痴呆性老人に対する老人施設の役割に関する研究

稲垣 俊明 山本 俊幸 吉田 達也 橋詰 良夫*
 稲垣 亜紀 新美 達司 小鹿 幸生**

〈要 約〉 1992年11月より1993年10月末までに、名古屋市厚生院の特別養護老人ホーム（以下特養と略す）に入所した81例（男20例，女61例，平均年齢81.4歳）について，入所後1カ月以内に痴呆の診断を施行し，痴呆例と非痴呆例に分類して実態調査を実施した．痴呆の出現率は45.7%であり，痴呆の程度は軽度32.4%，中等度27.0%，高度が40.6%であった．老年者の総合的機能評価法を用いて痴呆との関係を検討したところ，痴呆の程度は年齢と正の相関，HDS，ADL，身体情報機能と負の相関を示した．さらに1993年11月中旬に入所時および入所後の身体疾患による入院の有無についても検討し，以下の結果を得た．

1) 特養入所時の身体疾患〔（ ）内は非痴呆例の成績〕について，痴呆例では脳梗塞48.6%（20.5%），脳の変性疾患は54.1%（2.3%）と非痴呆例に比し有意（ $p<0.01$ ）に高率であった．その他の疾患では心疾患，高血圧症，運動器疾患が高率にみられたが有意差はなかった．特養入所時，入所後に身体疾患により入院治療を必要とした症例では，痴呆例は15例；40.5%（10例；22.7%）と高率な傾向（ $p<0.1$ ）がみられた．

2) 痴呆例の特養への入所経路について検討すると，老人保健施設，軽費老人ホーム，養護老人ホーム，老人病院等の老人施設からが86.5%（68.3%）と高率であり，自宅からは5.4%（9.1%）と低率であった．家族が今後の生活について最初に相談した機関は，痴呆例では福祉事務所45.9%（43.2%），特養入所前の施設の職員48.7%（50.0%），民生委員5.4%（6.8%）であった．

以上より，痴呆例に対する医療供給システムにおける特養の役割は，痴呆例に対して身体疾患によく注意をしながら日常生活の介護をし，医療，保健，福祉機関との連携が重要であると考えられた．

Key words：痴呆性老人，老人施設の役割，特別養護老人ホーム，身体疾患

緒 言

した．

厚生省の痴呆性老人（以下痴呆例と略す）に対するケアシステムのなかで老人施設の役割について，老人病院は主として身体面に対する医療，老人保健施設は家庭復帰のための療養，特別養護老人ホーム（以下特養と略す）およびその他の老人福祉施設は主として日常生活に対する介護を行う所と考えられている¹⁾．今回，痴呆例に対する医療供給システムにおける老人施設，とくに特養の役割を明らかにすることを目的として，名古屋市厚生院の特養へ新規に入所した痴呆例の実態について，同時期に入所した非痴呆例と比較検討

対象および方法

対象は，1992年11月から1993年10月末までに名古屋市厚生院の特養へ新規に入所した81例（男20例，女61例，年齢63～98歳，平均81.4歳）であり，その平均入所期間は188.5日であった．方法は診療録，神経学的診察，本人あるいは家族との面談・電話により実態調査を施行した．その詳細は，対象例について入所時より原則として1カ月以内にDSM-III-Rにより痴呆の診断をし，痴呆例および非痴呆例に分類した．痴呆の補助診断として長谷川式痴呆テスト（以下HDSと略す），柄澤の臨床的判定基準を用いた．痴呆の種類は松下の天秤法，頭部CT所見により診断し，痴呆の程度は筆者がすでに報告している方法²⁾で施行した．さらに，厚生省の老年者の総合的機能評価法³⁾〔ADL評価（歩行，食事，更衣，排泄，入浴で満点15点），身体情

T. Inagaki, T. Yamamoto, T. Yoshida, A. Inagaki,
 T. Niimi：名古屋市厚生院内科

* Y. Hashizume：愛知医科大学加齢医学研究所

** K. Ojika：名古屋市立大学第2内科

受付日：1994. 6. 27，採用日：1994. 10. 6

報機能（視力、聴力、コミュニケーション、尿失禁で満点12点）、社会生活（経済状態、婚姻状況、家族状況、家族関係、集団行動で満点15点）〕、入所時に治療が必要な身体疾患、特養への入所理由および入所経路、在宅時の主たる介護者、在宅福祉サービスの有無について調査した。

