

【臨床・研究】

認知症疾患医療センター設置前後の 外来状況について

つぼ うち けん ふじ き りょう さ とう みき お
 坪 内 健 藤 木 僚 佐 藤 幹 雄
 かさ はら きょう すけ くら まし しん じ お ち せい こ
 笠 原 恭 輔 倉 増 伸 二 越 智 斉 子

キーワード：認知症疾患医療センター，地域型，初診患者，外来

要 旨

2015年10月1日に当院に設置された地域型認知症疾患医療センターの設置前後1年間の外来初診患者の内訳を検討した。65歳以上の初診患者数は、それぞれ375人と361人でほとんど増減はなかった。しかし、その内、認知症患者は48.0%から59.8%に、紹介患者は39.7%から51.1%に、主訴がもの忘れの患者は15.7%から25.2%に上昇し、これら3つの指標が設置後に約10%増加した。紹介患者の増加は他院との連携の強化を、もの忘れの精査目的の患者の増加は精神科病院に対する抵抗感の低下を示すものと考え、認知症患者の増加以外の波及効果が出ていることが示唆された。初診患者の約1/5は入院または入所中の患者であり、引き続き病院や施設との連携の強化が必要であると考えられた。尚HDS-RとFABの平均値を見る限り、設置前後で認知症の重症度に変化はなかった。

はじめに

認知症疾患医療センター（以下、センター）は、1）認知症の診断・治療を担う専門医療機関，2）研修や啓発活動を担う情報センター，3）医療と介護の連携拠点などの役割を期待され、厚生労働省が2008年から設置を推進している機関である。島根県では、2011年9月1日に島根大学医学部附属病院に最初の「地域型」センターが開設され、

県内の関係者の連携会議や認知症サポート医のフォローアップ研修などを催し、県内の認知症の医療・介護の連携を牽引してきた。2015年8月1日に同センターは「地域型」から「基幹型」センターに移行して再スタートしている。続けて2015年10月1日に業務開始したのが、東西2カ所の「地域型」センターである。これに2カ所の「地域連携型」センターが加わり、2017年現在、県内には5カ所のセンターが設置されている（表1）。今後は各種センターがそれぞれ連携、情報交換をしながら、期待される機能を担い、更に重層的かつ多面的な認知症ケアの連携システムを築いてい

Ken TSUBOUCHI et al.

社会医療法人正光会 松ヶ丘病院

連絡先：698-0041 益田市高津4丁目24番10号

社会医療法人正光会 松ヶ丘病院

表1 島根県の認知症疾患医療センターの設置状況と益田圏域の認知症対策の流れ

	認知症疾患医療センターの設置状況	益田圏域の取り組み
2001年(平成13年)		認知症ネットワーク会議開始
2009年(平成21年)		ますだ福祉医療ネットワーク開始
2011年(平成23年)	9月1日 島根大学医学部附属病院に地域型認知症疾患医療センター設置	
2013年(平成25年)		サポート医連絡会開始
2015年(平成27年)	8月1日 島根大学の認知症疾患医療センターが地域型から基幹型に移行	
	10月1日 安来第一病院と松ヶ丘病院に地域型認知症疾患医療センター設置	
2017年(平成29年)	10月1日 エスポアール出雲クリニックと大田シルバークリニックに地域連携型認知症疾患医療センター設置	

くことが求められよう。

本研究は、当院に設置された「地域型」センターの外来状況の変化を調べることにより、センター設置の意義と今後の課題、展望を検討することを目的に行った。考察では、当センター設置前の益田圏域の認知症ケアの状況を大まかに総括した上で、本研究の結果の意義を述べたい。そして、それを踏まえて今後の課題と展望についても触れる。

尚、本研究の遂行、論文の作成にあたり、バイアスをもたらす可能性のある営利団体からの研究助成金、寄付金、謝礼などの受領はなく、当院および論文著者に開示すべき利益相反はない。

方 法

当院に「地域型」センターが設置される前の1

年間(2014年10月1日-2015年9月30日)と設置後1年間(2015年10月1日-2016年9月30日)の外来初診患者から、65歳以上の初診患者を抽出し、以下の項目を比較した。

