

20116012A

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

(課題番号：H22-認知症-一般-005)

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成24年(2012) 3月

別添1 厚生労働科学研究費補助金研究報告書 表紙

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

(H22-認知症-一般-005)

平成23年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成24(2012)年 3月

研究組織

鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	病院長
朝田 隆	筑波大学臨床医学系・精神医学	教授
武田雅俊	大阪大学大学院医学系研究科精神医学	教授
秋下 雅弘	東京大学医学部加齢医学講座	准教授
神崎 恒一	杏林大学医学部高齢医学	教授
栗田主一	東京都健康長寿医療センター研究所	研究部長
鷺見幸彦	国立長寿医療研究センター・神経内科	部長
服部英幸	国立長寿医療研究センター・行動心理療法	部長
遠藤英俊	国立長寿医療研究センター・内科総合診療科	部長
荒井由美子	国立長寿医療研究センター長寿政策科学研究部	部長
三浦久幸	国立長寿医療研究センター・在宅医療支援診療部	部長
小長谷陽子	認知症介護研究研修大府センター	研究部長
木之下徹	医療法人社団こだま会	理事長

研究協力者

櫻井 孝	国立長寿医療研究センター	外来部長
中居龍平	杏林大学高齢医学	非常勤講師
木村紗矢香	杏林大学高齢医学	臨床心理士
山田如子	杏林大学高齢医学	臨床心理士
町田綾子	杏林大学高齢医学	言語聴覚士
岩田安希子、守屋佑希子、小林義雄	杏林大学高齢医学	
井藤佳恵、岡村 毅	東京都健康長寿医療センター研究所	
河野禎之	筑波大学大学院人間総合科学研究科障害科学	

別添 2 厚生労働科学研究費補助金研究報告書 目次

別添 3 総括研究報告書	2～13 頁
要旨	2 頁
研究分担流れ図	3 頁
研究の背景と研究の目的	4 頁
結果（本年度；平成23年度）	5～13 頁

別添4 分担研究報告書 14～

認知症の地域連携システム（認知症疾患医療センター）	栗田主一	14～28
認知症の地域連携システム（地域包括支援センター）	小長谷陽子	29～37
心理行動症状を有する患者のケア体制	服部英幸	38～50
身体合併症を有する認知症の看護対応	鷺見幸彦	51～55
在宅医療患者の身体合併症	三浦久幸	56～59
本人と家族に対する差別的処遇に関する実態調査	木之下徹	60～74
介護サービスの利用と認知症	神崎恒一	75～79
介護負担	荒井由美子	80～85
認知症患者の生活障害に関する研究	朝田隆	86～89
認知症予防に関する研究、特に栄養的観点から	秋下雅弘	90～94
認知トレーニング無作為割付試験	武田雅俊	95～98
光トポによる会話・コミュニケーションの定量的研究	遠藤英俊	99～102

別添 5 研究成果の一覧 103～112

別添 6 研究成果刊行物の別刷り 113～

別添3 総括研究報告書

要旨

認知症疾患センターの業務内容は、診断、治療、ケア、教育、情報提供など包括的な視点で構成されているが、到達目標や利用者の満足を得られるかといった検証を行うシステムはない。都道府県の整備状況のばらつき以上に、施設間の包括的要素の達成の大きな格差が課題である。本研究の目的は、認知症疾患センターの質の均霑化のため、包括的視点の要素ごとに学術的進歩を反映したモデルを示すことにある。

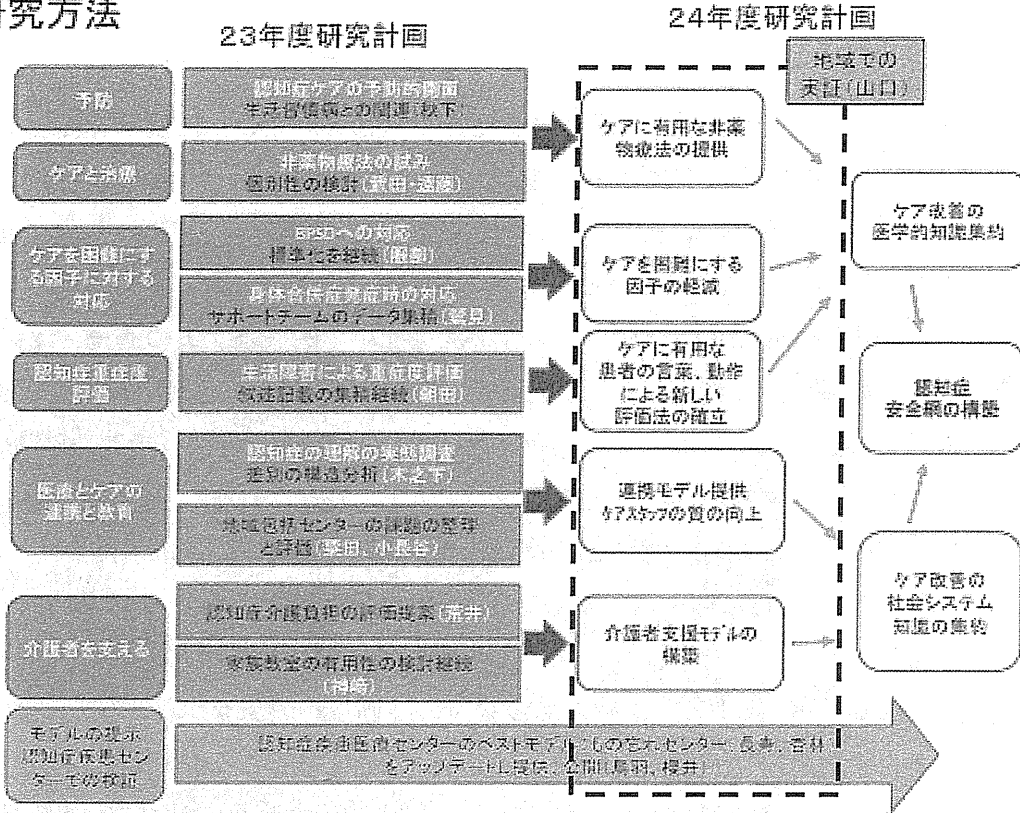
このため、予防、非薬物的介入、BPSD、身体合併症発症時、医療とケアの連携、ケアスタッフの教育・質の評価、介護者教育と介護負担の評価といった、包括的要素ごとに、斯界の第一人者を共同研究者に迎え研究を行う。平成23年度には、長寿医療研究センターにももの忘れセンター病棟も開設し、施設としてBPSD入院を含むすべてのモデルを立ち上げ、横断調査を完了した。認知症の進行に伴い低下するIADL、ADLの順序が判明した。また症状では、進行に伴い増加する老年症候群、減少する老年症候群（かゆみ、痛み）などが初めて明らかになり、ケアプラン策定に有用な所見を得た。

