

図-5 3群の基本属性・認知機能など

対象者

	運動+内服+	運動+内服-	運動-内服-	p
N	24	24	24	NS
Age (y)	75.7 ± 4.8	75.2 ± 4.1	75.4 ± 3.1	NS
Gender (F/M)	1/1	1/1	1/1	-
Education (y)	11.5 ± 2.7	11.9 ± 2.9	12.3 ± 2.6	NS
Duration (d)	1671.5 ± 121.1	1638.1 ± 121.5	1659.5 ± 100.1	NS
MMSE 1st score	28.0 ± 1.6	28.8 ± 1.4	28.9 ± 1.2	NS

\* MMSE, 5cogは欠損なし。

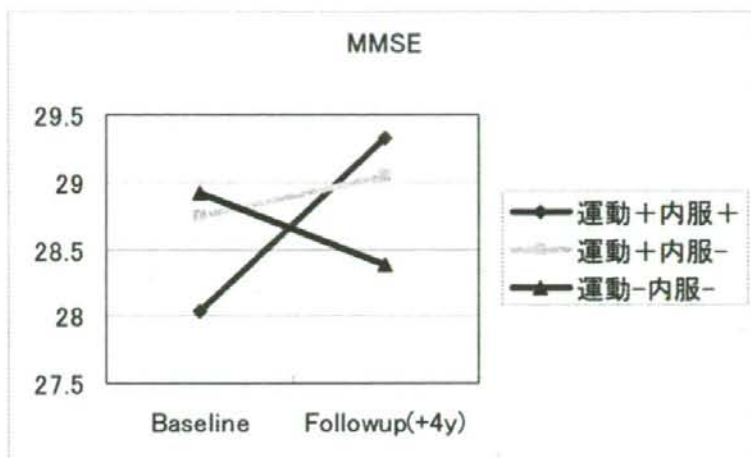
\*\* SPECTは全ての回ECDで撮影。

図-6 Actinometerと自己記録による運動量の変化

	Amnesic MCI N=9	Non-Amnesic MCI N=11	Normal N=150
	Actino	Actino	Actino
Baseline 1st	1401(1)	1587(1)	1640(1)
1yr after (observation)	(0.90)	(0.96)	(0.97)
2y after intervention	(1.09)	(1.05)	(1.09)

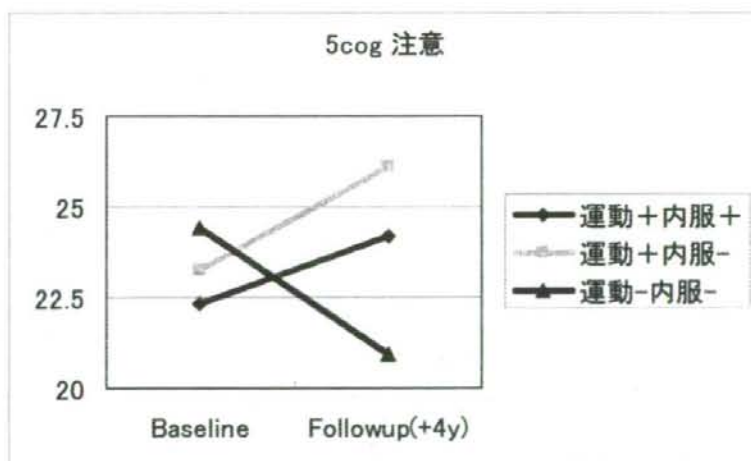
。

図-7 介入群と非介入群のMMSE得点比較



運動と回数の交互作用あり(p<0.05)

図-8 介入群と非介入群の注意テストの比較



運動と回数の交互作用あり (p<0.05)

図-9 介入群と非介入群の総コレステロール値比較

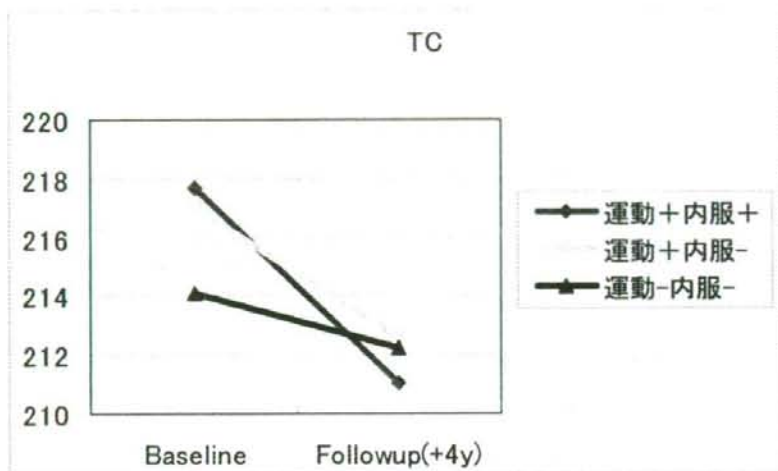
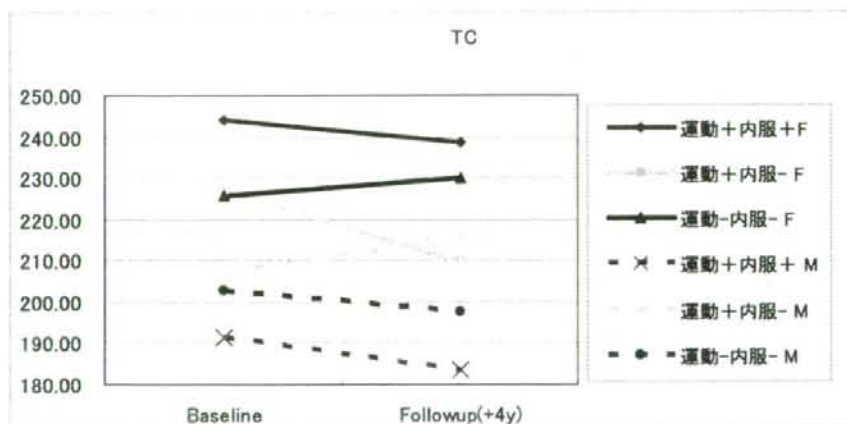


