

図 13 精神科病院、診療所から依頼された症例の入院施設の所在地

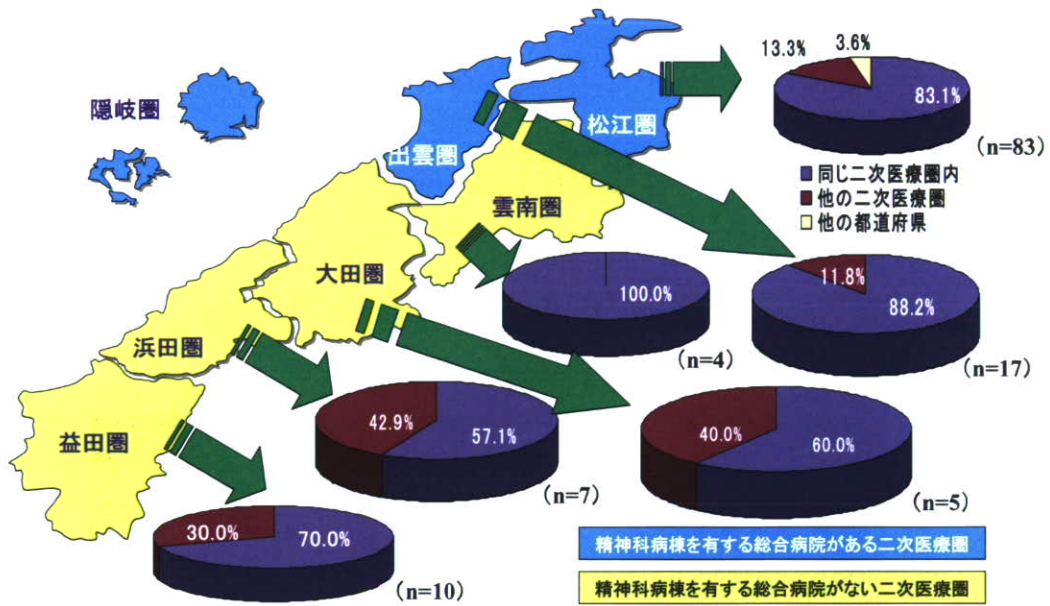


図 14 精神科病院、診療所から依頼された症例の入院施設

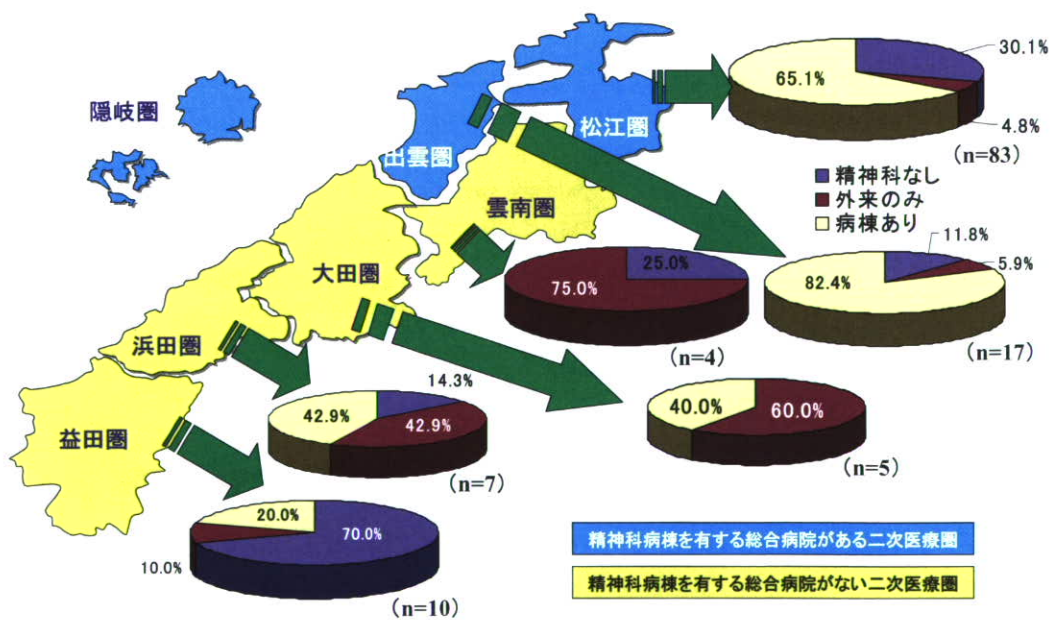
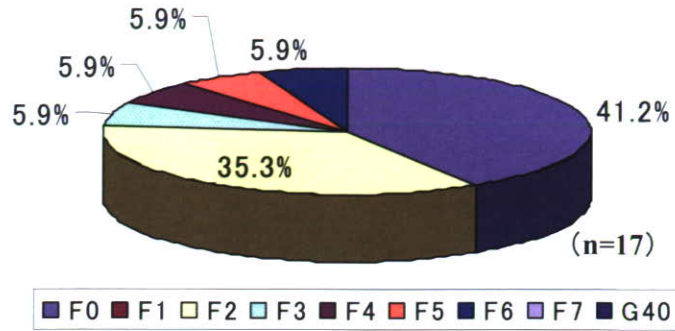


図 15 有床総合病院精神科がない医療圏の入院患者の精神科的診断

全体



精神科病棟の有無による分類

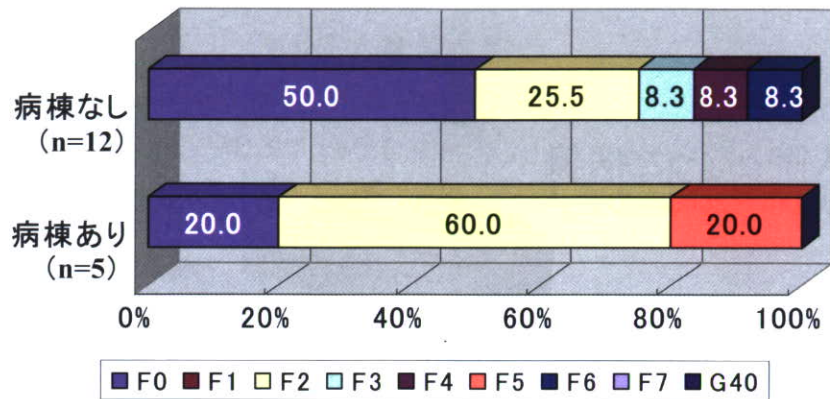
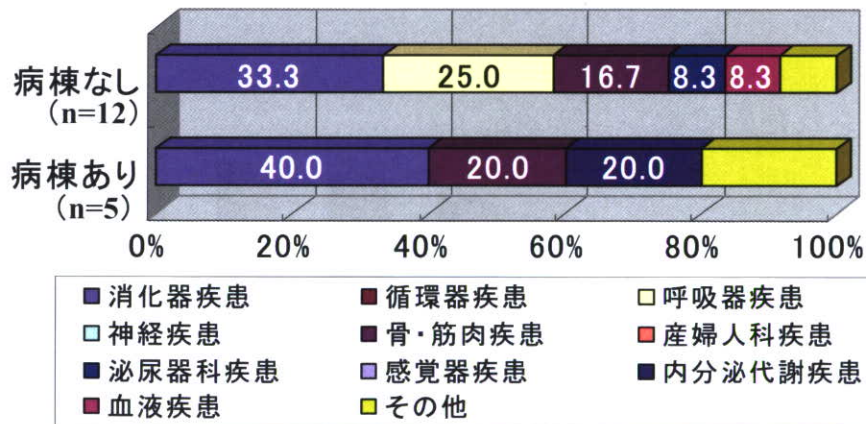


