

痴呆性高齢者に対する 効果的ケア方法の開発（その1）

伊 東 真理子

1. はじめに

わが国は、既に世界一の長寿国となり、今日その平均寿命（図1-1、2表1-1、2参照）は、女性84.62歳、男性77.64歳に達している。このことは歴史上かつてなかったような高齢社会に入って行くことを意味する。こうした中で安心できる長寿社会を実現して行くことは、21世紀最大の課題である。

ところで、高齢者層の増大と一言でいっても、その中身についてみれば今や、前期高齢者層に比して後期高齢者層の割合及び実数が飛躍的に増加しているのである。これは、要支援・介護高齢者の増大を意味（図1-3参照）し、それらの者を、何処で誰が看るのかという高齢者社会政策問題として、既に筆者は10年以上前に問題提議をした。が、そのような中で、今後ますます増大が予測される痴呆性高齢者対策については、避けることのできない焦眉の急務であるにも拘らず、その研究は、遅々として進んでいない。

その痴呆性高齢者の実数であるが、1990（平成2）年までは約100万人程度で、65歳以上人口の約6.8%と推計されていたが、2000（平成12）年には約160万人、2015（平成27）年になれば約260万人に達すると予測（図1-4参照）されている。この痴呆性高齢者への対応は、本人のみ

ならず、家族を始め周囲を巻き込んでの大問題である。これ迄これに対する研究は、医療分野では主として薬物療法が追求され、他方、福祉分野においては、個々に現場経験に基づいた各種の芸術・芸能療法等を手探りで行っているという現状であった。

そこで、今後の筆者は、この 21 世紀の焦眉の急務とされる痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法について、福祉関係者はもとより、保健・医療関係者の協力を得て、科学的実証的解明に努力し、痴呆性高齢者とその周囲の者の QOL 向上に寄与したいと思う。

尚、本論は、これまでの痴呆ケアの成果と問題点を明らかにすることによって、効果的ケア方法のあり方を考察する端緒を開こうとするものである。

2. 痴呆性高齢者への対応の系譜

1980 年代初頭より、特別養護老人ホームをはじめ福祉系施設の窓口には、痴呆に関する相談が急激に増えてきていた。しかし当初は、一部の先駆的な試みに挑戦する気概をもった施設を除いて、その受け入れはなされなかった。行き場のない家族は、「福祉事務所へ行け」とか「保健所へ行け」といわれ、結局のところ精神病院へ送致された。しかし、精神病棟に入れられても、自分のものと他人のものとの区別のつかぬ痴呆性高齢者はそこにも馴染めず、いわゆる痴呆性高齢者の「たらい回し」^{註1}がなされていた。

翻ってみると、1963（昭和 38）年、「老人福祉法」が制定され、1970（昭和 45）年、総人口に占める老年人口の割合が 7% を超え国連が定義する「高齢化社会（Aging Society）」に突入した。その 2 年後にはアルツハイマー病をテーマとした有吉佐和子著『恍惚の人』がベストセラーとなり、流行語にもなった。これによって、痴呆問題が社会現象となって一世

痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発（その1）

を風靡した。わが国に最初の「呆け老人をかかえる家族の会」（京都本部）が発足したのは1980（昭和55）年であった。それから2年後、「老人保健法」が制定され、厚生省が、その重い腰を挙げて「痴呆性老人対策本部」を設置したのは、老人福祉法制定から23年を経過した1986（昭和61）年、〔高齢者保健福祉推進10か年戦略〕（ゴールドプラン）がスタートしたのは1989（平成元）年のことであった。

そして90年代に入ると、全国主要都市において痴呆の知識の普及や啓発活動を狙いとしたシンポジウムが活発に展開されるようになった。1992（平成4）年には、老人保健施設に65歳未満の初老期痴呆患者の入居が可能となる。加えて、デイサービスセンターE（痴呆性老人毎日通所）型が創設された。94年には、65歳以上の高齢者人口が14.1%を記録、国連が定めるところの「高齢社会（Aged Society）」となり、「高齢者保健福祉10か年戦略」の見直しがなされ、「新ゴールドプラン」が策定（表2-1参照）された。続いて、99年には「ゴールドプラン21」が策定（図2-1参照）され、今後の重要課題として痴呆性老人対策が掲げられた。

