

特集 認知症診療システムの構築と精神医学の貢献

認知症の地域生活のための循環型医療介護連携システムへ向けて

石井 知行

平成 24 年、「今後の認知症施策の方向性について」（以下、「方向性について」という）および「認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」が厚生労働省より発表された。ここにおいて、精神科病院への長期入院を不適切なケアの流れの結果として、長期入院解消の施策として入院期間の目標値を設定している。本稿では、「方向性について」の施策の不合理について述べ、精神科認知症入院機能を列挙した。認知症入院医療が地域生活をサポートし、地域包括ケアに貢献するためには、病棟機能分化が必要である。認知症入院病棟機能分化の私案を以下に示す。①認知症急性期治療病棟、②認知症治療病棟、③最重度認知症療養病棟、④身体-精神合併症認知症対応病棟。入院機能がほかの社会資源と有効に連携するために、認知症地域連携バスの発展が重要である。「方向性について」の施策は科学的根拠が薄弱であるが、政策立案は統計学的にデザインされた調査研究に基づいたデータを根拠として、検証可能な形で行われた解析に基づいて行うことが重要である。非科学的政策立案の失敗例として、精神科病床 7 万 2 千床削減問題、少子高齢化・人口減少の主たる要因としての政府による産児制限を挙げた。科学的な根拠による予測なしに、認知症施策を立案する危険性を指摘し、地域ケアの限界の大きい諸条件下にあつて、地域包括ケアシステムを現実化するために循環型医療介護連携システムを提言した。

＜索引用語：認知症入院病棟機能分化案、循環型医療介護連携システム、科学的政策立案のあり方＞

はじめに

超高齢社会の進行による多様な医療・介護・福祉のニーズの増大のために、地域包括ケアシステム³⁷⁾が提唱された。地域包括ケアシステムにおける 5 つの視点として、「①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防の推進、④見守り、配食、買い物等、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護等（厚生労働省）、⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備（国土交通省）」が挙げられている。このシステムを提唱した山口はシステム実現の問題点として、①マンパワー（専門職）の確保ができるか、②健全経営が可能か、③シームレスなサービス提供（医療と介護、施設ケアと在宅ケアの連携）が可能か、④首長（市町村長）と住民の理解と協

力があるか、を挙げ、これらの問題点がクリアできなければこのシステムは実現困難であると言及している³⁷⁾。しかし、国家財政の悪化による社会保障給付の抑制、不十分な認知症有病率調査データ³⁰⁾に基づいた推計以上の認知症患者の大幅な増加³⁹⁾、生産年齢人口の減少がもたらす地域の介護労働力の低下、高齢者夫婦のみ所帯・単独所帯の増加、家事を担ってきた女性（15～64 歳）の就業率上昇（平成 25 年 4 月に 62.5%と過去最高値を更新した）³⁴⁾による家庭の介護力の低下などから、上記の①②③のクリアは困難ではないかと思われる。地域包括ケアシステム、ひいては在宅介護が極めて困難になることが予想される。

医療と介護、施設と地域は不可分なケア相互の補完性があり、シームレスな連携の確立が重要で

ある。本稿では認知症施策の問題点、特に厚生労働省の政策立案の問題点を論じた。上記のごとく医療介護の総供給能力の低下、なかんずく地域介護力の低下と高齢者医療介護の総需要の増加の中にあつては、まず、現有の社会資源の質の向上と効率化を図り、緊密な連携体制をつくることが必須である。また地域包括ケアシステムをより現実的な形にするために、循環型医療介護連携システムについて提言したい。

1. 認知症施策について

平成 24 年、「今後の認知症施策の方向性について」（以下、「方向性について」という）および「認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」が厚生労働省より発表された。これによる主な施策について以下に述べ、これについて反論したい。

1. 長期入院の解消

1) 「認知症の人の精神科病院への長期入院の解消」について

「方向性について」では、認知症の人の精神科病院への長期入院を不適切な「ケアの流れ」の結果として、長期入院の解消を謳っている。これは、次の 5 つの問題点に対応できていないことによるとしている。①早期診断・早期対応の不十分さのため、施設や精神科病院を利用せざるを得ない。②不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる。③一般病院・施設において行動・心理症状に対応できないため、精神科病院に入院するケースが見受けられる。④認知症の人の精神科病院への入院基準がないこともあり、必ずしも精神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人の長期入院がみられる。⑤退院支援や地域連携が不十分であり、精神科病院から退院してもらおうと思っても地域の受け入れ体制が十分でないと述べられている。

