

長寿医療研究開発費 平成29年度 総括研究報告

認知症の救急医療の課題解決に向けた研究（27-8）

主任研究者 武田 章敬 国立長寿医療研究センター
医療安全推進部 部長

研究要旨

3年間全体について

平成25年度から全国で行われている「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の研修プログラムや教材に関して、受講者やファシリテーターを対象とした聞き取り調査を行い、課題や改善すべき点を明らかにし、政策提言を行った。また、これまでの研究から得られた知見を踏まえ、新たな教材案を開発し、実際にそれを使用して講義を行ったところ、受講者から概ね良好な評価が得られた。

また、一般病院勤務の医療従事者の認知症に関する研修ニーズにつきアンケート調査を行い、ほぼ全員が認知症の人のケアに困難感があると回答し、症状やアセスメント、コミュニケーション、意思決定支援、家族支援に関する研修が求められていることが明らかになった。

一般病棟入院中の患者を対象として、転倒・転落に関する調査を行い、認知症のある患者は認知症のない患者に比べ有意に転倒・転落が多く、転倒・転落発生率も高かったが、年齢を補正すると転倒・転落発生率においては有意な差は認められなかった。

認知症の救急医療の実態に関して、全国の救急告示病院を対象としたアンケート調査を実施した。その結果、平成29年度の調査においては平成25年度よりも認知症患者の救急外来での診療や緊急入院の受け入れに積極的な病院が多く、マニュアルの整備や認知症の有無の評価等を行っている病院が多かった。認知症ケア加算を算定している病院は算定していない病院よりも認知症患者の緊急入院の受け入れに積極的であり、診療報酬上の評価によりスタッフのモチベーションが上がり、協力が得やすくなった等の良好な変化が示される回答が多くみられた。

また、介護家族470名を対象として認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査を実施し、認知症を理由に診察や治療を拒否された人が7名、入院が必要と考えられるのに入院を拒否されたりした人が5名あり、また、入院時の家族の付き添いや個室への入院を求められる等、認知症の人や家族を取り巻く状況は前回調査時と比べ著明な改善は認めなかった。

平成29年度について

全国の救急告示病院を対象として、認知症の人の身体合併症の救急診療に関する実態調査を平成25年度に引き続き実施した。その結果、平成29年度の調査においては平成25年度よりも認知症患者の救急外来での診療や緊急入院の受け入れに積極的な病院が多く、マニュアルの整備や認知症の有無の評価等を行っている病院が多かった。認知症ケア加算を算定している病院は算定していない病院より

も認知症患者の緊急入院の受け入れに積極的であり、診療報酬上の評価によりスタッフのモチベーションが上がり、協力が得やすくなった等の良好な変化が示される回答が多くみられた。

また、認知症の人を介護する家族を対象として身体疾患に対する医療に関する全国調査を平成 25 年度に引き続いて行った。470 名を対象として調査を行い、345 名から回答を得た。認知症を理由に診察や治療を拒否された人が7名、入院が必要と考えられるのに入院を拒否されたりした人が5名あり、また、入院時の家族の付き添いや個室への入院を求められる等、認知症の人や家族を取り巻く状況は前回調査時と比べ著明な改善は認めなかった。

医療従事者の認知症に関する研修へのニーズを明らかにすることを目的に、293 名の医療従事者を対象として実施した調査の分析を行った。その結果、対象者のほぼ全員が認知症医療やケアに困難感があると回答し、全職種とも症状への対応に困難感を抱く傾向があった。症状やアセスメント、コミュニケーション、意思決定支援、家族支援といった内容へのニーズを持っていることが明らかとなった。

主任研究者

武田 章敬 国立長寿医療研究センター 医療安全推進部 部長

分担研究者

粟田 圭一 東京都健康長寿医療センター 自立促進と介護予防研究チーム 研究部長

福家 伸夫 帝京大学ちば総合医療センター 救急集中医療センター センター長

(平成 27 年度、平成 28 年度)

