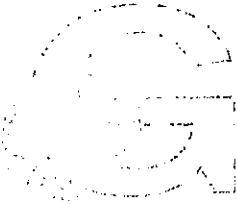


認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療：現状と課題

## 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療

—— 新たな政策提言に向けて ——

栗田主一・渡 路子



# 認知症高齢者の救急医療と 身体合併症医療

—— 新たな政策提言に向けて ——

栗田主一\*<sup>1</sup>，渡 路子\*<sup>2</sup>

## 抄 録

1) 精神科救急システム，一般救急システム，保健・福祉・介護システムと強固な連携体制を確立し，2) 身体科医・精神科医・精神保健福祉士・保健師・看護師・臨床心理技術者等が連携して身体的・精神的・社会的な包括評価と緊急介入を効率的に行い，3) 必要に応じて，BPSDと身体疾患が併存する認知症高齢者の入院に緊急に応需できる体制を確保するために，「認知症疾患医療センター事業」を提言したい。

Key words：認知症疾患医療センター，精神科救急システム，一般救急システム，保健・福祉・介護システム；身体合併症医療

老年精神医学雑誌 18：1210-1214，2007

## はじめに

世界第一位の長寿国であるわが国の認知症高齢者に対する医療の質は，はたして世界に誇れる水準にあるのだろうか。ここでは，わが国の認知症高齢者対策の経緯と近年の動きを概観したうえで，認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療に関する新たな政策提言に向けて，考察を加えたい。

## わが国の認知症高齢者対策

### 1. 背景

急速な高齢化とともに認知症高齢者も急増している。介護領域では，日常生活自立度Ⅱ度以上の認知症高齢者が2005年で169万人，第一次ベビーブーム世代が高齢者となる2015年には250万人になると推計されている。医療領域では，医療機関に受診した認知症患者数の推計が，1996年の11

万人（うちアルツハイマー病〈Alzheimer's disease；AD〉が2万人）から2005年には32万人（ADが18万人）と，この9年間で3倍（ADでは9倍）に増加している。現在の認知症高齢者の所在については，介護領域の推計では居宅と入所が約半々の割合であり，医療領域では約8万人が入院医療，約24万人が外来医療を受けていると推計されている（図1）。今後急増する認知症高齢者に対して医療の役割はどうあるべきかについて考えたい。

### 2. 経緯

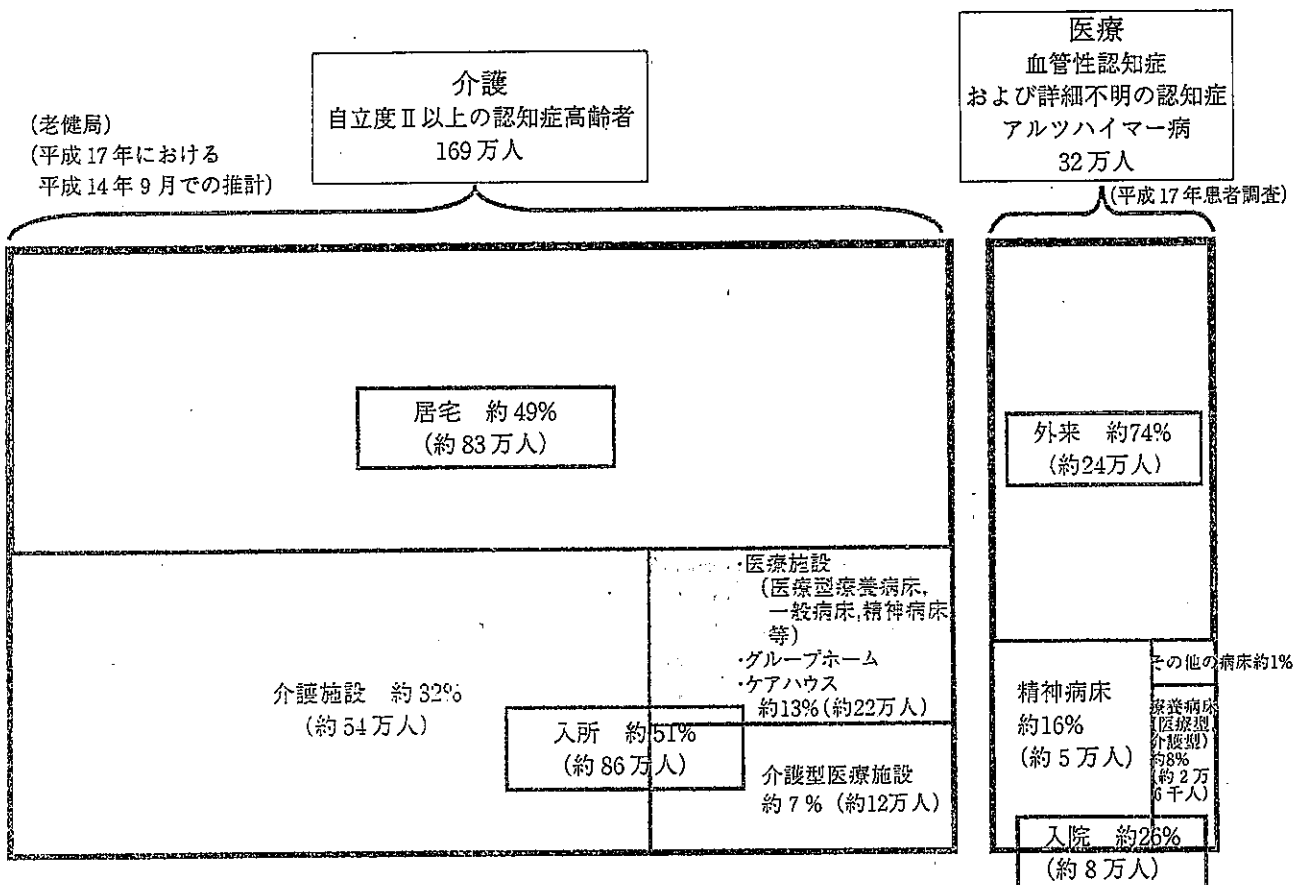
介護保険制度が施行されるまでは，高齢者に対する介護サービスは1963年に制定された老人福祉法，1983年に策定された老人保健法によって対応され，認知症関連としては1986年に老人保健施設が創設されている。また医療面では，1980年代から90年代初頭にかけて，認知症高齢者対策の体系的取組みとして重度痴呆患者デイ・ケア，老人性痴呆疾患センター，老人性痴呆疾患治療病棟などが制度化された。