ここにおいては、精神科医療に対する誤解がみられるが、精神科認知症入院医療の機能については後述する。高齢者認知症の過半数がアルツハイマー病などの進行性の神経変性疾患であり、疾患

の種類、病期、病像も多様であり、その対応のあり方についても多様にならざるを得ないことが理解されていないが、いずれにしても、早期退院を阻害する要因の解明なしに長期入院解消の施策を提言することは短絡であると考えられる。

2) 「精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援」について

「方向性について」においては、長期入院の解消のために認知症治療病棟の入院日数の中央値を 2 ヶ月にする数値目標を掲げているが、その根拠となったのは近畿地方の 4 施設における少数例のデータである¹²⁾。これは大学病院や総合病院を含む偏った施設からのデータであり、その結果が、日本全国の精神科病院にあてはめることができるかどうかといったデータの外的妥当性に疑問がもたれる。一般の精神科病床で本当にそうした目標を達成することが可能かどうか、入院期間を短縮するためには何が必要か、入院中のケアの質はどのようなのか、そうした疑問に答えられるデータはまだ得られていない。

3) 「精神科病床に入院した認知症患者の入院実態調査」について

こうした疑問に答えるためには、認知症患者に対応する精神科病院に新規に入院した認知症患者を対象に個票により入院理由・入院中の治療の実態と Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) の経過・患者の出入り経路・転帰・退院支援の実態とその結果を評価し、治療や退院・在宅復帰を妨げるリスク因子を検討する前向きコホート研究が必要である。

2. 身体合併症加療

認知症患者は他的高齢者と比較して身体合併症の発生が多くみられることが示唆²⁵⁾されており、認知症患者の身体合併症加療は重要課題の 1 つである。これについては「方向性について」においては、一般病院勤務の医療従事者が認知症ケアについて理解し、適切な対応ができるよう研修を拡充するとしている。しかし、一般病院の医療従事者に対する認知症研修はすでに様々の団体の主催

により活発に行われており、研修の拡充によってどの程度認知症に対する対応力が向上するのかわは疑わしい。また、一般病院の医療従事者による認知症ケアの質をどのように担保するのかという視点も欠けている。現行の制度によっては、身体合併症に対応が困難である実態があり、研修の拡充により認知症の身体合併症治療を確保するとするのは政策として未成熟であるといえよう。

3. グループホームの活用の推進

地域の認知症ケアの拠点としてグループホームの活用の推進を謳っている。グループホームは小規模であるため、人員繰りが難しく極めて少人数で運営せざるを得ない実態がしばしば仄聞される。グループホームの2単位を日中1人だけの職員がかけもちでケアしている実態さえみられることがある。同様に、小規模であるため密着化しやすく、また従業員の専門職の資格要件が厳しくないため提供されるケアの質が担保されていない。

また、事業経営者参入の要件が緩和されすぎているため、劣悪な業者の参入がみられている実態があり、良質な業者と悪質な業者の差が大きい。

以上の実態から、グループホームなどの小規模施設においては、暴言・暴力などの高齢者虐待も発生しており、セクハラや火事による死亡などの不祥事の発生が多くみられている^{10,28,29,39)}が、報道されている高齢者虐待は氷山の一角ではないかと思われる。しかし、現状では行政による監査が不十分であり、また十分な監査体制をつくることは極めて困難である。ケアの質を担保する仕組みの構築とともに根本的な制度の見直しが必要である。

II. 認知症に対する政策立案のあり方

1. 非科学的政策立案の失敗例

概観¹⁹⁾してきたような「方向性について」の施策により、今後、認知症の方々への適切な処遇が可能であろうか。「方向性について」では認知症医療現場に対する不十分な理解や公衆衛生的、統計学的な根拠の乏しさがみてとれる。残念ながら、これまでこのような科学的根拠に乏しい政

策が厚生労働省によって行われており、これは厚生労働省の政策立案における宿痾ではないかと思われる。非科学的な政策立案が不適切な状況を引き起こす事例を挙げつつ論じる。

