



全国の重度認知症患者デイケアの実態調査

尾寄 遠見¹⁾²⁾, 前田 潔²⁾

要 旨

認知症者専門の通所医療施設である重度認知症患者デイケア（以下、認知症デイケア）に関する全国的な実態調査を行い、その施設および利用者実態、従事者の意識調査を通して認知症デイケアの現状と課題を明らかにした。1か所の認知症デイケアの一日平均利用者数は26名、週当たり平均4.2日利用されていた。平均年齢は80歳、要介護度の多くは2~3で、妄想、不安、興奮などを示す利用者が多かった。勤務する作業療法士は、認知症デイケアを多職種での医療を提供し、家族の介護負担軽減に貢献する貴重な医療資源と認識していた。現在では認知症デイケアの認知度は決して高くはないが、今後は広く認知され、利用が進むことが期待されると結論された。

1. はじめに

わが国の認知症施策の基本は、認知症になっても可能な限り住み慣れた地域で暮らすことである。その基本施策のもと、通所型サービスは認知症者およびその家族の地域生活を支えるうえで不可欠な社会資源である。わが国の認知症者が利用可能な通所型サービスは、認知症対応型通所介護、通所介護、通所リハビリテーションおよび重度認知症患者デイケア（以下、認知症デイケア）である。

認知症デイケアとは精神科を標榜する病院・診療所に設置される認知症者専門の通所医療施設である。いわゆる通所リハビリテーション（デイケア）や通所介護（デイサービス）などの介護保険適用のサービスとは異なり、行動・心理症状（BPSD）の著しい認知症者を対象とした精神科専門療法に位置付けられる。Table 1はその施設基準を示している。Table 2では他の3つの通所型施設との相違点を記している。認知症デイケアには精神科医師のほか、作業療法士、看護師、精神保健福祉士などの多くの専門職が配置されており、様々な視点からの認知症医療・ケアが行える。厚生労働省が発表した認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）の中でも「認知症者とその家族を地域で支える」という目標が掲げられており（厚労省、2012）、地域の一資源とし

A survey of daycare facilities for dementia people in Japan
Tohmi Osaki, Kiyoshi Maeda

¹⁾ 神戸大学医学部附属病院認知症疾患医療センター [〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7-5-2]

Medical Center for Dementia, Kobe University Hospital (7-5-2 Kusunoki-cho, Chuo-ku, Kobe 650-0017, Japan)

²⁾ 神戸学院大学総合リハビリテーション学部 [〒651-2180 兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬518]

Kobegakuin University School of Comprehensive Rehabilitation (518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe 651-2180, Japan)

Table 1. The day care for people with severe dementia

Outline	Medical management is performed to each patient to improve the psychological symptoms and to recover the mental and physical function.
Subjects	Dementia patients with severe behavioral and psychological symptoms.
Personal distribution	<ul style="list-style-type: none"> ・ Psychiatrists ・ Occupational therapists ・ Nurses ・ Psychiatric nurses or psychiatric social workers or clinical psychologists

Table 2. Day care and day service facilities in Japan

	Day care for people with dementia	Day care for elderly	Day service for elderly	Day service for people with dementia
Insurance	Health insurance	Long-term care insurance		
Subjects	Dementia people with severe BPSD or physical illness	People needed long-term care service		Dementia people needed long-term care service
Personal distribution	<ul style="list-style-type: none"> ・ Psychiatrists ・ Occupational therapists ・ Nurses ・ Psychiatric social workers ・ Clinical psychologists 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Physicians ・ Nurses ・ Therapists (OT, PT or ST) ・ Care workers 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Life counselors ・ Nurses ・ Care workers 	<ul style="list-style-type: none"> ・ Life counselors ・ Nurses ・ Care workers
Aims	To improve the psychological symptoms and to recover the mental and physical function	Rehabilitation to recover the mental and physical function	Care of daily life and functional training	Care of daily life and functional training

Notes : BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia ; OT=occupational therapists ; PT=physical therapists ; ST=speech-language-hearing therapists.

