

きた、ホームヘルプサービスを週数回の訪問できたと思う。

- * 周囲の人たちの見方も、なにか問題となると「なんとかする」というような状況であったように思える。在宅の限界は、とくに火の問題が大きかった。それをきっかけに病院・施設へと移っていったこともあった。こうした場合は重度特養の利用となることがあるが、その利用施設は、県内の広範囲にわたった。

②（介護保険後）

- * こうしたケースは、地域福祉権利擁護事業につなげるようになった。つなげるまでが難しい。信頼される関係を築きながら支援することが重要と思う（最初は2ケースであったのが最近では22ケースになった）。また、地域での生活が難しくなり、入院が必要なとき、介護保険制度後とくに問題になってきたのは、施設利用や入院の際の保証人の問題である。
- * 近隣には、痴呆性高齢者を受け入れる施設が少ない。遠方の施設を利用することになることがある。グループホームは、隣接市にはあるが、町内にはない。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

<軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好>

①（90年代後半）

- * こうしたケースの場合、とくに山麓部では、地域のつながりが強く、退院するとすぐに民生委員さんがきて、近所の人たちもなにかと「世話を焼いてくれる」ということが見られた。また、一人暮らしの会もあったのでつながりも強かった。
- * 社協が行っていた移送サービスはこうした人達の外出に大きな役割を果たしていた。

②（介護保険後）

- * 外出が出来ないのであれば、サービス利用を勧めるようになった。また、近隣や妹の状況を見て支援内容が決まってくると思う。サービスは下肢の筋力低下ならディケアかディサービス

がよいかを考え、入浴負担があるかどうかも考えられる。歩行が困難であればシルバーカー等の福祉用具の利用が考えられる。また、妹さんがどのくらい訪問し、どのくらいの役割を担えるかも考えることになる。

4) 神奈川県清川村

*実施日：2004年12月21日

*実施場所：清川村役場内

*インタビュー対象者：清川村保健師、清川村社会福祉協議会職員

【事例1】Aさん（女性、83歳）

<ターミナルケアが必要なガン末期、「老老介護」、
「全介助」>

①（90年代後半）

- * 当時は、まだ自宅でターミナルという考え方は少なく、「癌だったら病院で」というのが住民の一般の受け止め方であった。

②（介護保険後）

- * 子供夫婦と同居の場合であれば、診療所の医師の往診と看護師訪問、さらにホームヘルプサービスの利用という例が見られ、10年前と比べると、自宅での在宅ケアも可能になってきた。しかし、一人暮らし、「老老介護」の場合はまだなかなか難しい。

【事例2】Bさん（男性、85歳）

<脳卒中後遺症、ひとり暮らし、歩行不安定、家事困難>

①（90年代後半）

- * とても一人では在宅は無理というケースでない限り、一人で生活している人は多かったと思う。痴呆があっても地域の人は「普通と考えていた」。体が動かなくなると、排泄が難しくなると在宅生活は難しくなり、当時のホームヘルパーの業務は「家事援助に限られて」いたので、排泄困難であれば、自宅生活はなかなか難しいということになった。「そうなれば結局、入院」と考えられがちであった。
- * 当時、リハビリ教室へ行くということは、「あ

そこ行くともうお終りだ」と言われることもあり、脳卒中になって、「リハビリへ行くようじゃお終いだ」というように考えられがちであった。

②（介護保険後）

- * 介護保険以降、デイサービスに行くことにかぎらないが、外に出るといように住民の考え方が変わってきた。サービスを利用するという考え方が家族の中にできてきた。
- * デイサービス等、こうしたケースが利用できる場ができてきた。「入院してもまたリハビリ教室に行く」といった「一生懸命戻って回復するような姿勢が出てきた」。家族の側にもそうした意識が出てきて、リハビリの「意味が分かって」きたように思う。
- * 介護保険制度開始後、家族も「自分自身の時間が持てる」というようになり、「本人もとても楽しそうに通うということが目に見えて変わってきている」。意識が変わってきたことがわかる。日中独居の場合では、「家族の方がディサービスに出すという形」が増えているように思う。
- * 嫁が介護している場合でも、サービス利用を前向きに考える人が「ぼつぼつと増えてきている印象」を受ける。
- * こうしたケースでは「老老介護」でも痴呆があまりなければ、在宅で「問題なく大丈夫」と思う。

【事例3】Cさん（女性、73歳）

<軽い痴呆、ひとり暮らし、近隣との交わりがない>

①（90年代後半）

- * 一部に新興の住宅街があり、今後の問題だが、ほとんど地元の人で、つながりがある人たちである。

②（介護保険後）

- * 地域福祉権利擁護事業を利用する事例は増えている（現在4ケース）。「独居で軽い痴呆の場合はずから権利擁護」と、金銭管理が出来なくなると難しく、トラブルのもとになり、地域福祉権利擁護で「出来るだけ早めにサービスに繋げ

て…」というようになってきた。

- * しかし、痴呆が重い状態になると在宅はなかなか難しく、村にはグループホームはない。

【事例4】Dさん（女性、75歳）

<軽度、最近夫を亡くしひとり暮らし、心臓発作、退院直後、近隣との関係良好>

①（90年代後半）

- * こうしたケースならば当時から、「家で普通に過ごして」いた。近隣の結びつきも強く、「1人にしない」で、「退院したから様子見に来たよ」と顔を出していた。
- * リハビリ教室も月1回だったが、「こちらから迎えに行き、様子を把握するという」ようにしていた。訪問リハで、PTさんと一緒に訪問し、「簡単なリハビリ指導をしたり」、オムツの支給などのサービスにつなげたり、民生委員さんに繋げるという支援をしていた。

②（介護保険後）

- * 村内の地域によってもすこし違いがある。
- * M地区は例外的で、この地区ではディサービス施設から遠く、「サービスが遠い」。サービスを受け入れないところも感じられる。地区の様子をみていると、地域でお互いに見ているところが残っている。高齢化が進んだ地区だが、介護サービスを利用しなくとも、暮らしが「成り立っていった状況」ではないかという感じである。「70、80代の方もお茶飲みに行ったり、様子を見に行ったり」している。

文献

- Blackman,T, Brodhurst,S, and Convery,J.[2001]Social Care and Social Exclusion:A Comparative Study of Older People's Care in Europe' Plgrave.
- Boldy, D. (ed)[1981]Operational Research Applied to Health Services, St Martin's Press, New York)
- OECD,(1996) Caring for Frail Elderly People Policies in Evolution.

