

表-8 運動活動量と栄養量(シーアルパ錠数)
反応関係の検討

群	身体活動量 (2001年度をベース)	N	平均	SD	最小値	中央値	最大値
運動群	2004年	5	0.97	0.123	0.79	0.97	1.10
	2005年	5	1.07	0.075	0.97	1.09	1.16
運動+栄養群	2004年	153	0.96	0.156	0.37	1.00	1.24
	2005年	163	1.09	0.093	0.75	1.09	1.30

※2001年度の活動量が欠測の被験者(n=71)除く

群	シーアルパ錠 数	N	平均	SD	最小値	中央値	最大値
栄養群	2003年~2004	55	812.67	927.639	0	0.0	2190
	2004年~2005	55	646.65	979.406	0	0.0	2190
運動+栄養群	2003年~2004	248	1111.92	890.995	0	1647.0	2190
	2004年~2005	248	1113.24	1008.460	0	1582.5	2202

表-9 認知症発症への影響

パラメータ	オッズ比	95%信頼区間		
運動あり	1.168	0.142	9.633	
サブリあり	2.112	0.393	11.336	
運動+サブリ	3.178	1.184	8.529	
教育歴	<=8yr	0.803	0.152	4.24
	9yr-12yr	0.894	0.175	4.553
喫煙無	1.206	0.526	2.761	
飲酒無	1.483	0.64	3.433	
NSAIDs無	2.859	0.587	13.936	
昼寝無	1.244	0.66	2.345	
ApoE遺伝子 vs 44	22,23,33	0.108	0.025	0.475
	24, 34	0.254	0.055	1.175
女性vs男	0	0.327	0.142	0.752
CVD	0	0.527	0.163	1.705
GDS		1.112	1.002	1.234
年齢		1.011	0.955	1.07
2001年度 5cog	注意得点	0.979	0.918	1.044
	記憶得点	0.872	0.787	0.967
	視空間得	0.974	0.804	1.18
	言語得点	0.868	0.779	0.968
	類似得点	0.873	0.77	0.99

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」

分担研究報告書

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
—社会福祉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（社会医療法人杏嶺会尾西記念病院）

研究要旨：認知症を含む高齢者の増加とともに、介護保険を利用する人も増加している。介護施設で死亡する人の割合は今後ますます多くなると推測される。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。昨年度、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。今年度は社会福祉法人に所属するグループホームの介護職スタッフに対して、同様のアンケート調査を行って結果を比較した。

A. 研究目的

認知症の人の看取りにおいては、一般の高齢者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、介護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 で検索した社会福祉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。

アンケートの内容は、GHの施設数、協力医療機関や主治医について、急変時の対応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 18 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 21 年 8 月現在の全国の GH 数は 10,078 であった。このうち今回の対象とした社会福祉法人に所属する GH は 2,022 施設であった。同じ社会福祉法人が複数の 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 2,022、宛先不明で返送されたのは 2、回収は 1,204、回収率 59.6% であった。都道府県別の回収率は、最も高い新潟県が 82.7% で、以下沖縄県 81.3%、滋賀県 78.6%、であり、最も低いのは長崎県 34.3% であった。

所属する社会福祉法人の GH 施設数は、1 施設が 756 (62.8%)、2～4 施設が 369 (30.6%)、5～9 施設が 60 (5.0%)、10 施設以上は 13 (1.1%)、無記入が 6 (0.5%) であった (図 1)。利用者の診療については、協力医療機関の医師が定期的に来所している 706 (58.6%)、医師の定期的来所はない 486 (40.4%)、無記入が 12 (1.0%) であった

(図 2)。GHの協力病院は医院（あるいは診療所、クリニック）529（43.9%）、病院321（26.7%）、医院と病院の両方がある341（28.3%）、無記入13（1.1%）であった（図3）。

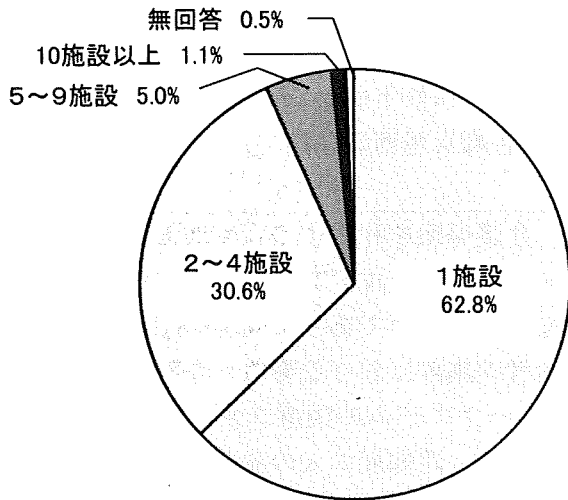


図1. グループホーム施設数 (N=1204)

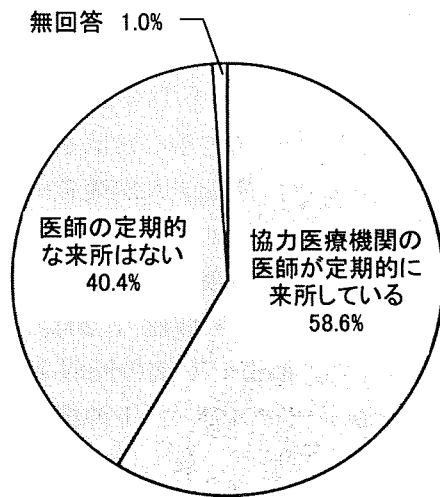


図2. 利用者の診療について (N=1204)

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820（68.1%）、入所以前の主治医に依頼している489（40.6%）、原則としてGHの協力医療機関の医師が主治医

になり、専門外の疾患の場合は他の医師に依頼する437（36.3%）、その他32（2.7%）、無記入3（0.2%）であった（図4）。

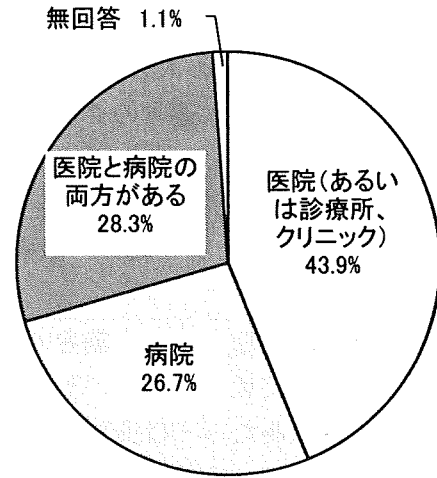


図3. 協力医療機関のタイプ (N=1204)

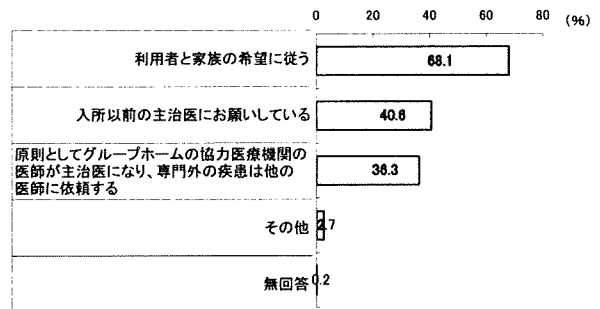


図4. 主治医のいる利用者の診療について (N=1204)

