

5. 研究及び検査結果の守秘について

この情報は匿名化され、患者さんが特定できない形で国立長寿医療センターに保管されます。情報は今回の研究の主任研究者である国立長寿医療センター鷺見幸彦により鍵管理され、第三者が閲覧することができない形で保管されます。

6. アンケートご記入に関してのお願い

1. ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。また、全て統計的に処理し、個別の情報として取り扱うことはありませんので、率直かつ正確にご記入ください。
2. この調査票は、先生ご本人にご記入をお願いします。
3. 調査票は平成17年 3月 現在で記入してください。
4. 回答にあたっては、選択肢の番号や記号に○印をつけて下さい。
5. 青または黒のペンまたはボールペンで記入してください。
6. 調査票は、同封の返信用封筒を使用して『平成17年4月10日』までにご返送ください。
7. ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

〈問合せ先〉

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3
国立長寿医療センター 外来診療部
鷺見幸彦
0562-46-2311

皆様、お忙しいこととは思いますが、是非ともご回答いただき、期限までにご返送いただきますよう、心からお願い申し上げます。

【アンケート記入に際してのお願い】を良くお読みいただきから下記にお答えください。

施設 介護療養型医療施設 介護老人保健施設 介護老人福祉施設

1. 現在入所中の痴呆患者さんについてお答えください。

痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳ、Mはそれぞれ何人いますか？

痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ	_____人
痴呆性老人の日常生活自立度Ⅲ	_____人
痴呆性老人の日常生活自立度Ⅳ	_____人
痴呆性老人の日常生活自立度M	_____人
計	_____人

2. このうち痴呆の病型診断がついている患者さんは何%くらいですか

_____ %

3. これらの患者さんはどのような経路で入所されたでしょうか

自宅から	_____人
親族などの家から	_____人
グループホームから	_____人
有料老人ホームから	_____人
介護老人保健施設から	_____人
介護老人福祉施設から	_____人
療養型病床から	_____人
一般病院から	_____人
痴呆疾患治療病棟を有する病院から	_____人
ショートステイ専用施設から	_____人

4. 入所した理由としてはどのようなものがあげられますか。次のページの□の中からお選びください。(複数回答可)

- 自宅から入所の理由 _____
- 親族などの家から入所の理由 _____
- グループホームから入所の理由 _____
- 有料老人ホームから入所の理由 _____
- 介護老人保健施設から入所の理由 _____
- 介護老人福祉施設から入所の理由 _____
- 療養型病床から入所の理由 _____
- 一般病院から入所の理由 _____

- a. 痴呆が重度で 24 時間介護が必要になった。
- b. 介護する時間が十分にとれなくなった(仕事, 育児などの理由で)。
- c. 住居環境が介護する上で好ましくない(段差がある, 家が狭いなど)。
- d. 介護者が転居した。
- e. 介護者が入院, または死亡した。
- f. 介護者との人間関係が悪化した。
- g. 本人が希望した。
- h. 本人の知り合いの人が入所している。
- i. 入所することで痴呆の改善が見込めると思った。
- j. 入所することで家族の安心感が得られる。
- k. 痴呆以外の病気(肺炎, 骨折など)を発症した。
- l. 経済的負担が少なくなる。
- m. 疾患が治癒あるいは安定した。
- n. その他()

5. 入所中の痴呆性高齢者の医学的管理(処置)で行っているものすべてに、以下の基準でカッコ内に印をつけて下さい。

現在(月 日)実行しているものに○、過去 1 年以内に行ったことのあるものに△をつけて下さい。

- () a 点滴の管理 () b 中心静脈栄養 () c 透析 () d ストーマの管理
- () e 在宅酸素療法 () f レスピレーター管理 () g 気管切開の処置
- () h 癌の疼痛管理 () i 経管栄養 () j 胃ろう管理 () k 褥創の処置
- () l 膀胱カテーテルの管理 () m 喀痰吸引
- () n その他()

