

鑑別診断能力の高さを反映するものと考えられる。これに対してレビー小体型認知症の割合は約 2%であり、医療機関ベースの疫学データに比べるとやや低い。前頭側頭葉変性症の割合も 1.3%と低い。今回のサンプルに 65 歳未満の初老期例が除外されていることによるのかもしれないが、その要因については今後尚検討を要する。

新患受診者の多くが CDR=0.5~1 相当の軽症群で占められていることは特筆に値する。認知症疑いや軽度認知症レベルの高齢者が、早期診断・早期治療や専門医療的な助言を求めて、より専門性の高い医療機関を受診する傾向にあることを示しているものと思われる。一般住民の認知症疾患に対する知識の普及に並行して、専門医療機関には、今後ますます MCI レベルの高齢者に対する医療支援が求められるであろう。

外来新患受診者の 60%以上に BPSD が認められ、80%以上に身体合併症が認められている点も注目に値する。BPSD と身体合併症が併存する認知症高齢者の対応には精神科医と身体科医の連携が必要であり、そのような機能が総合病院型認知症疾患センターには強く期待されている。

継続医療の場として、1/4 以上のケースが鑑別診断後に一般医療機関に逆紹介されている。調査対象の医療機関では、専門医療機関とかかりつけ医療機関の機能分担と医療連携が比較的良好に実践されているものと推察されるが、それでも 50%以上のケースが自院の当該科で継続医療が実施されている点は注目すべきであろう。一般医療機関へ逆紹介するためには BPSD の一定のコントロールが専門医療機関に求められるが、一方、BPSD が比較的良好にコントロールされている認知症高齢者の継続医療はかかりつけ医療機関で実施するのが標準とすべきであろう。地域における専門医療機関とかかりつけ医療機関の機能分担と連

携体制の確立は、今日の重要な課題である。

## (2) 認知症疾患センターの入院機能

新規入院患者の調査結果は、BPSD と身体疾患が併存する認知症高齢者の急性期医療が、総合病院型認知症疾患センターに求められている実態をよく表している。すなわち、H 病院を除く有床の 7 医療機関に限定すると、1 施設あたり年間に 36 人 ( $21 \div 7 \times 12$ ) の認知症高齢者 (MCI を含む) の新規入院があり、そのうちの 15 人 ( $9 \div 7 \times 12$ ) は即日入院を求められるものであり、そのうちの 14 人 ( $8 \div 7 \times 12$ ) はそれに応需するという計算になる。入院を求められる認知症高齢者の認知症重症度は相対的に高く、ほとんど全例が医療保護入院である。入院を必要とする理由のほとんどすべてが、自宅・施設・一般診療科での BPSD 対応困難 (徘徊、妄想、興奮、せん妄など) であり、このうちの 9 割に他科併診を要する身体合併症が認められ、実際に入院患者の 1~2 割は身体状態の悪化を理由とする入院である。こうしたケースの急性期医療には、精神科医、身体科医、看護師、臨床心理技術者等の連携によるチーム医療が必要である。また、退院に向けてのプランニングや将来の救急事例化を予防するための地域のネットワークづくりには、精神保健福祉士や保健師が重要な役割を果たす (新規入院患者の転帰に関する追跡調査は現在実施中である)。

## (3) 今後の新たな認知症医療対策の必要性

以上の調査結果より、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る実態が明らかになった。実際、調査対象の医療機関では、これらのニーズに対応するために相当な努力が払われているのがわかる。しかし、各医療機関

から提起されている課題が示すように、こうした機能を今後も定常的に発揮していくためには、それに見合う人的資源と財政基盤の確保が必須である。総合病院型認知症疾患センターに求められているこれらの機能を標準装備する専門医療機関を現実のものとし、将来的にこれを広く全国に普及させるには、これに対応できる新たな認知症医療対策の事業化が必要である。

また、大塚が算出した全老人の性別年齢階級別認知症有病率の推計値（1985年推計）は1980年代のわが国の有病率調査を基礎資料としており、1990年以降の有病率調査は利用されていない。しかし、大塚は、1990年代の在宅の認知症有病率に関する11の調査報告を概観し、有病率の値は1980年代の結果とほぼ変わらないことを確認している。実際に、大塚は、2001年に、認知症有病率の1985年推計を用い、平成9年1月の「日本の将来推計人口」に基づいて、わが国の認知症高齢者数の将来推計を算出している。それによれば2036年に65歳以上の認知症高齢者数がピークとなり、その値は3,549,991人と算出されている。

今回の計算では、2035年の65歳以上の認知症高齢者数は4,448,418人であり、2001年の大塚の推計をはるかに上まわることが示されている。また、今回の計算では、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ることが示されている。特に、大都市圏においてその増加率は著しい。大都市圏では、認知症高齢者に対する社会資源の整備が今や喫緊の課題であるのは明らかである。本研究の結果は、今後の都道府県認知症対策の計画立案において重要な基礎資料になるものと考えられる。

## E. 結論

(1) 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。

(2) 上記の機能を標準装備する専門医療機関を現実のものとし、これを広く全国に普及させるには、国の施策として新たな認知症医療対策の事業化が必要である。

(3) 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社会資源の整備は急務の課題である。

## F. 文献

- 1) 浅野弘毅, 小山明日香, 立森久照ほか: 認知症患者に対する精神科医療のあり方に関する研究. (1)老人性認知症疾患センターの今後のあり方について. 精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究(平成18年度総括・分担研究報告書. 主任研究者竹島正) p203-220, 2007
- 2) 浅野弘毅, 栗田主一, 松原三郎: 認知症患者の対する精神科医療のあり方に関する研究. (2)認知症疾患患者の救急医療の実態に関する研究(平成18年度総括・分担研究報告書. 主任研究者竹島正) p221-230, 2007
- 3) 山崎英樹, 大畑美鈴, 吾妻淳一ほか: 精神科診療所・重度認知症デイケアにおける認知症高齢者の救急対応. 老年精神医学雑誌 18: 1163-1169, 2007
- 4) 浅野弘毅, 栗田主一, 近藤等: 認知症疾患センターにおける救急医療. 老年精神医学雑誌 18: 1170-1175, 2007
- 5) 松原三郎: 認知症疾患専門病棟における精神科救急医療と身体合併症医療. 老年精神医学雑誌 18: 1176-1183, 2007
- 6) 鶴飼克行: 一宮市立病院今伊勢分院

