

動脈硬化を促進するとされる TC ならびに LDL の値の低減と関係していた。また有意差は認められなかったが、善玉コレステロールと呼ばれ、動脈硬化防御的に作用する HDL については、男性で運動した者では、高値になる傾向が認められた。このようなサプリメントと運動のもたらした脂質の変化に関わる動脈硬化への防御的効果が得点の違いに寄与したのかもしれない。

2) 介入対象 317 名と 678 名の対照の比較

介入の結果、運動とサプリメントの介入がなされた者では、非介入者に比較してファイブコグで測定された個々の認知機能において機能低下を抑制し、認知症の発症率がより低くなることが明らかにされた。この結果に至るまでの幾つかのポイントについて考察する。

まず認知機能測定に用いたファイブコグについて、学習効果があることがわかった。従来の介入研究や薬物治療においても、認知機能測定には同じテストが繰り返して用いられることが多かった。それにもかかわらずこれまでこの点を検討した上で介入効果をみたものは極めて少なかった。本研究では、この点を十分に吟味した。そして、その上でも介入効果があることを示した。

次に介入すれば認知機能低下は止められるか？という課題に対しては、介入効果を示唆する結果が得られたものの、2つの方法において個々の結果は異なるものとなった。片方は、運動、栄養ともに効果があるが、両方行っても、更なる改善はないというものである。他方は運動、栄養の単独での介入効果は示されないものの、運動+栄養の介入効果が示された

これに関して、介入効果の解析法はいずれが適切かを考える必要がある。前者の解析はモデルの仮定に強く依存していると考えられる。実際、回帰モデルを少し変更すると大きく結果が変わった。それは、測定時期の群間

でのアンバランスが原因と思われる。後者の解析は単純で解釈が容易であり、測定時期の群間でのアンバランスが問題とならないしたがってこの結果を主たるものとするべきであろう。

3 年後の認知症発症に影響があるかどうかを検討した結果、運動+サプリメントは防御的に働くことがわかった。

従来の認知症の危険因子に関する多くの疫学研究では、運動の習慣は認知症発症に防御的に働きうるとされてきた。ところが本研究では運動単独では効果が認められなかった。また小規模ではあるが、サプリメントによる介入研究もなされている。多くの先行研究では効果を認めていない。われわれの研究でも、サプリメント単独では、有効性は示されなかった。

しかし両者の併用により、有意な効果が示された。これを説明するには様々な考え方があろう。まず単独では弱い効果であっても、組み合わせにより相乗効果が現れた可能性が考えられる。次に、わが国では血管性認知症と Alzheimer 病が認知症の基礎疾患として重要なものである。近年では両者は相互に密接な関係を有していると考えられ、両者を結び付けるものとして脂質やアポリポ蛋白が想定されている。昨年の報告書において、認知機能と脂質、とくに HDLC との関係性を報告している。そして従来の研究ではわれわれが用いたサプリメントが認知機能を改善させる方向に、脂質を動かすことが知られている。運動もまたそのような効果を発揮するといわれる。したがって両者が合わさることで、脂質を介して認知機能を守る効果をもたらしたのではないかと推定される。

なお AD 危険因子として有名な APOE4 と Geriatric Depression Scale でみたくつ症状も促進因子であったことは本研究の妥当性を支持する所見と思われる。

本研究の限界について述べる。何よりも Randomized Control Trial ができていないことである。選択バイアスなど様々なバイアスが入った可能性は否定できない。しかしこれを克服すべく propensity analysis¹ という新たな解析方法を用いて2種類の方法で解析した。また従来は省みられることが少なかった学習効果についても十分に配慮した。したがって介入効果を示す一連の結果についてはかなりの妥当性があると考ええる。

終わりに

3年にわたる運動とサプリメントによる介入により認知症予防の可能性を示唆する結果

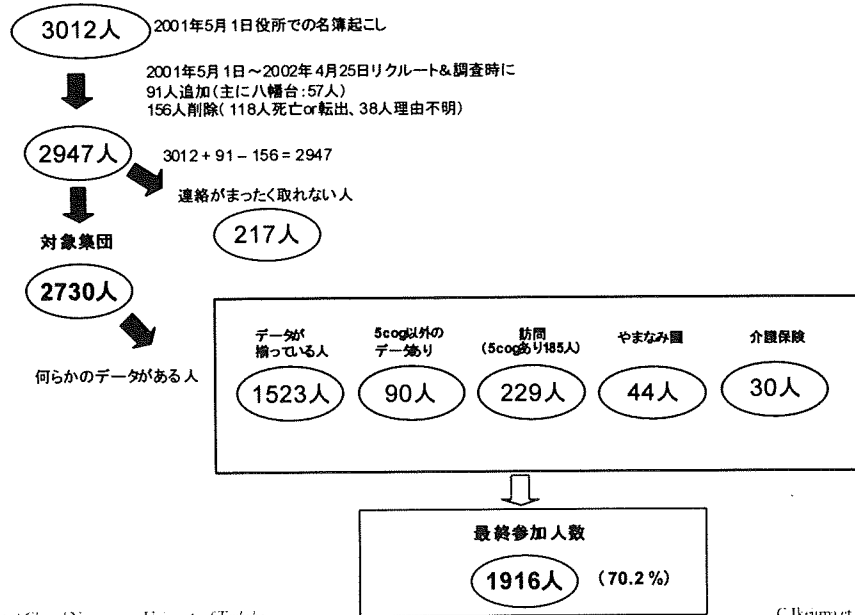
を得た。

文献

Miyamoto M, Kodama C, Kinoshita T, Yamashita F, Hidaka S, Mizukami K, Kakuma T, Asada T. et al. Dementia and mild cognitive impairment among non-responders to a community survey. J Clin Neurosci 2009; 16: 270-276.

