

200922016A

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

認知症の実態把握に向けた総合的研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成22(2010)年 3月

厚生労働科学研究費補助金

認知症対策総合研究事業

認知症の実態把握に向けた総合的研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成22（2010）年 3月

目 次

I. 総括研究報告			
認知症の実態把握に向けた総合的研究	-----	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総合的研究	-----	35	
	東北大学大学院医学系研究科	目黒	謙一
2. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～認知症有病率調査－大府市疫学調査～	-----	37	
	国立長寿医療センター疫学研究部	下方	浩史
3. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～島根県海士町における認知症の有病率調査～	-----	56	
	鳥取大学医学部	中島	健二
4. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～大分県杵築市における認知症有病率調査と介入予防に関する研究～	-----	60	
	福岡大学医学部	山田	達夫
5. 認知症の実態把握に向けた総合的研究	-----	63	
	佐賀大学医学部	山田	茂人
6. 認知症の実態把握に向けた総合的研究	-----	66	
	久留米大学バイオ統計センター	角間	辰之
7. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～医療サービス資源の実態調査～	-----	70	
	医療法人社団翠会和光病院	斎藤	正彦
8. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～診断基準、重症度尺度の確立・専門医に対する調査～	-----	123	
	特定医療法人鵬友会横浜ほうゆう病院	小阪	憲司

9. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～医療サービス資源の実態調査～	-----	126	
			医療法人財団松原愛育会松原病院 松原 三郎
10. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～地域で生活する認知症を抱える本人およびその家族に対する			
差別的処遇に関する実態調査～	-----	153	
			医療法人社団こだま会こだまクリニック 木之下 徹
11. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～地域における認知症医療資源の実態把握に関する研究～	-----	169	
			東京都健康長寿医療センター研究所 栗田 圭一
12. 認知症の実態把握に向けた総合的研究			
～医療機関と介護保険関連機関との連携実態調査票作成の試み～	-----	195	
			認知症介護・研修東京センター 永田 久美子
13. 認知症の実態把握に向けた総合的研究	-----	198	
			新潟大学脳研究所 桑野 良三
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	201	
IV. 研究成果の刊行物・別刷	-----	205	

I. 総括研究報告書

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）

「認知症の実態把握に向けた総合的研究」

総括研究報告書

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

全国の認知症高齢者数の推計、認知症に関する医療サービス資源の現状を明らかにすることを目的に調査を実施した。全国有病率調査については、現時点の進捗状況は、ほぼ予定通りである。今後、参加率の向上を目指し有病率推定の精度を上げるよう努める。具体的には、参加を拒否された個人に対して、書面や電話で重ねて参加を依頼したり、介護保険サービスの機関や入院先の病院等における調査も実施したりする。

認知症に対応する医療機関調査（認知症関連 2 学会の会員）については、55%という比較的高い回答率を得た。注目した 7 つの要素について、いずれも高い実施率であることがわかった。認知症関連 2 学会の会員においては質の高い医療を提供しているものと考えられる。

4 病協と日本慢性期医療協会の会員病院調査の回答率は現時点では 10%と低い。中規模、亜急性から慢性期の患者が主体の病院が主たる回答元であると考えられる。全入院患者数に対する認知症のある入院患者数は約 1 割強であった。全体（含む認知症患者）の平均年齢は 68.3 歳だが、認知症のある患者の平均年齢は 80.2 歳であり、有意に認知症患者の方が高齢であった。在院日数では、全体（含む認知症患者）の在院日数は平均で 337 日、認知症のある患者の在院日数は 375 日だから、認知症患者は 1 割強長い。

自宅から入院する認知症患者が 31.5 名と最大だが、次は他の医療機関からの転院が 28.1 名である。これは医療機関間でかなりの人数が循環していることを示していると考えられる。

退院者数は平均で 63.0 名、死亡退院者数は 12.6 名、死亡以外の退院（含む他施設への移動）は 47.9 名である。行き先では、「自宅へ」、が 18.4 名と最多であった。退院した認知症患者のうち、退院支援をした者が、全体の 1/3 強という事実から退院が容易でない例も少なくないことがわかる。退院支援の結果、大多数（99%）は、受け入れられている。施設のタイプ別にみると、精神科病院が最少であったのは意外な感じを受ける。退院支援に関して、密接な連携のある精神科病院があるとしたものは 25.3%と少なかったことも大きな要因と思われる。なお対応の比較的難しい身体症状の合併が介護保険系施設による受け入れのネックになっていると考えられる。

