

研究ノート

学生による介護保険利用者調査の経験 第1報 調査の概要と調査対象者の特徴

簾 野 脩 一

目 次

発端

第一部 介護保険利用者の調査

第1章 調査の概要

調査の目的

調査方法の検討

調査事項

調査票回収状況

この調査における対象者の特徴

本研究ノートの特色

第2章 調査成績から学ぶ

A 対象の特性

I 対象高齢者

1. 性、年齢階級、所属

施設ケア事例紹介

2. 疾病構造

傷病出現回数

主要疾患の頻度

3. ADL（日常生活動作）

1) ADL 障害の頻度

- 2) ADL 障害と要介護度
- 3) 個々の ADL 障害
4. 視力、聴力障害
5. 痴呆
- 1) 痴呆の程度
- 2) コミュニケーション及び問題行動

第1報の要約

発端

これから四半世紀のうちに我が国は高齢化率が25%を越え、世界一の高齢国になる。少子化の進行も止まらず、景気低迷が続く中で税収の伸びも期待できない。高齢者の急増、とくに後期高齢者の急増は年々1兆円ずつの医療費の増加を招いて、老人医療費への拠出金支出の膨張から健康保険の運営が危機に瀕している。安定した年金、医療を将来まで保証するためには、高齢者医療費増加の抑制を図らねばならないと考えられた。老人の一人暮らし世帯や老夫婦のみの世帯が多くなり、女性の人権尊重や就労の増加が、女性のみが子育て、高齢者ケアの担い手であり続けることを困難にし、家庭の介護能力低下を来し、高齢者の社会的入院を増加させ、医療費増大を加速している。この困難を打開するには、専ら家族負担に依存してきた我が国の伝統的な高齢者ケアを外部的化し、介護資源を増加するしかなくなった。このような流れの中で、高齢者介護を社会的入院という形で医療機関に肩代わりさせていた異常かつ効率の低い態勢の是正が図られた。介護力を強化し療養を主とする慢性期高齢者医療を急性期医療から分離し、長期介護支援体制に組み入れる形で、高齢者医療、介護、福祉を統合した新しいシステムが構想され、介護保険という新しい高齢者ケアシステムが創設された。

新しい制度の常として、この新構想も財源の見通し、運営主体、その担当者、拡大するサービスの提供者育成等の諸問題を、拙速で解決、発足させねばならず、多くの問題を積み残したままで、高齢者の医療、保健、福祉の在

り方を根本的に改変する力を持つこの新制度、介護保険は2000年4月船出した。

俄かに保険の運営主体となった地方自治体、介護サービス提供者、医療機関、そして利用者である要介護高齢者と家族介護者、すべての関係者の不安と戸惑い、学者やマスコミの批判の中で、介護保険が全国的に動き出した。

国民が拠出する保険料を担保に、介護保険は利用者が権利として利用し、サービスを選択して契約する。介護市場への民間資本の流入と競争により、介護サービスは豊富に供給され、内容も改善されていく。家族介護者は際限なき介護労働から開放される。と新しいシステムはバラ色に描かれた。

しかし私たちは、政府の宣伝を鵜呑みにするわけにはいかない。この日本の高齢者の今後の運命、幸不幸を左右する新制度が、実際の現場でどう動いているかを、この眼で確認し、良い方向へ進んでいくように発言していくことが重大だと考えた。福祉の商品化に対してかなりの危機感を抱きつつ、学生諸君と地域社会に入って、現実を探ることを企てた。

保険料が強制的に徴収され、利用に当たってはさらに10%の一部負担がかかることで、年金生活者である高齢者は困っていないだろうか？家族介護者は本当に楽になったのだろうか？介護サービスが豊富になり、利用者が自由に選択できるようになったのだろうか？高齢者は突然降って湧いたこの権利をうまく行使できているだろうか？等々沢山の疑問が湧いてきた。演習の主要課題として、講義だけでなく、地域に出て介護保険の利用者の意識及び体験を調査することにした。2000年後学期のことである。調査すべき内容について、学生と討議して幾つかのポイントを選択した。

第一部 介護保険利用者の調査

第1章 調査の概要

調査の目的

調査の目的をまとめると、①熊本市及びその周辺の、要介護老人、その介護者等の介護保険の理念と実際についての理解、意見の調査、介護サービス

の利用状況の変化、経済的負担の見通し等、地域で安心して老いることができる態勢になっているか、とくに8ヶ月前に始まった介護保険が高齢者を支援する方向で効果を上げているかどうか、それを妨げている条件等を明らかにする。介護保険の改善に向けて提言できるような資料を集める。②学生が地域の老人の居宅を訪問する機会を、調査目的にだけ限定せず、高齢者の人生経験を聞き、若者の生活を伝える世代間交流の機会として活用する。これを機に学園大学をベースとする若者と高齢者の交流ネットワークなどに将来成長する機縁になるように考える。③この調査の企画、実施、データ集計と分析、レポートのまとめ方等を通じて社会調査法について体験的に学ぶことを目指した。

調査方法の検討

私たちは調査対象を選定する活動の場、例えば大学直営ないし教育、就職の場として関連が深い老人福祉施設などを持たない。私には個人的に平素とくに親しくしている福祉施設も無い。止むを得ず、学生自身に対象者を探してもらうことにした。

