

認知症の予防から進行期までを見据えた多種職連携による医療の在り方についての研究 (24-24)

主任研究者 櫻井 孝 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター (部長)

主任研究者

櫻井 孝 国立長寿医療研究センター もの忘れセンター (部長)

分担研究者

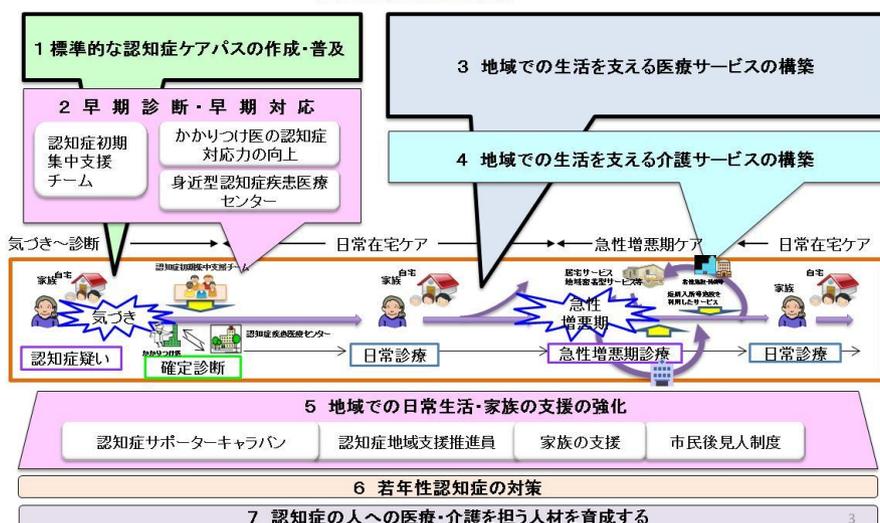
- 鳥羽 研二 国立長寿医療研究センター (病院長)
- 鷺見 幸彦 国立長寿医療研究センター (部長)
- 清水 敦哉 国立長寿医療研究センター (医長)
- 川嶋 修司 国立長寿医療研究センター (医師)
- 西牟田綾子 国立長寿医療研究センター (外来研究員)
- 住垣千恵子 国立長寿医療研究センター (副看護師長)
- 栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所 (研究部長)
- 清家 理 京都大学こころの未来研究センター (特定助教)

はじめに

長寿国である我が国では、生涯で半数が認知症に罹患する。認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、共通の望みである。従来の「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパスを構築することを、基本目標とする(平成24年度 厚労省認知症施策検討プロジェクトチーム)。オレンジプランでは、具体的な7つの視点に整理された。

認知症施策の方向性(オレンジプラン)

今後目指すべき基本目標—ケアの流れを変える—



本研究班の目的は、図1の○で記した課題を実現するために、どのような認知症医療が行なわれるべきかを検証することである。具体的な課題は、以下の通りである。

1. 認知症初期集中支援:生活機能障害による認知症スクリーニング(鳥羽、西牟田)
2. 日常診療
  - ① 介護負担の原因となる BPSD、生活障害、老年症候群(櫻井)
  - ② 心-脳連関を考えた認知症の新たな治療(清水)
  - ③ 高齢者糖尿病の認知症とフレイルを解析するデータベースの構築(川嶋)
3. 家族の支援
  - ① 家族教室(住垣 清家 櫻井)
  - ② 転帰調査(清家)
4. かかりつけ医の認知症対応力の向上:認知症サポート医の活動調査(鷺見)
5. 身近型認知症疾患センター:身近型認知症疾患医療センターの評価(栗田)

それぞれの課題につき、以下の結果、進捗を得た。

### 【研究の進捗状況・結果】

1. 医師によらない簡易な認知症のスクリーニング方法の検討:IADLの下位項目から、認知症(MMSE23点以下)をスクリーニング(鳥羽、西牟田)

結果:服薬管理、金銭管理、電話の3項目が認知症の予測因子であった。これらの組み合わせにも検討したところ、どの組み合わせも有用であった(日老医誌で発表済み)。

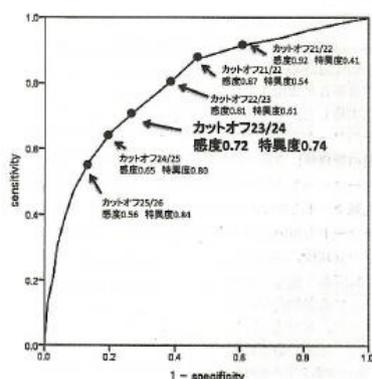


図1 軽度認知症検出におけるI-ADL(電話、服薬管理の自立)のROC曲線  
AUC: area under the curve 0.79  
カットオフ値 23/24 において感度 0.72 特異度 0.74 となる。

