

day-to-day lives. The CGSC also provides numerous consultations on dementia. However, many CGSC report problems because of a shortage of skilled workers and insufficient capacity to coordinate medical services.⁴ In the present study, the proportion of MCD providing outreach services in collaboration with CGSC was less than one-quarter, whereas the proportion of MCD providing training for CGSC staff members was two-thirds. MCD can contribute to the establishment of a community-based integrated care system through providing outreach services and training programs in collaboration with CGSC, and through advising local governments in a local liaison council for establishment of a local dementia strategy.

It should be noted that 31.6% of facilities were designated an emergency medical hospital. Of these, 56.8% of MCD provided specialist liaison-team services for patients with dementia in ER. To our knowledge, there are no controlled studies evaluating the effect of specialist liaison-team services for patients with dementia in ER. Given the rapid increase of elderly patients taken by ambulance,⁵ however, specialist liaison-team services should be implemented in general hospitals with ER, and the effectiveness of these services should be examined.

According to the most recent epidemiological study on dementia, the number of the elderly population with dementia in Japan was estimated to be 4.6 million in 2012.⁶ Considering the rapid increase of the population with dementia during the first half of the 21st century, the current number of MCD is obviously short. In the present study, an analysis of free answers to the question regarding current problems of the MCD showed that overbroad catchment areas, insufficient number of MCD and extreme lengthening of the waiting-period for consultation were found in the answers of 20 out of 60 responders (data not shown). In our previous questionnaire survey, more than half of the medical specialists qualified by the Japanese Psychogeriatric Society argued that there should be at least one MCD for every 60 000 elderly people aged 65 years and older, and at least one memory clinic for every 10 000 elderly people aged 65 years and older.⁷ Currently, the elderly population is estimated to number around 30 million. Therefore, 500 MCD and 3000 memory clinics might be required. The problem is how to discipline medical specialists who can take on this role, and how to secure the financial resources required for this purpose. From a practical point of view, MCD should be placed systematically in accordance with the size of the population and the size of each service sphere, using existing resources.

Most MCD are considered to function fairly well in line with the guidelines published by the MHLW. However, there is a huge discrepancy in the number of patients diagnosed with dementia-related disorders and

the length of stay for inpatient care among facilities. To make all MCD function adequately, the activity of MCD should be monitored longitudinally using the standardized assessment methods. MCD should contribute to establishment of a community-based integrated care system through providing outreach services and training programs in collaboration with CGSC, and through advising local governments for establishment of a local dementia strategy. Specialist liaison-team services should be implemented in general hospitals with ER, and the effectiveness of these services should be examined. MCD should be placed systematically in accordance with the size of the population and the size of each service sphere.

Acknowledgments

This work was supported by a Grant-in-Aid for Scientific Research from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (H22-Ninchi-Ippan-005). We express our thanks to Professor Kenji Toba for helpful advice on our study.

Disclosure statement

The authors declare no conflict of interest.

References

- Awata S. New national health program against dementia in Japan: the medical center for dementia. *Psychogeriatrics* 2010; **10**: 102–106.
- Asano H, Oyama A, Tachimori H, Matsubara S, Takeshima T. Study on future directions of the Dementia Center for the Elderly. Study on the effect of the Vision of Mental Health and Welfare Reform (Chief researcher: Takeshima T). The Report for Scientific Research from the Ministry of Health, Labour, and Welfare, 2007, 203–220. (In Japanese.)
- Awata S. Toward the establishment of a community-based integrated care system supporting the lives of elderly patients with dementia. *Nihon Ronen Igakkai Zashi* 2013; **50**: 200–204.
- Awata S, Sano Y, Fukumoto M. Current status and function of comprehensive community support centers for people with dementia living in an urban city. Japanese. *J Geriatr Psychiatry* 2010; **21**: 356–362. (In Japanese.)
- Awata S. Problems of emergency for concurrent medical conditions in patients with dementia. *Jpn J Psychiatr Treat* 2011; **26**: 1233–1238. (In Japanese.)
- Asada T. Prevalence of dementia in urban areas and measurements for living impairment in dementia. The Report for Scientific Research from the Ministry of Health, Labour, and Welfare, 2013, 1–46. (In Japanese.)
- Awata S, Akabane T, Inbe R *et al.* Study on an integrated emergency model for dementia. Study on psychiatric emergency, especially on management of concurrent medical conditions and dementia (Chief researcher: Kurosawa T). The Report for Scientific Research from the Ministry of Health, Labour, and Welfare, 2007, 135–156. (In Japanese.)

特集 認知症診療システムの構築と精神医学の貢献

認知症診療の枠組み

栗田 圭一

認知症診療の枠組みについて、その具体的なあり方を検討するために、3つの調査研究を実施した。研究1:「認知症のための医療サービス調査票」を作成して、東京都内の一般診療所の認知症対応力を評価した。①認知症対応力向上研修の「受講医がいる診療所」は、「受講医がいない診療所」よりも、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能が有意に高く、②「認知症サポート医がいる診療所」は、「受講医がいる診療所」よりも、上記の機能のすべてが有意に高い。しかし、③鑑別診断、周辺症状外来対応、地域連携のいずれについても、“通常の診療業務”としてこれを実践できる認知症サポート医は限られている。研究2:全国の認知症疾患医療センターを対象に活動状況を調査した。現在の認知症疾患医療センターは、①1989年に創設された老人性認知症疾患センターと比較して総じて良好な活動状況にあるが、活動水準の施設間格差は大きく、②担当圏域が広すぎるために求められる機能が十分に果たせないと感じている施設も多い。③一般病院に設置されている認知症疾患医療センターの多くが救急部門を受診する認知症患者の身体合併症医療を支援しているが、「基幹型」の指定は受けていない。④精神科病院に入院する認知症患者の入院期間は長期化する傾向がある。研究3:身近型認知症疾患医療センター候補医療機関の予備的調査を行ったところ、入院対応機能は弱い。鑑別診断、周辺症状外来対応、地域連携については高い機能を発揮していることが可視化された。以上の結果から、以下の3つの提言を行った。(1)認知症サポート医は、その数を増やすということだけではなく、実際に認知症疾患の診断や周辺症状への対応能力をもち、地域包括支援センターと連携して、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与する診療所として、その適正数の確保を目標とすべきである。(2)認知症疾患医療センターは、圏域の広さ・人口規模に応じて適正数を配置すべきである。また、市町村と連携し、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステム構築の推進役を担うべきである。救急医療機関における認知症支援体制の整備は、認知症疾患医療センター運営事業とは独立に進める必要がある。(3)認知症支援診療所(仮称)を、認知症疾患の診断、周辺症状の外来対応、地域連携の推進を担う医療資源として、市町村単位の認知症施策の中に位置づけていくことが重要である。

<索引用語: かかりつけ医, サポート医, 認知症疾患医療センター, 地域包括支援センター, 地域包括ケアシステム>

はじめに

2009～2012年に実施された朝田らの調査によれば、わが国の認知症高齢者数は2012年の段階で約462万人(65歳以上高齢者人口の約15%)と推計されている¹⁾。認知症は、その特性上、高齢者が暮らす生活圏域の中で、医療のみならず、住ま

い、権利擁護、生活支援、家族介護者支援、保健・予防、介護、リハビリテーションなど、多様な支援を、一体的・継続的に提供することが求められる疾患である。これは地域包括ケアシステムの理念と一致している。わが国の認知症診療の枠組みは、わが国の社会が認知症高齢者500万人時代に

あることを念頭において、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現という文脈の中で構想されなければならない。

I. かかりつけ医

1. 認知症地域医療支援事業

認知症に対する医療サービスの強化をめざして、厚生労働省は、2006年から、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」によって構成される認知症地域医療支援事業を実施している⁵⁾。

この事業の中で、認知症サポート医は、認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う医師とされており、具体的には、①都道府県・指定市医師会を単位とする、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案、②かかりつけ医の認知症診断などに関する相談役・アドバイザー、他の認知症サポート医との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力が求められている⁶⁾。一方、かかりつけ医は、認知症に関する正しい知識と理解をもち、地域で認知症の人や家族を支援する医師とされており、具体的には、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応、健康管理、③家族の介護負担、不安への理解、④専門医療機関への受診誘導（医療連携）、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携（多職種協働）が求められている⁶⁾。

