



群馬県の認知症疾患医療センターの 活動実績と受診経過

山口 晴保¹⁾, 中島 智子²⁾, 内田 成香²⁾, 野中 和英²⁾
松本 美江²⁾, 牧 陽子¹⁾, 山口 智晴¹⁾, 高玉 真光²⁾

要 旨

【目的】群馬県の認知症疾患医療センター（認セ）の活動状況を示す。【方法】群馬県 10 認セの活動状況のデータ分析と、1 地域型認セ（当認セ）の経過観察 63 例での分析を行った。【結果】1) 県全体では相談者 6,000 名/年、鑑別診断数 3,000 名/年で実績が伸びている。2) 当認セは、相談者が 100 名/月、鑑別診断数が 60 名/月と、地域型としては高い活動であった。神経内科・老年科主体で運営している認セの方が、精神科主体よりも相談者数と鑑別診断数が約 2 倍高かった。3) 当認セ診療継続 54 例で、3 か月後に MMSE の有意な上昇と、行動障害尺度 DBD 高値群での有意な低下を認めた。【まとめ】群馬県は概ね二次医療圏域ごとに地域型認セを配置して、「認知症の人の在宅生活を支える」というオレ

ンジプランの趣旨に沿った活動ができています。

キーワード：認知症疾患医療センター，認知症，地域連携，オレンジプラン

1. はじめに

2012 年度から施行された改正介護保険法の理念は「地域包括ケアシステムの構築」であり、認知症の人が日常生活圏域の中で必要なサービスを受けて生活し続けることを支援するために、認知症サポート医養成研修事業、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業、認知症疾患医療センター（認セ）運営事業などの認知症施策が行われている（武田，堀部，2012）。2013 年 6 月に発表された「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」では、病院・施設への長期入院・入所を避けて『在宅生活を継続させる方向性』がより明確に示された（厚生労働省ホームページ，2012）。

認セの整備事業は、2008 年度予算に新規事業 1.9 億円（1/2 国庫補助事業；自治体負担と合わせて 3.8 億円）として盛り込まれてスタートした。「認知症疾患医療センター運用事業実施要綱」では、その役割を 1) 専門医療相談，2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応，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の開催，6) 情報発信と定めた（そ

Medical Centers for Dementia in Gunma: their activities and follow-up data

Haruyasu Yamaguchi¹⁾, Tomoko Nakajima²⁾, Haruka Uchida²⁾, Kazuhide Nonaka²⁾, Mie Matsumoto²⁾, Yohko Maki¹⁾, Tomoharu Yamaguchi¹⁾, Masamitsu Takatama²⁾

¹⁾ 群馬大学大学院保健学研究科 [〒 371-8514 前橋市昭和町 3-39-22]

Gunma University Graduate School of Health Sciences (3-39-22 Showacho Maebashi, 371-8514, Japan)

²⁾ 老年病研究所附属病院認知症疾患医療センター [〒 371-0847 前橋市大友町 3-26-8]

Geriatrics Research Institute and Hospital (3-26-8 Otomocho, Maebashi, 371-0847, Japan)

の後、基幹型では7) 救急・急性期対応（空床確保）が加わった。熊本県は2009年に大学病院の認セを中心にして各医療圏域に認セを配置する、いわゆる熊本方式で設置を行った（小嶋，池田，2012）。これを受けて、2010年から厚生労働省は、全ての機能を持つ基幹型と、救急・急性期対応の空床確保機能を持たない地域型の指定を行うようになった。その後、予算規模も拡大し、2013年12月20日には全47都道府県と17政令指定都市で総数250か所（基幹型12か所、地域型238か所）が指定された（2014年1月10日厚生労働省問い合わせ）。今後、オレンジプラン（2013年～2017年度の5年間）では、二次医療圏に地域型を1か所以上、センター機能を補完する「認知症医療支援診療所（仮称）」を含めて全国で500か所の設置をめざしている（厚生労働省ホームページ，2012）。

熊本県は、厚生労働省の指針では県内に2か所のセンターが設置される予算規模であった。しかし、県内全域の支援態勢を作るために、基幹型センター1か所（熊本大学；池田学センター長）と7か所（その後2か所追加）の地域に密着した地域拠点型センターを2009年に設置し、8（10）か所のセンターが一丸となって認知症医療に取り組むという、斬新なシステムを構築した。これが「熊本方式」である。

