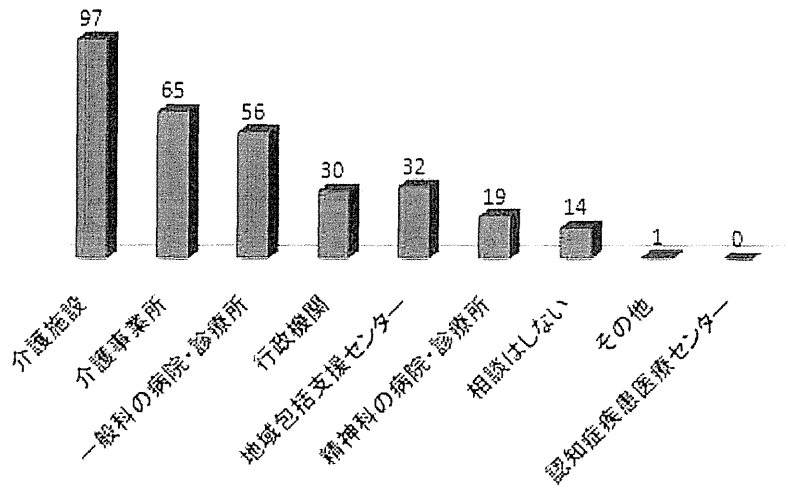


図. 9 退院・転院時の相談先

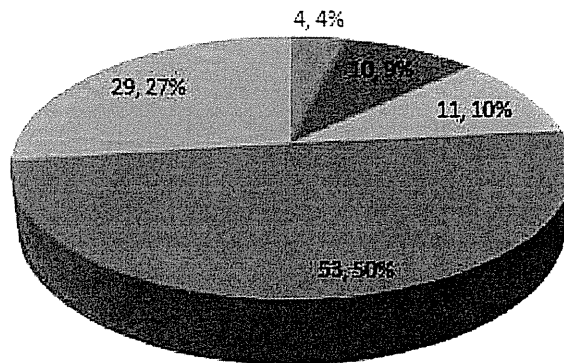


※主要な3つを選択

※対象回答数107

図. 10 地域連携会議等の開催状況

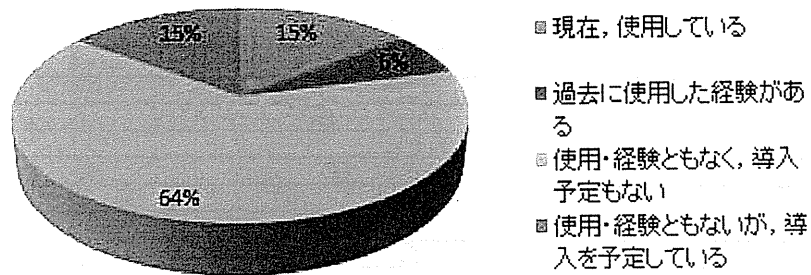
■ 全ての患者で開催 ■ 8割程度 ■ 5割程度 ■ 2割程度 ■ 全く開催していない



※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

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

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																					
	BP	160	160	30																					
	RR	120	120	25																					
	SpO2	80	80	20																					
		40	40	15																					
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				10	
	尿失禁			15				10																10	
	排便										20														
	便失禁										20														
睡眠																									
熱睡																									
浅眠																									
幻覚											+							+	+						
妄想											+							+	+			+		+	+
焦燥																		+							
ケア拒否											+														
ヒッププロテクター																									
離床センサー																									
ケア	MC (嚥嚥確認)							+																	
	水分補給																								
	排泄介助			+				+			+		+		+		+		+		+		+		
	陰部洗浄										+														
	入浴介助																								
	リハビリテーション										PT, OT														
	非薬物療法																								
	レクリエーション																								
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