1990年代にはいると，ゴールドプランや新ゴ

\*1 Shuichi Awata：仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター

\*2 Michiko Watari：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

\*1 〒984-8501 宮城県仙台市若林区清水小路3-1



※医療施設（医療型療養病床，介護型療養病床，一般病床，精神病床）は介護と医療で重複がある。

図1 認知症疾患患者の住所

ールドプランに基づく介護サービスの基盤整備が計画的に進められてきたが、2000年には介護保険法が施行され、認知症高齢者向けのサービス提供体制が大きく変化した(表1)。現在では、地域における認知症高齢者の生活支援がよりいっそう重視され、かかりつけ医とサポート医の体制や地域包括支援センターにおける対応など、介護サービスと医療サービスをどのように連携させるかが大きなポイントとなっている(図2)。

### 3. 課題

このような施策展開の一方で、問題点がいくつか指摘されてきている。

第一は鑑別診断の問題である。十分な治療効果があがらない認知症疾患に対しては、医療は不要であり、介護サービスの充実で十分ではないかという誤った議論がある。しかし、いわゆる treat-

able dementia やうつ病などの精神疾患との鑑別や軽度認知障害(Mild Cognitive Impairment; MCI)の評価と早期介入など、早期の鑑別診断が重要であることは疑う余地がない。また、ケアの質の向上にあたっては、認知症の原因疾患の鑑別や病態の理解はきわめて重要である。にもかかわらず、地域のデータではあるが、保健所等で認知症と診断された認知症高齢者の80%以上がかかりつけ医にかかっているにもかかわらず、認知症疾患の診断を受けている人はわずか20%程度であった<sup>1)</sup>。

第二は周辺症状(behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)や身体合併症に対する急性期医療の問題である。徘徊、暴力、感情の急激な変化等の周辺症状により、一般科の病院では十分な身体合併症の治療が受けられなかつ

表1 認知症対策の経緯

・1963年(昭和38年)	老人福祉法の制定
・1973年(昭和48年)	老人医療費無料化
・1983年(昭和58年)	老人保健法の制定
・1984年(昭和59年)	「特例許可老人病棟」の導入－介護職員の配置
・1986年(昭和61年)	老人保健施設の創設
・1988年(昭和63年)	重度痴呆患者デイ・ケアの新設
・1989年(平成元年)	老人性痴呆疾患センター創設
・1990年(平成2年)	ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十カ年戦略)
・1990年(平成2年)	「介護力強化病院」の創設－定額制
・1992年(平成4年)	老人性痴呆疾患治療病棟入院医療管理料, 老人性痴呆疾患療養病棟入院医療管理料の新設
・1993年(平成5年)	療養型病床群制度の創設－定額制
・1996年(平成8年)	老人性痴呆疾患治療病棟入院料, 老人性痴呆疾患療養病棟入院料の新設
・2000年(平成12年)	介護保険制度の施行－認知症高齢者グループホーム
・2001年(平成13年)	「療養病床」の創設(医療法改正)
・2005年(平成17年)	介護保険法改正－「痴呆」から「認知症」へ
・2006年(平成18年)	地域包括支援センター, 地域密着型サービスの創設 高齢者虐待防止法の施行 老人性認知症疾患療養病棟の廃止

80年代; 認知症対策の体系的取組みとして専門施設やデイ・ケアが制度化.

