

平成 17 年度老人保健健康増進等事業報告書
(介護保険制度の適正な実施及び
質の向上に寄与する調査研究事業)

認知症介護のサービスのあり方と質の
向上に関する研究
報告書

平成 18 年 3 月

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター

まえがき

平成 17 年度に認知症介護研究・研修東京センターで行った調査研究事業のうち老人保健健康増進等事業に関わる調査研究の成果をお届けします。この調査研究事業は介護保険制度の維持、発展と適正で、円滑な運用に寄与するために設定されたもので、とりわけ当センターの目標課題でもある認知症高齢者の介護の質の向上をいかに確保していくかということをも最重要課題として本事業を進めてまいりました。当センターが発足した 5 年前には介護面の研究、研修はまだまだ遅れていた時期でもありましたが、この 5 年間で認知症介護を取り巻く状況は大きく変わりつつあります。グループホームの急激な増加傾向とユニットケアを視野に入れた施設介護のあり方の変容、医療制度改革と連動した介護保険制度の見直し等がそれです。めまぐるしく変わる状況の中にあつてつねに認知症高齢者の生活の質を確保し、介護の質を高めるにはどうしたらよいかという視点から調査研究事業の課題を探り取り組んできたところです。調査研究事業は単年度ごとですが、内容的には継続した息の長い研究成果も含まれています。ここにお示しした私たちの調査研究事業の成果が認知症の介護に携わる方々や認知症に取り組む行政機関の方々の参考に資することができれば幸いです。

平成 18 年 3 月末日

認知症介護研究・研修東京センター研究部長 須貝佑一

目次

まえがき

はじめに	1
1. 認知症の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護の変容に関する研究	3
2. 団塊の世代が将来の認知症居住型ケアに期待する条件についての調査研究	25
3. 医療依存度の高い認知症高齢者のケアにおける介護保険事業所と医療機関との連携に関する研究事業—病院看護部門を対象とした研修プログラムの開発—	45
4. 認知症の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の構築に関する研究	65
まとめ	87
委員会名簿	88

はじめに

平成17年度の調査研究事業では従来、研究者の関心領域ごとに個別に行われてきた調査研究事業を統一したテーマの中で分担して行うという初めての試みを実施した。個別研究では成果がみえにくいことも理由の一つだが、それよりも厳しい調査研究予算枠の中で報告書の無駄や経費の無駄を省き、効率よく研究予算を執行するという目的もあった。研究者のチームワークも視野にいった。

こうした試みの一つとして今年度は「認知症介護のサービスのあり方と質の向上に関する研究」という統一テーマを検討する委員会を立ち上げ、そのもとに4本の分担研究の柱を立てた。すなわち、1.「認知症の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護の変容に関する研究」2.「団塊の世代が将来の認知症居住型ケアに期待する条件についての調査研究」3.「医療依存度の高い認知症高齢者のケアにおける介護保険事業所と医療機関との連携に関する研究事業—病院看護部門を対象とした研修プログラムの開発」4.「認知症の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の構築に関する研究」である。

いずれも、認知症介護現場で直面する大きな問題であり、かつ解決を迫られている現実的な課題でもある。委員会の課題提出とその指示のもとで各分担研究者が調査研究を行った結果が以下の報告書にまとめられた。結果は今後の認知症介護サービスを構築するうえで示唆に富むデータばかりである。各分担研究報告の頭書に抄録（はじめに）がついているので参照しながら読み進めていただくと理解しやすい。

認知症の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護の変容に関する研究

□研究部会長

杉下 知子 (三重県立看護大学 教授 / 東京大学 名誉教授)

□研究部会委員

丸井 英二 (順天堂大学医学部 公衆衛生学 教授)

松村 康弘 (独立行政法人 国立健康・栄養研究所 健康栄養情報・教育研究部部長)

林 邦彦 (群馬大学医学部 保健学科医療基礎学 教授)

山路 義生 (長岡リハビリテーション病院 部長)

山本 精一郎(国立がんセンター情報研究部 予防・検診情報評価室 室長)

須貝 佑一 (社会福祉法人 浴風会浴風会病院 診療部長)

吉田 亮一 (社会福祉法人 浴風会浴風会病院 副院長)

山本 則子 (千葉大学看護学部 訪問看護学教育研究分野 助教授)

深堀 浩樹 (三重県立看護大学 助手)

□研究協力者

高山 充代 (大正大学人間学研究科)

杉山 智子 (順天堂東京江東高齢者医療センター 看護師)

梁 春玉 (順天堂大学大学院医学系研究科 大学院生)

序 文

「認知症の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護の変容に関する研究」は厚生労働省の平成17年度老人健康増進等事業による研究費助成を得て実施したものである。また、平成17年度に社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センターが実施した研究の一つであり、平成15年度より単年度事業として開始し、以後継続的に取り組んでいる事業である。前年度までは、委員会活動として実施したが、今年度は一部会の活動として実施した。

この調査研究は単年度ごとに実施しているが、初年度(平成15年度)の研究目的を継承しつつ取り組んだ。すなわち、高齢者が自宅や施設で過ごす生活の中で、認知症がどのように発症しどのような経過をたどるのか、及び、認知症高齢者および家族への介護・看護ケアの質が、認知症の早期発見・対応にどのような影響を与えるのかという観点から調査を実施した。

部会は、医学・疫学・看護学・心理学などの多分野の研究者によって構成し、機能的な活動のため医学・疫学班と介護・看護学班の2班を設けた。今年度は構成メンバーを前年の15人から10人へと縮小しつつも認知症介護の課題に取り組むことが出来た。

すなわち、医学・疫学班では、在宅高齢者および施設入居者のCT、MMSE、生活習慣などの項目の調査を行い、その経時的変化を統計学的に解析し、認知症を改善あるいは増悪させる要因の抽出に取り組むことが出来た。とくに在宅高齢者の認知症早期発見の方法として従来の高齢者健診に頭部X線CT検査とMMSEなど簡易な知能テストを組み合わせた集団検診が有用であることを実証できた。介護・看護学班では、施設高齢者の家族への調査により、家族の介護負担感を把握するための尺度の開発に取り組んだ。詳細は報告書を参照されたい。

部会委員各位の多大なご尽力によりここに平成17年度の報告書が完成した。部会委員・研究協力者各位の努力に心から敬意を表したい。本報告書が認知症高齢者の方々およびそのご家族、ならびに認知症ケアに携わる専門職の方々への一助となることを切に望むものである。

平成18年3月

「認知症の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護の変容に関する研究」

部会長 杉下 知子

抄 録

【目的】認知症の早期発見は認知症疾患の進行予防や介護予防の方策を考えるうえで重要な課題になりつつある。われわれは認知症の早期発見と早期対応が及ぼす介護のあり方の変容に関する研究事業の中の一環として、各自治体で在宅の高齢者を対象に行われている高齢者検診に物忘れ検診を追加することで認知症の早期発見と早期対応が容易になるのではないかとの見通しから簡易な検診システムを作り、3年間、4回にわたって住民検診の場で追跡調査を行ってきた。この中で認知症予防の観点から Mini Mental State Examination (以下、MMSE と略称する。) と在宅高齢者の生活習慣との関連を検討し、高齢者の知的レベルに影響を与える要因を検索するとともにひとたび認知症が生じた後、施設入所となった認知症の家族介護負担の変化についても同時に追跡調査することを目的とした。

【方法】住民高齢者検診受診者と新規開設の特別養護老人ホーム入所者を継続して追跡するコホート研究。

【倫理的配慮】文書で調査参加希望を確認するとともに、検診結果等は各個人に封書で郵送し、他人に知られることはないように配慮した。調査結果を統計処理し、学会発表することの同意を得ている。データ管理は認知症介護研究・研修東京センターで一括管理、保管した。

【結果と考察】認知症の早期発見のための集団検診の方法として従来の高齢者健診に合わせ、簡易知能テストと頭部 X 線 CT を組み合わせた簡易な検診方式でも経年的な事業展開によって効率よく認知症の早期発見が可能なことを実証した。とりわけ初回検診時の所見と経過観察後の検診脱落者の追跡が重要であることを見いだした。地域での認知症介護予防のプログラムを作成する上で貴重な示唆を得たと考える。

同時並行で高齢者の認知機能の低下と生活習慣にどのような関連があるかを調査分析したが、生活習慣と知的機能には関連があり、このエビデンスも地域での生活指導や認知症予防プログラムを考える上で重要な示唆を与えているものと考えた。特養入所者にあっては入所後の ADL 低下や寿命を予測させるもっとも重要な因子は入所時認知レベルであることが明らかとなった。また施設入所中の認知症の人の家族介護負担という新しい視点を設け、その負担感を測定するという新しい試みを始め、尺度の有用性について一定の成果を得た。

サブテーマ：集団検診方式による認知症早期発見の有用性

【目的】 認知症の早期発見は認知症疾患の進行予防や介護予防の方策を考えるうえで重要な課題になりつつある。われわれは認知症の早期発見と早期対応が及ぼす介護のあり方の変容に関する研究事業の中の一環として、各自治体で在宅の高齢者を対象に行われている高齢者検診に物忘れ検診を追加することで認知症の早期発見と早期対応が容易になるのではないかとの見通しから簡易な検診システムを作り、3年間、4回にわたって住民検診の場で追跡調査を行ってきた。

【方法】2002年に浴風会病院で実施していた高齢者検診に訪れた65歳以上の在宅の高齢者に調査研究趣旨を説明し、当初の参加希望者338人を調査対象とした。参加希望者は毎年増え、物忘れ検診の参加延べ人数は2005年検診までに648人となった。このうち、2002年から2005年まで4回継続して受診したケースと2002年の当初に検診を受けていたが、2005年検診を受診しなかった症例を脱落ケースとして追跡の調査対象とした。検診は、2002年はMMSE、頭部X線CT検査を実施、2005年はMMSE、物語記憶再生テスト、頭部X線CT検査の組み合わせで行った。MMSEは臨床心理士が行い、頭部X線CTの判定は精神科医、神経内科医が視察による判定を行った。分析にはSPSS13.0を用いた。

【結果】物忘れ検診受診者の内訳は2002年スタート時点で男性123人、女性215人、平均年齢75.1±5.7歳だった。初回検診時のMMSEの平均は27.3点で、このうち認知症レベルの知的低下が疑われる24点以下のケースは32人、9.5%みつかった。2005年まで継続4回受診したケースは185人で2002年スタート時点の54.7%にあたる。4回継続受診者の2002年検診時のMMSEの平均は28.2点で、3年後の2005年のMMSEの平均は28.3点で集団全体としてみると2002年と2005年のMMSEの平均値に有意差は認められなかった。しかし、4回継続して受診したケースで24点以下だったのは2002年で5人(2.7%)だったが、2005年には14人(7.5%)と約3倍に増えている。初回検診時にMMSE24点以下だった32人のうち27人はその後受診せずにいることがわかった。2005年検診の脱落例の2002年スタート時点の平均MMSEは26.3点で、4回とも検診を継続した例のスタート時点のMMSEの平均28.2点とには有意差がみられた。また、連続4回、継続して受診したケースの初回検診時の平均年齢は74.3歳だったが、2005年検診脱落例の初回検診時の平均年齢は76.1歳と年齢がやや高い結果だった。

【考察】 簡易な物忘れ検診でも頭部X線CTなどの画像検診を加え、連続して追跡することで認知症の早期発見が可能である。初回検診時に認知レベルの高い群が

継続して受診し、認知レベルに問題のあるケースがその後の検診で脱落する傾向がある。年齢的にも高齢だと継続受診が難しい傾向を示していた。集団検診では当初のMMSEが低いケースでその後受診のないケースが多い。初診時の低得点群の追跡が重要で、この検診脱落群の中に高率に認知症、あるいはその他の疾患の発生が多い可能性があることを示唆する結果だった。このことから検診システムの中に検診中断例の追跡調査ないし、訪問調査を加味したシステム作りが求められる。

サブテーマ：在宅高齢者の認知機能に及ぼす生活習慣の影響

【背景・目的】 認知症高齢者の増加傾向がますます顕著になり、認知症高齢者のケアが社会全体の負荷になりつつある。また、認知症疾患の多くは治療が困難なことから、その早期発見が重要視されてきている。本研究では、従来の認知症のスクリーニング検査法である Mini-Mental State Examination（以下、MMSE と略称する。）と在宅高齢者の生活習慣との関連を検討し、高齢者の知的レベルに影響を与える要因を探ることを目的とした。

【対象・方法】 2003 年度から 2005 年度にかけて、浴風会病院の高齢者検診を受診した杉並区在住の 60 歳以上の高齢者を対象に、「生活習慣に関する問診表」（以下、「問診表」と略称する。）にて、自記式質問票調査を実施するとともに、MMSE による認知機能測定を行った。この 3 年間のデータをまとめ、将来的に追跡するためのベースラインデータを固定した。ベースラインとしては、一度でも問診表が提出され、MMSE の測定が行われていることを前提にし、2 度以上問診表が提出されたものについては、その第 1 回目の問診表と MMSE の結果を用いた。解析にはこのベースラインデータを用いた。MMSE の得点は、24 点以下、25～27 点、28 点以上と 3 群に分け、MMSE 各群と生活習慣の各項目との関連を χ^2 検定を用いて検討した。

【結果】 ベースラインとしての回答者 645 名（男性 34.5%、女性 65.5%）で、平均年齢は 75.8±5.9 歳であった。MMSE の得点の分布はそれぞれ 24 点以下が 64 名（9.9%）、25～27 点は 170 名（26.4%）、28 点以上は 411 名（63.7%）であった。

図 1 で示しているように、MMSE が 24 点以下の群では 74% の回答者はお酒を「飲まない」と回答しているのに比べ、MMSE が 28 点以上の群では 21% の回答者が「週 5 日以上」飲んでいて、また、MMSE の得点が 28 点以上の群では 63% の回答者は「週 3 日以上、一日 30 分以上の運動を続けている」のに比べ、MMSE が 24 点以下の群では 22% の回答者が運動を「ほとんどしない」タイプであった（図 2）。MMSE の得点が 28 点以上の群では日常的に牛乳を飲む回答者が多く、また乳製品の摂取頻度も高かった（図 3、図 4）。特に、MMSE が 28 点以上の群で 6 割以上の回答者が「ほぼ毎日」牛乳を摂取しているのに比べ、MMSE が 24 点以下の群では 41% の回答者は「たまに飲む」程度であった。また、MMSE 得点は 24 点以下の群で納豆の摂取頻度が低い傾向を示し（図 5）、ヨーグルトの摂取頻度も低い傾向を示した（図 6）。その他、魚、緑黄色野菜等項目では MMSE 得点の各群との間に有意な差がみられなかった。

