± 4.9	14	10	0	5	3.8 ± 1.1	975.7 ± 567.7
All	91	26.4	84.1 ± 6.9	28	31	2	30	3.3 ± 1.3	1198.7 ± 967.0

NOTE: DS = day service center = GH, group home = AD, Alzheimer's disease = VaD = vascular dementia.

^aMean ± SD.

to demented people. The management of problematic behavior of demented patients by care workers was shown to be improved after a brief in-service training program on the psychosocial management of behavioral disturbance.¹ The educational caregiving program for the workers led to a significant reduction in the use of restraints in institutionalized elderly people with dementia and problem behaviors.² Depression and cognitive impairment of the residents in residential and nursing homes were improved after training and education of care workers.³ In Japan, the government has licensed care and welfare specialists (CWSs) who have professional knowledge and who play a central role in care. However, licensed CWSs account for only about 40% of all care workers.⁴ Most of the remaining care workers are helpers who are appointed only after undergoing short-term training and who do not require official qualifications. Thus, the ability of the care staff may not be sufficient in Japan.

The QOL has recently been recognized as the central aim of health care and is used for outcome measurements in clinical studies.⁵ QOL scales applicable for research in dementia have also been developed⁶ and have been increasingly used in clinical studies for demented patients.⁷ Because most forms of dementia are incurable, the promotion and maintenance of the optimal QOL are especially important for demented people. However, the relationship between the ability of care workers in care and support for demented patients and the QOL of cared demented people is unclear.

In this study, we hypothesized that the amount of professional knowledge of the care staff about dementia and care methods was an important factor in the care ability of the care staff. Then, the relationship between the QOL of the demented people and the amount of the professional knowledge of the staff members who take care of the demented people was evaluated.

Methods

Subjects

This study was performed as a part of investigation into the actual conditions of Japanese care services from January 2005 to November 2005. Eight adult day service centers and 4 group homes in Yamaguchi, Shiga, and Hyogo prefectures in Japan participated in the investigation. In these institutes, demented people staying at each institute and their caregivers were recruited. Patients and their caregivers who had little interaction with staff members were excluded from the study, because the aim of this study was to evaluate the influence of care workers on demented patients. The staff members who took care of the demented patients who participated in this study were also recruited. Participation of the staff members was not restricted to care staff, because nurses, facility directors, clerical workers, social workers, and nutritionists could have effects on the patients' QOL. Written informed consent was obtained from

Table 2. Characteristics of Staff Members in Each Institute

	No. of Participants	Male % Ratio,	Age ^a	Occupational Category						Nutritionist	Staff Members With a License, %	Duration of Present Career, y ^a	Duration of Employment at the Present Institution, y ^a
				Care Worker	Nurse	Facility Director	Clerical Worker	Social Worker					
DS1	13	15.4	46.8 ± 10	9	2	1	0	0	0	1	46.2	10.1 ± 8.4	6.7 ± 3.1
DS2	13	30.8	41.5 ± 12.3	11	1	1	0	0	0	0	23.1	3.8 ± 3.5	3.3 ± 3.5
DS3	13	23.1	54.6 ± 8	10	1	1	0	1	1	0	30.8	7.5 ± 5.5	5.8 ± 4.3
DS4	14	35.7	49.9 ± 6.4	9	1	1	2	1	1	0	57.1	10.5 ± 6.5	12 ± 6.4
DS5	13	15.4	45.3 ± 8.8	8	1	1	2	0	0	1	38.5	4.9 ± 4.7	3.4 ± 2.3
DS6	13	23.1	37.5 ± 10.9	10	2	1	0	0	0	0	61.5	8.5 ± 6.7	5.4 ± 2.9
DS7	7	28.6	33.1 ± 12.2	4	1	1	0	1	1	0	57.1	6.1 ± 7.5	3.1 ± 2.1
DS8	4	0	37.3 ± 9.6	4	0	0	0	0	0	0	50	3 ± 1.8	2.8 ± 1.7
GH1	10	0	36.7 ± 11.4	9	1	0	0	0	0	0	30	4 ± 2.4	3.3 ± 2.1
GH2	13	7.7	49.5 ± 8.8	9	1	1	1	0	0	1	7.7	2.5 ± 1.1	2.2 ± 0.9
GH3	12	0	45.6 ± 13.8	11	0	1	0	0	0	0	25	3.7 ± 2.3	2.9 ± 1.8
GH4	15	13.3	33.7 ± 9.5	13	1	1	0	0	0	0	53.3	4.4 ± 2.8	3.5 ± 2
All DS	90	23.3	44.6 ± 11.4	65	9	7	4	3	2	2	44.4	7.3 ± 6.4	5.8 ± 4.8
All GH	6	3.4	41.3 ± 12.5	42	3	3	1	0	0	1	30	3.7 ± 2.3	3 ± 1.8
All	140	17.1	43.4 ± 11.8	107	12	10	5	3	3	3	39.3	6.0 ± 5.7	4.8 ± 4.2

NOTE: DS = day service center, GH = group home.