90年代; 計画的な介護サービスの整備.

2000年以降; 認知症高齢者の地域生活の仕組みづくり.

たり, 介護施設職員の6割は認知症高齢者への対応に苦慮していたりという状況がある<sup>2)</sup>. 周辺症状と身体合併症への急性期治療を提供できる体制の整備は喫緊の課題である.

#### 4. 新たな動き

こうしたなか, 平成19年4月, 内閣官房長官主宰の「新健康フロンティア戦略賢人会議」において, 「新健康フロンティア戦略」がとりまとめられ<sup>3)</sup>, うつと認知症が取り上げられている. そのなかで, 認知症の医療体制の役割として, ①鑑別診断, ②周辺症状, ③身体合併症, に対する医療提供体制が明記された. 厚生労働省では, 認知症の専門医療機関の位置づけとして, このような機能をもった「認知症疾患医療センター事業」を新たに平成20年度予算要求(要求額2.4億円)している. また今後は, 医療提供後に速やかに介護サービスへ連携できる仕組みなど, 介護サービスと医療サービスをベストミックスのかたちで提供できる体制づくりや, 認知症疾患に対する専門性の

高い医師やスタッフの育成等人的資源の確保等についても, あわせて議論していく必要があると考えている.

#### 2.4 新たな政策提言に向けて

認知症の救急医療は, 医療と介護の狭間に陥りやすく, 精神科医療と身体科医療の狭間に陥りやすい. そのために, 認知症高齢者がしばしば適切な医療を受けられない状況にあることは周知の事実である. この問題の解決に寄与するために, 「認知症疾患医療センター事業」はどうあるべきか, この点について考えたい.

「認知症疾患医療センター事業」がこの問題の解決に寄与するには, 本特集の浅野論文や久保田論文で示唆されているように, ①精神科救急システム, 一般救急システム, 保健・福祉・介護システムと強固な連携体制を確立し, ②診療の場では, 身体科医・精神科医・精神保健福祉士・保健師・看護師・臨床心理技術者等が連携して身体的・精

