

介護保険制度下の介護サービス評価に関する変化

——痴呆性高齢者に提供された介護サービスと経年的変化——

ツイ タカコ
筒井 孝子*

目的 居宅で生活する問題行動がある痴呆性高齢者に対応した介護サービスの提供方法に関する指針を得ることをねらいとして、介護保険制度の施行後、居宅で介護サービス提供を受けた問題行動がある痴呆性高齢者（以下「問題行動あり群」と問題行動がない痴呆性高齢者（以下「問題行動なし群」）について、介護サービス提供実施から6か月後の状態像、要介護度、介護サービス利用回数の変動傾向を分析することと、問題行動の有無別の経年的な状態像の変化や介護サービスの提供実態の差異を分析することを目的とした。

方法 調査対象は、調査地域において要介護認定の申請を行い、調査を受けた者で、介護保険制度開始後の6か月後に認定更新のために再申請を行ったもののうち、転居せず同一地域で6か月間、居宅で生活をしていた高齢者333人とした。調査内容は、性別、年齢、初回申請時と6か月後の更新時の認定結果、介護サービス利用状況の変化、身体的・精神的状態像などの属性の変動である。

分析は、これらのデータを問題行動あり群と問題行動なし群に分類して、介護サービス利用状況の変化等を中心に、連続量についてはT検定と共分散分析を用い、離散量については χ^2 検定とMcNemar検定を行った。

結果 問題行動なし群に比べて問題行動あり群の方が悪化する高齢者の割合が高いことが明らかになり、しかも要介護認定項目のほとんどの項目（53項目）で悪化が示された。しかし、提供された介護サービスの種類や回数を問題行動なし群と比較した結果、「通所介護」にしか有意な差はなかった。さらに、問題行動あり群では、6か月間で状態は大きく悪化し、日常生活能力やIADLが有意に低下していたにもかかわらず、介護サービスの提供内容や提供回数は、変化していなかった。

結論 現在、利用されている介護サービスは、家族の介護を代替、補完するには不十分であり、このことが問題行動あり群の状態像を有意に低下させているとも考えられる。これらを科学的に解明するためには、第1に、全国的な疫学調査による痴呆の有病率、発生要因などに関する基礎的データの収集とそのデータベースの作成により経年的な変化を追跡する研究が一層、必要となる。第2に、痴呆性高齢者の家族介護の実態を明らかにしながら、その特徴や能力が痴呆の進行とともに変化することを明らかにするための研究を推進することが重要である。第3に、いわば痴呆の進行のステージごとに、「どのような」介護サービスが、「どの程度の」効果があるのかといった実証的な研究が実施され、多くのevidenceの蓄積が進められることが強く望まれる。

キーワード 介護保険制度、要介護度、痴呆性高齢者、介護サービス、経年的変化

* 国立保健医療科学院福祉サービス部室長

表1 申請および更新時の男女別問題行動

(単位 人、()内%)

	総 数	男 性	女 性
申 請 時			
総 数	333 (100.0)	121 (36.3)	212 (63.7)
問題行動なし	154 (100.0)	57 (37.0)	97 (63.0)
問題行動あり	179 (100.0)	64 (35.8)	115 (64.2)
更 新 時			
総 数	333 (100.0)	121 (36.3)	212 (63.7)
問題行動なし	150 (100.0)	57 (38.0)	93 (62.0)
問題行動あり	183 (100.0)	64 (35.0)	119 (65.0)

表2 問題行動の有無と要介護度

(単位 人、()内%)

	二次判定結果(申請時)		二次判定結果(更新時)	
	問題行動なし	問題行動あり	問題行動なし	問題行動あり
申請時の要介護度				
総 数	154(100.0)	179(100.0)	154(100.0)	179(100.0)
要 支 援	58(37.7)	27(15.1)	38(24.7)	17(9.5)
要介護1	47(30.5)	34(19.0)	51(33.1)	34(19.0)
要介護2	20(13.0)	31(17.3)	26(16.9)	20(11.2)
要介護3	10(6.5)	32(17.9)	10(6.5)	32(17.9)
要介護4	12(7.8)	27(15.1)	17(11.0)	33(18.4)
要介護5	7(4.5)	28(15.6)	12(7.8)	43(24.0)