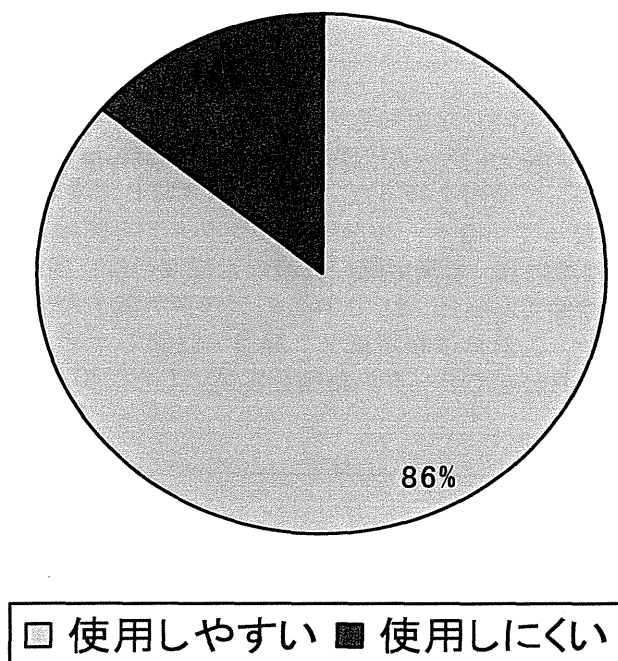
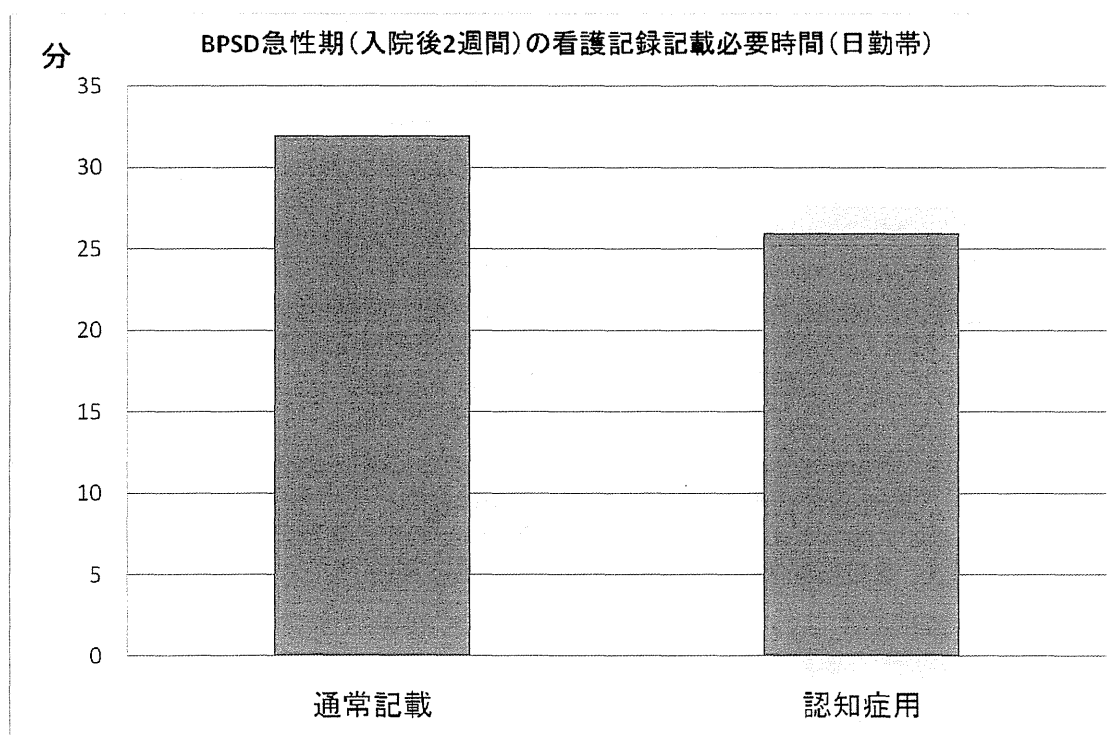


図. 14 看護記録記載必要時間



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
身体合併症を有する認知症の管理とケア

鷺見幸彦・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の人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 & Delirium Support Team: D²ST）を創設し、その運用に関して検討を行った。1) 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。12ヶ月間に173件の依頼があった。相談内容、看護困難の依頼の上位3つは、多動57件、昼夜逆転・睡眠障害53件、大声30件であった。2) これらのデータが電子カルテ上に反映できるようなチャートを作成した。これは依頼用紙と、経過・評価のチャートからなり、電子カルテ上で閲覧可能とし、あわせてデータの集積を容易にした。3) D²STの活動を評価する指標を作成した。