図 16 有床総合病院精神科がない医療圏の入院患者の身体疾患

合併した身体疾患



転院の緊急度

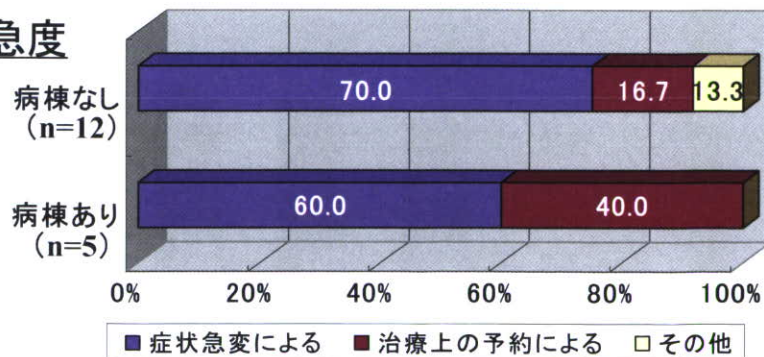


図 17 単科精神科病院から身体合併症のための救急受診状況

(近隣4施設の単科精神科病院からの救急受診者数)

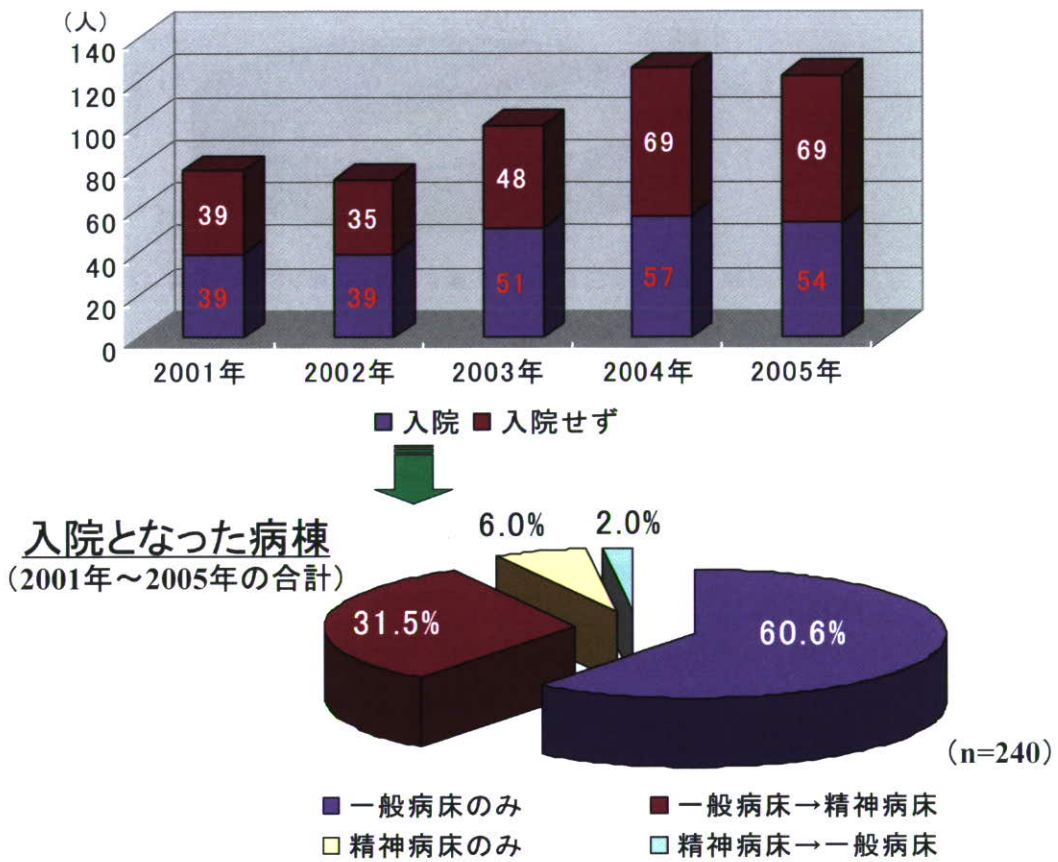


図 18 他の診療科からの依頼状況

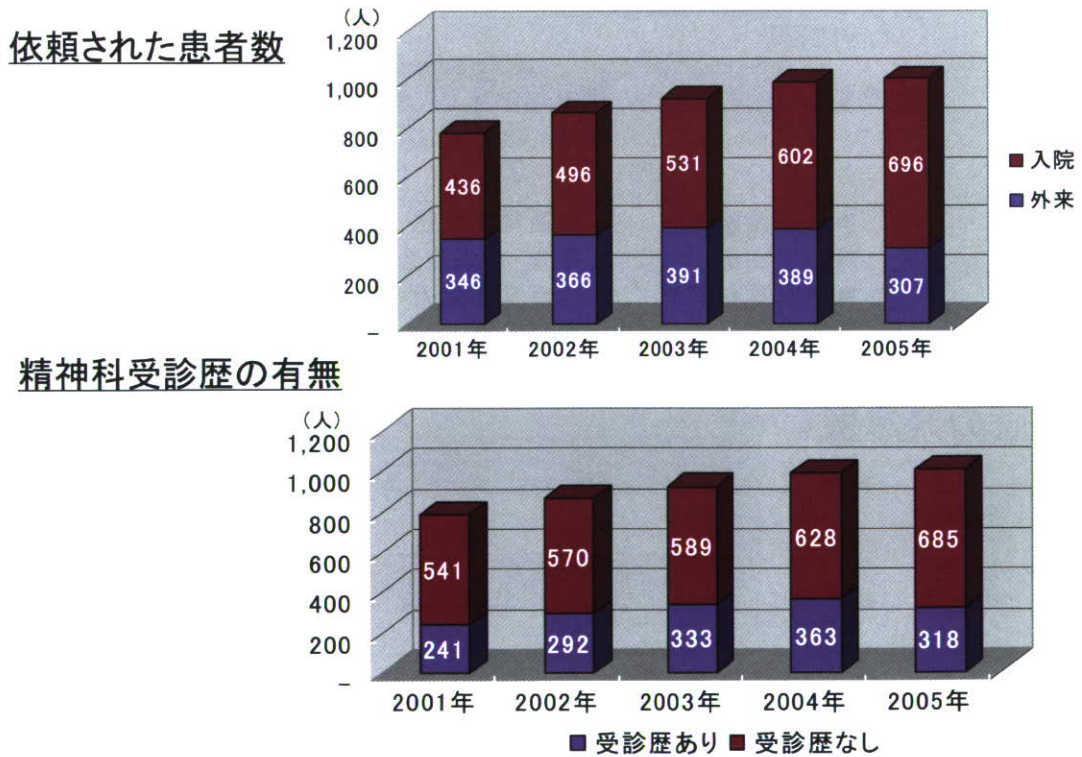


図 19 総合病院精神科の果たすべき役割

日本総合病院精神医学会 2003「総合病院精神科のネクストステップ」

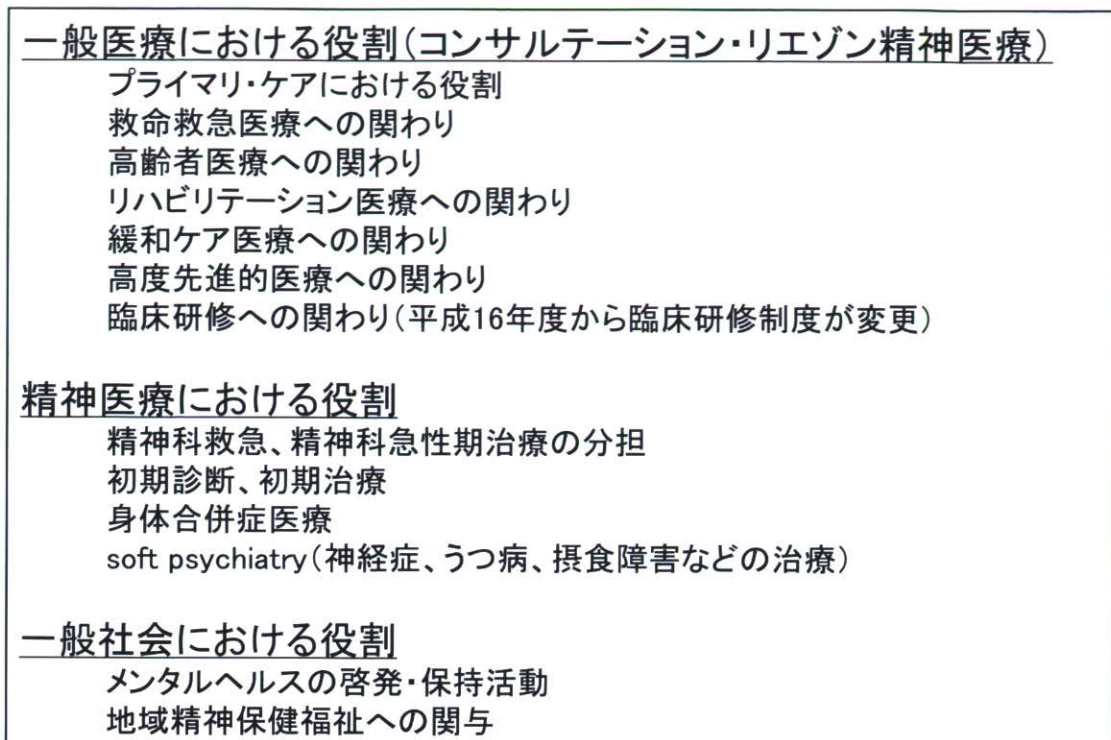
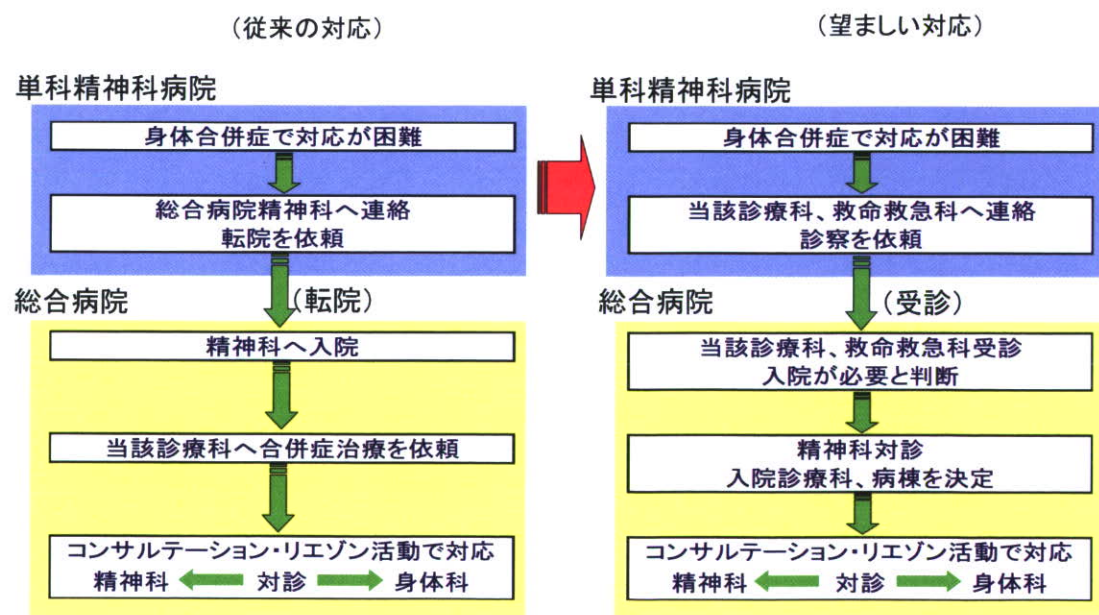


図 20 望ましい身体疾患合併症例への対応



資料 1

専門医を要する身体合併症の新入院患者個票 (A 票)

- 【 月 日】 入院月日
【 歳】 年齢
【 】 1.男 2.女
【 】 専門医を要する身体合併症の病名
あるいは症状
【F 】 精神疾患診断名 (ICD-10 コード上 2 桁 : 例 F20)

【 】 緊急度 : 1.大至急 2.至急 3.申し込み順
【 日間】 依頼から入院までの日数
【 】 依頼元 : 1.当院 2.精神科系クリニック
3.一般科クリニック 4.一般病院 5.精神科病院

【 】 行動制限の有無 : 1.なし 2.拘束 3.隔離
PANSS (入院時から 1 週間で最悪の点を記録)
【 】 病識と判断力の欠如
【 】 非協調性
【 】 衝動の調節障害
【 】 興奮
【 】 敵意
【 日間】 身体合併症のための入院日数 (見込み) 日数

資料 2

入院受入れが不能であった事例の個票 (B 票)

- 【 月 日】 入院依頼を断った日
- 【 歳】 年齢
- 【 】 1.男 2.女
- 【 】 専門医を要する身体合併症の病名
あるいは症状
- 【F 】 精神疾患診断名 (ICD-10 コード上 2 桁:例 F20)
推定でも可
F コードは 2 桁が困難なら F2 など 1 桁でも可
- 【 】 受入れ不能の理由：
1.満床 2.当該の専門医がない
3.精神症状が開放病棟では対応不能
4.その他 ()

資料 3

