

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」

分担研究報告書

「認知症の地域連携システム・家族教育の意義について」

研究分担者 神崎恒一 杏林大学医学部高齢医学（教授）

研究要旨：本研究では、認知症患者の家族が“家族教室”を受講したケースと受講しなかったケースについて、介護負担度の違いを比較した。対象は当院もの忘れセンターに通院する認知症患者 32 名（男性 16 名、女性 16 名、平均年齢 76.3 ± 5.0 歳）で、家族が家族教室を受講した患者 16 名（受講群）と、受講しなかった患者 16 名（非受講群）について、問題行動（DBD）、介護負担度（ZBI）、基本的 ADL、手段的 ADL、MMSE、GDS15、意欲の指標を家族教室受講前後で評価し、受講群 vs 非受講群、もしくは教室受講前後で DBD、ZBI の変化を比較した。その結果、家族教室受講前の基本的 ADL、手段的 ADL、MMSE、GDS15、意欲の指標、DBD、ZBI に受講群と非受講群の間で差は認められなかった。一方、家族教室受講後の ZBI は非受講群で悪化する傾向が認められたが（ $33.3 \pm 18.1 \rightarrow 40.8 \pm 20.6$ pts）、受講群では不変もしくは若干改善する傾向が認められた（ $28.1 \pm 21.9 \rightarrow 25.2 \pm 17.6$ pts）。また、家族教室受講前の時点で受講群と非受講群の間に ZBI に差は認められなかったが、家族教室受講後の評価では受講群の方が非受講群よりも有意に ZBI が低かった。以上の結果より、家族教室は家族の介護負担を軽減する可能性が示唆された。今後、症例数を増やし、また、他の手法を導入することによって家族教室の家族介護負担軽減への効用を明確にしていくことを予定している。

A. 研究目的

認知症は患者本人とともにこれを支える家族の協力が重要である。ところが、認知症患者の行動は周囲の人間に理解できないことが多い。病識の欠如、状況にそぐわない服装、発言、行動をとったりするため、患者の周囲にいて生活を支える介護者は、介護に必要な時間が増えるにしたがって自分の自由が制限されることなどのため、介護に負担を感じるようになる。特に徘徊や暴言など周辺症状が出現すると家族の介護負担は著しく増加する。これまで「周辺症状の増加と患者の意欲の低下が家族の介護負担を悪化させる（山田，2008）」、「介護負

担感、介護者が女性で続柄が妻の場合に高い（平松，2006）」、「介護に関する相談者や協力者を有する介護者は負担感が低い（牧迫，2008）」、「趣味や気晴らし活動をしている介護者は、負担感が低い（平松，2006）」ことなどが報告されている。

杏林大学病院もの忘れセンターでは介護にあたる家族の啓発を目的とした家族教室を月 6 回開催している。これを受講することによって、介護にあたる家族は認知症に対する理解を深め、現在の患者の状態を理解し、将来に備えることができると期待できる。

本研究では、杏林大学病院もの忘れセン

ターを受診した患者のうち、介護にあたる家族が“家族教室”を受講したケースと受講しなかったケースについて、家族の介護負担度の違いと変化を比較した。

B. 研究方法

対象：杏林大学医学部付属病院もの忘れセンターに通院する認知症患者 32 名（男性 16 名、女性 16 名、平均年齢 76.3±5.0 歳）。

方法：認知症と診断された患者のうち介護にあたる家族が家族教室（下記）を受講した患者 16 名（介入群）と、性別、介護にあまっている家族の続柄をマッチさせ、さらに年齢、認知機能（MMSE）、評価期間が近似した患者 16 名（非介入群）について、問題行動（Dementia Behavior Disturbance Scale: DBD）、介護負担度（Zarit Burden Interview: ZBI）、Barthel Index (BRTL)、I-ADL (Lawton&Brody)、認知機能（MMSE）、うつの指標（GDS15）、意欲の指標（Vitality Index）を家族教室受講前後（平均 354 日）で評価し、介入群 vs 非介入群、もしくは介入前後での DBD, ZBI の変化を統計的に比較した。

家族教室（月 6 回開催）の内容は以下の通り

1. 認知症とは何か
2. 認知症との付き合い方
3. もの忘れの予防と治療
4. 活性化と転倒予防（運動療法の考え方）
5. 認知症の介護（介護サービスを使いこなすために）

すために）

6. 音楽療法

7.

（倫理面への配慮）

本研究は、杏林大学医学部医の倫理委員会の承認のもと、実施した。

C. 研究結果

評価期間は平均 354 日ではほぼ 1 年間であった。家族教室受講群（16 名）と非受講群（16 名）の性別、Barthel Index、I-ADL、認知機能（MMSE）、うつの指標（GDS15）、意欲の指標（Vitality Index）、問題行動（Dementia Behavior Disturbance Scale: DBD）、介護負担度（Zarit Burden Interview: ZBI）を示す。

家族教室受講前の比較

	家族教室受講群	非受講群
人数	16	16
男:女	8:8	8:8
年齢	75.6±5.4	77.0±4.7
Barthel Index	95.9±7.6	94.7±10.2
IADL	4.5±1.5	4.5±2.0
MMSE	19.6±4.1	19.2±6.0
GDS15	4.6±3.9	5.0±4.5
Vitality index	9.3±0.9	8.9±2.1
DBD	21.1±14.0	19.3±9.0
ZBI	28.1±21.9	33.3±18.1

2群間で有意差なし

家族教室受講前の Barthel Index、I-ADL、GDS15、Vitality Index、DBD、ZBI に家族教室受講群と非受講群の間に差は認められなかった。

一方、家族教室受講後の ZBI は家族教室非受講群では悪化する傾向が認められたが、受講群では不変もしくは若干改善する傾向が認められた（統計的な有意差は認められ

ず)。また、上述の通り、家族教室受講前の時点で受講群と非受講群の間に ZBI に差は認められなかったが、受講後の評価では受講群の方が非受講群よりも有意に ZBI が低かった（下図）。

