

A. 研究目的

精神科病院における認知症医療(特に、入退院、ADL、身体合併症への対応、服薬、BPSDへの対応、リハビリテーション、地域連携の7項目について)の状況を調査し、精神科病院の役割と課題を明らかにする。

また、調査結果より課題解決の有効策を提示し、今後の認知症医療の発展を図る。

B. 研究方法

日本精神科病院協会に属する1213の病院

(平成23年8月現在)(うち認知症治療病棟を有する病院は405)にアンケートを送付した。回答者は自由とし、回答者の職種(事務長、看護師長、医師、精神保健福祉士等)を記載する項目を設けた。

自由回答法と選択枝法を合わせた計30問の調査票を作成した。その内訳は

基本的情報	・・・4問
入退院状況	・・・2問
ADL状況	・・・4問
服薬	・・・2問
身体合併症への対応	・・・6問
BPSDへの対応	・・・5問
リハビリテーション	・・・2問
地域連携	・・・5問

である。

全施設対象の回収率は14%、認知症治療病棟を有する病院からの回収率は26%であった。

(倫理面への配慮)

実施者である前田が属する神戸学院大学における「ヒトを対象とする研究等倫理委員会」における承認(HEB110608-5)

および日本精神科病院協会理事会における承認を得た。

C. 研究結果

平均在院日数は360日以上540日以内が最も多かった(図. 1)。退院阻害因子は入院日数の短い例でも長い例でも精神症状・行動異常の存在がもっとも多かった。状態が良くなっているのに受け入れ先がみつからず、入院が長くなっている例も多かった(図. 2)。

身体疾患合併症の治療のための医師・看護師は配置している施設が多かったが、その数は大多数の施設で不足していた(図. 3-5)。医療機器、設備も不十分な施設が多かった(図. 6)。一般病院への転院は困難なことが多くみられた(図. 7)。入院患者の紹介元は一般病院、介護施設が多かった。認知症疾患センターは少なかった(図. 8)。退院先としては介護施設に紹介することが最も多かった。認知症疾患センターはほとんど

なかった（図. 9）。地域連携のためのカンファレンス等についてはごく 20%の症例で行われている施設が最も多く、行われていない施設も多かった（図. 10）。地域連携パスの使用はほとんど行われていなかった（図. 11）。

D. 考察

患者の半数以上が1年以上入院しているが、院阻害因子の4割が施設や家族の受け入れが出来ない為である。歩行、食事が自立でない方はそれぞれ、6割、4割にのぼり、退院阻害因子の1割がADL低下の為である。包括医療制度の為か、抗認知症薬の使用は2割程度であった。入院経路、退院・転院時相談先とも、介護施設や一般科の病院・診療所が主であり、最近整備されてきた認知症疾患医療センターとの関わりは非常に少なかった。

E. 結論

調査結果より課題解決の有効策を提示し、今後の認知症医療の発展を図ることが今後の課題であると考えられた。

研究2

A. 研究目的

認知症入院可能施設での新しい認知症看護記録の有用性に関する共同研究
認知症入院治療・ケアにおいて重要視されるべきもの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、認知症看護記録の有用性に関する共同研究を通し認知症BPSD入院治療における看護レベルの均てん化とレベルアップをめざした。

B. 研究方法

対象

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病院）において入院中の各施設に入院中の認知症BPSD症例に対して看護記録を統一して使用。

入院時より退院時ないし入院後2週間までの観察研究。

これまでの看護記録との比較をとおして有用性を検討する。

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. 12）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症例の看護記録記載時間およびスタッフの使用満足度をアンケート調査した。

（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

1. 参加4施設において各2例程度の試用を行い、関与した看護スタッフにアンケートを行ったところ、84%で「使用しやすい」「満足である」との回答を得た。また、新しい記録方式の特徴を尋ねたところ以下のような回答を得た（図. 13）。

長所：記入しやすい、症状をひと目で把握できる、1日の変化を理解しやすい。

短所：1日1枚の仕様なので長期の患者では以前の結果と比較しづらい、変化のない項目を繰り返し記入する必要がある。

2. 1施設においての結果であるが、通常記録との記載時間の比較をおこなった。BPSD急性期の患者で日勤帯における平均記載時間は、短くなる傾向がみられたが現時点では統計的有意差は出せていない（図. 14）。

D. 考察

看護記録の記載負担は様々な条件で変化する。急性期、慢性期では相違してくることなどを考慮した改訂版の作成が必要と思われる

E. 結論

平成24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う予定である。

G. 研究発表

1. 論文発表

服部英幸： 地域ケアで患者を支える。 Aging and Health, 第20巻2号、24-27、2011

Takahashi T, Iijima K, Kuzuya M, Hattori H, Yokono K, Morimoto S: Guidelines for non-medical care providers to manage the first steps of emergency triage of elderly evacuees. *Geriatr Gerontol Int.* 2011 Oct;11(4):383-394.

Hattori H, Hattori C, Hokao C, Mizushima K, Mase T: Controlled study on the cognitive and psychological effect of coloring and drawing in mild Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int.* 2011 Oct;11(4):431-7.