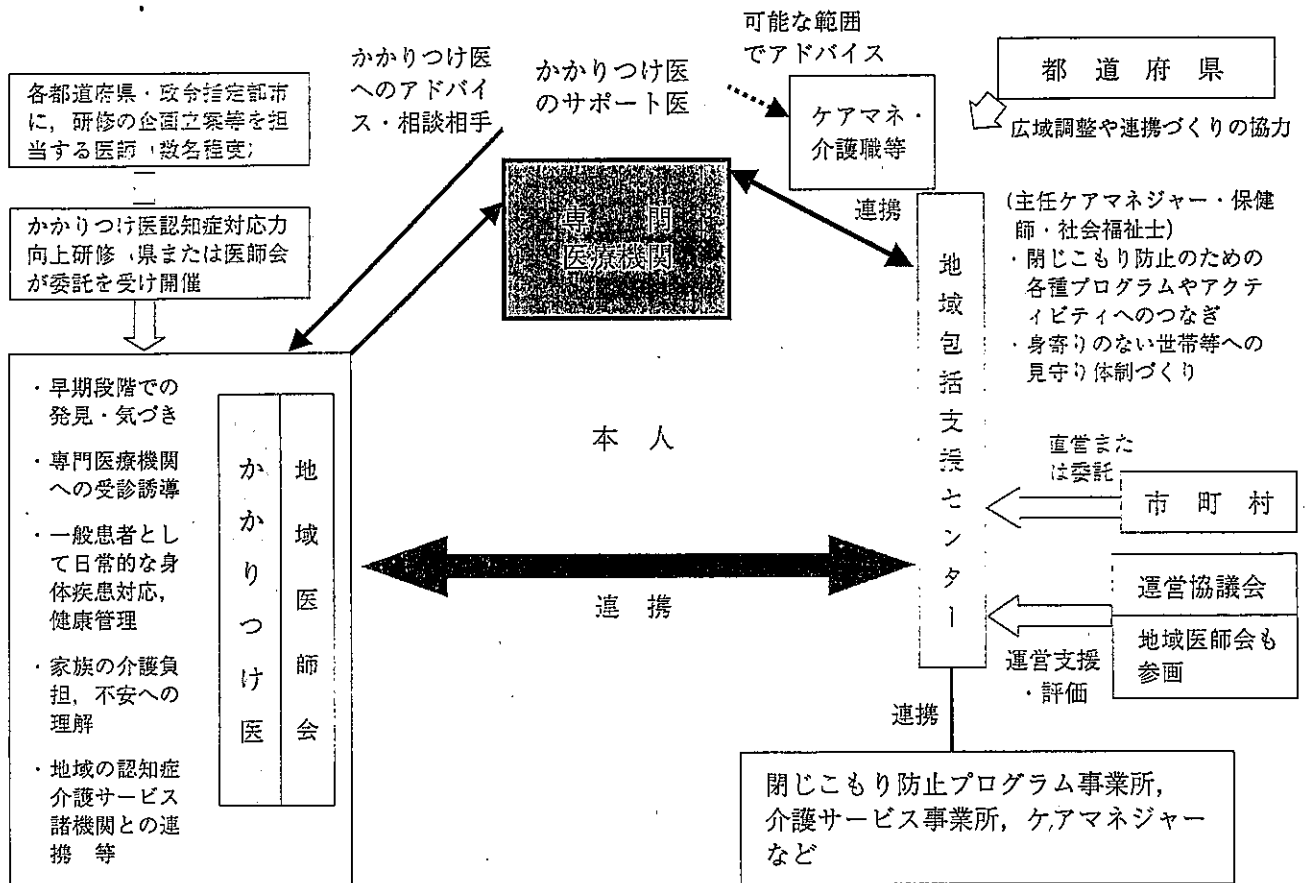


図2 認知症高齢者支援体制 (介護と医療の関係)

神的・社会的な包括評価と緊急介入を効率的に行い、③必要に応じて、BPSDと身体疾患が併存する認知症高齢者の入院に緊急に応需できる体制を確保する必要がある。

松原論文では、認知症疾患治療病棟は本来BPSDに対応することを主目的に設置されたものであるが、実際には入院患者全体の3/4近くが治療を要する身体合併症をもって入院しており、しかもそれに耐え得るだけの財政的・人的基盤が整備されていないこと、鵜飼論文では、平成18年度の診療報酬改定と平成19年度の老人性認知症疾患センター事業の国庫補助金としての委託料廃止によって、認知症高齢者の合併症医療を担ってきた公的病院の認知症疾患治療病棟の運営が危機的状況に陥っていること、澁谷論文では、精神科救急システムからの身体合併症例受け入れ依頼に応需できる総合病院精神科は限られていること、

分島論文では、合併症医療はそれ自身が専門医療と評価されるに値するものであるにもかかわらず、それが正に評価されていず、医師確保も厳しい状況にあることを指摘している。認知症の救急医療と身体合併症医療の主要な課題は、それに耐え得るハードと人員配置を担保するための基盤整備(診療報酬を含む)と、そのような業務を担える専門的な技能をもった人材育成システムの確立にある。

一方、このような病院医療とは別の視点から、山崎は、事例報告を通して、現時点で「重度認知症デイケア」が救急医療・身体合併症医療に対して果たしている役割を明らかにし、さらにこれを超える医療・介護モデルとして「多機能型複合施設」を提言している。地域に根ざした認知症のミクロ救急のあり方として、現実的かつ効果的な方法かと思われる。「認知症疾患医療センター事業」

---

は、このようなマイクロ救急システムを補完できるマクロ救急システムに寄与するものとして設計される必要がある。

#### 文 献

- 1) 栗田主一：過疎高齢地域に在住する痴呆性老人早期診断・早期対応システムの構築に関する実践的研究 (1)；保健所老人精神保健相談事業・地域総合病院連携システムの意義と課題. 老年精神医学雑誌, 10：339-346 (1999).
- 2) 真野俊樹：高齢者施設における認知症の実態と問題点. Geriatric Medicine (老年医学), 45：767-773 (2007).
- 3) 内閣官房長官主宰「新健康フロンティア戦略賢人会議」：新健康フロンティア戦略について. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/shinkenkou/index.html> 平成19年4月18日.



## 救命救急センターにおける 認知症高齢者の救急医療

久保田洋介\*<sup>1</sup>, 亀山元信\*<sup>1</sup>, 村田祐二\*<sup>1</sup>, 庄子賢\*<sup>1</sup>  
野上慶彦\*<sup>1</sup>, 鈴木淳子\*<sup>1</sup>, 清水健司\*<sup>1</sup>, 山下元康\*<sup>2</sup>  
福島撰\*<sup>2</sup>, 飯塚邦夫\*<sup>2</sup>, 栗田主一\*<sup>2</sup>

### 抄録

認知症高齢者に対する一般救急医療の現状と課題を明らかにするために、一総合病院の救命救急センターを受診する認知症高齢者の実態を調査した。わが国の認知症高齢者の有症率に比較して、救命救急センターを受診する高齢者中の認知症の割合は高い。認知症群では身体疾患の重症例が多く、一方、非重症例では、外来滞在時間が長く、社会的入院が多い。一般救急医療の場では、認知症高齢者に対する精神保健医療福祉のニーズが高まっているが、これに応需するための資源は著しく不足している。

