

201515002B

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

認知症非薬物療法の普及促進による介護負担の軽減を目指した

地域包括的ケア研究

(課題番号：H25－認知症－一般－008)

H25-H27年度 総合研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成28年(2016) 3月

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

認知症非薬物療法の普及促進による介護負担の軽減を目指した
地域包括的ケア研究（ H25-認知症一般-008 ）

平成25-平成27年度 総合研究報告書

研究代表者 鳥羽 研二

平成28（2016）年 3月

研究組織

鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	理事長
東 憲太郎	三重県老人保健施設協会	会長
松林 公蔵	京都大学東南アジア研究所	教授
朝田 隆	東京医科歯科大学	特任教授
秋下 雅弘	東京大学大学院医学研究科加齢医学	教授
神崎 恒一	杏林大学医学部高齢医学	教授
山口 晴保	群馬大学大学院保健学研究科	教授
梅垣 宏行	名古屋大学大学院医学系研究科老年科学	講師
栗田 圭一	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	副院長
服部 英幸	国立長寿医療研究センター・精神診療部	部長
遠藤 英俊	国立長寿医療研究センター・長寿医療研修センター	センター長
櫻井 孝	国立長寿医療研究センター・もの忘れセンター	センター長

研究協力者

中居龍平	杏林大学高齢医学	非常勤講師
山田如子	杏林大学高齢医学	臨床心理士
町田綾子	国立長寿医療研究センター	外来研究員
小林義雄	杏林大学高齢医学	
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	
森原剛史	大阪大学大学院医学系研究科精神医学	
亀山祐美、	大田秀隆、石井伸弥、本多正幸、難波真弓	東京大学大学院医学系研究科加齢医学
高道香織	国立長寿医療研究センター	看護研修室長・老人看護専門看護師
清家 理	国立長寿医療研究センター	外来研究員

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. 総合研究報告書要旨 1～ 21 頁

総合分担研究報告書(平成25～27年度)

予防、生活習慣病(認知症と生活習慣病)	松林公蔵	22～ 32
予防、生活習慣病(認知症と糖尿病)	梅垣宏行	33～ 40
地域で早期発見、ケアをする	神崎恒一	41～ 53
認知症のバイオマーカー	秋下雅弘	54～ 64
在宅医療・ケアにおける認知症BPSD対応指針作成	服部英幸	65～ 68
認知症初期集中支援チームとリハ	山口晴保	69～ 77
認知症対応サポートチーム	鷺見幸彦	78～ 81
認知症の包括的アプローチ	櫻井 孝	82～100
地域包括ケアを支える人材育成	遠藤英俊	101～107

別添4. 研究成果の刊行に関する一覧表 108～146

別添5. 研究成果刊行物の別刷り 147～

別添3 総合研究報告書

研究の要旨

研究目的：我々は、認知症の生活機能評価、BPSD、ADL 障害などへの対応マニュアルを作成報告してきた。対応マニュアルの骨格となるのは、薬物療法の功罪を含めた見直しと、非薬物療法の家庭への普及であるが、非薬物療法のエビデンスの研究は不十分であり、対応マニュアルの科学性の質を担保するため、非薬物療法の研究と包括的ケアへの効果判定は同時進行して行う必要がある。これらは家族教室などの住民啓発、身近型認知症疾患医療センター、認知症短期集中リハビリを行うデイケア、もの忘れ外来などの認知症外来、BPSD 対応病棟、身体疾患対応一般病棟におけるデータ収集と対応の効果判定というケア場面、病状進行に応じた時間軸を考慮し、実効性を縦断的に検証し、国家的な対策として提言を行うことを本研究の最大の目的とする。

研究方法：非薬物療法を一つ一つ独立して検証するのではなく患者のニーズにあったケアの選択という視点から、複数の非薬物療法から、介護者が自由に選べる方式とし、結果の評価は、「在宅維持、穏やかな日常、介護負担の軽減」といった共通のキーワードで研究を遂行する。介護者の選択の眼力を高めるため 1) 予防、MCI、軽症、重症といった時間軸に応じた選択 2) 脳の機能異常と保持されている部分に注目した選択 3) ADL 低下、身体合併症といった多様な医療ニーズに応える選択 4) その日の調子に合わせた選択など多様なテーラーメイド選択を試みる。

研究課題の焦点は、これらを可能にする教育普及の方法論の構築と急性期から家庭までの地域連携のモデル化に集約される。認知症疾患医療センター、急性期病院、老人保健施設、グループホーム、デイケア、地域コホートなど認知症に関して研究実績のある研究者を網羅し、All Japan 体制で上記の検討を分担して行う。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、班長が幹事を務めている「認知症医療介護推進会議」を通じて広く医療福祉関係者と国民に対し集合知として提供普及が可能である。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。

結果と考察：

予防

1) 糖尿病は認知機能低下のリスクであるが、耐糖能障害でも数年間で2倍以上の認知機能低下のリスクであり、早期発見上重要な検査所見として扱うべきである。

認知症における糖尿病合併は実行機能障害、SPECTでアルツハイマー典型領域意外の血流低下パターンを示し、糖尿病はアルツハイマー病理意外の部分での認知症加速機序が示唆された(梅

垣、松林)。

2) 起立性低血圧や起立性高血圧は健常高齢者がMCIに陥るリスクである可能性が示唆された(松林)。

早期発見

3) 早期発見としてアルツハイマーの新規バイオマーカーAPP699-711/A81-42がアミロイドメーキングによるアミロイド沈着と相関する成績を報告した(鳥羽、PJAB、2013)。

4) 認知症新規早期診断マーカーとして、血清ACYL-Lカルニチンが認知機能と逆相関する成績を得た(秋下)。

5) 唾液アミラーゼが認知症のスクリーニングに繋がる可能性を見いだした(秋下)。

6) 嗅覚検査で、MCIの早期発見につながるにおいを同定した。認知症でも保存されている、ケアに役立つにおいも同定した(秋下)。

早期～中期非薬物療法

7) オレンジカフェに繋がる家族教室で、RCT 介護者負担感の変化を起こしうるか RCT を行った。Zarit 介護負担尺度で測定できない社会性負担、燃え尽き感などの軽減が認められた。新しい認知症の介護負担尺度の必要性が示された(鳥羽、櫻井、研究協力者：清家)。

8) 三鷹武蔵野認知症地域連携事業において、Zarit介護負担とよく相関する物忘れ相談シートを開発し、実用に供している(神崎)。

9) 独居の認知症高齢女性や社会的交流を行う介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ的な傾向が強いことが明らかとなった(神崎)。

