

## A. 研究目的

昨年度は、本研究において、旧来の認知症疾患センターが地域の中で求められてきた機能を明らかにするために、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8施設の実態を調査した。その結果、総合病院型認知症疾患センターには、①専門医療相談機能、②鑑別診断機能、③地域連携機能とともに、④BPSD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ことが明らかになった。

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を得るために、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。その結果、①2005年の段階で、認知症有病者数(65歳以上)は205万人であるが、2015年には302万人、2035年には445万人に増加すること、②2015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、最も少ないのは鳥取県、増加率が最も高いのは埼玉県、最も低いのは島根県であり、大都市の認知症高齢者のための医療資源の整備が急務の課題であることを強調した。

それでは、各自治体において、認知症の医療資源を将来にわたって適正に整備していくためには、どのような基準を用いて、医療資源配置の適切性を評価すればよいのであろうか。本研究では、第一に、認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関(「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」)に「求められる機能」と「適正な配置」について、エキスパートの意見を聴取し、昨年度の研究結果を踏まえて、「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」の都道府県別必要設置件数の将来推計値を算出し

た。第二に、特定地域に現存する医療資源において、認知症に対する医療機能の分布を解析し、地域における認知症医療資源分布の現状を総合的に評価するためのツール作成を試みた。

## B. 研究方法

### 研究1

日本老年精神医学会専門医(以下、専門医)843人を対象に、平成19年12月10日～平成20年1月15日に、郵送法による無記名自記式アンケート調査「認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関についての現状調査」(別添1)を実施した。ここでいう「認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関」とは「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」のことを言う。

これまでのわが国の認知症医療の実状を踏まえると、認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関には、概ね2つの形態がイメージされる。1つは、平成元年にスタートした国庫補助金による委託事業で、明確な施設基準をもつ「老人性認知症センター」であり、1つは、明確な施設基準はないが、精神科、神経内科、脳神経外科、老年内科など、さまざまな診療科が、さまざまな機能レベルにおいて、地域において実質的に認知症疾患の鑑別診断機能を担ってきた(「通称」もの忘れ外来)である。但し、「老人性認知症センター」は平成19年3月をもって委託料が廃止になっていることから、本研究の調査時点では、国の委託事業としての「老人性認知症センター」は存在しない。そこで、調査時点ではまだ施設基準が定まっていないが、国の新たな事業としてスタートすることが見込まれていた「認知症疾患医療センター」という名称をあえて用い、この名称からイメージされる医療資源に「求められる機能」と「適正な配置」について専門医の意見を聴取することにした。

専門医療機関に求められる機能につ

いては具体的な 17 項目（自由記載の 1 項目を含む）を例示し、それぞれの医療機関について「求められる」と思われる場合にその項目に○を記入することとした。また、必要設置件数については、「仮に高齢化率を 20%とした場合、現時点で上記の 2 つの専門医療機関の必要設置件数は、人口何万人あたりに 1 件が適切と考えますか」という設問に対する回答として得た。

上記で得られた専門医療機関設置を要する単位人口の 70 パーセント値を代表値として選択し、この数値から 1 件の専門医療機関が管轄すべき、「高齢化率を 20%とした場合の高齢者人口」と「65 歳以上認知症有病率 8%とした場合の認知症高齢者人口」を算出し、昨年度の本研究において算出した認知症高齢者有病者数の都道府県別将来推計値を用いて、「認知症疾患医療センター」および「もの忘れ外来」の必要設置件数の将来推計値を都道府県別に算出した。

#### 研究 2

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」（別添 2）を実施した。認知症に対する医療機能については、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、その中から分担研究者が 30 項目を厳選して質問項目を作成した。

各質問項目別にその機能を有する医療機関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、因子負荷量を考慮して質問項目をカテゴリー化した。

自由記載によって回答された設問については、回答内容をカテゴリー化して列挙し、参考資料に供した。

（倫理面への配慮）本調査は専門医または医師会会員を対象とする医療機関の機能に関するアンケート調査であり、個人情報の問題を含め倫理的な問題は生じない。

### C. 研究結果

#### 研究 1

調査期間中に専門医 255 人（回収率 30.2%）から回答を得た。勤務地の都道府県別にみた回答者数の分布は図 1 の通りである。

「認知症疾患医療センター」および「もの忘れ外来」に対して、想定される 17 の機能について「求められる」と回答された割合（%）を図 2 に示す。専門医の 60%以上が「求められる」と回答した項目を 5 つの機能にカテゴリー化して列挙すると、「もの忘れ外来」には、1) 専門医療相談機能（本人・家族からの認知症の医療・ケアに関する相談の応需）2) 鑑別診断機能（認知症疾患の鑑別診断、頭部 CT や MRI を用いた神経画像診断、高齢者総合機能評価）、3) 地域連携機能の一部（かかりつけ医との連携、地域包括支援センターとの連携）が求められており、「認知症疾患医療センター」には、上記の機能に加えて、3) さらに高度な地域連携機能（行政との連携、多職種チームによる困難事例に対するケースワーク）、4) 周辺症状と身体合併症に対する急性期医療（周辺症状・身体合併症に対する入院医療、精神科救急システムと連携した緊急事例のトリアージ、一般救急システムと連携した緊急事例のトリアージ、自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保）、5) 地域の保健医療福祉関係職に対する研修機能（かかりつけ医の研修、地域包括支援センター職員の研修）が求められていることがわかる（表 1）。