服部英幸：認知症医療に必要な知識・介護保険のシステム。精神科、19、2011、267-273

服部英幸：災害時高齢者医療対策（4）精神面への対応。日本老年医学会雑誌。48、505-508、2011

2. 学会発表

服部英幸：地域の認知症医療と高齢者専門病院の役割。シンポジウムⅣ 認知症医療における精神科医の役割。第26回日本老年精神医学会、東京、2011,6

服部英幸：精神症状への対応。パネルディスカッションⅣ 災害時における高齢者医療対策—避難所生活から高齢者をどう守るか—。第53回日本老年医学会、東京、2011,6

櫻井孝、服部英幸、鷺見幸彦、遠藤英俊、伊藤健吾、武田章敬、文堂昌彦、加知輝彦、鳥羽研二：認知症の予防から終末期までをケアする「物忘れセンター」の設立。第53回日本老年医学会、東京、2011,6

服部英幸、高橋慶子：高齢者うつ病の心理特性—POMS 短縮版を用いた対照との比較研究—。第8回日本うつ病学会、大阪、2011,7

服部英幸：災害時における高齢者の精神的問題への対応。シンポジウム「高齢者医療における危機管理」。第22回日本老年医学会近畿地方会、西宮、2011,11

加藤隆司、伊藤健吾、箕野健太郎、藤原謙、中村昭範、三浦久幸、服部英幸、新畑豊、鷺見幸彦、岡村信行、谷内一彦、物忘れ外来グループ：[C-11]BF-227 集積と脳糖代謝変動の関係：認知機能正常から健忘型 MCI 段階まで。第30回日本認知症学会、東京、2011,11

中村昭範、吉山颯次、Diers Kersten、加藤隆司、服部英幸、文堂昌彦、伊藤健吾：自発脳磁図を用いた脳内ネットワーク機能評価によるアルツハイマー病補助診断の可能性。第30回日本認知症学会、東京、2011、11

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

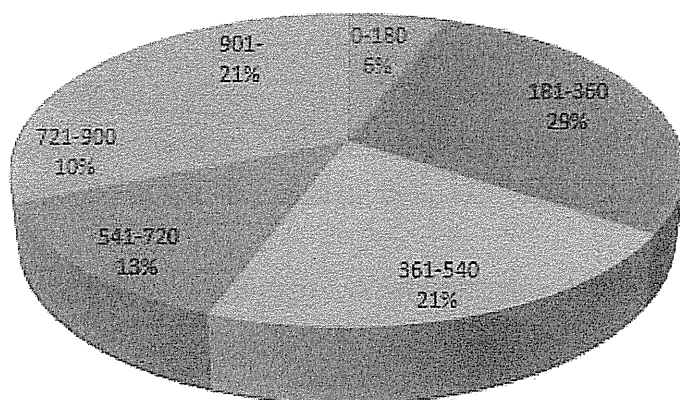
なし

3. その他

なし

図. 1 平均在院日数

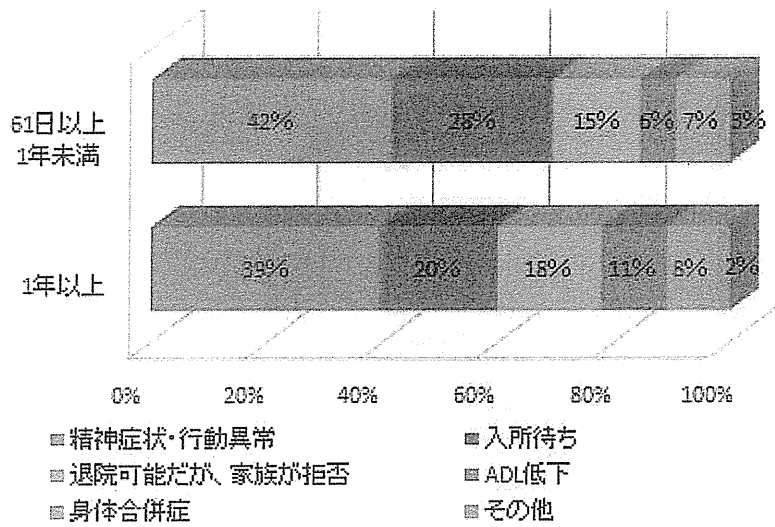
平均在院日数別の病院数割合



※対象90病院

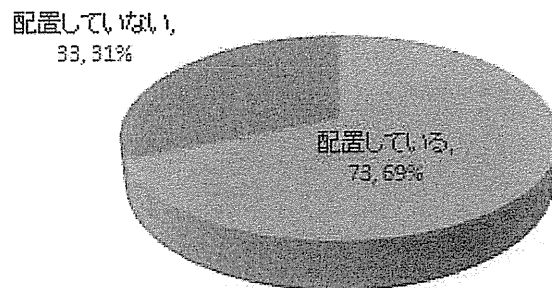
13

図. 2 在院日数別の退院阻害因子



17

図. 3 身体科医師の配置状況】



※対象103病院

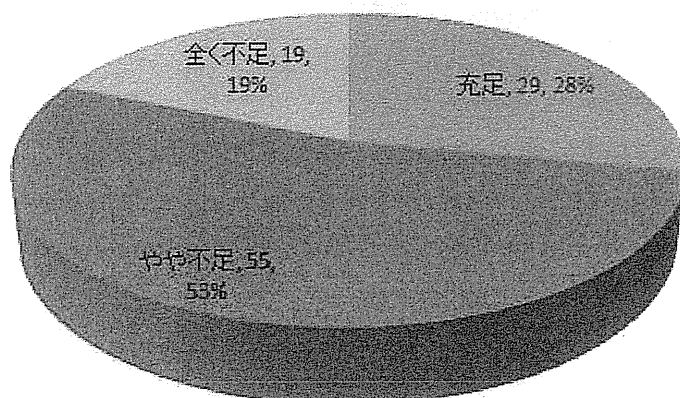
※配置している場合、常勤医師数 平均0.8名 最頻値1名
非常勤医師数 平均1.2名 最頻値0名

