

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合事業）
分担研究報告書

認知症に対する包括的支援プログラムの開発

研究分担者 小川朝生 国立がん研究センター先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨 高齢化社会を迎え、認知症患者が増加するなかで、認知症を併存した身体治療の機会が増加している。急性期病院においては、認知症の精神症状に関するケアに加えて、身体治療の意思決定能力の評価やセルフケア能力の評価と対応、社会的支援の評価と継続的なケアの組み立てなど、身体治療に伴う評価と調整が必要であることが明らかになっている。そこで、急性期病院での認知症ケアの実態を把握するための基礎資料を作成することを目的に、全国の診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度を導入している施設（DPC 対象病院）を対象に調査を実施した結果、認知症・せん妄に関する対応マニュアルの整備は救急病棟も含めほとんどなされておらず、院内での情報共有のための体制、地域との連携についても、認知症に関する情報共有体制が整備されていない。それらの背景として、急性期病院では認知症の知識や情報が不足している可能性が推察されるため、基本的な認知症ケアや支援体制に関する普及/啓発が必要である。特に、認知症患者のケアを中心的に担う看護師に対し、認知症看護の質の向上に資する教育が重要である。

A. 研究目的

わが国は超高齢社会を迎え、認知症を合併した身体治療を要する患者の入院機会が増えている。急性期病院では、認知症患者のBPSD管理に不慣れな上に、せん妄のハイリスク状態であること、疼痛管理に難渋すること、調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、退院支援が適切でないが本来であれば避けることができた再入院を招いている問題が指摘されている。

そこで本研究では、急性期病院における認知症患者の受け入れ・治療をめぐる医療提供上の問題点を把握すると共に、抽出された課題に基づき医療従事者の負担を軽減し、医療・ケアの質の向上に資する支援プログラムを検討した。

本年度は、急性期病院での認知症ケアの実態を把握する基礎資料を得ることを目的に、全国のDPC病院を対象に、調査を実施し、解析結果から課題を抽出した。また、全国調査の結果を踏まえ、急性期病院の認知症対応の現状に即した支援プログラムを開発した。

B. 研究方法

1. 目的

- (1)急性期病院における認知症ケアの実態を明らかにする
- (2)急性期病院における認知症ケアに関する教育的取り組みの実態を明らかにする

2. 研究方法

2.1. 研究デザイン

質問票（郵送）を用いた横断観察研究

2.2. 対象

全国のDPC対象病院1585施設（内、全日病院と重複除く1,082施設）
全日本病院協会の1,813施設。

2.3. 調査項目

2.3.1. 調査項目について

英国ならびにフィンランドのaudit調査をもとに、行政職とコンサルテーション・リエゾン精神科医、精神看護専門看護師、心理職、

医療ソーシャルワーカーにより、わが国の医療体制に即した表現、項目に修正することを目的とした討議を経て作成した。急性期病院における病院組織の取り組みに関する質問項目、病棟に関する質問項目、療養環境に関する質問項目、救急病棟での取り組みに関する質問項目が含まれる。

2.3.2. 病院組織の取り組みに関する質問項目。

先行調査の質問票をもとに、認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルや委員会の有無、医療安全委員会での把握の有無、院内の連携体制、院内コンサルテーション体制、アセスメントの実施状況、退院支援、情報収集に関する支援、教育体制に関する評価をおこなった。

2.3.3. 病棟に関する質問項目

先行調査の質問票をもとに、わが国の医療体制にあわせて項目を修正した。病棟スタッフの配置や病棟カンファレンス、コンサルテーション体制、病棟における情報提供体制、栄養管理、スタッフ間の連携に関する評価をおこなった。

2.3.4. 療養環境に関する質問項目

先行調査の質問票をもとに、病棟内の案内表示や床、ベッド、トイレ、セルフケア支援に関する評価をおこなった。

2.3.5. 救急病棟での取り組みに関する質問項目

先行調査の質問票をもとに、病棟の構造、スタッフへのサポート体制、認知症患者への対応方法、多職種へのコンサルト、スタッフ間での情報共有と連携を評価した。

2.4. 調査方法

平成26年4月時点でのDPC対象施設については、平成26年4月時点で厚生局が公開している資料をもとにリストを作成した。あわせて全日本病院協会の協力を得た。対象施設に対して、施設管理者、看護部、医療連携室宛に依頼状ならびに趣旨説明文書、調査票一式を郵送し、回答を依頼した。調査票は任意にて提出を依頼した。初回発送後の1ヶ月後に、返送のない施設を対象に、再度依頼をおこなった。

2.5. 調査期間 1年間とした。

2.6. 解析

2.6.1. プライマリ・エンドポイント 各調査項目の単純記述統計

2.6.2. 解析方法

項目ごとに単純記述統計をおこない、95%信頼区間を算出する。自由記載項目は、記載内容をもとに内容分析をおこなった。

2.7. 予想される利益と不利益

2.7.1 研究に参加することにより期待される利益

本研究に参加することにより期待される直接の利益はない。

2.7.2 研究対象者に対する予測される危険や不利益

本調査は、一般的な保健医療に関する実態調査であるため、有害事象としての身体的な問題は生じない。質問票を記載するのに15分程度の時間を要する。

2.7.3 社会に対する貢献

本調査は、わが国の身体疾患治療場面における認知症ケアの実態を明らかにするための調査である。本調査を実施する事で、認知症患者の身体治療・ケアの場面での課題が明らかとなり、今後の認知症ケアの教育や支援方法について検討することが可能となる。