身体疾患合併症例への対応に関する実態調査・ 調査用紙 (D 票)

1. 年齢 (____ 歳) 2. 性別 (1. 男、2. 女)
3. 身体合併症の病名あるいは症状
(_____)
4. 自殺行動の有無 (1. なし、2. 希死念慮、3. 自殺企図)
5. 精神疾患診断名 (ICD-10 上 2 桁：例 F20) (_____)
6. 主な状態像
(1. 抑うつ、2. 躁、3. 不安・焦燥、4. 幻覚妄想、5. 興奮、
6. 依存・嗜癖、7. 意識障害、8. 知能障害、9. その他)
7. 治療形態 (1. 入院中、2. 通院中)
8. 入院形態 (1. 任意、2. 医療保護、3. 措置、4 その他)
9. 転院時の状況
(1. 症状急変による転院、2. 治療の予約による転院、
3. その他)
10. 転院先の医療機関名 (_____)
11. 転院先の所在地
(1. 同じ 2 次医療圏内、2. 他の 2 次医療圏、3. 他の都道府県)

平成 19 年度厚生労働科学研究 ころの健康科学研究事業
精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究

分担研究報告書

精神科病床から三次救急施設に依頼される合併症患者について

本研究の目的は、精神科病床入院中に身体合併症を来たした場合に三次救急施設ではなく、総合病院でも対応可能な症例がどの程度あるかを調査することにある。

北里大学病院救命救急センター（以下当院）は三次救急を対象とした救急施設であるが、当院へ精神科病院から依頼された患者について過去 3 年間（2004 年 8 月から 2007 年 7 月）、患者人数、性別、年齢、精神障害、搬送元の精神科病院、主訴、合併症の診断名、重症度（APACHE II score）、入院期間、予後、転院先を調査した。また当院三次救急対象地域及び人口とこれらの地域における精神科病床数を調査した。

41 名の患者が対象となり、上記を調査した結果、重症度の指標とされる APACHE II score で 20 以下の症例が 70%以上を占めており、入院期間 1 週間以内が 67%、予後としては元のレベルに戻る症例が 71%、搬送元の精神科病院に転院する症例が 90%以上となった。また当院の対象地域での人口 10 万人当たりの精神科病床は 212 床であり、年間で精神科病院から依頼・搬送された患者は 0.9 名であった。

