

ければ特に問題視せず家族にもそのことは触れずにすまずことが多い。一方、問題行動や精神症状ができれば即専門医療機関を紹介しそれ以上関わらないことになる。従って、痴呆診療における診療所の役割はどこにあるか分かりにくいとの指摘があった。しかし、特に脳血管性痴呆においては血管病としての全身管理と脳の健康管理を長く見ていく立場としては診療所がかかりつけ医として良いのではないかと講師はコメントされた。本研究会の目的は、回を重ねるごとにテーマを展開しステップをあげながら痴呆に関する医療体制の充実を目指していくことにあるといえる(図9)。第3回は、事前打ち合わせにおいて、テーマは「痴呆と介護保険」と決まり、痴呆疾患センターの精神科医師が介護サービス調査票に基づいて介護判定のポイントについて講義を行った。かかりつけ医の意見書に関して生活を見ていないので、「書け」といわれてもすらすら書けないとの意見も出た。今回のテーマに関しては、思案投げ首で具体的な論議までには至らなかった。が、介護保険において痴呆の公平な判定を推進するためにも、本会でこのテーマは積極的に取り上げていく必要性を痛感した。

(3) 在宅ケアが可能となる受け皿整備

当地域の老人施設は、特別養護老人ホーム3施設(計200床)、養護老人ホーム1施設(50床)、老人保健施設1施設(50床)である。我々の昨年度の調査からこれらの施設入所者のうち痴呆を合併している割合は36%であった。また、老人ホーム入所判定ケースのうち6割から7割が痴呆を合併しており在宅と施設の中間に痴呆性老人への適切な対応がとれる受け皿やサービスが極めて少ないため、やむを得ず即施設対応になってしまっているのが実状である(図10)。

D. 考 察

(1) 早期発見・早期対応の社会的意義と受け皿整備

痴呆性老人の早期発見・早期対応の定義は難しく、関わる人や立場でその判断も違っている。痴呆の重症度は、一般には3段階や4段階に分けられている(図11-図14)。我々が、早期発見としているのは、3段階で見た場合(図14)、ステージ1のレベルで発見することを想定している。ステージ1が2年-4年、ステージ2が2年-10年、ステージ3が1年-3年とケースによって経過は5年から17年と幅があります。我々の調査からは、在宅の痴呆性老人の約4割がステージ1だということが分かっている。さて、家族が気づいた痴呆の初発症状を、東京都のデータから見ると(図15)、多いものから「同じことをきいたりする」「物の名前がでてこない」「置き忘れやしまい忘れが目立つ」「以前あった関心や興味がなくなる」となっており、初発症状は歳のせいにしてしまうものばかりだといえる。従って、痴呆の早期発見をする場合、痴呆の症状、サインはどうしても歳のせいにしてしまうことが根底にあることを押さえておくことが肝心である。そこで、早期発見するには、歳のせいにしない、本人や家族、保健医療関係者、地域が病気と診る視点が大切になってくる。そして、病気と診ることから早期対応が講じられ、向き合い応じる行動へと繋がっていくことになる(図16)。一方、早期発見しても早期対応できる受け皿、社会資源がなければ何にもならない。むしろデメリットとして本人や家族に余計な負担や不安を与えることになりかねない(図17)。そこで、早期発見を活かすには治せる可能性のある痴呆は治し、進行を予防できる痴呆は進行を遅らせ、介護者支援の体制づくりが整

備されていることが不可欠といえる。

(2) 在宅介護支援体制

痴呆重症度評価 (FAST) によれば、自立した排泄能力の低下や入浴不可となれば重度と判定しているが、徘徊や物盗られ妄想、火の不始末など家族や介護者との人関係や葛藤などは余り考慮されていないようである (図13)。従って、FASTの重症度からは軽度であっても、社会的には重度と認識されて在宅ケアは無理と判断されることもある。また、その逆もあり得る。介護負担についても、直接介護に関連したストレスよりも、むしろ、家族や患者が求める介護を越えたレベルの高い付加的役割や援助に際して、より大きな負担となる。また、介護者の年齢や性別、患者との人間関係により負担と認識する度合いに違いがある (図18)。そこで、早期発見・早期対応は、家族関係や介護者の負担度などの視点からとらえていく必要がある。我々の調査からは、施設入所の痴呆性老人の約4割が軽傷痴呆であるとの結果は、比較的早期の痴呆の段階から在宅ケアが破綻をきたし、施設対応になっていることが浮き彫りにされた (図10)。また、もっとも異常行動をとるのは中程度の痴呆であり、この時期をグループホームや中間施設で乗り切れればその後は落ち着いてきて再び在宅ケアが可能であるとの指摘もある。オーストラリアの研究者の報告によると (図19)、痴呆が軽度であっても、介護者には負担となる症状があり、例えば攻撃的なことば、暴力、物とられ妄想などは、軽度でもよくみられ、軽度だからといって介護者負担が軽いとは決していえないことを示している。従って、介護者支援は、痴呆の早い段階から多種多様なサービスや医療的対応を継続的に提供しながら介護負担の軽減に努めなければいけない (図20)。特に、これらの

サービスが効果的に介護者負担の軽減に繋がるには、ケアプラン (図21)、病診連携、早期の介護者教育が総合的に機能していくことが鍵になる (図20)。当地域では、痴呆性老人の受け皿として在宅から施設へと段階的につなげていく、または、再度在宅へと結びつけていく中間施設や保健、医療、福祉サービスの整備がほとんど手つかずの状態にある (図10)。我々が早期発見し早期に対応し在宅ケアを可能にするには、保健、医療、福祉サービスの整備と充実が先ず不可欠との認識にたって対策を推進していく必要がある。

(3) 痴呆疾患センターと診療所の役割

当地域では、診療所の医師が痴呆性老人に早期から接しているにも拘わらず、痴呆は進行性や不治であり告知の問題に苦慮し家族にも告げずにしばらく経過観察となってしまう事が多い。結局、診療所では重症化し家族からの訴えで痴呆疾患センターを紹介することになる。一方、痴呆疾患センター (安曇病院) には精神科の病棟はあっても痴呆専門病棟はなく十分な対応には限界がある。その結果、痴呆性老人に対しては施設対応が中心とならざるを得ない。今回発足した病診連携研究会の果たす役割は、診療所と痴呆疾患センターが連携しながら早期の痴呆性老人とその家族へのチームワーク診療支援体制を確立することにある。このためには、痴呆疾患センターの果たす役割、専門病院や病院の果たす役割、診療所の果たす役割を明確化しながら、うまい連携プレイの実践活動の積み重ねが大切である。また、早期に把握した痴呆性老人をフォローアップし家族教育や家族調整するシステムも必要であり、この役割は誰が、または、どの機関が担っていくかも課題となる。利用者である一般住民に対しても、本研究会の成果は、啓発活動

の一環で絶えず情報を流す事も重要であると考えている。

(4) 介護者の会の果たす役割

介護者は痴呆性老人への適切な対処など教育を受け知っていても感情が先にでてついつい不適切な対応となってしまう。その結果、介護者も悩んでしまい苦しみ余裕がなくなりさらに不適切な対応へと悪循環を繰り返す。そこで介護者の気持ちを受け止め共感する仲間が必要である。先輩介護者の共感と助言は介護者負担を軽減させエネルギーの充電と回復力を高めてくれる。これによって余裕を持った介護技術が実践される。開催した介護者の会に参加する人たちは、痴呆を表に出しオープンに語り種々の支援を求めてくる層に限られる傾向がある。家族が痴呆と気づかなかつたり知られたくないと思ったり家族の協力が得られない人は参加につながらないとの課題もある。従って、介護者の会へ参加困難なケースへの個別の働きかけも併せて考えていく必要がある。地域での講演会やシンポジウムに介護者自らが体験談や主張の機会を持つような企画が仲間教育として効果的だと思われる。

(5) 社会資源基盤づくり

(図10、図20)

管内には医療機関で痴呆専門病棟を有するところもない。痴呆専門病院の福岡県の今津日赤病院のデータによると、一見、重症化して在宅ケアが不可能と思われた重症痴呆患者においても入院治療をする事によって約4割は在宅に戻っていたとのことである。また、グループ