「認知症疾患医療センター」および「もの忘れ外来」の適正な配置を人口あたりで換算した場合の度数分布表を図 3

に示す、それぞれの単位人口の中央値および70パーセンタイル値は表1の通りである。70パーセンタイル値を代表値として選択すると、専門医の70%は、認知症高齢者数8000人につき少なくとも1件の「認知症疾患医療センター」が必要と考え、認知症高齢者数1600人につき少なくとも1件の「もの忘れ外来」が必要と考えていることになる。

この数値と、昨年度の本研究において算出された認知症高齢者数の都道府県別将来推計値(表2)を用いて、「認知症疾患医療センター」および「もの忘れ外来」の都道府県別必要設置件数の将来推計値を算出すると表3,4のようになる。2015年の段階で、「認知症疾患医療センター」および「もの忘れ外来」の必要設置件数が最も多いのは東京都(34件, 171件)であり、最も少ないのは鳥取県(2件, 11件)である。また、2015年の段階で全国には378件の「認知症疾患医療センター」と1890件の「もの忘れ外来」が必要ということになる。

#### 研究2

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%)である。回答が得られた医療機関の医療形態別頻度および地域別頻度は表5,6の通り、標榜診療科別頻度は図4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5)。

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。各機能項目別に見た実施状況の分布は図6の通りである。

これらの機能に関する30の質問項目の回答を、主因子法、プロマックス回転を用いた因子分析を用いて解析した。その結果、固有値を1に設定して7因子が抽出された(表7)。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ー化を行った。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8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(表8)。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9のようになる。「状況に応じて実施する」以上で60%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」と「専門領域の身体合併症外来対応機能」である。これに対して、「BPSD/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。因子相関行列を見ると「鑑別診断機能」は、「BPSD/身体合併症入院対応機能」「BPSD 外来対応機能」と強く関連していた。

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(表10)、日頃感じている認知症医療の課題(表11)についての回答は、回答内容をカテゴリーして表に示した。

#### D. 考察 研究1

本調査の結果、「もの忘れ外来」には、1)専門医療相談機能(本人・家族からの認知症の医療・ケアに関する相談の応需)2)鑑別診断機能(認知症疾患の鑑別診断, 頭部CTやMRIを用いた神経画像診断, 高齢者総合機能評価), 3)地域連携機能の一部(かかりつけ医との連携, 地域包括支援センターとの連携)が求められており、「認知症疾患医療センター」には、上記の機能に加えて、3)さらに高度な地域連携機能(行政との連携, 多職種チームによる困難事例に対するケースワーク), 4)周辺症状と身体合併症に対する急性期医療(周辺症状・身体合併症に対する入院医療, 精神科救急システムと連携した緊急事例のトリアージ), 一般救急システムと連携した緊急事例

のトリアージュ、自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保、5)地域の保健医療福祉関係職に対する研修機能(かかりつけ医の研修、地域包括支援センター職員の研修)が求められていることが明らかとなった。

それぞれの医療資源の必要設置件数は、専門医が考える単位人口の70パーセント値を用いている、認知症高齢者数8000人につき少なくとも1件の「認知症疾患医療センター」、認知症高齢者数1600人につき少なくとも1件の「もの忘れ外来」が必要ということになる。

アンケートの回収率は30%であり、結果の一般化には慎重を要する。しかし、調査対象者は高齢者の精神科医療を専門とする日本老年精神医学会の専門医であり、得られた結果はエキスパート・コンセンサスとしての意義を有するものと考えられる。

今回は、調査時点では明確な設置基準が設けられていない「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」という2つの医療資源について、その名称のみから、その機能を専門医に想定してもらうという方法をとった。この方法は、用語定義の不明確さから、回答者によってイメージされるものに差が生じ、それが調査結果の信頼性に影響を及ぼすという危険性を孕んでいる。しかし、わが国には、認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関として、「老人性認知症センター」<sup>1)3)</sup>と「もの忘れ外来」<sup>4)</sup>という2つの名称の医療資源が、それぞれの地域において一定の役割を果たしてきたという実績がある。ここでは、前者については、調査時点ではまだ施設基準が明確化されていなかった「認知症疾患医療センター」という名称を用いて「求められる機能」と「必要な配置」に関する意見を聴取したが、これによって専門医は従来の老人性認知症センターの施設基準にとらわれることなく、求められる“センター”機能についてより自由に回答でき

たのではないと思われる。

そして、大部分の専門医(60%以上)が、「認知症疾患医療センター」に対しては、自由記載項目を除く16の質問項目すべてに対して「求められる機能」と回答し、「もの忘れ外来」については、6つの質問項目に対してのみ「求められる機能」と回答している。その“差”は、2つの専門医療資源の機能分担を反映するものと考えられることができる。

また、必要設置件数については、本来、その地域の医療ニーズや地域特性を考慮に入れて検討されるべきものではあるが、しかし、政策的な観点からは、現時点での必要設置件数の概数を知ること重要かと思われる。必要設置件数は、1件あたりの医療機関がカバーすべき人口として回答されているが、専門医が回答した単位人口の70パーセント値から算出される必要設置件数は、「最低限でも必要とされる数」の目安とすべきかと思われる。

厚生労働省において現在予定されている認知症疾患医療センターの設置予定件数は全国で150件とされているが、専門医を対象とするアンケート調査の結果を根拠とする必要設置件数は、少なくともその2倍ということになる。この乖離は深刻に受け止める必要がある。

