

資料

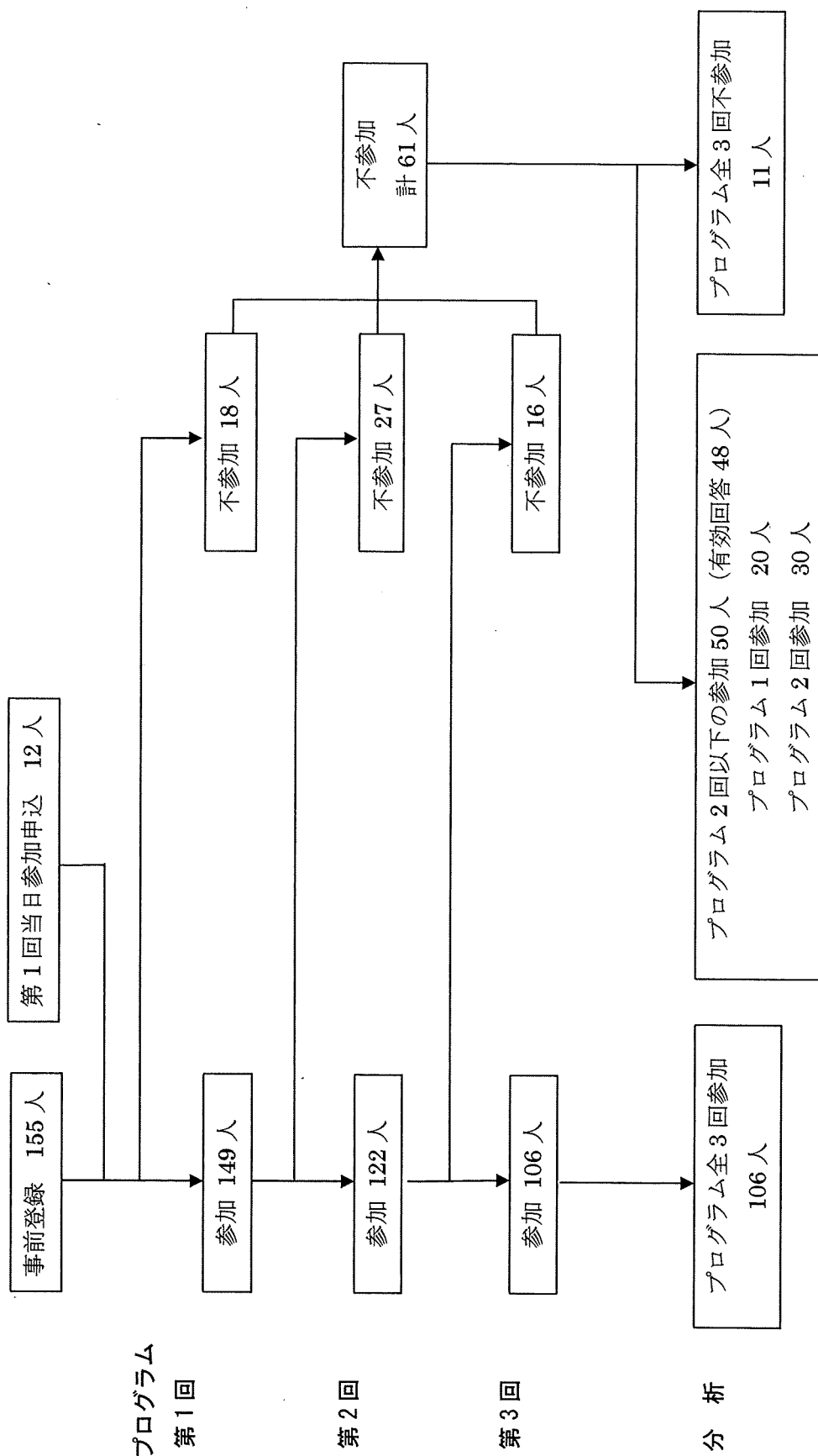
