

C. 研究結果

2013年4月から2014年1月の依頼数は延べ458件、新規依頼117件で昨年度を上回る依頼数であった。依頼内容として多いものは多動90、昼夜逆転・睡眠障害79、転倒のリスク62、大声50、点滴、PTCDなどのルートの抜去41、ケア・服薬の拒否39、帰宅願望27、食欲不振・摂食障害27、幻覚・妄想24、離棟14であった。2013年4月から5月に2か月間47症例 初回紹介から4週間以内に判定できた119の看護上の問題点を解析した(表1)。対応の効果を評価しやすいのは摂食不良、大声、不眠であり、介入の効果が大きいのはルートトラブル、せん妄、大声、多動であった。

表1 評価の試み

2013年4月から5月に2か月間 47症例 初回紹介から4週間以内に判定できた119の看護上の問題点を解析					
	全例数	評価可能例数	評価率	達成例数	達成率
多動	19	13	68	10	77
転倒転落リスク	18	9	50	2	22
不眠	15	13	87	9	69
せん妄	11	6	55	5	83
摂食不良	10	10	100	5	50
大声	10	10	100	8	80
ルートトラブル	9	6	67	6	100

D. 考察

認知症の人が、入院という大きな環境変化に適応できず、せん妄をおこしたり、行動心理症状が誘発されることは容易に理解できることであるが、現在の急性期病院において、これらの病態に十分に対応できているかという点と多くの問題がある。病院医療スタッフの認知症に対する理解の不足、適切なアドバイザーの不在も対応困難を助長している。認知症・せん妄サポートチーム(Dementia & Delirium Support Team: D²ST)はこの点に対応することにより、一般病棟のスタッフの認知症の人に対する対応力や対応技術の向上をめざして2011年8月に創設した。2011年12月から現在のように病棟をラウンドするシステムとして運用を開始している。研究の目指す重要なポイントはこの試みが当センターでのみ実行可能なシステムではなく、一般の病院でも実施できるシステムとすることであった。ラウンドを開始して、「回診が

あることによってアドバイスを受けられてよい」「病棟スタッフもラウンドがあると思うと患者さんの状態をより注意深く観察するようになる」といった反響はあったものの、ある程度客観的に有用性を示せないかという点で苦心があった。身体合併症で入院した認知症の人の経過や予後はその原因となった疾患や、入院中におこる合併症に大きく左右されるため、D²STのアドバイスがどの程度影響しているか、その効果は測りがたい。そのため提示された看護上の問題点を毎週評価し、病棟からアドバイスの効果があったかどうかを評価してもらい、指標とした。対応の効果を評価しやすいのは摂食不良、大声、不眠であった。摂食嚥下に食事量という形で嚥下機能を評価しやすい。不眠に関しても睡眠という観察指標が明らかであり、多様な薬剤の指示や、覚醒リズムの形成などがしやすかったことが要因と思われた。大声は周辺に影響がある程度の方がでていてどうかで評価できるため、評価が容易であった。また訴えが十分できない患者の苦痛（たとえば痛みや便秘による腹満感）を予測して対応する、眠前に軽いおやつを食べてもらう、静かで明るい部屋に移すなどにより、対応可能で介入効果も高かった。介入効果が大きいのは他にルートトラブルで、これはルートの配線の方法の工夫、持続的な点滴をさけることで問題を回避できる。ただしこの調査時期には含まれていないが経鼻からのドレナージ（イレウス管等）は困難が大きい。せん妄は原疾患の改善による影響が大きいため、チームのかかわりがどの程度有用かを評価しにくい。環境改善のアドバイス、適切な治療薬の投与についてアドバイスを行った。一方アドバイスをしたにもかかわらず改善が困難であったのは摂食障害で、摂食嚥下の改善に関してこれまでの多くのノウハウの蓄積があったためアドバイスをしやすかったにもかかわらず、その達成率は50%程度にとどまった。摂食障害をきたすような原疾患が含まれていることも要因であるが、重度の認知症の人が身体合併症を起こすことによって、急速に食べられなくなるという例がみられ、医療上介護上のさらなる工夫が必要かもしれない。

有用性の検討はまだ不十分と考えるが、ファイルメーカーを用いた D²ST 用入力ツールがほぼ完成した。他施設への貸し出しも可能である。D²ST の有効性を今後さらに検討するとともに他施設での検討を行いたい。

E. 結論

1. D²STの存在は認知されてきており依頼数は増加してきている
2. 依頼の多くは多動、昼夜逆転・睡眠障害、大声であった
3. 電子カルテ入力を可能としデータの集積が容易になった

4. 評価指標を定めた。評価しやすいのは摂食不良、大声、不眠であり、介入の効果が大きいのはルートトラブル、せん妄、大声、多動であった
D²STの有効性を今後さらに検討するとともに他施設での検討を行いたい