6. 入所痴呆性高齢者の身体合併症が原因で入院が必要なことはありますか？
(a)ある(b)ない

7. そのような場合、入院を受け容れてくれる医療機関はありますか？
(a)ある(b)ない(c)自院

7-1「(a)ある」「(c)自院」と答えた方にお聞きしますが、高齢者一般において、入院が長引くほど廃用が進むことが予想されますが、在宅へ戻るための準備上の課題と、それへの対応がありましたらお書きください。

7-2「(a)ある」と答えた方にお聞きしますが、その医療機関の名前、連絡先を教えてくださいませんか(個別にその医療機関に連絡をとり、30～34の質問についてお尋ねする場合がありますが、支障なければ教えてください。なお医療機関名を公表する意図はありませんので、ご安心ください。)

8. 入所痴呆性高齢者で、身体合併症のために入院が必要な場合でも、受け容れ医療機関がなかったことにより、その死期が早まったと思われる例はありますか？
(a)ある(b)ない

9. 入所痴呆性高齢者の口腔内の問題が生じた時、連携できる専門機関(主に歯科)はありますか？
(a)ある(b)ない

9-1「(a)ある」と答えた方にお聞きしますが、入所痴呆性高齢者の口腔内の問題が生じた時に連携できる専門医療機関(主に歯科)はどのようなところですか？

- (a)個人の歯科医院(歯科医師)
- (b)歯科医師会
- (c)病院の歯科および口腔外科
- (d)その他()

9-2「(b)ない」と答えた方にお聞きしますが、入所痴呆性高齢者の口腔内に問題が生じた時の対応について、どのようにお考えですか？

- (a)対応できる専門機関(主に歯科)があれば連携したい
- (b)痴呆性高齢者に対する口腔内の対応は不可能
- (c)口腔内の問題までは手が回らない
- (d)口腔内の問題は家族(介護者)にまかせる
- (e)その他()

10. 入所痴呆性高齢者で、身体合併症のために入院加療が必要な場合でも、家族が拒否することはありましたか？

ある ない

10-1「ある」と答えた方にお聞きしますが、家族の拒否により痴呆性高齢者の死期が早まったと思われる例はありましたか？

ある ない

11. 入所痴呆性高齢者の身体合併症で入院治療が必要となった時に、入院治療の場として、ふさわしいのはどのようなところだと思いますか？（手術なども考慮して、ひとつ選んでください）

- (a) 総合病院の精神科（一般科の医師が訪問）
- (b) 総合病院の一般科（痴呆専門医が訪問）
- (c) 痴呆性高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、合併身体疾患にも対応しうる独立したユニット
- (d) その他（ ）

12. 入所痴呆性高齢者で、身体合併症の入院治療が必要な場合、病院等のベッドに代わるサービス拠点としてどんなものが考えられますか？

13. 入所痴呆性高齢者が身体疾患を合併したり、精神症状の増悪をみた例の診療において、今後の医療サポート体制を考える上で参考となる事例がありましたら、最終ページにご記入ください。また、本調査の目的に関連してご意見・ご提案等がございましたら、やはり最終ページにご記入ください。

14. 入所してきた患者さんに、必要とされているケアを行うことができない時どうしますか？（もっとも考えられるもの一つを選択）

- (a) すぐに退所してもらう
- (b) 施設で対応を検討する
- (c) 在宅でのかかりつけ医と相談をする
- (d) その他（ ）

15. 入所してきた患者さんに徘徊や興奮がみられ、周囲の患者さんに迷惑がかかる時など、どう対応しますか？（もっとも考えられるもの一つを選択）
- (a) すぐに退所してもらう
 - (b) 施設内で対応を検討する
 - (c) 在宅でのかかりつけ医と相談をする
 - (d) 入院可能な施設を紹介する。
 - (e) その他()
16. 痴呆性高齢者の入所に際しての課題と対応がありましたら、お書きください。