痴呆例は37例（45.7%）、非痴呆例は44例（54.3%）であり、その背景（性別、平均年齢、HDS、ADL、身体情報機能、社会生活）は表1に示した。さらに、対象例におよぼす各変量の影響については、痴呆の程度は年齢と正の相関、HDS、ADL、身体情報機能と負の

相関を示したが、社会生活と相関がなかった（表2）。痴呆の種類は脳血管性痴呆46.0%、アルツハイマー型痴呆29.7%、混合型痴呆8.1%、その他が16.2%であった。痴呆の程度は軽度32.4%、中等度27.0%、高度が40.6%であった（表3）。痴呆例の神経症状は歩行障害86.5%、前頭葉徴候81.1%、失禁78.4%、言語障害70.3%、筋緊張亢進56.8%、病的反射48.6%、片麻痺40.5%、嚥下障害が37.8%と高率であった。痴呆例の精神症状は記憶障害100%、日時の障害86.5%、場所の障害75.7%、計算力障害89.2%、独語54.1%、昼夜の区別不能43.2%、自発性低下37.8%、不潔行為27.0%、妄想24.3%、徘徊24.3%、叫び声21.6%、感情失禁が10.8%であり、問題行動のみられた症例は23例（62.2%）であった。

次に1993年11月中旬に、痴呆例および非痴呆例について入所時および入所後の身体疾患による入院の有無について調査した。

尚、各統計学的検定については、痴呆例と非痴呆例に関して、その背景の比較は Student の t 検定、身体疾患、入院の有無、特養への入所経路、在宅時の主たる介護者、相談機関の比較は χ^2 検定、さらに対象例におよぼす各変量の影響に関しては Pearson の相関係数を用い、統計学的有意水準は $p<0.05$ とした。

表1 痴呆例と非痴呆例

(n=81)

	痴呆例	非痴呆例
例数	37 (45.7%)	44 (54.3%)
性別	男 8, 女29	男12, 女32
平均年齢	84.7±6.9**	78.6±9.0
HDS	8.4±7.3***	23.4±8.1
ADL	5.8±5.4**	9.4±4.9
身体情報機能	7.1±2.9***	10.4±2.3
社会生活	5.4±2.2	6.2±2.5

HDS：長谷川式痴呆テスト

ADL：日常生活動作能力

：p<0.01 *：p<0.001

表2 各変量の影響

(n=81)

	年齢	痴呆の程度	HDS	ADL	身体情報機能	社会生活
年齢	1	0.276*	-0.315**	0.112	-0.187	0.010
痴呆の程度	0.276*	1	-0.915***	-0.479***	-0.658***	-0.149
HDS	-0.315**	-0.915***	1	0.508***	0.757***	0.268*
ADL	0.112	-0.479***	0.508***	1	0.691***	0.097
身体情報機能	-0.187	-0.658***	0.757***	0.691***	1	0.110
社会生活	0.010	-0.149	0.268**	0.097	0.110	1

HDS：長谷川式痴呆テスト ADL：日常生活動作能力

*：p<0.05 **：p<0.01 ***：p<0.001

表3 痴呆の種類と程度

(n=37)

	軽度	中等度	高度	計
脳血管性痴呆	8	1	8	17(46.0)
アルツハイマー型痴呆	2	5	4	11(29.7)
混合型痴呆	0	1	2	3(8.1)
その他	2	3	1	6(16.2)
計	12(32.4)	10(27.0)	15(40.6)	37(100.0)

()：%

成 績

1. 身体疾患、痴呆の治療、予後

痴呆例、非痴呆例では治療が必要な身体疾患が100%認められた。痴呆例では脳梗塞、脳の変性疾患が非痴呆例に比し有意 ($p<0.01$) に高率であり、さらに心疾患、胃腸疾患、高血圧症、運動器疾患が高率にみられたが統計学的に有意差はなかった（表4）。

