

201218005B (別刷りの1. 2有)

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

(課題番号：H22-認知症-一般-005)

H22-H24年度 総合研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成25年(2013) 3月

別添1 厚生労働科学研究費補助金研究報告書 表紙

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

(H22-認知症-一般-005)  
平成24年度 総合研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二  
平成25(2013)年 3月

研究組織

鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	病院長
朝田 隆	筑波大学臨床医学系・精神医学	教授
武田 雅俊	大阪大学大学院医学系研究科精神医学	教授
秋下 雅弘	東京大学医学部加齢医学講座	准教授
神崎 恒一	杏林大学医学部高齢医学	教授
山口 晴保	群馬大学保健学科	教授
栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所	研究部長
鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター・神経内科	部長
服部 英幸	国立長寿医療研究センター・行動心理療法	部長
遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター・内科総合診療科	部長
荒井由美子	国立長寿医療研究センター長寿政策科学研究部	部長
小長谷陽子	認知症介護研究研修大府センター	研究部長
木之下 徹	医療法人社団こだま会	理事長
櫻井 孝	国立長寿医療研究センター	部長
三浦 久幸	国立長寿医療研究センター	部長
北川 公子	茨城県立医療大学	教授
研究協力者		
中居龍平	杏林大学高齢医学	非常勤講師
木村紗矢香	杏林大学高齢医学	臨床心理士
山田如子	杏林大学高齢医学	臨床心理士
町田綾子	国立長寿医療研究センター	外来研究員
岩田安希子、 井藤佳恵、 河野禎之	守屋佑希子、小林義雄	杏林大学高齢医学
森原剛史	岡村 毅	東京都健康長寿医療センター研究所
谷口真理子	筑波大学大学院人間総合科学研究科障害科学	
	大阪大学大学院医学系研究科精神医学	
	医療法人社団こだま会こだまクリニック	地域連携コーディネーター

別添 2 厚生労働科学研究費補助金研究報告書 目次

別添 3 総合研究報告書		2～23 頁
要旨		2～4 頁
研究の背景と研究の目的		5～6 頁
研究分担流れ図		7 頁
結果の概要		8～23 頁
認知症の地域連携システム（認知症疾患医療センター）	栗田主一	24～39
認知症の地域連携システム（地域包括支援センター）	小長谷陽子	40～56
認知症の早期発見方法 SED13Q の開発	山口晴保	57～61
心理行動症状を有する患者のケア体制	服部英幸	62～81
身体合併症を有する認知症の看護対応	鷺見幸彦	82～90
在宅医療患者の身体合併症	三浦久幸	91～94
本人と家族に対する差別的処遇に関する実態調査	木之下徹	95～117
介護サービスの利用と認知症	神崎恒一	118～128
介護負担	荒井由美子	129～134
認知症患者の生活障害に関する研究	朝田隆	135～138
認知症予防に関する研究、特に栄養的観点から	秋下雅弘	139～142
認知トレーニング無作為割付試験	武田雅俊	143～150
光トポによる会話・コミュニケーションの定量的研究	遠藤英俊	151～154

別添 4 研究成果の一覧 155～

別添 5 研究成果刊行物の別刷り

## 別添 3 総合研究報告書

### 要旨

#### 1. 本年度の研究成果

- (1) もの忘れセンターにおけるワンストップサービスモデルを実現、稼働させた
  - 1) 複数科医師（老年科、神経内科、精神科、脳外科、放射線科、循環器科、消化器科、整形外科、耳鼻科、眼科など19名）が医療ニーズに即日対応
  - 2) 看護、臨床心理士、MSW、PSWによる多角的インタビューと看護支援、心理支援、社会的支援をニーズに応じて直接提供
  - 3) 医師、看護師、臨床心理士、MSW、PSW、栄養士、薬剤師が認知症支援情報を「家族教室」として提供
  - 4) 予防から終末期まで幅広い家族相談事業を実施
  - 5) 社会人教育、公民館出前研修など啓発活動拠点整備と実施を行った
  - 6) IT活用として、iPadによるCGA入力、遠隔テレビカンファランスを整備した
- (2) 認知症初期対応チームへの、技術的支援のため、基礎検討を行った

1) 認知症の実態調査で400万人以上と考えられているが、服薬数などから推察される認知症の治療率は半数以下と考えられている。このため、重度化してから受診し、入院治療となるケースも多く、早期発見の遅れが不適切なケアの流れになっているとの認識がなされた（厚生労働省；今後の認知症医療の方向性について、平成24年6月24日）。このため、初期対応チームを立ち上げることが決定され、医師によらない簡易な認知症の評価を行い、医療や介護保険につなげる役割が期待されている。このため、簡易なスクリーニング方法が模索されているが、生活の異常を緒にケアプランまで同意を得る戦略は、家族の同意を得る上でも有用であろう。手段的日常生活動作(IADL)は基本的日常生活動作(BADL)に先んじて、