しかし、一方で、これらの専門医療資源の機能を担うことができる医師の絶対数が不足しているという現実がある。医療資源の整備と同時に、医師の育成が不可欠の課題として残されている。

## 研究2

本研究において、現存する医療資源から、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)BPSD/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)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外来対応機能。表8に示した

ように、これらの7つの潜在因子を考慮して、因子負荷量の高い質問項目を選択して質問票を作成することによって、地域における認知症医療資源分布の現状を総合的に評価するためのツールを作成することができる。こうした標準的なツールの作成は、認知症医療資源分布の現状を地域間で比較することを可能とする。また、エキスパートの意見などを基準に設定することによって、その地域の医療資源配置の適切性を評価するためのツールの開発に発展させることができる。

しかし、第2因子にカテゴリー化されている質問項目には、救急医療や終末期医療など、実際には質の異なる機能が混在しているように思われる。また、今回の分析でカテゴリーからもれた2項目や、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も、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機能が含まれているように思われる（認知症デイケア、成年後見制度の申請や鑑定書の記載、虐待事例のケースワークなど）。さらに、研究1において、認知症疾患医療センターに「求められる機能」として、専門医療相談機能、高度な地域連携機能、地域の保健医療福祉介護職の研修機能が掲げられているが、これらの機能は今回の質問項目に盛り込むことができなかった（回収率をあげるために質問項目を30に限定したため）。以上の問題点を考慮に入れて、質問票の改訂版の作成を検討する必要がある。

今回の解析では、因子相関行列（表9）において、「鑑別診断機能」と、「BPSD/身体合併症入院対応機能」「BPSD 外来対応機能」が強く関連していることが明らかになった。「BPSD/身体合併症入院対応機能」をもつ医療資源は極めて少ないが、これらの医療機関には認知症疾患の鑑別診断機能を十分に備えている医療機関が少なくないことを示している。

こうした機能を兼ね備える医療機関は、認知症疾患医療センターの候補となる専門医療機関であろう。

研究1の調査結果からも明らかなように、認知症疾患医療センターには、複合的な問題を抱える認知症高齢者とその家族にとっての「最後の砦」となるような“センター”機能が求められている。そのような機能をもった中核的な医療資源は、他の医療・介護資源（かかりつけ医療機関や地域包括支援センターなど）の機能を支え、それを強化することによって、地域全体の認知症医療・介護の質を高めていくことに貢献するであろう。今後の自治体レベルでの認知症医療資源の整備計画においては、認知症疾患医療センターの候補となる医療機関を把握し、これを強化し、センター化していくための具体策を検討すべきである。

#### E. 結論

- (1) 認知症疾患の鑑別診断機能をもつ専門医療機関（「認知症疾患医療センター」「もの忘れ外来」）に求められる機能と都道府県別必要設置件数を示した。
- (2) 認知症に対する医療機能の潜在因子を考慮することによって、地域における認知症医療資源分布の現状を評価するための質問票を作成することができる

#### 参考文献

- 1) 栗田圭一、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.
- 2) 淵野勝弘：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.
- 3) 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.
- 4) 今井幸充：もの忘れ外来・認知症外来の現況。認知症疾患の治療・介護

システムの中での位置づけ. 老年精神医学雑誌 16: 1337-1343, 2006.

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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
- 4) 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.
- 5) 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: 2008 (印刷中)
- 6) 栗田主一：認知症疾患医療センターの役割と問題点. 認知症医療のインテグレーション—かかりつけ医から福祉へつなぐまで. *Cognition and Dementia* 8: 2009 (印刷中)
- 7) 栗田主一：地域における認知症疾患医療センターの役割. 日本老年医学会雑誌 46, 2009 (印刷中)

##### 2. 学会発表

- 1) 栗田主一：地域における認知症疾患医療センターの役割. 第50回日本老年医学会学術集会. 2008.6.20 (千葉)
- 2) 栗田主一, 赤羽隆樹, 印部亮介, 鶴飼克行, 川勝忍, 橋高一, 木村正之, 佐藤茂樹, 納

富昭人, 水野裕：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. 第23回日本老年精神医学会. 2008.6.27 (神戸市)

本研究成果は、平成20年7月6日付け朝日新聞の1面で報道された。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案取得

