2011160004A

厚生労働科学研究費補助金
認知症対策総合研究事業

認知症の行動心理症状に対する原因疾患別の治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究

平成 23 年度　総括・分担研究報告書

主任研究者　　数井裕光

平成２４年(201２)年３月

目　　次

Ⅰ．総括研究報告
認知症のBPSDに対する原因疾患別治療マニュアルと・・・・・　1
連携クリニカルパス作成に関する研究
数井裕光

Ⅱ．分担者報告書
1．認知症地域連携システムの構築研究・・・・・・・・・・・・・・・　17
数井裕光

2．疾患別重症度別ガイドブックとつながりノート・
みまもりノートの作成　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　21
武田雅俊

3．血管性認知症のBPSDの治療ケアマニュアルの作成・・・・・・　24
遠藤英俊

4．レビー小体型認知症の早期診断と幻視発現に関する予防・
治療法の検討・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　26
井関栄三

5．BPSD発現に関する遺伝子多型の研究・・・・・・・・・・・・・　28
森原剛史

6．ICタグモニタリングシステムによる認知症疾患治療病棟での
症状評価　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　30
田伏　薫

7．介護施設で対応困難な認知症の行動心理症状に対する
精神科専門病棟で治療・ケアについての検討・・・・・・・・・・　32
釜江（繁信）和恵

8．精神科救急におけるBPSDに関する研究・・・・・・・・・・・　34
澤　温

9．疾患および施設の種類別のBPSDの実態に関する調査　・・・・　37
西川　隆

Ⅰ．　総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
総括研究報告書

認知症のBPSDに対する原因疾患別治療マニュアルと連携クリニカルパス作成に関する研究

主任研究者　数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室）

研究要旨：認知症診療ケア連携に関する問題点を明らかにするためにまず実態調査を行った。その結果に基づいて、行動心理症状(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia:BPSD)を呈した認知症患者を地域で診療するための地域連携システムとクリニカルパスを作成した。我々はクリニカルパスを、診断作業、専門医療機関でのBPSD治療、在宅療養生活の３つの期間に分けて作成した。そして最も重要で長きにわたる在宅療養生活を支えるために、疾患別重症度別ガイドブックと連携ファイルを利用した地域連係システムを構築した。そして最終年度に実際に大阪府北摂地域でこのシステムを試験運用し有用性を検証した。また疾患別重症度別ガイドブックと連携ファイルを広く一般に公開した。その他、血管性認知症のクリニカルパスの作成、専門医療機関で入院治療をおこなうBPSDの基準の作成、ICタグモニタリングシステムによる認知症疾患治療病棟での徘徊の評価、入所施設の種類によるBPSDの違いの検討、レビー小体病の初期診断支援法と幻視に対する教育的精神療法の開発、地域住民に対する啓発プログラムと患者の家族を支援するためのプログラムの作成、BPSD発現の機序を明らかにするための遺伝子研究などを行った。また精神科救急でBPSDを診療するためのマニュアルの作成を試みたが、実態調査の結果、BPSDの救急診療を行う医療機関が明らかになったため、作成困難と考えた。

分担研究者

武田雅俊　大阪大学大学院医学系研究科精神医学　教授
遠藤英俊　国立長寿センター包括診療部　包括診療部長
井関栄三　順天堂大学医学部順天堂東京江東高齢者医療センター　教授
森原剛史　大阪大学大学院医学系研究科精神医学　助教
田伏　薫　浅香山病院　総院長
釜江和恵　浅香山病院　認知症医療センター　センター長
澤　温　さわ病院　院長・理事長
西川　隆　大阪府立大学総合リハビリテーション学部　教授
河野あゆみ　大阪市立大学大学院看護学研究科在宅看護学　教授

研究協力者

杉山博通　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
山本大介　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
木藤友実子　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
板東潮子　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
林　紀行　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
横小路美貴子　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
田中稔久　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
工藤　喬　大阪大学大学院医学系研究科精神医学

田上真次　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
山本美都子　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
桐生幸歩　大阪大学大学院医学系研究科精神医学
正木慶大　医療法人達磨会東加古川病院精神科
八田直己　医療法人清順堂ためなが温泉病院
丸尾 智実　大阪市立大学大学院看護学研究科
奥田 益弘　社会福祉法人 みささぎ会 藤井寺特別養護老人ホーム
畑 八重子　社会福祉法人 みささぎ会 藤井寺特別養護老人ホーム
桑田 直弥　社会福祉法人 みささぎ会 藤井寺特別養護老人ホーム
大西久男　大阪府立大学総合リハビリテーション学部
大川直澄　医療法人みどり会中村記念病院
中山博識　社会福祉法人多伎の郷老人保健施設たき
田中寛之　医療法人晴風園今井病院
植松正保　医療法人晴風園今井病院
坂井麻里子　済生会茨木病院リハビリテーション科

A.研究目的

BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症の行動心理症状)は認知症患者の生活の質を低下させ、介護者の介護負担を増大させ、早期からの施設入所の原因となる重要な症状である。また介護職員、かかりつけ医もBPSDに困り、場合によっては、専門医療機関での治療を望んでいる。しかし専門医療機関、専門医は不足しており、BPSDを有する患者の全てが専門医療機関や専門医で治療を受けることは不可能である。そこで役割分担、連携が必要となる。すなわち通常診療や軽いBPSDの治療については、かかりつけ医が中心となり、ケア施設、家族が対応する。激しいBPSDは専門医療機関で治療するというようにである。本研究では、このBPSDの対応を重視した認知症患者のための地域連携システムの構築を目的とした。特に医療とケアの両現場で連続して使用できるBPSD治療・ケアのための連携クリニカルパス（以下連携パス）を作成し、医療とケアの連携を促進、患者のBPSDを軽減、家族介護者の介護負担を軽減させることを目指した。