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 鷺見幸彦：アルツハイマー病の支援・介護 ①どのように軽度認知障害～軽度認知症の人を支えるか からだの科学 278:137-140, 2013
- 2) 鷺見幸彦：認知症とかかりつけ医の役割 成人病と生活習慣病 43(7):851-856, 2013
- 3) 鷺見幸彦：年齢に伴うもの忘れとアルツハイマー型認知症でみられるもの忘れの区別が難しいのですが、どのように鑑別したらよいですか？鑑別するコツを教えてください "治療特別編集 認知症でお困りですか?"23-26, 2013 南山堂編著：川畑信也
- 4) Ito K, Mori E, Fukuyama H, Ishii K, Washimi Y, Asada T, Mori S, Meguro K, Kitamura S, Hanyu H, Nakano S, Matsuda H, Kuwabara Y, Hashikawa K, Momose T, Uchida Y, Hatazawa J, Minoshima S, Kosaka K, Yamada T, Yonekura Y; J-COSMIC Study Group.: Prediction of outcomes in MCI with 123I-IMP-CBF SPECT: a multicenter prospective cohort study. Ann Nucl Med. Epub [ahead of print]
- 5) Machida A, Toba K, Sakurai T, Washimi Y.: Simple screening test using instrumental activities of daily living to find early stage of dementia. 日本老年医学会雑誌 50(2):266-7, 2013.
- 6) Doi T, Shimada H, Makizako H, Yoshida D, Shimokata H, Ito K, Washimi Y, Endo H, Suzuki T.: Characteristics of cognitive function in early and late stages of amnesic mild cognitive impairment. Geriatr Gerontol Int. 13(1):83-9, 2013

2. 学会発表

- 1) 川合圭成, 辻本昌史, 山岡朗子, 武田章敬, 新畑豊, 鷺見幸彦, 加知輝彦, 三浦利奈, 洪英在, 佐竹昭介, 三浦久幸, 遠藤英俊, 文堂昌彦, 福田耕嗣, 服部英幸, 櫻井孝, 鳥羽研二：認知症性疾患におけるビタミン欠乏 第54回日本神経学会学術大会 東京 2013.6.1
- 2) 鷺見幸彦, 堀部賢太郎, 武田章敬：認知症施策推進 5 か年計画；他職種協働チームと人材育成の重要性 第28回日本老年精神医学会 シンポジウム 大阪 2013.6.6
- 3) 川合圭成, 山岡朗子, 堀部賢太郎, 武田章敬, 新畑豊, 鷺見幸彦, 三浦利奈, 櫻井孝, 鳥羽研二：認知症診療における手指の認知の評価の有用性 第37回日本神経心理学会総会 札幌 2013.9.13

- 4) 山岡朗子、鷺見幸彦、阿部 崇：一般病院の医師に対する認知症教育 第32回日本認知症学会学術集会 松本 2013.11.8
- 5) 新畑 豊、鷺見幸彦、武田章敬、山岡朗子、堀部賢太郎、川合圭成、櫻井 孝、文堂昌彦、加藤隆司、伊藤健吾：血管性認知症とアルツハイマー病との鑑別および co-morbidity に関する検討-2 第32回日本認知症学会総会 松本 2013.11.9
- 6) 武田章敬、梅村 想、辻本昌史、川合圭成、山岡朗子、堀部賢太郎、新畑 豊、鷺見幸彦、鳥羽研二：もの忘れチェックリストの有効性の検討 第32回日本認知症学会総会 松本 2013.11.9
- 7) 鷺見幸彦：今後の認知症医療—かかりつけ医、サポート医、一般病院の役割と人材育成の重要性— 第32回日本認知症学会総会 シンポジウム 松本 2013.11.10

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

III-6) 認知症短期集中リハビリテーション

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）（分担）
研究報告書

「認知症短期集中リハビリテーションの普及促進」に関する研究事業報告

研究分担者：東 憲太郎（三重県老人保健協会 会長）

【研究要旨】

現在全国の認知症患者数は 400 万人以上、予備軍を含めるとその倍の数にのぼり、今後さらに急激に増加することが予測され、認知症患者とその家族の介護負担の苦しみが社会問題化しており、まさに「国民病」として対処する必要がある。そんな中、老人保健施設から生まれた「認知症短期集中リハビリテーション」が、認知症の進行を予防し、心の健康維持（意欲・活動性）を通じ ADL の改善、BPSD の改善に極めて効果的であることが実証され、本年 12 月の中央社会保険医療協議会でも取上げられ注目されているところだが、様々な要因により、未だ全国的に普及していないのが現状である。

今般、研究分担者が会長を務める三重県老人保健施設協会の 63 会員老健施設へアンケート調査を行ったところ、実施率は 40%（63 施設中 25 施設）であった。実施できない要因として「対象者はいても実施できるスタッフがいない。」「実施方法に自信がない。」という実態が明らかになった。実際に実施している施設でも担当するリハビリ職員によって様々な工夫や特色がありその効果も違ってくるが、そのノウハウ部分はスタッフ個人の力量に依存している点が、普及を阻害している一因と想定される。

