

令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

治療可能な認知症に対する医療のあり方
に関する調査研究事業
報告書

令和2年3月

公益社団法人 日本精神科病院協会

はじめに

令和元年度老人保健健康増進等事業(テーマ番号 93)「治療可能な認知症に対する医療のあり方に関する調査研究事業」を公益社団法人 日本精神科病院協会に受託しました。

治療可能な認知症は、認知機能の低下を呈する疾患群の一部を占め、患者も一定数存在すると考えられ、これらの患者に対しては早期の適切な診断と治療が極めて重要と考えられます。本事業の目的は、治療可能な認知症に対して行われている診断、治療の実態に関して幅広く調査を行うことにより現状を明らかにし、治療可能な認知症に対する早期の介入を可能にするための提言を作成することにあります。

上記の提言作成のため本事業における検討委員会を設置し、以下の事業計画を策定し実施しました。

- 1) 検討委員会にて関連する文献等を収集し、分析する。
- 2) 検討委員会にて調査票の内容の検討を行い、施設票と実態調査票の二部構成とした。
- 3) 施設票では施設概要(認知症疾患医療センターの類型、専門医師数、患者数等)、診断手順、問診項目、実施する検査(認知機能検査、心理検査、CT・MRI・SPECT等の画像検査、脳波検査、心電図検査、血液・髄液検査等)の項目を作成した。
- 4) 実態調査票では、認知機能の低下を示す①てんかん ②正常圧水頭症 ③うつ病 ④せん妄各々に関して診断のための検査・診療内容と治療に関して項目を作成した。
- 5) 施設票・実態調査票作成の後、全国の認知症疾患医療センター456施設(令和元年10月末時点)に郵送等による実態調査を実施した。
- 6) 検討委員会にて途中結果の確認や集計・分析方法の確認を行い、調査票回収後直ちに調査結果の分析を行った。
- 7) 報告書作成にあたり、検討委員会委員と外部有識者との意見交換会を行い、貴重なご意見をいただいた。

以上の調査を実施し複数回の検討委員会で検討を重ね報告書を作成しました。

調査の結果、認知症疾患医療センターにおいては、様々な認知機能低下の原因となる疾患の早期発見のための検査や、治療及び介入のための診断や鑑別は、それぞれおおむね適切に行われていることが確認されました。しかしながら、高額な検査機器や専門性の高い診断技術が十分に普及しているとは言えない面もみられました。各センター間での必要に応じた検査機器の共同利用や診察技術の研修などが、全国各地の認知症疾患医療センターの診断や鑑別の質の向上に役立つと思われます。

本事業の実施にあたり、調査にご協力をいただいた認知症疾患医療センターの皆様、貴重なご意見をいただいた外部有識者の皆様には、大変お忙しいところご協力を賜り、誠にありがとうございました。

公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

治療可能な認知症に対する医療のあり方に関する調査研究事業

[目次]

I 事業概要	1
---------------	----------

II 認知症疾患医療センターにおける認知症の治療状況等に関する実態調査	7
1 調査概要	9
2 調査結果	10
(1) 施設票	10
(2) 実態調査票	30
①高齢者のてんかんによる認知機能低下	30
②高齢者の特発性正常圧水頭症	40
③高齢者のうつ病による認知機能低下	50
④せん妄	60

III 総括(提言)	71
-------------------	-----------

IV 資料編	79
---------------	-----------

I 事業概要

I 事業概要

1 事業名

治療可能な認知症に対する医療のあり方に関する調査研究事業

2 事業の目的

治療可能な認知症の診断に必要な問診、認知機能検査、画像診断に加え、身体所見を精査するための血液検査や心機能検査などの基本となる検査項目を提示するとともに、早期の認知症に対する治療の実態を確認し、治療可能な認知症を見落とすことのないよう診断の質を上げ、治療を開始する。

3 事業の内容

認知症医療の中核機関である認知症疾患医療センター(全国 456 カ所)への質問紙調査を実施し、各センターにおいて診断のために実施する問診や、広く使用される症状評価法、鑑別診断に必要な血液所見の項目や特徴ある画像所見を示すとともに、早期の認知症に対する治療の実態を確認し、早期の介入を可能にする提言を行う。

[調査計画]

(1)調査対象

- | | |
|----------|--|
| ①調査対象地区 | 全国 |
| ②調査対象者等 | 全国の認知症疾患医療センター |
| ③悉皆・抽出の別 | 悉皆 |
| ④調査方法 | <ul style="list-style-type: none">・検討委員会を設置し、関連する文献等を収集し、分析する。・検討委員会にて調査票を作成する。・全国の認知症疾患医療センターに郵送等による実態調査を実施する。・調査結果の分析を施行する。・報告書にまとめ、提言を行う。 |
| ⑤調査客体数 | 認知症疾患医療センター:456 施設 |

(2)調査内容

認知症疾患医療センターで行われている認知症の基本的な診断手順、認知症の鑑別診断に必要な各種検査、血液検査等のスクリーニング、早期の認知症に対する治療内容等を質問紙によって調査する。

(3)調査時期

令和元年 6 月 7 日(内示日)から令和 2 年 3 月 31 日

(4)調査結果の主要集計項目

施設概要(認知症疾患医療センターの類型、届出職員数、患者数等)、診断手順、問診項目、実施する検査(認知機能検査、心理検査、CT・MRI・脳血流検査等の画像検査、血液検査、心機能検査等)、早期の認知症に対する治療内容等

(5)調査結果の活用法

認知症の早期発見、介入のための診断や鑑別に有用な手法を明らかにし、早期の認知症に対する治療の実態を確認し、早期の介入を可能にする提言を行うことで、全国の認知症疾患医療センターの診断や鑑別の質を向上させることができる。

4 実施体制(検討委員会、研究協力者、事務局等の設置)

4-1 企画委員会 委員名簿

氏名	所属	役職
淵野 勝弘	日本精神科病院協会 緑ヶ丘保養園	常務理事 理事長・院長
後藤 時子	日本精神科病院協会 秋田緑ヶ丘病院	理事 理事長・院長
◎武田 滋利	日本精神科病院協会/介護保険委員会 医療法人社団大和会西毛病院	委員 理事長
千葉 泰二	日本精神科病院協会/医療安全委員会 医療法人社団千寿会三愛病院	委員 理事長・院長
數井 裕光	高知大学医学部神経精神科学教室	教授
橋本 衛	大阪大学大学院連合小児発達学研究所 行動神経学・神経精神医学 寄附講座	准教授

<敬称略、◎は委員長>

4-2 外部有識者 名簿

氏名	所属	役職
岩田 淳	東京大学医学部附属病院脳神経内科	准教授
内海 久美子	砂川市立病院認知症疾患医療センター	センター長
小川 朝生	国立がん研究センター東病院	精神腫瘍科長
工藤 喬	大阪大学大学院医学系研究科 精神健康医学講座	教授

宮嶋 雅一	順天堂東京江東高齢者医療センター脳神経外科	教授
渡辺 雅子	新宿神経クリニック	院長

<五十音順、敬称略>

4-3 事務局

- ①事業担当者 事業部 企画調整課 課長 大竹 正道
 事業部 企画調整課 課員 瀬尾 直樹
 事業部 企画調整課 課員 久保 佳央里
- ②経理担当者 総務部 経理課 課長 松本 明子
 総務部 経理課 課員 成田 沙良郁

[調査実施協力] 合同会社 HAM 人・社会研究所

5 検討委員会の実施状況と主な議事

検討委員会では、事業全体の進行に関する検討およびアンケート調査や手引き作業部会の進捗に関する確認等を行った。各回の日程、議題、提出資料について以下の通り整理する。

第1回 検討委員会

日時:令和元年9月4日 15:00~17:00 (日精協会館)

議題:(1)事業概要について

(2)認知症疾患医療センターの現状

(3)調査内容・項目の検討

(4)今後のスケジュール等

第2回 検討委員会

日時:令和元年10月9日 15:00~17:00 (日精協会館)

議題:(1)調査票案について

第3回 検討委員会

日時:令和元年11月13日 17:00~18:30 (日精協会館)

議題:(1)調査票集計データについて

第4回 検討委員会

日時:令和元年12月25日 14:30~16:30 (日精協会館)

議題:(1)調査票集計データについて

(2)報告書の構成と役割分担について

第5回 検討委員会

日時:令和2年1月22日 13:30～14:30 (SHIBAURA HOUSE 5F バードルーム)

議題:(1)「治療可能な認知症に対する医療のあり方に関する調査研究事業」報告書案
(2)報告書の構成と役割分担について

第6回 検討委員会

日時:令和2年2月19日 16:00～18:00 (日精協会館)

議題:「治療可能な認知症に対する医療のあり方に関する調査研究事業」報告書案について

< 意見交換会 >

日時:令和2年1月22日 15:00～17:00 (SHIBAURA HOUSE 5F バードルーム)

議題: 本事業の要旨について

調査結果について(説明)

外部有識者との意見交換会

参加有識者

岩田 淳 先生	東京大学医学部附属病院脳神経内科 准教授
内海 久美子 先生	砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長
小川 朝生 先生	国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長
工藤 喬 先生	大阪大学大学院医学系研究科 精神健康医学講座 教授
宮嶋 雅一 先生	順天堂東京江東高齢者医療センター脳神経外科 教授
渡辺 雅子 先生	新宿神経クリニック 院長

6 事業実施期間(スケジュール)

令和元年6月7日(内示日)～ 令和2年3月31日

Ⅱ 認知症疾患医療センターにおける認知症の 治療状況等に関する実態調査

Ⅱ 認知症疾患医療センターにおける認知症の治療状況等に関する実態調査

1 調査概要

【目的】

治療可能な認知症の治療実態を調査し、治療可能な認知症を診断するための問診や症状評価法、鑑別診断に必要な血液所見の項目、特徴ある画像所見をとりまとめ、早期の認知症に対する治療の実態を確認の上、早期の介入を可能にする提言を行うことを目的とする。

【調査対象】

全国の認知症疾患医療センター 456 機関(令和元年 10 月末現在)

うち、会員病院 223、非会員病院 233

【回答方法】

(1)調査日：時期に指定のある設問を除き、記入日時点でご回答ください。

(2)回答期日：令和元年 11 月 11 日(月)

(3)回答者：①施設票：事務職ご担当の方

②実態調査票：センター長ないし医師

(4)回答方法

■日精協会員病院のセンター

：日精協からメール配信のエクセル様式の回答票に入力いただいたものを電子メールに添付

■日精協会員病院以外のセンター

：①郵送の調査回答票にご記載の上、同封の返信用封筒または FAX で返信

②日精協ホームページ※よりエクセル様式をダウンロードの上、回答票入力後に電子メールに添付

※日精協ホームページ内 補助金事業のページ

https://www.nisseikyo.or.jp/about/katsudou/hojokin/2019_93.php

【回答状況】

回答 279 機関(回収率 61.2%)

2 調査結果

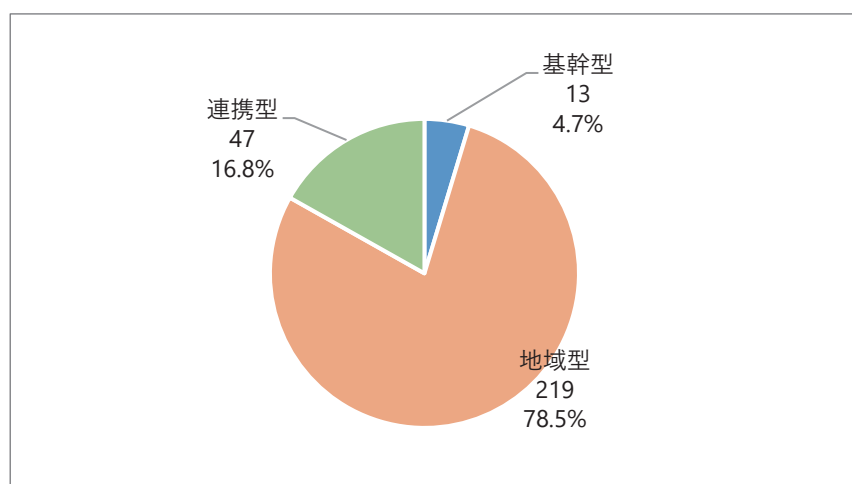
全国の認知症疾患医療センター456 機関に対して実施した認知症の治療状況等に関する実態調査について、回答のあった279センター(回収率61.2%)の状況について、以下の通り整理する。

(1) 施設票

1-1 設置類型

認知症疾患医療センターの設置類型は、「基幹型」が13機関(4.7%)、「地域型」が219機関(78.5%)、「連携型」が47機関(16.8%)であった。

図表 1.1 設置類型(n279)



※設置類型別の回答回収率は、「基幹型」が81.3%(13/16機関)、「地域型」が59.7%(219/367機関)、「連携型」が64.4%(47/73機関)であった。

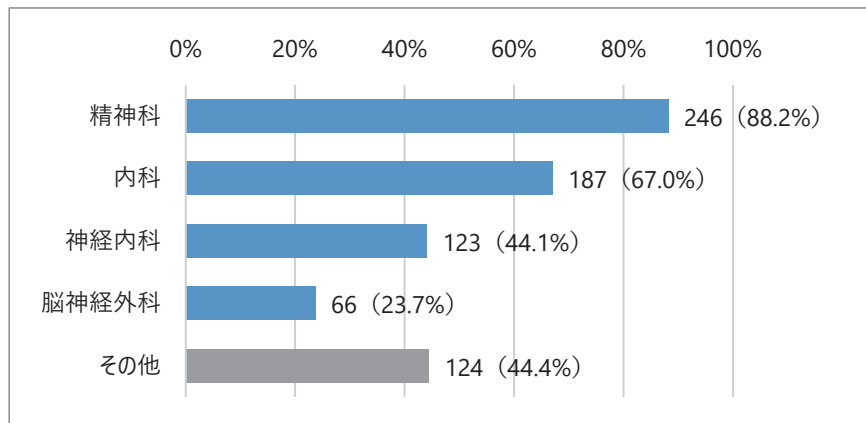
	基幹型	地域型	連携型	総数
回答	13	219	47	279
対象	16	367	73	456
回収率	81.3%	59.7%	64.4%	61.2%

1-2 診療科(複数回答)

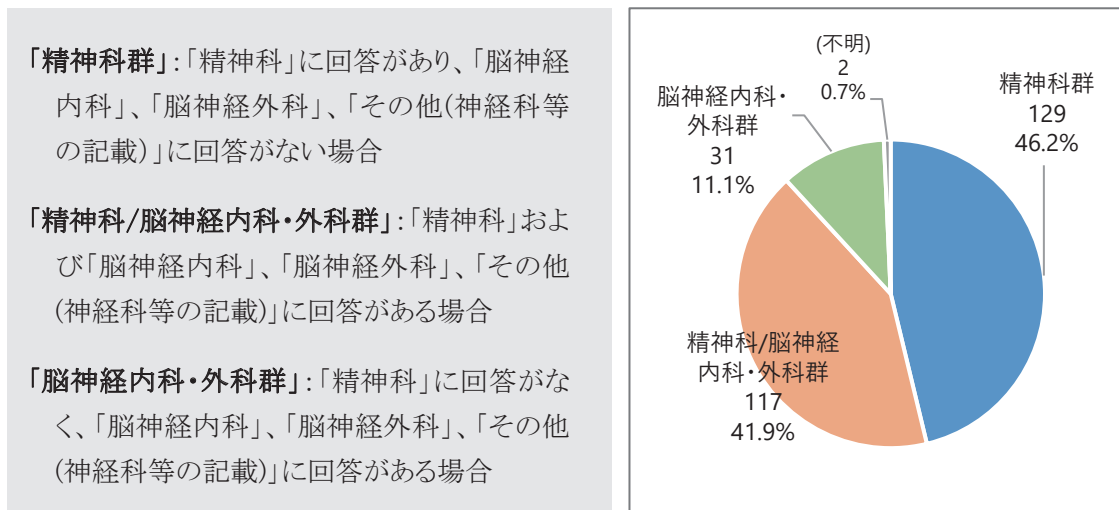
診療科について、「精神科」が246機関(88.2%)、「内科」が187機関(67.0%)、「脳神経内科」※が123機関(44.1%)、「脳神経外科」が66機関(23.7%)であった。「その他」は124機関(44.4%)あり、具体的な診療科の記載としては、「整形外科」、「リハビリテーション科」、「歯科」等が多くみられた。

※調査票の選択肢の表記は「神経内科」となっているが、以降、本報告書では「脳神経内科」で表記することとする。

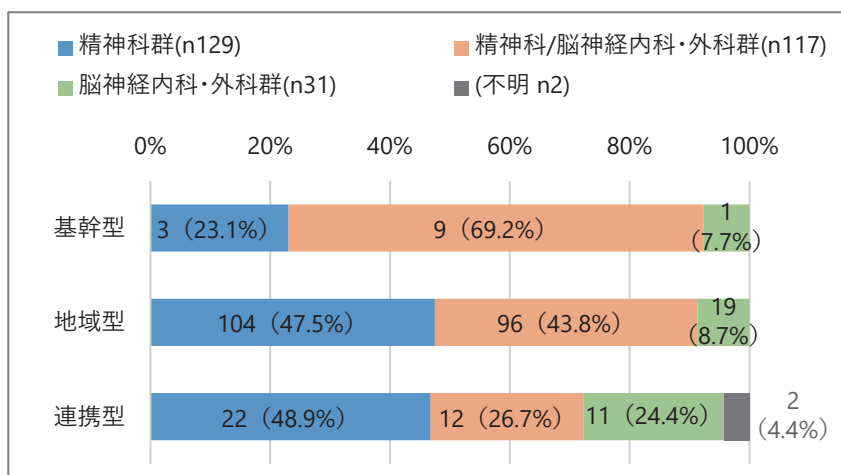
図表 1.2 診療科(n279;複数回答)



※後のクロス集計で用いるため、診療科にかかる回答によって、279 機関を以下の通りに分類した。



※設置類型別の各群の構成割合は以下の通りとなった。



1-3 許可病床数

有効回答 259 機関の許可病床数について、0 床の場合を含む平均値は、「精神病床」が 195.2 床、「一般病床」が 133.9 床、療養病床が 17.3 床であった。

1 床以上ある機関数および病床数の中央値は、「精神病床」が 210 機関・220.0 床、「一般病床」が 110 機関・267.5 床、「療養病床」が 58 機関・60.0 床であった。

図表 1.3 許可病床数(有効回答 n259)

	平均値	1 床以上ある 機関数	1 床以上機関 の中央値
精神病床	195.2	210	220.0
認知症治療病棟入院料 1	33.6	123	60.0
認知症治療病棟入院料 2	0.9	3	60.0
一般病床	133.9	110	267.5
療養病床	17.3	58	60.0
医療保険	15.7	55	60.0
介護保険	2.6	13	48.0

1-4 認知症専門医等

有効回答 273 機関の認知症専門医等の人数について、0 名を含む平均値は、「認知症専門医」が 2.94 名、「身体科担当医」が 0.57 名であった。

認知症専門医の具体的な内訳(複数にあてはまる場合はそれぞれにカウント)は、①日本認知症学会専門医が 0.72 名、②日本老年精神医学会専門医が 0.86 名、③日本精神科医学会「認知症臨床専門医」が 0.23 名、④日本精神神経学会「認知症診療医」が 0.16 名、⑤設置要件となっている“認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師”が 2.81 名であった。

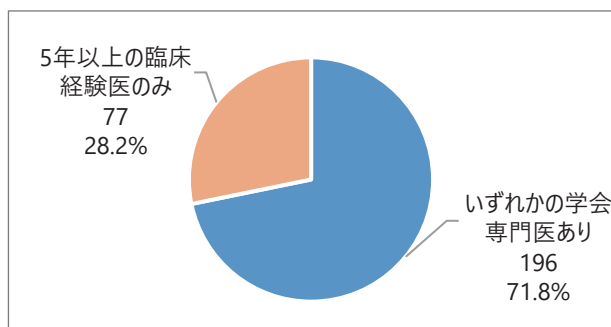
図表 1.4.1 認知症の専門医(有効回答 n273)

	平均値	1 名以上いる 機関数	1 名以上機関 の中央値
認知症専門医	2.94	188	3.0
①日本認知症学会専門医	0.72	103	1.0
②日本老年精神医学会専門医	0.86	128	1.0
③日本精神科医学会「認知症臨床専門医」	0.23	42	1.0
④日本精神神経学会「認知症診療医」	0.16	25	1.0
⑤5 年以上の臨床経験を有する医師	2.81	210	3.0
身体科担当医	0.57	64	1.0

※認知症専門医とその内訳(①～⑤)の人数は、それぞれ独立した設問となっているため、1 名以上いる機関数等の集計結果について整合性はとれていない。

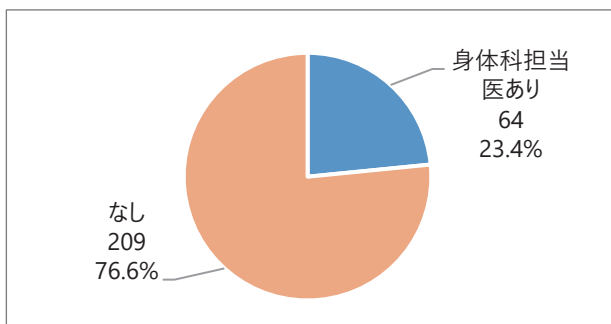
学会等の専門医(①～⑤)の回答があった273 機関について、「いずれかの学会専門医あり」としたのは196 機関(71.8%)、「5年以上の臨床経験医のみ」であったのは77 機関(28.2%)であった。

図表 1.4.2 学会等の専門医(有効回答 n273)



また、認知症疾患医療センター所属の身体科担当医について、「身体科担当医あり(=人数の回答あり)」としたのは64 機関(23.4%)、「なし」は209 機関(76.6%)であった。

図表 1.4.3 身体科担当医(有効回答 n273)

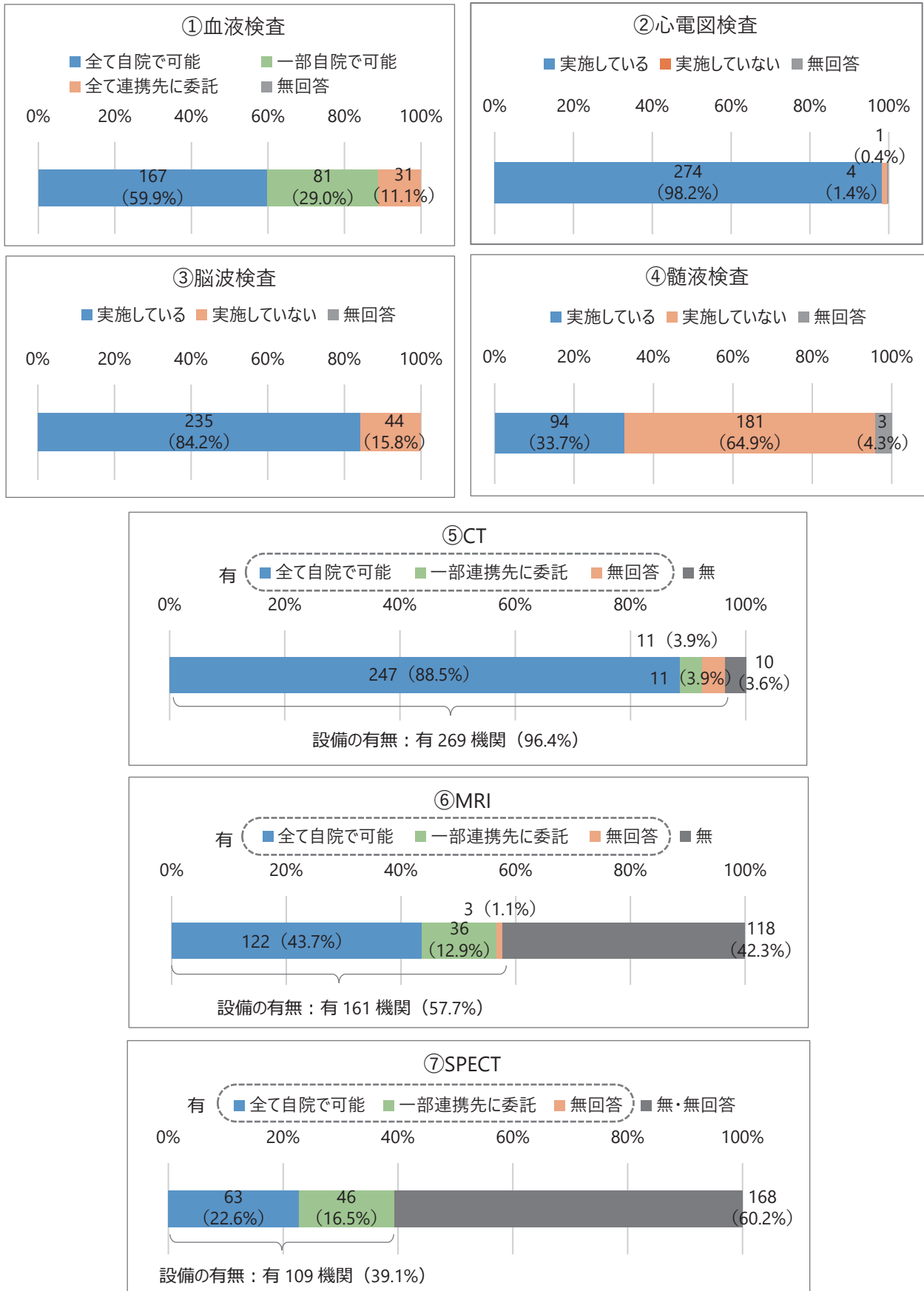


64 機関のうち、「1名」が35 機関、「2名」が10 機関、「3名」が5 機関であり、3名以下の機関で約8割を占めていた。

1-5 検査項目の実施・対応

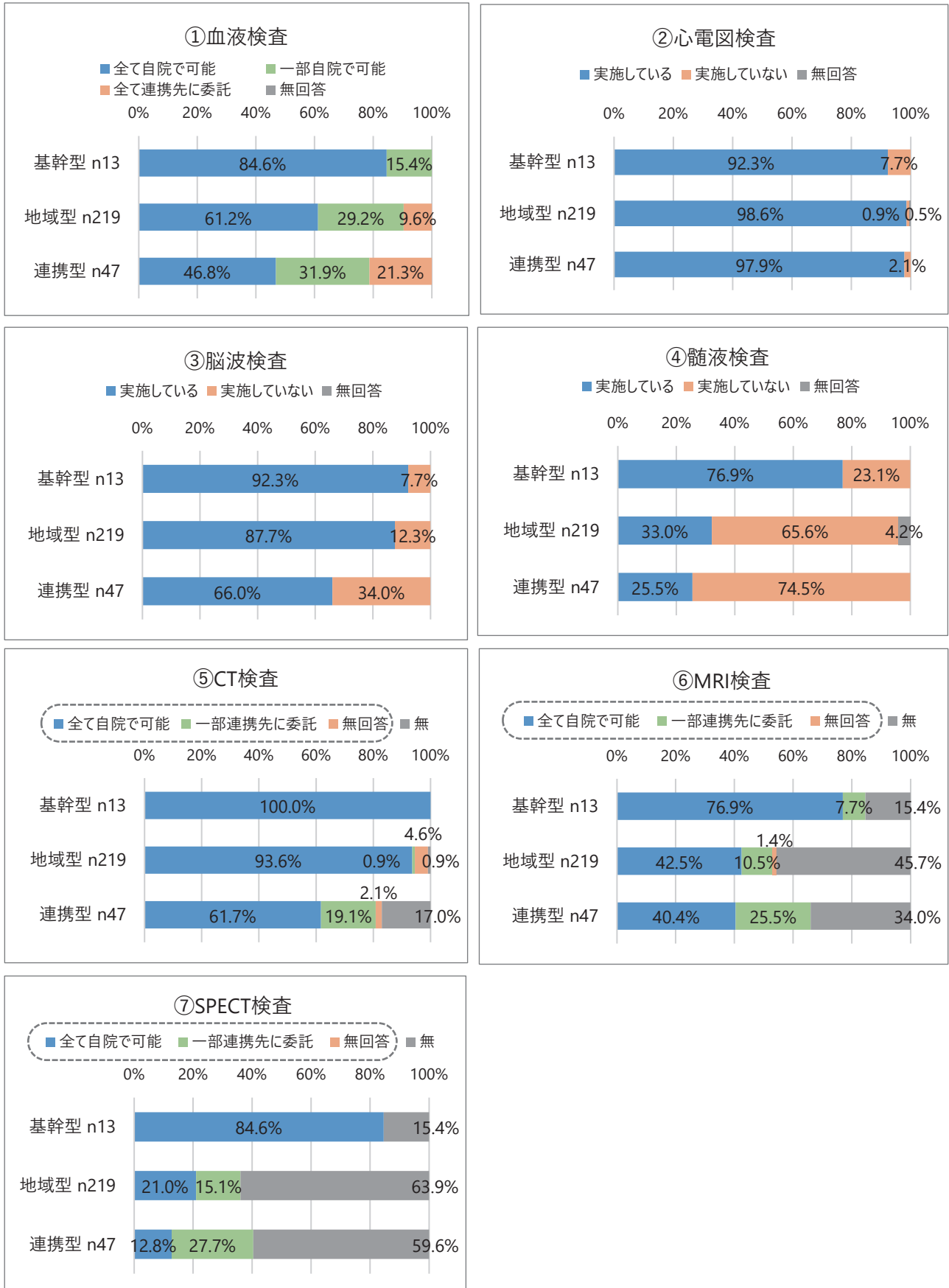
- ①**血液検査**：血液検査は、「全て自院で可能」が167 機関(59.9%)、「一部自院で可能」が81 機関(29.0%)、「全て連携先に委託」が31 機関(11.1%)であった。
- ②**心電図検査**：心電図検査について、「実施している」が274 機関(98.2%)とほとんどを占めていた。
- ③**脳波検査**：脳波検査は、「実施している」が235 機関(84.2%)、「実施していない」が44 機関(15.8%)であった。
- ④**髄液検査**：髄液検査は、「実施している」が94 機関(33.8%)と3分の1にとどまり、「実施していない」が181 機関(65.1%)であった。
- ⑤**CT**：CTは、「有」としたのが269 機関(96.4%)、「無」が10 機関(3.6%)であり、有(269 機関)のうち、「全て自院で可能」は247 機関(全体の88.5%)、「一部連携先に委託」は11 機関(同3.9%)であった。
- ⑥**MRI**：MRIは、「有」としたのが161 機関(57.7%)、「無」が118 機関(42.3%)であり、有(161 機関)のうち、「全て自院で可能」は122 機関(全体の43.7%)、「一部連携先に委託」は36 機関(同12.9%)であった。
- ⑦**SPECT**：SPECTは、まず、「有」としたのが109 機関(39.1%)にとどまり、「無」が168 機関(60.2%)と6割を占め、有(109 機関)のうち、「全て自院で可能」は63 機関(全体の22.6%)、「一部連携先に委託」は46 機関(同16.5%)であった。

図表 1.5.1 検査項目の実施・対応 (n279)