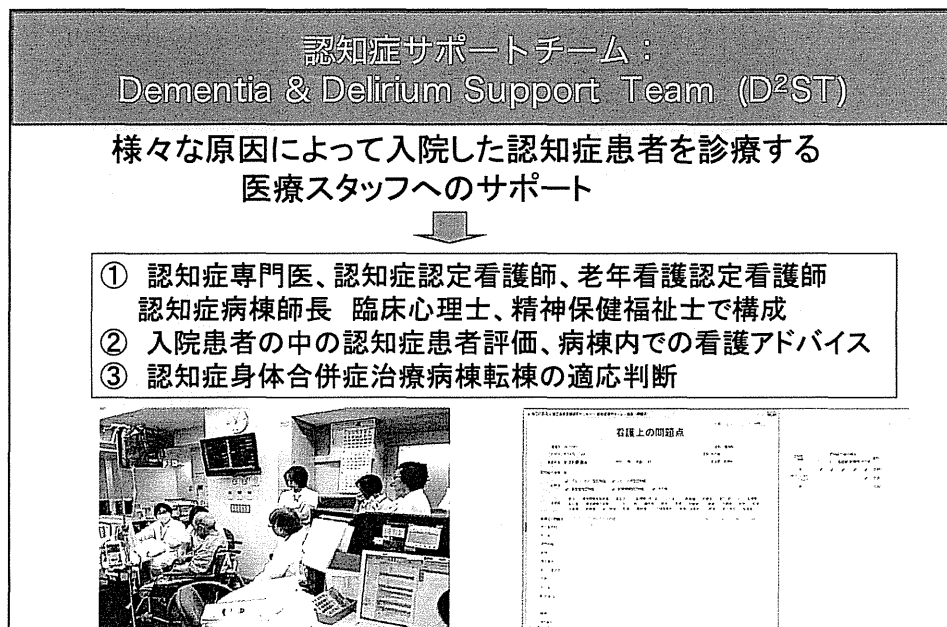
A. 研究目的

認知症の人は高齢者が多く、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の人の対応について、認知症サポートチーム（Dementia & Delirium Support Team: D²ST）を創設し、その運用に関して検討を行った。

B. 研究方法

- 1) 毎週木曜日に病棟から依頼のあった例や、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例を中心に認知症専門医、認知症認定看護師、老年看護認定看護師、認知症対応病棟師長を中心にラウンドを開始した。（図1）
- 2) これらのデータが電子カルテ上に反映できるようなチャートを作成した。
- 3) D²STの活動を評価する指標を作成した。

図 1



C. 研究結果

- 1) 平成23年12月15日から平成24年12月3日の12ヶ月間に173件の依頼があった。最初の4か月では40例であったが、その後の8か月で133例の依頼があり、院内で次第に認知されてきたことがわかる。依頼された例の82例は既に認知症の診断がなされていた。36例は認知症の病歴はなく、55例は確定診断されていないが、病歴からは認知症の存在が疑われる例であった。相談内容、看護困難の内容として多かったのは、多動(57)、昼夜逆転・睡眠障害(53)、大声(30)、点滴、PTCDなどのルートの抜去(26)、転倒(23)、ケアの拒否(21)、幻覚・妄想(18)、帰宅願望(16)、食欲不振・摂食障害(9)、離棟(8)、()内は例数、であった。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。転棟依頼は今年度の133例のうち15例が認知症対応病棟へ転棟した。転棟例は帰宅要求が強く離棟リスクが高い例、また環境の安定や変化が症状を安定させられると考えた例であった。
- 2) 当センターの電子カルテシステム内にあるファイルメーカーによるデータシステム(図2、3)に、依頼用紙、経過・評価用紙を作成し電子カルテ上で閲覧可能とし、あわせてデータの集積を容易にした。

ラウンドの効果をみるために、このチームの本来の役割である病棟スタッフに対するアドバイスの、有効であったのか、なかったのかを定性的に評価することにした。翌週ラウンド時にアドバイスの効果あり+1、不変(1週間では判定不能)0、アドバイスの効果なし-1で評価することとした。

The screenshot shows a web-based form titled 'お助け要請用紙' (Request for Assistance Form) for a dementia care team. The form is divided into several sections:

- Header:** 独立行政法人 国立長寿医療研究センター :: 認知症専門チーム - 病棟 (お助け要請用紙)
- Form Fields:**
 - 依頼名: 百病棟, 病室: 107, 依頼者氏名: 看護師A, 依頼日: 平成24年12月10日
 - 入院日: 平成24年12月7日
 - 患者ID: 20121207, 年齢: 65
 - フリガナ: テストカンジャA, 性別: 男性
 - 患者氏名: テスト患者A
 - 主科: 呼吸器, 循環器, 泌尿器, 血液内科, 整形外科, 外科, 脳外科
 - 患部科: 皮膚科, 精神科, 神経内科, 高齢総合, その他
 - 疾患名: 精神疾患, 主治医: 医師A
 - 認知症の有無: 有 (Yes)
 - 認知症の種類: アルツハイマー型認知症, レビ-小体型認知症
 - 認知症の特徴: 血管性認知症, 前頭側頭型認知症, その他
 - 認知症診断している医師: 医師B
 - Bartel Index: 100点, 看護度: A-I, A-II, A-III, A-IV, B-I, B-II, B-III, B-IV, C-I, C-II, C-III, C-IV
 - 現在困っている点 (GSI) 要因理由: ルートトラブル, 転倒・転落リスク, せん妄, 大声, 抑うつ・息切れ低下, 帰宅要求, 妄想, 退院困難
 - 看護困難: 嚥下, 暴言・暴力, 落ち着きが無い, ケア拒否, 食事量低下・拒食, 不眠, せん妄予防
- Checkboxes on the right:**
 - 認知症の有無: 有 (checked)
 - 認知症の有る場合: アルツハイマー型認知症 (checked), レビ-小体型認知症 (checked), 血管性認知症 (checked), 前頭側頭型認知症 (checked), その他 (checked)
 - 認知症の診断している医師: 医師B (checked), 医師D (checked), 医師F (checked)