調査はここで終わりです。アンケートにお答えいただきありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金痴呆・骨折臨床研究事業
分担研究報告書

痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査 —痴呆の重症度評価—
分担研究者 阿部祐士 国立長寿医療センター 神経内科医師

研究要旨

痴呆患者の病状変化にスムーズに対応できる社会システムを構築することは緊急の課題である。その際に地域ネットワーク内で患者の痴呆重症度に関して情報交換する場合、「痴呆の重症度」を評価する指標として、共通した一つの判定基準を決めておく必要がある。国立長寿医療センター近辺の医療施設、介護福祉施設の聞き取り調査の結果、現在「痴呆重症度」の情報として共有可能と考えられる指標は「痴呆性老人の日常生活自立度判断基準(平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知)」であることが判明した。今回のアンケート調査ではこの指標を盛り込んだアンケート内容とした。

A. 研究目的

痴呆患者が生活の場を変える場合、その主たる理由に「痴呆重症度の増悪」が挙げられる。例えば、食事が自分でとれなくなる、トイレに一人で行けなくなるなど、これまでできていたことが困難になったり、昼夜逆転、妄想、不穏状態などの精神症状や徘徊、暴力、弄便などの行動障害がきっかけとなり、施設入所という生活の場の移動が発生する。こうした痴呆患者の病状変化にスムーズに対応できる社会システムを構築することが喫緊の課題となるが、地域ネットワーク内で患者の痴呆重症度に関して情報交換する場合、「痴呆の重症度」を評価する指標として、共通した一つの判定基準を決めておく必要がある。その候補として MMSE (Mini Mental State Examination) や長谷川式簡易痴呆スケールなどの痴呆スクリーニングテストが挙げられるが、これらは認知機能障害全般を評価できるものの精神症状や行動障害が反映されない。一方、CDR (Clinical Dementia Rating) や FAST (Functional Assessment Staging) など

は重症度を総合的に評価することが可能であるが、その判定法が複雑なため評価者の技量が必要となる。また、必ずしもわが国の介護施設で普及している尺度とはいえない。

そこで国立長寿医療センター近辺の医療施設、介護福祉施設の聞き取り調査を行ったところ、現在「痴呆重症度」の情報として共有可能と考えられる指標は「痴呆性老人の日常生活自立度判断基準(平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知)」であることが判明した。医療施設側は介護保険申請の際の「主治医意見書」内にこの項目が含まれており、必然的に患者の痴呆重症度を評価していることとなる。既報告においても、この評価法が介護を必要とする高齢者の痴呆状態を把握する指標として妥当であると結論づけられている。

今班研究の目的は、どのような痴呆患者がどこの医療施設または介護福祉施設で療養生活をしているかを地域内(愛知県大府市および愛知県知多郡東浦町)で調べ、「痴呆重症度」との関連性で患者の移動状況を把握し、医学

的観点からより適切な相互連携を模索していくことである。

B. 研究方法

愛知県大府市および愛知県知多郡東浦町内の医療施設、介護福祉施設に対しアンケート調査（郵送方式）を行なう。今年度は「痴呆重症度」の指標としての「痴呆性老人の日常生活自立度判断基準（平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知）」を盛り込んだアンケート調査票を主任研究者および他の分担研究者と共同で作成する。

（倫理面への配慮）

対象者のプライバシーを尊重し、いかなる個人情報も外部に漏れないように、細心の注意を払う。データを収集する段階で個人を識別できないように、匿名化する。専門学会あるいは学会誌等に発表する場合は、対象者個人の情報としてではなく、結果全体のまとめとして発表を行う。対象者への接触はないため直接の不利益はないと考えられる。研究の性質上危険性はない。

C. 研究結果

「痴呆性老人の日常生活自立度判断基準（平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知）」を盛り込んだアンケート調査票用紙を「知多郡医師会における痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査」、「福祉施設入所中の痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査」の2種類作成した（別紙参照）。