群馬県においては、2009年に、2か所の精神科病院を認セに指定する方向という新聞報道があった。そこで、筆者は、「熊本方式」を県の担当者に提言した。また、認セ設置要綱では精神科病院ではなく総合病院を指定することが基本になっていることも指摘した。そして、群馬県では、精神科病院という限定を外して公募が行われ、群馬大学が中核型、他に地域型6か所という熊本方式の配置で、2010年9月に認セがスタートした。2011年2月に地域型3か所が追加指定されて全10か所（10二次医療圏域中の8圏域に配置）となり、2011年4月からは主管が県庁障害政策課から介護高齢課に移った。群馬県では、基幹型の指定条件である救急・急性期対応の空床確保を満たさない群馬大学附属病院を、群馬県独自の「中核型」、他の9施設を地域型として指定した。地域型9病院のうち6病院と多くは精神科

中心で、残り3病院は神経内科・老人科中心に運営されている。

本報告では、群馬県全体の認セの活動状況を報告すると共に、老年病研究所附属病院認セの特性と、受診継続して3か月後に再評価できた症例について、認知機能や行動障害などについての経過を報告する。

2. 対象と方法

2.1. 群馬県全体の認知症疾患医療センターのデータ

群馬県の認セ10か所の活動状況のデータは、群馬県介護高齢課の担当者より得た。これを分析し、図表化した。認セの認定は2010年9月に始まり2011年2月に県内10か所態勢が整ったが、県への実績報告が新書式となった2011年4月からのデータを分析した。

2.2. 老年病研究所附属認知症疾患医療センター（当認セ）

当認セ受診者の基本データを分析し、図表化した。また、当認セを鑑別診断目的に受診した後も、当センターでフォローできたケースのうち、2012年7月～2013年3月までに初診し、3か月後の2013年6月までに再診した63例を対象に経過を分析した。追跡指標は、認知機能はmini-mental state examination (MMSE)、行動障害はdementia behavior disturbance scale (DBD)、介護負担はZarit介護負担尺度8項目日本語版 (Zarit-8) とした。統計はStatcel2 (OMS出版) を用いた。

同伴者の属性についても分析した。複数の同伴者がいる場合は、DBDなどの質問紙に回答した者を同伴者とした。

当認セのデータを分析するに当たり、公益財団法人老年病研究所倫理委員会の審査を受けて承認を得た（第24号）。

なお、当認セには1名の臨床心理士と1名の精神保健福祉士が専従で、加えて精神保健福祉士や社会福祉士、認知症認定看護師、作業療法士などが専任、兼任や非常勤で関わって協力している。医師は、非

常勤を含めて5名の神経内科医と1名の内科医が中心になって外来診療を行っている。

3. 結果

3.1. 群馬県の認知症疾患医療センターの状況

全10か所の相談延べ件数、相談者数（相談者の実数）、鑑別診断数、入院者数の月間合計数の推移をFig. 1に示した。なお、受診者数の集計は、一部の施設が延べ件数（再診も含めた件数）で県に報告していたために、信頼性の点から図には含めていない。この問題は2013年4月からは是正されている。

2011年4月からの6か月と直近の6か月（2013年10月まで）を年間数に換算して比較してみると、群馬県全体の相談延べ件数は、当初の4,000件/年から8,000件/年、相談者数は当初の約3,000名/年から直近の約6,000名/年に倍増している。過去1年の相談延べ件数（実数）は、1認セ当たり平均770件/年、中央値591件/年で、レンジは314～1,213件/年であった。相談者数は、1認セ当たり平均559名/年、中央値523名/年で、レンジは252～1,013名/年で認セ間に約4倍の開きがあった。相談者数を運営主体別にみると、神経内科・老年科が主体の認セ

では平均744名/年（レンジ：252～1,013名/年）、精神科主体の6認セでは437名/年（264～706名/年）と神経内科・老年科主体の認セが約1.8倍の数値となった。

鑑別診断数は、群馬県全体で当初の約1,800名/年から直近の約3,000名/年と、発足から2年ほどで、実績は1.7倍に増えた。2013年10月までの1年間の鑑別診断実数は、1認セ当たり平均285名/年、中央値250名/年で、レンジは81～625名/年と認セ間で8倍近い大きな開きがあった。鑑別診断数を運営主体別にみると、神経内科・老人科が主体の4認セでは平均423名/年（レンジ：126～625名/年）、精神科主体の6認セでは193名/年（81～382名/年）と神経内科・老年科主体の認セが約2.2倍の数値となった。