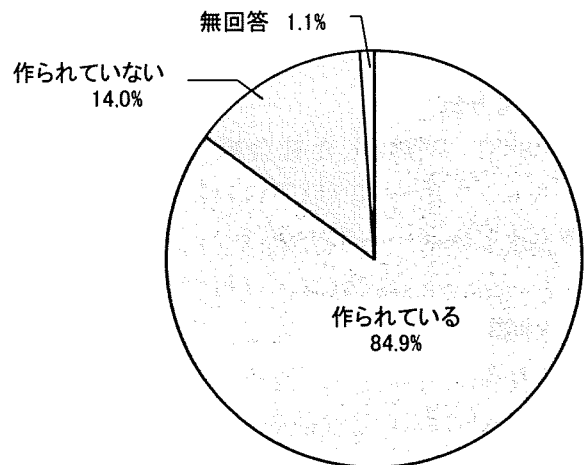


図5. 急変時のマニュアル作成の有無 (N=1204)

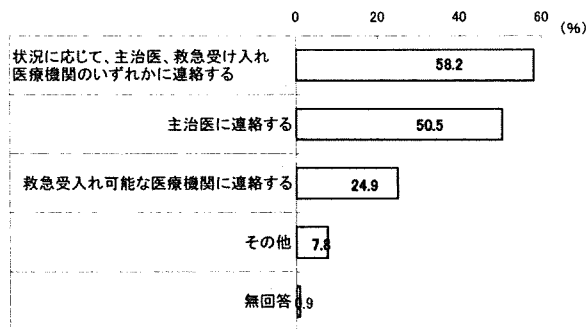


図 6. 急変時の医師への連絡について (N=1204)

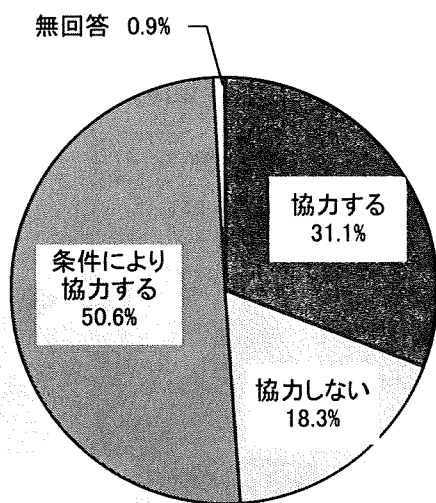


図 7. 「看取り」に協力の有無 (N=1204)

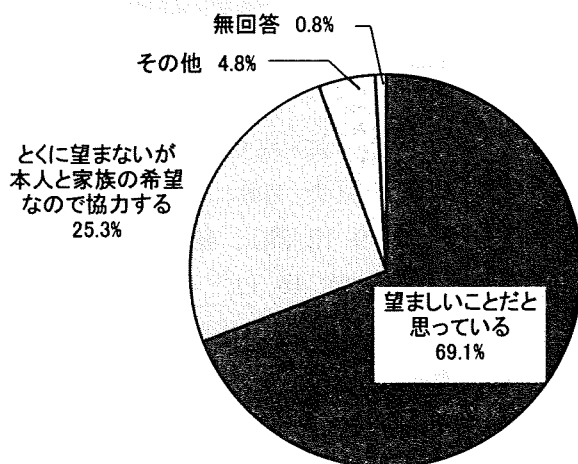


図 8. 「看取り」に協力する方の意見 (N=375)

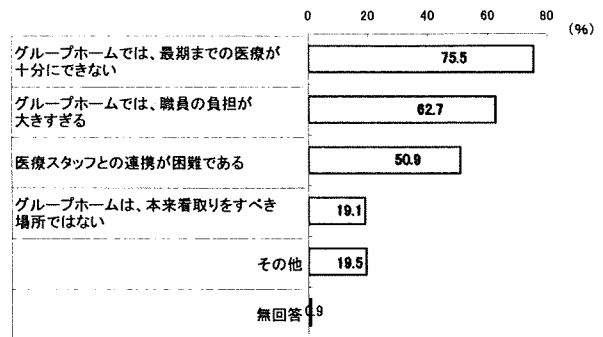


図 9. 「看取り」に協力しない理由 (N=220)

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 1,022 (84.9%)、作られていない 169 (14.0%)、無記入 13 (1.1%) であった (図 5)。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 608 (50.5%)、救急受け入れ可能な医療機関に連絡する 300 (24.9%)、状況に応じて主治医、救急受け入れ可能な医療機関のいずれかに連絡する 701 (58.2%)、その他 94 (7.8%)、無記入 11 (0.9%) であった (図 6)。

本人あるいは家族がGHでの看取りを希望した場合、それに協力しますかとの問いに対して、協力する 375 (31.1%)、協力しない 220 (18.3%)、条件により協力する 609 (50.6%)、無記入 11 (0.9%) であった (図 7)。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 259 (69.1%)、とくに望まないが本人と家族の希望なので協力する 95 (25.3%)、その他 18 (4.8%)、無記入 3 (0.8%) であった (図 8)。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 166 (75.5%)、GHでは職員の負担が大きすぎる 138 (62.7%)、医療スタッフとの連携が困難である 112 (50.9%)、GHは本来看取りをすべき場所ではない 42 (19.1%)、その他 43 (19.5%)、無記入 2 (0.9%) であった (図 9)。条件により協力するとの答えで、どのような条件 (複数回答) かについては、原則として

協力するが状況に応じた判断は医療スタッフに任せる 231 (37.9%)、看取りに対するGH内の態勢に納得できれば応じる 440 (72.2%)、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 365 (59.9%)、主疾病がある場合はその主治医に任せ、それ以外は応じる 93 (15.3%)、その他 97 (15.9%)、無記入 1 (0.2%) であった (図 10)。

これまでにGHでの看取りに直接関わったことがありますかの問いに対して、経験がある 362 (30.1%)、ない 825 (68.5%)、無記入 17 (1.4%) であった (図 11)。経験ありの群では、その回数は 1 回が 170 (47.0%)、2~4 回が 158 (43.6%)、5~9 回が 22 (6.1%)、10 回以上は 8 (2.2%)、無記入 4 (1.1%) であった (図 12)。

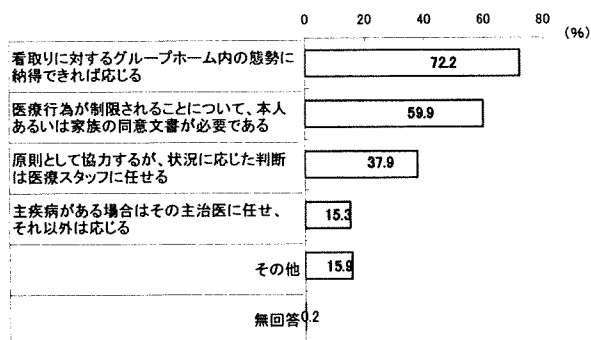


図 10. 「看取り」に協力する条件 (N=609)

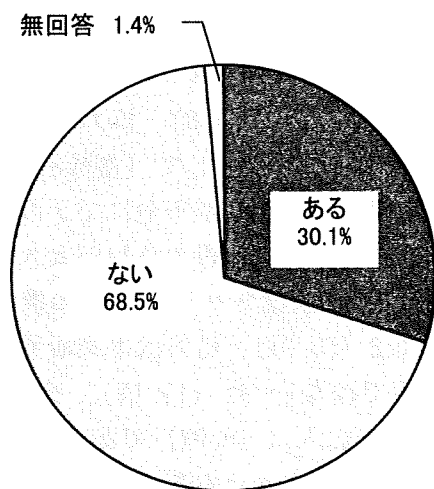


図 11. 「看取り」に関わった経験の有無 (N=1204)