表 4 身体疾患

	痴呆例 (n=37)	非痴呆例 (n=44)
脳梗塞	18(48.6)**	9(20.5)
脳出血	3(8.1)	5(11.4)
脳変性疾患	20(54.1)***	1(2.3)
心疾患	11(29.7)	11(25.0)
呼吸器疾患	2(5.4)	3(6.8)
胃腸疾患	5(13.5)	5(11.4)
肝胆膵疾患	1(2.7)	2(4.5)
腎尿路性器疾患	2(5.4)	3(6.8)
膠原病	2(5.4)	4(9.1)
血液疾患	0(0.0)	1(2.3)
新生物	0(0.0)	2(4.5)
高血圧症	9(24.3)	6(13.6)
糖尿病	1(2.7)	2(4.5)
高脂血症	1(2.7)	2(4.5)
運動器疾患	12(32.4)	18(40.9)
皮膚疾患	3(8.1)	0(0.0)
眼疾患	5(13.5)	7(15.9)
歯科疾患	0(0.0)	2(4.5)
その他	1(2.7)	5(11.4)

** : p<0.01 *** : p<0.001

特養入所時および入所後に身体疾患により入院治療を必要とした症例〔()内は非痴呆例の成績〕では、痴呆例は15例；40.5% (10例；22.7%)と非痴呆例に比し高率な傾向 (p<0.1) がみられた。詳細は入所時が8例 (7例)、入所後が7例 (3例)であり、内科疾患が9例 (6例)と高率であった (表5)。このうち死亡例は痴呆例1例、非痴呆例が3例であり、いずれも入所時に入院治療を必要とした症例であった。

精神症状により入院治療をした症例はなかった。向

表 5 入院の有無

	痴呆例 (n=37)	非痴呆例 (n=44)
なし	22(59.5)	34(77.3)
あり	15(40.5)	10(22.7)
入所時	8	7
入所後	7	3
内科疾患	9	6
整形外科疾患	3	2
眼科疾患	2	1
皮膚科疾患	1	1

精神薬の投与は痴呆例が6例；16.2% (7例；15.9%)で、その内訳は抗精神病薬2例 (0例)、抗不安薬2例 (0例)、睡眠薬1例 (5例)、抗うつ薬が1例 (2例)であった。

2. 特別養護老人ホームへの入所理由、入所経路、在宅時の主たる介護者、在宅福祉サービス、相談機関
特養への入所理由では、痴呆例は痴呆8例 (0例)、ADLの低下0例 (43例)、痴呆およびADLの低下29例 (0例)、その他 (独居、高齢) が0例 (1例)であった。

痴呆例の特養への入所経路では、老人保健施設24.3% (18.2%)、軽費老人ホーム24.3% (18.2%)、養護老人ホーム13.6% (9.1%)、老人病院が24.3% (20.5%)と老人施設からが86.5% (68.3%)と高率であり、自宅からは5.4% (9.1%)と低率であったが、非痴呆例に比し統計学的に有意差を認めなかった (図1)。尚、福祉事務所に特養入所の申請をしてから入所

図 1 特別養護老人ホームへの入所経路

図2 在宅時の主たる介護者

図3 相談機関

までの平均期間は 10.2 ± 8.6 か月であった。

痴呆例の在宅時の主たる介護者は嫁32.4% (13.6%), 娘16.2% (13.6%), 配偶者8.1% (9.1%), なしの独居老人が35.1% (52.3%) であった (図2)。

痴呆例の在宅福祉サービスの利用は5例; 13.5% (5例; 11.4%) であり, その内訳は短期保護4例 (2例), ホームヘルパー1例 (1例), 入浴サービス0例 (1例), 訪問看護・特殊ベッドの貸出しが0例 (1例) であった。

家族が今後の生活の問題について最初に相談した機関は, 痴呆例では特養入所前の施設の職員 (ケースワーカー, 医師, 看護婦) 48.7% (47.7%), 福祉事務所45.9% (43.2%), 民生委員が5.4% (6.8%) であった (図3)。

考 察

本研究について考察する前に, 本院の特養と附属病院の関係について述べる。本院の特養入所例は, 最初に附属病院に短期間入院し, 身体疾患の精査, 入院治療の要否を検討する (本研究の入院には含まず)。そして入院治療の必要があればそのまま入院となり, その必要がなければ特養に入所となる。特養で合併症の併発等により病状が重篤化すれば速やかに附属病院への