て認知症デイケアを活用する事は望ましいと考えられる。

しかしその知名度は低く、全国の施設数も平成23年で239施設と少ない(中医協, 2011)。また認知症デイケアに関する調査、報告はきわめて少なく、あってもせいぜい1~数施設における調査が多くを占め(上城ら, 2009; 小野ら, 2006; 佐藤ら, 2011; 高橋ら, 2008)、全国的な調査は少ない(日本精神科病院協会, 2011; 認知症介護研究・研修東京センター, 2013)。認知症デイケアの最大の特徴は精神科医やリハビリ専門職などの多職種がBPSDを示す認知症者に対応するという点にある。認知症者が激しいBPSDを示しても入院・入所を避けて可能な限り通所で対応しようとするもので、激しいBPSDを示してもこれら専門医療職が協働して住み慣れた地域での生活を継続しようとするものであ

る。このことは国の方向性とも一致するもので、今後、重要とされる認知症ケアのひとつである。

今回、我々は全国の認知症デイケアに関する実態調査を行った。その施設実態と利用者実態、そして従事者の意識調査を通して認知症デイケアの現状と課題を明らかにし、今後の施設整備に向けた基礎資料とする事を目的とした。

2. 対象と方法

調査は2回に分けて行った。1回目の調査(以下、調査①)では施設実態を、2回目の調査(以下、調査②)では利用者実態を調査した。従事者の意識調査は調査①、調査②の両方を通して行った。

調査①の対象は平成24年8月時点で資料やウェブサイトから住所の判明した全国の認知症デイケア

189施設とした。平成24年9月に調査票を郵送にて送付し、郵送にて回収した。

調査②の対象は調査①で回答のあった施設のうち、再度の協力を承諾いただいた64施設とした。平成25年3月に調査票を郵送にて送付し、郵送にて回収した。

全ての調査の記入者は認知症デイケアに勤務する作業療法士に依頼した。

本調査は神戸学院大学ヒトを対象とする研究等倫理委員会における承認（承認番号：HEB120613-6）を受けて行われた。

3. 結果

調査①では189施設中67施設から回答（回収率：35.4%）があった。調査②では64施設中29施設から回答（回収率：45.3%）があった。

3.1. 施設実態

施設種別は病院が71.7%、診療所が22.4%、その他が6.0%であった。病院のうち精神科病院が93.8%であった。申請単位数（利用者25名が1単位）は1単位が67.2%、2単位が26.9%、3単位以上が6.0%であった。週の実施日数は6日が55.2%と最も多く、次いで5日が34.3%、7日が10.4%であった。週5および6日で9割を占めていた。平均従事者数は1単位25名定員に換算すると、作業療法士が1.4名、看護師が2.0名、精神保健福祉士が1.0名、介護士などが3.2名配置されていた。臨床心理技術者は19.4%（13施設）の施設で配置されており、平均では0.2名であった。

65歳未満で発症する若年性認知症者に関して、受け入れ可能で利用者ありが61.2%、受け入れ可能だが利用者なしが29.9%、受け入れ不可能が6.0%などであった。介護保険サービスとの連携では、認知症デイケア利用者はほとんど（92.8%、後記）が介護保険を利用しており、各利用者について介護保険のサービス担当者会議へ認知症デイケア職員の参加を要請されたり、会議への職員の意見を求められることがある。その利用者の割合を、すべての利用者、利用者の8割、利用者の5割、利用者の2割、

およびまったくない、の5つの選択肢で尋ねた。すなわち介護保険サービスとの連携を調査したところ、利用者の2割程度が32.8%と最も多く、次いで8割程度が23.9%、5割程度が22.4%、全くないが9.0%、全ての患者であるとした施設はわずか4.5%（無回答7.5%）であった。5割以下の利用者にしきサービス担当者会議を開かれていない施設が2/3を占めていた。

入浴サービスは利用者の半数以上に実施が32.8%、半数以下に実施が41.8%、非実施が23.9%であった。平成24年度より新設された夜間ケア加算（通常の6時間に加え、追加で2時間以上実施すると1日100点加算）については全ての施設が実施していなかった。