Key words : 救命救急センター, 認知症高齢者, 外来滞在時間, 社会的入院, 精神保健医療福祉

老年精神医学雑誌 18 : 1204-1209, 2007

### はじめに

認知症疾患の救急医療には、認知症の行動と心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) に対する精神科救急とともに、合併する身体疾患に対する一般身体科救急がある。さらに、併存するさまざまな社会的問題に対する保健福祉的介入が必要となる。しかしながら、一般の救急医療の現場で対応されている認知症高齢者の実態に関する報告は少ない<sup>1)</sup>。本研究では、認知症高齢者に対する一般救急医療の現状と課題を明らかにすることを目的に、人口100万人規模の都市を医療圏域とする公的総合病院救命救急センターを受診する認知症高齢者の実態を調

査した。

### 方法

#### 1. 対象

対象は、2007年3月1日～3月31日までの1か月間に、仙台市立病院救命救急センターを受診した65歳以上高齢者の連続症例である。

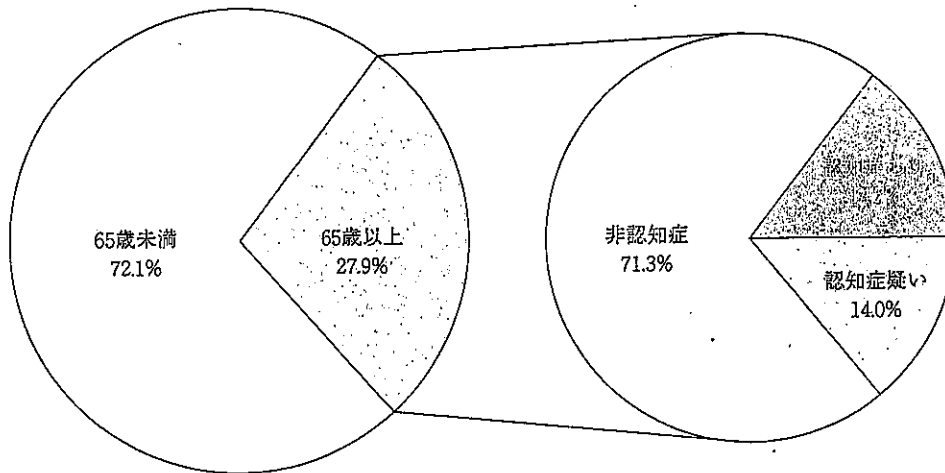
仙台市立病院は、人口102万人(2006年10月1日現在)の仙台市全域を医療圏とする総合病院である。繁華街に近い市内中心部に位置し、診療科数19、病床数525、医師数76人(2006年度)で、救命救急センターと認知症疾患センターを併設する基幹型臨床研修指定病院である。

救命救急センターは、1991年4月の開設以来、宮城県内では最多の救急患者の搬入を受け入れており、2006年度の救急患者受診者総数は17,672人、うち救急搬入件数は6,534件であった。2007年度の救命救急センター専従医師は6人であり、兼任医師と臨床研修医を加えて、24時間365日体

\*1 Yosuke Kubota, Motonobu Kameyama, Yuji Murata, Masaru Shoji, Yoshihiko Nogami, Junko Suzuki, Kenji Shimizu : 仙台市立病院救命救急センター救命救急部

\*2 Motoyasu Yamashita, Setsu Fukushima, Kurio Iizuka, Shuichi Awata : 仙台市立病院神経科精神科・認知症疾患センター

〒984-8501 宮城県仙台市若林区清水小路3-1



「認知症あり」：認知症の診断歴がある高齢者，「認知症疑い」：救急担当医が認知症の徴候ありと評価した高齢者

図1 救命救急センターを受診する認知症高齢者の割合（2007年3月1日～3月31日，仙台市立病院救命救急センター）

制で1次～3次の救急患者の診療に当たっている。

## 2. 調査方法

救命救急センターで診療に当たる各担当医にアンケート調査を行うとともに，診療録を用いて病歴調査を行った。65歳以上高齢者の全受診者に対して，年齢，性別，受診年月日，認知症の有無，身体疾患の重症度と診断名，外来転帰，外来滞在時間を調査し，認知症高齢者に対しては，さらに，居住状況，精神科医または医療相談員による介入の有無，診療上の問題点を調査した。

認知症の有無，身体疾患の重症度と診断名については，経験年数3年以上で，日常的に救急診療を行っている救急担当医が確認した。認知症の有無については，過去に認知症の診断歴があるものを「認知症あり」，診断歴は不明であるが救急担当医が認知症の徴候ありと判断できたものを「認知症疑い」とした。身体疾患の重症度は，来院時の診断・症状・バイタルサイン・採血検査・生理検査・画像検査等から，ただちに入院加療しなければ致命的もしくは生命予後に著しい影響を与える可能性があるものと判断されたものを「重症」，生命予後に影響せず，医学的に入院加療の必要がないと判断されたものを「軽症」とし，そのいずれ

