

表4 S-WHO-5-Jと各外部基準項目との関連

分類	変数	区分	S-WHO-5-J (平均±SD)	P値
精神的健康	抑うつ傾向 (GDS-15得点)	不健康 (6点以上) (N=191)	6.8±2.6	<0.001
		健康 (5点以下) (N=1,165)	10.5±2.9	
	基本チェックリスト: うつ	該当 (2点以上) (N=347)	8.0±2.8	<0.001
		非該当 (2点未満) (N=996)	10.6±3.0	
基本的属性	性別	男性 (N=663)	10.1±3.0	0.023
		女性 (N=693)	9.7±3.3	
	教育歴	初等教育 (N=103)	9.4±3.4	0.074
		中等教育以上 (N=1,253)	10.0±3.1	
	同居者の有無	同居者あり (N=1,061)	10.0±3.1	0.426
		一人暮らし (N=294)	9.8±3.4	
生活機能	生活自立度 (老研式活動能力指標)	非自立 (10点以下) (N=211)	8.2±3.2	<0.001
		自立 (11点以上) (N=693)	10.3±3.0	
認知機能	半年前よりもの忘れが増えた	増えた (N=665)	9.1±3.0	<0.001
		変わらない・減った (N=691)	10.7±3.1	
	もの忘れに対する不安	ある (N=864)	9.3±2.9	<0.001
		ない (N=492)	11.0±3.2	
基本チェックリスト	運動	該当 (3点以上) (N=165)	8.5±3.3	<0.001
		非該当 (3点未満) (N=1,187)	10.1±3.1	
	栄養	該当 (2点以上) (N=15)	7.5±3.3	0.002
		非該当 (2点未満) (N=1,293)	10.0±3.1	
	口腔	該当 (2点以上) (N=231)	8.1±2.8	<0.001
		非該当 (2点未満) (N=1,114)	10.3±3.1	
	20項目合計得点	該当 (10点以上) (N=13)	5.8±3.3	<0.001
		非該当 (10点未満) (N=1,343)	10.0±3.1	
	特定高齢者	該当 (N=345)	8.5±3.0	<0.001
		非該当 (N=970)	10.4±3.0	
認知症	該当 (1点以上) (N=161)	8.4±3.1	<0.001	
	非該当 (0点) (N=1,183)	10.1±3.1		
閉じこもり	該当 (N=47)	7.8±2.8	<0.001	
	非該当 (N=1,309)	10.0±3.1		
社会機能	地域活動に参加している	はい (N=787)	10.3±3.0	<0.001
		いいえ (N=573)	9.5±3.3	
	困った時の相談相手	いる (N=1,322)	10.0±3.1	0.019
		いない (N=34)	8.7±3.1	
	具合が悪いときの相談相手	いる (N=1,273)	10.1±3.1	<0.001
		いない (N=83)	7.7±3.2	
	病院に付き添ってくれる人	いる (N=1,195)	10.1±3.1	<0.001
		いない (N=161)	8.7±3.1	
寝込んだ時世話してくれる人	いる (N=1,106)	10.3±3.1	<0.001	
	いない (N=250)	8.6±3.2		
家族以外の他者との交流	週1回以上 (N=1,152)	10.2±3.0	<0.001	
	週1回未満 (N=204)	8.7±3.4		

t検定

S-WHO-5-J = Simplified Japanese version of WHO-5 well-being index.

い高齢者をスクリーニングする検査としての利用可能性およびカットオフ値を検討する必要があるだろう。そのことによって、S-WHO-5-Jがより有益な尺度となることが期待できる。

本研究は、平成23年度千代田区研究委託「生活機能チェック未実施者状態把握と介護予防の推進」の一部として実施した。ご協力いただいた千代田区高齢介護課介護予防係ならびに関係者の皆様、またご参加いただいた対象者の方々には厚くお礼申し上げます。

(受付 2011.10.6)
(採用 2013.2.19)

文 献

- 1) 健康・体力づくり事業財団. 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21). http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/about/intro/index_menu1.html (2012年12月27日アクセス可能)
- 2) 健康日本21企画検討会, 健康日本21計画策定検討会. 健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動について): 健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会報告書. 東京: 健康・体力づくり事業財団, 2000.
- 3) 飯島 節. 介護予防の老年医学 介護予防の現状 介護保険の動向. 日本老年医学会雑誌 2008; 45(4): 377-380.
- 4) 「介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル」分担研究班(主任研究者 鈴木隆雄). 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル(改訂版). 2009. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1c.pdf> (2013年3月25日アクセス可能)
- 5) 「うつ予防・支援マニュアル」分担研究班(研究班長 大野 裕). うつ予防・支援マニュアル(改訂版). 2009. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1i.pdf> (2013年3月25日アクセス可能)
- 6) 栗田主一. 高齢者のこころの健康と地域社会の創造 うつ予防・支援からみた高齢者のこころの健康と地域社会の創造. 老年精神医学雑誌 2009; 20(5): 547-553.
- 7) Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand. WHO-Five Well-being Index (WHO-5). <http://www.who-5.org/> (2012年12月27日アクセス可能)
- 8) Awata S, Bech P, Yoshida S, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61(1): 112-119.
- 9) Awata S, Bech P, Koizumi Y, et al. Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr* 2007; 19(1): 77-88.
- 10) 岩佐 一, 権藤恭之, 増井幸恵, 他. 日本語版「WHO-5 精神的健康状態表」の信頼性ならびに妥当性: 地域高齢者を対象とした検討. 厚生指標 2007; 54(8): 48-55.
- 11) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 岡村 毅, 他. 大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と関連要因の検討: 要介護要支援認定群と非認定群との比較. 日本老年医学会雑誌 2012; 49(1): 82-89.
- 12) Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1(1): 37-43.
- 13) Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5(1-2): 165-173.
- 14) Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clin Gerontol* 1991; 10(3): 85-87.
- 15) 杉下守弘, 浅田 隆. 高齢者用うつ尺度短縮版-日本語版(Geriatric Depression Scale-Short Version-Japanese, GDS-S-J)の作成について. 認知神経科学 2009; 11(1): 87-90.
- 16) Bech P, Gudex C, Johansen KS. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychother Psychosom* 1996; 65(4): 183-190.
- 17) Bech P. The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening: A Twenty Years Update with Reference to DSM-IV and ICD-10 (2nd ed). New York: Springer, 1996.
- 18) 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定: 老研式活動能力指標の開発. 日本公衆衛生雑誌 1987; 34(3): 109-114.
- 19) 財団法人長寿社会開発センター. 平成21年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)報告書 地域包括ケア推進のための地域診断に関する調査等事業報告書. 2010. <http://www.nenrin.or.jp/chiiki/chousa/index.html> (2013年3月25日アクセス可能)
- 20) Schreiner AS, Hayakawa H, Morimoto T, et al. Screening for late life depression: cut-off scores for the Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia among Japanese subjects. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(6): 498-505.
- 21) 古谷野亘, 橋本迪生, 府川哲夫, 他. 地域老人の生活機能: 老研式活動能力指標による測定値の分布. 日本公衆衛生雑誌 1993; 40(6): 468-474.

Reliability and validity of the simplified Japanese version of the WHO-Five Well-being Index (S-WHO-5-J)

Hiroki INAGAKI^{*,2*}, Kae ITO^{*,3*}, Naoko SAKUMA^{*}, Mika SUGIYAMA^{*},
Tsuyoshi OKAMURA^{4*,5*} and Shuichi AWATA^{*}

Key words : WHO-Five Well-Being Index, simplified version, reliability, validity, community-dwelling elderly

Objectives To examine the reliability and validity of the simplified Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index (S-WHO-5-J), which reduces the original 6-point scale to a 4-point scale.

Methods Subjects were selected from 4,439 community-dwelling elderly living in Tokyo. Their mean age \pm SD was 74.2 ± 6.6 years, and 2,475 (55.8%) were female. We mailed a questionnaire to all potential subjects, and collected 3,068 (69.1%). We analyzed the data from 1,356 questionnaires that had no missing values for the following items: S-WHO-5-J, Geriatric Depression Scale short version (GDS-15), age, gender, persons living together, need of care, subjective rating of health, physical pain, subjective memory impairment, activities of daily living (TMIG Index of Competence), social support, housebound, and subjective feeling of economic affluence. The mean age \pm SD of the sample was 73.2 ± 5.9 years, and the proportion of females was 51.1%. An additional analysis compared the number of missing values between a simplified version and an original version using the data of 2,034 subjects from another study.

