令和元年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

報告書 2019

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 令和2（2020）年3月

令和元年度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）（区分番号）第95

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

報 告 書

令和２年（2020 年）３月
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

令和元年度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）（区分番号）第95

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

目　次

はじめに 1

Ⅰ　認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業検討委員会

1. 委員構成 5

2. 委員会開催実績 9

3. 論点整理（第 1 回～第 3 回検討委員会） 15

4. 総括 27

Ⅱ　別冊　都道府県認知症疾患医療連携協議会と認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の事例集

（以下, 別冊頁番号参照）

序

1.　都道府県認知症疾患医療連携協議会の事例

2.　認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の事例

Ⅲ　資料編 141

1. 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計分析の結果 143

2.　認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援 263

3.　都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況等に関する調査結果 273

4. 認知症疾患医療センター全国研修会運営マニュアル 301

5.　検討委員会議事録（全 3 回） 335

巻末資料 1　認知症疾患医療センター運営事業実績報告書書式（平成 30 年度分） 393

巻末資料 2　認知症疾患医療センター運営事業における都道府県認知症疾患医療連携協議会実施状況等に関する調査（依頼状/調査票） 397

はじめに

認知症疾患医療センターの質の向上をめざした取組みを進めることは，わが国の認知症医療の発展にとって不可欠の課題である．平成 30 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの効果的，効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」において，今後の認知症疾患医療センターの在り方について，以下の提言を行った．

1. 基幹型に求められる要件は，都道府県等と連携した事業の質の管理とすべきである．
2. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割は，認知症疾患医療センターの事業の質の管理とすべきである．
3. 認知症疾患医療センターが開催する認知症疾患医療連携協議会の役割は地域連携の推進と事業の質の管理と明示し，都道府県認知症疾患医療連携協議会と情報共有できる体制を構築すべきである．
4. 認知症疾患医療センターの活動実績の集計・分析結果を公表し，PDCA サイクルを稼働させる具体策を検討すべきである．
5. 全国認知症疾患医療センター研修会を継続的に実施できる体制を整備すべきである．
6. 認知症疾患医療センターの相談室機能（地域連携，診断後支援）の質の担保のための支援策を講じるべきである．

本研究事業では，上記の 6 つの提言を実効性のあるものとするために，以下の５つの事業を実施した．

① 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書（平成 30 年度分）を集計・分析する．
② 都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態調査を行い，モデル事例を可視化させ，事例集を作成する．
③ 認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援の実態を明らかにするために，昨年度実施した診断後支援に関する質問紙調査の自由記述の回答の質的分析を行うとともに，モデル事例を可視化させ事例集を作成する．
④ 一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会と連携して，全国研修の運営と実績評価の方法論を検討し，運営マニュアルを作成する．
⑤ 「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業検討委員会」（以下，検討委員会）を設置し，6 項目の提言を実効性のあるものとするための討議を行う．

本報告書では，第Ⅰ部に「検討委員会の討議内容の論点」，第Ⅱ部に「都道府県認知症疾患医療連携協議会の事例」と「認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の事例」とを示し，第Ⅲ部に「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計分析の結果」，「認知

症疾患医療センターで実際されている診断後支援実態調査の結果」,「都道府県認知症疾患医療連携協議会実態調査結果」,「認知症疾患医療センター全国研修運営マニュアル」を掲載した.

本報告書の作成にあたっては, 検討委員会の委員各位, 事例集の作成にご協力いただいた行政担当者, 認知症疾患医療センターの先生方, 事務局を担当していただいた株式会社地域高齢社会開発研究所に多大なご協力をいただいた. 改めて御礼申し上げたい. 本報告書が, わが国の認知症疾患医療センターの質の確保と向上に寄与することができれば幸いである.

令和 2 年 3 月 31 日

東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長　栗　田　主　一

Ⅰ　認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業検討委員会

1. 委員構成

1－1）検討委員会委員構成

NO.	氏名	所属・役職	
1	粟田　主一	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究部長	委員長
2	江澤　和彦	日本医師会・常任理事	委員
3	渕野　勝弘	公益社団法人日本精神科病院協会・常務理事	委員
4	旭　　俊臣	医療法人社団弥生会旭神経内科リハビリテーション病院・理事長	委員
5	池田　学	大阪大学大学院医学系研究科・情報統合医学講座 精神医学分野・教授	委員
6	内海　久美子	砂川市立病院・副院長　　認知症疾患医療センター・センター長	委員
7	大竹　智弘	東京都福祉保健局高齢社会対策部認知症対策担当課長	委員
8	柏木　一惠	公益財団法人浅香山病院	委員
9	北村　立	石川県立高松病院・院長　　石川県認知症疾患医療センター・所長	委員
10	櫻井　孝	国立長寿医療研究センター病院もの忘れセンター・センター長	委員
11	田中　志子	医療法人大誠会内田病院・理事長 群馬県認知症疾患医療センター内田病院・センター長	委員
12	谷向　知	愛媛大学医学系研究科地域健康システム看護学講座 老年精神地域包括ケア学・教授	委員
13	中西　亜紀	大阪市福祉局高齢施策部・医務主幹 大阪市福祉局弘済院附属病院・副病院長　認知症疾患医療センター長	委員
14	藤本　直規	医療法人藤本クリニック・理事長　院長	委員
15	渡部　和馬	宮城県保健福祉部長寿社会政策課　地域包括ケア推進版・技師	委員
16	唐川　祐一	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進課	オブザーバー
17	石井　伸弥	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進課	オブザーバー
18	吉野　望	株式会社地域高齢社会開発研究所・代表取締役	事務局

1－2) 「認知症疾患医療センターの診断後支援実態調査」ワーキンググループ委員構成

NO.	氏名	所属・役職	
1	粟田　主一	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究部長	作業部会 委員長
2	柏木　一惠	公益財団法人 浅香山病院	作業部会 委員
3	佐古　真紀惠	公益財団法人 浅香山病院	作業部会 委員
4	新田　怜小	公益財団法人復康会 鷹岡病院	作業部会 委員
5	椎名　貴恵	医療法人社団光世会 平川病院 認知症疾患医療センター・センター長代理	作業部会 委員
6	近藤　康寛	医療法人讃友会 あべクリニック 東京都認知症疾患医療センター・副センター長	作業部会 委員
7	山田　悠佳	社会福祉法人桜ケ丘社会事業協会 桜ケ丘記念病院	作業部会 委員
8	畠山　啓	東京都健康長寿医療センター・認知症支援担当係長	作業部会 委員
9	正木　治恵	千葉大学大学院看護学研究科・教授	作業部会 委員
10	石川　容子	医療法人社団翠会 和光病院・看護部長	作業部会 委員
11	枝広　あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員	作業部会 委員

2. 検討委員会開催実績

令和元年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

第 1 回　検討委員会 次第

2019 年　8 月　22 日（木）18:00-20:00

東京八重洲ホール 901

1. 開会のごあいさつ

2. 厚労省よりごあいさつ

3. 議　題

（1）事業概要について

（2）認知症疾患医療センターの質の管理及び診断後支援・地域連携のあり方について

（3）調査計画と進捗状況について

（4）意見交換

（5）その他（次回スケジュール確認等）

資料 1　令和元年度認知症疾患医療センターの質の管理及び診断後支援・地域連携のあり方に関する調査研究事業（事業概要）

資料 2　令和元年度事業計画書

参考資料 1　認知症疾患医療センター整備状況（令和元年 5 月現在）

参考資料 2　H30 年度老健事業報告書 【2018 別冊】
（認知症疾患医療センターの効果的，効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業）

参考資料 3　都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター事業評価へ向けて（H28 年度老健事業編）

参考資料 4　認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料 5　H27 年度 都道府県・指定都市対象調査の概要

参考資料 6　認知症疾患医療センターにおける連携協議会に関するアンケート報告
（日本精神保健福祉士協会ホームページより）

参考資料 7　藤本直規先生提供資料

令和元年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

第 2 回　検討委員会 次第

2019 年　11 月　11 日（月）18:00-20:00

東京八重洲ホール 901

1. 開会のごあいさつ

2. 議　題

（1）実施事業進捗状況

① 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析

② 認知症疾患医療連携協議会の先進事例について

③ 診断後支援の質的解析、先進事例について

④ 全国研修会の運営マニュアルについて

（2）都道府県及び政令指定都市を対象に行う調査内容の検討

（3）医療センターの質の管理及び診断後支援・地域連携のあり方について：意見交換

（4）その他（次回スケジュール等について）

資料 1	令和元年度認知症疾患医療センターの質の管理及び診断後支援・地域連携のあり方に関する調査研究事業（第 2 回検討委員会の論点）
資料 2	令和元年度事業計画書
資料 3	都道府県認知症疾患医療連携協議会先進事例フォーマット(案)
資料 4-1	認知症疾患医療センターにおける診断後支援先進事例フォーマット(案)
資料 4-2	認知症疾患医療センターにおける診断後支援の質的解析
資料 5-1	都道府県認知症疾患医療連携協議会調査依頼状(案)
資料 5-2	都道府県認知症疾患医療連携協議会調査票(案)

参考資料 1　認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料 2　大阪市福祉局高齢者施策（中西亜紀先生）

令和元年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

第３回 検討委員会 次第

2020 年 3 月 1 日（日）16:00-18:00

東京八重洲ホール 701

1. 開会のごあいさつ

2. 議 題

（1）検討委員会の論点整理

（2）実施事業の取りまとめ状況

① 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析

② 認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集

③ 認知症疾患医療センターにおける診断後支援の質的解析

④ 認知症疾患医療連携協議会の事例集

⑤ 都道府県及び政令指定都市を対象とする連携協議会調査結果

⑥ 全国研修会の運営マニュアルについて

（3）認知症疾患医療センターの質の管理及び診断後支援・地域連携のあり方について：意見交換

（4）報告書について

（5）その他

資料 1	令和元年度認知症疾患医療センターの質の管理及び診断後支援・地域連携のあり方に関する調査研究事業（検討委員会の論点）	
資料 2	令和元年度事業計画書	
資料 3	認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析暫定版	
資料 4-1	認知症疾患医療センターにおける診断後支援事例集未定稿	報告書(別冊)として抜粋配信予定
資料 4-2	認知症疾患医療センターにおける診断後支援の質的解析	
資料 4-3	認知症疾患医療連携協議会事例集未定稿	
資料 5	都道府県及び政令指定都市を対象とする認知症疾患医療連携協議会調査結果暫定版	
資料 6	全国研修会の運営マニュアル	
資料 7	本報告書と別冊の表紙，目次(案)	

参考資料 1　認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料 2　認知症疾患医療センターに関する課題及び今後の対応について(案)

3. 論点整理（第1回~第3回検討委員会）

第 1 回検討委員会の論点

第 1 回検討委員会では，本研究事業の経緯・目的・内容を説明した上で，これからの認知症疾患医療センターのあり方について自由討議を行った．

＜本研究事業の経緯・目的・内容＞

1）経緯

認知症疾患医療センターは，平成元（1989）年度に創設された老人性痴呆疾患センターにはじまる．その後，平成 19（2007）年度に一旦国庫補助廃止となり，平成 20（2008）年度に認知症疾患医療センター運営事業として再スタートし，平成 22 年に基幹型・地域型が創設され，平成 24（2012）年度の認知症施策推進 5 か年計画で身近型が提案されるとともに，平成 29（2017）年度末までに 500 ヵ所設置する目標が示され，平成 26（2014）年度に診療所型が創設され，平成 29（2017）年度に診療所型が連携型に改称され，令和元（2019）年度の認知症施策推進大綱で認知症の医療提供体制構築の中核と位置づけられ，令和 2（2020）年度末までに 500 ヵ所設置の目標が改めて設定された．このような数値目標の設定と連動して，認知症疾患医療センターの質はどうかという問題が常に問われてきた．

そこで，平成 27（2015）年度老人保健健康増進等事業（以下，老健事業）では，全国の認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業が行われた．この調査研究事業では，実施要綱で都道府県の責務とされている都道府県認知症疾患医療連携協議会で 4 割の都道府県で設置されていないことが明らかになった．これを受けて，平成 28（2016）年度の老健事業では，認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業を行い，認知症疾患医療センター実績報告書の様式を作成するとともに，都道府県・指定都市向けの手引書「認知症疾患医療センターの事業評価に向けて」を作成した．平成 30（2018）年度の老健事業では，平成 27(2015)年度及び平成 28(2016)年度の研究成果を踏まえて，認知症疾患医療センターの事業の質を管理するための方法論を検討する委員会を設置し，実績報告書を用いた実態調査を行うとともに今日の認知症疾患医療センターの課題について討議し，今後の認知症疾患医療センターのあり方について 6 項目の提言を行った．

2）目的

本研究事業の目的は，平成 30（2018）年度に掲げた 6 項目の提言を実効性のあるものとすることにある．

3）内容

本研究事業では以下の 5 つの事業を実施する．

① 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書（平成 30 年度分）を集計・分析する．

② 都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態調査を行い，モデル事例を可視化させ，事例

集を作成する.

③ 認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援の実態を明らかにするために，昨年度実施した診断後支援に関する質問紙調査の自由記述の回答の質的分析を行うとともに，モデル事例を可視化させ事例集を作成する.

④ 一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会と連携して，全国研修の運営と実績評価の方法論を検討し，運営マニュアルを作成する.

⑤ 「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業検討委員会」（以下，検討委員会）を設置し，6 項目の提言を実効性のあるものとするための討議を行う.

＜自由討議＞

1）基幹型の役割について

○ 現在の認知症疾患医療センター運営事業実施要綱には基幹型の「身体合併症に対する救急医療基幹としての要件」として，①救急医療機関として指定されていること，②医療相談室が中核となってリエゾンチーム等による精神科ケースワークと院内研修会が開催されていること，③休日・夜間の空床が確保されていること，が掲げられている．これについてどう考えるか.

○ これは廃止の方向でよいのではないか．この実施要綱は平成 22 年に作成されたものであり，当時は認知症の身体合併症救急が認知症疾患医療センターに強く求められていたという経緯があるが，今は地域連携推進機能や日常生活支援機能にシフトしてきているのではないか.

○ 今日の認知症高齢者の数を考えると，基幹型で空床を一床確保したぐらいでは，身体合併症救急に対応できないのは明らかである．基幹型の役割は人材育成や連携協議会のサポ―トとすべきである.

○ 都道府県内で機能できなくなった認知症疾患医療センターがあったときに，そこをサポートすることも基幹型の役割であろう.

○ 総合入院退院加算 1 を取れる最後の砦の病院がその地域にあるかどうかによって，救急医療機関の整備の必要性も異なってくる．その地域の実情に応じて基幹型の役割を判断することも重要である.

○ これまでの研究事業で基幹型の役割は事業の質の管理（事業評価や人材育成）と提言してきた．しかし，現在基幹型は 16 か所しかない．すべての都道府県にそれが配置されるようにすべきではないか.

○ 行政の担当者は異動があると実情がわからなくなる．名称はともかくとして，地域型の 1 か所を質の管理を担うセンターに位置づけ，リーダー的なセンターとして全体を見渡せるようにしておくことが重要である.

2）日常生活支援機能について

○　このたびの実施要綱改訂で，認知症疾患医療センターの事業内容が，①専門医療相談機能，②地域連携拠点機能，③日常生活支援機能になった．日常生活支援機能が新たに加わったことについて．

○　日常生活支援機能は，かかりつけ医の連携機能ともかなり重複するのではないか．

○　多くのセンターは，紹介を受けて，診断して，治療方針を決めて，逆紹介する．日常生活支援はなかなかできない．せいぜい行えることは，地域包括支援センターや家族会の情報を伝えることくらい．センターの日常生活支援機能とはどこらへんまでかを決める必要がある．

○　日常生活支援機能という言葉を使うと混乱を招くのではないか．地域レベルでは，今まさに，地域支援事業の介護予防・日常生活支援総合事業など，日常生活支援という用語が使われており，「日常生活支援」とは何かということが地域の中で課題になっている．用語の再検討が必要ではないか．

○　「日常生活支援機能」については，確かに地域支援事業で市町村も行っているところであるが，認知症疾患医療センターの方でも明記されているのは，それなりに意義があるのかとも思う．

○　言葉の定義は重要である．「日常生活支援」とは何かということがきめ細かく議論されている時代なので，そのあたりもよく考える必要がある．この研究事業で，認知症疾患医療センターで実施されている「診断後支援」とは何かについてきめ細かな調査が行われているので，そのような研究成果を踏まえて，「認知症疾患医療センターにおける診断後支援」という用語を使用するのがよいのではないか．

○　認知症疾患医療センターでしかできない事業，専門的な対応を行うべきではないか．かかりつけ医とのもう少しダイレクトな深い連携をとることが，患者さんあるいは住民にとってよいことなのではないか．

○　認知症疾患医療センターが行う診断後支援では，かかりつけ医とケアマネジャーをもう少し前面に出す必要がある．

○　相談員の資質の向上は重要である．入り口支援はそれなりにできているが，出口支援が難しい．相談員の連携力の強化が必要．また，さまざまな事業を行えるような企画力も必要．

○　神経内科の診療所で診断後支援があまりできないという問題があり，神経内科学会の方で強化を図ることを検討している．精神科診療所協会の方には多機能型精神科診療所という概念があるが，主として認知症以外の精神疾患が対象．認知症についても多機能型を増やしていくことが必要である．

○　診断後どうするかという研修を医師向けにしていくことも重要．

3）都道府県認知症疾患医療連携協議会について

○　連携協議会については，ほかに似たような会議がたくさんあるので，そこと重複しないようにすること，無駄を省くようにすることが重要である．

○　連携については，多職種連携とともに，同職種連携も必要．これも認知症疾患医療センターの役割かもしれない．

4）認知症疾患医療センターの目標設置数について

○　2020 年度までには 500 カ所ということになっているが，これは 2010 年に日本老年精神医学会の専門医を対象に適正は配置数をアンケート調査したところ，65 歳以上高齢者 6 万人に 1 カ所が中央値だったことが根拠になっている．高齢者人口 6 万人に 1 カ所ということは，当時は高齢者人口が約 3000 万人であったので，500 カ所という数値が出された．当時の有病率データを使うと，認知症高齢者 8000 人に 1 件ということになる．今や，高齢者人口も増加し，有病率も上方修正されているので，改めてこの委員会の中で検討する必要があるのではないか．

○　質が担保できるのであれば，数は多いことに越したことはない．かかりつけ医の中に難しい事例をたくさん診ておられる先生，訪問診療を積極的にされている先生がいる．そのような医療機関が連携型に指定されるとよい．

第 2 回検討委員会の論点

第 2 回検討委員会では，都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態調査の質問票（巻末資料 2），認知症疾患医療センター全国研修会の運営マニュアル（Ⅲ資料編-4），都道府県認知症疾患医療連携協議会事例集（Ⅱ別冊-1）の作成方法，認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援の質的分析（Ⅲ資料編-2）の進捗状況と事例集（Ⅱ別冊-2）の作成方法について説明した上で，今後の調査のあり方等について自由討議を行った．

1）都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態調査について

○　都道府県認知症疾患医療連携協議会は，指定都市がある場合には指定都市と連携して開催することとされているが，指定都市側が都道府県の協議会の存在を知らない場合がある．このような乖離があることを確認するために，対象は都道府県と指定都市の両者にするとともに，実施していないと回答した場合にはその理由を問うた方がよいのではないか．

2）認知症疾患医療センター全国研修会の運営マニュアルについて

○　全国研修会の運営マニュアルについては，これまでに 7 回開催してアンケート調査を

行っているので，それに基づいてどのような形態で運営するのがよいのかを検討して作成した．定款及び運営マニュアルは一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会のホームページに掲載する．

3) 認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援について

○ 診断後支援という言葉は，医師会でも，かかりつけ医でも，老健の世界でもあまり知られていない言葉である．地域の社会資源とかなりクロスオーバーするものがでてくることが想定されるので，認知症疾患医療センターに特化したものを示す必要がある．

○ 認知症疾患医療センターの診断直後の支援とは何かということを深堀して言語化しなければならない．認知症疾患医療センターならではの診断後支援である必要がある．

○ 一方，診断後支援が実施されていないということを示すデータもある．AMED で行われている若年性認知症の生活実態調査では，「疾病について詳細な説明をしてくれなかった」「社会資源についてトータルな支援がなかった」「就労や経済支援について助言をしてもらえなかった」という本人・家族の意見が聴取されている．若年性認知症の利用者が最も多いのは認知症疾患医療センターであることが明らかにされているので，そこで若年性認知症の診断後支援を行う体制整備をすること提言する予定である．

○ 独居の認知症高齢者の場合も，かかりつけ医に戻す前に，しておかなければならないことがたくさんある．それをしなければ，結果的に通院が途絶えてしまい，状況が複雑化するケースが後を絶たない．

○ かかりつけ医には医療的機能と社会的機能があり，社会的機能が非常に期待されている．そういうことを医師会としても推奨しているので，そこの連携を是非検討してもらいたい．

○ 認知症疾患医療センターの相談員にスポットをあてた研修会がない．このたびの調査結果を利用させていただき，日本精神保健福祉士協会で研修会を開催したいと考えている．相談力，連携力，企画力の育成が重要である．

4) 基幹型の要件について

○ 実施要綱では，基幹型の設置要件として，（ア）救命救急センター等の三次救急医療あるいは二次救急医療の指定を受けていること，（イ）医療相談室を中核にリエゾンチーム等による精神科的なケースワークと院内研修会が行われていること，（ウ）休日・夜間における身体合併症や，徘回，妄想等の BPSD に対する救急・急性期医療のための空床が確保されていること，という３要件がある．しかし，基幹型は現在 16 カ所しか設置されていない．この設置基準が大きな壁になっているのではないか．身体合併症に対する救急医療機関としての要件は撤廃してよいか．

○ 地域の住民が困っているかどうかが重要．地域に補完作用があれば問題ない．

○ これまでに議論してきたように，基幹型の要件を「都道府県と協働した事業評価や認知

症疾患医療センターの職員研修」にするとしたら，それを具体的にどのようにして行うかを明示する必要がある．ただし，ある程度，都道府県の裁量にまかせるようにしておかなければ，都道府県としては厳しくなる可能性がある．

○　もともと空床確保の要件は，基幹型の予算措置に関連する要件であった．この要件をはずすとなると，それに代わる外形的枠組みを検討する必要がある．質の確保に向けた取り組みについて，いくつかのインディケーターを示す必要がある．

5）各認知症疾患医療センターで実施する認知症疾患医療連携協議会について

○　認知症疾患医療センターが行っている連携協議会についても「事業報告等を通して認知症疾患医療センターの質の確保を図るとともに，圏域の地域連携体制の推進を図る」という文言を実施要綱の事業内容の（２）アに追記してはどうか．地域連携体制の推進しか書いていないので，ここに「認知症疾患医療センターの質の確保を図る」というような文言もあったほうがよいのではないか．

6）認知症疾患医療センターの設置目標数について

○　現在の認知症疾患医療センターの設置目標数は，65 歳以上高齢者６万人に１センターということで計上してある．仮にこの数値をそのまま使った場合には 2020 年には 603 件，2035 年には 630 件ということになるので，一応検討する余地はある．

○　大阪市としては数を増やしてもらいたい．認知症疾患医療センターがかかりつけ医との連携体制の強化，認知症初期集中支援チームのバックアップを行っているので，やることが増えている．

○　認知症検診が広がりつつあるが，質の高い診断を担保するためには，小回りのきく認知症疾患医療センターがもう少し必要．

○　数を増やすことよりも，地域の特性に応じた類型や役割をつくることが重要かもしれない．

○　今後，後期高齢者の人口が増える地域と増えない地域がある．地域の特性に応じて検討することが重要．

○　医療提供体制は地域医療構想調整会議のように，地域で責任をもって地域の実情に応じて検討していくことが重要．一般的には，今ある社会資源をどう有効活用するかという風に政策は動いているので，地域で考えなければいけない．

○　地域医療構想調整会議には精神科が入っていないので，精神科病院に入院している認知症の人は計上されていないという問題がある．

第 3 回検討委員会の論点

第 3 回検討委員会では，本研究事業で実施された調査結果（資料編 1～3）と厚生労働省

が作成した「認知症疾患医療センターの課題と今後の対応（案)」の資料を供覧した上で，認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方について討議した．以下に討議内容の論点を要約する．

1）認知症疾患医療センターの役割，質の評価のあり方について

○　認知症疾患医療センターの設立母体は多様である．地域医療構想においても公的病院と民間病院の役割は明確に区分されている．認知症疾患医療センターについても，設立母体，医療機関類型・特性によって区別する必要があるのではないか．

○　何を得意とする認知症疾患医療センターなのかを示せればよい．大学病院であれば診断中心であったり，中規模病院であれば入り口から診断後支援までであったり，小規模医療機関であれば地域密着であったり．

○　国のレベルで行うべきことは質の評価というよりも，実績を見えるようにしておくこと．実績がわかる調査を行い，可視化させておくことであろう．地域の実情や個々の認知症疾患医療センターの特性に応じた評価を行うのは都道府県の重要な役割である．

○　都道府県の担当者は異動があるので，地域の実情が把握できていない．地域医師会やケアマネ協会との連携が必要である．在宅医療・介護連携推進事業も市町村が地区医師会と話し合いながら行っている．都道府県は市町村と地区医師会のネットワークを活かす方がよい．

○　現在も都道府県認知症疾患医療連携協議会には医師会を含む関係者が入っている．また，区市町村で行われている認知症連絡会にも地区医師会が入っている．認知症の領域でもそのようなネットワークがあり，それぞれの責任主体が都道府県と区市町村になっている．そこにさらに，基幹型の役割も加味させていこうということになるのではないか．

2）基幹型のあり方について

○　基幹型が事業評価に関与するということになると民間病院では手をあげにくい．しかし，アカデミアや総合病院は人材を割けないので基幹型には手をあげないというジレンマがある．

○　確かに事業評価や人材育成は負担が大きいが，それをすぐに実施するということではなく，可能な限り実施できるようにするための方策を来年度の老健事業で検討し，地域型でも活発に活動しているところでは基幹型に手上げできるようにしていきたい．基幹型の新しい機能にどのように補助金をつけるかも今後の課題である．

○　基幹型の設置についても，都道府県である程度自由度のあるものにしていただきたい．

○　基幹型に人材育成のノウハウがあるかという必ずしもそうではない．人材育成のあり方も次年度の課題である．先進事例を提示していただけると助かる．

○　基幹型では認知症疾患医療センターの職員の資質の向上が求められる．東京都では認

知症支援推進センターが，熊本では熊本大学がその役割を担ってきた．しかしすべての基幹型でやれているわけではない．これについては次年度の課題となる．

3）認知症疾患医療センターの実績評価票のあり方について

○　個々の実績評価票を見ると，必ずしも適正にデータが入力されていない．たとえば，0と入力すべきところが，欠損値になっていたりする．そうなると正確な分析ができなくなる．また，臨床統計そのものがとれていない医療機関もある．実績評価票のデータ入力の仕方，集計分析の仕方についても，明確なルールづくりが必要である．

○　実績評価票を埋めることに時間と労力を要する．提出しやすい質問票にする工夫が必要である．

4）都道府県認知症疾患医療連携協議会について

○　都道府県認知症疾患医療連携協議会については，都道府県側の回答では，ほぼすべての都道府県で実施されていることが確認された．しかし，指定都市側の回答では，実施されていないという回答も少なくない．実施要綱では，「指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築」した上で連携協議会を設置することとされているが，連携がなされていないのか，指定都市側に周知されていないのか．都道府県協議会のあり方にはまだ問題がある．

○　このたびの都道府県認知症疾患医療連携協議会の調査結果は，都道府県に自分の立ち位置を知っていただくためにも，都道府県に配布する必要がある．

5）認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援について

○　質的分析で示された診断後支援はかなりレベルの高いものになっている．それが全部の認知症疾患医療センターで担保されているわけではない．精神保健福祉士協会では，認知症疾患医療センターの相談員による「あるべき支援」について研修を企画している．相談力，連携力，企画力という個人の資質の担保が重要である．

○　認知症疾患医療センターで実施される診断後支援については，かかりつけ医との連携，ケアマネとの連携の具体的記載が必要ではないか．診断後支援についても，設立母体や医療機関類型によって役割が異なるので，診断後支援についても区別して考える必要があるのではないか．

○　確かにこの度の調査でも，認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の内容はバラバラである．しかし，かかりつけ医との連携を含め，minimum requirement があるのではないか．

○　認知症疾患医療センターから認知症疾患医療センターへの紹介もあるかと思う．診断が得意なところから，診断後支援が得意なところへとか．

○　認知症疾患医療センターが行う診断後支援とかかりつけ医が行う診断後支援の差異化

が必要である．より専門性が求められる病状や背景がある場合に，認知症疾患医療センターにおいて積極的に相談支援を行うということかと思う．

○　厚労省の対応案の診断後支援に関する資料の中で，「心理技術職との連携を行いつつ医療相談室による専門医療相談と一体的に実施する」と記されているが，心理技術職とわざわざ連携しなければいけないのか．そもそも相談室のメンバーの中に心理士がいるのであえて連携と書く必要はないのではないか．

○　認知症疾患医療センターでは，通常，心理技術者が心理検査や非薬物療法を担当しているが，それだけではなく，「心理」を専門とする職種の役割として，相談部門における心理学的援助があるべきという意味であると理解している．ただし，「心理士と連携して」という表現はわかりにくい．「心理士が相談部門における心理的な援助に関与すること」ということかと思う．

○　生活支援の観点では作業療法士を入れるべきである．

○　診断後の本人・家族の支援，進行予防ケアを多職種のチーム医療で行うことが重要である．

○　山間部の医療機関など，医師 1 名が辛うじて実働している認知症疾患医療センターで実施し得る診断後支援とは何かを検討する必要がある．先行事例をまとめた便利ツールを全国で共有できればと思う．

6）認知症疾患医療センターの設置目標数について

○　診療報酬改定においても，認知症は一般かかりつけ医がみる Common Disease に位置づけられており，診断や専門的治療について認知症疾患医療センターとかかりつけ医との間の医療連携体制がある．また，地域によって人口や社会資源は大きくことなる．このようなことを前提にすると，国が一律に目標の数値を決めるのはなじまない．地域の実情に応じた数値設定が必要ではないか．市町村と地区医師会との話し合いが必要である．

○　国で予算を確保するためには，大まかな目標設置数の設定が必要なのではないか．2020 年までに 500 ヵ所というのは大綱で示されている数値．2021 年度以降はどうするかを検討する必要がある．

○　数と質は連動しなければならない．二次医療圏に一つつくらなければいけないからといって，質的に問題がある医療機関を無理やり認知症疾患医療センターに指定するのはおかしい．

