

# 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

## 分担研究報告書

### 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究

～日本老年精神医学会専門医制度について～

研究分担者 小阪 憲司 特定医療法人鵬友会 横浜ほうゆう病院 院長

#### 研究要旨

日本老年精神医学会では2000年から専門医制度を発足させた。それから今年で9年目になる。専門医制度が始まってからの専門医数は徐々に増加し、2008年の時点で805名に達している。

5年目の2004年に急に専門医が増えたのは、過渡的措置の最後の年であり、2000年に新たな学会員が増え、5年が経過した時点でその学会員のうち審査を合格した会員が専門医になったためである。その後は専門医試験が行われ、少数であるが新しい専門医が加わった。専門医試験の受験者が思ったより少ないことが大きな課題である。最初はおそらく試験の様子をうかがって敬遠していたためであろうと推定されたが、その後も延び悩んでいるのが現状である。またこの4年間は受験者全員が試験に合格している。その理由は、受験者がすべてベテランの精神科医で、日頃老年精神医学領域の患者を実際に診ている会員であったからと思われる。

次に2009年2月での専門医の都道府県別の分布を示したが、地域差がかなり大きい。一県に数人しか専門家がない地域もあり、今後は質の高い専門医を増やすとともに地域差を少なくす努力が必要である。なお、専門医については、学会のホームページに公表されている。

#### A. 研究目的

今日、わが国では認知症を何処で診断してもらえるのか明示して欲しいと言う声が大きくなっている。精神科、神経内科等が主たる診療科になるが、その分野の医師であれば誰でも認知症に対応できるわけではない。

このような領域においてわが国で先駆的な活動をしてきた学会に日本老年精神医学会がある。本学会における専門医制度の概要を紹介する。

## B. 研究方法

本学会における専門医制度の経緯について回顧的に紹介するとともに、現状の概要を述べる。

## C. 研究結果

### 1) 歴史的背景

1998年6月日本老年精神医学会において当時の理事長である長谷川和夫が「認定医」の意義について述べた。それを機に、理事会で委員会を置き検討することが決定され、同年7月第1回「認定医検討委員会」が開催された。委員長に松下正明、委員に小阪憲司、武田雅俊、長谷川和夫、平井俊策、本間昭、三好功峰の7名が選出された。ここでは、名称や意義、申請資格、更新方法、認定医または専門医になるための研修施設の指定方法等が議論された。同時に認定医または専門医を目指す会員を指導する立場になる「指導医」を置くことも話し合われた。10月には第2回「認定医検討委員会」が開催され、認定医制度規則や認定医または専門医になるための認定施設での研修カリキュラム等が話し合われた。1999年1月には、第3回「認定医検討委員会」が開催され、制度規則の細かな内容や委員会の名称変更とともに委員構成の変更について話し合われた。委員会の正式名称は「日本老年精神医学会認定委員会」とし、委員長に三好功峰、委員に小阪憲司、武田雅俊、平井俊策、本間昭の5名が担当することとなった。同年10月には専門医制度発足について会員に告知された。そして、「第1回専門医認定委員会」が開催され、制度の周知や専門医、指導医、認定施設の申請方法や申請期間、審査方法、認定方法について議論がなされた。同時に、「第1回カリキュラム委員会」（武田委員長）が開催され、教育カリキュラムや教科書について話し合われた。10月には平成12年度の専門医申請受付が開始された。

2000年5月には「第2回専門医認定委員会」が開催され、7月の理事会で最初の専門医が認定された。8月には「第3回専門医認定委員会」が開催され、11月には「第4回専門医認定委員会」で最初の指導医・認定施設が委嘱された。また、「試験委員会」（小阪委員長）が発足し、専門医試験についての準備がなされた。

### 2) 開始期

2001年春には本学会ホームページにおいて専門医情報が公開された。4月には平成13年度専門医の申請受付が開始され、以降、申請受付スケジュールについては同上を繰り返し、2005年3月末で専門医申請、指導医申請、認定施設申請の「過度的措置」が終了した。

### 3) 専門医試験開始以降

2005年5月に平成17年度日本老年精神医学会認定専門医試験が開始された。最初の受験者は7名であり、受験した7名全員が合格し、6月の理事会、評議員会、総会で専門医とし

て承認・報告された。7月には認定委員会（小阪委員長）、試験委員会（新井平伊委員長）が次回の試験準備を開始し、12月には平成18年度専門医受験申請の受付が開始され、2006年4月に第2回専門医試験が行われた。以降、毎年度初めに専門医試験を開催し、理事会、評議員会、総会にて合格者が報告され、専門医として承認された。以下に専門医試験の受験者と合格者の推移を示す。

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度
受験者数	7	6	19	10	18*
合格者数	7	6	19	10	—