1) 精神科病床7万2千床削減問題

長期にわたって懸案であった精神科病床7万2千床削減問題においては、受け入れ条件が整えば退院が見込めるという病院に対する簡易なアンケートの回答を根拠として立案された。統計学的にデザインされた患者に対する実態調査を行い、精神症状と能力障害の各重症度について地域移行の可能な群を検討し、各群において必要な、各種にわたる地域支援サービスとその必要財源を検討し提案されていたら質の良い政策提案であったと思われる。科学的思考を欠く未成熟な政策であったため、地域移行は進展せず、行政、病院、患者家族、それぞれにとって望ましくない経過となった。すなわち、これまでの調査研究は施設票による主観の混じったアンケートを根拠にしたものが多く、個票による実態調査があまり行われていなかったことが問題点である。

2) 少子高齢化・人口減少問題

科学的検証による長期展望を欠いた政策の失敗は、優生保護法改正、受胎調節普及を主要因とする少子高齢化・人口減少問題にもみてとれる^{16,21,26,27,36,38)}。

2. 大規模臨床データベースの必要性

認知症有病率の調査と将来予測は政策立案のために極めて重要である。しかし、政策立案のために最近まで使用されてきた介護保険による有病率のデータが不正確であることは内閣総理大臣も認めている⁹⁾。有病率という基礎的なデータすら整備されずに政策立案が行われてきた。アメリカやヨーロッパにおいては大規模臨床データベースが多数運営されており、Public Domainにより多くのデータベースが一般公開されている²⁰⁾。必要なデータを収集し大規模臨床データベースを作成し、これに基づいた予測により政策立案がされるべきである。

3. 認知症に対する疫学調査研究の重要性

科学的手法によらない政策立案の失敗が認知症ケアの政策において繰り返されようとしている。今後の認知症患者数の増加および重症度分類による医療・介護のニーズと地域・施設のケアの供給能力のマッチングによる予測に基づいた政策が立案されるべきである。介護者のうつ・自殺・介護殺人などの問題の深刻化^{13,14,41)}、および家族の介護を理由とする離職(介護離職)も増加しており、さらに今後の大幅な増加が懸念され、家庭に対する経済的負担も深刻化している^{24,40)}。前述のような地域ケアの限界を知りながらいたずらに地域ケアのみを強調することは、地域・家庭に過重なケア負担を求めているとの非りを免れないであろう。既存の施設・病院の質の向上と効率化を図り、より緊密な連携を進展させ有効活用しなければ、今後の未曾有の超高齢社会において急激な増加が予想される認知症患者に対する適切な処遇は確保されない。

4. 循環型医療介護連携システムの確立

地域包括ケアシステムを現実化し、認知症入院医療が地域生活を有効にサポートするためには、早期診断・早期介入からはじまる医療と介護、施設ケアと地域ケアをシームレスにつなぐ循環型医療介護連携システムの確立が必要である。すなわち、入院・入所が必要な場合には、利用しやすく効果的かつ効率的で、より短期に退院・退所を可能とし、必要に応じてこれを繰り返すことができ、これにより介護・地域ケアの負担が軽減されるようなシステムが望ましいといえるだろう。しかし、このようなシステムは施設・医療を軽視することによって達成されない。医療と介護、施設ケアと地域ケアはそれぞれ不可分なケア相互の補完性があり、シームレスな医療と介護の連携が必要である。

Ⅲ. 精神科認知症入院医療の機能

「施設から地域へ」「医療から介護へ」のスローガンのもと、「方向性について」では重点は介護に

置かれ精神科入院医療は認知症ケアにおいて期待される役割が大幅に縮小されている。しかしながら上述のように円滑な循環型医療介護連携システムの確立のためには、医療と介護は車の両輪となるべきである。高齢者に対する医療・介護のニーズが極めて増大する状況が予測されているのであるから、「施設も地域も」「医療も介護も」が重要であり総合的にシステム化される必要がある。その中であって精神科認知症入院医療はなお中心的な役割を果たすことが必要であると考えられる。ここでは入院医療の果たす機能およびその機能を十分に発揮するための病棟機能分化について私案を述べる。

精神科認知症入院医療の機能については以下に拙著¹⁹⁾より引用する。

- ①在宅ケアか、介護保険施設ケアか、入院医療かのトリアージ
- ②早期退院のための早期入院の必要性
- ③入院中における薬物調整の必要性
- ④身体合併症加療の必要性
- ⑤終末期医療（認知機能障害最重度）の必要性
- ⑥緊急入院による在宅療養支援機能について
- ⑦入院における医療とリハビリテーションの組み合わせ—チーム医療によるケアミックス