研究分担者

目黒 謙一	東北大学大学院医学系研究科	教授
下方 浩史	国立長寿医療センター研究所疫学研究部	部長
角間 辰之	久留米大学バイオ統計センター	所長・教授
斎藤 正彦	翠会和光病院	院長
小阪 憲司	横浜ほうゆう病院	院長
松原 三郎	松原病院	理事長
木之下 徹	こだまクリニック	院長
栗田 主一	東京都健康長寿医療センター研究所	研究部長
中島 健二	鳥取大学医学部附属脳幹性疾患研究施設	教授
山田 達夫	福岡大学医学部	教授
山田 茂人	佐賀大学医学部	教授
永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター	研究部副部長
桑野 良三	新潟大学脳研究所	教授

A. 研究目的

わが国においては、今日の認知症の疫学的概要を明らかにできる資料が存在しない。また認知症の医療を支える医療・介護サービス資源に関する大規模な実態調査もこれまでには存在しない。

そこで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）、認知症に関する医療サービス資源の現状を明らかにすることを目的に以下の調査を計画した。

I 全国7ヵ所（宮城県大崎市、茨城県利根町、愛知県大府市、島根県海士町、大分県杵築市、佐賀県伊万里市、新潟県上越市）で、65歳以上住民約6,000名以上を対象として調査する。訪問調査員による1次調査と専門医による2次調査を基本として、MRIによる撮像等も行うことで高い精度の診断と評価を行う。II 認知症専門医における医療サービスの実態、具体的には、①診療の基本機能、②高度な診断能力、③高度な臨床実践を調べる。

III 認知症に対応する医療・福祉機関の機能実態、具体的には①機能、②サービス提供、③情報公開、④関連機関との連携実態、その他を明らかにする。

以上により認知症患者数とその臨床的概要、地域における認知症診療の実態、また専門医の局在と機能の実態、さらに医療と介護サービス供給の現状を明らかにする。得られた調査結果は平成24年の介護保険報酬・診療報酬改定及び第5期介護事業計画（平成24年～）の策定に活用される。

B. 研究方法

I. 全国の認知症患者数の推計（有病率・症状別分布・所在の推計）

「全国各地で、統一された方法で認知症とその前駆状態の有病率を調査する」こと、用いられるテストが現在世界的に進行中の Alzheimer 病の臨床研究組織 Alzheimer Disease Neuroimaging Initiative: ADNI で使われているものに準拠していることを特徴とする。

1) 調査地域

7 地域：宮城県大崎市、茨城県利根町、新潟県上越市、愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、大分県杵築市

2) 対象

7 ヶ所で合計 6,000 名程度を住民基本台帳から抽出して調査候補とし、60%以上の参加率を目指している。65 歳以上 100 歳まで、住民を 5 歳幅の 7 階層に分けて、現在の階層別人口に応じて各年齢層別に調査人数を定めた。これを調査対象の候補として招き調査する。

3) 調査方法

3 段階で行う。第 1 段階は調査員の訪問による予備的調査と家族からの聞き取り、第 2 段階は心理士と医師による面接調査、第 3 段階は MRI 撮像と血液検査等である。用いるテストは今日の世界的スタンダード ADNI で用いられているテスト、また MMSE に準拠する。第 1、2 段階は、原則として平成 21 年度内に終了させる(これは計画通り進行中)が、第 3 段階は 22 年度にまたがる。

第 1 段階：調査員が行う。CDR 面接を含めた 1 次調査員のための講習会の修了者が調査員になる。調査員のリクルートは調査地域における保健師や地域包括支援センターのスタッフなどが行う。用いるテスト：一般的知能：MMSE、うつ症状：GDS、記憶検査：WMSR logical memory、生活全般の機能水準：CDR 面接と IADL (同居家族、もしくは施設のスタッフから聴取)

第 2 段階：専門的にトレーニングされた臨床心理士や医師が行う：神経精神医学的評価。さらに身体診察と一般血液検査とアポリポ蛋白 E 遺伝子検査

第 3 段階：MRI 撮像を希望する者全員に施行する。画像の中央管理は国立精神神経センターの Neuroimaging bank で実施する。以上全ての結果をもとに各種の認知症アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等を診断する。また今後の新規認知症患者数を把握する上で重要と思われる認知症の前駆状態である軽度認知障害 (MCI) にも注目して診断する。こうして得た情報をつくばにて収集し整理する。

次の II、III については、認知症に対応する医療・介護機関の実態を調査して、各種の医療機関と福祉機関における認知症患者の異同、これら機関相互の患者移動の実態を明らかにする目的で行う。