Sasaki M, Kodama C, Hidaka S, Yamashita F, Kinoshita T, Nemoto K, Ikejima C, Asada T. Prevalence of four subtypes of mild cognitive impairment and APOE in a Japanese Community. Int J Geriatr Psychiatry 2009, 24:1119-1126.

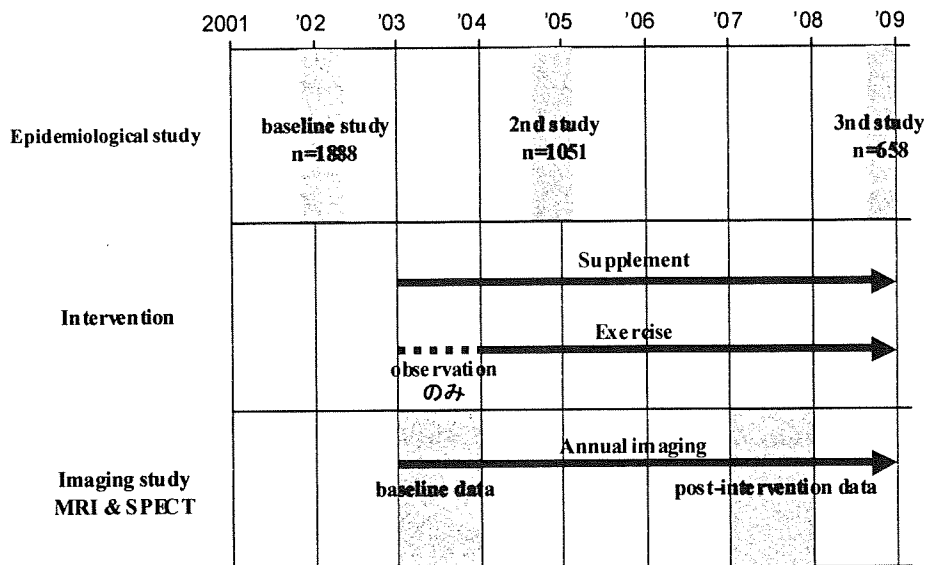
図-1 利根プロジェクトベースライン調査参加者



Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C. Ikejima et al.

図-2 介入研究の流れ

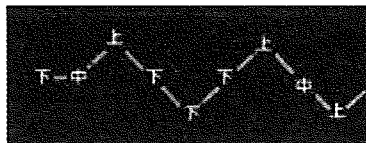


Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C. Ikejima et al.

図-3 ファイブコグ

ドメイン	検査内容
記憶	手がかり再生
注意	位置判断
言語	動物名想起
視空間認知	時計描画
推論	WAIS-Rの類推



位置判断



時計描画

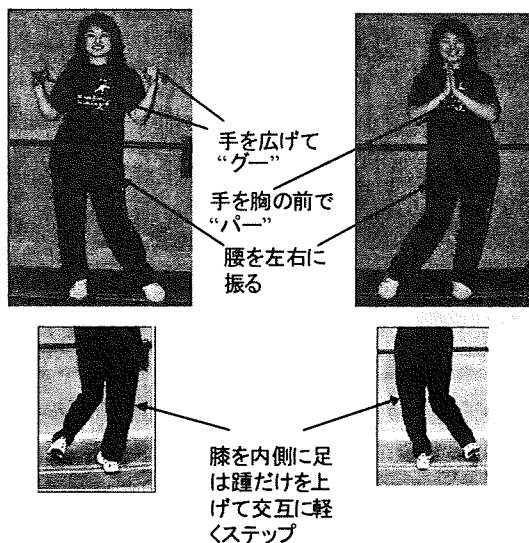
父	母	両親
ルビー	ダイヤ	宝石

類推

C.Ikejima et al.

Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

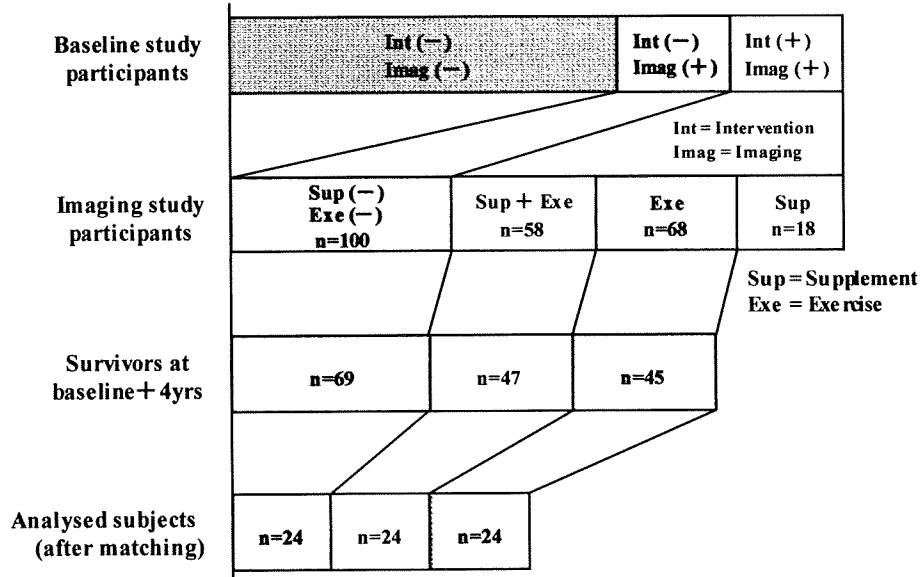
図-4 軽運動フリフリグッパー



Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C.Ikejima et al.