高梨 早苗 国立長寿医療研究センター 看護部 看護師

鈴木 和代 公益社団法人認知症の人と家族の会

研究期間 平成 27 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日

A. 研究目的

3 年間全体について

平成 24 年度からの長寿医療研究開発費「24-25 認知症の救急医療の実態に関する研究」において、救急告示病院および認知症の人と家族の会会員を対象として、認知症の身体救急疾患への対応に関する全国規模の調査を行った。その結果、ほとんどの病院において認知症の人の身体疾患の救急受診や緊急入院を受け入れているが、94%の病院で認知症への対応が困難と感じることがあること、認知症を理由とした診療拒否や入院拒否が一定数あること、拒否はされなくても家族の付き添いが求められたり、身体抑制や薬物による鎮静が行われている実態が明らかになった。また、一般病院の医師や看護師等の医療従事者を対象とした認知症ケアに関する研修が行われているが、その効果を検証する必要がある。

本研究班においては、①病院勤務の医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修をより効果的・効率的に行うための研修プログラムの開発を行い、その効果を検証すること、②認知症の救急医療の実態に関してより詳細かつ具体的な調査を行い、診療報酬改定や他の認知症施策推進の根拠となり得るデータを蓄積し、それを踏まえた政策提言を行うこと、③施策の効果測定を行うために、平成 25 年度に実施した全国調査と同様の調査を再度行うことを計画した。

平成 28 年度診療報酬改定において「認知症ケア加算」が創設され、一般病院における認知症の身体疾患への対応が評価されることとなった。本研究班においては、診療報酬における「認知症ケア加算」の創設や認知症に関する研修等の施策の効果を測定することもより重要な研究の目的となった。

平成 29 年度について

長寿医療研究開発費「24-25 認知症の救急医療の実態に関する研究」において、我々は全国の救急告示病院および認知症の人を介護する家族を対象として、認知症の身体救急疾患への対応に関する調査を平成 25 年度に行った。それらの調査結果を踏まえ、本研究班は平成 28 年度診療報酬改定に対して政策提言を行った。平成 28 年度診療報酬改定において「認知症ケア加算」の創設等、認知症の人の身体疾患に対する診療が診療報酬で評価されることとなった。本研究班では全国の救急告示病院および介護家族を対象とした調査を再度行い、診療報酬改定やその他の認知症施策の影響を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

3 年間全体について

研究 1（「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」のプログラム及び教材の改善に向けた調査研究）

平成 29 年に A 県で行われた「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」について受講者やファシリテーターに聞き取り調査を行った。その結果を踏まえて、研修カリキュラムや教材の改訂を行っている平成 29 年度老人保健健康増進等事業「医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業」のワーキングチームに対して要望という形で政策提言を行った。

また、「24-25 認知症の救急医療の実態に関する研究」および本研究から得られた知見を踏まえ、現行の「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」テキストの改善案につき、分担研究者と検討を行った。認知症の人と家族の会を対象としたアンケート調査および聞き取り調査で得られた体験等を組み入れた教材案を作成し、実際に研修の場において試験的に使用して、その評価につき調査を行った。

研究 2（医療従事者の認知症研修へのニーズに関する研究）

A 急性期病院に勤務する医療従事者（医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリセラピスト[理学療法士・作業療法士・言語聴覚士]・医療ソーシャルワーカー）を対象として、本研究班で平成 27 年度に作成した調査票を用いて、認知症のある人への医療やケアの経験の有無、医療やケア時の困難感の有無・内容、認知症研修受講の有無、研修へのニーズなどに関するアンケート調査を行った。

研究 3（認知症のある患者の一般病棟への入院に関する調査）

1 か月間に新たに国立長寿医療研究センターに入院した患者につき、診療録を後方視的に調査し、認知症の有無と患者の特徴、認知症の有無や原因疾患と転倒・転落の発生、転倒対策、身体拘束や家族付き添いの有無等につき検討を行った。

