

2015/5001B

厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業

急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と
医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に
関する研究

平成 25年度～27年度 総合研究報告書

研究代表者 小川 朝生
平成28（2016）年 3月

目 次

I.	総合研究報告書 急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と 医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究 小川 朝生	3
II.	添付資料	43
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	71

I. 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
総括研究報告書

急性期病院における認知症患者の入院・外来実態把握と
医療者の負担軽減を目指した支援プログラムの開発に関する研究

研究代表者 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、急性期病院においては認知機能障害を持ちつつ身体治療を受ける患者が増加している。認知機能障害にあわせて身体合併症がみられた場合でも適切な治療を受けることができるよう体制を整備する必要がある、現状の把握と対策の立案が急務である。海外を含め、急性期病院は、①精神症状・ケアへの対応（認知症ならびにせん妄への対応）、②認知機能障害を持つ患者の身体管理への対応（特に疼痛管理）、③地域との連携（退院支援）の課題が指摘されている。本研究班は、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めた。

**研究分担者氏名・所属研究機関名及び
所属研究機関における職名**

小川朝生	国立研究開発法人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
明智龍男	公立大学法人名古屋市立大学大学院医学研究科 教授
井上真一郎	岡山大学病院精神科神経科 助教
上村恵一	市立札幌病院精神医療センター 副医長
金子真理子	東京医療保健大学 精神看護学 教授
木澤義之	神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野 特命教授
近藤伸介	東京大学医学部附属病院精神神経科 助教
清水 研	国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科 科長
谷向 仁	京都大学 特定准教授
平井 啓	大阪大学未来戦略機構 准教授

発展期である 1900 年代の高齢者比率は 1% であること、近代ホスピスが展開しだした 1950 年代の英国でも 10% であり、わが国の高齢者をめぐる現状は従来とは全く異なる次元に入っている。欧米では、高齢化率が今後 20% を越えることを危惧し、国家戦略を立てている。わが国の現状は、まったく猶予のない段階である。

わが国では、認知症に対するアプローチとして、主に老年精神医学からは精神疾患として、介護領域からは生活支援が取り上げられることが多い。精神疾患として認知症を取り上げた場合には、診断と治療が話題の中心となり、老年症候群として認知症が取り上げられた場合には、介護支援の話題となる。どちらも認知症への対応を考える上で避けて通れない面である。

一方、認知症は老年症候群の一面であり、身体合併症を併存することは非常に多い。身体管理を担当する急性期病院では、認知症患者の行動・心理症状(BPSD)管理に不慣れな上に、①せん妄のハイリスク状態であること、②疼痛管理に難渋すること、③調整に時間を要し、入院期間が長期化すること、④退院支援が適切でないために本来であれば避けることのできた再入院を招いている問題が指摘さ

A. 研究目的

わが国では 2013 年に高齢化率が 25% を越える未曾有の超高齢社会を迎えた。近代医療の

れている。さらにプライマリケアチームが認知症を見落としがちであり、適切な評価がおこなわれにくいなどの課題も指摘されている。

海外では、治療開始時から多職種がチームを作り、総合的なアセスメントを実施し、予防的なコーディネートをおこない、長期入院を予防するとともに医療従事者の負担を軽減するマネジメントの取り組みがおこなわれている(Harari 2007, Marcantonio 2001)。このようなチーム医療を支援するツールとして、高齢者総合機能評価(CGA:Comprehensive Geriatric Assessment)がある。CGAは高齢者のリスク評価と、身体機能予備力を引き出す診療支援のために開発されたが、マネジメントのみならず認知症で問題となる意思決定支援にも応用されている(Finlsy, Am J Med 2001)。わが国においても、急性期病院において簡便に使用できる支援方法を開発し、早急に課題を解決する必要がある。

本研究班においては、上記の現状を踏まえ、急性期病院における認知症患者の救急外来受診、ならびに急性期病院入院後の医療・ケアの実態を全国規模の調査で把握するとともに、医療従事者の負担を軽減する簡便な支援プログラムを開発し、その実施可能性を検証することを目的に、調査・研究を進めた。

B. 研究方法

本研究を遂行するために、以下のように急性期病院の認知症ケアについて問題となる領域を設定し、調査研究を計画した。

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

認知症患者が一般病院を救急受診する背景には、通常的身體疾患の問題に加え、セルフケアが困難なことによる重症化ならびに外傷の問題が大きい(Pace 2011)。また、救急をめぐっては身体管理とあわせて、後方連携や福祉との調整、退院支援など受け入れ後の調整に時間を要する課題がある。

平成 25-26 年度にかけて、市立札幌病院救命救急センターに入院し、精神科にコンサルトされた患者 371 名のうち認知症と診断されていた、もしくは入院後認知症と診断された患者 52 名について診療録を後方視的に調査

をおこなった。調査した患者背景は、年齢、性別、身体科診断、精神科診断、入院日数、入院後転帰について調査をおこなった。

平成 27 年度は高度救命救急センターが存在する、もしくは精神科救急をおこなっている総合病院 18 施設に対して認知症患者の救命救急センターへの搬送状況(全例入院もしくは死亡)について郵送にて調査を施行した。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. がん専門病院における認知症への対応の実態

全国調査の基礎資料として、がん専門病院における認知症への対応の実態を知ることが目的に研究をおこなった。2015年1月から12月までの期間において、国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科に紹介となり、認知症あるいは軽度認知機能障害の診断にて介入が開始された症例について、臨床データベースを後方視的に解析することにより検討した。

b. 認知症看護に関するインターネット調査

先行研究をもとに、看護師 2,386 名を対象に認知症看護の知識、アセスメント、実践、倫理的葛藤など 87 項目についてインターネット調査をおこなった。

c. 専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループ(FG)

老人看護専門看護師 3 名・精神看護専門看護師 2 名、認知症看護認定看護師 1 名の計 6 名を対象に、認知症看護における臨床上・教育上の課題について FG を実施した。FG では、本研究班の研究者ら 4 名が参加し、インタビューの内容分析をおこなった。

d. 急性期病院の認知症対応の現状調査

急性期病院における認知症ケアの実態を明らかにすること、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ことを目的に、全国の急性期病院を対象に、認知症対応の現状調査を開始した。

[研究デザイン]

質問票(郵送)を用いた横断観察研究

[対象]

全国のDPC対象病院1585施設（内、全日本病院との重複のぞく1082施設）、全日本病院協会会員施設1813施設

[調査項目]

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、入退院調整に関する質問項目、救急病棟での取り組みに関する質問項目が含まれる。

- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・入退院調整に関する質問項目：
先行調査をもとに、わが国の医療体制を踏まえて項目を修正した。身体治療を目的にして入院する認知症患者の入院のバリア、入院・退院時の調整依頼の内容、時期、転帰、在宅調整時に生じる問題、精神科病

院転院の状況を評価した。

- ・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。

[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。

[解析]