家族教室受講前後での比較

	家族教室受講群	非受講群
人数	16	16
男:女	8:8	8:8
ZBI(教室前)	28.1±21.9	33.3±18.1
ZBI(教室後)	25.2±17.6	40.8±20.6

教室受講群、非受講群の間で、
教室受講前のZBIに有意差なし

教室受講群、非受講群とも
教室受講前後でのZBIに有意差なし

D. 考察

本研究の結果より、家族教室を受講することによって、介護にあたる家族の負担は軽減する可能性が示唆された。しかしながら、対象者数が十分でないことから現時点で断定的な結果を述べることはできない。また、介護負担は患者の問題行動の程度に依存するが、家族教室非受講群では調査期間中 DBD が悪化する傾向が認められているので、その点を考慮する必要がある。今後、症例数を増やすこと、費用対効果等の効果判定方法を取り入れること、定性的評価を加えることによって家族教室の家族介護負担軽減への効用がより明確にできるものとする。

E. 結論

家族教室は家族の介護負担を軽減する可能性が示唆された。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Nagai K, Kozaki K, Sonohara K, Akishita M, Toba K: Relationship between interleukin-6 and cerebral deep white matter and periventricular hyperintensity in elderly women. Geriatr Gerontol Int 11: 2011.
2. Yamada S, Akishita M, Fukai S, Ogawa S, Yamaguchi K, Matsuyama J, Kozaki K, Toba K, Ouchi Y: Effects of dehydroepiandrosterone supplementation on cognitive function and activities of daily living in older women with mild to moderate cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int 10: 280-287, 2010.
3. 町田綾子、山田如子、木村紗矢香、神崎恒一、鳥羽研二: 認知症の周辺症状と介護負担感に対する抑肝散長期投与の効果. 日老医誌 47: 262-263, 2010.
4. 神崎恒一. 高齢者の転倒予防. 日老医誌 47: 137-139, 2010.
5. 神崎恒一. 寝たきり. 日老医誌 47: 393-395, 2010.

2. 学会発表

1. 望月諭、小川純人、秋下雅弘、大田秀隆、石井正紀、飯島勝矢、江頭正人、神崎恒一、鳥羽研二、大内尉義: 臨床治療薬の生存寿命への影響 パラコート障害モデルを用いた ARB による生存寿命延長効果の検討. 第 47 回日本臨床分子医学会, 東京, 2010 年 4 月.
2. 神崎恒一: 高齢者の転倒 その成因の解明とその予防対策 高齢者の転倒リスクの評価. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
3. 神崎恒一: 認知症診療の実践セミナー

- 認知症を理解するために必要な老年医学の知識. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
4. 山田如子、木村紗矢香、町田綾子、岩田安希子、守屋佑貴子、小林義雄、中居龍平、神崎恒一、鳥羽研二：デイサービス利用は介護負担を軽減しうるか：認知症の高齢者総合機能評価を用いた縦断解析. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
5. 町田綾子、山田如子、木村紗矢香、神崎恒一、鳥羽研二：前頭側頭葉変性症 (FTLD) の言語理解および表出についての検討—標準失語症検査 (SLTA) を用いて—. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
6. 町田綾子、山田如子、木村紗矢香、神崎恒一、鳥羽研二：重症認知症患者における残存コミュニケーション能力の検討, 2010 年 6 月.
7. 永井久美子、神崎恒一、小林義雄、鳥羽研二：軽度認知機能障害における脳委縮・脳血流と動脈硬化との関連. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
8. 小川純人、柴崎孝二、山口潔、山田思鶴、神崎恒一、鳥羽研二、秋下雅弘、大内尉義：高齢者食生活習慣と世帯構造および介護予防指標との関連性. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
9. 長谷川浩、永井久美子、神崎恒一、鳥羽研二：中高年女性における脊柱矯正・柔軟体操の経年的効果 (7 年次報告). 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
10. 佐藤道子、長田正史、菊池令子、岩田安希子、木村紗矢香、山田如子、鳥羽研二、神崎恒一：転倒スコアと歩行機能検査との関連に関する検討. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
11. 内田博子、須藤紀子、岩田安希子、佐藤道子、清水昌彦、木村紗矢香、山田如子、神崎恒一、鳥羽研二：認知症患者の塩酸ドネペジル服薬時の制酸剤併用に関する検討. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
12. 木村紗矢香、山田如子、町田綾子、岩田安希子、守屋佑貴子、小林義雄、中居龍平、神崎恒一、鳥羽研二：日本における Frontal Assessment Battery の有用性の検討. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
13. 宅美貴子、木村紗矢香、山田如子、町田綾子、神崎恒一、鳥羽研二：意味性認知症 (Semantic dementia) に対する言語リハビリテーションの治療効果. 第 52 回日本老年医学会学術集会, 神戸, 2010 年 6 月.
14. 佐藤道子、須藤紀子、清水昌彦、輪千安希子、八反丸美喜子、宮城島慶、長谷川浩、神崎恒一：NIPPV 管理中に胃壁内気腫を合併した認知症高齢者の一例. 第 52 回日本老年医学会関東甲信越地方会, 東京, 2010 年 9 月.
15. 八反丸美喜子、藤谷順子、長谷川浩、神崎恒一：頸部突出法 (neck protrusion) を施行することで良好な摂食が可能となった高齢者嚥下障害の一例. 第 52 回日本老年医学会関東甲信越地方会, 東京, 2010 年 9 月.
16. 山田如子、町田綾子、木村紗矢香、守屋佑貴子、輪千安希子、小林義雄、中居龍平、神崎恒一、鳥羽研二：介護負担軽減における在宅介護サービスの効果の検討—認知症の高齢者総合機能評価を用いた縦断解析—. 第 29 回認知症学会. 名古屋, 2010 年 11 月.
17. 町田綾子、木村紗矢香、山田如子、神崎