認知症で低下することが知られている (FAST) そこで、今回 IADL (Lawton&Brody) で、MMSE 点数と手段的 ADL の 2 項目の完全自立の関係を調べ、認知症と軽度認知障害 (MCI) の協会である MMSE23 点に注目して、どの組み合わせが、MMSE23 点以下を発見するのに資するかを ROC カーブで検討した。なお、性差がある IADL 3 項目 (炊事、家事、洗濯) はあらかじめ除外した。これに残ったものは、服薬管理、金銭管理、電話の 3 項目であり、これらの組み合わせの比較検討を行った。

2) 初期対応チームに資する、身体合併症の頻度を調査した。

(3) 周辺症状対応への包括的アプローチ。

もの忘れセンターでは、経過による BPSD の変化も横断的データが得られた。これを生かした認知症サポートチームが稼働し、ラウンド方式に変更した。地域に於いては、

介護保険のサービスに対する不安は強く、地域包括への2448ヶ所調査でも、患者への対応がわからないという相談が多く、BPSD 対応マニュアルを整備発刊した。

(4) 以上を生かした、地域での多職種連携への応用がなされ(山口)、認知症疾患医療センター調査(栗田)が終了し現在集計分析中である。

これらを生かした、多職種が理解できる包括的な認知症テキストが一部完成した。

## 2. 昨年度までの成果

平成23年度には、国立長寿医療研究センターにもの忘れセンター病棟も開設し、施設としてBPSD入院を含むすべてのモデルを立ち上げ、横断調査を完了した。認知症の進行に伴い低下するIADL、ADLの順序が判明した。また症状では、進行に伴い増加する老年症候群、減少する老年症候群(かゆみ、痛み)などが初めて明らかになり、ケアプラン策定に有用な所見を得た。

認知症医療の評価基準(MSD50)を用いて診療所の評価を行い、サポート医師研修と対応力向上研修の著明な効果が明らかになった。一方地域における認知症患者が家族からも差別を受けている実態が判明した。家族の負担を軽減するため、家族の教育と支援に資する認知症の単症状と生活機能の記述が進捗し、もの忘れセンターでは、経過によるBPSDの変化も横断的データが得られた。これを生かした認知症サポートチームが稼働したが、一般病棟からのオーダーは少なく、ラウンド方式に変更した。地域に於いては、介護保険のサービスに対する不安は強く、地域包括への2448ヶ所調査でも、患者への対応がわからないという相談が多く、BPSD、ADL障害などへの対応マニュアルの整備向上が喫緊の課題である。栄養では、介護者の行動変容が患者の食生活改善に役立つデータが得られ、家族指導に新しい知見が加わった。武田は介護施設における非薬物療法の効果をRCTで示し、中等度以上に効果が強いことを示した。遠藤は近赤外線分光法を用い、ワーキングメモリーに対する反応からMCIを鑑別できる成績を得た。

## 3. 研究の意義と今後の発展

#認知症ワンストップサービスモデル(もの忘れセンター)は、本研究班の全体像を具現化したもので、経済性、応需要性(患者数)、新規性(研修見学、実習依頼、取材)、科学性(論文、特別講演依頼)いずれをとっても、本邦随一であり、世界でも類を診ない意義深い成功と思われる。

### #認知症の予防

介護者の食行動変容が、患者の食行動変容につながり、認知機能への好影響を与える実証研究に繋がる。

## # ケア

BPSD の初期対応の系統化、ガイドライン発刊は、類を見ない企画で評価を受けているが、今後これを用いた認知症サポートの効果をあげるかの研究に発展。

## # 介護負担

家族教室等により患者と家族を支援することで、介護負担が軽減する。新しい介護負担評価方法の開発に発展性がある。

# 認知症の包括的ケアの知識は、認知症疾患医療センターの評価にとどまらず、国の認知症政策の一貫性や評価指標として有用なツールに発展可能である。

## 研究の背景と研究の目的

### 研究目的

現在約200万人とされ今後も増加が予測される認知症のケアに対する包括的かつ実効的な対策を確立する。今後認知症に対する治療と介護の負担は質量ともに多大となると危惧されており、その対策は十分な研究計画にもとづく、実効性の高いものとしなければならない。認知症対策の喫緊の課題の中で、早期診断と新たな薬物療法の開発はシステム化された研究プロジェクトや多くの研究者の取り組みがなされているが、患者・家族に対する包括的なサービス体系の構築のための研究は少ない。認知症患者と家族の苦しみが社会問題化しているのは、医療・ケア・行政などのサービスの質と量が不十分であることの現れである。

本研究の最大の特色と独創性は、「包括的な視点」を分析的に大別して研究を遂行することに有る。これらは、1) 予防、MCI、軽症、重症といった時間軸に応じた生活指導につながる研究 2) 中核症状だけでなく、精神・行動異常、ADL低下、身体合併症といった患者の多様な医療ニーズへの対応 3) 重症度と多様な医療ニーズを踏まえた非薬物療法と薬物療法の選択方法 4) 家族教育による、患者症状や在宅可能期間の延長 5) 介護負担の分析による、患者への薬物・非薬物療法の介入効果や、家族への直接介入 6) これらを可能にする多職種協働の方法論の構築と地域連携のモデル化に集約される。7) 本年度は特に、認知症疾患医療センターである、長寿研究医療センター、もの忘れセンターにおいて、得られた知見を医療、ケア、家族指導に生かし縦断的な解析によって実証すると共に、班員を一名追加し、地域多職種連携にその知見を共有し実証とさらなる課題の抽出に努める。