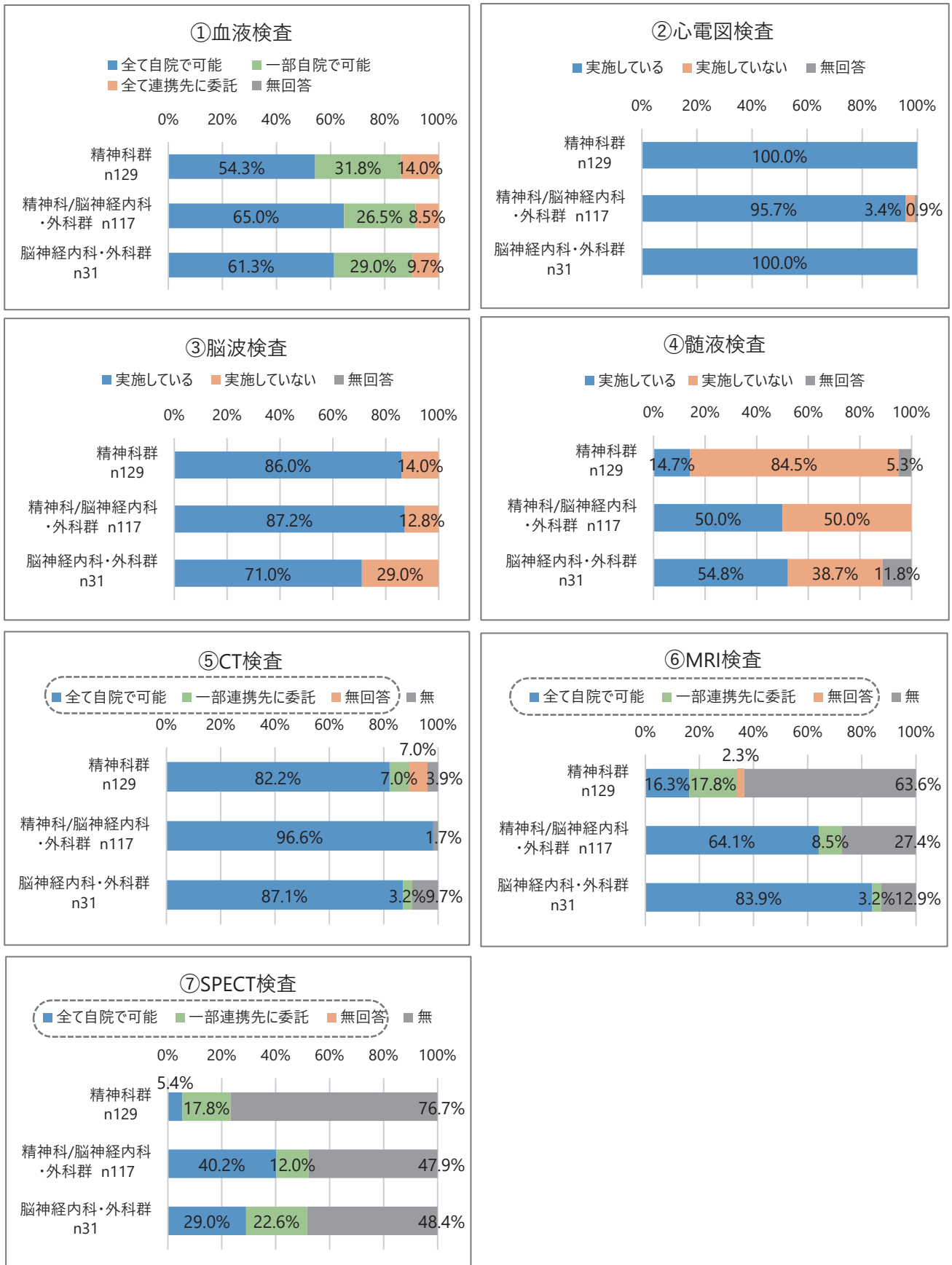
続いて、検査項目の実施・対応について、設置類型別(基幹型・地域型・連携型)の状況を示す。

図表 1.5.2 設置類型別の検査項目の実施・対応(n279)



さらに、診療科群別(精神科群、精神科/脳神経内科・外科群、脳神経内科・外科群)の状況を示す。

図表 1.5.3 診療科群別の検査項目の実施・対応(n277、診療科群不明2を除く)

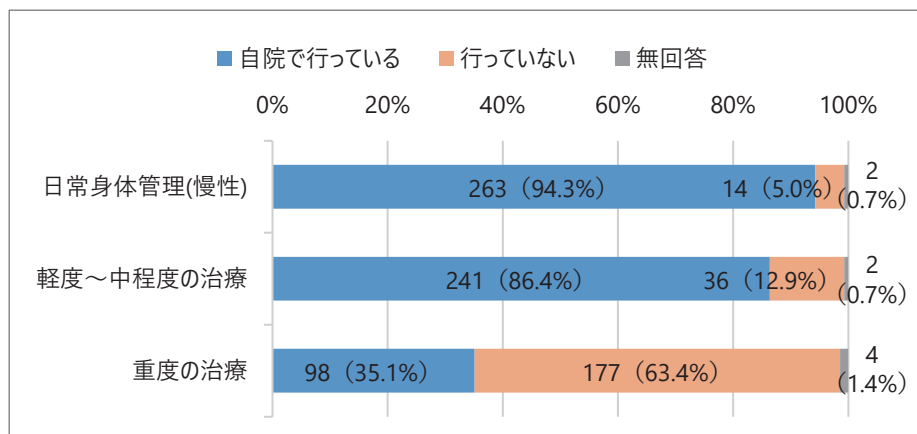


1-6 身体合併症の対応

身体合併症への対応について、状態の程度別に自院での実施状況を見ると、まず、日常身体管理(慢性身体合併症治療)では、「自院で行っている」が263機関(94.3%)、「行っていない」が14機関(5.0%)であった。続いて、軽度～中程度の治療では、「自院で行っている」が241機関(86.4%)、「行っていない」が36機関(12.9%)であった。

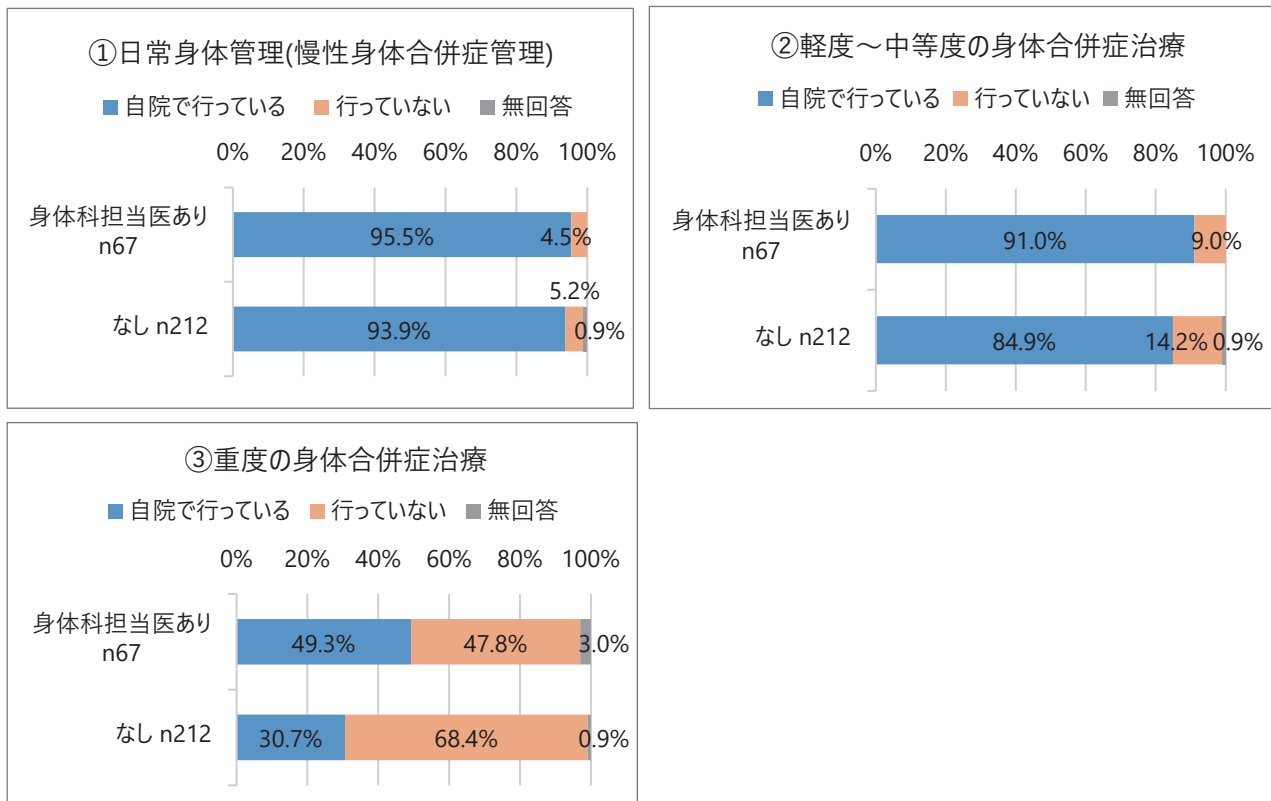
重度の治療については、「自院で行っている」が98機関(35.1%)と約3分の1にとどまり、「行っていない」が177機関(63.4%)となった。

図表 1.6.1 身体合併症の対応 (n279)



続いて、身体科担当医の有無別の状況を示す。

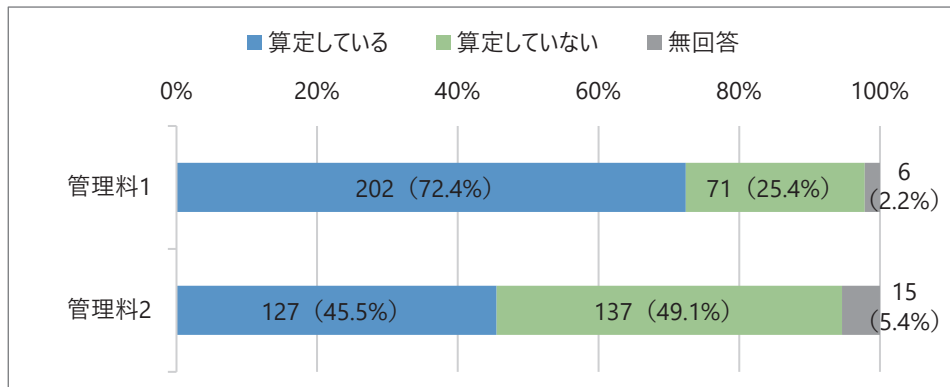
図表 1.6.2 身体科担当医の有無別の身体合併症の対応 (n279)



1-7 診療報酬の算定

診療報酬(認知症専門診断管理料)の算定について、管理料1では「算定している」が202機関(72.4%)、「算定していない」が71機関(25.4%)であった。また、管理料2では、「算定している」が127機関(45.5%)、「算定していない」が137機関(49.1%)となっていた。

図表 1.7 認知症専門診断管理料の算定 (n279)

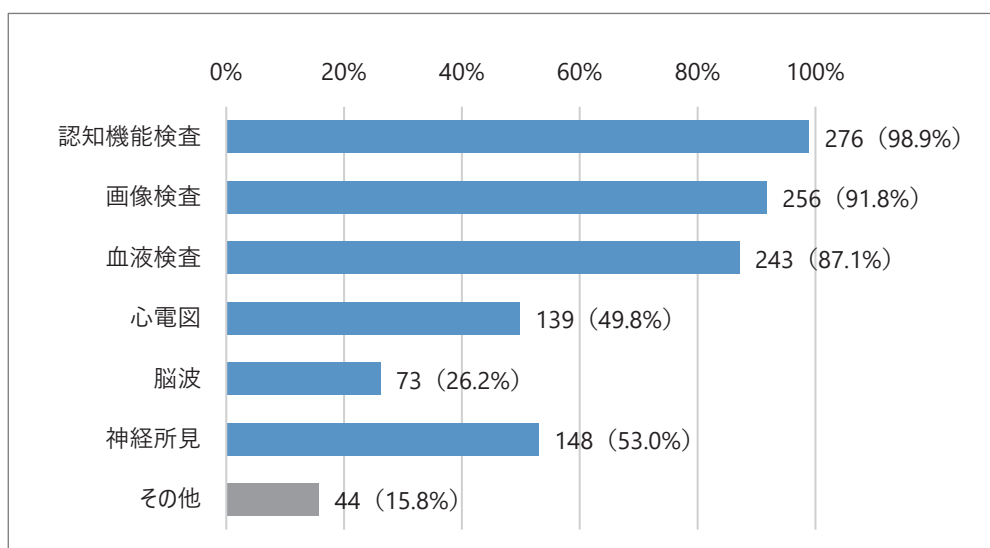


1-8 初診時に実施する検査

認知症診断をする場合の初診時の実施検査について、「認知機能検査」を実施するとしたのは276機関(98.9%)とほとんどを占め、「画像検査」が256機関(91.8%)、「血液検査」が243機関(87.1%)は約9割で実施するとされた。この他、「心電図(検査)」は139機関(49.8%)、「脳波(検査)」は73機関(26.2%)、「神経所見」は148機関(53.0%)であった。

「その他」とした44機関では、胸部レントゲン、尿検査、DASC21などの具体的な記述があった。

図表 1.8.1 初診時に実施する検査 (n279)

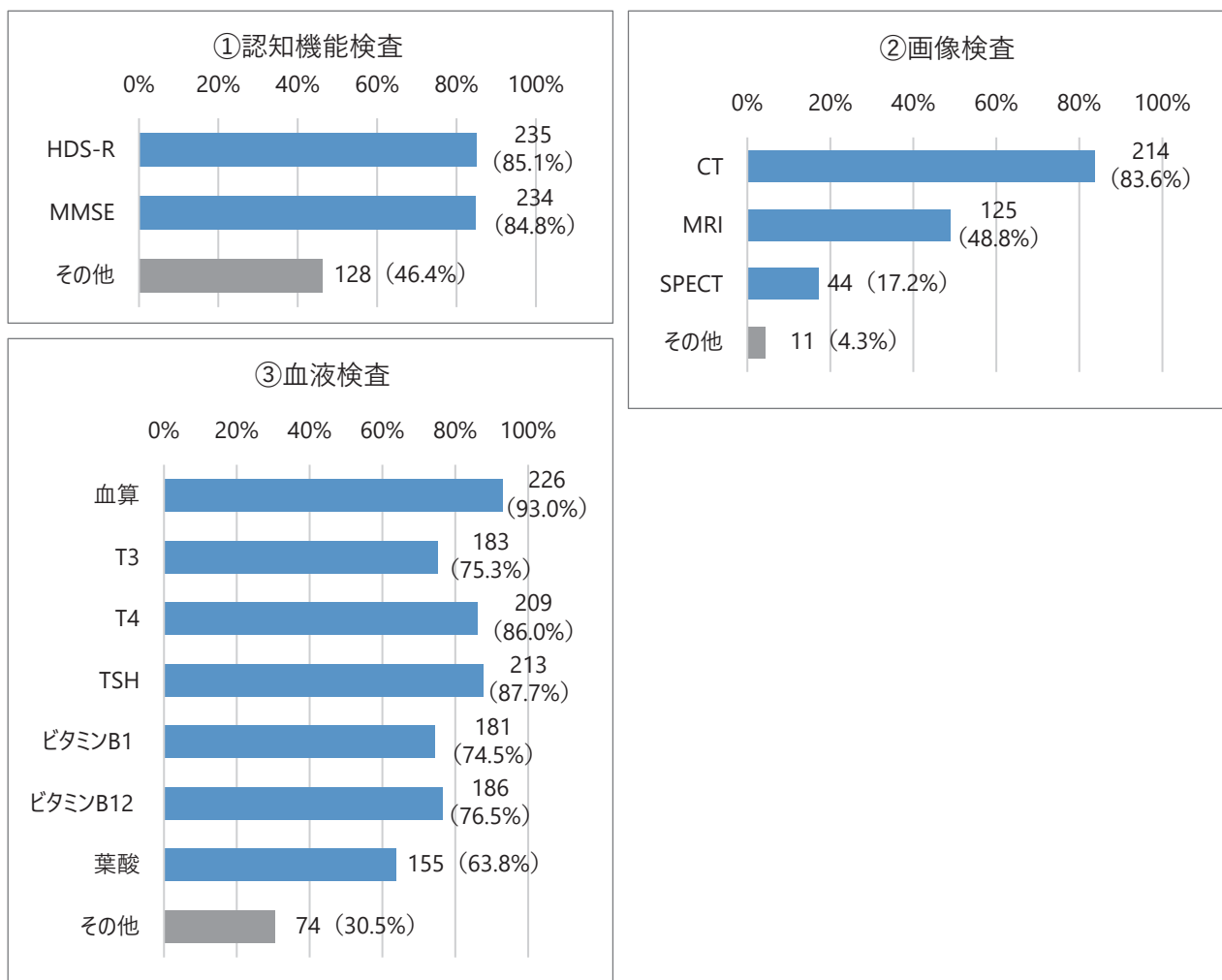


①認知機能検査を実施する場合(n276)の具体的な検査について、「HDS-R(長谷川式簡易知能評価スケール)」が 235 機関(85.1%)、「MMSE」が 234 機関(84.8%)であった。「その他」とした 128 機関では、CDT、FAB、ADAS、MOCA-Jなどの具体的な記述が多く見られた。

②画像検査を実施する場合(n256)の具体的な検査について、「CT」が 214 機関(83.6%)、「MRI」が 125 機関(48.8%)、「SPECT」が 44 機関(17.2%)であった。「その他」とした 128 機関では、DAT スキャン、MIBG シンチなどの具体的な記述があった。

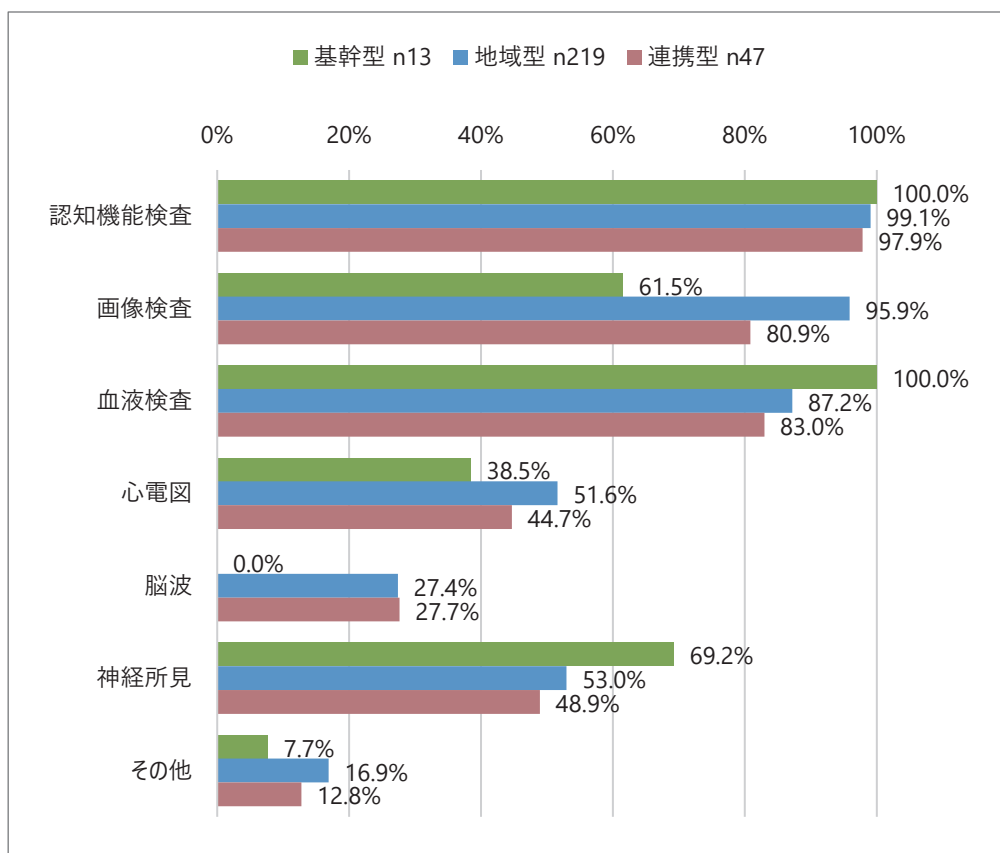
③血液検査を実施する場合(n243)の具体的な検査は、「血算」が 226 機関(93.0%)、「T3」が 183 機関(75.3%)、「T4」が 209 機関(86.0%)、「TSH」が 213 機関(87.7%)、「ビタミン B1」が 181 機関(74.5%)、「ビタミン B12」が 186 機関(76.5%)、「葉酸」が 155 機関(63.8%)であった。「その他」とした 128 機関では、生化学、梅毒、アンモニアなどの具体的な記述があった。

図表 1.8.2 認知機能検査・画像検査・血液検査の具体的な検査

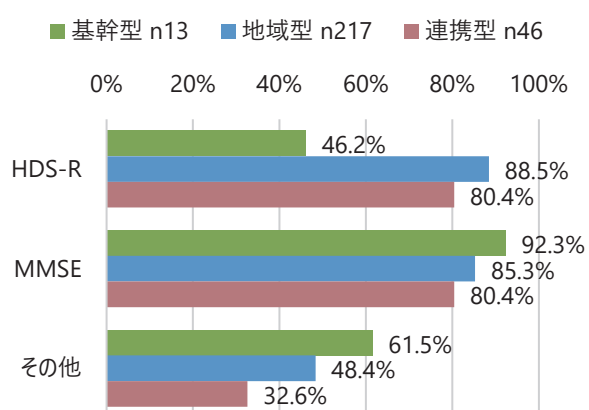


続いて、初診時の実施検査について、設置類型別(基幹型・地域型・連携型)の状況を示す。

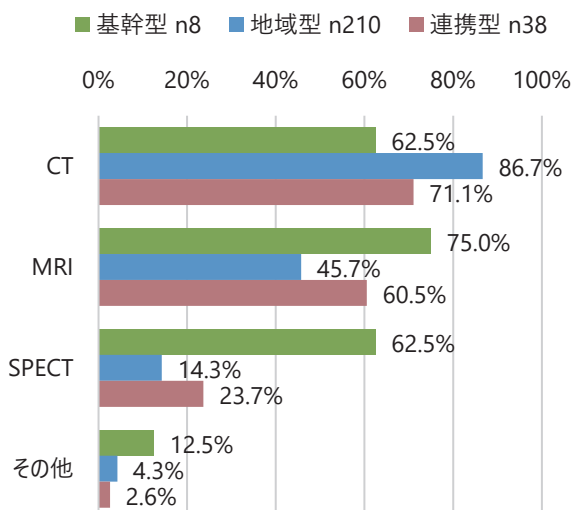
図表 1.8.3 設置類型別の初診時の実施検査 (n279)



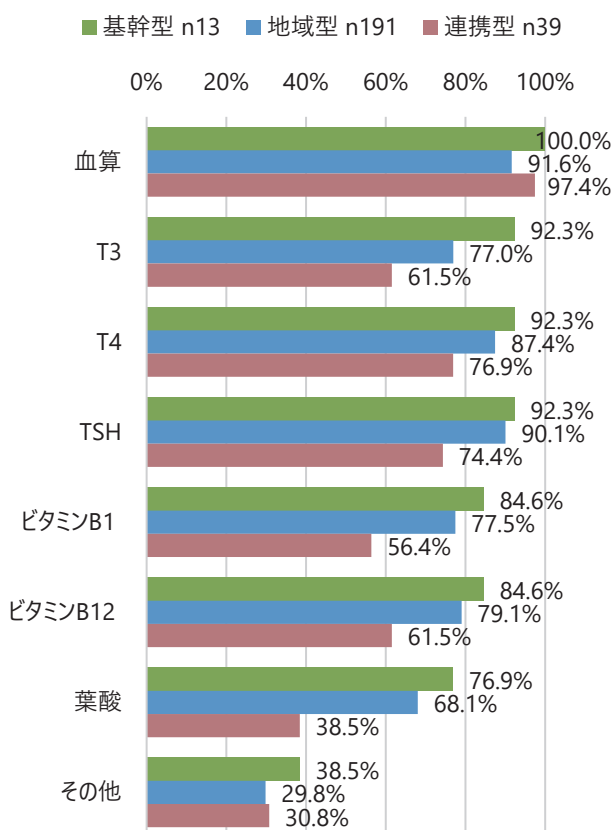
①認知機能検査 (n 276)



②画像検査 (n 256)

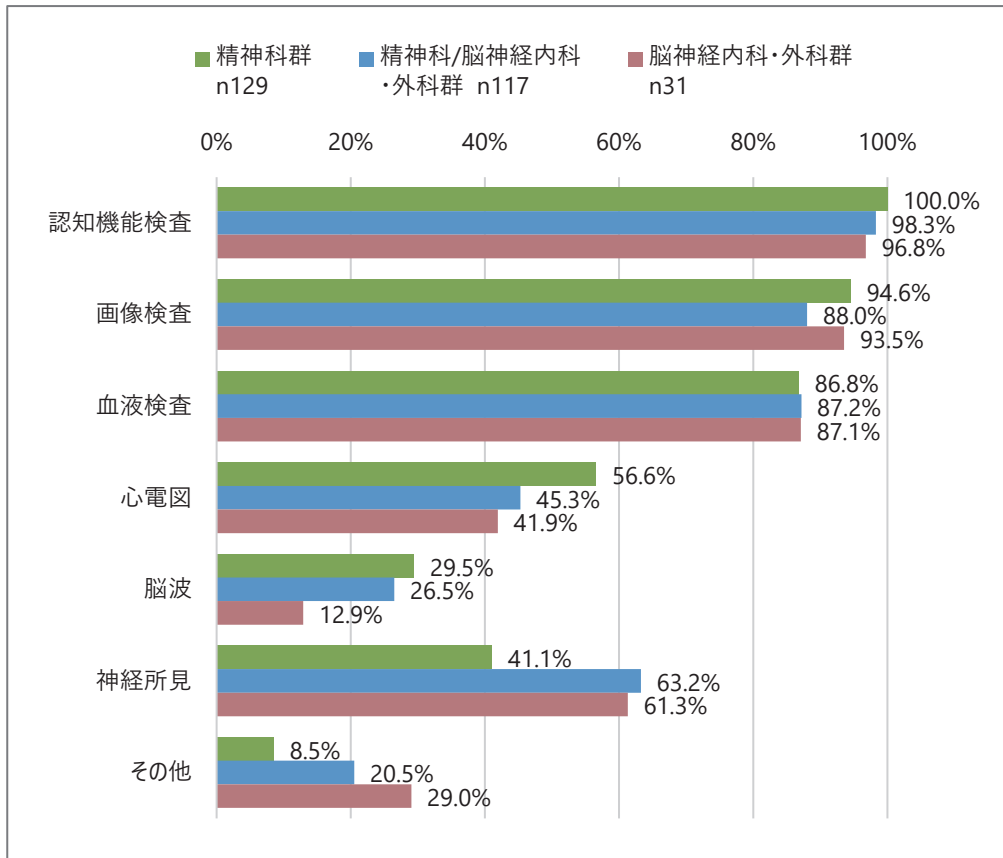


③血液検査 (n 243)

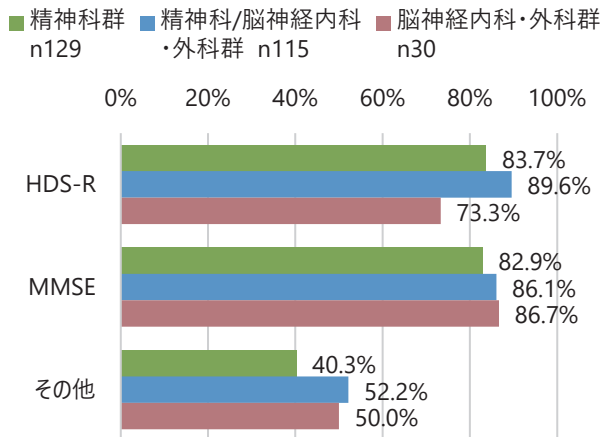


さらに、診療科群別(精神科群、精神科/脳神経内科・外科群、脳神経内科・外科群)の状況を示す。

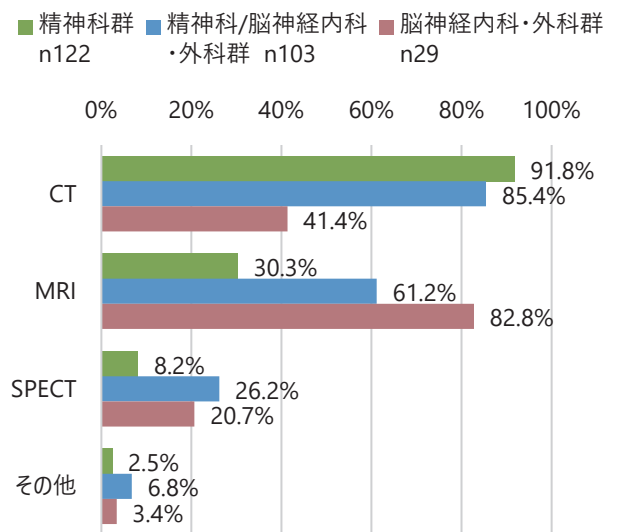
図表 1.8.4 診療科群別の初診時の実施検査(n277)



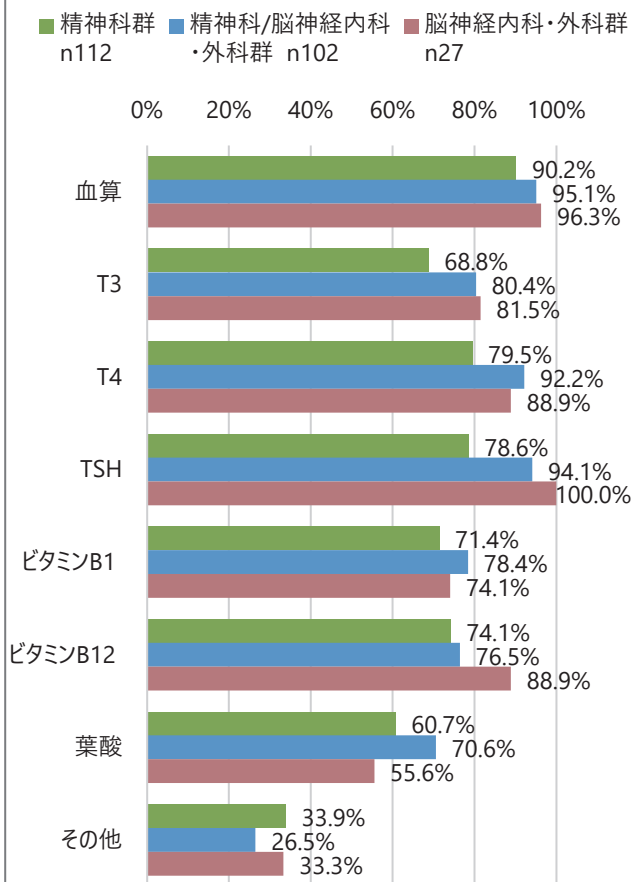
①認知機能検査 (n 274)



②画像検査 (n 254)