早期～進行期

10) BPSDの程度で一般病院入院可能レベル、認知症疾患医療センター(非精神科単科病院)、精神病院への入院適応を区別する尺度を同定した(服部)。

認知症初期集中支援チームのモデル事業活動実績を分析し、医療への橋渡しは4倍に増加し、国立長寿によるサポート医師の養成、認知症疾患医療センター整備などの効果があがっていると考えられるが、介護保険サービスへの橋渡しは1.6倍にとどまった。介護予防サロンなどの既存の介護保険事業者の参入による多職種サービスが大きな成果をあげた。

11) 一般病棟の認知症受け入れを潤滑にするべく、認知症サポートチームの標準行動指針、DVDなどを作成した。認知症サポートチームは愛知県内に普及してきている。一般病院の認知症うけ入れ限度の目安をBPSD評価(CMAI)で出来ることを示した(服部)。

12) 認知症短期集中リハビリテーションによる在宅復帰促進機能を報告(東)。

13) 介護負担尺度の新しい検討

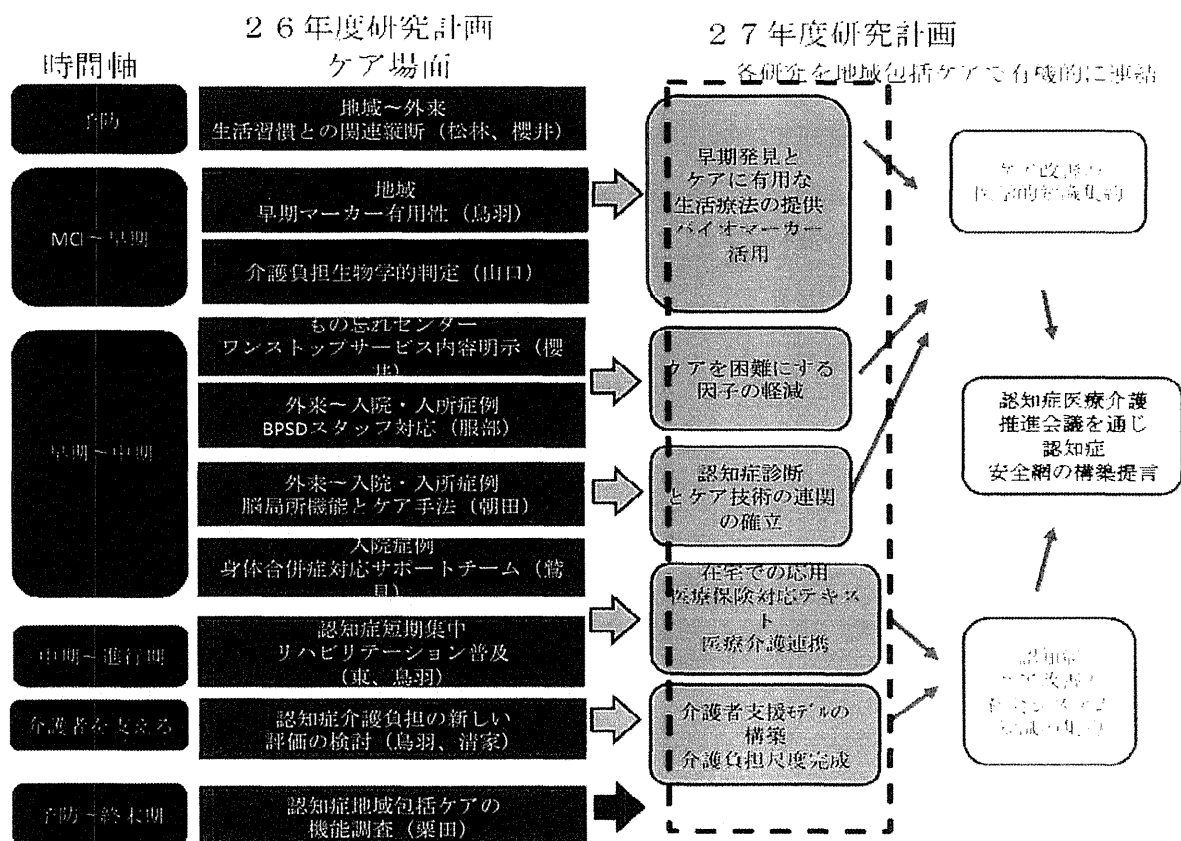
初期の30項目程度の仮評価法を完成、平成27年度には有用性などの評価を行う(鳥羽、清家)。

14) 以上を踏まえ、認知症予防とケアについて、鳥羽、栗田、秋下、神崎、櫻井、山口の5名が、認知症G8レガシーイベントで、講演を行い、大きな内外の反響を得た。

平成24年厚生労働省認知症施策プロジェクトチームは、「かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない」と反省と新しい方向性を示した。具体的には1) かかりつけ医の認知症対応力の向上 2) 「認知症初期集中支援チーム」の設置 3) アセスメントのための簡便なツールの検討・普及 4) 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備 5) 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備が挙げられている。

本研究班により期待される成果は、正しい見方(診断)に裏打ちされた、MCIから終末期まで、非薬物療法のエビデンスに基づく「適切な対応」を系統だって構築することであり、今後の施策方向性に合致するのみならず、具体的施策の殆どの領域に、「実際の方法」と「裏打ちされる成績」をセットで提供するものであり、施策の微修正に直接反映されるものである。

結論=本研究班により得られた成果は、新オレンジプランの肉付けに役立ち、モデル事業を通じて、全国展開のためのする資料になると思われる。



考察

現在、認知症は、介護保険レベルで約320万人、長寿科学研究班の地域調査では462万人以上で、予備軍であるMCIも400万人いるとされる。認知症は今後さらに増加が予測され、まさに「国民病」として対処する必要がある。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。

我々は、認知症の生活機能評価、BPSD、ADL 障害などへの対応マニュアルを作成報告してきた。対応マニュアルの骨格となるのは、薬物療法の功罪を含めた見直しと、非薬物療法の家庭への普及であるが、非薬物療法のエビデンスの研究は不十分であり、対応マニュアルの科学性の質を担保するため、非薬物療法の研究と包括的ケアへの効果判定は同時進行して行う必要がある。これらは家族教室などの住民啓発、身近型認知症疾患医療センター、認知症短期集中リハビリを行うデイケア、もの忘れ外来などの認知症外来、BPSD 対応病棟、身体疾患対応一般病棟におけるデータ収集と対応の効果判定というケア場面、病状進行に応じた時間軸を考慮し、実効性を縦断的に検証し、国家的な対策として提言に繋がった。

