

別添資料 3. MSD-50 の因子分析の結果 (病院)

	因子										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
M9	1.040	-.035	-.045	.010	.040	-.123	-.166	-.136	.113	.216	.086
M12	.940	.028	-.024	-.050	-.033	.075	.034	-.017	.027	-.105	-.112
M11	.898	-.019	.023	.003	.022	.015	.146	.139	.026	-.147	-.242
M10	.850	.088	-.011	.106	-.040	-.177	.004	-.103	.020	-.009	.138
M14	.823	-.064	.240	-.003	.062	.004	-.136	-.152	.062	.022	.049
M13	.744	.097	.005	.017	.076	.007	-.028	.110	.078	.047	-.050
M6	.512	-.022	-.017	.258	-.007	-.085	.059	-.027	-.186	-.011	.265
M5	.488	.005	-.080	.073	-.004	-.048	-.087	-.014	-.092	.225	.394
M45	-.132	.712	-.057	-.008	-.018	-.042	.240	-.153	.235	.033	.030
M38	-.070	.696	.184	-.078	.038	.008	-.167	.138	.031	.168	-.037
M43	.095	.662	.027	-.248	-.030	-.069	.100	.046	-.200	.052	.107
M44	-.035	.608	-.098	.051	-.060	.012	.084	-.012	.268	.250	-.045
M40	.058	.535	.095	-.163	.033	.384	.031	-.143	-.051	.058	.072
M39	.094	.532	.029	-.170	.016	.053	-.103	.017	.140	-.138	.443
M15	.313	.459	-.187	-.046	.155	.101	-.069	-.129	-.022	.081	.107
M46	.174	.348	.094	.038	.085	.083	.064	-.054	.219	-.115	.002
M18	-.022	-.032	1.000	.033	.023	-.072	.005	.017	.002	.008	.144
M19	.001	.037	.964	-.004	.051	-.106	.034	-.048	.003	-.017	.092

M17	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.008	.029	.949	.064	.060	.019	.048	-.059	-.043	-.003	.057
M16	随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.023	.015	.929	.056	.084	.051	.109	-.039	-.075	-.054	-.034
M8	常勤または非常勤の心理技術者の配置	.188	-.101	.442	-.042	-.145	.171	-.066	.100	.144	-.123	.070
M23	入院中の認知症患者の診療に対するコンサルテーション・リエゾン	.191	-.072	.437	.317	-.179	.199	-.127	-.063	.036	-.003	.084
M4	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	.233	-.159	.085	.874	-.039	-.014	.246	-.006	-.060	.115	-.131
M3	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療	.023	-.058	.126	.837	-.054	-.158	.073	.010	.069	.069	-.004
M29	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	.041	-.088	-.042	.728	.083	.215	.068	.211	.045	.162	.091
m28	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	-.021	-.046	-.006	.674	-.021	.307	-.171	.091	.128	-.038	.262
m30	入院による終末期医療	-.266	.031	.016	.540	.120	-.084	-.013	-.155	.174	.093	.431
m35	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	.051	-.152	.090	-.369	.019	.224	.229	.064	.235	.234	-.125
m24	往診・訪問診療による身体疾患の治療	.036	-.008	-.014	.068	.919	.014	.063	.017	-.093	-.097	-.077
m27	往診・訪問診療による終末期医療	.021	.186	-.037	.139	.815	-.064	-.039	.004	.021	-.079	-.118
m25	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療	.045	-.100	.174	-.275	.718	.037	.005	.120	-.129	.115	.179
m26	往診・訪問診療による施設（グループホームなど）での診療	-.194	-.015	.250	.188	.304	-.088	.122	-.071	.150	.211	-.037
m33	周辺症状（精神症状・行動障害）と身体疾患併存例に対する入院治療	-.086	-.019	.024	.123	-.010	.989	.216	-.144	-.081	-.326	-.022
m21	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	-.002	.069	-.049	-.105	.009	.982	.092	-.370	.008	.066	-.111
m22	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	-.208	.159	.094	.051	-.044	.463	-.114	.209	-.010	.150	-.184
m50	グループホーム等施設職員への助言・指導	-.075	.090	.092	.101	.012	.190	.759	-.075	-.021	-.010	-.132
m49	地域包括支援センター職員への助言または連携	-.095	.410	.021	.131	.028	.054	.691	.031	.061	-.105	-.034
m48	介護支援専門医療への助言または連携	.022	.420	-.055	.033	.048	-.002	.600	.142	-.012	-.063	.101
m42	行政が関わっている事例の診断・助言	.094	.214	.209	-.132	-.090	-.101	.232	.175	-.007	.143	.223
m37	一般救急システムと連携した緊急事例の対応	-.041	-.068	-.188	.137	.037	-.124	.247	.758	.116	.024	.102

m31	重度認知症患者の長期療養	.140	-.003	.106	.103	.040	.439	.064	-.706	-.003	.039	.191
m32	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	.087	-.109	-.162	.337	.196	.032	-.100	.669	.036	-.070	.035
m7	SPECTまたはPETによる神経画像診断	.118	.107	.162	.056	-.024	.079	-.272	.542	.044	-.164	-.198
m41	かかりつけ医へのサポート（診断・情報提供・助言など）	.226	.181	.082	.087	-.151	.086	.239	.289	-.206	.009	.219
m34	虐待事例に対する緊急医療	-.021	.248	-.053	.203	-.070	.044	-.135	.077	.793	.083	.025
m47	虐待事例に対するケースワーク	.175	.256	.017	.005	-.079	-.190	.171	.026	.755	-.270	.021
m36	精神科救急システムと連携した緊急事例の対応	.130	-.072	.055	-.318	.000	.127	.134	.122	.393	.169	-.096
m1	もの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	.116	.248	-.072	.389	-.095	-.045	.090	-.026	-.229	.584	-.146
m20	認知症に対するケア	.031	.071	-.032	.057	.008	-.122	-.088	-.070	.025	.543	.131
m2	介護保険主治医意見書の記載	.036	.141	.184	.145	-.053	-.123	-.059	-.084	-.011	.029	.508