恒一、鳥羽研二：認知症症例に対する標準失語症検査（SLTA）の検討。第29回認知症学会。名古屋，2010年11月。

18. 木村紗矢香、町田綾子、山田如子、守屋祐貴子、輪千安希子、小林義雄、中居龍平、神崎恒一、鳥羽研二：アルツハイマー型認知症（AD）、前頭側頭型認知症（FTD）、脳血管性認知症（VD）の前頭葉機能の比較。第29回認知症学会。名古屋，2010年11月。

19. 小林義雄、岩畔哲也、田中政道、八反丸美喜子、長田正史、守屋祐貴子、輪千安希子、長谷川浩、中居龍平、神崎恒一、鳥羽研二：突発性正常圧水頭症診断のための定量的画像指標の検討。第29回認知症学会。名古屋，2010年11月。

20. 輪千安希子、長谷川浩、守屋祐貴子、小林義雄、杉山陽一、中居龍平、竹下実希、塚原大輔、宮城島慶、井上慎一郎、佐藤道子、長田正史、清水昌彦、八反丸美喜子、岩畔哲也、須藤紀子、木村紗矢香、山田如子、神崎恒一、鳥羽研二：釣藤散、抑肝散加陳皮半夏にて心不全を発症した脳血管性認知症の1例。第29回認知症学会。名古屋，2010年11月。

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

平成 22 年度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

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究
認知症の地域連携システム（認知症疾患医療センター）

分担研究者 粟田主一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 井藤佳恵（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
研究協力者 岡村 毅（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

研究者要旨：認知症疾患医療センターが、認知症の地域連携推進のために果たすべき役割とその効果を明らかにするために、東京都認知症疾患医療センター運営事業開始前（平成 22 年度）の高齢者人口、要介護要支援高齢者数、地域包括支援センター数、認知症関連医療資源（病院、診療所、もの忘れ外来、認知症医療の専門医療機関、認知症対応力向上研修受講医、サポート医）の数を 2 次保健医療圏域別に明らかにするとともに、地域包括支援センターおよび医療機関の認知症関連サービス（地域連携を含む）の現状を、質問紙を用いて調査した。全都の病院数は 596、診療所数は 12641、地域包括支援センター数は 363、もの忘れ外来のある医療機関は 160（人口 10 万対 1.3）、認知症診療に専門的に対応している医療機関は 337（人口 10 万対 2.7）、認知症対応力向上研修を受講している医師は 2556 人（人口 10 万対 20.3）、認知症サポート医は 260（人口 10 万対 2.1）であるが、2 次保健医療圏域によって人口あたりの資源数のバラツキは大きい。質問紙調査の因子分析の結果から、地域包括支援センターおよび医療機関（病院、診療所）における認知症関連サービスの潜在機能が明らかにされた。今後は、認知症疾患医療センター運営事業によって、これらの潜在機能をいかに高めていくことができるかが課題となる。

A. 研究目的

平成 20 年度より、わが国の認知症医療に関わる公的事業の一つとして、認知症疾患医療センター運営事業がスタートした。同センターの設置基準には、①専門医療機関としての機能と、②地域連携機能を担うことが謳われ、事業内容には、①専門医療相談、②鑑別診断と初期対応、③合併症・周辺症状に対する初期対応、④かかりつけ医等の研修、⑤認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥情報発信が掲げられている。また、

目標設置件数は全国 150 施設とされている。

平成 22 年度に、東京都では、平成 23 年度より東京都認知症疾患医療センター運営事業を実施する方向で準備を進めてきた。東京都では、①専門医療機関としての役割、②地域連携を推進する役割という、2 つの役割を担うことを 2 本柱とし、①専門医療相談（医療相談への対応、受診が困難な人への支援）、②鑑別診断とそれに基づく初期対応（適確な評価と初期対応、迅速な診断）、③身体合併症・周辺症状への対応

(センターにおける受け入れ体制の整備, 早期からの退院支援, 地域全体の受け入れ体制), ④地域連携の推進(地域連携体制の構築, 地域包括支援センター等との連携強化, 家族介護者の会との連携, 区市町村との連携), ⑤専門医療, 地域連携を支える人材の育成(認知症疾患医療センターにおける医師・看護師等の育成, 地域における医師等の育成), ⑥情報発信(認知症の普及啓発, 連携体制の周知)という6つの機能を実施要綱に定めた。また, 平成23年度には島しょ部を除く2次保健医療圏域12ヶ所にセンターを設置することとした。

本研究の目的は, 認知症疾患医療センターが, 認知症の地域連携推進のために果たすべき役割とその効果を明らかにすることにある。平成22年度の研究では, 東京都認知症疾患医療センター運営事業開始前(平成22年度)の高齢者人口, 要介護要支援高齢者数, 地域包括支援センター数とともに, 認知症関連医療資源(病院, 診療所, もの忘れ外来, 認知症医療の専門医療機関, 認知症対応力向上研修受講医, サポート医)の数を2次保健医療圏域別に明らかにした。また, 地域包括支援センターおよび地域医療機関の認知症関連サービス(地域連携を含む)の現状を, 質問紙を用いて調査した。

B. 研究方法

研究1: 住民基本台帳, 東京都医療施設調査等既存資料に基づいて, 2次保健医療圏域別の高齢者人口, 病院数, 診療所数, 地域包括支援センター数, 要介護要支援者数(構成割合), もの忘れ外来のある医療機関数(人口10万対), 認知症の診療を行っている専門医療機関数(人口10万対), 認知症対応力向上研修受講医数(人口10万対), 認知症サポート医数(人口

10万対)を調査した。

研究2: 平成22年5月1日現在, 東京都指定されている全地域包括支援センター363施設と支所28施設(合計391施設)を対象に, 郵送法による自記式アンケート調査を実施した。アンケートには, 認知症関連業務に関する質問30項目(CSD-30)が含まれ, 各質問に対して, 「通常実施している」「状況に応じて実施している」「実施していない」の3件法で回答を得た。調査期間は平成22年6月1日~6月20日である。回答が得られた地域包括支援センターのデータを用いて, 質問項目別の実施状況の分布を検討するとともに, 主因子法による探索的因子分析を行った。