における認知症高齢者の精神科救急医療と身体合併症医療. 老年精神医学雑誌 18: 1184-1189, 2007

- 7) 分島徹：東京都立松沢病院における認知症高齢者の身体合併症医療. 老年精神医学雑誌 18: 1190-1196, 2007
- 8) 渋谷孝之：精神科救急システムの中での認知症高齢者の救急医療. 老年精神医学雑誌 18: 1197-1203, 2007
- 9) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二ほか：救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. 老年精神医学雑誌 18: 1204-1209, 2007
- 10) 粟田主一, 渡路子：認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療：新たな政策提言に向けて. 老年精神医学雑誌 18: 1210-1214, 2007

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許所得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

表 1 調査対象病院の特徴

	A		B		C		D		E		F		G		H	
設置形態	市町村立	民間	市町村立	民間	市町村立	民間	市町村立	民間	市町村立	民間	市町村立	民間	市町村立	民間	市町村立	民間
救急告示病院	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
精神科救急医療事業への参加	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	No	No	No	No	No	No	No
医療圏域の人口	1030000	300000	240000	300000	380000	760000	380000	760000	380000	150000	990000	990000	990000	570000	570000	570000
医療圏域の65歳以上高齢化率	17%	32%	26%	32%	18%	14%	18%	14%	18%	28%	22%	22%	22%	25%	25%	25%
医療圏域の65歳以上高齢者数	170000	100000	60000	100000	70000	110000	70000	110000	70000	40000	220000	220000	220000	140000	140000	140000
医療機関の病床数	525	1075	520	1075	156	719	156	719	156	452	200	200	200	386	386	386
精神科病床数	16	284	20	284	156	50	156	50	156	45	50	50	50	0	0	0
認知症患者治療棟病床数	0	0	0	0	50	0	50	0	50	0	50	50	50	0	0	0
空床確保	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	No	Yes	No	Yes	No	No	No
認知症患者の救急対応	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
CT設置の有無	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
MRI設置の有無	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
SPECT設置の有無	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes
脳波検査室の有無	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
精神科常勤医師数	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
うち精神保健指定医数	4	7	3	7	6	5	6	5	6	3	2	2	2	0	0	0
うち精神保健師数	3	4	2	4	4	3	4	3	4	2	1	1	1	0	0	0
常勤ソーシャルワーカー数	2	3	2	3	2	5	2	5	2	2	4	4	4	2	2	2
常勤保健師数	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	0
常勤臨床心理師数	1	4	0	4	0	3	0	3	0	1	0	1	0	1	1	1
常勤看護師数(病棟)	16	97	15	97	56	23	56	23	56	21	18	18	18	0	0	0
常勤看護師数(外来)	1	7	1	7	7	1	7	1	7	1	12	12	12	1	1	1

表2 調査対象病院の実績

項目	平均	最大	最小	割合 (%)
年間外来新患者数(平成18年度1年間)	765.1	1282	419	100.0
上記のうち65歳以上高齢者の新患者数	352.9	514	222	46.1
上記のうちアルツハイマー型認知症の新患者数	120.5	281	43	34.1
電話相談件数(平成18年度1年間)	400.9	1164	18	
面接相談件数(平成18年度1年間)	222.7	779	3	
2007年11月1日～11月30日までの精神科外来新患者数	69.0	138	32	100.0
上記のうち65歳以上の新患者数	33.4	46	20	48.4
65歳以上新患者のICD分類				100.0
F0 症状性を含む器質性精神障害	25.8	45	10	67.2
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	0.4	1	0	1.0
F2 統合失調症, 統合失調症型障害および妄想性障害	1.4	4	0	3.6
F3 気分障害	3.0	8	0	7.8
F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	2.4	8	0	6.2
F5 生理的障害および身体因性に関連した行動症候群	0.4	2	0	1.0
F6 成人の人格および行動の障害	0.0	0	0	0.0
F7 知的障害(精神遅滞)	0.0	0	0	0.0
F8 心理的発達の障害	0.0	0	0	0.0
F99 特定不能の精神障害	0.1	1	0	0.3
上記のうち認知症患者数とMCI患者数	23.1	47	11	60.4
認知症患者	18.8	42	6	49.0
軽度認知障害(MCI)	4.4	10	1	11.4

表 3. 外来新患受診者の特徴 (1)

項目	人数	割合 (%)
患者数	160	100.0
性別(有効回答 N=160)		
男	54	33.8
女	106	66.3
年齢分布(有効回答 N=160)		
65-69	8	5.0
70-74	31	19.4
75-79	43	26.9
80-84	43	26.9
85-89	30	18.8
90-	5	3.1
受診経路(有効回答 N=156, 欠損値=4)		
自宅から	126	80.8
病院から	21	13.5
施設から	6	3.8
その他	3	1.9
紹介元(有効回答 N=158, 重複回答あり, 欠損値=2)		
紹介・依頼なし	59	37.3
一般医療機関(診療所)	31	19.6
一般医療機関(病院)	28	17.7
精神科医療機関(診療所)	2	1.3
精神科医療機関(病院)	3	1.9
自院の他診療科	18	11.4
介護老人保健施設	1	0.6
介護老人福祉施設・老人ホーム等	2	1.3
グループホーム	1	0.6
地域包括支援センター	4	2.5
ケアマネージャー	4	2.5
行政	3	1.9
その他	4	2.5

