

博士学位論文

地域包括支援センター専門職を対象とした
認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた
医療機関との連携実践に関する研究

平成30年3月

杉山 京

岡山県立大学大学院

保健福祉学研究科

要 旨

本学位論文は、地域包括支援センター（以下、包括）の専門職を対象に認知症が疑われる高齢者（以下、認知症者）の鑑別診断に向けた受診援助における医療機関との連携実践に関する研究を行ったものである。

認知症は、認知機能障害のみならず、多彩な行動・心理症状を呈し、ミクロ・メゾ・マクロのレベルで多大な負の影響を及ぼす疾患である。その一方、近年では認知症の原因疾患の半数を占める「アルツハイマー病」などの進行遅延薬が開発され、一部の疾患では治療法が確立しつつあることで、その影響を最小限に留めることが可能になってきている。またこれによる大きな効果を見込むためには、認知症者に対して発症後の早期から適切な治療を開始することが重要であり、認知症者の早期発見・早期受診への対策が急務とされる。包括は、その実現に向けた中核機関として位置づけられているものの、受診に直結する援助でもある医療機関との連携に難渋している現状がある。そこで本論文では、包括の専門職による医療機関との連携実践に関する実態と、当該実践の関連要因を実証的に明らかにすることとした。

第 1 章では、認知症者が早期に認知症専門医のいる医療機関での受診を可能とするための保健医療福祉の専門職・非専門職による連携モデルの開発を行った。既存の国策ならびに先行研究などを参考に、認知症者の早期発見・早期受診において要となる者の選定を行い、インボランタリー・クライアントへのアプローチに関する理論を参考に、実践理論レベルを想定した理論モデルを構築した。その結果、早期発見・早期受診の要となる専門職・非専門職として、地域住民、民生委員、包括、認知症専門医のいる医療機関が推測され、各人および機関が遂行すべき役割と一連の有機的な連携の過程が示された。また認知症者の受診の中核には包括が位置しており、包括による受診援助の重要性が再確認された。

第 2 章では、包括の専門職による医療機関との連携実践の実態を明らかにした。本研究では、当該実践に関する現状と課題を明示するため、「かかりつけ

医」ならびに「認知症専門医のいる医療機関」との連携実践について各々潜在クラス分析を用いて類型化を行った。加えて、推定された両連携実践の各潜在クラス間に共分散を認め、両者の関係性を検討した。その結果、「かかりつけ医との連携実践」では 5 クラス(【情緒的関与要統制型】【現病情報収集困難型】【連携難渋型】【連携擬態化型】【連携実践型】), 「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」では 4 クラス(【情緒的関与要統制型】【連携難渋型】【連携擬態化型】【連携実践型】)が抽出された。また両連携実践の潜在クラスの組み合わせについて、ともに【連携実践型】の特徴を呈する専門職は全体の約 4 割に留まっていた。「かかりつけ医との連携実践」が【連携実践型】である専門職の 90.2%が、「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」も【連携実践型】であり、高い一致性を示した。以上より、両連携実践に向けた介入が独立したものでないことがうかがわれた。

第 3 章では、包括の専門職による医療機関との連携実践に関連する要因を明らかにするため、「認知症に関する知識」などを専門職レベルの、包括の医療機関の整備状況を都道府県レベルの独立変数に、「かかりつけ医との連携実践」「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」を従属変数としたモデルをそれぞれ構築し、マルチレベル構造方程式モデリング(パス解析)により各変数間の関係性を検討した。その結果、「かかりつけ医との連携実践」には専門職レベルのうち「かかりつけ医の協力度」「会議開催数」「認知症専門医療機関への受診方法の知識」などの 4 要因が有意な関連を示し、都道府県レベルでは「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数」は非有意であった。また「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」には、専門職レベルのうち「認知症専門医療機関への受診方法の知識」「認知症の診断方法の知識」「受診待機日数の調整機能」など 5 要因と、都道府県レベルでは「認知症疾患医療センターの設置数」「認定専門医数」が有意な関連を示した。

第 4 章では、以上の結果を踏まえて本論文の結論を述べた。包括の専門職による医療機関との連携実践を促進するためには、「認知症専門医療機関への受診方法」「認知症の診断方法」に関する知識を高めるとともに、多職種間で認

知症者の受診事例を協議する場（会議など）を設けることが求められた。また現在国策として推進されている「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は包括との連携に直接的な関連を示さず、受診に対する医師の意識向上を目指した新たな取り組みが求められた。さらに、「認知症疾患医療センター」の設置や認知症関連学会による「認定専門医」の養成の有用性が定量的に明らかになり、今後の認知症施策の方向性が提示できた。

目 次

第 1 章 序論	1
第 1 節 わが国における認知症を取り巻く現状	1
第 2 節 認知症者の早期発見・早期受診に向けた保健医療福祉連携 モデルの構築	6
第 3 節 本研究の目的と研究の枠組み	13
第 2 章 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者 の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践の実態	19
第 1 節 本章の研究目的	19
第 2 節 研究方法	20
第 3 節 調査対象者の属性分布	23
第 4 節 地域包括支援センターの専門職におけるかかりつけ医との 連携実践の類型化	24
第 5 節 地域包括支援センターの専門職における認知症専門医のいる 医療機関との連携実践の類型化	28
第 6 節 地域包括支援センターの専門職における「かかりつけ医との 連携実践」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の関係性	32
第 7 節 考察	34
第 3 章 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者 の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践と関連要因の検討	43

第 1 節	本章の研究目的	43
第 2 節	研究方法	44
第 3 節	地域包括支援センターの専門職におけるかかりつけ医との 連携実践と関連要因の検討	49
第 4 節	地域包括支援センターの専門職における認知症専門医のいる 医療機関との連携実践と関連要因の検討	55
第 5 節	考察	60
第 4 章	結論	67
第 1 節	本研究のまとめと研究意義	67
第 2 節	臨床応用の可能性と認知症対策の方向性	69
第 3 節	本研究の限界と今後の課題	78
引用・参考文献	81
謝辞	97
付記	98

第 1 章 序論

第 1 節 わが国における認知症を取り巻く現状

1. 認知症者を取り巻く現状と課題

わが国における認知症の有病者数は、2012 年時点で 462 万人、2030 年には 730 万人、2050 年には 1,016 万人になることが推計され¹⁾、その有病率も経年変化とともに伸長している²⁾。また認知症は「一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態」と定義されるように³⁾、発症に伴う多くの危険性が報告されているところである。

認知症が及ぼす負の影響については、認知症者や家族といったミクロ・メゾのレベルに留まらず、社会経済などのマクロレベルまでに焦点が当てられ、検証が行われている。例えばミクロ・メゾレベルでは、認知症者の平均余命の減少⁴⁻⁶⁾、身体機能の低下、家計に対する経済的逼迫の増大^{7, 8)}、認知症者と家族の QOL の低下⁸⁻¹²⁾、介護ストレスの増大^{8, 13, 14)}といった危険性が指摘されている。またマクロレベルでは、医療費や介護費、インフォーマルケアコストといった社会的コストの観点からの検討が行われ¹⁵⁻²¹⁾、認知症が与えるわが国への社会的コストは 2012 年時点で 14.5 兆円、2060 年には 24.3 兆円にも上り²⁰⁾、その影響の大きさがうかがわれる。そして、このような将来における危機状況の発生を予防し、認知症者の増加に伴う影響を最小限に留めるためにも、認知症に対する喫緊の対応が求められている。

2. 認知症の早期発見・早期受診の重要性

わが国における認知症対策は、近年、前項に示した危機状況の発生予防もしくは軽減のため、認知症者を早期発見・早期受診し、発症後早期に適切な治療を開始することを目指し、国家戦略として推進している。

その背景には、認知症医療に関する多くの研究成果が蓄積されたことが大き

い。具体的には、第一にアルツハイマー病などの原因疾患に有効な進行遅延薬²²⁾が開発されたことが挙げられる。わが国においては現在、ドネペジルやガラントミン、リバスチグミン、メマンチンの4薬剤が認可されているが、これらはいずれも認知機能障害の改善に有効であることが確認されている²³⁾。またドネペジルにおいては、症状の進行度別に服薬効果の検証がなされ、発症後早期に治療を開始するほど、将来にわたる認知機能の改善に伴う効果が大きいことが示されている^{24, 25)}。

また第二に、認知症の原因疾患のなかでも「特発性正常圧水頭症」「慢性硬膜下血腫」「ビタミンB₁₂欠乏症」「甲状腺機能低下症」などについて、治療法が確立しつつあり、回復が期待できるようになったことがある²⁶⁻³¹⁾。特に、わが国における高齢者人口の約1.4%に有病の可能性が疑われる「特発性正常圧水頭症」³²⁾は、シャント手術による治療法が確立したため、治療による予後が良好であることが報告されている³³⁾。ただし、その治療法は原因疾患への完治を意味し、一度損傷した脳の再生は不可能であるため、認知機能の回復には限界がある。そのため第一と同様に、発症後の早期発見・早期受診は不可欠である。

第三には、第一、第二で述べた適切な治療を行うことによって、前項で指摘された認知症によるミクロ・メゾ・マクロに及ぶ影響、平均余命の伸長³⁴⁻³⁶⁾やQOLの維持・向上^{34, 37-44)}、介護負担の軽減^{38, 39, 45, 46, 48)}、経済的負担の軽減⁴⁹⁻⁵⁴⁾への期待が示されたことが挙げられる。例えば平均余命については、発症後の平均余命(期待値)をドネペジルの投薬群と非投薬群で比較した結果、前者は平均7.9年であったのに対し、後者は5.3年であったとことが示され、薬物療法による平均余命への影響が確認されている。またLopezら³⁵⁾によると、ドネペジルなどのコリンエステラーゼ阻害薬(以下、ChE阻害薬)を投薬することは、介護サービス利用までの期間を遅延させ、発症後の早期に治療を開始するほど、より大きな効果が期待できると述べている。

またQOLについては、ChE阻害薬の投薬群とプラセボ投薬群でアルツハイマー病患者のQOL尺度であるQOL-AD^{55, 56)}やDEM-QOL⁵⁷⁾、DEM-QOL Proxy⁵⁷⁾を用いて比較した結果、QOLの得点に差があったことが確認され^{34, 37-}

⁵¹⁻⁴¹⁾、認知症治療による認知症者の QOL の維持・向上に関する可能性が示されている。また、認知症者の QOL 改善のためには、心理社会的な介入を組み合わせることで、より高い効果を得ることができることも確認されている⁴²⁾。さらに、このような認知症者への QOL 改善に関する介入が、家族などの介護者の QOL の維持・向上にも寄与することが報告されており^{38, 39, 43, 44)}、第一に指摘した薬物治療による効果を鑑みるならば、認知症の早期発見・早期受診による意義は大きいといえる。

加えて、Hashimoto ら⁴⁵⁾や Nakamura ら⁴⁶⁾は、アルツハイマー病患者の介護者を対象に、J-ZBI⁴⁷⁾を用いてドネペジルの服薬による介護負担感への影響を検証した結果、J-ZBI の得点が有意に減少していたことを報告している。さらに Feldman ら⁴⁸⁾は、中・重症度のアルツハイマー病患者の介護者を対象に、ドネペジルの投薬による介護負担への影響を検証した結果、ドネペジル投薬群の患者はプラセボ投薬群に比して、一日あたりの介護時間が平均 52.4 分短縮していたことを確認し、認知症医療による家族の介護負担の軽減の可能性を言及している。

最後に経済的負担について、Banerjee ら⁴⁹⁾はドネペジルの投薬による医療経済的効果を検証した結果、認知症に影響を与える薬剤服用による費用を鑑みても、十分な経済的効果が見込めたことを示唆している。また Getsios ら⁵⁴⁾は、早期に適切な治療を開始するほど、将来にわたる経済的なコストが低かったことを報告しており、経済的観点からも認知症の早期発見・早期受診の重要性が確認されている。

以上のことから、認知症者に対して早期に適切な治療を受けることが不可欠であり、より大きな効果を期待するためには地域に潜在する認知症者の早期発見と早期受診への期待が高まっているところである。

3. 認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診に向けた現状と課題

2008 年に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」に「早期診断の推進と適切な医療の提供」と明記されて以降、わが国において認知症者の早

期発見・早期受診の実現に向けた対応策のあり方が国家として模索されてきた。また直近では2012年に「認知症施策推進5か年計画」、2015年に「認知症施策推進総合戦略」において、その具体策が示され、当施策に基づいた対策が各自治体で急がれているところである。しかしながら、家族等が認知症者の変化に気づいてから最初に医療機関を受診するまでの期間を明らかにした日本イーライリリー株式会社の調査⁵⁸⁾によると、受診までに半年以上を要したと回答した人が約半数を占めていた。また佐藤ら⁵⁹⁾による大学病院の患者データを参考に調査したによると、受診時には平均24.9か月を要していたとの報告もあり、早期受診への実現には依然として程遠い現状がある。

このように受診が遅延している要因については、わが国における認知症者の受診が家族による「発見」と「対応」に依存してきたという背景が一因と考えられる。事実、認知症者の受診遅延の要因に関する研究を概観すると、認知症者や家族を対象とした研究が大半を占めている。鹿野ら⁶⁰⁾や安武ら⁶¹⁾、木村ら⁶²⁾は認知症高齢者の家族を対象にインタビュー調査を実施した結果、発症後の初期段階においては、家族が「年齢的なもの忘れである」と判断したり、症状が軽微であることを理由に「家族内で対処しよう」とするといった意図が確認されたと述べている。また受診を決意しようとするものの、「認知症者による受診拒否」や「他の家族からの非難」、「認知症に対するイメージの悪さ」、「認知症と診断されることへの恐怖」、「認知症者の自尊心への配慮」など^{61, 62)}から、受診につながりにくかったことも報告されている。受診を阻害する要因については、アンケート調査^{63, 64)}によっても検証がなされているが、おおむね同様の結果が報告されている。加えて、「認知症は治らない」といった認知症に関する知識不足⁶³⁾や精神科医療に関する偏見^{60, 65, 66)}なども、受診が難しい状況に拍車をかけている現状が確認されている。

そのため「家族にその責任を委ねた受診」には限界があることがうかがわれる。また、そもそも同居家族の存在が受診を遅延させる一因になっていることが指摘されており⁶⁷⁾、先行研究^{62, 68)}において家族が受診を決意するためのきっかけとして、他者からの後押しが重要であったことが報告されている。以上のことから、

認知症者の早期発見・早期受診を促進するためには、従来から行われてきた認知症が疑われる高齢者や家族に対する啓発活動も重要であるものの、彼らに対して受診を促し、支援する第三者の存在が重要であると考えられる。

しかしながら上記にも述べたように、認知症の原因疾患の中には病識が低いものがあり⁶³⁾、家族も認知症者との心理的距離の近さ^{60, 64, 69)}などから、受診の必要性を受け入れることが難しく、第三者や専門機関による介入が即受診に結び付くとは考えにくい状況がある。また、認知症者への援助を主目的とした認知症地域支援推進員が地域包括支援センター内に設置されることとなったが、急速に増大している認知症者に対して、新職種のみで到底対応できるとはいえない。またその他、「地域包括ケアシステム」を活用した認知症者の早期発見・早期受診に向けた体制づくりが各自治体の主導の下で推進されているところであるが、施策、援助の方法論の具体化には課題が山積している。そのため、認知症の早期発見・早期受診の実現に向け、今後はハード面の整備とともに援助技術の向上など、ソフト面に対する具体的な対応策が求められる。

竹本⁷⁰⁾は老人性認知症センター(現在の認知症疾患医療センター)のソーシャルワーカーとして、長年認知症が疑われる高齢者等の受診・受療援助に従事してきた経験のなかで、家族に受診する意向がありながらも、援助に携わった専門職間の連携上の問題により、「受診困難となった事例」「援助を行う専門職や家族が認知症が疑われる高齢者の受診不安などに巻き込まれ受診困難となった事例」「受診に至った場合においても、認知症が疑われる高齢者に関する情報提供の不足により適切な診断や十分なインフォームド・コンセントが受けられなかった事例」など、受診困難・難渋事例を数多く経験してきたと述べている。また地域包括支援センター創設時の事例であるが、地域包括支援センターからの紹介事例には「表面化している症状(幻覚・妄想などの陽性症状)から認知症と自己判断して支援を試みている事例」や「認知症の症状緩和を医師に全面的に期待している事例」「家族介護者の心身疲労の背景要因や現状を十分に評価・受容できていない事例」などがあつたと報告している⁷¹⁾。これらの事例は、認知症が疑われる高齢者や家族に対応する援助者側の課題や相談機関と医

療機関との連携上の課題などを反映したものと推測され、認知症の疾患特性を踏まえた早期受診を可能とする援助技術や方法論の習得が重要であることを示唆している。また本事例は、2010 年以前のものであるため、現在とは一概に比較することは難しいが、受診遅延が生じている臨床現場を鑑みるならば、認知症の初期段階で相談機関が事例を受理し、援助を開始するための体制づくりが十分でないといった課題も内包していると推測される。

第 2 節 認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診に向けた保健医療福祉連携モデルの構築

前節で指摘したわが国における認知症者の早期発見・早期受診に関する現状を踏まえるならば、発症初期の段階で受診を促進するためには、認知症が疑われる高齢者を「地域」から早期に発見し、「動機付け」し、専門機関へ「つなぐ」といった専門職と非専門職との連携による援助展開が必要であり、おのおのの立場に応じた役割と機能を明確にすることが重要である。しかし、認知症者の早期発見・早期受診に関する先行研究は、その必要性や受診を促進・阻害する要因について明らかにした研究がほとんどであり、当該趣旨を目的とした研究はほとんど確認されなかった。

そこで本論に先立ち、認知症が疑われる高齢者が早期に認知症専門医のいる医療機関での受診が可能となるための連携モデルの開発をねらいに、本節では「認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診に向けた保健医療福祉連携モデル」の理論構築を行った。

1. 研究方法

第一段階として、一般地域住民ならびに地域で一定の役割付与がされている住民を対象とした認知症の受診に関する研究^{60-65, 68, 69, 72-86)}や地域包括支援センターの専門職による受診援助に関する研究^{87, 88)}、認知症患者における

専門職間連携に関する研究⁷⁰⁾等を手掛かりに、認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診において要となる者の選定を行った。

第二段階として、選定した者が果たすべき役割をインボランタリー・クライアントへのアプローチに関する理論研究⁸⁹⁻⁹⁴⁾を参考に検討を行った。

第三段階には、第一、第二段階で整理された知見や理論を基礎に、地域住民と保健医療福祉に関連する専門職の連携に主眼を置いた理論モデルを構築した。なお本分析では、実践理論レベル⁹⁵⁾を想定して理論モデルを構築した。

2. 研究結果

先行研究等の精査の結果、認知症が疑われる高齢者の早期発見・早期受診の要となる専門職・非専門職として、地域で一定の役割付与がされている住民、民生委員、地域包括支援センター、認知症専門医のいる医療機関が推測された。

地域で一定の役割を付与された住民(以下、役割を付与された住民)は民生委員への援助を要請し、民生委員は認知症が疑われる高齢者や家族の受診促進(エンパワメント)に加え、地域包括支援センターへの情報提供と専門的援助

早期受診の要となる人・機関	役割
地域住民	認知症が疑われる高齢者を発見した際に民生委員へ援助要請
民生委員	認知症が疑われる高齢者・家族への受診促進、地域包括支援センターへの情報提供と専門的援助の要請
地域包括支援センター	民生委員との協働による認知症が疑われる高齢者・家族への受診促進、認知症専門医のいる医療機関(連携担当者)との受診に向けた協働援助
認知症専門医のいる医療機関の連携担当者	地域包括支援センターとの協働による認知症が疑われる高齢者・家族への受診調整と認知症専門医との調整、受診結果をふまえた今後の援助の提案
認知症専門医	連携担当者等からの情報をふまえた認知症が疑われる高齢者・家族への対応、診断結果を踏まえた今後の援助に対する助言

図1 認知症が疑われる高齢者の早期受診の要となる人・機関とその役割

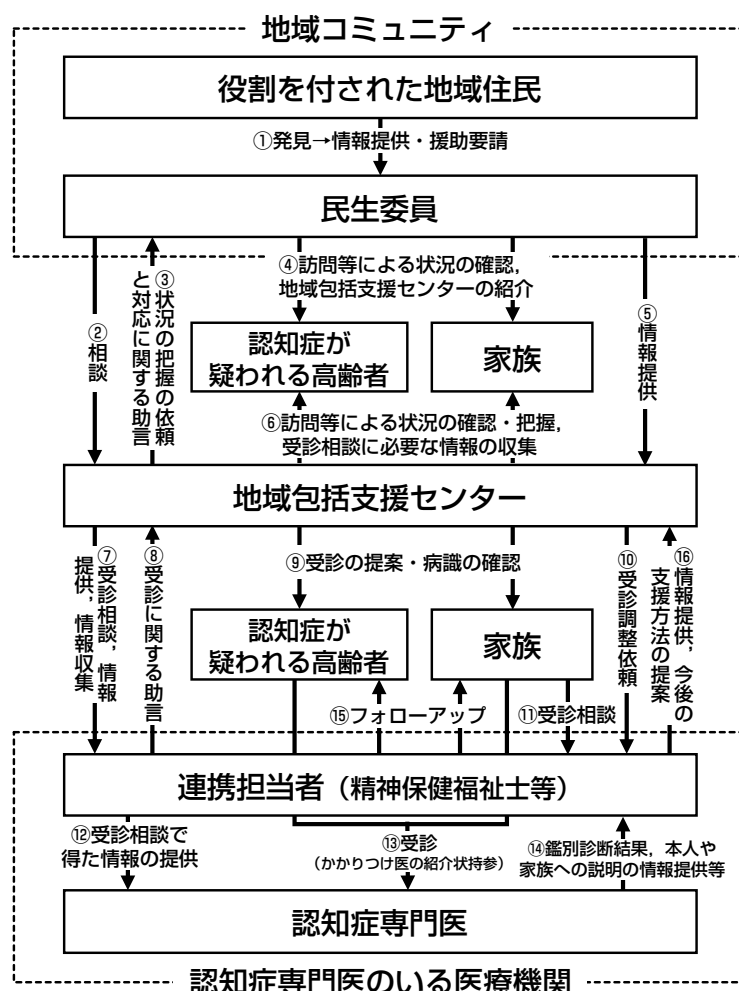


図2 認知症の早期発見・早期受診に向けた保健医療福祉連携モデル

助の要請が役割として考えられた。また地域包括支援センターは、民生委員との協働による認知症が疑われる高齢者・家族への受診促進，認知症が疑われる高齢者・家族への知識付与，専門医療機関（連携担当者）との受診に向けた協働援助が役割として考えられた。専門医療機関の連携担当者は、地域包括支援センターとの協働による認知症が疑われる高齢者・家族への受診調整と，認知症専門医との調整，受診結果をふまえた今後の援助の提案が，認知症専門医は連携担当者等からの情報を踏まえた認知症が疑われる高齢者や家族への対応，診断結果をふまえた今後の援助に対する助言が役割と考えられた（図 1）。また図 1 に示すとおり，おのこの人および機関には，遂行すべき役割があり，一連の流れの中で有機的に機能するモデルが導かれた（図 2）。

3. 各専門職・非専門職に期待される役割

認知症の早期発見・早期受診において、各専門職・非専門職に遂行することが期待される援助の具体的内容は次のとおりである。

1) 役割を付された住民に期待される援助

役割を付された住民に期待される連携行為は、「①発見→情報提供・援助要請」である。役割付与されていない一般地域住民にもこの役割遂行が最も望まれるところであるが、役割付与されていないがゆえに傍観者効果⁹⁶⁾が起こりやすく、援助要請にはつながりにくいことが推測されるため、この役割は一定の役割を付与されている住民が担うべきものとする。しかしながら、役割を付された住民であれども非専門職というインフォーマル・サポートであることから、その特質を理解し⁹⁷⁾、民生委員へつなげる役割に特化した役割遂行を促す支援が求められる。

2) 民生委員に期待される援助

民生委員が主体となることが期待される連携行為等は、「②相談」、「④訪問等による状況の確認、地域包括支援センターの紹介」、「⑤情報提供」である。

「②相談」は、役割を付与された住民より援助要請された内容を地域包括支援センターへ情報提供し、当事者らへのアプローチに対する助言を受けることである。認知症が疑われる高齢者や家族は自ら SOS を発信していないインボランタリー・クライアントであることも多く、ファースト・コンタクトの方法等については専門職より助言を受けることが望ましい。

「④訪問等による状況の確認、地域包括支援センターの紹介」は、地域包括支援センターからの助言を参考に情報収集の観点から家庭訪問等を行い、相談機関としての地域包括支援センターの機能を認知症が疑われる高齢者らに情報提供する支援行為である。また「⑤情報提供」は、その結果を地域包括支

援センターへ報告することである。受診を目的としたアウトリーチは高度な援助技術を要することから、援助が可能な専門機関の存在を伝え、事態の解決に向けた動機付けのきっかけを作り、受診に向けた援助を地域包括支援センターへ依頼・要請することが民生委員に期待される重要な役割である。

3) 地域包括支援センターに期待される援助

地域包括支援センターが主体となっていくことが期待される連携行為等は、「③状況の把握の依頼と対応に関する助言」、「⑥訪問等による状況の確認・把握、受診相談に必要な情報の収集」、「⑦受診相談、情報提供、情報収集」、「⑨受診の提案・病識の確認」、「⑩受診調整依頼」である。

