

201026016B

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

認知症の実態把握に向けた総合的研究

平成21年度～平成22年度

総合研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成23（2011）年 3月

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

認知症の実態把握に向けた総合的研究

平成21年度～平成22年度

総合研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成23（2011）年 3月

目 次

I. 総合研究報告

認知症の実態把握に向けた総合的研究 ----- 1

筑波大学大学院人間総合科学研究科 朝田 隆

(資料) 図 表

(資料) 資 料

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- 123

III. 研究成果の刊行物・別刷 ----- 129

I. 総合研究報告書

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「認知症の実態把握に向けた総合的研究」

総合研究報告書

研究代表者 朝田 隆（筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授）

研究要旨

全国の認知症高齢者数の推計、認知症に関する医療・介護保険サービスの現状と問題点を明らかにすることを中心に調査を実施した。また認知症専門医における医療サービスの実態、具体的には、診療の基本機能、高度な診断能力、高度な臨床実践を調べた。さらに 80 歳以降の超高齢者における正常の脳 MRI 画像の作成を行った。

2008 年の日本の人口を基準にして推定された有病率は 12.4 - 19.6% (平均で 14.4%) であった。今回の調査は地方の市町村で実施されたので、今後は都市部における同様の調査をして、本調査結果と比較検討することにより全国レベルの有病率推定を行う必要がある。病院種別に明確な患者特性の差異がみられた。寝たきり度では、療養病床 > 一般病床 > 精神病床、認知症自立度は精神病床 > 療養病床 > 一般病床、そして医療依存度については、療養病床 > 一般病床 > 精神病床であった。つまり認知症に関わる病院種別に望ましい機能分化がなされていると考えられる。認知症に対応する医療機関調査(認知症関連 2 学会の会員)については、55% という比較的高い回答率を得た。注目した 7 つのサービス内容についてはいずれも高い実施率であり、認知症関連 2 学会の会員においては質の高い医療を提供しているものと考えられた。95 歳までの超高齢者も含めて年代ごとに性別を分けて正常者における標準画像を得た。この画像は各年齢層における個々のデータを評価する際の基準画像として用いることができる。

研究分担者

目黒 謙一	東北大学大学院医学系研究科	教授
下方 浩史	国立長寿医療センター研究所疫学研究部	部長
角間 辰之	久留米大学バイオ統計センター	所長・教授
松原 三郎	松原病院	理事長
木之下 徹	こだまクリニック	院長
中島 健二	鳥取大学医学部附属脳幹性疾患研究施設	教授
山田 達夫	福岡大学医学部	教授
山田 茂人	佐賀大学医学部	教授

永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター	研究部副部長
桑野 良三	新潟大学脳研究所	教授
川室 優	医療法人高田西城会 高田西城病院	院長・理事長
斎藤 正彦	翠会和光病院	院長
小阪 憲司	横浜ほうゆう病院	院長
栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所	研究部長

A. 研究目的

わが国においては、今日の認知症の疫学的実態を明らかにできる資料が存在しない。また認知症の医療を支える医療・介護保険サービス資源に関する大規模な実態調査、そして認知症専門医における医療サービスの実態についての資料もこれまでにはない。さらに急増する80歳以上の高齢者の脳画像診断の需要は大幅に増加しつつあるのに、画像を正しく診断する基準となる正常脳画像も存在しない。そこでこれらに対処すべく以下の調査を計画した。

I. 認知症およびその前駆状態に関する疫学的実態

全国7ヵ所(宮城県栗原市、茨城県利根町、愛知県大府市、島根県海士町、大分県杵築市、佐賀県伊万里市、新潟県上越市)で、65歳以上住民約5,000名以上を対象として調査した。訪問調査員による1次調査と専門医による2次調査を基本として、さらにMRIによる撮像を行う3次調査も行うことで高い精度の診断と評価を実施した。

II. 認知症に対応する医療・介護保険サービスの現状と問題点

認知症に対応する医療・福祉機関の機能実態を明らかにするため、いわゆる4病協と日本慢性医療協会に所属する6,071の病院から無作為に抽出して調査票を送付する。そして以下の観点から調査する。認知症当事者の状態に相応しい医療サービスが提供されているか？病院機能に応じた認知症患者の受け入れができていないか？そうでないとしたら、その阻害要因は何か？である。

以上により地域における認知症患者への医療と介護サービスの現状を明らかにする。

III. 高齢者における正常脳MRI画像の作成

超高齢者(85歳以上)を含めた標準MRI画像を行う。すでに日本人の高齢者の標準脳についてのMRI標準画像は存在するが、65歳以下と80歳以上についてのデータは乏しい。そこで各種の検査により知的に健常と判断された人々を対象にしてこのような年代の対象も含めて正常脳のMRI画像作成を行う。