入院者数は、県全体で当初の約430名/年から約610名/年と1.4倍に増えている。入院に関しては精神科を母体とする3病院で年間158～187名/認セの入院がある一方、精神科が母体で年間13～29名/認セの3病院がある。中核型センターを含む神経内科が中心の4病院では年間2～44名/認セと入院が少なかった。

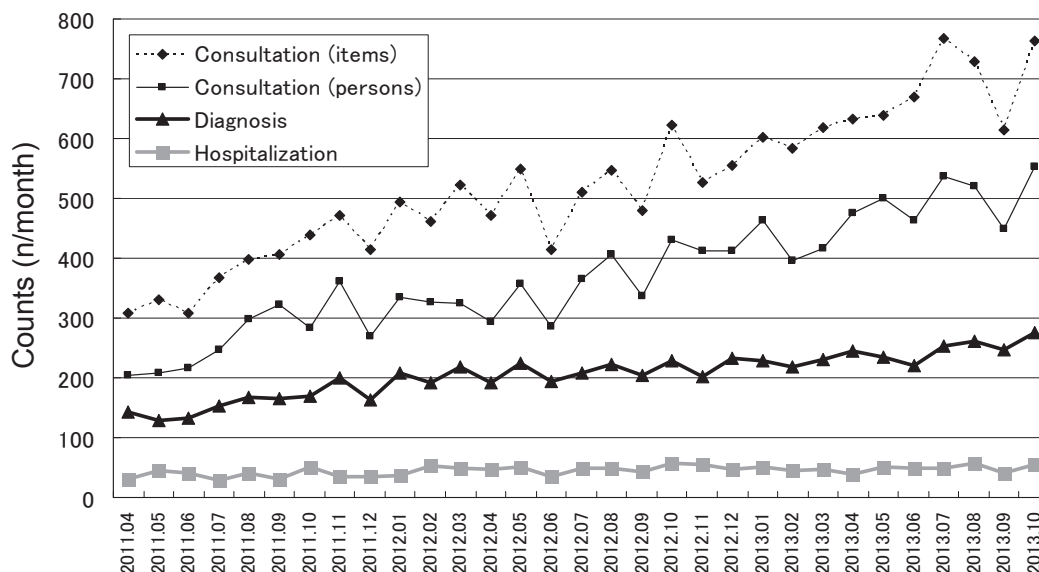


Fig. 1. Number per month of consulted items and subjects, differential diagnosis, and hospitalization in whole 10 Dementia Medical Centers in Gunma prefecture

3.2. 老年病研究所附属病院認知症疾患医療センターの実績

当認セの相談数と鑑別診断数を Fig. 2 & 4 に示す。対照は、当認セを除く群馬県内の地域型認セ 8 か所の平均とした。当認セ相談者数は、開設から伸び続け、2年半で約 2 倍となり、直近では月に 100 名（過去 1 年間で 1,013 名）からの相談を受けている。他の認セの約 50 名/月に比べて 2 倍の相談件数である。

2012 年 7 月～2013 年 3 月までの相談内容を分析すると (Fig. 3), 電話相談は 370 名で、受診希望が最も多く 68% を占め、病気の相談 18%, 病院・施設紹介 9% で、介護保険などの福祉サービス相談は

3%, 介護相談は 2% と少なかった。面接は 323 名で、受診希望が最も多く 58% を占め、病気の相談 19%, 介護保険などの福祉サービス利用 12%, 介護相談は 7%, 病院・施設紹介 5% であった。

当認セの鑑別診断人数は、開設から伸び続け、2 年半で約 3 倍となり、直近では月に 60 名（過去 1 年間で 625 名）の診断を行っている。他の認セの 20 名弱と比べると 3 倍の診断人数である (Fig. 4)。2013 年のデータから、かかりつけ医からの紹介数があるので、紹介割合を直近 6 か月で分析すると、当認セは 40% がかかりつけ医からの紹介であった。県内の他の地域型認セでは平均 51% がかかりつけ