^aMean ± SD.

all the participants. This study was approved by the ethical committee of each institute or by an alternative committee of each institute in which an ethical committee was not organized.

A total of 91 demented people participated in the study (Table 1). Under the Care Insurance System, cognitive and physical disorders are classified into 7 levels according to the degree of dependency: that is, independent status, a little support necessary status, and care necessary status, which are moreover classified into 5 levels, from 1 (mildly demented) to 5 (severely demented). In this study, this scale was used as a scale of the dementia severity. For parametric analyses, 0 points was given to "independent status," 1 point was given to "a little support necessary status," and 2 to 6 points were given to each of "care necessary status" levels 1 to 5. No significant difference was observed among the institutions in patient age ($F_{11,79} = 1.24, P = .28$, 1-way analysis of variance [ANOVA]) or number of days on which the patients used the institution ($F_{11,79} = 0.69, P = .74$, 1-way ANOVA). However, significant differences were noted in patient's sex ($F_{11,79} = 2.3, P < .05$, 1-way ANOVA) and dementia severity ($F_{11,79} = 2.3, P < .05$, 1-way ANOVA).

Table 2 summarizes the characteristics of 140 staff members who participated in this study. Care worker was the most common occupational category in each institute. Among the staff members participating in the study, 55 (39.3%) held a CWS license. The age of licensed staff (39.5 ± 11.6 years; mean \pm SD) was significantly lower than that of unlicensed staff (45.9 ± 11.4 years) ($t_{138} = 3.2, P < .005$). There was no significant difference among the institutions in the staff's sex ($F_{11,128} = 1.2, P = .31$, 1-way ANOVA), but significant differences were observed in the staff's age ($F_{11,128} = 5.4, P < .001$, 1-way ANOVA), duration of the present career ($F_{11,128} = 3.6, P < .001$, 1-way ANOVA) and the duration of employment at the present institution ($F_{11,128} = 9.1, P < .001$, 1-way ANOVA). The staff members were not informed that the relationship between the PKT score and the QOL-D score would be evaluated.

Professional Knowledge Test (PKT)

In this study, a PKT was prepared to evaluate the knowledge of staff members about dementia (http://www16.ocn.ne.jp/~pochipon/np/Kazui_questions.htm). Question items of the test were selected on the practicality of knowledge, that is, immediate

usefulness for daily care of demented people and education of caregivers. The test consisted of 20 questions, each of which was answered by selecting 1 of 5 choices. The questions were based on (a) the contents of Practical Seminars I and II on the Care of Elderly Demented Patients,⁸ (b) volumes 1 to 4 of the Dementia Care Textbook,⁹ and (c) guidelines for the treatment of patients with dementia.¹⁰

The PKT was given to 10 physicians or nurses with 5 or more years of dementia treatment experience, 10 residents working in Osaka University Medical Hospital with less than 2 years of clinical experience and little experience in the treatment of dementia, and 10 citizens who had not been engaged in medical services. The 10 dementia specialists were working for various institutions in different areas of Japan. The test scores were significantly different among the 3 groups (17.7 ± 2.2 ; mean \pm SD in the specialists, 11.4 ± 1.8 in the residents, and 6.3 ± 1.9 in the citizens; $F_{2,27} = 82.6, P < .001$). A post hoc Tukey HSD test revealed significant differences among the groups (specialists vs residents, $P < .001$; residents vs citizens, $P < .001$). In this study, the score of each staff member on the test was regarded as his or her professional knowledge, and the mean of the score at each institution was regarded as the professional knowledge of the institution.