3.2. 利用者実態

全体の利用者数（平均±標準偏差）は定員が34.5±17.7名、総登録者数が51.4±32.6名、一日平均利用者数が26.2±16.1名、6か月間での新規利用者数が10.7±7.6名、6か月間での利用中止者数が9.4±8.5名であった。

利用者については25施設から計102の利用者個人票を回収した。内訳は男性36名、女性66名であった。年齢は80.4±7.8歳（60歳～96歳）であった。通所期間の平均は30.3±25.1か月（1～138か月）であった。

アルツハイマー型認知症が70.0%と最も多く、次いで前頭側頭型認知症が6.0%、血管性認知症が5.0%、レビー小体型認知症が2.0%、その他が17.0%であった。週当たりの平均利用日数は4.2日±1.5日であった。自宅から通所している利用者が80.2%、グループホームなどの介護施設から通所している利用者が16.8%などであった。介護度認定は要介護3が25.8%と最も多く、次いで要介護2が21.6%、要介護1が19.6%、要介護4が13.4%、要介護5が10.3%、要支援が2.1%、介護保険未申請が7.2%であった（Figure 1）。

キーパーソンは子（義理を含む）が58.2%、配偶者が37.8%などであった。同居人は2.3±1.7名であった。通所理由（複数回答可）は認知機能の維持・改善のためが84.3%と最も多く、生活リズムの構築

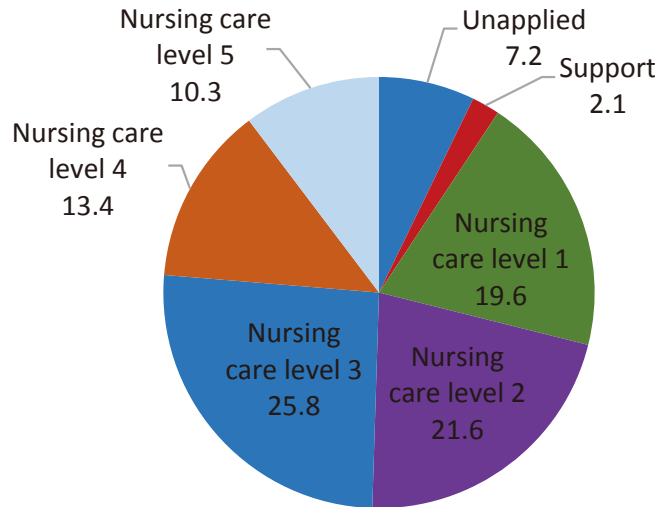


Figure 1. Distribution of nursing care levels in the day care users. (%)
Notes : N=102.