○　現在の状態で足りているのか否かを都道府県・政令指定都市を対象に調査してはどうか．

○　より地域に密着した連携型センターが増えることを希望する．

4. 総括

4. 総　括

本研究事業を通して，平成 30 年度老人保健健康増進等事業で掲げられた今後の認知症疾患医療センターのあり方に関する 6 つの提言のうち，①基幹型の役割，②都道府県の責務，③診断後支援については以下の課題が再確認された．

①基幹型の役割

- 都道府県と連携したうえで，認知症疾患医療センターの質の管理・人材育成に関わる機能が重要ではないか．
- 質の確保等を担う中心的センターが必要ではないか．
- 「基幹型」設置が進まない要因として，救急医療の要件（空床確保など）があるのではないか．

②都道府県の責務

- 「都道府県認知症疾患医療連携協議会」が効果的に活用されていないのではないか．
- 都道府県の責務として事業評価があるが，実施機会・その活用が明確ではないのではないか．

③診断後支援（現在の要綱上，「日常生活支援機能」と位置付けられているもの）

- 診断後の情報提供や関係機関との連携等における，専門職による相談支援・調整の向上が必要ではないか．
- 認知症疾患医療センターが実施する診断後支援について，その内容等の明確化が必要ではないか．
- 診断後の支援については，多くの認知症疾患医療センターの医療相談室の専門職により実施されている．

上記の課題認識の共有の下で，認知症疾患医療センターの今後の方向性について，厚生労働省より「認知症疾患医療センターの課題と今後の対応（案)」が示されている．本研究事業の目的である「提言の実効性を確保する」ためには，「実施要綱への反映」に向けて，「基幹型認知症疾患医療センターが都道府県と連携して実施する認知症疾患医療センターの質の確保に向けた具体的な取組のあり方」と「認知症疾患医療センターが実施する診断後支援のあり方」を可視化させていくことが今後の課題となるであろう．

認知症疾患医療センターに関する課題及び今後の対応について（案）

認知症疾患医療センターに関する課題

・平成30年度老健事業「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」における、質の管理の方法論の検討及び認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援実施状況調査による、認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方についての提言、並びに令和元年度老健事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」での議論において、以下のような課題が得られた。

①基幹型の役割
- 都道府県と連携したうえで、認知症疾患医療センターの質の管理・人材育成に関わる機能が重要
- 質の確保等を担う中心的なセンターが必要
- 「基幹型」設置が進まない要因として、救急医療の要件（空床確保）が考えられる。

②都道府県の責務
- 「都道府県認知症疾患医療連携協議会」が効果的に活用されていない可能性がある
- 都道府県の責務として事業評価があるが、実施機会・その活用について明確ではない

③診断後支援（現在の要綱上、「日常生活支援機能」と位置付けられているもの）
- 診断後の情報提供や関係機関との連携等における、専門職による相談支援・調整の向上が必要
- 疾患センターが実施する、診断後支援についてその内容等の明確化が必要
- 診断後の支援については、多くの疾患センターの医療相談室の専門職により実施されている

① 基幹型の役割：課題及び対応案

課題

・今後増加する認知症の方の対応を円滑に進めるために、認知症疾患医療センターの質の確保が重要であり、都道府県と連携して、質の確保の役割を担う中心的なセンターが必要。

・「基幹型」の設置要件、「身体合併症に対する、救急医療機関としての要件」は基幹型設置の阻害要因の可能性がある。

老健事業での検討状況

○H30老健事業における提言

・「基幹型」センターの役割については、老健事業において、**都道府県等と連携した、認知症疾患医療センターの質の確保（事業評価、人材育成）に関わる機能を要件とすべき**、とされている。

○H31老健事業における主な発言

・センターの業務は「専門医療」であるべき（福祉や相談支援ではない）（江澤先生）
・基幹型は各県1か所設置し、県内のセンターの人材育成と県協議会のサポートをする位置づけとすべき（池田先生）
・基幹型の空床確保の要件は不要。基幹型にたった１床だけ確保することは無意味（池田先生）

今後の方向性（案）

・「基幹型」の役割に都道府県と協働し、**管内の各センターの質の確保**の中心的な役割を担うことを加え、都道府県認知症疾患医療連携協議会の企画等から関わり、事業評価及び他のセンター職員の研修等を実施することとしてはどうか。
・「基幹型」は地域型からの移行を含めて各都道府県１か所の設置を目指すこととしてはどうか。
・救急時の空床確保については、地域医療計画に基づいて地域において必要数を確保できるよう都道府県単位で調整することも考慮し、基幹型の要件から外していってもよいのではないか。
・基幹型の検査体制の要件からMRIの保有を外し、地域型と同等としてはどうか。

○基幹型の設置要件の新旧比較

（新）基幹型	項目	（旧）基幹型
・CT **・MRI（※）** ・SPECT（※）	検査体制 （※他の医療機関との連携確保で対応可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）
・急性期入院治療を行える医療機関との連携体制確保 ※空床要件を必須としない。既存の基幹型は、地域の実情に応じて空床確保を継続しても差し支えない。	BPSD・身体合併症対応 （空床確保について）	・空床を確保
・都道府県内センターの事業評価・人材育成を都道府県と連携し実施	事業評価及び質の確保 （新設）	－

② 都道府県の責務：課題及び対応案

課題

・都道府県が行う事業評価について、実施機会等の明示がなく、また事業評価の活用についても明らかではない。

老健事業での検討状況

○H30老健事業における提言

・「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を通して、**認知症疾患医療センターの事業の質の確保（事業評価、PDCAサイクルを基にした質の確保）**を都道府県の責務とすべき、とされている。

今後の方向性（案）

・ 都道府県の責務としてセンターの質の確保を要綱に明記し**「基幹型」と連携**し、都道府県認知症疾患医療連携協議会等を通して管内センターの**事業評価**を行い、**質の確保**を図ることとする。

●都道府県と各センターの関係

・センターの事業評価、質の確保は都道府県の責務として位置づけ、基幹型センターが「都道府県認知症疾患医療連携協議会」等を通して実施する、とする。地域型、連携型は基幹型と連携し事業評価、質の確保に対する取組に協力。

●都道府県認知症疾患医療連携協議会における事業評価の想定内容（具体案は令和2年度老健事業で検討）

1 管内の認知症疾患医療センターの活動状況の把握
2 専門医療機関としての機能評価
・ 鑑別診断実施数、他医療機関紹介数、BPSDへの対応状況等を基に、センターの稼働状況を総合的に分析
3 地域連携拠点としての機能評価
・ 認知症疾患医療連携協議会の運営状況、研修会の実施状況、普及啓発実施状況等を基に、管内センターの連携状況及び人材育成の状況等を分析

●質の確保について（具体案は令和2年度老健事業で検討）

・ 事業評価を踏まえ、管内センターの医療提供体制の充実にむけた検討、連携強化の取り組み及び効果的な研修等を実施

●認知症疾患医療センターに関連する会議の整理

・ 現在、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」と「認知症疾患医療連携協議会」の設置が要綱で記載されているが、構成メンバーの多くが重複しており、またそれぞれの機能が明確ではない
・ 「都道府県認知症疾患医療連携協議会」については都道府県が基幹型と連携して設置し、都道府県内センターの事業評価、質の確保を目的として基幹型が運営するものとする
・ 「認知症疾患医療連携協議会」については、地域での連携を目的として各センターが設置及び運営するものとするが、名称が類似しているため、「認知症疾患地域連絡会議（仮称）」に変更。
・ 重複・不足等について整理し、効果的・効率的な運営を目指す（「認知症疾患医療連携協議会」は既に同様の機能を有する会議を設置、運営している場合はその会議等を活用して差し支えない、とする。）

③ 診断後支援：課題及び対応案

課題

疾患センターにおいて現在日常生活支援と位置づけられている診断後支援機能を明確化する必要がある。

老健事業での検討状況

〇H30老健事業における提言
- 診断後の情報提供や関係機関との連携等における、専門職による相談支援機能の質の確保をすべき。

〇H31老健事業における主な発言
- 日常生活支援のメインは連携型が担うべき。その意味では連携型を増やすべき（内海先生）
- 日常生活支援は　疾患センターの事業内容として定義されている意味あり（宮城県）
- 日常生活支援は外すべき。センターはあくまで「専門医療」の提供が役割（江澤先生）

今後の方向性（案）

- 現在の要綱では「日常生活支援機能」として、認知症と診断された後の相談支援や当事者同士によるピア活動等を実施するとされているが、これを「診断後支援機能」として明確化し、個々の患者に対する専門医療相談の機能と合わせ診断～診断後支援を一体的に実施することで、診断後の空白期間の短縮を図ることを目的とした全疾患センターの機能と位置付けてはどうか。
- 平成29年に公認心理師法が施行され、公認心理師は心理支援を要する者だけでなく関係者に対しても相談及び助言、指導その他の援助を行うとされている。基幹型、地域型の心理技術職に関する人員配置要件に公認心理師を追記し、心理的支援は心理技術職との連携の上で実施すると位置づけてはどうか。

●診断後支援機能の業務として想定される内容

1　全疾患センターが担う機能の位置づけとし、次のような支援をかかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上、必要に応じて実施するものとする。
- 診断後の不安軽減等を目指した本人や家族に対する心理的支援
- 本人や家族等身近な介護者に対して症状やBPSDの対応等についての助言
- 当事者同士の集まりや医療機関・地域包括支援センター等、状況に応じた相談支援が行われる地域の関係機関へのコーディネート　等

2　専任の専門的職員（社会福祉士、精神保健福祉士、保健師等）を配置することができるものとする。

3　診断後支援については、対象者の状況に応じて、早期に地域の関係機関へ適切につなぐこととする。

●医療相談機能とのデマケ

現在は医療相談機能は「初診前医療相談」「情報収集・提供」とされている。診断後支援は診断後の本人家族に対する心理的支援及びピア活動等の地域資源へつなぐコーディネートの実施等と位置づける。

●医療相談室の位置づけ

医療相談室は個々の患者の専門医療相談を行うことを目的として基幹型、地域型に設置されている。基幹型、地域型には心理技術職がすでに配置されていることから、医療相談室の機能として心理技術職との連携を追記する。（心理技術職としては公認心理師を追記する。）さらに、基幹型、地域型において診断後支援を実施する場合には、心理技術職との連携を行いつつ医療相談室による専門医療相談と一体的に実施することとする。

認知症疾患医療センターの今後のあり方についてまとめ

●　「基幹型」「地域型」「連携型」の３類型について

3類型は現行のままとし、類型ごとの事業内容を整理する。
（現在は３類型区別なく同一事業内容のため、類型ごとの特徴を明確にする）

今後のあり方のイメージ

		基幹型	地域型	連携型
設置方針		都道府県に地域型からの移行を含め１つを目指す	二次医療圏単位で状況に応じて、地域型又は連携型で1つ以上*1	
設置医療機関		病院（総合病院や単科精神科病院等）	病院（単科精神科病院等）	診療所、病院
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断および専門医療の提供		
	人員配置	・専門医（１名以上） ・公認心理師、心理技術職（１名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（２名以上）		・専門医（１名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、心理技術職等（１名以上）
	検査体制	・CT ・MRI（※１） ・SPECT（※１）		・CT（※１） ・MRI（※１） ・SPECT（※１）
	BPSD・身体合併症対応	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保（※２）		
	相談・支援機能	・医療相談室の設置 ・医療相談室において心理技術職と連携し医師・精神保健福祉士・保健師等によって専門医療相談と診断後支援を一体的に実施する*2		・専門医療相談の実施 ・診断後支援の実施
地域連携機能		・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための**「認知症疾患地域連絡会議」**の組織化　等		
事業評価・質の確保に関する取組		行政と連携し、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の設置・運営、管内センターの事業評価及び質の確保に向けた取り組み（※２）	「基幹型」に協力	

（※１）他の医療機関との連携により活用できる体制が整備されていれば可
（※２）既存の基幹型は地域の実情に応じて空床確保を継続しても差し支えない。空床確保を継続する場合、事業評価・質の確保に関する取組については、従来より実施している範囲での取組で差し支えない。

*1: 設置類型別二次医療圏域では地域型のみが231カ所、連携型のみが30カ所（令和元年度）であることから、それぞれの二次医療圏域で実情に応じて地域型もしくは連携型の設置を進める
*2: 現状配置要件において心理技術職の配置が必要とされている基幹型、地域型では心理技術職と連携した医療相談、支援を実施。

II　別冊

令和元年度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）
認知症疾患医療センターの質の管理及び
地域連携のあり方に関する調査研究事業

都道府県認知症疾患医療連携協議会と認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の

事例集

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

令和元年度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）（区分番号）第95

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

報 告 書（別冊）

都道府県認知症疾患医療連携協議会と
認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の事例集

令和２年（2020 年）３月
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

CONTENTS

序 1

１．都道府県認知症疾患医療連携協議会の事例

（1）宮城県認知症疾患医療連携協議会 5
宮城県保健福祉部 長寿社会政策課 技師　渡部和馬

（2）東京都認知症疾患医療連携協議会 9
東京都福祉保健局高齢社会対策部 認知症対策担当課長　大竹智洋

（3）神奈川県認知症疾患医療連携協議会 13
神奈川県福祉子どもみらい局福祉部 高齢福祉課 技幹　田中智子

（4）石川県認知症疾患医療連携協議会 19
石川県健康福祉部 地域医療推進室 室次長 木村慎吾
／主事 堂高 誠／課長補佐 出村久志／室次長 山口健介
石川県立高松病院 院長　北村 立
石川県医師会 理事　佐原博之／理事　村井 裕
日本精神科病院協会石川県支部 支部長　青木達之／理事　前田義樹

（5）滋賀県認知症疾患医療連携協議会 25
滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課 課長補佐　福田千佳子

（6）高知県認知症疾患医療連携協議会 31
高知大学医学部 神経精神科学講座 教授　數井裕光

（7）熊本県認知症疾患医療連携協議会 35
熊本県基幹型認知症疾患医療センター連携担当者　本堀 伸
熊本大学病院神経精神科 助教 認知症疾患医療センター診療医　石川智久
熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学講座 教授 認知症疾患医療センター長　竹林 実

CONTENTS

２．認知症疾患医療センター診断後支援の事例

（1）北海道　砂川市立病院認知症疾患医療センターの事例 43
砂川市立病院 副院長・認知症疾患医療センター長　内海久美子

（2）宮城県　いずみの杜診療所認知症疾患医療センターの事例 49
医療法人社団清山会 いずみの杜診療所 医師　山崎英樹

（3）福島県　あずま通りクリニック認知症疾患医療センターの事例 55
医療法人湖山荘 あずま通りクリニック 院長　小林直人

（4）群馬県　内田病院認知症疾患医療センターの事例 59
医療法人大誠会 内田病院 理事長　田中志子

（5）東京都　東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センターの事例 63
東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター 係長　畠山 啓

（6）石川県　石川県立高松病院認知症疾患医療センターの事例 67
石川県立高松病院 院長　北村 立

（7）滋賀県　藤本クリニック認知症疾患医療センターの事例 71
医療法人藤本クリニック 理事長　藤本直規

（8）大阪府　大阪市立弘済院附属病院認知症疾患医療センターの事例 77
大阪市立弘済院附属病院 副病院長・大阪市福祉局高齢者施策部 医務主幹　中西亜紀

（9）大阪府　浅香山病院認知症疾患医療センターの事例 81
公益財団法人 浅香山病院　柏木一惠

（10）広島県　メープルヒル病院認知症疾患医療センターの事例 87
医療法人社団知仁会 メープルヒル病院 理事長・院長　石井知行 ／医師　河内英基

（11）香川県　三豊市立西香川病院認知症疾患医療センターの事例 91
一般社団法人三豊・観音寺市医師会 三豊市立西香川病院 院長　大塚智丈

序

認知症疾患医療センターの質の向上をめざした取組みを進めることは，わが国の認知症医療の発展にとって不可欠の課題である．平成 30 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの効果的，効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」では，認知症疾患医療センターの質の確保に向けて，以下の提言を行った．

1. 基幹型に求められる要件は，都道府県等と連携した事業の質の管理とすべきである．
2. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割は，認知症疾患医療センターの事業の質の管理とすべきである．
3. 認知症疾患医療センターが開催する認知症疾患医療連携協議会の役割は地域連携の推進と事業の質の管理と明示し，都道府県認知症疾患医療連携協議会と情報共有できる体制を構築すべきである．
4. 認知症疾患医療センターの活動実績の集計・分析結果を公表し，PDCA サイクルを稼働させる具体策を検討すべきである．
5. 全国認知症疾患医療センター研修会を継続的に実施できる体制を整備すべきである．
6. 認知症疾患医療センターの相談室機能（地域連携，診断後支援）の質の担保のための支援策を講じるべきである．

本研究事業の目的は上記の 6 つの提言を実効性のあるものとすることにあるが，第 2 及び第 6 の提言について，具体的な事例の明示が必要である．そこで本研究事業では，都道府県内の認知症疾患医療センターの質の確保に取り組んでいる全国の 7 都県（宮城県，東京都，神奈川県，石川県，滋賀県，高知県，熊本県）と 2 つの基幹型認知症疾患医療センター（高知大学病院，熊本大学病院）の協力を得て，都道府県認知症疾患医療連携協議会と認知症疾患医療センターの質の確保に向けた取組の事例集を作成した．また，全国の 11 認知症疾患医療センター（砂川市立病院，いずみの杜診療所，あずま通りクリニック，内田病院，東京都健康長寿医療センター，石川県立高松病院，藤本クリニック，大阪市立弘済院附属病院，浅香山病院，メープルヒル病院，三豊市立西香川病院）の協力を得て，認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援の実践例を示すことにした．

本事例集の作成にあたっては，関係する委員各位，行政担当者，認知症疾患医療センターの先生方に多大なご協力をいただいた．改めて御礼申し上げたい．本事例集が，わが国の認知症疾患医療センターの質の確保と向上に寄与することを切に願っている．

2020 年 3 月 31 日

東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長　粟 田 主一

1

都道府県認知症疾患医療連携協議会の事例

宮城県

宮城県
認知症疾患医療連携協議会の事例

宮城県保健福祉部 長寿社会政策課 技師 渡部和馬

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報

実施形態	宮城県では，認知症高齢者等とその家族が住み慣れた地域でより安心して暮らせるよう，県・市町村・団体・住民等が連携する総合的な認知症施策を推進するために，宮城県認知症地域ケア推進会議を設置している．この会議は，宮城県地域包括ケア推進協議会の認知症地域ケア推進専門委員会と宮城県認知症疾患医療連携協議会の役割を兼ねている．
開催場所	宮城県庁
開催頻度	年１回

会議に参加するメンバー

	メンバーの属性	（名）
1	認知症疾患医療センター センター長・医師	2
2	認知症疾患医療センター 相談員等	5
3	県医師会 代表者	1
4	県精神保健福祉協会 代表者	1
5	認知症の人と家族の会宮城県支部 代表者	1
6	おれんじドア 代表者	1
7	みやぎ生活協同組合 代表者	1
8	県認知症グループホーム協議会 代表者	1
9	県ケアマネジャー協会 代表者	1
10	みやぎ小規模多機能型居宅介護連絡会 代表者	1
11	東北福祉大学 代表者	1
12	認知症介護研究・研修仙台センター センター長	1
13	県地域包括・在宅介護支援センター協議会 代表者	1
14	県民生委員児童員協議会 代表者	1
15	県市長会 代表者	1
16	県町村会 代表者	1
17	県若年性認知症支援コーディネーター	1
18	宮城県警察本部生活安全部県民安全対策課	1
19	県教育庁義務教育課・高校教育課	2
20	行政関係者	1

2. 協議会の位置づけ，過去の議題について

宮城県では，都道府県認知症疾患医療連携協議会を，年 1 回開催している宮城県認知症地域ケア推進会議（以下，「県会議」という）を活用して設置している．

県会議は，認知症高齢者等とその家族が住み慣れた地域でより安心して暮らせるよう，県・市町村・団体・住民等が連携する総合的な認知症施策を推進することを目的として開催している．また，県会議は，平成 30 年度から宮城県における地域包括ケア体制の構築を目的とした宮城県地域包括ケア推進協議会（以下，「ケア協議会」という）の認知症地域ケア推進専門委員会（以下，「専門委員会」という）を兼ねており，3 つの役割を担っている．

県会議の構成員は，宮城県医師会，宮城県精神保健福祉協会，認知症の人と家族の会宮城県支部，おれんじドア，みやぎ生活協同組合，宮城県認知症グループホーム協議会，宮城県ケアマネジャー協会，みやぎ小規模多機能型居宅介護連絡会，東北福祉大学，認知症介護研究・研修仙台センター，宮城県認知症疾患医療センター（7 センター），若年性認知症支援コーディネーター，宮城県教育庁義務教育課・高校教育課，宮城県警察本部県民安全対策課の他，平成 30 年度から宮城県地域包括・在宅介護支援センター協議会，宮城県民生委員児童委員協議会，宮城県市長会，宮城県町村会が増えて 25 団体となっている．また，県会議には必ずオブザーバーとして政令市である仙台市にも参加頂いている．

県会議は，宮城県の認知症施策の事業評価及び今後の認知症施策の方向性について検討を行っており，各認知症疾患医療センターには必ず活動報告を頂いている．また，意見交換を充実させるため，認知症疾患医療センターの実績報告書を会議資料とし，各構成員に事前送付している．

宮城県が指定している認知症疾患医療センターは，7 つ全てが各圏域において認知症疾患医療連携協議会及び研修会を開催している．協議会の運営は認知症疾患医療センターが主体となっており，各保健福祉事務所が運営支援を行っている．

県会議における各認知症疾患医療センターの活動報告では，上記の協議会や研修の開催を通して感じる地域の実情を踏まえた報告を頂いている．昨年度の県会議では，軽度認知機能障害の診断が増えており，本人の受診が増えている現状や，運転免許の返納の対応をしているセンターの活動報告があり，意見交換の場面で，県会議の構成員での本人への情報提供の重要性について意見が深まった．また，運転免許の返納について対応しているセンターへ質疑にて，運転免許の返納についての対応方法の共有やセンター同士の相談体制の構築に繋がった．認知症の人と家族の会やおれんじドア，県町村会等から認知症疾患医療センターへの質問や意見交換を通して，認知症疾患医療センターの活動を振り返る機会となっていた．その他，専門医療機関としての立場から意見を頂くことで，県会議の内容が深まっている．

政令指定都市との連携について，県会議には仙台市がオブザーバーとして参加している他，仙台市認知症疾患連携協議会を兼ねている仙台市主催の仙台市認知症対策推進会議に県担当者がオブザーバーとして参加し，相互に情報を共有する体制となっている．

また，宮城県と仙台市が共催で，年 1 回認知症疾患医療センター情報交換会（以下，「情報交換会」という）を開催し，県内の全認知症疾患医療センターの相談員と各保健福祉事務所，仙台市を対象とし，情報交換・意見交換ができる場面を設定している(写真 1)．今年度の情報交換会では，昨年度の県会議で意見のあった「本人への情報提供の重要性」を踏まえて，情報交換会に認知症当事者を講師として招いた．当事者より，「認知症のことを嫌だ，嫌だとずっと考えていた.」といった，診断直後の気持ち等を率直に伝えて頂き，アンケートからは「改めて本人視点の重要性を感じた.」「診断後支援の必要性を感じているが，フォローが難しい」等の意見が寄せられた．

宮城県では，認知症疾患医療センターを支援する体制として，県会議と情報交換会を設置している．加えて，各保健福祉事務所が認知症疾患医療センターの主催する認知症疾患医療連携協議会の運営支援や日々の支援を行っている．



写真 1　認知症疾患医療センター情報交換会の様子

1．今後の課題

県会議は，ケア協議会の専門員会を兼ねており，構成員が多く議題も多いため，限られた時間での意見交換となっており，意見交換を深めるのが難しい状況．資料の事前送付や検討事項の事前通知を行っているが，地域で対応している課題について意見交換ができるような運営方法を検討する必要がある．

情報交換会は，宮城県及び仙台市の認知症疾患医療センターが一堂に会する場面であるが，それぞれの認知症疾患医療センターの特徴や地域事情が異なるため，認知症疾患医療センターの関心事や課題が様々であり，共通のテーマで検討を行うことが難しい．認知症疾患医療センターの相談員が，日頃感じている課題を解決するための場となるよう運営方法を検討する必要がある．

認知症施策推進大綱において，認知症疾患医療センターは地域の医療に関する医療提供体制の中核として，関係機関と連携し，地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりと，継続した医療・ケア体制の整備等を行う役割が期待されている．認知症疾患医療センターがそれぞれの地域において求められる役割を果たせるよう，認知症疾患医療センターを支援していく必要がある．各圏域での活動は，各保健福祉事務所を中心として支援を行い，県全体として，県会議及び情報交換会を通して，多層的な支援を継続していく．

東京都

東京都
認知症疾患医療連携協議会の事例

東京都福祉保健局高齢社会対策部　認知症対策担当課長　大竹智洋

1.　都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報

実施形態	東京都では，認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため，「東京都認知症対策推進会議」を設置しており，本会議を，都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を持つ会議として活用している.
開催場所	東京都庁　等
開催頻度	年２回　程度

会議に参加するメンバー

	メンバーの属性	（名）
1	学識経験者	4
2	（社福）東京都社会福祉協議会東京都高齢者福祉施設協議会　代表者	1
3	東京都地域密着型協議会　代表者	1
4	東京精神科病院協会　代表者	1
5	東京都医師会　代表者	1
6	東京都介護支援専門員研究協議会　代表者	1
7	家族会　代表者	2
8	東京都民生児童委員連合会　代表者	1
9	公募委員	2
10	行政関係者（区市町村）	2
11	【幹事】 東京都福祉保健局職員	7
12	【幹事】 警視庁職員	1

2.　協議会の位置づけ，過去の議題について

東京都では，認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより，認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的として，認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため，「東京都認知症対策推進会議（以下，「推進会議」という．）」を設置している．都では本会議を，都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を持つ会議として活用している．本会議では，東京都の認知症対策について具体的な施策等の検討を行うため，専門部会を設け，議論，検討を行っている．

認知症疾患医療連携協議会の役割に関しては，平成 29 年度までは，医療・介護関係者，認知症医療に関する有識者，家族会，行政等の外部委員で組織された認知症対策推進会議認知症医療部会を設置し，認知症疾患医療センターの専門医療機関としての機能，地域連携の推進機関としての機能，人材育成機関としての機能について，実績報告及び意見交換等を行ってきた．医療部会は同年度末で閉会し，以降は推進会議を認知症疾患医療連携協議会の役割を持つ会議として活用している．

これまで，推進会議において認知症疾患医療センターに関しては，主に専門部会において議論，検討を行っている．平成 22 年度に「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」において，認知症疾患医療センターの整備にあたっての考え方及び認知症疾患医療センターが担うべき機能と果たすべき役割について，整理を行った．整備にあたっての考え方として，大都市東京において効果的に機能するものとして整備するため，東京都としてセンターに求める機能・役割の整理を行い，これに基づき都はセンターの指定を行うことが望ましいとしている．また，膨大な人口と様々な医療機関が数多く存在するという大都市東京の特徴を考慮すると，救急・急性期の身体合併症や周辺症状の入院患者を集中的に受け入れる「基幹型」を整備するよりも，まずは都内各地域に「地域型」を整備し，地域連携により身体合併症・周辺症状の患者の受入体制を整備することが重要としている．

これを受けて，都は平成 24 年度に，島しょ地域を除く二次保健医療圏に 1 か所ずつ，計 12 か所の認知症疾患医療センターを指定している．

また，平成 26 年度には「認知症医療部会」において，認知症の早期診断，早期対応に向けたシステムづくりや既存の認知症疾患医療センターの役割との整理なども踏まえて検討し，平成 27 年 1 月に，新たな東京都認知症疾患医療センターの整備方針を決定した．本方針では，二次保健医療圏域における認知症に係る医療・介護連携の拠点として，すでに指定している 12 か所の認知症疾患医療センターを「地域拠点型認知症疾患医療センター(以下，「地域拠点型センター」という．）」に移行し，地域拠点型センターが所在しない区市町村（島しょ地域を除く）においては，区市町村における医療・介護連携の推進役となる「地域連携型認知症疾患医療センター（以下，「地域連携型センター」という．）」の整備を進めることとした．

この方針のもと，東京都では，平成 27 年度から地域連携型センターの整備を開始し，令和 2 年 1 月現在，地域拠点型センター12 か所，地域連携型センター40 か所の計 52 か所の認知症疾患医療センターを指定している．

さらに，平成 29 年度には同じく認知症医療部会において，東京都認知症疾患医療センターのあり方について報告を行っている．今後のあり方については，地域性や医療機関の特性等により求められる各認知症疾患医療センターの活動内容が異なるとしたうえで，

①認知症の人と家族介護者等への支援として，サービスに繋がりにくい初期段階の認知症の人への支援や，家族介護者等への専門職による助言や支援の取組の推進，

②認知症アウトリーチの機能として，地域拠点型センターに配置された認知症アウトリーチチームによる，区市町村の認知症初期集中支援チームの活動支援の取組の推進，
③地域連携機能として，地域の医療・介護従事者など認知症の人を支える人材の育成や，多職種協働を推進する取組の推進，
など，認知症疾患医療センターの機能の充実を図るべきとして，意見を取りまとめている．

なお，推進会議及び専門部会は原則公開としており，会議資料，議事録は東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ（以下，URL）」において公表している．

とうきょう認知症ナビ https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/

1. 今後の課題

東京都では，認知症疾患医療センターの質の評価の取組として，「東京都認知症疾患医療センター審査会」において，指定更新の際にセンターの活動状況等の確認を行うとともに，必要に応じて，区市町村や地区医師会等関係機関に対してヒアリングを実施することとしている．

また，認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取組として，事業の執行状況の定期的な確認や，センター間の連携の促進，センター職員の資質向上を図っている．

執行状況の確認として具体的には，都が定める実績報告書様式により，四半期ごとに月別実績として，鑑別診断の件数，初診までの待機日数，入院件数，専門医療相談件数，認知症の人と家族介護者等への支援の内容，連携協議会の開催・出席状況，地域の人材育成の取組など，運営事業の履行状況等の確認を行っている．

センター間の連携の促進としては，

① 各認知症疾患医療センターの代表者による全体会，
② 全ての認知症疾患医療センターの相談員を対象とした相談員連絡会，
③ 各地域拠点型認知症疾患医療センターの代表者による情報交換会，

を開催し，都からの情報提供や，センター相互の情報交換，連携の促進を図っている．

職員の資質向上として，全ての認知症疾患医療センターの相談員等を対象とした研修を実施し，職員のスキルアップを図っている．令和元年度からは，よりきめ細かく相談員等のニーズに対応するため，職員の経験等を踏まえ研修を実施し，相談員の対応力向上を図っている（表 1）．