Quality of Life Questionnaire for Dementia (QOL-D)¹¹

The QOL-D is a reliable and valid instrument for disease-specific QOL assessment in elderly patients with dementia. The QOL-D includes 31 items classified into 6 domains. The 6 domains are divided grossly into 2 groups. One is positive aspects of the QOL, including positive affect, ability of communication, spontaneity and activity, and attachment to others; the other is negative aspects, including negative affect and actions and restlessness. Each domain has 4 to 7 items. Each item is rated using a 4-point multiple-response scale ranging from 1 (none) to 4 (frequent). A higher score in the domain of positive aspects and lower score in the domain of negative aspects mean a better QOL. In this study, the QOL of demented people was evaluated by institution staff using this scale. At the time of the evaluation, the staff members were not informed of the analytical method described below. The mean score was calculated for each

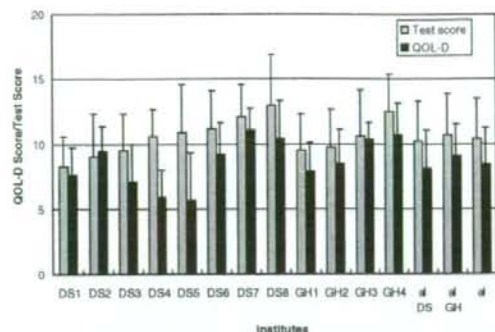


Figure 1. Results of the Professional Knowledge test and QOL-D in each institute. DS, day service center; GH, group home. Error bars means \pm SD. QOL-D = Quality of Life Questionnaire for Dementia.

domain, and the QOL-D score was calculated for each subject by adding the 4 mean scores of each positive aspect and subtracting the 2 mean scores of each negative aspect.

Analyses

The significance of differences between PKT scores and the significance of differences between QOL-D scores were determined by *t* test or 1-way ANOVA. Correlations between the PKT scores and other variables and correlations between QOL-D scores and other variables were evaluated by Pearson's correlation analysis. Whether the professional knowledge of the institution had a specific effect on the QOL-D score was tested by using partial correlation analysis, in which possible effects of age of the demented people, their sex, and dementia severity were partialled out. The significance level was set at .05.

Results

Results of Professional Knowledge Test

The PKT differed significantly among the 12 institutions ($F_{11,128} = 2.5, P < .01$, 1-way ANOVA) and the mean score of PKT was 10.4 ± 3.1 (mean \pm SD) (Figure 1). No significant difference was noted between the day service staff members and group home staff members ($t_{138} = 0.88, P = .38$). However, staff members with a CWS license had significantly higher scores than those without it (12.0 ± 2.9 and 9.4 ± 2.9 , respectively; $t_{138} = -5.4, P < .001$). The PKT scores of the staff were inversely correlated

with staff's age ($r = -0.24, P < .005$) but were not correlated with staff's sex ($r = -0.02, P = .84$), duration of the present career ($r = 0.03, P = .76$), or duration of employment at the present institution ($r = 0.02, P = .84$).

Results of the QOL-D

The QOL-D score differed significantly among the 12 institutions ($F_{11,79} = 3.4, P < .001$, 1-way ANOVA), and the mean QOL-D score of all patients was 8.4 ± 2.8 (Figure 1). The mean scores in individual domains were 3.1 ± 0.7 in positive affect, 3.0 ± 0.7 in ability of communication, 2.8 ± 0.9 in spontaneity and activity, 2.6 ± 0.9 in attachment to others, 1.6 ± 0.8 in negative affect and actions, and 1.8 ± 0.7 in restlessness. The scores for the domains of positive aspect were higher than those for the domains of negative one. The mean scores of the sum of domains were 11.8 ± 2.5 in the positive aspect and 3.4 ± 1.3 in the negative one. There was no difference in the QOL-D score between the day service users and the group home users ($t_{89} = 1.50, P = .14$). The QOL-D score was significantly correlated with the patient's age ($r = 0.23, P < .05$) and sex ($r = -0.32, P < .005$) but not with the duration of the use of the institution ($r = -0.14, P = .19$) or the dementia severity ($r = -0.06, P = .60$). Also, no significant relationship was observed between the QOL-D score and the percentage of workers with the license of CWS at each institution ($r = .06, P = .58$).

Correlation Between the QOL-D and Professional Knowledge

A significant correlation was observed between the professional knowledge of the institution and the QOL-D score ($r = 0.27, P < .01$). The correlation remained significant when age, sex, and dementia severity of demented patients were partialled out ($\beta = .25, P < .05$). The professional knowledge of institution was significantly correlated with sum of 4 domains of positive aspect ($r = 0.21, P < .05$), positive affect ($r = 0.26, P < .05$), and attachment to others ($r = 0.24, P < .05$) but not with sum of 2 domains of negative aspect ($r = -0.17, P = .11$), ability of communication ($r = 0.10, P = .32$), spontaneity and activity ($r = 0.09, P = .40$), negative affect and actions ($r = -0.16, P = .13$), or restlessness ($r = -0.14, P = .18$).

