

の年に比較して少ない)

熱傷に関しては、症例数は少なく、各年毎に減少して、2008年は1症例しか認めなかった。

多発外傷に関しては、2006年から1年間で平均して15例の入院があり2008年が17例と最も多かった。

図5の棒グラフは、在院期間を示す。31日から60日が最多で30%であった。2ヶ月以上の長期長期入院となるケースも18%を占めた。

図6は在院期間において、各年毎の比較をしたものである。全体の傾向と同様に31日から60日が多い傾向があり、次に15から30日が次に多い傾向を示した。

多発外傷と熱傷におけるそれぞれの症例数と平均在院日数は、

2006年；多発外傷15人（平均在院日数；44.8日）

熱傷3人（平均在院日数；118.3日）

2007年；

多発外傷13人（平均在院日数；43日）

熱傷2人（平均在院日数；25.5日）

2008年；

多発外傷17人（平均在院日数；39.8日）

熱傷1人（平均在院日数；44日）

2009年（1月1日から8月31日まで）

多発外傷8人（平均在院日数；25.4日）

熱傷1人（平均在院日数；14日）で

あった。

多発外傷において、平均在院日数が減少してきている傾向があった。

図7の棒グラフは転帰を示す。

72%が転院であった。死亡例は1症例のみであった。

図7・図8は、それぞれ全体の転帰と各年毎の転帰である。退院となるケースが減ってきているのに対して、転院となるケースが増えてきている。同院にて転科となるケースは各年において2例以下であった。

2006年；

多発外傷15人（転帰；退院6人、転院8人、転科1人、死亡0人）、  
熱傷3人（転帰；退院1人、転院2人、転科0人、死亡0人）

2007年；

多発外傷13人（転帰；退院3人、転院10人、転科0人、死亡0人）  
熱傷2人（転帰；退院0人、転院0人、転科1人、死亡1人）

2008年；

多発外傷17人（転帰；退院1人、転院15人、転科1人、死亡0人）  
熱傷1人（転帰；退院0人、転院0人、転科1人、死亡0人）

2009年（1月1日から8月31日まで）

多発外傷8人（転帰；退院0人、転院8人、転科0人、死亡0人）

熱傷1人（転帰；退院0人、転院0人、転科1人、死亡0人）

図9の棒グラフは、入院加療による患者負担額である。

多発外傷においては、5万円以下の症

例数（多発外傷の30%）が最も多かったが、51万円から100万円以下の症例が次に多い結果となった。（多発外傷の15%）

熱傷の症例の入院費の平均が167万円であった。（7例）

多発外傷の入院費の平均が約50万円であった。（53例）

#### D 考察

今回の調査は、入院して加療が行われた症例であり、多発外傷、熱傷の患者は身体的に重篤であり、救命救急センター受診時には、心肺停止状態かもしくは蘇生施行後も回復が望めず入院加療までいたらないケースも多いことも考慮しないとイケない。

多発外傷・熱傷で入院した症例は、比較的男性に多く、若年層の症例が多い傾向であった。これは、高齢化社会を反映して認知症を中心に、精神科において、高齢者の精神疾患患者が増えてきたことと比較すると興味深い結果となった。このことは、精神科診断として、F2の統合失調圏の症例が占める割合が高いこととも関与していることが推測され、比較的自殺手段として既遂しやすい手段である多発外傷（転落外傷を中心とする）や熱傷と関係性が考えられる。（パーソナリティ障害の自殺手段と対比）

また、認知症を中心とするF0圏は認めなかったことは、高齢者の症例が少なかったとも関係しており、高齢者の自殺手段としては、今回は触れなかったが他の手段（急性薬物中毒、縊首な

ど）が選ばれることが多い。

2006年からの多発外傷、熱傷にて入院となった患者数の推移に関しては、熱傷の患者数は年々減少しており、熱傷に関しては、2008年は1症例しか認めなかった。

多発外傷に関しては、1年間で平均して15例から17例認めており特に入院患者数に関しては大きな変化はない。

在院期間は、31日から60日が最も多く、比較的短期間の入院が多い救命救急センターにおいても、他の身体疾患に比較して明らかに長期化する傾向がある。

多発外傷において、平均在院日数が徐々減少してきている傾向があった。これは、転帰とも関係してくるが、総合病院病床が少なくなっているが、退院となるケースが減ってきているのに対して、転院となるケースが増えてきている。北里大学病院に関しては、この期間に精神病床を有する総合病院が4施設から2施設に減少している。この事に対して、特に2009年は、途中の調査ではあるが、多発外傷の8例全例が転院しており、これは少ない総合病院精神科との連携の関与も関係している。

多発外傷（特に転落外傷）において、重症度の割りに転帰として死亡例が少ないのは、重篤な場合、外来受診時の時点または搬送当日に死亡する場合もあることも多く、それ以外の症例の場合は入院後集中的な身体的加療により、長期的な加療を必要とするが、

生命予後の改善を図れているといえる。その点でも、身体治療後の精神科的加療の充実も必要不可欠である。

多発外傷、熱傷いずれも入院は長期化して、様々な身体的加療が必要となってくるため、多額な医療費も必要となってくる。患者や家族への経済的負担や医療経済的負担も考慮していかないといけない。

#### E 結論

多発外傷、熱傷の患者は他の身体合併症患者より平均在院期間数が多い傾向である。このことは、医療費との関係や、短期間で病床調整をしないといけない救命救急センターにおいても問題となってくる。

