

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

認知症ケアチーム・病棟看護師に対する AI 支援システムの開発

研究分担者 高橋 晶 筑波大学医学医療系 災害地域精神医学 准教授

研究要旨 認知症ケアチームの調査につながる前段階の検討として、総合病院精神科における認知症ケアについて基礎的データ獲得のための調査を実施した。

A. 研究目的

認知症ケアチーム、病棟看護師に対する AI 支援システムの開発において、実際の総合病院で実際にどのように認知症に対してのケアが行われているかの実態調査は重要である。認知症ケアチームにおいて、また認知症対応に関わる看護師において、実際のケースからその症状と対応のデータ集積を行い、その結果から教師用データを作り、人工知能に教育し、プログラムを作成する。それをベースに支援システムの開発を目的とする。その前段階として、ビッグデータを集積前の、総合病院での認知症の実態を評価する。

B. 研究方法

認知症ケアチームを全国から 10-20 チーム程度募って、その症状と対応（身体症状への対応含めて）について 500 例を目標として収集し、教師用データを作り、人工知能に教育する。認知症の症状とそれに対応して行ったこと（例：痛みを取り除く、薬物の調整、確認するなど）を入力し、状況に合わせて看護師や認知症チームに最適な案を提案してくるためのデータ作りを行う。これに関して、日本総合病院精神医学会や関連団体の認知症委員会と連携をして事例収集の協力体制作りを行う。また看護・介護に関連する様々な現場の有識者（療養病床や介護施設勤務、または在宅医療に携わる看護師や介護士等）や認知症の人やご家族からの意見が反映される体制が整備されていることをめざし、関連学会、関係団体等から協力体制を構築する。そのデータを集積するための基礎的データ集積を行う。

（倫理面への配慮）

今研究に関しては、研究代表者である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の小川先生の所属組織の倫理申請と許可、そして関連 2 組織でも研究実施の許可を取得した。

C. 研究結果

日本総合病院精神医学会認知症委員会を通じて、今後、会員向けの認知症ケアチームへのアンケートを作成し、それを配布回収した。69 病院に配布し、回答を得たのは、36 病院であった。回収率は 52.2%であった。

施設について総合病院 36 病院から回答を得た。

I-a 病院種類

a)
① 国公立病院 13 病院 ② 私立病院 6 病院③ 大学病院 (国公立) 2 病院 ④ 大学病院 (私立) 8 病院 ⑤ その他 7 施設であった。

I-b 病院の精神科区分

① 総合病院内精神科（有床）12 病院（36%）
② 総合病院内精神科（無床）15 病院（45%）
③ 総合病院内精神科（外来のみ）4 病院（12%）
④ 総合病院内精神科（リエゾンのみ）1 病院（3%）
⑤ その他 1 病院（3%）
無床、有床が約半々、次いで外来のみ、リエゾンのみと言う結果であった。

II. 認知症ケアチーム、リエゾンチーム、緩和ケアチームの現状

II-(1) 認知症、リエゾン、緩和ケアチームについて

- 1) 現在、認知症ケアチームが
 ① ある 32 病院 (89%) ② ない 2 病院 (5%) ③ 今後算定予定 (準備中) 2 病院 (6%)

- 2) リエゾンチームが
 ① ある 20 病院 (56%) ② ない 16 病院 (44%)

II-(2) ケア加算 1

- 1) 認知症ケア加算 1 算定がある病院は 30 病院 (88%) であった。

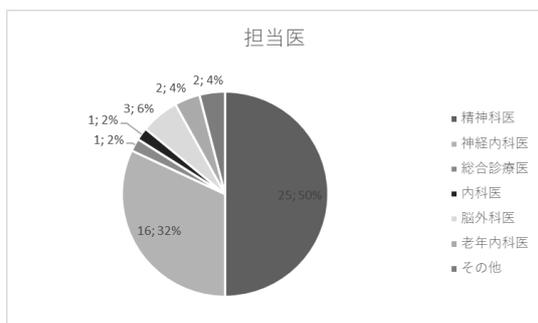
II-(3) ケア加算 2

- 認知症ケア加算 2 算定がある病院は 4 病院 (27%) であった。

II-(4) 担当医

ケアチームの実活動をしている担当医について

- ① 精神科医が 25 病院 (50%) ② 神経内科医 16 病院 (32%) ③ 総合診療医 1 病院 ④ 内科医 1 病院 ⑤ 脳外科医 3 病院 (6%) ⑥ 老年内科医 2 病院 (4%) ⑦ その他 2 病院であった。精神科医と神経内科医が大半を占めた。



II-(5) 専門医取得状況

ケアチームの実活動をしている担当医の専門医の取得状況は

- ①認知症専門医 16 病院 (25%) ②老年精神専門医 6 病院 (9%) ③ 老年病専門医 1 病院 ④ 神経内科専門医 14 病院 (22%) ⑤精神科専門医 22 病院 (34%) ⑥ 脳外科専門医 1 病院⑦ 老年内科専門医 2 病院⑧ その他 2 病院であった。