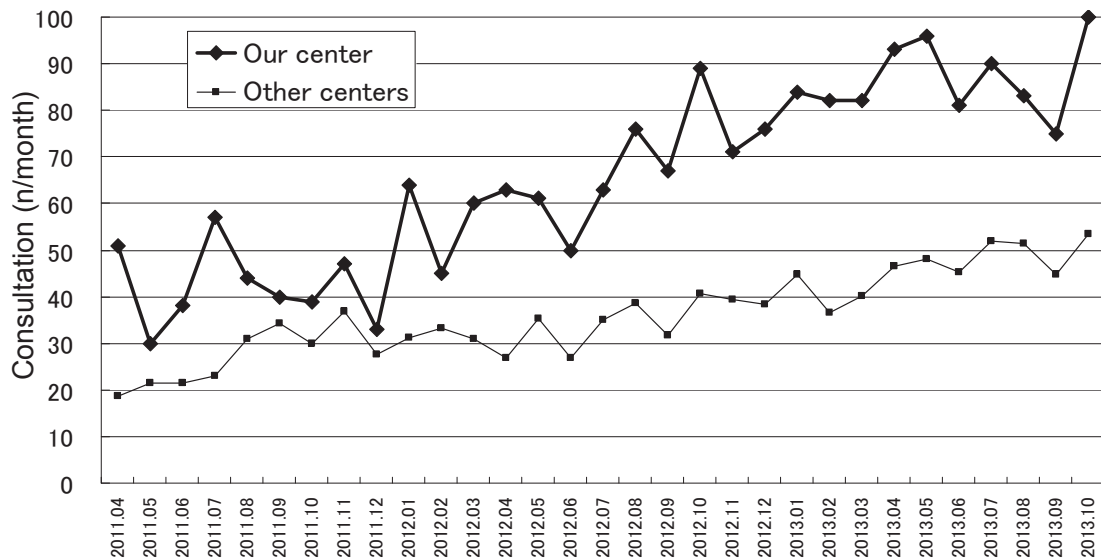


Fig. 2. Numbers of consulted subjects per month Comparison between our center and other 8 local-type centers (mean)

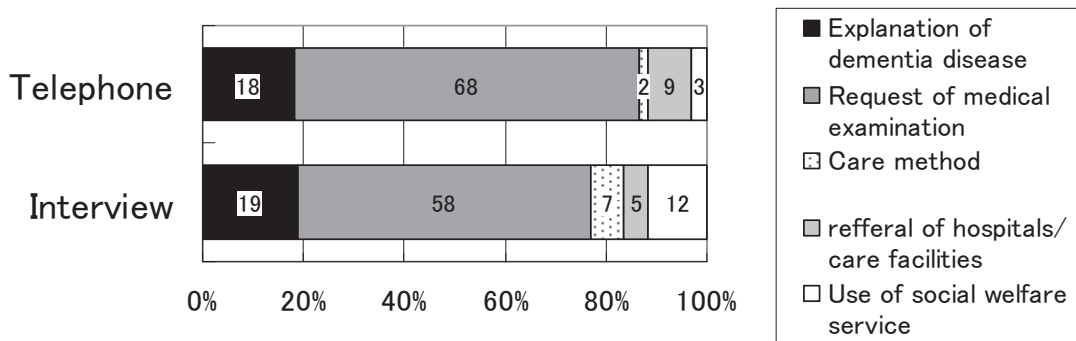


Fig. 3. Contents of consultation by phone (473 items by 370 subjects) and interview (441 items by 323 subjects)

医からの紹介であった。

また、分析期間（2012.7～2013.3）の鑑別診断は415名で、正常が23名、うつ病が3名、軽度認知障害（mild cognitive impairment；MCI）が51名、アルツハイマー型認知症（Alzheimer disease demen-

tia；ADD）が219名、脳血管性認知症（vascular dementia；VD）が7名、レビー小体型認知症（dementia with Levy bodies；DLB）が14名、前頭側頭葉変性症（fronto-temporal lobar degeneration；FTLD）が12名、他の認知症を伴わない正常圧水