プライマリ・エンドポイント：
各調査項目の単純記述統計
解析方法：
項目ごとに単純記述統計をおこない、95%信頼区間を算出した。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。

e. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

高齢者の多くが痛みを抱えることは広く知られているが、認知症の人では痛みの表出に困難が生じてくるため、周囲が痛みを認識しにくい。このため適切な疼痛ケアがなされなかったり、苦痛の表出である不穏に対して疼痛と気づかれずに、BPSD（認知症の精神症状・行動障害）と捉えられて向精神薬が処方されたりしている可能性がある。こうした問題意識からこれまで認知症の人の痛みを客観的に評価するスケールは各種開発されてきているが、実際の臨床現場では根付いていない。

そこで、われわれは、認知症ケアの現場において適切な疼痛ケアが根付くために、療養型病院・入所施設・通所・居宅など異なる設定の認知症のある利用者、および施設スタッ

フ、施設管理者に対してインタビューをおこない、疼痛への気づきおよび対処法についての質的調査をおこなうことで、①認知症に適した痛みの評価法、②痛みが精神症状・行動障害に及ぼす影響、をそれぞれ同定し、さらに③介護現場に適した疼痛管理方法の開発、を目指すことで、認知症高齢者のウェルビーイングを高めることに寄与することを目的に実施した。

方法は認知症ケアを提供している事業所（萩・曲尾グループホーム [アザレアンさなだ・長野県]；特別養護老人ホーム・サンビレッジ大垣 [新生会・岐阜県]）を訪問し、施設管理者 2 名、直接ケアに当たるスタッフ 4 名、認知症のある利用者 2 名を対象に疼痛の実態についてインタビューを実施した。インタビューでは対象者によって以下のようなポイントを含む半構造化面接を実施した。面接は 1 人 60 分以内（認知症の当事者は 30 分以内）を目安とし、のちほど詳細に内容分析できるように本人または代諾者の書面同意を得た上で録音をおこなった。

[利用者（認知症当事者）] 苦痛の有無、痛み
の有無、痛みの場所、対処法

[ケアにあたるスタッフ] 認知症の人の痛み
についての意識、痛みサイン、他の苦痛との
弁別、対処法、薬剤使用の有無、痛みスケール
の有用性

[施設管理者] 認知症の人の痛みについての
意識、施設ケア基準の有無、痛みサイン、
対処法、薬剤使用の有無、研修の有無、
痛みスケールの有用性

インタビューは、研究責任者を含む研究従事者が訪問調査をおこない、インタビューガイドに沿って実施した。インタビューの録音データから逐語録を作成し、それをもとに質的分析、結果の統合などの作業をおこなった。

3. 認知症合併患者の周術期管理に関する検討

認知症患者はせん妄の発症リスクが高いことが従来から指摘されており、また治療に関する意思決定への影響が懸念されるなど、周術期において多くの問題が存在している。

岡山大学病院では、2008 年より周術期管理

センターを立ち上げ、周術期の患者支援を目的として組織横断的な活動をおこなっている。そこで、術前患者における認知症の有無について、専門・認定看護師が適切な評価をおこなっているかについての実態把握をおこなった。さらに、周術期支援体制として認知症患者のせん妄発症予防対策などが可能かどうかを検証した。

平成 25-26 年度には岡山大学病院に肺がん・食道がん手術を目的として入院した患者を対象として、術前に看護師がおこなった認知機能低下に関する主観的評価の正確性について検討した。

平成 27 年度には岡山大学病院の肝・胆・膵外科において手術目的に入院した患者を対象として、患者の入院時に認知機能障害の有無やその重症度、ならびに飲酒歴、薬歴、併存疾患を評価し、さらに術後せん妄の発症や重症度との相関について検討した。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

わが国の人口の急速な高齢化に伴い、身体疾患を有する高齢患者に対して適切な医療・介護を提供する体制の構築が喫緊の課題となっている。一方、高齢者は、身体的、精神・認知機能的に幅広い多様性を有するため、個々にとっての最適な医療・ケアを提供するために、高齢者総合機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment、以下 CGA) を導入し、個別的な医療を提供することの重要性が示されている。中でも治療関連死など身体的な負荷が極めて強いがん化学療法などが必要な高齢がん患者に対しては CGA の施行とそれに基づいた治療・ケアプランの作成は極めて重要な課題である。しかし CGA の施行には時間的・人的資源を必要とするため、多忙な臨床現場において全症例に CGA を実施することは困難である。

以上のような背景を受け、初発高齢血液がん患者を対象として、

1. 我が国の高齢がん患者の脆弱性スクリーニングに有用な方法を開発すること

2. 治療開始時の認知機能障害の頻度とその関連因子を明らかにすることを目的として調査をおこなった。

対象は、名古屋市立大学病院に入院となった、新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された65歳以上のがん患者とした。対象に対して、抗がん治療開始前にVES-13を実施し、併せて認知機能障害、身体的機能(日常生活動作、手続き的日常生活動作)、合併症、栄養状態、抑うつ、多剤併用の7領域を含むCGAを実施した。

b. 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発に関する研究

急性期病院では、入院患者の約50%に認知機能障害を認め、周術期を中心にせん妄や疼痛管理、行動心理症状(BPSD)への対応が不十分なために、入院期間の長期化、再入院の増加などの問題を生じているが、我が国では支援体制が十分に整備されていない。

そこで、急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づいた認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発をおこなった。

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定
他の分担研究者のおこなった専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループインタビューの結果を元に教育プログラムの対象、教育目標とそのコンテンツの骨格について開発をおこなった。

2) 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発

上記において制定された教育目標やコンテンツの骨格を基にして行動科学の手法に基づいて行動変容を促す①教育コンテンツと②運用プロトコルを開発した。

3) 教育プログラムの実施と効果および実践への有用性の検討

①時期：2015年10月～2016年2月

②対象：1) 施設：関東近郊の約1000床の大学病院1施設および急性期の約400床の病院1施設の計2施設で実施した。2) 対象者：本研究プログラムについて案内しチラ

シを配布し、希望者を募り実施した。参加者は看護師71名であった。

③調査内容・方法：教育プログラム前後、3か月後に調査を実施した。

5. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

高齢化が進む中、認知症を併存したがん患者が増加している。認知症患者が持つ、認知機能の低下、周辺症状などのため、患者・家族が望んだ場所で療養生活を送ることが難しい状況にある。

今回われわれは、わが国における認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアを明らかにするための一つの基礎資料として、認知症合併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況について調査を実施した。

a. 認知症合併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況に関する調査

[対象]2013年7月時点で日本ホスピス緩和ケア協会に加盟する緩和ケア病棟251か所の責任医師

[方法]郵送法。アンケート項目はホスピス・緩和ケア病棟への認知症併存患者の入院受け入れに関することであり、入院が可能な程度を4件法で尋ねた。質問項目は専門家討議により決定した。

b. アドバンスケアプランニング(ACP)のコミュニケーションプログラムの開発とその教育効果の検証

[対象]2014年度兵庫県緩和ケアフォローアップ研修会の参加者37名。

[方法]前後比較研究。ACPと臨床倫理に関する550分の参加型研修会を開催した。プログラムはACPと臨床倫理に関する550分(講義230分、ロールプレイ320分)にわたる参加型研修会とし、国立長寿医療センターで開発された、平成26年度人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会(Education For Implementing End-of-Life Discussion: 以下E-FIELDと略)を一部改編して用いた。研修の実施前に参加者の背景情報とACPの実践に関する自信を、研修会前後で、エンド・オブ・ライフ(End-of-Life: 以下EOLと略)コ