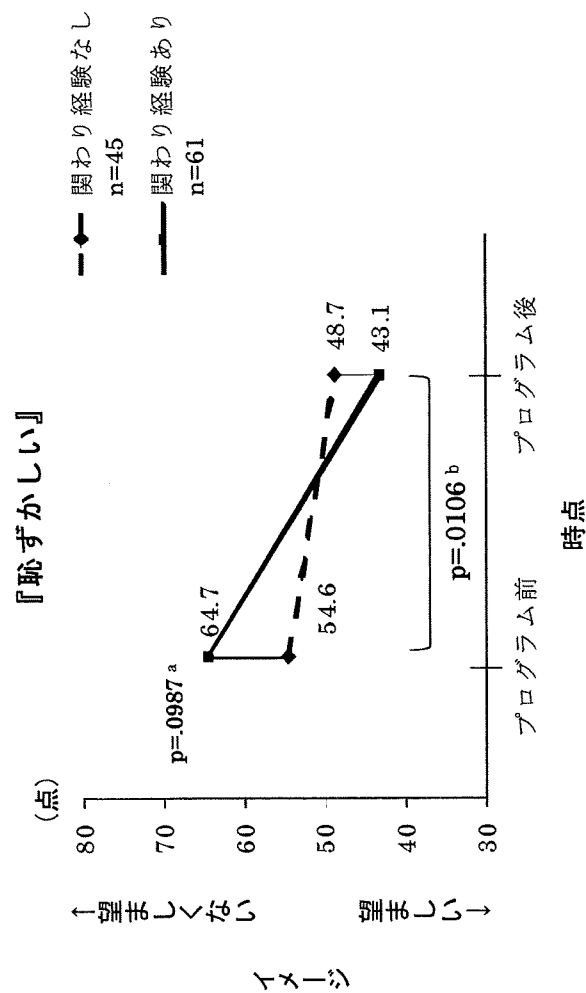
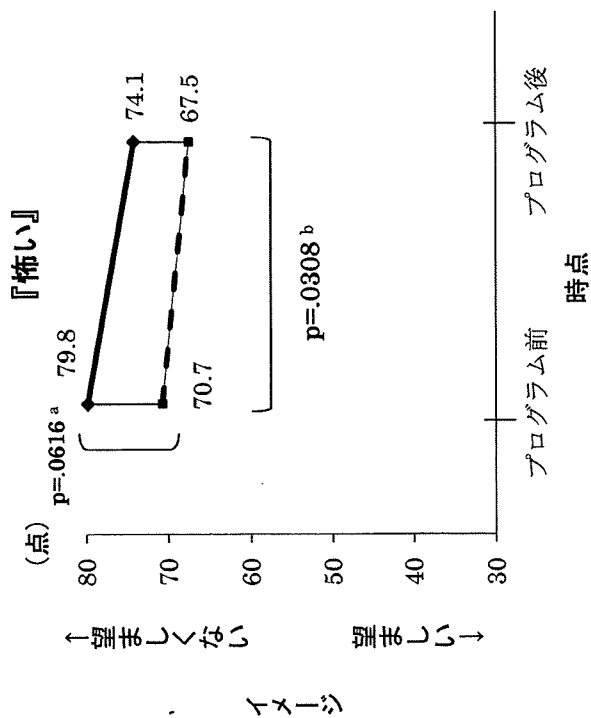