ホームなどの中間施設によって適切に対応すれば痴呆の進行を遅らせ最終的には施設対応になるにしても何年か時間をのばすことができる。痴呆性老人に対応できるショートステイがあれば在宅でうまく利用しながら介護負担を軽減することで、より長く在宅ケアで持っていける。加えてデイケアを活用することで日常生活での家族の負担や本人の安定が図られる。そして介護者の会との交流を通して情報交換や介護者の心のケア、介護技術の共有化ができれば、ゆとりと科学的な在宅介護が可能となる。従って、当地域においては痴呆で問題行動があれば痴呆性老人はその後、生涯施設入所となってしまう悪循環を断ち切る必要がある。これには、日常生活における在宅介護を支援するサービスの充実(デイケア、かかりつけ医、専門医療機関、介護者の会)、しばらく施設対応し再び在宅に戻す一時対応施設(ショートステイ、専門病院、老健施設)、在宅は無理でも施設入所まで時間かせぎのできる中間施設(グループホーム)など、保健、医療、福祉などの総合的な地域サポートシステムの確立が焦眉の急である。本研究の主眼も、痴呆の早期発見・早期対応できる条件整備と併せてサポートシステム構築の具体的な戦略に力を入れる時期にきている。

E. 研究発表

1. 論文発表

公衆衛生、1998年、第62巻第11号
(803-807)

2. 学会発表 第57回日本公衆衛生学会 (1998年10月)

図1

研究組織

痴呆性老人在宅ケア研究会

大北痴呆性老人病診連携研究会

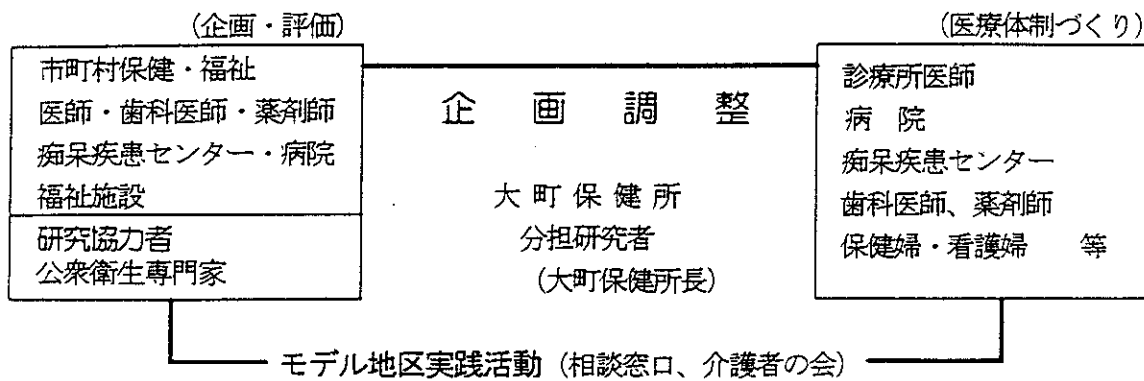


図2 イメージ形成過程

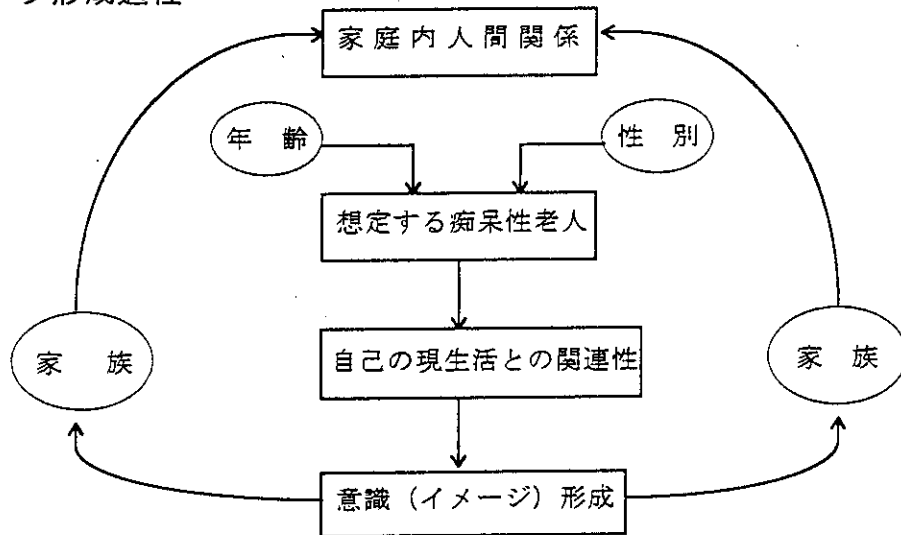


図3 支援システム成立過程

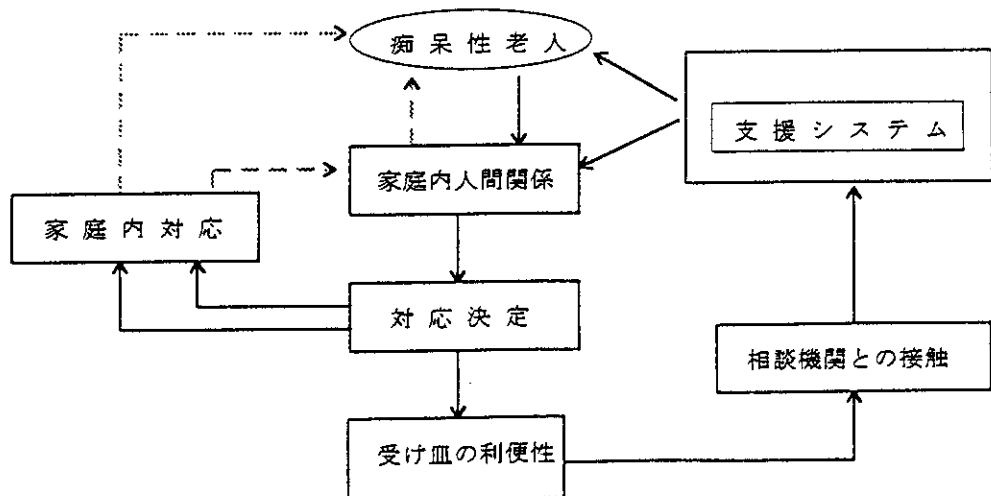


図4 相談の利便性

| 区 | 分 | 利用しやすい |
|---|--------------|----------------|
| A | 1 専用電話 | 64.9 (481/741) |
| | 2 痴呆疾患センター | 62.9 (466/741) |
| | 3 訪問看護ステーション | 61.3 (454/741) |
| | 4 近くの医院 | 59.4 (440/741) |
| | 5 在宅介護支援センター | 59.0 (437/741) |
| B | 6 巡回移動相談 | 44.0 (326/741) |
| | 7 家族会 | 41.8 (310/741) |
| | 8 役場 | 37.3 (276/739) |
| | 9 脳神経科 | 35.5 (363/741) |
| C | 10 保健所 | 30.6 (326/739) |
| | 11 精神科 | 28.2 (309/741) |

p<0.01

p<0.05

※利用しやすさのグループ化(A:高い群, B:中等群, C:低い群)

図5

問3 軽症に属する痴呆患者(疑いを含む)を診断した場合について

| 調査項目 | 思う | 率% | 思わない | 率% | わからない | 率% | 総計 |
|------------------------|----|------|------|------|-------|------|----|
| 1. 家族に告知し、指導・助言 | 27 | 84.4 | 3 | 9.4 | 2 | 6.3 | 32 |
| 2. 当事者に告知し、指導・助言 | 15 | 46.9 | 12 | 37.5 | 5 | 15.6 | 32 |
| 3. 診察・検査などさらに実施し、診断 | 12 | 37.5 | 17 | 53.1 | 3 | 9.4 | 32 |
| 4. 長谷川式簡易知能評価スケールなども実施 | 13 | 40.6 | 15 | 46.9 | 4 | 12.5 | 32 |
| 5. 歳をとればボケてくるものだと説明 | 26 | 81.3 | 3 | 9.4 | 3 | 9.4 | 32 |
| 6. 脳の刺激となるよう生活指導 | 27 | 84.4 | 3 | 9.4 | 2 | 6.3 | 32 |
| 7. 進行を予防する薬を投与 | 17 | 53.1 | 12 | 37.5 | 3 | 9.4 | 32 |
| 8. 痴呆疾患センターを紹介 | 20 | 62.5 | 10 | 31.3 | 2 | 6.3 | 32 |
| 9. 脳神経内科を紹介 | 18 | 56.3 | 12 | 37.5 | 2 | 6.3 | 32 |
| 10. 神経科を紹介 | 17 | 53.1 | 13 | 40.6 | 2 | 6.3 | 32 |
| 11. 保健所を紹介 | 5 | 15.6 | 23 | 71.9 | 4 | 12.5 | 32 |
| 12. どう対応していいか困ってしまう | 9 | 28.1 | 21 | 65.6 | 2 | 6.3 | 32 |