いよいよ2000（平成12）年、民営化と利用者本位を掲げて介護の社会化を目指す「介護保険制度」の導入がなされ、同年、判断能力が充分でない痴呆性高齢者の財産や権利を保護する為、「成年後見制度」が実施された。更に2001（平成13）年、新生労働厚生省は、東京・宮城・愛知の3ヶ所に「高齢者痴呆介護研究・研修センター」を開設^{注2}するに至った。

以上、駆け足で、わが国の痴呆対応の系譜を眺めた。80年代中盤より、痴呆専門の老人保健施設が開設され始め、これで本人も家族も救われると思われたが、何処も瞬時に満床となった。予想以上に痴呆で悩んでいる者の数が、大きかったのである。また、それらの施設においても、痴呆性老人に現れるかつて問題行動といわれたもの——徘徊、不潔行為、不眠、昼夜逆転、異食、過食、拒食、性的異常行動、金盗られ妄想等々——に対し

て、ただ安易に薬物療法を施したり、何故ゆえそうするのか理由を考えずに物理的手段をもって緊縛、抑制といった対応が一般的に行われていた。

しかしその後、介護現場の最先端で一部の実践者^{註3}の中には、痴呆性老人と起居、行動を共にするうちに、問題行動にはそれぞれ理由があり、失われた能力ではなく、その者の残存能力に着目した全人的なケアが効を奏するということに経験的に気付く者が出てきた。それら一貫した痴呆ケアの歴史の中から、多種多様なグループホームが誕生し、そのエッセンスを大型施設に生かしたユニットケアの概念が生まれ、厚生労働省もこれを推進しようとしている。

ところが、その重要な成果の社会科学的な理論化については、今だ説得力を持たないままである。

3. 介護保険と痴呆ケアの問題点

前項においては、これまでの痴呆に対する対策の概略を追ったが、ここでは2000（平成12）年四月にスタートした介護保険を中心に痴呆性高齢者対策を検討してみたい。

(1) 介護保険再考

介護保険は、21世紀に向けた社会保障構造改革の第一歩として実現したものである。そこには、従来とは異なる考え方や仕組みが組み込まれていた。

例を挙げるならば、「保健・医療・福祉の連携」、「利用者自身による選択・決定」、「在宅福祉への企業参入」、「高齢者による応分の保険料・利用者負担」、「要介護認定・介護報酬請求におけるIT活用」等々である。

このわが国の介護保険が実施から約1年と七ヶ月経過したが、先行のオランダやドイツと比して、規模から考えてもまずは順調な船出といえよう。

痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発（その1）

しかしながら、新制度立ち上げにつきものである早急な改善が求められる事項^{注4}が極めて多いのも、また事実である。

その第一が、要介護認定基準の改善である。痴呆が適切に評価されていないケースが多すぎるのだ。このように実態よりも要介護度が軽く出る傾向に対しては、各地の介護認定審査会で様々な工夫が凝らされているようだが、早急な統一見解が必要だ。また、最近では、丁寧かつ熱心に書かれたものも散見されるようになったが、主治医の意見書で当てにならないものも少なくない。必要事項が記載されていないものも多い。字も極めて悪筆で、判読不明なものが、これまた少なくない。特に、身長・体重は、そのケースの介護状態を紙面で図り知る重要ポイントであるにも拘らず、殆ど記録されていない。工夫をし、早急な改善策が求められるところである。

第二は、介護保険に関わる全ての専門職における各々の専門性の向上を図ると共に、その職務内容と報酬が見合ったものとなるように単価を定めることが望まれる。後述するが、これがなされると、手間が掛かる真にサービスの必要な者が受けられないということになる。

第三に、在宅介護の推進を標榜した介護保険であったはずが、その介護サービス利用が、思ったほど伸びていない。その理由の解明が必要だ。どうして使いたくないのか、それとも、使いたいのに使えないのか。全国各市町村は、十分に調査・検証する必要がある。

