

200805014A

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

認知症の実態把握に向けた戦略立案
及び予備的研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成21(2009)年 3月

目 次

I. 総括研究報告		
認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究	-----	1
	筑波大学大学院人間総合科学研究科	朝田 隆
II. 分担研究報告		
1. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究		
～アルツハイマー病の有病率・発症率推定とその問題点について～	-----	37
	国立長寿医療センター疫学研究部	下方 浩史
2. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究		
～統計解析に関する支援～	-----	46
	久留米大学バイオ統計センター	角間 辰之
3. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究		
～地域在住後期高齢者における認知症の有病率：栗原プロジェクト～	-----	55
	東北大学大学院医学系研究科	目黒 謙一
4. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究		
～日本老年精神医学会専門医制度について～	-----	57
	特定医療法人鵬友会横浜ほうゆう病院	小阪 憲司
5. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究		
～診療統計から見る認知症医療機関の機能に関する予備的研究～	-----	62
	医療法人社団翠会和光病院	斎藤 正彦
6. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究		
～地域における認知症医療資源の実態把握の方法に関する研究～	-----	72
	仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター	栗田 圭一
7. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究	-----	90
	医療法人財団松原愛育会松原病院	松原 三郎
8. 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究	-----	99
	医療法人社団こだま会こだまクリニック	木之下 徹

I. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

総括研究報告書

認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究

研究代表者 朝田 隆 筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授

研究要旨

平成 20 年 4 月、厚生労働大臣の指示により、認知症に関する包括的・総合的な対策を推進するための「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」（以下本プロジェクト）が急遽設置された。本プロジェクトの提言を受け、早急に以下の大規模調査研究を実施することが求められることとなった。1) 全国の認知症高齢者数の推計（有病率、症状別分布、所在の推計）、2) 認知症に関する医療・介護サービス資源の提供及び利用の現状である。

今年度は、平成 21 年度当初から大規模調査研究の開始を可能にし、その結果を第 5 期介護事業計画の策定及び平成 24 年の介護報酬・診療報酬改定等に活用することができるよう、研究計画の立案を行うことにした。具体的には、1) 有病率算出法の文献レビュー：これまでの研究で採られた有病率算出方法（日本、国外）に関する文献をレビューする。2) 認知症の有病率および実態調査方法の考案：上記の結果と、調査予定地域の人口動態、認知症の有病率などを参考に、平成 21 年度からの地域調査の具体的な実施方法を考案する。3) 全国の医師会レベルでの認知症医療活動の調査：特色ある認知症医療を実践している医師会の活動状況を把握する。4) 学会専門医の分布と診療状況の調査：学会への調査と診療実態の調査を行い概要把握する。5) 病院・診療所や福祉系施設における認知症診療の実態調査の準備：21 年度以降に予定されている認知症診療の実態に関するアンケート調査を行うための項目を策定する。とくに標榜科・もの忘れ外来等の専門外来の有無・「認知症専門医」の有無、年間の新規認知症患者数及び現在の担当認知症患者数（重症度等を含め）、認知症診療への関わり方・役割に注目した。以上についての検討結果を示した。

分担研究者

目黒 謙一	東北大学大学院医学系研究科 高齢者高次脳医学	教授
下方 浩史	国立長寿医療センター疫学研究部	部長
角間 辰之	久留米大学バイオ統計センター	教授
斎藤 正彦	医療法人社団翠会和光病院	院長
小阪 憲司	特定医療法人鵬友会横浜ほうゆう病院	院長
松原 三郎	医療法人財団松原愛育会松原病院	理事長
木之下 徹	医療法人社団こだま会こだまクリニック	院長
栗田 圭一	仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター	部長

A. 研究目的

平成20年4月、厚生労働大臣の指示により、認知症に関する包括的・総合的な対策を推進するための「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」（以下本プロジェクト）が急遽設置された。本プロジェクトにおいては、関係者からのヒアリングを含む、有識者による検討が行われた。その検討の結果、「認知症患者の実態を正確に把握するため、医学的な診断基準に基づく有病率調査をできるだけ速やかに行うとともに、認知症に対応する医療・介護サービスについても実態調査を早急に行う必要がある」との提言がなされた。その背景には、

- ・全国の認知症高齢者の人数が20年以上前に推計されて以来推計されていないこと
- ・現在要介護認定に用いられた「認知症高齢者の日常生活自立度」をもとに、日常生活に支障を来す程度の認知機能の障害を有する高齢者数が推計されているが、これは医学的な診断に基づくものではないこと
- ・厚生労働省の実施している患者調査は主傷病名が認知症である者しか集計していないこと
- ・さらには認知症の医療を支える診療所や病院といった医療・介護サービス資源についての大規模な実態調査がこれまでに存在しないこと