研究3: 平成22年11月1日現在, 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に登録されている病院のうち, 「認知症の診療に取り組んでいる医療機関」として登録されている病院255施設を対象に, 郵送法による自記式アンケート調査を行った。アンケートには, 認知症のための医療サービスに関する質問50項目(MSD-50)が含まれ, 各質問に対して, 「通常実施している」「状況に応じて実施している」「実施していない」の3件法で回答を得た。調査期間は平成22年11月25日~12月10日である。回答が得られた病院のデータを用いて, 項目ごとの実施状況の分布を検討するとともに, 主因子法による探索的因子分析を行った。

研究4: 平成22年12月1日現在, 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」に登録されている診療所20,223施設を対象に, 郵送法による自記式アンケート調査を行った。アンケートには, 認知症のための医療サービスに関する質問50項目(MSD-50)が含まれ, 各質問に対し

て、「通常実施している」「状況に応じて実施している」「実施していない」の3件法で回答を得た。調査期間は平成23年1月28日～2月20日である。回答が得られた診療所のデータを用いて主因子法による探索的因子分析を行った。（倫理面への配慮）

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。調査および分析の対象は既存資料と施設であり、個人情報には取り扱っていない。アンケート調査の実施にあたっては、調査票とともに、施設の代表者または認知症関連業務担当者宛ての調査依頼状を郵送し、調査の目的・方法・公表形式を文書で説明した。調査票は研究代表者が一括管理した。

C. 研究結果

研究1：2次保健医療圏域別の人口、高齢者人口、要介護要支援高齢者数（構成割合）、病院数、診療所数、地域包括支援センター数、もの忘れ外来のある医療機関数（人口10万対）、認知症の診療を行っている専門医療機関数（人口10万対）、認知症対応力向上研修受講医数（人口10万対）、認知症サポート医数（人口10万対）を別添資料1に示す。

研究2：348施設より回答を得た（回収率89.0%）。回答が得られた地域包括支援センターの数は、二次保健医療圏域別では区西北部が最も多く、南多摩、区西南部がこれに次ぐ（表1）。

認知症関連サービス30項目のいずれの項目にも欠損値は認められなかった。固有値を1とする主因子法（プロマックス回転）による探索的因子分析では7因子が抽出され、累積説明率は50.0%であった。因子のスクリープロット

を図1、サイズによる並べ替えを行った因子負荷量のパターン行例を別添資料2に示す。因子負荷量の高い項目の質問内容から各因子名を表2のように命名した。

研究3：103病院より回答を得た（回収率40.3%）。回答が得られた医療機関数は、二次保健医療圏域別では南多摩が最も多く、区西北部、北多摩南、区中央部がこれに次いだ（表3）。103施設のうち、18施設（17%）が認知症専門病棟を有すると回答した。標榜診療科名は内科が最も多く、整形外科、精神科、外科、皮膚科がこれに次いだ（表4）。

103の医療機関のうち、11の医療機関において、医療サービスに関連する50項目のうち、少なくとも1項目に欠損値を認めた。欠損値のない92医療機関のデータを用いて、固有値を1とする主因子法（プロマックス回転）による探索的因子分析を行った。11因子が抽出され、累積説明率は67.0%であった。因子のスクリープロットを図2、サイズによる並べ替えを行った因子負荷量のパターン行例を別添資料3に示す。因子負荷量が高い項目の質問内容から、各因子名を表5のように命名した。

研究4：平成23年3月10日現在で5105施設より回答を得た（回収率25.5%）。このうち歯科診療所を除く2796診療所を解析の対象とした。回答が得られた診療所は区西北部が最も多く、区中央部、区西南部がこれに次ぐ（表6）。

2796の診療所のうち192施設において、医療サービスに関連する50項目のうち少なくとも1項目に欠損値を認めた。欠損値のない2604施設のデータを用いて、固有値を1とする主因子法（プロマックス回転）による探索的因子分析を行った。10因子が抽出され、累積説明率

は 56.4%であった。因子のスクリープロットを図 3、サイズによる並べ替えを行った因子負荷量のパターン行例を別添資料 4 に示す。因子負荷量の高い項目の質問内容から各因子名を表 7 のように命名した。

D. 考察

東京都には島しょ部を含め 13 の 2 次保健医療圏域があり、平成 19 年度の東京都医療施設調査によれば全都の病院数は 596、診療所数は 12641、地域包括支援センター数は 363、もの忘れ外来のある医療機関は 160（人口 10 万対 1.3）、認知症診療に専門的に対応している医療機関は 337（人口 10 万対 2.7）、認知症対応力向上研修を受講している医師は 2556 人（人口 10 万対 20.3）、認知症サポート医は 260（人口 10 万対 2.1）となっているが、保健医療圏域によって人口あたりの資源数にはかなりのバラツキがある。

地域包括支援センターを対象とする調査からは、地域包括支援センターには、①若年認知症に対する相談・支援、②認知症の普及啓発・ネットワークづくり、③医療機関との連携、④権利擁護・困難事例対応、⑤介護に関する相談支援、⑥総合相談、⑦介護保険事業所との連携についての認知症関連サービスが潜在していることが明らかになった。病院を対象とする調査からは、①鑑別診断、②地域連携・困難事例対応、③周辺症状に対する外来対応、④身体合併症対応、⑤在宅医療、⑥周辺症状に対する入院対応、⑦介護との連携、⑧一般救急、⑨虐待対応・精神科救急、⑩デイケア、⑪主治医機能についての認知症関連サービスが潜在していることが明らかになった。診療所を対象とする

調査からは、①鑑別診断、②主治医機能、③在宅医療、④周辺症状に対する外来対応、⑤研修・困難事例対応、⑥身体合併症対応、⑦地域連携、⑧緊急事例対応、⑨周辺症状に対する入院対応、⑩神経画像診断についての認知症関連サービスが潜在していることが明らかになった。