2.8. 結果の告知・公表

本研究の成果は、国内外の学会や学術論文にて発表する。研究グループとして、一般の幅広い理解を得るためにマスメディア等に情報提供するとともに、全体としての結果概要は一般人にもわかりやすい形で報告書を作成し、ホームページなどで公開する。

3. データ管理

調査票は国立がん研究センター東病院・臨床開発センター精神腫瘍学開発分野内の施錠できる部屋の施錠できるキャビネットに保管し、電子データは同施設内のパスワードで保護されたPC内で管理する。調査票集計後に調査票は機密文書として破棄する。結果は数

量的に集計する。個人の回答が明らかになることはない。

4.1. インフォームドコンセント

本研究は、医療従事者に任意で回答を求めるアンケート調査であり、人体から採取された試料等を用いないため、「疫学研究に関する倫理指針」に従うと、必ずしもインフォームドコンセントを必要としない。そのため、倫理指針に従った趣旨説明書による調査協力の依頼を行い、調査票への回答をもって調査への協力の同意とした。

4.2. 説明

趣旨説明書を添付して調査票を送付する。趣旨説明書には以下の事項について記載した。調査に協力をいただける方のみ任意に記入し、同封した返信用封筒を用いて返送を依頼した。

- (1) 背景・目的
- (2) 対象・方法
- (3) 分析・発表
- (4) 個人情報の保護、倫理的事項
- (5) 研究組織

4.3. 同意

調査票への記入・返送をもって同意とした。

4.4. 個人情報の保護

本研究では無記名の調査票を用い、個人情報は扱わない。結果の公表は数量的に集計しておこない、個人の回答が明らかになることはない。

(倫理面への配慮)

調査に先立ち文書にて人権の擁護に関する十分な説明を行った。すなわち、研究への参加および参加辞退は自由意思であり不参加によるいかなる不利益も受けないこと、また同意後も随時撤回が可能であること、人権擁護に十分配慮した上で個人情報は完全に保護されること、等を説明した。研究成果の公表の際には、個人情報は完全に匿名化し、参加者が特定されることはないように対応した。

C. 研究結果

送付できた 2893 施設の内、1291 施設より回答を得た。特に、DPC 対象施設に関しては、1578 施設に送付をし、その内 848 施設より回答を得た。回答率は 53.7%であった。

病院組織の取り組みでは、入院中の認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルを整備している施設は 6.2%、BPSD への対応マニュアルを整備している施設は 7.1%、せん妄への対応マニュアルを整備している施設は 12.4%であった。

病棟の取り組みでは、認知症患者の対応について認知症の専門家と連携を図っている施設は 65.9%、認知症の症状やケアについて患者・介護者と情報共有システムが整備されている施設が 45%、認知症看護において、「全くそう思わない」「思わない」「あまり思わない」の合計で「認知症の基本的な病態(種類、症状、治療等)について知識を十分にもっている」が 59.8%、「認知症の重症度について、知識を十分にもっている」が 70.7%、「認知症患者の疼痛評価を十分におこなっている」が 60.1%であった。

療養環境では、認知症患者が理解しやすいように病棟の案内表示や地図を明示している施設が 25.4%、患者のベッドから時計が見える位置に設置している施設が 22.8%、カレンダーでは 24.3%であった。

救急病棟の取り組みでは、認知症患者へのマニュアルを整備している施設は 9.9%、身体拘束や鎮静の手順書を作成している施設は 55.7%、地域包括ケア病棟と連携を図っている施設は 31.7%であった。

D. 考察

わが国において初めて、急性期病院における認知症ケア・対応の実態に関する全国規模の包括的調査を実施した。認知症・せん妄に関する対応マニュアルの整備は救急病棟も含めほとんどなされておらず、院内での情報共有のための体制、地域との連携についても、認知症に関する情報共有体制が整備されていない。それらの背景として、急性期病院では認知症の知識や情報が不足している可能性が推察されるため、基本的な認知症ケアや支援体制に関する普及/啓発が必要である。特に、認知症患者のケアを中心的に担う看護師に対し、認知症看護の質の向上に資する教育が重要である。