施設ケアは介護保険で経営上の問題等は起こっても、経験あるサービス担当専門員が揃っており、ケア態勢に大きな変動は起こらないだろう。問題は、これまで国や自治体の福祉財源に依存して、自治体、施設、ボランティア等が支えて来た在宅サービスである。市町村の福祉活動を支えてきた国からの交付金は、介護保険制度ができたことにより、間違いなく廃止されるだろう。財政的に力のある自治体は国の財政援助が無くなっても、首長の決断で維持できるかもしれないが、経済的に弱い自治体は単独での維持には困難が大きい。在宅高齢者が新制度をどう受け止めているか、困っていることはないかを知りたかった。健康な高齢者には影響は少ないだろう。一番風当たりが強いのは在宅の要介護老人であろうと予想される。そこで、各学生の負担を最低にするために、対象者1人に限定して、要介護と認定されるであろうと思われる在宅高齢者を探すことに努力してもらった。どうしても見つからなければ、老人福祉施設に入所している高齢者にも火の粉は降りかかっているは

ずだから、それでもいいことにした。実習した施設などがない学生には、著者が面識ある高齢者福祉施設に、協力して頂ける要介護高齢者のご紹介をお願いした。

このような取り組みで、調査が計画され、調査対象者の探索が始まったのは平成12年11月頃である。その間、学生の要望を取り入れて調査票の質問事項を選定した。それを、見やすく、分かりやすく、記入に際して問題が起らないように質問の言葉を選び、説明を付し、かつ余り膨大にならないように工夫した。A4判7頁の調査票が完成したのは12月初め頃であった。準備の時間が限られているので、調査票は数回の討議と修正後、予備テスト無しで使用することになった。(利用者用調査票は論文末尾に添付した)

学生は、社会調査の経験はほとんど無いから、どのように挨拶するか、訪問日の打ち合わせの段取りから、面接時の口上、服装、礼儀まで注意を与えた。できれば面接中に適宜雑談を交えながら調査を終えたい。しかし、質問内容の説明を加えながら質問していると、調査完了に1時間はかかりそうである。要介護老人では疲れてしまうだろう。そうすると相手には迷惑であり、正確な回答が得難くなる。高齢者に痴呆などがあって普通に應對できない場合も想定され、若い健康者面接の数倍の時間がかかるだろう。今回の調査の内容は高齢者の介護に関することである。従って情報は主に介護者に面接して尋ねることとした。初対面で聞き取りに余り時間を取ってもご迷惑かもしれないので、調査の趣旨をよく説明して記入してもらい、後日回収する留置き法を主として調査を行なうことにした。

ただし、訪問はただ調査だけが目的でなく、できるだけ、老人と直接話しかけて、老人とはどんな存在なのか、楽しみは何か、何か困っていることはないか等を話し合ってくる、長い人生を生き抜いてきた先輩として敬意をもってお話を伺ってくる。むしろこちらの方が戸外活動としてのゼミの主要な狙いであることを伝えた。このようにして調査活動は平成12年12月に始まった。できればデータ整理の都合により12月中、遅くとも1月の登校日を提出期限とした。

なお学生専用の調査票（B5判1枚）も用意し、調査票と同時に提出させた。調査過程で起こった問題点の把握と、この体験の教育効果のフィードバックを目的とする質問票であった。（学生用調査票は論文末尾に添付した）

調査事項

上記のような経緯から、学生諸君には、介護保険設定を必要とした我が国の状況について概説を提供し、介護保険のしくみと介護保険の経過を追った新聞記事やその論調、学者の発言等を紹介した。その上で、介護保険の功罪を知るためには何を調べるべきか意見を求めた。

学生諸君から出た関心事項は次のようにまとめられる。

1. 制度そのものの認識

認定制度 要介護度を知っているか

認定結果に異議はないか

不当と感じたら異議申し立てをするか

保険料負担 負担する被保険者の範囲

負担額の決め方、実際の負担額

権利性 従来の措置制との大きな相違だが、どのような質問で確認できるかが難しい。

「権利として自覚しているか」といった問よりも、具体的には提供されたサービスの変化や、利用者がとった行動などから推察する方が实际的だろう。そこで

サービスに変化を認めたか

サービスへの苦情や不満は無いか 不満や苦情への対処方法

改善要求

介護者と利用者の意見不一致の有無、あればその解決法

サービス選択支援

介護サービスの必要性の説明

サービス提供者の提示と助言

サービスの選択肢提供の現況

説明が選択に役立ったか

説明に満足か 不満ならどうするか

状況は改善されたか

2. 選択されたサービスの種類と満足度、苦情など

介護保険以前から受けているサービス

介護保険以降新たに導入されたサービス

介護保険以降減少または中止したサービス

介護保険後の変化の程度

介護負担、介護者の生活、利用者の生活

サービス内容

医療における変化

施設居住者には

施設入所の決定者は誰か

利用者の意向尊重

利用者の受容

帰宅意思の取り扱い

在宅者には

デイサービスまたは短期入所サービスの利用

その満足度 回数、内容

サービスの変更、改善希望

高齢者の意向尊重

3. 利用者、報告者、介護者について

報告者について 性、年齢、介護者との続柄

利用者について 性、年齢、現有疾患名、治療の有無、
ADL、視力、聴力、痴呆（あればその重症度）、
コミュニケーション能力、問題行動等

介護者について 利用者との続柄、介護年数、
職業、介護のための転退職、他の要介護者有無、代替介

護者の有無

介護サービス導入時期（介護期間）

最初の導入時期 外部より、家事サービスでは、身体介助
では

自由な発言 介護保険全般に関して最後に自由記載欄を設けた。

調査票回収状況

調査対象の選定活動は11月頃から開始。調査期間は12月一杯から1月上旬までとした。調査票は随時回収し、入力した。箕野は4クラスの演習を担当していたが、1年生は除き、一部3年生、4年生、二部4年生（二部は夜間部）にこの調査に参加を求めた。参加状況は下記の通りであった。