コミュニケーションに関する困難感、死にゆく患者に対する医療者のケア態度、ACP と臨床倫理に関する知識を評価した。

C. 研究結果

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

平成 25-26 年度に施行した市立札幌病院での調査では、自殺企図認知症患者の 62%がレビー小体型認知症 (DLB) であった。認知症患者の精神科への介入は、せん妄の発症時と、自殺企図症例が約 9 割をしめていた。救急救命センター平均在所日数は 34±106 日で、その後、当科転科が 13%、当院他科転科が 38%であった。当科転科後と他科転科後入院平均日数に有意な差は認めなかった。

平成 27 年度に全国規模でおこなった調査では、65 歳以上の搬送者の 48%に認知症の可能性があると診断され、呼吸不全が原因での搬送が 4 割を占めた。また自殺企図者の 52%が DLB であった。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. がん専門病院における認知症への対応の実態

期間内に紹介となった認知症患者は 29 名、軽度認知機能障害が 6 名であり、合計 35 名であった。外来診療中の患者 6 名、入院治療中の患者 29 名であった。認知症の病型については、特定不能が最も多く 26 名であり、アルツハイマー型認知症が 1 名、脳血管性認知症が 1 名、脳腫瘍に伴う認知症が 1 名であった。年齢の平均値は 67.0、がん腫は最も多かったのが肺がん 7 名、続いて大腸がん 5 名であった。身体活動度については、PS0 が 7 名、PS1 が 13 名、PS2 以上が 15 名であった。

b. 認知症看護に関するインターネット調査

看護師 2,386 名中、有効回答は 1,311 名 (54.9%) であった。過去 5 年間に認知症看護の経験のある看護師は 805 名 (61.4%) であり、施設の内訳は、急性期病院が 38.9%、長期療養型が 16.9%、急性期高齢者専門病院が 1.8%、その他が 45.2%であった。

知識について、認知症の病態に関する十分

な知識をもっているかについては、「そう思わない」が 45.8%、認知症患者のコミュニケーションの特徴と対応の留意点について十分な知識をもっているかについては、「そう思わない」が 42.9%、意思決定できない場合の対応について十分に知識をもっているについては、「そう思わない」が 51.7%であり、半数程度が十分な知識をもっているとは認識していないことが明らかになった。

一方、アセスメントについて、認知症であることをふまえた栄養状態のアセスメントをしていたかについては、「はい」が 55.8%、食事介助が必要な場合の認知症症状や個別のアセスメントをしていたかでは「はい」が 64.5%、認知症であることをふまえて痛みを訴えられない事をふまえたアセスメントを実施していたか「はい」が 47.7%であった。

ストレスを引き起こす要因を最小限にするアセスメントをしていたかは「はい」が 34%であった。転倒転落しないための工夫は、4段階で「非常に」「かなり」「少し」を併せると 96.7%が工夫をしていたと回答した。多職種連携の時間があつたかは、上記同様の回答様式で 85.6%があつたと回答した。介護者との連携についても 81.7%がしていたと回答した。

c. 専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループ (FG)

専門看護師・認定看護師ら 6 名を対象に実施した。その結果、【看護のコアとなる態度】として、認知症患者の体験している世界を理解し、患者を意志ある存在として対応を基盤とし、下記を強化した教育が必要であることが示唆された。

- ①【認知症のアセスメント】(病態, BPSD の重症度, せん妄との鑑別, 身体症状・ADL)
- ②【包括的・個別のアセスメント】(どのような人だったのか, 表情・行動・症状の観察と記録等)
- ③【ケアの工夫】(認知機能の維持や薬に頼らないケア, 早期退院を考えたケア等)
- ④【意思決定支援】(言語だけでなく複数回確認する等)

d. 急性期病院の認知症対応の現状調査

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。

入退院調整に関して、精神科、神経内科、老年科の常勤医および非常勤医がいない施設はそれぞれ、46%、37%であった。また、老年看護、精神看護、認知症看護の専門/認定看護師および認知症/老年精神医学専門医のいない施設は、それぞれ 94%、93%、83%、70%と高率であった。認知症患者の入院依頼のうち、認知機能障害あるいは精神症状が理由で、それぞれ 31.6%、40.1%が入院できていなかった。その精神症状の内訳は、不穏・興奮(18.4%)、徘徊(14%)、大声(13.6%)、幻覚(9.4%)の順に多かった。また、患者が入院中に連携室に依頼された全相談のうち、29.8%が在宅調整であったのに対し、28.4%が転院調整、12.9%が施設入所調整であった。転院調整の内訳では、療養病棟が 40.5%と最も多かった。単科精神科病院は 4.5%であった。在宅に帰せない理由としては、介護力の

問題が 28.8%と最も多く、精神症状(21%)、入院後の ADL 低下(16.9%)が続いた。精神症状の内訳としては、不穏・興奮(14.1%)、徘徊(12%)、大声(9.9%)、食欲不振(9.6%)の順に多かった。

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。

e. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

インタビューから得られたコーディングを提示する。

■痛みのもつ個人的意味

利用者 A「ここがちくちくする」

利用者 B「別に今、痛いところはない。こころの痛みはいろいろあります」

介護者 C「お腹が痛いという場合でも、本当に腹痛なのか、心理的な側面で構ってほしいとか、隣の人がいやだからその場を離れるために訴えているのか」

管理者 D「痛みという捉え方をからだの痛みだけで捉えていない。こころの痛みでも捉えている。社会関係による痛みも捉えている。関係性を分断された痛み。人間関係や社会環境からの分断」

■いつもと違うことの気づき

介護者 E「いつもと様子が違うということから推測していく。その中に痛み、苦痛も含まれる」

介護者 F「普段と違うということ」

《痛みの見極め》

介護者 E「消去法ですね」「今そこのその様子が何かをすることで緩和されれば、別に追及しなくてもいいということです」

介護者 F「いろんな原因とか症状とか、情報収集して。観察からスタートする。本人にも聞いてみる」

■痛みスケールの限界

介護者 E「痛みには行きつかないと思います。紐解くきっかけにはなりうる」

介護者 F「大規模な施設だと使える。共有することで重要性がわかる。何かしないと気付かれないままになってしまう」

管理者 D「これは現状の評価。その先がない。実際はその場で対応していっちゃう」

■スキルの獲得

介護者 E「先輩職員の方に教えてもらったり。やってみて失敗して、それを何回も繰り返して、それを積み重ねて観察力が身に着いたのじゃないかと思います」

介護者 F「いいケアを見ている。教科書じゃない。目の前でお手本を見せてくれる先輩がいたから、技が引き継げる」

■経験の共有

介護者 C「共通基盤を作って、お互いにオープンになりながら、ああかもしれない、こうかもしれない、とお互いに注意や意見を言い合う」

介護者 E「話し合える場も作って、情報を交換し新人さんにもわかりやすいように伝えていく」

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した 周術期支援体制の検討

平成 25・26 年度

認知症の有無については HDS-R のカットオフ値を 20 点としたところ、感度 0.56、特異度 0.91、陽性的中率 0.42、陰性的中率 0.94 という結果が得られ、看護師は認知症を有する患者を正確に認識出来ていない可能性が示された。