B. 研究方法

I. 全国の認知症患者数の推計（有病率・症状別分布・所在の推計）

全国各地で、統一された方法で認知症とその前駆状態の有病率を調査する。用いられるテストは現在世界的に進行中の Alzheimer 病の臨床研究組織 Alzheimer Disease Neuroimaging Initiative: ADNI で使われているものに準拠している。

1)調査地域

以下の 7 地域で調査を行った。宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、大分県杵築市

2)対象

7ヶ所で合計約 5,000 名を住民基本台帳から抽出して調査候補とし、60%以上の参加率を目指した。65 歳以上、100 歳まで住民を 5 歳幅の 7 階層に分けて、2008 年現在の階層別人口に応じて各年齢送別に調査人数を定めた。これを調査対象の候補として招き調査した。

3)調査方法

3 段階で行った。利根町における方法をもとに基本を図 - 1 に示した。第 1 段階は調査員の訪問による予備調査と家族からの聞き取り、第 2 段階は心理士と医師による本人との面接調査、第 3 段階は MRI 撮像と血液検査等である。用いるテストは今日の世界的スタンダードとされる ADNI で用いられているテストならびに MMSE が主となる。以下に詳述する。第 1、2 段階は、原則として平成 21 年度内に終了させ、第 3 段階は 21 年度から 22 年度にまたがって施行した。

第 1 段階：調査員のリクルートは調査地域における保健師や地域包括支援センターのスタッフなどが行い、CDR 面接を含めた 1 次調査員のための講習会の修了者が調査員になった。用いたテスト：一般的知能『MMSE』、うつ症状『GDS』、記憶検査『WMSR logical memory』、生活全般の機能水準『CDR 面接』と『IADL(同居家族、もしくは施設のスタッフから聴取)』

第 2 段階：専門的にトレーニングされた臨床心理士や医師が、神経精神医学的評価を施行した。さらに身体診察と一般血液検査とアポリポ蛋白 E 遺伝子検査も行った。

第 3 段階：MRI 撮像を希望する者全員に施行した。画像の中央管理は国立精神神経医療研究センターの Neuroimaging bank で実施した。

以上全ての結果をもとに、下の認知機能評価基準に従って判定した。各種の認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等）は、代表的な診断基準に拠って診断した。また今後の新規認知症患者数を把握する上で重要と思われる認知症の前駆状態である軽度認知障害(MCI)にも注目して診断した。それらを以下に述べる。

認知機能の評価基準

○健常高齢者

- ・年齢相応のもの忘れ以上の記憶障害の訴えがないこと。
- ・WMS-R 論理的記憶 II 下位尺度（論理記憶の遅延再生課題：最大スコア 25）が正常範囲内。すなわち
 - a) 教育年数 16 年以上の教育で 9 以上
 - b) 教育年数 10～15 年以上の教育で 5 以上
 - c) 教育年数 0～9 年の教育で 3 以上
- ・MMSE-J が 24～30 点（臨床判定委員会の裁量により、被験者の教育年数が 8 年以下の場合には例外を認める）。
- ・CDR-J が 0。記憶スコアが 0 点であること。
- ・Depression ではないこと。

○軽度認知機能障害（Mild Cognitive Impairment : MCI）

- ・以下のどちらかの基準を満たすこと。
 - タイプ 1 本人からの記憶障害の訴え＋スタディパートナーがそれを容認する。
 - タイプ 2 本人からの記憶障害の訴えはなくともスタディパートナーから記憶障害の事実が示される。注）本人からの記憶障害の訴えのみでスタディパートナーがそれを容認しない場合は除外する。
- ・WMS-R 論理的記憶 II 下位尺度（論理記憶の遅延再生課題：最大スコア 25）が教育年数別のカットオフ値以下であること。すなわち
 - a) 教育年数 16 年以上で 8 以下
 - b) 教育年数 10～15 年以上で 4 以下
 - c) 教育年数 0～9 年で 2 以下
- ・MMSE-J が 24～30 点（臨床判定委員会の裁量により、被験者の教育年数が 8 年以下の場合には例外を認める）。
- ・CDR-J が 0.5。記憶スコアが 0.5 点以上であること。
- ・Depression ではないこと。

○認知症

- ・被験者またはスタディパートナーによる記憶障害の訴えがあり、スタディパートナーがそれを証明する場合。
- ・WMS-R 論理的記憶 II 下位尺度（論理記憶の遅延再生課題：最大スコア 25）が教育年数別のカットオフ値以下であること。
 - a) 教育年数 16 年以上で 8 以下
 - b) 教育年数 10～15 年以上で 4 以下
 - c) 教育年数 0～9 年で 2 以下
- ・MMSE-J が 20～26 点（26 点を含む）（臨床判定委員会の裁量により、被験者の教育年数が 8 年以下の場合には例外を認める）。

- ・ CDR-J が 0.5 か 1.0。

○85 歳以上における知的機能判定基準

- ・ MSE,CDR,WMS-R がすべて上記の Cut off 以下なら Dementia
- ・ MSE,CDR,WMS-R がすべて上記の Cut off 以上なら Normal
加えて CDR0&WMS-R が Cut off 以上の場合は MMSE の点数にかかわらず Normal
- ・ これらに当てはまらないものは MCI