別添資料 4. MSD-50 の因子分析の結果 (診療所)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
m11	1.036	-.069	.045	-.100	-.025	.015	-.013	-.058	.043	.000
m12	1.018	-.106	-.020	-.059	.036	.036	-.028	-.044	.029	-.037
m10	.815	.107	.050	-.047	-.060	-.010	-.021	.007	-.001	.126
m13	.806	-.012	-.016	-.028	.022	-.016	.048	.063	.006	-.009
m9	.717	.159	.027	.035	-.047	-.013	.005	.008	-.007	.081
m14	.616	.003	-.022	.284	-.015	.002	.009	.051	-.018	.004
m15	.216	.154	.053	.130	.024	-.022	.072	.126	-.022	.083
m3	-.046	.978	-.006	-.064	.041	.022	-.045	-.001	.015	-.006
m2	.072	.872	-.045	.051	.001	.047	.043	-.036	-.014	-.095
m1	-.088	.762	-.048	.059	.115	-.022	-.020	-.026	-.002	-.025
m4	-.058	.754	.016	-.124	-.008	.002	.032	.012	.037	.018
m5	.163	.682	.072	.159	-.006	.024	-.015	-.041	-.003	-.051
m27	-.049	.066	.879	-.015	.016	.003	-.023	-.015	-.005	.011
m24	-.008	.167	.868	-.056	-.056	-.042	-.077	.012	.020	-.014
m25	.029	-.117	.749	.171	.072	-.026	-.028	.020	-.015	.002
m26	.088	-.153	.605	-.012	.092	.023	.130	-.073	-.004	-.054
m18	.028	-.036	.054	.980	-.035	.010	-.028	-.047	.020	.023
m17	.036	.002	.005	.967	-.048	-.003	-.015	-.004	.004	.004
m19	.057	-.050	.064	.909	-.052	-.012	.007	-.024	.036	-.004

m16	随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	.045	.204	-.033	.780	-.031	-.004	-.029	.026	-.008	.002
m8	常勤または非常勤の心理技術者の配置	.234	-.120	-.231	.276	.170	.008	-.033	.047	-.053	-.092
m44	地域包括支援センター職員の研究（研修会の講師派遣など）	.046	.055	.008	-.072	.968	.000	-.153	-.227	.054	.017
m45	地域包括支援センターの連絡協議会またはケア会議への出席	-.084	.061	.150	-.060	.685	.024	.087	-.096	-.038	.031
m43	かかりつけ医の研究（研修会への講師派遣など）	-.031	.140	-.026	-.057	.542	-.062	.035	-.012	.040	.104
m40	多職種チームによる困難事例に対するケースワーク	-.025	-.101	.143	.110	.445	.031	.119	.070	-.008	.043
m47	虐待事例に対するケースワーク	.012	-.066	-.019	.028	.393	.068	.002	.267	.076	-.187
m30	入院による終末期医療	.086	.037	-.037	-.030	-.127	.874	.025	.033	-.068	-.089
m29	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	.020	.032	-.015	.007	.044	.772	-.023	-.114	.001	.000
m33	周辺症状（精神症状・行動障害）と身体疾患併存例に対する入院治療	-.053	-.012	-.087	.067	.028	.632	.002	.005	.070	.033
m28	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	-.002	.015	.115	-.052	.119	.618	-.090	.023	-.098	.044
m31	重度認知症患者の長期療養	-.097	-.071	.186	.024	.091	.232	.032	.194	-.045	.085
m49	地域包括支援センター職員への助言または連携	-.012	.039	-.019	-.078	.000	-.016	1.005	-.082	.006	.015
m48	介護支援専門医療への助言または連携	-.026	.062	-.006	-.028	-.071	.008	.997	-.075	.018	-.009
m50	グループホーム等施設職員への助言・指導	.037	-.101	.058	.032	-.028	-.016	.833	-.042	.018	-.048
m41	かかりつけ医へのサポート（診断・情報提供・助言など）	-.005	.073	-.103	.008	.179	-.048	.352	.208	-.044	.028
m42	行政が関わっている事例の診断・助言	.028	.007	-.051	.005	.313	-.007	.345	.138	-.038	.027
m46	成年後見用の診断書・鑑定書の作成	.231	-.090	.161	.189	.180	.019	.302	-.090	-.016	-.090
m39	家族に対する認知症医療介護に関する相談の応需	.112	.199	.015	.113	.084	-.066	.245	.208	-.083	.016
m36	精神科救急システムと連携した緊急事例の対応	.080	-.059	-.102	.040	-.078	-.018	-.141	.757	.013	.009
m37	一般救急システムと連携した緊急事例の対応	-.106	.054	.164	-.092	-.189	-.019	.071	.691	-.012	.056
m34	虐待事例に対する緊急医療	.009	-.008	-.017	-.052	.180	.054	-.032	.360	.211	-.094

m38	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	.098	.030	-.033	-.015	.283	.001	.003	.288	-.034	.064
m32	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	-.016	.025	.192	-.093	-.119	.231	.064	.235	.198	-.059
m35	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	-.029	-.047	-.087	.010	-.018	.148	-.050	.196	.053	.114
m22	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	.069	.039	.059	-.030	.061	-.125	-.053	.063	.809	-.069
m21	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	-.064	-.004	-.065	.069	-.061	.213	.155	-.133	.513	.135
m23	入院中の認知症患者の診療に対するコンサルテーション・リエゾン医療	.078	-.010	-.087	.100	.114	.002	-.035	.087	.283	-.023
m20	認知症に対するデイケア	-.061	.008	-.017	.114	.073	.082	.040	.026	.224	.184
m6	CTまたはMRIによる神経画像診断	.169	.020	-.009	-.017	.007	.010	-.016	-.005	-.002	.660
m7	SPECTまたはPETによる神経画像診断	.053	-.118	-.030	.009	.062	-.001	-.023	.041	-.009	.644