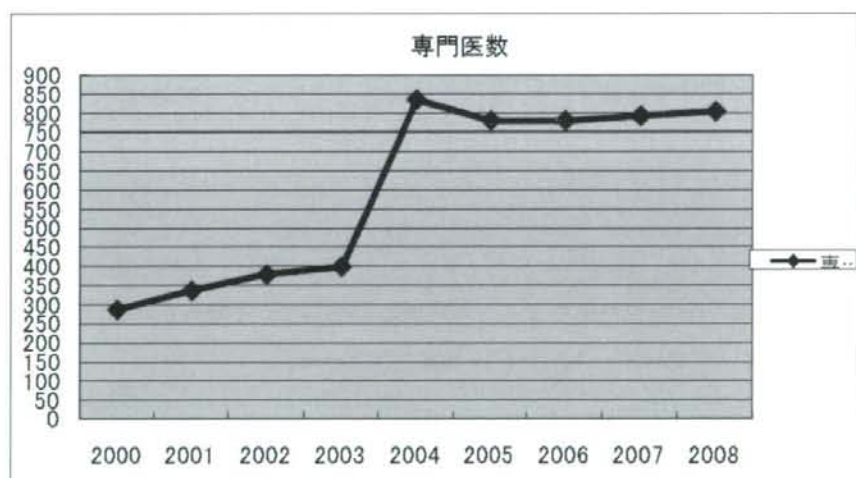
\*現在募集中(平成21年1月30日まで)

#### 4) 専門医の現状

##### ① 専門医数の推移と都道府県別の分布

上述したように、2000年から専門医制度が始まってからの専門医数の年度別の推移を以下に示す。

年度	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
専門医数	287	337	379	400	836	781	781	793	805



なお、5年目の2004年に急に専門医が増えたのは、過渡的措置の最後の年であり、2000年に新たな学会員が増え、5年が経過した時点でその学会員のうち審査を合格した会員が専門医になったためであり、翌年の2005年に専門医が減少したのは再申請の際に規定点数に達しない会員が少なからずいたからである。その後は専門医試験が行われ、少数であるが新しい専門医が加わった。毎年専門医試験の受験者が思ったより少ないことが大きな課題で



あるが、最初はおそらく試験の様子をうかがって敬遠していたためであろうと推定されたが、その後も延び悩んでいるのが現状である。また、この4年間は受験者全員が試験に合格したのは、受験者がすべてベテランの精神科医で、日頃老年精神医学領域の患者を実際に診ている会員であったからと思われる。

## ②専門医の都道府県別の分布

次に、現時点（2009年2月）での専門医の都道府県別の分布を示す。

専門医国内分布と合計

都道府県	専門 医数	千葉県	26	三重県	10	徳島県	4
北海道	36	東京都	95	滋賀県	12	香川県	7
青森県	3	神奈川県	66	京都府	7	愛媛県	13
岩手県	15	新潟県	11	大阪府	79	高知県	8
宮城県	9	富山県	8	兵庫県	34	福岡県	37
秋田県	6	石川県	18	奈良県	16	佐賀県	8
山形県	8	福井県	16	和歌山県	5	長崎県	4
福島県	9	山梨県	3	鳥取県	5	熊本県	15
茨城県	11	長野県	5	島根県	9	大分県	11
栃木県	12	岐阜県	10	岡山県	16	宮崎県	10
群馬県	9	静岡県	11	広島県	20	鹿児島県	12
埼玉県	26	愛知県	26	山口県	14	沖縄県	7
合計	802						

この表でもわかるように、地域差がかなり大きく、一県に数人しか専門家がいない地域もあり、今後は質の高い専門医を増やすとともに地域差を少なくす努力が必要である。なお、専門医については、学会のホームページに公表されている。

## D. 考察

認知所医療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。前者である本学会で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。

いずれにせよ認知症専門医・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。

#### E. 結論

今後認知症専門医・医療機関の分布実態を正確に把握し、今後の認知症医療に資するためには、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。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

# 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

## 分担研究報告書

### 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究

#### ～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～

研究分担者 斎藤 正彦 医療法人社団翠会和光病院 院長

#### 研究要旨

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、一般化しう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：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。



## A. 研究目的

認知症医療は、診療所、総合病院、精神病院、認知症の専門病院、療養病院など様々な医療機関によって担われている。これらの医療機関の役割分担や機能分化は、それぞれの地域の医療・介護資源の状況や医療機関内部の状況に規定される事が多く、かならずしも医療制度のねらい通りにはなっていない。そのため、認知症医療機関の現状を調査し実態を把握した上で課題を整理して解決をはかることは、医療資源へのアクセスを助けるために重要であるばかりでなく、認知症医療・介護サービスの効率的で有用な在り方を考える上でも重要なことである。

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、一般化しう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。