II. 認知症に対応する医療・介護保険サービスの現状と問題点

いわゆる 4 病協と日本慢性医療協会に所属する 6,071 の病院の中から 2,200 病院を無作為に抽出して調査票を送付し、以下の観点から調査した。具体的には、機関の機能の詳細、サービス提供の実情、関連機関との連携実態、さらに各施設における認知症患者の受け入れ状況と退院支援に着目した。

調査票には 2 種類あり、一方は各施設の機能概要を問うもの(資料 1)、他方は臨床個人票(資料 2)である。医療機関における調査対象は平成 20 年 4 月 1 日以降 21 年 3 月 31 日までの期間に在院された患者さんのうち、認知症がある方。主治医意見書やレセプト病名に認知症の病名があるか否かは問わない。認知症ありの方の中から、「あいうえお」順で 10 名選んでもらった。該当する人について、3 月 31 日より前で一番最近作成された介護保険の主治医意見書をもとに、病態と治療・ケアを中心とする問いに答えてもらった。主治医意見書がない場合には、平成 21 年 3 月 31 日もしくは退院の時点でどのような状態であったかについて答えていただいた。

介護保険系では、20,000 の介護施設から無作為抽出した約 5,000 施設に調査票を送付し、平成 21 年 9 月時点の施設概況と、無作為に選ばれた 3 名の平成 20 年度における認知症患者の実態を尋ねた。ここでも病態と治療・ケアを中心とする問いに答えてもらった。(資料 3、4)

なお本調査の特徴として以下の点が挙げられる。

- ・ 医療・介護施設の横断調査を実施し、施設種毎の認知症患者の特性(認知症度や BPSD、ADL など身体健康状態、入退所・入退院の経路など)についての比較および分析を試みた。
- ・ 認知症患者の医療の状況を知るために、主治医意見書中の設問でもある医療処置内容について診療報酬点数に基づき数値化して、医療依存度とした。
- ・ ケアの工夫や困りごと、認知症ケアに有効と思われる研究テーマ等に関する自由記載の設問を設けた。この自由記載から現場の声を吸い上げ、施設が抱える問題と今後の課題を整理した。

なお倫理的配慮について、本調査は筑波大学倫理委員会の承認を得て行われた。調査の実施に当たっては個人情報保護を厳守し、情報の取り扱いには細心の注意を払った。

III. 認知症専門医における医療サービスの実態

調査対象は、認知症関連 2 学会(日本認知症学会、日本老年精神医学会)の会員である。これらの会員に対して、所在地のエリアは特定できるようにした上でアンケート調査を行い、その専門性レベルを評価する。具体的には、①診療の基本機能、②高度な診断能力、③高度な臨床実践である。ここで用いた調査表を示す。(資料 5)

IV. 高齢者における正常脳 MRI 画像の作成

健常高齢者データベース構築に向けて、加齢による灰白質容積変化の解析と年代ごとの平均画像の作成を行った。解析対象としての必要条件は以下の通りである。

- ・年齢 50-98 歳
- ・一連の調査で認知機能正常
- ・以下の疾患がない：パーキンソン病、多発脳梗塞、ハンチントン病、正常圧水頭症、脳腫瘍、進行性核上性麻痺、てんかん、硬膜下血腫、多発性硬化症、後遺症を残した頭部外傷、大うつ病や双極性障害、アルコールや他の薬物依存の既往、重篤な疾患や状態の安定しない疾患、ビタミン B12・葉酸欠乏、梅毒、甲状腺機能異常。

次に MRI 画像においては、以下の条件を満たすことを求めた。

- ・感染症、認知機能に影響を与えるような脳梗塞等の局所病変がない
- ・皮質下の血管性病変のレベルが Fazekas 分類で 0 か 1
- ・海馬萎縮がないか軽度

この条件を満たした 211 名(男性/女性 117/94 名、年齢幅 50-89 歳、平均年齢±標準偏差 66.6±9.6 歳)に対して、以下の解析を行った。

1. 年齢との灰白質容積の相関
2. 50 代、60 代、70 代、80 代の年代間での灰白質容積の群間比較
3. 年代ごとに性別を分けた平均画像の作成

画像処理・統計解析には Statistical Parametric Mapping (SPM) バージョン 8 を使用し、前処理として頭部画像からの灰白質抽出、Montreal Neurological Institute 標準脳への解剖学的標準化、平滑化を行い、上記の解析を行った。統計解析はすべてボクセル単位で行い、p 値の閾値は 0.001 (多重比較補正なし) に設定した。