Discussion

In this study, the QOL of demented people was higher in institutes whose staff had a greater professional knowledge of caregiving. This relationship remained significant even after elimination of the possible confounding factors of patient's age, patient's sex, and dementia severity. The problematic behavior, depression, and cognitive impairment in demented patients were reported to be improved after training and education of care workers.^{1,3} A significant reduction in the use of restraints in institutionalized elderly people with dementia also followed the educational caregiving program for the care workers.² Thus, the education of care workers was assumed to improve the QOL of demented people through improving their psychological conditions. However, the relationship between the ability of care workers and the QOL of cared demented people had not been assessed. This study is the first report to clarify the significant relationship between the ability of care workers and the QOL of cared demented people and indicates the possibility that the education of care workers improves the QOL of the demented people.

In this study, no significant correlations were noted between the score on the PKT and the duration of the present career or the duration of employment at the present institution. This indicated that knowledge about dementia and care methods for demented patients was difficult to acquire simply by accumulation of experience. Conversely, a negative correlation was observed between the age of the staff members and the score on the test, probably because those with a CWS license tended to be younger and to have better test scores than those who did not have a license. This result indicated the importance of education of staff members. However, the percentage of staff members with a license in the institute was not correlated significantly with the QOL-D score. Therefore, the professional knowledge acquired through the present training system for CWS might not be sufficient to significantly improve the QOL of demented people.

The QOL is a multidimensional concept encompassing social, psychological, and physical domains. The QOL-D includes 6 domains of QOL. In this study, a positive correlation was observed between the PKT score and the sum of the scores of the 4 domains of positive aspects. On analysis by the domain, the PKT score was significantly correlated with the positive affect and attachment to others. These results

suggest that patients are psychologically relieved, enjoy life, and create pleasant relationships with people around them when they are cared for by staff members with professional knowledge. Among the positive domains, the ability of communication and spontaneity and activity showed no positive correlation with the test score. The impairment of these domains may be attributable to the pathology of dementia¹²⁻¹⁵ and may be less responsive to intervention. Generally, alleviation of behavioral and psychiatric symptoms in demented elderly patients is the first effect expected from professional education of caregivers.¹⁻³ In this study, however, the relationship between the 2 domains of negative aspects or their sum and the PKT score was not significant. This may be attributable to the fact that the QOL concerning the negative domains of the present patients was generally good.

There were some limitations in this study. First, there might have been some differences in precision of QOL-D score among the 12 institutions, because the staff member with a greater professional knowledge of caregiving would evaluate the patients' QOL more precisely. The families of the people living in group homes were not familiar with their everyday conditions and could not evaluate their QOL. Using 1 rater who was unaffiliated with any of the institutes in this study to evaluate the QOL of all patients of this study would be impractical. Thus, we left the evaluation to staff members. Second, we evaluated staff members concerning the amount of their knowledge about dementia rather than whether they actually gave appropriate care according to the knowledge. However, because appropriate care is impossible without appropriate knowledge to begin with, evaluation of the knowledge level is important. For the future, evaluation of the relationship between the appropriateness of actual care and the QOL of demented elderly people will be necessary.

The results of this study indicate the importance of education of staff members and the possibility that such education improves the QOL of demented people. Further prospective studies are needed to confirm the present results.

References

1. Moniz-Cook E, Agar S, Silver M, et al. Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:149-158.

2. Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:587-590.
3. Proctor R, Burns A, Powell HS, et al. Behavioural management in nursing and residential homes: a randomised controlled trial. *Lancet*. 1999;354:26-29.
4. Nakajima K. Qualifications and roles in the fields of elderly welfare and care. *Geriatr Med*. 2005;43:1379-1388.
5. Kirpizidis H, Stavratsi A, Geleris P. Assessment of quality of life in a randomized clinical trial of candesartan only or in combination with DASH diet for hypertensive patients. *J Cardiol*. 2005;46:177-182.
6. Ettema TP, Droes RM, de Lange J, et al. A review of quality of life instruments used in dementia. *Qual Life Res*. 2005;14:675-486.
7. Ballard CG, Margallo-Lana ML. The relationship between antipsychotic treatment and quality of life for patients with dementia living in residential and nursing home care facilities. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(suppl 11):23-28.
8. Textbook Editorial Board, Tokyo Dementia Care Research and Training Center. *Practical Seminar on the Care of Demented Elderly People I and II*. Tokyo: Dai-ichi Hoki; 2002.
9. The Japanese Society for Dementia Care. *Dementia Care Textbook 1-4. Basics of Dementia Care*. Tokyo: World Planning; 2004.
10. Nakamura S. *Guideline for the Treatment of Patients With Dementia*. Tokyo: World Planning; 2003.
11. Terada S, Ishizu H, Fujisawa Y, et al. Development and evaluation of a health-related quality of life questionnaire for the elderly with dementia in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;17:851-858.
12. Grossman M, Payer F, Onishi K, et al. Language comprehension and regional cerebral defects in frontotemporal degeneration and Alzheimer's disease. *Neurology*. 1998;50:157-163.
13. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Ylikoski R, et al. Clinical determinants of poststroke dementia. *Stroke*. 1998;29:75-81.
14. Migneco O, Benoit M, Koulibaly PM, et al. Perfusion brain SPECT and statistical parametric mapping analysis indicate that apathy is a cingulate syndrome: a study in Alzheimer's disease and nondemented patients. *Neuroimage*. 2001;13:896-902.
15. Szirmai I, Vastagh I, Szombathelyi E, Kamondi A. Strategic infarcts of the thalamus in vascular dementia. *J Neurol Sci*. 2002;203-204:91-97.