Results A factor analysis identified only one factor and showed high correlation coefficients between total score and items (0.79–0.87) and between all items (0.52–0.82) and a high Cronbach's alpha (0.889). The S-WHO-5-J was correlated to the GDS-15, to the item on mental health and to factors that affected mental health, physical health (subjective rating of health, physical pain, illness), physical function (walking, falling, nutritional status, oral health care), memory impairment, activities of daily living, and social function (housebound, interaction with others, social support). Additional analysis showed that there were fewer missing values for the S-WHO-5-J than for the WHO-5-J.

Conclusion The S-WHO-5-J is a reliable, valid, and convenient measure of mental health for large samples of community-dwelling elderly persons.

* Research team for promoting independence of the elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{2*} Department of Clinical Thanatology and Geriatric Behavioral Science, Graduate School of Human Sciences, Osaka University

^{3*} Department of Vascular Medicine, Tokyo Medical and Dental University

^{4*} Department of Psychiatry, Tokyo University Hospital

^{5*} Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital

[原著論文]

地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴

—— 認知症ステージによる検討 ——

井藤佳恵^{*1,2}・多田満美子^{*3}・櫻井千絵^{*3}・原美由紀^{*3}・水澤佑太^{*3}・山田志保^{*3}
小林紀和^{*3}・佐々木由香理^{*4}・松崎尊信^{*5}・下門顕太郎^{*2}・栗田圭一^{*1}

*1 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム
*2 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科老化調理学系加齢制御医学血流制御内科学
*3 東京都板橋区おとしより保健福祉センター相談支援係、*4 板橋健康福祉センター保健指導係
*5 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神障害保健課

抄録

地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴を明らかにするために、自治体のアウトリーチ型認知症高齢者支援事業対象となった認知症高齢者困難事例が抱える困難事象の特徴を分析した。79人の相談記録、訪問記録、関係者会議録の分析から、困難事象は「家族介護者にかかわる困難事象」「地域社会との間で生じる困難事象」「虐待と財産管理にかかわる困難事象」「身体医療にかかわる困難事象」に類型化された。認知症の臨床ステージ別に困難事象の頻度を分析した結果、「家族介護者にかかわる困難事象」は全ステージを通じて84%以上の頻度で認められた。「地域社会との間で生じる困難事象」はステージによって特徴が異なり、早期には「地域社会に対する攻撃性」、ステージの進行に伴い「地域社会からの排除」の頻度が高くなった。ステージの進展に伴い「虐待と財産管理にかかわる困難事象」「身体医療にかかわる困難事象」は増加し、困難事象は重層化した。

Key words : アウトリーチ型認知症高齢者支援事業, 困難事象, 困難事例, 地域在住, 認知症高齢者

老年精神医学雑誌 24 : 1047-1061, 2013

はじめに

平成18年の改正介護保険法施行により、それまで老人保健法や精神保健福祉法を根拠法として保健所や福祉事務所が担ってきた高齢者の困難事例への対応は、多くの自治体で地域包括支援センターに委ねられた¹⁾。また、介護保険制度の対象となる困難事例は介護保険制度の枠組みのなかで処遇されることが期待され、居宅介護支援事業所においても、地域包括支援センターから紹介された困難事例に指定居宅介護支援を提供しているこ

とが特定事業所加算の算定基準¹⁰⁾として定められた。しかしながら、介護保険制度のみでは認知症高齢者の困難事例に対応しきれないことが指摘されており^{4,6,15,18)}、平成24年に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが発表した「今後の認知症施策の方向性について」¹¹⁾では、認知症高齢者が困難事例化する前に地域のなかで支援する体制を構築することの重要性が掲げられている。

事例が困難化するの医学的な疾病性の程度のみによるのではなく、「事例性」すなわち本人または周囲の者が問題にするという社会的・心理的基準の影響を受けること、そしてそのことがいっそう、事例を複雑困難化させることが伊藤⁵⁾によって指摘されている。困難事例とは、当事者、家族、支援者、そしてそれを取り巻く社会環境との相互作用によって可変的に顕在化する関係概念

(受付日 2013年9月19日 / 受理日 2013年10月4日)
Kae Ito, Mamiko Tada, Chie Sakurai, Miyuki Hara, Yuta Mizusawa, Shiho Yamada, Norikazu Kobayashi, Yukari Sasaki, Takanobu Matsuzaki, Kentaro Shimokado, Shuichi Awata

*1 〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2

であり、したがって困難事例は一義的には定義されない。困難事例の事例検討は地域保健の専門職によってしばしばなされてきた。地域保健の現場では接近困難、支援困難、処遇困難などさまざまな名称で呼ばれ、「本人やその家族が困難事象を抱えているが、接近が困難で、支援が困難な事例」を指す。岡田¹⁴⁾が平成18年に行った地域調査では、人口の0.4%、世帯の0.8%が困難事例であったとされる。和氣¹⁷⁾が平成15年に行った介護支援専門員を対象とした調査の報告によれば、介護支援専門員が困難と感じる事例は総担当事例の14%と報告されている。

介護保険制度導入以降の高齢者の困難事例を、多数例検討し理論的かつ体系的に考察した先行研究としては、自治体が把握した困難事例194人の分析から困難事例の特徴を類型化した吉澤¹⁸⁾の報告、介護支援専門員154人が困難と感じた事例の特性18項目とそれらの事例に対する対応10項目を抽出した和氣¹⁷⁾の報告、訪問看護師を対象としたインタビューにより在宅ケアサービスを受ける困難事例45人の特徴とそれらの事例に対する対応を分析した武ら¹⁶⁾の報告、自治体が把握した困難事例81人の分析から困難事例の類型とそれらの事例に対する対応を報告した小倉ら¹³⁾の報告、地域包括支援センターの困難事例への対応に関する井上¹¹⁾の報告、公的および私的相談支援機関が把握した支援困難事例564人（うち65歳以上高齢者は164人）を分析した岡田¹⁴⁾による報告、地域包括支援センターの職員7人を対象としたインタビューによりセルフ・ネグレクト事例への対応を分析した浜崎ら²⁾の報告がある。岩間⁷⁾は支援困難事例の発生要因を3カテゴリーに分類し、これら3カテゴリーの組合せから4類型の分析枠組みを提示した。先行研究のいずれにおいても、高齢者の困難事例では生活課題が重層的に存在することが報告されている。しかしながら認知症高齢者を対象とした困難事例の研究はきわめて少ない。理論的かつ体系的な研究としては須貝らによるものがあるのみで¹⁵⁾、須貝らは認知症高齢者48事例の分析から、認知症高齢者の処遇困難の要因と

して本人の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）が最多で、次いで家族がサービス提供者によるケアの助言を受け入れないことが多かったことを報告している。

認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会の実現を基本目標とするわが国の認知症施策において、認知症高齢者が困難事例化する前に地域のなかで支援する体制を構築するためには、生活課題が重層化し困難事例化する認知症高齢者の特徴を把握することが重要な課題であると考えられる。認知症高齢者の困難事象という観点に立てば、認知症疾患のほとんどが進行性の疾患であり、疾患の進行に伴って認知機能障害および生活機能障害が進行することから、認知症高齢者の困難事象は臨床ステージによって特徴が異なる可能性が考えられる。認知症高齢者の困難事象が臨床ステージによって特徴づけられるなら、認知症の進行に伴い将来的に生じうる問題、あるいは生じうる問題の変化に予測的に対応できる可能性があり、こういった観点に立った研究は重要と考えられる。しかしながら地域において困難事例化する認知症高齢者の困難事象の特徴について、臨床ステージとの関係で検討した報告は筆者らの知る限りまだない。

本研究では、アウトリーチ型認知症高齢者支援事業の対象となった地域在住の認知症高齢者困難事例が抱える困難事象について、認知症ステージごとの特徴を検討した。

1. 対象および方法

東京都板橋区おとしより保健福祉センターが実施する認知症高齢者専門相談事業対象者のうち、平成22年5月～平成25年8月までの40か月間に筆頭筆者が担当した79人を対象とした。