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
（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
（H22—認知症—一般—005）

研究分担者 小長谷 陽子 認知症介護研究・研修大府センター 研究部長

研究要旨：地域包括支援センターで行われている、認知症高齢者に関する相談業務の実態と相談の背景・原因を明らかにし、相談業務における課題や改善策を探るため、4年が経過した全国の地域包括支援センターに調査票を郵送した。4,677か所の地域包括支援センターに送付し、2,448か所から回答を得た。今後、結果を集計・分析していく。

A. 研究目的

高齢者が、住み慣れた地域で安心して、その人らしい生活を送ることができるよう、さまざまなサービスを提供するための「地域包括支援センター」が2006年に全国に設置された。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種が、チームとして地域包括支援ネットワークを構築する。その業務は介護予防のケアマネジメント、相談・支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメントなど多岐にわたっている。

現在の地域包括支援センターにおける、認知症高齢者に関連する相談業務は不十分であるとされているが、実態は明らかではない。本研究の目的は、設置から4年が経過した、全国の地域包括支援センターの相談業務、特に認知症に関わる相談業務の実態を把握し、相談の背景・原因を明らかにし、よりよい相談対応に向けた改善策を探ることである。さらに、職員等が認

知症に関わる相談に適切に対応できるようになるための、今後の研修や教育に関する基礎的データを収集することである。

B. 研究方法

上記目的のための調査票を作成する。アンケート内容は、地域包括支援センターの属性、総合相談支援、特に認知症の相談に関する項目、相談に対応するための研修・勉強の内容と課題等である。

全国の地域包括支援センターに対し、上記のアンケート調査票を発送し、回答を得る。

C. 研究結果

WAMNETで検索した、全国の地域包括支援センター4,677か所に調査票を郵送し、回答を求めた。

2,448か所から、返信があり、52.3%の有効回答を得た。

D. 考察

地域包括支援センターからは、予測より多い52.3%の回答を得た。認知症に関する相談業務はかなり行われており、このような調査に対する関心度が高いことをうかがわせる。今後、これらの結果を集計・分析し、認知症に関する相談業務における困難さの背景・原因を明らかにするとともに適切な対応への改善策を探る。

E. 結論

設置から4年が経過した地域包括支援センターにおける、認知症に関する相談業務の実態とその背景・原因を明らかにし、課題や改善策を探るためのアンケート調査を行い、52.3%の回答を得た。今後これらの内容を集計・分析し、実態を明らかにするとともに、今後の課題や研修の改善策を探る。

F. 研究発表

1. 論文発表：

- 1) 渡邊智之、小長谷陽子：地域在住高齢者の社会活動と食習慣との関連性。愛知学院大学論叢・心身科学部紀要 6；45-51：2010
- 2) 小長谷陽子。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 —医療法人と社会福祉法人運営のグループホームへのアンケート調査より— 日本老年医学会雑誌

47 (5) :452-460: 2010

- 3) 森明子、小長谷陽子、加藤健吾、川寄千明、岩元裕子：認知症高齢者に対する個別リハビリテーション・プログラムの効果。臨床作業療法 7(5) : 454-459, 2010

- 4) 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。OT ジャーナル 44 (10) : 1075-1081 : 2010

- 5) 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) と慢性疾患およびその発症との関連性—4年間の縦断調査の結果から— 日本老年医学会雑誌 47 (4) : 308-314, 2010

- 6) 小長谷陽子、高見雅代、朝熊清花。若年性認知症に対する就労支援の実際。日本医事新報 4494 : 60-64, 2010

- 7) 鈴木亮子、森明子、小長谷陽子。若年認知症の人の家族を支援するうえでの課題。日本認知症ケア学会誌 9(1); 73-82: 2010

8) 森明子、小長谷陽子、加藤健吾、河崎千明、上原有未、岩元裕子、後藤真也、上野菜穂、安田さおり、川角紗和美。認知症高齢者に対する個別リハビリテーションの効果—「いきいきリハビリ」の開発に向けた予備研究—愛知作業療法 18; 49-56: 2010

9) 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。厚生指標 57(5): 29-35, 2010

10) 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

11) 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

2. 学会発表:

1) 小長谷陽子、渡邊智之、小長谷正明、柳 務: 若年性認知症の行動と心理症状(BPSD) —愛知県における実態調査の結果、続報— 第 51 回神経

学会総会 2010.5.20~22 東京

2) 鈴木亮子、小長谷陽子。若年性認知症コールセンターの実態。認知症介護研究・研修大府センターに設置の電話相談の結果から。日本認知症ケア学会誌 9 (2) 258 2010

3) 渡邊智之、小長谷陽子、柳 務、向井希宏、柴山漢人。認知症の人の日常運転特性の検討。ドライブレコーダーの記録映像による解析から。日本認知症ケア学会誌 9 (2) 406 2010

4) 伊藤篤史、尾之内直美、神谷明美、鈴木亮子、朝熊清花、小長谷陽子。若年性認知症の本人と家族の交流会「元氣かい」からの学び(その1)。「元氣かい」の一年半を振り返って。日本認知症ケア学会誌 9 (2) 254 2010

5) 神谷明美、尾之内直美、伊藤篤史、鈴木亮子、朝熊清花、小長谷陽子。若年性認知症の本人と家族の交流会「元氣かい」からの学び(その2)。サポーターが担うべき役割を学ぶ~勉強会の開催~ 日本認知症ケア学会誌 9 (2) 255 2010