10. 介護保険制度

遠藤 英俊 大島 浩子

臨床精神医学 第37巻 第5号 別刷

アークメディア

第3部 治療と対応

10. 介護保険制度

遠藤 英俊 大島 浩子

特集

臨床に必要な
高齢者精神障害
の知識

Key words: 介護保険, ケアマネジメント, 認知症, 介護予防

1 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。介護保険は介護に革命をもたらした。その結果介護サービスの充実が図られ、医療と介護は連携して提供されるようになってきた。その後の改正の主な内容としては、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。地域では地域密着型サービスの充実が図られた。また新たに地域包括支援センターが設立された。地域包括支援センターは認知症対策をはじめ、介護予防、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今後さらに充実が期待されるサービスである。一方介護施設においてはユニットケア化、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。

2 介護保険制度の概要

介護保険制度は超高齢社会を前に、介護問題を国として解決する手段として創設された。まずはこれまでに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、福祉を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、民間活用がねらいの一つとなった。

さらに利用者の自立支援や在宅重視を目的とされたが、現実には難しい場合も多い。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が、医療と福祉の連携は依然課題が残っている。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、介護保険制度は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」をめざしている。

介護保険の対象は原則65歳以上の要介護状態となった者であるが、寝たきりや認知症が対象のほか、40歳以上の特定疾病の患者が対象となる。とりわけ認知症は今後も患者数の増加が予想され、最大の対象として、改正介護保険においても重要とされている。認知症の診療において、介護保険の知識をもち、本人・介護者への指導ができることは医師として欠かせない状況となっている。今後は対象者の拡大も検討されている。

Japanese long term care insurance

ENDO Hidetoshi and OSHIMA Hiroko 国立長寿医療センター [〒474-8511 大府市森岡町源吾 36-3]

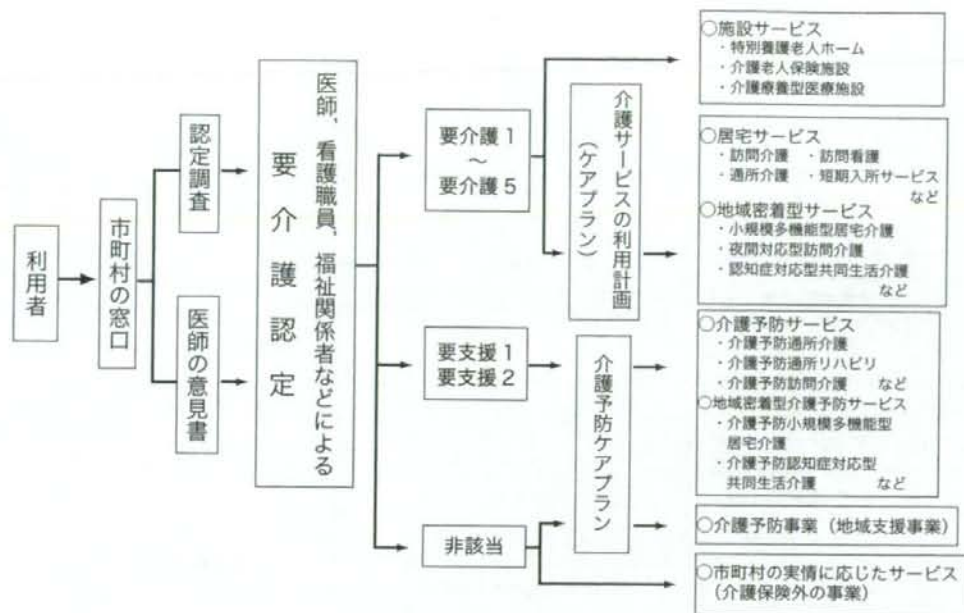


図1 サービス利用の手続き

3 介護保険の利用

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。始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整理して表1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、在宅介護を可能な限り継続し、在宅療養が困難になれば介護施設を利用することになる。この点では日本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。しかしながら今後の介護は量より質的な向上をめざす必要がある。保険料は地域ごとに異なり、全国平均では図2に示したように平均で月約4,300円となっているが、介護サービス量が豊富な地域は保険料も高額となっている。なおサービスの利用料はそれぞれ介護報酬で規定された額の10%である。