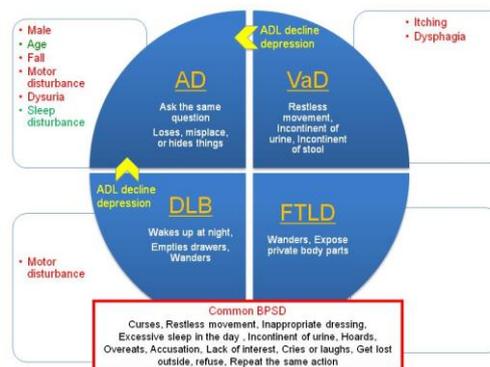
### 2-① 課題 1:介護負担の原因となる要因—BPSD、生活障害、老年症候群—の解明(櫻井)

1)介護負担(ZBI)とBPSD、生活障害、老年症候群との関連を、ADの臨床ステージごとに解析した。介護負担は進行とともに増加し、BPSD>生活障害>老年症候群の重み順で介護負担の要因となっていた(GGI採択)。2)主要4疾患の比較では、異なるBPSD、老年症候群が介護負担の要因であった(GGIで掲載済み)。

#### Symptoms to increase caregivers' burden

	Life function	Physical illness	BPSD
NC		Fall, hearing disturbance, visual impairment, diarrhea/constipation, ear-noise, pollakiuria, lumbago, pain in lower limbs > 30%	Overeats, Lack of interest Ask same question
MCI			Accusation
Mild	IADL impairment	Motor disturbance	Refuse, Hoards, Repeat the same action, Incontinent of urine
Mod.	bADL decline	Fall, Sleep disturbance	Curse, Excessive sleep in the day, Wakes up at night, Inappropriate dressing
Mod. severe		Dysuria	Cries or laughs, Incontinent of stool
Severe		Susurrus aurium	Restless movement

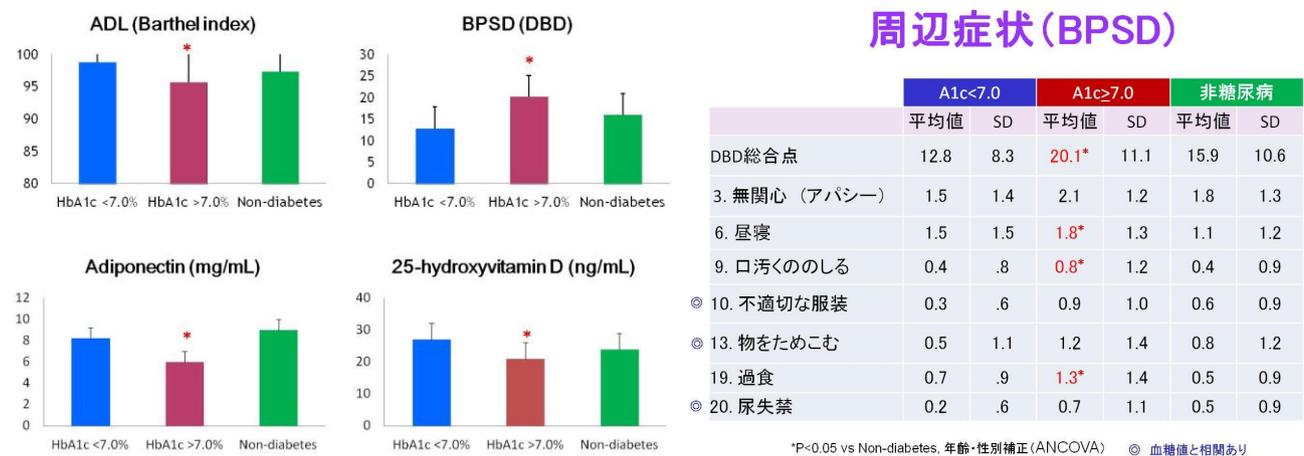
#### Differential factors to cause caregivers' burden in demented disorders



## 課題2:糖尿病にアルツハイマー型認知症を合併した高齢者の臨床的な特徴 (櫻井 川嶋)

対象は、252名のAD患者(161名の非糖尿病AD群と91名の糖尿病AD群)である。糖尿病患者はすべて何らかの薬物療法を受けており、HbA1cにより血糖管理良好群(HbA1c<7%)、不良群(HbA1c>7%)に分類し、非糖尿病ADと比較した。ADLはバーセル指標、ロートン指標、うつ傾向はGDS、BPSDはDBD、介護負担はZarit介護負担尺度(ZBI)にて評価した。認知機能は、MMSE、ADAS、RCPM、FAB、WMS-R論理記憶にて評価した。さらに合併する身体疾患・生活習慣病、歩行機能、BMI、血圧、血糖、脂質他の基本臨床データ、頭部MRI検査(萎縮 白質病変)、脳血流SPECTを計測した。

HbA1c>7%群では、基本的ADLに軽度の低下を認めた。アポタンパクE4の頻度は、血糖良好群では39.4%であり低い傾向にあった。高分子アディポネクチンと25(OH)ビタミンDが血糖不良群で有意に低値であった。心理検査の成績は3群間で差がなかったが、DBD総点は血糖不良群で増加しており、アパシー、昼寝、言いがかり、不適切な服装、ためこみ、過食、尿失禁が多かった。皮質下血管病変と脳萎縮には、3群間に有意な変化を認めなかった。脳血流シンチでのADパターン(頭頂側頭連合野、後部帯状回～楔前部の低下)の頻度は、血糖管理良好群で有意な低下を示した。