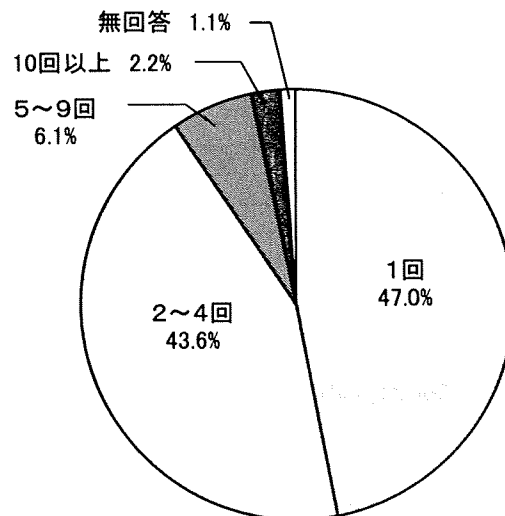


図 12. 「看取り」経験回数 (N=362)

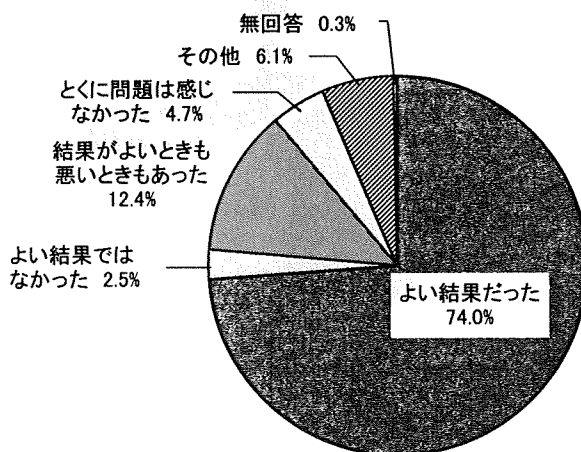


図 13. 「看取り」の全体的な印象 (N=362)

これまでの看取りについての全体的な印象では、良い結果だった 268 (74.0%)、良い結果ではなかった 9 (2.5%)、結果が良いときも悪いときもあった 45 (12.4%)、とくに問題を感じなかった 17 (4.7%)、その他 22 (6.1%)、無記入 1 (0.3%) であり (図 13)、良い結果の内容は複数回答で、家族にとってよかった 302 (83.4%)、介護スタッフにとってよかった 236 (65.2%)、医療スタッフにとってよかった 41 (11.3%)、その他 39 (10.8%)、無記入 44 (12.2%) であった (図 14)。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 68

(18.8%)、医療スタッフの疲労が大きかった 7 (1.9%)、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 17 (4.7%)、家族が不満を持った 2 (0.6%)、その他 14 (3.9%)、無記入 278 (76.8%) であった (図 15)。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 570 (47.3%)、示していない 601 (49.9%)、無記入 33 (2.7%) であった (図 16)。

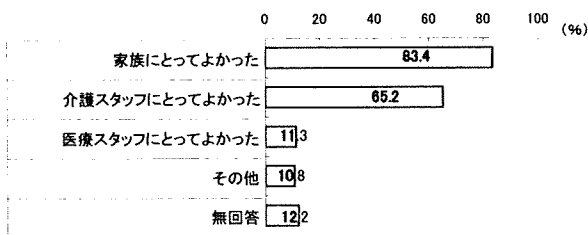


図 14. よい結果の内容 (N=362)

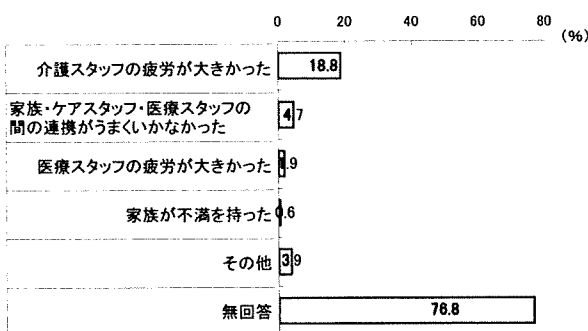


図 15. よくなかった結果の内容 (N=362)

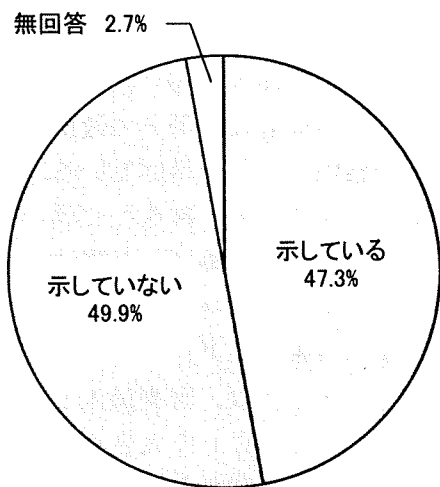


図 16. 「看取り」実施の明示 (N=1204)

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 872 (72.4%)、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 823 (68.4%)、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 430 (35.7%)、看取りの場所については医師が判断することではない 179 (14.9%)、看取りは病院のほうがよい 113 (9.4%)、看取りは自宅でできるように努力すべきだ 102 (8.5%)、病院での看取りは減らしたほうがよい 57 (4.7%)、医師の責任が大きいのので看取りの場所は医師の希望を優先すべきだ 20 (1.7%)、その他 40 (3.3%)、無記入 18 (1.5%) であった (図 17)。

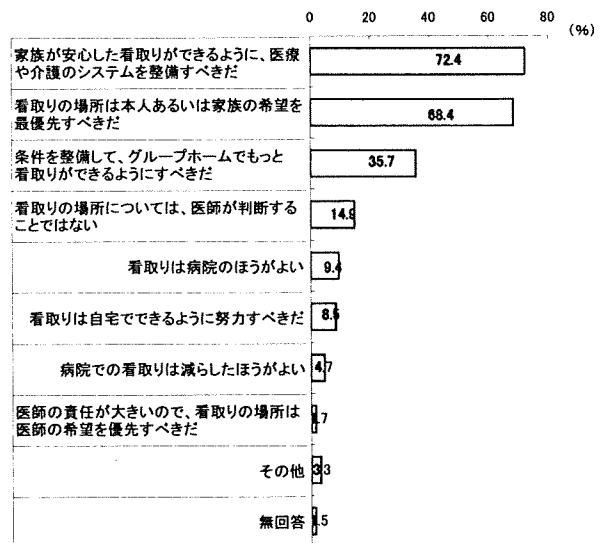


図 17. 認知症の人の看取りについて今後の考え (N=1204)

医師の定期的来所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)。医師が定期的に来所している群では、看取りに協力する 259 (36.7%)、協力しない 96 (13.6%)、条件により協力する 353 (50.0%) で、医師の定期的来所はない群では、協力する 113 (23.3%)、協力しない 120 (24.7%)、条件により協力す

表 1. 医師の定期的来所の有無と看取りへの協力、経験、今後の考えの関係

	医師の定期的来所				p*
	あり		なし		
	実数	%	実数	%	
看取りに協力する	259	36.7	113	23.3	<0.001
協力しない	96	13.6	120	24.7	
看取り経験あり	253	35.8	108	22.2	<0.001
経験なし	449	63.6	365	75.1	
看取りは自宅でする よう努力すべき	58	8.2	43	8.8	0.009
看取りは病院のほう がよい	50	7.1	61	12.6	
条件を整備してGHで 看取りをすべき	261	37.0	166	34.2	