図-10 6群に分けた総コレステロール値の推移比較



性別の主効果 ( $p < 0.01$ ), 性別とサプリメント摂取の交互作用あり ( $p < 0.01$ )

図-11 3群におけるLDLの推移

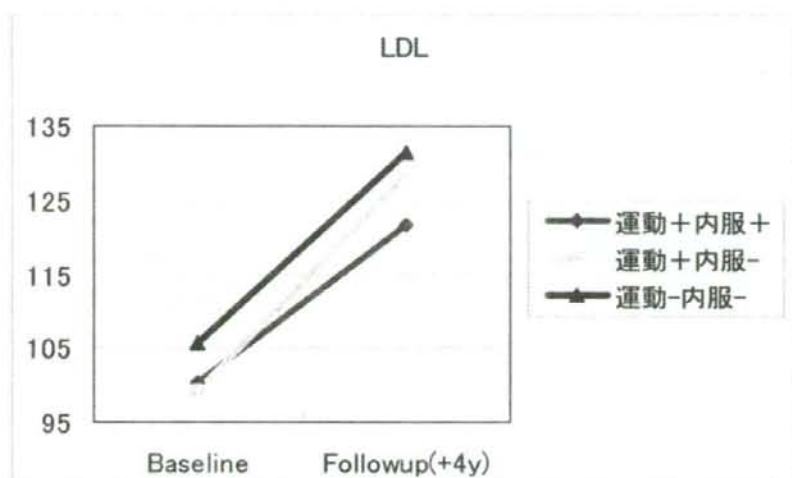
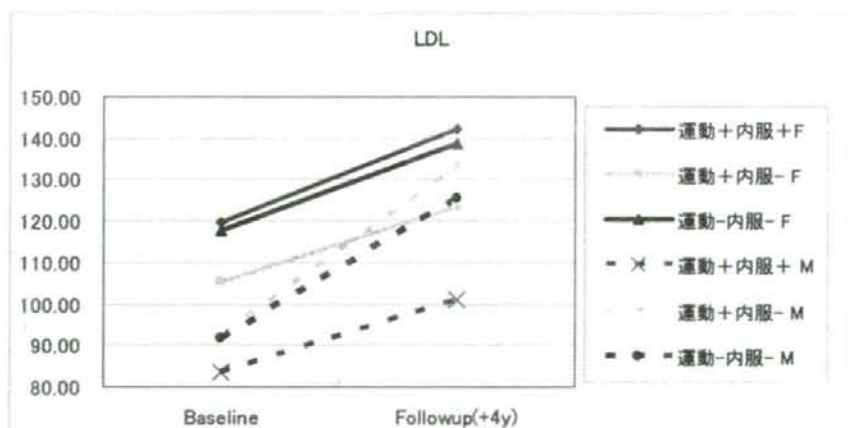


図-12 6群に分けてのLDL値の推移比較



性別の主効果 ( $p < 0.01$ ), 回数の主効果 ( $p < 0.01$ ),  
性別とサプリメント摂取の交互作用あり ( $p < 0.01$ )

図-13 3群におけるHDLの推移

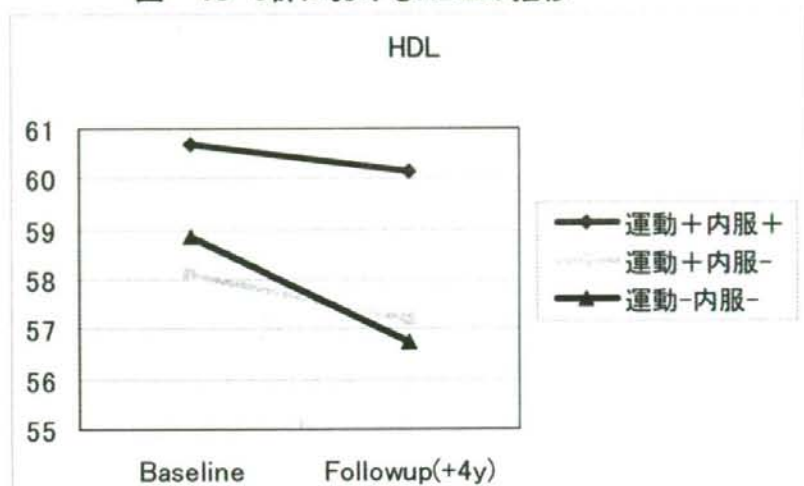
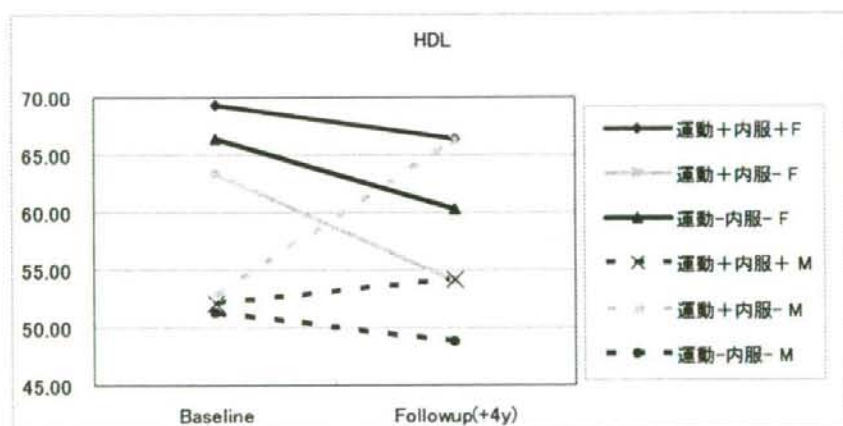


図-14 6群に分けたHDL値の推移比較

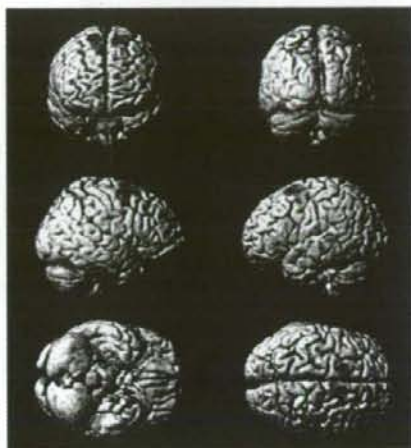


性別の主効果あり (p<.0001)

