

における、自発脳磁場と局所脳血流量. 第107回
近畿精神神経学会. 吹田. 2010.8.7.

高屋雅彦、工藤喬、和田民樹、山本大介、杉山博
通、野村慶子、吉山顕次、数井裕光、武田雅俊.

症状の進行過程において、双方向性の障害に変動
を認めた語義失語の1症例. 第34回日本神経心理
学会. 京都. 2010.9.9-10

H. 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

アルツハイマー病患者における血管性病変の BPSD におよぼす影響についての研究

分担研究者 橋本 衛 熊本大学医学部附属病院神経精神科

研究要旨 アルツハイマー病 (AD) 患者において、皮質下虚血性病変が認知機能障害ならびに BPSD に及ぼす影響について検討した。150 例の AD 患者を MRI 画像を用いて皮質下虚血性病変あり群となし群の 2 群に分類し、2 群間の認知機能 (MMSE、ADAS 再生・再認スコア、数唱、語列挙数) と BPSD (NPI の下位項目スコア) を比較した。結果は、皮質下虚血性を認める群の方が実行機能、注意などの前頭葉機能障害が有意に強く、さらに幻覚、妄想が重度であった。この結果から、AD 患者に皮質下虚血性病変を合併することは、実行機能や注意機能などの認知機能を低下させるだけではなく、妄想の危険因子となる可能性が示された。

A. 研究目的

MRI の普及により、認知症診療において微小脳梗塞などの血管病変の同定が容易となった。しかし、MRI 画像上の血管病変が必ずしも認知症の直接的な原因となるわけではなく、血管病変と認知症との関連についてはいまだ不明な点が多い。健常高齢者では加齢とともにラクナ梗塞や大脳白質病変などの皮質下虚血性病変を有する頻度が増加することや、皮質下虚血性病変が高齢者におけるうつ病の危険因子であることなどが報告されている。これらの知見は、アルツハイマー病 (Alzheimer's Disease ; AD) においても、皮質下虚血性病変の合併が症候学的に無視できない問題である可能性を示唆している。そこで今回の研究では、AD における皮質下虚血性病変の合併と臨床症候との関連について、特に BPSD に注目し検討した。

B. 研究方法

対象は 2007 年 4 月から 2010 年 6 月の期間に熊本大学医学部附属病院神経精神科認知症専門外来を受診した患者のうち、以下の条件を満たす Probable AD 患者全例である。①60 歳以上、②MRI を撮影、③信頼できる介護者がいる、④患者

もしくは家族から研究への同意が得られた。対象は 150 例で、男性 52 例、女性 98 例、平均年齢 76.0 ± 6.8 歳、平均 MMSE 19.7 ± 4.8 点であった。

対象を皮質下虚血性病変の有無により、皮質下虚血性病変あり群となし群に分類した。MRI T2 強調画像, FLAIR 画像を用いて、Fazekas らの分類による grade 3 以上の皮質下白質病変を有するか、もしくは、白質、基底核などの穿通枝領域にラクナ梗塞を有する場合を皮質下虚血性病変ありと定義した。なお、皮質領域に脳梗塞を認めるもの、出血性病変を伴うものは対象から除外した。

全般的知的機能は MMSE で評価した。さらに、近時記憶は Alzheimer's Disease Assessment Scale-Jcog (ADAS-Jcog) の再生、再認課題で、注意機能は Wechsler Memory Scale-revised (WMS-R) の数唱課題で、実行機能は語列挙課題 (動物ならびに“か”で始まる単語の 1 分間の想起数) で評価した。BPSD は NPI で評価した。

皮質下虚血性病変あり群となし群の間で、年齢、性別、危険因子の有無、MMSE、ADAS 再生・再認スコア、数唱、語列挙数、NPI スコアを比較した。

(論理的配慮) 初診時に熊本大学における認知症

の症候学研究プロジェクトへの参加に、本人あるいは家族から書面にて同意が得られた症例のみを対象とした。

C. 研究結果

表1に2群のプロフィールと心理検査の結果を示す。皮質下虚血性病変あり群のほうが平均年齢が有意に高く、また高血圧、糖尿病などの血管障害の危険因子をもつ割合も有意に高かった。2群間のMMSE得点に有意差はなく全般的知的機能に差はなかった。さらに記憶検査のADAS再生スコア、再認スコアのいずれも2群間で有意差はなかった。数唱課題は、虚血性病変なし群の方があり群よりも有意に成績が良かった(p=0.03)。語列挙課題は動物(p=0.004)、語頭音(p=0.02)ともに虚血性病変なし群の方が有意に良かった。NPIについては、皮質下虚血性病変あり群で幻覚、妄想のスコアがなし群よりも有意に高く(幻覚p=0.002、妄想p=0.025)、その他の下位項目においては2群間で有意差はなかった。

D. 考察

全般的知的機能を表わすMMSEの得点ならびにADASの再生・再認スコアに2群間で有意差を認めなかったことから、AD患者の皮質下虚血性病変は全般的知的機能、記憶機能には影響しないと考えられた。一方、皮質下虚血性病変あり群の方が、実行機能、注意機能のいずれも障害が強かったことから、ADに皮質下虚血性病変が加わることにより、前頭葉・皮質下回路が障害され実行機能や注意機能が悪化する可能性が示唆された。

皮質下虚血性病変とBPSDとの関連については、皮質下虚血性病変を有する患者の方がそうでない患者よりも有意に妄想、幻覚のスコアが高かった。高血圧がAD患者の妄想のリスクを増加する、AD患者の妄想は降圧剤の使用と関連するなどの、血管障害のリスクの存在と妄想との関連を示した報告もあり、今回の知見と併せて考えると、AD患者の皮質下虚血性病変は幻覚や妄想のリスクとなると考えられた。

過去の文献では、ADの妄想と前頭葉機能障害との関連が推測されている。ADにおける妄想の発現機序として、AD患者に血管病変が合併することにより前頭葉機能が低下し、その結果妄想が引き起こされやすくなったと考えられた。

E. 結論

AD患者に皮質下虚血性病変を合併することは、実行機能や注意機能などの認知機能を低下させるだけではなく、妄想の危険因子となる可能性がある。

表1 2群のプロフィールと認知機能検査結果(平均±標準偏差)

	血管病変あり群	血管病変なし群	p値
年齢	77.8±5.6	74.5±7.4	0.002
男性/女性	29/40	23/58	0.08
危険因子あり(%)	71.0	45.7	0.002
MMSE	19.5±4.9	19.8±4.8	0.67
語列挙(動物)	8.3±3.7	10.1±3.6	0.004
語列挙(か)	5.1±3.1	6.3±3.1	0.02
数唱	9.2±3.1	10.4±3.1	0.03