※精神科身体合併症管理加算：
病棟に専任の内科医、または外科医を配置した際、治療開始から7日間を
限度に350点加算される。

18

図. 4 医師数の状況

身体合併症治療に対して、最もあてはまる状況は？

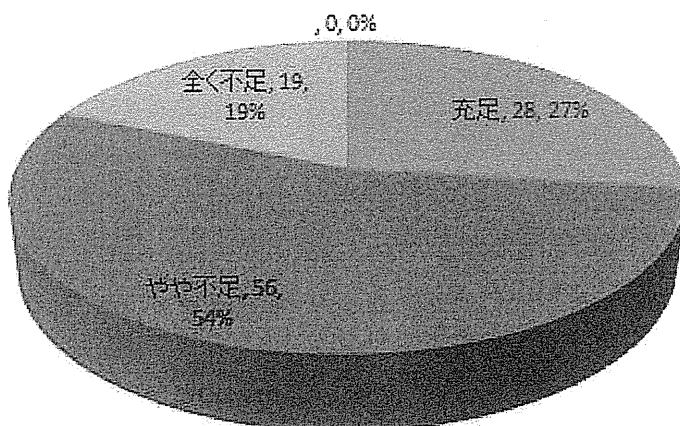


※対象103病院

22

図. 5 看護師数の状況

身体合併症治療に対して、最もあてはまる状況は？

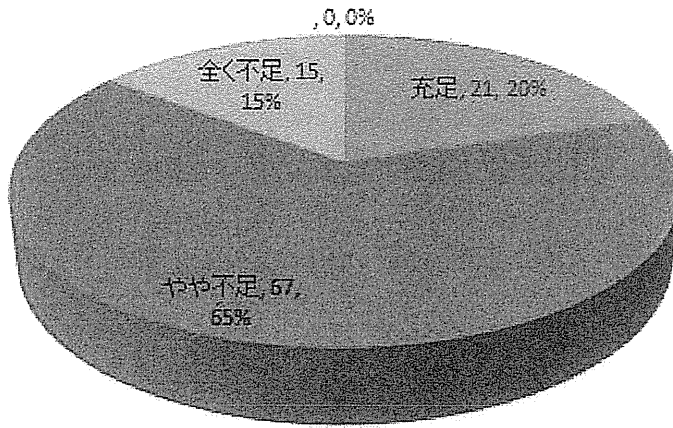


※対象102病院

23

図. 6 医療機器・設備

身体合併症治療に対して、最もあてはまる状況は？



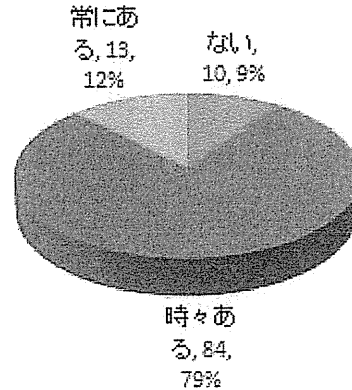
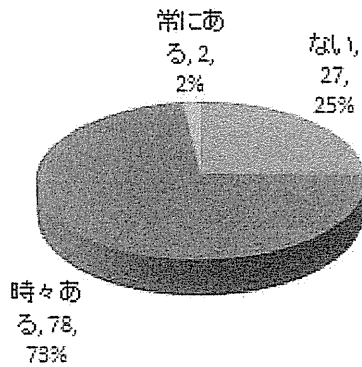
※対象102病院