図-15 3群間で有意差を生じた脳部位  
運動介入群>非介入群

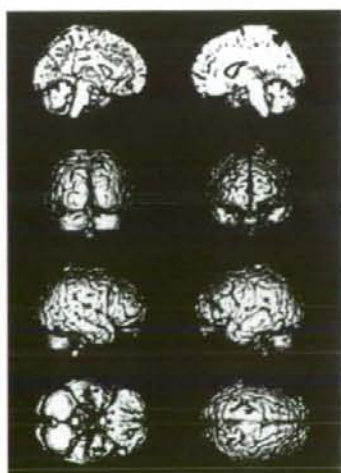
第2群(運動のみ群)と第3群(非介入群)をt-testで検定すると、運動介入群は非介入群に比べて両側BA6野にて血流の増加を認める。

定期的な運動によってPre-motor areaの血流が改善する



P<0.05, corrected for multiple comparison (small volume correction)

図-16 運動+サプリア介入群でベースラインに比べて血流が増加した部位



Rt Precuneus BA 7

Lt Middle Frontal Gyrus BA 10, 11, 47

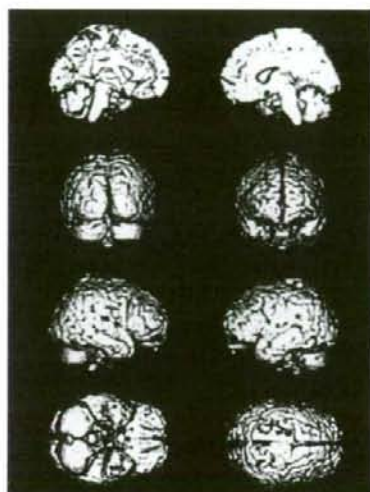
Lt Superior Frontal Gyrus BA 11

楔前部にて血流増加→認知機能低下の防止につながっているのでは？

下前頭前野でも血流増加。

P<0.001, uncorrected for multiple comparison, Extent threshold = 100 voxels

図-17 運動介入群でベースラインに比べて  
血流が増加した部位



Rt Precentral Gyrus BA 6

Lt Medial Frontal Gyrus BA 6

Rt Middle Frontal Gyrus BA 47

Lt Postcentral Gyrus BA 3, 5

前頭葉で血流増加を認める

P<0.001, uncorrected for multiple comparison, Extent threshold = 100 voxels





厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
「認知症の予防・治療・介護における戦略的・総合的対策の確立」  
平成20年度分担研究報告書

「食事による認知症の予防に関する研究」  
介護施設における認知症患者に対する野菜ジュース・豆乳の摂取の効果

分担研究者 植木 彰 自治医科大学附属さいたま医療センター神経内科 教授  
研究協力者 山口 潔 東京大学医学部附属病院地域医療連携部 助教  
大塚美恵子 自治医科大学附属さいたま医療センター 神経内科 講師  
佐藤 敏子 自治医科大学附属さいたま医療センター栄養部室長 管理栄養士

研究協力施設、種類（所在地）

ニチイホーム西国分寺	有料老人ホーム(東京)
ニチイホーム立川	有料老人ホーム(東京)
介護老人施設ハーモニー	グループホーム(松本)
介護老人施設なごみ	グループホーム(東京)

**研究要旨：**介護施設の認知症患者に豆乳と野菜ジュースを3ヶ月間摂取してもらい、認知機能、行動異常（徘徊・攻撃行動）、体重、便秘、易感染性などの全般的健康度への影響、および介護者への負担軽減にどのような影響を与えるかを調査した。

栄養学的介入は飲水量を有意に増やし、便秘を有意に改善させた。介護施設では水分摂取の少ない入所者が問題であったが、ジュース・豆乳により水分摂取量が容易に増加した。また、認知機能をも改善させ、MMSEとHDS-Rを有意に上昇させたが、問題行動、意欲に関しては効果はなかった。また、豆乳と野菜ジュースによる栄養学的介入は介護者の負担を軽減することが明らかとなった。

市販の製品としての豆乳・野菜ジュースによる介入は、企画化しやすく、対象者のコンプライアンスも高く、かつ介護施設の職員の協力が得やすかった。豆乳・野菜ジュースによる介入は非薬物療法としてはかなり期待の持てる方法と考える。

## 研究報告

### A. 目的

我々は軽度認知機能障害(MCI)例とアルツハイマー病(AD)患者の食行動および栄養状態の解析、栄養学的介入の認知機能に与える影響を検討してきた。特に75歳以降の高齢者においては低栄養が問題になっており、抗酸化物やミネラルを多く含む野菜の摂取量の低下を如何に防ぐかが課題になっている。しかし、老健施設やグループホームなどの施設では、複数の入所

者に対してきめ細かい栄養管理を行うことは実際上なかなか困難である。

最近野菜ジュース中の抗酸化ビタミンや豆乳中の植物性女性ホルモンが神経保護的に作用する可能性が報告されている (Fruit and vegetable juices and Alzheimer's disease: the Kame Project. Dai Q et al. Am J Med 119: 751-759, 2006, Neuroprotective effects of genistein on dopaminergic neurons in the mice model of Parkinson's disease. Liu LX et al. Neurosci Res. 60: 156-61, 2008)。また、野菜ジュースや豆乳は

市販されており、入手しやすく、規格化しやすい  
ため介入に適しているだけでなく、介護職員へ  
の負担を軽減させることも期待される。

このような背景をもとに、本研究は介護施設に  
おいて認知症患者に野菜ジュース、および豆  
乳を3ヶ月間摂取してもらい、認知機能、行  
動異常、便秘、発熱頻度（免疫力）などの全  
般的健康度の向上、および介護者への負担軽  
減にどのような影響を与えるかについて検討  
することを目的としている。

## B. 対象および方法

**対象：**介護施設ニチイホーム立川、ニチイホ  
ム西国分寺、介護老人施設ハーモニー及びグ  
ループホームなごみに入所中の認知症患者で、  
介護職員が個別の入所者に対して疾患をよく理  
解し、栄養介入を実践することができ、かつ評価  
ができる例。

