

認知症診療の枠組み

栗田 圭一

認知症診療の枠組みについて、その具体的なあり方を検討するために、3つの調査研究を実施した。研究1:「認知症のための医療サービス調査票」を作成して、東京都内の一般診療所の認知症対応力を評価した。①認知症対応力向上研修の「受講医がいる診療所」は、「受講医がいない診療所」よりも、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能が有意に高く、②「認知症サポート医がいる診療所」は、「受講医がいる診療所」よりも、上記の機能のすべてが有意に高い。しかし、③鑑別診断、周辺症状外来対応、地域連携のいずれについても、“通常の診療業務”としてこれを実践できる認知症サポート医は限られている。研究2:全国の認知症疾患医療センターを対象に活動状況を調査した。現在の認知症疾患医療センターは、①1989年に創設された老人性認知症疾患センターと比較して総じて良好な活動状況にあるが、活動水準の施設間格差は大きく、②担当圏域が広すぎるために求められる機能が十分に果たせないと感じている施設も多い。③一般病院に設置されている認知症疾患医療センターの多くが救急部門を受診する認知症患者の身体合併症医療を支援しているが、「基幹型」の指定は受けていない。④精神科病院に入院する認知症患者の入院期間は長期化する傾向がある。研究3:身近型認知症疾患医療センター候補医療機関の予備的調査を行ったところ、入院対応機能は弱い。鑑別診断、周辺症状外来対応、地域連携については高い機能を発揮していることが可視化された。以上の結果から、以下の3つの提言を行った。(1)認知症サポート医は、その数を増やすということだけではなく、実際に認知症疾患の診断や周辺症状への対応能力をもち、地域包括支援センターと連携して、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与する診療所として、その適正数の確保を目標とすべきである。(2)認知症疾患医療センターは、圏域の広さ・人口規模に応じて適正数を配置すべきである。また、市町村と連携し、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステム構築の推進役を担うべきである。救急医療機関における認知症支援体制の整備は、認知症疾患医療センター運営事業とは独立に進める必要がある。(3)認知症支援診療所(仮称)を、認知症疾患の診断、周辺症状の外来対応、地域連携の推進を担う医療資源として、市町村単位の認知症施策の中に位置づけていくことが重要である。

＜索引用語：かかりつけ医、サポート医、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、地域包括ケアシステム＞

はじめに

2009～2012年に実施された朝田らの調査によれば、わが国の認知症高齢者数は2012年の段階で約462万人(65歳以上高齢者人口の約15%)と推計されている¹⁾。認知症は、その特性上、高齢者が暮らす生活圏域の中で、医療のみならず、住ま

い、権利擁護、生活支援、家族介護者支援、保健・予防、介護、リハビリテーションなど、多様な支援を、一体的・継続的に提供することが求められる疾患である。これは地域包括ケアシステムの理念と一致している。わが国の認知症診療の枠組みは、わが国の社会が認知症高齢者500万人時代に

あることを念頭において、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現という文脈の中で構想されなければならない。

I. かかりつけ医

1. 認知症地域医療支援事業

認知症に対する医療サービスの強化をめざして、厚生労働省は、2006年から、「認知症サポート医養成研修事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」によって構成される認知症地域医療支援事業を実施している⁵⁾。

この事業の中で、認知症サポート医は、認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う医師とされており、具体的には、①都道府県・指定市医師会を単位とする、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案、②かかりつけ医の認知症診断などに関する相談役・アドバイザー、他の認知症サポート医との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力が求められている⁶⁾。一方、かかりつけ医は、認知症に関する正しい知識と理解をもち、地域で認知症の人や家族を支援する医師とされており、具体的には、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応、健康管理、③家族の介護負担、不安への理解、④専門医療機関への受診誘導（医療連携）、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携（多職種協働）が求められている⁶⁾。

2. 事業の評価

筆者らは、医療機関における認知症対応力を評価することを目的に、7因子構造28項目からなる「認知症のための医療サービス調査票」を開発した。本調査票には、(1)かかりつけ医機能、(2)鑑別診断機能、(3)周辺症状外来対応機能、(4)周辺症状入院対応機能、(5)身体合併症入院対応機能、(6)在宅医療機能、(7)地域連携機能にかかわる質問項目が含まれている。本調査票を用いて、東京都の診療所1,877施設を対象に、①「研修受講医がいない診療所」(かかりつけ医認知症対

