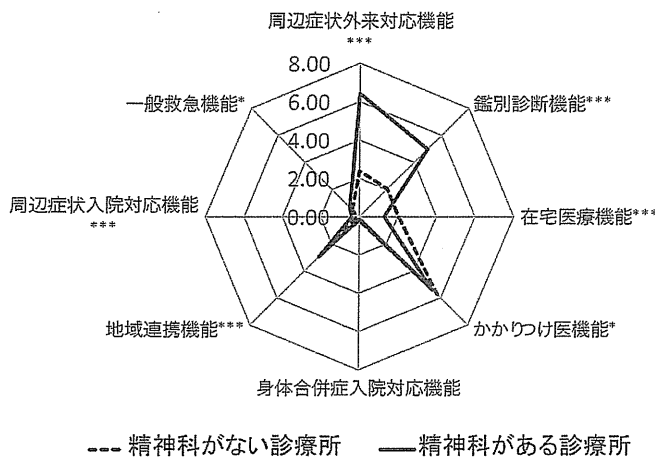


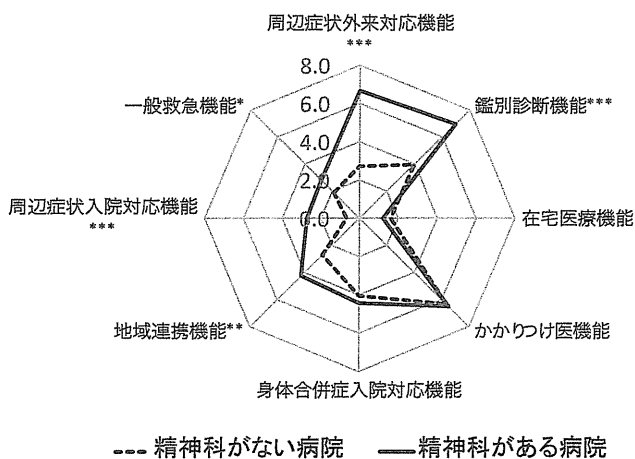
精神科の「ある」診療所と精神科の「ない」診療所



***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

図 4. 認知症対応力の比較：精神科のある診療所は、ない診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能が有意に高いが、在宅医療機能、かかりつけ医機能は有意に低い。

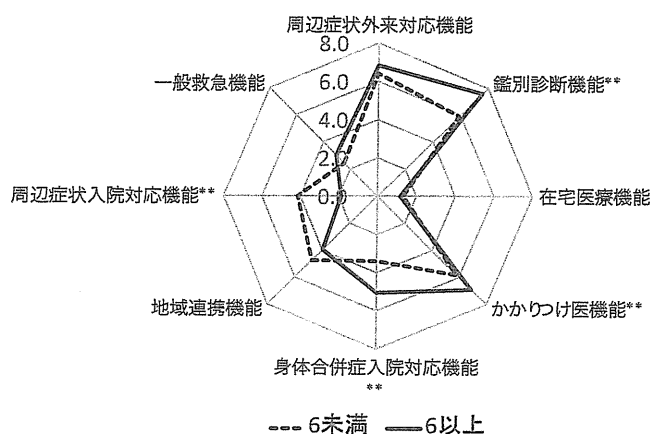
「精神科がある病院」と「精神科がない病院」



***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

図 5. 認知症対応力の比較：精神科がある病院は、ない病院よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能が有意に高い。

精神科がある病院で診療科が6未満と6以上



***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

図 6. 認知症対応力の比較：精神科がある病院で、診療科が 6 以上ある病院は、6 未満の病院よりも、鑑別診断機能、かかりつけ医機能は有意に高いが、周辺症状入院対応機能は有意に低い。

表 2. 領域別に定めた基準点の通過率

	病院		診療所	
	8 点以上	4 点以上	8 点以上	4 点以上
1 周辺症状外来対応機能	46.0	70.0	15.1	42.2
2 鑑別診断機能	56.0	74.0	11.2	31.1
3 在宅医療機能	1.0	14.0	5.1	24.8
4 かかりつけ医機能	22.0	95.0	26.9	81.2
5 身体合併症入院対応機能	2.0	60.0	0.0	1.2
6 地域連携機能	10.0	55.0	3.4	23.5
7 周辺症状入院対応機能	4.0	22.0	0.1	0.5
8 一般救急機能	1.0	26.0	0.0	2.9

表 3. 認知症疾患医療センター機能の評価方法

	地域型	基幹型
1 周辺症状外来対応機能 8 点以上	1 点	1 点
2 鑑別診断機能 8 点以上	1 点	1 点
5 身体合併症入院対応機能 4 点以上	1 点	1 点
6 地域連携機能 4 点以上	1 点	1 点
7 周辺症状入院対応機能 4 点以上	1 点	1 点
8 一般救急機能 4 点以上		1 点
合計点	5 点	6 点