なし

##### 3. その他

なし

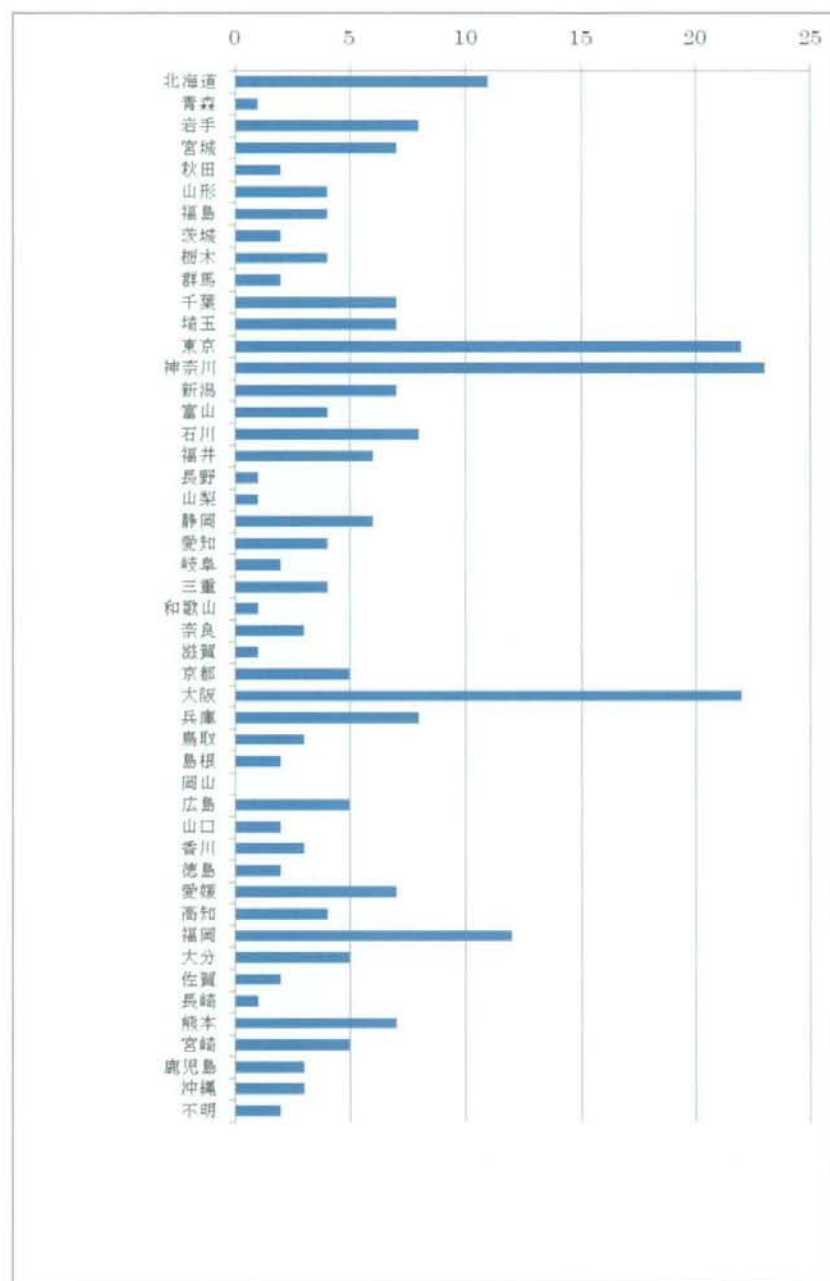


図 1. アンケート調査に回答した日本老年精神医学会専門医の勤務先都道府県別人数 (回答者数の合計 255 人)

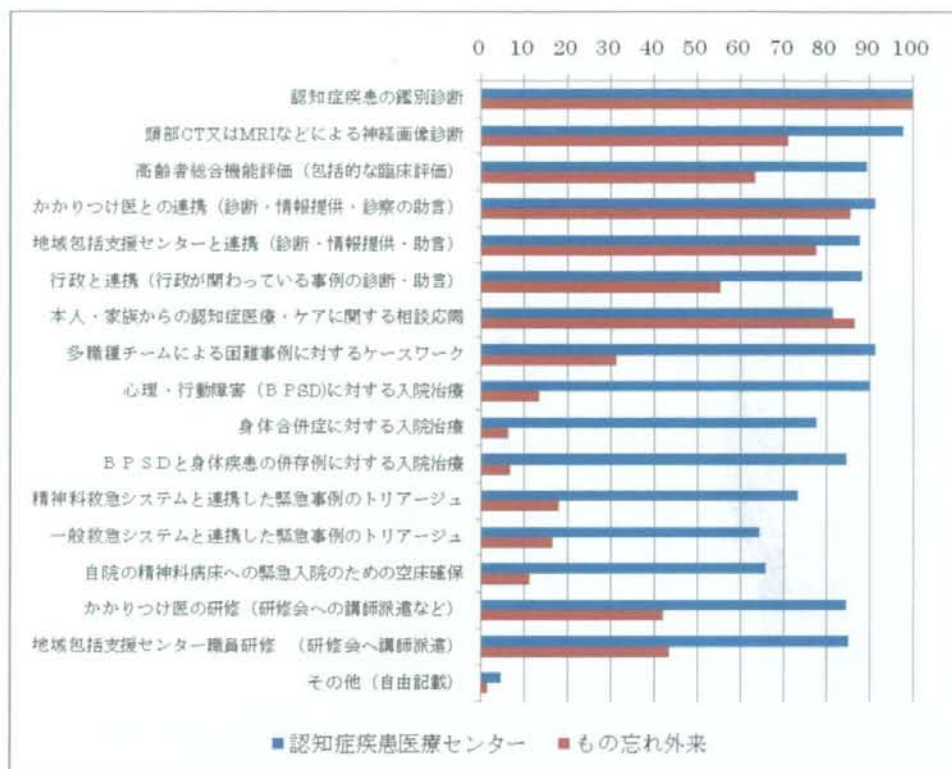
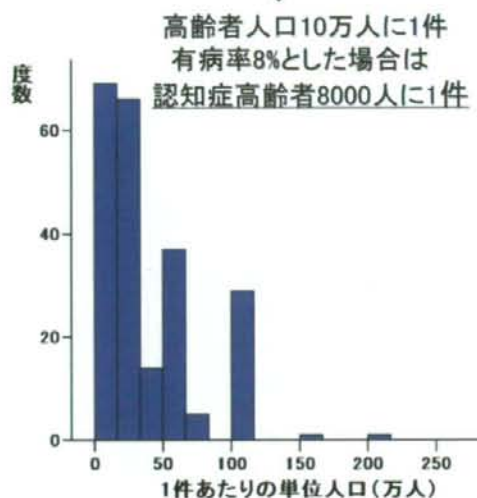