そこで、実施施設のノウハウや工夫を共有化することが、「認知症短期集中リハビリテーション」普及促進に向けた足掛りになると考え、三重県老人保健施設協会にて、実施状況の視察と、実施施設の様々なノウハウや工夫を DVD 等に映像化した実務研修会を、当年度中に合宿研修の形式で実施することによって、積極的に実施している施設のスタッフが持つ技能・実技ノウハウを共有化するとともに、普及促進に向け課題となっている様々な要因を分析・研究し、今後の課題克服と一層の普及促進を目指す。

A. 研究目的

「認知症短期集中リハビリテーション」の普及促進

B. 研究方法

1. 平成 25 年 11 月 30 日 63 会員施設へ「認短リハ」実施状況アンケート調査（別紙アンケート結果）
2. 平成 25 年 12 月 30 日～平成 26 年 2 月 20 日 「認短リハ」実施上位 5 施設にて DVD 製作（別添）
3. 平成 26 年 2 月 22 日～23 日 「認短リハ」普及促進のための合宿研修会
(1) 目的：「認短リハ」普及促進のため、実施施設のノウハウを合宿研修で集中的に共有化する。

(2) 方法:「認短リハ」実施施設の視察研究と、アンケートで実施回数上位 5 施設の DVD 映像と解説による実務研修を 1 泊 2 日間の合宿形式で集中して行い、実際の実施状況の視察や、症例ごと施設やスタッフごとに様々に創意工夫されたノウハウをつなぎ合わせた DVD 映像を見ながら合宿形式の実技研修をすることで、言葉による講義やテキストだけでは伝わらないノウハウ部分を修得し、さらに講師役をリーダーにグループに分かれた実技演習により参加者同士が実際にやってみる経験を通じて、より具体的なノウハウの共有化を図る。

(3) 参加者: 41 名 (県下会員 22 老健施設より、医師 2 名、作業療法士 15 名、理学療法士 13 名、言語聴覚士 3 名、支援相談員 4 名、ケアマネ 2 名、介護福祉士 1 名ほか)

(4) 実施内容

第 1 部 「認短リハ」実施施設 (志摩の里) の視察研究

<22 日 13:30~15:30 (2 時間)>

- ・視察先、志摩市介護老人保健施設「志摩の里」(三重県志摩市志摩町片田 4807-1 管理運営:公益社団法人地域医療振興協会)にて、「認短リハ」の実施スタッフ(理学療法士 3 名、作業療法士 1 名)による施設での実施状況と視察案内。
- ・医師 2 名(鈴木センター長、田畑施設長)の講義、リハスタッフによるスライド説明。
 - ①「認短リハ」の重要性について ②地域医療・介護の現状と「認知症」対策について
 - ③当施設における「認短リハ」実施状況と今後の課題(普及促進に向けた阻害要因)



第2部 「認短リハ」DVD映像（5施設）による「実施ノウハウ」の解説

<22日 15:30~18:30（3時間）>

- ・「認短リハ」アンケート調査で、実施上位5施設の「認短リハ」DVD映像と解説



第3部 グループワーク①（4グループ）各施設での「認短リハ」実施状況の発表

<22日 18:00~21:00（3時間：途中で食事休憩1時間）>



第4部 グループワーク②（8グループ）「認短リハ実技演習」と情報交換会

<22日 22:00~24:00（2時間）>



第5部 グループ発表と、全体ディスカッション「普及促進に向けた課題」

<23日 8:00~10:00 (2時間)>



(5) 倫理上の配慮

実施施設の視察時やDVD製作・撮影の際、認知症短期集中リハビリテーションの利用者に対し、必ず事前に各実施施設にて、ご本人とご家族に、当研究事業について十分な説明を行い、必要に応じ施設所定の書面等（個人情報保護法上）にて了解を得るよう配慮する。また人権擁護の面からも各利用者個々人の心身の状態に十分配慮しながら、十分な時間と余裕をもってDVD撮影を実施。

C. 研究結果

(1) 研修の成果（感想や意見）

【DVD映像による発表】

- ・発表した5施設それぞれ工夫や特徴があり、どれも取入れやすくバリエーションが広がった。
- ・DVD映像により、利用者の表情の微妙な変化や、話しかけるトーンなど微妙なタッチが映像を通じてしっかり伝わった。ここの部分に最も重要なノウハウがあるような気がする。
- ・自分がやっていることは正しいのか不安な面もあったが、DVD映像の発表を見て、様々なノウハウやアプローチの仕方は違ってもたくさんの共通する感覚が持てて、自信につながった。
- ・映像と解説による発表は、食い入るように見ているうちにあっという間の2時間だったが、たくさんのノウハウが吸収でき、施設に帰ってからとり取り入れて実施したい。

【グループワーク（各施設の取組・情報交換・実技演習）】

- ・スタッフのマンパワー不足で十分な取組みができないのはどこも共通した悩みだが、その中でも時間を捻出して実施している施設が多かった。OTだけでなく、意外にPT、STも「認短リハ」に積極的に取組んでいること、またそれぞれの専門性からアプローチに特徴がある。
- ・PT・OTなど専門性に縛られている。PTの「認短リハ」への意識はまだ薄い。PT・OT・STなどリハ職の専門性の垣根を越えた取組みが必要。