表 4. 地域型認知症疾患医療センター機能評価得点の度数分布表

得点	度数	%
0	1278	67.4
1	357	18.8
2	171	9.0
3	82	4.3
4	7	.4
5	1	.1
	1896	100.0

表 5. 基幹型認知症疾患医療センター機能評価得点の度数分布表

得点	度数	%
0	1270	67.0
1	350	18.5
2	171	9.0
3	85	4.5
4	15	.8
5	4	.2
6	1	.1
	1896	100.0

別添資料 1：認知症のための医療サービス調査

設問 1. 貴医療機関の所在地（区市町村名）をご記入ください。

所在地（区市町村名）	
------------	--

設問 2. 貴医療機関の名称をご記入ください。

医療機関の名称	
---------	--

設問 3. 貴医療機関の形態について、該当する番号と記号を○で囲んでください。

1. 診療所
 - 1) 病床の有無 (a. 有 b. 無)
 - 2) 在宅療養支援診療所の指定の有無 (a. 有 b. 無)
2. 病院
 - 1) 種別 (a. 一般病院 b. 精神科病院 c. 結核療養所) (総病床数_____床)
 - 2) 地域医療支援病院の指定の有無 (a. 有 b. 無)
 - 3) 療養病床の有無 (a. 有 b. 無) →「有」の場合(病床数_____床)
 - 4) 精神病床の有無 (a. 有 b. 無) →「有」の場合(病床数_____床)
 - 5) 認知症治療専門病棟の有無 (a. 有 b. 無) →「有」の場合(病床数_____床)
 - 6) 在宅療養支援病院の指定 (a. 有 b. 無)
 - 7) 救急告示病院の指定の有無 (a. 有 b. 無)
3. その他の施設 ()

設問 4. 貴医療機関の標榜診療科名について、該当する番号すべてを○で囲んでください。

1. 内科	15. 外科	29. 精神科
2. 呼吸器内科	16. 呼吸器外科	30. アレルギー科
3. 循環器内科	17. 心臓血管外科	31. リウマチ科
4. 消化器内科	18. 消化器外科	32. 小児科
5. 血液内科	19. 小児外科	33. 皮膚科
6. 気管食道内科	20. 気管食道外科	34. 泌尿器科
7. 胃腸内科	21. 肛門外科	35. 産婦人科（産科または婦人科）
8. 糖尿病内科	22. 整形外科	
9. 代謝または内分泌内科	23. 脳神経外科	36. 眼科
10. 腎臓内科	24. 形成外科	37. 耳鼻いんこう科
11. 神経内科	25. 美容外科	38. リハビリテーション科
12. 心療内科	26. 頭頸部外科	39. 放射線科
13. 感染症内科	27. 胸部外科	40. 救急科

設問 5. 貴医療機関で認知症の方を診療されることはありますか.

1. ある 2. ない

設問 6. 認知症の方に対する下記の医療サービスについて、貴医療機関の実施状況について該当する記号 (a, b, c のいずれか 1 つ) を○で囲んでください.

		通常実施している	状況に応じて実施している	実施していない
1.	認知症疾患医療センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	a.	b.	c.
2.	介護保険主治医意見書の記載	a.	b.	c.
3.	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療	a.	b.	c.
4.	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	a.	b.	c.
5.	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬（アリセプトなど）の投薬	a.	b.	c.
6.	CTまたはMRIによる神経画像診断	a.	b.	c.
7.	SPECTまたはPETによる神経画像診断	a.	b.	c.
8.	常勤または非常勤の心理技術者の配置	a.	b.	c.
9.	アルツハイマー型認知症の診断	a.	b.	c.
10.	脳血管性認知症の診断	a.	b.	c.
11.	レビー小体型認知症の診断	a.	b.	c.
12.	前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断	a.	b.	c.
13.	上記以外の認知症疾患の診断	a.	b.	c.
14.	認知症，うつ病，せん妄の鑑別診断	a.	b.	c.
15.	高齢者総合機能評価（包括的臨床評価）	a.	b.	c.

16.	随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
17.	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
18.	随伴する興奮や徘徊に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
19.	せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
20.	認知症に対するデイケア	a.	b.	c.
21.	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	a.	b.	c.
22.	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	a.	b.	c.
23.	入院中の認知症患者の診療についてのコンサルテーション・リエゾン医療	a.	b.	c.
24.	往診・訪問診療による身体疾患の治療	a.	b.	c.
25.	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
26.	往診による施設（グループホーム、介護老人福祉施設など）での診療	a.	b.	c.
27.	往診・訪問診療による終末期医療	a.	b.	c.
28.	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	a.	b.	c.
29.	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	a.	b.	c.
30.	入院による終末期医療	a.	b.	c.
31.	重度認知症患者の長期療養	a.	b.	c.
32.	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	a.	b.	c.
33.	周辺症状（精神症状・行動障害）と身体疾患の併存例に対する入院治療	a.	b.	c.
34.	虐待事例に対する緊急医療	a.	b.	c.
35.	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	a.	b.	c.
36.	精神科救急システムと連携した緊急事例の対応	a.	b.	c.
37.	一般救急システムと連携した緊急事例の対応	a.	b.	c.
38.	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	a.	b.	c.
39.	家族に対する認知症医療や介護に関する相談の応需	a.	b.	c.
40.	多職種チームによる困難事例に対するケースワーク	a.	b.	c.
41.	かかりつけ医へのサポート（診断・情報提供・助言など）	a.	b.	c.
42.	行政が関わっている事例の診断・助言	a.	b.	c.
43.	かかりつけ医の研修（研修会への講師派遣など）	a.	b.	c.

