

図5 高齢者うつ病の治療戦略モデル

めて難しいため、介護認定を受けて公的介護サービスを導入することが求められる。介護を必要とする認知症の評価には‘認知症である老人の日常生活自立度判定基準’が用いられるがそのなかの項目として‘ランクM’が設けられている。これは、著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする状態でありせん妄、妄想、興奮、自傷、他害などの精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態などを指す。ただしその内容をみると認知症ランクMは興奮やせん妄といった過活動症状に重点が置かれており、BPSDに含まれているアバシー、抑うつといった低活動症状は注目されにくいように思われる。認知症ランクMに関しては、最近の医療報酬改定において精神科病棟における重度認知症加算およびデイケア加算の基準に用いられており、今後重要性を増してくる概念と思われるがBPSDとの異同、特に低活動症状への対処のほか、各職種間での概念の統一、知識の伝播など解決すべき問題が残されている。更に認知症ランクMに対応できる施設の情報が決定的に不足している状況であり、地域においての認知症

患者治療・介護ネットワークづくりの必要性和そのなかでのBPSDの位置づけが重要となっていくであろう。

また高齢者うつ病治療において慢性期における運動療法が効果的であることは述べたが、在宅うつ病患者に対するデイケアがうつ病に対して効果があることの検証が今後必要となるであろう。更に重要な問題として自殺がある。我が国の高齢者の自殺率は諸外国と比較しても高く、そのなかでも女性の比率が高い。また都市部に比べて農村部で高くなっている。若年者に比べて、自殺行動が既遂となる割合が非常に高い。高齢者の自殺の動機としては病苦が6割以上を占めており、家庭問題がそれに続くが、その背景にはうつ病などの精神疾患が存在していることが多いことが知られている。地域における社会的サポートがないこと、日常生活動作能力の低下が自殺と関連する。これに対して高齢者の自殺予防への取り組みが地域レベルでなされるようになってきた。うつ病を手がかりに自殺念慮のある高齢者をスクリーニングし、適切に治療に導入したり継続的にフォローすることが、高齢者自殺を予防することに有効である。

圖文 献

- 1) 服部英幸：高齢者うつ病. 日老医誌 45: 451-461, 2008.
- 2) 大内尉義, 鳥羽研二：高齢者の新しい総合機能評価法の開発とその応用. 日老医誌 37: 469-471, 2000.
- 3) Alexopoulos GS, et al: 'Vascular depression' hypothesis. Arch Gen Psychiatry 54: 915-922, 1997.
- 4) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き(高橋三郎ほか訳), p 137-139, 医学書院, 2002.
- 5) Mirakhur A, et al: Behavioural and psychological syndromes in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 19: 1035-1039, 2004.
- 6) Starkstein SE, et al: The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 162: 2086-2093, 2005.
- 7) Möller HJ: Are all antidepressants the same? J Clin Psychiatry 61(Suppl 6): 24-28, 2000.
- 8) 国際老年精神医学会：モジュール2 臨床的な問題. 痴呆の行動と心理症状(日本老年精神医学会監訳), p 27-49, アルタ出版, 2005.
- 9) 服部英幸：BPSDの治療と介護. 認知症の予防と治療. Advances in Aging and Health Research 2006, p 191-199, 長寿科学振興財団, 2006.
- 10) Olin JT, et al: Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: rationale and background. Am J Geriatr Psychiatry 10(2): 129-141, 2002.
- 11) Reisberg B, et al: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. J Clin Psychiatry 48: 9-15, 1987.
- 12) 本間 昭ほか：老年期痴呆の臨床的評価法：変化に対する全体的評価とサイコメトリックテスト. 老年精神医学雑誌 10: 193-229, 1999.
- 13) 博野信次ほか：日本語版 Neuropsychiatric Inventory—痴呆の精神症状評価法の有用性の検討—。脳神経 49: 266-271, 1997.
- 14) Yesavage JA, et al: Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 17(1): 37-49, 1982-1983.
- 15) Hamilton M: A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 23: 56-62, 1960.
- 16) 稲田俊也(編)：SIGMAを用いた MADRS 日本語版によるうつ病の臨床評価, じほう, 2004.
- 17) Toba K: Vitality Index as a useful tool to assess elderly with dementia. Geriatr Gerontol Int 2: 23-29, 2002.
- 18) 岡田和悟ほか：やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価. 脳卒中 20: 318-323, 1998.
- 19) Holthoff VA, et al: Regional cerebral metabolism in early Alzheimer's disease with clinically significant apathy or depression. Biol Psychiatry 57(4): 412-421, 2005.
- 20) Mizoguchi K, et al: Saikokaryukotsuboreito, a herbal medicine, prevents chronic stress-induced dysfunction of glucocorticoid negative feedback system in rat brain. Pharmacol Biochem Behav. 86(1): 55-61, 2007.

分担研究報告書

認知症家族支援プログラムの開発と評価に関する研究
－身体合併症発症時の一般病院での認知症対応システムの確立－
（ H19-長寿 - 一般 - 023 ）

分担研究者 遠藤 英俊 国立長寿医療センター 包括診療部長

研究要旨：認知症の家族支援プログラムの開発と評価に関する研究を行った。認知症の介護は大きく在宅介護と施設介護に分けられる。在宅介護の最大の課題は認知症の介護である。家族の介護負担軽減のための最大の解決方法は家族支援とレスパイトケアを中心とする介護サービスの利用である。本研究では家族支援や家族教育に重点をおき、行政と協力して介入を行うことで、認知症の介護の質の向上に向けて必要なシステムの課題を抽出した。家族支援プログラムでは6回のシリーズで地域包括支援センターを中心に介護者をつのり、プログラムを提供し、その後にプログラムの効果について検証した。その結果良好な結果を得た。今後は家族支援プログラムを標準化し、継続するシステムの構築が重要である。

A. 研究目的

認知症の包括的ケア提供体制の確立を考える上で、在宅ケアと施設ケアと中間型ケアがある。中間型ケアとは地域密着型ケアに代表されるように在宅を中心としながらショートステイを利用しつつ、一日も長く地域で住みつづけることを目的としたものである。

