〈原 著〉

老年科における外来認知症診療の現状と展望： 名古屋大学医学部附属病院老年科「外来もの忘れ検査」の利用統計から

河野 直子 梅垣 宏行 茂木 七香
山本さやか 鈴木 裕介 井口 昭久

要 約 目的：日本において、精神科、神経内科による「もの忘れ外来」の報告は多数あるが、老年科による「もの忘れ外来」に関する報告は多いといえない。本調査は、当院当科の「外来もの忘れ検査」枠の利用現状を記述し、先行報告と比較考察することを目的とする。**方法：**名古屋大学医学部附属病院老年科「外来もの忘れ検査」枠の診療録及び検査記録を、後ろ向きに検討した。2000年1月から2006年6月末までを診療統計算出の対象期間とした。さらに、2004年1月から2006年6月までに当院当科の外来もの忘れ検査枠を初回利用した232名のうち、検査結果などの研究利用について合意が得られ、かつ調査対象項目値に欠損がなかった223名について詳細に分析した。**結果：**期間中の延べ利用者数は778名、利用者総数は577名であった。利用者の基本特性は、平均年齢 74.5 ± 8.3 歳、MMSE得点 23.8 ± 4.7 点、教育歴年数 10.7 ± 2.9 年であった。最新2年6カ月間の受診者を対象とした詳細分析の結果、利用者の疾患構成は、健常8.1%、アルツハイマー病45.3%、脳血管病変によるもの5.4%、混合型2.2%、前頭側頭型3.1%、Mild Cognitive Impairment 15.7%などであった。**結論：**当院当科「外来もの忘れ検査」枠の利用者特性として、他施設の報告と比べて高学歴の、認知症前臨床層を含めた軽症例による利用が多い傾向が確認された。現状が総括され、今後の課題が論じられた。

Key words：もの忘れ外来、老年学、認知症、軽度認知機能低下、医事統計

(日老医誌 2007; 44: 611-618)

緒 言

「もの忘れ外来 (memory clinic)」¹⁾はアルツハイマー病 (Alzheimer's Disease: 以後 AD と略す) をはじめとする認知症性疾患の早期診断とその後の対応を担う専門外来であり、日本では平成6年5月に前国立精神・神経センター、武蔵病院で開設されたのがはじまりとされる²⁾。日本における高齢化率の上昇とともに、加齢疾患である認知症の患者数も増加しており、社会背景の変化に伴って認知症への関心は急速に高まっている。加えて、認知症診断技術が向上し、抗認知症薬が開発されたこと、関係する社会制度の改革といった治療環境の変化が積み重なったことで、人々の認知症に対する関心が医療機関受診という具体的な行動へと結びつくようになってきている³⁾。

しかし、これまで日本における「もの忘れ外来」の主

要な担い手は、精神科、神経内科であり、老年科が母体となった「もの忘れ外来」開設例は、限られてきた⁴⁾⁵⁾。「もの忘れ外来」という名称にこだわらず、日本老年精神医学会認定による「こころと認知症を診断できる病院&施設」に2007年1月時点で登録されている全国290施設を対象にして調査したところでも、総合病院の老年科もしくは老人科、老人病科が登録されている例は5施設と少ない傾向を示す。こうした状況下で、名古屋大学医学部附属病院においては、2000年1月に老年科診療の一端として「外来もの忘れ検査」枠を開設し、認知症の診断、原因疾患の鑑別、重症度判定などの目的で、7年間に延べ1,000人弱の検査を遂行してきた。

本稿の目的は、次の2点である。第一は、2000年1月から2006年6月までの6年6カ月間に当院当科「外来もの忘れ検査」枠を利用した患者群の特性や変遷について振り返り、そのシステムと実践内容を紹介することで、都市部に位置する大学病院老年科の「もの忘れ外来」の利用実態を記述することである。第二は、他施設「もの忘れ外来」の利用状況に関する先行報告と当院当科の利用状況とを比較考察することで、老年科による認知症

N. Kawano, H. Umegaki, N. Mogi, S. Yamamoto, Y. Suzuki, A. Iguchi: 名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加齢医学講座 (老年科学)

