

between different service providers; (3) strengthening the functions of general practitioners (GPs) in conducting diagnosis, providing general medical treatment, and consulting specialists if necessary; (4) creating adequate numbers of medical centers for dementia, which serve the functions of supporting CGSCs and GPs by providing precise diagnoses of dementia, treatment for BPSD and concurrent medical conditions, and coordination of community services; and (5) establishment of a consensus panel on local dementia strategies.

Keywords: community general support center, dementia assessment sheet, general practitioners, medical centers for dementia, consensus panel for local dementia strategies

(accepted for publication, 11th April 2012)

I. はじめに

認知症とは、脳の病的変化によって、一旦発達した知的機能が、日常生活や社会生活に支障を来す程度にまで持続的に障害された状態、と定義されている。つまり、何らかの認知症疾患によって認知機能が障害され、これによって生活機能が障害された状態である。このような「認知症疾患・認知機能障害・生活機能障害」の3者の連結が認知症概念の中核を構成している。しかし、認知症の臨床像を構成する要素はこれに留まらない。認知機能障害と生活機能障害を核にして、そこにさまざまな身体合併症・身体機能障害、周辺症状（または行動・心理症状）が現れ、それによって臨床像が複雑化し、そのためにさまざまな社会的困難を生じ、それによって本人や介護者の生活の質が急速に悪化する、それが認知症の臨床像の本質的特徴である [1]。

このような認知症を早期に診断することの意義はどこにあるのか。第一に、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症のようないわゆる treatable dementia (回復可能な認知症) であれば、早期診断によって、疾患それ自体を回復させる治療を導入することができる。第二に、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、脳血管性認知症のような回復が難しいとされる認知症であっても、それぞれの病態に応じた進行抑制を目標とする治療が可能となる。第三に、前頭側頭葉変性症のような中核症状に対する治療法が確立していない疾患であっても、症状・障害・経過の特性に応じたケアのあり方を計画し、それによって本人・家族の生活の質の保持に貢献することができる。

それでは、そのような意義をもたらす認知症の早期診断は、今日の医療システムの中で十分実現されているのかというと、残念ながらそのような状況には到底ないというのが偽らざる現実である。それは、増加し続ける認知症高齢者に対して、早期診断・早期対応を実現するための医療資源の量が圧倒的に不足しており、また、限られた医療資源を効率的に運用するためのシステムも多くの地域には実質的に存在しないからである。このような現状を背景にして、地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進が強く求められるようになってきている。

II. 基本的考え方

筒井 [2] によれば、地域包括ケアシステムとは、地域圏をベースとした多職種連携による医療・介護サービス提供体制であり、ここにはCommunity-based care (地域を基盤としたケア) とIntegrated care (統合型のケア) という2つの基本的考え方が内包されているという。これは、「地域完結型の包括的ケア提供体制」と呼びなおすこともできる。このようなサービス提供体制は、1990年代より、慢性疾患の増加、とりわけ高齢患者の増加に対する医療体制の適正化（すなわち、限られた医療資源、限られた財政的資源の下で、ケアの質を高めていくための変革）という観点から、先進諸国において積極的に導入が進められてきたものである。

このような文脈の中で構想される認知症の早期診断システムとは、「認知症が重症化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断と総合アセスメントを実施し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを統合的に提供し、それによって認知症の人と介護者の生活の質を保持し、穏やかで安全な暮らしを継続できるようにしていく」ことをめざしたものとしよう。

医療資源が絶対的に不足し、過疎高齢化が急速な勢いで進展していた地域では、介護保険制度が施行される以前から、このようなサービス提供体制の変革は喫緊の課題であった。筆者は、1991年から、東北地方の農山村地域において、地域を基盤とする認知症の早期診断・早期対応システムの構築を、自治体の公的事業の一環で進めてきた [3, 4]。このシステムの基本コンセプトは、保健所の相談事業と地域の総合病院の連携によって、認知症の「気づき」→「相談アセスメント」→「受療支援」→「認知症診断」の流れを促進し、保健師らのアウトリーチ活動によって、「多様な問題の解決」と「サービスの統合的提供」を実現することであった。

認知症のための医療資源の不足は、今や、農山村地域の問題ではなく、大都市ならびにその近郊地域の問題となっている。団塊の世代が後期高齢者から超高齢者に達する向後25年の間に、認知症高齢者の数が最も急激な勢いで増加するのは大都市およびその近郊地域である [5, 6]。

Ⅲ. 地域住民に求められる役割と機能の強化

医療資源の絶対的不足とともに、過疎高齢地域においては、認知症の「気づき」や「受療支援」の役割を担える若い世代の家族構成員が著しく不足していた。そのことが、こうしたシステムの構築が急がれるさらなる理由でもあった。しかし、今日では、単身高齢者や高齢者二人世帯の急増は都市の課題である。大都市では、認知症の「気づき」「受療支援」の役割を家族以外の人に求める必要性が急速に高まってきている。

認知症の正しい理解をめざした普及啓発事業（例：認知症サポーター養成事業）や多様な専門職を対象とする研修事業（例：認知症対応力向上研修事業）は、そのような地域の力を高めていく上で重要な役割を果たしている。今般の東日本大震災の経験においても、平時に行われていた普及啓発事業が、単に認知症の「気づき」に寄与するばかりではなく、医療機関への「受療支援」を含め、認知症の人の日常生活を支援する人材の育成に貢献していたことが明らかにされている [7~9]。

また、今日さまざまな地域で展開されている高齢者見守り活動、サロン、健康づくり活動、ネットワークづくり、家族会活動、NPO法人による単身・生活困窮高齢者への支援活動など、多様な住民組織の活動が、地域の中で認知症に「気づき」、認知症の人を面的に支える地域づくりに貢献している [10, 11]。地域包括支援センターには、このような“地域における支援体制づくり”を積極的に推進する役割が期待されている。

Ⅳ. 地域包括支援センターに求められる役割と機能の強化

震災後、地域包括支援センターの相談窓口で認知症に関連する相談が殺到したことが明らかにされている [7~9]。このことは、地域包括支援センターが認知症の相談窓口として地域に定着してきていることを示すとともに、「相談／アセスメント」「受療支援」「多様な問題の解決」「サービスの統合的提供」などの役割を果たすことが地域から強く期待されていることを示している。

地域包括支援センターは現実に数多くの認知症関連業務を遂行している [12, 13]。しかし、それらが地域包括支援センターの業務マニュアル [14] の中では明確に体系化されていない。宮城県仙台市では、地域包括支援センターの業務水準の中に認知症関連業務のカテゴリーを設け、業務の明文化を試みている。そこには、1) 早期発見・対応、2) 本人・家族支援、3) 地域における支援体制づくり、の項目があり、1) 早期発見・対応には、①認知症の相談窓口であることの周知、②認知症アセスメント・シートを活用した状態像把握と支援方針立案、③医療機関を含む関係機関との情報共有、に関する事項が記述されている。

仙台市では、地域包括支援センターに、①認知機能障害、

(2)生活機能障害、(3)身体合併症、④周辺症状、⑤社会的状況の5領域を総合的にアセスメントできるシートを活用することを推奨している。このシートは、地域包括支援センターの職員や訪問看護師が、地域に潜在する認知症の人を発見するとともに、認知症の総合アセスメントを実施することを目的に筆者らが作成した「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント・シート (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, DASC)」を応用したものである。DASCは、3系列の認知機能と3系列の生活機能を4件法で評価する18項目の質問票であり、感度88%、特異度85%で軽度認知症を非認知症から弁別することが確認されている [7]。

DASCを用いることの意義は、第一に、認知症概念の中核を構成する認知機能障害と生活機能障害を捉えることができるので、認知症の「気づき」を促進できること、第二に、認知症の重症度は、認知機能障害と生活機能障害のレベルに規定されるので、この両者を評価することによって認知症の重症度を評価できること、第三に、DASCに「身体合併症」「周辺症状」「社会的状況」を評価する欄を追加した総合アセスメント・シートを作成することによって(仙台市版DASC)、医療ニーズや介護ニーズが包括的に把握され、この情報を関係機関と共有することによってサービスの統合的提供を計画することができることにある。

地域包括ケアシステムを利用した認知症早期診断システムを推進する上で、地域包括支援センターは、「相談・アセスメント」「受療支援」「情報共有」の機能を積極的に果たしていくことが求められる。また、基礎的自治体は、地域包括支援センターがこうした機能を担うことができるように、業務水準の明確化、研修会の開催、アセスメント・シートの導入などの具体策を検討していく必要があろう。

Ⅴ. かかりつけ医療機関に求められる役割と機能の強化

認知症医療において、かかりつけ医療機関に求められている役割は、(1)認知症の早期段階での発見・気づき、(2)認知症疾患医療センター等の専門医療機関への受診勧奨、(3)一般患者としての日常的な疾患対応（診断・治療）と健康管理、(4)家族の介護負担や不安への理解、(5)地域の認知症介護サービス諸機関との連携（介護保険主治医意見書の記載を含む）とされている [15]。しかし、このような機能を実際に発揮している医療機関がどの程度存在するのかわからない。地域包括支援センターを対象とするアンケート調査の結果によれば、上記のような機能を担う医療機関の数は圧倒的に不足しているようである [12, 16]。筆者らは、認知症のための医療サービスの現状を把握するための調査票を開発し、自治体が圏域内の医療サービスの実態を把握した上で、必要な強化策を検討することを推奨している [17, 18]。