24

図. 7 転院時の問題

受け入れを断られる事が

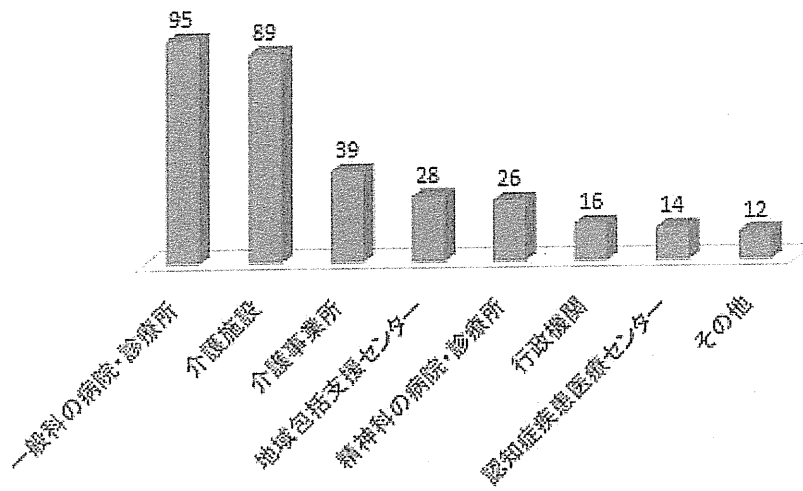
早期退院させられる事が



※対象105病院

25

図. 8 入院経路

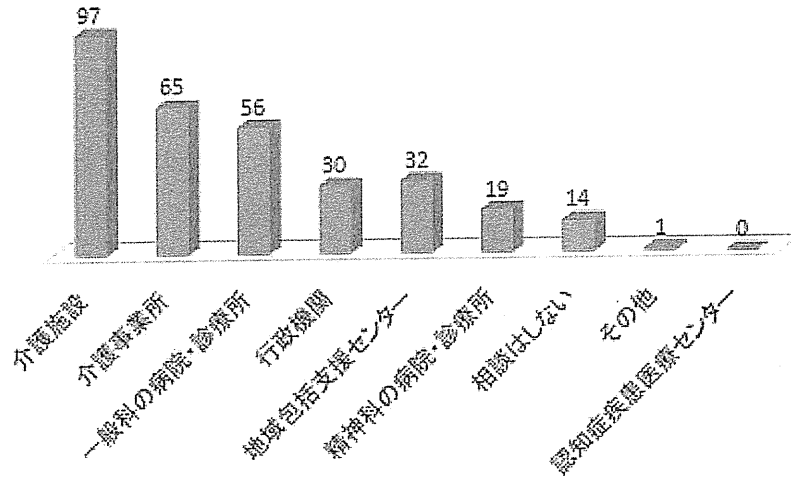


※主要な3つを選択

※対象回答数107

23

図. 9 退院・転院時の相談先



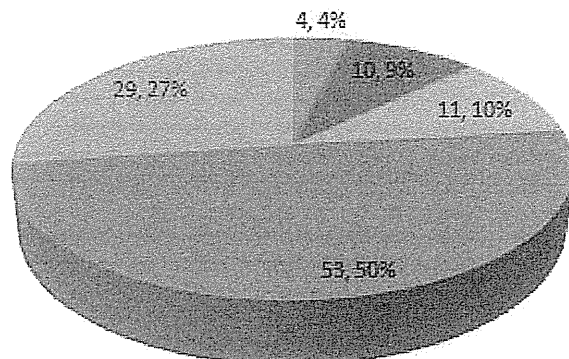
※主要な3つを選択

※対象回答数107

23

図. 10 地域連携会議等の開催状況

■ 全ての患者で開催 ■ 6割程度 ■ 5割程度 ■ 2割程度 ■ 全く開催していない

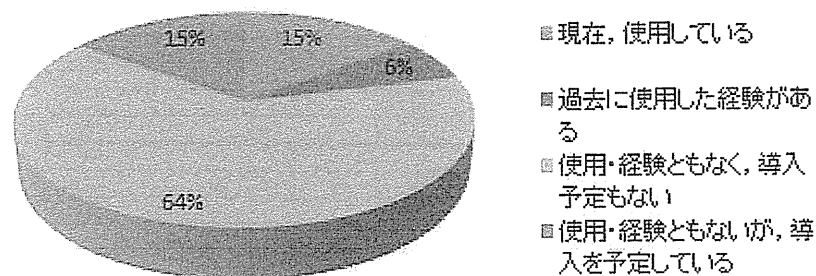


※地域連携会議等とは：
地域の介護事業者等が一同に参加し、当該患者の退院や今後の支援等について話し合う会議。

※対象104病院

32

図. 11 地域連携クリニカルパスの使用状況



※地域連携クリニカルパスとは：
複数の医療機関や地域施設が役割分担し、共有のパスに従って支援する事で、対象者に円滑で効率的なサービスを提供するもの。

※対象105病院

33

図. 12 認知症 BPSD 患者入院治療看護記録

日時		2010/10月											9日												
		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	0.00
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						
内服	間食									+						+									+
	内服							55				50						30			15				
排泄	排尿							10			20		40		20		50			30				10	
	尿失禁			15				10																10	
	排便										20														
	便失禁										20														
認知症	熟睡																								
	浅眠																								
	幻覚									+							+	+							
	妄想									+							+	+		+				+	+
	焦燥																+								+
ケア拒否											+														
観察	ヒッププロテクター																								
	離床センサー																								
ケア	MC (義歯確認)							+																	
	水分補給																								
	排泄介助			+				+			+		+		+		+		+		+			+	
	陰部洗浄										+														
	入浴介助																								
	リハビリ										PT	OT													
	非薬物療法															音楽									
リハビリ																									
リハビリ																									
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																									