【結論】 今回の対象では、飲酒頻度、運動頻度、牛乳、乳製品、納豆とヨーグルトは、認知機能と関連があることが明らかになった。

図1 MMSEと飲酒頻度

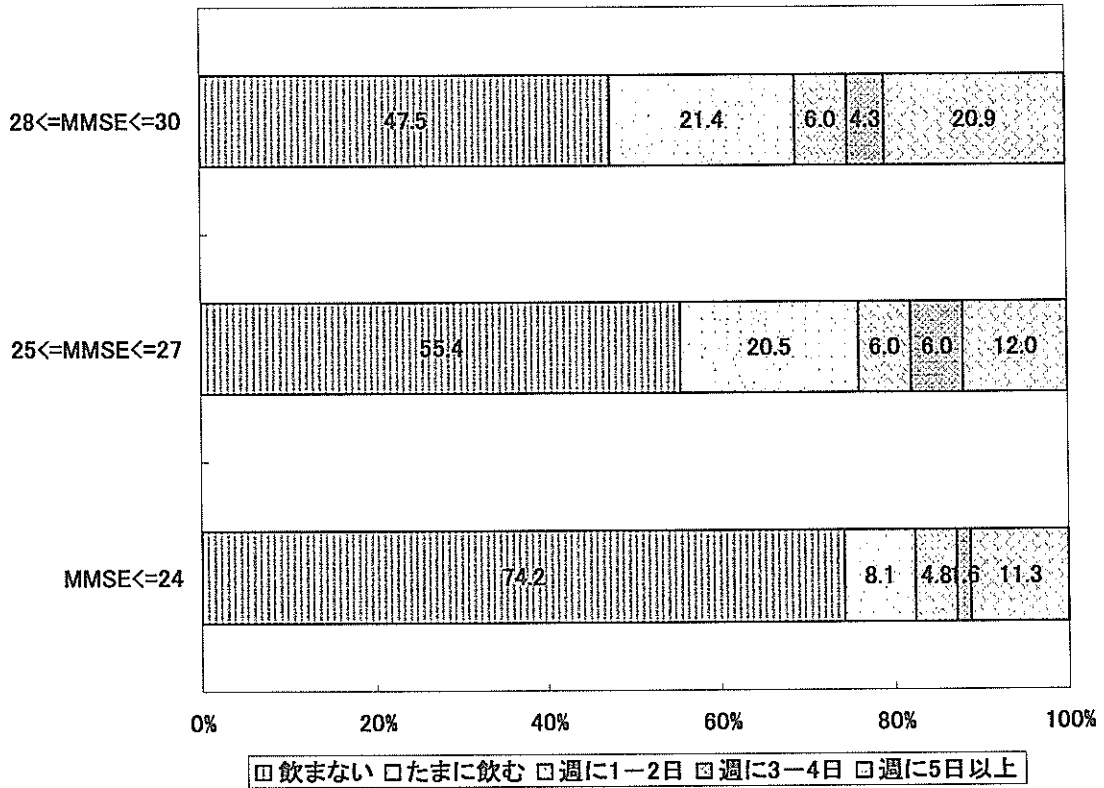


図2 MMSEと運動頻度

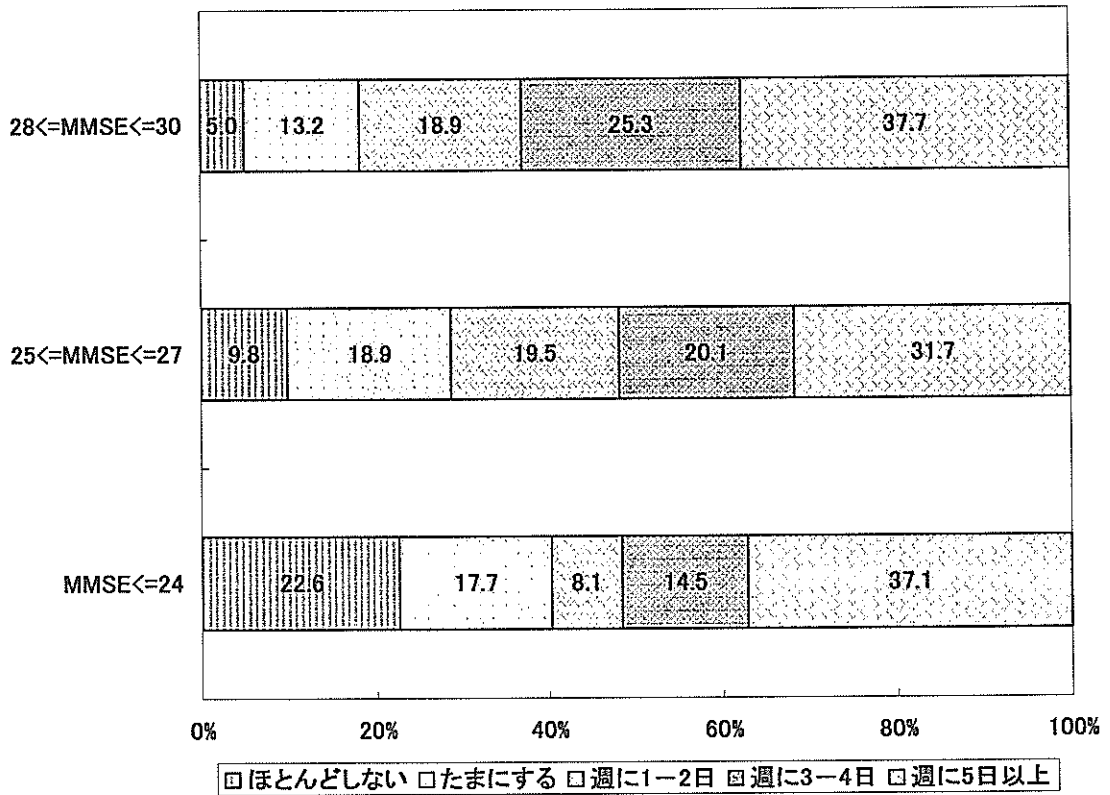


図3 MMSEと牛乳の摂取

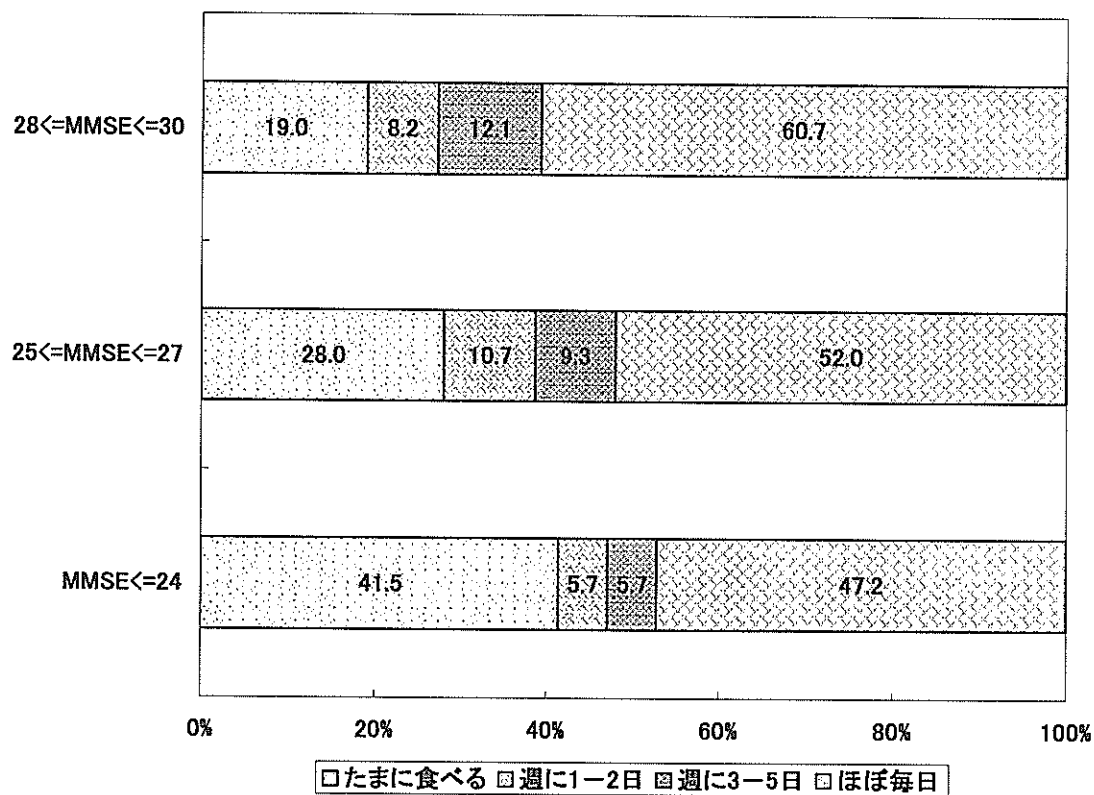


図4 MMSEと乳製品の摂取

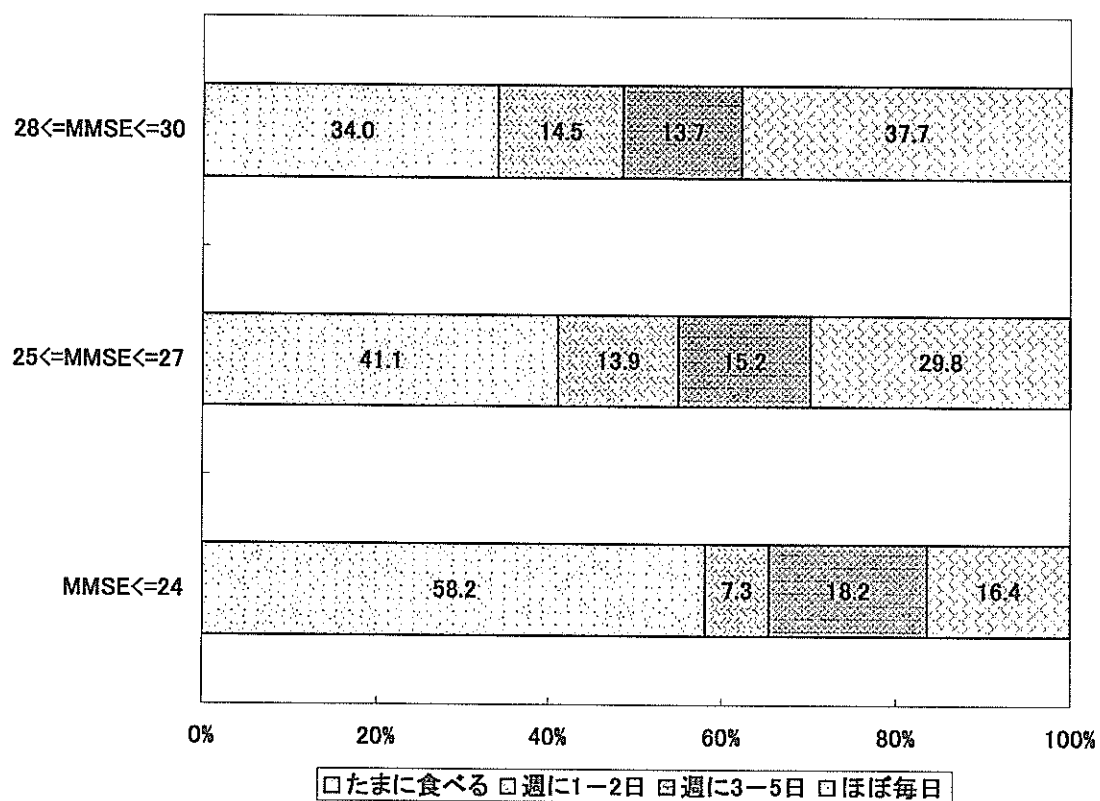


図5 MMSEと納豆の摂取

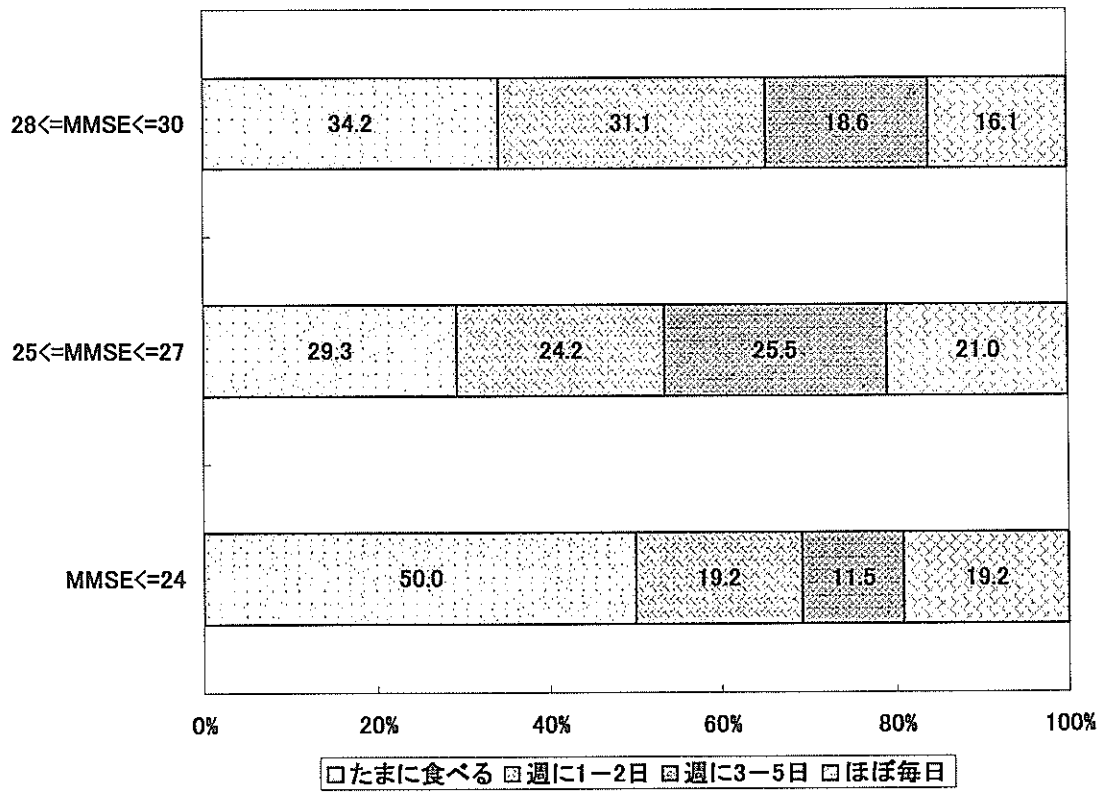
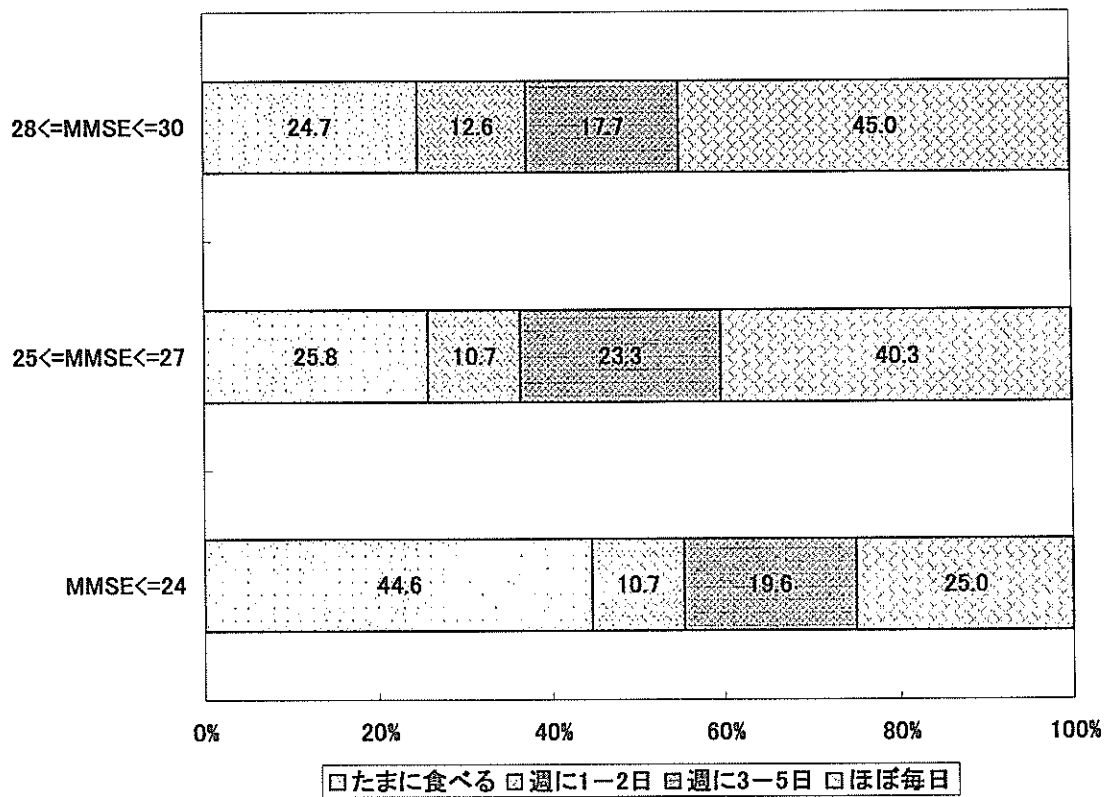


図6 MMSEとヨーグルトの摂取



サブテーマ：地域在住高齢者の認知機能に及ぼす飲酒の影響

【背景】 過度の飲酒が認知機能低下と関連することはよく知られているが、近年米国の Nurses' Health Study や Women's Health Initiative Memory Study において、1日あたり1ドリンク（アルコール 15g）程度の適度な飲酒は認知機能を低下させないことが報告されている。しかし、わが国においてそのような報告はない。そこで、わが国の地域在住高齢者の飲酒状況と認知機能との関連を検討した。

【方法】 2003年から2005年に浴風会病院の高齢者健診を受診した杉並区在住の60歳以上（62～98歳、75.8±6.0歳）の高齢者645名を対象に、食生活を中心とした生活習慣を調査するとともに、Mini Mental State Examination（MMSE）によって認知機能を臨床心理士が測定した。これらの内、性、年齢、飲酒状況、喫煙状況、運動習慣すべてに回答した507名（男性；187名、女性；320名）を解析対象とした。1日当たりの平均飲酒量は、飲酒状況と1回当たりの飲酒量から推定した。認知機能に関しては、MMSE得点が24点以下を認知機能低下と分類し、28点以上を異常なしと分類した。MMSEによる認知機能の状態と飲酒状況を含む生活習慣との関連を χ^2 検定によって検討し、さらに飲酒状況と認知機能との関連を多重ロジスティック分析によって検討した。

【結果】 対象者の飲酒量は、ほとんど飲まない；324名（63.9%）、1日あたり1ドリンク以下；124名（24.5%）、1日あたり1ドリンクより多い；59名（11.6%）であった。MMSE得点の範囲は7～30点であり、24点以下；9.9%（男性；7.5%、女性；11.2%）、25～27点；25.4%（男性；24.1%、女性；26.3%）、28点以上；64.7%（男性；68.4%、女性；62.5%）であった。

飲酒量と対象者の特性との関連を表1に示した。性別には、ほとんど飲まない者が女性；82.5%、男性；32.1%であり、飲酒者の割合は男性が高かった。年齢別には、80歳以上で飲まない者の割合が多く、飲酒量は年齢があがるに従い少なくなっていた。喫煙状況別には、喫煙者の飲酒者割合が低かった。運動習慣別には運動しない者の飲酒者割合が低かった。

認知機能については、年齢が高いほど認知機能の低下が認められ、ほとんど飲酒しない者の認知機能低下割合が高く、ほとんど運動しない者の認知機能低下割合が高かったが、性別、喫煙状況別には認知機能の差はみられなかった（表2）。

多重ロジスティック分析結果を表3に示した。性、年齢、運動習慣および食物摂取頻度（牛乳、乳製品、豆腐、納豆、ヨーグルト）で調整した結果、飲酒量が1日あた

り 1 ドリンク以下と 1 ドリンクを超える者の認知機能低下のオッズ比はそれぞれ 0.30 (95%信頼区間 ; 0.10-0.95)、0.22 (95%信頼区間 ; 0.04-1.37) であった。

【結論】 適度な飲酒は認知機能に障害を及ぼさず、むしろ認知機能低下を抑制する可能性が示唆されたが、さらに検討が必要であると考えられた。

Table 1. Characteristics of participants by level of alcohol intake

Characteristic	Alcohol Intake			p value
	None (n=324) %	≤1 drink per day (n=124) %	>1 drink per day (n=59) %	
Sex				
male (n=187)	32.1	39.0	28.9	<0.0001
female (n=320)	82.5	15.9	1.6	
Age (years)				
60-69 (n= 80)	58.8	17.5	23.7	<0.0001
70-79 (n=302)	58.6	30.5	10.9	
80- (n=125)	80.0	14.4	5.6	
Smoking status				
Never (n= 50)	38.0	30.0	32.0	<0.0001
Former (n=111)	33.3	43.2	23.5	
Current (n=346)	77.5	17.6	4.9	
Physical activity				
Seldom (n=117)	74.4	17.1	8.5	0.0634
1-4 days per week (n=203)	58.1	27.6	14.3	
more than 5 days per week (n=187)	63.6	25.7	10.7	

Table 2. Characteristics of participants by level of MMSE score

Characteristic	MMSE score			p value
	28-30 (n=328) %	25-27 (n=129) %	24 \geq (n=50) %	
Sex				
male (n=187)	68.4	24.1	7.5	0.2777
female (n=320)	62.5	26.3	11.2	
Age (years)				
60-69 (n= 80)	67.5	26.3	6.2	<0.0001
70-79 (n=302)	70.2	23.2	6.6	
80- (n=125)	49.6	30.4	20.0	
Alcohol Intake				
None (n=324)	60.8	26.9	12.3	0.0370
\leq 1 drink per day (n=124)	68.6	25.8	5.6	
>1 drink per day (n= 59)	78.0	17.0	5.0	
Smoking status				
Never (n= 50)	64.0	28.0	8.0	0.9109
Former (n=111)	66.7	25.2	8.1	
Current (n=346)	64.2	25.1	10.7	
Physical activity				
Seldom (n=117)	52.1	30.8	17.1	0.0018
1-4 days per week (n=203)	70.9	24.1	5.0	
more than 5 days per week (n=187)	65.8	23.5	10.7	

Table 3. Odds ratios for cognitive impairment according to alcohol intake

Variables	Relative to no alcohol intake			
	\leq 1 drink per day		>1 drink per day	
	Odds ratio	95% CI	Odds ratio	95% CI
No additional factors	0.41	0.18-0.94	0.32	0.10-1.08
Adjusting for sex, age and physical activity	0.52	0.21-1.31	0.44	0.11-1.76
Adjusting for food intake	0.28	0.10-0.78	0.16	0.03-0.75
Adjusting for all factors	0.30	0.10-0.95	0.22	0.04-1.37

サブテーマ：地域在住高齢者の認知機能に及ぼす生活習慣の影響

【背景】認知症高齢者の増加傾向がますます顕著になり、そのケアが社会全体の負荷になりつつある。また、認知症疾患の多くは治療が困難なことから、その早期発見が重要視されてきている。過度の飲酒などをはじめとして、生活習慣が認知機能低下と関連する可能性は疑われているが、本邦において生活習慣が将来の認知機能にどのような影響を与えるかどうかを調べた前向き研究はほとんど報告されていない。

我々は2003年度から2005年度にかけて、浴風会病院の高齢者検診を受診した杉並区在住の60歳以上の高齢者を対象に、「生活習慣に関する問診表」（以下、「問診表」）にて、自記式質問票調査を実施するとともに、Mini-Mental State Examination（以下、MMSE）による認知機能測定を行った。この3年間をベースラインとし、いずれかの検診に参加した方を対象者として今後追跡研究を行う「浴風会コホート(仮称)」を設定した。

本研究では、今後前向き研究を行っていくための予備的な研究として、ベースラインの3年間の中での生活習慣(2003年度)とその後のMMSE(2005年度)の短期的な関係を調べることを目的とする。

【対象・方法】2003年度から2005年度の浴風会病院の高齢者健診を毎年受診したコホート対象者209名(男性82名、女性127名)を対象に、2003年の問診表で答えた生活習慣とその後の認知機能とて2005年と2003年のMMSEの差の関係を調べる。問診表は本人が答え、MMSEは臨床心理士が測定した。生活習慣として、問診表で尋ねたすべての項目を検討した。

男女別に3年目のMMSEと1年目のMMSEとの差を計算し、その差と2003年度の生活習慣項目との関連のスピアマン相関係数を求める。ここで計算されるP値はカテゴリカルデータに対するCochran-Mantel-Haenszel検定のそれに対応する。また、MMSEの1点の差は偶然変動であることも考えられるため、3点以上増減があったかどうかとの関連も調べる。

【結果】対象者の属性をTable 1に示す。同年齢の集団と比べ特に大きな特徴はない。

3年目と1年目のMMSEの差の分布をFigureに示す。男女で大きな差はなく、3点以上減じたものは男性11人(13.4%)、女性19人(15.0%)、3点以上増加したものは男性13人(15.9%)、女性16人(12.6%)であった。

MMSEの3点以上の増減との関連が $P<0.1$ であった項目は、減少との関連という方向でとらえると、男性では、1年目の高いMMSE値($P<0.01$)、60歳までの仕事での労

働の重さ(P<0.01)、牛肉摂取頻度の多さ(P=0.011)、ヨーグルト摂取頻度の少なさ(P=0.011)、現在喫煙あり(P=0.050)、豆腐摂取頻度の少なさ(P=0.068)。この1年間、週に1日以上飲んでいると回答した男性に限ると1回あたり飲む量の少なさとも関連が見られた(P=0.081)。女性では、1年目の高いMMSE値(P<0.01)、豆腐摂取頻度の多さ(P<0.01)、30・40歳代の飲酒頻度の少なさ(P=0.062)、50歳代の飲酒頻度の少なさ(P=0.088)、新鮮な魚の摂取頻度の多さ(P=0.087)、漬物摂取頻度の少なさ(P=0.099)であった。MMSEの減少を1点毎に取り扱った場合も似た結果であった。

【結論】いくつかの生活習慣とMMSEの2年後の増減との間に関連が見られた。これは、生活習慣自体が影響を及ぼす可能性、あるいはそのような生活習慣を取ろうと考える態度がMMSEの変化に影響を及ぼす可能性があることを示唆するものである。しかし、短期間の結果であること、MMSEの偶然変動の範囲内であること、男女で結果が異なるものなどがあることから、「浴風会コホート(仮称)」の今後の長期追跡によってこれらを明らかにしていくことが必要である。

Table 1. Subjects characteristics in 2003

	men (n=82)		women (n=125)	
	mean	SD	mean	SD
age	74.7	5.1	75.5	6.2
weight	61.1	9.1	50.4	8.0
height	164.5	6.5	151.8	6.0
BMI	22.5	2.9	21.8	3.1

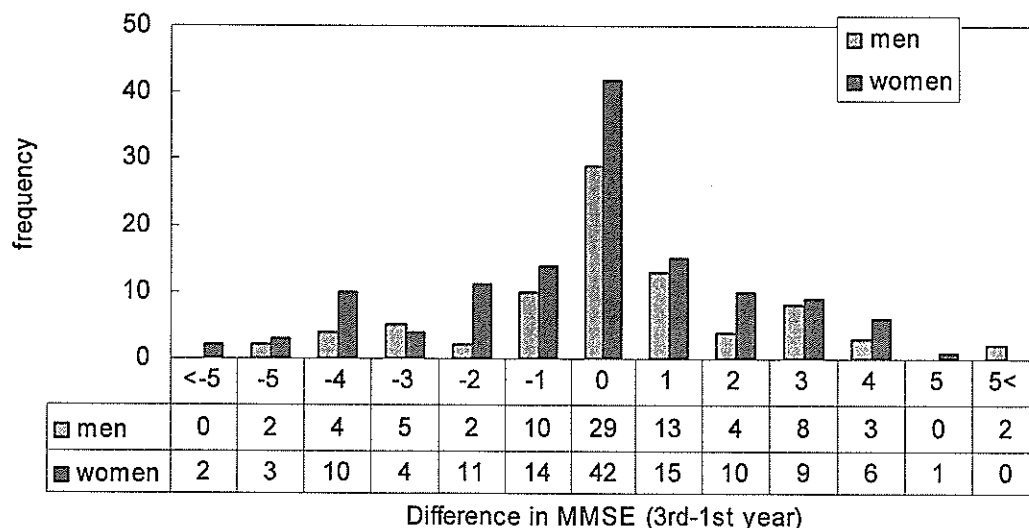


Figure1. Difference in MMSE between the 3rd and 1st year

サブテーマ：認知症の程度と施設退所の状況

平成14年4月開園の特別養護老人ホームにおいて、開園からの入所者286人(MMSE測定のある例)を対象に、MMSE初回測定時から平成18年2月までの在・退所状況および在所期間の特徴を検討した。入所フロア間の属性比較や属性間での退所頻度比較では、データの特性にあわせて、 χ^2 検定、Wilcoxon順位和検定、Kruskal-Wallis検定のいずれかを用いた。在所期間の検討では、初回MMSE測定時点を観察起点として、退所者においては退所年月日を事象発生時、在所者においては平成18年2月6日を観察打ち切り時として扱った。在所期間の比較ではLog-Rank検定および一般化Wilcoxon検定を用いた。また、比例ハザード・モデルで、性別、年齢を調整したMMSE得点の影響を検討した。いずれの統計学的検定においても、有意水準を両側5%とした。

対象とした286例では、女性が224例(78%)と多く、また年齢では60歳代9例(3%)、70歳代62例(22%)、80歳代140例(49%)、90歳以上75例(26%)と80歳代での入所者が約半分を占めた。また、入所後初回のMMSE得点の分布は、0~1が68例(24%)、2~9が65例(23%)、10~14が62例(22%)、15~24が76例(27%)、25~30が15例(5%)であり、認知機能が低下している例がほとんどで、その程度は極めて重症から軽症まで幅広いものであった。これら入所者286人のうち、平成18年2月6日までに退所した者は114例(40%)であり、そのうち死亡を退所理由とするものが93例、その他の理由が21例であった。