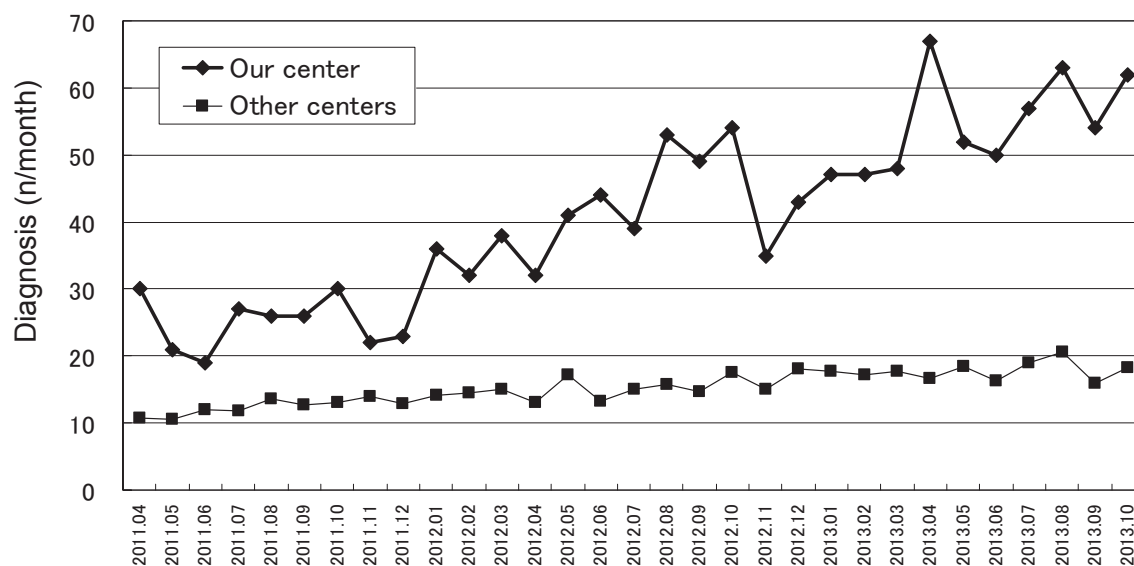


Fig. 4. Numbers of diagnosed subjects per month
Comparison between our center and other 8 local-type centers (mean)

Table 1. Result of differential diagnosis (n=415)

Diagnosis	Cases n=415	% (total)	% (dementia)
Normal	23	5.5%	
Mild cognitive impairment (MCI)	51	12.3%	
Alzheimer disease dementia (ADD)	219	52.8%	74.0%
ADD+VD	18	4.3%	6.1%
Vascular dementia (VD)	7	1.7%	2.4%
ADD+DLB	6	1.4%	2.0%
Dementia with Levy bodies (DLB/PDD)	14	3.4%	4.7%
Fronto-temporal lobar degeneration	12	2.9%	4.1%
Normal pressure hydrocephalus (pure)*	12	2.9%	4.1%
Dementia, un-classified	8	1.9%	2.7%
Cerebro-vascular disease	16	3.9%	
Depression	3	0.7%	
Others	26	6.3%	
Dementia total	296	71.3%	100%

*Complication with other type of dementia was excluded

頭症 (normal pressure hydrocephalus ; NPH) が 12 名, ADD+VD が 18 名, ADD+DLB が 6 名, 判別不能の認知症 8 名, 脳血管疾患 16 名, その他 26 名であった (Table 1). 認知症 296 名に限定してその内訳を見ると, ADD が 74% を占めた. 次いで VD 関連 (VD, ADD+VD) が 8.5%, DLB 関連 (DLB/PDD, ADD+DLB) が 6.7%, FTLD と NPH がそれぞれ 4.1% であった (Table 1).

入院に関してはこの期間に 16 名 (1.8 名/月) で, 群馬県内の地域型認セ 8 か所の平均 5.8 名/月を下回っていた.

3.3. 老年病研究所附属病院認知症疾患医療センターの活動と受診経過

初診から 3 か月間経過を追跡できた 63 例は, 年齢 79.9±6.0 歳, 男性 25 例 (39.7%) 78.3±4.8 歳, 女性 38 例 (60.3%) 81.0±6.5 歳で, 女性が 2.7 歳高齢であった. 診断は, MCI が 9 名, ADD が 30 名, ADD+他疾患が 12 名, DLB が 3 名, FTLD が 3 名 (うち 2 名は意味性認知症), 脳血管性認知症が 4 名, 分類不明が 2 名であった.

1) 認知機能, 行動障害, 介護負担

経過は MCI を除いた 54 例で検討すると, MMSE は 52 例で初診時 18.51±5.26 点から, 3 か月後に 19.66±5.63 点と有意に上昇した ($p=0.0086$). 行動障害尺度である DBD は 53 例で初診時 17.68±11.04 点から 3 か月後 16.11±10.42 点と 1.57 点低下 (改善) したが, 有意差はなかった ($p=0.1511$). しかし, 行動障害が強い DBD 15 点以上の 30 例でみると, 初診時の 25.15±8.59 点から 3 か月後に 20.87±10.99 点と有意に低下 (改善) していた ($p=0.015$).

Zarit-8 については 53 例で, 初診時 7.63±6.56 点から 3 か月後 6.94±7.01 点と低下 (改善) したが, 有意差はなかった ($p=0.2956$).