認知症専門医、老年精神専門医、神経内科専門医、精神科専門医が多い傾向にあった。

II-(6) 看護師資格

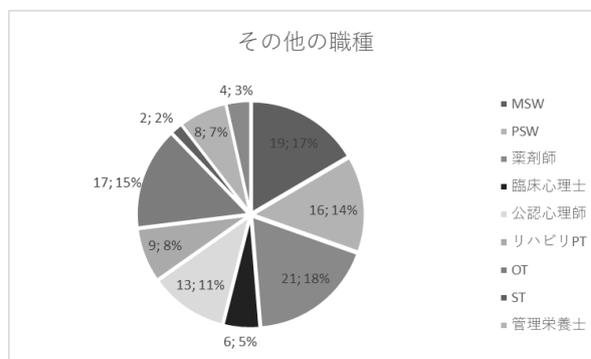
看護師の専門資格

- ① 老人看護専門 6 病院 (15%) ②精神看護専門 7 病院 (17%) ③ 認知症認定 28 病院 (70%) ④精神認定 0 病院
 認知症認定看護師が圧倒的に多かった。

II-(7) それ以外の職種

それ以外の職種の参加 (複数回答)

- ① MSW17% ② PSW14% ③ 薬剤師 18% ④ 臨床心理士 5% ⑤ 公認心理師 11%⑥ リハビリ PT 8% ⑦ OT 15% ⑧ ST 2% ⑨ 管理栄養士 7% ⑩ その他 3%



幅広い職種の参加が確認された。中でも MSW、PSW、薬剤師、公認心理師、OT が多い傾向にあった。

II-(8) チームの活動

認知症ケアチームの活動

- ① 認知症ケアチームが対応している患者に対して、直接診療を行っているチームのメンバーが平日の日勤帯はいつでも患者に直接対応できる体制がある 21 病院 (60%) ② 体制がない 14 病院 (40%)

II-(9) 直接診療活動をする日数

認知症ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数

1 週間あたりの活動日数：3.4 日±1.8 (標準偏差)

II-(10) カンファ、回診の回数

認知症ケアチームのメンバーでカンファレンス、回診を行っている 1 週間あたりの回数：1.6 回±1.3

II-(11) コンサル実績

コンサルテーション実績

1ヶ月あたりの依頼件数：59件±116.2

II-(12) ケアチームによる教育・研修

認知症ケアチームによる教育・研修についてお聞きます。

a)院内向け教育研修の開催回数（1年あたり） 2.3回±2.5

b)地域医療者向け教育研修の開催回数（1年あたり） 0.4回±0.8

II-(13)-a 急性期病院の認知症ベストプラクティスの実施、入院時のアセスメントせん妄のリスク評価

a)せん妄のモニタリング

入院中は時間を定めてせん妄のモニタリングをしている ① はい 24病院(67%)

② いいえ 12病院(33%)

b)非薬物的な予防的ケア

せん妄に対する非薬物的な予防的ケアを行っている ① はい 34病院(94%)

② いいえ 2病院(6%)

c)ベンゾジアゼピン系薬剤使用の注意喚起

せん妄のリスクが高い場合のベンゾジアゼピン系薬剤使用の注意喚起を行っている

①はい 32病院(89%) ② いいえ 4病院(11%)

d)プロトコルを定めている

せん妄のアセスメントや治療に関するプロトコルを定めている

①はい 25病院(69%) ② いいえ 11病院(31%)

II-(13)-b 痛み

客観的評価、疼痛コントロール

コミュニケーションに障害のある場合に

客観的に痛みの評価をおこない、疼痛コントロールを強化している

① はい 31病院(86%) ② いいえ 5病院(14%)

身体管理としての疼痛対応は、重要であり、多くの病院で取り組まれていた。

II-(13)-c 便秘

便秘の対応、取り組み

便秘を見落とすことにより、身体的な負荷がかかり、せん妄や不穏、認知機能への影

響が考慮されるため、便秘に関しての対応、取り組みを行っている

①はい 27病院(75%) ② いいえ 9病院(25%)

身体管理としての便秘対応は、重要であり、多くの病院で取り組まれていた。

II-(13)-d 栄養

a)食事摂取のアセスメント

入院早期に食事の場면을観察し、食事摂取のアセスメントを行っている

① はい 27病院(75%) ② いいえ 9病院(25%)

食事摂取のアセスメントは、身体疾患の改善の為に重要な点であり、大半の病院で行われていた。

b)脱水の予防的取り組み

脱水に関する予防的な取り組みを行っている

① はい 20病院(57%) ② いいえ 15病院(43%)

脱水に対しての予防的な取り組みは約半数の病院が対応していた。

II-(13)-e 環境整備

a)環境整備

認知機能障害に配慮をした照明を調整したり室内の環境を整備したりしている。

①はい 28病院(78%) ② いいえ 8病院(22%)

b)入院前の環境に近づける工夫

入院前の環境に近い環境となるように工夫している。

①はい 27病院(75%) ② いいえ 9病院(25%)

多くの病院で入院前の環境に近い環境となるように工夫していた。

II-(13)-f コミュニケーション

スキル教育

コミュニケーションスタッフに対して認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション・スキルについて教育している

① はい 31病院(86%) ② いいえ 5病院(14%)

II-(13)-g 意思決定支援

a)意思決定支援の評価

治療方針を決める際に意思決定能力の評価を行っている ① はい 15 病院 (42%)
② いいえ 21 病院 (58%)

b) 表、絵等を用いる工夫
意思決定が難しい場合に、紙に書く、表で示す、絵を用いるなどの工夫をしている
① はい 29 病院 (81%) ② いいえ 7 病院 (19%)

c) 多職種での意思の推定
意思決定能力が著しく低下している場合に、多職種で意思の推定を行っている
① はい 30 病院 (83%) ② いいえ 6 病院 (17%)

