

老人保健福祉計画策定に当たっての 痴呆性老人の把握方法等について

地方老人保健福祉計画研究班・痴呆性老人調査
・ニーズ部会

はじめに

平成2年6月の老人福祉法及び老人保健法の改正により、平成5年4月から、市町村及び都道府県の老人保健福祉計画が施行される。この計画の策定に当たっては、市町村ごとに要援護老人の現状把握等が必要であり、当部会においては、このうち、痴呆性老人の現状把握等について検討することが依頼されていた。

本部会においては、平成2年度の痴呆老人保健福祉計画研究班（大森禰班長）報告「老人保健福祉計画の策定 その基本的考え方」を踏まえて検討を行い、痴呆性疾患を有する老人の人数、実態及び介護ニーズ等に関する把握方法について検討を行ってきたが、今般、以下のとおり、その結果を取りまとめた。

1 基本的な整理

痴呆性老人の把握方法を考えるに当たっては、まず「痴呆」とは何かについて簡単に触れる。

「痴呆」は、精神医学の分野において取り扱われている概念である。ここにおいて「痴呆」は、一般的に「一旦正常に発達した知的機能が後天的な脳の器質的障害により持続的に低下し、日常生活や社会生活が営めなくなっている状態」と定義されている。この診断のためには、DSM - - R（米国精神医

学会による精神障害診断統計便覧第3版改訂版）などの診断基準があり、検査方法としては、知能検査、CT等の画像診断、脳波検査等が用いられているところである。すなわち、「痴呆」であるか否かは、医師が痴呆の診断基準をもとに、医学的な診察及び適切な検査方法によって、診断しているものである。

今回の老人保健福祉計画の策定に当たっても、精神医学的には、すべての高齢者について個別にこのような精神医学的診断を行って、痴呆の老人の人数、症状等を把握することが、最も適当である。

ところで、「痴呆」と対比される「寝たきり」については、老人福祉法の施行以来市町村において、範囲等において差があるもののほぼ把握されてきているのに対して、老人の痴呆については、個別把握の蓄積がほとんどないことが大きな相違である。老人保健福祉計画の策定のためには、短期間に、すべての市町村で新たに把握のための悉皆調査を行う必要があるが、個別把握の蓄積が少ない現状において、精神医学的な検証に耐え得るような形での把握を行うことは、医師等のマンパワーを考えただけでも不可能と言わざるを得ない。

検討の過程においては、このような厳密な方法とせず、基本的には精神医学の基礎の上に立脚しつつ、より簡便な方法に基づいて悉皆調査を行うことができるのではないかとの考えが表明された。

すなわち、これまで開発されている国立精研式等の精神医学的マスキングの技術を用いて、その使用方法を習得している保健婦などの医療専門職等が、痴呆が疑われる老人の家庭を訪問するなどして、本人又は家族を面接調査するというものである。

この方法は、厳密な方法に比べれば、マンパワーの確保等はある程度容易になり、また、十分許容できる程度の精度も確保できるものと考えられる。しかしながら、ある程度容易になるといっても、現在の保健婦の配置状況や業務量の推移等を考えれば、比較的短期間に全市町村でこのような調査を行うことは、現実的には相当困難と考えざるを得ない。かつまた、現在のわが国での痴呆に対する一般の意識を考えれば、家族の一員が痴呆状態にあることを他に知られたくないとの意識もあり、この感情を無視して悉皆調査を原則とすることには、現在のところためらいが残ると言わざるを得ない。

このように考えると、今回の老人保健福祉計画の策定に当たっては、これら以外のより簡便な方法を選択することとせざるを得ないと考える。すなわち、2で述べるとおり、これまでの調査から得られている痴呆性老人の出現率を各市町村に当てはめる方法である。

ただし、このことは、どの地域においても、かつ将来にわたっても、この方法を用いるべきであると言うものではなく、個別把握の蓄積の状況、住民感情の推移あるいは地域的差異等により、別の方法を用いることを排除するものではないことは当然である。この部会報告においては、調査が可能な地域における参考に供するため、最も望ましい調査方法を提示することとした。4がその方法である。

2 出現率を用いた痴呆性老人数の推計把握方法

昭和55年（1980年）の東京都の痴呆性老人の実態調査を契機として、我が国では多くの自治体において、抽出調査ではあるものの痴呆性老人に係る調査が実施されている。

全国推計の数字としては、それらの調査の中から信頼できると考えられた11都県市の調査結果を基に、昭和62年（1987年）に厚生省の痴呆性老人対策本部が、また、それらの調査結果に加えて医療施設

調査、社会福祉施設調査、東京都老人総合研究所による調査等の分析を加えて平成3年（1991年）3月に厚生科学研究（長寿科学総合研究事業）「痴呆疾患患者のケア及びケアシステムに関する研究」が、全国的な痴呆性老人の人数を推計している。

この両者の数値は、分析基礎となった調査の共通性からほぼ同一の結果となっている。ここでは、新しいデータを用いるというところから、後者の研究結果に依拠しながら出現率を整理する。