表2 NPIスコア(平均±標準偏差)

	血管病変あり群	血管病変なし群	p値
妄想	1.5±3.1	0.57±2.0	0.025
幻覚	0.19±0.49	0.05±0.44	0.002
興奮	1.0±2.2	0.81±2.1	0.42
うつ	1.0±2.4	1.1±2.3	0.95
不安	0.71±2.0	1.3±2.9	0.21
多幸	0.16±1.0	0.07±0.49	0.86
無為	4.1±3.9	3.7±3.5	0.73
脱抑制	0.51±1.6	0.53±2.0	0.43
易刺激性	1.2±2.4	0.74±1.9	0.30
異常行動	1.4±3.1	0.74±2.2	0.31

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Yatabe Y, Hashimoto M, Kaneda K, Honda K, Ogawa Y, Yuki S, Matsuzaki S, Tsuyuguchi A, Kashiwagi H, Ikeda M. Neuropsychiatric symptoms of progressive supranuclear palsy in a dementia clinic. *Psychogeriatrics* 11: 54-59, 2011

橋本 衛. BPSD の治療. 日本老年医学会雑誌 47(4): 294-297, 2010

2. 学会発表

Hashimoto M, Kaneda K, Ogawa Y, Ikeda M. Symposium: Delusional thoughts in dementia. 4th International Congress of Asian Society Against Dementia, Bali-Indonesia, October 29-31, 2010

橋本 衛、池田 学. 変性性認知症と血管性病変との関連. 第25回日本老年精神医学会、2010年6月24-25日、熊本市.

H. 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

認知症患者の BPSD と未治療期間の関連性の検討

分担研究者 上村直人 高知大学医学部神経精神科学教室

研究要旨 認知症の早期発見・早期治療が重要であるのは言うまでもない。また、記憶障害や行動障害など認知症の初発症状が出現してから早期に専門医療機関を受診し臨床診断が下され、認知症の背景疾患ごとにその対策が講じられなければならない。これまで認知症の発病から臨床診断を受けるまでの期間（以下未治療期間）について検討されたものは少ない。そこで、今回我々は認知症の未治療期間と BPSD との関連性を検討した。研究方法は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとにして行った。対象は 2001 年 1 月 1 日～2010 年 12 月 27 日までに高知大学医学部附属病院神経科精神科、もの忘れ外来を初診患者で、評価内容は初診時年齢、性別、発病年齢、初診時 MMSE, NPI, IADL, PSMS, ZBI, CDR, CDR 下位項目、未治療期間（認知症発症から初診までの期間）、発病年齢、臨床診断名と診断日を評価した。臨床診断では、DAT, VaD, DLB, FTLD, MCI、高次脳機能障害、その他の認知症(DSM-III-R の診断基準を満たすもの)、その他の精神科疾患に分類し、選択基準を満たした 161 名中 144 名の実態について分析を行った。倫理的配慮として当高知大学倫理委員会での承認を得て行なった。その結果、対象者 144 名の平均 MMSE 20.0 ± 5.5 、平均発病年齢 73.4 ± 9.2 歳。初診時年齢 75.6 ± 9.9 であった。未治療期間は 1.7 ± 1.5 年で、平均初診時 NPI 9.7 ± 12.2 点、平均 ZBI 得点 20.9 ± 15.1 であった。背景疾患別では、未治療期間は非認知症者が最も短く (0.53 ヶ月)、DAT 群が最も長かった (2.46 年)。ZBI と BPSD の関連性の検討では、FTLD 群、VaD 群の初診時 NPI 得点が高く、前者は未治療期間が長くなると改善傾向であった。一方で後者は血管性知症で NPI 得点が高く、未治療期間が長くなると ZBI 得点が悪化していた。以上から認知症の臨床診断までの期間と初診時の BPSD の関連性について考察し、背景疾患別の BPSD の影響のみではなく、認知症者では背景疾患のよらず未治療期間が BPSD に関連していることが判明した。

A. 研究目的

認知症の早期発見・早期治療が近年重要であるが、それらの理由として、治る認知症の鑑別、アルツハイマー型認知症に対する早期薬物治療の導入などが挙げられる。一方で認知症は単一性疾患であり、老化現象である、根本的治療はないという思い込みも一般住民には根強い傾向がある。また認知症の診断がなされるのは記憶障害よりも、BPSD などの周辺症状治療を目的として専門医療機関を訪れて診断決定がなされる場合も多いと考えられる。しかしながら今後は記憶障害や行動

障害など認知症特有の初発症状が出現してからできるだけ早期に専門医療機関を受診し臨床診断が下され、認知症の背景疾患ごとにその対策が講じられなければならない。しかしながら認知症の症状が出現してからも臨床診断が下されるまでの期間は個別性や地域性の影響が大きいと考えられてきたが、これまで認知症の発病から臨床診断を受けるまでの期間（以下未治療期間）について検討されたものは少ない。そこで、今回我々は認知症の未治療期間と BPSD との関連性を検討した。更に、介護家族の負担度評価尺度である Zarit

Caregiver Burden Interview(以下 ZBI) との関連性も検討したので報告する。

B. 研究方法

研究は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとにして行った。今回のデータ選択基準として、(1) 対象者は 2001 年 1 月 1 日～2010 年 12 月 27 日までに高知大学医学部附属病院神経科精神科、もの忘れ外来を初診し、認知症の精査や治療を求めて受診した者。

(2) 評価として MMSE、NPI、ZBI を施行している者。(初診後 3 カ月以内にすべてが施行されている者)。MMSE、NPI、ZBI はそれぞれに経験豊富な臨床心理士が施行した。

(3) 臨床診断では DAT (診断基準), VaD (診断基準), DLB (診断基準), FTLD (診断基準), MCI (診断基準), 高次脳機能障害 (診断基準: ICD-10 の器質性精神疾患を満たすもの)、その他の認知症 (DSM-III-R の診断基準を満たすもの)、その他の精神科疾患に分類した。調査内容は年齢、性別、教育歴、発病年齢、初診時年齢、初診時 MMSE、

NPI, IADL, PSMS, ZBI, CDR, CDR 下位項目、未治療期間 (認知症発症から初診までの期間)、対象者の選択は 2001.1. 1～2010.12. 27 に初診し高知大学認知症データベース登録された患者で初診時 (3 ヶ月以内の評価) に MMSE、NPI、ZBI のすべてを施行している者 161 名を対象とした。次に専門外来受診目的がせん妄治療や既に認知症の臨床診断が下されている者 17 名は除外した残りの 144 名について分析を行った。

(倫理的配慮)