研究 4（介護家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査票の改訂および調査

の実施)

前年度に本研究班で実施した介護家族への聞き取り調査の結果を踏まえ、認知症の人を介護する家族に対する調査票の改訂を行い、過去に認知症の介護をしたことがある人を対象に、調査を実施した。

「家族の会」都道府県支部へ郵送し(470)、該当者に配布を依頼した。

研究5(医療機関を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査票の改訂および調査の実施)

平成28年度診療報酬改定の影響について、救急に携わる医師へのヒアリングを行い、医師、看護師、研究者と検討を行い、医療機関に対する調査票の改訂を行った。全国の救急告示病院(3,819ヶ所)に対して調査票を郵送し、回答後返送してもらった。

平成29年度について

平成28年度に改訂を行った調査票を用いて全国調査を実施した。全国の救急告示病院(3,819ヶ所)に対して調査票を郵送し、回答後返送してもらった。(平成30年1月~3月)

介護家族を対象とした調査に関しては、過去に認知症の介護をしたことがある人を対象に、回答者による自記式アンケートを実施した。「家族の会」都道府県支部へ郵送し(470)、該当者に配布を依頼した。

医療従事者の認知症に関する研修へのニーズを明らかにすることを目的に、研究参加同意の得られた293名の医療従事者(医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・リハビリセラピスト[理学療法士・作業療法士・言語聴覚士]・医療ソーシャルワーカーを対象に自記式質問紙による調査を行い、その結果を解析した。

(倫理面への配慮)

3年間全体について

疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(平成27年3月31日一部改正)を遵守して行った。また、アンケート調査においては国立研究開発法人国立長寿医療研究センター倫理・利益相反委員会の許可を得た。

C. 研究結果

3年間全体について

研究1(「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」のプログラム及び教材の改善に向けた調査研究)

本研修の内容が受講者のモチベーションを高めたり、実際の臨床の場で役立たせることができる内容とは必ずしも言えないことが明らかとなった。

その結果とこれまでの本研究班の調査研究で得た知見を踏まえ、研修カリキュラムや教材の改訂を行っている老人保健健康増進等事業「医療従事者の認知症に関する研修の教材開発に関する調査研究事業」のワーキングチームに対して、本研修プログラム及び教材の課題、具体的な改善方法を含めた要望という形で政策提言を行った。

また、開発した教材案を使用して講義を行ったところ、受講者から概ね良好な評価が得られた。

研究 2（医療従事者の認知症研修へのニーズに関する研究）

回答者のほぼ全員がケアに困難感があると回答し、全職種とも「症状対応」「コミュニケーション」「意思決定支援」「家族支援」に困難感を抱く傾向があった。研修へのニーズとしては約 8 割の対象者が過去に認知症に関する研修を受講し、そのうち 7～8 割のものが過去の研修で認知症のタイプや症状、コミュニケーションについて理解でき有用だったと回答していた。一方 5～7 割のものが薬物療法、意思決定支援や緩和ケア、家族支援について理解できなかった（もしくは未受講）、有用ではなかったと回答していた。7～8 割のものが研修受講の有無にかかわらず、症状やアセスメント、コミュニケーション、意思決定支援、家族支援を今後も受講したいと希望していた。

研究 3（認知症のある患者の一般病棟への入院に関する調査）

認知症のある患者は年齢が高く、女性が多く、緊急入院の比率が高く、平均在院日数が長いことが示された。緊急入院に限定し、年齢を調整しても認知症のある人は在院日数が長いことが示された。また、平成 27 年度の検討では、認知症のある患者は認知症のない患者に比べ有意に転倒・転落が多く、転倒・転落発生率も高かったが、今回の検討で年齢を補正すると転倒・転落発生率においては差が認められなかった。

当センターの実施している「転倒転落アセスメント」も併せて検討を行ったところ、N2 群、N3 群で転倒・転落の発生率が高かった。アルツハイマー型認知症とレビー小体型認知症の患者においては特に N2 群で転倒・転落発生率が高かった。