B.研究方法

本研究班が基本とする認知症診療は、診断から始まる認知症診療である。その流れを最初に説明しておく。まず物忘れなどの認知症症状が疑われた患者は地域のかかりつけ医などから専門医療機関に紹介され、そこで認知症の診断を受ける。鑑別診断が重要なことは、疾患によって出現しやすい症状や進行の仕方が異なり、治療法や対応法が異なるからである。そしてここで治療方針の決定、介護保険を利用するなどした介護体制の構築を行う。この作業が終了したら、患者はかかりつけ医のところにもどり、そこで診療を受ける。また在宅ケアをうける。私達は認知症診療の基本はこのかかりつけ医と在宅ケア支援施設を中心とした在宅療養生活だと考えている。そして我々専門医の役割は、この在宅療養生活を長く平穏に過ごせるように支援することである。またBPSDの出現や悪化を予防するためにBPSDに対する対応法を家人、介護職員、かかりつけ医に習得てもらう。しかし長きにわたる認知症患者の療養生活の中では、BPSDが悪化することもある。このようなときはかかりつけ医から速やかに専門医療機

関を紹介し、一時的に専門的な治療を受ける。そしてこの治療が終了したらまた基本となる在宅療養生活に戻るのである。

このように認知症患者の療養生活は３つの時期に分かれる。認知症の診断作業と専門医療機関でのBPSD治療については、検査や治療が順次おこなわれるためクリニカルパスが使用しやすい。そこで本研究でもこの期間についてはパスを作成して対応することとした。しかし最も重要で長期間にわたる在宅療養生活の期間はパスだけでは円滑に支援できないと考えた。そこでこの期間についてはパスを補完する「連携ファイル」と「疾患別重症度別ガイドブック」を利用したシステムを考えた。そして最終目標を達成するために、(1) 医療とケアの連携に関する実態調査、(2) 疾患別・重症度別ガイドブックと連携ファイルを利用した認知症連係システムの構築とその有用性の検証（中核研究)、(3) 連携システムを生かすための関連研究の３つの課題を設定した。

C. 研究結果

(1)：医療とケアの連携に関する実態調査

まず認知症患者の医療とケアの連携に関する現在の問題点を明らかにした。

①初年度に、BPSD 治療・ケアの現状、医療とケアの連携における問題点について、大阪府下の 530 の介護施設、家族介護者 243 名、かかりつけ医 55 名に対してアンケート調査を行った（数井、武田、釜江、田伏)。

その結果、対処困難な BPSD は、家族が不眠、妄想、徘徊、介護職員は暴力、妄想、排泄障害、かかりつけ医は妄想、不眠、興奮の順であった。そして家族の 89%、介護職員の 84%、かかりつけ医の 100%が、入院治療が必要な BPSD の目安の作成を希望した。また認知症患者に対するケアマニュアル本を使っている人は、家族の 26%、介護職員の 30%、かかりつけ医の７%しかいなかった。理由としては、情報量が多すぎて自分の担当している患者に有用な情報が見つからないが多かった。「連携ファイル」のコンセプト、すなわち「患者ごとに作成し、患者が医療、介護を受けるときに家族が常に携帯し、患者の BPSD の内容、行った治療や介護などを記入し合ったり、質問、回答しあったりして情報を共有するための小冊子。患者の生活状況や病歴などの基礎情報もまとめる」を提示したところ、家族の 93%、ケア職員の 97%、かかりつけ医の 100%がその作成を希望した。

②BPSD に対する救急診療に関する調査を行った（澤)。初年度に病院への調査として、精神科精神科救急診療をしている全国の精神病院 102 病院を対象に平成 21 年 10 月 1 日から同年 11 月 30 日の間に、夜間、休日に BPSD 様症状で受診した 65 歳以上の患者について前向き調査を行った。次年度には、大阪府豊中市内の居宅介護事業所全 113 箇所の介護職員 745 名に対して夜間休日の BPSD 治療のための精神科受診について調査した。最終年度には、大阪府下で認知症診療を行っている 65 施設に対して、BPSD 治療のための救急受診、救急入院が可能かどうかについて調査を行った。これらの結果をふまえて、精神科救急における BPSD 対応マニュアル作成を行うことを目的とした。

精神科救急病院での調査で、BPSD 様症状を主訴に精神科救急システムを利用した患者は全体の 1.9%のみであった。精神科救急を受診した患者の約半数は受診歴がない、または受診時診断不明であった。一方、介護施設の 50%の職員が BPSD 治療のために夜間休日帯に病院を受診させたいと思ったが、実際に受診をしたのは 14%であった。BPSD 治療目的の新規患者の救急診療を行う病院は、一般病院 27 施設中 0、精神科救急をしていない精神病院 16 施設中 0、認知症疾患医療センター8 施設中 3 であった。かかりつけ患者であれば診療可と回答した病院はそれぞれ、3, 7、5 と増えた。以上より現時点で、精神科救急で BPSD 治療を行

うためのマニュアルを作成するのは時期尚早で、まずBPSDの救急治療をおこなう病院の整備、特に認知症疾患医療センターでの救急治療体制の整備が必要と考えられた。またかかりつけ医を持ち、早期に診断をしてもらうことが現時点での対策として重要と考えられた。

(2) 疾患別・重症度別ガイドブックと連携ファイルを利用した認知症連係システムの構築とその有用性の検証（中核研究）

①家族介護者、ケア職員、かかりつけ医などの認知症の診療とケアに関わる非専門家が、BPSDに対して適切な対応をとれるように対応法、治療法をまとめたガイドブックを作成した（武田、数井、釜江、井関、遠藤、西川）。認知症の治療、ケアは原因疾患に基づいておこなうべきであるという我々の方針に従い、初年度にはまずガイドブックを疾患別に作成した。さらに次年度には重症度別の観点も加えて細分化し、1冊のページ数をさらに減らして、必要な情報のみに集約した。また家族介護者にわかりにくい表現や用語をなくすために、家族介護者などに冊子を読んでもらい、改訂した。

ガイドブックは主任研究者、分担研究者、研究協力者が分担し、総論、アルツハイマー病（初期、中期、後期）、レビー小体病（初期、中期、後期）、血管性認知症、前頭側頭型認知症（初期・中期、後期）の合計10冊を作成した。さらに最終年度には全10種類を一冊にまとめ、書籍として出版した。