本分担研究では介護者支援をテーマに、教育支援プログラムの開発を行うことを目的にした。そのために地域行政と地域包括支援センターと協力して、行政的な視点から、すなわち地域づくりやネットワークの構築を前提にしたテキストの作成と認知症の家族教室を開催した。

B. 研究方法

家族支援プログラムの開発を目的に、一大都市の29に及ぶ地域包括支援センターが中心となり関与して、行政の枠組みの中で家族支援・相談事業を行うために、本研究事業とタイアップした。また具体的に家族への関与の方法として、

6回の家族教室の開催、テキストの作成、人集め、ならびに場所の確保を含め、家族支援を行った。研究としてはテキスト作成への支援とプログラム開発へのアドバイス、そしてアンケートの解析と分析、そしてフィードバックを行った。家族教室の開催にあたっては地区の行政や地域包括支援センターを中心に認知症の介護を行っている家族を集め、各地区で数名から10名程度のグループをつくり、週1回程度のペースで6回の家族教室を開催した。その後家族を対象に参加状況や介護状況、介護保険の認定状況、要介護度について分析した。

（倫理面への配慮）

本研究の参加者は行政によって同意を得られた家族を対象としており、アンケートの分析にあたっては名前が特定できないデータとして処理したため、個人を特定することは困難であり、またその必要もなかった。

C. 研究結果

地域包括支援センターと行政が協力して、認知症支援プログラムを開発した。6回のコースで、テキストを作成し、参加者は認知症や、介護方法、介護保険に関する知識を得る座学を行うこととし、家族同士の連携や仲間作りを行った。テキストは今回独自に作成したものであり、コースの全体を通じて利用することができる。その後参加者へのアンケート調査を行った。その結果を表1、表2に示した。

表1. 家族支援プログラム

	講話: 主なテーマ
1日目	ようこそ家族教室へ
2日目	認知症について正しく理解しよう
3日目	介護保険サービスなどについて知ろう
4日目	認知症の方へのかかわりかたについて学ぼう
5日目	介護体験を聞こう
6日目	今後の仲間づくり

表2. 対象者の内容

介護者の性別	
男	8
女	44
介護者の年齢平均	61.33
被介護者	82
介護保険	
要支援	
要介護	
1	10
2	14
3	6
4	3
5	3

家族教室は平成 19 年度に 174 回延べ 1307 人で、平均参加人数は 7.5 人であった。平成 20 年度 89 回で延べ 470 人参加し、平均参加者は

5.2 人であった。今年度 89 回開催し、参加者は 210 名であった。このうち分析対象者は男性 8 名、女性 44 名で平均年齢は 61.3 歳であった。アンケート調査の結果を図1, 2に示したが、介護者の気分は落ち込んだとか悪くなったが多く、不安な気持ちも多く示された。家族支援プログラムの結果は参加者の満足度を示した。参加者の 85%が満足を表明した。また認知症の病気の話や交流会、体験談に満足度が高いという結果を得た。

図1. 介護者の気分

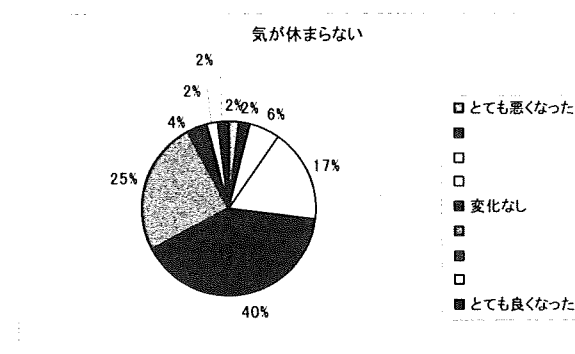
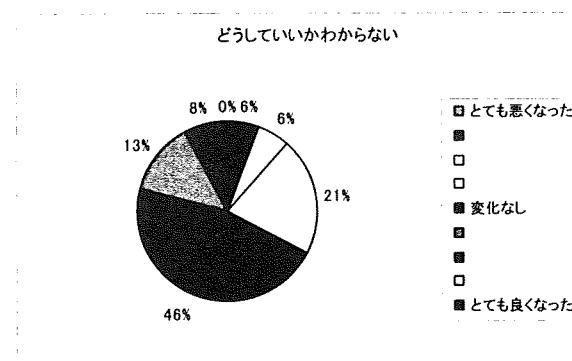


図2. 介護者の不安な気持ち



D. 考察

認知症の家族介護負担は精神的介護と身体的介護負担に分類されるが、特に認知症の行動障害に対する負担が大きく、どの研究報告でも同様の結果を得ている。これまでも認知症の人と家族の会においても地道な活動が継続されてきた。家族会や電話相談による活動であるが、行政が積極的にこれに関わることはあまりなかつ

た。しかしながら今回は大都市の29に及ぶ地域包括支援センターが関与して、行政の枠組みの中で家族支援・相談事業を動かしたことは大きな意義がある。また具体的に家族への関与の方法として、6回の家族教室の開催、テキストの作成、人集め、ならびに場所の確保を含め、家族支援を行った意義は大きい、研究としてはテキスト作成への支援とプログラム開発へのアドバイス、そしてアンケートの解析と分析、そしてフィードバックを行った。しかしながら参加者は妻や娘、嫁などの女性が多く、男性への介入が必要と思われた。なぜなら名古屋市の高齢者虐待の調査では加害者としては息子が約3分の1を占め、データでは男性の介護者の支援が必要であり、介護負担を軽減する対策や施策が必要であるものと思われる。本研究の意義と役割は大きかったものと思われる。

最後に認知症ケアの主な課題としては若年性認知症対策、早期診断後のケア、施設ケアにおける個別ケアの進展、家族介護における虐待、介護殺人、認認介護などが大きな課題となっている。

E. 結論

認知症の包括的ケア提供を行うために、在宅の家族への教育支援プログラムの開発を行った。まず始めに家族向けの認知症のテキストの作成を行い、アンケート調査を行った。その結果参加家族より、プログラムに肯定的な反応があり、認知症の家族介護にとり有用なプログラムである可能性が示された。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kazui H, Harada K, Eguchi YS, Tokunaga H, Endo H, Takeda M : Association between quality of life of demented patients and professional knowledge of care workers. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 21(1):72-8,2008