- ・ 『厚田村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2000年3月。
- ・ 『厚田村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2003年3月。
- ・ 太田貞司『地域ケアシステム』有斐閣、2003年。
- ・ 『清川村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2000年3月。
- ・ 『清川村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2003年3月。
- ・ 『津久井町高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2000年3月。
- ・ 『津久井町高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2003年3月。
- ・ 『浜益村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2000年3月。
- ・ 『浜益村高齢者保健福祉計画・介護保健事業計画』
2003年3月。
- ・ 老人保健福祉法制研究会編『高齢者の尊厳を支える介護』法研、2003年。

D. 健康危険情報

該当なし

E. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

表1 対象自治体の状況

	人口 H16.3.31 住基 (A)	一 号 被 保 険 者 H16.4.1 (B)	B/A (%)	要 介 護 等 高 齢 者 数 H16.4.1 (C)	C/B (%)	介 護 保 険 施 設 利 用 者 数 H16.4.1	施 設 率： 一 号 被 保 険 者 比 H16.4.1	15-17 年 度 の 条 例 上 の 保 険 料 基 準 額 (月 額 相 当)
北海道浜益村	2187	935	42.75	158	16.9	59	6.31	3,758
北海道厚田村	2807	773	27.54	144	18.63	54	6.99	4,742
神奈川県津久井町	29769	4875	16.38	527	10.81	118	2.42	2,700
神奈川県清川村	3226	589	18.26	83	14.09	14	2.38	3,291

表2 要介護者数及び施設利用者数（一
号被保険者比）

* 人口：住民基本台帳（3 月末日）

* %：1 号被保険者に対する 65 歳以上の要介護者の割合

①北海道浜益村

年（4月1日）	人口	1 号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	2,310	947	92 9.71%	9	21	14	18	10	20	47 4.96%	24	6	17
2002	2,293	949	107 11.28%	15	23	18	20	14	19	48 5.06%	23	7	18
2003	2,231	919	136 14.80%	26	36	20	16	16	22	48 5.22%	21	9	18
2004	2,187	935	158 16.90%	39	43	17	22	20	17	59 6.31%	38	12	9

②北海道厚田村

年（4月）	人口	1 号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	2,992	784	147 18.75%	26	56	21	19	12	13	57 7.27%	43	4	10
2002	2,949	761	149 19.58%	20	61	23	17	14	14	67 8.80%	52	7	8
2003	2,888	766	162 21.15%	32	68	17	13	16	16	57 7.44%	45	6	6
2004	2,807	773	144 18.63%	28	50	19	17	16	14	54 6.99%	42	7	5

③神奈川県津久井町

年（4月）	人口	1 号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	30,724	4,357	343 7.87%	40	70	60	56	69	48	109 2.50%	74	21	14
2002	30,424	4,495	403 8.97%	45	107	73	58	66	54	114 2.54%	76	22	16
2003	30,104	4,710	453 9.62%	70	115	84	61	53	70	117 2.48%	74	26	17
2004	20,979	4,875	527 10.81%	71	161	82	81	68	64	118 2.42%	76	27	15

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

④神奈川県清川村

年（4月）	人口	1号被保険者	要介護認定者数	要支援	要介護Ⅰ	要介護Ⅱ	要介護Ⅲ	要介護Ⅳ	要介護Ⅴ	施設利用者	特養	老健	療養型
2001	3,261	528	57 10.80%	4	16	6	5	15	11	16 3.03%	12	3	1
2002	3,231	544	63 11.58%	6	18	10	7	7	15	13 2.39%	11	2	0
2003	3,252	579	71 12.26%	6	18	15	11	5	16	17 2.94%	12	4	1
2004	3,226	589	83 14.09%	5	33	12	9	9	15	14 2.38%	11	3	0

研究報告 6

脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因の解明に関する研究

分担研究者 中川 仁 札幌山の上病院リハビリテーションセンター脳卒中部門 部長
豊生会東苗穂病院診療部（リハビリテーション科）

研究要旨

回復期リハビリ施行・退院後の脳卒中患者の転帰先の調査を行った。114 例の患者において、自立度 J・A ランクは自宅退院またはグループホーム入居が多かった（83%）。自立度 B2・C ランクは長期療養目的の転帰が多かった（82%）。自立度 B1 ランクが、ADL 状況・痴呆度・家族介護力により転帰先が異なっていた。今後、この B1 ランクの患者に対する在宅支援のサービスの充実化や、グループホーム等での受け入れ整備などが求められる。また、B1 ランク患者のサービス支援の充実によって、介護度・介護量悪化のための方策の検討が必要であることがわかった。この点は、次年度への研究課題である。

研究協力者

吉岡 英治

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

A. 研究目的

研究 1：脳卒中患者の自宅復帰を阻害させる要因
の解明

研究の概要

回復期リハビリの自立支援効果を高めるための方策を検討する。脳卒中等の回復期リハビリ病棟入院患者を対象に、自宅復帰可能な心身状態でありながら自宅外施設入所が選択される健康上・社会環境上の要因を検討し、現在の回復期リハビリや在宅での維持期リハビリにどのようなサービスの重点化が必要かを明らかにする。

研究テーマ（Research Question）

- 1) 脳卒中患者の自宅復帰を阻害する要因を明らかにする。
- 2) 自宅復帰が困難だがグループホームを選択する場合、その理由と要因を調べる。

仮説

最大の要因は患者 ADL と家族介護力にあると考えられる。

目的

在宅促進のために『回復期リハビリ病棟』が作られたが自宅復帰率は 50～70%程度と報告されている。

ADL(バーセル・FIM)やその中の項目(特に排泄・移行)がネックとなることが報告されているが、もっと簡便で一般的な指標(自立度・痴呆度)を元に傾向を探りたい。準在宅としてグループホームの希望が多いがどのような階層(自立度・痴呆度・家族介護力)がグループホームに入居しているか実態を把握することにより、リハビリ中期から転帰先を探っていくことができるようになる。