C. 研究結果

I. 全国有病率調査

これについて結果の概要を図-2 に示すとともに、7 地域のうち栗原市を除く 6 地域での概要説明を以下に述べる。

6 市における高齢化率は 17.2%から 38.0%であり、平均で 28.3%である。この数値は調査地域に都会地が少ないことを反映して、全国平均よりも明らかに高値である。素参加率は平均で 64% (53-79%) であり、当初の目的を上回った。次に個々の地域の有病率について、それぞれの有病率の推定値 R とその分散 V を表示する。

地 域	層別無作為		標準化 (2008 年人口)	
	有病率	SE(標準誤差)	有病率	SE
利 根	0.140	0.01121	0.164	0.01282
大 府	0.124	0.01420	0.149	0.01540
海 士	0.157	0.01318	0.138	0.01266
伊万里	0.149	0.01679	0.124	0.01513
杵 築	0.153	0.01527	0.126	0.01392
上 越	0.222	0.01696	0.196	0.01613

なお 2008 年の人口は下記のデータを用いた。

年 齢	人 口 (1,000 人)		
	総数	男	女
0～ 4	5,405	2,769	2,635
5～ 9	5,786	2,968	2,820
10～14	5,985	3,065	2,920
15～19	6,155	3,151	3,003
20～24	7,105	3,650	3,456
25～29	7,630	3,891	3,738
30～34	8,996	4,566	4,430
35～39	9,609	4,859	4,750
40～44	8,407	4,237	4,171
45～49	7,780	3,906	3,875
50～54	7,821	3,905	3,916
55～59	9,839	4,866	4,972
60～64	8,959	4,375	4,584
65～69	8,041	3,845	4,195
70～74	6,956	3,213	3,744
75～79	5,705	2,473	3,232
80～84	4,059	1,569	2,490
85～89	2,174	647	1,527
90～94	954	236	716
95～99	287	55	231
100 歳以上	41	6	35

人口統計資料集(2010) 表 2-3 性, 年齢 (各歳) 別総人口 : 2008 年 より作成

各地域および全体としての基礎資料については、表-1 から 16、および図-3 から 9 に示した。

II. 認知症に対応する医療・福祉機関の現状と問題点

1. 回答数・回収率と回答概要

2010年12月までに、662病院と1,516介護施設からの回答が集まり、回収率は医療・介護施設ともに30%に達した。下に結果概要をまとめる。

1)所属病院団体（複数回答可）

日本精神科病院協会が186病院で最多(32.8%)。次いで全日本病院協会が180病院(31.7%)であり、さらに日本病院会が163病院(28.7%)、日本医療法人協会94病院(16.5%)、日本慢性期医療協会69病院(12.1%)である。

2)医療機関・介護施設の形態

回答があった医療施設は、一般病院が最多で307病院、次いで、精神病院が244病院(うち認知症病棟125)、療養病床が105病院である。回答があった介護施設は、グループホーム(GH)が812施設で最多、次いで、介護老人福祉施設(特養)446、介護老人保健施設(老健)165、地域密着型介護老人福祉施設(地域密着型特養)93である。

3)標榜診療科名（複数回答可）

内科が369病院で最多、次いで精神科が230病院、さらにリハビリテーション科が222病院、整形外科が195病院と続いた。

4)病床総数

平均で233床、最大で1505床である。

5)認知症患者の対応病棟（複数回答可）

以下の質問に対して回答のあった病棟（病院）数を示す。

(1)一般病床（医療保険）

①一般病院

入院基本料算定病棟

特定機能病院、専門病院いずれも3棟、障害者施設等で27棟。

一般が182棟。

特定入院料算定病棟

亜急性期病棟35棟、回復期リハビリテーション病棟24棟、

特殊疾患病棟は5棟、緩和ケア病棟は7棟、救命救急病棟2棟。

②有床診療所入院基本料

該当施設なし。

(2)精神病床

①医療保険

精神科入院基本料算定病棟

特定機能病院は2棟。特定機能病院以外は104棟であった。

特定入院料算定病棟

認知症病棟111棟、精神療養病棟87棟、その他の特殊疾患病棟は6棟、

精神科救急・合併症病棟は該当施設なし、精神科急性期治療病棟は36棟、精神

科救急病棟は 8 棟であった。

②介護保険

介護療養型医療施設(認知症疾患型)は 6 棟、経過型介護療養型医療施設(認知症疾患型)は 1 棟。

(3)療養病床

①医療保険

i)療養病棟

療養病棟入院基本料算定は 138 棟、回復期リハビリテーション病棟が 36 棟であった。

ii)有床診療所

該当施設なし。

②介護保険

有床診療所(介護療養型医療施設)は 1 棟、介護療養型医療施設(認知症疾患型以外)が 62 棟、経過型介護療養型医療施設(認知症疾患型以外)は 1 棟であった。

6)スタッフ数(常勤換算数=常勤+非常勤)の平均

医師数は 20.7 人(SD42.1)、看護師は 79.1(110.6)、准看護師 28.4(197.9)、薬剤師は 5.1(6.2)、放射線技師は 4.1(SD±7.0)、臨床検査技師は 5.4(11.5)、理学療法士は 5.8(8.5)、作業療法士 5.6(6.1)、言語聴覚士 1.4(2.9)、臨床心理士 0.9(1.5)、社会福祉士 1.2(1.7)、精神保健福祉士 3.1(4.1)、介護支援専門 1.1(2.7)、介護福祉士 8.1(13.3)、その他の介護職 22.9(26.9)。