認知症疾患医療センターには、病院の認知症関連サービスのうち、①鑑別診断、②地域連携・困難事例対応、③周辺症状に対する外来対応、④身体合併症対応、⑥周辺症状に対する入院対応の機能が強く求められている。このような機能を総合的に発揮できる医療資源を地域に確保することによって、2 次保健医療圏域の地域包括支援センターや医療機関（病院、診療所）の認知症対応能力および連携能力の向上にいかにか寄与していくことができるか検討することが今後の課題となる。

E. 結論

地域包括支援センターおよび医療機関（病院、診療所）における認知症関連サービスについての潜在機能が明らかになった。今後は、認知症疾患医療センター運営事業によって、2 次保健医療圏域単位に、これらの潜在機能をいかに高めていくことができるかが課題となる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Awata S: A national health program against dementia in Japan: The Medical Center for Dementia. *Psychogeriatrics* 10: 102-106, 2010.

- 2) 栗田主一, 佐野ゆり, 福本恵: 一地方都市の地域包括支援センターの認知症関連業務の実態: 特に, 医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌 20: 356-363, 2010.
- 3) 栗田主一: 地域における認知症医療の現状と求められる役割. 日本老年医学雑誌 47: 298-301, 2010.
- 4) 栗田主一: 認知症疾患医療センターに対する期待と課題. 老年精神医学雑誌 21: 412-420, 2010.
- 5) 栗田主一: BPSD 概念の提唱と臨床への寄与. 老年精神医学雑誌 21: 843-849, 2010.
- 6) 栗田主一: 認知症のための医療資源整備をどう進めるか. 老年精神医学雑誌 21: 1183-1188, 2010.
- 7) 栗田主一: 認知症治療とケアシステム最前線. 第1回これからの認知症対策の方向性. 地域リハビリテーション 5: 620-622, 2010.
- 8) 井藤佳恵, 栗田主一: 認知症治療とケアシステム最前線. 第2回認知症疾患を診断することの大切さ. 地域リハビリテーション 5: 711-714, 2010.
- 9) 栗田主一: 認知症治療とケアシステム最前線. 第3回認知症の行動心理症状—BPSD. 地域リハビリテーション 5: 802-805, 2010.
- 10) 栗田主一: 認知症治療とケアシステム最前線. 第4回認知症疾患医療センター. 地域リハビリテーション 5: 986-990, 2010.
2. 学会発表
なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

表1. 回答が得られた地域包括支援センター数（二次保健医療圏域別）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1. 区中央部	21	6.0	6.0	6.0
	2. 区南部	17	4.9	4.9	10.9
	3. 区西南部	40	11.5	11.5	22.4
	4. 区西部	38	10.9	10.9	33.3
	5. 区西北部	46	13.2	13.2	46.6
	6. 区東北部	17	4.9	4.9	51.4
	7. 区東部	27	7.8	7.8	59.2
	8. 西多摩	12	3.4	3.4	62.6
	9. 南多摩	45	12.9	12.9	75.6
	10. 北多摩西部	18	5.2	5.2	80.7
	11. 北多摩南部	35	10.1	10.1	90.8
	12. 北多摩北部	23	6.6	6.6	97.4
	13. 島しょ部	9	2.6	2.6	100.0
	合計	348	100.0	100.0	