I は じ め に

在宅で生活する要介護高齢者と家族にとって、介護保険制度下で提供される介護サービスの利用は、在宅生活の継続には欠かすことのできないものとなっている。特に徘徊などの問題行動がある痴呆性高齢者に対する家族の介護負担は重く、介護サービスの利用は不可欠とされている。この「動く痴呆性高齢者」^{※1)}の要介護認定は、コンピュータによる一次判定に問題があると言われてきた¹⁾⁻⁵⁾。そのためもあって、各地の介護認定審査会においては、コンピュータによる一次判定を上位に変更した二次判定（要介護認定）がなされる傾向があった⁶⁾。これらの問題に対応するため厚生労働省は、2003年度版の一次判定システムにおいて見直しを行った⁷⁾⁸⁾。

このように問題行動がある痴呆性高齢者に関する要介護認定や介護サービスの提供方法は、介護保険制度施行後、課題とされてきた。そこで、本研究では、これらの痴呆性高齢者に関する基礎的資料を収集し、居宅で生活する問題行動がある痴呆性高齢者に対応した介護サービスに関する指針を得ることをねらいとして、介護

表3 問題行動の有無と要介護度の変化

(単位 人、()内%)

二次判定変更結果 (初回申請時→更新時)	問題行動の有無（申請時）	
	問題行動なし	問題行動あり
総 数	154 (100.0)	179 (100.0)
状 態 悪 化	48 (31.2)	62 (34.6)
要介護1から要介護2	9 (5.8)	5 (2.8)
要介護1から要介護3	2 (1.3)	3 (1.7)
要介護1から要介護4	1 (0.6)	1 (0.6)
要介護1から要介護5	- (-)	1 (0.6)
要介護2から要介護3	3 (1.9)	8 (4.5)
要介護2から要介護4	2 (1.3)	4 (2.2)
要介護2から要介護5	- (-)	4 (2.2)
要介護3から要介護4	4 (2.6)	9 (5.0)
要介護3から要介護5	3 (1.9)	3 (1.7)
要介護4から要介護5	2 (1.3)	11 (6.1)
要支援から要介護1	17 (11.0)	11 (6.1)
要支援から要介護2	3 (1.9)	1 (0.6)
要支援から要介護3	1 (0.6)	1 (0.6)
要支援から要介護4	1 (0.6)	- (-)
状 態 維 持	66 (42.9)	92 (51.4)
要介護1から要介護1	33 (21.4)	21 (11.7)
要介護2から要介護2	14 (9.1)	13 (7.3)
要介護3から要介護3	3 (1.9)	19 (10.6)
要介護4から要介護4	9 (5.8)	15 (8.4)
要介護5から要介護5	7 (4.5)	24 (13.4)
状 態 向 上	40 (26.0)	25 (14.0)
要支援から要支援	36 (23.4)	14 (7.8)
要介護1から要支援	2 (1.3)	3 (1.7)
要介護2から要介護1	1 (0.6)	2 (1.1)
要介護3から要介護2	- (-)	1 (0.6)
要介護4から要介護3	1 (0.6)	1 (0.6)
要介護5から要介護4	- (-)	4 (2.2)

保険制度が実施されてからの介護サービス提供の変化とその状態の変化等について分析することとした。

II 方 法

調査の地域は、旧厚生省が介護保険制度の実施を目指して平成8年度から行ってきたケアマネジメント・モデル調査研究事業⁹⁾において、先進的な高齢者ケア体制を確立していると評価された19市町村のうち、①人口規模が3万人以下であること、②介護保険実施前に老年人口比率が20%を超えていることを条件とした。この結果、19市町村から2市町村が抽出され、このうち、平成8年度からケアプランの研修を積極的に実施し、医療機関、社会福祉協議会、訪問看護ステーションなどによるケアマネジメントシステムが構築され、居宅での介護体制を推進してきたA市に調査を依頼した。