これらの結果を踏まえて、今後重症度の低い合併症患者の場合には三次救急施設ではなく二次救急レベルの総合病院での対応・治療が可能であり、地域での合併症患者におけるトリアージ機能の活性化を進めていく必要があると考えられた。

分担研究者

北里大学病院救命救急センター 上條吉人

協力研究者

北里大学病院救命救急センター 井出文子

A. 研究目的

本研究の目的は、精神科病床入院中に身体合併症を来たした場合に三次救急施設ではなく、総合病院でも対応可能な症例がどの程度あるかを調査することにある。当院のような三次救急施設で精神科病院から依頼・搬送された患者の情報を調査することで、患者の身体合併症が三次救急レベルの疾患か、また二次救急レベルの総合病院でも対応・治療が可能かを比較し、地域における総合病院の重要性、トリアージ機能の活性化を視野に置いた。

B. 研究方法

【対象】2004年8月～2007年7月までに精神科病床入院中に身体合併症をきたして三次救急施設に依頼された患者を対象として調査した。

以下の2項目について当院救命救急センター患者台帳から対象患者を選び、外来及び入院カルテから必要な情報を抽出、また各病院、自治体のホームページから数値を集計した。

【調査項目1】

<患者背景>

年齢、性別、精神障害、搬送元の精神科病院（単科/総合病院）

<身体合併症>

重症度（APACHE II）、合併症の診断名、予後、入院期間、転院先（搬送元/他院）について調査を行った。

【調査項目2】

<三次救急施設の対象地域および人口>

<上記における精神科病床数（単科/総合病院）>

について調査を行った。

（倫理面への配慮）

回答の内容は、個人を特定できない（連結不可能匿名化した）形で集計した情報に限定するため、個人情報保護法が規定する個人情報にはあたらない。疫学研

究による倫理指針からも、同意を必要としないため同意書の取得は行わなかった。

B. 研究結果

合計で41名の患者が調査対象となった。内訳は男性21名、女性20名である。

1. 調査項目1

図1の円グラフは患者年齢別%を示す。60歳以上の高齢者が全体の62%と半数右上を占めていた。

図2の円グラフは患者の精神障害（ICD-10）別%を示す。F2の統合失調症が67%と半数以上を占め、次はF3の気分障害が17%であった。

搬送元の精神科病院については単科の精神科病院が33例、総合病院が8例と単科の精神科病院が80%を占めていた。

図3の円グラフは身体合併症の診断名%を示す。依頼時の主訴としては意識障害が13例（31%）と最も多かった。来院後の診断名としては心肺停止が6例（15%）と最も多かった。心肺停止の原因疾患としては、肺血栓塞栓症（PTE）2例、心室細動（VT）1例、窒息1例、不明2例であった。続いてけいれん、低Na血症、CO₂ナルコーシスが各3例（7%）であった。

その他の内訳としては、外因性疾患が熱傷、肋軟骨炎、転落による血気胸、胸部刺創が各1例、内因性疾患は、アナフィラキシーショック、胃潰瘍、敗血症、脳出血、脳梗塞、急性胃拡張、悪性症候群、脱水、イレウス、非閉塞性腸管去血（NOMI）、リチウム中毒、急性心筋梗塞（AMI）、肺血栓塞栓症（PTE）、過量服薬が各1例であった。

図4の円グラフは患者の重症度（APACHE II score）%を示す。重症度で0～20が全体の74%を占め、

比較的重症度の低い症例が多かった。

図5の円グラフは患者の当院での入院期間%を示す。1週間以内が67%を占めていた。

図6の円グラフは患者の予後%を示す。ほぼ搬送前の生活レベルに戻る症例が71%を占めていた。

また転院先としては搬送前の病院が31例、別の病院が2例であり、搬送元の精神科病院に戻る症例がほとんどであった。

2. 調査項目2

図7に当院救命救急センターの対象地域及び人口を示す。

対象地域の人口は神奈川県相模原市が70万人、座間市が12万人、大和市が22万人、綾瀬市が8万人、東京都町田市が41万人で合計153万人であった。(平成19年12月現在)

これらの対象地域の精神科病床数は総合病院が2病院(病床数:計262床)、単科精神科病院が11病院(病床数:2982床)であった。

C. 考察及び結論

以上の結果により当院救命救急センター対象地域人口10万人当たりの精神科病床数212床であった。また精神科入院中に身体合併症をきたし

て三次救急施設に搬送された患者数は年間0.9名であった。

調査項目1の結果から重症度の評価スケールであるAPACHE II scoreで、20以下の症例が70%を占めていた。入院期間も1週間以内で死亡例を除く多くの症例が搬送前とほぼ同じ生活レベルに戻り、搬送元の精神科病院に戻っていく。これらのことから本来は三次救急ではなく、総合病院の精神科病床でも対応・治療可能な患者が多く含まれることが示唆された。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