44.	地域包括支援センター職員の研修（研修会の講師派遣など）	a.	b.	c.
45.	地域包括支援センターの連絡協議会またはケア会議への出席	a.	b.	c.
46.	成年後見用の診断書・鑑定書の作成	a.	b.	c.
47.	虐待事例のケースワーク	a.	b.	c.
48.	介護支援専門員への助言または連携	a.	b.	c.
49.	地域包括支援センター職員への助言または連携	a.	b.	c.
50.	グループホーム等施設職員への助言・指導	a.	b.	c.

設問 7. 貴医療機関の医師に「かかりつけ医認知症対応力向上研修」^{注1)}に参加された方はいらっしゃいますか。^{注1)} 都道府県が、国の認知症地域医療支援事業を踏まえて、医師会等と連携して実施している研修事業。

1. いる 2. いない

設問 8. 貴医療機関の医師に「認知症サポート医」^{注2)}はいらっしゃいますか。^{注2)} 都道府県が、国の認知症地域医療支援事業を踏まえて、医師会等と連携して実施している「認知症サポート医養成研修事業」に参加した医師。

1. いる 2. いない

設問 9. 貴医療機関では認知症に関する専門外来（例：もの忘れ外来）を設置していますか。

1. している 2. していない

設問 10. 貴医療機関は認知症疾患医療センターの指定を受けていますか。

1. 受けている (a. 基幹型 b. 地域型) 2. 受けていない

設問 11. 貴医療機関では認知症専門診断管理料を算定していますか。

1. している 2. していない

設問 12. 認知症の医療について日頃感じておられることがございましたら、ご自由にご記入ください。

別添資料 2 : MSD-30 の因子分析

MSD-30 の因子分析 (主因子法, プロマックス回転)

番号	質問項目	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子	第 6 因子	第 7 因子	第 8 因子
		周辺症状外 来対応機能	鑑別診断機 能	在宅医療機 能	かかりつけ 医機能	身体合併 症入院対 応機能	地域連携 機能	周辺症状 入院対機 能応	一般救急 機能
1	認知症疾患医療センターやもの忘れ外来など認知症専門 医療機関への紹介	.008	-.112	-.015	.587	-.078	.046	.026	.026
2	介護保険主治医意見書の記載	.032	.038	-.032	.794	.013	.059	.018	-.036
3	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治 療	-.066	-.059	.014	.806	.068	-.029	-.044	.062
5	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の投薬	.109	.156	.046	.701	-.012	-.019	.040	-.019
9	アルツハイマー型認知症の診断	.019	.802	.001	.142	-.035	-.006	-.002	-.009
10	脳血管性認知症の診断	-.040	.892	.016	.088	.002	-.012	-.030	-.009
11	レビー小体型認知症の診断	-.018	.960	.013	-.107	.009	.004	-.004	-.024
12	前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断	.052	.875	-.033	-.141	.041	.009	.022	-.016
16	随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下 でも可)	.798	.025	-.032	.151	-.022	-.001	-.001	.016
17	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下 でも可)	.984	-.003	-.028	-.006	.009	.007	-.035	-.009
18	随伴する興奮や徘徊に対する通院治療(精神科との連携下 でも可)	.987	-.008	.021	-.030	.029	-.021	-.022	-.012
19	せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	.916	.012	.038	-.051	.003	-.002	-.013	-.009
21	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	-.018	-.026	.032	.042	.264	.014	.713	-.199
22	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入 院を含む)	-.021	.003	.054	-.002	.069	-.094	.621	.176
24	往診・訪問診療による身体疾患の治療	-.075	-.024	.880	.124	-.045	-.103	.009	.009
25	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科 との連携下でも可)	.137	.042	.743	-.093	-.076	.053	.056	.011
26	往診による施設(グループホーム、介護老人福祉施設など) での診療	.013	.046	.566	-.167	.051	.177	.032	-.049
27	往診・訪問診療による終末期医療	-.031	-.044	.816	.082	.037	.002	-.051	.056
28	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治 療	.006	.037	.015	-.005	.851	-.015	-.077	.086

