

図 1 各参加者の歩行による消費カロリー

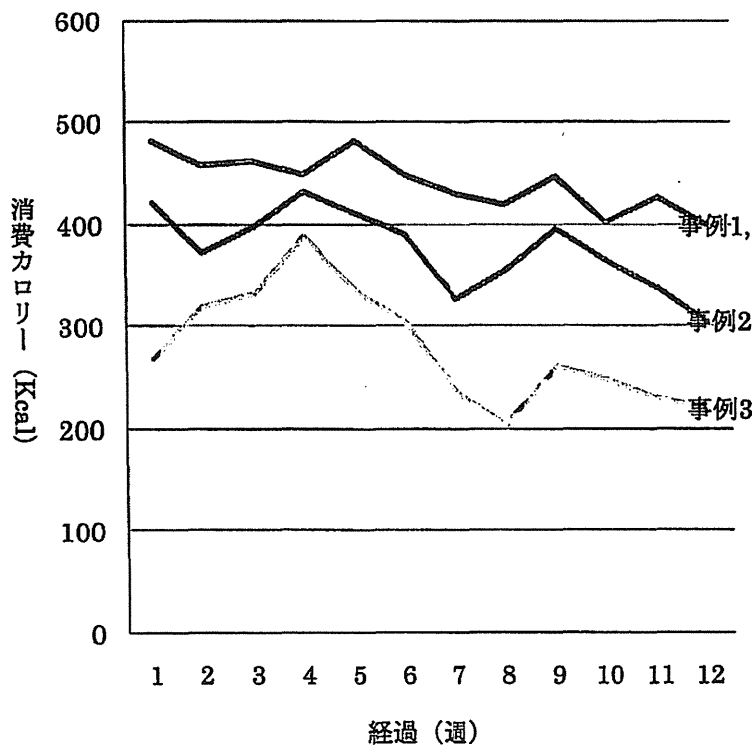


図 2 各参加者の生活活動による消費カロリー

2-5 考察

2-5-1 心のデイケアの効果について

本事業である心のデイケアに参加することで、被災された高齢者の抑うつや意欲、その他精神面での指標と身体面での指標がどのように変化するかを検討した。結果をみると、身体面の指標で一部悪化を示したもの（片足立ち、握力）があったものの、総じて改善傾向がみられていた。これは、本事業の目的が概ね達成することができたと考えられる。

悪化のみられた指標を詳しくみると、J-CPAT「行動」、片足立ち（左・右）、握力（左・右）の5項目であった。J-CPAT「行動」の内容は、「そわそわして興奮することがある」「やかましくて、他人の邪魔をする」等の行動障害について訊ねる内容である。これらは、得点上は悪化したように見えるが、実際は活動性の向上に伴い、単に得点が上昇した可能性がある。

身体面で得点が悪化したのは、バランス能力と筋力の指標であった。片足立ち（左）では、改善・維持4名、悪化2名であり、片足立ち（右）では、改善・維持1名、悪化5名であった。同様に、握力（左）では、改善・維持2名、悪化4名、握力（右）では、改善・維持1名、悪化5名という結果であった。考えられる悪化の理由としては、今回の心のデイケアにおけるプログラムでは、作業療法的なプログラムが多く、主に、活動の場を作ること、そのために社会的交流やコミュニケーション、意欲に対してアプローチすることが念頭にあったためと考えられる。そのため、筋力やバランス能力を強化するようなプログラムには重点が置かれていなかったといえる。当初は、全体的な活動性の向上がみられれば、基礎体力の向上もみられると考えていた。毎回のプログラムに筋力トレーニングやバランス訓練が入っているとそれらの指標も改善を示した可能性は考えられる。

2-5-2 家族の介護負担感の軽減について

介護負担感の指標として、本事業ではZBIを参加者の家族に実施した。介入前の得点は、21.17点であり、介入後は15.17点となった。ウィルコクソンの符号付順位和検定において、10%水準で有意な得点の低下がみられた。心のデイケアとともに月1回60分から90分、家族相談会を開催し、医師2名が家族からの相談を受けた。相談内容は、「日中テレビを見て、食べて寝るだけ。どうしたらいいか」、「震災後に同居を開始して、母親の行動にいらいらしてしまう。特に非常識な時間に近所の人に訪ねて行き、注意すると怒る」、「デイサービスに行きたがらない」、「母親は子どもの頃の記憶に戻っている。認知症の人との関わり方が分からない」「他の人と関わって迷惑をかけてしまう場合どうしたらよいか」などであった。それから、家族会が進むにつれ情報提供

を行ったり、心のデイケアを見学したり、あるいはデイサービスの紹介を受け、認知症のご本人が通い始めたりすることで、家族から「あまり干渉しないほうがいいのかな」「気にしないで働こうと思う」という発言が聞かれるようになった。ZBI の得点からみても、ご家族の発言内容からみても心のデイケアを中心とした本事業での取り組みは、高齢者を介護している家族の介護負担感の軽減について一定の効果が得られたと考えられる。