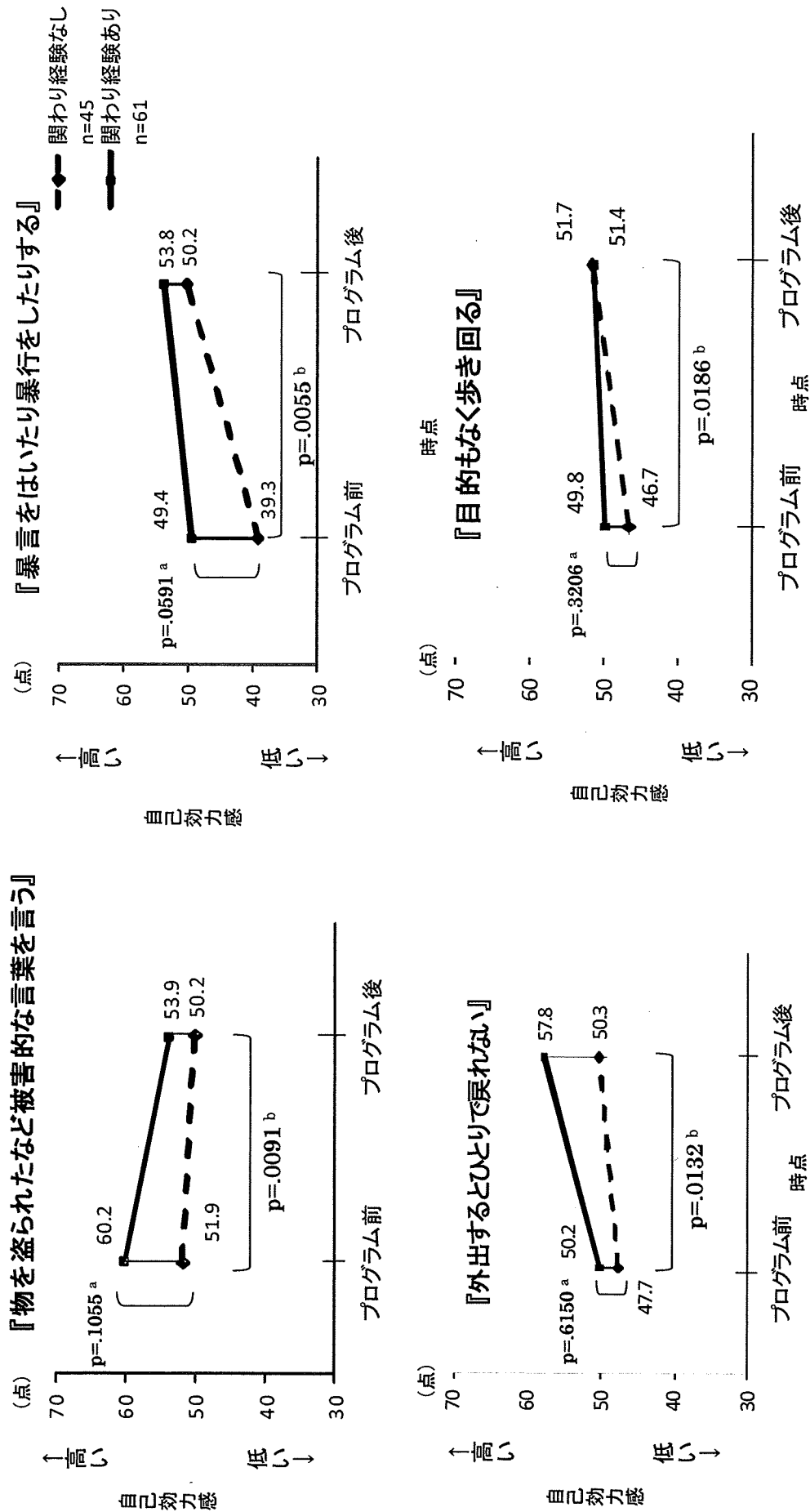
図1 分析対象の選定過程



a 2群間のプログラム前の得点に対する対応のないt検定

b プログラム前の得点を共変量とした共分散分析

図2 認知症の人との関わり方の経験の違いによるプログラム前後の得点の変化：認知症のイメージ



^a 2 群間のプログラム前の得点に対する対応のない t 検定, ^b プログラム前の得点を共変量とした共分散分析

図3 認知症の人との関わりの経験の違いによるプログラム前後の得点の変化：BPSD の対応への自己効力感

表 1 プログラム構成

第 1 回 『自分の認知力に目を向けよう』	
目標	参加者が自分の認知機能に関心を持ち認知症を正しく理解できる。 a) 参加者自身が、自分の認知力に目を向けることができる。 b) 参加者自身が、認知症をどのように捉えているか認識することができる。 c) 認知症（主に病態）について理解する。
内容	1. 認知症のイメージの共有 2. 脳機能チェック 集団認知検査 ーファイブ・コグー 3. ミニ講義 認知症と脳の関係について
第 2 回 『脳をイキイキさせるのはあなた次第?!』	
目標	参加者が日常生活の中での認知症の予防行動方法を理解できる。 a) 日常生活の中でできる認知症予防行動について理解できる。 b) 人との関わりが認知症予防に有効であることが理解できる。
内容	1. 脳機能チェックのフィードバック 2. ミニ講義①とミニアクティビティ 日常生活における認知症予防のポイントの講義と体験 3. ミニ講義②とグループワーク 人とのお付き合いでの認知症予防のポイントの講義とワーク
第 3 回 『認知症は身近な病気！～認知症になってもこの町に住もう～』	
目標	参加者が認知症高齢者とその家族を地域で支え合うことの意義と方法を理解することができる。 a) 認知症高齢者やその家族の気持ちについて理解できる。 b) 認知症高齢者やその家族の支援について考えることができる。
内容	1. グループワーク①と発表 地域に住む夫婦（妻が認知症）の事例から、認知症高齢者・家族の気持ちを考える。 2. ミニ講義 認知症高齢者・家族の支援について 3. グループワーク②と発表 地域に住む夫婦（妻が認知症）の事例から、認知症高齢者・家族の支援を考える。 4. 認知症のイメージの共有

表 2 参加回数による参加者の特徴

	プログラム参加回数別、n(%)		p 値 ^e
	全 3 回参加群 n=106(100.0)	2 回以下の参加群 n=48(100.0)	
性別、人			
女性	83(78.3)	45(93.7)	.0487
年齢、才			
<75	75(70.8)	29(58.0)	.1148
≥75	31(29.2)	21(42.0)	