受付日: 2007. 2. 15, 採用日: 2007. 4. 11

診療が他科のそれと異なる独自性を備えるための課題を明確化することである。

方 法

利用した記録 診療録及び検査記録を、後ろ向きに検討した。

調査期間と調査対象 2000年1月から2006年6月末までの6年6カ月を診療統計算出の対象期間とした。2004年1月から2006年6月までの最新2年6カ月間に当院当科の外来もの忘れ検査枠を初回利用した232名のうち、検査結果などの研究利用について合意が得られ、かつ調査対象項目値に欠損がなかった223名をより詳しい分析の対象として採用した。

医療施設概要と地誌的背景 名古屋大学附属病院は、29診療科、4医療部、1医療センターから成る、総病床数1,035床の国立大学法人附属の総合病院で、一日の平均入院患者数は843.8名、平均外来患者数は1,998.2名である。当院は、人口約220万人の大都市である愛知県名古屋市の昭和区に位置する。なお、2006年10月時点における、名古屋市の65歳以上人口比率は19.1%であり、全国平均20.7%（2006年8月時点）と大差ない。

「外来もの忘れ検査」の体制 開設当初（2000年1月）から2003年3月末までは、医師1名と臨床心理士1名が毎週火曜日の午後、1枠1時間の予約枠3枠に対応した。2003年4月以降は、臨床心理士2名が業務にあたり、予約状況に応じて最大5枠まで1週間あたりの予約枠数を増設して、現在に至る。

「外来もの忘れ検査」枠利用のプロセス 図1に、当院「外来もの忘れ検査」枠利用の流れを模式化して示す。当院において、もの忘れに関する精査、認知症原因疾患の鑑別などを希望する者は、まず老年科医師の診察を受けることを求められる。この時点で、老年科担当医師による主訴、既往歴、現病歴の聴取及び、必要な神経学的検査、Mini-Mental State Examination（以後MMSE）もしくは改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以後HDS-R）といった簡易認知症スクリーニング検査が行われる。次に、血液・生化学検査、脳画像検査といった診断に必要な検査がオーダーされるとともに、より詳細な認知機能評価の必要ありとする担当医師の判断に基づき、「外来もの忘れ検査」がオーダーされる。

「外来もの忘れ検査」枠の利用当日には、利用者は、外来待合において問診表へ記入すること及び自記式の抑うつスケールであるGeriatric Depression Scale（以下GDS）⁶⁾へ回答することを求められる。問診表は本人用と家族用が別に用意され、教育歴、職歴、利き手、同居者

図1 「外来もの忘れ検査」利用の流れ

の有無などの基本情報に加えて、本人と家族の主訴、来院動機などが各々尋ねられる。続いて検査室に誘導され、まず受検者本人に対する面接と検査の説明が行われ、本人の検査に対する同意が得られた時点で、検査が開始される。検査は約40分で終了し、検査後、受検者本人の退席を待って、家族面接が実施される。

検査内容 以下に示す、各種の神経心理学的検査から成るバッテリーを基本の検査セットとして使用するとともに、検査対象及び検査の目的に応じて適宜内容を変更して認知機能評価を実施している。基本のバッテリーとして採用されている課題項目は、Mini-Mental State Examination⁷⁾、透視立方体(Necker Cube)模写課題⁸⁾、Clock Drawing Test⁹⁾¹⁰⁾、ADAS単語カードを用いた直後再生課題及び遅延再生課題¹¹⁾¹²⁾、植田ら（1996）による15語物語再生課題を用いた直後再生課題及び遅延再生課題¹³⁾、「動物」による意味カテゴリー流暢性課題¹⁴⁾とインシヤル「か」による文字流暢性課題¹⁵⁾の連続実施、ウェクスラー成人知能検査改定版(WAIS-R)¹⁶⁾の日本版から数唱課題と符号課題、Stroop Test¹⁷⁾である。

結 果

診療統計 2000年1月から2006年6月までにおける「外来もの忘れ検査」枠の延べ利用者数は778名（女性/男性=477/301）であった。図2は、利用者数の年次推移を示す。延べ利用者数の内、再利用者を除外して算出した利用者総数は、577名（女性/男性=359/218）であり、外来もの忘れ検査枠を初めて利用した時点における利用者の基本特性の概況は、次の通りであった（平均値±標準偏差）：年齢：74.49±8.25歳、女性74.72±8.11歳、男性74.11±8.47歳；MMSE得点：23.78±4.72点、女性23.77±4.68点、男性23.81±4.81点；教育歴年数：10.73±2.87年、女性10.15±2.41年、男性11.71±3.30年。