II. 認知症専門医における医療サービスの実態

1) 調査対象：認知症関連 2 学会の会員

2) 調査方法：所在地のエリアは特定できるようにした上でアンケート調査を行い、その専門性レベルを評価する。具体的には、①診療の基本機能、②高度な診断能力、③高度な臨床実践である。ここで用いた調査表を示す。(資料 1)

III. 認知症に対応する医療・福祉機関の機能実態調査

いわゆる 4 病協(日本病院会日本医療法人協会日本精神科病院協会全日本院協会)に対して、施設概要、認知症対応の基本的事項を質問する(資料-2)。また個々の患者

について介護保険の主治医意見書に準拠して作成した評価表によって測定した認知機能、日常生活動作や精神症状・行動異常(BPSD) を評価する(資料-3)。

対象はいわゆる 4 病協、日本慢性期医療協会の会員の中から無作為抽出した 2000 名であり、これら会員に調査票を送った。

C. 研究結果

I. 全国有病率調査

これについては、7 ヲ所(宮城県大崎市、茨城県利根町、愛知県大府市、島根県海士町、大分県杵築市、佐賀県伊万里市、新潟県上越市)で、65 歳以上住民約 6,000 余名を調査対象に調査を開始している。最初に役所や民生委員の会など関連機関との連携体制を確立し、広報や講演会開催による住民への周知徹底は既に全サイトで終了した。この準備を終了させた後に、訪問調査員による 1 次調査と専門医による 2 次調査についても 5 つのサイトで既にスタートしており、現在着実に進行中である。あわせて MRI 撮像と各種の血液検査も行っている。以下に個別の進捗状況を述べる。

1) 栗原市・大崎市

現在、今年度予定の宮城県 2 市(栗原市・大崎市)における調査が、丁度終了した。同意取得者に、MRI 検査、血液検査、CDR 判定、神経心理検査からなるセット検査を施行した。栗原市 3 地区：対象候補の 413 名のうち 163 名から同意取得(39.5%)、20 名(12.3%)が CDR 1+ (認知症) と判定した。大崎市 10 地区：対象 593 名のうち 164 名から同意取得(27.7%)、16 名(9.8%)が CDR 1+ (認知症) と判定している。

2) 利根町

平成 22 年 2 月 19 日をもって会場調査を終了。現時点で 510/877(58%)の参加を得ており、400 名の対象(現時点での参加者の 78%)は、MRI 撮像を済ませた。今後は、承諾を得た対象における介護保険主治医意見書による調査や施設入所や病院入院中の調査対象に戸別訪問を行う予定である。

3) 大府市

自宅訪問調査による第 1 次調査を終えて、461 名のデータを収集した。今後は、認知症が疑われる高齢者への第 2 次調査と、施設入所者への調査を予定している。

4) 海士町

海士町では、日程調整に時間を要したため開始が遅れている。しかし 1 次スクリーニングや MRI 撮影の調整が終了した。チラシとポスターにより町民への周知も行い、現時点では高い参加の意思表示率を得ている。下記の日程で調査を進める予定である。

- ・ 1 次スクリーニング：2 月 22 日～3 月下旬
- ・ MRI 3 月 16 日～5 月上旬
- ・ 2 次調査 4 月～6 月

5) 杵築市

2 地区に分けて調査を実施し、21 年度は第 1 地区での調査を実施した。449 名が

抽出され、そのうち 260 名の調査を行った。1 次調査後の 2 次調査の対象は 111 名であった。2 次調査対象者には、PAS による医師面接、頭部 MRI 検査、血液検査を実施した。66 名が認知症、32 名が MCI と判定された。

6)伊万里市

黒川町全域で候補対象者は 830 名。現在東部地区（175 名）を行っており、2 月 3 日現在 115 名の 1 次調査がすみ、このうちの 48 名が 2 次調査に進み終了しています。2 月末までに東部地区の 1 次調査は終了し、135 名になる予定。この地区での実施率は $135/175=77\%$ となる。

7)上越市

1 次スクリーニングや MRI 撮影の調整が終了した。市民への周知も行い、実際の調査活動開始についても 1 次調査が始まった。

II. 認知症に対応する医療機関調査：認知症関連 2 学会の会員

1)概要

合計 4500 の会員の中から 1300 名を無作為抽出した。選ばれた会員に対して調査票を送ったところ、670 の回答が寄せられた。

2)回答結果(表-1)

(1)基本機能

- 1 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
- 2 介護保険主治医意見書の記載
- 3 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
- 4 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
- 5 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
- 6 高齢者総合機能評価（包括的臨床評価）