2-5-3 高齢者の居場所作りについて

本事業では、医療や介護保険のサービスにつながない高齢者に対して、毎週 1 回程度丁寧に個別訪問をし、関係を作っていくことで、心のデイケアに参加を促すことができた。心のデイケアに継続して参加できるようになると、デイサービスに通うことも容易になった。心のデイケアは、週 1 回 2 時間という短い時間ではあるものの、自宅（や居室）を中心に活動性が低下していた高齢者の居場所となりえたと考えられる。

また、プログラムでは、センター方式の書式を参考にしながら参加者個人の情報をできるだけ集め、個人の成育歴や趣味、嗜好に合わせたプログラムを作成した。もちろん、1 回のプログラムですべての参加者の好みに合わせた内容を提供できたわけではなかったが、できるだけ内容を盛り込めるようにした。たとえば、元教員の方には、歌の歌詞を白板に書いて頂き、読み上げてもらった。あるいは、お洒落が好きな方には、メイク・ボランティアにも協力を頂き、お化粧をして写真撮影も行なった。写真撮影前には、男性用のプログラムとして反射板を工作した。踊りが得意な方には、民謡「アイヤ」の衣装を借りてきて、衣装を着てみんなで踊ったりもした。

最後に、ほとんどの参加者に記憶力の低下がみられていたので、デジタルカメラを利用して記憶の補助とした。デジタルカメラなので、撮影した時にすぐに確認できること、パソコンと接続することですぐに印刷できること、プロジェクターに映写して全員でその日行なったことの鑑賞会ができること等、非常に有効にデジタルカメラを使用することができた。

以上のことから、閉じこもりがちな高齢者の居場所作りには、事前の訪問、丁寧な対応と個人個人への配慮はもちろんのこと、細かい情報収集と手間がかかったとしても参加者が望む活動を提供すること、また、記憶力の低下で気後れしてしまうことを防ぐためにデジタル機器を利用することが効果的であったと考えられた。

2-5-4 心のデイケアへの継続的な参加とドロップアウトについて

今回、心のデイケアへの参加者は全 9 名であった。全 15 回実施した心のデイケアに 8 回以上

継続的に参加できたのは6名であった。継続的な参加が困難だった3名のうち、2名は病気で入院をしたことが理由であった。1名は参加を嫌がり来なくなった方であった。

参加を拒否した方は、若年性アルツハイマー型認知症の男性Aで、一度心のデイケアに参加した後に「ここにはもう来たくない」、「自分は働きたいんだ」という意志表示をし、スタッフの個別訪問に対しても拒否傾向にあったため、介護者との話し合いにより今後の方向性を検討した。男性Aは、認知機能の低下により就業は困難であったが、元の職業を活かし、簡単な工作或や清掃活動は可能であるという情報を家族から得た。そこで、共同で研究を行なった施設内のデイサービスに「スタッフ」という名目で参加することとなった。男性Aの「働きたい」という言葉の中には、仕事を通して社会や家庭内で役割を持ちたいという気持ちがあったと考えられたため、実際の収入とはならないが、介護者からスタッフがお金を預かり、それを男性Aに「給与」として渡すことでモチベーションの維持を図り、奏功した。

これらのことから、認知症の方の支援として、本人から話を聞き、本人の状態をアセスメントするだけではなく、家族介護者と十分な話し合いを持つこと、そして、本人のできることに着目し、それを伸ばすような方向性でスタッフと家族が協力していくことが重要であると考えられた。

2-5-5 活動量測定について

歩行の活動量を見ると事例1と事例3では活動量計を使用することが歩行への動機づけとなり、一時的に活動量が増えることが確認された。デイケアでの活動時にデータのフィードバックを行なうことで動機づけを行なうことができると考えられる。

生活活動量については、デイケア実施期間の終盤になるにつれ3例とも低下していた。これは、心のデイケアの開始が夏からであったため、秋になり気温の低下とともに自宅内での活動性が低下してきたものと考えられる。また、3例とも1日の生活活動Ex量が少なく活動強度の少ない活動が主体の生活となっていることがうかがわれる。認知機能の保持、改善には活動強度と活動量を増やす事が有効とされる報告もあるなかで、今回の症例の間では歩行消費カロリーが大きい例ほどEx量も大きくなっていることから散歩など歩行機会を増やしていく取り組みはEx量を増やしていく上で有効と考えられる。また季節にとらわれない日常生活場面での活動強度を考慮した生活活動の定着を考えていくことも必要であると考えられた。