図2 「外来もの忘れ検査」利用者数の年次推移：2000年1月～2006年6月

図3 「外来もの忘れ検査」初回利用者の年齢別分類：2000年1月～2006年6月

図4 「外来もの忘れ検査」初回利用時のMMSE 得点分布：2000年1月～2006年6月

図3は初回利用者の年齢別分類を、図4は初回利用時のMMSE 得点分布を示す。

初回利用者の基本特性の年次推移について検討した結果、年齢、MMSE 得点、教育歴年数について、年次間に統計的に有意な差は認められなかった。図5は、初回利用者の基本特性別にその年次推移を示す。

疾病構成 詳細検討の対象として採用した2004年1月から2006年6月までの最近2年6カ月間の初回利用

図5 「外来もの忘れ検査」初回利用者の基本特性の年次推移：2000年1月～2006年6月

図6 「外来もの忘れ検査」利用者の診断名の内訳(%)：2004年1月～2006年6月

者223名について、原因疾患の分析を行った。確定診断は、老年科専門医2名を中心とした多数の医師及び臨床心理士2名による「事例検討会」において、主治医による診察、頭部MRIまたはCT検査、血液生化学検査、各種認知機能検査の施行結果に基づいて討議され、「外来もの忘れ検査」枠利用2カ月後時点で判断された。結果、認知症と判断された者68.6% (153名)であり、非認知症と判断された者23.3% (52名)、健常と判断された者8.1% (18名)であった。原因疾患の内訳は、アルツハイマー病が45.3% (101名)と最も多く、次いで、脳血

図7 MCI群の受診経路と経路別の受診希望主体の内訳(人):2004年1月~2006年6月

図8 MCI診断後の転帰状況(人):2004年1月~2006年6月

管病変によるもの5.4%(12名),アルツハイマー病と脳血管病変との混合型2.2%(5名),前頭側頭型3.1%(7名)であった。また,15.7%(35名)がMild Cognitive Impairment(以後MCI)と診断され,その他の原因疾患による認知症(水頭症,レビー小体病,進行性失語症,統合失調症など)と診断された者は5.4%(12名),鑑別困難例であり経過観察とされた認知症群7.2%(16名)及び非認知症群7.6%(17名),であった。図6に,223名中における診断名の内訳を百分率で示す。

MCI者の追跡 続いて,より軽度の認知機能低下段階で受診した層の状況を把握する目的で,2004年1月から2006年6月までの初回利用者223名の内,MCIと診断された35名について,特に来院経路及び「外来もの忘れ検査」枠利用後の老年科主治医の対応について調査した。結果,来院経路については,紹介なしで,初診受付に申し込み受診した者が23名で最も多く,うち内15名は本人が受診を希望して来院したケースであり,残り8名は家族から受診を勧められ来院したケースで

あった。他院からの紹介を受けて受診した者が6名,院内他科からの紹介が4名,当院当科の医師が指導して市内保健所において実施している「認知症(旧痴呆)予防教室」¹⁸⁾からの紹介が1名,自科において他疾患でフォロー中に主治医が必要を判断し利用に至った者が2名であった。次いで,「外来もの忘れ検査」枠利用後の処遇については,3カ月~1年を隔てた再受診(経過観察)とされた者が33.3%(12名),定期通院とされた者が41.7%(15名)であり,うち73.3%(11名)がコリンエステラーゼ阻害薬の服薬を開始している。近医へ紹介の上,コリンエステラーゼ阻害薬の服薬を開始した者が13.9%(5名),現状の説明に留められた者が8.3%(3名)であった。なお,近医へ紹介された事例についても,多くが半年後,1年後に当院当科を再度利用している。図7に,MCI者の来院経路を,各経路における受診希望主体の内訳とともに模式化してまとめ,図8に「外来もの忘れ検査」枠利用後の転帰状況を示す。

考 察

1. 利用者動向について

名古屋大学医学部附属病院老年科においては,2000年1月に認知症診断のための補助検査枠として「外来もの忘れ検査」を開設し,継続実施してきた。2006年6月末までの利用状況をまとめた結果,6年6カ月の間に,「外来もの忘れ検査」枠を初回利用した者は,577名にのぼり,年齢層は30歳代から90歳代まで広範囲に渡ったが,70歳代前半から80歳代前半の利用者数が多数を占めた。また,この利用者年齢層は,対象期間中に大きな変動を示していない。利用者年齢分布は,吉川ら(2006)