表 調査演習参加学生内訳

	一部3年	一部4年	二部4年	総数
登録学生数	28	20	18	66
調査票提出者数	21	17	12	50
学生調査票提出者数	20	15	10	45

この調査における対象者の特徴

調査成績を紹介する前に確認しておきたいことは、対象者は、特定母集団の性質を明らかにする目的で抽出されたサンプルではないことである。地域高齢者住民であれば、背景に多数の健常者が居り、その中に少数の障害者、要介護者が存在する。私たちが調査した高齢者の集合では、正常と見なしている高齢者は意識的に除外されている。介護保険が始まって8ヶ月の時点で、介護保険の要介護高齢者の生活への影響を探るための対象として適当と考えられることだけを選出条件とし、個々の学生がアクセス可能であることが機縁で選ばれた人々であった。対象者の共通点は熊本市及びその周辺に住む要介護と思われる高齢者であることだけである。

この集合は、マスコミなどがよくやる、例えばある場所の路上で通行人に

次々と意見を求めるとか、祭りに集まった観客に調査票を配って支持するスポーツチーム名を聞くといった程度の無作為性は備えており、例えば要介護老人に多い基礎疾患とか、介護保険になってから介護サービスを紹介されて利用し始めた高齢者が多いとか、介護保険給付の利用状況などの概況を探る目的には十分役立つサンプルであった。

ただ調査研究として取り組んだものではなく、学生の演習が主目的であった。そのため、調査対象数は50例に過ぎない。従って統計学的な有意性の検定には耐えない。研究は予備調査段階にある。この調査から何が問題であるのか、さらに研究を深めるとしたら、どこをどう攻めたらいいか等の方向を探るための開発的調査研究であった。この目的はある程度果たされたと考える。

なおデータの統計処理には SPSS 第10版を使用した。

本研究ノートの特色

先ず本稿が原著でなく、研究ノートに止まったことをお詫び申し上げたい。理由は二つ。第一は調査対象の性格の曖昧さと少ないサンプル数である。第二は筆者の先行文献整理不足である。岡田武世先生にも、本誌編集の労をとった豊島律先生ほかの皆様にも誠に申し訳ない。力不足に忸怩たる思いである。

内容について手短にご紹介する。第一部でこの調査から得られた知見をまとめて報告する。筆者の調査の基本的スタンスは、政府、マスコミの報道、他の研究者のご意見はすべて受け止めるけれども、それとは別に自分たちの手で取り上げ、自分たちの目で見、介護保険の実際はどうなっているかを直接確かめてみたい。そしてそこで密度の高い調査をすれば、問題の所在が自ずと見えてくる。そのポイントは調査した対象者により、また学生により異なるであろうが、一段階上の調査研究への出発点となるはずである。この点こそ、この一例調査をできるだけ詳しく調べ、また調査事項に限らず、高齢者とその介護者のお話をできるだけ伺って来るようにとの筆者の注文の本音であった。

学生諸君はこれを理解し、短い時間によく協力してくれた。その取り組み

状況と教育的見地からの考察は第二部で述べる。

学生調査者が、調査事項以外にかなり補足し、意見を書き加えたりしているので、事例研究とまではいかないが、個人的事情がかなり分かる場合もある。行政調査のように、事例の集計から概況を把握して行政施策に役立てようとする目的よりも、学生が、調査し、調査の過程で感じたこと、考えたことを、推察も加えて、個人の状況を具体的に理解し、援助計画をどう立てるべきかを考える勉強に利用することもこの調査の目的の一つであった。だがこの点は時間切れとなってほとんど行なえなかった。不十分ながらそうした個々のケースの紹介と分析も論文内で試みた。

ここに調査成績の一端を紹介するに当たり、独断的な見方や浅薄な推論も少なくないと思うが、観察成績から介護保険や保健医療政策上の問題にも踏み込んで考察を試みた。また調査員として協力したゼミ生諸君への感謝とデータ解釈に関する補講の必要から、教育的解説も含めた。本誌の読者には冗長な部分かもしれないが、ご寛容を乞う。データの瑕疵、誤認、解釈はすべて筆者の責任である。お気づきの点があれば何卒ご叱正を賜りたい。

研究ノートには頁数の制約があり、1回で全文掲載は不可能であった。編集部のご厚意により、第一部を分割して3回に分けて掲載することになった。第1報は調査の概要と対象高齢者の特性を述べる。第2報は介護者の特性と介護期間、そして利用者の立場から見た介護保険前後のサービスの変化について述べる。第3報は、始まって8ヶ月という初期の時点における介護保険制度についての利用者の理解及び利用状況について報告する。