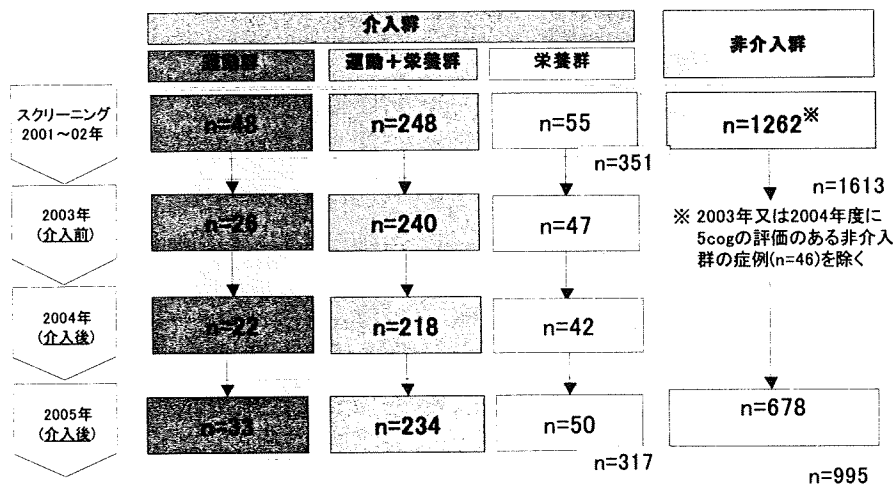
図-5 解析の対象



Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C. Ikuma et al.

図-5 全体解析の対象

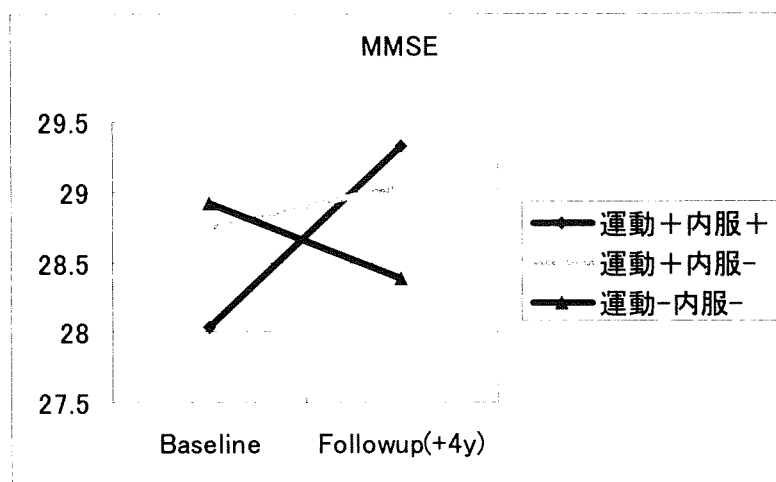


5
Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

2010/4/12

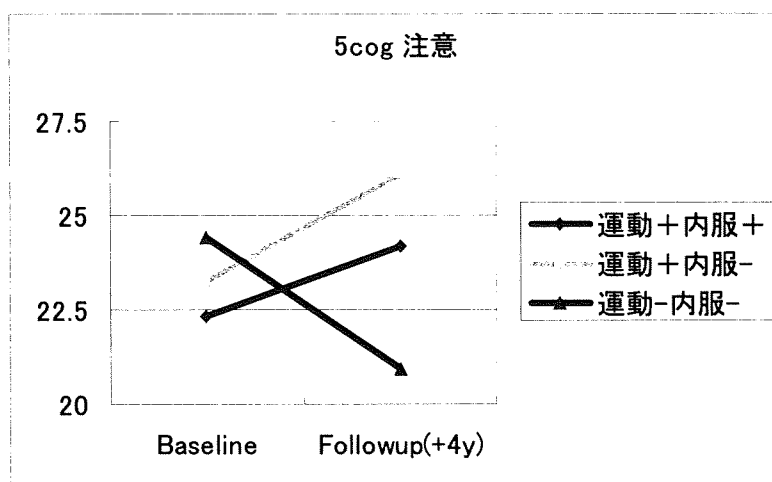
Kurume Biostatistics Center
C. Ikuma et al.