本研究の最大の特徴と独創性は、非薬物療法を一つ一つ独立して検証するのではなく患者のニーズにあったケアの選択という視点から、複数の非薬物療法から、介護者が自由に選べる方式とし、結果の評価は、「在宅維持、穏やかな日常、介護負担の軽減」といった共通のキーワードで研究を遂行した。介護者の選択の眼力を高めるため 1) 予防、MCI、軽症、重症といった時間軸に応じた選択 2) 脳の機能異常と保持されている部分に注目した選択 3) ADL 低下、身体合併症といった多様な医療ニーズに応える選択 4) その日の調子に合わせた選択など多様なテーラーメイド選択を試みた。

研究課題の焦点は、これらを可能にする教育普及の方法論の構築と急性期から家庭までの地域連携のモデル化に集約される。認知症疾患医療センター、急性期病院、老人保健施設、グループホーム、デイケア、地域コホートなど認知症に関して研究実績のある研究者を網羅し、All Japan体制で上記の検討を分担して行った。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、班長が幹事を務めている「認知症医療介護推進会議」を通じて広く医療福祉関係者と国民に対し集合知として提供普及が可能となった。我が国の認知症医療福祉への多大な貢献がされる基礎資料にあると確信する。

期待される成果

平成24年厚生労働省認知症施策プロジェクトチームは、「かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない」と反省と新しい方向性を示した。具体的には1) かかりつけ医の認知症対応力の向上 2) 「認知症初期集中支援チーム」の設置 3) アセスメントのための簡便なツールの検討・普及 4) 早期診断等を担う「身

近型認知症疾患医療センター」の整備 5) 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備が挙げられている。

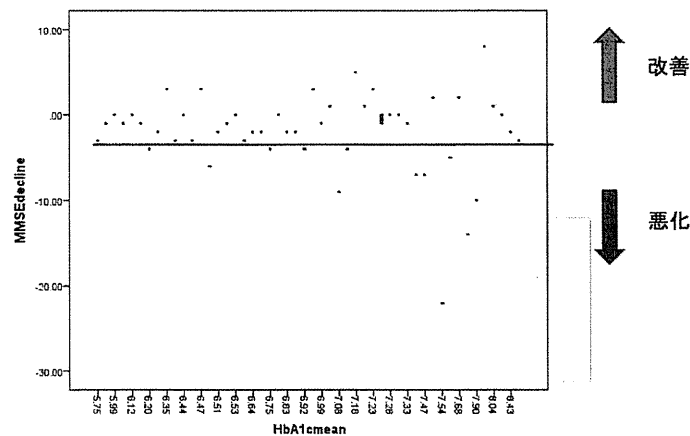
本研究班により期待される成果は、正しい見方（診断）に裏打ちされた、MCIから終末期まで、非薬物療法のエビデンスに基づく「適切な対応」を系統だって構築することであり、今後の施策方向性に合致するのみならず、具体的施策1)～5)の殆どの領域に、「実際の方法」と「裏打ちされる成績」をセットで提供するものであり、施策の微修正に直接反映されるものである。今後展開される地域包括ケア時代の認知症ケアモデル事業を通じて、全国での民間利用に活用されることを望んでいる。

研究成果の概要

予防と早期発見

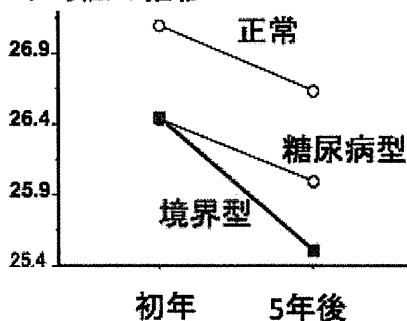
- 1) 血糖管理と認知症の進展を縦断的に解析し、HbA1cの良好な群ではMMSEの低下が少なく、認知機能悪化を防ぐ上で血糖コントロールの大切さを縦断的に示した（梅垣）。

9年間の平均HbA1cとMMSEの変化



地域住民に関して、ブドウ糖負荷試験を行った208名の認知症発症は横断調査ではMMSE<23となるリスクは、糖尿病型で31%、2.7倍であった。5年間の縦断調査では、耐糖能障害の認知症発症率は22%、2.4倍であり、耐糖能障害の認知症発症危険リスクが初めて示された（松林）。

MMSE平均値の推移

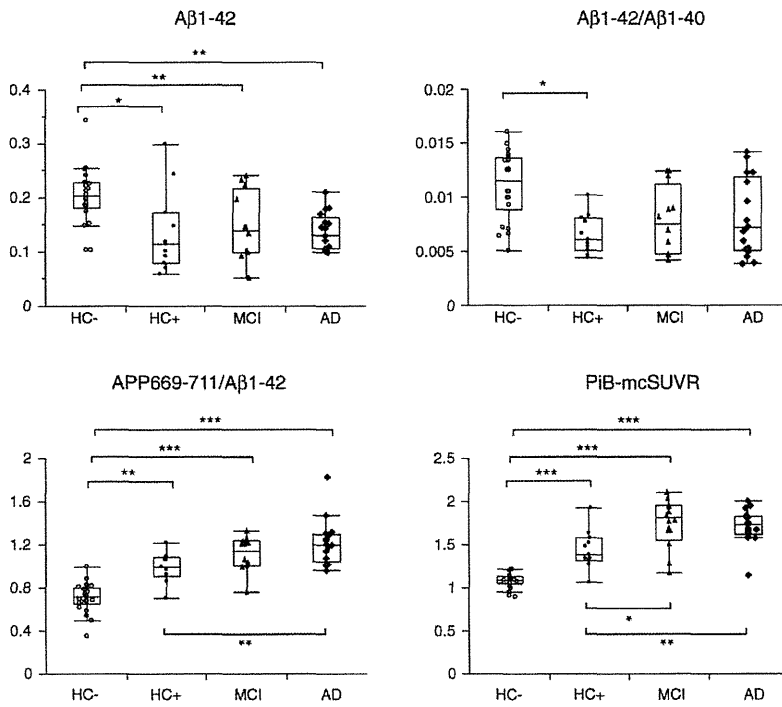
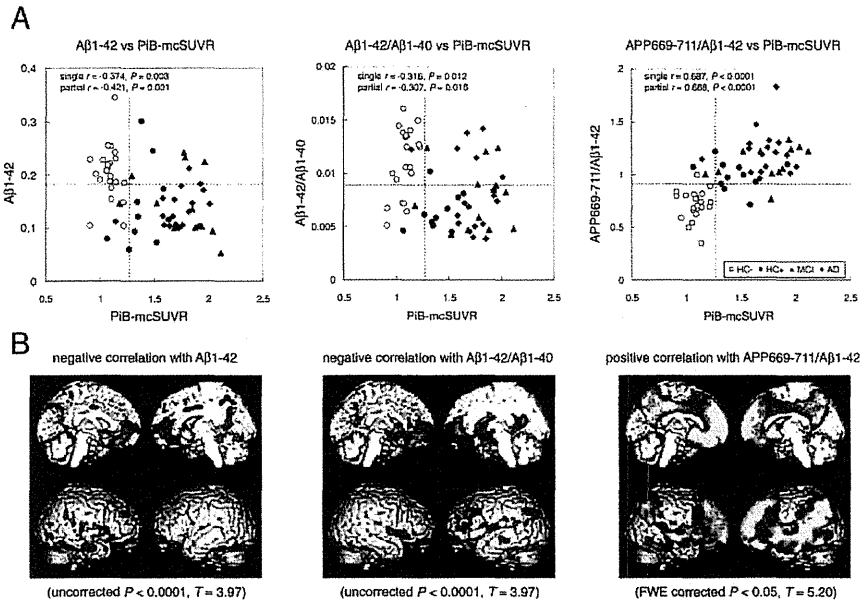