表4 外来新患受診者の特徴 (2)

項目	人数	割合 (%)
認知症疾患の診断名(有効回答 N=158, 欠損値=2)		
軽度認知障害(MCI)	36	22.8
アルツハイマー型認知症	68	43.0
脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症	27	17.1
脳血管性認知症	13	8.2
レビー小体型認知症	3	1.9
前頭側頭葉変性症	2	1.3
正常圧水頭症	1	0.6
頭部外傷による認知症	1	0.6
アルコール性認知症	1	0.6
その他	6	3.8
認知症の重症度(CDR)(有効回答 N=160)		
0.5	44	27.5
1	58	36.3
2	40	25.0
3	18	11.3
認知症の行動・心理症状(BPSD)(有効回答 N=160, 重複回答あり)		
妄想	24	15.0
幻覚	17	10.6
誤認	18	11.3
抑うつ状態	12	7.5
アパシー	16	10.0
不安	15	9.4
徘徊	19	11.9
焦燥	15	9.4
破局反応	3	1.9
不平を言う	15	9.4
脱抑制	14	8.8
じゃまをする	1	0.6
拒絶症	11	6.9
せん妄	9	5.6
その他	11	6.9
1つ以上のBPSD	101	63.1
併存する身体疾患(有効回答 N=160, 重複回答あり)		
心疾患	36	22.5
脈管系疾患	57	35.6
呼吸器系疾患	9	5.6
眼科・耳鼻咽喉系疾患	25	15.6
上部消化管系疾患	16	10.0
下部消化管系疾患	12	7.5
肝疾患	8	5.0
腎疾患	1	0.6
その他の泌尿・生殖器系疾患	11	6.9
整形外科・皮膚科系疾患	48	30.0
脳神経系疾患	26	16.3
内分泌・代謝系疾患	39	24.4
その他	10	6.3
1つ以上の身体疾患	141	88.1

表 5 外来新患受診者の特徴 (3)

項目	人数	割合(%)
鑑別診断後の継続医療の場(有効回答 N=153, 重複回答あり, 欠損値=7)		
自院(当該科)	82	53.6
自院(他科)	7	4.6
一般医療機関(診療所)	23	15.0
一般医療機関(病院)	20	13.1
精神科医療機関(診療所)	2	1.3
精神科医療機関(病院)	6	3.9
介護老人保健施設	3	2.0
不明	3	2.0
その他	5	3.3
未定	3	2.0



表6 新規入院患者の特徴 (1)

項目	人数	割合(%)
患者数	21	100.0
性別(有効回答 N=21)		
男	14	66.7
女	7	33.3
年齢分布(有効回答 N=21)		
65-69	4	19.0
70-74	3	14.3
75-79	5	23.8
80-84	6	28.6
85-89	1	4.8
90-	2	9.5
入院形式(有効回答 N=21)		
任意入院	1	4.8
医療保護入院	20	95.2
措置入院	0	0.0
応急入院	0	0.0
入院経路(有効回答 N=21)		
自宅から	12	57.1
施設から	3	14.3
院外の医療機関から(転院)	3	14.3
院内他診療科から(転科)	3	14.3
院内救急センターから	0	0.0
その他	0	0.0
入院の理由(有効回答 N=21, 重複回答あり)		
BPSD対応困難(自宅で)	10	47.6
BPSD対応困難(施設で)	3	14.3
BPSD対応困難(一般診療科で)	7	33.3
身体状態悪化	3	14.3
診断の確定	2	9.5
虐待	0	0.0
単身生活の限界	1	4.8
その他	0	0.0
入院の緊急性(有効回答 N=21)		
即日入院が望ましい	9	42.9
対応できた	8	
1週間以内に入院した	1	
入院に1週間以上を要した	0	
1週間以内の入院が望ましい	6	28.6
対応できた	5	
入院に1週間以上を要した	1	

表 7 新規入院患者の特徴 (2)

項目	人数	割合 (%)
認知症疾患の診断名(有効回答 N=21, 欠損値=0)		
軽度認知障害(MCI)	0	0.0
アルツハイマー型認知症	6	28.6
脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症	3	14.3
脳血管性認知症	8	38.1
レビー小体型認知症	1	4.8
前頭側頭葉変性症	1	4.8
正常圧水頭症	1	4.8
頭部外傷による認知症	0	0.0
アルコール性認知症	1	4.8
その他	0	0.0
認知症の重症度(CDR)(有効回答 N=18, 欠損値=3)		
0.5	2	11.1
1	1	5.6
2	6	33.3
3	9	50.0
認知症の行動・心理症状(BPSD)(有効回答 N=21, 重複回答あり)		
妄想	5	23.8
幻覚	2	9.5
誤認	2	9.5
抑うつ状態	1	4.8
アパシー	0	0.0
不安	2	9.5
徘徊	9	42.9
焦燥	1	4.8
破局反応	2	9.5
不平を言う	2	9.5
脱抑制	5	23.8
じゃまをする	0	0.0
拒絶症	3	14.3
せん妄	5	23.8
その他	3	14.3
1つ以上の BPSD	17	81.0
併存する身体疾患(有効回答 N=21, 重複回答あり)		
心疾患	7	33.3
脈管系疾患	8	38.1
呼吸器系疾患	2	9.5
眼科・耳鼻咽喉系疾患	2	9.5
上部消化管系疾患	2	9.5
下部消化管系疾患	0	0.0
肝疾患	2	9.5
腎疾患	2	9.5
その他の泌尿・生殖器系疾患	1	4.8
整形外科・皮膚科系疾患	1	4.8
脳神経系疾患	8	38.1
内分泌・代謝系疾患	2	9.5
その他	1	4.8
1つ以上の身体疾患	19	90.5
平均 CIRS 合計得点	2.9	13.8