図-7 介入群と非介入群のMMSE得点比較



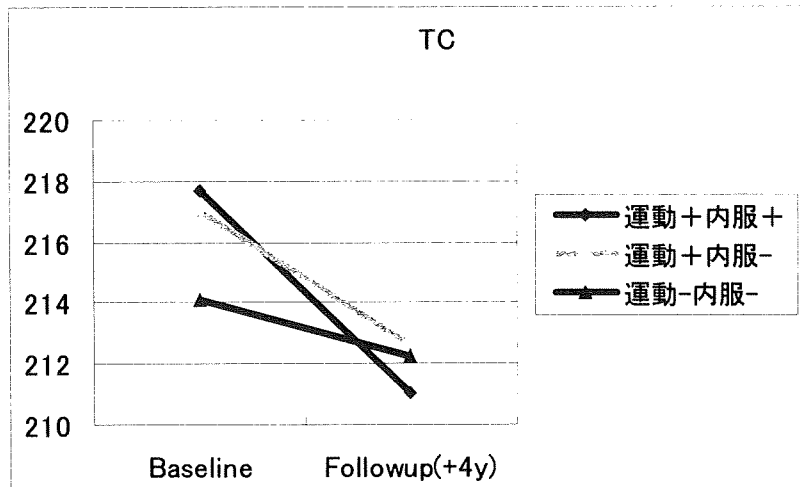
運動と回数の交互作用あり (p<0.05)

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)

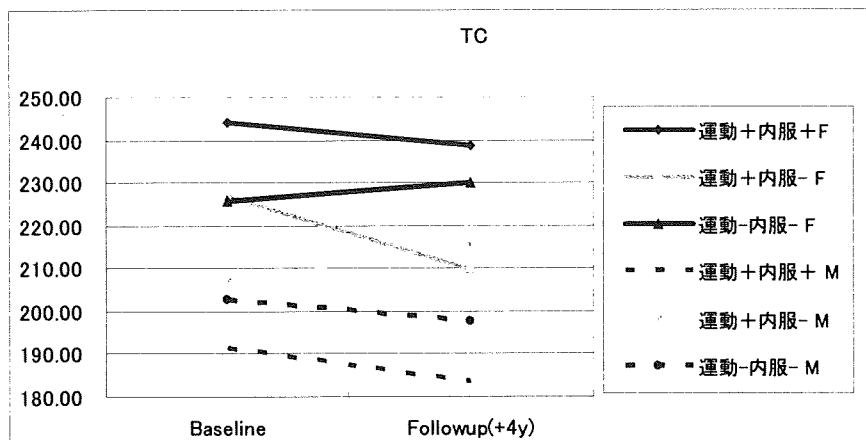
図-9 介入群と非介入群の総コレステロール値比較



Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C.Ikejima et al.

図-10 6群に分けた総コレステロール値の推移比較

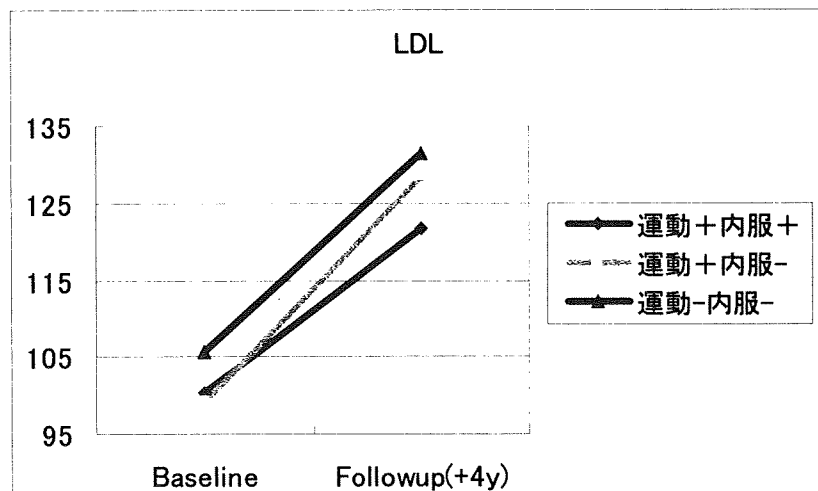


性別の主効果 ($p < 0.01$), 性別とサプリメント摂取の交互作用あり ($p < 0.01$)

Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C.Ikejima et al.

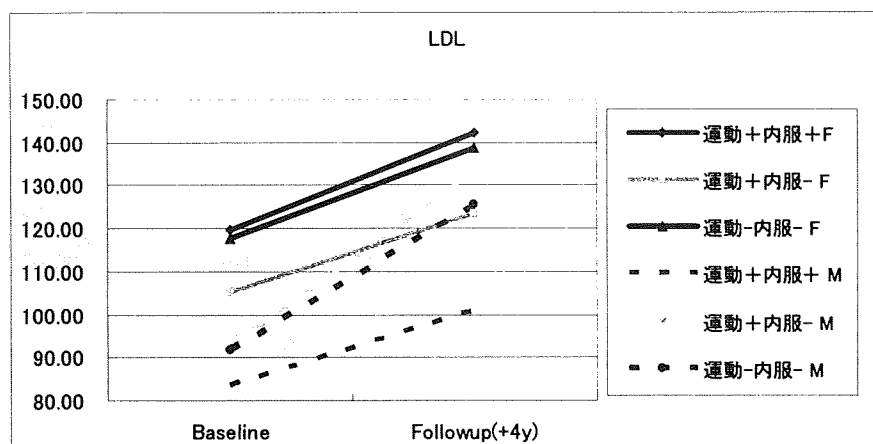
図-11 3群におけるLDLの推移



Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C.Ikejima et al.