高齢者糖尿病でADと診断される患者のなかで、血糖管理良好群と不良群では、認知症の症状、病態が異なる可能性が示された。HbA1c>7%群では、ADLが低下し、血管合併症の頻度が高く、インスリン抵抗性も亢進し、ビタミンDも低下していた。血糖管理不良群では、BPSDが多く、糖尿病+AD合併例での治療の困難を示す結果であった。認知症の病態では、血糖良好群ではアポタンパクE4の頻度が低く、SPECTでのADパターンも少なかった。HbA1c<7%群では、臨床診断ではADとされるものも、AD以外の病態がより多く混在している可能性が示された。また糖尿病+AD合併例での治療の可否は、単に治療へのアドヒランスが原因ではなく、認知症の背景疾患、また症状・症候(BPSD・身体合併症)の違いが関連すると考えられた。

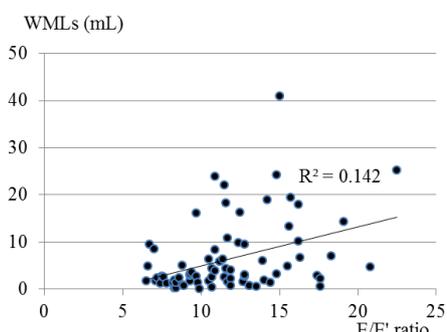
### 2-② 心-脳連関を考えた認知症の新たな治療(清水)

既に老年医学の領域では、加齢とともに主に微小血管病変による慢性の脳虚血(脳低灌流)に起因した大脳白質病変が出現し増大することが明らかとされている。いっぽう循環器領域でも、加齢とともに左室収縮機能の保持された拡張障害に伴う心不全(DHF)が出現し進行することが明らかとされている。本研究では、従来“老化”に起因すると考えられてきた高齢者の脳の形態的な異常の進行に、加齢に伴って進行する左室拡張機能の低下が直接的に関与しているかどうかを検討する目的で、前期高齢患者(n=75名、平均年齢69.3±3.4)を対象として、大脳白質病変体積(WMLs)と左室拡張機能(E/E'比)の関連性を、E/E'比に基づく3群(E/E'<8(Low E/E'); 8<E/E'<15(Middle E/E'); and E/E'>15(High E/E'))の群間解析により検討した。

その結果、各群間では、大脳白質病変と左室拡張機能低下の共通危険因子である年齢・高血圧罹患率・糖尿病罹患率に統計学的な違いが3群間で存在しないにも関わらず、左室拡張機能低下が高度な患者では、大脳白質病変体積が有意に増加していることを明らかとした(3.6±3.0 mL in Low E/E', 5.4±6.5 mL in Middle E/E', 12.1±11.0 mL in High E/E' : p=0.016)。

	Total	E/E'≤8	8<E/E'<15	15≤E/E'
WMLs (mL)	6.4 ± 7.6	3.6 ± 3.0*	5.4 ± 6.5*	12.1 ± 11.0*
PVLs (mL)	5.6 ± 6.8	3.4 ± 2.7*	4.8 ± 5.8*	10.2 ± 10.1*
DWMLs (mL)	0.8 ± 1.4	0.2 ± 0.3*	0.6 ± 1.0*	1.9 ± 2.2*

さらに直線回帰解析にて、脳白質病変体積と左心室拡張障害進行度の指標である E/E' との間には、ある程度の相関関係がある (|R|=0.377、p=0.0009) ことが確認された。



従って高齢患者では、左室拡張機能の低下は大脳白質病変進行の危険因子であることが示唆された。

## 2-③高齢者糖尿病の認知症とフレイルを解析するデータベースの構築(川嶋)

高齢者糖尿病の病態はきわめて多様であり、糖尿病の管理目標値を考える上でも課題は多い。そこで高齢者糖尿病を、認知機能と生活自立度から 9 群に分類して (図)、それぞれの群の臨床的特徴を明らかにし、最終的に治療目標値 (血糖値と HbA1c) について検討を行うことを目的とする。その基盤となるデータベースを作成することを始めた。このデータベースは、研究目的だけでなく臨床にも活用できるデータベースである。

高齢者総合機能評価、糖尿病関連及び認知症関連の情報を主体とし、さらに動脈硬化関連、介護保険関連の情報を加えることにより、認知症および糖尿病、フレイルに関わる研究および臨床に総合的に利用できるものになることをめざした。

	認知機能正常	軽度低下	重度
日常生活動作自立	健全	MCI	認知症
やや低下	身体フレイル	身体+認知フレイル	認知症
強く低下	要介護	要介護	認知症+要介護