研究 2：（平成 17 年度への継続研究）：回復期リハビリ病棟退院後の自宅復帰（あるいはグループホーム入居）後の ADL・生活・機能維持の状況の検証

研究の概要

研究 1 によって得られた 114 名について対象

として、アンケート調査による研究を行う。

これら患者のうち、自宅退院、グループホーム・高齢者住宅への退院群に対して、現在、6か月後、12か月後、においても、生活のADL、自立度等が維持できているか、その維持に必要であったサービスは何であったかを明らかにするため、アンケート調査を行う。

研究テーマ (Research Question)

- 1) 回復期リハビリ病棟退院後の在宅復帰後に機能・ADL 維持が果たして出来ているかどうか
- 2) 退院時の ADL を維持していくにはどのような方法・プログラムが必要か

目的

「集中的な回復期リハビリ」が在宅復帰後のADL にどのように有用であったか、在宅生活継続の中でも効果があったことの検証を退院後のアンケート調査によって行う。また、グループホーム等の在宅施設においてADL の維持が可能かどうかの検証も行なう。

B. 研究方法

研究1：研究デザイン

対象患者

豊生会東苗穂病院（札幌市東区）回復期リハビリ病棟にてリハビリを施行した脳卒中および大腿骨頸部骨折術後の患者で、平成15年1月1日～平成16年12月31日の期間に東苗穂病院を退院した患者を研究対象群とする。

デザイン時の研究対象者の目標数は自宅退院50名・自宅外在宅20名・在宅施設20名程度とした。

観察研究

Retrospective and Prospective コホート研究の方法で行った。

Inclusion Criteria：ADL 評価（バーセル・インデックス）が入院中に2回できた症例のみとする。

Exclusion Criteria：病状悪化により急性期病院転院例と死亡退院例は除外

パラメーター・カテゴリー変数

（リハビリテーション総合実施計画書に記載されている項目より選択した）

ADL としては、バーセル・インデックス、認知・痴呆の評価としてのHDS-R、介護保険申請ならびに総合実施計画書に記載している、自立度・痴呆度、介護認定より得られた介護度、医療相談の際に得られた家族介護力の指標としての家族状況の把握。

Outcome

退院先についての把握。以下の3群に分けて把握する

- ・自宅への復帰、家族との同居による退院
- ・（自宅外施設としての）、グループホーム・高齢者住宅への入居
- ・長期療養施設（病院・特養・老健）への入院・入所

（倫理面への配慮）

- 1：分担研究者が主治医であった患者のみを対象とした。
- 2：入院期間中にリハビリテーションカンファレンスを2～4回行い、その都度ならびに退院後も医療相談員より医療福祉サービスの説明を行っているケースを対象としている。
- 3：退院時に、リハビリテーション総合実施計画の内容を個人が特定できないように分析・解析を行うことを説明し、同意を得て集計を行った。

研究2：研究デザイン

（郵送によるアンケート調査）

研究1で得られた114例を対象としてアンケート調査を行う（表1）。

対象患者：

- A群：自宅退院：58名に対しては、患者本人および同居家族に対してアンケート調査を行う。
- B群：グループホーム等入居の15名に対しては、施設職員の協力を得ながら本人および家族よりアンケート調査を行う。

C 群：長期療養 41 名のうち、豊生会老人保健施設ひまわり入所の 6 名と、近隣の長期療養の介護療養型病院・東和病院に転院した 5 名については、各施設職員の協力を得ながら家族よりのアンケート調査を行う。

調査方法：郵送によるアンケート方式

実施時期：第 1 回目：H17 年 2～3 月

第 2 回目：H17 年 6～7 月

第 3 回目：H17 年 11～12 月

（倫理面への配慮）

- 1：医療相談員より説明を行い協力可能との返事を得た方のみ郵送しアンケートを依頼。
- 2：3 回のアンケートについては、いつでも中止可能であることを説明。
- 3：アンケートは返送されたあとに分析前に個人が特定できないようにした上で分析・解析を行う。

C. 研究結果

研究 1 の結果

豊生会東苗穂病院を平成 15 年 1 月 1 日～H16 年 12 月 31 日退院までに退院し、研究の Criteria を満たした患者は、トータル 114 例であった。尚、以下の結果の提示においては介護度が判明していない（あるいは認定を受けなかった）等の理由により、合計人数に変動がある。

結果 1

この 114 例について、Outcome の転帰先の 3 群に分け、退院直前の最終のリハビリテーション総合実施計画書に記載された自立度（J・A・B・C）ごとの人数分布を示す。

長期療養：41 人；J：1 人、A：9 人、

B1：8 人、B2：11 人、C：12 人

自宅退院：58 人；J：7 人、A：31 人、

B1：14 人、B2：4 人、C：1 人

GH・高齢：15 人；A1：9 人、A2：3 人、

B1：3 人

結果 2

今度はこの 114 例を逆に退院時自立度（リハビ

リテーション総合実施計画書）のレベルごとに、3 転帰先（長期療養施設、自宅退院、グループホーム・高齢者住宅等）に分けての人数分布を示す。

J 長期療養 1 人、自宅退院 7 人、

グループホーム等 0 人。合計 8 人

A 長期療養 9 人、自宅退院 31 人、

グループホーム等 12 人。合計 52 人

B1 長期療養 8 人、自宅退院 14 人、

グループホーム等 3 人。合計 25 人

B2 長期療養 11 人、自宅退院 4 人。合計 15 人

C 長期療養 12 人、自宅退院 1 人。合計 13 人

結果 3

この 114 例中、退院時に介護度の判明しているケースについて、転帰先ごとに介護度と自立度の相関を表にした（表 2～表 4）。

（1）長期療養：40 人 介護療養型病院、特別養護老人ホーム、老人保健施設（表 2）

注釈：A ランクで介護度 4 と、J で介 3 の 3 ケースは前医にて介護認定を受けており、介護申請～当院退院に 4 か月以上期間あるために、介護度と自立度に乖離があるものと思われる。