II-(13)-h 退院支援

a) 入院時の退院支援アセスメント
入院時に退院支援に関するアセスメントを行っている
① はい 35 病院 (97%) ② いいえ 1 病院 (3%)

b) セルフケア能力評価の方法
セルフケアの能力を評価する方法を定めている
① はい 23 病院 (64%) ② いいえ 13 病院 (36%)

c) 再入院予防の取り組み
予期しない再入院を防ぐために、退院前カンファレンスやテレフォンプォローなどの取り組みを行っている
① はい 27 病院 (75%) ② いいえ 9 病院 (25%)

II-(13)-I 薬剤

a) 多剤併用減の取組
多剤併用を減らすための取組みを行っている
① はい 30 病院 (83%) ② いいえ 6 病院 (17%)

b) 向精神薬使用の取決め
向精神薬の使用に関する取決めを定めている
① はい 21 病院 (58%) ② いいえ 15 病院 (42%)

II-(13)-j 家族ケア

a) 家族参加の働きかけ
家族に積極的にケアに参加するよう働きか

けている
① はい 12 病院 (33%) ② いいえ 24 病院 (67%)

b) 地域資源へのつなぎ
認知機能障害が疑われた場合にかかりつけ医や地域包括支援センター等地域の資源につなげている
① はい 31 病院 (86%) ② いいえ 5 病院 (14%)

c) 家族の精神的苦痛の評価、レジリエンス強化の取り組み
家族の精神心理的苦痛を評価し、レジリエンスを強化する取組みを行っている
① はい 8 病院 (22%) ② いいえ 28 病院 (78%)
家族の苦痛の評価、レジリエンス強化に関しては、明確な評価が難しいこともあり、取組みは多くなかった。

d) せん妄に対する教育・情報提供
せん妄に関する教育・情報提供を行っている
① はい 33 病院 (92%) ② いいえ 3 病院 (8%)

II-(13)-k BPSD

a) BPSD アセスメント方法の取決め
BPSD のアセスメント方法を院内で定めている
① はい 9 病院 (25%) ② いいえ 27 病院 (75%)
BPSD のアセスメントは難解な点があるためか、定めていない病院が多かった。

b) BPSD 対応プロトコルの取決め
BPSD への対応プロトコルを定めている
① はい 11 病院 (31%) ② いいえ 25 病院 (69%)
BPSD への対応は適宜行われているようであるが、一貫した対応プロトコルの取決めがあるところは 31%であった。

II-(13)-l 身体拘束

a) 身体拘束手順の取決め
身体拘束の実施に関する対応手順を院内で定めている
① はい 36 病院 (100%) ② いいえ 0 病院 (0%)
身体拘束対応手順に関してはすべての病院で行われていた。

b) 定期的な身体拘束見直し
 身体拘束を実施している場合には、定期的な見直しを行っている

① はい 36 病院 (100%) ② いいえ 0 病院 (0%)

身体拘束時の定期的な見直しはすべての病院で行われていた。

c) 代替手段の検討、一時解除の実施

代替手段の検討、一時解除など実施を最小限に留める対応を行っている

① はい 36 病院 (100%) ② いいえ 0 病院 (0%)

身体拘束最小化の対応はすべての病院で行われていた。

Ⅲ 実際に対応したケースのうち、対応に困ったケースの検討
 各病院で 3 つの対応困難ケースを報告していただき、それを解析した。

【ケース】

ケース総数 84 例

年齢 83±8.0 才

(平均年齢±標準偏差)

性別 男性 62%・女性 38%

主な身体の病名

代表的な結果を示す。

・脳疾患

脳梗塞、脳腫瘍、脳出血、急性硬膜下血腫、転移性脳腫瘍、意識障害 他

・循環器疾患

心房細動、慢性心不全、狭心症、心筋梗塞、高血圧他

・呼吸器疾患

COVID-19 肺炎、肺炎、COPD、呼吸不全、誤嚥性肺炎、気管支炎他

・消化器疾患

胃癌、大腸癌、直腸癌、胆のう癌、膵癌などのがん、イレウス、腹水、他

・腎・泌尿器科系疾患

腎不全、尿路感染症、膀胱癌

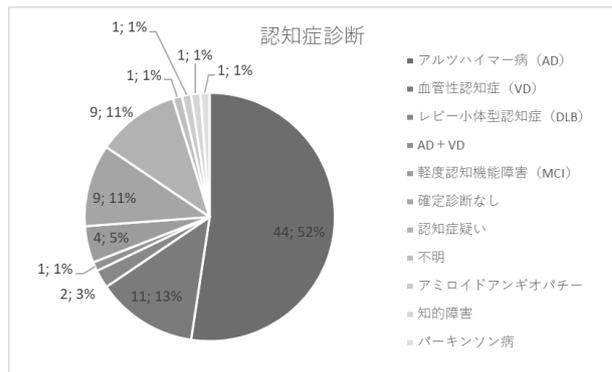
・感染症
 COVID-19、不明熱 他

・整形外科疾患
 四肢の骨折 (時に大腿骨頭骨折)

・その他
 脱水症

認知症病名 (複数回答可)