しかし、特に多発外傷や熱傷を中心とする身体疾患が受け入れが可能な総合病院精神科は少ない。

そのためにも総合病院精神科病床の存在は重要であり、機能の活用が重要と考えられた。

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

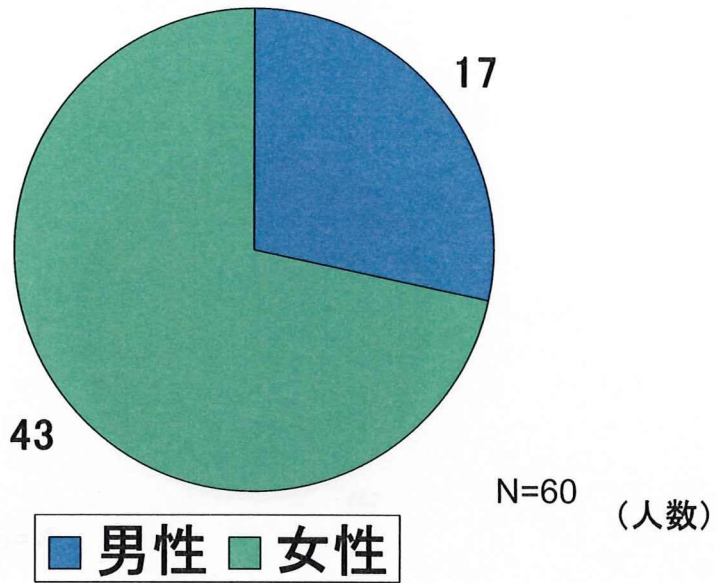
2 実用新案登録

なし

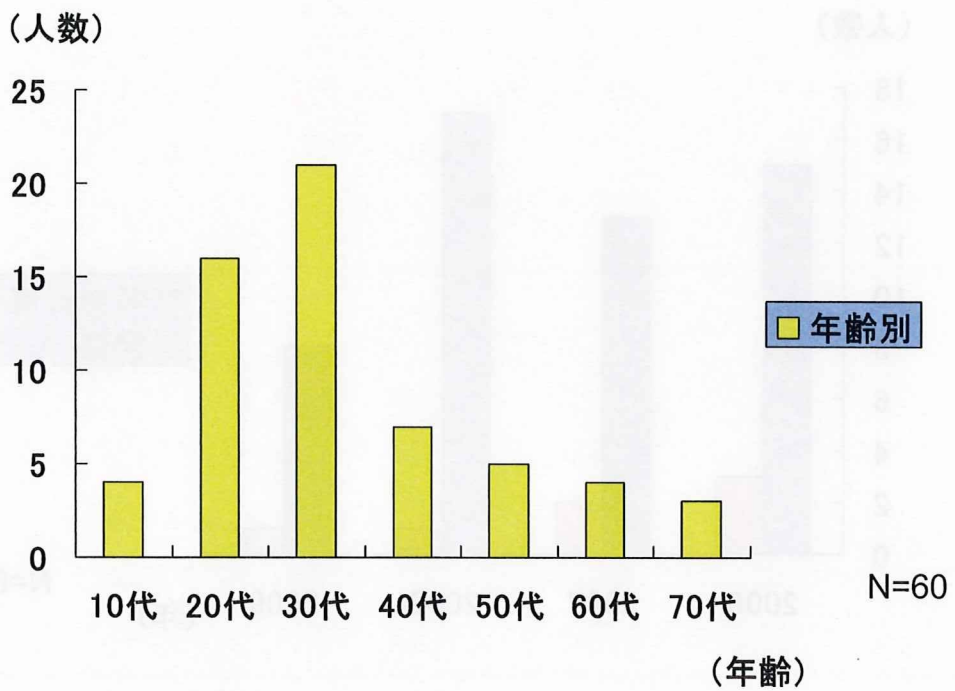
3 その他

なし

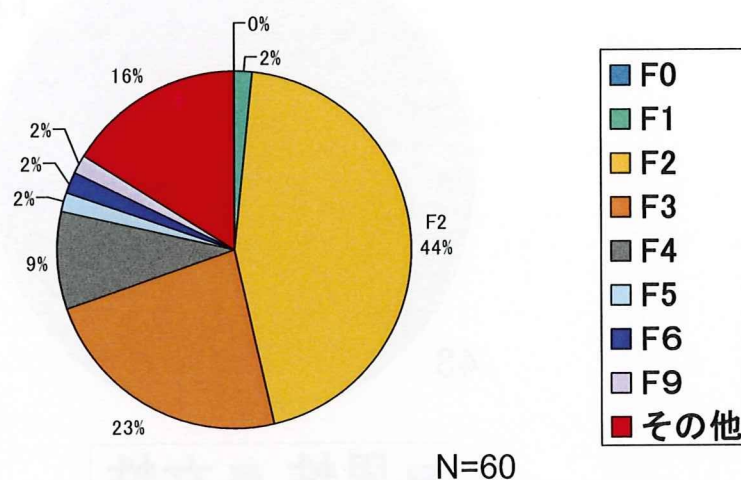
# 図1;性別



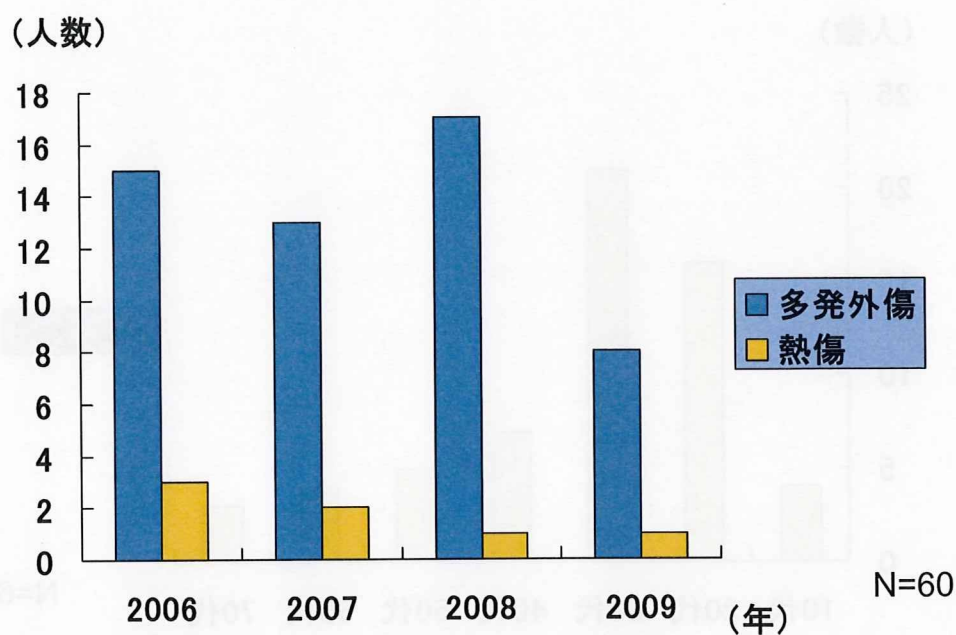
# 図2;年齢



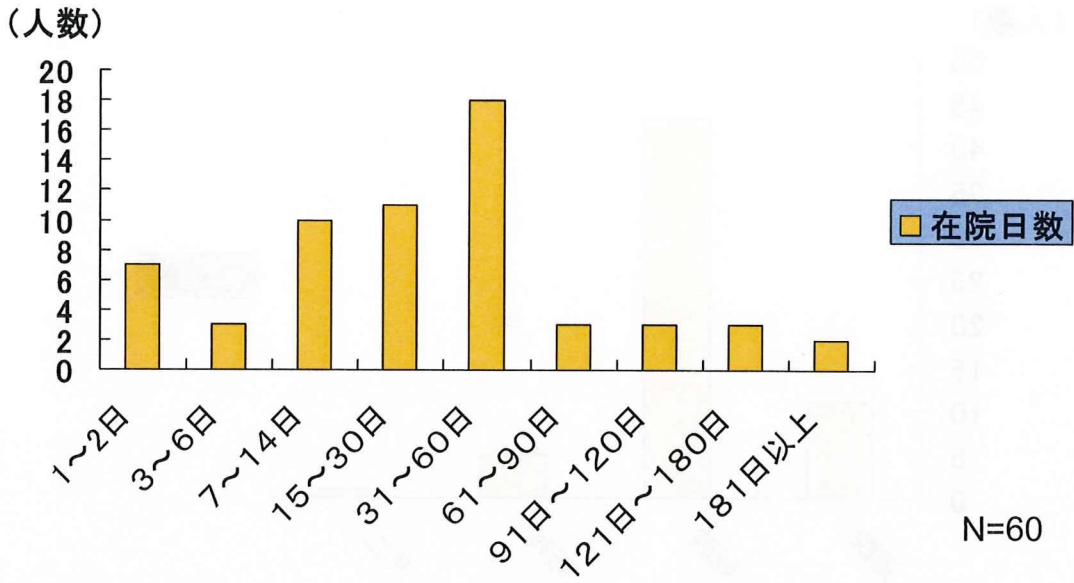
# 図3; 精神科診断名 (ICD-10)