全 63 例で同様な解析を行っても, 有意差は同様であった.

2) 受診同行者

全体では, 子供が 46% と最も多く, 配偶者が 38% で, 嫁は 16% と少なかった (Table 2). 患者の性別で分けてみると, 60.3% を占める女性患者は, 娘や嫁が同伴のことが多く, 男性である夫や息子の同伴は 3 割だけであった. 一方, 男性患者では 72% が妻, 残りの 28% が娘で, 全例が女性同伴者であった.

4. 考 察

国は 1998 年に老人性痴呆疾患センターの設置を始めた. 2005 年度の活動状況は, 92 か所 (回収率 57.5%) の老人性認知症疾患センターがアンケートに回答している (浅野ら, 2007). 当時の 1 センター当たりの電話相談は中央値 57.5 件/年, 面接相談は中央値 77.0 件/年, 鑑別診断数は中央値 92.5 件/年と報告されているように活動性が低く, 2006 年に制度が一度廃止された. その後, 2008 年に認知症疾患医療センターという新たな制度となり再出発したという経緯がある.

Awata (2014) は, 2012 年 8 月に全国の認セ 172 か所にアンケートを送付して 118 の回答を得, 2011 年度末までに開設された 117 センターの回答を分析した. その結果, 認セの 42.7% が一般病院, 57.3%

Table 2. Person who associated with patient at first visit (n=63)

		Whole patient n (%)	Male patient	Female patient
Spouse 24 (38.1%)	Husband	6 (9.5%)	0	6 (15.8%)
	Wife	18 (28.6%)	18 (72.0%)	-
Children 29 (46.0%)	Son	5 (7.9%)	0	5 (13.2%)
	Daughter	24 (38.1%)	7 (28.0%)	17 (44.7%)
	Daughter-in-law	10 (15.9%)	0	10 (26.3%)
Total		63	25	38

が精神科病院を母体としていた。そして、92.3%に精神科が、76.9%に内科が、50.4%に神経内科が設置されていた。活動実績は、1認セ当たりの相談件数は平均1,035件/年、中央値595件/年、レンジ114~8,541件/年であった。このうち電話相談は平均687件/年、中央値360件/年、面接相談は平均297件/年、中央値165件/年であった。鑑別診断は平均266名/年、中央231名/年、レンジ3~1,179名/年、入院は平均89名/年、中央47名/年、0~1,176名/年と報告している。この数値は、2005年の老人性認知症疾患センター活動状況調査に比べると格段に良好だが、活動実績はセンター間にきわめて大きな開きがあり、センターの質を保つには、活動を経時的にモニターしていく必要があるとAwata(2014)は指摘している。

Awata(2014)の報告と、群馬県の実績を比較してみる。県内10認セの相談延べ件数(実数)は1認セ当たり平均770件/年、中央値591件/年であり、全国の平均値を若干下回る値だった。鑑別診断実数は1認セ当たり平均285名/年、中央値250名/年と全国平均を少し上回る数値であった。入院は1認セ当たり約60名/年で、全国平均並であった。人口約200万人の群馬県内に10か所の認セがある割には、活動性が良好な数値であった。しかも数値が徐々に伸び続けて、相談延べ件数と相談者数は2年半で倍増、鑑別診断数は1.7倍増している。群馬県全体の相談者の年間6,000名は、県内の高齢者数50万人(2012年、高齢化率25%)から推定される認知症者数5万人(県は10%で推計している)の12%であり、また鑑別診断数の年間3,000名は、認知症の年間新規発症者数推計5,000~10,000名(認知症者数の10~20%とした場合)の30~60%に当たり、群馬県内で10か所の認セが有効に機能していると推測される。

年間入院者数は約600名であるが、精神科を母体とする3認セで年間158~187名の入院がある一方、精神科が母体で13~29名/年の3認セがある。認知症医療に力を入れている病院の認セと、そうでない病院の認セとの違いが、明瞭に現れている。神経内科が中心の4認セは、2~44名/年と少ない。これ

は身体合併症による入院が主体であることによる。Awata(2014)の調査によると、2か月以内の退院率は平均45.6%、中央値36.8%で0~100%とレンジが広く、中央値で一般病院が87.7%、精神科病院が25.9%と、精神科病院で低いことが指摘されている。今回の調査項目には、2か月以内の退院率が含まれていないので、群馬県の状況は把握できなかった。認セが精神科病院の患者囲い込みの道具と指摘されないよう、認セ経由の入院患者のその後の経時退院率などを、国への実績報告項目に含めるべきと考える。オレンジプランは在宅生活の継続を謳っており、認知症による長期社会的入院を減らし、早期退院をめざした精神科医療体制の整備が求められている。2014年4月の診療報酬改定で、入院後の1か月間、認知症治療病棟と認セに「認知症患者リハビリテーション料」が新設されたことは、早期退院に向けた朗報である。