調査の対象は、調査地域において要介護認定調査の申請を行い、調査を受けた高齢者で、介

介護保険制度開始後の6か月後に認定更新のために再申請を行った者のうち、転居せず同一地域で6か月間、居宅で生活をしていた高齢者333人とした。また、調査にあたっては、利用者と家族の同意を得た後、自治体の長に対して、各種資料の閲覧の認可を受けた後、調査資料を収集した。その内容は、性別、年齢、初回申請時と6か月後の更新時の認定結果、介護サービス利用状況の変化、身体的・精神的状態像などの属性の変動である。

本研究では、これらのデータを問題行動あり群と問題行動なし群^(注2)に分類し、介護サービス提供実施から6か月後の状態像、要介護度、介護サービス利用回数の変動傾向と、問題行動の有無別の経年的な状態像の変化や介護サービスの提供実態の差異を分析した。

分析に当たっては、連続量についてはT検定と共分散分析を用い、離散量については χ^2 検定

とMcNemar検定を行った。

Ⅲ 結 果

(1) 6か月後の状態像の変化

調査対象となった高齢者333人のうち、介護保険制度施行前の申請時には、問題行動あり群179人で、問題行動なし群154人であった。6か月後の要介護認定更新時には、問題行動あり群183人で、問題行動なし群150人であった(表1)。

(2) 問題行動の有無別にみた要介護度の分布

申請時の認定結果において、問題行動あり群は要介護1の者に最も多く34人(19.0%)であった。また、問題行動なし群は要支援と判定された者に最も多く58人(37.7%)であった(表2)。

要介護度の変化に着目すると、申請時点での問題行動あり群は6か月後もその状態を維持し

ている割合が高く、状態維持群^(注3)は92人(51.4%)であった。要介護度が高く変動した状態悪化群^(注3)は62人(34.6%)で、要介護度が低下した状態向上群^(注3)は25人(14.0%)であった。

一方、申請時に問題行動なし群だった高齢者群においても、6か月後も申請時の状態を維持しているが最も多く66人(42.9%)で、状態悪化群は48人(31.2%)、状態向上群は40人(26.0%)であった。これらの問題行動の有無別には、要介護度の分布に、有意な差はなかった(表3)。

(3) 問題行動有無別の状態像の比較

問題行動あり群は問題行動なし群に比べて、申請時には日常生活能力やIADL等多くの項目に統計的に有意な差が示された。また、日常生活の自立度は、問題行動なし群に比較して52項目にわたって有意に低いことが明らかになった(表4)。

表4 問題行動の有無別の状態像の比較(申請時)

NO		P	NO		P
1	麻痺(左一上肢)	0.85	39	靴下の着脱	0.00**
2	麻痺(右一上肢)	0.85	40	居室の掃除	0.00**
3	麻痺(左一下肢)	0.88	41	薬の内服	0.00**
4	麻痺(右一下肢)	0.47	42	金銭の管理	0.00**
5	麻痺(その他)	0.07	43	ひどい物忘れ	0.00**
6	拘縮(肩関節)	0.85	44	周囲への無関心	0.00**
7	拘縮(肘関節)	0.88	45	視力	0.71
8	拘縮(股関節)	0.19	46	聴力	0.20
9	拘縮(膝関節)	0.25	47	意思の伝達	0.00**
10	拘縮(足関節)	0.54	48	指示への反応	0.00**
11	拘縮(その他)	0.90	49	毎日の日課を理解	0.00**
12	寝返り	0.01**	50	生年月日をいう	0.00**
13	起き上がり	0.11	51	短期記憶	0.00**
14	両足での座位	0.04*	52	自分の名前をいう	0.06
15	両足つかない座位	0.06	53	今の季節を理解	0.00**
16	両足での立位	0.00**	54	場所の理解	0.00**
17	歩行	0.01	55	被害的	0.00**
18	移乗	0.00**	56	作話	0.00**
19	立ち上がり	0.00**	57	幻視幻聴	0.00**
20	片足での立位	0.01**	58	感情が不安定	0.00**
21	浴槽の出入り	0.00**	59	昼夜逆転	0.00**
22	洗身	0.00**	60	暴言暴行	0.00**
23	じょくそう	0.75	61	同じ話をする	0.00**
24	皮膚疾患	0.17	62	大声をだす	0.00**
25	片手胸元持ち上げ	0.13	63	介護に抵抗	0.00**
26	嚥下	0.02*	64	常時の徘徊	0.00**
27	尿意	0.00**	65	落ち着きなし	0.00**
28	便意	0.00**	66	外出して戻れない	0.00**
29	排尿後の後始末	0.00**	67	1人で出たがる	0.00**
30	排便後の後始末	0.00**	68	収集癖	0.00**
31	食事摂取	0.00**	69	火の不始末	0.00**
32	口腔清潔	0.00**	70	物や衣類を壊す	0.00**
33	洗顔	0.00**	71	不潔行為	0.00**
34	整髪	0.00**	72	異食行為	0.00**
35	つめ切り	0.00**	73	性的迷惑行為	0.06
36	ボタンのかけはずし	0.00**			
37	上衣の着脱	0.00**			
38	ズボン等の着脱	0.00**			