②家族介護者、介護職員、かかりつけ医、専門医などの間の情報共有ツールとして連携ファイルを作成した（武田、数井）。連携ファイルは患者一人ごとに作成し、患者が医療、介護を受けるときに家族が常に携帯するもので、患者の生活状況や病歴などの基礎情報をまとめ、かつ患者に関わる人達が、患者のBPSDの内容、行った治療や介護などを記入し合ったり、質問、回答しあったりして情報を共有するための小冊子である。次年度に、2名の患者で作成し、試験運用して問題点を抽出し改訂した。さらに最終年度に「つながりノート・みまもりノート」に改訂し、大阪大学精神医学教室神経心理研究室のホームページで広く公開した。「つながりノート」は、患者にかかわる皆が伝えたいこと、質問したいこととその回答をお互いに書きあう情報共有のためのノートである。みまもりノートは家族介護者と介護職員との連絡ノートであるが、複数の介護施設で統一させ、また家族介護者の介護研修に利用する点が特徴である。

③最終年度に、本研究で我々が新たに考案し作成した、疾患別・重症度別ガイドブックと連携ファイルを利用した地域連携システムを構築し、その有用性を前向き研究で検証した（数井、武田、澤）。研究期間は、平成23年2月より6ヶ月間、対象は大阪府北摂地域で在宅生活をしている認知症患者58例であった。様々なデータを介入前後で比較したところ、Neuropsychiatric inventory (NPI)において、患者の妄想の重症度、焦燥/興奮の頻度、不安の重症度と頻度が改善した。また家族介護者の認知症と介護法に関する知識が増加し、介護者の介護負担も軽減した。さらに患者の生活状況や症状をかかりつけ医がよりよく知るようになった。その他、かかりつけ医と介護職との間、および複数の介護施設間の連携が良くなった、連携ファイルを持つことで安心感が得られたなどの家族介護者の感想が寄せられた。この結果より、連携ファイルと疾患別・重症度別ガイドブックを利用した地域連携システムが有用であることが証明された。

④認知症専門病院のためのクリニカルパスを作成した（釜江、田伏）。このパスは、入院前に鑑別診断を行い、90日（可能であれば60日）で終了するものである。入院後はBPSDに悪影響を与える可能性のある薬剤を減量中止することを行い、その後に向精神薬の使用が必要か検討すべきとした。ま

た妄想、幻視等の個別の症状に対しては、原因疾患、重症度を意識した非薬物療（ケア）を行うことを明記した。入院後特に頻度の高い身体リスクである転倒と誤嚥について特別の観察を行うこととした。

(3)連携システムを生かすための関連研究

①専門病院で入院治療を行うべき BPSD の基準の作成を試みた（数井、釜江、田伏）。認知症専門病院４施設に BPSD 治療目的で入院した連続 176 例の認知症患者の入院時の BPSD の内訳とその程度を NPI で評価した。入院の原因となりやすい症状は妄想、睡眠障害、興奮、異常行動であった。そして解析の結果、妄想に関しては、NPI の妄想スコアが 6 点以上で入院となることが多かった。同様に、睡眠障害 6 点以上、興奮と異常行動は 8 点以上で入院となりやすいことがわかり、これらを入院治療基準にできる可能性が示唆された。また入院後も経時的に NPI で評価したところ、NPI スコアは入院 1 週間後に速やかに低下し、1 ヶ月後には退院時と同等まで低下することが明らかになった。すなわち BPSD の観点だけならば、1 ヶ月の入院で退院可能であると考えられた。

②IC タグモニタリングシステムによる認知症疾患治療病棟での徘徊の評価を行った（田伏、釜江）。その結果、前頭側頭型認知症患者は夜間の徘徊がないこと、入院前の生活の中でのいくつかの行動の開始時間と入院後のいくつかの行動の開始時間とが一致していたことなどが明らかになった。また看護師の観察と実際の徘徊とは異なっており、看護師の観察の限界が明らかになった。

③レビー小体型認知症の BPSD に関して研究を行った（井関）。まずレビー小体型認知症の重症度分類を考案した。また早期からの介入を可能にするために前駆症状を調査した。その結果、便秘、レム睡眠行動障害、嗅覚異常、立ちくらみ/起立性低血圧、抑うつ症状、失神が幻視や記憶障害よりも先行することがわかった。また病識の有無に応じた幻視に対する教育的精神療法を考案した。

④血管性認知症のクリニカルパスを作成した（遠藤）。その構成は、1，典型的な症状の観察、情報収集を行う、2，次にこの結果をもとに薬物療法のスタンダードを検討する、3，病診連携のための連携シートを作成する、4，最後に介護者や介護者に投与後の症状観察チェックシートを作成するであった。

⑤介護老人保健施設、介護型療養病床、回復期リハビリテーション病床に入院・入所している患者の BPSD の違いを明らかにした（西川）。その結果、老健施設入所者の方が、療養病床および回復期リハ病床の入院患者より多くの BPSD を呈していた。このため老人保健施設における BPSD に対して重点的な対策を講じる必要があると考えられた。原疾患との関連では、血管性認知症はアルツハイマー病に比べて、妄想が少なく、多幸が多かった。

⑥認知機能が低下した高齢者とその家族を支援するための地域支援プログラムを開発し、有効性を評価した（河野）。初年度は、認知機能が低下した高齢者と家族を支援する地域づくりを目指し、地域住民を対象とした認知症の理解促進プログラムを実施して評価を行った。次年度は、初年度に実施した認知症の理解促進プログラムの長期効果と、その課題としてあがったプログラム評価に有用な指標の確立を目指し、国外で使用されている指標の日本語版を作成して有用性を検討した。最終年度は、認知機能が低下した高齢者に対応する家族介護者を地域で効果的に支援することを目指し、家族介護者を対象とした認知症介護の自己効力感向上プログラムを実施して評価を行った。3 年間の成果から、認知機能が低下した高齢者のインフォーマル・サポートとなる地域住民や家族介護者への積極的な支援

の重要性が示された。

⑦BPSD に関連する遺伝子多型を検討した（森原）。まず、アルツハイマー病において、物盗られ妄想など様々な BPSD に関連する記憶障害と KIBRA 遺伝子多型との関連が明らかになった。また統合失調症、うつやパニック障害で注目されているセロトニン２A 受容体（HTR2A）の遺伝子多型(rs6313)と NPI の無為において弱い関連傾向がみられた。最終年度は、動物モデルによる BPSD 研究の可能性検討として APP トランスジェニックマウスの行動評価を行った。Y-maze テストの各アームへの侵入回数を評価したところ、アルツハイマー病疾患モデルマウスでは野生型マウスよりも過活動であることが明らかになった。このことによって、社会心理的側面が統制可能な動物モデルを用いて BPSD の生物学的研究の新たな扉を開けることになるかもしれないと思われた。