「③状況の把握の依頼と対応に関する助言」は、民生委員の「②相談」に対応する援助行為であり、インボランタリー・クライアントに対するファースト・コンタクトの方法等に対する助言を行うことである。

「⑥訪問等による状況の確認・把握、受診相談に必要な情報の収集」は、民生委員の「④訪問等による状況の確認、地域包括支援センターの紹介」に対応したものであり、受診ニーズや受診の阻害要因等に関するアセスメントと、そのための情報収集を行うことである。

「⑦受診相談、情報提供、情報収集」は、専門医療機関との連携行為であり、「⑥訪問等による状況の確認・把握、受診相談に必要な情報の収集」の結果、受診の必要性が高いと判断した場合、その判断の良否の確認や受診を行う場合の注意点や準備事項、家族のみによる受診前相談の必要性等について助言を受けることである。

「⑨受診の提案・病識の確認」は、後述する専門医療機関の連携担当者からの「⑧受診に関する助言」を受けて、認知症が疑われる高齢者や家族に対して接近する援助行為である。家族に対しては、受診の必要性を伝え、認知症が疑われる高齢者や家族の病識を確認しながら、受診への不安に配慮し、受診の提案を行う。認知症が疑われる高齢者らが受診を拒否する場合には、積極的な傾聴により不安の原因を分析し、その不安の種類や程度に応じた説明を行う。

その際には認知症が疑われる高齢者のための受診の意味を考え、彼らが理解できるよう受診の意味を説明する等、判断能力の低下をふまえた心理的な支援を行うことが重要となる⁷⁰⁾。

「⑩受診調整依頼」は、認知症様症状の内容や家族の状況、認知症が疑われる高齢者と家族に関する情報を専門医療機関へ提供し、受診の必要性や緊急度などについて再度確認を行うことである。

4) 専門医療機関の連携担当者に期待される役割

「⑧受診に関する助言」は、地域包括支援センターに対して受診方法や受診に必要な情報(主症状・経過・治療状況・病歴・生活歴・家族状況・遺伝要因など)の整理方法、今後の受診手続きの進め方等について助言するといった連携行為である。地域包括支援センターの「⑦受診相談、情報提供、情報収集」に対応したものである。ここでは症例に対する受診の緊急度も含めた提案を行う。

「⑪受診相談」は、連携担当者が家族の心理・社会的状況の評価を行い、具体的な受診方法の説明を行う援助行為である。地域包括支援センターが行った「⑨受診の提案・病識の確認」を再確認し、十分に了解されていない場合は再度実施する。また、現在の治療状況について確認し、かかりつけ医がある場合はかかりつけ医への相談と診療情報提供書の依頼を勧める。さらに、受診時には主介護者となる家族のみならず、主介護者の今後の心理的支援が可能な他の家族等の同行も勧める⁹⁸⁾。

「⑫受診相談で得た情報の提供」は、連携担当者が認知症専門医と行う連携行為である。認知症専門医へ情報提供を行うのみならず、通常の外来受診により対応が可能か、あるいは別途診察時間を設定する方が良いか等について症例に応じた受診方法を協議する。

「⑬フォローアップ」は、認知症専門医からの医学的助言・指導をふまえ、医療ソーシャルワークの視点から、認知症が疑われる高齢者や家族にフォローアップを行う援助行為である。認知症専門医からの医学的助言・指導に対する理解の状況等を評価し、十分に医学的助言・指導が理解できていない場合は、再

度説明を受けることのできるよう調整を行う。理解が十分できていると考えられた場合には、今後の療養に関する助言や指導等を行う。療養生活を阻害する介護問題や経済問題等がある場合は、社会保障制度の活用により具体的な軽減・解決を図るための援助を行う。

「⑩情報提供・今後の支援方法の提案」は、紹介のあった地域包括支援センターへ後述する「⑭鑑別診断結果、当事者や家族への説明の内容」を情報提供するとともに、新たに評価された療養生活上の問題や課題について説明し、医療ソーシャルワークの視点から今後の援助のあり方の提案を行う。

5) 認知症専門医に期待される役割

「⑬受診」は、連携担当者から得た情報を参考に、認知症が疑われる高齢者の診察と家族の心理・社会的評価を行う援助である。受診を決断した勇気に敬意を表し、認知症が疑われる高齢者と家族の関係性に配慮しながら診察等を行い、診断結果と治療計画等を特に当事者には判断力の低下に配慮して説明を行う。

「⑭鑑別診断結果、認知症が疑われる高齢者や家族への説明の内容」は、認知症専門医が連携担当者へ鑑別診断結果やインフォームド・コンセントの内容を情報提供し、今後の療養支援に役立つための医学的助言・指導を行う行為である。

4. 本節の小括

本節で導き出された認知症の早期発見・早期受診に向けた保健医療福祉の連携に関する理論モデルにより、認知症の受診に関する有用な援助展開の過程とその内容が確認された。これにより、様々な受診困難事例に照らして援助上の問題あるいは課題を見出すことができるものとする。また、認知症の早期発見・早期受診の実現が難しい原因として、各専門職・非専門職に期待される援助実践に課題があることが推測される。今後は、役割を付与された住民、民生委員、地域包括支援センターなどの各役割に関する実践状況について確認し

ながら、援助の促進・阻害要因を明らかにし、円滑な受診援助のための研修企画の立案等が課題であるといえる。

とりわけ本モデルによると、地域包括支援センターは認知症の早期発見・早期受診における連携の中核に位置しており、当該機関が果たすべき役割・機能の重要性がうかがわれる。これを踏まえるならば、地域包括支援センターによる援助の如何により、認知症が疑われる高齢者の早期受診の可否が左右される可能性が極めて高いものであると考える。そのため現在、喫緊の対応策が必要とされている認知症の早期発見・早期受診においては、まずその中核である地域包括支援センターに焦点を当てた受診援助に関する研究が求められると考えられた。

第 3 節 本研究の目的と研究の枠組み

1. 認知症の受診における地域包括支援センターの現状

前節で提示した地域包括支援センターを中核とした援助展開は、「認知症施策推進 5 か年計画」や「認知症施策推進総合戦略」といった政策的観点とも一致した見解である。事実、みずほ情報総研⁷⁷⁾による各自治体の推進する認知症者の早期発見時における対応方法に関する調査においても、そのシステムのほとんどに地域包括支援センターが組み込まれており、臨床現場の実態として地域包括支援センターへの期待の大きさがうかがわれる。なかでも認知症専門医のいる医療機関との連携は、認知症が疑われる高齢者や家族への援助といった直接的な介入でないものの、受診に直結する重要な援助内容である。また先述の連携モデルには明確に示されていないものの、近年では「かかりつけ医」にも鑑別診断に向けた援助に関する様々な役割が付与されており、認知症が疑われる高齢者の円滑な受診誘導、鑑別診断後の継続医療、安定した療養生活の維持といった観点から「かかりつけ医との連携実践」も求められている。

しかし栗田ら⁸⁷⁾が特定地域における地域包括支援センターの専門職を対象

に実施した医療機関との連携に関する実態調査によると、「かかりつけ医に情報を提供する」や「認知症専門医療機関の連携担当者（ソーシャルワーカー等）と情報交換する」という連携を「通常実施している」とした専門職は 3 割程度もしくはそれに満たなかったことが報告されている。またその他の調査研究⁸⁸⁾でも同様の結果の報告がされており、地域包括支援センターはとりわけ認知症が疑われる高齢者の受診において医療機関との連携が十分に行うことができていない現状が推測される。さらに杉山ら⁹⁹⁾の研究によると、地域包括支援センターの専門職は認知症が疑われる高齢者への受診援助の実践に際して、「かかりつけ医」や「認知症専門医」といった医療機関との連携に難渋していたことが報告されている。

以上のことから、地域包括支援センターの専門職と「かかりつけ医」や「認知症専門医のいる医療機関」との間における連携は十分であるとは言えず、連携実践に関する課題の存在が推測される。

2. 本研究の目的

地域包括支援センターやかかりつけ医、認知症専門医は、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断において、いずれも代替者のない重要な役割を付与された機関である。しかし、地域包括支援センターと医療機関との連携実践に課題がうかがわれ、各機関に対して政策的な役割付与をするに留まる現状には限界があると考えられる。認知症が疑われる高齢者の受診を円滑に進めるためには、地域包括支援センターの専門職による受診援助を促進する要因を明らかにし、その援助が円滑に実践できるよう、実態に即した研修の企画立案、環境づくりの整備といった対策を講じることが必要である。

そこで本研究では、地域包括支援センターの専門職を対象に、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診に際する医療機関との連携実践に関する実態を明らかにするとともに、それらに影響を与える要因を実証的に明らかにすることとした。本研究の概念的枠組みは、図 3 のとおりである。

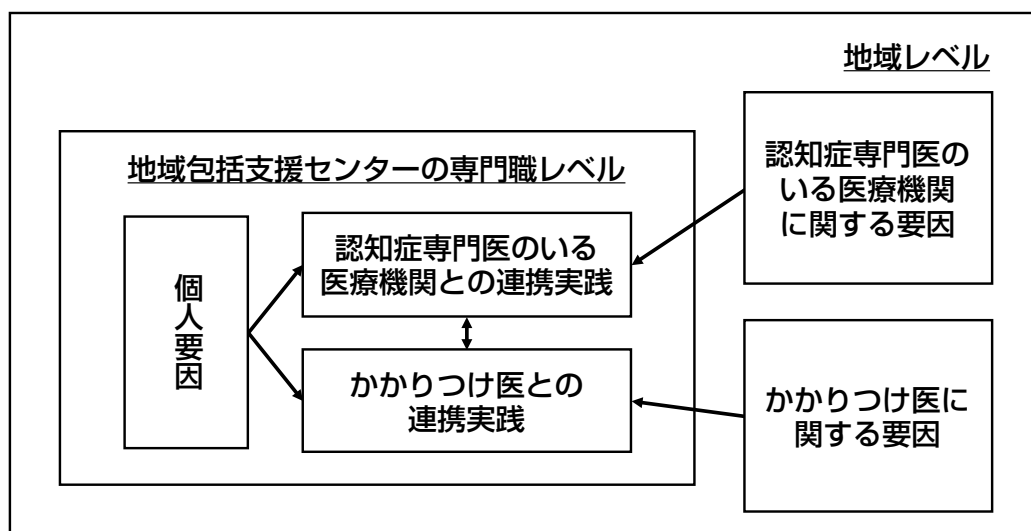


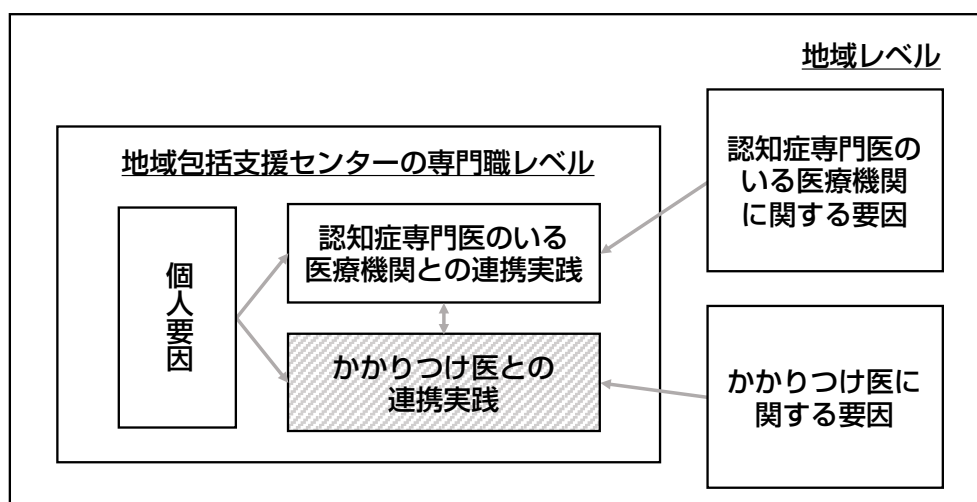
図3 本研究の概念的枠組み

3. 本論文の構成

本研究の具体的な研究目的と構成する章は次のとおりである。

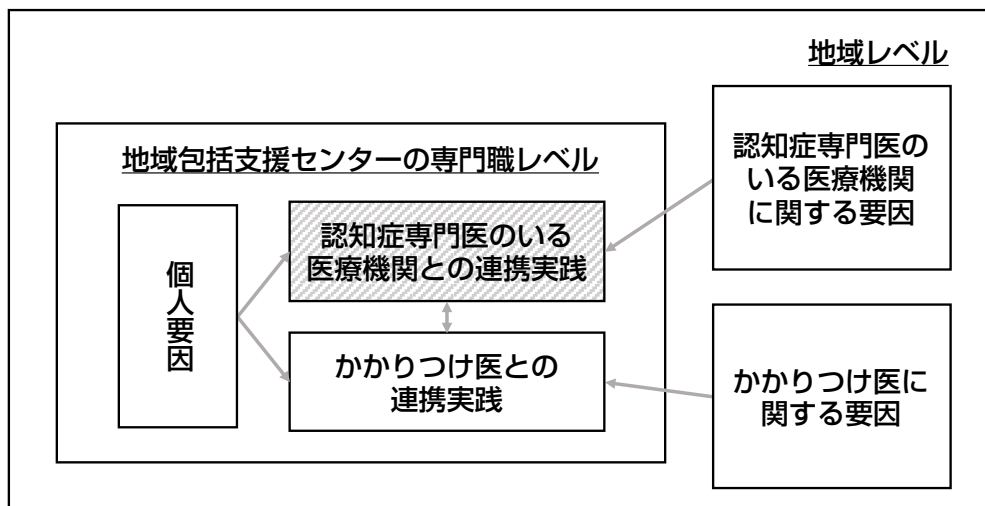
1) 目的 1

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けたかかりつけ医との連携実践に関する実態を明らかにする(第 2 章第 4 節)



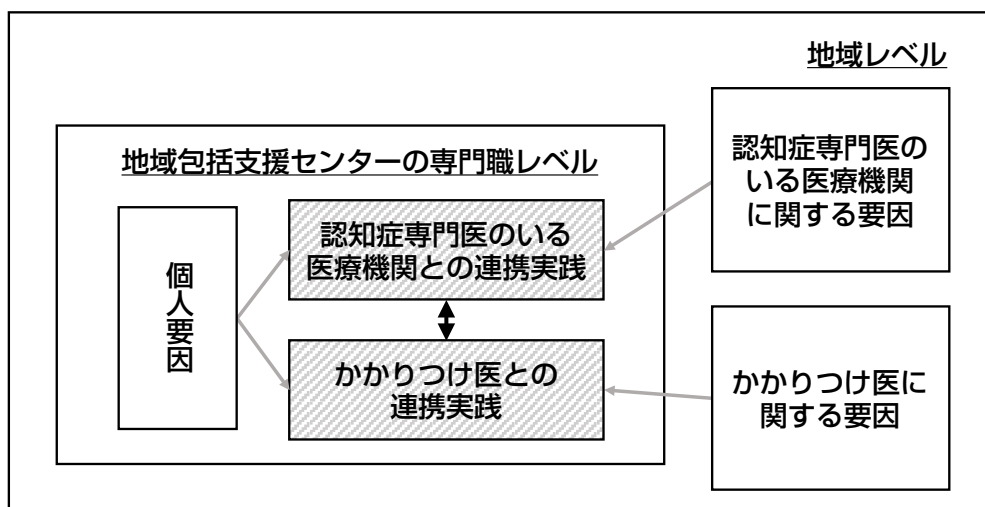
2) 目的 2

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関との連携実践に関する実態を明らかにする(第 2 章第 5 節)



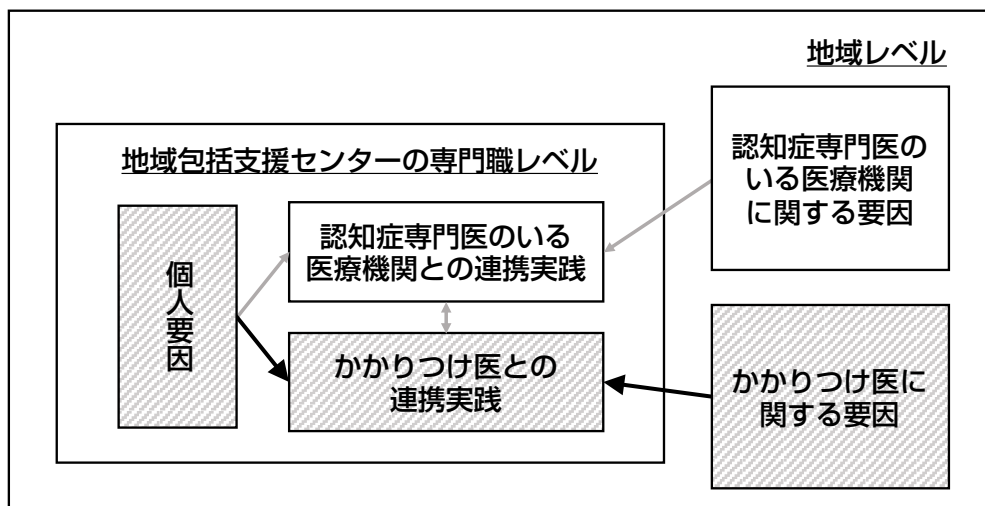
3) 目的 3

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた「かかりつけ医」と「認知症専門医のいる医療機関」の両連携実践の関係性を明らかにする(第 2 章第 6 節)



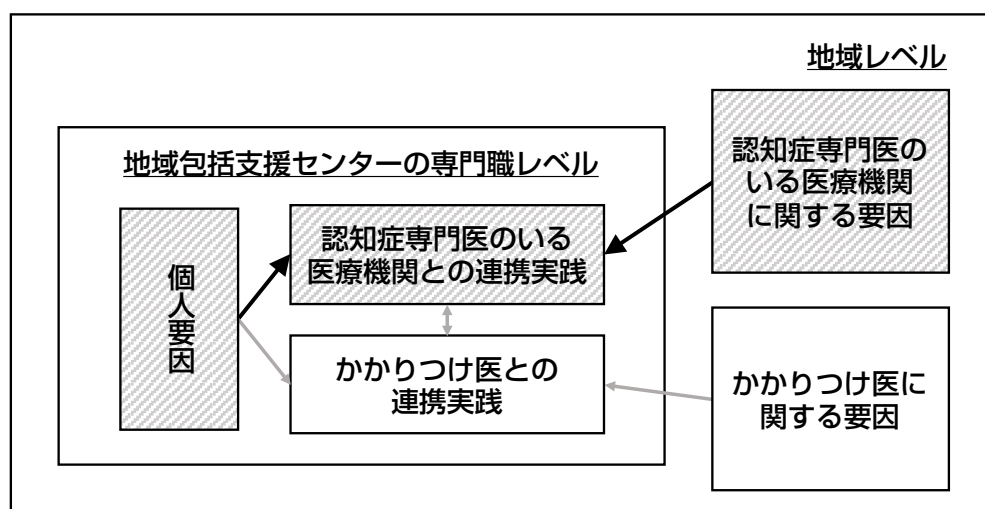
4) 目的 4

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けたかかりつけ医との連携実践とその関連要因を検討する(第3章第3節)



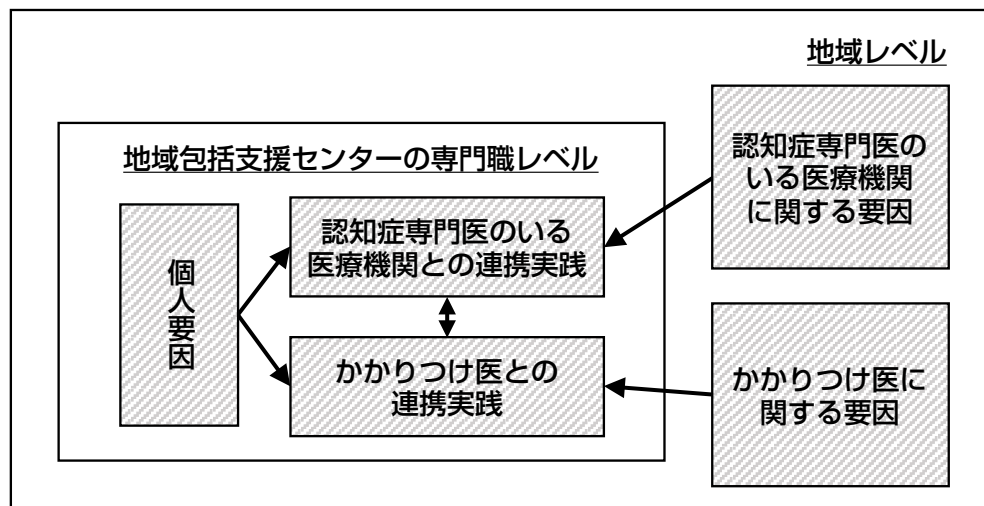
5) 目的 5

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関との連携実践とその関連要因を検討する(第3章第4節)



6) 目的 6

目的 1～5 の結果を踏まえ、地域包括支援センターの専門職による医療機関との連携を促進するための研修の企画立案、環境づくりに関する提言をする(第 5 章)



※本研究は、「岡山県立大学平成 25 年度独創的研究助成費(研究代表者: 竹本与志人)」ならびに「日本学術振興会科学研究費補助金事業(特別研究員奨励費)15J09472(研究代表者: 杉山京)」の助成を受けて実施した。

第 2 章 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践の実態

第 1 節 本章の研究目的

第 1 章第 2 節で示した「認知症の早期発見・早期受診に向けた保健医療福祉連携モデル」や先行研究などによると、地域包括支援センターは、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた一連の援助において、その中核を担うべきことが期待されていることが確認できる。しかしながら、第 1 章第 3 節(第 1 項)に指摘したとおり、地域包括支援センターの専門職は認知症が疑われる高齢者への受診援助の実践に難渋していることも報告されている⁹⁹⁾。また栗田ら⁸⁷⁾が実施した医療機関との連携状況に関する調査研究によると、地域包括支援センターは認知症が疑われる高齢者や家族に対して「医療機関の紹介」は行っているものの、「医療機関との情報交換」等に関する実践は十分でなかった現状も確認される。そのため、認知症が疑われる高齢者の早期受診を促進するためには、本論の研究目的である地域包括支援センターの専門職による医療機関との連携を円滑に進めるための対応策を講じることが求められるところである。

しかしその前提条件として、先行研究における地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践に関する実態調査^{87, 88)}は、「医療機関への紹介」や「情報交換」といった援助内容にとどまり、受診援助の実践に関する現状の把握には検討の余地が残っている。受診援助に特化した研修の企画立案等に際しては、地域包括支援センターの専門職の各々が実践しなければならない種々にわたる一連の医療機関との連携実践をどの程度実践しているのか、その実態と特徴について詳細に明らかにすることが先決である。

そこで本章では、地域包括支援センターの専門職を対象に認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践の状況を明らかにし、当該実践に関する特徴と課題を明らかにすることとした。

第 2 節 研究方法

1. 調査対象と方法

本章における研究では、中国・四国地方ならびに九州地方（沖縄県を除く）に設置されている地域包括支援センターに勤務する専門職（法的に設置が義務づけられている社会福祉士，保健師または地域経験のある看護師＜以下，保健師等＞，主任介護支援専門員の 3 職種）を対象に実施した。各県のホームページに 2013 年 8 月時点で掲載されていた情報を基に，中国・四国地方，九州地方の全 936 か所の地域包括支援センターから無作為抽出法により 500 か所を抽出し，各センターに 3 通ずつ（3 職種各 1 人）計 1,500 通の調査票を配付した。調査票は無記名自記式とし，記入後は回答者が自ら返信用封筒に厳封した上で，調査実施者宛に返送する方法を採った。

調査期間は，2013 年 9 月から同年 10 月の 2 か月間であった。

2. 調査内容

調査票は，調査対象者の属性，過去 1 年以内に認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助の実践経験の有無，認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践状況などの質問項目で構成した。

1) 調査対象者の属性

性別，年齢，雇用形態，医療および福祉専門職としての従事歴（以下，専門職歴）などについて回答を求めた。

2) 認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践状況

本章では，認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携を「認知症が疑われる高齢者の鑑別診断ならびに適切な治療が可能となるように行う医療機関との連絡・調整」と定義した。

認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践状況

に関する項目については、竹本⁷⁰⁾の「認知症の受診・受療援助チェックリスト」ならびに「医療ソーシャルワーカー業務指針」¹⁰⁰⁾、「認知症の人の受診のための連携シート活用のすすめ」¹⁰¹⁾などを参考に独自に作成した。加えて、臨床経験が長く認知症が疑われる高齢者への受診援助を行った経験を有する地域包括支援センターの社会福祉士、ならびに老人性認知症センター(現;認知症疾患医療センター)に長年勤務し、認知症が疑われる高齢者の受診に携わった経験のある精神保健福祉士から助言を得て、項目の追加・修正を行い、「かかりつけ医との連携実践」「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」に関する設問をそれぞれ6項目設定した。

回答は、「全く実践していない、あまり実践していない:0点」「まあ実践している、いつも実践している:1点」で求めた。

3. 解析方法

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践に関する実態を詳細に明らかにするため、「かかりつけ医との連携」「認知症専門医のいる医療機関との連携」について、潜在クラス分析¹⁰²⁾を用いて類型化を行った。また潜在クラス分析に先立ち、3職種間の連携実践状況を比較するため、Kruskal-Wallis検定を行った。