が挙げられている。

B. 研究方法

(1) 有病率調査法の文献レビュー

これまでの有病率算出方法（日本、国外）に関する文献をレビューする。

(2) 認知症の有病率および実態調査方法の考案

上記の結果と、調査予定地域の人口動態、認知症の有病率などを参考に、平成21年度からの地域調査の具体的な実施方法を考案する。

(3) 全国の医師会レベルでの認知症医療活動の調査

特色ある認知症医療を実践している医師会の活動状況を把握する。

(4) 専門医の分布と診療状況の調査

学会専門医の分布調査と診療状況を調査して概要を把握する。

(5) 医療機関と介護保険系における認知症診療の実態調査の準備

特定の病院・診療所における認知症診療の実態調査を行う。具体的には、下記の項目等についてアンケート方式で調べる。

- ・ 標榜科、もの忘れ外来等の専門外来の有無、「認知症専門医」の有無
- ・ 年間の新規認知症患者数及び現在の担当認知症患者数（重症度等を含め）
- ・ 認知症診療への関わり方・役割（例：鑑別診断、外来フォローアップ、BPSD 対応、身体合併症への対応等）

C. 研究結果

(1) 認知症疫学調査に関する先行報告のレビュー

目 的

わが国での全国的な認知症有病率調査を実施する際の調査方法を検討するにあたり、諸外国における調査方法を洗い出し、国際的な調査方法の動向を知るため、文献レビューを行った。

調査の方法

PubMed を用いて論文を検索した。dementia、prevalence、population-based を Key Words として検索したところ、723 文献が挙がった。以下のものは除外した。

- 1) 国全体または国全体を代表すると考えられる地域の認知症疫学調査そのものではない論文。
- 2) 調査が 1987 年以前に遡る古い論文（診断基準が大きく異なるなどの問題が考えられるため）。
- 3) MCI の疫学調査について論じた論文（MCI の基準が一定しないため）。
- 4) Abstract を欠く論文。
- 5) 英文ではない他の言語で書かれた論文。

しかし対象国に限られたため他国の調査に関する論文を補って、世界的な動向を把握できるように dementia、incidence、population-based を Key Words として再検索し、新たに挙がった 701 文献も対象に加え、不要な文献は上記の条件に従って除外した。

そこで Abstract を読み、条件を満足した論文を入手して、その論文で述べられた疫学調査における調査方法を検討した。特に以下の調査内容に注目して検討した。1) 対象とした国・地域、2) 対象の選定方法、3) 調査規模（対象者数・男女比）、4) 調査方法の概要、5) スクリーニングに使用されたツール、6) 診断確定に使用された診断基準

結 果

これを表-1 に示す。対象となった文献数は 27 論文である。対象国を示す。

欧 州 : イギリス、フランス、オランダ、ベルギー、ドイツ、
フィンランド、スウェーデン、デンマーク、イタリア、スペイン

北 米 : 米国、カナダ

中 南 米 : メキシコ、ペルー、アルゼンチン、ブラジル、ベネズエラ、
キューバ、ドミニカ

アフリカ : エジプト

ア ジ ア : 中国、台湾、韓国、インド、トルコ

計 25 カ国 (ただし台湾は中国と別に 1 カ国として数えた)

認知症スクリーニングの動向については、近年の多くの報告は、個別訪問をして調査員が 1 次調査を行い、2 次は医師による診察、そして最終的に CT や MRI 検査と 3 段階で最終診断に至っている。

認知症スクリーニングテストとしては、各国語に翻訳された MMSE が多くの調査で用いられていた。一部の調査では、文盲の対象者に MMSE の修正版を用いていた。また MMSE の各質問項目を含むさらに規模の大きい検査バッテリーを用いている場合もあった。

診断基準については、ほとんどすべての調査で認知症があることの診断には DSM(-III, -III-R, -IV) が用いられていた。認知症の基礎疾患の診断基準としては、アルツハイマー病 (AD) の診断には NINCDS-ADRDA が多く用いられていた。血管性認知症 (VD) の診断には、NINDS-AIREN を用いた場合と DSM に従う場合とがあった。レビー小体病 (DLB) を CDLB (1996 年初版) を用いて鑑別したものもあった (トルコの調査) が、未だ DLB が適切に鑑別された調査はほとんどない。(CDLB 2005 年改訂版で調査した報告はない)。重症度判定がなされている場合は、CDR が主流であった。

考 察

以上の先行報告を通覧するとき、調査は 2 段階もしくは 3 段階に行うのが適切かと思われる。すなわち第 1 相でスクリーニングを行い、第 2 相で第 1 相の陽性者や第 1 相での検査が不十分であった者や第 1 相の結果に疑問のある者を精査する。

第 1 相の対象者は住民基本台帳を元にして無作為抽出するのが良いと思われる。その前処置として調査地域の 65 歳以上の人口を 5 歳幅で階層化して算出する。それを分母にして一定の割合で調査対象人数を決めるのがよいと思われる。もっとも居住地区を無作為に絞った上でその地区在住の住民から対象者を無作為抽出する多段階での無作為抽出法も採用し得ると思われる。

第 1 相はスクリーニングの調査法を習熟した医療従事者による戸別訪問調査とし、スクリーニングには少なくとも MMSE を含め、さらに ADL 評価など他のスケールを加えて用い