教育年数、年			
<12	21(19.8)	20(43.5)	.0025
≥12	85(80.2)	26(56.5)	
IADL、点 ^a			
≤6	1(1.0)	3(6.0)	.0875
>6	105(99.0)	47(94.0)	
生活背景			
ひとり暮らし	20(18.9)	13(27.1)	.2498
日中ひとりで 5 時間以上過ごす	38(35.6)	20(41.7)	.4901
週に 3 日以上出かける	83(78.3)	40(83.3)	.4707
趣味や運動のサークル活動に参加	92(86.8)	38(79.2)	.2269
耳は普通に聞こえる	100(94.3)	40(83.3)	.0245
普通の速さで歩くことができる	93(87.7)	39(81.3)	.2867
階段の上り下りができる	101(95.3)	46(95.8)	.3221
脳の病気や頭のけがをしたことがある	12(11.3)	2(4.2)	.0943
認知機能の低下の自覚、点 ^b			
= 3	24(22.6)	16(33.3)	.1611
≥4	82(77.4)	32(66.7)	
治療中の疾患、個			
<1	46(43.4)	22(44.0)	.9434
≥1	60(56.6)	28(56.0)	
認知症の人との関わりの経験がある	45(43.3)	16(34.0)	.2847
認知機能、偏差値 ^c			
=15	70(66.0)	16(32.0)	<.0001
≤14	36(34.0)	34(68.0)	
うつ傾向、点 ^d			
<2	82(77.4)	40(80.0)	.7092
≥2	24(22.6)	10(20.0)	

^aIADL；得点範囲 1-15 点で点数が高いほど IADL が高い。6 点以下で認知症の疑いがある。

^b認知低下の自覚；得点範囲 3-9 点で点数が高いほど認知低下の自覚がある。

^c認知機能得点；ファイブ・コグの得点偏差値で偏差値範囲は 0-15 点である。

^dうつ傾向；得点範囲 0-5 点で点数が高いほどうつ傾向である。2 点以上でうつ傾向の疑いがある。

^eχ²検定および Fisher の正確検定を用いた。

表 3 プログラム参加回数への影響

	オッズ比 (95%信頼区間)	n=148 p 値
女性である	0.43(0.14-1.27)	.1269
教育年数が 12 年以上である	2.60 (1.13-6.00)	.0246
IADL が 6 点以上である	0.29(0.01-6.44)	.4354
認知機能の平均偏差値が 15 点である	3.30(1.52-7.19)	.0026
耳は普通に聞こえる	3.84(1.01-14.56)	.0481
脳の病気や頭のけがをしたことがある	6.53(0.70-60.59)	.0986