3 研究 (2) 陸前高田市での活動：高田病院における研修会

3-1 目的

陸前高田市の中核的病院である県立高田病院にて、認知症についての研修を行ない、被災地での認知症、うつ、寝たきりのケアの向上と巡回型心のデイケアの開催をはかる。

3-2 内容

大船渡市では、2012年7月から11月にかけて、東八幡平病院、旭神経内科リハビリテーション病院、典人会、勝久会で全15回の心のデイケアを開催し、15回終了後は、典人会が継続して行なっている。

陸前高田市では、心のデイケアの場所を確保できず、2012年度中に開始することが困難となった。そこで、県立高田病院周辺で心のデイケアを開始するために、高田病院の職員研修会を開始した。

高田病院では、震災後にうつ、寝たきり、認知症の入院患者が増加し、看護・ケアの負担が増加した。平成24年8月より、表13に掲げた研修会を5回行なった。研修会終了後もうつ、寝たきり、認知症となった入院患者の看護・ケアについての事例検討会を行なった。このような研修会と事例検討会を行なった結果、高田病院の看護・ケア職員にうつ、寝たきり、認知症患者に対応する看護・ケア及び心のデイケアの理解が増大してきた。

今後、高田病院の周辺地域での巡回型心のデイケアを開催する計画を実行する予定である。

表 13 高田病院で開催した研修会

回数	日付	タイトル
第1回	8月22日	認知症の診療
第2回	9月19日	認知症リハビリテーション
第3回	10月19日	当院回復期リハビリ病棟における認知症への対応、うつ病患者への対応
第4回	11月29日	入院時BPSD・せん妄の早期発見と対応及び外来での物忘れ、BPSDの早期発見
第5回	12月19日	廃用症候群における仮性認知症認知症患者のケア

4 総括と今後に向けて

本事業では、大船渡市での心のデイケア事業と陸前高田市での研修会を行なった。心のデイケア事業では、デイケアに参加することで抑うつ症状が改善し、認知症の周辺症状や複合動作能力の改善がみられ、介護ニーズの減少がみられた。また、継続的に参加すること、高齢者が集団内で役割を持つこと、役割を持った上で、それが成功体験となるように支援すること、介護家族に活動内容を伝え、サービス提供者と介護家族が協力しながら、個別支援を行なうことが重要であると考えられた。事業の意義としては、被災地において複数の組織が協力して事業を立ち上げたこと、新設されたサポートセンターの支援機能を発展させることができたこと、閉じこもりがちだった参加者を介護保険サービスにつなげていけたこと、高齢者の居場所ができたことにより、家族の介護負担の軽減につながったことなどが挙げられる。

陸前高田市での研修会では、地域で基幹となる病院に置いて、看護・ケアスタッフに認知症、うつ病などの知識と共に BPSD への対応や認知症リハビリテーションについて、伝えることができた。今後の取り組みに活かしていってもらいたい。

本事業の限界は、いくつか挙げられる。1 つは、対象者の評価を行なうに当たり、精神疾患や骨関節疾患等の合併症、関節等の痛みや精神機能に影響する服薬状況などの考慮が十分でなかったことである。被災地の仮設住宅を訪問して参加者に呼びかけるという方法であったため、最初から十分な情報を得ることは困難であった。したがって、情報が得られた時点で、情報を追加していったが、それで充分であったかどうかは検討の余地があった。

第 2 に、機材が十分に用意できなかったせいでもあるが、身体機能の評価である TUG の際に対象者の体格差の考慮が不十分で、全参加者に対して同じ椅子を使用したことが挙げられる。身長異なる方に同じ高さの椅子を使用したことで、結果に影響を及ぼした可能性が考えられる。

今後の取り組みでは、対象者の合併症や服薬状況を当初からしっかりと把握し、運動機能評価の際には、体格等の身体状態によって有利不利となる条件がないかを考えたうえで、調査および測定することを徹底したい。

心のデイケア事業への参加者は、うつ、寝たきり、認知症で自宅に閉じこもりがちになり、心のデイケア開催の呼びかけだけでは参加を表明しなかった。このような高齢者に対して、心のデイケアのスタッフが週 1~2 回の訪問をして、参加を促した。その結果、心のデイケアへの参加するようになった。参加者数は 1 回のみ参加者を含め全 9 名と少数であったが、心のデイケア終

了後にもほとんどの方が、介護保険サービスであるデイサービスに継続して参加するようになった。そのことから、本事業には大きな意義があったと考えられる。

閉じこもりがちであったり、認知症などの問題を抱えていた参加者に興味を持てるプログラムを準備し、実際に実施できたことで、デイケアの効果を高められたと考えられる。

週1回のデイケアがより効果的なものとなるように、活動量計を使用して、自宅での活動を増やせるように工夫を行なった。参加者の活動量は、活動量計を身に着けた直後は増加し、その後減少していった。このことは、スタッフによる声かけが足りなかったことと夏から秋にかけて活動量が自然と減少していったことが要因と考えられる。しかし、活動量計を身に着けることで、活動するモチベーションとなり、週1回のデイケアの効果を高めることにいくらかでも寄与したと考えられる。