本年度分担研究の目的は、実際に人治療医療機関のケーススタディを試行し、その有用性を確認すること、及び、次年度以降、上記のようなケーススタディをより構造的な方法で展開するための方法を整理することである。

## B. 研究方法

予備的調査では、研究班員の働く医療施設の臨床統計を集めて分析し、今後の構造的ケーススタディの展開について検討することとした。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、検討した。

## C. 研究結果

認知症の在宅診療を支援する診療所としては、こだまクリニック（平成19年度の診療実績）、新宿一丁目クリニック（平成13年度から17年度の診療統計）を検討の対象とした。

こだまクリニックは都内で、往診専門の医療を行っている。平成19年には初診41人、再診103人に対して訪問診療を行った。その大部分（136人）が認知症患者であった。患者の平均年齢は81.2歳である。訪問診療では、BPSDへの対応から、認知症終末期の医療までに対応しているが、合併症が重症かした場合の入院先の確保、BPSDに対して、家族の対応が限界に達した時、精神科病床に入院させることによって、在宅診療の流れが断ち切れ、長期的に一貫性のある治療が困難になるという問題が指摘された。

一方、都心で、精神科医、内科医、臨床心理士等の常勤スタッフで運営された新宿一丁目クリニックを初診した患者のうち、認知症の患者は5年間で493人平均年齢は76.4人であった。グラフ1にこれらの患者の性別・認知症発症年齢の度数分布グラフを示した。75歳から79歳の年齢階級をピークとした一峰性の分布を示し、70歳以上の年齢階級では女性が多いのに対して、69歳以下の年齢階級では男性が多い。64歳以下の若年発症型は、全体の12.5%を占めた。グラフ2に64歳以下の年齢階級で発症していた患者の疾患構成を、グラフ3には65歳以上で発症した患者（高齢発症型）の疾患構成を性別に示した。若年発症型の男性は、ア

ルツハイマー病が最も多いが、前頭側頭型認知症が24.9%、その他の疾患が10.8%と多彩な原因疾患が見られた。若年発症型の女性は82.5%をアルツハイマー病が占め、他の疾患は少ない。高齢発症型では良性とともにアルツハイマー病が最も多く、続いて血管性認知症が多かった。

グラフ4は新宿一丁目クリニック初診時の認知症重症度の割合を示している。63%が援助があれば単身生活が可能であるほどの軽度、同居者がいれば生活可能な中度が28%であった。軽度のうちに受診する患者が多いことは、認知症という病態に対する市民の認識の高まりに加え、このクリニックが認知リハビリテーションのプログラムを持っていたことも影響していた。

筑波大学病院精神科は、平成19年度に595人の初診患者があり、このうち184人が認知症の診断を受けた。この期間に外来受診した認知症患者は再診を含めて643人であった。このうち、アルツハイマー病がおよそ3分の2を占め、レビー小体病が13%、その他では前頭側頭型認知症が多く、血管性認知症は少なかった。認知症患者の入院は平成19年度に19人あり、主として精査、診断を目的とする短期入院であった。入院する患者では、レビー小体病、前頭側頭型認知症が多く、アルツハイマー病は少なかった。これは、大学病院への入院目的から推測して予測された結果であると言える。

仙台市立病院認知症疾患センターは公立総合病院の中に16床のベッドを有し、外来診療も行っている。平成19年度の初めて認知症疾患センターを受診した患者は393人で、アルツハイマー病223人、血管性認知症17人、レビー小体病10人、前頭側頭型認知症8人、せん妄16人、MCI67人、正常14人等である。

平成19年度には57人の入院があり、43歳から92歳まで、平均75.6歳であった。アルツハイマー病26人、血管性認知症11人、レビー小体病3人、前頭側頭型認知症2人、その他14人である。入院経路としては、16人が自宅から、22人が医療機関、7人が施設、その他7人である。退院先では、自宅11人、施設22人、精神科病院13人、一般病院3人、院内の他の診療科3人、死亡1人、未調査1人で、平均入院期間は52.1日、最短が3日、最長が415日である。入院理由としては、身体管理、BPSD・せん妄治療、診断・処遇方針確定などが多い。

横浜ほうゆう病院は、横浜市にあり、医療法人社団によって運営される認知症専門の病院である。従来は、長期入院を目的とした患者のみを受け容れる病院で外来診療は不活発であったが、平成19年に現院長が就任した後、外来機能が充実した。平成19年度には428人の初診患者があり、全てが認知症の診断を受けている。4分の3の患者は病院のホームページや口コミを介して受診しており、残る4分の1が医療機関等からの紹介受診である。平成19年度の初診、再診患者732人のうち、584人が横浜市内、104人がその他の神奈川県、東京都から30人、上記以外の在住者が14人であった。横浜ほうゆう病院は207床の精神科、認知症治療1の看護基準を満たす病床を有し、平成19年度末の在院患者は202人、平均在院日数は549.8日である。入院の目的はほとんどが認知症及びBPSDの治療で、一部には身体合併症治療を目的とする入院もある。平成19年度の退院患者は132人で、軽快退院25人、転院63人、死亡44人である。軽快退院の25人のうち、自宅への他院は4人、残る21人は特養、老健、有料老人ホーム、グループホームに転出した。