図-12 6群に分けてのLDL値の推移比較

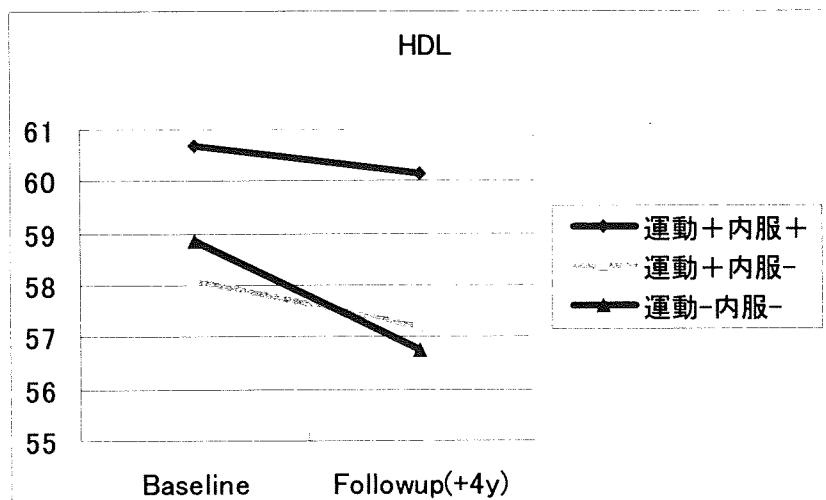


性別の主効果 ($p < 0.01$), 回数の主効果 ($p < 0.01$),
性別とサプリメント摂取の交互作用あり ($p < 0.01$)

Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C.Ikejima et al.

図-13 3群におけるHDLの推移



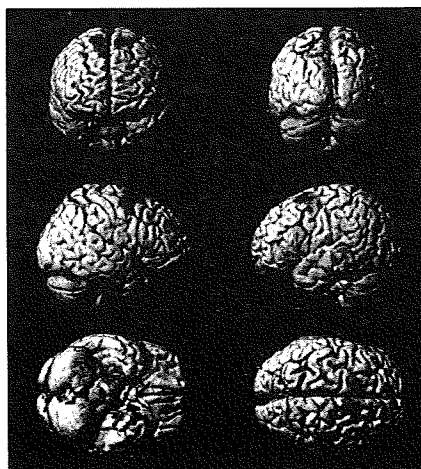
Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C. Ikejima et al.

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

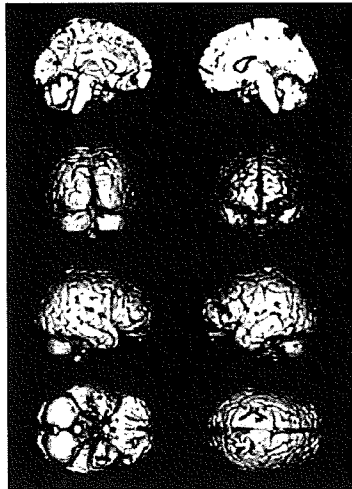


P<0.05, corrected for multiple comparison (small volume correction)

Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C. Ikejima et al.

図-16 運動+サブリ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
Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba C.Ikijima et al.

表-1 「学習効果」の調整

- 学習効果の指標と共変量を含めて、幾つかの線形モデルからモデル選択を行なった。
- 学習効果を推定する最終モデルに含まれる共変量は以下

{ time(回数), gaptime(直前に実施した5cogは何年前か)
喫煙歴, 飲酒歴, 昼寝の習慣, 配偶者有無, 性別,
教育歴, 年齢 }

Department of Clinical Neuroscience, University of Tsukuba

C.Ikijima et al.

表-2 学習効果のモデル

5cogの得点 X_{it} に対して一般化推定方程式を当てはめる。

$$X_{it} = \mu + \alpha \times \text{gaptime}_{it} + \beta \times \text{time}_{it} + \varepsilon_{it}$$

各症例の学習効果を取り除くと T_5 時点の介入群の予測値を以下のように作り出す

$$\tilde{X}_{i5} = X_{i5} + \alpha \times (1 - \text{gaptime}_{i5}) + \beta \times (2 - \text{time}_{i5})$$

モデル選択により、以下の共変量を含むモデルを使い、学習効果を推定した。

$$X_{it} = \mu + \beta_0 \times \text{gaptime}_{it} + \beta_1 \times \text{edu}_i + \beta_2 \times \text{part}_i + \beta_3 \times \text{smoke}_i \\ + \beta_4 \times \text{sleep}_i + \beta_5 \times \text{drink}_i + \beta_6 \times \text{age}_i + \beta_7 \times \text{time}_{it}$$

表-3 認知機能低下を制止できるか否かの解析 方法①

- ・ 2001年度から2005年度に評価された5cogの繰り返しデータを利用して、運動・栄養介入効果を推定する。
 - 2001年度は運動・栄養共に非介入と取り扱う。
- ・ 学習効果は、5cogの評価が2001年度のスクリーニング期から何回目か(time)をモデリングすることで、その影響を調整する。
- ・ 各領域ごとに以下の共変量を用いてモデル選択を行う。

time(回数), NSAID使用の有無, 喫煙歴, 飲酒歴, 昼寝の習慣, 性別, 教育歴, 年齢, ApoE遺伝子, GDS評価, 介入(運動・栄養・運動+栄養・非介入)情報, CVDの有無