対象は、2013年6月～2014年4月の約11ヶ月間、内分泌代謝内科を受診あるいは入院した65歳以上の糖尿病患者とした。収集する情報は、以下の通りである。

基本属性：

年齢、性別、教育年数、糖尿病罹病期間、体重、BMI、喫煙

高齢者総合機能評価：

認知機能 (MMSE), CD-R, 抑うつ (GDS)

生活機能 (Barthel, Lawton, 基本チェックリスト)

栄養 (MNA), 転倒 (転倒リスク), 老年症候群

介護負担、社会的背景 (独居, 閉じこもり, 施設入所, 要介護度)

フレイル: Obu project の診断基準を用いる (別紙; 健康状況調査票)

体重減少, 疲労, 虚弱 (握力), 歩行速度, 身体活動

サルコペニア: 筋肉量 (DXA), 筋力 (握力), 身体活動 (歩行速度)

糖尿病関連；

成因・病態: HbA1c (NGSP), 随時血糖値, 空腹時血糖値, 抗 GAD 抗体,

尿中 C-ペプチド (部分尿: Cr 補正)

糖尿病合併症；

細小血管

腎症 (eGFR), 尿微量アルブミン (随時尿; Cr 補正), 尿タンパク (半定量))

網膜症（眼底検査；なし，単純性，前増殖性，増殖性）  
神経障害（自覚症状（健康状況調査票），アキレス腱反射，振動覚）  
大血管症  
脳血管障害（健康状況調査票）  
虚血性心疾患（健康状況調査票，心電図）  
閉塞性動脈硬化症（健康状況調査票，PWV/ABI）  
低血糖（自覚症状（低血糖調査票），SMBG・外来血糖 70mg/dl 未満）

動脈硬化関連：

収縮機血圧，拡張期血圧，脈拍数  
TC，TG，HDL-C，LDL-C (Fridewald 式で算出)，  
BUN，血清クレアチニン，尿酸，血清アルブミン  
心電図

頸部血管エコー（IMT，血流速度（PSV，EDV，TAMV，PI），プラークスコア），

認知症関連：血液検査；血清カルシウム，甲状腺ホルモン，ビタミン B1，ビタミン B12，葉酸，画像；脳 MRI

骨代謝；DXA（体組成含む）

併存疾患（健康状況調査票・カルテ記録・一般検査，必要に応じて医師の確認）；

心不全，心筋梗塞・狭心症，閉塞性動脈硬化症，脳卒中（脳梗塞・脳出血），慢性腎臓病，肝臓病（肝硬変，肝炎），慢性閉塞性肺疾患（COPD：肺気腫，慢性気管支炎），悪性腫瘍（通院中），関節痛・関節炎，パーキンソン病，うつ病，骨粗鬆症

難聴，視力障害（健康状況調査票）

常用薬（健康状況調査票）；

糖尿病治療薬（インスリン，経口血糖降下薬など），降圧剤，脂質異常症治療薬，抗血小板薬・抗凝固薬，睡眠薬，抗不安薬，抗うつ薬，抗認知症薬，骨粗鬆症治療薬

### 3-①家族教室：患者や家族の認知症に対する受容、介護方法の獲得、QOL 維持を促進させる効果的な教育的アプローチ方法の検証(住垣 清家 櫻井)

本研究は、認知症を持つ人を介護する家族介護者を対象に、効果的な教育的支援プログラムの開発を目的とした研究である。開発のプロセスとして、認知症の病期に合わせ、学習内容と方法を段階的に設定し（3 か月ごとに 3 段階）、多職種による包括的な知識の教授法、教授内容について効果的なものを検証する方法を採用した。2 か年が過ぎた現在、認知症の初期段階の患者を介護している家族介護者には、医学的な知識（治療、進行過程等）、ある程度進行している患者の家族介護者には、周辺症状への具体的な対応方法等、看護および心理的ケアの演習（グループワーク）が、家族介護者の介護意欲向上につながっていることが示された。

#### ①もの忘れ教室

本教室は、「医学・薬剤」分野（以下、キュア領域）、「看護・社会福祉」分野（以下、ケア領域）の全 2 回の内容を毎月 1 回開催し、同内容を通年提供している。「医学・薬剤」分野 14 回、「看護・社会福祉」分野 15 回開催した。参加対象者および研究対象者は、確定診断がついて数カ月未満の認知症患者（以下、患者）51 名とその家族 119 名、合計 170 名であった。データ収集は、アンケート調査で実施し、受講前には、当日の講義で学びたいこと、受講後には講義についての興味関心、今後の生活や介護方法への役立ち度、今後の生活や介護意欲向上との関連性、認知症理解の促進度、さらに学びたい意欲度を 5 件法で問う設定とした。

参加形態は、患者と家族のペア参加が 104 名（61.2%）、キュアとケア領域両方のプログラムに参加者が 94 名（55.3%）《内訳：患者 25 名（49.0%）、家族 69 名（58.0%）》で最も多くを占めた。