認知症医療の評価基準（MSD50）を用いて診療所の評価を行い、サポート医師研修と対応力向上研修の著明な効果が明らかになった。 一方地域における認知症患者が家族からも差別を受けている実態が判明した。 家族の負担を軽減するため、家族の教育と支援に資する認知症の巣症状と生活機能の記述が進捗し、もの忘れセンターでは、経過によるBPSDの変化も横断的データが得られた。 これを生かした認知症サポートチームが稼動したが、一般病棟からのオーダーは少なく、ラウンド方式に変更した。地域に於いては、介護保険のサービスに対する不安は強く、地域包括への2448ヶ所調査でも、患者への対応がわからないという相談が多く、BPSD、ADL障害などへの対応マニュアルの整備向上が喫緊の課題である。 栄養では、介護者の行動変容が患者の食生活改善に役立つデータが得られ、家族指導に新しい知見が加わった。

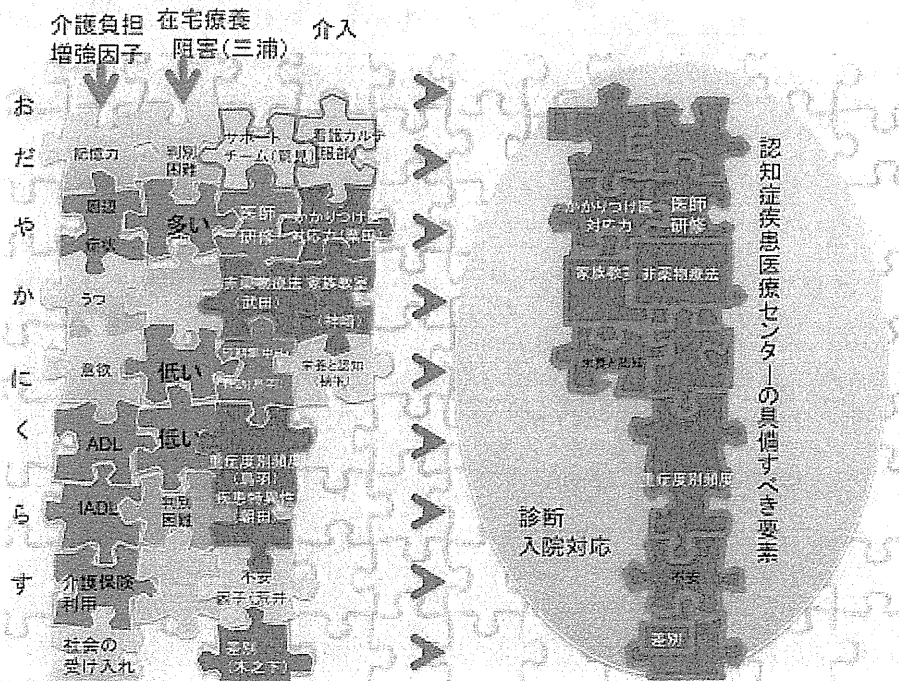
認知症を全人的に包括的に見ていく本研究の重要性再確認され、本年度は引き続き成果を拡充確認するとともに、これらの成果を総合的に役立つかを実証するため、認知症疾患医療センター部長、地域ケアの教授を加え、これらでのフィードバックを加えセーフティーネット構築のソフトとして提示したい。

研究成果の統一性を図るため、研究流れ図において、分担研究者の立ち位置の明確化を図っている（下図）。

研究方法



目標と研究戦略は以下のとおり



研究の背景と研究の目的

現在約 200 万人とされ今後も増加が予測される認知症のケアに対する包括的かつ実効的な対策を確立する。今後認知症に対する治療と介護の負担は質量ともに多大となると危惧されており、その対策は十分な研究計画にもとづく、実効性の高いものとしなければならない。認知症対策の喫緊の課題の中で、早期診断と新たな薬物療法の開発はシステム化された研究プロジェクトや多くの研究者の取り組みがなされているが、患者・家族に対する包括的なサービス体系の構築のための研究は少ない。認知症患者と家族の苦しみが社会問題化しているのは、医療・ケア・行政などのサービスの質と量が不十分であることの現れである。

本研究の最大の特徴と独創性は、「包括的な視点」を分析的に大別して研究を遂行することに有る。これらは、1) 予防、MCI、軽症、重症といった時間軸に応じた生活指導につながる研究 2) 中核症状だけでなく、精神・行動異常、ADL 低下、身体合併症といった患者の多様な医療ニーズへの対応 3) 重症度と多様な医療ニーズを踏まえた非薬物療法と薬物療法の選択方法 4) 家族教育による、患者症状や在宅可能期間の延長 5) 介護負担の分析による、患者への薬物・非薬物療法の介入効果や、家族への直接介入 6) これらを可能にする多職種協働の方法論の構築と地域連携のモデル化に集約される。7) 本年度は特に、認知症疾患医療センターである、長寿研究医療センター、ものわすれセンターにおいて、得られた知見を医療、ケア、家族指導に生かし縦断的な解析によって実証すると共に、班員を一名追加し、地域多職種連携にその知見を共有し実証とさらなる課題の抽出に務める。

このような複合視点に立脚した研究は内外に見当たらず、各班員の成果はそのまま日々の認知症診療、ケアに活かされるだけでなく、集合知として我が国の認知症医療福祉への多大な貢献がされると確信する。

対象と方法

統一した研究でないため、各分担研究報告書参照とする

結果

I) 包括的診療施設の稼働開始：長寿医療研究センターにBPSD入院を含む、もの忘れセンターを開設し、初年度の1000名の新患の横断調査から、中核症状、周辺症状、BPSD, IADL, ADL, 身体合併症の重症度別頻度を明らかにした。(鳥羽、三浦、研究協力者 櫻井)