認知症疾患医療センターの質の管理に向けては，「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に都道府県の責務として記載されている事業評価を適切に実施していく必要がある．

東京都が指定する認知症疾患医療センターは，小規模の診療所からいわゆる大病院まで，医療機関の運営体制に幅があるため，評価方法が難しい状況にある．地域の実情に応じて評価を実施し，その結果を認知症疾患医療センターの質の管理・向上につなげていくためには，適切な評価方法を検討していく必要がある．

表１　令和元年度の認知症疾患医療センター関係会議・研修等（予定を含む）

名　　称	参加対象者	頻度
認知症疾患医療センター全体会	全認知症疾患医療センターの構成員 （医師，相談員，事務等）	年１回
認知症疾患医療センター相談員 連絡会	全認知症疾患医療センターの専従・専任相談員	年２回
地域拠点型認知症疾患医療センター 情報交換会	地域拠点型センターの構成員 （医師，相談員，事務等）	年１回
認知症疾患医療センター職員研修	全認知症疾患医療センターの相談員，専門職 及び事務等	年１回

神奈川県

神奈川県
認知症疾患医療連携協議会の事例

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部 高齢福祉課 技幹 田中智子

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報

実施形態		神奈川県では，認知症の人やその家族を支援するために，適切な医療やケアの提供，相談や見守り体制の充実及び認知症に関する理解の普及促進等が求められていることを踏まえ，総合的な認知症対策を推進するため，神奈川県認知症対策推進協議会(以下「協議会」とする)を設置している．この協議会が，都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を兼ねている．
開催場所		神奈川県庁近くの会議室
開催頻度		年 2 回（別途ワーキングを必要に応じて実施．令和元年度は 2 回実施）
会議に参加するメンバー		
メンバーの属性		（名）
1	学識経験者	2
2	県・指定都市 認知症疾患医療センター長	4
3	県医師会代表	1
4	県歯科医師会代表	1
5	県病院協会代表	1
6	県精神科病院協会代表	1
7	県看護協会代表	1
8	県薬剤師会代表	1
9	県精神保健福祉士協会代表	1
10	県介護支援専門員協会代表	1
11	認知症の人と家族の会 神奈川県支部	1
12	認知症の人の家族 代表	1
13	本人会議代表	2
14	行政関係者	7
15	若年性認知症支援コーディネーター（オブザーバー）	2
16	県職員(事務局，関連する他課にも出席を依頼)	8

2. 協議会の位置づけ，過去の議題について

1）位置づけと議事内容の公開

県の認知症施策に関して，有識者等の意見聴取及び意見交換を行い，その結果を県行政に

反映させることを主な目的として，法律及び条例の規定に基づかず，要綱等により設置する「懇話会・協議会等」に位置付け，ホームページで議事録を公開している．平成 27 年度から当事者がオブザーバーで 1 名出席し，平成 29 年度からは委員として 2 名出席することになった．

2）認知症疾患医療センターの活動状況の情報共有・評価の方法・質の向上に向けた取組

県指定の各認知症疾患医療センター(以下「センター」とする)は，担当するエリアの保健，医療，介護関係者等をメンバーとして，年 2 回認知症疾患医療連携協議会を実施している．

また，県指定のセンターの担当者会議を年 1 回実施し，情報交換を行うほか，平成 30 年度からセンター間の連携を図るため，県内 12 センターの連絡会を年 1 回開催している．

これまでセンターの事業評価については，年 1 回のヒアリング調査を実施していたが，令和 2 年度からの 3 年間のセンター指定更新に向け，協議会においてセンター事業評価を実施した．事業評価にあたっては，自己評価及び外部評価（認知症サポート医，地域包括支援センター，行政）を元に，各センターの強みと課題を抽出し，センターに対応を依頼するとともに，協議会において検討を行った．具体的な評価の経過については次のとおり(表 1)．

〇評価実施の経過

【平成 30 年度】

協議会では，センターの自己評価と外部評価の調査票及び方法について内容を検討した．

結果を基に，平成 31 年 2 月の下旬から 3 月に，県指定のセンターによる自己評価を，認知症サポート医・行政・地域包括支援センターによる外部評価を実施した．

自己評価の内容は，a～ c のカテゴリーに分け，a 専門的医療機関としての機能（1.鑑別診断の状況・2.治療方針の選定・記録データの管理・3.周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること・4.専門医療相談の状況)，b 地域連携拠点としての機能（1.認知症疾患医療連携協議会の運営状況・2.研修会開催状況・3.普及啓発・4.社会資源との連携)， c その他（1.実績報告等・2.事故発生時及び苦情への配慮・3.外来受診者への配慮）について A～D 段階（達成の目安　A：100%以上，B:100～80%，c：60～80%，D：60%未満）で評価した．

自己評価結果は，A～C の評価であった．評価の低かった項目として，独自事業や研究・研修等を実施していない，記録・データに関することについて院内の取決めがない，研修会講師を先駆的・広域的な取組のある講師に依頼していない，受診者に対して，診察の結果について十分な説明を行っていない等であった．

外部評価の結果（回答率）は，認知症サポート医 50 人(53%)，行政 30 市町村(指定都市を除く)(100%)，地域包括支援センター144 か所(97%)の回答があった．認知症サポート医からは，専門医の配置希望や，初診の診察まで時間がかかる等の回答があり，センターへの期待が大きかった．行政・地域包括支援センターからは，地域によって連携ができていないと答えている地域もあったが，十分できているとの回答もあり地域差があった．また，若年性認知症自立支援コーディネーターの設置は，若年認知症の人への支援が広がっているとの回答があった．センターが設置されたことで，様々な面から支援があり，連携が図れてい

る様子が伺えた．外部評価については，東京都健康長寿医療センター発行の，「都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター事業評価に向けて」（平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金）の，かかりつけ医・地域包括支援センターへの調査票を参考にした．

【令和元年度】

自己評価，外部評価の結果を踏まえ，平成 31 年 4 月に第 1 回ワーキンググループを開催した．ワーキンググループは，協議会メンバーから依頼した．（学識経験者・県医師会・認知症の人と家族の会・行政）

第 1 回ワーキンググループでは，センター毎にヒアリングを実施し，自己評価と外部評価結果から状況を確認し，強みや課題を明確にして結果を通知した．課題に対し，各センターで改善策について検討を依頼した．

7 月～8 月にかけて課題の改善状況を確認するため，担当地域の県保健福祉事務所及び市町村と，センターを訪問しヒアリングを行った．評価結果を元に，地域の課題を掘り下げて話し合い，今後どのような連携が必要か，地域側とセンターで協議した．市町村からは，センターが設置されたことで，認知症初期集中支援事業に支援を受けることができ，連携を強化できている等の意見があった．また，センターも機能強化に向け今後の方向性を地域側へ伝え，相互理解を深めた．

地域で実施したヒアリング結果を踏まえ，10 月に第 2 回ワーキンググループにおいて再度検討した．ワーキングでは，各センターの課題を「目標」として整理し進めてはどうか等の意見があった．

11 月に，協議会で，自己評価・外部評価結果及び，ワーキンググループでの協議内容を報告した．各センター主催の認知症疾患医療連携協議会において，課題解決に向け検討を進めていることなどを評価し，全センターで次年度以降の更新を進めていくことを決定した．

今回評価を実施することで，センターが主催する研修会の開催場所の工夫や，認知症サポート医や郡市医師会等との連携，初期集中支援チーム員会議等への協力，センターのリーフレットなどを作成し周知を図る等の地域との連携強化に向けた方向性が明確になった．

表 1　令和元年度神奈川県指定認知症疾患医療センター評価状況について

日 程	協議会	センター評価	内　　容
平成 31 年 2 月	平成 30 年度 第 2 回協議会		評価方法について検討
2 月下旬 ～3 月		自己評価実施 県指定 5 センター	各センター実施
		外部評価実施 認知症サポート医・行政･地域包括支援センター等	＜回答率＞ 認知症サポート医 53% 行政 100% 地域包括支援センター97%

日 程	協議会	センター評価	内　　容
4 月	第1回ワーキンググループ センター評価結果を報告及び検討	・評価取りまとめ ・評価結果を報告及び検討 ・各センターから結果についてヒアリング	自己評価・外部評価結果から，各センターに，ワーキングメンバーでヒアリングを実施.
令和 元年 5 月		・評価結果をセンターへ通知	
7～9 月		ヒアリング ・センターに通知した結果を踏まえて，改善状況を確認	＜ヒアリングの状況＞ ◆事務局によるヒアリングの実施 県保健福祉事務所・センター，市保健所に加え，今年度から市町村にも出席を依頼し，地域とセンターの連携機能強化について検討した. ◆主な改善点 ①センター主催の研修会場について ・各会場を工夫する，協議会で検討. ②認知症サポート医，地域との連携について. ・認知症初期集中支援チーム員会議等に出席し連携を図る. ・新規の認知症サポート医へセンター機能について周知する. ・地域の会議，イベント等へ積極的に参加. ・医師会の関係会議へ出席する. ③センターの活用や，機能強化について ・周知用の案内を作成し関係機関に周知する.
10 月	第2回ワーキンググループ 評価結果後の修正等について報告及び検討	・第 1 回ワーキングの協議結果を受けて，事務局で実施したヒアリング内容の報告 ・各センターから回答のあった強みを生かした取組や課題の改善方向性について整理 ・各センターの更新にあたっての方向性について協議	全体評価（各センター共通） ・センターに，着実に取組を進めてもらうため，各センターの課題を今後の目標として整理し，協議会に諮った上でセンターに通知してはどうか. ・次回更新時までに達成されたかを確認. ・二次医療圏と人の動きは合わないので，今後の課題としてセンター配置について検討したほうがいい. ・神奈川県のように人口が多く，地域が狭い県で医療圏ごとに区切る意味はあまりない.

日 程	協議会	センター評価	内　　容
11 月	第1回協議会 評価結果・改善状況を報告	評価結果・改善状況により，更新の方向性を協議→全センター更新妥当	
12 月		第1回協議会での，評価結果・改善状況を各センターに通知	

3　今後の課題

外部評価アンケートの行政からの評価は，内容を再検討しセンターとのヒアリングで検討することができたが，認知症サポート医や地域包括支援センターの評価については，内容を再確認する場を設けることができず一方的な結果を反映する様になった．今後評価を行う際は，アンケート結果について議論する場を待つ等の工夫が必要と思われる．

また，評価に際しヒアリングに，センター長をはじめ担当者に出席等の負担をかけたため，今後はヒアリング方法の改善について検討していきたい．

センターの事業評価で明らかになった課題として，地域連携の強化について，国から新たに示された日常生活支援機能の充実を図るとともに，二次医療圏ごとのセンターの配置状況について検討が必要であると考えている．

石川県

石川県
認知症疾患医療連携協議会の事例

石川県健康福祉部 地域医療推進室 室次長 木村慎吾 ／主事 堂高 誠
課長補佐 出村久志 ／室次長 山口健介
石川県立高松病院 院長 北村 立
石川県医師会 理事 佐原博之 ／理事 村井 裕
日本精神科病院協会石川県支部 支部長 青木達之 ／理事 前田義樹

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報

実施形態	・認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域で生活をしていくために，主に医療施策を検討するため「認知症地域支援体制推進委員会」（事務局：地域医療推進室）を設置．都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を兼ねている． ・H28 から医療・介護・地域支援対策等を幅広く協議する「石川県認知症施策推進ネットワーク会議」（事務局：長寿社会課）の専門部会に位置付けられ，「認知症医療体制推進委員会」に名称変更している．
開催場所	石川県庁
開催頻度	年１～２回

会議に参加するメンバー

	メンバーの属性	（名）
1	石川県認知症疾患医療センター（センター長）	1
2	石川県医師会（理事）	2
3	日本精神科病院協会石川県支部（支部長，理事）	2
4	石川県介護支援専門員協会（理事）	1
5	金沢大学脳神経内科（教授）H26～［H26 認プロの開始］	1
6	金沢医科大学高齢医学科（教授）H28～［H28 認知症センターの開設］	1
7	石川県看護協会（会長）H28～［H28 看護師認知症対応力向上研修の開催］	1
8	石川県立看護大学（教授）H28～［H29 認定看護師養成課程の開設］	1
9	南加賀認知症疾患医療センター（医師）H28～［H22 センターの指定］	1
10	能登認知症疾患医療センター（センター長）H29～［H29 センターの指定］	1

《事務局》石川県健康福祉部地域医療推進室：医療計画，認知症疾患医療センター等の担当
《同 席》 〃 医療対策課 ：看護師確保・養成の担当
〃 長寿社会課 ：認知症対策（総括），介護保険の担当

2. 協議会の位置づけ，過去の議題について

石川県では，平成 25 年度から，**「認知症地域支援体制推進委員会」**（委員長：県立高松病院院長，事務局：石川県健康福祉部地域医療推進室）を開催し，認知症高齢者を地域で支えるための体制づくりを進めている．同委員会は年１～2 回の開催であるが，委員会関係者とはメール等を活用して様々な協議を行っており，ここでは，メール等を含めた協議状況について紹介する．

1）認知症地域支援体制推進委員会を開催するきっかけ（H24：第 6 次医療計画の策定）

かほく市では，県立高松病院（石川県認知症疾患医療センター）を中心に，認知症高齢者を地域で支えるネットワーク**“高松モデル”**が構築されており，全国放送のテレビ番組で取り上げられるなど注目されていた．県では，高松病院関係者との意見交換を行った結果，

① 地域の多職種チームの構築（高松病院関係者とかかりつけ医，介護支援専門員等の間で顔の見える関係が構築され，早い段階から高松病院に相談が寄せられるのは，多職種参加の事例検討会によるところが大きいのではないか）
② 院内の多職種チームの設置（高松病院の入院患者の在宅復帰率が高いのは，院内に，医師，看護師，作業療法士や精神保健福祉士等から構成される**多職種チーム**が設置され，退院前の自宅訪問や退院後の訪問看護などを行われていることが大きいのではないか），

を進めることにより，**高松モデル**を県内全域に広げられるのではないかと考えた．このため，認知症対策の充実，とりわけ高松モデルの普及を目指し，高松病院，医師会，精神科病院協会，介護支援専門員協会の関係者から構成される「認知症地域支援体制推進委員会」を開催することとした．

2）各地域における事例検討会の開催（H25～H26）

平成 25 年度，同委員会では，かかりつけ医等認知症対応力向上研修会を魅力あるものにするため，内容を見直し，「座学」と「事例検討会」の 2 本立てで行うこととした．「事例検討会」は初めての試みであったが，高松病院から事例提示を行い，多職種が参加するグループワーク方式で行った結果，参加者の評価は概ね好評であった．

一方，県では，在宅医療を進めるために，県医師会向けの補助事業を予算化しており，県医師会の働きかけにより，県内に「在宅医療連携グループ」（在宅医療に携わる医師，看護師，介護支援専門員等から構成される多職種グループ）が広がり（H23:4→H24:9→H25:12），多職種参加の研修会が開催されていた．

このため，平成 26 年度においては，同委員会において，かかりつけ医研修会の体系（表 1）を整理し，①座学は，県・高松病院が主催し，TV 会議システムを活用して，各医療圏で受講できるよう配慮し，②地域事例検討会は，郡市医師会等に委託し，多職種参加による研修会とすることとし，③修了者（医師：座学 1 回＋事例検討会 2 回，コメディカル：事例検討会 2 回）には県から修了証を交付する，こととした．

表１　かかりつけ医等認知症対応力向上研修会の体系

区　分	実施主体	回数・会場など	内　容
①座学	・県，県立高松病院（後援） ・県医師会　・精神科病院協会 ・県介護支援専門員協会	・年２回 ・本会場＋サテライト会場(3～4ヵ所)	医師向けの認知症の診断や治療・ケアなどに関する講演（30分×3人）
②地域事例検討会	・3在宅医療連携グループ（金沢市） ・8郡市医師会（金沢市以外）	・年２回 ・県内11カ所	医師やコメディカルによる事例検討会（120分）

地域事例検討会の実施にあたっては，県医師会から郡市医師会等に協力要請を行って頂き，専門医の少ない地域は，高松病院の専門医が講師を引き受けることにより，初年度から県内全域の 11 カ所（現在は 12 ヵ所）で開催出来ることになった．また，県・高松病院では，平成 26 年度から，認知症サポート医のフォローアップを目的に，専門医やサポート医を対象とする**「認知症エキスパート研修会」**を始めた．同研修会では，対応困難事例の検討などを行っているが，最近では，地域事例検討会で活躍している専門医・サポート医からも事例提示を行ってもらい，地域事例検討会の更なる充実を目指している．このように，本県では，県・高松病院・医師会・精神科病院協会等の協力のもと，かかりつけ医等認知症対応力向上研修会を開催している．同研修会の修了者（医師）は 514 名（H24）から 976 人（H30）に増加しており，同研修会は，各地域の医師とコメディカルの顔の見える関係づくりの一助になっていると考えられる．

3）各病院における認知症ケアチームの設置（H27～）

平成 27 年度，同委員会では，**高松モデル**を全県に広げるために病院の役割について協議し，①高松病院のように「院内に多職種チームを設置し，訪問看護などの地域生活支援を行う病院」が求められていることを確認した．また，情報収集の結果，②認知症看護認定看護師等を中心とする院内チームを設置し，入院患者の認知症の悪化予防のために院内デイケアなどを開催している病院があることも明らかになった．県では，こうした好事例を広めるために，平成 28 年度から，**認知症疾患医療センターやそれに準じる病院などに対して，認知症医療に係る施設・設備の整備への補助事業**(表 2)を予算化した．本事業は，院内デイケアルームの増築，介護ロボットの導入などに活用され，病院の認知症診療・ケアの充実に役立っていると考えられる．

また，平成 29 年度，**県立看護大学が認知症看護認定看護師教育課程を開設**することになったが，同委員会において開設状況が報告され，金沢大学関係者（認プロ）等が同課程に協力することにつながった．同課程の開設により，本県の認知症看護認定看護師数は，9 名（H28）から 36 名（R1）に大幅に増加しており，今後，認定看護師の参加するケアチームが増加し，院内デイケアなどの取組が広がることが期待されている．

さらに，令和元年度からは，同委員会では，**認知症疾患医療センターから活動報告**を頂き，関係者から評価を頂くことを始めている．

表 2　認知症医療提供体制整備支援事業

対象病院	補助内容	活用例
認知症疾患医療センターやそれに準じる病院（認知症・精神科・神経内科の専門医）	○BPSD や身体合併症を有する患者を受け入れるための施設・設備 ○リハビリ，在宅復帰支援や地域生活支援を行うための施設・設備	・スタッフステーションの改築 ・病室内の介助バーの増設 ・精神病床への医療ガス配管の整備 ・離床センターの整備　など
一般病院（地ケア病棟等＋専門医・サポート医）	○認知症の悪化予防のための施設・設備	・院内デイケアルールの増築 ・介護ロボットの導入　など

3. 今後の課題

同委員会は，年々，メンバーを拡充し，「市町の認知症初期集中支援チームへの関与」や「改正道路交通法への対応」（認知症診断・運転免許証の自主返納等）といった新たな施策・課題に対して，「専門医やかかりつけ医はどう関わるべきか」を協議し，研修会などを通じて関係者に周知してきた(表 3)．認知症疾患医療センターや医師会・精神科病院協会・看護協会・大学などの関係者が協力して認知症施策を進めるためのプラットフォームの役割を果たしているとも言える．今後，認知症疾患医療センターの活動評価を更に充実させるとともに，医療関係者が，医療・介護の連携や地域生活支援などに，どう関与していくべきか，など引き続き検討していく必要がある．

表 3　認知症地域支援体制推進委員会における協議状況

年度	主な議題（**太字・下線は主な議題**，継続の議題などは一部省略）
H25	○第 6 次医療計画における認知症対策 ○平成 25 年度の認知症に関する新規事業［県事業］ **・認知症対策モデル事業** **・かかりつけ医認知症対応力向上研修（標準的カリキュラム）** ・介護支援専門員向けの認知症対応力向上認定研修
H26	○平成 26 年度における認知症研修の体系［県事業］ **・かかりつけ医等認知症対応力向上研修，認知症エキスパート研修** **○北陸認知症プロフェッショナル医養成プラン［金沢大学の事業（文科省）］**
H27	○平成 27 年度の認知症に関する取り組み［県事業］ ・石川県認知症施策推進ネットワーク会議 **○県立高松病院・かほく市におけるモデル的な取り組みを全県に広げるための対策（案）**
H28	○平成 28 年度の認知症に関する取り組み［県事業］ ・歯科医師，薬剤師認知症対応力向上研修 ・看護師認知症対応力向上研修 **・認知症医療提供体制整備のための補助制度**

年度	主な議題（**太字・下線は主な議題**，継続の議題などは一部省略）
H29	○平成 29 年度の認知症に関する取り組み［県事業］ ・**県立看護大学における認知症看護認定看護師教育課程の開設**
H30	○平成 30 年度の認知症に関する取り組み［県事業］ **○かがやきオレンジプロジェクト［県医師会の提案事業（一部県事業）］**
R1	○令和元年度の認知症に関する取り組み［県事業］ ・**認知症疾患医療センターからの活動報告**

滋賀県

滋賀県
認知症疾患医療連携協議会の事例

滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課 課長補佐 福田千佳子

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報

実施形態	認知症の早期の段階からの適切な診断と対応や認知症に対する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などによって，地域の総合的かつ継続的な支援体制の確立していくための有効な支援等について意見交換を行う場として，滋賀県認知症施策推進会議を設置しており，この会議が，県認知症疾患医療連携協議会の機能も兼ねている.
開催場所	滋賀県庁
開催頻度	年１回

会議に参加するメンバー

	メンバーの属性	（名）
1	認知症疾患医療センター センター長・医師	2
2	医療系大学 教員	2
3	滋賀県医師会	1
4	滋賀県病院協会	1
5	精神科病院協会滋賀県支部	1
6	滋賀県看護協会	1
7	滋賀県老人福祉施設協議会	1
8	滋賀県介護サービス事業者協議会	1
9	滋賀県介護支援専門員連絡協議会	1
10	県・市町社会福祉協議会	2
11	滋賀県高齢者権利擁護支援センター センター長	1
12	認知症の人と家族の会滋賀県支部	1
13	滋賀県警察本部生活安全部	1
14	行政関係者	2
15	滋賀県保健所長会	1

2. 協議会の位置づけ，過去の議題について

1) 協議会の位置づけについて

平成 26 年度に，滋賀県の認知症施策の推進に向けて，学識経験者や認知症疾患医療センター，県医師会などの保健医療関係者，介護サービス事業所などの福祉介護関係者，そして

認知症の人と家族の会と行政関係者で滋賀県認知症施策推進会議を設置し，この会議を県の認知症疾患医療連携協議会として，位置付けている．平成 30 年度に，本会議の検討事項に，高齢者虐待，成年後見制度の利用促進等の高齢者の権利擁護にかかる事項も含めることとし，滋賀県警察本部生活安全課や県社会福祉協議会を新たな委員とした．

現在，本会議では，

① 認知症に関する啓発や予防に関すること
② 認知症の早期発見・早期対応ができる体制づくりに関すること
③ 認知症施策に向けた関係団体との連携に関すること
④ 若年認知症施策に関すること
⑤ 認知症の人や高齢者の権利擁護の推進に関すること等に関して意見交換等を行っている．

また，県内には 7 つの保健福祉圏域があり，うち 6 つの圏域で 1 か所以上の認知症疾患医療センター（以下，「センター」）を設置している．各圏域の協議会的な役割を果たすものとして，大津圏域では認知症・高齢者虐待防止地域支援推進会議が設置されており，他の保健福祉圏域では，県の健康福祉事務所と各センターが協力しながら，年 1〜2 回，圏域の協議会や研修会を開催し，認知症初期集中支援チームやセンターの運営状況，認知症に関する地域での医療連携の状況，家族の会からの活動報告など，地域の情報や課題を共有する場となっている．

2）議題について

滋賀県認知症施策推進会議（認知症疾患医療連携協議会）では，センターの運営状況も含め，県の認知症施策の現状（図 1）や「レイカディア滋賀　高齢者福祉プラン（滋賀県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画）」の認知症施策に関する部分（図 2）について，意見交換している．過去には，道路交通法改正に伴う運転免許の制度改正や認知症高齢者等の行方不明対策である地域連携なども議題としており，その時々に応じた認知症の課題をとりあげている．令和元年度は，各圏域の初期集中支援チームの状況，行方不明者の捜索，認知症サポーターや認知症カフェ，認知症に係る研修の実施状況，身体拘束廃止等権利擁護の取組，成年後見制度の利用推進について情報交換を行った．

センターからは，初期集中支援チームの状況について，市町によって，重症化した困難ケースを取り扱っているところや早期発見，早期治療に重点を置いて稼働しているなどの違いがあることが紹介された．

また認知症施策推進会議とは別に県内 8 か所のセンター（図 3）が集まる情報交換会を年に 1 回開催し，各センターの運営状況や地域での連携構築に向けた取組状況，各センターに寄せられる相談内容などについて情報交換を行ってきた．例えば，地域での連携構築に向けた取組状況としては，地域での勉強会等の講師や会議の出席の他に，圏域内のすべての地域包括支援センターを訪問し，現状や課題などのヒアリングや，地域の開業医やケアマネジャーとの定期的な勉強会や事例検討会，地元医師会と合同で多職種連携の会を定期的に開催し，事例検討会や勉強会などの取組を行っていることが共有された．また，センターによっ

て，相談や受診の人の傾向が重度であったり，軽度であったり，車の免許関係の相談・受診が多い，独居の方の相談・受診の対応等に苦慮しているなど，地域によって異なる相談状況が共有された．

平成 28 年度は若年認知症研修会を同時に開催し，平成 30 年度は藤本クリニック認知症疾患医療センターが中心となり，本県で，認知症疾患医療センター全国研修会が開催され，県内のセンターからも活動状況等の報告がなされた．今年度から，情報交換会を「認知症疾患医療センター推進会議」とし，従来の情報交換にあわせて，今後のセンターのあり方等も検討することとし，これまで県内 1 か所であった若年認知症コールセンターについて，県内の各認知症疾患医療センターで担うことについて確認した結果，6 か所に若年認知症コールセンターを広げることになった．

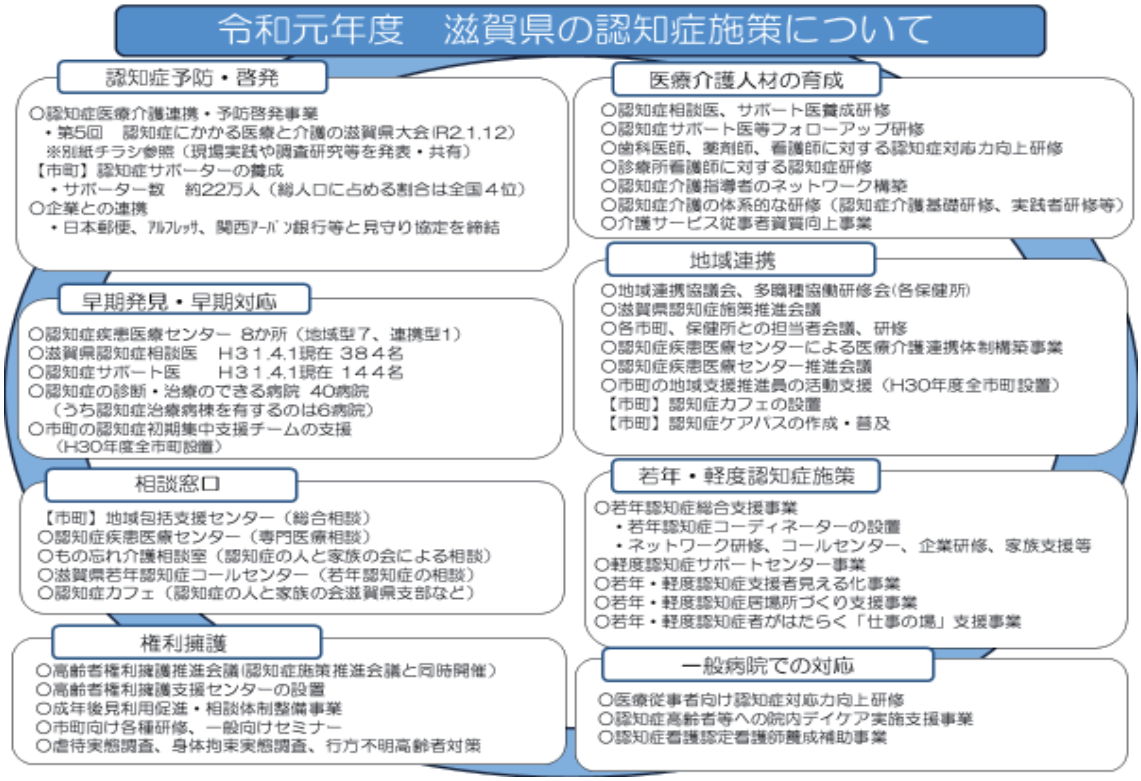


図 1　令和元年度滋賀県認知症施策

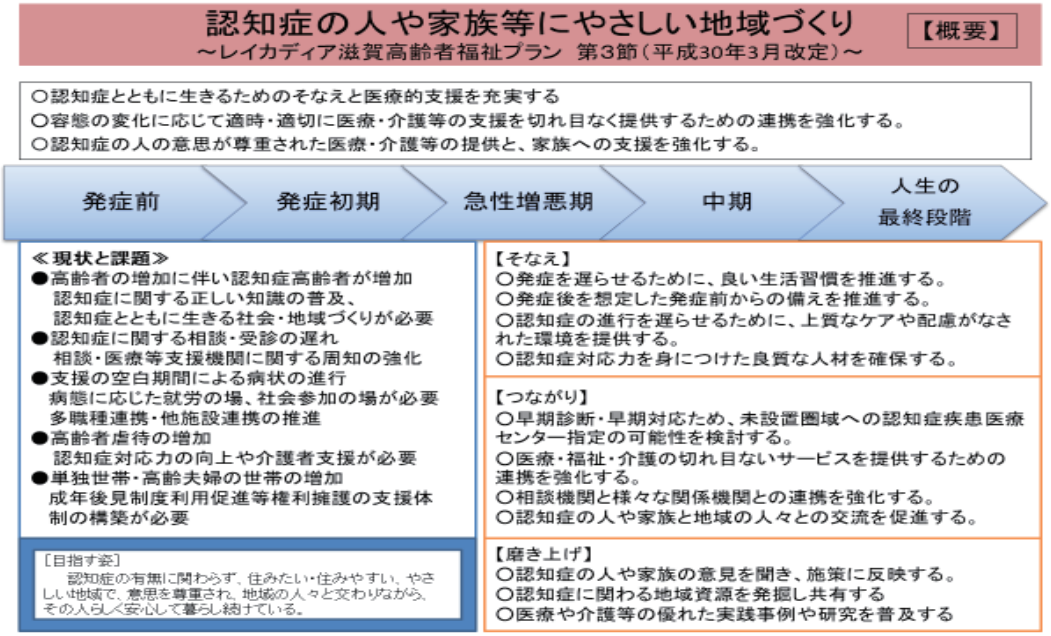


図２　レイカディア滋賀高齢者福祉プラン概要

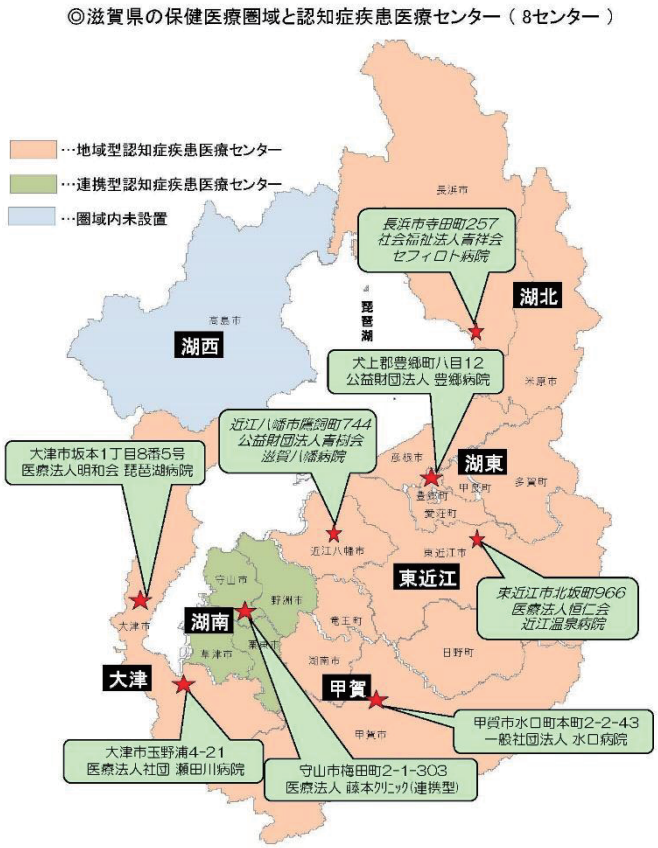


図３　滋賀県の認知症疾患医療センター地図

3）本県の若年認知症施策について

本県の若年認知症施策は，平成 17 年度から，現在，連携型の認知症疾患医療センターである藤本クリニックと一緒に，人材育成となる研修会や実態調査を実施し，平成 23 年度から，藤本クリニックに相談窓口（若年認知症コールセンター）を開設し，診断後の患者・家族支援のための様々な取組を進めてきた．