表 8 各医療機関が抱えている課題

問題点・課題	
1)	BPSD, 身体合併症の治療は認知症疾患専門病棟で行い, 介護・療養は介護保険施設でおこなうという住み分けが必要である.
2)	電話・面接相談は, 実際には数値に現れているものの 10 倍ぐらいの数に上る. 名前を名乗らない相談もかなり多数ある.
3)	身体合併症の診療が一番の問題である. 特に, ①包括病棟のために経済的に苦しい, ②身体科医がいないため我々がある程度治療をおこなっているが, 我々も家族も不安を感じている, ③(本院と離れているため), emergency では若干対応に遅れるのは否定できない, ④眼科・婦人科などの疾患の対応に苦慮している.
4)	BPSD と身体疾患をあわせもつ認知症高齢者の急性期医療は, 精神科病床で, 精神科医と身体科医がチームを組んで主治医体制をとるべきであるが, 精神科病床という特殊性から, 診療報酬の問題も絡んで, 身体科医が主治医としてかわりにくい状況がつけられてしまっている.
5)	病棟の看護師の人員不足のために, ニーズがあるにも関わらず, 時間外の緊急入院に対応できない.
6)	救命救急センターを受診する認知症高齢者の BPSD や社会的問題に対応するためには, 精神科医やソーシャルワーカー等の日当直体制を確保するべきだが, これを可能にするだけの人員が配置されていない. 現在は少ないスタッフでオンコールの当番制をとっているが, 24 時間拘束される日が月平均 10 日におよぶため, スタッフの精神的・身体的疲弊は大きい.

表 9 わが国の 65 歳以上の性別年齢階級別認知症有病率

	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳～	合計
男性	2.1%	4.0%	7.2%	12.9%	22.2%	5.8%
女性	1.1%	3.3%	7.0%	15.6%	29.8%	6.7%
計	1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%	6.3%

表 10 都道府県別の認知症高齢者数の将来推計

	認知症高齢者数(65歳以上)							増加率	
	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	A	B
北海道	95,090	117,729	141,504	162,761	179,591	194,263	205,739	1.49	2.16
青森	25,201	30,775	36,413	40,901	43,655	46,117	48,599	1.44	1.93
岩手	27,710	33,399	38,825	42,602	44,602	46,110	47,837	1.40	1.73
宮城	37,093	46,458	55,077	62,203	68,083	73,631	79,275	1.48	2.14
秋田	25,016	29,941	34,393	37,069	38,158	38,989	40,271	1.37	1.61
山形	26,331	31,259	35,220	37,274	38,159	39,272	41,012	1.34	1.56
福島	39,436	47,243	54,146	58,764	61,854	65,371	69,565	1.37	1.76
茨城	46,506	56,883	67,588	77,550	87,231	96,734	103,929	1.45	2.23
栃木	31,621	38,427	45,235	51,205	56,893	63,064	68,539	1.43	2.17
群馬	34,460	41,587	48,766	54,862	60,296	65,762	69,739	1.42	2.02
埼玉	81,247	106,386	137,619	172,169	205,779	233,820	249,893	1.69	3.08
千葉	77,554	100,350	127,980	157,249	185,288	209,668	224,536	1.65	2.90
東京	175,110	221,115	273,562	323,576	364,687	399,511	425,189	1.56	2.43
神奈川	107,767	140,796	180,024	220,394	257,289	289,167	310,325	1.67	2.88
新潟	49,869	59,031	67,411	73,363	77,380	81,188	85,084	1.35	1.71
富山	22,327	26,465	30,744	34,124	36,646	39,129	40,584	1.38	1.82
石川	21,210	25,228	29,420	32,957	35,995	39,238	41,431	1.39	1.95
福井	16,160	19,073	21,849	23,802	25,214	26,187	28,146	1.35	1.74
山梨	16,925	20,044	22,992	25,354	27,332	29,354	31,048	1.36	1.83
長野	45,830	54,647	61,782	66,727	70,532	74,449	77,063	1.35	1.68
岐阜	35,368	43,179	51,283	58,153	63,792	68,748	72,023	1.45	2.04
静岡	62,411	77,025	92,558	106,388	118,184	128,634	135,684	1.48	2.17
愛知	92,761	117,393	146,188	174,694	200,320	222,545	236,904	1.58	2.55
三重	32,377	39,210	46,301	52,037	56,628	60,859	63,787	1.43	1.97
滋賀	20,476	25,082	29,983	34,438	38,671	43,247	47,003	1.46	2.30
京都	43,587	52,556	62,739	72,095	80,056	87,141	90,783	1.44	2.08
大阪	118,147	151,220	190,425	229,380	262,138	286,167	295,803	1.61	2.50
兵庫	86,968	108,303	131,817	153,424	171,622	188,040	198,224	1.52	2.28
奈良	22,398	27,694	33,524	39,039	44,039	48,492	50,881	1.50	2.27
和歌山	20,921	24,671	28,301	30,968	33,827	34,537	35,327	1.35	1.69
鳥取	13,034	15,331	17,279	18,530	19,343	20,334	21,376	1.33	1.64
島根	18,324	21,205	23,652	25,009	25,464	26,102	26,817	1.29	1.46
岡山	37,674	44,837	52,279	58,203	62,674	67,231	69,948	1.39	1.86
広島	51,231	61,593	72,446	81,919	90,101	98,089	102,902	1.41	2.01
山口	31,873	37,464	42,961	47,170	49,943	52,421	53,630	1.35	1.68
徳島	16,813	19,891	22,864	24,797	25,975	27,325	28,674	1.36	1.71
香川	20,426	24,146	27,809	30,515	32,518	34,758	36,552	1.36	1.79
愛媛	30,021	35,659	40,972	44,744	47,411	50,128	52,324	1.36	1.74
高知	18,428	21,568	24,332	25,985	26,946	28,137	28,933	1.32	1.57
福岡	81,865	99,695	118,631	135,879	150,343	164,134	175,758	1.45	2.15
佐賀	17,063	20,108	22,927	24,978	26,399	27,994	29,800	1.34	1.75
長崎	29,692	35,254	40,347	44,088	46,573	49,035	51,763	1.36	1.74
熊本	38,281	45,344	51,892	56,672	59,770	62,894	66,521	1.36	1.74
大分	24,827	29,563	33,981	37,229	39,442	41,679	43,537	1.37	1.75
宮崎	22,757	27,341	31,892	35,309	37,574	39,819	42,240	1.40	1.86
鹿児島	38,194	44,491	49,843	53,160	54,859	56,933	60,184	1.30	1.58
沖縄	18,147	21,859	26,304	30,880	34,805	38,299	43,236	1.45	2.38
全国	2,046,527	2,518,518	3,024,080	3,480,589	3,864,081	4,204,746	4,448,418	1.48	2.17