正常型と糖尿病型は、5年後に、平均0.5点の低下を認めたが、境界型では、1点の低下を示した。

正常高齢者における血圧との関連では、起立性低血圧、起立性高血圧、降圧剤未使用がMCIに有意に多く見られた（松林）。

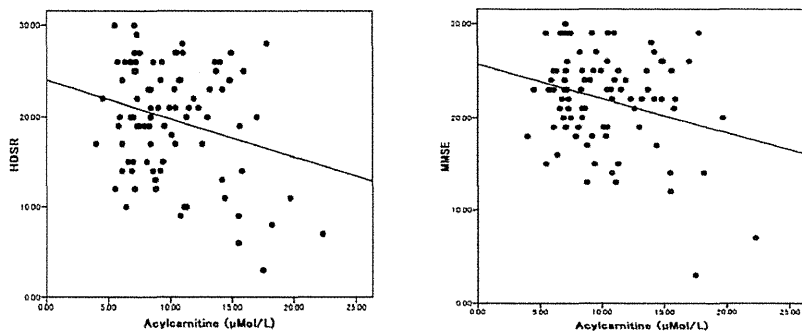
2) 早期発見として

アルツハイマーの新規バイオマーカーAPP699-711/Aβ1-42がアミロイドメーキングによるアミロイド沈着と相関する成績を報告した（鳥羽、PJAB、2013）。



3) 認知症新規早期診断マーカーとして、血清ACYL-Lカルニチンが認知機能と逆相関する成績を得た(秋下)。

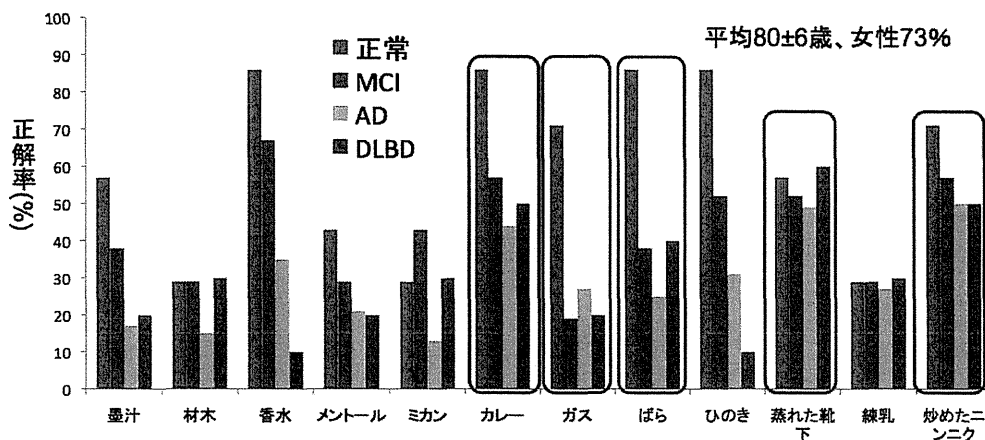
血清Acyl-カルニチンと認知機能との関連



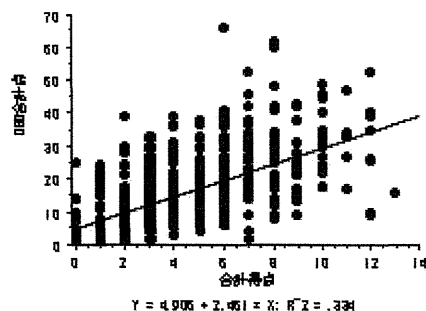
4) 嗅覚検査で、MCIの早期発見につながるにおいを同定した。認知症でも保存されている、ケアに役立つにおいも同定した (秋下)。

早期診断マーカー 嗅覚検査OSIT-J

- ・正解数は、MMSEの遅延再生0~1点群で 3.8 ± 2.6 、2~3点群で 6.6 ± 3.5 と、遅延再生が障害された群で嗅覚機能の低下を認めた($P < 0.05$)。
- ・認知症でも45%がカレー、蒸れた靴下、炒めたにんにくの匂いを同定できる。
- ・ガスとバラの匂いはMCI から正解率が著しく低下する。

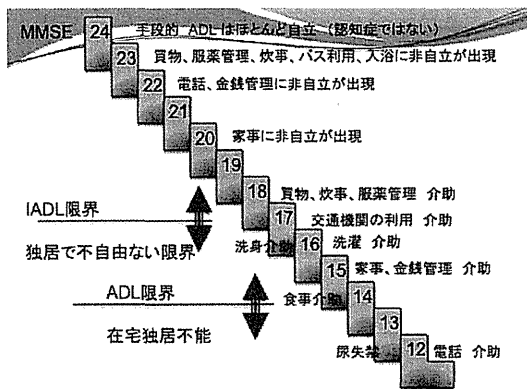


5) 家族が記入する認知症早期診断のためのツールを開発し、感度、特異度、有効性を検討し、認知症のスクリーニングツールとして有効かつ妥当であると考えられた (神崎)。