医療資源の強化策の中で、かかりつけ医の認知症対応力向上研修事業は、医療資源の機能強化に一定の効果をもた

らしていることが明らかにされている。研修に参加した医療機関は、参加していない医療機関と比較すると、かかりつけ医機能のみならず、認知症の鑑別診断機能、周辺症状への外来対応機能、地域連携機能も有意に高い [18]。地域包括支援センターで「相談/アセスメント」が行われた後に、かかりつけ医療機関への受療を支援し、アセスメントの結果を情報共有することが、地域の中で認知症の早期診断を実現するための標準的道筋（パス）となるのが理想である。地域包括支援センターと医療機関との間で、認知症アセスメントの結果を情報共有することの意義は、第一に、医療機関において情報の把握が容易になるので診療時間が短縮化できる、第二に、情報の共有は関係機関のコミュニケーション能力を高めた信頼の基盤を形成する、第三に、他領域との情報共有はサービスの統合的提供を促しケアの質を高める、といった点にある。

VI. 専門医療機関に求められる役割と資源の整備

認知症疾患医療センターは、①専門医療相談、②鑑別診断と初期対応、③身体合併症・周辺症状への急性期医療、④かかりつけ医等の研修、⑤認知症医療連携協議会の開催、⑥情報発信を事業内容とする国庫補助金による委託事業であり、現在全国に約150箇所設置されている。同センターには、地域包括支援センターやかかりつけ医療機関をバックアップし、認知症の早期診断を推進することが期待されている。しかし、この事業が現在抱えている最大の課題は、認知症高齢者の数に対して設置されている同センターの数が圧倒的に少ないということ、あるいは同センターに求められている機能を担うことができる医療機関や医師の数が圧倒的に不足しているということである。

平成19年度に日本老年精神医学会専門医を対象に実施したアンケート調査によれば、認知症疾患医療センターの機能を担う専門医療機関は、高齢化率を20%とすれば人口130万～50万人に1件（高齢者人口6万～10万人、認知症高齢者数4800～8000人に1件）必要という結果であった [19]。この数値は、筆者の実感とも一致している。この数値に基づけば、現時点でも全国に約300～500箇所の認知症疾患医療センターが必要という計算になる。しかしながら、平成22年度に東京都の全医療機関を対象に実施した調査では（この時点で東京都は認知症疾患医療センターを事業化していないが）、認知症疾患医療センターの実施要綱に定められる機能をフルに発揮している医療機関は1箇所のみという結果であった [18]。

少なくとも、認知症の早期診断の推進を目的とするのであれば、フル装備の認知症疾患医療センターはそれほど多くは必要としない。まずは、①専門医療相談、②認知症の診断と対応、③身体合併症や周辺症状への対応、④地域連携推進の4つを基本機能とする認知症医療の拠点を、高齢者人口6万人に1件、あるいは基礎的自治体に1件設置することが推奨される。バックアップ機能をもつ専門医療機関の設置は、地域包括支援センターやかかりつけ医療

機関の認知症対応力の向上に寄与するであろう。

VII. 地域連携推進の戦略

認知症の早期診断システムを推進するには、上記で述べてきたような地域資源の強化とともに、関係機関同士の連携の推進が不可欠である。地域の認知症対策や地域連携推進の具体策を検討するには、関係機関でコンセンサスを得るための合議体（認知症対策推進会議、医療・介護連携協議会、担当領域包括ケア推進会議など）を基礎的自治体や日常生活圏域に設置する必要がある。また、具体策を検討する前提として、圏域の認知症高齢者数の将来推計値や医療資源等の実態資料を関係者間で共有しておくことが重要である。

東京都では、認知症対策推進会議の下に認知症ケアパス部会を設置し、認知症の地域連携推進をめざした事業の考え方を報告書にまとめている [20]。東京都千代田区では、在宅医療・介護連携推進会議の下に認知症部会を設置し、情報共有ツールの作成に取り組んでいる。宮城県仙台市では、認知症対策推進会議の下に支援体制部会を設置し、認知症アセスメント・シートの作成や多職種の認知症対応力向上研修を企画している。

認知症の早期診断と総合アセスメントの結果を「さまざまな問題の解決」や「サービスの統合的提供」に繋げる仕組みとして、地域包括支援センター等を拠点とする地域ケア会議は有用である [21, 22]。地域ケア会議には多職種が参加し、「さまざまな問題の解決」に向けて、医療・介護等のサービスを統合的に提供していくための具体的な道筋（ケアパス）を検討していくことができる。このような作業を進めていくためには、多職種間で共通言語を使用し、信頼の土壌を形成し、顔の見える関係を作り出しておく必要がある。そのためには多職種が一堂に会した研修会を重ねることが大切である。

地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムが、認知症の人や介護者の暮らしにどのような効果をもたらすか、多地域をフィールドとする実証研究を進めていく必要がある。

文献

- [1] 粟田主一. 認知症のはじまり：早期診断と初期対応. *こころの科学*. 2011;161:17-22.
- [2] 筒井孝子. Community-based integrated careの基本的考え方. *地域包括ケアシステムにおける認知症患者の支援*. *老年精神医学雑誌*. 2012;23:271-9.
- [3] 粟田主一. 過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診断・早期対応システムの構築に関する実践的研究(1). *保健所老人精神保健相談事業・地域総合病院連携システムの意義と課題*. *老年精神医学雑誌*. 1999;10:339-46.
- [4] 粟田主一. 過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診

- 断・早期対応システムの構築に関する実践的研究(2). 精神医学的相談と地域精神保健チームの連携を含む統合的地域ケアシステム, 老年精神医学雑誌. 2002;13:1175-84.
- [5] 栗田主一, 赤羽隆樹, 印部亮介, 鶴岡寛行, 川勝忍, 橋高一, 木村正之, 佐藤茂樹, 納富昭人, 水野裕, 山下元康, 福島摂, 飯塚邦夫, 大橋雅啓, 佐野ゆり, 野呂雅仁, 高橋ふみ, 藤原砂織. 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」(主任研究者: 黒澤尚. 課題番号H19-こころ一般-009) 平成19年度総括・分担研究報告書. 2008. p.135-56.
- [6] Awata S. New national health program against dementia in Japan: The medical center for dementia. *Psychogeriatrics*. 2010;10:102-6.
- [7] 栗田主一, 主任研究者. 老人保健健康増進等事業「地域の潜在認知症患者の早期診断に関する調査研究事業」平成23年度研究報告書. 2012.
- [8] 栗田主一. 災害精神医療の現状. 老年精神医学領域の問題点と課題. 老年精神医学雑誌. 2012;23:204-8.
- [9] 栗田主一. 災害時における高齢者の精神科医療の課題. 老年医学. 2012;50:301-4.
- [10] 東京都福祉保健局. 認知症の人と家族を支える地域づくり手引書. 東京都認知症対策推進会議仕組み部会報告書. 2010.
- [11] 滝脇憲. 大都市の困窮・単身・認知症の高齢者の暮らしを支える. こころの科学. 2011;161:86-91.
- [12] 栗田主一, 佐野ゆり, 福本めぐみ. 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態. とくに, 医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌. 2010;21:356-63.
- [13] 小長谷陽子. 認知症の地域連携システム(地域包括支援センター). 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」(研究代表者: 鳥羽研二. 課題番号H22-認知症一般-005) 平成23年度総括・分担研究報告書. 2012. p.28-37.
- [14] 地域包括支援センター業務マニュアル検討委員会. 地域包括支援センター業務マニュアル. 長寿社会開発センター. 2011.
- [15] 栗田主一. 認知症医療ネットワーク構築の現状と課題. 総合臨床. 2011;60:1761-2.
- [16] 栗田主一. 地域における認知症医療の現状と求められる役割. 日本老年医学会雑誌. 2010;47:298-301.
- [17] 栗田主一. 認知症のための医療資源整備をどう進めるか. 老年精神医学雑誌. 2010;11:1183-8.
- [18] 栗田主一, 井藤佳恵, 岡村毅. 認知症の地域連携システム(認知症疾患医療センター). 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」(研究代表者: 鳥羽研二. 課題番号H22-認知症一般-005) 平成23年度総括・分担研究報告書. 2012. p.14-27.
- [19] 栗田主一, 山下元康, 福島摂, 高松幸生, 大橋雅啓, 佐野ゆり, 野呂雅仁, 高橋ふみ, 藤原砂織, 井上由紀子. 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」(研究代表者: 黒澤尚. 課題番号H19-こころ一般-009) 平成20年度総括・分担研究報告書. 2009. p.119-48.
- [20] 東京都福祉保健局. 認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて. 東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書. 2012.
- [21] 栗田主一. 地域連携に必要な専門医の役割をどう考えるか. 地域ケアシステムの構築をめざした. 老年精神医学雑誌. 2005;16増刊号Ⅲ:141-7.
- [22] 栗田主一. 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. 2006;17:490-5.