東京都板橋区おとしより保健福祉センターが実施している認知症高齢者専門相談事業は、基幹型在宅介護支援センターによる、困難事例を対象としたアウトリーチ型支援事業である。昭和61年に福祉事務所の認知症専門相談として始まり、平

成3年に東京都板橋区おとしより保健福祉センターが開設されたことに伴って同センターに事業移管され、これを機にアウトリーチ型支援体制が整えられた。本事業は、地域保健・介護・福祉の専門機関と行政機関を主な相談経路とし、困難事例化した認知症疑いの高齢者で、精神科受診が困難な者を対象とする。老年精神医学の臨床経験のある精神科医が同センター所属の保健師に同行して対象者宅を訪問し、包括的なアセスメントを行い、訪問後に関係者による個別会議を開催して認知症高齢者と介護者、支援者に対する支援方針を検討する。専門医療機関の受診が困難な対象者の臨床診断および医学的判断を在宅にて行い、行政機関主導のもとで地域包括支援センター等関係諸機関が連携して適切な医療・介護サービスの導入を図ることを事業の主旨とする。

本研究では、初めに以下のプロセスを経て困難事象の抽出と類型化を行った。第1に、本研究対象者の相談記録、訪問記録、および関係者会議の記録から、困難事象に関する記載を抽出し、「困難事象要旨」として項目化した。第2に、各項目を意味のまとまりごとに整理して「定性的コード」を付した。第3に、これを意味のまとまりごとに整理して「下位カテゴリー」を作成した。第4に、「下位カテゴリー」をさらに抽象度の高い意味のまとまりごとに整理して「カテゴリー」を作成した。「困難事象要旨」「定性的コード」「下位カテゴリー」「カテゴリー」については、該当する事象を有する症例数を提示した。

次に、困難事象の認知症の臨床ステージによる特徴を明らかにするために、上記で類型化された「下位カテゴリー」および「カテゴリー」を用いて、Clinical Dementia Rating (CDR)³⁾別に困難事象の出現頻度を算出した。

倫理的配慮：本研究は東京都健康長寿医療センター研究所の倫理委員会の承認を得て行われた。

II. 結 果

1. 対象者の基本属性

対象者79人の平均年齢±標準偏差は78.6 ±

7.4歳(最小値54歳, 最大値91歳, 中央値80.0歳), 男女比は男性28人(35.4%): 女性51人(64.6%)で, 世帯形態は独居33人(41.8%), 高齢夫婦世帯19人(24.1%), 非高齢者世帯24人(30.4%), その他(グループホーム, 有料老人ホーム)3人(3.8%)であった。配偶者, 子, 同胞(二親等以内の親族)のいずれもない者は11人(13.9%)であった。

1) 相談経路

相談経路を地域保健・福祉・介護の専門機関(地域包括支援センターおよび居宅介護事業所, 以下, 専門機関), 行政機関(区, 福祉事務所, 健康福祉センター), 家族・本人, その他に分けて内訳をみると, 専門機関45人(57.0%), 行政機関20人(25.3%), 家族・本人10人(12.7%), うち, 本人からの相談依頼が2人, その他4人(5.1%)であった。その他4人の内訳は, 成年後見人からの相談依頼が2人, 家族が入院している医療機関からの相談依頼が2人であった。行政機関からの相談は, 生活保護課, 福祉事務所, 精神保健の担当部署, 住宅課等で把握されていた者が認知症によって生活破綻をきたした事例の相談依頼と, 高齢者保健福祉の担当部署からの相談依頼であった。

2) 臨床診断

対象者の臨床診断の内訳は, 軽度認知障害4人(5.1%), アルツハイマー型認知症41人(51.9%), 血管性認知症15人(19.0%), その他の認知症が5人(6.3%), その他の精神疾患が14人(17.7%)であった。その他の認知症と診断した5人の診断内訳は, 前頭側頭葉変性症1人, 進行性核上性麻痺1人, アルコール性認知症3人であった。その他の精神疾患と診断した14人の診断内訳は, 統合失調症4人, 妄想性障害2人, 気分障害2人, 精神遅滞1人, 発達障害2人, 人格障害1人, セン妄(認知症に伴わないもの)2人であった。

3) 認知症の臨床ステージ

CDRで定義される認知症の臨床ステージの内訳は, CDR 0が4人(5.1%), CDR 0.5が20人(25.3%), CDR 1が30人(38.0%), CDR 2が21

人 (26.6%), CDR 3が4人 (5.1%) であった。本研究では、認知症と診断しなかった14人についても生活機能障害に基づき CDR を評価した。

4) 医療受療状況

認知症と診断した61人について、過去に専門医またはかかりつけ医によって認知症の診断を受けていた者は21人 (34.4%) であった。その他の精神疾患14人のうち、精神科受診歴があり何らかの精神疾患の診断を受けていた者は6人 (42.9%) であったが、いずれも未治療もしくは治療を中断していた。

身体疾患について、現在通院中のかかりつけ医がいた者は36人 (45.6%) であった。過去1年間に入院歴のある者は10人 (12.7%) で、いずれも精神病床以外の入院であった。入院診療科の内訳と主訴を以下に示す。救急部の入院は4人で、主訴は各1人ずつ、徘徊中の転倒、脱水、呼吸苦、不定愁訴であった。このうち、救急要請が頻回で他患の診療に支障をきたすとして院内で申し送りながされている者が2人であった。内科の入院は4人で、診断は各1人ずつ、悪性疾患の疑い、蜂窩織炎 (高血糖、せん妄の合併)、慢性閉塞性肺疾患 (せん妄の合併)、頭痛 (侵入妄想を背景とし「だれかが部屋に入ってきて頭を殴られた」と訴え受診) で、うち3人が療養上の指示を守れない等を理由とした退院となっていた。内科療養病床の入院は2人で、診断は各1人ずつ、全身衰弱状態、進行性核上性麻痺で、いずれも虐待者からの分離を目的としたシェルター利用を経由した入院であった。

2. 困難事象の特徴

まず第1に、地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象を「困難事象要旨」として項目化し、63項目を抽出した。第2に、各項目を意味のまとまりごとに整理して30の「定性的コード」を付した。第3に、これを意味のまとまりごとに整理して15の「下位カテゴリー」を作成した。第4に、下位カテゴリーをさらに抽象度の高い意味のまとまりごとに整理して4つの「カテゴリー」を抽出した。抽出した4つのカテ

ゴリーをそれぞれ「A. 家族介護者にかかわる困難事象」(表1)、「B. 地域社会との間で生じる困難事象」(表2)、「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」(表3)、「D. 身体医療にかかわる困難事象」(表4)と命名した。

「A. 家族介護者にかかわる困難事象」(表1)には、家族介護者がいないという困難事象、家族介護者にかかわる困難事象、および、家族介護者と本人の関係にかかわる困難事象を類型化した。「A1. キーパーソンの不在」には、「キーパーソンになりうる家族がない」ことと、「家族介護者がいるがキーパーソンとして機能しない」こと(「病前より存在する家族関係の問題——本人と家族の共依存あるいは対立」「病前より存在する家族関係の問題——家族間対立」「家族と諸機関とのトラブル」「内縁関係の場合の契約や医療上の意思決定の問題」)を類型化した。「キーパーソンになりうる家族がない」ことを、「現在かかわっている親族がなく、かつ、二親等以内の親族がないこと」と定義すると、「A1. キーパーソンの不在」が認められる43人のうち、「キーパーソンになりうる家族がない」者は12人 (27.9%)、「家族介護者がいるがそれがキーパーソンとして機能しない者」が31人 (72.1%) であった。「A. 家族介護者にかかわる困難事象」は71人 (89.9%) に認められ、下位カテゴリーでは「キーパーソンの不在」の頻度が最も高く困難事例全体の54.4%で認められ、「A2. 家族の疾患受容・医療不信の問題」は31.6%、「A3. 家族介護者の精神的健康問題」は29.1%、「A4. BPSDを背景とした家族関係の悪化」は21.5%で認められた。