- ・ADLやBPSDの改善を通じて、明らかにQOLは良くなっていく実感はあるのだが、MMSEやGDS、HDS-R、NMスケールなどの評価の数値化が難しい。評価方法に課題はないか？
- ・質問形式の評価方法ばかりでは計れることが限られる。もっと観察型の精緻な評価方法が必要。
- ・家族は周辺症状の改善したことで、認知症が治ったと勘違いする。終了したら再発するといった事例が多い。中核症状の治療には至らないが、在宅復帰して自宅での介護につなげてからが課題。
- ・在宅復帰後も通所リハや訪問リハで「認短リハ」を短時間でも継続していく必要がある。
- ・3か月の「認短リハ」では短い。在宅復帰を前提の提供では効果は限られる。周辺症状の改善は施設での介護負担も大きく軽減されるため、介護職とも連携して、できることは引き継ぐ必要がある。
- ・3か月でも効果が見えてくると、自信をもって続けられる。CWでも、在宅に帰ってからの家族でも、できることから引き継いで継続してレベルダウンを防ぐことはできる。
- ・家族への同意が難しい。説明する支援相談員やケアマネが「認短リハ」を理解していない。
- ・参加した相談員からは、認知症という言葉の持つ強い響きからプライドが傷つき、不安感を煽り、拒絶等につながるのではないか？リハ職は簡単に認知症リハというが、わかっても言えない家族や本人の気持ちも汲んで欲しい。
- ・認知症という病を対象とするのではなく、認知症に悩むその人を対象としたアプローチが重要。
- ・その人の人となり、どういう人生をおくり、どういうことで入所したか、そしてどうなりたいか
その人個人にもっと着目すべきで、個人個人の個性やタイプに応じて「認短リハ」は違ったものになる。画一的なマニュアル化はできない。回想的なアプローチと観察が重要な要素。
- ・若いスタッフはとかく決められた時間にこれをすべきという義務感が強いが、逆効果になることも多い。コミュニケーションや信頼感が効果的な「認短リハ」の要素。
- ・重度の方に、計算ドリルはストレスとなって、周辺症状の緩和にならない。散歩や植物観察などその人がかつて好きだったことやものを使って、快刺激をもたらすことから始める。
- ・その人をより知ることが重要。支援相談員がせっかく聞いていてもそこまで記録しないでいることの中に重要なヒントがある。相談員やケアマネとの連携はポイント。

【ディスカッション（普及促進に向けた課題）】

深夜まで続いたグループワークや実技演習の中で出てきた様々な意見や発見をもとに、翌朝、全員でこれからの普及促進に向けた課題として、以下の3つの課題にまとめた。

- ①評価方法の検証・見直しと科学的なエビデンスの積上げ
- ②多職種との連携（支援相談員・ケアマネ・介護職・看護職・栄養士）と情報共有
- ③終了後のフォロー（家族・地域を巻き込んだ継続的な取組みの必要性）

D. 考察

今回の集中的な「認短リハ合宿研修」により、これまで各施設で積上げられてきた実施ノウハウがDVD映像や実技演習を通じて、一気に共有化できたことの意義は大きい。特にDVD映像によりこれまで説明の難しかった「認短リハ」の効果を定めるエッセンスとなるノウハウ部分が、参加した全員に伝わったことは画期的な研究成果となった。参加した各人が施設にそれらを持ちかえって、更に多彩な「認短リハ」が実践されるのは間違いない。「認短リハ」の普及促進に向けた課題についても、はじめて深くまで突っ込んで議論され、明らかになった。これらの課題克服は、どれもすぐには実現するほど簡単なものではないが、今回の合宿でその足掛かりをつかむことができた。今回の視察・合宿先は、公益社団法人地域医療振興協会の管理運営する当地域でも特に高齢化と人口減少とともに認知症高齢者の急増著しい離島や漁村を含む地域を選んだことは、「認短リハ」のこれからの普及促進を考える上で、単に施設で提供するサービスの一つにとどまらず、地域全体で取り組んでいく課題として予想以上に幅広い議論につながった。

E. 結論

今後急速に増加する認知症に対して、薬物・非薬物療法の両面から積極的な研究がなされ、様々な総合的な策が検証されているが、その中でも老健施設から生まれた「認短リハ」という非薬物療法の一つが、軽度のみならず中重度の認知症に対しても、その認知機能だけでなく、活動や意欲ADL等の指標で有効性が実証され、精神医療の面からも注目されている。「認短リハ」はリハビリ専門職が詳細なアセスメントを基に、多彩で個別性の高いプログラムを策定し、症状の特徴や個性に合わせて柔軟にメニューを提供しているところに特徴がある。その点が一般的に普及させるうえで最も難しい課題でもある。今回の分担研究「認短リハ普及促進に関する研究事業」はその課題解決に向け、DVD映像によるノウハウ共有化を試みた。その結果、利用者の個性や微妙な表情の変化と生活のリズムに合わせたコミュニケーションといったこれまで表現が困難であったノウハウの部分を一気に共有化することができた。その成果は、これからも同様な実務研修を継続していく中でどの程度普及促進されていくかによって検証される。さらに、リハビリ専門職以外の介護職や支援相談員・ケアマネなどにも共有化できたことは「認短リハ」の効果を継続的なものにし、地域包括ケアシステムの中での認知症対策として組み込んでいける可能性も示唆される。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