D. 考察

本研究では、認知症患者が地域で長く生活できるための支援体制を考案した。その主軸となるのは、クリニカルパスである。クリニカルパスは３つの期間に分けて作成した。すなわち、診断の期間、専門病院で BPSD の入院治療を行う期間、そして在宅療養生活の期間である。ただし在宅療養生活期間はパスだけでは不足で、補完システムとして連携ファイルと疾患別重症度別ガイドブックを考案した。地域で患者が生活するためには、BPSD の発現や悪化を予防するために、認知症に関わる全ての人が認知症のことを知り、BPSD の対応法を理解し、習得することが必要である。ガイドブックはこのために使用する。また認知症患者の在宅生活にはたくさんの専門家、非専門家の支援が必要で、この患者に関わる多くの人の間で情報共有するために連携ファイルを作成した。また連携ファイルは教育ツールでもある。すなわち、多くの人の専門家としての関わり方が、ノートに記されていくので、特に家族にとっては自分の患者を通した BPSD 対応学習ができるのである。そして本本研究期間に、この連係システムを実際の現場で使用した結果、有用性が検証された。本システムは簡易であるため、様々な地域で使用可能であると思われる。そこでガイドブックと連携ノートを広く一般に公開した。

また BPSD 悪化時に専門病院で入院治療する際の基準を作成した。この基準は、現在の我が国の診療から得られたものであるため、使用可能であると思われる。しかしこの基準の有用性については、今後検証する必要がある。また同時に BPSD の基準は入院後１ヶ月間で速やかに軽減することが明らかになった。このため退院後の生活体制を入院後早期から構築できていれば、１ヶ月での退院も可能である。BPSD が比較的軽い早期の時期に入院し、入院期間は１ヶ月程度の短期間にするよう努力することが、患者の生活の質の維持の点から重要である。また医療経済的観点からも重要である。

今回の調査で、BPSD に対する救急医療が未整備であることが明らかになった。認知症疾患医療センターを中心に、夜間休日の BPSD 救急患者に対する診療体制の早期の構築が望まれる。現時点の対応としては、かかりつけ医をもっておくこと、早めにかかりつけ医から専門病院に紹介してもらうことだと思う。

地域で認知症患者が過ごすためには、地域の人々の協力が必要である。このため地域住民に対する認知症啓発はとても重要である。またこの知識には、家族が患者となったときに早期受診を促進する効果もあると思う。今回作成した地域住民に対する啓発プログラムの効果をさらに検証して、有効性が証明されたら、広く用いることが重要である。家族介護者の自己効力感を高めるプログラムについては、その有効性が検証できなかった。家族の精神衛生を保つことは非常に重要であるため、今後も有効な

家族支援法の開発が必要である。またBPSDの根本的治療の開発のために生物学的研究、遺伝子研究も重要である。

E.評価

1）達成度について

本研究では、クリニカルパスを中心とした連係システムを構築し、その有用性を検証できた。またこのシステムの最も中核となる疾患別重症度別ガイドブックと連携ノートを広く一般に公開した。この点では当初の目的は 70%達成できたと思う。しかしBPSD精神科救急システムの構築、一般市民への啓発システム、家族支援システム、BPSDの原因究明のための遺伝子研究は、今後継続的に行っていく必要があり、これが残りの30%である。

2）研究成果の学術的・国際的・社会的意義について

本研究の最も大きな成果は、多くの地域で使用可能な連係システムを構築できたことである。認知症の地域連携は現在、全国で模索されているため、この点での社会的意義は非常に大きい。

3）今後の展望について

今後は我々の連係システムをさらに多くの患者で使用し、その有用性を検証していきたい。平成24年度に、人口16万人の兵庫県川西市で、我々のシステムを導入することが決定している。この事業では、対照コントロールデータも同時に測定し、介入軍と比較する予定である。また多くの地域や自治体で本システムが円滑に導入できるようにするための導入マニュアルも同時に作成する予定である。

4）研究内容の効率性について

本研究班は比較的小規模であった。しかし、得られた成果は多く、研究内容の効率性は高いと考える。

F.結論

認知症地域連携システムを考案し、その有用性を検証した。また本研究で作成されたガイドブックと連携ノートを広く一般に公開した。

G.研究発表

・論文発表　73件
・学会発表および講演会　44件

1）論文発表

(1) Kazui H, Ishii R, Yoshida T, Ikezawa K, Takaya M, Tokunaga H, Tanaka T, Takeda M.: Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet Syndrome. Psychogeriatrics 9:77-84, 2009.

(2)数井裕光，武田雅：認知症のBPSDを考える；AD, DLB, FTDを中心に　-BPSDと関連する脳障害部位- 老年精神医学 20 増刊号I:128-133, 2009

(3)杉山博通，数井裕光，武田雅俊：老年期にみられる症候から診断への手順；老年期の記憶障害- 老年精神医学 20:1250-1255, 2009.

(4)数井裕光、武田雅俊：認知症に対する神経心理学的研究　―阪大精神科の研究を中心に―　特別企画　認知症研究への貢献と到達点　―西村健先生を偲んで― Cognition and Dementia 8(4):109-111, 2009.

(5)遠藤英俊：Ⅲ法的知識　F.高齢者介護に関する法と施設.精神科専門医のためのプラクティカル精神医学　661-670, 2009.

(6)遠藤英俊：介護保険. 改訂第7版内科学書　vol.1:265-271, 2009.11.10.

(7)遠藤英俊:第8章精神科医療 8-2-5 認知症. 精神保健福祉白書 2010 年版 pp139-139, 2009. 12

(8)梅本充子、遠藤英俊、三浦久幸:認知症高齢者における行動観察評価スケールNOSGERの検討(第1報)ー信頼性の検討ー. 老年精神医学雑誌 20(10);1139-1148, 2009.

(9)遠藤英俊、三浦久幸:高齢者診療マニュアル 後期高齢者医療(長寿医療)制度. 日本医師会雑誌 138(2):318-319, 2009. 10. 15 発行

(10)三浦久幸、中島一光、遠藤英俊:7. 高齢者終末期医療・ケアの国際比較. Geriatric Medicine (老年医学) 4 月号 47(4):487-491, 2009.