入院が可能となっている。

1. 身体疾患, 痴呆の治療, 予後

痴呆例の身体疾患の合併は約90%であり¹⁾, 痴呆例の直接死因は肺炎, 心疾患が高率であることが報告⁴⁾⁵⁾されている。松下ら⁶⁾は特養の痴呆例のうち6カ月間に身体疾患で医療機関に入院したのは28.7%であり, 入院した診療科を内科系と外科系に分類すると, 内科系は68.04%と高率であったと報告している。厚生省の痴呆例に対するケアシステムのなかで, 特養は主として日常生活に対する介護を必要とする所となっているが, 本研究では治療を必要とする身体疾患は痴呆例, 非痴呆例の両群に100%みられ, 身体疾患による入院は主に内科系であり, 痴呆例に高率な傾向がみられた。特に入所時に入院治療の必要な症例が高率にみられたのは, 福祉事務所に特養の申請をして入所するまでの期間が10.2か月と長期間であり, その期間に病状の変化が現れたものと考えられた。従って, 特養では痴呆例に対して身体疾患によく注意をしながら日常生活の介護をし, 身体面の医療については病院との連携を密接にし, 医療スタッフの増員および質の向上を図り医療機能を強化することが重要であると考えられた。特養入所例のなかで問題行動は31%⁷⁾, 37.9%⁸⁾にみられ, 睡眠薬, 精神安定剤などの向精神薬による治療は6%⁷⁾, 8.0%⁸⁾と報告されている。本研究では痴呆例のなかで独語, 昼夜の区別不能, 不潔行為などの問題行動は62.2%にみられたが, 入院治療を必要とする症例はなかった。また向精神薬の投与は痴呆例が16.2%, 非痴呆例が15.9%であった。この結果は特養入所の際に福祉事務所に入所の申請が必要であり, その過程で著しい精神症状や問題行動の症例は除外されていることが示唆された。

筆者ら⁴⁾は, 老人施設の老年期痴呆の5年後の予後について報告をしている。5年後の死亡率では痴呆例は56.3%であり, 非痴呆例の31.8%に比し有意に高率であり, 死亡の予測要因は加齢, ADLの低下であった。痴呆例の5年後生存例のなかで痴呆の程度の変化の検討では, 高度悪化22.5%, 軽中度悪化が25.8%であり, 痴呆の高度悪化の要因は脳血管障害の再発作, 骨折, 感染症であった。本研究の死亡例は痴呆例1例, 非痴呆例が3例であったが, 対象となった痴呆例および非痴呆例の平均入所期間は188.5日であり, この点についてはさらに経過を見る必要がある。本研究の痴呆例は, 今後, 死亡および痴呆の重篤化が考えられるが, 痴呆の重篤化の予防は, 筆者らが報告しているように高血

庄, 糖尿病などの慢性疾患の管理をして脳血管障害の発作を予防し, 脳血管障害, 骨折, 感染症に罹患したりリハビリテーションにより ADL の低下を防ぎ長期臥床にしないこと²⁴⁾⁹⁾, コミュニケーションを図り身体情報機能の低下を防ぐことが重要であると推察された。

2. 特別養護老人ホームへの入所理由, 入所経路, 在宅時の主たる介護者, 在宅福祉サービス, 相談機関

特養入所例の入所経路では, 柄澤ら⁷⁾は自宅47%, 病院からが44%, 本間ら⁸⁾は老人ホーム40.5%, 病院39.8%, 自宅からが15.6%と報告している。前田ら¹⁰⁾の1982年11月より1984年3月末までの本院の特養への入所経路の成績では自宅56.7%, 他病院からが36.4%と報告している。本研究の痴呆例の特養への入所経路では, 自宅からが5.4%と低率であり, 老人施設からが86.5%と高率であったが, 統計学的には非痴呆例に比し有意差を認めなかった。前田ら¹⁰⁾の成績と比較して, 自宅からの入所例が低率であったのは, 核家族の増加等に伴う家族状況の変化, 住宅状況等のため独居老人が高率にみられた結果, ADL が自立している段階からすでに他の老人施設への入所が多くなったこと, 1987年以降に老人保健施設が新たに設立されたこと¹¹⁾, 特養の申請をして入所するまでに長期間を要するためあらかじめ他の老人施設に入所している可能性があると考えられた。痴呆例に対して, 老人病院, 老人保健施設, 老人福祉施設等の老人施設および精神病院が入院・入所施設となっているが, ベッド数の不足や治療やケアの役割が不明確なため施設間の連携が乏しい状況にあると考えられている¹⁾が, それぞれの施設の役割分担を明確にし連携を図ることが重要であると推察された。