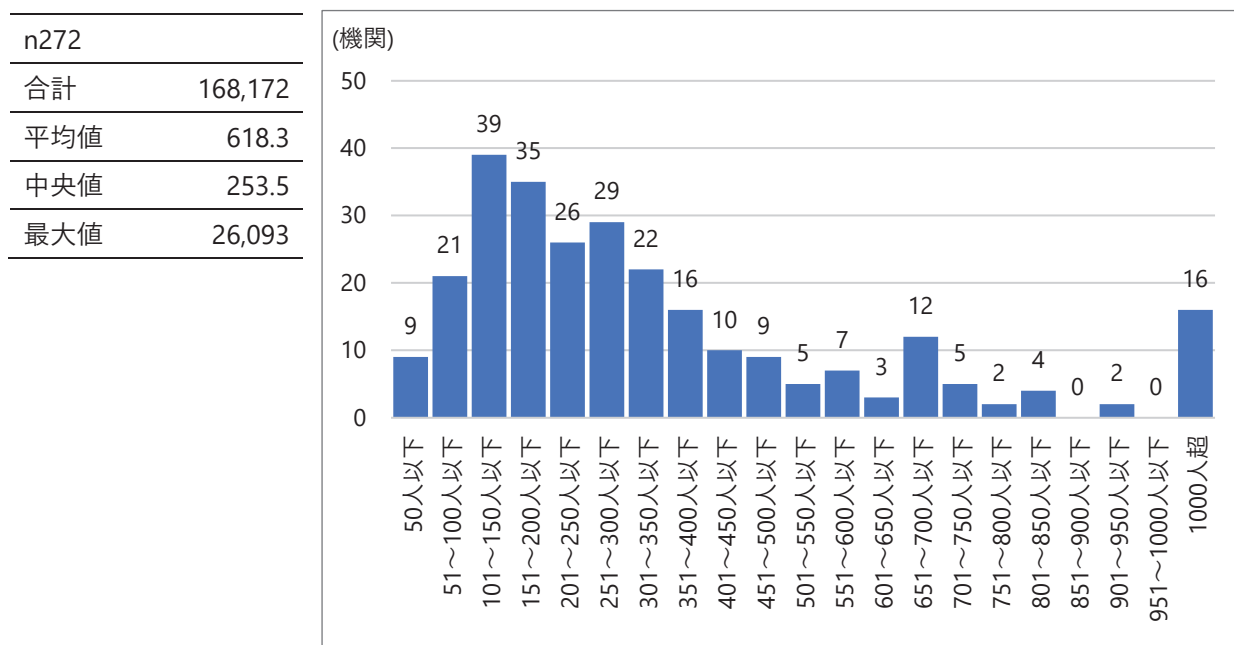
③血液検査 (n 241)



1-9 2018 年度の新患者数

回答のあった 272 機関の 2018 年 4 月～2019 年 3 月の新患者数について、合計は 168,172 人、平均値 618.3 人、中央値は 253.5 人であった。

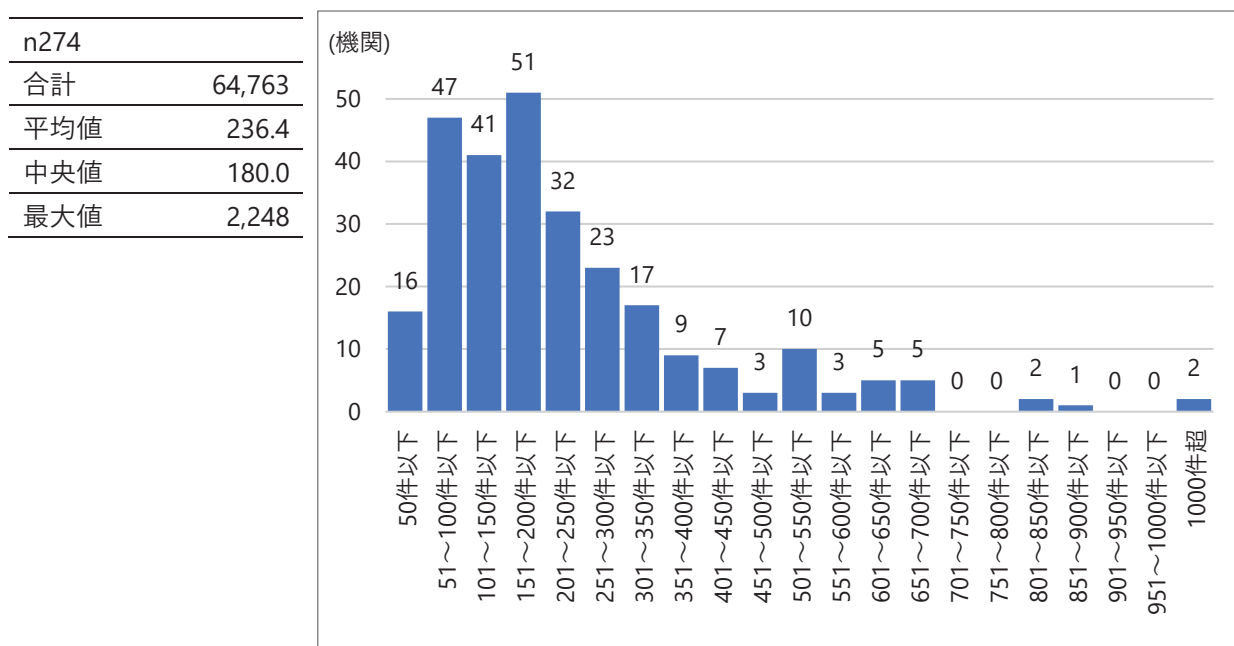
図表 1.9 2018 年度の新患者数 (n272)



1-10 2018 年度の鑑別診断件数

回答のあった 274 機関の 2018 年 4 月～2019 年 3 月の鑑別診断件数について、合計は 64,763 件、平均値 236.4 件、中央値は 180.0 件であった。

図表 1.10.1 2018 年度の鑑別診断件数 (n274)



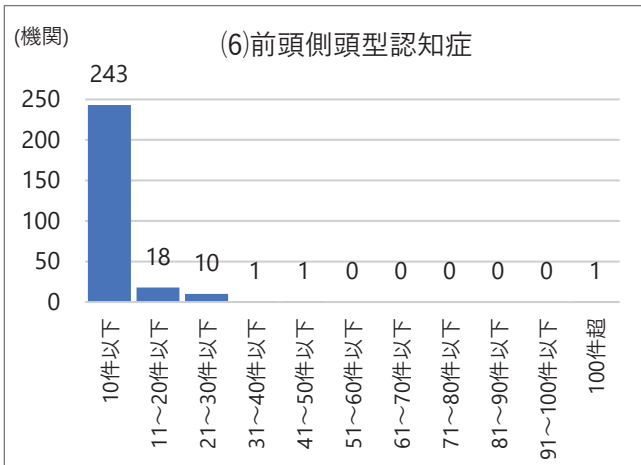
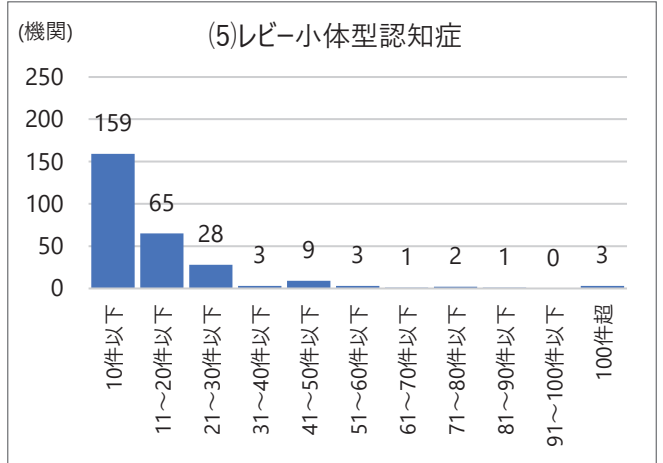
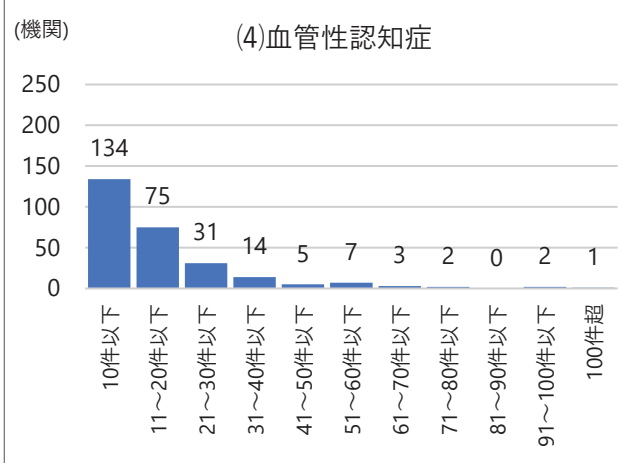
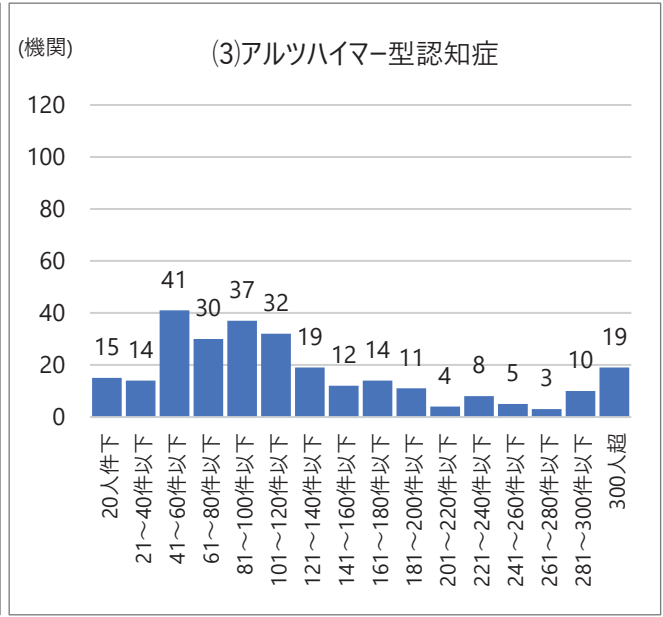
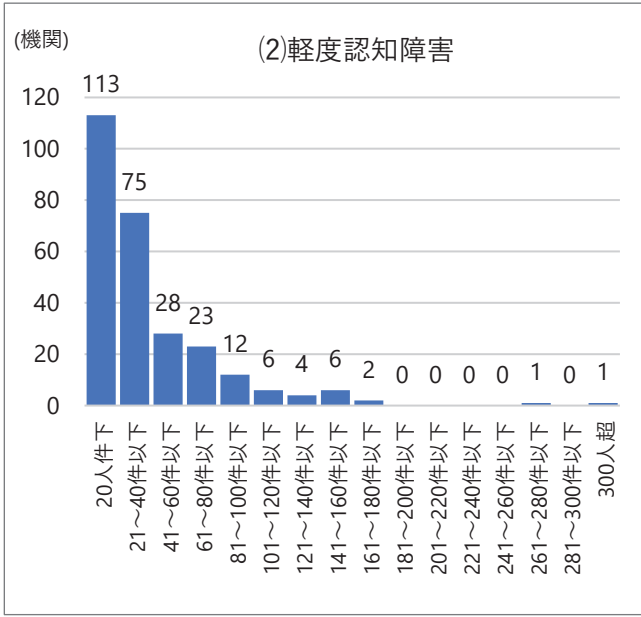
次に診断名別では最も多い診断名は「アルツハイマー型認知症」が 35,396 件で、中央値が 102.0 件、続いて「軽度認知障害」が 10,823 件、中央値は 25.0 件、「血管性認知症」が 4,312 件、中央値は 10.5 件、「レビー小体型認知症」が 3,785 件、中央値 10.0 件、「前頭側頭型認知症」が 1,453 件、中央値 3.0 件と続いた。

図表 1.10.2 2018 年度の鑑別診断件数

診断名別	(1)正常または 健常	(2)軽度認知 障害	(3)アルツハイマ ー型認知症	(4)血管性認 知症	(5)レビー小体 型認知症	(6)前頭側頭 型認知症
件数合計	3,882	10,823	35,396	4,312	3,785	1,453
平均値	14.2	39.5	129.2	15.7	13.8	5.3
中央値	5.0	25.0	102.0	10.5	10.0	3.0
1 件以上の 機関数 (%)*	219 79.9%	269 98.2%	274 100.0%	264 96.4%	255 93.1%	224 81.8%
	(7)外傷性脳 損傷による 認知症	(8)物質・医薬 品誘発性に よる認知症	(9)HIV 感染 による認知 症	(10)プリオン病 による認知 症	(11)パーキンソン 病による認 知症	(12)ハンチントン 病による認 知症
件数合計	162	545	3	16	218	12
平均	0.6	2.0	0.0	0.1	0.8	0.0
中央値	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
1 件以上の 機関数 (%)	78 28.5%	152 55.5%	2 0.7%	13 4.7%	92 33.6%	10 3.6%
	(13)正常圧水 頭症	(14)他の医学 的疾患によ る認知症	(15)てんかん			
件数合計	480	1,985	1,691			
平均	1.8	7.2	6.2			
中央値	0.0	1.0	0.0			
1 件以上の 機関数 (%)	128 46.7%	151 55.1%	97 35.4%			

* %は、回答機関 279 に占める割合

図表 1.10.3 診断名別の2018年度の鑑別診断件数



[施設票 考察]

認知症医療の中核機関である全国の認知症疾患医療センター456 機関を対象(うち、会員病院 223、非会員病院 233)に、早期の認知症に対する治療の実態を確認の上、早期の介入を可能にする提言を行うことを目的に、279 機関(回収率 61.2%)から回答を得た。

- ◎ 認知症疾患医療センターの**設置類型**は、「基幹型」13 機関(4.7%)、「地域型」219 機関(78.5%)、「連携型」47 機関(16.8%)で、地域型が約 8 割を占めた。
- ◎ **診療科**(複数回答)は、精神科 246 機関(88.2%)、内科 187 機関(67.0%)、脳神経内科 123 機関(44.1%)、脳神経外科 66 機関(23.7%)の順であり、約 9 割で精神科を標榜していた。
- ◎ 有効回答 259 機関の許可病床数は、「精神科病床」は、1 床以上ある機関数および病床数(中央値)は 210 機関・220 床で、その内認知症治療病棟入院料 1 は 123 機関、認知症治療病棟入院料 2 は 3 機関で、認知症治療病棟を有する機関が約 6 割を占めた。又「一般病床」は、110 機関・267.5 床、「療養病床」は 58 機関・60 床を有しており、院内での内科診療との連携も推測される。
- ◎ 有効回答 273 機関の**認知症専門医等**(複数回答)は、0 名を含む平均値は、認知症専門医 2.94 名、身体科担当医 0.57 名であった。認知症専門医の具体的な内訳は、①日本認知症学会専門医 0.72 名、②日本老年精神医学会専門医 0.86 名、③日本精神科医学会「認知症臨床専門医」0.23 名、④日本精神神経学会「認知症診療医」0.16 名、⑤認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師 2.81 名であった。1 名以上いる 188 機関で専門医 3.0 名、64 機関で身体科担当医 1.0 名であった。以上により、「いずれかの学会専門医有り」は、196 機関(71.8%)、「5 年以上の臨床経験のみ」は、77 機関(28.2%)であり、いずれかの学会専門医がいる機関が約 7 割を占めた。又、「身体科担当医あり」と回答したのは 64 機関(23.4%)で、身体合併症治療の必要性を考えると、より多くの機関で身体科担当医の配置が望まれる。
- ◎ **診療報酬**(認知症専門診断管理料)の算定は、管理料 1 は、202 機関(72.4%)、管理料 2 は、127 機関(45.5%)であり、管理料を算定していない機関が想定より少なく、実績に応じた管理料の算定が望まれる。
- ◎ **検査項目の実施・対応**(複数回答)は、血液検査(一部自院可能含め)248 機関(88.9%)、心電図検査 274 機関(98.2%)、脳波検査 235 機関(84.2%)で、ほぼ自院対応可能だったが、髄液検査 94 機関(33.8%)と 3 分の 1 にとどまった。一部連携先に委託も含め、画像検査は、CT 検査 258 機関(92.4%)、MRI 検査 158 機関(56.6%)、SPECT 検査 109 機関(39.1%)で、CT 検査はほとんどの機関で実施可能だが、SPECT 検査の実施には限界があると推測される。

【設置類型別の状況】

基幹型は、血液検査(一部自院で可能含め)100%、心電図検査 92.3%、脳波検査 92.3%、髄液検査 76.9%、CT 検査 100%、MRI 検査(一部連携先に委託含め)84.6%、SPECT 検査 84.6%と、ほぼ自院対応可能であった。地域型は、血液検査(一部自院可能含め)90.4%、心電図検査 98.6%、脳波検査 87.7%、CT 検

査(一部連携先に委託含め)94.5%と、ほぼ自院対応可能であった。連携型は、血液検査(一部自院で可能含め)78.7%、心電図検査 97.9%、CT 検査(一部連携先含め)80.8%と、ほぼ自院対応可能であった。髄液検査は、地域型 33.0%と連携型 25.5%、MRI 検査は、地域型 53.0%と連携型 65.9%、SPECT 検査は、地域型 36.1%と連携型 40.5%と、一部連携先に委託も含めても、実施に限界があると推測される。

【診療科群別の状況】

精神科群で、血液検査(一部自院で可能含め)86.1%、心電図検査は 100%、脳波検査 86.0%、CT 検査は 89.2%と、ほぼ自院対応可能だが、髄液検査 14.7%、MRI 検査 34.1%、SPECT 検査 23.2%と、一部連携先に委託も含めても少なかった。精神科/脳神経内科・外科群は、血液検査(一部自院で可能含め)91.5%、心電図検査 95.7%、脳波検査 87.2%、CT 検査 96.6%と、ほぼ自院対応可能であった。脳神経内科・外科群は、血液検査(一部自院で可能含め)90.3%、心電図検査 100%、CT 検査 90.3%、MRI 検査 87.1%と、ほぼ自院対応可能であった。

◎初診時に実施する検査(複数回答)は、認知機能検査 276 機関(98.9%)、画像検査 256 機関(91.8%)、血液検査 243 機関(87.1%)と、約 9 割以上の機関で実施していた。神経所見 148 機関(53.0%)、心電図検査 139 機関(49.8%)、脳波検査 73 機関(26.2%)と少なかった。具体的な検査は、認知機能検査は、HDS-R85.1%、MMSE84.8%で、ほぼ実施され、画像検査についても、CT 検査 83.6%と、ほぼ実施していたが、MRI 検査 48.8%、SPECT 検査 17.2%と少なかった。血液検査は、血算 93.0%、甲状腺検査(TSH)87.7%、ビタミン B1 74.5%、ビタミン B12 76.5%、葉酸 63.8%と、約 6 割以上で実施していた。ほとんどの機関で、検査内容に多少差異はあるが、認知機能検査、画像検査、血液検査をほぼ実施していた。

【設置類型別の状況】

3 型とも、認知機能検査 97.9%以上、血液検査 83.0%以上実施していた。画像検査は、地域型 95.9%と連携型 80.9%に比較して、基幹型 61.5%にとどまった。又、基幹型は、心電図 38.5%、脳波 0%と少なく、神経所見は、69.2%と多かった。

その内訳は、認知機能検査は、3 型で、MMSE80.4%以上実施していたが、基幹型のみ HDS-R46.2%と少なかった。画像検査は、MRI 検査が、基幹型 75.0%、CT 検査が、地域型 86.7%と連携型 71.1%、SPECT 検査が、基幹型で 62.5%と多く、施設類型によって画像検査に差異があった。血液検査は、3 型で、血算 91.6%以上、甲状腺検査(TSH)74.4%以上、ビタミン B12 61.5%以上と、約 6 割以上で実施していた。3 型とも、認知機能検査、画像検査、血液検査の内容に多少の差異はあるが、ほぼ実施していた。

【診療科群別の状況】

3 群とも、認知機能検査 96.8%以上、画像検査は 88.0%以上、血液検査 86.8%以上で、実施していた。神経所見は、精神科群 41.1%に比較して、精神科/脳神経内科・外科群 63.2%、脳神経内科・外科群 61.3%と多かった。

その内訳は、認知機能検査は、3 群で、HDS-R は 73.3%以上、MMSE は 82.9%以上で実施していた。画像検査は、精神科群で、CT 検査 91.8%に比較して、MRI 検査 30.3%、SPECT 検査 8.2%と少なかった。脳神経内科・外科群で、CT 検査 41.4%、SPECT 検査 20.7%に比較して、MRI 検査 82.8%と多かつ

た。血液検査は、3群で、血算 90.2%以上、甲状腺検査(TSH)78.6%以上、ビタミン B12 は 74.1%以上と、約 7 割以上で実施していた。3 群とも、認知機能検査、画像検査、血液検査の内容に多少の差異はあるが、ほぼ実施していた。

◎**身体合併症の対応**は、日常身体管理(慢性身体合併症治療)は 263 機関(94.3%)、軽度～中等度の治療は 241 機関(86.4%)と、日常身体管理と軽度～中等度の治療までは、約 9 割が自院で対応していた。重度の治療は、98 機関(35.1%)が自院で行い、約 6 割は転院治療等と推測される。又、身体科担当医の有無にかかわらず、日常身体管理と軽度～中等度の治療は、約 9 割以上自院で行っていた。重度の治療は、身体科担当医がいないと、約 7 割が転院治療等していると推測され、専門医療機関との治療連携の重要性が示唆される。

◎**2018 年度の新患患者数**は、図表 1.9 に示す通り、新患受診者数には 50 人以下から 1000 人超と幅があるが、これは大学病院の基幹型あるいは地域型センターや、大規模病院の地域型センターなどが存在する地域があり、その地域においては受診者が集中するためと思われた。しかし、中央値は 253.5 人であり、多くのセンターが年間 100 人～400 人程度の新規受診者を受け入れている。

◎**2018 年度の鑑別診断件数**は、図表 1.10.1 に示すように、年間 1,000 件超のセンターもみられるが、平均値と中央値より多くのセンターは 50 件～300 件程度の鑑別診断を行っていた。

「正常または健常」と判断されたケースも 3,882 件、中央値 5.0 件みられたが、物忘れが心配だからと自らが受診するケースが増えているのではと推測された。これは認知症疾患医療センターの認知度が高まっている証拠と思われた。更には、「正常圧水頭症」480 件や「てんかん」1,691 件、ビタミン B1・B12、葉酸欠乏や甲状腺機能低下症等による「他の医学的疾患による認知症」も 1,985 件診断されており、各センターにおいて「治療可能な認知症」に対する各種検査が十分に行われ診断されていることが推測された。

(2) 実態調査票

※実態調査票の設置類型別および診療科群別のクロス集計においては、全てX二乗検定を行い、有意差等の確認を実施している。

2-1 高齢者のてんかんによる認知機能低下が疑われる患者の診療について

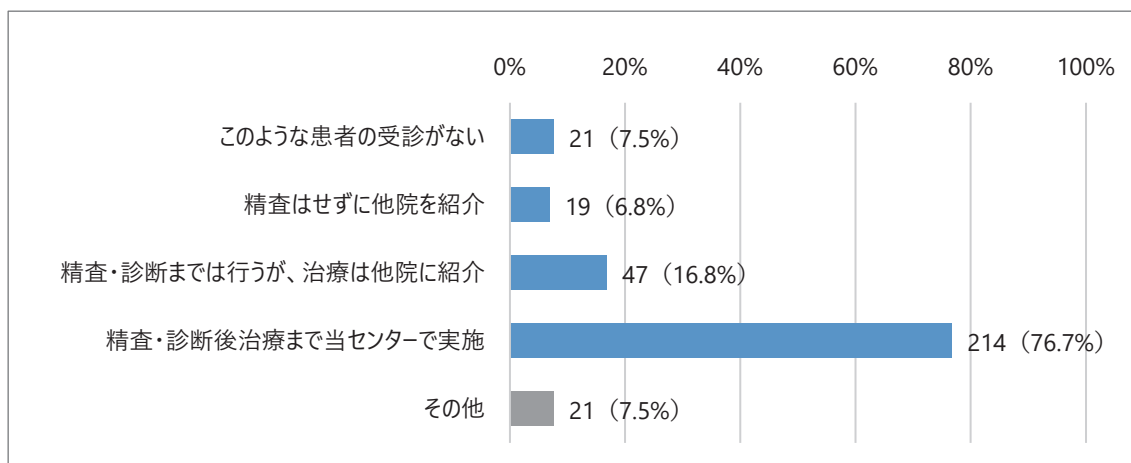
①どのような診療を行っていますか

てんかんの有病率は加齢とともに増えることが報告されており、てんかんは高齢者にとって注意すべき神経疾患である。高齢者のてんかんの中には記憶障害などの認知機能障害が主症状となる一群があり、認知症と誤診されていることが少なくない。しかしながらてんかに伴う認知機能障害は、抗てんかん薬治療により改善が期待されるため、認知症診療においてもてんかんは適切に診断、治療されるべき疾患である。

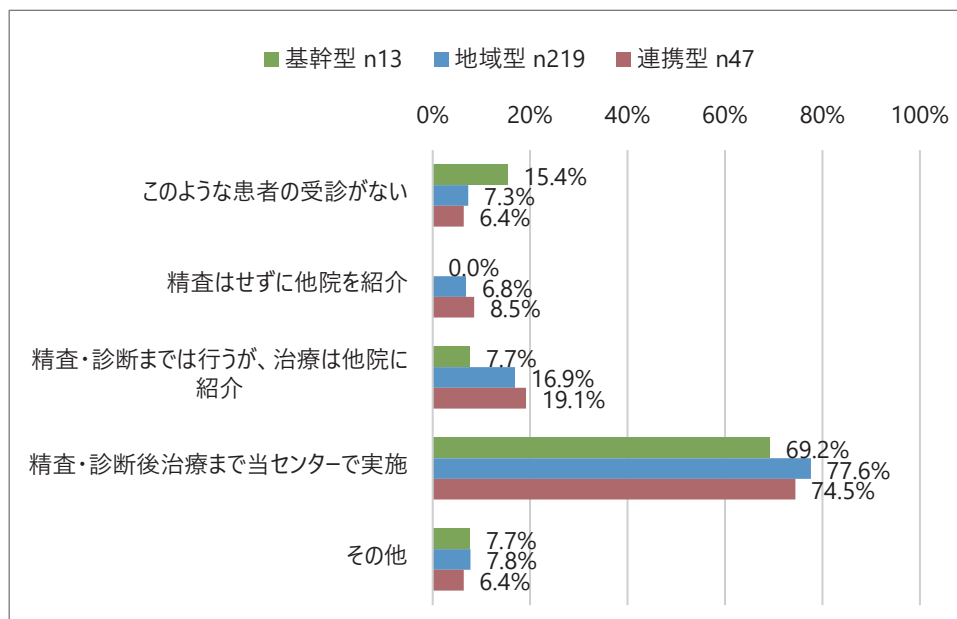
「高齢者てんかん」の診療状況の調査では、76.7%の認知症疾患医療センターにおいて診断から治療に至るまで幅広く実施されていた。てんかん診療は認知症と同様に専門性が高い分野であるにもかかわらず、3/4を超える施設において治療まで実施されていた今回の結果は、認知症疾患医療センターは地域において高齢者てんかんの診療でも重要な役割を果たしていることを示している。一方で7.5%の施設から「このような患者の受診がない」との回答が得られたが、この結果は全ての受診患者においててんかんの可能性を全く考えなかったと解釈できる。認知症診療においててんかんは、必ず鑑別すべき疾患の一つであることを今後も周知していく必要があると考えられた。

設置類型別の比較では、「このような患者の受診がない」との回答が基幹型センターにやや多かったが、これは基幹型センターが13施設と少なかったことによる見かけ上の結果であると考えられた。診療科別の比較においても、診療内容には特筆すべき差はなかった。高齢者てんかんは、通常精神科、脳神経内科、脳神経外科が診療に携わる学際的な疾患である。今回の結果は全ての診療科が偏ることなくてんかん診療を実施していることを示していた。

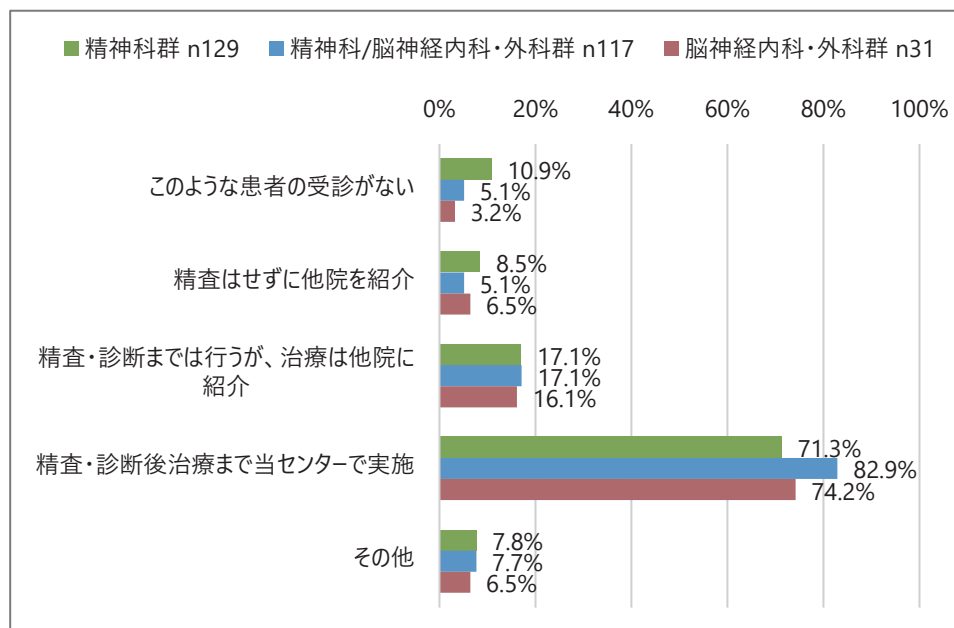
図表 2.1.1 [てんかん]どのような診療を行っているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



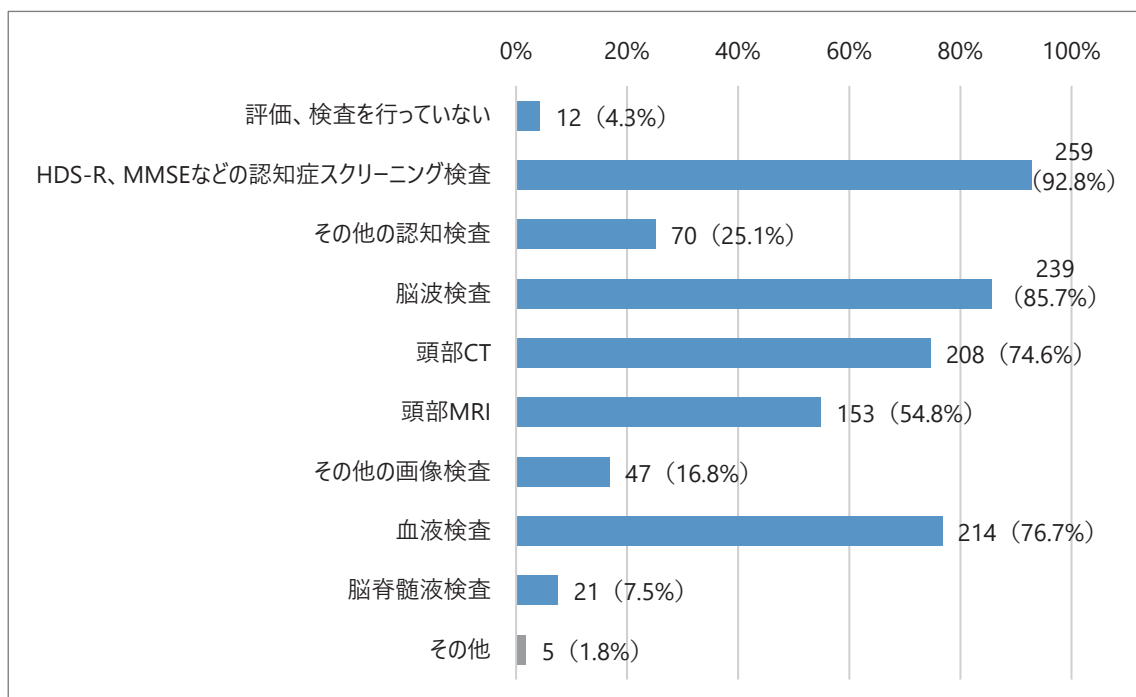
②どのような評価、検査を行っていますか

てんかんが疑われた患者に対して実施している評価、検査について、92.8%の施設で認知症スクリーニング検査が、85.7%で脳波検査が行われていた。①の設問で「てんかん患者の受診がない」「疑われた時点で他施設を紹介する」と回答した施設が併せて14.3%存在したことを考えれば、この二つの検査については、てんかんの診断、治療を行っている施設ではほぼルーチンに実施されていると判断される。一方で高齢者のてんかんでは記憶障害を伴うことが多いことを考えた時、スクリーニング検査以外の認知機能検査の実施頻度(25.1%)はやや低いかもしれない。