因子のスクリープロット

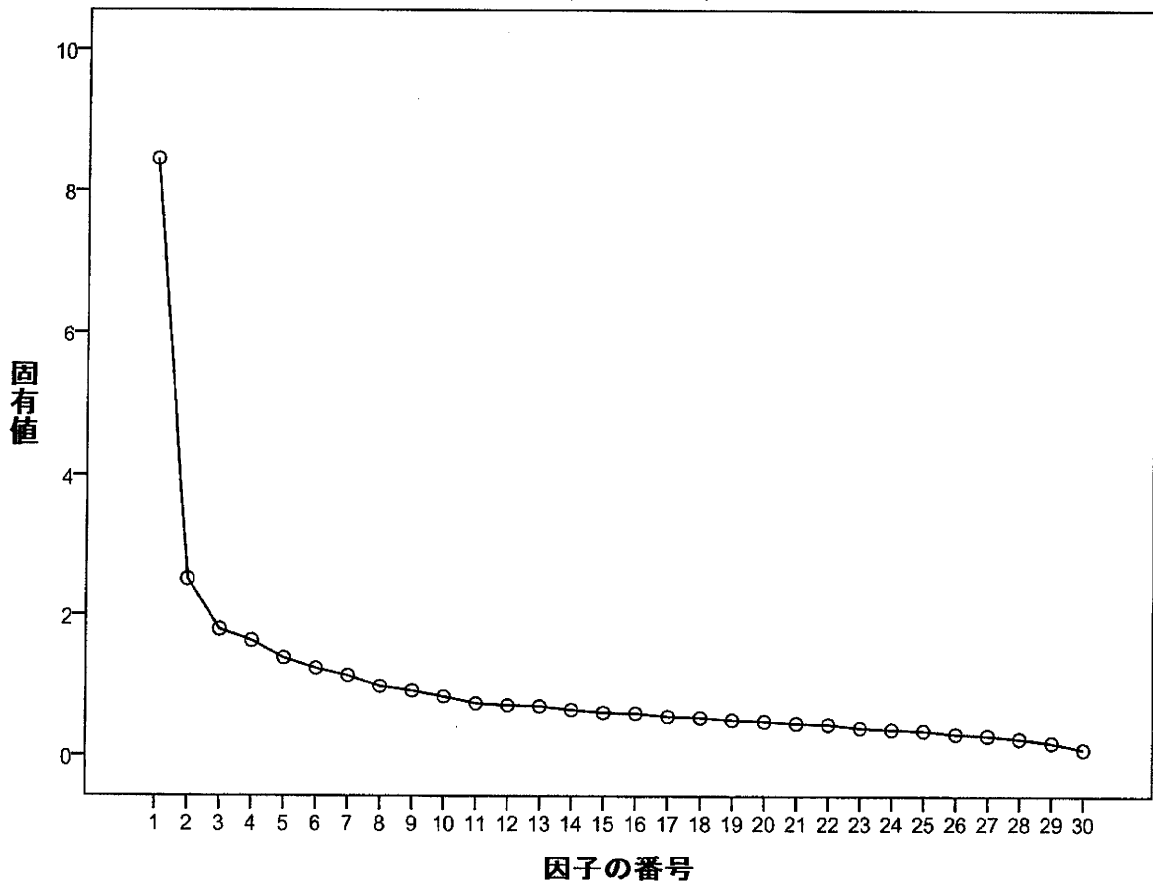


図 1. CSD-30 の因子のスクリープロット

表 2. CSD-30 の因子名

第 1 因子	若年性認知症に対する相談・支援
第 2 因子	認知症の普及啓発・ネットワークづくり
第 3 因子	医療機関との連携
第 4 因子	権利擁護・困難事例対応
第 5 因子	介護に関する相談・支援
第 6 因子	総合相談
第 7 因子	介護保険事業所との連携

表3. 回答が得られた病院数（二次保健医療圏域別）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1. 区中央部	9	8.7	8.8	8.8
	2. 区南部	8	7.8	7.8	16.7
	3. 区西南部	6	5.8	5.9	22.5
	4. 区西部	7	6.8	6.9	29.4
	5. 区西北部	13	12.6	12.7	42.2
	6. 区東北部	8	7.8	7.8	50.0
	7. 区東部	6	5.8	5.9	55.9
	8. 西多摩	10	9.7	9.8	65.7
	9. 南多摩	16	15.5	15.7	81.4
	10. 北多摩西部	2	1.9	2.0	83.3
	11. 北多摩南部	10	9.7	9.8	93.1
	12. 北多摩北部	7	6.8	6.9	100.0
	13. 島しょ部	102	99.0	100.0	
欠損値	合計	1	1.0		
合計		103	100.0		

表 4. 標榜診療科別に見た回答が得られた医療機関数

順位	標榜診療科	医療機関数
1	内科	87
2	整形外科	66
3	精神科	59
4	外科	58
5	皮膚科	52
6	リハビリテーション科	51
7	消化器内科	48
8	循環器内科	47
9	泌尿器科	43
9	眼科	43
11	神経内科	42
11	脳神経外科	42
13	呼吸器内科	40
14	小児科	39
15	産婦人科	35
15	耳鼻咽喉科	35
15	放射線科	35
18	形成外科	24
19	消化器外科	23
20	腎臓内科	21
21	代謝または内分泌内科	20
21	心臓血管外科	20
23	血液内科	19
23	糖尿病内科	19
23	呼吸器外科	19
23	リウマチ科	19
27	救急科	15
28	心療内科	14

(10 件以上の診療科のみ表示. 重複回答あり)

因子のスクリープロット

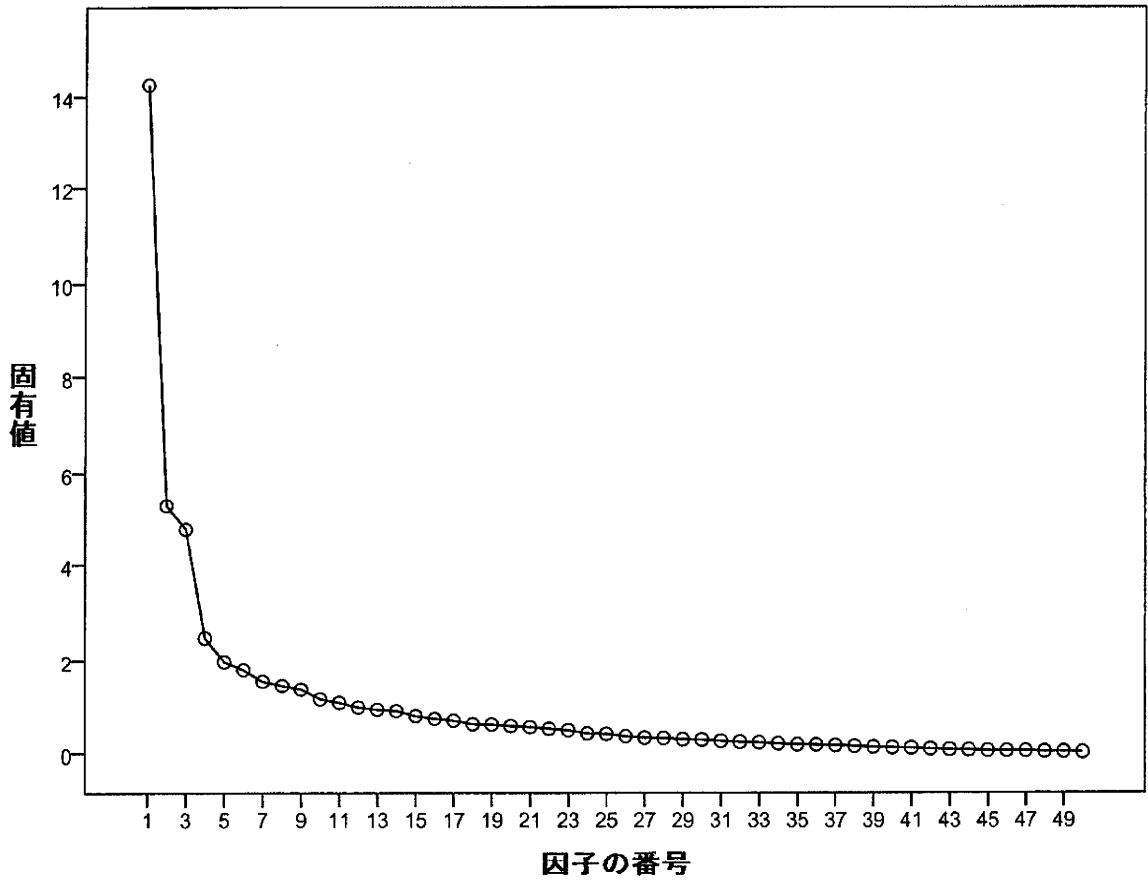


図 2. 因子のスクリープロット (MSD-50 病院)