* χ^2 test

る 251 (51.6%) であった。また、医師が定期的に来所している群では、看取りの経験がある 253 (35.8%)、経験がない 449 (63.6%) で、医師の定期的来所はない群では、経験がある 108 (22.2%)、経験がない 365 (75.1%) であった。

医師の定期的来所の有無と看取りへの意見の関連では、定期的に来所している群で、看取りは自宅ですることができるようにすべきだ 58 (8.2%)、看取りは病院のほうが良い 50 (7.1%)、条件を整備してGHでもっと看取りができるように努力すべきだ 261 (37.0%)、定期的来所はない群では、看取りは自宅ですることができるように努力すべきだ 43 (8.8%)、看取りは病院の方がよい 61 (12.6%)、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 166 (34.2%) であった。

D. 考察

近年、高齢者の数は増加の一途をたどっており、これは将来、看取りを必要とする人の数が増えることを意味している。認知症高齢者の数も年ごとに増加しており、その介護者においても、看取りに関わる機会が増えると

予測される。現在では死亡場所としては病院が最多であるが、病院への入院や死亡を減らす傾向があり、自宅やそれに近い場所での看取りを希望する人が多いのも事実である。在宅での看取りと、生活場所として家庭にもっとも近いと考えられるGHでの看取りは、どちらも家族介護者や介護職員と医療職との連携が欠かせないが、GHにおいては職員の教育と経験の集積が必要である。

GHでの看取りにおける問題点として、平成 18 年度「認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業報告書（全国認知症グループホーム協会（2007 3）」では、① 主治医と協力医の連携、② 医療連携体制におけるGHと訪問看護師等との連携、③ 医療的行為の制限の3点を挙げている。

本研究では、昨年度、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、医療法人と並んで、GHを運営する母体として大きな部分を占め、かつ介護保険発足当初から一定の数があった社会福祉法人に所属するGHを対象にアンケ

ートを行った。2,022ヶ所のGHに依頼し、1,204施設から回答を得た。回収率は59.6%で、前回の医療法人より高率であり、看取りについての関心の高さを裏付けている。

社会福祉法人に所属するGHの施設数は62.8%が1施設のみであり、医療法人の場合(59.8%)より若干多かった。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7割近くともっとも多く、入所以前の主治医にも4割以上が依頼しており、GHの協力医療機関と答えたのは36.3%であった。急変時のマニュアルは多くのGH(84.9%)で作られており、医療法人のGHと同程度であった。急変時には主治医に連絡する50.5%、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58.2%、救急受け入れ可能な医療機関に連絡する24.9%などと、医師との連携の形はかなり整備されていた。医療法人のGHに比べ、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が最多であった。

昨年度の調査の医療法人のGHと今回の社会福祉法人のGHのいずれにおいても、基本的には「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」という姿勢であった。しかし、医療との連携という部分に両者間で温度差があるためか、いくつかの項目では解答に違いがみられた。特に本人あるいは家族がGHでの看取りを希望した場合、協力すると答えたのは、医療法人GHでは半数以上であったのに比べ、社会福祉法人のGHでは約30%にとどまった。協力すると答えた人の多く(69.1%)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。いっぽう、協力しないという答えは、前者で7.8%であったが、後者では2倍以上の18.3%であった。この協力しない場合の理由としては、職員の負担が多すぎる、GHは本来看取りをすべき場所ではないという答えが、医療法人のGH

より少ない割合であったが、GHでは最期までの医療が十分にできないとする割合は、医療法人のGHの回答者である医療スタッフと考えとほぼ同程度であった。

また、条件により協力する場合の条件としては、原則として協力するが、状況に応じた判断は医療スタッフ(医師)に任せるという答えが、医療法人GHでの割合(71.3%)に比べて社会福祉法人GHでは低い(37.9%)いっぽうで、看取りに対するGH内の態勢に納得できれば応じるとした割合が比較的高い(72.2%)ことから、介護職員の看取りに対する前向きな姿勢がうかがえる。

しかし、実際に看取りにかかわったGHの割合は医療法人のGH(38.0%)に比べ、社会福祉法人のGHでは少なかった(30.1%)が、GH協会の調査(27.8%)よりは若干上回っていた。看取った回数も1回が半分近くを占め、医療法人GHでは2~4回が最多であったのと比べると、実際の経験がまだ蓄積されていない実態が明らかとなった。それにも関わらず、結果が良かったとする答えは約4分の3と、医療法人のGHより高く、家族や職員の満足度が高いことが分かった。

また、看取りを行うことを文書で示している施設は47.3%であり、医療法人のGH(54.8%)よりは少なかったが、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。

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(18.8%)が、医療スタッフの疲労が大きかった(1.9%)より約10倍多く、介護スタッフの負担が大きいたことが明らかとなった。医療法人GHの医療スタッフも自分たちよりも介護スタッフの苦勞が大きいたと感じていたが、介護スタッフ側から見た自分たちの負担ははるかに大きく、意識の違いがみられた。

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聞いた質問で、「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 68.4%と多く、本人や家族の希望を優先しようとする姿勢がうかがえる。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は 35.7%と比較的少数であった。もっとも多かったのは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 72.4%であったが、これら上位3つの割合は、基本的には医療法人GHの場合と同程度であった。

GHへの医師の定期的な来所の有無と、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、医師の定期的な来所があるGHでは、看取りに協力するが 36.7%、協力しないが 13.6%、定期的な来所がないGHでは、看取りに協力するが 23.3%、協力しないが 24.7%と有意な差がみられた ($p < 0.001$: χ^2 test)。また、看取りの経験については、定期的な来所があるGHで、経験がある 35.8%、ない 63.6%で、定期的な来所がないGHでは、経験がある 22.2%、経験がない 75.1%で有意差がみられた ($p < 0.001$)。医師の定期的な来所があれば、安心感もあり、3分の1以上のGHで看取りの経験があったが、入院施設のある医療法人のGHでの看取りの経験が半数以上であったのに比べるとやや少なかった。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、医師の定期的な来所があるGHで「看取りは自宅でできるようにすべきだ」(8.2%)が、「看取りは病院のほうがよい」(7.1%)よりも多いのに対して、医師の定期的な来所がないGHでは、逆に「看取りは病院のほうがよい」(12.6%)が、「看取りは自宅でできるように努力すべきだ」(8.8%)よりも多かった ($p = 0.009$)。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、医師の定期的な来所がないGHよりも医師の定期的な来所があるGHの方が多かった。

E. 結論

認知症の人の看取りについて、医療法人のGHの医療スタッフ、および社会福祉法人の介護スタッフに対して、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医療スタッフの負担より格段に大きいと感じられていた。これは入院施設や医師の定期的な来所の有無といった、いざという時、医療支援が得られるか否かの影響が大きいと考えられた。また、医療スタッフ、介護スタッフともに、「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」との意見が多いことから、看取りに対する共通の認識と、組織としての態勢の整備が重要であると考えられる。また、認知症介護に関わる職員への、死生観や終末期の医学的理解を含めた看取り教育、看取りにおける医療的行為への関与の方法などが今後の課題となる。

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、渡邊智之. 愛知県における若年認知症の就業、日常生活動作および介護保険利用状況. 厚生省の指標 2010 (印刷中)
- 2) 森 明子、鈴木亮子、小長谷陽子、大嶋光子. 若年認知症者と家族の語りの質的分析. 作業療法ジャーナル 2010 (印刷中)
- 3) 小長谷陽子. 電話による認知機能スクリーニング. 特集「軽度認知症をスクリーニングするための神経心理学的検査」老年精神医学雑誌 21(2): 221-227, 2010
- 4) 森 明子、小長谷陽子、鈴木亮子、服部英幸. デイケア利用者におけるうつの実態とデイケアの効果. 日本医事新報 4472:93-