これとは対照的に、全国的に施設には入所希望者が殺到している状況である。現行システムでは、介護保険開始前に比して、施設間における自己負担の整合性^{注5}は図られては来たが（表3-1参照）、家族の負担という点から考慮すると、「在宅介護」よりも「施設介護」のほうが、圧倒的に経済的には割安感があり、精神的には安心感が得られ、身体的にも楽であるからだ。

繰り返すが、新制度はその理念を「在宅介護」にその中心をおくが、筆者がNHK総合TV「敬老の日・特集番組」（平成12年9月放映）におい

て詳述したように、今後、高齢者の「一人暮らし」や「老人夫婦のみ世帯」が増大（表3-2参照）することを考慮すれば、また、痴呆ケアや効率的サービスを提供するためにも、施設整備は焦眉の課題である。ホテルコストの自己負担を前提に、今こそ施設福祉が展開されなければならない。個室、誰かに逢いたくなったらいつでも人と触れ合えるスペース、その中間点となる気の合う者同士が座って話せるベンチ、などがある施設、つまり、「プライバシー」と「交流」の双方が提供されるQOLの高い良質な暮らしができる施設が求められるのである。

加えて、今日までの経過から我々が学んだのは、上述したように「在宅サービス」より「施設サービス」に人気があることと共に、「在宅サービス」では要介護者と主たる介護者を離すサービス、つまり、ショートステイ、デイケア、デイサービスに人気があったことである。

(2) 「在宅ケア」サービスの問題点

介護保険制度の導入から今日まで、痴呆性高齢者の在宅ケア（表3-3参照）の種々なる問題点が指摘されている。主な問題の一つは、在宅介護の命綱であるショートステイとデイケア、デイサービスが、介護保険導入前よりも、むしろ、使いにくくなっている点である。その背景には、上述した要介護認定が、実態より軽くなりがちであることと共に、痴呆性高齢者にぴったりと適合する個別ケアが、この介護保険制度のメカニズムに取り入れられていないことにある。

例を挙げるならば、O市内に住む72歳の女性F代さんは、78歳の夫Y男との二人暮らしである。Y男は、約1年前から食事、排泄、衣服着脱、移動等々に対し全介護が必要な要介護5となっており、介護に抵抗することも少なくない。しかし、サービス利用量は、要介護度5の限度額の40%に過ぎない。その理由は、利用したいサービスが利用できないからだ。

元来、このような場合、介護者に役立つサービスは、前述の如くデイや

痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発（その1）

ショートステイである。それは、介護者が日頃の介護から精神的にも身体的にも解放され、その休養ケアによって、介護者自身がリフレッシュされ、新たな意欲をもって介護の日々に戻るために必要なサービスなのである。

介護保険開始前には、痴呆性高齢者が小人数単位で毎日利用できる「E型デイ」というサービスがあった。職員配置や事業費から算定された運営費が行政から支払われていた為、施設側にとっても、それほどコスト意識を持つこともなかった。

ところが、介護保険導入後、施設収入は、サービス利用量に応分の介護報酬となった為、介護に手間のかかる高度痴呆症状を呈する者は敬遠され、手間のかからぬ者を多く集めようとする傾向が見られる。

かつての「E型デイ」は、「痴呆専用型」に衣替えとなったが、利用者の上限が10名と決められている為、経営効率を考える施設からは同じく敬遠され、実施している施設は極めて少ない。

他方、「一般型デイ」は、人数制限が無い為、制度導入に伴い、全般的に利用者の増大をみたが、これも職員数が限られている為、手間のかかる高度痴呆高齢者は、ここでも体よく断られ、行き場の無い者も少なくない。

その上、ショートステイの利用にも、痴呆性高齢者特有の困難が伴う。それは、グループケアユニットを採用しているような先進施設においても、介護記録は丹念に取られてはいるが通り一遍であり、その者を全人的に理解して、より良い明日に繋いで行くという余裕はない。従って、環境の変化に影響を受けやすくナーバスになっている痴呆症状を持つ者は、慣れぬ環境、異なる施設で興奮したり、転倒を繰り返すということが生じ易くなる。短期入所ゆえの混乱が繰り返されるのである。