- 2) 遠藤英俊:Ⅲ法的知識 F.高齢者介護に関する法と施設.精神科専門医のためのプラクティカル精神医学 661-670,2009
 - 3) 遠藤英俊:介護保険.改訂第7版内科学書 vol.1:265-271,2009.11.10
 - 4) 遠藤英俊:第8章精神科医療 8-2-5 認知症.精神保健福祉白書 2010年版 :139-139,2009.12
 - 5) 梅本充子、遠藤英俊、三浦久幸:認知症高齢者における行動観察評価スケール NOSGER の検討(第1報)ー信頼性の検討ー.老年精神医学雑誌 20(10): 1139-1148,2009
 - 6) 遠藤英俊、三浦久幸:高齢者診療マニュアル 後期高齢者医療(長寿医療)制度.日本医師会雑誌 138(2):318-319,2009.10.15 発行
 - 7) 三浦久幸、中島一光、遠藤英俊:7. 高齢者終末期医療・ケアの国際比較. *Geriatric Medicine (老年医学)* 4月号 47(4):487-491.2009
 - 8) 飯島節、遠藤英俊、百瀬由美子、井口昭久:座談会・高齢者の終末期をめぐる諸問題. *Geriatric Medicine (老年医学)* 4月号 47(4):509-521.2009
 - 9) Yukiko Tanaka, Kumiko Nagata, Tomoe Tanaka, Koichi Kuwano, Hidetoshi Endo, Tetsuya Otani, Minato Nakazawa, Hiroshi Koyama : Can an individualized and comprehensive care strategy improve urinary incontinence (UI) among nursing home residents? *Arch Gerontol Geriatr* 49(2):278-83,2009
 - 10) 石附 敬、和気純子、遠藤英俊:: 重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. *老年社会科学* 31(3):359-365,2009
- ### 2. 学会発表
- 1) 遠藤 英俊 : Study of CGA36 (Center version) on frail elderly in Japan. 第19回世界老年医学会議IAGG2009 パリ(フラン

ス)2009.7.5-9

- 2) 遠藤英俊:健康高齢者に対するグループ
回想法の認知機能と生活に与える効果・A
県B市回想法センターにおけるグループ回
想法から展開した高齢者の活動支援につ
いて・認知症ケアの発展的評価のための評
価員派遣システムに関する調査研究 第
10 回日本認知症ケア学会大会 東京
2009.10.31-11.1

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含
む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特になし

分担研究報告書

認知症高齢者の家族介護に対して
一般生活者が有する感情の構造についての研究
(H19-長寿 - 一般 - 023)

分担研究者 荒井由美子 国立長寿医療センター研究所 長寿政策・在宅医療研究部長

研究要旨：本研究では、認知症の家族を介護することに対して一般生活者が有する感情に着目し、その構造を明らかにするために多変量解析を用いて検討を行った。一般生活者 2,500 名を対象に、自記式質問紙による郵送調査を実施した。本研究では、有効回答であった 2,161 名を対象に、基本属性（性別、年齢、教育歴、収入）、認知症高齢者を家族で介護することに対する感情（19 項目）についての分析を行った。探索的因子分析を実施した結果、認知症高齢者の家族介護に対して一般生活者が有する感情は、介護に対する義務感、予期された介護負担感、介護に対する否定的感情、および、介護による自己成長への期待感で構成されることが認められた。以上より、認知症高齢者の家族介護に対し、一般生活者がポジティブおよびネガティブな側面に着目した感情を有していることが明らかになった。今後は、感情の諸側面と関連する要因を明らかにすることが必要である。

A. 研究目的

わが国では、今後ますます社会の高齢化が進むことが予想されており、2002 年に約 150 万人であった認知症高齢者の数は、2015 年までには 250 万人、2025 年には 323 万人に達すると推計されている。社会の高齢化に反して、先行研究では、一般生活者の約 4 割が長生きを望んでいないことが報告されている。その主たる理由として、自身が認知症に罹患することで家族に迷惑を掛けることが挙げられており、一般生活者が家族介護の負担について強い懸念を有していることが示唆されている。また、先行研究では、認知症や家族介護に対する一般生活者の知識が不足していることも報告されている。したがって、一般生活者が安心して生活できる長寿社会を構築するためには、認知症高齢者の家族介護における負担感と関連する要因を明らかにし、

一般生活者への啓発を推進していく必要があると考えられる。

これまでに報告されている家族介護の負担に関連する要因としては、主介護者を対象とした先行研究から、介護サービスなどによる公的な支援や家族メンバーによる私的な支援が挙げられている。また、主介護者の介護に対する感情が介護負担に影響を与えることも指摘されており、介護に対する否定的感情が心理的虐待を生起させ、強い義務感が介護サービスの利用を抑制することが報告されている。一方で、介護による自己成長感や介護に対する充実感などの介護に対する肯定的感情は、その傾向が強いほど介護負担感を軽減することが報告されている。このように、介護に対する感情のポジティブな側面とネガティブな側面とが介護負担に異なる影響を与えることが明らかになっている。したがって、介

護に対する感情を把握し、介護に対する感情の変化を促すことによって、介護負担の軽減に寄与する可能性が考えられる。

介護に対する感情のうち、たとえば介護に対する肯定的感情は、家族介護を開始した当初から抱かれているのではなく、介護の経験を積み重ねる中で形成されていくことが報告されている。

また、介護に対する主介護者の感情の変化には、介護過程における経験だけではなく、介護開始前に介護に対して主介護者が有していた感情も影響を与える可能性が推測される。故に、介護に対する感情については、対象者を主介護者に限定せず、広く一般生活者を対象とする検討が必要であると考えられる。しかしながら、これまでに介護に対する感情について検討した研究の多くは、主介護者を対象に実施されており、一般生活者の介護に対する感情については、十分な知見が得られていない。

そこで、本研究では、介護負担感の予防的施策に資する知見を提供するため、認知症高齢者の家族介護に対して一般生活者が有する感情の構造を解明することを目的とした。

B. 研究方法

本研究では、(株)社会情報サービス(SSRI)が管理する一般生活者パネルから抽出した2,500名に、自記式質問票による郵送調査を実施した。本研究では、有効回答であった2,161名(有効回答率86.4%)を分析対象とした。分析対象者の性別、年齢、教育歴、年収は表1に示す。