(11)飯島節、遠藤英俊、百瀬由美子、井口昭久:座談会‥高齢者の終末期をめぐる諸問題. GeriatricMedicine (老年医学) 4月号 47(4):509-521, 2009.

(12)Tanaka Y, Nagata K, Tanaka T, Kuwano K, Endo H, Otani T, Nakazawa M, Koyama H: Can an individualized and comprehensive care strategy improve urinary incontinence (UI) among nursing home residents? Arch Gerontol Geriatr 49(2):278-83, 2009.

(13)石附 敬、和気純子、遠藤英俊::重度要介護高齢者の在宅生活の長期継続に関連する要因. 老年社会科学 31(3):359-365, 2009

(14) 森原剛史、武田雅俊: Alzheimer 病の遺伝子研究. これまでの成果とこれからの課題. 医学の歩み 229(3):205-210, 2009.

(15)藤城弘樹、村山憲男、井関栄三 レビー小体病としてのレビー小体型認知症 精神科治療学 24:1357-64, 2009.

(16)井関栄三、村山憲男:レビー小体型認知症. 老年医学の基礎と臨床 II, 浦上克哉 編集, ワールドプランニング, 東京, 274-281, 2009.

(17)Murayama N, Iseki E, Endo T, et al: Risk factors for delusion of theft in patients with Alzheimer's disease showing mild dementia in Japan. Aging & Mental Health 13: 563-568, 2009.

(18)Kamagata E, Kudo T, Kimura R, Tanimukai H, Morihara T, Sadik MG, Kamino K, Takeda M.: Decrease of dynamin 2 levels in late-onset Alzheimer's disease alters Abeta metabolism. Biochem Biophys Res Commun. 379:691-695, 2009.

(19) 森原剛史 武田雅俊:「初老期発症と高齢発症アルツハイマー病の異同:分子生物学の立場から」Cognition and Dementia 8(2):134-137, 2009.

(20) 森原剛史:APP Tgマウスを用いたアルツハイマー病治療戦略にかかわる研究. 神経化学 48(1):23-28, 2009.

(21) 森原剛史:心理社会的問題と神経心理学的研究. Psychiatry Today Medical Front International Limited 21:28-29, 2009.

(22) 森原剛史、林紀行、横小路美貴子、数井裕光、紙野晃人、武田雅俊:アルツハイマー病の遺伝子研究. 臨床精神医学 38(8):

1007-1014, 2009.

(23) 田伏薫、繁信和恵：認知症疾患治療病棟における転倒・転落の原因と対策. Japanese journal of general hospital psychiatry 21(3) 235-242, 2009.

(24)繁信和恵, 池田学：認知症１行動療法的アプローチ・環境調整. 精神科治療学 23巻増刊号：233-235, 2009

(25)繁信和恵, 池田学:FTLD患者への対応. BRAIN and NERVE 61:1337-1342, 2009.

(26)澤　温：長期入院を防ぐための精神科救急医療サービス. 精神科臨床サービス 9(3):385-389, 2009.

(27)澤　温：精神科救急医が目指すもの、精神科救急 12：45-48, 2009.

(28)澤　温：大阪市の精神科救急を含めた地域医療～小規模精神科救急病院から見えたもの～. 病院・地域精神医学 52(4)号(通巻第178号):26-28, 2009.

(29)西川 隆, 大西久男:認知症の原因疾患による症状・行動の特徴とケアの方針. Journal of Rehabilitation and Health Sciences 7(1):1-8, 2009.

(30)藤城弘樹、井関栄三　DLBとPDDは同じ病気か違う病気か？　違う病気である Clinical Neuroscience 28:465, 2010.

(31)Iseki E, Murayama N, Yamamoto R, Fujishiro H, Suzuki M, Kawano M, Miki S, Sato K.: Construction of a ^{18}F-FDG PET normative database of Japanese healthy elderly subjects and its application to demented and mild cognitive impairment patients. Int J Geriatr Psychiatry 25:352-361, 2010.

(32)Nakaoka A, Suto S, Makimoto K, Yamakawa M, Shigenobu K, Tabushi K: Pacing and lapping movements among institustionalized patients with dementia. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 25(2):167-72, 2010.

(33)西川　隆:アルツハイマー病の臨床経過. 神経内科 72(suppl 6): 277-283, 2010.

(34) 西川　隆:認知症疾患別の予後の見通しと本人への対応、家族への説明. Cognition and Demntia 9(1):76-81, 2010.

(35)Takaya M, Kazui H, et al. Global cerebral hypoperfusion in pressure hydrocephalus. J Neurol Sci 298(1-2):35-41, 2010.

(36)遠藤英俊、三浦久幸：特集　認知症治療の今後を予測する　１．認知症治療の現状と今後. 医薬ジャーナル 46(5):67-71, 2010.

(37)遠藤英俊、木之下徹、永田久美子、東海林幹夫、田口真源：特集I認知症・BPSDの医療とケアの今. Science of Kanpo Medeicine 34(2):94(8)-106(20), 2010

(38)遠藤英俊、三浦久幸：社会的・制度的支援と家族介護　１)介護保険. 神経内科 72(Suppl. 6):217-221, 2010.

(39)遠藤英俊：「わが旅」ジャマイカへの旅. 日本医師会雑誌 139(4), 2010.

(40)遠藤英俊、佐竹昭介、洪 英在、田代真耶子、三浦久幸、近藤真由：音楽療法. 内科系総合雑誌 モダンフィジシャン 30(9):1169-1172, 2010.

(41)藤城弘樹,井関栄三:高齢期の幻覚妄想の病理学的背景. 老年精神医学会雑誌 21: 671-676, 2010.

(42)Hayashi N, Kazui H, Kamino K, Tokunaga H, Takaya M, Yokokoji M, Kimura R, Kito Y, Wada T, Nomura K, Sugiyama H, Yamamoto D, Yoshida T, Currais A, Soriano S, Hamasaki T, Yamamoto M, Yasuda Y, Hashimoto R, Tanimukai H, Tagami S, Okochi M, Tanaka T, Kudo T, Morihara T, Takeda M.: KIBRA Genetic Polymorphism Influences Episodic Memory in Alzheimer's Disease, but Does Not Show Association with Disease in a Japanese Cohort. Dement Geriatr Cogn Disord 30(4):302-308, 2010.