にも当てはまらないものは「非重症非軽症」とした。身体疾患の診断名分類には Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)<sup>2)</sup>を一部改変して使用した。診療上の問題点は各担当医が自由記載した。

統計学的解析では，連続変量の群間比較には  $t$  検定と一元配置分散分析を用い，離散変量の群間比較にはクロス集計表と  $\chi^2$  検定を用いた。統計解析ソフトとして，SPSS 14.0J for Windows (SPSS Japan Inc.) を使用した。

## 2. 結果

### 1. 対象の基本特性

2007年3月1日～3月31日の当院救命救急センター受診者総数は1,101人で，このうち65歳以上受診者は307人（男性139人，女性168人， $77.0 \pm 7.5$ 歳，全受診者の27.9%）であった。65歳以上受診者のうち，「認知症あり」は45人（男性15人，女性30人， $82.6 \pm 7.3$ 歳，全受診者の4.1%，65歳以上受診者の14.7%），「認知症疑い」は43人（男性19人，女性24人， $79.0 \pm 7.5$ 歳，全受診者の3.9%，65歳以上受診者の14.0%）で，両者を合わせた「認知症」群は88人（男性34人，女性54人， $80.9 \pm 7.6$ 歳，全受診者の8.0%，65歳



以上受診者の28.7%)、いずれにも該当しない「非認知症」群は219人(男性105人,女性114人,75.5±6.8歳)であった(図1)。

認知症群と非認知症群の比較では、認知症群で年齢は有意に高く( $t = -6.07, p < 0.001$ ),女性が多い傾向を認めた( $\chi^2 = 2.20, p = 0.09$ )。

## 2. 身体疾患の重症度と診断名

認知症群と非認知症群の、身体疾患の重症度と診断名の分布は表1の通りである。両群の間で身体疾患の重症度の分布には有意差がみられ(尤度比7.41,  $p = 0.025$ ),認知症群において「重症」の頻度が高い。一方、身体疾患の診断名の分布には有意差は認められなかった(尤度比6.04,  $p = 0.64$ )。

認知症群の診断名を病態別にみると、感染性疾患19人(肺炎10人,尿路感染症4人,髄膜炎・その他の感染症5人),外傷性疾患15人(大腿骨頸部骨折6人,頭部・顔面の打撲・挫創6人,全身打撲1人,上肢の骨折・脱臼2人),脳血管性疾患11人(脳出血5人,脳梗塞4人,クモ膜下出血1人,一過性脳虚血発作1人),心血管性疾患17人(不整脈5人,心不全5人,狭心症・心筋梗塞1人,腹部大動脈瘤破裂2人,胸部大動脈解離1人,急性心臓死3人),消化器疾患8人(上下部消化管出血4人,その他4人),めまい,尿閉,関節痛,腰痛,食思不振,脱水,全身倦怠感など症状・症候レベルの診断が18人であった。

## 3. 外来転帰,居住状況,精神保健医療福祉的介入の有無

認知症群と非認知症群の外来転帰の比較は表1の通りである。両群の間で外来転帰の分布には有意な差が認められ(尤度比27.57,  $p < 0.001$ ),認知症群では「社会的入院」と「死亡」の頻度が高い。

認知症群の居住状況をみると、独居者は7人,家族同居者は64人,施設入所者は13人,不明が4人であった。社会的入院となった7人の居住状況はいずれも家族同居者であったが,家族の介護力の不足や社会的支援の欠如に起因して,入院に

よらざるを得なかった事例である。認知症群全体で,救命救急センター外来で精神科医または医療相談員などの介入があったものは5人にすぎず,このうち4人は独居者であった。

## 4. 外来滞在時間

平均外来滞在時間は,認知症群154.4±106.7分(最短30分,最高548分),非認知症群119.2±64.4分(最短10分,最長360分)で,認知症群で有意に長い( $t = -2.89, p = 0.005$ )。

65歳以上高齢者群全体で,外来滞在時間を従属変数,認知症の有無と身体疾患の重症度を独立変数,年齢を共変量として一元配置分散分析を行ったところ,認知症の有無( $F = 11.2, p = 0.001$ )と身体疾患の重症度( $F = 27.8, p < 0.001$ )に主効果が認められた。すなわち,認知症群は非認知症群よりも外来滞在時間が長く,身体疾患の重症度では「軽症」「重症」「非重症非軽

表1 救命救急センターを受診する65歳以上高齢者の身体疾患の重症度・診断分類と外来転帰:認知症群と非認知症群の比較(2007年3月1日~3月31日,仙台市立病院救命救急センター)