畢竟、現在におけるわが国の介護保険制度は、寝たきりなどの障害があり、身体介護を必要とする高齢者向けの体制となっている。要介護認定（表3-4参照）も、改善を重ねながらも未だ痴呆状態を充分考慮に入れる

状態になっているとは言い難い。今後はサービス事業者が、痴呆性高齢者に合致するサービス提供に向かうようなインセンティブを持つ、つまり、サービス現場の努力が報われるような報酬体系の確立が早急に望まれる。

以上、生まれて2年足らずのこの制度を批判するのは容易いが、今後は地域の社会資源である各種高齢者施設を核としながら、地域住民も声をあげて、行政と共に三位一体となってこの問題の解決に取り組んでいかねばならない。

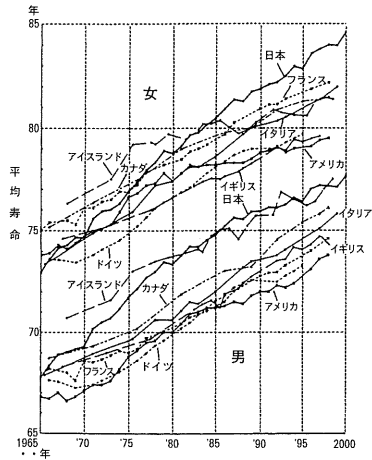
尚、痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発に関して、本題の科学的データについては、パイロット調査を漸く終了した所であり、その詳述については次稿に譲りたい。また、この研究に着手する誘因を与えて下さり、痴呆問題の研究について、直接お教えを賜った名古屋大学精神科竹内徹教授に記してここで御礼申し上げる。

(注)

- (1) 伊東眞理子著「高齢者の居住問題——要介護期を中心として」経済社会学会年報Ⅲ号 p211.
- (2) 国民の福祉の動向・厚生指標 臨時増刊・第48巻第12号・通巻第755号 p 228.
- (3) 痴呆の先駆的な実践者の一人として本学出身の岩尾貢氏（加賀のぞみ園副園長）を挙げることができる。グループホームの実践等について興味ある者は、氏の「グループホーム現場レポート」在宅医療第4巻3号1997年 pp25-30を参照されたい。
- (4) これに関しては、既に、筆者が理事を務める社会福祉法人・長等の里の機関紙「長等の里だより」2001年6月号に「介護保険スタート1年」と題して提言を行っている。
- (5) 施設間における自己負担の整合性については、伊東眞理子著「老人介護政策に関する一考察」生活経済学会年報1991年版を参照されたい。

痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発（その1）

表 1-1 平均寿命の国際比較



注 1990年以前のドイツは、旧西ドイツの数値である。

資料 U.K.「Demographic Yearbook」等

出所 厚生省の指標 2001年版

図 1-1 平均寿命の主要国比較

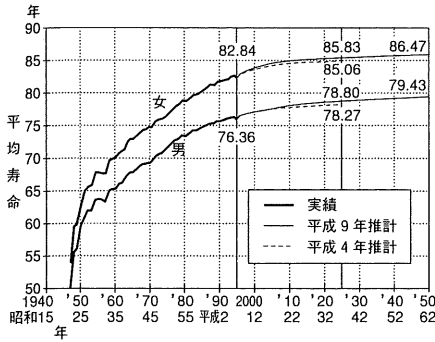
注 人口は1998年の年央推計人口である。ただし、日本については平成12年10月1日現在推計人口である。