30	入院による終末期医療	.017	-.019	-.037	.000	.840	.015	-.070	.011
32	合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)	-.048	.035	.032	-.012	.557	-.050	-.108	.400
33	周辺症状(精神症状・行動障害)と身体疾患の併存例に対する入院治療	.038	-.017	-.043	.007	.646	.019	.318	-.108
34	虐待事例の緊急医療	.026	-.010	.002	-.040	.136	.075	.316	.277
35	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	-.065	-.012	.014	.007	-.125	.007	.827	-.069
36	精神科救急システムと連携した緊急事例対応	.050	.040	-.091	-.008	-.219	-.010	.596	.380
37	一般救急システムと連携した緊急事例の対応	-.006	-.059	.031	.049	.104	.060	.044	.590
42	行政が関わっている事例の診断・助言	.088	.097	-.001	-.011	-.002	.432	.082	.130
48	介護支援専門員への助言または連携	-.030	-.024	.007	.086	.001	.878	-.054	.010
49	地域包括支援センター職員への助言または連携	-.072	-.002	-.023	.076	-.015	.932	-.032	.020
50	グループホーム等施設職員への助言・指導	.066	-.012	.071	-.100	.003	.748	.009	-.020

Cronbach α	0.959	0.928	0.846	0.825	0.822	0.866	0.734	0.616
-------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

厚生労働省科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

（分担）研究報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

（H22 一認知症一 一般—005）

研究分担者 小長谷陽子 認知症介護研究・研修大府センター 研究部長

研究要旨：全国の地域包括支援センターで行われている、認知症高齢者に関する相談業務の実態と相談の背景・内容等を明らかにするため、4,677 か所に調査票を送付し、2,448 か所から回答を得た。運営主体は委託が最も多く、委託先では社会福祉法人が最も多かった。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種の職員数は概ね常勤が各1人であった。総合相談支援件数は月平均で100件以上150件未満が最も多く、総合相談全体に占める認知症に関する相談の割合は2~3割が最も多く、相談者では介護家族・同居家族が最も多かった。相談内容は、本人に関しては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く、介護家族に関しては、本人への対応の仕方がわからないことであった。職員が認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）が最も多かった。職員の研修に関しては、半数以上の事業所で必要に応じて職場内研修を行っていた。今後、必要な研修としては、家族支援に関する知識やスキルが最も多く、次いで認知症に対する理解や最新情報であった。

A. 研究目的

高齢者が、住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を送ることができるように、さまざまなサービスを提供するための「地域包括支援センター」が2006年に全国に設置された。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種が、チームとして地域包括支援ネットワークを構築する。その業務は介護予防のケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントなど多岐にわたっている。

現在の地域包括支援センターにおける業務は、新予防給付に関する介護予防ケアマネジメントが中心になりがちであり、認知症高齢者に関連する総合相談業務は不十分であるとされているが、実態は明らかではない。本研究の目的は、設置から4年が経過した、全国の地域包括支援センターの総合相談業務、特に認知症に関わる相談業務の実態を把握し、相談の背景・原因を明らかにし、よ

りよい相談対応に向けた改善策を探ることである。さらに、職員等が認知症に関わる相談に適切に対応できるようになるための、今後の研修や教育に関する基礎的データを収集することである。

B. 研究方法

上記目的のための調査票を作成し、アンケートを行った。アンケート内容は、地域包括支援センターの属性、総合相談支援、特に認知症の相談に関する項目、相談に対応するための研修・勉強の内容と課題等である。

C. 研究結果

平成 22 年 9 月末時点での WAMNET で検索した、全国の地域包括支援センター 4,677 か所に調査票を郵送し、回答を求めた。調査期間は平成 22 年 11 月 16 日から 12 月末日までであった。

2,448 か所から、返信があり、52.3%の有効回答を得た。

都道府県別の回収率では愛知県が最も高く 77.2%、次いで岐阜県 76.1%、秋田県 71.7%であった。

地域包括支援センターの運営主体は、市町村(広域連合を含む)の直営が 32.6%、委託が 67.3%であった。委託先では、社会福祉法人が最も多く 36.2%、次いで社会福祉協議会 12.7%、医療法人 11.2%であった(表 1)。

地域包括支援センターの職員は原則として、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の 3 職種であり、それぞれ常勤が 1 人という事業所が最も多かった(表 2)。一方で、16.6%の事業所では、常勤の保健師が 2 人、19.2%の事業所では常勤の社会福祉士が 2 人であった。1 か所の地域包括支援センターにおける平均人数に関しては、主任ケアマネ(常勤)、保健師・看護師等(常勤)、社会福祉士(常勤)でそれぞれ、1.14 人、1.52 人、1.40 人であり、非常勤はそれぞれ 0.29 人、0.73 人、0.47 人であった。

認知症の相談業務を専門に行う担当者の配置については、いると回答したのは、194 か所(7.9%)のみであり、認知症連携担当者、認知症コーディネータ、認知症専門相談員などの名称であった。また、調査時点で、認知症対応型強化地域包括支援センターに指定されていたのは、41 か所のみであり、今後指定される予定は 8 か所であった。