（2）自宅退院：51 人（表 3）

注釈：B2 で介護度 1・3 の 2 ケースは、今回発症後の介護度の更新を行っていない。

（3）グループホーム・高齢住宅等：14 人（表 4）

注釈：B1 ランクでグループホーム入居例は長期に入居はできなかった。

研究 2 については、アンケート調査の第 1 回目を平成 17 年 2 月より開始したばかりである。アンケート調査に対する返信は来ているが、分析考察等は次年度に行う。

D. 考 察

研究 1

結果 1 についての考察

退院総数 114 名中在宅できたのは、自宅退院 58 名、準在宅としてのグループホーム等 15 名の

合計 73 名であり、在宅（または準在宅）復帰率 64%であった。急性期の病院より転院しリハビリを行っている病院である実情、ならびに北海道の地域性から考えるなら、まずまずの復帰率であると考えられる。この在宅復帰率の 114 名を研究対象として、引き続いての研究を行うことは適当であると思われる。

結果 2 についての考察

A ランク 52 人の転帰先は、自宅 31 人、グループホーム 12 人、長期療養 9 人であった。自立度から見ても、自宅退院が勧められるケースと考えられた。グループホーム等入居となった 12 名については身寄りがなく、家族が近隣にいないなどの状況が理由となっていた。長期療養となった 9 名については自立度の上からは、長期療養の必要性は少ないと考えられ、今後、家族状況や痴呆度などの要因についての検討が必要である。

B1 ランク 25 人の転帰先は、自宅退院 14 人、グループホーム等 3 人、長期療養 8 人であった。このレベルでは半分近くが自宅退院しているものの、長期療養となったケースも多い。自立度 B1 といっても入浴や排泄などの介助量や痴呆度といった患者自身の条件、家族介護力や意欲といった周辺条件に、どれだけ介護サービスによって自宅退院・自宅介護を支えていけるか、ということによって転帰先が決定しており、今後分析を加えていく予定である。この自立度 B1 レベルにどのようなサービスが継続的に提示できるかの研究が必要であることが判明した。

B2 ランク 15 人の転帰先は、自宅退院 4 人、長期療養 11 人となっており、グループホーム等の入居例はなかった。B2 ランクとなると、自立度もかなり重いため長期療養が多くなっていく。自宅退院のケースは家族介護力・介護の意思に加え、十分な介護サービスの利用を行っていた。B2 ランクの自宅で介護を行いたいという家族に十分なサービスを行える充実した体制の提供が必要であると考えられる。

C ランクの 13 人の転帰先は、自宅退院 1 人、長期療養病院 12 人であった。このレベルになる

と、ほぼ寝たきりの状態であり、経管栄養の状態にある患者も多い。長期療養（介護療養型）病院への転院がほとんどである。

結果 3 についての考察

A：転帰先からの考察

1：長期療養

自立度において J ランク、A ランクの 8 名が転帰が長期療養となっている。このうちの 3 名は前医療機関において介護認定を重く受けていたこともあって、自立度が改善しているにも関わらず長期療養転院を希望した。

長期療養となった 40 名のうち、8 名が自立度 J・A にも関わらず長期療養になっているが、その要因として痴呆度と家族状況によると推察されるが今後分析が必要である。

また、自立度が高く家族の介護が期待できない要介護者の在宅サービスの充実や、グループホーム等の中間施設の充実が求められていくものと思われる。

2：自宅退院

自宅退院は総数 51 名であるが、自立度 B2 レベルであっても 4 名が自宅退院している。家族の強い在宅希望に加え、家族介護力の充実、さらには介護サービスの利用によって在宅が可能となっているものと考えられる。家族・本人に在宅への希望がありながら、在宅できなかったケースとの比較を行ってどのようなケースにどのようなサービスを提案すればよいか検討していきたい。

3：グループホーム等

自立度において A ランクでありながら、家族状況によってグループホーム入居を選択されているケースが多かった。

B：自立度からの考察

自立度 A ランクは基本的に自宅退院を勧めていくべきレベルと考える。しかしながら、痴呆度・認知力や家族状況により、自宅退院が困難な場合、どのような在宅サービスを導入していくか、あるいは、グループホームや高齢者住宅等への入居を勧めていくか検討すべきであろう。

自立度 B1 ランクは、他の要因により転帰先が

最も変わってくるレベルである。“B1 ランク”とひとまとめにするのは、多少無理はあるものの今後の Subgroup 解析を簡便にするためにまずは“B1 ランク”として、ひとくくりにまとめたの考察を行う。B1 ランクではADL、特に排泄や入浴等の状況、痴呆度・認知力によって介護の必要量が大幅に変わってくる。

自験例では、B1 ランクでのグループホームの長期生活継続は無理であったが、今後はグループホーム等においてもこのレベルの入居・生活継続が可能となることが望まれる。また、家族介護力・排泄等の ADL・痴呆度などのより、在宅復帰を希望しながら在宅を諦めたケースもある。在宅を希望した際に困難が生じないよう、どのような介護サービスを追加すれば長期の在宅が可能となるか、ということについての検討が今後の分析すべき課題である。

自立度 B2 ランクや C ランクは、重介護者や寝たきりであるため、在宅ができないこともしかたがないレベルではある。無理な在宅を行うと介護する家族との共倒れにもなりかねない。しかしながら、このレベルであっても、強く在宅生活を希望する家族もいるため、在宅介護サービスの充実や短期入所等、在宅を強く支えるシステムの構築が求められる。

E. 結 論

114 例の患者の退院転帰先調査を行った。自立度 J・A ランクは自宅退院またはグループホーム（あわせて 83%）、自立度 B2・C ランクは長期療養転院（あわせて 82%）が多かった。自立度 B1 ランクが、ADL 状況・痴呆度・家族介護力により転帰先が異なっていた。