「知多郡医師会における痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査」内には「あなた個人が在宅でみている痴呆性高齢者（痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳ、M）は何人いますか？」という質問項目を、「福祉施設入所中の痴呆患者の現状調査に資するための

アンケート調査」内には「現在入所中の痴呆患者さんについてお答えください。痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳ、Mはそれぞれ何人いますか？」という質問項目を設けた。

D. 考察と結論

今年度は、どのような痴呆患者がどこの医療施設または介護福祉施設で療養生活をしているかを地域内（愛知県大府市および愛知県知多郡東浦町）で調べるためのアンケート調査票用紙を作成した。

「痴呆重症度」と患者移動との関連性を検討するために「痴呆性老人の日常生活自立度判断基準（平成5年10月26日 老健第135号 厚生省老人保健福祉局長通知）」をそのアンケートに盛り込んだ。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

厚生労働科学研究費補助金 痴呆・骨折臨床研究事業
分担研究報告書

痴呆疾患の医療と福祉の役割分担と連携に関する地域モデルの構築と検証

—介護療養型医療施設の検討—

分担研究者 三浦久幸 国立長寿医療センター外来総合診療科 医長

研究要旨

平成 16 年度の本分担研究では認知症疾患の医療と福祉の役割分担と連携に関する地域モデルの構築と検証の一環として、国立長寿医療センターと介護療養型医療施設との間での認知症高齢者の治療における役割分担と連携の現状を明らかにすることを目的とした。平成 16 年 3 月以降の施設、病院への入所・転院した患者のうち、これまで調査した 59 名中 7 名が介護療養型医療施設に転院しており、この転院に影響する因子として、脳血管障害の基礎疾患、高度認知症、高度日常生活自立度障害が密接に関係している可能性が示された。

A. 研究目的

今後 10 年に要介護認定者における痴呆性老人自立度 II 以上の患者数は 250 万人に増加すると推定されている。アルツハイマー病を代表とする認知症疾患は経過が長く、全経過が 10 年以上になることも珍しくない。多様かつ長期にわたる症状に対して、1 施設のみがあるいは家族のみでの対応が困難である。現在認知症患者は、自宅・介護・福祉施設に加え、医療施設として介護療養型医療施設、一般病院がある。これらの施設がどのレベルの認知症患者に対して、どのようなアプローチをしていくのが最適なのかを検証する必要がある。

本分担研究では認知症疾患の医療と福祉の役割分担と連携に関する地域モデルの構築と検証を行う中で、国立長寿医療センターと地域の介護療養型医療施設との間でのどのような役割分担が行われているのかを検証することが目的の一つである。

B. 研究方法

平成16年度の分担研究では現在どの程度の患者が（重症度・可能な限り病型も）介護療養型医療施設に入所しているかを大府・東

浦地区で調査する。平成16年3月以降に国立長寿医療センターを退院した患者のうち、介護療養型医療施設に転院した認知症患者が、どのような認知症に伴う基礎疾患、日常生活自立度、認知症重症度であったかを検討した。（倫理面への配慮）

患者情報を用いた研究については研究対象者の不利益について説明を十分し、インフォームドコンセントに基づきプライバシーの保護を徹底する。これらの実施については倫理委員会の許可と指導のもとに行い、厚生労働省の倫理規定を遵守した。

C. 研究結果

平成 16 年 3 月以降に国立長寿医療センターを退院した患者のうち、同センター社会復帰支援室を介して施設入所あるいは介護療養型医療施設に転院した認知症患者に対して基礎疾患、日常生活自立度、認知症重症度を調査し、これまで 59 名について調査を終了した。59 名中 7 名が介護療養型医療施設に転院し、他の 52 名は介護・福祉施設入所していた。7 名の基礎疾患は 6 名が脳血管障害で、1 名が骨折（大腿骨頸部）であった。日常生活自立度