資料 Demographic Yearbook 1998, U.N. 等

*印は当該国及び地域からの資料によるもの

国	作成基礎期	男	女	(参考)人口(万人)
アジア				
日本	2000	77.64	84.62	12,558
イスラエル	1998*	76.1	80.3	596
インド	1991-1995	59.7	60.9	97,093
インドネシア	1995-2000	63.3	67.0	20,291
韓国	1997*	70.56	78.12	4,643
シンガポール	1998	75.2	79.3	387
タイ	1995-2000	65.8	72.0	6,120
中国	1990-1995	66.7	70.5	125,570
香港	1999*	77.2	82.4	669
ヨーロッパ				
アイスランド	1998-1999*	77.5	81.4	27
イタリア	1999*	75.8	82.0	5,737
イギリス	1997-1999*	74.84	79.77	5,865
オーストラリア	1997	74.3	80.6	808
オランダ	1995-1996	74.5	80.2	1,569
スイス	1998*	76.5	82.5	711
スウェーデン	2000*	77.38	82.03	885
チェコ	1998-1999*	71.24	77.93	1,029
デンマーク	1996-1997	73.3	78.4	530
ドイツ	1997-1999*	74.44	80.57	8,202
ノルウェー	1999*	75.62	81.13	443
フィンランド	1999*	73.7	81.0	515
フランス	1998*	74.6	82.2	5,885
ロシア	1995	58.3	71.7	14,711
北アメリカ				
アメリカ合衆国	1998*	73.8	79.5	27,056
カナダ	1998*	76.1	81.5	3,025
プエルトリコ	1990-1992	69.6	78.5	386
メキシコ	1995-2000	69.5	75.5	9,583
南アメリカ				
アルゼンチン	1990-1992	68.4	75.6	3,567
ブラジル	1997	64.7	70.9	16,179
アフリカ				
エジプト	1996	65.1	69.0	6,598
ナイジェリア	1995-2000	48.7	51.5	10,641
オセアニア				
オーストラリア	1998*	75.9	81.5	1,875
ニュージーランド	1995-1997	74.3	79.6	379

表 1-2 平均寿命の推移



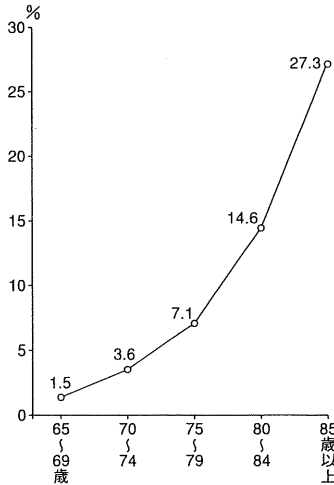
(単位 年)

	平成7年 (1995)	12 (2000)	37 (25)	62 (50)
男子	76.36	77.40	78.80	79.43
女子	82.84	84.12	85.83	86.47

資料 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)

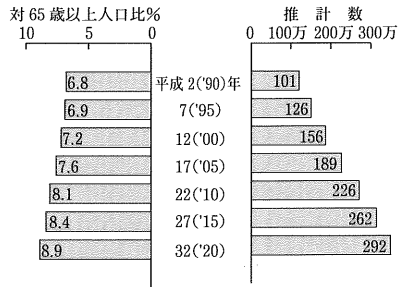
資料 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)

図 1-2 平均寿命の推移



資料 「老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆性老人の把握方法等について」平成4年2月25日老計第29号、老健第14号