認知症高齢者の家族介護に対する感情：先行研究および訪問看護師への聴き取りを参考にして、認知症家族の介護に対する感情項目

表1 基本的属性 (N=2,161)

基本属性	性別		N	%
性別	男性		1,011	46.8
	女性		1,149	53.2
年齢	40歳未満		755	34.9
	40歳以上65歳未満		806	37.3
	65歳以上		600	27.8
教育歴	中学校・高等学校		1,096	51.2
	高専・短大・専門学校		461	21.5
	大学・大学院		585	27.3
年収	200万円未満		178	9.1
	200万以上600万円未満		941	48.1
	600万円以上		839	42.8

注) 欠損値を除いた%を算出した。

(19項目)を作成した。調査対象者は、この19項目に対して、「1:全くそう思わない」から「5:非常にそう思う」までの5件法から単一回答を行った。

分析は、Windows版SPSS version 12.0を用いて実施した。

C. 研究結果

家族介護に対する感情を測定する19項目を対象に因子分析を行い、固有値の推移から、4因子を抽出した。因子負荷量の絶対値が0.40以上であることを基準として、因子を構成する項目を選択した。第1因子は、「自分の役割だと思う」「義務だと思う」などの7項目で構成されたため、「介護に対する義務感」と名づけた。第2因子は、「手間がかかると思う」「お金がかかると思う」など、介護負担を予想する3項目で構成されたため、「予期された介護負担感」と名づけた。第3因子は、「人間的に成長すると思う」「良い経験になると思う」など、介護が自身に与えるプラス面を期待する3項目で構成されたため、「介護による自己成長への期待感」と名づけた。第4因子は、「迷惑だと思う」「どうして私がやらなければならないのかと思う」など、介護に対する拒否的な反応と関連する3項目で構成されたため、「介護に対する否定的感情」と名づけた。なお、「孝行だと思う」「無

我夢中になると思う」「折り合いをつけるし
かないと思う」の3項目は、いずれの因子に
も負荷が低かったため、除外した。

因子間相関は、「介護に対する義務感」と
「介護による自己成長への期待感」が最も高
く ($r = 0.50, p < 0.001$)、「予期された
介護負担感」と「介護による自己成長への期
待感」が最も低かった ($r = -0.02, n. s.$)。

D. 考察

本研究の目的は、認知症高齢者の家族介護
に対して一般生活者が有する感情の構造を解
明することであった。

本研究では、因子分析の結果、4つの因子
が抽出された。それらの因子は、介護に対す
る義務感、予期された介護負担感、介護に対
する否定的感情、および、介護による自己成
長への期待感であった。介護に対する義務感、
予期された介護負担感、および介護に対する
否定的感情は、認知症高齢者の家族介護に
対するネガティブな側面に着目した感情であ
ると考えられる。一方で、介護による自己成
長への期待感は、認知症高齢者の家族介護に
対するポジティブな側面に着目した感情であ
ると考えられる。

以上より、認知症高齢者の家族介護に対
して、一般生活者は、ポジティブ、ネガティ
ブな側面のそれぞれに着目した感情を有して
いることが明らかになった。

E. 結論

本研究では、認知症高齢者の家族介護に
対して、一般生活者が有する感情の構造につ
いて検討した。因子分析の結果、一般生活
者は、認知症高齢者の家族介護に対して、
ネガティブおよびポジティブな側面に着目
した感情を有していることが明らかになっ
た。

社会の高齢化が進むわが国では、今後、
認知症高齢者の介護を家族で担う世帯数
が増加することが見込まれる。しかしなが
ら、今般、

家族介護の負担感の予防的施策は十分に
実施されていない。故に、家族に迷惑を
かけることを懸念した高齢者の多くが長
生きを望んでいないのが現状である。し
たがって、今後、認知症高齢者の家族
介護の負担感を予防し、長寿社会に対
する一般生活者の肯定的感情を醸成す
るために、家族介護に対する感情との
関連要因に着目したさらなる研究の展
開が求められる。

研究協力者

柴田由己、安部幸志、新井明日奈(国立長
寿医療センター 長寿政策・在宅医療研
究部)

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

Tokunaga S, Washio M, Miyabayashi I, Shin Y,
Arai Y. Burden among Caregivers of
Parkinson's Disease Patients. *Int Med J* 2009;
16(2): 83-86.

Arai A, Mizuno Y, Arai Y. Differences in
perceptions regarding driving between young
and old drivers and non-drivers in Japan. *Int J
Geriatr Psychiatry* 2009; (in press)

Arai Y, Arai A, Mizuno Y. The National
Dementia Strategy in Japan. *Int J Geriatr
Psychiatry* 2009; (in press)

西川浩平, 増原宏明, 荒井由美子. 人工透析
患者における外来受診行動についての分析.
季刊社会保障研究 2009; 44(4): 460-472.

上田照子, 三宅真理, 西山利正, 田近亜蘭,
荒井由美子. 要介護高齢者の息子による虐待
の要因と多発の背景. *厚生指標* 2009;

56(6) : 19-26.

水野洋子, 新井明日奈, 荒井由美子. 経済連携協定下での外国人介護福祉士候補者の受け入れに関する都道府県の問題意識. 社会保険旬報 2009;2403 ; 14-19.

荒井由美子, 新井明日奈, 水野洋子. 認知症患者の運転 : 社会支援の必要性. 精神神経学雑誌 2009 ; 111(1) : 101-107.

荒井由美子, 新井明日奈, 水野洋子. 認知症高齢者と運転 : 社会支援のあり方. 老年期痴呆研究会誌 2009 ; (印刷中).

2. 著書

荒井由美子, 熊本圭吾. 高齢者リハビリテーションと介護. 武田雅俊, 編. 改訂・老年精神医学講座 ; 総論. 東京 : ワールドプランニング, 2009 : 197-212.

荒井由美子. 精神障害の現状と動向. 鈴木庄亮・久道 茂, 監修. 小山 洋・辻 一郎, 編. シンプル衛生公衆衛生学 2009. 東京 : 南江堂, 2009 : 307-318.

荒井由美子, 花岡智恵. 世帯構成の推移と将来予測. 井藤英喜・大島伸一・鳥羽研二, 編. 統計データでみる高齢者医療. 東京 : 文光堂, 2009 : 46.