1. 初診患者数
2. 初診時に認知症と診断された患者数、および初診患者数に対する割合
3. 紹介患者数、および初診患者数に対する割合
4. もの忘れを主訴に受診した患者数、および初診患者数に対する割合
5. 入院または入所中の患者数、および初診患者数に対する割合
6. 初診時の改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R; Hasegawa Dementia Rating Scale-Revised)の平均値、および認知症患者のHDS-Rの平均値

7. 初診時の前頭葉機能検査 (FAB; Frontal Assessment Battery At Bedside) の平均値, および認知症患者の FAB の平均値

結 果

1. 初診患者数

65歳以上の初診患者数は, センター設置前が375人, 設置後が361人であった (表2)。

2. 認知症の患者数, 割合

65歳以上の初診患者の中で, 認知症と診断されたのは, センター設置前は180人, 設置後は216人で, 65歳以上の初診患者に対する割合は, それぞれ48.0%, 59.8%であった (表2, 図1)。

3. 紹介患者数, 割合

65歳以上の紹介患者は, センター設置前は149人, 設置後は186人で, 65歳以上の初診患者に対する割合は, それぞれ39.7%, 51.5%であった (表2, 図1)。

4. もの忘れを主訴に受診した患者数, 割合

65歳以上の初診患者の中で, もの忘れを主訴に認知症の精査を求めて来院した患者は, センター設置前は59人, 設置後は91人で, 65歳以上の初診患者に対する割合は, それぞれ15.7%, 25.2%であった (表2, 図1)。

5. 入院または入所中の患者数, 割合

65歳以上の初診患者の中で, 他医療機関に入院中または施設に入所中であった患者は, センター設置前は68人, 設置後は70人で, 65歳以上の初診患者に対する割合は, それぞれ18.1%, 19.9%であった (表2, 図1)。

6. 初診患者および初診認知症患者の HDS-R の平均値

65歳以上の初診患者で HDS-R を施行したのは, センター設置前は272人, 設置後は255人で, 平均

表2 センター設置前後の変化 (人)

	センター設置前	センター設置後
初診患者	375	361
認知症患者	180	216
紹介患者	149	186
主訴がもの忘れ	59	91
入院・入所患者	68	70

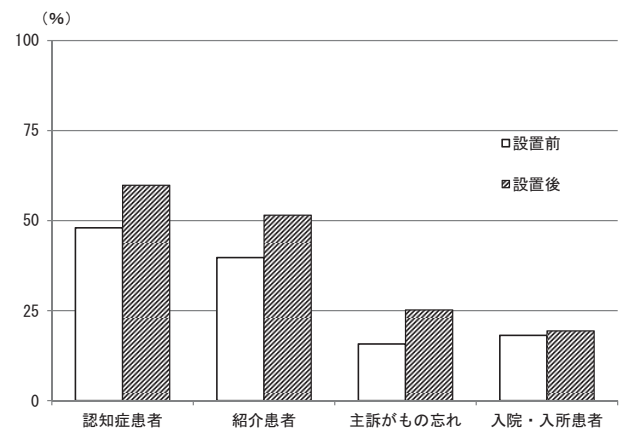


図1 センター設置前後の変化 (割合)

表3 HDS-R の平均値 (点)

	センター設置前	センター設置後
初診患者	16.2	15.1
認知症患者	12.2	12.2

値はそれぞれ16.2点, 15.1点であった。認知症と診断された患者に限ると, 設置前は162人, 設置後は182人に施行し, 平均値はそれぞれ12.2点, 12.2点であった (表3)。

7. 初診患者および初診認知症患者の FAB の平均値

65歳以上の初診患者で FAB を施行したのは, センター設置前は204人, 設置後は240人で, 平均値はそれぞれ8.6点, 8.7点であった。認知症と診

表4 FABの平均値(点)

	センター設置前	センター設置後
初診患者	8.6	8.7
認知症患者	7.4	7.6

断された患者に限ると、設置前は120人、設置後は173人に施行し、平均値はそれぞれ7.4点、7.4点であった(表4)。

考 察

1. センター設置前の状況

益田圏域にセンターが設置される意義に関しては、当院の認知症対策の視点からのみでは説明しがたい。そこで、まずセンター設置前の益田圏域の認知症ケアの状況(表1)について述べることから始めたい。