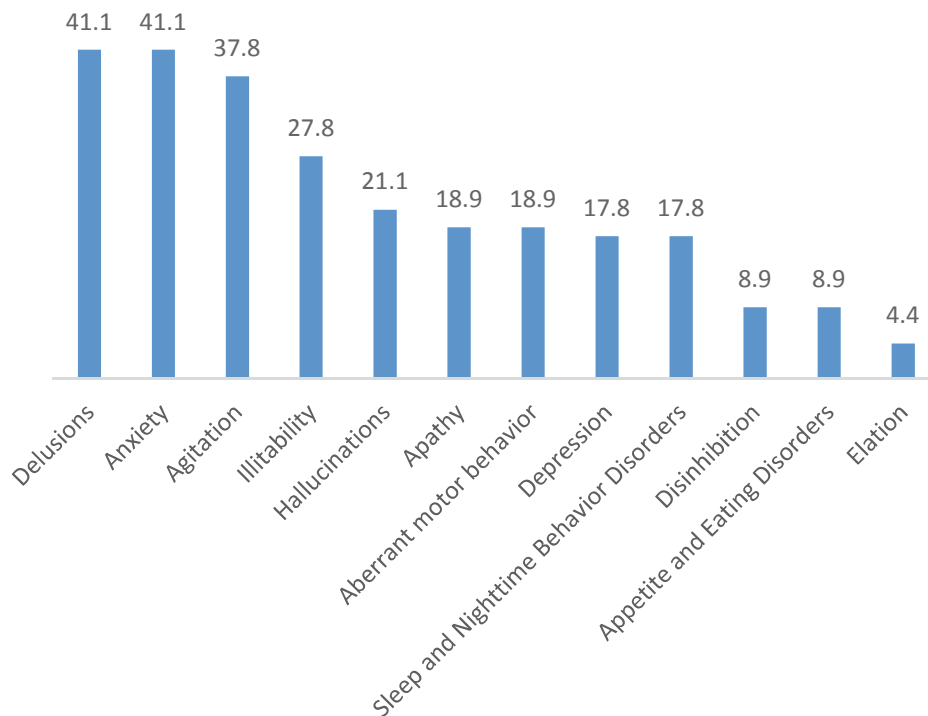


Figure 2. BPSD in the day care users. (%)
Notes : N=102. BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia.

のためが 74.5%, ADL 維持・改善のためが 71.6%, BPSD 予防・改善のためが 65.7%, 身体的リハビリテーションのためが 40.2%, 身体合併症の管理・治療のためが 26.5% などであった。認知機能では Mini Mental State Examination (MMSE) は 13.2±6.0

点であり, 改訂長谷川式簡易知能評価スケールは 9.7±6.3 点であった。

87.3% の利用者が何らかの BPSD を有していた。BPSD の種類は妄想と不安がともに 41.1% と多く, 次いで興奮が 37.8%, 易怒性が 27.8%, 幻覚が

21.1%であった (Figure 2). 複数ある BPSD のうち最も問題となった BPSD の重症度は中等度が 50.5% と最も多く、次いで重度が 31.5%、軽度が 18.0% であった。また、その BPSD の頻度は一日一度以上が 36.4% と最も多く、次いで週に数回が 30.7%、週に一度未満が 28.4%、殆ど週に一度が 4.5% であった。

移動は自立歩行が 50.0%、要見守り歩行が 21.6%、介助歩行が 17.6%、車椅子使用が 10.8% であった。食事は自立が 49.5%、要見守りが 30.7%、部分介助が 14.9%、全介助が 5.0% であった。排泄は自立が 29.7%、要見守りが 28.7%、部分介助が 24.8%、全介助が 16.8% であった。介護者の負担感では中等度の負担ありが 47.5% と最も多く、次いで軽度が 28.3%、重度が 23.2%、負担なしが 1.0% であった。

抗精神病薬の使用では 38.6% の利用者が何らかの抗精神病薬を使用していた。実施リハビリテーションプログラムでは活動療法が 75.5%、音楽療法が 56.9%、回想法が 54.9%、リアリティーオリエンテーションが 51.0%、身体機能訓練が 40.2%、学習療法が 37.3%、家族指導・相談が 33.3%、ADL 訓練が 32.4%、訪問・自宅環境調整が 6.9% であった (Figure 3)。

利用開始時からの変化では最も改善のみられた項目は BPSD (46.9%) であり、次いで介護者の負担

感 (32.4%)、認知機能 (18.7%)、ADL (6.9%) の順であった。反対に最も悪化がみられた項目は ADL (33.7%) であり、次いで認知機能 (36.3%)、介護者の負担感 (28.4%)、BPSD (8.2%) であった (Figure 4)。

3.3. 従事する作業療法士の意識

認知症デイケアの役割として作業療法士が最も重要だと思うことは認知機能の維持・改善が 32.8% と最も多く、次いで介護者負担の軽減が 23.9%、BPSD の予防・改善が 22.4%、QOL の維持・向上が 14.9%、ADL の維持・改善が 6.0% であった。認知症デイケアの効果として最も実感することは介護者負担の軽減が 38.8% と最も多く、次いで BPSD の予防・改善が 23.9%、認知機能の維持・改善が 13.4%、ADL の維持・改善が 10.4%、QOL の維持・向上が 6.0%、身体合併症の管理・治療が 6.0% などであった。

利用者の BPSD を悪化させる要因は介護者の態度が 32.8% と最も多く、次いで認知機能の低下が 25.4%、身体機能の不調が 16.4%、環境の変化が 10.4%、不適切な環境が 9.0%、季節等の変化が 4.5%、不適切な薬剤が 1.5% であった。認知症デイケアが対象とすべき認知症者は、現状 (BPSD の著しい認知症者) のままで良いとする答えは 6.9% にとどまり、“著しい”程度でなくとも BPSD や身体合併症があれば受け入れるべきが 51.7%、全ての認知症者