介護施設のサービス料もそれぞれの施設類型ごとに規定されているが、最近では個室サービスも多くなり、その分は利用料に反映されている。

4 ケアマネジャーの役割

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。障害をもつ人に対して、アセスメントを行い、ケアプランを立案した後、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いう(図3)。日本の介護保険制度において、ケアマネジャーを置き、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。

5 改正介護保険について

2015年高齢者介護研究会の報告をベースに今年度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が施行された。その趣旨は超高齢化に突入する前の2015年に備えて、保健医療福祉の方向性を提言したものである。そこで要介護高

表1 介護サービス

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"> ◎地域密着型サービス <ul style="list-style-type: none"> ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ○地域密着型特定施設入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> ◎居宅サービス【訪問サービス】 <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護(ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○特定福祉用具販売 ◎居宅介護支援 	介護給付を行うサービス 予防給付を行うサービス
<ul style="list-style-type: none"> ◎地域密着型介護予防サービス <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム) ◎介護予防支援 	<ul style="list-style-type: none"> ◎介護予防サービス【訪問サービス】 <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護(ホームヘルプサービス) ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○特定介護予防福祉用具販売 	

- 介護保険の総費用、給付費は、年10%を超える伸び
- 1号保険料も第1期(H12~14)から第2期(H15~17)で13%増

- 総費用の伸び



- 1号保険料【全国平均(月額・加重平均)】

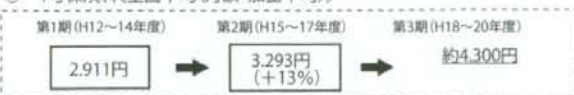
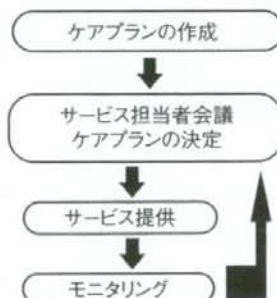


図2 介護保険財政の現状

図3 ケアマネージャーの仕事
介護保険利用者の自立支援・生活の質の向上を目的にケアマネジメントする。

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あることが認識された。その結果認知症ケアの普遍化をめざすことが指摘された。その第一段階として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することで、認知症への理解と対応を進めることを目的とした。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、医師は特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、高齢者虐待の防止、権利擁護システムの強化にも重点が置かれるようになってきている。