の報告する横浜市総合保健医療センターの「認知症診断外来」¹⁹⁾や、山本・前田(2005)の報告する神戸大学医学部附属病院精神神経科の「もの忘れ専門外来」²⁰⁾における利用者動向と類似しており、大都市の総合医療機関に設けられた「もの忘れ外来」及びそれに準ずる診療部門において広く認められる傾向と推察される。

教育歴については、6年から21年と開きがあるものの、平均すると 10.73 ± 2.87 年であり、高齢者を対象とした疫学研究において報告される平均的な教育歴年数である8年前後に比べて²¹⁾²²⁾、明らかに長い。この結果は、都市部にある大学病院を受診する利用者層自体の人口全体に対する教育歴の偏りを反映しているものと推察され、神経心理学的検査の結果を判断する際に教育歴の考慮が重要であることを示唆する。

初回利用時のMMSE得点分布については平均 23.78 ± 4.72 点であり、吉川ら(2006)の報告における 18.91 ± 5.5 点や¹⁹⁾、山本・前田(2005)の報告における18.7点に比べて²⁰⁾、明らかに高値であった。この高いMMSE得点は、当院当科の「外来もの忘れ検査」枠の利用特徴をよく反映した結果と考えられる。即ち、認知症の臨床症状が認められる以前の、MCIなど健常域との境界段階におけるリスク群検出が検査枠設置のひとつの目的となっており、老年科医師による初診において、明らかに進行した認知機能低下の結果として日常生活に支障が認められると判断された者は、脳画像検査、血液・生化学検査を実施するに留められ、「外来もの忘れ検査」枠を利用することが少ない傾向を示す。

ただし、当院当科の「外来もの忘れ検査」枠の利用は、MMSEなどのスクリーニング検査値で利用対象者を制限しているわけではなく、(1)原因疾患の探索、(2)成人後見人制度や介護保険制度などの利用に際した評価、(3)水頭症の術前術後評価、(4)自己注射や服薬の管理に関する評価といった利用目的が明確な事例については、中等度以上の重症度と判断された認知症患者の利用も受け入れている。また、担当医師が必ずしも評価実施の必要はないと判断する事例についても、本人もしくは家族の希望がある場合、即ち(1)本人のもの忘れに対する不安が強く、検査を希望する場合、(2)本人もしくは家族のもの忘れを基盤とした生活面・心理面の混乱が強く、心理面接を通じた整理が必要と考えられる場合、などに「外来もの忘れ検査」枠が利用されている現状である。こうした現状は、当院当科の「外来もの忘れ検査」枠が単なる認知機能評価の役割を担うのみならず、一人1時間という比較的ゆったりとした時間を設け、臨床心理士が検査と面接を担当することで、診断名の確定と薬物的

介入という医療的なもの忘れ主訴の解決だけでなく、受診者ひとりひとり及びその家族ひとりひとりの主観的なもの忘れ問題意識に対応し、もの忘れの発現に伴う心理的な反応や混乱を緩和したり整理したりする心理社会的援助の機能を担っている可能性を示す²³⁾。近年、認知症の受容過程における心理教育的援助の必要性や有効性が報告されているが²⁴⁾²⁵⁾、「認知症」の初期診断に携わる機関として本人・家族への告知や認知症の受容を巡る問題への対応は切実な課題であり¹⁸⁾、検査枠と独立した心理面接枠を設けて対応する必要も今後は生じると考えられる。

2. 疾病構成について

当院当科「外来もの忘れ検査」枠利用者の内、アルツハイマー病と診断された者は、全体の45.0%であった。この結果は、山本・前田(2005)の報告する都市部の精神神経科による「もの忘れ外来」における52%に比較的近く²⁰⁾、他方、田子ら(2000)の報告する精神科による「もの忘れ外来」における27.2%²⁶⁾、精神・神経センターの宇野ら(2000)が報告する60.2%²⁾、横浜市総合保健医療センターの吉川ら(2006)が報告する「認知症診断外来」における64.1%(ただし晩発性アルツハイマー病に限定)¹⁹⁾とは異なっている。これらの相違は、本稿における数量処理の操作及び全受診者中における非認知症群の割合が高いという当院当科「外来もの忘れ検査」枠の特性が、反映したものと推察される。しかし、地誌的背景の違い、母体診療科の違い、レビー小体病の臨床診断の精度、うつ病併発者の取り扱いの違い、といった複数の理由に原因を帰属可能であり、特定は困難である。本稿においては、うつ病による認知機能低下とアルツハイマー病によるそれとが区別困難であった対象者については「鑑別困難」事例として扱った。レビー小体病については、その他に含めたが、「外来もの忘れ検査」枠利用2カ月後の診断確定時点で鑑別困難のため経過観察必要と判断された群の中にも相当数含まれていると考えられる。