図6

問5 痴呆の患者を診察した際の問題点について

あなたの診療機関で、痴呆患者を診療するうえで最も障害となっているものは

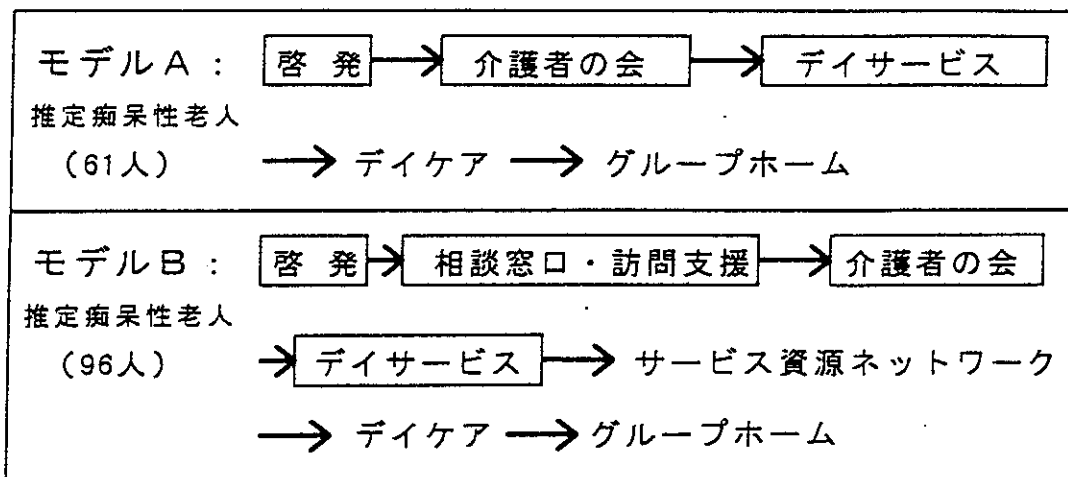
| 問題点 | 回答数 | 率% | 総計 |
|----------------|-----|------|----|
| 1 痴呆専門相談窓口の不備 | 13 | 40.6 | 32 |
| 2 痴呆の専門医療機関の不備 | 7 | 21.9 | 32 |
| 3 受入れ施設の不備 | 18 | 56.3 | 32 |
| 4 診療技術不足 | 11 | 34.4 | 32 |
| 5 家族への説明・告知の困難 | 3 | 9.4 | 32 |
| 6 情報ネットワークの不足 | 6 | 18.8 | 32 |

図7

基礎資料

| 保健医療圏総人口 | 15歳未満人口 | 65歳以上人口 | |
|-------------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| 66,989人 | 10,079人 (15.0%) | 14,567人 (21.7%) | |
| 痴呆性老人の実態 | 在宅 | 施設 | 計 |
| 推計 (65歳以上, H4厚生省通知出現率6.3%で計算) | 785人 | 257人 | 1042人 |
| 本研究調査 (平成10年1月, 診療所・施設調査) | 263人 | 109人 | 372人 |
| 市町村の把握数 | 約90人 | | |
| 介護保険実態調査 (概数, 寝たきり除く) | 約70人 | | |
| 痴呆疾患センターにおける相談件数 (H9年) | 101件 | | |

図8 モデル地区 - 早期発見・早期対応 -



(で囲んだものは10年度実施)