応力向上研修に参加した医師がいない診療所)、②「研修受講医がいる診療所」(かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所、ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く)、③「認知症サポート医がいる診療所」の3群において、認知症対応力を比較した。その結果、「研修受講医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」と比較して、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能が有意に高かった。また、「認知症サポート医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」「研修受講医がいる診療所」のいずれと比較しても、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、身体合併症入院対応機能のすべてで有意に高い水準を示した(図1)⁴⁾。

しかし、それでも、認知症サポート医に求められている「地域連携機能」の平均点は8点満点中の約3点であり、これは、「通常の診療業務」として地域の関係職への助言・指導が行える認知症サポート医に限られていることを示唆している。また、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」の平均点も8点満点中の約4点であり、これらの役割を“通常の診療業務”として実践できる認知症サポート医が一部であることを示唆している。さらに、周辺症状や身体合併症の入院対応機能は、一般診療所には基本的に備わっていないことが改めて確認される⁴⁾。

3. 考 察

厚生労働省のオレンジプランによれば、2012年度末から2017年度末までに、認知症サポート医を2,500人から4,000人に、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業受講者を35,000人から50,000人にする⁷⁾とされている。しかし、現在の認知症サポート医の認知症対応力を考慮すると、その数を単に増やすということではなく、実際に「鑑別診断機能」や「周辺症状外来対応機能」をもち、地域包括支援センターと連携して、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現に積極

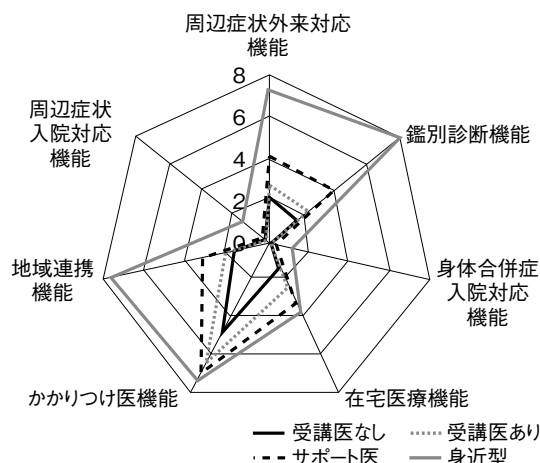


図1 認知症対応力の比較

受講医なし：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいない診療所。受講医あり：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所。ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く。サポート医：認知症サポート医がいる診療所。身近型：身近型認知症疾患医療センター候補医療機関

的に関与できるような“診療所”を、適正数確保する必要があると思われる。

II. 認知症疾患医療センター

1. 認知症疾患医療センター運営事業

認知症疾患医療センターは、2008年に「保健医療・介護機関などと連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施することにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ること」を目的に設置された医療資源である。2010年の実施要綱改定において、専門医療機関としての機能と地域連携機能を担う「地域型」と、これに加えて身体合併症に対する救急医療機関としての機能を担う「基幹型」の2類型が設けられた。2013年4月1日現在、全国に195カ所の認知症疾患医療センター（地域型187カ所、基幹型8カ所）が設置されている。

この事業のあり方を検討する際には、ほぼ同様の国庫補助委託事業が1989年に「老人性認知症疾患センター事業」として創設されていたが、活動

状況の低迷などを背景にして、2006年で廃止になったという経緯があることを記憶にとどめておく必要がある²⁾。

2. 事業の評価

2012年8月7日現在で認知症疾患医療センターに指定されている全国の医療機関172施設（基幹型8施設、地域型164施設）を対象に、認知症疾患医療センターの活動状況を把握するための郵送法によるアンケート調査を実施した³⁾。

118施設より調査票を回収し（回収率68.8%）、このうち2012年4月1日時点で認知症疾患医療センターに指定されている117施設を解析対象とした。対象施設の施設形態を表1、機能別にみた活動状況を表2に示す。