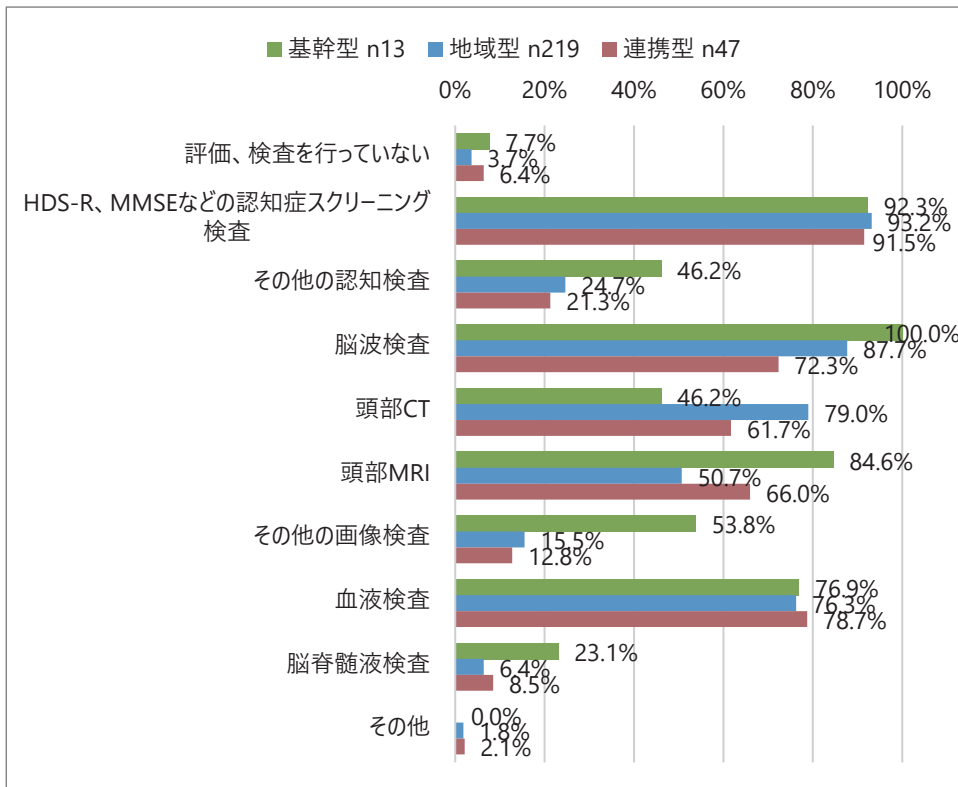
脳画像検査はCTとMRIの実施率を併せると100%を超えていることから、ほぼ全ての施設においてどちらかの検査が実施されていると思われる。CTとMRIの内訳において、CTの頻度が74.6%、MRIが54.8%とCTの実施率がMRIを上回っていた。サブ解析では、MRIの実施率が地域型センターならびに精神科群で低くなっており、精神科病院が多い地域型センターではMRIが設置されていないという施設の状況を反映した結果と考えられる。高齢者てんかんには、脳炎や脳腫瘍、海馬硬化症などの脳疾患が合併する可能性があることを考えればMRIまで実施することが望ましく、MRI撮影における地域連携のさらなる強化の必要性を示す結果であろう。脳脊髄液査の実施頻度は7.5%であったが、てんかんを引き起こす脳疾患の鑑別の必要性を考慮すれば、7.5%という頻度はやや低い実施率ではないかと考えられた。

これらの結果を総括すれば、認知症ならびにてんかんのスクリーニング検査はほぼ実施されているが、背景疾患まで鑑別できるような検査までは十分には実施されていなかった。認知症疾患医療センターはてんかん専門病院ではないことや、全ての施設において詳細な検査を実施できるわけではないことなどが反映された結果であり、地域における連携強化の重要性を示唆していた。

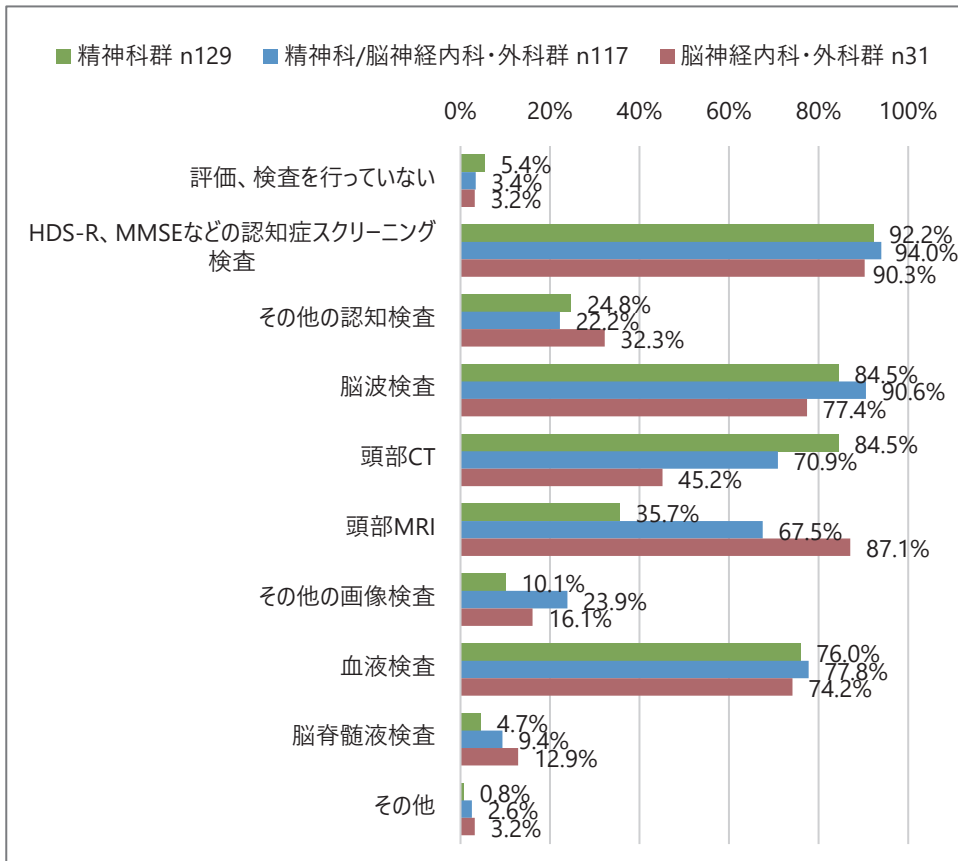
図表 2.1.2 [てんかん]どのような評価、検査を行っているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

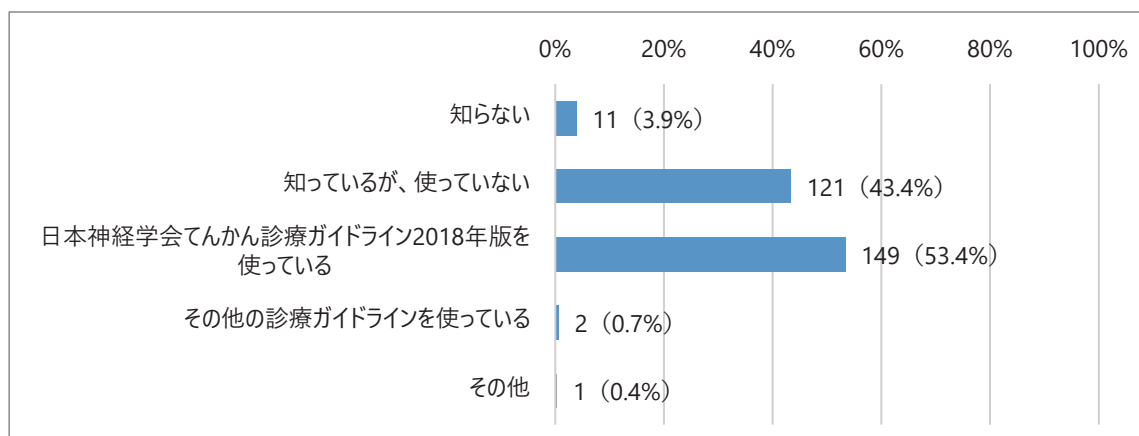


③診療ガイドラインを知っており、利用していますか

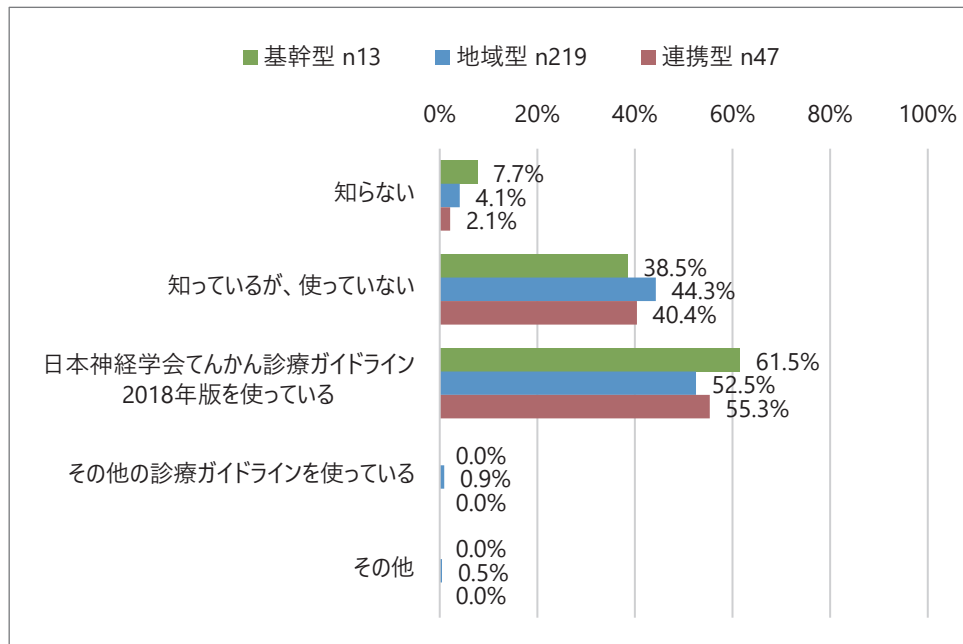
近年新しい抗てんかん薬が数多く上市されていることを反映して、てんかん治療の方針は指針は絶えずアップデートされている。そのため、最新のエビデンスに基づいたてんかん治療を行うためには、てんかん診療ガイドラインを使用することが望ましい。このような状況において、半数近くの施設においてガイドラインを使用せずに治療が行われていた。

設置類型別の分析では、基幹型、地域型、連携型の間にガイドラインの使用率に大きな差はなかった。一方診療科群別では、精神科群で使用していない施設が多く、一方脳神経内科・外科群で使用している施設が多かった。この差については、ガイドラインが日本神経学会が作成したガイドラインであるため、脳神経内科医にはより身近なものであった可能性が考えられた。

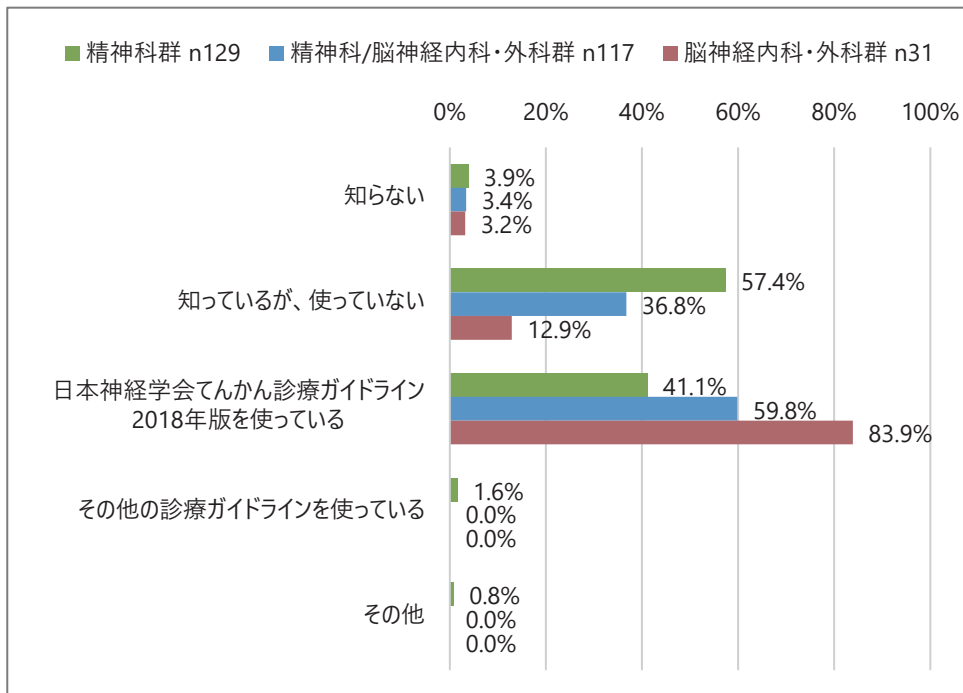
図表 2.1.3 [てんかん]診療ガイドラインを知っており、利用しているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



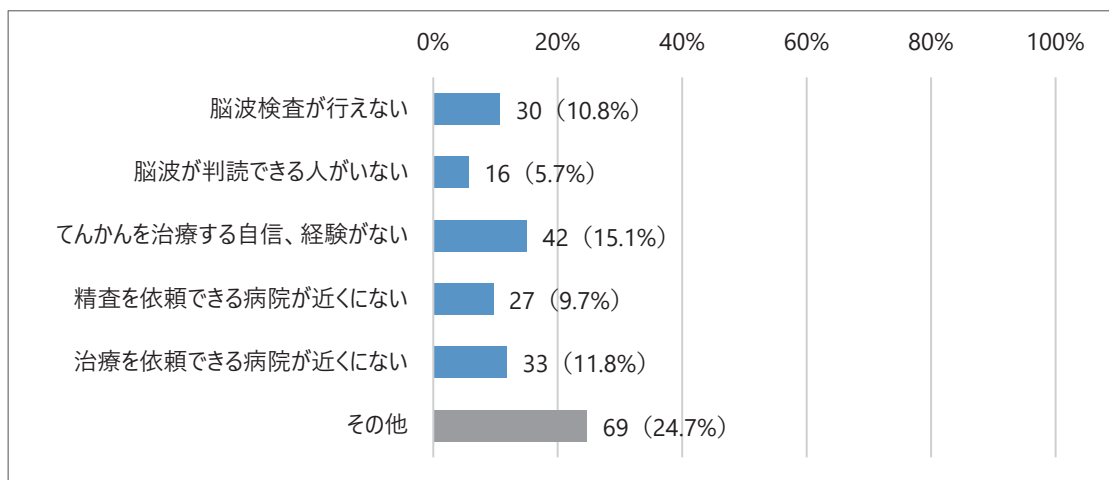
④診療に関して困っていること

高齢者のてんかん診療について困っていることについては、「てんかんを治療する自信、経験がない」が15.1%と最も多く、次いで「治療を依頼できる病院が近くにない」が11.8%、「脳波検査が行えない」が10.8%であった。全体としてみれば、いずれの困りごととも少数であることから、認知症疾患医療センターを受診するようなたんかん患者に限れば、その診断、治療に際して大きな問題にはなっていないと考えられた。

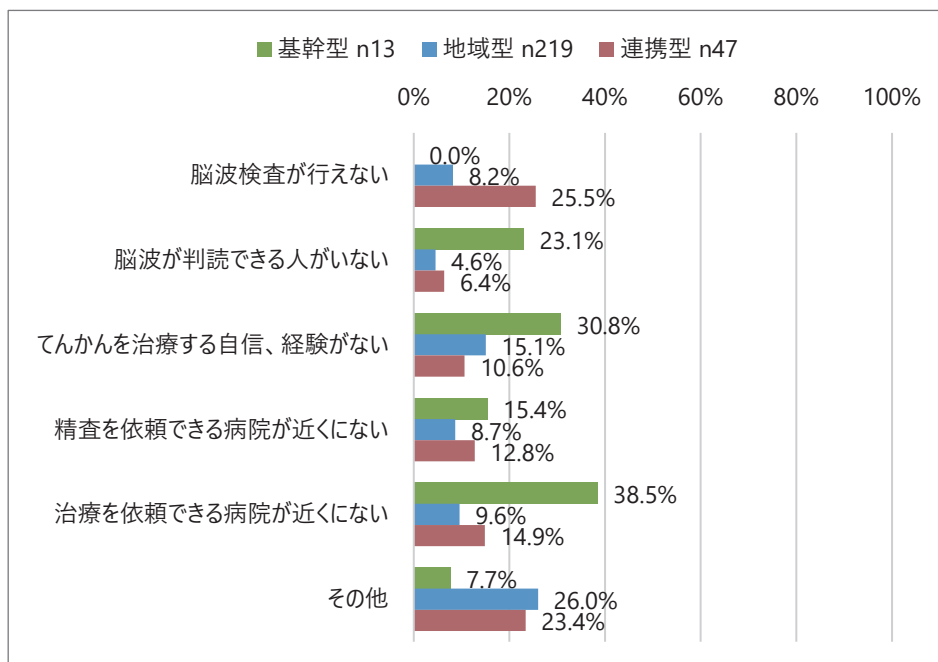
設置類型別の比較では、25.5%の連携型センターで「脳波検査が行えないこと」に困っていたが、クリニックが多いという施設状況を考慮すればやむを得ない結果と考えられる。一方基幹型センターにおいて、「脳波を判読できる人がいない」「てんかんを治療する自信、経験がない」「治療を依頼できる病院が近くにない」などが他のセンターよりも高かった。基幹型センターには、認知症の鑑別診断から BPSD の治療、身体疾患の治療までにも及ぶ幅広い診療と、専門医などの人事育成が役割として求められている。にもかかわらずこのような結果になったことについては、基幹型センターの役割の見直しを含めてさらなる検討が必要と思われる。

診療科別の比較では、精神科群で「てんかんを治療する自信、経験がない」が他の診療科群よりもやや多かったこと以外には特筆すべき差はなく、てんかんは認知症に携わる診療科で万遍なく診察される疾患であることが確認された。

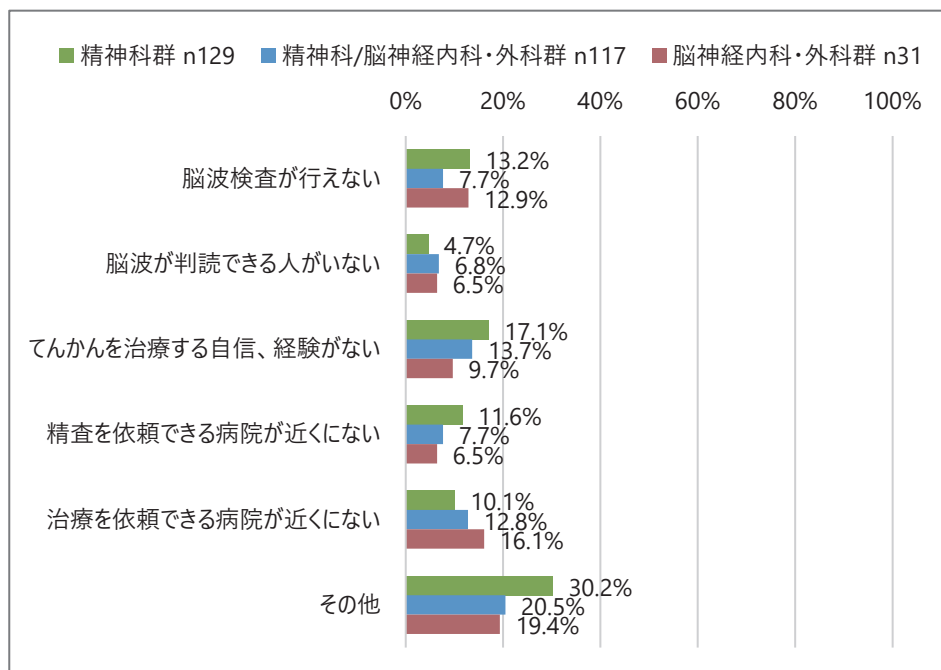
図表 2.1.4 [てんかん]診療に関して困っていること(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



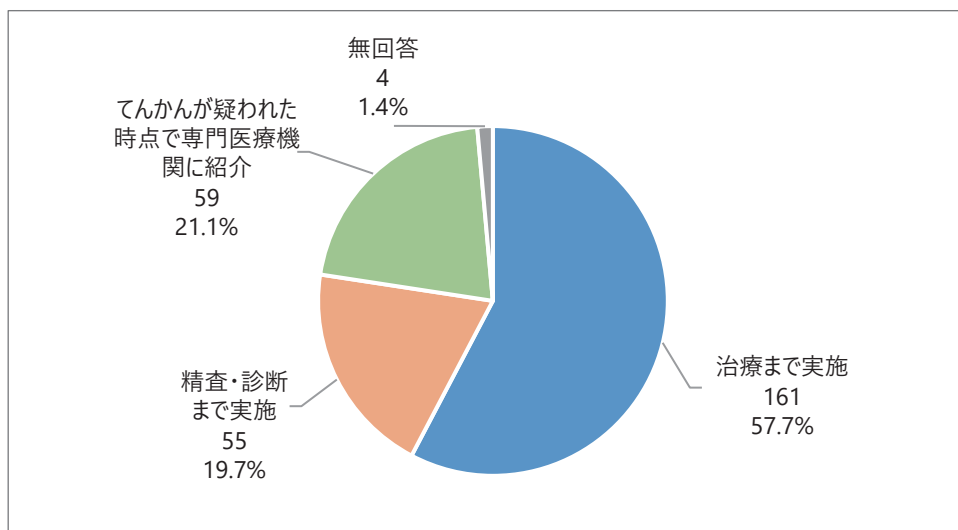
⑤センターでどこまで診療すべきと考えますか

高齢者のてんかんによる認知機能低下が疑われる患者をどこまで診療すべきかについては、「治療まで実施」が最も多く半数以上を占めていた。これは①の設問で、「治療まで行っている」と回答した施設が76.7%であったことと比較すれば低い比率であった。すなわち、「てんかん治療はてんかん専門の医療機関で実施されることが望ましく、紹介できるのであれば紹介したいが、近くに紹介できるてんかん専門医療機関がないためやむを得ず自施設で治療まで行っている」施設が一定数存在することが考えられた。「精査・診断まで実施」「てんかんが疑われた時点で専門医療機関に紹介」がそれぞれ20%と設問①の結果よりも増えていることも、基本的には同じ理由によるものと考えられる。

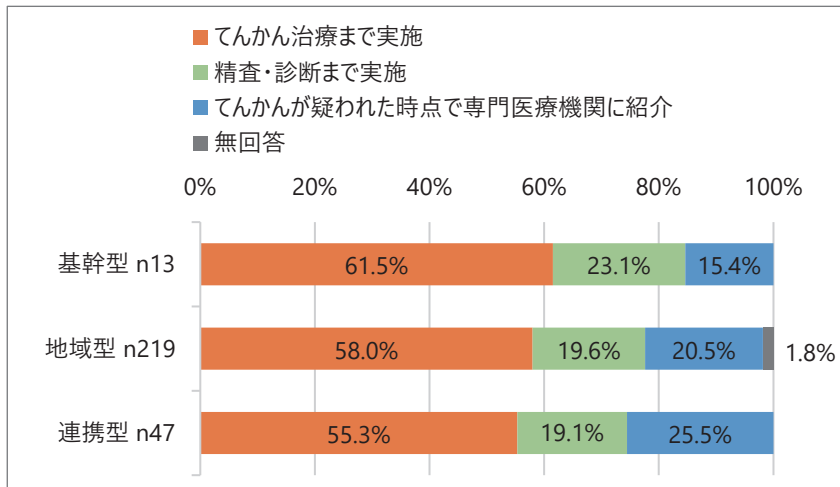
認知症とてんかんの関連に関して、てんかんが認知症様状態を引き起こすだけではなく、認知症にてんかん発作を合併することも少なくない。てんかんを合併する認知症患者の多くは重度の認知症状態を呈しており、激しいBPSDを伴っていることも多いため、一般の医療機関やてんかん専門の医療機関では対応ができず、認知症専門の医療機関でなければ診療が困難な場合が少なくない。このような状況もまた、「治療まで実施すべき」とした施設の比率が、実際に治療を行っている施設の比率よりも少なかった要因と考えられた。

なお、本質問に対する設置施設別、診療科別の回答には特筆すべき差は認めなかった。

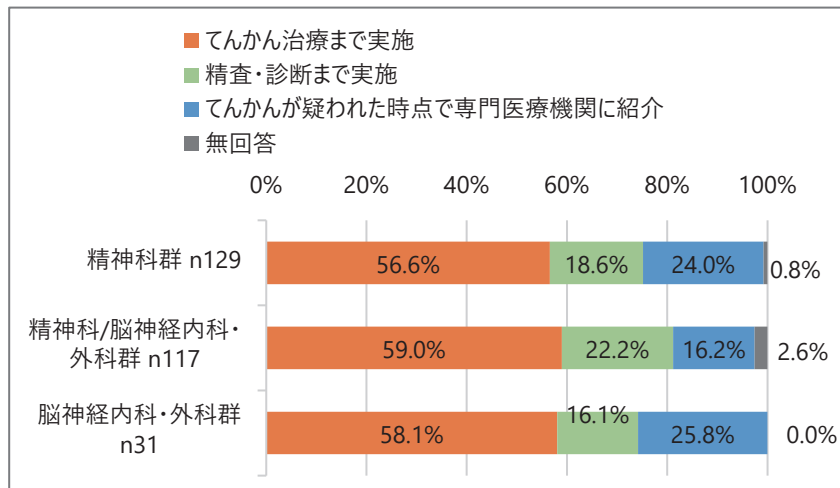
図表 2.1.5 [てんかん]センターでどこまで診療すべきと考えるか(n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



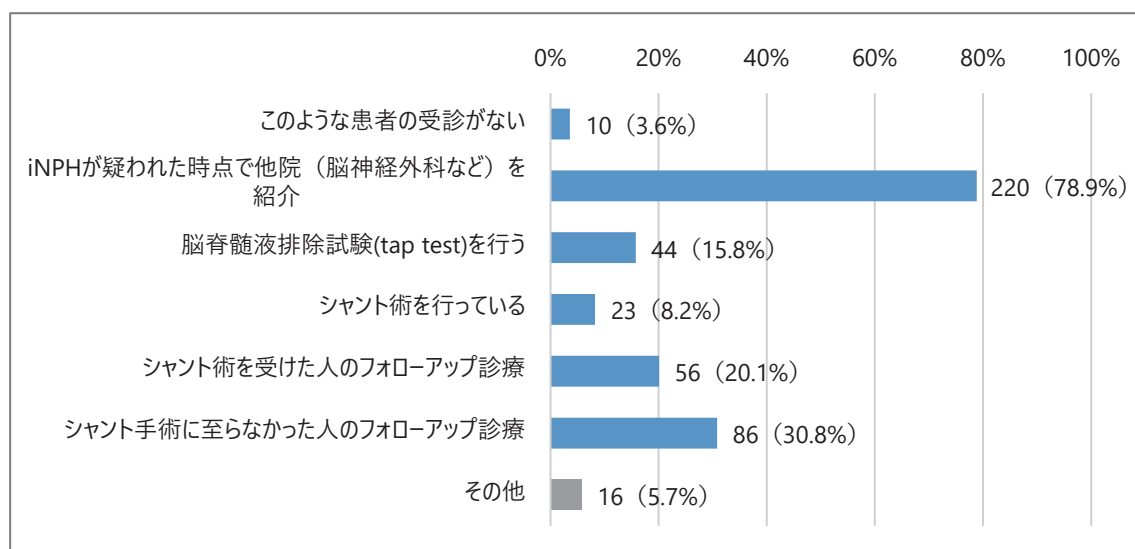
2-2 高齢者の特発性正常圧水頭症が疑われる患者の診療について

①どのような診療を行っていますか(診療の現状)

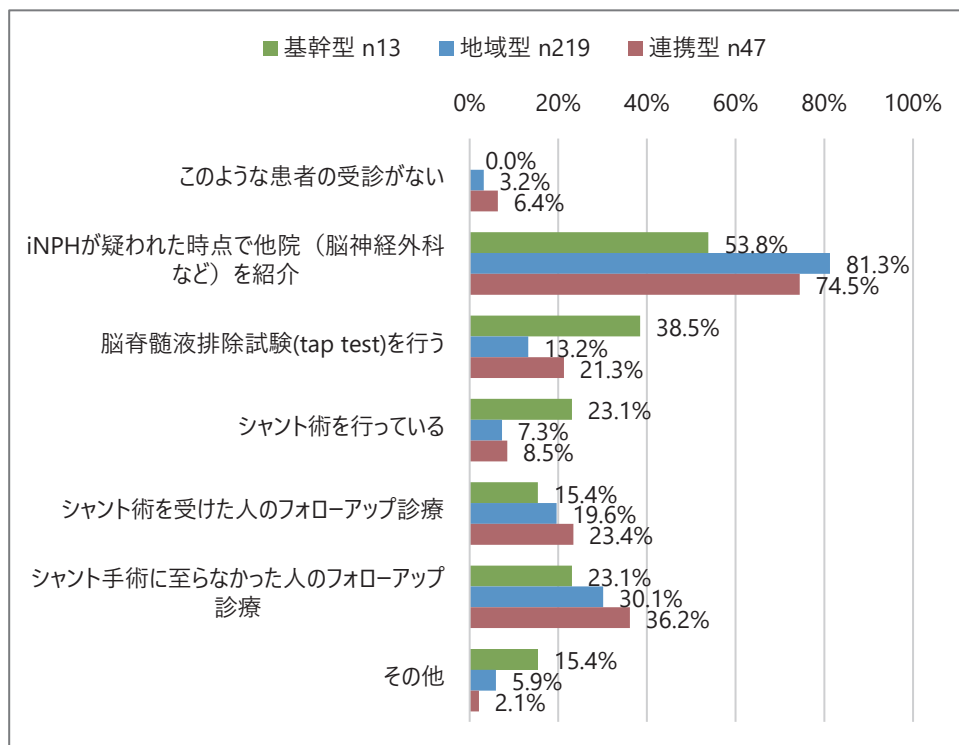
iNPH の受診患者がいない施設は全体で 3.6% (基幹型 0%、地域型 3.2%、連携型 6.4%) と少なく、ほとんどの認知症疾患医療センターに iNPH 患者が受診している現状が明らかになった。iNPH が疑われた時点で他院 (脳神経外科など) を紹介する施設が全体で 78.9% と多く、基幹型でも 53.8% であった (地域型 81.3%、連携型 74.5%)。脳脊髄液排除試験については、全体の 15.8% の施設 (基幹型 38.5%、地域型 13.2%、連携型 21.3%) で行われていた。シャント術を実施している認知症疾患センターは全体で 8.2% と低かった。シャント術後のフォローアップは全体の 20.1% で、シャント術未施行の患者のフォローアップは全体の 30.8% で行われており、2-3 割の認知症疾患医療センターで iNPH のフォローアップ診療が行われていることが明らかになった。施設の 3 型によるフォローアップ頻度の差は認めなかった。