「B. 地域社会との間で生じる困難事象」(表2)には、近隣住民とのトラブル、地域包括支援センター職員・居宅介護支援事業所職員とのトラブル、および、生活保護担当課職員・精神保健担当職員・高齢者福祉担当課職員等の行政職員とのトラブルを類型化した。下位カテゴリーとしては、「B1. 地域社会に対する攻撃」、すなわちBPSDを背景として本人が近隣住民や専門職員を攻撃することから近隣トラブルが生じているかたちの困

表1 認知症高齢者が抱える困難事象のカテゴリー：A. 家族介護者にかかわる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数	
A	71	A1	キーパーソンの不在	43	キーパーソンになりうる家族がない	12	現在かかわっている親族がなく、かつ、二親等以内の親族がない（配偶者、子、同胞のいずれもない）	12
					病前より存在する家族関係の問題——本人と家族の共依存あるいは対立、もしくは無関心	29	人格障害の妻と夫との共依存（妻が介護者、妻が本人いずれもあり）	3
							アルコール依存症の夫と妻の共依存（夫が介護者、夫が本人いずれもあり）	2
							ドメスティック・バイオレンスがある夫と妻の共依存（夫が介護者、夫が本人いずれもあり）	2
							境界型人格障害の娘と母の共依存（娘が介護者）	6
							支配的な父と無力化された息子（息子が介護者）	2
							介護者と本人がもともと不仲（同胞、親子、嫁姑、本人と娘婿）	10
							複数回の結婚・離婚歴、婚外子の存在により複雑化した家族関係	2
							現状に対する家族の無関心、家族と連絡がとれない	5
		病前より存在する家族関係の問題——家族間対立	4	子どもたちがもともと不仲で、主たる介護者の介護方針を他の子が虐待であると非難、虐待通報	4			
		家族と諸機関とのトラブル	10	家族と諸機関とのトラブル	10			
		内縁関係の場合の契約や医療上の意思決定の問題	2	内縁関係の場合の契約や医療上の意思決定の問題	2			
		A2	家族の疾患受容・医療不信の問題	25	家族の疾患に対する理解の不足・疾病否認	21	「勝手な人」「迷惑な人」「恥ずかしい人」「いい加減」「努力不足」「嫌がらせをしている」という認識	16
					「行政機関の対応不足」「介護職員の努力不足」「医師の誤診（認知症でないのにそう診断された）」という認識		5	
					家族の医療に関する情報の不足	1	いつ何科を受診させたらよいか	1
					家族の医療不信	5	医療は信用できない 主治医から認知症の症状に関する説明がなく信用できない	3 2
		A3	家族介護者の精神的健康問題	23	主たる家族介護者の認知症	8	主たる家族介護者が認知症	8
主たる家族介護者の認知症以外の精神疾患	15				主たる家族介護者が統合失調症	3		
					主たる家族介護者が気分障害	3		
					主たる家族介護者が発達障害	2		
					主たる家族介護者が精神遅滞	4		
主たる家族介護者が人格障害	3							
A4	BPSDを背景とした家族関係の悪化	17	BPSDによる家族への攻撃を背景とした家族関係の悪化	17	家族を対象とした物盗られ妄想とそれに基づく攻撃性	7		
					易怒性・易刺激性を背景とした家族に対する攻撃性	9		
					退行・依存を背景とした、欲求が満たされないときの家族に対する攻撃性	1		

BPSD：認知症の行動・心理症状

表2 認知症高齢者が抱える困難事象のカテゴリー：B. 地域社会との間で生じる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数
B	42	B1 地域社会に対する攻撃	18	BPSDを背景として本人が近隣住民・専門職員を攻撃することから、近隣トラブルが生じている	18	易怒性・易刺激性を背景とした、近隣住民・介護職員に対する攻撃性	5
						嫉妬妄想を背景とした、介護職員に対する攻撃性	1
						幻聴による“騒音”被害・侵入妄想・物盗られ妄想・被害妄想・被害妄想・嫉妬妄想を背景として、近隣住民・介護職員・関係諸機関に抗議行動、攻撃的行動を繰り返す	12
		B2 地域社会からの排除	28	生活機能障害やBPSDを背景として生じる事象から近隣トラブルが生じ、近隣住民が本人を排除するよう動いている	28	不衛生な住環境 (いわゆるゴミ屋敷、悪臭・ダニ・ハエ・ウジ・ゴキブリ・ネズミの発生、家の中に物があふれており屋内の通行が困難で事故が懸念される)	17
						家の前の側溝に排泄物を流す	1
						野良猫やハトにエサをやることによる近隣の家への糞害	2
						身体や衣類が不潔で気味が悪い	3
						真夏でもセーターを着込んだり、奇妙な格好で出歩いており不気味	3
						ゴミの分別・ゴミの収集日等のゴミ出しのルールが守れなくなり、ベランダからゴミを投げ捨てる、汚した下着類が入ったゴミ袋をゴミ集積所ではない場所に放置する、ウジのついたゴミをゴミ集積所に出す等のため周辺環境が汚染される	4
						火事を出されるのではないかと心配	5
万引き	3						
近隣住民への頼みごとが多くなり対応できない、行政で対応してほしい	2						

BPSD：認知症の行動・心理症状

表3 認知症高齢者が抱える困難事象の 카테고리：C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数	
C	32	C1	身体的・心理的虐待	7	身体的虐待	7	暴力（叩く、蹴る、つねる、突き飛ばす等）	7
					心理的虐待	7	暴言（怒鳴る、罵倒する、威嚇する等）	7
		C2	介護放棄	6	介護・世話の放棄、放任	6	食事を与えない、極端に少ない量の食事や腐敗した食物など不適切な食事を与える	4
							明らかに必要な医療を受けさせない	4
							排泄物の処理をせず、身体・衣類が汚れたまま放置する	2
		C3	経済的虐待	9	経済的虐待	9	本人の口座から勝手に預金を引き出す、執拗な金銭要求	8
							生活費を与えない	2
		C4	財産管理不能	26	生活費の管理ができない	17	生活費のやりくりができない	12
							公共料金の支払いができず、電気・ガス・水道を止められている	1
							口座預金をおろせず食料が調達できない	2
入院している家族の医療費の支払いができず滞納	2							
財産管理ができない	2							
経済被害	4	経済被害（リフォーム詐欺、悪質な訪問販売）	4	4	成年後見人とのトラブル	3		
							成年後見人（補助人・保佐人・成年後見人）とのトラブル	3

表4 認知症高齢者が抱える困難事象の 카테고리：D. 身体医療にかかわる困難事象

カテゴリー	症例数	下位カテゴリー	症例数	定性的コード	症例数	困難事象要旨	症例数	
D	42	D1	せん妄	16	せん妄（身体の基礎疾患の増悪による）	16	糖尿病や高血圧症等生活習慣病のコントロール悪化、慢性閉塞性肺疾患や慢性腎不全等の身体の基礎疾患の増悪によると思われるせん妄	16
					D2	服薬管理困難、身体管理の著しい不良	27	服薬管理困難
		身体管理の著しい不良	15	腐敗した食物の摂取、砂糖を主な食事とする等の著しい偏食、アルコール多飲と摂食不良等、不適切な摂食（介護者の意思による場合は除く）				11
		著しいい瘦、脱水	6					
		D3	身体医療の受療拒否	5	身体医療の受療拒否	5	本人の受療拒否（介護者の意思による場合は除く）	5
		D4	医療機関とのトラブル	7	医療費未払い	2	本人が医療費の支払いを拒否して滞納（介護者の意思による場合は除く）	2
					担当医との関係悪化	3	本人と主治医との関係悪化（介護者と主治医との関係悪化は除く）	3
					診療応需拒否	4	強制退院（せん妄による異常行動による）、診療応需拒否（攻撃的態度、酩酊状態での頻回の受診による）	4
		D5	終末期医療にかかわる問題	3	終末期医療にかかわる意思決定者の不在	1	内縁の夫が積極的医療に同意しないことが問題にされているが、一方で「他人」であるので病状説明を受けられない	1
					看取りの場所が見つからない	2	諸機関と家族とのトラブルのため看取りの場所が見つからない 向精神薬の処方が多いことを理由に看取りの場所が見つからない	1