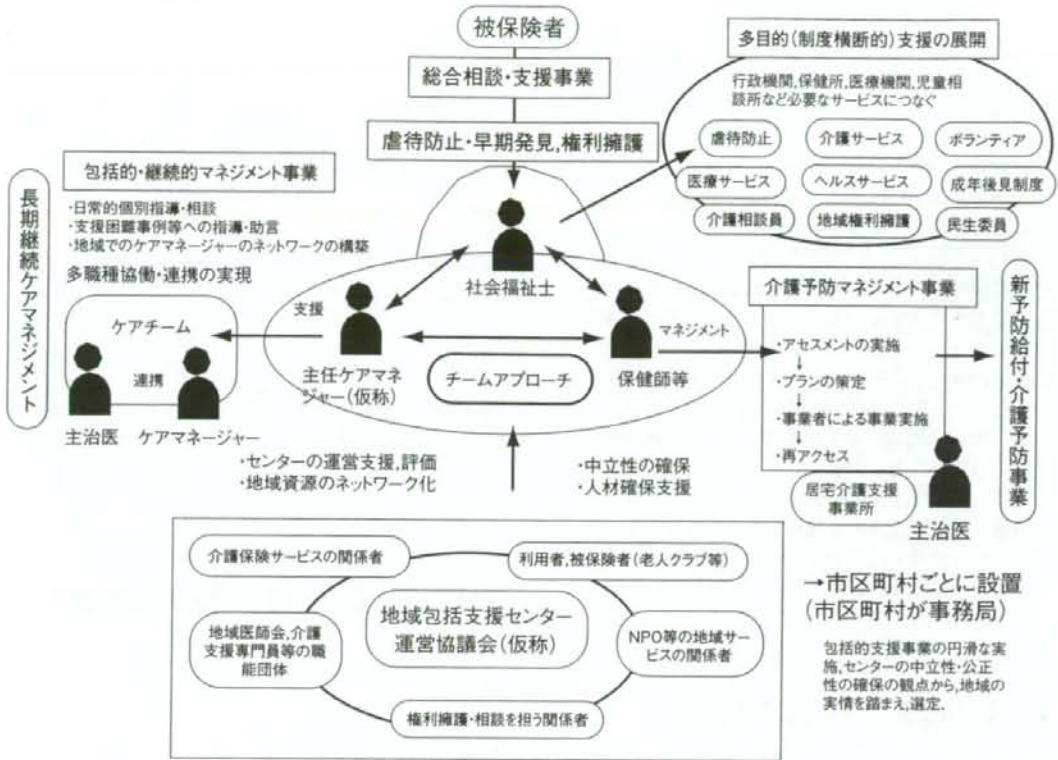


図4 地域包括支援センターのイメージ

6 地域包括支援センターの役割

改正介護保険の目玉は全国3,800カ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担う中核機関として創設された。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配置とされている。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4にイメージ図を示し、表2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

表2 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
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
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
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)
市町村、関係機関との調整
ケアマネジメント等のバックアップ 等
- ④権利擁護

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。特にこの法律では介護者支援に配慮する必要を示した。医師は特に身体虐待を発見する場合があります。適切な対応を要する高齢者がある。生命に関わる高齢者虐待は通報義務がある。表3に高齢者虐待の類型を示した。

表3 高齢者虐待の類型

1. 身体的虐待(意図的に物理的な力を行使し、身体の傷、痛みまたは欠損を結果としてもたらすもの)
2. 性的虐待(あらゆる形態の高齢者との合意の無い性的接触)
3. 情緒的/心理的虐待(脅かし、侮辱、威圧、などの言語による、または、非言語による虐待的行為によって、心理的または情緒的な苦痛を意図的に与えること)
4. 放任(ネグレクト)(意図的または結果的にケア提供者がケア提供に関わる約束、または義務を履行しないこと)
5. 経済的虐待(許可無くして高齢者の金銭、財産、または、その他の資源を使うこと)
6. 自己放任/自虐(セルフネグレクト)(高齢者自身による自身の健康を損ねたり、安全を脅かすような、怠慢な、または自虐的なふるまい)
7. 遺棄・放置(介護や世話ができなくなった者、または介護や世話を拒否する者が高齢者を病院やナースিংホームに置き去ること)

7 地域密着型サービスの役割

地域密着型サービスは地域に根ざし、市町村の指定、監督を行うサービスが位置づけられた(表4)。特に小規模多機能型居宅介護サービスは在宅を一日でも長く在宅を続け、リロケーションダメージを回避することで、新しい形のサービスといえる。認知症をもつ人にとって有用なサービスとして期待される。また地域の独居認知症患者の支援の中核としての役割も期待されている。その後認知症の末期になると有床診療所やグループホームへの住み替えが考えられている。今後は民間の高齢者賃貸住宅などの住居の拡充が予想される。

8 介護施設の変化について

認知症生活介護としてのグループホームサービスの成功を踏まえて、介護施設においてもグループホーム的なケアが施設に導入されてきている。すなわちユニットケアが徐々に導入されてきている。すなわち介護福祉施設において個室は70%を確保され、介護老人保健施設においては個室50%を確保が目標とされている。さらに施設の地

表4 地域密着型サービスの種類

1. 小規模多機能型居宅介護
2. 夜間対応型訪問介護
3. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(29名以下の特別養護老人ホーム)
4. 地域密着型特定施設入居者生活介護(29名以下の介護専用型特定施設)
5. 認知症対応型共同生活介護(認知症高齢者グループホーム)
6. 認知症対応型通所介護

域展開が検討されており、施設のサテライト化や小規模多機能型居宅介護を行うことが計画されている。つまり集団ケアから個別ケアへ、施設ケアから地域ケアへの転換がみられるといっても過言ではない。

9 認知症の介護予防と非薬物療法

認知症の介護予防はエビデンスが十分でないことから、筋力トレーニング、口腔ケア、栄養プログラムのみが先行している。したがって認知症の介護予防はより若い高齢者を対象に地域支援プログラムとして位置づけられている。音楽療法や学習療法など種々の取り組みがなされているが、なかでも回想療法が重要な位置を占められる³⁾。介護保険の改正により、各市町村の地域包括支援センターにおいて、介護予防の対象者は介護予防ケアマネジメントが提供される。すなわち介護予防プランに位置づけられ、デイサービス、デイケアを始め訪問リハなどが対象となる⁶⁾。しかし質のよいサービスがなければ、介護予防の効果はない。また定年後の生き甲斐づくりの活動も認知機能の予防の役立つに違いない。戸外での活動や運動も有効であると思われる。