専門医療機関としての機能については、97%の施設が医療相談室を設置しており、92%が常勤専従の精神保健福祉士または保健師を配置しており、1施設あたり年間に平均1,035件（114～8,541件）の相談に応需していた。1施設あたりの年間鑑別診断数は、全疾患で平均318人、認知症関連疾患（MCIを含む）で平均266人、アルツハイマー型認知症（脳血管障害を伴うものを含む）で平均178人であり、診断別割合ではアルツハイマー型認知症が全体の約半数を占め、非認知症疾患、軽度認知障害、血管性認知症の診断がこれに次いだ（図2）。また、認知症関連疾患のうち、院外その他医療機関からの紹介患者数は1施設あたり平均160人、継続医療などを目的に他医療機関へ逆紹介した患者数は平均91人であった。認知症専門診断管理料を算定している医療機関は84%であった。

入院体制については、①周辺症状と身体合併症の入院治療が行える一般病床と精神病床を有している施設が27%、②精神病床を有するが、重篤な身体合併症の入院医療は他の連携医療機関で行う施設が54%、③身体合併症の入院治療を行う一般病床を有するが、周辺症状の入院治療は精神病床のある他の病院と連携している施設が17%であった。1施設あたりの年間の入院患者数は平均

表1 認知症疾患医療センター活動状況調査：対象施設の施設形態

項目	施設数	割合 (%)
病院種別		
一般病院	50	42.7
精神科病院	67	57.3
開設者		
学校法人（国立大学法人を含む）	12	10.3
国（独立行政法人を含む）	3	2.6
都道府県・政令市（地方独立行政法人を含む）	14	12.0
市区町村	7	6.0
公益法人	11	9.4
医療法人	54	46.2
その他	15	12.8
回答なし	1	0.9
精神病床の有無		
精神病床あり	99	84.6
精神病床なし	18	15.4
現有する診療科		
精神科	108	92.3
内科	90	76.9
神経内科	59	50.4
リハビリテーション科	48	41.0
循環器科	45	38.5
放射線科	44	37.6

89人で、2ヵ月以内に退院できる入院患者数の割合は2峰性の分布を示し（図3）、平均は46%、一般病院72%、精神科病院31%であり、精神科病院でその割合は有意に小さかった。

地域連携機能については、平成23年度の1年間に、かかりつけ医を対象とする研修会を実施した医療機関は85施設（73%）、地域包括支援センター職員を対象とする研修会を実施した医療機関は78施設（67%）、認知症疾患医療連携協議会を開催している医療機関は105施設（90%）であった。また、地域のスタッフとのケース会議を開催している施設は97施設（83%）、医療相談室のスタッフが地域包括支援センターなどと連携して認知症患者の自宅を訪問し、助言・指導を行うことがある医療機関は28施設（24%）、他の医療機関や介護施設に訪問して入院・入所中の認知症患者の医療・ケアについて助言・指導を行うことがあるセンターは20施設（17%）であった。

身体合併症に対する救急医療機関としての機能

については、救急医療機関の指定を受けている医療機関が37施設（32%）、医療相談室のチームで、身体合併症のために救急受診する認知症患者の周辺症状対応の支援やケースワークを行っているセンターは52施設（44%）、医療相談室のチームで一般病床に入院する認知症患者の周辺症状対応の支援やケースワークを行っているセンターは52施設（44%）、精神科リエゾンチーム加算を算定しているセンターは10施設（9%）、院内の一般診療科の医師または看護師を対象とする認知症対応力向上や院内連携推進をめざした研修を行っているセンターは54施設（46%）、夜間や休日に周辺症状や身体合併症を有する認知症患者に対応するために空床（精神病床でも一般病床でも可）を確保しているセンターは39施設（33.3%）であった。

1989年に創設された老人性認知症疾患センター事業の活動水準との比較を行うために、2005年度の活動状況調査で使用された基準を用いて現在の認知症疾患医療センターの活動水準を評価し