<結果>実施しているものとして最多が抗認知症薬（アリセプト等）の投薬、次いで主治医意見書の記載、合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療であり、いずれも 90%を超えている。これに対して、高齢者総合機能評価は 66%程度と低く、認知症専門医療機関への紹介が低いのは調査対象の特性からして当然かもしれない。

(2)診断

- 1 CT または MRI による神経画像診（撮像は他施設でも可）
- 2 SPECT または PET による神経画像診断（同上）
- 3 常勤、非常勤の臨床心理士の雇用
- 4 アルツハイマー型認知症の診断
- 5 脳血管性認知症の診断
- 6 レビー小体型認知症の診断
- 7 前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断
- 8 上記以外の認知症疾患の診断
- 9 認知症、うつ病、せん妄の鑑別診断

<結果>これらのうちの多くは高い割合で実施されている。もっとも SPECT または PET による神経画像診断、臨床心理士の雇用についてはしていないものが

30%以上と例外的に多い。そうは言ってもこの数字は、平均的なところから見ると専門家集団だけに極めて高いものと思われる。

(3)BPSD

- 1 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）
- 2 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）
- 3 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）
- 4 せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）
- 5 随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
- 6 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）

<結果>BPSD に特化した入院治療、救急医療（時間外入院を含む）は、それぞれ70%、60%程度と比較的低いが、臨床現場の感覚としては極めて高い実施率と考えられる。

(4)往診・訪問診療による

- 1 身体疾患の治療
- 2 精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）
- 3 施設（グループホーム、介護老人福祉施設など）での診療
- 4 終末期医療

<結果>これらについては実施していないところが60-70%と過半数を占める。一般医かと著しい相違をなしているのかもしれない。

(5)入院・救急への備え

- 1 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
- 2 貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
- 3 入院による終末期医療
- 4 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）
- 5 心理行動症状（BPSD）と身体疾患の併存例に対する入院治療
- 6 虐待事例の緊急医療の実施
- 7 自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保
- 8 精神科救急システムと連携した緊急事例のトリアージュ
- 9 一般救急システムと連携した緊急事例のトリアージュ

<結果>合併する一般身体疾患に対する入院治療、専門領域の身体疾患に対する入院治療、心理行動症状（BPSD）と身体疾患の併存例に対する入院治療については、70%程度が実施しているが、他の項目については過半数が実施していない。

(6)家族ケアと非薬物療法

- 1 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
- 2 家族または本人の認知症医療や介護に関する相談の応需
- 3 多職種チームによる困難事例に対するケースワーク
- 4 認知リハビリテーション
- 5 認知症に対するデイケア

<結果>医療や介護に関する相談の応需は殆どが実施しているが、他の項目についての実施率は概して低く、とくに認知リハビリテーションは低い。

(7)行政・普及啓発

- 1 かかりつけ医へのサポート（診断・情報提供・助言など）
 - 2 行政が関わっている事例の診断・助言
 - 3 かかりつけ医の研修（研修会への講師派遣など）
 - 4 地域包括支援センター職員の研修（研修会の講師派遣など）
 - 5 成年後見用の診断書・鑑定書の作成
 - 6 虐待事例のケースワーク
 - 7 一般住民向けの講演会への講師派遣
 - 8 認知症予防教室の開催
 - 9 介護支援専門員への助言または連携
 - 10 地域包括支援センター職員への助言または連携
 - 11 グループホーム等施設介護者への助言・指導
- <結果>概してまずまずというべき実施率だが、虐待事例のケースワーク、認知症予防教室の開催などはあまり高くない。

Ⅲ. 認知症に対応する医療・福祉機関の機能実態調査

平成 22 年 2 月 20 日の時点で、返却された総数は 206 であり、10%の回収率に留まっている。下に結果概要をまとめる。

1) 所属病院団体（複数回答可）（図-1）

全日本病院協会が最多の 39.9%、次いで日本精神科病院協会が 30.8%であり、さらに日本病院会(29.3%)、日本医療法人協会と日本慢性期医療協会(16.2%)と続いた。

2) 医療機関の形態（図-2）

病院については、一般病院が 45.5%、次に精神科病院 35.4%、そして療養病床 17.7%で、その他 1%であった。

3) 標榜診療科名（複数回答可）（図-3）

内科が 81.8%と最多、次いでリハビリテーション科 55.1%、整形外科 49.5%、精神科 47.5%、外科 41.4%と続いた。

4) 病床総数

最大で 1182 床、平均で 232 床である。

5) 認知症患者の対応病棟（複数回答可）（図-4）

(1) 一般病床（医療保険）（図-5）

①一般病院

○入院基本料算定病棟

特定機能病院は 0.51%、専門病院は 1.0%、障害者施設等では 6.6%といずれも少なく、これら以外の一般が 43.9%と最多であった。

○特定入院料算定病棟

亜急性期病棟 10.1%、回復期リハビリテーション病棟などが 9.6%と比較的多かったが、特殊疾患病棟では 1.5%、緩和ケア病棟は 1%、救命救急病棟 1%であった。