平成 27 年度

平成 27 年 4 月から研究を開始し、同年 12 月 16 日時点で 121 例に実施した。現在症例集積中である。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

1. VES-13 の有用性

106 名(適格例の 85%)の患者より有効データを得た。50%の患者が脆弱性の定義に相当した。VES-13 による脆弱性群のスクリーニング能力は、カットオフポイント 2/3 点において AUC 0.85、感度 72%、特異度 79%、陰性的中率 72%であった。「興味・喜びの低下」による第二段階スクリーニングを加えた場合、AUC 0.83、感度 90%、特異度 76%、陰性的中率 88%であった。

2. 認知機能障害

145 名(適格例の 74%)の患者より有効回答を得た。MMSE が 23 点以下であったのは 29 名で、全体の 20%を占めた。多重ロジスティック回帰分析の結果、教育経験が短いこと(オッズ比:4.9 95%CI:1.78-13.27)と IADL 障害があること(オッズ比:3.7 95%CI:1.25-11.23)が有意な変数であることが示された。

b. 包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

1) 教育目標、コンテンツの骨格の制定

フォーカスグループインタビューで抽出された要素について専門家による検討を経て構造化をおこなった結果、以下のような項目が本研究で開発する教育プログラムの対象・教育目標・コンテンツの骨格になる要素が明らかとなった。

<教育プログラムの対象・教育目標・骨格>
[対象]

- ・管理者・ベテランの学び直し
- ・専門・認定看護師がファシリテーターとして教育することができる

[教育目標]

- ・認知症患者の見えている・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる
- ・患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ

[コンテンツの骨格]

■基本となる知識

- ・高齢者に対する理解・老人看護の知識
- ・認知症患者が理解できること

■基本となる態度

- ・倫理(自律の尊重)的感受性・意志ある存在であること
- ・患者の体験を想像する力・患者目線の理解を絶えず意識する
- ・複数回の意思確認する
- ・安易な「認知症」ラベリングをしない
- ・最初にしっかりアセスメント・関わる
- ・患者は尊厳のない対応に傷ついたり、

恐怖を感じたりすること

- ・ゼロリスクで考えない
- ・自らのラベリング・過大評価・過小評価に気づくことができる

■認知症アセスメント

- ・認知症の病態の重症度
- ・BPSDの重症度
- ・せん妄（低活動）との鑑別
- ・身体症状・ADL

■包括的・個別的なアセスメント

- ・もともとどんな人だったか？
- ・病前の生活はどうだったか？
- ・気分・意識にムラがあること
- ・表情・行動・症状の観察と記録・退院後を考えたケア
- ・分かっているか、どうかを確認する
- ・観察できる

■ケアの工夫

- ・カレンダー・時計などの認知機能を補完する環境整備
- ・ADLを維持するための定期的な運動（リハビリテーション）
- ・重症患者への薬物療法

■意思決定支援

- ・言語だけでなく、意思確認の方法を複数試す
- ・オープンアンサーではなく、Yes/No アンサーで答えられるようにする
- ・気分の変動に対応できるようにおなじ質問を複数回聞く
- ・質問のレポトリを予め複数用意しておく

■レビュー・評価

- ・自分自身でケアの意味付けができる

2) 認知症に対する包括的支援のための介入プログラムの開発と研修の実施

上記のように制定された教育目標やコンテンツの骨格を基にして行動科学の手法に基づいて行動変容を促す①教育コンテンツと②運用プロトコルを開発した。

※各教育資料については添付資料を参照されたい

① 教育プログラム

看護師や薬剤師、医師を対象にした職種ごとの講義と事例検討の90分で構成されている。

（内容）

認知症の病態と原因、予防、治療法、ケアについて系統立てた解説が含まれている。具体的な内容は、

- 1) 認知症の概要、2) 認知症のリスク評価、3) 認知症の症状、4) 動画で見る認知症の症状（解説編、解説編）、5) 認知症への対応
- 行動科学の手法を用いて、患者の入院時点でのせん妄のリスク確認からアセスメント方法、リスクに応じた対応方法までの流れを図示したアセスメントシートを用意し、シートの利用方法を解説する。講義に引き続き、アセスメントシートを実際に用いた事例検討をおこない、習得を促進する構成になっている。

② 運用プロトコル

内科・外科両者に対応できる形で組まれた一般病棟の入院患者に対する認知症対応のコンポーネントをまとめたプログラムとなっている。

（内容）

本プログラムの実際の流れは以下の手順で進める

- 1) 患者の入院
 - ・70歳以上の入院
 - ・治療、ケアを進めるうえでの課題の発生
- 2) せん妄の確認
- 3) 認知症の診断の有無
- 4) 認知症症状の確認（記憶、実行機能、社会的認知、IADLなど）
- 5) 身体の苦痛の確認
- 6) 認知機能障害への配慮
- 7) 評価の共有
- 8) 連携・退院支援

3) 教育プログラムの教育効果および実践への有用性の検討

介入前・直後においてt検定をおこなった結果、31項目中、1%水準で有意であったのは10項目であった(表1)。その主な内容は有病率、せん妄やうつ病との鑑別、中核症状について、疼痛のアセスメント、認知症におこ

りうる機能障害について、BPSDの原因について、せん妄についてであった。5%水準で有意差があったのは1項目で、「認知症が脳に何らかの障害が起こることにより発症する」についての正答を問うものであった。

	解答	正答率		P
		介入前	介入後	
1 認知症は、65歳以上の高齢者人口の15%にみられる	○	67%	89%	**
2 認知症は、脳に何らかの障害が起ることにより発症する	○	79%	91%	*
認知症の診断基準として、認知機能障害、IADLの障害が挙げられ、せん妄とつ病も含まれる	×	72%	93%	**
4 全ての認知症患者に中核症状がみられる	○	25%	79%	**
5 認知症患者は、予測が立てられない、段取りを組むことができない	○	91%	100%	**
6 認知症患者は、形態や模様の認識が障害されるが、物体との距離	×	56%	92%	**
7 認知症患者の疼痛は過大評価されている	×	85%	99%	**
8 認知症患者は、緊急時の対応がとれなくなる	○	93%	100%	**
9 認知症患者は、治療同意能力が無いため、家族の意向を優先にする	×	85%	94%	**
10 BPSD(随伴症状/周辺症状)の原因に苦痛や不快感がある	○	88%	100%	**
11 せん妄は、意識障害である	○	75%	91%	**