平成 24 年度から，滋賀県若年認知症地域ケアモデル事業を藤本クリニックに委託し，支援者の研修会の他に，本人・家族を対象に，認知症の正しい知識の情報提供と本人同士，介護家族同士の交流やピアカウンセリングとなる場の定期的な開催や，就労意欲のある本人への就労継続の直接的な支援を行うとともに本人の居場所ともなる「仕事の場」の運営，企業等への若年認知症に関する出前研修を実施してきた．このモデル事業により，「仕事の場」は，藤本クリニックの他に県内 3 か所で開設されている．

企業等への出前研修は，地域のサポート医等に講師になっていただきながら，今までに約 2000 人の方に受講いただいた．今後は，各圏域の県の健康福祉事務所や認知症疾患医療センターなどを中心に圏域展開をはかっていく予定である．

また，平成 29 年度から，若年・軽度認知症支援者の「見える化」に向け，事例報告会と事例を周知するための冊子作成や HP 掲載などの情報発信を始めている．

今後は，これまで進めてきた様々な若年認知症施策の成果を地域の実情にあわせて各地域の認知症疾患医療センターとともに，県内全域に広げていきたいと考えている．

3．今後の課題

本県の認知症疾患医療センターの活動状況については，（表 2）のとおり，専門医療相談件数や地域における協議会・研修会への協力件数など，地域やセンターの体制等によって，差がある．診断・相談の傾向についても，軽度が多いところや，対応困難ケースや入院希望ケースなど重度のものが多いところなど様々である．

表 2　認知症疾患医療センターの活動状況

平成30年度 滋賀県内の認知症疾患医療センター実績

1 保健医療・福祉関係者への専門医療相談・技術援助の実施

区分		A	B	C	D	E	F	G	H	合計	1センターあたり
(1)家族や保健医療・福祉関係者、認知症相談医や認知症サポート医等からの新規相談	件数	222	92	381	792	209	123	293	767	2,879	360
	稼働月数	12	12	12	12	12	12	12	12	96	12
(2)家族や保健医療・福祉関係者、認知症相談医や認知症サポート医等からの延べ相談	件数	637	97	1,200	1,387	733	666	407	1,007	6,134	767
	稼働月数	12	12	12	12	12	12	12	12	96	12

2 地域における連携協議会や認知症に関する研修会への協力等

区分		A	B	C	D	E	F	G	H	合計	1センターあたり
(1)地域における連携協議会への協力等	回数	4	3	2	5	9	17	3	13	56	7
	参加人数	6	7	4	10	29	33	5	14	108	14
(2)認知症に関する研修会への協力等	回数	6	12	26	7	7	10	5	34	107	13
	参加人数	8	31	75	7	19	16	25	66	247	31

3 専門医療相談件数(電話・面接)

	A	B	C	D	E	F	G	H	合計	1センターあたり
電話	443	88	908	1,029	332	584	373	971	4,728	591
面接	194	9	292	358	401	82	34	36	1,406	176
合計	637	97	1,200	1,387	733	666	407	1,007	6,134	767

4 認知症疾患にかかる外来件数

	A	B	C	D	E	F	G	H	合計	1センターあたり
外来件数	1,518	2,359	2,018	4,362	357	506	712	8,472	20,304	2,538
うち鑑別診断件数	158	60	248	369	172	77	4	456	1,544	193

また，多くのセンターが関与している認知症初期集中支援チームについても，隔週から数か月に 1 回，あるいは対象ケースがあった場合に活動するなど市町によって活動状況が異なり，市町からも地域包括支援センターとして関わっているのか，初期集中支援チームとして関わっているのか，違いがわかりにくいという声があるなどの課題もあるため，今後は，センター，市町等関係機関で事例検討などを通して，よりよい活動につなげていきたいと考えている．

各センターにおける医療・介護関係者に対する研修会や，家族会等の開催，地域連携状況は様々であり，地域連携体制の構築は，それぞれの地域の実情に応じて，どのような地域連携が必要なのか，課題を洗い出し，圏域ごとに，地域包括支援センターをはじめとする関係機関をも含めた地域資源の状況も確認しながら，それぞれの圏域にあった地域連携体制の構築を支援することが必要であると思われる．

今年度から，センターに日常生活支援機能として診断後の認知症の人や家族の支援，当事者等によるピア活動や交流会の開催などが追加されており，診断後の支援の見える化をはかることが早期発見，早期対応の促進につながっていくため，それぞれの地域で，認知症疾患医療センターの地域での役割や機能を後押ししながら，センターが地域資源の一つとして，地域の様々な資源とつながり，役割分担を行い，継続的かつ多角的な本人・家族等の支援につなげていきたいと考えている．

まずは，各センターと各圏域の健康福祉事務所，市町の地域包括支援センターをはじめとする関係機関との連携体制の構築・強化，認知症疾患医療センター間の連携によりそれぞれの役割を互いに見えるようにすることが重要だと考えている．

今後も，若年認知症をはじめ，認知症に関する課題について，センター間の情報交換や共有等により，相談体制の充実を図り，企業等への啓発研修や支援者の見える化など地域へ働きかけを各センターと，県，市町，医療機関，介護事業所などが連携・協力しながら実践し，認知症疾患医療センター推進会議や認知症施策推進会議の中で議論していきたいと考えている．

高知県

高知県
認知症疾患医療連携協議会の事例

高知大学医学部 神経精神科学講座 教授 數井裕光

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報

実施形態	高知県は，基幹型認知症疾患医療センター，二次医療圏４か所に地域型認知症疾患医療センターが設置されており，定期的に集まって連絡協議会を開催している．これが，都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を兼ねている．
開催場所	高知大学医学部附属病院
開催頻度	年３回

会議に参加するメンバー（27 名）

	メンバーの属性	（名）
1	基幹型認知症疾患医療センター センター長	1
2	基幹型認知症疾患医療センター 担当医	3
3	基幹型認知症疾患医療センター 精神保健福祉士	1
4	基幹型認知症疾患医療センター 看護師	1
5	基幹型認知症疾患医療センター 相談員（看護師）	1
6	基幹型認知症疾患医療センター 心理士	1
7	地域型認知症疾患医療センター 医師	4
8	地域型認知症疾患医療センター 看護師	3
9	地域型認知症疾患医療センター 精神保健福祉士	4
10	地域型認知症疾患医療センター 心理士	1
11	若年性認知症支援コーディネーター	1
12	県職員（高齢者福祉課・障害保健支援課）	4

2. 協議会の位置づけ，過去の議題について

連絡協議会は 2014 年 6 月に第 1 回が開催された．高知県の認知症疾患医療センターに求められている役割として，共通する目標（専門医療相談，鑑別診断とそれに基づく初期対応，周辺症状・身体合併症への急性期対応，保健医療関係者等への認知症に関する研修会の開催，地域連携の拠点）に加えて，認知症医療やケアに関する人材育成と地域偏在の解消があげられており，これが連絡協議会の核となっている．

高知県は東西に広く，高知県内の機関が一斉に集まるためには移動に時間を要す．そのため，全センターが集まる機会を活かし，協議会だけではなく講演会，事例検討会も同日に開催している．協議会では，各センターが開催している研修会などの計画や実施の報告や意見

交換，情報共有を行い，県はそれらを認知症施策へ反映させている（図 1）.

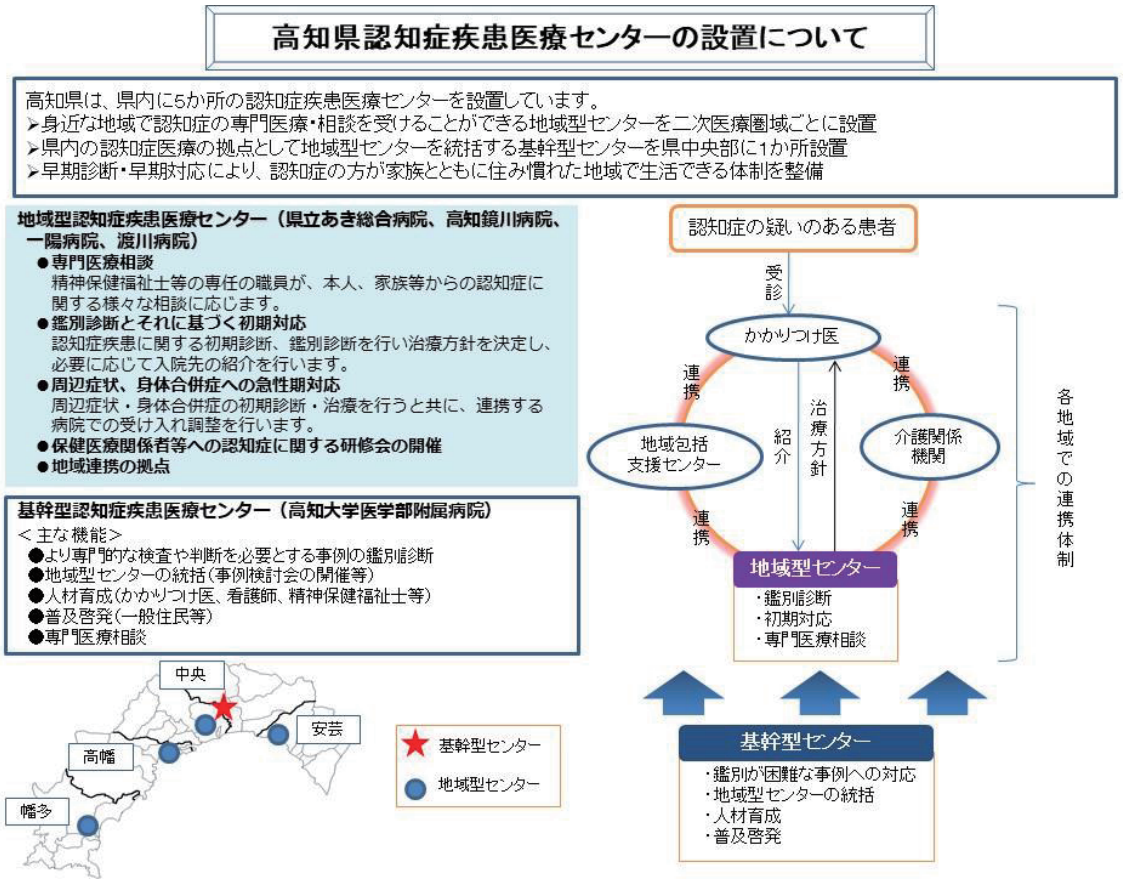


図 1　高知県認知症疾患医療センターの設置について

具体的には，近年では，認知症療養計画書の統一化に向けての協議や，実績報告書の鑑別診断項目についての検討，診断後の患者および家族に対する生活支援の相談機能の強化のための相談員の配置の検討がなされた．基幹型認知症疾患医療センターにはこの相談員が配置され，患者及び家族への疾患教育，認知症の行動・心理症状（BPSD）の予防的介入や，介護保険事業所や地域包括支援センターとの連携など幅広い活動が協議会の中で報告されている．

また，基幹型認知症疾患医療センターが大学病院に設置されていることから，各センターと協同で研究活動にも力を入れており，協議会の場で研究内容について討議し結果をフィードバックしている．具体的には，認知症の人に起こる行動・心理症状に対してより良い対応法を明らかにして公開する「認知症ちえのわ net（高知大学，大阪大学，東京保健医療大学で運営をしている，情報通信技術を活用して認知症の方の実践的な支援を行うサイト）」（図 2）の普及と研究推進，認知症ちえのわ net において，有効性が高いと判定された対応法を実臨床場面で実践した際の有効性の検証研究，MCI の人の想いについてのアンケート調

査，認知症の未治療期間の調査などを行った．

講演会の講師は，主に基幹型認知症疾患医療センターの医師が行っており，高知県下に広くアナウンスをし，講演会には認知症看護認定看護師も参加している．具体的には，認知症診療，認知症検査，症候把握に基づいた認知症簡易鑑別診断，BPSD の評価方法と意義，認知症で気をつける神経所見についての講演を行い，好評を得ている（写真 1）（表 1）．また，講演は録画後，DVD で閲覧可能にし，教育的活用をしている．

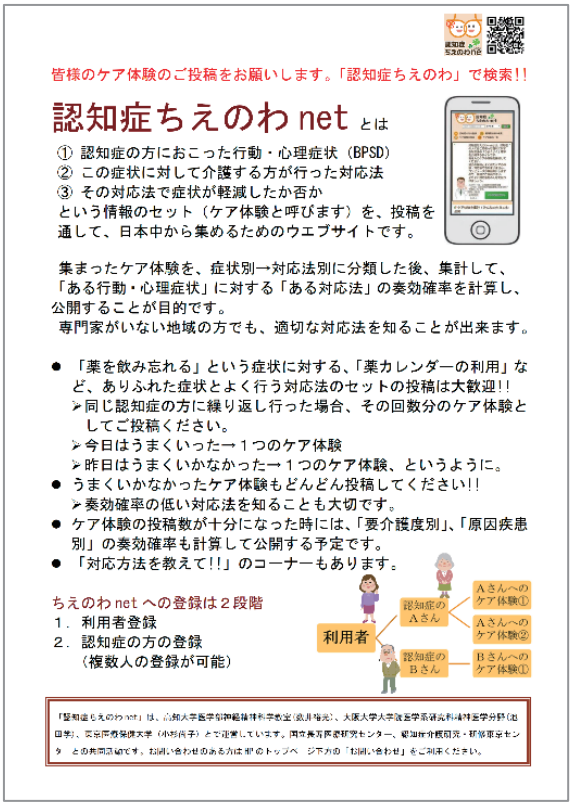


図 2 認知症ちえのわ net の普及・啓発用チラシ



写真 1　講演の様子



写真 2　事例検討会の様子

表 1　講演会の主な内容

タイトル
MMSE と NPI
症候把握に基づいた認知症簡易鑑別診断
認知症に必要な神経画像検査の知識
ベッドサイドでここまでわかる神経診療 『認知症で気をつける神経所見　パーキンソン関連疾患を中心に～』

事例検討会は，各センターが交代で担当しており，対応困難事例を中心に，協議会参加メンバーが意見を出し合い，全県下的な対応方法も含めて，解決方法をディスカッションして

いる（写真 2）．事例は，毎回 2 事例としており，これまで，鑑別診断，初期集中支援チームの活動，地域連携，自動車運転相談，若年性認知症の方への関わり等について検討した（表 2）．

これらの協議会の内容をまとめ，報告書を作成している．報告書の内容は，実績報告，活動報告，業績報告，センターの取り組み，連絡協議会・事例検討会についての議事録，資料という構成で作成している．報告書は，関連機関へ配布している．

表 2　事例検討会のテーマ（2018 年度）

テーマ
初期集中支援チーム員の関わりより
アパシーから脱抑制が目立つようになった FTD 患者への在宅支援
当院で経験した失語症の症例
運転免許，診断書作成相談への対応
幻視，嫉妬妄想を主訴に入院となった症例
幡多地域での地域連携を目指して研修会の今後

1．今後の課題

・現在の連絡協議会は，各センターとの情報共有，スタッフのスキルアップに重点を置いている．今後は，診断，地域連携，若年性認知症患者への支援等，テーマをあらかじめ設定し，ディスカッションを行う参加型の内容を盛り込み，日々の診療，相談支援や認知症施策に活かすことができる形のものも検討している．

・頻度が多く，早期に治療すると自立できるレベルまでに改善可能な特発性正常圧水頭症（iNPH）の早期診断とその後の脳神経外科との円滑な連携によって治療成績を向上させる全県的な連携システムの構築を進めつつある．

・地域偏在を解消する手段の一つとして会議や事例検討会等に ICT（情報通信技術）の活用を検討していきたい．また，基幹型認知症疾患医療センターが後方支援していくが，今後は地域型認知症疾患医療センターが，これまで以上に地域包括支援センターや介護・医療機関との地域連携の拠点となる必要がある．そのために，地域の保健医療，介護保険関係者等から組織する疾患医療連携協議会の開催を検討していく必要がある．

熊本県

熊本県
認知症疾患医療連携協議会の事例

熊本県基幹型認知症疾患医療センター　連携担当者　本堀　伸
熊本大学病院神経精神科　助教　認知症疾患医療センター診療医　石川智久
熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学講座　教授　認知症疾患医療センター長　竹林　実

1．都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報

実施形態	熊本県では，「熊本県認知症疾患医療連携協議会」と，高齢者の権利擁護の取組みを推進することを目的とした「熊本県高齢者権利擁護推進会議」とを一体化した「熊本県認知症施策・高齢者権利擁護推進会議」を設置し，この会議が，都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を担っている．
開催場所	熊本県庁等
開催頻度	年１～２回

会議に参加するメンバー

	メンバーの属性	（名）
1	熊本県基幹型認知症疾患医療センター	1
2	公益社団法人認知症の人と家族の会　熊本県支部	1
3	熊本県老人福祉施設協議会	1
4	一般社団法人熊本県老人保健施設協会	1
5	熊本県地域密着型サービス連絡会	1
6	公益社団法人熊本県医師会	1
7	公益社団法人熊本県看護協会	1
8	公益社団法人熊本県精神科協会	1
9	公益社団法人熊本県薬剤師会	1
10	熊本県弁護士会	1
11	熊本県司法書士会	1
12	一般社団法人熊本県社会福祉士会	1
13	熊本県介護支援専門員協会	1
14	一般社団法人熊本県介護福祉士会	1
15	熊本県地域包括・在宅介護支援センター協議会	1
16	熊本県認知症介護指導者の会	1
17	熊本県民生委員児童委員協議会	1
18	熊本市健康福祉局福祉部高齢福祉課	1
19	熊本県警察本部生活安全部生活安全企画課	1

2. 協議会の位置づけ，過去の議題について

1) 都道府県認知症施策における協議会の位置づけ

熊本県は「認知症になっても安心して暮らせる体制の構築」を重要施策と位置づけ，「医療」「介護」「地域支援」の三本柱の取組を推進している．うち，「医療」の体制整備においては，全国に先駆け，基幹型と地域型・連携型センターの二層構造（熊本モデル）を構築するとともに，さらに地域の認知症サポート医やかかりつけ医等との連携を強化した三層構造の新たな熊本モデルの構築に取り組んでおり，基幹型センターがその扇の要となっている．

協議会としては，認知症医療と介護の連携強化，保健医療水準の向上を目的とした「熊本県認知症疾患医療連携協議会」と，高齢者の権利擁護の取組みを推進することを目的とした「熊本県高齢者権利擁護推進会議」とを一体化した「熊本県認知症施策・高齢者権利擁護推進会議」を位置付け，本県の認知症疾患に係る関係団体等の連携と高齢者権利擁護の取組みの一体的な促進を図っており，同会議の運営も，基幹型認知症疾患医療センターと熊本県との協力の下で実施している(写真 1)．



写真 1　令和元年度(2019 年度)認知症施策･高齢者権利擁護推進会議の様子

2) 過去の主な議題

過去の開催状況及び議題（平成 29 年度以降）は以下のとおり（表 1)．

表 1　熊本県認知症疾患医療連携協議会過去の開催状況と議題

※平成 29 年度以降「熊本県認知症施策・高齢者権利擁護推進会議」として実施	
平成 29 年度 （第 1 回）	①認知症施策及び高齢者権利擁護の推進 ・認知症施策及び高齢者権利擁護の現状 ・認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の改訂 ・今後の本県の認知症施策・高齢者権利擁護の方向性

	②第 7 期熊本県介護保険事業支援計画及び第 7 期熊本県保健医療計画における認知症施策 ・第 7 期熊本県介護保険事業支援計画 ・第 7 期熊本県保健医療計画
平成 29 年度 （第 2 回）	①前回会議での協議事項について ②認知症疾患医療について ・平成 28 年度熊本県認知症疾患医療センター診療実績 ③第 7 次熊本県保健医療計画及び第 7 期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画における認知症施策等関連分
平成 30 年度	①第 7 次熊本県保健医療計画及び第 7 期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画について ②認知症施策の推進について ・認知症疾患医療センターの活動報告等 ・認知症サポーターアクティブチーム認定事業 ・改正道路交通法の運用状況等 ③高齢者権利擁護の推進について ・高齢者虐待防止に向けた取り組み ・成年後見制度利用促進と本県の取り組み
令和元年度	①各計画における認知症施策の進捗状況等について ・第 7 期熊本県高齢者福祉計画・介護保険事業支援計画 ・第 7 次熊本県保健医療計画 ②高齢者権利擁護の推進について ・高齢者虐待防止に向けた取組 ・成年後見制度利用促進と本県の取組 ③認知症施策の推進について ・認知症疾患医療センターの活動報告 ・認知症施策広報啓発事業の取組報告 ④認知症施策推進大綱及び認知症基本法案について

3）認知症疾患医療センターの活動状況の情報共有・評価の方法

認知症疾患医療センターの情報共有手段としては，認知症疾患医療センターのウェブサイトを開設し，各センター（県内 12 か所）における事例検討会の開催状況等の情報を公開している．また，年 3～4 回，認知症疾患医療センター連携担当者会議を開催し，各センターの新患待機状況などの情報を共有している．

これら，普段からの情報等共有に加え，熊本県認知症施策・高齢者権利擁護推進会議（熊

本県における認知症疾患医療連携協議会）においては，資料の共有及び連携担当者からの報告により，各センターの活動状況についての情報を共有し，必要に応じ委員からの意見等をいただいている．

①質の向上に向けた取り組み

熊本県の保健医療計画や高齢者福祉計画において，認知症施策に係る数値目標等が設定されているが，熊本県認知症施策・高齢者権利擁護推進会議では，当該数値目標の設定等にあたって意見等を頂いているほか，設定後は，その進捗状況等について意見等をいただいている．

②議事録の公開

なし

3．今後の課題

熊本県内には 12 か所の認知症疾患医療センターがあり，基幹型センターを中心に，重層的な医療体制を既に構築しているが，今後以下のような課題に対し，協議会において取り組む必要がある．

1）診察までの待機期間短縮

協議会の各委員の職能団体からも認知症の方の緊急対応に苦慮することの悩みが多く，認知症疾患医療センターの待機状況に問題が生じていることが多く議題に上がる．実際に，現実的な認知症疾患医療センター受診枠に対し，認知症診療のニーズが圧倒的に大きく，新規外来患者に待機期間（本稿執筆時の平均で，約 2 か月）が生じている．

そのため今後は，身近なかかりつけ医や認知症サポート医等を含め，地域の医療資源との連携をより密接にし，多層的に，地域の力で対応していくことが必要である．

2）介護分野等との連携強化

認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けられるようにするために，認知症疾患医療センターと，介護・福祉分野との連携を強化し，地域の社会資源の機能を十分に生かせるようにすることが必要である．また，基幹型センター等による研修等を通じ，地域の介護・福祉関係者の認知症対応力のさらなる向上を図ることや，社会資源の開拓等も目を向ける必要がある．

3）認知症疾患医療センターの果たす機能のより適切な評価

認知症疾患医療センターの質の管理や向上に繋げるためには，その機能について，協議会等において適切に評価・分析することが必要であるが，認知症疾患医療センターの多岐にわたる機能を端的に評価できる方法，ないし指標を見出すことが難しいと感じる．また，各センターが置かれている地域ごとの状況，果たしている役割も大きく異なり，評価軸を一意に決めることは困難であることから，各センターについて，その時々での評価をせざるをえな

い.

さらに，認知症疾患医療センターが実施する研修会の数は実際に増えているものの，研修を受講した専門職等の質の向上に係る評価についても，必ずしも追いついていないのが現状である.

認知症高齢者が増加していく中，認知症疾患医療センターの果たす役割を客観的かつ適切に評価し，地域で支えていく体制を一層重視する必要があるため，より相応しい評価指標，評価方法を見出していくことが課題となっている.

今後は，認知症疾患医療センターのより効果的な運用のためにも，協議会の場（各委員の専門的知見）を積極的に活かし，限られた時間の中で課題の解決に向け，資料の提示方法，会議の運営方法等で更に工夫していきたいと考えている.

認知症施策の先進地として，認知症疾患医療体制の更なる充実に向け，引き続き，協議会等での議論を活発に行い，先進的・効果的な取り組みにつなげていきたい.

2

認知症疾患医療センターの診断後支援の事例

北海道

【地域型認知症疾患医療センター】

砂川市立病院の事例

砂川市立病院 副院長・認知症疾患医療センター長　内海久美子

1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	北海道		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	4 名	看護師	2 名
精神保健福祉士	4 名	作業療法士	1 名
臨床心理技術者	2 名	その他	
うち，相談業務を担う職種	○医師　○精神保健福祉士　○臨床心理技術者 ○看護師　　○作業療法士		
診断後支援を実施する対象	○鑑別診断を行ったすべての患者		
医療機関の特性	当院は北海道中空知地域に位置しており,2 次医療圏域の地域拠点病院としての役割を担っている総合病院である．地域救命救急センターや地域がん診療連携拠点病院でもある．診療科は 25 科，医師数 96 名うち精神科医 4 名,総病床数 498 床で精神科 80 床のうち 40 床が高齢者病棟として認知症やせん妄,特に身体合併症を有する認知症患者さんを受け入れている．2018 年度の高齢者病棟の平均在院日数は 49 日,病床利用率は 73%で主に急性期精神医療を担っている.		

2. 実施されている診断後支援

当院の認知症疾患医療センター（以下センター）においては，診断後はかかりつけ医に逆紹介するため，診断後支援を継続的に行っていくことは難しい．しかし診断後支援の第一歩は，初診における鑑別診断名を告げることから始まる．その際の診察には 30～60 分かけている．その手順を以下に示す．

1）認知症療養計画書（図 1）に記載された以下の内容について担当医から説明．

① 心理検査結果の説明：HDS-R，MMSE など．

② MRI・脳血流 SPECT 所見の説明：モニター画面に映して各所見の説明．

③ 診断名の説明：症状経過と現症，および以上の検査結果から考えられる疾患名を告知．

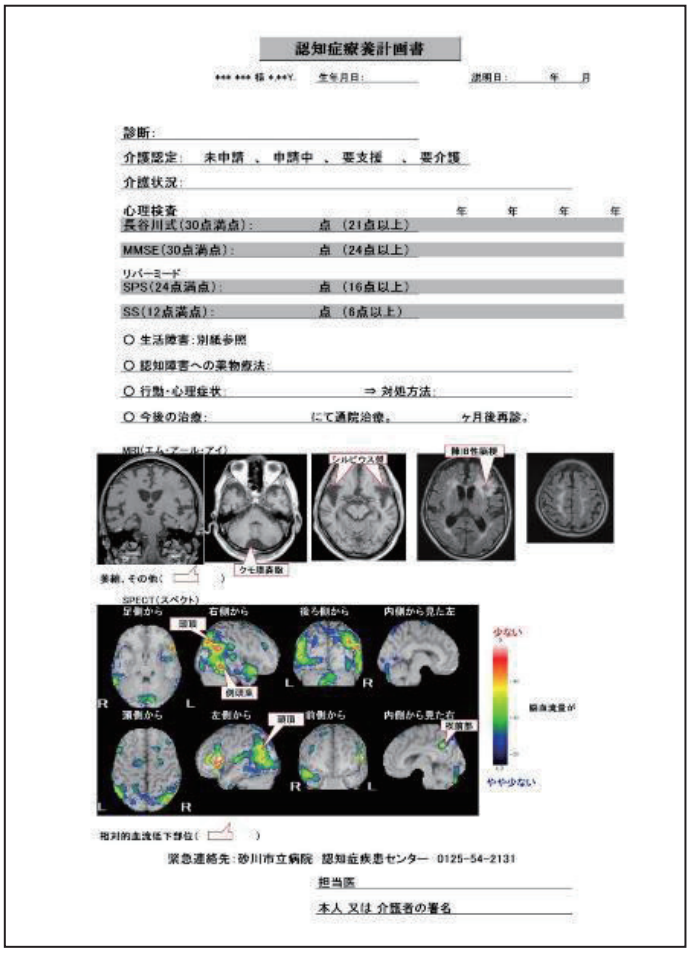
④ 治療薬の説明：もし抗認知症薬を処方開始する場合には，各薬剤のリーフレットを用いて，その効能と副作用について説明．もし副作用と思われる症状が発現した時には，遠

慮なく電話で問い合わせができることを説明.