難事象と、「B2. 地域社会からの排除」、すなわち生活機能障害やBPSDを背景として生じる迷惑行為などから近隣トラブルが発生し、地域社会からの排除が起こっているかたちの困難事象を類型化した。「B. 地域社会との間で生じる困難事象」は42人(53.2%)に認められ、下位カテゴリでは「B1. 地域社会に対する攻撃」が困難事例全体の22.8%で、「B2. 地域社会からの排除」が35.4%で認められ、後者の頻度のほうが高かった。

「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」(表3)は、認知症ケアモデルとしてのストレングス・モデルでは、高齢者の権利擁護として、成年後見制度の活用と虐待の予防と早期発見が掲げられていることから、虐待と財産管理にかかわる項目を同一のカテゴリとして類型化した。高齢者虐待の定義は厚生労働省の定義⁹⁾を用いた。虐待と財産管理不能の把握方法としては、行政機関や地域包括支援センター等によりその事実が把握されていた、あるいは疑われていた事例で、訪問時にその事実が明らかである、あるいは疑いがきわめて濃厚であると確認された事例とした。「心理的虐待」を伴わない「身体的虐待」の事例は把握されず、また、「身体的虐待」を伴わない「心理的虐待」を把握することができなかったため、両者をあわせて「C1. 身体的・心理的虐待」に類型化した。「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」は32人(40.5%)に認められ、下位カテゴリでは「C1. 身体的・心理的虐待」「C2. 介護放棄」「C3. 経済的虐待」の合計(22人、困難事例全体の27.8%)よりも「C4. 財産管理不能」(26人、同32.9%)のほうが高い頻度で把握された。

「D. 身体医療にかかわる困難事象」(表4)には、身体管理と身体医療の受療にかかわる困難事象を類型化した。「D2. 服薬管理困難、身体管理の著しい不良」「D3. 身体医療の受療拒否」「D4. 医療機関とのトラブル」については、主体が本人である場合と介護者である場合が区別されるが、ここには主体が本人であるもののみを類型化した。介護者による服薬管理の困難は介護者の認知症に

よるものであったためカテゴリA中の「主たる家族介護者の認知症」に含めた。介護者による身体管理の著しい不良、身体医療の受療拒否、および医療費未払いは、カテゴリC中の「介護・世話の放棄、放任」に含めた。家族と担当医の関係悪化はカテゴリA中の「家族と諸機関とのトラブル」に含めた。また、「D5. 終末期医療にかかわる問題」には家族介護者にかかわる困難事象が反映される側面があるが、身体医療にかかわる問題として「D. 身体医療にかかわる困難事象」に含めた。「D. 身体医療にかかわる困難事象」は42人(53.2%)に認められ、最も頻度が高かったのは「D2. 服薬管理困難、身体管理の著しい不良」で27人に認められ、その頻度は困難事例全体の34.2%であった。次いで「D1. せん妄」が16人(20.3%)で認められた。「D3. 身体医療の受療拒否」は5人(6.3%)、「D4. 医療機関とのトラブル」は7人(8.9%)、「D5. 終末期医療にかかわる問題」は3人(3.8%)に認められた。

3. 臨床ステージ別にみる困難事象の特徴

CDRによって定義される認知症のステージと、困難事象の特徴との関連を検討した。認知症の臨床ステージと困難事象の4カテゴリの重層化の関連を分析したところ、CDR \leq 0.5では困難事象が1カテゴリに限られる者が8人、2カテゴリにわたる者が12人、3カテゴリにわたる者が3人、4カテゴリにわたる者が1人で、平均1.9カテゴリの困難事象が認められた。CDR1では困難事象が1カテゴリに限られる者が2人、2カテゴリにわたる者が14人、3カテゴリにわたる者が12人、4カテゴリにわたる者が2人で、平均2.5カテゴリの困難事象が認められた。CDR \geq 2では困難事象が1カテゴリに限られる者が4人、2カテゴリにわたる者が7人、3カテゴリにわたる者が7人、4カテゴリにわたる者が7人で、平均2.7カテゴリの困難事象が認められた。

「A. 家族介護者にかかわる困難事象」はいずれの臨床ステージにおいても84.0%以上の頻度

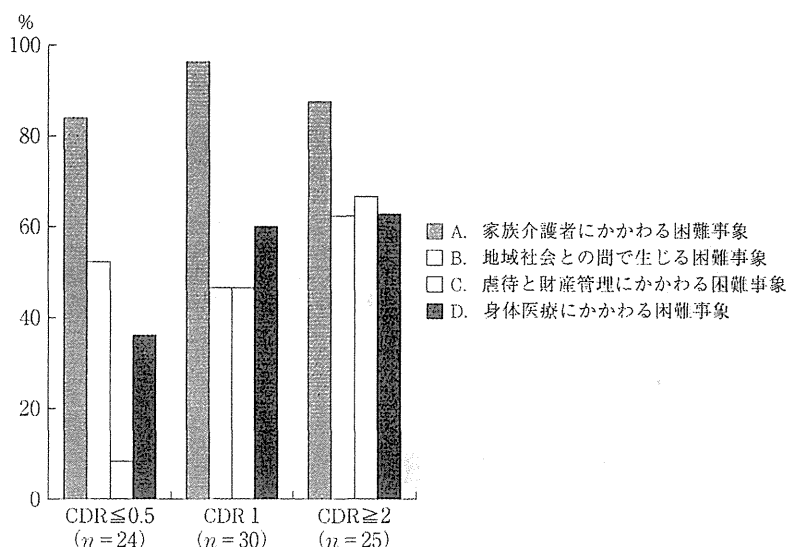


図1 臨床ステージ別による認知症高齢者が抱える困難事象 (相対度数分布表)

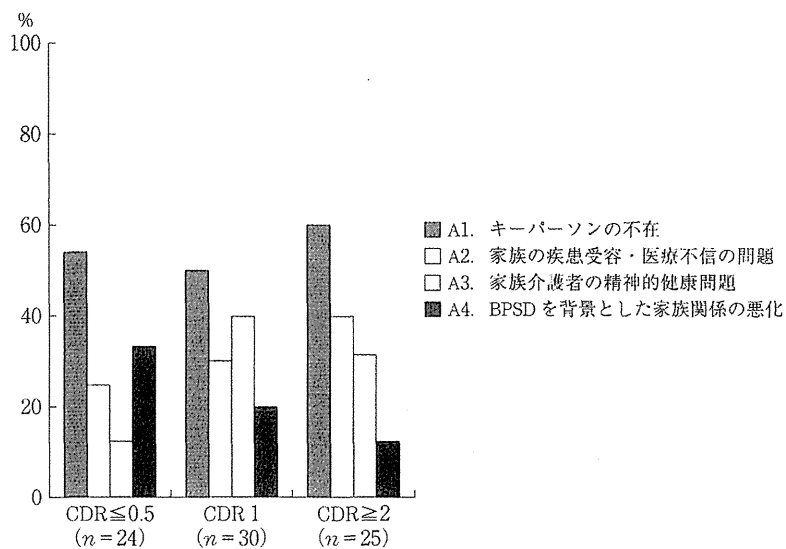
で認められた (図1)。下位カテゴリーを検査すると (図2), 「A1. キーパーソンの不在」は全臨床ステージを通じて「A. 家族介護者にかかわる困難事象」として最も頻度が高く、全臨床ステージを通じて50.0%以上の頻度で認められた。「A2. 家族の疾患受容・医療不信の問題」は臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなり、「A4. BPSDを背景とした家族関係の悪化」は臨床ステージの進行に伴って頻度が低くなった。

「B. 地域社会との間で生じる困難事象」は全臨床ステージを通じて46.7~62.5%の頻度で認められた (図1)。下位カテゴリー「B1. 地域社会に対する攻撃」と「B2. 地域社会からの排除」の頻度を比較検討すると (図3), CDR ≤ 0.5では「B1. 地域社会に対する攻撃」の頻度のほうが高かったが、CDR 1で両者の頻度は逆転し、CDR ≥ 1では「B2. 地域社会からの排除」の頻度のほうが高かった。