図 2

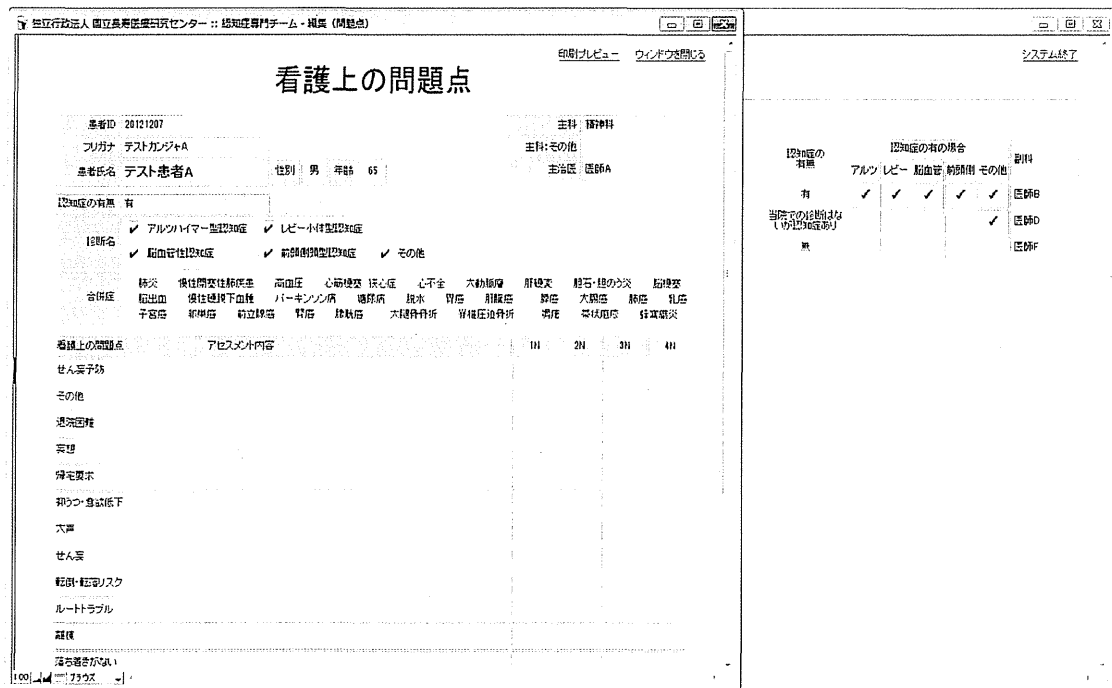


図 3

D. 考察

これまでの研究から、D²ST 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ため、毎週木曜日に病棟から依頼のあった例や、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を、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、回診を行うことにより、このチームが病棟で認知され、依頼件数も増加したものと考えられる。回診は認知症専門医と認知症認定看護師、老年看護専門認定看護師、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。このなかでラウンドの効果をいかに判定するかが問題になった。入院した認知症の人そのものの予後評価は、入院の原因となった疾患、全身状態、家庭の状況など様々な要因の影響を受けるため D²ST の効果を見るには不適当と考えられた。このチームの本来の役割である、病棟スタッフに対するアドバイスが有効であったのかなかったのかを定性的に評価することにした。

E. 結論

認知症の人の入院は、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 & Delirium Support Team: D²ST) はそのひとつの試みである。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 鷺見幸彦：認知症の治療・ケアガイド アルツハイマー病 月刊薬事, 2012;54(10):37-42
- 2) 鷺見幸彦：認知症の治療・ケアガイド レビー小体型認知症 月刊薬事, 2012;54(10):43-47
- 3) 辻本昌史,鷺見幸彦：認知症の治療・ケアガイド 前頭側頭型認知症 月刊薬事, 2012;54(10): 53-57
- 4) 鷺見幸彦：診断・症候・鑑別診断 Alzheimer病 認知症診療Q&A92 (編 中島健二 和田健二) 中外医学社,東京,2012:P35-39
- 5) 鷺見幸彦：アルツハイマー病診療最前線における課題と展望 認知症の身体合併症医療はどうあるべきか 老年精神医学雑誌,2012;23:101-107
- 6) 鷺見幸彦：認知症の「ひと」に寄り添うチームケア TEAM APPROACH Vol.18:2-5, 2012
- 7) 鷺見幸彦：内分泌疾患に伴う精神症状 今日の精神疾患治療指針 2012:483-485.
- 8) 鷺見幸彦：ポータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」を創設 Medical Tribune 2012年3月1日発行号 vol.45,No.9 : 19, 2012
- 9) 鷺見幸彦：かかりつけ医制度の現状と課題 老年精神医学雑誌 23(3):287-293, 2012

2. 学会発表

- 1) 鷺見幸彦：「認知症を病院で診るー認知症ユニットと認知症サポートチームー」第8回目日本医療マネジメント学会愛知県支部学術集会 2012年11月17日、名古屋
- 2) 鷺見幸彦：「認知症の身体合併症医療」第5回諏訪認知症研究会 2012年10月20日、長野
- 3) Kato T, Ito K, Fujiwara K, Nakamura A, Arahata Y, Washimi Y, and SEAD-J Study Group Association of cognitive decline with cerebral metabolism and education in amnesic MCI: Implications for the Cognitive Reserve Hypothesis. Alzheimer's Association International Conference (AAIC 2012), Vancouver, British Columbia, Canada, July 14-19, 2012