** p<0.1
* p<0.05

一方、有意差がなかったのは20項目であり(表2)、介入前に既に60~100%の知識があった。主な内容は急性期病院における認知症患者の重症度の割合、痛みや苦痛の評価と患者の行動との関連、身体拘束とBPSDのケア等、多職種連携の必要性等であった(表2)。

	解答	正答率	
		介入前	介入直後
急性期病院では、医療依存度の高い高齢者が多く、軽度の認知症に比べ重度の認知症が多い	×	61%	61%
認知症は、急速に進行する	×	76%	83%
認知症は、患者にとって精神心理的な苦痛を伴うものである	○	90%	96%
認知症は、アルツハイマー型認知症が最も多い	○	76%	88%
認知症による物忘れと加齢によるもの忘れは一緒である	×	100%	100%
認知症患者の食欲低下の要因として、失行や注意障害がある	○	91%	97%
認知症患者の痛みや苦痛の評価は、患者の行動からも評価することが重要である	○	99%	99%
認知症患者は、服薬の自己管理が難しくなる	○	100%	100%
認知症患者は、意思決定の障害として、記憶ができないこと、BPSD(随伴症状/周辺症状)は、中核症状による環境への	×	62%	52%
BPSD(随伴症状/周辺症状)の中で、徘徊が最も多い	×	59%	55%
身体拘束は、BPSDのケアの1つである	×	82%	73%
身体拘束は、安全を確保するためやむを得ず実施する場合は、誤嚥や深部静脈血栓の予防に努める	○	97%	96%
せん妄の薬物療法として、抗精神病薬が推奨されており、副作用としてアカシジアに注意が必要がある	○	91%	94%
認知症患者の家族は、介護負担、スティグマ、意思決定代理などに伴う苦痛を感じている	○	96%	98%
認知症患者の家族への支援として、情緒的サポートと情報提供が重要である	○	100%	100%
認知症患者の退院調整は、治療が終了してから行う	×	100%	100%
認知症患者の治療やケアの方針について、看護師間、多職種間で情報を共有する	○	100%	100%
地域包括支援センターは、認知症の診断から身体の病気も含めた診療など、地域における支援体制を構築する機関である	×	19%	16%

・認知症看護に関する自信について

認知症看護に関する自信について、介入前、直後において16項目すべてにおいて1%水準で有意差がみられた(表3)。

表3. 認知症看護における自信

	介入前	介入後
ルート類やチューブ類の自己抜きの予防	6.1	7.0
転倒・転落の予防	6.1	7.1
患者合わせ、1日のスケジュールを決めて書く	5.3	6.8
患者合わせ、考えの流れを注目し、細かい言葉にこだわらない	5.6	6.9
視野に入って声をかけるようする	6.2	7.6
会話はゆっくりはっきりと話すようにする	6.8	7.6
低栄養や脱水について、食事量や飲水量、体重変化の確認	5.7	7.0
便秘について、腹部の張りや圧痛、排便のリズムなどを確認	6.2	7.1
睡眠について、日中の活動状況や眠気の確認	6.1	6.9
痛みについて、表情や行動、自律神経症状の確認	4.6	6.7
視空間認知障害(方向や距離感)の確認	4.4	6.6
自分のおかれている状況を正しく理解できているか確認する	4.6	6.6
実行機能障害の確認(今まで出来ていたことが出来ているか)	4.7	6.5
記憶障害の確認(入院理由・治療スケジュール)	5.6	6.8
認知症とせん妄の鑑別	4.3	5.7
入院時に認知症に気づく	4.8	5.9

・プログラムの評価について

プログラムの評価について、表4に示す。介入直後に「明日からの臨床に役立つ」の項目において5段階評価のうち4と5に回答したものをあわせると59名(88%)であった。

表4.プログラムの評価(後調査)

	Low		Moderate		High	
	1	2	3	4	5	5
自分が期待していたものと一致していた※	n (%)	0(0)	4(6)	11(16.4)	29(43.3)	23(34.3)
情報量は適切だった€	n (%)	0(0)	2(3)	52(77.6)	13(19.4)	0(0)
内容の難易度¶	n (%)	0(0)	4(6)	58(86.6)	5(7.5)	0(0)
明日からの臨床に役立つ§	n (%)	0(0)	1(1.5)	7(10.4)	22(32.8)	37(55.2)

※ 1:一致していた〜5:一致していなかった
€ 1:少なすぎる〜5:多すぎる
¶ 1:簡単だった〜5:難しかった
§ 1:役立つな〜5:役立たず

5. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

a. 認知症合併がん患者の緩和ケア病棟の受け入れ状況に関する調査

2014年2月7日時点で155施設(62%)が回答した。以下の状態の患者の入院が可能である、もしくは状態・事情によるが原則可能である、と回答した施設は以下の割合であった。

- 1) 自分で身の回りのことができないなどの中程度以上の認知症(92.2%)
- 2) 認知症があり、幻覚・妄想・興奮・徘徊など認知症の周辺症状(BPSD)を認める(72.8%)
- 3) 過活動型のせん妄がある(認知症を除く)(87.7%)
- 4) 活動性の低下など低活動性のせん妄がある(98%)
- 5) 意思決定能力がない(92.2%)

b. アドバンスケアプランニングのコミュニケーションプログラムの開発とその教育効果の検証

37名が研修会に参加し、うち全日程参加し

た34名を解析対象とした。ACPに関する自信については、「やや自信がある」「自信がある」「とても自信がある」と答えた参加者の合計は9名(26%, 95%信頼区間 12-41%)であった。29点満点のACPに関する知識テストの結果は前後で有意に改善した(前 18.1点, 後 23.9点, $p < 0.0001$, 対応のある t 検定)。

また、終末期のコミュニケーションの困難感については、13項目中7項目で困難感が有意に改善し($p < 0.05$, Wilcoxon の順位和検定)、その項目は、「十分に病名告知や病状告知をされていない患者とのコミュニケーションが困難である($p = 0.0172$)」、「せん妄や意識レベルの低下などで本人の意思が不明な患者への対応に困難を感じる($p = 0.007$)」、「十分に病名告知や病状告知をされていない家族とのコミュニケーションが困難である($p = 0.0015$)」、「病状や予後など悪い知らせを伝えられた後の家族への対応が難しい($p = 0.0028$)」、「家族と十分に話をする時間がとれない($p = 0.0309$)」、「家族から不安や心配を表出された場合の対応に困難を感じる($p = 0.0215$)」、「家族から死に関する話題を出された場合の対応に困難を感じる($p = 0.0033$)」であった。

死にゆく患者に対する医療者のケア態度の変化については FATCOD-Form-J 短縮版の合計点は研修前後で変化しなかった(研修前 22.3点, 研修後 22.3点, $p = 1.00$)。

