

認知症地域連携マップの作成（22-7）

主任研究者 武田 章敬 国立長寿医療研究センター
脳機能診療部 第二脳機能診療科医長

研究要旨

認知症の人や家族が住み慣れた地域で安心して生活するため、その地域において医療サービス・介護サービス・インフォーマルサービスを含む様々な社会資源が整備されるとともに、それらが連携して機能し、認知症の人や家族を切れ目なく支援する必要がある。

本研究において、認知症の人の地域における生活のしやすさや便利さに関して、認知症の人を介護する家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を対象としたアンケート調査を行い、生活のしやすさや便利さを向上させるためには、地域の店舗の人が協力的で、地域の住民が日常生活レベルで理解・関心を示してくれること、認知症の専門医・専門病院の充実と、地域のかかりつけ医の認知症への知識・対応能力の向上、公的機関からの情報が豊富で入手が容易に可能なことが必要であることが明らかになった。認知症地域資源マップが実際に存在する地域であっても、介護する家族はその存在を知らない一方で、マップのある地域はない地域と比べて、より生活しやすい・便利と感じられていることが示された。また、医療機関における認知症診療の実態調査を行い、臨床の現場では認知症の人に対する医療の提供が幅広く行われていることが明らかとなり、認知症診療に関する情報の整理と地域住民への周知によって地域住民が必要な医療サービスを受けることができる可能性が示唆された。

既存の認知症地域資源マップに関してヒアリング調査を行った結果、マップ作成の目的や方法、活用方法には多様なバリエーションがみられ、具体的連携に資するマップとするための主な課題として、マップ作成前段階での目的や活用方法の明確化、マップ作成を多様な立場の人のチームで行うこと、当事者の視点に立った必要情報や資源に関する調査に基づくマップ作成等の必要性が示唆された。地域医療機関調査の結果、連携時には、病棟、外来ともに本人の身体、精神、生活、家族、経済、介護保険サービス等多岐にわたる情報が求められており、特に本人の個別状況が把握できる具体情報が求められていた。

医療介護連携を目的として長期にわたり活動を継続している在宅認知症ケア連絡会について調査・解析を行い、多職種からなる世話人会が問題意識を共有することや、連絡会においては理念を共有した上でのグループワークを行うことが、効果的かつ持続的な運営のために重要であることが示された。

若年性認知症を対象とした地域連携マップ作成を行うために、若年性認知症の人のサー

ビス利用に関する実態を調査し、専門医療機関を受診していても半数以下しか社会資源サービスの利用を行っていないことが明らかになり、サービスの更なる整備とサービス利用への導入方法の開発が必要であることが示された。

次年度以降は、実際に認知症地域連携マップの作成と地域における連携体制構築を行い、マニュアル作成を行う予定である。

主任研究者

武田 章敬 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部 第二脳機能診療科 医長

分担研究者

池田 学 熊本大学大学院生命科学研究部 脳機能病態学分野 教授

尾之内 直美 認知症の人と家族の会 愛知県支部 代表

木之下 徹 医療法人社団こだま会 こだまクリニック 理事長・院長

高橋 智 岩手医科大学医学部内科学講座 神経内科・老年科分野 准教授

永田 久美子 認知症介護研究・研修東京センター研究部 副部長

A. 研究目的

認知症の人や家族の生活を住み慣れた地域で支援するためには、医療サービスや介護サービス等の資源の充実とともに、これらの資源が有効に機能するためのネットワークの構築と情報の周知が必要である。認知症地域連携マップの作成はこのネットワークの構築と情報提供のための手段である。本研究においては認知症地域連携マップの作成を含めた地域連携体制の構築を実際に行い、その有効性に関して多面的な検討を行うことを計画している。また、この研究の過程から得られた知見をもとに、他の地域においても実施が可能となるよう地域連携体制構築のためのマニュアルを作成し、情報発信を行っていくことを予定している。