るのが適切かと思われる。

第 2 相での診断確定には認知症の診断基準として DSM-IV(-TR)を用いるのが適切かと思われる。第 2 相での AD 診断には NINCDS-ADRDA を用いるのが適切かと思われる。第 2 相での VD 診断には NINDS-AIREN を用いるか DSM を用いるかで意見が分かれると思われる。NINDS-AIREN では「3 ヶ月」の規定が問題となることから、DSMの方が妥当かもしれない。その他の認知症疾患については、それぞれ代表的と思われる診断基準を用いる。

(2) 認知症の有病率および実態調査方法の考案

目 的

全国で統一された方法と、画像診断を用いて認知症を診断する。地域によっては今後の縦断調査の基礎を作る。

調査の概要

全国の認知症高齢者における（有病率、重症度別分布、所在の推計）を推計

認知症の疫学調査に実績のある全国 6 ヶ所と新たに開始する予定の 2 ヶ所において、65 歳以上住民約 5,000 名を対象に調査する。スクリーニングとなる 1 次調査と専門医による診断を行う 2 次調査を基本として、血液検査と MRI による撮像等も行うことで診断と評価の精度を高める。

1. 準備

1) 調査地域における最新の年齢階層別人口：自治体内部の地区別にもわかる

2) 調査対象人数の設定：有病率と誤差をもとに設定

65 歳以降 99 歳まで、5 歳刻みの 7 階層ごとに調査対象人数を設定するが、男女別数は同一とする。実際の人数設定は年齢階層別人口をもとに一定の割合とする。6 地域では各 900 名を対象とする。

3) 厚労省から民生委員、保健師、医師会等関連各位への連絡と協力依頼

4) 地域における事務局の実務責任者、実働部隊の選定

5) 調査地域における住民への周知徹底：首長挨拶、広域宣伝、広報など

6) 調査方法の概要

a. 調査対象の選定

住民基本台帳を利用して、7 階層ごとに所定の人数を選出する。例えば 65-69 歳階層で、男女の人口がいずれも 200 人であったとする。それぞれ 50 名ずつとるのなら、乱数表を用いて総計 50 人ずつを選ぶ。同様に 95-99 歳階層まで無作為に抽出する。

b. 調査協力依頼の方法

本研究班研究者と事務局の実務責任者・実働部隊が中心となって、抽出された対象にまず手紙等の方法で参加を依頼する。依頼に際しては本調査の趣旨、具体的な

調査方法を伝える。返信用葉書で諾否を返してもらう。また一定期日を置いて、全ての対象に電話する。承諾の方には、調査期日と場所の確認。拒否の方でも、再度依頼し、どうしても駄目であればその理由を尋ねる。理由が入院や入所であり、かつ現在の居場所を教えてもらえるのであれば、記入する。以上においては、保健師や民生委員にも適宜協力を要請する。

c. 参加率向上のための介護保険の活用

首長が同意されたら、介護保険名簿を閲覧させていただき、調査対象がそこに掲載されているか否かを確認する。拒否あるいは無回答の者がここにリストアップされていれば地域包括支援センターやケアマネを通して、当該の方が現在利用しているサービス内容を調査する。そのサービス供給機関の責任者などを介して、その機関における調査を改めて依頼する。

また地域包括支援センターは、認知症が疑われるような例に対して介入権も持っているので、そこから溯上するという方法もある。

d. Non-responder の情報

論文化に際してあると有益、信頼性が増す。情報源は、介護保険や地域包括などか？

2. 調査の実施

1) 各種の対面方法とその問題点

<対面方法>

- 1次、2次ともに対象の居住地に赴き、そこで調査する
- 一定の場所に参集してもらい設定したスケジュールに沿って個人面談
- 介護保険サービスの供給機関で個人面談

<問題点としての CDR 調査、他>

- 同居家族からの陳述が得られないケースの対応
- できれば同居家族も同行(家族にも謝金を)、家族に予め電話インタビュー
 - a, bについては適宜保健師や民生委員からも情報を得る
- 施設スタッフやホームヘルパーなどから情報を得る
- その他の例

MRI 検査を先行させておいて、後日そのときのことを尋ねる。1次調査ではエピソード記憶の欄を空けておいて、このときの状況を2次調査で尋ねる。

2) 1次調査

a. 実施法

訓練済みの調査員、もしくは調査医師によって行う。

- 診断道具：CDR と MMSE、15 項目 GDS、(できれば WMSR の論理記憶 A も)を用いて実施

する。

- ・CDR 実施上の問題点：一部は家族など情報提供者がないと実施不能であるが、その場合は保健師、民生委員などに協力依頼する。
- ・MMSE：従来の普及版を用いる。24/23 をカットオフとする。新訳については、一部のサイトで探索的に実施して、互換性の検討の準備をしておく。
この2つの基準を用いて、CDR0.5 以上 and/or MMSE が 23 点以下である場合に認知症疑いとする。
- ・GDS(これも矢富の旧版)についてはうつ症候として参考とする。この互換性についても要検討。

3)2 次調査：医師による認知症診断

a. 対象

CDR0.5 以上 and/or MMSE がカットオフ以下とするが、それを満たさない者であっても false negative の検定等を目的として対象になってもらう。