D. 考察

1. 認知症患者の救急外来受診の実態調査

身体的重症認知症患者において、認知症に伴う「精神症状」が問題で在院日数が長くなっているわけではなく、「身体疾患」重症例が在院日数を長くしている可能性が考えられた。身体治療を優先する病棟において精神科医のリエゾン介入を密に在宅移行を支援することが望まれる。

また DLB 患者は自殺企図へ繋がる頻度が高く、希死念慮に対しては、家や周囲からの注意深い観察と早期受診が勧奨される。

救命救急センターや精神科救急に搬送される65歳以上のうち48%が認知症の可能性あることは注目すべき割合である。搬送患者

は、入院が必要な身体疾患を発症しているか増悪していることが大多数である。日中の適切な受診が得られていないことや、自覚症状に乏しくバイタルに問題が生じたショックなどの状態で搬送になっている症例が多いことが推察される。認知症の可能性のある患者が身体疾患に罹患している場合や、通院中の認知症患者の場合訴えにくい自覚症状の確認や、バイタルサインの把握がより重要になると思われる。

2. 急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査

a. がん専門病院における認知症への対応の実態

調査施設において治療を受ける患者は比較的若年のものが多く、認知症患者の割合が他の病院に比べて少ないのかもしれないが、介入された患者数は実際の有病率に比べると少ないと思われる。

b. 認知症看護に関するインターネット調査

インターネット調査では、病態やコミュニケーション、意思決定支援について半数程度が十分に知識を持っているとは言えないと回答されたことから、認知症看護に関する知識への強化が示唆された。

c. 専門看護師・認定看護師を対象としたフォーカスグループ(FG)

認知症看護において、安全面の工夫や看護師・介護者を含めたケア方法や対応の連携はおこなわれているものの、病態やせん妄との鑑別等の知識やアセスメント、個別的・包括的アセスメント、ケアの工夫や意思決定支援については十分とは言えない現状であることが明らかになった。急性期病院においては、治療や療養の場の意思決定等の対応をふまえ、知識とアセスメントを、効果的なケアにつなげられる実践的教育プログラムの開発と評価が必要である。

d. 急性期病院の認知症対応の現状調査

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。

入退院の調整に際しては、認知機能障害あるいは精神症状が理由で急性期病院への入院が困難となる例が約30%~40%にのぼることが明らかとなった。また、受け入れが困難な精神症状では、不穏・興奮の頻度が最も高かった。一方、精神症状を含む認知症診療やケアをおこなう専門医や専門/認定看護師の急性期病院への配置は圧倒的に少なく、このことが認知症患者の受け入れ状況に影響している可能性が考えられた。

また、治療後自宅への退院が困難なケースが約40%あり、その理由として精神症状以外にも、介護力の問題、入院中のADL低下などが大きなウェイトを占めることが示された。これらの結果は、急性期病院における認知症診療専門医ならびに専門/認定看護師の充足の必要性、一般医療者に対する認知症医療・ケアの教育の充実、そして入院早期からの多職種連携による精神症状のマネジメント、ADL低下の防止、ソーシャルサポートの拡充などに努めていく必要があることを示していると考えられた。

e. 認知症における痛みの評価法と精神症状・行動障害に及ぼす影響の解明

痛みのもつ個人的意味、いつもと違うことの気づき、痛みの見分け方、既存スケールの限界、モデリングによるスキルの獲得などの概念が抽出された。現場の設定では、発見と介入が同時進行していること、良質のケアスキルの獲得は試行錯誤・モデリング・経験共有によってなされること、良質のケアの根底には共感と関わりに基づく観察と介入があることが示唆された。

3. 認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討

専門・認定看護師が用いることのできるスクリーニングツールの必要性が示唆された。今後、周術期管理体制の構築について検討が必要と思われる。

4. 医療従事者の負担軽減に資する認知症ケアの支援体制の構築

a. 総合的機能評価法の確立に向けた研究

1. VES-13の有用性

本研究結果は、日本語版 VES-13 が海外での報告とほぼ同程度のスクリーニング能力を有していることを示しているが、これはVES-13単独では臨床的には十分なスクリーニング能力を有しているとはいえないことを意味している。一方、VES-13と「興味・喜びの低下」による二段階スクリーニング方法は、既存の方法よりも優れたスクリーニング方法であることが示唆された。

本研究では、横断的観察研究データを用いて、事後的に二段階スクリーニングの有用性を検討したため、今後はより大規模な前向視的研究において、その有用性を検証する必要がある。

2. 認知機能障害

高齢の初発血液がん患者において、認知機能障害の頻度は約20%と低いことが示された。CGAなどにおいて、認知機能障害がルーティンに評価されることの重要性が示唆された。

しかし認知機能障害については、一般の医療においては気付かれにくい問題であることが繰り返し示唆されている。本研究で示された教育経験が低いこと、IADL障害があるという認知機能障害関連因子は、認知機能障害に関する詳細な評価を要する患者を同定することに有用であろう。

b. 認知症に対する包括的支援のための教育プログラムの開発に関する研究

急性期病院の医療従事者を対象に、認知行動療法・学習理論に基づく行動観察・評価法に関する認知症・認知機能障害に関する教育プログラムの対象・教育目標・その骨格を検

討したところ、管理者やベテラン看護師を対象として、「認知症患者の見える・聞こえている世界を理解し、それに基づいてケアを行なうことができる」・「患者に対する基本的な見方を変えることで、成功体験を持つ」という教育目標を設定したプログラムを開発することが必要であることが明らかとなった。

これらに基づいて教育目標・コンテンツの骨格が制定され介入プログラムを作成した。2015年9月および10月に一般病院2施設で教育プログラムを実施した。

本プログラムにおける認知症看護の知識について、31項目中26項目(83.9%)は60%以上の正答率であったことから、本研究の参加者において、認知症看護の知識は習得されていたといえよう。その背景として、本研究の対象者は大学卒が半数以上を占めていたことや、自主的に研修会に参加していたことから学習に主体的な対象群であったことが考えられる。その一方で、認知症看護に対する自信についてはすべての項目で介入直後に有意差がみられたことより、もちあわせている知識と実践のつながりに十分に自信が持てていない状況であることが示唆された。その要因の1つには急性期病院における認知症患者の位置づけは、経験的には既往や合併症であることが多く、認知症そのものについての看護師の意識や認知症ケアへの動機づけの優先順位が低いことも考えられる。

一方、BPSDや中核症状、認知症によって生じる機能障害、地域包括支援センターとの連携等については、介入前の知識が6割以下であり、介入直後でもBPSDにおける徘徊の頻度については55%、地域包括支援センターについては16%と正答率の割合が低かった。これらの要因として、急性期病院では在院日数の短縮化や認知症そのものが急性期では中心的な治療の対象とはならないことが多いため、教育と実践知が結びつきにくいことが考えられる。しかし、急性期病院の認知症ケアにおいては、退院後の支援システムもふまえ、ケアを計画・していくことが必要であり、知識と実践をつなげるための教育プログラムが必要である。