このような複合視点に立脚した研究は内外に見当たらず、各班員の成果はそのまま日々の認知症診療、ケアに活かされるだけでなく、集合知として我が国の認知症医療福祉への多大な貢献がされると確信する。

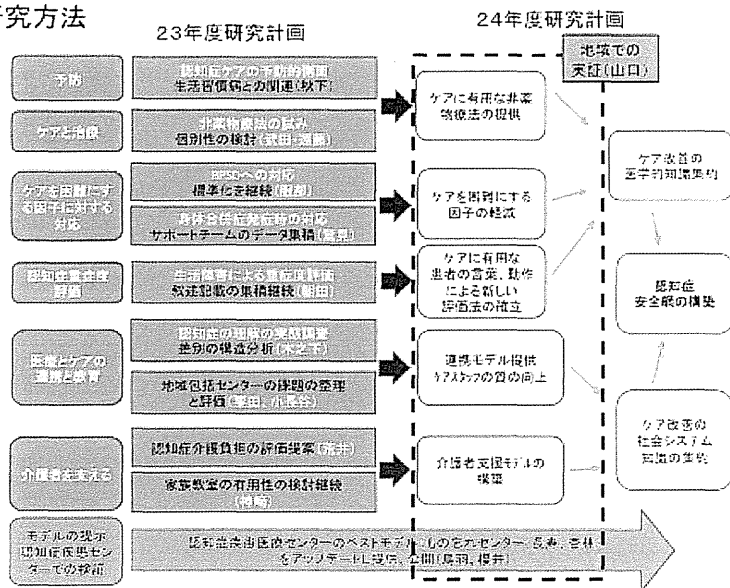
認知症疾患センターの業務内容は、診断、治療、ケア、教育、情報提供など包括的な視点で構成されているが、到達目標や利用者の満足を得られるかといった検証を行うシステムはない。都道府県の整備状況のばらつき以上に、施設間の包括的要素の達成の大きな格差が課題である。本研究の目的は、認知症疾患センターの質の均霑化のため、包括的視点の要素ごとに学術的進歩を反映したモデルを示すことにある。

### 研究方法

1) 包括的診療施設の稼働開始：長寿医療研究センターにBPSD入院を含む、もの忘れセンターを開設し、中核症状、周辺症状、BPSD、IADL、BADL、身体合併症の重症度別頻度を調査する。（鳥羽、櫻井）

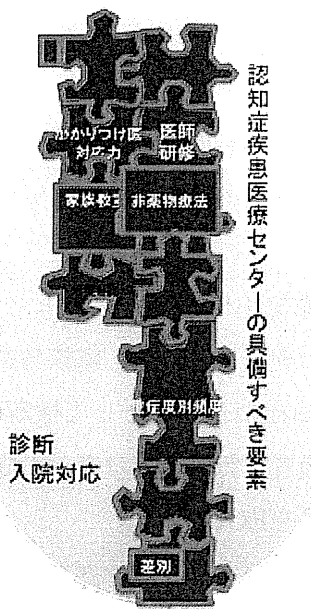
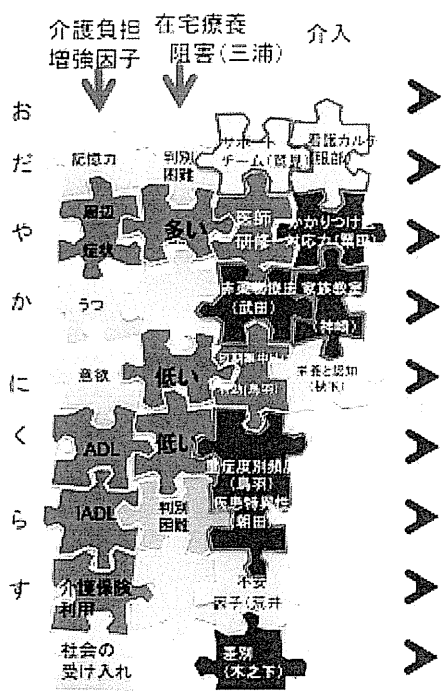
- 2) 認知症疾患センターの評価基準 (MSD50) の作成を行い、これらを用いて診療所の評価 (平成23年度)、認知症センターの質の評価 (平成24年度) を行う (粟田)
- 3) 地域包括支援センターの機能評価 (CSD30) の開発 (粟田)  
 地域包括支援センターの相談調査 (小長谷)  
 介護保険サービスの満足度調査 (荒井)
- 4) 周辺症状への対応方策の検討 (服部)
- 5) 認知症サポートチームの試み (鷲見)
- 6) 認知症への偏見調査 (木之下)  
 家族の認知症への理解を深める 家族教室と効果の研究 (神崎)
- 7) 栄養と予防: 認知症のリスクとして横断研究で発表した低下した食品摂取の多様性を向上させるため、介護者の行動変容は有効か調査した (秋下)  
 非薬物療法の効果をRCT (武田)  
 近赤外線分光法を用い、ワーキングメモリーに対する反応研究
- 8) 地域での多職種連携への応用 (山口)