診療科間の差については、受診患者がいない施設の割合には差が無かったが、脳神経内科単独施設では他院に紹介する割合が 61.3% と若干低かった (精神科単独施設 89.9%、精神科・脳神経内科併設施設 70.9%)。この結果と関連して、脳脊髄液排除試験の実施率も、脳神経内科単独施設では 35.5%、精神科・脳神経内科併設施設では 22.2% とやや高く、精神科単独施設では 4.7% と低かった。シャント術を行う割合も、同様に脳神経内科単独施設では 12.9%、精神科・脳神経内科併設施設では 14.5% とやや高く、精神科単独施設では 1.6% と低かった。シャント後フォローアップをしている施設の割合も同様で、脳神経内科単独施設では 29.0%、精神科・脳神経内科併設施設では 26.5% とやや高く、精神科単独施設では 11.6% とやや低かった。シャント術未施行患者をフォローアップしている施設の割合には差を認めなかった。

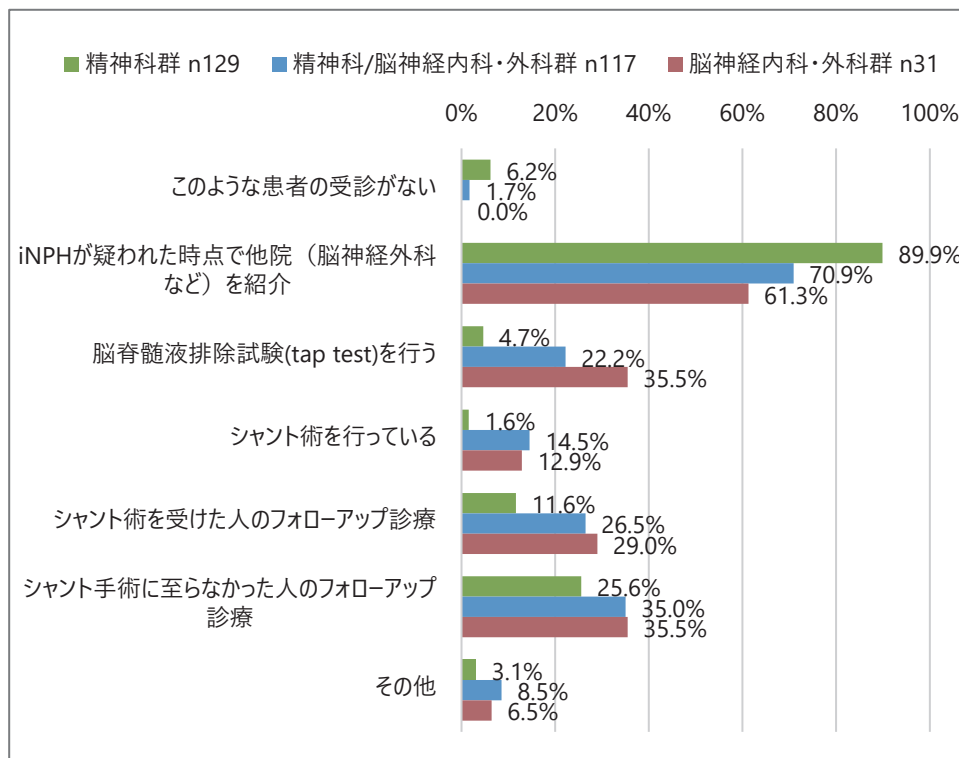
図表 2.2.1 [正常圧水頭症] どのような診療を行っているか (複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

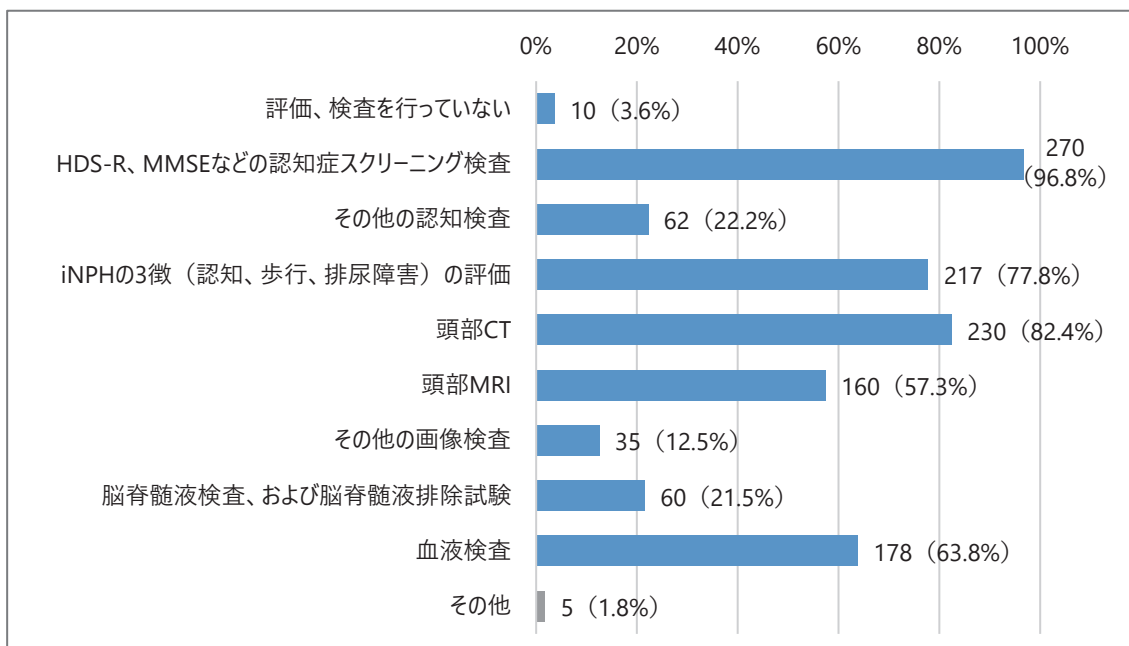


②どのような評価、検査を行っていますか(評価、検査の現状)

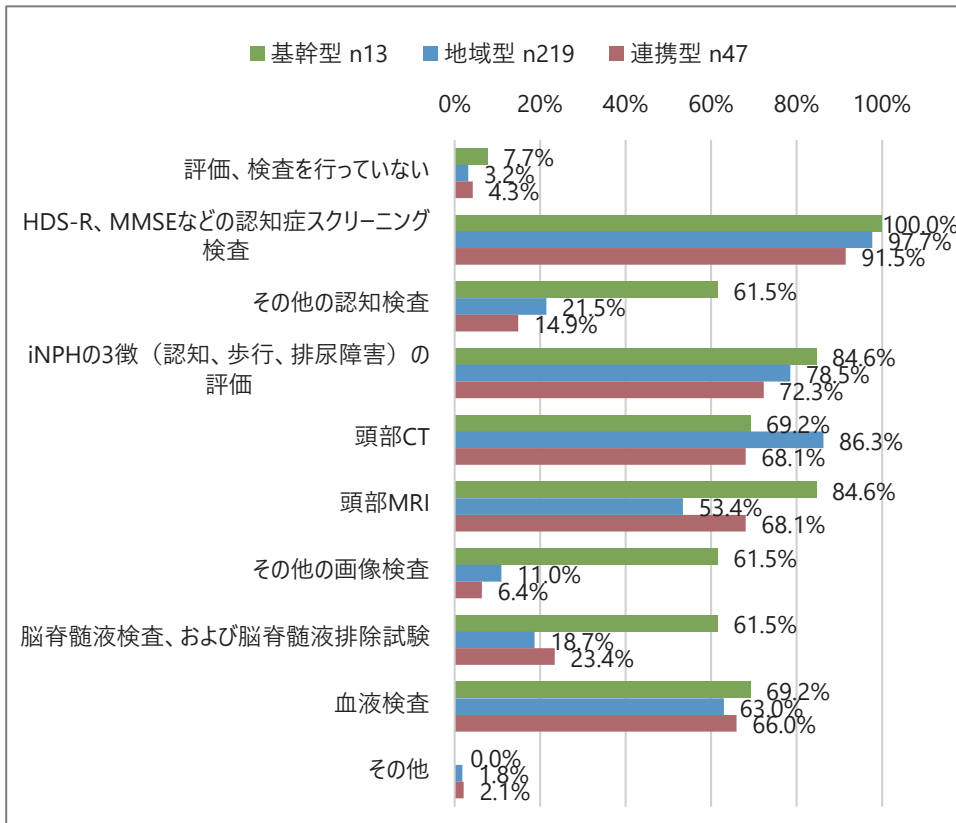
HDS-R、MMSE などの認知症スクリーニング検査は基幹型、地域型、連携型の 3 型の認知症疾患医療センターにおいて 9 割以上の割合で実施されていた。しかしその他の認知検査の実施率については、基幹型で 61.5%であったのに対して地域型では 21.5%、連携型では 14.9%と低かった。頭部 CT と MRI については、3 型全ての施設でどちらかが実施されていると予想されたが、これ以外の画像検査の実施率については、基幹型が 61.5%であったのに対して地域型では 11.0%、連携型では 6.4%と低かった。脳脊髄液検査、および脳脊髄液排除試験については、基幹型が 61.5%、地域型 18.7%、連携型 23.4%であった。これは①-3 の設問、脳脊髄液排除試験の実施率(基幹型 38.5%、地域型 13.2%、連携型 21.3%)よりも高く、脳脊髄液検査は施しているが、脳脊髄液排除試験までは行っていない施設があることが明らかになった。

診療科間の差については、HDS-R、MMSE などの認知症スクリーニング検査の実施割合、その他の認知検査の実施割合には差が無かった。頭部 CT の実施割合が精神科単独施設で多いのは、精神科病院では CT を有しているが MRI を有していない施設が多いという現状の反映だと思われる。CT、MRI 以外の画像検査の実施については、精神科単独施設で 5.4%と低く、精神科・脳神経内科併設施設 19.7%、脳神経内科単独施設 16.1%と高かった。

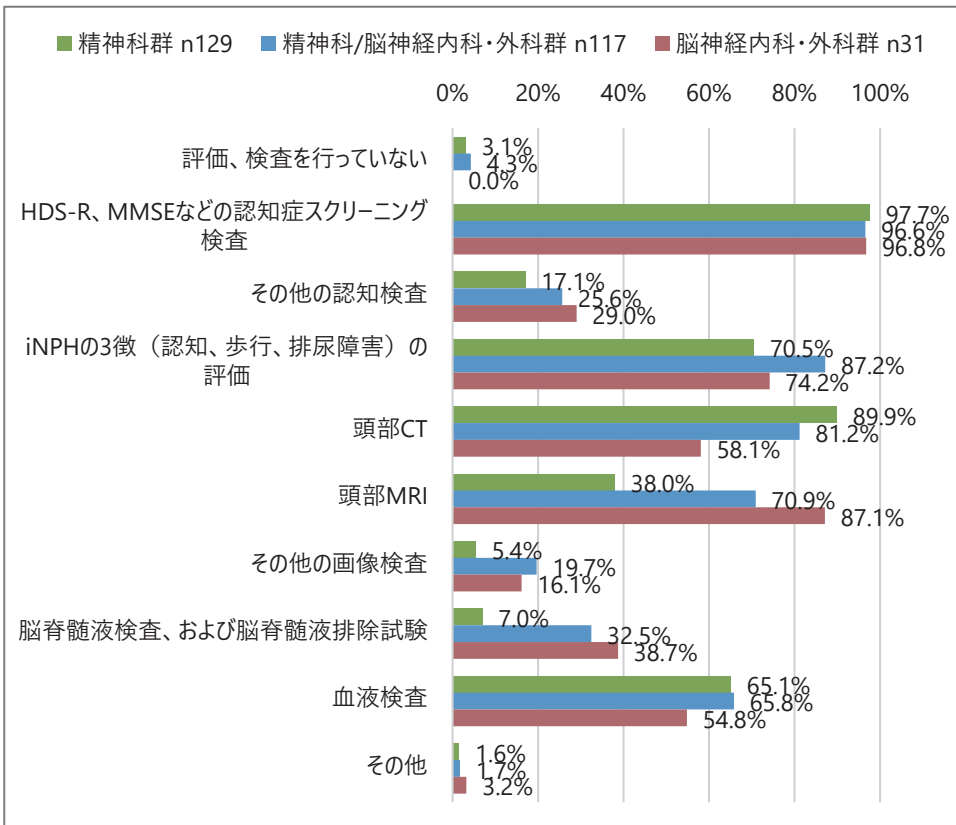
図表 2.2.2 [正常圧水頭症]どのような評価、検査を行っているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

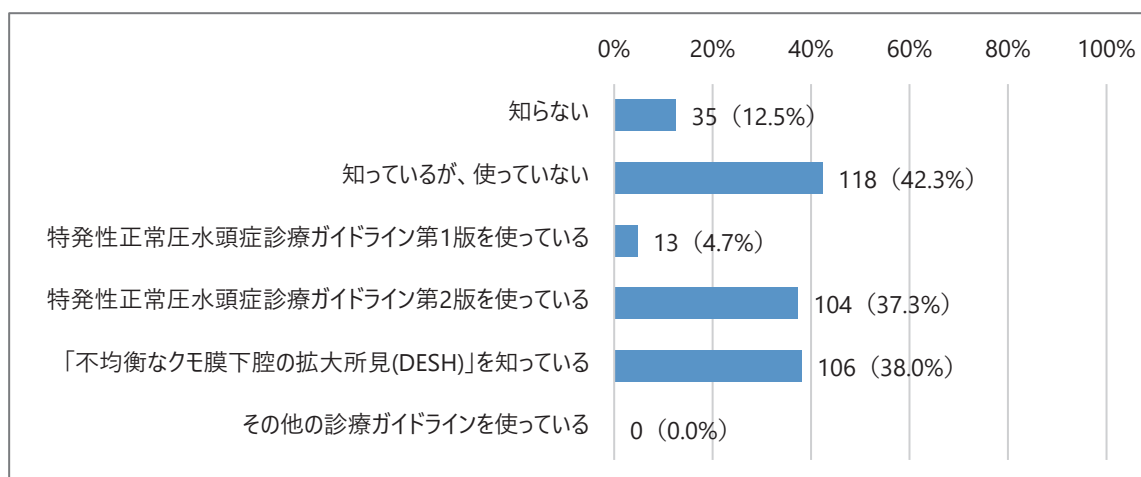


③診療ガイドラインを知っており、利用していますか（診療ガイドラインの使用状況）

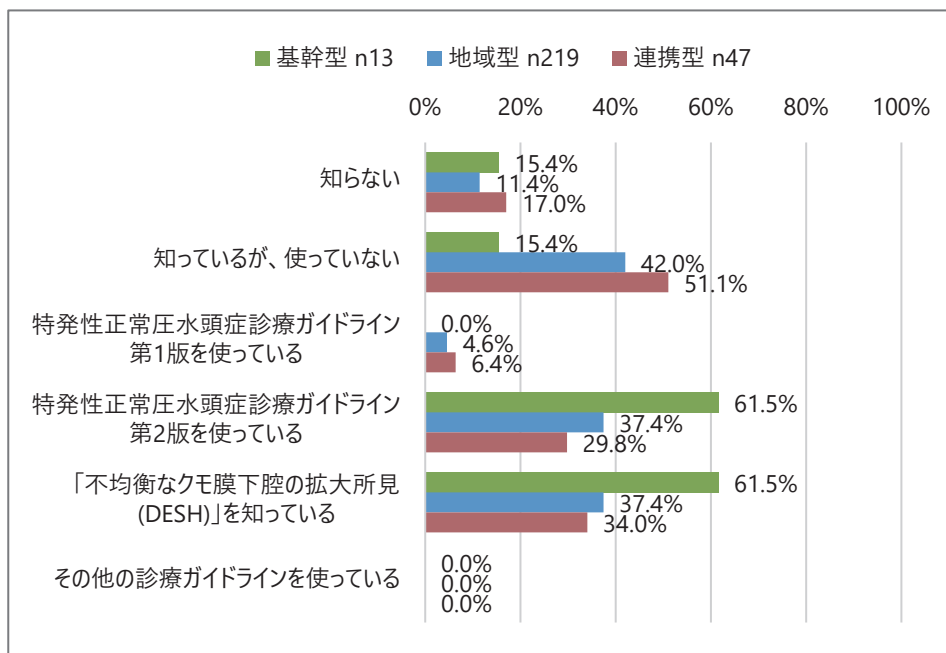
iNPH 診療ガイドラインについては、「知らない」と回答した施設が、全体の 12.5%で、認知症疾患医療センターの 3 型による差はなかった。「知っているが使っていない」と回答した施設は基幹型では 15.4%と少なかったが、地域型と連携型ではそれぞれ 42.0%、51.1%と多かった。「第 1 版を使っている」施設は少なく、全体で 4.7%、3 型による差はなかった。「第 2 版を使っている」施設は基幹型では多く 61.5%であったが、地域型、連携型は若干低く、37.4%、29.8%であった。iNPH の受診患者がいない施設の割合は全体で 3.6%（基幹型 0%、地域型 3.2%、連携型 6.4%）であったため、iNPH 診療ガイドラインの認知症疾患医療センターでの使用頻度は高くないと思われた。iNPH の診断に重要である画像所見「不均衡なクモ膜下腔の拡大所見 (DESH)」について、知っていると回答した施設の割合は、基幹型で 61.5%、地域型で 37.4%、連携型で 34.0%、全体で 38.0%と低かった。DESH は iNPH の診断に最も有用な所見で、かつシャント術の効果が高いことを示す所見でもあるため、この所見の普及は重要な課題である。

診療科間の差については、iNPHガイドラインを知らないと回答した施設の割合は、精神科単独施設 14.7%、精神科・脳神経内科併設施設 12.0%とやや高く、脳神経内科単独施設で 3.2%と低かった。ガイドラインを使っていない施設も同様に、精神科単独施設 55.0%と高く、精神科・脳神経内科併設施設 32.5%、脳神経内科単独施設で 29.0%とやや低かった。逆に最新のガイドラインである第 2 版を使っている施設は、精神科単独施設 24.0%と低く、精神科・脳神経内科併設施設 43.6%、脳神経内科単独施設で 67.7%とやや高かった。ガイドライン使用の反映であろうと思われるが、DESH を知っている施設の割合は、精神科単独施設 27.9%と低く、精神科・脳神経内科併設施設 42.7%、脳神経内科単独施設で 61.3%とやや高かった。

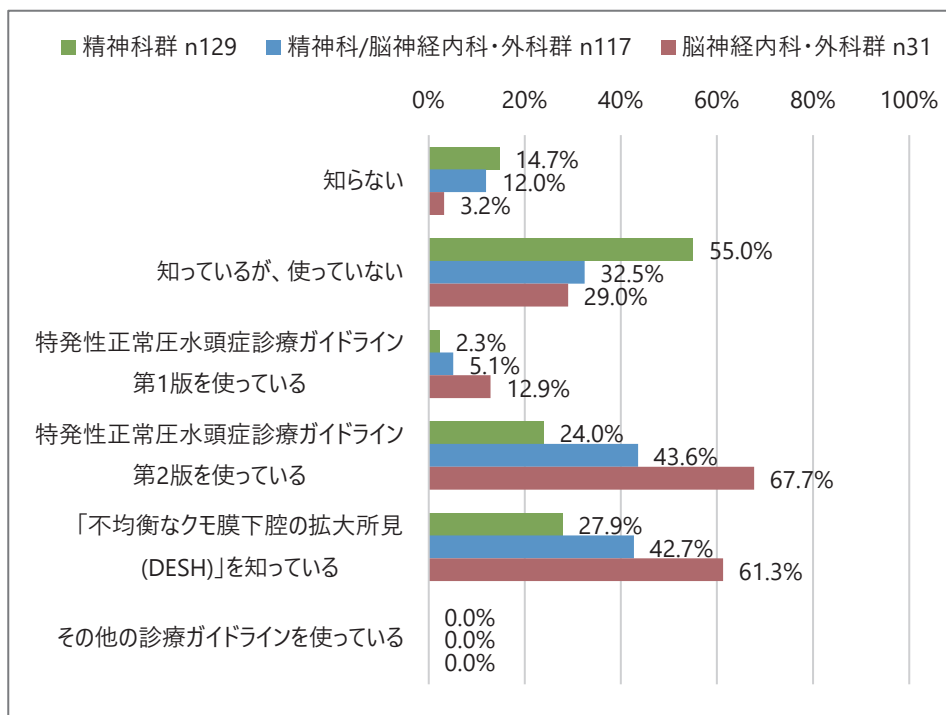
図表 2.2.3 [正常圧水頭症]診療ガイドラインを知っており、利用しているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

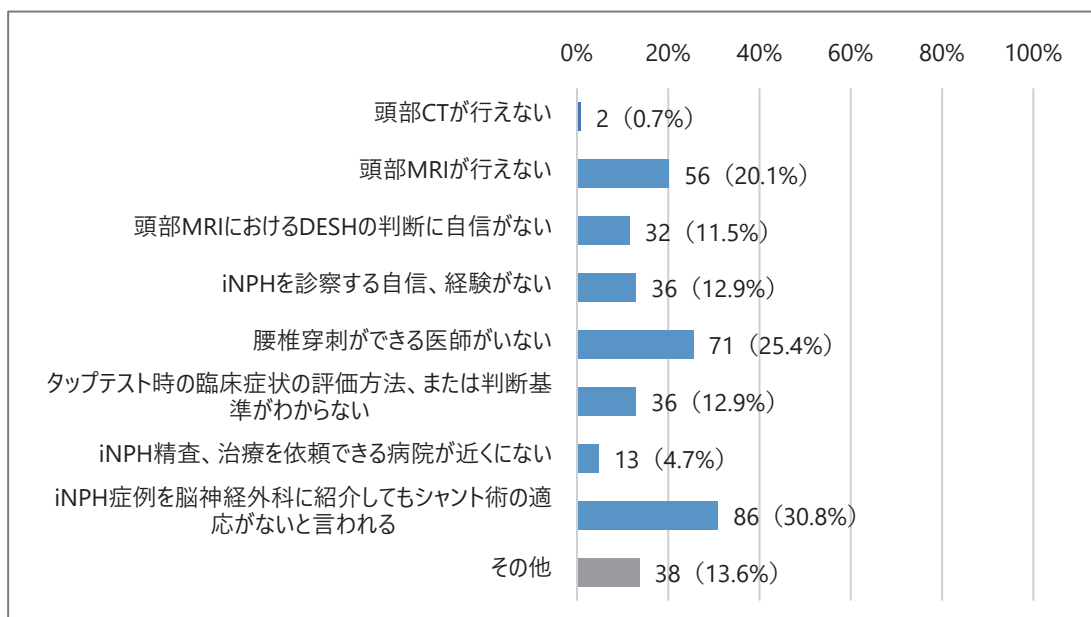


④診療に関して困っていること

CTが行えない施設は携帯型で4.3%のみで、残りの施設は施行可能であった。基幹型でMRIを実施できない施設が15.4%あることは意外であった。DESHの判断に自信がなく困ると回答した施設は全体で11.5%と少ない結果であったが、設問③-5でDESHを知っていると回答した施設の割合が全体で38.0%と低かったため、DESHを知らないがために困らないと回答した施設があると推測された。そのためこの数値はDESHを知っており、かつ判断に困る人の割合であると想像された。iNPH診察に関しては自信、経験がないため困ると回答した施設は3型で差はなく、全体で12.9%と少なかった。これは脳脊髄液排除試験前に紹介するという診療においては、このように感じているのだと想像される。しかし腰椎穿刺ができる医師がいないため困るとの回答が全体で25.4%あった。このことから脳脊髄液試験、および脳脊髄液排除試験を行いたいと思っている認知症疾患医療センターがこの割合で存在することを示唆すると思われた。iNPHと他の認知症との鑑別診断、併存診断は難しいことがあり、また全ての脳神経外科施設でiNPH以外の認知症疾患の鑑別診断が十分に行えるとは限らない。そのため認知症疾患医療センターで、認知検査、神経画像検査などとともに脳脊髄液排除試験が行われることが望ましく、認知症疾患医療センターに腰椎穿刺ができる医師が確保されやすくなる体制構築が望まれる。iNPHの精査、治療を依頼する病院が近くに無いために困ると回答した施設は4.7%と少なく、iNPH診療の広がりを感じる。しかし、認知症疾患医療センターから紹介した時にシャント術の適応がないと言われた施設は全体で30.8%と高い。適応が無いと判断された理由については今後さらに明らかにしていく必要があると思われた。

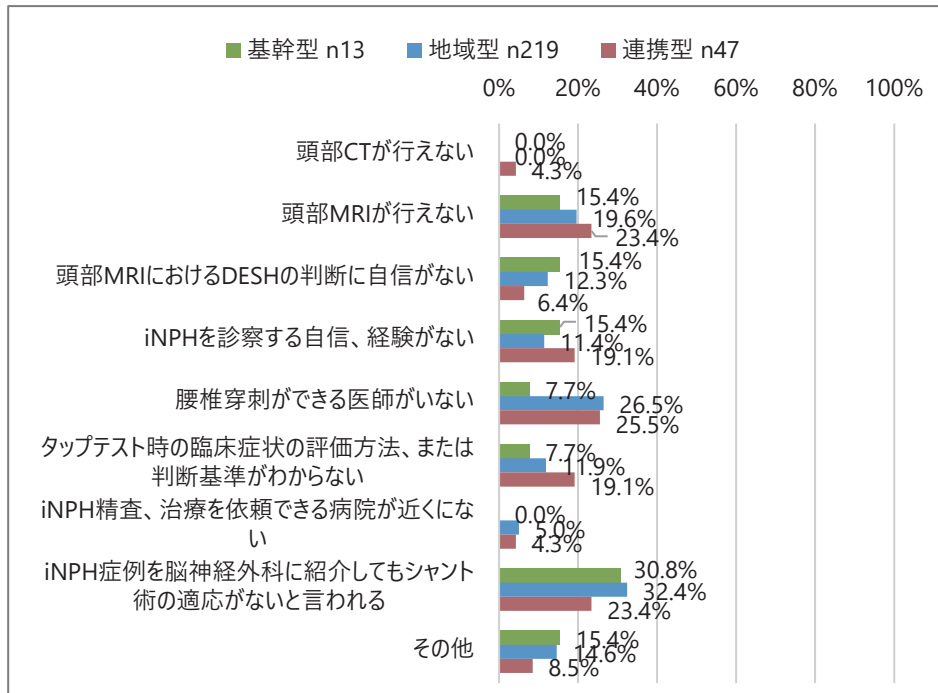
診療科間の差については、MRIが実施できないと回答した施設の割合は、精神科単独施設31.0%とやや高く、精神科・脳神経内科併設施設12.0%、脳神経内科単独施設で6.5%と低かった。iNPHの診断においてはMRIの方がCTよりも有用であることが周知されている結果であると思われた。DESHに自信がない施設の割合は、精神科単独施設15.5%、精神科・脳神経内科併設施設8.5%、脳神経内科単独施設6.5%と若干、精神科単独施設で多かった。

図表 2.2.4 [正常圧水頭症]診療に関して困っていること(複数回答、n279)

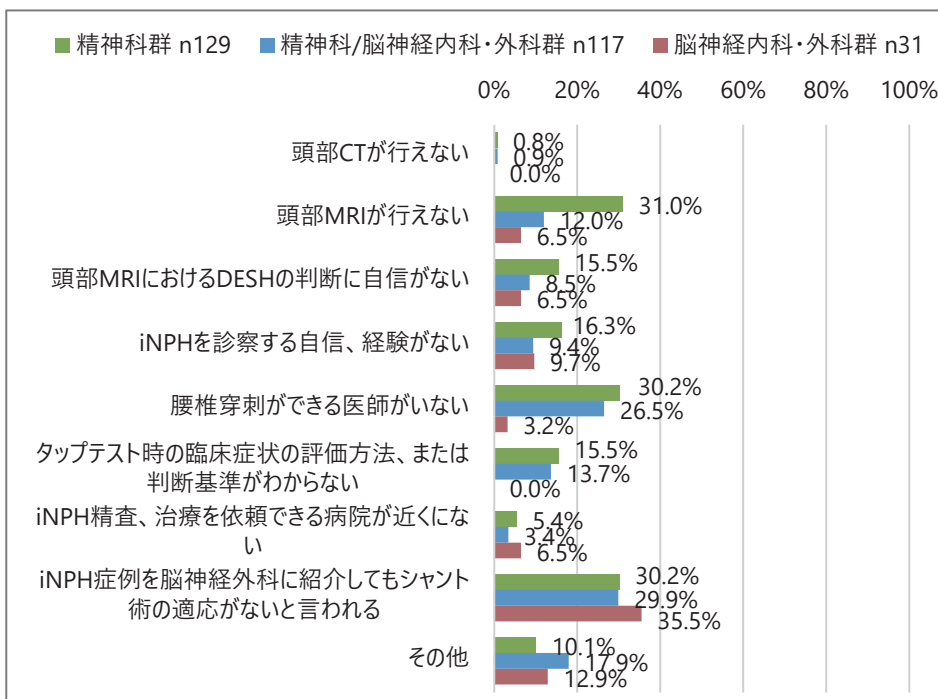


iNPH 診療に対する自信、経験も同様に精神科単独施設 16.3%とやや高く、精神科・脳神経内科併設施設 9.4%、脳神経内科単独施設 9.7%であった。腰椎穿刺ができる医師がいないことについては、精神科単独施設 30.2%、精神科・脳神経内科併設施設 26.5%と高く、脳神経内科単独施設では 3.2%と低かった。精神科・脳神経内科併設施設でこの割合が高い理由については今後明らかにする必要があると思われる。精査・治療を依頼できる病院がないと感じる割合、脳神経外科に紹介してもシャント術の適応がないと言われる割合は3診療科間で差はなかった。

[設置類型別]



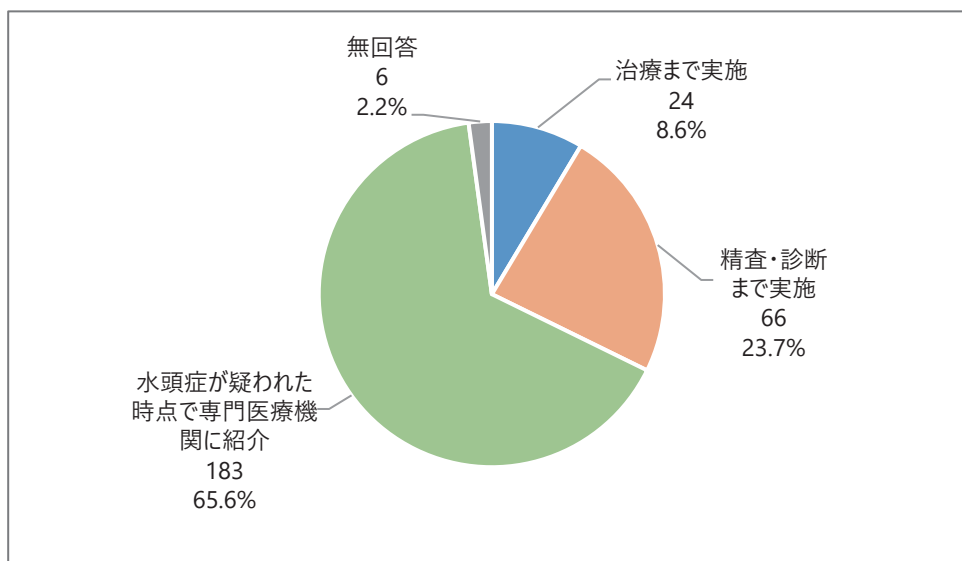
[診療科群別]