表2 認知症疾患医療センターの機能別活動状況

項目	施設数または件数	割合 (%)
専門医療機関としての機能		
専門医を配置している (注)	114	97.4
専任または専従の臨床技術者を配置している	101	86.3
医療相談室を設置している	114	97.4
常勤専従の精神保健福祉士または保健師を配置している	108	92.3
相談応需件数 (1 施設あたりの年間平均)		
全相談	1,035	
電話相談	687	
面接相談	297	
訪問相談	7	
その他の相談	11	
検査体制		
血液検査を自施設で実施している	114	97.4
尿検査を自施設で実施している	112	95.7
心電図検査を自施設で実施している	109	93.2
胸部単純 X 線検査を自施設で実施している	107	91.5
神経心理検査を自施設で実施している	113	96.6
頭部 CT 検査を自施設で実施している	113	96.6
頭部 MRI 検査を自施設で実施している	58	49.6
頭部 SPECT 検査を自施設で実施している	38	32.5
年間鑑別診断数 (1 施設あたりの年間平均)		
全疾患	318	
認知症関連疾患	266	
アルツハイマー型認知症	178	
院外からの紹介患者数 (1 施設あたりの年間平均)	160	
院外への逆紹介患者数 (1 施設あたりの年間平均)	91	
認知症専門診断管理料を算定している	98	83.8
認知症関連疾患の新規入院患者数 (1 施設あたりの年間平均)	89	
2 ヶ月以内に退院できる入院患者の割合 (1 施設あたりの年間平均)		45.5
地域連携機能		
かかりつけ医を対象とする研修会を開催する	85	72.6
地域包括支援センターを対象とする研修会を開催する	78	66.7
認知症疾患医療介護連携協議会を開催または参画する	105	89.7
地域スタッフとのケース会議を開催する	97	82.9
自宅への訪問支援を行うことがある	28	23.9
他の医療機関や介護施設への訪問支援を行うことがある	20	17.1
身体合併症に対する救急医療機関としての機能		
救急医療機関としての指定を受けている	37	31.6
医療相談室のチームで救急受診する認知症患者を支援する	52	44.4
医療相談室のチームで一般病床に入院する認知症患者を支援する	52	44.4
精神科リエゾンチーム加算を算定している	10	9.0
院内一般診療科の医師・看護師を対象に研修を実施している	54	46.2
夜間・休日の空床確保を行っている	39	33.3

注) 専門医とは、①日本老年精神医学会専門医または日本認知症学会専門医、②認知症疾患などの専門医療を主たる業務として5年以上の臨床経験を有する医師、のいずれかの条件を満たす医師。

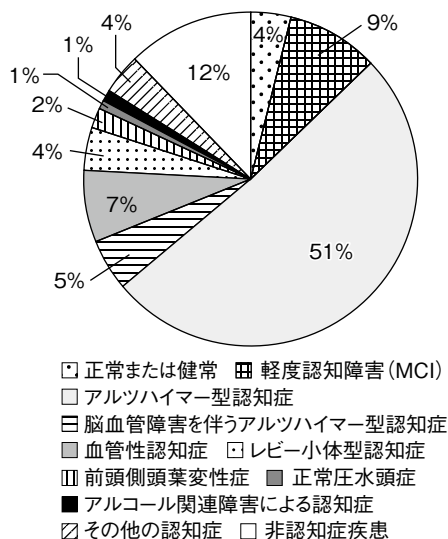


図2 外来新患受診者の診断別割合（認知症疾患医療センター 113 施設における 2012 年 4 月 1 日～2012 年 7 月 31 日の外来新患受診者 11,979 人）

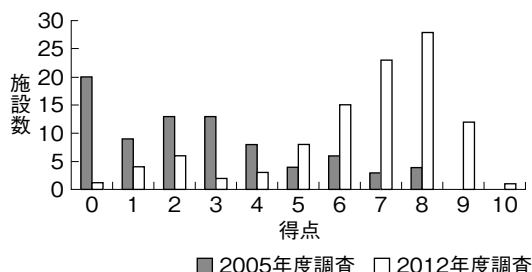


図4 認知症疾患医療センターの活動水準：2005 年度調査と 2012 年度調査の比較

てみると、現在の認知症疾患医療センターは、2005 年当時の老人性認知症疾患センターに比べて明らかに活動水準が高い（図4）。しかし、「現在、課題と感じていること」に関する自由記述の回答をみると、回答があった 65 カ所の認知症疾患医療センターのうち 20 施設（31%）が、“認知症疾患医療センターの配置数が少ない、担当圏域が広すぎる、予約待機日数が長くなっている”といった趣旨の回答を寄せていた（表3）。