①アルツハイマー病 (AD) 44 例 (52%) ②血管性認知症 (VD) 11 例 (13%) ③レビー小体型認知症 (DLB) 2 例 (3%) ④AD + VD 1 例 (1%) ⑤軽度認知機能障害 (MCI) 4 例 (5%) ⑥確定診断なし 9 例 (11%) ⑦認知症疑い 9 例 (11%) ⑧不明 1 例 (1%) ⑨アミロイドアンギオパチー 1 例 (1%) ⑩知的障害 1 例 (1%) ⑪パーキンソン病 1 例 (1%)

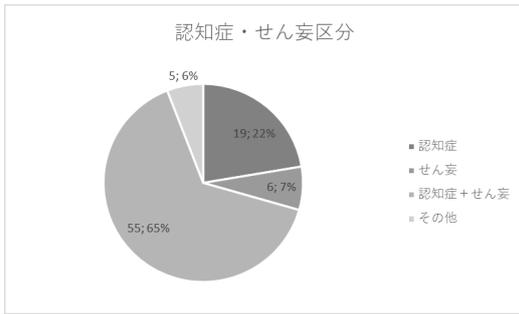


入院日数 43.6±43.9 日間
 (平均±標準偏差)

入院からの依頼までの日数
 8.2±13.9 日間
 (平均±標準偏差)

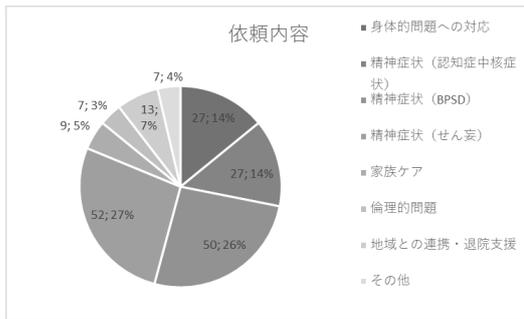
1) 認知症・せん妄区分

① 認知症 19 例 (22%) ② せん妄 6 例 (7%)
 ③ 認知症+せん妄 55 例 (65%) ④ その他 5 例 (6%)



2) 依頼内容

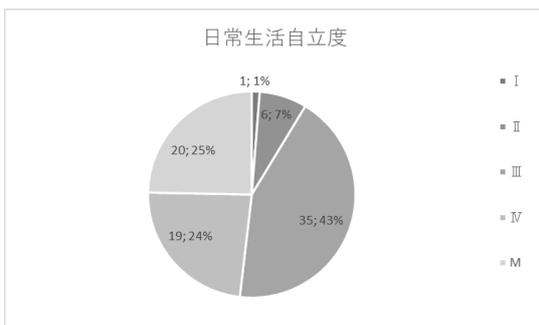
- ① 身体的な問題への対応 27 例 (14%)
- ② 精神症状 (認知症の中核症状) 27 例 (14%)
- ③ 精神症状 (BPSD) 50 例 (26%)
- ④ 精神症状 (せん妄) 50 例 (27%)
- ⑤ 家族ケア 9 例 (5%)
- ⑥ 倫理的問題 7 例 (3%)
- ⑦ 地域との連携・退院支援 13 例 (7%)
- ⑧ その他 7 例 (4%)



困難事例では中核症状への対応もあるが、BPSD、せん妄の依頼が多く、また倫理的問題や家族ケア、退院支援のケースも存在した。

3) ケースの「認知症高齢者の日常生活自立度」について

- ① I 1 例 (1%)
- ② II 6 例 (7%)
- ③ III 35 例 (43%)
- ④ IV 19 例 (24%)
- ⑤ M 20 例 (25%)

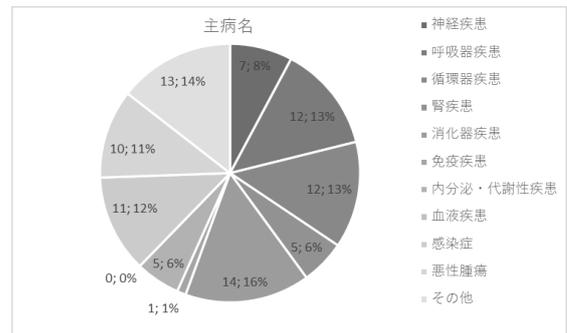


IIIが43%と最も多く、またIV、Mも約25%

であった。認知症の程度が高い、また精神症状が困難な例が多かった。

4) 主病名について

- ① 神経疾患 7 例 (8%)
- ② 呼吸器疾患 12 例 (13%)
- ③ 循環器疾患 12 例 (13%)
- ④ 腎疾患 5 例 (6%)
- ⑤ 消化器疾患 14 例 (16%)
- ⑥ 免疫疾患 1 例 (1%)
- ⑦ 内分泌・代謝性疾患 5 例 (6%)
- ⑧ 血液疾患 0 例 (0%)
- ⑨ 感染症 11 例 (12%)
- ⑩ 悪性腫瘍 10 例 (11%)
- ⑪ その他 13 例 (14%)