和光病院は、横浜ほうゆう病院と同様の認知症専門の精神科病院である。平成18年秋に現



院長が就任するまで、長期の入院のみを引き受け、積極的な外来診療をしていなかった点も横浜ほうゆう病院と共通している。認知症治療2の看護基準を採る病床165床、精神科療養病床120床を持つ。

平成19年度には367人の初診患者があった。グラフ5は初診患者の性別年齢階級度数分布を示す。80歳から84歳の年齢階級がピークで平均79.4歳である。70歳以上の年齢階級では女性の比率が高いが、60歳代以下では合計では女性の半数ほどの男性が各年齢階級で女性を上回っている。

グラフ6は、初診患者の住所を示す。電車（乗り換えがない）とバスで受診できる地域の患者が74%を占めている。

診断ごとの性比をグラフ7に示した。若年発症型アルツハイマー病(F00.0)、前頭側頭型認知症(F02.0)、アルコール依存に伴う認知症(F10.73)においては、男性の比率が高く、血管性認知症(F01)では男女比がほぼ等しく、高齢発症型アルツハイマー病(F00.1)等では女性が多い。

グラフ8は初診直後にHDS-Rを行った患者255人の成績を示している。16点から20点の層が最も多いが、26点以上の軽症者も少なくない。グラフ9は、平成19年度初診患者の現在の状態を示している。外来治療継続、治療終了が54%を占めており、他の医療機関に紹介した18%の患者も、入院目的の紹介は含まれないので、これを合わせるとほぼ70%が初診時の住居で診療を受けていることになる。

#### D. 考察

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。予備的調査の対象となった診療所の医師からは、診療所が、こうした広いスペクトルの認知症患者に対応するためには、医師の高い専門性、一定の家族介護力が不可欠である上、バックアップする病床の有無、画像検査等の検査を受けられる検査機関の有無など、周囲の環境要素が重要であることが指摘された。この点については、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、病院の形態による違いが顕著であった。大学病院には高い診断能力が期待できる一方で、一般精神科病棟に入院させるという条件によって、BPSD等への対応を目的とした入院は少なく、精査、診断を目的とした短期入院が主体であった。

公立病院の認知症疾患センターは、総合病院の中に置かれているために、身体疾患への対応能力が高く、今回調査した病院の中では最も手厚い職員配置があり、病床単位も小さいために、BPSDや身体合併症にも積極的に対応することが可能であった。一方、57人の退院患者のうち、自宅退院は11人で、長期ケアを提供する施設や精神病院への転院が過半数を占めていた。一般病院、院内他診療科に転出する患者もあり、身体合併症に関する治療能力やその限界についてはより詳しい検討が必要であろう。

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。

二つの精神科認知症専門病院は、画像診断機材等のハード面では、総合病院、大学病院に遠く及ばないが、専門性の高い医師や臨床心理技術者等によって、ごく初期から終末期まで多くの外来患者の診察を行っていた。これらの病院の入院患者は長期ケアを目的とする者が大部分を占めていた。認知症治療1、2の看護基準を持つ病棟の職員配置は、総合病院の精神科病棟や入院対象の精神病床と比較してきわめて手薄であるが、しばしば、総合病院や一般精神病床で入院を拒まれたBPSDの激しい患者や、重篤な身体合併症を持つ患者の入院を求められることがある。こうした二つのカテゴリーに属する患者が、最も入院の必要性が高いにもかかわらず、最も入院の難しい患者となっている。

認知症専門病院では、治療能力が高まって、新入院患者の治療が順調に進むと、在院患者が減り、経営を圧迫し、慢性の患者で病棟稼働率を上げると、上記のような困難な患者を受け容れにくくなるというジレンマを抱えている。

上記のようなケーススタディから得られる情報は、多数の医療機関を網羅的に対象とするアンケート調査の欠点を補い、認知症医療上の具体的な問題を掘り下げ、問題解決への道筋を考える上で重要な意味を持つことが明らかにできた。

## E. 結論

今後、調査対象の医療機関を拡大すること、情報収集の方法を統一して比較を可能にすること、地域特性等、個々の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具体的に調査すること、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。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