図. 13 使用した看護師へのアンケート

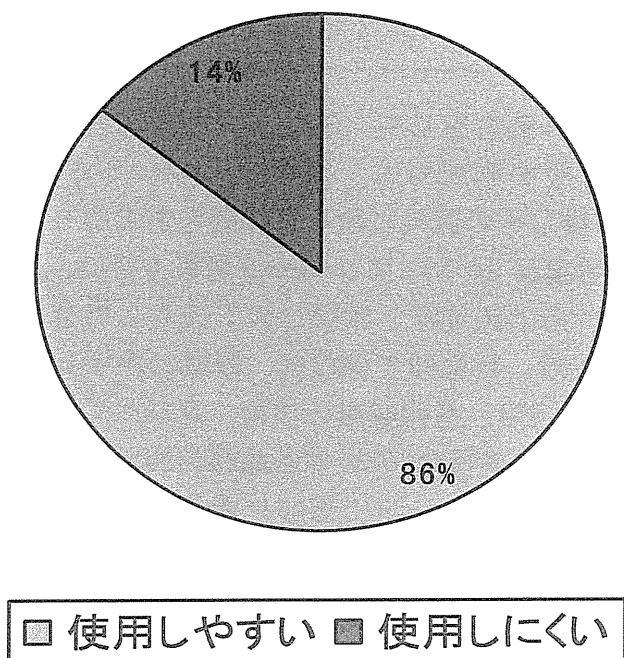
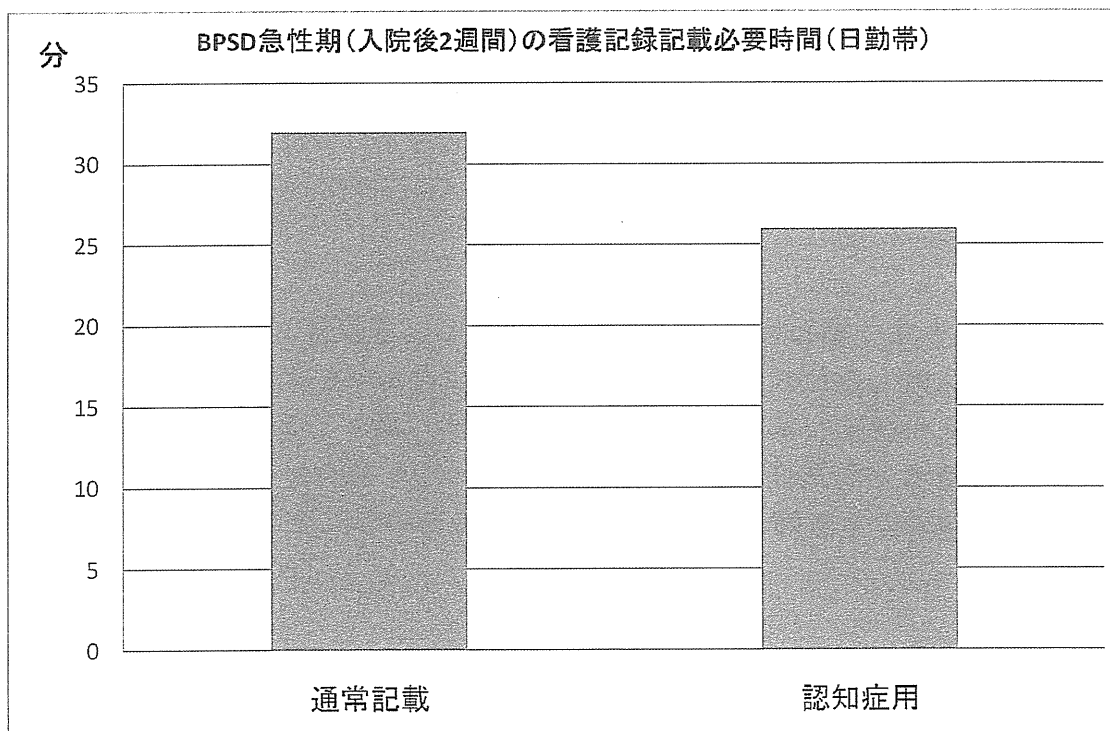


図. 14 看護記録記載必要時間



認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

身体合併症を有する認知症の管理とケア

鷲見幸彦

独立行政法人国立長寿医療研究センター脳機能診療部

【研究要旨】様々な身体合併症を生じて入院した認知症患者の対応について難渋する医療スタッフを支援するために、認知症サポートチーム（Dementia Support Team: DST）を創設しその運用に関して検討をおこなった。1）認知症対応ユニットに勤務した看護師 24 名にアンケート調査を行い、入院した認知症患者に対してどのような対応上の注意、看護上の工夫をしてきたか調査した。回答を、話す技術・聞く技術、行動面での技術、観察のポイント、運用システム上の問題、BPSD への対応技術、情報収集の技術、家族への対応、自己省察に分類整理した。これらの経験の集積は DST が各病棟の相談に乗る際の強力なツールになり、また他施設への教育ツールにもなり得るものと考えられる。2）昨年度は 2 病棟で試行したが、依頼件数が少なかった。今年度は全病棟に広げたが、依頼を受動的に待つ状況では依頼件数は伸びなかった。そのため毎週木曜日に看護日誌の要注意者で認知症やせん妄が問題となっているケースを中心にラウンドを開始した。

A. 研究目的 認知症患者は高齢者が多く、経過中に身体合併症を生じ急性期病院へ受診を余儀なくされることがあるが、入院直後のせん妄、回復期での離院や転倒といった医療安全の観点からは望ましくない事象が発生することがあり、入院の継続に難渋することが珍しくない。様々な身体合併症を生じて入院した認知症患者の対応について、認知症サポートチーム（Dementia Support Team: DST）を創設しその運用に関して検討をおこなった。