6) 伊藤美智予、鈴木亮子、尾之内直美、湯原悦子、旭多貴子、小長谷陽子。認知症の人の買い物に関する実態調査、愛知県内の大型店舗従業員を対象として。日本認知症ケア学会誌 9 (2) 383 2010

7) 渡邊智之、宮尾 克、小長谷陽子。認知症を含む高齢者の日常運転と認知機能との関連—ドライブレコーダー映像による検討— 日本公衆衛生学会誌 57 (10) 343 2010

8) 森 明子、小長谷陽子、加藤健吾、

河寄千明、岩元裕子：認知症高齢者に対する「いきいきリハビリ」の開発と効果検証. 第10回東海北陸作業療法学会誌 10 41 2010

G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

認知症の発症から終末期に至るまでの医療ニーズに関する研究

研究分担者 北川 公子 茨城県立医療大学保健医療学部教授

（研究要旨）認知症の初期から終末期に至るまでの医療ニーズを追究するために、当事者組織と療養病床を対象とした2つの質問紙調査を行った。その結果、発症期には外来受診の利便性の向上とともに、告知と服薬・治療が包括的に提供され仕組みが、療養期・終末期には認知症患者の微細な不調を的確に把握する観察評価指標の開発と、その評価能力を有する認知症領域専門の医療従事者の急性期病棟や救急部門、退院調整等部門への配置、および合意形成サポートチームの仕組み作りが求められる。

A. 研究目的

近年、認知症の初期診断が進歩するとともに、治療やケアの質の向上により、認知症の介護・療養期間は延びている。漸次進行する認知症とそれ以外の併存疾患をもちながら、長い療養期間を、過小でも、また過剰でもない医療を受けられることは多くの認知症患者・家族の願いでもある。そこで本研究は、認知症の発症期（診断を受ける時期）から終末期に至るまでの、医療の取り込み状況とその問題点を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

認知症の経過を、在宅療養期、入院治療期、終末期の3局面に区分し、それぞれにおける医療ニーズを明らかにするために2つの質問紙調査を行った。

1. 在宅療養期、終末期の医療ニーズ調査の方法

1) 調査対象と調査期間

調査対象は、公益社団法人「認知症の人と家族の会」新潟県支部の会員384名（2010年12月現在）を対象に、2011年1月に郵送による質問紙調査を行った。

2) 調査内容

認知症介護経験者に医療ニーズ等に関するヒアリングを行ったうえで質問紙を作成した。

質問紙は、回答者を①現在介護中の会員、②看取り終えた会員、③保健医療福祉関係者等を含む全会員、とする3つの部分から構成した。

現在介護中の会員には認知症患者の基本属性のほか、初期診断、告知、入院や手術、救急車や救急外来等の受診実態を、看取り終えた会員には亡くなった認知症患者の死因と終末期に伴う意思決定等について尋ねた。さらに、全会員には認知症の終末期の意思決定を支えるために必要な仕組みへの意見等を求めた。

3) 分析方法および分析対象

統計パッケージ spss statistics 19 を用い、記述統計を行った。自由記載は、類似した内容を分類整理した。

返信は143通であり、そのうち現在介護中の会員からは74通、看取り終えた会員からは45通の返信があり、分析対象者とした。

4) 倫理的配慮

質問紙は全て無記名とし、発送は新潟県支部世話人に依頼した。また、返信用封筒にも送付者住所・氏名を記載しないこと、また質問紙の返送をもって調査協力への同意とする旨を調査協力依頼文に明記した。この手順により研究者が調査対象者の氏名・住所に触れる機会はいっさいなく、厳密に匿名性を確保した。

2. 入院治療期の医療ニーズ調査の方法

1) 調査対象と調査期間

福祉・保健・医療総合情報サイト「WNNET」に、2010年12月現在、病院名、住所等を公開している関東甲信越地方の療養病床945カ所を対象施設とし、2011年2月に郵送による質問紙調査を実施した。

2) 調査内容

本調査では、これまで認知症患者では着目されることの少なかった「痛み」に焦点をあて、入院治療期の痛みの実態を把握することとした。回答者を、痛みがあると臨床的に判断されている認知症患者の受け持ち看護師とした。患者の基本属性のほか、痛みの特徴（部位、強さ、頻度等）、痛みがあると判断した観察項目、治療等について記入を依頼した。

3) 分析方法および分析対象

痛みがあると臨床的に判断された認知症患者は 108 名把握された。分析は記述統計のほか、一部、 χ^2 検定を行った。

4) 倫理的配慮

質問紙は全て無記名とし、協力施設、回答者および痛みのあるケース個人が特定されうる情報はいっさい含まない。看護部門の責任者宛に調査票を送付し、施設の了解が得られた場合のみ調査協力を求めた。返信用封筒にも送付者の情報につながる事項を一切記載しないこと、質問紙の返送をもって調査協力への同意とする旨を調査協力依頼文に明記した。

C. 研究結果

1. 在宅療養期の医療ニーズ

1) 認知症患者の基本属性

現在、介護を受けている認知症患者 74 名のうち男性 24 名 (32.4%)、女性 48 名 (64.9%)、不明 2 名で、平均年齢は 79.4 歳 (SD±9.028、最小 56 歳、最高 96 歳) である。認知症の診断は、アルツハイマー病 53 名 (71.6%)、血管性認知症 11 名 (14.9%)、混合型 2 名、レビー小体病、ピック病、アルコール性、高次脳機能障害各 1 名、未診断は 2 名であった。また、現在の居所は自宅 50 名 (67.6%)、施設 21 名 (28.4%)、内訳：病院等 4 名、介護保険施設 14 名、その他施設 3 名)、不明 3 名で、在宅介護を受けている人を多く含む。認知症の自立度判定は、ランク II 2 名 (2.7%)、ランク III 15 名 (20.3%)、ランク IV 16 名 (21.6%)、ランク V 26 名 (36.1%)、ランク M 10 名 (13.5%)、不明 5 名である。