潜在クラス分析とは、母集団を観測変数に対する応答反応から、個人を集団内に潜在する複数の下位集団(クラス)に分類し、それらの集団規模を探索的に明らかにするための統計手法である¹⁰³⁾。従来、集団内にある個人を下位集団に分類する解析手法として、クラスター分析が多く用いられてきた。しかしながらクラスター分析による分類は、抽出される下位集団の数が恣意的に決定されるという問題点が指摘される。その一方で、潜在クラス分析による分類は適合度指標に基づくため、クラスター分析よりも高い妥当性を有することが報告されており¹⁰⁴⁾、本研究では潜在クラス分析を行うこととした。

潜在クラス分析による分類の妥当性には、「クラス数決定のための評価指標」と「指定したクラス数による標本分類の正確性の評価指標」の両指標による結果

を総合的に評価することで判断した。本研究ではクラス数決定のための評価指標に Bootstrapped Likelihood Ratio Test(以下, BLRT)を, 指定したクラス数による標本分類の正確性の評価には事後所属確率ならびに Entropy を用いた。

BLRT は, t クラスモデルと $t-1$ クラスモデルのモデル適合度の差が非有意になるまでクラス数を増やし, 有意な改善がみられなかった時点で, $t-1$ クラスモデルを採用する方法である¹⁰⁵⁾。従来の潜在クラス分析による先行研究においては, 数多くのクラス数決定のための評価指標が使用されてきたが, BLRT は最も正確な指標であることが報告されている¹⁰⁵⁾。

さらに, 標本分類の正確性を評価する指標である事後所属確率は, 所属するクラスの所属確率が 1 に近いほど, 平均的に個人が正確に所属クラスに分類されていることを示している。Nagin¹⁰⁶⁾によると, その値が 0.7 以上であれば良好であると判断される。また, Entropy も指定したクラス数による分類の正確性を評価する指標であり, 分類が正確であるほど 1 に近い値を示す。分類が正確であることの基準として, 0.80 以上であることが推奨されている¹⁰⁷⁾。

なお上記の潜在クラス分析における推定法には, Maximum Likelihood Estimation(以下, ML)を用い, すべての解析における有意性は 5%有意水準とした。また本章における解析には, 統計解析ソフト「IBM SPSS Statistics 23J for Windows」ならびに「Mplus version 7.4」を用いた。

4. 倫理的配慮

本調査の実施にあたっては, 調査対象者に対して調査の趣旨, 調査協力への自由意思(任意)の保障, 匿名性の保持等について書面にて説明を行った。また分析には, 統計的処理を行うため, 個人が特定される恐れがないことを明記した。

なお本調査については, 岡山県立大学倫理委員会に申請し, 2013 年 7 月 29 日に審査・承認を得て実施した(受付番号:329)。

第3節 調査対象者の属性分布

回答は、610人(回収率:40.7%)から得られた。過去1年以内に認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助を行った経験を有し、属性に欠損値のない487人(社会福祉士170人、保健師等172人、主任介護支援専門員145人)の属性分布は表1に示すとおりである。

表1 調査対象者の属性分布 (n=487)

項目		社会福祉士 (n=170)		保健師等 (n=172)		主任介護支援専門員 (n=145)	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
性別	男性	60	(35.3)	5	(2.9)	22	(15.2)
	女性	110	(64.7)	167	(97.1)	123	(84.8)
年齢	平均（標準偏差，範囲）	38.0歳（9.1， 24-63）		43.4歳（9.8， 24-62）		48.7歳（7.2， 34-67）	
雇用形態	常勤（正規職員）	140	(82.4)	161	(93.6)	129	(89.0)
	常勤（嘱託職員）	27	(15.9)	11	(6.4)	16	(11.0)
	その他	3	(1.8)	0	(0.0)	0	(0.0)
専門職歴	平均（標準偏差，範囲）	135.0か月 (82.7， 6-498)		214.5か月 (106.1， 29-459)		254.0か月 (76.4， 120-474)	

1. 社会福祉士の属性分布

社会福祉士の性別は、男性60人(35.3%)、女性110人(34.7%)であり、年齢は平均38.0歳(標準偏差:9.1, 範囲:24-63)であった。また雇用形態については、常勤(正規雇用)が140人(82.4%)、常勤(嘱託雇用)が27人(15.9%)、非常勤を含むその他が3人(1.8%)であり、専門職歴は平均135.0か月(標準偏差:82.7, 範囲:6-498)であった。

2. 保健師等の属性分布

保健師等の性別は、男性5人(2.9%)、女性167人(97.1%)であり、年齢は平均43.4歳(標準偏差:9.8, 範囲:24-62)であった。また雇用形態については、

常勤(正規雇用)が 161 人(93.6%), 常勤(嘱託雇用)が 11 人(6.4%)であり, 専門職歴は平均 214.5 か月(標準偏差:106.1, 範囲:29-459)であった。

3. 主任介護支援専門員の属性分布

主任介護支援専門員の性別は, 男性 22 人(15.2%), 女性 123 人(84.8%)であり, 年齢は平均 48.7 歳(標準偏差:7.2, 範囲:34-67)であった。また雇用形態については, 常勤(正規雇用)が 129 人(89.0%), 常勤(嘱託雇用)が 16 人(11.0%)であり, 専門職歴は平均 254.0 か月(標準偏差:76.4, 範囲:120-474)であった。

第 4 節 地域包括支援センターの専門職におけるかかりつけ医との連携実践の類型化

1. 本節の研究目的

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助におけるかかりつけ医との連携実践に焦点を当て, その実践状況に基づき彼らを類型化し, 当該連携における特徴とその課題を明らかにする。

2. 研究結果

1) かかりつけ医との連携実践状況に関する回答分布

地域包括支援センターの専門職によるかかりつけ医との連携実践状況の回答分布は表 2 に示すとおりである。Kruskal-Wallis 検定を用いて 3 職種の連携実践状況を比較した結果, 有意な差は確認されなかった。また, 「まあ実践している」「いつも実践している」の回答に着目すると, 「yP6: 家族の介護負担状況を伝えている」, 「yP2: 当事者の症状(認知症様症状)を報告している」の順に連携の実践頻度が高いことが確認された。

表2 かかりつけ医との連携の実践状況に関する回答分布

項目	社会福祉士 (n=165)						保健師等 (n=170)					
	全く実践していない			あまり実践していない			まあ実践していない			まあ実践している		
	人数	(%)		人数	(%)		人数	(%)		人数	(%)	
YP1 認知症専門医への受診の要否を相談している	11	(6.7)		61	(37.0)		67	(40.6)		26	(15.8)	
YP2 当事者の症状 (認知症様症状) を報告している	8	(4.8)		36	(21.8)		76	(46.1)		45	(27.3)	
YP3 認知症専門医へ受診することに対する当事者の不安を伝えている	13	(7.9)		50	(30.3)		68	(41.2)		34	(20.6)	
YP4 認知症専門医へ受診することに対する家族の不安を伝えている	14	(8.5)		43	(26.1)		72	(43.6)		36	(21.8)	
YP5 最近の当事者の病状を尋ねている	7	(4.2)		44	(26.7)		68	(41.2)		46	(27.9)	
YP6 家族の介護負担状況を伝えている	8	(4.8)		36	(21.8)		70	(42.4)		51	(30.9)	

有意差	主任介護支援専門員 (n=144)					
	全く実践していない			あまり実践していない		
	人数	(%)		人数	(%)	
	6	(4.2)		46	(31.9)	
	3	(2.1)		27	(18.8)	
	8	(5.6)		49	(34.0)	
	7	(4.9)		50	(34.7)	
	6	(4.2)		31	(21.5)	
	3	(2.1)		25	(17.4)	

「全く実践していない、あまり実践していない：0点」「まあ実践している、いつも実践している：1点」
n.s.: not significant

2) かかりつけ医との連携実践状況の類型化

地域包括支援センターの専門職におけるかかりつけ医との連携実践状況の特徴を明らかにするため、潜在クラス分析を用いて類型化を行った。その結果、クラス数の決定のための適合度指標である BLRT は、5 クラスモデルと 6 クラスモデルとの対比において非有意であった ($\Delta G^2 = 7.684$, $df=7$, $p\text{-value}=0.480$) (表 3)。加えて、5 クラスモデルにおける標本分類の正確性を示す Entropy は 0.911, 事後所属確率は 0.914-0.985 と統計学的な許容水準を満たしており、5 クラスモデルが最適であると判断した。

表3 かかりつけ医との連携実践におけるクラス数決定のための適合度

BLRT	ΔG^2	df	p-value
1クラスモデルvs. 2クラスモデル	1099.709	7	0.000
2クラスモデルvs. 3クラスモデル	155.305	7	0.000
3クラスモデルvs. 4クラスモデル	73.917	7	0.000
4クラスモデルvs. 5クラスモデル	16.604	7	0.040
5クラスモデルvs. 6クラスモデル	7.684	7	0.480

BLRT ; Bootstrap Likelihood Ratio Test, ΔG^2 ; 尤度比の差, df ; 自由度

表 4 ならび図 3 は、5 クラスモデルにおける各潜在クラスの構成割合と条件付き応答確率を示したものである。各潜在クラスの構成割合を確認すると、Class1 が 5.3%, Class2 が 4.3%, Class3 が 17.3%, Class4 が 21.1%, Class5 が 51.9% の地域包括支援センターの専門職によって構成され、Class5 に所属する地域包括支援センターの専門職が最も多いことが確認された。

各潜在クラスにおける地域包括支援センターの専門職によるかかりつけ医との連携実践状況の応答確率の推定値に基づき、各潜在クラスの特徴を記述すると、Class1 は「yP3: 認知症専門医へ受診することに対する当事者(認知症が疑われる高齢者)の不安を伝えている」や「yP4: 認知症専門医へ受診することに

表4 かかりつけ医との連携実践における各潜在クラスのクラス構成割合と条件付き応答確率

潜在クラス	Class1 情緒的関与 要統制型	Class2 現病情報収集 困難型	Class3 連携難渋型	Class4 連携擬態化型	Class5 連携実践型	全体 平均得点
クラス構成割合	5.3%	4.3%	17.3%	21.1%	51.9%	
y P1 認知症専門医への受診の要否を 相談している	0.000	1.000	0.021	0.394	0.875	0.585
y P2 当事者の症状（認知症様症状）を 報告している	0.498	1.000	0.102	0.780	0.991	0.766
y P3 認知症専門医へ受診することに 対する当事者の不安を伝えている	0.846	0.935	0.020	0.000	0.958	0.587
y P4 認知症専門医へ受診することに 対する家族の不安を伝えている	0.939	0.688	0.000	0.000	1.000	0.599
y P5 最近の当事者の病状を尋ねている	0.265	0.487	0.055	0.764	0.975	0.712
y P6 家族の介護負担状況を伝えている	0.869	0.704	0.000	0.718	1.000	0.747

※%は小数点以下第二位を四捨五入しているため、クラス構成割合の合計が100%とまらない

対する家族の不安を伝えている」,「yP6:家族の介護負担状況を伝えている」については高値であったが,その他の連携は全体平均得点よりも得点が低値であった。また,Class 2 は「yP1:認知症専門医への受診の要否を相談している」や「yP2:当事者の症状(認知症様症状)を報告している」,「yP3:認知症専門医へ受診することに対する当事者の不安を伝えている」については高値であったが,「yP5:最近の当事者の病状を尋ねている」は低値であった。Class 3 は,本研究において設定した「かかりつけ医との連携実践状況」に関するすべての項目について低値を示していた。Class 4 は「yP3:認知症専門医へ受診することに対する当事者の不安を伝えている」や「yP4:認知症専門医へ受診することに対する家族の不安を伝えている」については全体平均得点よりも低値であったが,その他の連携は全体平均得点よりも高値もしくは同程度であった。Class 5 は,かかりつけ医との連携実践状況に関するすべての項目において,全体平均得点よりも高値であり,すべての連携について高い頻度で実践していることが確認された。

以上の各潜在クラスの特徴から,Class 1 を「情緒的関与要統制型」,Class 2 を「現病情報収集困難型」,Class 3 を「連携難渋型」,Class 4 を「連携擬態化型」,Class 5 を「連携実践型」と解釈した。

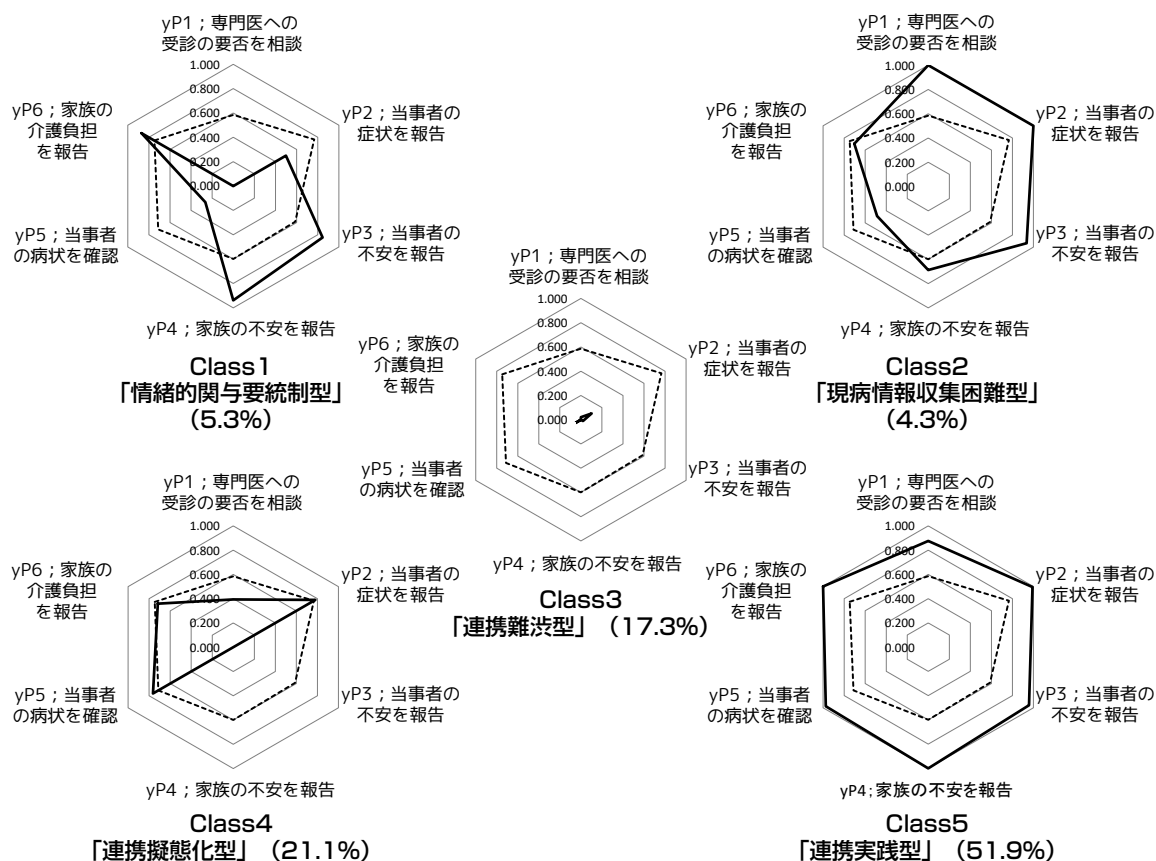


図3 各潜在クラスの条件付き応答確率と構成割合

※破線は全体の平均得点。太線は各クラスにおける条件付き応答反応を示す
※()は各クラスの構成割合を示す

第 5 節 地域包括支援センターの専門職における認知症専門医のいる医療機関との連携実践の類型化

1. 本節の研究目的

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助における認知症専門医のいる医療機関との連携実践に焦点を当て、その実践状況に基づき彼らを類型化し、当該連携における特徴とその課題を明らかにする。

2. 研究結果

1) 認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況に関する回答分布

地域包括支援センターの専門職による認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況の回答分布は表 5 に示すとおりである。Kruskal-Wallis 検定を用いて連携実践状況を比較した結果、「かかりつけ医との連携実践状況」と同様に 3 職種間で有意な差は確認されなかった。また、「まあ実践している」「いつも実践している」の回答に着目すると、「yS1:受診の方法について医療機関側に問い合わせしている」が 3 職種ともに最も連携実践の頻度が高いことが確認された。

2) 認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況の類型化

地域包括支援センターの専門職における認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況の特徴を明らかにするため、潜在クラス分析を用いて類型化を行った。その結果、クラス数の決定のための適合度指標である BLRT は、4 クラスモデルと 5 クラスモデルとの対比において非有意であった ($\Delta G^2=14.074$, $df=7$, $p\text{-value}=0.100$) (表 6)。加えて、4 クラスモデルにおける標本分類の正確性を示す Entropy は 0.966, 事後所属確率は 0.978-0.993 と統計学的な許容水準を満たしており、4 クラスモデルが最適であると判断した。

表 7 ならび図 4 は、4 クラスモデルにおける各潜在クラスの構成割合と条件付き応答確率を示したものである。各潜在クラスの構成割合を確認すると、Class1 が 1.3%, Class2 が 61.7%, Class3 が 17.5%, Class4 が 19.5%の地域包括支援センターの専門職によって構成され、Class2 に所属する地域包括支援センターの専門職が最も多いことが確認された。

各潜在クラスにおける地域包括支援センターの専門職による認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況の応答確率の推定値に基づき、各潜在クラスの特徴を記述すると、Class1 は「yS4:受診前に受診に対する当事者の不安を伝えている」や「yS5:受診前に受診に対する家族の不安を伝えている」については高値であったが、「yS1:受診の方法について医療機関側に問い合わせしている」や「yS2:受診前に当事者の症状(認知症様症状)を情報提供している」,

表5 認知症専門医のいる医療機関との連携の実践状況に関する回答分布

項目	社会福祉士 (n=159)						保健師等 (n=167)					
	全く実践していない		あまり実践していない		まあ実践している		全く実践していない		あまり実践していない		まあ実践している	
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
y S1 受診の方法について医療機関側に問い合わせしている	5 (3.1)	23 (14.5)	69 (43.4)	62 (39.0)	62 (39.0)	62 (39.0)	9 (5.4)	23 (13.8)	72 (43.1)	63 (37.7)	63 (37.7)	63 (37.7)
y S2 受診前に当事者の症状（認知症様症状）を情報提供している	7 (4.4)	26 (16.4)	60 (37.7)	66 (41.5)	66 (41.5)	66 (41.5)	10 (6.0)	32 (19.2)	68 (40.7)	57 (34.1)	57 (34.1)	57 (34.1)
y S3 受診前に家族の介護負担状況を伝えている	8 (5.0)	35 (22.0)	63 (39.6)	53 (33.3)	53 (33.3)	53 (33.3)	11 (6.6)	35 (21.0)	70 (41.9)	51 (30.5)	51 (30.5)	51 (30.5)
y S4 受診前に受診に対する当事者の不安を伝えている	12 (7.5)	43 (27.0)	62 (39.0)	42 (26.4)	42 (26.4)	42 (26.4)	15 (9.0)	48 (28.7)	68 (40.7)	36 (21.6)	36 (21.6)	36 (21.6)
y S5 受診前に受診に対する家族の不安を伝えている	12 (7.5)	44 (27.7)	64 (40.3)	39 (24.5)	39 (24.5)	39 (24.5)	16 (9.6)	48 (28.7)	68 (40.7)	35 (21.0)	35 (21.0)	35 (21.0)
y S6 受診後に診断結果を問い合わせしている	12 (7.5)	48 (30.2)	55 (34.6)	44 (27.7)	44 (27.7)	44 (27.7)	16 (9.6)	49 (29.3)	52 (31.1)	50 (29.9)	50 (29.9)	50 (29.9)

	主任介護支援専門員 (n=141)						有差					
	全く実践していない		あまり実践していない		まあ実践している		全く実践していない		あまり実践していない		まあ実践している	
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
2 (1.4)	13 (9.2)	71 (50.4)	55 (39.0)	55 (39.0)	55 (39.0)	55 (39.0)	2 (1.4)	13 (9.2)	71 (50.4)	55 (39.0)	55 (39.0)	n.s.
2 (1.4)	22 (15.6)	62 (44.0)	55 (39.0)	55 (39.0)	55 (39.0)	55 (39.0)	2 (1.4)	22 (15.6)	62 (44.0)	55 (39.0)	55 (39.0)	n.s.
2 (1.4)	26 (18.4)	60 (42.6)	53 (37.6)	53 (37.6)	53 (37.6)	53 (37.6)	2 (1.4)	26 (18.4)	60 (42.6)	53 (37.6)	53 (37.6)	n.s.
7 (5.0)	37 (26.2)	57 (40.4)	40 (28.4)	40 (28.4)	40 (28.4)	40 (28.4)	7 (5.0)	37 (26.2)	57 (40.4)	40 (28.4)	40 (28.4)	n.s.
6 (4.3)	36 (25.5)	61 (43.3)	38 (27.0)	38 (27.0)	38 (27.0)	38 (27.0)	6 (4.3)	36 (25.5)	61 (43.3)	38 (27.0)	38 (27.0)	n.s.
7 (5.0)	37 (26.2)	50 (35.5)	47 (33.3)	47 (33.3)	47 (33.3)	47 (33.3)	7 (5.0)	37 (26.2)	50 (35.5)	47 (33.3)	47 (33.3)	n.s.

「全く実践していない、あまり実践していない：0点」「まあ実践している、いつも実践している：1点」
n.s.: not significant

表6 認知症専門医のいる医療機関との連携実践におけるクラス数決定のための適合度

BLRT	ΔG^2	df	p-value
1クラスモデルvs. 2クラスモデル	1151.614	7	0.000
2クラスモデルvs. 3クラスモデル	187.803	7	0.000
3クラスモデルvs. 4クラスモデル	36.731	7	0.000
4クラスモデルvs. 5クラスモデル	14.074	7	0.100

BLRT ; Bootstrap Likelihood Ratio Test, ΔG^2 ; 尤度比の差, df ; 自由度表7 認知症専門医のいる医療機関との連携実践における
各潜在クラスのクラス構成割合と条件付き応答確率

潜在クラス	Class1 情緒的関与 要統制型	Class2 連携実践型	Class3 連携擬態化型	Class4 連携難渋型	全体 平均得点
クラス構成割合	1.3%	61.7%	17.5%	19.5%	
yS1 受診の方法について医療機関側に 問い合わせしている	0.369	0.983	0.930	0.337	0.585
yS2 受診前に当事者の症状（認知症様 症状）を情報提供している	0.000	0.994	0.971	0.028	0.766
yS3 受診前に家族の介護負担状況を伝 えている	0.208	1.000	0.744	0.000	0.587
yS4 受診前に受診に対する当事者の不 安を伝えている	0.842	0.987	0.178	0.011	0.599
yS5 受診前に受診に対する家族の不安 を伝えている	1.000	1.000	0.131	0.000	0.712
yS6 受診後に診断結果を問い合わせし ている	0.686	0.855	0.486	0.087	0.747

「yS3:受診前に当事者の家族の介護負担状況を伝えている」は全体平均得点よりも低値であった。また Class 2 は、認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況に関するすべての項目において、全体平均得点よりも高値であり、すべての連携について高い頻度で実践していることが確認された。Class 3 は、「yS1:受診の方法について医療機関側に問い合わせしている」「yS2:受診前に当事者の症状（認知症様症状）を情報提供している」については高値であったが、「yS4:受診前に受診に対する当事者の不安を伝えている」や「yS5:受診前に受

診に対する家族の不安を伝えている」「yS6:受診後に診断結果を問い合わせしている」は低値であった。さらに Class 4 は、本研究において設定した「認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況」に関するすべての項目について低値を示していた。

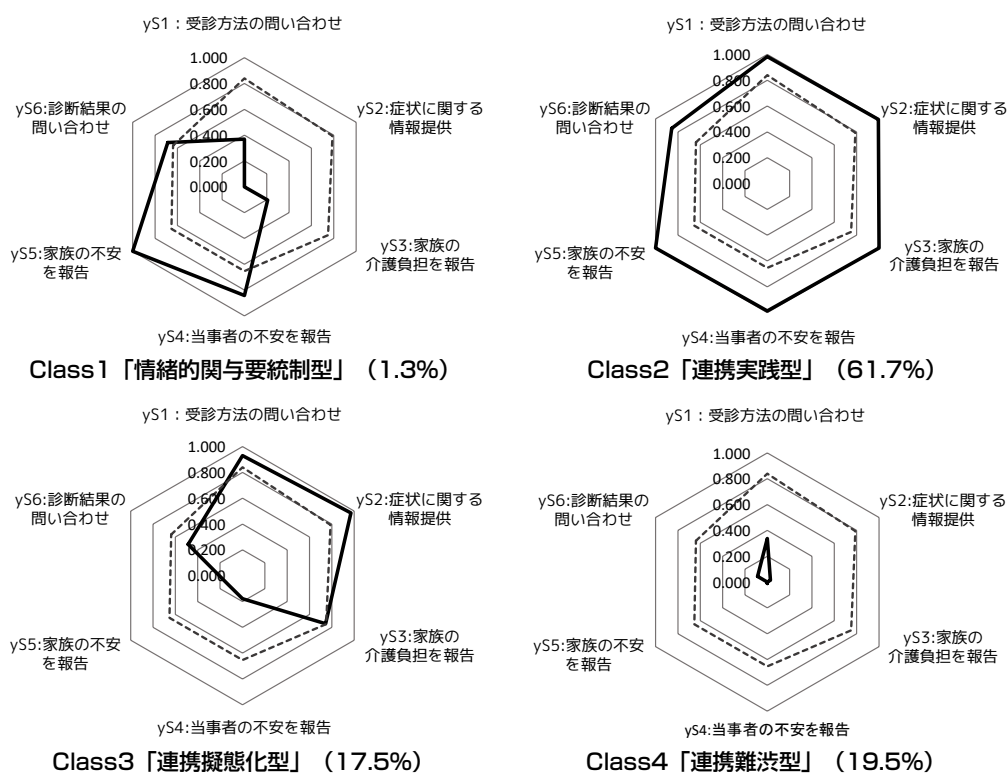


図4 各潜在クラスの条件付き応答確率と構成割合 ※破線は全体の平均得点、太線は各クラスにおける条件付き応答を示す ※()は各クラスの構成割合を示す

第 6 節 地域包括支援センターの専門職における「かかりつけ医との連携実践」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の関係性