それによると、在宅の痴呆性老人の出現率は、表1のとおりである。

これをもとに、各市町村における在宅の痴呆性老人の人数の算出方法を示す。

- ・できる限り直近の性別・5歳年齢段階別の人口を把握する。
- ・住民基本台帳の統計で性・年齢階級別を整理しているのであれば、それを用いることでもよいし、国勢調査を用いることでもよい。
- ・ただし、老人人口全体で年4%前後伸びているので、いつの時点の調査を用いていつの時点で整理するか留意する必要がある。
- ・性別・5歳年齢段階別の各々の人口に対して、それぞれの同年齢段階別の出現率（表1）を掛け合わせ、その和を求めれば、在宅の痴呆性老人の人数を算出することができる。

（表1）在宅の痴呆性老人の性別・年齢別出現率

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳～	合計
男	1.6%	3.0%	5.3%	9.7%	16.7%	4.4%
女	0.8%	2.5%	5.1%	11.8%	22.9%	5.1%
合計	1.1%	2.7%	5.2%	11.0%	20.9%	4.8%

（表2）M町の高齢者人口

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳～	合計
男	211人	145人	111人	69人	30人	566人
女	293人	214人	182人	117人	80人	866人
合計	504人	359人	293人	186人	110人	1,452人

- ・1990年の国勢調査を用いたM町の例を示せば、高齢者人口は表2のとおりであり、これを用いて、性別、年齢階級別に、それぞれの同年齢階級

別の出現率を掛け合わせれば、在宅の痴呆性老人の合計人数が求められる。これがM町の65歳以上の在宅の痴呆性老人の推計数となる。(表3)

(表3) M町の在宅の痴呆性老人の人数計算表

	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳~	合計
男	211×1.6 3.4人	145×3.0 4.4人	111×5.3 5.9人	69×9.7 6.7人	30×16.7 5.0人	25.4人
女	293×0.8 2.3人	214×2.5 5.4人	182×5.1 9.3人	117×11.8 13.8人	80×22.9 18.3人	49.1人
合計	5.7人	9.8人	15.2人	20.5人	23.3人	74.5人

↓
約75人

なお、計画を策定する都道府縣市町村において、表1で整理した出現率に代わり得る信頼できる調査数値がある場合においては、表1に代えて、当該数値を用いて差し支えない。

また、通常はないものと考えられるが、仮に、性別が不明な場合は、男女の合計の年齢階級別の人口に対して、それぞれの同年齢階級別の出現率を掛け合わせたその合計を求める。更に、年齢階級別人口が不明な場合には、全体の出現率を掛け合わせる。それらの数値は、表1の合計欄の数値を用いる。

参考までに、全国的な在宅並びに病院及び施設(老人福祉施設、老人保健施設)における痴呆性老人の出現率(表4)及びこれを用いたM町の痴呆性老人の人数算出例(表5)を示す。

3 要介護者数の推計把握方法

2で提示した出現率の痴呆性老人は、軽度から重度まですべての状態のものを含んでいる。また、痴呆性老人は、必ずしも、軽度であるから介護が不要であるとか、逆に重度であるから介護が必要である、というのではなく、軽度であっても重度であっても行動異常(問題行動)が顕著である場合等においては介護が必要であるというものである。すなわち、痴呆性老人はすべて「要介護老人」とであると考えられる必要はなく、痴呆性老人の中に要介護の老人とそれ以外のものとがあると考えられるべきである。

また、痴呆症状を呈するだけでなく、身体的にも衰弱してきて「寝たきり」の状態になっている場合

(表4) 全国の在宅及び病院・施設の痴呆性老人数の性別・年齢階級別出現率

	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳~	合計
男	2.1%	4.0%	7.2%	12.9%	22.2%	5.8%
女	1.1%	3.3%	7.0%	15.6%	29.8%	6.7%
合計	1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%	6.3%

(表5) M町の在宅及び病院・施設の痴呆性老人の人数計算表

	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85歳~	合計
男	211×2.1 4.4人	145×4.0 5.8人	111×7.2 8.0人	69×12.9 8.9人	30×22.2 6.7人	33.8人
女	293×1.1 3.2人	214×3.3 7.1人	182×7.0 12.7人	117×15.6 18.2人	80×29.8 23.8人	65.0人
合計	7.6人	12.9人	20.7人	27.1人	30.5人	98.8人

↓
約100人

は、地方老人保健福祉計画における計算上は便宜的に「寝たきり老人」として整理し、重複を排除することが適当である。

このような考え方から、痴呆性老人のうちの要介護老人を抜き出すためには、本来であれば新たな調査が必要になるが、現時点で困難な事情にあることは、基本的整理で痴呆性老人の数の把握のところで述べたのと同様であり、今回は、いくつかの地方公共団体において行われた最近の調査結果であって信頼に足り得るものをもとに推計した。

これらによると、日常生活において全面的な介護を要する痴呆性老人は、30数%を中心として相当の幅があるが、これらの老人のうち寝たきりでない者の割合は、平均すればおむね12%程度であり、今回の推計に当たっては、これを踏まえて当面15%と見込むことが適当ではないかと考える。