研究 4（介護家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査票の改訂および調査の実施）

前回の調査票の改訂を行った。病気や症状が発症した時にどこにいたかの質問を追加したり、受診や入院において生じた問題の選択肢を増やしたことなどが主な変更点である。改訂した調査票を用いて、認知症の人を介護する家族を対象として身体疾患に対する医療に関する全国調査を行った。470 名を対象として調査を行い、345 名から回答を得た。認知症を理由に診察や治療を拒否された人が 7 名、入院が必要と考えられるのに入院を拒否されたりした人が 5 名あり、また、入院時の家族の付き添いや個室への入院を求められる等、認知症の人や家族を取り巻く状況は前回調査時と比べ著明な改善は認めなかった。

研究 5（医療機関を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査票の改訂および調査の実施）

救急に携わる医師へのヒアリングで得られた意見をもとに前回の調査票の改訂（認知症ケア加算算定の有無、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修受講状況、診療報酬改定等の施策による変化等の追加）を行った。改訂した調査票を用いて、全国の救急告示病院を対象としたアンケート調査を実施した。その結果、平成 29 年度の調査においては平成 25 年度よりも認知症患者救急外来での診療や緊急入院の受け入れに積極的な病院が多く、マニュアルの整備や認知症の有無の評価等を行っている病院が多かった。認知症ケア加算を算定している病院は算定していない病院よりも認知症患者の緊急入院の受け入れに積極的であり、診療報酬上の評価によりスタッフのモチベーションが上がり、

協力が得やすくなった等の良好な変化が示される回答が多くみられた。

平成29年度について

全国の救急告示病院（3,819ヶ所）を対象として、認知症の人の身体合併症の救急診療に関する実態調査を行った。558ヶ所の病院から回答を得た（回答率14.6%）。有効な回答を得た554ヶ所について解析を行った。

我々は平成25年度に全国の救急告示病院3,697ヶ所を対象として同様の調査を行い、593ヶ所の病院から回答を得ている（回答率16.0%）。

平成29年度と平成25年度で回答を得た病院の病床数の分布に差はなく、平成29年度に回答した病院は平成25年度に回答した病院よりも身体疾患を来した認知症患者の救急外来での受け入れや緊急入院の受け入れに積極的であった。今回の調査では平成25年度の初回調査と比較して認知症やせん妄に対するマニュアルの整備や入院患者の認知症の有無やせん妄のリスクの評価という点で改善がみられた。困ったときの対応としては、著明な変化はなかったが、平成29年度に回答した病院は平成25年度に回答した病院よりも家族に付き添いを要請したり、有料個室への入室を要請する病院は少なかった。

認知症ケア加算を算定している病院の特徴として、病床数が多い、DPC対象病院、認知症疾患医療センターの指定、救急救命センターを有する、救急医療に専従する医師が配置されているといった特徴があった。認知症ケア加算を算定している病院と算定していない病院で身体疾患を来した認知症患者の受け入れに違いは認めなかったが、認知症ケア加算を算定している病院は算定していない病院に比べ、身体疾患を来した認知症患者の緊急入院を積極的受け入れている病院が多かった。認知症ケア加算を算定している病院は算定していない病院と比べ、認知症患者の身体疾患診療が評価されるようになったことで、「認知症患者の受け入れに関して、スタッフの協力が得やすくなった」「認知症患者に対してより質の高いケアを提供できるようになった」「認知症ケア加算算定のため身体拘束をできるだけしないようになった」「スタッフの認知症ケアへのモチベーションが高くなった」「認知症患者の身体疾患診療が経営の面においても重要であると認識されるようになった」と答えた病院が多く、今回の診療報酬改定が有効に作用している可能性が示唆された。一方、算定していない病院は算定している病院と比べ、「これまでと変化はない」と回答した病院が多かった。