第2章 調査成績から学ぶ

A 対象の特性

I. 対象高齢者

1. 性、年齢階級、所属

調査対象となった高齢者は、学生が、随意に自分が接近可能な、できれば

要介護の在宅高齢者1名を選んでもらったものである。一般住民を代表するものではないが、熊本市及びその周辺から偶然選択された標本である。不特定の偏りを偶然有するかもしれない。どんな集合であるか、基本的属性の分布から観察してみよう。

表A—1 対象者の性・年齢階級別分布

性別	最低	最高	平均	中央値	～64	65～74	75～84	85～94	95～	総数
男	52	99	78.4±12.6	76.5	1	4	4	1	2	12
女	54	95	80.2± 9.6	81	4	5	16	12	1	38
男+女	52	99	79.7±10.3	80	5	9	20	13	3	50

性比では女性が3倍以上を占めた。若い方では50歳代が2名、男女1名ずつ。95歳以上の超高齢者は男2名、女1名であった。男は中央値は76.5歳、女は81歳であった。この高齢者集合でも年齢分布の性差は明らかであった。

若い方の50歳代高齢者のプロフィールを瞥見してみよう。男はとくに疾病もADL障害も無いが、平成11年4月から家事サービスを受けている。妻が報告者であるが、要介護認定は受けて居ない。調査担当学生と連絡がとれず詳細を確かめられないケースである。本来この調査対象外のケースかもしれない。54歳の女性は若いが、脳出血の後遺症に半身麻痺が残っており、要介護3度である。一方超高齢群は、95歳の女性は糖尿病があるが、ADL障害はなく、平成11年4月から家事サービスを受けている。96歳の男性も全く元気で病気も身体障害もないが、最近ではデイサービスに通っている。99歳の男性は前立腺がんがあるが、進行は遅いので経過観察のみ。緑内障を患ってほぼ失明に近い。一昨年肺炎にかかってから体力が低下し全介助の状態となった。要介護5度である。要介護と覚しき高齢者を任意に集めた集合であるため、高齢になるほど重度障害者の率が高くなることはない。疾病や障害頻度の年齢差が無い集合である。超高齢者も虚弱者は確かに居るが、至極元気な人々が少なくない。しかし99歳男性で見たように、至極元気でも、ふとした風邪が基で、原病が治っても寝たきりで起きられなくなるといった急激な悪化がまれ

ではない。

施設ケア事例

医療機関、福祉施設に居る高齢者が7名含まれた。全員女性であった。各例について簡単に紹介する。

老健 82歳女 高血圧のみ。中等度痴呆あり、全介助の状態。嫁が昭46年よりケア。介護のためパート勤務に変わる。平12年2月肺炎で入院、9月退院後老健で療養中。要介護度4。

老健 73歳女 左大腿骨骨折、くも膜下出血の既往あり。心不全、高脂血症、軽度の痴呆あり。入浴、食事に一部要介助で要介護度1。夫や嫁が介護していたが、平成12年8月介護保険を利用して老健へ。施設職員から見ても介護認定は実態に合致していないと言われている。

入院 79歳女 大腿骨骨折。中等度の痴呆あり、徘徊もあった。整容、外出は全介助、他のADLは一部介助が必要。娘が平9年4月より介助、介護のため翌年9月退職した。現在要介護度2。

特養 82歳女 老人性痴呆、パーキンソン病あり。平5年6月発症、以後特養入所。脳梗塞で緊急入院。回復後は施設に戻るつもりで二重支払を継続したが結局1月後死亡（平12年11月）。生前要介護度5であった。

軽費老人ホーム 82歳女 調査は本人が回答。喉、気管支が弱い。腰痛、難聴あり。痴呆はなく、ADLは自立。介護者が居ない。病院に入院していたが退院後週2回デイサービスに通う。認定は要支援だが本人は施設でのケアを希望している。介護保険は、高齢者のこのような期待を、公費節減のためブロックする制度としても働く。

グループホーム 80歳女 重度の老人性痴呆。不安があり、奇声を発し、夜中に騒ぐ、暴力行為などが見られる。移動だけは自分でできるが、食事、排便等のADLはすべて一部介助が必要。整容と外出は全面介助が必要。平6年4月から嫁が介護していたが、介護保険以降新設のグループホームへ移った。要介護度5。

療養型病床 92歳女 骨粗鬆症及び白内障あり、治療中。中等度の痴呆があ

り、視力、聴力ともかなり不自由で生活は全面的に介助が必要。介護保険成立後病院から療養型病床に移った。要介護度5で全額を利用している。

以上の如く、家族によるケアがかなり長期間行われた後、施設や病院を利用するようになっていく。何れの事例を見ても、家族のケアは大変と想像され、介護保険が救いになっている事例が少なくないようである。

施設居住事例について 少々詳しく述べたのは、今回の調査は統計資料による分析よりも、個々の事例を学ぶことが目標であり、かつ介護保険の貢献の実状を学ぶことにあったからである。この目的からも、また在宅でケアを受けていた経過を見ても、この7例を施設ケア症例として別扱いする理由は認められないので、特例として除外することなく、50例を一括して述べる。