### 1. 特許取得

なし

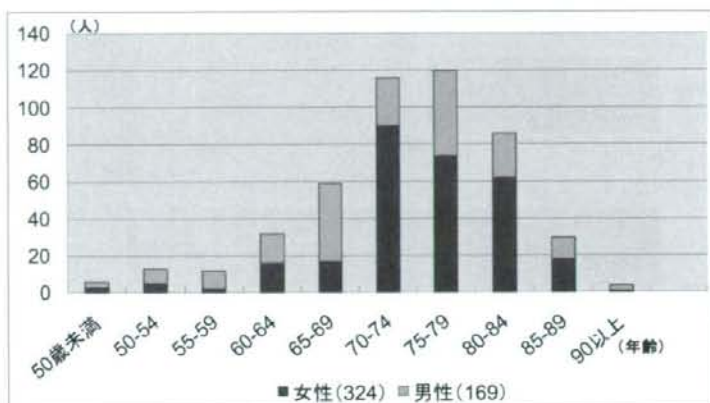
### 2. 実用新案登録

なし

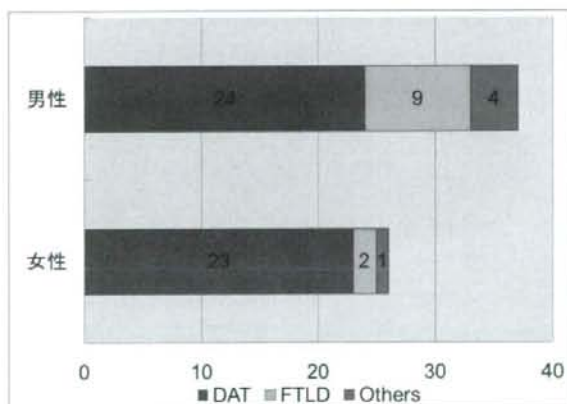
### 3. その他

なし

グラフ1 性別・認知症発症年齢度数分布  
(新宿一丁目クリニック)

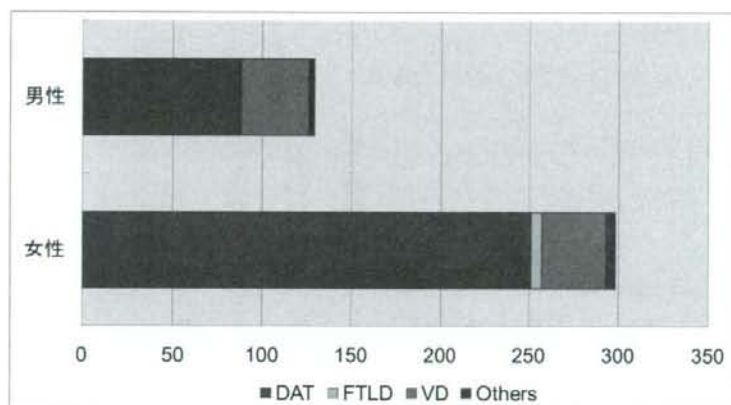


グラフ2 若年認知症原因疾患  
(新宿一丁目クリニック)



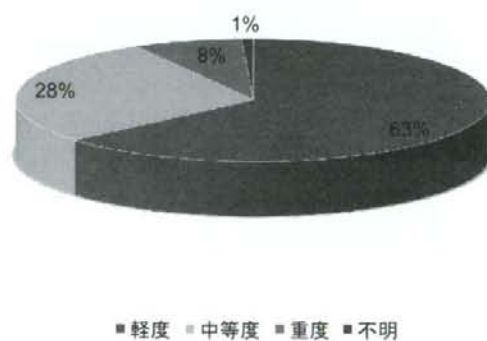


グラフ3 65歳以上発症例の原因疾患  
(新宿一丁目クリニック)

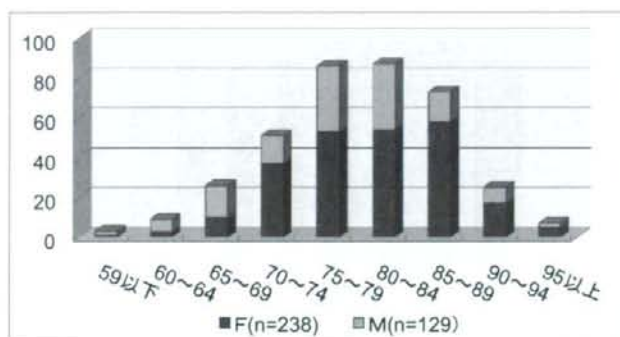


斎藤 2001-2005

グラフ4 初診時重症度  
(新宿一丁目クリニック)