現地では、震災後3年目を迎えて、うつ、認知症、寝たきり高齢者が増加し始めており、今後、本事業で取り組んだような、機材やスタッフを公民館などに出張して行なう巡回型デイケアを拡充していくことが必要である。さらには、日本全国に目を向けても、高齢化が急速に進行して、うつ、認知症、寝たきり高齢者が増加しているため、このような巡回型デイケアを開催する意義は今後ますます重要になると予想される。本事業における巡回型心のデイケア実施がモデルとなり、日本各地の過疎地区において、孤立しつつある閉じこもり、うつ病、認知症、寝たきり高齢者に対する巡回型心のデイケアが実施されるようになることが望まれる。

5 引用・参考文献

- 1) 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 Neuroscience*, 51(5): 281-287, 1997.
- 2) 荒井由美子: Zarit 介護負担スケール日本語版の応用. *医学のあゆみ*, 186(13): 930-931, 1998.
- 3) 荒井由美子: 家族介護者の介護負担. *医療*, 56(10): 601-605, 2002.
- 4) 服部孝道, 旭俊臣: 松戸市における認知症、寝たきり高齢者の実態調査と早期対応の研究. 厚生労働省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業総合研究報告書, 2008.
- 5) 兵庫県警察本部, 1999年5月5日
- 6) 兵庫県ホームページ: 「兵庫県における自殺者数の状況」
<http://web.pref.hyogo.lg.jp/hw35/documents/000103851.pdf>
- 7) 「いつどこ」ネット <http://itsu-doko.net/>
- 8) 鐘ヶ江寿美子, 市丸徳美, 千々岩 親幸, FLEMING Richard, 小泉 俊三: 日本語版 Care Planning Assessment Tool の作成と信頼性・妥当性の検討. *日本老年医学会雑誌*, 45(3): 323-329, 2008.
- 9) 加藤元一郎: 標準注意検査法 (CAT) と標準意欲評価法 (CAS) の開発とその経過. *高次脳機能研究*, 26(3): 310-319, 2006.
- 10) 警察庁: 「東日本大震災について 被害状況と警察措置」(プレスリリース), 2013年2月6日 <http://www.npa.go.jp/archive/keibi/biki/index.htm>
- 11) 神戸新聞, 2012年1月14日
- 12) Niino, N., Imaizumi, T., & Kawakami, N.: A Japanese Translation of the Geriatric Depression Scale. *Clinical Gerontologist*, 10 (3): 85-87, 1991.
- 13) 新野直明, 瀬古知永子, 川上憲人, 今泉寿明: 日本語版 Geriatric Depression Scale (GDS) の信頼性と妥当性. *日本公衆衛生学会総会抄録集*, 55(3): 445, 1996.
- 14) 認知症介護研究研修東京センター: 「認知症の人のためのケアマネジメント センター方式の使い方・活かし方」 2011.
- 15) 大船渡市役所ホームページ: 「東日本大震災による被害状況等について」
<http://www.city.ofunato.iwate.jp/www/contents/1303015440244/html/common/other/51150b50003.pdf>

- 16) 大船渡市役所ホームページ：「高齢者等サポート拠点（サポートセンター）の設置について」（定例記者会見資料），2012年6月14日
<http://www.city.ofunato.iwate.jp/www/contents/1324456477247/html/common/other/510b3fbc142.pdf>
- 17) Podsiadlo D, Richardson S: The timed "Up and Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *The Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2): 142-148, 1991.
- 18) Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention*. 165-173, NY: The Haworth Press, 1986.
- 19) 杉下守弘, 朝田隆：高齢者用うつ尺度短縮版・日本版（Geriatric Depression Scale-Short Version・Japanese, GDS-S-J）の作成について. *認知神経科学*, 11(1): 87-90, 2009.
- 20) 東海新報, 2012年8月12日
- 21) 内出幸美, 大久保祐次, 市丸徳美, 村川浩一（監修）, 鐘ヶ江寿美子（編）, リチャード・フレミング（編）：目でわかる認知症ケアのトータルマネジメント 日本語版 CPAT. 厚生科学研究所, 2011.
- 22) 矢富直美：日本老人における老人用うつスケール（GDS）短縮版の因子構造と項目特性の検討. *老年社会科学*, 16(1): 29-36, 1994.
- 23) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17: 37-49, 1983.
- 24) 全国老人保健施設協会：モバイルデイケア（巡回型通所リハビリテーション）の試行的事業に係る調査報告書. 平成17年度 老人保健事業推進費等国庫補助事業, 2006.
- 25) 全国老人保健施設協会：巡回型通所リハビリテーション事業報告書. 社会福祉振興助成事業, 2012.
- 26) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist*, 20(6): 649-655, 1980.