7)認知症サポート医の有無

「いる」は 24.5% (109/444 病院) であった。

8)かかりつけ医認知症対応力向上研修への参加者の有無

「いる」は 23.7%(99/417 病院) であった。

9)平成 20 年度の認知症患者の入院の有無

「いる」としたところが、82.3%(467/567 病院)であった。

10)平成 20 年度の全入院患者数と認知症のある入院患者数

全入院患者数	725,153 名	(411 病院)
認知症のある入院患者数	46,920 名	(390 病院) 6.47%

11)平成 20 年度の入院患者全体と認知症患者の平均の年齢と在院日数

全体(含む認知症患者)の平均年齢は 68.6 歳だが、認知症のある患者の平均年齢は 80.9 歳であり、有意に認知症患者の方が高齢である。全体(含む認知症患者)の在院日数は平均で 412 日、認知症のある患者の在院日数は 375 日である。

12)平成 20 年度に入院認知症患者さんは、どこからか？

自宅からが 31.8 名と最大で、次に他の医療機関から転院が 26.7 名、続いて老健施設からが 7.6 名、特養からが 6.7 名であった。

13)平成 20 年度に在院した認知症患者さんに関わる次の人数

(1)退院者の人数

退院者数は平均で 63.0 名、死亡退院者数は 12.6 名、
死亡以外の退院(含む他施設への移動)は 47.9 名

(2)退院者の行き先

自宅への退院者が 22.94 名と最多であった。他の医療機関への転院が 16.97 名、
特養へ 6.5 名、老健施設へ 9.10 名

(3)平成 21 年 9 月 30 日になお在院していた方の数は 33.9 名であった。

(一般 10.3 名、精神 47.8 名、療養 42.5 名)

14)平成 20 年度に退院した認知症患者さんのうち、退院支援をした人数

平均で 27.1 名だから、退院者の 1/3 強に支援を必要としていることがわかる。

(一般 38.0 名、精神 21.9 名、療養 19.6 名)

15)退院支援の結果、他施設や家族から受け入れられた人数

平均で 28.2 名の受け入れである。

(一般 46.9 名、精神 17.6 名、療養 19.3 名)

16)施設のタイプ別に、受け入れてもらえた人数

多い順から、他の医療機関、老健施設、特別養護老人ホーム、などへと続くが、
意外なことにこの中では精神科病院が最少である。

17)退院支援にもかかわらず受けていただけなかった方の人数

平均で 3.7 名であるが、そのうち死亡退院が 2.6 名であり、実質的に受け入れ不能で
あった者は平均で 1 名である。

18)退院支援に関して、密接な連携のある精神科病院の有無

あると回答した病院は 30.3%(117/389 病院)であった。

19)介護保険系施設からの要請で受け入れたが、改善・安定化後に元の施設から

受け入れを断られた経験の有無

「はい」という回答が 48%。

一般 (84/147 病院 57%)、精神(85/168 病院 50%)、療養 (12/55 病院 21%)

20)元の施設から受け入れられなかった方は最終的な行き先

ここでも他の医療機関が最多であるが、在院のまま、老健施設がこれに次ぐ。やはり
精神科病院はグループホームとともに最も少ない。

2. 年齢, ADL, 認知症のレベル, 医療の状態

①平均年齢 (図 - 10)

(全体の平均年齢 83.2 ; 医療施設の平均年齢 81.3 ; 介護施設の平均年齢 85.2)

一般病床82.3, 精神病床79.2,

療養病床82.3, 特養86.1, 老健84.9, GH84.4, 地域特養85.3

一元配置分散分析により F値33.365,有意確率0.000となり平均年齢に有意差がある
ことがわかった。

さらにTukeyの多重比較によって以下の施設種間で有意差が示された。

(一般病床→精神病床, 特養; 精神病床→全ての他種施設; 療養病床→精神病床, 特養; 特養→一般病床, 精神病床, 療養病床, GH; 老健→精神病床; GH→精神病床, 特養; 地域特養→精神病床)

以下では順位尺度として数値化した指標を用いた。

②寝たきり度(障害高齢者の自立度) (図 - 11)

(全体の平均値 6.0; 医療施設の平均値 6.5; 介護施設の平均値 5.7)

一般病床6.3, 精神病床5.6, 療養病床7.5, 特養6.1, 老健5.9, GH4.6, 地域特養6.0
一元配置分散分析によりF値121.952, 有意確率0.000となり寝たきり度に有意差があることがわかった。