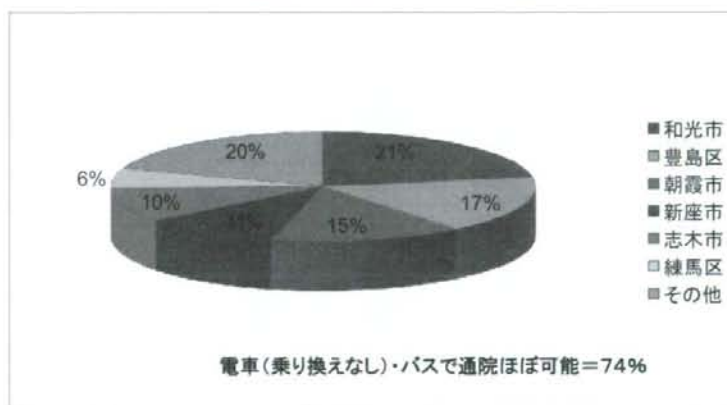


**グラフ5 性別・初診時年齢階級度数分布**  
(和光病院 平成19年度)



平均年齢=79.4歳

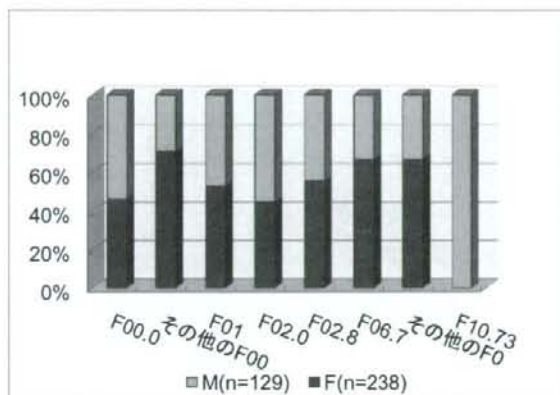
**グラフ6 患者住所**  
(和光病院 平成19年度初診患者)



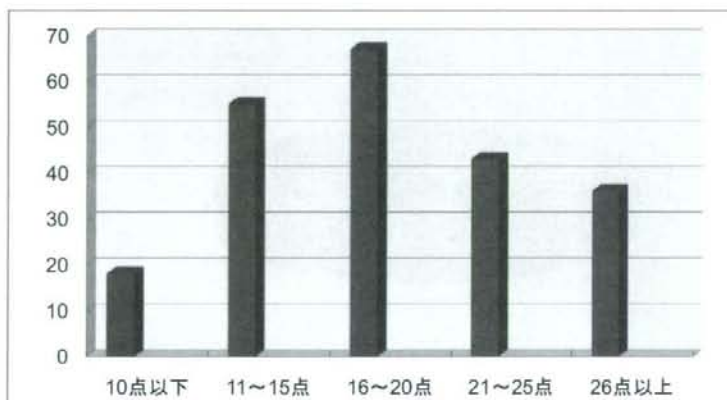
電車(乗り換えなし)・バスで通院ほぼ可能=74%

## グラフ7 診断別性別比

(和光病院 平成19年度初診患者)



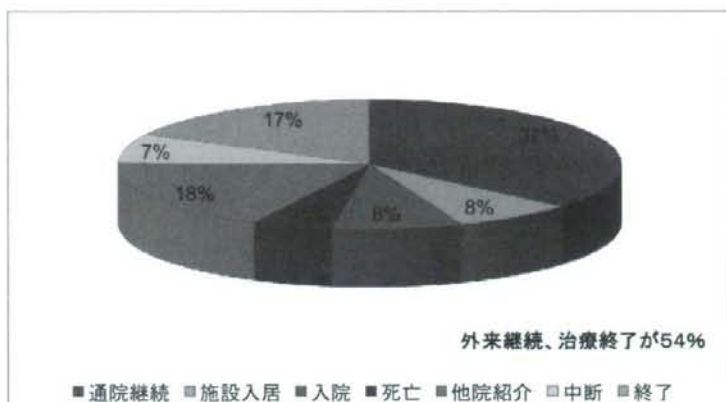
## グラフ8 初診時HDS-R(和光病院)



N=255 残る122人については、施行不可(重度)または不適(ごく軽症)



グラフ9 19年度初診患者の現在  
(和光病院)