⑤ 生活上での留意点：日々の生活で推奨される運動や生活習慣について説明．軽度認知障害（以下 MCI）と診断された方には，当院が作成した「認知症予防の手引き」を配布.

⑥ 介護保険利用の勧め：介護サービスが必要と判断した方には，介護認定をするように勧め，手続きについてパンフレットを用いて解説する.

⑦ 今後の通院加療は，専門医療が必要と判断した以外の方には紹介元の医療機関でおこなっていただくが，半年もしくは 1 年後に当院に再診していただくシステムであることを説明して，今後も継続的支援をおこなうことを伝える．MCI と診断され，今後認知症への進行が懸念される方においては 1 年後の受診を促しており，再受診時期が近づくと郵送にてお知らせしている.


認知症療養計画書

診断:

介護認定: 未申請 、 申請中 、 要支援 、 要介護

介護状況:

心理検査

長谷川式(30点満点): 点 (21点以上)

MMSE(30点満点): 点 (24点以上)

リバーミード

SPS(24点満点): 点 (16点以上)

SS(12点満点): 点 (6点以上)

○ 生活障害:別紙参照

○ 認知障害への薬物療法:

○ 行動・心理症状: ⇒ 対処方法:

○ 今後の治療: にて通院治療。 ヶ月後再診。

MRI(エム・アール・アイ)

SPECT(スペクト)

緊急連絡先:砂川市立病院 認知症疾患センター 0125-54-2131

担当医

本人 又は 介護者の署名

図 1　当院センターが配布する認知症療養計画書

＊ 2017 年より，診断告知直後に本人（MMSE 20 点以上）およびすべての家族から，診断前後の心理的変化，診察に対する満足度アンケートを実施している．その結果，不安を抱き受診していたが，受診後に不安は軽減していた．診断告知後の受診満足度は本人 93%，家

族 98%と高く（図 2），両者とも状態変化が病気であると理解しえたことに納得し，家族では治療開始できること・今後の方針が立てられること（表 1）にも満足していた．

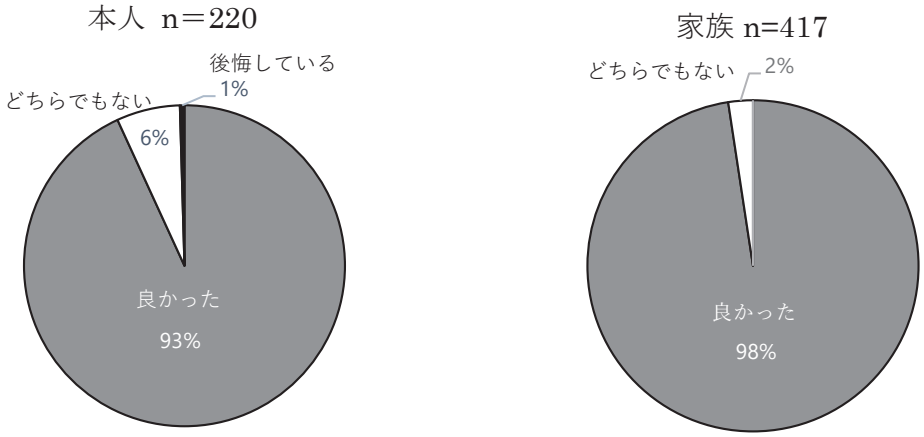


図 2　診断告知直後の受診満足度

表 1　診断告知直後の感想

受診しての感想	本人	家族
原因がわかってよかった．今の状態がわかってよかった	57	163
不安が解消した．気持ちが楽になった	35	59
薬を出してもらえた．治療薬があってよかった	11	39
今後やらなければいけないことがわかった．アドバイスをもらえた	4	37
早くわかってよかった．早く来てよかった	9	34

2）診断直後の認知症認定看護師や臨床心理師からの支援

① 支えあい連携手帳（写真 1）の配布：

当院が作成した連携手帳に電子カルテに記載された情報を記載したうえで，ご本人やご家族にその使用方法を説明して，活用していただくように説明．

② 診断直後の本人の心境を聞き，介護者からは介護に関する悩みや相談を受ける:

手帳配布と同時に，本人からは診断告知直後の気持ちを聞き不安に寄り添う，介護者からは現在の介護の悩みや今後の予想される介護への不安を聞きアドバイスをおこなう．そして今後もいつでも相談を受け付けることを本人家族に伝えている．



写真１　支えあい連携手帳

3）家族支援

① 家族教室の開催：

年に 1～2 回，家族教室を開催している．当院受診歴の有無に拘わらず，近隣市町村の広報誌に掲載して中空知地域の住民を対象にしている．講座は，1 回目は医師から認知症疾患の医学的知識，2 回目は認知症認定看護師から認知症の方との接し方，3 回目は介護者同士の話し合い（グループワーク）の構成からなる．今年度からは，さらに臨床心理師による介護家族のストレスケアマネジメントについて少人数制で実施している．

② 認知症予防教室の開催：

MCI もしくは軽度認知症のご本人やご家族を対象に，作業療法士，臨床心理師，看護師が中心となり，認知症の基礎知識や健康的な生活についての講義，運動（コグニサイズ），当事者同士の交流を目的としたプログラムで行っている．

③ レビー小体型認知症サポートネットワーク（略称 DLBSN）北北海道の集まり：

2014 年にスタートした DLBSN は，当事者や家族が専門家を交えて情報交換ができる場として全国的に展開されている活動で，当院センターにおいても 2016 年から，DLBSN 北北海道を設立して年に 1～2 回開催している．毎回，20 名前後の DLB と診断されたご本人やご家族が参加され 2 時間の交流を実践している．

4）その他

① 認知症初期集中支援チーム（以下，支援チーム）介入の方への支援：

当院センターは砂川市と近隣 5 つの自治体の支援チームにチーム員として参加しており，支援チーム介入終結後も医療や介護のサポートが必要な事例への継続的支援を行っている．

② 認知症カフェへの支援：

砂川市が主催するカフェは月に 1 回開催しており，センターの職員がご本人とご家族を

連れて毎回参加して支援をおこなっている．またカフェの活動内容や在り方などについて情報交換と助言をおこなっている．

③ 運転免許証自主返納の情報提供：

砂川市や近隣市町村では，免許証を自主返納した時にタクシー利用券などの補助制度を実施しており，認知症と診断された方の居住地のサービス内容をお知らせして，自主返納を促している．

3. 認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

認知症医療では，正確な診断・適切な治療を提供するだけではなく，生活を見据えた支援・情報の提供が求められている．診断時に，これらの社会的支援に結び付けていくための情報提供や，本人や家族の心理的支援を同時におこなわなければ，時には早期診断=早期絶望に陥ってしまう．センターは医師だけではなく多職種が配置されており，包括的支援の玄関口である．しかし多くのセンターは逆紹介するため，継続的支援が難しい．まずセンターにおける診断後支援の第一歩は診断直後支援と考え，上述した活動を実践してきた．さらにはセンターとしては，そのセンターに受診した当事者や介護者だけではなくセンターがカバーしなければならない地域住民全体への診断後支援も担わなければならない．そのために当院センターでは，「NPO 法人・地域で認知症を支える会」を組織して，地域住民や医療・介護関係者への支援を展開している．しかし当院センターは，3 つの 2 次医療圏からなる空知ブロックにある唯一のセンターであるものの，実際カバーできているのは 2 次医療圏としての中空知地域のみであるのが現状である．北海道は面積が広大なため，目標とする 2 次医療圏域に 1 か所の設置は実現されていない．北海道には 21 の 2 次医療圏があるが，センターがまだ設置されていない 2 次医療圏が 11 カ所もある．このような悩みを抱えている北海道のセンターは多く，北海道においても 2 次医療圏域に 1 か所のセンターの設置が望まれる．

当院センターが抱えている課題としては，カバーしなければならない対象面積は広いが，その対象の二次医療圏人口は 10 万人と少ないため，当事者グループを組織することが難しい．特に若年認知症の当事者のためには欠かすことができない活動である．来年度からは，若年認知症の方への支援としては，年に 1 回当事者と介護者との懇談会の開催，障碍者就労支援施設に通所する当事者と施設への支援，また当院センターに受診する若年認知症の方は全道から受診しているため SNS を利用した当事者同士の交流や常時アクセス可能な認知症認定看護師とのメール相談体制を計画している．

またこれまでの家族教室の他に，2 ヵ月に 1 回，診断告知直後のご本人（主に MCI や軽度の方）と介護者を対象に家族教室を開催する予定である．この時には，MCI や軽度認知症の方は公的介護サービスを利用する方が少ないため，介護保険利用前の隙間を埋める目的で，各市町村の認知症カフェ情報，老人クラブやサークル情報を提供する．

宮城県
仙台市

【連携型認知症疾患医療センター】

宮城県仙台市いずみの杜診療所の事例

医療法人社団清山会 いずみの杜診療所 医師 山崎英樹

1. 認知症疾患医療センター基本情

都道府県・市区町村名	宮城県・仙台市		
医療機関種別	診療所		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	5 名	看護師	5 名
精神保健福祉士	1 名	作業療法士	3 名
社会福祉士	1 名	その他（経験専門家※当事者）	1 名
臨床心理技術者	1 名		
うち，相談業務を担う職種	○医師 ○精神保健福祉士 ○社会福祉士 ○臨床心理技術者 ○看護師 ○作業療法士 ○その他（経験専門家※当事者）		
診断後支援を実施する対象	○診断後支援を希望する本人 ○家族介護者からすすめられて同意した本人 ○医師や相談員からすすめられて納得して同意した本人 ○院内での本人交流会（ピアサポート）の案内を外来に掲示しており，当事者は自由に参加している.		
医療機関の特性	認知症高齢者の地域生活を支えるため,1999 年から地域密着多機能型複合施設を拡充してきた．多機能とは通い,泊り,訪問ができ,複合とは介護も医療も,という意味である．2014 年に認知症を主体的生きる丹野智文さんと出会い,その頃から当事者の視点をなによりも大切にする権利ベースのアプローチ（Rights Based Approach）に取り組んでいる．2014 年 11 月から当事者とともにピアサポート活動を始めた．2019 年 4 月に設立された「認知症当事者ネットワークみやぎ」と連携し,経験専門家として地域で活躍する当事者を応援している.		

2. 実施されている診断後支援

当院では権利ベースのアプローチ（Rights Based Approach，以下 RBA）に取り組んでいる．診断後支援も，その一環である．なお，ここでいう権利とは民法などの私法上の権利ではなく，憲法に象徴される公法上の権利であり，人権と言い換えても良い．

自分で決めながら主体的に生き（自立），価値を認められて人とつながりながら生きるこ

と（共生）は，当然に享有されるべき人権である．しかし障がいとともに生きる人は，その障がいへの配慮を欠く環境や人々によって主体性を奪われ，つながりを絶たれることがある．RBA は，認知症という障がいのために奪われたり，あきらめたりした当然の権利を，本人と一緒に取りもどす責任が自分たちにあることの自覚を促し，実践を求めるものである．

具体的には，本人が自らの権利に気づき，本来の力を発揮しながら人生を再構築できるように（エンパワメント），本人との対話や交流を重ねながら環境を調整する（合理的配慮）という二つのことが，周囲の責任として求められる．そして，そのような関わりは必然的に一人ひとりの新たな物語を育んでいくのであり，その物語は，「その人の物語」であると同時に「その人との物語」に開かれていく．その意味で RBA は，実は極めてナラティブな営みでもある[i]．

当院の診断後支援は RBA を共有する多職種協同によって行われており，本人抜きに本人のことを決めることはない．必ず，まず対話と交流がある．ここに専門性を越えた水平な関係性が育まれる素地があり，多くの物語が生まれている．ただ，この報告は一人ひとりの物語ではなく，医師としての私の診断後支援の，やや観念的な素描に留まることを予めお許しいただきたい．

2018 年 3 月に仙台市は「個人版ケアパス～認知症とともにあゆむ旅のみちしるべ～」を発行した．当院で関わりを持つ当事者の声が写真とともにいくつか掲載されている．表紙には「本人に聞きながら，本人と一緒に作った，本人ガイド」とある．このプロセスそのものがすでに RBA であり，自ら協力した当事者が悩みながらもエンパワーされていった．そして新たに診断させていただく一人ひとりにこの本人ガイドをお渡しするのが，私の診断後支援のはじまりでもある．

しかし，認知症と診断されたすべてのご本人にこの冊子をお渡しできるわけではない．それは障がいへの病態失認や否認によって妨げられるというより，むしろ障がいへの配慮を欠く私自身の診療の拙さによって，お渡しできないのである．診断後支援は，診察を始めたその瞬間からすでに始まっている．

さて，この冊子の巻頭に 39 歳で認知症と診断された丹野智文さんの言葉が紹介されている．

> 診断後は「認知症＝終わり」だと思い，不安や恐怖から夜，泣いてばかりいました．
> それが元気な当事者やサポートしてくれる人たちとの出会いにより，少しずつですが不安が解消されてきたのです．私は，私よりも先に不安を乗り越えた元気で明るい認知症当事者との出会いにより，十年たっても元気でいられることを知りました．
>
> 私が選んだのは認知症を悔やむのではなく，認知症とともに生きるという道です．

当事者同士（ピア）であること自体に配慮があり，しかもエンパワメントがある（つま

りピアサポートはRBAでもある）.当院では2014年11月から仙台市内で「仕合せの会」（第3土曜，10名程が参加）,2015年5月から院内で「運転免許を考える本人のつどい」（第4火曜，自主返納が広がり参加者は減って2，3名），2018年6月から院内で「仕合せの会 inいずみの杜」（第1・3火曜，第1・3木曜，10名程度）を当事者とともに開催している（いずれも午前中2時間程度）（写真1）．仙台市内で行うときは当院の地域連携室から20名ほどのメンバーに案内状を郵送している．院内で行うものは，診察の合間に当事者が自由に参加しており，通院のタイミングで気軽に参加できるメリットがある．いずれも司会（ファシリテーター）は当事者であり，院内で行うものには「一般社団法人認知症当事者ネットワークみやぎ（Miyagi People with Dementia Network，通称Denmy，代表は丹野智文氏）」の当事者メンバーに有償（交通費込み3000円）で委託している．なお当事者の意向により記録は取らない．職員もほとんど参加しない．以下はピアサポートを経て地域で活躍するようになった女性の手記である．

仕合せの会を紹介され，毎月通うようになりました．夫に車で送っていくと言われますが，一人で行きます．会場まではバスと地下鉄を乗り継ぎます．バスに乗り遅れたり，地下鉄の降りる駅を間違えたり，苦労もありますが，それも楽しみです．夫とは困った時だけ携帯にSOSを出す約束です．バスや地下鉄の中では隣に座った人と会話をしたり，誰にでも話しかけます．人混みや雑踏，活気のあるお店，車窓から感じる仙台の街の空気が大好きです．

現在は，いずみの杜診療所で月2回，認知症のピアサポーターとして認知症当事者との交流会を実施しています．そこではたくさんの人との出会いがあります．認知症の話は特にしません．雑談をする中で自然に認知症の話になることもあります．しかし，困った話をするよりも，楽しい話や自分の話をするようにしています．そうすると，「あんたのいる日にまたくる」と言われるととても嬉しいですし，一緒に来たご家族も笑顔になっていきます．

認知症になっても怖くないです．最近は地域の講話会に講師として招かれることがあります．認知症になったからこそ新たな場所に行けて，新たな出会いがたくさんあるのだと思います．認知症は怖くないです．



写真１　院内での本人交流会（ピアサポート）

2019 年 9 月から隔月でリカバリーカレッジがはじまった(写真 2)．当事者が当事者としての自覚を深めていくための関係者との学び合いの会である．意図的(Intentional Peer Support: IPS)であり，当事者と関係者との協同創造(Co-production)であるという点で，本人だけの居場所づくり的なピアサポートからの発展形であり，Denmy が主催し，当院でも深く関わっている(写真 3)．

なお，2013 年より認知症初期集中支援事業を受託しているが，メンバーには当事者が正式に登録されており，ピアサポーターとして，あるいは経験専門家として貢献している．また 2017 年より若年性認知症施策総合推進事業を受託しており，RBA に沿って就労支援を行っている．



写真 2　リカバリーカレッジ（中心に当事者，周りに関係者）



写真 3　リカバリーカレッジ（関係者が当事者に交じって海外の当事者活動を紹介する）

1. 認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

認知症の早期診断は，本人にとって早期絶望といわれる．医師が放ったことばによる暴力は，多くの当事者やその家族を容赦なく打ちのめしてきた．30 年近く認知症の診療に携わってきた自分も加害者の一人であることは間違いない．

かつて冷たい視線に射すくめられながら，ずさんな医療に委ねられていくしかない老いの現実があった．その現実をただ見過ごしながら，自分自身もまた絶望していたのではなかったか．当事者にとって認知症との最初の出会いは，実は一人の医師との出会いに他ならない．しかし，希望をもたない医者が，患者に希望を添えられるはずはないのだ．認知症の診断後支援というとき，実は医師自らの認知症観が問われている．

医療保険の登場によってボケは痴呆になり，医療費抑制の機運が高まって認知症予防が国の大綱となった．認知症医療は社会状況に押されながら老いの医療化を正当付けたが，MCI に象徴される類型分類 Typology に留まったまま，未だ確かな疾患分類 Nosology に至っていない．したがってエビデンスに乏しく，治療や予防の希望を十分に説くことができない．これが診断後支援を医学モデルで押し通すことができない根本的な理由だ．しかも医学という還元主義が認知症を脳に還元し，人間を脳に還元するとき，脳が不治なら人間は無価値という優生思想が，医師にこそ（医師であるが故に）深く根を張っていく．家族こそが認知症の当事者であると思い，家族にばかり耳を傾けていたころの自分は，この罠に落ちていた．

2014 年に丹野智文さんと出会い，しばしば活動をともにするようになった[i]．一人の認知症当事者との出会いが，自分の認知症観を根底から変えたように思う．認知症の本人は客体ではなく主体である．重要なのは本人に与えられるべき支援ではなく，本人が取り戻すべき権利である．求められるのは危うい善意ではなく，確かな配慮である．そうした，気づいてみればごくあたりまえのことが，以前は見えていなかった．

認知症は進行性の高次脳機能障がいである．進行性という点では ACP などのがん医療からの学びがあり，障がいという点では自立生活運動や障害者権利条約などの障害者運動からの学びがある．これらは総じて，医学モデルというより社会モデルに立脚している．臨床医が認知症の診断後支援に取り組むときの要諦は，医師としての責務を果たしながらも，さらに自らの医学モデルを超えることにあるといえるだろう．

i　山崎英樹：権利を基礎とする認知症医療・介護の在り方に関する研究と実践．生存科学 Vol.30-1：181－199，2018.
ii　山崎英樹：Dementia Friendly Community とはなにか ～ 宮城県仙台市の経験．老年精神医学雑誌 28：503-510，2017.

福島県

【連携型認知症疾患医療センター】

あずま通りクリニックの事例

医療法人湖山荘 あずま通りクリニック 院長 小林直人

1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	福島県・福島市		
医療機関種別	診療所		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	1 名	保健師	1 名
精神保健福祉士	1 名	看護師	3 名
臨床心理技術者	2 名	作業療法士	1 名
その他（メディカルクラーク ）	1 名	その他（介護福祉士）	1 名
うち，相談業務を担う対象	○医師 ○精神保健福祉士 ○臨床心理技術者 ○保健師 ○看護師 ○作業療法士		
診断後支援を実施する職種	○鑑別診断を行ったすべての患者		
医療機関の特性	福島県北地区（福島市，伊達市，二本松市，本宮市など）を二次医療圏域とする連携型センター．同圏域の総合病院に地域型センターが 1 カ所設置されている．クリニックは市の中心地にある福島駅から徒歩数分の立地にあり，1 階は外来，2F～4F にはリハビリ部門を併設し，上層階は高齢者住居として機能している．認知症初期集中支援チームの運営のほか，地域型疾患センター，かかりつけ医，地域包括，行政との協働を通じた地域連携促進機関としての役割を担っている．		

2. 実施されている診断後支援

当センターでは，基本的には鑑別診断を行う初診患者全員を対象として，必要に応じた診断後支援を行っている．中でも，市内の若年性認知症患者の受診が多く，その支援に特に力を入れている．受診予約の希望がある場合，地域医療連携室の保健師が初診の前に電話で聞き取りを行い，患者の病状，家族背景，ケアの体制などを整理しておく．受診当日は診断のための各種検査のほか，聞き取れなかった情報，特に経済状況などを時間をかけて確認し，病状に合わせた情報提供を行うようにしている．具体的には介護保険の申請のほか，自立支援医療，障害者手帳，障害年金の申請など，患者，家族と話し合いながらメリットとなり得る支援策を受診の度ごとに少しずつ提案していく．

薬物療法は認知機能の維持のみならず，ADL を長期的に維持させ，病状の進展を遅らせる効果的な治療法であり，若年性認知症治療の主軸となる．高額な抗認知症薬を十分量長期的に継続していく必要があるために，自立支援医療制度の利用はほぼ全員の患者に推奨している．一方，ケアの点では，介護保険の申請を基本的に推奨しているが，まだ介護が必要でないと思われたり，認定を受けたとしても適切なサービスにつなげることが難しい場合が多い．その理由としては，多くのサービス事業所が高齢者を対象とし，若年者に好まれやすい運動などの身体的リハビリを主体としたプログラムになっていないためと推測する．当院では，4F フロアで精神科デイケアを展開しており，1 日 20～30 名程度の精神疾患の患者が利用されている．そこに若年性認知症の患者も通所し，患者の病状に合わせた様々なプログラムに参加している．医療保険を利用したサービスである上，クリニックに併設されているということもあり，その後の介護サービスにつながるきっかけとなることが多い．さらに，生活機能の維持された患者は，市内にある就労支援施設を紹介し，定期的な通所により賃金を得られるような支援を行っている．

若年性認知症の診断後支援においては，患者本人の支援以上に家族支援が欠かせない．主介護者となる配偶者も現役世代であり，就労しながら介護をしなければならないことが多い．当センターでは，平成 28 年 6 月に若年性認知症の家族会「ゆずの会」を設立し，月 1 回第 2 金曜日の夕方に定期的に開催している．約 1 時間程度であるが，前半に笑いヨガ，アロママッサージ，リース作りなどといった家族が交流しながらリラックスできる時間を提供し，後半はグループに分かれた茶話会を開いている（写真 1）．



写真 1　若年性認知症家族会「ゆずの会」茶話会の様子

グループ編成は，同じような病状，悩みのある家族をまとめるようにし，毎回同じメンバーにならないように配慮している．会には専門医，保健師，看護師，精神保健福祉士などが加わり，個別相談ができるようなブースも設けている．若年性認知症の家族ならではの悩みや不安の分かち合い・情報交換の場となっており，最近では，県内の疾患センターや行政職

員なども参加する頻度が増え，同様の場所を提供することが計画されている．

現在，19 名の登録があるが，そのほとんどが女性介護者であり，毎回平均 10 名程度が参加されている．開催時間中に別フロアの一角で作業療法士が患者本人を対応しながら，茶話会のコーヒーを淹れたり，お茶菓子の準備をしている（写真 2）．



写真 2　別フロアでの茶話会の準備の様子

作業や会話を通じて，本人の身体機能や作業能力の評価が行われるが，今後の治療方針を検討していく上での貴重な情報となっている．さらに，5F ラウンジで定期的に開催している認知症カフェ「みんなのカフェ」でも若年性認知症患者がコーヒーを淹れて参加者に振る舞う機会があり，本人が生き甲斐を感じる場所となっている（写真 3）．

「ゆずの会」を運営してきた中で，女性と男性で介護の上での悩みが大きく違うことが問題点として挙がり，女性患者を介護する男性介護者の会も立ち上げた．男性の場合，失敗する患者にいらつき，暴言や暴力に発展することも少なくない．若い男性介護者であれば，なおさらのことであり，疾病の理解や対処法を積極的に伝達しながら，トラブルを回避するための方法を参加者同士で共有するように努めている．



写真 3　みんなのカフェでの活躍の様子

3. 認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

認知症疾患医療センター（以下，疾患センター）で診断後支援を行うことの意義としては，1 か所で集中的な支援が行いやすいことが挙げられるだろう．様々な情報を伝えたとしても，患者，家族はどこに何を相談したらよいのかわからないことが多いのが実際である．疾患センターが窓口となり，支援手続きの補助ができれば，様々な制度を利用したケアの体制作りがより円滑となる．また，疾患センターという立場での支援は，各領域の専門家がチームで関わることができるため，一般専門機関よりも，困難ケースをサポートすることが可能となる．認知症初期集中支援チームを機動させている疾患センターであれば，サポート力はより一層強まる．

疾患センターの場合，診断後に逆紹介をすることが多いために，前頭側頭葉変性症などの特殊な疾患に対する支援体制の問題点を集約していく機会を失ってしまうことが懸念される．逆紹介した場合，その後の治療や支援がどのようになっているのかを確認できたり，必要に応じて疾患センターからの支援を速やかに受けられる体制が求められている．さらに，初期の頃から様々な支援に熟知した認知症専門医が関わる場合とそうでない場合（例えば，いくつかの医療機関を経て疾患センター受診につながる場合など）の支援体制や経済的問題も含めた予後の違いを評価し，疾患センターで支援すべき患者の選定や支援すべき時期・期間などを明らかにしていくことも重要な課題となる．

群馬県

【地域型認知症疾患医療センター】

内田病院の事例

医療法人大誠会 内田病院 理事長 田中志子

1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	群馬県		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	3 名	看護師	2 名
精神保健福祉士	1 名	作業療法士	1 名
社会福祉士	1 名	臨床心理技術者	1 名
うち，相談業務を担う職種	○医師 ○精神保健福祉士 ○社会福祉士 ○臨床心理技術者 ○看護師 ○作業療法士		
診断後支援を実施する対象	○鑑別診断を行ったすべての患者		
医療機関の特性	利根沼田を二次医療圏とする地域型の認知症疾患医療センターで，利根沼田地域に限らず，県内北部全般から患者さんが来院する．外来診療にて鑑別診断の他，その後の生活に関しても幅広く対応している．また，一般病棟にて入院受け入れし，身体拘束をせず，内科的疾患の治療や，内服調整，リハビリ等を行う．認知症ケアに特化し，回復期リハビリ病棟ではリハビリ実施後，在宅復帰支援を実現させている．地域に精神科病床がなく，当院（関連施設含め）にて BPSD 重度な方々の受け入れを担っている．		

2. 実施されている診断後支援

認知症の診断を受けた方には，診断名を言い，その病気の特徴を伝える．主にご家族様に対し，その特徴に対する対応を話したり，今後起こり得る症状やその対応についても話す．時には当院で実際に行っているケアの方法を伝え，当院作成のハンドブックを参考にしてもらうよう紹介する(写真 1)．診断後，早期の薬物療法を希望する方もいるが，まずは非薬物療法を勧める．生活スタイルの見直しをし，規則正しい生活，適度な運動，食事等の留意点を指導する．例えば「散歩は毎日しています」と言い切る人がいた時には，一人で歩くよりは仲間を作って歩くこと，話をしながら歩いたり，景色の感想を言ったり，時には軽く汗をかくくらいの運動も必要であると具体的に説明する．かかりつけ医がいれば認知症療養計画書を作成し，本人，家族，かかりつけ医と情報を共有する．普段はかかりつけ医に受診していただき，経過が追えるように当院への受診も続けてもらうよう病診連携を図る．また，

難聴の方には難聴が孤立や認知症を進行させるリスクを話し，専門医の受診を勧めている．

軽度認知障害の診断後は，仕事を続けている方や，家庭を切り盛りしている方も多いので，役割を失わないこと，また，慣れた動作以外のことにも取り組むように説明し，定期的に受診し経過を追う必要がある旨を説明する．受診が途切れることのないように半年後や，１年後という時期を伝える．

若年性認知症の方には，院内の若年性認知症支援コーディネーターと協力し，面談をする．その際には就労の継続や，活用できる公的支援の検討をし，必要に応じて各関係機関への連絡や連携を図る．見守りがあれば就労ができそうな方には，就労支援部署と連携し，系列施設内で，布団の整頓や，車いすの清掃等，できる作業を提供する．また，作業療法の中で，家事動作を確認しながらおやつ作りをし，スタッフと食べることや，元々の職業を尊重し，大工仕事のできる方には，系列保育園で使用できるような積み木の作成なども行ってもらっている．リハビリを行う中でも，単調なリハビリを行うのではなく，周囲の方々を支援してもらえるような立場の役割を担ってもらう．

運転免許の更新のため受診された方には，運転を安全に続けるため，運転に関するリハビリ（ドライバーリハビリ）を勧める．リハビリをしながら運転の適性を確認し，運転が危険な場合には，リハのデータを示し，返納支援する(写真 2)．その際ご家族様にも来院していただき，支援の内容等を説明している．

また，介護保険の申請手続きの支援をする．初回の申請時はご家族の戸惑う様子は顕著である．「この用紙を持って窓口へ行ってください」「申請ができたら連絡をください」等，ご家族に行ってもらうことを明確にしている．

介護認定が済むまでに空白の時間がないように，外来で医療リハビリを勧め，通院を促す．これはリハビリそのものも大切な目的であるが，曜日の感覚を持って定期的に出かけること，出かけるための身支度，他者との交流，外部との接触の機会を得る，本人に合ったプログラムを行い，達成することで満足感や役割，居場所の実感を得ることをもう１つの大きな目的としている．

リハビリの対象とならない方には『ラウンジ活動』という自主クラブ活動への参加を促す(写真 3)．歌の会，手芸，書道，切り絵等あるが，手作業が苦手な方にはお茶会や農作業のクラブ（就労支援も含む）を勧める．手芸は経験者も多く，当初は受講者として参加を促すが，得意な方には指導者をお願いし，別のクラスを受け持ってもらう．しかしながら，自主とはいえ，複数のスタッフが黒子としてサポートしている．時にはご家族様も一緒に参加してもらったり，送迎だけをお願いし，会の間の時間は別の場所でゆっくり過ごしてもらっている．

通院や介護申請を希望されない方もあるため，見守りが途切れないように，地域の在宅介護支援センターに連絡し，訪問を依頼する．そしてその結果を戻してもらい，連携を継続する．

また，ご家族に対して，認知症家族会を開催している．経験がある方には実際の経験談を

話してもらったり，未経験の方には，現在の悩みを話してもらう場所となっている．経験者にはすでに通ってきた道であり，家庭で工夫したことを教えてもらうことができている．臨床心理士が中心となって運営しているため，認知症の症状の確認や，対処方法も伝えている．その他，家族の本音や，葛藤なども共有している．