図1：患者年齢グラフ

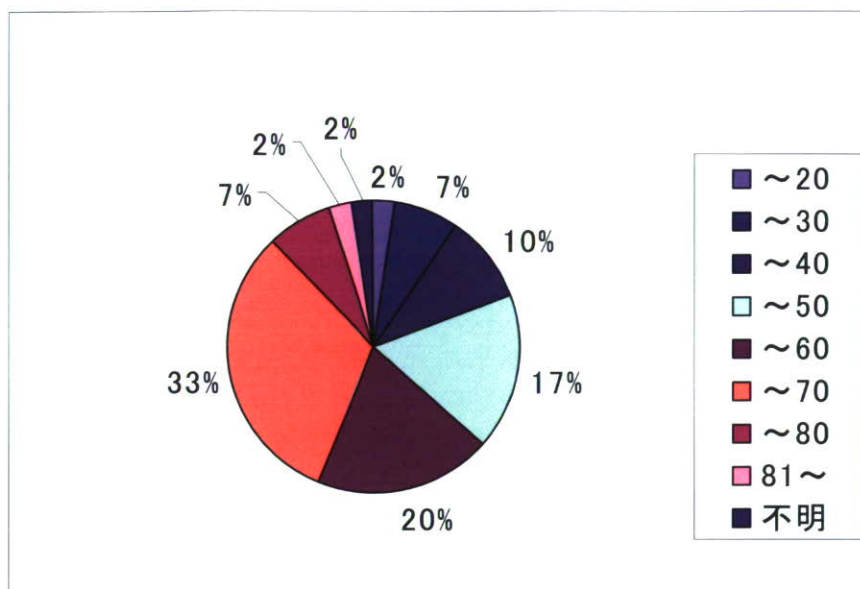


図2：精神障害診断名（ICD-10）グラフ

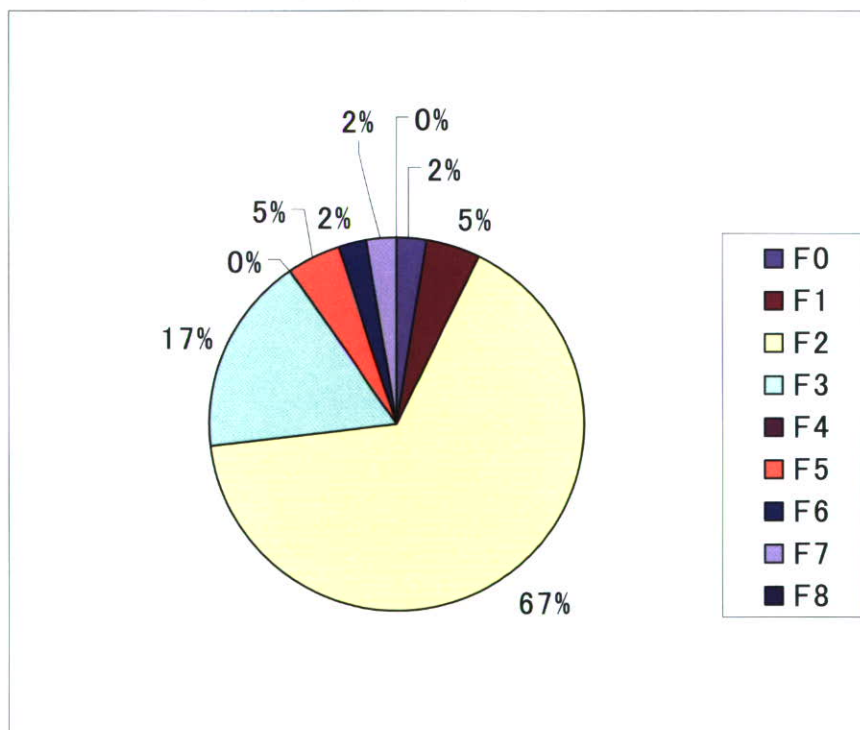


図3：身体合併症の診断名グラフ

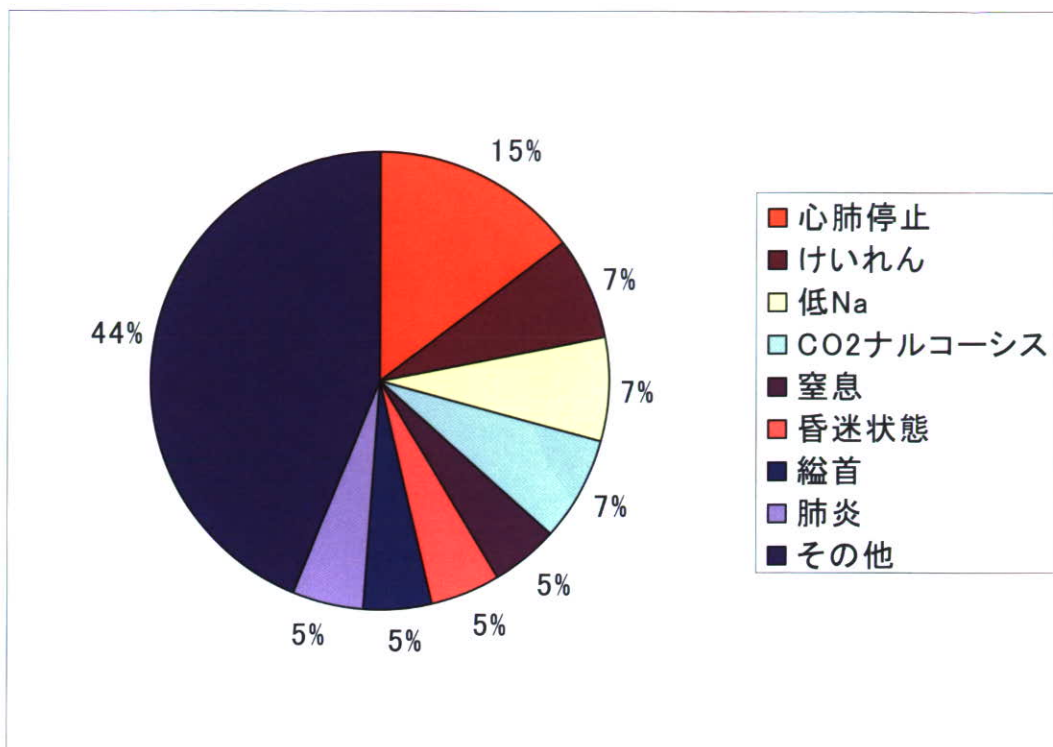


図4：重症度（APACHE II score）グラフ

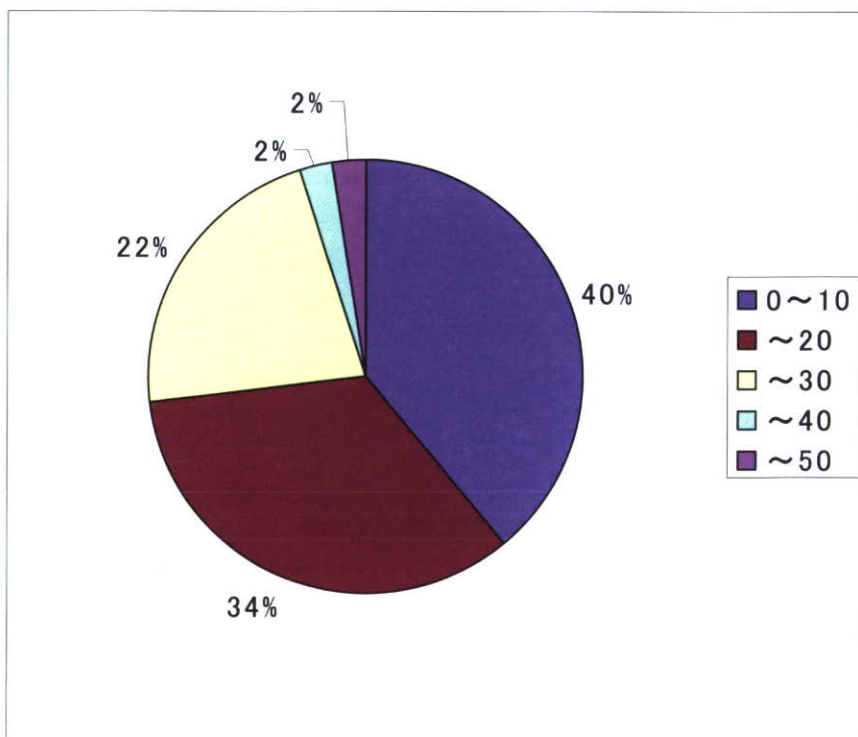


図5：入院期間グラフ

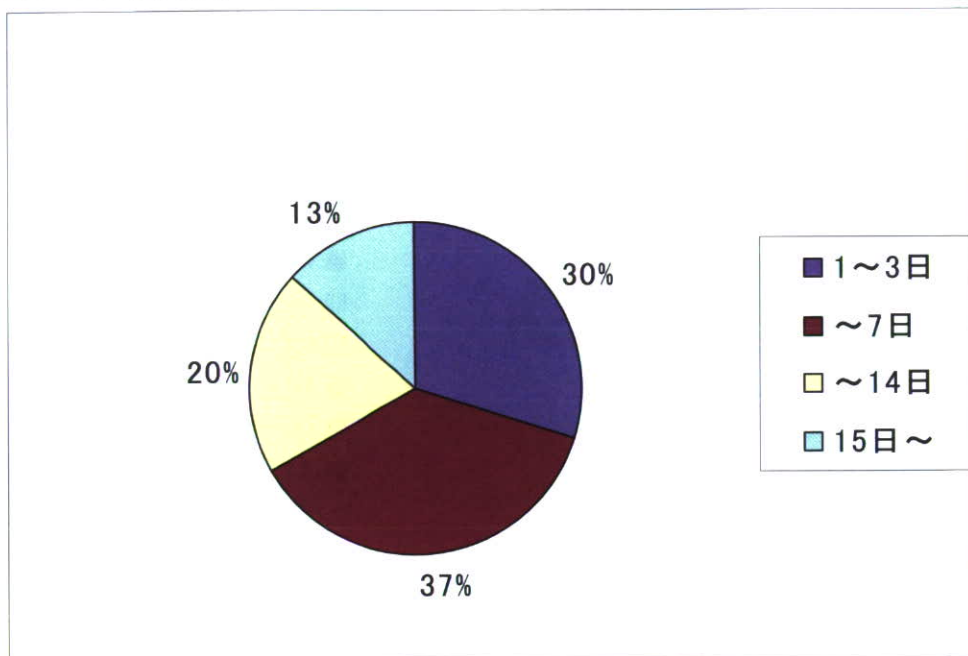
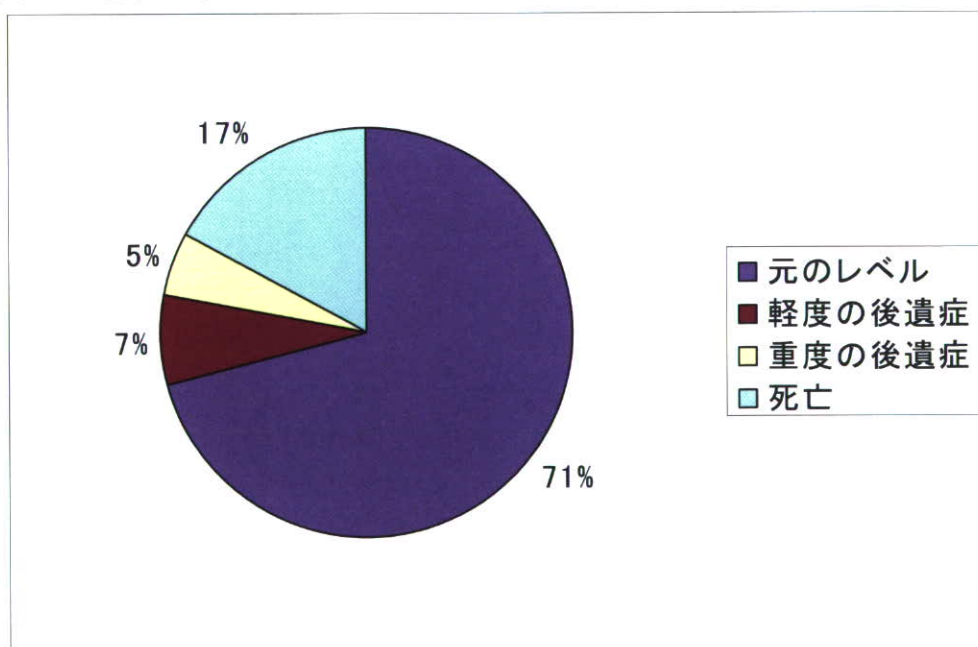


図6：患者予後グラフ



平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」
分担研究報告書

総合病院型認知症疾患センターに求められている機能について

分担研究者	栗田 主一	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	赤羽 隆樹	(公立置賜総合病院精神科)
研究協力者	印部 亮助	(兵庫県立淡路病院認知症疾患センター)
研究協力者	鵜飼 克行	(一宮市立市民病院今伊勢分院老年精神科)
研究協力者	川勝 忍	(山形大学医学部附属病院精神神経科)
研究協力者	橘高 一	(竹田総合病院精神科)
研究協力者	木村 正之	(篠田総合病院精神心療科)
研究協力者	佐藤 茂樹	(成田赤十字病院精神科)
研究協力者	納富 昭人	(遠賀中間医師会おかがき病院認知症疾患センター)
研究協力者	水野 裕	(一宮市立市民病院今伊勢分院老年精神科)
研究協力者	山下 元康	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	福島 攝	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	飯塚 邦夫	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	大橋 雅啓	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	佐野 ゆり	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	野呂 雅仁	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	高橋 ふみ	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)
研究協力者	藤原 砂織	(仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター)

研究要旨

目的：地域の中で総合病院型認知症疾患センターに求められている機能を明らかにするために，①鑑別診断機能，②専門相談機能，③地域連携機能，④BPSD 対応機能，⑤身体合併症対応機能，⑥救急対応機能という観点から，比較的機能水準が高いと考えられる総合病院型認知症疾患センターの実態を調査した。方法：平成 18 年度の厚生労働科学研究調査データを参考にして，比較的機能水準が高いと評価されている総合病院型認知症疾患センター（大学病院を除く）に調査協力を依頼し，同意が得られた医療機関に調査票を郵送して回答を得た。結果：いずれの医療機関も救急告示病院の指定を受けており，頭部 X 線 CT を含む神経画像装置を備え，2 人以上の常勤精神科医師（有床の場合），2 人以上の常勤ソーシャルワーカーを配置している。