分析対象とした特別養護老人ホームでは、2階入所者では認知症が無いか軽症で身体障害が主な入所理由であるが、3・4階では認知症が進行し自立歩行不能もしくは身体障害に認知症を併せもち自立歩行不能の例など重篤な状態の方が多いうフロアとなっている。また、5階は全員が認知症者であるが自立歩行ができる方のフロアとなっている。表1に示すように、入所フロア間で、性別や年齢に有意な差はないものの、MMSE得点には有意な違いが見られる。そこで、入所フロアごとの在所確率の推移をみた。図1に示すように、認知症・身体障害とも重症例が多い3・4階で最も在所期間が短く、次いで身体障害を主な入所理由とする2階であった。全員が認知症で自立歩行ができ、徘徊などのBPSDの介護管理をしている5階が最も長い在所期間であった。

次に、入所者の属性ごとに在所期間の検討を行った。図2に性別年齢別の在所確率の推移を、図3に初回MMSE得点別の在所確率の推移を示す。性別では女性より男性が、また初回MMSE測定時年齢の高い方が短い在所期間を示した。特に、男性80歳以上では50%在所期間は約2年間と短いものであった。一方、MMSE得点別の在所

期間では、得点0～1群で最も短く、得点25～30点群で最も長いものであり、MMSE得点群間で有意な差が見られた。しかしながら、得点2～24の間では得点群の順と在所確率の推移との順は必ずしも一致していない。MMSE得点の在所確率に与える影響を性別と年齢により調整して検討するため、比例ハザードの仮定をおいて分析した。各要因におけるハザード比（95%信頼区間）は、性別 [女性/男性] で 0.500 (0.329-0.759)と、男性にくらべ女性で退所リスクは約半分であった。年齢 [1歳あたり] で 1.048 (1.020-1.077)と高齢になるにつれ退所リスクはあがり、MMSE得点 [1点あたり] で 0.970 (0.947-0.994)と認知機能障害程度が重くなるほど退所リスクがあがった。このように、性別と年齢で調整しても MMSE得点は在所確率に有意に影響を与える要因であった。

まとめ：

- ・身体障害および認知障害の程度が異なっている入所フロア間では、在院期間は異なっていた
- ・性別、年齢、MMSE得点は、それぞれ在院期間に影響を与える要因であった

表1. 入所フロア別の属性

項目		2階	3階	4階	5階	検定
性別	男性	17 (22.4%)	16 (25.8%)	17 (20.0%)	12 (19.0%)	$\chi^2=1.04$ p=0.791
	女性	59 (77.6%)	46 (74.2%)	68 (80.0%)	51 (81.0%)	
年齢 (初回MMSE 測定時)	60歳代	2 (2.6%)	3 (4.8%)	2 (2.4%)	2 (3.2%)	$\chi^2=3.34$ p=0.342 (Kruskal-Wallis)
	70歳代	17 (22.4%)	13 (21.0%)	14 (16.5%)	18 (28.6%)	
	80歳代	34 (44.7%)	29 (46.8%)	46 (54.1%)	31 (49.2%)	
	90歳以上	23 (30.3%)	17 (27.4%)	23 (27.1%)	12 (19.0%)	
MMSE点 (初回測定時)	0～1	5 (6.6%)	34 (54.8%)	16 (18.8%)	13 (20.6%)	$\chi^2=50.19$ p<0.0001 (Kruskal-Wallis)
	2～9	15 (19.7%)	13 (21.0%)	24 (28.2%)	13 (20.6%)	
	10～14	16 (21.1%)	8 (12.9%)	17 (20.0%)	21 (33.3%)	
	15～24	30 (39.5%)	6 (9.7%)	24 (28.2%)	16 (25.4%)	
	25～30	10 (13.2%)	1 (1.6%)	4 (4.7%)	0 (0.0%)	

図1. 入所フロア別の在り確率推移

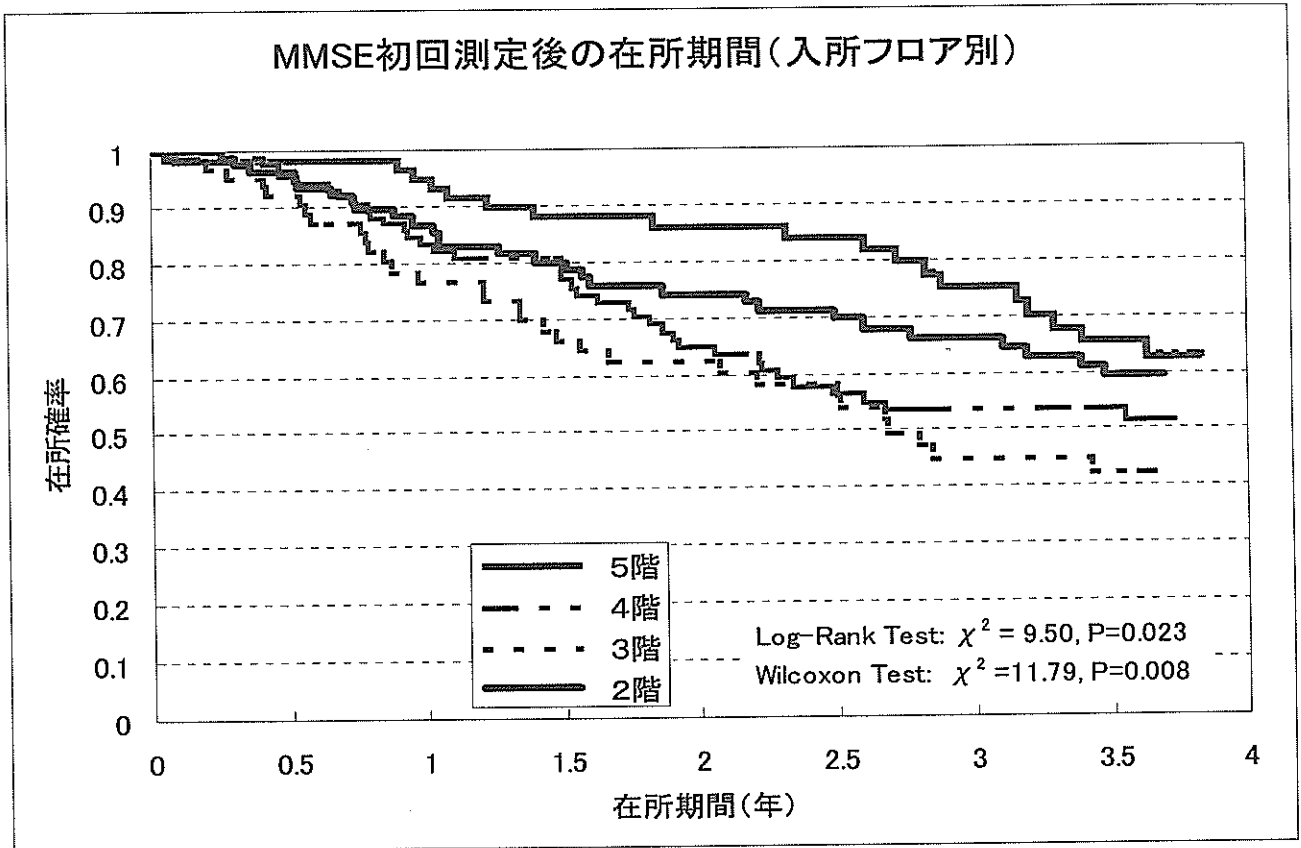


図2. 性別年齢別の在り確率推移

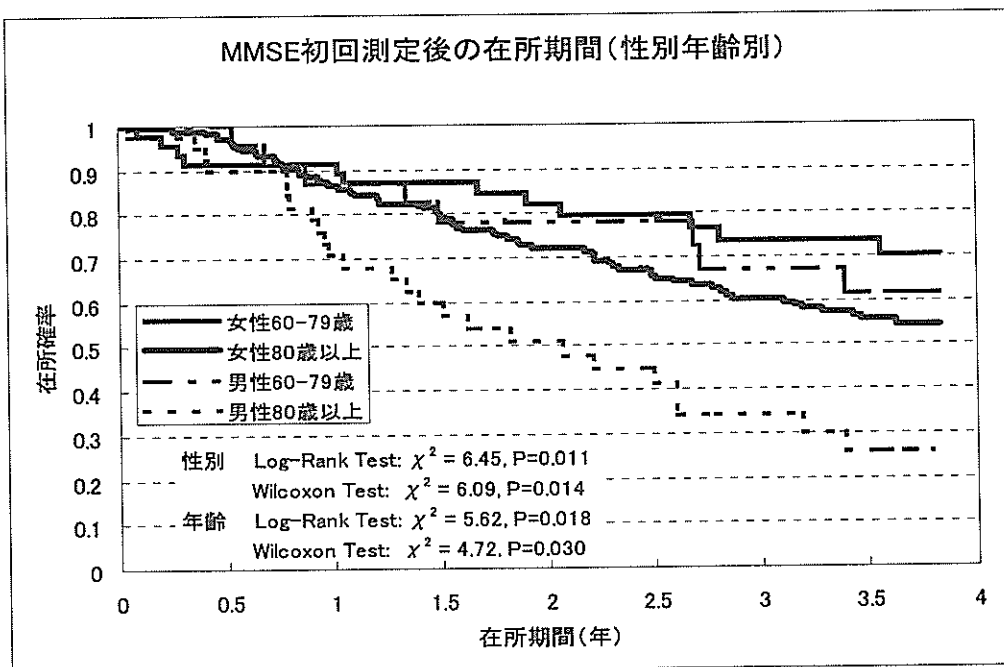


図3. MMSE 得点別のの在所確率推移

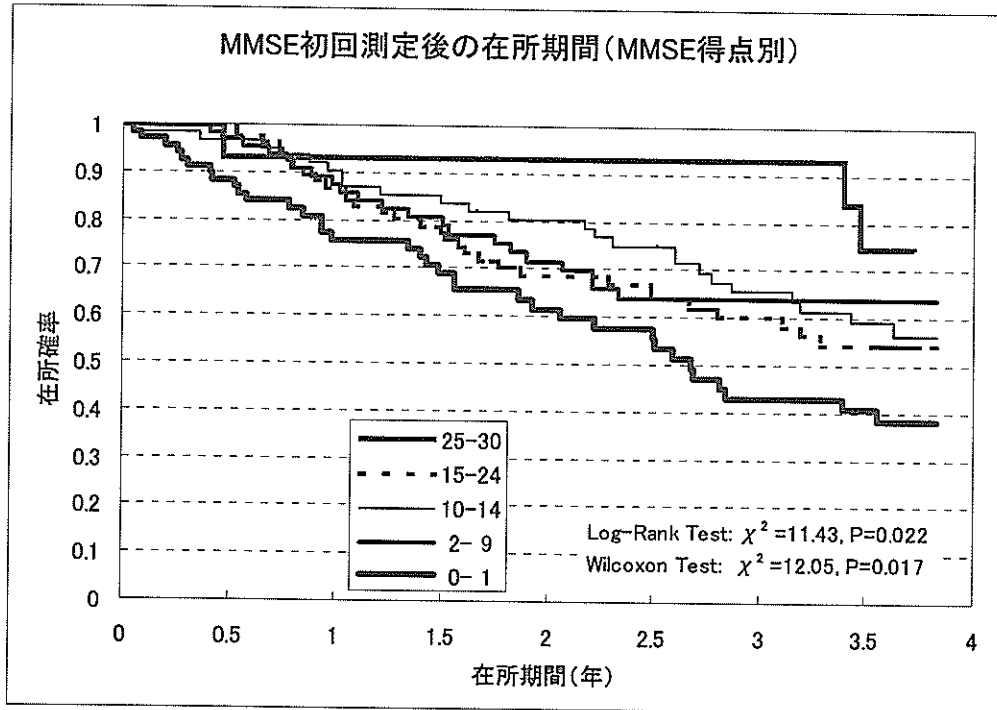


表2. 比例ハザードモデルでの分析結果

	回帰係数					ハザード比(95%信頼区間)
	自由度	推定値	標準誤差	χ^2	p	
性別	1	-0.6941	0.2133	10.59	0.001	0.500 (0.329-0.759)
年齢 (MMSE測定時)	1	0.0471	0.0138	11.68	<0.001	1.048 (1.020-1.077)
MMSE得点	1	-0.0302	0.0124	5.97	0.015	0.970 (0.947-0.994)

尤度比検定 $\chi^2=24.87, p<0.0001$

サブテーマ：初回の高年者健診健以降に脱落した症例の CT 所見と血液検査結果

【目的】平成 2002 年より連続 3 年間高年者健診時に頭部 CT 検査を行い、CT 検査を受けなくなった症例(脱落群)を調査し、それらの脳を中心とする病態を把握した。

【方法】2002 年の高年者健診時に頭部 CT を実施した 363 例、平均 74 歳を対象に、2005 年までの 3 年間に脱落した群(150 例、平均 75 歳)、継続した群(142 例平均 74 歳)に注目し、CT 所見の分析(CVD の有無、PVL の出現頻度、脳萎縮、脳回萎縮、脳室拡大の肉眼による 5 段階分類)とそれらの血液検査との比較を実施した。

【結果】1) 1 年後の脱落例は 76 例平均 75 歳、2 年以後 40 例平均 76 歳、3 年後 34 例平均 75 歳であった。

2) 2000 年の血液 data では、種々の項目で脱落群と継続群で著変ない結果であった。

3) CT 上のラクナ梗塞の出現割合は、脱落群 14%、継続群 10%、アテローム血栓性梗塞の割合は、脱落群 2.0%と継続群 1.4%で、いずれも脱落群に多い傾向であった。

4)脱落群の PVL は継続群に比し、その程度はやや進行している状態であったが、その差は有意ではなかった。

5) 脳萎縮の程度別分類で脱落群の脳萎縮は継続群に比し、その程度は有意に進行している状態であった($p<0.01$)。

6) 脳室拡大の程度別分類において、脱落群の脳萎縮は継続群に比し、その程度は有意に進行している状態であった($p<0.05$)。

7) 脳回萎縮の程度別分類において、脱落群の脳回萎縮は継続群に比し、その程度はやや進行している状態ではあったが、その差は有意ではなかった。

【結論】高齢者の健診時に任意で実施する頭部 CT 検査の脱落群は、血液検査では異常ないが、CT 継続群と比較し脳萎縮、脳室拡大、PVL の進行が顕著であり、ラクナ梗塞やアテローム血栓性梗塞の頻度も高い結果であった。高齢者において健診から脱落する予知としては、血液検査は無効で頭部 CT 所見がある程度有用と考えられた。

サブテーマ：施設高齢者の家族介護者の介護負担感尺度(施設介護負担感尺度)の開発

1. 研究の背景・目的

本研究は、わが国の施設高齢者の家族介護者の介護負担感を把握するための尺度(以下、施設介護負担感尺度と呼称する)を開発し、その関連要因を探索することを目的とする。

わが国では施設高齢者の家族介護者に関する研究は、現在のところ散見されるのみであり、本研究は先駆的な研究であるといえる。本研究で作成する施設介護負担感尺度は特別養護老人ホーム等の施設で、介護・看護職が家族介護者の負担感を把握し、効果的な支援を行うことに資するものである。

2. 方法

1) 調査対象と倫理的配慮

本研究の対象は、東京都内に位置する3つの特別養護老人ホームの入居者の家族介護者である。本研究では、家族介護者を「入居者にもっとも多く面会に来ている家族員」と定義した。

調査は、2005年11月～2月に自記式質問紙による郵送法にて行った。対象者の個人情報を守るため、調査票の郵送に際しては以下の手順で、家族介護者の同意を得た。まず、各特別養護老人ホームの施設長に研究の主旨を説明し、研究協力の同意を得た。次に、各施設から、入居者家族567名へ文書にて研究についての説明を行い、協力への同意を求めた。研究協力へ同意する家族介護者は、認知症介護研究・研修東京センターへ同意書を郵送し、その後研究協力に同意した家族介護者297名(52.4%)へ研究者から調査票を発送した。

2) 調査方法

(1) 調査票の作成

本研究では、ストレス対処理論(Lazarus & Folkman)に基づき概念枠組み(図1)を作成し全8ページ、36項目からなる調査票を作成した。

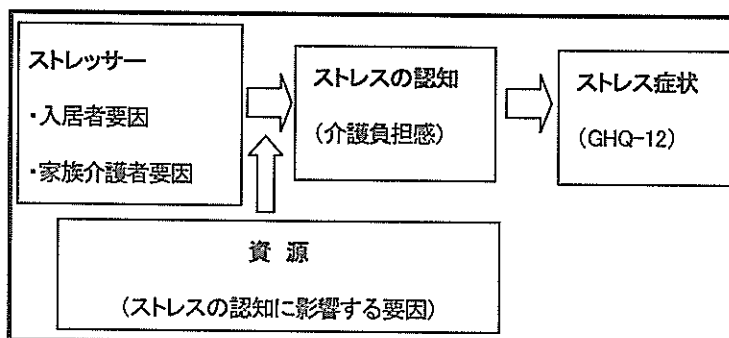


図1. 本研究の概念枠組み

(2) 調査項目

□入居者・家族介護者の属性：入居者の属性として、「性別」、「年齢」、「婚姻状態」、「入居前の居所」を質問した。家族介護者の属性として、「性別」、「年齢」、「入居者との続柄」、「暮らし向き（経済状態）」、「婚姻状態」、「教育歴」、「職業」について質問した。

□ストレスの認知に関する項目：先行研究および平成16年度の本研究事業で行ったフォーカスグループインタビューの結果もとに、老年・家族看護学の研究者間の協議により、55項目らなる施設介護負担感尺度の項目案を作成した（例：入居者にどう接したらいいかわからないので辛い）。本尺度はリカート式尺度であり回答は「まったく思わない」から「良く思う」までの4件法で求めることとした。また、米国で開発されたNursing Home Hassles Scale(NHHS)を日本語に翻訳し、調査項目に加えた。翻訳は、作成者の許可を得た後、順翻訳・逆翻訳の過程を経て行った。この尺度は、家族介護者が施設内で経験しうる28項目の出来事(例：入居者が施設の職員に不満を持っている)を経験した事があるかどうかを問い、家族介護者がその出来事を経験していた場合にそれがどの程度不満だったか「不満ではなかった」から「とても不満だった」までの4件法で回答を求めるものである。

□ストレス症状に関する項目：ストレス症状の測定には、Gorlbergらが開発した尺度である精神的健康調査票12項目版(General Health Questionnaire, GHQ-12)を用いた。GHQ-12は、各質問項目について4件法で回答する尺度であり、数値が大きいほど症状の重篤度が大きいとされている。

□ストレッサー(入居者要因・家族介護者要因)に関する項目：ストレッサー(入居者要因)として、「要介護度」、「ADL(ABCD)」、「認知症老人のスクリーニング・重症度チェックリスト（一部改変）」、「認知症の診断の有無」、「認知症専門棟への入居か否か」、「入居への納得度」、「入居への満足度」、「帰宅希望」について質問した。ストレッサー（家族介護者要因）として、「施設までの距離」、「面会頻度・時間」、「施設利用への抵抗感」、「面会時の介護行動」について質問した。

□資源(ストレスの認知に影響する要因)に関する項目：資源を測定するための項目として、「同居経験」、「介護経験・年数」、「入居前の関係性」、「副介護者の有無」、「受領ソーシャルサポート（JMS-SSSの一部）」、「介護への規範意識(老親扶養規範尺度（一部改変）」を質問した。

3) 分析方法

統計解析には、統計解析パッケージ Windows 版 SPSS Ver.12 を用いた。

3. 結果

家族介護者 281 名(94.6%)から調査票が返送された。本報告では、紙面の都合上、結果の一部のみを示す。

1) 対象者の属性

表 1 に対象者の属性(一部)を示す。

表 1. 入居者・家族介護者の属性 N=281

		人 (%)
入居者		
性別	女性	235 (83.6)
	男性	45 (16.0)
平均年齢±標準偏差		84.9±10.4
要介護度	1	10 (3.6)
	2	17 (6.0)
	3	44 (15.7)
	4	97 (34.5)
	5	104 (37.0)
認知症の診断	あり	179 (63.7)
	なし	68 (24.2)
	不明	33 (11.7)
家族介護者		
性別	女性	181 (64.4)
	男性	98 (34.9)
平均年齢±標準偏差		62.3±12.0
続柄	実子	154 (55.0)
	配偶者	36 (12.9)
	実子の配偶者	35 (12.5)
	きょうだい	20 (7.1)
	甥・姪	16 (5.7)
	その他親族	15 (5.4)
	その他	4 (1.4)

2) 施設介護負担感尺度の回答分布

施設介護負担感尺度と NHHS の回答分布を算出し、両者を比較した。施設介護負担感尺度の各項目でなんらかの負担を感じていた、すなわち各項目で「あまり思わない」「時々思う」「良く思う」と回答していたものの割合は 20.6~90.4%であり、30 項目については、50%以上の家族介護者が負担を感じていた。

NHHS の各項目で不満を感じていた、すなわち各項目で「少し不満だった」「かなり不満だった」「とても不満だった」と回答したものの

割合は 0.0~13.5%であり、10%以上の家族介護者が不満を感じていたのは 4 項目のみだった。

4. 考察

NHHS の各項目に対し、不満を感じていると回答した家族回答者はきわめて少なく、米国で開発された NHHS はわが国の家族介護者には適用できない可能性が示唆された。一方、今回、本研究で作成を試みた施設介護負担感尺度 5 5 項目への回答においては、なんらかの負担を感じているものの割合が高く、わが国の家族介護者の状況を反映した項目であると考えられた。今後、対象を東京都以外の地域に拡大し、それら対象からのデータとあわせて、因子構造の確認や基準関連妥当性の検証を行い、施設介護負担感尺度の作成を進める予定である。

団塊の世代が将来の認知症居住型ケアに期待する条件についての
調査研究

認知症介護研究・研修東京センター 副センター長兼研修部長
今井幸充

研究協力者
佐々木千晶（日本社会事業大学大学院）

抄録

【はじめに】 要介護期の住まいとして、専門的な介護が受けられる居住施設（居住型ケア）への住み替え志向は増加傾向にある。その一方でグループホーム等の認知症居住型ケアではサービスの質が問われている。本研究では将来的な認知症居住型ケアのあり方を検討するため、団塊世代が居住型ケアに期待する条件を明らかにすることを目的とした調査を行った。

【方法】 現在の居住型ケア利用者に対するインタビュー調査から、居住型ケアに対するニーズとして「安全・快適」「主体的な生活」「コミュニティ機能」の3領域と8つの下位カテゴリーを設定し、各カテゴリー5項目計40の質問項目を作成した。住民基本台帳から抽出したA区在住団塊世代3039名に対し、これらの項目の必要度と要介護期の住まいに対する意見を尋ねる郵送法による質問紙調査を行った。有効回答数は361、有効回答率は11.9%であった。