1. 本節の研究目的

地域包括支援センターの専門職による「かかりつけ医との連携実践」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の関係性を明らかにし、医療機関との連携実践に関する現状を詳細に明らかにする。

2. 解析方法

地域包括支援センターの専門職による「かかりつけ医との連携実践」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の関係性を検討するため、第4節ならびに第5節において潜在クラス分析によりそれぞれ推定された「かかりつけ医との連携実践」の5クラスモデルと「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の4クラスモデル間に共分散を認め、両潜在クラスの組み合わせによるクラス構成割合から、医療機関との連携実践の特徴について検討を行った。

3. 研究結果

地域包括支援センターの専門職における医療機関との連携実践状況の特徴を明らかにするため、「かかりつけ医との連携実践」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」のクラスモデル間に共分散を認め、類型化を行った。その結果、各潜在クラスの組み合わせにおける条件付き応答確率は表8に示すとおりであり、クラス構成割合は表9のとおりであった(Entropy=0.919, 事後所属確率=0.701-0.967)。

表8 かかりつけ医ならびに認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況に関する条件付き応答確率と構成割合

かかりつけ医との連携実践	情緒的関与 要統制型	連携実践型	現病情報 収集困難型	連携擬態化型	連携難渋型
	クラス構成割合	7.5%	48.0%	11.3%	16.0%
yP1 認知症専門医への受診の要否を相談している	1.000	0.923	0.283	0.185	0.022
yP2 当事者の症状（認知症様症状）を報告している	0.936	0.999	0.737	0.721	0.113
yP3 認知症専門医へ受診することに対する当事者の不安を伝えている	0.181	0.978	0.853	0.017	0.023
yP4 認知症専門医へ受診することに対する家族の不安を伝えている	0.078	1.000	1.000	0.000	0.000
yP5 最近の当事者の病状を尋ねている	0.656	0.975	0.530	0.809	0.022
yP6 家族の介護負担状況を伝えている	0.776	0.995	0.888	0.675	0.000
認知症専門医のいる医療機関との連携実践	情緒的関与 要統制型	連携実践型	連携難渋型	連携擬態化型	
	クラス構成割合	1.7%	61.3%	20.2%	16.8%
yS1 受診の方法について医療機関側に問い合わせしている	0.477	0.984	0.344	0.930	
yS2 受診前に当事者の症状（認知症様症状）を情報提供している	0.171	0.995	0.039	0.979	
yS3 受診前に当事者の家族の介護負担状況を伝えている	0.248	1.000	0.006	0.763	
yS4 受診前に受診に対する当事者の不安を伝えている	1.000	0.996	0.000	0.147	
yS5 受診前に受診に対する家族の不安を伝えている	0.847	0.993	0.011	0.145	
yS6 受診後に診断結果を問い合わせしている	0.620	0.856	0.097	0.489	

表9 かかりつけ医ならびに認知症専門医のいる医療機関との連携実践に関する各潜在クラスの組み合わせ

		かかりつけ医との連携実践				
		連携実践型	現病情報 収集困難型	情緒的関与 要統制型	連携擬態化型	連携難渋型
医療 機関 との 連携 実践 の 有 無	連携実践型	43.3%	5.9%	3.2%	4.2%	4.7%
	情緒的関与 要統制型	0.8%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%
	連携擬態化型	3.0%	1.3%	4.3%	5.1%	3.2%
	連携難渋型	0.9%	3.2%	0.0%	6.8%	9.3%

両潜在クラスに共通して「援助実践型」「連携難渋型」「連携擬態化型」の特徴を呈した専門職のクラス構成割合はそれぞれ、43.4%、9.3%、5.1%を占めていた。また、かかりつけ医との連携実践に「連携擬態化型」、認知症専門医のいる医療機関との連携実践に「連携難渋型」の組み合わせにおける専門職の構成割合は6.8%、前者に「情緒的関与要統制型」、後者に「連携実践型」の組み合わせの特徴を呈した専門職が全体の5.9%であった。

第7節 考察

1. 認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けたかかりつけ医との連携実践の特徴

第4節において、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けたかかりつけ医との連携実践に関する回答傾向から、地域包括支援センターの専門職を類型化した結果、以下に示す5つの特徴が確認された。

1) 「情緒的関与要統制型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「情緒的関与要統制型」は、「yP3: 認知症専門医へ受診することに対する当

事者の不安を伝えている」や「yP4:認知症専門医へ受診することに対する家族の不安を伝えている」「yP6:家族の介護負担状況を伝えている」といった認知症が疑われる高齢者や家族を取り巻く不安などの状況を伝えるといった実践が高い一方で、その他の連携に関する実践は低値であった。

認知症が疑われる高齢者や家族は、医療機関への受診に際して、不安や戸惑いを感じていることが多い。「情緒的関与要統制型」に所属する地域包括支援センターの専門職は、このような認知症が疑われる高齢者やその家族の心理状況を受け止めようとするがゆえに、認知症の鑑別診断のための専門医への受診の可否を判断する上で重要な情報を伝達、入手するといった連携が難しいと考えられる。これは、「専門職は被援助者の心を理解し、自らの感情を自覚し、吟味して適切な援助に臨む」といった、Biestek¹⁰⁸⁾が提唱するケースワークの原則のうち、最も難しいとされる「統制された情緒的関与」の実践が望まれる専門職であるといえる。このようなかかりつけ医との連携は、認知症が疑われる高齢者が医療機関を受診したとしても認知症様症状などの鑑別診断に有用な情報の提供が不足するため、正確な診断結果が得られにくくなる可能性が高まる。鹿野ら⁶⁰⁾は過去の受診援助時における専門職による援助事故が、その後の継続医療に対する受診拒否を招く危険性があることを指摘しており、冷静な判断に基づいた計画的な援助を実践することが課題となるクラスであるといえる。

2)「現病情報収集困難型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「現病情報収集困難型」は、「yP5:最近の当事者の病状を尋ねている」については低値であった一方で、その他の連携に関する実践は高値であった。

「現病情報収集困難型」に所属する地域包括支援センターの専門職は、自らが収集した認知症が疑われる高齢者とその家族に関する情報をかかりつけ医へ伝達するといった連携は行っているものの、新たにかかりつけ医がもつ情報を収集するといった連携が少ないといった傾向をもつ。この背景には、地域包括支援センターの専門職がそもそもかかりつけ医から情報を収集しなければならないという認識が乏しいこと、もしくはかかりつけ医から情報を入手しにくい状況にある

ことなどが推測される。しかしながら、認知症と身体疾患には関係性があることが指摘されており、認知症の鑑別に際して認知症が疑われる高齢者の身体疾患をはじめとする現病歴等の情報収集は不可欠である¹⁰⁹⁾。

また、近年は家族形態の変容や独居高齢者の増加により、認知症が疑われる高齢者の状況を把握している家族が不在であることも少なくないため、地域包括支援センター等の専門職が受診に同行する機会も多い¹¹⁰⁾。このような状況下で、医学面より日常生活管理を行っているかかりつけ医から情報収集を行うことは、自身がもつ情報を補完するとともに、より詳細な情報を得ることができることから重要であると考え。また、早期にかかりつけ医からの情報収集を行うことは、受診援助のみならず、介護をはじめとする生活支援の内容を検討する上でも有用である。

3)「連携難渋型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「連携難渋型」は、本章で設定した認知症が疑われる高齢者の受診援助において最低限実践することが望まれるかかりつけ医との連携に関するすべて項目で低値であるという特徴をもつ専門職である。

本分析対象者は、「過去1年以内に認知症が疑われる高齢者への受診援助を行ったことがある」と回答した専門職としたが、全体の約2割を占めていた。江口¹¹¹⁾が実施した調査によると、認知症の好発年齢である70歳以上の高齢者の約9割がかかりつけ医を持っていると報告されており、かかりつけ医は認知症が疑われる高齢者にとって最も身近な医師であるといえる。かかりつけ医は、認知症の鑑別診断に役立つ認知症が疑われる高齢者らの病歴等を把握しているのみならず、鑑別診断後にも認知症が疑われる高齢者が地域で生活する上で継続医療を受けていくためにも欠かすことのできない存在であるため、かかりつけ医との連携は不可欠であるといえる。

また認知症疾患医療センターなどを受診する際には、かかりつけ医の紹介状を必要とする医療機関も多く、かかりつけ医と連携実践の値が低かったことは、円滑に認知症専門医への受診に至らない危険性を有している。そのため、この

クラスに所属する地域包括支援センターの専門職には、かかりつけ医機能の啓発ならびに連携強化に向けた研修等の取り組みが重要と考える。しかしながら、かかりつけ医との連携実践状況が低値であったことの背景には、極めて少ないものの、地域包括支援センターの専門職がかかりつけ医を有していない認知症が疑われる高齢者への援助を担当した可能性も否定できない。加えて、かかりつけ医はいるものの、認知症が疑われる高齢者とかかりつけ医の関係性の良否から、地域包括支援センターの専門職がかかりつけ医と連携しにくい環境にある可能性が推測される。

4)「連携擬態化型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「連携擬態化型」は、「yP1:認知症専門医への受診の可否を相談している」や「yP2:当事者の症状(認知症様症状)を報告している」といった実践は高い一方で、「yP3:認知症専門医へ受診することに対する当事者の不安を伝えている」や「yP4:認知症専門医へ受診することに対する家族の不安を伝えている」といった受診に対する認知症が疑われる高齢者・家族の心理的要因に配慮した実践が低値であった。

実方¹¹²⁾は、専門職間連携において、専門職は無意識のうちに被援助者の存在を省略し、連携することがあることを指摘しており、この事象を「専門職間連携の擬態化」と呼称している。「連携擬態化型」に所属する地域包括支援センターの専門職は、被援助者である認知症が疑われる高齢者やその家族が、しばしば認知症を疑いつつもイメージの悪さや不安から受診を躊躇、拒否するケースが多い^{60, 99)}ことから、彼らの心から派生する自身の感情を統制するあまりに、かかりつけ医との連携において彼らの心理面に関する援助が見送られ、連携の擬態化が生じている可能性がある。

しかしながら、認知症診療における「かかりつけ医」の役割には、家族の不安への理解が挙げられており¹¹³⁻¹¹⁵⁾、事実、認知症が疑われる高齢者や家族にとって身近な医師によるサポートは、認知症の診療に対する不安軽減に寄与する可能性が指摘されている¹¹⁶⁾。そのため、地域包括支援センターとかかりつけ医

がともに、受診に対する不安をはじめとする心理的状況に関する情報を共有し、援助を実践することは、受診援助を適切かつ円滑に実践する上で重要であると考ええる。

5)「連携実践型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「連携実践型」は、本章で設定した認知症が疑われる高齢者への受診援助を適切かつ円滑に実践するためのかかりつけ医との連携について、実践頻度が高いという特徴をもつ集団である。「連携実践型」に所属する地域包括支援センターの専門職は、かかりつけ医との連携における理想的な援助を実践していると考えられるが、その所属確率は約 5 割に留まっていた。また栗田ら⁸⁷⁾が、地域包括支援センターを対象にかかりつけ医との連携状況を明らかにした調査においても、通常より連携していると回答した人が 3 割に満たなかったことを考慮するならば、今日、新オレンジプランなどの認知症施策において、認知症受診における地域包括支援センターとかかりつけ医のあり方とその重要性が示されているものの、依然として地域包括支援センターによるかかりつけ医機能に対する理解について課題がある可能性が示された結果といえる。

2. 認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関との連携実践の特徴

同様に第 5 節において、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関との連携実践について、その回答傾向から地域包括支援センターの専門職を類型化した。その結果、本連携実践に際しては 4 つの特徴が示された。

1)「情緒的関与要統制型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「情緒的関与要統制型」は、「yS4:受診前に受診に対する当事者の不安を伝えている」や「yS5:受診前に受診に対する家族の不安を伝えている」といった実践には高値であったが、その他の連携に関しては全体の平均得点と同程度

もしくは低値であり、かかりつけ医との連携実践における「情緒的関与要統制型」と同様に「統制された情緒的関与」の実践が望まれる専門職であるといえる。

認知症の鑑別診断をはじめとする認知症医療においては、まず認知症専門医への受診が推奨されている。しかし、2010年時点において認知症予備軍の人を含めると、約800万人¹¹⁷⁾と推定されるわが国の認知症高齢者に対応するには専門医の数が極めて少なく、医療機関への受診が予約から受診までに数ヶ月要することが少なくない状況が常態化している^{58, 59)}。受診までの期間が長期化することは、認知症が疑われる高齢者や家族が一度受診を承諾したとしても、受診までの気持ちの変化により受診を断念することや、病期の進行により症状が重度化してしまう危険性も考えられる。このような状況において、認知症が疑われる高齢者の症状の程度に対し、受診の優先度を選別するトライアージを実施している医療機関もある^{118, 119)}。そのため、認知症専門医のいる医療機関との連携においては「当事者やその家族の受診に対する不安を伝える(yS4, yS5)」にとどまらず、「受診方法に関する医療機関への問い合わせ(yS1)」や「受診前に当事者の症状を情報提供(yS2)」を実践することは、症状の重度化の防止や緊急性の高いケースに早期に介入する上で重要であると考ええる。

また、認知症が疑われる高齢者が認知症専門医のいる医療機関への受診に至るまでには、認知症症状が重篤化し、それに伴う介護を家族が一手に負っているケースも多く、家族がうつ状態になったり、家族関係が悪化している場合もある¹²⁰⁾。認知症者を援助するためには、家族の協力が必要不可欠であるため、認知症が疑われる高齢者のみならず同時に家族の介護負担を軽減する取り組みが必要である。そのため、認知症の鑑別診断を見通した受診援助においては、その当初より「受診前に家族の介護負担状況を伝える(yS3)」という実践は、欠かすことができない援助内容であると考ええる。

2)「連携実践型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「連携実践型」は、本章で設定したすべての認知症専門医のいる医療機関との連携内容について、実践頻度が高いという特徴を有し、認知症専門医のいる

医療機関との連携における理想的な地域包括支援センターの専門職であり、本クラスに所属する専門職は約 6 割に留まっていた。しかし、栗田ら⁸⁷⁾や三菱総合研究所⁸⁸⁾などの先行研究においては、かかりつけ医との連携実践と同様に約 3 割の専門職が認知症専門医のいる医療機関と連携を実践していたと報告している。これらを踏まえるならば、2008 年に「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」、2012 年に「認知症施策推進 5 か年計画」、2015 年に「認知症施策推進総合戦略」が策定されて以降、両者間の連携は高まっていることが推測されるものの、その割合は決して十分な値を示しているとは言い切れない現状が考えられる。

3)「連携擬態化型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「連携擬態化型」は、「yS4:受診前に受診に対する当事者の不安を伝えている」や「yS5:受診前に受診に対する家族の不安を伝えている」「yS6:受診後に診断結果を問い合わせしている」という実践内容に関して、その実践頻度が低かった。

本クラスに所属する専門職は、かかりつけ医との連携実践における「連携擬態化型」と同様に、無意識のうちに認知症が疑われる高齢者や家族の心理面に関する援助が見送られ、連携の擬態化が生じている可能性がある。認知症が疑われる高齢者における医療とは鑑別診断に留まらず、継続的な支援を要することから、受診は彼らにとって人生の大きな岐路と言い換えることができる。そのため受診の主体である認知症が疑われる高齢者や家族は、その症状から様々な葛藤や不安を抱えているケースも少なくなく^{62, 68)}、先述したとおり、受診に対する不安軽減は不可欠であるといえる。認知症はその疾患の特性上、本人の受診に対する思いを把握することが難しい場合もあるが、専門職が可能な限りその思いを評価し、受診援助に反映させることは、鑑別診断のみならず、その後の援助を円滑に実践する上で重要であると考ええる。認知症が疑われる高齢者や家族にとって「医師」によるサポートは、認知症診療に対する不安軽減に寄与することが臨床現場より報告されている¹¹⁶⁾。このことから地域包括支援センターの専

専門職と認知症専門医とが、受診援助の過程において認知症が疑われる高齢者の不安に関する情報を共有することは重要であるといえる。

また認知症は進行性の疾患であることから、病状が重篤化する前から将来を見据えた支援体制を構築し、家族の負担を軽減することで、予想される在宅生活の破綻を防ぐことが求められる。地域包括支援センターによる求められる認知症が疑われる高齢者への援助とは、あくまでも鑑別診断による受診にとどまらず、それは診断後の在宅生活の援助を考慮したものなければならない。以上のことから、地域包括支援センターの専門職には、受診前における鑑別診断のための援助だけでなく、受診後において「診断結果の問い合わせ(yS6)」を行うことで、今後継続することが想定される援助に有用な連携を実践することが必要である。

4)「連携難渋型」に所属する地域包括支援センターの専門職の特徴

「連携難渋型」に所属する地域包括支援センターの専門職は、本章において設定した認知症専門医のいる医療機関との連携に関するすべて項目で、実践頻度が低値であるという特徴を示した。近年の認知症施策においては、認知症専門医と連携することの重要性がたびたび指摘され、本章における分析対象者の選定に際して「過去 1 年以内に認知症が疑われる高齢者への受診援助を行った経験を有する」を基準としたものの、専門職の約 2 割が当該特徴を呈していることが確認された。本結果は、地域包括支援センターの専門職がイメージする受診援助が「認知症が疑われる高齢者」や「家族」への援助といった直接的な援助実践に留まっており、彼らによる受診援助がその時点で終結している可能性が考えられる。あるいは、種々にわたる受診援助には高度な援助技術が求められるため、援助に難渋し、認知症専門医のいる医療機関との連携が十分にできていないことも考える。しかしながらこれらは推測の域を出ないため、地域包括支援センターの専門職による当該連携に関する認識について、検証していくことが求められる。

3. 地域包括支援センターの専門職における「かかりつけ医との連携実践」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の関係性

前項までにおける地域包括支援センターの専門職による「かかりつけ医」ならびに「認知症専門医のいる医療機関」との各連携実践の特徴の組み合わせについて検討を行った。その結果、「かかりつけ医との連携実践」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」がともに「連携実践型」の特徴を呈する専門職は約 4 割に留まっていた。本研究で設定した連携実践に関する項目の内容は、認知症が疑われる高齢者を適切かつ円滑に鑑別診断等につなげるために実践することが望まれる援助であり、本クラスに所属する専門職は理想的な受診援助を実践しているものと推測される。しかし本結果は、認知症における保健、医療、福祉による一体的な援助が国策等で示されている現在でも、地域包括支援センターと医療機関との連携に課題があるという状況を示し、両者間における連携促進に向けた対策を講じることの必要性が再確認できたといえる。また、かかりつけ医との連携実践に「援助実践型」の特徴を呈する専門職の 90.2%が、認知症専門医のいる医療機関との連携実践にも「援助実践型」であった。そのため本結果は、「かかりつけ医との連携実践」を促進することが「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の促進に寄与する可能性を示唆しており、両連携実践に向けた介入が決して独立したものでないことがうかがわれる。

一方で、医療機関との連携実践に際して、「かかりつけ医」「認知症専門医のいる医療機関」がともに「連携難渋型」を示した専門職が約 1 割を占めていた。これは、鑑別診断に向けた受診援助において医療機関との連携がないまま、当該受診が認知症が疑われる高齢者と家族による自助努力に依存したものになっている可能性があり、認知症が疑われる高齢者の受診における失敗を誘発しかねない。過去の専門職による援助の失敗は、その後の援助実践の大きな阻害要因になることが報告されており^{121)・123)}、地域包括支援センターの専門職に対して「かかりつけ医」ならびに「認知症専門医のいる医療機関」と連携することの重要性を改めて強調することの重要性が確認できたといえる。

第 3 章 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践と関連要因の検討

第 1 節 本章の研究目的

第 2 章の実態調査によると、地域包括支援センターの専門職として実践することが期待される「かかりつけ医との連携実践」を実践していたと推測される人は半数、「認知症専門医のいる医療機関との連携」では約 6 割であり、両連携を良好に実践していると推測される専門職は 4 割に留まっていた。このことから、地域包括支援センターの専門職は、「かかりつけ医」や「認知症専門医のいる医療機関」との連携が十全に実践できていない可能性が推測される。また前述のとおり、地域包括支援センターの専門職が認知症が疑われる高齢者への受診援助の実践に難渋している現状が、栗田ら⁸⁷⁾や杉山ら⁹⁹⁾の研究をはじめとする定性的・定量的研究で示されている。

以上を踏まえるならば、地域包括支援センターの専門職による医療機関との連携実践を促進・阻害する要因を明らかにし、各種援助を円滑に実践するための研修内容の企画立案ならびに環境資源等の整備等に有用な資料を得ることが求められる。しかし、上記の「医療機関との連携実践」に関する実態調査と同様に、地域包括支援センターの専門職による受診援助の実践に着目した関連要因の検証を試みた研究は極めて少ない。

そこで本章では、地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践とその関連要因を明らかにすることとした。

第 2 節 研究方法

1. 調査対象と方法

本章における調査対象者は、四国、九州地方（沖縄県を含む）を除く 35 都道府県に設置されている地域包括支援センターに勤務する専門職（社会福祉士、保健師等、主任介護支援専門員、認知症地域支援推進員等）である。本研究では、地域包括支援センターの専門職を対象とした「質問紙調査」と、行政ならびに認知症関連学会のホームページに掲載されている情報を基にした「医療資源に関する調査」の 2 つの調査を実施した。

質問紙調査については、各都道府県のホームページ等に 2016 年 3 月末時点で掲載されていた 4,362 か所の地域包括支援センター（一部のブランチ型センターを除く）から層化二段階無作為抽出法により、2,000 か所を抽出し、各センターに 3 通ずつ計 6,000 通の調査票を配付した。調査票は無記名自記式とし、記入後は回答者が返信用封筒に厳封した上で投函する方法を採った。調査期間は 2016 年 5 月から同年 7 月までの 3 か月間であった。

また医療資源に関する調査については、地域（集団）レベルの単位を都道府県に設定し、本調査対象とした地域包括支援センターが設置されている 35 都道府県に関する情報を収集した。

2. 調査内容

1) 質問紙調査における調査内容

調査票は、調査対象者の属性、過去 1 年以内に認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助の実践経験の有無、認知症の受診に関する知識、地域包括支援センターの周辺状況、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践状況などの質問項目で構成した。

①調査対象者の属性

性別、年齢、雇用形態、医療および福祉専門職としての従事歴（以下、専門

職歴)などについて回答を求めた。

②認知症の受診に関する知識

認知症の受診に関する知識については、「認知症の症状について」「認知症の受診に関するメリットについて」「認知症専門医療機関への受診方法について」「認知症の診断方法について」「認知症の薬物療法について」の5項目を設定し、各知識の理解度に関する自己評価を求めた。回答は、「理解が不足している;0点」~「十分に理解している;3点」の4件法で回答を求めた。

③地域包括支援センターの周辺状況

地域包括支援センターの周辺状況については、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診に関するかかりつけ医の協力度(以下、かかりつけ医の協力度)、認知症専門医のいる医療機関までの距離、認知症専門医のいる医療機関の受診待機日数の調整機能の有無(以下、受診調整機能の導入)、鑑別診断のための受診予約から受診するまでの平均期間(以下、受診待機日数)、認知症が疑われる高齢者の受診に関する事項を他専門機関と検討する会議の開催数(1か月あたりの平均回数)(以下、会議開催数)などについて回答を求めた。

かかりつけ医の協力度については、「あなたが担当する地域・その周辺にあるかかりつけ医は、認知症の鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関への受診に対して協力的ですか?」の質問に対して、「協力的でない;0点」「やや協力的である;1点」「協力的である;2点」の3件法で回答を求めた。

認知症専門医がいる医療機関までの距離については、各調査対象者が勤務する地域包括支援センターから、最も近い場所にある認知症専門医のいる医療機関までの車での移動時間について回答を求めた。

受診調整機能の導入については、「あなたが担当する地域・その周辺にある認知症専門医のいる医療機関は、認知症が疑われる高齢者の症状の程度によって、受診までの時間を調整してくれますか?」の質問に対して、「いいえ;0点」