地域在住高齢者の日中の眠気

オカムラ ツヨシ*^{2*} イトウ カエ*^{3*} コンノ ミチヨ*^{4*} イナガキ ヒロキ*
 岡村 毅*^{2*} 井藤 佳恵*^{3*} 金野 倫子*^{4*} 稲垣 宏樹*
 スギヤマ ミカ* サク マナオヨ* アワタ シュイチ*
 杉山 美香* 佐久間尚子* 粟田 圭一*

目的 日本語版エプワース眠気尺度を用いて地域在住高齢者の主観的な日中の眠気を測定し、性・年齢階級別の得点分布を記述した。また日中の過度の眠気 (Excessive daytime sleepiness, 以下EDS) の出現頻度を調べ、関連要因を探索した。

方法 東京都A区在住の65歳以上の全高齢者のうち、4月～9月生まれで、施設入所中の者、要介護認定を受けている者を除く3,195人を対象とした。郵送法による自記式アンケート調査を実施し、日本語版エプワース眠気尺度ならびに社会人口統計学的要因と健康関連要因等を調査した。2,034人から有効票を回収し (回収率63.7%)、日本語版エプワース眠気尺度に欠損値のない1,494人 (男性652人, 女性842人) を解析対象とした。解析対象者1,494人は対象者3,195人のうち46.8%であった。

結果 全体の日本語版エプワース眠気尺度の平均得点±標準偏差は5.0±3.8で、男性は5.6±4.1, 女性は4.4±3.4で、男性で有意に大きい値を示した ($P<0.01$)。

日本語版エプワース眠気尺度で11点以上と定義するEDSは全体で131人 (8.8%)、男性83人 (12.7%)、女性48人 (5.70%) で男性に有意に高率であった ($P<0.01$)。関連要因の検討では「男性」、「仕事をしている」、「精神的健康度不良」、「活動能力低下あり」、「主観的記憶力低下あり」がEDSに有意に関連した。性で層化したところ、男性では「ソーシャルネットワークが小さい」、「主観的記憶力低下あり」が、女性では「肥満あり」、「活動能力低下あり」が有意な関連を示した。

結論 地域在住高齢者において、EDSの出現頻度は男性が女性よりも高く、関連要因には性差が認められた。この知見は臨床では眠気を訴える患者の評価と治療に、保健上は事業の構想に有用である。

Key words : 高齢者, エプワース眠気尺度, 日中の眠気, 日中の過度の眠気

I 緒言

日中の眠気は高齢者にしばしば認められる現象であるが、その出現頻度や関連要因に関する知見は少ない。たとえば、本邦の地域在住高齢者を対象に、日中の眠気の出現頻度を調査した疫学研究は見あたらない。しかし、米国ハワイ州の日系人を対象にし

た地域研究において、不眠ではなく日中の眠気が認知症発症リスクと関連したという報告¹⁾がある。また、一般人口において日中の眠気が生活の質を低下させるという報告²⁾もあり、高齢者の認知症の早期発見や精神保健という観点からも、日中の眠気は今後重要な研究課題となる可能性がある。

日中の眠気を定量的に測定する方法として、エプワース眠気尺度を用いることが多い。これはJohnsら³⁾によって作成された自己評価式尺度である。本邦でもTakegamiらによって日本語版 (Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale, 以下JESS) が作成されている^{4,5)}。

本研究の目的は、JESSを用いて地域在住高齢者の主観的な日中の眠気を測定し、性・年齢階級別の得点分布を記述するとともに、日中の過度の眠気 (Excessive daytime sleepiness, 以下EDS) の出現頻

* 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*} 東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻臨床神経精神医学

^{3*} 東京医科歯科大学大学院医歯薬総合研究科老化制御学系加齢制御医学血流制御内科学

^{4*} 日本大学医学部精神医学系精神医学分野
 連絡先: 〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
 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 岡村 毅

度を調べ関連要因を探索することである。

II 研究方法

1. 対象

東京都A区在住の65歳以上の全高齢者のうち、4月～9月生まれで、施設入所中の者、要介護認定を受けている者を除く3,195人を対象とした。なお、生まれ月による影響も除外するべきであるが、本研究は区の事業の一部で行ったため、実現可能性を考慮して対象者を半数に絞った。対象者の特定と除外も行政が行った。2,034人から有効票を回収し(回収率63.7%)、JESSに欠損値のない1,494人(男性652人、女性842人)を解析対象とした。解析対象者1,494人は対象者3,195人のうち46.8%であった。

2. 調査方法と調査項目

郵送法による自記式アンケート調査を実施した。アンケートの調査項目にJESSとともに、社会人口統計学的要因と健康関連要因に関するものを含めた。

JESSは、自記式質問票であり、8つの状況をあげたうえで回答者が「うとうとする」可能性として、「ほとんどない」(0点)、「少しある」(1点)、「半々くらい」(2点)、「高い」(3点)の4段階の回答選択肢より選ぶ。得点は0点から24点までの分布を示し、合計得点が高いほど日中の眠気が強いと評価され、10点以下が正常であるとされている⁹⁾。JESSの信頼性・妥当性はTakegamiらによって確認されている⁹⁾。今回の調査では11点以上得点したものを、EDSを有するとした。欠損値のない1,494人のJESSのクロンバック α 係数は0.78であった。

社会人口統計学的要因については、年齢、性別、教育年数、同居者の有無、仕事の有無、ソーシャルネットワークを評価した。仕事の有無は、現在仕事をしているか否かについて3件法で質問し、「週に35時間以上働いている」、「35時間未満が不定期に働いている」と回答したものを「仕事をしている」と定義した。ソーシャルネットワークの評価には日本語版のLubben Social Network Scale 短縮版^{6~8)}を用い、12点未満を「ソーシャルネットワークが小さい」と定義した。

健康関連要因については主観的健康観、運動習慣、肥満、精神的健康度、活動能力、主観的記憶力低下を評価した。主観的健康観は現在の健康状態について4件法(「健康でない」～「非常に健康」)で回答を求め、「健康でない」、「あまり健康でない」を主観的健康観不良とした。運動習慣は「ある」、「ない」の2件法で回答を求めた。肥満は肥満指数(Body Mass Index, 以下BMI)を用い、自己申告の値を用いて算出し、日本肥満学会の基準に準じて

25以上の者を「肥満あり」とした。精神的健康度は日本語版World Health Organization-Five Well-Being Index (WHO-5)⁹⁾を用い、13点未満を精神的健康度不良とした。活動能力は老研式活動能力指標¹⁰⁾を用いて、11点未満のものを「活動能力低下あり」とした。主観的記憶力低下は、「半年前に比べて、もの忘れが増えたと感じますか」という質問に対し5件法(「減った」～「増えた」)で回答を求め、「少し増えた」、「増えた」を「主観的記憶力低下あり」とした。

3. 分析方法

JESSの得点分布およびEDSの出現頻度を性・年齢階級別に分析した。EDSの関連要因については、前述の社会人口統計学的要因および健康関連要因を説明変数に投入した単変量および多変量解析を、ロジスティック回帰分析を用いて行った。統計解析にはSPSS 18.0 for Windowsを使い、 $P < 0.05$ を統計的有意水準とした。

4. 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(平成22年4月30日)を得て実施した。対象者には本研究の目的、調査データの利用、参加の自由について文書で説明し、署名と調査票の返送をもって同意とした。

III 研究結果

1. 解析対象者の特性

JESSに欠損値を認めない解析対象者と欠損値を認めた非解析対象者の比較をしたところ、解析対象者では有意に男性が多く、年齢が低く、教育年数が多く、仕事をしている者が多く、精神的健康度は不良であった。解析対象者の属性を表1に示す。

2. JESS得点分布

JESSの得点分布を図1に示す。全体の平均得点±標準偏差は 5.0 ± 3.8 で、尖度2.24、歪度1.33の得点分布を示した。性別にみると、男性の平均得点±標準偏差は 5.6 ± 4.1 で、尖度1.46、歪度1.08、女性の平均得点±標準偏差は 4.4 ± 3.4 で、尖度3.56、歪度1.55の分布を示した。JESSの平均得点は男性に有意に高かった($P < 0.01$)。

性・年齢階級別の平均値±標準偏差を表2に示す。男女別に年齢階級を要因とする一元配置分散分析を行ったところ年齢階級間で差はみられなかった(男性: $P = 0.996$, 女性: $P = 0.191$)。年齢階級ごとの性差をみたところ、65-69歳、70-74歳、75-79歳で男性が有意に高得点であった。

3. EDSの出現頻度

EDSは全体で131人(8.8%)、男性83人(12.7%)、

女性48人(5.7%)で性差を認めた($P < 0.01$)。男女別にEDSの有無と年齢階級を要因とする χ^2 検定を行ったところ男女とも年齢階級間で差はみられなかった(男性: $P = 0.78$, 女性: $P = 0.15$)。性・年

齢階級別のEDSの出現頻度を表2に示す。

4. EDSの関連要因

EDSの有無を目的変数とし, 社会人口統計学的要因(6項目)と健康関連要因(5項目)を各説明変数とした単変量解析では, 「男性」, 「仕事をしている」, 「ソーシャルネットワークが小さい」, 「精神的健康度不良」, 「活動能力低下あり」, 「肥満あり」, 「主観的記憶力低下あり」がEDSに関連した。単変量解析で有意な関連を認めた要因をすべて説明変数に強制投入した多変量ロジスティック回帰分析では「男性」, 「仕事をしている」, 「精神的健康度不良」, 「活動能力低下あり」, 「主観的記憶力低下あり」がEDSと有意な関連性を示した(表3)。

性による層別解析を行ったところ, 男性では, 単変量解析で「ソーシャルネットワークが小さい」, 「運動習慣あり」, 「精神的健康度不良」, 「活動能力低下あり」, 「主観的記憶力低下あり」が関連し, 多

表1 解析対象者の属性
解析対象(1,494人)

	N (%)
性別	
女性	842(56.4)
男性	652(43.6)
年齢(平均±標準偏差)	73.7±6.1
教育年齢(平均±標準偏差)	13.5±3.1
家族形態	
同居者がいる	1,145(76.6)
同居者がいない	310(20.7)
仕事の有無	
仕事をしていない	676(45.2)
仕事をしている	746(49.9)
ソーシャルネットワーク	
大きい	1,108(74.2)
小さい	325(21.8)
主観的健康感	
良好	1,178(78.8)
不良	267(17.9)
肥満	
なし	1,122(75.1)
あり	323(21.6)
精神的健康度	
良好	1,071(71.7)
不良	339(22.7)
活動性低下	
なし	1,153(77.2)
あり	325(21.8)
主観的記憶障害	
なし	803(53.7)
あり	646(43.2)