診療報酬改定や病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の影響を調査するため、平成25年度に引き続き、認知症の人を介護する家族を対象として身体疾患に対する医療に関する全国調査を行った。470名を対象として調査を行い、345名から回答を得た。認知症を理由に診察や治療を拒否された人が7名、入院が必要と考えられるのに入院を拒否されたりした人が5名あり、また、入院時の家族の付き添いや個室への入院を求められる等、認知症の人や家族を取り巻く状況は前回調査時と比べ著明な改善は認めなかった。

D. 考察と結論

3年間全体について

本研究において、現行の「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」のプログラムや教材の課題・改善すべき点が明らかになった。本研究の調査結果を踏まえ、政策提言を行った。また、新たな教材案を作成し、実際に研修で使用してみたところ、概ね好評であった。引き続きより良い教材

の開発を行っていきたい。

平成 28 年度診療報酬改定において「認知症ケア加算」が創設され、一般病院における認知症の身体疾患への対応が評価されることとなった。診療報酬改定等による影響を評価するため、平成 25 年度に全国の救急告示病院及び認知症の人と家族の会会員を対象として行った認知症の救急医療の実態に関する調査を平成 29 年度にも再度実施した。

救急告示病院を対象とした調査では認知症患者の救急外来での受け入れや緊急入院の受け入れに積極的になり、認知症対応マニュアルの整備や入院患者の認知症の有無の評価等で改善傾向にある可能性が示唆された。また、認知症ケア加算を算定している病院においてスタッフのモチベーションが上がり、より協力を得られやすくなった等の回答が多くみられた。

介護家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査では平成 25 年度の調査と同様に認知症のために診療や入院を拒否された人が数名あり、診療報酬改定や医療従事者向け認知症対応力向上研修等の施策が有効に機能していることを示すには至らなかった。今後も状況を追跡調査する必要がある。

平成 29 年度について

全国の救急告示病院（3,819 ヶ所）を対象として、認知症の人の身体合併症の救急診療に関する実態調査を行った。その結果、平成 29 年度の調査においては平成 25 年度よりも認知症患者の救急外来での診療や緊急入院の受け入れに積極的な病院が多く、マニュアルの整備や認知症の有無の評価等を行っている病院が多かった。平成 29 年度に回答した病院と平成 25 年度に回答した病院は同一ではないため、比較をすることが適切とは言えない可能性はあるが、認知症やせん妄に対するマニュアルの整備や、入院患者の認知症の有無やせん妄のリスク評価をしている病院が増え、認知症患者の受け入れや緊急入院の受け入れも改善してきた可能性はある。認知症ケア加算を算定している病院は算定していない病院よりも認知症患者の緊急入院の受け入れに積極的であり、診療報酬上の評価によりスタッフのモチベーションが上がり、協力が得やすくなった等の良好な変化が示される回答が多くみられた。

介護家族を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査の結果は、前回の調査結果からみて大きく変化はなく、認知症の人が急な病気やけがで受診した場合の対応は、目立った改善があったわけではないが、大きな悪化もみられていないと考えられる。平成 28 年度の診療報酬改定を背景に、認知症の人の入院は医療機関にとって加算となることから、集計結果からみても、受け入れ拒否をする医療機関は限られていると考えられる。ただ、拒否しないが、十分な治療やケアを受けることができているのかという視点でみたときには、認知症の人は一般の人に比べて、医療機関での治療やケアを受けやすい状況ではないと考えられた。

医療従事者の認知症に関する研修へのニーズを明らかにすることを目的に行った調査の結果、対象者は認知症医療やケアにおいて困難を感じ、特に「症状への対応」「コミュニケーション」「意思決定支援」「家族支援」への困難感を抱いていること、困難には、「相談」「自己学習」「研修参加」という方法で対処していた。また、対象者は、認知症研修において様々な内容へのニーズをもっていることが明らかとなった。「認知症タイプ」や「症状への対応」といった項目すべてにおいて研修へのニーズはあり、中でも「症状への対応」「コミュニケーション」「意思決定支援」「家族支援」においてニーズは高いと推察できる。過去に受講した研修と同様の内容を受講したいと希望していたことから、研修