B. 研究方法

武田と尾之内は現在行われている認知症の人や家族への支援・施策の有効性を評価し、認知症に関する医療提供の実態を把握するため、家族会家族、もの忘れ外来受診中の認知症の人の家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を対象として「認知症の方の地域での生活のしやすさや便利さに関する実態調査」と愛知県および知多北部地域の医療機関を対象とした「認知症診療に関する実態調査」を行った。

永田は認知症地域連携マップに関する課題と要件を明らかにするために、1)平成19年度以降に「認知症地域支援体制構築等推進事業」(以下、モデル事業とする)において自治体が主体となって全国各地で作成された「認知症地域資源マップ」の収集・分析と作成担当者へのヒアリング調査、および2)ある市に存在する全医療機関の入院病棟および外来における認知症のある人の概況と地域資源との連携に関する調査を実施した。

木之下は地域での医療介護連携に必要となるノウハウを明らかにするため、長期にわたって東京都城南地域での医療介護連携に取り組んできた在宅認知症ケア連絡会のこれまでの活動について詳細に調査・分析を行った。

池田は若年性認知症に対する地域連携の実態を明らかにするため、熊本県認知症疾患医療センターが設置されている熊本大学医学部附属病院神経精神科の認知症専門外来を初診した受診時 65 歳までの患者を対象とし、原因疾患、初診時の介護サービス利用の有無、サービスの種類、診察後の専門医などの指導による介護サービス利用状況の変化、などについて集計を行った。

(倫理面への配慮)

疫学調査については文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(平成16年12月28日改正、平成17年6月29日一部改正)を遵守し、さらに厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(平成16年12月28日改正)を遵守して行う。また、調査においては必要に応じて倫理・利益相反委員会の許可を得て行った。

C. 研究結果

「認知症の方の地域での生活のしやすさや便利さに関する実態調査」において生活しやすさや便利さに影響を与える因子として、家族会家族では地域に住む人や働く人の協力、地域包括支援センターは介護サービス資源の整備、居宅介護支援事業所は情報の得やすさが最も高い相関係数を示した。実際の地域におけるサービス資源との相関関係に関しては、居宅介護支援事業所を対象とした調査で、キャラバンメイト・認知症サポーターの数や小規模多機能型居宅介護事業所数、専門医の数が多きほどその地域が生活しやすい・便利という結果であった。家族会家族に対する調査で、近隣の専門医療機関を受診している人の家族はその地域が生活しやすいと答える一方で、かかりつけ医と遠方専門医の比較を行うと、かかりつけ医を受診している場合のほうが生活しやすいという結果になった。介護サービスに関しては2種類以上のサービスを利用して、自宅介護を継続していることが生活のしやすさにつながることを示唆された。また、認知症地域資源マップについては、実際に存在する地域であっても、家族会家族はその存在を知らない一方で、マップのある地域はない地域と比べて、より生活しやすい・便利という結果であった。

「愛知県の医療機関の認知症診療に関する実態調査」において認知症の診断・治療を行っている医療機関の70.3%で認知症の初診時に直接来院可であり、予約や紹介が必要な場合であっても、55%が2週間以内に診療が行われており、数か月にわたる予約待ちを必要とする専門医療機関は多くはないことが明らかとなった。

「既存の認知症地域資源マップに関する調査」において、全国212のモデル地域のうち、何らかの認知症地域資源マップを作成した地域が57.3%、未作成の地域が41.7%であった。作成された認知症地域資源マップの目的や作成方法、活用方法には多様なバリエーション

がみられた。例えば目的に関しては、①既存資源の一覧化・周知②地域にある潜在資源の発掘・既存資源も含めた地域資源の集約・周知③当事者にとって必要な情報・資源の整理・該当資源の集約整理・周知・連携促進④個別ニーズに基づく地域資源の詳細把握・連携の実働の強化⑤マップ作成過程を通じた地域資源の関係づくり・連携のきっかけづくり等の多様性を認め、マップ作成メンバー、マップに盛り込まれている情報、マップの活用方法に関しても同様に多様であった。認知症ケースの具体的連携に資するマップとするための主な課題として、マップ作成前段階での目的や活用方法の明確化、マップ作成を多様な立場の人のチームで行うこと、当事者の視点に立った必要情報や資源に関する調査に基づくマップ作成等の必要性が示唆された。