図9

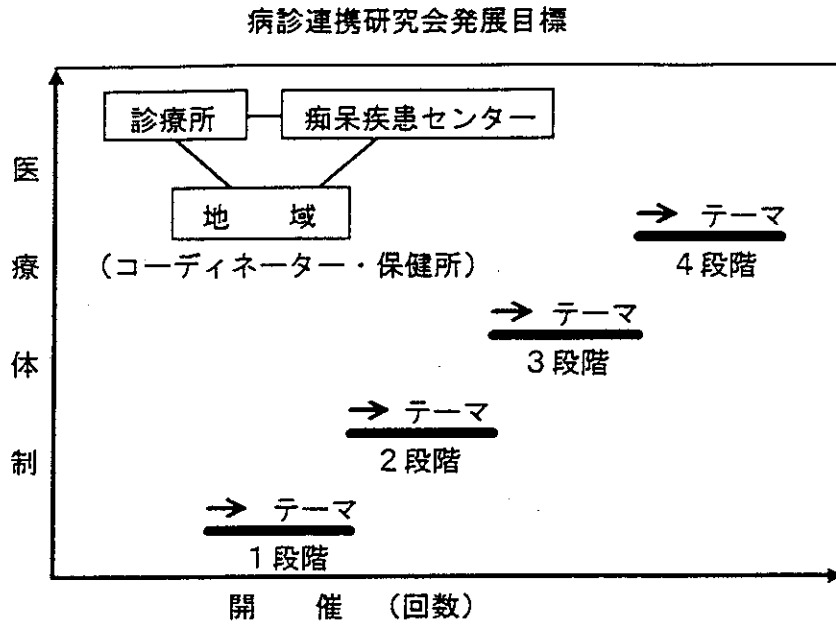


図10

痴呆の在宅ケアを中心とする体制

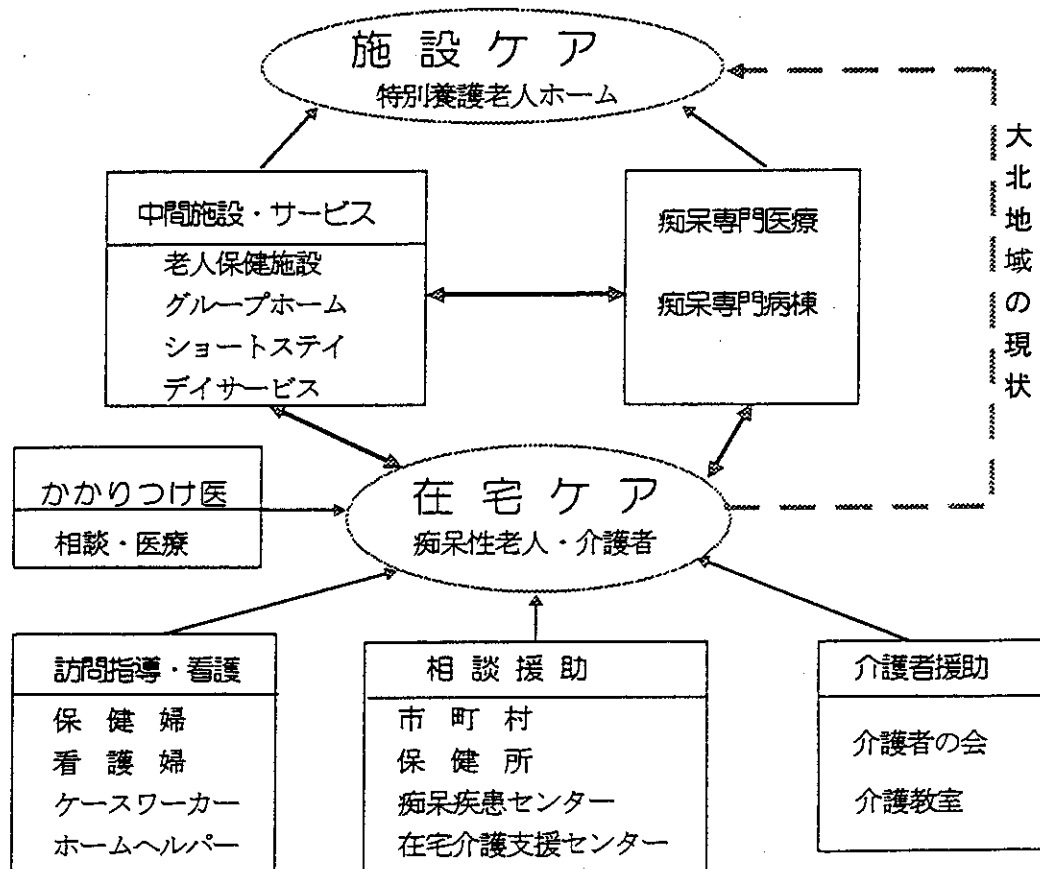


図11 行動評価による老人知能の臨床的判定基準（柄澤）

| 判定 | 日常生活能力 | 日常会話・意志疎通 | 具体的例示 |
|------------------|-------------|--|--|
| 呆 け （一） | 社会的、家庭的に自立 | 普通 | 活発な知的活動持続（優秀老人） |
| （±） | 同上 | 同上 | 通常の社会活動と家庭内活動可能 |
| 異 常 衰 退 | 軽度 （+1） | ・通常の家庭内での行動はほぼ自立 ・日常生活上、助言や介助は必要ないか、あっても軽度 | ・ほぼ普通 ・社会的な出来事への興味や関心が乏しい ・話題が乏しく、限られている ・同じ事を繰り返し話す、訊く ・今までできた作業（家事、買物など）に、ミス又は能力低下が目立つ |
| | 中等度 （+2） | ・知能低下のため、日常生活が一人では一寸おぼつかない ・助言や介助が必要 | ・簡単な日常会話はどうやら可能 ・意志疎通は可能だが不十分、時間がかかる |
| | 高度 （+3） | ・日常生活が一人ではとても無理 ・日常生活の多くに助言や介助が必要 或いは失敗行為が多く目が離せない | ・簡単な日常会話すらおぼつかない ・意志疎通が乏しく困難 ・馴れない状況でも場所を間違え道に迷う ・同じ物を何回も買い込む ・金銭管理や適正な服薬に他人の援助が必要 |
| | 最高度 （+4） | 同上 | ・馴れた状況でも場所を間違え道に迷う ・さっき食事したこと、さっき言ったことすら忘れる ・自分の名前や出生地すら忘れる ・身近な家族と他人の区別もつかない |

図12 西村式痴呆の評価 -痴呆の程度-

| 精神機能 | 軽度 | 中等度 | 重度 |
|------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 記憶 | 最近の出来事をしばしば忘れる 古い記憶はほぼ正常 | 最近の出来事の記憶困難 古い記憶の部分的脱落 | 新しい出来事は全く記憶できない 古い記憶の残存もわずか |
| 見当識 | 軽度の見当識障害 年月日が不正確 場所、人物は大体分かる | かなりの見当識障害 年月日、時間が分からない。場所、人物が不正確 | 高度の失見当識 年月日、時間、場所、人物のすべてが分からない |
| 会話 | 通常の日常会話はほぼ可能 複雑な内容の会話は困難 | 簡単な会話がかろうじて可能 | 簡単な会話も困難 |
| 日常生活 | 趣味の減退 注意力減退 複雑な家事や整理が不完全 | 日常生活でしばしば部分的介助を要する しばしば失禁 | 日常生活で全面的介助を要する 常時失禁 |

図13 FAST (functional assessment staging of AD : 1986)

| stage | 重症度 | 特 | 徴 |
|-------|-------|---|---|
| 1 | 正 常 | 機能低下を認めない | 過去5～10年の出来事を覚えている |
| 2 | 正 常 | 主観的に言葉を思い出しにくい、職業的・社会的活動性の低下を認めない | 物の名前や置いた場所を忘れる 社会適応はできている 物忘れが感情障害や不安による場合がある |
| 3 | 境 界 | 複雑な職業的・社会的活動の客観的で高度の機能低下 | 重要な約束を忘れる 日常生活（買物、金銭）には障害がない 初めての場所への旅行が困難 |
| 4 | 軽 度 | 日常生活での複雑な作業能力の低下 | メニューに叶った材料の買物が困難 家計のやりくりが困難 家庭内生活（着替え、入浴）には障害がない |
| 5 | 中等度 | 日常生活での基本的な作業能力の低下 | 着替えに援助が必要 入浴を忘れる 自動車の運転が不正確 感情障害が認められる |
| 6 | 高 度 | 衣服を正しく着れない(6a) 入浴を自立して行えない(6b) 自立した排泄能力の低下(6c) 尿失禁(6d) 便失禁(6e) | 寝間着の上に服を着る、靴紐を結べない 適量の湯を使えない、うまく体を洗えない トイレで水を流さない、ズボンを上げない |
| 7 | 極めて高度 | 数種の言葉しか使わない(7a) 意味のある言葉は1語だけ(7b) 歩行不能(7c)座れない(7d) 笑顔の消失(7e) 頭を持ち上げれない(7f) | 意味のない単語の羅列はできる 「はい」「いいえ」等だけを発語する場面に関係なく同じ単語を発する 発語がなくなり、ブツブツや叫ぶだけ 笑う、噛む、握るはできる 表情がなくなる 眼球運動、嚥下・咀嚼はできる 経鼻栄養が必要 |

図14

痴呆のstage

stage1 (2年~4年)

仕事に影響する、最近の出来事の記憶障害が出始める
 短期記憶(さっき、誰が呼んだ)障害
 自然環境、既知の環境の混乱
 人格や性格の変化
 判断力低下(間違った判断)
 掃除のような仕事、着衣に時間がかかる
 金銭のやりとり、計算のトラブル
 金銭、財布等どこに置いたか忘れる、物を失う
 人生に興味を失ったように見える

stage2 (2年~10年)

記憶力低下増大
 通常のことでも混乱
 家族、友人の認識が問題となってくる
 同じ事をくり返す
 話したり、きちっとした考えが困難
 言葉を失う、作り話、読み書きの問題
 怒ったり、怒りっぽい、泣き出す、幻覚
 体重増減

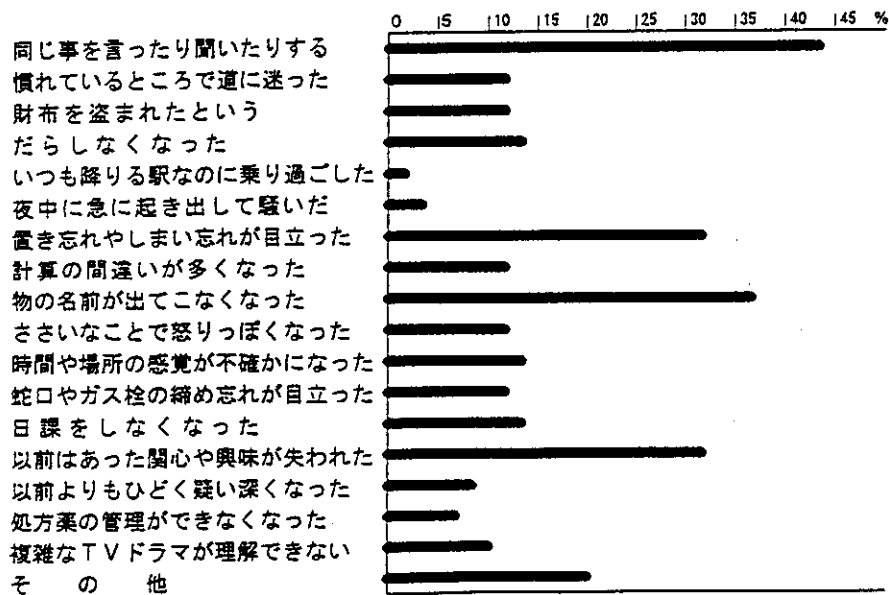
stage3 (1年~3年) ターミナル

家族、友人を認識できない
 よく食べても体重減少
 言葉でのコミュニケーション障害
 排泄問題、嚥下困難

(<http://www.geocities.com/~elderly-place/stages.html>より)