「C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象」は

認知症の臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなった (図1)。下位カテゴリーを検査すると (図4), 「C1. 身体的・心理的虐待」「C2. 介護放棄」は CDR ≤ 0.5では把握されず、CDR ≥ 1で把握された。「C2. 介護放棄」は認知症の臨床ステージの進展に伴って頻度が高くなり、「C1. 身体的・心理的虐待」と「C2. 介護放棄」の頻度を比較検討すると、CDR 1では「C1. 身体的・心理的虐待」の頻度のほうが高かったが、CDR ≥ 2では「C2. 介護放棄」の頻度のほうが高かった。「C3. 経済的虐待」と「C4. 財産管理不能」は全臨床ステージで認められ、臨床ステージの進展に伴い頻度が高くなった。

「D. 身体医療にかかわる困難事象」は認知症の臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなった (図1)。全臨床ステージを通じて約20%の頻度で「D1. せん妄」が認められた。「D2. 服薬管理困難、身体管理の著しい不良」は臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなった。全臨床ステージ

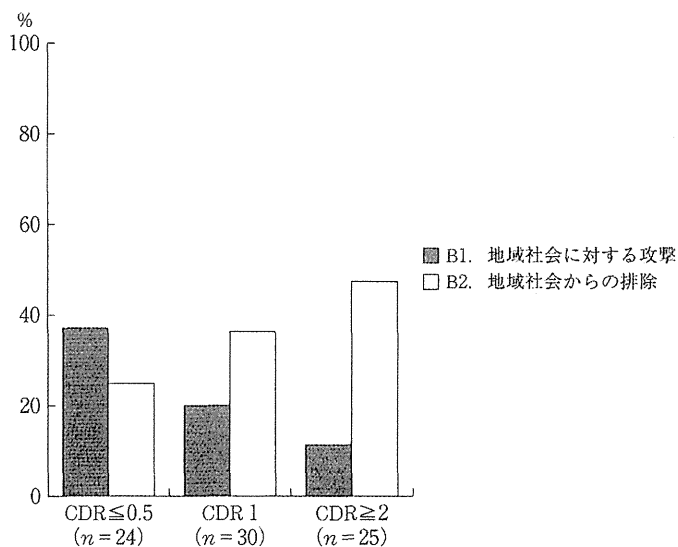


複数選択

CDR: Clinical Dementia Rating

「A1. キーパーソンの不在」がいずれの臨床ステージでも50.0%以上の頻度で認められた。「A2. 家族の疾患受容・医療不信の問題」は臨床ステージの進行に伴って増加し、「A4. BPSDを背景とした家族関係の悪化」は臨床ステージの進行に伴い減じる傾向が認められた。

図2 臨床ステージ別に見る、認知症高齢者が抱える困難事象：A. 家族介護者にかかわる困難事象（相対度数分布表）

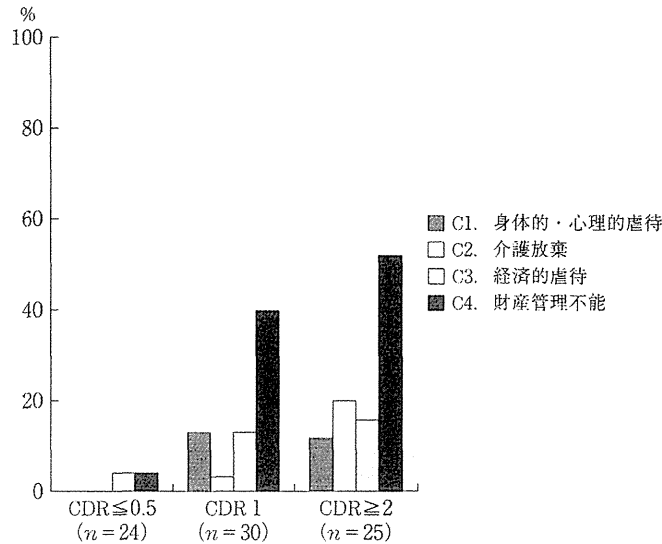


複数選択

CDR: Clinical Dementia Rating

「B. 地域社会との間で生じる困難事象」を、「B1. 地域社会に対する攻撃」と、「B2. 地域社会からの排除」の2類型に分けて比較検討すると、CDR ≤ 0.5では「B1. 地域社会に対する攻撃」の頻度のほうが高かったが、CDR ≥ 1では「B2. 地域社会からの排除」の頻度のほうが高かった。

図3 臨床ステージ別に見る、認知症高齢者が抱える困難事象：B. 地域社会との間で生じる困難事象（相対度数分布表）



複数選択

CDR：Clinical Dementia Rating

「C1. 身体的・心理的虐待」「C2. 介護放棄」は CDR ≥ 1 で、「C3. 経済的虐待」と「C4. 財産管理不能」は全臨床ステージで把握された。虐待と財産管理にかかわる困難事象は、臨床ステージの進展に伴い増加する傾向が認められた。

図4 臨床ステージ別に見る、認知症高齢者が抱える困難事象：C. 虐待と財産管理にかかわる困難事象（相対度数分布表）

を通じて「D3. 身体医療の受療拒否」は4.2～8.0%、「D4. 医療機関とのトラブル」は8.0～10.0%の頻度で認められた（図5）。

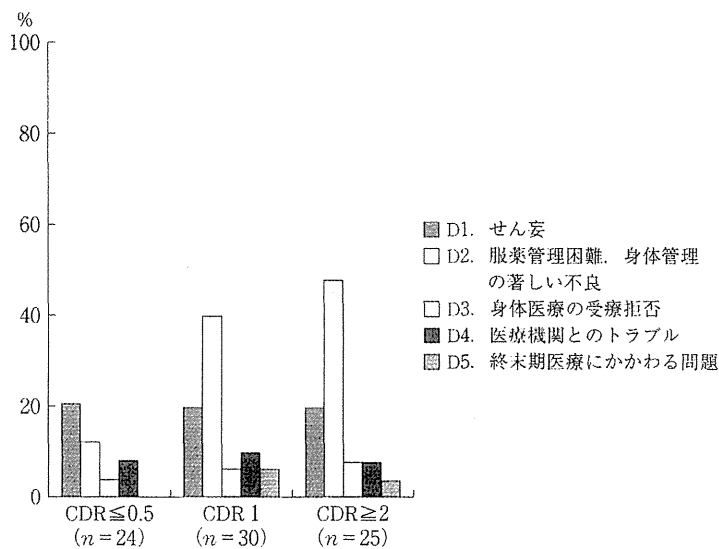
Ⅲ. 考 察

地域在住認知症高齢者の困難事例では、認知症の臨床ステージの進展に伴って困難事象が認められるカテゴリー数が増え、困難事象が重層化する傾向が認められた。

臨床ステージにかかわらず家族介護者にかかわる困難事象が高い頻度で認められ、そのうち、最も頻度の高い困難事象はキーパーソン不在であった。この結果からは、現行の認知症高齢者支援体制がキーパーソンとして機能できる家族介護者の存在を前提としていることが示唆される。キーパーソン不在にはキーパーソンになりうる家族がいない問題よりも、家族はいるがその家族がキーパーソンとして機能していないという問題のほうが頻度が高かった。こういった事例の多く

はいわゆる多重問題家族^{8,12)}であり、認知症の進行に伴い、家族介護者のかかわりがより多く求められるようになるにしたがって、家族が抱える問題がいつそう明確に顕在化することが予測される。本研究では把握できた症例数が少ないために十分な検討ができなかったが、終末期医療にかかわる問題として、終末期医療にかかわる意思決定者の不在が困難事象となっている事例、諸機関と家族とのトラブルのために看取りの場所が見つからないことが困難事象になっている事例が把握された。家族介護者にかかわる困難事象が終末期の問題にも大きく影響する可能性が示唆される。こういった事例では、本人の問題のみならず、家族の問題を介入早期より扱うことが重要と考えられる。

地域社会との間で生じる困難事象は認知症の臨床ステージによって異なる特徴が認められた。臨床ステージが低い時期には、本人が周囲に対して攻撃的な行動をとることによって近隣トラブルが生じ、困難事例化していることが特徴として認め