表-4 認知機能低下を制止できるか否かの解析
方法②

- ・ 傾向スコアを使って患者背景や5cog評価の欠測を調整した解析方法で、2005年度に評価された5cogの運動・栄養介入効果を推定する。
- ・ 学習効果は、5cogの評価が2001年度のスクリーニング期から何回目か(time)をモデリングすることで、その影響を調整する。
- ・ 各領域ごとにモデル選択を行って以下の共変量を使って、学習効果を推定する。

time(回数), NSAID使用の有無, 喫煙歴, 飲酒歴, 昼寝の習慣, 性別, 教育歴, 年齢, ApoE遺伝子, GDS評価, 介入(運動・栄養・運動+栄養・非介入)情報, CVDの有無

表-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。

表-6 各領域の推定結果①

5cog領域	群	パラメータ	CI
注意得点	運動	1.674	0.164 ; 3.183
	栄養	1.734	0.360 ; 3.108
	運動+栄養	2.472	1.592 ; 3.352
記憶得点	運動	0.296	-0.794 ; 1.387
	栄養	-0.318	-1.317 ; 0.682
	運動+栄養	0.008	-0.634 ; 0.650
視空間得点	運動	0.613	0.395 ; 0.830
	栄養	0.738	0.545 ; 0.931
	運動+栄養	0.465	0.361 ; 0.569
言語得点	運動	1.102	0.175 ; 2.029
	栄養	1.000	0.189 ; 1.810
	運動+栄養	1.530	1.059 ; 2.001
類似得点	運動	0.952	0.257 ; 1.647
	栄養	0.624	0.003 ; 1.244
	運動+栄養	0.896	0.558 ; 1.233

記憶得点を除いて有意な介入効果が認められた。

表-7 認知症発症への介入効果の検討

2005年度	介入・非介入				合計
	運動	栄養	運動+栄養	非介入	
認知症以外	47 97.92	53 96.36	241 97.18	1246 95.26	1587 95.66
認知症	1 2.08	2 3.64	7 2.82	62 4.74	72 4.34
合計	48	55	248	1308	1659

※非介入群で2003, 2004年度にデータのある症例を含む

運動・栄養の介入により3年後の認知症発症に影響があるかどうかを、5cogで用いた共変量を用いてlogistic回帰モデルにより検討

表-8 各領域の推定結果②

5cog項目		調整平均値(非介入群との差)			
		非介入群	運動群	栄養群	運動+栄養群
注意得点	調整なし	14.26	17.66 (3.99)	17.38 (3.71)	22.07 (8.41)
	学習効果を調整 差の信頼区間		12.40 (1.86) -5.48 ; 1.76 p=0.8425	14.09 (0.169) -2.77 ; 2.43 p=0.5505	19.424 (5.165) 3.67 ; 6.66 p<0.001
記憶得点	調整なし	10.27	13.81 (3.96)	13.31 (3.46)	16.72 (6.86)
	学習効果を調整 差の信頼区間		9.75 (-0.52) -4.02 ; 2.98 p=0.6151	8.74 (-1.53) -4.06 ; 1.00 p=0.88195	13.18 (2.91) 1.91 ; 3.90 p<0.001
視空間得点	調整なし	6.16	6.53 (0.40)	6.64 (0.51)	6.69 (0.56)
	学習効果を調整 差の信頼区間		5.91 (-0.25) -1.15 ; 0.66 p=0.70285	5.98 (-0.17) -0.76 ; 0.41 p=0.71784	6.16 (0.00) -0.25 ; 0.25 p=0.48572
言語得点	調整なし	12.23	13.44 (1.50)	13.51 (1.58)	15.81 (3.88)
	学習効果を調整 差の信頼区間		10.96 (-1.26) -3.52 ; 1.00 p=0.86315	11.76 (-0.47) -1.94 ; 1.01 p=0.73239	14.59 (2.36) 1.63 ; 3.09 p<0.001
類似得点	調整なし	6.57	7.94 (1.84)	8.11 (2.02)	10.40 (4.30)
	学習効果を調整 差の信頼区間		4.93 (-1.64) -3.70 ; 0.42 p=0.94067	6.24 (-0.33) -2.18 ; 1.51 p=0.63819	8.66 (2.09) 1.38 ; 2.81 p<0.001

運動・栄養それぞれの群では有意な差は認められなかったが、運動+栄養群で視空間得点を除いて有意な介入効果が認められた。

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	4.24
	9yr-12yr	0.894	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	0.475
	24, 34	0.254	1.175
女性vs男	0	0.327	0.752
CVD	0	0.527	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	1.044
	記憶得点	0.872	0.967
	視空間得点	0.974	1.18
	言語得点	0.868	0.968
	類似得点	0.873	0.99

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 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。介護施設の数も増え、介護従事者の増加とともにその質の向上が求められている。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。介護従事者の教育・研修について、特に認知症高齢者の施設における看取りについて理解するために、医療法人に所属するグループホーム（GH）の医療スタッフおよび社会福祉法人GHの会后スタッフに対して、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。GHにおける看取りに必要な職員の教育について検討した。