【結果】 全40項目に対する評定の平均値は4.68～6.68点だった。「安全・快適」の領域では15項目全体での平均点が6.16と非常に高い必要度が示され、次いで「主体的な生活」が5.54であった。「コミュニティ機能」の平均点は5.19と3領域の中で最も低く、回答のばらつきも大きかった。認知症時には身体機能低下時と比較して居住型ケアの希望が多く、理由として家族の介護負担への配慮と専門的な介護への期待が大きかった。

【まとめ】 利用者としての権利意識を持つ団塊世代が高齢化する時代には、居住型ケアでの「安全・快適」は当然の前提として自己決定に基づく主体的な生活を求める志向が強まることが示唆された。「コミュニティ機能」は志向性の違いが大きく、人間関係に関わる要素だけに利用者それぞれのニーズの違いに一層の配慮が必要であると思われた。

【研究の成果】 本研究では将来の利用者が居住型ケアに期待する条件として、利用者の意見に基づいて「安全・快適」「主体的な生活」「コミュニティ機能」の独自の3領域を設定した。生活の継続性と尊厳ある介護の観点から、認知症居住型ケアにおいてもこの枠組みは適用できると考えられる。この領域を用いたアンケート調査では、これからの居住型ケアが利用者のニーズに対応した多様な展開を図る必要があることを示す結果が得られた。また認知症居住型ケアを希望する理由や認知症高齢者の住まいについての意見から、認知症ケアの専門性に対する認識と期待が高まっていることが示された。

1 はじめに

今後の高齢者福祉政策の方向性を検討した「2015年の高齢者介護」の中では、これからの要介護期の生活における「住み替えという選択肢」が提案されている。世論調査の結果でも要介護期の住まいとして専門的な介護が受けられる居住施設（居住型ケア）への「住み替え」志向は増加傾向にあることが示されている。

認知症高齢者の居住型ケアとしては、疾患としての認知症の特質に配慮したグループホームやユニットケア等が制度化され、少人数でのケアへの転換が図られている。その一方でこれらの制度の普及に伴って、形式的な要件を満たしてはいるものの、認知症高齢者にとって不適切なケアが行われている事例も報告されており、住居形態等のハード面での改善に加えてサービスの質が問題になっている。

高齢者の居住型サービスの将来像を考えるにあたって、現在 50 代後半の年代に達している「団塊世代」では個人重視の価値観を持ち自らのライフスタイルにこだわりを持つことが指摘されている。したがってこの世代が高齢化するにつれて、現在の高齢者施設では満たされない新たなニーズが生まれることが予想される。これからの居住型ケアは将来の利用者である団塊世代の意見を反映したものである必要があり、そのためにはまず現時点での団塊世代の意識や要望を的確に把握することが重要である。

これまでの研究では、在宅生活者に対して将来の居住型サービスに対する要望を尋ねる自由記述のアンケートを行い、居住型サービスの生活には「安全で快適な生活」を前提とした「主体的な生活」が期待されていることを明らかにした上で、「主体的な生活」に対するニーズは今後高まるという予測を示した⁽¹⁾。本研究では高齢者のニーズの変化に対応した将来的な認知症居住型ケアのあり方を検討するために、団塊世代の居住型ケアに対する期待を明らかにすることを目的とした調査を行った。

2 方法

調査① 居住型ケア利用者に対するインタビュー

利用者の意見から居住型ケアに求められる条件を収集するために、居住型ケア利用者に対するインタビューを行った。調査対象は東京都・埼玉県・三重県の軽費老人ホーム 2 ヶ所、ケアハウス 2 ヶ所、特別養護老人ホーム 3 ヶ所の利用者 34 名（女性 24 名、男性 10 名）で、非構造化面接による調査を行った。調査の実施に先立ち、担当職員同席のもとで調査の目的および倫理的配慮について説明したのちに、調査同意書に署名を求めた。説明事項としては、①回答の任意性と回答しないことによる不利益は生じないこと、③プライバシーの保護（回答は個人の意見としてではなく利用者一般

の意見として扱う・回答内容は協力施設には伝えない・個人名や施設名が特定される形での分析や発表は行わない・音声の録音は分析終了後消去する), ③回答内容は本研究の目的のみに使用すること, ④調査記録は研究期間で厳重に保管すること, であった。

インタビューは職員が同席せずに行い, 回答者の状態把握(年齢, 入居前の住まい, 健康状態), 生活全般についての質問(入居して良かったことと不便なこと), 具体的な領域に対する要望(住環境・ケアサービス・医療面・楽しみ・自律性・職員との関係・他の利用者との関係), 総合的満足度についての聞き取りを行った。調査期間は平成17年8月23日～11月10日で, インタビュー時間は20～90分であった。

調査② 団塊世代に対するアンケート

対象と手続き

東京都A区の住民基本台帳から無作為抽出した昭和22～25年生まれの男女3039名(女性1522名, 男性1517名)に郵送法によるアンケートを実施した。回収された調査票のうち, 年齢の項目で55～59歳と回答されたものを分析対象とした。有効回答は361名(女性216名, 男性145名)で, 有効回答率は11.9%であった。

質問内容

「高齢期の居住型ケアに必要な条件」

利用者に対するインタビューおよびこれまでに行った調査の結果から, 居住型ケアに必要な条件をカテゴリー化して質問項目を作成した。回答形式としては「あなたが将来身体機能が低下して日常生活に介護が必要になり, 高齢者のためのケア付きの居住施設を利用するとしたら, 次に挙げる条件はあなたにとってどの程度必要でしょうか」という教示により, 40項目について「全く必要でない(1点)」から「絶対に必要である(7点)」までの7段階で評定を求めた。

「高齢期の住まい方」

身体機能の衰えによる要介護時に暮らしたい場所とその理由, 認知症による要介護時に暮らしたい場所とその理由, 認知症高齢者が生活する場所としてどのような場所が望ましいかについての意見(自由記述)を尋ねた。

「個人属性」

性別・年齢・家族構成・職業・健康状態・現在の暮らし向き・現在の住宅形態・現在の住宅の所有形態・高齢期の住み替え予定の有無と住み替え先について選択式で回答を求めた。

調査①，調査②ともに，認知症介護研究・研修東京センターの研究事業等に関する倫理委員会に諮り承認を得た上で実施した。

3 結果

利用者に対するインタビューの内容から，居住型ケアに求められる条件として「安全・快適（下位カテゴリー：安全・快適・生活支援）」「主体的な生活（下位カテゴリー：自律・活動・プライバシー）」「コミュニティ機能（下位カテゴリー：個人的関わり・パブリックな関わり）」の3領域8カテゴリーを設定し，各カテゴリー5項目の質問文を作成した。カテゴリーの構造図と具体的な内容を表1に，作成した質問文を表2に示す。

居住型ケアに期待する条件40項目に対する評定を表3および図1に示す。全40項目に対する評定の平均値は4.68～6.68点（SD=0.68～1.38）であった。領域ごとに見ると，「安全・快適」の領域に属する項目群では，項目群全体での平均点が6.16と非常に高い必要度が示された。「主体的な生活」の項目群では，項目群全体での平均点が5.54であり「安全・快適」と比較すると低い必要度が示された。「コミュニティ機能」の項目群では他の2領域と比較して「やや必要である」「どちらともいえない」との評定が多い傾向があり，項目群全体での平均点は5.19と3領域の中で最も低かった。

要介護期の住まい方についての意識に対する回答結果を図2に示す。身体機能の低下による要介護時では，暮らしたい場所としては「自宅」が44.3%と最も多く，次いで公的施設，有料老人ホーム，高齢者専門の病院であった。公的施設・有料老人ホーム・高齢者専門の病院の合計（以下施設等）は41.3%であり，在宅生活希望者と施設等への住み替えの希望者がほぼ半数ずつを占めた。

自宅で暮らしたい理由（複数回答）としては「住みなれた自宅で生活を続けたい」が91.8%と最も多く，次いで「施設に入る金銭的余裕がない」「自由な生活ができない」「具体的に施設を知らず不安」「共同生活はしたくない」「在宅で十分な介護が受けられる」「他人の世話になりたくない」「施設の利用に抵抗がある」「自由な生活ができない」「共同生活はしたくない」「在宅で十分な介護が受けられる」「具体的に施設を知らず不安」「他人の世話になるのが嫌」「施設を利用することに抵抗がある」の順番であった。施設等で暮らしたい理由としては，「家族に迷惑をかけたくない」が63.1%と最も多く，ついで「専門的な介護が受けられる」「緊急時に安心できる」「住宅の構造に問題がある」「家族がいない」「家族が介護する時間がない」の順番であった。

認知症による要介護時では，暮らしたい場所としては「公的施設」が42.1%と最も

多く、次いで自宅、有料老人ホーム、高齢者専門の病院であった。認知症の場合は施設等を希望する回答が 66.6%となり、約 2 / 3 が施設等への住み替えを選択する結果となった。自宅で暮らしたい理由（複数回答）としては、「住みなれた自宅で生活を続けたい」が 89.1%と最も多く、次いで「施設に入る金銭的余裕がない」「自由な生活ができない」「共同生活はしたくない・在宅で十分な介護が受けられる（同率）」「具体的に施設を知らず不安」「他人の世話になりたくない」「施設を利用することに抵抗がある」の順番であった。施設等で暮らしたい理由としては、「家族に迷惑をかけたくない」が 67.4%と最も多く、ついで「専門的な介護が受けられる」「緊急時に安心できる」「家族が介護する時間がない」「住宅の構造に問題がある」の順番であった。

認知症高齢者の望ましい生活の場所についての自由記述では 101 名からの回答が得られた。回答の内容を表 4 に示す。在宅生活が望ましいとする意見は少数であり、家族との関わりを保ちながら専門的な介護が受けられる場を希望する意見が多かった。一方で「安楽死」「生きていたくない」という意見も複数あり (1,17,36,52,85)、認知症になった時の生活に対する不安が窺われた。

個人属性を尋ねた結果を図 3 に示す。家族構成では、単身・夫婦のみ・夫婦と未婚の子を合計した核家族世帯が 73.6%と約 3/4 を占めた。性別では女性が 59.6%、男性が 40.4%で、女性の回答率が高かった。職業では会社員が 27.0%と最も多く、以下専業主婦、パート・アルバイト、自営業の順であった。健康状態は「良い」が 42.3%、「まあ良い」が 44.3%と、概ね良好な健康状態であった。現在の暮らし向きは「あまりゆとりはないがそれほど心配はない」が 60.2%と最も多く、ついで「ゆとりがあり全く心配していない」「ゆとりがなくやや心配である」「家計が苦しく非常に心配である」の順であった。住宅の形態では集合住宅が 49.9%で、ついで一戸建て・二世帯住宅の順であり、所有形態では 78.8%が自己所有であった。高齢期の住み替え計画では「ない」が 58.2%、「ある」が 40.4%と、約 4 割が住み替えを検討していた。具体的な住み替え先としては「公的な施設に入居する (19.2%)」「地方に住み替える (17.7%)」という回答が多く、以下民間有料老人ホーム・高齢者住宅の順であった。その他の住み替え先としては海外移住などが挙げられた。

表1 インタビューで述べられた居住型ケアでの生活に対する意見

領域	カテゴリー	発言内容
安全・快適	安全	<ul style="list-style-type: none"> ・病院がそこやで、ほんと心強いと思います。 ・外はこれ(歩行器)だと怖いですね。中はこれでね、すいすい行けて助かります。
	快適	<ul style="list-style-type: none"> ・一番びっくりしたのはね、部屋でお湯がでないこと。今時、お湯が出ない家があるのかしらと思った。 ・ちょっと狭いことは狭いけどね、それは仕方のないことでね、老人ホームだからね。
	生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・高いとこのもの下ろしてもらったり、今はやれないですからね。…でもすごく忙しそうなので、なんだか頼みにくい。 ・事務所の方が気がきくの。この間の台風の時も、事務所の人が回ってきてなんかできないことはありませんかって。
主体的な生活	自律	<ul style="list-style-type: none"> ・まああんまり制約されない方がいいやね。まあある程度ね、気ままにね、やれるのがね。 ・売店そこなんだけど、売店ちょっと行きたいんだけどっていうと、ワーカーさん一緒じゃなけりや駄目なの。一人で行けんのにな。
	活動	<ul style="list-style-type: none"> ・楽しみはこのクラブに入ってるし、俳句クラブと、フラワーアレンジメント、それとか、あとは音楽、歌う会とか。 ・楽しみか、そうだねえ、言っちゃなんだけど、表に出たいなあ。
	プライバシー	<ul style="list-style-type: none"> ・個室がいいです。個室に入れてもらったから、もったいない。みなさん個室がいいっておっしゃいますね。 ・(4人部屋では)洗面所でも何でも一緒でしょう。なんだかんだよく言われました。
コミュニティ機能	個人的関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・今とにかく自分で話し相手が、Sさんっていうばあさんがいるから、そう寂しさも感じないけれども。 ・いろいろ問題もあるでしょうし、あんまり親しくしてもいけないのかと思いますのさ。
	パブリックな関わり	<ul style="list-style-type: none"> ・居住者みんなで集まって集会をやって、皆さんで段取りができるようになればいいなと思いますね。 ・(施設内での活動など)いろいろやってはみえます。ところが私もはっきりゆうて、そこまで年はとってない。

表2 居住型ケアに必要な条件

領域	カテゴリー	質問文
安全・快適	安全	<p>病気や怪我をした時に、すぐ病院を受診できる</p> <p>医療スタッフが常駐し、病気や怪我の時に対応できる</p> <p>居室内で倒れた時、確実に職員に連絡できる</p> <p>防災対策が十分に整っている</p> <p>外部からのセキュリティがしっかりしている</p>
	快適	<p>清潔な環境が保たれている</p> <p>居室や共有スペースの冷暖房が完備している</p> <p>建物内の設備は不自由なく使用できるよう工夫されている</p> <p>居室は日当たりがよく明るい部屋である</p> <p>周辺が静かな環境である</p>
	生活支援	<p>必要な時にはいつでも職員に支援を求めることができる</p> <p>病気の時には居室でサービスが受けられる</p> <p>職員はゆとりをもって仕事をしている</p> <p>自分では難しい手続きなどを代行してもらえる</p> <p>必要な買い物を施設に頼むことができる</p>
主体的な生活	自律	<p>食事はいくつかのメニューから選ぶことができる</p> <p>好きな時間に入浴できる</p> <p>備品や生活用品は、自分の好みのもので使用できる</p> <p>一日を通じて自由に過ごすことができる</p> <p>それまでの生活習慣を保った暮らしができる</p>
	活動	<p>必要時には付きそいのサービスがあり、希望する時に外出できる</p> <p>図書館や映画館など、外部の施設が利用できる</p> <p>部屋の中で自分の好きな趣味などの活動が行える</p> <p>軽い運動や趣味活動ができる設備がある</p> <p>自分の経験や知識を活かすことができる場がある</p>
	プライバシー	<p>居室は個室か夫婦部屋が利用できる</p> <p>職員は許可がなければ居室に立ち入らない</p> <p>部屋ごとに個別のバス・トイレがある</p> <p>居室には鍵がかけられる</p> <p>介助が必要になっても個別に入浴ができる</p>
コミュニティ機能	個人的な関わり	<p>居住者同士の交流が盛んである</p> <p>日常生活で困った時に、他の居住者と助け合える</p> <p>他の居住者と友達付き合いができる</p> <p>居住者同士が気軽に部屋を行き来できる</p> <p>話し相手になれる職員がいる</p>
	パブリックな関わり	<p>居住者が皆で参加できる催し物や行事がある</p> <p>居住者が一緒に楽しめる活動の機会がある</p> <p>集会室のような共同で使える設備がある</p> <p>居住者の自治会が組織されている</p> <p>居住者が集まれる談話室がある</p>

表3 居住型ケアの条件に対する必要度(「絶対必要である」「かなり必要である」の合計%上位順)

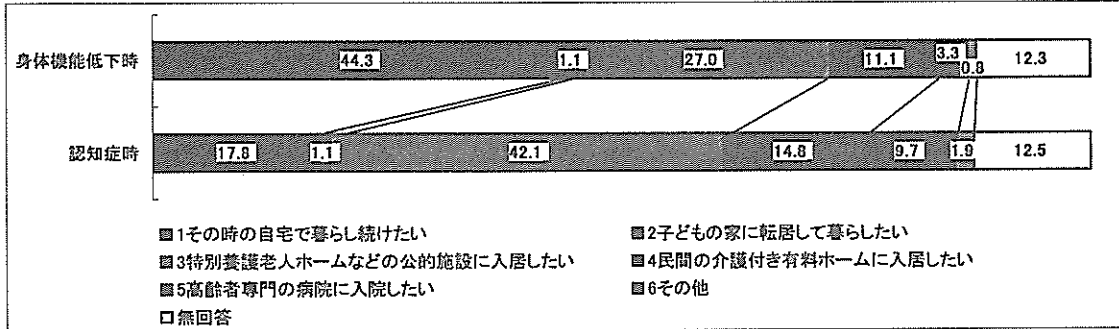
質問項目	回答		絶対必要である	かなり必要である	やや必要である	どちらでもない	あまり必要でない	ほとんどない	全く必要でない	無回答	平均点	標準偏差
	絶対必要である	かなり必要である										
居室内で倒れた時に、確実に職員に連絡できる	76.0	19.5	2.5	1.1	1.1	0.0	0.3	0.0	0.0	6.68	0.7	
	95.5											
病気や怪我をした時に、すぐに病院を受診できる	65.7	28.4	4.5	1.1	1.1	0.3	0.0	0.0	0.0	6.58	0.7	
	94.2											
防災対策が十分に整っている	72.7	20.6	4.5	1.7	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	6.64	0.7	
	93.3											
清潔な環境が保たれている	49.0	39.6	10.3	0.6	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	6.35	0.8	
	88.6											
居室や共有のスペースの冷暖房が効いている	49.0	35.4	12.8	1.9	0.6	0.0	0.3	0.0	0.0	6.29	0.9	
	84.4											
外部からのセキュリティがしっかりしている	48.5	32.9	14.2	2.8	0.8	0.3	0.3	0.3	0.3	6.24	0.9	
	81.3											
建物内の設備は不自由なく使用できるよう工夫されている	33.1	47.6	16.4	1.7	0.3	0.6	0.3	0.0	0.0	6.09	0.9	
	80.8											
医療スタッフが常駐し、病気や怪我の時に対応できる	47.9	31.5	15.9	2.8	0.8	0.8	0.3	0.0	0.0	6.19	1.0	
	79.4											
病気の時には居室でサービスが受けられる	39.0	40.4	15.6	3.3	1.1	0.3	0.3	0.0	0.0	6.11	0.9	
	79.4											
居室は日当たりがよく明るい部屋である	33.4	45.4	18.4	2.5	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	6.09	0.8	
	78.8											
必要な時にはいつでも職員に支援を求めることができる	35.7	40.4	21.2	1.7	0.6	0.3	0.3	0.0	0.0	6.07	0.9	
	76.0											
居室は個室か夫婦部屋が利用できる	46.0	29.5	12.3	8.1	2.2	0.8	0.8	0.0	0.0	6.03	1.2	
	75.5											
1日を通じて自由に過ごすことができる	27.0	47.4	21.2	3.9	1.1	0.0	0.3	0.3	0.3	5.96	0.9	
	74.4											
職員はゆとりをもって仕事をしている	32.9	41.5	17.8	6.7	0.6	0.0	0.6	0.3	0.3	5.97	1.0	
	74.4											
介助が必要になっても個別に入浴ができる	26.7	37.0	20.9	11.4	2.8	0.0	0.6	0.0	0.0	5.72	1.1	
	63.7											
居室には鍵がかけられる	39.3	24.2	19.5	10.9	3.6	1.1	1.4	0.6	0.6	5.76	1.3	
	63.5											
必要時には付きそいのサービスがあり、希望する時に外出できる	20.6	42.1	30.9	5.0	0.6	0.6	0.3	0.0	0.0	5.74	0.9	
	62.7											
自分では難しい手続きなどを代行してもらえる	22.0	40.4	31.2	5.0	1.1	0.0	0.3	0.0	0.0	5.76	0.9	
	62.4											
軽い運動や趣味活動ができる設備がある	16.4	43.7	35.1	3.9	0.6	0.0	0.3	0.0	0.0	5.70	0.8	
	60.2											
部屋ごとに個別のバス・トイレがある	26.7	32.3	20.6	12.3	5.8	1.9	0.0	0.0	0.0	5.53	1.3	
	59.1											
部屋の中で自分の好きな趣味などの活動が行える	21.4	35.9	32.6	6.4	3.1	0.3	0.3	0.0	0.0	5.64	1.0	
	57.4											
食事はいくつかのメニューから選ぶことができる	15.6	39.8	32.0	5.3	4.2	1.4	1.1	0.0	0.0	5.49	1.1	
	55.4											
話し相手になれる職員がいる	18.7	35.1	32.3	9.2	3.1	0.8	0.6	0.6	0.6	5.53	1.1	
	53.8											
必要な買い物を施設に頼むことができる	15.6	36.8	40.1	5.6	1.1	0.6	0.3	0.3	0.3	5.57	0.9	
	52.4											
それまでの生活習慣を保った暮らしができる	13.9	35.7	34.0	11.7	3.9	0.3	0.3	0.0	0.0	5.42	1.0	
	49.6											
日常生活で困った時に他の居住者と助け合える	12.8	30.4	41.2	12.5	1.9	0.6	0.6	0.3	0.3	5.36	1.0	
	49.6											
図書館や映画館など、外部の施設が利用できる	15.9	33.4	36.8	6.1	5.8	0.8	0.8	0.0	0.0	5.42	1.1	
	49.3											
集会室のような共同で使える設備がある	13.9	32.0	37.0	12.5	3.1	1.1	0.3	0.3	0.3	5.37	1.1	
	46.0											
居住者が一緒に楽しめる活動の機会がある	7.0	28.4	44.3	15.9	3.3	0.6	0.6	0.0	0.0	5.16	1.0	
	46.0											
好きな時間に入浴できる	18.1	26.2	32.3	12.3	8.6	1.9	0.6	0.0	0.0	5.25	1.3	
	44.3											
整備や生活用品は、自分の好みのものが利用できる	12.1	30.4	35.9	35.9	10	1.9	1.1	0.0	0.0	5.17	1.3	
	42.4											
自分の経験や知識を活かすことができる場がある	10.6	30.9	33.4	17.5	5.8	0.8	0.3	1.1	1.1	5.19	1.1098	
	41.5											
職員は許可がなければ居室に立ち入らない	19.2	21.2	22.0	29.0	5.8	0.6	2.2	0.0	0.0	5.08	1.4	
	40.4											
他の居住者と友達付き合いができる	9.7	28.7	43.2	15.3	1.9	0.3	0.6	0.0	0.0	5.26	1.0	
	38.4											
居住者が集まれる談話室がある	11.1	26.2	47.4	10.6	4.2	0.0	0.6	0.3	0.3	5.27	1.0	
	37.3											
居住者同士が気軽に部屋を行き来できる	10.0	22.6	30.6	23.1	10.0	2.5	0.8	0.0	0.0	4.89	1.3	
	32.6											
居住者が皆で参加できる催し物や行事がある	9.5	21.2	46.2	13.4	7.2	1.9	0.6	0.3	0.3	5.04	1.1	
	30.6											
周辺が静かな環境である	6.7	23.1	32.3	26.5	8.9	1.1	1.4	0.0	0.0	4.83	1.2	
	29.9											
居住者の自治会が組織されている	6.4	18.7	28.1	34.5	8.4	1.9	1.7	0.0	0.0	4.68	1.2	
	25.1											
居住者同士の交流が盛んである	5.0	17.5	41.5	26.5	7.2	1.4	0.8	0.3	0.3	4.79	1.1	
	22.6											