図 2. 「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来に求められる機能」(日本老年精神医学会専門医に対するアンケート調査, N=255)



## 認知症疾患医療センター

中央値 人口30万人に1件  
70パーセンタイル値 50万人に1件



## もの忘れ外来

中央値 人口5万人に1件  
70パーセンタイル値 10万人に1件

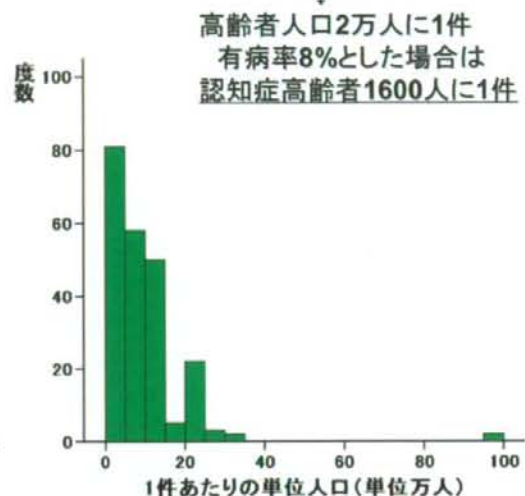


図3. 「認知症疾患医療センター」および「もの忘れ外来」の適正な配置について

表 1. 「認知症疾患医療センター」「もの忘れ外来」に求められる機能<sup>注1)</sup>

認知症疾患医療センター	もの忘れ外来
<p>1) 専門医療相談</p> <p>① 本人・家族からの認知症医療・ケアに関する相談の応需</p> <p>2) 認知症疾患の鑑別診断</p> <p>① 認知症疾患の鑑別診断</p> <p>② 頭部 CT, MRI などによる神経画像診断</p> <p>③ 高齢者総合機能評価</p> <p>3) 地域連携</p> <p>① かかりつけ医との連携(診断・情報提供・診療の助言)</p> <p>② 地域包括支援センターとの連携(診断・情報提供・助言)</p> <p>③ 行政との連携(行政が関わっている事例の診断・助言)</p> <p>④ 多職種チームによる困難事例に対するケースワーク</p> <p>4) 周辺症状・身体合併症に対する急性期医療</p> <p>① 周辺症状・身体合併症に対する入院医療</p> <p>② 精神科救急システムと連携した緊急事例のトリアージ</p> <p>③ 一般救急システムと連携した緊急事例のトリアージ</p> <p>④ 自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保</p> <p>5) 地域の保健医療福祉介護職の研修</p> <p>① かかりつけ医の研修(講師派遣など)</p> <p>② 地域包括支援センター職員研修(講師派遣など)</p>	<p>1) 専門医療相談</p> <p>① 本人・家族からの認知症医療・ケアに関する相談の応需</p> <p>2) 認知症疾患の鑑別診断</p> <p>① 認知症疾患の鑑別診断</p> <p>② 頭部 CT, MRI などによる神経画像診断</p> <p>③ 高齢者総合機能評価</p> <p>3) 地域連携</p> <p>① かかりつけ医との連携(診断・情報提供・診療の助言)</p> <p>② 地域包括支援センターとの連携(診断・情報提供・助言)</p>
<p>適切な配置<sup>注2)</sup></p> <p>1) 中央値を採用した場合</p> <p>① 人口 30 万人に 1 件</p> <p>② 高齢者人口 6 万人に 1 件</p> <p>③ 認知症高齢者有病者数 4800 人に 1 件</p> <p>2) 70 パーセンタイル値を採用した場合</p> <p>① 人口 50 万人に 1 件</p> <p>② 高齢者人口 10 万人に 1 件</p> <p>③ 認知症高齢者有病者数 8000 人に 1 件</p>	<p>適切な配置<sup>注2)</sup></p> <p>1) 中央値を採用した場合</p> <p>① 人口 5 万人に 1 件</p> <p>② 高齢者人口 1 万人に 1 件</p> <p>③ 認知症高齢者有病者数 800 人に 1 件</p> <p>2) 70 パーセンタイル値を採用した場合</p> <p>① 人口 10 万人に 1 件</p> <p>② 高齢者人口 2 万人に 1 件</p> <p>③ 認知症高齢者有病者数 1600 人に 1 件</p>

注 1) 日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査で 60%以上が「必要」と回答した機能

注 2) 「仮に高齢化率 20%とした場合、現時点で上記 2 つの医療機関の必要設置件数は人口何万人あたりに 1 件が適切か」という問いに対する回答から集計。65 歳以上認知症有病率は 8%とした。