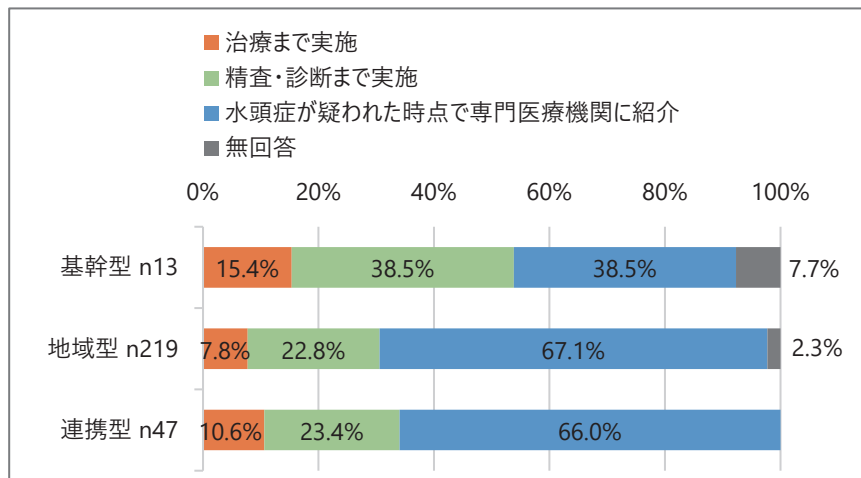
⑤センターでどこまで診療すべきと考えますか(診療に対する認知症疾患医療センターの意向)

全体として、iNPH 患者が疑われた時点で紹介は 65.6%、精査・診断まで実施するは 23.7%、治療まで実施するは 8.6%であった。3 型の差については、基幹型で、治療まで実施 15.4%(地域型 7.8%、連携型 10.6%)、精査診断まで実施 38.5%(地域型 22.8%、連携型 23.4%)と地域型、連携型よりも高い頻度であった。診療科別でも、差があり、精神科単独施設では紹介が 80.6%、精査・診断までが 14.0%、精神科と脳神経内科の併存施設では、紹介が 53.8%、精査・診断までが 30.8%、脳神経内科単独施設では紹介が 48.4%、精査・診断までが 35.5%であった。iNPH の診療については、脳神経内科医がいる認知症疾患医療センターで診断まで行うべきであるという施設が多いことが明らかになった。

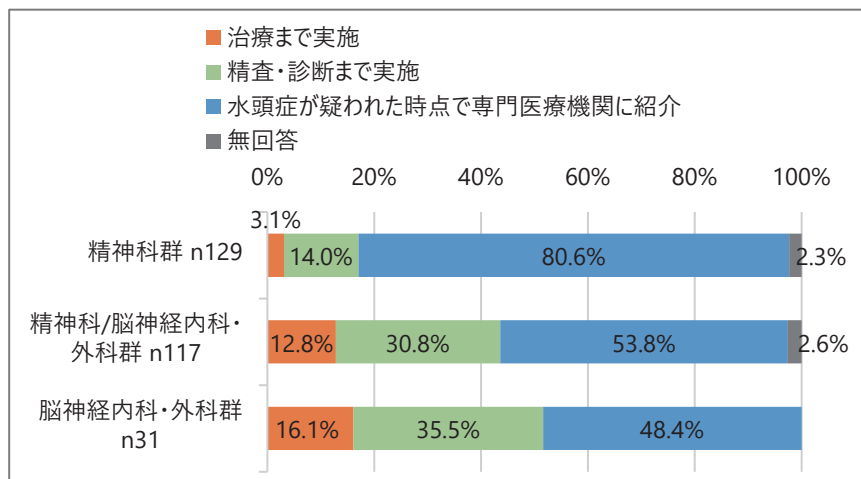
図表 2.2.5 [正常圧水頭症]センターでどこまで診療すべきと考えるか(n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



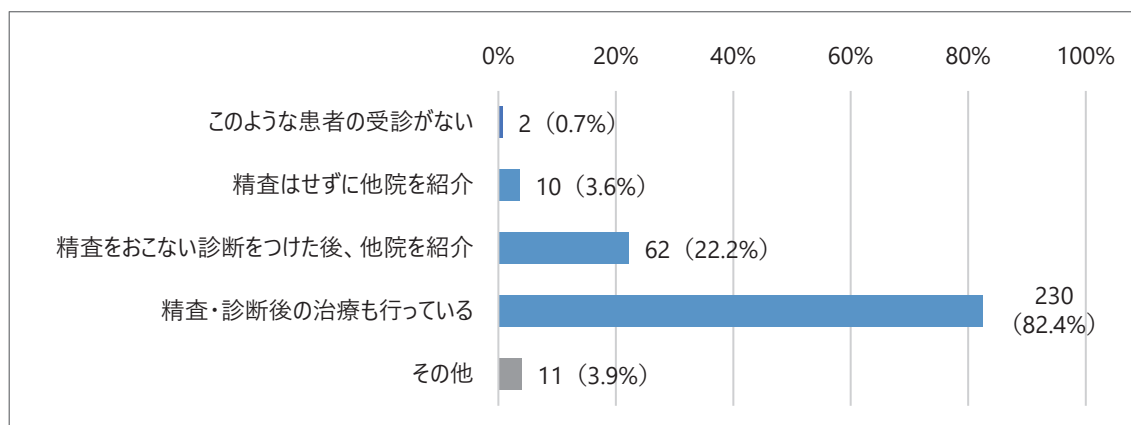
2-3 高齢者のうつ病による認知機能低下(認知症)が疑われる患者の診療について

①どのような診療を行っていますか(診療の現状)

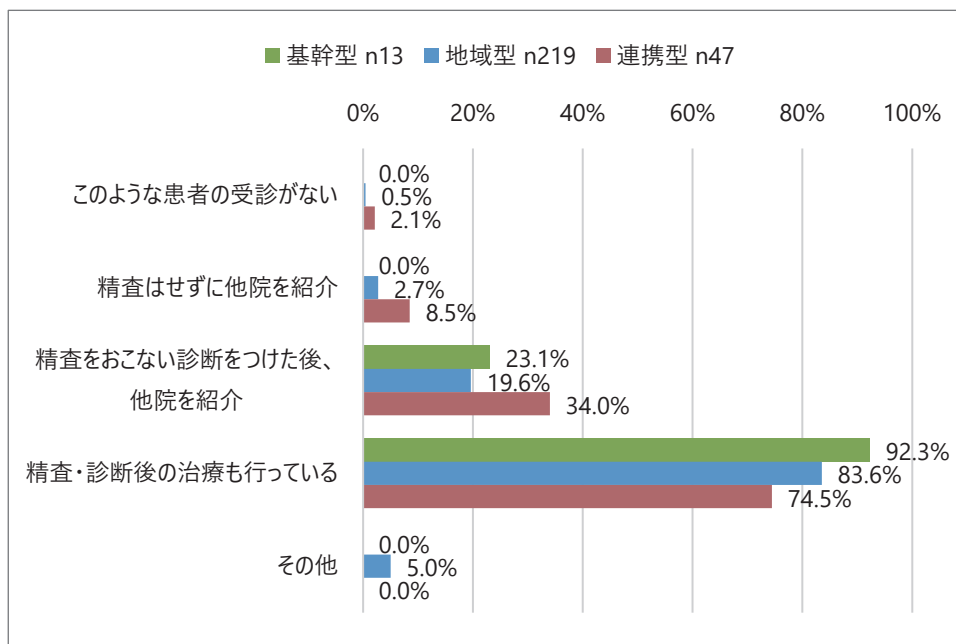
うつ病の受診患者がいない施設は全体で 0.7% (基幹型 0%、地域型 0.5%、連携型 2.1%) と少なく、ほとんどの認知症疾患医療センターにうつ病患者が受診している現状が明らかになった。うつ病が疑われた時点で他院を紹介する施設は全体で 3.6% と非常に少ないが、連携型施設では 8.5% (基幹型 0%、地域型 2.7%) と若干高いことが明らかになった。診断後の紹介は全体で 22.2% であり、3 型で差はなかった。治療を行う施設は全体で 82.4% であり、3 型で差はなかった。

診療科別では、脳神経内科単独施設の精査せずに紹介する割合が 25.8% (精神科単独施設 0%、精神・脳神経内科併設施設 0.9%)、診断後紹介する割合が 54.8% (精神科単独施設 10.1%、精神・脳神経内科併設施設 26.5%) と高く、治療を行う割合が 29.0% (精神科単独施設 96.9%、精神・脳神経内科併設施設 82.1%) と低かった。これはうつ病が精神疾患であることから当然の結果であると考えられた。

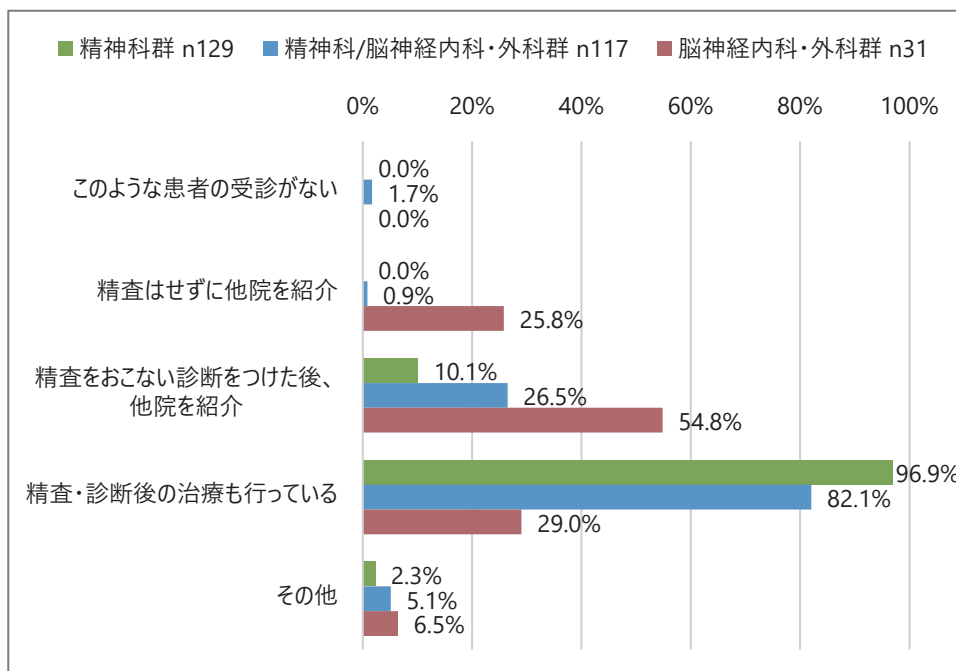
図表 2.3.1 [うつ病] どのような診療を行っているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

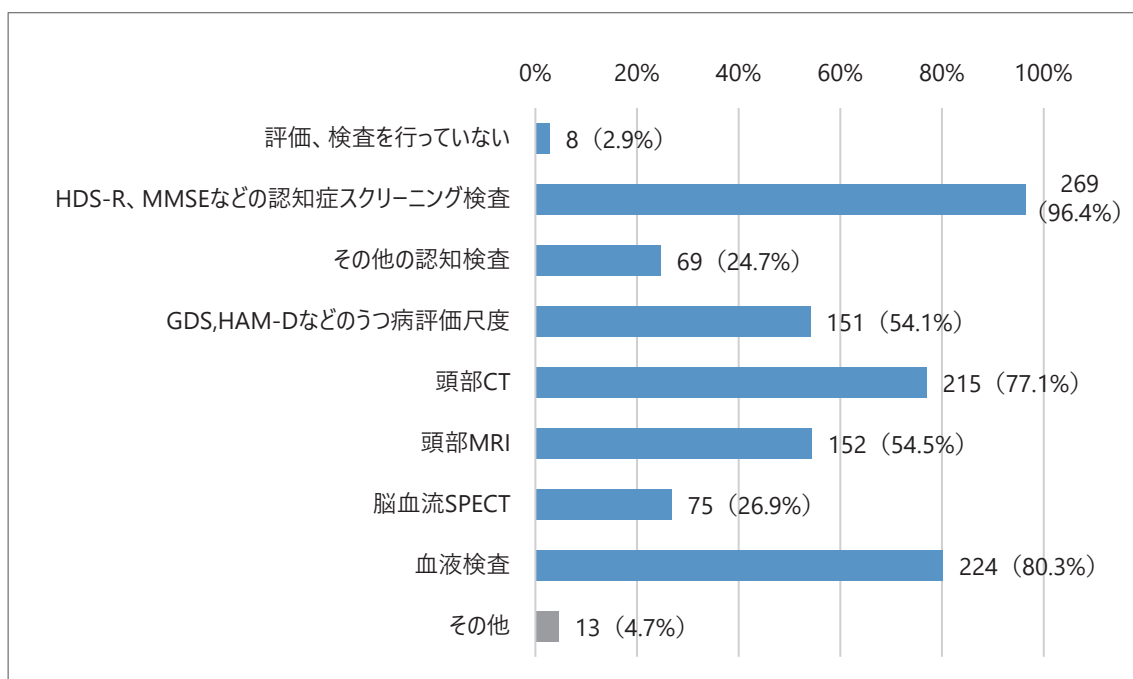


②どのような評価、検査を行っていますか(評価、検査の現状)

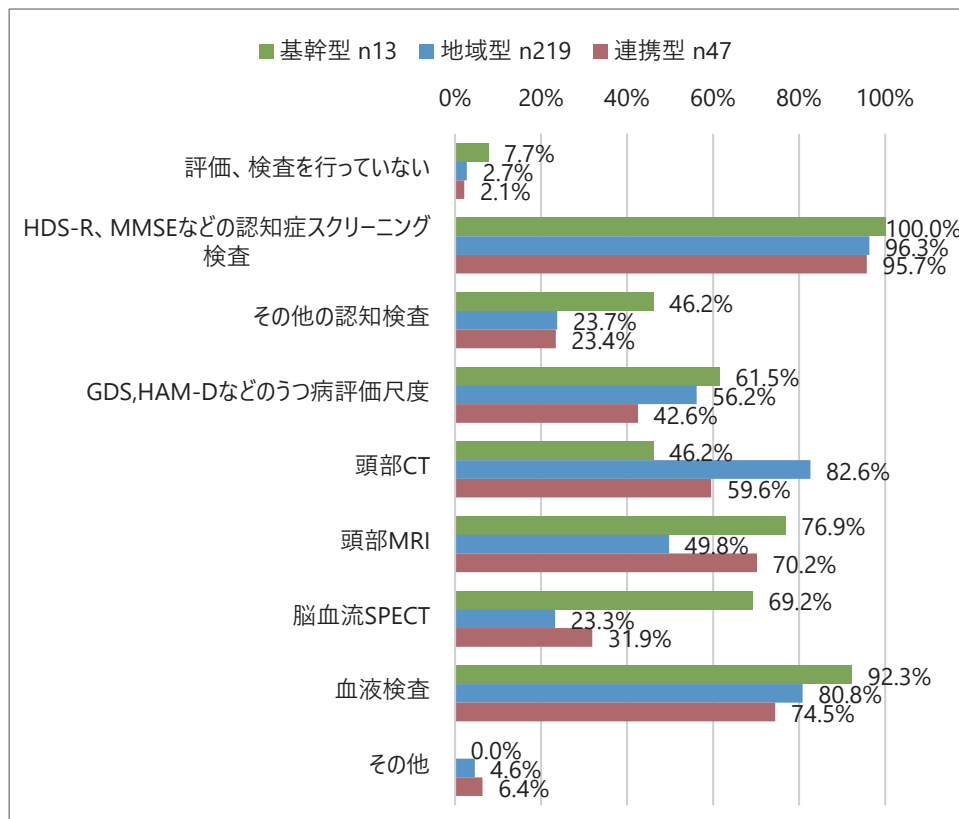
HDS-R、MMSE などの認知症スクリーニング検査は基幹型、地域型、連携型の 3 型の認知症疾患医療センターにおいて 95%以上の割合で実施されていた。しかしその他の認知検査の実施率については、基幹型で 46.2%であったのに対して地域型では 23.7%、連携型では 23.4%と低かった。GDS、HAM-D などのうつ病の評価尺度の実施割合は、基幹型 61.5%、地域型 56.2%、連携型 42.6%、全体で 54.1%とあまり高くはなかった。以上の評価の実施頻度は、精神科単独施設、精神・脳神経内科併設、脳神経内科単独施設の診療科間で大きな差はなかった。頭部 CT と MRI については、3 型の施設でどちらかが実施されていると予想された。ただし、頭部 CT の実施割合が精神科単独施設で多かったが、これは精神科病院では CT を有しているが MRI を有していない施設が多いという現状の反映だと思われた。脳血流 SPECT 検査については、基幹型が 69.2%と高かったが、地域型でも 23.3%、連携型でも 31.9%、全体で 26.9%とかなり高い頻度で実施されている現状が明らかになった。

診療科間の差については、精神科単独施設で実施頻度が若干低かった(精神科単独 16.3%、精神・脳神経内科 37.6%、脳神経内科単独 32.3%)。血液検査も施設の 3 型、および診療科間で大きな差なく、全体で 80.3%と高い頻度で行われていた。

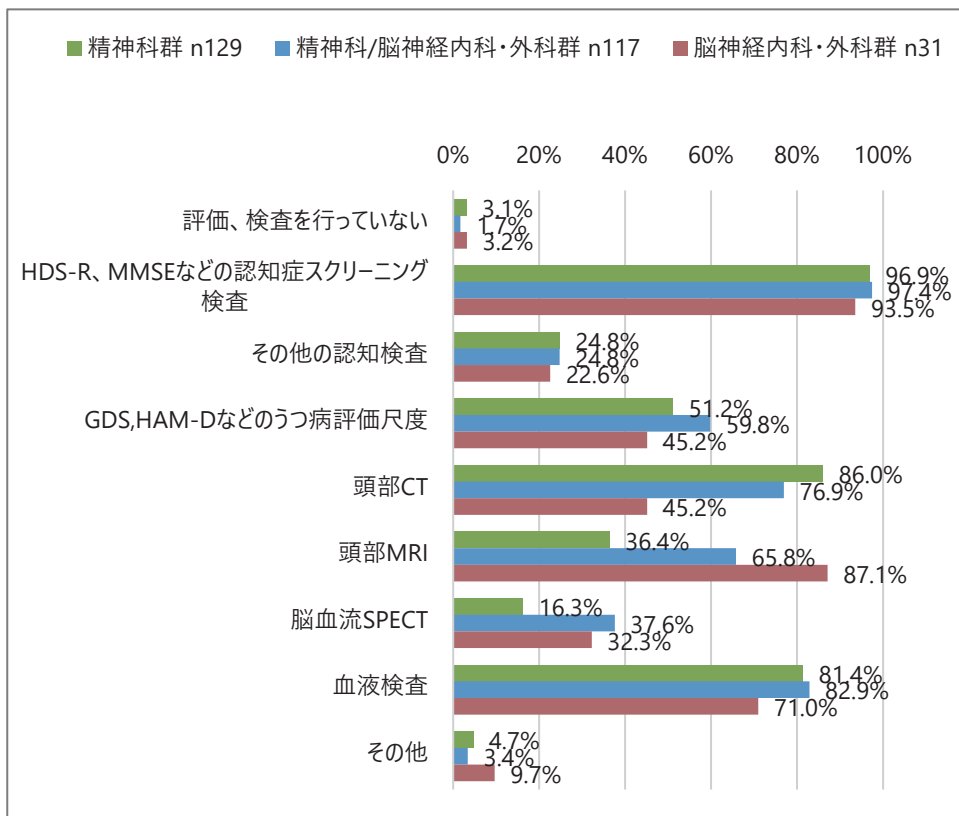
図表 2.3.2 [うつ病]どのような評価、検査を行っているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



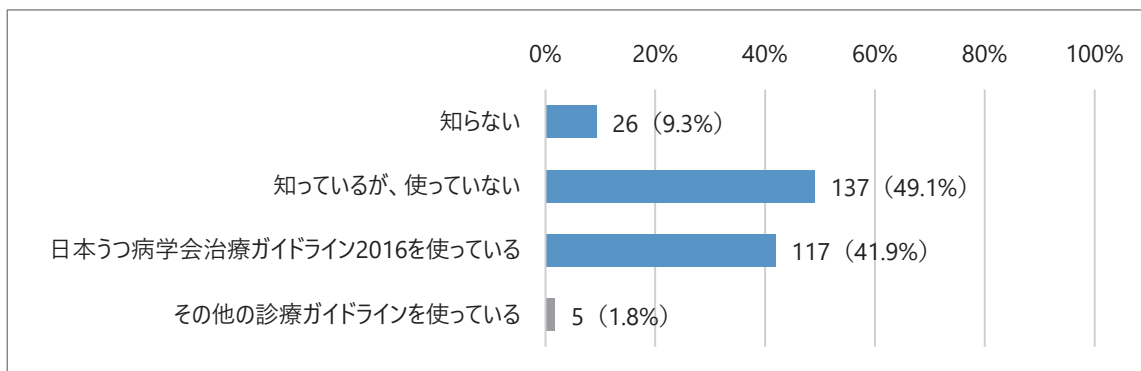
[診療科群別]



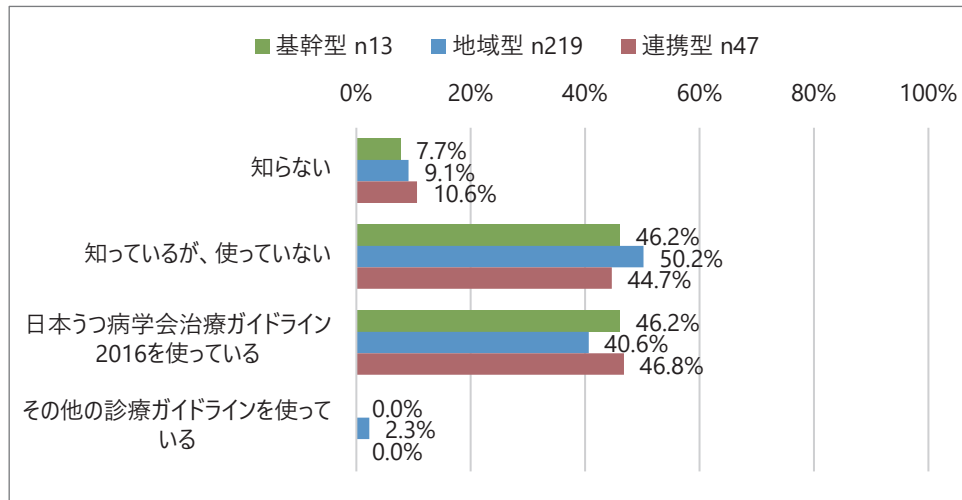
③診療ガイドラインを知っており、利用していますか(診療ガイドラインの使用状況)

うつ病診療ガイドラインについては、全体で「知らない」が 9.3%、「知っているが使っていない」が 49.1%、「うつ病学会ガイドラインを使っている」が 41.9%で施設の 3 型で差はなかった。しかし診療科間では大きな差があり、「知らない」は精神科単独施設で 1.6%、精神・脳神経内科併設施設で 8.5%、脳神経内科単独施設で 38.7%であった。「知っているが使っていない」は診療科間で差はなく、「うつ病学会ガイドラインを使っている」は精神科単独施設で 45.0%、精神・脳神経内科併設施設で 45.3%、脳神経内科単独施設で 19.4%であった。うつ病学会の主たる会員は精神科医と考えられるため妥当な結果だと考えられた。

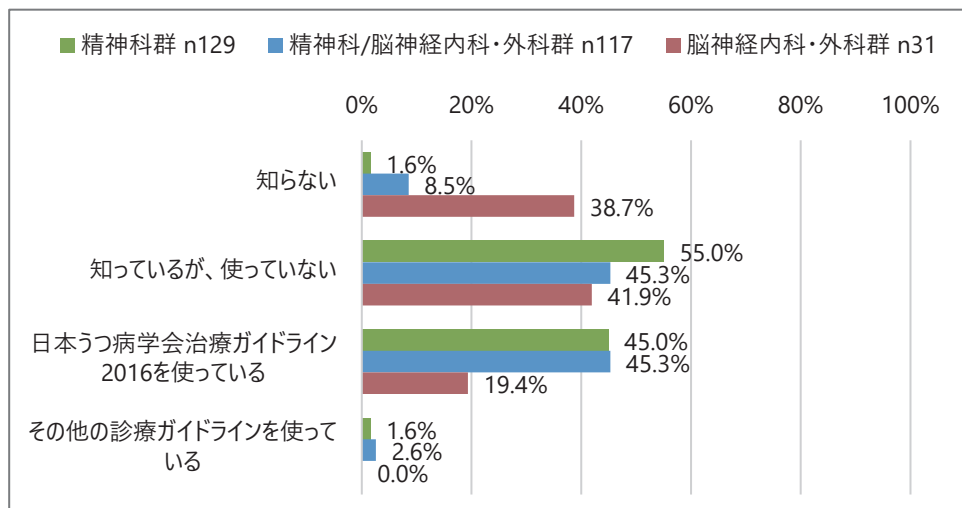
図表 2.3.3 [うつ病]診療ガイドラインを知っており、利用しているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

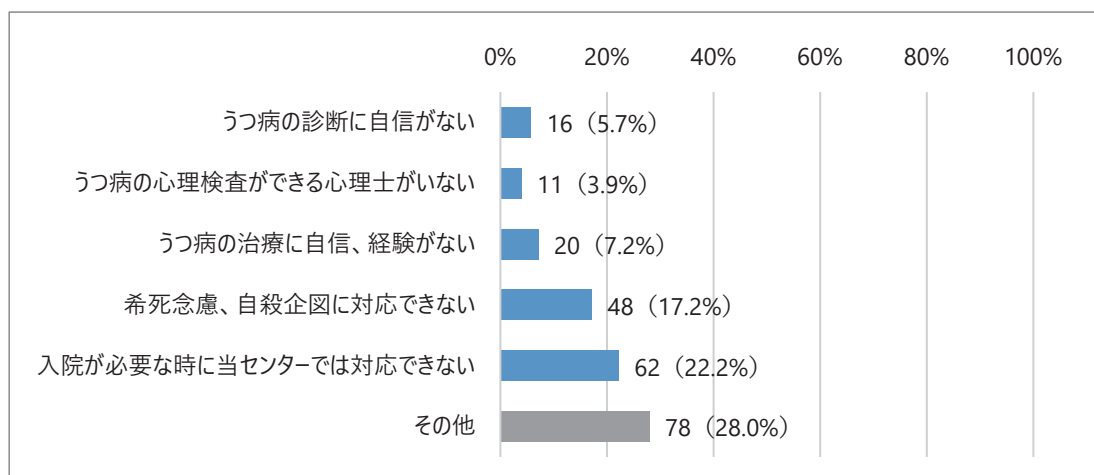


④診療に関して困っていること

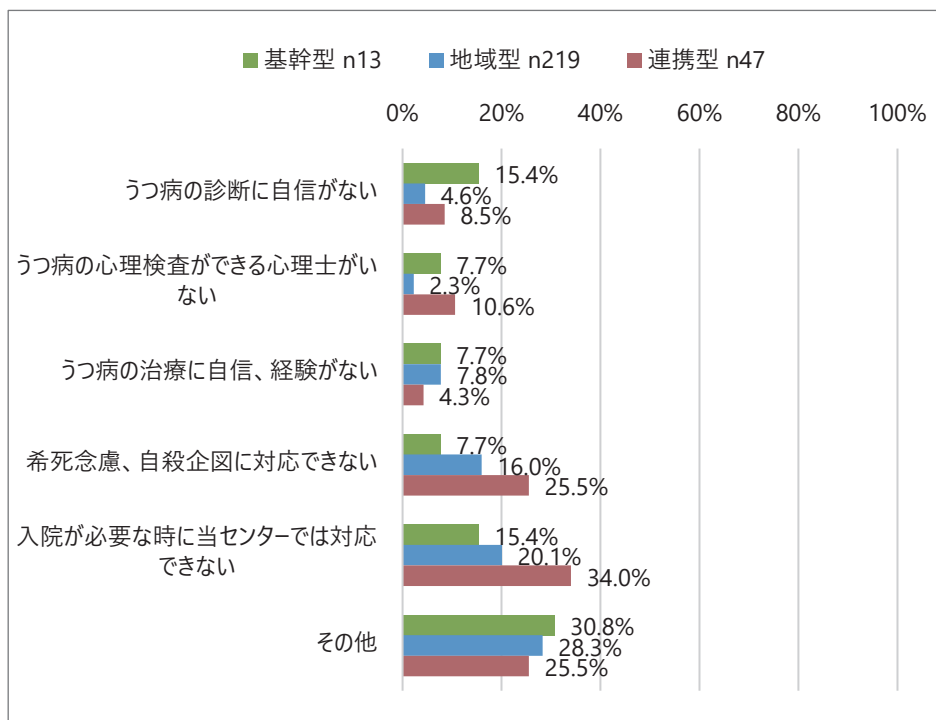
うつ病の診断に自信がないは、全体で 5.7%で施設の 3 型による差は認めなかった。心理検査ができる心理士がいないことが困ると回答したのは連携型で 10.6%とやや高かったが、全体で 3.9%と低かった。治療に自信、経験がないと回答したのも、3 型で差がなく、全体で 7.2%と低かった。希死念慮、自殺企図に対応できないと回答した割合は連携型で 25.5%、地域型で 16.0%、基幹型で 7.7%であり、入院対応できないも連携型で 34.0%、地域型で 20.1%、基幹型で 15.4%の順であった。連携型で対応できない割合が高いのは理解できるが、地域型、基幹型で対応ができない施設が若干多いように感じた。理由を明らかにする必要があると思われた。

診療科間では、明らかな差を認めた。すなわち脳神経内科単独施設では、診療に自信がないが 29.0% (精神科単独 0.8%、精神科・脳神経内科併設 4.3%)、心理士がいない 16.1% (精神科単独 3.9%、精神科・脳神経内科併設 0.9%)、治療の自信・経験がないが 29.0% (精神科単独 1.6%、精神科・脳神経内科併設 7.7%)、希死念慮・自殺企図に対応できない 61.3% (精神科単独 8.5%、精神科・脳神経内科併設 14.5%)、入院対応できない 71.0% (精神科単独 10.9%、精神科・脳神経内科併設 21.4%)と高かった。

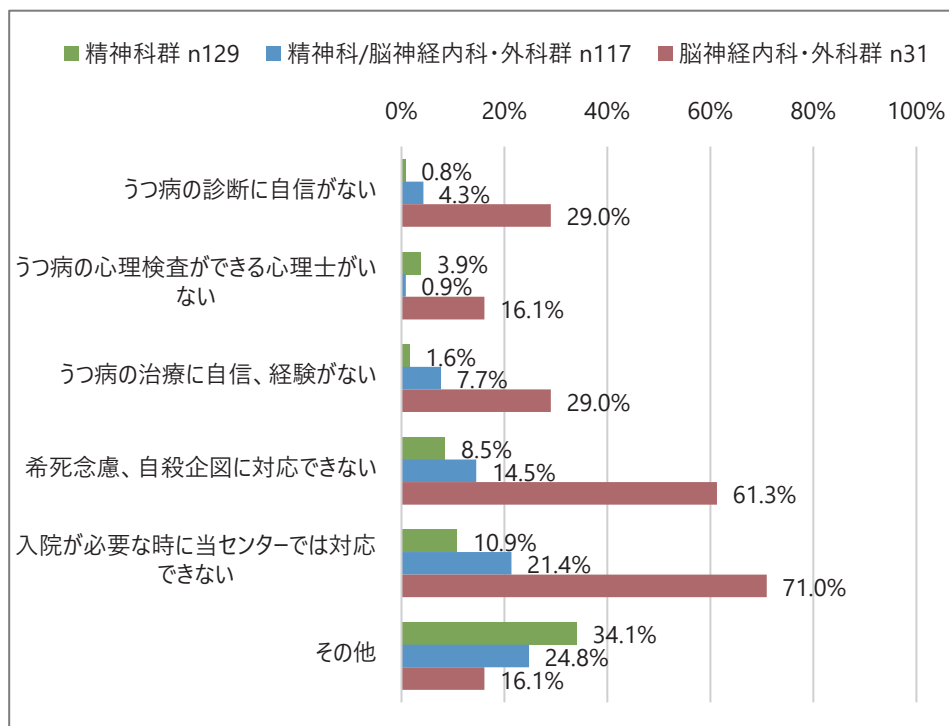
図表 2.3.4 [うつ病]診療に関して困っていること(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