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

23年度まで研究結果

【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。

G. 論文・学会発表

論文発表

鷲見幸彦

一般外来で認知症に気が付けるか

Modern Physician 31(7) : 890, 2011

鷲見幸彦

アルツハイマー病 特徴的的症状と診断のポイント

最新医学 66 : 44-52, 2011

鷲見幸彦

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

鷲見幸彦. 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

鷲見幸彦. 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

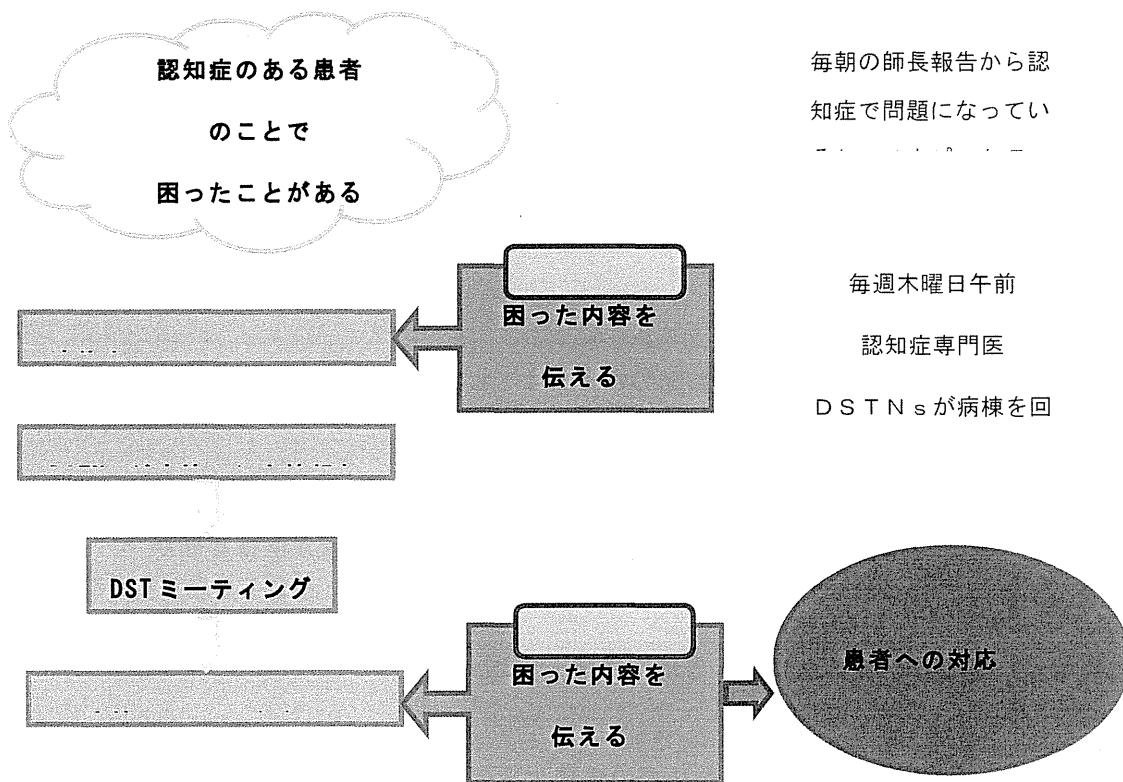
認知症の人の身体合併症医療はどうあるべきか

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

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

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

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を一緒に探す

患者さんの後ろ死角で大きな音を出さない

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

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う

拒薬:無理に服用させない

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障害・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障害・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

20011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受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
 - ・ 遠藤英俊、佐竹昭介、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
介護保険制度と在宅医療 日本臨床.69巻 増刊号10 2011.12.20.P557-560
 - ・ 三浦久幸：特集 これからの高齢者医療—診断・治療・予防への対応—高齢者の在宅医療
>在宅医療の制度と支援体制 内科 Vol. 108.No. 6 P1174-1179
 - ・ 梅本充子、遠藤英俊、三浦久幸：認知症高齢者における行動観察評価スケールNOSGER
の検討（第2報）—妥当性の検討— 老年精神医学雑誌. 第22巻第11号. P1283-1290
- ### 2. 学会発表
- ・ 三浦久幸、大島浩子、中村孔美、洪英在、遠藤英俊：「在宅医療支援病棟」入院患者の
予後調査 日本老年医学会 2011年6月17日 東京
 - ・ 安井直、三浦久幸、久保泰男、堀場雅生：ICTテレビ電話システムを利用した聴診・
視診方法の検討 老年医学会東海地方会 2011年9月17日 名古屋
 - ・ 三浦久幸、久保泰男、堀場雅生：退院前カンファレンスにおける病診連携促進を目的
とした新しいテレビ介護システムの開発 老年医学会東海地方会
2011年9月17日 名古屋
 - ・ 三浦久幸、洪英在、西川満則、中島一光：国内の終末期医療に関わる法と倫理を勘案
した日本版アドバンス・ケア・プランニング（ACP-J）の指針（たたき台）作成
老年医学会東海地方会 2011年9月17日 名古屋
 - ・ Miura H¹, Nishikawa M¹, Nakashima K¹, Y.J. Hong¹, K. Detering², D. Jones², W.

Silvester²⁾ Investigation on the use of advance directives for patients attending a hospital in Japan. International Society for Advance Care Planning and End of Life Care. 22-24.June.In London.