「はい;1点」で回答を求めた。

④認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践状況

本章においては「認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践状況」に関する項目の再考を行った。栗田ら⁸⁷⁾が実施した医療機関との連携実践に関する実態調査の項目は、『かかりつけ医』や『認知症専門医のいる医療機関』への情報提供に関するそれぞれ1項目と「受診時の同行」といった計3項目が設定されている。また地域包括支援センターの専門職による認知症患者への支援という観点から、栗田ら⁸⁷⁾や村山ら¹²⁴⁾の研究を参考に、水上ら¹²⁵⁾もその一部に医療機関との連携を言及しているが、当該研究の連携も『かかりつけ医』や『認知症専門医のいる医療機関』と情報交換するにとどまっている。さらに隅田ら¹²⁶⁾も、栗田ら⁸⁷⁾や水上ら¹²⁵⁾の調査研究を参考に調査項目の検討を実施しているが、医療機関との連携内容については、従来の研究知見の域を出ず、その連携実践に関する具体的内容は不明瞭である。加えて、第2章で実施した調査項目については、地域包括支援センターの専門職と医療機関との連携の中で行われる情報交換について、その具体的内容が示されているものの、前述した先行研究や特定の調査協力者からの助言を参考に作成しており、内容的妥当性や多岐にわたる医療機関との連携実践の内容について十分な検討できているとは言い切れない。

そのため、事前に過去1年以内に認知症が疑われる高齢者の鑑別診断等に向けた受診援助を実践した経験した経験を有する専門職をその条件とし、大阪府、岡山県、広島県、鳥取県、山口県内に設置されている10センター、13人（社会福祉士2人、保健師等5人、主任介護支援専門員4人、認知症地域支援推進員1人、その他1人）の専門職を対象にインタビュー調査を実施した（調査期間;2015年9月から2016年1月）¹²⁷⁾。「医療機関との連携」に関する実践内容を表している箇所を抽出し、その特徴的な語りや文言を集約しカテゴリーを生成し、「医療機関との連携実践」に関する項目の作成を試みた。

その結果、「かかりつけ医との連携実践」ならびに「認知症専門医のいる医療

機関との連携実践」に関する項目をおのおの10項目作成した。また、老人性認知症センターに長年勤務し、認知症が疑われる高齢者の受診に携わった経験のある精神保健福祉士による項目内容の確認を行い、内容的妥当性の保持に努めた。回答は、「全く実践していない、あまり実践していない:0点」「まあ実践している、いつも実践している:1点」で求めた。

2) 医療資源に関する調査における調査内容

医療資源に関する調査については、各都道府県における「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講した医師の数、認知症疾患医療センターの設置数、認知症関連学会が認定する専門医（以下、認定専門医）の数の情報を収集した。

「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数」と「認知症疾患医療センターの設置数」は、厚生労働省ならびに各都道府県等のホームページに掲載されていた情報を参考に算出した。

また認定専門医数は、日本認知症学会の「認知症専門医」、日本精神科病院協会の「認知症臨床専門医」、日本老年医学会の「老年病専門医」、日本老年精神医学会の「高齢者のこころの病と認知症に関する専門医」、日本神経学会の「神経内科専門医」の総数とし、2016年8月1日時点で各学会のホームページに掲載されていた認定専門医の名簿を基に各都道府県における認定専門医数を算出した。なお、複数の学会より認定を受けている同一医師がいた場合には、複数カウントしないように適宜、名簿の確認を行った。加えて、上記に挙げた認定専門医の種類のほかに日本精神神経学会の「精神科専門医」があるが、当学会がホームページに掲載する名簿には、その医師が所属する都道府県が明記されていなかったことから、本研究対象とする認定専門医から除外した。

3. 解析方法

統計解析では、地域包括支援センターの専門職における認知症が疑われる

高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践に関連する要因を、専門職による個人要因、地域包括支援センター周辺にある環境要因の両面から明らかにするため、マルチレベル構造方程式モデリングによるパス解析を行った。

マルチレベル構造方程式モデリングとは、構造方程式モデリングを階層データに拡張した解析手法であり、構造方程式モデリングが 1 つのモデルを推定するのに対して、マルチレベル構造方程式モデリングは「集団レベル」と「個人レベル」の 2 つのモデルを推定するものである。階層データを従来の解析方法を用いて推定することは、個人単位と集団単位のデータが混在することとなり、推定値の精度を過剰に見積もることや、いずれのレベルによる効果か不明確であるといった問題点が指摘されていることから¹²⁸⁾、本研究では階層データの分析に最適な解析手法であるマルチレベル構造方程式モデリングを用いることとした。

「かかりつけ医との連携実践」および「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」を従属変数としたモデルをそれぞれ構築し、専門職の実践に関するレベル(以下、専門職レベル)における独立変数には、性別(男性;1点,女性;0点),年齢,雇用形態(常勤(正規雇用);1点,それ以外;0点),専門職歴,認知症の受診に関する知識,かかりつけ医の協力度,認知症専門医のいる医療機関までの距離,受診調整機能の導入,受診待機日数,会議開催数を設定した。

また都道府県の医療資源に関するレベル(以下、都道府県レベル)における独立変数は、「かかりつけ医との連携実践」を従属変数としたモデルには「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数」を、「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」を従属変数としたモデルには「認知症疾患医療センターの設置数」「認定専門医数」を設定し、平成 28 年版高齢社会白書¹²⁹⁾に掲載されていた各都道府県における 65 歳以上高齢者人口に除した値を投入した。

なお、認知症専門医のいる医療機関までの距離,受診調整機能の導入,鑑別診断のための受診予約から受診するまでの期間,会議開催数は、地域包括支援センターを取り巻く環境を示す要因であるが、これらの要因が市区町村間の格差が大きく、都道府県単位での算出することに適さないこと、実際には地域包括支援センターの専門職がそれらをどのように認知しているかが重要であるこ

とから、専門職レベルの要因として投入することとした。

以上のマルチレベル構造方程式モデリングの推定法には Maximum Likelihood Estimation(以下, ML)を用い, パスの有意性は 5%有意水準とした。また当該解析には, 統計ソフト「IBM SPSS Statistics 23J for Windows」ならびに「Mplus version7.4」を用いた。

4. 倫理的配慮

本調査は, 調査対象者に調査の趣旨, 調査協力への自由意思(任意)の保障, 匿名性の保持等について書面にて説明を行い, 調査票の返送をもって調査への同意とみなした。また本調査は, 岡山県立大学倫理委員会に申請し, 2016 年 3 月 25 日に審査・承認を受けて実施した(受付番号 530)。

なお本調査は, 計画立案時において全国 47 都道府県の地域包括支援センターの専門職を対象に実施予定であった。しかし, 2016 年 4 月に熊本県と大分県で震度 7 を観測した熊本地震が発生したことにより, 震源地とその周辺地域において調査を実施することは倫理的観点から不適切であると考え, 対象地域から四国・九州地方を除外した。

第 3 節 地域包括支援センターの専門職におけるかかりつけ医との連携実践と関連要因の検討

1. 本節の研究目的

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助における「かかりつけ医との連携実践」に関連する要因を明らかにする。

2. 解析方法

本節では図 5 に示すとおり, 「かかりつけ医との連携実践」を従属変数, 属性

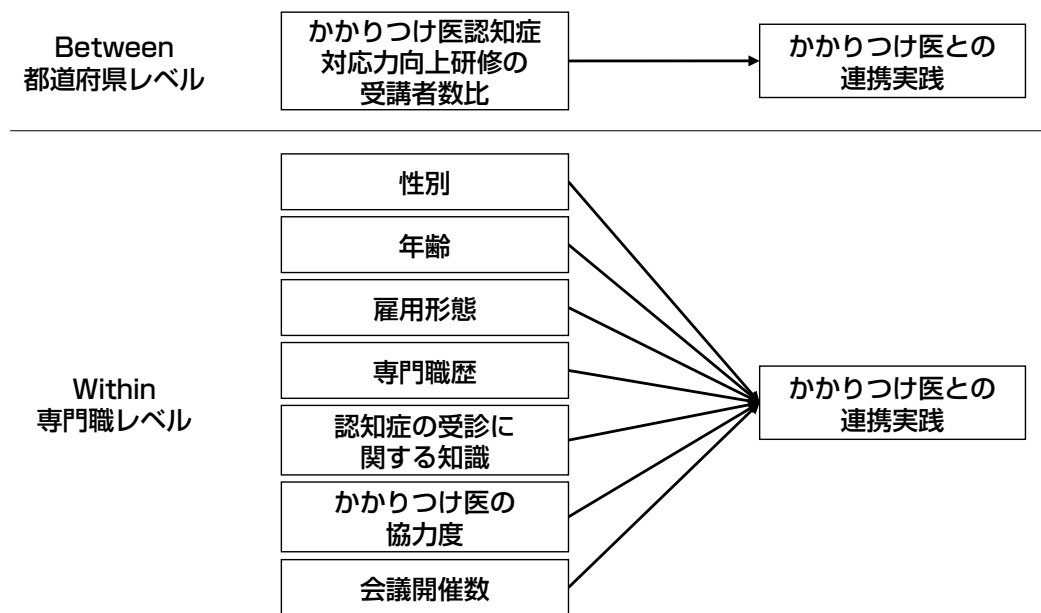


図5 かかりつけ医との連携実践に関する分析モデル

ならびに認知症の受診に関する知識，かかりつけ医の協力度，会議開催数を専門職レベルの独立変数，65歳以上高齢者人口を「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数」で除した値（以下，かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数比）を都道府県レベルにおける独立変数とした分析モデルを構築し，マルチレベル構造方程式モデリングを用いて，各変数間の関連性について検討した。

3. 研究結果

回答は，1,705人（回収率：28.4%）から得られた。統計解析には，認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助を実践した経験を有する1,502人（調査対象者の25.0%，回答者の88.1%）のうち，上記の分析モデルにおける項目に欠損値がなく，センター内で社会福祉士，保健師等，主任介護支援専門員，認知症地域支援推進員のいずれかの役割（職種）を担う983人（調査対象者の16.4%，回答者の57.7%）のデータを用いた。

1) 分析対象者の属性

分析対象者の属性は、表 10 に示すとおりである。性別は男性 219 人 (22.3%)、女性 764 人 (77.7%) であり、年齢は平均 45.0 歳 (標準偏差: 9.6, 範囲: 23-69) であった。また雇用形態については、常勤 (正規雇用) が 895 人 (91.0%) と最も多く、専門職歴は平均 206.3 か月 (標準偏差: 103.1, 範囲: 0.5-530) であった。

2) 認知症の受診に関する知識の回答分布

認知症の受診に関する知識の回答分布は、表 11 に示すとおりである。「十分に理解している」の回答に着目すると、「認知症の受診に関するメリットについて」の

表10 分析対象者の属性

項目		人数	(%)
性別	男性	219	(22.3)
	女性	764	(77.7)
年齢	平均	45.0歳	
	(標準偏差, 範囲)	(9.6, 23 - 69)	
雇用形態	常勤 (正規雇用)	895	(91.0)
	常勤 (嘱託雇用)	64	(6.5)
	その他	24	(2.5)
専門職歴	平均	206.3か月	
	(標準偏差, 範囲)	(103.1, 0.5 - 530)	

表11 認知症の受診に関する知識の回答分布

項目	理解が 不足している		やや理解が 不足している		理解している		十分に 理解している	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
yK1 認知症の症状について	22	(2.2)	151	(15.4)	700	(71.2)	110	(11.2)
yK2 認知症の受診に関するメリットについて	14	(1.4)	117	(11.9)	671	(68.3)	181	(18.4)
yK3 認知症専門医療機関への受診方法について	24	(2.4)	181	(18.4)	635	(64.6)	143	(14.5)
yK4 認知症の診断方法について	24	(2.4)	255	(25.9)	629	(64.0)	75	(7.6)
yK5 認知症の薬物療法について	36	(3.7)	347	(35.3)	547	(55.6)	53	(5.4)

%は小数点以下第二位を四捨五入しているため100%とならない場合がある

理解が 18.4%と最も高く、次いで「認知症専門医療機関への受診方法について」であった。他方で、「認知症の薬物療法について」の理解が 5.4%と最も低いことが確認された。

3) 本節の分析に用いた地域包括支援センターの周辺状況の回答分布

本分析に用いた「かかりつけ医の協力度」について、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診に際してかかりつけ医が「協力的である」と回答した人は 267 人 (27.2%)、「やや協力的である」が 612 人 (62.3%)、「協力的でない」が 104 人 (10.6%)であった。また会議開催数は、平均 0.8 回 (標準偏差:1.1, 範囲:0-10)であった。

4) かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数の状況

分析対象の各都道府県における「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数」ならびに、それらを 65 歳以上高齢者人口で除した値は表 12 に示すとおりである。かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数比は、山梨県が 0.363 千人と最も低値であり、群馬県が 2.875 千人と最も高値であった。

5) かかりつけ医との連携実践状況の回答分布

かかりつけ医との連携実践の回答分布は、表 13 のとおりである。「まあ実践している」「いつも実践している」の回答に着目すると、「yPr2:かかりつけ医に認知症が疑われる高齢者の認知症様症状を報告している」に関する連携を実践していた人が 69.1%と最も多く、次いで「yPr7:かかりつけ医に認知症が疑われる高齢者の日常生活状況を報告している」であった。一方で、「yPr3:かかりつけ医に認知症専門医へ受診することに対する認知症が疑われる高齢者の不安を伝えている」に関する連携を実践していた人が 43.5%と最も少なかった。

6) かかりつけ医との連携実践に関連する要因の検討

かかりつけ医との連携実践に関連する要因を専門職レベルと都道府県レベ

表12 各都道府県におけるかかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者の状況

都道府県	65歳以上 高齢者人口（千人）	かかりつけ医認知症 対応力向上研修の受講者数	再掲
			65歳以上人口（千人） / かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者
北海道	1,519	829	1.832
青森県	383	771	0.497
岩手県	380	793	0.479
宮城県	573	254	2.256
秋田県	339	403	0.841
山形県	338	335	1.009
福島県	537	711	0.755
茨城県	754	724	1.041
栃木県	498	581	0.857
群馬県	529	184	2.875
埼玉県	1,737	675	2.573
千葉県	1,571	772	2.035
東京都	3,011	2,556	1.178
神奈川県	2,115	752	2.813
新潟県	672	570	1.179
山梨県	231	637	0.363
長野県	615	554	1.110
富山県	318	264	1.205
石川県	313	488	0.641
福井県	220	516	0.426
岐阜県	557	800	0.696
静岡県	998	473	2.110
愛知県	1,728	1,105	1.564
三重県	495	443	1.117
滋賀県	332	439	0.756
京都府	701	388	1.807
大阪府	2,267	1,135	1.997
兵庫県	1,460	819	1.783
奈良県	383	819	0.468
和歌山県	296	556	0.532
鳥取県	167	363	0.460
島根県	221	113	1.956
岡山県	540	1,142	0.473
広島県	769	1,087	0.707
山口県	441	479	0.921

ルの2つのレベルから検討するため、マルチレベル構造方程式モデルによるパス解析を行った。その結果、専門職レベルにおけるかかりつけ医との連携実践に対しては「雇用形態（ $\beta=0.071$, $p<0.05$ ）」「かかりつけ医の協力度（ $\beta=0.103$, $p<0.01$ ）」「会議開催数（ $\beta=0.094$, $p<0.01$ ）」「yK3:認知症専門医療機関への受診方法について（ $\beta=0.162$, $p<0.001$ ）」の4つが有意な関連を示した。また都道府県レベルにおけるかかりつけ医との連携実践には「かかりつけ医認知症対

表13 かかりつけ医との連携実践状況の回答分布

項目	全く実践していない		あまり実践していない		まあ実践している		いつも実践している	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
yPr1 かかりつけ医に認知症専門医への受診の可否を尋ねている	89	(9.1)	453	(46.1)	342	(34.8)	99	(10.1)
yPr2 かかりつけ医に認知症が疑われる高齢者の認知症様症状を報告している	43	(4.4)	261	(26.6)	464	(47.2)	215	(21.9)
yPr3 かかりつけ医に認知症専門医へ受診することに対する認知症が疑われる高齢者の不安を伝えている	101	(10.3)	454	(46.2)	326	(33.2)	102	(10.4)
yPr4 かかりつけ医に認知症専門医へ受診することに対する認知症が疑われる高齢者の家族の不安を伝えている	109	(11.1)	436	(44.4)	343	(34.9)	95	(9.7)
yPr5 かかりつけ医に認知症が疑われる高齢者の直近の病状を尋ねている	78	(7.9)	393	(40.0)	379	(38.6)	133	(13.5)
yPr6 かかりつけ医に認知症が疑われる高齢者の家族の介護負担の状況を報告している	73	(7.4)	330	(33.6)	436	(44.4)	144	(14.6)
yPr7 かかりつけ医に認知症が疑われる高齢者の日常生活状況を報告している	60	(6.1)	305	(31.0)	442	(45.0)	176	(17.9)
yPr8 かかりつけ医に認知症専門医への受診に必要な紹介状を作成してもらうようお願いしている	108	(11.0)	362	(36.8)	371	(37.7)	142	(14.4)
yPr9 かかりつけ医から認知症が疑われる高齢者に認知症専門医への受診を勧めてもらえるようお願いしている	95	(9.7)	345	(35.1)	425	(43.2)	118	(12.0)
yPr10 かかりつけ医から認知症が疑われる高齢者の家族に認知症専門医への受診を勧めてもらえるようお願いしている	110	(11.2)	387	(39.4)	381	(38.8)	105	(10.7)

%は小数点以下第二位を四捨五入しているため100%とならない場合がある

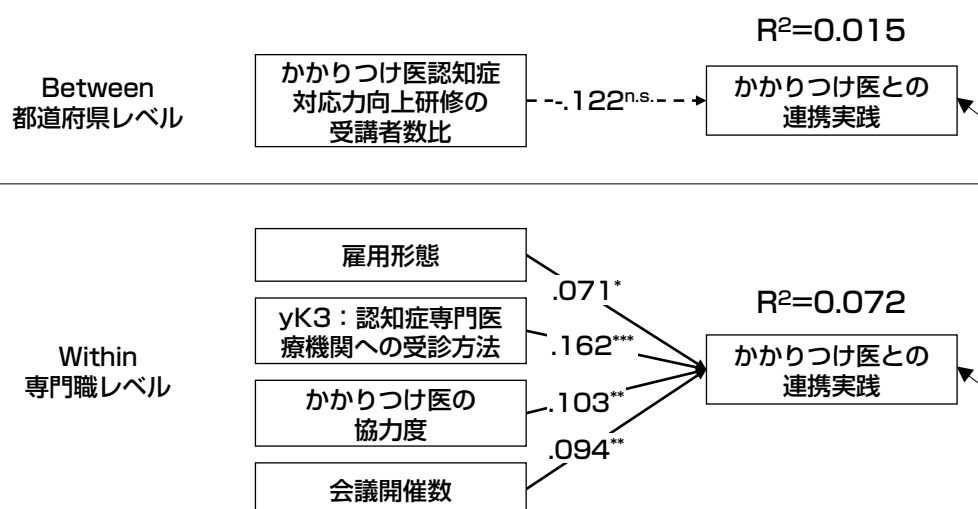


図6 地域包括支援センターの専門職におけるかかりつけ医との連携実践
医療機関との連携実践に関連する要因の検討（標準化解）（推定法：ML）

※専門職レベルにおける独立変数は、有意な関連が確認されたもののみ表示した。

※***; $p < 0.001$, **; $p < 0.01$, *; $p < 0.05$
n.s.; not significant

応力向上研修の受講者数比」が非有意であった(図6)。

なお、専門職レベルにおけるかかりつけ医との連携実践に対する説明率は7.2%、都道府県レベルにおけるかかりつけ医との連携実践に対する説明率は1.5%であった。

第 4 節 地域包括支援センターの専門職における認知症専門医のいる医療機関との連携実践と関連要因の検討

1. 本節の研究目的

地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助における「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」に関連する要因を明らかにする。

2. 解析方法

本節では図 7 に示すとおり、「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」を従属変数、属性ならびに認知症の受診に関する知識、認知症専門医のいる医療機関までの距離、受診調整機能の導入、鑑別診断のための受診予約から受診するまでの期間、会議開催数を専門職レベルの独立変数、65 歳以上高齢者人口を「認知症疾患医療センターの設置数」ならびに「認定専門医数」でそれぞれ除した値（以下、「認知症疾患医療センターの設置数比」「認定専門医数比」）を都道府県レベルにおける独立変数とした分析モデルを構築し、マルチレベル構造方程式モデリングを用いて、各変数間の関連性について検討した。

3. 研究結果

統計解析には、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助を実践した経験を有し、上記の分析モデルにおける項目に欠損値のない社会福祉士、保健師等、主任介護支援専門員、認知症地域支援推進員の計 886 人（調査対象者の 14.8%、回答者の 52.0%）のデータを用いた。

1) 分析対象者の属性

分析対象者の属性は、表 14 に示すとおりである。性別は男性 208 人（23.5%）、女性 678 人（76.5%）であり、年齢は平均 44.6 歳（標準偏差：9.6、範囲：23-68）であった。また雇用形態については、常勤（正規雇用）が 807 人（91.1%）と最も

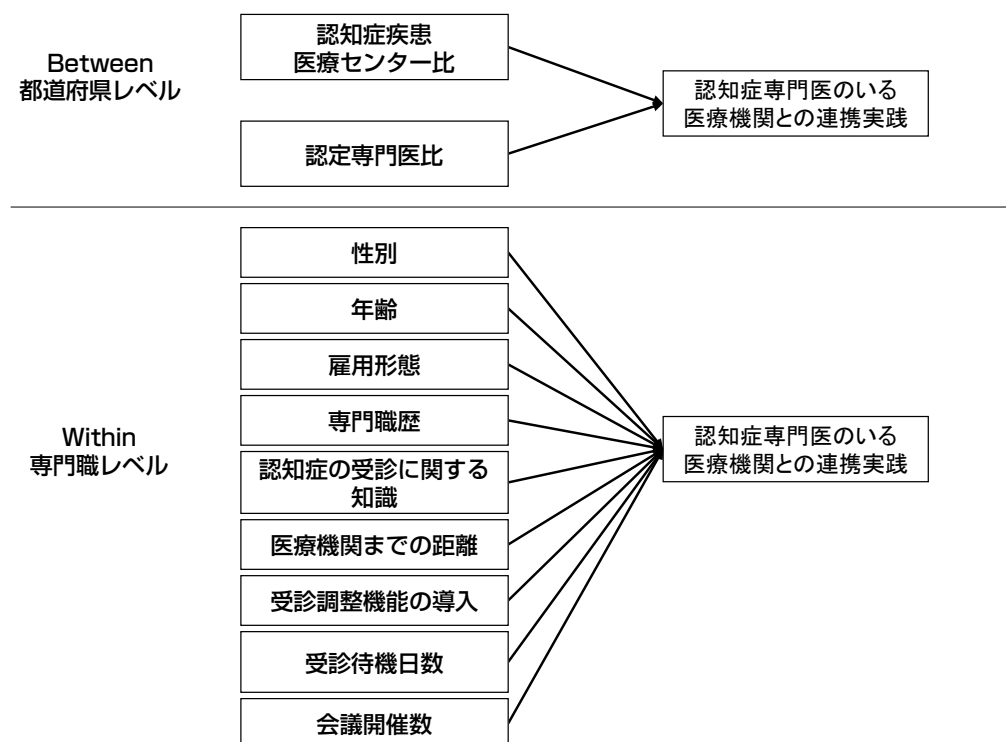


図7 認知症専門医のいる医療機関との連携実践に関する分析モデル

表14 分析対象者の属性

項目		人数	(%)
性別	男性	208	(22.3)
	女性	678	(77.7)
年齢	平均	44.6歳	
	(標準偏差, 範囲)	(9.6, 23 - 68)	
雇用形態	常勤(正規雇用)	807	(91.1)
	常勤(嘱託雇用)	56	(6.3)
	その他	23	(2.6)
専門職歴	平均	205.7か月	
	(標準偏差, 範囲)	(102.4, 1 - 540)	

多く、専門職歴は平均 205.7 か月(標準偏差:102.4, 範囲:1-540)であった。

2) 認知症の受診に関する知識の回答分布

認知症の受診に関する知識の回答分布は、表 15 に示すとおりである。「十分に理解している」の回答に着目すると、「認知症の受診に関するメリットについて」

表15 認知症の受診に関する知識の回答分布

項目	理解が 不足している	やや理解が 不足している	理解している	十分に 理解している
	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
yK1 認知症の症状について	18 (2.0)	130 (14.7)	629 (71.0)	109 (12.3)
yK2 認知症の受診に関するメリットについて	13 (1.5)	98 (11.1)	603 (68.1)	172 (19.4)
yK3 認知症専門医療機関への受診方法について	19 (2.1)	153 (17.3)	571 (64.4)	143 (16.1)
yK4 認知症の診断方法について	19 (2.1)	237 (26.7)	555 (62.6)	75 (8.5)
yK5 認知症の薬物療法について	30 (3.4)	303 (34.2)	502 (56.7)	51 (5.8)

%は小数点以下第二位を四捨五入しているため100%とならない場合がある

表16 本節の分析に用いた地域包括支援センターの周辺状況の回答分布

項目	人数 (%)
認知症専門医のいる 医療機関までの距離	平均 17.2 分 (標準偏差, 範囲) (16.5, 0 - 120)
受診待機日数	平均 19.9 日 (標準偏差, 範囲) (23.4, 0 - 180)
会議開催数	平均 0.8 回 (標準偏差, 範囲) (0.9, 0 - 9)
受診調整機能の導入	はい (導入している) 665 (75.1)
	いいえ (導入していない) 221 (24.9)