は7名全員がC2で寝たきりの状態であった。認知症重症度は7名全員がIVで高度認知症であった。

D. 考察

今回は国立長寿医療センターの介護・福祉施設入所・介護療養型医療施設転院者の全員は調査が終わっておらず、さらに転院者の検討を続ける予定である。これまでの調査では介護療養型医療施設に転院した患者は全員認知症、生活自立度の障害ともに高度で、ほとんどは脳血管障害を基礎疾患として伴っていた。

平成17年度は介護療養型医療施設へのアンケート調査を実施し、受け入れ側の現状調査を平行して行う。また、介護療養型施設のスタッフの内訳、問題点をさらに聞き取り調査する予定としている。

E. 結論

これまでの現状調査では、国立長寿医療センターから介護療養型医療施設へ転院した症例は、脳血管障害の基礎疾患、高度認知症、高度日常生活自立度の障害と密接に関係している可能性が示された。今後さらに現状調査を進めるとともに、受け入れ側のアンケート調査を平行し、役割分担を明確にする必要がある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 三浦久幸、有園陽子、遠藤英俊：軽度認知障害（MCI）患者への告知とその後の精神的サポートとしてのナラティブ（語り）アプローチの役割 第15回日本老年医学会東海地方会 2004年9月 名古屋
- 2) 三浦久幸、金山由美子、茂木七香、遠藤英俊：軽症痴呆高齢者に対する音楽療法の効果と意義—生活自立度、認知機能、介護負担度、脳画像への影響について— 第4回日本音楽療法学会 2004年9月4-5日 倉敷
- 3) 茂木七香、三浦久幸他 外来痴呆患者を対象とし小集団で行った、回想を中心とした音楽療法の試み 第5回日本痴呆ケア学会 2004年9月18-19日 新潟
- 4) 金山由美子、三浦久幸他 軽症痴呆患者への音楽療法 第2報；患者と家族を支える場としての役割 第5回日本痴呆ケア学会 2004年9月18-19日 新潟

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金痴呆・骨折臨床研究事業
分担研究報告書

知多郡医師会における痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査
分担研究者 山本 楯 知多郡医師会会長

研究要旨

痴呆疾患の医療と福祉の役割分担と連携に関する地域モデルの構築と検証を、国立長寿医療センターと地域の関連施設、知多郡医師会が中心となって研究する。具体的には痴呆患者の重症度や行動・精神症状の有無に応じて、診断、治療、介護をどこで、どのような人材がかかわることが適切であるのかを検証する。大府・東浦地区での痴呆患者の流れを把握するためにこの地域の医療機関に対してのアンケートを作成した。

A. 研究目的

国立長寿医療センターと地域の関連施設および知多郡医師会が中心となり、痴呆疾患に対する医療と福祉の役割分担や連携に関する地域モデルを構築し検証する研究を行う。大府・東浦地区での痴呆患者がどのように医療機関を受診し、どのような問題点があるかを一般診療所を中心にアンケート調査する。

B. 研究方法・対象

本調査は、厚生労働省科学研究費を受け、痴呆・骨折臨床研究事業のひとつとして分担研究者山本 楯（知多郡医師会会長）が知多郡医師会、国立長寿医療センターの協力を得て行う。対象は知多郡医師会会員のうち大府・東浦地区のA会員を対象に本調査を行う。従って、開業医・勤務医の区別を問わない。対象は大府市 35 施設、東浦町 17 施設。

C. 研究結果

以下のような内容のアンケートを作成した内容：痴呆患者の診療経験の有無、在宅診療

へのかかわりの度合い、通所系サービスやグループホームの管理医師をしているかどうか、診療している痴呆患者数と重症度、在宅痴呆高齢者へ行っている医学的管理の内容、痴呆患者の診療において困難を感じる点はなにか、医療のネットワークを形成するうえでどのような点が欠けているか、どのようなことを望むかなど。

D. 考察と結論

初年度でアンケートの作成、配布を終了した。次年度で収集した情報の解析にあたる。

E. 健康危険情報

特になし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

知多郡医師会における痴呆患者の現状調査に資するためのアンケート調査
(平成 16 年度 厚生労働省科学研究費痴呆・骨折臨床研究事業)