本アンケート調査施行に当たっては高知大学倫理委員会での承認を得て行なった。

C. 研究結果

(1) 臨床評価結果と未治療期間の関連性

各疾患と調査内容を表 1 に示す。未治療期間は MMSE, ZBI total score, P score, CDR, IADL と有意に相関していた。

	AD	VaD	DLB	FTLD	MCI	TBI	他の認知症	非認知症	全体
平均 MMSE	10.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	0.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	20.0 ± 5.5
平均発病年齢	10.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	0.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	73.4 ± 9.2
年齢	10.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	0.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	75.6 ± 9.9
平均未治療期間 (年)	10.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	0.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	1.7 ± 1.5
平均 NPI 得点	10.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	0.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	9.7 ± 12.2
平均 ZBI 得点	10.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	0.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	20.9 ± 15.1
CDR 合計得点	10.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	0.8 ± 7.9	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	13.4 ± 10.6	11.9 ± 10.3	5.6 ± 4.5

表 1

(2) 未治療期間と介護負担度 (ZBI) との関連性の検討。

未治療期間と初診時ZBI得点の関連性では、AD群、DLB群、VaD群、非認知症群では未治療期間が長くなると介護負担度が増大している傾向の一方で、FTLD群、MCI群、TBI群、その他の認知症群では未治療期間が長いほど初診時の介護負担度が減少している傾向であった。

これらのことからZBIで評価される初診時介護負担度は背景疾患によっても未治療期間が影響していると考えられた。

(3) 背景疾患別による未治療期間とBPSDの関連性について

FTLD群、TBI群では未治療期間が長くなるとNPI得点は減少し、一方でその他の群は未治療期間が長くなると初診時のNPI得点は増大していた。これらのことから背景疾患により臨床診断につながるまでの期間や受診理由の差異の影響が示唆された。

D. 考察

臨床評価結果と未治療期間の関連性の検討では、未治療期間はMMSE、ZBI total score、P score、CDR、IADLと有意に相関していた。当初未治療期間は認知機能の低下と性の相関を示し、またNPI得点とは逆相関を示すと予測されたが、結果は逆であり、認知機能が高いほど、また精神症状や行動障害が少ないほど未治療期間が短い結果であった。これらの結果からは、専門外来受診者を今回の対象にしたことの影響が考えられた。未治療期間と介護負担度 (ZBI) との関連性の検討では、ZBIで評価される初診時介護負担度は背景疾患によっても未治療期間が影響していると考えられた。

背景疾患別による未治療期間とBPSDの関連性については背景疾患により臨床診断につながるまでの期間や受診理由の差異の影響が示唆された。

E. 結論

認知症の臨床診断までの期間と初診時のBPSDの関連性について考察し、背景疾患別のBPSDの影響のみではなく、認知症者では背景疾患のよらず未治療期間がBPSDに関連していることが判明した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

井関美咲, 上村直人. 認知症と運転免許に関するかかりつけ医の役割 直江登 (編) クリニシャン no.588vol.57 エーザイ 東京2010 469-473

井関美咲, 赤松正規, 谷勝良子, 諸隈陽子, 上村直人. 対応2: 運転適性 三村将 (編) 新しい診断と治療のABC 66 認知症最新医学社 東京 2010 251-258

上村直人, 惣田聡子, 岩崎美穂, 今城由里子, 澤田健, 井上新平. 認知症と自動車運転 老年期認知症研究会 (編) 老年期認知症研究会誌 Vol.15 東京 2010 151-159

上村直人, 井関美咲, 今城由里子, 下寺信次. 認知症と自動車運転 現状と課題 老年期認知症研究会 老年期認知症研究会誌 Vol.16 東京 2010 105-107

上村直人, 谷勝良子, 井関美咲, 下寺信次, 諸隈陽子. 認知症と自動車運転 老年期認知症研究会 老年期認知症研究会誌 Vol.17 東京 2010 46-49

上村直人, 井関美咲 認知症患者さんの車の運転についてはどう考える? 高橋智 (編) 日常診療で診る・見守る認知症 日本医事新報社 東京 2010 148-153

上村直人, 下寺信次. Brain Science 認知症と自動車運転—医学的研究の最近の動向精神科 Vol.17 NO3 295-301 2010

上村直人, 谷勝良子, 井関美咲 認知症高齢者の自動車運転 認知症の最新トピックス 最新精神医学 第15巻 第5号491-496 2010

井関美咲,上村直人.認知症患者の運転免許 神経
内科 第72巻supple.6特別増刊号 225-228

2010

藤田博一, 諸隈一平, 上村直人, 下寺信次, 井
上新平 8,000名を対象とした教職員復帰サポ
ートシステムの構築と効果判定について:高知県
での取り組み 日本社会精神医学雑誌 第19巻
第1号77-83 2010

2. 学会発表

上村直人.高次脳機能障害に対する卵黄リゾレン
チンの有効性の検討.第25回日本社会精神医学
会, 2010年2月24-25日,松江市.

上村直人.高次脳機能障害者の臨床診断における
尿酸値測定の有効性の検討.第51回中国四国精神
神経学会,2010年11月18-19日,米子市.

福島章恵, 上村直人, 井関美咲, 谷勝良子, 諸
隈陽子, 今城由里子, 小松優子, 藤田博一,
下寺信次.認知症高齢者の性的行動.第25回日本老
年精神医学会, 2010年6月25-26日,熊本市

上村直人.認知症と自動車運転～臨床的課題と話
題～.第3回運転と認知機能研究会 教育講演
2010年11月26日.東京.

上村直人. 認知症者の自動車運転 ①臨床的側
面から. 認知症医療にかかわる専門職のための
公開講座 .2010年6月26日,熊本市.

H. 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

意味性認知症とアルツハイマー病の画像的鑑別に関する研究

分担研究者 福原竜治 愛媛大学附属病院精神科

研究要旨 意味性認知症 (SD) の頭部形態画像では側脳室下角の開大を認めるなど、アルツハイマー病 (AD) と紛らわしい場合がある。SD の画像の特徴は、側頭葉を中心とした左右差のある萎縮像で、特に楔状と表現される強い萎縮が認められることである。我々は視覚的評価法を用い、SD と AD の頭部 MRI 画像における鑑別点について調べた。その結果、SD と AD の形態画像では、側頭葉底面の萎縮の有無に着目すると鑑別しやすい。楔状萎縮は AD では認められなかったが、SD では萎縮部位において約 30~60% に認められた。なお、前頭葉と頭頂葉の萎縮は、両者を区別できなかった。この結果は、プライマリケアの場面での SD の診断精度の向上に寄与すると考えられる。