荒井由美子, 花岡智恵. 都道府県別の高齢者独居・夫婦のみ世帯数. 井藤英喜・大島伸一・鳥羽研二, 編. 統計データでみる高齢者医療. 東京 : 文光堂, 2009 : 47.

荒井由美子, 花岡智恵. 高齢者の経済力ー収入・年金・預貯金などー. 井藤英喜・大島伸一・鳥羽研二, 編. 統計データでみる高齢者医療. 東京 : 文光堂, 2009 : 48.

荒井由美子, 花岡智恵. 高齢者の就業状態. 井藤英喜・大島伸一・鳥羽研二, 編. 統計データでみる高齢者医療. 東京 : 文光堂, 2009 : 49.

荒井由美子, 新井明日奈. 高齢者の社会参加. 井藤英喜・大島伸一・鳥羽研二, 編. 統計データでみる高齢者医療. 東京 : 文光堂, 2009 : 50.

3. 学会発表

Arai Y. Exploring Measures to Prevent Caregiver Burden: The Effects of the National Long-term Care Insurance Scheme in Japan (plenary lecture). The 14th Congress of International Psychogeriatric Association, 2009 September 1-5 (September 3), Montreal, Canada.

Arai Y. Support systems for family caregivers of older people with dementia in Japan (Symposium). The 3rd Congress of the Asian Society Against Dementia, 2009 October 11-13 (October 13), Seoul, Korea.

Arai A, Mizuno Y, Arai Y. Perceptions about driving among the general public in Japan: Implications for possible barriers to driving cessation of dementia patients. The 3rd Congress of the Asian Society Against Dementia, 2009 October 11-13 (Presentation: October 12), Seoul, Korea.

Mizuno Y, Arai A, Arai Y. Measures aimed at enhancing the mobility of older people in Japan: exploring possible implications for older drivers with dementia. The 3rd Congress of the Asian Society Against Dementia, 2009 October 11-13 (Presentation: October 12), Seoul, Korea.

荒井由美子. 認知症患者および家族への社会支援. 第 24 回日本老年精神医学会シンポジウム, 2009 年 6 月 18-20 日 (発表 20 日), 神奈川県横浜市.

新井明日奈, 水野洋子, 荒井由美子. 認知症患者の運転行動特性の検討に資するための研究: 一般運転者における自己評価による運転行動と年齢との関連性に着目して. 第 24 回日本老年精神医学会, 2009 年 6 月 19-20 日 (発表 19 日), 横浜市.

上田照子, 三宅真理, 荒井由美子. 在宅要介護高齢者を介護する息子による虐待の実態と背景. 第 51 回日本老年社会科学大会, 2009 年 6 月 18-20 日 (発表 20 日), 横浜市.

花岡智恵, 増原宏明, 荒井由美子. 医療費自己負担割合の上昇が高齢者の外来受診に与えた影響. 第 51 回日本老年社会科学大会, 2009 年 6 月 18-20 日 (発表 20 日), 横浜市.

水野洋子, 新井明日奈, 荒井由美子. 全国市区町村における一般高齢者の移動に関する支援事業の実施状況及び課題. 第 51 回日本老年社会科学大会, 2009 年 6 月 18-20 日 (発表 20 日), 横浜市.

増原宏明, 荒井由美子. 高齢者医療費のセミパラメトリックシミュレーション. 第 51 回日本老年社会科学大会, 2009 年 6 月 18-20 日 (発表 20 日), 横浜市.

柴田由己, 安部幸志, 新井明日奈, 荒井由美子. 一般生活者を対象とした認知症介護に対する感情尺度の作成. 第 20 回日本老年医学

会東海地方会, 2009 年 10 月 17 日, 名古屋市.

新井明日奈, 水野洋子, 荒井由美子. 地域高齢者に対する移動・外出支援策に関する検討: 全国市区町村調査より (第一報). 第 68 回日本公衆衛生学会総会, 2009 年 10 月 21-23 日 (発表 21 日), 奈良市.

水野洋子, 新井明日奈, 荒井由美子. 地域高齢者に対する移動・外出支援策に関する検討: 全国市区町村調査より (第二報). 第 68 回日本公衆衛生学会総会, 2009 年 10 月 21-23 日 (発表 21 日), 奈良市.

倉澤茂樹, 吉益光一, 鷺尾昌一, 宮下和久, 福元仁, 竹村重輝, 横井賀津志, 荒井由美子. 在宅高齢者介護のリタイアに関連する要因. 第 68 回日本公衆衛生学会総会, 2009 年 10 月 21-23 日 (発表 21 日), 奈良市.

三浦宏子, 山崎きよ子, 安藤雄一, 江藤亜紀子, 荒井由美子. 地域要介護高齢者における口腔関連 QOL に影響を及ぼす要因分析. 第 68 回日本公衆衛生学会総会, 2009 年 10 月 21-23 日 (発表 21 日), 奈良市.

豊島泰子, 鷺尾昌一, 今村桃子, 荒井由美子. 訪問看護ステーションの管理者のインフルエンザワクチンの意識調査. 第 68 回日本公衆衛生学会総会, 2009 年 10 月 21-23 日 (発表 23 日), 奈良市.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得、2. 実用新案登録、3. その他、特記すべきことなし。

分担研究報告書

認知症患者への医療提供体制に関する研究

DPC対象病院へのアンケート調査から

（ H19-長寿 - 一般 - 023 ）

分担研究者	長谷川 友紀	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	藤田 茂	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	松本 邦愛	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	瀬戸 加奈子	東邦大学医学部社会医学講座
研究協力者	西澤 寛俊	社団法人全日本病院協会
研究協力者	飯田 修平	社団法人全日本病院協会
研究協力者	川島 周	社団法人全日本病院協会

研究要旨：本研究の目的は、急性期病院にアンケート調査を実施し、認知症患者の身体合併症等の治療に対する受け入れ状況などの医療提供体制の現状を明らかにすることである。