「地域医療機関調査」において市内の医療機関の内、認知症の人がいる入院病棟が 54.5%、外来が 67.4%、認知症に関する「困りごとあり」が入院病棟の全数、外来の 87.5%、「認知症による治療中断あり」が、入院病棟 71.4%、外来 34.4%であった。病棟、外来とも治療継続のために地域資源との連携が図られていたが、地域資源の種類の広がりには施設で差がみられた。連携時には、病棟、外来ともに本人の身体、精神、生活、家族、経済、介護保険サービス等多岐にわたる情報が万遍なく求められており、特に本人の個別状況が把握できる具体情報が求められていた。

「東京都城南地域における医療介護連携の取り組みの実態調査と全国への波及効果の検討」において医療介護連携の構築には生活に関わる多職種の人材の協力が必要であり、キーマンを中心とした世話人会が問題意識を共有することが重要であることが示され、グループワークを中心としたファシリテーションを重視した点や、グループワークのなかで具体的なスキルのみを議論するのではなく、パーソンセンタードケアによる考え方を共有しながら議論を重ねた点が、地域でのより密接な医療介護連携につながったと考えられた。

「若年性認知症の地域におけるサービス利用に関する研究」において、専門外来を受診した若年性認知症患者の初診時の介護保険サービス等の社会資源の利用率は、わずか 4%であり、定期的な通院を開始し、社会資源の利用について専門医の指導を受け続けていても、なお半数以上がサービス利用に結びついていないことが明らかになった。

D. 考察と結論

本調査研究で計画されていることは、(1) 既存の認知症地域連携体制及び認知症地域連携マップの作成・活用状況の実態調査・課題抽出 (2) 認知症地域資源の開発、連携体制の構築及び認知症地域資源マップの作成・活用 (3) 認知症地域連携体制構築及び地域連携マップ作成の有効性の検討 (4) 認知症地域連携体制構築及び認知症地域連携マップの作成のためのマニュアル作成及び情報発信である。

22年度は地域連携体制構築及び地域連携マップ作成のための実態把握・課題抽出を行った。23年度はこれらの研究から得られた知見を踏まえ、実際に地域で認知症地域資源の開発、地域連携体制の構築、地域連携マップの作成を行うことを計画している。24年

度は上記の介入の効果を判定するとともに、効果的な地域連携体制構築及び地域連携マップ作成のためのマニュアル作成を行い、情報発信を行う計画である。

22年度の調査研究において、愛知県内の認知症の人を介護する家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所を対象として「認知症の方の地域での生活のしやすさや便利さに関する実態調査」を行い、地域での生活のしやすさ・便利さに影響を与える因子として家族会家族では地域に住む人や働く人の協力、地域包括支援センターは介護サービス資源の整備、居宅介護支援事業所は情報の得やすさが最も高い相関係数を示した。このことは立場によって重視する支援が異なること、認知症の人が地域で安心して暮らしていくためには多方面からも支援を必要とすることを示す。特に家族会家族のアンケート結果を検討すると、店舗の人が協力的で、地域の人が日常生活レベルで理解・関心を示してくれること、認知症の専門医・専門病院の充実と、地域のかかりつけ医の認知症への知識・対応能力の向上、公的機関からの情報入手が豊富で容易であることが求められている。家族会家族の多くが介護サービス資源の整備、地域に住む人や働く人の協力、情報の得やすさ、自治体や地域包括支援センターの積極性、地域資源マップの有無に関して評価が困難であったことは、インフォーマルサービスを評価することの困難さと様々な支援・施策に関する情報の得にくさを示しており、支援する側からの更なる周知・啓蒙の必要性が示された。

「愛知県の医療機関の認知症診療に関する実態調査」においては認知症の診断・治療を行っている医療機関の70.3%で認知症の初診時に直接来院可であり、予約や紹介が必要な場合であっても、55%が2週間以内に診療が行われていることが明らかになった。回答率が30%にも満たないため、一般化には慎重である必要があるが、認知症診療を行っている医療機関の情報を整理・伝達することで、地域住民が認知症に関する医療をより効率的に受けることができる可能性があることが示唆された。