A. 研究目的

意味性認知症 (semantic dementia:SD) は前頭側頭葉変性症の臨床分類の一つであり、側頭葉前方部の葉性萎縮を特徴とする疾患である。症状としては特徴的な意味記憶障害のほか、脱抑制、無為、固執、常同行動、食行動異常など特有の人格・行動面における障害を呈することが知られている。しかし SD の診断は一般に難しいとされ、アルツハイマー病 (AD) と誤診されたり、時には統合失調症と診断される例までであるのが実際である。

SD の頭部形態画像では側脳室下角の開大を認めるなど、アルツハイマー病と紛らわしい場合がある。SD の画像の特徴は、側頭葉を中心とした左右差のある萎縮像で、特に楔状と表現される強い萎縮が認められることである。そこで、SD と AD の画像における鑑別ポイントを見いだす目的で、視覚的評価を用いた画像比較を行うこととした。

B. 研究方法

対象は 1997 年 1 月から 2009 年 6 月までに愛媛大学医学部附属病院精神科神経科の高次機能障害専門外来を受診した連続例のうち、SD の診断基

準を満たし、50 から 69 歳までの臨床診断が確定し得た 10 例とした。

対照となる AD 群は、年齢、MMSE 得点をマッチングした 10 例とした。またこれらは少なくとも左右いずれかの側脳室下角が明らかに開大し、虚血性変化のない例とした。

画像評価は熟練した精神科医 2 名の合議制による視覚的評価法を用いた。画像は、MRI の T1 強調画像水平断を用い、28 箇所に関心領域それぞれについて下記のポイントについて診断を伏せて評価された(図 1)。

1.側脳室下角の開大 (0 なし 1 軽度 2 中等度 3 重度) 2.萎縮の程度(0 なし 1 軽度 2 中等度 3 重度) 3.関心領域における左右差(0 なし 1 軽度 2 中等度 3 重度) 4.楔状の萎縮の有無(0 なし 1 なし) 28 カ所の関心領域それぞれにおいて Mann-Whitney の U-test を用い 2 群間で比較した。

(倫理的配慮) 当該研究は観察研究であり研究対象者への侵襲がなく危険性はない。個人情報についても完全に匿名化するなど配慮した。

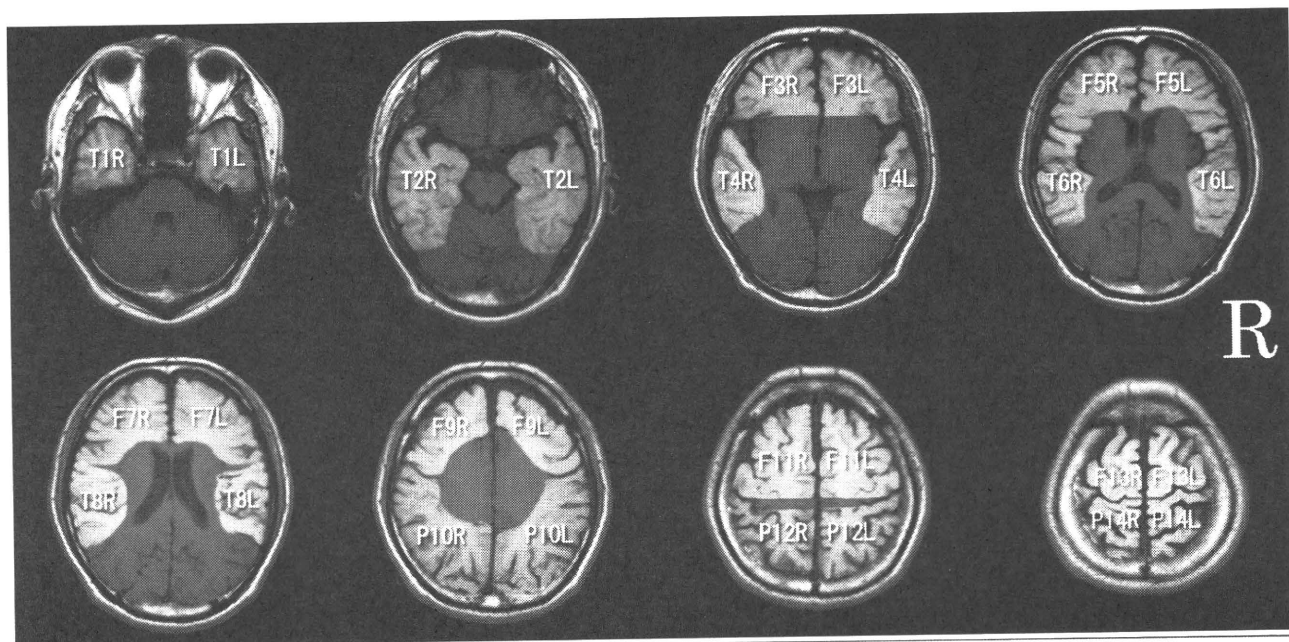


図 1

C. 研究結果

SD と AD において、萎縮の程度に差を認めたものは、側頭葉底面を含む断面と海馬を含む断面の関心領域であった。海馬を含む断面では、SD と AD の全例に左右いずれかに萎縮を認めた。左右差は SD の全例、AD の 3 例に認めた。楔状萎縮は、SD において左優位萎縮例の 6/10 例、右優位例で 3/9 例に認めた。底面を含む断面では、SD では左右のいずれかに萎縮を認めたものは 10 例全部であるのに対し、AD では 0 例であった。左右差は SD 全例で認められた。楔状萎縮は、SD において左優位萎縮例の 4/8 例、右優位例で 2/7 例に認めた。いずれの断面においても AD では楔状萎縮は認められなかった。

D. 考察

SD と AD の形態画像では、側頭葉底面の萎縮の有無に着目すると鑑別しやすい。楔状萎縮は AD では認められなかったが、SD では萎縮部位において約 30-60%に認められた。なお、前頭葉と頭頂葉の萎縮は、両者を区別できなかった。

この結果は、プライマリケアの場面での SD の診断精度の向上に寄与すると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 学会発表

7th International Conference on Frontotemporal dementias, Oct6-8 Indianapolis, USAで以下の演題として発表。

"Distinction of inferior temporal atrophy in semantic dementia and Alzheimer's disease by MRI visual inspection"

Ryuji Fukuhara, Takaaki Mori, Satoshi Tanimukai, Kenjiro Komori, Teruhisa Matsumoto MD, Yasutaka Toyota, Tetsuo Kashibayashi, Hideaki Shimizu, Naomi Sonobe, Izumi Kitamura, Shu-ichi Ueno MD, Manabu Ikeda