2. 疾病構造

高齢者がどのような疾病を持っているかを各人6疾患まで挙げてもらった。高齢者とその家族の理解する病気表現であるので、症状であったり（腰痛）、異常部位の呼称であったり（皮膚の病気、喉や気管が弱い）、分類レベルはまちまちであったが、WHOの国際疾病分類(第10改訂)は何とかこれらすべてを包含し分類する力を持っていた。

傷病名記載数は下記のようにであった。

表A—2 対象者の持病及び受療中の傷病報告数

報告傷病数	0	1	2	3	4	5	6	平均	記載なし	総数
有病報告者数	—	16	11	11	2	3	1	2.25	6	50
受療報告者数	11	17	7	7	2	0	0	1.36	6	50

高齢者は複数の病気を同時に持っていることが多いと言われる。健康や疾病についての関心度や、疾病の重篤さ、生活や生命への影響等によって影響を受けるであろうが、要介護高齢者及びその家族が意識している傷病数は1

～6疾患、平均 2.25 ± 1.26 疾患であった。8割近い人が想起するのは1～3疾患止まりであった。それでも5疾患以上を挙げた方が有効回答数44名中4名もあったことは、若年者とは違って多くの病気を持っている人が少なくないと言わなければならない。治療中の疾患数はさらに少なく、最高4疾患までで、平均 1.36 ± 1.16 疾患であった。また記入が無い場合を有効回答とすると平均有病数をもっと少なく、 1.98 ± 1.39 となる。この数を多いと見るか、少ないと見るかは人によるだろうが、国民全体では高齢者の約半数が受療していることから見ればこれらの要介護高齢者層に受療中の者が2/3程度居ことは当然であろうし、わが国の国民皆保険の有用性を示していると言えよう。

傷病出現回数

どのような疾病が多く報告されたかを一瞥してみよう。分類は第10改訂国際疾病分類による。同系統の疾患名とその部分症状で複数挙げられている場合（例えば虚血性心疾患、心不全、心房細動や、脳梗塞、片麻痺等）等も、病名欄に挙げられたものはすべて独立疾患と見なして数えた。糖尿病などで神経痛、腎症、白内障などがあれば、後者は糖尿病の結果と判断してもよいが、そうでない場合もあり、また報告者の疾病観にも関係し、主観的操作を加えない方が現状を理解するため有用であると考えたからである。

表A—3 対象高齢者持病の病類別報告数

国際分類記号	C	D	E	F	G	H	I	J
持病として報告	1	1	5	10	7	7	35	7
治療中と報告	0	1	5	4	3	3	25	5

国際分類記号	K	L	M	N	R	S	延べ疾患数
持病として報告	2	2	14	1	3	3	98
治療中と報告	0	2	8	1	0	2	60

国際分類記号の説明（第10改訂分類）

- C 新生物
- D 血液及び造血系の疾患並びに免疫機構の障害
- E 内分泌、栄養及び代謝疾患
- F 精神及び行動の障害
- G 神経系の疾患
- H 眼及び付属器、耳及び乳様突起の疾患
- I 循環器系の疾患
- J 呼吸器系の疾患
- K 消化器系の疾患
- L 皮膚及び皮下組織の疾患
- M 筋骨格系及び結合組織の疾患
- N 尿路性器系の疾患
- R 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
- S 損傷、中毒及びその他の外因の影響

1人平均2疾患を有し、一般人より明らかに多い。またその多様性が注目される。要介護高齢者の介護が医療との連携無しには考えられない所以である。

疾病中で圧倒的に多いのが循環器系疾患で、次が筋骨格系の疾患である。精神及び行動の障害がこれに続く。呼吸器系、神経系、眼の疾患や内分泌、栄養及び代謝疾患が続くが、ずっと少ない。これは要介護高齢者に共通する疾患分布を示していると見てよい。

現在受療中かどうかを見ると、順位が変動し、骨・関節系の疾患は6割弱の受療率に低下、循環器系も絶対数は最大であるが受療している者は7割程度になる。慢性期における症状が軽症であるとか、通院を続けても根治の可能性が低いとか、他の民間療法に移るとか多様な対応がなされていると思われる。高受療率（と言っても分母が少なすぎて一般化は危険であるが）を示

したのは、血液疾患、内分泌・代謝疾患、皮膚疾患、尿路性器疾患であった。有効な治療法があること、中断が患者にとって不利であること等が治療を継続させるのであろうが、ここでは立ち入らない。

主要疾患の頻度

ここで高齢者に多いとされる疾患の幾つかについて性・年齢階級別に観察しておこう。各疾患は国際疾病分類で中位程度の分類による病名（疾患群）である。

表A—4 特定疾患の頻度（性・年齢階級別）

性	年齢	高血圧	心疾患	脳血管疾患	痴呆	関節疾患	総数
男	～79	2	1	2	2	0	7
	80～	2	1	1	0	1	5
	男小計	4	2	3	2	1	12
女	～79	1	2	5	2	5	14
	80～	7	3	4	6	4	24
	女小計	8	5	9	8	9	38
男	～79	3	3	7	4	5	21
+	80～	9	4	5	6	5	29
女	総計	12	7	12	10	10	50