平成 18 年度の実績で，診療科の年間外来新患者数は平均 765 人，このうち 46% が 65 歳以上高齢者で，年平均 401 件の電話相談と 223 件の面接相談に応需している。平成 19 年 11 月 1 ヶ月間に新患受診した 65 歳以上の認知症高齢者（MCI を含む）160 人のうち，一般医療機関からの紹介 37%，紹介なし 37%，自院の他診療科からの紹介 11%，地域包括支援センターからの紹介 3%，診断別では，アルツハイマー型認知症（AD）60%，脳血管性認知症（VD）8%，軽度認知障害（MCI）23%。重症度では軽度認知症レベル（36%）が最も多く，認知症疑いレベル（28%）がこれに次ぐ。BPSD は 63%，身体合併症は 88% に認められ，鑑別診断後 54% は自院の当該診療科，28% は一般医療機関で継続医療が行われている。新規入院した 65 歳以上認知症高齢者 21 人のうち，入院経路は自宅からが 57%，施設からが 14%，入院理由は 95% が BPSD の対

応困難、14%が身体状態悪化である。43%は即日入院が求められ、そのうちの89%でこれに対応している。診断別では、ADとVDが同頻度で最も多く、中等症以上の認知症が80%以上を占める。BPSDは81%に認められ、徘徊、妄想、脱抑制、せん妄が多く、身体合併症は91%に認められた。結論：総合病院型認知症疾患センターには、鑑別診断機能、専門相談機能、地域連携機能とともに、BPSDと身体疾患が併存する認知症高齢者に対する救急対応機能が求められている。

また、認知症の専門医療施設の必要設置件数を算出するための基礎資料として、わが国の全老人の性別年齢階級別認知症有病率推計値(1985年推計)と国立社会保障・人口問題研究所による「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年5月推計)を用いて、65歳以上の認知症有病者数の将来推計値を都道府県別に算出した。2005年の段階で、認知症有病者数(65歳以上)は2,046,527人であるが、2015年には3,024,080人、2035年には4,448,418人に増加する。2015年および2035年の段階で認知症高齢者数が最も多いのは東京都(273,562人、425,189人)、最も少ないのは鳥取県(17,279人、21,376人)、増加率が最も高いのは埼玉県(1.69倍、3.08倍)、最も低いのは島根県(1.29倍、1.46倍)である。都道府県別の認知症高齢者数とその増加率には大きな格差があり、特に、大都市圏においてその増加率は著しい。大都市に暮らす認知症高齢者に対する医療資源の整備は急務の課題である。

A. 研究目的

平成元年に創設された認知症疾患センター事業には、老人性認知症疾患患者の専門医療相談、鑑別診断・治療方針選定、地域保健医療福祉関係者への技術援助とともに、緊急時の空床確保などによる救急対応機能が求められていた。しかし、平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」の中で実施された実態調査¹⁾からは、これらの機能を十分に発揮している認知症疾患センターは少なく、特に同研究の中で実施された「認知症疾患患者の救急医療の実態に関する研究」²⁾では、一般救急医療と認知症疾患センターとの連携が極めて希薄である状況が明らかにされている。

このような認知症疾患センターの機能不全は、急速に高まりゆく認知症高齢者の医療ニーズに対して、これに応需できるだけの人的基盤や財政的基盤が十分整備されていないことに由来するのではないと思われる。然るに、旧来の認知症疾患センター事業に対する国庫補助金としての委託料は、平成18年度をもって廃止されている。