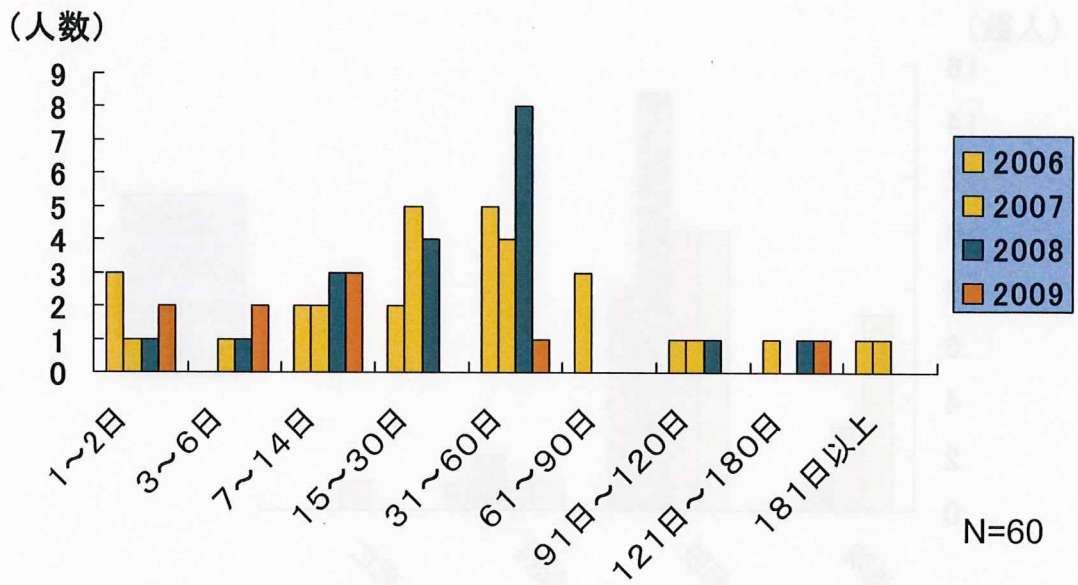
# 図4; 各年毎の多発外傷・熱傷の比較



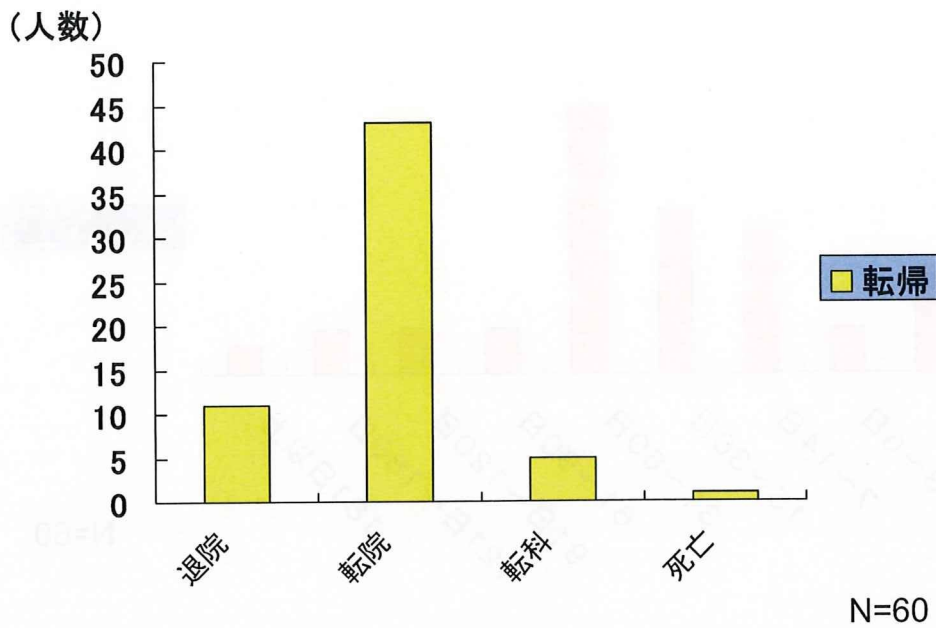
# 図5; 在院日数



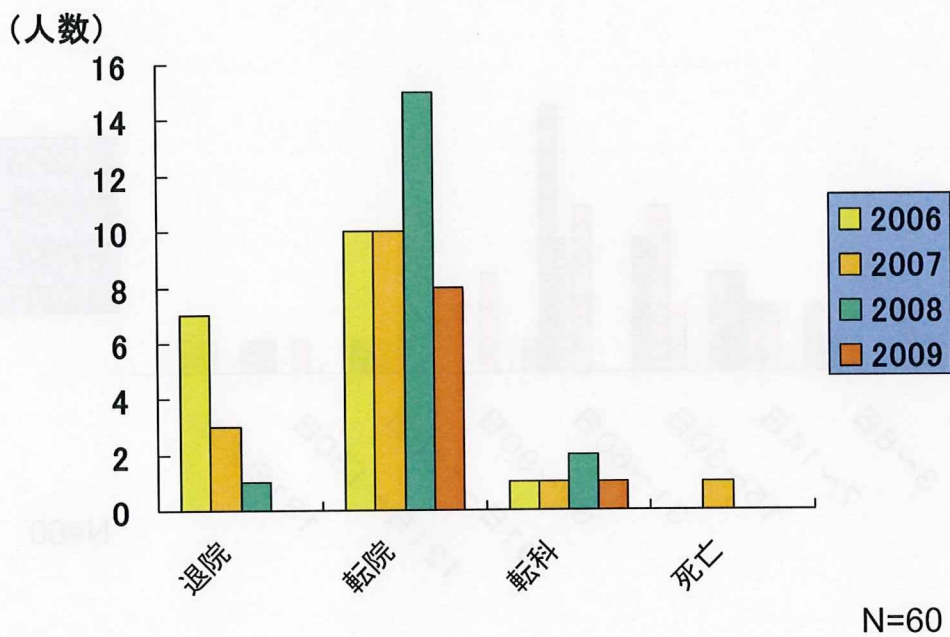
# 図6; 在院日数(各年毎の比較)