の理解が 19.4%と最も高く、次いで「認知症専門医療機関への受診方法について」であった。他方で、「認知症の薬物療法について」の理解が 5.8%と最も低いことが確認された。

3) 本節の分析に用いた地域包括支援センターの周辺状況の回答分布

本分析に用いた地域包括支援センターの周辺状況を示す「認知症専門医のいる医療機関までの距離」「受診待機日数」「会議開催数」「受診調整機能の導入」の回答分布は、表 16 のとおりである。各分析対象者が勤務する地域包括支援センターから最も近い場所にある認知症専門医のいる医療機関までの距離は、車の移動で平均 17.2 分 (標準偏差:16.5, 範囲:0-120)であった。また受診待機日数は平均 19.9 日 (標準偏差:23.4, 範囲:0-180)であり、会議開催

表17 各都道府県における認知症疾患医療センターならびに認定専門医の状況

都道府県	65歳以上 高齢者人口（千人）	認知症疾患 医療センター数	認定専門医数	再掲	
				65歳以上高齢者人口（千人） / 認知症疾患医療センター数	65歳以上高齢者人口（千人） / 認定専門医数
北海道	1,519	10	276	151.9	5.5
青森県	383	5	41	76.6	9.3
岩手県	380	2	78	190.0	4.9
宮城県	573	6	143	95.5	4.0
秋田県	339	2	49	169.5	6.9
山形県	338	3	59	112.7	5.7
福島県	537	4	93	134.3	5.8
茨城県	754	7	110	107.7	6.9
栃木県	498	6	107	83.0	4.7
群馬県	529	10	93	52.9	5.7
埼玉県	1,737	7	287	248.1	6.1
千葉県	1,571	7	257	224.4	6.1
東京都	3,011	12	1252	250.9	2.4
神奈川県	2,115	10	474	211.5	4.5
新潟県	672	8	146	84.0	4.6
富山県	318	3	53	106.0	6.0
石川県	313	2	103	156.5	3.0
福井県	220	2	51	110.0	4.3
山梨県	231	2	38	115.5	6.1
長野県	615	6	127	102.5	4.8
岐阜県	557	7	72	79.6	7.7
静岡県	998	5	150	199.6	6.7
愛知県	1,728	10	419	172.8	4.1
三重県	495	5	97	99.0	5.1
滋賀県	332	5	88	66.4	3.8
京都府	701	8	317	87.6	2.2
大阪府	2,267	11	547	206.1	4.1
兵庫県	1,460	11	252	132.7	5.8
奈良県	383	4	83	95.8	4.6
和歌山県	296	3	45	98.7	6.6
鳥取県	167	5	57	33.4	2.9
島根県	221	1	68	221.0	3.3
岡山県	540	7	153	77.1	3.5
広島県	769	9	170	85.4	4.5
山口県	441	5	89	88.2	5.0

数は平均 0.8 回（標準偏差：0.9，範囲：0-9）であった。加えて，受診調整機能の導入は「はい（導入している）」と回答した人が 665 人（75.1%）であった。

4) 認知症疾患医療センターならびに認定専門医数の状況

分析対象の各都道府県における「認知症疾患医療センターの設置数」ならびに「認定専門医数」，それらを 65 歳以上高齢者人口で除した値は表 17 に示すとおりである。各都道府県における認知症疾患医療センターの設置比は，鳥取県が 33.4 千人と最も高値であり，東京都が 250.9 千人と最も低値であった。また認定専門医数比は京都府が 5.5 千人と最も低く，青森県が 9.3 千人と最も

高かった。

5) 認知症専門医のいる医療機関との連携実践の回答分布

認知症専門医のいる医療機関との連携実践の回答分布は、表 18 のとおりである。「まあ実践している」「いつも実践している」の回答に着目すると、「ySp1: 受診前に受診の方法について認知症専門医のいる医療機関に問い合わせている」に関する連携を実践していた人が 76.5%と最も多く、次いで「ySp2: 受診前に認知症が疑われる高齢者の認知症様症状を報告している」であった。一方で、「ySp9: 受診前に認知症専門医のいる医療機関に認知症が疑われる高齢者の生活歴を伝えている」に関する連携を実践していた人が 57.4%と最も少なかった。

6) 認知症専門医のいる医療機関との連携実践に関連する要因の検討

認知症専門医のいる医療機関との連携実践に関連する要因を専門職レベルと都道府県レベルの 2 つのレベルから検討するため、マルチレベル構造方程式モデルによるパス解析を行った。その結果は図 8 のとおりであり、専門職レベルの認知症専門医のいる医療機関との連携実践に対しては「雇用形態（ β

表 18 認知症専門医のいる医療機関との連携実践状況の回答分布

項目	全く実践していない		あまり実践していない		まあ実践している		いつも実践している	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
ySp1 受診前に受診の方法について認知症専門医のいる医療機関に問い合わせている	27	(3.0)	181	(20.4)	390	(44.0)	288	(32.5)
ySp2 受診前に認知症が疑われる高齢者の認知症様症状を報告している	36	(4.1)	176	(19.9)	408	(46.0)	266	(30.0)
ySp3 受診前に受診に対する認知症が疑われる高齢者の不安を伝えている	56	(6.3)	304	(34.3)	350	(39.5)	176	(19.9)
ySp4 受診前に受診に対する認知症が疑われる高齢者の家族の不安を伝えている	61	(6.9)	303	(34.2)	349	(39.4)	173	(19.5)
ySp5 受診前に認知症が疑われる高齢者の家族の介護負担状況を伝えている	49	(5.5)	190	(21.4)	403	(45.5)	244	(27.5)
ySp6 受診前に認知症専門医のいる医療機関に認知症が疑われる高齢者の日常生活状況を報告している	50	(5.6)	197	(22.2)	396	(44.7)	243	(27.4)
ySp7 受診前に認知症専門医のいる医療機関に認知症が疑われる高齢者の現病歴を伝えている	57	(6.4)	243	(27.4)	355	(40.1)	231	(26.1)
ySp8 受診前に認知症専門医のいる医療機関に認知症が疑われる高齢者の既往歴を伝えている	58	(6.5)	270	(30.5)	351	(39.6)	207	(23.4)
ySp9 受診前に認知症専門医のいる医療機関に認知症が疑われる高齢者の生活歴を伝えている	69	(7.8)	309	(34.9)	324	(36.6)	184	(20.8)
ySp10 受診後に診断結果を問い合わせている	75	(8.5)	275	(31.0)	313	(35.3)	223	(25.2)

%は小数点以下第二位を四捨五入しているため100%とならない場合がある

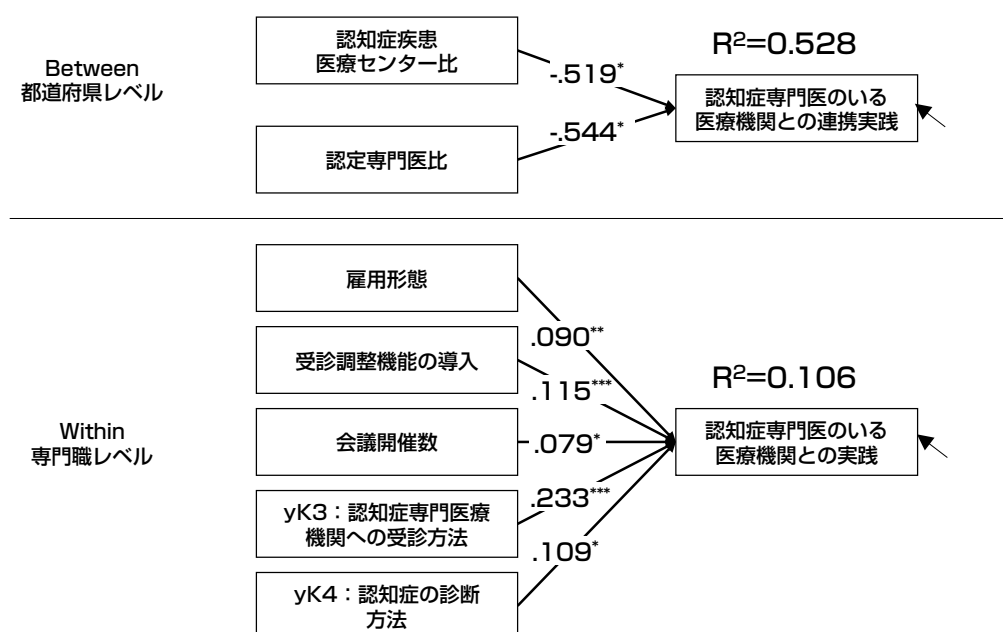


図8 地域包括支援センターの専門職における認知症専門医のいる医療機関との連携実践に関連する要因の検討(標準化解)(推定法:ML)

※独立変数は、有意な関連が確認されたもののみ表示した。 ※***; $p<0.001$, **; $p<0.01$, *; $p<0.05$

=0.090, $p<0.01$)」「受診調整機能の導入 ($\beta=0.115$, $p<0.001$)」「会議開催数 ($\beta=0.079$, $p<0.05$)」「yK3: 認知症専門医療機関への受診方法について ($\beta=0.233$, $p<0.001$)」「yK4: 認知症の診断方法について ($\beta=0.109$, $p<0.05$)」の5つが有意な関連を示した。また都道府県レベルの認知症専門医のいる医療機関との連携実践には「認知症疾患医療センター比 ($\beta=-0.519$, $p<0.05$)」「認定専門医比 ($\beta=-0.544$, $p<0.05$)」がともに有意な関連を示していた。

なお、専門職レベルにおける認知症専門医のいる医療機関との連携実践に対する説明率は10.6%、都道府県レベルにおける認知症専門医のいる医療機関との連携実践に対する説明率は52.8%であった。

第5節 考察

1) 専門職レベルにおける医療機関との連携実践の関連要因

専門職レベルにおいては、「雇用形態」「会議開催数」「yK3: 認知症専門医

療機関への受診方法について」が両医療機関との連携実践に有意な関係を示した。またその他、かかりつけ医との連携実践に対しては「かかりつけ医の協力度」が、認知症専門医のいる医療機関との連携実践に対して「受診調整機能の導入」「yK4:認知症の診断方法について」との間に有意な関連が確認された。

①「雇用形態」との関連

「雇用形態」については、「常勤（正規雇用）」の方が、認知症専門医のいる医療機関との連携実践が高かったことが確認された。本結果については、専門職の基礎資格による影響と勤務形態による影響といった2つの背景が想定される。まず前者については、本分析対象者のうち雇用形態を「常勤（嘱託雇用）」もしくは「非常勤」「その他」と回答した専門職の内訳を確認すると、主任介護支援専門員が約4割を占めていた。本分析対象者の中でも基礎資格として「歯科衛生士」や「柔道整体師」「ホームヘルパー」を挙げているものが多く確認されている。主任介護支援専門員は、長い臨床経験の末に習得することが出来る資格であるが、その基礎資格となる教育課程において「医療機関との連携」に関する専門教育が設定されていないことも多い。実際、このような現状に向けた対策として、2016年度より「主任介護支援専門員研修」の見直し¹³⁰⁾や「更新研修」が創設¹³¹⁾され、「ケアマネジメントに必要な医療との連携及び多職種協働の実現」といった内容を踏まえた科目が設けられている。しかしながら、本調査時期を鑑みると当該研修を受講した主任介護支援専門員はわずかであることから当該連携実践に差が確認されたものと考える。また後者については、「常勤（正規雇用）」以外の専門職は、「常勤（正規雇用）」の専門職と比較して認知症の鑑別診断のための受診援助を含むさまざまな地域包括支援センター専門職としての業務において、就業時間や業務範囲に制限が課されていることが想定される。加えて「常勤（正規雇用）」以外の専門職は、「常勤（正規雇用）」の専門職と比較して、時間的制約などから他機関とのネットワークが狭い可能性が推測されることから、医療機関との連携実践が低かったものと考える。

②「会議開催数」との関連

「会議開催数」については、認知症受診に関する他専門機関との会議開催数が多い地域包括支援センターの専門職ほど、医療機関との連携実践が高かったことが確認された。認知症の地域医療連携に代表される「熊本モデル」では、認知症疾患医療センターやその他医療機関、地域包括支援センターなどの地域医療の連携を促進することを目的として、定期的な事例検討会、会議等を義務付けている^{132, 133)}。臨床現場においては、介護現場は医師からのサポートを求めているにもかかわらず、医師はサポートの仕方がわからないという状態にあることが報告されている⁶⁴⁾。また、介護支援専門員を対象とした研究であるが、そもそも認知症専門医の所在が「わからない」と回答した人が約2割を占めていたとの報告もある⁶⁴⁾。このような医療機関側との連携を巡る問題は、認知症が疑われる高齢者の受診における地域包括支援センターと医療機関の業務内容とその範囲に関する認識の違いから派生しているものであると推測される。加えて、先行研究によると、医師と地域包括支援センターの関係にみられるように専門職間に著しい社会的な「地位の格差」や「不平等性」がある場合、専門職間の連携は円滑に行うことができない可能性が指摘されている^{134, 135)}。そのため、会議の開催といった、両者が認知症が疑われる高齢者の受診に関して協議・協働する機会を積極的に設けることは、地域包括支援センターが求める支援を医療機関へ伝達し、理解を求めることが出来るなど、連携の促進が期待できるものと考ええる。

③「受診調整機能の導入」との関連

認知症様症状の程度によって、受診に柔軟に対応する「受診調整機能」を導入している医療機関が、担当もしくはその周辺地域にある地域包括支援センターの専門職ほど認知症専門医のいる医療機関との連携実践が高かった。本分析対象者において、即日受診が可能である（「受診待機日数」が0日間）と回答した専門職は全体の約1.4%にとどまり、平均19.9日間、最大で180日間の受診待機が必要であることが確認された。また日本イーライリリー株式会社⁵⁸⁾が

実施した調査によると、家族が認知症が疑われる人の変化に気づいてから、かかりつけ医などの医療機関へ最初に受診するまでには平均 9.5 か月を要したと報告している。本分析では有意な関連は確認されなかったが、「受診待機日数」の長期化は、原因不明な認知症様症状に対する認知症が疑われる高齢者とその家族の「不安」と「受診拒否」、認知症様症状の重篤化を招く危険性もある。このような現状を鑑みるならば、近年、認知症専門医のいる医療機関で導入され始めている「受診調整機能」の有用性は高いと考える。また、医療機関側が「受診調整」を実施する上で、認知症が疑われる高齢者やその家族を取り巻く情報は必須であることから、それらの情報を有する地域包括支援センターの専門職と認知症専門医のいる医療機関との間で連携実践が必然的に高くなっている結果であるとも推測される。

④「認知症に関する知識」との関連

認知症に関する知識の中でも「yK3:認知症専門医療機関への受診方法について」と「yK4:認知症の診断方法について」に関する知識の理解度が高い人ほど、医療機関との連携実践が高かったことが確認された。栗田ら⁸⁷⁾が地域包括支援センターを対象に実施した地域の認知症医療の現状に関する調査によると、鑑別診断に対応できる医療資源として、認知症が疑われる高齢者を発見した場合の適切な医療機関への紹介ルートの確立やマニュアル化の必要性を指摘した専門職の存在を報告している。本研究において有意な関連が確認された知識は、鑑別診断のための受診における地域包括支援センターがつなげるべき医療機関に関する情報であり、先行研究⁸⁷⁾とも一部符合しているものと考ええる。つまり、医療機関との連携を促進するためには、地域包括支援センターの鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関の受診体制等に対する理解を深めることが重要であることがうかがわれた。しかしながら前述したとおり、地域包括支援センターはそもそも認知症専門医のいる医療機関の所在を把握していない可能性もある。また、過去に協働経験がない医療機関の場合、特に精神科病院については、その性質から地域包括支援センターの専門職が詳細な

情報を得られにくい状況があるのかもしれない。そのため、認知症専門医のいる医療機関側においても、地域包括支援センターなどの認知症支援機関に対して、当該医療機関に関する情報発信を積極的に行っていく試みが求められると考える。

⑤「かかりつけ医の協力度」との関連

担当地域およびその周辺にあるかかりつけ医による受診に対する協力度が高いと認知している地域包括支援センターの専門職ほど、かかりつけ医との連携実践が高かったことが確認された。

かかりつけ医による認知症患者の診療率は、宇都宮市で 49.0%¹³⁶⁾、相模原市で 53.3%¹³⁷⁾、大阪府で 84.3%¹³⁸⁾ と地域間でさまざまであり、全国レベルのデータが存在しないため一概には断定できない。しかし、本章における調査において、「かかりつけ医が認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診に協力的である」と回答した地域包括支援センターが約 25%に留まっていたことも踏まえるならば、事実として、認知症診療に対する姿勢が消極的であるかかりつけ医が少なくないことがうかがわれる。

この背景には、かかりつけ医が認知症患者への対応に対して困難感を抱き、認知症診療に対して否定的であることが挙げられる¹³⁷⁾。このようなかかりつけ医の現状は、地域包括支援センターの専門職をはじめ、認知症専門医の医療機関との連携を困難にする要因になりかねない。そのため、地域包括支援センターの専門職は認知症が疑われる高齢者への受診援助において、かかりつけ医によるサポートは不可欠であることから、かかりつけ医による協力を得るべく対策を講じることが必要である。具体的には先行研究¹³⁷⁾において、かかりつけ医による認知症診療に対する困難感を低減する要因として「認知症診療の経験」「認知症に関する知識」が指摘されている。当該知見を踏まえ、地域包括支援センターの専門職はかかりつけ医が認知症が疑われる高齢者の支援に参画し、情報共有を行い、「認知症診療の経験」の蓄積が可能となるよう、事例検討

会などの専門職間連携の場を設けることが有用と考える。また、「認知症に関する知識」を補うため、かかりつけ医が認知症疾患医療センターをはじめとする認知症専門医と連携が円滑となるよう、その認知症医療に関するネットワークを構築し、かかりつけ医機能の充実に向けた対策を講じることが必要と考える。

2) 都道府県レベルにおける医療機関との連携実践の関連要因

都道府県レベルにおける認知症専門医のいる医療機関との連携実践には、「認知症疾患医療センター比」「認定専門医比」の両者が有意な関連を示した。その一方で、かかりつけ医との連携実践と「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数比」との間に有意な関連は確認されなかった。

①「認知症疾患医療センター比」との関連

「認知症疾患医療センター比」については、各都道府県における認知症疾患医療センター1 機関あたりの高齢者人口が少ないほど、医療機関との連携実践が高いことが確認された。従来、認知症疾患医療センターの設置については、機能格差が大きいことや、圏域の広さ、人口規模などの課題が指摘されてきた¹³⁹⁾。実際、表 17 のとおり都道府県間における「認知症疾患医療センター比」の差は大きく、認知症専門医療における地域間格差の現状がうかがわれる。認知症疾患医療センターは「保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図る」ことを目的に設置された認知症専門の医療機関である¹⁴⁰⁾。その設置基準には、「地域包括支援センターとの連絡調整」や「他の認知症専門医療機関への情報提供」「研修活動の実施」などが明記されており、本研究結果はこれらの認知症疾患医療センターの機能が発揮された成果であると考えられ、パス係数の値が大きいことを鑑みるならば、認知症疾患医療センターは地域包括支援センターと

専門医療機関との連携を促進させる上で、重要な存在になり得るといえる。

②「認定専門医比」との関連

「認定専門医比」についても、各都道府県における認定専門医一人あたりの高齢者人口が少ないほど、医療機関との連携実践が高いことが確認された。各学会において認定専門医制度の導入に関する背景はやや異なるものの、いずれも「急増する認知症患者に対して、エビデンスに基づく高度な専門的医療を提供し、地域における保健・福祉に関するニーズに対応する」ことを主旨としている。そのため、いずれの学会においても「保健・福祉に関する理解」といった内容に対応した教育カリキュラムが設定されている。これは上記の制度背景にも指摘されているが、医師が医療機関内のみならず地域のニーズに目を向け、柔軟に対応できるよう視野の拡大を目的とするものであり、問題解決の過程において保健・福祉に係る専門職との連携が促進される教育内容と考える。また、認定専門医になることにより、各学会のホームページ等で専門医の所在が明らかになることも、連携が促進される大きな要因であろう。既述してきたように、保健・福祉の専門職の中には「認知症専門医の所在が不明である」「良い医療機関がわからない」などを理由に、連携が十分にできていない現状がある⁶⁴⁾。従来の医療機関においては、患者等の利用者保護の観点より、医療機関に関する広告が制限されてきたが、2002年に医療法における「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項」が改正されると、医師の専門性に関して、厚生労働大臣に届出がなされた団体(学会)の認定する資格が広告可能となった。以上のことから、地域包括支援センターの専門職においても、安心して相談できる認知症専門医のいる医療機関の不明瞭さから連携に難渋している可能性が推測される。そのため、これらの広報により、その専門性が学会に保証されている認定専門医の所在が明らかになることは、認知症専門医の専門性の向上を図ることのみならず、連携を促進するためにも有用と考える。

第 4 章 結論

第 1 節 本研究のまとめと研究意義

本研究は、認知症が疑われる高齢者の早期受診の実現に向けた「今後の認知症対策の方向性」に有用な資料を得るため、地域包括支援センターの専門職を対象に認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践の実態とそれらに関連する要因を実証的に検討した。

本研究においては、各章の研究目的に応じて、地域包括支援センターの専門職のデータ、各都道府県における医療資源に関するデータを用いた。地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診援助に関する実証的研究はわずかであり、複数の都道府県にわたる大規模データを用いて分析した研究は皆無である。本研究では、地域包括支援センターの専門職による医療機関との連携実践の実態と、連携促進に向けた関連要因を全国より収集したデータを用いて実証的に検証しており、わが国における今後の認知症施策の方向性ならびに、地域包括支援センターの専門職を対象とした研修に有用な資料として、認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた臨床への貢献度は高いと考える。

第 1 章において、以下の 5 つの研究目的を設定した。

目的 1: 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けたかかりつけ医との連携実践に関する実態を明らかにする(第 2 章第 4 節)

目的 2: 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関との連携実践に関する実態を明らかにする(第 2 章第 5 節)

目的 3: 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑

別診断に向けた「かかりつけ医」と「認知症専門医のいる医療機関」の両連携実践の関係性を明らかにする(第2章第6節)

目的 4: 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けたかかりつけ医との連携実践とその関連要因を検討する(第3章第3節)

目的 5: 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた認知症専門医のいる医療機関との連携実践とその関連要因を検討する(第3章第4節)

本研究では、各章の研究目的に基づいて必要な手続きを行い、新たな知見と考察を提示した。第2章、第3章における実証的検証により得られた知見と考察の要約は、次のとおりである。

第2章では、地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践に関する実態から、当該実践に関する現状と課題を明らかにした。潜在クラス分析を用いて「かかりつけ医」ならびに「認知症専門医のいる医療機関」との連携実践から地域包括支援センターの専門職の類型化を行った。その結果「かかりつけ医との連携実践」では5つの、「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」では4つの医療機関との連携実践に関する特徴が推測された。また両連携実践の潜在クラスの組み合わせについて、ともに良好な連携実践の特徴(【連携実践型】)を示した専門職は全体の約4割に留まった。さらに「かかりつけ医との連携実践」に【連携実践型】であった専門職の90.2%が、「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」にも【連携実践型】と高い一致性が確認され、両連携実践に向けた介入が独立したものでないことがうかがわれた。

第3章では、地域包括支援センターの専門職による医療機関との連携実践を促進するための研修立案ならびに環境整備に関する有用な資料を得るため、彼らによる当該実践に関連する要因を明らかにした。その結果「かかりつけ医との連携実践」には「認知症専門医療機関への受診方法に関する知識」「雇用

形態」「かかりつけ医の協力度」「会議開催数」が有意な関連を示し、「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数比」は非有意であった。また「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」は、「認知症専門医療機関への受診方法に関する知識」「認知症の診断方法に関する知識」「雇用形態」「受診待機日数の調整機能」「会議開催数」とともに、「認知症疾患医療センターの設置数比」「認定専門医数比」との間に有意な関連を示していた。

第 2 節 臨床応用の可能性と認知症対策の方向性

本節では、第 2 章、第 3 章における研究で得られた知見を基に、地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践の促進に関する臨床応用の可能性について言及する。

1. 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践の特徴に着目した臨床応用の可能性

第 2 章では、地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践に関する特徴を明らかにした。その結果、医療機関との良好な連携実践ができている地域包括支援センターの専門職は約 4 割に留まっており、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた中核機関としての機能を十全に果たせていない可能性が推測される。また潜在クラス分析による類型化の結果、地域包括支援センターの専門職の中には【連携実践型】を除き、【現病情報収集困難型】【情緒的関与要統制型】【連携擬態化型】【連携難渋型】と仮称する医療機関との連携実践の特徴に何らかの課題を有する場合がある確認された。その課題解決のためにはまず、地域包括支援センターの各専門職が自らの医療機関との連携実践に関する現状を把握することが必要である。

あくまで参考値であるが、地域包括支援センターの専門職は本研究における

医療機関と連携実践に関する項目を用いた自己評価を行い、自らが課題が推測される医療機関との連携実践の特徴を呈する場合には、第 2 章第 7 節に示した当該連携実践が認知症が疑われる高齢者らに及ぼす危険性に関する認識を促した上で、それを手掛かりに教育的スーパービジョンなどの介入策を講じることが必要である。