注) A=2015年の認知症高齢者数推計値/2005年の認知症高齢者数推計値, B=2035年の認知症高齢者数推計値/2005年の認知症高齢者数推計値

別添 1 施設調査票

施設状況については 2007 年 11 月 1 日の現況について記載してください。

A. 施設状況

医療機関名		設置形態: 国立・都道府県立・市町村立・独立行政法人・民間	
調査担当者氏名		E-mail	
救急告示病院	1. Yes, 2. No	精神科救急医療事業への参加	1. Yes, 2. No
医療圏域の地域名		医療圏域の人口	人
医療圏域の高齢化率		医療機関の病床数	床
精神科病床数	床	認知症疾患治療病棟病床数	床
空床確保(Y/N)	1. Yes, 2. No	認知症疾患の救急対応(Y/N)	1. Yes, 2. No
CT 設置の有無(Y/N)	1. Yes, 2. No	MRI 設置の有無(Y/N)	1. Yes, 2. No
SPECT 設置の有無(Y/N)	1. Yes, 2. No	脳波検査室の有無(Y/N)	1. Yes, 2. No
精神科常勤医師数	人	うち精神保健指定医数	人
常勤ソーシャルワーカー数	人	常勤保健師数	人
常勤臨床心理師数	人	その他のスタッフ( )	人
常勤看護師数(病棟)	人	常勤看護師数(外来)	人

B. 患者状況

年間外来新患者数(平成 18 年度 1 年間)	人
上記のうち 65 歳以上高齢者の新患者数	人
上記のうちアルツハイマー型認知症の新患者数	人
電話相談件数(平成 18 年度 1 年間)	件
面接相談件数(平成 18 年度 1 年間)	件
2007 年 11 月 1 日～11 月 30 日までの精神科外来新患者数	人
上記のうち 65 歳以上の新患者数の ICD 分類別患者数	
F0 症状性を含む器質性精神障害	人
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	人
F2 統合失調症, 統合失調症型障害および妄想性障害	人
F3 気分障害	人
F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	人
F5 生理的障害および身体因性に関連した行動症候群	人
F6 成人の人格および行動の障害	人
F7 知的障害(精神遅滞)	人
F8 心理的発達の障害	人
F99 特定不能の精神障害	人
上記のうち認知症疾患患者数と MCI 患者数	
認知症疾患	人
軽度認知障害(MCI)	人

C. 認知症の医療に関して現在抱えている課題(自由記載)

--

別添 2 外来新患受診者個別調査票

II. 外来新患受診者個別調査票

2007年11月1日～11月30日まで精神科(または認知症患者センター)外来新患受診で認知症患者(MCIを含む)の症例について

A. 基本情報=右欄に必要事項を記入してください。

医療機関における患者 ID		性別	男 女
初診年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日

B. 受診経路=該当する項目に○をつけてください。

1. 自宅から	2. 病院から	3. 施設から	4. その他
---------	---------	---------	--------

C. 紹介元または依頼元=該当する項目に○をつけてください。

1. 紹介・依頼なし	2. 一般医療機関(診療所)	3. 一般医療機関(病院)	4. 精神科医療機関(診療所)
5. 精神科医療機関(病院)	6. 介護老人保健施設	7. 介護老人福祉施設	8. グループホーム
9. 地域包括支援センター	10. 行政( )	11. その他( )	

D. 認知症疾患の診断名=該当する項目に○をつけてください。

1. 軽度認知障害(MCI)	2. アルツハイマー型認知症	3. 脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症	
4. 脳血管性認知症	5. レビー小体型認知症	6. 前頭側頭葉変性症	7. 正常圧水頭症
8. 頭部外傷による認知症	9. アルコール性認知症	10. その他( )	

E. 認知症の重症度(CDR)=該当する項目に○をつけてください。

1. 疑い(CDR 0.5)	2. 軽度(CDR 1)	3. 中等度(CDR 2)	4. 重度(CDR 3)
----------------	--------------	---------------	--------------

F. 認知症の行動・心理症状(BPSD)=該当する項目に○をつけてください(複数回答可)

1. 妄想	2. 幻覚	3. 誤認	4. 抑うつ状態
5. アパシー	6. 不安	7. 徘徊	8. 焦燥
9. 破局反応	10. 不平を言う	11. 脱抑制	12. じゃまをする
13. 拒絶症	14. せん妄	15. その他( )	

G. 併存する身体疾患名=該当する項目に○をつけ、ありの場合は( )内に疾患名を記入してください。

心疾患	1. あり( )	2. なし
脈管系疾患	1. あり( )	2. なし
呼吸器系疾患	1. あり( )	2. なし
眼科・耳鼻咽喉系疾患	1. あり( )	2. なし
上部消化器系疾患	1. あり( )	2. なし
下部消化器系疾患	1. あり( )	2. なし
肝疾患	1. あり( )	2. なし
腎疾患	1. あり( )	2. なし
その他の泌尿・生殖器系疾患	1. あり( )	2. なし
整形外科・皮膚科系疾患	1. あり( )	2. なし
脳神経系疾患	1. あり( )	2. なし
内分泌・代謝系疾患	1. あり( )	2. なし
その他(自由記載)	1. あり( )	2. なし