3. MCI群への対応について

すでに論じたように、当院当科「外来もの忘れ検査」枠の利用者特性として、認知症の前臨床層の存在があげられる。そこで、MCIと診断された35名についてより詳細な利用状況調査を行った。結果、図8に示すように、利用者の半数は自らのもの忘れの精査を希望して来院しており、家人の勧めによる来院よりも多い傾向にあった。この結果は、来院しやすい窓口を設けることで、「もの忘れ」の不安をもつ健常域～MCIの潜在群に対して、自らの意思による早期受診、予防的受診を促す可能性が開

けていることを推測させる。図8に示すように、当院当科に受診しMCIと診断することが可能となれば、定期診察による経過観察、薬物治療の開始、近医への紹介といった、以後の介入に結びつけられ得る。これまで多くの指摘があるように潜在的な認知症予備軍に如何に受診を促すかは認知症ケアにおける課題であり、啓蒙活動もさかんに行われているが、当院当科は自ら受診を希望する者の受け皿として一定の機能を果たしていると考えられる。しかし、本研究で扱った例数は35名と少なく、今回の結果からMCI群の一般的傾向について結論することは困難である。今後、より大規模な群を対象として検討することが望まれる。

4. 展望

当院当科の「外来もの忘れ検査」枠が有する今後の課題として、(1) 初期診断の精度を上げるための積極的な研究とその成果を生かした実践、(2) 認知症者の自動車運転管理の問題や成人後見人制度利用の判断材料提示などの新しい社会的ニーズに応じた評価方法の精鋭化、(3) 家族を含めた介護環境をよりの確に把握し、状況に応じて支援する体制の強化、などがあげられる。

また、老年科が母体となった「もの忘れ外来」が、自科の特長を生かして機能し、他科と差別化された存在意義を備える上で、(1) 受診の窓口としての機能の強化、(2) 合併症も含めて認知症者を総合診療する姿勢の明確化、(3) 心理・社会的課題や介護問題に積極的に関与する体制の強化、(4) プライマリケアとの連携、といった課題が考えられる。これらの課題のうち、(2)、(3) については、小澤 (2007)²⁷⁾、井口ら (2007)²⁸⁾ など、(4) については、梅垣ら (2007)²⁹⁾ において、既に個別に論じられている。そこで本稿では、認知症の早期発見、早期介入という「もの忘れ外来」の本来的な設置目的に関連が深く、とりわけ重要な観点と考えられる (1) について、以下に論ずるに留める。

老年科は内科疾患を扱っている印象を受け手に与えるためか、精神科、神経内科と比べて³⁰⁾、一般的に受診に際する心理的抵抗感が低いと考えられる。とりわけ、当院当科では、直接的に「もの忘れ外来」と銘打たれた外来に予約するシステムではなく、老年科を受診した結果、担当医師の判断を仲介として「外来もの忘れ検査」枠の利用が可能となるシステムを採用している。そのため、より受診時の抵抗感を払拭することを可能としているようである。実際に、家族、紹介医、保健婦から「総合的な身体検査のために老年科にかかりましょう」といった当院当科への紹介がなされたために、もの忘れの自覚に乏しく、もの忘れや関連する臨床症状について指摘され

ることに強い抵抗感を示していた対象者に身体検査の一環として「外来もの忘れ検査」枠を利用する可能性がひらけた事例や、「糖尿病の治療のために来院したが、数年来もの忘れが気になっている」と医師に伝えたら、「もの忘れのチェックもしてみましようかということになりました」といった利用事例を複数経験している。今後、こうした利用者心理に沿って、早期受診、予防的受診の窓口としてより良く機能することを目指すことは、認知症診療を担う他科、他施設と連携しつつ、老年科の「もの忘れ外来」が独自の役割を担っていくことを可能とするものと考えられる。