6) 早期発見ツールとして IADL で、服薬管理、金銭管理、電話の3項目が認知症の予測因子であった。(研究協力者：町田、鳥羽 J Geriat Soc 2012)。

昨年、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。



IADLに関し、男女共通項目の完全自立の割合と Mini-mental state examination (以下 MMSE) の得点をカットオフ値 23/24⁴⁾を用い、MMSE16点以上の症例 693名(男性 227名、女性 466名、平均年齢 75.9±8.0歳)症例を比較検討した。

さらに電話使用と服薬管理、電話の使用と財産管理が完全自立の可否で ROC 曲線を作成したところ、いずれも有意な曲線を描き、ROC 曲線下面積(area under the curve : AUC)は、電話使用と服薬管理では 0.794(95%信頼区間 0.760~0.828)($p<0.001$)、電話の使用と財産管理は 0.789(95%信頼区間 : 0.751~0.819)($p<0.001$)であった。この ROC 曲線より求めたカットオフ値 23/24 において電話の使用と服薬管理では sensitivity 0.72、specificity 0.74(図)。

本人または家族から、もの忘れの訴えがある633人を調査
MMSEによる、認知症の疑い(23点以下)は
手段的ADL2つの組み合わせ聴取で、
70%以上の感度、特異度でスクリーニング可能

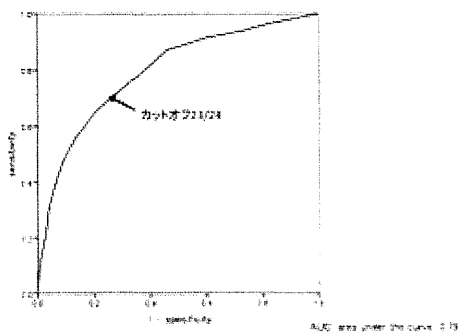


図1 軽度認知症検出におけるADL(電話、服薬管理)の自立のROC曲線
カットオフ値23/24においてsensitivity0.72 specificity0.74となる。

電話の使用と服薬管理の2項目を用いたスクリーニングが有用であると考えられる。また、服薬なしの場合に財産管理を評価するという使用方法も可能である。

7) これと並行して、認知症の地域連携に役立つ研究として、初期認知症のチェックリストである認知症初期症状 13 項目質問票 Symptom of Early Dementia -13 Questionnaire (SED13Q) を改良し、11 項目版 Symptom of Early Dementia -11 Questionnaire (SED-11Q) を開発した。SED-11Q はカットオフ値を 2/3 としたとき、認知症と正常の弁別感度 84%、特異度 90%となり、診療ではこのカットオフ値を、認知症の詳しい検査に進む目安とすることができる。地域で認知症スクリーニングに用いる場合は 3/4 のカットオフ値を用いることで感度は 76%と下がるが、特異

度が 96%となる。妄想と幻覚の 2 項目は、いずれかにチェックが付いたら受診を奨める項目とした。

本人記入

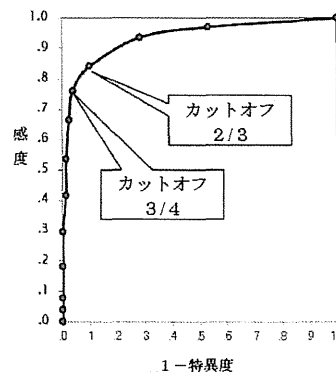
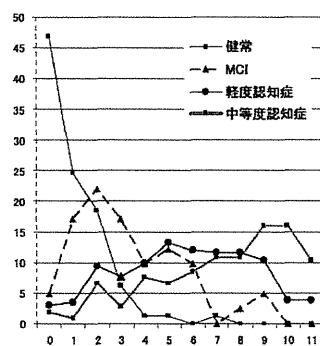
質問票

記入日： 年 月 日
 お名前 ID:

記入方法 ご本人記入 ・ 聞き書き

最近ご自身の1か月の状態について、あてはまるものに○を付けてください。
 (ただし、原因が痛みなど身体にあるものは除きます。)

<input type="checkbox"/>	同じことを何回も話したり、尋ねたりする
<input type="checkbox"/>	出来事の前後関係がわからなくなった
<input type="checkbox"/>	服装など身の回りに無頓着になった
<input type="checkbox"/>	水道栓やドアを閉め忘れ、後かたづけがきちんとできなくなった
<input type="checkbox"/>	同時に二つの作業を行うと、一つを忘れる
<input type="checkbox"/>	薬を管理してきちんと内服することができなくなった
<input type="checkbox"/>	以前はてきばきてきた家事や作業に手間取るようになった
<input type="checkbox"/>	計画を立てられなくなった
<input type="checkbox"/>	複雑な話を理解できない
<input type="checkbox"/>	興味が薄れ、意欲がなくなり、趣味活動などを止めてしまった
<input type="checkbox"/>	前よりも怒りっぽくなったり、疑い深くなった
<input type="checkbox"/>	合計項目数



さらに SED-11Q を本人と介護者双方が記入して比較することで、病識を評価できることを示した。MCI 13 例、軽度アルツハイマー型認知症 (ADD) 73 例、中等度 ADD 21 例の本人と介護者のペアを対象とした。その結果、MCI レベルでは本人介護者間の乖離は有意ではないが、軽度 ADD で本人の評価が有意に低く (能力を過大評価) なり、中等度 ADD では乖離がさらに拡大し、本人の自覚はさらに低下した。ADD の進行に伴い、本人の病識は低下する。本人のチェック結果を介護者に示すことで、この事実を介護者が理解し、家族教育で「本人は失敗の自覚をあまりもっていないこと」を伝え、受容して叱らないように、なるべく褒めるように指導することで、介護負担を減らすことに貢献する (山口)。

早期～中期非薬物療法

8) オレンジカフェに繋がる家族教室で、RCT介護者負担感の変化を起こしうるかRCTを行った。介護者のストレスに対する介入のために、教育的支援プログラム(CEP)を作成し、「介護者への教育的支援によりコーピングや肯定的介護評価を獲得することで、介護者のストレス (抑うつ・バーンアウト) が