1. 薬物調整の必要性

以上の諸機能がみられるが、このうち、薬物調整の必要性について述べる。

高齢者は薬物の影響を受けやすく、薬剤相互作用も起こりやすいため薬剤有害事象を経験する危険性が高い。抗精神病薬、抗不安薬に加え、身体合併症のため多くの種類の内科薬を服用していることが多い¹⁷⁾。これらの薬剤により、せん妄をきたす症例もみられる。また、在宅においては統一されていない薬剤投与が多くの科によって行われていることが多い。特にBPSDが顕著であった在宅患者では、大量の抗精神病薬、抗不安薬が処方されている症例が多くみられる。「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」が刊行されたが、十分な理解を得られない

とかえって安易な向精神薬使用を招くのではないかと危惧される。

BPSDのためすでに家族の拒否感情の高い、ストレスfulな家庭環境から離脱して入院し、よくトレーニングされたスタッフにより受容されるとBPSDも軽度化してこれらの薬物の減量を図れることが頻回に経験される。高齢者において薬剤有害事象を起こしやすい薬物のリストなども近年作成されており⁴⁾、高齢者を専門にした老年病科医(内科医)、精神科医による入院における薬剤の調整、吟味が重要であり、不適切な薬物治療の是正は重要な入院機能の1つである。とくに、抗精神病薬については総死亡率の増加など強い副作用から可能な限り使わないことが国際的な合意となっており、その使用をどれだけ減らせるか、といったことが医療の質として用いられている国もある²⁾。しかしながら、そうした観点から精神科病院を調べた研究も多くはない。

2. 精神科認知症入院医療の特徴的機能

以上が精神科における認知症入院医療の機能であるが、このうち精神科のみがもつ特徴的な機能は2つある。

- ①身体面-精神面-社会面の3つの軸を統合したサービス提供
- ②精神保健福祉法に基づいた厳密な運用による行動制限と適切な人権の制限に対する担保

上記の諸条件より、精神科認知症入院医療機能は、以下のように整理される。

- ①急性期一治療機能
- ②回復期慢性期一医療・リハビリ機能
- ③最重度慢性期一医療・維持リハビリ・介護機能
- ④身体合併症治療機能
- ⑤在宅一医療介護支援機能

とくに認知症疾患医療センターをツールとして介護との連携、地域医療との連携が発展しつつある。

Ⅳ. 認知症入院病棟機能分化案

精神科認知症入院病棟の入院機能を地域ケアとのシームレスな連携を可能にする循環型の医療介

護連携システムの中核的機能をもつためには、機能分化が必要である。

認知症入院病棟機能分化の私案を以下に示す。

- ①認知症急性期治療病棟：BPSDの急性増悪や重度のせん妄などに対応できる緊急入院枠を設けた短期入院の急性期治療病棟
- ②認知症治療病棟：現行施設基準に追加してさらにリハビリ機能の向上を図る。ぬり絵、風船バレーなどの集団レクリエーションに加えて、実行機能・生活機能障害をBarthel Indexなどのスケールを用いて評価し、障害の種類と重症度に応じて生活機能の回復を目標とするリハビリが重要である。
- ③最重度認知症療養病棟：中核症状の進行が最重度・寝たきりでない、動ける認知症を対象とする。重度のIADL低下のため、介護が中心となるが、治療抵抗性のBPSDと軽度から中等度の身体合併症のために、より医療が必要な患者群が対象である。
- ④身体-精神合併症認知症対応病棟 (Medical Psychiatric Unit-Dementia: MPU-D)：重度の身体合併症対応に特化し、対象は主として認知症患者であるが、主病は治療を要する重度の身体合併症である。身体合併症加療のニーズは、保坂班平成18年度報告¹⁵⁾にみられるようなニーズだけでなく、今後の超高齢社会にあつては後期高齢認知症患者の増加、精神疾患患者全体の高齢化などにより飛躍的な増加が予想される。脳卒中、心筋梗塞などの急性期、人工透析、骨折などの特殊かつ緊急以外はMPUにおいて対応可能である。また、当院の身体合併症対応病棟(精神一般)においては一般急性期病院からの認知症患者および精神疾患患者の身体合併症のポストアキュート、ターミナルを受け入れているが、急性期病院の在院日数低下の必要のために、次第により重症を受け入れている実態があり、一般急性期病院における同様の医療よりも医療費削減に貢献している。表1に示すように、精神科医だけでなく内科・神経内科など一般科医の常勤配置を施設基準とする。必要により、