この B1 ランクの患者が自宅復帰していくためには、ADL や家族介護力をきめ細かく考慮して、在宅支援のサービスの充実化を計り、家族事情等により自宅退院できないケースにおいてはグループホーム等での受け入れ整備などが求められる。

B1 ランク患者の今後の介護度・介護量悪化予防のために、どのようなサービスを継続的に行っ

ていけばよいかについての研究が必要であり、次年度への継続研究によって行っていく。

文献

- 1： 徳永誠、他、急性期病院から回復期リハビリテーション病院に転院した脳梗塞患者の診療情報提供書の検討—熊本市近郊における実態報告—、リハ医学 2005；42：50-57
- 2： 山永裕明、他、介護保険下の脳卒中維持期リハビリテーション、リハ医学 2005；42：58-71
- 3： 徳永誠、他、急性期脳梗塞患者の転院待機日数の検討、リハ医学 2004；41：880-883
- 4： 上村智子、介護保険制度下の居住環境整備サービスによる虚弱高齢者の支援、リハ医学 2004；41：788-794
- 5： 江藤文夫、2004 年第 41 回日本リハビリテーション医学会学術集会・会長講演：医学的介入の指標としての活動とリハビリテーション医学、リハ医学 2004；41：581-586
- 6： 石田暉・田中信行：2004 年第 41 回日本リハビリテーション医学会学術集会・シンポジウム：リハビリテーション総合実施計画書をめぐって—評価とパスを含めて—、リハ医学 2004；41：587-618
- 7： 鈴木英二、他、脳卒中回復期前期における患者の層別化の試み、リハ医学 2004；41：540-547
- 8： 平松和久、他、脳卒中発症後の職業復帰、リハ医学 2004；41：465-471
- 9： 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（平成 15 年 3 月版）
- 10： 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会・国立保健医療科学院施設科学部：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（平成 16 年 3 月版）
- 11： 日本リハビリテーション病院・施設協会編集、これからのリハビリテーションのあり方、青

海社（2003年10月刊）

- 12：全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会、平成16年度回復期リハビリテーション病棟研修会・医師研修会（2004年11月13・14日）資料
- 13：千野直一・里宇明元、特集・エビデンスに基づく脳卒中リハビリテーション医療、モダンフィジシャン2004；24：No.9
- 14：日本医師会雑誌・平成14年6月1日号、特集・老年症候群と高齢者に対する総合機能評価、日本医師会雑誌2002；127：No.11
- 15：特集：プライマリケア医のためのリハビリテーション入門、南山堂「治療」2003；85：No.5
- 16：千野直一・編著、脳卒中患者の機能評価—SIASとFIMの実際、シュプリンガー・フェアラーク東京（刊）1997
- 17：中村隆一、他・編、脳卒中の機能評価と予後予測、医歯薬出版（刊）1997
- 18：岡本祐三、監訳、高齢者機能評価ハンドブック—医療・看護・福祉の多面的アセスメント技法、医学書院（刊）1998
- 19：浅山晃、他・編集、Journal of Clinical Rehabilitation 別冊・脳卒中リハビリテーション外来診療、医歯薬出版（刊）1997
- 20：千野直一、他・編集、リハビリテーションMOOK2・脳卒中のリハビリテーション、金原出版（刊）2001
- 21：石鍋圭子、他・編著、リハビリテーション専門看護、医歯薬出版（刊）2001
- 22：長谷川幹・編著、発症部位別にみた脳卒中者のリハビリテーション—入院から地域連携まで、日本医事新報社（刊）、1993
- 23：社団法人・日本リハビリテーション医学会・監修、リハビリテーション医学白書、医学書院（刊）、2003

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

中川 仁、回復期リハビリ病棟立ち上げにあたって—需要分析とマーケティングの視点から—、南山堂「治療」87巻2月号、p383—386、2005.2

2. 学会発表

第5回回復期リハビリテーション病棟研究大会（平成17年10月、大阪）での発表準備中。

表1 アンケート質問項目一覧

全員（自宅退院は本人&介護者に。 グループホーム等は施設職員に）

- (1) 現在の介護度
- (2) 回復期リハビリ病棟を退院後の入院の有無
- (3) 入院歴ある場合、病名・入院時期（期間）・病院名
- (4) アンケート時点でも在宅生活を継続されているか
- (5) 現在、在宅中の場合、施設入所（ショートステイも含む）の経験の有無
- (6) 現在、在宅中の場合、施設入所の申し込み中か
- (7) 入院、入所中の場合、どのような病院・施設にいるか
- (8) 利用している介護サービスについて
デイケア・デイサービス（週 回）、訪問看護、ホールヘルパー（週 回）、
ショートステイ、家での入浴サービス（週 回）、訪問リハビリ、
日常生活用具・福祉用具の貸与・給与、住宅改修、配食・給食サービス、
- (9) 日常生活用具・福祉用具のレンタルあるいは購入
入浴用いす、浴槽内いす、浴槽用手すり、車椅子、ポータブルトイレ
特殊寝台（介護用ベット）、移動用リフト、杖
- (10) 住宅改修について
①トイレ排泄に関する住宅改修：
洋式便器への変更、トイレ内手すりの取り付け、トイレ入り口（ドア等）の改修
②自宅入浴のための改修
浴室入り口の手すり取り付け、浴室内の段差解消（床のかさ上げ・スロープ）
③自宅玄関等の出入りのための改修：玄関の段差解消のための改修
- (11) 現在のADL（バーセルに基づく）
食事、車椅子からベットへの移動、整容、トイレ動作、入浴、歩行状態、
階段の上り下り、着替え、排便のコントロール、排尿のコントロール、について
- (12) 日常生活の自立状況
- (13) 日常生活の物忘れ、認知、意思疎通などの状況

自宅退院し同居している家族向けの項目

- (1) 同居の状況 :いつから、何人、誰
- (2) 介護時間、手伝いの状況
- (3) 介護者の健康状況
- (4) 被介護者・介護者の関係は良好であったか
- (5) 介護者の就労状況