図1 居住型ケアに期待する条件の必要度

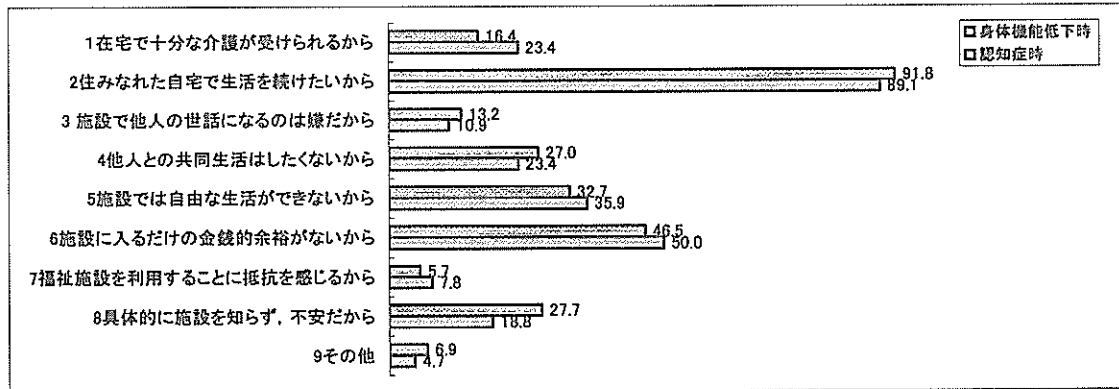


図2 要介護期の住まいに関する意識

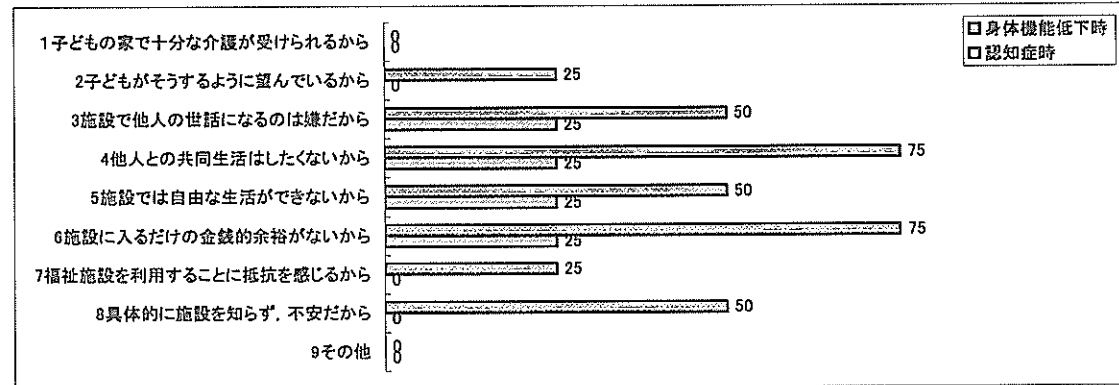
① 暮らしたい場所(1つを選択)



② 自宅で暮らしたい理由(複数選択)



③ 子どもの家に転居したい理由(複数選択)



④ 施設等で暮らしたい理由(複数選択)

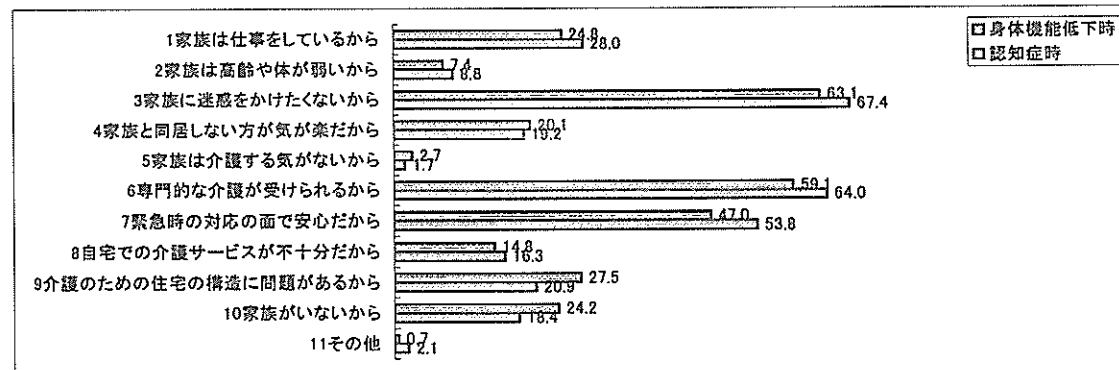


表4 認知症高齢者の望ましい生活する場所に対する意見

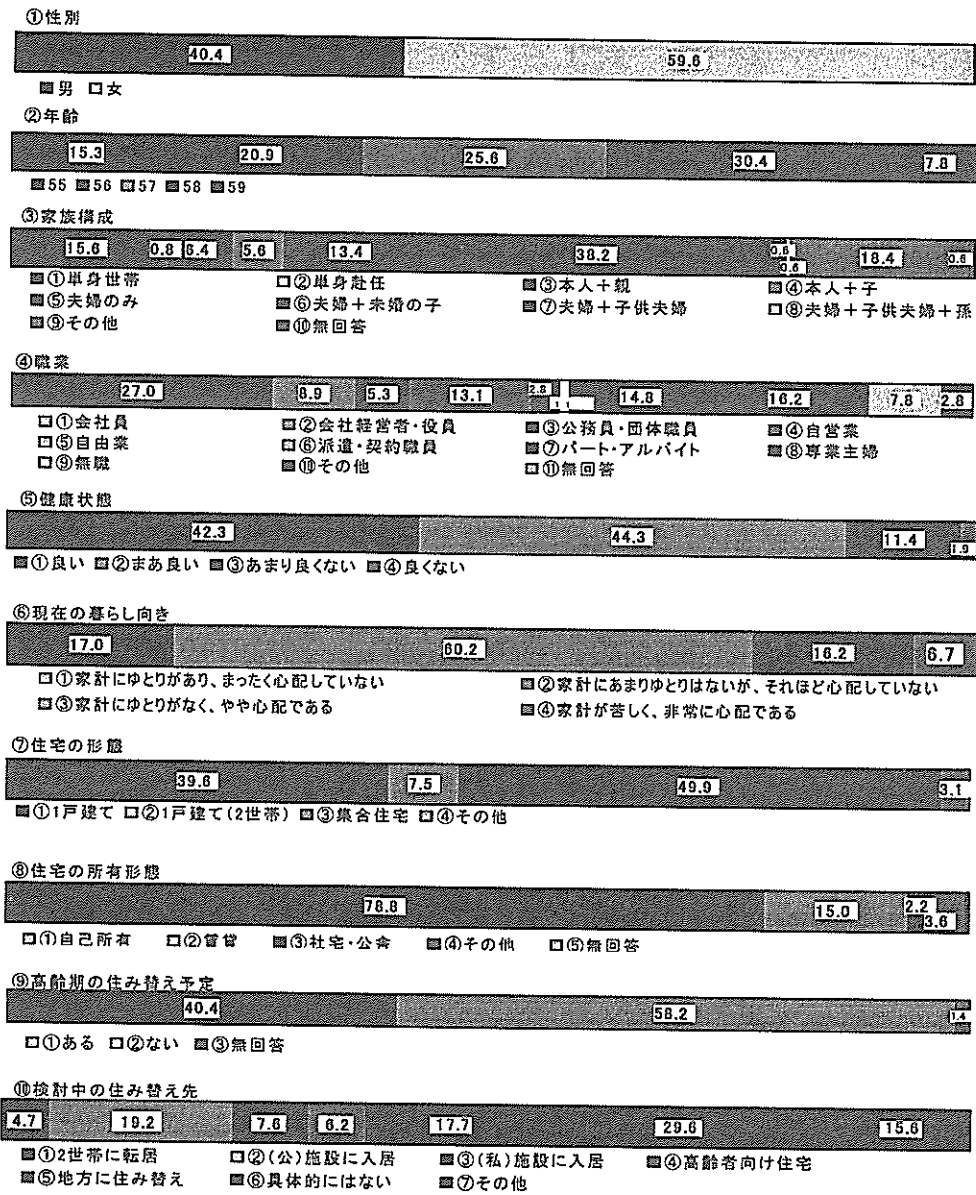
No.	内容
1	症状が進捗したら、安楽死出来る制度を作り、登録出来るように希望する。【男性／59歳／契約・派遣社員】
2	認知症になっていくと一部屋でおとなしく出来ない様で、昔を思い出すのでしょうか、外へ出て歩き廻ることが多くなるようですね。居住の周りが公園や広場で囲いがあれば存分に動いて楽しい散歩が出来る様に思います。幼稚園といっしょの建物もいいですね。【女性／59歳／パート・アルバイト】
3	●専門的な介護が受けられる●バス、トイレ付き個室●音楽が流れ、緑の植物、清潔な施設【女性／58歳／専業主婦】
4	住みなれた地域の施設グループホームが望ましいが公的となると難しいかも……民間となると費用的には高くなってしまいますが内容が良ければ良い。年金暮らしで十分対応出来、内容も充実している生活の場をぜひ検討していただきたいと思います。【女性／55歳／公務員・団体職員】
5	家族をあてに出来ないのですが、ホームに入るのも不安だしどうしていいかわからない。早くポックリとあの世にいければ一番いいのですが……。今の日本では先の事を考えてもお先真暗です。【女性／57歳／パート・アルバイト】
6	田舎の静かな所で最後は過ごしたいです。【女性／55歳／パート・アルバイト】
7	住みなれた土地の人の中ですごすことが良いとは思いますが、子どもたち若い人への負担を考えると……。住居(子どもの)に近く、ゆとりの生活がおくれるところ、緑豊かな風景があるところが自分は理想です。専門スタッフ(認知症対応)が常時いること。しかし、最近のニュースや周囲の状況を見ると、どこにも自分の身をおくところがないようにも思えます。施設に入るとは気持ちの上で決めているが、どこを選ぶかは迷うところです。どこも今一つ信頼できないのが今の気持ちです。【女性／56歳／公務員・団体職員】
8	自宅からなるべく近い所。【女性／56歳／自営業】
9	託老所のような少人数制の一人一人とゆつくり付き合ってもらえるような所が良いと思います。【女性／56歳／その他の職業】
10	明るい所で一人きりにならない場所が欲しいです。【女性／58歳／パート・アルバイト】
11	認知症になっても、一人の人間として生活させていただければ、どんな所でも良いと思います。【女性／57歳／会社員】
12	場所じゃないのですが、福祉手当が、介護手当がはじまってもらえなくなり家計が苦しいです。子どもさんだけでなくお年寄りにもお願いします。【女性／57歳／専業主婦】
13	自身の生まれ育った地域、それまで住んでいた地域など、なじみのある場所、できれば自宅。【女性／56歳／会社員】
14	閉鎖的ではなく、家族が気軽に会いに行けるような都内近郊にあり、施設自体も開かれている場所が良い。【男性／59歳／会社員】
15	マンション暮らしで同居出来ないし有料ホームに入居したいが多額の資金的な面できびしいと考えます。【男性／58歳／会社員】
16	共有スペースがゆつたりし、徘徊しても安全・安心な空間と、明るさが保てる場所、施設であれば職員の目が良く届くつくりが良い。【男性／56歳／会社経営者・役員】
17	場所などどこでもよい。完全認知になってしまったら、もう生きていたくはない！子供達や、国等にお金をかけてもらっても、そして、ただ“生きる”ということに執着したくない。【女性／56歳／自営業】
18	ある程度のプライバシーを守りながら今までとあまり変化がない生活ができれば良いと思っています。【男性／58歳／自営業】
19	子どもの生活の場の近く……。【女性／58歳／専業主婦】
20	妻と二人暮らしのため、できる事は二人で行うが、出来ない事とか、専門的な助けがある時のみ、必要な助けを受けられる事が必要。まずは自助努力それができない時は、他人のサービスを利用できる事が出来たらよい。【男性／55歳／会社員】
21	地方でもいいので環境のよい所がよい。【男性／56歳／会社員】
22	迷惑をかけない。割り切った支援を受けたい。【男性／57歳／公務員・団体職員】
23	できる仕事を担当させ、自分は必要な人間と思わせるような場所。常に介助者の眼が届いているが、個人の自由もある場所。【女性／55歳／パート・アルバイト】
24	気持ち的には自宅がいいが、家族の手におえなくなった場合は施設に入るのはしかたがないかもしれないが、金銭面で心配です。【男性／57歳／自営業】
25	認知症高齢者の面倒を家族でみるという考え方は捨てた方がよい。全員がストレスで病気になるから。認知症にならないようにするにはどうするかという普段からの注意と方法が大切。もしなってしまった場合は、専門の施設に入るのが一番と考える。【男性／55歳／自由業】
26	施設や病院等もっと多い方がよい。我々の人数が多いから。【男性／57歳／自由業】
27	緑が多く静かな環境であるが、町が近い立地条件。例えば「浴風会」の様な所。自分の母親も最後までお世話になりました。大変に有り難うございました。【男性／58歳／公務員・団体職員】
28	私自身両親を自宅にて介護をして限界を感じた。子供達に同じ思いをさせたくない。グループホーム等で暮らす事を考えている。私達(世代)がもう少し高齢になった時に今よりもっと……ケア施設が出来上がっていたら良いと思います。【女性／57歳／会社経営者・役員】

29	本当は住みなれた家で、“認知症”というものをよく分かってくれる家族に囲まれ生活出来た方が良いと思うが、家族というのは昔の元気で正常な状態を知っている為、認知症患者をなげきなくなってしまったり、ショックを受けて対応がしきれなくなり、家中ふりまわされてしまう為、嫌気がさしてくるのではないかと思います。それにはやはり専門的な施設で進ませないようなりハビリもしてくれるようなところがあるといいと思う。【女性/58歳/パート・アルバイト】
30	本当は自宅で家族と暮らせるのがベターだと思うが、むりなので入所を希望する。【男性/56歳/公務員・団体職員】
31	それなりの施設に入居することが望ましいと思うが、プライバシー等、そくばくされたくないという思いもある。【男性/56歳/自営業】
32	認知症の程度にも関係しますが、本人(本人自身がわからなくなってますがその気持を考慮して)が気持ちよく過ごすことの出来るスタッフと環境が必要。【女性/58歳/専業主婦】
33	家族がいつでもこられる、自宅と施設と自由に行き来が出来る。【女性/58歳/無職】
34	高齢者介護で難題は認知症の方の介護で、する側に発生する諸々の問題(見とりによる時間拘束、ストレス、疲労困憊等)です。介護する側、人に対する認識度により、公的施設への入居制度は現在も施行されていますが、認知症が進行しない環境(自然に囲まれた場所等)での施設が必要です。財政等いろいろ課題はありますが、入れ物でなく中身が心配です。抽象論になりますが、心のある介護です。介護する家族のQOLが確保出来る環境作りが優先されると考えます。【男性/65歳/無職】
35	認知症人でも今までの住みなれている市町村で介護が受けられるのが一番の望みのようです。遠い場所で介護を受けても山、建物、友人の名前をいったりします。又、近所の人が時おりたずねられる場所が一番だと思いました。認知症の人でも頭の中の一部には昔の事が少しはおぼえているのでしょうか。【女性/55歳/会社員】
36	生きていきたいというのが本心です。【女性/56歳/パート・アルバイト】
37	老人ホームに入っていたほうが安心です。【女性/58歳/公務員・団体職員】
38	専門の公的施設(希望)【男性/58歳/会社経営者・役員】
39	認知症に対する理解を持ったスタッフが関わる様な場所が必要と思われる。否定したり、正したり、どなったり(怒る)、無視したりすることがないように。畏敬の気持ちが大切にされる場所。【女性/55歳/会社員】
40	南向きで明るくて暖い部屋で、庭があって、四季花が豊かにさいて、木々もあって、憩える場所。音楽もクラシック、ジャズ等も聞きたい。何人かがいて、今のグループハウスのように皆で料理をつくらったり、掃除したりしたい。コンサートや映画、芝居にも行きたい。いままで買い貯めた洋服を収納でき全部着たい。必要な買物にも行きたい。街中(今自分が住んでいる土地)で、マンションで、部屋がいくつかあって(一人一人の部屋)、ベランダも広くて、花や緑があって、皆が集まれる場所もあって、エレベーターで一階に降りれば広い庭があるような所。【女性/57歳/無職】
41	専任の看護士、専門病院等で生活するのも良いが軽症の場合は、自宅で家人にまざって生活するのも療法かと思いますが、かなり負担な面もあります。【女性/57歳/会社員】
42	認知症の人は、専門知識のある人に介護してもらった方が良いと考えるし、公的施設の方が家族に経済的な負担をかけないですむ。【女性/56歳/パート・アルバイト】
43	認知症も程度が色々あるでしょうから難しいものがありますが、抑制が少ないのがいいです。いままで生活していた状態ができるだけ維持できればと思いますが、食事、行動、清潔、保済にはかなり注意管理が必要になると思われます。一律に寝る時間、食事する時間を決めないで自由に?は難しいでしょうか。子供達(幼稚園・保育園(年長))に接することができるといいかと思っています。【女性/56歳/会社員】
44	地方都市が良いと思う。空気、景色を欲する。【男性/56歳/自営業】
45	認知症の場合、家族は介護に疲れはててしまう恐れがあります。現に私自身、夫の両親の介護に疲れはて、現在両方とも老人ホームに入ってもらっています。やはり家族以外の人の手で介護した方が専門的な介護を受けられ、また仕事であることでオン・オフの切りかえのできるという意味で、より良いと思っております。私達の子供世代は自分達の生活にも忙しく、女性でも仕事をしている人も多く、昔のように自宅で子供に介護してもらうのは無理と思っています。【女性/58歳/専業主婦】
46	安全が確保され、清潔で専門スタッフのもと、人間としての尊厳が保たれる場所を望みます。【女性/57歳/専業主婦】
47	心身共、安全である場所を希望。【男性/56歳/会社員】
48	自宅で子供達といられたら、本人は幸せでしょうが、家族は家を空ける事も出来ず、大変すぎるので、専門的な人と家族で介護出来、少しでも家族を楽にして上げられる方法があれば良いと思います。【女性/58歳/専業主婦】
49	24時間行動がわかる施設。【男性/57歳/会社員】
50	やはり病院! 家族は、これの時、私に会いたいと思ったら来てほしい。家族に(行かぬば)行かぬばいいかと思わせるのはイヤ。実際の親子でも、やはり、体が自由にならなくボケてきたらグチを言いたくなります。グチを言われながら面倒見てもらうのはイヤです。それならば病院で……、と思います。【女性/55歳/パート・アルバイト】
51	自然にふれる事の出来る所、あまり家族とも離れない所が好ましい。【女性/58歳/会社経営者・役員】

52	治る見込みもなく、施設を利用する費用もなく、又家族も望んだら安楽死させて欲しい。残された家族に本当に迷惑をかけたくない、苦しませたくない、事件を起こさせてしまったらと思うと、決して長生きなどしたくない。公的に認められる制度(安楽死希望)を作って欲しい。【女性/58歳/パート・アルバイト】
53	緑が多く、四季折々の花が咲き、心が休まるような場所で、多少はスペースのある室内、年をとるとほんの少しの段差でもころびやすいので、バリアフリーは絶対必要。【女性/57歳/パート・アルバイト】
54	重症の方を見たことがないのでよくわかりませんが、ある程度の症状までは、なるべく日常生活に近い生活と、人格を重視した介護が受けられる環境が望ましいと思う。【女性/56歳/会社員】
55	自宅では十分な自療が出来ないなどから適合する病院があればと考えます。【男性/57歳/無職】
56	大勢の中の方が、本人にとっても、良い影響があるのではないかと考えますが、甘いでしょうか？【女性/58歳/自営業】
57	清潔で、心暖かなスタッフがいる施設。【女性/59歳/自営業】
58	専門的な介護が充実していることと、従事する職員の方々が時間に追われない程度の人数確保でできていること。法律の専門家の適切な助言のもとに介護が受けられること。プライバシーが守られ、かつ、集団で過ごす時間も適度に設定されていること。【女性/58歳/公務員・団体職員】
59	グループホーム等、家族の都合のよい時帰宅したり、自由に選べたらよいと思います。出来る事を少しでも行い役に立つ事を感じさせてあげたい。【女性/58歳/専業主婦】
60	自由に出入れる安全で広い庭のある所。【女性/55歳/パート・アルバイト】
61	自宅で暮し出張介護をお願いしたい。【男性/58歳/無職】
62	職員に体力的、時間的余裕があれば介護の質も向上し、される側も満足すると思う。しかし施設の経営上、利益も上げなければならぬだろうし、難しいのでは。介護される側としては気持ちよく死にたいです。【女性/55歳/自営業】
63	施設の中で働いている人は若いスタッフが多いが事務的に動いているようなので、お年寄がさみしそうに見えた。子育てをはなれた50才位の人がスタッフに入っていると自分の両親をみるような年になるので介護する心が自然とあたたかみがでて老人につたわるような気がします。【女性/55歳/専業主婦】
64	介護付きのホームに行っても一人一人を十分にみてあげては行けないと思いましたが、病院に入っても半分ほったらかしの所をみてきました。だれもすきでそうになっているわけではないのに気の毒だと思いました。【女性/57歳/会社員】
65	マイカー持参し、自由に乗れるような施設があったらと考えています。【女性/58歳/無職】
66	家族に負担をかけず病棟付きの公的施設を多く建設し、介護がすぐに受けられるように望む。【男性/56歳/会社員】
67	一般の高齢者と区別(差別)しないで自由に生活できる場が望ましい。【女性/57歳/パート・アルバイト】
68	全面介護ではなく本人の能力に応じ“出来る事は自分でする”を基本に進行を遅らせる介護にしてほしい。【女性/55歳/専業主婦】
69	私共の子供は娘一人なのでいずれ結婚しても若い夫婦に面倒な介護を押し付ける事も出来ないの公的な介護施設に入れて頂く場合でも何年も待たないと入れない現状ではこれから先不安で心配である。【男性/56歳/会社員】
70	自然(緑があり、花が咲いている公園のような場所)があり、高い建物でなく、陽がサンサンと差し込む様な静かな環境が望ましい。【女性/56歳/専業主婦】
71	現在の住宅に近い介護の目が行き届く施設。出来れば安楽死がよい。【女性/58歳/自営業】
72	安全が確保されている所。お互いの病状の差の少ない所。【女性/56歳/専業主婦】
73	あまり考えたくない。【女性/56歳/自営業】
74	静かでのんびりできる場所。田舎等。【男性/56歳/会社員】
75	折紙とか、おはじき、ぬり絵、(小さい)子供たちとの折触、明るく、楽しい場所、声を出し歌う事、体を動かす。【女性/55歳/会社員】
76	介護士の教育及び十分な介護人数の確保。話し相手、遊び相手にわずかな時間も取るよう、介護士、家族が努力するべきである。介護士が職業であるなら、人間愛を持って接しなければならない。【男性/57歳/会社経営者・役員】
77	認知症になったからといって、すぐに施設に移すのではなく、家族等と相談し、極力、在宅介護をするべきと考える。【男性/57歳/会社経営者・役員】
78	保安面がしっかりしている。【男性/58歳/会社員】