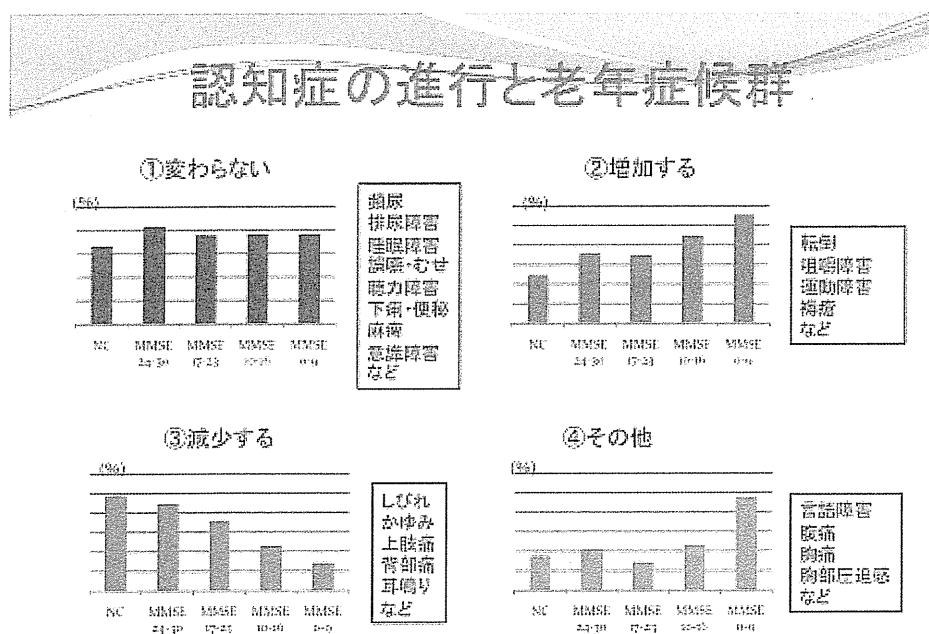
中核症状、周辺症状、BPSD, IADL, ADL, 身体合併症の重症度別頻度

1) 既往症、併存疾患

高血圧(41%)、脂質異常(46%)、糖尿病(19%)が多く、心疾患、脳卒中、がんが続く。これらの疾患と脳機能障害については進展予防という視点から、認知症のフォローで重要な側面となる。

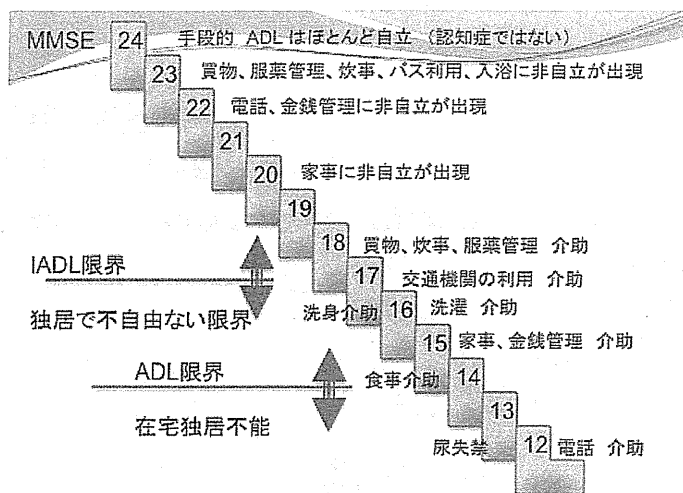
2) 併発する「老年症候群」

MMSEで4群に分け、併発する老年症状群の頻度を記録し、認知症の進行との関連で、頻度不変群、頻度減少群、頻度増加群、その他(分類不能)に分けた。認知症に併発する身体疾患では、転倒・骨折、失禁、嚥下障害、脱水、低栄養などが多い。認知症のステージにより発症頻度が高まる疾患を知り、早期発見のために繰り返し検査を行う必要性が示唆された。

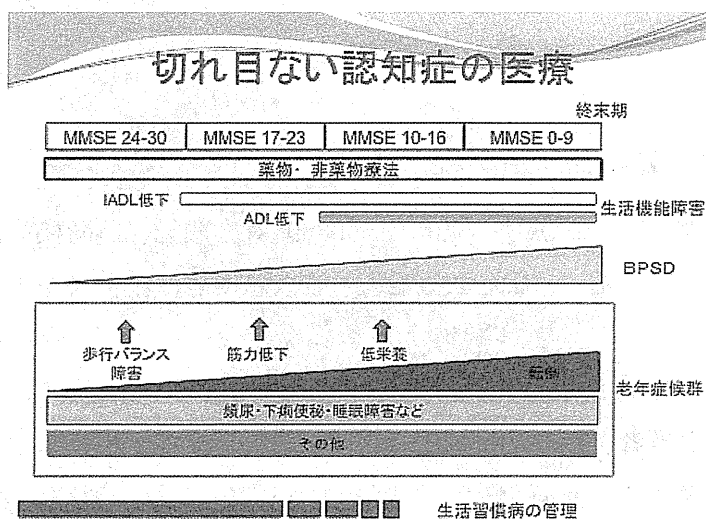


3) ADL と IADL

MMSEの得点別に、自立が阻害され始める得点、半数以上が自立を失う得点を計算し、家族指導、病状説明の参考資料として作成した。



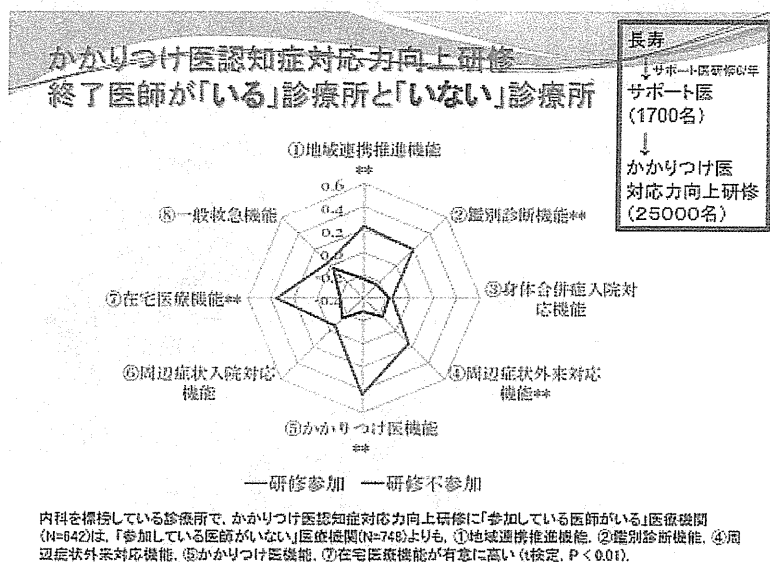
以上より、認知症疾患医療センターの医療ニーズ、家族指導、援助のニーズが明らかになった。