A. 研究目的

介護保険の普及により、事業所やそこで働く介護職員の数は増加している。高齢者、とりわけ認知症高齢者の介護においては介護従事者の数の確保だけでなく、質の向上が欠かせない。介護従事者の教育・研修の現状と課題を明らかにする。また、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、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

①全国に3か所ある認知症介護研究・研修センター（センター）の指導者研修を修了した指導者985人、および都道府県の指導者研修担当者に今後の研修についてのアンケートを送った。質問内容は、指導者向けには、実践者研修へのかかわりの有無、ある場合はその内容についての意見、ない場合はその理由、

同じく、実践リーダー研修と指導者研修についても同じ内容の質問、今後の研修に必要なテーマの選択、行政担当者には、実践者研修を今後続けるか、続ける場合はどんな内容を期待するか、実践者リーダー研修、指導者研修、フォローアップ研修についても同様の質問、そして、今後の研修に必要なテーマの選択である。

② 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。

③ WAMNET で検索した社会福祉法人に所属するGHに、看取りに関するアンケート調査を行なった。内容は②と同様である。

C. 研究結果

① 指導者 985 人のうち、552 通の回答を得た（回収率：56.5%）。88.9%の指導者が、実践者研修の企画・立案、講義、演習、実習にかかわっていた。そのうち 93.7%は指導者研修が役に立ち、94.9%が実践者研修は必要であると答えた。

実践リーダー研修については、研修の企画・立案、講義、演習、実習に 79.5%の指導者がかかわっており、そのうち、85.7%は指導者研修が役に立ったとし、87.0%は実践者研修の必要性があるとした。74.3%が指導者研修が施設・事業所における介護の質の向上に役立ったと答えた。

今後の認知症介護の研修に必要と思われるテーマを複数回答で聞いたところ、多い順に実践者研修では、「認知症の心理的理解」、「認知症の医学的理解」、「生活環境」、「虐待・身体拘束」、「家族支援」であった。実践リーダー研修では「人材育成・スーパーバイザー」、「職場のメンタルヘルスケア」、「地域ケア」、「リスクマネジメント」、「ケアマネジメント」であった。指導者研修では「人材育成・スーパーバイザー」、「教育指導方法」、「職場のメンタルヘルスケア」、「地域ケア」、「リスクマネジメント」であった。フォローアップ研修では「人材育成・スーパーバイザー」、「教育指導方法」、「地域ケア」、「職場のメンタルヘルスケア」であった。

都道府県・指定都市の担当者からは 62 か所のうち、60 通の回答があった（回収率：96.8%）。平成 20 年度の認知症介護者研修の予定に関して、実践者研修を続けるとしたところは、58 か所（96.7%）であり、実践リーダー研修を続けるとしたところは、55 か所（91.7%）であった。指導者研修を続けるとしたところは、57 か所（95.0%）であり、フォローアップ研修に関しては、続けるとしたところは 52 か所（86.7%）であった。

今後の認知症介護の研修に必要と思われる

テーマを複数回答で聞いたところ、多い順に実践者研修では、「認知症の心理的理解」、「認知症の医学的理解」、「虐待・身体拘束」、「家族支援」、「生活環境」であった。実践リーダー研修では「地域ケア」、「人材育成・スーパーバイザー」、「職場のメンタルヘルスケア」、「リスクマネジメント」、「家族支援」であった。指導者研修では「教育指導方法」、「人材育成・スーパーバイザー」、「地域ケア」、「職場のメンタルヘルスケア」、「リスクマネジメント」であった。フォローアップ研修では「人材育成・スーパーバイザー」、「教育指導方法」、「地域ケア」、「職場のメンタルヘルスケア」、「リスクマネジメント」、「虐待・身体拘束」であった。

平成 21 年度の実践者研修を続けるとしたところは、27 か所（45.0%）であり、実践リーダー研修を続けるとしたところは、23 か所（38.3%）であった。指導者研修を続けるとしたところは、24 か所（40.0%）であり、フォローアップ研修を続けるとしたところは、24 か所（40.0%）であった。

② 平成20年9月現在の全国GH数は9,892であり、医療法人に属するGHは1,535施設であった。848施設から回答を得た（回収率55.2%）。

所属する医療法人のGH施設数は、1施設が最も多く（59.8%）、次いで2～4施設（34.1%）であった。医療法人の医療機関の入院施設の有無については、入院施設がある581（68.5%）、ない260（30.7%）、であった。入所時に疾患があり、すでに主治医を持っている場合の、入所後の主治医については（複数回答）、利用者と家族の希望に従うが最も多く、次いで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であった。

看取りへの協力については、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。協力しないと答えた場合の理由は（複数回答）、GHでは最期までの医療が十分にできない、GHでは職員の負担が大きすぎる、GHでは最期までの状態把握が十分にできない、GHは本来看取りをすべき場所ではないであった。条件により協力する場合の条件について（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、看取りに対するGH内の態勢に納得できれば応じる、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、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、それ以外は応じるであった。

看取りの経験については、ある322（38.0%）、ない514（60.6%）、無記入12（1.4%）であった。経験ありの群では、その回数は2～4回が最も多く、次いで1回であった。これまでの看取りについて全体的な印象では、良い結果だったが最も多かった。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が最も多く、次いで、本人あるいは家族の希望を最優先すべきだ、であった。