群馬県は、「熊本方式」をまねて認知症疾患医療センターの整備を行った。その結果10医療圏域のうちの8医療圏域に10認セが設置され、県内全域で認知度が高まり、実績を伸ばしている。しかし、熊本県で行われているような、基幹型認セが主催して全センターの担当者が会する研修会(小嶋, 池田, 2012)は、群馬県では行われていない。

当認セの活動は、群馬県内の他の認セと比較すると、相談者数が2倍、鑑別診断件数が3倍と高実績を示した。その要因を分析すると、これまで認知症医療に力を注いできた成果としての知名度の高さ(圏域外からの受診も多い)に加えて、①県予算を度外視したスタッフの充実と、②常時受付の電話相談とリアルタイムの連携の良さがあげられる。①地域型認セの国の標準額は241.9万円/年なので県費と合わせて483.8万円/年が本来の予算額である。しかし、群馬県では9か所の地域型認セを指定したため、1地域型認セの予算配分が200万円/年(2013年度; 国費100万円と県費100万円)と、国の標準額の4割程度となっている。この少ない予算では認セの人員配置基準である臨床心理技術者1名と2名の精神保健福祉士・保健師等の給与を賄えないなかで、当認セでは法人理事長の理解の元、充実した

人員配置を達成できている。② 鑑別診断は、電話・面接相談からつながっている。相談を受けると認セスタッフが受診日を設定し、MRIの予約を入れ、検査から診断までの流れをセットするので、スムーズな受診につながり、時間はかかるが1回の受診で問診～心理テスト～画像検査～診断～治療方針～かかりつけ医紹介までが終える。診療を担当する神経内科医の協力を得て、相談から概ね1か月で受診に結びつくように待ち時間を減らしている。さらに、BPSDによる介護困難事例に関しては、別な予約枠を設けて1週間以内に受診できるように配慮している。このような院内連携システムを認セが中心となって形成できたことが、実績の拡大につながっている。先ほどの全国調査では、「担当エリアが広くて鑑別診断が2～3か月待ちになってしまう」という自由意見が複数寄せられていた(栗田, 2013)。BPSDによる介護困難例はそのような長時間待つことはできない。電話相談内容に応じて、スムーズな受診につなげるよう認セスタッフの手腕が問われる。

当認セの受診経過では、63例(およびMCIを除く54例)を分析した結果、3か月後に認知機能がMMSEで有意に上昇した。行動障害は、全体では有意差を示せなかったが、DBD 15点以上(平均25.2点)の行動障害が強い例30例では、有意に改善しており、在宅生活の継続に有用であったと考える。しかし、介護負担(Zarit-8)は、得点が少し低下(負担軽減)するものの、低下する例と上昇する例のばらつきが大きく、残念ながら有意差はみられなかった。

当認セでは認知症の診断に生活状況の把握が必須と考え、生活状況の判る家族などの同伴をお願いしている。今回の調査対照となった63例は、単独受診はなく、全例で家族が同伴した。初診時同伴者の属性に関しては、都心と地方都市(熊本市)の大学病院受診者の同伴者を分析した報告がある(品川ら, 2011)。都心では単身受診が7%、配偶者27%、配偶者以外の家族49%に対し、地方都市では単身は1%と稀で、配偶者35%、配偶者と他の家族18%、配偶者以外の家族40%であったという。当センター

のデータは地方都市(熊本市)のデータに近かったが、男性患者の場合は、配偶者(妻)が7割を占めるという特徴を示した。

群馬県は、熊本方式を見習って、概ね二次医療圏ごとに地域型認セを配置するという方式をとった。その結果、センター間の実績にばらつきはあるものの、県内に根付き、実績を徐々に伸ばしている。前橋市には中核型の大学病院に加えて地域型認セが2か所指定されており、2013年からの指定に当たっては、厚生労働省から1圏域1センターの原則に沿って指導された。しかし、神経内科を運営主体とする当認セと精神科を主体とする別の認セが同じ二次医療圏域の中で協同して共に実績を上げており、過剰にあるわけではない。むしろ、互いに弱点を補い合う関係にある。その一方、群馬県内には認セがない二次医療圏域が2つあり、今後、認知症医療支援診療所が指定される方向にある。