図 1-3 痴呆性老人の年齢段階別出現率



資料 平成2年度厚生科学総合研究「老人性痴呆疾患患者のケア対策に関する研究」

図 1-4 痴呆疾患の将来数の推計

痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発（その1）

表 2-1 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略（新ゴールドプラン）の進捗状況

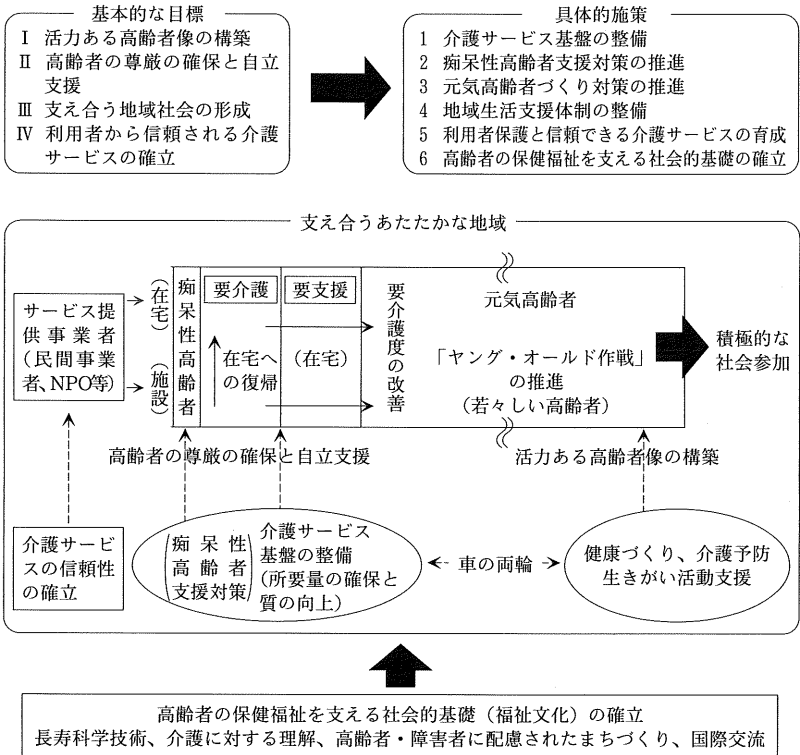
在 宅	訪問介護員 （ホームヘルパー）	平成7年度予算 （ ）内は実績	平成8年度予算 （ ）内は実績	平成9年度予算 （ ）内は実績	平成10年度予算 （ ）内は実績	平成11年度予算 （ ）内は実績	新ゴールドプラン （平成11年度）
		92,482人 (95,578人)	122,482人 (118,779人)	151,908人 (136,661人)	167,908人 (157,711人)	178,500人 (176,450人)	
サ	短期入所生活介護 （ショートステイ）	30,627人分 (33,034人分)	36,727人分 (38,619人分)	44,834人分 (43,566人分)	56,772人分 (49,242人分)	65,000人分 (57,085人分)	60,000人分
イ	日帰り介護（デイサービス）/ 日帰りハビリテーション（デイケア）	8,643カ所 (6,401カ所)	10,322カ所 (7,922カ所)	12,084カ所 (9,616カ所)	15,006カ所 (11,458カ所)	17,250カ所 (13,350カ所)	17,000カ所
ビ	在宅介護支援センター	3,472カ所 (2,651カ所)	4,672カ所 (3,347カ所)	6,172カ所 (4,155カ所)	8,564カ所 (5,262カ所)	10,000カ所 (6,648カ所)	10,000カ所
ス	老人訪問看護事業所 （老人訪問看護ステーション）	1,500カ所 (1,235カ所)	2,300カ所 (1,863カ所)	3,200カ所 (2,559カ所)	4,100カ所 (3,384カ所)	5,000カ所 (4,470カ所)	5,000カ所
施 設	特別養護老人ホーム	231,509人分 (233,560人分)	247,109人分 (249,017人分)	262,709人分 (262,961人分)	289,155人分 (279,147人分)	305,000人分 (296,937人分)	290,000人分
サ	老人保健施設	165,811人分 (120,298人分)	191,811人分 (147,243人分)	220,811人分 (180,855人分)	249,811人分 (207,595人分)	284,000人分 (230,092人分)	280,000人分
イ	介護利用型軽費老人ホーム （ケアハウス）	30,700人分 (16,893人分)	38,200人分 (23,326人分)	51,350人分 (29,529人分)	73,400人分 (37,492人分)	84,900人分 (44,176人分)	100,000人分
ビ	高齢者生活センター	240カ所 (186カ所)	280カ所 (204カ所)	320カ所 (227カ所)	570カ所 (243カ所)	800カ所 (266カ所)	400カ所

注1) 訪問看護員（ホームヘルパー）については、障害者プランで、平成8年度において8,000人、平成9年度において7,500人、平成10年度において8,600人、平成11年度において8,700人、（累計32,800人）の上乗せが行われている。