予想される人数：認知症 10%、MCI が 30%、正常 10%くらいか？

b. 診察・検査内容

1 次調査の結果を再確認した上で、採血、一般身体・神経学的検査を行う。認知症と診断した場合(DSM-IV)は、代表的な診断クライテリアによって Alzheimer, DLB, FTLD, VaD, others など基礎疾患を診断してもらう。これについての簡易マニュアル・チェック項目作りを皆で行う。

c. 縦断研究や ADNI に繋げる

サイトによっては、今後の縦断研究のベースライン調査と位置づけても可。具体的なアイデアとして、ADNI のテスト：Boston naming, Trail making, WMSR logical memory, Clock drawing、また遺伝子採血を実施した上で

- ・超高齢者の正常 MRI 画像の探索
- ・ADNI のバイオ研究との連携
- ・MCI, Dementia convert の縦断的研究
- ・その他

<1 次と 2 次の同時・合体調査>

サイトの都合次第で同時調査も可。例えば時系列で並べると

- 調査員：1)CDR 面接の家族用実施、2)CDR 面接本人用実施、
医師：1)本人 MMSE と GDS 実施、2)本人診察

いずれであっても調査開始に先立って、当事者もしくは法的な後見人に趣旨・目的・考えられる不利益等を説明し、インフォームドコンセントを得た上で調査を開始する。とくに告知の面については、慎重に可能性を告げて、その上でも参加する

かと確認する。

4) MRI・血液検査：参加率を上げる手段となり得る

a. 実施する対象

全部でも一部でもサイトの研究者の考え次第：お考えを提出いただく。しかし認知症と診断されたものでは原則的に実施。もっとも予算の都合上、最大限度は設定させていただく。

栗原：1,5T VSRAD 可、利根：1,5T VSRAD 可、大府：3T VSRAD 開発中、海士：1T、詳細は未定、門司：1,5T VSRAD 可、伊万里：1,5T VSRAD 可ながら撮像条件の設定は従来からのものでいきたい。少なくとも 3/6 は共通化。

b. 実施の時期

研究費の都合上、MRI は初年度 21 年度の後半から 22 年度の初頭であれば望ましいが、調査方法次第である。

c. 入院・入所者の場合

施設管理者から撮像を勧めてもらう。多くは認知症があり、正確な診断がなされていないだろうから、MRI の実施が望まれる。

d. 機種と撮像方法など技術的なこと

MRI 機種、撮像条件、データ送付の方法などは山下典生氏が指導・支援する。

e. 画像診断

下記のように中央管理とした上で、読影も一定の方法で。代表的な認知症疾患(例えば AD, VaD, FTD, DLB)ごとに画像診断のクライテリアを定め、VSRAD などの統計画像の手段を利用して画像的な診断を臨床診断とは独立に行う。これに参加される研究者は班員として追加する必要がある。

画像診断と臨床診断の突合せの方法は、また新たな課題であり、コンセンサスを設ける必要がある。

3. データの管理

1) 個人情報のまとめ方と管理

a. サマリーペーパー

ID、(氏名、住所、生年月日)、年齢・性別など基本属性、生活の場、CDR と MMSE 得点、認知症の有無と基礎疾患をサマリーペーパーに記載。紙媒体でファックスの場合は、氏名など()内の項目は除き送ってもらう。サイトの責任者のみが ID と氏名を対応させることが可能。

専従のアルバイトを雇用して、内容のチェックとともにデータの保存。

b. ADNI に繋げる

4 テスト結果や、血液検査、遺伝子検査の結果などを共通のフォーマットで整理し

て管理するか？

c. MRI

山下氏が中心となって精神神経センターにおいて管理してもらう。

4. 今後の課題

参加者の個人データのフィードバック方法：認知症の有無と医療の必要性

- 1) 脳腫瘍や動脈瘤などの緊急度があるものは即時伝える
- 2) 認知症の診断は画像参照の上で慎重に
- 3) 告知は慎重に：かかりつけ医、地域包括との連携など
 - a. MMSE と CDR などの講習会
 - b. 精神神経センターへの協力依頼の挨拶
 - c. MRI 関連必要経費を見積もってもらう

(3) 全国の医師会レベルでの認知症医療活動

背景

地域で増加し続ける認知症患者に対して多くの医師会から向けられる注意は年毎に増加し、ユニークな取り組みを始めているところもある。そこでこうした医師会単位の認知症に対する活動の概要をまとめてみた。

まず都道府県単位で医師会のホームページをインターネットで閲覧して、認知症に関して特化した対応の試みを探した。また市区町村単位の医師会については、個人的に選んだ対象から情報を収集した。いずれについても別途資料を入手したり雑誌等の紹介記事にもあたりたりした。その上で、医師会の認知症対応の責任者と個人的に連絡をとって、インタビューした。その結果概要をまとめ以下に示す。