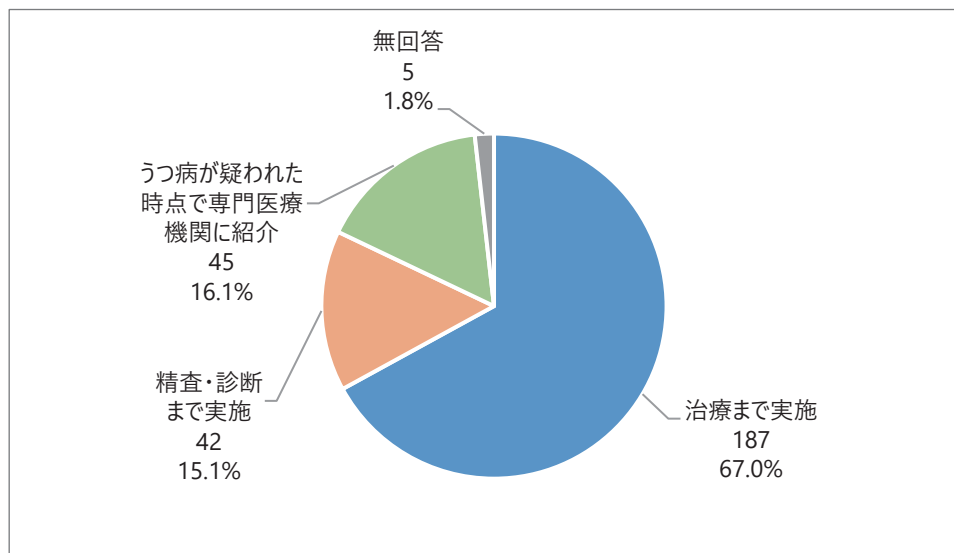


⑤センターでどこまで診療すべきと考えますか(診療に対する認知症疾患医療センターの意向)

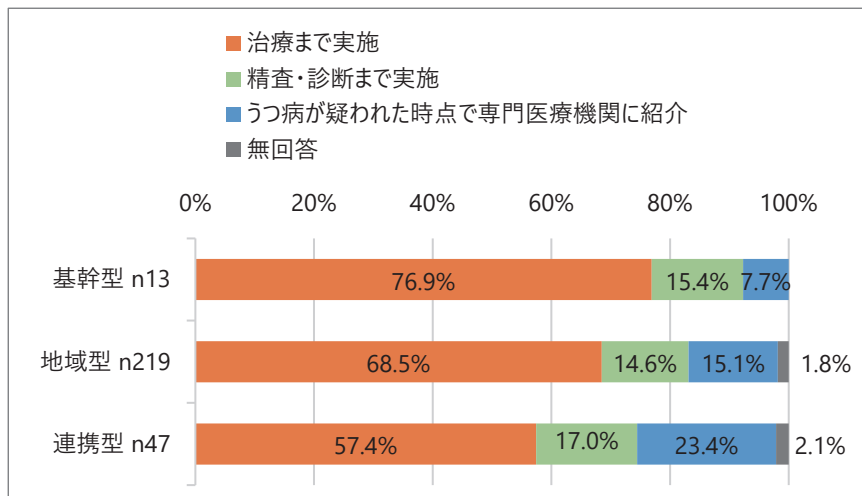
治療まで実施すると回答した施設が、基幹型では 76.9%、地域型では 68.5%と高く、診断まで(基幹型 15.4%、地域型 14.6%)と疑われた時点で紹介する(基幹型 7.7%、地域型 15.1%)は少なかった。連携型でも治療する施設が 57.4%と半数以上であったが、診断まで 17.0%、疑われた時点で紹介が 23.4%と基幹型、地域型と比較すると高かった。うつ病に対する入院治療が必要になる可能性を考えると妥当な結果だと思われた。

診療科間では、明らかな差を認めた。すなわち脳神経内科単施設では、疑われた時点で紹介が 51.6% (精神科単施設 4.7%、精神科・脳神経内科併施設 18.8%)、診断までが 22.6% (精神科単施設 12.4%、精神科・脳神経内科併施設 15.4%)と高く、治療実施は 25.8% (精神科単施設 80.6%、精神科・脳神経内科併施設 64.1%)と低かった。うつ病治療の専門性、入院治療が必要となる可能性を考えると妥当な結果と思われた。

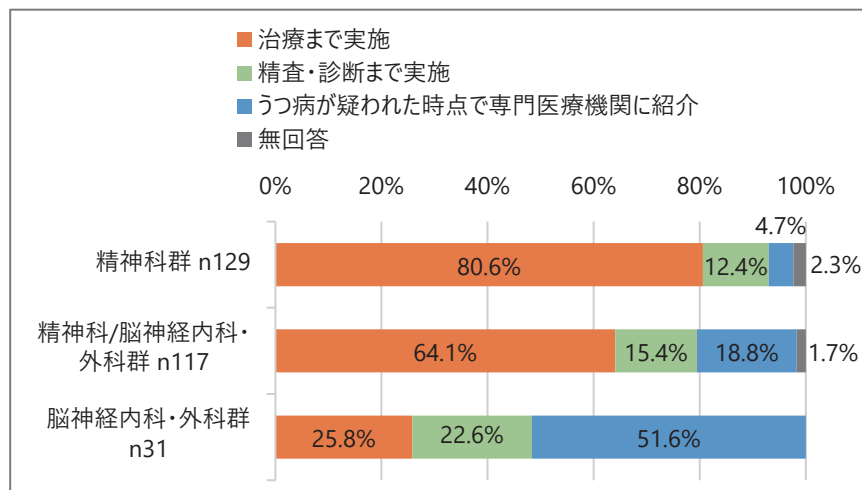
図表 2.3.5 [うつ病]センターでどこまで診療すべきと考えるか(n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



2-4 せん妄が疑われる患者の診療について

①どのような診療を行っていますか

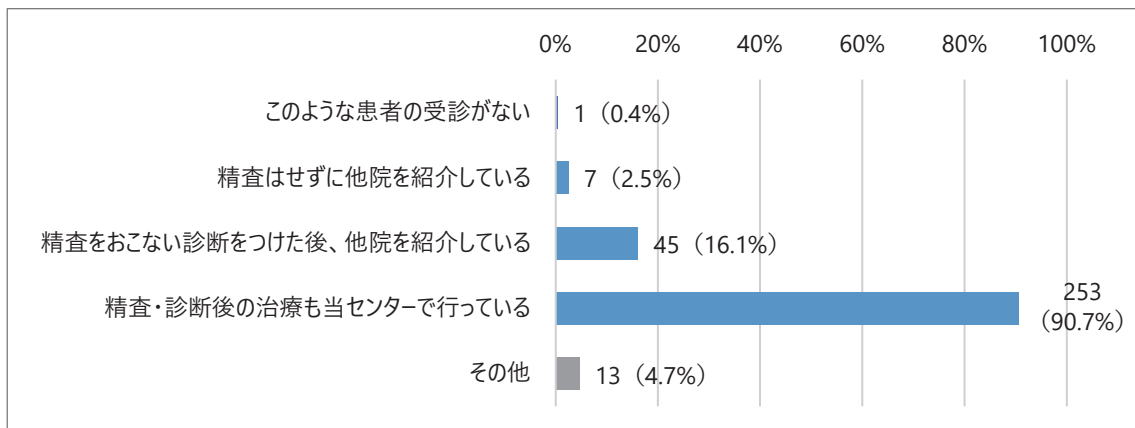
せん妄は活発な幻覚や妄想、認知機能低下などの症状を呈するため、認知症と間違われて認知症疾患医療センターを受診することが多い疾患である。せん妄は可逆性の疾患である一方で遷延すると難治性になりやすいため、早期に診断し適切な治療介入が必要である。

「せん妄が疑われる患者に対してどのような診療を行っているか」の質問に対して、90%以上の施設から、精査・診断後の治療まで実施しているとの回答が得られた。認知症はせん妄のリスクであり、認知症を合併したせん妄患者が少なくないことを考慮すれば、ほとんどの認知症疾患センターにおいてせん妄が治療まで実施されている現状は望ましい。

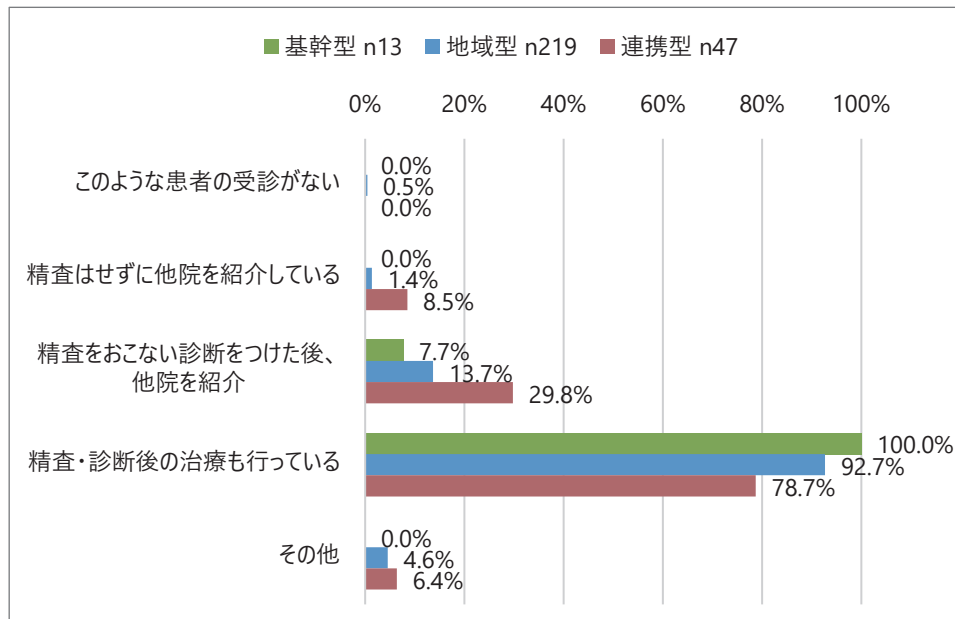
設置類型とせん妄診療との関連性については、基幹型センターでは全ての施設が治療まで実施していたが、連携型センターでは診断までは実施するが治療は行わない施設が 20%以上あった。せん妄の原因となる重度の身体疾患や、せん妄に伴う激しい精神症状に対してしばしば入院対応が必要となることを考慮すれば、クリニックが中心の連携型センターでは治療が難しい場合があると考えて良いだろう。

診療科との関連性については、精神科群で治療まで実施している施設が 96.9%を占める一方で、脳神経内科・外科群でその比率は 71%にまで下がっていた。この点に関しては、精神科病院でなければ対応が困難な激しい精神症状を有するせん妄患者が、認知症疾患医療センターには少なからず受診することが考えられた。

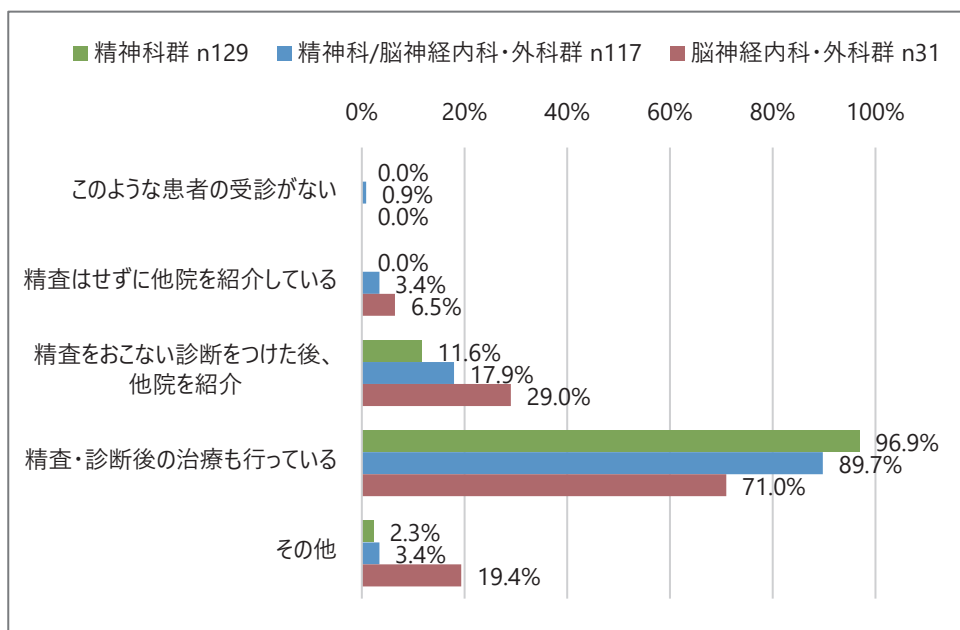
図表 2.4.1 [せん妄]どのような診療を行っているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

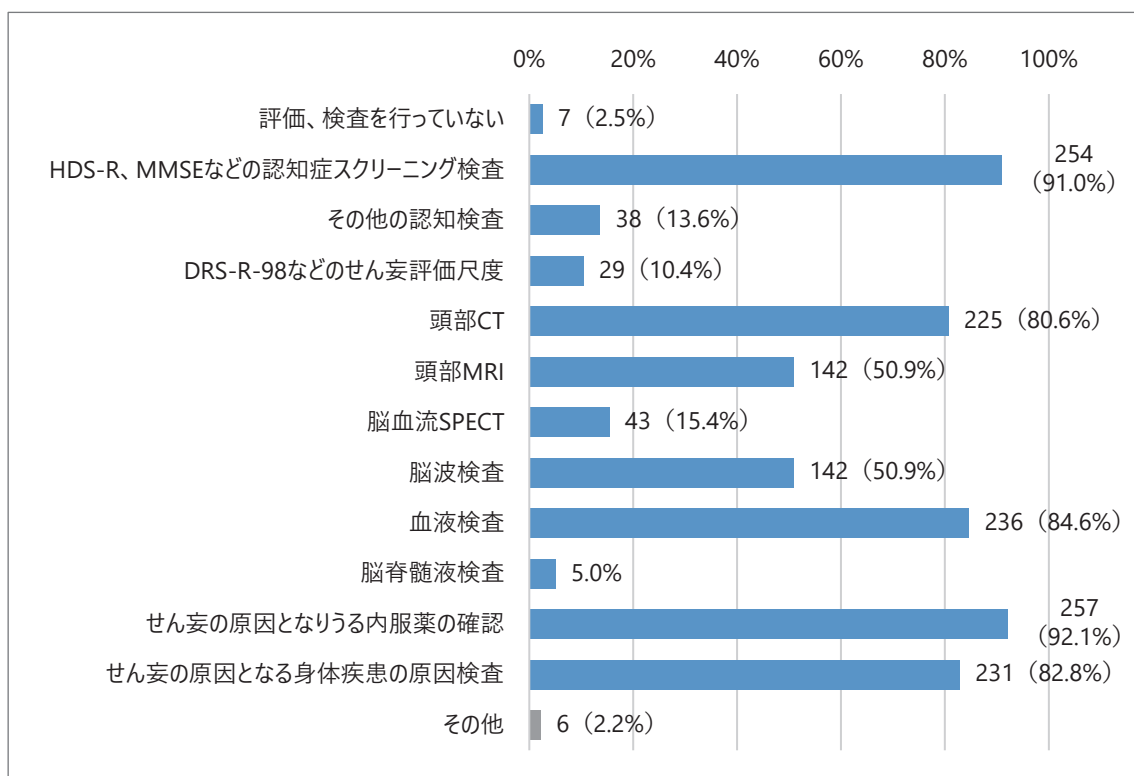


②どのような評価、検査を行っていますか

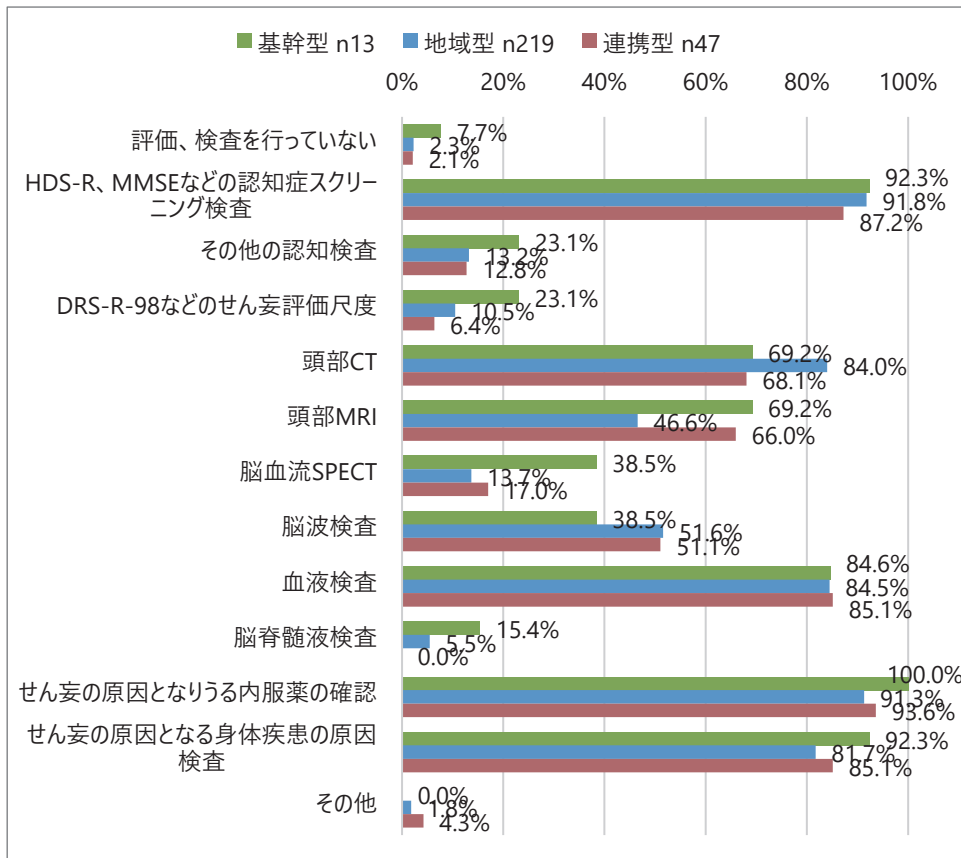
せん妄が疑われる患者に対する検査については、「内服薬の確認」が 92.1%と最も多く、次いで「認知症のスクリーニング検査」が91%、「血液検査」84.6%であった。高齢者では薬剤性のせん妄の頻度が高く、また薬剤による認知機能低下も生じやすいことから、認知症診療において内服薬の確認は、せん妄が疑われる患者だけではなく全ての初診患者に対して実施すべき基本的な手技である。にもかかわらず内服薬の確認を実施していない施設が 7.9%もあったことは、むしろ問題と考えるべきであろう。同様に血液検査を実施していない施設が 15.4%あった。①の質問において、「せん妄が疑われれば精査を行わずに他院を紹介する」と回答した 2.5%の施設を除いても、10%以上の施設で血液検査を実施せずに精査・診断が実施されていることになり、認知症診療における血液検査の重要性についての周知が改めて必要であろう。脳画像検査については、CT と MRI を併せれば 100%を超えるので、ほぼすべての施設でいずれかが実施されていると考えて良いだろう。脳波検査については約半数の施設で実施されていた。脳波はせん妄の診断に有用なツールであるものの、せん妄で興奮している患者に対して脳波検査を実施することは骨の折れる作業である。それを考えれば、半数以上の施設で脳波が実施されていたことは高く評価できる。

設置類型別の比較では、基幹型で脳血流 SPECT の頻度が高く、地域型で CT の実施頻度が高かった。この結果は、大学病院などの総合病院が主体となる基幹型では SPECT が実施しやすく、精神科病院が主体となる地域型では MRI がないため CT の頻度が高くなるといった、施設の差を反映した結果であり、せん妄の標準的な診療に大きな差はなかったと思われる。診療科の差もまた、主として施設間の差を反映した結果と考えられる。

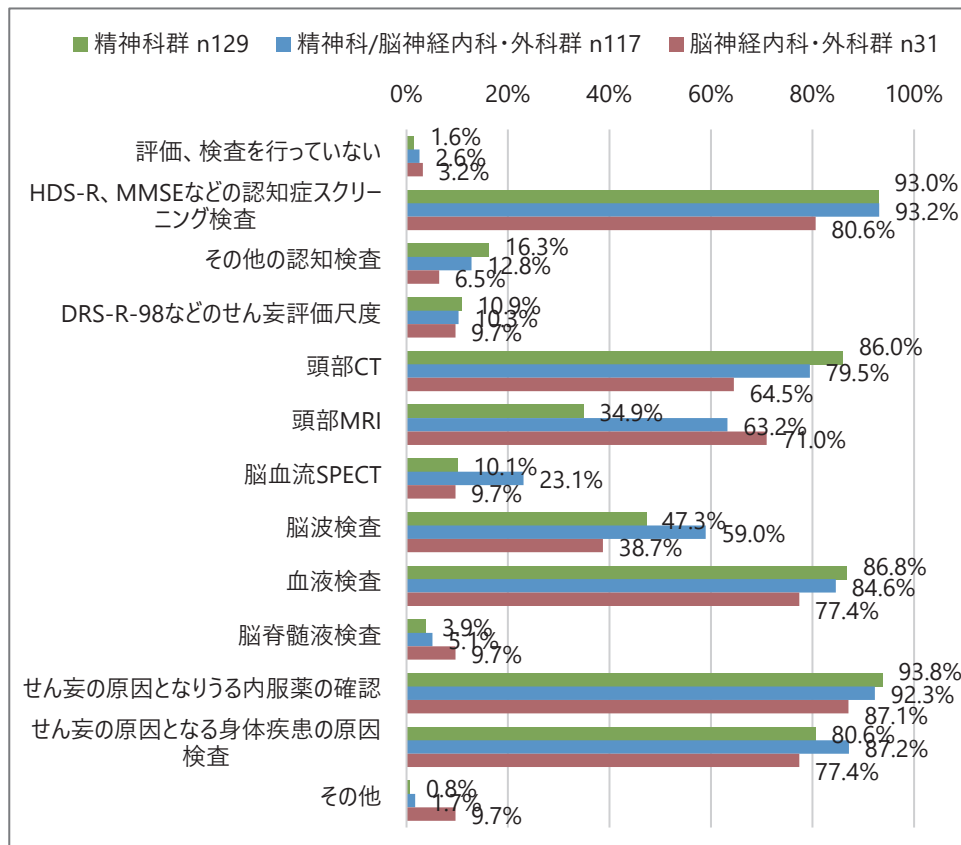
図表 2.4.2 [せん妄]どのような評価、検査を行っているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]

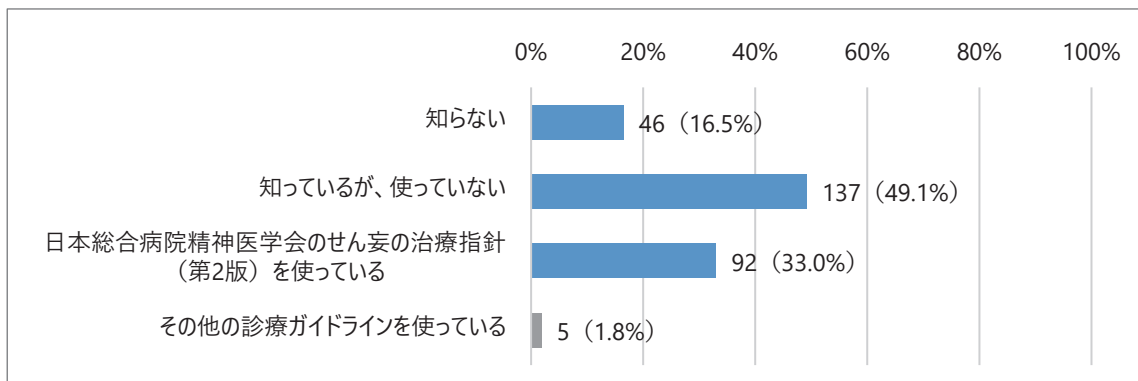


③診療ガイドラインを知っており、利用していますか

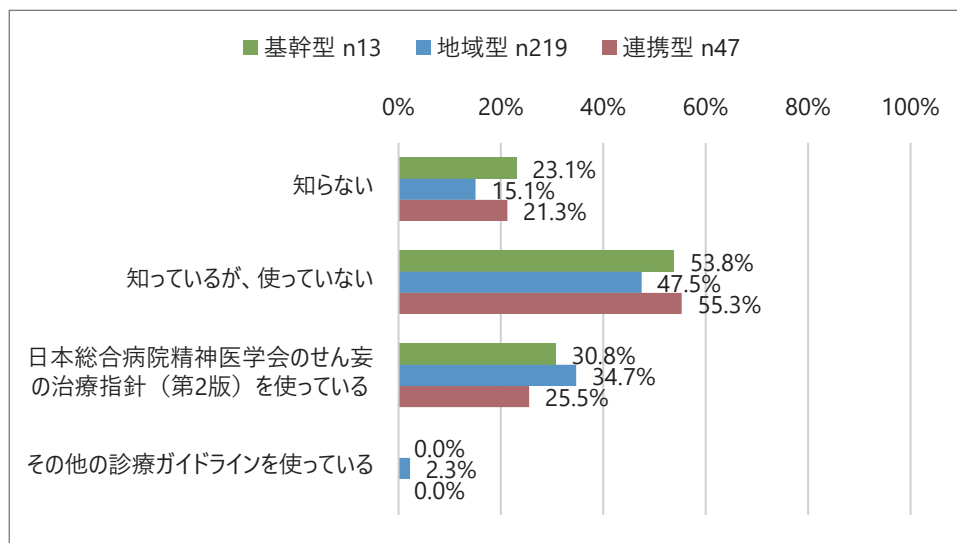
せん妄の診療ガイドラインについては、「知っているが使ってない」が最も多くて半数近くを占め、「日本総合病院精神医学会のせん妄の治療指針」を利用していた施設は全体の約 1/3 にとどまった。せん妄の病態や治療に関する研究についてはいまだ発展途上にあり、エビデンスレベルは決して高くない。そのため、各施設独自に作成したせん妄に対する対応マニュアルや、個人の経験に基づいた治療が実施されている場合が多いと考えられる。特に精神科群でこの傾向が強かった。今回の結果から、ガイドラインに反映できるようなエビデンスレベルの高いせん妄研究が今後実施されることが期待される。

設置類型とガイドライン使用に関しては特筆すべき関連性はなかったが、診療科別には精神科・脳神経内科群で使用頻度が高かった。ガイドラインが総合病院精神医学会が作成したものであることから、総合病院での精神科が主として含まれるこの群で使用頻度が高くなったことがその要因として考えられる。また脳神経内科・外科群で知らないが多かったことも同じ要因を反映したものと思われる。

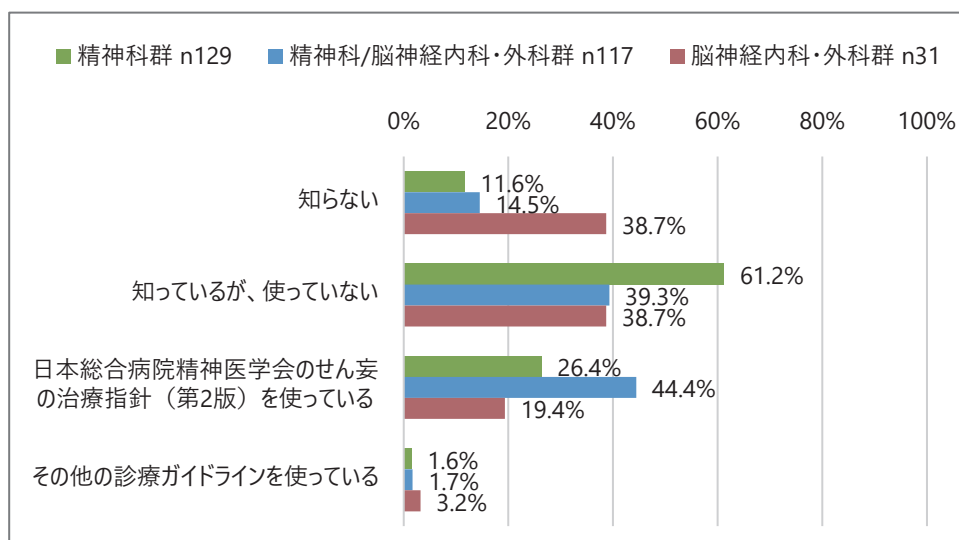
図表 2.4.3 [せん妄]診療ガイドラインを知っており、利用しているか(複数回答、n279)



[設置類型別]



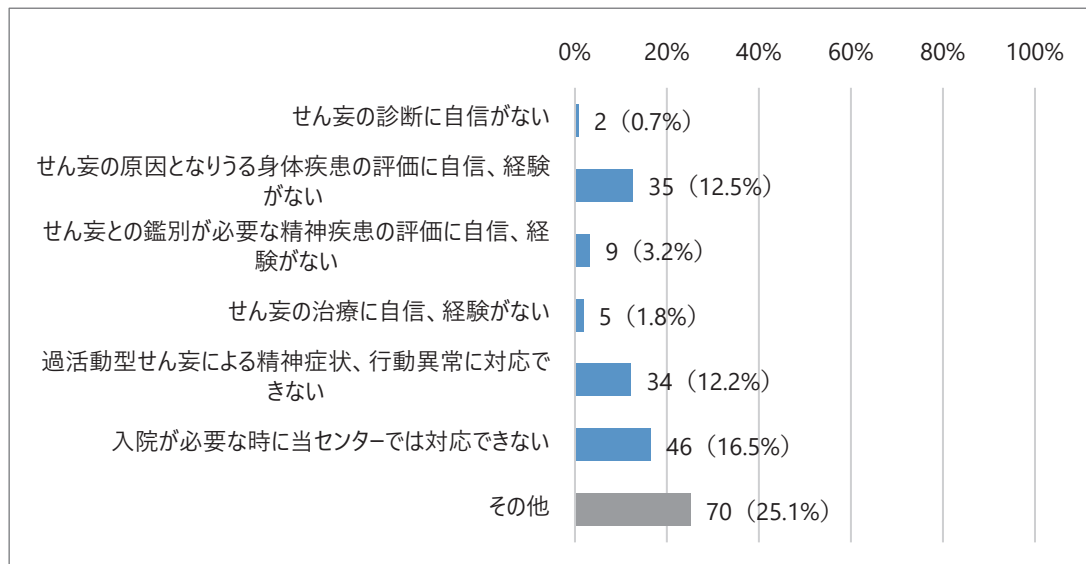
[診療科群別]