- ・ 三浦久幸:在宅医療・チーム医療、介護システムの開発とその意義 日本学術会議 2011年9月14日 東京

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

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

研究課題名：認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

地域で生活する認知症の本人およびその家族に対する
差別的処遇に関する実態調査 -本人の視点から-

研究分担者 木之下徹（医療法人社団こだま会こだまクリニック）

報告者 河野禎之¹⁾・水谷佳子²⁾・本多智子²⁾・谷口真理子²⁾・木之下徹²⁾

1) 筑波大学人間系障害科学域

2) 医療法人社団こだま会こだまクリニック

研究要旨

本研究は、地域で生活する認知症の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初年度、本人と家族以外の第三者（ケアマネジャー等）とした前年度の結果を踏まえ、今年度は認知症の本人に対して調査を実施した。また、望まれる処遇への示唆を得るため、本人にとって嬉しかった配慮についても聞き取りを行った。

地域のデイサービス参加者や専門医療機関を受診している認知症の本人10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」の各場面から合計71件の発言内容が得られた。特に、家族や第三者を対象としたこれまでの調査とは異なり、本人が社会全体に望む思いも数多く示された。これらの発言内容について分析した結果、「本人の望む言葉・関わりとの乖離」「『認知症』というレッテル」「本人へのメッセージの不足」「社会からの疎外感」「ともに生活するという姿勢」の5つのカテゴリーに分類された。地域場面では、主として「社会からの疎外感」「『認知症』というレッテル」が多く、介護サービス場面や医療サービス場面では「本人の望む言葉・関わりとの乖離」「『認知症』というレッテル」がほとんどを占めた。こうしたエピソードの背景には、現在の認知症ケアにおいて当事者である本人のニーズが現状の認知症ケアに反映されていないことが改めて示された。さらに、医療や介護、地域、社会から疎外されがちであることを強く示唆する結果と考えられた。一方で、本人から得られた嬉しかった配慮からは、「ともに生活するという姿勢」に代表されるように、本人の声に耳を傾け、ともに考え、ともにこれからの暮らしをつくっていくことが強く望まれていると考えられた。こうした本人の望む声に対して、今後、認知症ケアにおける「サービス」が医療・介護の枠にとらわれず、地域・社会の中でも取り組まれていく必要がある。

A. 研究目的

認知症の人（以下、本人）は、その症状ゆえに地域での日常生活において、あるいは介護や医療サービスなどのケア場面においても偏見や差別の対象となりやすいことは容易に想像できる。その中でも、明らかな虐待ではないものの、本人にとって苦痛となりうる差別的な扱い（以下、差別的処遇）に遭遇する場面は、臨床場面では決して少なくない。

このような差別的処遇を、本人や家族がどのような場面で、どのように経験するのかについて詳細に実態を報告したものはこれまでにみられなかった。そこで、著者らはこれまでに、ケアする家族を対象として、地域場面、介護サービス場面、医療サービス場面のそれぞれにおける差別的処遇の実態を調査した^{2,3)}。また、本人・家族間にある差別的処遇についても実態を把握するため、ケアマネジャー等の第三者の視点からの調査も同様の方法により実施した⁴⁾。その結果、ほとんどの本人や家族は何らかの差別的処遇を経験していること、そ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根強く残ることが考えられた。また、そのために本人の意向や個別性が軽視されたく本人不在のなかで、医療や介護サービスが行われている現状が示された。

一方で、これらの結果は、あくまでも本人の傍らにいる家族や、支援的役割を担う第三者からの声であり、本人自身から発せられた言葉ではない。また、否定的な差別的処遇に関する情報のみではなく、望まれる処遇への示唆を得るためには、本人にとってどのような配慮が「嬉しかった」のか、直接聞き取りを行うことが最も効率的かつ率直な手法であるといえる。医療、介護を含めた認知症ケアが、多くの認知症の人の望む「権利と義務とを有する国民のひとりとして、人生の主体者として、暮らし続けたい」というニーズに応えるためには、これらの視点は重要な示唆をもたらすであろう。

そこで本研究では、調査対象者を認知症の本人とし、差別的処遇のみならず望ましい処遇についても分析対象とすることで、地域で生活する認知症の本人が経験する差別的処遇の実態を把握するとともに、本人が真に望む認知症ケアの在り方についての示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