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

認知症の地域包括ケアシステム

VI-1) サポート医師研修の評価

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

認知症サポート医の実態調査に関する研究）

分担研究者 鷺見 幸彦 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部（部長）

研究協力者 阿部 崇（HAM人・社会研究所）

研究要旨 認知症医療連携・多職種連携における認知症サポート医の役割はますます重要となっていく中で、現在、全国で2,000名余りの認知症サポート医がそれぞれの地域で活動しているが、その実態には地域事情等による濃淡が見られる、また、認知症サポート医の役割の明確化や評価のあり方についても、議論が十分に進んでいない状況にある。そこで、認知症サポート医の養成機関として、認知症サポート医の活動実態を把握し、今後の施策上の位置付けや方向性の検討のための基礎資料を得ることを目的とし調査を行った。調査対象は平成17～23年度養成の認知症サポート医2,007名に対して郵送法で行い、回収票957票で回収率は48.5%であった。診療科の構成割合は、「内科」が48.9%、「精神科」27.2%、「神経内科」8.3%であった。また、認知症関連6学会の「専門医」は41.4%であった。認知症サポート医として日常活動があるとした割合は、①認知症診療では904人(94.5%)、②医療連携・多職種連携では804人(84.0%)、③研修・啓発活動では614人(64.2%)であった。①の具体的な内容では「治療」が96.9%、「早期発見」が88.9%、「診断」が87.3%と9割前後で「あり」となった。連携の相手先として、「地域住民」で87.4%、「介護支援専門員等」が78.0%、「地域包括支援センター」が73.9%と8割近くとなった。一方、「かかりつけ医」は65.9%と相対的に低い割合にとどまった。研修・啓発活動への企画・立案や講師としての関わりは、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」83.1%、「多職種研修」79.3%、「地域住民向けセミナー」83.4%と、いずれも8割前後の割合を示した。結果として認知症サポート医の個々のレベルにおいて、診療、連携、研修の活動は概ね行われている。もっとも、連携においては、地域住民や地域包括支援センターとの活動は行われている反面、かかりつけ医との医療連携については相対的に低く、充実・改善が求められる点もある。これらの活動実態に鑑みれば、既存の資源である多くの認知症サポート医(医療機関)を、地域の認知症対応に関する住民、介護事業者、かかりつけ医等にとっての身近な医療拠点として十分に活用していくことが必要である。また役割・機能の明確化や方向性提示には、診療

科や学会専門医の状況を踏まえた検討が必要である。地域における認知症サポート医の活用には、行政と地域包括支援センターの理解が不可欠であり、市町村行政、各地域包括支援センター、地域医師会等によって、いかに認知症サポート医に一定の役割を担ってもらうか、認知症対策等総合支援事業等の活用による費用手当を含め、地域づくりを行うことが望まれる。

A. 研究目的

増加する認知症のひとに対応できる医師の育成は急務である。厚生労働省では認知症地域医療支援事業として、地域の認知症患者支援体制の中核となる医師を認知症サポート医と名付け、平成17年から認知症サポート医養成研修事業を開始した。サポート医を中心に平成18年度から、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業が始まり、平成23年度末までに2149名の認知症サポート医が誕生した。サポート医の役割は1) かかりつけ医の認知症診療に関する相談・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医や専門医との連携体制の構築2) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力3) 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修の企画立案4) 地域住民への啓発活動があげられる。認知症医療連携・多職種連携においての認知症サポート医の役割はますます重要となっていく中で、認知症サポート医がそれぞれの地域で活動しているが、その実態には地域事情等による濃淡が見られる、また、認知症サポート医の役割の明確化や評価のあり方についても、議論が十分に進んでいない状況にある。

そこで、認知症サポート医の養成機関として、認知症サポート医の活動実態を把握し、今後の施策上の位置付けや方向性の検討のための基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

調査概要 調査対象は平成17～23年度養成の認知症サポート医 2,007名に対して郵送法で行った。調査主体は国立長寿医療研究センター（長寿医療研究開発費 課題番号24-24）である。調査期間は平成25年1月10日～2月1日（投函〆切）に行った。回収状況は回収票957票で回収率は48.5%であった。郵送不達33件あった。