3. 考 察

今日の認知症疾患医療センターは、①1989 年に

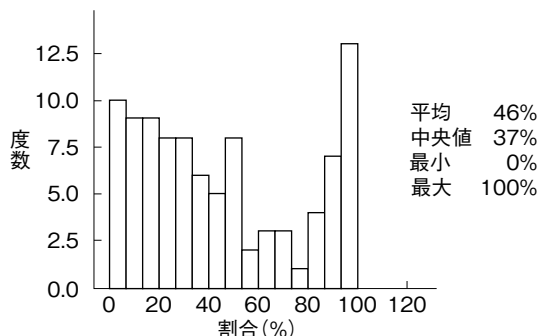


図3 入院後2ヵ月以内に退院する患者の割合（認知症疾患医療センター 96 施設）

創設された老人性認知症疾患センターと比較して総じて良好な活動状況にあるが、活動水準の施設間格差は大きい、②担当圏域が広すぎるために求められる機能が十分に果たせないと感じている施設が少なくない、③一般病院の認知症疾患医療センターの多くが身体合併症の救急・急性期医療を支援しているが、「基幹型」の指定を受けるセンターは少ない、④精神科病院の認知症疾患医療センターの入院期間は長期化する傾向がある。

①については、認知症疾患医療センターの活動水準をモニタリングする指標を定めて、継続的に課題を把握し、改善策を検討していくプロセスが必要である。②については、認知症疾患医療センターの増設（圏域の広さや人口規模に応じた適正配置）が必要である。③については、認知症疾患医療センター運営事業とは独立に、救急医療機関における認知症支援体制の確立が必要である。④については、施設・居住系サービス、住宅施策の拡充とともに、認知症疾患医療センター自体が、市町村と連携して地域包括ケアシステム構築の推進役を担うことが求められる。

Ⅲ. 身近型認知症疾患医療センター候補医療機関

1. 背 景

オレンジプランでは、「身近型」という認知症疾患医療センターの新たな類型を創設し、「基幹型」「地域型」「身近型」を含め、認知症の早期診断を担う医療機関を全国に約 500 カ所（高齢者人口 6

表3 認知症疾患医療センターが課題と感じていること：自由記述による回答で「認知症疾患医療センターの配置数が少ない、担当圏域が広すぎる、予約待機日数が長くなっている」という趣旨の意見

1. 圏域が広すぎて連携が十分にとれない。
2. 広域のためセンターが様々な役割を担うのは限界。
3. 高齢化率が高く、圏域面積も広く、センターを利用するにあたり地理的問題がある。
4. 広域であるため地域包括支援センターや行政との密な連携が図れない。
5. 人口に比してセンターが少ないので期待が過大となる。
6. 各センターの担当市町村が多すぎて全地域をカバーできない。
7. 認知症患者がセンターに集中してしまうため、予約待機日数が長くなる。医療圏（6市）全体をカバーしきれない。
8. 県内に1ヵ所しか設置されていないので、予約待機日数が長い。
9. 待機日数が増加傾向にある。
10. 鑑別診断の予約まで日数がかかる。入院が必要な方を待たせることが多々ある。
11. 予約待ちが2ヵ月と長くなっている。
12. 受診予約から実際の受診までが約2ヵ月かかっている。
13. 相談から受診までの待機時間が長い。
14. 受診までの期間が2〜3ヵ月になっている。待機できる方はよいが、早急に受診希望のケースには全ては対応できない。
15. 高齢者の増加とともに認知症の人も増え、外来・入院ともにスムーズな受け入れが難しくなっている。現在、外来待機状況（2ヵ月）。
16. 新規患者が多く予約待機期間が長期化している。
17. 受診予約から診察日まで待ち期間が長期化している。
18. 認知症の専門外来に対する需要が多く、受診予約してから待機期間がどんどん長くなっている。センターとして一番の課題である。
19. 新患受診の待ち期間が2〜3ヵ月の状況で十分に対応できていない。
20. 外来待ち時間の短縮が課題（相談件数の増加に伴う）。

万人に1ヵ所）整備する方向性が示されている⁷⁾。そこで、筆者らは、「身近型認知症疾患医療センター候補医療機関」として11医療機関を選定し、自記式のアンケート調査と訪問によるヒアリング調査を実施した³⁾。

2. 活動状況の調査結果

「認知症のための医療サービス調査票」を用いて、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関の認知症対応力を評価し、東京都の一般診療所のデータと結合させたレーダーチャートを作成した。その結果、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関は、認知症サポート医がいる医療機関よりも、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」「地域連携機能」が明らかに高く、いずれも“通常の診療業務”として実施しているレベルにあることが可視化された（図1）。