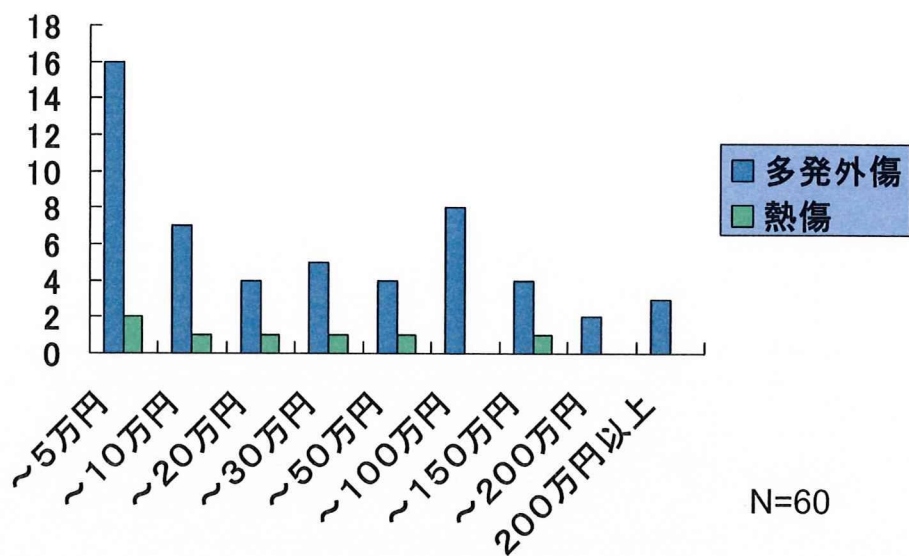
# 図7; 転帰



# 図8; 転帰(各年毎の比較)



# 図9：入院費用(患者負担額)





平成 21 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」  
分担研究報告書  
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

研究要旨

目的：＜研究 1＞地域包括支援センターの認知症関連業務の実態を把握し，地域包括支援センターから見える認知症医療の現状を明らかにする．＜研究 2＞地域医療機関（かかりつけ医等）から見える認知症医療の現状を明らかにする．＜研究 3＞認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し，医療相談室が認知症疾患医療センターの機能に及ぼす影響を検証する．また，認知症疾患医療センターを核とする「統合的な救急医療モデルの構築」という観点から，認知症疾患医療センターの機能向上と効率化に向けて，いかなる課題解決が求められているかを明らかにする．方法：＜研究 1＞地域包括支援センターを対象に「認知症関連業務の実態」と「認知症医療の現状」についてアンケート調査を実施した．＜研究 2＞医師会登録医療機関を対象に，「認知症医療の現状」についてアンケート調査を実施した．＜研究 3＞認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し，臨床指標の推移を追跡した．結果：＜研究 1＞現状において，すべての地域包括支援センターは，認知症高齢者やその家族の相談に応需している（総合相談，医療機関との連携，介護に関する相談・支援，困難事例・虐待・権利擁護に関する相談・支援，普及啓発，地域関係機関との連携・ネットワークづくりなど）．但し，医療機関との連携を「“通常”実施している」と回答できるセンターは半数以下に留まった．「認知症医療の現状」に関する回答内容の質的分析から，認知症のための「専門医療資源の不足」「かかりつけ医機能の不十分さ」がその背景にあることが示唆された．＜研究 2＞「認知症医療の現状」に関する回答内容の質的分析から，「認知症診療の困難性」「専門医療資源の不足」「地域連携体制の不備」を指摘する回答が高頻度に認められた．＜研究 3＞専従の医療相談室設置後，専門医療相談件数は 3.6 倍，鑑別診断・初期対応件数は 1.4 倍，新規入院患者数は 1.4 倍増加し，新患者の平均予約待機日数は 1/4，平均入院日数は 60%に短縮した．入院患者の約 3 割は救命救急センターを入口とする入院であった．一般診療科と比較した認知症疾患医療センターの精神病床における入院患者 1 人あたりの医療収益は，過去 4 年間にわたって一貫して著しく低い（一般診療科の約 0.4）．結論：認知症疾患医療センターを核とする認知症のための統合的救急医療モデルを構築するには以下の条件が必要である．(1) 認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し，院内連携・地域連携を強化した多職種による診療システムを構築する．(2) 認知症のための医療資源整備と地域連携体制整備を含む「地域包括ケアシステムの構築」を推進するための公的事業（例：認知症対策推進会議）を自治体レベルで稼働させる．(3) 身体合併症・周辺症状に対する急性期入院医療を行っている認知症疾患医療センター病棟の看護配置を適正化する

るために、精神病床入院基本料を改訂する。(4) 認知症疾患医療センターの業務を担うことができる医師を育成し、そのような医師を地域に安定的に確保する方策を国家レベルで考案する。

分担研究者 栗田 圭一 (東京都健康長寿医療センター研究所)

研究協力者 佐野 ゆり (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 佐藤 大介 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 野呂 雅人 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 佐藤 泰啓 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 藤原 砂織 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 高橋 ふみ (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 山下 元康 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 福島 攝 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 鈴木 一正 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 櫻田 久美 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 阿部 詔子 (仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター)  
 研究協力者 福本 恵 (仙台市健康福祉局保健衛生部高齢企画課)

#### A. 研究目的

本研究の目的は、「認知症のための統合的救急医療モデル」を構築するための条件を提示することにある。

平成19年度～平成20年度の研究において以下のことを明らかにしてきた。

- (1) 旧来の(総合病院型)認知症疾患センターには、①鑑別診断機能、②専門医療相談機能、③地域連携機能、④身体疾患と周辺症状の併存例に対する救急医療が現実に強く求められており、これに対して一定の役割を果たしてきた。
- (2) 認知症高齢者の数は、2005年～2035年までの間に205万人から約445万人(2.2倍)に増加するものと推計される。しかも、認知症高齢者の増加率の都道府県格差は大きく、関東・近畿などの大都市圏における増加は深刻である。
- (3) 日本老年精神医学会専門医に対するアンケート調査の結果、認知症疾患医療センターには、①専門医療相談機能、

②鑑別診断機能、③地域連携機能(困難事例への対応を含む)、④周辺症状と身体合併症に対する急性期医療、⑤保健医療福祉関係職に対する研修機能が求められていることが明らかになった。また、専門医の70%は、認知症高齢者数8,000人につき、少なくとも1件の認知症疾患医療センターの設置が必要であると考えている(2015年までに全国に378件必要という計算になる)。

- (4) 人口規模100万人の仙台市の医師会登録医療機関に対して、認知症に対して実施されている医療についてアンケート調査を実施した。その結果、認知症に対する医療の機能として、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・身体合併症に対する入院対応機能(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に対する外来対応機能。機能別に医療資源の分布をグラフ化したところ、周辺症状・身体合併症に対する入院対応機能をもつ医療資源が極端に少ない現状が視覚化された。