認知症カフェを開催し，当事者やその家族の交流の場としている(写真 4)．手芸をしたり，体を動かしたりもするが，参加者の中から「あったかいものが食べたい」という希望が聞かれたため，協働でおやつを作り，食べながら楽しく過ごすこともある．地域での社会参加を勧め，役割を持ち，張り合いを持って生活するよう話し，心配なことがあれば，いつでも相談してほしいと説明する．

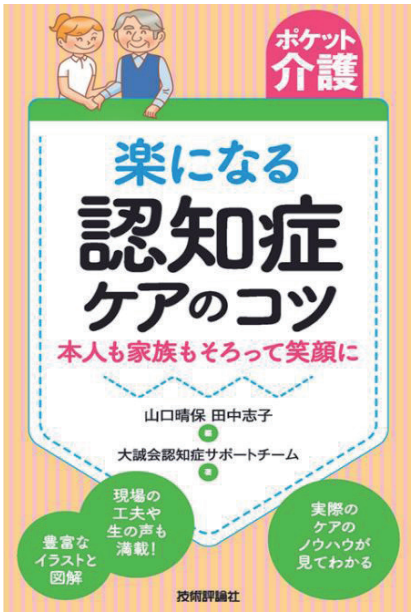


写真1『楽になる認知症ケアのコツ』表紙

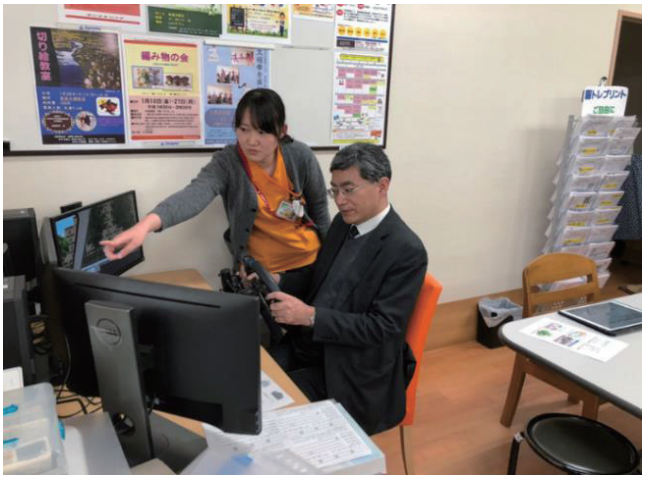


写真 2 ドライバーリハビリを体験される東京都健康長寿医療センター研究所粟田主一先生



写真 3　ラウンジ活動：軽度認知障害の外来患者が認知症の人に編み物を指導
生徒は地域の人や，関連施設在住の入院，入所の方も含まれる．



写真 4　認知症カフェの様子

3.　認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

専門的な検査をし，専門の医師に診断をしてもらい，認知症という疾患を受け入れなければならない方々の不安は計り知れない．診断を受けた当事者とご家族を不安に陥れないこと，そして放置しないことが一番と考える．

診断名に合った症状の特徴を踏まえ，的確に支援を行うことが重要である．進行の状況により，対応の方法や，必要な支援も変化する．その時の支援の優先順位を考えながら，対象者を迷わすことのないように対応していく必要がある．

専門のセンターとして，専門医はもちろんだが，他専門職種による多角的に支援ができること，適宜，専門的な検査にて科学的に経過を追うことが役割である．

また，認知症初期集中支援チーム員としての活動を通し，地域での困難事例の検討，支援を地域包括支援センターと協働して行っているが，認知症疾患医療センターとして，すべての症例に対し，多職種で支援を行うが，地域との連携も欠けてはならない．そこで，定期的な会議の中では，その地域の近況を把握することも必要である．

さらにケア研修会や，認知症対応力向上研修を行い，地域の医療・福祉従事者へ最新情報を発信したり，技術力の向上を支援し，地域全般の対応力の底上げも考える．

住民向けには公開講座を開催し，日常的に予防に取り組むこと，地域の見守りが重要であること，不安があるときには各所，相談をする発信力を高めてもらう．

認知症にやさしい地域づくりを目指して，認知症の方がひとり歩きをし，不明事故につながらないよう，早期に捜索するシステムを社会福祉協議会と協働で継続運営していく．小学生を中心とした模擬訓練を引き続き行い，幼いころから認知症の方への理解と，対応の方法を学べる機会を持つ．

不明事故のリスクの高い方々には，もしもの時に備えた，基本情報の登録や，静脈認証登録を勧めていく．

地域への情報発信，情報共有は必須であり，地域全体で認知症の理解，対応するスキルが高まることが必須である．これらは当疾患センターですでに実施していることであるが，多くのセンターが同じように活動できるとは限らない．しかし地域型，連携型ではこうした診断後支援を柱の一つに掲げる必要がある．

東京都

【地域型認知症疾患医療センター】

東京都健康長寿医療センターの事例

東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター 係長 畠山 啓

1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	東京都・板橋区		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	2 名	臨床心理技術者	3 名
精神保健福祉士	2 名	看護師	1 名
社会福祉士	2 名		
うち，相談業務を担う職種	○医師 ○精神保健福祉士 ○社会福祉士 ○臨床心理技術者 ○看護師		
診断後支援を実施する対象	○鑑別診断を行ったすべての患者 ○医師から指示があった患者 ○本人・家族介護者から要請があれば行う ○相談員の判断で必要に応じて行う		
医療機関の特性	高齢者を対象とした高度専門医療，急性期医療を提供する病院であり，高齢者の医療と研究の双方を実践し，「認知症」は重点医療に位置付けている．東京都区西北部（板橋区，豊島区，北区，練馬区）を二次医療圏域とする地域型認知症疾患医療センター．東京都では，二次医療圏単位に地域拠点型認知症疾患医療センター，市区町村単位に地域連携型認知症疾患医療センターを配置することとしており，当院は地域拠点型に位置づけられている．地域連携型と協働して，認知症の専門医療，地域連携推進，人材育成の機能を担っている．		

2. 実施されている診断後支援

当院では，診断後の患者支援として，①心理教育，②認知症カフェ，③当事者の会を開催し，家族介護者（ケアラー）支援として，①家族教室，②認知症カフェ，③相互交流・ピアカウンセリングを開催している．また，個別の相談支援として，独居や高齢夫婦のみ世帯，若年性認知症患者には，特に力を入れて対応している．

1） 認知症カフェと家族教室「認知症はじめて講座＋（ぷらす）カフェ」の開催

地域住民や当院受診患者，その家族等が認知症の基礎知識が学べる機会として「病気の知識と治療編」と「ケア・サポート編」の 2 つの講座からなる「認知症はじめて講座」を毎月開催している(写真 1)．2019 年度よりカフェも同時開催し，講座がない時間帯でも専門職を配置することで，気軽に相談できる環境を提供している(写真 2)．2 つの講座は，前者は精神科医師による診断や治療についての講義，後者はコメディカルスタッフが，認知症に対するケアと利用できるサービスについての講義を行っている．2018 年度は，12 回開催し，参加者総数は 189 人であった．

2） 当事者の会「私たちで話そう会」の開催

認知症あるいは MCI と診断された方が，認知症と共に生きる上の悩みや生活上の困りごとを相談できるサポートグループとして，「私たちで話そう会」を毎月開催している．予定管理や探し物，服薬管理等の生活障害や記憶障害に起因する不安や悩みをグループで共有し，心理職から具体的な助言などを行っている．2018 年は，12 回開催し，参加者総数は 40 人であった．

3） 家族交流会の開催

もの忘れ外来・精神科・神経内科等を受診している患者家族を対象に，医師や公認心理師等による講義と交流会を開催している．講義は，1 時間程度，毎回テーマを変更している．交流会は，家族の相互交流に重きをおき，スタッフは補足程度に関わっている．2018 年度の参加者総数は，76 人であった．講義タイトル等は表 1 のとおり．

表 1　家族交流会の講義タイトルと担当者

開催回	講義タイトル	担当者の所属職種
第 1 回	精神科医にきく認知症 Q&A	精神科医師
第 2 回	介護経験者と語ろう	介護経験者
第 3 回	誰でもが抱えている排泄のお話	看護部認知症看護認定看護師
第 4 回	生活習慣病と認知症-生活習慣病のコントロール	糖尿病・代謝・内分泌内科医師
第 5 回	介護うつ	精神科公認心理師
第 6 回	認知症と食支援	歯科口腔外科医師
第 7 回	介護者のリラクゼーション	精神科公認心理師
第 8 回	自宅でできる転倒予防や筋力維持	リハビリテーション科理学療法士
第 9 回	認知症の経過で見られる病気や気をつける症状	神経内科医師
第 10 回	もしものときに役立つ，医療とお金のまめ知識	認知症疾患医療センター精神保健福祉士
第 11 回	高齢者の低栄養の見つけ方	栄養科管理栄養士
第 12 回	暮らしの困りごとをへらす	精神科公認心理師

4） 個別の相談支援

受診前のインテークにおいて，独居や高齢者のみ世帯，若年性認知症が疑われる場合，その他受診をきっかけに支援が必要と思われる場合には，事前に診察する医師と情報共有している．診察においても生活支援等の介入が必要と判断される場合には，精神保健福祉士や公認心理師が個別の相談対応を行っている．相談内容の多くは医療機関のみで解決できない問題であるため，地域包括支援センターや認知症支援コーディネーターと連携して，患者の希望に沿った支援を検討している．また，認知症カフェや家族交流会等に参加された方で，個別の相談希望があった場合には，診断結果について患者・家族がどのように理解しているのか，生活状況はどうなっているのかなどを適切にアセスメントして，関係機関との連携や社会資源の情報提供等を行っている．



写真１　公認心理師の講座（認知症はじめて講座）



写真２　看護師のウクレレ演奏（認知症カフェにて）

3. 認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

認知症疾患医療センターで診断後支援を行う意義は，①医療者が病気の説明と併せて社会資源の情報提供ができること，②個人の病状に合ったケアや関わり方の提案ができること，③地域の相談機関より医療機関の方が相談しやすい場合に対応できることが挙げられる．診断を受けるだけでは生活上の問題が解決しないため，適切なタイミングで社会資源と繋がることが出来るかが今後の生活を大きく左右する．患者・家族が医療者から病気の説明と社会資源等の情報提供をうけることによって，今後の道筋を知ることができるのは，大きな意義があると考える．また，今必要なくても，今後必要な時に相談できる場所があることを知るだけでも，患者・家族にとって大きな利益になると考える．医療者が治療の延長で経済や就労の問題を含めた生活について相談を受け，関係性を構築した上で地域の相談機関を紹介するといったアプローチができることも認知症疾患医療センターで行う意義になると考えられる．

今後の課題は，①事業の継続と②適切なタイミングで連携することが挙げられる．当院においては，予算やマンパワーの観点から家族会やカフェをいつまで続けられるかわからない．始めた事業は出来るだけ続けられるようにすること，そして，長期的な関わりを見込んで，いかに地域の家族会やカフェ等に繋げられるかが，今後の課題であると考える．地域における社会資源は，新規事業者の参入や閉鎖する事業所，対象者の変更など日々変化している．そのような状況下で，医療機関としての認知症疾患医療センターがその時々で何ができるのか，何が求められているのかを見極めていくことも大切であろう．

石川県

【地域型認知症疾患医療センター】

石川県立高松病院の事例

石川県立高松病院　院長　北村　立

1.　認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	石川県		
医療機関種別	精神科病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	4 名	看護師	11 名
精神保健福祉士	3 名	作業療法士	3 名
臨床心理技術者	3 名	その他（事務員）	1 名
うち，相談業務を担う職種	○医師　○精神保健福祉士　○臨床心理技術者 ○看護師　○作業療法士		
診断後支援を実施する対象	○医師から指示があった患者 ○本人・家族介護者から要請があれば行う ○相談員の判断で必要に応じて行う		
医療機関の特性	石川県立高松病院は昭和 41 年に開設された 400 床の単科精神科病院であり，縦長の石川県のほぼ中央，加賀地方と能登地方の境目にあるかほく市に立地する．県精神科救急システムの基幹病院であり，精神科救急・急性期医療と，認知症を含む老年期精神疾患の専門医療を二つの柱として運営してきた．近々依存症の県拠点病院，災害拠点精神科病院に指定される予定であり，石川県の精神科医療において中核的な役割を果たしている．		

2.　実施されている診断後支援

平成 21 年度に当センターと介護支援専門員（CM）協会河北支部が協力して 2 ヶ月に一度の勉強会を開始し，22 年度からは近隣市町の地域包括支援センター（包括）と河北郡市医師会も参加して，事例検討会を中心とした勉強会を隔月で開催している．さらに 27 年度からは薬剤師や歯科医師も参加するようになった．これにより，かかりつけ医や CM 等から当センターへアクセスしやすい状況が作られている．

初診時に，家族構成や既往歴，生活歴，性格傾向，介護サービスの利用状況のほか，嗜好や生活リズム，痛みや転倒しやすさなどの健康状況と，具体的な ADL・IADL の状況について，「生活状況確認シート」を用い，看護師が問診する（図 1）．シートは当院のホームページからダウンロード可能であり，CM が初診時に記載して同伴することも多い．初めての受

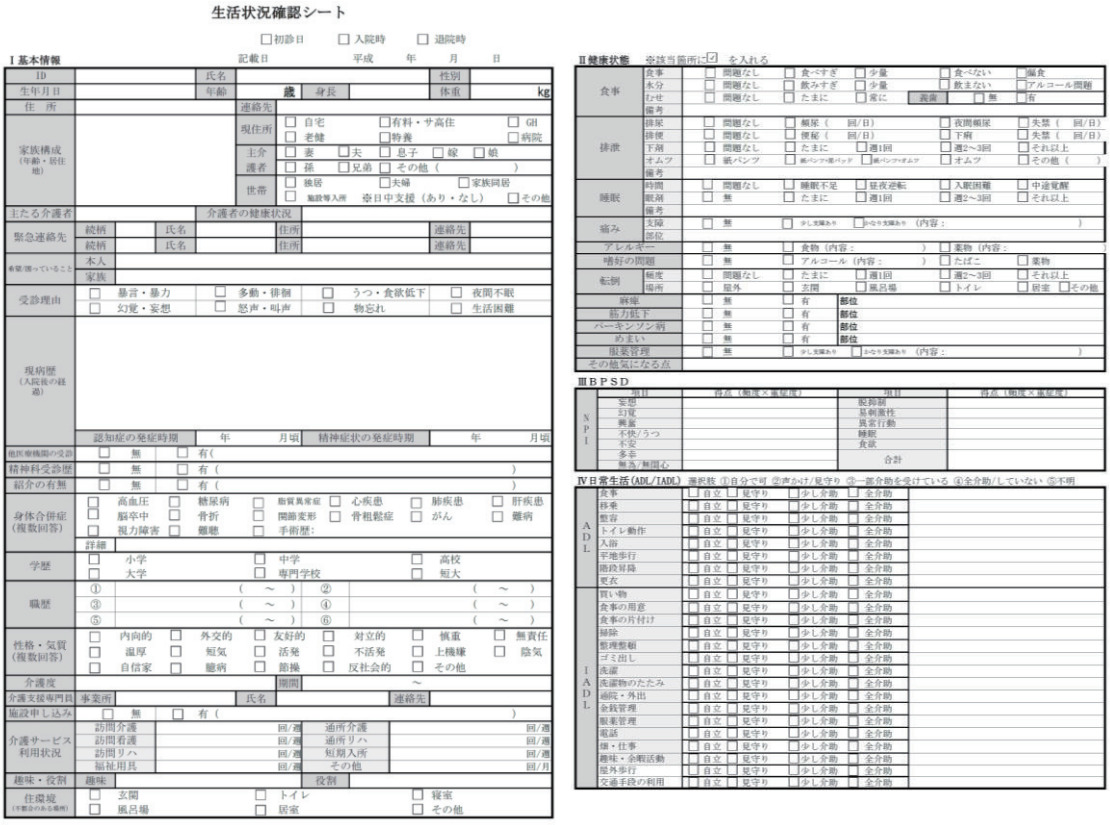
診では，家族は「物忘れがひどい」とか「迷子になる」など，自分たちが気になる症状を説明したがることが多く，抜け落ちなく生活状況を聴取することは難しい．よって共通のシートを用いてシステマティックに情報収集することが必要で，生活状況の把握は診断後支援をする上で最も重要と考えている．医師は認知症を診断し，治療方針を立てることと並行して，生活機能全般を評価し，将来的に行動・心理症状の悪化につながりそうな点を見立てる．例えば，服薬管理が困難になっているにも関わらず，総合病院の複数の診療科にかかり，ポリファーマシーになっているなら，処方をかかりつけ医に一本化することを考えたり，夫の行動をいちいち注意するような妻ならば，訪問看護などを通して対応方法を教育していくことを考えたりする．また，何らかの手立てをしないと認知症が悪化すると心配する家族は多く，農作業が生きがいの人に無理矢理デイサービスを勧めたり，計算の苦手な人にドリルを与えたりして本人との関係を悪くすることがある．性格傾向や生活歴から導き出される本人の価値観，その人がこれまで何を頼りに生きてきたかに注目して支援方法を考えることが，精神医学的視座に立った認知症診療と考えている．当センターでは作業療法士（OT）が興味関心チェックシートを用いて患者のしたいことややりたいことを聞き取り，また ICF（国際生活機能分類）を用いて生活機能を評価しているのが特徴といえる．そして必要に応じて訪問看護師（訪問 Ns），精神保健福祉士（PSW）らも診察室に呼び，医師の見立てを説明し，本人や家族と打ち合わせを行う．包括職員や CM らともその場で連絡をとって，初診時にケア会議や自宅訪問の日程を決めることも多い．

特に単身者や高齢夫婦世帯では，問題が顕在化する前に，フォーマル，インフォーマルな支援体制を構築する必要がある．実際の生活の場を見ることは重要なので，多くの場合，訪問 Ns と OT が自宅へ訪問し，環境などを評価し，家族らにアドバイスを行う．例えば整理整頓しやすいように引き出しにラベルを貼るとか，ホワイトボードやデジタル電波時計の利用を勧めるといった簡単なことから，住宅改修の提案まで様々である．また初回訪問時に包括職員や CM と家族，時には民生委員や地域のキーパーソンらを交え，ケア会議をする．これらを初診後 2〜4 週以内に行ない，精神科訪問看護や介護サービスの利用など支援方法を具体的に決めてしまうので，本人や家族が受診を拒む場合を除き，近隣の市町では初期集中支援チームの活躍の場は少ないようである．また，長年の経過の中で，地域での問題が生じるたびに，このように支援者を本人宅に集めてケア会議を開催している．当センターからの訪問 Ns，PSW，OT が各々中心になることもあれば，地域の CM や包括職員が中心になることもある．時には医師が参加することもある．

通院について，行動・心理症状が治まり状態が安定しても，そのまま継続的に通院するケースが多く，かかりつけ医と並行して通院するような形になる．認知症疾患医療センター（センター）の本来の役割は，診断，治療方針を決定後かかりつけ医に逆紹介することだろうが，「また悪くなったら受診してください」の判断は，家族や CM，かかりつけ医さえも難しいことが多く，当センターとのつながりを絶たないことで安心してもらえる．受診者の多

いセンターでは無理かもしれないが，我々のような規模なら可能である．また，歯科の定期検診のように，軽度認知障害や行動・心理症状の目立たないケースでは，3 か月，6 か月，1 年ごとの受診を勧める場合もある．先々の予約をするだけで本人や家族は安心して生活できるようである．

そのほか，若年性認知症に対する障害年金や自立支援医療に関しての PSW の対応や，精神科訪問看護，内外の地域連携室との連携などについては改めて説明しない．


生活状況確認シート

□初診日　□入院時　□退院時

記載日　平成　年　月　日

Ⅰ基本情報

ID		氏名	性別
生年月日		年齢　歳	身長　体重　kg
住所		連絡先	
家族構成（年齢・居住地）		現住所	□自宅 □有料・サ高住 □GH □老健 □特養 □病院
		主介護者	□妻 □夫 □息子 □嫁 □娘 □孫 □兄弟 □その他（　）
		世帯	□独居 □夫婦 □家族同居 □施設等入所　常日中支援（あり・なし） □その他
主たる介護者		介護者の健康状況	
緊急連絡先	続柄　氏名	住所	連絡先
	続柄　氏名	住所	連絡先
本人/聞っていること	本人		
	家族		
受診理由	□暴言・暴力 □多動・徘徊 □うつ・食欲低下 □夜間不眠 □幻覚・妄想 □怒声・叫声 □物忘れ □生活困難		
現病歴（入院後の経過）			
	認知症の発症時期　年　月頃	精神症状の発症時期　年　月頃	
他医療機関の受診	□無 □有（　）		
精神科受診歴	□無 □有（　）		
紹介の有無	□無 □有（　）		
身体合併症（複数回答）	□高血圧 □糖尿病 □脂質異常症 □心疾患 □肺疾患 □肝疾患 □脳卒中 □骨折 □関節変形 □骨粗鬆症 □がん □難病 □視力障害 □難聴 □手術歴：		
	詳細		
学歴	□小学 □中学 □高校 □大学 □専門学校 □短大		
職歴	①（　～　） ②（　～　） ③（　～　） ④（　～　） ⑤（　～　） ⑥（　～　）		
性格・気質（複数回答）	□内向的 □外交的 □友好的 □対立的 □慎重 □無責任 □温厚 □短気 □活発 □不活発 □上機嫌 □陰気 □自信家 □癇病 □節操 □反社会的 □その他		
介護度		期間　～	
介護支援専門員	事業所	氏名	連絡先
施設申し込み	□無 □有（　）		
介護サービス利用状況	訪問介護　回/週	通所介護　回/週	
	訪問看護　回/週	通所リハ　回/週	
	訪問リハ　回/週	短期入所　回/週	
	福祉用具　回/月	その他　回/月	
趣味・役割	趣味	役割	
住環境（不都合のある箇所）	□玄関 □トイレ □寝室 □風呂場 □居室 □その他		

Ⅱ健康状態　※該当箇所に☑を入れる

食事	食事	□問題なし	□食べすぎ	□少量	□食べない	□偏食
	水分	□問題なし	□飲みすぎ	□少量	□飲まない	□アルコール問題
	むせ	□問題なし	□たまに	□常に	義歯 □無 □有	
	備考					
排泄	排尿	□問題なし	□頻尿（　回/日）		□夜間頻尿	□失禁（　回/日）
	排便	□問題なし	□便秘（　回/日）		□下痢	□失禁（　回/日）
	下剤	□問題なし	□たまに	□週1回	□週2～3回	□それ以上
	オムツ	□紙パンツ	□紙パンツ+尿パッド	□紙パンツ+オムツ	□オムツ	□その他（　）
	備考					
睡眠	時間	□問題なし	□睡眠不足	□昼夜逆転	□入眠困難	□中途覚醒
	昼寝	□無	□たまに	□週1回	□週2～3回	□それ以上
	備考					
痛み	疼痛部位	□無	□少し支援あり	□かなり支援あり	（内容：　）	
アレルギー		□無	□食物（内容：　）		□薬物（内容：	
嗜好の問題		□無	□アルコール（内容：　）		□たばこ	□薬物
転倒	頻度	□問題なし	□たまに	□週1回	□週2～3回	□それ以上
	場所	□屋外	□玄関	□風呂場	□トイレ	□居室 □その他
麻痺		□無	□有	部位		
筋力低下		□無	□有	部位		
パーキンソン病		□無	□有	部位		
めまい		□無	□有	部位		
服薬管理		□無	□少し支援あり	□かなり支援あり	（内容：	
その他気になる点						

Ⅲ BPSD

	項目	得点（頻度×重症度）	項目	得点（頻度×重症度）
NPI	妄想		脱抑制	
	幻覚		易刺激性	
	興奮		異常行動	
	不快/うつ		睡眠	
	不安		食欲	
	多幸		合計	
	無為/無関心			

Ⅳ日常生活（ADL/IADL）　選択肢 ①自分で可 ②声かけ/見守り ③一部介助を受けている ④全介助/していない ⑤不明

ADL	食事	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	移乗	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	整容	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	トイレ動作	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	入浴	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	平地歩行	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	階段昇降	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	更衣	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
IADL	買い物	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	食事の用意	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	食事の片付け	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	掃除	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	整理整頓	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	ゴミ出し	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	洗濯	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	洗濯物のたたみ	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	通院・外出	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	金銭管理	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	服薬管理	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	電話	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	趣・仕事	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	趣味・余暇活動	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	屋外歩行	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助
	交通手段の利用	□自立	□見守り	□少し介助	□全介助

図 1　生活状況確認シート

3．認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

当院は単科精神科病院なので，元々精神障害者に対する多職種協働での生活支援は重要な業務の一つであり，最も得意とするところである．しかし大学病院や総合病院神経内科など，センターの設置主体によっては生活支援に不慣れな，あるいは業務自体が不適当な施設もあるだろう．社会福祉士や PSW，OT などの専門職を配置すれば生活支援が円滑に行われるというものではないし，地域の認知症医療における立ち位置や，センター長の考え方等にも，センターでの生活支援の在り方は影響されるだろう．したがって，センターを現在のような基幹型，地域型，診療所型という区分けではなく，得意な機能ごとに，診断型，生活支援型，身体合併症対応型などに類型化し，さらに言えば教育と研修を行う施設を基幹型とすれば

いいのではないかと愚考している．

さいごに当センターの課題をあげる．一つは若年性認知症に関することである．石川県では，高度な検査機器をもつ大学病院や総合病院で若年性認知症の診断がなされることが多い．これ自体は望ましいことだが，診断後当センターにつながるのは，行動・心理症状が現れ，まさしく精神科の患者になってからのことが多く，特に金沢以南の人にその傾向が強い．もう少し早い段階でアクセスしてもらうよう，若年性認知症コーディネーターも配置したが，まだまだ力不足，宣伝不足である．二つ目はスタッフについてである．上に掲げた 25 人ものスタッフのうち，専任は嘱託の公認心理士のみで他はすべて兼務であり，お役所らしい名前だけのスタッフが半数以上である．さらに筆者は痴呆疾患センター以来 25 年間この業務を行っているが，他の中核メンバーもベテラン職員ばかりになってきた．そろそろ若返りが必要だが，例えば訪問 Ns について，病棟の運営上若手 Ns を訪問に回す余裕はなく，病院管理者としても頭の痛いところである．

滋賀県

【連携型認知症疾患医療センター】

藤本クリニックの事例

医療法人藤本クリニック 理事長 藤本直規

１．認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	滋賀県		
医療機関種別	診療所		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	１ 名	看護師	１ 名
臨床心理技術者	１ 名		
うち，相談業務を担う職種	○医師 ○臨床心理技術者 ○看護師		
診断後支援を実施する対象	○鑑別診断を行ったすべての患者		
医療機関の特性	認知症診断と治療とケア，家族支援などに特化したもの忘れクリニックである．また，背景疾患や病期に関わらず，軽度期や若年者のデイサービス“もの忘れカフェ”，非薬物療法としての“本人・家族心理教育”“本人・家族交流会”，若年認知症者や精神障がいの人，社会と繋がっていない若者などに，内職仕事を提供する“仕事の場”を行なっている．さらに，本人や家族，支援職などのための相談センターである“もの忘れサポートセンターしが”“若年認知症コールセンター”などを滋賀県から委託されている．また，病院脳神経内科医とかかりつけ医との事例検討会，県内の介護施設スタッフの自主勉強会，地域医師会と共催で多職種連携の会を行なっている．		

２．実施されている診断後支援

1）診療での初期支援：認知症の人と家族を支えるツール

① 本人・家族用問診票

初診時に，本人と家族の問診票をそれぞれ記載してもらい，その結果を，本人と家族の同席で話し会うことで，本人が診療に主体的に関われることを目指している．本人の訴えは「物探しが多い」が多く，家族は「何度も同じことを聞く」が多い．しかし，本人が症状をはっきりと自覚していることを家族と共有できれば，診断後の治療がよりスムーズになる．

② 指導箋，ケアマニュアル，本人が読む読本

診断後，本人と家族に対して，病気の症状などについて説明した“指導箋”，病気の時期に応じた生活障害に対する“ワンポイントアドバイス”，認知症の人が症状と対応策について学ぶ“読本”（私認知症と言われてしまいました：ワールドプランニング，ご本人が読

む本：エーザイ株式会社），就労中の若年認知症の人と企業には“若年認知症ケアマニュアル”などを渡している．全て，当院が作成した指導用資材である．

③ アクセス自由な相談電話

診断・告知とともに，「今日からは我々とその仲間ができる限りの支援をするので，必要なら受診日に限らず遠慮なく相談を持ちかけてください．」と，支援者であり続けることを表明し，利用制限なしの相談電話の番号を教える「相談電話カード」を渡している．年間の相談数は，通院患者約 1200 件，通院歴のない人約 400 件（家族と専門職からは半々）である．

2）診断後の非薬物療法

診断後の非薬物療法の場は，一般に介護保険制度でのデイサービスであるが，軽度期の人は行きたがらないので，制度外での“居場所”“仲間”“役割”“活動”の受け皿が必要となってくる（図 1）．

①本人・家族心理教育

高齢軽度者のうち，病名告知後，病気の受容が充分でない人たちに，病気について仲間とともに学ぶ，月 2 回，1 回約 1 時間，1 グループ約 10 名の心理教育を行っている．本人には，認知症の症状について書いた冊子（本人が読む本）を読み合い，仲間同士の自由な話し合いの場と，様々な知的活動を行っている．また，家族へは，認知機能障害と対応などの説明とピア・カウンセリングの場を提供している．

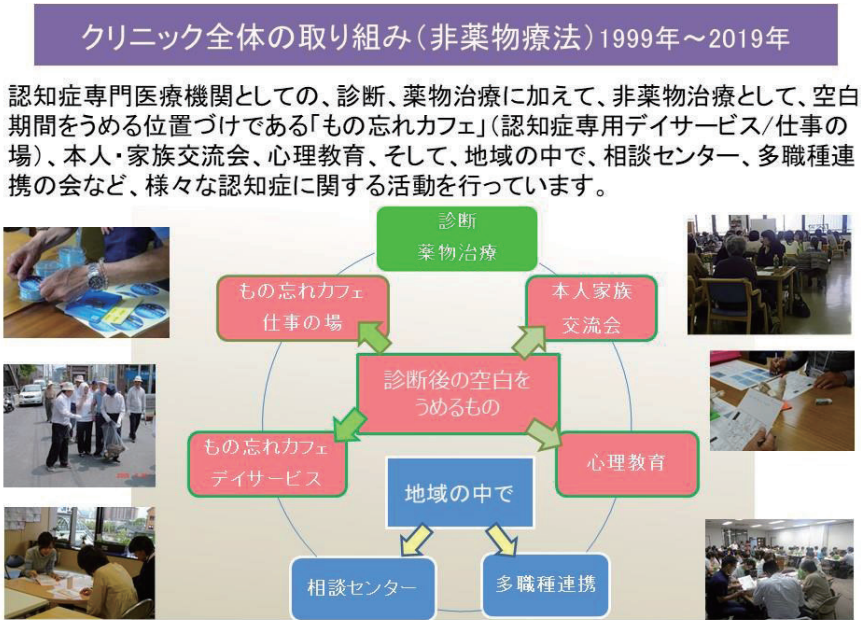


図 1　診断後の非薬物療法

② 本人・家族交流会

2ヶ月ごとに，本人とその家族の交流会を行っているが，毎回15～20名の認知症の人と30～50名の家族の参加があるが，それぞれ，半数が若年認知症の人である．ミニ講義を行った後に小グループを作り，男性介護者グループや実母を介護している娘グループ，夫を介護している妻グループ，義父母を介護している嫁グループなど，家族の属性別にピア・カウンセリングの場を提供している．交流会が家族だけでなく本人たちにとっても年齢や病期の違いに関わらず共に過ごし，語り合う場となっていることで，参加者した本人・家族とも，この場の経験から要介護認定を受け，デイサービスを利用することを受け入れはじめることが多い．診断直後の参加を受け入れる交流会は，本人・家族を孤立させないための診断直後の支援体制の一つとして重要と考えている．