管轄地域の 65 歳以上の人口は、5,000 人以下が最も多く 10.9%、次いで 4,000 人以下(9.6%)、15,000 人以下(9.5%)であった。全体の平均人数は 10,339 人であった。高齢化率は、20%以上 22%未満が最も多く 13.4%、次いで 22%以上 24%未満(12.7%)、18%以上 20%未満および 30%以上 35%未満(11.5%)であった。全体の平均値は 24.9%であった。

平成 22 年度上半期（4 月から 9 月まで）の総合相談支援件数は、月平均で 100 件以上 150 件未満が最も多く 13.0%、次いで 30 件以上 50 件未満（11.7%）、50 件以上 70 件未満（9.8%）であった。全体の平均値は 153.9 件であった。また、この件数が平成 21 年度の平均値に比べて増えているとした事業所は 65.2%、変わらないとしたところは 24.3%であり、両者を合わせると 9 割近くであった。

総合相談全体に占める、認知症に関する相談の割合は 2~3 割が最も多く 48.8% であり、次いで 1 割以下が 24.8%、4~6 割が 17.4%であった。また、この割合が、前年度より高くなったとした事業所は 49.8%、変わらないが 40.8%であった。

認知症に関する相談の相談者は、介護家族・同居家族が最も多く 92.5%、次いで民生委員（66.1%）、介護していない・同居していない家族（63.1%）、であった。その他、居宅介護事業者（22.4%）、近隣住民（15.9%）、病院・診療所（11.1%）などが上位であった。相談内容は、本人に関する相談としては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く 72.4%、次いで医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）（63.4%）、日常生活に関するトラブル（ゴミ出し、火の始末など）（48.9%）、疑わしい症状がみられるので医療機関を受診したい（48.7%）であった。介護家族に関する相談は、本人への対応の仕方がわからない（46.2%）、認知症に関する知識（病気の経過、予後など）（29.0%）、介護家族への支援（家族の心身の健康管理など）（27.4%）であった。

地域包括支援センターの職員が、認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）が最も多く（65.3%）、次いで日常的な金銭・財産管理の問題（銀行や商店などで）（51.8%）、日常生活に関するトラブル（ゴミ出し、火の始末など）（37.9%）、介護者などに対する暴力・暴言（36.3%）などであった。また、対応が困難であった理由では、対象者が独居で家族がいらないが最も多く 81.5%、次いで家族内にキーパーソンがいらない（配偶者も認知症あるいは心身の疾患がある、家族内に精神疾患や障害者がいて介護が必要など）（79.9%）、家族内の課題、経済的な理由（72.4%）、家族が認知症について理解が不十分である（62.7%）などであった。

認知症に関する相談に対応するための地域包括支援センター職員の研修に関しては、9.8%の事業所では定期的に、また 53.3%の事業所では必要に応じて職場内研修を行っていたが、34.6%では行っていなかった。職場内研修を行っている事業所での研修の頻度は、1 か月に 1 回程度が最も多く 32.0%、次いで 6 か月に 1 回程度（16.2%）、2 か月に 1 回程度（14.5%）であった。職場内研修以外では、外部での講演会や研修会に出席するが最も多く 95.5%、次いで国や行政からの情報（通達など）（57.4%）、個人的に本やインターネットで勉強（52.1%）であった。

地域包括支援センターの運営主体と、職場内研修との関連について、市町村直営の事業所で、内部研修をしていないところが多く（47.9%）、定期的な職場内研修の割合が低かった（4.8%）。運営主体が委託の場合は一定の傾向はなかった（表3）。

また、職場内研修以外の研修や学習との関連については、財団法人委託の事業所で、職場に講師を招いて勉強会の割合が高かったが、それ以外は一定の傾向はなかった（表4）。

外部の研修に参加していない場合の理由では、業務が多忙で時間が取れないが最も多く 66.7%、次いで参加したい内容がない、自主的参加とされているので、時間的・経済的に困難がそれぞれ 24.2%であった。

今後、必要な研修内容では、家族支援に関する知識やスキルが最も多く 69.3%、次いで認知症に対する理解や最新情報（56.5%）、若年性認知症およびその支援・社会制度（56.3%）、認知症介護における地域医療との連携（56.2%）、高齢者虐待や権利擁護およびその対策（53.3%）などであった。

D. 考察

地域包括支援センターからは、予測より多い 52.3%の回答を得た。認知症に関する相談業務はかなり行われており、このような調査に対する関心度が高いことをうかがわせる。しかし、回収率が 80%近くあった地域もあれば、30%以下の地域もあり、都道府県によるばらつきがみられた。

運営主体については、3分の1は市町村（広域連合含む）の直営であったが、3分の2は委託であり、なかでも社会福祉法人への委託が最も多く、介護福祉事業者との協力関係が示唆された。