全 3 回参加した場合を基準とし、各項目について以下のダミー変数においてロジスティック回帰分析を用いて検証した。;

1=教育年数が 12 年以上である, 0=教育年数が 12 年未満である。

1=IADL が 6 点以上である, 0= IADL が 6 点未満である。

1=認知機能の平均偏差値が 15 点である, 0=認知機能の平均偏差値が 15 点未満である。

1=耳は普通に聞こえる, 0=耳が普通に聞こえない。

1=脳の病気や頭のけがをしたことがある, 0=脳の病気や頭のけがをしたことがない。

表 4 全 3 回参加群のプログラム前後の得点変化

n=106				
	期待 ^h 得点	平均値 (標準偏差)		p 値 ^g
		前	後	
認知症のイメージ ^a				
『だれもがなる可能性がある』	高	64.2(28.2)	68.5(30.0)	.1820
『身近に感じられる』	高	68.1(26.0)	74.4(23.5)	.0023
『怖い』	低	74.7(24.6)	70.5(24.2)	.1069
『恥ずかしい』	低	59.0(30.4)	46.4(30.2)	<.0001
『悲しい』	低	75.4(24.9)	66.7(29.5)	.0006
『病気とは思わない』	低	55.6(25.4)	50.5(29.5)	.2240
『お先まっくらだと思う』	低	57.2(26.8)	54.4(29.2)	.4648
『大切にされない』	低	48.7(23.2)	45.3(26.9)	.2440
『苦しい』	低	59.3(25.1)	60.1(24.3)	.7440
『自分には関係ない』	低	39.4(34.1)	31.9(32.3)	.0493
認知症の知識 ^b				
	高	12.7(2.7)	13.1(2.2)	.0319
BPSD の対応への自己効力感 ^c				
『ひどい物忘れをする』	高	51.4(25.2)	50.3(24.3)	.5779
『周囲のことに関心がなくなる』	高	53.1(24.7)	54.0(22.4)	.6449
『物盗られ等被害的言語を言う』	高	55.8(25.2)	52.1(23.6)	.4191
『作話をして周囲に言いふらす』	高	48.8(26.0)	51.9(22.4)	.4031
『暴言・暴行をする』	高	43.7(26.1)	52.0(25.1)	.0356
『しつこく同じ話をする』	高	54.4(24.5)	56.8(23.8)	.6336
『お世話に抵抗する』	高	46.6(24.2)	49.5(22.0)	.3703
『目的もなく歩き回る』	高	48.0(24.4)	51.7(24.3)	.1750
『外出するとひとりで戻れない』	高	48.6(24.6)	53.6(26.2)	.1354
『物の収集や無断で持ってくる』	高	48.6(23.4)	50.4(22.4)	.4213
認知症の受容 ^d				
	高	27.9(4.9)	28.5(4.8)	.5529
地域社会への態度 ^e				
	高	20.6(3.5)	20.3(3.8)	.2996
認知症高齢者を地域で支えることに対する考え方 ^f				
自分の地域で支えることは必要である	高	79.6(22.3)	81.5(17.4)	.5121
自分の地域で支えることができる	高	64.4(21.0)	73.1(17.8)	.0096

^a 「認知症になるのは『～』と思う」との問いで回答を求め、VAS 0-100 点で評価した。

^b 15 項目の正答数で評価する。得点範囲は 0-15 点である。

^c 「『～』高齢者に対応できると思う」との問いで回答を求め、VAS 0-100 点で評価した。

^d 認知症受容度尺度で 5 件 8 項目、得点範囲は 5-40 点である。

^e 地域に対する態度尺度で 5 件 5 項目、得点範囲は 5-25 点である。

^f 「認知症高齢者とその家族を、自分の地域で支えることは (が) 『～』と思う」との問いで回答を求め、VAS 0-100 点で評価した。

^g 対応のある t 検定およびウィルコクソンの符号付順位和検定を用いた。

^h 期待得点とは、各項目において望ましい得点 (高: 高い得点の方が望ましい, 低: 低い得点の方が望ましい) を示す。

表 5 プログラム中の「認知症のイメージの共有」での対象者の発言の変化

(第 1 回と第 3 回)