図1 日本語版エプワース眠気尺度(JESS)の得点分布

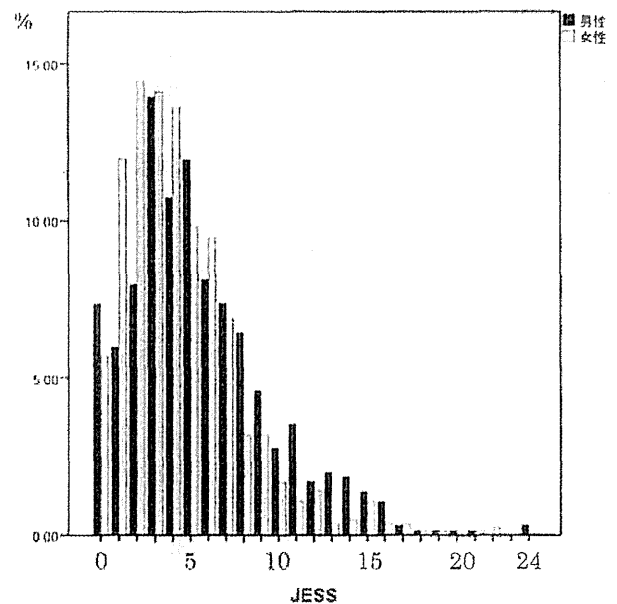


表2 年齢階級・性別にみた日本語版エプワース眠気尺度得点(JESS)と, 日中の過度の眠気(EDS)の出現頻度

	男性			女性		
	n	JESS 得点 平均±標準偏差	EDS 頻度 %	n	JESS 得点 平均±標準偏差	EDS 頻度 %
年齢						
65-69	197	5.7±4.1	14.2	250	4.6±3.2	4.8
70-74	195	5.6±4.2	10.3	245	4.4±3.4	4.9
75-79	149	5.6±3.9	12.8	198	4.0±3.4	5.1
80-84	78	5.4±4.1	12.8	103	4.7±3.7	9.7
85-89	26	5.6±4.5	19.2	30	5.5±4.7	13.3
90-	7	5.4±4.0	14.3	16	4.1±2.4	0.0
合計	652	5.6±4.1		842	4.4±3.4	

表3 日中の過度の眠気 (EDS) の関連要因 (全体)

社会人口統計学的要因	単変量解析				多変量解析		
	n	EDSあり	OR	95%CI	OR	95%CI	
性別							
女性	842	48	1		1		
男性	652	83	2.41	1.64-3.50	***	1.87	1.23-2.86 ***
年齢							
65-69	447	40	1				
70-74	440	32	0.80	0.49-1.30			
75-79	347	29	0.93	0.56-1.53			
80-84	181	20	1.26	0.72-2.23			
85-89	56	9	1.95	0.89-4.27			
90-	23	1	0.46	0.06-3.52			
教育							
13年- (大学卒以上)	772	65	1				
10-12年	584	53	1.09	0.74-1.59			
<12年 (義務教育)	138	13	1.13	0.61-2.11			
家族形態							
同居者がいる	309	23	1				
独居	1,150	106	0.79	0.50-1.27			
仕事の有無							
仕事をしていない	682	45	1		1		
仕事をしている	748	85	1.82	1.24-2.65	**	2.11	1.36-3.27 **
ソーシャルネットワーク							
大きい	1,114	79	1		1		
小さい	324	47	2.22	1.51-3.27	***	1.57	1.00-2.48
健康関連要因							
主観的健康観							
良好	1,183	98	1				
不良	267	31	1.45	0.95-2.23			
運動習慣							
あり	995	83	1				
なし	469	47	1.22	0.84-1.78			
肥満							
なし	1,123	82	1		1		
あり	327	41	1.82	1.22-2.71	**	1.54	1.00-2.37
精神的健康度							
良好	1,079	76	1		1		
不良	338	48	2.18	1.49-3.21	***	2.10	1.33-3.32 **
活動能力低下							
なし	1,153	71	1		1		
あり	325	60	3.45	2.39-4.99	***	2.88	1.85-4.46 ***
主観的記憶力低下							
なし	809	52	1		1		
あり	644	77	1.98	1.37-2.86	***	1.71	1.13-2.58 *

CI: Confidence interval

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

多変量解析では単変量解析で有意な関連を認めた性別, 仕事, ソーシャルネットワーク, 肥満, 精神的健康度, 活動能力, 主観的記憶力を説明変数に投入した。

表4 日中の過度の眠気 (EDS) の関連要因 (男性)

社会人口統計学的要因	単変量解析				多変量解析		
	n	EDS あり	OR	95%CI	OR	95%CI	
年齢							
65-69	197	28	1				
70-74	195	20	0.69	0.37-1.27			
75-79	149	19	0.88	0.42-1.65			
80-84	78	10	0.89	0.41-1.93			
85-89	26	5	1.44	0.50-4.12			
90-	7	1	1.01	0.12-8.67			
教育							
13年- (大学卒以上)	438	48	1				
10-12年	134	24	1.79	0.64-5.00			
-12年 (義務教育)	46	5	1.01	0.38-2.68			
家族形態							
同居者がいる	556	72	1				
独居	77	9	0.89	0.43-1.86			
仕事の有無							
仕事をしていない	229	23	1				
仕事をしている	398	59	1.56	0.93-2.60			
ソーシャルネットワーク							
大きい	448	47	1		1		
小さい	174	33	2.00	1.23-3.24	**	1.89	1.06-3.12 *
健康関連要因							
主観的健康観							
良好	523	52	1				
不良	108	30	1.32	0.74-2.35			
運動習慣							
あり	446	48	1		1		
なし	196	34	1.74	1.01-2.80	*	1.36	0.80-2.31
肥満							
なし	458	54	1				
あり	174	24	1.20	0.71-2.01			
精神的健康度							
良好	463	50	1		1		
不良	154	29	1.92	1.16-3.16	*	1.35	0.76-2.40
活動能力低下							
なし	466	50	1		1		
あり	178	33	1.89	1.17-3.06	**	1.22	0.70-2.14
主観的記憶力低下							
なし	367	30	1		1		
あり	264	52	2.76	1.70-4.46	***	2.46	1.46-4.16 **

CI: Confidence interval

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

多変量解析では単変量解析で有意な関連を認めたソーシャルネットワーク, 運動習慣, 精神的健康度, 活動能力, 主観的記憶力を説明変数に投入した。

表5 日中の過度の眠気 (EDS) の関連要因 (女性)

社会人口統計学的要因	n	単変量解析			多変量解析		
		EDS あり	OR	95%CI	OR	95%CI	
年齢							
65-69	250	12	1				
70-74	245	12	1.02	0.45- 2.32			
75-79	198	10	1.06	0.45- 2.50			
80-84	103	10	2.13	0.89- 5.10			
85-89	30	4	3.05	0.92-10.15			
90-	16	0					
教育							
13年- (大学卒以上)	334	17	1				
10-12年	373	21	0.63	0.27- 1.46			
<12年 (義務教育)	92	8	0.56	0.24- 1.35			
家族形態							
同居者がいる	594	34	1				
独居	232	14	1.06	0.56- 2.01			
仕事の有無							
仕事をしていない	453	22	1				
仕事をしている	350	26	1.57	0.88- 2.82			
ソーシャルネットワーク							
大きい	666	32	1		1		
小さい	150	14	2.04	1.06- 3.93	*	1.06	0.47- 2.41
健康関連要因							
主観的健康観							
良好	660	33	1				
不良	159	14	1.83	0.96- 3.52			
運動習慣							
あり	549	35	1.00				
なし	273	13	0.73	0.38- 1.41			
肥満							
なし	665	28	1		1		
あり	153	17	2.84	1.51- 5.34	**	3.05	1.52- 6.15
精神的健康度							
良好	616	26	1		1		
不良	184	19	2.61	1.41- 4.84	**	1.75	0.85- 3.60
活動能力低下							
なし	687	21	1		1		
あり	147	27	7.14	3.91-13.03	***	6.97	3.43-14.16
主観的記憶力低下							
なし	380	25	1				
あり	442	22	1.34	0.75- 2.43			

CI: Confidence interval

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

多変量解析では単変量解析で有意な関連を認めたソーシャルネットワーク, 肥満, 精神的健康度, 活動能力を説明変数に投入した。

変量解析で「ソーシャルネットワークが小さい」、「主観的記憶力低下あり」がEDSと有意な関連性を示した(表4)。

女性では、単変量解析で「ソーシャルネットワークが小さい」、「肥満あり」、「精神的健康度不良」、「活動能力低下あり」が関連し、多変量解析で「肥満あり」、「活動能力低下あり」がEDSと有意な関連性を示した(表5)。

Ⅳ 考 察

地域在住高齢者のESSの値に関しては、Whitneyら¹¹⁾は米国の65歳以上の地域在住高齢者を対象とした調査でESSの平均得点は5.85であり、男女の85パーセンタイル値がそれぞれ11点、9点であることから、日中の眠気の出現頻度は男性の方が高い傾向にあると報告している。Baldwinら¹²⁾は、40歳以上の6,440人を対象にした調査において、EDSの出現頻度は女性よりも男性に有意に高いと報告しているが、本調査の結果は高齢者においてもそれが支持されることを示している。竹上ら⁵⁾は20歳以上の地域住民4,412人を対象とした調査において、JESS平均得点が5.03(男性5.13, 女性4.95)、EDSの出現頻度が9.2%(男性9.6%, 女性8.8%)と報告している。本研究と比較すると高齢になると一般人口でみられる性差がより際立つ、すなわちJESS得点は男性ではより高く、女性ではより低くなり、EDS有病率も男性ではより高く、女性ではより低くなることが示唆された。