以上の研究実施経過の中で、平成20年度に、国の新たな事業として、「認知症疾患医療センター運営事業」が創設された。本事業の実施要綱に定められる設置基準、事業内容、目標設置件数、総事業費を要約すると以下の通りである（平成20年度の実施要綱の詳細は資料1を参照）。

(1) 設置基準

- ① 専門医療機関としての機能
- ② 地域連携機能

(2) 事業内容

- ① 専門医療相談機能
- ② 鑑別診断・初期対応機能
- ③ 合併症・周辺症状への急性期対応
- ④ かかりつけ医等への研修会の開催
- ⑤ 認知症疾患医療連携協議会

⑥ 情報発信

(3) 目標設置件数 150

(4) 平成20年度総事業費 1.9億円

また、平成21年度には、実施要綱の一部が改正され、総事業費は1.9億円から5.2億円に増額された。実施要綱改正部分を下記に要約する。

- 専門医療相談が実施できる専門の部門として、「医療相談室」の配置が明記されていること。
- 「専門医療相談が実施できる専門の部署に、常勤専従の精神保健福祉士等が1名以上配置」という文言が、「医療相談室に、精神保健福祉士または保健師等が2名以上配置」とされ、相談員が増員されていること
- 専門医療相談の業務として、地域包括支援センターとの連絡調整業務が特に重視されていること。

- かかりつけ医等への研修会の開催及び認知症疾患医療連携協議会は、自治体ですでに事業化されている事業（例：かかりつけ医の認知症対応力向上研修、認知症対策推進会議など）の一部を担うことでよいとされたこと。

いずれも業務の実際に即した現実的な改訂であり、認知症疾患医療センターの機能の効率化に寄与するものとして高く評価できる。

しかし、それでも、急増する認知症高齢者に対応できる「統合的救急医療モデルの構築」という観点からは、解決されねばならない課題が山積している。本研究では、これまでの当研究の成果と、平成20年度の認知症疾患医療センター運営事業の創設および平成21年度の実施要綱の改訂を踏まえ、「認知症のための統合的救急医療モデルの構築」という観点から、以下の研究を実施した。

<研究1>地域包括支援センターの認知症関連業務の実態を把握し、地域包括支援センターから見える認知症医療の現状を明らかにする。

<研究2>医師会登録医療機関を対象にアンケート調査を行い、地域医療機関（かかりつけ医等）から見える認知症医療の現状を明らかにする。

<研究3>認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し、医療相談室が認知症疾患医療センターの機能に及ぼす影響を検証する。また、「認知症のための統合的な救急医療モデルの構築」という観点から、認知症疾患医療センターの機能向上と効率化に向けて、いかなる課題解決が求められているかを明らかにする。

B. 研究方法

<研究1>仙台市内の地域包括支援センター41カ所を対象に、郵送法による無記

名自記式アンケート調査（資料 2）を実施した。調査期間は平成 21 年 1 月 16 日～平成 21 年 2 月 15 日である。調査の実施にあたって、「地域包括支援センターに求められる認知症関連業務」に関する 30 項目の質問票を、仙台市立病院認知症疾患医療センター、仙台市健康福祉局高齢企画課、仙台市太白区・青葉区障害高齢課に所属する認知症担当保健師より意見を聴取して作成した（表 1）。各質問項目について、①通常実施している、②状況に応じて実施している、③実施していない、の 3 件法で回答を得た。

また、調査票の中に、「認知症の医療について、日頃感じていることを自由にご記入ください」という質問項目を設け、自由記述による回答を得た。回答内容は意味のまとまりごとに分節化し、これを「回答要旨」として項目化した。各項目は、共通する意味のまとまりごとに「コード」を付し、「コード」は意味ごとに「下位カテゴリー」としてまとめ、「下位カテゴリー」は意味ごとに「カテゴリー」としてまとめた。

<研究 2>地域包括支援センターへのアンケート調査とほぼ同時期に、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、郵送法による無記名自記式アンケート調査を実施した。調査期間は平成 20 年 11 月 1 日～平成 20 年 12 月 1 日である。調査項目の中に、「認知症の医療について、日頃感じていることを自由にご記入ください」という質問項目を設け、自由記述による回答を得た。回答内容は意味のまとまりごとに分節化し、これを「回答要旨」として項目化した。各項目は、共通する意味のまとまりごとに「コード」としてまとめ、「コード」は意味ごとに「下位カテゴリー」としてまとめ、「下位カテゴリー」を意味ごとに「カテゴリー」としてまとめた。

<研究 3>仙台市立病院認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し、相談室設置前後の臨床指標の推移を平成 17 年度～平成 20 年度の 4 年間にわたって追跡した。

仙台市立病院は、平成 6 年度に老人性認知症疾患センターの指定を受け、外来および入院において認知症疾患の専門診療に応需してきた。しかし、認知症高齢者の増大に伴い、新患受診者の予約待機日数は平成 19 年 4 月現在で 2 ヶ月を超え、人的・医療経済的・病棟構造的な理由から、認知症患者の緊急対応や困難事例への対応が極めて困難な状況に陥った。こうした状況を克服すべく、平成 19 年 4 月より、仙台市の一般会計予算で、精神科・認知症疾患センター専従の「医療相談室」（保健師 1 名、精神保健福祉士 1 名、ソーシャルワーカー 1 名）を設置し、当センターを受診するすべての初診患者に対して、①診療前医療相談、②受診予約、③初診、④予約検査、⑤診断会議、⑥高齢者総合機能評価、⑦本人家族への説明、⑧治療・ケア方針の選定を、多職種チーム（医師、心理技術者、看護師、精神保健福祉士、保健師）で進めていくシステムを構築した（図 2、資料 3 参照）。また、平成 20 年度からは、国の事業として新たにスタートした認知症疾患医療センターの指定を受け、実施要綱に定められた機能を果たすべく体制整備を進めた。この間に観察した臨床指標は以下の通りである。1) 専門医療相談件数（援助方法別、連携機関別、援助内容別件数）、2) 鑑別診断・初期対応件数（新患受診者数）、3) 新患予約待機日数、4) 新規入院患者数、5) 平均入院期間、6) 入院患者の入院経路および退院先、7) 入院患者 1 人あたりの医療収益。

### C. 研究結果

研究1：調査期間中に38カ所の地域包括支援センターより回答を得た（回収率92.7%）。回答が得られた地域包括支援センターの平均職員数は4.24人、職種別には社会福祉士の配置が最も多かった。保健師、看護師の配置率はともに50%台と低いが、すべての施設において、保健師または看護師のいずれかが配置されていた（表2）。「認知症の方」または「認知症が疑われる方」の本人または家族からの相談はすべての施設で応需されていた。認知症の支援にあたり、頻繁に連絡を取り合う機関は、居宅介護支援事業所・介護支援専門員、かかりつけ医療機関、区役所、民生委員、認知症の専門医療機関の順に多かった（表3）。