	第 1 回 n(%)	第 3 回 n(%)
マイナスイメージ		
認知症になりたくない	72(42.9)	24(18.2)
認知症は怖い	9(5.4)	6(4.6)
認知症になると周りに迷惑をかける	6(3.6)	1(0.8)
認知症になるのではという不安がある	6(3.6)	6(4.6)
物忘れがひどい	5(3.0)	2(1.5)
認知症は本人はわからない	3(1.7)	6(4.6)
家族が大変である	3(1.7)	1(0.8)
認知症を考えたくない	1(0.6)	0
認知症は残酷である	1(0.6)	0
認知症は寂しい	1(0.6)	0
認知症がわからない	7(4.2)	1(0.8)
マイナスイメージ 合計	114(67.9)	47(35.9)
プラスイメージ		
認知症にならないように努力したい	41(24.4)	32(24.4)
認知症を予防したい	10(6.0)	9(6.9)
地域の交流、地域で支えることが大切である	2(1.1)	23(17.5)
認知症の対応を知りたい	1(0.6)	0
認知症の怖さがましになった	0	3(2.3)
認知症は誰でもなる可能性がある	0	5(3.8)
認知症予防を続けたい	0	3(2.3)
認知症の対応がわかった	0	2(1.5)
認知症が病気だとわかった	0	2(1.5)
次は楽に介護できると思う	0	2(1.5)
介護方法を次の世代に伝えたい	0	1(0.8)
認知症は本人がわからないわけじゃない	0	1(0.8)
認知症と折り合いをつける	0	1(0.8)
プラスイメージ 合計	54(32.1)	84(64.1)
全文脈単位 合計	168(100.0)	131(100.0)

Krippendorff の内容分析による文脈単位による抽出を用いた。

絶対頻度は表中の n であり、相対頻度は表中の % で示す。

対象者の発言時間は第 1 回が延べ 79 分 38 秒、第 3 回が延べ 98 分 34 秒であった。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
遠藤英俊	Ⅲ法的知識 F.高齢者介護に関する 法と施設	山内俊雄	精神科専門医のための プラクティカル精神医学	中山書店	東京都	2009	661-670
遠藤英俊	介護保険	小川聡	改訂第7版内科学 書vol.1	中山書店	東京都	2009	265-271
遠藤英俊	第8章精神 科医療 8・2・5認知 症	精神保健福 祉白書編集 委員会	精神保健福祉白書 2010年版	中央法規 出版株式 会社	東京都	2009	139-139
井関栄三, 村山憲男	レビー小体 型認知症	浦上克哉	老年医学の基礎と 臨床Ⅱ	ワールド プランニ ング	東京	2009	274-281

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Kazui H, Ishii R, Yoshida T, Ikezawa K, Takaya M, Tokunaga H, Tanaka T, Takeda M.	Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet Syndrome.ー	Psychogeriatrics	9	77-84	2009
数井裕光、武田雅俊	認知症に対する神経心 理学的研究ー阪大精 神科の研究を中心にー 特別企画 認知症研究 への貢献と到達点ー 西村健先生を偲んでー	Cognition and Dementia	8(4)	109-111	2009
数井裕光、武田雅俊	認知症の BPSD を考え る ; AD, DLB, FTD を中心に ーBPSD と関連する脳障害 部位ー	老年精神医学	20 増刊号 I	128-133	2009

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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） －信頼性の検討－	老年精神医学 雑誌	20(10)	1139-1148	2009
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 第 138 巻・特別号（2）	138(2)	318-319	2009
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	GeriatricMedi cine（老年医 学）4月号	47(4)	487-491	2009
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	GeriatricMedi cine（老年医 学）4月号	47(4)	509-521	2009
YukikoTanaka, KumikoNagata, 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)	278-283	2009
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
藤城弘樹、村山憲男、 井関栄三	レビー小体病としての レビー小体型認知症	精神科治療学	24	1357-64	2009
藤城弘樹、井関栄三	DLB と PDD は同じ病気か 違う病気か？違う病気 である。	Clinical Neuroscience	印刷中	印刷中	2010