(43) Yasuda Y, Hashimoto R, Ohi K, Fukumoto M, Takamura H, Iike N, Yoshida T, Hayashi N, Takahashi H, Yamamori H, Morihara T, Tagami S, Okochi M, Tanaka T, Kudo T, Kamino K, Ishii R, Iwase M, Kazui H, Takeda M.: Association study of KIBRA gene with memory performance in a Japanese population. World J Biol Psychiatry 11(7):852-857, 2010.

(44) Ohi K, Hashimoto R, Yasuda Y, Yoshida T, Takahashi H, Iike N, Iwase M, Kamino K, Ishii R, Kazui H, Fukumoto M, Takamura H, Yamamori H, Azechi M, Ikezawa K, Tanimukai H, Tagami S, Morihara T, Okochi M, Yamada K, Numata S, Ikeda M, Tanaka T, Kudo T, Ueno S, Yoshikawa T, Ohmori T, Iwata N, Ozaki N, Takeda M.: The chitinase 3-like 1 gene and schizophrenia: evidence from a multi-center case-control study and meta-analysis. Schizophr Res. 116(2-3):126-132, 2010.

(45) 森原剛史 林紀行 横小路美貴子 武田雅俊:アルツハイマー病と遺伝要因 老年精神医学雑誌 21(11):1264-1269, 2010.

(46)山川みやえ、中岡亜希子、繁信和恵、手嶌大喜、西方志織、牧本清子、田伏薫.:入院前後の活動リズムをICタグモニタリングシステムにより比較した前頭側頭型認知症の1例. 老年精神医学雑誌 21(6):695-701, 2010.

(47)繁信和恵：プライマリーケア医のための認知症治療How-to 第3回 認知症のケアに必要な書類と専門医療機関紹介. Cognition and Dementia 9(3): 252-258, 2010.

(48) 繁信和恵:前頭側頭型認知症の BPSD. 老年精神医学雑誌 21(8) : 867-871, 2010.

(49) 繁信和恵: 10) 認知症 1. 行動療法的アプローチ・環境調整. 精神科治療学 24(2010 増刊号):233-235, 2010.

(50)中山博識、大西久男、西川 隆：島根県内の老健施設における認知症の周辺症状と介護負担の実態調査. 島根医学 30(3):39-46, 2010.

(51)Kazui H, Yoshida T, et al. : different characteristics of cognitive impairment in elderly schizophrenia and Alzheimer's disease in the mild cognitive impairment stage. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 1:20-30, 2011.

(52)Yoshida T, Kazui H, et al.: Protein synthesis in the posterior cingulated cortex in Alzheimer's disease. Psychogeriatrisc 11:40-45, 2011.

(53)藤城弘樹，井関栄三，村山憲男，笠貫浩史，太田一実，新井平伊，佐藤潔:特発性レム睡眠行動障害の長期経過の後に、場所依存性に幻視が出現したレビー小体型認知症の一例. 精神医学 53:7-13, 2011.

(54) Kimura R, Morihara T, Kudo T, Kamino K, Takeda M.: Association between CAG repeat length in the PPP2R2B gene and Alzheimer disease in the Japanese population. Neurosci Lett. 487(3):354-357, 2011.

(55)澤 温:精神科救急.精神保健福祉白書 2011年版, pp138, 2011.

(56)澤 温: **医療現場における抗精神病薬強制投与の実情と問題点**.臨床精神薬理 14 (1):37-41, 2011.

(57)澤 温:精神医学の動向～海外文献紹介
・受療していない12歳の子供の精神病症状発症に対するいじめ体験の前向的研究
・妊娠中の母親のタバコ，大麻，飲酒および子供の思春期精神病症状の関係
・統合失調症の機能障害についての，実行性に基づいた測定；米国とスウェーデンでの比較研究.Schizophrenia Frontier 11(3): 55-59,2011.

(58)数井裕光:認知症診療における地域連携パスの可能性. Nursing Business 5: 1004-1005, 2011.

(59)杉山博通、数井裕光ら. 認知症地域連携パス.老年精神医学雑誌（印刷中）

(60)武田雅俊監修、数井裕光、杉山博通、板東潮子: 認知症 知って安心、症状別対応ガイド（仮題）メディカルレビュー社、大阪、2012.4.1.出版予定

(61)遠藤英俊、三浦久幸、佐竹昭介：認知症の終末期のあり方 診断と治療 3 99(3):523-525,2011

(62) Umegaki H, Suzuki Y, Yanagawa M, Nonogaki Z, Nakashima H, Endo H : Dysphagia in older adults at high risk of requiring care GGI (in press).

(63)Makizako H, Shimada H, Doi T, Yoshida D, Ito K, Kato T, Shimokata H, Washimi Y, Endo H, Suzuki T: The association between decline in physical functioning and atrophy of medial temporal areas in community-dwelling older adults with amnestic and non-amnestic mild cognitive impairment. Arch Phys Med Rehabil (in press)

(64)藤城弘樹，千葉悠平，井関栄三:レビー小体病としてのレビー小体型認知症の分類・病期と診断. 老年精神医学雑誌 22: 1297-1307, 2011.

(65)太田一実, 藤城弘樹, 村山憲男，井関栄三:顕著な幻視を呈したレビー小体型認知症の 2 症例：その心理・環境的要因. 精神科 19:90-96, 2011.

(66)太田一実，村山憲男，藤城弘樹，井関栄三，新井平伊，佐藤 潔:レビー小体型認知症患者の幻視に対する心理的介入の有用性—2 症例での検討. 精神医学 53 : 845-853, 2011.

(67)Fujishiro H, Nakamura S, Kitazawa M,

Sato K, Iseki E. Early detection of dementia with Lewy bodies in patients with amnestic mild cognitive impairment using cardiac MIBG scintigraphy. J Neurological sciences (in press)

(68)繁信和恵:見当識障害の評価とリハビリテーション 老年精神医学雑誌 22(3):290-294, 2011.

(69)繁信和恵:ドネペジルの服薬指導と効果判定. 治療 93(9):1852-1856, 2011.

(70)矢山 壮、繁信和恵、山川みやえ、牧本清子、田伏 薫:入所施設の認知症の行動心理学的徴候(BPSD)で入院を依頼する要因の実態調査. 老年精神医学雑誌 22(12):1413-1421, 2011.