H. 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

厚生労働科学研究費補助金(認知症対策総合研究事業)
分担研究報告書

認知症高齢者の家族介護基盤の地域比較

品川俊一郎 東京慈恵会医科大学 精神医学講座

研究要旨 認知症診療では家族介護者の存在が極めて重要であるが、近年では認知症の精査や加療を希望して単身で外来受診する高齢者も増えている。認知症患者を取り巻く家族介護基盤の実態は大都市圏と地方都市とは異なると考えられるため、2008年4月から2009年3月までに東京慈恵会医科大学附属病院精神神経科（都心部）および熊本大学医学部附属病院神経精神科（地方都市）の認知症専門外来を受診した認知症患者連続例を対象とした調査を行った。都心部では期間中総受診者のうち認知症患者は99例であり、地方都市では総受診のうち認知症患者は172例であった。都心部患者群では地方都市患者群に比べて教育年数とMMSEスコアが有意に高く、アルツハイマー病が多かった。居住形態（在宅/施設入所）は有意差を認めなかった。都心部の同居者は、配偶者のみ（34%）が最も多く、次いで独居（22%）、子供のみ（13%）が多かったのに対し、地方都市では配偶者のみ（39%）、配偶者及び子供世帯（23%）、独居（14%）の順に多かった。初診時の同伴者は、都心部において配偶者以外の家族（49%）、配偶者（27%）、単身（7%）の順に多かったのに対し、地方都市では配偶者以外の家族（40%）、配偶者（35%）に次いで、配偶者および他の家族（18%）が多く、単独受診は稀（1%）であった。都心部の認知症患者は、地方都市と比較して独居や単独受診例が多く、家族数名で受診する例が少なかった。本検討の結果は、地域によって在宅介護の基盤が異なることを示唆し、大都市圏ではキーパーソンや介護介助者の選定が困難な状況が多くなる状況が想定された。家族介護者の不在や介護者の孤立は、早期の在宅介護破綻につながるため、大都市圏の認知症診療においてはキーパーソンや介護介助者の選定に対して特別な配慮が必要と考えられた。

A. 研究目的

認知症の正確な診断においては日常生活の中での行動特徴の把握が重要であり、またBPSDの治療やケアにおいても家族介護者を中心としたキーパーソンの協力が不可欠である。しかしながら高齢者の若年世代との同居率は低下し、女性の就労率が増加し、家庭介護者となる同居家族の高齢化といった家族構造の変化もあり、専門外来においても高齢者が単身で受診するような例が増加している。さらに高齢者が都市部で生活する子供の近くに転居する、いわゆる「呼び寄せ高齢者」が問題となっている大都市圏と逆に子供世代と離れて暮らす高齢者のみの世帯が多いような地方都市

とでは認知症高齢者の受診実態や家族介護基盤も異なるものと推測される。

大学病院の認知症専門外来を受診した患者連続例の居住形態、初診時同居者、初診時同伴者、診断、認知機能の程度などについて都心部と地方都市と双方で調査を行うことによって、認知症高齢者の家族介護基盤に関する現状把握と地域差比較を行うことを目的とした。

B. 研究方法

対象は2008年4月から2009年3月までに東京慈恵会医科大学附属病院精神神経科（都心部）および熊本大学医学部附属病院神経精神科（地方都

市)の認知症専門外来を受診した患者連続例である。両群の初診時年齢、性別、診断、受診までの期間(年)、教育年数、MMSE得点、CDR、居住形態、初診時同居者、初診時同伴者を比較した。都心部において、期間中総受診者のうち認知症と診断された例が99例であり、地方都市において期間中総受診者のうち、認知症と診断された例が172例であった。

C. 研究結果

両群間の性別、初診時年齢、罹病期間、CDR重症度に有意差は認めなかったが、都心部では地方都市に比べて教育年数とMMSEスコアが有意に高かった。また、都心部では地方都市よりアルツハイマー病が多く含まれていた。居住形態(在宅/施設入所)は二群間で有意差を認めなかった。都心部の同居者は、配偶者のみ(34%)が最も多く、次いで独居(22%)、子供のみ(13%)が多かったのに対し、地方都市では配偶者のみ(39%)、配偶者及び子供世帯(23%)、独居(14%)の順に多かった。初診時の同伴者は、都心部において配偶者以外の家族(49%)、配偶者(27%)、単身(7%)の順に多かったのに対し、地方都市では配偶者以外の家族(40%)、配偶者(35%)に次いで、配偶者および他の家族(18%)が多く、単独受診は稀(1%)であった。

D. 考察

背景因子の差は地域差や就業形態の差によるものと考えられた。診断比率の差は近隣の専門医療機関の数や関係医療機関との連携の有無などが影響している可能性がある。初診時同居者の比較は国勢調査とも大筋で一致する結果であり、大都市圏における独居高齢者の問題をそのまま反映していると考えられる。今回の都心部の結果が現在の本邦の社会の類型に近いと考えられる一方、地方都市では配偶者と2人世帯の専門外来受診率が高かった。初診時同伴者に関する比較も同居者の割合を反映した結果となった。大都市圏では社会機能水準が高く、自らの異常に気づいて自ら受診す

るような群が多い可能性がある。家族と受診した例においても都心部では配偶者+子供で受診という場合が少なく、セカンドキーパーソンの存在が少ないこと示唆する。しかし双方で独居者の割合に比べ、初診時同伴者がいない患者(単身)の割合は低く、これらの初診時同伴家族を治療やケアのキーパーソンできるかがその後のマネージメントにおける鍵になると考えられた。

E. 結論

今回の結果には1)社会構造の変化による大都市圏での独居高齢者の増加の影響、2)認知症の啓発が進み、自ら受診する群の大都市圏における増加、という2点の関与が考えられた。家族介護者をベースにした診断および治療の導入が困難となるため、どのようにキーパーソンを設定し処遇を行っていくかということが今後の問題となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会報告

なし

H. 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

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

分担研究報告書

疾患別、精神症状別の介護負担に関する研究

かかりつけ医と認知症に関する政策の観点からのアプローチ：

英国の National Dementia Strategy に着目して

～策定の背景～

研究分担者 荒井 由美子

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 研究所 長寿政策科学研究部 部長

研究要旨

わが国では、認知症の発症初期の段階からの、かかりつけ医の役割について、その重要性が認識されつつある。わが国と同様に、英国においても、かかりつけ医の役割が重要視されているが、それに至るまでの間には、徹底した実態の把握が図られ、厳しい現状が明らかにされた経緯がある。現在は、認知症に特化した政策の策定により、かかりつけ医の役割強化を図るための試行が進められている。

そこで本研究は、英国における認知症に関する政策に着目した、「かかりつけ医と認知症に関する政策の観点からのアプローチ」による研究を実施することにより、かかりつけ医の資質向上に資する有用な知見を呈し、以て、わが国における認知症患者の介護者の介護負担に対し、その軽減に寄与することを目的とした。