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Iseki E, Murayama N, Yamamoto R, Fuji Shiro H, Suzuki M, Kawano M, Miki S, Sato K	Construction of a ¹⁸ F-FDG PET normative database of Japanese Healthy elderly subjects and its application to demented and mild cognitive impairment patients.	Int J Geriatr Psychiatry	印刷中	印刷中	2010
Murayama N, Iseki E, Endo T, et al	Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan	Aging & Mental Health	13	563-568	2009
Kamagata E, Kudo T, Kimura R, Tanimukai H, Morihara T, Sadik MG, Kamino K, Takeda M.	Decrease of dynamin 2 Levels in late-onset Alzheimer's disease Alters Abeta metabolism,	Biochem Biophys Res Commun	379	691-695	2009
森原剛史, 武田雅俊	「初老期発症と高齢発症アルツハイマー病の異同: 分子生物学の立場から」	Cognition and Dementia	第8巻 第2号	134-137	2009
森原剛史, 武田雅俊	「Alzheimer 病の遺伝子研究 これまでの成果とこれからの課題」	医学の歩み	第229巻 第3号	205-210	2009
森原剛史, 林紀行, 横小路美貴子, 数井裕光, 紙野晃人, 武田雅俊	「アルツハイマー病の遺伝子研究」		第38巻 第8号	1007-1014	2009
田伏薫, 繁信和恵	認知症疾患治療病棟における転倒・転落の原因と対策	総合病院精神医学	21-3	(印刷中)	2009

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
akaoka, A., Suto, S., Makimoto, K., Yamakawa, M., Shigenobu, K., Tabushi, K.	Pacing and lapping movements among institutionalized patients with dementia.	<i>the American Journal of Alzheimers Disease & Other Dementias</i>	accepted for publication & , October,	In press	2009
繁信和恵, 池田学	認知症 1 行動療法的ア プローチ・環境調整	精神科治療学	23 巻増刊号	233-235	2009
繁信和恵, 池田学	FTLD 患者への対応	BRAIN and NERVE	61	1337-1342	2009
澤 温	長期入院を防ぐための精神 科救急医療サービス	精神科臨床サー ビス	第 9 巻 3 号	385-389	2009
澤 温	精神科救急医が目指すもの	精神科救急	12	45-48	2009
澤 温	危機介入と精神科救急	精神科救急	印刷中		
澤 温	大阪市の精神科救急を含め た地域医療～小規模精神科 救急病院から見たもの～	病院・地域精神 医学	印刷中		
西川 隆, 大西久男	認知症の原因疾患による 症状・行動の特徴とケアの 方針	Journal of Rehabilitation And Health Sciences	7(1)	1-7	2009
西川 隆	認知症疾患別の予後の見通 しと本人への対応、家族へ の援助	Cognition and Dementia	9(1)	76-81	2010
西川 隆	アルツハイマー病 症状と臨床経過	神経内科	72(Suppl. 6)	277-283	2010
Ayumi Kono, et al	Preventive home visit model targeted to specific care needs of ambulatory frail elders	Aging Clinical & Experimental Research	21(2)	167-173	2009
河野あゆみ 他	大都市住む一人暮らし男 性高齢者のセルフケアを 確立するための課題	日本公衆衛生 雑誌	56(9)	662-673	2009

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
河野あゆみ 他	虚弱高齢者に対する転倒予防教室の効果	保健師ジャーナル	65(12)	1036-1041	2009

IV. 研究成果の刊行物・別刷

精神科専門医のための
**プラクティカル
精神医学**

総編集●山内俊雄
編集●岡崎祐士／神庭重信／小山 司／武田雅俊

中山書店

Handbook of Practical Psychiatry

Ⅲ 法的知識

F. 高齢者介護に関する法と施設

はじめに

介護施設は時代や政策によって常に変化を続けているといっても過言ではない。現在では介護報酬という枠の中で、国の政策の影響を常に大きく受けて、福祉施設はよい意味でも悪い意味でも変革を続けている。措置制度の時代に始まった特別養護老人ホームのスタートと進展に伴い、高齢化も進んだ。その後、老人病院の急増、療養病床への転換、そして介護老人保健施設とさまざまな形態の施設ができ、さらにはユニットケアの創設などを経て、ついには介護療養型医療施設への転換が余儀なくされている¹⁾。そして、今後は介護施設外のケア付きアパートや高齢者専用賃貸住宅への転換が図られようとしている。こうした高齢者介護の歴史を振り返りながら、新しいケアの形態を展望したい。