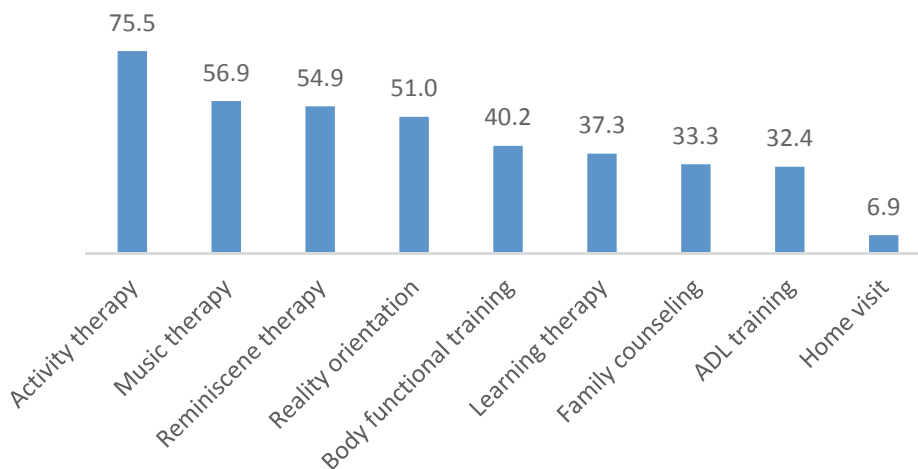


Figure 3. Non-pharmacological interventions performed in the day care. (%)
Notes : N=102. ADL=activities of daily living.

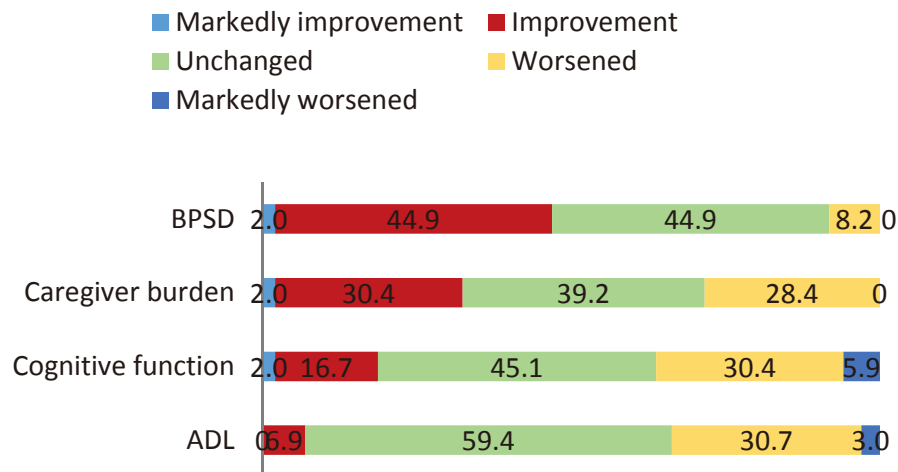


Figure 4. Changes that were compared to the time of day care start. (%)
 Notes: N=102. BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia; ADL=activities of daily living.

を対象とすべきが41.4%であった。

現状施設基準（6時間以上）のままで良いという意見は58.6%であり、4時間程度のショートケアを導入すべきが34.5%、8時間程度のロングケアを導入すべきが24.1%であった。25名定員の認知症デイケアを運営するにあたり必要と思う人員配置の平均±標準偏差は作業療法士が1.5±0.6名、看護師が2.3±1.2名、精神保健福祉士が1.1±0.5名、介護職が3.3±1.4名、臨床心理技術者が0.6±0.5名であった。

認知機能の維持・改善のための方策として積極的に認知機能訓練を行うべきとする答えは10.3%にとどまり、作業活動を行う中での副次的な効果を期待するとの答えが72.4%、積極的ではないが認知機能訓練を行うとの答えが17.2%であった。