認知症疾患の鑑別診断や、認知症の行動・心理症状(BPSD)および身体合併症に対応できる医療資源が著しく不足していることは、認知症の保健医療福祉に携わる専門職や認知症高齢者を介護する家族にとっては周知の事実である³⁻¹⁰⁾。特に総合病院型の認知症疾患センターに対しては、従来から認知症疾患の鑑別診断とともに、BPSDと身体疾患が併存する認知症高齢者の急性期医療が強く求められ、これに対して一定の役割を果たしてきたのではないと思われる。

本研究の目的は、①鑑別診断機能、②専門相談機能、③地域連携機能、④BPSD対応機能、⑤身体合併症対応機能、⑥救急対応機能という観点から、比較的機能水準が高いと考えられる総合病院型認知症疾患センターの実態を調査し、地域の中で総合病院型認知症疾患センターに求められてきた機能を明らかにすることにある。

また、高齢者人口の急速な増加に伴い、認知症高齢者に対する医療資源の確保が急務の課題となっている。本研究では、鑑別診断機能、専門相談機能、地域連携機能、BPSD対応機能、身体合併症対応

機能、救急対応機能などを兼ね備える専門医療施設の必要設置件数を算出するための基礎資料として、認知症高齢者数の将来推計値を都道府県別に算出した。

B. 研究方法

研究1

平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」の中で実施された認知症疾患センター実態調査のデータに基づいて、鑑別診断機能、専門相談機能、地域連携機能、BPSD対応機能、身体合併症対応機能、救急対応機能において、機能水準が相対的に高いと考えられる医療機関（大学病院を除く）を抽出し、各医療機関の認知症医療担当者に文書で実態調査の協力を求めた。協力の同意が得られた7都道府県8医療施設の担当者に、1)施設調査票（別添1）、2)外来新患受診者個別調査票（別添2）、3)新規入院患者個別調査票（別添3）、4)新規入院患者フォローアップ調査票（別添4）を郵送し、以下の方法で調査を行った。

(1) 医療施設調査

各医療施設の概況について調査した。調査項目は、「A.施設状況」、「B.患者状況」、「C.認知症の医療に関して現在抱えている課題」で構成されている。各項目の詳細は、別添1のとおりである。

(2) 外来新患受診患者の調査

2007年11月1日～11月30日までの1ヶ月間に精神科（または認知症疾患センター）外来新患を受診した認知症疾患（MCIを含む）の症例について個別調査を行った。調査項目は、「A.基本情報」、「B.受診経路」、「C.紹介元または依頼元」、「D.認知症疾患の診断名」、「E.認知症の重症度」、「F.認知症の行動・心理症状(BPSD)」、「G.併存する身体疾患名」、「H.鑑別診断後の継続医療の場」、「I.追加事項・課題・問題点」で構成されている。各項目の詳細は別添2のとおりである。但し、「B.認知症疾患の診断名」に

ついては、各医療機関で用いられている診断基準に従うこととし、「E.認知症の重症度」については、Clinical Dementia Rating Scale (CDR)に準拠した。また、「F.認知症の行動・心理症状 BPSD」は、国際老年精神医学会の分類にしたがい、「G.併存する身体疾患名」は、Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)に準拠した。

(3) 新規入院患者の調査

2007年11月1日～11月30日までの1ヶ月間に精神科（または認知症疾患センター）病棟に入院した認知症疾患(MCIを含む)の症例について個別調査を行った。調査項目は、「A.基本情報」、「B.入院形式」、「C.入院経路」、「D.入院の理由・目的」、「E.入院の緊急性」、「F.認知症疾患の診断名」、「G.認知症の重症度」、「H.認知症の行動・心理症状」、「I.併存する身体疾患名と重症度」で構成されている。「F.認知症疾患の診断名」「G.認知症の重症度」「H.認知症の行動・心理症状」「I.併存する身体疾患名」の基準・分類は外来新患受診患者の調査と同様である。

(4) 新規入院患者のフォローアップ調査

上記(3)で調査した症例について、2008年2月1日現在の状況について個別調査を行った。調査項目は、「A.基本情報」、「B.退院時または2008年2月1日現在の転帰」、「C.入院期間中に他科併診を要した身体疾患名、併診した診療科名、重症度スコア（入院期間中の最高点）」、「D.退院支援のための地域連携・ケースマネジメント・課題・問題点」、「E.退院先」で構成されている。「C.併存する身体疾患名」の分類と重症度はCIRSに準拠し、重症度は入院期間中の最高点とした。「E.退院先」は2008年2月1日現在で退院している患者についてのみ調査した。

(倫理面への配慮)

本調査を実施するにあたっては仙台市立病院倫理委員会の承認を得た。外来

新患受診患者および新規入院患者の個別調査については、本人または家族から文書による同意を得た。調査票は無記名であり、データはすべて暗号化し、分担研究者が一括管理することによって、個人情報漏洩を防止した。

研究2

大塚は、1980年～1989年までのわが国における65歳以上の在宅の認知症有病率に関する広域調査と、一般病院、老人病院、精神科病院、特別養護老人ホーム入所中の高齢者の認知症の実態調査結果の資料を用いて、わが国の全老人の性別年齢階級別認知症有病率を表1のように推計している^{1,2)}。この推計値と、国立社会保障・人口問題研究所による「日本の都道府県別将来推計人口」(平成19年5月推計)³⁾を用いて、都道府県別の認知症有病者数と将来推計値を算出した。

(倫理面への配慮)本調査は一般に刊行されている統計資料を用いた調査であり、個人情報の問題を含め倫理的問題は生じない。

C. 研究結果

(1) 対象施設の特徴

表1に示されるように、比較的機能水準が高いと考えられる認知症疾患センター間においても、医療圏域の人口規模(15万人～103万人)、高齢化率(14%～32%)、医療機関全体の病床規模(156床～1075床)、精神科病床規模(0床～284床)、スタッフ配置、精神科救急医療システム事業の参加の有無は多様である。しかし、いずれの施設も救急告示病院の指定を受けており、頭部X線CT装置を含む神経画像検査装置を配備しており、精神科病床をもたないH病院を除くすべての医療機関には2人以上の常勤精神科医師(1人以上の精神保健指定医)と2人以上の常勤ソーシャルワーカーが配置されている。

表2からは、これらの施設の平均的な実績が読み取れる。すなわち、平成18年度の実績では、年平均765人の新患外来患者に応需し、このうち353人(約46%)が65歳以上高齢者であり、このうちの121人(65歳以上の新患受診者のうちの34%)がアルツハイマー型認知症である。

平成19年11月の1ヶ月間の実績では、月平均69人の新患外来患者のうち、33人(48%)が65歳以上高齢者であり、このうちの26人(65歳以上の新患受診者のうちの67%)がF0の精神疾患、19人(49%)が認知症疾患、4人(11%)がMCIである。専門相談の応需件数は施設間でばらつきが大きい(B病院はデータ欠損のため解析から除外)、平均すると電話相談は年平均401件、面接相談は年平均223件である。

(2)調査期間中に外来を新患受診した65歳以上高齢者の特徴

調査期間中(平成19年11月1日～11月30日)に8医療機関から報告された新患受診者は186人であったが、このうち年齢データが欠損(2人)または65歳未満(11人)、CDRデータが欠損(11人)または0(2人)であったサンプルを除外した160人の集計結果を表3～5に示す。

性別で女性が男性の約2倍を占め、75歳～84歳の年齢階級に年齢分布のピークがある。受診経路では自宅からの受診が最も多く、紹介・依頼元では紹介・依頼なしは37.3%、一般医療機関(診療所・病院)からの紹介・依頼は37.3%、自院の他診療科からの紹介・依頼は11.4%である。一方、地域包括支援センターからの紹介は2.5%と極めて少ない(表3)。