表1 身体-精神合併症対応病棟 (Medical Psychiatric Unit : MPU, 精神一般病棟)

【趣旨】

必要により複数主治医制

【専任医師】

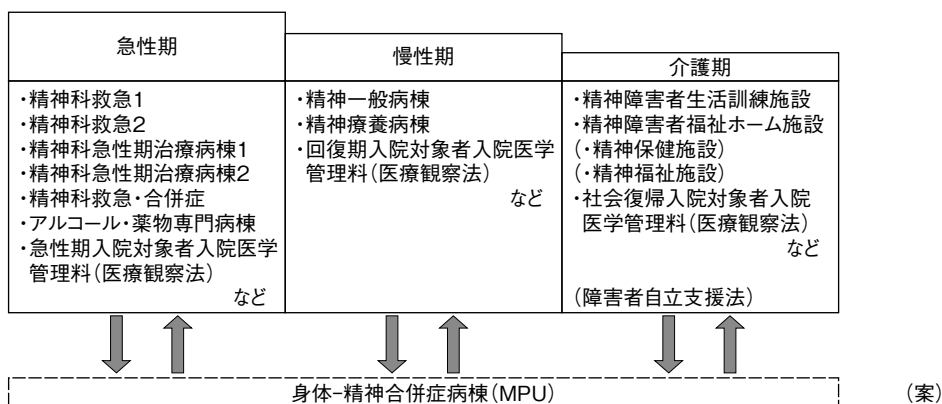
①精神科医師 1名 一般科医師 (内科など) 1名 = 24:1

②精神科医師 1名 一般科医師 (内科など) 2名 = 16:1

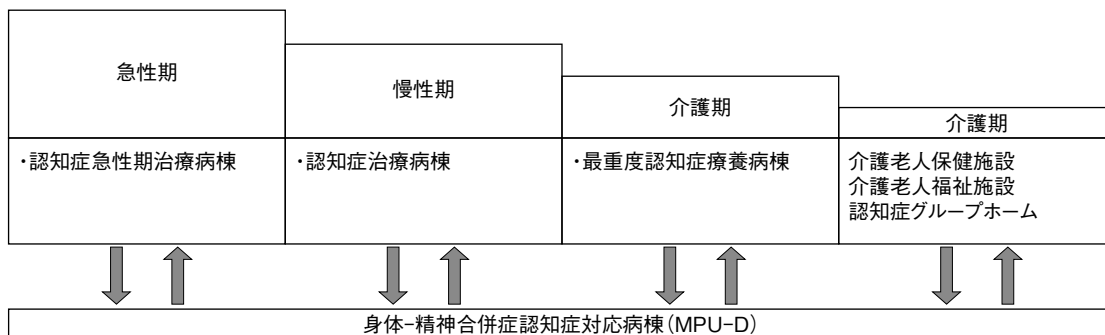
【診療報酬】

- ・身体治療特掲診療料加算 (内科など一般医の常勤配置) (保坂班)
 - ・主病は身体合併症であること
 - ・主病が治癒後は他病棟あるいは他院, 他施設, 在宅などへの転院
-
- ・MPU 設置が困難な小規模病院の場合は医師の配置基準以上に一般医の常勤配置をすれば, 病院全体に対して身体治療特掲診療料加算

精神科病棟



認知症医療における病棟機能分化 (案)

図1 認知症医療における病棟機能分化 (案)¹⁸⁾

複数主治医制度が有効である。精神保健福祉法改正により、医師数 16:1 病棟が検討中であるが、今後のニーズから MPU が求められる。

なお、MPU はすでに各国で運営され実績を挙げている^{1,11,22,23)}。

精神科においては病棟機能分化により質の向上が図られてきた経緯がある。認知症入院医療においても、質の向上のためには機能分化が必要であり、医療必要度により図 1 のように整理される。小規模精神科病院においては、病棟機能分化は困難であるが、身体合併症対応能力を向上させるためには、内科医などの一般科医の常勤配置が必要であり、そのためには、一般科医常勤配置加算が有効であろう。