# 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

## 分担研究報告書

### 認知症の実態把握に向けた戦略立案及び予備的研究

～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～

研究分担者 栗田 主一 仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター 部長

#### 研究要旨

目的：地域における認知症医療資源の実態把握を目的とする質問票を作成するために、特定地域においてパイロット研究を行った。方法：ブレインストーミング法によって認知症に対する医療機能に関する30項目の質問票を作成し、仙台市医師会に登録されている750の医療機関を対象にアンケート調査を実施、機能項目別の医療資源の分布を明らかにするとともに、因子分析によって認知症に対する医療機能の潜在因子を抽出した。次に、「認知症の医療に求められる役割」について文献的な検討を行い、機能項目をさらに追加した上で、記述的な方法で、認知症の医療機能全体のカテゴリー化を試みた。結果：因子分析の結果、認知症に対する医療機能について以下の7つの潜在因子が抽出された：1)鑑別診断機能、2)周辺症状／身体合併症入院対応機能（救急対応、終末期医療を含む）、3)かかりつけ医機能、4)往診・訪問診療機能、5)周辺症状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の外来対応機能。この結果を踏まえ、さらに文献的な検討を行ったところ、最終的に合計60の機能項目が取り出され、以下のような機能カテゴリーを抽出することができた。1)鑑別診断と初期対応機能、2)かかりつけ医機能、3)往診・訪問診療機能、4)周辺症状に対する外来対応機能、5)介護機関との連携機能、6)専門領域の身体合併症に対する外来対応機能、7)周辺症状と身体合併症に対する入院対応機能、8)救急対応機能、9)デイケア・リハビリテーション機能、10)専門医療相談・困難事例対応機能、11)家族支援機能、12)教育・啓発機能、13)その他の機能。結論：30項目の質問票は認知症の医療機能の大部分を網羅しているが、認知症の医療機能全体を包括的に評価するためには、さらなる質問項目の追加が必要である。

## A. 研究目的

高齢者人口の急速な増加に伴い、認知症高齢者の数も急速に増加している。平成 20 年 7 月 10 日に厚生労働省が公表した「認知症の医療と生活の質を向上するための緊急プロジェクト報告書」には、今後の認知症対策の基本方針は「早期の確定診断を出発点とした適切な対応の促進」と述べられている。認知症は、さまざまな脳の疾患に起因する複合的な精神・身体症状群であり、長期的なビジョンに立って適切なサービスを供給する体制を整備するためには、認知症疾患の診断と治療、併存する身体疾患や周辺症状の救急対応や長期的な管理、終末期への対応など、さまざまな医療的対応を可能とする社会資源が不可欠となる。本調査は、平成 20 年度厚生労働科学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」の中で実施された「認知症疾患に対する統合的救急医療モデルの構築に関する研究」（分担研究者栗田圭一）の結果を踏まえ、地域における認知症医療資源の実態を包括的に把握するための質問票を作成することを目的としている。

## B. 研究方法

認知症の医療機能に関する 30 項目の質問票を作成し（表 1）、仙台市医師会に登録されている 750 の医療機関（歯科を除く）を対象に、平成 20 年 11 月 1 日～平成 20 年 12 月 1 日に、郵送法による無記名自記式アンケート調査「地域における認知症医療の実態に関する調査」を実施した。認知症に対する医療機能については、仙台市立病院認知症疾患医療センターに勤務する医師、保健師、精神保健福祉士、看護師、臨床心理技術者等の意見を聴取して、考え得る限りの機能項目を列挙し、その中から研究代表者が 30 項目を厳選して質問項目を作成した。また、「上記以外で、認知症医療に関して、貴医療機関で取り組まれていることがございましたらご記入ください」という質問項目を設けて、自由記載による回答を得た。

アンケート調査の結果から、30 の機能項目別に医療資源の分布を呈示し、主因子法による因子分析を用いて認知症に対する医療機能の潜在因子を抽出した。自由記載の回答は、内容を閲覧した上で、主要な回答を列挙した。

次に、「認知症医療に求められる役割」に関する文献を可能な範囲で閲覧し、認知症に対する医療の機能項目を追加しながら、機能のカテゴリー化を試みた。上記の結果を踏まえて、地域の認知症医療資源の機能をより包括的に把握するための質問項目を検討した。

## C. 研究結果

調査期間中に回答が得られた医療機関は 275 件（回収率 36.7%）であった。回答が得られた医療機関の医療形態別頻度は表 1、標榜診療科別頻度は図 1 の通りである。これらの医療機関で、認知症高齢者に対して何らかの医療サービスを提供している医療機関は 223 件（81%）であった（図 2）。

認知症に対する医療機能 30 項目について 3 段階（0. 実施していない、1. 状況に応じて実施



している、2. 通常実施している)での回答を得た。各機能項目別の実施状況の分布は図3の通りである。これらの機能に関する30の質問項目の回答について、主因子法、プロマックス回転を用いた因子分析を行った。その結果、固有値を1に設定して7因子が抽出された(表3)。因子負荷量が0.55以上で、因子負荷量が因子間で最も高い項目を抽出して質問項目のカテゴリ化を行った。各カテゴリーに含まれる質問項目およびカテゴリーの名称は表4のとおりである。また、カテゴリー化からもれた2項目についても、その他の項目として表に示した。

カテゴリーの順番に従って質問項目を並べ替えて、あらためて機能を有する医療資源の分布をグラフ化すると図4のようになる。「通常実施している」機能として50%以上の医療資源が確保されているのは、「かかりつけ医機能」(介護保険主治医意見書の記載、合併する身体疾患に対する通院治療、アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の処方)のみである。これに対して、「周辺症状/身体合併症入院対応機能(救急医療、終末期医療を含む)」をもつ医療資源の少なさが目立つ。「上記の質問項目以外で、各医療機関で認知症医療に関して取り組まれていること」については、主要な回答を表5に列挙した。