対象数が少ないため高齢者に最も多いとされる高血圧でさえ12名に過ぎない。ただし有病率としては4人に1人で高率である。高齢者の寝たきりや痴呆の原因になることが多い脳血管疾患も同じ率で要介護となる原因疾患としての重要性が推察される。老人性痴呆の20%も一般高齢者に比して高率である。老年性痴呆が女性に多発する傾向は、この少数例でも認められるが、要介護高齢者の集合であるため、年齢階級別の分布の相違は、痴呆でも循環器系疾患でも余り明確に認められない。

全体で53傷病名が報告された。そのうち35疾患は1回しか報告されなかった。2回以上報告された傷病名を多い順に列記すると：

表A－5 個別傷病の出現回数(対象数 50名 2回以上報告の傷病名のみ)

傷病名	出現回数	下記10傷病名はすべて2回出現
本態性高血圧	13	高脂血症、片麻痺、狭心症、
非特定の老年痴呆	9	不確定な記述の心疾患、脳出血、
脳梗塞	5	感冒、肺気腫、その他の関節疾患、
老人性白内障	4	背部痛、大腿骨骨折
非特定の糖尿病	3	
パーキンソン病	3	
脳血管疾患後遺症	3	
その他のリウマチ性関節炎	3	

なお上掲疾患は先に掲げた主要疾患分類の中で主要な部分を占め、例えば高血圧、脳血管疾患、虚血性心疾患の3種が循環器系疾患35記載のうち31を占め、老年性痴呆は精神疾患のすべてを占め、関節疾患は筋骨格系疾患14記載中10例、糖尿病は内分泌・代謝系疾患5記載中4例を占めており、比較的限られた疾患の発生予防が、要介護状態予防に結びつく可能性が高いと思われる。しかもその多く（老年性痴呆は目下原因不明）が生活習慣病であり、発生予防の道が開けていることを強調しておきたい。

ここに挙げた疾患数は医療と関連して報告されたもので、一例として痴呆を挙げると、医師を受診して診断名としてアルツハイマー型老人痴呆とか老年性痴呆とか多発梗塞型痴呆とか告げられた場合に限って記載されたようで、家族が、「高齢者に痴呆はありませんか？」と聞かれた場合よりも数は少ない。後者はここに報告された医師に診断された痴呆の3倍もあった。(p22 参照)

高齢者のケアの観点からは、家族が痴呆と思ってそれへの対応を迫られた場合は、病名は別にして介護サービスのニーズがあるのであって、迅速なサービス手配が望ましい。「素人の診断は誤診が多く、非科学的な対応が多く、取り上げるに値しない」という医師の見解は、科学的には正しくとも、実際のでない。むしろ素人の判断の多くは当たっており、毎日一緒に暮らしている家族だから分る、しかも高齢者の心情を理解した家族の対応が効果的である

場合が多い。またどこか痴呆と違うようだという感覚も身近に接する者には分るもので、医師が唯一の正しい判定者と思うのは独善的でないかと思われる。一般医の診断能力には限界があるから精神科の専門医が診なければ正確な診断はできないという見解も、鑑別診断困難な少数例があるにせよ、一般化するの専門医の偏見でなかろうか。むしろ素人を軽視せず、必要な基礎知識を提供して鑑別診断を支援することが患者のために、世のために、有効でかつ効率高いケアが提供できるのでなかろうか。専門家による診断の高さや必要性を否定するものではないが、高度技術はそれを必要とする限定された場で発揮さるべきで、例えば250万人に達すると予想される痴呆性老人のすべてに専門医が対応する必要があるか一考の余地があろう。

3. ADL（日常生活動作）

1) ADL 障害の頻度

ADL 障害は要介護度を決定する基本的情報で、介護保険制度では最も重要視される。ADL は通常身体的 ADL と手段的 ADL を区別し、前者は生存を維持するために基本的に必要な活動要素、後者は社会生活を営むために必要な活動が多く含まれる。後者は、薬剤服用、交通機関を利用する外出、電話交信、買い物等が含まれ、他人との円滑なコミュニケーションや一連の活動の統合性や臨機応変の正確な判断等が要求される。これらが円滑に行なえないと、援助が必要になる。活動がより複雑で、前者より早い時期から遂行が困難になり易い。介護保険では給付範囲に含めない。今回の調査項目中外出はこの手段的 ADL の一つである。

身体的 ADL はそれができないと一人では生命の維持さえおぼつかなくなる活動で、他人の助力や機器による支持が必要である。介護保険給付の対象になる。今回の調査では主な動作として7種の動作を調査した。対象者1名には全く記載が無く、また他の2名は排泄、外出各1項目の記載洩れがあったが、他のほとんどの ADL が要介助であったので、欠落項目も要支援として数えた。

表A－6－1 ADL（日常生活動作）障害項目数の分布

0	1	2	3	4	5	6	7	8	データ欠	総数
8	5	4	3	5	3	1	4*	16*	1	50

*印は欠落1項目を要介助と仮定して計算した1例を含む

この表では、一部でも介助を要すれば障害項目に数えた。8種の活動のすべてが何とか自力でやれる8名は本来この調査対象から外すべきであったかもしれないが、今回の調査の目的を阻害するよりも、この集合を豊かにする役割を果たしたと考えている。全体の1/3はすべての動作に支援を必要とした。その半数9名は8種すべてのADLに全面的介助を必要とした。いわゆる寝たきりの状態である。要介護状態は大部分の正常者を除くと、ごく軽度の障害を持つ人と全面的に介助を必要とする人との両端が多く、中間は少ない偏った分布を示した。これは重症度を項目数で分けるという便宜的な分類のためで、より自然で精密な分類が必要なら両端部分をさらに細かく分類して補うことが望ましい。