5. 認知症を併存したがん患者のエンド・オブ・ライフ・ケアに関する研究

- a. 認知症合併がん患者の大多数は、そのエンド・オブ・ライフにおいて、緩和ケア病棟に入院が可能であることが明らかとなった。その一方で、BPSDを認める患者においては約4分の1の施設で入院が難しいことが明らかとなり、緩和ケア病棟に対する教育啓発活動、並びに精神症状のマネジメント技術の向上などが、その受入れの改善に有用な可能性が示唆された。
- b. ACPに関する研修会の実施によって、医療従事者の知識は向上し、EOLコミュニケーションの困難感は部分的に改善した。困難感が改善した主たる部分として、病状告知が十分にされていない患者への対応、並びに家族とのコミュニケーションが挙げられた。

E. 結論

急性期病院における認知症対応の現状調査を中心に、認知症を持つ人の身体合併症治療の状況を検討した。

わが国では、2015年(平成27年)1月に、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)において、「本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく提供されることで、認知症の人が、住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする」ことを目標と定めた。本目標を達成するためには、「身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される」必要があり、急性期病院においても認知症対応のための院内体制を整備する必要がある。本研究を通し、急性期病院における認知症への対応の方向性について、以下にまとめる。

1. 急性期病院において、認知症が及ぼす影響

- 1) 急性期病院において、認知症は複数の領域に影響を及ぼす。
- ① 治療成績の低下
 - (ア) 事故の増加（転倒・転落、ルートトラブル）
 - (イ) 合併症の増加
 - (ウ) 身体機能の低下
 - (エ) 死亡率の増加
- ② せん妄の発症
 - (ア) 事故の増加
 - (イ) 身体機能の低下
 - (ウ) 認知症の進行
 - (エ) 再入院の増加
 - (オ) 死亡率の増加
- ③ 施設入所の増加
- ④ 退院後の介護負担の増加
- ⑤ 在院日数の延長
- ⑥ 医療コストの増大

がある。認知症に対する体制を整備することは、安全で効果的な治療を提供する上でも重要である。

2) 認知症は身体機能の低下を来しやすい

一般病院においては、認知症と身体機能低下のリスク状態（フレイル）を別と認識しがちである。しかし、認知症も転倒転落や日常生活能力低下に直結する病態であり、寝たきりや死亡のリスク状態であることを認識し、対応をする必要がある。

3) 一般病院における認知症の特徴

- ① 診断を受けていないことが多い
治療を開始して、治療アドヒアランス・コンプライアンスが低いことで初めて認知症を合併していることに気づかれることがある。
- ② 事故や治療上の問題で初めて気づかれる
せん妄や脱水、低栄養など治療上のトラブルの形で認知機能障害が顕在化する
- ③ 軽度から中等度の認知症が多い
診断を受けていることが少ない軽度認知機能障害、軽度認知症においても、服薬管理や

食事の準備、など IADL に障害を来し、身体管理や医療安全上のリスクがある。

④ せん妄の合併が多い

治療中、身体的な負荷が加わり、容易にせん妄を発症する。せん妄を発症すると認知機能低下を促進する。

2. 急性期病院に求められる認知症対応

急性期病院では、身体合併症の治療を確実に遂行することが役割である。①入院中に身体機能が低下したり、認知症が進行することのないように身体治療を確実に進め、②退院支援（退院前カンファレンス）や地域連携を積極的に進めることを通して、医療機関から円滑な在宅復帰ができるよう支援をし、確実に地域の医療・介護に引き継ぐことを意識した体制を構築する必要がある。したがって、認知症への対応を全体的に俯瞰すると、以下の役割が求められる。

- ① 認知症の発見に努めること
 - ② 認知症が身体合併症治療に影響することを踏まえ、安全で確実に身体合併症治療を進めるための対応を取ること
 - ③ 入院中に認知症を進行させないための対応をおこなうこと
 - ④ 初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族に対し、初期の支援を提供すること
 - ⑤ 地域の支援に確実に引き継ぐこと
 - ⑥ 認知症の人の自立を支援するために、治療同意等適切な支援と配慮をおこなうこと
 - ⑦ 一般診療においては、運動を推奨する、血管性認知症の場合は再梗塞発症を予防する、糖尿病などの生活習慣病に対する適切な患者教育・支援を提供すること
- ## 3. 急性期病院において求められる体制整備
- ① 施設の療養支援や退院支援の質の担保を

- 図るために、認知症の人の療養生活や退院調整に関する対応マニュアルを整備する
- ② 認知症に対応するためのコンサルテーション体制を確保する
- ③ 認知症患者の治療や退院支援について責任者を明確にする
- ④ 認知症が身体治療上の種々のリスクとなることを認識し、以下の施設内の情報を集約・共有・検討し、現場の対応の改善に生かすフィードバック体制を組織する
1. 転倒・転落、事故の件数と内容の把握、分析
 2. 転院や退院調整が遅れたり、時間を要している事例の把握と分析。早期退院を阻害する要因の検討と退院支援・連携クリティカルパスの作成と改善
 3. 退院直後の再入院事例、緊急入院事例
 4. 患者・家族の相談窓口で認知症が疑われる事例
 5. 苦情・要望窓口での事例
 6. 医療福祉相談窓口で認知症が疑われる事例
 7. 脱水や低栄養状態などNSTにてリスクと判断される事例
 8. リハビリテーションが進まず、ADLの低下している事例
 9. 認知症が疑われ、精査を必要と判断されている患者（入院・外来）
 10. 地域からの相談事例
 11. ケアに人員を要し、配置が不適切な場合の報告
- ⑤ せん妄の予防・早期対応のための施設レベルでの取り組みをおこなう
1. 入院時にせん妄のリスク確認をおこない、リスクが高い症例に対しては、せん妄の予防的な取り組みと、定期的なせん妄症状のモニタリングをおこなう体制を整備する
 2. 入院中の患者でせん妄が合併している件数や重症度を常に把握し、管理者や医療安全担当者が把握をする体制を整備する
- ⑥ 認知機能障害に配慮をした環境調整やBPSDへの対応
1. 認知機能障害に配慮をした環境整備をおこなう
 2. 認知機能障害に配慮をしたケアをおこない、積極的な苦痛の緩和をおこない、BPSDの予防に努める
- 認知症の諸症状や合併症治療のリスクを見逃すことのないよう、チェックリストやアセスメントシートを取り入れた効果的なプログラムを整備し、ケアの質の担保を図る。アセスメントや発見時の対応、療養支援についてガイドラインを整備する
- 身体合併症の治療場面においては、痛みに気づかれず、その苦痛の表現が行動・心理症状(BPSD)と誤解をされ、不適切な向精神薬投与がおこなわれる危険がある。落ち着かない状態を、すぐに行動・心理症状(BPSD)と決めつけず、痛みや脱水、便秘などの身体的苦痛の見落としがないか、積極的に評価をする。評価は手順等を示し、実践で常に使える形で整備をする。
- [BPSDへの対応]
- ・アパシー、抑うつ
- 認知症の初期からアパシーを伴うことが多いが、問題として顕在化しにくいため見落とされる。アパシーを見逃すと、筋力低下や低栄養状態を招き、治療合併症の増加や退院時の介護負担増加、施設入所増加など転帰の不良につながる。アパシー、抑うつとの両者とも、脱水や感染などの身体疾患、低活動型せん妄などの丁寧な鑑別をすることが、身体合併症の転帰を改善させることにつながる。治療開始前にアセスメントをおこない、治療前段階での対応に努める。
- ・幻覚・妄想、不安、焦燥、多動、興奮など
- ③ せん妄の予防的な取り組みや、早期発見、初期対応、疼痛管理、家族への支援、向精神薬の適正な使用法に関するマニュアルを定める