③ 就労継続支援

就労中に受診した若年認知症の人に対して最も重要なのが，現職場での仕事の継続である．診断後，本人・家族の了解を得て，職場の上司や人事担当などと連絡を取り，必要なら，面談を行い，仕事の様子などを聞き取り，その時々の症状にあわせた支援の仕方を教える．

就労継続支援の対象は，2014年～2018年の初診患者2189名のうち，若年認知症新患数238名で就労中だった人20名であり，就労継続支援期間は平均22カ月間であった．主な連携内容は，・職務内容の報告と相談（文書・電話・面談・メール）・上司，同僚への助言と心理的サポート・配置転換や休職の判断についての検討であった．仕事の継続ができたことで，経済的に安定し，子供達の就学が継続された．

④ 仕事の場

診断後の若年認知症の人が，最終的に職場を退職となった場合，就労意欲は衰えていない彼らは，「自分のしたことが仕事として評価され，少しでも対価をもらいながら何か社会に役立ちたい」などと希望した．そこで，毎週水曜日午後12時から午後4時までを内職仕事を請け負う仕事の場として提供している（写真1）（写真2）．



写真１　内職仕事_1



写真２　内職仕事_2

2019 年 4 月現在の参加者は，若年者 23 名，高齢者 7 名，平均年齢 63.5 歳，平均 MMSE23.3 点，他に，発達障がい者などが，毎回約 30 名参加している．診断直後の若年軽度の人に仕事の場を紹介すると多くが参加され，「ここでは，気兼ねなく喋れる．誰かの顔色を見なくて良い．」と，仲間とともに病気を語れることこと，社会参加出来ること，作業が出来なくなっても，出来る方法を探せることで，診断直後の不安感が軽減されている．

⑤ 若年・軽度認知症の人のための自立型デイサービス「もの忘れカフェ」®

認知症専用デイサービスでは，年齢の若い軽度期の認知症の人の受診が増えるにつれて，デイサービスへの参加を拒否することが多くなり，「もの忘れを何とかよくしたい」「誰かの役に立ちたい」など，できる限りの症状の改善や生活場面での失敗の減少を望み，社会での役割を求め，「仲間が仕事をしているのに，自分だけ遊んでいるわけにはいかない」と言うようになった．そこで，2004 年から自主活動と社会参加を重んじたデイサービスである若年・軽度認知症専用自立型デイサービス「もの忘れカフェ」®の取り組みを始めたところ，若年者だけでなく，軽度高齢者も参加するようになった（図 2）．

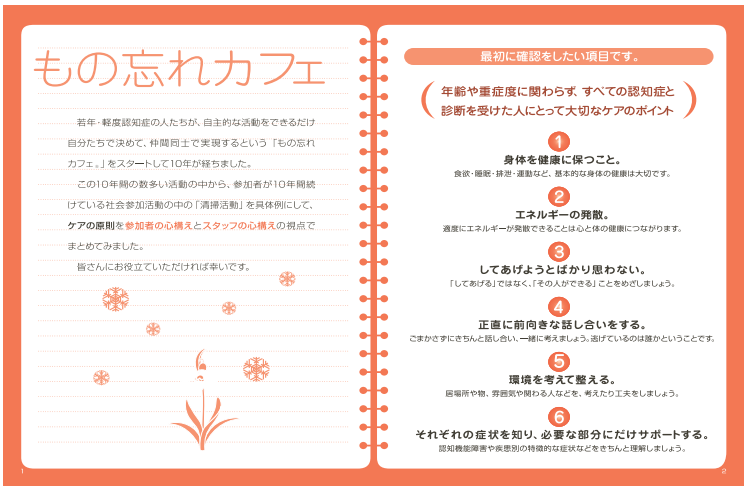


図 2 もの忘れカフェマニュアル

⑥ 若年認知症対策への協力

当クリニックでの若年性認知症への取り組みをベースに，平成 17 年から，滋賀県の若年性認知症へ協力ないしモデル事業の委託を受けた．この中には，他の認知症疾患医療センターへの“若年研修”や，仕事の場を県内に広げるための“ネットワーク会議”，企業への研修，若年性認知症に対して対応できる事業所を増やすための“若年認知症支援者見える化事業”などへの協力，県内の多職種連携の会を取りまとめる会である“認知症にかかる医療と福祉の滋賀県大会”の大会長を 5 回務めた．これらの取り組みの結果，令和 2 年度から，若年認知症コールセンターや企業研修は，他の認知症疾患医療センターや各保健所圏域に拡げられる予定である．

⑦ 多職種地域連携

軽度期から高度期まで，身体疾患の治療を担うかかりつけ医との治療上の連携は不可欠である．そこで，医師，歯科医師，薬剤師，看護師，地域包括支援センター，ケアスタッフ，警察，民生委員などが参加する多職種地域連携の会の事務局として，医師会医師の主導で事例検討会を行っている．ここに参加するかかりつけ医の多くは“認知症サポート医”で，在宅診療を行っており，発症初期だけでなく，その後の支援にも欠かせない存在である．当クリニックが滋賀県から委託を受けた企業研修事業の講師の多くは，この会に参加しているかかりつけ医に依頼している．

3．認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

1）軽度期の初期支援のための非薬物療法の重要性

軽度認知症の人への初期支援は，診断後の「病名告知」と「経過と予後の説明」によって，“何が起こっているか分からないという不安“を少しでも軽くすることから始まる．そして，仲間とともに病気に向き合おうとする気持ちを支え，認知機能障害への対処の仕方を学ぶ機会をつくる．そして，病初期に出会った仲間や支援者の存在は，病状が進行しても精神的な支えになる（ピア・サポート）．この時期の支援のありようが，その後の経過に影響を与えると考える．認知症疾患医療センターの役割は，診断だけではなく，診断後の本人及び家族への初期支援のための工夫と，その後の継続的な心理療法的な支援である．診断して治療を受けることのメリットの“見える化”は，診断を受けた人への支援であるとともに，これから受診を考えている人たちの“受診への敷居”を低くし，早期受診を促す．もちろん，当クリニックでの，“心理教育”“仕事の場”“もの忘れカフェ”などの取り組みがそうであるように，ぞれぞれの内容が本人の希望に沿ったものであることと，症状が進行しても，できるだけ本人の意向を確認しながら，その時々の認知機能障害に配慮した内容に変えていく必要があるため，認知機能障害を見極め，それに対して適切なケアを提供できる能力が求められる．

2）診断後初期支援の今後の課題

認知症の早期発見のために医療が果たすべき役割は，“認知症のことを学び，多職種とフラットな関係がとれる”かかりつけ医のネットワークを土台にして，必要な時に専門医に紹介しやすい連携体制である．そのためには，日常的に顔を合わせ，様々な課題について議論できる継続的な多職種による事例検討会で，診断後初期支援の重要性と方法を，かかりつけ医を中心とした医療と，行政，介護，地域で共有する必要がある．初期支援のために用意される“居場所”は，単なる“仲間がいる場所”だけではなく，認知機能障害により起こっている生活での不自由さに対するケアの導入によって，“工夫次第で何とかなる”ことが学べ

る場所であることが望ましい．今後は，軽度期の非薬物療法の場をさらに地域に広げることと，行政や住民などが行なっている“介護予防”の取り組みとの連携が必要である．

最後に，本人と家族を継続的に支えるためには，症状進行期や身体疾患悪化時には，初期支援を担当している医療機関から，地域のかかりつけ医や介護事業所に医療とケアがスムーズにバトンタッチされることが重要である．

大阪府
大阪市

【地域型認知症疾患医療センター】

大阪市立弘済院附属病院の事例

大阪市立弘済院附属病院 副病院長・大阪市福祉局高齢者施策部 医務主幹 中西亜紀

1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	大阪府・大阪市		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	3 名	保健師（PSW 資格）	1 名
精神保健福祉士	（保健師に表記）	看護師【認定看護師】	2 名
臨床心理技術者	2 名	作業療法士	1 名
CM 資格を持つ福祉職員	1 名	心理士の相談員	1 名
うち，相談業務を担う職種	○保健師で精神保健福祉士(専従)　○CM 資格を持つ福祉職員 ○臨床心理士資格を持つ相談員 ＊上記のほか、教室等で相談を担当する者 ○医師　○認知症看護認定看護師　○臨床心理技術者		
診断後支援を実施する対象	○医師から指示があった患者 ○本人・家族介護者から要請があれば行う ○相談員の判断で必要に応じて行う		
医療機関の特性	当院は，明治 21 年設立の大阪市直営の福祉施設併設の病院である．徘徊等の BPSD を伴う認知症者の専用棟（第 2 特別養護老人ホーム）では，前頭側頭型認知症のケア等に共に取り組んできている．平成 21 年に大阪市の認知症疾患医療センター（地域型）に指定され，市北部 8 区（人口 933,930 人，高齢者 223,878 人，高齢化率 23.97%）を担当している．もの忘れ外来は神経内科と精神科で担当し，患者家族支援を中心に取り組んできている．行政兼務医師がおり，大阪市の認知症施策の一翼を担っている．		

2. 実施されている診断後支援

もの忘れ外来では，相談員の聞き取りの時点で早期介入が必要と考えられた例や，主治医が必要と判断した場合は，診察室に相談員が同席したり，ただちに支援を開始している．個々の外来での個別対応以外に，当院では以下の取り組みを行っている．

認知症を診断し治療を開始していく際に，あるいは，認知症の人の生活に伴走していく際に，診察室で医師が一人で対応するだけでは，どんなに時間を割いても病気の説明だけでも

十分行えないことを痛感するため，専門診の開始以後，その時代ごとに，対応可能なスタッフが手探りで支援システムを構築してきた．初期に病気をしっかりと理解すること，必要な支援につながることは，BPSD の予防にも有効であり，介護者の燃え尽きを防ぐ効果があり，認知症とともに生きる生活の質を高める重要なスタートになる．そしてそのスタートは，その後大切で有効な繋がりを育んでいくものであり，それは同時に我々医療職等にとっても人生を教示してくれるかけがえのないものとなると考えている．

また，これらの支援システムには，当院が公的施設であることから，一定のルールの元，認知症初期集中支援チーム員や認知症地域支援推進員等が研修として参加している．

1)「もの忘れ教室」

特に診断後初期に主にご家族に病気の理解を深め，利用可能な制度を知っていただくことを目的として平成 20 年から定期開催している．現在開催しているテーマは次の 3 つである（図 1)．

① 医師　：「認知症という病気について」
② 認知症看護認定看護師　：「認知症のある人とのかかわり方」
③ 保健師（精神保健福祉士）：「認知症の人と家族のための福祉サービス」

説明するタイミング，説明する人が異なると聞く人の受け入れが変わることを経験する中で，もの忘れ外来の初期診断の際などに，医師もしくは外来看護師等から参加を促している．希望者は，何度でも参加可能である．



図 1　もの忘れ教室のご案内



弘済院 家族の会

2020 年 1 月

12 月定例会 「アンガーマネジメント～イライラとのつきあい方」

担当:大阪市立弘済院附属病院 患者支援部 相談員 林 牧

アンガーマネジメントとは怒ることを我慢することではありません。怒ることと怒らなくてよいことを分けられるということです。自分がどのようなことにイライラするのかを知り、腹が立ったときに衝動的に言ってしまうことをコントロールする方法を学びます。今回のお話では怒りとは何か、どのように怒りは生まれるのか、そしてイライラと付き合うための衝動のコントロール・思考のコントロール・行動のコントロールについてお伝えしました。

（林 牧 記）資料をご希望の方はもの忘れ外来まで

参加された御家族の声

◆介護中は自分の生活リズムを乱されることがしんどかったです。我慢できない時は CD などで音楽を大音量で聴いたり、他の家族に話たりしてイライラやストレスを解消していました。

◆母の介護ではあまり思わなかったのですが、父の介護でイライラしてしまうことが多いです。元気なころの父を思い浮かべるからだと思います。

◆決まった場所とは違う場所に食器をなおすので、食事の準備をする度に食器を探さなくてはいけなくて腹がたちます。季節に合わない服を出してくるので尋ねると「知らない」と言われます。病気のためだとわかっていてもイライラしてしまいます。

◆妻が施設に入所しています。居眠りをしながら食べるのではかどらず、ついもっと食べてもらいたくて怒ってしまいます。後で妻には謝っています。☞施設では食事は下膳時間が決まっているのでしょう。補食にゼリーやプリンなどで栄養価の高い食品が販売されているので利用してみて下さい。食べて欲しいという願いは愛情だと思います。

◆ショートステイを利用していますが、帰宅後に混乱して大変で疲れてしまいます。疲れたら、時間があっても用事を先送りにしています。介護にはイライラがつきものだと思います。

◆ 今日のお話で、第 1 次感情の見つめ直しが、自分の整理につながると思いました。とりわけ自分の「・・・すべき」を一時的に横に置いておく、「べき」を遠ざけることが介護にとって大切であると思いました。

◆第 1 次感情がコントロールできたら第 2 次感情でイライラしなくて済むのかもしれないですね。みんな疲れているのは一緒、自分が休むしかない。何回も聞かれることや混乱することのイライラ予防には、「○日に××をする」といったメモを残して、怒りが生じる元を減らしていました。

家族会は毎月第 3 火曜日 13 時 30 分から駅地内にある寿楽館にて開催しています。
外来を受診される家族の皆様と「認知症」について勉強会を持ち、一人で悩まず同じ立場で相談したり意見を聞かせてもらう事によって「認知症」と言う病気をより深く理解することが出来るのではと思います。
どうぞお気軽にお越しください。

図 2　　弘済院家族の会会報 Vol75. 2020 年 1 月号

2）「弘済院家族の会」：平成 14 年から，当院もの忘れ外来を受診した認知症の人の家族を対象として，毎月第 3 火曜日に 13:30 から開催している．現在は，外部講師を含む専門職からのミニ講演と交流会で構成している．診断後初期から既に本人が他界された後の家族まで，毎回約 30 人程度の家族が参加することが多い．参加できない人への情報提供として毎月会報を発行している．会の終了後などにも，自然発生的に家族同士の交流が行われている（図 2）．

3）「第 1 水曜の会」：当院もの忘れ外来通院中の若年発症～初老期発症で，病名告知を受けた人本人及び家族の集いの場として平成 18 年から運営．認知症看護認定看護師，看護師，臨床心理士および臨床心理士資格の相談員が担当している．認知症の人本人が話し合ったり，ともに作業に取り組む時間と並行して家族の集いが開催されているが，隔月で勉強会を開催するとともに個別相談も行っている．ここで知り合った仲間で別の院外行事に参加する姿も散見される．平成 29 年から若年性認知症外来を開設したため，令和 2 年度からこの会の拡充を予定している．

4）「もの忘れお悩み相談」（看護外来）：平成 23 年に設置し，認知症看護認定看護師が予

約制で約 1 時間の枠で，個別相談に応じる形としているが，残念ながら諸事情により一時お休み中である．

5) その他：非薬物治療（グループ回想法）の治療グループにも自然と家族の集まりができ，治療と平行して家族支援を実施している．また，併設施設の介護スタッフ等の方が適切な支援が可能と判断される場合は，連絡をして対応してもらうこともある．

3．認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

意義

2) 専門性：特に若年性認知症や希少な疾患など，より専門性が求められる場合に有効である．

3) 顔が見える安心感：診断をした主治医とともに仕事をしている仲間からのサポートを得られる．

4) 確実性：診断時点では，主治医との関係がまだ十分に確立されていない場合が多い．その状況で，他の機関での支援を紹介した場合，さらに見ず知らずの所に必ず行くとは限らない．

5) シームレスな連携：診断だけで他の機関につなぐよりも，患者家族が精神的にも安定した状態で次の支援につながることができる．
次の関係機関でうまくいかないことがあったら，またここ(この人)に相談したらよいという「拠り所」にもなる．

課題

1) 支援を受けられない人の課題：有効な診断後支援システムを構築したとしても，
① 日程の都合などで参加できない．
② 必要性を理解できない．
③ 家族等がいない．
等の理由で支援につながらない人が少なくない．

2) 地域の支援とつなぐための課題：認知症疾患医療センターは担当エリアのみならず，広域に患者が受診している場合が少なくなく，その場合は居住地域の事情がわかりにくい．特に若年性認知症において，その傾向が強い．

3) 支援実施のための課題：以下①～③については，診断後支援のみならず，認知症疾患医療センターの課題であり，さらには認知症施策における重要な課題でもある．

① 専門職のスキルアップ：例えば，家族支援は家族会でだけではなく，全職員が，認知症の理解を深め，多様な場面で日常的に支援に携われる力をつけていくこと必要である．

② 多職種協働，コミュニケーション：コミュニケーションを深めて情報を共有し，まずは院内そして地域の誰にどうつなげることが望ましいのかを理解する必要がある．

③ 人材確保，人材育成：異動，退職等で人が入れ替わる中，組織として継続的にどう力をつけていくのか重要である．

大阪府
堺市

【地域型認知症疾患医療センター】

浅香山病院の事例

公益財団法人 浅香山病院 柏木一恵

1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	大阪府・堺市		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	1 名	精神保健福祉士	2 名
臨床心理技術者	1 名	その他	
うち，相談業務を担う職種	○医師 ○精神保健福祉士 ○臨床心理技術者		
診断後支援を実施する対象	○医師から指示があった患者 ○本人・家族介護者から要請があれば行う ○相談員の判断で必要に応じて行う		
医療機関の特性	急性期，回復期リハ，地域包括ケア，緩和ケア病棟を持つ総合病院であるが，大正 11 年に精神科病院として開設された歴史を有し，精神科リハビリテーションではパイオニア的役割を果たしてきた．病床は 6 割強が精神科病棟．その定床 804 床のうち 120 床（2 病棟）が認知症疾患治療病棟．その他に合併症病棟，精神科で特殊疾患治療病棟を有し，認知症の身体疾患，ターミナル期にも対応．また関連施設として特養，老健，訪問看護ステーションなどを有している．認知症初期集中支援チームを堺市から委託されている．		

2. 実施されている診断後支援

1）鑑別診断を受けた全例に堺市の認知症パスを配布している（図 1～6 に一部抜粋）．

2）若年性認知症に対しては堺市の認知症推進員を紹介し，地域生活のサポートを依頼している．医療機関としては，介護保険利用に至らない軽度の若年性認知症患者の外来集団作業療法のグループを立ち上げ，診断後から介護保険利用までの空白の期間をサポートする役割を担っている（図 7）．また同時に同グループの家族の集いを同時間帯に行い，家族支援も合わせて行なっている．

3）就労中の初期認知症患者に対しては PSW が中心となり，職場と調整やジョブコーチの活用の模索などを行なっている．

4）単身独居や介護家族が脆弱である場合は診断後速やかに包括支援センターと連携を取る

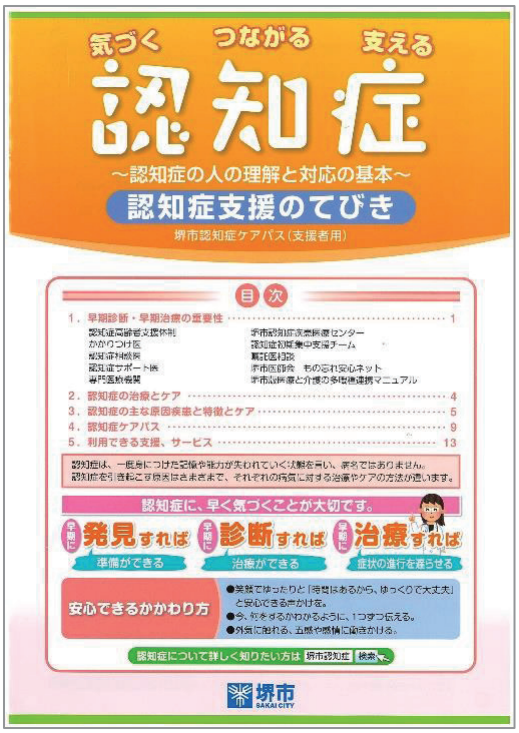


図１　堺市認知症支援の手引き_表紙



図２　堺市認知症支援の手引き_1 頁

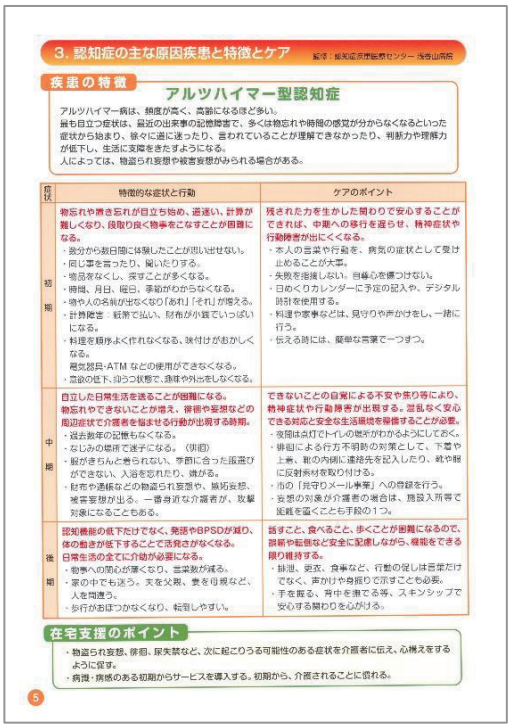


図３　堺市認知症支援の手引き_5 頁



図４　堺市認知症支援の手引き_6 頁



図 5　堺市認知症支援の手引き_9, 10 頁_認知症ケアパス_1

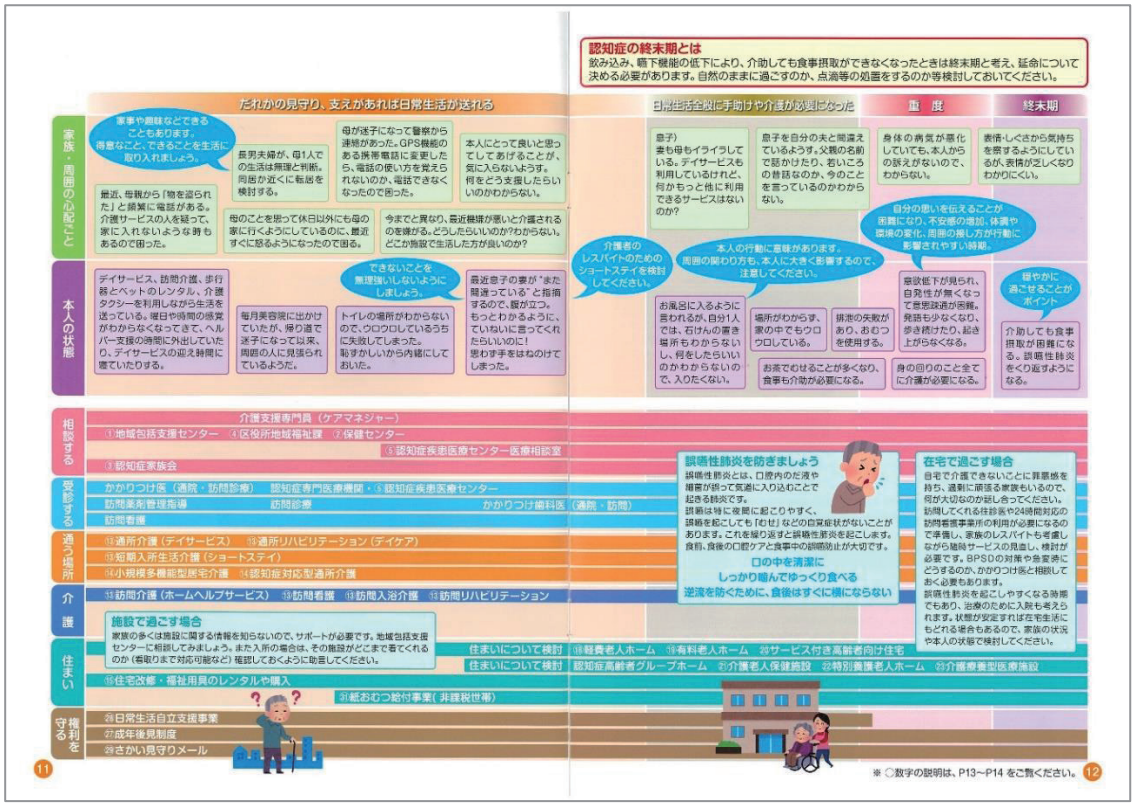


図 6　堺市認知症支援の手引き_11, 12 頁_認知症ケアパス_2

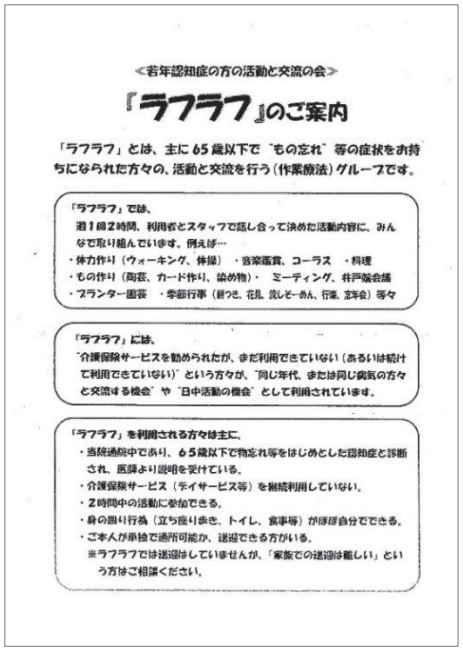


図 7　ラフラフのご案内

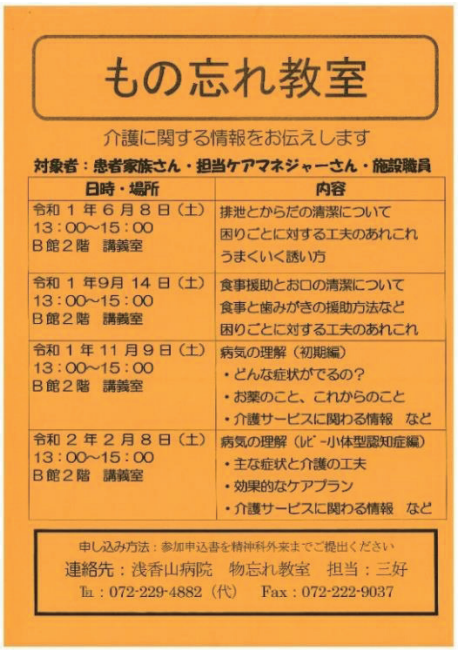


図 8　もの忘れ教室のご案内

5）典型的な高齢認知症患者については，かかりつけ医に詳細な診療情報提供書を作成している．それには今後の治療・診療における注意点なども記載するようにしている．

6）年に 4～5 回家族教室を実施．軽度認知症やレビー小体型認知症など疾患別の特徴や対応方法，また排泄・入浴・食事・口腔ケアなどについての勉強会を行なっている（図 8）．

7）市民の認知症理解への取り組みとして，図書館を媒介として，①図書館司書を対象とした研修会の開催，②認知症ブックフェアの試み，等を実施している（図 9）．



図 9　堺市図書館認知症ブックフェアパックの試み

3. 認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

鑑別診断によって認知症の診断がつけられるということは，多くの場合進行性の疾患を抱えながら生活していかねばならないという診断結果を得るということになる．進行性の認知症の鑑別診断を早期に行う目的は，治療を行うことはもちろんであるが，進行性の疾患を持ちながらどのように生活していくかを考え，対処するためである．その意味でも診断後支援の重要性は強調されなければならない．進行性の認知症を抱えた本人，家族が鑑別診断を受けた後に，よりよい人生・生活を送るためには，疾病の理解，かかわり方，受容の支援，社会資源の情報提供・利用支援などきめ細やかな心理社会的サポートが必要である．医療的診断後支援と介護の立場による認知症者への支援との相違点は，前者が今後の進行を予測して行うことに大きなポイントが置かれることにあり，極めて高い専門性が求められる．そのために認知症専門看護師，精神保健福祉士，臨床心理士，作業療法士など多くの専門職種がそれぞれの専門性を生かして行う必要がある．真の意味での診断後支援を認知症疾患医療センターで行うのであれば，上記の職種をセンターに揃えられるような費用的なサポートが必要であると考える．

また，実際にはすべての対象者をセンターで継続フォローできるわけではないので，かかりつけ医や介護保険事業者，地域包括支援センターなどの医療・介護の地域支援者とのネットワークの構築，ネットワークを有効に生かすことのできるツールの開発が必要になる．また地域の支援者のスキルアップが必要になる．診断後支援は認知症疾患医療センターが本人や家族を直接支援する必要ももちろんであるが，地域の支援者の質の向上も視野に入れなければならない．これらを担うことのできる適切な人員配置が求められる．

広島県

【地域型認知症疾患医療センター】

メープルヒル病院の事例

医療法人社団知仁会 メープルヒル病院 理事長・院長 石井知行 ／医師 河内英基

1. 認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	広島県		
医療機関種別	精神科病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	5 名	保健師	1 名
臨床心理技術者	1 名	看護師	1 名
うち，相談業務を担う職種	○医師 ○臨床心理技術者 ○保健師 ○看護師		
診断後支援を実施する対象	○鑑別診断を行ったすべての患者 ○医師から指示があった患者 ○本人・家族介護者から要請があれば行う ○相談員の判断で必要に応じて行う		
医療機関の特性	広島県西部（大竹市・廿日市市）を二次医療圏域とする地域型認知症疾患医療センター．認知症の早期発見・早期診断・早期介入が重要であることから，医療と介護のワンストップサービスとして認知症疾患医療センターと地域包括支援センターが一体化した『広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センター』を設立し，これに認知症地域支援推進員，認知症初期集中支援チームを併設し運営している．		