**栄養介入：**基本方針として栄養価/摂取エネ  
ルギー比を高くするように指導し、極端な過  
食、極端な小食を防ぐように総摂取エネルギー  
は：1500kcal（30kcal/kg/day）程度とし、  
野菜、魚を多くし、甘いものの過剰摂取を制  
限した。ベースラインの観察研究を1ヶ月行  
った後、野菜ジュースと豆乳各200MLを3ヶ月  
間毎日摂取してもらった。対照として野菜ジ  
ュースと豆乳を摂取しない群をおき、3ヶ月  
間同様な観察を行った。

## 測定項目（検査項目と使用テストバッテリー）

認知機能：MMSE、HDS-R、意欲：Vitality Index、  
問題行動：Dementia Behavior Disturbance Scale  
食事摂取量、水分摂取量、排便回数（以上毎日）  
体温、血圧、脈拍（以上週2回、入浴前）  
体重（月1回）、BMIの計算  
介護者に対するアンケート調査

**統計解析：**介入群と非介入群の開始時点およ  
び3ヶ月後の各測定値間の差をt-検定にて比較  
した。

## 倫理的配慮

研究対象者および代諾者に研究者が説明文書  
を用いて説明し、同意を得られた場合は、文書  
で同意を得た。

本研究は自治医科大学疫学研究倫理審査委員  
会の許可を得た。

## C. 研究結果

今回の結果は有料老人ホームであるニチイホ  
ム西国分寺（介入群）とニチイホーム立川（非  
介入群）の2施設のデータを示す。この2施設は  
同一系列会社の施設であり、規模、入居者の認  
知機能の程度、介護スタッフの熟練度などがほ  
ぼ均一であったためである。他の2施設のうち、  
グループホームなごみの場合には入居者の認  
知機能が低すぎ（HDS-Rで平均点が7点）であ  
ったため解析対象からははずし、グループホーム  
ハーモニーの場合には同規模の対照施設が得ら  
れなかったためである。

介入群：ニチイホーム西国分寺、34人（男5、女  
29）、平均年齢85.7歳、アルツハイマー病31、  
脳血管性認知症3。

非介入群：ニチイホーム立川、34人（男7、女27）、  
平均年齢85.2歳、アルツハイマー病32、脳血管  
性認知症2。

両群間に男女差、年齢に差は無かった。

### ①体格指数（BMI）の変化

開始時には両群に差はなく、また終了時点でも  
差はなかった（図1）。

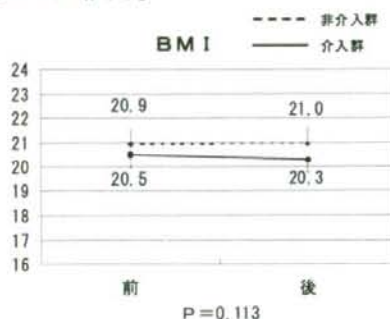


図1

## ②飲水量の変化

開始時には非介入群の飲推量(1212 ml)は介入群(1476ml)より少なかったが両群には差は無かった。介入群では介入により飲水量は増加し(1625ml)、非介入群では変化がなかったため(1172ml)、3ヵ月後には両群の差は有意となった(図2)。

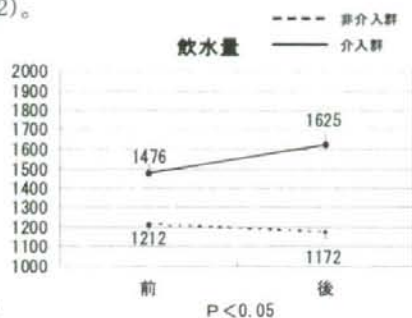


図2

## ③排便回数の変化

介入群では回数が増加し、非介入群ではむしろ減ったため、3ヵ月後には介入群の方が有意に排便回数が増加した(図3)。

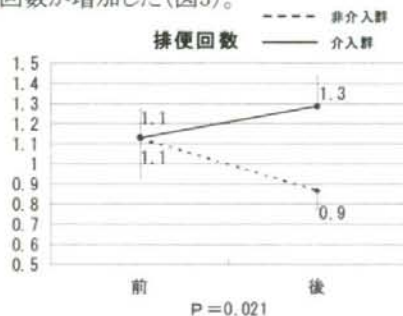


図3

## ④便秘を有する群の排便回数の変化

3日以上排便がない便秘を有するものに限定していても、やはり介入群では有意に排便回数が増加した(図4)。

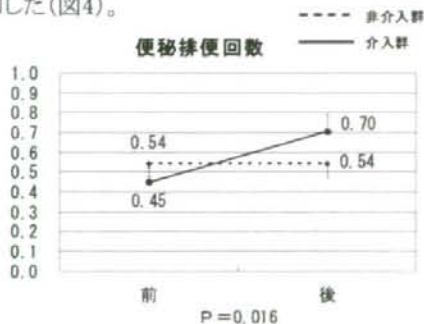


図4

## ⑤MMSEへの効果

介入群では開始時に比して終了時には有意に点数が上昇した( $p=0.002$ )。しかし、非介入群では前後で点数の差は無かった。また、終了時点で両群に差はなかった(図5)。

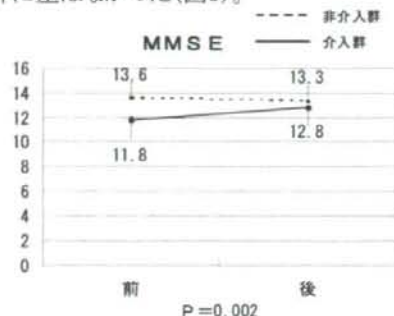


図5

## ⑥HDS-Rへの効果

同様に、介入群では開始時に比して終了時には有意に点数が上昇した( $p<0.05$ )。しかし、非介入群では前後で点数の差は無かった。また、終了時点で両群に差はなかった(図6)。