表2 長期療養者の要介護度

	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	0	0	0	0	0	0	0
介護度1	0	1	2	0	0	0	0
介護度2	0	1	2	1	1	0	0
介護度3	<u>1</u>	0	0	4	3	1	0
介護度4	0	<u>1</u>	<u>1</u>	3	5	1	2
介護度5	0	0	0	0	2	2	6

表3 自宅退院者の要介護度

	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	1	0	0	0	0	0	0
介護度1	5	7	2	0	<u>1</u>	0	0
介護度2	0	7	1	4	0	0	0
介護度3	0	5	5	5	<u>1</u>	0	0
介護度4	0	0	0	4	2	0	0
介護度5	0	0	0	0	0	0	1

表4 グループホーム等入居者の要介護度

	J	A1	A2	B1	B2	C1	C2
要支援	0	0	0	0	0	0	0
介護度1	0	6	0	0	0	0	0
介護度2	0	1	2	0	0	0	0
介護度3	0	2	1	<u>1</u>	0	0	0
介護度4	0	0	0	<u>1</u>	0	0	0
介護度5	0	0	0	0	0	0	0

研究報告 7

認知症高齢者の行動心理学的症状に影響を与える 心理社会的要因の解明に関する研究

分担研究者 安田 素次 市立札幌病院附属静療院 院長

研究要旨

本研究は、認知症高齢者の行動心理学的症状の経過に影響を与える心理社会的要因を解明することを目的とする。対象は、市立札幌病院静療院老人痴呆性疾患専門外来通院中の認知症患者およびかれらの主介護者である。ベースライン調査として、患者の認知機能・ADL を測定し、そして主介護者に対し自記式質問調査票の記載を依頼し、認知症患者の行動心理学的症状、主介護者の介護負担、主介護者の精神的および身体的健康度、患者と介護者の関係、介護支援状況などの情報を入手する。1年後に追跡調査を行い、再び介護者に自記式調査票の記載を依頼し、認知症患者の行動心理学的症状の変化などの情報を入手する。参加者には、カルテの閲覧を許可していただき、合併症、使用薬物、画像所見などの情報も入手する。本研究のベースライン調査は、平成 17 年 4 月に開始する予定である。

研究協力者

吉岡 英治 堀川 尚子 佐藤 徹郎
浦田 泰成 西條 泰明 岸 玲子
(北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野)

薬物療法の効果が期待できることから、これまでの BPSD に関する報告は薬物療法の効果に関するものがほとんどであり、心理社会的な要因に関する報告は少なかった[3][18]。しかし認知症臨床の専門家の中には、環境因、特に主介護者の対応などにより、BPSD の経過に違いがみられることを指摘するものも少なくはない[4][6][14]。このため、今回我々は心理社会的要因のうち特に介護者側の要因をターゲットとして、これらの BPSD の経過への影響を解明するための調査を行うこととした。

A. 研究目的

認知症では、中核症状である記憶障害、認知障害等に加え、周辺症状であるさまざまな精神症状と行動面の障害がみられる。周辺症状は現在、（BPSD ; Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）と総称されている[1][2]。認知症患者の行動心理学的症状（以下 BPSD と記す）には、徘徊、大声、暴力、妄想、幻覚、抑うつなどの症状がある。

在宅介護において介護者の負担が最も大きいのは BPSD への対応であり、認知障害が軽度であり ADL がある程度保たれていても、BPSD のために在宅介護が困難になってしまうことは珍しいことではない[4][5][9][16]。

認知障害などと比較して、BPSD にはある程度

B. 研究方法

【対象】

今回の調査は、市立札幌病院静療院（以下静療院と記す）老人痴呆性疾患専門外来に通院中であり、在宅生活をしている 65 歳以上の認知症患者および彼らの主介護者を対象とする。認知症の診断は、静療院老人痴呆性疾患専門外来担当医が DSM-IV によって行った。

【研究デザイン】

前向きコホート研究（ベースライン調査および1年後の追跡調査）

【調査手順】

1. ベースライン調査（平成17年4月6月実施予定）

毎週月曜日、木曜日の午前中の予約外来として行っている静療院老人痴呆性疾患専門外来において、平成17年4月から6月までに調査を行う予定である。今回の調査のサンプル数は、約120例を予定している。

A. 参加同意の対象者に対し、認知機能（Mini Mental State Examination）、ADL（Barthel Index）を測定する。

B. 主介護者に自記式調査票を配付し記入していただく。記入後に北海道大学大学院医学研究科公衆衛生学分野まで返送していただく。自記調査票により患者のBPSD、主介護者の介護負担、主介護者の精神的および身体的健康度、患者と介護者の関係、介護支援などの情報を入手する。

C. 患者の静療院カルテの閲覧を許可していただき、画像所見、合併症、使用薬物、既往歴、要介護認定などの情報を入手する。

2. 追跡調査（平成18年4月6月予定）

ベースライン調査から約1年後に、ベースライン調査の参加者に行う予定である。再び主介護者に対する自記式調査票の記入をお願いし、さらに静療院カルテからの情報入手を行う。ベースライン調査の参加者中で通院を中断された方々については、カルテから可能な限り中断に至った経緯などの情報を入手する。

（倫理面への配慮）

本研究は、北海道大学大学院医学研究科・医学部医の倫理委員会および市立札幌病院医の倫理委員会より既に承認を得ている。

本研究の対象者は、認知症患者および彼らの主介護者である。認知症患者の中には理解力・判断力が著しく低下しており、本研究の十分な理解が

困難となる方もいると考えられる。今回我々は、基本的には、認知症患者とその主介護者の両方の参加同意を求めることとするが、認知症患者の理解・判断能力が十分でない場合と判断される場合に限り、主介護者のみの参加同意で調査を行うこととする。

本研究で得られた個人識別情報は、解析等の際に記号・数字により匿名化を行い、研究者においても個人を特定できないようにする。そしてデータの適切な管理保管場所を確保し、個人データをいかなる形でも本研究の研究者以外の外部の者に触れられないように厳重に保管するものとする。

C. 研究結果

1. 外来通院患者の主介護者を対象とした自記式調査票案を作成した（表）。自記式調査票の項目数は、全部で78項目である〔7〕〔10〕〔11〕〔12〕〔15〕〔17〕。