注 Mann-WhitneyのU検定 P<0.05*
P<0.01**

(4) 問題行動の有無別の状態変化の差異

6か月後の変化を分析した結果、問題行動あり群では、麻痺（上・下肢）や拘縮（股関節）が発生し、日常生活動作能力をはじめとして、IADL関連能力、視力・聴力、コミュニケーション能力も低下（短期記憶を除く）していた。さらに、「自分の名前をいえない」「場所の理解」ができない割合も増加しており、認知機能の低下がみられた。問題行動についても「不潔行為」の発生率が上昇し、要介護認定項目のうち合計42項目に低下が示された（表5）。

問題行動なし群にも、日常生活能力の低下はみられた。しかし、その程度は、問題あり群よりも緩やかだった。ただし、IADLについての低下は、問題あり群と同様に顕著であった。また、申請時には問題行動が観察されなかったが、更新時には30人に新たに問題行動が観察された。これは、問題行動なし群の20％に問題行動が発

生していたことを意味している。

(5) 問題行動有無別の介護サービス利用状況

申請の時点で、問題行動あり群で最も利用回数の平均値が高かった介護サービスは、訪問介護（ホームヘルプサービス）の4.95回、次いで通所介護（デイサービス）の4.31回であった。問題行動なし群では、訪問介護（ホームヘルプサービス）が3.30回と最も多く、次いで通所介護（デイサービス）の3.20回であった。

1か月間の介護サービスの利用回数について、問題行動あり群と問題行動なし群に分け、その利用回数についての差の検定をT検定で分析した。その結果、居宅で生活する高齢者は、問題行動の有無にかかわらず、訪問介護（ホームヘルプサービス）または通所介護（デイサービス）を多く利用している傾向が認められた。問題行動の有無によって有意な差が生じたサービスは、

申請時も更新時も通所介護（デイサービス）のみとなっていた（表6）。

このように問題行動がない高齢者に比較して、問題行動がある高齢者は、申請時は、「通所介護」のみが多かった。また、この6か月間の介護サービスの回数やその種類についての経年的な変化の分析結果においても、統計的に有意な差はなかった。

IV 考 察

わが国では、介護保険制度の最大の課題として、「痴呆介護の質の向上」をあげており、痴呆性高齢者の介護方法の新たな体系化が要請されている。本研究の結果から、問題行動あり群の方が短期間で悪化する高齢