地域包括支援センターにおける認知症関連業務の実施状況は図1の通りである（認知症関連業務の各項目については表1を参照）。「総合相談窓口としての機能」「介護に関連する相談・支援機能」「困難事例・権利擁護・虐待に関連する相談・支援機能」「認知症の普及啓発に関する機能」は、概ね8割以上の地域包括支援センターで「通常実施している」または「状況に応じて実施している」と回答された。

「地域関係機関との連携・ネットワークづくりの機能」については、圏域内のグループホーム・小規模多機能型居宅介護施設の運営推進会議への出席、自治会・民生委員・社会福祉協議会など地域関係者による支援体制づくりは比較的広く実施されていたが、圏域内のグループホーム・小規模多機能型居宅介護施設との共同事業、包括ケア会議での認知症をテーマとする話し合いは実施率が低かった。

「医療機関との連携に関する機能」については、概ね8割以上の地域包括支援センターが「状況に応じて実施している」と回答しているが、専門医療機関への紹介以外の項目では、「通常実施している」と回答している施設は5割に達しなかった。また、

「若年性認知症に対する相談・支援機能」を発揮している地域包括支援センターは総じて少なかった。

「認知症の医療について日頃感じていること」についての自由記述による回答をカテゴリー化して表4にまとめた。全体としては専門医療資源の不足を指摘する回答が多く、具体的には、①受診拒否、閉じこもり、独居、周辺症状、病識欠如、疎通困難などのために受診困難な事例に対応できる医療資源が不足していること、②鑑別診断機能をもつ医療資源が不足していること、③入院医療、救急医療、身体合併症医療に対応できる医療資源が不足していることを指摘する回答が目立った（資料4, 5）。また、かかりつけ医機能の不十分さに関する回答は、①診断・説明・助言の不十分さ、②治療的対応の不十分さ、③かかりつけ医と専門医との連携の不十分さを指摘する回答に集約された（資料4, 5）。

<研究2>結果は表5の通りである（回収率36.7%）。最終的に106項目の回答要旨が抽出され、これらは21の下位カテゴリーに分類され、下位カテゴリーは6つのカテゴリーに分類された。回答要旨の頻度をカテゴリー別に見ると、「認知症診療の困難性」に関するものが最も多く、具体的には、①社会的困難事例（独居・老々介護・経済問題・受診拒否など）の対応、②周辺症状対応、③薬物療法、④鑑別診断・初期対応、⑤身体合併症対応、⑥家族対応の困難性が繰り返し指摘された。また、これに次いで、「専門医療資源の不足」に関する回答、すなわち、①鑑別診断・専門医療相談、②入院医療、③身体合併症医療、④救急医療に対応できる医療資源の不足を指摘する回答が多く認められ、「地域連携体制の不備」に関する回答、すなわち、①かかりつけ医・専門医の連携体制の不備、②医療・介護の連携体制の不備、③専門医療機関の予約待機日数が長すぎることを指摘する回

答がこれに続いた。さらに、かかりつけ医、コメディカルスタッフ、家族、専門医、一般住民の「教育・研修の必要性」を指摘する回答や、「介護資源の不足」が医療にも影響を及ぼしていることを指摘する回答も認められた。

研究3：平成17年度～平成20年度までの臨床指標の推移を見ると、専門医療相談の応需件数は、この間に603件（電話307件、面接296件）から2168件（電話1150件、面接924件、訪問21件）と3.6倍増加し（図3,4）、医療機関、介護支援専門員、地域包括支援センター、介護保険事業所、市・区役所と多様な関係機関と連携し（外来患者では地域包括支援センターとの連携が最も多く、入院患者では医療機関との連携が最も多い）（図5）、受診・受療援助、転院・入所援助、介護保険・権利擁護・経済問題など、多彩な援助が行われている（図6）。また、このような相談業務の拡大とともに、新患受診者の鑑別診断・初期対応件数は1.4倍（298件→430件）に増加する一方で（図7）、新患受診者の平均予約待機日数は、平成19年4月～平成21年4月の間に1/4（64.7日→16.2日）に減少し（図8）、新規入院患者数は1.4倍（53人→72人）に増加する一方で（図9）、平均入院日数は平成18年度入院患者～平成20年度入院患者について、73.2日→60.9日→44.9日と約60%に短縮している（図10）。平成20年度入院患者の約3割は救命救急センターを入り口とする入院であるが、退院先の約4割は精神科病院であった（図11）。尚、過去4年間の認知症疾患医療センター病棟（精神病床）の入院患者1人あたりの医療収益は漸増しているものの（平成17年度14,714円→平成20年度16,844円）、一般診療科の医療収益（平成17年度37,156円→平成20年度42,889円）と比較すると、相変わらず著しく低

く抑えられている（平成20年度の認知症疾患医療センターの入院患者1人あたりの医療収益は一般診療科の約0.4）（図12）。

#### D. 考察

本調査の結果、現状ではすべての地域包括支援センターが認知症関連業務（相談と支援）を担い、ほとんどの地域包括支援センターにおいて、総合相談、医療機関との連携、介護に関連する相談・支援、困難事例・権利擁護・虐待に関する相談・支援、地域機関との連携・ネットワークづくり、認知症に関する普及・啓発について、何らかの活動を実践していることが明らかになった。

しかし、医療機関との連携業務については、専門医療機関への紹介以外では「“通常”実施している」と回答できる施設が半数を切っており、例えば、本人・家族の一般医療機関への紹介を「通常実施している」のは30%、専門医療機関の連携担当者との情報交換を「通常実施している」のは30%、かかりつけ医との情報交換を「通常実施している」のは20%程度に留まっていた。地域包括支援センターにおける認知症高齢者のケアの調整や多様な問題の解決には医療との連携が不可欠と考えられるが、それが十分に実践されていない背景には、地域包括支援センター側の問題のみならず、医療側の問題も大きいと思われる。

地域包括支援センターが「認知症の医療について日頃感じていること」の多くが、専門医療資源の不足やかかりつけ医機能の不十分さに関するものであるという本研究の調査結果は、このことを裏付けている。特に、①受診困難事例に対応できる専門医療資源の不足、②鑑別診断機能に対応できる専門医療資源の不足、③入院・救急・身体合併症に対応できる専門医療資源の不足、④かかりつけ医療機関における診

断・説明・助言・治療的対応の不十分さ、⑤かかりつけ医と専門医の連携の不十分さ、を指摘する意見が数多く寄せられたことは注目すべきである。

一方、上記調査の対象となった地域包括支援センターと同一地域で医療を行っている医師会登録医療機関は、今日の認知症医療について、「認知症診療の困難性」を指摘する回答を数多く寄せている。その具体的内容は、①社会的困難事例(独居・老々介護・経済問題・受診拒否など)の対応、②周辺症状対応、③薬物療法、④鑑別診断・初期対応、⑤身体合併症対応、⑥家族対応の困難性である。ここには、一般身体科の機能(かかりつけ医機能)を超える内容も多く含まれているように思われる。すなわち、こうした問題に対応できる専門医療資源の整備が地域医療機関の側からも強く求められているものと考えられるが、現実には、認知症のための「専門医療資源は不足しており」「地域連携もうまくいっていない」という印象が、地域医療機関の側にも根強くあることを本調査の結果は示している。