研究方法



目標と研究戦略は以下のとおり





## 結果

### I) 認知症疾患医療センターモデルとしてのワンストップサービスの試み

包括的診療施設の稼働開始：長寿医療研究センターにBPSD入院を含む、もの忘れセンターを開設し、初年度の1000名の新患の横断調査から、中核症状、周辺症状、BPSD、IADL、ADL、身体合併症の重症度別頻度を明らかにした（鳥羽、櫻井）。

平成23年度には、国立長寿医療研究センターにももの忘れセンター病棟も開設し、施設としてBPSD入院を含むすべてのモデルを立ち上げ、横断調査を完了した。認知症の進行に伴い低下するIADL、ADLの順序が判明した。

これを応用して、IADL3項目調査により、認知症の初期診断に役立つ簡便なツールを開発した（町田、鳥羽）。

また症状では、進行に伴い増加する老年症候群、減少する老年症候群（かゆみ、痛み）などが初めて明らかになり、ケアプラン策定に有用な所見を得た（鳥羽、櫻井）。

中核症状、周辺症状、BPSD、IADL、ADL、身体合併症の重症度別頻度

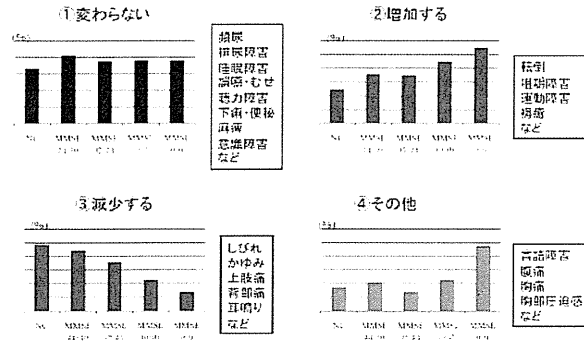
#### 1) 既往症、併存疾患

高血圧（41%）、脂質異常（46%）、糖尿病（19%）が多く、心疾患、脳卒中、がんが続く。これらの疾患と脳機能障害については進展予防という視点から、認知症のフォローで重要な側面となる。

#### 2) 併発する「老年症候群」

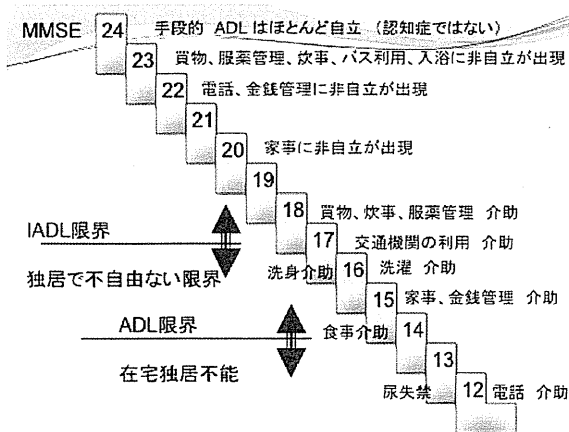
MMSEで4群に分け、併発する老年症状群の頻度を記録し、認知症の進行との関連で、頻度不変群、頻度減少群、頻度増加群、その他（分類不能）に分けた。認知症に併発する身体疾患では、転倒・骨折、失禁、嚥下障害、脱水、低栄養などが多い。認知症のステージにより発症頻度が高まる疾患を知り、早期発見のために繰り返し検査を行う必要性が示唆された。