6 資料

評価表

(1) J-CPAT (Japan Care Planning Assessment Tool)

※出版されているもののため省略致します。

「鐘ヶ江寿美子, 市丸徳美, 千々岩 親幸, FLEMING Richard, 小泉 俊三: 日本語版 Care Planning Assessment Tool の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 45(3): 323-329, 2008.」

「内出幸美, 大久保祐次, 市丸徳美, 村川浩一 (監修), 鐘ヶ江寿美子 (編), リチャード・フレミング (編): 目でわかる認知症ケアのトータルマネジメント 日本語版 CPAT. 厚生科学研究所, 2011.」

をご覧下さい。

(2) GDS (Geriatric Depression Scale)

Geriatric Depression Scale (簡易版)

氏 名： _____ 様
検査日： 年 月 日 曜日 _____
生年月日： 年 月 日 (歳) _____

次の質問を読み、この一週間のあなたの気持ちに最もよく当てはまるものを選んで下さい。

	項 目	回 答	得点
1	自分の生活に満足していますか	は い いいえ	
2	これまでやってきた事や興味があった事の多くを、最近やめてしまいましたか	は い いいえ	
3	自分の人生は空しいものと感じますか	は い いいえ	
4	退屈と感ずることがありますか	は い いいえ	
5	ふだんは気分の良いほうですか	は い いいえ	
6	自分に何か悪いことが起こるかもしれないという不安がありますか	は い いいえ	
7	あなたはいつも幸せと感じていますか	は い いいえ	
8	自分が無力と感ずることがよくありますか	は い いいえ	
9	外に出て新しい物事をするより、家の中にいるほうが好きですか	は い いいえ	
10	他の人に比べ記憶力がおちたと感ずますか	は い いいえ	
11	いま生きていることは、素晴らしいことと思えますか	は い いいえ	
12	自分の現在の状態はまったく価値のないものと感じますか	は い いいえ	
13	自分は活力が満ち溢れていると感じますか	は い いいえ	
14	今の自分の状況は希望のないものと感じますか	は い いいえ	
15	他の人はあなたより恵まれた生活をしていると思えますか	は い いいえ	
6~10：軽度抑うつ 11~15：重度抑うつ		合計：	

(3) CAS 標準意欲評価法 (Clinical Assessment for Spontaneity)

※出版されているもののため省略致します。

「加藤元一郎：標準注意検査法 (CAT) と標準意欲評価法 (CAS) の開発とその経過. 高次脳機能研究, 26(3): 310-319, 2006.」をご覧下さい。

(4) 日本語版 Zarit 介護負担尺度

ZBI (Zarit Caregiver Burden Interview)

氏名: _____ 様 (続柄: / 歳)・評価対象者: _____ 様

検査日: _____ / _____ / _____

評価者: _____

※ 評価期間…ここ最近

	なし	まれに	ときどき	しばしば	ほぼ常に	スコア
1. 患者さんは必要以上の介護を求めてくるように思いますか?	0	1	2	3	4	p
2. 患者さんと一緒にいる時間が多すぎて、あなた自身の時間がないと思いますか?	0	1	2	3	4	r
3. 患者さんの介護と、他の家族や仕事のこととの間で、ストレスを感じますか?	0	1	2	3	4	r
4. 患者さんの行動に困ってしまうと思いますか?	0	1	2	3	4	p
5. 患者さんと一緒にいるときに腹が立つことがありますか?	0	1	2	3	4	p
6. 患者さんがいるために、他の家族や友達との関係が悪くなっていると思いますか?	0	1	2	3	4	r
7. 患者さんが将来どうなるのか心配に思いますか?	0	1	2	3	4	
8. 患者さんはあなたに依存していると思いますか?	0	1	2	3	4	p
9. 患者さんと一緒にいる時に緊張することがありますか?	0	1	2	3	4	p
10. 患者さんのせいで、あなたの健康状態が悪くなっていると思いますか?	0	1	2	3	4	
11. 患者さんのせいで、十分なプライバシーが保てないと思いますか?	0	1	2	3	4	r
12. 患者さんの介護をしている為に、あなたの社会生活が損なわれているように思いますか?	0	1	2	3	4	r
13. 患者さんのせいで、気楽に他の人に家に来てもらうことが出来ないと思いますか?	0	1	2	3	4	r
14. 患者さんは、あなたしか頼れる人がいないかのように介護してもらうことを望んでいるように思いますか?	0	1	2	3	4	p
15. 患者さんを介護するための十分なお金がないと思いますか?	0	1	2	3	4	
16. これ以上介護し続けることは不可能であると思いますか?	0	1	2	3	4	p
17. 患者さんが病気になったせいで、あなたの人生が狂わされていると思いますか?	0	1	2	3	4	p
18. 誰か他の人に患者さんの介護をゆだねることが出来たらなあ、と思いますか?	0	1	2	3	4	p
19. 患者さんのために何をしてあげればいいのか分からなくなることがありますか?	0	1	2	3	4	p
20. 患者さんのためにもっとしてあげなくてはいけない、と思いますか?	0	1	2	3	4	p
21. 患者さんの介護をもっと上手に出来たらなあ、と思いますか?	0	1	2	3	4	p
22. 全体的に、患者さんの介護をどの程度重荷に思いますか? (0=なし・1=少し・2=中程度・3=かなり・4=非常に)	0	1	2	3	4	
総合スコア (0-88)						
p : personal strain factor (0-48)						
r : role strain factor (0-24)						