軽減する」という仮説を RCT にて検証した。

CEP の内容は、認知症の病識（医療領域）、認知症の症状に合致したかかわり方（ケア領域）、認知症をもつ人の理解方法（ケア領域・心理学領域）、自己の介護環境の理解と社会的支援の活用方法（福祉領域）からなり、レクチャーのみならず、グループワークやグループディスカッションなど、相互交流が図れるものを導入した。研究デザインとしてクロスオーバーRCT を用い、54 名の参加者を CEP 参加群、自習群（教育的支援プログラムとほぼ構成内容が同じ冊子をセレクト）に 27 名ずつ割り付けた。主要評価項目は、介護者のストレス（DBD、ZBI-J）、介護者のストレス媒介要因（介護コーピング、介護評価）、介護ストレスアウトカム（CES-D、BM-J）である。

登録した 54 名中、41 名が教育支援プログラムを完遂した。DBD スコアの変動は両群で確認されなかった。CEP 参加群の 3 か月変化量につき、「抑うつ」、「バーンアウト」スコアは有意に減少、介護コーピングでは、「気分転換を図る」、「公的支援の活用」スコアの上昇、介護評価では「介護充足感の獲得」スコアが上昇した。「介護コーピング」や「肯定的介護評価」の上昇が、ストレス緩衝になり、最終的に介護ストレスを低減させたと考えられた。Zarit 介護負担尺度で測定できない社会性負担、燃え尽き感などの軽減が認められた。

新しい認知症の介護負担尺度の必要性が示された（鳥羽、櫻井、研究協力者：清家）。

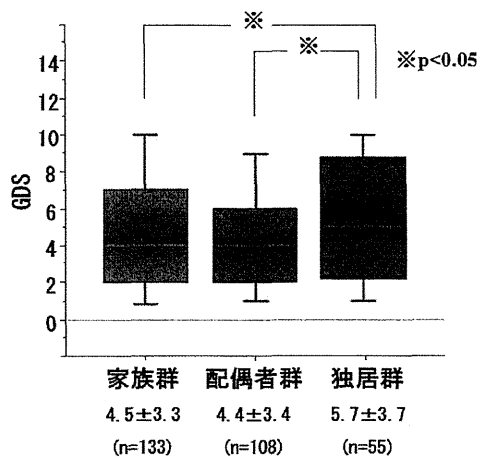
9) 認知症短期集中リハビリテーションによる在宅復帰促進機能を報告したが、本年度は介護予防サロンを全国展開し、フレイル予防と認知症の早期発見に繋がった（東）。

老健施設における認知症リハビリテーション研究と前橋市で実施している「認知症初期集中支援チーム」の活動では、個別リハではなく小集団リハで検討した。23 名をランダムに 2 群に分けて、3 ヶ月間の介入を行い、両群間で検討すると、認知症の全般的重症度（MOSES）が有意に改善し、主観的 QOL の維持・改善傾向も認めた。認知症短期集中リハビリテーション実施加算は入所から 3 か月間限定であるが、その後は小集団によるリハ継続が望まれる（山口）。

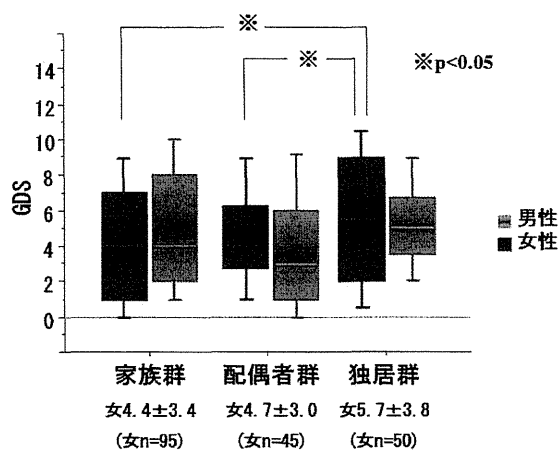
10) 認知症におけるうつの実態を把握した。

認知症高齢者の抑うつ傾向に、独居と非独居との間で違いがあるか、また介護保険サービス利用の有無で抑うつ傾向に差が認められるかについて、杏林大学医学部附属病院もの忘れセンターの通院患者 298 名（平均年齢 79.0 ± 7.4 歳，男性 107 名，女性 191 名）とその介護者同数名に対して検討し、独居の認知症高齢女性や社会的交流を行う介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ的な傾向が強いことが明らかとなった（神崎）。

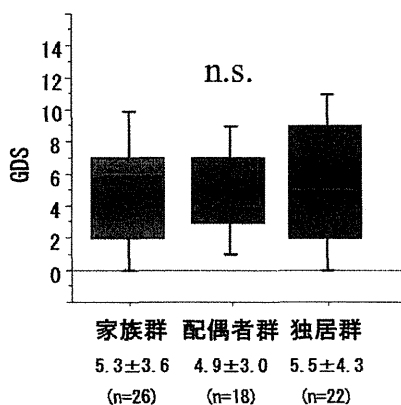
家族構成3群別のGDSの比較



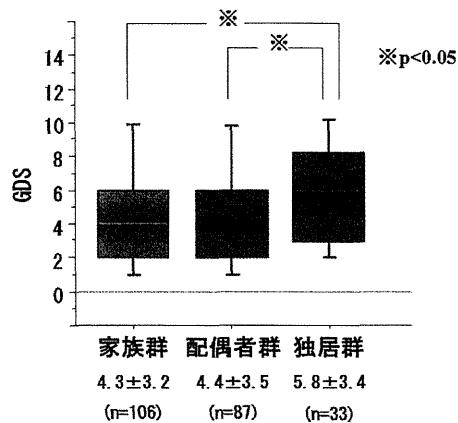
家族構成3群別のGDS (男女別)



家族形態3群別のGDSの比較 (介護保険サービス利用群)



家族形態3群別のGDSの比較 (介護保険サービス非利用群)



早期～進行期

1 1) 在宅医療におけるBPSD対応の論点(表)を整理し、現状と課題、解決への道筋を分担で執筆することとなった。成果物として平成28年度には出版予定(服部)。

(表)

在宅医療と認知症(総論的解説)

在宅支援と認知症 BPSD・問題点はなにか

BPSDがひきおこすさまざまな支障

認知症の基礎知識を簡単におさらい:

認知症の基礎疾患を簡単におさらい

認知症と区別しにくい状態—せん妄

認知症に用いられる薬を簡単におさらい

BPSDはなぜ起こるか

アセスメントのやり方(症状の捉え方)