2) ADL 障害と要介護度

国が定めた要介護度は身体的ADLそのものといってよいほど身体介助のみに傾斜して作成された。痴呆のケアの担当者からは必要とされる介護量が過小評価されているとの批判が多いが、参考までに痴呆の有無で分けた2群について、ADLの総合点と要介護度の関係をクロス表で検討した。ここでADLスコアとは、選ばれた8動作のそれぞれに、自立＝0、部分介助＝1、全介助＝2点を与えた合計得点で、障害の程度を加味したADL総合指標である。

表A—6—2 痴呆の有無別にみた ADL 障害スコアと要介護度の関係

ADL スコア	要介護度					総 数
	1	2	3	4	5	
0	3	2	(1)			5 (1)
1	1 (1)					1 (1)
2	2 (1)					2 (1)
3	1	1	(1)			2 (1)
4		1	1 (1)			2 (1)
5	1		(1)			1 (1)
6		(1)		(1)		(2)
7		(1)				(1)
8	(1)					(1)
9	(1)				(1)	(2)
10		(1)	1			1 (1)
11				(1)		(1)
12		(1)				(1)
14				1		1
15					1	1
16			(1)	(3)	1 (3)	1 (7)
総 数	8 (4)	4 (4)	2 (5)	1 (5)	2 (4)	17 (22)

左側の裸の数字は痴呆が無い該当者数、右側の () 内は痴呆がある該当者数

痴呆が無い場合は該当者は左上から右下への大きな流れに沿って位置している。すなわち ADL スコアと要介護度にはかなり良好な平行関係がある。しかし痴呆が加わると、その配置は乱れた。大雑把に言えば、ADL スコアが低い場合は右へ、すなわち痴呆が無い場合より重い要介護度に認定され、ADL スコアが中乃至重度で痴呆があると要介護度は分散し、ADL スコアとの関係は判然としなくなった。痴呆無しの群では中間の ADL スコア該当者が存在しなかった。

3) 個々の ADL 障害

次に ADL 全体でなく、個々の ADL 障害の頻度を観察して見よう。8 種の ADL について自立か介護を要するかを示した。数字は該当者実数である。

表A—6—3 個別 ADL 障害の分布

日常生活動作	自分でする	一部要介助	全介助	記録欠	総 数
身体移動	25	10	14	1	50
起 床	29	9	11	1	50
整 容	22	10	17	1	50
更 衣	21	17	11	1	50
食 事	28	12	9	1	50
排 泄	22	11	15	2	50
入 浴	13	16	20	1	50
外 出	13	15	20	2	50

日常生活動作障害は、遂行するのに難易度の相違があって、手段的 ADL は身体的 ADL より早期に出現することをすでに述べた。個々の身体的 ADL 間の関係はどうであろうか。入浴、外出等複雑な動作と体力とが要求される活動は早くから介助が必要となり、食事、排泄のような、基本的に備わった反射に依存する、比較的簡単ながら生命維持に必須の動作は最後まで保たれる傾向がある。ただ排泄機能で導尿は全介助に数えたので全介助が誇張されているかもしれない。このような個々の ADL 障害頻度の差はどんな障害者集団にも共通して見受けられ、この集合でもその傾向は明らかであった。

4. 視力、聴力障害

視力及び聴力についての障害度の分布を下に示した。

表A—7 視力及び聴力障害の分布

視 力				聴 力			
見える	少し不自由 だが読める	かなり不自由 一部介助	全く見 えない	普通	少し不自由 だが聞える	かなり不自由 だが聞える	全く聞 えない
13	26	10	1	24	15	11	0

視力はよく見える人が少ないが、聴力では普通に聞える人が多かった。少し視力低下がある人々が最も多いが、聴覚は普通が一番多い。高齢者では視力の方が聴力より障害を受けやすいようである。

5. 痴呆

1) 痴呆の程度

介護者に痴呆の有無及びその主観的な重症度を尋ねた結果である。先に疾病の有無を尋ねた時(全部で9例)より多く3倍もの痴呆が報告されている。ケア負担等を考える今回の調査では、医師の診断より介護者の主観的判断の方を重視すべきであると考え。医学的に確実な治療法が無い現状では、医師を受診する意味が少ないと介護者は考え、専門医を受診させることはまれであり、疾患としての報告は過小評価になっていると思われる。この割合が一般化できるとすれば、行政や医療機関が把握している痴呆患者の3倍近くが家庭で家族のケアを受けている状況がある。地域の痴呆対策を立てる場合に考慮すべきことである。

表A—8 痴呆性老人の分布

痴呆無し	あり(軽度)	あり(中等度)	あり(重度)	疑いあり	総数
23	9	15	0	3	50

ここに挙げた痴呆の程度とは、専門家の判定ではなくて、介護者等の意見にすぎない。しかし、要介護状態の人が多いこの集合には、程度の差はあれ、半数以上に痴呆症状が認められた。もう一つの特徴は、重度と思われる人は含まれていなかったことである。重度の痴呆は介護が大変なので施設に送られる可能性が高まること、生存期間が短くなること、負担が大変で調査に協力してもらえる可能性が低いこと等が関係していると思われる。