2. 事業の評価

筆者らは、医療機関における認知症対応力を評価することを目的に、7因子構造28項目からなる「認知症のための医療サービス調査票」を開発した。本調査票には、(1)かかりつけ医機能、(2)鑑別診断機能、(3)周辺症状外来対応機能、(4)周辺症状入院対応機能、(5)身体合併症入院対応機能、(6)在宅医療機能、(7)地域連携機能にかかわる質問項目が含まれている。本調査票を用いて、東京都の診療所1,877施設を対象に、①「研修受講医がいない診療所」(かかりつけ医認知症対

応力向上研修に参加した医師がいない診療所)、②「研修受講医がいる診療所」(かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所、ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く)、③「認知症サポート医がいる診療所」の3群において、認知症対応力を比較した。その結果、「研修受講医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」と比較して、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能が有意に高かった。また、「認知症サポート医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」「研修受講医がいる診療所」のいずれと比較しても、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、身体合併症入院対応機能のすべてで有意に高い水準を示した(図1)⁴⁾。

しかし、それでも、認知症サポート医に求められている「地域連携機能」の平均点は8点満点中の約3点であり、これは、「通常の診療業務」として地域の関係職への助言・指導が行える認知症サポート医に限られていることを示唆している。また、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」の平均点も8点満点中の約4点であり、これらの役割を“通常の診療業務”として実践できる認知症サポート医が一部であることを示唆している。さらに、周辺症状や身体合併症の入院対応機能は、一般診療所には基本的に備わっていないことが改めて確認される⁴⁾。

3. 考 察

厚生労働省のオレンジプランによれば、2012年度末から2017年度末までに、認知症サポート医を2,500人から4,000人に、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業受講者を35,000人から50,000人にする⁷⁾とされている。しかし、現在の認知症サポート医の認知症対応力を考慮すると、その数を単に増やすということではなく、実際に「鑑別診断機能」や「周辺症状外来対応機能」をもち、地域包括支援センターと連携して、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現に積極

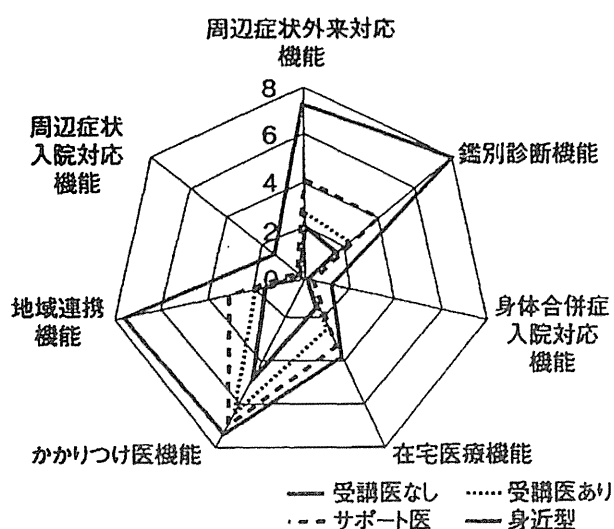


図1 認知症対応力の比較

受講医なし：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいない診療所。受講医あり：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所。ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く。サポート医：認知症サポート医がいる診療所。身近型：身近型認知症疾患医療センター候補医療機関

的に関与できるような“診療所”を、適正数確保する必要があると思われる。

Ⅱ. 認知症疾患医療センター

1. 認知症疾患医療センター運営事業

認知症疾患医療センターは、2008年に「保健医療・介護機関などと連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施することにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ること」を目的に設置された医療資源である。2010年の実施要綱改定において、専門医療機関としての機能と地域連携機能を担う「地域型」と、これに加えて身体合併症に対する救急医療機関としての機能を担う「基幹型」の2類型が設けられた。2013年4月1日現在、全国に195カ所の認知症疾患医療センター（地域型187カ所、基幹型8カ所）が設置されている。

この事業のあり方を検討する際には、ほぼ同様の国庫補助委託事業が1989年に「老人性認知症疾患センター事業」として創設されていたが、活動

状況の低迷などを背景にして、2006年で廃止になったという経緯があることを記憶にとどめておく必要がある²⁾。

2. 事業の評価

2012年8月7日現在で認知症疾患医療センターに指定されている全国の医療機関172施設（基幹型8施設、地域型164施設）を対象に、認知症疾患医療センターの活動状況を把握するための郵送法によるアンケート調査を実施した³⁾。

118施設より調査票を回収し（回収率68.8%）、このうち2012年4月1日時点で認知症疾患医療センターに指定されている117施設を解析対象とした。対象施設の施設形態を表1、機能別にみた活動状況を表2に示す。

専門医療機関としての機能については、97%の施設が医療相談室を設置しており、92%が常勤専従の精神保健福祉士または保健師を配置しており、1施設あたり年間に平均1,035件（114～8,541件）の相談に応需していた。1施設あたりの年間鑑別診断数は、全疾患で平均318人、認知症関連疾患（MCIを含む）で平均266人、アルツハイマー型認知症（脳血管障害を伴うものを含む）で平均178人であり、診断別割合ではアルツハイマー型認知症が全体の約半数を占め、非認知症疾患、軽度認知障害、血管性認知症の診断がこれに次いだ（図2）。また、認知症関連疾患のうち、院外の他医療機関からの紹介患者数は1施設あたり平均160人、継続医療などを目的に他医療機関へ逆紹介した患者数は平均91人であった。認知症専門診断管理料を算定している医療機関は84%であった。

入院体制については、①周辺症状と身体合併症の入院治療が行える一般病床と精神病床を有している施設が27%、②精神病床を有するが、重篤な身体合併症の入院医療は他の連携医療機関で行う施設が54%、③身体合併症の入院治療を行う一般病床を有するが、周辺症状の入院治療は精神病床のある他の病院と連携している施設が17%であった。1施設あたりの年間の入院患者数は平均

表1 認知症疾患医療センター活動状況調査：対象施設の施設形態

項目	施設数	割合 (%)
病院種別		
一般病院	50	42.7
精神科病院	67	57.3
開設者		
学校法人（国立大学法人を含む）	12	10.3
国（独立行政法人を含む）	3	2.6
都道府県・政令市（地方独立行政法人を含む）	14	12.0
市区町村	7	6.0
公益法人	11	9.4
医療法人	54	46.2
その他	15	12.8
回答なし	1	0.9
精神病床の有無		
精神病床あり	99	84.6
精神病床なし	18	15.4
現有する診療科		
精神科	108	92.3
内科	90	76.9
神経内科	59	50.4
リハビリテーション科	48	41.0
循環器科	45	38.5
放射線科	44	37.6

89人で、2ヵ月以内に退院できる入院患者数の割合は2峰性の分布を示し（図3）、平均は46%、一般病院72%、精神科病院31%であり、精神科病院でその割合は有意に小さかった。

地域連携機能については、平成23年度の1年間に、かかりつけ医を対象とする研修会を実施した医療機関は85施設（73%）、地域包括支援センター職員を対象とする研修会を実施した医療機関は78施設（67%）、認知症疾患医療連携協議会を開催している医療機関は105施設（90%）であった。また、地域のスタッフとのケース会議を開催している施設は97施設（83%）、医療相談室のスタッフが地域包括支援センターなどと連携して認知症患者の自宅を訪問し、助言・指導を行うことがある医療機関は28施設（24%）、他の医療機関や介護施設に訪問して入院・入所中の認知症患者の医療・ケアについて助言・指導を行うことがあるセンターは20施設（17%）であった。