研究1及び研究2の調査結果が示していることを総括すると、地域には、(1)認知症の鑑別診断、周辺症状対応、身体合併症対応、入院医療、救急医療、困難事例への対応、教育・研修など、認知症の専門医療に関わる高い医療ニーズが存在するが、(2)現実には、このような医療ニーズに対応できる専門医療資源が整備されていず、(3)そのために効果的な地域連携体制を構築することができない、ということかと思われる。

このような問題に対する一つの解決策として提案されたのが、平成20年度よりスタートした認知症疾患医療センター運営事業である。それでは、現実に稼働をはじめた認知症疾患医療センターは、ここで求められている役割をどの程度果た

することができるのか。

平成19年度に専従の医療相談室を設置した仙台市立病院認知症疾患医療センターの平成17年度～平成20年度までの臨床指標の推移を見ると、平成19年度以降に、専門医療相談の応需件数、新患受診者の鑑別診断・初期対応件数、新規入院患者数は大きく増加する一方で、新患受診者の平均予約待機日数や新規入院患者の平均入院日数は短縮していることが明らかにされた。相談室設置後の詳細な臨床指標のデータからは、相談室が、地域連携(特に地域包括支援センター、地域医療機関)及び院内連携(特に救命救急センター)を活発に行うことによって、新患受診者に対する鑑別診断・初期対応、身体合併症・周辺症状をもつ患者の新規入院(特に救命救急センターを入口とする入院)と退院を強力にサポートしている様子が見えてくる。

しかし、それでも、地域包括支援センターや地域医療機関から見れば、人口100万人の仙台市において、認知症のための専門医療資源はまだ不足しており、地域連携体制も不十分な状況にあるということ、研究1および研究2の調査結果は物語っているであろう。

今日の認知症医療の問題は、急速に増えゆく認知症高齢者に対応するための医療資源の「量」の絶対的な不足に由来する部分が多い。昨年度の研究において、認知症疾患医療センターの適正配置は人口30万人～50万人の医療圏に1件であることを示した。認知症のための救急医療体制を確立するためには、何よりもまず、医療資源と地域連携体制の整備が必要である。そのためには、医療資源整備と地域連携体制整備を含む「認知症のための地域包括ケアシステムの構築」を推進するための公的事業(例：認知症対策推進会議)を自治体レベルで稼働させる

必要がある。

また、認知症疾患医療センターを核とする「認知症のための統合的救急医療モデルの構築」を推進するには、認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し、院内連携と地域連携の両機能を強力に発揮することが求められる。具体的には、院内にあっては、救命救急センターを受診する認知症患者に対する救急医療をサポートし、コンサルテーション・リエゾンチームの一員として一般病床に入院する認知症患者に対するケースワークを展開し、一般身体科の看護師を対象に研修会を企画するなどして一般病棟における認知症患者の身体合併症医療受け入れを円滑にすること。地域レベルでは、地域包括支援センターや地域医療機関と連携することによって、新患患者の受診・受療援助、入退院援助を行い、困難事例に対しては地域の中のケアチームの一員としてこれをサポートすること。また、行政と連携して地域包括支援センターの職員研修、地域住民の普及啓発、認知症対策推進会議の企画・運営にも積極的に関与し、「認知症のための地域包括ケアシステムの構築」そのものにも主体的に寄与していくことが求められる。

最後に、認知症疾患医療センターで認知症高齢者の救急医療に対応していくためには、周辺症状・身体合併症の急性期医療に対応できる精神病床が必要であり、そこでは少なくとも急性期の一般病床並みの看護配置の確保が不可欠であることを強調しておく（時間外の緊急入院にも対応する認知症疾患医療センターの病棟には7対1の看護配置を担保する入院基本料の設定が不可欠である）。そして、そのような認知症疾患医療センターの業務を担うことができる医師を育成し、地域に安定的に確保するための方策を国家レベルで考案する必要があるのであることを付け加えておく。

以上の推奨事項をまとめた認知症のための統合的救急医療モデルのシエーマを図13に提示する。

## E: 結論

認知症疾患医療センターを核とする認知症のための統合的救急医療モデルを構築するには以下の条件が必要である。

- (1) 認知症疾患医療センターに専従の医療相談室を設置し、院内連携・地域連携を強化した多職種による診療システムを構築する。
- (2) 認知症のための医療資源整備と地域連携体制整備を含む「地域包括ケアシステムの構築」を推進するための公的事業（例：認知症対策推進会議）を自治体レベルで稼働させる。
- (3) 身体合併症・周辺症状に対する急性期入院医療を行っている認知症疾患医療センター病棟の看護配置を適正化するために、精神病床入院基本料を改訂する。
- (4) 認知症疾患医療センターの業務を担うことができる医師を育成し、そのような医師を地域に安定的に確保する方策を国家レベルで考案する。