2) 初期診断

認知症の診断のための受診をした者は 63 名

(85.1%) で、受診時期は症状に気づいてから 6 ヶ月未満が 22 名 (29.7%)、6 ヶ月～1 年未満 11 名 (14.9%)、1～2 年未満 19 名 (25.7%)、2 年以降 11 名 (14.9%)、不明 11 名で、気づきから 1 年未満に 4 割以上が受診していた。診断のための受診先 (複数回答) として多いのが神経内科 (26 名、35.1%)、精神科 (20 名、27.0%)、脳外科 (18 名、24.3%)、内科 (17 名、23.0%) である。一方、物忘れ外来 (8 名) や認知症疾患医療センター (5 名) はまだ少なかった。

受診に際して大変だったことは、「本人に受診を納得させること」(25 名、33.8%)、「なぜ受診が必要かを本人に説明すること」(23 名、31.1%)、「待ち時間が長いこと」(23 名、31.1%)、「病院に付き添わなければならないこと」(20 名、27.0%)、「本人を病院まで連れていくこと」(18 名、24.3%) などが多かった。

3) 診断名の告知

認知症の診断名を医師あるいは家族が本人に「知らせた」とする回答は 29 名 (39.2%)、「知らせない」は 32 名 (43.2%)、無回答 13 名であった。

4) 入院および手術の経験

認知症の発症以降、入院経験のある者は 35 名 (47.3%)、手術を受けた経験のある者は 10 名 (13.5%) である。入院回数は 1 回が 15 名、2 回以上が 20 名で、最高は 7 回に及ぶ。

表 1 入院理由 (n=35、複数回答)

理由	人数 (%)
(誤嚥性) 肺炎、気管支炎	13 (37.1)
骨折の治療、機能訓練	7 (20.0)
脳血管疾患	7 (20.0)
心疾患	4 (11.4)
腎疾患	3 (8.6)
発熱、高熱	3 (8.6)
尿路感染症	3 (8.6)
がん	3 (8.6)
手術	3 (8.6)
けが	2 (5.7)
脱水状態	2 (5.7)
検査	4 (11.4)
社会的入院	5 (14.3)

その他	11 (31.4)
-----	-----------

入院理由は、表1のとおりで、肺炎、骨折（主に大腿骨骨折）、脳血管疾患（主に脳梗塞）が多かった。

手術の内訳は、大腿骨骨折の手術5名、がん等による臓器の摘出術4名、胃瘻造設2名、心臓の手術2名、頭部出血の手術、腸ヘルニアの手術各1名である。

5) 緊急時の受療

救急車または救急外来、夜間・休日診療を利用したことのある者は34名(45.9%)である。救急車を呼ぶ、あるいは救急外来、時間外診療等を受診することにした理由とその状況を組み合わせることで表2に示した。急性症状に加えて転倒・転落が多く、また副次的な状況としては、夜間の突発事態や、倒れた認知症患者を介護者一人で起こせないなど、介護者の高齢化や一人介護に共通する状況が把握された。その一方でショートステイ先からの転院、徘徊に伴う事故、異食か自殺企図か判然としない状況など、特殊な事態も散見された。

表2 救急車、救外・夜間診療等の利用理由

理由+副次的状況	人数 [再掲]
急性症状（発熱、腹痛、嘔吐、痙攣）	9名
+夜間	[2名]
+ショートステイ先から	[2名]
転倒・転落、骨折	7名
+外出（買い物）先で	[1名]
+家の2階で	[1名]
+階段からの転落	[2名]
急に倒れた、立ち上がれない	3名
+介護者が一人	[2名]
けが	2名
+徘徊による行方不明中	[1名]
農薬の服用	1名
受診先から専門病院への転院	1名
大雪による一般車走行困難	1名

2. 終末期の医療ニーズ

1) 亡くなった認知症患者の基本属性

分析対象45名のうち、男性13名(28.9%)、

女性31名(68.9%)、不明1名、死亡時の平均年齢は83.9歳(SD±7.975、最小67歳、最高96歳)であった。

2) 死亡場所と死因

死亡場所は自宅10名(22.2%)、病院・診療所30名(66.7%)、介護保険施設5名(11.1%)である。介護者が把握している死因は肺炎7名、悪性新生物6名、老衰5名、心不全5名、脳血管疾患2名、大動脈瘤2名、その他6名、不明8名である。

3) 終末期における意思決定

表3のように、認知症患者の看取りの場に対する意向が不明確、あるいはわからなかった場合が71.3%を占めた。そのような状況の中で介護者・家族は、看取りの場所を、「専門家の意見に従って」、「家族で話し合って」、あるいは「主介護者が」中心となって決めており(各々9名、20.0%)、「本人の希望を想像して決めた」ケースは少なく4名(8.9%)であった。

表3 看取りの場に対する本人の希望

	人数 (%)
希望する場所で亡くなった	6 (13.3)
希望外の場所で亡くなった	6 (13.3)
希望は明確でなかった	15 (33.3)
希望はなかった	17 (37.8)
不明	1 (2.2)
合計	45 (100.0)

また、認知症患者の意向が分からない中で看取りの場所や治療を決める際に困難だったことを自由記載で尋ねた。

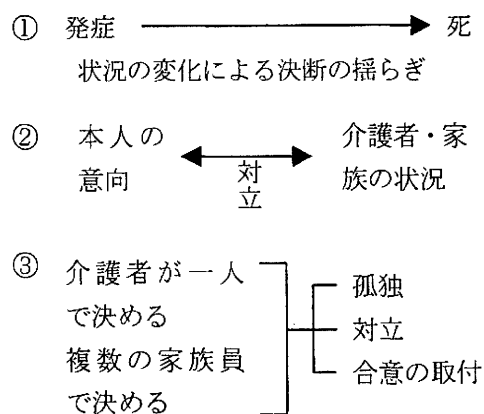


図1 家族による意思決定の際の難しさ

その結果、図1のように第1には認知症の長い経過の中で、また臨終が差し迫った状況下で、いったん下した決断が「揺らぐ」という困難さ、第2には患者本人の意向と介護者・家族側の条件とが「対立」し、患者の意向に添えないという困難さ、第3には他に決定者がなく介護者が一人で決めなければならない「孤独」がある一方、複数の家族員間での意見の「対立」や下した決定を他の親族に説明し、「合意」を取り付けなければならないという困難さに分類できた。