2001年、益田保健所は益田圏域認知症ネットワーク会議を発足した。この会議では、医療・介護の関係者のみならず、行政や家族会のメンバーも入り、それぞれの取り組みを紹介しながら、意見交換を行っている。このような会議は、他領域から求められている医療の役割を実感したり、連携の際に生じている問題を認識するのに有用である。2005年、島根県の機構改革により福祉施策が県庁に一本化した際にも、「保健所から認知症の担当がいなくなってしまう」と危惧する声があった為、実質的に会員が手弁当で集まって会議を存続させてきた。

2009年には、市内のケアマネージャーや医師、歯科医、薬剤師、包括支援センターの職員などが自主的に集まって、ケース検討会や勉強会を始めた。これは「ますだ福祉医療ネットワーク」と名付けられ、現在まで2ヶ月に1回継続開催されている。これは比較的ざっくばらんな雰囲気のある会

なので、多職種のメンバーが、顔を合わせて親交を深める場となっている。

圏域初の認知症サポート医は2011年に誕生し、以後年々増加している(2017年現在10人)。益田保健所の声掛けで、2013年から「認知症サポート医連絡会」が年1回開催されている(センター設置後は、センターと益田保健所の共催)。

次に当院の認知症対策について述べる。十数年前は、認知症の行動・心理症状(BPSD; Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が軽減した後の認知症患者の受入先が不足し、平均在院日数も長くなりがちであった。その為、認知症治療病棟が満床になりやすく、入院依頼から入院までの待機期間が長引く傾向があった。これには大きなデメリットがある。まず待機中にBPSDが更に悪化すること、そして、それにより介護者の疲弊が増強することである。これは介護者の自信とゆとりを奪い、結果として自宅への退院を拒み、入院継続か施設入所を切望するようになる。しかし施設に空きはなく、平均在院日数は更に延びる。以上は明らかな悪循環である。

この悪循環を打開すべく、当院は認知症の入院治療を「狭く深く」から「広く浅く」へシフトさせてきた。つまり、従来のように、重症患者を他に選択肢がない状態で入院させるのではなく、比較的初期段階であっても入院依頼があれば積極的に受け入れるように努めてきた。早めに対処する方が介護者や支援者にゆとりが残っているので、その後の介護体制を幅広く講じることができる。そうして初期に軽症患者を短い入院期間で治療し、介護サービスを利用して入院外治療の期間を延ばすのが狙いである。つまり「入院は最後の砦」ではなく「介護のスタート地点」とするのである。その為に当院は、1)入院を断らないこと、2)

ケアマネージャーや施設と密接な連携を取ることで、3) 悪化時に備えてできるだけ退院後も関与を継続すること、4) 悪化時に速やかに再入院を受け入れること、5) かかりつけ医を含む他機関の医師と顔見知りになり紹介しやすい関係を作ること、6) 住民への啓蒙活動に力を入れ初期段階から相談できる雰囲気を作ることに努めてきた。

その一環として、当院では積極的に訪問看護や訪問診療に出かけている。2017年現在、退院患者のフォローアップの為に、5カ所の高齢者施設で定期的な訪問診療を行っている。その他、求められれば他医療機関や施設への往診も行っている。

講演活動に関しては、医師のみでなく、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士も講師を務めている。対象もかかりつけ医、薬剤師、歯科医師、看護師、ケアマネージャー、住民など多岐にわたる。2012年から当院と益田市が提携して、当院の看護師が続けている出前講座は、最多で年間40回行っている。聴衆は少ない時で4人で、山間部のトイレもないような小さな集会所にまで出かけている。そういう講演や出前講座では、「病院に親しみが出ました」「以前から困っていました」といった感想が聞かれ、翌週には早速受診する患者もいる。

以上のような多様な活動は、どれか一つの効果で、すぐに認知症ケアの全体状況が変わるようなものではない。それぞれが有機的につながりながら、全体として患者の受診状況は少しずつ変わってくるのである。特に大きいのは、いろいろな場面で出会う医療従事者、支援者との顔の見える関係である。当院では、患者の症状悪化の際に、家族の苦悩はもちろん、地域でともに活動する支援者の困る顔が想像できる。

2. センター設置により変わること

前述した益田圏域全体の認知症対策の流れの中

で、圏域の認知症関連のネットワークを強化し、より軽症の患者に早期から関わり、長期的な支援を目指そうとしたのが、センター設置の目的である。その文脈で本研究の結果を眺めてみると、センター設置前と後の1年間の65歳以上の初診患者数は、それぞれ375人と361人でほとんど増減はなく、センター設置前に予想していた初診患者数の増加とはいかなかった。しかし、65歳以上の初診患者の内、認知症患者の割合は48.0%から59.8%に、紹介患者の割合は39.7%から51.1%に、主訴がもの忘れの患者の割合は15.7%から25.2%に上昇した。つまり、これらの3つの指標がそれぞれセンター設置後に約10%増加したことになる。