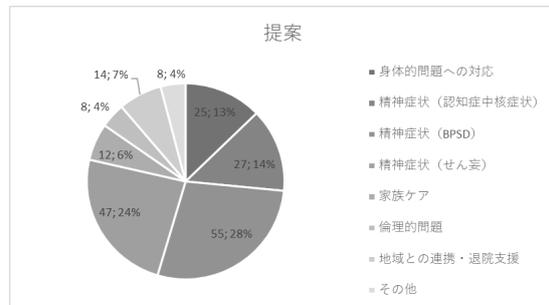


主病名に関しては、総合病院での入院なので基本的には、認知症やせん妄ではなく、主病名で入院して、そこに認知症やせん妄が付随してくる。その中で主病名は循環器、呼吸器、消化器、感染症、悪性腫瘍等の疾患が多かった。

5) 主たる提案

何に対して提案したか

- ① 身体的な問題への対応 25 例 (13%)
- ② 精神症状 (認知症の中核症状) 27 例 (14%)
- ③ 精神症状 (BPSD) 55 例 (28%)
- ④ 精神症状 (せん妄) 47 例 (24%)
- ⑤ 家族ケア 12 例 (6%)
- ⑥ 倫理的問題 8 例 (4%)
- ⑦ 地域との連携・退院支援 14 例 (7%)
- ⑧ その他 8 例 (4%)

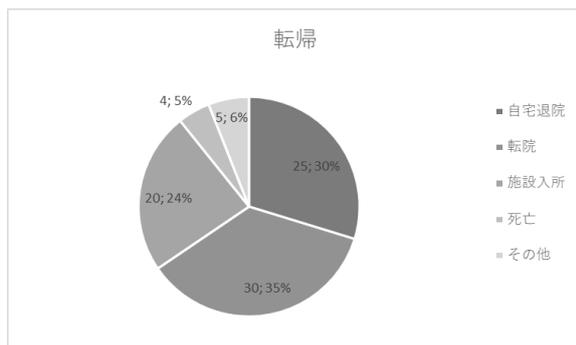


精神症状への対応が大半で、BPSD、せん妄への対応、提案が多かったが、身体的問題

へのアプローチも13%存在した。また倫理的問題や地域連携等へのアプローチも提案していた。

6) 転帰の先

- ① 自宅退院 25例 (30%) ② 転院 30例 (35%) ③ 施設入所 20例 (14%) ④ 死亡 4例 (5%) ⑤ その他 5例 (6%)



困難事例であったが、転帰は、自宅退院は30%、転院 35%、施設入所 24%となっていた。

困っている現状 (葛藤した内容)

a) 困難な症状等

調整困難なせん妄、幻覚、妄想、易怒性、不穏、BPSD、暴力、暴言、常同行動、調整困難な不眠、帰宅願望、昼夜逆転、転落・転倒、徘徊、見当識障害、病識欠如・病状理解がない、食欲低下、摂取困難、強度の難聴

b) 治療環境下での困難さ

金銭問題、住居の問題、転院先が乏しい。

c) 治療スタッフとして困難に感じる事案

安全管理が困難、治療継続困難、尋常でないナースコール頻回、疎通困難でコミュニケーションがとれない、治療拒否、手術拒否、ケア拒否
内服薬調整困難、制御困難な行動に手立てがない、疼痛制御困難、医療デバイスの自己抜去頻回 (点滴、ドレーンなど)、スタッフの判断・対応が一致しない病棟業務への介入、身体疾患の悪化・進行に伴う精神症状の悪化、スタッフが抱える陰性感情、

医療者同士の連携が出来ない状態 (意見の相違など)、向精神薬による過鎮静、

d) 医療者の倫理的葛藤を生む事案

医療者の倫理的葛藤を生む事案に出くわした時に相談出来る人がいない時の葛藤、向精神薬増量と身体合併症の悪化の葛藤、身体拘束へのスタッフの葛藤、倫理に反していない行為か倫理面で葛藤、ケア決定へのスタッフの葛藤

e) 家族に関わる事案

家族の治療・医療者への理解が乏しい (家族も認知症患者等)、家族のサポートがない、家族の倫理的サポートが上手くいかない、家族への電話頻回でクレーム、医療者と家族の意見の相違・調整困難、家族と転帰決定の合意ができない、家族が入院中に死亡、サポート不足、家族への負担増へのスタッフの葛藤

f) 感染症関連

感染症 COVID-19 治療での症状悪化 (ステロイド使用など)、感染症で制限された環境下でケアの困難さ、面会制限に伴う本人の不穏、面会制限に伴う家族からの暴言

g) 認知症ケアチームの困難さ

認知症ケアチームへのスタッフからの過度の期待

上記の現状に困惑し、依頼がきて、認知症ケアチームとして、困難に感じていた。また困難は1つだけではなく複合的に存在していた。

また倫理面での葛藤は解決できることもあるが、解決困難な例もあり、経時的に時間を待つしかない場合もあり、困難感が強まっていた。

困難事例にしようしていた薬剤

- ・抗認知症薬
メマンチン、ガランタミン、ドネペジル、リバスチグミン 等
- ・抗精神病薬
クエチアピン、ペロスピロン、ブロナンセリンテープ、ハロペリドール、リスペリドン、チアプリド、レボメプロマジン、オランザピ