朝田は、認知症患者の生活障害とは、認知機能障害に起因して生じる日常生活上の支障を意味する。従来は失行・失認など単症状、図地知覚障害、視空間障害、注意障害、抽象概念の喪失などと言われたものが含まれる。具体的には、手足は自由に動くのに自力で衣類を着られない、食事の度に食べ物をこぼすなどがある。こうした障害が介護者の負担因になっているにもかかわらず、それに対する科学的取り組みは稀で、介護者の経験や勘により対応されてきた。それだけに生活障害への対応方法は未だに客観性に乏しく、体系的な技術論も生まれていない。という現状認識に立って、共通言語がないということがまず指摘された。観察研究から、それを補う方法は、医師の場合と同様に基本はアニメーションで、次いで実際の障害を動画で見ることが最も効率的な方法であ

るという仮説を得た。

II) 認知症センターの質の評価：粟田は、認知症疾患センターの評価基準 (MSD50) の作成を行い、これを用いて診療所 1896 施設 (計 1996 の医療機関) を調査解析対象とした。対応力向上研修終了医師のいる診療所は、いない診療所より、連携機能、主治医機能、診断機能など認知症対応力が高いことを明らかにした。



一方精神科医のいる診療所は、BPSD 対応機能、診断機能はすぐれているものの、かかりつけ医機能や、在宅医機能、一般救急機能は精神科医のいない診療所より劣っていた。

認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150か所整備し、地域包括支援センターとの連携担当者を新たに配置することになっているが、熊本県や大阪府など整備が行き届いた地区がある反面、東京都、愛知県など整備途上の地域も多い。認知症疾患医療センターは、今回の整備以前に、150か所(平成12年4月1日現在の指定施設数)の老人性痴呆疾患センターがあったが、仙台市民病院以外は殆ど十分な活動もなく、「身体合併症のある進行した認知症」は入院先を探す困難が指摘されていた。今回の再整備でも、精神科中心の従来施設が再申請しているケースが多く、患者/家族のニーズの満足にはほど遠い。一般病院の中に認知症専門の外来と、入院設備を有する構成にしなければ、前回の轍を踏むことになる。

以上を踏まえ、患者にわかりやすくサービスを説明する、項目表を作成した。

認知症の患者と家族のあらゆるニーズに対応することが最大の特色であり、新規性です
具体的には

- 1) 年齢相応のもの忘れと、病気の始まりかを、最新の機器、心理検査で見分けます
- 2) 体に原因のある一過性のなおる認知症を見逃しません（治療します）

認知症のタイプを正しく見分け、診断に応じた生活指導、家族の対処方法、処方を行います

- 3) 認知症にともない、心の不安定（妄想、暴言、怒りやすい、無関心など）や
- 4) 生活活動上の社会的にみた場合の困ったこと（徘徊、買い過ぎ、運転）などについて、改善、対処方法をアドバイスし、助けとなる薬も最小限処方する場合があります
- 5) 介護負担を軽減するための日常の対応方法や、介護保険などの利用案内をします
- 6) センターで可能な、お薬以外の方法（回想法や音楽療法）を案内します
- 7) 肺炎など、からだの不調に対応して、認知症が進んだ方でも合併症の入院治療に対応します

III) 地域包括支援センターの機能評価：栗田は地域包括支援センターの機能評価（CS D30）を発表した。

小長谷は地域包括支援センターの相談調査を2448施設で行い、患者対応への不安が大きいことを明らかにした。

全国の地域包括支援センターで行われている、認知症高齢者に関する相談業務の実態と相談の背景・内容等を明らかにするため、4,677か所に調査票を送付し、2,448か所から回答を得た。運営主体は委託が最も多く、委託先では社会福祉法人が最も多かった。主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の3職種の職員数は概ね常勤が各1人であった。総合相談支援件数は月平均で100件以上150件未満が最も多く、総合相談全体に占める認知症に関する相談の割合は2~3割が最も多く、相談者では介護家族・同居家族が最も多かった。相談内容は、本人に関しては、疑わしい症状がみられるので介護サービスを受けたいが最も多く、介護家族に関しては、本人への対応の仕方がわからないことであった。職員が認知症に関する相談で支援や対応が困難であったことでは、医療的なトラブル（服薬管理、受診しないなど）が最も多かった。職員の研修に関しては、半数以上の事業所で必要に応じて職場内研修を行っていた。今後、必要な研修としては、家族支援に関する知識やスキルが最も多く、次いで認知症に対する理解や最新情報であった。

IV) 地域連携；「周辺症状への対応：BPSD に関しては、服部が統一看護カルテを導入し、BPSD の変化を定量的にモニター可能な形式を確立した。

認知症 B P S D 例の入院治療上の問題点として、症状把握の困難さ、合併身体症状の治療困難（手術など入院時の管理）が挙げられる。服部は認知症入院治療を行っている

施設における認知症医療の状況を調査し、認知症BPSDの入院治療を担っている精神科病院のBPSDおよび身体合併症治療の現状の分析をおこない、役割と課題を明らかにした。さらに共同研究を通し認知症BPSD入院治療において効率的に治療、ケアの効果を評価し、多施設間での連携時情報交換に有用な手法を構築する。対象は愛知県知多半島地域にある認知症BPSD入院治療が可能な4施設（共和病院、大府病院、南知多病院、国立長寿医療研究センター）に入院中の認知症BPSD例およびケアスタッフとする。4施設において長寿医療センター認知症病棟にて開発・使用中の認知症BPSD患者看護記録を共同で使用し、その効果を評価した。今年度は従来の看護記録との比較を記録時間の短縮ができたかという点で評価した。平均在院日数は360日以上540日以内が最も多かった。退院阻害因子は入院日数の短い例でも長い例でも精神症状・行動異常の存在がもっとも多かった。状態が良くなっているのに受け入れ先がみつからず、入院が長くなっている例も多かった。