H. 鑑別診断後の継続医療の場(紹介先)=該当する項目に○をつけてください。

1. 自院(当該科)	2. 自院(他科)	3. 一般医療機関(診療所)	4. 一般医療機関(病院)
5. 精神科医療機関(診療所)	6. 精神科医療機関(病院)	7. 介護老人保健施設	
8. 不明	9. その他( )		

I. 追加事項・課題・問題点(自由記載, スペースが不足する場合は裏面に記載してください)

--

別添 3 新規入院患者個別調査票

III. 新規入院患者個別調査票

2007年11月1日～11月30日まで精神科(認知症疾患センター)に入院する認知症疾患(MCIを含む)の症例

A. 基本情報=右欄に必要事項記入

医療機関における患者 ID		性別	男 女
自院の精神科初診年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
入院年月日	年 月 日		

B. 入院形式=該当する項目に○をつけてください。

1. 任意入院	2. 医療保護入院	3. 措置入院	4. 応急入院
---------	-----------	---------	---------

C. 入院経路=該当する項目に○をつけてください。

1. 自宅から	2. 施設から	3. 院外の医療機関から(転院)
4. 院内他科から(転科)	5. 院内救急センターから	6. その他( )

D. 入院の理由・目的=該当する項目に○をつけてください。

1. 自宅でのBPSD対応困難	2. 施設でBPSD対応困難	3. 一般診療科でのBPSD対応困難
4. 身体状態悪化	5. 診断の確定	6. 虐待
8. その他( )	7. 単身生活の限界	

E. 入院の緊急性=緊急性がある場合のみ該当する項目に○をつけてください。

1. 即日入院が望ましい (a. 対応できた, b. 1週間以内に入院した, c. 入院に1週間以上を要した)
2. 1週間以内の入院が望ましい (a. 対応できた, b. 入院に1週間以上を要した)

F. 認知症疾患の診断名=該当する項目に○をつけてください。

1. 軽度認知障害(MCI)	2. アルツハイマー型認知症	3. 脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症
4. 脳血管性認知症	5. レビー小体型認知症	6. 前頭側頭葉変性症
8. 頭部外傷による認知症	9. アルコール性認知症	10. その他( )
		7. 正常圧水頭症

G. 認知症の重症度(CDR)=該当する項目に○をつけてください。

1. 疑い(CDR 0.5)	2. 軽度(CDR 1)	3. 中等度(CDR 2)	4. 重度(CDR 3)
----------------	--------------	---------------	--------------

H. 認知症の行動・心理症状(BPSD)=該当する項目に○をつけてください(複数回答可)

1. 妄想	2. 幻覚	3. 誤認	4. 抑うつ状態
5. アパシー	6. 不安	7. 徘徊	8. 焦燥
9. 破局反応	10. 不平を言う	11. 脱抑制	12. じゃまをする
13. 拒絶症	14. せん妄	15. その他( )	

I. 併存する身体疾患名と重症度=該当項目の右欄に疾患名と重症度スコアを記入

	疾患名	重症度
心疾患		0, 1, 2, 3, 4
脈管系疾患		0, 1, 2, 3, 4
呼吸器系疾患		0, 1, 2, 3, 4
眼科・耳鼻咽喉系疾患		0, 1, 2, 3, 4
上部消化器系疾患		0, 1, 2, 3, 4
下部消化器系疾患		0, 1, 2, 3, 4
肝疾患		0, 1, 2, 3, 4
腎疾患		0, 1, 2, 3, 4
その他の泌尿・生殖器系疾患		0, 1, 2, 3, 4
整形外科・皮膚科系疾患		0, 1, 2, 3, 4
脳神経系疾患		0, 1, 2, 3, 4
内分泌・代謝系疾患		0, 1, 2, 3, 4
その他(自由記載)		0, 1, 2, 3, 4

別添 4 新規入院患者フォローアップ調査票

IV. 新規入院患者フォローアップ調査票

III. 新規入院患者(2007年11月のMCIを含む認知症新規入院患者)の2008年2月1日現在の状況について

A. 基本情報＝右欄に必要事項を記入

医療機関における患者ID		入院年月日	年	月	日	
2008年2月1日現在で退院しているか？		1. Yes,	(Yesの場合)→退院年月日	年	月	日
2. No						

B. 退院時または2008年2月1日現在の転帰

BPSDや身体状態について総合的に評価し、該当する項目の番号に○をつけてください。

1. 著明改善	2. 中等度改善	3. 軽度改善	4. 不変
5. 悪化	6. 死亡	7. その他	

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)

	疾患名	診療科名	重症度
心臓疾患			0, 1, 2, 3, 4
脈管系疾患			0, 1, 2, 3, 4
呼吸器系疾患			0, 1, 2, 3, 4
眼科・耳鼻咽喉系疾患			0, 1, 2, 3, 4
上部消化器系疾患			0, 1, 2, 3, 4
下部消化器系疾患			0, 1, 2, 3, 4
肝疾患			0, 1, 2, 3, 4
腎疾患			0, 1, 2, 3, 4
その他の泌尿・生殖器系疾患			0, 1, 2, 3, 4
整形外科・皮膚科系疾患			0, 1, 2, 3, 4
脳神経系疾患			0, 1, 2, 3, 4
内分泌・代謝系疾患			0, 1, 2, 3, 4
その他(自由記載)			0, 1, 2, 3, 4