B. 方法 1）これまで認知症対応ユニットに勤務した看護師 24 名にアンケート調査を行い、入院した認知症患者に対してどのような対応上の注意、看護上の工夫をしてきたか調査し KJ 法で分類しまとめた。（図 1）2）毎週木曜日に看護日誌の要注意者で認知症やせん妄が問題となっているケースを中心に認知症専門医、認知症認定看護師、認知症対応病棟師長を中心にラウンドを開始した。（図 2）

C. 研究結果 1）調査結果から、まとめると技術的なもの（話す技術、聞く技術、行動面の技術、行動心理症状（BPSD）出現時の対応技術、その他の技術）それ

以外の、介護者の自己省察とよべるものや、病棟の運営方法に関するものなどが挙げられた。図1にその一部のまとめを示した。2)平成23年12月15日から平成24年2月23日の2ヶ月間に31件の依頼があった。そのうち19例は既に認知症の診断がなされていた。6例は認知症の病歴はなく、7例は確定診断はされていないが、病歴からは認知症の存在が疑われる例であった。病棟別では急性期で重症の多い外科・急性期病棟からの依頼が最も多かった。相談内容、看護困難の内容として多かったのは、PTCDドレーン、PEG、中心静脈ルートといった、生命維持に直結する治療ラインの抜去に関するもの(6件)、夜間の大声(6件)、多動に関するもの(6件)と過活動症状に関する相談が多いが、食欲不振・摂食不良が4件あり注目される。摂食嚥下チームや栄養サポートチームとの連携が必要であった。

D. 考察 1) 他病棟のスタッフからの相談に対応するためには、認知症患者看護経験の蓄積が必要かつ有用と考えられる。今回多くの看護技術が集積できた。集積できた技術を今後まとめていけば、他施設で同様の試みを行う際にも有力な情報になると考えられる。また2)に示した回診においても技術情報の集積が期待できる。

2) 昨年度研究からDSTの活動は受け身に依頼を待つという方法では十分機能しないことが明らかとなった。今年度は毎週木曜日に毎朝の看護日誌の要注意者で認知症やせん妄が問題となっているケースと、ラウンド当日にあらかじめ各病棟に電話で対応困難例がないかどうかを確認して、回診をおこなった。回診は認知症専門医と認知症認定看護師、認知症対応病棟看護師長を中心に行った。ラウンドの業務として各病棟医療スタッフからの認知症に関する相談と対応、認知症センター病棟入室に関しての適応相談を主な業務としたが、転棟相談は少なかった。このラウンドの有用性の検討は重要であるが、看護困難度の指標として確立している指標はなく、指標そのものを作成する必要がある。現在適切な指標を検討中であり、来年度には探索的に使用できることを目指す。

E. 結論

認知症患者の入院は、本人、家族はもとより、病院のスタッフにも大きな負荷をかけるが、適切な対応を行うことによって、よりよい状態で入院治療を受けられる可能性がある。認知症サポートチーム(Dementia Support Team: DST)はそのひとつの試みである。

F. 論文・学会発表

論文発表

鷺見幸彦
一般外来で認知症に気が付けるか
Modern Physician 31(7) : 890, 2011

鷺見幸彦
アルツハイマー病 特徴的症狀と診断のポイント
最新医学 66 : 44-52, 2011

鷺見幸彦
老年医学・高齢者医療の最先端 早期発見の手がかりは心理検査か画像診断か
医学のあゆみ 239(5) : 383-387, 2011

鷺見幸彦. 認知症の身体合併症—予防 医療 管理—
こころの科学. 161 : 33-37, 2011

鷺見幸彦. 認知症学 (下). 18. 認知症の重症化に伴う医学的諸問題. 認知症を
扱う医療スタッフの養成. サポート医と介護研修. 日本臨床増刊号. 69(10) :
561-564, 2011