地域包括支援センターの職員の3職種については、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士のそれぞれの常勤が1人という事業所が最も多く、16.6%の事業所では、常勤の保健師が2人、19.2%の事業所では常勤の社会福祉士が2人と手厚い人員配置であった。その一方で、常勤の主任ケアマネや社会福祉士がないところが4.4~5%あり、20か所に1か所と高率であった。1か所の地域包括支援センターにおける平均人数に関しては、常勤の人数が多く、非常勤は少なかった。愛知県医師会が平成19年に県内の地域包括支援センターを対象に調査した結果では、主任ケアマネ（常勤）、保健師・看護師等（常勤）、社会福祉士（常勤）の平均人数はそれぞれ、1.15人、1.31人、1.41人であり、非常勤はそれぞれ0.13人、0.16人、0.2人であったのに比べて、常勤、非常勤ともに増加しており、さまざまなサービスの需要増加に対応するため、人員を増加させ、態勢を強化したと考えられる。

1か所のセンターが担当する地域の高齢者数の平均値は、1万人以上であり、

愛知県医師会の調査の 7,874 人に比べても多い数である。地域包括支援センターは、高齢者人口が 3,000 人から 6,000 人である地域に 1 か所が適切であるといわれていることから考えても、まだまだ数が足りないといわざるを得ない。また、担当地域の平均高齢化率は、内閣府の平成 22 年度高齢社会白書の 22.7% に比べて高くなっている。今後、高齢化率がさらに高くなると推測されており、地域包括支援センターの役割りが重要となる。

総合相談件数は 1 カ月平均で、100 件以上 150 件未満が最も多く、全体の平均値は 153.9 件であった。また、前年度と変わらないか増加している事業所が 9 割近くであった。総合相談全体に占める、認知症に関する相談の割合は 2~3 割が最も多く 48.8% であり、この割合が、前年度と変わらないか高くなったとした事業所は 9 割以上であった。高齢社会の進展と認知症の数の増加を考えれば、この傾向は今後も続いていくと推測される。しかし、現状では、介護予防ケアマネジメントなど他の業務が大きな負担となっており、地域包括支援センターの業務全体に占める総合相談の割合は比較的低いとされる。きめ細かい対応をするためには、管轄地域の範囲や職員配置の見直しの検討が必要である。

認知症に関する相談の相談者は、介護家族・同居家族が最も多く 9 割以上であり、介護家族の負担が大きいことをうかがわせる。また、民生委員や居宅介護事業者、近隣住民からの相談も少なからずあり、地域での認知症への理解や協力が進んできた可能性もある。相談内容については、本人に関する相談としては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く、疑わしい症状がみられるので医療機関を受診したいという相談も半数近く見られた。医療機関や介護サービスにつなぐという、地域包括支援センター本来の、入口としての役割を果たしているといえる。医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）や日常生活に関するトラブル（ゴミ出し、火の始末など）なども多く、介護家族や近隣住民との係わりのなかで果たす役割と考えられる。職員が、認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）が最も多く、次いで日常的な金銭・財産管理の問題（銀行や商店などで）、日常生活に関するトラブル（ゴミ出し、火の始末など）、介護者などに対する暴力・暴言などさまざまなトラブルについてであった。これらのトラブルは、対象者、相談者の個別的な条件などに帰因することが多く、また対応にも個別性が必要となるため、時間もかかり、必ずしもよい結果が得られない場合があると考えられる。

認知症に関する相談に対応するための地域包括支援センター職員の研修に関しては、半数以上の事業所で、必要に応じて職場内研修を行っていたが、約 3 分の 1 の事業所では行っていなかった。研修の頻度は、1 か月に 1 回程度が最も多く、約 3 分の 1 であり、6 カ月あるいは 2 か月に 1 回程度が十数%であった。

すなわち、内部研修を行っている事業所のうち、約3分の2では、少なくとも半年に1回程度行っていた。職場内研修以外では、ほとんどの事業所で、外部での講演会や研修会に出席しており、国や行政からの情報（通達など）を得たり、個人的に本やインターネットで勉強することなども半数以上で行われていた。これらの頻度に関して、運営主体との関連性は少なかった。

外部の研修に参加していない事業所はわずかであったが、その理由としては、業務が多忙で時間が取れないことが最も多かった。

今後、必要な研修内容では、家族支援に関する知識やスキル、認知症に対する理解や最新情報、若年性認知症およびその支援・社会制度、認知症介護における地域医療との連携、高齢者虐待や権利擁護およびその対策などが50%以上であり、幅広い情報や知識が求められていることがわかった。

E. 結論

設置から4年が経過した地域包括支援センターにおける、認知症に関する相談業務の実態とその背景・原因を明らかにし、課題や改善策を探るためのアンケート調査を行い、52.3%の回答を得た。認知症に関する相談業務は少なからずあったが、対応に困難な相談も多かった。相談に係わる研修や学習は職場外研修を中心として行われており、職員は今後とも幅広い知識や情報を求めていると考えられた。