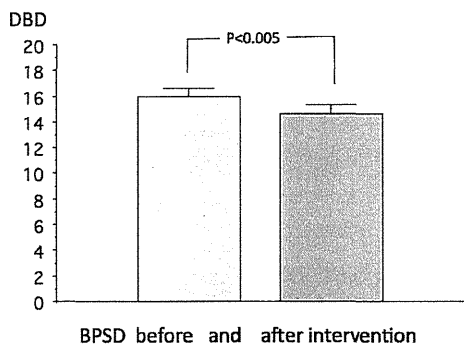
認知症家族の心理と対応

在宅BPSDへの多職種対応のすすめ方

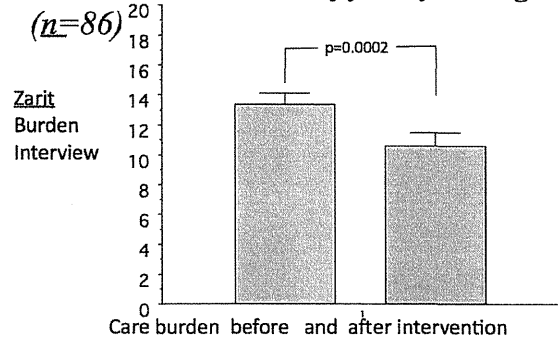
認知症初期集中支援チームのモデル事業活動実績を分析し、医療への橋渡しは4倍に増加し、国立長寿によるサポート医師の養成、認知症疾患医療センター整備などの効果があがっていると考えられるが、介護保険サービスへの橋渡しは1.6倍にとどまった。

認知症初期集中支援チーム介入により、BPSD（左）と家族の介護負担（右）に有意な改善が見られた（驚見）。

Initial-Phase Intensive Support Team (IPIST)
improved BPSD of persons with dementia (n=103)



Initial-Phase Intensive Support Team (IPIST)
reduced care burden of family care-givers (n=86)



1 2) 一般病棟の認知症受け入れを潤滑にするべく、認知症サポートチームの標準行動指針、DVDなどを作成した。認知症サポートチームは愛知県内に普及してきた。

**認知症サポートチーム：
Dementia & Delirium Support Team (D²ST)**

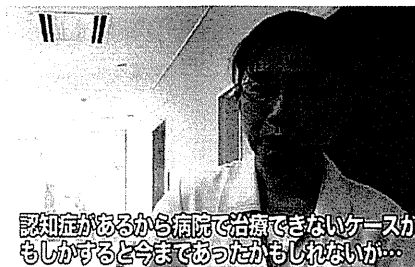
様々な原因によって入院した認知症患者を診療する
医療スタッフへのサポート

年間173例 3-4例/ラウンド
(多動、昼夜逆転・睡眠障害、大声)

- ① 認知症専門医、認知症認定看護師、老年看護認定看護師
認知症病棟棟長、臨床心理士、精神保健福祉士で構成
- ② 入院患者の中の認知症患者評価、病棟内での看護アドバイス
- ③ 認知症身体合併症治療病棟転棟の適応判断



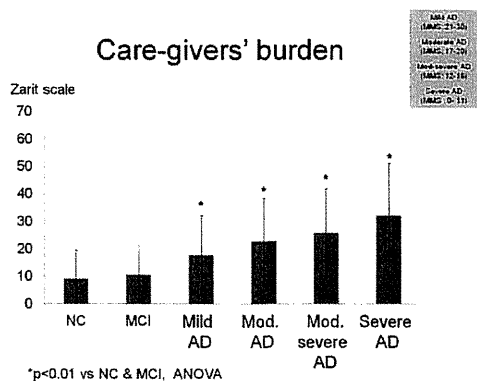
認知症の有病の場合	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症	<input type="checkbox"/> レビー小体型認知症
	<input type="checkbox"/> 脳血管性認知症	<input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症
	<input type="checkbox"/> その他	
副科(認知症を診ている)医師		
Zaritel Index	点	看護度
	A- I A- II A- III A- IV	
	B- I B- II B- III B- IV	
	C- I C- II C- III C- IV	
現在困っている点 DST要請理由	<input type="checkbox"/> ルートトラブル <input type="checkbox"/> 寝床 <input type="checkbox"/> 転倒・転落リスク <input type="checkbox"/> 暴言 暴力 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 落ち着きない <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> ケア拒否 <input type="checkbox"/> 抑うつ・意欲低下 <input type="checkbox"/> 食事量低下・拒食 <input type="checkbox"/> 帰宅要求 <input type="checkbox"/> 不眠	



一般病院の認知症うけ入れ限度の目安をBPSD評価 (CMAI) で出来ることを示した(服部)。

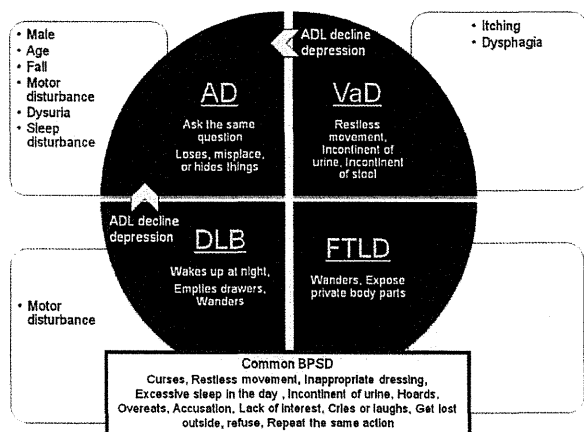
1 3) 介護負担の巨大データベースにおける検討 (櫻井、鳥羽)。

介護負担は認知症とともに増加するが、BPSDが最も強く関連する。MCIから、言いがかり、大声、同じことを聞く、尿失禁などのBPSDは、介護負担の原因となる。認知症の進行に伴い、無関心、夜間徘徊、便失禁、夜間徘徊、便失禁、暴言、昼寝てばかり、落ち着きなさ、が介護者にとって負担になっている (櫻井)。



	Life function	Physical illness	BPSD
NC		Fx, hearing disturbance, visual impairment, dizziness, constipation, ear-noise, polyuria, incontinence, pain in lower limbs > 30%	Overeats, Lack of interest, Ask some question
MCI			Accusation
Mild	IADL impairment	Motor disturbance	Refuse, Hoards, Repeat the same action, Incontinence of urine
Mod.	IADL decline	Fall, Sleep disturbance	Curse, Excessive sleep in the day, Wakes up at night, Inappropriate dressing
Med. severe		Dysuria	Cries or laughs, Incontinence of stool
Severe		Susurrus aurium	Restless movement