2. サンプル数の確認のために、市立札幌病院静療院外来における高齢者の傾向を調査した。平成15年12月から平成16年11月の期間で痴呆在宅指導管理料の加算がついており、年齢が65歳以上、在宅生活、通院間隔が3ヶ月以内、といった条件を満たす外来患者数は123名（男性41名、女性82名）であった。

3. 静療院老人痴呆性疾患専門外来において、平成17年4月より調査を開始するために、現在準備中である。

D. 考察

今回の調査は、大都市の精神科外来に通院中の認知症患者およびかれらの介護者を対象とした前向きコホート研究である。我が国においてはこれまでのところ、報告の少ないものであり、社会的な意義のある調査であると考えられる〔8〕〔13〕。

今回は、BPSDの経過、介護者の（精神的、身体的）健康状態、（主観的、客観的）介護負担、（現在および過去の）患者と介護者の関係、（公的、私的な）介護者への支援などの情報をカルテの閲覧、自記式調査票などにより入手する。その後、BPSD

の経過に、介護者の健康状態、介護負担、患者と介護者の関係、介護者へのサポートがそれぞれどのような影響を与えるかを解析する。

今回の調査結果は、今後の在宅介護者支援の施策を考える上で重要な知見となると考えられる。

E. 結 論

大都市精神科外来に通院中の認知症患者およびかれらの主介護者を対象とした前向きコホート研究の実施計画について今回報告した。

BPSDに関してはこれまで薬物療法の効果に関するものが多い。本研究ではこれまで十分に検討されているとはいえない、BPSDの経過に影響を与える心理社会的側面、その中でも特に介護者の要因を検討することを目指している。

本研究の結果は、今後の在宅介護者支援の施策を考える上で重要な知見となると考えられる。

文献

- 1) 本間昭:痴呆における精神症状と行動障害の特徴. 老年精神医学雑誌,9,9:1019-1024(1998.9)
- 2) 三好功峰: BPSD とは. 臨床精神医学,29,10:1209-1215(2000)
- 3) 工藤喬, 武田雅俊: BPSD の薬物療法. 臨床精神医学,29,10:1239-1244(2000)
- 4) 小林敏子: BPSD への対応—介護者・システムを含めて—. 臨床精神医学,29,10(1245-1248)2000
- 5) Schulz, R,O'Brien, A.T, Bookwala,J,Fleissner.K:Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving:prevalence,correlates,and causes.The Gerontologist,35,6:771-791(1995.Dece mber)
- 6) Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia(BPSD)Educational Pack MODULE 4: Role of caregivers. the International Psychogeriatric Association (IPA)
- 7) 朝田隆:痴呆患者の問題行動評価票 (TBS) の作成. 日本公衆衛生誌,41,6:518-527(1994)
- 8) Asada.T,Kinoshita.T,Kakuma.T:Analysis of behavioral disturbances among community-dwelling elderly with Alzheimer disease.Alzheimer Disease And Associated Disorders,14,3:160-167(2000)
- 9) Miyamoto.Yuki, Ito.Hiroto, Otsuka.Toshio, Kurita.Hiroshi:Caregiver burden in mobile and non-mobile demented patients: a comparative study.International Journal Of Geriatric Psychiatry,17,8:765-773(2002)
- 10) 荒井由美子, 杉浦ミドリ:家族介護者のストレスとその評価法. 老年精神医学雑誌,11,12:1360-1364(2000.12)
- 11) 新名理恵, 矢富直実, 本間昭:痴呆性老人の在宅介護者の負担感に関するソーシャルサポートの緩衝効果. 老年精神医学雑誌,2:665-633(1991)
- 12) 鷲尾昌一, 吉田初枝, 斉藤重幸, 高木寛, 磯部健, 竹内宏:家族介護者の介護負担に関連する要因の解明. 高齢者問題研究,20:1-6(2004)
- 13) Asada, T, Motonaga, T, Kinoshita, T:Predictors of severity of behavioral disturbance among community-dwelling elderly individuals with Alzheimer's disease: a 6-year follow-up study. Psychiatry And Clinical Neurosciences,54:673-677(2000)
- 14) Matsuda, O :The effect of coping on the caregiver of elderly patients with dementia. Psychiatry And Clinical Neurosciences,49:209-211(1995)
- 15) 島 悟, 鹿野達男, 北村俊則, 浅井昌弘:新

しい抑うつ性自己評価尺度について.精神医学,27:717-723(1985)

- 16) 大西丈二、梅垣宏行、鈴木裕介、中村 了、遠藤英俊、井口昭久:痴呆の行動・心理症状 (BPSD) および介護環境の介護負担に与える影響 . 老年精神医学雑誌,14(4):465-473(2003)
- 17) Arai.Y, Kudo.K, Hosokawa.T, Washio.M, Miura.H, Hisamichi.S :Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden interview.Psychiatry And Clinical Neurosciences,51(5):281-287(1997)
- 18) 田中稔久、池尻義隆、武田雅俊:BPSD の生物学的基礎 . 臨床精神医学,29(10):1233-1237(2000)

表 調査票の内容

	内 容	項目数
患者情報	1) 態度（機嫌、素直、思いやり）	3
	2) 公的サービスの利用	2
	3) 認知症患者の行動心理学的症候 （TroublesomeBehaviorScale）	14
介護者情報	4) 居住形態	3
	5) 学歴	1
	6) 主観的経済状態	1
	7) 健康状態	3
	8) 患者との関係	3
	9) 社会的支援	4
	10) 客観的介護負担	2
	11) 主観的介護負担（Zarit 主観的介護負担）	22
	12) 抑うつ症状（CES-D）	20

研究報告 8

農村地域高齢者の医療費と社会的サポート・ネットワークの関連

主任研究者 岸 玲子 北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野 教授

研究要旨

我が国の国民医療費は増加の一途を辿り、平成 14 年度は 31 兆円にのぼった。このうち、老人保健給付による医療費は 9 兆 2898 億円であり、国民医療費の 32.6%を占め、老人医療費の増加傾向は今後も続くことが見込まれる。医療費の適正化がわが国の緊急的課題として取り上げられ、種々の医療保険改革や医療制度の改革が実施されている。この状況のもとでもとすれば医療費を下げるのが目的化されがちであるが、医療費の低下は国民の健康や福祉の水準向上の結果を反映したものであることが望ましい。