C. 研究結果

(1) 認知症サポート医の現状と活動実態

① 現状

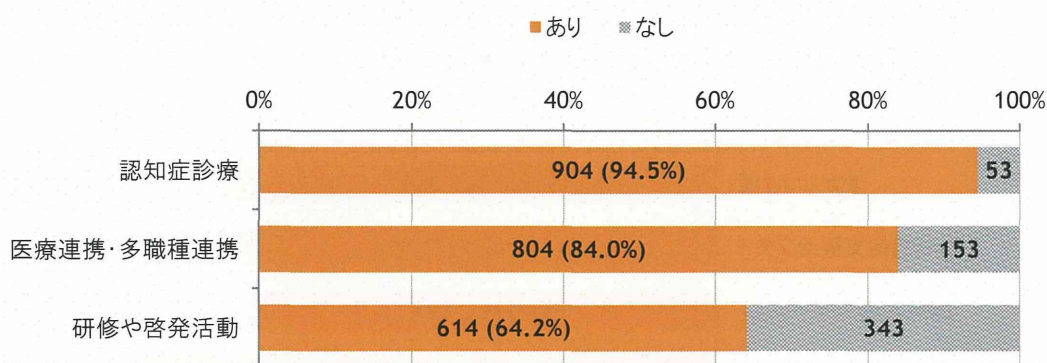
診療科の構成割合は、「内科」が48.9%、「精神科」27.2%、「神経内科」8.3%であった。初年度(H17)では「内科」と「精神科」で4割ずつであっ

たが、直近は、「内科」が約5割に増加する一方、「精神科」は2割強と半減していた。また、認知症関連6学会の「専門医」は41.4%であった。うち、「精神神経学会」が55.1%、「神経学会」24.5%、「老年精神医学会」21.0%であった。

②活動実態

認知症サポート医として日常活動があるとした割合は、①認知症診療では904人(94.5%)、②医療連携・多職種連携では804人(84.0%)、③研修・啓発活動では614人(64.2%)であった。

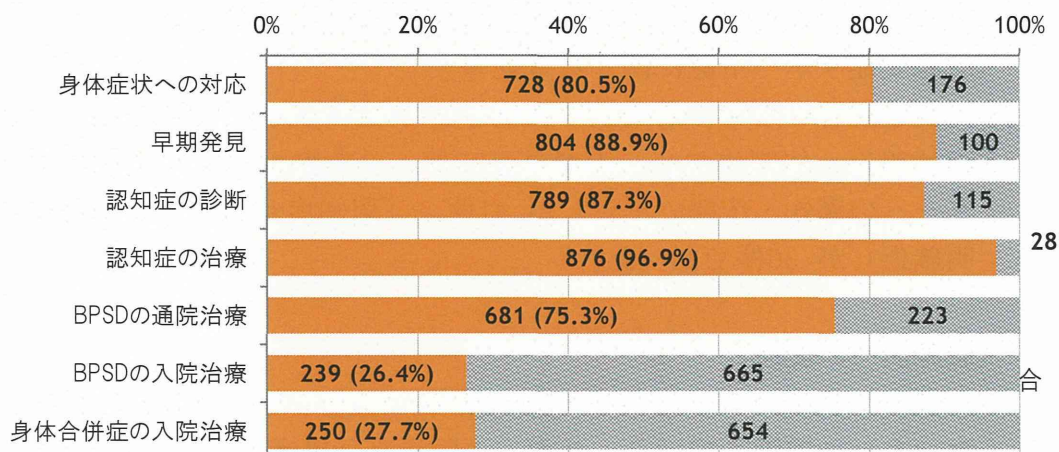
なお、①診療、②連携とも「なし(していない)」としたのは64人(6.7%)であった。



(2) 診療、連携、研修の具体的な活動状況

①診療

「治療」が96.9%、「早期発見」が88.9%、「診断」が87.3%と9割前後で「あり」となった。一方で、「BPSDの通院治療」は75.3%と若干減少していた。BPSDや身体合併症の入院治療は、設備の関係から「あり」は3割未満にとどまった(入院機能ある医療機関は約4割)。

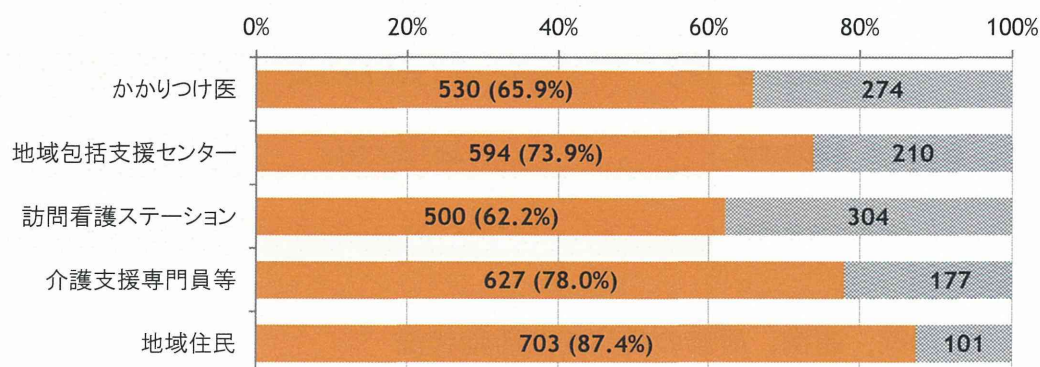


②連携

連携の相手先として、「地域住民」で87.4%、「介護支援専門員等」が78.0%、「地域包括支援センター」が73.9%と8割近くとなった。一方、「かかりつけ医」は65.9%と相対的に低い割合にとどまった。