2) 日帰りハビリテーション（デイケア）の実績は、各年度の7月1日現在の数値。

3) 平成10年度予算および平成11年度予算の数値は、補正予算を含めた数値。

資料 厚生労働省老健局調べ



(出所) 厚生省の指標 2001年版 p192

図 2-1 ゴールドプラン 21 の施策の概要図

痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発（その1）

表 3-1 各施設サービスの支給額¹⁾

施設の種類	単位数 ³⁾	
	（ ）内は、円（月額）への換算 ⁴⁾	
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム） （人員配置 3：1 の場合） ²⁾	要介護 1	796 (24.2 万円)
	要介護 2	841 (25.6 万円)
	要介護 3	885 (26.9 万円)
	要介護 4	930 (28.3 万円)
	要介護 5	974 (29.6 万円)
介護老人保健施設 （人員配置 3：1 の場合）	要介護 1	880 (26.8 万円)
	要介護 2	930 (28.3 万円)
	要介護 3	980 (29.8 万円)
	要介護 4	1,030 (31.3 万円)
	要介護 5	1,080 (32.9 万円)
介護療養型医療施設 （療養型病床群を有する病 院で、人員配置が看護 6：1、 介護 4：1 の場合）	要介護 1	1,126 (34.2 万円)
	要介護 2	1,170 (35.6 万円)
	要介護 3	1,213 (36.9 万円)
	要介護 4	1,256 (38.2 万円)
	要介護 5	1,299 (39.5 万円)

注 1) 食事の提供に係る部分を除く。

2) 人員配置 3：1 とは、介護職員・看護職員の人員配置が、入所者 3 人に対し 1 人であること。以下、同じ

3) 1 単位の円への換算は、地域区分（5 区分）により異なり、「その他」地域においては、1 単位=10 円である。

4) 「その他」地域についての計算例として、単位数×10×30.4 日の算式により計算。

出所 注 2) p233

表 3-2 世帯構造別にみた 65 歳以上の者のいる世帯数と構成割合の年次推移

	総数	全世帯に 占める 割合 (%)	単独世帯	夫婦のみ の世帯	推 計 数 (千世帯)			親と未婚 の子のみ の世帯	三世代 世帯	その他 の世帯	65歳以上 の者のみ の世帯 (再掲)
					いずれか が65歳未 満の世帯	ともに 65歳以上 の世帯	構 成 割 合 (%)				
昭和50年(1975)	7,118	(21.7)	611	931	478	443	683	3,871	1,023	1,069	
55 ('80)	8,495	(24.0)	910	1,379	657	722	891	4,254	1,062	1,659	
60 ('85)	9,400	(25.3)	1,131	1,795	799	966	1,012	4,313	1,150	2,171	
平成 2 ('90)	10,816	(26.9)	1,613	2,314	914	1,400	1,275	4,270	1,345	3,088	
7 ('95)	12,695	(31.1)	2,199	3,075	1,024	2,050	1,636	4,232	1,553	4,370	
11 ('99)	14,887	(33.1)	2,703	4,125	1,242	2,883	2,261	4,064	1,734	5,771	
12 ('00)	15,647	(34.4)	3,079	4,234	1,252	2,982	2,268	4,141	1,924	6,240	
昭和50年(1975)	100.0	.	8.6	13.1	6.8	6.2	9.6	54.4	14.4	15.0	
55 ('80)	100.0	.	10.7	16.2	7.7	8.5	10.5	50.1	12.5	19.5	
60 ('85)	100.0	.	12.0	19.1	8.5	10.6	10.8	45.9	12.2	23.1	
平成 2 ('90)	100.0	.	14.9	21.4	8.4	12.9	11.8	39.5	12.4	28.6	
7 ('95)	100.0	.	17.3	24.2	8.1	16.1	12.9	33.3	12.2	34.4	
11 ('99)	100.0	.	18.2	27.7	8.3	19.4	15.2	27.3	11.6	38.8	
12 ('00)	100.0	.	19.7	27.1	8.0	19.1	14.5	26.5	12.3	39.9	