D. 退院支援のための地域連携・ケースマネジメント・課題・問題点について(自由記載)

以下は2008年2月1日現在で退院している患者についてのみ回答

E. 退院先＝該当する項目の番号に○をつけてください。

1. 自宅	2. 精神科病院	3. 一般病院	4. 介護老人保健施設
5. 介護老人福祉施設	6. グループホーム	7. 院内他診療科(転科)	
8. その他( )			



平成 19 年度厚生労働科学研究 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

精神科医療における受療・相談場所のプリファレンス

本研究の目的は、一般人が精神医療を受療・相談場所選択のプリファレンスを調査することにある。質問紙に架空の症例を提示し、受療・相談場所を回答してもらう方法を選択した。提示する症例は、統合失調症、うつ病、パニック障害、認知症、軽度認知機能障害、アルコール依存症、がんに伴ううつ病、精神科救急（器質性精神障害）とした。モニター登録者のうち、回答を了承した人を対象とした。1085人よりの回答が得られた。軽度認知機能障害・認知症を除いて、精神科クリニックならびに総合病院精神科が統合失調症、うつ病、パニック障害、アルコール依存症、がんに伴ううつ病、精神科救急（器質性精神障害）の受療・相談場所のファースト・ラインと位置づけられていた。セカンド・ラインとして、精神科専門病院が挙げられていた。これらの結果を踏まえて、今後の精神医療の機能分化をすすめていく必要がある。総合病院精神科が、より“望まれる機能（e.g.,合併症医療、精神科救急、精神科コンサルテーション）”に特化するには広報等の方策が必要となる。かかりつけ医は受療・相談場所として比較的好まれるため、かかりつけ医（家庭医）と精神医療の連携の重要性も示唆された。また、認知症の相談・受療場所としては介護保険施設が認知・好感されており、“医療”との連携をどのように進めていくのが課題であろう。

分担研究者：

埼玉医科大学総合医療センター 岸泰宏

研究協力者：

埼玉医科大学総合医療センター	堀川直史
埼玉医科大学総合医療センター	松木秀幸
埼玉医科大学総合医療センター	川瀬英理
日本医科大学	黒澤尚
名古屋市立大学	奥山徹
順天堂大学	八田耕太郎
九州保健福祉大学	下津咲絵
国立精神神経センター	立森久照

A. 研究目的  
本研究の目的は、一般人が精神医療を受療・相談場所選択のプリファレンスを調査することにある。一般

人からのデータを利用することで、一般消費者側からみた精神医療の利便性・問題点を示すことが可能となる。いかに医療システムを整備しても、受療行動を知らない限りには設備投資にみあった効果を得ることはできない。これらの受療・相談場所に関する研究・調査は本邦では少ない。欧米においてのプリファレンス研究は、保健医療システムが異なるため（例：米国の場合はマネジドケア）本邦での有用性は少ない。われわれは、1992年に同様の調査（精神科救急医療に関して）を行ったが（Kishi Y, Kurosawa H, Iwasaki Y, Hirayama R, Endo S: Access to the emergency psychiatry system in Japan. Gen Hosp Psychiatry 1997;19:130-137）、一般消費者側からは総合病院精神科に期待する役割が高いことがわかった。この調査では、関東地方のPTA組織、会社からのサンプリングといったバイアスがあったため、今回は全国規模での調査とした。

## B. 研究方法

質問紙に架空の症例を提示し、受療・相談場所を回答してもらう方法を選択した。提示する症例は、統合失調症、うつ病、パニック障害、認知症、軽度認知機能障害、アルコール依存症、がんに伴ううつ病、精神科救急（器質性精神障害を想定症例とした。統合失調症、うつ病、パニック障害、アルコール依存症症例に関しては平成18年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）精神障害者の正しい理解を図る取り組みの組織的推進に関する研究 分担研究報告書 普及啓発の評価に関する研究（分担研究者 立森久照）の症例を改変して使用した。また、がんに伴ううつ

病については Okuyama T et al. (Okuyama T, Nakane Y, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. Psychooncology 2007 Sep;16(9):834-42)の症例を使用した。認知症、軽度認知機能障害、精神科救急症例は分担研究者・研究協力者による検討会により作成した。

回答に関しては、すべての症例に同一のものを使用した。それぞれの相談・受診場所に対して等間隔尺度（1.全然適していない、2.あまり適していない、3.わりに適している、4.とても適している）を使用した。

質問紙は資料1に示す。

作成された質問紙を、株式会社リサーチ・ワークに委託し調査を行った。「D Style Web」のモニター登録者（2007年10月12日現在192,885人）のうち、回答を了承した人を対象とした。事前に人口比率にそって抽出対象数を決め、その後大まかな内容をウェブを使って知らせ、希望者に調査表を配布する方法を選択した。電話帳からのランダムでの郵送では、回答者が高齢に傾く可能性（通常は家長が登録）、性別が偏る危険性（男性が多い）、回収率が非常に低くなる可能性があるため、モニター登録者を利用した調査とした。

（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、同意を必要とはしないため同意書の取得は行わなかった。

調査協力依頼にこの調査で集めたデー

タの使用目的、使用範囲および取り扱いを明記した。モニター登録者で、調査協力に同意した人のみに調査を行った。また、本調査は埼玉医科大学総合医療センターの倫理委員会よりの承認を得た。

### C. 研究結果

1085 人よりの回答が得られた（男性 539 (49.7%)、女性 545 (50.2%)、不明 1 (0.1%)）。年齢構成については表 1 に示す。居住地域構成については表 2 に示す。居住地域区分で示すと（回答者による）、都市部（n=411, 37.9%）、郊外（n=574, 52.9%）、農村漁村地区（n=91, 8.4%）、不明（n=9, 0.8%）であった。