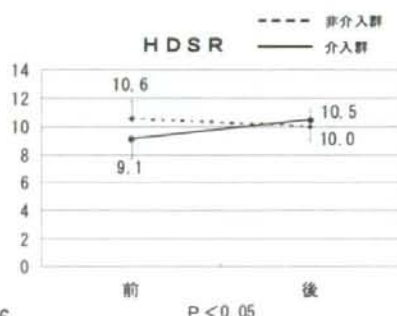


図6

## ⑦DBDへの影響

開始時点および終了時点ともに両群に差はなかった(図7)。

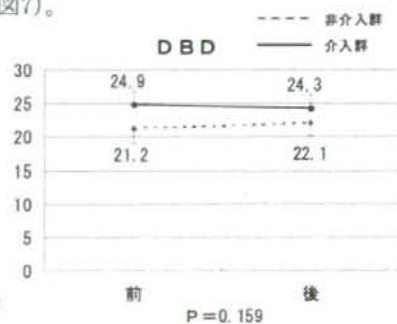


図7

## ⑧VIへの影響

開始時点および終了時点ともに両群に差はなかった(図8)。

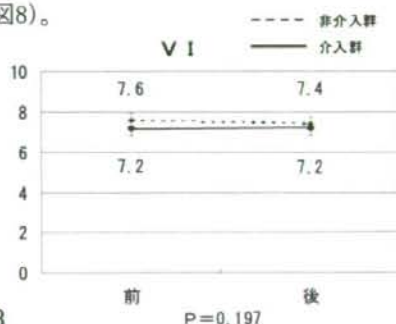


図8

## ⑨介護者の負担感

介護者へのアンケート調査では、負担感がとても減ったが4%、少し減ったが32%、不変が50%であり、約3分の1の介護者が負担感の減少を実感していた(図9)。



図9

## D. 考察

豆乳と野菜ジュースによる介入は便秘の改善や飲推量の増加に対して明らかに効果があることが示された。認知機能に関しては、MMSEおよびHDS-Rともに介入群で改善され、非介入群では現状維持であった。しかし、問題行動の指標となるDBDややる気を示すVIには差は無かった。

高齢者では低栄養が問題となっているが、高齢者専用の施設においてはさらに、飲水量をいかに増やすか、また便秘をどのように解消させるかということが大きな問題になっている。豆乳と野菜ジュースによる介入は供給

がきわめて簡便で企画化しやすく、しかも便秘や水分不足に対して有意に効果を持つ点ですぐれた方法と思われる。また、介入開始前には煩雑な測定による介護負担感の増加を懸念したが、実際には負担感が減少したと答えた職員の方が多かった。

栄養学的介入はMMSEとHDS-Rを有意に改善させ、非介入群では前後に差はなかった。この結果が正しいかどうかさらに多く的人数で長期間の観察が必要である。問題行動ややる気に対する効果はなかったが、やはりく的人数で長期間の観察が必要である。

## E. 結論

食事栄養介入という非薬物療法によって介護施設の認知症患者の身体的健康、認知機能の維持を目指すだけでなく、介護者への負担の軽減にもつながる可能性がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

論文発表

なし

## 著書・総説

1. 植木 彰：II脳のアンチエイジングと脂質  
水島 裕監修、編集委員、青木 晃 白澤卓  
二 矢澤一良、米井嘉一 アンチエイジング  
・ヘルスフード -抗加齢・疾病予防・健康  
長寿への応用- SCIENCE FORUM pp194-  
197, 2008

2. 植木 彰：認知機能のアンチエイジング：  
栄養 脳とアンチエイジング (抗加齢) 医学  
改訂2版アンチエイジング医学の基礎と臨床  
日本抗加齢医学会 専門医・指導士認定委員  
会編集 pp129-130, 2008 メジカルビュー社

3. 植木 彰：Alzheimer病と生活習慣：栄養、  
運動，神経治療 24:153, 2007

4. 植木 彰：生活習慣：栄養 アルツハイマー病—基礎研究から予防・治療の新しいパラダイム—II. 基礎編 アルツハイマー病の病理・病態 危険因子としての非遺伝的要因 日本臨床、vol 66. Supple 1: 200-204, 2008
5. 植木 彰：認知機能と栄養・食事 特集 高齢者の認知機能と栄養・食事 臨床栄養 112: 130-134; 2008
6. 植木 彰：脳を活性化する食生活 特集 DHA・EPAをめぐる将来展望 食品と開発43: 4-7; 2008
7. 植木 彰：認知症予防 特集 アンチエイジング 心療内科 12: 106-111; 2008
8. 植木 彰：高齢者の肥満・痩せと老年疾患との関係 6. 高齢者の肥満・痩せと認知症 老年医学 46: 469-473; 2008
9. 植木 彰：生活習慣と認知症 特集 認知症 治療学 42: 27(647)-31(651); 2008
10. 植木 彰：発症率は90歳以降も加齢依存症に上昇し続けるとの立場から 特集—認知症のゲノミクス— 誌上ディベート90歳以上の高齢になってもアルツハイマー病の発症率は上昇し続けるか? Cognition and Dementia 2008; 7: 68-70 メディカルレビュー社
11. 植木 彰：食事 認知症予防はどこまで可能か、エビデンスから展望する 認知症予防 モダンフィジシャン 28: 1457-1461; 2008
12. 植木 彰：認知症の予防—食事の重要性 高齢者医療と介護—最新エビデンス 医学のあゆみ 227: 169-173; 2008
- 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（長寿科学総合研究事業）  
「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」  
平成 20 年度分担報告書

認知症の人の看取りにおける医療と介護の連携に関する研究  
—医療法人運営のグループホームのスタッフへのアンケート調査より—

分担研究者 小長谷陽子（認知症介護研究・研修大府センター）

研究協力者 藤井滋樹（認知症介護研究・研修大府センター）

研究要旨：認知症を含む高齢者の一層の高齢化とともに、介護施設での死亡の頻度は今後さらに増加すると予想される。施設内での看取りはすでに多くの介護施設で行われている。認知症高齢者の看取りにあたっては介護職と医療職の緊密な連携が必要であり、両者の相互の理解が欠かせない。本研究では、認知症高齢者の施設における看取りを医療の立場から理解するために、医療法人に所属するグループホームの医療スタッフに対して、看取りの経験や意見を問うアンケート調査を行い、認知症の人の看取りの実態と今後の展望を検討した。

#### A. 研究目的

認知症の人の看取りにおいては、通常の介護以上に介護と医療の協働が求められる。介護施設での看取りについて、医療スタッフの立場からこれまでの経験と評価を調査し、認知症の人の看取りの課題と展望を明らかにする。