## 認知症の進行と老年症候群

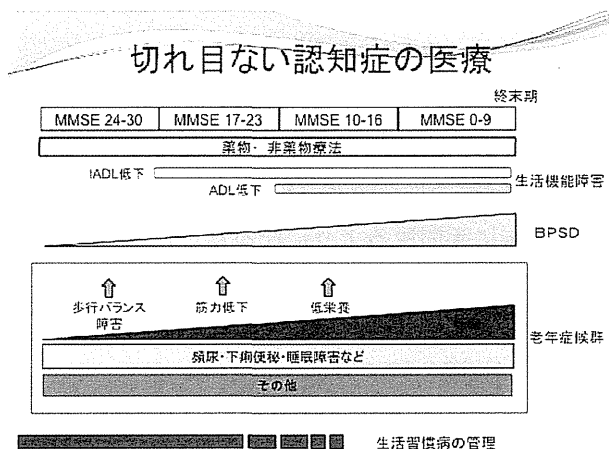


### 3) ADL と IADL

MMSE の得点別に、自立が阻害され始める得点、半数以上が自立を失う得点を計算し、家族指導、病状説明の参考資料として作成した。

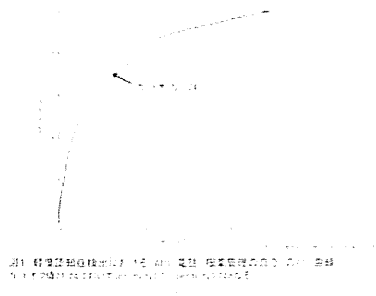


以上より、認知症疾患医療センターの医療ニーズ、家族指導、援助のニーズが明らかになった。



IADL に関し、男女共通項目の完全自立の割合と Mini-mental state examination (以下 MMSE) の得点をカットオフ値 23/24<sup>4)</sup>を用い、MMSE16 点以上の症例 693 名 (男性 227 名、女性 466 名、平均年齢 75.9±8.0 歳) 症例を比較検討した。さらに電話使用と服薬管理、電話の使用と財産管理が完全自立の可否で ROC 曲線を作成したところ、いずれも有意な曲線を描き、ROC 曲線下面積(area under the curve : AUC)は、電話使用と服薬管理では 0.794(95%信頼区間 0.760~0.828) (p<0.001)、電話の使用と財産管理は 0.789(95%信頼区間 : 0.751~0.819) (p<0.001)であった。この ROC 曲線より求めたカットオフ値 23/24 において電話の使用と服薬管理では sensitivity0.72、specificity 0.74(図)

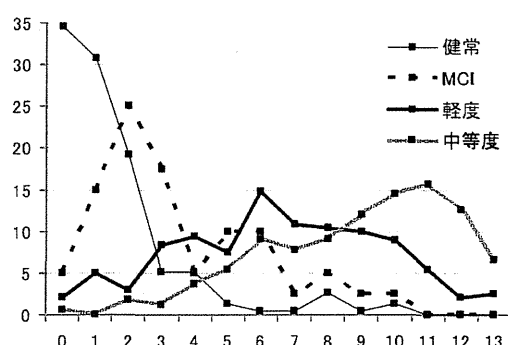
本人または家族から、もの忘れの訴えがある633人を調査  
MMSEによる、認知症の疑い(23点以下)は  
手段的ADL2つの組み合わせ聴取で、  
70%以上の感度、特異度でスクリーニング可能



電話の使用と服薬管理の 2 項目を用いたスクリーニングが有用であると考えます。また、服薬なしの場合に財産管理を評価するという使用方法も可能である。これと並行して、山口は 13 項目の SED13 を開発し、認知症と健常の判別に有効な方法をしめした。

SED13Q の質問項目 (ADP12Q の項目は、13 を除いた 1-12)

1. 同じことを何回も話したり、尋ねたりする
2. 置き忘れや、しまい忘れがある
3. 出来事の前後関係がわからなくなった
4. 服装など身の回りに無頓着になった
5. 水道栓やドアを閉め忘れたり、後かたづけがきちんとできなくなった
6. 同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
7. 薬を管理してきちんと内服することができなくなった
8. 以前はてきぱきできた家事や作業に手間取るようになった
9. 計画を立てられなくなった
10. 複雑な話を理解できない
11. 興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
12. 前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
13. 大切なものを盗まれたと言う

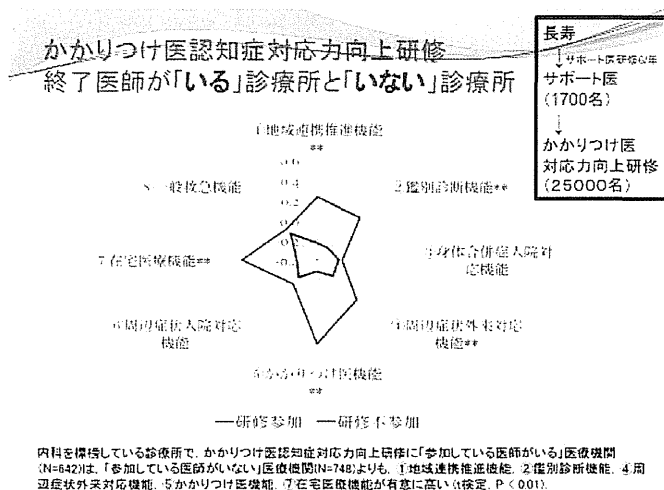


朝田は、認知症患者の生活障害とは、認知機能障害に起因して生じる日常生活上の支障を意味する。従来は失行・失認など巣症状、図地知覚障害、視空間障害、注意障害、抽象概念の喪失などと言われたものが含まれる。具体的には、手足は自由に動くのに自力で衣類を着られない、食事の度に食べ物をこぼすなどがある。こうした障害が介護者の負担因になっているにもかかわらず、それに対する科学的取り組みは稀で、介護者の経験や勘により対応されてきた。それだけに生活障害への対応方法は未だに客観性に乏しく、体系的な技術論も生まれていない。 という現状認識に立って、共通言語がないということがまず指摘された。観察研究から、それを補う方法は、医師の場合と同様に基本はアニメーションで、次いで実際の障害を動画で見ることが最も効率的な方法であるという仮説を得た。