調査の結果、精神科医療体制を 6 割の医療機関が整備しており、認知症専門外来を 3 割が設置し、専門に診療する医師を 5 割が配置していた。認知症患者を積極的に受け入れているのは 2 割に留まり、介護施設や後方支援病院と連携体制を整備しているのは 6 割であった。また、認知症患者の入院は、一般病床で対応している医療機関が多かった。他方、理想的な入院としては、一般病床が 4 割、認知症ユニットで人員を増やすが 3 割と多かった。認知症患者を診療する際の対応指針（ガイドライン・マニュアル）がある病院、職員への教育研修を行っている医療機関は少なかった。

今後、認知症患者をケアするための医療機関における施設基準などハード面の整備を行うとともに、連携体制の構築や職員への教育研修などソフト面の整備が重要と考えられる。

A. 研究目的

日本の高齢化率は、22.7%（2009 年）となり超高齢社会を迎えている。また、75 歳以上の高齢者も 10.7%（2009 年）と 1 割を超えるなど、年々人口の高齢者の占める割合が増加しつつある。そのため、高齢者に多い疾患に対する対策を講ずることが重要といえる。特に、認知症は高齢者に多く認められ、徘徊やせん妄などによる管理困難が指摘され

ており、早急な医療システムの整備が求められている。また、認知症患者は、高齢のため基礎疾患を有することが多いが、身体合併症が発症した際、急性期病院における受け入れ困難が発生するなど、適切な医療が提供されていないとの問題が指摘されている。

2008 年度に実施した医療機関（社団法人全日本病院協会会員）を対象とした調査では、認知症患者の身体合併症発症時の受け入れに

は、病床の規模及び精神科の救急体制及び入院体制の整備が関連することが明らかとなった。

本研究の目的は、急性期医療を提供する医療機関を対象として、アンケート調査を実施し、認知症患者の身体合併症に対する医療提供体制の現状、問題点を明らかにすることである。

B. 研究方法

平成 15 年度～平成 20 年度 DPC 対象病院 717 病院を対象として、自記式質問票調査を郵送法にて実施した。調査期間は、2009 年 2 月である。

調査票の項目は、病院属性、精神科診療体制、認知症患者の受け入れ状況、認知症患者への対応ガイドラインの有無、前方・後方連携体制から構成される。調査票は、分担研究者らが急性期病院管理者らのヒアリングを基に調査票原案を作成し、認知症診療の専門家 2 人からコメントを求め、最終的な調査票として確定したものである。

質問票の回答者は、医療機関として認知症患者にどのように対応しているのか、受け入れ促進のために有用な方法を明らかにするために、医療機関の代表者（理事長、院長等）とした。

※DPC (Diagnosis Procedure Combination) は日本独自の急性期病院に対する診療報酬支払における包括評価手法として、平成 15 年度から特定機能病院を対象に導入された。その後徐々に対象病院を増やしており、急性期病院における標準的な支払い方法になりつつある。急性期病院として日本では明確な定義はない。本研究では急性期病院の operational な定義として、DPC 病院を用いた。

(倫理面への配慮)

本調査は、無記名で実施し、回答内容は統計的に処理し、病院名が特定される形で公表はしない旨を書面にて説明を行い、質問票の回収をもって調査への参加同意とみなした。

C. 研究結果

1) 病院の属性

調査票は、158 病院より返送され回収率は 22.0%であった。

対象病院の 88.0%が臨床研修指定病院であり、38.0%ががん診療拠点病院、24.1%が地域医療支援病院、19.6%が特定機能病院であった（重複有り）。病床規模では、100 床以下は 3.2%と少なく、100 - 299 床が 20.9%、300-499 床が 24.7%、500 床以上が 48.7%と約半数を占めていた。（図 1）平均在院日数は、15.06 日（8-22.5 日）であり、標準偏差は 2.816 日であった。

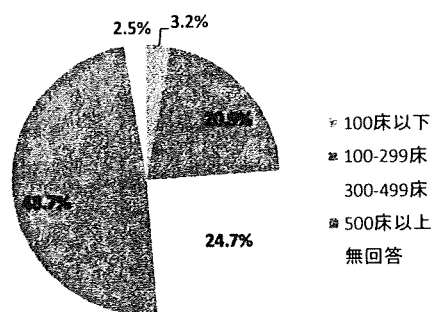


図 1 病床規模

救急医療体制では、88.0%が二次三次救急に参加しており、精神科医療体制が整備されている病院は、60.8%であった。（図 2）

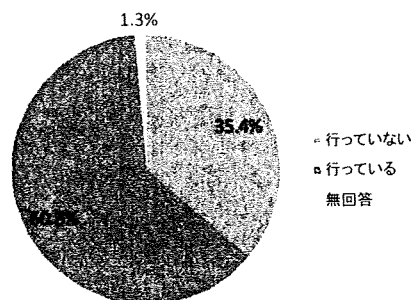


図 2 精神科医療体制の整備

2) 認知症患者に対する診療体制

認知症を専門に診療する医師がいると回答した病院は、50.0%と半数を占めていた。反面、認知症の専門外来（もの忘れ外来等）を院内に設置している病院は、31.0%であった。また、認知症患者に専門的に対応する看護師がいる病院は6.3%と少数であった。（図3）

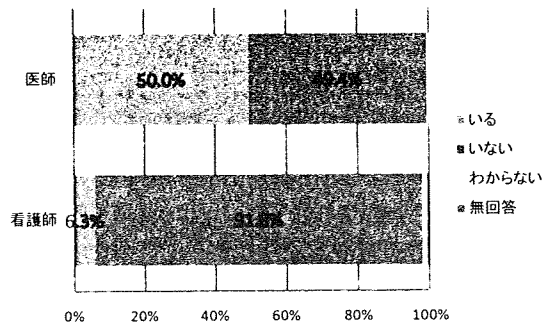


図3 認知症患者を診療する医療者の配置

3) 認知症患者への対応の整備

認知症の患者で、精神行動障害のある患者に診療を行う際、病院としてどのように対応するかなどガイドラインやマニュアルがある病院は7.0%であった。また、認知症患者の受け入れに際して、職員への教育研修や指導を行っている病院は15.8%であった。（図4）