かかりつけ医との連携では、内科で40.2%、精神科で93.6%と大きな開きがあった。学会専門医の有無別でも同様の傾向がみられた。もっとも、具体的な連携の内容別では、「確定診断」、「処方・服薬」以外の「家族支援」「ケアマネ連携」などは、内科や学会専門医なしの方が高い割合で実施していた。

また、地域包括支援センターとの連携では、診療科や学会専門医の有無による特徴的な差異は認められず、認知症サポート医の属性による違いは重要でない点がかがえた。■あり ※なし



()は「連携あり」 n:804 に対する割合

③研修

研修・啓発活動への企画・立案や講師としての関わりは、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」83.1%、「多職種研修」79.3%、「地域住民向けセミナー」83.4%と、いずれも8割前後の割合を示した。

(3) 認知症サポート医に関する意見等

記述回答のうち、活動上の課題として挙げられた上位3つは、「地域連携の仕組み・体制作り」への意見が77件、「市町村行政や地域包括支援センターへの周知・広報の不足」が41件、「認知症サポート医の役割や機能の明確化」が36件であった。

(倫理面への配慮)

調査に当たっては回答者の個人情報に配慮した。対象者は長寿医療研究センターに保管している、サポート医研修受講者リストを用いた。

D. 考察

- (1) 認知症サポート医の個々のレベルにおいて、診療、連携、研修の活動は概ね行われている

認知症サポート医の活動は、学会専門医や配置基準や算定要件等に位置付けられていないことも相俟って、客観的な把握が難しい側面があるが、今回の活動実態アンケートによって、個々のレベルにおいて、認知症診療、医療・多職種連携、研修・啓発の基本となる3分野において、高い割合で活動実態があることが把握できた。もっとも、連携においては、地域住民や地域包括支援センターとの活動は行われている反面、かかりつけ医との医療連携については相対的に低く、充実・改善が求められる点もある。

これらの活動実態に鑑みれば、既存の資源である多くの認知症サポート医(医療機関)を、地域の認知症対応に関する住民、介護事業者、かかりつけ医等にとっての身近な医療拠点として十分に活用していくことが必要である。

- (2) 役割・機能の明確化や方向性提示には、診療科や学会専門医の状況を踏まえた検討が必要

認知症サポート医は、直近の養成研修では約半数が内科となり、同科を主な診療科とする医師がメインとなることが予想され、また、認知症関連6学会の専門医でない医師も6割であった。

具体的な認知症診療の内容、医療・多職種連携の内容をみても、「精神科、神経内科」と「内科」、また、「学会専門医」と「非専門医」では、活動の実態が異なる傾向がみられ、今後の認知症サポート医の役割や機能の明確化や方向性の提示においては、これらの状況および全体の診療科や学会専門医の構成割合等を十分に踏まえた検討が必要と考える。

- (3) 地域における認知症サポート医の活用には、行政と地域包括支援センターの理解が不可欠

認知症サポート医が個々の活動範囲にとどまらず、地域の認知症に関する仕組みの中で、連携等の一定の役割を果たしていくためには、市町村行政や地域包括支援センター等の資源に広く認知・理解されることが不可欠である。そのため、国や都道府県・指定都市から、市町村さらに地域包括支援センターに対する情報提供・広報を強化する必要がある。

認知症サポート医同士のつながりから仕組み作りに展開していく例もみられるが、市町村行政、各地域包括支援センター、地域医師会等によって、

いかに認知症サポート医に一定の役割を担ってもらうか、認知症対策等総合支援事業等の活用による費用手当を含め、地域づくりを行うことが望まれる。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 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

IV-3) 身近型認知症疾患医療センターの調査

厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

認知症疾患医療センターの機能評価

分担研究者

栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究
チーム
(研究部長)

研究要旨

身近型認知症疾患医療センターの施設基準及び業務水準の立案に資する基礎資料を得るために、全国より選定した身近型認知症疾患医療センター候補医療機関 11 施設の活動状況のヒアリング調査を実施した。その結果、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関は、周辺症状や身体合併症に対する入院対応機能は低いものの、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」「地域連携機能」においては、認知症疾患医療センターとほぼ同等の機能があり、認知症サポート医よりも高い機能を発揮していることが示された。さらに「在宅医療機能」や「アウトリーチ機能」において高い機能を発揮している医療施設があることも明らかになった。身近型認知症疾患医療センターにおいては、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」「地域連携機能」は必須機能であり、特に、行政や地域包括支援センターと連携した認知症初期対応支援機能を担うことが強く求められる。

A. 研究目的

認知症疾患医療センターは、認知症の専門医療（専門医療相談、鑑別診断と初期対応、身体合併症や周辺症状の治療）を提供するとともに、地域連携を推進し（認知症疾患医療連携協議会、かかりつけ医等の研修、情報発信）、それによって地域における認知症の保健医療水準を向上させることを目的としている。