地域在住高齢者のEDSの関連要因については、Whitneyら¹¹⁾は、男性はESS12点以上、女性は10点以上をEDSと定義した場合の関連要因の検討を行っている。これによると男性では、「非喫煙者」、「ぜんそくを有すること」、「1年以内に狭心症の既往があること」、「1年以上前の心不全の既往があること」、「ソーシャルサポートが大きいこと」、「動かない生活」、女性では「高血圧があること」、「1年以内の心不全の既往があること」、「1年以上前の脳梗塞の既往」、「認知機能低下」、「コーヒーを飲まないこと」が関連要因として検出されている。投入されている説明変数が異なるために単純な比較はできないが、認知機能低下や動かない生活に関連する変数は本研究においても検出され、男性において主観的記憶障害とEDSの関連が示された。なお本研究では飲酒、喫煙、コーヒーやお茶などの嗜好品等の生活習慣、睡眠薬をはじめとする薬剤に関しては調査していない。一方で「仕事をしていること」は、日中の眠気を増大させる因子であった。高齢者の臨床では仕事を退職することで刺激がなくなり日中の

眠気を催す症例をしばしば経験するが、本調査の結果はそうした印象を支持しなかった。Ohayonら¹³⁾は地域在住高齢者において眠気が認知機能の低下と関連することを示している。またイタリアの高齢者を対象とする疫学調査¹⁴⁾では、「認知症と診断されたこと」が「EDSを有すること」と関連し、認知症重症度が高くなるとともにEDSを有する割合が上昇するという結果が示されている。しかし、いずれの調査においてもESSとは異なる方法で調査が行われている。ESSを用いた研究に関してはアルツハイマー型認知症患者において、ESSが高いと日常生活動作能力が低くなるという報告¹⁵⁾がある。また、APOEε4遺伝子のホモ接合体保有者においては、言語性記憶の低下と、ESSの高さが関連したと報告¹⁶⁾がある。本研究では、男性において主観的記憶障害とEDSとの関連が認められた。

ソーシャルネットワークと眠気に関する先行研究は乏しい。ソーシャルネットワークの小ささとEDSとの関連性が示された。

女性においては、EDSと肥満が関連した。元来ESSとは閉塞性睡眠時無呼吸症候群(Obstructive Sleep Apnea Syndrome; 以下OSAS)をはじめとする睡眠呼吸障害における日中の覚醒度低下を測定するための尺度であった¹⁷⁾。OSASとは、睡眠中の筋弛緩により舌根部や軟口蓋が下がり気道を閉塞することが主な原因で、肥満や顎の骨格が小さいことなどに関連する。気道閉塞により無呼吸や低呼吸が起これば、就寝中の意識覚醒が反復し、日中の眠気を生じることもある。睡眠時無呼吸症候群(SAS)は交通事故¹⁸⁾の原因になることが多く、8年生存率は63%とする報告¹⁹⁾もあることから、社会的影響の大きな疾患として認知されている。本研究では男性においてはEDSと肥満に関連が認められなかった。

高齢者の日中の眠気は臨床ではしばしばみられる所見であるが、これまでわが国でその分布や過度の眠気の関連要因の探索はあまりなされていない。本研究は地域在住高齢者のJESS得点分布を示すとともに、男性が高い値であり、EDS出現頻度も高いこと示した点が新規の知見である。また男性と女性で眠気の背景因子が異なる可能性が示唆されたことも新規と思われる。この知見は、臨床的には眠気を訴える高齢者に遭遇した際の評価の一助となるものと考えられる。また保健事業において、対象者の性別にも配慮したきめ細やかな介入が求められることは言うまでもないが、本研究の結果がそのための一助となるものと考えられる。

本研究の限界は、第一に、眠気を評価するために主観的な自記式評価尺度であるESSを用いたこと

である。眠気のより厳密な客観的評価尺度としてはMSLT (Multiple sleep latency test) があげられる。これは対象者において、入眠潜時(入眠に要した時間)を繰り返し測定することにより、日中の生理的な眠気を客観的に測定する方法であるが、多大な手間と時間を要するために、疫学的調査などには用いるには困難である。先行研究においてESSで測定された日中の主観的眠気と、MSLTで測定されたより客観的な眠気が相関していない可能性が示されている²⁰⁾。第二に、本研究の対象には要介護認定を受けている人、施設や病院に入所している人は含まれていないため、対象は高齢者を代表するとは言えないことである。また本調査の対象地域は都市部の一自治体であることから、わが国の地域在住高齢者を代表するものではないということである。研究結果の一般化を確認するためには他の地域での調査結果との比較が必要である。

V 結 語

地域在住高齢者の日中の眠気を、JESSを用いて測定した。平均得点±標準偏差は全体で5.0±3.8、男性5.6±4.1、女性4.4±3.4であり男性が高い値であった。EDSの出現頻度は男性で12.7%、女性で5.7%で、男性に多くみられた。男性では「ソーシャルネットワークが小さい」、「主観的記憶力低下あり」が、女性では「肥満あり」、「活動能力低下あり」がEDSと有意な関連性を示した。

(受付 2011.10.14)
(採用 2012. 6.13)

文 献

- Foley D, Monjan A, Masaki K, et al. Daytime sleepiness is associated with 3-year incident dementia and cognitive decline in older Japanese-American men. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(12): 1628-1632.
- 竹上未紗, 笠島 茂, 山崎 新, 他. 日中の眠気が健康関連 QOL に与える影響. 第62回日本公衆衛生学会総会抄録集 2003; 312.
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991; 14(6): 540-545.
- Takegami M, Suzukamo Y, Wakita T, et al. Development of a Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale (JESS) based on item response theory. *Sleep Med* 2009; 10(5): 556-565.
- 竹上未紗, 笠島 茂, 山崎 新, 他. The Epworth Sleepiness Scale の性・年齢階級別得点分布と日中の過度の眠気の有症割合の推定: 地域住民を対象とした調査. *日本公衆衛生雑誌* 2005; 52(2): 137-145.
- 栗本鮎美, 栗田圭一, 大久保孝義, 他. 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本老年医学会雑誌* 2011; 48(2): 149-157.
- Lubben JE. Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health* 1988; 11(3): 42-52.
- Lubben J, Blozik E, Gillmann G, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist* 2006; 46(4): 503-513.
- 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.
- 古谷野豆, 橋本廸生, 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.
- Whitney CW, Enright PL, Newman AB, et al. Correlates of daytime sleepiness in 4578 elderly persons: the Cardiovascular Health Study. *Sleep* 1998; 21(1): 27-36.
- Baldwin CM, Kapur VK, Holberg CJ, et al. Associations between gender and measures of daytime somnolence in the Sleep Heart Health Study. *Sleep* 2004; 27(2): 305-311.
- Ohayon MM, Vecchierini MF. Daytime sleepiness and cognitive impairment in the elderly population. *Arch Intern Med* 2002; 162(2): 201-208.
- Merlino G, Piani A, Gigli GL, et al. Daytime sleepiness is associated with dementia and cognitive decline in older Italian adults: a population-based study. *Sleep Med* 2010; 11(4): 372-377.
- Lee JH, Bliwise DL, Ansari FP, et al. Daytime sleepiness and functional impairment in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(7): 620-626.
- Caselli RJ, Reiman EM, Hentz JG, et al. A distinctive interaction between memory and chronic daytime somnolence in asymptomatic APOE e4 homozygotes. *Sleep* 2002; 25(4): 447-453.
- Johns MW. Daytime sleepiness, snoring, and obstructive sleep apnea. The Epworth Sleepiness Scale. *Chest* 1993; 103(1): 30-36.
- Terán-Santos J, Jiménez-Gómez A, Cordero-Guevara J. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. *Cooperative Group Burgos-Santander. N Engl J Med* 1999; 340(11): 847-851.
- He J, Kryger MH, Zorick FJ, et al. Mortality and apnea index in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. *Chest* 1988; 94(1): 9-14.
- Benbadis SR, Mascha E, Perry MC, et al. Association between the Epworth sleepiness scale and the multiple sleep latency test in a clinical population. *Ann Intern Med* 1999; 130(4 Pt 1): 289-292.

Subjective daytime sleepiness in community-dwelling elderly in Japan

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

Key words : elderly, Epworth Sleepiness Scale, daytime sleepiness, excessive daytime sleepiness

Objectives The objective of this study was to assess the prevalence of subjective daytime sleepiness among the community-dwelling elderly population in Japan using the Japanese version of the Epworth Sleepiness Scale (JESS) and to investigate the correlates of excessive daytime sleepiness (EDS).

Methods Subjects aged 65 years or older, born between April and September, living independently, who resided in 1 district of Tokyo, Japan, were recruited. A total of 3195 subjects meeting the inclusion criteria were mailed a questionnaire that inquired about the JESS, socio-demographic factors, and health-related factors. Of the 2034 elderly individuals who responded to the survey (response rate, 63.7%), 1494 subjects (652 men, 842 women) who completely answered the questionnaire were included in the study (valid response rate, 46.8%).

Results The mean (\pm standard deviation) JESS score was 5.0 ± 3.8 (men 5.6 ± 4.1 , women 4.4 ± 3.4 , $P < 0.01$). The prevalence of EDS (a cut-off score > 10) was 8.8% (men 12.7%, women 5.7%, $P < 0.01$). The male gender, being employed, having poor mental health and well-being, having lowered activity of daily living (ADL), or having subjective memory impairment were significantly associated with EDS. In the gender-specific models, low social network and subjective memory impairment in men, whereas obesity and lowered ADL in women, were significantly associated with EDS.

Conclusion EDS was more frequently observed in men than in women among the community-dwelling elderly population in Japan. A substantial gender difference was found in correlates of EDS. This finding is useful in the clinical management of patients who complain of daytime sleepiness; moreover, it is useful for the management of public health.

* Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{2*} Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medicine, University of Tokyo

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

^{4*} Department of Psychiatry, School of Medicine, Nihon University

精神保健福祉法2013年改正と精神医療審査会の機能*

平田 豊明

千葉県精神科医療センター 病院長／全国精神医療審査会
連絡協議会 専務理事

Key Words** 精神医療審査会, 精神保健福祉法,
非自発入院, 人権擁護

はじめに

精神医療審査会制度は、1987年の精神保健法制定に際して、精神障害者への適正な医療の確保と人権の擁護を担う基軸システムとして新設され、法改正のたびに機能強化が図られてきた。今次の精神保健福祉法改正においても、保護者制度の廃止や医療保護入院制度の見直しに連動して小規模な手直しがなされ、精神医療審査会運営マニュアル（政令）の改訂が計画されている。

本稿では、創設から26年を経た精神医療審査会制度を振り返り、その現状を国際的観点から検討したうえで、マニュアル改訂の私案を提示する。

精神医療審査会制度の軌跡

1. 精神医療審査会制度の誕生

1980年代前半、一部の精神科病院で不法事件が顕在化し、精神科病院の密室性と人権軽視への批判が国内外で高まるなか、精神科医療の透明性確保と患者の権利擁護システムの構築が国の政策課題となっていた。欧米諸国においても精神障害者の権利擁護運動が興隆し、先進各国は、自由を制限された人々の人権尊重を謳った国際人権B規約（1976年発効）に沿って、精神保健諸制度の改革に着手していた。このような時代状況を背景として、1987年、わが国では精神保健医療の基本法である精神衛生法が精神保健法に改正され、

任意入院や精神保健指定医の制度とともに、精神医療審査会制度が権利擁護の基軸制度として誕生した。

制度設計のモデルとなったのは、北欧諸国のオンブズマン（ombudsman）制度という行政監視と苦情処理のための委員会であったとされるが、わが国の精神医療審査会は、当初、事務局が都道府県の精神保健主管部局内に置かれたため、行政からの独立性が疑問視されていた。とはいえ、精神科病院の中に外部審査の目が入ることは、精神科医療の透明性確保にとって大きな進展とされた^{1, 2, 3)}。

2. 精神医療審査会制度の成長

精神医療審査会制度の制定後も、精神科病院における人権侵害事件が続いたため、精神保健福祉法の改正を契機として、審査会の機能強化が図られてきた³⁾。

2002年の法改正では、精神医療審査会に報告徴収権と審問権が付与されるなど、調査権限が強化された。また、審査会運営マニュアル（政令）が改訂され、事務局と電話相談窓口が都道府県庁から精神保健福祉センターに移管されたほか、合議体委員総数の上限（15名）が撤廃された。2006年には委員構成が非医療委員にシフトするなど、法改正のたびに、精神医療審査会の機能や中立性が強化されてきた。

こうした制度改革の原動力の1つになったのが、全国精神医療審査会連絡協議会（以下、全審連という）であった。全審連は、全国の精神医療審査会関係者を中心とした会員の会費によって運営される任意団体で、日本精神科病院協会内に事務局が置かれている。これまで、各地で講演会やシンポジウムを企画し、国の補助金を受けた調査・研究事業を推進して、審査会活動の均てん化を目指

* Reform of Mental Health Act in 2013 and function of Mental Health Commission in Japan

** mental health commission, Mental Health Act, involuntary admission, advocacy system

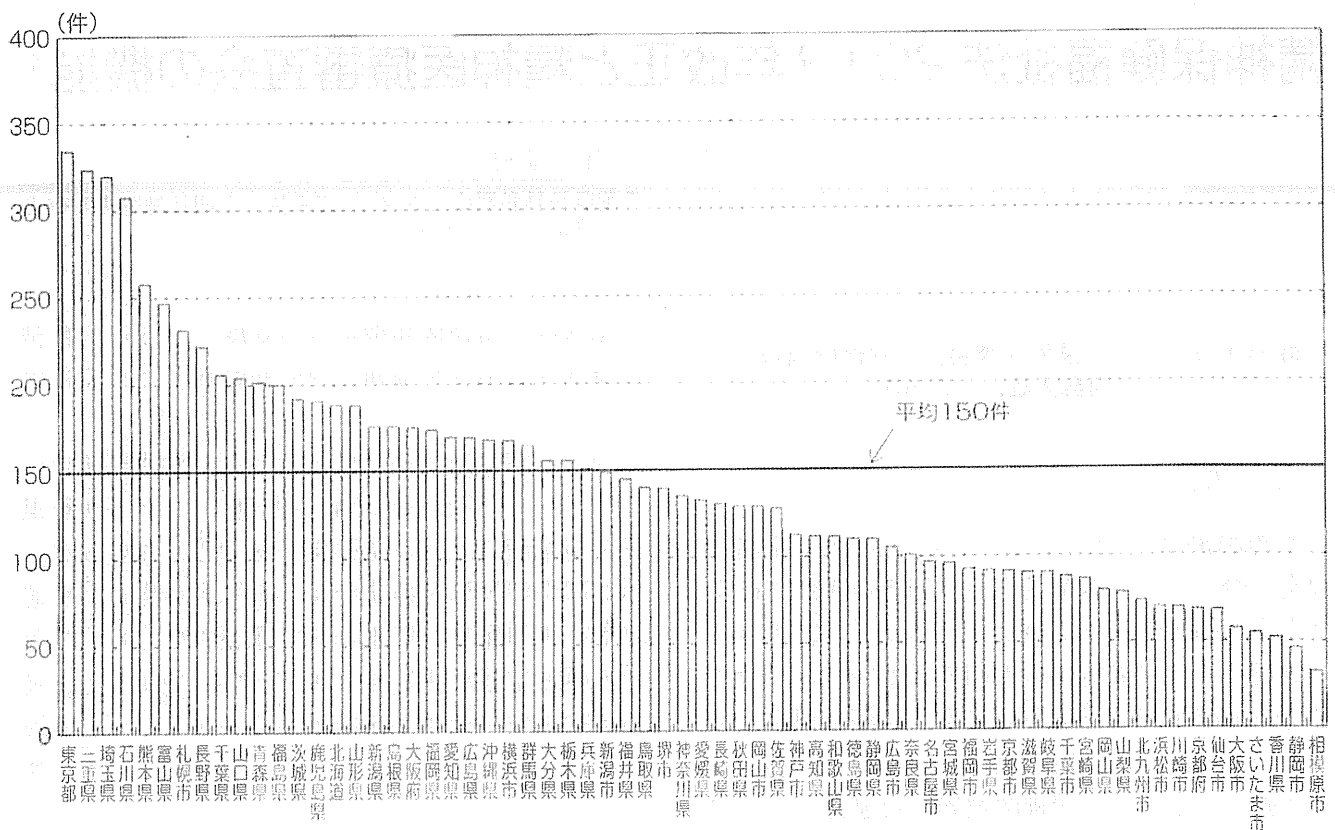


図1 合議体1回当たり書類審査件数（平成23年度）

してきた。全審連を立ち上げ、長年にわたって会長や研究班長を務められた故山崎敏雄博士（元日精協副会長）は、わが国における精神医療審査会制度の育ての親とってよい⁷⁾。

精神医療審査会活動の現状

全審連が担う厚生労働科学研究から、2011年度の47都道府県と19政令市（当時）における精神医療審査会活動の現状を紹介する⁴⁾。

1. 合議体数と委員構成

2011（平成23）年度、全国66の精神医療審査会には、合計198の合議体があった。1審査会当たりの平均数は3合議体であるが、都道府県単位でみると、最多の12合議体（大阪府8、大阪市2、堺市2）から最小の1合議体（山形県、島根県）まで、ばらつきがあった。合議体数は概ね精神病床3,000床当たり1とされているが、東京都（約2万4,000床、6合議体）では不足し、いくつかの政令市で基準を上回るなど、地域差が大

さい。
合議体委員数は、予備委員も含めて1,138人、1合議体当たりの委員構成は、医療委員が前年度より0.04人減の2.81人、法律委員が0.01人増の1.07人、有識者委員が0.03人増の1.12人と、前年度よりも非医療委員に若干シフトしていた。

2. 書類審査

2011年度の書類審査は15万7,855件で、1審査会当たり年間1,277件、1回の合議体開催当たり150件であったが、図1に示したように、審査会によって大きくばらついた。審査方法についても、全委員が全書類に目を通す原則的な方法から、予備委員らが事前審査を行って疑義事例を予め選別する方法まで、かなりの地域差がある。

3. 退院および処遇改善請求審査の概況

2011年度、全国では3,313件の退院請求と442件の処遇改善請求がなされたが、退院請求の27%、処遇改善請求の29.9%が、請求取り下げおよび請

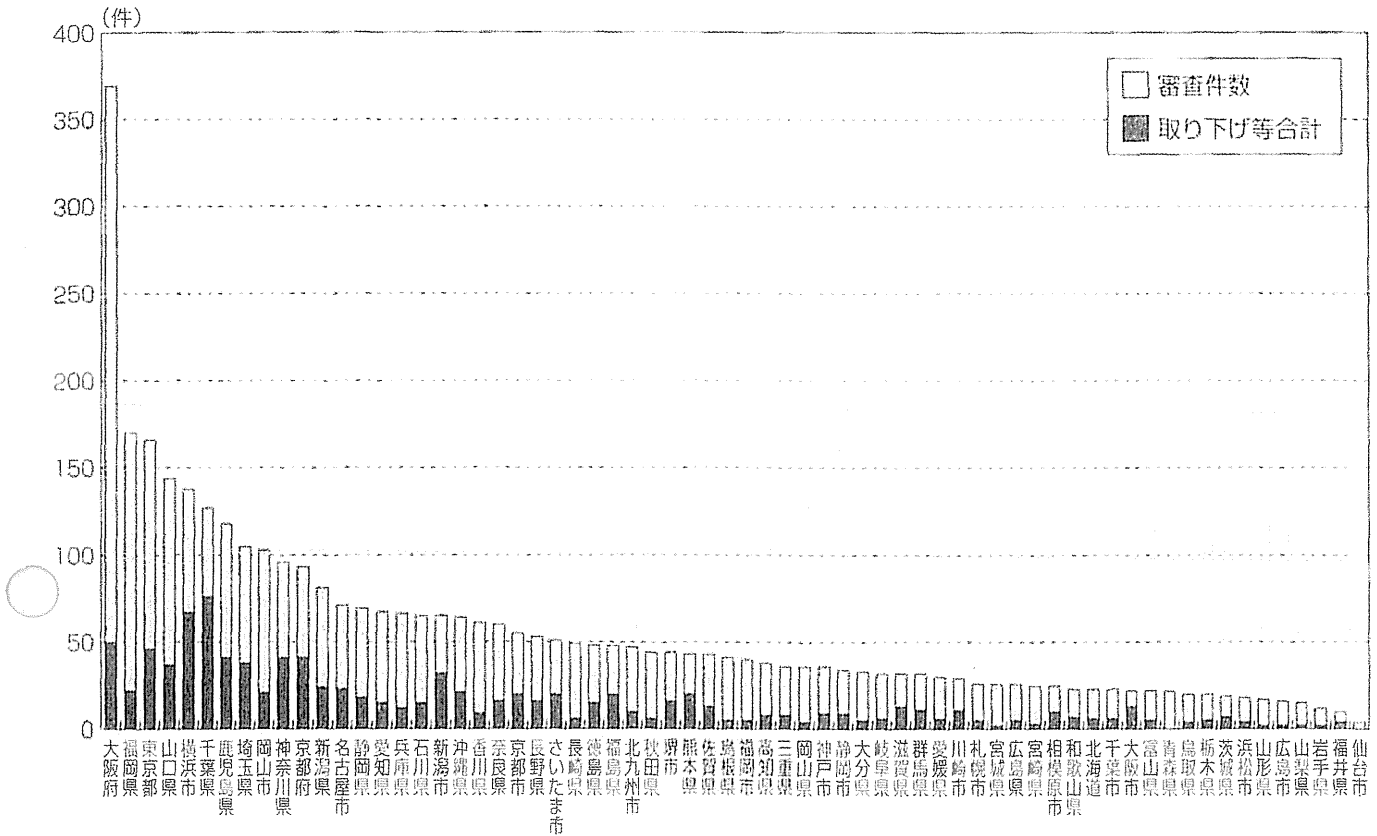


図2 審査件数と不審査件数 (平成23年度)

求要件消失により不審査となっていた。審査された2,362件の退院請求のうち、91%が現状維持(請求却下)となっており、入院形式の変更は86件(3.6%)、退院勧告は9件(0.4%)にすぎなかった。処遇改善請求でも、改善勧告は13件で、審査件数の4.3%にとどまっていた。

図2に自治体別の審査と不審査の件数、図3に請求受理から審査結果の通知までに要した日数を図示した。ともに大きな地域差がある。審査日数の全国平均は31.8日で、過半数の審査会では国の精神医療審査会運用マニュアルが示す1カ月以内のガイドラインを超えていた。不審査の比率と審査日数にはゆるい正の相関、すなわち、審査日数が長いほど不審査比率が高い傾向にあった。審査の迅速性が損なわれると、退院等の請求権が実質的に制限されるということもできる。

精神医療審査会制度の国際比較

このような精神医療審査会の運用状況を国際的に評価するために、フランスとイギリスの審査会

活動を紹介します、わが国との比較を試みる。

1. フランスの概況

フランスの人口は約6千万人、精神病床は約7万床(約8割が公立)と、病床密度はわが国の4割ほどであるのに対して、精神科医師数は約1.3万人と、わが国を上回る。人口約7万人を1単位とした精神保健区画(セクター)内で、初期救急からリハビリにまで対応できる体制が敷かれている。入院形態は、わが国と同様、措置入院(年間約9千件)、非同意入院(わが国の医療保護入院に相当、年間約6万件)、任意入院の3形態があり、8割以上が任意入院である。非同意入院の決定は精神科以外の医師でも可能であるが、24時間後、1週間後、1カ月後、3カ月後と頻りに審査がある。

1990年、およそ150年ぶりに行われた精神保健基本法の改正によって、フランスでは、わが国の精神医療審査会に相当する精神保健地区委員会(CDHP)が各県に設置された。精神科医、法律家、

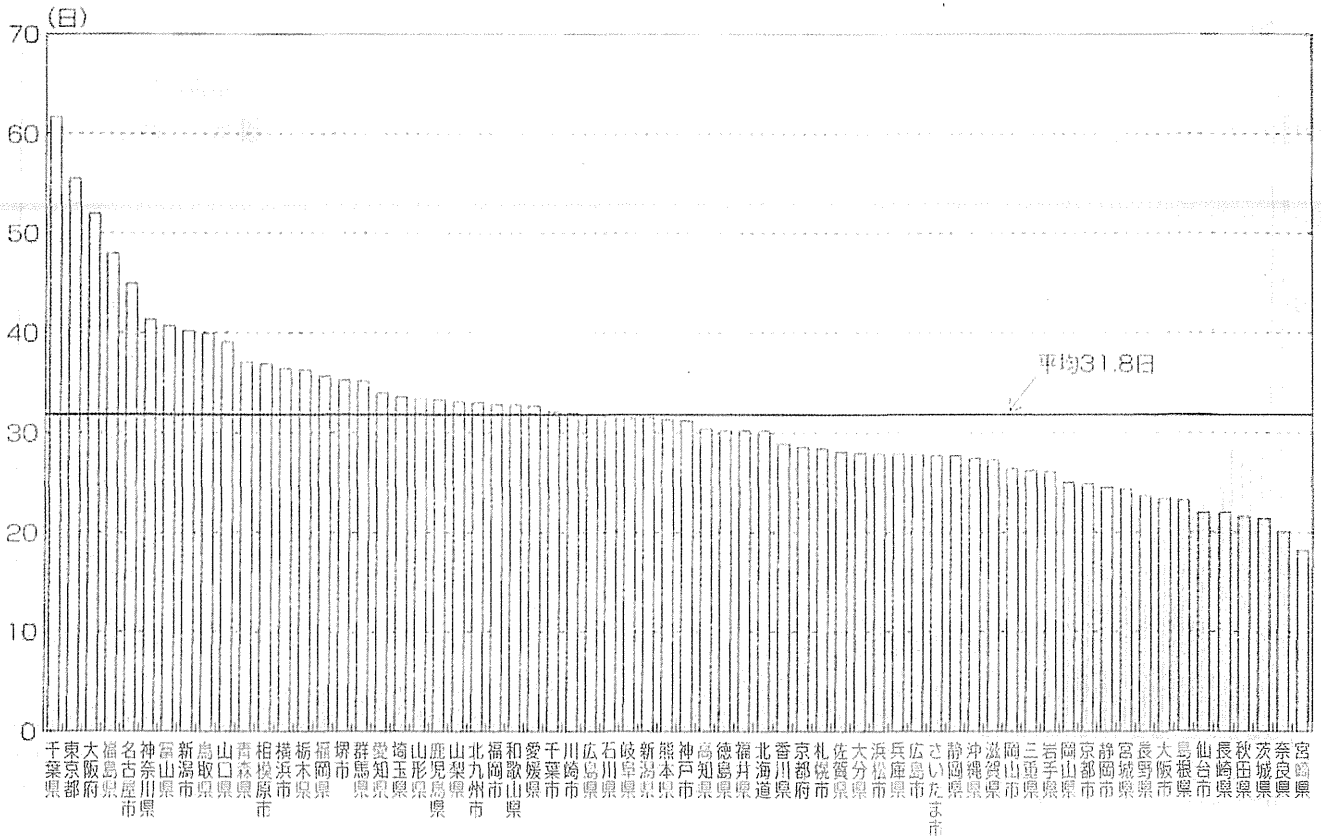


図3 請求受理から結果通知までの平均日数 (平成23年度)

家族代表など6人の委員で構成され、書類審査と病院訪問を行っている。病院訪問には、年2回以上の定期監査と退院や処遇改善の請求を審査するための訪問、それに、患者・家族・医療者間のトラブルを仲裁するための訪問（訴訟外調停(ADR)に類似）があり、委員は頻回に入院患者と面接している。訪問や審査の重点は自由度(liberty)よりも尊厳性(dignity)に置かれ、治療内容にも積極的に介入しているという⁸⁾。

2. イギリスの概況

イギリス(UK)も人口は約6千万人、精神科入院患者数は約2.1万人で、人口対入院者数はわが国のおよそ7分の1である。非自発入院には、28日以内の診断入院、6カ月以内の治療入院、そして72時間以内の緊急入院があるが、フランスと同様、在院患者の8割以上は自発入院である。年間の非自発入院件数は2千件余りに限られ、通常は、家族やGP、警察官から認定精神保健専門員(AMHP: approved mental health profes-

sionals)を介して精神科専門医に申し立てられ、要入院の場合は、全国42カ所に指定された急性期病院に入院となる。また、2007年の法改正により、退院後に地域処遇(CTO: community treatment order)となる患者が常時5千人ほどいるという。

1983年の法改正で設置された精神保健委員会(MHC: mental health commission)は、法律家や精神科医など約100人の委員と事務局員からなる半官半民組織で、非自発入院者に法定代理人とセカンドオピニオン指定医を指名し、入院後21日以内に精神保健審判(MHT: mental health tribunal)を開廷するよう義務付けられている。MHTは法律家を委員長とする3人の審判員によって構成され、非自発入院継続の適否を審査するが、審判の前に過半数が非自発入院を終了している。年間約1,800件の審判が開かれ、5~10%が非自発入院の継続不要と裁定されている。審判結果に不服の場合は上級裁判所への控訴が認められており、2011年には87件が控訴された。控訴審