介護者負担軽減の為に実施している介護者支援として、最も多くの施設が実施しているのは個別相談（75.9%）であり、次いで対応技術指導（48.3%）、情報交換ができる場の提供（44.8%）、訪問支援（37.9%）などであった。今後実施すべき事として最も多かったのはストレスマネジメントなどの心理教育（55.2%）であり、次いで訪問支援（44.8%）、対応技術指導（41.4%）、その他としてショートステイ機能としての病床の活用（レスパイト入院）が20.7%であった。

身体機能維持・改善の方策では、積極的に身体機能に働きかける必要はないとする施設はわずか3.4%であり、集団活動の中でその維持・回復を図る（93.1%）、通所リハと同様の個別訓練が必要（72.4%）などの結果であった。また、身体機能維持・改善のためには通所リハや訪問リハなどを利用する事が最善であるが、介護保険限度額の関係でそれが行えないと回答した施設は37.9%であった。

3.4. 自由記載

認知症デイケアの役割についてどう思うか、という問いに自由に意見を述べてもらったところ、66の回答があった。それを整理すると以下の5つの特徴、強みにまとめることが可能であった。それは①リハを含めた医療の提供が可能である。②在宅生活の継続が可能となる。③医療と介護の橋渡し、連携が容易である。④経済的負担の軽減になる。⑤多職種が連携した対応が可能である、であった。

4. 考察

本調査にて、いままでほとんどまとまった報告のなかった認知症デイケアの実態をある程度明らかにすることが可能となった。

認知症デイケアの設置主体は2/3が精神科病院を

中心とした病院であったことは多職種から構成され、精神科医の参加が必須とされる以上当然と考えられた。精神科病院は臨床心理士をはじめ作業療法士、精神保健福祉士などの職種をたくさん抱えており、認知症デイケア開設に当たって専門職を集めやすいという利点がある。

平均的な認知症デイケアは精神科病院が開設者で、1単位（利用者25名）、週6日デイケアを実施しているということになる。配置されている専門職は1単位で7~8人、精神科医のほか看護士2名、作業療法士1~2名、精神保健福祉士1名、介護職3名となっていた。利用者については1施設平均で51名程度が登録し、毎日26名程度の利用者を受けている。半年の間にほぼ10名程度が入れ替わっているようである。利用者の2/3が女性で、利用者の年齢は80歳前後、週4日間利用し、平均2年半継続的に利用していた。自宅から通院する人が8割、グループホーム（GH）から2割であり、予想に反してGHからの利用者が多いのには驚きであった。これはGHにおいて認知症デイケアの存在がより認識されているからではないかと考えられた。利用者の介護度は要介護1~3で70%近くを占め、先行調査（認知症介護研究・研修センター、2013）と同様の結果であった。調査前の予測よりも利用者の介護度が低く、「重度」という名称からは比較的軽症患者が利用していた。これは利用料が医療保険で支払われ、介護保険を限度いっぱいに使っている場合でも利用可能であること、また介護度に影響されないため、比較的介護度の低い利用者が多いのではないかと考えられた。主介護者は娘、息子、息子の嫁などが6割、配偶者が4割で、配偶者の割合が高いと思われた。一方、利用者の認知機能の程度をMMSEなどでみると認知機能障害の程度は中程度から重度に移行する程度のところであり、先行調査の数値、MMSE 16.0点（上城ら、2009）と同様の結果であった。

当然ながら程度の差こそあれ、多くの利用者にBPSDが認められた。認められるBPSDは妄想、不安、興奮および易怒性が比較的高頻度であった。BPSDの程度は中程度であったが、頻度としては毎

日見られており、Neuropsychiatric Inventory (Cummings et al., 1994) にみられるように、BPSDの重症度と頻度の積とみると重症度は高いと言えた。

認知症デイケアを利用することによって最も改善がみられた項目は、BPSDが最も多く、ついで介護者の介護負担感、認知機能、ADLの順であった。一方、認知症デイケアを利用するなかでADLおよび認知機能は低下し、介護者の負担感が増加したと判断されている。このことはBPSDの改善は得られるがADLの低下、病気の進行による認知機能およびADLの低下などによって介護者の介護負担は増加したと考えられた。利用者がデイケアの利用を中止するにいたる要因としてADLの程度が最も重要であるとの報告（佐藤ら、2011）もあり、これらへの対応を検討することは今後の課題であると考えられた。