初診の認知症患者の割合が増加していることは、認知症の診断・治療を担う専門医療機関というセンター設置の目的に合致していると言えよう。また紹介患者の増加は、当センターと地域の医療機関との連携が強化されつつあることを示唆している。他地域における過去の研究においても、本研究の結果と同様にセンター設置により紹介率が上がることが示されている^{1,2)}。センター設置と地域への周知により、認知症患者の紹介先が統一されることが重要と思われる。

当センターは、一般的な地域の単科精神科病院に設置されている。しばしば認められる精神科病院に対するスティグマ・偏見も地域には残存しており、従来から「受診したくない」、「他の病院を紹介して欲しい」と当院への紹介を拒否する患者も多かった。したがって、BPSDを呈しておらず、単に「もの忘れ」の初期検査を求めて来院する患者は稀であった。そこで、センター設置の数年前から、ケアマネージャーやかかりつけ医からそのような傾向を指摘されて、「より敷居の低い、受診しやすい病院」を目指して努力している。その

意味で、「もの忘れ」を主訴に精査を求めて受診する患者は、受診に対する抵抗感・敷居の低さを測る指標になると考えている。

センター設置前の時点で、前述したような努力がじわじわと実を結んで、地域からの紹介患者が増えている感触はあった。本研究が示す通り、センター設置の1年前から既に、「もの忘れ」が主訴の初診患者は59人で、65歳以上の初診患者の15.7%であり、それ以前に比べてかなり増加していた。更にセンター設置後わずか1年間で、「もの忘れ」を主訴に来院した初診患者は91人となり、割合では25.2%で、センター設置前より約10%増加した。このことは、センターに求められている初期診断の役割が増えているだけでなく、センターを設置したことにより、当院の受診しやすさが増したことも間接的に示していると考えている。

3. センターの今後の展開

以上の結果を見ると、センター設置の効果は着実に表れているようである。

しかし、HDS-R や FAB が大まかな認知症の重症度を表していると考えて、センター設置前後で比較してみたが、ほとんど変化はなかった。今後は更にセンターの存在を周知することに努め、住民にとってよりアクセスしやすい機関に成長することで、これらの値がどのように変化するかにも注目したい。軽症段階の受診患者が更に増えてくれば、初期治療の機会も増え、より包括的に予防的なアプローチも検討できるようになると期待

している。

初診時に、他医療機関に入院中あるいは高齢者施設に入所中の患者については、設置前68人(18.1%)と設置後70人(19.3%)で大差はなかった。初診患者の2割弱が入院または入所中であるので、今後も引き続き、他入院機関や入所施設との緊密な連携が必要であると思われた。

今後の施設入所の患者の増減は読みにくい。人口減少、独居高齢者、老老介護、自動車免許の返納後の代替交通手段の不足など、地域の抱える問題、課題も複雑にからんでくるだろう。これは医療・介護のみでなく、街作りの観点も含めて総合的に議論すべき問題である。そう考えると、当センターも単なる専門医療機関の機能を超えて、広く街作りの活動に参加していくことが必要となる。その意味でも、引き続きセンターの敷居を下げる努力をして、住民に対して開かれた窓を更に広げていきたいと考えている。医療従事者も一介の生活者であり、住民の一人である。豊かな街作りがなければ、豊かな医療も生まれないであろう。

結 語

センター設置前後で初診患者数に変化はなかったが、その内容を詳細に検討すると、認知症患者数の増加、紹介患者の増加、認知症の初期検査の依頼が増加していた。以上から、センターの目的である、地域医療連携、初期診断の充実に寄与できていると考えられた。

参 考 文 献

1) 小嶋誠志郎ほか、認知症医療における基幹型認知症疾患医療センターの役割と課題: 老年精神医学雑誌, 25: 738-743, 2014

2) 根岸協一郎ほか、認知症疾患医療センター(地域型・栃木県) - 「医療と介護」から「地域と家族」まで: 老年精神医学雑誌, 25: 744-750, 2014