なお、この15%という数値は、在宅の痴呆性老人についての調査をもとに算出されたものであり、かけ合わせるべき対象数は、在宅の痴呆性老人とすべきである。

各地方公共団体における要介護の痴呆性老人数は、2で算出した在宅の痴呆性老人数に、この15%を掛け合わせることによって算出される。

すなわち、2で掲げてM町を例に取れば、11人程度となる。

75人×0.15=11.25人≒11人

なお、今後の痴呆性の要介護老人の比率については、痴呆の出現率が高い後期高齢者の増、家庭の介護力の低下等の増要因が予測され、また、各種の在宅福祉サービスの充実につれ需要の顕在化も考えられ、これらによる増加の可能性もあるが、痴呆の治療の向上やケアに関する知識の普及等による減少の可能性もある。

したがって、今回の老人保健福祉計画の策定に当たって全国的にはこの15%を用いることとするが、地域の実情や今後の社会情勢の変化に応じて、必要な補正ないし今後の検討を否定するものではない。

4 痴呆性老人の調査手法

これまで、痴呆性老人数の把握及びそのうちの要介護者数の把握について、推計により算出する方法を提示してきた。

しかし、一方、痴呆性老人に係る精度の高い抽出調査を実施している団体もあり、また今後、新規の調査実施を検討する団体もあるべきことを考慮し、ここでその基本的な枠組みを述べる。

なお、調査を信頼できるものとするためには、

- ①「痴呆のスクリーニング基準（1989年厚生省研究班）」など広く認められている判定基準を用いること。
- ②判定には精神科医等が加わっていること。
- ③面接調査が行われていること。

が必要である。

【一次調査】

市町村に在住する65歳以上の老人の中から、無作為抽出により数千人の老人集団を抽出する。すべての老人を対象とすることも構わない。老人数が千人に満たない市町村では、すべての老人を対象にすることが望ましい。

次に、この老人集団の中から痴呆の可能性を否定できない者を残らず抽出するため、訪問面接による本人及び家族から聞き取り調査（やむを得ない場合は郵送調査）を行う。

調査票は、これまで各自治体で痴呆性老人の実態把握のために使用されてきたもの（会話、食事、更衣、入浴等の日常生活や介護の状況、脳血管障害等の既往症、見当識障害、幻覚、徘徊等の行動異常（問

題行動）等有無・程度の項目を盛り込み、様々な角度から痴呆の可能性を探れるようにしたもの）が一般的に用いられているが、使用方法を熟知した調査員が得られるのであれば、改訂長谷川式簡易知能評価スケール、国立精研式スクリーニングテスト等の簡易痴呆評価スケールを用いることも可能である。

なお、面接調査では、痴呆性老人の調査について一定の訓練を受けた保健婦、ソーシャルワーカー等が行うことが望ましい。

【二次調査】

一次調査でスクリーニングされた痴呆の可能性を否定できない者に対する調査である。精神科医又は痴呆の診断に熟知した医師を含む調査チームにより、調査対象者に面接、診察の上、痴呆の診断を行う。

この二次調査においては、痴呆性老人の数（出現率）を把握することができるが、これにとどまらず、当該痴呆性老人に対する精神医学的診断、評価や当該老人の日常生活状況、特に要介護状態の把握、在宅福祉サービスの利用状況等を合わせて把握することができ、また、痴呆性老人のニーズの調査も同時に調査することができる。

なお、調査の実施及びその結果の利用に当たっては、対象となる老人の家族のプライバシーの保護に十分留意する必要があることは言うまでもない。

5 ニーズ把握

痴呆性老人の各種サービスに対する利用意向を含めた痴呆性老人のニーズ把握については、おおむね次のように取り扱うことが適当である。

① ニーズ把握調査の対象者

上記のような精度の高い調査を行わない場合においては、基本的には、各市町村の保健・福祉の担当組織や保健所で既に把握しているケースを対象とする。

② 実施に当たっての留意点

できる限り、訪問面接方式によるべきである。やむを得ない場合は郵送アンケート調査方式をとることもできる。

訪問面接調査に当たっては、保健婦を中心とし、福祉事務所のソーシャルワーカー等をはじめとする専任の保健・福祉職員により、行われるべきで

ある。

調査の設計等については、精神医学の専門家、保健所や都道府県衛生部局本庁の医師等の助言を得ながら進めるべきである。

調査項目（例示）

調査項目を例示すれば、以下のとおりである。

- ・基本属性（年齢，性別，家族等）
- ・日常生活動作（食事，入浴，排泄，着替え，移動など）及び行動異常（問題行動）
- ・保健医療サービスの活用状況（通院等の状況，

保健婦や精神保健相談の活用）

- ・在宅介護の状況（介護の要否，要介護の程度，介護に当たる者）
- ・公的福祉サービス等利用状況（デイサービス，ホームヘルプ，ショートステイ，日常生活用具，家族以外の介護援助者等）
- ・公的サービス等の利用意向（デイサービス等々の各種サービスを列挙し，意向を聞く，また，家族の介護意識や要望事項その他の事項についても聞く）