当認セは、国/県からの予算を度外視した院内連携体制を構築し、県内の他の地域型認セを上回る活動実績を示した。認セに連携・活動できる人材を配置し、院内スタッフ、かかりつけ医などの地域医療機関、地域包括支援センターなどと連携して活動していくことが、「認知症の人の在宅生活を支える」というオレンジプランの趣旨に沿った活動になると確信している。

5. 謝 辞

群馬県の認知症疾患医療センター実績データを提供していただいた群馬県介護高齢課の尾池久美子氏と岩崎崇氏、投稿論文データをご提供頂きました東京都健康長寿医療センター研究所栗田主一先生に感謝します。当研究は、厚生労働科研「認知症非薬物療法の普及促進による介護負担の軽減を目指した地域包括的ケア研究(H25-認知症-一般-008)(鳥羽研二班長)の一部として行われた。

COI 開示：認知症疾患医療センターに関係する企業・組織や団体とのCOIに、開示該当項目はない。

----- 文 献 -----

浅野弘毅, 小山明日香, 立森久照, 松原三郎, 竹島 正 (2007)
老人性認知症疾患センターの今後のあり方について. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」総括・分担研究報告書: 203-220

粟田主一 (2013) 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索敵に関する研究. 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」分担研究報告書: 1-46

Awata S (2014) Current activities of medical centers for dementia in Japan. *Geriatr Gerontol Int* 14 (Supple. 2):

23-27

小嶋誠志郎, 池田 学 (2012) 認知症疾患医療センターの連携機能. *老年精神医学雑誌* 23: 294-298

厚生労働省ホームページ (2012) 「認知症施策推進 5 か年計画 (オレンジプラン)」について <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html> (2014 年 1 月 16 日閲覧)

品川俊一郎, 矢田部裕介, 橋本 衛, 中山和彦, 池田 学 (2011) 認知症専門外来を受診する患者の初診時同居者・同伴者に関する検討: 都心部と地方都市における家族介護基盤の地域比較. *老年精神医学雑誌* 22(増刊 III): 178

武田章敬, 堀部賢太郎 (2012) 認知症ケアにおける地域連携の政策的展望. *老年精神医学雑誌* 23: 280-286

Medical Centers for Dementia in Gunma : their activities and follow-up data

Haruyasu Yamaguchi¹⁾, Tomoko Nakajima²⁾, Haruka Uchida²⁾, Kazuhide Nonaka²⁾, Mie Matsumoto²⁾, Yohko Maki¹⁾,
Tomoharu Yamaguchi¹⁾, Masamitsu Takatama²⁾

¹⁾Gunma University Graduate School of Health Sciences

²⁾Geriatrics Research Institute and Hospital

Purpose : To investigate activities of 10 Medical Centers for Dementia (MCDs) in Gunma prefecture, Japan : 1 core-type and 9 regional-type.

Methods : The numbers of consultation and differential diagnosis of 10 MCDs, were analyzed. The results of the first and the 3 month follow-up medical examinations were compared in one regional-type MCD : cognitive function assessed using Mini-mental state examination (MMSE), behavior disturbance assessed using dementia behavior disturbance scale (DBD), and caregiver burden assessed using short form of Zarit Burden Interview (Zarit-8).

Results : 1) In Gunma prefecture, the total number of consultation increased up to 8,000 items/6,000 people per year, and that of differential diagnosis to 6,000 people/year. 2) In one regional-type MCD, the number of consultation was increased up to 100 people/month, and that of differential diagnosis to 60/month, which was 2 to 3 times higher than other regional-type MCDs in Gunma. 3) In 54 subjects excluding mild cognitive impairment (MCI), cognitive function (MMSE) improved significantly ($p=0.009$) from 18.51 +/- 5.26 to 19.66 +/- 5.63 after 3 months from the first visit. Subjects with intense behavior disturbance (DBD high score group) showed a significant decrease in the DBD scores from 25.15 +/- 8.59 to 20.87 +/- 10.99.

Conclusion : In Gunma, MCDs were placed in each secondary medical area, and worked well to realize the concepts of the integrated community-care system, which are emphasized in the Japanese national dementia strategy, "Orange Plan".

Address correspondence to Dr. Haruyasu Yamaguchi, Gunma University Graduate School of Health Sciences (3-39-22 Showacho, Maebashi, 371-8514, Japan)