## II) サポート医師、かかりつけ医対応力向上研修の質の評価

栗田は、認知症疾患センターの評価基準 (MSD50) の作成を行い、これを用いて診療所 1896 施設 (計 1996 の医療機関) を調査解析対象とした。 対応力向上研修終了医師のいる診療所は、いない診療所より、連携機能、主治医機能、診断機能など認知症

対応力が高いことを明らかにした。

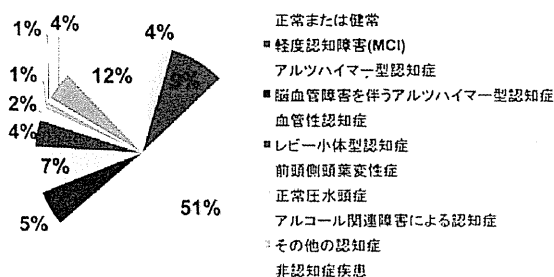


一方精神科医のいる診療所は、BPSD 対応機能、診断機能はすぐれているものの、かかりつけ医機能や、在宅医機能、一般救急機能は精神科医のいない診療所より劣っていた。

### III) 認知症疾患医療センターの評価

疾患統計で最も大規模な調査が行われ、認知症の半数以上がアルツハイマー型認知症であることが再確認された【図】

認知症疾患医療センター外来新患者の診断別割合  
(2012.4.1-2012.7.31, N=11,979, 医療施設数=113)



平成24年度厚生労働省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」主任研究者 島根 二 分担研究者 栗田 圭一

認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150か所整備し、地域包括支援センターとの連携担当者を新たに配置することになっているが、熊本県や大阪府など整備が行き届いた地区がある反面、東京都、愛知県など整備途上の地域も多い。認知症疾患医療センターは、今回の整備以前に、150か所(平成12年4月1日現在の指定施設数)の老人性痴呆疾患センターがあったが、仙台市民病院以外は殆ど十分な活動もなく、「身体合併症のある進行した認知症」は入院先を探す困難が指摘されていた。今回の再整備でも、精神科中心の従来の施設が再申請しているケースが多く、患者/家

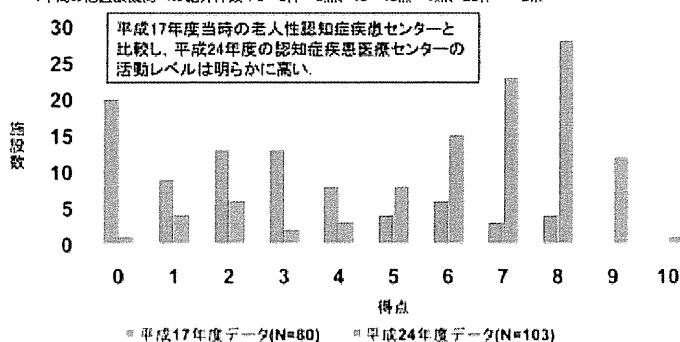
族のニーズに満足しているか疑問である。

今回、老人性痴呆疾患センターと同じ評価項目を用いて比較を行った（栗田）  
 空床確保の有無、救急対応の有無、電話相談件数（半定量）、面接相談件数（半定量）、  
 アルツハイマー型認知症の診断件数（半定量）、他医療機関への紹介件数（半定量）  
 を用い、10点満点で診断した。老人性痴呆疾患センターの調査は、0点が最も多く、  
 全く活動していないで補助金を得ているところが大半であった。今回は、4点の以下  
 の活動性の低いセンターは、15箇所あったものの。8点が最頻値で、センター機能は  
 大幅に改善していた。

### 認知症疾患医療センター活動状況調査の比較

（平成17年度データと平成24年度データ）

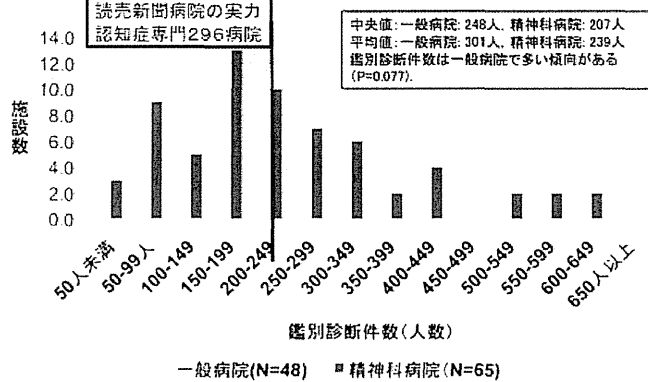
- 救急対応、相談事業、鑑別診断、他医療機関への紹介機能を点数化して評価（10点満点）
- ・ 空床確保の有無：無=0点、有=1点； 認知症患者の救急対応の有無：無=0点、有=1点
  - ・ 1年間の電話相談件数：0～99件=0点、100～299件=1点、300件～=2点
  - ・ 1年間の面接相談件数：0～99件=0点、100～299件=1点、300件～=2点
  - ・ 1年間のアルツハイマー型認知症診断件数：0～49件=0点、50～99件=1点、100件～=2点
  - ・ 1年間の他医療機関への紹介件数：0～9件=0点、10～19件=1点、20件～=2点