本研究は、1)英国における認知症に関する政策(National Dementia Strategy)の策定の背景、2) National Dementia Strategy の概要及び課題、の2つの観点から実施するものであり、本年度は、第1の観点について、特に、英国において、患者が最初に受診する General Practitioners (以下、GP) に着目し、策定の背景となった調査結果等のレビューを実施した。

本研究の結果、National Dementia Strategy(2009)の策定の背景として、1)英国において認知症と診断される者の数は、現に実在すると思われる数の約3分の1に限られていた、2)認知症に係る専門的なサービスの提供には、質、量ともに地域によって極めてばらつきがあった、3)認知症の診断に関するトレーニングを充分受けていると回答した GP の数が減少していた、4)GP 自身が認知症の診断に関わりを有することに消極的であった等の課題が存在したことが確認された。

本年度は、来年度の実施事項である、「National Dementia Strategy の概要及び課題」に資する基礎的な資料が入手されたとともに、着目すべき論点の明確化が図られた。来年度は、National Dementia Strategy が、実際にどのような方向性を提示するに至ったのかについて、詳細を把握していく必要がある。

A. 研究目的

わが国では、「認知症対策等総合支援事業の実施について（平成18年5月30日 老発053002 各都道府県知事・各指定都市市長宛：厚生労働省老健局長通知）」に示されている通り、「認知症対策については、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などを通して地域単位での総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である」としている。その別添1「認知症地域医療支援事業実施要綱」の第二において、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が示されており、専門医のみならず、かかりつけ医の役割が重視されている。

しかしながら、研究代表者（熊本大学大学院池田 学教授）が昨年度より、認知症対策総合研究推進事業に基づき開始した「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」の趣旨が示す通り、かかりつけ医の役割強化については、その重要性が、ようやく認識されつつある段階にあるものと思われる。

わが国と同様に、英国においても、認知症の発症初期の段階からの、かかりつけ医の役割が重要視されている。しかし、そのような認識に至るまでの間には、認知症の早期診断における、かかりつけ医の役割について、徹底した調査による、実態の把握が図られ、厳しい現状が明らかにされた経緯がある。2009年には、認知症に特化した政策が策定され、現在、関連制度の整備とともに、かかりつけ医の役割強化に係る試行が進められている。

そこで本研究は、英国における認知症に関する政策に着目した、「かかりつけ医と認知症に関する政策の観点からのアプローチ」に

よる研究を実施することにより、かかりつけ医の資質向上に資する有用な知見を呈し、以て、わが国における認知症患者の介護者の介護負担に対し、その軽減に寄与することを目的とする。

B. 研究方法

本研究は、以下の2つの観点から実施するものであり、本年度は、「第1の観点」について実施した。

●第1の観点〔以下、1)〕

英国における認知症に関する政策 (National Dementia Strategy) の策定の背景 (本年度実施事項)

●第2の観点〔以下、2)〕

National Dementia Strategy の概要及び課題 (来年度実施事項) :

以下、各観点別に研究の方法を示す。

1) 英国における認知症に関する政策 (National Dementia Strategy) の策定の背景 (本年度実施事項) :

英国における National Dementia Strategy¹⁾ について、策定の背景となった調査結果等のレビューを実施する。これにより、来年度の実施事項である、当該政策の概要及び課題抽出に資する基礎的な資料を入手し、論点の明確化を図るものである。なお、研究目的で示した通り、「かかりつけ医と認知症に関する観点からのアプローチ」による研究を実施するためにも、英国において、患者が最初に受診する「かかりつけ医」 (General Practitioners : 以下、GP) に着目してレビューを実施した。

具体的な方法としては、英国政府・関係省庁刊行物及び民間組織の発行する文書を含めた文献調査を実施した。また、関連する先

行研究についてもレビューを実施した。なお、民間組織の対象範囲については、研究上の質を確保するためにも、①英国厚生省が関連主体として認める組織及び、②consultation document²⁾に対し、公式に意見を提示した主体に限り、文献調査の対象とした。なお、consultation document とは、この場合、当該政策の草案を意味するもので、パブリック・コメントに付された資料である。当該パブリック・コメントは、2008年6月19日から、同年9月11日まで、英国厚生省のオンライン上を含め、広く実施された³⁾。なお、公式に意見を提示した個人の氏名及び組織の名称は、匿名でない限りにおいて公表されている⁴⁾。

2) National Dementia Strategy の概要及び課題 (来年度実施事項) :

当該観点については、来年度実施するものである。具体的な方法としては、本年同様、英国政府及び関係省庁刊行物の文献調査とともに、先行研究のレビューを実施する。また、来年度は、Royal College of General Practitioners 等、英国の GP に関連する組織が提供する文書についても、レビューを実施する予定である。

C. 研究結果

本年度は、第1の観点である「英国における認知症に関する政策(National Dementia Strategy)の策定の背景」に係るレビューを実施した。以下、主な結果を示す。

1. 英国における認知症に係る現状 :

英国厚生省は、National Dementia Strategy (2009) において¹⁾、英国の認知症に係る現状を示すものとして、Knapp、他

(2007)⁵⁾ 及びComas-Herrera、他 (2007)⁶⁾ の研究報告を引用している。

Knapp、他 (2007) の報告によると、英国(UK)において、認知症に罹患していると思われる人口は、約70万人であり、うち、57万人は、イングランドに在住している(参考: 2007年当時の英国の人口は、約6,100万人)⁵⁾。

なお、英国経済への影響の観点からすると、認知症に関する年間規模での支出は、1年で約170億ポンド(日本円で約2兆3千万円; 2011年3月1日現在、133円で換算)であると試算されている⁵⁾。

これが、今後30年において、英国全体における認知症に罹患すると思われる人口が、現行の約2倍(約140万人)となり⁵⁾、それに伴う支出は、年間で約500億ポンド(日本円で約6兆7千万円; 2011年3月1日現在133円で換算)となることが予測されている⁶⁾。

2. National Dementia Strategy の策定の背景となった主な調査の結果 :

1) Audit Commission による 2000 年の調査

Audit Commission とは、1982年のLocal Government Finance 法によって設置された、地方公共サービスに係る監査委員会である。”The Audit Commission promotes the best use of public money”⁷⁾ とのフレーズが示す通り、公共サービスの現状に係る各種の調査研究を実施している。この Audit Commission が実施した2000年の調査の結果は、当時の英国における認知症の診断が、適切に行われていない可能性を示唆するものであった。