②有床診療所

有床診療所入院基本料については全くなかった。

(2) 精神病床 (図-6)

① 医療保険

○ 精神科入院基本料算定病棟

特定機能病院は 0.5%と低く、特定機能病院以外は 23.7%であった。

○ 特定入院料算定病棟

認知症病棟 12.6%、精神療養病棟 14.1%と比較的高く、その他の特殊疾患病棟は 1%、精神科救急・合併症病棟はなく、精神科急性期治療病棟が 5.6%、精神科救急病棟は 2.5%であった。

② 介護保険

介護療養型医療施設(認知症疾患型)はなく、経過型介護療養型医療施設(認知症疾患型)も 0.5%と極めて少なかった。

(3) 療養病床 (図-7)

① 医療保険

i) 療養病棟

療養病棟入院基本料算定が 32.3%、回復期リハビリテーション病棟が 9%であった。

ii) 有床診療所

療養病床入院基本料算定はなかった。

② 介護保険

有床診療所(介護療養型医療施設)はなく、介護療養型医療施設(認知症疾患型以外)が 14.7%、経過型介護療養型医療施設(認知症疾患型以外)は 0.5%であった。

6) スタッフ数(常勤換算数は常勤+非常勤) (図-8)

医師数は平均で 21.7 人(2-409)、看護師は 82.4(2-702)、准看護師 24.7(0-156)、薬剤師は 5.5(1-36)、放射線技師は 4.2(0-36)、臨床検査技師は 5.5(0-87)、理学療法士は 6.2(0-77)、作業療法士 4.9(0-69)、言語聴覚士 1.5(0-28.5)、臨床心理士 0.56(0-7.6)、社会福祉士 1.1(0-10)、精神保健福祉士 1.9(0-22)、介護支援専門 0.9(0-11.8)、介護福祉士 5.6(0-74)、その他の介護職 18.5(0-228)

7) 認知症サポート医の有無

「いる」は 22.2%であった。

8) かかりつけ医認知症対応力向上研修への参加者の有無

「いる」は 17.7%であった。

9) 平成 20 年度の認知症患者の入院の有無

「いる」としたところが、93.9%であり、回答が寄せられた大多数の病院には入院患者がいた。

10) 平成 20 年度の全入院患者数と認知症のある入院患者数

全入院患者数 1,549 名 認知症のある入院患者数 133 名

11) 平成 20 年度の入院患者全体と認知症患者の平均の年齢と在院日数

全体(含む認知症患者)の平均年齢は 68.3 歳だが、認知症のある患者の平均年齢は

80.2歳であり、有意に認知症患者の方が高齢である。
全体(含む認知症患者)の在院日数は平均で337日、認知症のある患者の在院日数は375日である。認知症患者は1割強長い。

12)平成20年度に入院認知症患者は、どこからか?(図-9)

自宅からが31.5名と最大で、次に他の医療機関から転院が28.1名、これに老健施設、特養からが続いた。

13)平成20年度に在院した認知症患者に関わる次の人数

(1)退院者の人数

退院者数は平均で63.0名、死亡退院者数は12.6名、死亡以外の退院(含む他施設への移動)は47.9名

(2)退院者の行き先(図-10)

自宅が18.4名と最多であったが、他の医療機関へ転院も12.7名、特養へ5.8名、老健施設へ8.0名

(3)平成21年9月30日になお在院していた方の数は27.8名であった。

14)平成20年度に退院した認知症患者のうち、退院支援をした人数

平均で24.1名だから、退院者の1/3強に支援を必要としていることがわかる。

15)退院支援の結果、他施設や家族から受け入れられた人数

平均で23.9名の受け入れであり、大多数(99%)は、受け入れられている。

16)施設のタイプ別に、受け入れてもらえた人数(図-11)

多い順から、他の医療機関、老健施設、特別養護老人ホームなどへと続くが、意外なことにこの中では精神科病院が最少である。

17)退院支援にもかかわらず受けていただけなかった方の人数

平均で3.7名であるが、そのうち死亡退院が2.6名であり、実質的に受け入れ不能であった者は平均で1名である。

18)退院支援に関して、密接な連携のある精神科病院の有無

あるとしたものは25.3%であった。

19)介護保険系施設からの要請で受け入れたが、改善・安定化後に元の施設から受け入れを断られた経験の有無

「はい」という回答が41.9%、「いいえ」が41.4%であった。そして拒否された人数は平均で2.4名(1-50)であった。

20)元の施設から受け入れられなかった方は最終的な行き先(図-12)