#### B. 研究方法

WAMNET で検索した医療法人に所属するグループホーム（以下GH）に、看取りに関するアンケート調査を行なった。回答の記載は、医師あるいは看護師の医療スタッフに限るように依頼した。

アンケートの内容は、GHの法人の入

院施設の有無、協力病院や主治医について、急変時や看取りのマニュアルの有無、看取りについての意見やこれまでの経験とその評価など 19 項目である。同一法人に複数のGHがある場合は、全体を考慮した回答を依頼した。

#### C. 研究結果

平成 20 年 9 月現在の全国のGH数は 9,892 であった。このうち今回の対象とした医療法人に所属するGHは 1,535 施設であった。同じ医療法人が複数のGHを持つ場合はそのうちの 1 施設のみを対象とした。アンケートの配布数は 1,535、回収は 848、回収率 55.2%であった。都

道府県別の回収率は、最も高い山梨県が90.9%で、以下島根県84.6%、沖縄県73.9%、山形県70.6%であり、最も低いのは埼玉県30.8%であった。

所属する医療法人のGH施設数は、1施設が507(59.8%)、2~4施設が289(34.1%)、5~9施設が41(4.8%)、10施設以上は8(0.9%)、無記入が3(0.4%)であった(図1)。GHが医療施設と近接(500m以内)しているかの問いでは、近接している468(55.2%)、近接していない275(32.4%)、両方の施設がある99(11.7%)、無記入6(0.7%)であった(図2)。GHの協力病院が同一医療法人に属しているか否かについては、属している588(69.3%)、属していない94(11.1%)、両方の場合がある158(18.6%)、無記入8(0.9%)であった(図3)。医療法人の医療機関に入院施設があるか否かについては、入院施設がある581(68.5%)、ない260(30.7%)、無記入7(0.8%)で、入院施設がある群でのベッド数は、19床以下が176(20.8%)、20~100床が166(19.6%)、101~300床が182(21.5%)、301床以上は37(4.4%)、無記入20(2.4%)であった(図4)。

入所時に疾患のある利用者がすでに主治医を持っている場合に、入所後の主治医をどう決めるかの問い(複数回答)に対して、利用者と家族の希望に従う489(57.7%)、原則として法人の医師が主治医になるが専門外の疾患の場合は他の医師に依頼する358(42.2%)、入所以前の主治医にしている187(22.1%)、その他54(6.4%)、無記入5(0.6%)であった(図5)。

GHでの急変時(死亡を含む)に関するマニュアルが作られていますかの問いに、作られている681(80.3%)、作られていない136(16.0%)、無記入31(3.7%)であった(図6)。急変時(死亡時を含む)の医師への連絡については(複数回答)、主治医に連絡する456(53.8%)、協力医療機関311(36.7%)、状況に応じて主治医、協力医療機関のいずれかに連絡する354(41.7%)、その他44(5.2%)、無記入10(1.2%)であった(図7)。

本人あるいは家族がGHでの看取りを希望し、GHのスタッフもその意思に添いたいと希望した場合、それに協力しますかとの問いに対して、協力する433(51.1%)、協力しない66(7.8%)、条件により協力する345(40.7%)、無記入10(1.2%)であった(図8)。協力すると答えた群での理由は、望ましいことだと思っている305(70.4%)、とくに望まないが本人と家族の希望なので協力する102(23.6%)、その他24(5.5%)、無記入2(0.5%)で(図9)、協力しないと答えた群ではその理由として(複数回答)、GHでは最期までの医療が十分にできない52(78.8%)、GHでは職員の負担が大きすぎる47(71.2%)、GHでは最期までの状態把握が十分にできない26(39.4%)、GHは本来看取りをすべき場所ではない18(27.3%)、その他13(19.7%)の順であった(図10)。条件により協力するとの答えで、どのような条件かについて(複数回答)は、原則として協力するが状況に応じた判断は医師に任せる246(71.3%)、看取りに対するGH内の態勢に納得できれば応じる220(63.8%)、医療

行為が制限されることについて本人あるいは家族の同意文書が必要である 176

(51.0%)、主疾病の主治医が別の医療機関の場合はその医師に任せ、それ以外は応じる 41 (11.9%)、その他 40 (11.6%)、無記入 2 (0.6%) の順であった (図 11)。

これまでにGHでの看取りに直接関わられたことがありますかの問いに対して、経験がある 322 (38.0%)、ない 514

(60.6%)、無記入 12 (1.4%) であった (図 12)。経験ありの群では、その回数は 1 回が 103 (32.0%)、2~4 回が 156 (48.4%)、5~9 回が 43 (13.4%)、10 回以上は 13 (4.0%)、無記入 7 (2.2%) であった (図 13)。

これまでの看取りについて全体的な印象では、良い結果だった 207 (64.3%)、良い結果ではなかった 12 (3.7%)、結果が良いときも悪いときもあった 55

(17.1%)、とくに問題を感じなかった 29 (9.0%)、その他 15 (4.7%)、無記入 4 (1.2%) であり (図 14)、良い結果の内容は複数回答で、家族にとってよかった 257 (79.8%)、介護スタッフにとってよかった 189 (58.7%)、医療スタッフにとってよかった 58 (18.0%)、その他 33 (10.2%)、無記入 61 (18.9%) であり (図 15)、よくなかった結果の内容は (複数回答)、介護スタッフの疲労が大きかった 70 (21.7%)、医療スタッフの疲労が大きかった 24

(7.5%)、家族・介護スタッフ・医療スタッフの連携がうまくいかなかった 13

(4.0%)、その他 15 (4.7%)、無記入 232 (72.0%) であった (図 16)。看取りを行なうことを文書で示しているかの問いには、示している 465 (54.8%)、361 (42.6%)、

無記入 22 (2.6%) であった (図 17)。

認知症の人の看取りについて今後どのようにすればよいと考えているかの問いに対して (複数回答)、家族が安心した看取りができるように医療や介護のシステムを整備すべきだ 601 (70.9%)、看取りの場所は本人あるいは家族の希望を最優先すべきだ 571 (67.4%)、条件を整備してGHでもっと看取りができるようにすべきだ 317 (37.4%)、看取りの場所については医師が判断することではない 153 (18.0%)、看取りは病院のほうがよい 96 (11.3%)、看取りは自宅でするように努力すべきだ 74 (8.7%)、病院での看取りは減らしたほうがよい 42 (5.0%)、医師の責任が大きいので看取りの場所は医師の希望を優先すべきだ 23 (2.7%)、その他 30 (3.5%)、無記入 12 (1.4%) であった (図 18)。