急性期病院においては、特に痛みや身体的苦痛（脱水、便秘、悪心など）がきっかけに生じる場合が多い。BPSD として環境調整や薬物療法を開始する前に、十分に身体的要因や薬剤性の要因を検索・除外する。

- ⑦ 病棟・外来でのアセスメントを実施する
1. 入院時に認知機能の評価をおこなうなど早期発見・早期の支援導入をおこなう
 2. 高齢者が入院する場合に、認知機能評価をおこなう。加えて IADL や ADL, 抑うつ、栄養状態、社会経済的状态、介護者の状態や療養環境などを含む高齢者総合的機能評価を実施する。

⑧ 退院支援

1. 入院時に認知機能や生活への支障に関する評価をおこない、早期からの退院支援を計画・実施する。
2. 認知症が疑われる場合には、認知症を踏まえた退院支援をおこなう。必要な支援や医療・介護の資源について情報を提供する。
3. 退院時の看護サマリーや診療情報提供には、入院中の認知症やせん妄の有無や重症度、実施した対応、介護者の状況、退院後にも引き続き必要となる対応について記載をし、地域の医療・介護に確実に情報を提供する。
4. 認知機能障害に配慮をした退院支援をおこなう。

認知症の人は、実行機能障害から、緊急時（たとえば熱発や疼痛が増悪した場合など）に臨機応変の対応したり判断することが難しくなる場合がある。身体合併症の治療においては、今後起こりうることを予想し、症状が急に増悪する場合などには、本人が判断できるかどうかを想定し、必要に応じて見守り体制を要請するなど、治療上の安全に配慮をする。

家族等に関しては、認知症の病態や経過を説明し、認知症の人の世界や苦痛を家族が理解できるように支援をする。家族向けの認知症介護教室等の取組を紹介する、退院後の生

活をみすえた介護サービス等の導入を入院時から考慮する、などの取り組みを考慮する。

⑨ 患者の認知機能の状態や支援についてスタッフが情報を共有する方法を定める

1. 患者の認知機能の状態について、情報共有の手順を定めマニュアル化する
2. 情報の中には、介護者のニーズや退院後の支援に関する希望、介護者へどのように説明をしたかなど、介護に関する情報も記載をする。

⑩ 倫理的な問題

高齢者の治療を開始する際の治療同意能力の評価について

認知症の人は、認知症の進行度によって、自らの認知機能や生活活動能力を正しく把握できなくなることや、自分の意向を適切に表現出来ない場合がある。認知症が疑われるから、という理由で身体疾患に対する治療の機会が失われることがないよう、認知症医療の専門家とも相談しながら治療同意能力を評価し、家族や介護者とともに本人の意向に沿った治療を提供する。

⑪ 社会的支援の提供

1. 認知症の患者・家族に対して、地域の医療・介護資源についての情報提供をおこなうためにマップを作成する
2. 身体合併症治療が終了した後も退院ができなくなる、調整に時間を要することのないよう、後方病院や専門医療機関、クリニック、診療所、介護事業所等との連携体制を構築する
3. 退院調整が、不必要な入院を防ぐことができているか、支援内容とその結果を分析し、必要に応じて見直すための検討する場所を用意する
4. 退院支援について、スタッフに対して指導・教育をおこなう
5. 認知症の人の介護者に対しておこなう支援を定める
支援の中には、
 - 1) 患者・家族への情緒的なサポート
 - 2) 介護者の心身の健康度の評価、介護負担の評価をおこない、心理・社会的

- の問題の把握と解決を支援する
- 3) 医療・介護に関する基本的な情報提供
 - 4) 介護の方法に関する助言（食事介助の方法など）
 - 5) 介護者がうまくストレスと付き合うための方法
 - 6) 地域の専門的な支援への確実な引継ぎ（たとえば、地域包括支援センターへの紹介、家族会の紹介など）

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（外国語論文）

1. Kondo K, Ogawa A, et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. *Patient Educ Couns*, 93(2):350-3, 2013
2. Akechi T, et al.: Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*:1-5, 2013
3. Asai M, Shimizu K, Ogawa A, Akechi T, Uchitomi Y, et al.: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 22:995-1001, 2013
4. Fielding R, Akechi T, et al.: Attributing Variance in Supportive Care Needs during Cancer: Culture-Service, and Individual Differences, before Clinical Factors. *PLOS ONE* 8:e65099, 2013
5. Furukawa TA, Akechi T, et al: Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices. *Psychiatry Clin Neurosci* 67:139-47, 2013
6. Inagaki M, Akechi T, Uchitomi Y, et al.: Associations of interleukin-6 with vegetative but not affective depressive symptoms in terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 21:2097-106, 2013
7. Kawaguchi A, Akechi T, et al.: Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9:267-75, 2013
8. Nakaguchi T, Akechi T, et al.: Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 43:369-76, 2013
9. Nakano Y, Akechi T, et al.: Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychol Res Behav Manag* 6:37-43, 2013
10. Tanimukai H, et al: An Observational Study of Insomnia and Nightmare Treated With Trazodone in Patients With Advanced Cancer. *Am J Hosp Palliat Care*, 30 (4) : 359 - 362, 2013
11. Okamoto Y, Tanimukai H, et al: Can Gradual Dose Titration of Ketamine for Management of Neuropathic Pain Prevent Psychotomimetic Effects in Patients With Advanced Cancer? *Am J Hosp Palliat Care*, 30 (5) : 450-454, 2013
12. Tanimukai H, et al: Paclitaxel induces neurotoxicity through endoplasmic reticulum stress. *Biochem Biophys Res Commun*, 437(1):151-155, 2013
13. Sakagami Y, Tanimukai H, et al: Involvement of endoplasmic reticulum stress in tauopathy. *Biochem Biophys Res Commun*, 430(2):500-504, 2013
14. Takahashi H, Tanimukai H, et al: The AKT1 gene is associated with attention and brain morphology in schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 14(2):100-13, 2013
15. Nakajima S, Tanimukai H, et al: Two