

平成 25 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）  
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」  
分担研究報告書

認知症地域連携パスにおける医科-歯科連携システム構築に関する一考察

研究分担者 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）

研究協力者 宗 久美（荒尾こころの郷病院

（熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター）

田中みどり（ふみ歯科医院）

○研究要旨 認知症高齢者における地域での医療と介護の連携については、これまでも多くの実践や実例報告があり、各地で取り組みが盛んである。しかし、認知症高齢者の歯科口腔衛生に着目し、口腔衛生と認知症ケアを連携する取り組みは、全国的に少ない。認知症高齢者にとって口腔衛生は、食事のたのしみ、栄養管理面だけでなく、咀嚼することや自身の腸管を用いて栄養摂取することそのものが認知機能に影響する可能性も示唆されており、認知症高齢者の地域連携において、医科-歯科連携は今後大きく注目されるものと思われる。

われわれは、荒尾市・玉名市を中心とする熊本県北部の有明医療圏域を管轄する熊本県地域拠点型認知症疾患医療センターとともに、荒尾市域かかりつけ歯科医との認知症高齢者医科-歯科連携システムを構築することを目的に、歯科医師を対象に認知症に関する意識調査をおこなった。その結果、歯科医師は認知症への取り組みや理解が浸透していない現状が明らかになる一方、認知症高齢者の歯科対応に抵抗感がない現状も明らかとなった。認知症高齢者を歯科診療した際、医療連携へつなげるという対応がなされたケースはほとんどなく、患者が認知症かもしれないと疑われた際の対応が適切とはいえない現状も浮き彫りとなり、早期発見・早期対応のための医科-歯科連携構築が急務であることが明らかとなった。

#### A. 研究目的

認知症地域連携の一環として、医科-歯科連携のシステムを構築することを背景として、今回、歯科医師の認知症および、認知症高齢者の歯科診療に対する意識調査を行い、歯科医師への認知症高齢者に対する啓発をすすめることを目的とした。

#### B. 研究方法

荒尾市歯科医師会の協力を得て、現時点での歯科医の認知症高齢者への理解・認識をさぐるために、アンケート調査をおこなった。調査内

容は別紙のとおりで、回答は無記名であり、平成 25 年 8 月 7 日、荒尾市歯科医師会定例会において配布、回収をおこなった。

#### （倫理面への配慮）

意識調査であり、記銘は無記名式とし、個人が特定されない形で回収をおこなうことで、回答者に対する倫理面に配慮した。

#### C. 研究結果

回答は、荒尾市歯科医師会会員 20 名から得られた（男性 18 名；女性 2 名、開業歯科医師）（別表 1 および図 1）。

認知症高齢者の歯科治療において困ったことがあったかどうか尋ねたところ、「ある」と回答したのは9人、「ない」と回答したのは11人であった。具体的には「意思の疎通がとれない、主訴がわかりにくい、どの部位が痛いのかわかりづらい、話がかみあわない、かみ合わせがあっているかどうか本人にたずねてもわからない」などのコミュニケーション上の障害と、「予約を守れない、治療の説明ができない」などの認知機能低下に基づくとおもわれる障害で、困ったと感じていることがわかった。

認知症高齢者の歯科治療を行うことに抵抗を感じるかどうかの問いには、「抵抗がある」4名、「抵抗はない」14名、「患者の状態による」2名であった。理由を尋ねたところ、「本人が治療に納得しない、治療内容の理解が不足している、どこが痛いのか把握が困難」など理解力の低下と、「感情の起伏が激しい」といった情動面において、抵抗を感じていることがわかった。同時に、「患者本人の理解、ADLが保たれている場合には、歯科治療を行うことには抵抗はない」と冷静に受け止めている歯科医師もいることがわかった。

歯科医師が認知症の早期発見に果たす役割を尋ねてみたところ、問診や診療の際、認知症を疑った患者がいたかどうかとの問いには、「あった」と答えた回答が9名あり、内容は、「説明が通じない、前回の説明を覚えていない、前回の治療内容をおぼえていない」などの認知機能低下・記憶障害に基づく症状、「急に意味不明のことを言いだして激怒した」といった情動の症状のほか、「口腔内が以前より汚れていることが多くなった、入れ歯を自分で外せなくなった」といった、歯科口腔衛生の不良や入れ歯の使用障害とおもわれる歯科医師の視点から気づかれる認知症症状もあることが明らかとなった。そのうち、専門医療機関に紹介した歯科医師は9名中2名であった。

認知症と思われる患者に対する対応として、MMSEなどの認知機能スクリーニングを施行した歯科医師は0名であり、その理由として「家族へ説明すれば事足り、と考えるから」「認知症と断定できないから」「認知症診療は医科領域であり、歯科医としてはそこまで介入すべきでないから」といった意見が聞かれた。熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター(以下、「疾患センター」)の存在について尋ねると、存在を知っていたのは20人中5人とどまっていた。

実際に認知症高齢者の歯科診療についての経験を直近の1か月に関して尋ねると、外来では、1人診療したのが3医師、2人診療したのが5医師、3人診療したのが1医師、5人診療したのが3医師であり、まったく診療しなかったのは5医師であった。訪問歯科診療では、1人診療した・5人診療した・18人診療した・20人診療したと答えた医師が各々1医師ずつであり、まったく診療しなかったのは7医師であった。

#### D. 考察

認知症高齢者の歯科診療の経験のある歯科医師は、20名中9名であり、およそ半数の歯科医師は認知症高齢者の歯科診療を経験している。その際、認知症と気づかれるきっかけは、会話や治療内容に関する話のかみ合わなさや、前回の治療内容を覚えていない、予約日を覚えていないなどのエピソード記憶障害で気づかれるケースがあるほか、口腔衛生が急に不良になった、義歯の外し方・入れ方がわからなくなるといった、歯科独特の視点からも気づかれるケースがあることが明らかとなった。しかし、認知症高齢者と気づいたとき、医療機関に紹介するなど、連携を取った歯科医師は1/4にとどまっており、有明圏域に設置されている疾患センターの存在を知っていた歯科医師も1/4

にとどまるなど、医科-歯科連携が乏しい実態が明らかとなった。また、認知症を疑う患者に対してMMSEなどのスクリーニングを行った歯科医師はいなかった。その背景として、歯科医師に認知症高齢者歯科診療に抵抗のない歯科医師が半数以上おり、歯科診療上に直接的な支障がなければ、認知症高齢者に対する抵抗がないことがある。また、歯科医師は歯科治療に専念すべき、あるいは、医科領域は家族に任せるべきとのステレオタイプな思考や、医科との連携という考え方そのものがないということが考えられる。

しかし、実際には、認知症高齢者の歯科診療の際に困ったと回答している歯科医師は半数いることも明らかとなっており、歯科には通院しているが、適切な医学的診断や適切な在宅介護サービスを利用していないケースが存在することも予想される。

## E. 結論

歯科医師の視点から、認知症高齢者の歯科診療について考察した。半数の歯科医師は認知症高齢者の歯科診療を経験しており、在宅歯科診療に取り組む医師では、月に10名以上診療経験のある歯科医師もみられた。認知症高齢者の歯科診療の際、診療経験のある歯科医師の半数は、何らかの認知症症状で困っている実態が明らかとなった。しかし、認知症医療についての周知はなされておらず、多くの歯科医師は、認知症高齢者が医療機関に適切に受診しているかについて関心が低い。疾患センターの存在もその周知度も低く、仮に歯科診療において、早い段階から認知症の存在に気づかれるケースがあっても、早期診断や早期介入などの医療介護ベースへ乗せられないことがありうるということが明らかとなった。

今後、地域での認知症支援ネットワークを広げていく中において、歯科医師への認知症への

関心を高めることで、医科-歯科連携を充実させ、歯科領域での認知症対策へとより踏み込んだ活動へ展開していきたい。

謝辞：本研究は、荒尾市歯科医師会のご協力により遂行されました。関係の皆様にご心より感謝申し上げます。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

Adachi H, Shinagawa S, Komori K, Toyota Y, Mori T, Matsumoto T, Sonobe N, Kashibayashi T, Ishikawa T, Fukuhara R, Ikeda M. Comparison of the utility of everyday memory test and the Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive part for evaluation of mild cognitive impairment and very mild Alzheimer's disease. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2013 Apr;67(3):148-53.

Honda K, Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, Yuki S, Ogawa Y, Matsuzaki S, Tsuyuguchi A, Tanaka H, Kashiwagi H, Hasegawa N, Ishikawa T, Ikeda M. The usefulness of monitoring sleep talking for the diagnosis of Dementia with Lewy bodies. *Int Psychogeriatr*. 2013 May;25(5):851-8.

### 2. 学会発表

田中 響, 橋本 衛, 福原竜治, 石川智久, 矢田部裕介, 兼田桂一郎, 遊亀誠二, 本田和揮, 小川雄右, 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患者における精神行動症状と認知症重症度との関連. 第28回日本老年精神医学会, 2013年6月4-6日, 大阪.

畑田 裕, 橋本 衛, 石川智久, 矢田部裕介, 福原竜治, 遊亀誠二, 田中 響, 松崎志保, 露口敦子, 池田 学. アルツハイマー病におけるアミロイドアンギオパチーと臨床症候との関連 —多発性の微小出血を認めたアルツハイマー病症例を通して—. 第28回日本老年精神医学会, 2013年6月4-6日, 大阪.

園部直美, 松本光央, 清水秀明, 豊田泰孝,  
森 崇明, 品川俊一郎, 足立浩祥, 石川智久,  
福原竜治, 谷向 知, 池田 学, 上野修一.  
地域における認知症患者の高齢介護者の実態  
について. 第 28 回日本老年精神医学会, 2013  
年 6 月 4-6 日, 大阪.

北村伊津美, 福原竜治, 谷向 知, 石川智久,  
吉田 卓, 上野修一, 池田 学. 発症後 10 年  
を経過した進行性非流暢性失語の発話特徴と  
その変化. 第 14 回日本言語聴覚学会, 2013 年  
6 月 28-29 日, 札幌.

#### 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

<別紙>

認知症患者の歯科診療に関する意識調査

問 1 認知症の患者さんの歯科治療において何か困ったことはありますか？

ない

ある（具体的に？： )

問 2 認知症の患者さんに歯科治療を行うことに抵抗がありますか？

ない

ある（その理由： )

問 3 問診や診療の際、あらかじめ情報として得られていなかった患者さんで認知症ではないか？と疑う場面に遭遇したことはありますか？

ない

ある（ )

問 4 問 3 であると答えた方に質問です

1) その際、長谷川式認知症スケール (HDS-R) やミニメンタルステート検査 (MMSE) 等の方法を用いて評価しましたか？

した

しない（その理由は？： )

2) また、その際、専門機関に紹介しましたか？

した

しない（その理由は？： )

問 5 先月何人くらいの認知症の患者さんを治療されましたか？

院内にて 約 人

在宅訪問歯科診療にて 約 人

問 6 荒尾市に熊本県地域拠点型認知症疾患医療センターがあることを知っていますか？

知っている

知らない

<別表 1> アンケート結果

問1 認知症患者の歯科治療において何か困ったことはありますか？

ある 9人            ない 11人

具体的に？

- ・意志の疎通がとれなかったことがある
- ・話がかみ合わない
- ・コミュニケーションがとれない
- ・どこの部位が痛いのか特定しにくい
- ・主訴が分かりにくい
- ・治療説明できない
- ・予約を守れない
- ・治療の計画を毎回のよう説明する
- ・BT（かみ合わせ）がとりにくい
- ・突然怒り出す、治療途中で帰ろうとする

問2 認知症患者の歯科治療を行うことに抵抗がありますか？

ある 4人            ない 14人            どちらともいえない 2人

「ある」の具体的意見

- ・感情の起伏が激しい人がいる
- ・本人が納得しないことあり
- ・治療内容の認識不足
- ・痛みを訴えられた場合原因が分かりにくい

「どちらともいえない」の具体的意見

- ・患者の状態にもよる
- ・ADLがしっかりしていて、多動的、暴言等、非協力的では困難

問3 問診や診療の際、あらかじめ情報として得られていなかった患者さんで認知症ではないかと疑う場面に遭遇したことはありますか？

ある 9人            ない 11人

気づいたきっかけを具体的に？

- ・治療説明が通じない
- ・前回の治療や説明をまったく覚えていない
- ・同じことを数回話す
- ・突然激怒し意味不明のことを言う
- ・入れ歯が外せなくなった
- ・口腔内が以前より汚れている

問4 問3で「ある」と答えた方に質問です

問4-1 その際、長谷川式認知症スケール（HDS-R）やミニメンタルステート（MMSE）等の方法を用いて評価しましたか？

した 0人            しない 9人

しなかった理由？

- ・そもそも知らない
- ・検査方法に疎いから
- ・評価法が分からない
- ・ツールが手元になかったし、方法が分からなかった
- ・やり方分からない
- ・歯科の問診中では質問しにくい内容もありそのままでは使用できない
- ・ご本人が認知症と思っていない状況で歯科での評価は困難
- ・認知症の要介護を決めるのは一般医師の分野だから

問4-2 また、その際、専門機関に紹介しましたか？

した 3人                      しなかった 6人

「しなかった」理由？

- ・認知症と判断しにくい
- ・確定できないから
- ・断定できないから
- ・付き添いの家族の方への説明だけでも特別困ることもなかったため
- ・家族にはそれとなく伝えるが、軽度の場合は言い方が状況的に難しい
- ・歯科はそこまで介入すべきでない判断しているから

問5 先月何人くらいの認知症の患者さんを治療されましたか？

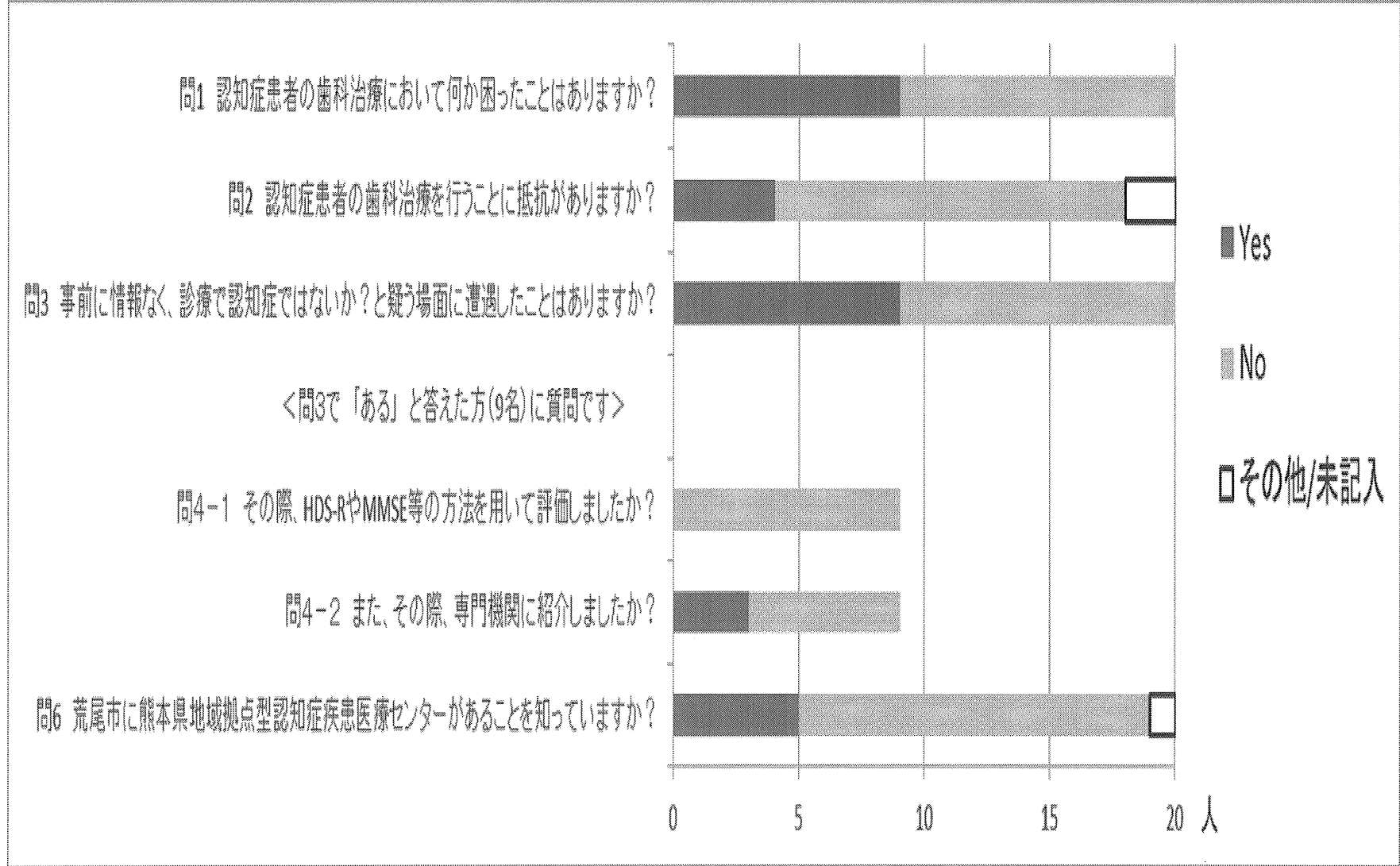
院内にて診療した	回答歯科医師数
患者数 0人	5人
患者数 1人	3人
患者数 2人	5人
患者数 3人	1人
患者数 4～5人	3人
(未記入)	3人

在宅訪問歯科診療した	回答歯科医師数
患者数 0人	7人
患者数 1人	1人
患者数 5人	1人
患者数 18人	1人
患者数 20人	1人
(未記入)	9人

問6 荒尾市に熊本県地域拠点型認知症疾患医療センターがあることを知っていますか？

知っている 5人                      知らない 14人                      未記入 1人

- \* 「知っている」歯科医師5人のうち、
- 実際に専門医療機関へ紹介した経験のある歯科医師 2人
  - 認知症高齢者を院内で治療をした歯科医師 3人
  - 認知症高齢者を在宅訪問歯科診療した歯科医師 2人





平成 25 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）  
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」  
分担研究報告書

認知症患者の帰宅願望についての検討

研究分担者 矢田部 裕介（熊本大学医学部附属病院神経精神科）

○研究要旨 認知症患者の帰宅願望の実態及び関連する要因について入院連続例を用いて調査した。4 週間以上の入院を要した認知症患者の 3 割に帰宅願望を認めたが、9 割以上で消褪し、帰宅願望の平均持続期間は約 6 日であった。レビー小体型認知症では帰宅願望の出現頻度が低く、難治性の帰宅願望はアルツハイマー病でしばしばみられた。また、前頭側頭葉変性症の帰宅願望は入院初日から持続的に出現し急速に消退する特徴がみられた。帰宅願望の出現に関連する要因として、男性、MMSE スコアが低い、妄想の存在が抽出された。これらの結果をもとに帰宅願望への有効な対応法を検討する必要がある。

A. 研究目的

認知症患者が住み慣れた自宅から病院や施設へ入院・入所した際、「家に帰ります」と繰り返し要求する行動がみられることがある。在宅患者でも、自宅に居るにも関わらず誤認や妄想に基づき「家に帰ります」と自宅を出て行こうとする例がある。こうした認知症患者の行動は帰宅願望や帰宅欲求と呼ばれるが、危険な夜間徘徊につながったり、それを阻止しようとする介護者に対する粗暴行為に発展することもある。帰宅願望と関連する要因として入院や入所、転居、夕暮れ時、記憶障害、不安焦燥感、人物誤認、場所誤認、病識、せん妄などが経験的に知られている。一方で、認知症患者の帰宅願望を系統的に調査した報告はない。本研究では認知症患者の入院連続例に対して、帰宅願望の実態及び帰宅願望に関連する要因を調べることを目的とした。

B. 研究方法

2011 年 4 月から 2013 年 12 月の期間に熊本大学医学部附属病院神経精神科に入院した連

続例 (N=569) から 1) DSM-III-R の認知症の診断基準を満たし、2) 入院するまでに在宅介護を受けていた患者を対象とした。入院精査のみが目的であった患者を除外するため、入院期間が 4 週間未満の患者は除外した。また、寝たきり、もしくは重篤な身体合併症を有する患者も除外した。研究期間内に 2 回以上入院した患者は初回入院データのみを使用した。これらの選択・除外基準を満たした対象は 93 名で、平均年齢 75.4±8.4 歳、女性 59 名、男性 34 名、平均 Mini-Mental State Examination (MMSE) スコアは 18.8±6.5 点であった。全対象の看護記録から 1) 帰宅を要求する旨の発言及び行動がある、2) これらの発言や行動に対して対応（説明や傾聴、閉鎖処遇など）を要する場合、「帰宅願望有り」と定義し、全対象における入院初日から 1 日ごとの帰宅願望の有無を抽出した。7 日間連続して帰宅願望が確認されない場合、それ以降は調査せず、入院初日から 7 日間連続して帰宅願望がみられない場合は「帰宅願望無し」とした。「帰宅願望有り」の場合も以降 7 日間連続して帰宅願望がみられない

場合は「帰宅願望消褪」とした。さらに、入院サマリーから、年齢、性別、教育年数、罹病期間、同居者の有無、介護認定の有無、診断（国際診断基準に基づく）、MMSE スコア、特定の精神症状（幻覚、妄想、興奮、うつ、不眠）の有無を調べた。解析は、全対象における帰宅願望の出現頻度、帰宅願望有り群における帰宅願望出現時期、消褪までの期間を算出した。また、診断別に帰宅願望の出現頻度を算出し、各背景疾患における帰宅願望の特徴を検討した。さらに、二項ロジスティック回帰分析を用いて帰宅願望に関連する要因を検討した。

（倫理面への配慮）全対象から本研究への参加同意を本人もしくは家族から書面にて得た。

### C. 研究結果

全対象 93 名中 28 名（30.1%）に帰宅願望を認めた。初日から帰宅願望を呈したのは 10 名（35.7%）、2 日目からが 8 名（28.6%）、3 日目以降は 10 名（35.7%）であった。2 名を除く 26 名（92.9%）が 4 週間以内に帰宅願望が消褪した。帰宅願望が消褪した 26 名の帰宅願望平均持続期間は  $5.8 \pm 5.8$  日で、18 名（64.3%）が 7 日以内に帰宅願望の消褪を認めた。背景疾患ごとの帰宅願望の出現頻度は、特発性正常圧水頭症（idiopathic normal pressure hydrocephalus: iNPH）が 40%と最も高頻度で、次いで、アルツハイマー病（Alzheimer disease: AD）が 38.1%、前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration: FTLD）が 37.5%であった。レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies: DLB）は 13.0%であり、最も低頻度であった。また、AD では帰宅願望の持続期間が長い例が多く、FTLD の帰宅願望は入院初日から連続性に出現し、ある日を境に完全に消褪するというパターンが特徴的であった。帰宅願望の有無を共変量に、二項ロジスティック回帰分析を行った結果、帰宅

願望の出現と有意に関連する要因として、男性（6.3 倍）、MMSE スコア（0.9 倍）、妄想有り（6.1 倍）が抽出された（表 1）。

表 1. 帰宅願望に関連する要因

	B	オッズ比 (95% 信)	P 値
性別(男性)	1.848	6.348	0.009
年齢	-0.065	0.937	0.176
罹病期間	-0.054	0.947	0.727
教育年数	-0.005	0.995	0.966
独居	-1.224	0.294	0.131
介護認定有	0.849	2.336	0.23
MMSE スコア	-0.132	0.876	0.006
幻覚有り	-0.446	0.640	0.511
妄想有り	1.800	6.052	0.023
興奮有り	-1.624	0.197	0.063
うつ有り	-0.686	0.504	0.288
不眠有り	0.288	1.333	0.704

### D. 考察

認知症入院患者の約 3 割に帰宅願望がみられ、帰宅願望の平均持続期間は約 6 日であった。また、初日から帰宅願望を呈した例は 35%程度であり、6 割以上が 2 日目以降から帰宅願望を呈していた。これらの結果は、認知症患者の入院・入所にあたって帰宅願望の経過や転帰を予測し、対応を講じるうえで有用な数値的指標と考えられた。また、DLB では帰宅願望が出現しにくく、帰宅願望難治例は AD に多く、FTLD では急速な帰宅願望消褪が特徴的であった。背景疾患ごとに帰宅願望の質的差異が存在する可能性が示唆され、鑑別診断は疾患の治療やケアのみならず、帰宅願望の出現や転帰の予測にも重要であると考えられた。さらに、男性、MMSE スコアが低い、妄想の存在が帰宅願望の出現を予測する要因であることが示唆された。認知機能の低下や妄想は入院理由や状況の理解を困難にし、帰宅願望に影響することは理解しやすい。一方で、男性であることが帰宅願望の出現に 6 倍寄与するという結果の解釈は難しい。わが国には「男は仕事、女は家庭」という社会的

背景があることは否めず、仕事(職場)から「家に帰る」という生活を送り続けてきた男性患者において、帰宅願望が生じやすい可能性などが考えられた。

#### E. 結論

本研究の結果から、帰宅願望の実態ならびに関連する要因が示唆された。これをもとに帰宅願望を呈する患者への有効な対応を検討する必要がある。

#### F. 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 donepezil: a preliminary study. *Psychogeriatrics* 13: 88-93, 2013.
- Hasegawa N, Hashimoto M, Koyama A, Ishikawa T, Yatabe Y, Honda K, Yuki S, Araki K, Ikeda M. Patient-related factors associated with depressive state in caregivers of patients with dementia. *JAMDA* (in press).
- Ichimi N, Hashimoto M, Matsushita M, Yano H, Yatabe Y, Ikeda M. The relationship between primary progressive aphasia and neurodegenerative dementia. *East Asian Arch Psychiatry*; 23(3): 120-125, 2013
- 矢田部裕介, 池田 学. 前頭側頭型認知症 vs. 躁病. *精神科* 23: 631-636, 2013.

##### 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, 熊本, 3月7-8日, 2013.
- 矢田部裕介, 橋本 衛, 矢野宏之, 池田学. 認知症における色情のメカニズム, 第18回日本神経精神医学会, 大阪, 12月13-14, 2013.

#### 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

平成 25 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）  
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」  
分担研究報告書

認知症患者における未治療期間の検討-背景疾患と重症度別の検討

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 高知県内の精神科関連施設を対象に平成 25 年 4 月 1 日～同年 6 月 30 日で、10 施設からアンケートを回収した。評価内容は居住自治体、医療圏（2 次）、初診時年齢、性別、発症年齢、初診時 NPI、CDR、DUP（認知症発症から初診までの期間）を調査できた 295 事例を分析した。対象者 295 名の初診時年齢は 77.7 才（27～96 才）、発症時年齢：75.4 才（22～96 才）であった。CDR は 1.3（0.5～3）で DUP（平均値）：2.3 年（0～22 年、DUP の中央値は 1.8 年であった。また発症年齢別では、若年発症群（64<）DUP は 4.1 年（N=38）、高齢発症群（65≥）DUP が 2.0 年（N=254）であった。背景疾患別 DUP では、高次脳機能障害が 5.0 年と最も長く、その他の認知症が 1.7 年と最も短かった。アルツハイマー型認知症は 2.0 年であったが、前頭側頭葉変性症は診断の困難さから 2.7 年とやや長かった。血管性認知症（VaD）が 3.2 年と予想より長い傾向であった。中央値比較では背景疾患別で大きな差はなかった。発症年齢別（65 歳未満、65 歳以上）での DUP 比較では、若年発症群が 4.1 年、高齢発症群が 2.0 年と若年発症群の DUP が 2 倍近く、若年発症では高齢発症群と比較し適切な診断と治療に非常に時間がかかっているという結果であった。VaD 群では高齢発症群が平均 DUP 2.5 年に比較し、若年群では 11.7 年と 5 倍ほど DUP が長く、若年発症群の VaD の診断・治療開始が非常に遅れている結果であった。MCI の 65 歳以下では平均 DUP が 1.8 年である一方、高齢発症群では 10 年と非常に対応が遅れており、まだまだ物忘れが老化現象とみなされていると思われた。TBI 群でも同様に、若年発症は平均 DUP が 4.5 年である一方、高齢発症群では平均 DUP が 5.8 年であり、TBI の高齢発症では正確な診断と治療までに時間がかかっている傾向であった。CDR 別での DUP は CDR0.5（N=84）：2.1±3.3 年、CDR 1（N=111）：2.3±2.7 年、CDR2（N=69）：2.6±1.9 年、CDR3（N=28）：2.3±2.4 年であった。そのため、認知症の重症度評価である CDR 別では未治療期間に大きな差異がなかったことから、まだまだ認知症の診断は CDR 1 の軽度レベルでの適切な診断がされておらず、早期発見・早期治療に向けての対策が必要と考えられた。従って、認知症における DUP 概念の適応は、長寿社会迎えた我が国の大きな課題であるが、認知症の未治療期間は背景疾患により大きく異なることから、認知症の背景疾患の違いによる初発症状などの特徴を知ることの重要性が明らかであった。つまり、認知症の未治療期間は背景疾患別、発症年齢での差異が大きく、軽度のレベルであっても早期発見・治療に結びついていない事例がまだまだ多く、認知症の教育普及啓発活動が地域住民および医療機関にも必要であると考えられる。

## A. 研究目的

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（以下認知症の DUP: Duration of untreated psychosis）について検討されたものは少ない。今回我々は、認知症の未治療期間における背景疾患、発症年齢、認知症重症度 CDR（Clinical Dementia Rating）と関連性について検討した。

## B. 研究方法

調査研究は研究参加協力の承諾を得た県内関連施設にアンケート郵送方式で、以下の方法で行った。調査内容は初診時年齢、性別、臨床診断、住居地（市町村）、医療機関の場所、認知症の DUP）、Clinical Dementia Rating（以下 CDR）である。認知症発症の時期の定義は、「明らかに以前から比べて客観的に記憶障害、認知能力が低下し、生活上の行為に支障をきたした時期、そのように判断される時期」とした。また認知症の治療開始時期は認知症の有無のみではなく、認知症の背景疾患、重症度、薬物治療もしくは非薬物治療の説明があり、今後の治療方針が決定されて初めて DUP の終了時期とした。調査期間は平成 25 年 4 月 1 日～同年 6 月 30 日で、10 施設からアンケートを回収した（高知県東部 4 施設、中央圏：5 施設、西部地区：2 施設）。上記の方法で、11 施設から 300 事例の回答があった。300 事例中、分析可能であった 295 事例を元に分析を行った。

分析内容は、認知症の DUP について背景疾患別、CDR 別、発症年齢別に分析し、統計分析は Stat-View4.5 を用いた。

（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

	平均 DUP	DUP 中央値
アルツハイマー型認知症 (N=155)	2.0±1.8	2.0 (0~9)
血管性認知症 (N=42)	3.2±4.0	2.0 (0~20)
レビー小体型認知症 (N=37)	2.0±2.0	1.0 (0~8)
前頭側頭葉変性症 (N=14)	2.7±2.0	2.0 (1~6)
軽度認知障害 (N=21)	2.2±2.5	1.0 (0~10)
高次脳機能障害 (N=13)	5.0±6.2	2.0 (0~22)
その他の認知症 (N=8)	1.7±1.4	1.5 (0~3.5)
全体 (N=293)	2.3±2.7	1.8 (0~22)

<表 1：背景疾患別 DUP>

対象者 295 名の初診時年齢は 77.7±9.8 才（27~96 才）、発症時年齢：75.4±10.3 才（22~96 才）であった。CDR（Clinical Dementia Rating）は 1.3±0.8（0.5~3）で DUP（平均値）：2.3±2.7 年（0~22 年、DUP の中央値は 1.8 年）であった。また発症年齢別では、若年発症群（64<）DUP は 4.1±4.8 年（N=38）、高齢発症群（65≥）DUP が 2.0±2.1 年（N=254）であった。背景疾患では 295 例中 156 例がアルツハイマー型認知症、血管性認知症 43 例、レビー小体型認知症 38 例、前頭側頭葉変性症 14 例、軽度認知障害 22 例、高次脳機能障害 13 例、その他の認知症 9 例であった。

### 1) 背景疾患別 DUP（年）

背景疾患別で DUP を比較した。高次脳機能障害が 5.0 年と最も長く、その他の認知症が 1.7 年と最も短かった。アルツハイマー型認知症は 2.0 年であったが、前頭側頭葉変性症は診断の困難さから 2.7 年とやや長かったが、血管性認知症が 3.2 年と予想より長い傾向であった。中

中央値比較では背景疾患別で大きな差はなかった。

## 2) 年齢別 (初老期・老年期) の DUP

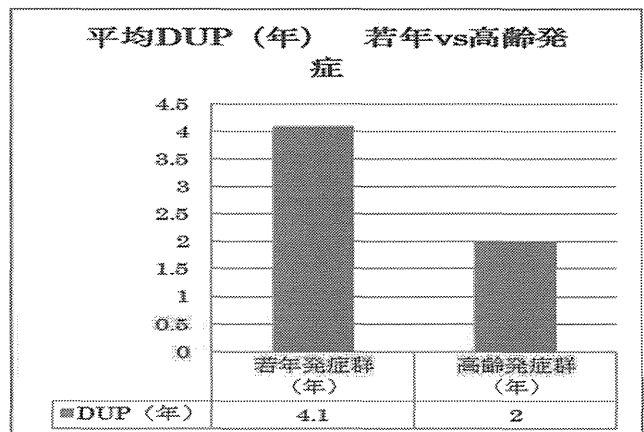
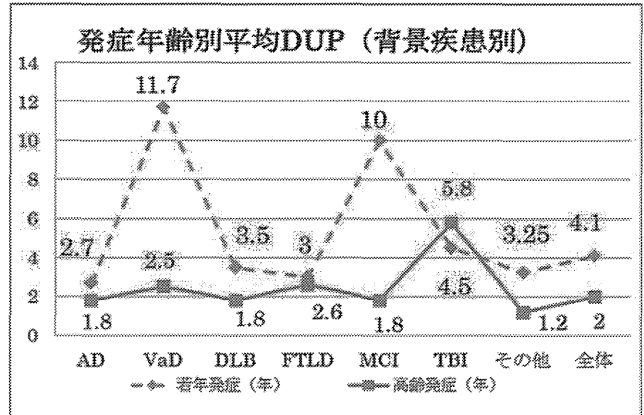
<表 2 : 年齢別 (初老期・老年期) の DUP>

	若年発症群 (64<)		高齢発症群 (65≥)	
	平均 DUP	DUP 中央値	平均 DUP	DUP 中央 値
アルツハイ	2.7±	2.0 (0~	1.8±	1.25 (0
マー型認知	2.2	8)	1.7	~9)
症				
血管性認知	11.7	10 (5~	2.5±	2.0 (0
症	±7.6	20)	2.8	~13)
レビー小体	3.5±	4.0 (1~	1.8±	1.0 (0
型認知症	1.9	5)	1.9	~8)
前頭側頭葉	3.0±	2.0 (1~	2.6±	2.0 (1
変性症	2.6	6)	2.0	~6)
軽度認知障	10	10	1.8±	1.0 (0
害			1.7	~7)
高次脳機能	4.5±	1.75 (0	5.8±	7.0 (0
障害	7.4	~22)	4.5	~22)
その他の認	3.25	1.5 (3~	1.2±	1.0 (0
知症	±0.4	3. 5)	1.2	~3)
全体	4.1±	2.5(0~	2.0±	1 (0~
	4.8	22)	2.1	13)

発症年齢別 (65 歳未満、65 歳以上) で DUP を比較した。若年発症群では 4.1 年、高齢発症群では 2.0 年と若年発症群の DUP が 2 倍近く、若年発症では高齢発症群と比較し適切な診断と治療に非常に時間がかかっているという結果であった。また背景疾患別でも大きな差が見られた。VaD 群では若年発症群が平均 DUP11.7 年に比較し、高齢群では 2.5 年と 5 倍ほど DUP が長く、若年発症群の VaD の診断・治療開始が非常に遅れている結果であった。MCI でも 65 歳以下では平均 DUP が 1.8 年である。一方、高齢発症群では 10 年と非常に対応が遅れており、まだまだ物忘れが老化現象とみなされている

と思われた。TBI 群においても、高齢発症は平均 DUP が 5.8 年である一方、若年群では平均 DUP が 4.5 年であり、TBI の高齢発症では正確な診断と治療までに時間がかかっている傾向であった。

<図 1 : 年齢別 (初老期・老年期) の DUP>



## 3) 未治療期間と CDR の関連性

CDR 別での DUP は CDR0.5 (N=84) : 2.1±3.3 年、CDR 1 (N=111) : 2.3±2.7 年、CDR2 (N=69) : 2.6±1.9 年、CDR3 (N=28) : 2.3±2.4 年であった。これらから CDR と未治療期間には有意な相関はなく、認知症の重症度はあまり未治療期間には関連性がなかった。

## D. 考察

上記の結果から、認知症の DUP は背景疾患により大きな差異を認め、高齢発症の高次脳機能障害群と若年発症の血管性認知症群は他の認知症と比較し長い傾向であった。また若年発症

群では高齢発症群と比較し 2 倍近くになっており、若年発症群では高齢発症群と比較し適切な診断と治療に非常に時間がかかっているという結果であった。認知症の重症度評価である CDR 別では未治療期間に大きな差異がなかったことから、まだまだ認知症の診断は CDR 1 の軽度レベルでの適切な診断がされておらず、早期発見・早期治療に向けての対策が必要と考えられた。従って、認知症における DUP 概念の適応は、長寿社会迎えた我が国の重要な課題である。認知症の未治療期間は背景疾患により大きく異なることから、認知症の背景疾患の違いによる初発症状などの特徴を知ることの重要性が明らかであった。

## E. 結論

発症から適切な治療に結びつけるまでの期間を示す、認知症の未治療期間は背景疾患別、発症年齢での差異が大きく、軽度のレベルであっても早期発見・治療に結びついていない事例がまだまだ多く、認知症の教育普及啓発活動が地域住民および医療機関にもまだまだ必要であると考えられる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

上村直人, 福島章恵. 認知症と自動車運転. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* 50(2) : 87-92, 2013.

上村直人, 福島章恵. 5 : 法律的諸問題 車の運転. 「認知症ハンドブック」中島健二、天野直二、下濱俊、富本秀和、三村将編集 医学書院 東京 433-441, 2013.

上村直人, 福島章恵. <資料>認知症と自動車運転・運転中断におけるカウンセリング的アプローチの重要性. *交通科学* 44(1): 21-25, 2013

上村直人, 大石りさ、池田 学. IM[高齢者辞

典]第 23 巻第 10 号医学書院 P849-852, 2013.

上村直人. レビー小体型認知症の臨床診断と薬物治療の変遷・疾患概念の変遷と治療の進歩. *精神科* 22(4): 441-451, 2013.

## 2. 学会発表

上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 赤松正規, 須賀楓介, 河野充彦, 下寺信次, 井上新平. 精神科医は高次脳機能障害者に何ができるのか? 臨床現場における精神科医の役割としなければならないことの様々なギャップ. 第 32 回日本社会精神医学会, 2013 年 3 月 7-8 日, 熊本.

上村直人, 赤松正規, 須賀楓介, 河野充彦, 下寺信次, 福島章恵, 今城由里子, 井上新平. 高次脳機能障害と血尿酸値～高次脳機能障害の臨床診断における尿酸値測定の有用性の検討～. 第 32 回日本社会精神医学会, 2013 年 3 月 7-8 日, 熊本

上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 諸隈陽子, 池田 学. 高次脳機能障害者 (TBI) における食行動変化について～他の認知症性疾患との比較検討. 第 32 回日本社会精神医学会, 2013 年 3 月 7-8 日, 熊本

上村直人, 諸隈陽子, 福島章恵, 今城由里子, 下寺信次. 成年後見制度における保佐と民法第 13 条第 1 項 ～同意権/代理権と精神疾患について～. 第 32 回日本社会精神医学会, 2013 年 3 月 7-8 日, 熊本.

上村直人, 福島章恵, 今城由里子, 井関美咲, 池田 学. 認知症者の自動車運転に対する心理教育. 第 32 回日本社会精神医学会, 2013 年 3 月 7-8 日, 熊本.

上村直人. 認知症性疾患と自動車運転～臨床現場での対応と課題～. 第 109 回日本精神神経学会(福岡)国際会議場, 2013 年 5 月 24 日, 福岡.

上村直人, 赤松正規, 須賀楓介, 下寺信次, 福島章恵, 今城由里子, 井上新平. 精神科医は高次脳機能障害者に何ができるのか? ~TBIに関する精神科医、精神医療の課題. 第 109 回日本精神神経学会, 2013 年 5 月 25 日, 福岡.

上村直人, 赤松正規, 福島章恵, 今城由里子, 下寺信次. 認知症、特に DLB 患者の視覚認知機能評価について. 第 28 回日本老年精神医学会, 2013 年 6 月 5 日, 大阪.

上村直人, 赤松正規, 福島章恵, 今城由里子. リバスタチン貼付剤によると考えられる肝機能障害と食欲不振について. 第 28 回日本老年精神医学会 2013 年 6 月 5 日, 大阪

福島章恵, 上村直人, 今城由里子 認知症患者の自動車運転に対する心理教育. 第 28 回日本老年精神医学会, 2013 年 6 月 6 日, 大阪.

Kamimura N, Fukushima A, Imajou Y, Shimodera S, Fujito R. Traumatic Brain Injury (TBI) and uric acid-analysis of serum uric acid for clinical diagnosis of TBI. 世界生物学的精神医学会, 2013 年 6 月 23-27 日, 京都.

Fukushima A, Kamimura N, Shimodera N, Ikeda M. Psychoeducation for caregivers of drivers with dementia in JAPAN. 第 16 回国際老年精神医学会, 2013 年 10 月 1-5 日, ソウル.

Kamimura N, Fukushima A, Shimodera S. Dementia and driving -Present situation in Japan. 第 16 回国際老年精神医学会, 2013 年 10 月 1-5 日, ソウル.

#### 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



平成 25 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）  
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」  
分担研究報告書

研究分担者 谷向 知 愛媛大学大学院医学系研究科

○研究要旨 「医療-介護連携のための火の国あんしん受診手帳【愛媛版】」（以下、手帳）の利用状況や実際に利用しての感想を、家族、かかりつけ医、施設職員にアンケートを行い、手帳の有用性について検討した。かかりつけ医、介護施設いずれにおいても、手帳は必要かつ有用なものであるとの認識は強かった。しかし、実際に医療・福祉の現場で手帳が活用されていることは思いのほか少なかった。手帳を提供した場合、手帳を提供した旨の情報提供を医療・福祉に行い、患者（家族）に対して、「手帳は持ってきていませんか」と声かけてもらうことが大切であると考えられた。

#### A. 研究目的

認知症の診断を受けた人を対象に、本人が施設利用や入院になった際に施設の嘱託医やスタッフ、主治医にこれまでの受診の経緯がわかり、本人に応じた介入や治療が行われることを目的とした、「医療-介護連携のための火の国あんしん受診手帳【愛媛版】」（以下、手帳）を活用していただく。その後、手帳の利用状況や実際に利用しての感想を、家族、かかりつけ医、施設職員にアンケートを行い、手帳の有用性について検討することを目的とする。

#### B. 研究方法

愛媛大学医学部附属病院を受診し、認知症と診断された本人・家族に本研究の趣旨を説明し、文書により同意が得られた者。同意の得られたご家族には、認知症ご本人の症状や投薬内容を記載した手帳をお渡しする。その手帳は、家族の判断でご本人が医療機関を受診する際や福祉サービスを利用する際に携帯し、担当医や介護サービス担当者に提示。家族や医療機関、介護施設で相談したい内容、治療内容の変更があれば手帳に記載いただき、提示された各機関は回答を記載する。手帳配布後、6カ月後、1年

後に、手帳の利用状況や使いやすさなどについて、ご本人・家族、担当医、介護職にアンケートを実施する。アンケートは無記名とし、原則郵送にて行う。

#### （倫理面への配慮）

ご本人および家族に本研究の目的について十分に説明を行い、研究協力の同意が自由意思によって得られた場合には同意書に署名を受ける。ただし、認知症のため本人が研究内容の理解が困難な場合には、家族を代諾者とする。お渡しする手帳に関しては、ご本人あるいはご家族が利用していただける限り、研究期間後にも使用していただく。手帳の有用性に関するアンケートに関しては、匿名化して入力を行う。回収したアンケート用紙は、本研究機関終了後がシュレッダーをかけ廃棄とする。

#### C. 研究結果

平成 25 年 6 月から平成 26 年 3 月までの期間に 86 人の同意を得て、手帳の配布を行った。この期間内に 6 ヶ月が経過した 23 名を対象に、家族（18 件）、かかりつけ医（5 件）、介護施設（19 件）について、アンケートを実施した。

アンケートの回収は、電話による回答を含め、

家族 (12 件 ; 67%)、かかりつけ医 (2 件 ; 40%)、介護施設 (12 件 ; 63%) であった。

#### 【家族】

家族の結果からは、「使用している」1 名、時々使用している 3 名、あまり使用していない 7 名、使用していない 1 名であった。あまり使用されない理由としては、「その他」のチェックが多く、『たいへんよく見て頂いている先生に、些細なことを書くのは失礼ではないか』、『介護している側のグチの方が多いので、そういうことは書いても意味がないのでは…』という意見が多く見られた。一方、あまり使用されていないにも関わらず、使いやすさについては、「使いやすい」との回答が 7 名であり、改善点についての回答はなかった。今後の使用については、全員が「使用したい」との回答であった。

#### 【かかりつけ医】

当院が、主治医兼かかりつけ医になっているケースが多く、アンケート実施件数は 5 件しかなく、直接郵送 (文書) による回答はなかったため、電話での回答を 2 件得た。1 件は家族の活用がよく持つては来られるとのことであった。活用法としている部分としては、「お薬情報」に関するところであった。手帳は家族にとって役立っていると思われている反面、2 週から 1 か月の診療の中では、記入することが少なくどのように有効利用してよいかかわらず、手帳の必要性を認識しているにもかかわらず、十分に活用できていないといった印象を持たれていた。一方、患者情報に関しては、『あれだけの情報を記載するのに時間もかかって大変でしょう』という声が聞かれた。

#### 【介護施設】

「今回初めて知った」が半数の 6 件であった。残りの中でも、「持つてこられるという」回答は 1 件のみで、「時々持つてこられる」が 5 件であった。「初めて知った」を除いた 6 件の中では、使いやすさや役立ち度に関して否定的な

意見は見られなかった。特に、既往歴と服薬内容についての記載が役立つという意見が多くみられた。また、関わる人の人が具体的に記載されていることも好評であった。

「今回初めて知った」という回答のあった回答者には、手帳のコピーをみせて感想をもらったが、6 件いずれもで、『事業者や介護職から医者に聞きたいことを事前に考えて手帳に記載し、活用につなげたい』といった肯定的な意見が得られた。一方、医師の記入欄が多いため、認知症の専門医以外の医師がきちんと記入してくれるのかという疑問も寄せられた。

#### D. 考察

アンケートの結果からは、かかりつけ医、介護施設いずれにおいても手帳の必要性を感じていることは明白であるように思われる。かかりつけ医の件数が少ないのは、分担研究者が主治医兼かかりつけ医であることも関係していると思われる。実際に分担研究者として、手帳をお渡しし次回の診察時にもってきて、自発的に手帳をみせる同伴者は、86 人中 9 名 (10%) であり、自発的に手帳を取り出すのに 3 回くらいは要する。せつかく持参していても医療者側からの促しがないとなかなか手帳を取り出さないという現状が感じとれる。また、今回の調査期間に身体不調を理由に緊急入院したケースが 4 件あった。このようなケースこそ、手帳が効力を発揮すると思われるが、いずれのケースも家人から手帳を通して情報を提供することなく、また入院先からの問い合わせもないといった実情であった。うち、1 件はまだ入院中のケースで、家人に手帳を見せるように提案し、次の当院受診時に、先方からの診療情報と退院サマリーを折りたたんで挟まれた手帳を持参された。

今後手帳を円滑かつ有効に運用するにあたっては、家族に手帳を提供するだけでなく、

手帳を持たれている認知症の方であることをかかりつけ医、介護施設に事前に診療情報などを通じて周知し、医療・福祉の側から声かけることが大切だと考える。

また、予期せぬものとして、ある家族から「この手帳を見ていると、これまでの介護してきたことが懐かしく思えます」と、手帳をアルバムのように思っていると解釈できる回答があった。精神症状の激しい認知症の方を介護している家族からであったが、単に情報提供だけではなく、あとで振り返ることができるものであったなら、家族もいつ何時でも手帳を利用されるのではないかと考える。

## E. 結論

かかりつけ医、介護施設いずれにおいても、手帳は必要かつ有用なものであるとの認識は強い。しかし、実際に医療・福祉の現場で手帳が活用されていることは思いのほか少ない。手帳を提供した場合、手帳を提供した旨の情報提供を医療・福祉に行い、患者（家族）に対して、「手帳は持ってきていませんか」と声かけてもらうことが大切である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

Ikejima C, Ikeda M, Hashimoto M, Ogawa Y, Tanimukai S, Kashibayashi T, Miyanaga K, Yonemura K, Kakuma T, Murotani K, Asada T. A multicenter population-based study on the prevalence of early-onset dementia in Japan: Vascular dementia as its prominent cause. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* (in press),

小森憲治郎, 北村伊津美, 園部直美, 谷向 知. 意味性認知症と語義失語. *Clinical Neuroscience* 31(7):791-795, 2013

小森憲治郎, 谷向 知. 認知症によるコミュニケーションの障害に対する評価のポイント、言語治

療の組み立て方や技法について教えてください。失語症 Q&A 検査結果のみかたとリハビリテーション(種村 純編), 新興医学出版社, 東京, pp176-179, 2013.

谷向 知. 通所サービスやリハビリテーションに関する説明. 「実践認知症診療: 認知症の人と家族・介護者を支える説明」, 繁田雅弘編, 医薬ジャーナル社, 大阪, pp65-69, 2013

### 2. 学会発表

小森憲治郎, 原 祥治, 豊田泰孝, 坂根真弓, 谷向 知. 側頭葉型 Pick 病の常同行動・食行動異常発生のメカニズムとその対応. 第 28 回日本老年精神医学会 シンポジウム 2 BPSD の発現機序の解明と治療法; Up to date 2013. 6.4-6 (大阪)

北村伊津美, 谷向 知, 福原竜治, 上野修一. 発症後 10 年を経過した進行性非流暢性失語の一例. 第 27 回日本老年精神医学会 2013. 6.4-6 (大阪)

小森憲治郎, 原 祥治, 豊田泰孝, 谷向 知, 北村伊津美, 池田 学. 意味性認知症例に対する語彙学習ドリル: 進行期の在宅介護上での意義. 第 37 回日本神経心理学会総会 2013.9.12-13 (札幌)

小森憲治郎, 豊田泰孝, 谷向 知. 原発性進行性失語 (PPA) の国際分類と FTLD: 進行性非流暢性失語 (PNFA) と意味性認知症 (SD). 第 32 回日本認知症学会学術集会 シンポジウム 9 「前頭側頭葉変性症」2013.11.8-10 (松本)

## 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

平成 25 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）  
「認知症のための縦断型連携パスを用いた医療と介護の連携に関する研究」  
分担研究報告書

研究分担者 釜江（繁信）和恵 公益財団法人浅香山病院

○研究要旨 平成 24 年度に作成し、配布運用を開始した「あんしん受診手帳」（以下「手帳」）の使用状況や使用した感想を調査した。それにより、「手帳」の内容に大きな問題はなく使い勝手もよいという感想が得られた。しかしかかりつけ医に「手帳」を持参していない場合も多いようであった。かかりつけ医の受診時に介護者が「手帳」を積極的に提示していくような指導が必要であると考えられた。

#### A. 研究目的

平成 24 年度に作成し、配布運用を開始した「あんしん受診手帳」（以下「手帳」）の使用状況や使用しやすさの有無等調査し、「手帳」を利用することによる認知症医療と介護の連携における効果を検証する。

#### B. 研究方法

平成 24 年度（11 月～3 月）に公益財団法人浅香山病院精神科・認知症疾患医療センターで認知症の鑑別診断を受けた 150 名の本人または主介護者に「手帳」を配布した。配布後 6 ヶ月以上経過した時点でそれらの家族介護者、介護保険サービスに関わる者、かかりつけ医に対して、「手帳」の利用状況と感想をアンケートした。アンケートの配布は、現在浅香山病院に通院中の患者は外来で配布し、その他の患者には郵送で行った。

##### （倫理面への配慮）

本研究は公益財団法人浅香山病院の倫理委員会の承認を得て実施した。アンケートを行うことは「手帳」配布時に本人および介護家族に同意を得て行った。

#### C. 研究結果

「手帳」を配布した 150 名のうち介護保険サ

ービスを利用している者は 78 名、かかりつけ医のいる者は 71 名であった。アンケートが回収されたのは、介護家族または本人 86 名（57.3%）、介護保険サービスに関わる者 57 名（80.3%）、かかりつけ医 58 名（81.7%）であった。

本人及び介護者では、「手帳」の利用状態は①使用している 33.7%②時々使用している 22.1%③あまり使用していない 27.9%④使用していない 16.3%であった。使い勝手については、①非常に使いやすい 13.4%②使いやすい 65.9%③使いにくい 20.7%であった。あまり使用していないあるいは使用していない理由としては、②使う必要性を感じないため 46.5%で最も多かった。

介護保険サービスに関わる者では、「手帳」について①知っていた 29.8%②多少知っていた 36.8%③今回初めて知った 33.3%であった。活用状況は、①活用している 20.8%②時々活用している 32.0%③あまり活用していない 17.0%④活用していない 30.0%であった。使い勝手については、①非常に使いやすい 17.0%②使いやすい 62.3%③使いにくい 20.7%であった。「手帳」が利用者、家族に役に立っていると思うかについては①役に立っていると思う 47.3%②少し役に立っていると思