診断別分類では、アルツハイマー型認知症(脳血管障害を伴うものも含む)が60.1%を占め、脳血管性認知症は8.2%、レビー小体型認知症が1.9%、前頭側頭葉変性症が1.3%、MCIは22.8%である。重症度では軽度認知症(CDR1相当、

36.3%)が最も多く、認知症疑い(CDR0.5相当, 27.5%), 中等度認知症(CDR2相当, 25.0%)がこれに次ぐ。BPSDは101人(63.1%)の患者に認められ、妄想(15.0%), 徘徊(11.9%), 誤認(11.3%), 幻覚(10.6%), アパシー(10.0%), 不安(9.4%), 焦燥(9.4%), 不平を言う(9.4%), 脱抑制(8.8%), 抑うつ状態(7.5%)の順で頻度が高い。身体合併症は141人(88.1%)に認められ、脈管系疾患(高血圧症など)(35.6%), 整形外科疾患(骨粗鬆症, 変形性関節症など)(30.0%), 内分泌代謝疾患(糖尿病, 高脂血症など)(24.4%), 心疾患(不整脈, 狭心症など)(22.5%), 脳神経系疾患(脳梗塞, 硬膜下血腫など)(16.3%)が多い。鑑別診断後, 82人(53.6%)は自院の当該診療科で継続医療が行われており, 43人(28.1%)は一般医療機関(診療所または病院)で継続医療が行われている。

(3)調査期間中に新規入院した65歳以上高齢者の特徴

調査期間中(平成19年11月1日~11月30日)にH病院(精神科病床なし)を除く7医療機関から報告された新規入院患者は23人であったが, このうち年齢データが欠損(1人)または65歳未満(1人)のサンプルを除外した21人の集計結果を表6, 7に示す。

性別では男性が女性の2倍を占め, 年齢分布では80~84歳代が最も多い(28.6%)。入院形式は20人(95.2%)が医療保護入院である。入院経路は自宅から12人(57.1%)で最も多いが, 施設(14.3%), 院内他診療科(14.3%), 院外他医療機関(14.3%)からの入院にも応需している。入院理由は20人(95.2%)が自宅・施設・一般診療科でのBPSD対応困難によるものであり, 3人(14.3%)は身体状態の悪化が入院の要因となっている。診断の確定のみが入院の理由となる例はいない。21人中の9人(42.9%)は緊急性を要する(即日入院が望ましい)ものであり, このうち8人(88.9%)が即

日入院に応需している。1週間以内の入院が望ましいのも6人(28.6%)あり, このうち5人(83.3%)が1週間以内の入院に応需している。

診断別の頻度では, アルツハイマー型認知症(脳血管障害を伴うものも含む)が9人(42.9%)と最も多いが, 脳血管性認知症も8人(38.1%)でほぼ同頻度である。認知症の重症度別分類では重度認知症(CDR3相当)の頻度が最も高く(50.0%), 中等症以上(CDR2以上)の認知症が83.3%を占めている。BPSDの種類は17人(81.0%)で同定され, 徘徊(42.9%), 妄想(23.8%), 脱抑制(23.8%), せん妄(23.8%)の頻度が高い。身体合併症は19人(90.5%)に認められ, 脈管系疾患(38.1%), 脳神経疾患(38.1%), 心疾患(33.3%)が多く, 平均CIRS合計得点は2.9である。

(4)各医療機関が抱えている課題

表8に各医療機関が抱えている課題を列挙する。BPSDと身体合併症をあわせもつ認知症高齢者の緊急入院や急性期医療を担保するための財政的基盤や人的資源の不足が訴えられている。

研究2

結果は表10に示す。2005年の段階で, わが国の認知症有病者数(65歳以上)は2,046,527人であるが, 2015年には3,024,080人, 2035年には4,448,418人に増加するものと推計される。2015年および2035年の段階で認知症高齢者数が最も多いのは東京都(273,562人, 425,189人)最も少ないのは鳥取県(17,279人, 21,376人)である。2015年および2035年の段階で増加率が最も高いのは埼玉県(1.69倍, 3.08倍), 最も低いのは島根県(1.29倍, 1.46倍)である。

D. 考察

調査対象の医療機関は, いずれも総合病院型の認知症疾患センター(E病院は総合病院の分院)であり, 平成18年度

に実施された実態調査において、比較的機能水準が高いと評価されている医療機関である¹⁾。したがって、これらの医療機関の実態調査から浮かびあがる平均的な像は、わが国の総合病院型認知症疾患センターに求められている機能がある程度的確に反映するものと考えることができる。

(1) 認知症疾患センターの外来機能

施設の特性および外来新患受診者の調査結果には、これらの施設に求められている鑑別診断機能、専門相談機能、医療連携機能の実態がよく表れている。

鑑別診断機能という観点からは、平成18年度の年間データより、これらの医療機関には1施設あたり年間353人の65歳以上高齢者が外来を新患受診し、そのうちの121人がアルツハイマー型認知症と診断されていることがわかる。また、専門相談機能という観点からは、1施設あたり年間401件の電話相談と223件の面接相談に応需していることになる。

一方、平成19年11月のデータを単純に1年分の数値に変換すると、平成19年度にこれらの医療機関に求められている医療ニーズは、平成18年度のそれを上回るものであることがわかる。すなわち、1施設あたり年間に401人(33.4×12)の65歳以上高齢者の新患に²⁾応需し、このうち226人(18.8×12)が認知症高齢者、53人(4.4×12)がMCI患者で、認知症高齢者のうちの168人((226+53)×0.601)がアルツハイマー型認知症という計算になる。平成19年度には認知症疾患センター事業の国庫補助金としての委託料が廃止されているが、このような財政的後退にも関わらず、これらの医療機関では前年度を上回るアルツハイマー型認知症高齢者の新患に²⁾応需している。国の施策の如何に関わらず、地域では、認知症疾患に対する医療ニーズが着実に増大している現実を反映している。

認知症高齢者(MCIを含む)の大部分

は自宅からの受診であるが、約4割が一般医療機関からの紹介であり、約4割が紹介なしの受診である。認知症疾患センターには地域の中での医療連携機能(特に、かかりつけ医に対する専門医療的な支援)とともに、これとは別に、地域の最前線の専門医療機関として、地域住民一般に対して専門的な医療支援が求められている現実が示されている。また、自院の他の診療科からの紹介も1割を占めているが、これは総合病院の認知症疾患センターに求められている院内連携機能(他の一般診療科に対する認知症に関する専門医療的な支援)を反映するものである。

これに対して、認知症の相談窓口として地域の最前線にあるはずの地域包括支援センターからの紹介は極めて少ない。これは調査対象の認知症疾患センター自体に地域の保健・福祉・介護領域との連携機能が十分に備わっていないことを示すものである可能性があるが、同時に、現時点での地域包括支援センターの相談窓口機能の「弱さ」の一端を示すものかもしれない。専門医療機関、かかりつけ医療機関、地域包括支援センターの3者の連携は、国の認知症対策においても認知症ケアの地域連携の基本単位として描かれているが¹⁰⁾、この体制を実質的に稼働させるためには、専門医療機関やかかりつけ医療機関の機能強化とともに、地域包括支援センターの機能強化策を検討しなければならない。

外来新患の認知症高齢者(MCIを含む)の60%がアルツハイマー型認知症であり、純粋な脳血管性認知症は8%と少ない。これは、卒中後の脳血管性認知症の多くが神経内科領域で対応されていることにも関連しているが、近年の疫学データでは、認知症疾患の60%以上がアルツハイマー型認知症とされるのが一般的であり、本調査の数値もそれに近いものである。アルツハイマー型認知症の診断率の高さは、調査対象の医療機関の