また本研究では、いずれかの医療機関との連携実践において【連携実践型】であったの専門職割合は、高い一致性を示した。これにより、いずれかの医療機関との連携実践を促進することは、もう一方の連携実践の促進にも寄与する可能性が推測される。しかしながら、両医療機関との連携実践の特徴が一致しない専門職もあるため、それぞれの医療機関との連携実践における独自の関連要因の探索も重要であると考えられる。

2. 医療機関との連携実践の関連要因に着目した臨床応用の可能性

第 3 章では、地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた医療機関との連携実践の関連要因を明らかにした。本項ではその関連要因に関する知見等を参考に、「地域包括支援センターの専門職(個人)」「地域包括支援センター(機関)」「地域」「医療機関」の 4 領域から、臨床応用に向けた介入案を整理した。

1) 地域包括支援センターの専門職(個人)に着目した臨床応用の可能性

第 3 章において「認知症の診断方法に関する知識」が「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」との間に、「認知症専門医療機関への受診方法に関する知識」が「両医療機関との連携実践」に有意な関連を示し、第 2 章においてそもそも両医療機関との連携をほとんど実践していない【連携難渋型】が約 1 割も占めていた。

認知症は多彩な臨床症状を呈する疾患であり、その疾患概念は時代の潮流とともに変化し、診断基準も単一ではないことから、過少診断や過剰診断が起こりえる疾患でもある。認知症における過少診断とは「認知症であるにもかかわらず

認知症と診断されないこと」であり、過剰診断とは「認知症でないにもかかわらず、認知症と診断されること」である。この誤診断が生じる背景には、鑑別診断時に認知機能検査などの評価尺度の結果を過度に信頼し、認知症か否かの診断を行うことがある。

しかし認知症の鑑別診断時に多用される MMSE¹⁴¹⁾は、認知症の初期段階において、発症前の知的レベルが認知機能を補うために、検査のみによる明確な鑑別ができない場合がある¹⁴²⁾。また認知症の各診断基準や評価尺度の感度、特異度は必ずしも 100%ではなく¹⁴³⁻¹⁴⁸⁾、頭部 MRI や脳 SPECT の感度、特異度も決して高くないため^{149, 150)}、その結果はあくまで参考値にすぎない。加えて、DSM-5 による認知症の診断基準は「複雑性注意、実行機能、学習と記憶、言語、知覚-運動、社会認知の 6 つの認知機能の 1 つ以上のドメインにおいて、病前からみて著しい低下がみられ、それによって日常生活の自立が著明に障害される場合」とあり¹⁵¹⁾、認知機能の著しい低下に関する基準は医師の裁量に委ねられていることが多く、「類似の臨床症状を呈する他疾患」や「原因疾患」との鑑別を行う医師には高い専門性が求められている。

そのような状況の中、本研究において「認知症の診断方法に関する知識」が関連していたことを踏まえるならば、上記に示すような認知症専門医のいる医療機関へ受診することの必要性を、医師に留まらず、地域包括支援センターの専門職自身も改めて認識することが必要であると考えられる。とくに地域包括支援センターの専門職は、認知症が疑われる高齢者や家族が認知症専門医のいる医療機関に対して、否定的なイメージを持っており、その受診の必要性を伝えることについても高い困難性を認知していることが報告されている⁹⁹⁾。このような現状において、医療機関との連携実践に対する専門職の動機づけを高めるためには、彼らが「なぜ医療機関と連携しなければならないのか」といった、認知症が疑われる高齢者の受診の要となる医療機関としての役割を理解することが重要であり、彼ら自身が「Evidence Based Practice」の理念に基づく実践することができるよう啓発していく必要がある。

また、わが国において厚生労働省より「今後の認知症施策の方向性について」

が示されたのを転機として、各自治体において認知症者に対する適切な医療や介護などのサービスを一体的に提供すべく認知症ケアパスの作成が試みられている。しかし、認知症疾患医療センターを対象とした調査によると、連携パスをはじめとするかかりつけ医との連携体制の構築が十分でないとの回答が約 3 割を占めていた¹⁵²⁾。加えて、地域包括支援センターから医療機関へ受診を要請する場合、医療機関側の受入方法や紹介ルートはさまざまであり、これが両者の連携のしづらさや「認知症専門医療機関への受診方法」に関する知識の不足に寄与している可能性が推測される。このような現状を踏まえるならば、本研究においても先行研究⁸⁷⁾に指摘される「医療機関への紹介ルート(パス)の確立」や「連携方法に関するマニュアル作成」の必要性が確認できる。

「医療機関への紹介ルート(パス)の確立」や「連携方法に関するマニュアル作成」の過程には、連携を要請する地域包括支援センターと、連携を受理する医療機関の協働は不可欠である。しかし地域包括支援センターの専門職は、医師との専門職としての社会的地位の格差などの医療機関に対する心理的な距離感が、連携をはじめとする各種情報を得られにくい状況を招いている可能性が否定できない。また従来、医療機関は患者が受診に訪れるのを待つといった体制が一般的であり、加えてかつての精神科病院に由来する医療機関の場合、地域包括支援センターの専門職がその性質から医療機関に対して閉鎖的な印象を受けやすい。そのため、医療機関側にも積極的な情報発信を求め、より有機的な連携システムを協働で構築し、受診方法に関する知識を高めていくことが求められる。またこれを通して、医療機関との連携に際して地域包括支援センターの専門職に求められる実践のあり方について考察ならびに認識させることにより、第 2 章で指摘した各種連携実践に関する課題を解決できるものと考えられる。

2) 地域包括支援センター(機関)に着目した臨床応用の可能性

「雇用形態」が「かかりつけ医」ならびに「認知症専門医のいる医療機関」との連携実践に有意な関連を示していた。

地域包括支援センターの専門職の雇用形態は、主に「正規雇用」「嘱託雇用」「非常勤雇用」などが挙げられ、その大きな違いには「雇用期間」がある。「嘱託雇用」や「非常勤雇用」はいわゆる非正規雇用とも呼ばれ、その雇用期間が5年以下である場合が大半を占めている。2013年の労働契約法改正以降、通算5年以上の雇用期間がある有期契約労働者は、労働者の申請により無期契約へ転換するとされ、無期契約転換に伴う人件費の増加を避けるといった背景がある。先述のとおり、認知症が疑われる高齢者の受診に関する医療機関との連携パスは依然として未構築である地域も多く、その連携に関する技量の高低が地域包括支援センターの専門職個人の力量に依拠している現状が否めない。この有期労働契約を前提とした短期間の雇用は、医療機関との継続的なネットワーク構築に支障を与えかねないを考える。また正規雇用でないがゆえに、機関としての地域包括支援センターが専門職に対して、その就業時間や業務範囲に制限を課していることもある。

近年、この嘱託雇用をはじめとする有期労働契約が地域包括支援センターに取り入れられ、その数は少しずつ増加している傾向にあり、この一因には運営費の不足が推測される。地域包括支援センターの運営費には、地域支援事業交付金(包括的支援事業)や介護予防支援費、介護予防ケアマネジメント費などがあり、そのほとんどを占める地域支援事業交付金はその金額を市町村が独自の裁量にて策定している現状がある。しかし、地域包括支援センターに求められる業務はその創設以来、多様に拡大の一途をたどっており、三菱総合研究所¹⁵³⁾が実施した調査によると、地域包括支援センターの24.7%が「業務量の過大」を、21.5%が「業務量に対する職員不足」を課題に挙げていたと報告している。また2016年11月に厚生労働省より通知された「地域包括支援センターの運営費に関する地域支援事業交付金の算定方法について」¹⁵⁴⁾では、一部の市町村において、運営費不足によって業務に対する適切な人員配置ができていない実態を報告するとともに、適切な運営費の交付を各自治体に求めている。この通知においては、各市区町村が適切な運営費を算定するため、地域包括支援センター運営協議会を開催して検討するよう助言しているが、その基準は

やはり依然として明確ではなく、地域支援事業交付金は地域包括支援センターの運営費以外の事業費と合わせて一括交付されているため、運営費の確保に向かっているか否かは不明である。そのため、地域包括支援センターが「必要業務」に対して「必要運営費」を確保できるよう、全自治体において適正な運営費に向けた共通の算定法・基準の導入が必要であると考ええる。

3) 地域に着目した臨床応用の可能性

認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に関する協議を他専門機関と行う「会議開催数」が、「かかりつけ医」ならびに「認知症専門医のいる医療機関」との連携実践に有意な関連を示していた。

宇都宮市が医療機関を対象に実施した調査¹³⁶⁾によると、地域包括支援センターとの連携を「ほとんどしていない」もしくは「必要性を感じたことがない」と回答した人が 44.9%を占め、連携の満足度についても「満足している」「やや満足している」との回答も約 3 割に留まっていた。またこの背景には、医療機関に「地域包括支援センターとの接点がないため、利用する気にならない」や「地域包括支援センターの利用方法、内容を把握していない」などの認識があったことを指摘している。また介護における臨床現場では、医師からのサポートを求めているにもかかわらず、医師はそのサポートの仕方がわからない状況にあったことが報告されている⁶⁴⁾。これらの地域包括支援センターと医療機関との連携に関する課題は、認知症が疑われる高齢者の受診援助における地域包括支援センターと「医療機関の役割意識の違い」や、認知症に限らず、日々の様々な援助における両機関との「接点の少なさ」などが想定される。その点において、本研究で医療機関との連携実践に有意な関連が確認された「会議開催」は、両者の役割理解と、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断に向けた受診の援助目標を共有することが可能となるものと考ええる。実際、認知症医療における先進的モデルとして取り上げられる地域などは、医療機関や地域包括支援センターなどの地域における保健福祉に携わる専門職などが、定期的に事例検討会などの会議を設定し、一体となって認知症患者に対する援助を推進している^{132, 133, 155)}。こ

のような「顔の見える関係」の構築は、その積み重ねにより「互いの役割理解」や「自らの役割認識」などが期待でき、連携促進に寄与するものとする¹⁵⁶⁻¹⁵⁸⁾。

また、地域包括支援センターの専門職は医療機関に対して、社会的な「地位の格差」などの認識を強く抱くことで、連携が難しい可能性が指摘されている⁹⁹⁾。その点でも、両者が認知症が疑われる高齢者の受診といった共通の目的を、互いに協議することができる会議は、専門職としての信頼関係の構築の観点から、格差意識によるためらいを軽減し、連携実践の促進が期待できるものとする。

4) 医療機関に着目した臨床応用の可能性

医療機関に着目した臨床応用を検討する研究成果として、「かかりつけ医との連携実践」には「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数比」が非有意であったものの、「かかりつけ医の協力度」は有意な関連を示していることが確認された。また「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」には、「認知症疾患医療センターの設置数比」と「認定専門医数比」がともに有意な関連を示していた。

かかりつけ医は現在、認知症医療において、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応、健康管理、③家族の介護負担、不安への理解、④専門医療機関への受診誘導、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携といった役割が期待され^{113, 114)}、その役割強化のための方策の一つとして「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が行われている。しかし、「かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数比」が「かかりつけ医との連携実践」と有意な関連を示さなかったことを踏まえるならば、当該研修は少なくとも「⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携」には寄与していない可能性が推測される。事実、栗田ら¹⁵⁹⁾によるかかりつけ医の認知症対応力に関する調査によると、かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者と非受講者はともに、地域連携推進機能に関する得点は高くなかったことを報告している。また大辻ら¹⁵²⁾が認知症疾患医療センターを対象に他専門機関との連携の実態を明らかにした研究では、連携上の課題に「かかりつけ医の認知症への姿勢」を挙げている。

これまで本論のなかで述べてきたように、認知症が疑われる高齢者の鑑別診断において、かかりつけ医は受診誘導や継続医療などの観点から重要な役割を担っており、地域包括支援センターとかかりつけ医との連携関係は不可欠である。以上のことから、その連携実践を向上させるためにも、今後は「かかりつけ医認知症対応力向上研修」などの研修プログラムにおいては、対応力向上に向けた知識の付与のみならず、かかりつけ医として果たすべき役割に関する意識強化に向けた新たな対策を講じることが必要であると考え。事実、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」のモデル事業において、その研修前後で「今後の認知症診療に対する意欲・態度」について回答を求めたところ、「積極的に行っていきたい」と回答した医師は、37.5%から 47.5%と増加したものの、約半数の医師による認知症診療に対する意欲・態度形成は醸成されたとは言い切れなかった¹⁶⁰⁾。そのため、前項の「会議開催数」を踏まえた介入にも共通することであるが、当該研修においてかかりつけ医に役割の重要性を啓発するにとどまらず、連携先である地域包括支援センターがどのような連携を期待しているのかについて提示し、その連携実践に係る方法論を示すことが、より連携を促進する上で有用と考える。

また認知症疾患医療センターは、その設置基準に①専門医療機関としての要件、②身体合併症に対する救急医療機関としての要件、③地域連携推進機関としての要件の3要件があり、地域包括支援センターと連携することの必要性が明記されている。本研究成果において、認知症疾患医療センターの設置が連携実践に有意な関連を示していたことを踏まえるならば、認知症疾患医療センターの「地域連携推進機関」としての役割が、実態として有効に機能していたこと言い換えることができる。

しかしながら、認知症疾患医療センターの設置には機能格差、圏域の広さ、人口規模などが課題として指摘されている現状がある¹³⁹⁾。事実、第3章における調査結果を確認すると、認知症疾患医療センター1機関あたりの高齢者人口は、鳥取県で33.4千人、群馬県で52.9千人であるのに対し、東京都では250.9千人、埼玉県では248.1千人と、その格差の大きさがうかがわれる。そのため、

今後も認知症施策推進総合戦略において目標値が定められているとおり、認知症疾患医療センターの設置増を推進していくことが重要である。

加えて、認知症疾患医療センターの中には補助金不足による運営の課題を抱えている場合も少なくない¹⁵²⁾。本研究成果は、認知症施策において推進されてきた認知症疾患医療センターの存在意義を改めて示す根拠の一つになる。栗田¹³⁹⁾が指摘する認知症疾患医療センターの機能格差を是正し、今後ますます増大することが推測される認知症患者への対策を十全にするためにも、限られた財源の中で、その設置と機能向上に対する予算の重点的配分の必要性を、行政を含めた関係機関とともに検討していくことが求められる。

さらに本研究では、第3章における調査結果から、認定専門医1人あたりの高齢者人口が、京都府で2.2千人、東京都で2.4千人であるのに対し、青森県では9.3千人、岐阜県で7.7千人と、認知症疾患医療センターと同様に認定専門医の所在に格差が大きいことが確認された。しかし、本研究成果において「認定専門医比」と「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」の関係が確認されたことを踏まえるならば、認定専門医の本来の目的である「認知症専門医の専門性の向上」に加えて、関係機関との連携という観点からも新たにその養成の重要性がうかがわれる。

また地域において、認知症疾患医療センターなどが遠方にあった場合に、地域包括支援センターの専門職が認知症専門医のいる医療機関の所在を認識していない場合がある。認定専門医を養成する各学会は、その所在をホームページに公表するといった情報発信に関する取り組みも積極的に実施している。認定専門医の養成は、認知症疾患医療センターなどの設置と比較して、その整備には財政的ならびに時間的観点から、積極的に進めることが可能である。認知症疾患医療センターなどの整備が現状十分でない地域において、「認定専門医の所在」はそれに類似する機能が期待できる可能性を内包している。そのため今後も継続して、地域包括支援センターの専門職や認知症が疑われる高齢者などが、安心して相談できる認知症専門医としての「認定専門医の養成」を施策として推進していく必要がある。

第 3 節 本研究の限界と今後の課題

本節では、本研究の限界と今後の課題について、主に下記の 4 点について考えている。

第一に、分析対象者とするサンプリングの偏りを指摘する。本研究では、第 2 章に中国、四国、九州地方にある 500 か所の、第 3 章に四国、九州地方を除く 35 都道府県にある 2,000 か所の地域包括支援センターに勤務する専門職を対象に調査を実施した。第 3 章では、多様な各地域の状況を加味した医療機関との連携実践に関連する要因の探索を目的に調査を実施したが、認知症の地域医療について先進的取り組みを実践している熊本県などを調査対象から除外していた。この背景には、2016 年 4 月に熊本県と大分県で震度 7 を観測した熊本地震が発生したことがあり、震源地とその周辺地域において調査を実施することは倫理的観点から不適切であると考えたことにある。

また厚生労働省によると、国内の地域包括支援センターの設置数は 2014 年 4 月末時点で 4,557 か所、サブセンター・ブランチを併せると 7,228 か所に上ると報告され、2017 年現在もその数を増やしている。それを踏まえるならば、本研究で対象とした地域包括支援センターは全体の約 25%に過ぎず、第 3 章における調査票回収率が 28.4%に留まっていたことを考慮するならば、結果の一般化には検討の余地が残る。そのため、より多様な地域性を鑑みた厳密な研究成果を得るため、今後は調査対象の拡大が必要であろう。

第二に、第 3 章の医療機関との連携実践に関する要因について、都道府県レベルにおける「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」への説明率が 52.8%と高値を示したものの、専門職レベルにおける「医療機関との連携実践」に対する説明率はそれぞれ 7.2%(かかりつけ医との連携実践)、10.6%(認知症専門医のいる医療機関との連携実践)と低値であった。第 2 章第 6 節における検証結果として、「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」を高めることは、ひいては「かかりつけ医との連携実践」に寄与する可能性がうかがわれるものの、この特徴に合致しない専門職もある。そのため今後の研究では、「かかりつけ医

との連携実践」を促進する要因の探索が必要であり、「認知症専門医のいる医療機関との連携実践」においてもいくつかの有意な関連を示す要因が確認されたが、その他の要因についても検討を行うことが求められる。また第3章における分析にはパス解析を用いたことから、希薄化の修正による結果の再検証が必要である。

第三に、本研究ではマルチレベル構造方程式モデリングにおけるレベルとして、都道府県、専門職の2つの次元により検討を行った。しかし専門職レベルに投入した要因の中には、「受診調整機能の導入」「会議開催数」など、地域包括支援センターの専門職に起因しない要因が含まれていた。これは第3章第2節に示したとおり、本研究モデルで設定した都道府県レベルとして、当該要因との関連を確認するには市区町村間の格差が大きいことが理由であるが、より厳密に検討を行うならば専門職、都道府県のレベルに留まらず、市区町村や地域包括支援センターが担当する地域レベルでのモデル構築も必要であろう。

また、地域包括支援センターは、各自治体の規模によってその設置数が左右されるため、自治体内には地域包括支援センターが1か所の場合もある。そのため本研究では、無記名自記式による調査協力者による個人が特定されない、匿名性の保持をするという観点から、地域包括支援センターが設置されている市区町村名などの回答を設定しなかった。しかし本研究の結果、「会議開催数」などの地域レベルでの関連要因が確認され、当該結果を踏まえた地域包括支援センターの機関単位、地域単位での介入に向けた臨床応用に関する示唆が得られた。以上のことから、各自治体名の記入を調査対象者へ求めるための根拠も明示されたことから、第二に指摘したその他の関連要因の探索と併せて、調査の再実施の必要性は否定できない。

第四に、「医療機関との連携実践」に関する測定方法について、地域包括支援センターの専門職による主観的な実践評価から検討を行った。しかし、実方¹¹²⁾によると、専門職間の連携は「複数の専門職が、何らかの困難な状況を抱える人を援助するためのシステム」であるが、専門職は被援助者の存在を省略しても専門職間での何らかの関係性を持てば「連携している」という擬似的な認識を

もつ可能性を述べている。そのため、専門職による「専門職間連携」の実体認知は、必ずしも被援助者に対する援助に寄与するものではないことが考えられる。とりわけ、鑑別診断前における「医療機関との連携」は、直接認知症が疑われる高齢者や家族がそれに参加することが少ないため、その認知的評価を誘発しやすい。そのため、今後は地域包括支援センターの専門職による「医療機関との連携」における主観的実践状況の評価のみならず、専門職本人ならびに認知症が疑われる高齢者、連携先である医療機関による連携実践に関する質の評価などにも着目した研究も進めていく必要があると考える。

引用・参考文献

- 1) 二宮利治, 清原裕, 小原知之ほか: 厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業)「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成 26 年度総括・分担研究報告書. (2015).
- 2) Sekita A, Ninomiya T, Tanizaki Y, et al. : Trends in prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia in a Japanese community; the Hisayama Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(4): 319-325 (2010).
- 3) 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会: 認知症疾患治療ガイドライン 2010. 医学書院, 東京 (2010).
- 4) Matsui Y, Tanizaki Y, Arima H, et al.: Incidence and survival of dementia in a general population of Japanese elderly; the Hisayama study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 80(4): 366-370(2009).
- 5) Emanuel JE, Lopez OL, Houck PR, et al.: Trajectory of cognitive decline as a predictor of psychosis in early Alzheimer disease in the cardiovascular health study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(2): 160-168 (2011).
- 6) Russ TC, Batty GD, Starr JM.: Cognitive and behavioural predictors of survival in Alzheimer disease: results from a sample of treated patients in a tertiary-referral memory clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(8): 844-853 (2012).
- 7) Cohen-Mansfield J: Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly; function, methods, and difficulties. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 8(1): 52-60(1995).
- 8) Finkel S.: Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15: S2-S4 (2000).
- 9) Deimling GT, Bass DM.: Symptoms of mental impairment among elderly

- adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology*, 41(6): 778-784(1986).
- 10) Burgio L.: Interventions for the behavioral complications of Alzheimer's disease; behavioral approaches. *International Psychogeriatric*, 8(Suppl 1): 45-52(1996).
 - 11) Karttunen K, Karppi P, Hiltunen A, et al.: Neuropsychiatric symptoms and quality of life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(5): 473-482 (2011).
 - 12) Ryu SH, Ha JH, Park DH, et al.: Persistence of neuropsychiatric symptoms over six months in mild cognitive impairment in community-dwelling Korean elderly. *International Psychogeriatric*, 23(2): 214-220(2011).
 - 13) Rabins PV, Mace NL, Lucas MJ.: The impact of dementia on the family. *JAMA*, 248(3): 333-335(1982).
 - 14) Goren A, Montgomery W, Kahle-Wroblewski K, et al.: Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes; findings from a community based survey in Japan. *BMC Geriatrics*, 16: 122(2016).
 - 15) Wimo A, Jonsson L, Winbald B.: An Estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 21(3): 175-181(2006).
 - 16) Wimo A, Winbald B, Jonsson L.: An estimate of the total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & Dementia*, 3(2): 81-91(2007).
 - 17) Wimo A, Winbald B, Jonsson L.: The worldwide societal costs of dementia; Estimates for 2009. *Alzheimer's & Dementia*, 6(2): 98-103(2010).
 - 18) Hurd MD, Martorell P, Langa KM.: Monetary costs of dementia in the United States. *New England Journal of Medicine*, 369(5): 489-490(2013).
 - 19) Wimo A, Jonsson L, Bond J, et al.: The worldwide economic impact of

- dementia 2010. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1): 1-11(2013).
- 20) 佐渡充洋：厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）
「わが国における認知症の経済的影響に関する研究」平成 26 年度総括・分担研究報告書．（2015）．
- 21) 花岡晋平，松本邦愛，北澤健文ほか：日本における認知症の社会負担；官庁統計を用いた経時分析．日本医療マネジメント学会誌，17（1）：8-13（2016）．
- 22) 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会：認知症疾患診療ガイドライン 2017．医学書院，東京（2017）．
- 23) Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al.: Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia; evidence review for a clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 148(5): 379-397(2008).
- 24) Seltzer B, Zolnouni P, Nunez M, et al.: Efficacy of donepezil in early-stage Alzheimer disease; a randomized placebo-controlled trial. *Archives of Neurology*, 61(12): 1852-1856(2004).
- 25) Molinuevo JL, Berthier ML, Rami L.: Donepezil provides greater benefits in mild compared to moderate Alzheimer's disease; implications for early diagnosis and treatment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1): 18-22(2011).
- 26) Cummings J: Treatable dementias. *Advances in Neurology*, 38: 165-183(1983).
- 27) Barry PP, Moskowitz MA.: The diagnosis of reversible dementia in the elderly; A critical review. *Archives of Internal Medicine*, 148(9): 1914-1918(1988).
- 28) Piccini C, Bracco L, Amaducci L.: Treatable and reversible dementias; An update. *Journal of the Neurological Sciences*, 153(2): 172-181(1998).
- 29) Clarfield AM: The Decreasing Prevalence of Reversible Dementias; An

- Updated Meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 163(18): 2219-2229(2003).
- 30) Lowenthal DT, Paran E, Burgos L, et al.: General characteristics of treatable, reversible, and untreatable dementias. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, 16(3): 136-142(2007).
- 31) Tripathi M, Vibha D.: Reversible dementias. *Indian Journal of Psychiatry*, 51(Suppl 1): S52-S55(2009).
- 32) Tanaka N, Yamaguchi S, Ishikawa H, et al.: Prevalence of Possible Idiopathic Normal-Pressure Hydrocephalus in Japan; The Osaki-Tajiri Project. *Neuroepidemiology*, 32(3): 171-175(2009).
- 33) Kazui H, Mori E, Ohkawa S, et al.: Predictors of the disappearance of triad symptoms in patients with idiopathic normal pressure hydrocephalus after shunt surgery. *Journal of the Neurological Sciences*, 328(1-2): 64-69(2013).
- 34) Meguro K, Kasai M, Akanuma K, et al.: Donepezil and life expectancy in Alzheimer's disease; A retrospective analysis in the Tajiri Project. *BMC Neurology*, 14: 83(2014).
- 35) Lopez OL, Becker JT, Wisniewski S, et al.: Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 72(3): 310-314(2002).
- 36) Zhu CW, Livote EE, Scarmeas N, et al: Long-term associations between cholinesterase inhibitors and memantine use and health outcomes among patients with Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 9(6): 733-740(2013).
- 37) Banerjee S, Willis R, Matthews D, et al.: Improving the quality of care for mild to moderate dementia; an evaluation of the Croydon Memory Service Model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(8): 782-788(2007).
- 38) 八森淳, 河野禎之, 本間昭ほか: ドネペジル塩酸塩によるアルツハイマー型認知症患者とその家族の包括的健康関連 QOL 指標の変化に