2) コミュニケーション及び問題行動

素人判断の痴呆は、信頼性に欠ける。そこで、コミュニケーションの取れ具合及び問題行動の有無等によって痴呆の確認に役立てようとした。

表A—9 コミュニケーションの困難、問題行動等の分布

コミュニケーション				問題行動のいろいろ					
	自分の 意思表示	相手の 話理解	会話成立	徘徊	夜中に 騒ぐ	捏便	暴力を 振るう	その他 迷惑行動	
普通	25	26	21	無し	43	39	43	41	37
概ね可能	14	17	23	あり	5	9	2	4	7
困難	8	6	5	不明	2	2	5	5	6
不可能	1	1	1						
記載 欠	2	0	0	総数	50	50	50	50	50
総計	50	50	50						

表A—9から、痴呆の各種症状の相対的頻度が窺える。例えば会話が成立する方が自分の意志表示より高度の精神機能であり、障害され易いとか、問題行動と呼ばれる行動異常の頻度は家族を最も悩ます症状であるが、頻度はそれほど高くないと思われること、夜中に騒ぐという異常は比較的多いが、捏便はまれであること等が分る。在宅で介護を続けている場合、問題行動はそれほど多く観察されるものではない（10%未満）ようである。

これらの行動障害と痴呆の重症度との関係をクロス表で観察して見よう。コミュニケーションでは、相手の話の了解を、問題行動では、最も多かった夜中に騒ぐだけを紹介する。

表A—10 痴呆の重症度と行動障害の関係

痴 呆	相手の話の了解					夜中に起きて騒ぐ		
	普通	概ね可能	困難	不可能	総数	無し	あり	総数
無し	21	2	0	0	23	21	2	23
あり(軽度)	4	5	0	0	9	8	0	8
あり(中等度)	1	9	4	1	15	8	6	14
疑いあるも不確実	0	1	2	0	3	3	0	3
合 計	26	17	6	1	50	40	8	48

コミュニケーション障害は精神障害のみならず、失語症や構音機能や聴覚障害でも起こる。また夜中に譫妄状態を起こす原因も、身体的、精神的、環境変化等の影響があり、脱水症や薬剤の影響などが加わって起こる。医学的判断は欠かせない。痴呆性老人では起こりやすいが、特異性が低く、痴呆の診断の根拠とすることは無理である。しかし痴呆が重度になるにつれてコミュニケーションの成立困難な高齢者が増えるといった緩やかな正相関は認められた。一方夜中に起きて騒ぐという譫妄あるいは睡眠の昼夜逆転などから起こる迷惑行動は、痴呆の無い高齢者にも起こり得るが、今回のデータでも痴呆が進んだ痴呆性老人により多かった。

従って、介護者の痴呆ありとの主観的判断を傍証で強化しようとした筆者の目論見は成り立たなかった。診断根拠とするのではなく、痴呆の進行に伴ってケアの困難さが増加するのが一般的傾向であり、ケアプランの参考資料と見るべきであろう。あるいはむしろ話の順は逆で、ケアが困難になると、痴呆はより重症化したと判断されるのかもしれない。しかしこの傾向を痴呆性老人全体に適用するといった早急な普遍化は望ましくない。痴呆が重度化し、身体的 ADL が低下すると異常行動は減少して介護者が楽になることはよく知られている。高齢者のケアは個々のケースのニーズに応じて工夫されるべきで、ADL 支援に限定すべきではない。痴呆性高齢者では心理的、社会的支持がとくに大切である。

第1報の要約

期待と不安の中に急遽制定された介護保険の成否は、利用する高齢者とその介護者に聞くのが一番いい。利用者はどう受け止め、どのように利用しているかを学生と共に調査することにした。調査対象は、要介護と思われる高齢者1名を学生が探し、所定の調査票に留め置きで記入を依頼した。調査は演習の一部として実施した。3クラス66名の演習登録学生の協力で50例のアンケートが回収された。

第1報では、調査研究の目的や方法についての説明と、調査対象の身心障

害状況を述べた。調査対象者の年齢は52～99歳と広範囲に亘り、中央値は80歳であった。女性が男性の3倍以上を占め、やや高齢側に分布した。調査は在宅高齢者を主にしたが、施設居住者7名が含まれた。病気を報告しなかった6名を除き、1～6疾患、平均2.25疾患を有し、治療中の疾患は平均1.36であった。傷病類別では循環器疾患、筋骨格系疾患、そして精神及び行動障害の順、疾患群では高血圧、脳血管疾患、痴呆、関節疾患等が多かった。病名として挙げられる痴呆に比し、別立てに痴呆の有無を尋ねると3倍も多く報告され、その疑いありも含めて過半数に痴呆があった。医療を受けずに家族が世話している痴呆が多いことが示唆された。視力障害は7割、聴覚障害は半数に認められた。ADL障害は起床、食事、移動は自立が多かったが、入浴、外出は全介助が4割に達し、多かった。問題行動を伴う痴呆は介護者を悩ませるが、夜中に騒ぐことが15%程度で報告数が最も多く、徘徊は1割程度にあった。日常会話に困難がある者も1割程度あった。痴呆が高度になると行動やコミュニケーションも困難になる傾向があった。