「既存の認知症地域資源マップに関する調査」及び「地域医療機関調査」を通じて認知症地域連携マップの作成にあたっては、①作成前段階でのマップ作成目的・活用の具体策の明確化・共有の必要性②目的別にマップ掲載資源・情報を焦点化する必要性③マップ作成を多様な立場の人からなるチームで行う必要性④実地に出向き、関係を築きながら活かした資源情報を掲載する必要性⑤当事者の視点に立った調査に基づくマップ作成の必要性⑥作成されたマップの周知・活用事例の提示の必要性⑦マップ掲載情報を更新していくくみの必要性⑧医療機関と地域他資源との連携が十分にはなされていない実態から地域連携マップの作成を通じた地域連携の推進の重要性が示された。そのためにも、作成地域における認知症の本人のニーズ調査および地域資源の連携に関する詳細調査が必要であること、地元の当事者がたどる経過の主な変化点において、本人がより良い状態に変化していくために必要かつ活用可能な地元資源と必要情報の整理が必要であり、それらを地元の多職種チームで行っていくことが有効であることが示唆された。

「東京都城南地域における医療介護連携の取り組みの実態調査と全国への波及効果の検討」において認知症地域連携マップの作成を含めた地域連携体制の構築のための重要な指

針として以下の知見を得た。①地域に住む認知症の人は、その症状がゆえに生活の様々な場面で不当に扱われている状況があり、地域で安心して生活していくことを支えるには生活に関わる多職種の人材の協力が必要である。②キーマンを中心とした共通の問題意識をもった多職種からなる世話人会が、医療介護連携の構築および展開において果たす役割が大きい。③医療介護連携としての連絡会が、単なる顔合わせの会や受身的な勉強会ではなく、現場のさまざまな問題解決のために参加者が主体的に問題意識を持って参加する場としたことが発展の大きなポイントであった。④参加者の主体的な参加のためには、グループワークを中心としてファシリテーションを大切にするという方法が有効であった。⑤グループワークのなかで、具体的なスキルのみを重視するのではなく、パーソンセンタードケアによる考え方を共有しながら議論を重ねたことが、より密接な医療介護連携につながった。

若年性認知症を対象とした地域連携マップ作成を行うために、若年性認知症の人のサービス利用に関する実態を調査し、専門医療機関を受診していても半数以下しか社会資源サービスの利用を行っていないことが明らかになり、ケアの専門性が高いと言われている精神科病院などのデイケアの利用率や、患者や家族がしばしば希望する就労に比較的近い環境である作業所の利用率も低かった。したがって、若年性認知症患者の介護に関して専門性の高い社会資源を増やすことや、サービス利用への導入方法の開発、就労環境に近いサービスの新設などを改めて検討する必要があると考えられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

武田 章敬

- 1) Takeda A, Tanaka N, Chiba T. Prospects of future measures for persons with dementia in Japan. *Psychogeriatrics*. 10 :95-101, 2011
- 2) 武田章敬【高齢者在宅医療の新しい展開】在宅医療の制度・システム・教育 認知症地域連携ネットワーク. *Geriatric Medicine* 48 :1489-1492, 2010
- 3) 武田章敬. 【認知症のための医療資源整備をどう進めるか】わが国の認知症対策と医療資源整備. *老年精神医学雑誌* 21 :1230-1234, 2010
- 4) 武田章敬. 【認知症医療 Up to Date】認知症の政策医療と制度改革 : *MEDICO* 41 :255-257, 2010
- 5) 武田章敬. 【認知症リハビリテーションの EBM】診断と薬物治療の進歩. *総合リハビリテーション* 39 :421-426, 2011