96, 2010

- 5) 小長谷陽子、柳 務. 企業（事業所）における若年認知症の実態 —愛知県医師会認定産業医へのアンケート調査から— 日本医事新報 4456: 56-60, 2009
- 6) 小長谷陽子、渡邊智之、小長谷正明. 若年認知症の行動と心理症状（BPSD）の検討 —愛知県における調査から— 神経内科、71(3): 313-319; 2009
- 7) 渡邊智之、藤掛和広、鈴木亮子、小長谷陽子、尾之内直美、柴山漠人. 介護家族から見た認知症高齢者の自動車運転の実態調査. 日本医事新報 4443: 89-93; 2009
- 8) 小長谷陽子、渡邊智之、小長谷正明. 若年認知症の発症年齢、原因疾患および有病率の検討 —愛知県における調査から— 臨床神経 49(6): 335-341; 2009
- 9) 小長谷陽子. 認知症医療の最新知見. 特集: 認知症を正しくアセスメントする. 臨床看護 35(7): 978-988; 2009
- 10) 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(3): 160-167; 2009
- 11) 渡邊浩文、今井幸充、鈴木貴子、佐藤美和子、浅野弘毅、五十嵐禎人、小長谷陽子、長田久雄、荻原正子、橋本泰子、本間 昭、六角遼子. 認知症の人への居宅サービス計画の説明の実施に関する現状と課題. 老年精神医学雑誌 20(3): 325-334; 2009

2. 学会発表

- 1) 小長谷陽子、渡邊智之、柳 務. 愛知県の若年認知症実態調査. 第 50 回日本神経学会総会 2009.5. 20-22 仙台
- 2) 川合圭成、小長谷陽子ほか. アルツハイマー型認知症患者の QOL とコミュニケーション能力変化の関連～縦断研究～ 第 50 回日本神経学会総会 2009.5. 20-22 仙台
- 3) 伊藤安海、木平 真、大野尚則、小長谷陽子、根本哲也、山中 真、柳井修一、松浦弘幸. 危険な高齢ドライバー早期発見手法の検討. 社団法人 自動車技術会春季大会. 横浜、2009.5. 20-22
- 4) 渡邊智之、宮尾克、小長谷陽子. 映像記録型ドライブレコーダーを用いた認知症患者の日常運転特性の検討. 第 68 回日本公衆衛生学会総会. 2009 10. 21-23 奈良
- 5) 種田行男、加納政芳、小長谷陽子. 会話型ロボットを用いた高齢者の認知機能維持改善のための学習支援プログラムの開発. 第 68 回日本公衆衛生学会総会. 2009 10. 21-23 奈良
- 6) 渡邊智之、小長谷陽子、柳 努、向井希宏、柴山漠人. ドライブレコーダーを用いた認知症の人の日常運転特性の検討. 第 10 回日本認知症ケア学会. 2009.10.30-11.1. 東京
- 7) 伊藤篤史、尾之内直美、神谷明美、鈴木亮子、森明子、高見雅代、朝熊清花、小長谷陽子、杉原直樹. 若年認知症の人と家族の居場所づくりの試み（その 1） 第 10 回日本認知症ケア学会. 2009.10.30-11.1. 東京
- 8) 神谷明美、尾之内直美、伊藤篤史、鈴木亮子、森明子、高見雅代、朝熊清花、小長谷陽子、杉原直樹. 若年認知症の人と家族の居場所づくりの試み（その 2）. 第 10 回日本認知症ケア学会. 2009.10.30-11.1. 東京
- 9) 高見雅代、小長谷陽子、森明子、鈴木亮子、渡邊智之、朝熊清花. 若年認知症に対する行政職と精神保健福祉士の関わりと意識. 第 10 回日本認知症ケア学会. 2009.10.30-11.1. 東京
- 10) 住田淳子、竹内さをり、沖田裕子、平井美穂、杉原久仁子、小長谷陽子. 認知症の本人交流を促す対応とその効果—弱年認知症の人のためのネットワークを通して— 第 10 回日本認知症ケア学会. 2009.10.30-11.1. 東京

- 11) 伊藤美智予、鈴木亮子、尾之内直美、旭多貴子、小長谷陽子. 認知症の人と家族を地域で支えるプログラム開発 その 1. 第 10 回日本認知症ケア学会. 2009. 10. 30-11. 1. 東京
- 12) 鈴木亮子、伊藤美智予、尾之内直美、旭多貴子、小長谷陽子. 認知症の人と家族を地域で支えるプログラム開発 その 2. 第 10

回日本認知症ケア学会. 2009. 10. 30-11. 1. 東京

- 13) 旭多貴子、鈴木亮子、伊藤美智予、尾之内直美、小長谷陽子. 認知症の人と家族を地域で支えるプログラム開発 その 3. 第 10 回日本認知症ケア学会. 2009. 10. 30-11. 1. 東京

分担研究報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

分担研究者 荒井 啓行 東北大学加齢医学研究所 老年医学研究分野 教授

研究要旨：生活習慣病と認知症(特にアルツハイマー病：AD)との関連について調査、研究をおこなった。近年、脂肪細胞から分泌されるアディポサイトカインと各種疾患との関連が注目されている。本研究においては最も代表的なアディポサイトカインであるアディポネクチンに注目して研究を遂行した。健常高齢者、軽度認知機能障害(Mild cognitive impairment：MCI)の血漿中、脳脊髄液中、またMCIの血漿中のアディポネクチンの濃度は健常高齢者のそれより高値を示した。これらの結果より、アディポサイトカインがAD発症および摂食パターンの変化になんらかの関与を有している事が示唆された。

A. 目的

生活習慣病が認知症の発症と進行に何らかの影響を及ぼしていることが示唆されている。本研究では最も代表的なアディポサイトカインの一つであるアディポネクチンに注目し、健常高齢者、MCI、AD群において血漿中、脳脊髄液中のアディポネクチンの濃度を測定した。

B. 研究方法

東北大学病院老年科の外来を受診した健常高齢者、MCI症例、AD症例を対象に調査を行った。東北大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を得た上で、各症例の血漿、脳脊髄液中のアディポネクチン濃度をELISA法を用いて定量した。

C. 研究結果

全ての症例から得られたアディポネクチン濃度は、血漿中、脳脊髄液中で比較したところ、有意な相関が認められた。これは、血中と脳脊髄液中のアディポネクチンのある程度の交通を示唆した。

一方、健常高齢者、MCI、AD群での血漿および脳脊髄液中のアディポネクチンを比較したところ、MCI、AD群の血漿中アディポネクチンは健常高齢者群に比し有意に高く、MCI群の脳脊髄液中のアディポネクチンは健常高齢者群に比し有意に高かった。

D. 考察

これまで生活習慣病と認知症との関連については度々報告されている。認知症の発症に相前後して摂食のパターンが変化することはよく報告されている。また高脂血症が脳血管性認知症のみならず、ADの発症リスクになるとの報告もある。今回の我々の研究ではMCI、ADの血中、脳脊髄液中においてアディポネクチンが高い傾向を示した。このことはアディポネクチンがAD発症になんらかの影響をおよぼしていることを示唆した。さらに認知症における摂食の変化にこのアディポサイトカインがなんらかの関与を有している事が示唆された。

E. 結 論

生活習慣病を合併した認知症患者は数限りなく存在すると言っても過言ではない。認知症診療に携わる際に生活習慣病の診断、治療も要求されることにはしばしば遭遇する。ADの根本治療薬が存在しない現在において、いかに生活習慣病を制御しADの発症、進行を抑制することが可能であれば、患者のみならず社会においても非常に有益であると考えられる。

G. 研究業績

発表論文

Furuakwa K. et al. Amyloid PET in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease with BF-227: comparison to FDG-PET. J Neurol. 2009

Arai H. et al. Pathobiology of Alzheimer's

disease and biomarker development. Nippon Yakurigaku Zasshi. 2010; 135:3-7.