参加者の学習ニーズは、「知識・病識の獲得」が最も高い割合を占めたが、詳細は異なっていた。患者は、自分の疾患（認知症）を知りたいといった、疾患の現実的な状況把握、家族は、介護の土台になる認知症の知識を獲得したいといった、治療法や患者への対応方法の習得をニーズとしていた。

学習後の意識変容では、患者に顕著であった結果は、「医学」プログラムによる「今後の生活への役立ち度」、「介護意欲向上度」、「認知症の理解促進度」であった。一方、家族であるが、全プログラムを通じ、「生活や介護上の不安解消度」の高さが顕著であった。プログラム別では、「医学」「看護」プログラムによる「認知症の理解促進度」、「薬剤」「福祉」プログラムによる「今後の生活や介護への役立ち度」の高さが顕著であった。いずれも、キュアとケア領域ワンセットで効果が示されていた。

## 認知症介護者に対する教育支援プログラム

Question: ①介護者のニーズは何か? ②ニーズは変化するのか?

学習期間:



### ②家族教室（基礎 I・基礎 II）

基礎 I、基礎 II ともに 6 回 1 クールで 2 クール開講した。基礎 I の教育プログラムの特性は、認知症の医学的知識（診断、治療方法等）、予測される症状を理解することであった。また基礎 II の教育プログラムの特性は各講義で演習を取り入れ、具体的に介護の振り返りをしながら、介護方法の習得を目的としたことであった。基礎 I から継続参加が対象であったため、演習の延長線上で、個別相談対応が可能になることも多く見られた。

基礎 I 被験者（家族介護者）の属性（N=42）では、女性が 27 名（64.3%）、同居有 31 名（73.8%）、要介護者の子供 18 名（42.9%）、配偶者 15 名（35.7%）が多くを占めたものであった。介護年数は、 $2.3 \pm 1.6$ （年）であった。一方、要介護者の属性は、年齢  $78.0 \pm 8.2$ （歳）、診断年数  $2.3 \pm 1.7$ （年）、最頻診断名 AD（80.9%）MMSE  $17.0 \pm 5.2$ （点）であった。介護保険制度の利用状況は、未申請が 12 名（28.5%）、要介護 1 12 名（28.5%）で半数を占める結果であった。プログラム 1 クール施行前後の認知症や ADL 状況の変化では、基礎 I の 1 期目、2 期目ともに NM スケールのスコアが上昇しているものの、DBD スケールスコアは上昇、N-ADL スコアは低下が見られ、ZBI は、上昇の結果となった。

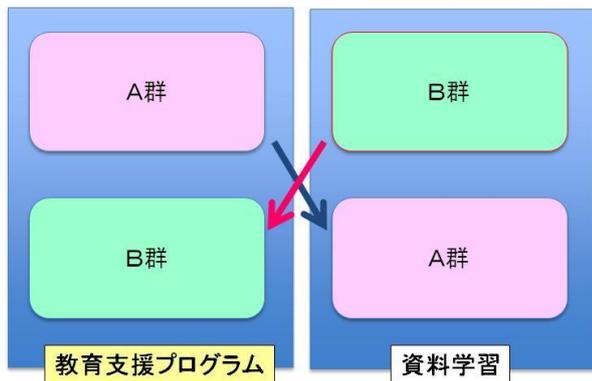
そして、各講義コンテンツと介護上の意向向上、介護への活用意向度を見たところ、高い割合を占めた講義コンテンツは、【医学】認知症の種類、進行を緩やかにする方法（非薬物療法）、周辺症状の原因と治療や対応方法、【看護】認知症患者への理解と関わり方（ケア方法、コミュニケーション方法）であった。

基礎 II 被験者（家族介護者）の属性（N=37）では、女性が 25 名（62.2%）、同居有 30 名（81.1%）、配偶者 15 名（40.5%）、要介護者の子供 14 名（37.8%）が多くを占めたものであった。介護年数は、 $3.3 \pm 1.7$ （年）であった。一方、要介護者の属性は、年齢  $79.3 \pm 8.2$ （歳）、診断年数  $3.4 \pm 1.6$ （年）、最頻診断名 AD（74.2%）MMSE  $17.0 \pm 4.2$ （点）であった。介護保険制度の利用状況は、要介護 1：9 名（24.3%）、未申請：8 名（21.6%）、要介護 3：8 名（21.6%）で約 70%を占める結果であった。プログラム 1 クール施行前後の認知症や ADL 状況の変化では、基礎 II の 1 期目、2 期目ともに NM スケールおよび N-ADL スコアが上昇しているものの、DBD スケールスコアは上昇が見られ、ZBI は、上昇の結果となった。

そして、各講義コンテンツと日々の介護とのマッチング度、介護への役立ち度、介護意識の変化、介護への活用意向度を見たところ、高い割合を占めた講義コンテンツは、【看護】認知症を持つ人の心理状況、周辺症状や対応困難状況への対応方法、【心理】認知症患者に対するコミュニケーション技術と応用（傾聴）、【福祉】認知症患者と家族を取り巻く仕組みの客観的理解方法と応用（エコマップを用いた介護状況の説明とセルフメンテナンス）であった。