ここでも他の医療機関が最多であるが、在院のまま、老健施設がこれに次ぐ。やはり精神科病院はグループホームとともに最も少ない。

D. 考察

1)全国有病率調査

現時点では調査の進捗状況は、ほぼ予定通りである。もっとも実質的な調査が始まっていないサイトが1つあり、参加率が伸びていないところもある。前者については、

そもそも開始が遅かったことが原因である。もっとも既に基礎準備は終了しており、実質的調査の開始体制は整っている。また後者については、不参加者のうちで介護保険利用者には、当該個人からの承諾を得た上でその情報を介してアプローチするなどの方法を考案している。こうした方法により参加率の向上を目指し有病率推定の精度を上げるよう努力する。

この点とも関係するが、この種の調査のポイントは参加率、とくに心身機能が低下していると推定される方々のそれにある。そこで利根町では、参加を拒否された個人に対しては、書面や電話で重ねて参加を依頼するなど参加率アップの工夫をしてきた。その上で、介護保険サービスの機関や入院先の病院等における調査も依頼した。これにより少なからぬ方々において新たな参加承諾を得ている。

いずれにしても最終的に全体として、60%以上の参加率を得ることを目標にしている。

2) 認知症に対応する医療機関調査：認知症関連 2 学会の会員

55%という比較的高い回答率を得た。注目した 7 つの要素について、いずれも高い実施率であることがわかった。基本機能と診断についてはとくに、その傾向が強い。往診や訪問活動による診療行為の実施率は低いものだろうと予想していたが、30-40%と意外なくらいに高い実施率であった。もっとも行政関係や普及啓発事業関連では高くない。けれども虐待事例のケースワーク、認知症予防教室などを実施しているところが 40-50%という結果は極めて高いものと言える。

以上をまとめると、認知症関連 2 学会の会員においては質の高い医療を提供しているものと考えられる。

3) 4 病協と日本慢性期医療協会の会員病院調査

(1) 概要

回答率は現時点では 10%と低い。病院としての基本的性質として一般病院が 46%、精神科病院が 35%である。標榜診療科目では内科が最多で、リハビリテーション科がこれに続く。病床数の平均は 232 床であるから、中規模、亜急性から慢性期の患者が主体の病院が主たる回答元であると考えられる。

(2) 認知症患者を処遇する病院の特徴

個々の質問への回答から考えると、まず入院基本料算定病棟は、一般病床の中ではまだ認知症対応上頼りにされていることを示唆すると思われる。次に特定入院料の特殊疾患病棟には、かつては相当認知症の方も含まれていたのが大きく減じたと考えられる。

精神科で認知症病棟と精神療養病棟とが高い数字を示しているのは、ここにある程度長期的に認知症患者が入院していることを示唆すると思われる。

介護保険で、認知症疾患方の介護療養型医療施設、経過型介護療養型医療施設認知症疾患型も総数が極めて少ない。

療養病床で、医療保険の療養病床入院基本料が 32.8%、介護保険の認知症以外が 14.7%という結果は、現在の病棟数の比率が 2 対 1 であることを考慮すると、ほぼ同等に認知症患者の病棟として機能していることを意味すると思われる。

以前から、入院患者とくに長期の場合、認知症を合併している割合は相当高いと言われてきた。回復期リハビリテーション病棟は、2 万床あるとも言われるので、

その受け入れが9%占めているというのは、かなり高率で、認知症があってもリハビリテーションを実施しているものと思われる。

(3) 回答内容

認知症サポート医の有無、かかりつけ医認知症対応力向上研修への参加についてはいずれも20%程度であった。大多数の回答機関には認知症患者が在院しており、全入院患者数に対する認知症のある入院患者数は約1割強であった。

平均の年齢については、全体(含む認知症患者)の平均年齢は68.3歳だが、認知症のある患者の平均年齢は80.2歳であり、有意に認知症患者の方が高齢である。在院日数では、全体(含む認知症患者)の在院日数は平均で337日、認知症のある患者の在院日数は375日であるから、認知症患者は1割強長い。

入院認知症患者が、どこから来たかについては、自宅からが31.5名と最大である。次に他の医療機関から転院が28.1名であり、これについては医療機関間でかなりの人数が循環していることを示している。