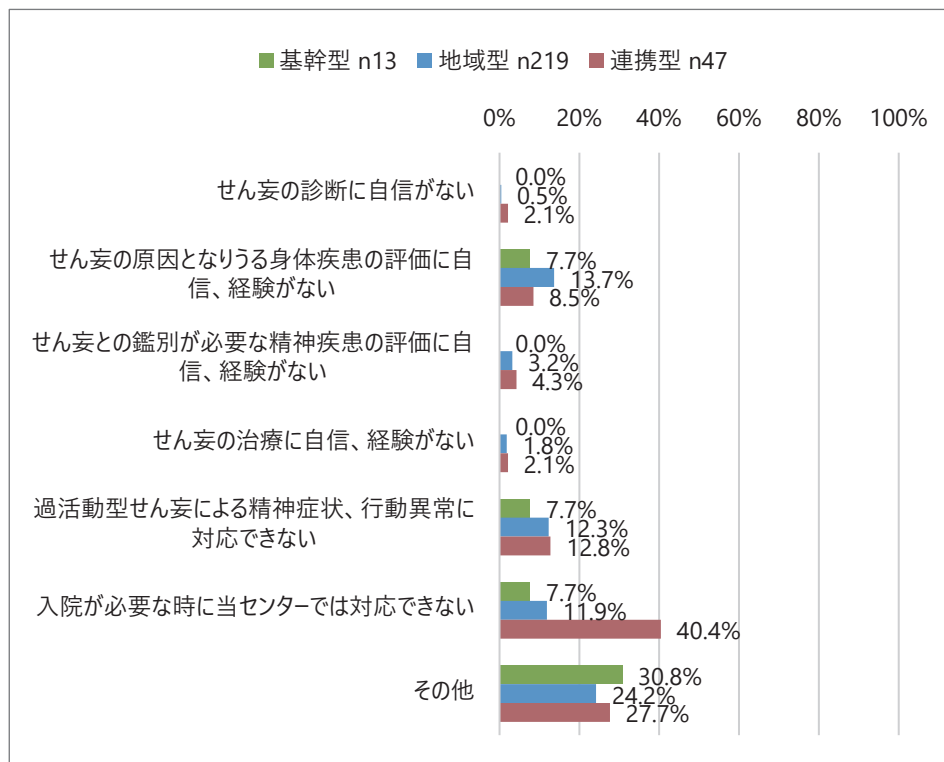
④診療に関して困っていること

せん妄患者の診療に関して困っていることの質問に対して、「入院が必要な時に対応できない」が16.5%と最も多く、次いで「せん妄の原因となりうる身体疾患の評価に自信、経験がない」が12.5%、「過活動性せん妄による精神症状、行動異常に対応できない」が12.2%であり、いずれも少数であった。この結果は、認知症疾患医療センター全体としてみれば、それほど大きな支障なくせん妄治療に対応できていることを示している。せん妄患者において入院が必要となる状況として、主として「精神症状が激しく、精神科的対応が必要となる場合」、「せん妄の原因である身体疾患が重度の場合」の二つの場合が考えられる。基幹型センターは設置要件が両者に対応できることであるが、精神科病院が主となる地域型センターでは後者の対応が難しく、精神科医がいない施設では前者の対応が困難となる。また入院病床が設置要件に含まれない連携型センターでは、当然のことであるが入院対応が困難となる。このようにせん妄診療に際して困っていることは概ね、施設ならびに診療科の得意、不得意分野の差を反映したものであった。

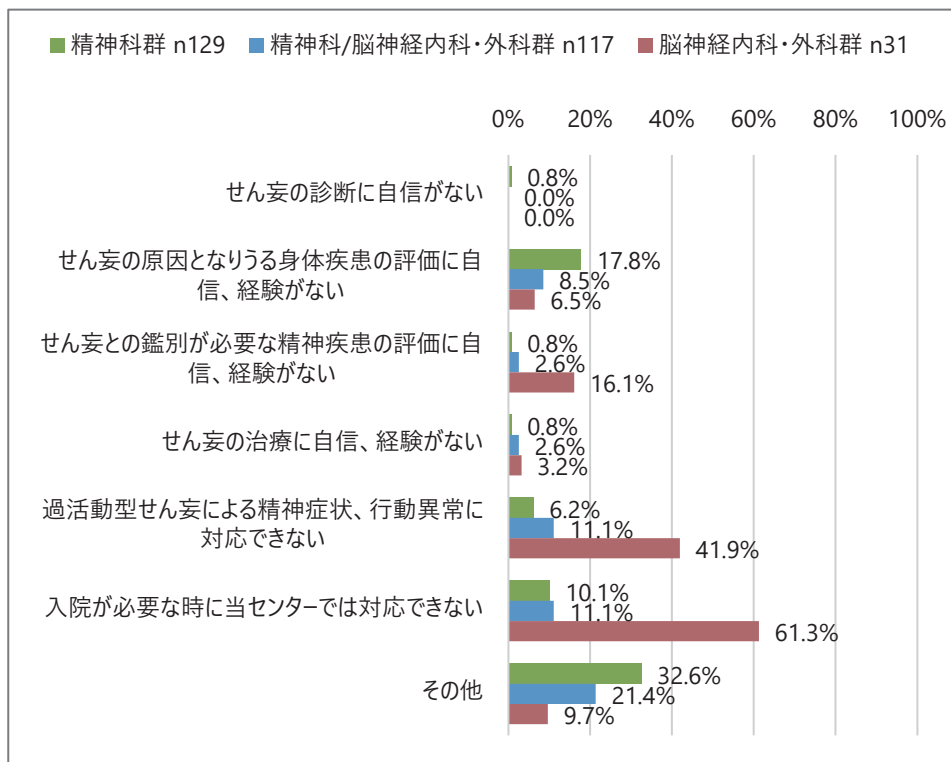
図表 2.4.4 [せん妄]診療に関して困っていること(複数回答、n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



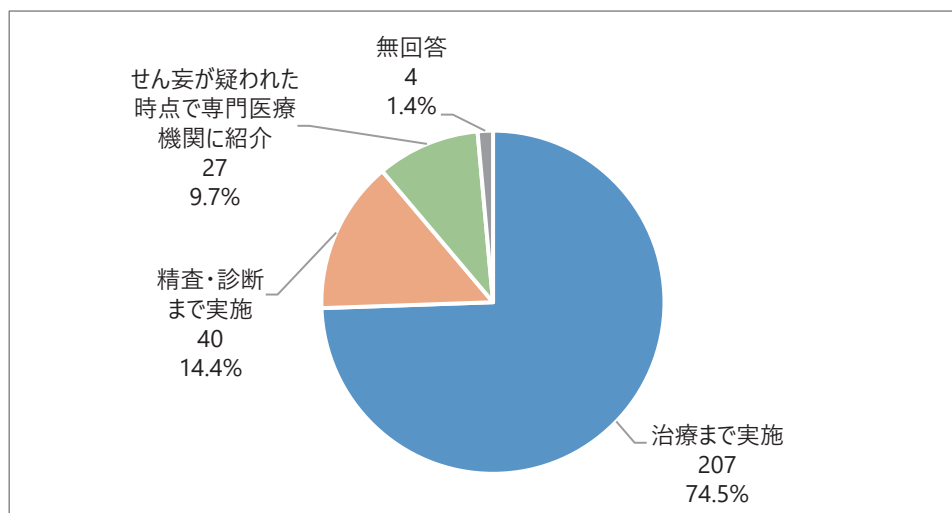
⑤センターでどこまで診療すべきと考えますか

せん妄患者を認知症疾患医療センターでどこまで診療するべきかについては、「治療まで実施」が 74.5% と約 3/4 を占め、次いで「精査・診断まで実施」が 14.4% であった。①の設問で、「治療まで実施している」と返答した施設が 90% を超えていたことと考え併せれば、「治療を任せることができる医療機関があれば紹介したいが、そのような医療機関がないため治療まで実施している」施設が一定数存在すると思われる。

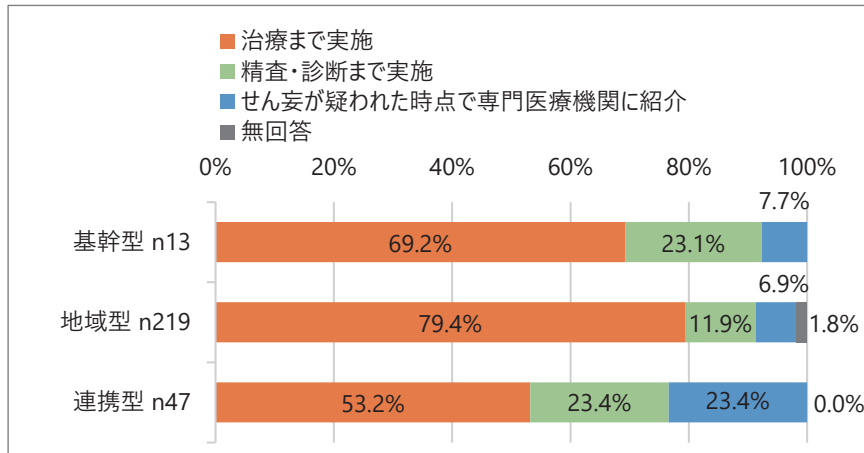
設置類型との関連については、入院治療が困難な連携型センターで「治療まで実施」が少なかったことは十分理解できる。一方で BPSD と身体合併症の両方を診ることが求められる基幹型センターにおいて、「せん妄の治療を行わずに紹介することが望ましい」と考える施設が 30% 以上存在したことは、施設の特性を考えればいささか疑問が残る結果である。

診療科との関連については、脳神経内科・外科群で「治療まで実施」が半数以下であった。脳神経内科・外科群は入院施設のない連携型が多いことを反映した結果と考えられるが、精神科のない施設では入院治療に対する困難さを感じている可能性もまた考えられた。

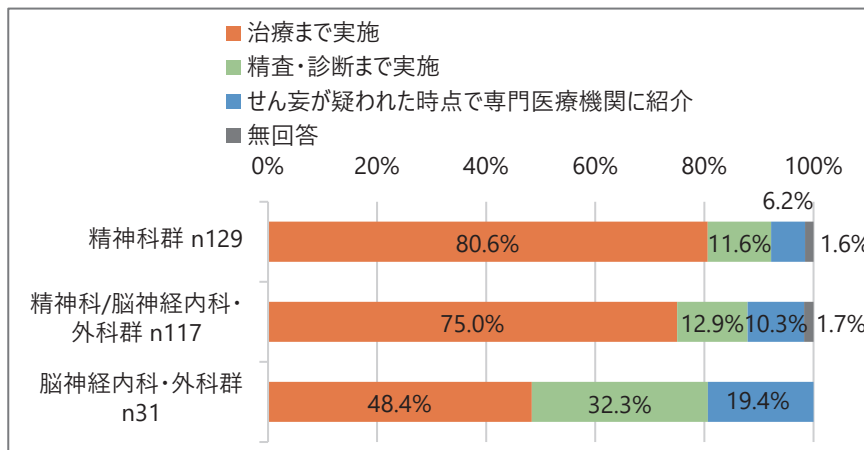
図表 2.4.5 [せん妄]センターでどこまで診療すべきと考えるか(n279)



[設置類型別]



[診療科群別]



Ⅲ 総括（提言）

Ⅲ 総括（提言）

総括Ⅰ（施設票より）

全国にある456センターのうち、基幹型の81.3%、地域型の59.7%、連携型の64.4%のセンターから回答を得られた。非常に高い回収率(61.2%、279センター)であった。

精神科病院協会に属していない非会員病院からの回収率も高いものであった。そのような状況において、何らかの形で精神科を標榜していたセンターは全体の88.1%を占め、認知症疾患医療センターにおける精神科の役割は非常に高いものと言える。また、精神科においては認知症治療の専門病棟である「認知症治療病棟」を有しているセンターも多くみられた。

○ 認知症専門医については、各センターとも約3名の専門医がいるとの回答であった。しかし、多くは5年以上の臨床経験を有する医師が多く、学会の認定医はまだ不十分な状況である。国民に理解を得るにはさらに多くの精神科医が認知症診療に積極的に関わる必要がある。

センターにおける身体科担当医についても平均0.57名であり、1名に満たない状況であった。「認知症治療病棟」には、身体科担当医師が1名必要と思われる。

○ 診断などのため、センターで一般的に実施されている検査は、血液、心電図、CTであった。MRIは増加傾向にあるが、SPECT、脳波、髄液検査はやはり専門性のより高い検査といえる。上記の検査に加え、初診時に実施する検査に認知機能検査、神経所見などがある。画像検査ではCT、認知機能検査ではHDS-R、MMSE、血液検査では血算、甲状腺検査(TSH、T4、T3)、ビタミンB1、ビタミンB12が約80%以上のセンターで実施されていた。かかりつけ医からの鑑別診断の要求に対し、上記の検査を実施し、判断することがセンターの大きな役割の一つであり、診断後治療やその後の対応・支援など認知症専門診断管理料も重要である。

○ BPSDの入院の大部分は精神科病床である。高齢者が多いため、身体合併症も多い。身体科担当医師が十分にいない状況でも慢性身体合併症の日常管理や軽～中程度の治療をほぼ実施していることが明らかになった。しかし、救急を要する重度の身体合併症治療に対応できるセンターは40%以下であった。

○ 今回、回答のあった279センターの内訳は基幹型13、地域型219、連携型47である。基幹型は大学病院中心、地域型は民間精神科病院・総合病院など、連携型は診療所などであり、組織の違いがはっきりしている。自ずと役割には違いがある。しかし、今回の調査では3類型あるセンターの認知症診断・鑑別診断に最低限必要な検査などを示すことができた。

認知症診断・鑑別診断、治療、本人・家族などの支援において、精神科は重要な役割を果たしていた。さらに認知症診療の中心に精神科医が大きく関わっていることが明らかになった。

認知症疾患医療センターにおいて、認知症との鑑別が重要でかつ治療可能な疾患として①てんかん、②特発性正常圧水頭症、③高齢者うつ病、④せん妄の4疾患について治療実態を調査した。

1) てんかん

てんかんの診断、治療はセンターで広く実施(約77%)されており、認知機能検査、脳波、CTやMRIなどが行われていた。日本神経学会が作成した、てんかん診療ガイドラインは脳神経内科医には身近なものであった。

基幹型センターにおいて、てんかん診療に自信がない、脳波を判読できないなどの回答があり、役割の見直しが必要である。認知症にてんかん発作を合併することも多く、また、激しいBPSDを伴っているため、精神科医のいる医療機関での対応が必要となる。

2) 特発性正常圧水頭症 (iNPH)

認知症疾患医療センターの約96%でiNPH患者が受診していた。さらにiNPHが疑われた時点で脳外科などに紹介(約79%)していた。認知機能検査、iNPHの3徴(認知、歩行、排尿障害)の評価、CTなどを行っていた。基幹型センターでは脳脊髄液検査及び脳脊髄液排除試験(Tap test)の実施が多くみられた。

iNPH診療ガイドラインの使用頻度は十分に高いとはいえない。また、iNPHの診断に重要な画像所見「不均衡なクモ膜下腔の拡大所見(DESH)」についても今後の普及はセンターにとって重要な課題である。

脳神経内科医、精神科医のいるセンターで診断まではきちんと行うべきである。

3) 高齢者うつ病

うつ病の診断・治療を行っているセンターは約83%であり、精神科医がいるセンターでは精神疾患の治療が普通に行われていた。診療ガイドラインについては約50%で知っているという回答している。

うつ病治療の専門性、入院治療が必要となる可能性を考えると、精神科医が治療を行うことが妥当である。

4) せん妄

認知症と間違われてセンターを受診することが多い。早期に診断し、適切な治療を行うことが必要である。90%以上のセンターにおいて、精査・診断後の治療まで実施されていた。

しかし、重度の身体疾患や幻覚・妄想などの激しい精神症状に対しては入院治療が必要となり、精神科での対応が求められる。

内服薬の確認、血液検査はせん妄の場合の必須の検査である。せん妄の診療ガイドラインの利用はそれほど多くなく、まだ十分なエビデンスを得ているとはいえない。

入院加療を行う場合には、精神科医と身体科医の連携が重要である。

1)～4)以外にも認知症との鑑別が必要で治療可能な疾患は他にもある。今回はセンターにおいて受診が多いと思われる4疾患の調査を行った。

いずれの疾患にもセンターは認知症評価、検査を実施し診断を行っていた。

総括 I において、精神科を標榜しているセンターは約 88%あり、業務の多くを精神科医が担っていた。

4 疾患においても鑑別診断や治療において、精神科医の果たしてきた役割は大きなものであった。

「治療可能な認知症に対する医療のあり方に関する調査研究事業」について、有識者6名の先生方との意見交換会を行った。

施設票についての調査結果、実態調査票についての調査結果について報告を行い、フリーディスカッションを実施した。

1) 実態調査票における調査結果について、細かい点について質問や意見があった。

- てんかん患者の受診がないセンターがあるのはなぜ。
- てんかん患者の脳波検査がなぜ100%実施されていないのか。
- てんかん患者への血液検査の実施も100%でない。
- 日本神経学会てんかん診療ガイドライン2018年版を使っているかの質問に対し、精神科医の利用が低い。もう少し利用するように。
- 基幹型センターであるのに、「脳波の判読ができる人がいない」、「精査を依頼できる病院が近くはない」という回答があるのはおかしい。
- iNPHの3徴の評価ができると回答した割合が77.8%は少し残念である。
- DESHを知っているとの回答が38.0%も少ない。
- iNPH診療ガイドライン第2版を使用している割合が37.3%は少ない。
- 神経内科医で腰椎穿刺ができないのは困る。
- うつ病治療、希死念慮、自殺企図への対応、入院対応は精神科医が役割を担っている。
- せん妄の精査、診断後治療は精神科医が96.9%行っているのは理想的である。
- 3類型のセンターにおいて、せん妄の原因となりうる内服薬の確認が100%実施されていないのは驚きである。
- せん妄のガイドラインは総合病院の先生がよく使っているが、精神科医はあまり利用していない。（普段からせん妄診療に慣れている。）
- せん妄患者の診療において、基幹型センターでは約70%しか治療をしていないのは少ない。

2) 施設票の調査結果について

2018年度の鑑別診断件数における診断名別(1)～(15)について、アルコールは(8)に入っているのだろうかとの質問があり、ここに分けられていると回答する。

また、1件以上の機関数(%)の低い診断名は重要ではあるが、センターにおいてここまで要求する必要性があるのか、もう一度診断名の枠組みを考えるよう要望したいと返答する。

○ 今回の老健事業を通し、有識者の先生方に認知症疾患医療センターの現状と課題、今後強化していかなければならない機能、役割について重要なご意見をいただくことができた。

- 組織の違う3種類のセンターには各々の役割の違いがあり、同じ種類のセンターでも活動にはばらつきがあった。

今後、認知症地域包括ケアシステムの推進、予防・共生社会の実現に向け、地域型と連携型センターの果たす役割は大きなものがある。基幹型センターの役割については見直しが必要である。

- てんかん、特発性正常圧水頭症、高齢者うつ病、せん妄の4疾患の治療可能な認知症の診断、鑑別診断は各センターとも一般の医療機関と異なり、認知症診療に対する専門医を有していることより、早期診断率は高かった。

- 認知症の専門医として、精神科、脳神経内科、脳神経外科の医師がセンターで従事していた。特に約9割のセンターにおいて精神科医が中心となって認知症診療を行い、治療可能な認知症の診断、治療も可能な限り積極的に実施していた。ただ、地域型センターには身体科担当医師が必要と思われる。

- センターで行われる、認知症診断の初診時検査として、

- ① 血液検査…血算、甲状腺検査(TSH、FT4・T3)、ビタミンB1、ビタミンB12
- ② 認知機能検査…HDS-R、MMSE
- ③ 心電図検査
- ④ 画像検査…頭部CT(可能であれば頭部MRI)
- ⑤ 神経所見

以上①～⑤の検査は最低限、センターで実施すべきものであった。

- ◎ 認知症疾患医療センターの大きな役割のひとつに治療可能な認知症を早期に診断し、治療を行うことがある。

個々の認知症診療の専門医の資質をさらに向上させることが求められている。

また、認知症の60～70%を占めるといわれる、アルツハイマー型認知症のような慢性進行性の疾患に対し、センターとして診断のみでなく、長期にわたる進行予防という観点から本人・家族への支援も求められている。

IV 資料編

「認知症疾患医療センターにおける認知症の
治療状況等に関する実態調査」調査票

(5)以下の検査項目について、実施・対応としてあてはまる番号に○を付けてください。

①血液検査	1 全て自院で可能	2 一部自院で可能	3 全て連携先に委託
②心電図検査	1 実施している	2 実施していない	
③脳波検査	1 実施している	2 実施していない	
④髄液検査	1 実施している	2 実施していない	
⑤CT	(1 有 2 無)	→ 有の場合	1 全て自院で可能 2 一連携先に委託
⑥MRI	(1 有 2 無)	→ 有の場合	1 全て自院で可能 2 一連携先に委託
⑦SPECT	(1 有 2 無)	→ 有の場合	1 全て自院で可能 2 一連携先に委託

(6)身体合併症の対応について、以下の身体合併症の程度別にあてはまる番号に○を付けてください。

①日常身体管理（慢性身体合併症治療）	1 自院で行っている	2 行っていない
②軽度～中程度の身体合併症治療	1 自院で行っている	2 行っていない
③重度の身体合併症治療	1 自院で行っている	2 行っていない

(7)以下の診療報酬の算定について、あてはまる番号に○を付けてください。

認知症専門診断 管理料	認知症専門診断管理料 1	1 算定している	2 算定していない
	認知症専門診断管理料 2	1 算定している	2 算定していない
認知症ケア加算	認知症ケア加算 1	1 算定している	2 算定していない
	認知症ケア加算 2	1 算定している	2 算定していない

(8)認知症診断をする場合、**初診時に**実施する検査について、あてはまる番号(1~7)・カタカナ(1~3で○を付けた場合)全てに○を付けてください（複数回答可）。

1 認知機能検査	→	ア HDS-R	イ MMSE	ウ その他 ()					
2 画像検査	→	ア CT	イ MRI	ウ SPECT	エ その他 ()				
3 血液検査	→	ア 血算	イ T3	ウ T4	エ TSH	オ ビタミンB1	カ ビタミンB12	キ 葉酸	ク その他 ()
4 心電図									
5 脳波									
6 神経所見									
7 その他	→	()							

(9)2018年度（2018年4月～2019年3月）の新患患者数について記入してください。

	人
--	---

(10)2018年度（2018年4月～2019年3月）の新規の鑑別診断件数について、記入してください。

※精神障害等の項目はありませんので、下記の合計は新規患者数と必ずしも一致しません。

(1)	正常または健常		件
(2)	軽度認知障害		件
(3)	アルツハイマー型認知症		件
(4)	血管性認知症		件
(5)	レビー小体型認知症		件
(6)	前頭側頭型認知症		件
(7)	外傷性脳損傷による認知症		件
(8)	物質・医薬品誘発性による認知症（アルコール関連障害を含む）		件
(9)	HIV感染による認知症		件
(10)	プリオン病による認知症		件
(11)	パーキンソン病による認知症		件
(12)	ハンチントン病による認知症		件
(13)	正常圧水頭症		件
(14)	他の医学的疾患による認知症		件
	(14)-1 ビタミンB ₁ 欠乏症 (14)の内訳		件
	(14)-2 ビタミンB ₁₂ 欠乏症 (14)の内訳		件
	(14)-3 葉酸欠乏症 (14)の内訳		件
	(14)-4 甲状腺機能低下症 (14)の内訳		件
	(14)-5 慢性硬膜下血種 (14)の内訳		件
	(14)-6 脳腫瘍 (14)の内訳		件
	(14)-7 脳炎 (14)の内訳		件
	(14)-8 梅毒 (14)の内訳		件
	(14)-9 上記以外の疾患 (14)の内訳		件
(15)	てんかん		件

(2) 実態調査票に続きます

2 実態調査票

貴センターでの診療、治療についてお答えください。

記入日 令和元年 月 日

記入者氏名

職種

(1) 高齢者のてんかんによる認知機能低下が疑われる患者の診療について

① てんかんによる認知機能低下が疑われる患者に対してどのような診療を行っていますか。

該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。

- 1 このような患者の受診がない
- 2 精査はせずに他院を紹介している
- 3 精査・診断までは行うが、治療は他院を紹介している
- 4 精査・診断後治療まで当センターで実施している
- 5 その他 → 内容 ()

② てんかんによる認知機能低下が疑われる患者に対してどのような評価、検査を行っていますか。

該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。

- 1 評価、検査を行っていない
- 2 HDS-R、MMSEなどの認知症スクリーニング検査
- 3 その他の認知検査 → 検査名 ()
- 4 脳波検査
- 5 頭部CT
- 6 頭部MRI
- 7 その他の画像検査 → 検査名 ()
- 8 血液検査
- 9 脳脊髄液検査
- 10 その他 → 検査名 ()

③ てんかん診療ガイドラインを知っており、使っていますか。

該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。

- 1 知らない
- 2 知っているが、使っていない
- 3 日本神経学会てんかん診療ガイドライン2018年版を使っている
- 4 その他の診療ガイドラインを使っている
→ ガイドライン名 ()
- 5 その他 → 内容 ()

④ てんかん症例の診療に関して困っていることについて、該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）

- 1 脳波検査が行えない
- 2 脳波が判読できる人がいない
- 3 てんかんを治療する自信、経験がない
- 4 精査を依頼できる病院が近くにない
- 5 治療を依頼できる病院が近くにない
- 6 その他 → 内容 ()

⑤ 認知症疾患医療センターではてんかんによる認知機能低下が疑われる患者に対してどこまで診療すべきかと考えますか。

該当する番号1つに○を付けてください。

- 1 てんかんが疑われた時点で専門医療機関に紹介する
- 2 精査・診断まで実施する
- 3 てんかん治療まで実施する

(2) 高齢者の特発性正常圧水頭症 (idiopathic normal pressure hydrocephalus: iNPH) が疑われる患者への診療について

- ① iNPHが疑われる患者に対してどのような診療を行っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 このような患者の受診がない
 - 2 iNPHが疑われた時点で他院（脳神経外科など）を紹介する
 - 3 脳脊髄液排除試験（tap test）を当センターで行う
 - 4 シヤント術を行っている
 - 5 シヤント術を受けた人のフォローアップ診療を行っている
 - 6 iNPHが疑われるが、シヤント手術に至らなかった人のフォローアップ診療を行っている
 - 7 その他 → 内容（)
- ② iNPHが疑われる患者に対してどのような評価、検査を行っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 評価、検査を行っていない
 - 2 HDS-R、MMSEなどの認知症スクリーニング検査
 - 3 その他の認知検査 → 検査名（)
 - 4 iNPHの3徴（認知障害、歩行障害、排尿障害）の評価
 - 5 頭部CT
 - 6 頭部MRI
 - 7 その他の画像検査 → 検査名（)
 - 8 脳脊髄液検査、および脳脊髄液排除試験（tap test）
 - 9 血液検査
 - 10 その他 → 検査名（)
- ③ 特発性正常圧水頭症診療ガイドラインを知っており、使っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 知らない
 - 2 知っているが、使っていない
 - 3 日本正常圧水頭症学会の特発性正常圧水頭症診療ガイドライン第1版を使っている
 - 4 日本正常圧水頭症学会の特発性正常圧水頭症診療ガイドライン第2版を使っている
 - 5 上記診療ガイドラインに書かれている頭部MRIにおける「不均衡なクモ膜下腔の拡大所見（DESH）」を知っている
 - 6 その他の診療ガイドラインを使っている
→ ガイドライン名（)
- ④ iNPH患者の診療に関して困っていることについて、該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 頭部CTが行えない
 - 2 頭部MRIが行えない
 - 3 頭部MRIにおけるDESHの判断に自信がない
 - 4 iNPHを診察する自信、経験がない
 - 5 腰椎穿刺ができる医師がいない
 - 6 タップテスト時の臨床症状の評価方法、または判断基準がわからない
 - 7 iNPH精査、治療を依頼できる病院が近くにない
 - 8 iNPH症例を脳神経外科に紹介してもシヤント術の適応がないと言われる
 - 9 その他 → 内容（)
- ⑤ 認知症疾患医療センターでは大人の水頭症による認知機能低下が疑われる患者に対してどこまで診療すべきかと考えますか。該当する番号1つに○を付けてください。
- 1 水頭症が疑われた時点で専門医療機関を紹介する
 - 2 精査・診断まで実施する
 - 3 治療まで実施する

(3) 高齢者のうつ病による認知機能低下（認知症）が疑われる患者の診療について

- ① うつ病と認知症との鑑別が必要な患者に対してどんな診療を行っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 このような患者の受診がない
 - 2 精査はせずに他院を紹介している
 - 3 精査をおこない診断をつけた後、他院を紹介している
 - 4 精査・診断後の治療も当センターで行っている
 - 5 その他 → 内容（)
- ② うつ病による認知機能低下が疑われる患者に対してどんな評価、検査を行っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 評価、検査を行っていない
 - 2 HDS-R、MMSEなどの認知症スクリーニング検査
 - 3 その他の認知検査 → 検査名（)
 - 4 GDS、HAM-Dなどのうつ病評価尺度
 - 5 頭部CT
 - 6 頭部MRI
 - 7 脳血流SPECT
 - 8 血液検査
 - 9 その他 → 検査名（)
- ③ うつ病診療ガイドラインを知っており、使っていますか。該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 知らない
 - 2 知っているが、使っていない
 - 3 日本うつ病学会治療ガイドライン2016を使っている
 - 4 その他の診療ガイドラインを使っている
→ ガイドライン名（)
- ④ うつ病患者の診療に関して困っていることについて、該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）
- 1 うつ病の診断に自信がない
 - 2 うつ病の心理検査ができる心理士がいない
 - 3 うつ病の治療に自信、経験がない
 - 4 希死念慮、自殺企図に対応できない
 - 5 入院が必要な時に当センターでは対応できない
 - 6 その他 → 内容（)
- ⑤ 認知症疾患医療センターではうつ病が疑われる患者に対してどこまで診療すべきかと考えますか。
該当する番号1つに○を付けてください。
- 1 うつ病が疑われた時点で専門医療機関に紹介する
 - 2 精査・診断まで実施する
 - 3 治療まで実施する

(4) せん妄が疑われる患者の診療について

- ① せん妄が疑われる患者に対してどのような診療を行っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 このような患者の受診がない
 - 2 精査はせずに他院を紹介している
 - 3 精査をおこない診断をつけた後、他院を紹介している
 - 4 精査・診断後の治療も当センターで行っている
 - 5 その他 → 内容（)
- ② せん妄が疑われる患者に対してどんな評価、検査を行っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 評価、検査を行っていない
 - 2 HDS-R、MMSEなどの認知症スクリーニング検査
 - 3 その他の認知検査 → 検査名（)
 - 4 DRS-R-98などのせん妄評価尺度 → 検査名（)
 - 5 頭部CT
 - 6 頭部MRI
 - 7 脳血流SPECT
 - 8 脳波検査
 - 9 血液検査
 - 10 脳脊髄液検査
 - 11 せん妄の原因となりうる内服薬の確認
 - 12 せん妄の原因となる身体疾患の原因検査
 - 13 その他 → 検査名（)
- ③ せん妄の診療ガイドライン（診療指針など）を知っており、使っていますか。
該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 知らない
 - 2 知っているが、使っていない
 - 3 日本総合病院精神医学会のせん妄の治療指針（第2版）を使っている
 - 4 その他の診療ガイドラインを使っている
→ ガイドライン名（)
- ④ せん妄患者の診療に関して困っていることについて、該当する番号全てに○を付けてください（複数回答可）。
- 1 せん妄の診断に自信がない
 - 2 せん妄の原因となりうる身体疾患の評価に自信、経験がない
 - 3 せん妄との鑑別が必要な精神疾患の評価に自信、経験がない
 - 4 せん妄の治療に自信、経験がない
 - 5 過活動型せん妄による精神症状、行動異常に対応できない
 - 6 入院が必要な時に当センターでは対応できない
 - 7 その他 → 内容（)
- ⑤ 認知症疾患医療センターではせん妄が疑われる患者に対してどこまで診療すべきかと考えますか。
該当する番号1つに○を付けてください。
- 1 せん妄が疑われた時点で専門医療機関（総合病院精神科など）に紹介する
 - 2 精査・診断まで実施する
 - 3 治療まで実施する

調査項目は以上です。ご協力をありがとうございました。

令和元年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

治療可能な認知症に対する医療のあり方
に関する調査研究事業
報告書

発行日 令和2年3月

発行 公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

☎ : 03-5232-3311 📠 : 03-5232-3309

URL : <http://www.nisseikyo.or.jp/>