複数選択

CDR: Clinical Dementia Rating

「D1. せん妄」は全臨床ステージを通じて約 20% の頻度で認められ、「D2. 服薬管理困難, 身体管理の著しい不良」は臨床ステージの進行に伴い増加した。

図 5 臨床ステージ別にみる, 認知症高齢者が抱える困難事象: D. 身体医療にかかわる困難事象 (相対度数分布表)

られた。本人の攻撃性の背景には、幻聴による“騒音”被害、侵入妄想、物盗られ妄想、被毒妄想、被害妄想、嫉妬妄想などがあり、これらのBPSDを背景として、近隣住民宅の玄関等に張り紙をする、頻回に訪ねて苦情を申し立てる、諸機関に頻回の苦情申立てをする等の行動化に及ぶことで近隣トラブルが引き起こされ、地域社会との間で困難事象が生じていた。本研究対象者は、事例化した段階でも本人の認知症に気づき適切な援助希求行動をとる家族がいないことを共通の特徴として有している。認知機能障害および生活機能障害に気づく家族介護者がいない場合、地域社会が本人の認知症を認知症初期段階で認識することは困難であり、本人の攻撃性はBPSDとは理解されないまま地域社会との間に軋轢が生じ、困難事例化していた。認知症であると理解されないために地域社会の人間関係はより困難なものとなり、人間関係の困難さは迫害妄想をより強固なものとして事態をいっそう複雑困難化する悪循環が認め

られた。認知症の臨床ステージが進展し、生活機能障害が明らかになる段階では、ゴミ出しのルールを守れないことによる周辺環境の汚染、著しく不衛生な住居から発生する異臭やハエ、ウジ、ゴキブリ、ネズミ、あるいは身体の著しい不潔や季節に合わない服装が与える違和感、失火の懸念などが原因となって近隣トラブルが生じ、地域社会からの排除が起こって困難事例化していた。地域社会との間で生じる困難事象は、認知症の臨床ステージが進行するにつれて、本人による地域社会への攻撃から、地域社会による本人の排除へとその特徴が変化した。

虐待については、身体的・心理的虐待、および介護放棄はCDR ≤ 0.5では把握されなかった。これらはCDR ≥ 1で顕在化し、臨床ステージが進行して要介護度が増すに伴い、身体的・心理的虐待よりも介護放棄が目立つようになった。経済的虐待および財産管理不能は認知症の全臨床ステージを通じて把握され、臨床ステージが進展し

て認知機能障害および生活機能障害が進行するに
したがって頻度が高くなった。

身体医療にかかわる困難事象については、全臨床ステージを通じてせん妄が一定頻度で認められ、身体医療の受療拒否、医療機関とのトラブルもほぼ一定の頻度で認められた。CDR \leq 0.5の段階で服薬管理、身体管理ができなくなることによると考えられる体調変化が把握された。服薬管理と身体管理の問題は臨床ステージの進行に伴って頻度が高くなり、せん妄が認められた16人のうち9人でせん妄の背景因子になっていた。本研究では、身体医療にかかわる困難事象としてせん妄および服薬管理・身体管理以外の項目については把握された症例数が少なく、十分に検討することができなかった。しかしながら終末期医療の問題に家族介護者にかかわる困難事象が深くかかわる可能性が示唆され、家族介護者にかかわる困難事象に取り組むことで困難事例の終末期のあり方を改善しうる可能性がある。また、平成22年5月～平成24年3月までに担当した32人の生命予後を追跡調査したところ、32人中9人(28.1%)が本事業の対象となってから1年以内に死亡していた。このことから、本事業のなかで身体医療にかかわる問題を的確に把握し対応することができていない可能性が考えられ、本事業対象者の縦断的研究により予後の実態を把握し、身体的健康問題を含めた対応策を考案していくことが今後の課題と考えられる。

結 論

地域在住認知症高齢者に認められる困難事象を「家族介護者にかかわる困難事象」「地域社会との間で生じる困難事象」「虐待と財産管理にかかわる困難事象」「身体医療にかかわる困難事象」の4カテゴリーに類型化した。地域在住認知症高齢者の困難事例では、認知症の臨床ステージが進展するほど、抱えている困難事象のカテゴリーが増える傾向が認められた。認知症の全臨床ステージを通じて家族介護者にかかわる困難事象は84%以上の頻度で認められ、地域社会との間で生じる

困難事象は46%以上の頻度で認められた。家族介護者にかかわる困難事象としては、認知症の全臨床ステージを通してキーパーソン不在の問題が大きかった。地域社会との間で生じる困難事象は認知症の臨床ステージによって特徴が異なり、臨床ステージが低い段階では本人の周囲に対する攻撃性が困難事象となっていたが、臨床ステージが進展するにつれて近隣トラブルによって本人が地域社会から排除されることが困難事象となっていた。虐待と財産管理にかかわる困難事象はCDR \geq 1で深刻化し、臨床ステージの進行に伴い増加した。身体医療にかかわる困難事象は認知症の臨床ステージの進展に伴い増加した。また、本事業の対象となった認知症高齢者の困難事例の生命予後はきわめて不良であった。本事業において、身体医療の問題を的確に把握し対応していくことが今後の課題として考えられる。

本研究にあたり、多大なご協力をいただいた東京都板橋区おとしより保健福祉センター専門相談係の皆様と、同センター専門相談事業対象者の方々に感謝いたします。なお、本稿の一部は第109回日本精神神経学会にて発表した。

本研究は公益社団法人日本老年精神医学会の利益相反委員会の承認を受けた。

文 献

- 1) 栗田圭一、鳥袋 仁、小泉弥生、進藤克博ほか：認知症を地域で支える 宮城県栗原市の実践。老年精神医学雑誌, 17 (5) : 490-495 (2006)。
- 2) 浜崎優子、岸恵美子、野村祥平、野尻由香ほか：地域包括支援センターにおけるセルフ・ネグレクトの介入方法と専門職が直面するジレンマおよび困難。日本在宅ケア学会誌, 15 (1) : 26-34 (2011)。
- 3) 本間 昭：Clinical Demantia Rating. (大塚俊男、本間 昭監) 高齢者のための知的機能検査の手引き, 65-69, ワールドプランニング, 東京 (2009)。
- 4) 井上信宏：地域包括支援センターの運営にみる困難事例への対応：地域包括ケアの実践と困難事例の解決のために。信州大学経済学論集, 57 : 15-47 (2007)。
- 5) 伊藤克彦：事例援助と訪問・往診。第4版, 1-2。

- 診療新社, 大阪 (1985).
- 6) 岩間伸之: 介護保険制度と支援困難事例. 支援困難事例へのアプローチ, 7-8, メディカルレビュー社, 東京 (2008).
 - 7) 岩間伸之: 困難事例とは何か: 3つの発生要因と4つの分析枠組み. ケアマネジャー, 11 (9): 16-19 (2009).
 - 8) 小松源助: 家族中心アプローチの基本的な視点と課題. ソーシャルワーク実践理論の基礎的研究: 21世紀への継承を願って, 第1版, 166-266. 川島書店, 東京 (2002).
 - 9) 厚生労働省: 高齢者虐待防止の基本. (2006). <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/boushi/060424/dl/02.pdf>
 - 10) 厚生労働省: 居宅介護支援 (特定事業所加算算定条件). (2010). http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0311-7d_0003.pdf
 - 11) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム: 今後の認知症施策の方向性について. 平成 24 年 6 月 18 日. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
 - 12) 窪田暁子: 多重問題家族への社会福祉援助. 東洋大学社会学部紀要, 30 (1): 157-176 (1993).
 - 13) 小倉千恵子, 榊原千佐子, 近藤あゆ子, 杉本佐菜子: 介護保険制度開始後の行政機関が関わる事例の類型化とその役割の研究: A市B区2行政機関と在宅介護支援センターが関与した困難事例の分析から. 保健師ジャーナル, 63 (11): 1012-1017 (2007).
 - 14) 岡田朋子: 支援困難事例の量的調査. 支援困難事例の分析調査: 重複する生活課題と政策とのかかわり, 121-142. ミネルヴァ書房, 京都 (2010).
 - 15) 社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター: 平成 16 年度老人保健健康増進等事業「認知症 (痴呆症) の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の設定に関する研究」(代表: 須貝佑一) 報告書. (2005).
 - 16) 武ユカリ, 小杉真司, 浅井 篤, 榎原秀一: 在宅ケアにおける困難事例に関する研究と対応ツールの作成. 2005 年度財団法人在宅医療助成勇美記念財団最終報告書. (2006).
 - 17) 和気純子: 高齢者ケアマネジメントにおける困難ケース. 人文学報, 351 (社会福祉学 21): 99-121 (2005).
 - 18) 吉澤みどり: 援助困難ケースの全体像: 実態把握票作成とその集計分析より. 地域保健, 34 (3): 81-89 (2003).