在院した認知症患者において、退院者数は平均で63.0名、死亡退院者数は12.6名、死亡以外の退院(含む他施設への移動)は47.9名である。行き先では、自宅へが18.4名と最多であり、全退院の30%弱であったことは意外な高さであった。一方で他の医療機関へ転院も12.7名、特養へ5.8名、老健施設へ8.0名と分かれていた。そして在院継続数は27.8名であった。

退院した認知症患者のうち、退院支援をしたのが、全体の1/3強という事実から退院が容易でない例も少なくないことがわかる。退院支援の結果、大多数(99%)は、受け入れられている。施設のタイプ別にみると、他の医療機関、老健施設が多いのは首肯できるが、精神科病院が最少であったのは意外な感じを受ける。退院支援に関して、密接な連携のある精神科病院があるとしたもの25.3%と少なかったことも大きな要因と思われる。なお退院支援にもかかわらず、実質的に受け入れ不能であった者は平均で1名であり、何とかなっているという実態が偲ばれる。

介護保険系施設からの要請で受け入れたが、改善・安定化後に元の施設から受け入れを断られた経験の有の回答が41.9%であった。受け入れられなかった方は最終的な行き先としては、他の医療機関が最多であるが、在院のまま、老健施設がこれに次ぐ。やはり精神科病院はグループホームとともに最も少ない。

この結果は、対応の比較的難しい身体症状の合併が介護保険系施設による受け取りのネックになっていることを示唆すると考えられる。

E. 結論

全国有病率調査の現時点の進捗状況はほぼ予定通りである。医療機関調査(認知症関連2学会の会員)については、55%という比較的高い回答率を得た。注目した7つの要素について、いずれも高い実施率であることがわかった。認知症関連2学会の会員においては質の高い医療を提供しているものと考えられる

4病協と日本慢性期医療協会の会員病院調査の回答から、認知症のある患者の平均年齢は80.2歳であり、一般入院患者より高齢であった。医療機関間で、相当数の認知症患者が循環していると考えられた。

退院支援を要する者が、全体の 1/3 強という事実からは、退院が容易でない例も少なくないとわかる。退院支援の結果、受け入れられた施設のタイプ別では、精神科病院が最少であり、一般病院と精神科病院の連携は十分とは思われない。

対応の比較的難しい身体症状の合併が、医療機関から退院する患者の介護保険系施設による受け入れのネックになっていると考えられる。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- Yamashita F, Sasaki M, Takahashi S, Matsuda H, Kudo K, Narumi S, Terayama Y, Asada T. Detection of changes in cerebrospinal fluid space in idiopathic normal pressure hydrocephalus using voxel-based morphometry. *Neuroradiology* 2009 Oct 22 Epubahead
- Tanaka N, Goto YI, Akanuma J, Kato M, Kinoshita T, Yamashita F, Tanaka M, Asada T. Mitochondrial DNA variants in a Japanese population of patients with Alzheimer's disease. *Mitochondrion* 2010, 10:32-7
- Takahashi S, Mizukami K, Yasuno F, Asada T. Depression associated with dementia with Lewy bodies (DLB) and the effect of somatotherapy. *Psychogeriatrics* 2009, 9:56-61.
- Mizukami K, Homma T, Aonuma K, Kinoshita T, Kosaka K, Asada T. Decreased ventilatory response to hypercapnia in dementia with Lewy bodies. *Ann neurol* 2009;65:614-617.
- Inoue K, Tanaka N, Yamashita F, sawano Y, Asada T, Goto Y. The P86L common allele of CALHM1 does not influence risk for Alzheimer disease in Japanese cohorts. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2009 Aug 4 [Epub ahead]
- Fukumoto N, Fujita T, Combarros O, Kamboh MI, Tsai SJ, Matsushita S, Nacmias B, Comings DE, Arboleda H, Ingelsson M, Hyman BT, Akatsu H, Grupe A, Nishimura AL, Zataz M, Mattila KM, Rinne J, Goto YI, Asada T, Nakamura S, Kunugi H. Sexually dimorphic effect of the Val66Met polymorphism of BDNF on susceptibility to Alzheimer's disease: New data and meta-analysis. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2009 Jun 5 [Epub ahead]
- Ota M, Nemoto K, sato N, Yamashita F, Asada T. Relationship between white matter changes and cognition in healthy elder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 Jun 10. [Epub ahead of print]
- Ota M, Sato N, Ogawa M, Murata M, Kuno S, Kida J, Asada T. Degeneration of dementia with Lewy bodies measured by diffusion tensor imaging. *NMR Biomed* 2009, 22:280-284.
- Ota M, Sato N, Saitoh Y, Endo F, Murata M, Asada T. Diffusion tensor imaging

in familial spastic paraplegia with mental impairment and thin corpus calosum. Magn Reson Med Sci 2009, 7:163-167.