痴呆例の介護者は, 嫁, 妻が高率であると考えられてきたが¹²⁾, 近年, 須貝¹³⁾は在宅では嫁の世話が減少し, 娘, 配偶者が介護の中心になってきていると報告している。Colerick¹⁴⁾, Lieberman ら¹⁵⁾は痴呆例の主たる介護者が子供の場合, 配偶者に比して痴呆例の入院・入所が高率になることを報告している。本研究の痴呆例の在宅時の主たる介護者は嫁, 娘, 息子, 配偶者の順であり, この結果は彼らの成績を支持できる所見と考えられた。

斎藤は¹⁶⁾在宅痴呆例の介護状況改善の要因について, 家族自身の介護能力の向上, ショートステイ, デイケアなど痴呆例を預かって介護するサービスの利用を挙げている。三宅ら¹⁷⁾は痴呆例の在宅ケアサービス

の現状について, 訪問看護19.3%, デイケアが15.6%と報告している。一方, Lieberman ら¹⁵⁾は痴呆例の追跡調査における在宅ケアサービスの有効性について, デイケア, ホームヘルパーでは在宅例が高率となるが, 訪問看護, 家庭への食事サービスでは施設入所例が高率となり, このような在宅ケアサービスがそのまま在宅ケアの継続につながらないことを報告している。本研究の在宅福祉サービスの利用は13.5%と三宅らの成績と同様であり, 今後さらにこの問題について検討していきたい。

厚生省の痴呆例のケアシステムのなかで, 痴呆例およびその家族が相談する所として, 行政面では福祉事務所, 保健所, 精神保健センターが考えられている。多田羅ら¹⁸⁾は, 在宅の痴呆例に対して困った時に最初に相談した機関について検討したところ, 診療所29%, 病院28%, 市の福祉22%, 保健所6%, 民生委員が5%と報告している。一方, 新村¹⁹⁾は217の保健所にアンケートを施行し, 保健所の一年間の老人精神保健相談は平均30人, 老人精神保健訪問指導は平均41人であったと報告している。本研究の痴呆例の相談機関は福祉事務所, 特養入所前の施設の職員が高率であり, 保健所は認められなかった。今後, 保健所は痴呆例の相談に対して医療, 福祉機関と連携して, 積極的に取り組む必要があると考えられた。

本研究は厚生省長寿科学総合研究の研究助成によった。

文 献

- 1) 大塚俊男: 痴呆性老人に対する社会的対策の現状。老年期痴呆 1992; 6: 49—56.
- 2) 稲垣俊明, 山本俊幸, 野倉一也, 橋詰良夫, 新美達司, 三竹重久, ほか: 長期臥床と痴呆に関する研究。日老医誌 1992; 29: 41—46.
- 3) 小澤利男: 老年者の総合的機能評価法に関する研究。長寿科学総合研究。平成3年度研究報告, Vol 2, p104—105.
- 4) 稲垣俊明, 山本俊幸, 野倉一也, 橋詰良夫, 新美達司, 長谷川良平, ほか: 老人施設における老年期痴呆の5年後の予後調査に関する研究。日老医誌 1992; 29: 729—734.
- 5) 稲垣俊明, 山本俊幸, 野倉一也, 橋詰良夫: 老人施設における老年期痴呆の疫学—発生率, 死亡率, 病死率, 臨床診断と病理診断の一致率—。老年精神医学雑誌 1991; 2: 221—228.
- 6) 松下正明, 佐野威和雄, 斎藤正彦, 中嶋義文, 片山