- 関する研究. 老年精神医学雑誌, 20 (9) : 997-1008 (2009).
- 39) 八森淳, 安田朝子, 本間昭ほか: 認知症医療によるアルツハイマー型認知症の本人および介護者の包括的健康関連 QOL 指標の変化. 老年精神医学雑誌, 20 (9) : 1009-1021 (2009).
- 40) 安田朝子, 河野禎之, 木之下徹ほか: 認知症専門医診療におけるドネペジル塩酸塩によるアルツハイマー型認知症の包括的健康関連 QOL 指標の変化に関する研究. 老年精神医学雑誌, 22 (12) : 1433-1445 (2011).
- 41) Bosboom PR, Alfonso H, Eaton J, et al.: Quality of life in Alzheimer's disease; different factors associated with complementary ratings by patients and family carers. *International Psychogeriatric*, 24(5): 708-721(2012).
- 42) Meguro M, Kasai M, Akanuma K, et al.: Comprehensive approach of donepezil and psychosocial interventions on cognitive function and quality of life for Alzheimer's disease; the Osaki-Tajiri Project. *Age and Ageing*, 37(4): 469-473(2008).
- 43) Markowitz JS, Guterman EM, Sadik K, et al.: Health-related quality of life for caregivers of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 17(4): 209-214(2003).
- 44) Thomas P, Lalloué F, Preux PM, et al.: Dementia patients caregivers quality of life; the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1): 50-56(2006).
- 45) Hashimoto M, Yatabe Y, Kaneda K, et al.: Impact of donepezil hydrochloride on the care burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Psychogeriatrics*, 9(4): 196-203(2009).
- 46) Nakamura K, Watanabe N, Ohkawa H, et al.: Effects on caregiver burden of a donepezil hydrochloride dosage increase to 10 mg/day in patients with Alzheimer's disease. *Patient Preference and Adherence*, 8: 1223-1228(2014).
- 47) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二: Zarit 介護負担尺度日本語版の

- 短縮版 (J-ZBI_8) の作成 ; その信頼性と妥当性に関する検討. 40 (5) : 497-503 (2003).
- 48) Feldman H, Gauthier S, Hecker J, et al. Efficacy of donepezil on maintenance of activities of daily living in patients with moderate to severe Alzheimer's disease and the effect on caregiver burden. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(6): 737-744(2003).
- 49) Banerjee S, Wittenberg R.: Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(7): 748-754(2009).
- 50) 寄山陽二郎, 大西隆, 大栗優一ほか : アルツハイマー型認知症症状治療薬ガランタミンの医療経済分析. *Progress in Medicine*, 32 (12) : 2637-2643 (2012).
- 51) 北村伸, 井上幸恵, 松井大樹ほか : 中等度および高度アルツハイマー型認知症患者に対するメマンチン単剤療法の費用効果分析. 老年精神医学雑誌, 25 (12) : 1361-1373 (2014).
- 52) 北村伸, 井上幸恵, 松井大樹ほか : 中等度および高度アルツハイマー型認知症患者に対するメマンチンのドネペジルとの併用療法の費用効果分析. 老年精神医学雑誌, 25 (12) : 1374-1387 (2014).
- 53) Wimo A, Winbald B, Engedal K, et al.: An economic evaluation of donepezil in mild to moderate Alzheimer's disease; results of a 1-year, double-blind, randomized trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 15(1): 44-54(2003).
- 54) Getsios D, Blume S, Ishak KJ, et al.: An economic evaluation of early assessment for Alzheimer's disease in the United Kingdom. *Alzheimer's & Dementia*, 8(1): 22-30(2012).
- 55) Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, et al.: Quality of life in Alzheimer's Disease: Patient and caregiver reports. *Journal of Mental Health and Aging*, 5(1): 21-32(1999).

- 56) Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, et al.: Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64(3): 510-519(2002).
- 57) Smith SC, Lamping DL, Banerjee S, et al.: Measurement of health-related quality of life for people with dementia; development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. *Health Technology Assessment*, 9(10): 1-93(2005).
- 58) 日本イーライリリー株式会社：認知症の診断と治療に関するアンケート調査 調査報告書．（2014）．
- 59) 佐藤正之，木田博隆，富本秀和：アルツハイマー病患者の初診までの期間と初診時認知障害の程度；三重大学神経内科における 20 年間の入院患者での検討．臨床と研究，88（12）：1617-1618（2011）．
- 60) 鹿野由利子，花上憲司，木村哲朗ほか：痴呆の早期受診はなぜ難しいのか；家族からみた障壁要因と情報提供の必要性．日本痴呆ケア学会誌，2（2）：158-181（2003）．
- 61) 安武綾，五十嵐恵子，福島龍子ほか：認知症高齢者の家族の体験；症状発現から診断まで．老年看護学，12（1）：32-39（2007）．
- 62) 木村清美，相場健一，小泉美佐子：認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセス；受診の促進と障壁．日本認知症ケア学会誌，10（1）：53-67（2011）．
- 63) 本間昭：痴呆性高齢者の介護者における痴呆に対する意識・介護・受診の現状．老年精神医学雑誌，14（5）：573-591（2003）．
- 64) 品川俊一郎，中山和彦：認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討；一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より．老年精神医学雑誌，18（11）：1224-1233（2007）．
- 65) Vernooij-Dassen MJ, Moniz-Cook ED, Woods RT, et al.: Factors affecting timely recognition and diagnosis of dementia across Europe; from awareness to stigma. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4): 377-

386(2005).

- 66) 井藤佳恵, 栗田主一: 早期受診が重要な理由と早期に受診しない理由. 薬局, 61 (13): 26-31 (2010).
- 67) 網野賀一郎, 片山成仁, 飯森眞喜雄: アルツハイマー型認知症患者における初診時重症度と関連する背景要因の検討. 日本社会精神医学会雑誌, 20 (1): 8-16 (2011).
- 68) 櫻井清美: 高齢者を認知症専門外来への受診につなげた嫁の判断と診断後の思い. 日本看護学会論文集 精神看護, 44: 78-81 (2014).
- 69) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一ほか: 民生委員を対象とした認知症症状の見られる高齢者を発見した際の受診促進意向. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 20: 95-100 (2014).
- 70) 竹本与志人: 認知症患者の受診における専門職間連携のあり方; 相談機関の専門職と専門医療機関のソーシャルワーカー, 専門医との連携に着目して. (大阪市立大学大学院白澤政和教授退職記念論集編集委員会編) 新たな社会福祉学の構築; 白澤政和教授退職記念論集. 225-236, 中央法規, 東京 (2011).
- 71) 竹本与志人: 専門職支援における老人性認知症センターのソーシャルワーカーの役割と課題. 医療と福祉, 41 (2): 38-44 (2008).
- 72) 奥村由美子, 久世淳子, 柴山漠人: 要介護認定者の介護者における痴呆症についての認識と相談・受診の状況. 老年精神医学雑誌, 16 (2): 229-242 (2005).
- 73) 安部幸志, 荒井由美子, 池田学: 家族が認知症となった場合の対処行動; 一般生活者に対する調査から. 日本医事新報, 4292: 63-67 (2006).
- 74) 松井美帆, 新田章子, 田口幹奈子: 高齢者に対する認知症の情報提供と初期症状への対処行動. 厚生指標, 56 (8): 18-24 (2009).
- 75) 古村美津代, 中島洋子, 草場知子: 民生委員の認知症高齢者及び家族への意識と支援. 日本看護福祉学会誌, 15 (2): 69-80 (2010).
- 76) 小谷直子: 高齢者の認知症が疑われる早期の症状に気付いた時の家

- 族の問題解決行動について．日本看護学会論文集 地域看護，42：108-111（2012）．
- 77) みずほ情報総研株式会社：厚生労働省平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者の早期発見方法に関する調査研究事業報告書」（2012）．
- 78) 杉山京，中尾竜二，澤田陽一ほか：一般地域住民における家族に認知症症状がみられた際の受診促進意向と認知症の知識量との関連．老年精神医学雑誌，23（12）：1453-1462（2012）．
- 79) 中尾竜二，杉山京，澤田陽一ほか：民生委員と福祉委員における認知症の疑いのある高齢者を発見した場合の相談先の選択の意向．日本認知症ケア学会誌，12（3）：583-592（2013）．
- 80) 杉山京，中尾竜二，澤田陽一ほか：地域住民を対象とした家族に認知症症状がみられた場合の受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連．厚生指標，60（13）：22-29（2013）．
- 81) 竹本与志人，杉山京，中尾竜二ほか：民生委員と福祉委員を対象とした認知症研修受講前後の受診促進意向の変化と関連要因．認知症の最新医療，3（1）：37-41（2013）．
- 82) 神部智司，杉山京，竹本与志人：福祉委員における認知症の疑いのある高齢者を発見した際の相談先の意向に関する探索的研究．コミュニティワーク実践研究紀要，6：38-44（2014）．
- 83) 中尾竜二，杉山京，澤田陽一ほか：民生委員ならびに福祉委員を対象とした認知症初期症状に対する受診促進意向と認知症に対する受容態度との関連．岡山県立大学保健福祉学部紀要，21：113-122（2014）．
- 84) 西村桜子，杉山京，竹本与志人：福祉委員における認知症の疑いのある高齢者を発見した場合の相談先の意向．岡山県立大学保健福祉学部紀要，21：123-130（2014）
- 85) 杉山京，川西美里，中尾竜二ほか：地域住民における認知症の人に対する態度と認知症の知識量との関連．老年精神医学雑誌，25（5）：

- 556-565 (2014).
- 86) 杉山京, 中尾竜二, 澤田陽一ほか: 民生委員における認知症の知識量と認知症に対する態度の関連. 岡山県立大学保健福祉学部紀要, 21: 95-103 (2014).
- 87) 栗田主一, 佐野ゆり, 福本恵: 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態; とくに, 医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌, 21 (3): 356-363 (2010).
- 88) 三菱総合研究所: 厚生労働省平成 24 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業)「地域包括支援センターにおける業務実態や機能のあり方に関する調査研究事業報告書」. (2013).
- 89) Fantl B.: Integrating Psychological, Social, and Cultural Factors in Assertive Casework. *Social Work*, 3(4): 30-37(1958).
- 90) Foren B, Bailey R.: Authority in Social Casework. Pergamon Press, Oxford (1968).
- 91) Rooney RH.: Strategies for Work with Involuntary Clients. Columbia University Press, New York (1992).
- 92) Goldstein E, Noonan M.: Short-Term Treatment and Social Work Practice; An Integrative Perspective. Simon and Schuster, New York (1999).
- 93) 根本博司: 援助困難ケースと向き合うソーシャルワーカーの課題. 社会福祉士, 7: 129-139 (2000).
- 94) Trotter C.: Working with Involuntary Clients. Sage, London (2006).
- 95) Jacox A.: Theory construction in nursing; an overview. *Nursing Research*, 23(1): 4-13(1974).
- 96) Latane B, Daley JM.: The Unresponsive Bystander; Why Doesn't He Help?. Appleton-Century Crofts, New York (1970).
- 97) 藤井博志: 専門職と住民との連携の特徴と留意点. (社会福祉士養成講座編集委員会編) 新・社会福祉士養成講座 8; 相談援助の理論と方法 II. 第 3 版, 90-91, 中央法規, 東京 (2015).

- 98) 北村世都, 時田学, 菊池真弓ほか: 認知症高齢者の家族介護者における家族からの心理サポートニーズ充足状況と主観的 QOL の関係. 厚生生の指標, 52 (8): 33-42 (2005).
- 99) 杉山京, 三上舞, 中尾竜二ほか: 地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の構造に関する検討. 社会医学研究, 33 (1): 49-57 (2016).
- 100) 厚生労働省: 医療ソーシャルワーカー業務指針 (厚生労働省健康局長通知) 平成 14 年 11 月 29 日. (2002).
- 101) 大阪市社会福祉協議会: 認知症の人の受診のための連携シート活用のおすすめ. (2012). <https://www.osaka-sishakyo.jp/catalog/catalog.pdf> (2013 年 6 月 1 日).
- 102) 渡辺美智子: 因果関係と構造を把握するための統計手法; 潜在クラス分析法. (岡太彬訓, 木島正明, 守口剛編) マーケティングの数理モデル. 73-113, 朝倉書店, 東京 (2001).
- 103) 藤原翔, 伊藤理史, 谷岡謙: 潜在クラス分析を用いた計量社会的アプローチ; 地位の非一貫性, 格差意識, 権威主義的伝統主義を例に. 年報人間科学, 33: 43-68 (2012).
- 104) Magidson J, Vermunt JK.: Latent class models for clustering; A comparison with K-means. *Canadian Journal of Marketing Research*, 20: 37-44(2002).
- 105) Nylund KL, Asparouhov T, Muthen BO.: Deciding on the Number of Classes in Latent Class Analysis and Growth Mixture Modeling; A Monte Carlo Simulation Study. *Structural Equation Modeling*, 14(4): 535-569(2007).
- 106) Nagin D.: Group-based modeling of development. Harvard University Press, Cambridge (2005).
- 107) Ramaswamy V, DeSarbo WS, Reibstein DJ, et al.: An empirical pooling approach for estimating marketing mix elasticities with PIMS data.

- Marketing Science*, 12(1): 103-124(1993).
- 108) Biestek FP.: The Casework Relationship. Loyola University Press, Chicago (1957).
- 109) 古田光：高齢患者の身体疾患への対応；認知症診療の現場から．臨床精神医学，43（3）：365-372（2014）．
- 110) 植木昭紀：認知症クリニックにおける診療状況とその課題．老年精神医学雑誌，25（増刊 I）：134-139（2014）．
- 111) 江口成美：かかりつけ医機能の強化に向けた調査研究．（2013）．
<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP294.pdf>（2015 年 6 月 1 日）．
- 112) 実方由佳：子ども虐待対応における「専門職間連携」の擬態化；実践家の「専門職間連携」認知を介在させた検証．社会福祉学，55（2）：27-39（2014）．
- 113) 厚生労働省：認知症サポート医・かかりつけ医．
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/d01.html>（2015 年 7 月 1 日）．
- 114) 弓倉整：チームアプローチの中で，かかりつけ医に期待される役割．*Dementia Japan*，27（1）：19-26（2013）．
- 115) 榎本睦郎，櫻井博文，羽生春夫：認知症医療連携の取り組み；かかりつけ医の立場から．*Progress in Medicine*，34（5）：845-847（2014）．
- 116) 野中博：認知症の人のためにかかりつけ医ができること．老年精神医学雑誌，24（増刊 I）：129-132（2013）．
- 117) 朝田隆，泰羅雅登，石合純夫ほか：厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成 24 年度総合研究報告書．（2013）．
- 118) 内海久美子：認知症疾患医療センターの役割と課題；地域連携の実践の立場から．老年精神医学雑誌，21（4）：432-437（2010）．
- 119) 植木昭紀，角野美耶子，清水まきほか：高齢者の精神科外来診療の現状と課題；クリニックの立場から．老年精神医学雑誌，23（11）：1297-1303（2012）．

- 120) 鷺見幸彦：Alzheimer 病；介護の現状と問題点；認知症介護における医師の役割．医学のあゆみ，220（5）：456-462（2007）．
- 121) Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al.: Attitudes towards people with a mental disorder; a survey of the Australian public and health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(1): 77-83(1999).
- 122) Thornicroft G.: Shunned; Discrimination Against People with Mental Illness. Oxford University Press, New York (2006).
- 123) 山口創生，米倉裕希子，周防美智子：精神障害者に対するスティグマの是正への根拠；スティグマがもたらす悪影響に関する国際的な知見．精神障害とリハビリテーション，15（1）：75-85（2011）．
- 124) 村山洋史，戸丸明子，奈良部晴美ほか：地域包括支援センターにおけるインフォーマル組織とのネットワーク構築状況チェックリスト作成の試み．日本地域看護学会誌，13（1）：91-99（2010）．
- 125) 水上然，黒田研二，佐瀬美恵子ほか：地域包括支援センター職員の認知症支援業務の実施状況と認知症に関連する知識との関係．日本認知症ケア学会誌，14（3）：667-678（2015）．
- 126) 隅田好美，黒田研二，水上然：地域包括支援センターにおける認知症の人と家族の支援およびその関連要因．社会福祉学，57（1）：125-137（2016）．
- 127) 杉山京，広瀬美千代，竹本与志人：地域包括支援センター専門職による認知症が疑われる高齢者への受診援助の実践．社会医学研究，34（2）：69-83（2017）．
- 128) 清水裕士：個人と集団のマルチレベル分析．103-125，ナカニシヤ出版，京都（2014）．
- 129) 内閣府：平成28年版高齢社会白書．（2016）．
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/html/zenbun/s1_1_2.html
（2016年8月2日）．
- 130) 厚生労働省：介護支援専門員資質向上事業の実施について（厚生労

- 働省老健局長通知）平成 26 年 7 月 4 月．（2014）．
- 131) 厚生労働省：「介護支援専門員資質向上事業の実施について」の一部改正について（厚生労働省老健局長通知）平成 27 年 2 月 12 日．（2015）．
- 132) 池田学，小嶋誠志郎，富岡大高：認知症疾患医療センターの役割と今後の方向性；熊本モデルを中心に．老年精神医学雑誌，21（11）：1189-1192（2010）．
- 133) 小嶋誠志郎，池田学：認知症疾患医療センターの連携機能．老年精神医学雑誌，23（3）：294-298（2012）．
- 134) Abramson J, Rosenthal B.: Interdisciplinary and Inter-organizational Collaboration. In The Encyclopedia of Social Work, 19th ed. by Richard LE, 1479-1489, NASW Press, Washington DC (1995).
- 135) Abramson J, Mizarhi T.: When social workers and physicians collaborate; Positive and negative interdisciplinary experiences. *Social Work*, 41(3): 270-281 (1996).
- 136) 宇都宮市：認知症に関するアンケート調査．（2012）．
- 137) 下村裕見子，大石智，廣岡孝陽ほか：かかりつけ医の認知症診療における困難感とその背景要因に関する研究．日本クリニカルパス学会誌，16（2）：131-139（2014）．
- 138) 外山学，福田正博：かかりつけ医における認知症に関する意識調査結果報告．大阪府内科医会会誌，22（1）：2-5（2013）．
- 139) 栗田主一：厚生労働省平成 27 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業報告書」．（2016）．
- 140) 厚生労働省：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱．（2014）．
- 141) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.: Mini-mental state; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3): 189-198(1975).

- 142) Shiroky JS, Schipper HM, Bergman H, et al: Can you have dementia with an MMSE score of 30?. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(5): 406-415(2007).
- 143) Galasko D, Klauber MR, Hofstetter CR, et al.: The Mini-Mental State Examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 47(1): 49-52(1990).
- 144) 加藤伸司, 下垣光, 小野寺敦志ほか: 改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成. 老年精神医学雑誌, 2(11): 1339-1347(1991).
- 145) Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al.: Practice parameter; diagnosis of dementia (an evidence-based review); Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 56(9): 1143-1153(2001).
- 146) Borson S, Scanlan JM, Chen P, et al.: The Mini-Cog as a screen for dementia; validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10): 1451-1454(2003).
- 147) Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al.: The Montreal Cognitive Assessment, MoCA; a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4): 695-699(2005).
- 148) Kaufer DI, Williams CS, Braaten AJ, et al.: Cognitive screening for dementia and mild cognitive impairment in assisted living; comparison of 3 tests. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(8): 586-593(2008).
- 149) Jagust W, Thisted R, Devous MD Sr. et al.: SPECT perfusion imaging in the diagnosis of Alzheimer's disease; a clinical-pathologic study. *Neurology*, 56(7): 950-956(2001).
- 150) 大石智: アルツハイマー病の過剰診断をめぐる問題点. 老年精神医学雑誌, 27(7): 732-737(2016).
- 151) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of

- Mental Disorders , Fifth Edition. American Psychiatric Association Publishing, Washington DC (2013).
- 152) 大辻誠司, 内海久美子, 福田智子: 全国認知症疾患医療センターの現状と課題について; アンケート調査報告. 老年精神医学雑誌, 27(5):554-560(2016).
- 153) 三菱総合研究所: 厚生労働省平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書」. (2015).
- 154) 厚生労働省: 地域包括支援センターの運営費に関する地域支援事業交付金の算定方法について(厚生労働省老健局振興課長通知)平成 28 年 7 月 4 日(2016).
- 155) 中西亜紀: 認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームの連携と行政の役割. 老年精神医学雑誌, 26(10):1106-1113(2015).
- 156) 井村千鶴, 野末よし子, 伊藤富士江ほか: 病院と地域とで行う連携ノウハウ共有会とデスカンファレンスの参加者の体験. 緩和ケア, 21(3):335-342(2011).
- 157) 和泉典子, 秋山美紀, 奥山慎一郎ほか: 地域における多施設・多職種デスカンファレンス参加者の体験に関する探索的研究. *Palliative Care Research*, 7(2):354-362(2012).
- 158) 清水隆明, 大塚敬義, 木村久美子ほか: 多職種合同連携カンファレンスの効果. 山陽女子短期大学紀要, 35:22-30(2014).
- 159) 栗田主一: 非薬物療法と啓発活動; 診療所医師の機能; 認知症地域医療支援事業の意義について. *Geriatric Medicine*, 51(1):35-38(2013).
- 160) 本間昭, 栗田主一, 池田学ほか: 認知症の早期発見と地域連携推進を目的に始められた, かかりつけ医の認知症診断技術向上に関するモデル事業; 平成 16 年度事業報告書より. 老年精神医学雑誌, 16(増刊Ⅲ):155-159(2005).

謝 辞

本学位論文は、筆者が岡山県立大学大学院保健福祉学研究科保健福祉科学専攻博士後期課程の在学中に、同専攻准教授竹本与志人先生のご指導のもと執筆したものである。竹本与志人先生には、岡山県立大学保健福祉学部の在学以降から現在にわたって約7年間、終始懇切なるご指導とご鞭撻を賜り、研究の意義とその魅力を一からご教授いただき、深謝申し上げます。また同専攻教授近藤理恵先生、ならびに教授谷口敏代先生、教授高橋徹先生、教授入江康至先生には副査として論文審査の労をお執りいただき、本論文の細部にわたり、貴重なご指導を賜るとともに、さらなる今後の研究展開についても多くのご示唆をいただきました。ここに深謝の意を表します。

本研究の実施にあつては、調査のご協力をいただきました地域包括支援センターの専門職の皆様には深く感謝申し上げます。また研究の遂行におきまして、多大なるご助言とご尽力を賜りました大阪大谷大学人間社会学部人間社会学科教授神部智司先生、関西福祉科学大学社会福祉学部社会福祉科准教授広瀬美千代先生、岡山県立大学保健福祉学部保健福祉学科准教授桐野匡史先生に、厚く感謝の意を表する次第です。

最後に、川崎医療福祉大学医療福祉学部医療福祉学科講師中尾竜二先生、同学科助教仲井達哉先生をはじめとして、竹本研究室の皆様には調査研究に関する意見交換など、研究成果をまとめるにあたり、多くの励ましをいただきました。深く感謝いたします。また日本学術振興会特別研究員(DC1)としての研究に際しまして、多大なるご支援を賜りました岡山県立大学の事務局の皆様にも厚く御礼申し上げます。

付 記

本学位論文に関する研究業績

1. 杉山京, 中尾竜二, 佐藤ゆかり, 桐野先生, 神部智司, 竹本与志人: 地域包括支援センター専門職を対象とした認知症高齢者の受診援助における専門医療機関との連携実践状況の類型化. 老年精神医学雑誌, 26(2), 169-182(2015).
2. 杉山京, 三上舞, 中尾竜二, 佐藤ゆかり, 桐野先生, 神部智司, 竹本与志人: 地域包括支援センターの専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者の受診に対する援助困難感の構造に関する検討. 社会医学研究, 33(1), 49-57(2016).
3. 竹本与志人, 杉山京: 認知症が疑われる高齢者の早期受診に向けた保健医療福祉連携モデルの理論構築. 日本早期認知症学会誌, 9(1), 22-31(2016).
4. 杉山京, 竹本与志人: 地域包括支援センター専門職を対象とした認知症が疑われる高齢者への受診援助におけるかかりつけ医との連携実践状況の類型化. 日本在宅ケア学会誌, 19(2), 39-46(2016).
5. 杉山京, 竹本与志人: 地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者とその家族に対する受診援助の実践状況の可視化. 日本認知症ケア学会誌, 15(4), 796-806(2017).

6. 杉山京, 広瀬美千代, 竹本与志人:地域包括支援センターの専門職による認知症が疑われる高齢者への受診援助の実践. 社会医学研究, 34(2), 69-83(2017).
7. 杉山京, 竹本与志人:地域包括支援センター専門職を対象とした認知症専門医のいる医療機関との連携の実践状況とその関連要因. 老年精神医学雑誌, 28(1), 57-70(2017).