地域の高齢者医療に関する問題を検討するためには、傷病状況や受診状況あるいは医療費の問題を単独で取り上げるのではなく、地域の保健、医療、福祉に関する諸活動と関連づけて研究する必要がある。高齢者の医療費に関連する要因として、疾患の他に社会的サポートネットワークの欠如による社会的入院や孤独感からくる頻回な外来受診などの影響も考えられる。

社会的サポートネットワークと高齢者の健康との関連については、社会的ネットワークが希薄あるいは不適切な場合は、生命予後に影響する一方、良好な場合は健康を守るという側面もあり、直接的間接的に健康に影響を及ぼすという実証的研究が報告されている。しかし、医療費との関連はこれまでは研究されていなかった。また、これまでの医療費研究の多くは、県単位や市町村全体のマクロデータを使用したものであり、個人別の診療報酬明細書（レセプト）を使用した研究は少ない。個々人のレセプトから得られる情報は傷病の種類と量を医療費で把握することができる重要な情報源であると考え、本研究では、レセプトから得られる医療費データを使用し実証的な研究を行った。本研究における「高齢者医療費」とは、厚生労働省の『老人医療費事業年報』で定義された「診療費」のうち歯科診療費を除いた入院、入院外医療費であり、老人医療受給者 65 歳以上の加入者の傷病治療に要した費用である。

高齢者の年間医療費を総医療費、外来医療費に分けて分析し、個人の社会的サポートネットワークが 6 年後の医療費（1998 年）にどのように影響を及ぼすかを検証した。

研究協力者

坂倉 恵美子

（北海道大学医学部保健学科）

堀川 尚子

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

西條 泰明

（北海道大学大学院医学研究科予防医学講座
公衆衛生学分野）

片倉 洋子

（札幌医科大学保健医療学部看護学科
基礎臨床医学講座）

林 美枝子

（札幌国際大学国際文化学科）

A. 研究目的

我が国の国民医療費は増加の一途を辿っており、平成14年度には総医療費は31兆円にのぼった。これは国民1人あたりの年間医療費が244,200円であることを示している。うち老人保健給付分による医療費は9兆2898億円で国民医療費の32.6%を占め、高齢化の進行に伴って国民医療費の増加傾向は今後も続くことが見込まれている[1]。老人医療費増加要因は、これまでの調査研究の結果、人口の高齢化による傷病構造の変化、医療技術の高度化、医療供給体制の整備などがあげられている[3-13]。

最近では、上記以外の研究に加えて、社会的要因、特に経済的文化的要因による医療費増加に関わる研究がなされ[2][4][11][15-18]、家族の離散度、福祉に対する認識、経済力等の要因[4]や住居や高齢者ケアの担い手である家族などの要因[15]が医療費増加に影響するという指摘がなされている。医療費は医療供給と医療需要の結果発生するものであり、その需要は、必ずしも心身の健康のみで決定されるものではなく、年齢、学歴、生活習慣など多様な要因からも影響を受けるものである[13]。将来の医療サービス需要を正確に把握するためには、年齢、収入、学歴、世帯構成などの個人的属性や喫煙、運動などの生活習慣の影響を含めて、医療費の変動要因を多面的に検討する必要があると考えられている[13][15]。世帯構成員の多さなど社会的サポートネットワークが豊富であれば、入院率、社会的入院が減少し、医療費に適正化し、よい影響を及ぼすという報告もされている[4][5]。社会的サポートネットワークが心身の健康と強く関連しているという知見は国内外で多く発表され、社会的サポートネットワークに恵まれているものは生命予後が良好であると報告されている[21-25]。社会的ネットワークは家族、親戚など対人関係の構造的側面を表し、社会的サポートは援助的な機能を表す概念であり、手段的サポート、情緒的サポート、高齢者が提供するサポートなどが含まれる[21][22]。本稿では、両者を総称する際には社会的サポートネットワークと

いう呼称を用いる。この概念は、社会的ネットワークのあるところにサポートが生まれ、サポートの役割によりネットワークが一層築かれるといった相互に複雑な影響を持っているなど、健康状態に対しても様々な形で影響をもたらすものである[23]。高齢者においては、疾病、日常生活機能（ADL）の低下、退職、配偶者や友人の死など、生活上の変化が起こりやすく、これらの影響によって社会参加の機会が減少し、社会的ネットワークが粗になり、社会的サポート源が減少するなど社会関係の変化が起こりやすい[23]。社会的支援やネットワークが主観的健康観[24]、ADL低下[25]、早期死亡[26-30]の他、喫煙、問題飲酒、抑うつ、受診行動などに関連していることが報告されている。社会的サポートネットワークが健康に及ぼす影響などのメカニズムについては、統一した見解が明らかになっていないが、配偶者の死や社会的役割の交代などストレスフルな出来事に遭遇しても社会的サポートネットワークが多いと緩衝効果があることが報告されている[31]。これらの知見から推測されるように社会的サポートネットワークの有無あるいは多寡が保健医療指数の一つとしての医療費に与える影響の可能性が指摘できる。

わが国のこれまでの医療費に関する研究は、多くは、市町村や2次医療圏あるいは都道府県レベルのマクロデータを使用しており[3-5][7][8][17][18]、個人別の診療報酬明細書（レセプト）を使用したものは比較的少ない[2][6][9][10][14-16]。個々人のレセプトから得られる情報は、医学的記録そのものではないが、傷病の種類と量を医療費で把握することが出来る重要な情報源である[19]。

そこで本研究では、第1に高齢者の年間医療費の問題に焦点をあて、個人の社会的サポートネットワークが6年後の医療費（1998年）にどのように影響を及ぼすかを実証的に検証した。第2に外来医療費に影響を与える諸要因を検討した。