図15

家族が気づいた痴呆の初発症状



(東京都福祉局：平成7年度高齢者の生活実態及び健康に関する調査報告書)

図18

介 護 負 担

| 負 担 原 因 | 問 題 発 生 | 対 応 方 法 |
|---|---|--|
| 1 介護者によって果たされる役割 (1) 直接介護に関連した事 (2) 介護を越えた付加的役割 | いくらかのストレスはあるにしても通常は耐えられる 患者がより高いレベルの援助を必要とする場合、より大きな負担原因となり、そして受容がさらに困難となる | <ul style="list-style-type: none"> ・患者の能力を分析しその権利を認める ・患者のwell-beingに対する実際のニーズ調査の上、これらのニーズにのみ応える ・負担過重となれば休息をとる ・以下の役割で実際のニーズを考える ・しなければいけない事か、他の人でできないか ・可能なら他人に任せられないか ・休息をとる |
| 2 介護者の年齢 | 若い人ほどより大きな負担となる | <ul style="list-style-type: none"> ・多くの役割を減らす ・問題解決技術を学び活用する ・自分の時間を全て当てない ・休息をとる |
| 3 患者からの要求 (1) 見当識障害 (2) 自己中心的行動 | 過去と現在の行動の矛盾によって負担が新たに生ずる | <ul style="list-style-type: none"> ・行動変化についての教育 ・問題解決技術の活用 ・関連ある行動として取り扱う ・休息をとる |
| 4 良くない出来事の数 (一週間とかある期間内) (1) 出来事の好ましくない性質 | 余りに多すぎるとか、非常に好ましくないと認識するほど負担は更に大きくなる | <ul style="list-style-type: none"> ・そのような出来事の性質を分析する ・ケアニーズを決定する ・不可欠なニーズに重点を置く ・課せられた仕事は何故好ましくないか分析 ・援助を求める ・休息をとる |
| 5 介護者の性別 | 女性が男性よりも負担と認識する傾向が高い | <ul style="list-style-type: none"> ・患者のために全てのことをしようとしな ・毎日、負担が軽くなるようアレンジする ・患者の不可欠なニーズとしての仕事を分析 ・不可欠のニーズに応える ・休息をとる |

(1994, Allen Jack Edwards , When Memory Fails , Plenum より)

図19 介護者が認識した問題行動や精神異常

| 問題行動 | 痴呆の程度 | | 総計 (%) |
|-----------|-----------|---------------|---------|
| | 軽度 (n=43) | 中等度~高度 (n=47) | |
| 攻撃的 (ことば) | 30 | 23 | 53 (59) |
| 徘徊 | 5 | 19 | 24 (27) |
| 失禁 | 7 | 11 | 18 (20) |
| 暴力 (身体的) | 7 | 3 | 10 (11) |
| 過食 | 1 | 1 | 2 (2) |
| 性的逸脱 | — | 1 | 1 (1) |
| 精神的 | | | |
| 幻覚 誤認 | 2 | 5 | 7 (7.7) |
| 幻聴 | 3 | 4 | 7 (7.7) |
| 幻視 | 3 | 1 | 4 (4.4) |
| 妄想 物盗られ妄想 | 10 | 10 | 20 (22) |
| 被害妄想 | 2 | 10 | 12 (13) |
| うつ状態 | 2 | 1 | 3 (3) |

(Alzheimer Disease and Associated Disorders, 1998, Vol12, No. 4, pp. 330-334, より)

図20

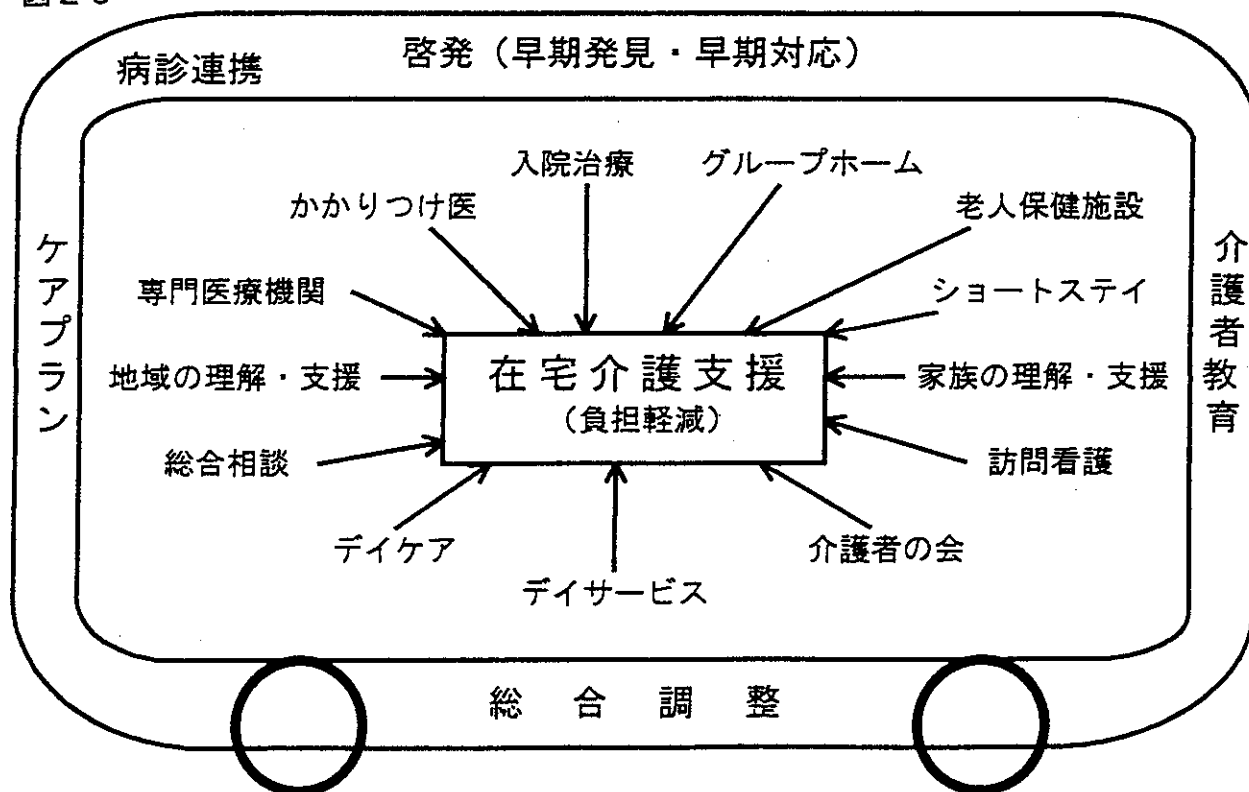
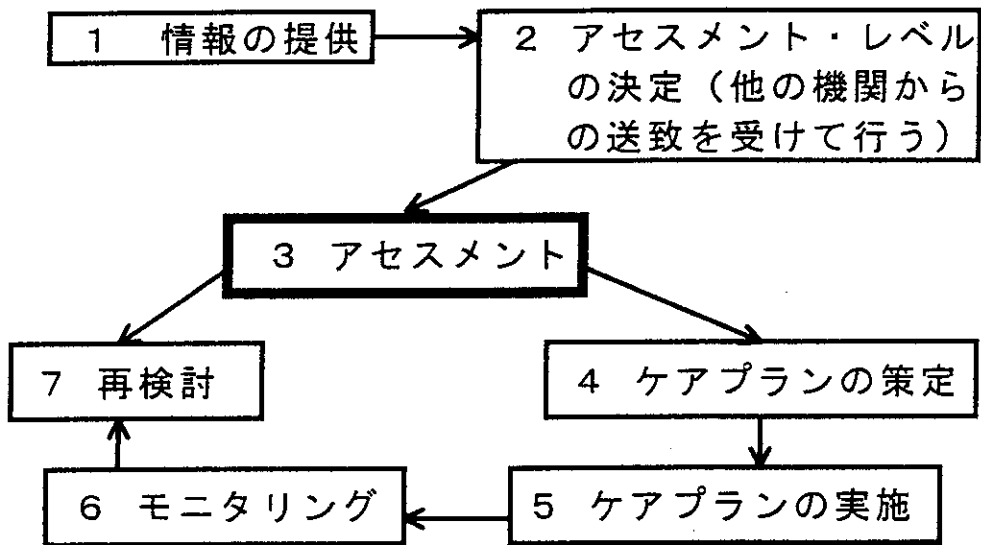