(71)Yamakawa M, Suto S, Shigenobu K, Kunimoto K, Makimoto K . Comparing dementia patients' nighttime objective movement indicators with staff observation. Psychogeriatrics (in press)

(72)澤 温:精神科救急～地域ケアにおけるネットワークの面から～ 臨床精神医学 40(5):601-606, 2011.

(73)澤 温:精神科病院で地域に貢献する立場で考える、10年、20年後に向けたキャリアパス. 精神科 19(4):348-351, 2011.

2. 学会発表および講演会

〔学会発表〕

(1) 遠藤英俊 : Study of CGA36(Center version) on frail elderly in Japan. 第19回世界老年医学会議 IAGG2009, パリ(フランス)、2009.7.5-9.

(2) 澤 温 : 大阪市の精神科救急を含めた地域医療～小規模精神科救急から見えたもの～. 第52回日本病院・地域精神医学会総会、東京、2009.9.18.

(3)遠藤英俊:健康高齢者に対するグループ回想法の認知機能と生活に与える効果・A県B市回想法ｾﾝﾀｰにおけるグループ回想法から展開した高齢者の活動支援について・認知症ケアの発展的評価のための評価員派遣ｼｽﾃﾑに関する調査研究. 第10回日本認知症ケア学会大会、東京、2009.10.31-11.1.

(4)森原剛史:アルツハイマー病のリスク遺伝子の探索研究. 第20回老年医学会近畿地方会、大阪、2009.12.5.

(5)Kazui H, Sugiyama H, Yamamoto D, et al.:A survey on the current status of BPSD care for patients with dementia at home and care facilities in Japan. ICAD, Honolulu, 2010.6.11-15.

(6)杉山博通、數井裕光ら:BPSDケアの実態と、医療と福祉の機能分担と円滑な連携についての調査. 第25回日本老年精神医学会、熊本、2010.6.24-25.

(7)繁信和恵、田伏薫、數井裕光:介護老人施設で対応困難な認知症の行動心理症状の検討－専門医療機関での入院治療が求められる認知症の行動心理症状－. 第25回日本老年精神医学会、熊本、2010.6.24-25.

(8)遠藤英俊:教育講演1. 介護保険の新たな展開. 第52回日本老年社会科学会 , 愛知、2010.6.17.

(9)遠藤英俊:いま、ここが知りたい. 10年目を迎えた介護保険の反省と今後の展望. 第52回日本老年医学会学術集会、神戸、

2010.6.24.

(10)遠藤英俊：シンポジウム１５「認知症の早期発見と予防に関するシンポジウム」、第 49 回日本生体医工学会大会、大阪、2010.6.27.

(11)村山憲男，井関栄三，太田一実，藤城弘樹，佐藤　潔：レビー小体型認知症の幻視に対する，心理的・環境的介入．第 11 回日本認知症ケア学会、神戸、2010.10.23-24.

(12)太田一実，井関栄三，村山憲男，藤城弘樹，佐藤潔：幻視に対して心理的介入が有効だったレビー小体型認知症の事例検討．第 25 回日本老年精神医学会、熊本、2010.6.24-25.

(13)太田一実,村山憲男,藤城弘樹,佐藤 潔,新井平伊，井関栄三：幻視に対して心理的介入が有効であった DLB の症例検討.第 4 回 DLB 研究会、横浜、2010.11.20.

(14) Morihara T, Hayashi N, Yokokoji M, Akatsu H , Fukusho E, Kazui H, Tanimukai H, Tagami S, Okochi M, Tanaka T, Kudo T, Takeda M.：Identification of a gene which controls Aβ accumulation using APP Tg mice with mixed genetic background Alzheimer's Association International Conference on Alzheimer's Disease (ICAD), Honolulu, USA, 2010.6. 10-15.

(15)山川みやえ、繁信和恵、周藤俊治、牧本清子、田伏薫：認知症治療病棟における患者入院後の夜間歩行の実態-IC タグモニタリングシステムによる客観的指標-．第 25 回日本老年精神医学会総会、熊本、2010.6.24-25.

(16) 清水芳郎，数井裕光，杉山博通，武田雅俊，澤温 ： BPSD 治療目的で精神科救急を受診する認知症患者の実態調査．第 25 回日本老年精神医学会総会、熊本、2010.6.24-25.

(17)大西久男、田中宏明、小島久典、清水寿代、大川直澄、中山博識、西川　隆：認知症の疾患別 BPSD の実態調査とその対応法に関する研究―老人保健施設およびリハビリテーション専門病院における調査より―．　第 25 回日本老年精神医学会総会、熊本、2010.6.24-25.

(18)丸尾智実、河野あゆみ：地域で認知症高齢者を支えることを目的とした認知症啓発プログラムの効果ー認知症の人との関わりの経験の有無による効果の検討ー．第52回日本老年社会科学学会、愛知、2010.6.17-18.

(19)丸尾智実、河野あゆみ：地域住民に対する認知症高齢者を理解するための啓発プログラムへの参加要因の検討，第69回日本公衆衛生学会、東京、2010.10.27-29.

(20)Maruo S, Kono A: Effect of Community Supportive Care Program for Maintaining Daily Lives of Elders with Dementia, The Gerontorogical Society of America 63rd Annual Scientific Meeting, New Orleans(U.S.A.), 2010.11.19-23.

(21)丸尾智実、河野あゆみ：地域住民に対する認知症高齢者を理解するための啓発プログラムの評価;参加者の発言の内容分析による検討．第30回日本看護科学学会、札幌、2010.12.3-4.

(22)Sugiyama H, Kazui H, Wada T, Kito Y, Nomura K, Bando S, Yamamoto D, Yoshiyama K, Takeda M. : Development and evaluation of regional cooperation system for dementia patients Psychogeriatric Association、香港、2011,11.12.

(23)三浦久幸、大島浩子、中村孔美、洪　英在、遠藤英俊：「在宅医療支援病棟」入院患者の予後調査. 第53回日本老年医学会学術集会、東京、2011.6.16.

(24)Morihara T: Identification of a gene which controls Abeta accumulation using APP Tg mice with mixed genetic background: Splicing variant specific-effect of Kinesin Light Chain 1 (Klc1), Association International Conference (AAIC2011), Parris, July 16-21, 2011.