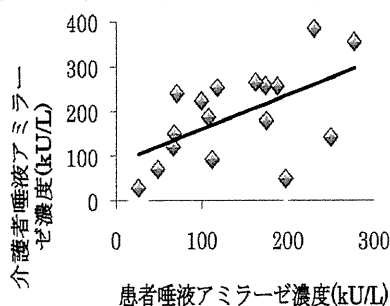
Differential factors to cause caregivers' burden in demented disorders



1 4) ケア反応性のBPSD尺度DBD 1 3を開発した (町田、鳥羽)。

コメディカルでも家族でも評価可能なBPSD尺度で、ケアの良し悪しを反映するDBD13を開発した。

15) 当事者と介護者共通のストレス指標として、唾液アミラーゼの相関を示した(秋下)。



16) 介護負担尺度の新しい検討

初期の30項目程度の仮評価法を完成、平成27年度には有用性などの評価を行った(鳥羽、清家)。

要数設定マトリックス

	起源1：介護者	起源2：要介護者	起源3：介護者と要介護者を含めたFamily
QOL定義1 身体的	①	⑥	⑪
QOL定義2 心理的	②	⑦	⑫
QOL定義3 精神的(思想・信念・道徳的観念)	③	⑧	⑬
QOL定義4 社会的関係(ネットワーク)	④	⑨	⑭
QOL定義5 社会的環境(サポート)	⑤	⑩	⑮

17) 認知症短期集中リハビリテーション

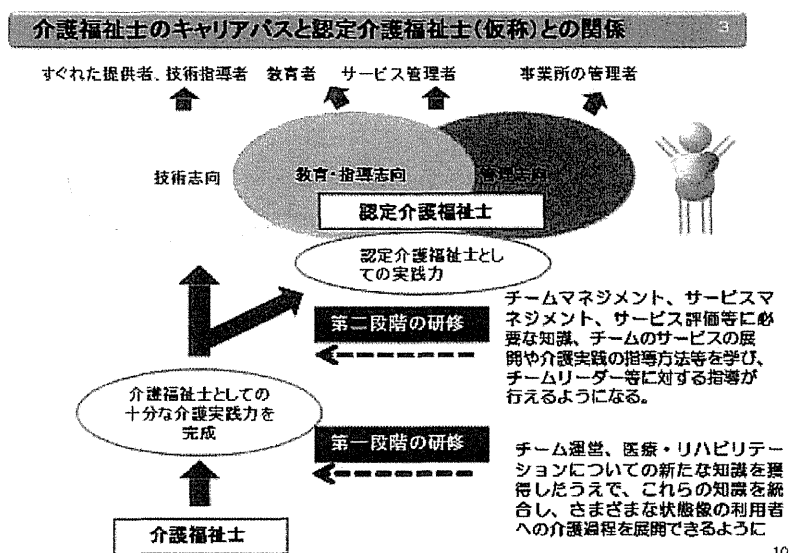
現在全国の認知症患者数は400万人以上、予備軍を含めるとその倍の数にのぼり、今後さらに急激に増加することが予測され、認知症患者とその家族の介護負担の苦しみが社会問題化しており、まさに「国民病」として対処する必要がある。そんな中、老人保健施設から生まれた「認知症短期集中リハビリテーション」が、認知症の進行を予防し、心の健康維持(意欲・活動性)を通じADLの改善、BPSDの改善に極めて効果的であることが実証され、本年12月の中央社会保険医療協議会でも取上げられ注目されているところだが、様々な要因により、未だ全国的に普及していないのが現状である。

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来るが、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（東）。

1 8) 認知症介護研修を概観し、新しい方向性を考察した（遠藤）。



1 9) 認知症の地域包括医療ケアシステムの課題

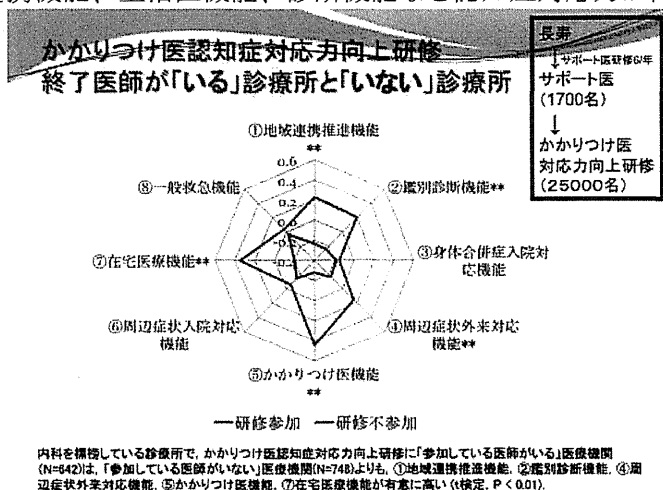
1 9- 1) サポート医師研修の評価

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。

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。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。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。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(鷲見)。

参考、すでにサポート医師の能力について、一般医師との比較検討はしてきている。

栗田は、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。

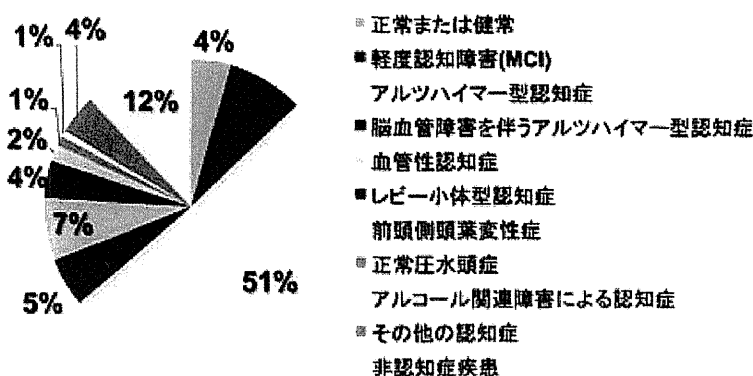


一方精神科医のいる診療所は、BPSD 対応機能、診断機能はすぐれているものの、かかりつけ医機能や、在宅医機能、一般救急機能は精神科医のいない診療所より劣っていた。

19-2) 認知症疾患医療センターの評価

疾患統計で最も大規模な調査が行われ、認知症の半数以上がアルツハイマー型認知症であることが再確認された【図】。

認知症疾患医療センター外来新患受診者の診断別割合
(2012.4.1-2012.7.31, N=11,979, 医療施設数=113)



平成24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「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」
(主任研究者：鳥羽研二、分担研究者：栗田圭一)

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、精神科中心の従来の施設が再申請しているケースが多く、患者/家族のニーズに満足しているか疑問である。