当該調査によると、約半数(54%)のGP

のみが、「認知症の初期の症状を積極的に把握するように努め、早期診断につなげることが重要である」と回答し、重要であると回答しなかった者の理由として、

「治療が不可能な症状を見つけようとする行為に、何の意味があるのか？」

「認知症は、治療が不可能であるのに、なぜ診断をする必要あるのか？」

「認知症の診断は、難しく、不確かで、不必要な不安となりかねない」

(Audit Commission 2000;21)

といった、診断に対して極めて消極的なコメントが確認されたとのことであった。なお、GPによるこれらの発言を裏付けるように、同調査において、「認知症の診断に関する十分なトレーニングを受けている」と感じていたGPは、回答者の半数以下(48%)であった⁷⁾。

このAudit Commissionによる調査の翌年、英国厚生省は、The National Service Framework for Older People(2001)⁸⁾を策定し、高齢者政策の一環として、認知症の早期診断及び介入が重要である旨を明記した。また、それらの実現を図るためにも、各地方自治体及びNational Health Service(英国の国民保健サービス：以下、NHS)の関係主体は、認知症に係る専門的なサービスへのアクセス状況等について、各地域における実態の把握に努めるよう指摘した⁸⁾。

2) National Audit Officeによる2007年の調査

上記の通り、認知症の早期診断及び介入の重要性は、2001年の段階において、高齢者に係る政策の一環として、公文書に明示されていた。しかし、2007年7月に、National Audit Office⁹⁾(1983年National Audit法によって設置された、国家会計検査院)が報告した

実態調査の結果は、2000年の調査の結果以上に、極めて厳しい現状を示すものであったと言われている¹⁾。

具体的には、①英国において認知症と診断される者の数は、現に実在すると思われる数の約3分の1に限られている、②認知症に係る専門的なサービスの提供には、質、量ともに地域によって極めてばらつきがある、③「認知症の診断に関する十分なトレーニングを受けている」と感じているGPは、回答者の31%であり、2000年のAudit Commissionの調査の結果(48%)より悪化している等の結果が示された⁹⁾。

この調査の結果を報告したNational Audit Officeは、認知症の早期診断及び介入を実現するためにも、①英国政府は、認知症を国の最優先課題として認識すべきであり、②国レベルでの認知症に特化した政策を策定するよう強く指摘した⁹⁾。

3. National Dementia Strategyの策定経緯の概略：

上述した2007年のNational Audit Officeによる調査報告は、英国政府にとって、国レベルでの認知症に係る政策を策定する直接的なエビデンスになったとされている^{1, 4)}。

当該レポートが如何に重要視されたかを顕著に示す具体的な動きとして、National Audit Officeのレポートが公表された翌月(2007年8月)、英国厚生省は、National Dementia Strategyを策定する旨を公表し、検討期間として、1年間のプロジェクトを打ち出した⁴⁾。なお、検討期間中の2007年10月には、英国議会の下院の委員会であるPublic Accounts Committeeによって、National Audit Officeのレポートで指摘さ

れている事項について、英国厚生省に対し審問が実施された⁹⁾。審問の結果、Public Accounts Committee は、翌 2008 年 1 月に、①認知症を国の最優先課題の一つとして認識すべきである旨、②政府によるリーダーシップの必要性、③認知症の早期診断の重要性等の見解をまとめた⁹⁾。

英国厚生省は、この議会の見解を全面的に反映し、2008 年 6 月 19 日に consultation document として、National Dementia Strategy の草案(Transforming the quality of dementia care; consultation on a national dementia strategy)を公開した。当該草案は、2008 年 6 月 19 日から同年 9 月 11 日までの間、consultation に付された^{1,2)}。

4. 英国の National Dementia Strategy (草案) : consultation の結果

1) 回答者の内訳

「研究方法」において既述の通り、当該草案は、英国厚生省のオンライン上を含め、郵送による意見提出等、広く Consultation に付された。なお、意見を提出した個人の名前あるいは組織の名称は、匿名でない限りにおいて、公表されている⁴⁾。

consultation 自体には、およそ、4,000 人の個人が何らかに関わりを有したとされているが、実際に寄せられた意見は、600 件であった⁴⁾。回答者の内訳は、介護者（職業介護者でない）が最も多く（23%）、ケア関連ボランティア（ケアサービス事業者や、職業介護者でない）が続く等（15%）、認知症患者のケアに普段から携わる主体からの意見が最も多いことが確認された。次いで、primary care trust（10%）、臨床医（8%）等、認知症の早期診断に深い関わりがあると

思われる主体からの見解が続いた⁴⁾。

2) 草案に対する主な意見：認知症の早期診断への GP の関わりについて

①一般的な見解：

認知症の早期診断の実現に際し、GP がどの程度、積極的に関わるべきなのかという点は、consultation において一つの論点となった。

英国厚生省⁹⁾によると、consultation において、多数を占めた意見は、「特に、認知症の早期診断のような高度な技術を必要とする診断は、専門医によって実施されるべきである」というものであった。還元すれば、GP 等を含む、いわゆる primary care に携わる主体が、認知症の早期診断に関わることへの強い懸念が示されたという。具体的には、認知症患者自身、あるいは介護者からは、GP による適切でない応対や、明らかに専門的な知識が不足していると思われるエピソードが多数寄せられる等、GP による関わりに対し、強い懸念が確認されたとのことであった⁹⁾。

②GP の見解

英国厚生省⁹⁾は、このような、強い懸念が持されるに至った現状を裏付けるエビデンスとして、Iliffe、他¹⁰⁾が 2006 年に実施した、GP 等に対する意識調査の結果を引用している。Iliffe、他（2006）¹⁰⁾は、39 名の GP に対し、認知症の診断に関する質問事項について、半構造化面接により調査を実施した。その結果、認知症の診断に対し、障害となり得る、以下の 4 つのカテゴリが確認された¹⁰⁾。

1)Therapeutic nihilism :

「早期診断や告知をしたところで、 どうしようもない」とする概念

2)Risk reduction or avoidance :

「早期の段階で診断をすること、また、それを告知することに伴う、患者、 家族への影響を軽減、あるいは回避 したい」とする概念

3)Competencies :

「認知症を診断するためには高い専門性が 必要だ(GP にその能力は無い)」とする概念

4)Resources & roles :

「認知症患者に対する適切なサービスがない」、 「GP は、専門医への橋渡しであるに過ぎない」とする概念

(各カテゴリの要約は、荒井が作成)

これらのカテゴリの構成要素は、互いに重なり（重複）が見られることから、Iliffe、他（2006）は、これらを Layered obstacles と称し、改善を目指すためには、次のような段階を経る必要があると指摘している¹⁰⁾。 先ずは、1)therapeutic nihilism に陥っている GP に対し、認知症であっても、必ず何か改善できる点があることを明示し、これで以て初めて、2)risk を正しく認識することが可能となる、最後に、複雑な 3)competencies の問題に取り組むことが重要であるとしている¹⁰⁾。 なお、4)の「認知症患者に対する適切なサービスがない」 ことについては、医師等の専門家にとっては無論、患者にとっても改善が望まれる点であり、それゆえ、改善された場合の効果が顕著に見込まれる、重要な課題であると指摘している¹⁰⁾。