表2. 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

表3. 認知症疾患医療センターの都道府県別必要設置件数の将来推計

	認知症疾患医療センターの必要設置件数							増加率	
	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	"2015/2005"	"2035/2005"
北海道	12	15	18	20	22	24	26	1.49	2.16
青森	3	4	5	5	5	6	6	1.44	1.93
岩手	3	4	5	5	6	6	6	1.40	1.73
宮城	5	6	7	8	9	9	10	1.48	2.14
秋田	3	4	4	5	5	5	5	1.37	1.61
山形	3	4	4	5	5	5	5	1.34	1.56
福島	5	6	7	7	8	8	9	1.37	1.76
茨城	6	7	8	10	11	12	13	1.45	2.23
栃木	4	5	6	6	7	8	9	1.43	2.17
群馬	4	5	6	7	8	8	9	1.42	2.02
埼玉	10	13	17	22	26	29	31	1.69	3.08
千葉	10	13	16	20	23	26	28	1.65	2.90
東京	22	28	34	40	46	50	53	1.56	2.43
神奈川	13	18	23	28	32	36	39	1.67	2.88
新潟	6	7	8	9	10	10	11	1.35	1.71
富山	3	3	4	4	5	5	5	1.38	1.82
石川	3	3	4	4	4	5	5	1.39	1.95
福井	2	2	3	3	3	3	4	1.35	1.74
山梨	2	3	3	3	3	4	4	1.36	1.83
長野	6	7	8	8	9	9	10	1.35	1.68
岐阜	4	5	6	7	8	9	9	1.45	2.04
静岡	8	10	12	13	15	16	17	1.48	2.17
愛知	12	15	18	22	25	28	30	1.58	2.55
三重	4	5	6	7	7	8	8	1.43	1.97
滋賀	3	3	4	4	5	5	6	1.46	2.30
京都	5	7	8	9	10	11	11	1.44	2.08
大阪	15	19	24	29	33	36	37	1.61	2.50
兵庫	11	14	16	19	21	24	25	1.52	2.28
奈良	3	3	4	5	6	6	6	1.50	2.27
和歌山	3	3	4	4	4	4	4	1.35	1.69
鳥取	2	2	2	2	2	3	3	1.33	1.64
島根	2	3	3	3	3	3	3	1.29	1.46
岡山	5	6	7	7	8	8	9	1.39	1.86
広島	6	8	9	10	11	12	13	1.41	2.01
山口	4	5	5	6	6	7	7	1.35	1.68
徳島	2	2	3	3	3	3	4	1.36	1.71
香川	3	3	3	4	4	4	5	1.36	1.79
愛媛	4	4	5	6	6	6	7	1.36	1.74
高知	2	3	3	3	3	4	4	1.32	1.57
福岡	10	12	15	17	19	21	22	1.45	2.15
佐賀	2	3	3	3	3	3	4	1.34	1.75
長崎	4	4	5	6	6	6	6	1.36	1.74
熊本	5	6	6	7	7	8	8	1.36	1.74
大分	3	4	4	5	5	5	5	1.37	1.75
宮崎	3	3	4	4	5	5	5	1.40	1.86
鹿児島	5	6	6	7	7	7	8	1.30	1.58
沖縄	2	3	3	4	4	5	5	1.45	2.38
全国	256	315	378	435	483	526	556	1.48	2.17

注) 認知症疾患医療センターの適正な設置件数を認知症高齢者数 8000 人に 1 件として算出

表 4. もの忘れ外来の都道府県別必要設置件数の将来推計

	もの忘れ外来の必要設置件数							増加率	
	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	"2015/2005"	"2035/2005"
北海道	59	74	88	102	112	121	129	1.49	2.16
青森	16	19	23	26	27	29	30	1.44	1.93
岩手	17	21	24	27	28	29	30	1.40	1.73
宮城	23	29	34	39	43	46	50	1.48	2.14
秋田	16	19	21	23	24	24	25	1.37	1.61
山形	16	20	22	23	24	25	26	1.34	1.56
福島	25	30	34	37	39	41	43	1.37	1.76
茨城	29	36	42	48	55	60	65	1.45	2.23
栃木	20	24	28	32	36	39	43	1.43	2.17
群馬	22	26	30	34	38	41	44	1.42	2.02
埼玉	51	66	86	108	129	146	156	1.69	3.08
千葉	48	63	80	98	116	131	140	1.65	2.90
東京	109	138	171	202	228	250	266	1.56	2.43
神奈川	67	88	113	138	161	181	194	1.67	2.88
新潟	31	37	42	46	48	51	53	1.35	1.71
富山	14	17	19	21	23	24	25	1.38	1.82
石川	13	16	18	21	22	25	26	1.39	1.95
福井	10	12	14	15	16	16	18	1.35	1.74
山梨	11	13	14	16	17	18	19	1.36	1.83
長野	29	34	39	42	44	47	48	1.35	1.68
岐阜	22	27	32	36	40	43	45	1.45	2.04
静岡	39	48	58	66	74	80	85	1.48	2.17
愛知	58	73	91	109	125	139	148	1.58	2.55
三重	20	25	29	33	35	38	40	1.43	1.97
滋賀	13	16	19	22	24	27	29	1.46	2.30
京都	27	33	39	45	50	54	57	1.44	2.08
大阪	74	95	119	143	164	179	185	1.61	2.50
兵庫	54	68	82	96	107	118	124	1.52	2.28
奈良	14	17	21	24	28	30	32	1.50	2.27
和歌山	13	15	18	19	21	22	22	1.35	1.69
鳥取	8	10	11	12	12	13	13	1.33	1.64
島根	11	13	15	16	16	16	17	1.29	1.46
岡山	24	28	33	36	39	42	44	1.39	1.86
広島	32	38	45	51	56	61	64	1.41	2.01
山口	20	23	27	29	31	33	34	1.35	1.68
徳島	11	12	14	15	16	17	18	1.36	1.71
香川	13	15	17	19	20	22	23	1.36	1.79
愛媛	19	22	26	28	30	31	33	1.36	1.74
高知	12	13	15	16	17	18	18	1.32	1.57
福岡	51	62	74	85	94	103	110	1.45	2.15
佐賀	11	13	14	16	16	17	19	1.34	1.75
長崎	19	22	25	28	29	31	32	1.36	1.74
熊本	24	28	32	35	37	39	42	1.36	1.74
大分	16	18	21	23	25	26	27	1.37	1.75
宮崎	14	17	20	22	23	25	26	1.40	1.86
鹿児島	24	28	31	33	34	36	38	1.30	1.58
沖縄	11	14	16	19	22	24	27	1.45	2.38
全国	1,279	1,574	1,890	2,175	2,415	2,628	2,780	1.48	2.17