## F: 健康危険情報

総括研究報告書を参照。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 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
- 2) 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: 36-42, 2009
- 3) 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, 203-206, 2009
  - 4) 栗田主一, 井上由紀子, 佐野ゆり, 野呂雅人：身体的訴えへの医療連携. 特集：高齢者の身体的心氣的訴え. 老年精神医学雑誌 20:185-189, 2009
  - 5) 栗田主一：IX-1 認知症. 井藤英喜, 大島伸一, 鳥羽研二編：統計でみる高齢者医療. 文光堂, 2009, 東京. P68
  - 6) 栗田主一：認知症疾患医療センターの今後. クリニシャン 583: 1150-1155, 2009.
  - 7) 栗田主一：地域における認知症医療の現状と求められる役割. 日本老年医学雑誌 2010 (印刷中).
  - 8) Awata S: A national health program against dementia in Japan: The Medical Center for Dementia. Psychogeriatrics 2010 (in press).
2. 学会発表
- 1) 栗田主一：BPSD と身体疾患を併せ持つ認知症患者への支援. 第 24 回日本老年精神医学会 (シンポジウム) 2009.6.20 (横浜市)
  - 2) 佐野ゆり, 野呂雅人, 大橋雅啓, 高橋ふみ, 藤原砂織, 山下元康, 福島摂, 鈴木一正, 栗田主一：仙台市立病院認知症疾患医療センターにおける専門医療相談業務の実績と意義. 第 24 回日本老年精神医学会 2009.6.19 (横浜市)
  - 3) 栗田主一：認知症疾患医療センターに期待される精神科医の役割. 第 105 回日本精神神経学会 (精神医学研修コース) 2009.8.21 (神戸市)
  - 4) 櫻田久美, 福島摂, 山下元康, 鈴木一正, 阿部詔子, 石井清, 栗田主一：VSRAD によるアルツハイマー型認知症と軽度認知症障害の識別妥当性.
  - 5) 佐野ゆり, 野呂雅人, 佐藤大介, 佐藤泰啓, 高橋ふみ, 山下元康, 福島摂, 鈴木一正, 栗田主一：仙台市立病院認知症疾患医療センターにおける専門医療相談室の機能について：地域関係機関との連携強化という観点から. 第 10 回日本認知症ケア学会 2009.10.31 (東京)
  - 6) 福本恵, 佐藤彰子, 小川琢也, 石出真実, 鈴木茂樹, 千葉正数, 栗田主一：仙台市認知症対策推進会議の取り組みについて：都市部における認知症地域ケアシステム構築を目指して. 第 10 回日本認知症ケア学会 2009.10.31 (東京)
  - 7) 栗田主一：認知症疾患医療センターの果たす役割. 第 22 回日本総合病院精神医学会 (シンポジウム) 2009.11.28 (大阪市)
  - 8) 高松幸生, 山下元康, 福島摂, 樋口じゅん, 石井清, 栗田主一, 松岡洋夫：錯乱状態のため緊急入院となり, 診断に苦慮した HIV 脳症の一例. 第 22 回日本総合病院精神医学会 2009.11.28 (大阪市)
- 本研究成果の一部は, 平成21年12月20日付の毎日新聞朝刊の第3面に報道された.
- H. 知的財産件の出願・登録状況  
なし.

表 1. 地域包括支援センターに求められる認知症関連業務

A. 総合相談窓口としての機能
1) 認知症高齢者の相談に応じていることをPRする
2) 家族に認知症を病気として捉えられるように伝える
3) 本人または家族に認知症の相談機関を紹介する
4) 本人および自宅の様子を訪問して確認する
B. 医療機関との連携に関連する機能
5) 本人または家族に一般医療機関を紹介する
6) 本人または家族に認知症の専門医療機関を紹介する
7) かかりつけ医に情報を提供する
8) 認知症専門医療機関の連携担当者（ケースワーカー等）と情報交換をする
9) 本人の医療機関受診に際して同行する
10) 入院治療後の退院支援を行う
C. 介護に関連する相談・支援
11) 本人または家族に介護保険申請に関する情報を提供する
12) 本人または家族に介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う
13) 家族に「家族の会」や「家族交流会」についての情報を提供する
14) 在宅介護の具体的な方法についての相談に応じる
D. 困難事例・権利擁護・虐待に関連する相談・支援機能
15) 認知症の精神症状・行動障害（徘徊、妄想など）の対応方法について助言する
16) 権利擁護の諸制度 <sup>注1)</sup> の活用を視野に入れた支援を行う
17) 認知症の困難事例についてケース会議を開催する
18) 支援にあたっては本人（認知症の方）の意向を確認する
19) 高齢者虐待事例に関わる際、認知症の有無について情報を収集する
E. 地域関係機関との連携・ネットワークづくりの機能
20) 自治会、民生委員、社会福祉協議会など地域関係者による支援体制づくりを行う
21) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設の運営推進会議に出席する
22) 圏域内のグループホーム、小規模多機能型居宅介護施設と共同事業を行う
23) 担当圏域の包括ケア会議で認知症をテーマとした話し合いを行う
F. 若年認知症に関する相談・支援機能
24) 若年認知症の方の家族の相談に応じる
25) 若年認知症の方の本人の相談に応じる
26) 若年認知症の方が介護保険サービス利用に至るまでの支援を行う
27) 若年認知症の方が介護保険以外のサービス利用に至るまでの支援を行う
G. 認知症の普及啓発に関する機能
28) リーフレットや広報紙での回覧など認知症に関する普及啓発を行う
29) 地域住民に対して認知症をテーマとする講話や研修会を行う
30) 認知症の普及啓発のための資料を独自で作成している

表2. 地域包括支援センターの職員配置状況

職種	平均職員数	配置されていない施設数	配置率
社会福祉士	1.18	3	92%
主任介護支援専門員	0.95	3	92%
介護支援専門員	0.82	13	66%
保健師	0.56	17	55%
看護師	0.53	18	53%
その他	0.21	30	21%
計	4.24	-	-

表3. 認知症支援にあたり、頻繁に連絡を取り合う機関

関係機関	回答数
居宅介護支援事業所・介護支援専門員	35
かかりつけ医療機関	34
区役所	33
民生委員	30
認知症の専門医療機関	25
グループホーム	14
介護老人保健施設	8
特別養護老人ホーム	8
小規模多機能型居宅介護施設	8
有料老人ホーム	2
認知症の人と家族を支える会	1
養護老人ホーム	0
その他	6

表4. 地域包括支援センターから見た認知症医療の現状

カテゴリー	下位カテゴリー	件数	
専門医療資源の不足	受診困難事例に対応できる医療資源の不足	16	34
	鑑別診断に対応できる医療資源の不足	12	
	入院・救急・身体合併医療に対応できる医療資源の不足	6	
かかりつけ医機能の不十分さ	診断・説明・助言の不十分さ	10	16
	治療的対応の不十分さ	3	
	かかりつけ医と専門医との連携の不十分さ	3	
その他	その他	4	4

仙台市内の地域包括支援センター41箇所を対象、回収率92.7%。「認知症医療について日頃感じていること」という質問に対する自由記述による回答をカテゴリー化した。

表 5. 医師会登録医療機関を対象とする調査：認知症医療について日頃感じていること

カテゴリー	下位カテゴリー	件数	
認知症診療の困難性	社会的困難事例への対応の困難性	13	48
	BPSD 対応の困難性	9	
	薬物療法の困難性	8	
	鑑別診断・初期対応の困難性	7	
	身体合併症対応の困難性	6	
	家族対応の困難性	4	
	継続的評価・治療の困難性	1	
専門医療資源の不足	鑑別診断・専門医療相談等のための医療資源の不足	6	18
	入院医療のための医療資源の不足	6	
	身体合併症に対応できる医療資源の不足	4	
	救急医療に対応できる医療資源の不足	2	
地域連携体制の不備	かかりつけ医・専門医の連携体制の不備	8	15
	医療・介護の連携体制の不備	4	
	専門医療機関の予約待機日数が長すぎる	3	
教育・研修の必要性	かかりつけ医のための研修の必要性	2	8
	コメディカルスタッフの研修の必要性	2	
	家族の教育の必要性	2	
	専門医のための研修の必要性	1	
	一般住民の教育の必要性	1	
介護資源の不足	入所施設の不足等	8	8
その他	その他	9	9

仙台市医師会登録医療機関 750 箇所を対象，回収率 36.7%。自由記述による回答をカテゴリー化した。