徳島市医師会

○活動の概要

「もの忘れ・認知症が心配なときどなたか相談先をお持ちですか」の問いに、67%もの市民がかかりつけ医をあげている。家族がわずかな変化に気づき最初に相談に行く「かかりつけ医」の役割は、きわめて重要であると思われる。我々かかりつけ医、家族そして市民の認知症への認識を高め、早期発見・早期対応をはかり、予防対策を含め保健、福祉など各方面との連携をより強くしていきたいと考えている。そこで徳島市医師会では、認知症を早期に発見し、正確な診断のもとで適切な対応をするために、平成 15 年よりもの忘れ検診委員会を組織し、準備を進め平成 16 年度から「もの忘れ検診」を実施してきた。

○参加者数と結果

徳島市の協力を得て、平成 16 年度の徳島市基本健康診査（以下、基本健診）の時期に

あわせて徳島市医師会の事業として、40歳以上の徳島市民を対象にして「もの忘れ検診」を実施した。以来、毎年平成19年まで同事業を継続している。これまでの参加者数の推移と概要を表2と3に示す。

図-1に示すように、平成16年度は、基本検診参加者約5万名のうち物忘れに関する問診表での一次検診受診した者は3,643人。そして問診表10項目のうち3項目以上の陽性者は1,061人であったが、実際に2次検診を受診したのは755人。受診率は71.2%。その結果、認知症と診断されたのは128人であった。その後平成19年度まで年次ごとの基本検診参加者数は、約5万名で推移しているが、「もの忘れ検診」への参加者は年毎に増加して平成19年度は1万人を超えている。年齢層別には、とくに65-79歳で参加者数が多い。

参加者の3割程度が1次検診要精査とされ、また1割程度が2次検診を受けて各種の認知症性疾患の診断がなされている(図-2)。このようにして着実に「もの忘れ検診」の趣旨を普及・啓発しつつある。

尾道市医師会

○活動の概要

尾道市医師会は、1994年から認知症のシステムづくりに取り組んできた。当初は地域一体型の研修において、認知症は「未知の部分が多い」という見方をされていたもの、特段の取り組みが必要な領域として認識されていた。

○尾道市医師会の取り組み方の特徴

尾道市医師会の取り組み方の特徴は、尾道市医師会方式認知症ケアカンファレンスにある。これはあらゆる課題を抱える高齢者に主治医機能とケアマネジャー機能を融合させることで利用者本位の多職種協働(multidisciplinary)を可能にする方法論である。

近年、認知症を初めとして各種の疾患や病態に関して、地域連携の重要性が強調され、その成功の鍵は「どのような共通情報、あるいはどのような共通言語」を皆が用いるかにあると認識されている。この点についてわれわれは、DBC(Dementia Balance Check)シートを使ってきた。DBCシート尾道市医師会版は、A項目に陽性症状部分、B項目に陰性症状部分、C項目に体幹バランス部分の構成になっている(表-4)。このシートは薬剤使用の継続的評価や適正使用量を評価する際の根拠として用いられるが、とくに「薬剤性せん妄や各種の副作用」について整理する際に重用している。

図3に示すように他職種間の連携に当たっては、本シートは共通言語として用いられる。また尾道市内の介護老人保健施設のスタッフにこのDBCシートについての研修を行い普及・啓発に努めている。このようにDBCシートを活用したケアカンファレンスの経験から、本シートの教育効果や有効性が認められている。それだけに本シートを優れた方法として推奨したい。

盛岡市医師会

○活動概要

盛岡市医師会では、平成14年度から「もの忘れ検診」を実施し始めた。平成15年度からは同一の実施要領で盛岡市の検診事業として承認されている。その後の活動において、「もの忘れ検診」をさらに推進するために努めてきた。まず認知症の早期発見や受け皿としての機能を有する保健・福祉・介護との地域連携を円滑に行うためには、かかりつけ医の認知症治療に関する更なるレベルアップが必須と考えた。そこでかかりつけ医に繰り返し研修を受けてもらい「もの忘れ相談医（平成17年度は47医療機関）」を公開した。このもの忘れ相談医は、認知症の啓発活動、早期発見、早期対応の体制づくり、地域づくりへの参画を担っている。

こうした活動により、着実に認知症への認識は広まりつつある。しかし認知症の予防や検診で発見された認知症のケアには地域の受け皿が必要である。こうした受け皿の創設と機能強化が求められる。一方、盛岡市の新規事業として「認知症にやさしい地域づくりネットワーク形成事業」が制定された。こうしたことを契機に、今後は各々の組織が継続的に有意義な連携を図る必要がある。

八王子市医師会

D-netの三本柱

「八王子市認知症高齢者支援ネットワーク（D-net）」は3本の柱（ドクターホームページ、研修会、それに認知症相談室）を中心に活動している。

1 どんとこいドクターホームページ

認知症どんとこいドクターホームページは、八王子市医師会がすすめている「八王子市認知症高齢者支援ネットワーク（D-net）」事業の1つである。地域に密着した認知症に対応できる医療機関や保健施設、福祉施設等に関する情報を提供している。八王子市医師会が情報収集の窓口となり、第三者的立場から公正正大な情報を提供する。

専門相談、診断、（外来・入院）治療を実施している医療機関の紹介のみならず、行政担当部署の紹介や地域包括支援センター、居宅支援事業者、介護サービス事業者ともリンクしながら地域限定情報を提供する。さらに認知症についての説明や、解説や治療・ケアに関する情報を提供する。