(25) 森原剛史、林紀行、数井裕光、河野あゆみ、濱崎俊光、畑八重子、桑田直弥、奥田益弘、武田雅俊：デイサービス利用者に対する認知トレーニングの効果：多施設無作為割付単盲検試験. 第 26 回日本老年精神医学会、東京、2011.6.15-16.（最優秀ポスター賞）

(26)森原剛史：アミロイドβ蛋白の沈着を規定する遺伝子 Klc1 の同定：a translational approach. 第30回日本認知症学会学術集会、シンポジウム、東京、2011.11.11-13.

(27)大西久男，田中宏明，西川隆，大川直澄，中山博識：認知症者の BPSD の出現と症状ごとの介護負担に関する研究. 第 26 回日本老年精神医学会，東京、2011.6.15.

(28)田中寛之，植松正保，西川隆：重度認知症者の認知機能検査に関する研究；重度認知症者のための新しい認知機能検査. 第26回日本老年精神医学会，東京、2011.6.15.

(29)坂井麻里子，数井裕光，繁信和恵，西川隆：Alzheimer 型認知症患者における味覚機能の検討. 第35回日本高次脳機能障害学会，鹿児島、2011.11.11.

(30)Maruo S, Kono A:The Revised Scale for Caregiver Self-Efficacy in Japanese Version : Reliability and Validity Studies. The 2nd Japan-Korea Joint Conference Community Health Nursing. Kobe. 2011.7

〔講演会〕

(31) 澤　温：精神科救急における病診連携、特に在宅患者、往診患者における連携について. 大阪保険医協会南西ブロック研究会、大阪、2010.7.10.

(32) 澤　温：認知症の初期対応の必要性. 平成22年度第1回豊中市虹ねっと講演会、大阪、2010.7.29.

(33) 澤　温：今後の大阪市における認知症対策. 大阪市認知症講演会、大阪医、2010.8.18.

(34)澤　温：ここまで分かった認知症. 大阪府社会福祉事業団軽費老人ホーム「万寿荘」講演、大阪、2010.8.21.

(35) 澤　温：認知症の早期発見のポイントと対応方法について. 豊中市民生委員校区福祉委員講演会、大阪、2010.9.29.

(36) 澤　温：認知症の早期発見のポイントと対応方法について. 豊中市民生委員鉱区福祉委員講演会、大阪、2010.10.8.

(37) 澤　温：認知症とその周辺症状の理解と対応について. 池田保健所講演会、大阪、2010.11.18.

(38) 澤　温：「あれ？！どうしたの物忘

れ？」大阪市生野区地域包括支援センター講演、大阪、2010. 11. 26.

(39) 澤　温：精神科救急医療の現状と問題点　～アクセスの良さから予防まで～. 第6回石川県精神科救急研究会、石川、2011. 1. 28.

(40) 清水芳郎：認知症についてのアンケート調査から見えたこと. 豊中市介護事業者連絡会、大阪、2011. 4. 20.

(41) 澤　温：救急の現場からみた精神科救急の問題点～質の確保と予防（精神科医療的対応と非医療的対応）～. 高岡病院講演会、姫路、2011. 11. 10.

(42) 澤　温：精神科救急医療の現状と問題点. 佐賀県精神科病院協会学術講演会講演、佐賀、2011. 12. 7.

(43) 澤　温：知って納得！認知症. 大阪市東成区・認知症講演会、大阪
、2011. 12. 14.

(44) 澤　温：認知症疾患医療センターと精神科救急について. 大阪認知症研究会、豊中、2012. 1. 29.

Ⅱ．　分担研究報告

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

認知症地域連携システムの効果の検証

分担研究者　数井裕光（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）
研究協力者　杉山博通（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）
山本大介（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）
板東潮子（大阪大学大学院医学系研究科精神医学講座）

研究要旨：昨年度までに作成した「疾患別重症度別ガイドブック」と「連携ファイル」を用いた地域連携携システムを大阪府豊中市、吹田市を中心とした北摂地域で58名の認知症患者に対して試験運用し、その有用性を検証した。運用後、家族、介護職員、かかりつけ医の間の連携が円滑になった。また家族介護者の認知症に関する知識が向上し、かかりつけ医の患者の介護状況や症状に対する知識が増加し、介護者の介護負担感が減少した。さらに患者の不安、妄想、興奮が改善した。我々の連係システムは、円滑な情報共有、BPSDの対応法の学習、精神症状の改善などの効果を有することが明らかになった。

A. 研究目的

認知症は、その多くが慢性進行性の疾病であるため、継続的な医療と生活支援のための介護を受ける必要がある。しかし両者の連携は十分でない。我々は前年度までの2年間で、家族介護者、ケア職員、かかりつけ医、専門医の間で患者情報を共有するための「連携ファイル」を作成した。またBPSDの対応力の向上を支援するために「疾患別・重症度別ガイドブック（以下，ガイドブック）」を作成した。今年度，我々はこの連携ファイルとガイドブックを用いた認知症地域連携システムを実際の臨床現場で使用し、その有効性を前向き研究で検証した。

B. 研究方法

大阪大学医学部附属病院神経科・精神科外来に通院中の患者、および地域の介護施設を通じて紹介された患者をリクルートした。参加基準は在宅で介護保険による介護サービスを利用しており信頼できる介護者がいること、かつアルツハイマー病、レビー小体病、血管性認知症、前頭側頭葉変性症のいずれかと診断されていることとした。平成23年2月1日から同年7月31日までの6ヶ月間、我々の連携システムを使用した。主要評価項目としてZarit Burden Interview(ZBI)を、副次評価項目として，家族の認知症に関する知識テスト（以下，家族理解度テスト）（1問につき1点で全10問）、Neuropsychiatric Inventory(NPI)、Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)、Barthel Index (BI)を用い、導入前後で比較した。またかかりつけ医、ケアマネジャー（以下，ケアマネ）に対して、担当患者に関するテスト（以下，患者理解度テスト：1問につき1点で全7問）を行った。NPIは下位項目の頻度・重症度に分けても前後比較した。比較には Wilcoxon signed rank test を用いた。また使用後の感想をアンケート調査した。

C. 研究結果

58名の患者が参加した。連携ファイル使用後の感想については、①連携ファイルが役に立つと答えた割合は、介護者で96%,かかりつけ医で95%、ケアマネで95%であった。②記入が面倒であると感じた介護者は9%、かかりつけ医は24%、ケア