注)もの忘れ外来の適正な設置件数を認知症高齢者数 1600 人に 1 件として算出

表 5. 医療機関の形態

	N		N
診療所	240	有床	18
		無床	219
		無回答	3
病院	29	認知症専門病棟あり	2
		認知症専門病棟なし	27
その他	1		
無回答	5		
合計	275		

表 6. 医療機関の所在地

	N
青葉区	120
宮城野区	36
若林区	34
泉区	43
太白区	12
合計	275

## 標榜診療科名から見た医療資源の分布

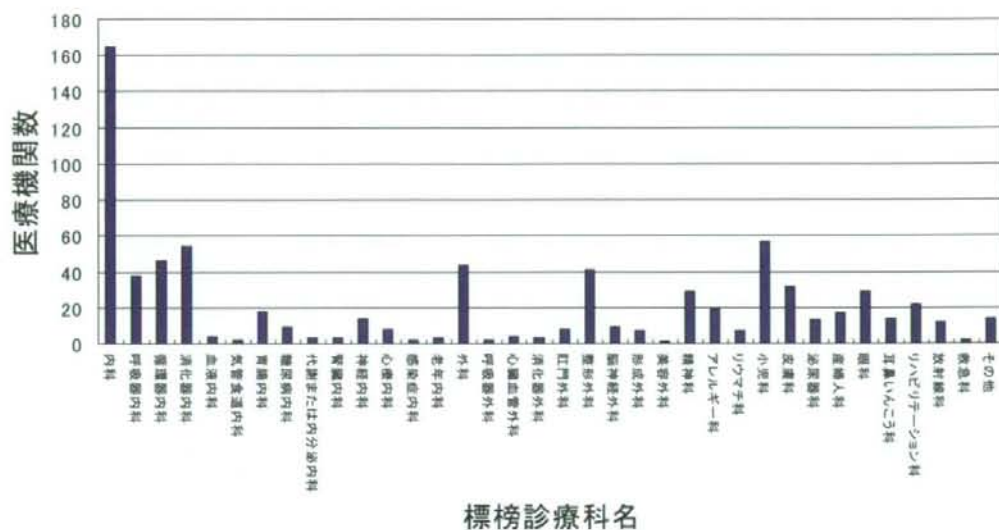


図 4. 調査対象医療機関の標榜診療科名別頻度

貴医療機関で認知症の高齢者を診療することはありますか？

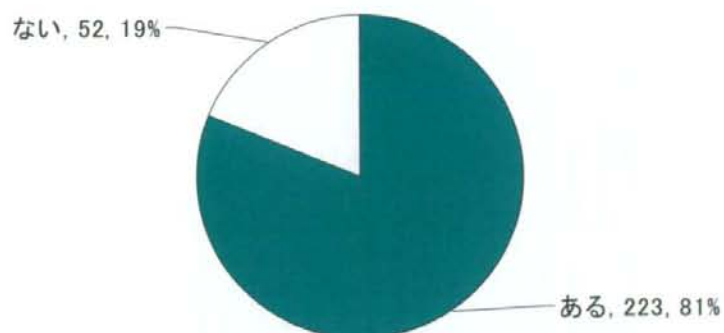


図5. 認知症高齢者に対して何らかの医療サービスを提供する医療機関の頻度



## 認知症医療に関する機能から見た医療資源の分布 (N=275)



図6. 認知症医療の機能からみた医療資源の分布

表7. 認知症の医療機能に関する因子分析の結果(構造行列)

	因子						
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子
f1	.166	.058	.597	.265	.212	.309	-.008
f2	.353	.219	.747	.274	.354	.408	-.122
f3	.235	.179	.668	.270	.187	.203	.226
f4	.021	.066	.217	.194	-.026	.109	.560
f5	.553	.343	.828	.446	.549	.533	-.251
f6	.480	.416	.586	.428	.483	.812	-.181
f7	.492	.370	.627	.459	.500	.833	-.190
f8	.385	.351	.323	.426	.460	.724	-.032
f9	.851	.467	.572	.418	.595	.501	-.276
f10	.860	.469	.516	.376	.597	.365	-.245
f11	.886	.409	.248	.193	.565	.391	-.097
f12	.909	.497	.265	.242	.602	.411	-.152
f13	.824	.418	.347	.230	.540	.425	-.180
f14	.753	.401	.518	.359	.671	.439	-.332
f15	.625	.420	.613	.396	.825	.492	-.257
f16	.670	.465	.491	.395	.929	.520	-.276
f17	.679	.456	.413	.454	.929	.566	-.309
f18	.619	.490	.361	.479	.915	.531	-.261
f19	.198	.089	.367	.791	.238	.274	.035
f20	.340	.148	.264	.822	.499	.427	-.024
f21	.226	.217	.206	.717	.409	.450	-.122
f22	.230	.130	.389	.788	.287	.348	.055
f23	.240	.434	.184	.208	.255	.292	-.240
f24	.469	.886	.207	.135	.430	.354	-.014
f25	.421	.860	.183	.039	.361	.362	.037
f26	.421	.740	.073	.020	.436	.325	-.207
f27	.442	.652	.267	.264	.393	.285	.219
f28	.425	.568	.152	.325	.530	.315	.001
f29	.298	.839	.209	.139	.305	.260	.022
f30	.387	.513	.236	.302	.363	.347	-.247

因子抽出法: 主因子法. 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法を用いた.