図 2 1

アセスメント



厚生科学研究費補助金(健康科学総合研究事業)

分担研究報告書

痴呆性老人総合地域ケアを中心とするモデル事業

分担研究者 野尻 孝子 (和歌山県御坊保健所長)

研究要旨 長寿高齢社会の到来により、地域において痴呆性老人の増加が予測される。こういう状況の中で痴呆の早期発見・早期対応をするとともに痴呆の原因となる疾病や病態の予防をし、痴呆性老人やその家族をいかに地域で支えるかという地域の課題解決に向けて本研究を実施する。

A. 研究目的

地域の実態・ニーズを調査し、また痴呆性老人に対する意識啓発をしながら地域で痴呆性老人を支援する方策を探ることを目的とする。

B. 研究方法

テーマ1:管内に居住している20～64歳までの地域住民(各年代層別に無作為に抽出した)3,000人に対し、痴呆性老人への地域住民の理解を得るための啓発を目的に郵送にてアンケート調査を実施した。

テーマ2:痴呆性老人をサポートする(医師、施設従事者、民生委員、ホームヘルパー、市町村)に実態・ニーズを郵送にてアンケート調査し意識啓発をするとともに地域課題を明らかにする。

テーマ3:在宅痴呆性老人とその家族実態ニーズを訪問調査し、施設入所痴呆性老人と比較することによって現状を把握するとともに在宅で痴呆性老人を支援するために何が必要であるかを明らかにする。

C. 研究結果

(1)テーマ1について:性年齢別回収状況を表1に示す(回答率62.6%)。調査結果を表2、3に示す。解析については平成7年10月現在の管内人口を標準とする直接法により回答の出現率を年齢調整した。有意差については χ^2 検定を用いた。痴呆性老人への意識についての結果では、痴呆を病気のひとつであると考える人が多い一方、痴呆と老化の認識が充分でないこと、予防や進行を防ぐことに期待している人が多いこと、イメージとして「家族が大変」「危ない」「怖い」「汚い」な

どマイナスイメージをもっている人が、非常に多かった。痴呆性老人の介護についての結果では、もし家族が痴呆になったら家族で介護するが24.6%であり、施設介護が55.5%を占めた。施設としては医療機関38.0%、福祉施設55.0%となっていた。もし自分が痴呆になったら家庭で19.0%、医療機関29.5%、福祉施設44.3%で、女性より男性で在宅介護を望む傾向があった。痴呆性老人の支援についての結果では保健所での相談を知っているが5.8%と極めて少なかった。痴呆の相談を希望する人は86.3%と多かったが、実際の相談先として希

表1 性年齢別回収状況

| | 対象者 | | 回答者 | |
|--------|------|------|-----------|------------|
| | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 総数 | 1479 | 1521 | 735(49.7) | 1125(74.0) |
| 20～29歳 | 263 | 278 | 101(38.4) | 143(51.4) |
| 30～39歳 | 344 | 333 | 149(43.3) | 254(76.3) |
| 40～49歳 | 363 | 368 | 163(44.9) | 271(73.6) |
| 50～59歳 | 324 | 341 | 184(56.8) | 292(85.6) |
| 60～64歳 | 185 | 201 | 138(74.6) | 165(82.1) |

表2 調査結果 ():回答率

| 項目 | 全体 | 男 | 女 |
|---------------|------|------|---------|
| 家族が痴呆に(家庭で介護) | 24.6 | 26.7 | 23.4 |
| (家庭で困難) | 59.9 | 59.5 | 60.2 |
| 家庭で困難(医療機関) | 38.0 | 38.9 | 37.5 |
| (福祉施設) | 55.0 | 54.4 | 55.4 |
| 介護の希望先(家族) | 19.0 | 23.6 | 16.0** |
| (医療機関) | 29.5 | 30.1 | 29.2 |
| (福祉施設) | 44.3 | 39.8 | 47.0** |
| 保健所での相談既知 | 5.8 | 6.4 | 4.2 |
| 痴呆疾患センター既知 | 10.9 | 10.5 | 11.0 |
| 痴呆の相談窓口へ相談 | 86.3 | 86.1 | 86.3 |
| 相談先(痴呆疾患センター) | 61.7 | 59.3 | 63.7 |
| (かかりつけ医) | 46.3 | 45.1 | 47.2 |
| (電話相談) | 36.0 | 34.6 | 37.2 |
| (保健所) | 27.9 | 27.5 | 28.1 |
| (市町村役場) | 25.1 | 27.9 | 23.0 |
| 充実すべきサービス | | | |
| (専門病院への入院) | 41.8 | 45.4 | 39.3* |
| (福祉施設への入所) | 41.4 | 41.8 | 41.9 |
| (老人保健施設入所) | 39.4 | 42.4 | 39.3 |
| (短期入所サービス) | 32.0 | 23.0 | 37.4*** |
| (家族の集い) | 18.9 | 16.8 | 20.2 |
| (ボランティア育成) | 12.7 | 13.2 | 12.3 |
| 講習会参加 | 31.4 | 27.0 | 34.2** |
| 痴呆に関する考え記入 | 35.5 | 31.0 | 38.3*** |

*:P<0.05 **:P<0.01 ***:P<0.001

望するのは、1位 老人性痴呆疾患センター 61.7%、2位 かかりつけ医 46.3%、3位 電話相談 36.0%、4位 保健所 27.9%、5位 市町村 25.1%となっていた。

表3 痴呆性老人に関するイメージについて

| | 思う (%) |
|------------------------------|-------------|
| (1) 軽い痴呆は年をとれば多かれ少なかれ誰でもなる | 1161 (63.2) |
| (2) 老化による物忘れは痴呆性老人の物忘れと違う | 1270 (67.8) |
| (3) 痴呆は病気の一つである | 1375 (73.3) |
| (4) 痴呆性老人が家族にいることを世間に知られたくない | 1938 (10.1) |
| (5) 痴呆性老人に接している家族でも痴呆に気づかない | 906 (48.9) |
| (6) 痴呆はその原因によっては予防できる | 1108 (59.6) |
| (7) 初期の痴呆の段階で対応すれば進行を防ぐ | 1325 (70.8) |
| (8) 痴呆は治る | 310 (16.6) |

(9) 痴呆に対するイメージ

| かわいそう | かわいい | 危ない | 汚い | 家族が大変 | 悪い |
|-----------|---------|-----------|-----------|------------|-----------|
| 978(51.3) | 62(3.2) | 929(49.9) | 216(11.5) | 1772(95.0) | 340(18.0) |

(2) テーマ2について:回収率を表4に示す。回収者のうち、痴呆性老人に職務として関わったことのある人の状況を表5に示す。民生委員が相談を受けた率は31.2%で比較的少なかった。

<医療の状況> 患者が痴呆かもしれないと判断したとき痴呆のスクリーニングをしている医師は全体で34.2%であった。痴呆の程度を評価している医師は全体で20.3%であった。痴呆の原因疾患の診断をしている医師はわずかに6.3%で、ある程度しているが49.4%であったが、鑑別診断は必要だと約半数の医師が考えていた。一方痴呆の治療をしている医師は全体で41.8%と他項目に比較して多く、医師の痴呆に対する認識が低い結果が伺われた。

<対応について> 痴呆性老人の対応で困っていることはどの職種でも痴呆の症状の理解や対応、知識不足を第一にあげている。その他サービスを受けるまでの期間が長いことや、スタッフ不足等があげられていた。望ましいと考える痴呆性老人の対応として在宅を基本とすべきと考える医師は63.5%、施設従事者では46.2%、痴呆専門病院が望ましいと考える医師は13.5%、施設従事者27.5%であった。今後研修をしていく必要があると考えているのは医師53.8%、施設従事者67.2%、民生委員86.8%、ホームヘルパー84.4%となっていた。また、地域住民への啓発が必要だと約半数の者が考えていた。