若年認知症者の利用に関しては調査前の予想に反して比較的受け入れがなされているという印象であった。若年認知症者はBPSDが激しい場合、若年故に体力もあり、介護施設等からは、経験がない、介護の仕方がわからないなどを理由に利用を断られることが多く、前述の介護保険適応の3通所施設でも7割から8割が受け入れを拒否されることがある（認知症介護研究・研修センター、2013）。認知症デイケアでは精神科医がいて、精神科病院に併設されていることから比較的受け入れられていると考えられた。

介護保険サービスとの連携については介護保険のケアマネジャー等が招集するサービス担当者会議への関心は低く、介護保険との連携は進んでいないと考えられ、今後の課題と言えた。

認知症デイケアで働く作業療法士の意識調査においては、以下のように考えられた。作業療法士は認知機能の維持改善が認知症デイケアのもっとも重要な機能と認識しているが、実際に最も効果があるのは介護負担の軽減であると認識していた。興味深いのはBPSDを悪化させる要因として介護者の態度をあげている。その他にあげられている認知機能の低下などは対処不能であり、対処可能な介護者の態度がBPSD出現の一番の要因であるとするれば、介

護者を支援・指導することで BPSD の対処が可能となってくる (Fujii et al., 2010). 介護負担軽減のために行う介護者支援として個別相談, 対応技術指導, 情報交換の場の提供などが行われており, 今後は介護者のストレスマネジメントや訪問支援, 対応技術指導などが実施されるべきであるとしている。

認知症デイケアの役割についてどう思うか, という問いに自由に意見を述べてもらったところ, 5つの視点にまとめることが可能であった。最も記載の多かったのは認知症デイケアが医療の提供の場であるという点である。認知症デイケアでは, リハを含めた医療の提供が可能であるという点については, 利用者に認知症医療 (投薬, 身体疾患対応, BPSD への医療的対応) を提供できる場であること, 病院, 診療所とのつながりが密であるため, 緊急時対応が可能であること, という意見が多数あった。介護でなく, リハを含めた治療の提供の場であるという意識が強いようである。精神科医および看護師 1~2 名が配置されているために, 薬の調整, 副作用の発見等が強みであるとされていた。

ついで在宅生活の継続が可能となるという点が挙げられていた。これについては, 介護者への負担を軽減することによって在宅を支援することが可能である。通所介護等の介護サービスでの対応が困難となったのちも認知症デイケアに通所することで入院や入所に至らずに済むことが可能となる (高橋, 三原, 2008)。

医療と介護の橋渡し, 連携が容易であるという点については, 通所という形態が関与していると思われる。通常の医療保険領域では専門職が病院外に赴くことは少ないが, 認知症デイケアでは送迎や自宅訪問などの様々な場面で地域に赴いている。その中でケアマネジャーやホームヘルパーなどと直接顔を合わせて連携がとれるという点は強みであろう。また, 認知症デイケア利用者であれば介護保険領域の職員から相談を受けた際, 診察予約などを経ずしてデイケア利用時に精神科医師の診察等を受けることができる点も連携を促進する要因であると考えられる。しかし前述したとおり, サービス担当者会議への関

与は不十分な現状である。現時点では医療保険領域である認知症デイケアの会議への参加の可否はケアマネジャーの意思に委ねられているが, これを介護保険領域の施設と同様, 出席を通常とするよう体制を変化させるべきではないかと考える。

経済的負担の軽減になるという点については, 認知症デイケアは医療保険であるため, 介護保険との併用が可能である。介護保険で認定された等級の限度額を使ってしまっている場合, 認知症デイケアを医療保険の枠内で利用でき, 家族の経済的負担を軽減できる。

多職種連携が可能であるという点については, 認知症デイケアでは本調査でも明らかになったように, 医師, 看護師, 作業療法士, 精神保健福祉士に介護職が加わって多職種で利用者に対応している。そういう意味では他の医療・介護サービスにはほとんど見られない通所サービスであり (日本精神科病院協会, 2011), 多職種連携のモデルともなりうると思われた。

