

介護事業所用

ケアマネジャーの方へ

- **ご家族かケアマネジャーの方が記入してください** のページ（P9～13）にはご家族の記載で不十分な情報の加筆をお願いします。

「介護保険の情報」には現在の介護保険の利用状況を記入してください。介護度の変更やサービス内容の変更などがあった場合には、新たに加筆してください。また**変更になった日（不明な場合は記載した日）**を記入してください。次ページにも同じ記入欄がありますので変更の都度、加筆してください。

「連絡・質問」（P23-26）のページは関係者すべての方に毎回確認して頂いています。皆で共有することが望ましい情報について書き込み、質問や連絡のツールとしてご活用ください。

ご家族かケアマネジャーの方が記入してください

介護保険の情報
ケアマネジャー氏名： _____ 事業所名 _____

現在の要介護度
・未申請
・申請中
・要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
有効期限 年 月 日～ 年 月 日

介護サービス利用状況

事業所名	サービス名	利用回数

(例) 火の国デイサービスセンター デイサービス 週に3回(月・水・金)

※サービス内容や要介護度に変化があれば加筆してください
(年 月 日変更)
・要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
有効期限 年 月 日～ 年 月 日

介護サービス利用状況
 前述と同じ

事業所名	サービス名	利用回数

- 9 -

記入の際には必ず相手を指名してください。また皆で情報を共有することが大切ですので、確認されましたらケアマネジャーの方宛の記載でなくても「確認サイン」の欄にサインをお願いします。

サービス担当者会議にもご活用ください。参加されなかった関係者にも伝えられるように「連絡・質問」（P23-26）のページを活用してください。

※患者様が施設入所、長期入院された場合はこの手帳を受け取った医療機関（認知症疾患医療センター）へ必ずご連絡ください。

また、この手帳を入所先、入院先の担当者へお渡しください。

連絡ノート（家族・介護施設用）

連絡・質問

（ ）から（ ）に 連絡 します

（ ）から（ ）に 質問 します

平成〇〇年 〇月 〇日

※日、処方いただいた薬を服用するようになり、日中のふらつきが立ち、転倒のリスクが高まっています。

回答

処方したお薬を半錠にして、様子を見てください。

回答者：〇〇クリニック 医師

確認サイン（関係者で確認された方はサインしてください）

（ ）から（ ）に 連絡 します

（ ）から（ ）に 質問 します

年 月 日

回答

回答者：

確認サイン（関係者で確認された方はサインしてください）

— 23 —

介護サービス事業者の方へ

● **連絡ノート**〔家族・介護施設用〕の「連絡・質問」のページ（P23-26）には関係者すべての方に毎回確認して頂いています。皆で共有することが望ましい情報について書き込み、質問や連絡のツールとしてご活用ください。記入の際には必ず相手を指名してください。また皆で共有することが大切ですので、確認されましたら介護サービス事業者の方宛の記事でなくても「確認サイン」の欄にサインをお願いします。

※患者様が施設入所、長期入院された場合はこの手帳を受け取った医療機関（認知症疾患医療センター）へ必ずご連絡ください。

また、この手帳を入所先、入院先の担当者へお渡しください。

Ⅱ. 分 担 研 究 報 告 書

特発性正常圧水頭症に対する認知症医療連携の実態
熊本県基幹型認知症疾患医療センター入院症例による検討

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 特発性正常圧水頭症 (ideopathic normal pressure hydrocephalus ; iNPH) の診断、治療と医療連携について検討した。対象は熊本大学附属病院神経精神科において、iNPH の鑑別診断目的で入院した 47 症例である。47 例中 38 例 (81%) が iNPH と診断されたが、その半数がアルツハイマー病などの他の認知症疾患を合併していた。26 例がシャント手術目的で 8 つの脳神経外科病院に紹介されたが、シャント手術が実施された症例は 13 例 (50%) であった。また医療機関によって手術に至った患者の割合は大きく異なり、iNPH 治療に積極的な脳神経外科と消極的な脳神経外科があることが示された。激しい精神症状のため手術が行われなかった症例も 2 例あった。本研究の結果から、iNPH を適切に治療するためには、脳外科医の認知症に対する理解を深めること、精神科と脳神経外科との医療連携が不可欠であることが示された。

A. 研究目的

特発性正常圧水頭症 (ideopathic normal pressure hydrocephalus ; iNPH) は、治療 (髄液シャント手術) により症状の改善が期待できる認知症疾患である。しかし、シャント手術を受ける iNPH 患者は全体のごく一部とされ、その原因の一つとして、iNPH 患者の多くが最初に受診する認知症専門医療機関と、手術を実施する脳神経外科との医療連携が十分に行われていない可能性が考えられる。そこで本研究では、iNPH を疑われ熊本大学神経精神科で入院検査を実施した患者の診断、治療経過を調査し、iNPH に対する医療連携の問題点を検討した。

B. 研究方法

本研究では、熊本大学における認知機能障害を有する患者の症候学的研究への参加に、本人あるいは家族から書面にて同意が得られた症例を対象とした。

(対象者)

2009 年 1 月から 2012 年 12 月までの 4 年間に

基幹型熊本県認知症疾患医療センターである熊本大学附属病院神経精神科に、iNPH の鑑別診断目的で入院した連続 47 症例を対象とした。対象患者のプロフィールを表 1 に示す。

表 1. 対象患者のプロフィール

症例数	47
性別 (男/女)	20/27
年齢 (年)	78.5±6.1
罹病期間 (年)	3.3±1.9
教育歴 (年)	10.0±2.5
MMSE (点)	18.5±6.7

数値は、人数もしくは平均±標準偏差

MMSE : Mini-Mental State Examination

(方法)

原則全ての対象患者に対して、MMSE を含む包括的認知機能検査、頭部 MRI、脳血流 SPECT、ならびに髄液排除試験 (CSF タップテスト) を実施した。CSF タップテストは特発性正常圧水頭症診療ガイドライン(以下ガイドラインと省略する)