3. 「痛み」に着目した入院治療期の医療ニーズ 1) 痛みのある認知症患者の基本属性

何らかの痛みをもつ108名の認知症患者の内訳は男性28名(25.9%)、女性80名(74.1%)と女性に多く、平均年齢は85.6歳(SD±6.122)であった。診断名は老年期認知症が55名(50.9%)と最も多かった。認知症の自立度判定基準では、ランクI9名(8.3%)、ランクII7名(6.5%)、ランクIII31名(28.7%)、ランクIV45名(41.7%)、ランクM14名(13.0%)、不明2名である。

2) 痛みの部位

痛みの部位は人体模式図に記入してもらう方法をとったが、多くマークされた部位は腰20名(18.5%)、膝11名、下肢10名であり、その他肘、肩、足部、大転子部、背部、陰部など多岐にわたった。痛みの原因として最も多いのが関節拘縮40名(37.0%)、次いでがん20名(18.5%)、骨折18名、褥瘡14名などであり、その他には骨関節疾患の記載が多かった。

3) 看護師が捉えた認知症患者の痛みの表出

痛みのセルフレポートが困難な認知症患者に対して、観察評価が可能な項目、すなわち、ことば(4項目)、声・発声(5項目)、行動(4項目)、身体表現(7項目)、気分(2項目)、表情(5項目)、生理反応(5項目)を質問紙に用意した。この中から実際に表出された項目を調べたところ、多く表出されていたのが、「痛い」[ことば]90名(83.3%)、「しかめっ面」[表情]73名(67.6%)、「不安」[気分]52名(48.1%)、「動きたがらない」[行動]50名(46.3%)などであった。患者一人あたりの表出項目数は最

小1、最高19、平均6.8項目であり、複数の表出を手掛かりに看護師は認知症患者の痛みを特定している実態が示された。また、痛みに対して何の対処も行われていないのはわずか5ケースのみであった。

表4 認知症の自立度別にみた主要な痛み表出

	レベルⅠ～Ⅲ n=46	レベルⅣとM n=59
痛い	43 (93.5)	45 (76.3)
しかめっ面	17 (37.0)	14 (23.7)

該当者の多かった「痛い」(ということばによる表出)と「しかめっ面」の2項目と、認知症の自立度との関係を表4に示した。結果、ことばによる表出である「痛い」ではレベルⅣ以上に比べてレベルⅢ以下に多く、有意差(p<.05)を認めた。一方、非言語的な表出である「しかめっ面」では、認知症のレベルによって該当率に差がなく、有意差を認めなかった。

D. 考察

認知症であり、かつ高齢でもある認知症患者の、数年に及ぶ傷病期間の各局面で必要とされる医療ニーズを明らかにする目的で、2種類の質問紙調査を行った。

1. 認知症発症期の医療ニーズ

認知症患者と家族とが最初に医療との接点をもつのが、認知症の症状に気づき、診断のための受診をするときである。今回、初期症状に気づいてから受診にいたるまでの時間は、1991年に実施した「認知症の人と家族の会」全国調査²⁾に比べて、若干、早まってした。当時、診断までに2年以上を要した人の割合は23.1%だったが、今回は14.9%に減少した。本調査における診断名の回答状況からみても、大多数の当事者が受診のうえ、確定診断を得ていることが推察される。また、診断名を実際に本人に告げている割合は予想以上に高く、39.2%であった。認知症に関する啓発活動の推進や治療薬の増加に伴い、今後、ますます初期診断までの期間は短縮し、発病早期に受診に至る人は増えると予測される。

受診には待ち時間の長さや本人を伴うことの難しさなど、いくつかの困難事項が示された。今後は、外来受診の利便性の向上とともに、告知と服薬・治療のパッケージを、コメディカルの参加により提供する包括的な仕組みが必要と考える。

2. 療養期、終末期における医療ニーズ

療養期、終末期には様々な併存疾患に見舞われ、入院や手術、緊急医療が活発に利用されている実態も示された。入院理由では肺炎が多く、骨折（特に大腿骨骨折）は入院や手術、緊急対応のいずれでも多かった。肺炎は認知症患者の主要死因として³⁾、また認知症は骨折の原因である転倒のリスク要因であり、かつ死亡の予測因子⁴⁾であることも知られている。骨折、肺炎とも予防の重要性は言うまでもないが、これによりいったん入院した後の円滑な退院に向けた調整機能の一層の充実と、治療からの回復プロセスを通常の進度に乗せていくことに貢献できる認知症ケアに優れた認知症看護認定看護師のような存在が整形外科病棟や内科病棟、あるいは地域連携室等に配置されることが期待される。

円滑な回復プロセスや退院は、その後の認知症患者のQOLに大きな影響を及ぼす。今回、療養病床に入院する認知症患者の痛みの主な原因は、関節拘縮であった。すなわち、それは回復プロセスや退院調整からの脱落と無関係ではないだろう。

最後に、終末期には認知症患者の意向が明確ではない中で、医療従事者や親族の意見に耳を傾けながら意思決定をしたとしても、心理的な孤独や対立、揺らぎを少なからず体験している介護者・家族の様子が示された。

自ら身体的不調や意向を訴えることの困難な認知患者に必要な治療やケアを届けるためには、その不調や意向を、観察により把握することが不可欠である。今回、痛みに限定し、看護職の把握状況を調べたところ、多くの評価視点を持ちながら症状を特定し、特定された症状に対しては何らかの対処が行われていた。