D. 考察

既述の通り、National Dementia Strategy は、約 1 年間の検討期間及び consultation を経て、2009 年 2 月に、正式に発行されるに至った¹⁾。

なお、正式な発行に先立ち、英国厚生省のケアサービス担当大臣（当時）は、全ての NHS の GP に対し、トレーニングを実施したい意向を示し、認知症の早期診断における GP の役割強化を示唆する発言として、メディアから大きな関心を集めた¹¹⁻¹³⁾。

無論、英国厚生省としても、既存の調査の結果及び consultation で寄せられたコメントを受け、認知症の診断に係る当時の GP の状況については、十分な現状認識を持っていたと思われる。しかしながら、英国では、現実問題として、多くの患者が最初に受診するのが GP である。そのため、認知症の早期診断及び介入を実現するためには、GP の果たす役割を無視することは現実的でない判断したものと思われる。

なお、既述した各調査が示す通り、GP に対する認知症に係るトレーニングは充分でない事実からも、その充実が図られることに主眼におかれたことは、むしろ自然の流れであったと推測される。

一方、既に、一部の学識者からは、「認知症の早期診断は、決して容易ではない。今後、どのように(GP を)トレーニングしていくのか、極めて関心がある」との厳しい見解も示されている^{11,12)}。

National Dementia Strategy の策定自体は、議会からの強い要請事項であったことから、その意味では、英国政府は、国民の期待に応えた形になったと思われる。しかし、consultation を経て、正式に発行された National Dementia Strategy が、実際にどのような方向性を提示するに至ったのかについて、詳細を把握する必要がある。

E. 結論

本年度は、第1の観点である、「英国における認知症に関する政策(National Dementia Strategy)の策定の背景」について、GPに関連する事項に着目して、策定の背景となった調査結果等のレビューを実施した。これにより、来年度の実施事項である、当該政策の概要及び課題の抽出に資する基礎的な資料が入手された。また、来年度実施する第2の観点において、着目すべき論点の明確化が図られた。

今年度の研究結果を踏まえて、来年度は、第2の観点である、「National Dementia Strategyの概要及び課題」について実施することにより、かかりつけ医の資質向上に資する有用な知見を呈し、以て、わが国における認知症患者の介護者の介護負担に対し、その軽減に寄与し得るものと考えている。

研究協力者 水野洋子(独立行政法人国立長寿医療研究センター 長寿政策科学研究部 研究員)

引用文献:

1)Department of Health. Living well with dementia: A National Dementia Strategy. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_094051.pdf (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2009.

2)Department of Health. Transforming the quality of dementia care: consultation on a National Dementia Strategy. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_085567.pdf (最終アクセス日: 2011

年2月28日) 2008.

3)Department of Health. National dementia strategy 用オンライン consultation URL: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_085570 (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2008.

4)Department of Health. Consultation response and analysis: National Dementia Strategy. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_094057.pdf (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2009.

5)Knapp M, Prince M, Albanese E, et al. Dementia UK: The full report. Alzheimer's society. http://alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=2 (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2007.

6)Comas-Herrera A, Wittenberg R, Pickard L and Knapp M. Cognitive impairment in older people: future demand for long-term care services and the associated costs. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22(10): 1037-1045.

7)Audit Commission. Forget Me Not: Developing mental health services for older people. <http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/ForgetMeNot.pdf> (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2000.

8)Department of Health. National Service Framework for Older People. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4071283.pdf (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2001.

9)National Audit Office Improving services and support for people with dementia. http://www.nao.org.uk/publications/0607/support_for_people_with_dement.aspx (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2007.

10) Iliffe S, Wilcock J and Haworth D. Obstacles to Shared Care for Patients with Dementia: A qualitative study. Family Practice 2006; 23(3); 353-362.

11) The BBC. All GPs to get dementia training. The BBC News. 2008年12月22日. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7794878.stm> (最終アクセス日: 2011年2月28日).

12) The BBC. 'Memory clinics' plan on dementia. The BBC News. 2009年2月3日. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7865494.stm> (最終アクセス日: 2011年2月28日).

13) The Daily Mail. Every GP will be trained to diagnose dementia in major breakthrough for Alzheimer's patient. Mailonline. 2008年12月22日. <http://www.dailymail.co.uk/health/article-1099566/Every-GP-trained-diagnose-dementia-major-breakthrough-Alzheimers-patients.html> (最終アクセス日: 2011年2月28日).

参考文献及び URL :

Audit Commission. Forget Me Not: Developing mental health services for older people.

<http://www.audit-commission.gov.uk/SiteCollectionDocuments/AuditCommissionReports/NationalStudies/forgetupdate.pdf> (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2002.

Banerjee S. Living well with dementia: development of the national dementia strategy for England. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 25(9): 917-922.

Office for National Statistics. News release: UK population approaches 61 million in 2007.

<http://www.statistics.gov.uk/pdfdir/popest0808.pdf> (最終アクセス日: 2011年2月28日) 2008.

Public Accounts Committee.

URL: <http://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/> (最終アクセス日: 2011年2月28日) .

Royal College of General Practitioners.

URL: <http://www.rcgp.org.uk/>

(最終アクセス日: 2011年2月28日) .

F. 研究危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

(以下の論文は、全て当該分担研究者: 荒井がCorresponding authorである)

Arai Y, Arai A, Mizuno Y. The National Dementia Strategy in Japan. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 25(9): 896-899.

Arai A, Mizuno Y, Arai Y. Differences in perceptions regarding driving between young and old drivers and non-drivers in Japan. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 25(12): 1239-1245.

Mizuno Y, Arai A, Arai Y. Measures for enhancing the mobility of older people with dementia in Japan: Should it be a matter of self-help? J Am Geriatr Soc 2010; 58(10): 2048-2049.

荒井由美子, 新井明日奈, 水野洋子. 認知症高齢者と運転: 社会支援のあり方. 老年期認知症研究会誌 2010; 17: 76 - 81.

鷺尾昌一, 豊島泰子, 今村桃子, 東 治道, 荒井由美子, 井手三郎. 九州地区における透析患者のインフルエンザ罹患, 施設内流行と職員のワクチン接種. 臨牀と研究 2010; 87(3): 94(384)-99(389).

荒井由美子. 認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方. 月刊福祉 2011; 2: 44 - 45.