<支援について> 今後保健所に望むこととして全体では施設入所体制の整備をまず重要と考えており、次に普及・啓発・教育・相談体制の整備となっていた。行政について望むことは家族支援も重要と考えられており、今後必要と考えるサービスについては、在宅サービスの充実や痴呆

表4 対象者別回収率

| | 対象者数 | 回収数 | 回収率 |
|---------|------|-----|---------|
| 医師 | 121 | 79 | (65.3%) |
| 施設従事者 | 669 | 661 | (98.8%) |
| 民生委員 | 211 | 170 | (80.6%) |
| ホームヘルパー | 42 | 41 | (97.6%) |

専門病院をあげる者が多かった(図1)。これら必要な支援は痴呆に関わった経験の有無には関係がなかった。

表5 職務としてかかわったことがある人の状況

| | 人数 | 比率 |
|---------|-----|---------|
| 医師 | 71 | (89.9%) |
| 施設従事者 | 612 | (92.6%) |
| 民生委員 | 53 | (31.2%) |
| ホームヘルパー | 32 | (78.0%) |

(3) テーマ3について:管内で把握できた在宅痴呆性老人107人のうち、痴呆専門病棟をもつ老人保健施設に入所している痴呆性老人を性・年齢(5歳以内)・痴呆の程度を1:1にマッチングした28名において既往歴・身体の病気・生活習慣・生活状況・問題行動について比較した(表6、7)。地域在宅群に比べて施設入所群で有意に既往歴が少なく、またN-ADLの点数において地域在宅群に比べ施設入所群に点数が高いという結果がでた。

表6 痴呆性老人の背景

| | 施設入所群 | 地域在宅群 |
|----------|----------|----------|
| 総数 | 28 | 28 |
| 性比 | 男6:女22 | 男6:女22 |
| 痴呆の年齢(男) | 82.3±6.1 | 83.7±4.8 |
| "(女) | 83.9±2.3 | 83.7±2.4 |
| 重症度 | | |
| 軽度 | 5 | 5 |
| 中等度 | 14 | 14 |
| 重度 | 9 | 9 |

D. 考察及びまとめ

- (1) 痴呆性老人への正しい知識の普及や啓発・教育を地域住民、医師、施設従事者、民生委員、ホームヘルパー等に対して実施していく必要がある。
- (2) 痴呆の相談窓口が住民にとって不明瞭であり、その相談窓口の体制を整えていく必要がある。
- (3) 痴呆性老人に対する支援として在宅サービスを基本に専門医療施設や福祉施設の充実が必要ではないか。
- (4) 一方、限られた施設数の中で地域で痴呆性老人を支援するためには身体的な病気の予防が重要でありまた日常生活動作の高い痴呆性老人の在宅介護支援対策の充実が必要ではないか。
- (5) 本調査は地域での痴呆性老人に対する意識啓発となった。

E. 今後の計画

調査結果をもとに、また在宅痴呆性老人の実態をさらに分析しながら①医療部会②支援体制研究部会③相談体制研究部会に分かれながら地域課題を共有し地域システムづくりを目指すとともに地域啓発を継続して実施していく。

表7 施設入所群と地域在宅群の比較（人数または平均±SD、かっこは％）

| 項 目 | 施設入所群 | 地域在宅群 | オッズ比 ¹⁾ | 95%信頼区間 |
|--------------|----------|----------|----------------------|------------|
| 家族（独居・高齢者世帯） | 4(14.3) | 4(14.3) | 1.00 | 0.17- 6.17 |
| 身体の病気あり | 20(71.4) | 17(60.7) | 2.00 | 0.54- 7.87 |
| 既往歴 あり | 24(85.7) | 26(92.9) | 0.07 | 0.11- 0.30 |
| 若い時の職業（勤め人） | 4(14.3) | 6(21.4) | 3.00 | 0.28-74.81 |
| 寝たきり度 生活自立 | 7(20.0) | 4(14.3) | 2.00 | 0.45-10.06 |
| N-A D L点数 | 30.6±5.4 | 20.3±5.4 | P<0.01 ²⁾ | |
| 介護者が配偶者 | 2(7.1) | 8(28.6) | 0.20 | 0.00- 1.74 |
| 痴呆の期間（1年未満） | 9(32.1) | 6(21.4) | 2.00 | 0.45-10.06 |
| 痴呆の相談あり | 12(42.9) | 12(42.9) | 3.00 | 0.55-21.51 |
| 痴呆の症状 幻覚・幻聴 | 7(25.0) | 2(7.1) | 0.29 | 0.04- 1.49 |
| 暴言・暴行 | 4(14.3) | 7(25.0) | 0.40 | 0.54- 2.31 |
| 同じ話の繰り返し | 2(7.1) | 1(3.6) | 0.25 | 0.01- 2.35 |
| 大声を出す | 2(7.1) | 4(14.3) | 0.50 | 0.06- 3.15 |
| 徘徊 | 6(21.4) | 6(21.4) | 1.33 | 0.25- 7.47 |
| 不潔な行為 | 2(7.1) | 6(21.4) | 0.33 | 0.05- 1.81 |

1)オッズ比の有意性については、McNemarの検定を用いた。

2)検定は、対応のある2組の平均値の差の検定によった

図1 今後望ましいと考えられる支援について

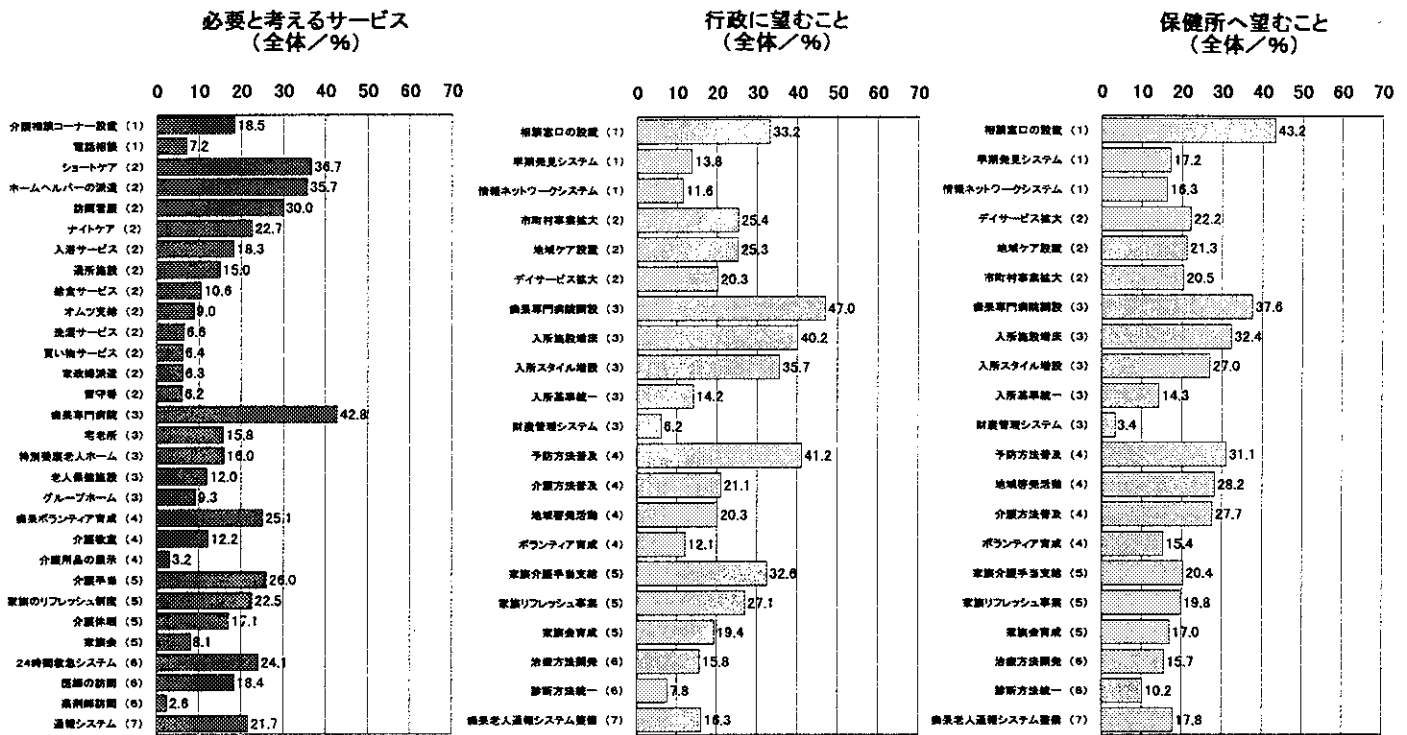
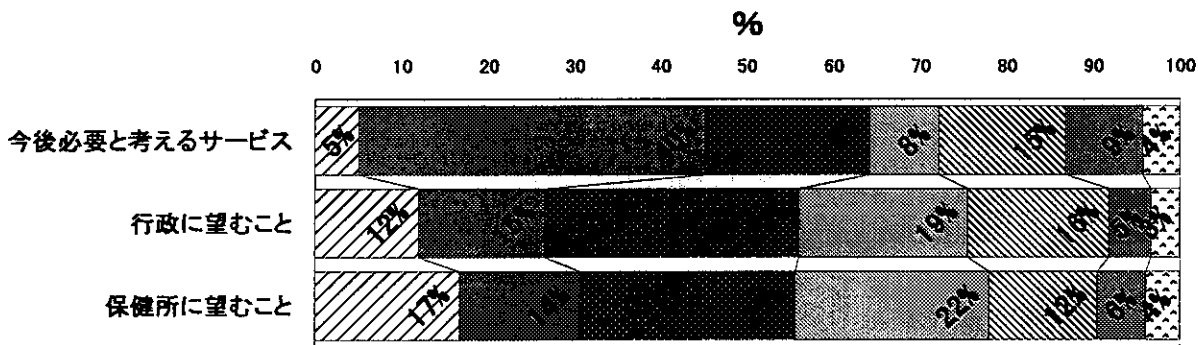