身体疾患合併症の治療のための医師・看護師は配置している施設が多かったが、その数は大多数の施設で不足していた。医療機器、設備も不十分な施設が多かった。一般病院への転院は困難なことが多くみられた。入院患者の紹介元は一般病院、介護施設が多かった。認知症疾患センターは少なかった。退院先としては介護施設に紹介することが最も多かった。認知症疾患センターはほとんどなかった。地域連携のためのカンファレンス等についてはごく20%の症例で行われている施設が最も多く、行われていない施設も多かった。地域連携パスの使用はほとんど行われていなかった。課題解決の有効策を提示し、今後の認知症医療の発展を図ることが今後の課題であると考えられた。

V) 認知症サポートチームの試み（驚見）

様々な身体合併症を生じて入院した認知症患者の対応について難渋する医療スタッフを支援するために、認知症サポートチーム（Dementia Support Team: DST）を創設しその運用に関して検討をおこなった。1) 認知症対応ユニットに勤務した看護師24名にアンケート調査を行い、入院した認知症患者に対してどのような対応上の注意、看護上の工夫をしてきたか調査した。回答を、話す技術・聞く技術、行動面での技術、観察のポイント、運用システム上の問題、BPSDへの対応技術、情報収集の技術、家族への対応、自己省察に分類整理した。これらの経験の集積はDSTが各病棟の相談に乗る際の強力なツールになり、また他施設への教育ツールにもなり得るものと考えられる。2) 昨年度は2病棟で試行したが、依頼件数が少なかった。今年度は全病棟に広げたが、依頼を受動的に待つ状況では依頼件数は伸びなかった。そのため毎週木曜日に看護日誌の要注意者で認知症やせん妄が問題となっているケースを中心にラウンドを開始した。

VI) 在宅認知症患者の包括的ケアに関する研究

三浦は、2010 年度研究では国立長寿医療研究センター在宅医療支援病棟に入院した訪問診療を受けている在宅患者の調査により、在宅患者のおよそ半数が認知症あるいは高次脳機能障害を合併している実態が明らかとなった。一方、ADL が低下していることで、徘徊等の体動の多い周辺症状を呈する認知症患者は少なく、在宅認知症患者においては、むしろ ADL 低下や内科系合併症等に対する医療的ケア・身体介護が中心となっていると考えられた。2011 年度研究では、在宅患者の生活自立度 (ADL)、栄養評価、意欲等の総合的機能評価 (CGA) について認知症の有無により比較検討した。この結果、認知症合併症例では低 ADL、意欲低下、低栄養への対応がより重要であることが明らかとなった。

VII) 認知症への理解

本研究は、地域で生活する認知症を抱える本人とその家族が経験した、偏見や差別に基づく扱いやそれに類する扱い（以下、差別的処遇）について詳細に調査し、実態を探索的に把握することを目的とした。調査対象をケアする家族とした前年度の結果を踏まえ、今年度はケアマネジャー等の、本人とその家族以外の、第三者に対して調査を実施した。

地域で認知症ケアに携わるケアマネジャーや社会福祉士等の 9 名を対象として半構造化面接による調査を実施した結果、「地域における日常生活場面」「介護サービス場面」「医療サービス場面」の各場面において合計 33 件のエピソードが得られた。特に、家族を対象とした前年度の調査とは異なり、地域での生活場面において本人が家族からも差別的処遇を受けているケースが多いことが示された。

得られたエピソードについて分析した結果、「本人の意向の無視」「本人（家族）の心情への配慮の欠如」「生活上の問題の放置」「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」の 5 つに分類された。地域場面では「本人の意向の無視」や「生活上の問題の放置」が多く、介護サービス場面や医療サービス場面では「本人（家族）の心情への配慮の欠如」「サービスの拒否」「安易で不適切なサービスの提供」が多く示された。状況や背景などに着目して分析した結果、これらの差別的処遇の背景には、認知症に対する「認知症だから～できない」という安易な括りによる偏見があると考えられた。また、そのために本人の意向や個別性が軽視された＜本人不在＞のなかで、医療や介護サービ

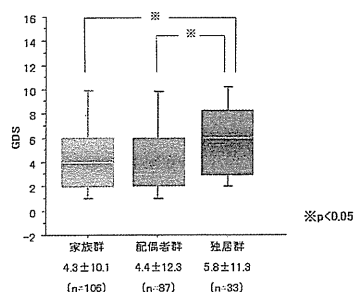
スが行われている現状が示された。サービス受益者の意向が軽視されたサービス提供がなされているという根源的な問題が抽出できたとも言える。今後、「認知症であっても」どのように本人のニーズに応えることができるのかを、ケア側が本人の視点から読み取り、サービスを提供していくことが、本人と家族が安心して地域での生活を送るためには必須であると考えられた。

VIII) 介護サービスの利用と認知症 (神崎)

認知症高齢者の抑うつに対する、家族構成と介護保険サービスが及ぼす影響に関する研究

認知症患者が長く良い状態で過ごすためには適切な医療とケアの提供が必要である。認知症患者は抑うつ傾向を示すことがしばしばあり、その実態の評価と対策が必要である。そこで、本研究では認知症高齢者の抑うつ傾向に関して①独居者と非独居者で差が認められるか、②介護保険によるサービス利用状況の違いで抑うつ傾向に差が認められるかについて検討した。杏林大学病院もの忘れセンターの通院患者 298 名 (平均年齢 79 ± 7 歳) を対象として、うつ傾向を GDS15 で評価し、家族形態、性差、介護サービス利用状況の違いで比較した。その結果、独居者は家族との同居者 (家族群)、配偶者との同居者 (配偶者群) に比べて GDS が有意に高値であり、この傾向は女性のみで有意であった。また、訪問介護や通所サービスなど家族以外の者と接する介護サービスを利用しているケースでは、独居者、家族との同居者 (家族群)、配偶者との同居者 (配偶者群) の 3 群間で GDS に差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していないケースでは、家族群、配偶者群に比べて独居群の GDS が高かった。以上の結果より、独居認知症高齢女性や、介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ傾向が強いことが明らかとなった。