認知症の非薬物療法には病院や施設などで作業療法士などにより行われるリハビリテーションや多くの在宅サービスのデイケアやデイサービスで行われるものなどがある。内容については音楽療法、回想療法、芸術療法、動物介在療法、運動療法、現実見当識訓練などがあり、それぞれの療法により特徴があり、必ずしも科学的なデータが集積されているわけではない²⁾。しかし認知症患者の表

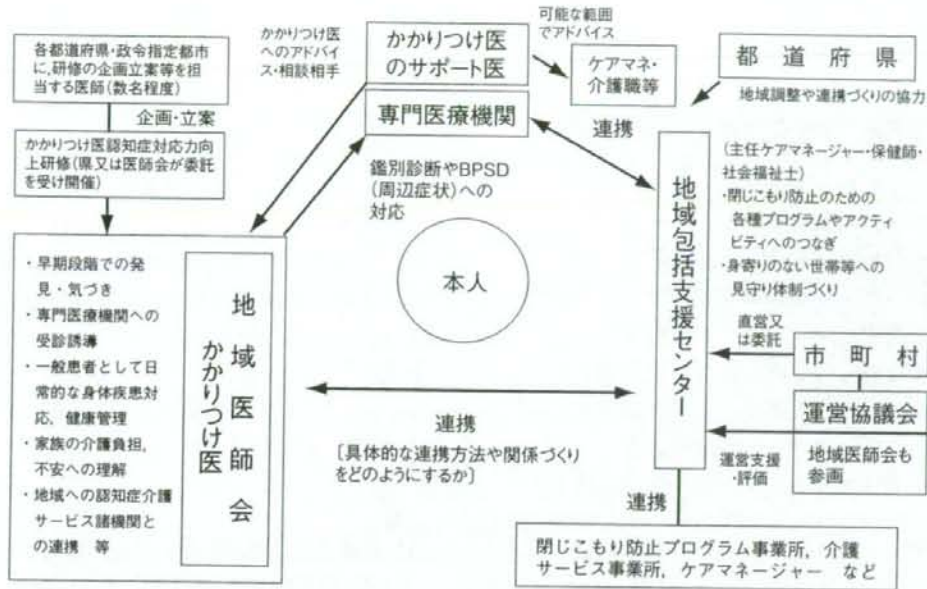


図5 かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

情や抑うつなどの気分がよくなったり、反応がよくなったりなどの変化が観察される場合がある。基本的には認知症そのものは改善することは困難であるが、認知症の行動心理症状(BPSD)が改善され、認知機能の維持ができることにより、間接的ではあるが認知症の進行遅延できるかどうか大きな課題となっている。少なくとも認知症に対するリハビリを行うことで患者や家族の支援を行い、QOLの向上を図ることが重要である。さらにいえば、これらの取り組みをミニデイや宅老所などで行えば、認知症の進行遅延が可能となることを示唆しており、認知症の介護予防そのものとなる。またデイサービスやデイケアで行えば、それはアクティビティであり、より専門的に行えば、認知症の認知リハビリテーションとなる。われわれは回想療法の認知症の対する効果を検証しており、最近テレビ回想法とパソコン回想法のソフトを開発した。また認知症の個別ケアを推進するために、認知症ケアマネジメント・センター方式が開発された⁵⁾。困難事例において有用性が示されている。

10 かかりつけ医、サポート医の研修と対応

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、医師は特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。真に地域医療の最大の担い手として医師はこれでもかかかりつけ医として役割を果たしてきた、しかし認知症は専門外として、相談や診療を避けてきた面も一部にみられた。急性期病院においても認知症の診療に困難をきたしはじめている面もある。そこでわれわれは認知症(痴呆症)のクリニカルパスを作成し、病棟での診断・治療・看護の指針を作成した²⁾。さらに大腿骨頭部骨折や脳卒中などの連携パスの充実と実施が診療報酬で加算が認められている³⁾。一方地域では厚労省と日本医師会が協力して、国立長寿医療センターが研修を行う認知症サポート医の研修を開始した。サポート医はかかりつけ医研修を支援し、地域での診断や治療をチームでサポートし、認知症になっても安心して地域で生活を継続できるネットワーク体制を構築できることをねらいとしている。すでにサポート医は564名を超え、