図2 サービス区分別割合の比較



- ☐ 相談窓口体制の整備 (1)
- 痴呆性老人への支援 (2)
- 施設入所体制の整備 (3)
- 普及・啓発・教育 (4)
- 家族支援 (5)
- 医療 (6)
- 痴呆老人通報システム (7)

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）
分担研究報告書

総合的地域保健サービスの提供体制に関する研究
～難病（在宅ケア）を中心とするモデル事業～

分担研究者 本田万知子 富山県砺波保健所長

研究要旨：前年度（平成9年度）に行った在宅神経難病患者の生活実態とニーズ調査の結果、治療・療養生活の満足度が低かったことから、今年度より在宅神経難病患者の個別ケアの充実と併せて関係機関の役割と連携の方法を検討し、地域のケアネットワークづくりを構築する。

A. 研究目的

今回の研究はモデル地区における総合的、包括的な難病の地域ケアネットワークを構築するための要因と
その中で保健所が果たす役割や機能について検討し、
QOLの向上を含めた地域の難病対策を推進することを
目的とする。

B. 研究方法

1. 在宅支援モデル事業の実施
2. 地域ケアネットワーク推進事業の実施
3. 難病研修会の開催

C. 研究結果

1. 在宅支援モデル事業

在宅支援が必要な神経難病患者及びその家族に対し
て、理学療法士、ケースワーカー等との同行訪問を行
い、住宅改造に対するアドバイス、情報の提供、福祉
制度の活用等を指導した結果、日常生活自立度が向上
する等の成果がみられた。

2. 地域ケアネットワーク推進事業

(1)地域ケアネットワーク検討委員会の開催

当所は12市町村を管轄しており、一律に地域ケ
ア・システムの基盤づくりを目指すことは困難であ
ることから、2地区をモデル地区として選定し、そ
こで実践された推進体制を管内全域に普及してい
くこととしている。（構成員は、医療機関、訪問看護

ステーション、在宅介護支援センター、市町村保健
・福祉、社会福祉協議会の職員である。）

(2)難病地域ケア推進会議の開催

モデル地区で毎月1回定期的に、保健・医療・福
祉の関係者が難病患者及びその家族の問題解決のた
めに事例検討を行った結果、①インフォームドコン
セントと周囲の支援体制②家族の介護負担を軽減す
るための支援体制・社会資源・サービスの充足③緊
急時支援システムの確立④本人・家族の考え方の尊
重⑤タイムリーな支援⑥保健所や患者会から地域へ
の情報の発信等の課題が確認された。

(3)難病講演会・シンポジウム

地域住民・難病患者及びその家族・保健・医療・
福祉等の関係者を対象として、それぞれの機関の役
割を確認し、支援ネットワークの構築を図るための
講演会・シンポジウムを開催した結果、101名
の参加があり、会場全体が熱意に溢れる成果であ
った。

(4)難病患者・家族の集い

難病患者及びその家族が病気の理解を深め、仲間
づくりを促進するため、昭和57年度より神経難病
患者に対する療養相談会を実施してきている。今年
度は、6回実施し、患者会等の自助グループの育成
を図り、難病患者のみならず、家族の介護負担を軽

減し家族同志の交流を図るように配慮している。

(5) 地域交流促進会の開催

難病患者・家族が外出したくてもできない人が多いことから、一般住民との交流を図るため、「日帰り温泉交流会」を企画するとともに、これを契機にボランティアの募集を行い、その活用を図りながら地域レベルでの交流を促進することにした。今年、患者20名、家族9名、ボランティア18名、スタッフ16名、合計63名が楽しく交流した。

3. 難病研修会

(1) 関係者研修会

高野らは難病患者の抱える「どのような問題」を「どのように解決したか」を件数として明示できる難病ケアプラン策定マニュアルを作成されているが、当所では、これらを基に、どのような要因が患者のQOLに影響を及ぼすのか検討するため、モデル地区における①在宅神経難病患者のQOL評価の実施②在宅ケアに関わる保健婦の相談機能の向上③在宅神経難病患者のケアプランの作成についての知識と技能の習得を図るための研修会を開催した。

(2) ホームヘルパー研修会

本年度より、難病患者の居宅生活支援の資質向上を図るため、ホームヘルパーを対象に研修会を開催した。

D. 考察

1. 難病地域ケア・コーディネーションにおける保健所の役割

地域ケア・コーディネーションは、事例を積み重ね、関係機関と共通の課題を持って、役割分担しつつ推進していくことが必要である。その基盤は個別ケア・コーディネーションであり、それにおける保健所の役割は、常に総合的な視点に立ち、①患者の病状並びに在宅療養生活の状況把握②本人・家族の意志の重視③本人・家族の心の整理④本人・家族の意志決定の確認⑤関係機関との調整を図ることである。また、情報の提供、精神的支援、地域の難病施策推進のために医療・福祉サービスの充実にも働きかけることである。

2. 地域での難病ケアサービスの整備

(1) 訪問診療及び訪問リハビリテーションは、通院の困難な在宅患者のQOLの向上には不可欠であり、個別ケア・コーディネーションの基礎であることから、支援事業の創設が必要である。

(2) 保健婦による訪問指導は、長期的視点から、難病患者・家族の現在ある問題、将来起こりうる問題を明らかにすることが必要であることから、高度な専門技術の習得が必要である。

(3) 保健・医療・福祉等ネットワークの構築

(4) ボランティア組織の早急な育成

等の整備が必要である。

3. 難病患者のケアマネジメント

難病患者にとって、介護保険制度が有効に機能するためには、介護支援専門員と保健婦との視点を一致させる等、難病の特定疾病の訪問調査が必要である。

E. 今後の計画

地域ケア・コーディネーションは、事例を積み重ね、関係機関と共通の課題を持って、役割分担しつつ推進していくことが重要であり、関係機関のみならず地域住民と共に支援していくことが必要であり、今後とも継続して実施していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

「神経難病患者の在宅療養支援体制の構築に関する検討」北陸公衆衛生誌 第25巻第1号, 29, 1998

2. 学会発表

「砺波保健所管内における神経難病患者（在宅ケアを中心とする）生活実態調査（その1）」第26回北陸公衆衛生学会, 1998