筆者らは、先行研究において、日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査を行い、認知症疾患医療センターの適正な設置件数は高齢者人口 6 万人に 1 か所程度であることを示した（平成 20 年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業）。一方、厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム報告書（平成 24 年 6 月）および認知症施策推進 5 カ年計画（平成 24 年 9 月）におい

ては、「身近型」という認知症疾患医療センターの新たな類型を創設し、「基幹型」「地域型」「身近型」を含め、認知症の早期診断を担う医療機関を全国に約500か所（高齢者人口6万人に1か所）整備することを公表している。

本研究では、身近型認知症疾患医療センターの施設基準及び業務水準の立案に資する基礎資料を得るために、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関の活動状況を調査した。

B. 研究方法

調査対象は、認知症の専門医療に携わる関係者の意見を参考にして、「身近型認知症疾患医療センター候補医療機関」として全国より選定した11の医療機関である。調査期間は平成24年10月12日～平成25年3月1日。各医療機関には事前に自記式のアンケート調査を送付し、後日訪問し、アンケートの回答を参考にしながら、医療機関の代表者または診療担当者に面接して聞き取り調査を行った。調査項目は、(1)医療機関の形態、(2)医療機関の機能(①人員体制、②検査体制、③入院体制、④鑑別診断機能、⑤地域連携機能、⑥人材育成機能、⑦一般病床がある場合の身体合併症対応機能)、(3)認知症のための医療サービス全般である。

(倫理面への配慮)

本研究では個人情報を取り扱われていない。各医療機関の代表者にメールおよび電話で調査協力の同意を得た上で、改めて文書による説明(研究の趣旨、方法等)を行い、調査協力の同意を得た。

C. 研究結果

1. 医療機関の形態

調査対象となった医療機関の開設者、種別、標榜診療科、病床数は表1の通りである。医療機関の種別では、無床診療所が9施設、総合病院無床精神科が1施設、訪問診療を行っている単科精神科病院(認知症患者の入院対応は実質的に行っていない)が1施設である。すべての施設が精神科を標榜しており、4施設は神経内科も標榜している。

2. 医療機関の機能

2-1. 人員体制

すべての医療機関に常勤の専門医(認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱の基準に該当)が配置されており(100%)、配置人数は平均1.6人(1人～3人)。非常勤を含む看護師は9施設で配置され、配置人数は平均1.9人(0人～9人)。非常勤を含む精神保健福祉士(または保健師)は9施設で配置され(82%)、配置人数は平均1.2人(0人～5人)。非常勤を含む臨床心理技術者(または作

業療法士)は9施設で配置され(82%),配置人数は平均1.5人(0人~4人)であった。11施設中8施設(73%)に認知症の相談業務にあたる部署が設けられており,すべての施設において,精神保健福祉士(または保健師),臨床心理技術者(または作業療法士),その他(事務職等)のいずれかの職員が配置されていた(表2)。

2-2. 検査体制

自施設での検査は,血液検査9施設(82%),尿一般検査9施設(82%),心電図7施設(64%),神経心理検査11施設(100%),頭部CT検査1施設(9%),頭部MRI検査1施設(9%),頭部SPECT検査1施設(9%)であった(表3)。

2-3. 入院体制

周辺症状や身体合併症などのために入院が必要な患者に対して,自施設の一般病床で対応するのは1施設(9%),自施設の精神病床で対応するのは0施設(0%),自施設以外の一般病院へ紹介するのは11施設(100%),自施設以外の精神科病院へ紹介するのは9施設(82%),その他の対応を行うのは2施設(18%)であった(表4)。その他の対応としては,①併設している老人保健施設,グループホーム,ショートステイで対応するもの,②訪問診療先の介護施設に入所させていただき,往診で対応するものがあった。

2-4. 鑑別診断機能

年平均の全疾患診断数は386人(48人~756人),認知症関連疾患診断数(軽度認知障害を含む)は215人(45人~414人),アルツハイマー型認知症(脳血管障害を伴うものを含む)診断数は142人(9人~300人)である(表5)。認知症関連疾患の診断数は,アルツハイマー型認知症(脳血管障害を伴うものを含む)が最も多く,全体の63.5%,次いで軽度認知障害(10.3%),レビー小体型認知症(9.1%)が多かった(図1)。

2-5. 地域連携機能

他の医療機関からの紹介患者数は年平均107人(18人~213人),他の医療機関への逆紹介患者数は年平均49人(3人~159人)(表6)。地域のスタッフを交えた多職種でのケース会議を実施している医療機関は8施設(73%),地域の連携体制強化のための協議会(例:認知症疾患医療連携協議会など)に出席している医療機関は6施設(55%)であった。また,行政や地域包括支援センター等と連携して,認知症患者の自宅を訪問し,医療やケアについて助言または指導をおこなうことがある医療機関は6施設(55%),回数は0~1960回,他の医療機関または介護施設に訪問して,認知症の医療やケアについて助言・指導を行うことがある医療機関は9施設(82%)であった(表6)。

2-6. 人材育成機能

かかりつけ医を対象とする研修会は11施設(100%)で実施しており(年平均8.6