(5) 情報シート

記載日：2012年 月 日

心のデイケア 情報シート

<基本情報>

氏名		年齢	歳	性別	男 / 女
生年月日	年 月 日	緊急連絡先			
住所					
合併症	高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腰の疾患 ・ 膝の疾患 ・ 脳血管障害 その他 ()				

<仮設住宅へ入所後の生活障害>

ADL・IADL状況					
[食事]					
買い物	自立	見守り	声かけ	介助 ()	しない
調理	自立	見守り	声かけ	介助 ()	しない
摂食	自立	見守り	声かけ	介助 ()	
嚥下障害	有	無			
[排泄]					
トイレ	ポータブルトイレ	/	リハビリパンツ	オムツ	パット
	自立	見守り	声かけ	介助 ()	
失禁	有	無			
尿便意	有	無			
[移動]					
歩行	杖	歩行器	車椅子		
	自立	見守り	声かけ	介助 ()	
転倒	有	無			
[更衣]					
更衣動作	自立	見守り	声かけ	介助 ()	
衣類の選択	自立	見守り	声かけ	介助 ()	
更衣の順番	自立	見守り	声かけ	介助 ()	
[入浴]	自立	見守り	声かけ	介助 ()	
特記事項					

<介護上の問題点>

介護者の有無	有	無
--------	---	---

介護負担感の評価

	介入前	介入後
ZBI	/88点	/88点
Personal Strain Factor	/48点	/48点
Role Strain Factor	/24点	/24点

<介入前後の評価>

孤立、閉じこもりの評価

	介入前	介入後
CPAT「社会的交流」	/30点 (%)	/30点 (%)

認知症評価

	介入前	介入後
CPAT「記憶・見当識」	/24点 (%)	/24点 (%)

抑うつ評価

	介入前	介入後
GDS15	/15点	/15点

意欲の評価

	介入前	介入後
CAS	/60点 (%)	/60点 (%)

身体機能評価

	介入前	介入後
Timed Up & Go Test	秒	秒
ファンクショナル・リーチ	Cm	Cm
開眼片足立ち	秒	秒
落下棒テスト	Cm	Cm
握力	Kg	Kg

※加えて、センター方式の様式「A-4 基本情報（私の支援マップシート）」「B-1 暮らしの情報（私の家族シート）」「C-1-2 心身の情報（私の姿と気持ちシート）」を使用しました。

(6) 心のデイケア新聞 (例)

「おたけ付」心のデイケア新聞
 第10号 (2007年11月22日発行)

- ◆今日のプログラム◆
- ・血圧・身長・体重測定。
 - ・ラジオ体操。
 - ・レクリエーション。
 - ・カメラ撮影。
 - (オリンピック・ジェスチャーゲーム、夏の遠想ゲーム)。
 - ・日記作成。



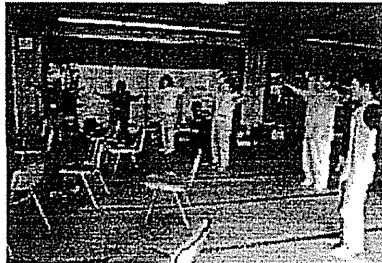
▲身長測定。



▲オリンピック・ジェスチャーゲーム。



▲日記作成。



▲ラジオ体操。

今日はスタッフを含め15名の参加でした。予定していたお散歩はどんより曇り空のため中止し、室内でのレクリエーションを行いました。

ラジオ体操をして少し体を動かしたあと、2つのチームに分かれてゲームを行いました。オリンピック・ジェスチャーゲームでは、やり投げやハードル、アーチェリーなど、競技の真似をして何の競技かをみんなで見当てました。“夏と聞いて遠想するものは?”という遠想ゲームでは、「けんか七夕」「藍の七夕」など地元ならではの言葉が飛び交いました。来月はお盆のためお休みですが、暑さにはげずにまた再来週楽しい時間を過ごしましょう!次回こそ、お散歩と一緒にいきたいです。