学会発表

1. Une et al. Leptin and adiponectin in serum, plasma and CSF from Alzheimer's patients and normal controls. International Conference on Alzheimer's disease. July 2008 Vienna Austria.

2. Furuakwa K. et al. PET imaging for mild cognitive impairment with FDG and beta-amyloid tracer, 11C-BF-227. International Conference on Alzheimer's disease. July 2008 Vienna Austria.

H. 知的財産

なし

厚生労働科学研究費補助金

分担研究報告書

周辺症状と介護負担の評価と介入

(H19-認知症 - 一般 - 023)

分担研究者 鳥羽 研二 杏林大学医学部高齢医学

背景

厚生労働省の要介護者多数例の検討では、認知症の合併率は半数にあり、問題行動の中で、昼夜逆転、介護抵抗などが15%以上に認められる。認知症の臨床的問題の中で解決が困難である要素には、認知症の進展に伴う周辺症状と家族の介護負担が指摘できる。認知症のケアの重点的開発領域も周辺症状に対する個別のアプローチであるが、従来の研究で、周辺症状の内容と家族の介護負担の関係を定量的に検討した研究は少ない。

さらに、介入研究においても、周辺症状の改善に関しては研究は進んでいるが、介護負担の軽減をアアウトカムにした研究は見当たらない。

目的

介護負担に及ぼす要素は周辺症状とADLの低下がある。周辺症状を緩和しADLに悪影響がないことが示されている「抑肝散」の投与により、介護負担が軽減されるかどうか検討する。

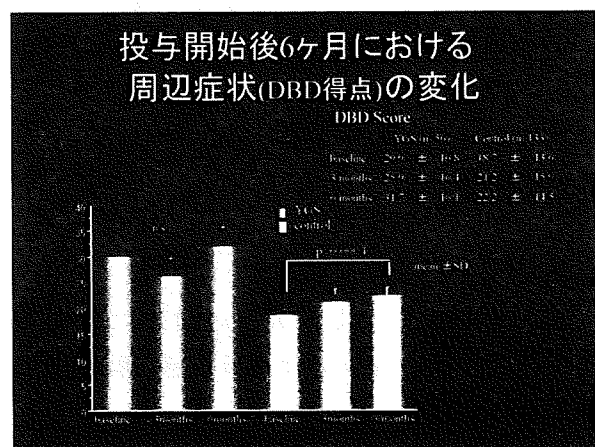
方法

対象は、杏林大学もの忘れセンターにおいて認知症と診断され抑肝散を内服中の74例(男性33名、女性41名、平均年齢80.0±6.2歳)。対照群としてもの忘れセンターにおいて認知症の治療を受け初診時、3ヶ月、6ヶ月ごとに問題行動の評価が実施できた162

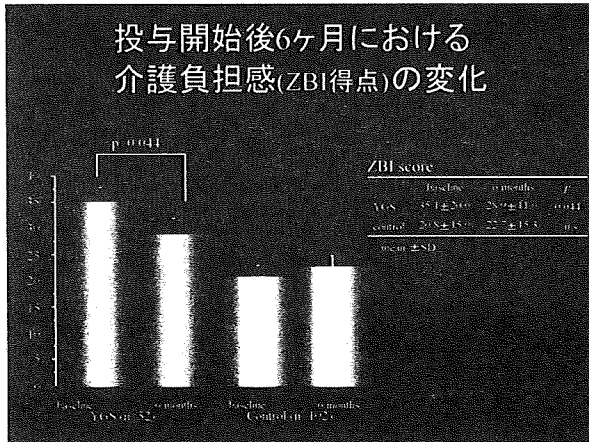
名(男性62名、女性100名、平均年齢78.1±7.0歳)。服用開始前、3ヶ月後、6ヶ月後に周辺症状をDementia Behavior Disturbance Scale (DBD)、家族の介護負担感をZarit Burden Interview 日本語版をもちいて評価した。いずれの症例においても抑肝散服用に際し本人および家族に対し治療の利益、不利益についての説明を行い、また文書において研究参加についての同意を得た。

結果

抑肝散投与例では投与開始前と6ヶ月後の評価においてDBDの得点に有意差を認めなかった。対照群は初診時に比し6ヶ月後では有意にDBDの得点が上昇した(p=0.0004)。



家族の介護負担感については、投与群は35.1点から28.98点と有意の低下を認めた(p=0.044)のに比し対照群は不変で、平均値は20.8から22.7に増加した。



考案

認知症に伴う心理・行動学的諸症状(BPSD)はADL、QOLを低下させ、家族の介護負担感にも最も大きな影響を与えている。抑肝散はBPSDの治療に有用であるといわれており、Iwasaki (2005)らは4週間投与前後でADLと問題行動が改善したと報告している。我々の介護負担の縦断研究では、MMSEが保持されても、経時的悪化が認められており、介護負担は蓄積悪化する可能性がある。同時に多変量解析では、周辺症状の悪化や、生活自立(手段的ADL)の低下が介護負担を悪化させており、これらに有効な薬剤の介入によって、介護負担の少なくとも悪化が阻止される可能性が考えられる。今回の結果で、介護負担の有意な軽減が認められ、認知症医療において、患者だけでなく家族を守り、地域で支える手助けになる可能性が示唆された。

結論

抑肝散の6ヶ月以上の投与においても問題行動悪化予防、家族の介護負担感の軽減に効果が認められた。

研究業績

1) 鳥羽研二：地域医療を見据えたもの忘れセンターの取り組み。日本老年医学会雑誌 46(3)：200-202, 2009.

2) 鳥羽研二、守屋佑貴子、中居龍平、岩田安希子、小林義雄、園原和樹、長谷川浩、神崎恒一：アルツハイマー型認知症の意欲の低下に対するコリンエステラーゼ阻害薬の効果。日本老年医学会雑誌 46(3)：269-270, 2009.

3) 秋下雅弘、荒井啓行、荒井秀典、稲松孝思、葛谷雅文、鈴木裕介、寺本信嗣、水上勝義、森本茂人、鳥羽研二：老年病専門医の副作用経験と処方態度に関するNHKとの共同アンケート調査(高齢者薬物療法のガイドライン作成のためのワーキンググループ委員会報告)。日本老年医学会雑誌 46(3)：271-274, 2009.

4) 鳥羽研二：序文：老年医学の象徴的症候群として「転倒」をとらえる。Geriat.Med 47(6)：683, 2009.

5) 鳥羽研二、神崎恒一、長谷川浩、岩田安希子、中居龍平：運動は転倒予防に有効か。Geriat.Med 47(6)：743-746, 2009.

6) 清水昌彦、長谷川浩、鳥羽研二：姿勢と転倒。Geriat.Med 47(6)：759-760, 2009.

7) Reiko Kikuchi, Koichi Kozaki, Akiko Iwata, Hiroshi Hasegawa and Kenji Toba : Evaluation of risk of falls in patients at a memory impairment outpatient clinic. Geriatr Gerontol Int : 298-303, 2009.