表 8. 認知症医療の機能カテゴリー

第 1 因子 鑑別診断機能		因子負荷量
F9	アルツハイマー型認知症の診断	.851
F10	脳血管性認知症の診断	.860
F11	レビー小体型認知症の診断	.886
F12	前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断	.909
F13	上記 9)~12)以外の認知症疾患の診断	.824
F14	認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断	.753
第 2 因子 BPSD/身体合併症の入院対応機能(救急医療や終末期医療を含む)		
F24	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療	.886
F25	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	.860
F26	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	.740
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)	.652
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)	.568
F29	入院による終末期医療	.839
第 3 因子 かかりつけ医機能		
F1	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	.597
F2	介護保険主治医意見書の記載	.747
F3	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療	.668
F5	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬(アリセプト等)の投薬	.828
第 4 因子 往診・訪問診療機能		
F19	往診・訪問診療による身体疾患の治療	.791
F20	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)	.822
F21	施設(グループホーム, 介護老人福祉施設など)への往診・訪問診療	.717
F22	往診・訪問診療による終末期医療	.788
第 5 因子 BPSD に対する外来対応機能		
F15	随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	.825
F16	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	.929
F17	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	.929
F18	せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)	.915
第 6 因子 介護機関との連携機能		
F6	介護支援専門員への助言または連携	.812
F7	地域包括支援センター職員への助言または連携	.833
F8	グループホーム等施設介護者への助言・指導	.724
第 7 因子 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能		
F4	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	.560
その他の機能		
F23	認知症に対するデイケア	
F30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	

認知症医療に関する機能から見た医療資源の分布 (N=275)

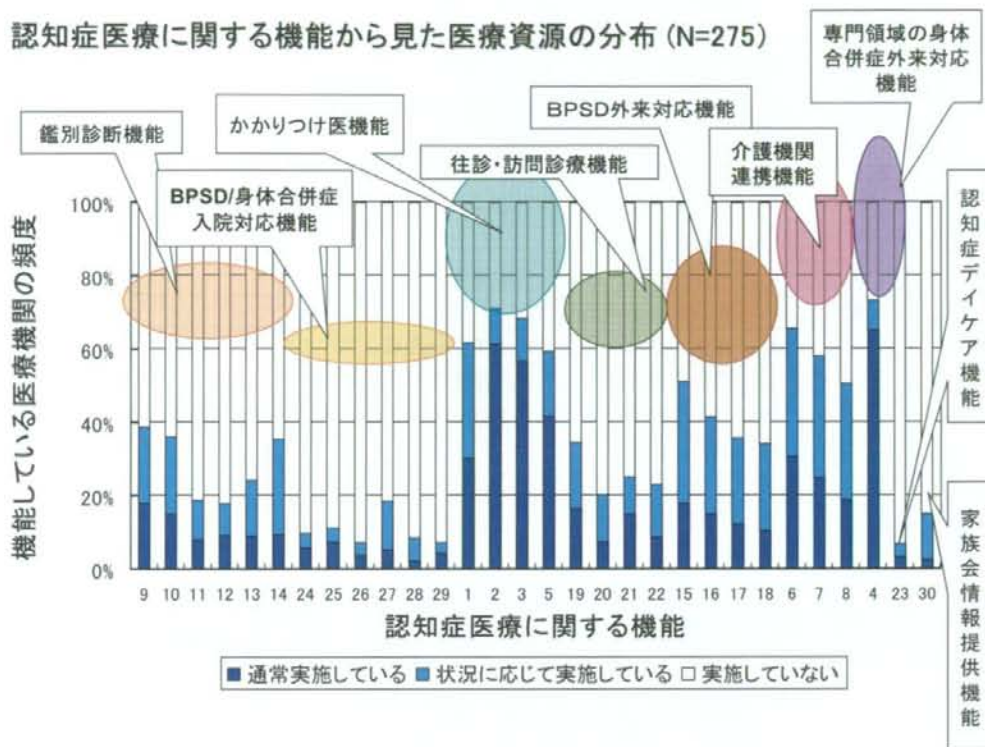


図 7. 認知症医療に関する機能からみた医療資源の分布

表9. 認知症の医療機能に関する因子分析の結果(因子相関行列)

因子	1	2	3	4	5	6	7
1	1.000	.521	.462	.341	.680	.485	-.225
2	.521	1.000	.265	.204	.497	.422	-.052
3	.462	.265	1.000	.426	.423	.474	-.152
4	.341	.204	.426	1.000	.458	.467	-.053
5	.680	.497	.423	.458	1.000	.553	-.273
6	.485	.422	.474	.467	.553	1.000	-.227
7	-.225	-.052	-.152	-.053	-.273	-.227	1.000

因子抽出法: 主因子法, 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法を用いた。