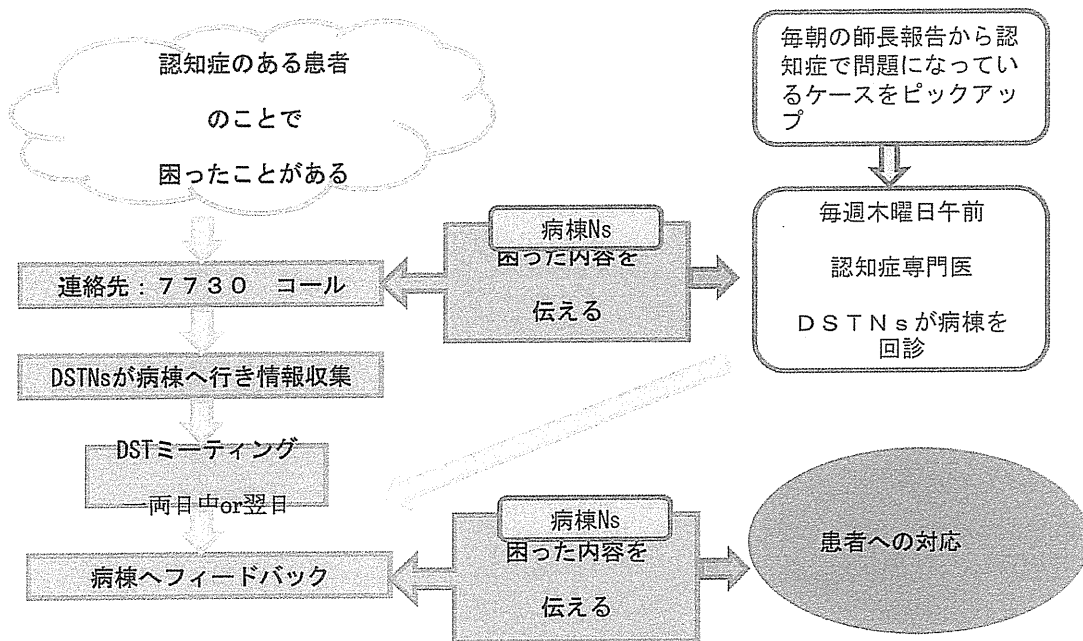
学会・研究会発表

鷺見幸彦、荒畑豊、伊藤健吾、加藤隆司
MCIを対象としたアルツハイマー型認知症の早期診断に関する研究—
J-COSMIC追跡調査—
第52回日本神経学会学術大会、2011年5月18日、名古屋

鷺見幸彦、武田章敬、荒井啓行、山口晴保、
認知症を予防し、治療し、よりよく生きる
第52回日本神経学会学術大会、2011年5月20日、名古屋

○鷺見幸彦
認知症の人の身体合併症医療はどうあるべきか
アルツハイマー病研究会 第12回学術シンポジウム 2011年10月2日、
東京

鷺見幸彦、武田章敬、中村昭範、渡辺浩
ポータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」の創設
第30回日本認知症学会学術集会 2011年11月12日、東京



話す技術・聴く技術

- ゆっくりと優しい口調で話す
- 同じ高さの目線で話す
- 遠くや後ろから話かけない
- 大声で話さない 急にはなしかけない
- できるだけ聞き役で、話を途中でさえぎらない

BPSDへの対応技術

- 落ち着きのない時はそばに付き添う
- 幻視は否定しない
- 暴力的な時には二人でケアする
- 入浴拒否には散歩がてら風呂に誘導
- 拒薬時は無理に服用させず、投薬者をかえる
- 投薬は食後に。食前や食事に混ぜない

自己への考察

- 多彩な患者さんに対応するには看護する側も広い知識や世の中の動きを知っているよう努力が必要
- 患者さんに優しいだけでなく看護技術も身につけていること
- 患者さんが困っていることを自分として受け止めるだけでなく、他のスタッフと共有できること
- 自身の身体、精神状態が安定するように自己管理をする
- 患者さんだけでなく自分とも向き合う

観察のポイント

- 落ち着きがなくなったときにはトイレ誘導してみる
- いつもと行動が違うときには身体症状に気をつける
- 表情や言葉の変化に注意
- 他のスタッフがかかわっているときの反応を観察する
- 何ができて何ができないのか観察する

行動面での技術

- 患者さんの周りで走らない
- 患者さんの落ち着く場所と一緒に探す
- 患者さんの後ろ死角で大きな音を出さない
- 監視されている印象を与えないように遠くから見守りする
- 危険行動の少し前に患者さんに近づくとできることをほめる 行動を制止しない

その他の技術

入浴を拒否：散歩のついでにお風呂へ誘導

物品の使用方法がわからない

自分が使ってまねしてもらおう

拒薬：無理に服用させない

投与する人を変える

食前や食事に混ぜることをしない

不眠：午前中に日光浴を行う

午前中に休息を心がける

午後から負荷の大きな運動をしない

眠れない時には可能な限り傍につきそ
う

間食をすすめる

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
（総括・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

—在宅認知症患者の包括的ケアに関する研究—

研究分担者氏名・三浦 久幸 国立長寿医療研究センター 在宅医療支援診療
部長

研究要旨

2010年度研究では国立長寿医療研究センター在宅医療支援病棟に入院した訪問診療を受けている在宅患者の調査により、在宅患者のおよそ半数が認知症あるいは高次脳機能障害を合併している実態が明らかとなった。一方、ADLが低下していることで、徘徊等の体動の多い周辺症状を呈する認知症患者は少なく、在宅認知症患者においては、むしろADL低下や内科系合併症等に対する医療的ケア・身体介護が中心となっていると考えられた。2011年度研究では、在宅患者の生活自立度(ADL)、栄養評価、意欲等の総合的機能評価(CGA)について認知症の有無により比較検討した。この結果、認知症合併症例では低ADL、意欲低下、低栄養への対応がより重要であることが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究班の全体テーマは認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究であるが、在宅療養中の認知症患者、ことに、訪問診療（狭義の在宅医療）を受けている認知症患者の属性や在宅療養継続に関する阻害・促進要因についてはこれまで、まとまった報告はない。このため、本分担研究では、国立長寿医療研究センターにおいて、日頃、訪問診療を受けている患者の入・退院支援をモデル的に行っている「在宅医療支援病棟」に入院した認知症患者を対象に調査し、最終的には認知症患者の在宅療養継続に関する阻害・促進要因を明らかとすることをこの目的としている。初年度は「在宅医療支援病棟」入院患者のうち、認知症合併割合やその特徴を中心に評価を行った。これまでの狭義の在宅患者についての総合的機能評価等、包括的評価についての報告はほとんど行われておらず、在宅認知症患者の特異的病態についてはさらに客観的データを蓄積する必要がある。本年度は、在宅医療を受けている患者に対する生活自立度(ADL)、栄養評価、意欲等の総合的機能評価(CGA)を行い、認知症の有無による比較検討を行った。