表5 問題行動の有無別 6か月後の状態像の変動

	問題行動なし	問題行動あり		問題行動なし	問題行動あり
麻痺（左－上肢）	0.453	0.019*	靴下の着脱	0.012*	0.005**
麻痺（右－上肢）	0.344	0.013*	居室の掃除	0.000**	0.000**
麻痺（左－下肢）	0.607	0.003**	薬の内服	0.169	0.000**
麻痺（右－下肢）	0.189	0.001**	金銭の管理	0.011*	0.000**
麻痺（その他）	0.375	0.289	ひどい物忘れ	0.007**	0.058
拘縮（肩関節）	0.077	0.289	周囲への無関心	0.039*	0.081
拘縮（肘関節）	1.000	0.453	視力	-	0.003**
拘縮（股関節）	0.003**	0.002**	聴力	0.004**	0.001**
拘縮（膝関節）	0.077	0.096	意思の伝達	0.003**	0.000**
拘縮（足関節）	0.031*	0.004**	指示への反応	0.002**	0.012*
拘縮（その他）	0.013*	0.118	毎日の日課を理解	0.002**	0.001**
寝返り	0.058	0.000**	生年月日をいう	0.375	0.003**
起き上がり	0.008**	0.000**	短期記憶	0.031*	0.267
両足での座位	1.000	0.000**	自分の名前をいう	0.500	0.021*
両足つかない座位	0.080	0.000**	今の季節を理解	0.219	0.503
両足の立位	0.108	0.029*	場所の理解	0.063	0.004**
歩行	0.000**	0.000**	被害的	-	0.108
移乗	0.122	0.000**	作話	-	1.000
立ち上がり	0.064	0.011*	幻視幻聴	-	0.065
片足での立位	0.004**	0.000**	感情が不安定	-	0.210
浴槽の出入り	0.000**	0.000**	昼夜逆転	-	0.736
洗身	0.001**	0.017*	暴言暴行	-	0.473
じょくそう	1.000	0.065	同じ話をする	-	0.627
皮膚疾患	0.039*	0.664	大声をだす	-	1.000
片手胸元持ち上げ	-	-	介護に抵抗	-	1.000
嚥下	0.774	0.000**	常時の徘徊	-	0.648
尿意	0.021*	0.011*	落ち着きなし	-	0.648
便意	0.289	0.002**	外出して戻れない	-	0.791
排尿後の後始末	0.005**	0.001**	1人で出たがる	-	0.824
排便後の後始末	0.064	0.005**	収集癖	-	0.344
食事摂取	0.607	0.001**	火の不始末	-	0.238
口腔清潔	0.167	0.001**	物や衣類を壊す	-	0.180
洗顔	0.031*	0.000**	不潔行為	-	0.001**
整髪	0.118	0.000**	異食行為	-	0.180
つめ切り	0.122	0.004**	性的迷惑行為	-	-
ボタンのかけはずし	0.000**	0.000**			
上衣の着脱	0.017*	0.001**			
ズボン等の着脱	0.029*	0.035*			

注 McNemar検定 P<0.05* P<0.01**

表6 問題行動の有無別介護サービス月平均利用回数

問題行動の有無 (申請時)	N	利用回数 の平均値	標準偏差	平均値の 標準誤差	差の95%信頼 区間 (下限)	差の95%信頼 区間 (上限)	t 値	自由度	有意確率	
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	問題行動なし	154	3.30	11.51	0.93	-5.58	2.27	-0.83	331.00	0.41
	問題行動あり	179	4.95	22.34	1.67					
訪問入浴介護	問題行動なし	154	0.34	1.12	0.09	-0.51	0.07	-1.52	331.00	0.13
	問題行動あり	179	0.56	1.48	0.11					
訪問看護	問題行動なし	154	0.57	1.75	0.14	-0.28	0.45	0.46	331.00	0.65
	問題行動あり	179	0.49	1.65	0.12					
訪問リハビリテーション	問題行動なし	154	0.05	0.45	0.04	-0.24	0.06	-1.14	331.00	0.26
	問題行動あり	179	0.14	0.86	0.06					
居宅療養管理指導	問題行動なし	154	0.02	0.18	0.01	-0.02	0.04	0.52	331.00	0.60
	問題行動あり	179	0.01	0.11	0.01					
通所介護 (デイサービス)	問題行動なし	154	3.20	3.15	0.25	-2.05	-0.16	-2.29	331.00	0.02
	問題行動あり	179	4.31	5.22	0.39					(**)
通所リハビリテーション(デイケア)	問題行動なし	154	-	-	-	-	-	-	-	-
	問題行動あり	179	-	-	-					
福祉用具貸与	問題行動なし	154	0.01	0.08	0.01	-0.07	0.01	-1.36	331.00	0.17
	問題行動あり	179	0.03	0.23	0.02					
短期入所生活介護	問題行動なし	154	0.15	1.04	0.08	-0.33	0.21	-0.46	331.00	0.65
	問題行動あり	179	0.21	1.41	0.11					
短期入所療養介護	問題行動なし	154	-	-	-	-0.39	0.08	-1.30	331.00	0.19
	問題行動あり	179	0.16	1.49	0.11					
痴呆対応型共同生活介護	問題行動なし	154	-	-	-	-	-	-	-	-
	問題行動あり	179	-	-	-					
特定施設入所者生活介護	問題行動なし	154	-	-	-	-	-	-	-	-
	問題行動あり	179	-	-	-					
福祉用具購入	問題行動なし	154	0.03	0.29	0.02	-0.03	0.07	0.62	331.00	0.54
	問題行動あり	179	0.02	0.17	0.01					