平成 17 年 3 月

1. アンケートの目的

今回、国立長寿医療センターと地域の関連施設および知多郡医師会が中心となり、痴呆疾患に対する医療と福祉の役割分担や連携に関する地域モデルを構築し検証する研究を行うことになりました。

このアンケートはその一環として知多郡医師会の会員の先生方を対象に

- 1) 現在どのくらいの痴呆患者を診療しておられるか。
- 2) 痴呆患者の診療において困難を感じる点はなにか、
- 3) 医療のネットワークを形成するうえでどのような点が欠けているか、なにを望むかについてお伺いしたいと存じます。

2. 調査の実施主体

本調査は、厚生労働省科学研究費を受け、痴呆・骨折臨床研究事業のひとつとして主任研究者 鷲見幸彦（国立長寿医療センター）が、知多郡医師会（会長 山本 楯）の協力を得て行うものです。

3. 検査の内容、方法について

現在の状態についてアンケートによって調査します。

4. 調査対象

知多郡医師会会員のかたを対象に本調査を行います。従って、開業医・勤務医の区別を問いません。なお、ここでいうところの「痴呆専門医」とは、痴呆性疾患の診療を専門としている精神科、神経内科、脳外科、老年科等の医師をさすこととします。

5. 研究及び検査結果の守秘について

この情報は匿名化され、返答された方、患者様が特定できない形で国立長寿医療センターに保管されます。情報は今回の研究の主任研究者である国立長寿医療センター鷲見幸彦により鍵管理され、第三者が閲覧することができない形で保管されます。

6. アンケートご記入に関してのお願い

1. ご記入いただいた内容は、本調査の目的以外に使用することはありません。また、全て統計的に処理し、個別の情報として取り扱うことはありませんので、率直かつ正確にご記入ください。
2. この調査票は、先生ご本人にご記入をお願いします。
3. 調査票は平成17年3月現在で記入してください。
4. 回答にあたっては、選択肢の番号や記号に○印をつけて下さい。
5. 青または黒のペンまたはボールペンで記入してください。
6. 調査票は、同封の返信用封筒を使用して『平成17年4月10日』までにご返送ください。
7. ご不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

〈問合せ先〉

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3
国立長寿医療センター 外来診療部
鷺見幸彦
0562-46-2311

皆様、お忙しいこととは思いますが、是非ともご回答いただき、期限までにご返送いただきますよう、心からお願い申し上げます。

【アンケート記入に際してのお願い】を良くお読みいただいてから下記にお答えください。

主たる診療科 内科 神経内科 外科 脳外科 整形外科 精神科
その他()

診療形態等 無床診療所 有床診療所 病院

併設施設等 介護療養型医療施設 介護老人保健施設 介護老人福祉施設
痴呆対応型共同生活介護 訪問看護ステーション 通所リハビリ
その他()

1. 在宅痴呆性高齢者の診療の経験はありますか？(通院のみの場合を含む)
(a)はい (b)いいえ

「はい」と答えた方⇒2 以下の設問に順にお答えください。

「いいえ」と答えた方で無床診療所の医師⇒ここで設問は終了です。
同封の返信用封筒にこの用紙を入れて、ご返送ください。

「いいえ」と答えた方で病院及び有床診療所の医師⇒23 以下の設問にお答えください。

2. 在宅の痴呆性高齢者に対して、どういう立場で関わっていますか？(一つを選択)
(a)かかりつけ医 (b)痴呆専門医 (c)どちらの関わりもある
(d)その他()
3. 在宅で痴呆性高齢者を診療するときの形態は次のうちのどれですか？(一つを選択)
(a)訪問診療・往診 (b)訪問診療・往診＋通院 (c)ほとんど通院
4. 通所系サービスや GH(痴呆性老人グループホーム)等の管理医師をしていますか？
はい 　　いいえ