79	子供が施設を見学した時、良かったと思える施設。【男性／57歳／自営業】
80	公的施設が良いと思います。民間は金銭面で大変です。老人ホームが多くなる事を望みます。【女性／57歳／自営業】
81	設問が難しいと思います。重度であれば……どのような場所でもかまわない。軽度であれば…交通便利な場所で家族、友人が来やすいところと思います。【男性／59歳／会社員】
82	少子化で廃校となった学校を改装し、地域の人達とのふれ合いの中で生活ができればよいと思います。【女性／58歳／その他の職業】
83	家族、知人が見舞いに来たときに、居心地のよい雰囲気があればと思います。認知症になった人にとってどんな対応が最もよいか理解し、それを実行している施設が望ましいと思います。【女性／55歳／会社員】
84	①自然に囲まれた場所。②田畑を耕やし、果物など味わう楽しみ、土にふれられる場所のある場所。【女性／55歳／会社員】
85	出来れば家族と共に生活するのが望ましいのですが、認知症の状態により一所に生活するのはかなり忍耐が必要になり又迷惑がかかります。赤の他人では心のこもった対応はまず望めませんし事務的に24時間の対応はまず出来ません。そうなる前に安楽死を考えてしまいます。【女性／57歳／その他の職業】
86	自然に囲まれた施設がいいと思う。樹木や草花の四季の変化を感じて認知の進行を遅らせる効果を生む散歩等が出来そう。それから知人の話として、最近親を施設に入れたが担当の人(女性)が若い人が多く、トラブルと、すぐ電話がかかって来て、「施設に来てくれ」と言ってくるが、年輩の方だとほとんど電話がかかってこないし、施設に行っても、「何も問題は無いです」と落着いて対応してくれているのが、家族にはよく分かるそうです。ホーム等の施設には出来たら経験豊かな方が、経験はあまり無くても、年輩の方が看護や介護をして欲しい。【女性／55歳／専業主婦】
87	本当はどの様な病気も家族の元で介護して貰えば、最高ですが、自分も親を介護してみて、生活しながら、仕事をしながらの毎日の世話はそんなに生やさしい事ではないと知っています。逆に認知症に自分になった時はそれなりの病院に入れて貰った方が気持ちが楽になると思います。【女性／58歳／会社経営者・役員】
88	認知症になっても個室がいいと思います。【女性／56歳／パート・アルバイト】
89	まだ認知症に対する確たる認識が得られないが、なったら施設で。【女性／56歳／専業主婦】
90	テレビ等でみると隔離されているような場面もあるので、人間らしい生活ができるようお願いしたい。【女性／55歳／会社員】
91	自分が認知症になった場合の周囲のかたがたへの迷惑を考えると辛くなります。認知症の方の介護をされている友人の大きさをみるのも辛いものがあります。でも、どんな場所が望ましいかとなると、見当もつきません。現在私の両親は90才と87才で、妹が同居してくれており、私は夫の母82才と同居中です。認知症は出ておりません。【女性／59歳／自営業】
92	施設介護が良いと思います。【男性／58歳／会社員】
93	お金の心配のない公的施設が望ましいです。【女性／55歳／パート・アルバイト】
94	しっかりした身の上の方、安心できる施設、以前中央区の母が有料老人ホームに入居したことがありますが、資格のない人が医療行為をしたり、下着が数回おもらしをしたままであったり、食事時は介護士の好みのテレビ(老人向けでない)をつけたりで、1週間で退去したことがあり、自分自身も大変不安になりました。【女性／58歳／無職】
95	四季の移り変わりがたくさんあり、海が近くて市街地にも至近の丘陵地。【男性／57歳／会社員】
96	清潔な環境【女性／58歳／専業主婦】
97	少子高齢化で人手不足が予想されるので、厳しい老後を覚悟している。高齢者同士で助け合うのもひとつの方法かと思うのでそれができやすい環境が必要。現状では概して在宅にしろ施設にしろ介護者の負担が大きく余裕がないように感じられる。難しいと思うが、精神面でケアをもう少し充実させたほうがいいのではないかと。よろしくご検討ください。【女性／59歳／自由業】
98	日当たりがよく、散歩ができるような公園等が近くにある場所。【女性／58歳／パート・アルバイト】
99	子どもたちが考えると思う。【男性／58歳／会社員】
100	自然が近い場所。自然(草、花、鳥等)に毎日接する生活で、犬や猫とも接する時間が多い生活。【女性／57歳／パート・アルバイト】
101	進行をとめられるような環境。運動、音楽…。大部屋ならゆとりあるベッド配置。【女性／55歳／専業主婦】

図3 個人属性



4 考察

居住型ケアに期待される条件

本研究では特別養護老人ホームと軽費老人ホーム利用者へのインタビューにより、居住型ケアに必要な条件として「安全・快適」「主体的な生活」「コミュニティ機能」の3領域を設定した。「安全・快適」は居住型ケアの提供にあたってまず求められる基本的なサービス内容で、団塊世代に対するアンケートの結果では3領域の中でもっとも高い必要度の評定値となり、居住型ケアに不可欠な機能として強く求められていることが示された。

「主体的な生活」には現在の居住施設では十分に満たされていない項目が多く含ま

れるが、必要度の平均評定値は5.54と高い値を示した。これまで施設ケアで標榜してきた「24時間365日の安全・安心」は、「安全・快適」に対応する居住型ケアの基本的な機能ではあるが、それだけでは「主体的な生活」を望む利用者の満足度を高めるには不十分である。利用者としての権利意識を持つ団塊世代が高齢化する時代には、居住型ケアに対して安全・快適は当然の前提として、自己決定に基づく主体的な生活を求める志向が強まることが本調査の結果から予測される。

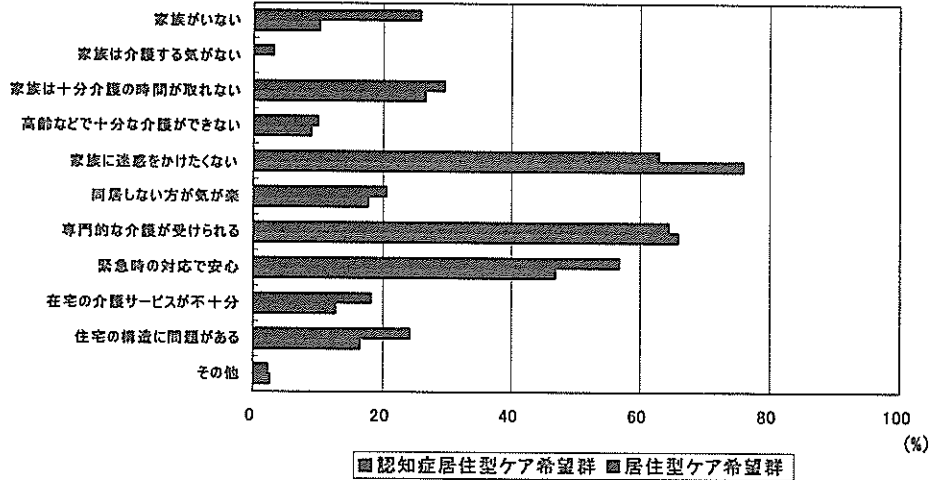
これまでに行った調査¹⁾でも上記の2領域は確認されているが、「コミュニティ機能」の領域は本調査により新たに設定された領域である。利用者に対するインタビューでは、居住型ケアでの生活における個人的な人間関係や利用者が共通して参加できる場についての発言が多く聞かれた。これらの発言は「話し相手ができる良かった」「もっとグループでの活動の機会が欲しい」といったポジティブな意見と「人間関係で辛い思いをした」「人付き合いはあまりしない方がよい」といったネガティブな意見の両方が見られたのが特徴であった。団塊世代へのアンケートでも、この領域の項目に対する必要度の評定にはばらつきが大きく、個人の価値観によって志向性の違いが大きい領域であることが示された。居住者間の人間関係に関わる要素だけに、「コミュニティ機能」に関しては利用者それぞれのニーズの違いに一層の配慮が必要であると思われる。

生活の継続性を保ち本人の意志を尊重したケアを提供するという観点に立てば、これらの3領域は認知症の人の生活においても適用できる枠組みと考えられる。ただし本調査で用いた質問項目の内容は、身体機能が低下した要介護状態を想定したものであり、認知症の場合にはその特質に対応した条件の検討が必要である。認知症居住型ケアにおいて「安全・快適」「主体的な生活」「コミュニティ機能」を保障するための具体的な方策とその効果の検証は、今後継続的に検討すべき重要な課題であると思われる。

要介護期の住まいに関する意識

要介護期の住まいとしては、身体機能低下時には「自宅」、認知症時には「施設等」とする回答が多かった。この違いの理由を検討するために身体機能低下時には自宅での生活を希望するが認知症の場合には施設等を希望するグループ（認知症居住型ケア希望群）と、身体機能低下時・認知症時のいずれでも施設等を希望するグループ（居住型ケア希望群）に分けて集計した結果を図4に示す。

図4 認知症時に居住型ケアを希望する理由



認知症居住型ケア希望群では居住型ケア希望群と比較して「家族に迷惑をかけたくない」という意見が多かった。「家族は十分な介護の時間が取れない」という回答も26.6%あり、認知症の場合では家族の介護負担に対する懸念が特に大きいことが示唆された。また両グループで「専門的な介護が受けられる」ことが6割以上の回答率となった。認知症高齢者の望ましい住まい方についての自由記述においても専門的なケアを求める意見が多く見られ、認知症ケアは専門性のある技術であるという認識が一般化していることが窺われた。専門的な介護を受けることによって認知症になった場合でもより良い生活を送りたいという積極的な理由から認知症居住型ケアを選択する人々は今後も増加することが予想されるが、グループホームなどでは一般介護職に資格要件は定められておらず、介護の有資格者でも認知症ケアについての教育は十分とは言えないのが現状である。団塊世代の要請に応えるためには、専門性の高い認知症ケア従事者の育成と職員の資格要件等の法的整備が今後の課題であろう。

5 研究の成果

本研究では、将来の利用者が居住型ケアに期待する条件として「安全・快適」「主体的な生活」「コミュニティ機能」の3領域を設定した。居住型ケア利用者のQOLや満足度に関する先行研究では、評価の領域として「食事」「入浴」といった特定の介護場面に対応した項目が用いられることが多いのに対し、本研究で示した領域は居住型ケアの機能として利用者の意見に基づいて設定された独自のものである。この領域を用いたアンケート調査では、居住型ケアの運営においては安全性や健康管理・身体介護といった機能に加えて、利用者の主体性を尊重する必要性が一層高まることが潜在的な利用者である団塊世代の意見から示された。また居住型ケアでの生活における個

人的・パブリックな人間関係に関わる「コミュニティ機能」については、利用者の期待の幅が大きいことが窺われた。この結果はこれからの居住型ケアが利用者のニーズに対応した多様な展開を図る必要があることを明確に示すものであり、これらの3領域は利用者の志向性を分析する枠組みとしても有用であるといえる。

生活の継続性を保ち本人の意志を尊重したケアを提供するという観点から、認知症居住型ケアにおいてもこの枠組みは適用できる。認知症ケアの実践においては「その人らしさ」の視点が必要とされているが、曖昧さを含む表現であるために介護者の価値観でその人らしさが判断される危険性を孕んでいる。認知症の特質に配慮し、それぞれの利用者に応じた「安全・快適」「主体的な生活」「コミュニティ機能」を保障する方策を検討することは、認知症ケアにおける尊厳あるケアの確立に役立つものと思われる。

認知症になった場合の住まいとして居住型ケアを希望する理由としては「専門的な介護が受けられる」ことが大きな理由として挙げられ、自由記述の意見からも認知症ケアの専門性に対する認識と期待は高まっていることが示された。認知症高齢者対策の課題として、利用者定数や職員数等の量的整備に加えて介護従事者の専門性を高めるための教育・研修体制の整備が急務であることを裏付ける結果であるといえる。

全体として、この研究では介護が必要となった時の住まいに必要な機能を示す3領域からなる新たな枠組みを提示し、それに基づいて団塊世代が居住型ケアに求める条件について検討した。また認知症ケアには専門性が強く期待されていることが明らかになった。この枠組みは認知症居住型ケアにおける尊厳ある生活を実現するための課題分析にも有用なものであり、それぞれの機能が認知症高齢者の生活で満たされるような具体的な方策を検討するための研究の継続が望まれる。

(1) 佐々木千晶, 今井幸充: 高齢期の居住型ケアに対する在宅生活者の要望. 社会福祉学 46(2), 85-98, 2005

医療依存度の高い認知症高齢者のケアにおける
介護保険事業所と医療機関との連携に関する研究
—病院看護部門を対象とした研修プログラムの開発—

研究者

- 吉本 照子 千葉大学大学院看護学研究科 教授
酒井 郁子 千葉大学大学院看護学研究科 助教授
湯浅 美千代 順天堂大学医療看護学部 助教授
諏訪 さゆり 認知症介護研究・研修東京センター 主任研修主幹

抄録

【目的】医療依存度の高い認知症高齢者の医療を充実していくためには、特に急性期病院看護師を対象とした研修プログラムを開発し、その有効性を検証することを目的とした。

【方法】まず研究委員によって、認知症高齢者に医療を提供している病院看護師を対象とした研修について、研修の目的、研修の基本方針、研修カリキュラム、カリキュラムを構成する単元の具体的実施方法を構築した。その後、研修開催について協力を依頼する病院組織も選定・依頼した。病院組織の研修への要望も考慮に入れて研修企画を整備、実施し、実施後はアンケートによって受講者からの評価や感想を収集、さらに病院組織からも研修についての評価、意見などを得た。

【結果および考察】研修の目的は1) 認知症高齢者の看護にあたり、病棟で最も問題となるせん妄について基本的知識を学ぶ、2) 認知症に関する基本的知識、認知症高齢者・家族の病院での体験、認知症ケアの考え方を学ぶ、3) 認知症高齢者の看護計画立案に際し、個別看護の導き方を学ぶとした。開発した具体的なプログラムは、1) 認知症高齢者看護の課題：講義・演習（せん妄の予防、発症時の看護も含む）、2) 認知症患者の理解のための体験学習、3) 提供事例について看護過程を展開するグループワークで、1回およそ5時間の研修とした。実際の研修ではA県の5つの県立病院の看護師を対象とするものと、B市立病院看護師長を対象とするものの2回実施した。

研修効果については、認知症高齢者の理解が深まり、自分自身を認知症高齢者の立場に転換して具体的なケアを考えることができるようになったという内容が多く挙げられたこと、研修後も認知症の患者が困っていることは何かという視点で具体的なかわりやカンファレンスなどでの発言がなされるようになったから研修効果を認めることができたと言える。しかし、認知症高齢者看護を研修会で初めて学ぶという看護師では、学習したことを研修後に生かしているかどうかは明らかにならなかったことから、今後の開催に向けて対象ごとに研修の目的、内容、方法等を検討する必要があると思われた。また、今後もこのような研修を他の病院、他の地域でも実施し、医療依存度の高い認知症高齢者のケアを質の高いものにしていくためには、今回研究委員が担った講師役割をとることのできる看護師を多数育成することが重要になると考えられた。

はじめに

高齢化とともに、身体疾患に罹患して医療機関における医療を必要とする、いわゆる医療依存度の高い認知症高齢者は次第に増加している。しかし、医療機関においては認知症高齢者に適切な医療を提供していくことはたいへんな困難だととらえており、認知症高齢者の受け入れを控えたり、また認知症が悪化しないように早期に退院してもらったりすることが多い。そのため、医療依存度の高い認知症高齢者の家族からも医療機関、また医療職に対する不満も多く聞かれている。

このような状況が起こっている一因として、医療機関の看護師が認知症高齢者のケアについて適切な知識・技術を有していないことが挙げられる。その背景には、介護保険事業所で近年培われてきた認知症ケアの最新知識・技術が医療機関の看護師まで普及されていないことがあり、最新の認知症ケアに関する適切な知識・技術の学習をうながし、また医療機関で実際にそれらの知識・技術を活用してケアを展開できるようになることが重要になる。

目的

本研究の目的は、認知症高齢者が身体疾患に罹患した場合、介護保険事業所と医療機関の連携が円滑になされ、認知症高齢者が速やかに回復できるよう質の高いケアを提供することを目指して、特に急性期病院看護師を対象とした研修プログラムを開発し、その有効性を検証することとした。

方法

1) 研究方法

本研究では、一つの看護組織を対象とする研修ごとに以下の1～5までの方法で進めていくこととした。

- 1 研究委員によって、認知症高齢者に医療を提供している病院看護師を対象とした研修について、研修の目的、研修の基本方針、研修カリキュラム、カリキュラムを構成する単元の具体的実施方法を構築した。
- 2 研修において提示・配布する資料の内容を研究委員によって検討した。
- 3 研修開催について協力を依頼する病院組織を選定した。
- 4 研修開催を依頼する病院組織（以下、協力組織とする）と研修の位置づけ、ねらい、カリキュラム、単元の具体的実施方法を説明した上で、協力組織からの要望も聴取し、それらの要望を取り入れてカリキュラム等を調整し、最終的な研修企画を整備

した。

5 研究委員が講師となり、研修を実施した。

6 実施後アンケートによって受講者および研修開催を依頼した窓口担当者からの評価や感想を収集した。

7 研究委員等で効果、課題、およびこれからの方向性を検討した。

2) 倫理的配慮

研修受講が強制ではないこと、研修での学習成果によって受講者が評価されることではないこと、受講者に依頼したアンケートは無記名を原則とし、研究報告をする際には、個人が特定されることのないように配慮することを研究実施当日、研究委員より受講者に説明し、了解を得ることとした。

結果

1 研究委員によって、認知症高齢者に医療を提供している病院看護師を対象とした研修について、研修の目的、研修の基本方針、研修カリキュラム、カリキュラムを構成する単元の具体的実施方法を以下の通り構築した。

1) 研修の目的

- (1) 認知症高齢者の看護にあたり、病棟で最も問題となるせん妄について基本的知識を学ぶ。
- (2) 認知症に関する基本的知識、認知症高齢者・家族の病院での体験、認知症ケアの考え方を学ぶ。
- (3) 認知症高齢者の看護計画立案に際し、個別看護の導き方を学ぶ。

2) 研修基本方針

- (1) 認知症とせん妄の区別とケアについて、基本的知識を獲得することができるように、現場の事例を提示しながら知識を教授する。
- (2) 身体疾患の治療によって入院してきた認知症高齢者や家族の立場になって考える、すなわち看護師が立場の転換をすることができるよう、具体的な事例や体験学習を重要視する。
- (3) これまでの認知症高齢者の看護過程を振り返り、個別看護を導くためには具体的にどのような思考を看護師が行なう必要があるのかについて、看護過程の事例展開を通じて理解する。

3) 研修カリキュラム

1回、おおよそ5時間の研修カリキュラムを以下の通りの内容で構成した。

プログラム1 認知症高齢者看護の課題：講義・演習（おおよそ90分）

<学習内容>

せん妄ケア

抑制（身体拘束）廃止のケア

認知症高齢者の持ちうる能力を高めるケア

医療依存度の高い認知症高齢者看護の課題

プログラム2 認知症患者の理解のための体験学習（資料1参照）（おおよそ90分）

<学習内容>

病院に入院する認知症高齢者が点滴を自分で抜去し、自宅へ帰ろうとしている場面において、認知症高齢者、家族、看護師はそれぞれの立場でどのようなことを考え感じるのか、またいかに行動しようとするのかをロールプレイを通じて考える。その際、看護師自身が仕事の中でどうしても思い出せないことがあるという場面設定で、どのように感じ、行動するのかを考えることを入り口とした。

プログラム3 提供事例について看護過程を展開するグループワーク（おおよそ120分）

<学習内容>

脳梗塞で入院した認知症高齢者の事例についての情報を受講者に渡し、事例の看護上の問題点として重要だと考えられるものを1つ挙げる。そしてその看護上の問題を作り出している背景について関連図を描く、その背景の全体像を踏まえて事例の看護上の問題を解決するための具体的な看護計画を立案する

2 研修において提示・配布する資料の内容を研究委員によって検討しパワーポイント、ワークシートなどの資料を作成した。このうちプログラム2のパワーポイントのみ本報告書に資料1として掲載した。

3 研修開催について協力を依頼する病院組織を選定する際に、2組織が候補に挙げられた。1組織は、A県で認知症高齢者の入院を多く受け入れている県立病院の看護師であった。A県では県立病院の看護師を対象として平成16年度も高齢者看護に関する

る研修会を開催していたという特徴があり、認知症の理解については平成16年度の研修会で学習内容としたことがあるという。本研究での研修協力をA県看護行政担当者に依頼し、了解を得た。研修の受講希望者をA県の看護行政担当者が募ることとし、研修会場も県立病院の会議室とした。そして受講者として、A県の5つの県立病院から40人が希望し、実際に受講した。