	認知症群 (N=88)		非認知症群 (N=219)	
身体疾患の重症度*				
軽症	24人	27.3%	72人	32.9%
重症	26	29.5	34	15.5
非重症非軽症	38	43.2	113	51.6
身体疾患の診断分類				
心血管系	17人	19.3%	44人	20.1%
呼吸器系	14	15.9	26	11.9
眼科・耳鼻咽喉系	4	4.5	13	5.9
消化器系	8	9.1	35	16.0
泌尿・生殖器系	6	6.8	13	5.9
筋・骨・皮膚系	12	13.6	34	15.5
脳神経系	19	21.6	37	16.9
内分泌・代謝系	0	0.0	2	0.9
その他	8	9.1	15	6.8
外来転帰**				
帰宅	37人	37.0%	129人	54.8%
入院	37	37.0	95	43.4
社会的入院	7	7.0	0	0.0
転院	0	0.0	1	0.5
死亡	7	7.0	3	1.4

クロス集計表を用いた $\chi^2$ 検定: \* $p = 0.025$ , \*\* $p < 0.001$

症」の順で外来滞在時間が長かった(図2)。

次に、認知症群において、外来滞在時間を従属変数、外来転帰を独立変数、年齢を共変量として一元配置分散分析を行ったところ、外来転帰に主効果が認められた。すなわち、認知症群において外来滞在時間は、「社会的入院」群 ( $F = 6.31, p = 0.001$ ) で最も長かった(図3)。

5. 診療上の問題点

救急担当医が診療上の問題として挙げた項目は表2の通りである。これらの意見は、重症度が「軽症」または「非重症非軽症」の症例に対するものであり、脳出血、心筋梗塞、心肺停止などの重症例で診療上の問題が指摘されることはなかった。

考 察

当院の救命救急センターを受診する65歳以上高齢者のうち認知症高齢者が占める割合は、認知症の診断歴がある者に限定すれば14.7%、救急担当医の評価も含めると28.7%であった。わが国の一般高齢者集団における認知症の有症率7.8%(2006年推計値)<sup>3)</sup>と比較すると、当院の救命救急センターを利用する高齢者集団における認知症の割合は、その1.9~3.7倍に及ぶことになる。高齢者においては、認知症疾患の併存自体が、救急事例化の危険因子になっている可能性が高い。

身体疾患の重症度を比較すると、非認知症群に比較して、認知症群に重症例が多かった。一方、身体疾患の診断別頻度での認知症・非認知症群の比較では、2群間に有意差を認めなかった。このことから、認知症群に重症例が多いのは、腹部大

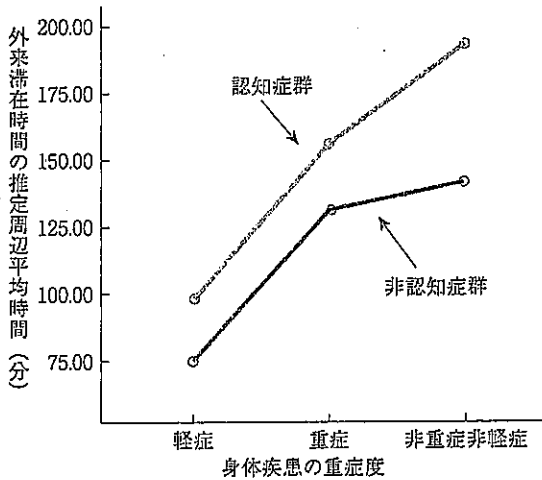


図2 救命救急センターを受診する65歳以上高齢者の外来滞在時間と、認知症の有無、身体疾患の重症度との関係(2007年3月1日~3月31日、仙台市立病院救命救急センター)

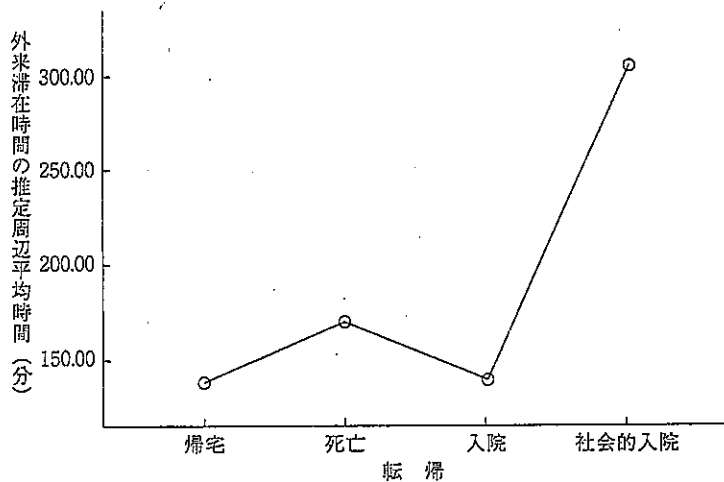


図3 救命救急センターを受診する認知症高齢者の外来滞在時間と外来転帰との関係(2007年3月1日~3月31日、仙台市立病院救命救急センター)