GHが所属する医療法人の入院施設の有無と看取りへの協力、看取りの経験、看取りへの意見についてクロス集計を行った (表 1)。入院施設ありの群 (260) では、協力する 144 (55.4%)、協力しない 10 (3.8%)、条件により協力する 104 (40.0%) で、入院施設なしの群 (581) では、協力する 286 (49.4%)、協力しない 55 (9.5%)、条件により協力する 239 (41.1%) であった。また、入院施設あり群では、看取りの経験がある 132 (50.8%)、経験がない 124 (47.7%) で、入院施設なし群では、経験がある 189 (32.5%)、経験がない 385 (66.3%) であった。

入院施設の有無と看取りへの意見の関連では、入院施設あり群で、看取りは自宅でするようにすべきだ 27 (10.4%)、



看取りは病院のほうがよい17 (6.5%)、条件を整備してGHでもっと看取りができるようにすべきだ121 (46.5%)、入院施設なし群では、看取りは自宅できるように努力すべきだ45 (7.7%)、看取りは病院の方がよい79 (13.6%)、条件を整備してGHでもっと看取りができるようにすべきだ194 (33.4%)であった。条件を整備してGHでもっと看取りができるようにすべきだという意見は、入院施設なし群では、194 (33.4%)であり、入院施設あり群の121 (46.5%)より、少なかった。

#### D.考察

介護保険の下、認知症を含む高齢者の施設利用が進むなかで、介護施設の入所者の介護度も年々高くなっており、介護施設内での死亡は増加している。近年では死亡場所としては病院が多いが、病院では入院期間の短縮が進み、また、病院での死を望まない人も増えてきている。必然的に施設での死亡の頻度も増え、施設内での看取りについて様々な意見が述べられ、実態調査も行なわれている。

平成14年の特別養護老人ホーム(特養)での終末期に関する調査によると、特養退所者のうち、施設内での死亡者は全体の28.6%であった。平成19年の全国老人保健施設協会による調査では、41%の老人保健施設で看取りが行なわれており、GH協会の調査では、GHでも27.8%が看取りを経験している。

施設内での看取りは、本人と家族、介護スタッフと医療スタッフがそれぞれの立場の役割を果たしながら共同して行な

うものである。とりわけ認知症の人の場合は本人の意思が十分に示されないことが多いので、関係者間の意思の疎通と緊密な協力体制が必要である。平成18年の介護保険法改正に伴い、特養に重度化対応加算と看取り介護加算が、GHには医療連携体制加算が新設された。これらは、看取りを含めた介護と医療の協力関係を、介護保険の施策の面からも促されたものといえる。

本研究では、とくに医療の立場からの看取りに焦点を当てるために、医療法人に所属するGHの医療スタッフ(医師あるいは看護師)を調査の対象にした。

今回のアンケートは、1,535ヶ所のGHに依頼し、848施設から回答を得た。回収率は55.2%で、この種のアンケートとしてはかなり高率であり、看取りについての関心の高さを裏付けている。

医療法人が有するGHの施設数は59.8%が1施設のみであった。入所時の主治医の選択については、「利用者と家族の希望に従う」が多いものの、入所以前的主治医よりも設立法人の医師が主治医になるほうが多かった。急変時のマニュアルは多くのGH(80.3%)で作られており、急変時には主治医に連絡する53.8%、状況に応じて主治医、協力医療機関のいずれかに連絡する41.7%、協力医療機関に連絡する36.7%などと、医師との連携の形はかなり整備されていた。

GH内での看取りに関しては、協力するとの答えが51.1%で、条件により協力するを加えると約92%が前向きな回答であった。協力すると答えた人の多く(70%)が、GHでの看取りは望ましいことだと

思っているという積極的な姿勢であった。条件により協力するとの答えでその条件については、原則として協力するが状況に応じた判断は医師に任せる71.3%が最も多く、医師の役割が重要視されていた。一方、協力しないという答えの理由では、GHでは最後まで医療が十分にできないという理由が最も多く、看取りに関しては医療の責任が大きいという医療スタッフとしての気持が表れていた。

これまでに看取りを経験したGHは、全体の1/3強の38.0%とまだ少数であったが、前述のGH協会の調査よりは若干上回っていた。看取りの回数は2~4回が48.4%と最も多かったが、13施設(4.0%)では10回以上に及んでおり、看取りを実践しているGHでは豊富な経験が蓄積されていると思われる。また、看取りを行うことを文書で示している施設が54.8%あり、まだ経験はないものの看取りに対して積極的に関わろうとしている姿勢が示された。

これまでに経験した看取りについての印象では、よい結果だった64.3%、よい結果ではなかった3.7%で、概ね肯定的な評価であった。よい結果であったという答えの内容では、家族にとってよかった(79.8%)がほとんどで、GHでの看取りが家族に受け入れられつつあることを示している。よくなかった結果の内容では、無記入が多かったが、介護スタッフの疲労が大きかった(21.7%)が、医療スタッフの疲労が大きかった(7.5%)の約3倍であった。アンケートに答えた医療スタッフは自分たちよりも介護スタッフの苦勞が大きいと感じており、他職種への配

慮がうかがわれた。

認知症の人の看取りについて全般的な考えを複数回答で問うた質問で、「看取りの場所については、本人あるいは家族の希望を最優先すべきだ」が67.3%と多かったが、「病院での看取りを減らしたほうがよい」が5.0%と少なかったのは意外であった。また条件を整備して、GHでもっと看取りができるようにすべきだとの意見も37.4%と比較的少数であった。