E. 結論

全国の急性期病院での認知症ケアの実態を把握するための質問紙調査を実施した結果、急性期病院では認知症対応の整備が十分進んでおらず、基本的な認知症ケアや支援体制に関する普及/啓発が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Umezawa S, Ogawa A, et al. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors. *Psychooncology*. 2015;24(6):635-42.
2. Yokomichi N, Ogawa A, et al. Validation of the Japanese Version of Edmonton Symptom Assessment System-Revised. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015.
3. Mori M, Ogawa A, et al. A National Survey to Systematically Identify Factors Associated With Oncologists' Attitudes Toward End-of-Life Discussions: What Determines Timing of End-of-Life Discussions?. *Oncologist*. 2015;20(11):1304-11.
4. Shimizu K, Akechi T, Ogawa A, et al. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol*. 2015 May;45(5):456-63.
5. 小川朝生、他. 実習お役立ちカード 精神. 看護学生. 2015;62(12):巻末付録.
6. 小川朝生. トータルペインの視点に基づく治療抵抗性疼痛へのアプローチ-医師の立場より-. *がん治療と対処療法*. 2015 2015/8/31;26(1):39-43.
7. 小川朝生. 高齢がん患者のメンタルサポート 地域のかかりつけ医、精神科医の貢献を期待. *Medical Tribune*. 2015 2015/8/20;48(34):20.
8. 小川朝生. 認知症の緩和ケア - 総合病院の精神科医が果たす役割 -. *総合病院精神医学*. 2015 2015/4/15;27(2):115-22.
9. 小川朝生. -9 認知症治療薬・抗うつ薬・統合失調症に対する抗精神病薬など既存の精神疾患に対する治療薬. 緩和ケア. 2015;25(suppl):37-42.
10. 小川朝生. せん妄を知る. *がん看護*. 2015 2015/7/20;20(5):499-502.
11. 小川朝生. がん患者の心理・社会的支援 総論. *臨床栄養*. 2015 2015/7/1;127(1):71-6.
12. 小川朝生. 高齢がん患者の心のケア. 加仁. 2015;42:13-6.
13. 小川朝生. がんと「こころ」 -患者さんご家族のために、病気や心、暮らしのことまでも一緒に考えていきます. 「がん治療」新時代. 2015;7:23-5.
14. 小川朝生. 認知症患者の意思決定支援. 緩和ケア. 2015;25(3):187-91.
15. 小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 発達障害の総論. *看護人材育成*. 2015 2015/4/30;12(1):98-102.
16. 小川朝生. 高齢がん患者のケア～高齢がん患者の認知機能の特徴とアセスメントと対応～. *がん看護*. 2015:239-43.
17. 小川朝生. 精神的苦痛から解放されるには-精神腫瘍科医の役割とメンタルケアの必要性. *がんサポート*. 2015;142(1):20-5.
18. 佐々木千幸、上田淳子、小川朝生. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方. *看護人材育成*. 2015 2015/8/31;12(3):123-7.
19. 金子真理子、小川朝生、佐々木千幸、小山千加代. 急性期病院の認知症看護における現任教育に求められていること～認知症看護に携わる看護師へのインタビュー結果からの一考. *月刊ナースマネジャー*. 2015;16(12):41-5.
20. 小川朝生. 患者を支える家族が危ない! 家族は「第二の患者」. *やましん 暮らしの知恵*. 2015 2015/10;435:1-5.
21. 佐々木千幸、小川朝生、他. 現場の取り組みで学ぶ 発達障害と職場適応に向けたかかわり方 何度教えても覚えられない! .

看護人材育成. 2015
2015/8/31;12(3):123-7.

調査. 第20回日本緩和医療学会学術大会; 2015/6/20; 横浜市.ポスター.

学会発表

1. 小川朝生, 不眠へのアプローチ. 第28回日本サイコオンコロジー学会総会; 2015/9/18; 広島県広島市.シンポジウム
2. 小川朝生, 高齢がん患者への支援 高齢者総合機能評価. 日本外科代謝栄養学会第52回学術集会; 2015/7/3; 東京都品川区.シンポジウム
3. 小川朝生, 認知症の緩和ケア. 第65回日本病院学会; 2015/6/18; 長野県北佐久郡軽井沢町.ワークショップ
4. 小川朝生, がん医療における意思決定～サイコオンコロジーの立場から～. 第29回日本がん看護学会学術会; 2015/2/28; 神奈川県横浜市.教育講演
5. 藤澤大介, 小川朝生, 他. がん患者の不安症状に対する短期認知行動療法の開発. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/28; 徳島県徳島市.ポスター.
6. 小川朝生, 他. がん患者へのICTを用いた在宅支援. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/27; 徳島県徳島市.シンポジウム.
7. 小川朝生, 平井啓, 他. 多職種によるせん妄対応プログラムの開発. 第28回日本総合病院精神医学会総会; 2015/11/27; 徳島県徳島市.ポスター.
8. 小川朝生, 高齢者機能評価スクリーニングツールG8日本語版の評価. 第13回日本臨床腫瘍学会学術集会; 2015/7/16; 札幌市.ポスター.
9. 小川朝生, ICTを用いた高齢がん患者に対する外来診療支援システムの実施可能性の検討. 第53回日本癌治療学会学術集会; 2015/10/30; 京都市.ポスター.
10. 小川朝生, 精神疾患を持つ患者の意思決定をサポートする. 第53回日本癌治療学会学術集会; 2015/10/30; 京都市.シンポジウム.
11. 小川朝生, 高齢者機能評価. 第28回日本内視鏡外科学会総会; 2015/12/10; 大阪市.シンポジウム.
12. 小川朝生, 認知症をもつがん患者の治療に関する主治医・緩和ケアチームの意向

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
特記すべきことなし。