表2 救命救急センターにおける担当医からみた認知症疾患の診療上の問題点 (2007年3月1日～3月31日, 仙台市立病院救命救急センター)

- ・社会的入院にあたって担当科を決められずに各科間でのトラブルがあった
- ・意思の疎通困難のために訴えがはっきりせず、軽症の疑いが高いにもかかわらずより高額で精密な検査を施行することになった(便秘に対して腹部造影CT検査など)
- ・軽症であるが家族が面倒をみられないので入院させてほしいと希望された(胃腸炎など)
- ・重症化して初めて受診した(来院時すでに肺炎から敗血症になっていたなど)
- ・症状の経過がまったくわからない。また、既往歴、内服薬がわからない
- ・家族も認知症、あるいは理解度が低いために、軽症であるが帰宅させるのが不安
- ・内視鏡・腰椎穿刺などの侵襲的検査に際して、理解して安静を得ることができなかった
- ・侵襲的検査の説明と同意が本人から得られない、また、一人暮らしであったために同意を得るべき家族・親戚などがおらず、検査が進められなかった

動脈破裂など疾患特性として重症度が高い疾患が多いためではなく、同一疾患での重症度に違いがあるためと考えられる。認知症高齢者にはしばしばコミュニケーション障害があり、自覚的訴えがはっきりしないために、家族や介護スタッフが病気に気づくのが遅れがちになる。また、社会的支援の不足は、認知症高齢者に対するケアの質を低下させ、身体疾患を重症化させる一因となる。

外来滞在時間は非重症非軽症例で最も長く、とくに認知症高齢者においてその傾向が際立っていた。認知症高齢者では、病歴や身体所見がはっきりせず、重症軽症の判断がつかないために必要な検査が多くなり、結果的に時間を要することになる。また、併存する社会的問題にも対処しなければならぬことが多く、これも外来滞在時間を長引かせる要因と考えられる。転帰が社会的入院となる事例で外来滞在時間が長いのはこのことを反映している。

認知症高齢者の受診者の居住状況を見ると、大部分に同居家族があるが、社会的支援という観点では、その質や程度にかなり差がある。同居家族があっても、社会的支援が不足しているために社会的入院とせざるを得なかった事例が7人あった。社会的入院ではない場合でも、食思不振や脱水など、環境面に起因する要因が病態に関連している事例は多く、社会的支援の不足が、認知症高齢者の救急事例化の促進因子となっているものと思われた。

認知症高齢者において、救命救急センター外来で精神科医や医療相談員などによる精神保健医療福祉的介入があったものは88人中の5人とどまった。仙台市立病院は認知症疾患センターを併設する総合病院である。にもかかわらず、救急医療の場で認知症高齢者に対する精神保健医療福祉的介入が少ないのは、それに応需できるだけの人的資源が著しく不足していることに関係している。

本調査は、単施設における1か月間の調査によるものであり、選択バイアスの可能性もある。しかしながら、仙台市立病院救命救急センターは人口規模100万人都市の1次～3次救急医療をカバーする中核的救急医療施設であり、一般救急医療受診者の代表性をある程度担保するものと考えられる。また、認知症の評価は専門医によるものではないため、せん妄との鑑別診断の問題など、その精度には限界がある。しかし、一方で、軽度認知症や軽度認知障害が見逃されている可能性も無視できない。精度の高い認知症診断に基づいた調査が今後の課題として残されている。

高齢者数の急速な増加とともに、認知症高齢者の救急事例が今後急速に増大するのは確実である。一般救急医療の現場において、これに応需するための精神保健医療福祉資源の確保と社会制度の整備は急務の課題である。仙台市立病院では、2007年4月より精神科医療相談室を設置し、精神保健福祉師2人と保健師1人を配置した。現在、仙台市は、政策医療の一環で、総合病院型精神科救急

医療の整備を進めている。

文 献

- 1) 浅野弘毅, 栗田主一, 松原三郎: 認知症患者の対する精神科医療のあり方に関する研究. (2) 認知症疾患患者の救急医療の実態に関する研究 (平成18年度総括・分担研究報告書. 主任研究者竹島正), 221-230 (2007).
- 2) Conwell Y, Forbes NT, Cox C, Caine ED: Validation of a measure of physical illness burden at autopsy; The Cumulative Illness Rating Scale. *J Am Geriatr Soc*, 41: 38-41 (1993).
- 3) 大塚俊男: 日本における痴呆性老人数の将来推計; 平成9年1月の「日本の将来推計人口」をもとに. *日精協誌*, 20: 65-69 (2001).