上記の結果を踏まえ、さらに認知症の医療機能について文献的な検討を加えてところ(参考文献を参照)、さらに30の機能項目が抽出され(合計60項目)た。これらを一覧して、表6のような機能カテゴリーを新たに設けた。

#### D. 考察

因子分析の結果、現存する医療資源が担っている認知症に関する医療機能について、以下の7つの潜在因子が抽出された:1)鑑別診断機能、2)周辺症状/身体合併症入院対応機能(救急対応、終末期医療を含む)、3)かかりつけ医機能、4)往診・訪問診療機能、5)周辺症状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外来対応機能。

しかし、ここで抽出された潜在因子の中で、第2因子にカテゴリー化されている質問項目には、救急医療と終末期医療など、本来は質の異なる機能が混在している点に注意を要する(実際、「F27:合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)」「F28:随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)」など、救急対応に関連する項目の因子負荷量は相対的に小さい)。

また、認知症医療に関するその他の取り組みとして自由記載してもらった回答の中には、認知症医療の機能スペクトラムからは欠かすことのできない重要な機能が含まれている(例:成年後見用の診断書・鑑定書の記載、虐待事例のケースワーク、家族カウンセリング、保健・医療・介護職への研修、一般住民の普及啓発など)。

このような問題を解決するために、さらに文献的な検討を加えて、追加すべき機能項目を網羅的とりだし、これらのカテゴリー化を改めて試みた(表6)。その結果、表6で\*印(30項目の質問票に含まれている項目)が少ないのは、「救急対応機能」「専門医療相談・困難事例対応機能」「家族支援機能」「教育・啓発機能」であることが明らかになった。地域に

おける認知症医療資源の機能全体をより包括的に評価するためには、これらの機能カテゴリーに含まれる機能項目をさらに追加した質問票を作成し、その妥当性を検討する必要がある。

#### E. 結論

13 の機能カテゴリーに関連する 60 の機能項目を列挙した。これらの機能項目と機能カテゴリーを考慮した質問票を作成し、その妥当性を検討することが今後の課題である。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 参考文献

- 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) 栗田主一, 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.
- 4) 栗田主一, 佐野ゆり, 高松幸生, 野呂雅人, 山下元康, 福島攝, 大橋雅啓: 高齢者虐待と医療の果たすべき役割. 老年精神医学雑誌 19: 1342-1347, 2009
- 5) 栗田主一: 仙台市における取り組み: 認知症疾患医療センター運営事業と認知症対策推進会議. Cognition and Dementia 7: 381-386, 2008.
- 6) 栗田主一: 認知症疾患医療センター運営事業について. 精神保健福祉白書, 2009 年版. (精神障害者社会復帰促進センター・財団法人全国精神障害者家族連合会・精神保健福祉白書編集委員会編). 中央法規, p28, 2008
- 7) 栗田主一, 赤羽隆樹, 印部亮介, ほか: 認知症疾患に対する統合的救急医療モデルに関する研究. 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 (主任研究者黒澤尚) 総括・分担報告書. 135-156, 2008.
- 8) 栗田主一: オピニオン・認知症疾患医療センターをめぐって. 老人性認知症疾患センターの立場から. 精神医学, 50:738-741, 2008.
- 9) 栗田主一: 高齢者総合機能評価と認知症疾患の鑑別診断を普及させるために. 老年精神医学雑誌 19: 731-734, 2008.
- 10) 栗田主一, 島袋仁, 小泉弥生, 進藤克博, 鬼沢民雄. 認知症の地域連携. 認知症を地域で支える. 日本老年精神医学雑誌. 17: 490-495, 2006.
- 11) 繁田雅弘, 栗田主一, 池田学, 浦上克哉, 植木昭紀, 北村伸, 中村佑, 本間昭: かかりつけ医の認知症疾患鑑別診断技術の向上を目指して. 老年精神医学雑誌 19: 762-766, 2008.
- 12) 瀧野勝弘: 老人性認知症疾患センターの果たしてきた役割. 老年精神医学雑誌 19: 22-28, 2008.
- 13) 笠井洋勇, 古川はるこ, 橋爪敏彦ほか: 老人性認知症センターの 15 年の経過. 老年精神医学雑誌 18 (増刊号): 42-50, 2007.
- 14) 野中博: わが国が目指す認知症医療連携システム. Cognition and Dementia 8: 7-11, 2009.
- 15) 遠藤英俊, 三浦久幸: かかりつけ医とサポート医の役割. Cognition and Dementia 8: 12-15, 2009.
- 16) 長尾毅彦: 神経内科における認知症専門外来の役割と問題点. Cognition and Dementia 8: 16-19, 2009.