平成24年度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」  
 (主任研究者 角田研二、分担研究者 栗田圭一)、平成17年度データは平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改善とシジョンの成果に関する研究」(主任研究者 竹島正)の結果に基づいて国立精神・神経医療センターが報告

一方、診断件数においてはバラつきがあり、年間50件未満の施設も散見されるなど、  
 認知症疾患医療センターの認可基準に疑問がもたれる（図）。

認知症疾患医療センターにおける  
認知症関連疾患の年間鑑別診断件数  
(一般病院と精神科病院の比較)

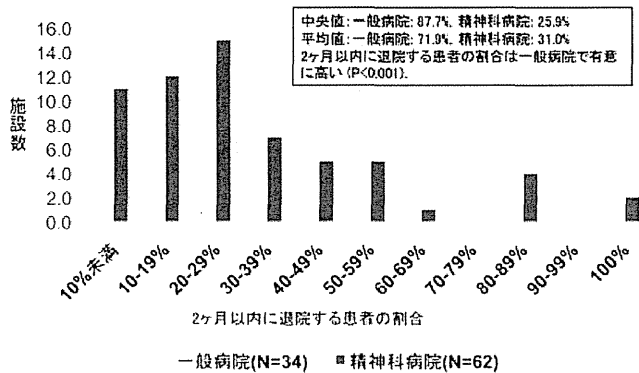


平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」  
主任研究者 長谷川二 分担研究者 栗田圭一

認知症疾患医療センターが、精神病院の入院受け皿になっているという批判がある。認知症疾患医療センターの入院日数を比較すると、精神科病院のセンターでは、2ヶ月以内退院は26%（中央値）であり、総合病院は88%が2ヶ月以内に退院しており、在院機関は精神病院で有意に長かった（図）（ $p<0.001$ ）。両者には、認知症診断名の内訳に差はなく、BPSDの程度に差があるかどうかは、今後の検討課題である。

2ヶ月以内に退院する患者の割合別にみた施設数  
(一般病院と精神科病院の比較)

平成24年4月1日～7月31日に入院した患者が2ヶ月以内に退院する割合別にみた施設の数



平成24年度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」  
主任研究者 長谷川二 分担研究者 栗田圭一

以上から、認知症疾患医療センターの機能向上とわかりやすい説明を考案した認知症の患者と家族のあらゆるニーズに対応することが求められている。

- 1) 年齢相応のもの忘れと、病気の始まりかを、最新の機器、心理検査で見分けます
- 2) 体に原因のある一過性のなおる認知症を見逃しません（治療します）

認知症のタイプを正しく見分け、診断に応じた生活指導、家族の対処方法、処方をする



- 3) 認知症にともない、心の不安定（妄想、暴言、怒りやすい、無関心など）や
- 4) 生活活動上の社会的にみた場合の困ったこと（徘徊、買い過ぎ、運転）などについて、改善、対処方法をアドバイスし、助けとなる薬も最小限処方する場合があります
- 5) 介護負担を軽減するための日常の対応方法や、介護保険などの利用案内をします
- 6) センターで可能な、お薬以外の方法（回想法や音楽療法）を案内します
- 7) 肺炎など、からだの不調に対応して、認知症が進んだ方でも合併症の入院治療に対応します

IV) 地域包括支援センターの機能評価：栗田は地域包括支援センターの機能評価（CSD 30）を発表した。

小長谷は地域包括支援センターの相談調査を2448施設で行い、患者対応への不安が大きいことを明らかにした。

全国の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・内容等を明らかにするため、4,677か所に調査票を送付し、2,448か所から回答を得た。運営主体は委託が最も多く、委託先では社会福祉法人が最も多かった。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種の職員数は概ね常勤が各1人であった。総合相談支援件数は月平均で100件以上150件未満が最も多く、総合相談全体に占める認知症に関する相談の割合は2~3割が最も多く、相談者では介護家族・同居家族が最も多かった。相談内容は、本人に関しては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く、介護家族に関しては、本人への対応の仕方がわからないことであった。職員が認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）が最も多かった。職員の研修に関しては、半数以上の事業所で必要に応じて職場内研修を行っていた。今後、必要な研修としては、家族支援に関する知識やスキルが最も多く、次いで認知症に対する理解や最新情報であった。

#### V) BPSD 対応（服部）

BPSD に関しては、統一看護カルテを導入し、BPSD の変化を定量的にモニター可能な形式を確立した。

認知症 B P S D 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。服部は認知症入院治療を行っている施設における認知症医療の状況を調査し、認知症 B P S D の入院治療を担っている精神科病院の B P S D および身体合併症治療の現状の分析をおこない、役割と課題を明らかにした。さらに共同研究を通し認知症 B P S D 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、その効果を評価した。今年度は従来の看護記録との比較を記録時間の短縮ができたかという点で評価した。平均在院日数は360日以上540日以内が最も多かった。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見つからず、入院が長くなっている例も多かった。