F. 研究発表

I. 論文発表：

- 1) 森 明子、小長谷陽子、齊藤千晶、中村昭範：「いきいきリハビリ」・「にこにこリハ」．現場向け特集「ユニークな活動、人気の活動」．認知症ケア最前線 30：12-19, 2011
- 2) 小長谷陽子：若年性認知症総論．現場向け特集「若年性認知症」．認知症ケア最前線 29：24-29, 2011
- 3) 小長谷陽子：若年性認知症の実態と支援対策．老年問題研究 25：42-46, 2011
- 4) 伊藤美智予、鈴木亮子、尾之内直美、湯原悦子、旭多貴子、小長谷陽子：認知症の人の買い物に関する実態調査—A県における「家族・専門職」と「店舗従業員」を対象とする2つの調査を通して— 日本認知症ケア学会誌 10(3):325-338, 2011
- 5) 小長谷陽子、森 明子：パーソン・センタード・ケア．特集「認知症ケアの取り組み —エビデンスを基に—」 Aging & Health 20 (2): 10-14, 2011
- 6) 小長谷陽子：企業における若年性認知症の実態と支援への課題．職リハネットワーク 68：9-14 2011
- 7) 小長谷陽子、森 明子：認知症の非薬物療法および若年性認知症の就労リハビリテーション．特集「認知症リハビリテーションのEBM」．総合リハビリテーション 39 (5)：435-440 2011

8) Kanoh M, Oida Y, Nomura Y, Araki A, Konagaya Y, Ihara K, Shimizu T, Kimura K, Miyake N, Shirouzu H: Examination of Practicability of Robot Assisted Activity Program using Communication Robot for Elderly People. J Robotics and Mechatronics, Vol. 23, No. 1:3-12, 2011

II 学会発表：

- 1) 小長谷陽子、渡邊智之、柳務：愛知県における若年性認知症の就業、日常生活動作および介護保険利用状況. 第52回日本神経学会学術大会. 2011. 5. 18～20 名古屋
- 2) 中村昭範、齊藤千晶、長屋政博、井上豊子、小長谷陽子：非言語性コミュニケーションシグナルを積極的に用いた認知症のリハビリテーション. 第52回日本神経学会学術大会. 2011. 5. 18～20 名古屋
- 3) 鈴木亮子、小長谷陽子：若年性認知症コールセンターの実態 第2報 —認知症介護研究・研修大府センターに設置された電話相談の結果から— 第12回日本認知症ケア学会. 2011.9. 24, 25 横浜
- 4) 齊藤千晶、中村昭範、長屋政博、井上豊子、小長谷陽子：認知症高齢者への非言語性シグナルを用いたリハビリテーションプログラムの開発と評価 —認知症高齢者への「にこにこリハ」の実践と評価— 第12回日本認知症ケア学会. 2011.9. 24, 25 横浜
- 5) 伊藤篤史、塩島陽子、遠藤彩、北原彩奈、小長谷陽子：認知症高齢者に対する継続的な作業活動支援 —いきいき作業手帳の有用性の検討— 第12回日本認知症ケア学会. 2011.9. 24, 25 横浜
- 6) 渡邊智之、小長谷陽子：生活実態調査による地域在住高齢者の社会活動と食習慣との関連. 第70回日本公衆衛生学会 2011.10.19-21 秋田
- 7) Konagaya M, Sakai M, Konagaya Y, Yoshida M: Neuropathological changes of Clioquinol intoxication; subacute myelo-optico-neuropathy (SMON) 20th World Congress of Neurology Marrakesh, Morocco, November 12-17, 2011

表 1. 地域包括支援センターの運営主体

市町村（広域連合含む）の直営	797	32.6%
委託	1,647	67.3
社会福祉法人	886	36.2
社会福祉協議会	311	12.7
医療法人	273	11.2
社団法人	40	1.6
財団法人	46	1.9
株式会社	34	1.4
NPO 法人	18	0.7
その他	39	1.6
無記入	4	0.2
合計	2,448	100.0

表 2. 地域包括支援センターの職員

	0 人	1 人	2 人	3 人	4 人	5 人	6 人以上	平均値
主任ケアマネ （常勤）	5.0	76.5	10.3	1.9	0.5	0.2	0.3	1.14
（非常勤）	18.9	2.5	0.4	0.2	0.0	0.0	0.2	0.29
保健師等 （常勤）	2.1	67.1	16.6	5.4	2.5	0.9	1.7	1.52
（非常勤）	16.1	8.3	1.7	0.8	0.4	0.1	0.4	0.73
社会福祉士（常 勤）	4.4	62.1	19.2	5.2	1.6	0.4	0.8	1.40
（非常勤）	17.6	6.1	0.9	0.4	0.1	0.1	0.2	0.47
その他（常勤）	11.8	25.9	8.9	4.1	1.9	1.0	2.7	1.63
（非常勤）	12.3	17.3	4.2	2.3	1.0	0.5	1.3	1.35