家族形態3群別のGDS(介護保険サービス未利用群)
介護保険サービスを利用していない一人暮らしの認知症高齢者は、うつ傾向が強い。



IX)

介護保険サービスの利用 (荒井)

介護保険サービスに対する不安に関する統計的解析

荒井は、一般生活者の介護保険サービスに対する不安を分類し、介護負担に類する介護

感情との関連を明らかにした。一般生活者 2,500 名を対象に、自記式質問紙による郵送調査を実施し、有効回答であった 2,161 名を対象に分析を行った。その結果、介護サービスに対する不安について、因子分析を用いて分類を行い、制度利用に対する不安と、サービス内容に対する不安の 2 因子が抽出された。

X) 食事と認知症

秋下は、地域在住高齢者を対象に、食品摂取頻度と介護予防基本チェックリスト、活力度を調査し、その関連を解析した。また、物忘れ外来通院中のアルツハイマー型認知症患者およびその介護者に対して、認知機能検査、栄養調査 (B-DHQ) を行い、その関連を解析した。その結果、食品摂取頻度の低下、肉類の摂取過少に加え、男性でのカロリー摂取過剰、女性でのカロリー摂取過少、魚類摂取過少、菓子類摂取過多は、認知機能低下につながる可能性があることが示唆された。

図1. 木祖村縦断データ:食品摂取多様性の変化と活力度スコアの変化との相関

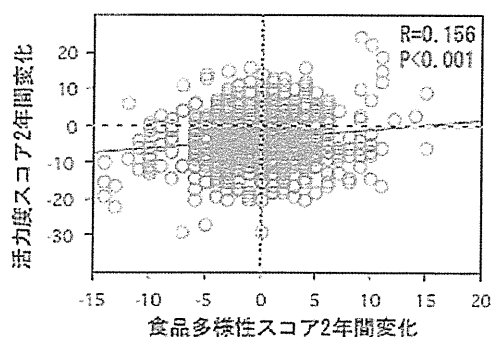
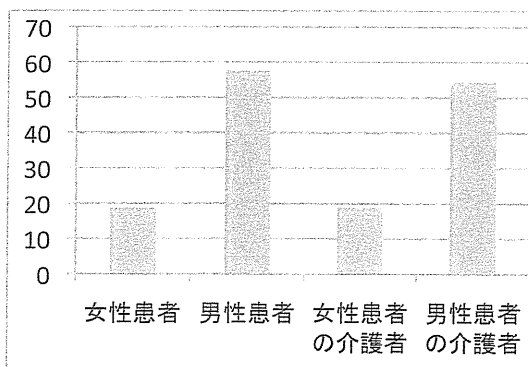
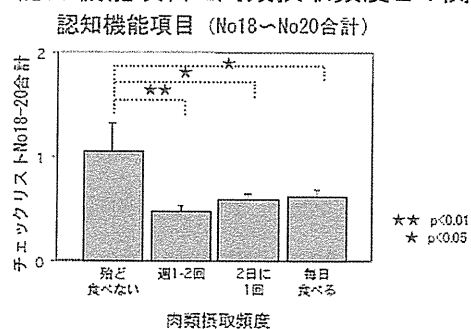


図2. 木祖村横断データ:基本チェックリストの認知機能項目と肉類摂取頻度との関連



アルツハイマー型認知症患者とその介護者の魚類の摂取量 (g)

XI 非薬物療法の効果

高齢者や認知症に対する非薬物療法への注目が集まっている。より効果的な介入法や効果が見込める介入群が明らかになる意義は大きい。武田は、科学的に厳密な方法で非薬物的介入プログラムの認知機能への有効性を検証した。デイサービス利用者 117 名を音読と計算を中心とする活動群（認トレ群）と塗り絵、切り絵や工作などのレクリエーション群（創作群）に無作為に割り付け、6 か月間介入した。認知トレーニング群のアクティブコントロールである作業療法介入群に比べ認知機能（ADAS-cog）の有意な改善を認めた。脳卒中がある場合は作業療法、ない場合は認知トレーニングがより効果的であった。遺伝子多型の効果への関与について検討を始めたが、まだ一定の結論には達していない。

認知症ケアにおいて会話や思い出を語るなどのコミュニケーションの重要性が知られているが、遠藤は近赤外分光法を用いた非薬物療法の評価に関する研究で、認知症包括的アプローチにおいて認知症ケアの重要性はいうまでもない。認知症ケアにおいて会話や思い出を語るなどの言語的コミュニケーションの重要性はいうまでもない。今回我々は近赤外分光法を用いた会話・コミュニケーション介入時の脳血流の定量化を行った。また、認知症ケアの質の向上と標準化を目標とした。その結果、アルツハイマー型認知症では昔話しをすること（回想）、カテゴリー検査で有意な血流の増加を観察した。こうした言語的介入方法により脳血流の増加が期待でき、臨床上有用とされている回想の成果を示唆する結果となった。

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・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 栗田主一（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）

研究要旨

研究者要旨：本研究の目的は、医療機関における認知症対応力を評価するための簡便な評価尺度を作成するとともに、本尺度を用いて認知症疾患医療センターの機能を評価する方法を考案することにある。東京都内の医療機関を対象に認知症のための医療サービスに関する50項目の質問調査を行い、因子分析の結果に基づいて8因子モデル30項目の評価尺度を作成した。本尺度を用いて医療機関類型別の認知症対応力を評価したところ、かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した診療所は、参加していない診療所よりも、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携機能、在宅医療機能が有意に高いことが明らかになった。各領域に基準点を設けて、認知症疾患医療センターの機能水準を評価する方法を考案したところ、認知症疾患医療センターの機能水準を満たしていると判定された医療機関は1施設のみであった。東京都では平成24年度より認知症疾患医療センター運営事業が始動する。本尺度を用いて、認知症疾患医療センターの機能を縦断的に評価していく方法を確立することが今後の課題である。〇〇〇