さらに、認知症入院医療がほかの社会資源と有効に連携するために、認知症地域連携パスの発展が重要である。

おわりに

- 1) 公衆衛生的、統計学的な根拠の乏しい政策の失敗が繰り返されてきている。「今後の認知症施策の方向性について」において、提言されている施策は科学的根拠が乏しいため、再び政策失敗が繰り返されないように以下の提案をしたい。
- 2) 科学的に統一されたデザインのもとに、大規模データベースを作成し、検証可能な形で行われた解析に基づいて政策立案を行うことが重要である。そのあとに、ステークホルダーの意見調整、財源問題による調整が行われるべきである。施行された政策に対しては評価研究が行われるべきである^{5~8,31~33,35)}。
- 3) 地域ケアのリソースに限界がある中で地域包括ケアシステムを現実化するためには、あらゆる社会資源の質の向上と効率化を図り、その連携を緊密化する循環型医療介護連携システムが必要である。つまり、精神科医療が、身体-精神-社会の 3つの軸から、あらゆる社会資源を統合して医療と介護、施設ケアと地域ケアの中核となることが重要である。認知症疾

患医療センター、認知症地域連携パスなどが、ツールの 1 つとなる。

- 4) 認知症入院医療の質の向上と地域ケアとの連携のためには、認知症入院病棟機能分化が必要であり、以下のように機能分化することが望ましい。

- ①認知症急性期治療病棟
- ②認知症治療病棟
- ③最重度認知症療養病棟
- ④身体-精神合併症認知症対応病棟 (MPU-D)

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) Alberque, C., Gex-fabry, M., Whitaker-Clinch, B., et al : The five-year evolution of a mixed psychiatric and somatic care unit : a European experience. *Psychosomatics*, 50 ; 354-361, 2009
- 2) Alistair, B. : National Dementia Strategy in England. Department of Health, UK, 2009
- 3) 朝田 隆：認知症有病率と精神医療資源の今後。老年精神医学雑誌, 23 ; 535-543, 2012
- 4) Beers, M. H. : Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*, 157 ; 1531-1536, 1997
- 5) Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., et al. : Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*, 316 (7141) ; 1348-1351, 1998
- 6) Büla, C. J., Bérod, A. C., Stuck, A. E., et al. : Effectiveness of preventive in-home geriatric assessment in well functioning, community-dwelling older people : secondary analysis of a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*, 47 (4) ; 389-395, 1999
- 7) Cohen, H. J., Feussner, J. R., Weinberger, M., et al : A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med*, 346 (12) ; 905-912, 2002
- 8) Cravens, D. D., Mehr, D. R., Campbell, J. D., et al. : Home-based comprehensive assessment of rural elderly persons : the CARE project. *J Rural Health*, 21 (4) ; 322-328, 2005
- 9) 第 180 回国会参議院予算委員会会議録第 18 号。平

成 24 年 4 月 4 日

10) 第 183 回国会参議院予算委員会会議録第 17 号, 平成 25 年 5 月 14 日

11) Gertler, R., Kopec-Schrader, E. M., Blackwell, C. J.: Evolution and evaluation of a medical psychiatric unit. *Gen Hosp Psychiatry*, 17; 26-31, 1995

12) 平成 23 年第 18 回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム, 釜江和恵提出資料.

13) 濱田健司: 介護・看病疲れによる自殺, 共済総研レポート, 2009.12

14) 保坂 隆: 介護者のうつ予防のための支援の在り方に関する研究, 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分), 2006

15) 保坂 隆: 精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究, 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業, 2007

16) 池田一夫, 灘岡陽子, 神谷信行: 我が国における世代出生数の動向, 東京都健康安全研究センター研究年報, 58; 331-335, 2007

17) 石井伸弥, 秋下雅弘: 認知症高齢者の薬物療法—課題と対応—, 老年精神医学雑誌, 24 (8); 749-755, 2013

18) 石井知行: 精神科領域における医療と介護の機能分化について, 日本精神科病院協会誌, 30 (5); 422-432, 2011

19) 石井知行: 認知症施策を踏まえた今後の認知症入院医療, *Cognition and Dementia*, 12 (2); 17-25, 2013

20) 石井知行: 精神科認知症入院医療の機能分化と認知症の将来予測による政策立案のあり方, 臨床精神医学, 41 (8); 1055-1062, 2012

21) 加藤寿延: 日本の人口革命と新生活運動, 亜細亜大学経済学紀要, 1 (5); 19-37, 1970

22) Kishi, Y., Kathol, R. G.: Integrating medical and psychiatric treatment in an inpatient medical setting. The type IV program. *Psychosomatics*, 40 (4); 345-355, 1999