認知症の療養期および終末期において過不足の無い医療の提供には、認知症患者の病状に

早期に対応できる観察評価指標の開発と、その評価能力に優れた認知症領域に特化した医療従事者を、療養病棟のみならず急性期治療病棟や救急対応機関、退院調整部門等に配置すること、および重要事項の決定に際して家族と医療従事者からなるチームでの合意形成の仕組み作りが求められる。

E. 結論

認知症の初期から終末期に至るまでの医療ニーズを追究するために、当事者組織と療養病床を対象とした2つの質問紙調査を行った。その結果、発症期には外来受診の利便性の向上とともに、告知と服薬・治療が包括的に提供され仕組みが、療養期・終末期には認知症患者の微細な不調を的確に把握する観察評価指標の開発と、その評価能力を有する認知症領域専門の医療従事者の急性期病棟や救急部門、退院調整等部門への配置、および合意形成サポートチームの仕組み作りが求められる。

[文献]

- 1) Scherder E, Osterman J, Swaab D et al: Recent development in pain in dementia, BMJ, 330, 461-464, 2005.
- 2) 財団法人ぼけ予防協会：痴呆性（ぼけ）老人を抱える家族全国実態調査報告書第1回，毎日新聞社，1991.
- 3) 須貝佑一：アルツハイマー型および脳血管性痴呆患者の生命予後と死因，日本医事新報，3513, 13-16, 1991.
- 4) 元永拓郎，朝田隆：痴呆患者の7年間の生命予後に影響する要因分析，日本公衆衛生雑誌，49, 620-630, 2002.

[研究協力者]

- 菅原峰子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科後期博士課程 院生）
荒木亜紀（茨城県立医療大学保健医療学部 助教）
加賀美亜矢子（日本看護協会看護研修学校認知症看護学科）

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

分担研究報告書

心理行動症状を有する患者のケア体制に関する研究に関する研究

研究分担者 服部 英幸

独立行政法人国立長寿医療研究センター行動・心理療法部部长

研究要旨

認知症BPSD例の入院治療上の問題点として、症状把握の困難さ、合併身体症状の治療困難（手術など入院時の管理）が挙げられる。本研究では認知症BPSD入院治療を行っている施設間での共同研究を通し認知症BPSD入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。対象は愛知県知多半島地域にある認知症BPSD入院治療が可能な4施設（共和病院、大府病院、南知多病院、国立長寿医療研究センター）に入院中の認知症BPSD例およびケアスタッフとする。4施設において長寿医療センター認知症病棟にて開発・使用中の認知症BPSD患者看護記録を共同で使用し、その効果を評価する。評価およびアウトカムとしては、BPSD評価にCohen-Mansfield Agitation Index (CMAI), DBD、認知症ケアアウトカム評価票を用いる。ADL評価としてBarthel Index, IADL。介護負担評価としてZarit 介護負担尺度日本語版。看護、介護職員のストレス評価としてSF-8 QOL尺度で評価する。また、実施前後でアンケート調査をおこない、職員の満足度を調査する。平成22年度は研究組織立ち上げと評価方法の決定を行った。

A. 研究目的

認知症BPSD例の介護診療上の問題点として、精神症状・行動異常自体が治療介護困難であること、症状把握の困難さ、合併身体症状の治療困難（手術など入院時の管理）が挙げられる。患者の状態に沿って総合病院、単科精神病院、老人保健施設などがニーズの合った形で有機的に連携できることが望ましい。これまで、知多地域において認知症入院治療が可能な施設の看護師を対象に研修会などの連携事業を立ち上げてきた。先行研究において知多地域看護研修会参加者へのアンケート結果からBPSD入院ケアで求められているものは

使用薬剤の知識

食事介助のマネジメント

適切な転倒・転落予防

家族の対応。家族教育

効率的な情報収集と計画立案の向上

症例検討をとおして患者さんへのアプローチをよりよくしたい。

等であることがわかった（平成18年度長寿科学総合「認知症の総合的な予防、治療、介護に関する研究（主任研究者 柳澤信夫）-分担研究「認知症BPSD治療」（分担研究者 服部英幸）」）。

今後の課題としての最優先すべきは個々の症例の効率的情報把握、計画であると考えられる。それを踏まえて、平成22年

度から開始した本研究では認知症BPSD入院治療を行っている施設間での共同研究を通し認知症BPSD入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。

B. 研究方法

研究実施場所は当センターが位置する愛知県知多半島地域にある認知症BPSD入院治療が可能な4施設（共和病院、大府病院、南知多病院、国立長寿医療研究センター）この4施設では3年前より連携の会を立ち上げ、研修会等を通じて認知症BPSDケアに関する情報交換の場を設けており、今回共同研究を行うことになった。対象は上記病院入院中の認知症BPSD例およびケアスタッフとする。

長寿医療センター認知症病棟にて開発・使用中の認知症BPSD患者看護記録（図. 1）を共同で使用し、その効果を評価する。この看護記録は時間ごとにBPSDの各症状、睡眠の経過などを記載できるようになっており、1ページで1日の記載が完結できるため、一目で患者の1日のBPSDの変化を把握することができる。さらに、バイタルサイン、血糖値などの身体管理情報も記載できるため、高齢者に多い身体合併症の管理にも対応できる。

評価およびアウトカムとしては、BPSD評価にCohen-Mansfield Agitation Index (CMAI)、DBD、認知症ケアアウトカム評価票を用いる。ADL評価としてBarthel Index、IADL。介護負担評価としてZarit 介護負担尺度日本語版。看護、介護職員のストレス評価としてS