また、認知症疾患医療センター活動状況調査の結果と比較したところ、以下のことが明らかにされた（表4）。

- (1) 人員については、常勤専門医がすべての医療機関で配置されており、臨床心理技術者の非常勤を含めた配置数は認知症疾患医療センターと同等であった。ほとんどの医療機関が相談のための部署を設置しており、相談には、精神保健福祉士、保健師、看護師、作業療法士が対応していた。
- (2) 検査については、認知症疾患医療センターと比較すると、心電図検査や胸部単純X線検査の自施設実施率は低く、神経画像検査は通常連携施設で実施していた。
- (3) 鑑別診断については、年平均の診断数が全疾患で386人、認知症関連疾患で215人であり、認知症疾患医療センターの実績と大きく変わらなかった。紹介・逆紹介の患者数は認知症疾患医療センターの1/2強で、認知症患者が紹介なしで受診し、そのまま継続医療が行われる場合が多いことが示唆された。
- (4) 入院については、周辺症状や身体合併症の入院治療を自施設では対応できない状況にあり、他施設の一般病床や精神病床に紹介するか、介護施設などへ入所の上、往診で対応するという方法がとられていた。
- (5) 地域連携については、ケース会議の実施率は認知症疾患医療センターとほぼ同等であり、認知症疾患医療連携協議会の参加は認知症疾

表4 身近型認知症疾患医療センター候補医療機関と認知症疾患医療センターの比較

項目	身近型候補医療機関	認知症疾患医療センター
人員体制		
専門医（常勤の平均配置数）	1.6 人（1～3 人）	3.1 人（0 人～13 人）
臨床心理技術者（非常勤を含む平均配置数）	1.5 人（0～4 人）	1.5 人（0～6 人）
精神保健福祉士または保健師（非常勤を含む平均配置数）	1.2 人（0～5 人）（注）	2.8 人（0～22 人）
検査体制（自施設での実施率）		
血液検査	82%	98%
尿一般検査	82%	97%
心電図検査	64%	95%
胸部単純 X 線検査	36%	93%
神経心理検査	100%	97%
頭部 CT 検査	9%	97%
頭部 MRI 検査	9%	50%
頭部 SPECT 検査	9%	33%
鑑別診断件数（1 施設あたりの年間平均）		
全疾患	386 人（48～756 人）	318 人（3～1179 人）
認知症関連疾患	215 人（45～414 人）	266 人（3～1179 人）
他医療機関からの紹介患者数	107 人（18～213 人）	160 人（0～828 人）
他医療機関への逆紹介患者数	49 人（3～159 人）	91 人（0～207 人）
地域連携の推進		
地域スタッフとのケース会議（実施率）	73%	83%
認知症疾患医療連携協議会（実施率）	55%	90%
自宅への訪問による支援（実施率）	55%	24%
他の医療機関や介護施設への訪問による支援（実施率）	82%	17%
かかりつけ医研修会（実施率）	100%	73%
地域包括支援センター研修会（実施率）	91%	67%

（注）相談のための部署は 73% で設置されており，精神保健福祉士また保健師が配置されていない医療機関では，看護師や作業療法士などの他の職員がこれにあたっている。

患医療センターの 1/2 にとどまるが，これはそのような会議体が地域にあったとしても，委員として招聘されていないためかと思われた。自宅や他施設への訪問による支援は，認知症疾患医療センターでの実施率はそれぞれ 24% と 17% であるのに対し，身近型認知症疾患医療センター候補医療機関の実施率は 55% と 82% であった。かかりつけ医研修会，地域包括支援センター研修会も高い頻度で実施されていた。

3. 考 察

調査対象医療機関が 11 施設と少なく，結果の一般化には慎重を要するが，現段階での調査結果を総合すると，身近型認知症疾患医療センター候補

医療機関は，認知症疾患医療センターと比較して，①周辺症状や身体合併症に対する入院対応機能は明らかに低いが，②認知症の「鑑別診断」「周辺症状外来対応」「地域連携」の機能はほぼ同等であり，特に，③地域包括支援センターなどと連携した，アウトリーチによる支援機能は相対的に高いことが示唆された。したがって，このような医療機関を，認知症疾患の診断，周辺症状の外来対応，地域連携の推進を担う医療資源として位置づけることの意義は大きいものと考えられる。