さらにTukeyの多重比較によって以下の施設種間で有意差が示された。

(一般病床→精神病床, 療養病床, 特養, 老健, GH; 精神病床→一般病床, 療養病床, 特養, 老健, GH; 療養病床→全ての他種施設; 特養→一般病床, 精神病床, 療養病床, GH; 老健→一般病床, 精神病床, 療養病床, GH; GH→全ての他種施設; 地域特養→療養病床, GH)

③認知症自立度(認知症高齢者の自立度) (図 - 12)

(全体の平均値 5.6; 医療施設の平均値 5.6; 介護施設の平均値 5.5)

一般病床5.0, 精神病床6.0, 療養病床5.9, 特養5.8, 老健5.5, GH5.1, 地域特養5.7
一元配置分散分析によりF値55.565, 有意確率0.000となり寝たきり度に有意差があることがわかった。

さらにTukeyの多重比較によって以下の施設種間で有意差が示された。

(一般病床→精神病床, 療養病床, 特養, 老健, 地域特養; 精神病床→一般病床, 老健, GH; 療養病床→一般病床, 老健, GH; 特養→一般病床, 老健, GH; 老健→一般病床, 精神病床, 療養病床, 特養, GH; GH→精神病床, 療養病床, 特養, 特養, 老健, 地域特養; 地域特養→一般病床, GH)

④寝たきり度の重い方の分布

自立度9段階評価の最重度9(C2)者数

一般病床288/1471人(20%), 精神病床146/1569人(9%), 療養病床222/574人(39%),
特養130/1205人(11%), 老健38/447人(9%), GH22/660人(3%)

自立度9と8の方の人数

一般病床413/1471人(28%), 精神病床254/1569人(16%), 療養病床301/574人(52%),
特養283/1205人(23%), 老健54/447人(12%), GH36/660人(5%)

いずれについても療養病床で最多であり、医療機関では精神病床、介護保険施設ではGHで最少である。

⑤認知症自立度の重い方の分布

自立度8段階評価の最重度8(M)者数

一般病床74/1430人(5%), 精神病床301/1543人(20%), 療養病床54/583人(9%)

特養80/1205人(4%), 老健17/447人(4%), GH42/660人(6%)

自立度8と7の方の人数

一般病床403/1430人(28%), 精神病床775/1543人(50%), 療養病床275/583人(47%),
特養469/1205人(39%), 老健116/447人(26%), GH146/660人(22%)

いずれにおいても精神病床が最多であるが、自立度7, 8については療養病床が僅差で追っている。

⑥医療依存度 (図 - 13)

臨床個人票で尋ねた主治医意見書中の「特別な医療について」の医療処置内容(点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養、褥瘡の処置等)を診療報酬点数表に基づき数値化して医療依存度とし、施設種毎の平均値を算出し、次の結果を得た。

一般病床6.2, 精神病床1.8, 療養病床8.4, 特養0.1, 老健0.1, GH0.03, 地域特養0.09
ここで特記すべきは、療養病床入院者の医療依存度が一般病床よりも高いことである。この背景には、経管栄養実施者と気管切開の処置者数が療養病床において多いという事実がある。

⑦経管栄養実施者数

一般病床150/1471人(10%), 精神病床71/1568人(4.5%), 療養病床122/452人(21%),
特養67/1244人(5%), 老健19/451人(4%), GH4/695人(0.5%), 地域特養(4%)

これについても療養病床が最多であった。

⑧摂食嚥下機能低下者数

一般病床312/1471人(21%), 精神病床394/1568人(25%), 療養病床197/574人(34%),
特養243/1244人(20%), 老健81/451人(18%), GH96/695人(14%), 地域特養(22%)

ここでも療養病床が最多で、一般病床がこれに次ぐ。

⑨気管切開の処置者数

一般病床10/1486人(0.7%), 精神病床1/1614人(0.06%), 療養病床11/573人(20%), 特養0人, 老健0人, GH0人, 地域特養0人

やはり療養病床における高さが群を抜いている。

⑩その他の身体状態

転倒骨折：医療施設全体 1425/3714人(38%) 介護施設全体 906/2619人(35%)

関節の拘縮：医療施設全体 1160/3585人(32%) 介護施設全体 897/2553人(35%)

<結果の要約>

寝たきり度、認知症自立度ともに、施設間の平均値に有意差があるものの、寝たきり度の平均値の方が施設間におけるばらつきが大きい。(療養病床7.5-GH4.6)。

- ・療養病床：寝たきり度、認知症自立度、医療依存のいずれも重い認知症高齢者に対応。寝たきり度は、最重度(9)の方が4割、9と8の方が5割以上。認知症自立度の平均値(5.9)も精神病床に次いで高い。5割近くが認知症自立度8(M)と7(IV)。医療依存度も最も高い。(7.5)