2 どんとこい研修会

八王子市医師会認定認知症専門医研修、これは4回を1クールとして認定書を発行している。研修における重点項目は次の4点にある。

1. 認知症の代表的な疾患のUP DATE

アルツハイマー型認知症、脳血管認知症の病理・経過・診断・現在の治療法、今後期

待される治療法、鑑別の必要な身体疾患とその特徴

2. 認知症の初期症状とその対応

気づき、家族から病歴聴取のコツ、疑った場合の、診断手順、療養手順、家族への告知アドバイス、かかりつけ医の役割、地域サポートシステム

3. 認知症を呈する様々な疾患

前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、皮質基底核変性症の特徴
薬剤性認知症、せん妄を起こしやすい薬剤とその特徴
成年後見制度

4. 認知症の周辺症状に対する対応

BPSDの種類・治療法、BPSDがある場合の治療、療養方法
BPSDのある患者の家族へのサポート法、サポートシステム
認知症の非薬物療法

3 認知症相談室

〔解説時間〕 月曜～金曜 午前10時～午後4時

〔相談方法〕 電話ないしFAXでの受付

〔相談の進め方〕 受付担当者が相談内容をお聞きした上で認知症の専門医療機関の相談担当者につながります。

〔お願い〕 この相談室は八王子市内在住の方のための相談窓口です。申し訳ありませんが、ご相談の際に住所など最低限の個人情報をお尋ねしますのでご了承ください。尚、知り得た情報の取り扱いについては守秘義務のもとに十分注意いたします。

名古屋医師会

平成19年4月1日から施行された認知症ケアシステムには、名古屋市医師会会員が開設または管理する病院と診療所等が参加している。病診連携に基づき認知症患者を地域で支えるシステムの上に認知症患者が適切な医療を受けることが出来るよう、機能連携を密にし、地域医療の充実・発展に資することを目的に以下の役割を担っている。

1. 認知症患者の早期発見、早期治療体制の強化
2. かかりつけ医（もの忘れ相談医）と認知症専門医との連携強化
3. 認知症患者の入院対応必要時の連携強化
4. 家族や地域住民に対する認知症についての正しい知識を理解するための啓発活動
5. 地域関係者（住民・行政・保健・医療・福祉関係者等）とのネットワークによる支援

1については、次のような内容である。種々の広報を通して一次問診表を配布し、もの忘れを心配する方、あるいは家族からみて認知症を心配する方に対して一次問診を実施する。その際に、表-5に示した一次問診表(もの忘れ相談チェック表)への回答をお願いします

る。あるいは外来にてももの忘れを訴える方、あるいは認知症を疑う方に一次問診表を実施する。2項目以下が該当すれば、経過観察とし、3項目以上該当者はもの忘れ相談医を受診してもらう。5項目以上は二次スクリーニングとしてMMSEを実施（4項目以下の場合によりMMSEを実施）する。24点以上はリスクグループ（含MCI）とみなし、23点以下であれば認知症疑いで、専門医療機関に紹介もの忘れ相談医によるフォローアップする。

とくに大切なのは、認知症患者の入院対応必要時の連携強化である。図-4に基本的な流れが示してある。この流れにおけるキーワードが、もの忘れ相談医、認知症専門医療機関、精神症状増悪時入院対応登録病院、認知症患者一般入院対応登録病院である。

もの忘れ相談医（登録かかりつけ医）とは、名古屋市内の医師会員（かかりつけ医）のなかで、名古屋市の委託を受け名古屋市医師会が主催する「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講して（あるいは認知症サポート医の方）、かつ認知症ケアシステムの趣旨に賛同し登録いただいた医師。認知症専門医療機関とは、神経内科、精神科等の認知症診療に専門医としての診療経験を有する医師のいる医療機関で、かつ認知症ケアシステムの趣旨に賛同し、登録した医療機関。そして精神症状増悪時入院対応登録病院とは、認知症の方が認知症の周辺症状（BPSD）の急激な悪化のため在宅で療養を続けることが困難あるいは危険な場合、緊急の入院を依頼可能な医療機関である。さらに認知症患者一般入院対応登録病院とは認知症の方が内科・外科等の一般的疾患に罹患し入院が必要になった場合の入院受け入れ可能医療機関である。もの忘れ相談医（登録かかりつけ医）より認知症の重症度に関する情報を得たうえで、その要請に基づき、認知症患者の入院受け入れを行う。登録病院はもの忘れ相談医（登録かかりつけ医）からの要請の応じ、入院病床の余地がない場合等のやむを得ない場合を除き、入院要請に応じる。

考 察

認知症医療においてかかりつけ医の果たす役割についてのキーワードは、啓発、早期発見、連携、後方転送、医師のスキルアップなどである。これらのキーワードあるいは課題に対して多くの医師会が新たな試みを行いつつある。

以上を通覧すると、徳島市医師会の活動のポイントは「初期対応につなげる早期発見」に果たす「かかりつけ医」の役割にある。つまり正確な新案と適切な対応を目指して、基本検診とのドッキングによる認知症スクリーニングに努めている。