プログラムの配慮が必要であり、特に「意思決定支援」「緩和ケア」「家族支援」に関するプログラム強化が必要だと考える。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表・著書

平成27年度

- 1) 武田章敬：褥瘡・皮膚障害の原因となりうる高齢者に多い神経疾患. WOC Nursing, 3巻7号, 20-27, 2015.
- 2) 高梨早苗：特集非がん・高齢者疾患の緩和ケア「認知症の緩和ケア」. 月刊薬事, 57巻12号, 39-44, 2015.
- 3) 高梨早苗：認知症患者のアセスメントとケア「家に帰りたがる患者」. 看護技術, 61巻6号, 70-72, 2015.
- 4) 栗田主一：1. 認知症の医療の課題と展望. 本間昭編：かかりつけ医のための認知症診療の実践. 医薬ジャーナル社, 2015, 東京, p14-p26.
- 5) 栗田主一：これからの認知症疾患医療センターに求められること. 病院, 74: 750-755, 2015.

平成28年度

- 1) 武田章敬：アルツハイマー型認知症. 認知症ケアガイドブック. 照林社：13-15, 2016.
- 2) 武田章敬：身体救急疾患を来たした認知症の人の支援体制を整備するために. 老年精神医学雑誌, 28(2)：189-195, 2017.
- 3) 高梨早苗：高齢がん患者の終末期における倫理的課題と意思決定を支えるケア. がん看護, 152-157, 2016.
- 4) 高梨早苗：一般病院におけるケアマネジメント：外来、検査、入院、退院. 認知症ケアガイドブック. 照林社：174-179, 2016.
- 5) 高梨早苗：中等度認知症患者の意思決定において、家族が代理意思決定者として必ずしも適任とは言えない場合の支援：本人の意思を尊重する意思決定支援. 南山堂：49-52, 2016.
- 6) 栗田主一：認知症支援と社会システム. 医学のあゆみ, 257: 555-560, 2016.
- 7) 栗田主一：認知症の診療体制-新オレンジプランの現状と課題. 日本医師会雑誌, 144:2246-2250, 2016.
- 8) 栗田主一：地域包括ケアシステムと認知症の医療連携. 老年医学, 254: 475-478, 2016.
- 9) 栗田主一：認知症医療と新オレンジプラン. 日本臨床, 74: 499-504, 2016.

平成29年度

- 1) 武田章敬：認知症ケアで協働していく人材；その強みを知る 認知症サポート医養成研修とかかりつけ医認知症対応力向上研修. 認知症ケア事例ジャーナル, 10巻1号：56-60, 2017.
- 2) 武田章敬, 鳥羽研二：認知症の医療・看護・介護・権利擁護と地域生活支援 改正道路交通法からみた認知症の人の生活支援. Geriatr. Med. 55(10):1095-98, 2017.

- 3) 武田章敬：図説「認知症」地域連携. 医療, 71(11):467-471, 2017.
- 4) 武田章敬：認知症初期集中支援チームの概要. 神経治療, 34(3)：294-297, 2017.
- 5) 高梨早苗：特集非がん・高齢者疾患のエンド・オブ・ライフケア「認知症の人のエンド・オブ・ライフケア」. Geriatric Medicine, 56 巻 2 号, 125-129, 2018.
- 6) 栗田主一：認知症介護・支援における現状と課題について教えてください. Geriat. Med. 55: 639-642, 2017.
- 7) 栗田主一：認知症支援にかかわる医療職の人材育成. 地域包括ケアシステムの理念とアウトカムに方向づけられた人材育成. 日本認知症ケア学会誌. 16: 409-416, 2017.
- 8) 栗田主一：高齢者をとりまく社会環境. 精神科治療学, 32 増刊号：28-33, 2017.
- 9) 栗田主一, 枝広あや子, 杉山美香:認知症疾患医療センター. 精神科治療学, 32 増刊号:169-173, 2017.
- 10) 栗田主一：認知症の医療・看護・介護・権利擁護と地域生活支援. 序文. Geriatric Medicine 55: 1067-1068, 2017.