注 ** p<0.05

者の割合が高いことが明らかになった。しかも、要介護認定項目の多くの項目 (42項目) において悪化が示された。すなわち、問題行動あり群では、6か月間で状態が大きく悪化し、問題行動なし群に比較して日常生活能力やIADLが有意に低下していたことが明らかになった。これまで問題行動がある痴呆性高齢者の経年的な変動傾向について、要介護度やその評価項目を指標として検討した資料は、ほとんどない。したがって、問題行動がある痴呆性高齢者は、短期間の状態悪化の傾向があるという知見は重要と考えられる。

また、本研究からは、問題行動の有無によって、1か月の介護サービスの利用回数に有意な差が示される介護サービスは、申請時も更新時も通所介護 (デイサービス) のみであることが明らかにされた。問題行動あり群は、なし群に比較して状態が悪化しているにもかかわらず、介護サービスの提供には変化がみられなかったという事実は、今後の在宅での介護サービス計画の作成やそのモニタリングの評価に際して検討すべき課題と考えられる。

先行研究によれば、同じ要介護度で状態を示すアセスメント項目が同じであっても、その介護時間は、10倍以上もの開きがあること¹²⁾や、在宅での痴呆性高齢者に対する介護時間や、その内容は、まだ標準化されていないことが示されている。また、問題行動が多いにもかかわらず、上限支給限度額の3割程度しか介護サービスを利用していない事例等も報告されている¹⁰⁾。このように在宅での介護や介護サービスの利用は、家族間の介護者とその高齢者との関係性が強く影響することが示唆されている¹¹⁾。

また、介護支援専門員が介護サービス計画の適切さであると評価する際の判断基準は、「利用者のADLの向上」や「利用者との意思疎通がとれた」というサービス利用者本人に関連する情報よりも、「家族との話し合いで意思疎通ができた」という家族の意向のほうが重視されていた¹²⁾¹³⁾ことが明らかにされている。

本研究で明らかになった痴呆性高齢者の利用が多い通所介護も痴呆性高齢者自身の状態の維持や向上が目的ではなく、主に介護者の負担を軽減するために選択されていると推察される。

これは、まさに、今日の痴呆性高齢者に対する介護サービスの提供実態が『在宅での痴呆性高齢者の介護は介護者をいかに支えるかにかかっている』¹⁴⁾に象徴される状況であることを示している。しかし、問題行動あり群の通所介護のみが有意であったことから、問題行動あり群に対する介護サービスが、状態像の悪化防止のためのサービスより、単なる家族の介護負担軽減のために選択されているのではないかと推論することも可能である。

ただし、このようなことを科学的に解明するためには、第1に、カナダのMcDowellらによるCSHA (Canadian Study of Health and Aging)^{15)~17)}に代表されるような全国的な疫学調査による痴呆の有病率、発生要因などに関する基礎的データの収集とそのデータベースの作成により経年的な変化を追跡する研究が一層、必要となる。第2に、痴呆性高齢者の家族介護の実態を明らかにしながら、その特徴や能力が痴呆の進行とともに変化することを明らかにするための研究¹⁸⁾を推進することが重要である。第3に、いわば痴呆の進行のステージごとに、「どのような」介護サービスが、「どの程度の」効果があるのかといった実証的な研究が実施され、多くのevidenceの蓄積が進められることが強く望まれる。