A. 研究目的

平成22年度の研究では、東京都の全医療機関を対象に、認知症のための医療サービスに関する50項目の質問紙郵送調査を行った（別添資料1を参照）。平成23年度には、前年度の調査結果に基づき、医療機関における認知症対応力を評価するための簡便な尺度（Medical Services for Dementia – 30 items; MSD-30）を作成し、医療機関類型別の認知症対応力を評価するとともに、認知症疾患医療センターの機能水準を評価するための方法を考案した。

B. 研究方法

平成22年度の調査で協力が得られた東京都内の医療機関のうち、調査項目に欠損値のない1996施設（診療所1896施設、病院100施設）の調査データを用いて、以下の分析を行った。研究1:探索的因子分析を行って認知症の医療サービスに関する潜在因子を抽出。因子負荷量、項目反応特性（通過率）、内的信頼性を考慮した上で、8因子モデル30項目の評価尺度を作成した。

研究2:上記尺度を用いて、医療機関類型別の領域別評価得点を算出し、レーダーチャートを作成した上で、各領域の平均得点をt検定を用いて比較した。

研究3:上記尺度を用いて、認知症疾患医療センターの機能水準を簡便に評価するための方法を考案した。

（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: 1996 の医療機関のデータを用いて主因子法（プロマックス回転）による探索的因子分析を行い、最終的に 8 因子モデル 30 項目の評価尺度(MSD-30)を作成した。8 因子の累積説明率は 65%であった。因子のスクリープロットを図 1, 因子負荷量のパターン行例を別添資料に示す。各因子の質問項目の内容から命名された因子名(別添資料 2 参照)に基づいて、MSD-30 の領域名を表 1 のように命名した。各領域の得点分布を表 1 に示した。

研究 2: 医療機関類型別に、各領域の平均得点を比較し、領域別レーダーチャート作成した。その結果、①病院は診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、身体合併症入院対応機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能が有意に高い(図 2)、②かかりつけ医認知症対応能力向上研修事業に参加している診療所は、参加していない診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、在宅医療機能、かかりつけ医機能、地域連携機能が有意に高い(図 3)、③精神科がある診療所は、ない診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能が有意に高いが、在宅医療機能、かかりつけ医機能は有意に低い(図 4)、④精神科がある病院は、ない病院よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能が有意に高い(図 5)、⑤精神科がある病院で、診療科が 6 以上ある病院は、6 未満の病院よりも、鑑別診断機能、かかりつけ医機能は有意に高いが、周辺症状入院対応機能は有意に低い(図 6)、ことが明らかになった。

研究 3: 認知症疾患医療センターに求められる機能の評価方法を検討するために、はじめに、MSD-30 の各領域について 2 つの基準点(8 点と 4 点以上)を設け、その通過率を算出した(表 2)。病院に着目して見ると、周辺症状外来対応機能で 46%、鑑別診断機能で 56%の病院が 8 点の基準を通過している。これらの病院は、周辺症状外来対応 4 項目と鑑別診断 4 項目のすべてを「通常実施している」ことを意味している。一方、その他の領域で 8 点の基準を通過している病院の割合は、身体合併症入院対応機能で 2%、地域連携機能で 10%、周辺症状入院対応機能で 4%、一般救急機能で 1%の病院にすぎなかった。これらの領域の機能を担うことの困難度はかなり高いことを示している。

そこで、認知症疾患医療センター機能の機能水準を、周辺症状外来対応機能と鑑別診断機能で 8 点(通常実施している)に達していること、身体合併症入院対応機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能で 4 点以上(状況に応じて実施している)に達していることとして、地域型および基幹型認知症疾患医療センターの機能水準を評価するための採点方法を表 3 のように定めた。地域型の採点方法では 5 点、基幹型の採点方法では 6 点に達していることが、認知症疾患医療センターの機能水準を満足する条件となる。その結果、東京都内の医療機関において、認知症疾患医療センターの機能水準を満足しているのは、地域型、基幹型のいずれについても 1 施設のみであった(表 4, 5)。

D. 考察

MSD-30 は、医療機関における認知症対応力を 8 つの領域から評価できるようにデザインされている。因子分析の結果からも 8 因子が抽出されており、因子的妥当性が確認されている。各

領域得点の信頼性係数(Cronbach α)は、領域 1～領域 7 までは 0.73～0.96 の範囲にあり、良好な内的信頼性が得られている。領域 8 については、0.62 であり、内的整合性がやや劣る。

医療機関類型別の領域得点のプロファイルは、個々の医療類型の特性をよく反映したものであり、MSD-50 の構成概念妥当性を支持するものである。また、本尺度を用いることによって、かかりつけ医認知症対応力研修事業の意義を評価することができた。

ところで、平成 20 年度に創設された認知症疾患医療センターには、鑑別診断機能、周辺症状対応機能、身体合併症対応機能、地域連携機能が求められており、平成 22 年の実施要綱改訂においては、救急機能の有無による 2 類型（地域型、基幹型）が設けられている。調査時点では、東京都にはまだ認知症疾患医療センターが設置されていない。この時期の東京都の医療機関における認知症疾患医療センターの機能水準を評価するための得点分布を見てみると、地域型、基幹型いずれについても、認知症疾患医療センターの機能水準を満足すると判定された医療機関は 1 施設のみであった。東京都では、平成 23 年度末に認知症疾患医療センターが事業化され、平成 24 年度より始動する予定である。本尺度を用いて、認知症疾患医療センターの機能を縦断的に評価する方法を確立することが今後の課題となる。

E. 結論

MSD-30 は医療機関の認知症対応力を 8 つの領域から評価することができる。本尺度を用いて医療機関類型別の認知症対応力を評価したところ、かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した診療所は、参加していない診療所よりも、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携機能、在宅医療機能が有意に高かった。各領域に基準点を設けて、認知症疾患医療センターの機能水準を評価する方法を考案したところ、認知症疾患医療センターの機能水準を満たしていると判定された医療機関は 1 施設のみであった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 粟田主一：認知症医療ネットワーク構築の現状と課題。総合臨床 60: 1761-1762, 2011.
- 2) 粟田主一：認知症患者の身体救急における問題点。精神科治療学。26: 1233-1238, 2011.
- 3) 粟田主一：認知症の最近の動向。疫学と連携ネットワークを中心として。Monthly Book. Medical Rehabilitation. 127: 1-5, 2011.