B. 研究方法

2011年6月から12月までに当センター在宅医療支援病棟に入院した患者のうち、検査の同意を得られた120人に対して、属性、ADL(Barthel Index)、IADL(Lawton Index)、Vitality Index(VI)、栄養評価(MNA-SF)、神経心理症状(NPI-Q)、介護負担感(ZBI)、MMSE、GDS15、VASを問診・検査した。属性は電子カルテ情報、ADL、IADL、Vitality Index、栄養評価、神経心理症状は介護者への質問用紙により情報収集した。MMSE、GDS15、VASは検査者によ

る本人への問診形式で行った。

(倫理面への配慮)

本研究は本人、家族の同意の下で行い、厚生労働省の臨床研究の倫理指針に従って個人情報保護を徹底した。無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたもののみ扱うことで研究に倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

2011年6月～12月までで研究同意を得られた在宅医療支援病棟への入院件数は計120件であった。延べ患者の平均年齢77.5(±12.6)歳、性別(男性:女性)は68:52であった。120名の入院患者のうち、主たる基礎疾患は神経・筋疾患29名(26.7%)、悪性腫瘍21.7%、脳血管障害14.2%、認知症11.7%、その他25.7%であった。一方、認知症合併の在宅医療をうけている患者を認知症高齢者の日常生活自立度で評価すると、69名(57.5%)がレベルII～Mを示しており、半数以上で他疾患に認知症あるいは高次脳機能障害を合併していた。認知症生活自立度のII～Mを「認知症あり」として認知症の有無によるCGA各項目の有意差検定を行った。認知症あり例では寝たきり度B、Cの割合(62.3 vs 56.8%)、要介護3以上の割合(88.4 vs 55.7%)とも認知症なし例よりも高く、IADL男性(0.3±0.7 vs 1.3±1.5)、VI(4.5±2.4 vs 6.6±2.8)、MNA-SF(4.8±2.7 vs 6.2±2.9)は認知症あり例で有意(P<0.05)に低下していた。また、ADL、IADL女性は低下傾向、ZBI、NPI-Qは高い傾向にあった。本人問診によるMMSE、GDS15、VASは検査不能例が多く、実施率は全体の10%程度で統計学的な群間比較には耐えられない状況であった。

D. 考察

2010年度研究同様、2011年度研究でも国立長寿医療研究センター入院患者のうち、訪問診療を受けている在宅患者を検討した結果、およそ半数が、認知症あるいは高次脳機能障害を合併していた。今年度のCGA評価により、認知症合併の在宅患者のほとんどは、認知症非合併症例より寝たきり度、要介護度ともに高い症例が多く、この傾向は男性のIADLにも有意に反映されていた。また、在宅患者全体が、意欲低下傾向、低栄養傾向を示したが、認知症合併症例ではさらに意欲低下、低栄養が問題になる状況が明らかとなった。統計学的有意差こそなかったが、認知症の存在に伴う神経心理症状により、介護負担感も高くなる傾向を認めた。一方、本人への直接の検査(MMSE、GDS、VAS)は、重度認知機能低下や全身状態の悪化に伴う検査不能例が多く、在宅患者全体を包括的に評価する指標としては不適切で、実践的には介護者、病棟スタッフによる客観的な評価がより適切であろうと考えられた。

本研究で在宅患者のうち認知症合併症例では、特に低ADL、意欲低下、低栄養

への対応が重要であることが明らかとなった。今後はこのCGA結果をもとに、低栄養等への早期の適切な予防・介入法と、より簡略化した形での総合的評価指標の構築が必要と思われる。

E. 結論

在宅医療を受けている患者の半数以上が認知症を合併していた。CGA 評価により、認知症合併症例では低 ADL、意欲低下、低栄養への対応がより重要であることが示された。

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

<論文>

- ・ 三浦久幸：特集 高齢者終末期の医療とケア 1. 高齢者終末期の医療とケア 日本老年医学会雑誌
第48巻第3号 P.211-215
- ・ 遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸：10年目を過ぎた介護封建の今後の展望
Mebio 2011.5 Vo.28 No.5
P.139-141
- ・ 三浦久幸、鳥羽研二：特集/進歩した認知症の診療 重度認知症疾患患者の合併症と終末期医療
臨床と研究 2011.6 第88巻第6号 P.735-737
- ・ 遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介：介護者に対するアルツハイマー病治療薬のメリット
Cognition and Dementia 2011.4 Vo.10 suppl.1 P.55-58
- ・ 遠藤英俊、佐竹昭介、三浦久幸：予防・管理 地域の取組み、介護保険サービスの利用法
アルツハイマー病 最新医学.6巻.9月増刊号 P.124-131
- ・ 三浦久幸：在宅医療支援病棟の試み. 医学のあゆみ 老年医学・高齢者医療の最先端
2011 Vol. 239. No. 5 P537-540
- ・ 遠藤英俊、三浦久幸：介護保険改正の焦点は. 医学のあゆみ 老年医学・高齢者医療の最先端
2011 Vol. 239. No. 5 P580-584
- ・ 三浦久幸：Ⅲ. 臨床編 認知症の重症化に伴う医学的諸問題 各論 排尿障害と失禁
日本臨床.69巻 増刊号10 2011. 12. 20. P552-556