F-8 QOL尺度で評価する。また、実施前後でアンケート調査をおこない、職員の満足度を調査する。表. 1に評価内容を示した。

（倫理面への配慮）

倫理面への配慮：疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」（平成16年12月28日改正、平成17年6月29日一部改正）を遵守し、さらに厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」（平成16年12月28日改正）を遵守して行う。

C. 研究結果

平成22年度は研究組織の立ち上げ、評価方法の検討、決定を行った。4施設においてパイロット的に1例程度の記録使用を行った結果、この看護記録による患者観察と把握について

長所

- ・ 簡単に書きやすかった
- ・ ひと目で見やすい
- ・ 睡眠の記入欄が良い
- ・ 急性期に使用するには適している。
- ・ かかわりと問題行動の関係が明確であった。

短所

- ・ 特異な症状のある患者では、記載スペースが狭い
- ・ 1日の状態はわかるが、1週間でみる場合、枚数がかさばる。
- ・ 重傷者にはいいが、慢性的な経過の方には空欄箇所が多くありそう。
- ・ +の表示だけでは程度がわからない。などの意見が出されている。

D. 考察

平成23年度から、各施設での症例集積

に入る。少数例での試験的使用から開始し、症例数を次第に集積し、解析を行なう。平成24年度には効果検証と追跡調査を行い、成果を公表する。

E. 結論

G. 研究発表

1. 論文発表

服部英幸：高齢者うつ病は認知症とどこが違うのか—対処法は？ 訪問看護と介護 第15巻1号 32-38 2010

服部英幸、森明子、小長谷陽子、鈴木亮子：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

服部英幸：認知症の地域医療—各医療機関の特性（得手不得手）と地域連携の現状・課題4）老年医療専門病院の認知症専門医としての立場から。神経内科Vol. 72 S uppl. 6 206-210 2010

Hideyuki Hattori, Kenji Yoshiyama, Rina Miura, Sachiko Fujie: Clinical psychological tests useful for differentiating depressive state with Alzheimer's disease from major depression of the elderly. PSYCHOGERIATRICS, 10, 29-33 2010

服部英幸：高齢者在宅医療の実際 3) 認知症への対応。Geriatr. Med 48,, 1511-1517, 2010

服部英幸：B P S Dに応じた対応。小長谷陽子編著。本人・家族のための若年性

認知症サポートブック。中央法規 東京、191-199 2010

2. 学会発表

服部英幸、吉山顕次、三浦利奈、藤江祥子：レビー小体型認知症に伴ううつ状態の心理特性—大うつ病、アルツハイマー病との比較—第7回日本うつ病学会、金沢、平成22年6月11日

服部英幸：総合病院における認知症治療病棟の機能と問題点について。第52回日本老年医学会学術集会、神戸、平成22年6月25日

深田伸二、北川雄一、原田敦、服部英幸：高齢者術後せん妄発症頻度の検討。第52回日本老年医学会学術集会、神戸、平成22年6月25日

清水敦哉、野本憲一郎、末永正機、服部英幸：高齢者の心臓ペースメーカー植え込み患者における心理特性（認知、記憶、気分、意欲）に関する検討。第52回日本老年医学会学術集会、神戸、平成22年6月25日

服部英幸、間瀬徹、服部千賀子、水島久美子、外尾知英子、軽度アルツハイマー病に対する絵画療法の有効性の検討。第29回日本認知症学会、2010. 11. 5, 名古屋市

前野信久、加藤隆司、藤原謙、箕野健太郎、鷺見幸彦、新畑豊、武田章敬、末永正機、服部英幸、吉山顕次、三浦久幸、伊藤健吾、B F 2 2 7 - P E T画像で捉えたA β集積

とVBM-MRI解析による脳萎縮との
関連についての検討。 第29回日本認知
症学会, 2010. 11. 5, 名古屋市

中村昭範, 吉山顕次, D i e r s K e r
s t e n, 加藤隆司, 小野健太郎, 服部英
幸, 文堂昌彦, 伊藤健吾, 脳磁図を用いた
アルツハイマー型認知症の電気生理学的
マーカーの検討。 第29回日本認知症学
会, 2010. 11. 5, 名古屋市

櫻井孝, 武田章敬, 服部英幸, 遠藤英俊, 鷺
見幸彦, 文堂昌彦, 伊藤健吾, 三浦利奈, 渡
辺佳弘, 藤崎あかり, かせ川牧子, 井上智

子, 北村忍, 加知輝彦, 鳥羽研二, 国立長寿
医療研究センターでの新たな「もの忘れ
センター」—認知症の予防から終末期ま
で—。 第29回日本認知症学会, 2010. 11.
5, 名古屋市

H. 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

図. 1 認知症BPSD患者入院治療看護記録

日時		2010/10月																							
		1:00	2:00	3:00	4:00	5:00	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	24:00
BT	HR	200	200	35	100																				
	BP	160	160	30	95																				
	RR	120	120	25	90																				
	SpO2	80	80	20	85																				
		40	40	15	80																				
測定	血糖値							89				135						102							
	食事	主食						10				8							9						
	副食							8				6							7						
	間食										+						+								+
	内服							55				50						30		15					
排泄	排尿							10			20		40		20		50		30		30			10	
	尿失禁			15				10																10	
	排便										20														
	便失禁										20														
観察	熟睡																								
	浅眠																								
	幻覚										+							+	+						
	妄想										+							+	+		+			+	+
	焦燥																	+							
	ケア拒否											+													
ケア	ヒッププロテクター																								
	離床センサー																								
	MC (嚔嚕確認)							+																	
	水分補給																								
	排泄介助			+			+			+			+		+		+		+		+			+	
	陰部洗浄										+														
	入浴介助																								
	リハビリ										PT	OT													
観察	疼痛																	+	+						
	輸液																								
輸液	輸液計																								
	輸血																								
	水分																								
	IN合計																								
OUT項目	OUT (尿量 (ml))																								
	OUT調整																								
	OUT合計																								
	バランス																								