おわりに

以上の結果から，認知症の診療の枠組みについて 3 つの提言を行いたい。第一に，認知症サポート医は，その数を増やすということだけではな

く、実際に認知症疾患の診断や周辺症状への対応能力をもち、地域包括支援センターと連携して、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与する診療所として、その適正数の確保を目標とすべきである。第二に、認知症疾患医療センターは、圏域の広さ・人口規模に応じて適正数を配置すべきである。また、市町村と連携し、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステム構築の推進役を担うべきである。救急医療機関における認知症支援体制の整備は、認知症疾患医療センター運営事業とは独立に進める必要がある。第三に、認知症支援診療所（仮称）を、認知症疾患の診断、周辺症状の外来対応、地域連携の推進を担う医療資源として、市町村単位の認知症施策の中に位置づけていくことが重要である。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 朝田 隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応。厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業。平成 23 年度～平成 24 年度総合研究報告書。2013
- 2) 栗田主一：認知症疾患医療センターをめぐる。老人性認知症疾患センターの立場から。精神医学, 50 ; 130-133, 2008
- 3) 栗田主一：認知症疾患医療センターの活動状況調査及び機能評価指標の策定に関する研究。平成 24 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包括的ケア提供体制の確立に関する研究（研究代表者鳥羽研二）報告書（別冊）。2013
- 4) 栗田主一：診療所医師の機能—認知症地域医療支援事業の意義について—。老年医学, 51 ; 35-38, 2013
- 5) 厚生労働省：認知症対策等総合支援事業の実施について。2006
- 6) 厚生労働省：「認知症対策総合支援事業の実施について」の一部改正について。2009
- 7) 厚生労働省：認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）（平成 25 年度から 29 年度までの計画）。2012

Consideration of National Policies to Support the Development of Medical Services for Dementia

Shuichi AWATA

Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

To consider national policies to support the development of medical services for dementia, we conducted three studies.

Study 1: We evaluated the dementia management capacity of clinics using a questionnaire on medical services for dementia. Findings: 1) Clinics that employed doctors who had attended a lecture on dementia management had a superior capacity to provide primary care services, make diagnoses, manage behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), provide home healthcare for dementia, and promote community integration compared to clinics that did not employ such doctors. 2) Clinics that employed “dementia support doctors” had a superior

capacity to provide such dementia management as mentioned above compared to clinics employing doctors who had attended a lecture on dementia management. However, 3) the questionnaire data suggested that only some clinics that employed “dementia support doctors” could provide such medical services as diagnosis of dementia, management of BPSD, and promotion of community integration in their regular clinical practice.

Study 2 : We evaluated the current activities of Medical Centers for Dementia (MCDs). Findings : 1) MCDs had more efficient activities in general compared to Dementia Centers for the Elderly (DCEs) established in 1989 and suspended in 2007. However, there was a large disparity among the facilities in terms of their activities. 2) Many MCDs thought that they could not provide adequate services due to the size of their catchment area. 3) Emergency services for dementia patients with concurrent medical conditions were supported by staff of many MCDs located in general hospitals without the designation of a special MCD for providing emergency services. 4) Inpatient stays tended to be longer in psychiatric hospitals where MCDs were located.

Study 3 : We conducted a preliminary investigation on activities in possible “dementia support clinics”. Findings : These clinics had an inferior capacity to provide inpatient services but a similar capacity to make diagnoses, provide management of BPSD, and promote community integration compared to MCDs.

From these findings, we made recommendations as follows : (1) It is necessary to not only increase the number of “dementia support doctors”, but also to develop adequate numbers of “dementia support clinics” that provide such medical services as diagnosis of dementia, management of BPSD, and promotion of community integration in cooperation with community general support centers in regular clinical practice. (2) It is necessary to monitor the level of activities and develop adequate numbers of MCDs based on the size of the area and population. MCDs should take part in establishing community-based, integrated care systems in cooperation with the local government. Equipping “dementia support teams” might be indispensable in general hospitals that provide emergency medical services for dementia patients. (3) It would be significant to arrange “dementia support clinics” as a medical resource to make diagnoses, provide management of BPSD, and promote community integration for dementia in local dementia planning by a municipality.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : Primary care, Dementia Support Doctors, Medical Centers for Dementia, Community General Support Centers, Community-based Integrated Care Systems >