2. 学会発表

- 1) 粟田主一：MCI；積極的に告知し、進展予防に努力する立場から。第 26 回日本老年精神医学会（シンポジウム）、東京（2011.6.15-17）。
- 2) 粟田主一：これからの認知症対策：早期の予防的介入から Community-based Integrated Care の確立に向けて。第 31 回日本精神科診断学会（ランチオンセミナー）、松本（2011.11.18-19）。
- 3) 粟田主一：認知症疾患医療センターおよび地域包括ケアの課題。第 30 回日本認知症学会（シンポジウム）、東京（2011.11.11-13）。

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

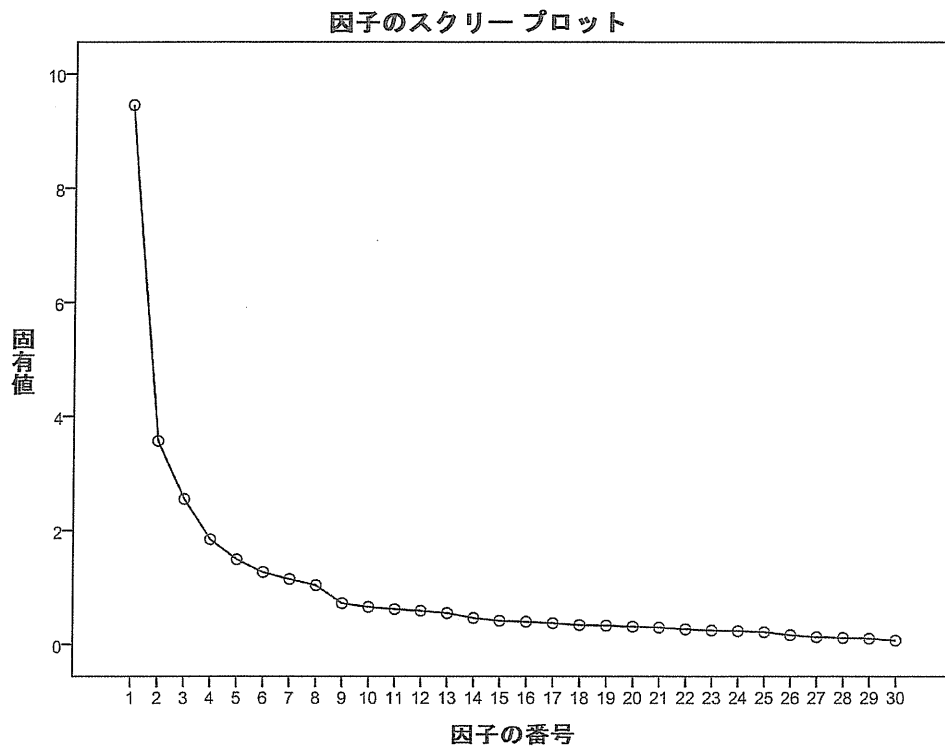
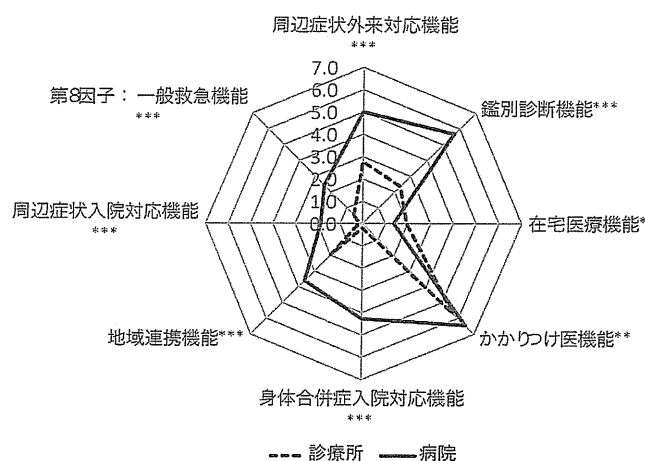


図 1. MSD-30 の因子分析（主因子法，プロマック回転）：因子のスクリープロット

表 1. MSD-30 の領域名と得点分布

領域	度数	平均値	最頻値	最小値	最大値	満点
1 周辺症状外来対応機能	1996	2.888	0	0	8	8
2 鑑別診断機能	1996	2.507	0	0	8	8
3 在宅医療機能	1996	1.936	0	0	8	8
4 かかりつけ医機能	1996	5.735	8	0	8	8
5 身体合併症入院対応機能	1996	0.402	0	0	8	8
6 地域連携機能	1996	2.066	0	0	8	8
7 周辺症状入院対応機能	1996	0.236	0	0	8	8
8 一般救急機能	1996	0.634	0	0	8	8
合計点	1996	16.407	0	0	54	64

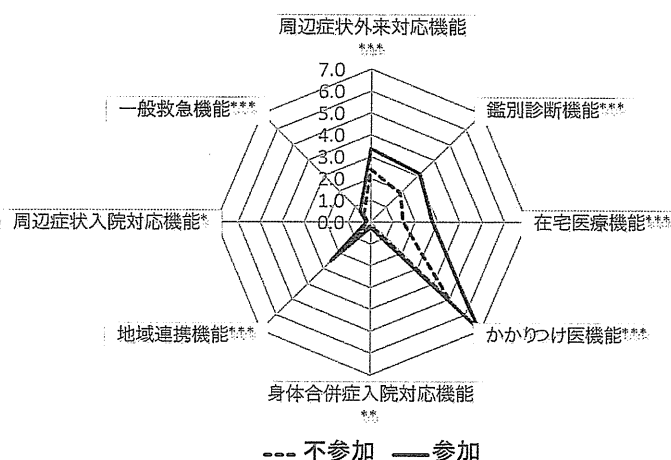
診療所と病院



***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

図 2. 認知症対応力の比較：病院は診療所よりも，周辺症状外来対応機能，鑑別診断機能，かかりつけ医機能，身体合併症入院対応機能，地域連携機能，周辺症状入院対応機能，一般救急機能が有意に高い

かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加している診療所と参加していない診療所



***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

図 3. 認知症対応力の比較：かかりつけ医認知症対応能力向上研修事業に参加している診療所は，参加していない診療所よりも，周辺症状外来対応機能，鑑別診断機能，在宅医療機能，かかりつけ医機能，地域連携機能が有意に高い。