ン、アセナピン 他

・抗うつ薬

ミアンセリン、ミルタザピン、トラゾドン 他

・睡眠剤

スボレキサント、レンボレキサント、エスゾピクロン 他

・その他向精神薬関連薬剤

バルプロ酸 他

・漢方薬

抑肝散、六君子湯 他

こちらはあくまで、例であるので、効果的とは断言できないが、今回の調査で記載のあった薬剤である。

全般的な対応

・本人に対して

精神面のアセスメント、精神症状への薬剤調整、貼付剤への変更、皮膚処置、生活リズムの調整、非薬物療法の充実、コミュニケーションの工夫、食事の嗜好の配慮を確実に行う、身体治療の継続、リアリティーオリエンテーション、身体的不快の改善、栄養摂取の工夫、ポートの造設、疼痛コントロール、徘徊の付きそい、苦痛緩和、不眠の改善・工夫、可能な限り早期の医療デバイスの抜去のための調整、身体拘束の最適化

・全体調整

経済面の調整、虐待の役所へ報告、市町村都の会議開催調整、退院目標の確認、精神科への転院準備と調整、家の環境に近づける環境調整、丁寧な本人・家族への説明を再度行う、家族の支援、病棟スタッフとのカンファレンス

・看護的対応

以下、対応の概要を列記する。

カンファレンスで関わりについて病棟と共有する、覚醒時のアクティビティの提案（散歩、絵描きなど）、在宅と同じ布団の寝室に近い環境、トイレがわかるように扉を開けて視認性を高める、コミュニケーション、日常生活援助、リアリティーオリエンテーションの統一的対応、付き添って見守り（COVID-19 対応個人感染防護具着用）、呼吸リハビリ、本人

のペースに合わせた対応、身体抑制を外す時間をとったり、カレンダー貼り、現実見当識訓練、本人の言動を否定しない、見守り、ケアとコミュニケーションの工夫、せん妄、BPSDの誘発要因の除去、疼痛・苦痛の緩和、思いを傾聴、自己抜去を防ぐためのミトン使用を減らし見守る体制、ストレス緩和のケア、必ず声掛け、患者の視界に入っていく、繰り返し説明が必要なことは紙を用いて説明し興奮が強いと一度離れる、処置やケアへの拒否が強いことに対して無理強いせず、処置に伴う苦痛が最小限になるような関わり、医師との連携を密にした、ナースコール対応、苦痛の軽減、排便コントロール、コミュニケーションの工夫、タッチング、ユマニチュード、環境調整、せん妄予防ケア（日中の覚醒を促す、睡眠感情の不安定、活動力の低下、日内変動の観察）、リアリティーオリエンテーション、記憶障害、見当識障害があることを考慮して、訪室時には「ここは病院ですがどうされましたか？」と声をかけることを統一して行った、安心感をあたえるため可能な時間は患者の視界に入る所でアイコンタクトをとる、家族との再会（直接もしくは web、電子デバイス）をセッティングする、PT、OT から作業や活動を時刻表的介入とした園芸療法を行った、本人に対しては不安の傾聴、自宅から好きなぬいぐるみを持参、本人だけでなく家族に対してもがん相談認定看護師の面談設定、疾患教育、中核症状を補うケアの具体的な方法共有 他

・転帰

以下、アンケートの自由記載から、個人情報を加味して修正した事案を提示する。

- ・ COVID-19 で転院難航し、自宅退院となった
- ・ 病状改善、易怒性低減し、（対応が出来るようになり）退院
- ・ 試験外泊を行ったが本人が一人での生活は無理といい施設入所。
- ・ 司法書士が保佐人となり金銭管理
- ・ 精神科の転院すすめられたが、子どもが拒否し、介護サービスを入れて自宅に帰ったが、その後すぐ再入院となった。
- ・ 本人の意思を尊重し、入院継続困難にて自宅へ退院した
- ・ ADL は以前より低下したが調整の上、自宅へ退院
- ・ 食事摂取可能になり、施設へ入所となった
- ・ 元の施設に退院

・術後の人工肛門の管理が独居生活では困難なため施設入所

- ・軽快
- ・自宅退院
- ・死亡

様々な転帰があるが、介入によって生活サポートをする調整をする事で、本人希望で自宅になった例があった。

身体疾患の悪化で予後が悪化した例もあるが、その中でも介入によって改善傾向が見られた記載があった。

・症例の介入時、3日目の状態・評価について

これは入院患者の介入依頼が来た初日では時間的猶予のこともあり、状態・評価のアセスメントが難しい点もあり、介入から3日目には、入院から実際に加療も行われており、これら評価が行われていると想定して設定して回答を得た。

1) 痛み

① あり 40例 (48%) ② なし 32例 (38%) ③ 評価していない 12例 (14%)

2) 痛み以外の症状

① あり 56例 (67%) ② なし 19例 (22%) ③ 評価していない 9例 (11%)

3) 離床の促し

① あり 57例 (69%) ② なし 19例 (23%) ③ 評価していない 7例 (8%)

4) せん妄

① あり 61例 (73%) ② なし 15例 (18%) ③ 評価していない 8例 (9%)

5) 不安・行動心理症状

① あり 71例 (85%) ② なし 7例 (8%) ③ 評価していない 6例 (7%)

6) 本人とのコミュニケーション

① あり 77例 (92%) ② なし 1例 (1%) ③ 評価していない 6例 (7%)

7) 職種間のコミュニケーション

① あり 74例 (88%) ② なし 3例 (4%) ③ 評価していない 7例 (8%)

8) 身体拘束の最少化の取り組み

① あり 64例 (76%) ② なし 10例 (12%) ③ 評価していない 10例 (12%)