もう1組織はB市立病院看護部を選定した。B市立病院看護部では、これまで高齢者看護や認知症高齢者看護についての研修会を開催したことはなかったが、公立病院としてこれまで数多くの認知症高齢者の入院を受け入れてきたという経緯があった。B市立病院看護部に研修の協力依頼をし、了解を得たが、B市立病院看護部の要望で、看護師長クラスの管理者が研修を受講することとし、勤務調整をするなどB市立病院看護部として各病棟の看護師長、副看護師長らが受講できる体制を整えた。その結果B市立病院の研修では33人が受講した。

4 実施後アンケートによってせん妄と認知症高齢者の看護に関する受講者のこれまでの経験や研修についての評価や感想を収集し、資料1に示した。

5 A県看護行政担当者からの研修評価

- 1) 受講者の学びは大きい。認知症高齢者の看護およびせん妄の看護を専門とする老年看護学の専門家による講演はわかりやすくよかった。
- 2) 講義だけではなく演習という学習形態もあり、さらに演習では個人ワーク、グループワーク、ロールプレイ、討議など方法の異なる授業を通して、受講者は楽しく学んでいた。
- 3) 演習や看護過程のワークなど楽しく演習ができた。研修項目が多いため、余裕がなくもっと時間をかけてほしいという希望があった。特に事例検討のワークについては、時間が足りなくて十分にできなかったようであったし、関連図をなぜ描くのかの意味が十分に理解できていなかったようだ。このことは、認知症高齢者に起こっている状況から、今後その認知症高齢者の状態がどのように進行・悪化することが予測されるかということを考え、それを回避するための行動をとることはできるが、なぜ認知症高齢者にそのような状況になっているかの原因、誘因などからなる背景を思考することはできないし、それを思考する必要性も意識していないということを示していると思われた。

- 4) 県立4病院合同研修となったため、他病院の異なる意見などを聞き、病院を越えた看護師同士の意見交換は有意義であった。
 - 5) 研修後の病棟でのカンファレンスの場で、認知症高齢者を身体拘束するような意見が出されると、看護師長が「それは、認知症の患者さんの立場に立つとどうなのかしら？」と看護スタッフに振り返ることを投げかける発言がなされるようになり、患者中心の看護の実践が確実にようになってきたという印象を持っている。
- 6 B市立病院看護部からの研修評価
- 1) これまで高齢者看護や認知症高齢者看護をテーマとした研修会を病院看護部として開催していなかったということもあり、よい学習の機会となり、研修プログラムとしても効果的であったと感じている。しかし、研修終了後、病棟での看護に学習したことを生かしているという報告は聞かれていない。これからの看護の質の向上のよいきっかけにしたい。
 - 2) 看護師が認知症高齢者に起こっている状況から原因、誘因を具体的にさかのぼれないということはこれまでも感じてきたが、そのことが看護過程の事例展開の演習、なかでも関連図を描く演習から明らかになった。「なぜだろう？」と考える思考はしていない。関連図を描く演習では、看護師が考えることと書くことを一致して表現できることが求められるが、看護師にとってそれがたいへん困難なのだということが演習の状況から浮き彫りになった。
 - 3) これまで、「できない」という発想をすぐにしてしまうことが多かったが、看護過程の事例展開を演習で丁寧に展開することで、具体的なケアを「どうすればできるか」「どうしていけばいいか」ということを考えるきっかけになった。

考察

看護師は、自分たちが受けてきた基礎教育や看護師としての実践において、「患者の立場に立って看護する」ということを当然のように行なってきたと思ってきた。しかし研修を受講した看護師全員が認知症高齢者の看護の経験を持ち、しかも認知症高齢者が入院してくると、「困る」「たいへんだ」と感じ、認知症高齢者の看護は難しいという思いを多くの看護師は抱いてしまうことが資料2に示した看護師のケアにおける

経験より明らかになった。しかし今回の研修、すなわち認知症やせん妄の理解とケアのあり方についての講義、また認知症高齢者を体験する演習、認知症高齢者の事例での看護過程の展開を通じて、研修受講者は、看護師本位の立場から、認知症高齢者および家族の立場へと、立場の転換をできるようになったことが資料2のアンケート結果の中にも挙げられていた。すなわち研修を通して、問題なのは認知症高齢者ではなく、認知症高齢者をとらえる自分たち看護師の意識の問題なのだということが、認知症高齢者もまわりの状況を判断、対処しているということが実感され、A県の県立病院看護師においては研修後も患者中心の立場に立つということ、認知症の患者が困っていることは何かという視点で具体的ななかかわりやカンファレンスなどでの発言がなされるようになったことから、本研究において開発した研修は効果をあげたと言える。

しかし、認知症高齢者の看護過程の展開の演習については、なぜそのような演習をするのかの必要性が十分理解されず、また時間も不足していた、高齢者看護や認知症高齢者看護を研修会で初めて学ぶという看護師では、学習したことを研修後に生かすことができているかどうかは明らかにならなかったことから、今後の開催に向けて対象ごとに研修の目的、内容、方法等を検討する必要があることが明らかになった。

また、今後もこのような研修を他の病院、他の地域でも実施し、医療依存度の高い認知症高齢者のケアを質の高いものにしていくためには、今回研究委員が担った講師役割をとることのできる看護師を育成することが重要になる。

なぜなら、看護師は講義形態の研修に受講者として参加することには慣れているが、具体的な教育方法を検討できて授業や演習において講師役割をとることのできる看護師はほとんどいないのが現状だからである。

従って今後は、医療依存度の高い認知症高齢者の看護についての研修を企画・運営できる看護師を育成する研修の開催も重要な課題となると思われる。

まとめ

医療依存度の高い認知症高齢者の看護について理解を深め、看護師が認知症のある患者の立場に立つことができるようになり、患者中心で看護過程を展開できるようになることをねらった研修を開発・実施し、効果を得ることができた。今後は、この研修を他の病院、地域にも広げていくことが課題であり、そのためには対象に合わせた研修の充実や、医療依存度の高い認知症高齢者の看護について研修を企画・運営できる看護師を多数育成することが重要になると思われる。

研究の成果

急性期病院看護師が医療依存度の高い認知症高齢者の看護についての理解を深めることのできる研修を開発し、実施した。研修実施後のアンケート結果から、受講者は認知症高齢者の立場になって考え看護過程を展開することができるようになったことが明らかになり、開発した研修が効果的なものであることが検証された。

資料 1

表1:受講者の概要

質問項目		A県の県立病院		B市立病院	
		度数	パーセント	度数	パーセント
表1-1 年齢		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	20歳以上 30歳未満	12	30.0	0	0.0
	30歳以上 40歳未満	12	30.0	5	15.2
	40歳以上 50歳未満	8	20.0	14	42.4
	50歳以上	6	15.0	8	24.2
	合計	38	95.0	27	81.8
欠損値	システム欠損値	2	5.0	6	18.2
合計		40	100.0	33	100.0
表1-2 臨床経験年数		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	1年以上 5年未満	5	12.5	0	0.0
	5年以上 10年未満	10	25.0	0	0.0
	10年以上 20年未満	10	25.0	11	33.3
	20年以上	12	30.0	16	48.5
	合計	37	92.5	27	81.8
欠損値	システム欠損値	3	7.5	6	18.2
合計		40	100.0	33	100.0
表1-3 仕事		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	患者ケア	28	70.0	2	6.1
	患者ケアと管理的業務	4	10.0	16	48.5
	部署の管理的業務	3	7.5	9	27.3
	施設全体の管理的業務	3	7.5	0	0.0
	合計	38	95.0	27	81.8
欠損値	システム欠損値	2	5.0	6	18.2
合計		40	100.0	33	100.0
表1-4 部署		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	病棟	27	67.5	18	54.5
	外来	1	2.5	4	12.1

	ICU/CCU/HCU など集中ケア部門	4	100	1	3.0
	その他	4	100	3	9.1
	合計	36	90.0	26	78.8
欠損値	システム欠損値	4	100	7	21.2
合計		40	100.0	33	100.0

表2:受講者のケアにおける経験

質問項目		A県の県立病院		日市立病院	
		度数	パーセント	度数	パーセント
表2-1 せん妄の発症を予防や軽減ケアした経験					
有効	ある	40	100.0	30	90.9
	ない	0	0.0	3	9.1
	合計	40	100.0	33	100.0
表 2-2 認知症の患者のケアの経験		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	ある	40	100.0	31	93.9
	ない	0	0.0	2	6.1
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-3 急にせん妄が起ることがある		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	4	10.0	2	6.1
	どちらともいえない	6	15.0	6	18.2
	よく困る	25	62.5	20	60.6
	いつも困る	5	12.5	4	12.1
	合計	40	100.0	32	97.0
欠損値	システム欠損値	0	0.0	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-4 せん妄をおこした患者ごどのように対応したらいいのかわからず困る		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	3	7.5	2	6.1
	どちらともいえない	8	20.0	6	18.2
	よく困る	24	60.0	21	63.6
	いつも困る	5	12.5	3	9.1
	合計	40	100.0	32	97.0

欠損値	システム欠損値	0	0.0	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-5 認知症の患者ごとのように対処したらいいのか分からず困る		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	3	7.5	4	12.1
	どちらともいえない	7	17.5	6	18.2
	よく困る	24	60.0	20	60.6
	いつも困る	5	12.5	2	6.1
	合計	39	97.5	32	97.0
欠損値	システム欠損値	1	2.5	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-6 つじつまの合わないことを言うことが困る		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	全く困らない	2	5.0	0	0.0
	あまり困らない	11	27.5	12	36.4
	どちらともいえない	7	17.5	11	33.3
	よく困る	18	45.0	8	24.2
	いつも困る	2	5.0	2	6.1
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-7 何薬飲しても理解できない患者に困る		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	全く困らない	1	2.5	0	0.0
	あまり困らない	9	22.5	5	15.2
	どちらともいえない	3	7.5	5	15.2
	よく困る	20	50.0	18	54.5
	いつも困る	6	15.0	4	12.1
	合計	39	97.5	32	97.0
欠損値	システム欠損値	1	2.5	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-8 ベッドから転落転倒しその患者に困る		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	2	5.0	3	9.1
	よく困る	24	60.0	17	51.5
	いつも困る	14	35.0	12	36.4
	合計	40	100.0	32	97.0

欠損値	システム欠損値	0	0.0	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-9 点高チューブが脱落してしまう患者に関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	全く困らない	0	0.0	1	3.0
	あまり困らない	1	2.5	3	9.1
	どちらともいえない	3	7.5	4	12.1
	よく困る	20	50.0	15	45.5
	いつも困る	16	40.0	10	30.3
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-10 抑圧すると家族から非難されることに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	全く困らない	0	0.0	1	3.0
	あまり困らない	17	42.5	12	36.4
	どちらともいえない	14	35.0	18	54.5
	よく困る	5	12.5	1	3.0
	いつも困る	4	10.0	0	0.0
	合計	40	100.0	32	97.0
欠損値	システム欠損値	0	0.0	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-11 抑圧するよう家族から言われることに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	全く困らない	2	5.0	1	3.0
	あまり困らない	10	25.0	10	30.3
	どちらともいえない	16	40.0	16	48.5
	よく困る	9	22.5	5	15.2
	いつも困る	3	7.5	1	3.0
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-12 患者を常時見守ったり観察したりできないことに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	2	5.0	1	3.0
	どちらともいえない	1	2.5	6	18.2
	よく困る	22	55.0	16	48.5
	いつも困る	15	37.5	9	27.3

	合計	40	100.0	32	97.0
欠損値	システム欠損値	0	0.0	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-13 患者が治療上必要な指示を守ることができないことに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	0	0.0	1	3.0
	どちらともいえない	3	7.5	8	24.2
	よく困る	24	60.0	19	57.6
	いつも困る	13	32.5	5	15.2
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-14 患者が大声を吐くことに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	2	5.0	1	3.0
	どちらともいえない	9	22.5	8	24.2
	よく困る	21	52.5	20	60.6
	いつも困る	8	20.0	4	12.1
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-15 患者が怒られることに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	5	12.5	1	3.0
	どちらともいえない	12	30.0	7	21.2
	よく困る	13	32.5	20	60.6
	いつも困る	10	25.0	4	12.1
	合計	40	100.0	32	97.0
欠損値	システム欠損値	0	0.0	1	3.0
合計		40	100.0	33	100.0
表2-16 必要看護用品や施設設備が不十分であることに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	8	20.0	3	9.1
	どちらともいえない	9	22.5	16	48.5
	よく困る	17	42.5	11	33.3
	いつも困る	6	15.0	3	9.1
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-17 痛さを正しく言ってくれないことに関する		度数	パーセント	度数	パーセント

有効	あまり困らない	12	30.0	6	18.2
	どちらともいえない	15	37.5	16	48.5
	よく困る	10	25.0	10	30.3
	いつも困る	3	7.5	1	3.0
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-18 図解図を必要と制限することなどについて医師の協力が得られないことに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	11	27.5	3	9.1
	どちらともいえない	11	27.5	10	30.3
	よく困る	12	30.0	20	60.6
	いつも困る	6	15.0	0	0.0
	合計	40	100.0	33	100.0
表2-19 患者に関する時間的せわぬことに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり困らない	3	7.5	2	6.1
	どちらともいえない	5	12.5	2	6.1
	よく困る	17	42.5	21	63.6
	いつも困る	14	35.0	8	24.2
	合計	39	97.5	33	100.0
欠損値	システム欠損値	1	2.5	0	0.0
合計		40	100.0	33	100
表2-20 患者の病歴と思考ケアを行うことについて上司や同僚の理解協力が得られないことに関する		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	全く困らない	5	12.5	3	9.1
	あまり困らない	18	45.0	12	36.4
	どちらともいえない	12	30.0	15	45.5
	よく困る	3	7.5	3	9.1
	いつも困る	2	5.0	0	0.0
	合計	40	100.0	33	100.0

表3:受講者の研修理解

質問項目		A県の県立病院		B市立病院	
表3-1 認知症の患者さんが不安づなりやすい状況環境		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	2	5.0	1	3.0
	ほぼ理解できた	27	67.5	21	63.6
	非常に理解できた	11	27.5	11	33.3
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-2 認知症の患者さんの様々な感情		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	5	12.5	2	6.1
	ほぼ理解できた	28	70.0	22	66.7
	非常に理解できた	7	17.5	9	27.3
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-3 認知症の患者さんが居る状況		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	5	12.5	4	12.1
	ほぼ理解できた	27	67.5	19	57.6
	非常に理解できた	8	20.0	10	30.3
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-4 認知症の患者さんの思考過程は我々の思考過程と同じであること		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	7	17.5	8	24.2
	ほぼ理解できた	25	62.5	18	54.5
	非常に理解できた	8	20.0	7	21.2
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-5 認知症の患者さんへの関わり方		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	6	15.0	5	15.2
	ほぼ理解できた	30	75.0	23	69.7
	非常に理解できた	4	10.0	5	15.2
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-6 認知症の患者さんの看護上の問題のとらえ方・見つけ方		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり理解できなかった	2	5.0	0	0.0
	どちらともいえない	2	5.0	9	27.3

	ほぼ理解できた	31	77.5	20	60.6
	非常に理解できた	5	12.5	4	12.1
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-7 認知症患者さんの看護展開の上で大切にすべきこと		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり理解できなかった	1	2.5	0	0.0
	どちらともいえない	1	2.5	4	12.1
	ほぼ理解できた	27	67.5	22	66.7
	非常に理解できた	11	27.5	7	21.2
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-8 認知症患者さんを完全で看取る上で、看護師や家族にとっての問題が多きこと		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	あまり理解できなかった	1	2.5	0	0.0
	どちらともいえない	1	2.5	2	6.1
	ほぼ理解できた	26	65.0	26	78.8
	非常に理解できた	11	27.5	5	15.2
	合計	39	97.5	33	100.0
欠損値	システム欠損値	1	2.5	0	0.0
合計		40	100.0	33	100.0
表3-9 せん妄ケアの内容について		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	0	0.0
	どちらともいえない	3	7.5	3	9.1
	ほぼわかりやすかった	21	52.5	20	60.6
	非常によく学習できた、わかりやすかった	15	37.5	10	30.3
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-10 せん妄ケアの内容の構成について		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	0	0.0
	どちらともいえない	3	7.5	3	9.1
	ほぼわかりやすかった	22	55.0	20	60.6
	非常によく学習できた、わかりやすかった	14	35.0	10	30.3
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-11 せん妄ケアの資料教材について		度数	パーセント	度数	パーセント

有効	一部わかりにくかった	1	2.5	0	0.0
	どちらともいえない	2	5.0	4	12.1
	ほぼわかりやすかった	24	60.0	19	57.6
	非常によく学習できた, わかりやすかった	13	32.5	10	30.3
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-12 認知の患者さんについてのビデオ教材について		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	未実施		1	3.0
	ほぼわかりやすかった			13	39.4
	非常によく学習できた, わかりやすかった			19	57.6
	合計			33	100.0
表3-13 認知の患者さんについての構造的学習演習の内容について		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	未実施	
	どちらともいえない	1	2.5		
	ほぼわかりやすかった	24	60.0		
	非常によく学習できた, わかりやすかった	14	35.0		
	合計	40	100.0		
表3-14 認知の患者さんについての講義演習の内容について		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	未実施		3	9.1
	ほぼわかりやすかった			23	69.7
	非常によく学習できた, わかりやすかった			7	21.2
	合計			33	100.0
表3-15 認知の患者さんについての構造的学習演習の内容の構成について		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	未実施	
	どちらともいえない	2	5.0		
	ほぼわかりやすかった	22	55.0		
	非常によく学習できた, わかりやすかった	15	37.5		
	合計	40	100.0		
表3-16 認知の患者さんについての構造的学習演習の資料教材について		度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	未実施	
	どちらともいえない	2	5.0		

	ほぼわかりやすかった	28	70.0		
	非常によく学習できた, わかりやすかった	9	22.5		
	合計	40	100.0		
表3-17	認知症患者についての講義演習の資料教材について	度数	パーセント	度数	パーセント
有効	どちらともいえない	未実施		6	18.2
	ほぼわかりやすかった			18	54.5
	非常によく学習できた, わかりやすかった			9	27.3
	合計			33	100.0
表3-18	認知症患者への看護課程の内容について	度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	0	0.0
	どちらともいえない	7	17.5	9	27.3
	ほぼわかりやすかった	21	52.5	19	57.6
	非常によく学習できた, わかりやすかった	11	27.5	5	15.2
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-19	認知症患者への看護課程の内容の構成について	度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	0	0.0
	どちらともいえない	5	12.5	9	27.3
	ほぼわかりやすかった	24	60.0	18	54.5
	非常によく学習できた, わかりやすかった	10	25.0	6	18.2
	合計	40	100.0	33	100.0
表3-20	認知症患者への看護課程の内容の資料教材について	度数	パーセント	度数	パーセント
有効	一部わかりにくかった	1	2.5	1	3.0
	どちらともいえない	4	10.0	9	27.3
	ほぼわかりやすかった	26	65.0	18	54.5
	非常によく学習できた, わかりやすかった	9	22.5	5	15.2
	合計	40	100.0	33	100.0

認知症の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と 適切な介護・医療環境の構築に関する研究

◇部会委員

小林 奈美（鹿児島大学医学部保健学科地域看護・看護情報学 助教授）

秋山 正子（白十字訪問看護ステーション 所長）

部屋 紀子（日生デイサービスセンターきずな 総責任者）

木之下 徹（こだまクリニック 理事長/院長）

荒川 典子（さんじゅ阿佐ヶ谷・阿佐ヶ谷北ふれあいの家 生活相談員）

鈴木 克己（新宿区健康部高齢者サービス課）

鈴木 泰子（介護老人保健施設 小金井あんず苑 看護師長）

大川 節（浴風会病院 総合サービス推進室 室長）

須貝 佑一（社会福祉法人 浴風会浴風会病院 診療部長）

◇研究協力者

杉山 智子（順天堂東京江東高齢者医療センター 看護師）

抄 録

【目的】介護保険制度下で提供される介護サービスでは認知症の多様性に対応しきれない部分がある。実際に認知症の人に提供されている介護サービスの中での処遇困難なケースの収集と分析を行った

【方法】本事業委員の所属するサービス機関において「処遇困難」と認識された事柄についての経過を調査対象とした。特定個人が同定される内容は含まない。「処遇困難」の定義は、平成16年度調査と同様、「医療・福祉サービス提供者によるサービス利用者とその家族および関係者すべてに対する一連の扱いについて、医療・福祉サービス提供者が感じる困難及び苦悩」を意味する。調査方法は、① 処遇困難の経過把握、② 処遇困難への対処に関する日記の2種類の調査記録用紙を用いて経過を記録した。調査期間は平成17年11月～1月又は平成17年12月～2月の3ヶ月間とした。分析方法は、1) 全体的な経過について、2) 処遇困難の発生・把握について3) 処遇困難の解決・終結について4) 処遇困難の継続について、それぞれ処遇困難が起こった状況を記録の中から傾向の把握と分析、考察を行った。倫理的配慮について、個人の特定ができないかたちで資料を収集し、統計的処理を行った。なお、当研究は、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会にて承認されている。

【結果と考察】4 ケースに共通する処遇困難は認知症の方の要因である「症状のコントロール」であったが、必ずしも暴力や徘徊といった活動的な行動障害ばかりではなく、むしろ不活性な行動障害による症状のコントロールと、その他の要因が複雑に関連しあう様相が報告されていた。とくに、専門医へ繋げるまでの困難、及びうまく専門医に繋げ投薬コントロールが試みられても、すぐに効果が現れるわけではなく、その間の症状に対処しなければならない困難が挙げられていた。一方で、これらの諸問題が解決すれば、処遇困難が解決することも示された。今回報告された処遇困難は必然的な問題の連鎖が複雑に絡み合っており、サービス提供者は常に解決策を模索しながらケースバイケースで対応しながらも、効果的な解決策が見つからない現状が明らかになった。現場の第一線で把握されるこれらの諸問題を具体的にどのように解決するのか、問題の把握だけでは、解決に繋がらないことを本調査の結果は示している。

【研究の成果】処遇困難にはいくつかの類型があり、その類型にもとづいて何が必要なサービスかを検討した。処遇困難例に共通しているのは介護対応では緩解できない認知症に伴うBPSD（認知症に伴う行動と精神の異常）が激しいことがあげられる。BPSDの治療と介護プランを組み込んだ新たな介護サービスの構築について提言した。