尾道医師会については、「多職種協働」とまとめられる、共通情報媒体を活用した連携の促進役としての機能にその特徴がある。

盛岡医師会については、「キーパーソンとしてのもの忘れ相談医」にポイントがある。早期発見から地域連携をコーディネートする要としての、かかりつけ医である。

八王子医師会については、その特徴は「相談応需」とまとめられる。常に地域に開かれた相談窓口を備える一方で、医師の自己研鑽を重視している。

名古屋医師会については、「認知症の時間軸に沿った適宜対応のボタンタッチ方式」にその特徴を有している。4分類された医療機関が患者のニーズに応じて適宜他の機関へ紹介するネットワークを形成している。

以上のような新たで力強い活動振りを見ると、今後の課題は、啓発、早期発見、連携、医師のスキルアップ、後方転送といった課題をどう有機的に結びつけてゆくかにあると考えられる。

(4) 専門医の分布と診療状況の調査

背景

認知症が心配で専門医療機関にかかりたくても、専門医が何処にいるのかさえもわからないという声が広く聞かれる。確かにこの領域を専門とする医師数は多くない。標榜診療科では、精神科、神経内科、老年科、脳外科、内科などが主として認知症診療に関与していると思われるが、その実態は定かでない。

そこで今回、専門医あるいは専門機関の分布を全国規模で調査することを目指した。

方法

1) 情報源

この領域に関係する主な学会としては、日本老年精神医学会、日本認知症学会、あるいは日本精神神経学会、日本神経学会、日本老年医学会などがある。しかし専門性と専門医制度という次元で関係者が広く認知するのは、現時点では日本老年精神医学会と日本認知症学会の二つに過ぎないと思われる。前者は既に多くの専門医の所在等を学会ホームページにおいて公表しているが、基本的に精神科医によって構成される学会である。また後者における専門医制度は平成20年にスタートしたばかりである。

一方、わが国で現在流通しているアルツハイマー病治療薬は塩酸ドネペジルのみである。同剤の製造販売元であるエーザイ KK は、全国における塩酸ドネペジルの処方実態を知り得る立場にある。この処方実態は認知症医療の専門性とかなりオーバーラップするところがあると思われる。

そこで専門医あるいは専門機関の分布を全国規模で調査する方法として2つのデータを用いることにした。一つは日本老年精神医学会の専門医リストである。他方はエーザイ KK が、多くの認知症患者を治療し、認知症医療の専門性を志向しておられると認めている医療機関のリストである。

2) 調査方法

2つの情報源は、いずれも都道府県単位で用いることにした。まずエーザイのデータについて、病院と診療所に分け、さらに各地域における高度医療機関である大学病院にも注目して、認知症医療への取り組みに熱心な機関数を数えた。また2008年10月1日現在の都道府県別人口を調べて、人口10万人対の専門機関数を算出した。

次に日本老年精神医学会の専門医については、平成 20 年 12 月末の時点で学会のホームページに示されたものを用いて、都道府県別に個々にリストアップした。また専門医がいる機関数も併せて数えた。

その上で日本老年精神医学会とエーザイ KK のいずれもが認める点で合致する機関数、次にエーザイ KK のリストにはあっても日本老年精神医学会の専門医ではない機関数、さらに日本老年精神医学会の専門医であってもエーザイ KK のリストにはない機関数を算出した。

結 果

これを表-6 と図-5 に示す。表の中の専門医とは、老年精神医学会のそれである。また「診療実績」とは塩酸ドネペジルの処方実績を意味する。

この表から読み取れる点を以下にまとめる。人口 10 万対での機関数、専門医ともに全国平均では 1 に達していない。今日 200 万人ともいわれる認知症患者の数を考えると、現状の数はあまりに少ないと言わざるを得ない。

老年精神医学会データによると、人口 10 万対の専門医と専門機関の分布については大きな地域差があり、最低と最高では 20 倍も違う。概して西日本に高く、東日本で低い。

エーザイデータによる実績機関としては病院が診療所の 2.6 倍程度多い。大学病院のうち 9 割弱は関与している。人口 10 万対機関数については、大きな地域差があり最低の県と最高の県では 10 倍近い格差がある。やはり西高東低であり、西日本の各府県は東日本の都道県に比べて 2 倍以上も多いと思われる。

2 つのデータ源からの総計 1048 の機関についての検討で最も注目されるのは両者で共通するものが 1 割強の 129 施設しかなかったことである。とくに専門医がいる機関は 446 施設あるが、そのうちの 316 施設はエーザイ KK の資料に掲載されていない。逆にエーザイ KK のデータに示された 733 の機関のうち 603 では、専門医が登録されていない。

考 察

わが国における認知症患者総数を考えるとき、認知症専門医あるいは認知症医療に積極的な医師数は決して多くない。地域医師会単位でのあらたな試みも出てきているが、まず数の増加は喫緊の課題である。