- Megumi Sasaki, Chiine Kodama, Shin Hidaka, Fumio Yamashita, Toru Kinoshita, Kiyotaka Nemoto, Chiaki Ikejima, Takashi Asada Prevalence of four subtypes of mild cognitive impairment and APOE in a Japanese Community. Int J Geriatr Psychiatry 2009, 24:1119-1126.
- Ikejima C, Yasuno F, Mizukami K, Sasaki M, Tanimukai S, Asada T. Prevalence and causes of early-onset dementia in Japan: a population-based study. Stroke 2009, 40:2709-2714
- Norihiro Takei, Akinori Miyashita, Tamao Tsukie, Hiroyuki Arai, Takashi Asada, Masaki Imagawa, Mikio Shoji, Susumu Higuchi, Katsuya Urakami, Hideo Kimura, Akiyoshi Kakita, Hitoshi Takahashi, Shoji Tsuji, Ichiro Kanazawa, Yasuo Ihara, Shoji Odani, Ryoza Kuwano, and the Japanese Genetic Study Consortium for Alzheimer Disease. Genetic association study on in and around the *APOE* in late-onset Alzheimer disease in Japanese Genomics 2009;93(5):441-8
- Miyamoto M, Kodama C, Kinoshita T, Yamashita F, Hidaka S, Mizukami K, Kakuma T, Asada T. et al. Dementia and mild cognitive impairment among non-responders to a community survey. J Clin Neurosci 2009, 16:270-276.
- Homma a, Imai Y, Tago H, Asada T, Shigeta M, Iwamoto T, Takita M, Arimoto I, Koma H, Takase T, Ohbayashi T. Long-term safety and efficacy of donepezil in patients with severe Alzheimer's disease: Results from a 52-week, open-label, multicenter, extension study in Japan. Dement Geriatr Cogn Disord 27:232-239, 2009
- Hashimoto R, Hirata Y, Asada T, Yamashita F, Nemoto K, Mori T, Moriguchi Y, Kunugi H, Arima K, Ohnishi T. Effect of BDNF and the ApoE polymorphisms on disease progression in preclinical Alzheimer's disease. Gene Brain Behav 2009 8:43-52

2. 学会発表

- 池嶋千秋, 根本清貴, 山下典生, 鏡(児玉)千穂, 木田次朗, 野瀬真由美, 田山雅世, 朝田隆. 地域介入研究の課題と対応: 認知症予防利根プロジェクトから 第29回日本社会精神医学会 松江 2010.2.25-26

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

整理番号	
------	--

認知症患者に対する医療サービス調査

認知症患者に対する下記の医療サービスに関して、先生が勤務されます医療機関の実施状況について該当する記号を○で囲んでください。

- 通常実施しているもの・・・・・・・・・・ a
 状況に応じて実施しているもの・・・・・・・・・・ b
 実施していないもの・・・・・・・・・・ c

基本機能

1	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	a	b	c
2	介護保険主治医意見書の記載	a	b	c
3	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	a	b	c
4	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	a	b	c
5	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	a	b	c
6	高齢者総合機能評価（包括的臨床評価）	a	b	c

診 断

1	CTまたはMRIによる神経画像診（撮像は他施設でも可）	a	b	c
2	SPECTまたはPETによる神経画像診断（同上）	a	b	c
3	常勤、非常勤の臨床心理士の雇用	a	b	c
4	アルツハイマー型認知症の診断	a	b	c
5	脳血管性認知症の診断	a	b	c
6	レビー小体型認知症の診断	a	b	c
7	前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断	a	b	c
8	上記以外の認知症疾患の診断	a	b	c
9	認知症，うつ病，せん妄の鑑別診断	a	b	c

BPSD

1	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）	a	b	c
2	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）	a	b	c
3	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）	a	b	c
4	せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a	b	c
5	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	a	b	c
6	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）	a	b	c

往診・訪問診療による

1	身体疾患の治療	a	b	c
2	精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	a	b	c
3	施設（グループホーム、介護老人福祉施設など）での診療	a	b	c
4	終末期医療	a	b	c

入院・救急への備え

1	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	a	b	c
2	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	a	b	c
3	入院による終末期医療	a	b	c
4	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	a	b	c
5	心理行動症状（BPSD）と身体疾患の併存例に対する入院治療	a	b	c
6	虐待事例の緊急医療の実施	a	b	c
7	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	a	b	c
8	精神科救急システムと連携した緊急事例のトリアージュ	a	b	c
9	一般救急システムと連携した緊急事例のトリアージュ	a	b	c