*: 2,448 か所に対する%、無記入は除く

表 3. 地域包括支援センターの運営主体と職場内研修との関連

	対象数	定期的に 職場内研 修をする (%)	必要に応 じて職場 内研修を する(%)	職場内研 修はして いない (%)	無記入 (%)
市町村直営	797	4.8	45.5	47.9	1.8
委託	1,647	12.3	57.2	28.2	2.3
社会福祉法人	886	14.6	56.8	26.4	2.3
社会福祉協議会	311	6.1	57.6	34.7	1.6
医療法人	273	11.7	56.8	28.6	2.9
社団法人	40	15.0	52.5	32.5	0.0
財団法人	46	17.4	47.8	28.3	6.5
株式会社	34	17.6	64.7	14.7	2.9
NPO 法人	18	0.0	83.3	16.7	0.0
その他	39	5.1	64.1	28.2	2.6
無回答	4	25.0	25.0	25.0	25.0
合計	2,448	9.8	53.3	34.6	2.2

表 5. 今後必要な研修の内容

	実数	%
認知症に対する理解を深め、その最新の知識を知る	1,386	56.6
認知症の人への対応に関する知識	1,104	45.1
家族支援に関する知識やスキル	1,696	69.3
高齢者虐待や権利擁護およびその対策について	1,304	53.3
認知症の人を地域で支えるためのアセスメントと ケアプラン作成について	932	38.1
認知症介護における地域医療との連携について	1,375	56.2
認知症の人の社会参加・社会活動を支える 地域連携について	1,367	55.8
若年性認知症およびその支援・社会制度について	1,378	56.3
その他	43	1.8
無記入	43	1.8
合計	2,448	100.0

表 4. 地域包括支援センターの運営主体と職場内研修以外の研修・学習との関連

	対象数	職場内の事例検討会 (%)	個人的に本やインターネットで勉強 (%)	国や行政からの情報 (通達など) (%)	職場に講師を招いて勉強会 (%)	外部での講演会や研修会に出席 (%)	その他 (%)	外部の研修には参加していない (%)	無記入 (%)
市町村直営	797	40.2	55.0	58.2	14.8	94.7	3.5	1.9	0.5
委託	1,647	47.4	50.8	57.0	15.3	95.8	4.2	1.1	0.9
社会福祉法人	886	46.2	50.3	56.2	14.8	94.6	4.0	1.5	1.1
社会福祉協議会	311	43.1	48.6	51.8	16.4	98.1	4.2	0.6	0.3
医療法人	273	50.5	58.2	63.4	14.3	97.4	5.5	0.0	1.1
社団法人	40	52.5	45.0	55.0	15.0	97.5	2.5	0.0	0.0
財団法人	46	60.9	45.7	60.9	28.3	93.5	0.0	2.2	0.0
株式会社	34	50.0	47.1	61.8	8.8	91.2	0.0	5.9	0.0
NPO 法人	18	61.1	61.1	55.6	5.6	100.0	0.0	0.0	0.0
その他	39	59.0	35.9	64.1	20.5	97.4	12.8	0.0	0.0
無回答	4	50.0	50.0	50.0	25.0	100.0	0.0	0.0	0.0
合計	2,448	45.1	52.1	57.4	15.2	95.5	4.0	1.3	0.7

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

心理行動症状を有する患者のケア体制に関する研究に関する研究

研究分担者 服部 英幸

独立行政法人国立長寿医療研究センター 行動・心理療法部部長

研究要旨

認知症BPSD例の入院治療上の問題点として、症状把握の困難さ、合併身体症状の治療困難（手術など入院時の管理）が挙げられる。本研究では認知症入院治療を行っている施設における認知症医療の状況を調査し、認知症BPSDの入院治療を担っている精神科病院のBPSDおよび身体合併症治療の現状の分析をおこない、役割と課題を明らかにする。さらに共同研究を通し認知症BPSD入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。対象は愛知県知多半島地域にある認知症BPSD入院治療が可能な4施設（共和病院、大府病院、南知多病院、国立長寿医療研究センター）に入院中の認知症BPSD例およびケアスタッフとする。4施設において長寿医療センター認知症病棟にて開発・使用中の認知症BPSD患者看護記録を共同で使用し、その効果を評価する。今年度は従来の看護記録との比較を記録時間の短縮ができたかという点で評価した。また、実施前後でアンケート調査をおこない、職員の満足度を調査した。

研究協力者一覧

前田 潔 神戸学院大学
安藤三津子 共和病院
吉村敏巳 南知多病院
佐々木千佳子 国立長寿医療研究センター
伊藤弥生 大府病院

本研究では認知症BPSD入院治療を行っている精神科病院の現状を分析し、その結果をもとに、共同研究を通し認知症BPSD入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。平成23年度は以下の2つの研究を行った。

1. 精神科病院における認知症医療に関する全国調査
2. 知多地域における認知症入院治療可能な施設において、国立長寿医療研究センターで開発された認知症入院看護記録を共同で試用し、有用性を検証する

研究1

精神科病院における認知症医療に関する全国調査