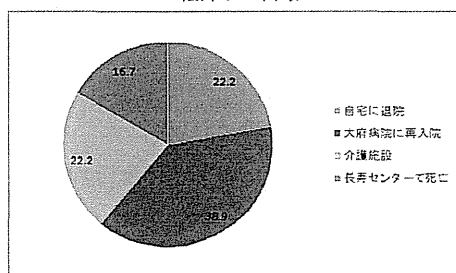
身体疾患合併症の治療のための医師・看護師は配置している施設が多かったが、その数は大多数の施設で不足していた。医療機器、設備も不十分な施設が多かった。一般病院への転院は困難なことが多くみられた。入院患者の紹介元は一般病院、介護施設が多かった。認知症疾患センターは少なかった。退院先としては介護施設に紹介することが最も多かった。認知症疾患センターはほとんどなかった。地域連携のためのカンファレンス等についてはごく20%の症例で行われている施設が最も多く、行われていない施設も多かった。地域連携パスの使用はほとんど行われていなかった。課題解決の有効策を提示し、今後の認知症医療の発展を図ることが今後の課題であると考えられた。

#### 国立長寿認知症疾患医療センターと精神病院の連携（服部）

精神科病院から紹介になった身体疾患患者の治療に関して、当院の認知症治療病棟で治療を行った結果、精神科病院への再入院を減らすことができた。

原因は明らかでないが、精神病院からの退院に関して、日精協の調査では、受け入れ困難と答える医療機関や介護施設が多く、認知症疾患医療センターが介在する効果と考えることも可能であり、精神病院からの早期退院促進の一助となる可能性がある【図】

精神科単科病院(大府病院)から紹介となって  
認知症疾患医療センター(長寿)に入院した患者  
の転帰(一年間)



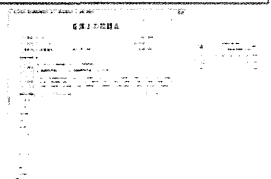
#### VI) 認知症身体合併症対応（鷲見）

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。24 年度には、173 例に介入し、多動、昼夜逆転、睡眠障害、大声が診療阻害であることが明らかになった（図）。この阻害要因と主たる原因であるせん妄の診断と対処についての、原則、応用のマニュアル策定が今後の課題である。

様々な原因によって入院した認知症患者を診療する  
医療スタッフへのサポート  
年間173例 3-4例/ラウンド  
(多動、昼夜逆転・睡眠障害、大声)

- ① 認知症専門医、認知症認定看護師、老年看護認定看護師  
認知症病棟師長、臨床心理士、精神保健福祉士で構成
- ② 入院患者の中の認知症患者評価、病棟内での看護アドバイス
- ③ 認知症身体合併症治療病棟転棟の適応判断



## VII) 在宅認知症患者の包括的ケアに関する研究

三浦は、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。

#### VIII) 認知症への理解

本研究は、地域で生活する認知症を抱える本人とその家族が経験した、偏見や差別に基づく扱いやそれに類する扱い(以下、差別的処遇)について詳細に調査し、実態を探索的に把握することを目的とした。調査対象をケアする家族とした前年度の結果を踏まえ、今年度はケアマネジャー等の、本人とその家族以外の、第三者に対して調査を実施した。

地域で認知症ケアに携わるケアマネジャーや社会福祉士等の9名を対象として半構造化面接による調査を実施した結果、「地域における日常生活場面」「介護サービス場面」「医療サービス場面」の各場面において合計33件のエピソードが得られた。特に、家族を対象とした前年度の調査とは異なり、地域での生活場面において本人が家族からも差別的処遇を受けているケースが多いことが示された。

得られたエピソードについて分析した結果、「本人の意向の無視」「本人(家族)の心情への配慮の欠如」「生活上の問題の放置」「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」の5つに分類された。地域場面では「本人の意向の無視」や「生活上の問題の放置」が多く、介護サービス場面や医療サービス場面では「本人(家族)の心情への配慮の欠如」「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」が多く示された。状況や背景などに着目して分析した結果、これらの差別的処遇の背景には、認知症に対する「認知症だから～できない」という安易な括りによる偏見があると考えられた。また、そのために本人の意向や個別性が軽視された<本人不在>のなかで、医療や介護サービスが行われている現状が示された。サービス受益者の意向が軽視されたサービス提供がなされているという根源的な問題が抽出できたとも言える。今後、「認知症であっても」どのように本人のニーズに応えることができるのかを、ケア側が本人の視点から読み取り、サービスを提供していくことが、本人と家族が安心して地域での生活を送るためには必須であると考えられた。

#### VIII) 介護サービスの利用と認知症 (神崎)

認知症の抑うつに対する、家族構成と介護保険サービスが及ぼす影響に関する研究  
認知症患者が長く良い状態で過ごすためには適切な医療とケアの提供が必要である。認