5. あなた個人が在宅でみている痴呆性高齢者(痴呆性老人の日常生活自立度Ⅱ～Ⅳ、M)は何人いますか？
 (a)0人 (b)1～5人 (c)6～10人 (d)11～20人 (e)21～30人
 (f)31～50人 (g)51～100人 (h)101人以上
6. 在宅の痴呆性高齢者の医学的管理(処置)で行っているものすべてに、以下の基準でカッコ内に印をつけて下さい。
 現在(月日)実行しているものに○、過去1年以内に行ったことのあるものに△をつけて下さい。
 ()a点滴の管理()b中心静脈栄養()c透析()dストーマの管理
 ()e在宅酸素療法()fレスピレーター管理()g気管切開の処置
 ()h癌の疼痛管理()i経管栄養()j胃ろう管理()k褥創の処置
 ()l膀胱カテーテルの管理()m喀痰吸引
 ()nその他()
7. 痴呆患者の診断を自分の施設で行っていますか。
 (a)積極的に行っている(b)診断困難な例のみ専門の施設に紹介
 (c)全く行わず診断は専門の施設に依頼
8. どのようなことから患者が痴呆であると気がつきましたか。
9. 在宅痴呆性高齢者の精神症状や行動障害に対する治療の経験はありますか？
 (a)多い(b)どちらかといえば多い(c)どちらかといえば少ない(d)少ない
10. あなたは現状の在宅痴呆性高齢者の医療支援体制についてどう思いますか？
 (上位三つを選んでください)
 (a)痴呆専門医が不足(b)痴呆専門医が地域に出ていない(c)痴呆を診られるかかりつけ医が少ない(d)身体合併症の治療体制が整っていない(e)病診および診診連携が出来ていない(f)訪問看護の利用が不十分(g)介護サービスとの連携が出来ていない(h)その他()

11. 在宅痴呆性高齢者の精神症状や行動障害に対して、家族、介護支援専門員、看護や介護スタッフからの相談はありますか？
(a)多い(b)どちらかといえば多い(c)どちらかといえば少ない
(d)少ない(e)ない
12. 在宅痴呆性高齢者を対象としたサービス担当者会議への参加はしていますか？
(a)多い(b)どちらかといえば多い(c)どちらかといえば少ない
(d)少ない(e)ない
- 13 在宅痴呆性高齢者に対する医療支援として、以下のサービスを活用していますか？
(上位三つを選んでください)
(a)訪問看護ステーション(b)通所リハビリ(c)短期入所療養介護
(d)訪問介護(e)通所介護(f)短期入所生活介護(g)グループホーム
(g)他の医師との連携(h)その他()
- 13-1.上で選んだサービスに関して、利用上の課題・改善点についてご意見があったらお書きください。(例えば、平成15年4月より、通所リハビリの施設基準として、看護師の配置が必須でなくなったことや特養ショートステイ利用時に、施設看護師による注射等がしてもらえないこと等)
- 13-2.医療支援を含む在宅痴呆性高齢者に対する地域ケアシステムについて、ご提案があればお書きください。
14. グループホームや宅老所に住む患者さんに対し、往診や定期的な訪問診療をしたことがありますか？
(a)臨時の往診(b)定期的な訪問診療(c)どちらもある(d)どちらもない

15. 在宅痴呆性高齢者で、身体合併症のために入院加療が必要な場合でも、家族が拒否することはありましたか？

家族が拒否したことがある 家族が拒否したことはない このような経験がない

- 15-1「ある」と答えた方にお聞きしますが、家族の拒否により痴呆性高齢者の死期が早まったと思われる例はありましたか？

ある ない

16. 在宅痴呆性高齢者の身体合併症で入院治療が必要となった時に、入院治療の場として、ふさわしいのはどのようなところだと思いますか？

(手術なども考慮して、ひとつ選んでください)

(a)総合病院の精神科(一般科の医師が訪問)

(b)総合病院の一般科(痴呆専門医が訪問)