に従って実施したが、当院では偽陰性症例を極力減らす目的で2日間連続で実施した。各検査所見ならびにCSFタッグテストの結果をもとに、認知症専門医が鑑別診断を行った。

CSFタッグテストが陽性であった症例に対して、シャント手術の効果が期待できることを患者ならびに介護者に説明し、手術を希望した患者を脳神経外科に紹介した。各脳神経外科毎に、紹介件数、手術件数、手術実施率ならびに、シャント手術に至らなかった場合はその理由を調査した。

C. 研究結果

(鑑別診断)

表2に鑑別診断結果を示す。47例中38例(81%)がiNPHと診断されたが、そのうちの19例(40%)が他の認知症疾患と合併し、その中でもアルツハイマー病との合併が最も多かった。iNPH以外の疾患は、アルツハイマー病が4例、先天性水頭症、軽度認知障害、認知症を伴うパーキンソン病、大脳皮質基底核変性症、進行性非流暢性失語症が各1例であった。

表2. 診断名と患者数

診断名	件数(%)
Probable iNPH	15 (32)
Possible iNPH	4 (9)
Probable iNPH+アルツハイマー病	9 (19)
Probable iNPH+レビー小体型認知症	4 (9)
Probable iNPH+血管性認知症	6 (13)
アルツハイマー病	4 (9)
その他	5 (11)

(治療方針と医療連携)

シャント手術によって期待できる効果、手術の副作用(患者の年齢などの身体状態も考慮)、iNPHに合併する認知症疾患の内容とその程度、患者・家族の意向、患者の居住地域などを考慮したうえで、38例のiNPH患者のうち26例を8つの脳神経外科病院に紹介した。表3に各脳神経外科病院への紹介件数とシャント手術に至った件数

を示す。紹介先は熊本県内でシャント手術を積極的に実施している3つの病院が全体の約8割を占めていた。しかし実際にシャント手術に至った件数は医療機関によって差があった。A病院でシャント手術が実施されなかったため、C病院に再度紹介し手術が行われた患者が2例あった。

シャント手術に至らなかった理由として、高齢である、精神症状が強く対応が困難、脊椎病変の合併などがあげられた(表4)。

表3. 各脳神経外科病院にシャント手術目的で紹介した件数と手術に至った件数

病院	紹介件数	手術件数	手術率
A(市内)	8	2	25%
B(市内)	7	3	43%
C(市外)	7	7	100%
D(市内)	2	0	0
E(市内)	1	0	0
F(市内)	1	0	0
G(市外)	1	0	0
H(市外)	1	0	0
計	28	12	46%

市内：熊本市内、市外：熊本市外
複数病院への紹介患者を含む。

表4. シャント手術に至らなかった理由

理由	件数
高齢である	3
症状が軽い	3
本人が拒否	3
脊椎病変の合併	2
精神症状が強い	2
他の認知症を合併	2
不明	2
計	17

複数回答を含む

D. 考察

本研究ではiNPH症例の半数が、アルツハイマ

一病などの他の認知症疾患を合併していた。アルツハイマー病などの変性疾患が合併している場合、シャント手術により一旦認知症が軽快しても、いずれ認知症が悪化することが予想される。従って治療方針の決定には iNPH に他の認知症を合併しているかどうかの情報は必須であるが、その診断は難しく、さらに SPECT 検査や CSF タップテストまで実施する必要がある。iNPH が疑われた患者の半数に他の認知症が合併していた今回の結果は、iNPH の診療には認知症専門医療機関での詳細な評価と診断が必要であることが示された。

iNPH 治療において脳神経外科医の関わりは不可欠である。しかし本研究で認められた医療機関内での手術率の差は、脳神経外科医の間で iNPH 治療への取り組みに差があることを示していた。実際、CSF タップテストで明らかな効果があり家族が手術を強く希望したにもかかわらず、激しい精神症状を理由に手術が行われなかった患者が 2 例あった。iNPH 患者ではアルツハイマー病患者よりも激しい精神症状がみられることが報告されており、iNPH の治療に携わる限り精神症状への対応は避けては通れない問題である。手術率が 100%であった C 病院では、担当脳神経外科医が認知症の研修会に頻回に出席するなど認知症医療に対して積極的に取り組んでおり、さらに地域の精神科病院と密接な医療連携を行っていた。このように iNPH 患者が適切に治療を受けられるようにするためには、認知症への関心・理解が深まるような脳神経外科医への働きかけ、精神科と脳神経外科との医療連携が重要であることが示された。

E. 結論

iNPH 症例の半数は、アルツハイマー病などの他の認知症疾患を合併するためその鑑別診断は難しく、SPECT 検査や CSF タップテストまで実施可能な認知症専門医療機関での詳細な評価と診断が必要である。iNPH 治療への取り組みは脳神経外科医によって大きな差がある。iNPH を適切に治療するためには、脳神経外科医の認知症に対する理解を深めること、精神科と脳神経外科との医

療連携が不可欠である。

研究協力者 曾山直宏 (医療法人信岡会 菊池中央病院 副院長)、日高洋介 (熊本大学医学部附属病院神経精神科 医員)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

橋本 衛. 精神症状 (BPSD) への対応. 日本医師会雑誌 141(3): 561-564, 2012

橋本 衛. FTLD に特有の BPSD 発生メカニズムと具体的対処法. 老年精神医学雑誌 23(suppl.I):89-94, 2012

橋本 衛. 脱抑制行動、常同行動. Clinician 59: 37-41, 2012

津野田尚子、橋本 衛. レビー小体型認知症症例におけるカプグラ症候群. 一症候学的経過に注目して. 臨床精神医学 41(6), 707-713, 2012

2. 学会発表

橋本 衛. 認知症治療の新展開. 「FTLD 治療の現状と今後の展開」. 第 17 回日本神経精神医学会シンポジウム、東京、12 月 7-8 日、2012

橋本 衛、矢田部裕介、遊亀誠二、一美奈緒子、石川智久、池田学. 「レビー小体型認知症とアルツハイマー病の記憶障害の比較検討—虚再認に注目して—」. 第 36 回日本高次脳機能障害学会、宇都宮、11 月 22-23 日、2012

橋本 衛、池田 学. 認知症患者における嫉妬妄想の臨床特徴. 第 17 回日本神経精神医学会、東京、12 月 7-8 日、2012

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

地域拠点型認知症疾患医療センターを中心とした

医療と歯科医療との連携の展開

分担研究者 石川智久(熊本大学大学院 生命科学研究部 神経精神医学分野)

宗 久美(有明圏域 地域拠点型認知症疾患医療センター

(医療法人洗心会 荒尾こころの郷病院) 地域連携担当者)

研究要旨 筆者らは、熊本県北部の有明医療圏域において、荒尾市に設置された有明圏域地域拠点型認知症疾患医療センター(荒尾こころの郷病院内)(以下、認知症疾患医療センターと称す)を中心に、医療と地域・医療と介護福祉との連携づくりに取り組んでいるが、在宅介護や介護施設においては、食事・嚥下・咀嚼・口腔衛生などの歯科口腔領域のケアに困難をきたすケースも多い。期せずして、有明医療圏域では、荒尾市包括支援センターが中心となって、歯科医師や歯科衛生士と連携を図り、これらの課題解決にあたることを目標に、介護予防事業の一分野として、口腔ケアの啓発に積極的に取り組んでいる。そこで本研究では、「火の国あんしん受診手帳」(=連携パス)を一つのツールとして、認知症疾患医療センターを中心とした縦断的医療連携ネットワークづくりをすすめるとともに、荒尾市地域包括支援センターの協力を得て、地域歯科医師等もふくめた、縦断的医療-歯科医療ケアネットワークを構築することを目的とした。連携パスの配布対象は、認知症疾患医療センターを初診した認知症患者である。連携パスの配布を平成24年12月5日から開始し、その結果、本年度は、年度末平成25年3月末現在で、43部(内 男性 13部 女性 30部)を配布した。また、認知症疾患医療センターが中心となって、専門医、かかりつけ医、認知症連携担当者、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、歯科医師などの関係スタッフが月1回程度、情報交換会・事例検討会を開催し、その中で、連携パスの配布状況報告および、連携パスの活用・運用のモニタリングなどを行うことができた。今後は、連携パスの更なる普及・配布を継続するとともに、情報交換会・事例検討会の継続的定期的な開催、歯科医師や歯科衛生士との連携の強化、要支援該当者・健常高齢者対象の介護予防事業口腔ケア教室とのタイアップなど、連携パスの活用の面でも強化・展開を図っていく予定である。

A. 研究目的

「火の国あんしん受診手帳」(=連携パス)を一つのツールとして、認知症疾患医療センターを中心とした縦断的医療連携ネットワークづくりをすすめる。また、荒尾市地域包括支援センターの協力を得て、地域開業歯科医師等とともに、歯科口腔ケアにも将来的に活用できる縦断的ケアネット

ワークを構築することを副次的目的とする。

B. 研究方法

連携パスの配布対象は、有明圏域認知症疾患医療センター(以下、認知症疾患医療センター)を初診した認知症患者のうち、連携パスの概要を説明し同意を得られた患者・家族である。背景疾患

は、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症を主とした変性性認知症性疾患とし、内因性精神疾患患者、薬物アルコール関連疾患患者は除外する。老年期認知症のみならず、初老期発症認知症を含む。連携パスの配布は、平成24年12月から開始し、平成25年3月末までを予定している。

また、関係スタッフは、月1回程度の情報交換会・事例検討会に参加し、連携パスの運用状況について、モニタリングを行う。

(倫理面への配慮)

個人情報保護を徹底し、対象者の人権に配慮する。個人情報は連携パスに記載し、連携パスは患者家族に帰属させる。

C. 研究結果

本年度の配布状況は、年度末平成25年3月末現在で、43部(内 男性 13部 女性 30部)であった。

情報交換会・事例検討会は、別表のとおりである。

D. 考察

連携パスの配布を開始し、順次協力を得ることができた。また、認知症疾患医療センターが中心となって、専門医、かかりつけ医、認知症連携担当者、包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、歯科医師などの関係スタッフが情報交換会・事例検討会に参加することによって、連携パスの配布状況報告および、連携パスの活用・運用のモニタリングなどを行うことができた。

今後は、連携パスの更なる普及・配布を継続するとともに、情報交換会・事例検討会の継続的定期的な開催、歯科医師や歯科衛生士との連携の強化、介護予防事業口腔ケア教室とのタイアップなど、連携パスの活用の面でも強化・展開を図っていく予定である。

E. 結論

認知症疾患医療センターおよび、地域包括支援

センターを中心として、地域の医療連携を図ることを目的に、連携パスを作成し、患者家族に順次配布をおこなった。今年度は43部の配布実績をあげた。連携パスは横断的な連携のみならず、医療や内服薬、検査処置について順次記載を重ねていき、将来入院や入所となった場合に、これまでの経緯を記録した縦断的連携を図ることを目的とした。われわれは、医療のみならず、口腔ケアや歯科処置・嚥下や咀嚼などの情報も盛り込むことによって、医療・介護と歯科医療との連携をはかることを副次的目的にあげ、今年度は歯科医師をふくめた関係スタッフと情報交換・事例検討を行うことができた。今後、これらの記録が、入院や入所時に有用であるかどうかの評価を行っていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- (Poster) Hasegawa N, Koyama A, Hashimoto M, Ishikawa T, Yatabe Y, Kaneda K, Honda K, Yuuki S, Ogawa Y, Araki K, Ikeda M. Depressive state in caregivers of patients with dementia. International Psychiatric Association International Meeting 2012, Cairns, Australia, September 7-11, 2012
- (ポスター)「若年性アルツハイマー病と晩発性アルツハイマー病における認知機能障害の年次変化」
田中 響, 橋本 衛, 石川智久, 矢田部裕介, 遊亀誠二, 松崎志保, 露口敦子, 畑田 裕, 池田 学
第31回 日本認知症学会学術集会(つくば), 2012年10月26日-28日
- (口頭)「レビー小体型認知症とアルツハイマー病の記憶障害の比較検討 -虚再認に注目して-

橋本 衛, 矢田部祐介, 遊亀誠二, 一美奈緒子, 石川智久, 池田 学
第36回 日本高次脳機能障害学会(旧 日本失語症学会) 学術総会(宇都宮), 2012年11月22日-23日

- ・(口頭)「自ら工夫した対処方法により仕事を継続し得た意味性認知症の一例」
第36回 一美奈緒子, 橋本 衛, 石川智久, 田中 希, 池田 学 日本高次脳機能障害学会(旧 日本失語症学会) 学術総会(宇都宮), 2012年11月22日-23日

3. 総説 その他

- ・ 特集 認知症治療の最前線ー包括的ケアを踏まえた新しい治療戦略ー
「2. 認知症の薬物療法
2) 認知症の周辺症状に着目した治療薬の使用方法和注意点(使用基準が緩和された抗精神病薬も含めて)」
長谷川典子, 石川智久, 池田 学
Geriatric Medicine 51(1): 47-50, 2013..
- ・ 連載 認知症クリニカル・カンファレンス
「ガランタミン投与により精神症状の改善をみたアルツハイマー病の1例」
矢田部裕介, 石川智久, 池田 学, 服部信孝, 葛谷雅文
Cognition and Dementia
11(4):341-346, 2012.
- ・ 特集 認知症臨床のトピックスを吟味する
「4」 認知症に関わる医療連携」
石川智久, 池田 学 *PROGRESS IN MEDICINE* 32(12): 2585-2590, 2012.

3. その他
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

<別表> 情報交換会・事例検討会 開催実績

<p>平成 24 年 12 月 26 日 情報交換会 18時半 ～ デイサービス「わだち 製作所」 サロン</p>	<p>(医師) 中村光成 ・ 石川智久 (歯科医師) 田中みどり (保健師) 高木大地 (看護師) 高森 (認知症介護指導者) 西村哲夫 (認知症地域支援推進員) 築地万里子 ・ 井上靖子 (理学療法士) 大籠安男 ・ 北尾昌平 (社会福祉士) 黒田 直 ・ 濱口 幸 ・ 松尾みき ・ 松岡 愛 (精神保健福祉士) 江口明希 ・ 宗 久美</p>
<p>平成 25 年 1 月 23 日 情報交換会 18時半 ～ デイサービス「わだち 製作所」 サロン</p>	<p>(医師) 中村光成 ・ 石川智久 (歯科医師) 田中みどり (保健師) 高木大地 (認知症介護指導者) 西村哲夫 (認知症地域支援推進員) 井上靖子 (社会福祉士) 濱口 幸 ・ 宮下秀典 (長洲町地域包括支援センター職員) 永田愛子 (理学療法士) 大籠安男 ・ 北尾昌平 (家族会ぷらむ・代表) 一ノ瀬 純二 (精神保健福祉士) 宗 久美</p>
<p>平成 25 年 2 月 13 日 事例検討会 18時半 ～ デイサービス 「わだち 製作所」 サロン</p>	<p>(医師) 石川智久 (保健師) 高木大地 (認知症介護指導者) 西村哲夫 (社会福祉士) 黒田 直 ・ 濱口 幸 ・ 宮下秀典 (長洲町地域包括支援センター職員) 永田愛子 (認知症地域支援推進員) 築地万里子 ・ 井上靖子 (理学療法士) 大籠安男 ・ 北尾昌平 (家族会ぷらむ代表)一ノ瀬 純二 (精神保健福祉士)宗 久美</p> <p>事例提示 …… 濱口 幸(荒尾市地域包括支援センター) 地域連携ネットワーク「有明ねっと」の今後について …… 宗 久美(荒尾こころの郷病院)</p>

<p>平成 25 年 3 月 27 日 報告会 18時半 ～ デイサービス「わだち 製作所」 サロン</p>	<p>(医師) 藤澤和久 ・ 中村光成 ・ 石川智久 (歯科医師) 田中 みどり (保健師) 高木大地 (看護師) 古林 美香 (認知症介護指導者) 西村哲夫 ・ 岡本明子 (社会福祉士) 濱口 幸 ・ 宮下秀典 (家族会ふらむ代表) 一ノ瀬 純二 (NPO 法人わだち製作所 所長) 斎藤雄二 (長洲町地域包括支援センター職員) 永田愛子 (認知症地域支援推進員) 井上靖子 (理学療法士) 大籠安男 ・ 北尾昌平 (精神保健福祉士) 西田唯花 ・ 宗 久美</p> <p>1 : 愛知・たいようの杜 視察報告 中村光成 (西原クリニック) 2 : 奈良・若年認知症フォーラム 参加報告 西村哲夫 (わだち製作所) 3 : 荒尾市・認知症サポーターのつどい 活動報告 濱口 幸 (荒尾市地域包括支援センター)</p>
<p>情報交換会・事例検討 会 参加者 所属一覧</p>	<p>ふじさわ脳神経外科クリニック 西原クリニック ふみ歯科医院 有明成仁病院 荒尾こころの郷病院</p> <p>グループホームむつみ苑 NPO 法人・デイサービスわだち製作所 介護老人保健施設 聖ルカ苑</p> <p>ふらむ熊本家族会 (高次脳機能障害患者家族の会)</p> <p>有明地域リハビリテーション広域支援センター 荒尾市地域包括支援センター 玉名市北部包括支援センター 長洲町地域包括支援センター 長洲町社会福祉協議会 有明圏域地域拠点型認知症疾患医療センター</p> <p>熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野</p>

背景基盤の異なる認知症専門医療の比較検討

—認知症専門医療レベルでの連携の在り方—

分担研究者 矢田部 裕介

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 特任助教

研究要旨 背景基盤の異なる認知症専門医療の実態を比較し、専門医療レベルでの連携について検討した。熊本県下で認知症専門医療を提供している 9 施設（7 背景基盤）を対象施設とし、2011 年 4 月から 2012 年 3 月の期間に認知症の精査加療目的で初診した連続例の診断内訳を調べた。さらに、対象施設を 5 施設（4 背景基盤）に絞り、認知症および軽度認知障害患者に対する診療実態を調べた。大学病院外来に若年性認知症や軽度認知障害が多く、神経内科ベースの外来にはパーキンソン関連疾患、脳神経外科ベースの外来には正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫、さらに精神科病院では BPSD 治療目的患者の割合が多く、専門医療機関の背景基盤に応じたサブスペシャリティの存在が確認された。さらに、かかりつけ医が開設する認知症外来や専門医が総合病院で行う出前専門外来が、専門医療機関それぞれの特性に見合った患者を振り分けるハブ機能を発揮する可能性が示唆された。

A. 研究目的

増加の途を辿る認知症患者への医療対応を、一部の専門医療機関で対応するには限界があり、認知症患者を地域で支える医療システムづくりが各地でさまざまに展開されている。言うまでもなく認知症医療連携システムにおいて認知症専門医療機関は欠かせない。一方で、認知症専門医療を提供する施設の背景基盤は診療科や施設機能など様々であり、単に「専門医療機関」として括ることができないヴァリエーションが存在する。増え続ける認知症患者への医療対応を講じるにあたっては、ヴァリエーションの異なる専門医療機関同士の連携を検討することが重要と考えられる。そこで、本研究では、背景基盤の異なる認知症専門医療の実態を比較し、専門医療レベルでの連携について検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象施設

認知症専門外来を有する以下の 9 施設（7 施設

基盤）を対象施設とした。

- ・熊本大学医学部附属病院神経精神科（基幹型認知症疾患医療センター）
- ・くまもと青明病院、阿蘇やまなみ病院（地域拠点型認知症疾患医療センター）
- ・くまもと悠心病院、菊池有働病院（精神科病院）
- ・小国公立病院物忘れ外来（総合病院精神科）
- ・山鹿中央病院神経内科（神経内科）
- ・菊池中央病院脳神経外科（脳神経外科）
- ・みつぐまち診療所（かかりつけ医）

2. 方法

2011 年 4 月から 2012 年 3 月の期間に、認知症の精査加療を目的に初診した連続例の診断内訳を調べ、施設基盤ごとに比較した。4 つの施設基盤（基幹型認知症疾患医療センター、精神科病院、総合病院精神科、かかりつけ医）においては、認知症および軽度認知障害（mild cognitive impairment : MCI）に該当する患者を抽出し、受診目的、初診半年以内に行った他科診療依頼、精査、投薬内容を調べ、施設基盤ごとに比較した。

(倫理面への配慮)

本研究のデータは個人を特定することが不可能な形で収集、解析し、個人情報保護及びデータの管理を徹底した。

C. 研究結果

1. 診断内訳

基幹型認知症疾患医療センターである大学病院精神科において、若年性認知症の割合が他の施設基盤と比較して高かった (5.4% vs 0-3.0%)。さらに大学病院精神科や総合病院精神科では MCI 例の割合が高かった (それぞれ 10.7%、12.7%)。全施設でアルツハイマー病 (Alzheimer disease : AD) の頻度が最も多く、10%前後の頻度で血管性認知症、レビー小体型認知症が含まれるという結果で一致していたが、前頭側頭葉変性症は他の施設と比べて精神科病院における頻度が高かった (7.1% vs 0-1.8%)。他の施設基盤と比べて神経内科では進行性核上性麻痺や皮質基底核変性症が高頻度で (6.7% vs 0-1.4%)、同様に、脳神経外科における正常圧水頭症 (39.1% vs 0-4.5%) や慢性硬膜下血腫 (7.6% vs 0-2.2%)、精神科病院におけるうつ病 (7.7% vs 1.9-4.1%)、老年期精神病 (8.3% vs 0-2.6%) が高頻度であった。

2. 受診目的

精神症状・行動障害 (behavioral and psychological symptoms of dementia : BPSD) の治療目的で受診した患者の頻度を比べると、精神科病院が最も高く (69.7%)、次いでかかりつけ医が高かった (61.2%)。精神科病院では入院目的が他の施設基盤より際立って高頻度であった (22.4% vs 0-4.5%)。

3. 精査内容

各施設基盤において CT ないしは MRI が 56.6-89.7% で施行されており、基幹型認知症疾患医療センターでは複雑な操作を要する神経心理検査 (73.3%)、SPECT (90%) の実施率が高かった。また、かかりつけ医の認知症外来でも放射線科医との連携により SPECT 施行率が高かった (43.7%)。

4. 他科連携

各施設で脳神経外科、内科との連携機会が目立ち、基幹型認知症疾患医療センターでは神経内科との連携 (9 例) が多かった。精神科基盤ではないかかりつけ医では、精神科病院に入院依頼をする例が 6 例あった。同様に、精神科入院機能のない総合病院精神科でも精神科病院への入院依頼が 2 例みられた。

5. 投薬内容

精神科病院では抗認知症薬の投与が相対的に少ない (36% vs 55.3-58.2%) 一方で、抗精神病薬 (37.7% vs 7.9%-20.0%) や睡眠薬/抗不安薬 (20.2% vs 5.5-7.8%) の投与が多かった。これは精神科病院ではアルツハイマー病が相対的に少なく、BPSD の高度な患者が多いという結果を反映しているものと考えられた。

D. 考察

受診患者の傾向として、大学病院では若年性認知症や MCI、神経内科ではパーキンソン関連疾患、脳神経外科では正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫、さらに精神科病院では認知症との鑑別を要する精神疾患や BPSD の重篤な患者が多く、専門医療機関ならではのサブスペシャリティが存在することが改めて確認された。この結果から専門医療レベルで効率的な連携を行っていくためには、それぞれの専門機関へ、その特性に見合った患者を振り分けるハブ機能が必要と考えられた。ハブ機能の視点から専門医療レベルの連携を考えた場合、今回の調査対象に選定した 2 つの施設基盤が注目される。まず、かかりつけ医の認知症外来では入院機能や画像設備がないというハード面の問題を精神科病院や放射線科との連携でクリアしていた。さらに、鑑別診断や BPSD 対応といった専門医療の展開に加え、サブスペシャリティへの患者振り分けもこなしており、同診療所の連携体制はハブクリニックとしてクリニックベースの認知症専門医療の良いモデルになり得ると考えられた。また、今回調査対象となった総合病院精神科は、精神科病院に勤務する専門医が僻地総合病院で週に半日

だけ出前専門外来を行うピンポイントクリニックの形態をとっていた。ここでも必要に応じた医療連携によってサテライトハブエリアが構築されており、専門医偏在を解消する認知症医療モデルになると思われた。

E. 結論

認知症専門医療を提供する施設は「専門医療機関」と一括りに出来ず、サブスペシャリティが存在することが確認された。サブスペシャリティに応じた患者振り分けをこなすハブ機能として、認知症疾患医療センターのみならず、ハブクリニックやピンポイントクリニックによるサテライトハブエリアの構築が重要と考えられた。

研究協力者

大塚直尚 (菊池有働病院)、津野田尚子 (みつぐまち診療所)、宮内大介 (くまもと悠心病院)、兼田桂一郎 (くまもと青明病院)、曾山直宏 (菊池中央病院脳神経外科)、大森博之 (山鹿中央病院神経内科)

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, Yuuki S, Ikeda M. Efficacy of increasing donepezil in mild to moderate Alzheimer's disease patients who show a diminished response to 5 mg of donepezil: a preliminary study. *Psychogeriatrics* 2013 (in press).

Honda K, Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, Yuuki S, Ogawa Y, Matsuzaki S, Tsuyuguchi A, Kashiwagi H, Hasegawa N, Ishikawa T, Ikeda M. The usefulness of monitoring sleep talking for the diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013 [Epub ahead of

print].

Ogawa Y, Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, Honda K, Yuuki S, Hirai T, Ikeda M. Association of cerebral small vessel disease with delusions in patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; 28(1) : 18-25.

Shinagawa S, Yatabe Y, Hashimoto M, Nakayama K, Ikeda M. A comparison of family care infrastructure for demented elderly in inner cities and regional areas in Japan. *Psychogeriatrics* 2012; 12(3): 159-164.

矢田部裕介, 石川智久, 池田 学. ガランタミン投与により精神症状の改善をみたアルツハイマー病の一例. *Cogn Dement* 2012; 11: 341-346.

檜村仁美, 矢田部裕介, 宮川雄介, 田中さくらこ, 兼田桂一郎, 牛島洋景, 宮谷高史, 池田 学. 右視床背内側核病変の関与が推定された音楽性幻聴に carbamazepine が奏効した1例. *精神科* 2012; 21(4): 468-473.

品川俊一郎, 今村 徹, 矢田部裕介, 橋本 衛, 中山和彦, 池田 学. 3地域における認知症家族介護基盤の比較検討—専門外来を受診する患者の初診時同居者・同伴者に注目して—. *精神医学* 2012; 54(5): 501-507.

矢田部裕介, 橋本 衛. 認知症者で性的行動の亢進がみられた時には、どのように対応し、治療すればよいでしょうか?. 中島健二・和田健二, 編. *認知症診療 Q&A*. 東京: 中外医学社, 2012: 167-169.

2. 学会発表

矢田部裕介, 大塚直尚, 津野田尚子, 曾山直宏, 大森博之, 兼田桂一郎, 宮内大介, 池田 学. 背景基盤が異なる認知症専門医療の比較検討. 第32回日本社会精神医学会, 2013年3月7-8日 (発表8日), 熊本.

橋本 衛, 矢田部裕介, 遊亀誠二, 一美奈緒子, 石川智久, 池田 学. レビー小体型認知症とアルツハイマー病の記憶障害の比較検討—虚再認に注

目して一. 第36回日本高次脳機能障害学会学術総会, 2012年11月22-23日(発表23日), 宇都宮.

田中 響, 橋本 衛, 石川智久, 矢田部裕介, 遊亀誠二, 松崎志保, 露口敦子, 畑田 裕, 池田学. 若年性アルツハイマー病と晩発性アルツハイマー病における認知機能障害の年次変化. 第31回日本認知症学会学術集会, 2012年10月26-28日(発表27日), つくば.

長谷川典子, 遊亀誠二, 本田和揮, 矢田部裕介, 荒木邦生, 池田 学. 認知症に合併したせん妄. 第27回日本老年精神医学会, 2012年6月21-22日(発表21日), 大宮.

本田和揮, 橋本 衛, 矢田部裕介, 兼田桂一郎, 長谷川典子, 遊亀誠二, 小川雄右, 露口敦子, 田中 響, 池田 学. 一般臨床におけるメマンチンの効果と副作用について. 第27回日本老年精神医学会, 2012年6月21-22日(発表21日), 大宮.

小松優子, 矢田部裕介, 橋本 衛, 小嶋誠志郎, 丸山貴志, 池田 学. “鍋焦がし”に布石を打つ. 第13回認知症ケア学会大会, 2012年5月19-20日(発表19日), 浜松.

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

認知症患者における未治療期間の検討

分担研究者 上村直人 高知大学医学部神経精神科学教室

研究協力者 福島章恵 今城由里子

研究要旨 認知症では、初発症状が出現してから適切な治療やケアを受けるまでの未治療期間（以下 DUP）について検討された報告は少ない。そこで、DUP 概念の認知症性疾患への適応やその有効性を検討した。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。対象者は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、DUP（認知症発症から初診までの期間）、発病年齢、臨床診断名を調査できた 324 名を分析した。全対象者 324 名の臨床背景は平均 MMSE : 20.8 ± 5.3 、平均発病年齢 72.4 ± 11.5 歳、初診時年齢は 75.1 ± 10.4 歳であった。平均 DUP（月）は 24.1 ± 26.5 ヶ月（中央値 13.6 ヶ月）であった。認知症性疾患への DUP の検討として、AD 群 66 名、DLB 群 28 名、FTLD 群 15 名、VD 群 68 名、MCI 群 99 名、高次脳機能障害（TBI）群 14 名の DUP を分析した。平均 DUP（月）は、AD/DLB/FTLD/VaD/TBI において $26.0/23.4/29.4/25.4/53.6$ ヶ月であった。DUP 評価で通常用いられる中央値の比較では AD/DLB/FTLD/VaD/TBI において $21.8/16.9/24/19.1/23.3$ ヶ月であった。また DUP の変化を 2007～2012 年の 6 年間で検討したところ、どの背景疾患でも年代による変動が大きく、特徴的な変化は認められなかった。これらのことから AD, DLB, VaD では DUP はほぼ同様の傾向であったが、FTLD では DUP が長い傾向であり、診断の困難さが影響していると考えられた。また、TBI では統合失調症やパニック障害などといった精神疾患と誤診されていたり、気づかれないまま経過したりする影響が大きいと考えられた。DUP の時代による変化については、どの疾患群でも DUP の短縮化が見られているわけではなく、一定の傾向も認めなかったが、DLB では診断基準の普及により DUP の短縮化が認められること、TBI では専門外来の浸透により、適切な診断や治療が行われつつある印象が伺えた。今後さらなる検討が必要である。

A. 研究目的

近年、統合失調症の早期介入・早期治療において発病から適切な医療を受けるまでの期間を示す、精神病の未治療期間（Duration of untreated psychosis : 以下 DUP）が注目されている。認知症においても早期発見・早期介入が重要であり、発病から適切な治療を受けるまでの未治療期間が疾患の経過や予後に影響することが予測される。

しかしながら、これまで認知症の DUP について検討された報告は少ない。そこで、DUP 概念の認知症への適応の可能性や有効性について検討することを研究目的とした。

B. 研究方法

研究対象は高知大学認知症疾患データベースの情報をもとにした。対象者は、2001 年 1 月 1 日

～2012年12月26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で、評価は初診時年齢、性別、発症年齢、発症から臨床診断までの期間（未治療期間）、臨床診断を評価した。臨床診断は各疾患毎の診断基準を用い、アルツハイマー型認知症（以下AD）（NINCDS-ADRDA基準）、血管性認知症（以下VaD）（NINDS-AIREN基準）、レビー小体型認知症（以下DLB）（第3回DLB国際ワークショップによる診断基準）、前頭側頭葉変性症（以下FTLD）（1998年のNearyら診断基準）、軽度認知障害（以下MCI）（International Working Group on Mild Cognitive Impairmentの診断基準）、TBI（ICD-10の器質性精神疾患を満たすもの）、その他の認知症、その他の精神科疾患に分類した。

DUPの認知症への適応や有用性の検討のため全対象者の中でAD、VaD、FTLD、DLB、TBIで比較検討を行った。DUPは平均期間と統合失調症の先行研究で有効とされる中央値を比較した。またDUPへの社会的影響を年代比較により検討した。

（倫理的配慮）

本調査研究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

全調査対象者324名の平均MMSEは 20.8 ± 5.3 、平均発症年齢 72.4 ± 11.5 歳、初診時年齢は 75.1 ± 10.4 歳であった。平均未治療期間（DUP）は 24.1 ± 26.5 ヶ月（中央値：13.6ヶ月）であった。その中でDUPの比較検討としてAD群66名、DLB群28名、FTLD群15名、VaD群68名、高次脳機能障害（TBI）群14名の分析を行った。

（1）認知症の背景疾患別DUP（月）（表1）
認知症の背景疾患別の平均DUP（月）はAD/DLB/FTLD/VaD/TBI= $26.0/23.4/29.4/25.4/53.6$ ヶ月であった。DUP中央値の比較でAD/DLB/FTLD/VaD/TBI= $21.8/16.9/24/19.1/23.3$ ヶ月であった。平均DUPではTBI群が53.6ヶ月

と最も期間が長く、DLBが23.4ヶ月と短かった。一方、DUP中央値比較ではFTLD群が24ヶ月で、DLB群が16.9ヶ月と短い結果であった。

表1：背景疾患別DUP比較

背景疾患	平均DUP（月）	DUP中央値（月）
AD（N=66）	26.0	21.8
DLB（N=28）	23.4	16.9
FTLD（N=15）	29.4	24
VaD（N=68）	25.4	19.1
TBI（N=14）	53.6	23.3
全体	24.1	13.6

（2）DUPの年代変化

DUPの年代的变化について2007～2012年の6年間を背景疾患別で検討した。AD群では2007～2012年の各年で $24.12-22.8-34.3-18.1-27.1$ （ヶ月）、DLB群： $12.60-9.8-20.8-19.6-37.8$ （ヶ月）、FTLD群： $26.4-35.9-33.8-24.2$ （ヶ月）（2009～2012）、VaD群： $17.4-12.24-18.7-23.8-44$ （ヶ月）、TBI群： $6.24-38.6-86.3-23.8$ （ヶ月）（2008～2012）であった。以上から年代別のDUPはどの認知症性疾患でも変動が大きく、特徴的な変化は認められなかった。

D. 考察

認知症のDUPについて背景疾患の影響ではAD、DLB、VaDでは平均DUP、中央値DUPともにほぼ同様の傾向であったが、FTLDでは平均DUPが長い傾向であり、診断の困難さの影響と考えられた。また、TBIでは専門性の不明確さや、TBIが統合失調症や性格変化、パニック障害などといった精神疾患と誤解されていたり、気づかれないままの影響が大きいと考えられた。年代の影響については変動が大きく、一定の傾向も認めなかった。これらは調査が大学病院のみであるとう施設時異性が大きいと考えられた。そのため年代の影響や社会施策の効果判定などには多施設での

検討が必要であると思われた。DLB では診断基準の普及により DUP の短縮化が認められること、TBI では専門外来の浸透により、適切な診断や治療が行われている印象が伺えた。今回の検討から、認知症の DUP の適応や医療や社会政策への有効性判定の指標としての利用には疾患ごとの特徴や、調査施設の影響が大きく、また年代的变化の変動も大きいと、多施設での検討などが必要であると考えられた。また認知症では発病時期の特定が困難であるなど研究手法の課題もまだ残されており、DUP の認知症性疾患への適応には DUP 概念の再構築も必要と思われ、今後さらなる検討が必要である。

E. 結論

認知症における DUP 概念の適応は、背景疾患毎の特徴から介入方法を探る指標として有用であると思われるが、調査対象の設備や施設的な影響も大きく、介入効果の指標として活用するためには DUP 概念の再構築や、多施設評価などの検討がさらなる必要と思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Shimodera S, Imai Y, Kamimura N, Morokuma I, Fujita H, Inoue S, Furukawa TA: Mapping hypofrontality during letter fluency task in schizophrenia; a multi-channel near-infrared spectroscopy study. *Schizophr Res* 2012 ; 136:63-69.

2. Kubo T, Sato T, Noguchi T, Kitaoka H, Yamasaki F, Kamimura N, Shimodera S, Iiyama T, Kumagai N, Kakinuma Y, Diedrich A, Jordan J, Robertson D, Doi LY: Influence of donepezil on cardiovascular system - possible therapeutic benefits for heart failure - Donepezil Cardiac TEst Registry (DOCTER) Study. *The Journal of*

Cardiovascular Pharmacology 2012;60:310-314.

3. Shimodera S, Imai Y, Kamimura N, Morokuma I, Fujita H, Inoue S, Furukawa TA: Near-infrared spectroscopy (NIRS) of bipolar disorder may be distinct from that of unipolar depression and of healthy controls. *Asia-Pac Psychiatry*. in press

4. 上村直人, 福島章江, 今城由里子, 諸隈陽子, 下寺信次: 認知症の自動車運転をどう考えるか—背景疾患別の運転行動の特徴と運転中断について—高齢者の運転をめぐって *Geriatr. Med.* 50(2):2012 ; 151-154

5. 上村直人. 認知症者の自動車運転 特集 認知症 UPDATE 日本医師会雑誌 第 141 巻第 3 号, 2012 P560

6. 上村直人, 井上新平: 初老期アルツハイマー病患者への診断告知を行った 1 例. *精神科* 第 20 巻第 2 号, 2012 : 221-227

7. 上村直人, 福島章恵: 認知症性疾患における未治療期間 (DUP) 概念の適応. *精神科* 第 20 巻第 6 号, 2012 ; 654-661.

8. 上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 下寺信次: 認知症と自動車運転—医療からみた認知症患者の運転研究の現状と対策— *Progress in Medicine* 第 32 巻第 8 号, 2012 ; 1637-1642

9. 上村直人, 谷勝良子, 井関美咲, 諸隈陽子 認知症患者の自動車運転と権利擁護 社会資源と社会支援の活用 池田学編 認知症 臨床の最前線 医歯薬出版社 2012 207-213 東京

10. 上村直人: Topics 高齢ドライバーと講習予備検査 池田学編 認知症 臨床の最前線 医歯薬出版社 2012 214 東京

11. 上村直人, 井関美咲: VI. 社会的対応について (自動車運転) 認知症診療 Q&A92 中島健二、和田健二編 中外医学社 2012 256-258 東京

12. 上村直人, 諸隈陽子: VI. 社会的対応について (介護保険の書き方) 認知症診療 Q&A92 中島健二、和田健二編 中外医学社 2012 259-261 東京

13. 上村直人: 高次脳機能障害と交通事故, 高齢

者の高速道路教本 コラム 高速道路関連社会貢献協議会 西山啓編 2012 P19

14. 上村直人：もの忘れと運転，高齢者の高速道路教本 コラム 高速道路関連社会貢献協議会 西山啓編 2012 P32

15. 上村直人：薬と運転について，高齢者の高速道路教本 コラム 高速道路関連社会貢献協議会 西山啓編 2012 P33

2. 学会発表

1. 上村直人 なぜ外傷性高次脳機能障害が困っているのかー精神科臨床における高次脳機能障害の診断・社会制度に関する心理社会的ー考察 第31回日本社会精神医学会 2012. 3. 15 東京

2. 福島章恵, 上村直人, 今城由里子. 認知症性疾患へのDUP概念の適応 第27回日本老年精神医学会 2012年6月21-22日(発表日21日), 埼玉県さいたま市.

3. 上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 井関美咲, 諸隈陽子. 認知症者の自動車運転に対する心理教育-運転支援マニュアルを用いた心理教育の有効性の検討-第27回日本老年精神医学会 2012年6月21-22日(発表日21日), 埼玉県さいたま市

4. 上村直人. 高次脳機能障害の臨床的診断に関する精神医学的考察. 第108日本精神神経学会 2012年5月24日-26日(発表日26日), 北海道札幌市

5. 上村直人. 認知症者の自動車運転：シンポジウム4：脳障害者の自動車運転. 第49回日本リハビリテーション学会 2012年5月31日-6月2日(発表日6月1日), 福岡県福岡市

6. 上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 下寺信次, 井上新平：シンポジウム10 認知症と自動車運転 地域における認知症高齢者の運転と事故第31回日本認知症学会 つくば 発表日10月28日

7. 上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 下寺信次, 井上新平, 池田 学, 銭 謙, 篠森敬三. 認知症者、特にDLB患者の視覚認知機能評価について～新たな視覚認知機能評価機器を用いた検討. 第5回運転と認知機能研究会 東京 2012.12.1

8. Akie FUKUSHIMA, Naoto KAMIMURA, Yuriko

IMAJOU, Shinji SHIMODERA, Shimpei INOUE .

Adaptation of DUP for Dementia IPA2012 Meeting, 2012.9.5 Cairns

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