脚注

† 依拠した診断基準は各々、アルツハイマー病について National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association の基準³¹⁾、MCI について Criteria for identification of mild cognitive impairment, given by the MCI Working Group the European Consortium on Alzheimer's Disease の基準³²⁾、脳血管性認知症について Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. の基準³³⁾、前頭側頭型認知症について The Lund and Manchester Groups の基準³⁴⁾、であった。

文 献

- 1) Van der cammen TJM, Simpson JM, Fraser RM, Preler AS, Exton-Smith AN: The memory clinic; a new approach to the detection of dementia. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 359-364.
- 2) 宇野正威, 朝田 隆, 高山 豊, 松田博史, 木村通宏ほか: もの忘れ外来; 武蔵病院におけるアルツハイマー病早期診断. *老年精神医学雑誌* 2000; 11: 1195-1202.
- 3) 今井幸充: もの忘れ外来・認知症外来の現状—認知症疾患の治療・介護システムのなかでの位置づけ—. *老年精神医学雑誌* 2005; 16: 1337-1343.
- 4) 北 徹 (編): もの忘れ外来. 岩波書店, 東京, 2002.
- 5) 鳥羽研二: 「もの忘れ外来」の実際—老年病科の立場から. *Geriatr Med* 2004; 42 (6): 757-762.
- 6) Sheikh RL, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS). Recent Evidence and Development of a Shorter Version. *Clinical Gerontologist* 1986; 5: 165-173.
- 7) Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975; 12: 189-198.
- 8) 日本高次脳機能障害学会 (旧日本失語症学会) Brain Function Test 委員会: 改訂第2版標準高次動作性検査—失行症を中心として—, 新興医学出版社, 東京, 2003.
- 9) Freedman M, Leach L, Kaplan E, Delis DC: Clock Drawing: A neuropsychologic analysis, Oxford University

- Press, New York, 1994.
- 10) Yamamoto S, Mogi N, Umegaki H, Suzuki Y, Ando F, Shimokata H, et al.: The Clock Drawing Test as a Valid Screening Method for Mild Cognitive Impairment. *Dementia Geriatr Cogn* 2004; 18: 172-179.
 - 11) 本間 昭, 福沢一吉, 塚田良雄, 石井徹郎, 長谷川和夫, Mohs RC: Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)日本語版の作成. *老年精神医学雑誌* 1992; 3: 647-655.
 - 12) 河野直子, 梅垣宏行, 鈴木裕介, 山本さやか, 茂木七香, 井口昭久: ADAS 単語カードを用いた遅延再生課題の軽度認知機能低下者識別に対する有用性: 外来もの忘れ検査利用者を対象とした検討. *日本老年医学会雑誌* 印刷中.
 - 13) 植田 恵, 高山 豊, 笹沼澄子: 早期アルツハイマー型痴呆疑い患者における記憶障害—エピソード記憶検査の結果を中心として—. *神経心理学* 1996; 12: 178-186.
 - 14) Bechtoldt HP, Benton AL, Fogel ML: An application of factor analysis in neuropsychology. *Psychological Record* 1962; 7 (5): 586-596.
 - 15) Rosen WG: Verbal fluency in aging and dementia. *J Clin Neuropsychol* 1980; 2 (2): 135-146.
 - 16) Wechsler D: Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised, Psychological Corp, New York, 1981.
 - 17) Stroop J: Studies of interference in serial verbal reaction. *JEP: General* 1935; 18: 643-662.
 - 18) 藤城弘樹, 梅垣宏行, 鈴木裕介, 中村 了, 平川仁尚, 井口昭久: 名古屋市保健所における痴呆介護予防事業参加者の意識調査. *日老医誌* 2005; 42: 340-345.
 - 19) 吉川良子, 中村慎一, 斉藤 惇: 横浜市総合保健医療センターにおける認知症診断外来—12年間の実績—. *老年精神医学雑誌* 2006; 17: 326-331.
 - 20) 山本泰司, 前田 潔: 大都市の大学病院. *老年精神医学雑誌* 2005; 16: 1344-1350.
 - 21) 牧 徳彦, 池田 学, 銚石和彦, 根布昭彦, 博野信次, 田辺敬貴: 日本語版 Short-Memory Questionnaire と日本語版 Mini-Mental State Examination の健常高齢者における人口統計学的因子の効果の検討—中山町における高齢者調査から. *脳と神経* 1999; 51: 209-213.
 - 22) Meguro K, Ishii H, Yamaguchi S, Ishizaki J, Sato M, Hashimoto R, et al.: Prevalence and Cognitive Performances of Clinical Dementia Rating 0.5 and Mild Cognitive Impairment in Japan. The Tajiri Project. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2004; 18: 3-10.
 - 23) 茂木七香, 河野直子: 「物忘れ外来」における心理臨床. *日本心理臨床学会第23回大会論文集* 2004; 242.
 - 24) 松田 修: 高齢者の認知症とサイコエデュケーション. *老年精神医学雑誌* 2006; 17: 302-306.
 - 25) Quayhagen MP, Quayhagen M, Corbeil RR, Hendrix RC, Jackson JD, Snyder L, et al.: Coping with Dementia: evaluation of four nonpharmacologic intervention. *International Psychogeriatrics* 2000; 12: 249-265.
 - 26) 田子久夫, 森由紀子, 黒須貞利, 丹羽真一: 精神科における「もの忘れ外来」. *老年精神医学雑誌* 2000; 11: 1203-1209.
 - 27) 小澤利男: 老年医学の展望: Overview. *Geriatr Med* 2007; 45: 9-12.
 - 28) 井口昭久, 大島伸一, 佐々木英忠, 折茂 肇: 老年医学の展望. *Geriatr Med* 2007; 45: 9-12.
 - 29) 梅垣宏行, 鈴木裕介, 葛谷雅文, 井口昭久: 認知症診療に対する態度に関する医師会会員へのアンケート調査—地域における認知症の診療体制の確立のために—. *老年医学会雑誌* 2007; 44: 102-106.
 - 30) 野坂達志: 精神科受診を勧める際の難しさ. *こころの科学* 2004; 115: 66-71.
 - 31) McKhann G, Drachman D, Folstein MF, Katzman R, Price D, Stadlan EM: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-DATRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34: 939-944.
 - 32) Portet P, Ousset PJ, Visser PJ, Frisoni GB, Nobili F, Scheltens Ph: Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a clinical review of the concept and new diagnostic procedure. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 714-718.
 - 33) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
 - 34) The Lund and Manchester Groups: Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 416-418.