③ 平成21年8月現在の全国のGH数は10,078であり、社会福祉法人に所属するGHは2,022施設であった。1,204施設から回答を得た（回収率59.6%）。

所属する社会福祉法人のGH施設数は、1施設が最も多く（62.8%）、次いで2～4施設（30.6%）であった。入所時に利用者がすでに主治医を持っている場合の主治医は、利用者と家族の希望に従うが最も多く、次いで入所以前の主治医に依頼しているであった。

看取りへの協力については、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。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、GHでは職員の負担が大きすぎる、医療スタッフとの連携が困難である、GHは本来看取りをすべき場所ではないなどであった。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、看取りに対するGH内の態勢に納得できれば応じる、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、主疾病がある場合はその主治医に任せ、それ以外は応じるなどであった。

看取りの経験に関しては、経験がある362（30.1%）、ない825（68.5%）であった。経験ありの群では、その回数は1回が最も多く、次いで2～4回であった。

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、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、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などであった。

D. 考察

① 介護保険が施行されてから、サービスを行う事業所の数が増えてきた。GHは介護保険発足当時には675か所しかなかったが、平成17年には7,084か所と実に10倍以上になっている。

平成26年には、要介護認定者と要支援認定者を合わせて600万人を超えるという試算がある。これに必要な介護サービス従事者は140万人から、160万人とされている。

センターは介護保険が始まった平成12年度に全国で3か所、東京、仙台、大府に設置された。認知症介護の専門技術に関する実践的な研究を行なうとともに、介護実務者およびその指導的立場にある者に対し、認知症高

高齢者の介護に関する実践的な研修を実施することにより、介護技術を向上させ、専門職員を養成し、介護サービスの充実を図ることを目的としている。

センター設立から7年が経過して、三センターでこれまでに985人の修了生を養成した。これらの人材は各都道府県、政令指定都市で、指導者として活躍している。都道府県でおこなわれている実務者研修の受講者は、平成18年度までに全国で75,000人となった。

今回の調査によって、認知症介護指導者は、大多数が都道府県で行われる実践者研修や実践リーダー研修に関わっていることがわかった。実践者研修は介護施設や事業所の職員が受ける基本的な研修であり、平成17年度からは、GH管理者に、また平成18年度からは、同開設者と、小規模多機能型サービス等計画作成担当者に受講が義務付けられたこともあり、各都道府県では、これらの研修を企画・立案し、講義・演習を行う人材が不足している。担当者の回答でも実践者研修を中止としたところはなく、受講者数や、時間数、予算もこれまで通り行うとしたところが多かった。平成20年度からは、実践者研修にかかる費用の国からの補助は廃止されるが、介護事業所や職員の数が増加している現状では、介護職員の質の担保には研修は欠かせない。指導者で実践研修にかかわっていない人は約10%、リーダー研修に関わっていない人は約20%であった。理由として「研修への要請がない」が多く挙げられているのは、今回のアンケートが研修修了直後の人にも送られていることもあるが、県によっては指導者を十分に活用していないところがあると考えられる。

三センターで行っている指導者養成研修についても平成20年度からはこれまでの50%の国の補助は廃止される。指導者においては実践者研修、実践リーダー研修にかかわる際に、指導者研修が役に立ったとしている人が、

それぞれ93.7%、85.6%と大多数であり、さらに、自らの施設・事業所における介護の質の改善に役立ったとした人も74.2%に上った。指導者研修の目的は、実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身につけると共に、介護保険施設・事業所等における介護の質の改善について指導することができる者を養成することである。今後は自施設にとどまらず、地域への認知症ケアの情報発信・啓発の中核となることも求められる。

今後の研修に期待されているテーマとしては、実践者研修では、「認知症の心理的理解」や「認知症の医学的理解」などの基本的なことが多かったが、「生活環境」や「虐待・身体拘束」への関心も高かった。実践リーダー研修では「人材・スーパーバイザー」や「職場のメンタルヘルス」など、介護職員が現場で必要とする知識を求めていることがわかった。また、「地域ケア」に対する関心も高かった。指導者研修でも「人材・スーパーバイザー」、「教育指導方法」などとともに、「職場のメンタルヘルス」や「地域ケア」に関心が集まった。

介護保険導入によって介護現場は急速に拡大し、また変化している。介護従事者の多くは日常業務に追われながらも、理念に燃え、新しい知識や技術を学ぶ意欲を持っている。若い人が多く、処遇の問題もあり、離職や転職が多いといわれている。理想が高い人や責任感の強い人は、「燃え尽き症候群」になりやすい。しかし、高齢社会がこれからも続くと予想される現状で、介護従事者は社会の要請である。

新しい知識や技術を伝える研修だけでなく、待遇改善や、精神面のフォローも必要であり、介護要員の質を高める努力が重要である。今後は介護職員の数だけでなく、その質が問われるようになるが、介護職の職種は多様になってきており、全体のレベルを上げるととも

に、医療などとの連携をさらに強化する必要がある。

② ③ 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。

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労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。

E. 結論

今後ますます増加する認知症の介護に従事する職員の研修は、職員の質を高め、専門職としての知識・技術を持つだけでなく、職場全体の介護の質を向上し、地域の介護力を高めるためにも重要な役割を果たすと考えられる。

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