- 成仁, 佐藤隆郎, ほか: 老人性痴呆疾患に対する医療供給システムに関する研究, 総合病院の役割に関する研究, 厚生省長寿科学総合研究費, 痴呆関係研究班, 平成4年度研究業績集, p75—78.
- 7) 柄澤昭秀, 笠原洋勇, 武村和夫, 川島寛司, 倉次光雄: 特別養護老人ホーム在住者の心身機能と精神障害, 老年精神医学 1985; 2: 763—773.
- 8) 本間 昭, 柄澤昭秀, 笠原洋勇, 武村和夫, 川島寛司, 加藤政利, ほか: 特別養護老人ホーム利用者の心身機能—都内公立施設における精神医学的調査研究, 社会老年学 1988; 27: 34—43.
- 9) 野倉一也, 三竹重久, 稲垣俊明, 新美達司, 山本俊幸, 前田甲子郎, ほか: 施設内における老年期痴呆の疫学的臨床的検討, 日老医誌 1988; 25: 495—502.
- 10) 前田甲子郎, 山本俊幸: 厚生院特養ホームに於ける新規措置該当老人の観察を通じての在宅寝たきり老人の問題点, 厚生院紀要 1985; 11: 11—15.
- 11) 冷水 豊: わが国の老人福祉・保健施設体系の現状と今後の方向, 老年精神医学雑誌 1993; 4: 1235—1241.
- 12) 長谷川和夫, 本間 昭, 佐藤 宏, 青葉安里, 今井幸充, 山口 登, ほか: 地域老人における老年期痴呆の疫学的研究, 老年精神医学 1984; 1: 94—105.
- 13) 須貝佑一: 痴呆性老人の在宅ケア, 老年期痴呆 1992; 6: 67—72.
- 14) Colerick EJ, George LK: Predictors of institutionalization among Caregivers of patients with Alzheimer's disease. JAGS 1986; 34: 493—498.
- 15) Lieberman MA, Kramer JH: Factors affecting decisions to institutionalize demented elderly. The Gerontologist 1991; 31: 371—374.
- 16) 斎藤正彦: 在宅痴呆老人介護における公的援助の有効性に関する研究, 厚生省長寿科学総合研究費, 痴呆関係研究班, 平成4年度研究業績集, p161—163.
- 17) 三宅貴夫, 田部位康夫, 安藤幸夫, 勝田登志子, 村上敬子, 猿山由美子: 痴呆性老人の医療の現状に関する研究—介護家族の立場から—, 厚生省長寿科学総合研究費, 痴呆関係研究班, 平成4年度研究業績集, p71—74.
- 18) 多田羅浩三, 高鳥毛敏雄, 新庄文明: 老人性痴呆疾患患者に対する福祉機関と医療の関係に関する研究—老人の全数実態調査からの分析—, 厚生省長寿科学総合研究費, 痴呆関係研究班, 平成4年度研究業績集, p66—70.
- 19) 新村和哉: 保健所における老人精神保健相談・指導に関する研究, 厚生省長寿科学総合研究費, 痴呆関係研究班, 平成4年度研究業績集, p54—59.

Abstract

Role of Institutions for the Elderly in Senile Dementia

Toshiaki Inagaki, Toshiyuki Yamamoto, Tatsuya Yoshida, Yoshio Hashizume*,
Aki Inagaki, Tatsuji Niimi and Kosei Ojika**

The purpose of this study was to assess the role of institutions for the elderly, and special nursing homes in particular, with regard to senile dementia. The subjects consisted of 81 cases who were institutionalized in our special nursing home from early November, 1992 to late October, 1993. Of these, 37 cases (45.7%) showed clinical dementia at the time of institutionalization. The severity and respective percentages of dementia were as follows: slight degree 32.4%, moderate degree 27.0% and severe degree 40.6%. The severity of dementia demonstrated significant correlation with age, Hasegawa's Dementia Scale, activity of daily living

and physical conditions. The admission rate (40.5%) of the demented group for physical diseases was significantly higher than that (22.7%) of the non-demented group. The majority of families of both groups first sought advice at institutions other than our special nursing home and the welfare office in the city, prior to being institutionalized. The referral rate from such institutions was far higher than that for direct entry from their homes. We consider that special nursing homes, in addition to carrying for daily living requirements, should pay great attention to physical diseases in patients suffering from senile dementia, and cooperate with medical institutes, particularly referring hospitals, and other welfare and health facilities, in this regard.

Key words: *Senile dementia, Role of institutions for the elderly, Special nursing home, Physical diseases*

(Jpn J Geriatr 1994; 31: 872—878.)

Department of Internal Medicine, Nagoyashi Koh-seiin Geriatric Hospital

* Institute for Medical Science of Aging, Aichi Medical University

** The Second Department of Internal Medicine, Nagoya City University School of Medicine