#### 1. 疾患別回答

表 3 にそれぞれの疾患別各回答別%を示す。また、それぞれの疾患別相談・受診場所平均値・統計量を表 4 に示す。すべての疾患において、相談・受診場所で有意差が認められた（統合失調症：F=1683.005, F=10;11876, p<.001, うつ病：F=1352.490, F=10;11884, p<.001, がんに伴ううつ病：F=854.465, F=10;11897, p<.001, 軽度認知機能障害：F=363.569, F=10;11897, p<.001, 認知症：F=372.208, F=10;11895, p<.001, パニック障害：F=1036.793, F=10;11907, p<.001, アルコール依存症：F=948.503, F=10;11910, p<.001, 器質性精神障害：F=1155.487, F=10;11913, p<.001）。

また、グラフ 1 - 8 は、それぞれの疾患毎の相談・受診場所別平均値の比較を示す。グラフ 9 は、それぞれの受療相談場所の疾患間における得点平均値の比較を示す（すべての受療・相談場所において、疾患間で有意差を認めた（p<.001））。

統合失調症においては、精神科クリニック>総合病院精神科>精神科専門病院の順となっており、こ

の 3 群の平均値もそれぞれ 3 点以上と高かった（グラフ 1）。

うつ病においては、精神科クリニック=総合病院精神科>精神科専門病院の順となっており、この 3 群の平均値もそれぞれ 3 点以上と高かった（グラフ 2）。

がんに伴ううつ病では、精神科クリニック=総合病院精神科>かかりつけ医の順で（これらはそれぞれ平均値 3 点以上）、つづいて精神科専門病院（2.72）>総合病院内科・外科（2.53）とつづいた（グラフ 3）。

軽度認知機能障害では、かかりつけ医が有意に平均値が高かったものの 3 点には至っていなかった。それ以外の医療施設、保健所等公的機関、介護福祉施設は 2-2.5 点の範囲にあった。（グラフ 4）

認知症では、介護福祉施設のみが 3 点をこえており、かかりつけ医（2.93）>総合病院精神科（2.81）=精神科クリニック（2.74）=保健所等公共機関（2.71）の順であった。（グラフ 5）

パニック障害では、総合病院精神科（3.31）=精神科クリニック（3.29）>かかりつけ医（2.97）の順で平均値が高かった。（グラフ 6）

アルコール依存症では、総合病院精神科（3.24）=精神科クリニック（3.20）>かかりつけ医（3.03）の順であった。（グラフ 7）

器質性精神障害（精神科救急）では、総合病院精神科（3.44）=精神科クリニック（3.41）>精神科専門病院（3.15）の順で平均値が高かった。（グラフ 8）

グラフ 9 からは、総合病院精神科と精神科クリニックは、ほぼ同様の平均値をそれぞれの疾患で示しており、軽度認知機能障害、認知症を除いては 3 点以上の高得点であった。精神科専門病院は、総合病院精神科ならびに精神科クリニックと同様の

パターンを示すが、平均得点は全ての疾患で前 2 者に劣っていた。かかりつけ医は統合失調症とうつ病をのぞいて、そのほかの疾患では 3 点前後の値を維持していた。

## 2. 地域による比較

地域間（都市部、郊外、農村・漁村地区）での、それぞれ間に対する相談・受療場所においては、多変量解析をおこなった。その結果、Q3 がんに伴ううつ病（Wilks' Lambda=.965, F=1.681, DF 22;2082, p=.025）、Q4 軽度認知機能障害（Wilks' Lambda=.966, F=1.634, DF 22;2074, p=.032）、Q5 認知症（Wilks' Lambda=.951, F=2.411, DF 22;2078, p<.001）で全体的な有意差が認められた。

全体的な有意差の認められたがんに伴ううつ病、軽度認知障害、認知症の地域による得点平均値の比較をグラフ 10-12 に示す。

がんに伴ううつ病では、農村部は都市部と比較してより総合病院内科・外科の得点が高かった(p<.05)。また、低得点内ではあるが、農村部(1.77) > 郊外(1.55) > 都市部(1.47)の順でその他（鍼灸，指圧，整体，マッサージなど）の平均点が高かった。（グラフ 10）

軽度認知機能障害では、以下で平均値に有意差がみとめられた(p<.05)；電話相談：郊外 > 都市部、内科・外科クリニック：郊外 > 都市部、総合病院内科・外科：郊外 > 都市部。（グラフ 11）

認知症においては、以下で平均値に有意差が認められた(p<.05)；警察：農村 > 都市部、内科・外科クリニック：郊外 > 都市部、精神科クリニック：農村 > 郊外、介護福祉施設：農村、郊外 > 都市部。（グラフ 12）

## D. 考察

精神医療においても、各施設の機能分化の重要性が指摘されている。とくに総合病院精神科、精神科クリニック、精神科専門病院の機能分化・連携は重要である。しかしながら、日本の医療保健システムはオープン・アクセスとなっており、プライマリケア医やケアマネジャー（utilization management）による受療制限は行えない。したがって、医療消費者側の“受療場所の好み”を調査し、それにそった医療政策を行っていくのが大切である。

本調査において、8つの精神障害・認知機能障害において、総合病院精神科ならびに精神科クリニックは、受診・相談場所としてほぼ同様に医療消費者は認識していることがわかった。軽度認知機能障害ならびに認知症以外の精神障害においては平均値が3点以上と高く、一般人は受療・相談場所として総合病院精神科あるいは精神科クリニックを選択する可能性が高いことが示された。精神科専門病院は、グラフ 9 に示したように、総合病院精神科ならびに精神科クリニックと同様のパターンを示しているが、すべての疾患で平均値が低く、受療・相談場所としてはセカンド・ラインに位置づけられていた。

総合病院精神科の役割として、精神科—身体科合併症医療、精神科コンサルテーション医療、精神科救急が重要なものとしてあげられている。一部では、これらに総合病院精神科は特化すべきであるとの意見もある。しかしながら、精神科クリニックとともに受療・相談場所のファースト・ラインとなっており、総合病院精神科が上記に特化するには今後の広報や住み分けのための新