介護保険導入前の法律と施設

当初、福祉施設としては生活保護法により、身寄りのない、低所得の高齢者対策として養老院が創設された。その後、1963年に老人福祉法が制定され、介護の概念が法律上規定され、特別養護老人ホームが創設された。同時期には家庭奉仕員としてホームヘルパー制度が開始されている。高齢者の介護はこれまで医療に依存し、老人医療問題の影の部分として対応されてきた。1973年には老人医療費の無料化、1983年には老人保健法制定、1987年には国の強い指導のもとに老人保健施設が創設された。この間、福祉施設の増加はそれほど顕著ではなかったが、そのぶん在宅療養が困難で、引き続き医療やリハビリ・介護が必要な高齢者の増加に伴い、老人病院の急増がその役割を果たした。

その後、1980～1990年代にかけて日本は高齢化が進展し、それに伴い社会的ニーズに合わせ介護基盤の充実が図られ、1990年には福祉8法が改正され、

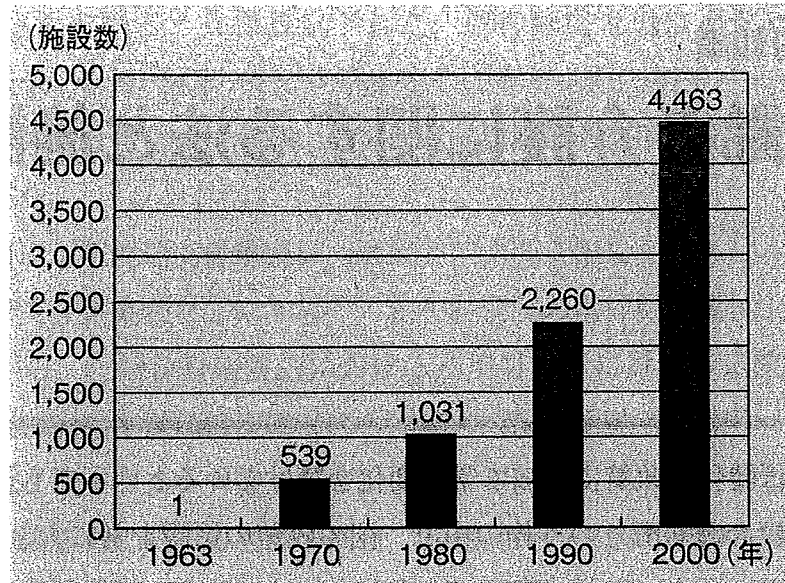


図4 特別養護老人ホームの整備

ゴールドプランの制定がなされた。その結果、福祉施設や介護サービスの充実が行われ、2000年の介護保険制度の基盤づくりがなされた(図4)。

介護保険導入前には、すでに述べたように1980年代より高齢化が急速に進み、高齢者施設としては福祉施設というより医療保険対応の老人病院の急増が著しかった。その点では急性期医療を終えたあともリハビリや慢性期の医療を求めて老人病院に長期入院する、いわゆる社会的入院が社会的問題にもなった。社会的入院はおおむね批判を受けてきたが、社会基盤の未成熟に伴う社会的必要性が高かったといえる。しかし、それに伴い医療費の急増をもたらし、また介護の社会化を求めるニーズも大きく、公的な介護保険制度の必然性が存在した。そのため、国は1989年にゴールドプランを制定し、施設ならびに在宅サービスの充実を図るための社会基盤整備を進めた。

介護保険導入後の施設

介護保険の導入によって、施設名称は変更になり、新しい名前で再出発した。古い法律で規定されている部分はそのまま今でも使用されている。表4に示したように介護保険対象の施設は、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3類型が存在する。介護施設を規定する法律には医師数、看護師数、介護職数などの定員、居室面積など細かく指定基準が明記さ