23) Maier, A. B., Wachtler, C., Hofmann, W.: Combined medical-psychiatric inpatient units: evaluation of the Centre for the Elderly. *Z Gerontol Geriatr*, 40 (4); 268-274, 2007

24) 的場康子: 介護離職を減らすため相談体制の充実を, *Life Design Report*, 10; 39-41, 2013

25) 松原三郎: 精神科病院における医療実態の把握に関する研究, 平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究 (研究代表者: 伊豫雅臣) 総括・分担研

究報告書, 2008

26) 松谷明彦: 人口減少時代の大都市経済, 東洋経済新報社, 東京, p.125-127, 2010

27) 森岡 仁: 戦後日本の人口変動, 駒沢大学経済学論集, 39 (3); 37-54, 1970

28) MSN 産経 west, 2012 年 10 月 16 日付記事 (<http://sankei.jp.msn.com/region/news/121016/hygl12101602040001-n1.htm>)

29) MSN 産経 west, 2012 年 11 月 21 日付記事 (http://sankei.jp.msn.com/west/west_affairs/news/121121/waf12112108000000-n1.htm)

30) Okamura, H., Ishii, S., Ishii, T., et al.: Prevalence of dementia in Japan: a systematic review. *Dement Geriatr Cogn Discord*, 36 (1-2); 111-118, 2013

31) Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Wieland, G. D., et al.: Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*, 311 (26); 1664-1670, 1984

32) Rubenstein, L. Z., Rhee, L., Kane, R. L.: The role of geriatric assessment units in caring for the elderly: an analytic review. *J Gerontol*, 37 (5); 513-521, 1982

33) Rubenstein, L. Z., Stuck, A. E., Siu, A. L., et al.: Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc*, 39(9 pt 2); 8S-16S, discussion 17S-18S, 1991

34) 総務省統計局: 労働力調査ミニトピックス No.8 女性 (15~64 歳) の就業率の上昇, 2013

35) Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., et al.: Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342 (8878); 1032-1036, 1993

36) 田中弘子: 「産児制限論」の歴史的 위치について, 仙台白百合短期大学紀要, No. 19; 181-193, 1991

37) 山口 昇: 地域包括ケアのスタートと展開, 地域包括ケアシステム (高橋紘士編), 東京, オーム社, p.12-37, 2012

38) 山本起世子: 生殖をめぐる政治と家族変動—産児制限・優生・家族計画運動を対象として—, 園田学園女子大学論文集, 45; 1-18, 2011

39) 読売新聞, 平成 21 年 4 月 14 日付記事

40) 吉田和央: 介護休暇・休業の利用状況と介護離職の問題, *Business Labor Trend*, 11; 53, 2012

41) 湯原悦子: 認知症介護における介護者のうつを考える, 医学界新聞, 2929 号, 2011 年 5 月 23 日付記事

Steps Toward an Integrated and Collaborative Health Care System for the Community Life of Patients with Dementia

Tomoyuki ISHII

Maplehill Hospital

In 2012, the Ministry of Health, Labour and Welfare published a report, entitled : “Direction of Policies on Dementia” (hereinafter referred to as Direction), and announced a “Five-Year Plan for the Promotion of Measures against Dementia (Orange Plan)”. I first overviewed the issues with Direction. Direction aims to develop a standard dementia care pathway by establishing the coordination of agencies for patients with dementia and improve long-term care services to support the community life of patients with dementia. However, several objectives proposed in Direction appear to lack scientific grounds, and it is uncertain if they are feasible. In addition, fragmentation remains in the proposed dementia health care pathway. Health care services provided by psychiatric hospitals are undervalued in the proposed pathway. Inpatient and outpatient medical care for patients with dementia should be integrated in the dementia care pathway and complementary to long-term care services to achieve the smooth and safe transition of a patient from the hospital to their home (and from their home to the hospital) and support the daily lives of community-dwelling patients with dementia and their care givers. The wards in psychiatric hospitals need to be more specialized, in order to be able to contribute to comprehensive community care. I discussed functions of psychiatric hospitals and how a dementia ward can be specialized depending on the functions it should serve.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : dementia ward function diversification plan, circulatory collaborative health care system, approach to scientific policy making >