本調査では認知症デイケアの利用実態とそこに勤務する作業療法士の意識を調査した。そこから明らかになった実態は認知症医療のなかで様々な強みを持ったサービス形態であるということであった。しかし現状としては他の通所サービスに比較して, その設置も多くなく, 認知度も決して高くはない。これには「重度」認知症患者デイケアという名称と「ランク M に限定」という施設機能に開設者・利用者の双方が困惑していることも一つの要因と考えられる。作業療法士の意識調査の結果にもあったように, 認知症デイケアでは様々な状態の認知症者に対応できると思われる。筆者としては認知症デイケアが今後, 広く認知され, 利用が進むことを期待するとともに, 全ての認知症者を対象とした新しい形態での認知症デイケアが誕生することを期待する。

文 献

中央社会保険医療協議会総会 (第 203 回) 資料 (2011) 精神科医療について [homepage on the Internet]. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001trya-att/2r98520>

- 00001ts1s.pdf
- Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J (1994) The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44: 2308-2314
- Fujii M, Ishizuka S, Azumi M, Sasaki H (2010) Hypothesis of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Psychogeriatrics* 10: 113-116
- 上城憲司, 白石 浩, 堀川晃義, 小松洋平, 萩原喜茂 (2009) 重度認知症患者デイケアにおける利用中止者の調査と今後の課題. *精神科治療学* 24: 609-616
- 厚生労働省 報道発表資料 (2012) 「認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン)」について [homepage on the Internet]. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>
- 日本精神科病院協会 (2011) 認知症患者と高齢精神障害者の施設サービスについて. 平成22年度老人保健健康増進等事業報告書: 245-254
- 認知症介護研究・研修東京センター (2013) 認知症の人に対する通所型サービスのあり方に関する研究. 平成24年度老人保健健康増進等事業報告書
- 小野寿之, 玉井 顯, 玉井 譲, 長谷川有香, 玉村哲哉, 新田利香 (2006) 老人性認知症デイケアにおける通所患者の動向. *臨床精神医学* 35: 333-341
- 佐藤晋爾, 飯村良美, 山倉俊之, 土谷範恵, 水上勝義, 朝田 隆 (2011) 重度認知症デイケアの利用中止理由とその要因—10年間の動向—. *臨床精神医学* 40: 869-876
- 高橋幸男, 三原伊保子 (2008) 重度認知症患者デイケア. *老年精神医学雑誌* 19: 35-41

A survey of daycare facilities for dementia people in Japan

Tohmi Osaki¹⁾²⁾, Kiyoshi Maeda²⁾

¹⁾Medical Center for Dementia, Kobe University Hospital

²⁾Kobegakuin University School of Comprehensive Rehabilitation

Over 50 thousands of demented people stay in mental hospitals in Japan. The average period of stay in the mental hospitals of these elderly is about 2 years. Daycare facilities are considered to be used to facilitate early discharge from mental hospitals. We conducted a survey to clarify demographics of demented elderly using daycare facilities for dementia people in Japan. The questionnaire was sent to 189 daycare facilities for dementia people in Japan, and 67 questionnaires (35.4%) were sent back. Seventy % of the facilities were attached to mental hospitals. The average age of the users was 80.4 y.o. and 2/3 of the users were females. The average day to use was 4.2/week. The levels of care needed were that 25.8% was level 3, 21.6% was level 2, 19.6% was level 1 and 13.4% was level 4. Seventy % of the users were with Alzheimer's disease. The average score of Mini Mental State Examination was 13.2 and 87.3% of these people had at least one behavioral and psychotic symptoms of dementia (BPSD). One third of the people were administered with at least one of various antipsychotics to manage BPSD. OTR considered that OT was beneficial to manage BPSD.

Address correspondence to Dr. Kiyoshi Maeda, Department of Kobegakuin University School of Comprehensive Rehabilitation (518 Arise, Ikawadani-cho, Nishi-ku, Kobe 651-2180, Japan)