上記の成果をもとに、包括的に家族教室プログラムを再度調整した。現在その検証を RCT にて検証している。H27 年 2 月に終了する予定である。

## 2×2 RCT (2013.12~2015.2; 2セット)



プログラム実施者:多職種協働  
介護者、医師、リハビリスタッフ、薬剤師、栄養士、臨床心理士、MSW、研究者

### 3-② 転帰調査:認知症の進行、周辺症状、介護内容や支援の利用状況、認知症や介護に対する思い、患者および家族介護者の心身変化(転帰)を縦断的に調査(清家 住垣)

本研究では、認知症を持つ人を介護する介護者の「ある一定期間」の心身変化(転帰)を縦断的に把握することにより、認知症介護状況を正しく測定するための要素の抽出を行った。今回、ある一定期間を「半年以上1年未満」に操作的に定義し、患者の認知症の進行状況や周辺症状の出現状況、介護内容や支援の利用状況、認知症や介護に対する思い等を既存スケール、半構造化面接にて実施した。

平成25年度内に2回の面談が終了し、転帰解析できた30名について結果を示す。

まず要介護者の転帰では、ADL、認知機能の低下、周辺症状の増加等、介護負担が増加する要素の数値が上昇していた。次に、認知症患者の転帰は、N-ADL ( $36.4 \pm 3.4 \rightarrow 34.8 \pm 3.2$ )、NM ( $30.1 \pm 4.5 \rightarrow 27.2 \pm 4.2$ )、DBD ( $22.5 \pm 5.3 \rightarrow 25.1 \pm 4.8$ )で悪化傾向にあった。つまり、ADL、認知機能の低下、周辺症状の増加等、介護負担が増加する要素の数値が上昇していた。また、フォーマルサポート利用有無の転帰は、利用中の者が40.0% (12名)  $\rightarrow$  60.0% (18名)に変化し、サポート利用量の増加者は10名 (55.5%)であった。ZBIは  $34.3 \pm 6.5 \rightarrow 38.5 \pm 7.2$ に増加していた。

介護の意識変容の転帰では、1回目時は、否定的感情(義務・修行・忍耐)が各30.0~50.0%を占めたが、2回目時は肯定的感情(恩返し・勉強・お互い様)が各20.0~25.0%を占め、否定的感情よりも多くを占めた。また、介護意識変容に対する介護感情(肯定的感情・否定的感情)に対する、ZBIの転帰減少群、増加群の該当率を分析した。解析作業として、まず、介護意識変容を5領域(1:介護スキル、2:認知症の受容、3:セルフメンテナンス、4:介護者同士のつながり(セルフヘルプ)、5:他者の支援協力等、介護環境づくり)に分けた。そして、5領域に対する肯定的感情(その通りだ、できるようになった)、否定的感情(その通りではない、できない)につき、ZBI減少群、ZBI増加群の該当率を分析した(Mann-Whitney U test)。肯定的感情では、5領域のうち、ZBI増加群の1:介護スキル(獲得できた、できるようになった)、2:認知症の受容(できるようになった)の該当率が有意に高かった。同じく、否定的感情では、ZBI低下群の2:認知症の受容(できない)、3:セルフメンテナンス(できない)、4:介護者同士のつながり(できない、嫌だ)の該当率が有意に高かった。

以上、転帰では認知症患者の運動機能、認知機能共に悪化が見られ、認知症の症状進行が見られた。並行して介護負担は数値上、増加傾向にあった。しかし、詳細分析したところ、ZBI増加群は、介護者自身の介護対処行動に対する肯定的感情、ZBI低下群は閉鎖的な介護環境を想起させる否定的感情の表出が顕著であった。つまり、ZBIスコア上の増減だけでは、認知症の介護状況を把握しきれない可能性が表出された。介護者のコーピング(介護スキル、受容、ストレスマネジメント)、介護者の心身健康状況、介護者のソーシャルポジションとネットワーク状況を基軸とした包括的な測定視点による、ツール開発の必要性が示唆された。

### 4. かかりつけ医の認知症対応力の向上:認知症サポート医の活動調査(鷲見)

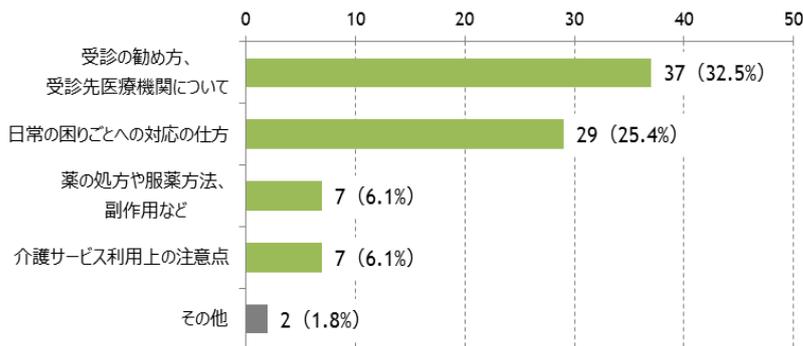
目的:医療連携・多職種連携の“連携相手”と想定される、地域包括支援センターならびに、地域医師会を対象に、“認知症サポート医”がどの程度認知され、実際の連携が行われているか、また、それが求