2. 学会発表

平成27年度

- 1) 武田章敬, 鷺見幸彦：認知症研修のこれから. 第34回日本認知症学会学術集会（認知症診療ホットトピック「認知症医療・介護の現在と未来」）, 2015, 青森.
- 2) 武田章敬, 高見国生, 福家伸夫, 栗田主一：認知症の人に対して救急医療は適正に行われているか. 第43回日本救急医学会総会・学術集会（パネルディスカッション「高齢者の救急医療は適正に行われているか」）, 2015, 東京.
- 3) 高梨早苗, 久保川直美, 西川満則：End-of-Life ケアチームにおける認知症をもつ患者への介入内容の検討. 第16回日本認知症ケア学会大会, 2015, 北海道.
- 4) Nobuo Fuke：Lessons learned from Fukushima Disaster. The 1st Joint JSICM TSCCM Conference. 2015, Bangkok.
- 5) Nobuo Fuke：Long and Winding Road from ICU to Home. The 2nd Criticon Bangladesh (International Conference on Critical Care Medicine), 2015, Dhaka.
- 6) 栗田主一：認知症疾患医療センターの現在と未来. 第34回日本認知症学会, 2015.10.2-10.4 青森（シンポジウム）.

平成28年度

- 1) 武田章敬：認知症サポート医と認知症初期集中支援チーム. 認知症サミット in Mie. (ワークショップ4：認知症の医療システム), 2016, 三重.
- 2) 武田章敬：認知症施策の方向性. 第56回日本核医学会学術総会. (認知症まるわかりセミナー：総論), 2016, 愛知.
- 3) 武田章敬：認知症初期集中支援チームの概要. 第34回日本神経治療学会総会. (メディカルスタッフシンポジウム：認知症の地域連携), 2016, 鳥取.
- 4) 高梨早苗, 武田章敬他：看護職者の認知症研修へのニーズに関する研究. 日本老年看護学会第21回学術集会, 2016, 埼玉.
- 5) 栗田主一：認知症疾患医療センターと地域包括ケアシステム. 第5回日本精神科医学会学術大

会, 2016.11.16-11.17, 仙台 (シンポジウム).

平成29年度

- 1) 高梨早苗, 武田章敬他: 医療職者の認知症研修へのニーズに関する研究. 日本老年看護学会第22回学術集会, 2017, 愛知.
- 2) 高梨早苗: 高齢者の End-of-Life ケアにおける倫理的課題と意思を支えるケア. 第30回日本老年学会総会/日本老年看護学会第22回学術集会合同シンポジウム, 2017, 愛知
- 3) 高梨早苗: 認知症の人の苦痛. 第11回日本緩和医療薬学会年会シンポジウム, 2017, 北海道.
- 4) Awata S: Strengthening health systems for dementia and NCD co-morbidities: successful approaches for integrated care. The 32nd International Conferences of Alzheimer's Disease International. 2017.4.26-4.29, Kyoto (Symposium).
- 5) 栗田圭一: 「認知症と共に生きる」ために必要な教育的支援と地域活動: 認知症専門医の立場から. 第18回日本認知症ケア学会, 2017.5.26-27, 宜野湾市 (自主企画).
- 6) 栗田圭一: 認知症の総合アセスメントと診断後支援. 第59回日本老年医学会, 2017.6.14-16, 名古屋市.
- 7) Awata S: Prevention and intervention of dementia and depression in Japan. The 21st International Epidemiological Association, World Congress of Epidemiology. 2017.8.19-22, Omiya (Symposium).

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし