201311005A

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業

(H24－認知症－一般－002)

平成25年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　神崎　恒一

平成26(2014)年3月

目　次

Ⅰ.総括研究報告書
病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業
研究代表者　神﨑　恒一（杏林大学医学部高齢医学）　・・・・・・・・・・・・・・・・・　1

資料１：三鷹武蔵野認知症連携を考える会ワーキンググループ会議議事録・・・　12

資料２：三鷹武蔵野認知症連携情報交換シート　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　29

資料３：在宅向け認知症啓発冊子『認知症のことで困ったら』　・・・・・・・・・・　35

資料４：アンケートと被験者への説明文書　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　71

資料５：各市での連携会議、研修会開催状況　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　76

Ⅱ．分担研究報告書
木之下　徹（医療法人社団こだま会　こだまクリニック）・・・・・・・・・・・・・・・・・　125

Ⅲ.研究成果の刊行に関する一覧表　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　171

Ⅳ．研究成果の刊行物・別刷　・・・　177

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

病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築に関する研究事業

研究代表者　神﨑恒一　杏林大学医学部高齢医学　教授

研究要旨

認知症地域包括ケアネットワーク構築のため、研究代表者は三鷹市、武蔵野市において病（認知症専門病院）・診（かかりつけ医もしくは相談医）・在宅支援機関（地域包括支援センター、行政等）三者の連携組織である“三鷹武蔵野認知症連携を考える会”の活動を推進している。平成25年度は4/22, 7/22, 10/21, 1/27にワーキンググループ会議を開催した（議事録：資料１）。そのなかで、毎回三者間の双方向型情報交換シート（資料２）の運用状況を確認した。シート１は早期診断ツールとしての機能を有するが、これを杏林大学病院の受診症例476例で検討した。その結果、シート１の陽性項目数（平均4.6±2.9個）はMMSEと有意な負の相関($r=-0.39$, $p<0.001$)、DBD($r=-0.39$, $p<0.001$), ZBI($r=-0.46$, $p<0.001$)と有意な正の相関を示すことから、シート１は認知機能、周辺症状の程度、家族の介護負担度を反映し、認知症のスクリーニングチェックとして妥当であると考えられた。

次に、研究分担者の協力のもと、在宅向け認知症啓発冊子「認知症のことで困ったら」を4,000部作成した（資料３）。平成25年度に本冊子を三鷹市、武蔵野市、小金井市、調布市、府中市、狛江市、愛知県知多北部地域、横浜市、千葉県松戸市、群馬県、東京都品川区近傍の地域包括支援センター、ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、介護福祉士、看護師、医師、薬剤師、療法士に配布し、各所から認知症の方を在宅でみている利用者に配布することを予定している。その際、冊子利用の効果をアンケートで調査する。ねらいは、冊子を利用した地域での認知症啓発であり、冊子を読むことによって認知症のことが理解でき、認知症の方にどのように接したら良いかがわかり、それによって家族の負担が軽くなるか、そして認知症の方本人の気持ちが楽になるかを調べることを目的としている。

その他、認知症地域包括ケアネットワークを三鷹市、武蔵野市から小金井市、調布市、府中市、狛江市にも現在展開中である。各市で連携会議を開催し、三鷹・武蔵野で作ったシート１～６を各市でも運用を行っている。最終的に６市でそれぞれ、もしくは一部機能を連携して地域包括ケアネットワークができると考えている。そのための、活動を来年度も継続して行う。

以上、今年度も認知症地域包括ケアネットワーク実現に向けた活動を推進することができた。

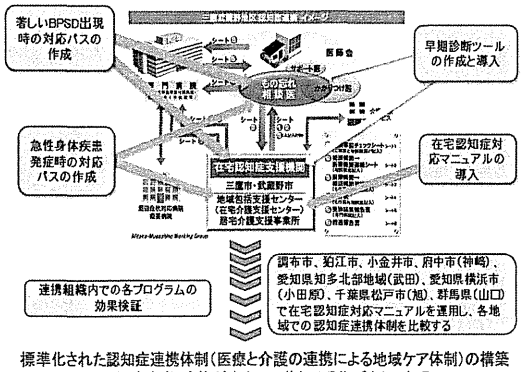
研究分担者

武田　章敬　：国立長寿医療研究センター　在宅医療・地域連携診療部　部長
小田原　俊成：横浜市立大学附属市民総合医療センター・精神医療センター
准教授・部長
旭　俊臣　：旭神経内科リハビリテーション病院　院長
木之下　徹　：医療法人社団こだま会　こだまクリニック　理事長・院長
山口　晴保　：群馬大学大学院保健学研究科　教授

A. 研究目的

認知症高齢者ならびにその家族が地域で安心して暮らすためには、医療、介護、福祉の連携による地域包括ケアネットワークの構築が必要である。これを実現するため、杏林大学病院が所在する三鷹市、ならびに隣接する武蔵野市で、I.かかりつけ医もしくは相談医（医師会）、II.専門医療機関（杏林大学病院他）、III.在宅相談機関（地域包括支援センター他）の三者の連携組織である“三鷹武蔵野認知症連携の会”を設立し（流れ図参照）、

研究概念図



標準化された認知症連携体制（医療と介護の連携による地域ケア体制）の構築
認知症患者・家族が安心して暮らせる街づくりの実現

現在ワーキンググループを作って（表参照）連携活動を行っている。

「三鷹・武蔵野認知症連携を考える会」ワーキンググループメンバー

		所属	氏名
三鷹市	行政	三鷹市健康福祉部高齢者支援課　介護保険担当課長	吉田　克彦
		三鷹市健康福祉部高齢者支援課高齢者支援係	桑田　祥
		三鷹市健康福祉部高齢者支援課高齢者相談係	西谷　毅
		三鷹市健康福祉部高齢者支援課高齢者相談係	久井　亜紀
	地域包括支援センター	三鷹市西部地域包括支援センター	梅原　羽志
		三鷹市東部地域包括支援センター　主任ケアマネージャー	佐々間　高成
		三鷹市三鷹駅前地域包括支援センター　主任ケアマネージャー	金川　朋高
		あじさい居宅介護支援専門員	斉藤　芳幸
	医師会	平田医院	平田　隆
	専門医療機関	くぼかわ内科医院	窪川　良廣
		東京ハビリテーションクリニック	平野　正親
		長谷川病院	谷口　卓也
		長谷川病院	藤　第二
		長谷川病院地域連携室	原野　法輝
		長谷川病院ソーシャルワーカー	梅沢
		杏林大学病院高齢者科	神崎　恒一
		杏林大学病院高齢者科	長谷川　浩
		杏林大学病院高齢者科	杉井　新吏
		杏林大学病院精神科看護認定看護師	酒井　隆美
		杏林大学病院精神科看護認定看護師	山崎　聖美
		杏林大学病院地域医療連携室	中田　浩一
		杏林大学病院医療福祉相談室	名古屋　美佐子
		財団法人井之頭病院	長谷　修
		財団法人井之頭病院	木下　正俊
		財団法人井之頭病院相談室	川口　美和子
武蔵野市	行政	武蔵野市健康福祉部	田井　馨
		高齢者支援課	北安　美奈
		高齢者支援課社会支援係	松原　加子
		高齢者支援課	荻原　智代子
		高齢者支援課地域支援係(地域包括支援センター)	高子　千春子
		ロータリス在宅介護支援センター	鎌倉　信子
		武蔵野市十字在宅介護支援センター	近藤　裕子
	医師会	関計画メディカルクリニック	市川　俊彦
		関病院	田原　剛毅
	専門医療機関	武蔵野市十字病院精神科	津田　智宏
		武蔵野市十字病院ソーシャルワーカー	大川　真奈

本活動の中で、三者間の双方向型情報交換シートを作成し（流れ図①～⑥）、運用を行っている。これにより必要な情報が医療機関に伝わり診療が円滑に行われるようになったこと、医療機関の情報が在宅相談機関に伝わり、介護や福祉の具体的方策が立てられるようになったこと、ひいてはこれが認知症患者本人の医療、地域資源利用などのサービス向上につながり、本人ならびに家族の不安が取り除かれるようになったことを確認した。

一方、本連携の課題として、認知症の早期診断ツールを導入する必要があること、在宅相談機関向けもしくは家族向けの認知症対応マニュアルがない、特に周辺症状が出現した場合の対策がない、などが挙げられている。

今後、三鷹・武蔵野認知症包括ケアネットワークシステムを完成するためには、これらの課題を解決する必要があり、そのために本研究事業では各分野

に専門性を有する研究分担者と協力して、連携事業を進めている。

今年度は“三鷹武蔵野認知症連携を考える会”の運営（3か月に1回ワーキンググループ会議を開催）を継続しながら、早期診断ツールの運用と在宅向け認知症啓発冊子の作成を行った。

B. 研究方法

神崎（研究代表者）は本研究の一環として、現在“三鷹武蔵野認知症連携を考える会”の組織・運営に携わっており、かかりつけ医または相談医（三鷹市、武蔵野市医師会）、専門医療機関（杏林大学医学部付属病院他）、在宅相談機関（地域包括支援センター、在宅介護支援センター、市役所高齢者支援課）の代表と3か月に1回ワーキンググループ会議を開催している。今後の計画として、

I. 本ワーキンググループ会議を基礎として、認知症地域連携包括ケアネットワークシステムの拡充を図る。その際、課題として挙げられている① 早期診断ツールの成果を検証する、② 在宅向け認知症啓発冊子の利用とその効用を検証するためのアンケート作成を行う。

II. 小金井市、調布市、府中市、狛江市での認知症連携体制の構築もしくは推進を行い、三鷹市、武蔵野市を含む6市で在宅相談機関、医療機関、地域住民を対象とした認知症啓発活動を推進し、地域全体での認知症対応力向上を目指す。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては厚生労働省が定める「臨床研究に関する倫理指針」を遵守するとともに各施設の倫理委員会等の承諾を受けることとする。なお、個人情報の保護に十分配慮する。

C. 研究結果

I. 三鷹武蔵野認知症連携ならびにワーキンググループ会議を基礎とする連携体制の継続・発展

平成25年度は4/22, 7/22, 10/21, 1/27にワーキンググループ会議を開催した。議事録を**資料1**に示す。

そのなかで、かかりつけ医もしくは相談医（医師会）、専門医療機関（杏林大学病院他）、在宅相談機関（地域包括支援センター他）の三者間情報交換シート（**資料2**, H24より一部改変）の運用状況を確認したほか、杏林大学病院（認知症疾患医療センター）での相談内容の報告、今後に連携活動の方向性などが話題の中心であった。

II-① 早期診断ツール成果の検証

早期診断ツールについてはシート1（**資料2**）がそれにあたる。これを地域包括支援センターもしくはケアマネージャーを対象に配布し、認知症のスクリーニングに用いている。具体的にはシート1をシート2とともにもの忘れ相談医に持参し、認知症の早期診断に役立てている。

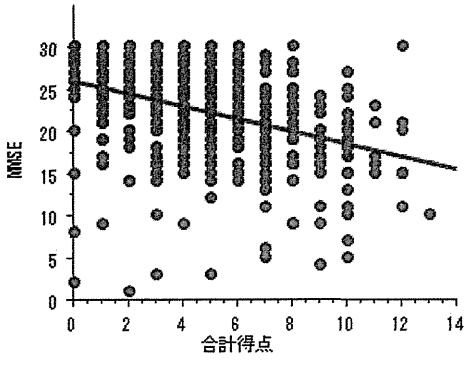
杏林大学病院もの忘れセンターでもシー

ト１の記載を求めており、その成果を一部検証した。

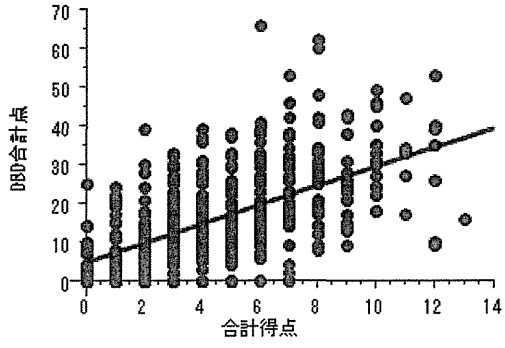
対象は杏林大学病院もの忘れセンター外来初診患者 476 例。初診時に患者本人には MMSE を含む総合機能評価を実施し、通院介助者に周辺症状の尺度である Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)、介護負担の指標である Zarit Burden interview (ZBI)、シート１の記入を求めた。

結果を示す。初診時の患者の MMSE は平均 22.5±5.5pts、DBD、ZBI の各平均値は 16.3±12.2pts、19.7±17.1pts であった。また、シート１の平均陽性項目数は 4.6±2.9 であった。

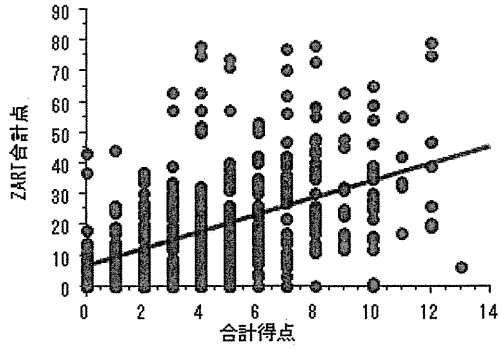
シート１の平均陽性項目数と MMSE との間に有意な負の相関 (r=-0.39, p<0.001) があり (図)、



シート１の平均陽性項目数と DBD との間にも有意な正の相関 (r=-0.39, p<0.001) があり (図)、



シート１の平均陽性項目数と ZBI との間には有意な正の相関 (r=-0.46, p<0.001) が認められた (図)。



この結果から、シート１は認知機能、周辺症状の程度、家族の介護負担度と十分高い相関を有し、認知症のスクリーニングに有用であると考えられる。

II-② 在宅相談機関向け認知症対応マニュアルの利用とその効用を検証するためのアンケートの作成

認知症高齢者ならびにその家族が在宅で安心して生活するためには、認知症高齢者ならびにその家族、それを支える職種（地域包括支援センター、ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、介護福祉士、看護師、医師、薬剤師、療法士など）が認知症のことをよく理解し、認知症高齢者と良い関係

を築くことが必要である。そのためには地域での認知症啓発が重要である。しかしながら、講演会、勉強会などの活動を行いことは時間的、人的に制限がある。そこで、本研究事業では 4 人の研究分担者に依頼し、在宅向け認知症啓発冊子「認知症のことで困ったら」を 4,000 部作成した（**資料 3**）。本冊子を以下の地域、職域に配布するよう準備を進めている。

	送付先	発送部数
1	三鷹市健康福祉部高齢者支援課	30
2	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課	30
3	調布市福祉部高齢者支援室	30
4	府中市福祉保健部高齢者支援課	30
5	三鷹市東部地域包括支援センター	30
6	三鷹市井の頭地域包括支援センター	30
7	三鷹市連雀地域包括支援センター	30
8	三鷹市三鷹駅周辺地域包括支援センター	30
9	三鷹市西部地域包括支援センター	30
10	三鷹市大沢地域包括支援センター	30
11	三鷹市新川中原地域包括支援センター	30
12	高齢者総合センター在宅介護支援センター	30
13	武蔵野赤十字在宅介護支援センター	30
14	桜堤ケアハウス在宅介護支援センター	30
15	ゆとりえ在宅介護支援センター	30
16	吉祥寺ナーシングホーム在宅介護支援センター	30
17	吉祥寺本町在宅介護支援センター	30
18	地域包括支援センター仙川	30
19	地域包括支援センターつつじヶ丘	30
20	地域包括支援センターゆうあい	30
21	地域包括支援センターときわぎ国領	30
22	地域包括支援センター調布八雲苑	30
23	地域包括支援センターはなみずき	30
24	地域包括支援センターちょうふの里	30
25	地域包括支援センターちょうふ花園	30
26	地域保活支援センター至誠しばさき	30
27	地域包括支援センターせいじゅ	30
28	地域包括支援センター泉苑	10
29	地域包括支援センターよつや苑	10
30	地域包括支援センターあさひ苑	10
31	地域包括支援センター安立園	10
32	地域包括支援センターしみずがおか	10
33	地域包括支援センターかたまち	10
34	地域包括支援センターしんまち	10
35	地域包括支援センター緑苑	10
36	地域包括支援センターにしふ	10
37	地域包括支援センターこれまさ	10
38	地域包括支援センターみなみ町	10
39	総合ケアセンター	80
40	生協パルシステム東京訪問介護事業所「府中陽だまり」	150

41	根岸病院	10
42	小金井市福祉保健部介護福祉課包括支援係	100
43	小金井にし地域包括支援センター	10
44	小金井みなみ地域包括支援センター	100
45	小金井ひがし地域包括支援センター	100
46	NPO-ACT たま居宅介護支援事業所	3
47	ケアプラン相談室	1
48	ジャパンケア小金井	10
49	ケアプラン きぼう	2
50	のがわ介護相談室	10
51	パルシステム東京ケアマネージメントサービス「府中陽だまり」	3
52	介護相談室　ぬくいケアプラン	20
53	あさがお居宅介護支援事業所	10
54	はるかぜ居宅介護支援事業所	10
55	みずたま介護ステーション小金井ケアプランセンター	2
56	シニア・ピア・センター緑	10
57	綜合ヘルスケア介護支援センター	4
58	あすなろ居宅介護支援事業所	30
59	ケアセンターふれあい	1
60	かたくり小金井	5
61	ニチイケアセンター小金井	5
62	デイサービス４ひきのねこ	2
63	あんずケアプランセンター小金井	15
64	あさがお居宅介護支援事業所	10
65	あんずケアプランセンター武蔵野	3
66	介護プランセンター こきん	6
67	泰山木介護保険サービス	2
68	ケアマネジメントセンター うてな	20
69	居宅介護支援事業所　つきみの	10
70	サンメール尚和デイケアセンター	30

71	三鷹市医師会	30
72	武蔵野市医師会	30
73	調布市医師会	30
74	小金井市医師会	30
75	府中市医師会	20
76	新谷医院	3
77	康野診療所	3
78	野々田小児科・内科	3
79	田口医院	3
80	新町クリニック	3
81	河村医院	3
82	若栗医院	3
83	岩田医院	3
84	河野クリニック	3
85	府中クリニック	3
86	赤須内科クリニック	3
87	府中脳神経外科診療所	3
88	松尾医院	3
89	久米医院	3
90	野本医院	3
91	共済会櫻井病院	3
92	平林医院	3
93	加藤内科	3
94	府中医王病院	3
95	髙野医院	3
96	小泉医院	3
97	協和診療所	3
98	高橋内科クリニック	3
99	ニシムタクリニック	3
100	分倍医院	3
101	武藤医院	3
102	井手医院	3
103	石田医院	3
104	府中日新町内科クリニック	3
105	杏林大学医学部高齢医学　神	309

	﨑恒一	
106	こだまクリニック	200
107	群馬大学大学院保健学研究科	300
108	横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター	400
109	国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部	300
110	旭神経内科リハビリテーション病院	300
111	認知症高齢者を支える家族の会「きさらぎ会」	100
112	岸田薬局	15
113	どんぐり山指定居宅介護支援事業所	10

また、同時に資料4のアンケートを配布し、冊子を読むことによって認知症啓発にどの程度効用があるかを調査する予定である。

III. 小金井市、調布市、府中市、狛江市での認知症連携体制の構築・推進、三鷹市、武蔵野市を含む6市での在宅相談機関、医療機関、地域住民を対象とした認知症啓発活動の推進

これまで、三鷹市、武蔵野市で行ってきた医療、介護、福祉の連携による地域包括ケアネットワークを、平成24年より小金井市、調布市、府中市、狛江市でも展開している。先述の通り、三鷹市・武蔵野市では平成25年4/22, 7/22, 10/21, 平成26年1/27に連携会議を開催した。小金井市では会則を設け、平成25年1/16, 4/15, 7/8, 11/11, 平成26年2/17に連携会議を開催した。同市では三鷹・武蔵野連携シート修正版を作成し、運用を開始した。調布市では平成25年5/17, 7/19, 9/5, 11/15, 平成26年1/16に連携会議を開催した。同市でも三鷹・武蔵野連携シートを利用している。府中市では平成25年2/19, 7/30, 10/22, 平成26年2/18に連携会議を開催した。ここでも三鷹・武蔵野連携シートを利用している。狛江市では平成25年3/15に連携会議を開催した。各市で開催した連携会議の議事録を資料5に示す。

また、三鷹市、武蔵野市、小金井市、調布市、府中市、狛江市全体の連携会議を平成24年度に続いて、平成25年度も11/18に開催した（資料5参照）。

D. 考察

認知症高齢者ならびにその家族が地域で安心して暮らすためには、医療、介護、福祉の連携による地域包括ケア体制の構築が必要である。これを実現するため、杏林大学病院が所在する三鷹市ならびに隣接する武蔵野市で、I. かかりつけ医もしくは相談医（医師会）、II. 専門医療機関（杏林大学病院他）、III. 在宅相談機関（地域包括支援センター他）の三者の連携組織である“三鷹武蔵野認知症連携を考える会”を設立し、3カ月に1回連携会議を開催している。

“連携の会”活動の中で、これまで三者間双方向型情報交換シートを作成し、運用しているが、これにより、三者間での情報伝達の円滑化、情報共有化によって、認知症の早期発見、早期介入、適切な介護サービスの導入、患者・家族の安心感の向上などの効用が得られている。シート1は家族が相談機関職員（ケアマネなど）と一緒に認知症が疑われる家族の症状をチェックす

るものである。シート２は相談機関職員が現在治療中の疾患、主治医、介護保険の利用状況、介護状況、BPSD 症状などを記載する。認知症の診断のためには客観的な情報を入手することが重要である。得てして家族は、自分たちが困っていることを外来でまくしたてる傾向があり、話を聞く医師は何が重要で、何がそうでないか、何に困っているのか把握できないことが多い。そうすれば、診断も治療も介護、福祉的な対策を立てることもできない。シート１は早期発見のツールとして三鷹・武蔵野認知症連携を考える会全体で考案したものである。

シート１は杏林大学もの忘れセンターでも使用しており、これまで 476 例に対して利用した。はたして、シート１が認知症の早期発見に有用かどうかを調べるため、476 例について認知機能の中核症状を反映する MMSE、BPSD を反映する Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)、同居家族の介護負担を反映する Zarit Burden interview (ZBI) との相関を検討した。その結果、シート１の平均陽性項目数は MMSE と有意な負の相関、DBD, ZBI と有意な正の相関を示した。このことから、シート１は認知機能、周辺症状の程度、家族の介護負担度と十分高い相関を有し、認知症のスクリーニングに有用であることが検証できた。今後、MCI, 認知症の診断のためのシート１の陽性項目数のカットオフ値（弁別能力）、認知症の病型別にみたシート１の陽性項目の差異について検討する必要がある。

“三鷹武蔵野認知症連携を考える会”では 2～3 カ月に１回連携会議を開催し、今後の認知症連携に関するあり方、課題を協議している。そのなかで出た課題として、在宅相談機関向けの認知症対応マニュアルの作成の必要性が挙げられた。これに対応するため在宅向け認知症啓発冊子「認知症のことで困ったら」を 4000 部作成した（資料 3)。これを三鷹市、武蔵野市、調布市、狛江市、小金井市、府中市、愛知県知多北部地域、横浜市、千葉県松戸市、群馬県、東京都品川区近傍の地域包括支援センター、ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、介護福祉士、看護師、医師、薬剤師、療法士に配布し、各所から認知症の方を在宅でみている利用者に配布する予定である。その際、冊子利用の効果をアンケート形式で調査する。目的は、冊子を利用した地域での認知症啓発であり、冊子を読むことによって認知症のことが理解でき、認知症の方にどのように接したら良いかがわかり、それによって家族の負担が軽くなるか、そして認知症の方本人の気持ちが楽になるかを調べることを目的としている。

本研究の最終的な目標は、普遍的な病・診・介護認知症ケアネットワーク構築である。もともと、三鷹市、武蔵野市で始めた地域連携であるが、現在、同様の連携システムを小金井市、調布市、府中市、狛江市でも展開中である。各市とも三鷹・武蔵野情報交換シート１～６の利用から始めている。すでに実績のあるシートを用いることで連携の開始がしやすくなっている。但し、各市で医師会、専門医療機関、在宅相談機

関の事情が異なるので、それぞれの地域の実情にあった連携体制構築に務めている。最終的にどこまで連携体制が出来上がるのか、各市で違いが生じるのか観察することが重要である。また、6 市全体での協議会も平成 25 年 11 月 18 日に開催した。ここでは今後の認知症対策の方向性について全体像（認知症初期からかなり進んだ段階のさまざまな段階の方々に、医療と福祉・介護その他が具体的な形で提供できるシステムをそれぞれの地域で構築していく）を確認し、続いて各市での連携の取り組み状況の報告を行った。課題として、市によって、核となる専門医療機関がない、アウトリーチの必要性、重度 BPSD への対応、入院先の確保が困難、BPSD に対する抗精神薬の使い方の難しさ、などの指摘があった。1 年毎に各市での連携状況を把握すること、課題を共有し、1 つの市のなかでは解決に導くことができない場合、市を超えて連携する必要性があると考えられる。

E. 結論

三鷹市、武蔵野市での認知症連携活動を継続して行った。連携会議のなかで三者間双方向型情報交換シートの運用は増えていることを確認した。シート 1 は早期発見のためのツールであるが、杏林大学病院もの忘れセンターでの使用例から、このシートでチェックする 13 項目は認知機能、周辺症状の程度、家族の介護負担度と十分高い相関を有し、認知症のスクリーニングに有用であることが検証できた。次に、現在、在宅向け認知症啓発冊子「認知症のことで困ったら」を 4,000 部作成し、冊子の効用をアンケートで確認するよう準備を進めている。そして、これまで進めてきた三鷹市、武蔵野市での認知症連携体制を小金井市、調布市、府中市、狛江市でも展開中であり、6 市全体での協議会も開催し、普遍的な連携体制構築に務めている。今後さらに認知症ケアネットワーク実現を推進していく。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 永井久美子，小柴ひとみ，小林義雄，山田如子，須藤紀子，長谷川浩，松井敏史，神崎恒一：老年症候群の適切な把握のためのもの忘れセンター予診票の作成に関する検討－予診票の妥当性と信頼性および回答者による回答率の差異についての検証－．日本老年医学会雑誌 51 (2) ： 2014. In press.

2) Koji Shibasaki, Sumito Ogawa, Shizuru Yamada, Katsuya Iijima, Masato Eto, Koichi Kozaki, Kenji Toba, Masahiro Akishital and Yasuyoshi Ouchi：Association of decreased sympathetic nervous activity with mortality of older adults in long-term care：Geriatr Gerontol Int 14.： 159-166, 2014.

3) 神崎恒一：サルコペニアの定義と診断法. 日本医事新報 №4677：22-26, 2013.

4) Tanaka M, Nagai K, Koshiba H, Sudo N, Obara T, Matsui T, Kozaki K：Weight loss and homeostatic imbalance of leptin and ghrelin levels in lean geriatric patient. J Am Geriatric

Soc 61: 2234-2236, 2013.

5) 神﨑恒一：サルコペニアと転倒－老年医学の立場から．Bone Joint Nerve13 (1)：83-88, 2013.

6) 木村紗矢香，神﨑恒一：１．非薬物療法と啓発運動　４）「もの忘れ教室」の実際とその効果．Geriatric Medicine51 (1)：31-34, 2013.

7) 長谷川浩，神﨑恒一：三鷹市・武蔵野市の取り組み．日本老年医学会雑誌　50 (2)：194-196, 2013.

8) 木村紗矢香，山田如子，町田綾子，杉浦彩子，鳥羽研二，神﨑恒一：高齢者の耳掃除と高齢者総合的機能評価．日本老年医学会雑誌　50(2)：264-265, 2013.

9) 神﨑恒一：虚弱と老年症候群．日本臨牀 71(6)：974-979, 2013.

10) Masahiro Akishita, Shinya Ishii, Taro Kojima, Koichi Kozaki, Masafumi Kuzuya, Hidenori Arai, Hiroyuki Arai, Masato Eto, Ryutaro Takahashi, Hidetoshi Endo, Shigeo Horie, Kazuhiko Ezawa, Shuji Kawai, Yozo Takehisa, Hiroshi Mikami, Shog o Takegawa, Akira Morita, Minoru Kamata, Yasuyoshi Ouchi, Kenji Toba：Prioriti es of Health Care Outcomes for the Elderly. JAMDA 14：479-484, 2013.

11) 神﨑恒一：認知症と転倒．Geriatric Medicine Vol.51 No.8：833-838, 2013.

12) Kumiko Nagai, Shigeki Shibata, Masahiro Akishita, Noriko Sudoh, Toshimasa Obara, Kenji Toba, Koichi Kozaki：Efficacy of combined use of three non-invasive atherosclerosis tests to predict vascular events in the elderly; carotid intima-media thickness, flow-mediated dilation of brachial artery and pulse wave velocity. Atherosclerosis 231 (2): 365-370, 2013.

13) 神﨑恒一：3章高齢者の診かたと高齢者総合機能評価　6認知機能の評価．老年医学系統講義テキスト．日本老年医学会　編集．東京．西村書店，2013. 77-80.

14) 神﨑恒一：3章高齢者の診かたと高齢者総合機能評価　7うつ傾向の評価．老年医学系統講義テキスト．日本老年医学会　編集．東京．西村書店，2013. 81-83.

15) 神﨑恒一：3章高齢者の診かたと高齢者総合機能評価　8意欲の評価．老年医学系統講義テキスト．日本老年医学会　編集．東京．西村書店，2013. 84-86.

16) 神﨑恒一：薬剤により歩行障害を来した症例．症例から学ぶ高齢者の安全な薬物療法．秋下雅弘、葛谷雅文　監修．東京．ライフサイエンス，2013. 106-110.

17) 宮城島慶，神﨑恒一：超高齢者の高血圧．高血圧診療のすべて．島田和幸，磯部光章　監修，苅尾七臣，斎藤能彦，長谷部直幸，弓倉整　編集．東京，日本医師会，2013. 274-277.

2. 学会発表

1) 神﨑恒一：認知症と治療薬の効果．武蔵野市薬剤師会在宅勉強会，武蔵野，2013.4.25.

2) 神﨑恒一：認知症と転倒．第 55 回日本老年医学会学術集会，大阪，2013.6.4.

3) 神﨑恒一：（教育講演）総合機能評価．第 55 回日本老年医学会学術集会，大阪，2013.6.5.

4) 田中政道，須藤紀子，長谷川浩，神﨑恒一：もの忘れセンター通院患者におけるサルコペニアの実態調査と臨床測定値に関する検討．第 55 回日本老年医学会学術集会，大阪，2013.6.5.

5) 小林義雄，名古屋恵美子，長谷川浩，神﨑恒一：杏林大学病院の認知症疾患医療センターとしての役割．第 55 回日本老年医学会学術集会，大阪，2013.6.5.

6) 木村紗矢香，山田如子，町田綾子，神﨑恒一，鳥羽研二：MCI 患者の予後予測のための COGNISTAT の有用性に関する検討．第 55 回日本老年医学会学術集会，大阪，2013.6.6.

7) 神崎恒一：認知症と転倒．第 24 回認知症を語る会，名古屋，2013.7.25.

8) 神崎恒一：三鷹市・武蔵野市　認知症連携シートについて．多摩エリア認知症疾患医療センター連絡会，立川，2013.7.29.

9) 神崎恒一：認知症の診断と治療－大島で認知症高齢者の方を支えるために－．離島医療圏認知症講演会，大島，2013.8.21.

10) 神崎恒一：認知症診療の地域連携－三鷹市・武蔵野市の取り組み－．日野市認知症の地域連携を語る会，日野，2013.9.19.

11) 神崎恒一：認知症と向き合う．杏林大学文化講演会，羽村，2013.9.21.

12) Koichi Kozaki：Gender Difference of Sarcopenia in Cognitive Declined Elderly. 9th Congress of the European Union Geriatric Medicine Society, Venice-Italy, Oct 3. 2013.

13) 神崎恒一：高齢者総合機能評価．日本在宅医学会生涯教育プログラム，東京，2013.10.26.

14) 神崎恒一：認知症医療連携～薬剤師に求めること～．西部薬剤師会講演会，東村山，2013.10.27.

15) Koichi Kozaki：Team approach for dementia care from the early symptoms to the end of life. 4th International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG) Master Class on Ageing, Kyoto, Oct 31. 2013.

16) 中居龍平，長谷川浩，小林義雄，神崎恒一：高齢認知症における移動準備動作および準備量に対する動的脳血流分布の検討．第 32 回日本認知症学会学術集会，松本，2013.11.8.

17) 名古屋恵美子，長谷川浩，小林義雄，松井敏史，神崎恒一：杏林大学医学部付属病院認知症疾患医療センターとしての役割．第 32 回日本認知症学会学術集会，松本，2013.11.8.

18) 神崎恒一：(ランチョンセミナー) 生活習慣病と認知症．第 32 回日本認知症学会学術集会，松本，2013.11.10.

19) 神崎恒一：認知症と転倒・骨折．医療マネージメント講演会～認知症と骨折～，高山，2013.12.20.

20) 神崎恒一：認知症の地域連携．物忘れケア研究会学術講演会，京都，2014.1.11.

21) 神崎恒一：認知症を知る－認知症のことを正しく理解するために－．国立市市民公開講座，国立，2014.2.8.

22) 神崎恒一：認知機能障害における地域連携、物忘れ外来の実臨床．お茶の水老年医学セミナー，東京，2014.2.25.

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

資料１

第23回三鷹武蔵野認知症連携を考える会
ワーキンググループ幹事会議事録

日時：平成25年4月22日（月）19：00～21：00

場所：三鷹市　教育センター

１．新規ワーキンググループメンバーご挨拶
松井　敏史（杏林大学医学部高齢医学　医師）
東　晋二（長谷川病院精神科　医師）
川口　真知子（井之頭病院　相談室長）

２．シート利用例に関する報告
三鷹市、武蔵野市認知症連携シート運用実績まとめの紹介

武蔵野市　金子氏
H24年度の総計20件(試行期間から計86件の運用)の運用実績が報告された。
もの忘れの精査を、包括枠を使って杏林大学へ紹介した事例あり
相談医以外の事例が出てきている。

三鷹市　桑田氏
新しく10件（試行期間から78件）の運用実績が報告された。
専門医療機関：杏林大学が20件以上、相談医38件の運用であった。

３．シート内容変更の確認　神崎医師
シート１
ヘッダーから「三鷹武蔵野」の表記を取り除いた。
項目１　症状チェック項目の変更

シート２
ヘッダーから「三鷹武蔵野」の表記を取り除いた。
項目５　下記文言の追加
今回の相談内容ならびに診断結果を介護保険の主治医の意見書に反映させるこ

とを希望する。

シート３
ヘッダーから「三鷹武蔵野」の表記を取り除いた。

医師会ホームページ等に掲載されているシートを最新版への差し替えをお願いしたい。各施設へ配布の準備をお願いしたい。

４．今後の三鷹・武蔵野認知症連携の在り方について

神崎医師
「三鷹・武蔵野認知症連携目標」の紹介
①早期診断ツールの導入
シート１の導入により、早期診断ツールとしての有用性を検証する。
②在宅向け認知症対応マニュアルの導入・在宅向け標準的 BPSD 対応マニュアルの導入に関しては、冊子「認知症のことで困ったら」を包括、ケアマネもしくは、そちらを経由して認知症患者さんのご家族に配布していただき、積極的に活用して頂きたい。これによって認知症という病気への理解を深めていくことができる。配布する際、同時にアンケート形式で冊子の有用性を検証することを考えている。
上記活動を通じて、認知症地域包括ケアの実現を目指していきたい。

③杏林大学　名古屋氏からの事例報告
杏林大学認知症疾患医療センター開設後の入院・入所支援事例（2012 年 4 月～12 月）23 例の具体的相談内容について紹介された。
精神科病院、グループホームほか、三鷹武蔵野を越えた施設との連携があることがわかる。

井之頭病院　菊池医師
認知症の受け入れは積極的に行っているが、できるだけ自宅での療養を行ったのちに入院していただくいよう努めている。BPSD の出現には身体状態が影響していることがあるので、まず身体疾患の有無をしっかり診て判断をしている。

長谷川病院　東医師
ベッドが空いていれば 24 時間受け入れができる体制を整えている。認知症病棟を新たに立ち上げた。外部からの窓口が無いなかで、入院の対応が遅れてしま

う事例もあるが、可能な限り積極的に受け入れている。

田原医師
認知症に関しては、医師以外の方の協力が必要なことが良く理解できた。
相談してくるのはご家族ではなく、医師からが多いと感じた。

神崎医師
次回以降、三鷹、武蔵野市の各行政ほかから、具体的な対応事例とその対応をご紹介頂きたい。
急性期 BPSD に対応して頂ける施設を三鷹、武蔵野地区以外でもさがし、そことの連携を構築していきたい。

武蔵野市　荻原氏
提案１
病院（専門医療機関以外）との連携を、進めていく必要がある
包括(在支)と病院の医療相談員が連携し、周知を進めることもできるのでは。

相談医に登録されていた医師に問い合わせをしたが、ご対応頂けなかった事例、逆に相談医に登録されていない医師が、訪問診療などご支援頂けた事例を経験した。

提案２
認知症に対する地域での取り組みを、医療関係者のみなさまに WG を通じて報告していきたい。

神崎医師
特に病院勤務医の連携シートの認知度が低いと考える。どのような周知方法をはかるか検討する。

武蔵野市　若林氏
認知症の方への声かけ講座の開催報告を頂いた。
認知症の患者様を見かけたときの対応法に関して、体験を通じて学んで頂く講座を企画した。武蔵野市として初めての取り組みであった。公園で実際に声かけの体験を行い、具体的な声かけ体験ができて自信がつき、有意義な講座であったと考える。今年度は他の地区で開催予定である。より幅広い人を巻き込んで展開していきたい。

資料１

井之頭病院　菊池医師
声かけの活動は、非常に素晴らしい報告である。このような活動は認知症以外（ex.自殺・孤独死）にも役立つ内容である。本当の意味での、安心して暮らせる町の実現に結びつく。

神崎医師
町の中で人と人がつながっていることは、非常に重要である。

神崎医師
今回の会議を以下にまとめ、今後継続した議論を行う旨が示された。
①シートの運用状況の確認
②認知症冊子「認知症のことで困ったら」の活用
③対処事例情報の共有
④BPSD・身体疾患対応施設の枠を広げる
⑤各職種間での情報共有
⑥成果（結果）を地域に発表する

次回
7月22日（月）18：30～
武蔵野市役所（場所は、後日連絡致します）
納涼会あり

以上

資料１

三鷹武蔵野認知症連携を考える会

第２４回 WG 幹事会議事録

日　時：平成２５年7月２２日（月）１８：３０～１９：３０
場　所：武蔵野商工会議所

・メンバー交代に関して
滝澤一樹先生が武蔵野市医師会長をご退任され、新医師会長として渡邊滋先生が就任されたことが報告された。

・新メンバーご挨拶
市川俊哉医師（時計台メディカルクリニック）武蔵野市医師会　医療連携担当
笹井肇氏　武蔵野市健康福祉部長
森安東光氏　武蔵野市高齢者支援課

・シート運用に関して
シート２：ご本人、ご家族の同意のサインが得られなかった際、どのように運用されているか？長谷川医師

ご家族が認知症と認識していない場合、同意のサインを頂く事は難しい。サインが得られないまま運用をしているケースはある。ケアマネ研修会では、シートは先生に伝えたい事を伝えるツールであるため、サインは必須のものとは考えていないと説明している。武蔵野市　金子氏

極力サインはもらうようにしているが、必ずしもサインは頂けていない。ご家族の拒否が強い場合はシート以外の手段で連絡を取るようにしている。
三鷹市　佐久間氏

サインを頂けなかったケースの経験はないが、診療情報提供書に準ずるものであるために、家族の同意が得られなければ、シートの運用は控えたほうが良いと思う。本田医師

杏林大学病院の弁護士に確認をしたところ、サインが得られたシートは当然情報共有目的に活用することができるが、不特定多数に FAX を送るなどはできないという見解であった。長谷川医師

資料１

サイン欄を削除して、口頭で確認して運用することはできるか？服部氏
弁護士に確認する。長谷川氏

シート３を活用した場合、保険点数を算定しているか？長谷川医師

規定書式にシート３・５を添付して保険算定している。本田医師
診療情報提供２　２５０点

家族が保険算定を拒否されるケースはあるか？長谷川医師
過去、問題になったケースはなかった。本田医師

シート１・２を発行する時点で、返信をもらう際に費用負担が生じることを説明されているか？
長谷川医師

疾患の特性から、説明してもご理解頂けないケースもある。その場合、シート１だけ使う場合がある。服部氏

医療機関と介護間の診療情報提供は決まった書式があるが、規定書式の認知は医師会員でも低いと考えられる。本田医師

・シート運用に関する報告
今年度活用した事例は１０件であった。
ご家族、関係する方の理解を深めるためにシート運用が上手く活用できた事例。
資料１番　奥様の認知症へのご理解が不足していたがシートを活用し、主治医から状態を説明して頂いた。

シートの運用に慣れている医療機関ではスムーズに情報共有が進んでいる。
このような医療機関ではシート３を運用するまでもなく、タイムリーに情報共有がはかれている。シートは意識しないと使用が進まないが、使用するとメリットを感じる事が多い。武蔵野市　金子氏

８３番　医師からシートを渡され、介護に繋がった事例があった。シート運用開始が医師から始まった特徴的な事例であった。三鷹市　桑田氏

資料１

・具体的事例報告
配布資料参照
神経変性疾患を伴う認知症患者の事例。精神症状を伴った結果、精神科病院との連絡を図り、上手く連携ができた事例。大川氏

こうしたケースは何件／月ほどあるか？神崎医師
月１、２例である。
精神科病院とは、連携を進めてきたお陰でスムーズに情報共有ができて助かっている。大川氏

他のエリアの精神科病院との連携も必要と考える。神崎医師

・精神科医療地域連携事業に関して
精神科医療地域連携事業を井之頭病院が北多摩南部医療圏で受託した。
認知症の連携と似たところが多く、事業として重なる部分はある。
精神科医療を希望される方がスムーズに診療が受けられるように、連携体制の整備を図る。菊池医師

・その他
北多摩南部圏全体連携会議を１１月１８日（月）に開催させて頂きたい。
名古屋氏

三鷹市相談窓口相談医名簿の変更確認を医師会に依頼した。桑田氏

・次回 WG
杏林大学１０階第一会議室
平成２５年１０月２１日（月）

以上