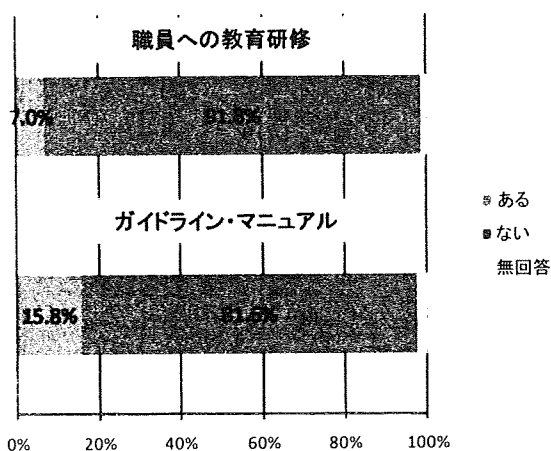
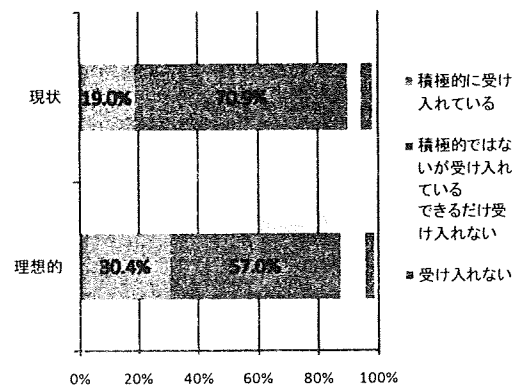


図4 認知症患者受入についての院内整備

4) 認知症患者の受け入れ状況

認知症患者が身体合併症の治療を行うため

に入院が必要となった場合の現在の受け入れ状況では、89.9%が受け入れていると回答し、うち積極的に受け入れを行っているとの回答は19.0%であった。しかし、理想的な状況はとの質問に対しては、30.4%が積極的に受け入れると現状より増加したものの、受け入れるとの回答は87.4%でありほぼ現状通りであった。



特に、現状では認知症外来を設置している病院や認知症を専門に診療する医師がいる病院で認知症患者を積極的に受け入れている傾向が認められた。（図5、図6）

認知症患者の入院する際の受け入れ方法としては、一般病床に入院し内部の医療者のコンサルテーションをしている病院が41.8%と多く、一般病床の一部を認知症患者用に割り当てている病院（人員配置は一般病床と同じ）が32.3%であった。他方、理想的な入院形態としても、一般病床に入院し内部の医療者のコンサルテーションをするが40.5%、一般病床の一部を認知症用に割り当て人員を増やすとの回答が29.1%であった。

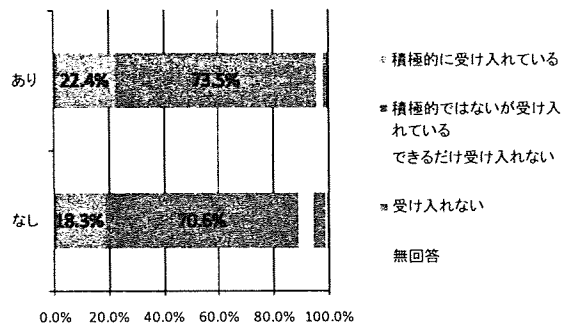


図 5 認知症外来の有無と認知症患者の受け入れ

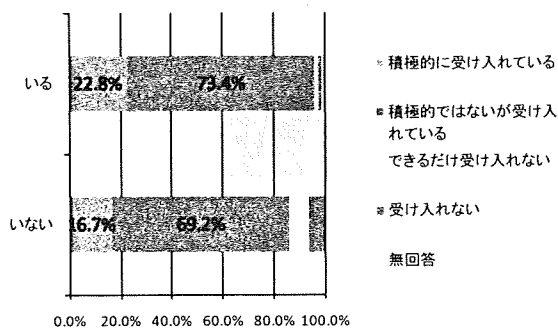


図 6 認知症を専門に診療する医師の有無と認知症患者の受け入れ

5) 連携体制

認知症患者を診療するにあたって、院内の連携体制を整備していると回答した病院は41.1%、院外の連携体制について整備しているとの回答は32.3%であった。(図7)

その他、認知症患者の治療後の受け入れ先である介護施設とは70.9%、後方支援病院とは65.8%が連携を行っていた。(図8)

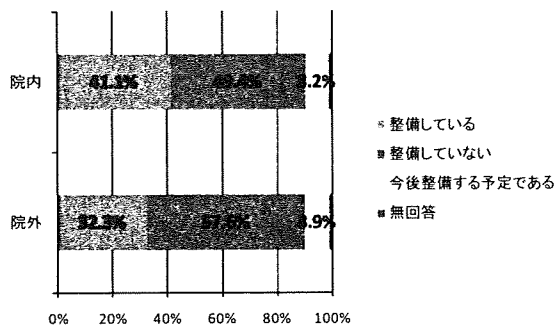


図 7 院内外の連携体制

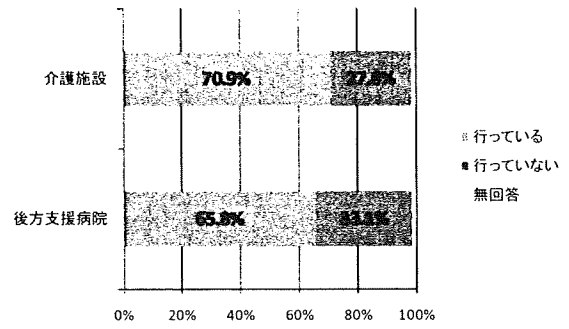


図 8 介護施設・支援病院との連携体制

65 病院(41.1%)は、院内・院外の連携体制を整備する予定が今後ともないと回答した。

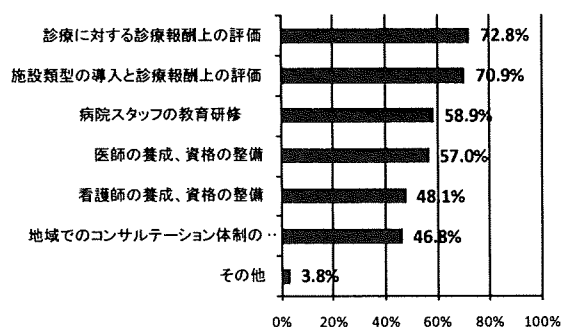
(表 1)