**An overview and prospect of demented outpatient care in a department of geriatric medicine:
Report based on statistical review of the memory clinic at the geriatric outpatient
unit of the Nagoya University Hospital**

Naoko Kawano, Hiroyuki Umegaki, Nanaka Mogi, Sayaka Yamamoto, Yusuke Suzuki and Akihisa Iguchi

Abstract

Aim: Although there are many reports regarding the status of memory clinics in Japan, most are from the clinical departments of psychiatry or neurology, and there are few from the geriatric outpatient clinics. This study aimed to review the status of the memory clinic at the geriatric outpatient unit of a university hospital and also to compare the results with other reports.

Methods: Patient records of the memory clinic at the geriatric outpatient unit of the Nagoya University Hospital between January 2000 and June 2006, which included clinical information and neuropsychological profiles were extensively reviewed for statistical analyses. Of the patients who first visited the memory clinic between January 2004 and June 2006, prior written consent are obtained from 232 outpatients, among which 223 individuals who had intact sets of data were subjected to detailed analyses.

Results: During the period investigated, we had a total of 778 visits by 577 patients. The characteristics of patients were: age: 74.5 ± 8.3 years; MMSE: 23.8 ± 4.7 ; education year: 10.7 ± 2.9 . Clinical profiles of the patients who visited during the most recent 2.5 years were as follow: cognitively normal, 8.1%; dementia of Alzheimer's type, 45.3%; vascular type, 5.4%; mixed type, 2.2%; frontotemporal dementia, 3.1%; mild cognitive impairment, 15.7%, and others.

Conclusion: Compared with previous reports from other institutions, we observed that the visitors to our geriatric memory clinic had a relatively higher educational background with earlier stages of dementing disorders, which also included pre-clinical cognitive impairment.

Key words: *Memory clinic, Department of geriatric medicine, Dementia, Mild cognitive impairment, Medical statistics*
(Nippon Ronen Igakkai Zasshi 2007; 44: 611-618)

Department of Geriatrics, Medicine in Growth and Aging, Program in Health and Community Medicine, Nagoya University Graduate School of Medicine