表 5. MSD-30 の因子名(病院)

第 1 因子	鑑別診断
第 2 因子	地域連携・困難事例対応
第 3 因子	周辺症状に対する外来対応
第 4 因子	身体合併症対応
第 5 因子	在宅医療
第 6 因子	周辺症状に対する入院対応
第 7 因子	介護との連携
第 8 因子	一般救急
第 9 因子	虐待対応・精神科救急
第 10 因子	デイケア
第 11 因子	主治医機能

表6. 回答が得られた診療所数（二次保健医療圏域別）

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	1.区中央部	368	13.2	13.2	13.2
	2.区南部	260	9.3	9.3	22.5
	3.区西南部	362	12.9	12.9	35.4
	4.区西部	321	11.5	11.5	46.9
	5.区西北部	388	13.9	13.9	60.8
	6.区東北部	206	7.4	7.4	68.1
	7.区東部	177	6.3	6.3	74.5
	8.西多摩	43	1.5	1.5	76.0
	9.南多摩	205	7.3	7.3	83.3
	10.北多摩西部	134	4.8	4.8	88.1
	11.北多摩南部	205	7.3	7.3	95.5
	12.北多摩北部	111	4.0	4.0	99.4
	13.島しょ部	5	.2	.2	99.6
	合計	11	.4	.4	100.0
合計	2796	100.0	100.0		

因子のスクリープロット

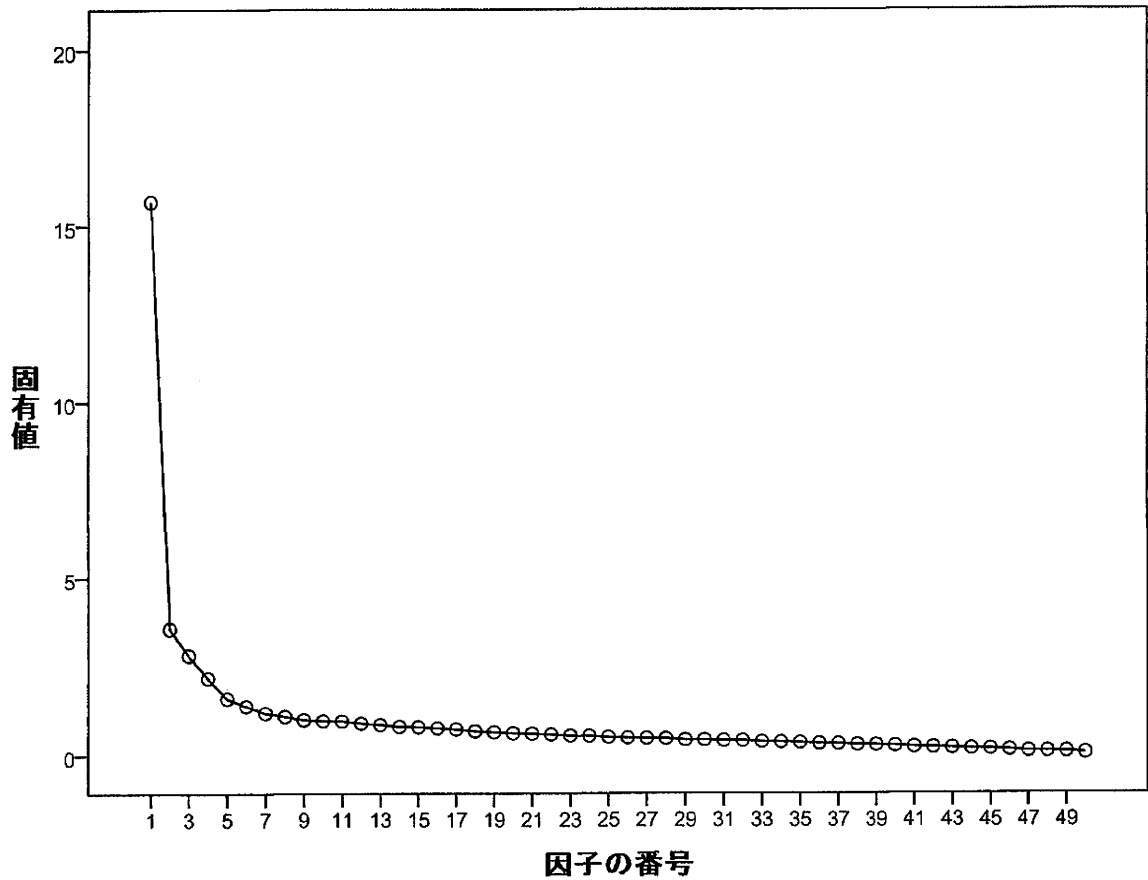


図 3. 因子のスクリープロット (MSD-50 診療所)

表 7. MSD-30 の因子名(診療所)

第 1 因子	鑑別診断
第 2 因子	主治医機能
第 3 因子	在宅医療
第 4 因子	周辺症状に対する外来対応
第 5 因子	研修・困難事例対応
第 6 因子	身体合併症に対する入院対応
第 7 因子	地域連携
第 8 因子	緊急事例への対応
第 9 因子	周辺症状に対する入院対応
第 10 因子	神経画像診断