表 1 院内連携と院外連携の状況

院外連携	院内連携				総計
	あり	なし	予定	未回答	
あり	40 (25.3%)	8 (5.1%)	2 (1.3%)	1 (0.6%)	51 (32.3%)
なし	21 (13.3%)	65 (41.1%)	4 (2.5%)	0 (0.0%)	90 (57.0%)
予定	3 (1.9%)	5 (3.2%)	7 (4.4%)	0 (0.0%)	15 (9.5%)
未回答	1 (0.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	2 (1.3%)
総計	65 (41.1%)	78 (49.4%)	13 (8.2%)	2 (1.3%)	158 (100.0%)

6) 認知症患者受け入れ促進のための施策

身体合併症のある認知症患者の受け入れにあたって、医療機関側が求めている対応策として、診療報酬上の評価が72.8%と一番多く、病院スタッフの教育研修、医師の養成・資格の整備との回答が多く挙げられた。



D. 考察

1) 認知症患者に対する診療体制

DPC 対象病院は、在院日数も平均 15 日と短く急性期医療を提供している病院と考えられる。また、病院の機能として救急医療体制では 8 割強が二次三次救急を担っている反面、精神科医療の整備は 6 割と少ない傾向が認められた。これは、急性期病院においては精神科診療が十分に提供されていない現状を示していると考えられる。

2) 認知症患者に対する診療体制

急性期病院においても認知症患者を専門に診療する医師を半数の病院が配置しており入院患者に対する診療体制は少しずつ整備されている。しかし、専門の看護師を配置している病院は 6.3%と少数であり日常ケアを提供しているコメディカルに対するサポート等は十分ではないと推測される。

3) 認知症患者への対応の整備

病院内における、ガイドラインを整備している病院は約 7%、職員への研修を実施している病院も約 15%と少ないことがわかった。

認知症患者に対する診療においては、精神行動障害や危険行動があり、管理困難であることが指摘されている。患者に対して安全な医療を提供することは重要であり、病院としてどのように対応するのか、院内システムをどのように整備するのが重要な課題と考えられる。そのためには、ガイドラインやマニ

ュアルの整備、また職員への教育研修や指導を定期的実施することが必要であると考えられる。

4) 認知症患者の受け入れ

急性期病院の約 9 割の病院が、身体合併症を有している認知症患者を現状で受け入れることが明らかとなった。しかし、積極的に受けいれているとの回答は 2 割弱と少なく、病院サイドとしては管理困難などの理由からあまり積極的には受け入れたくないという状況が伺えた。

特に、積極的に受け入れている病院は、認知症外来や認知症を有する医師を配置している病院に多い傾向が認められた。

5) 連携体制

認知症患者の診療は、約 4 割が院内の連携体制を、約 3 割が院外の連携体制を整備していた。約 4 割の病院は院内・院外の連携とも今後予定されていないと回答しており、連携は十分に整備されていないことが明らかとなった。他方、介護施設・後方支援病院などとの連携は約 7 割が行っており、認知症患者の退院支援は急性期病院において重要視されていることが明らかとなった。現状では、認知症患者は、在宅もしくは施設で介護されていることが多いと考えられ、入院中の連携体制とともに、円滑な自宅復帰を促進するには身体合併症の治療終了後の後方連携が重要であると考えられる。

6) 認知症患者受け入れ促進のための施策

認知症患者を受け入れるにあたり、病院が求めている対応策として、診療に対する診療報酬上の評価、リエゾンの他、人員を強化した施設類型の導入が多く挙げられた。

今後、認知症患者がより円滑に身体合併症の治療を受けられる体制を整備するためには、いくつかの施設類型を提示するとともに病院

側へのインセンティブ付与が重要であると考
えられる。

E. 結論

高齢社会である我が国においては、認知症
に対する医療の整備は重要な課題といえる。
現段階では急性期の医療機関における認知症
患者への診療体制は十分に整備されていない
ことが明らかとなった。特に、精神科病床を
含めた在院日数の計算、看護体制の算定など
は、急性期病院における精神科病床の維持を
困難にしていると考えられ、比較的、人員・
設備の整った急性期病院における精神科診療
体制の整備、連携のあり方は優先度の高い検
討課題であると考えられる。特に、院内での
対応手順の整備、職員の教育研修の促進は即
効性が高いと考えられ、優先的に対応が計ら
れる必要がある。将来的には、リエゾン中心

型、人員を強化した病棟など、施設類型を提
示するとともに、インセンティブ付与の方法
についても検討される必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含 む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

平成 21 年 2 月 14 日

認知症患者への医療提供体制に関するアンケート調査ご協力のお願い

平成 20 年度厚生労働科学研究李補助金
「認知症の包括的ケア提供体制の確立に
関する研究」

主任研究者 柳澤 信夫

分担研究者 長谷川 友紀

日本は、高齢者社会をむかえ、高齢者に多く認められる認知症に対する医療システムの整備が求められています。

本調査は、厚生労働科学研究「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」（主任研究者 柳澤信夫）の一部として行われるもので、医療機関の代表者である理事長、院長の方にお答えいただき、認知症患者の身体合併症に対する医療提供体制の現状を明らかにするための基礎資料とさせて頂きたいと考えております。

調査は無記名で実施いたします。ご回答いただいた内容は、統計的に処理され、回答者のプライバシーは厳重に保護されます。調査の趣旨をご理解の上、同封のアンケートにご記入いただき、郵便ポストにそのまま投函いただきますようお願い申し上げます。

お忙しいところまことに恐縮ではありますが、調査にご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

ご回答の注意

- 調査票は全部で8ページからなります。
- 病院の代表者の方にご回答をお願いします。
- 回答は、原則としてあてはまるもの1つに○をつけてください。()には適当な数字、文章でご回答ください。
- 集計の都合上、平成21年2月末日までに同封の返信用封筒に調査票を入れてポストにご投函下さいますようお願いいたします。

本調査に対する質問・問い合わせ先

東邦大学医学部社会医学講座

〒143-8540 大田区大森西 5-21-16

電話：03(3762)4151（内線 2415）

FAX：03(5493)5417

担当：瀬戸、長谷川

問5 精神科医療体制についてお答えください。(複数回答可)

- 1 行っていない
- 2 外来で対応
- 3 入院で対応
- 4 精神科救急を行っている
- 5 連携している精神科病院あるいは診療所がある