8) Kenji TOBA, Reiko KIKUCHI, Akiko IWATA, Koichi KOZAKI : "Fall Risk Index" Helps Clinicians Identify High-risk Individuals. JMAJ 52(4) : 237-242, 2009.

9) 鳥羽研二：高齢者の排尿障害：専門医との連携はどうあるべきか。Geriat.Med 47(10)：1309-1313, 2009.

10) 鳥羽研二：認知症における精神症状と行動障害。PHYSICANS' THERAPY MANUAL : 1-2, 2009.

11) 鳥羽研二：認知症。治療 92 : 119-121, 2010.

12) 鳥羽研二：高齢診療科における認知症専

- 門外来の役割と問題点—新しい認知症ケア
センターとしての「もの忘れセンター」.
Cognition and Dementia8(1) ; 26~30, 2009.
- 13) 鳥羽研二、長田正史、岩田安希子、須藤
紀子、長谷川浩：老化の臨床—高齢者疾患
の特徴. 画像診断 29(2) ; 124~128, 2009.
- 特許などの申請
なし

1. 地域医療を見据えたもの忘れセンターの取り組み

鳥羽 研二

Key words : 認知症の増加, チーム医療, 医療連携, 家族相談, 非薬物療法

(日老医誌 2009; 46:200-202)

平成18年11月に杏林大学病院に本邦はじめての「もの忘れセンター」が誕生した。このセンターの構想から実現まで3年の歳月を有した。

なぜセンター化する必要があったかについてまず振り返りたい。

杏林大学物忘れ外来からセンターの発足まで

2000年8月からスタートした物忘れ外来は5年半で対象600人に増加し、平均毎週6人の新患を診療していた。

診療ブースは 火曜日(午前午後)5ブース(うち一つが機能評価)

水曜日(午後)2ブース(うち一つが機能評価)

金曜日午前1ブース, 午後3ブース(うち一つが機能評価)

でとくに機能評価ブースが足りないため、診療曜日を増やせず、家族相談室がないため、家族単独での面接が不可能、患者の機能検査の合間に指導するため、大幅に診療時間が延長し、火曜日の新患は午後6時になることもあった。この背景には、認知症性疾患の増加があり、1970年には56万人であった認知症が2002年に120万人を越えてきている。65歳以上の認知症患者の有病率は8%とされ、老人人口から推計すると160万人以上である。診断されていない認知症患者が多く存在する可能性が示唆される。

東京都は特に今後後期高齢者が年間4万人増加し、杏林大学医療圏(人口50万人)においても、老人人口から推計される認知症患者は少なく見積もっても5,000人

以上と考えられるが、受診者は、20%未満であり、潜在的患者は増加する一方である。

認知症症例は、軽いものでは地域の介護予防事業との連携が必要なものから、中等症以上で、デイケアやレスピトケア(ショートステイ)を要するもの、周辺症状が強く精神医療系への紹介が必要な症例まで幅広い。センター化して、精神科、神経内科、高齢医学科の医師が共同で診療にあたることにより、医学面のネットワークを構築するとともに、福祉相談室、行政、医師会と連携するセンターが必然的に必要となってきた。

他の自治体の「認知症ネットワーク」の現状

八王子市で市と医師会が中心となって、かかりつけ医、専門病院(東京医大)、精神病院、療養型施設、介護支援センターをオンラインで結んだ「D-net」が発足した。町田市では同様なネットワークが数年前から稼働している。三鷹市医師会も本年度から、介護予防一次健診で三鷹独自の認知症スクリーニングを盛り込むことが決まった(三鷹健康長寿介護予防ネットワーク)。二次健診(保険診療)として杏林大学、武蔵野日赤、老健太郎物忘れ外来が指定されている。このような背景から3年前に構想を練り、コスト面の計算、教育プログラムなどを整備して発足にこぎ着けた。

通路を含む面積は300m²で、5つの診察室、2つの機能評価・家族相談兼用室、集団運動療法室(家族教室兼用)1部屋、運動機能・脳血流・動脈硬化検査室1部屋、スタッフルームなどからなっている(図1)。

もの忘れセンターの組織は以下の通りである。

センター長(高齢医学科長兼任)

センター外来担当医(再来5名, 新患当番5名)うち精神科1名, 神経内科医1名, 看護師(1名), 臨床心理士(2名), 言語聴覚士(1名), 臨床検査技師(1名), 受付事務員(1名)

How to set up the local dementia care network organized by the center for comprehensive care on memory disorders in Kyorin University Hospital

Kenji Toba : 杏林大学病院もの忘れセンター(高齢医学)

杏林大学病院「もの忘れセンター」

Center for Comprehensive Care on Memory Disorders,
Kyorin University Hospital

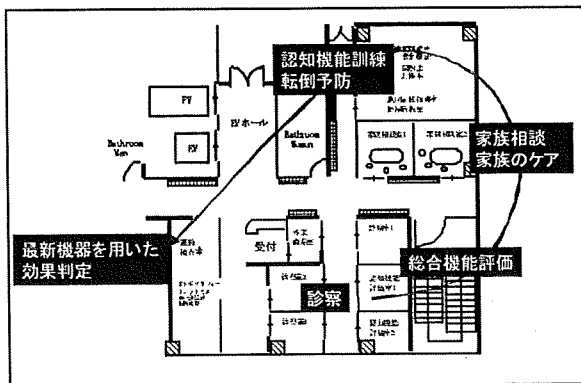


図1 もの忘れセンター平面図

もの忘れセンターの実績

新患患者の増加

週平均6名から、20名近くに増加した。もの忘れ外来から5年間ののべ新患者数は約1,000名であったが、センター開設後は1年間の新患が700名を越える見込みである(図2)。

認知症患者の内訳は、アルツハイマー(混合性含む)が半数で、血管性認知症20%、前頭側頭葉型認知症、レビー小体型認知症は5%程度である。平均のMMSEは20点弱と軽度の症例が多く、MCIが20%以上訪れるのも特徴である。院内紹介に症例の平均MMSEは15点と低く、早期発見には、まず病院内の啓発が重要であることが痛感させられる。

センターの収支は、人件費、減価償却費を入れてほぼ収支のバランスがとれている。

センターの運営

月～金の外来診療と週3日の家族相談を医師、臨床心理士が担当している。

非薬物療法は個人回想法、音楽療法、運動療法をそれぞれ週1日以上行っている。

家族教室を月5回開催し、認知症の意味、診断、予防、治療、介護、非薬物療法について医師、臨床心理士、医療ソーシャルワーカーが分担して教室で教えている。

1回1時間、6家族限定で家族と患者同席で個別の質問にも答えている。月初めに予約をとるがすぐに一杯になる状態である。

診断の新患カンファランスを週1回 火曜日 朝8時～9時に行っているが、20症例をこなすのが時間内に

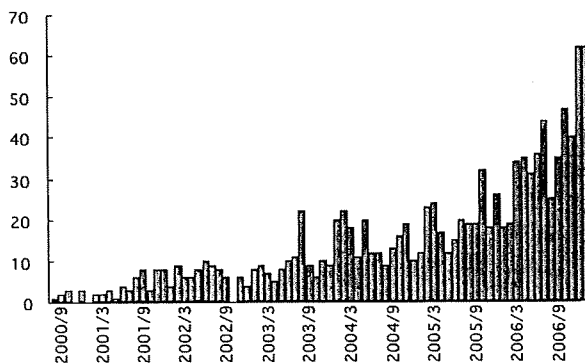


図2 杏林大学病院、もの忘れセンターもの忘れ新患者数(月)