9) 本人の意向の確認

① あり 65例 (78%) ② なし 6例 (7%) ③ 評価していない 12例 (15%)

10) 家族の認知症に関する知識

① あり 26例 (32%) ② なし 30例 (36%) ③ 評価していない 26例 (32%)

11) 家族とのコミュニケーション

① あり 45例 (54%) ② なし 25例 (30%) ③ 評価していない 13例 (16%)

12) 家族への情報提供

① あり 51例 (61%) ② なし 20例 (24%) ③ 評価していない 12例 (15%)

13) 家族の不安への対応

① あり 42例 (51%) ② なし 25例 (30%) ③ 評価していない 16例 (19%)

14) 在宅スタッフとのコミュニケーション

① あり 25例 (30%) ② なし 38例 (46%) ③ 評価していない 20例 (24%)

D. 考察

認知症ケアチームに対して全国から69病院に配布し、回答を得たのは、36病院であった。回収率は52.2%であった。

全体として、認知症ケアチームとして、また総合病院で認知症に対応している問題点を抽出する事ができた。

今回のデータからは、認知症ケアチームにおいて困難な事例に関して、明確になった点は困難な症状として調整困難なせん妄、幻覚、妄想、易怒性、不穏、BPSD、暴力、暴言、調整困難な不眠、病識欠如・病状理解がない、食欲低下があった。

特に重要な項目としてせん妄が考えられる。急性期病院の認知症ベストプラクティスの実施、入院時のアセスメントの中で、せん妄のリスク評価において、入院中は時間を定めてせん妄のモニタリングをしている病院がかなり多かったが、そうでない病院も存在した。

せん妄の予防・治療を含めた対応プログラ

ムである DELTA (DELirium Team Approach) プログラムにおいても、今までの「せん妄になったらどうしようもない」というところから、「せん妄は適切なアセスメントとケアをチームで提供することにより、予防できる」ことが示されている。せん妄のアセスメントをより強化する必要性が認められた。

病院スタッフの個人レベルでの課題として

「せん妄の症状を観察・評価でき、自信をもってせん妄と判断する」事と「判断から具体的な次の行動をとることができる」事が重要といわれる。またチームレベルでの課題として「せん妄を見る目線を揃えて情報を共有する」こともいわれている。この観点からも、1、2割のせん妄のアセスメントの啓発は重要である。

せん妄に対する非薬物的な予防的ケアも、未然にせん妄を防ぐために必要と考える。9割の病院では行われていた。

また未然にせん妄を予防する観点からせん妄のリスクが高い場合のベンゾジアゼピン系薬剤使用の注意喚起を行っている病院は9割であった。しかし1割は行われていない点は課題かと思われる。今回の認知症ケアチームは意識の高いチーム病院が多いと考えられ、今後、全国規模での調査を行った場合、この値がどれくらい乖離しているかを調べる必要がある。

せん妄のアセスメントや治療に関するプロトコルを定めている病院は7割であった。ある程度せん妄に対して、予防的に、また悪化させないための方針を明確にしておくことが事前にせん妄を予防する事になるので、定めていない病院に対して、この啓発、発展が必要に考える。

身体の不快感な症状に対しての認知症の取り組みとして、新規的な視点として便秘の対応、取り組みを調査した。便秘を見落とすことにより、身体的な負荷がかかり、せん妄や不穏、認知機能への影響が考慮されるため、便秘に関しての対応、取り組みを行っている病院は7割5分であり、この点は少し少ないのではないかと推測していたが、かなりの病院で対応をされていたことはとても重要な結果と考えた。身体管理としての便秘対応は、重要であり、多くの病院で取り組まれていた。

せん妄に関する教育・情報提供を行っている病院は9割であった。一方BPSDのアセスメント方法の取決め、アセスメント方法を院内で定めている病院は25%のみであった。BPSD

のアセスメントは難解な点があるためか、定めていない病院が多かった。この対応のギャップを埋めていく事も課題と考えた。BPSDへの対応プロトコルを定めている病院は3割であり、BPSDへの対応は適宜行われているようであるが、一貫した対応プロトコルの取り決めがあるところは決して多くなかった。

治療スタッフとして困難に感じる事案としては安全管理、治療継続困難、頻回のナースコール、治療拒否、手術拒否、ケア拒否、内服薬調整困難、制御困難な行動に手立てがない、疼痛制御困難、医療デバイスの自己抜去頻回(点滴、ドレーンなど)、スタッフの判断・対応が一致しない病棟業務への介入、身体疾患の悪化・進行に伴う精神症状の悪化、スタッフが抱える陰性感情、医療者同士の連携が出来ない状態(意見の相違など)、向精神薬による過鎮静などがあった。

また医療者の倫理的葛藤を生む事案が困難であった。医療者の倫理的葛藤を生む事案に出くわした時に相談出来る人がいない時の葛藤、向精神薬増量と身体合併症の悪化の葛藤、身体拘束へのスタッフの葛藤、倫理に反していない行為か倫理面で葛藤、ケア決定へのスタッフの葛藤があり、この判断が出来ないことがスタッフを苦しめることがあった。

家族に関わる事案としては家族の治療・医療者への理解が乏しい事、家族のサポートがない、家族の倫理的サポートが上手くいかない、家族への電話頻回でクレーム、医療者と家族の意見の相違・調整困難、家族と転帰決定の合意ができない事があり、この調整にも感情労働的な労力を要していた。