注 平成 7 年の数値は兵庫県を除いたものである。

資料 昭和 60 年以前は厚生省「厚生行政基礎調査」、平成 2 年以降は厚生労働省「国民生活基礎調査」

出所 注 (2) p26

表 3-3 介護保険における在宅の要介護者等へのサービス

サービスの種類	サービスの内容
介護訪問 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが要介護者等の居宅を訪問して、入浴、排せつ、食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談、助言その他の必要な日常生活上の世話を行う。
訪問入浴介護	入浴車等により居宅を訪問して浴槽を提供して入浴の介護を行う。
訪問看護	病状が安定期にあり、訪問看護を要すると主治医等が認めた要介護者等について、病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護婦等が居宅を訪問して療養上の世話又は必要な診療の補助を行う。
訪問リハビリテーション	病状が安定期にあり計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医等が認めた要介護者等について、病院又は診療所の理学療法士又は作業療法士が居宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行う。
居宅療養管理指導	病院、診療所又は薬局の医師、歯科医師、薬剤師等が、通院が困難な要介護者等について、居宅を訪問して、心身の状況や環境等を把握して、それらを踏まえて療養上の管理及び指導を行う。
通所介護 (デイサービス)	老人デイサービスセンター等において、入浴、食事の提供とそれに伴う介護、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認その他の必要な日常生活の世話及び機能訓練を行う。
通所リハビリテーション (デイ・ケア)	病状が安定期にあり、計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医等が認めた要介護者等について、介護老人保健施設、病院又は診療所において、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行う。
短期入所生活介護 (ショートステイ)	老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、その施設で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。
短期入所療養介護 (ショートステイ)	病状が安定期にあり、ショートステイを必要としている要介護者等について、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等に短期間入所し、その施設で、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療や日常生活上の世話を行う。
痴呆対応型共同生活介護 (痴呆性老人グループホーム)	痴呆の要介護者について、その共同生活を営むべき住居（グループホーム）において、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行う。
特定施設入所者生活介護 (有料老人ホーム)	有料老人ホーム、軽費老人ホーム等に入所している要介護者等について、その施設で、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談、助言等の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う。
福祉用具貸与	在宅の要介護者等について福祉用具の貸与を行う。
居宅介護福祉用具購入費等 (特定福祉用具の購入)	福祉用具のうち、貸与になじまない入浴や排せつのための福祉用具その他の厚生労働大臣が定める福祉用具の購入費の支給。
居宅介護住宅改修費 (住宅改修)	手すりの取付けその他の厚生労働大臣が定める種類の住宅改修費の支給。
居宅介護支援	在宅の要介護者等が在宅介護サービスを適切に利用できるよう、その者の依頼を受けて、その心身の状況、環境、本人及び家族の希望等を勘案し、利用するサービス等の種類、内容、担当者、本人の健康上・生活上の問題点、解決すべき課題、在宅サービスの目標及びその達成時期等を定めた計画（居宅サービス計画）を作成し、その計画に基づくサービス提供が確保されるよう、事業者等との連絡調整等の便宜の提供を行う。介護保険施設に入所が必要な場合は、施設への紹介等を行う。

痴呆性高齢者に対する効果的ケア方法の開発（その1）

表 3-4 要介護認定における一次判定

直接生活介助	身体に直接触れて行う入浴、排せつ、食事等の介護等
間接生活介助	衣服等の洗濯、日用品の整理等の日常生活上の世話等
問題行動関連介助	徘徊、不潔行動等の行為に対する探索、後始末等の対応
機能訓練関連行為	えん下訓練の実施、歩行訓練の補助等の身体機能の訓練及びその補助
医療関連行為	呼吸管理、じょくそう処置の実施等の診療の補助等
要支援	5分野を合計した要介護認定等基準時間が30分未満であって <ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定等基準時間が25分以上 または ・間接生活介助、機能訓練関連行為の2分野の要介護認定等基準時間の合計が10分以上
要介護1	5分野を合計した要介護認定等基準時間が30分以上50分未満
要介護2	5分野を合計した要介護認定等基準時間が50分以上70分未満
要介護3	5分野を合計した要介護認定等基準時間が70分以上90分未満
要介護4	5分野を合計した要介護認定等基準時間が90分以上110分未満
要介護5	5分野を合計した要介護認定等基準時間が110分以上

出所 注(2) p231

(本学助教授・高齢者社会政策)