	地域医療機関	もの忘れセンター
診断	早期診断の理解 精査必要性の判断 →	早期診断バッテリー 精神・神経所見 MRI, SPECT, MIBG-Scinti 脳脊髄液タップテスト 診断基準・鑑別診断
治療	一般的生活指導 →	非薬物療法(テーラーメイド) 薬物療法継続 ←
周辺症状	改善・悪化記録 →	定量的測定、治療効果判定 薬物療法 ←
介護	地域ケアネット ←	最適介護環境のアドバイス 意見書 ←
教育		家族教室 コメディカル教育* 医師研修*

図3 認知症地域連携まとめ

困難になってきている。

地域連携

杏林大学病院には、地域連携室(室長 胸部外科呉屋副院長、スタッフ6名)があり、認知症も含めすべての医療連携業務を行っている。

家族指導は、患者の入所を遅らせるエビデンスA(最高)である。地域資源を有効に活用するためにも、緑のダムとしての家庭の保水力が欠かせない。

介護保険未認定が1/3以上であるため、申請、活用方法を医療ソーシャルワーカーが講義し、個別相談を効率よくしている。

医療機関との連携は、中核医療機関である武蔵野日赤と共通の経過報告書の書式を定め、画像所見を含めレポートを紹介医に返し、併診の形態を定めている。

センターの理想は、6カ月に1回の詳細な心理検査のフォロー、年1回以上の画像のフォローアップであるが、認知症に関しては2～3カ月ごとの再診も一般医家から依頼されることが多く、患者数の急増が大きな問題になってきた。

サポート医師による講習会でのアドバイスや、近隣医師会での教育講演を多く行ってきたが、今後がケース会議を開催したり、画像カンファランスへの医師会員の参加を通じ、医療圏医師全体のレベルアップを計ることが課題である。

現在までのセンターの医療連携の模式を図3に示す。

センターでは、本年7月に、三鷹・武蔵野地区認知症医療ケアネットワークを開催し、行政関係者、医師会長、サポート医、MSW、看護師と中核医療機関のもの忘れ外来医師が一同に会して、今後の地域連携の課題を長時間活発に討論した。

上記の教育の課題では、ケアマネージャーやケアワ-

ーカーに対する教育、症例で困ったときのホットラインなど多くの提案がなされた。行政も早期診断での連携を約束し、またケア施設の非薬物療法のデータベース化など今後の医療連携へ役に立つ提案がなされ、可能なものから早速とりかかることになった。

もの忘れセンターは、単なるもの忘れ外来の拡張ではなく、認知症に関わる医療、ケアの複数の視点を見落とさないよう、専門職が一同に会することによって、占有面積の数十倍の効果をもつことが出来そうである。

この意味で、もの忘れセンターは、新しい認知症のケアネットワークの拠点として、全国のモデルになるよう今後も工夫と努力を重ねていきたい。

〈短 報〉

アルツハイマー型認知症の意欲の低下に対するコリンエステラーゼ阻害薬の効果

鳥羽 研二 守屋佑貴子 中居 龍平 岩田安希子
 小林 義雄 園原 和樹 長谷川 浩 神崎 恒一

要 約 目的：アルツハイマー型認知症の意欲の低下に、コリンエステラーゼ阻害薬が有効か検証する。**方法：**患者 23 名に対し塩酸ドネペジル 5 mg を投与、前後に Vitality Index を測定し比較。**結果：**Vitality Index は投与前 7.87 ± 0.25 、投与後 8.74 ± 0.19 と有意な改善がみられた。**結論：**アルツハイマー型認知症の生活の意欲の低下にコリンエステラーゼ阻害薬が有効である可能性が示唆された。

Key words : Vitality Index, donepezil hydrochloride

(日老医誌 2009; 46: 269-270)

認知症の診断基準には、「認知機能障害のため日常生活に支障がある」ことが含まれ、認知症の重症度判定にも、買物や排泄などの自立が含まれている。日常生活機能 (ADL) は意欲の低下と密接な関連があり、意欲の向上は ADL 向上に先行する¹⁾。慢性疾患の療養環境において、意欲の低下は程度の差こそあれ例外なく認められるが、認知症において、意欲の低下は顕著である²⁾。このような環境において、認知機能の低下と意欲の低下は相関する¹⁾。そこで今回、Vitality Index を用い、軽症アルツハイマー型認知症に対し、Cholinesterase 阻害薬である塩酸ドネペジルの効果を検討した。本文中では平均 \pm SEM で表現した。

対象と方法：杏林大学医学部付属病院もの忘れセンター通院患者で、DSM IV によりアルツハイマー型認知症の診断基準を満たし、各種心理検査と MRI 及び ^{99m}Tc -ECD による脳血流 SPECT による除外診断によってアルツハイマー型認知症とカンファランスで診断された患者 23 名 (78.5 ± 1.00 歳) に対し、塩酸ドネペジル 5 mg を投与し、前後で Mini-mental State Examination; MMSE, Geriatric Depression Scale (15 項目): GDS15 及び Vitality Index を測定し比較した。前後の期間は 6 カ月以上で平均 17.4 ± 2.6 月であった。本研究は、

寝たきりプロセス研究の一環として、もの忘れセンターにおける治療効果や経過などをデータを匿名化して研究に利用する同意書を得、杏林大学倫理委員会で承認されている。

結果：塩酸ドネペジル投与前後の MMSE は、 19.3 ± 0.95 及び 20.3 ± 1.07 で改善したものの有意差は認めなかった。投与前後の Vitality Index は 7.87 ± 0.25 及び 8.74 ± 0.19 で有意な ($p = 0.0056$) 上昇が認められた (図 1)。投与前後の GDS15 は 5.13 ± 0.54 及び 4.68 ± 0.69 と改善をみたが有意には至らなかった。

考察：アルツハイマー型認知症の意欲の低下に対する塩酸ドネペジルの効果は 12 週の短期観測では、意欲の向上が報告されているが³⁾、6 カ月以上の長期観察 RCT で Apathy Scale で測定した成績では投与群が意欲が高かったものの有意差を見ていない⁴⁾。今回、日常生活に対する意欲を客観的に測定する Vitality Index を用い、長期効果を検討したところ、有意な意欲の改善を認めた。一方、質問紙法である GDS を用いた高齢者抑鬱尺度の検討では、自覚的抑鬱は有意な改善をみなかった。Apathy Scale は、脳血管障害後の抑鬱、悲哀を質問紙法で自覚所見を測定するのに優れているが、アルツハイマー型認知症の場合初期の抑鬱を認めるケースと病識のない楽観的な場合があることは良く知られている。このようなケースにおいても自発的行動意欲が低下して、日常生活上の「促し」が必要になることがアルツハイマーの重症度にも記載されている。Vitality index は認知症の客観的意欲の測定に優れているため、自発性の低下の感度に優れ、今回の結果を得たものと考え。脳内のアセチルコリン作動性ニューロンは、海馬、視床、帯状回後部

The effect of a cholinesterase inhibitor on the vitality in Alzheimer disease

Kenji Toba, Yukiko Moriya, Ryuhei Nakai, Akiko Iwata, Yoshio Kobayashi, Kazuki Sonohara, Hiroshi Hasegawa, Koichi Kozaki : 杏林大学医学部付属病院もの忘れセンター

受付日: 2008. 12. 18, 採用日: 2009. 3. 18