心のデイケア 8月26日(水)発行
 編集長 山崎あけみ

(7) 個人評価表

心のデイケア個人評価表

年 月 日 () 第 回

デイケア中の様子：0…悪い 1…あまりよくない 2…良い 3…とても良い

対象者氏名 ()	体調		表情		意欲		交流	
	本人が話したこと							
	考察							
対象者氏名 ()	体調		表情		意欲		交流	
	本人が話したこと							
	考察							
対象者氏名 ()	体調		表情		意欲		交流	
	本人が話したこと・							
	考察							
対象者氏名 ()	体調		表情		意欲		交流	
	本人が話したこと							
	考察							
対象者氏名 ()	体調		表情		意欲		交流	
	本人が話したこと							
	考察							
対象者氏名 ()	体調		表情		意欲		交流	
	本人が話したこと							
	考察							

<謝辞>

本事業にご協力を頂きました、心のデイケア参加者の皆様、またご家族の方々、地域に住む方々に心から御礼申し上げます。そして、東八幡平病院、旭神経内科リハビリテーション病院、医療法人勝久会、社会福祉法人典人会の4施設のスタッフが、協力して一つの事業を立ち上げ、ここにご報告することができたことに深謝致します。このような取り組みが、被災地において少しでもお役に立つことができたならば幸いです。

本報告書は、「公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 在宅医療研究への助成」により作成されました。

第1章 地域リハビリテーションの実際と今後のあり方

C 千葉県における認知症高齢者への対応



1. 千葉県の概要

千葉県は高度成長期の1965年頃より人口が急増して、2009年には人口が620万人となり、高齢化率は18%で全国平均(23%)より低い。しかし、団塊の世代(1947~1949年生まれ)が高齢期を迎える2015年には、高齢化率が26%になると予想されており、埼玉県に次いで全国2番目の伸び率で高齢者数が急増すると考えられる。旭神経内科リハビリテーション病院の所在地である松戸市は、1990年は人口46万人で高齢化率は6.7%であったが、2010年には人口48万人で高齢化率20%となり、高齢者人口は32,000人から96,000人に急増している。2012年、厚生労働省より日本における認知症高齢者数は200万人から305万人と訂正された。そして、松戸市においても認知症高齢者は、2000年2,500人から2010年7,500人(要介護認定を受けた人数)に増えている。要介護認定を受けていない認知症高齢者を含めると、15,000人以上の認知症高齢者が在住していると考えられる。

千葉県の認知症高齢者は、2009年は7万人であり、今後、急増していくと予想される。認知症高齢者は、診療所、認知症専門医療機関(神経内科、精神科、脳神経外科、老年科等)、救急病院、リハビリテーション病院(病棟)、精神科病院などで診療を受けているが、このような医療現場では多くの問題が発生している。本稿では、千葉県および松戸市における、認知症高齢者の診療の現状と診療システム構築への取り組みを述べる。

a. 千葉認知症研究会

松戸市における認知症に関する地域活動は、1990年に行なわれた松戸市シルバー健康実態調査が発端である。この調査で、松戸市の人口は46万人、高齢化率6.7%、高齢者31,000人であり、認知症発現率は3.9%(1,200人)、重度別分類では、軽度認知症43%、中等度認知症25%、重度認知症32%であった。調査の10年後の2000年には、認知症高齢者は2,000人に達する見込みであったので、対策として地域ケアシステムの必要性が提唱された。

1994年には、著者らが、医師、看護師、保健師、臨床心理士、行政担当者に呼びかけて、数か月に1度、認知症に関する勉強会を行ってきた。1996年までの3年間、勉強会を続けた結果、認知症患者の長期在宅ケアを促進するためには、医療関係者と行政の連携だけでなく、福祉関係者、介護者との連携を進めることが必要となってきた。そこで、1997年に千葉県内の関係者に呼びかけて、千葉痴呆研究会(2006年、第10回研究会より千葉認知症研究会と改称)を立ち上げた。第1回の研究会には、千葉県下から200名近くの参加者があり、研究発表や講演会を行った。

認知症患者および家族から、医療・保健・福祉関係施設および行政への相談が急速に増えていくなかで、認知症の治療・ケア上の問題点も多く出現した。そこで、年に1回開催される研究会において、関心の高いテーマを取り上げてシンポジウムを行ない、会員の啓蒙活動として講演会を行った。2012年の研究会では参加者が500名になった。

b. 松戸市認知症研究会

2006年に松戸市医師会が中心となり、松戸市認知症研究会として発足し、研修会を行った。松戸市医師会は、研修会に参加した医師を「認知症協力医」と認定した。2009年には松戸市役所主催の研究会となり、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、認知症の人と家族の会、福祉施設関係者にも拡大されて、2か月に1度開催されるようになった。