められているか、等について実態を把握し、認知症サポート医が「地域から認知されるため」の方策を検討するための基礎資料にする

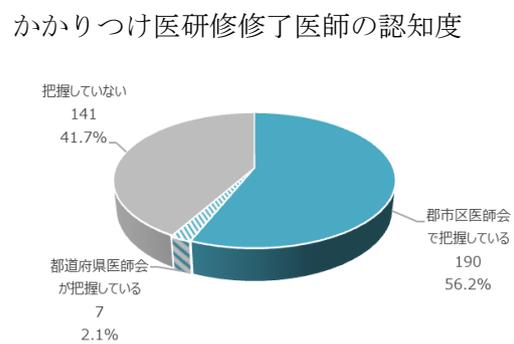
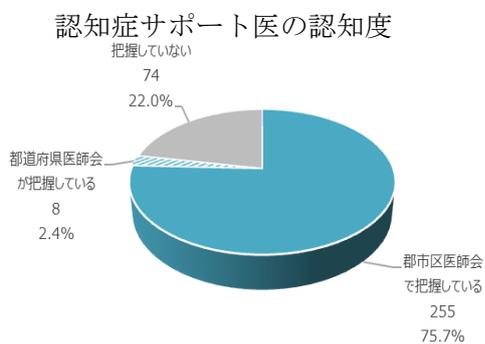
方法：無作為抽出した地域包括支援センターおよび郡市区医師会にアンケート調査をおこなった。

結果：回収状況は 地域包括支援センター 回答票 276 票（回収率 55.2%）郡市区医師会では回答票 338 票（回収率 67.6%）であった。地域包括センターでは、認知症サポート医の認知について、「知っているが相談したことがある」としたのは、114 センター（41.3%）、「知っているが連携・相談はしたことがない」は、140 センター（50.7%）、「知らないし連絡先も知らない」が 17 センター（6.2%）であった。

連携・相談のメリットについての記述回答では、“受診・医療連携につながった”、“かかりつけ医との連携ができるようになった”、“支援方針・方向性への助言”、“家族支援への協力”などが多くみられた。一方サポート医との連携・相談ができていない原因をみると、“認知症サポート医（活動内容やどこにいるか）がわからない”や、“他に相談先がある”などがあつた。



地域医師会での認知症サポート医の認知をみると、「郡市区医師会で把握している」が 255 医師会（75.7%）と 4 分の 3 を占める一方で、「把握していない」も 74 医師会（22.0%）と 2 割を上回っていた。「郡市区医師会で把握している」とした 255 医師会の認知症サポート医との連携・関係をみると、「かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師を依頼」が 125 医師会（49.0%）、「認知症の講演・セミナーの講師を依頼」が 124 医師会（48.6%）と拮抗し、「名前・連絡先を知っているだけ」が 60 医師会（23.5%）、「リストをかかりつけ医に提供」が 59 医師会（23.1%）と続いた。なお、「関わりは特にない」とした地域医師会も 48 医師会（18.8%）と 2 割弱となった。