- ・経管栄養実施と気管切開処置：全介護施設において、経管栄養実施者数が占める割合は低い。とくに気管切開の処置を要する方の割合はゼロである。
- ・特養：全施設種の中で平均年齢が最も高い。介護施設の中では寝たきり度、認知症自立度ともに最も高い。
- ・老健の寝たきり度と認知症自立度は、施設種全体の平均値に近い。
- ・介護施設の医療依存度は低いが、摂食嚥下機能低下該当者が介護施設全体で2割弱、転倒骨折該当者が3.5割、関節の拘縮該当者は3.5割と医療施設入院患者中の該当者割合(3.2割)より高い。
- ・精神病床：平均年齢が最も低い(79.2歳)。認知症自立度Mの占める割合が2割と他の機関より高値である。

3. 医療施設への入退院の経路

①一般病床 (図 - 14)

- ・一般病床への入院(12,715人)：自宅から5,637人(44%)、他の医療機関から3,023人(24%)、介護施設から3,215人(26%：内訳→特養10%、老健11%、GH4%)。自宅からが半数弱、次いで他の医療機関と介護施設からがほぼ同数ずつである。
- ・一般病床からの退院(10,421人)先：自宅へ3,145人(30%)、他の医療機関へ2,003人(19%)、介護施設へ2,990人(29%：内訳→特養10%、老健15%、GH4%)。自宅へと介護施設へがほぼ同数ずつ。

②精神病床 (図 - 15)

- ・精神病床への入院(10,572人)：自宅から4,414人(44%)、他の医療機関から3,601人(35%)、介護施設から1,914人(18%：内訳→特養5%、老健9%、GH3%)。自宅からも多いが、一般病院に比べて他の医療機関からが多い。これもBPSD絡みかと思われる。
- ・精神病床から退院(8,736人)：自宅へ2,376人(27%)、他の医療機関へ3,145人(35%)、介護施設へ2,567人(29%：内訳→特養10%、老健14%、GH5%)。3種類の施設ごとにほぼ類似の結果。なお精神病院に留まる者も多い。

③療養病床 (図 - 14)

- ・療養病床への入院(4,262人)：自宅から732人(17%)、他の医療機関から2,474人(58%)、介護施設から1,056人(18%：内訳→特養11%、老健13%、GH1%)。他の医療機関からの入院が過半数であることが特徴である。
- ・療養病床から退院(2,268人)：自宅へ752人(33%)、他の医療機関へ691人(30%)、介護施設へ719人(32%：内訳→特養16%、老健14%、GH3%)。3種類の施設ごとにほぼ類似の結果であった。

<結果の要約>

- ・一般病床、精神病床：自宅からの入院者が最多であった。介護施設からの入院者よりも介護施設への退院者の割合の方が高い事実がある。介護施設の中では老健からの入院と老健への入所が最多であった。
- ・療養病床：他の医療機関からの入院者が最多で58%。退院先としては自宅が最多で33%。

死亡退院の多さにより入院者数に比べて退院者数は半分近くに減っている。退院先の介護施設の中では、特養への退院者が最多（16%）である。

4. 認知症専門医療の需要と供給（図 - 16）

① 連携精神病院および相談できる認知症専門医の有無

「ある」と回答した施設：一般病床で4割、療養病床で約2割、介護施設全体で約2割。

「認知症医療の対応で困っている」と回答した施設：介護施設全体で7割強である。

認知症専門医療の需要に対して供給が不足している可能性がある。

② 平均在院日数（図 - 17）

医療施設

一般病床	全患者の平均在院日数	180日	認知症患者の入院日数	75日
精神病床	全患者の平均在院日数	607日	認知症患者の入院日数	572日
療養病床	全患者の平均在院日数	444日	認知症患者の入院日数	518日

精神病床では、認知症患者の在院日数の方が全患者の在院日数よりも短い。認知症以外の患者、とくに統合失調症などによる長期入院者がいるものと推測される。一般病床では、認知症患者の在院日数の方が全患者の在院日数よりも短い。これは他の施設とはコントラストをなす。

③ 認知症を主病名として入院した方の割合

一般病床 108/1459人(7%) 精神病床 1297/1584人(82%)

療養病床 167/580人(29%)

精神病床に入院中の認知症患者は大多数（82%）が、認知症を主病名として入院している。それに対して、一般病床と療養病床では、認知症を主病名として入院した患者は、それぞれ7%と29%。このように3種類の機関間で著しい相違がみられる。

5. 「特に力を入れた」退院支援

① 「特に力を入れた」退院支援の数（図 - 18）

「特に力を入れた」退院支援を受けた方

一般病床 884/1440人(61%), 精神病床 737/1557人(47%), 療養病床 167/579人(29%)。

このように一般病床が最多であり、療養病床が最少である。前者は身体疾患の急性期、亜急性期の治療に特化しているのだろう。

② 「特に力を入れた」退院支援の結果：退院先（図 - 14, 15）

精神病床(737人)：自宅 80人(11%), 自施設在院 287人(39%), 医療機関 66人(9%), 介護施設 306人(42%)。介護施設が最多ながら、自施設に在院のままが僅差でこれを追っている。