別添資料1: 東京都の2次保健医療圏別高齢者人口と認知症関連医療資源の現況

	人口	高齢者人口	要介護要支援者 (構成割合)	地域包括	病院	診療所	もの忘れ外来 医療機関 (人口10万対)	認知症診療専 門医療機関 (人口10万対)	認知症対応力向上 研修事業受講医 (人口10万対)	認知症 サポート医 (人口10万対)
区中央部	718822	141714	23848 (3.3)	22	53	2019	19 (2.6)	39 (5.4)	226 (31.4)	31 (4.3)
区南部	1023117	208046	32712 (3.2)	21	41	1021	12 (1.2)	24 (2.3)	343 (33.5)	25 (2.4)
区西南部	1280587	239357	42727 (3.3)	40	51	1612	23 (1.8)	29 (2.3)	217 (16.9)	16 (1.2)
区西部	1108864	221978	39011 (3.5)	38	43	1472	15 (1.4)	41 (3.7)	198 (17.9)	17 (1.5)
区西北部	1773914	371057	58486 (3.3)	40	92	1604	35 (2.0)	38 (2.1)	458 (25.8)	35 (2.0)
区東北部	1260590	281122	41934 (3.3)	37	77	921	13 (1.0)	31 (2.5)	259 (20.5)	26 (2.1)
区東部	1336633	258192	34463 (2.6)	27	52	975	4 (0.3)	18 (1.3)	179 (13.4)	17 (1.3)
西多摩	392448	85630	9871 (2.5)	12	22	256	4 (1.0)	16 (4.1)	45 (11.5)	16 (4.1)
南多摩	1371139	279934	39995 (2.9)	45	63	970	18 (1.3)	34 (2.5)	260 (19.0)	28 (2.0)
北多摩西部	740335	125428	17196 (2.7)	18	25	480	3 (0.5)	12 (1.9)	101 (16.1)	15 (2.4)
北多摩南部	961141	183834	29972 (3.1)	31	41	824	10 (1.0)	27 (2.8)	169 (17.6)	18 (1.9)
北多摩北部	708705	152797	31171 (4.4)	23	35	467	4 (0.6)	27 (3.8)	101 (14.3)	16 (2.3)
島嶼	28248	8425	1563 (5.5)	9	1	20	0 (0.0)	1 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
合計	12704543	2557514	392959 (3.1)	363	596	12641	160 (1.3)	337 (2.7)	2556 (20.3)	260 (2.1)

別添資料 2. CSD-30 の因子分析の結果

		因子						
		1	2	3	4	5	6	7
26) 若年認知症の方が介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う	c26	.968	-.053	-.008	-.016	.080	-.030	-.024
24) 若年認知症の方の家族の相談に応じる	c24	.898	.043	-.045	.014	.014	.011	-.017
27) 若年認知症の方が介護保険以外のサービス利用に至るまでの支援を行う	c27	.862	.002	.109	-.058	.010	.001	-.021
25) 若年認知症の方本人の相談に応じる	c25	.826	.020	-.094	.128	-.105	.071	.029
29) 地域住民に対して認知症をテーマとする講話や研修会を行う	c29	-.073	.776	-.086	.094	.098	-.088	-.086
28) リーフレットや広報紙での回覧など認知症に関する普及啓発を行う	c28	.021	.763	-.192	.044	-.057	.026	.022
30) 認知症の普及啓発のための資料を独自で作成している	c30	-.010	.535	.017	-.039	-.116	.028	.056
20) 自治会、民生委員、社会福祉協議会など地域関係者による支援体制づくりを行う	c20	.033	.470	.191	-.031	.074	-.002	.004
23) 担当圏域の包括ケア会議で認知症をテーマとした話し合いを行う	c23	.079	.435	.182	-.082	-.066	.011	-.012
13) 家族に「家族の会」や「家族交流会」についての情報を提供する	c13	.008	.323	.155	.033	.090	.106	.072
8) 認知症専門医療機関の連携担当者(ケースワーカー等)と情報交換をする	c8	.017	-.048	.825	-.054	-.086	.059	.071
7) かかりつけ医に情報を提供する	c7	-.061	.011	.666	-.065	.030	.013	-.007
9) 本人の医療機関受診に際して同行する	c9	-.009	-.057	.628	.064	.002	-.009	-.056
10) 入院治療後の退院支援を行う	c10	.037	.092	.482	.076	.132	-.101	-.073
4) 本人および自宅の様子を訪問して確認する	c4	-.045	-.089	.257	.124	.247	.240	-.031
16) 権利擁護の諸制度の活用を視野に入れた支援を行う	c16	.003	.017	-.054	.757	-.062	.008	-.015
15) 認知症の精神症状・行動障害(徘徊、妄想など)の対応方法について助言する	c15	.013	-.038	-.057	.673	.047	.079	-.035
17) 認知症の困難事例についてケース会議を開催する	c17	.084	.028	.253	.668	-.164	-.201	.080

18) 支援にあたっては本人(認知症の方)の意向を確認する	c18	.080	-.025	-.055	.439	.121	.039	.062
19) 高齢者虐待事例に関わる際、認知症の有無について情報を収集する	c19	.019	.058	-.023	.430	.257	-.047	.025
2) 家族に認知症を病気として捉えられるように伝える	c2	-.115	.056	.096	.335	.050	.205	-.050
12) 本人または家族に介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う	c12	.007	-.040	.024	-.056	.931	-.091	.028
11) 本人または家族に介護保険申請に関する情報を提供する	c11	-.015	.001	-.024	.005	.773	.009	.002
14) 在宅介護の具体的な方法についての相談に応じる	c14	.057	-.058	-.013	.243	.387	.125	.009
5) 本人または家族に一般医療機関を紹介する	c5	.080	.017	-.045	-.200	.038	.797	.032
6) 本人または家族に認知症の専門医療機関を紹介する	c6	.029	-.056	.106	.108	-.134	.713	-.012
3) 本人または家族に認知症の相談機関を紹介する	c3	-.087	.034	-.062	.267	-.060	.616	-.036
1) 認知症高齢者の相談に応じていることをPRする	c1	.021	.282	.023	-.102	.143	.319	.033
21) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設の運営推進会議に出席する	c21	-.026	-.120	-.092	.045	.102	.016	.741
22) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設と共同事業を行う	c22	-.014	.165	.078	-.017	-.062	-.017	.621