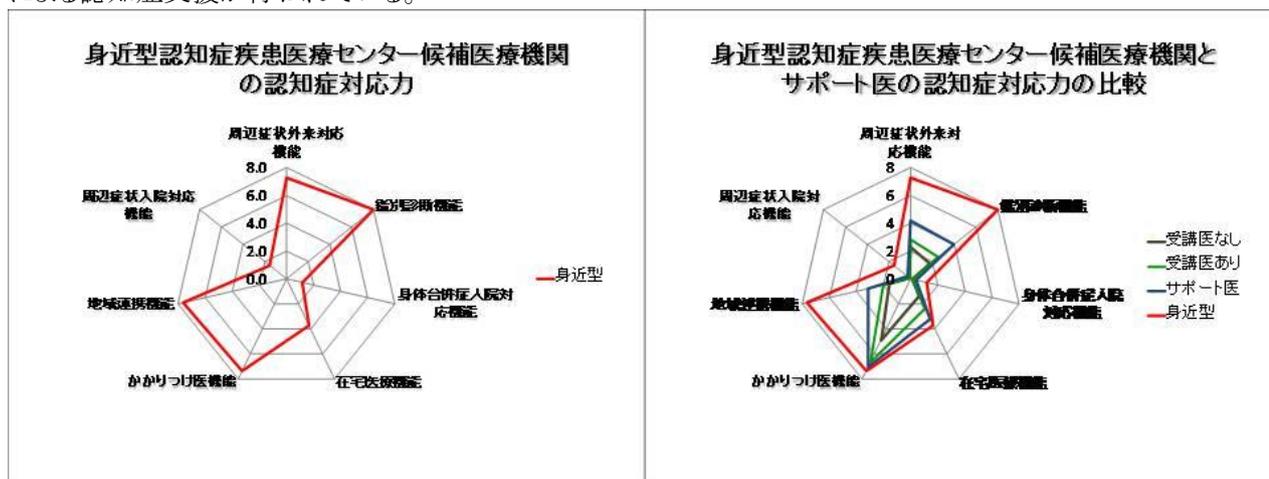
考察：調査結果からは、地域包括支援センターで 9 割以上の認知はあるものの、実際の連携・相談は 4 割にとどまり、また、郡市区医師会でも把握している割合は 4 分の 3 という状況であった。従来との比較では、認知症サポート医の認知自体は高まっているものの、実際の地域での活動の充実に向けては、地域ごとの専門医療機関、行政、地域包括支援センター、郡市区医師会等での仕組み作りの検討の中で、認知症サポート医を“自地域の既存インフラや仕組みにおいて”どのように位置付けるか、何を担ってもらえるかが共有され、さらに宣伝・広報をそれぞれの機関が関係者に行っていくことが重要であると考察される。地域包括支援センターとして、個別対応の中では認知症サポート医の重要性や必要性を感じている場合が多く、地域全体の仕組みの中で、そのことが拡大・定着してくれば、認知症の本人・家族はもちろん、医療的な支援を必要とする介護サービス（事業所・スタッフ）のニーズに応える存在として、認知症サポート医という貴重な人的資源を十分に活かしていくことが可能と考える。実際の連携現場である地域において、郡市区医師会や都道府県医師会が認知症サポート医を積極的に把握し、一部の認知症サポート医に役割が偏らないような仕組み作りへの関与や、また、既存の認知症サポート医

に対してフォローアップ研修を行う、認知症サポート医同士の横の連携の機会を提供するといった後方支援を充実させることも期待される。都道府県・郡市区医師会による継続的な養成推進とフォローアップ支援が重要である。

### 5. 身近型認知症疾患センター：身近型認知症疾患医療センターの評価(栗田)

方法：認知症の専門医療に携わる関係者の意見を参考にして、「身近型認知症疾患医療センター候補医療機関」として全国より選定した11の医療機関。調査期間は平成24年10月12日～平成25年3月1日。事前に自記式のアンケート調査を送付し、後日訪問し、アンケートの回答を参考にしながら、医療機関の代表者または診療担当者に面接して聞き取り調査を行った。調査項目は、(1)医療機関の形態、(2)医療機関の機能(①人員体制、②検査体制、③入院体制、④鑑別診断機能、⑤地域連携機能、⑥人材育成機能、⑦一般病床がある場合の身体合併症対応機能)、⑧認知症のための医療サービス全般。

結果：認知症疾患医療センターと比較して、周辺症状や身体合併症に対する入院対応機能は明らかに低いものの、ほぼすべての医療機関で、①専門医、精神保健福祉士または臨床心理技術者(または作業療法士)が配置。②神経心理学的検査は自施設で、神経画像検査は連携医療機関で行われる。③入院が必要な場合には一般病院または精神科病院と連携してこれに対応。④年間に平均200人以上の認知症関連疾患の鑑別診断が行われている。⑤高い紹介率と逆紹介率、⑥かかりつけ医や地域包括支援センター職員等の研修事業に積極的に貢献している。また、サポート医と比較すると、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関は、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」「地域連携機能」において、明らかに高い機能を発揮しており、半数以上の医療機関において、行政や地域包括支援センターと連携した自宅訪問による認知症支援、他の医療施設や介護施設への訪問による認知症支援が行われている。



結論：身近型認知症疾患医療センターは、認知症初期集中支援チームの事業化と連動し、アウトリーチを含む認知症初期対応支援機能を発揮できる可能性がある。

## まとめ

本研究班の研究成果（H24-25）を整理した。

	学術的貢献	厚生労働的成果	今後の見通し
生活機能障害と認知症スクリーニング	和文論文（日老誌50:266-267, 2013)	施策提言への資料	生活機能の変化を再調査
介護負担とBPSD・生活障害・老年症候群	英文論文3編 (JAMDA, J Frailty Aging, GGI 2014) 英文作成中1編	施策提言への資料	認知症の栄養
心-脳連関を考えた認知症の治療	英文論文1編 (GGI2014) 英文作成中1編		動脈硬化因子の介入による認知機能の変化
糖尿病を合併した認知症の管理	総説多数 英文論文1編 (GGI2014)		
家族教室	石崎賞(日本認知症ケア学会) 和文論文（日精協誌32:70-75, 2013) 英文論文1編 (GGI 2014)	施策提言への資料	RCTによる検証 アウトリーチ・カフェとの比較
転帰調査	調査中	施策提言への資料	新たな介護負担評価尺度の作成
認知症サポート医の活動調査	英文論文1編 (GGI 2014)	施策提言 研修テキストの更新	終了
認知症疾患医療センターの評価	英文論文1編 (GGI 2014)	施策提言	