1. 目的と背景

平成 16 年度事業として実施した「認知症（痴呆症）の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の設定に関する研究（代表：須貝佑一）」では、8 種の異なるサービス（行政、病院、グループホーム、デイサービス、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、老人保健施設、在宅介護支援センター）から報告された 48 事例の処遇困難のパターンを分析した。その結果、事例に最も多く共通する要素として「本人の症状（BPSD）コントロールの困難」と「家族がケアの助言を受け入れないこと」が明らかになったが、サービス機関の種類によってこれらに付加される困難の要素が異なることも明らかになった¹⁾。しかし、16 年度に調査対象とした事例は、包括的なエピソード記述であり、日常的な経過を追えるものではなかったため、具体的な解決策を提言するには、さらに縦断的な記録の分析が必要であった。

したがって平成 17 年度は、平成 16 年度の調査結果を基礎に、認知症高齢者の処遇困難の発生がどのようにサービス提供者側に把握、認識され、その後どのような経過を辿るのか、という具体的な経過を把握することを目的に調査を行った。

2. 方法

(1) 調査方法

1) 調査対象

本事業委員の所属するサービス機関において「処遇困難」と認識された事柄についての経過を調査対象とした。特定個人が同定される内容は含まない。「処遇困難」の定義は、平成 16 年度調査と同様、「医療・福祉サービス提供者によるサービス利用者とその家族および関係者すべてに対する一連の扱いについて、医療・福祉サービス提供者が感じる困難及び苦悩」を意味する。

2) 調査方法

以下、2 種類の調査記録用紙を用いて経過を記録した（調査用紙は付録参照）。

① 処遇困難の経過把握

平成 16 年度に作成した選択式の調査項目について、調査期間内の日常の状況を記録した。

② 処遇困難への対処に関する日記

処遇困難の状況に関連して特記的な状況が起きた際の対処について、日記形式の

記録用紙に記載した。

③ 調査期間：平成17年11月～1月又は平成17年12月～2月の3ヶ月間。

(サービス提供機関の都合により、いずれか可能な期間。)

(2) 分析方法

報告された各ケースについて以下のように分析した。

1) 全体的な経過について

全体的な経過において、処遇困難の発生・把握、解決・終結、継続に関する傾向を把握する。

2) 処遇困難の発生・把握について

処遇困難の経過把握記録の中で、新たな処遇困難の要素が加わった日を同定し、その際に起こった状況を分析する。

3) 処遇困難の解決・終結について

処遇困難の経過把握記録の中で、従来の処遇困難の要素が減った日を同定し、その際に起こった状況を分析する。

4) 処遇困難の継続について

処遇困難の経過把握記録の中で、解決されることなく継続し続けた処遇困難の要素について、その要因を状況記録の中から考察する。

(3) 倫理的配慮

調査にあたっては、個人の特定ができないかたちで資料を収集し、統計的処理を行った。なお、当研究は、認知症介護研究・研修東京センター倫理委員会にて承認されている。

3. 結果

4種類のサービス機関（訪問診療クリニック、老人保健施設、デイサービスセンター、高齢者医療専門病院）から各1ケースずつ報告された。各ケースの処遇困難要素の経過は、別表（表1～表4）参照。

(1) ケース1 訪問診療クリニック（表1）

1) 全体的な経過

認知症のご本人の要因のみが報告されており、中でも「症状コントロールの困難」と「痛みや体の異常を訴えるのが困難」の2項目が継続した問題として挙げられて

いる。11月7日に発生・把握されてから、1月5日に一度解決しているが、1月20日再度「痛みや体の異常を訴えるのが困難」の項目が報告されており、その後継続している。

2) 処遇困難の発生・把握

【11月7日】

通院困難のため、前医より紹介され初診。この時点で、パーキンソン病が基礎疾患としてあり、アルツハイマー病の併存による行動の不活性、身体のこわばりなどが把握された。家族には、もう一人要介護者がおり、介護者の負担をこれ以上増やさないことを目的とした支援が行われた。

【1月20日】

入浴サービス時、訪問したナースにより発熱が報告され、その後、解熱剤と抗生剤投与で落ち着いたものの、丸一日半眠り続けたため、乏尿となり、自宅で点滴注射を試みたが、血管確保が困難であり、さらに意識レベル低下を認めたため、救急搬送にて連携病院に依頼した。しかし満床で入院できず、救急隊が7-8箇所問い合わせてようやく都立病院に受け入れてもらえた。点滴のみ行って帰宅。

3) 処遇困難の解決・終結

【1月6日】

約1ヶ月前からLドーパの投与が開始され、投薬コントロールが行われた結果、身体の固さや意思疎通に改善が見られた。もともと認知症による意思疎通の困難、記憶障害はそれほど重度でなかったため、車イスで食事を摂ることが出来たこの時点をもって解決と報告されている。

4) 処遇困難の継続

処遇困難として報告されなかったが、1月20日のエピソードから、緊急時に速やかに受け入れ可能な3次医療機関の確保が困難であったことがわかる。また、家族の介護負担軽減に対する根本的な解決策が得られにくい点も処遇困難の継続要因と考えられる。

(2) ケース2 老人保健施設（表2）

1) 全体的な経過

さまざまな要因にわたる処遇困難が時期を異にして報告されたが、長く継続して

いる要因は、認知症の方の要因である「症状コントロールの困難」と「痛みや体の異常を訴えるのが困難」、医療対応の要因である「症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難」の3つであった。

2) 処遇困難の発生・把握

【11月14日】

もともと、夜間徘徊、独語、介護拒否などの行動問題が見られ、服薬コントロールが試みられていたが上手くいかず、昼夜逆転、ふらつきなどが著明となり転倒もたびたび観察されるようになっていた。この時点で夜間徘徊時のふらつきが顕著になり、介護職員1対1の付き添いによる見守りが常時必要な状態となり、夜間の介護職員の手が一人取られることになる。

【11月25日】

入眠剤処方されるが効果なく、入眠中も独語、体動が観察される。

【12月1日】

内服薬変更。夜間徘徊、攻撃的態度著明、転倒を繰り返す。

【12月5日】

他の医療機関の精神科受診を予約。救急的な受診は出来なかった。

【12月8日】

専門医療機関を受診したが、認知症受診をさらに予約することになる。

3) 処遇困難の解決・終結

【11月20日】

家族の問題解決に関する記載はない。施設利用前はうつ病で自宅介護を受けており、その時点でかかっていた心療内科では、家族が病気についての十分な説明を受けておらず、認知症としての理解が不十分であった。この時点から一週間後、今後の医療について話し合いが持たれ、家族によって専門医への受診が行われているため、家族の認識が変化したものと考えられる。最低週に一度は家族の面接があり、家族と一緒にいる時は常に穏やかであると報告されている。

【11月28日】

「緊急時の受け入れが介護保険下で困難」の解決に関する直接的な報告はないが、2日後に、「今までの主治医であった精神科には入院施設がないため、今後の判断は施設の医師に任せる」と主治医の交代が決着したと報告されており、その後専門医への受診がはかられていることから、専門病院入院へ向けてようやく事態の打開がはかれる状態になったと考えられる。

【12月3日】

動きがやや緩慢になり、0時すぎから入眠。(次の日の午後から再び、活発な行動問題が出現する。)

【12月27日】

専門医療機関へ転出。

4) 処遇困難の継続

激しい行動問題が繰り返され、投薬コントロールがはかられているにも関わらず、行動のコントロールがうまくいかない状態が長く継続した。さらに、以前からの主治医から施設の管理医、さらに専門医への受診などを速やかに進めることができず、専門医療機関への転出まで1ヶ月近くを要している。その間、激しい行動問題のために、介護職員による夜間の1対1対応が取られたものの、介護職員への暴力、転倒の繰り返しが報告されている。

(3) ケース3 デイサービスセンター (表3)

1) 全体的な経過

デイサービスであるため、利用時における状況の把握である。継続した問題として認知症の方の要因である「症状コントロールの困難」と医療対応の要因である「痴呆(認知症)専門医を探すのが困難」が挙げられ、その理由として認知症専門医に繋ごうとしても、複数の医療が絡みあっているため受診に繋がらないと報告されている。

2) 処遇困難の発生・把握

当初より、帰宅願望の訴え、入浴拒否が強く、デイサービスに来ても寝て過ごすことが多い。投薬コントロールが試みられているものの、調査期間中、この症状は一貫して報告されている。自宅では、良眠されることも家族からたびたび報告されている。ショートステイで数回転倒。右足が弱くなっていると家族から報告があるが、調査期間中、新たな処遇困難の把握は報告されていない。

3) 処遇困難の解決・終結

【1月30日】

診療内科専門医へ受診。これにより、「認知症専門医を探すのが困難」は終結した。

4) 処遇困難の継続

専門医へ繋がり、投薬コントロールも引き続き試みられているが、症状に著変は

ない。しかし、受け答えや表情に改善が見られている。

(4) ケース4 高齢者専門病院 (表4)

1) 全体的な経過

医療対応の要因以外の要因が時期を異にして発生している。調査期間中、継続した処遇困難は「家族介護者による虐待への介入が困難」と「家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難」の2つであった。「症状のコントロール」は当初は継続した処遇困難の要素であったが、一旦、解決し、その後時々観察されている。

2) 処遇困難の発生・把握

【11月17日】

ケアマネージャーより、「食事は目の前の物のみ食べ、ベッド上で動かない。入浴拒否、デイサービスの利用もせず、認知症ではないか。」と医療相談があり、把握された。服薬管理ができず、生活保護を受けているが、本人の意に反し保護費も子どもが持っていくため、月末には生活費が足りなくなることがあると報告されている。

【11月28日】

特記事項の記載はないが、3日前、外来受診。身なりも崩れ車椅子で来院。入院予約をするが、福祉事務所担当ワーカーと連絡が取れない。

【12月1日】

介護療養型病棟へ入院。服薬、食事などがどの程度できていたのか不明。歩行もやっとの状態。子どもとの連絡がつかず、入院に当たっての契約は福祉事務所担当者が行い、金銭管理も福祉事務所が行うことになる。

【12月16日】

嘔吐あり、肝機能悪化するが、病状説明をする相手がいらない。福祉事務所担当ワーカーとも連絡が取れない。

【12月19日】

福祉事務所担当ワーカーとようやく連絡が取れるが、子どもとの連絡は相変わらず取れない。

【1月2日】

再度嘔吐あり、禁食となる。年が明けても子どもの来院はない。認知症というよりも肝性脳症からの症状が中心となる。当初の予定では今月、今後の方針を決める

ことにしていたが、状態が悪化して決めることができない。また、子どもとも依然として連絡が取れない。

3) 処遇困難の解決・終結

【12月1日】

療養型病棟入院により、食事・服薬管理が可能になり、よって症状コントロールも可能になった。

【12月22日】

嘔吐に対する治療により解決、食事再開となり、症状コントロール可能になった。

【1月7日】

嘔吐に対する治療により解決、食事再開となり、症状コントロール可能になった。

4) 処遇困難の継続

依然として子どもとの連絡が取れず、福祉事務所担当ワーカーとの連絡も、時折困難をきたしている。本人の病状も悪化しており、今後の治療方針や金銭管理など、意思決定が難しい状態が続いている。結果的に認知症による処遇困難ではないことが判明したが、家族要因の処遇困難は解決の糸口が見えないまま継続している。

4. まとめ

4 ケースに共通する処遇困難は認知症の方の要因である「症状のコントロール」であったが、必ずしも暴力や徘徊といった活動的な行動障害ばかりではなく、むしろ不活性な行動障害による症状のコントロールと、その他の要因が複雑に関連しあう様相が報告されていた。とくに、専門医へ繋げるまでの困難、及びうまく専門医に繋げ投薬コントロールが試みられても、すぐに効果が現れるわけではなく、その間の症状に対処しなければならない困難が挙げられていた。一方で、これらの諸問題が解決すれば、処遇困難が解決することも示された。

平成16年度事業として行った処遇困難のパターンの分類が、問題の静的側面を捉えたものであるとすれば、今回は処遇困難の発生・把握、解決・終結、継続といった動的側面を捉えることが出来たと考えられる。今回報告された処遇困難は必然的な問題の連鎖が複雑に絡み合って起こっており、サービス提供者は常に解決策を模索しながらケースバイケースで対応しながらも、効果的な解決策が見つからない現状が明らかになった。

認知症の高齢者は、基礎疾患として内科や脳神経科の専門医を必要とする状態も多く、主治医を一人に定めて医療を一本化することが困難であるにもかかわらず、総合

病院では緊急時でさえ受け入れてもらうことが難しい。またサービス提供者が専門医の受診の必要性を認識しても、まず、家族がその必要性を認識し、さらに主治医がその必要性を認識しなければ、事態が解決に向かわないという実態がある。常勤のソーシャルワーカーがいるサービス機関は必ずしも多くない上、ケアマネージャーを兼務している場合など、複雑な問題にタイムリーに関わる十分な時間が確保できない状況もある。

高齢者虐待防止や擁護者支援が法制化される中で、現場の第一線で把握されるこれらの諸問題を具体的にどのように解決するのか、問題の把握だけでは、解決に繋がらないことを本調査の結果は示している。【文責：小林奈美】

[引用文献]

1) 社会福祉法人 浴風会 認知症介護研究・研修東京センター編：認知症（痴呆症）の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の設定に関する研究報告書。平成17年3月。

表1. ケース1: 訪問診療クリニック 80代

11月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
		火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
処遇困難の内容																																
[認知症の方の要因]																																
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難																																
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																																
3. 同居と孤立のため、関係構築が困難																																
[ご家族の要因]																																
1. 「痴呆」と認識するのが困難																																
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																																
3. 家族が病气などの緊急時の対処が困難																																
4. 家族介護者による虐待への介入が困難																																
5. 老老介護による困難																																
[医療対応の要因]																																
1. 痴呆専門医を探すのが困難																																
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																																
3. 検査をきちんとしてくれる病院を探すのが困難																																
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																																
[その他]																																
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																																
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																																

12月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
		木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土				
処遇困難の内容																																				
【認知症の方の要因】																																				
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
3. 独居と孤立のため、関係構築が困難																																				
【ご家族の要因】																																				
1. 「痴呆」と認識するのが困難																																				
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																																				
3. 家族が病气などの緊急時の対応が困難																																				
4. 家族介護者による虐待への介入が困難																																				
5. 老老介護による困難																																				
【医療対応の要因】																																				
1. 痴呆専門医を探すのが困難																																				
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																																				
3. 検査をきちんとしてくれる病院を探すのが困難																																				
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																																				
【その他】																																				
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																																				
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																																				

1月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火					
処遇困難の内容																																					
【認知症の方の要因】																																					
1.	症状(BPSD)コントロールの困難	○	○	○	○	○	○	解決																													
2.	痛みや体の異常を訴えるのが困難	○	○	○	○	○	○	解決																													
3.	同居と孤立のため、関係構築が困難																																				
【ご家族の要因】																																					
1.	「痴呆」と認識するのが困難																																				
2.	ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																																				
3.	家族が病氣などの緊急時の対処が困難																																				
4.	家族介護者による虐待への介入が困難																																				
5.	老老介護による困難																																				
【医療対応の要因】																																					
1.	痴呆専門医を探すのが困難																																				
2.	怪我した時の入院先を探すのが困難																																				
3.	検査をきちんとしてくれる病院を探すのが困難																																				
4.	症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																																				
【その他】																																					
1.	家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																																				
2.	緊急時の受け入れが介護保険下で困難																																				

12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	
処遇困難の内容																															
[認知症の方の要因]																															
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難																															
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																															
3. 独居と孤立のため、関係構築が困難																															
[ご家族の要因]																															
1. 「痴呆」と認識するのが困難																															
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																															
3. 家族が病気などの緊急時の対処が困難																															
4. 家族介護者による虐待への介入が困難																															
5. 老老介護による困難																															
[医療対応の要因]																															
1. 痴呆専門医を探すが困難																															
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																															
3. 検査をさちんとしてくれる病院を探すのが困難																															
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																															
[その他]																															
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																															
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																															

表3. ケース3:ディサイバースセンター 70代

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
12月		木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	
処遇困難の内容																																	
[認知症の方の要因]																																	
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																																	
3. 独居と孤立のため、関係構築が困難																																	
[ご家族の要因]																																	
1. 「痴呆」と認識するのが困難																																	
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																																	
3. 家族が病氣などの緊急時の対処が困難																																	
4. 家族介護者による虐待への介入が困難																																	
5. 老老介護による困難																																	
[医療対応の要因]																																	
1. 痴呆専門医を探すのが困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																																	
3. 検査をきちんとしてくれる病院を探すのが困難																																	
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																																	
[その他]																																	
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																																	
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																																	

1月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火					
処遇困難の内容																																					
[認知症の方の要因]																																					
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																																					
3. 同居と孤立のため、関係構築が困難																																					
[ご家族の要因]																																					
1. 「痴呆」と認識するのが困難																																					
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																																					
3. 家族が病氣などの緊急時の対処が困難																																					
4. 家族介護者による虐待への介入が困難																																					
5. 老老介護による困難																																					
[医療対応の要因]																																					
1. 痴呆専門医を探すが困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																																					
3. 検査をさちんとしてくれる病院を探すのが困難																																					
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																																					
[その他]																																					
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																																					
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																																					

2月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
		水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
処遇困難の内容																													
[認知症の方の要因]																													
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																													
3. 独居と孤立のため、関係構築が困難																													
[ご家族の要因]																													
1. 「痴呆」と認識するのが困難																													
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																													
3. 家族が病气などの緊急時の対処が困難																													
4. 家族介護者による虐待への介入が困難																													
5. 老老介護による困難																													
[医療対応の要因]																													
1. 痴呆専門医を探するのが困難																													
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																													
3. 検査をきちんとしてくれる病院を探すのが困難																													
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																													
[その他]																													
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																													
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																													

表4. ケース4:高齢者医療専門病院 80代

11月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30								
		火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水								
[認知症の方の要因]																																							
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																																							
3. 独居と孤立のため、関係構築が困難																																							
[ご家族の要因]																																							
1. 「痴呆」と認識するのが困難																																							
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																																							
3. 家族が病氣などの緊急時の対処が困難																																							
4. 家族介護者による虐待への介入が困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
5. 老老介護による困難																																							
[医療対応の要因]																																							
1. 痴呆専門医を探すのが困難																																							
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																																							
3. 検査をさちんとしてくれる病院を探すのが困難																																							
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																																							
[その他]																																							
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																																							

12月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
如遇困難の内容																															
[認知症の方の要因]																															
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難																															
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																															
3. 同居と孤立のため、関係構築が困難																															
[ご家族の要因]																															
1. 「痴呆」と認識するのが困難																															
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																															
3. 家族が病气などの緊急時の対処が困難																															
4. 家族介護者による虐待への介入が困難																															
5. 老老介護による困難																															
[医療対応の要因]																															
1. 痴呆専門医を探するのが困難																															
2. 怪我した時の入院先を探するのが困難																															
3. 検査をきちんとしてくれる病院を探するのが困難																															
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																															
[その他]																															
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難																															
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																															

1月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
		日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火				
処遇困難の内容																																				
[認知症の方の要因]																																				
1. 症状 (BPSD) コントロールの困難			○	○	○	○	○	○																												
2. 痛みや体の異常を訴えるのが困難																																				
3. 独居と孤立のため、関係構築が困難																																				
ご家族の要因]																																				
1. 「痴呆」と認識するのが困難																																				
2. ケアの助言を受け入れて頂くのが困難																																				
3. 家族が病気などの緊急時の対処が困難			○	○	○	○	○	○																												
4. 家族介護者による虐待への介入が困難			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
5. 老老介護による困難																																				
[医療対応の要因]																																				
1. 痴呆専門医を探すのが困難																																				
2. 怪我した時の入院先を探すのが困難																																				
3. 検査をきちんとしてくれる病院を探すのが困難																																				
4. 症状コントロールができる身近な医師を探すのが困難																																				
[その他]																																				
1. 家族関係、財産相続、地域の行政担当区が複雑にからみあって解決困難			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. 緊急時の受け入れが介護保険下で困難																																				

まとめ

平成17年度の調査研究事業の研究成果をここにまとめることができた。今年度は東京センターで受け持つ調査研究事業を統一したテーマの中で分担して行うという初めての試みを実施したわけである。厳しい調査研究予算枠の中では当初のもくろみ通りというわけにはいかない面もあったが、概ね調査研究事業の目的は達成できたと自負している。通覧してわかるように「認知症介護のサービスのあり方と質の向上に関する研究」という統一テーマが全体を貫いている。4本の分担研究の柱はいずれも、いま、どこの認知症介護現場でも直面している大きな問題であり、かつ解決を迫られている現実的な課題でもある。再録すれば、1.「認知症の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護の変容に関する研究」2.「団塊の世代が将来の認知症居住型ケアに期待する条件についての調査研究」3.「医療依存度の高い認知症高齢者のケアにおける介護保険事業所と医療機関との連携に関する研究事業—病院看護部門を対象とした研修プログラムの開発」4.「認知症の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の構築に関する研究」である。認知症の発見と対応、認知症の人たちの住まい、認知症の人たちの差し迫った医療の問題なのである。いずれの調査研究成果もいくつかの重要な示唆を与えてくれた。実際の認知症介護の質とサービスの向上につなげるためには、この成果をもう一段階かみくだいて現場に持ち込まなくてはならない。言うはやすく行いは難し、であってはならないと思う。これをお読みいただいた現場スタッフ、研究者、行政関係者、あるいは介護家族の方々のご意見や感想、ご批判をいただきながら今後の調査研究事業に生かしていきたい。

「認知症介護のサービスあり方と質の向上に関する研究」委員会 名簿

須貝 佑一* 認知症介護研究・研修東京センター

研究分担：

「認知症の早期発見と早期対応が及ぼす認知症介護の変容に関する研究」

「認知症の処遇困難例に対する在宅介護サービスのあり方と適切な介護・医療環境の構築に関する研究」

今井 幸充 認知症介護研究・研修東京センター

研究分担：

「団塊の世代が将来の認知症居住型ケアに期待する条件についての調査研究」

諏訪 さゆり 認知症介護研究・研修東京センター

研究分担：

「医療依存度の高い認知症高齢者のケアにおける介護保険事業所と医療機関との連携に関する研究事業—病院看護部門を対象とした研修プログラムの開発—」

* 委員会委員長

委員会の下に，研究事業ごとに作業部会を設置した。
作業部会委員名は，各研究事業報告の中に記した。

報告書名

平成 17 年度老人保健健康増進当事業報告書
(介護保険制度の適正な実施及び質の向上に寄与する調査研究事業)
認知症介護のサービスのあり方と質の向上に関する研究
報告書

発行元

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
TOKYO Dementia Care Research and Training Center
〒168-0071
東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話 : 03 3334 2173 FAX : 03 3334 2718
URL <http://www.dcnet.gr.jp/>

発行年月

平成 18 年 (2006 年) 3 月