首都圏在住で、居住地域近隣のデイサービスに参加している認知症の本人、及び居住地域近隣の認知症専門医療機関を受診している認知症の本人 10 名（男性 7 名、女性 3 名、平均年齢 66.1 ± 6.5 歳）を対象とした。対象者の背景情報を表 1 に示した。

表 1 対象者の基本的属性

平均年齢 (SD)	66.1 (±6.5) 歳
性別	
男性	7名
女性	3名
認知症のタイプ*	
ATD	8名
VD	1名
FTD	1名
要介護度	
要介護1	2名
要介護2	1名
未申請	7名
居住形態	
同居	9名
独居	1名

* ATD; アルツハイマー型認知症

VD; 血管性認知症

FTD; 前頭側頭型認知症

2. 手続き

調査への同意が得られた対象者に対して、調査担当者が面接を行った。実態を探索的に把握するために半構造化面接によって情報を幅広く聴取できるように努めた。面接時間は15分～1時間程度であった。また、対象者の認知症のタイプ、要介護度、居住形態については必要に応じて家族から聴取した。

3. 調査項目

以下の項目に基づいて半構造化面接を実施した。

1) 基本情報

対象者の年齢、性別、認知症のタイプ、要介護度、居住形態について聴取した。

2) 差別的処遇及び望まれる処遇に関するエピソード

認知症の本人が受けた差別的処遇に関して、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3つの場面を設定して聴取した。あわせて、望まれる処遇（「嬉しかった配慮」）についても聴取した。

(1) 地域における日常生活場面

毎日の地域での生活（地域ボランティア等の地域活動を含む）のなかで、本人が、家族、近隣の住民や商店、行政などから認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験がなかったか、あるいは望まれる処遇を経験したかを聴取した。

(2) 介護サービス場面

デイサービス、ショートステイ、施設入所などの介護サービスを利用した際、あるいは利用するにあたって、本人が認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験がなかったか、

あるいは望まれる処遇を経験したかを聴取した。

(3) 医療サービス場面

認知症以外の疾患を含めた外来受診や入院などの医療的サービスを利用した際、あるいは利用するにあたって、本人が認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験がなかったか、あるいは望まれる処遇を経験したかを聴取した。

4. 倫理的配慮

倫理的配慮として、面接の実施において、対象者である本人及びその家族に対して、本調査の目的、内容、予想される負担、調査への参加は自由意志であること、参加しないあるいは途中で参加を取りやめた場合にも一切不利益を被らないこと、個人情報については責任をもって管理・保管し漏洩を防止すること、結果の公表については個人の名前をふせるなどのプライバシー保護に努めることを説明し、これらについて文書と口頭で確認した。その後、文書で承諾を得た。また、本人の負担とならないよう、可能な限りすでに良好な関係が築かれている調査担当者が調査を実施し、面接場面や時間等も本人と調整しながら実施した。

5. 分析方法

面接により得られたデータについて、トランスクリプトを作成した後、テキストマイニングの手法⁵⁾、および KJ 法¹⁾を参考に、差別的処遇の内容についてカテゴリーに分類、整理した。カテゴリーについては、医師、看護師、ケアマネジャー、臨床心理士による協議により分類した。その後、カテゴリーと具体的内容について、場面毎に特徴を考察した。

C. 研究結果

面接の結果、10名全ての対象者から合計71件の発言内容が得られた。内訳は、地域における日常生活場面39件、介護サービス場面7件、医療サービス場面25件であった。このうち、地域における日常生活場面における発言内容には社会全体に望む思いも数多く示された。得られた発言内容について分類、整理した結果、「本人の望む言葉・関わりとの乖離」「『認知症』というレッテル」「本人へのメッセージの不足」「社会からの疎外感」「ともに生活するという姿勢」の5つのカテゴリーに分類された。以下、それぞれの場面におけるカテゴリーと具体的内容を示した。

1. 地域における日常生活場面

地域ボランティア等の地域活動を含め、毎日の地域での日常生活のなかで、近隣の住民や商店、行政などから認知症を理由にした差別的処遇を受けた経験がなかったか、あるいは望まれる処遇を経験したかを聴取したところ、39件の発言内容が得られた。

得られた発言内容について、分類したカテゴリーと代表的な具体的内容を表2に示した。