療養病床(167人)：自宅 24人(14%), 自施設在院 83人(50%), 医療機関 7人(4%), 介護施設 49人(29%)。療養病床でも精神科病床と同様に自施設に留まる率が高い。

一般病床(884人)：自宅 334人(38%), 自施設在院 58人(6%), 医療機関 180人(20%), 介護施設 302人(34%)。自宅と介護施設が中心であり、これで70%を超える。医療機

関は 20%であり、この中に含まれる精神科病院がどの程度であるにせよ、全体に占める割合は多くはない。

6. 自由記載における代表的な意見

以下に示す 3 つの質問に多くのご意見やご提案をいただいた。ここでは代表的なものについてまとめる。

<設問 20> 貴施設で行っている認知症患者さんへの設備面・ケアの工夫

1-1 基本事項

- ・見守りスタッフを日中 2 名配置
- ・24 時間の活動－睡眠シートを保持

1-2 安全面への対策

①転倒や衝突対応

- ・危険防止としての手すり、長椅子の設置
- ・衝撃緩和マット、レスリング用マットの使用
- ・低床ベッドの使用
- ・転倒防止のため運動プログラム作成
- ・床頭台等の角の鋭角な部分に保護用テープを貼付

②誤嚥対応

- ・口腔ケアの徹底
- ・嚥下性肺炎を予防するための食事介助

③その他

- ・皮膚の乾燥によるトラブルが多く、全身ボディローションの使用で減少傾向
- ・褥瘡防止としてラップを使用し、効果をあげる
- ・トイレへの誘導のために床にテープで行き先を印す
- ・浴槽は小さいものの方が安心できる

<設問 21> 夜間ケアに関して、排泄介助や抑制等の考え方

2-1 基本事項

- ・昼夜逆転があれば、日中陽の当たるラウンジで音楽を流しレクリエーションに参加させ、夜間睡眠がとれるよう活動する

2-2 排泄関係

- ・入院時から 1～2 週間排泄チェックを行いそのデータに沿った排泄介助している
- ・失禁による弊害には、夏季のムレ・かぶれ、冬季の冷え等がある
- ・最新の紙オムツは、交換が不要または交換回数を少なくできるので安眠できる
- ・オムツの異食による窒息の危険性

2-3 抑制

- ・抑制はしない。見守りが十分にできる人員配置が必要
- ・抑制はベッド柵（4 点）のみとし、補液部をエラスコットなどで保護する
- ・スタッフの視野の中に常時いていただくのが基本

- ・胃管の自己抜去は特に夜間に多いが、されてもそのままにし、抑制はしない
- ・看護衣を使用しているが、院内で判断基準を作成し、適用を決めている
- ・離床センサーは、現場ではあまり有効でない
- ・非常口から出られない工夫も要る。非常時を考慮して、すぐ動かせるもの(ワゴンやストレッチャー等)を設置

安全を優先することは非常に困難であり、それは全てマンパワー不足に由来するという意見が多い。その上で患者さんの認知症の重症度を踏まえた介護助手の夜間加算を望む意見が目立った。

<設問 22> 患者さんのご家族との良好な関係構築の工夫

3-1 入院当初の基本対応

- ・治療の限界と、予測される臨床経過を文章化し、わかりやすく説明する
- ・入院後により状態が悪くなる可能性もあることを説明する
- ・入院当初に家族と医療・ケアサイドが相互に納得できるゴールを決める
- ・家族間で入院について意見が違うこともある。それぞれの気持ちを傾聴する
- ・認知症を否認されている家族にはまず受容的に接し、関係性が出来てから症状の説明やその対応法をわかりやすく伝える
- ・病棟の特殊性を入院時に説明するが、必要に応じて繰り返し説明する(精神病床)

3-2 普段の連絡体制

①基本ルール

- ・ご家族にできるだけ多く面会に来ていただく。病棟のカンファレンスにはご家族にも参加して頂き患者さんの現在の病状と治療ケアを理解してもらう
- ・頻回に状況報告を行い、とくに何か変化があればすぐ連絡する
- ・病状の変化などを主治医からすぐに説明してもらえようにする
- ・ご家族に対しては、患者さんの良い面も悪い面も事実を説明する
- ・家族会を開催し、ご家族からの相談をコメディカルがまず受ける
- ・ご家族の面会が長期に亘ってない時は病院から連絡を取る

②工夫

- ・病棟での様子（良い点）を家族に話している
- ・「私のカルテ」のファイルに週間予定（リハビリ・入浴等）、検査結果また日誌などを盛り込んで情報を共有する。
- ・日常生活の中で患者さんの笑顔や素敵な仕草などを写真に撮り、家族にお見せする
- ・「連絡ノート」を作成
- ・一番輝いていた頃を思い出す会話に心がける
- ・ちょっとした変化を伝えるように心がける
- ・「ターミナル検討会」への参加を進めている
- ・病院スタッフが「変わらない」と思っていることでも、ご家族は「どのように