今回の調査期間は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が蔓延していた影響もあり、COVID-19治療での症状悪化、感染症で制限された環境下でケアの困難さ、面会制限に伴う本人の不穏、面会制限に伴う家族からの暴言などで困難があった。

認知症ケアチームの困難さとしては、認知症ケアチームへのスタッフからの過度の期待に苦しむこともあった。

また困難は1つだけではなく複合的に存在していた。

また倫理面での葛藤は解決できることもあるが、解決困難な例もあり、経時的に時間を待つしかない場合もあり、困難感が強まっていた。

今回の結果から、新規的にみえた点は認知

症ケアチームが身体的な問題を含めて扱っている、またそれをあわせて精神・身体の問題を統合して、ケアを最適化している点は確認できたと考えられた。

認知症ケアチームがどのようなことに困っているのかも課題としてあがった。チームの困難と認識している事を共有し、情報を共有していくシステムや規模のより大きい調査を行い情報共有していく必要があるかと考えた。

E. 結論

今回、アンケート調査を行い、総合病院における認知症ケアの実態を調査した。

今回明確に見えてきたこととして、認知症ケアチームが身体的な問題を含めて扱っている、またそれをあわせて精神・身体の問題を統合して、ケアを最適化している点は確認することができた。

認知症ケアチームがどのようなことに困っているのかも課題として、その一端を明確にすることができた。

今まで認知症ケアチームの実態について、ほとんど把握されていないこともあり、この結果は有用なデータと考える。

認知症ケアチームが困難に考えている事を相互共有し、実際に行っている対応として、情報共有していく必要がある。

今回の研究全体としての成果の1つとして、せん妄の発症リスクを予想するAIの実現可能性を示して行ける可能性がある。当分担当としては、その中で認知症対応に関する現場のニーズを明確にし、その中のせん妄に関して研究全体に対しての知見を提供・貢献したと考える。

F. 健康危険情報

特記すべき事なし。

G. 研究発表

論文発表（英語論文）

1. Kunii Y, Takahashi S, et al. Lessons learned from psychosocial support and mental health surveys during the 10 years since the Great East Japan Earthquake: Establishing evidence-based disaster psychiatry. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022 Feb 8.

doi: 10.1111/pcn.13339.

2. Takagi Y, Takahashi S, et al.: Acute-Stage Mental Health Symptoms by Natural Disaster Type: Consultations of Disaster Psychiatric Assistance Teams (DPATs) in Japan · *Int J Environ Res Public Health*. 2021, 18, 12409.
3. Nakao T, Takahashi S, et al.: Mental Health Difficulties and Countermeasures during the Coronavirus Disease Pandemic in Japan: A Nationwide Questionnaire Survey of Mental Health and Psychiatric Institutions. *International Journal of Environmental Research and public Health*. 2021 Jul 8; 18(14):7318. doi: 10.3390/ijerph18147318.
4. Midorikawa H, Takahashi S, et al.: Demographics associated with stress, severe mental distress, and anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in Japan: nationwide cross-sectional web-based survey. *JMIR Public Health Surveill*. 11(7), e29970, 2021.

論文発表（日本語論文）

1. 三村 将・高橋 晶, 他
新型コロナウイルス感染症とこころのケア特集 国家的危機に際してメンタルヘルスを考える. *日本医師会雑誌* (0021-4493) 150 巻 6 号 Page961-971 (2021. 09)
2. 高橋 晶. 東京オリンピック、大阪万博を控えたこれから起こるかもしれない人為災害時における総合病院精神科の対応について
総合病院精神医学 (0915-5872) 33 巻 2 号 Page159-169 (2021. 04)
3. 高橋 晶. 災害後のメンタルヘルスと保健医療福祉連携: 医学のあゆみ (0039-2359) 278 巻 2 号 Page143-148 (2021. 07)
4. 高橋 晶. 【チーム医療と漢方】認知症ケアとチーム医療: 漢方と最新治療 30 巻 2 号 Page71-77 (2021. 05)
5. 高橋 晶. 【COVID-19 と老年医学】COVID-19 と心理・社会的影響: *Geriatric Medicine* (0387-1088) 59 巻 5 号 Page459-462 (2021. 05)

6. 高橋 晶. 【差別・偏見からスタッフを守るために コロナ離職にどう向き合うか】災害対応の視点から考えるコロナ離職への向き合い方：Nursing BUSINESS (1881-5766)15 巻 6 号 Page514-517(2021.06)
7. 高橋 晶. 【リエゾン精神医学における診立てと対応(2)】新型コロナウイルス感染症(COVID-19)：臨床精神医学(0300-032X)50 巻 3 号 Page261-268(2021.03)
8. 高橋 晶. Administration Psychiatry 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に関するメンタルヘルス：精神科臨床 Legato (2189-4388)7 巻 1 号 Page64-66(2021.04)

書籍

1. 高橋 晶 (分担) テロリズムと大量破壊兵器 重村 淳 災害精神医学ハンドブック第2版 誠信書房 東京
2022 214-246

学会発表

1. 高橋 晶 : 『災害後のメンタルヘルス』～認知症にかかわる全ての人へ～
認知症に関する介護保険研修会 /2021-05-15--2021-05-15

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。