Characteristics of complex cases of community-dwelling elderly with dementia

— Relationship with clinical stage —

Kae Ito^{*1,2}, Mamiko Tada^{*3}, Chie Sakurai^{*3}, Miyuki Hara^{*3}, Yuta Mizusawa^{*3}, Shiho Yamada^{*3}
Norikazu Kobayashi^{*3}, Yukari Sasaki^{*4}, Takanobu Matsuzaki^{*5}, Kentaro Shimokado^{*2}
Shuichi Awata^{*1}

* 1 *Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology*

* 2 *Geriatrics and Vascular Medicine, Tokyo Medical and Dental University Graduate School*

* 3 *Health and Welfare Center for Elderly, Itabashi, Tokyo*

* 4 *Health and Welfare Center, Itabashi, Tokyo*

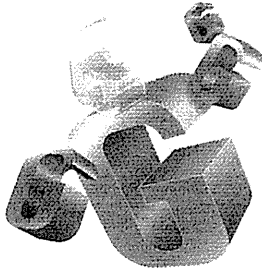
* 5 *Department of Health and Welfare for Persons with Disabilities, Mental Health and Welfare Division, Ministry of Health, Labour and Welfare*

The aim of this study was to clarify the characteristics of complex problems facing elderly community-dwelling persons with dementia and their relationship with the clinical stage of dementia. Subjects were 79 recipients of municipal outreach services for elderly persons with dementia. From analyses of case records, we categorized the characteristics of the complex problems into four types : (1) Family caregivers ; (2) Community life ; (3) Abuse and property management ; and (4) Medical treatment of physical health. Problems concerning family caregivers were mentioned frequently throughout all clinical stages. Problems concerning community life changed as the clinical stage progressed; during the early stage of dementia, the main feature of the problem was aggression toward neighbors ; however, as the stage progressed, it changed to exclusion from the community. Problems concerning abuse and property management and problems concerning medical treatment of physical health became more serious as the clinical stage progressed. The complexity of the problems also increased as the clinical stage progressed.

Key words : community dwelling, complex cases, complex problems, elderly with dementia, outreach services

特集

オレンジプランと地域からの挑戦



認知症早期支援体制

—— とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題 ——

栗田圭一

抄 録

認知症早期支援体制の確立を目指した国のモデル事業「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」がスタートした。本事業は、地域包括支援センター等に専門職のチームを配置し、“サービスにつがっていない”または“BPSDに苦慮している”認知症の人を対象にアウトリーチによる支援を行い、認知症の人ができるかぎり住み慣れた地域で暮らせるようにすることを目指している。本事業の課題を、「地域包括支援センターの役割」「精神保健福祉相談事業との関連」「拠点となる医療機関の確保」という観点から論じた。

Key words：オレンジプラン、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター、精神保健福祉相談事業、認知症疾患医療センター、認知症医療支援診療所

老年精神医学雑誌 24：883-889, 2013

はじめに

2012年9月5日に公表された「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」¹⁾は、2013～2017年の5年間の達成目標を示したわが国の認知症施策の国家計画である。その基本目標は、『「ケアの流れ」を変えることにあり、『認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない』という考え方を改め、『認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会』の実現を目指す』ことにあるとされている²⁾。

このような基本目標が定められた背景には、診断の遅れ、それによる支援の遅れ、それらの遅れによる認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）の出現と悪化、身体状態の悪化、家族介護者の疲

弊、地域社会のなかでのトラブル等が、本人および家族介護者の生活の質（quality of life：QOL）を低下させ、それらすべての要因によって“住み慣れた地域”での暮らしが困難となり、精神科病院への入院や施設入所によらざるを得ない状況に直面する認知症の人が少なくないという現実があるからである。それゆえに、認知症の臨床像が重篤化し、困難な状況に陥る前に、認知症疾患を診断し、必要な支援を提供すること、つまり、認知症の早期支援体制を構築することが強く求められている³⁾。

このような考え方は、諸外国の認知症施策にも共通している。たとえば、2009年に認知症国家戦略を策定したイギリスでは、「正式な診断を受けているのは認知症の人の1/3に過ぎない」「診断されるときには、すでに認知症が進行し、自分の意思で選択することができなくなっている」「診断は、しばしば危機的状況においてはじめてなされるが、その危機は、早期診断によって回避できていた可能性がある」とし、新たに認知症に

Shuichi Awata：東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究チーム
〒173-0015 東京都板橋区柴町 35-2

罹患するすべての人が、質の高い早期診断のもとで必要な支援が受けられるようすることを国家戦略の基本目標に掲げている⁷⁾。

1 認知症の早期支援は認知症の人と家族介護者のQOLを改善するか

早期支援によって、認知症の人や家族介護者のQOLを改善し、不必要な入院や入所を回避できることを示したいくつかの報告がある。

Gauglerら⁸⁾は、4,761人の認知症介護者を3年間追跡し、早期からの居宅サービスの利用が施設入所の時期を遅らせることを示している。Challisら⁹⁾は、困難事例においてすら、高い技能をもった精神保健チームのケースマネジメントは施設入所の頻度を有意に減じると報告している。Mittelmanら¹⁰⁾は、診断の段階で家族介護者を支援し、カウンセリングを行うことによって、家族介護者のQOLが向上し、認知症の人の施設入所を28%減じることができたと報告している。Banerjeeら¹¹⁾は、The Croydon Memory Serviceに紹介された290人の連続症例を6か月間追跡し、認知症の早期診断と早期支援を可能とするケアモデルが、BPSDを軽快させ、認知症の人のQOLを向上させたと報告している。

2 認知症の早期支援を実現するうえでの課題

認知症の早期支援を実現するためには、認知症の人が、適切なタイミングで必要なサービスに容易にアクセスできる体制を構築しなければならない。認知症の人が容易にサービスにアクセスできるようにするには、少なくとも以下の5つの課題を克服する必要がある。

第1に、地域に暮らす人々が認知症について正しい知識をもち、偏見を解消し、認知症に気づき、「援助を希求する行動」と「援助を提供する行動」の両者が促進されていなければならない。第2に、地域のなかに、認知症の相談に応需し、包括的なアセスメントを行い、必要なサービスを調

整できる機関が適正に配置されていなければならない。第3に、質の高い迅速な診断が可能な医療機関が適正に配置されていなければならない。第4に、認知症疾患の診断に基づき、一般医学的管理を継続的に行うことができる医療サービスが確保されていなければならない。第5に、こうした課題を戦略的に解決するための意思決定能力が自治体になければならない。

ここでは、とくに第2の課題解決を目指して、2013年度より実施されている国のモデル事業を紹介し、これを実施するにあたっての課題を考察しておきたい。

3 認知症初期集中支援チーム

2013年度より、市町村を対象とする国庫補助事業「市町村認知症施策総合推進事業」において、「認知症初期集中支援チーム等設置促進事業」が実施されることになった¹²⁾。この事業は、①認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業(表1)と、②認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業(表2)によって構成されている。ここでは認知症初期集中支援設置促進モデル事業の概要と支援の実際について紹介する。

1. 事業の概要

本事業は、地域包括支援センター等に「認知症初期集中支援チーム」を配置し、拠点となる医療機関(認知症疾患医療センター等)やかかりつけ医療機関と連携し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築しようとするものである(図1)。

ここでいう認知症初期集中支援チームとは、「複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム」と定義されている。また、支援チームが訪問支援を行う対象者は、①医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者、②医療サービス、介護サービスを受けているがBPSDが顕著なため対応に苦慮している者、とさ