専門医の分布と診療実績の乖離については以下のように考えられる。まず少なからぬ専門医は、塩酸ドネペジルの限界を知っていて安易に使わない可能性である。逆に専門医であっても、実はその領域の臨床に必ずしも積極的でないことを意味するかもしれない。あるいは老年精神医学イコール認知症ではないから、多くの専門医は認知症以外の例えば高齢者のうつ病を専門にしている可能性もある。

逆に診療実績はあっても専門医ではない者が多いことについては、次のような解釈も可能かもしれない。非精神科、例えば神経内科や老年科出身で老年精神医学会の会員ではないが、認知症を専門にする医師がここに多く含まれている可能性である。もっとも専門性

は少ないが、近隣地域の中で他に認知症をみる機関がないので、対応している医療機関が多いという考え方もできよう。

以上のように今回の調査からでは、認知症専門医・医療機関の絶対数が少ないことが明らかになった。またこの傾向が西日本に比べて東日本で顕著なことが判明した。今後認知症専門医・医療機関の分布実態を正確に把握するためには、関連する全ての学会、病院協会などの協力の下に全国規模の組織的な調査を実施する必要がある。

(5) 病院・診療所における認知症診療の実態調査

1. 診療統計から見る認知症医療機関の機能に関する予備的研究

目 的

認知症医療資源の実態把握に際し、アンケート調査等によって多数の医療機関の特性を抽出する方法と並行して、いくつかの医療機関の実態を詳細に検討するケーススタディを積み上げることによって、一般化する問題とその解決方法を考察する方法を用いることは、認知症医療の実態把握のために有用な方法である。今年度は、研究班員の所属する医療機関の臨床統計を分析することによって、次年度以降、より多くの医療機関の調査を行うための方法を整理することを目的として予備的調査、分析を試みた。

結果と考察

筑波大学付属病院精神神経科、仙台市立病院認知症疾患センター、横浜ほうゆう病院、和光病院、こだまクリニック、新宿一丁目クリニックの診療統計を入手した。二つのクリニックの診療統計から、外来、往診の組み合わせで認知症早期から終末期まで、在宅介護を支援することが可能であることが示された。診療所の機能には、バックアップする病床の有無、画像検査等の検査を受け容れる検査機関の有無など、周囲の環境要素が重要で、この点については、今回の試行の対象となった大都市圏以外の調査が課題として残った。病院の調査では、大学病院には高い診断能力が期待できる一方で、長期的な支援に問題があること、認知症専門病院では、軽症から終末期までの患者がケアを受けており、一定の内科的合併症の入院治療までは可能であった。一方、こうした認知症専門病院の装備、職員数は、本格的なBPSDへの対応や、重篤な合併症の治療を行うためには不十分なものであった。認知症専門病院では、診断能力、治療能力共に医師の個人的力量に依存するところが大きかった。調査対象の医療機関を大学、総合病院、精神病院、認知症専門病院などに拡大すること、分析方法を統一して比較を可能にすること、地域特性等調査対象となる医療機関の外部環境にも注意を払うこと、合併症医療の状況を調査すること、医療経済上の問題を検討すること等が、次年度の課題として明らかになった。

2. 平成 21 年度調査の計画

1) 機能分類した認知症の医療・介護施設における認知症医療対応の姿勢と現状

背景

- ・ 何故、精神科病院に入院する認知症患者が増え続けるのか？
- ・ 精神科病院は認知症医療の対応能力を本当に有しているか？
- ・ 本当に医療が必要な認知症の人を応需で受け入れているのか？
- ・ 精神科病院は、受け皿たる介護系の施設が少なすぎると苦悩している。
- ・ 認知症専門医療たる主要因は BPSD と合併症対応能力の不足。

これらの背景を踏まえて「しかるべき施設にしかるべき患者さんがいるのか？」という観点から現状を調べる。この結果を今後の政策医療や報酬決定に利用するのみならず、機能レベル表示もついた専門医分布マップの作成も目指す。

2) 施設調査の方法と対象

a. 対象：以下から無作為抽出で

医療系では、中心的な 4 病協とは、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会である。精神科は認知症専門性からさらに分類する必要がある、また慢性期病院を主たる会員とする病院団体に日本慢性期医療協会がある。医療系療養型病床群への注目も不可欠である。

介護系では、介護系療養型病床群についてのみ対象とする。

b. 調査内容

施設概要、スタッフ特性：栗田が作成した認知症対応能力を測定する 30 項目（表-7）を改定した調査票による調査を行う。改訂に際しては、適宜添削するが、ととくに BPSD と急性期・重度の合併症対応に関する項目は膨らます必要がある。以下に調査票の主たる内容をまとめる。1) 鑑別診断機能、2) 周辺症状/身体合併症の入院対応機能、3) かかりつけ医機能、4) 往診・訪問診療機能、5) BPSD に対する外来対応機能、6) 介護機関との連携機能、7) 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能である。

3) 患者特性の調査

a. 家族背景まで含めた基本属性

b. 機能など臨床的特性

重症度、ADL、身体合併症、BPSD など

c. 入院期間：平均と分布

この患者特性調査については、抽出した施設に依頼する。

3. 学会調査

専門医の分布と診療実態

対象：老精、認知症、精神神経、神経、老年医学を中心として AD 研究会、登録サポート