その後、医師および看護・介護職への研修会や一般市民への講演会などを行った結果、認知症高齢者の診療に関する協力医や専門医、看護・介護職との連携が徐々にとられるようになった。また、一般市民への講演会などを通して、認知症高齢者への理解者となってもらう認知症サポーターの育成をはかった。その結果、2012年にはサポーターは9,500名になった。そのサポーターのうちの920名によって松戸市内に在住する認知症高齢者に対して見守り活動を行う「松戸市あんしんオレンジ隊」が発足した。サポーターの見守り活動により、徘徊中の認知症高齢者が、以前より早く

表1 アルツハイマー病の病期と症状および受診医療機関

病期	初期	中期	後期	終末期
症状	記憶障害(軽度) 同じことを何度も聞く 物の名前が出てこなくなる 置き忘れが多くなる 物事に対する関心が薄れる 閉じこもり	記憶障害(中等度) BPSD(妄想, 徘徊, 不穏, 暴言, 暴力)	記憶障害(重度) 歩行障害～転倒骨折 排尿障害 排便障害 言語障害	記憶障害(最重度) 寝たきり 嚥下障害～肺炎 脳血管障害 心筋梗塞 がん
受診医療機関	診療所(かかりつけ医) 認知症専門医(神経内科, 老年科, 脳外科, 精神科)	精神科 老人性認知症治療病棟	救急病院(整形外科) リハビリ病院	救急病院(内科) 診療所(かかりつけ医)

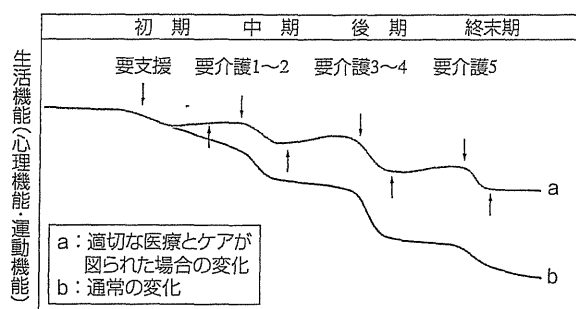


図1 アルツハイマー病の病期と生活機能変化

発見されるようになった。

e. 認知症リハビリテーション

最近、認知症リハビリテーションに関する関心が高まっているが、統一した定義がなされていない。リハビリテーションの現場では、認知症のリハは主として、次の2つに解釈されている。1つは、日常生活動作(ADL)障害に認知症を合併している場合、ADL改善のために理学療法、作業療法、言語療法などを行うことである。もう1つは、ADLが自立している認知症患者に対して、神経心理療法(回想法、音楽療法、認知療法等)を行うことである。

著者は、日本リハビリテーション病院・施設協会のリハビリテーションの定義に準じて、「認知症のリハビリテーションとは、認知症によって心理面の障害と身体機能障害のある人が、最良の心身の状況を獲得し、年齢や障害の段階に応じて、その地域に住む人々とあらゆる面で同水準の生活がなされるようにすることであり、リハビリテーション治療としては、神経心理療法、理学療法、作業療法、言語療法等を複合的に取り入れて行う療法である」と考えている¹⁾。

著者は、アルツハイマー病の病期と生活機能変化の状態像として、表1と図1のモデルを提唱している。認知症初期には、記憶障害が進行して、

意欲も低下してくるが、この時期に塩酸ドネペジルと通所リハを併用すると、単独に使用した場合よりも、生活機能の改善に効果的であることが発表されている²⁾。また、軽度から重度認知症高齢者に対して短期集中リハとして、記憶の訓練、ADLの訓練を個別に20分以上、週3回、3か月間行うと、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa's dementia scale-revised: HDS-R)の改善とともに認知症の行動心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)(例: 同じことを何度も聞く、昼夜逆転、暴言、介護拒否、無関心等)も改善することが発表され、2008年の介護報酬にも導入された。

さらに後期になると、歩行障害が進行して、転倒・骨折により救急病院へ入院することになり、ADLや認知機能が低下する³⁾。この時期にも、骨折の治療後にリハビリ病院へ転院してリハ治療を行うと、ADLの回復とともに認知機能も改善する。

終末期に肺炎、がん、心筋梗塞、脳卒中などを発症して救急病院に入院すると、寝たきりになったり、嚥下障害や認知機能の低下が生じたりするが、この時期でも、上記疾患が改善して退院後、終末期リハを行うことで、ADLや嚥下機能などが改善することがある。

d. 認知症の診療の現状と問題

認知症高齢者は病期により、診療所医師、認知症専門医療機関、救急病院、リハビリ病院、精神科病院で治療を受けるが、表2で示すような問題点を抱えている。当院は、認知症専門医療機関として認知症の外来診療と認知症高齢者に対するリハ治療を行っており、診療所からの紹介を含めて、年間約500人の新患認知症高齢者が受診している。そのなかで、BPSDが悪化したときには精神科病院への入院を、身体合併症を併発したときには救急病院へ入院を依頼している。反対に、精神科病院や救急病院での治療によってBPSDが安定した