身体合併症に対する救急医療機関としての機能

については、救急医療機関の指定を受けている医療機関が37施設（32%）、医療相談室のチームで、身体合併症のために救急受診する認知症患者の周辺症状対応の支援やケースワークを行っているセンターは52施設（44%）、医療相談室のチームで一般病床に入院する認知症患者の周辺症状対応の支援やケースワークを行っているセンターは52施設（44%）、精神科リエゾンチーム加算を算定しているセンターは10施設（9%）、院内の一般診療科の医師または看護師を対象とする認知症対応力向上や院内連携推進をめざした研修を行っているセンターは54施設（46%）、夜間や休日に周辺症状や身体合併症を有する認知症患者に対応するために空床（精神病床でも一般病床でも可）を確保しているセンターは39施設（33.3%）であった。

1989年に創設された老人性認知症疾患センター事業の活動水準との比較を行うために、2005年度の活動状況調査で使用された基準を用いて現在の認知症疾患医療センターの活動水準を評価し

表2 認知症疾患医療センターの機能別活動状況

項目	施設数または件数	割合 (%)
専門医療機関としての機能		
専門医を配置している (注)	114	97.4
専任または専従の臨床技術者を配置している	101	86.3
医療相談室を設置している	114	97.4
常勤専従の精神保健福祉士または保健師を配置している	108	92.3
相談応需件数 (1 施設あたりの年間平均)		
全相談	1,035	
電話相談	687	
面接相談	297	
訪問相談	7	
その他の相談	11	
検査体制		
血液検査を自施設で実施している	114	97.4
尿検査を自施設で実施している	112	95.7
心電図検査を自施設で実施している	109	93.2
胸部単純 X 線検査を自施設で実施している	107	91.5
神経心理検査を自施設で実施している	113	96.6
頭部 CT 検査を自施設で実施している	113	96.6
頭部 MRI 検査を自施設で実施している	58	49.6
頭部 SPECT 検査を自施設で実施している	38	32.5
年間鑑別診断数 (1 施設あたりの年間平均)		
全疾患	318	
認知症関連疾患	266	
アルツハイマー型認知症	178	
院外からの紹介患者数 (1 施設あたりの年間平均)	160	
院外への逆紹介患者数 (1 施設あたりの年間平均)	91	
認知症専門診断管理料を算定している	98	83.8
認知症関連疾患の新規入院患者数 (1 施設あたりの年間平均)	89	
2 ヶ月以内に退院できる入院患者の割合 (1 施設あたりの年間平均)		45.5
地域連携機能		
かかりつけ医を対象とする研修会を開催する	85	72.6
地域包括支援センターを対象とする研修会を開催する	78	66.7
認知症疾患医療介護連携協議会を開催または参画する	105	89.7
地域スタッフとのケース会議を開催する	97	82.9
自宅への訪問支援を行うことがある	28	23.9
他の医療機関や介護施設への訪問支援を行うことがある	20	17.1
身体合併症に対する救急医療機関としての機能		
救急医療機関としての指定を受けている	37	31.6
医療相談室のチームで救急受診する認知症患者を支援する	52	44.4
医療相談室のチームで一般病床に入院する認知症患者を支援する	52	44.4
精神科リエゾンチーム加算を算定している	10	9.0
院内一般診療科の医師・看護師を対象に研修を実施している	54	46.2
夜間・休日の空床確保を行っている	39	33.3

注) 専門医とは、①日本老年精神医学会専門医または日本認知症学会専門医、②認知症疾患などの専門医療を主たる業務として5年以上の臨床経験を有する医師、のいずれかの条件を満たす医師。

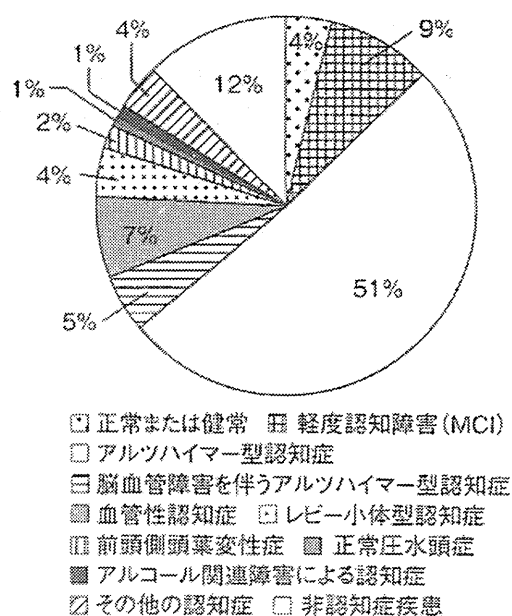


図2 外来新患受診者の診断別割合（認知症疾患医療センター113施設における2012年4月1日～2012年7月31日の外来新患受診者11,979人）

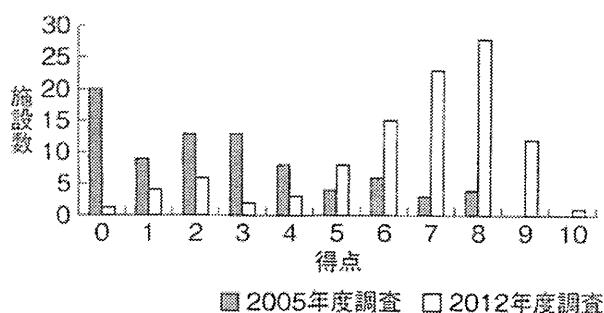


図4 認知症疾患医療センターの活動水準：2005年度調査と2012年度調査の比較

てみると、現在の認知症疾患医療センターは、2005年当時の老人性認知症疾患センターに比べて明らかに活動水準が高い（図4）。しかし、「現在、課題と感じていること」に関する自由記述の回答をみると、回答があった65カ所の認知症疾患医療センターのうち20施設（31%）が、“認知症疾患医療センターの配置数が少ない、担当圏域が広すぎる、予約待機日数が長くなっている”といった趣旨の回答を寄せていた（表3）。

3. 考察

今日の認知症疾患医療センターは、①1989年に

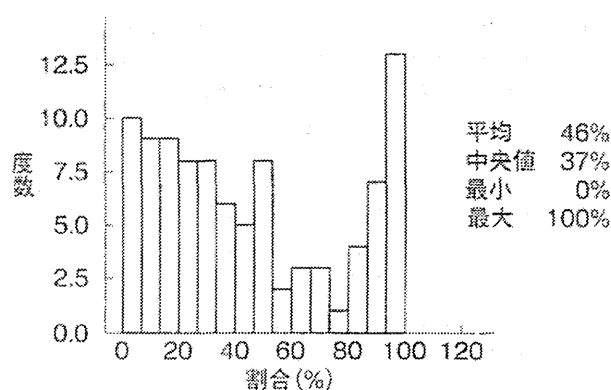


図3 入院後2ヵ月以内に退院する患者の割合（認知症疾患医療センター96施設）

創設された老人性認知症疾患センターと比較して総じて良好な活動状況にあるが、活動水準の施設間格差は大きい、②担当圏域が広すぎるために求められる機能が十分に果たせないと感じている施設が少なくない、③一般病院の認知症疾患医療センターの多くが身体合併症の救急・急性期医療を支援しているが、「基幹型」の指定を受けるセンターは少ない、④精神科病院の認知症疾患医療センターの入院期間は長期化する傾向がある。

①については、認知症疾患医療センターの活動水準をモニタリングする指標を定めて、継続的に課題を把握し、改善策を検討していくプロセスが必要である。②については、認知症疾患医療センターの増設（圏域の広さや人口規模に応じた適正配置）が必要である。③については、認知症疾患医療センター運営事業とは独立に、救急医療機関における認知症支援体制の確立が必要である。④については、施設・居住系サービス、住宅施策の拡充とともに、認知症疾患医療センター自体が、市町村と連携して地域包括ケアシステム構築の推進役を担うことが求められる。

Ⅲ. 身近型認知症疾患医療センター候補医療機関

1. 背景

オレンジプランでは、「身近型」という認知症疾患医療センターの新たな類型を創設し、「基幹型」「地域型」「身近型」を含め、認知症の早期診断を担う医療機関を全国に約500カ所（高齢者人口6

表3 認知症疾患医療センターが課題と感じていること：自由記述による回答で“認知症疾患医療センターの配置数が少ない、担当圏域が広すぎる、予約待機日数が長くなっている”という趣旨の意見