(c)痴呆性高齢者の精神症状や行動障害にも対応可能で、合併身体疾患にも対応しうる独立したユニット

(d)その他()

17. 在宅痴呆性高齢者で、身体合併症の入院治療が必要な場合、病院等のベッドに代わるサービス拠点としてどのようなものが考えられますか？

18. 施設入所や入院後患者さんはかかりつけ医にもどってきていますか。

施設入所後では

(a)大部分はもどってきている(b)もどってきているが大部分はもどってこない

(c)まったくもどってこない

入院後では

(a)大部分はもどってきている(b)もどってきているが大部分はもどってこない

(c)まったくもどってこない

19. 在宅痴呆性高齢者が身体疾患を合併したり、精神症状の増悪をみた例の診療において、今後の医療サポート体制を考える上で参考となる事例がありましたら、最終ページにご記入ください。また、本調査の目的に関連してご意見・ご提案等がございましたら、やはり最終ページにご記入ください。

設問 2 で「(a) かかりつけ医」の立場を選択した医師にお聞きします。

20. あなたの周りに気軽に相談できる痴呆専門医はいますか？

(a) いる (b) いない (c) わからない

20-1「いる」と答えた方は、どんな時に痴呆専門医に相談・紹介しますか？

(もっとも多いものをひとつ選んでください)

(a) 精神症状や行動障害で家族やまわりの人が困ったとき

(b) 鑑別診断のために

(c) 家族やまわりの人が希望するとき

(d) その他

21. かかりつけ医が在宅痴呆性高齢者に関わろうとするとき、最も求められることは
つぎのうちのどれですか？(どれかひとつを選択)

(a) 痴呆性疾患や精神症状・行動障害に対する薬物治療等に関する学習

(b) 痴呆専門医との連携

(c) 在宅サービスを提供する他職種との連携

(d) 手間と時間がかかる痴呆性高齢者の診療に対しての診療報酬上の対応

(e) その他()

22. 在宅痴呆性高齢者に対するかかりつけ医の役割としてあなたが考えていることを
お書きください。

病院や有床診療所の医師にお聞きします

(かかりつけ医の立場で回答した方も病院や有床診療所の医師であれば、続けてお答えください。)

23. 在宅の痴呆性高齢者が身体合併症の治療のために入院が必要となった時、入院を受け容れていますか？(一つを選択)

- (a)積極的に受け容れている
- (b)あまり積極的ではないが受け容れている
- (c)消極的でなるべく受け容れない
- (d)受け容れていない

23-1(a)と答えた方にお聞きしますが、積極的な受け容れに備え、職員に介護方法や対応に関する指導や教育をしていますか？

- (a)している
- (b)していない
- (c)意識的にはしていない

23-2(b)～(d)と答えた方にお聞きしますが、積極的に受け容れていない理由は何ですか？(もっとも考えられるもの一つを選択)

- (a)本人とコミュニケーションがとれない
- (b)排他や興奮で周囲の患者さんに迷惑がかかる
- (c)家人が治療に協力的でない
- (d)病棟スタッフが治療に協力的でない
- (d)その他()

24. 入院してきた患者さんに、必要とされている検査や治療を行うことができない時どうしますか？(もっとも考えられるもの一つを選択)

- (a)すぐに退院してもらう
- (b)院内で対応を検討する
- (c)在宅でのかかりつけ医と相談をする
- (d)その他()

25. 入院をしてきた患者さんに徘徊や興奮がみられ、周囲の患者さんに迷惑がかかる時など、どう対応しますか？(もっとも考えられるもの一つを選択)
- (a) すぐに退院してもらう
 - (b) 院内で対応を検討する
 - (c) 在宅でのかかりつけ医と相談をする
 - (d) その他()

26. 痴呆性高齢者の入院に際しての課題と対応がありましたら、お書きください。

調査はここで終わりです。アンケートにお答えいただきありがとうございました。

19の質問に対する回答もこちらにお書きください。