池田 学

- 1) Sonobe N, Hata R, Ishikawa T, Sonobe K, Matsumoto T, Toyota Y, Mori T, Fukuhara R, Komori K, Ueno S, Tanimukai S, Ikeda M : Risk of progression from mild memory impairment to clinically diagnosable Alzheimer disease in a Japanese community (from the Nakayama Study). *International Psychogeriatrics* 2010(Epub ahead of print)
- 2) Yatabe Y, Hashimoto M, Kaneda K, Honda K, Ogawa Y, Yuuki S, Matsuzaki S, Tsuyuguchi A, Kashiwagi H, Ikeda M. Neuropsychiatric symptoms of progressive supranuclear palsy in a dementia clinic. *Psychogeriatrics* 11 : 54-59, 2011
- 3) Shimizu H, Komori K, Fukuhara R, Shinagawa S, Toyota Y, Kashibayashi T, Sonobe N, Matsumoto T, Mori T, Ishikawa T, Hokoishi K, Tanimukai S, Ueno S, Ikeda M. Clinical profiles of Late-onset Semantic Dementia, compared with Early-onset Semantic Dementia and Late-onset Alzheimer's Disease. *Psychogeriatrics* 11 : 46-53, 2011
- 4) Kashibayashi T, Ikeda M, Komori K, Shinagawa S, Shimizu H, Toyota Y, Mori T, Ishikawa T, Fukuhara R, Ueno S, Tanimukai S : Transition of distinctive symptoms of semantic dementia during longitudinal clinical observation. *Dement Geriatr Cogn Disord* 29 : 224-232, 2010
- 5) 中野正剛, 宮村季浩, 平井茂夫, 大澤 誠, 川嶋乃里子, 川畑信也, 高桑光俊, 高瀬義昌, 田北昌史, 檜林洋介, 八森 淳, 平原佐斗司, 池田恵理子, 元永拓郎, 安田朝子, 木之下 徹, 朝田 隆, 池田 学, 小阪憲司. 認知症に伴う行動・心理症状 (BPSD) への医療介入に関する実態調査. *日本老年精神医学雑誌* 22 : 313-324, 2011
- 6) 品川俊一郎, 豊田康孝, 松本光央, 園部直美, 足立浩祥, 森 崇明, 石川智久, 福原竜治, 池田 学. リバーミード行動記憶検査を用いた地域在住高齢者における記憶障害の検討. *BRAIN and NERVE* 62 : 610-614, 2010

永田 久美子

- 1) 永田久美子. 認知症になっても安心して暮らせる町づくり. *クリニシアン* 57 :845-850, 2010

2. 学会発表

武田 章敬

- 1) 武田 章敬. 「認知症の方の地域での生活のしやすさや便利さに関する実態調査」. 第52回日本神経学会学術大会, 名古屋, 2011年5月17日

池田 学

- 1) Ikeda M : Symposium: Parkinsonism related and other neurodegenerative dementias. “Clinical features & diagnosis of FTLD” . 4th Congress of Asian Society Against Dementia, Bali, October 28-31, 2010
- 2) Ikeda M : Discussion: Cognitive clinics across the world: the role of language, culture & education. “Cognitive clinics in Japan. World Federation of Neurology: Research Group on Aphasia and Cognitive Disorders, Istanbul, Turkey, May 15-18, 2010
- 3) 池田 学. (教育講演)「老年期うつ病と認知症の関係」. 第 106 回日本精神神経学会総会, 広島, 5 月 20-22 日, 2010
- 4) 池田 学. (シンポジウム) ドライバーの運転特性「認知症と自動車運転～臨床における課題～」. 第 19 回日本交通医学工学研究会学術総会, 名古屋, 9 月 23 日, 2010
- 5) 池田 学. (シンポジウム) 神経変性疾患としての前頭側頭葉変性症: 症候から分子病態解明の新展開. 「前頭側頭葉変性症 (FTLD) の症候と臨床概念」. 第 29 回日本認知症学会, 名古屋, 11 月 5 日, 2010
- 6) 池田 学. (シンポジウム) Subsyndromal Conditions. 「認知症」. 第 30 回日本精神科診断学会, 福岡, 11 月 12 日, 2010

永田 久美子

- 1) 永田久美子. 「早期ケアの必要性和今後のあり方」認知症ケア学会中国地域大会 (米子) 抄録集 22-23、103-108、2010

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