1. 圏域が広すぎて連携が十分にとれない。
2. 広域のためセンターが様々な役割を担うのは限界。
3. 高齢化率が高く、圏域面積も広く、センターを利用するにあたり地理的問題がある。
4. 広域であるため地域包括支援センターや行政との密な連携が図れない。
5. 人口に比してセンターが少ないので期待が過大となる。
6. 各センターの担当市町村が多すぎて全地域をカバーできない。
7. 認知症患者がセンターに集中してしまうため、予約待機日数が長くなる。医療圏（6市）全体をカバーしきれない。
8. 県内に1ヵ所しか設置されていないので、予約待機日数が長い。
9. 待機日数が増加傾向にある。
10. 鑑別診断の予約まで日数がかかる。入院が必要な方を待たせることが多々ある。
11. 予約待ちが2ヵ月と長くなっている。
12. 受診予約から実際の受診までが約2ヵ月かかっている。
13. 相談から受診までの待機時間が長い。
14. 受診までの期間が2〜3ヵ月になっている。待機できる方はよいが、早急に受診希望のケースには全ては対応できない。
15. 高齢者の増加とともに認知症の人も増え、外来・入院ともにスムーズな受け入れが難しくなっている。現在、外来待機状況（2ヵ月）。
16. 新規患者が多く予約待機期間が長期化している。
17. 受診予約から診察日まで待ち期間が長期化している。
18. 認知症の専門外来に対する需要が多く、受診予約からの待機期間がどんどん長くなっている。センターとして一番の課題である。
19. 新患受診の待ち期間が2〜3ヵ月の状況で十分に対応できていない。
20. 外来待ち時間の短縮が課題（相談件数の増加に伴う）。

万人に1ヵ所）整備する方向性が示されている⁷⁾。そこで、筆者らは、「身近型認知症疾患医療センター候補医療機関」として11医療機関を選定し、自記式のアンケート調査と訪問によるヒアリング調査を実施した³⁾。

2. 活動状況の調査結果

「認知症のための医療サービス調査票」を用いて、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関の認知症対応力を評価し、東京都の一般診療所のデータと結合させたレーダーチャートを作成した。その結果、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関は、認知症サポート医がいる医療機関よりも、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」「地域連携機能」が明らかに高く、いずれも“通常の診療業務”として実施しているレベルにあることが可視化された（図1）。

また、認知症疾患医療センター活動状況調査の結果と比較したところ、以下のことが明らかにされた（表4）。

- (1) 人員については、常勤専門医がすべての医療機関で配置されており、臨床心理技術者の非常勤を含めた配置数は認知症疾患医療センターと同等であった。ほとんどの医療機関が相談のための部署を設置しており、相談には、精神保健福祉士、保健師、看護師、作業療法士が対応していた。
- (2) 検査については、認知症疾患医療センターと比較すると、心電図検査や胸部単純X線検査の自施設実施率は低く、神経画像検査は通常連携施設で実施していた。
- (3) 鑑別診断については、年平均の診断数が全疾患で386人、認知症関連疾患で215人であり、認知症疾患医療センターの実績と大きく変わらなかった。紹介・逆紹介の患者数は認知症疾患医療センターの1/2強で、認知症患者が紹介なしで受診し、そのまま継続医療が行われる場合が多いことが示唆された。
- (4) 入院については、周辺症状や身体合併症の入院治療を自施設では対応できない状況にあり、他施設の一般病床や精神病床に紹介するか、介護施設などへ入所の上、往診で対応するという方法がとられていた。
- (5) 地域連携については、ケース会議の実施率は認知症疾患医療センターとほぼ同等であり、認知症疾患医療連携協議会の参加は認知症疾

表4 身近型認知症疾患医療センター候補医療機関と認知症疾患医療センターの比較

項目	身近型候補医療機関	認知症疾患医療センター
人員体制		
専門医（常勤の平均配置数）	1.6人（1～3人）	3.1人（0人～13人）
臨床心理技術者（非常勤を含む平均配置数）	1.5人（0～4人）	1.5人（0～6人）
精神保健福祉士または保健師（非常勤を含む平均配置数）	1.2人（0～5人）（注）	2.8人（0～22人）
検査体制（自施設での実施率）		
血液検査	82%	98%
尿一般検査	82%	97%
心電図検査	64%	95%
胸部単純X線検査	36%	93%
神経心理検査	100%	97%
頭部CT検査	9%	97%
頭部MRI検査	9%	50%
頭部SPECT検査	9%	33%
鑑別診断件数（1施設あたりの年間平均）		
全疾患	386人（48～756人）	318人（3～1179人）
認知症関連疾患	215人（45～414人）	266人（3～1179人）
他医療機関からの紹介患者数	107人（18～213人）	160人（0～828人）
他医療機関への逆紹介患者数	49人（3～159人）	91人（0～207人）
地域連携の推進		
地域スタッフとのケース会議（実施率）	73%	83%
認知症疾患医療連携協議会（実施率）	55%	90%
自宅への訪問による支援（実施率）	55%	24%
他の医療機関や介護施設への訪問による支援（実施率）	82%	17%
かかりつけ医研修会（実施率）	100%	73%
地域包括支援センター研修会（実施率）	91%	67%

（注）相談のための部署は73%で設置されており、精神保健福祉士また保健師が配置されていない医療機関では、看護師や作業療法士などの他の職員がこれにあたっている。

患医療センターの1/2にとどまるが、これはそのような会議体が地域にあったとしても、委員として招聘されていないためかと思われた。自宅や他施設への訪問による支援は、認知症疾患医療センターでの実施率はそれぞれ24%と17%であるのに対し、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関の実施率は55%と82%であった。かかりつけ医研修会、地域包括支援センター研修会も高い頻度で実施されていた。

医療機関は、認知症疾患医療センターと比較して、①周辺症状や身体合併症に対する入院対応機能は明らかに低い、②認知症の「鑑別診断」「周辺症状外来対応」「地域連携」の機能はほぼ同等であり、特に、③地域包括支援センターなどと連携した、アウトリーチによる支援機能は相対的に高いことが示唆された。したがって、このような医療機関を、認知症疾患の診断、周辺症状の外来対応、地域連携の推進を担う医療資源として位置づけることの意義は大きいものとする。

3. 考 察

調査対象医療機関が11施設と少なく、結果の一般化には慎重を要するが、現段階での調査結果を総合すると、身近型認知症疾患医療センター候補

おわりに

以上の結果から、認知症の診療の枠組みについて3つの提言を行いたい。第一に、認知症サポート医は、その数を増やすということだけではな

く、実際に認知症疾患の診断や周辺症状への対応能力をもち、地域包括支援センターと連携して、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与する診療所として、その適正数の確保を目標とすべきである。第二に、認知症疾患医療センターは、圏域の広さ・人口規模に応じて適正数を配置すべきである。また、市町村と連携し、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステム構築の推進役を担うべきである。救急医療機関における認知症支援体制の整備は、認知症疾患医療センター運営事業とは独立に進める必要がある。第三に、認知症支援診療所（仮称）を、認知症疾患の診断、周辺症状の外来対応、地域連携の推進を担う医療資源として、市町村単位の認知症施策の中に位置づけていくことが重要である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 朝田 隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応。厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業。平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書。2013
- 2) 栗田主一：認知症疾患医療センターをめぐって。老人性認知症疾患センターの立場から。精神医学, 50; 130-133, 2008
- 3) 栗田主一：認知症疾患医療センターの活動状況調査及び機能評価指標の策定に関する研究。平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業認知症の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）報告書（別冊）。2013
- 4) 栗田主一：診療所医師の機能一認知症地域医療支援事業の意義について一。老年医学, 51; 35-38, 2013
- 5) 厚生労働省：認知症対策等総合支援事業の実施について。2006
- 6) 厚生労働省：「認知症対策総合支援事業の実施について」の一部改正について。2009
- 7) 厚生労働省：認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）（平成 25 年度から 29 年度までの計画）。2012

Consideration of National Policies to Support the Development of Medical Services for Dementia

Shuichi AWATA

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

To consider national policies to support the development of medical services for dementia, we conducted three studies.

Study 1: We evaluated the dementia management capacity of clinics using a questionnaire on medical services for dementia. Findings: 1) Clinics that employed doctors who had attended a lecture on dementia management had a superior capacity to provide primary care services, make diagnoses, manage behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), provide home healthcare for dementia, and promote community integration compared to clinics that did not employ such doctors. 2) Clinics that employed "dementia support doctors" had a superior

capacity to provide such dementia management as mentioned above compared to clinics employing doctors who had attended a lecture on dementia management. However, 3) the questionnaire data suggested that only some clinics that employed “dementia support doctors” could provide such medical services as diagnosis of dementia, management of BPSD, and promotion of community integration in their regular clinical practice.

Study 2 : We evaluated the current activities of Medical Centers for Dementia (MCDs). Findings : 1) MCDs had more efficient activities in general compared to Dementia Centers for the Elderly (DCEs) established in 1989 and suspended in 2007. However, there was a large disparity among the facilities in terms of their activities. 2) Many MCDs thought that they could not provide adequate services due to the size of their catchment area. 3) Emergency services for dementia patients with concurrent medical conditions were supported by staff of many MCDs located in general hospitals without the designation of a special MCD for providing emergency services. 4) Inpatient stays tended to be longer in psychiatric hospitals where MCDs were located.

Study 3 : We conducted a preliminary investigation on activities in possible “dementia support clinics”. Findings : These clinics had an inferior capacity to provide inpatient services but a similar capacity to make diagnoses, provide management of BPSD, and promote community integration compared to MCDs.

From these findings, we made recommendations as follows : (1) It is necessary to not only increase the number of “dementia support doctors”, but also to develop adequate numbers of “dementia support clinics” that provide such medical services as diagnosis of dementia, management of BPSD, and promotion of community integration in cooperation with community general support centers in regular clinical practice. (2) It is necessary to monitor the level of activities and develop adequate numbers of MCDs based on the size of the area and population. MCDs should take part in establishing community-based, integrated care systems in cooperation with the local government. Equipping “dementia support teams” might be indispensable in general hospitals that provide emergency medical services for dementia patients. (3) It would be significant to arrange “dementia support clinics” as a medical resource to make diagnoses, provide management of BPSD, and promote community integration for dementia in local dementia planning by a municipality.

< Author's abstract >

<Keywords : Primary care, Dementia Support Doctors, Medical Centers for Dementia, Community General Support Centers, Community-based Integrated Care Systems>

[原著論文]

家庭内虐待を受けた認知症高齢者の
臨床的特徴に関する検討

北村 立・北村真希・関奈緒子・山川 透・日野昌力

石川県立高松病院

抄録

高齢者虐待について、毎年厚生労働省から全国の実態調査結果が発表されているが、医療現場からの報告は少なく、被虐待高齢者に対する医学的な対応は明らかでない。筆者らは専門外来における高齢者虐待の頻度と被虐待者の臨床的特徴を検討するため、2010年1月～2011年12月の間に石川県立高松病院を初診した認知症患者639人を後方視的に調査した。その結果、高齢者虐待を27人(4.2%)に認めた。経済的虐待を除く被虐待群24人と在宅患者256人を比較したところ、被虐待群では日常生活動作能力が低く、興奮・攻撃性が多く、夫が主介護者であることが多かったが、性別や世帯構成、認知機能に差を認めなかった。14人が入院し、うち7人が自宅へ退院した。日常生活動作能力の低さ、興奮や介護抵抗、男性介護者が高齢者虐待の危険因子と考えられ、このようなケースに積極的に介入することで虐待を防止できる可能性がある。

Key words: 高齢者, 認知症, 高齢者虐待, 男性介護者, 介護抵抗

老年精神医学雑誌 25: 1027-1034, 2014

はじめに

超高齢社会の到来により、わが国でも高齢者虐待が社会問題となり、2006年4月1日より「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」(以下、虐待防止法)が施行された。虐待は、身体的虐待、介護等放棄、心理的虐待、性的虐待、経済的虐待の5つに類型化される。2012年、平成24年度虐待防止法に基づく対応状況等に関する調査結果¹⁾(以下、24年度調査)によると、虐待と判断された件数は、施設従業者によるものが155件、養護者によるものが15,202件であり、養護者による虐待判断件数は調査開始以来初めて減少に転じた。養護者による虐待、すなわち「家庭内虐待」は、総件数15,202件、被虐待高齢者数は15,627人であり、虐待類型の割合は(重複あり)、身体的虐待が10,150人(65.0%)、

心理的虐待6,319人(40.4%)、経済的虐待3,672人(23.5%)、介護等放棄3,663人(23.4%)、性的虐待81人(0.5%)であった。被虐待者の特徴として、女性が多いこと、要介護度が重いと深刻度が高いこと、認知症があると介護等放棄が多くなること、虐待者の特徴としては、同居家族が多く、男性が多いことなどが挙げられている。しかしこの調査はケースコントロール・スタディではないため、この結果がわが国の高齢者虐待の特徴を表しているかについては慎重に判断する必要がある。また認知症患者に対する虐待について、医療現場からの報告は少なく、これらに対する医学的な対応は明らかでない。そこで今回筆者らは、単科の精神科病院である石川県立高松病院(以下、当院)を初診した認知症高齢者について調査し、精神科外来における高齢者虐待の頻度と非虐待者の臨床的特徴について検討したので報告する。

1. 対象と方法

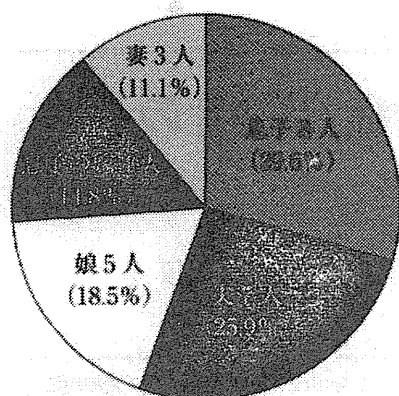
2010年1月1日～2011年12月31日までに当

(受付日 2014年5月27日/受理日 2014年6月20日)

Tatsuru Kitamura, Maki Kitamura, Naoko Seki,

Toru Yamakawa, Shoryoku Hino

〒929-1293 石川県かほく市内高松ヤ36番地



n = 27

図1 被虐待者からみた虐待者の続柄

院を初診した65歳以上の患者のうちF00～F03と診断された患者は639人であった。このうち、虐待のあったケースとして地域包括支援センターから診察の依頼があった患者、または虐待を疑い当院から地域包括支援センターへ通報した患者は27人(4.2%)であり、これを虐待事例とした。すべて家庭内虐待であり、施設内虐待はなかった。27例の被虐待者からみた虐待者の続柄は、息子8人(29.6%)、妻7人(25.9%)、娘5人(18.5%)、息子の嫁4人(14.8%)、妻3人(11.1%)であった(図1)。刑罰法令の対象となった虐待者はいなかった。また骨折など重傷を負った患者はいなかったが、介護放棄による脱水のため即日入院治療を要した患者が1人あった。虐待の内容は、経済的虐待が3人、性的虐待が0人で、介護等放棄、身体的虐待、心理的虐待の3群は重複例が多く、明確な分類が困難であった。そこで今回は、虐待を受けた認知症高齢者の臨床的特徴を明らかにすることを目的とし、虐待事例27人のうち被虐待者の臨床症状とは関係性が低いと思われる経済的虐待を除いた残りの24人を被虐待群とした。これらは2人の専門医(日本老年精神医学会および日本認知症学会専門医)が初診時に担当していた。そこで対照群は、2人の専門医が初診時に担当し、自宅から受診した患者256人とした(図2)。

被虐待群と対照群について、①社会的背景(年齢、性別、世帯構成、主介護者、介護認定の有無と要介護度)、②医学的背景(認知機能、診断、

当院を初診したF00～F03の患者：639人
うち虐待事例：27人(4.2%)
(2010年1月1日～2011年12月31日)

専門医が担当

虐待なし：360人

虐待あり：27人

自宅からの受診

虐待なし：256人

虐待あり：27人

経済的虐待除く

対照群：256人

被虐待群：24人

図2 対象の選定方法

入院の有無)、③日常生活動作能力、④精神症状と行動障害、⑤入院した場合の予後(入院期間、退院先、再入院の有無)を後方視的に調査し、2群間で比較、検討した。世帯構成は単身世帯、夫婦二世帯、未婚・離婚の子と同一世帯、既婚の子の家族と同一世帯、その他の5つに分類した。主介護者は中心となって高齢者の世話をしている親族のなかから1人を選び、隣人やヘルパーしかいない者はその他に分類した。要介護度は、要支援を0.5点、要介護1～5をそれぞれ1～5点として、それぞれの算術平均を求めた。認知機能の評価は初診時の改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)とMini-Mental State Examination(MMSE)を用いた。診断はDSM-IV-TRに従い、レビー小体型認知症(dementia with Lewy bodies; DLB)については、DLB臨床診断基準改訂版®を用いた。初診から1か月以内に当院へ入院した患者を「入院あり」、その期間内に入院しなかった患者を「入院なし」とした。日常生活動作能力(activities of daily living; ADL)については、初診時に家族が記載した認知症重症度評価(Screen-

表1 社会的背景

	被虐待群 (n = 24)	対照群 (n = 256)	p 値	post hoc セル寄与率 (被虐待群)
平均年齢 (標準偏差)	79.8 歳 (9.2)	80.7 歳 (6.4)	0.54 ^{a)}	
性別 男性	7 人 (29.2%)	102 人 (39.8%)	0.31 ^{b)}	
世帯構成				
単身	2 人 (8.3%)	41 人 (16.0%)		
夫婦二人	8 (33.3)	50 (19.5)		
未婚の子と同一	2 (8.3)	29 (11.3)	0.53 ^{b)}	
既婚の子と同一	12 (50.0)	135 (52.7)		
その他	0 (0)	1 (0.4)		
主介護者				
夫	6 人 (25.0%)	18 人 (7.0%)		3.007*
妻	2 (8.3)	52 (20.3)		-1.422
息子	3 (12.5)	32 (12.5)	0.03** ^{b)}	0
娘	7 (29.2)	63 (24.6)		0.493
嫁	6 (25.0)	71 (27.7)		-0.287
その他	0 (0)	20 (7.8)		-1.421
介護認定 ^{c)}				
認定済み	21 人 (95.5%)	154 人 (61.4%)	0.001*** ^{b)}	
要介護度 ^{d)} (標準偏差)	2.2 点 (1.5)	1.2 点 (1.3)	0.001*** ^{a)}	

単身：単身世帯，夫婦二人：夫婦二人世帯，未婚の子と同一：未婚・離婚の子と同一世帯，既婚の子と同一：既婚の子の家族と同一世帯

^{a)}t 検定，^{b)} χ^2 検定，^{c)}被虐待群：n = 22，対照群：n = 251，^{d)}未申請を 0 点，要支援を 0.5 点，要介護 1～5 をそれぞれ 1～5 点とした。

*p < 0.05，**p < 0.01

ing Scale for Dementia Severity ; SSDS)⁹⁾の日常生活動作の 5 段階評価を、「まったく自分でできない」を 0 点、「自立している」を 4 点とし、0～4 点に点数化して算術平均を求めた。精神症状と行動障害は、Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version (NPI-NH)⁸⁾の下位項目の有無で評価した。予後については、入院した患者の入院期間、退院先、再入院の有無を比較した。統計は Stat View5.0 を使用し、t 検定、U 検定、 χ^2 検定、Fisher の直接確率計算法を行った。2 × n の χ^2 検定で有意差のあったものは、post hoc セル寄与率を算出し、その絶対値が 1.96 より大きかった項目を有意差ありと判断した。本研究は当院倫理審査委員会の承認を得て行われた。

II. 結 果

1. 社会的背景 (表 1)

平均年齢は、被虐待群が 79.8 ± 9.2 歳、対照群が 80.7 ± 6.4 歳で差を認めなかった。男性は被虐

待群の 29.2%、対照群の 39.8% であり、性差はなかった。世帯構成についても有意差はなかった。主介護者については有意差があり、夫が主介護者であるケースが被虐待群の 25.0% と多かった。介護認定の有無は、対照群 61.4% に対し被虐待群の 95.5% が要介護認定済みであり、有意差を認めた。要介護度は被虐待群が 2.2 点、対照群が 1.2 点であり、被虐待群で高かった。

2. 医学的背景 (表 2)

認知機能について、被虐待群と対照群でそれぞれ、HDS-R 得点が 11.8 点と 12.7 点、MMSE 得点が 14.8 点と 14.6 点で有意差を認めなかった。診断はアルツハイマー型認知症 (Alzheimer's disease ; AD)、血管性認知症 (vascular dementia ; VaD)、DLB、その他に分類したが、有意差を認めなかった。

3. 日常生活動作能力 (図 3)

SSDS 合計得点の平均は、被虐待群 11.5 ± 5.5 点、対照群 14.4 ± 5.5 点であり、被虐待群が有意

表2 医学的背景

	被虐待群 (n = 24)	対照群 (n = 256)	p 値
認知機能			
HDS-R ^{a)} (標準偏差)	11.8 点 (8.0)	12.7 点 (7.6)	0.61 ^{a)}
MMSE ^{a)} (標準偏差)	14.8 (7.4)	14.6 (7.8)	0.92 ^{a)}
診断			
AD	10 人 (41.7%)	159 人 (62.1%)	
VaD	4 (16.7)	20 (7.8)	0.15 ^{b)}
DLB	6 (25.0)	56 (21.9)	
その他	4 (16.7)	21 (8.2)	
入院 あり	14 人 (58.3%)	75 人 (29.3)	0.004 ^{**b)}

HDS-R: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール, MMSE: Mini-Mental State Examination,

AD: アルツハイマー型認知症, VaD: 血管性認知症, DLB: レビー小体型認知症

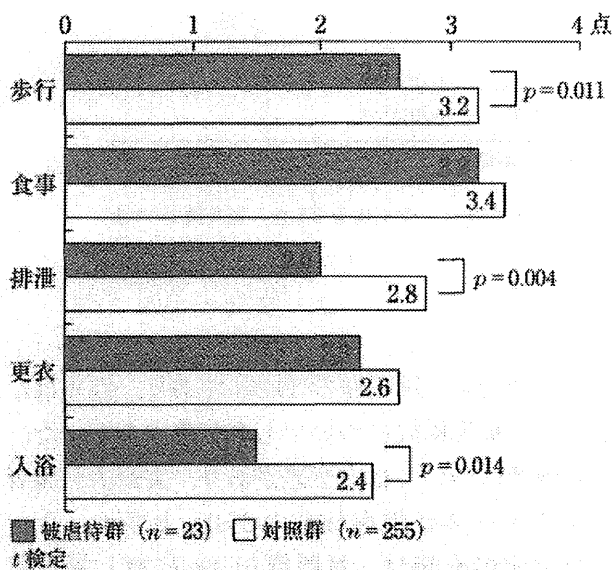
^{a)}t 検定, ^{b)} χ^2 検定, ^{c)}被虐待群: n = 21, 対照群: n = 253^{**}p < 0.01

図3 日常生活動作能力: SSDS 項目別の平均得点

に低かった (t 検定, $p = 0.017$). 項目別では, 食事と更衣は有意差を認めなかったが, 歩行, 排泄, 入浴は対照群に比べて被虐待群の点数が有意に低かった.

4. 精神症状と行動障害 (図4)

NPI-NH の下位項目の有無では, 興奮/攻撃性だけが被虐待群で多かった.

5. 入院患者の予後 (表3)

被虐待群の14人 (58.3%), 対照群の75人 (29.3%) が入院し, 有意差を認めた (χ^2 検定, $p = 0.004$). 2012年11月末時点で入院中であった者を除いた, 被虐待群14人, 対照群71人を比較

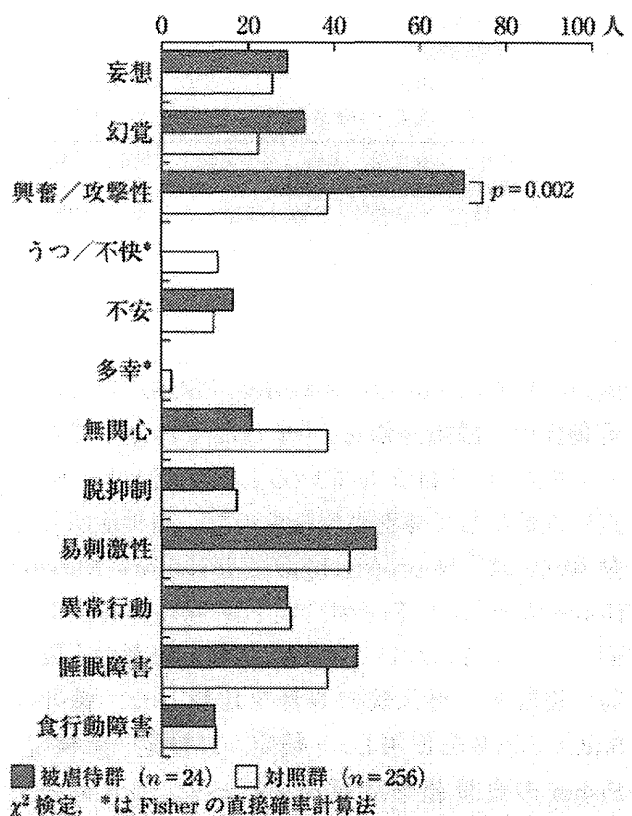


図4 精神症状・行動障害: NPI-NH 下位項目の有無

した. 入院期間については, 被虐待群と対照群でそれぞれ, 平均入院期間が57.1日と92.7日, 入院期間中央値が64日と79日で有意差を認めなかった. 退院先は, 自宅, グループホーム, 介護老人保健施設 (以下, 老健), 指定介護老人福祉施設 (以下, 特養), 有料老人ホーム (以下, 有

表3 入院患者の予後

	被虐待群 (n = 14)	対照群 (n = 71)	p 値	post hoc セル寄与率 (被虐待群)
入院期間				
平均 (標準偏差)	57.1 日 (36.1)	92.7 日 (79.2)	0.104 ^{a)}	
中央値	64 日	79 日	0.111 ^{b)}	
退院先				
自宅	7 人 (50.0%)	39 人 (54.9%)		-0.338
グループホーム	1 (7.1)	12 (16.9)		-0.927
老健	0 (0)	5 (7.0)	0.049 ^{c)}	-1.023
特養	5 (35.7)	4 (5.6)		3.343*
有料ホーム	0 (0)	2 (2.8)		-0.636
病院	1 (7.1)	7 (9.9)		-0.318
死亡	0 (0)	2 (2.8)		-0.636
再入院 あり	3 人 (21.4%)	11 人 (15.5%)	0.839 ^{c)}	

老健：介護老人保健施設，特養：指定介護老人福祉施設，有料ホーム：有料老人ホーム

^{a)}t 検定，^{b)}U 検定，^{c)} χ^2 検定

対照群は2012年11月末日現在入院中の4人を除く。

*p < 0.05

料ホーム)，病院，死亡に分類した。被虐待群のうち35.7%が特養に入所しており，有意に多かった。再入院については被虐待群21.4%，対照群15.5%で，有意差を認めなかった。なお被虐待群で入院しなかった10人のうち，5人は通院を継続し2人が1年以内に特養に入所した。残り5人は1回のみを受診であった。

Ⅲ. 考 察

今回，精神科専門外来を初診した認知症高齢者の4.2%が虐待を受けていたという結果を得た。わが国では専門外来における虐待事例の頻度を示した報告は筆者が調べ得た限りではKishimotoら³⁾のものしかなく，今回の調査結果は臨床的に貴重なデータだと考える。24年度調査より，居宅での認知症高齢者への虐待の発生率を概算してみると，まず，全国で家庭内虐待と判断された被虐待高齢者15,627人のなかで，要介護認定を受け認知症日常生活自立度Ⅱ以上，または認知症はあるが自立度不明の合計は7,393人であった。居宅での認知症日常生活自立度Ⅱ以上は推定140万人（平成22年9月末）なので³⁾，居宅での虐待の発生率は0.5%となる。当院における4.2%との差異から，精神科病院を受診する認知症患者に

は虐待事例が多く含まれている可能性が示唆される。認知症に対しては，診断や薬物治療といった医学的側面からの対応が重要であることに異論はないが，一方では虐待，人権擁護，制度利用などの福祉的側面からの対応が重要である。精神科病院には精神障害者に対する長年にわたるケースワークの経験があるので，虐待事例に代表されるような，ケースワークが必要な認知症患者および家族への対応は，地域における精神科病院の重要な役割のひとつであると考ええる。

諸外国においては，高齢者虐待の報告が数多くあり，総じてその頻度も高いようである。たとえばモントリオール総合病院老年精神科外来の126人を対象とした報告では16%が虐待を受けていた¹⁰⁾。文化による違いや生活環境，介護形態などがまったく異なる海外のデータを鵜呑みにすることはできないが，わが国でも軽度認知機能障害の外来患者123人を対象としたKishimotoら³⁾の調査では，その家族介護者の15.4%が加虐的態度をとっていた。筆者らは第三者が虐待と判断したケースを検討したが，これらの報告は直接介護者に質問して得られたものであり，この結果は虐待予備軍が多く存在する可能性を示している。高齢者虐待の頻度については，定義の違いや調査方法

の違いがあるので、国際間や地域間の差を検討するためには、Momtazら⁷⁾が指摘しているように新たな評価方法を開発して調査する必要がある。

次に、被虐待者の臨床的特徴を検討する。まず年齢、性別による違いは認められなかった。わが国における従来の報告では、被虐待者は女性が多いとされてきた⁸⁾。しかしこれは、認知症が女性に多いことを反映していたにすぎない可能性がある。被虐待群では要介護認定済みの割合が高く、要介護度も高かった。今回は虐待の種類ごとの分析を行っていないが、24年度調査では介護等放棄は要介護度が高い人で割合が高く、身体的・心理的虐待は要介護度の低い人で割合が高いという結果が得られており、今後の検討課題である。被虐待群はADLが有意に低かったが、認知機能や診断による差は認めなかった。一般に認知機能障害は高齢者虐待の危険因子であるが⁹⁾、認知機能障害の程度そのものよりも、ADLの低さ、すなわち生活上の依存度の高さにより虐待が生じやすいと判断できる。これは機能的な依存度の高さは虐待の危険因子である¹⁰⁾という報告と一致する。またADLのなかでも歩行、排泄、入浴動作能力が被虐待群で有意に低かった。従来から指摘されているとおり、排泄介護の困難さは虐待の誘因として重要である¹¹⁾可能性を示している。精神症状・行動障害では興奮／攻撃性だけが被虐待群で多かった。この項目はとくに介護抵抗を反映していると思われるが、介護抵抗を虐待の危険因子に挙げる報告¹²⁾もある。吉川¹³⁾は虐待を受けたと思われる高齢者にBPSDがみられる場合、暴言や暴力・攻撃性と介護への抵抗が多かったと報告しており、今回の結果と一致する。排泄介護の困難さと虐待との関連からも推測されたとおり、幻覚、妄想や睡眠障害などの狭義の精神症状よりも興奮や攻撃性、介護抵抗などが介護負担や虐待に結びつきやすい可能性がある。改めて家族への介護指導の重要性が強調される。また家族の介護を助けるための向精神薬の使用方法、とくに抗精神病薬の投与量や投与期間については、もっと積極的に論じるべきであろう。

24年度調査では、世帯構成では「未婚の子と同居」が最も多く、虐待者は、息子(41.6%)、夫(18.3%)、娘(16.1%)、息子の嫁(5.9%)、妻(5.0%)などとなっていた。今回は世帯構成に差を認めなかったが、主介護者は夫が多かった。また24年度調査同様、虐待者は男性に多かった(図1)。すなわち高齢者虐待防止のためには、男性介護者への支援方法を具体的に検討する必要がある。初診後の経過では58.3%が入院しており、家族との分離が積極的に行われていた。被虐待群の退院先は特養が多く、入院期間に差がないことから、被虐待者の処遇に市町村が積極的にかかわったものと思われる。一方で、被虐待群で入院した者のうち半数が自宅へ退院していた。症例ごとの検討は今回行わなかったが、入院後の家族教育や環境調整により虐待が解消されるケースも多く存在することはまちがいない。

今回は、従来から虐待の危険因子として報告されている^{1,10)}、介護者の精神疾患や精神状態、介護負担感、介護時間、家族関係、収入や財産などの項目について比較することはできなかった。また一施設での検討であり、当院と東京などの大都会とでは環境が大きく異なるので、今回の結果がわが国の全体像をとらえているとはいえない。しかし入院治療により約半数が自宅へ退院できたことは、適切な治療や家族指導を行えば比較的容易に解決できる虐待が多いことを示唆している。つまり虐待が生じる前の介護困難な段階から、医療、介護、福祉が介入すれば虐待を今以上に予防できる可能性がある。今回、排泄機能低下などのADLの低さ、興奮／攻撃性(介護抵抗)、男性介護者が認知症患者への虐待の危険因子として抽出されたので、そのようなケースに積極的に介入することで虐待件数を減少させることが可能であると考える。

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) Cooper C, Selwood A, Blanchard M, Walker Z,

- et al.: The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia ; Results of the CARD study. *J Affect Disord*, **121** (1-2) : 136-142 (2010).
- 2) Johannesen M, LoGiudice D : Elder abuse ; A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*, **42** (3) : 292-298 (2013).
- 3) Kishimoto Y, Terada S, Takeda N, Oshima E, et al.: Abuse of people with cognitive impairment by family caregivers in Japan (a cross-sectional study). *Psychiatry Res*, **209** (3) : 699-704 (2013).
- 4) 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室：平成24年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果。2013年12月26日。Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000033460.html>
- 5) 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室：「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数及び「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」の公表について（別添1）。2012年9月6日。Available at : <http://www.pref.saitama.lg.jp/uploaded/attachment/522470.pdf>
- 6) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, et al.: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies ; Third report of the DLB Consortium. *Neurology*, **65** (12) : 1863-1872 (2005).
- 7) Momtaz YA, Hamid TA, Ibrahim R : Theories and measures of elder abuse. *PSYCHOGERIATRICS*, **13** (3) : 182-188 (2013).
- 8) 繁信和恵, 博野信次, 田伏 薫, 池田 学：日本語版NPI-NHの妥当性と信頼性の検討. *BRAIN and NERVE - 神経研究の進歩*, **60** (12) : 1463-1469 (2008).
- 9) 玉井 顯：認知症における高次脳機能検査について. *精神経誌*, **111** (1) : 93-100 (2009).
- 10) 津村智恵子：家庭内における高齢者虐待の実態と対応. *老年精神医学雑誌*, **19** (12) : 1317-1324 (2008).
- 11) Vida S, Monks RC, Des Rosiers P : Prevalence and correlates of elder abuse and neglect in a geriatric psychiatry service. *Can J Psychiatry*, **47** (5) : 459-467 (2002).
- 12) 吉川悠貴：認知症者への虐待には適切に対応できているか. *老年精神医学雑誌*, **21** (1) : 52-59 (2010).

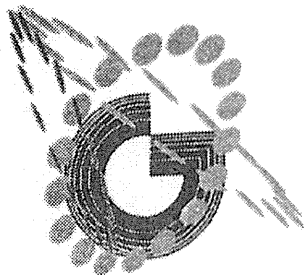
Clinical characteristics of abused elderly people with dementia in a geriatric psychiatry outpatient department

Tatsuru Kitamura, Maki Kitamura, Naoko Seki, Toru Yamakawa, Shoryoku Hino

Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital

In Japan, the Act on Prevention of Elder Abuse was enforced in 2006, and the results of a national survey are released annually by the Ministry of Health, Labour and Welfare. However, there are few reports based on clinical practice, and medical treatment for abused elderly people remains an unclear issue with many uncertainties. We evaluated the frequency of elder abuse in a geriatric psychiatry outpatient department and present herein the clinical characteristics of abused elderly people. Among 639 patients with dementia who visited Ishikawa Prefectural Takamatsu Hospital from JAN-2010 to DEC-2011, elder abuse was noted in 27 (4.2%). When comparing 24 patients excluding those with economic abuse and 256 home-care patients, impaired activities of daily living, severe agitation and aggression, and care given by husbands were frequently noted in the abused group; however, there were no differences in sex, household composition, or cognitive function. Fourteen patients were hospitalized, and 7 of these 14 were discharged to home. Impaired activities of daily living, agitation, resistance to care, and male caregivers are considered to be risk factors for elder abuse, and there is a possibility that we can prevent abuse of the elderly by actively intervening in cases with these factors.

Key words : elderly patient, dementia, elder abuse, male caregivers, resistance to care



社会参加の再開により娘に対する被害妄想が消失した一例

村井千賀*¹, 北村 立*²

Key words : ICF, 生活行為向上マネジメント, 訪問看護, ケア会議, 多職種協働

老年精神医学雑誌 26 : 84-88, 2015

はじめに

石川県立高松病院（以下、当院）は400床の単科精神科病院であり、150床の認知症対応病棟を有する。筆者らはこれまで、認知症医療における精神科医療の果たすべき役割を、認知症の行動・心理症状（behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD）に対する救急・急性期医療と考えて、臨床を積み重ねてきた³⁾。短期間で入院治療の成果を上げるには、標的症状を明確にし、適切な薬物治療が行えるよう綿密に副作用を観察することが重要であり、自宅への退院を目指すには、本人の生活機能、とくに歩行機能を維持することが重要である⁴⁾。しかしBPSDが改善したとしても、家族の疲弊が強ければ自宅への退院はむずかしい。家族や地域の疲弊を避けるには、かかりつけ医や介護関係者、行政関係者との連携を深め、できるかぎり早期の受診を促すことはいうまでもないが、加えて入院前の下ごしらえが必要となる。すなわち、事前にケア会議を開催し、家族や介護関係者と入院の目的や期待される効果を共有し、入院治療のゴールを設定しておくのである。BPSDの悪化の兆しがあれば、ケア会議を開いて

介護サービスの調整や訪問看護（作業療法士等、多職種の訪問も含む）、薬物調整などを行うが、入院治療もそのなかの一つのオプションとして位置づける。「地域で支えきれなくなったから入院」ではなく、地域での生活を続けるために入院治療を上手に使うのである。その結果、入院を回避できるケースが増え、それゆえ、最近では入院治療よりも外来治療を重点的に行えるようになってきた。

このような経験から、BPSDの治療においては、これを単なる精神症状として安易に薬物治療の対象にするのではなく、対人関係障害を含めた生活機能の障害としてとらえ、認知症の人と家族の生活を支えることに主眼をおくことの重要性を改めて認識した⁵⁾。その手段として訪問看護やケア会議が有用であり、多職種協働が必要となる。今回は国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF）を参考にしながら、筆者らの臨床例を報告したい。なお症例呈示については、本人と家族には口頭で説明して同意を得たうえで、当院倫理委員会の承認を得た。内容に関しては、個人情報に配慮し報告の趣旨に反しない範囲で修正した。

1. ICFについて^{6,7)}

ICFの詳細については成書を参照されたい。「生活機能」とは、人が生きることの3つのレベ

*1 Chiga Murai : 石川県立高松病院、厚生労働省老健局老人保健課

*2 Tatsuru Kitamura : 石川県立高松病院

*1 〒929-1293 石川県かほく市内高松ヤ36（石川県立高松病院）