文 献

- 1) 長尾卓夫. 介護保険の問題点. 精神雑誌 2001; 103(2): 158-62.
- 2) 日本リハビリテーション医学会社会保険等委員会. 介護保険アンケート調査報告書, リハビリテーション医学 2002; 39(1): 8-10.
- 3) 山田ゆかり, 池上直己, 他. 在宅アルツハイマー型患者におけるケア時間の算出方法の検討, 病院管理 2001; 38(1): 41-51.
- 4) 宮本有紀, 伊藤弘人, 他. 介護老人保健施設痴呆専門棟入所者の要介護度は認知機能を反映しているか. 老年精神医学雑誌 2001; 12(10): 1169-75.
- 5) Hiroto Ito, Hisateru Tachimori, et al. Are the care levels of people with dementia correctly assessed for eligibility of the Japanese long-term care insurance?, International Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 16: 1078-84.
- 6) 日本医師会総合政策研究機構. 痴呆患者に対するケアの実態と要介護認定方法に関する調査方法. 日本医師会総合政策研究機構報告書 2002; 41.
- 7) 外口崇. 介護のあるべき姿を念頭に報酬や運営基

準等を見直す. 介護保険情報 2003; 4.

- 8) 佐々木昌弘, 他. 要介護認定は進化する!. 月刊介護保険 2003; 86(4): 52-9.
- 9) 財団法人長寿社会開発センター. ケアマネジメント・モデル調査研究事業報告書-我が国におけるケアマネジメントの確立をめざして 1996;
- 10) 東野定律, 筒井孝子. 介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護の実態. 東京保健科学学会 2003; 5(4): 244-57.
- 11) 筒井孝子. 介護保険制度下の介護サービスの評価に関する研究-介護保険実施前後の痴呆症状を呈した高齢者に対する介護サービス提供の変化-. 平成12年度 ジェロントロジー研究報告 2002; 5: 54-65.
- 12) 静岡市. ケアプラン作成実態調査報告書 2001;
- 13) 筒井孝子. 介護支援専門員による居宅サービス計画の「適切さ」の評価に関する主観的評価, 日本の地域福祉 2002; 15(114): 28-38.
- 14) 本間昭. 痴呆ケアの現状と展望. Aging & Health 2002; 21: 8-11.
- 15) McDowell I, Hill G, Lindsay J. An overview of the Canadian Study of Health and Aging. Int Psychogeriatr 2001; 13(1): 7-18.
- 16) McDowell I, Stewart M, Kristjansson B, Sykes E, Hill G, Lindsay J. Data collected in the Canadian Study of Health and Aging. Int Psychogeriatr 2001; 13(1): 29-39.
- 17) McDowell I, Aylesworth R, Stewart M, Hill G, Lindsay J. Study sampling in the Canadian Study of Health and Aging. Int Psychogeriatr 2001; 13(1): 19-28.
- 18) Hughes, C.P., Berg L., Danziger, W.L., Cohen, L. A., & Martin, R.L. A new clinical scale for staging of dementia. British Journal of Psychiatry 1982; 140: 566-72.

- 注 1) 厚生労働省の第6回要介護認定調査検討会(平成12年11月20日)議事次第にも示されている名称で、一般的には、徘徊などの問題行動がある高齢者を呼称している。
- 2) 本稿では、要介護認定調査の19種類の問題行動(被害的になる, 作話, 幻視幻聴, 感情が不安定, 昼夜逆転, 暴言暴行, 同じ話をする, 大声をだす, 介護に抵抗する, 常時の徘徊がある, 落ち着きがない, 外出して戻れない, 1人で出たがる, 収集癖, 火の不始末, 物や衣類を壊す, 不潔行為, 異食行動, 性的迷惑行為)において、そうした行動があると回答した高齢者らを「問題行動あり群」とし、これらすべての問題行動がなかった高齢者らを「問題行動なし群」とした。
- 3) 本稿では、介護保険制度実施前後の6か月間の変化について、申請時の状態と要介護度に変化がなかった群を「状態維持群」と、要介護度が高くなった群(例えば、要介護度3から5への変動)を「状態悪化群」と、要介護度が低くなった群(例えば、要介護度5から3への変動)を「状態向上群」とした。