も含め、すべての審判結果は判例として公開されている。

このほか、MHCの任務には、審判員や専門スタッフの養成、全国の精神科病院やナーシングホームの視察、非自発入院に関するデータを詳細に掲載した年次報告書の公刊（ウェブサイト上に公開）と2年ごとの国会報告などがある。一方で、精神保健法施行細則の改正を厚生大臣に意見具申する権限をもっている⁴⁾。

3. 英仏と比較したわが国の現況

以上のような英仏の概況と比較すると、わが国の精神医療審査会は独立性や専門性において見劣りすると言わざるを得ない。すなわち、わが国の審査会活動は書類審査偏重で、入院患者への面接頻度が低い。適法性の審査に機能が限定され、調査権限の行使や治療内容への介入に消極的である。そして、全審連を含め、審査会活動に専従する委員や行政から独立した事務局を欠いている^{4, 5, 6, 8)}。

こうした問題点の背景には、脱入院化（あるいは医療と福祉の機能分化）の遅れによる精神科入院患者の多さや、精神科の入院・在宅医療に投じられる医療費の安さと手薄なスタッフ配置など、制度的・歴史的な制約があり、一朝一夕には改善しがたい現実がある。しかし、だからといって諦めてばかりもいられまい。与えられた条件下で改善できることから手をつけなくてはならない。日常臨床と同様、実務上の創意工夫（下部構造）が、それを規定する諸制度（上部構造）を変革するのである。

精神医療審査会運営マニュアルの改訂

今次の精神保健福祉法改正に連動して、精神医療審査会運営マニュアルの改訂が検討されている。ここでは、マニュアル改訂に関する私案を提示し、審査会制度の今後を展望してみたい。

1. 現行マニュアルの注目点

2002年に改訂された現行の精神医療審査会運営マニュアルには、患者の権利擁護や適正な医療の確保にとって有効と思われる項目がいくつか含まれている。国のマニュアルをつぶさに読んでい

る医療関係者はほぼ皆無と想定されるため、ここで、現行マニュアルにおいて注目すべき重要な項目をピックアップしておこう。

1) 審問権（現行マニュアルV-3-(2)-イ, VI-1-(2)-イ）

精神医療審査会は、書類審査や請求審査のために必要な場合には、病院管理者等に出頭を命じて審問することができる。

2) 関係者の意見陳述権

退院請求の請求者は、審査の場で意見を陳述することができる（同V-3-(2)-ウ）。意見聴取に際しては、その権利を告知しなければならない（同V-3-(1)-ア-⑥）。

3) 報告徴収権（同V-3-(3)-ア, VI-1-(3)-イ）

書類審査や請求審査のために必要な場合には、知事に報告徴収を請求し、指定医委員を実地指導に同行させることができる。

4) 退院請求審査の結果

退院請求の審査の結果は、①現在の入院形態を継続、②入院形態の変更、③期限付きの入院形態変更、④退院、⑤処遇内容不相当（理由付記）の5種類である（同V-3-(4)-ア）。①②④の三択ではない。とくに、退院請求には処遇改善請求が含まれるとの記載（同V-5-(2)）に留意すべきである。

5) 書類審査の結果

書類審査の結果は、①現在の入院形態を継続、②入院形態の変更、③期限付きの入院形態変更、④期限付きの報告書再提出、⑤退院、⑥処遇内容不相当（理由付記）の6種類である（同VI-1-(4)）。審問権や報告徴収権とともに、軽視されている項目ではなからうか。

6) 治療や処遇内容への介入権

退院・処遇改善の請求審査においては、審査の結果にかかわらず、患者の処遇、社会復帰への指

導方法、その他患者への適切な医療の提供のために必要な措置があれば、知事に通知し、病院管理者や患者・家族等と協議することができる(同V-5-(5))。

書類審査においても、⑤)の審査結果が②から⑥)の場合、知事は審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、患者・家族、管理者などにこれを通知する(同VI-2-(2))とされている。

2. マニュアル改訂の方向性

マニュアル改訂の目的は、第1に、今次の法改正後に必要な文言の修正(保護者を家族等に、有識者委員を保健福祉委員などに置き換えること)であり、第2に、精神医療審査会の専門性・独立性を高め、機能強化を図るという衆議院厚生労働委員会の附帯決議の実現を目指すことである。後者の目的のために必要と思われる事項を以下に列挙してみる。

1) 審査の迅速性の向上

審査件数に応じて、合議体を増設するか、または予備委員(および事務局員)を増員する。増設・増員の目安としては、たとえば、書類審査件数もしくは退院請求等の受理件数が全国平均(図1, 2参照)よりも5割上回るごとに1合議体(もしくは予備委員5名, 事務局員1名)を追加する(5年ごとに見直す)などの案がある。

また書類審査では、事務局が事務的ミスを事前チェックすること、合議体委員(予備委員を含む)が事前審査を行って疑義案件を抽出し、合議体で重点審査することができることとする。

2) 機能強化

現行マニュアルのうち、前項で指摘した1)~6)の重要項目を再確認し、強調するほか、とくに治療内容への介入権を強化するために、標準外医療に対して改善や転院の勧告ができることを明記する。また、医療保護入院が予定期間を超えた場合、審査会が治療方針に意見を述べるができること、1年を超えた場合は関係者の面接審査を行うことができる旨を盛り込む。

3) 精神医療審査会運営要綱の均質化

精神医療審査会の機能強化のために、各地の審査会運営要綱を国のマニュアルに準拠するよう求める。

4) 独立性の強化

審査会事務局を精神保健福祉センターから独立させ、専従事務職員の派遣や運営費用の官民負担(公費プラス職能団体の負担など)が可能であることを明記する。全審連の役割の明記、運営費用への恒常的な国庫補助も考慮されるべきである。

おわりに

近年、精神科病院における耳を疑うような不正事件は影を潜めている。精神医療審査会制度をはじめとするわが国の人権擁護システムが成熟しつつある成果と考えられるが、しかし、国際標準に届いているとはいいがたい。今後の精神医療審査会は、法的に不適正な医療をチェックするという最低限の役割を果たすにとどまらず、患者の尊厳性を重視した適正な医療の確保(要するに、医療者自身が入院してもよい病院を目指す)という観点から、医療の内容に積極的に関与するスタンスをとるべきである。

人権擁護と良質な医療とは、どちらが欠けても成りゆかない車の両輪なのである。

文 献

- 1) 平田豊明：精神医療審査会。松下正明 総編集「司法精神医学 4」, pp.276 - 286, 中山書店, 2005.
- 2) 平田豊明：精神障害者のアドボカシーと精神医療審査会。社会精神誌 11: 116 - 119, 2002.
- 3) 金子晃一, 伊藤哲寛, 平田豊明, 他編：精神保健福祉法(2002年施行) - その理念と実務。pp.53 - 63, 星和書店, 2002.
- 4) 河崎建人, 平田豊明, 浅井邦彦, 他：入院患者の権利擁護に関する研究。平成24年度厚生労働科学研究事業「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」(主任研究者 竹島 正) 報告書, pp.73 - 92, 2013.
- 5) 河崎建人, 松原三郎, 平田豊明, 他：措置入院者の権利擁護, 退院促進と地域移行に関する研究。平成21年度~23年度厚生労働科学研究事業「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」(主任

- 研究者 竹島 正) 総合研究報告書, pp.195 - 240, 2012.
- 6) 山崎敏雄, 平田豊明, 浅井邦彦, 他: 人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究. 平成13年度~15年度厚生労働科学研究事業「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」(主任研究者 浅井邦彦) 総合研究報告書, pp.119 - 142, 2004.
- 7) 山崎敏雄, 平田豊明, 浅井邦彦, 他: 措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会の在り方に関する研究. 平成16年度~18年度厚生労働科学研究事業「措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 浦田重治郎) 総合研究報告書, 2007.
- 8) 全国精神医療審査会連絡協議会(平田豊明, 三脇康生): 座談会 精神科入院患者の人権擁護制度—その日仏比較. 日精協誌 21(12):1276 - 1284, 2002.

平成26年度日本精神科医学会学術大会・学術教育研修会計画

部門	開催地	実施年月日	会場
作業療法士	沖縄県	平成26年7月3日(木)~4日(金)	ホテル日航那覇 グランドキャッスル
看護	鳥取県	平成26年7月10日(木)~11日(金)	ホテルニューオータニ鳥取
事務	群馬県	平成26年7月24日(木)~25日(金)	ホテルメトロポリタン高崎
薬剤師	岩手県	平成26年9月18日(木)~19日(金)	いわて県民情報交流センター アイーナ
栄養士	大分県	平成26年9月25日(木)~26日(金)	別府国際コンベンションセンター (ビーコンプラザ)
P S W	岡山県	平成26年11月13日(木)~14日(金)	未定
第3回日本精神科 医学会学術大会	東海地区	平成26年10月9日(木)~10日(金)	名古屋国際会議場

※参考/平成27年度 第4回日本精神科医学会学術大会:九州地区担当
(平成27年10月8日(木)~9日(金) 宜野湾コンベンションセンター等)

平成28年度 第5回日本精神科医学会学術大会:東北地区担当
平成29年度 第6回日本精神科医学会学術大会:中国・四国地区担当
平成30年度 第7回日本精神科医学会学術大会:北信越地区担当
平成31年度 第8回日本精神科医学会学術大会:北海道地区担当
平成32年度 第9回日本精神科医学会学術大会:近畿地区担当