GHが所属する医療法人の入院施設の有無により、看取りへの協力、看取りの経験、看取りについての考えなどに差があるかを検討したところ、入院施設があるGHでは、看取りに協力するが55.4%、協力しないが3.8%、入院施設がないGHでは、「看取りに協力する」が49.2%、「協力しない」が9.5%であり、入院施設がある法人のGHで「協力する」との回答がより多かった( $p=0.003$ ;  $\chi^2$ 検定)。また、看取りの経験については、入院施設があるGHで、経験がある50.8%、ない47.7%で、入院施設がないGHでは、経験がある32.5%、ない66.3%であり、これも入院施設のある法人のGHでの「経験あり」の回答が多かった( $p=0.001$ )。入院施設があるGHでは、看取りに際して不測の事態が生じて入院治療が出来るというゆとりがあることから、看取りの実績も大きいと推測された。一方、「認知症の人の看取りについての考え」についての両群間の比較では、入院施設があるGHで「看取りは自宅でできるようにすべきだ」(10.4%)が、「看取りは病院のほうがよい」(6.5%)よりも多いのに対して、入院施設がないGHでは、逆に「看取りは

病院のほうがよい」(13.6%)が、「看取りは自宅でできるように努力すべきだ」

(7.7%)よりも多かった( $p=0.004$ )。

また、「条件を整備してGHでもっと看取りができるようにすべきだ」という意見は、入院施設がないGHよりも入院施設があるGHの方が多かった。

全体的にみると、「本人あるいは家族の希望があれば、自分のGHでの看取りに前向きに協力したい」という気持ちはあるものの、現実的には法人内の入院施設の有無にかかわらず、自分の施設以外での看取りのほうがよいという意見が多い傾向がみられ、理念と現実の乖離が示唆された。とくに入院施設のないGHでは看取りの難しさをより強く感じているという印象を受ける。おそらく主な理由は、今回の調査でみられたように、看取りには医療の関わりが大きいので、現状では介護スタッフの負担が大き過ぎるという点が、医療スタッフが持つ印象であろう。

しかしながら、こうした現状の中にあっても、「家族が安心して看取りができるように、医療や介護のシステムを整備すべきだ」という考えをGHの医療スタッフの71%が持っていることは、認知症の人の看取りについて今後の大きな進展の可能性を感じさせる。

認知症の人の看取りについての今回のアンケート調査は、医療法人に所属するGHの医療スタッフを対象に行ったものである。今後、社会福祉法人に所属するGHの介護スタッフに対して、同様の調査を行うことにより、看取りに対する両職種の共通点と相違点が明らかになり、両者の相互理解に役立つものになると考

えている。

## E. 結論

認知症の人の看取りについて、医療法人に属するGHの医療スタッフに対して、これまでの看取りの経験や意見をアンケートによって調査した。これまでの経験では、看取りは家族にとってよかったとの評価が多いものの、介護スタッフの負担が大きいと感じられており、現状での難しさが示された。一方、「家族が安心して看取りができるように医療や介護のシステムを整備すべきだ」との意見が多く、これからの進展の可能性を示していた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 小長谷陽子、藤井滋樹. 認知症介護職員の教育について—認知症介護研究・研修センターの役割—日本医事新報. 4386: 81-84, 2008

2) 小長谷陽子、藤井滋樹. 認知症介護指導者の教育に関する意識調査—アンケートから見えたこと. 認知症介護. 9(3): 112-119, 2008

3) 森明子、小長谷陽子、鈴木亮子、大嶋光子. 若年認知症のニーズについて—インタビュー調査から—愛知作業療法.

16 : 49-51, 2008

4) 鈴木亮子、小長谷陽子. グループホーム入所の認知症 (アルツハイマー病)

高齢者に対する個人回想法の試み. 日本認知症ケア学会誌. 7 (1) : 70-84, 2008

5) 小長谷陽子、渡邊智之、鷺見幸彦、太田壽城. 新しい認知機能検査、TICS-J

の開発. 日本医事新報 4408 : 72-76, 2008

6) 小長谷陽子、渡邊智之、高田和子、太田壽城. 新しい認知機能検査、TICS-J

による地域在住高齢者のスクリーニング. 日本老年医学会雑誌 45 (5) : 532-538, 2008

7) 小長谷陽子、渡邊智之、太田壽城、高田和子. 地域在住高齢者の Quality of Life (QOL) と認知機能の関連性. 日本老年医学会雑誌 46 (2) : 2009 (印刷中)

## 2. 学会発表

1) 森明子、小長谷陽子、相原喜子、鈴木亮子、服部英幸. 短期前向き調査による高齢者通所リハビリテーション利用者のうつの実態と経過うつ. 第 16 回愛知県作業療法学会平成 20 年 4 月 20 日 名古屋

2) 森明子、小長谷陽子、鈴木亮子、大嶋

光子、田中千枝子. 若年認知症のケアニーズに関するインタビュー調査を実施して. 第 16 回愛知県作業療法学会. 平成 20 年 4 月 20 日 名古屋

3) 森 明子、小長谷陽子、相原喜子、鈴木亮子、服部英幸、菊池利衣子、井上豊子、川村陽一. 通所サービスにおける高齢者のうつ状態と介入の効果. 第 23 回日本老年精神医学会 平成 20 年 6 月 27 日 ~28 日 神戸 老年精神医学雑誌, 19 : 196, 2008.

4) 小長谷陽子、渡邊智之、柳務、太田壽城. 新しい認知機能検査、TICS-J による地域在住高齢者のスクリーニング. 第 49 回日本神経学会総会. 2008.5.15~17. 横浜

5) 山下真理子、小長谷陽子. 若年認知症の診断と治療の現状および課題. 第 49 回日本神経学会総会. 2008.5.15~17. 横浜

6) 沖田裕子、杉原久仁子、平井美穂、住田淳子、竹内さをり、中西誠司、小長谷陽子. 若年認知症の人と家族のための社会資源開発—社会参加の場作りの必要性と課題. 第 9 回日本認知症ケア学会. 2008.9.26~28. 高松

7) 鈴木亮子、小長谷陽子、森明子. 家族という視点からみた若年認知症に関する課題—若年認知症の人と家族へのインタビュー調査から— 第 9 回日本認知症ケア学会. 2008.9.26~28. 高松

8) 中西誠司、沖田裕子、杉原久仁子、小長谷陽子. 若年認知症の人と家族のための社会資源開発—パソコン倶楽部の取り組みとその成果および課題—第 9 回日本認知症ケア学会. 2008.9.26~28. 高松