2. 実施されている診断後支援

当センターの特色は地域包括支援センターとの合併型センターとして運営されており，早期における医療と介護のワンストップサービスから診断後の医療と介護の複合的なサービス利用を図ることである．地域包括支援センタースタッフを介して他施設や行政との連携も可能となる．さらに，初期集中支援チームも併設されていることから，連携してアウトリーチとしての機能も提供している．こうした運営形態をとることによって対応困難な事例に対しても，医療，介護が連携を保ちつつ対応が可能となるとともに地域資源の有効な活用が可能となる．このように医療と介護が物理的にも近く顔を見える関係を築くことによって医療側としても介護サービス等の提供状況や介護側からの情報提供を踏まえつつ医療の提供を行うことが可能となり，介護側としても医療側からの情報提供を下にケアプランの作成や介護サービスの提供が可能となる．何より，認知症本人や家族にとっては，例えば

診断から介護ケアの提供までのように医療，介護が切れ目なく繋がっていることによる利便性や安心感などの利点が大きい．特に，独居等生活状況に対する配慮が必要であったり，専門的な知識もしくはケアの提供が必要であったり，あるいはご本人や家族に対して特別な配慮が必要なケースにおいてはこうした利点が大きく働いてくる．

現在の具体的な活動状況であるが，当センターにおいては，かかりつけ医からの紹介患者が大半である．かかりつけ医が患者本人や家族，連携している施設からの要望で当院に紹介されてくることが多い．

鑑別診断を目的とした紹介の場合，当センターにおいて一般的な血液検査と頭部 CT などは施行する．鑑別診断後，軽度認知障害レベルであれば，より診断の精度を高めるために近隣の総合病院放射線科での頭部 MRI，脳血流 SPECT などの精査を勧めることが多い．そのうえで再度本人，家族と話し合い，今後の治療についてはどうするかを決定している．半年に一回程度，当センターにてフォローしていくケースが多い．認知症化した場合に，きちんと対応していくためである．

初診段階で認知症と診断され，外来で対応できるケースの場合には，かかりつけ医には，診断結果を報告し，役割分担し引き続き身体的な治療については，かかりつけ医にお願いし，認知症に関しては当センターにて当たっていくことが多い．本人には，通院の負担が増えることとなるが，行動・心理症状の増悪の際には，かかりつけ医では対応が遅れることが多く，速やかに対応するためであり，また，普段からの医師患者治療関係を構築していくうえでも定期的に通院を勧めている．当センターの母体は内科及び認知症病棟を主体とするリハビリを重点化した内科・精神科病院であるが，鑑別診断よりも行動・心理症状への適切な対応を求められることが多いからである．

ケースによっては，かかりつけ医での治療を希望するケースも当然見受けられることからそのようなケースの場合には，少なくとも半年に一回程度当センターにて経過観察することを勧めている．

介護保険サービス利用の申請がなされていないケースであれば，認知症の一般的な経過を説明し，在宅生活可能であれば，余裕のある段階からサービス利用が長期的な病状の安定に寄与することが多いことから，当センターは地域包括支援センターを併設している利点を生かし，本人，家族より同意が得られればワンストップサービスにて即日，介護保険の申請を進めることにしている．

すでに介護保険サービスを利用しているケースにおいては，地域連携パスの利用を勧め，医療分野と介護分野での情報共有に役立てている．

ケースによっては，当センター初診の段階ですでに行動・心理症状が強く認められ，専門医療機関での入院治療が必要な場合も見られる．そのような場合，当然ながら本人の入院治療への拒否的な感情を強く認められるため，本人の心情に配慮し，多職種による入院治療の必要性について説明にあたる．このようなケースの場合，家族は本人の世話で疲弊していることが多く，その苦労に対するねぎらいの後，担当医より今後の考えられる経過や入院後の

起こりうるリスクなどについて丁寧に説明を行っている．

当事者支援として，診断後に限らず，定期的に認知症カフェを開催している（図 1）（写真 1，2）．本人参加もあり，スタッフとして薬剤師や公認心理師など専門職も参加することで，普段の診療では医師には質問しづらい相談を受けることにつなげている．その情報は医師にも共有される．

家族に対しては，診察室内だけでの対応では不十分なことが多いため，本人受診の際に個別にセンタースタッフが中心となって対応している．家族会も運営されているためその参加を促すこともある．

困難事例であれば，他施設，行政とのかかわりが特に必要となってくるため，こまめな情報交換を併設の地域包括支援センタースタッフが中心になって行い，緊急時，速やかに対応できるようにしている．

また，途中通院が途絶えたケースについては，本来の認知症の初期というわけではないが，併設の認知症初期集中支援チームが介入することで本人が孤立しないようにフォローし，再度当センターもしくは，介護分野につなげるようにしている．



図1　認知症カフェのチラシ



写真1　いきいき百歳体操



写真2　認知症カフェ

3.　認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

認知症の医療介護は，早期発見，早期介入から始まる適切な医療と介護の切れ目のない連続したサービスが重要である．そのためには，地域における医療介護福祉の社会資源の連携，さらにバックアップとしての病院，施設の利用，最終段階における在宅あるいは病院・施設での緩和ケア・看取りのありかたなどが次の進行のステージを考慮しながら連続・一貫して利用者本人と家族に過大な負担を及ぼさないように遂行されるべきである．特に認知症疾患医療センターにおける診断後の切れ目のない支援は重要である．診療においては，進行の次のステージにおいて予測される症状や認知機能障害などを家族に説明し理解を得て病状の進行に利用者の家族が適切に対応していくことができるように協力する．地域においては，かかりつけ医との連携，介護保険関係の諸資源との連携，特に，地域包括支援センターとの密接な相互連携は必須であり，当センターは地域包括支援センターとの合併型センターとして運営されており，早期における医療と介護のワンストップサービスから診断後の医療と介護の複合的なサービス利用を図ることを趣旨としている．すなわち，ケアマネジメントのみならず，病状とニーズにより医療サービスの利用を同時に行うこととしている．地域ケアが良いのか入院治療が良いのか，早期退院のためには早期入院が必要なのかのトリアージ，さらに具体的には，治療可能な認知症なのか，また，BPSD，身体合併症加療のための入院が必要か，生活機能障害改善のためのリハビリが必要か，最重度・緩和ケアのための入院が必要か等のトリアージを行っている．このトリアージが適切に行われることが重要であると思われる．

地域ケアにおいて，在宅生活維持のためには認知症疾患医療センターと地域包括支援センターとの連携を司令塔機能とした切れ目のないフォローが必要である．

香川県

【地域型認知症疾患医療センター】

三豊市立西香川病院の事例

一般社団法人三豊・観音寺市医師会三豊市立西香川病院　院長　大塚智丈

1.　認知症疾患医療センター基本情報

都道府県・市区町村名	香川県		
医療機関種別	一般病院		
認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ			
医師	3　名	保健師	1　名
精神保健福祉士	3　名	看護師	1　名
社会福祉士	1　名	当事者相談員	1　名
臨床心理技術者	3　名		
うち，相談業務を担う職種	○医師　○精神保健福祉士　○社会福祉士　○臨床心理技術者 ○保健師　○看護師　○その他（当事者相談員）		
診断後支援を実施する対象	○医師から指示があった患者 ○本人・家族介護者から要請があれば行う ○相談員の判断で必要に応じて行う		
医療機関の特性	西讃地区(三豊市，観音寺市)を 2 次医療圏域とする地域型認知症疾患医療センターとして平成 23 年に設置された．(香川県では 6 か所のセンターがあり，最も西部に位置．) 自治体立ではあるが医師会運営でもある点を生かして，地域の物忘れ相談医と連携し認知症医療レベルの底上げを図るとともに，地域の専門職・ボランティアなどの人材育成，社会啓発などを担っている．また，院内にオレンジカフェを併設して当センターが運営し，認知症当事者を相談員として雇用してのピアカウンセリング，ピアサポートも行っている．		

2.　実施されている診断後支援

まず初めに，診断後支援の前提として最も重要となる，認知症の人との信頼関係を構築するため，初診来院時から心がけていることを述べる．認知症の人の多くは，自分がどう扱われるかに敏感であることや，私たちの何でもないような言葉・態度に傷ついていることがあることを，しっかり理解し配慮すること．そして，当然のことだが，自分を尊重してくれる人としてまず本人に認められるよう努めることである．

その上で支援業務に当たるが，まず初診時には相談員が十分な時間をかけ受理面接を行う．その後，医師の診察となるが，通常担当医は本人や家族に対し，認知症の偏見や誤解に

ついて説明し可能な限り疾病観の改善を図る．その理解の程度なども量りながら，本人への告知の是非や内容を判断した上で説明を進める．

後に述べる渡邊氏もそうであったが，認知症のイメージが非常に悪い場合，診断を受けた人はその分過剰に現在と将来の自分に対する悲観的な見方が強まる．このことが不安や混乱をさらに増強させることに繋がる．その不必要で過剰に悪くなる変化の部分は，早期に介入できれば，正しい認知症観をもつことなどによって予防・改善可能と考えられる．実際，来院する多くの人が，進行した或いは心理状況が悪い状態の認知症を，「認知症」と捉えている．ぎんさんが認知症であったことなどを話すと驚く人も少なくない．悪すぎる認知症観，年齢層別有病率や認知症の人の様々な現状などの説明によって，認知症も癌と同様に色々な程度，状態の場合があり，皆が（或いは急に）その悪いイメージ通りになる訳でもなく，一部の人だけがなる訳でもない，進行がゆっくりの人も案外多くなっている，などのことを理解できるようになる．これらの説明を受けて，「気が楽になった．」と言う本人もまれではない．

家族による症状などへの指摘や注意・叱責が多い場合も，不安が増強し本人の心理状況が悪化する．これにより，BPSD の発生・悪化を生じ，ストレスのぶつけ合いになる．そして，BPSD がさらに増悪し介護破綻を生じてくるという図式にはまることもあり，早期の介入が求められる．個々のケースで出来ること出来ないことは異なるが，家族の心情にも理解を示しながら，可能な限り本人の心情・心理を代弁し，本人が置かれている状況の理解を家族に促すよう努めている．

家族への支援では，家族の苦労をねぎらいつつ，認知症への理解を促し，介護指導や助言を行う．家族も，認知症と診断され進行していく本人の状態に戸惑う人が多い．そのため，上記のような認知症観等への説明もしつつ面接の中で考えや思いを整理し，家族が可能な限り受容して対応していけるように図る．また，発症以前より本人との間に葛藤を抱き続けていることや，本人が認知症となり介護していく中で抑えてきた葛藤が表面化することもあるため，この場合はその家族の中の葛藤を整理し，軽減できるように働きかける．家族にある程度余裕のある場合は，本人のできること，やりがい・楽しみを感じられることなど，良い部分を活かすよう協力を求め，それが家族自身の自己肯定感にも繋がることを説明している．家族支援の際には，本人との人間関係・葛藤や負担感のほか，家族の性格，理解・判断力，認知症観，介護観，人間観なども把握しながら，面接時の反応を見つつ，押し引きして進めるよう気をつけている．また，家族会を月に 1 回開催し，当院専門職による講演，茶話会を行う．家族への様々な知識・情報提供の場であり，また家族同士が交流し意見交換したり悩みを共有したりするなど，家族がピアサポートを行う場にもなっている．

次に，当院オレンジカフェ（認知症カフェ）で行っている，ピアサポート・ピアカウンセリングの取り組みについて述べる．当院のカフェは職員宿舎(写真 1)を利用し，毎週金曜の午前 10 時から午後 3 時まで行っている．主に認知症当事者が集うピアサポートの場として，当センターが中心となり平成 26 年より運営してきた．平成 29 年 6 月には，当時からカフ

ェ利用中の当事者であった渡邊康平氏を当センターの相談員として非常勤雇用し，同氏によるピアカウンセリングを開始した．

当院では，もの忘れ外来でまず本人の状況などを把握した上で，ピアカウンセリングの適応のある人にカフェを紹介している．原則として，前もって本人の情報を渡邊氏や他の職員にある程度伝えている．カフェ当日は終了後に渡邊氏と担当職員らがその日の振り返りを行い，月１回のカフェカンファレンスでは渡邊氏を含めセンター全体での意見交換をする．このように，当事者相談員と他の相談員，担当医らが協力，連携しながら行っている．

渡邊氏とのピアカウンセリングでは，当事者である渡邊氏のこれまでの苦しい体験や思い，考えを聴いて，辛いのは自分だけではないと感じることができ，孤独感や不安・葛藤を軽減し，連帯感や安心感を持てるようになる．また一方，渡邊氏の元気な姿に希望や勇気を与えられ，絶望感，あきらめなど強いネガティブな感情も緩和される．さらに，対象者本人自らも発言をしながら，互いに共感しつつ，自分の状況を少しずつ受け入れていく様子が，そこではみられている．もの忘れなど能力低下へのこだわりや囚われが強かった人が，そうではなくなる場合も少なくない．そして，出来ること出来ないことを整理，納得しながら，これからの考え方や過ごし方について，当事者同士で折り合いや工夫を話し合うようにもなっている．

以上のように，ピアサポートは人生の再構築の起点，あるいはその後を支え続けるものにもなる可能性をもっている．当事者だからこそ分かること，できることがあるとも言えるだろう．また，ピアサポートは双方向の支援であり，渡邊氏自身もこれによって支えられていると語っている．一方，現場にいる専門職や利用する家族にとっても，本人の大きな変化，これまでにはない様な本人の語り，表情・態度などによって気づきをもたらされ，学びの場となっている．心の内面を表出する抵抗感や当事者と専門職の間の心の壁も低くなり，本人は想いを語りやすく，専門職はその想いを知り本人の立場から考えやすくなってきている．

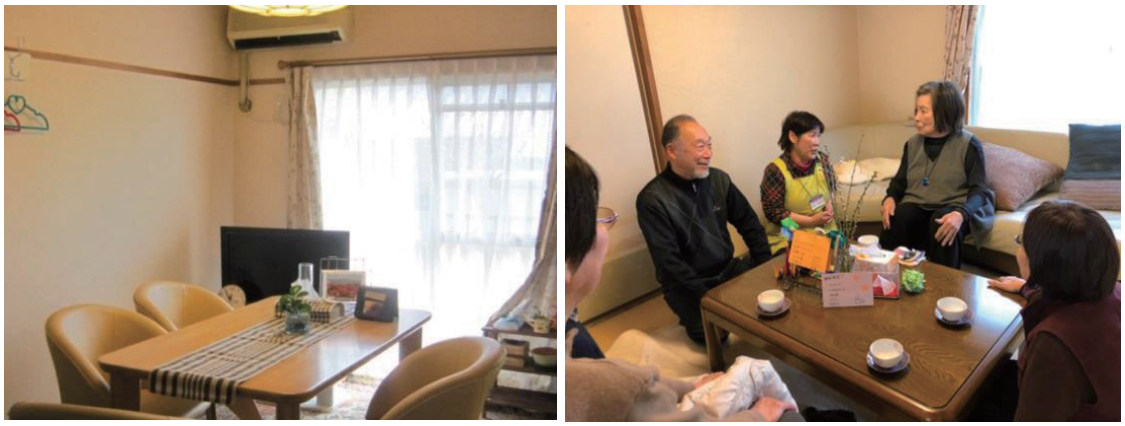


写真１　職員宿舎を利用したオレンジカフェ

3．認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義，今後の課題

今も，初期から生じる認知症の人の不安・葛藤や混乱などへの理解や支援の不足，という大きな課題が我々医療側にはある．そもそも，本人が抱える不安などの苦悩に対して心理面への支援を行うことは，本来は精神医療や認知症医療の重要な役割のはずであろう．にもかかわらず，診断後の心理的支援をするどころか，不安や混乱などへの関心が乏しくこれを放置し，心理状況を余計に悪化させていることが依然多い状況である．診断・投薬と家族等へ簡単に指導をする程度で，本人の心にアプローチしていないことがほとんどではないだろうか．この状況が「早期診断・早期絶望」「空白の期間」という言葉を生んでいると思われる．これで本当に，適切な精神医療或いは認知症医療が行われていると言えるのであろうか？何のための医療なのか？誰のための医療なのか？という疑問も生じてくる．このような最も基本的な観点から，本人への心理的支援を中心とした診断後支援は，認知症医療や我々専門職の存在意義・価値にもかかわる，重要な意義や役割をもつものと言えるだろう．したがって，この診断後支援は，今後認知症医療を本来あるべき姿にしていくために，必要不可欠なものと考えられる．

本人が自分の認知症と向き合っていけるような支援，或いはそれが難しい場合でも，向き合えない辛さを理解され，そしてその自分を認められ心に寄り添われる支援，これらは本人が認知症とともに生きていくために，非常に重要な支えとなる．勿論，生活障害や安全面等への実体的で“見えやすい”支援も必要であり，重要でない訳ではない．しかし，本人にとって，本当に重要で大切なものはしばしば“見えにくい”ものでもあり，見えにくい分，心の内面にもしっかりスポットを当て，そこに注視しアプローチしていくよう認知症医療をリードしていくことが，本来はセンターの大きな役割ではないだろうか．

ピアサポートの意義は前述もしたが，当事者でしか分かりえない想いの部分があると思われる．また，当事者は周囲の人に対し「話してもどうせ分かってくれないだろう」と思うなど，あきらめている場合が多いと考えられる．さらに，物事が不確かに感じる状態で，うっかり何か話すと「間違いを指摘されて，嫌な思いをするのではないか」「変に思われたり，バカにされたりしないか」「気分を害してしまったり，迷惑をかけてしまうかもしれない」などと感じ，想いを話すことを躊躇している当事者も少なくないと思われる．これらの状況の人には重要な支援となる．

今後の課題については，現在行っている診断後の心理的支援について，個々の認知症の人にさらに役立てるよう内容の充実を図ることや，より多くの本人に役立てることができるようにアプローチの方法を工夫していくことが必要と考えている．ピアカウンセリングについては，渡邊氏に続く当事者相談員の輩出が期待される．

また，診断後支援のレベルを，まずこれに関心をもっている施設で互いに向上させていけるよう，施設間交流により情報交換するなどし，その支援の考え方や方法を共有していくことも重要と思われる．

令和元年度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）（区分番号第95）
認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携に関する調査研究事業

報告書（別冊）

都道府県認知症疾患医療連携協議会と認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の事例集

発　　行　　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
編　　集　　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と精神保健研究チーム
研究部長　粟 田 主 一

令和 2 年 3 月

無断転載，改訂を禁じます

Ⅲ　資料編

1. 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計分析の結果

認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析
（平成 30 年度分）

1. 研究目的

認知症疾患医療センターは「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応，周辺症状と身体合併症の急性期治療，専門医療相談等を実施するとともに，地域保健医療・介護関係者等への研修を行い，地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで，必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」と定められる医療機関である．

各認知症疾患医療センターは，所定の様式（認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書―以下，実績報告書）を用いて，前年度一年間の実績を都道府県・指定都市に報告することが義務付けられている．この実績報告書は，認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に沿って事業実態を把握し，質の評価が可能となるように設計されている．

本研究の目的は，この実績報告書を用いて，平成 30 年度一年間の認知症疾患医療センターの事業実績を分析することにある．

2. 研究方法

対象は，平成 31 年 3 月 31 日現在で認知症疾患医療センターに指定され，実績報告書の提出があった全国の 440 施設（基幹型 16，地域型 365，連携型 59）とした（悉皆調査）．実績報告書の内容を基に以下の項目を分析対象とした（巻末資料 1）．各項目については，クロス集計表を用いて，類型別・医療機関種別に分析した．

3. 研究結果

Ⅰ．医療機関基本情報

Ⅰ-1. 対象の類型と医療機関種，設置主体

対象となる認知症疾患医療センターを類型別・医療機関種別に表 1 に示す． 基幹型はすべて一般病院であったが地域型は 56.7%が精神科病院であった．連携型は診療所が 55.9%を占めた．設置主体を表 2 に示す．基幹型は 43.8%が国立，18.8%が都道府県・指定都市立，12.5%が市区町村立であり，あわせて 75.1%が公立の医療機関であった．地域型，連携型では医療法人が 57.5%，66.1%と最も多くを占めた．

表 1　類型別・医療機関種別内訳

		医療機関種別				
		一般病院	精神科病院	診療所	その他	合計
類型	基幹型	16	0	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	158	207	0	0	365
		43.3%	56.7%	0.0%	0.0%	100.0%
	連携型	13	13	33	0	59
		22.0%	22.0%	55.9%	0.0%	100.0%
	合計	187	220	33	0	440
		42.5%	50.0%	7.5%	0.0%	100.0%

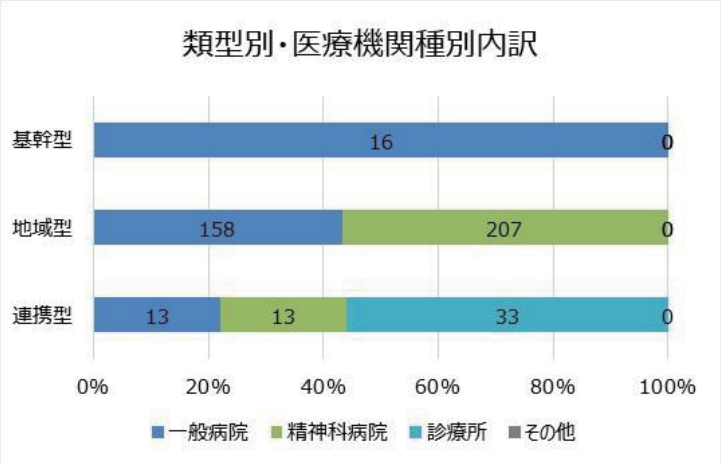


図 1　類型別・医療機関種別内訳（再掲）

表 2　類型別　設置主体

		設置主体									
		学校法人	国	都道府県・指定都市	市区町村	公益法人	医療法人	組合および連合会	個人	その他	合計
類型	基幹型	2	7	3	2	0	0	0	0	2	16
		12.5%	43.8%	18.8%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	100.0%
	地域型	22	20	23	22	24	210	7	7	30	365
		6.0%	5.5%	6.3%	6.0%	6.6%	57.5%	1.9%	1.9%	8.2%	100.0%
	連携型	1	0	6	2	2	39	1	3	5	59
		1.7%	0.0%	10.2%	3.4%	3.4%	66.1%	1.7%	5.1%	8.5%	100.0%
	合計	25	27	32	26	26	249	8	10	37	440
		5.7%	6.1%	7.3%	5.9%	5.9%	56.6%	1.8%	2.3%	8.4%	100.0%

Ⅰ-2. 病床数

1）一般病床：類型別（表 3），医療機関種別（表 4）に一般病床数を示す．欠損である 170 件は一般病床が設置されていない医療機関であった可能性がある．基幹型および一般病院の一般病床が多く，診療所の多い連携型では一般病床数が少なかった．

表 3　類型別　一般病床数

		病床数　一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	675.3	184.4	652	374	1088
	地域型	226	252.1	284.6	142	0	1182
	連携型	28	75.4	128.1	4	0	400
	合計	270	258.8	291.8	140	0	1182

表 4　医療機関種別　一般病床数

		病床数　一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	179	380.1	289.8	321	0	1182
	精神科病院	73	24.4	41.4	0	0	178
	診療所	18	2.9	6.3	0	0	19
	その他	0					
	合計	270	258.8	291.8	140	0	1182

2) 精神病床：類型別（表 5），医療機関種別（表 6，図 2）に精神病床数を示す．欠損である 65 件は精神病床の設置がない医療機関であった可能性がある．精神科病院が多数を占める地域型精神科病院で精神病床数が多く，連携型ではセンターごとの精神病床数の差が大きかった．

表 5　類型別　精神病床数

		病床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	51.1	25.6	42	24	108
	地域型	325	211.2	154.2	200	0	816
	連携型	34	104.7	135.2	45	0	410
	合計	375	194.7	155.2	183	0	816

表 6　医療機関種別　精神病床数

		病床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	141	76.3	108.5	45	0	816
	精神科病院	220	283.0	119.8	269	50	808
	診療所	14	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	375	194.7	155.2	183	0	816

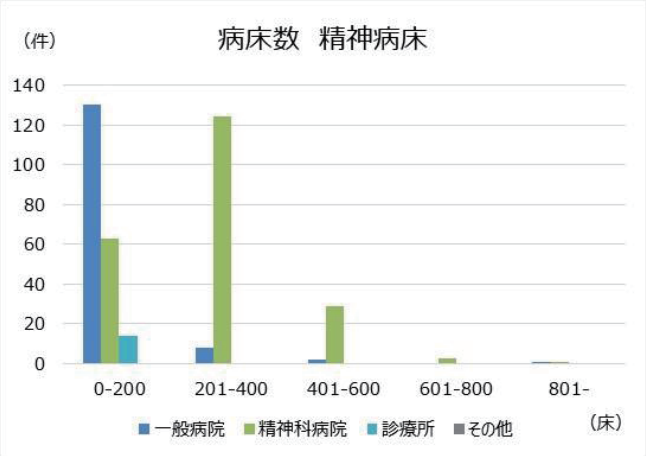


図 2　医療機関種別　精神病床数

3) その他病床：一般病床と精神病床以外のその他病床について類型別（表 7），医療機関種別（表 8），に示す．欠損である 215 件は，その他病床の設置がない医療機関であった可能性がある．

表 7　類型別　その他病床数

		病床数 その他病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	14.9	20.6	10	0	71
	地域型	188	35.7	53.7	6	0	325
	連携型	27	20.0	40.1	0	0	158
	合計	225	32.9	51.5	6	0	325

表 8　医療機関種別　その他病床数

		病床数 その他病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	134	40.6	58.0	14	0	325
	精神科病院	76	25.7	39.9	0	0	143
	診療所	15	0.8	3.1	0	0	12
	その他	0					
	合計	225	32.9	51.5	6	0	325

4) うち療養病床：療養病床について類型別（表 9），医療機関種別（表 10）に示す．欠損であった 256 件は療養病床を持たない医療機関であった可能性がある．

表 9　類型別　療養病床数

		病床数　(うち療養病床)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	5	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	157	40.4	64.2	0	0	350
	連携型	22	13.5	30.5	0	0	126
	合計	184	36.0	61.1	0	0	350

表 10　医療機関種別　療養病床数

		病床数　(うち療養病床)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	90	42.6	64.0	0	0	325
	精神科病院	80	34.9	61.3	0	0	350
	診療所	14	0.9	3.2	0	0	12
	その他	0					
	合計	184	36.0	61.1	0	0	350

5) 全病床数：類型別（表 11），医療機関種別（表 12，図 3）に全病床数を示す．一般病床を含むと基幹型及び一般病院で病床数が多い傾向があった．ヒストグラムから，精神科病院は 201－400 床規模の医療機関が多く，一般病院にはその傾向は見られなかった．

表 11　類型別　全病床数

		病床数 計					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	735.8	196.4	691	456	1166
	地域型	365	362.5	212.0	311	39	1275
	連携型	59	105.3	141.7	7	0	438
	合計	440	341.6	234.0	296	0	1275

表 12　医療機関種別　全病床数

		病床数 計					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	450.5	272.9	400	39	1275
	精神科病院	220	299.9	131.5	275	50	898
	診療所	33	1.9	5.6	0	0	19
	その他	0					
	合計	440	341.6	234.0	296	0	1275

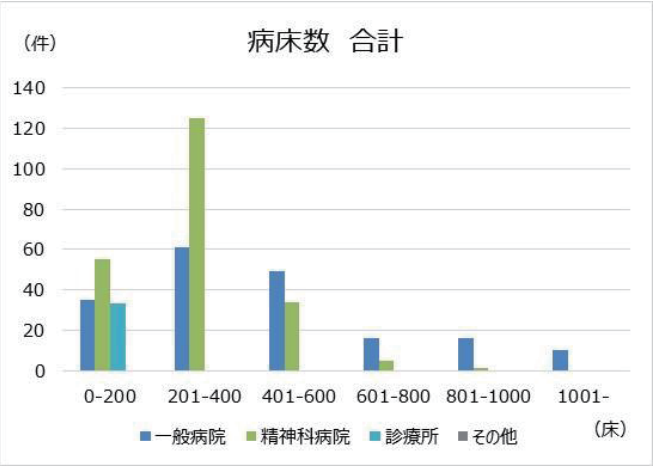


図 3　医療機関種別　全病床数

Ⅰ-3. 医療機関の診療科

認知症疾患医療センターの所属する医療機関の診療科について，類型別（表 13，図 4），医療機関種別（表 14，図 5）に示す．全体として精神科が設置されている割合が最も高く，ともに次いで内科，神経内科，リハビリテーション科の順で多かった．連携型および診療所では内科が設置されている割合が最も高かった．

表 13　類型別　診療科

		精神科	内科	神経内科	リハビリテーション科	整形外科	循環器内科	皮膚科	放射線科	消化器内科	外科	泌尿器科	眼科	心療内科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	呼吸器内科	小児科	産婦人科	形成外科	呼吸器外科	心臓血管外科	消化器外科	救急科	腎臓内科	代謝内分泌内科	血液内科	糖尿病内科	リウマチ科	小児外科	感染症内科	アレルギー科	老年内科	肛門外科	胸部外科	腹部外科
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	合計	387	345	219	208	179	168	165	163	155	151	148	147	144	143	140	136	134	109	96	85	84	84	83	79	78	73	71	62	47	29	25	21	21	16	7
		88.0%	78.4%	49.8%	47.3%	40.7%	38.2%	37.5%	37.0%	35.2%	34.3%	33.6%	33.4%	32.7%	32.5%	31.8%	30.9%	30.5%	24.8%	21.8%	19.3%	19.1%	19.1%	18.9%	18.0%	17.7%	16.6%	16.1%	14.1%	10.7%	6.6%	5.7%	4.8%	4.8%	3.6%	1.6%
類型	基幹型	15	14	16	14	16	16	16	15	14	13	16	16	2	16	15	14	16	16	14	11	16	12	14	13	11	13	9	8	9	7	6	2	2	4	1
		93.8%	87.5%	100.0%	87.5%	100.0%	100.0%	100.0%	93.8%	87.5%	81.3%	100.0%	100.0%	12.5%	100.0%	93.8%	87.5%	100.0%	100.0%	87.5%	68.8%	100.0%	75.0%	87.5%	81.3%	68.8%	81.3%	56.3%	50.0%	56.3%	43.8%	37.5%	12.5%	12.5%	25.0%	6.3%
	地域型	334	284	176	172	149	138	135	137	125	127	122	121	126	113	116	115	108	83	78	73	65	70	66	62	65	57	59	51	37	22	19	16	18	11	5
		91.5%	77.8%	48.2%	47.1%	40.8%	37.8%	37.0%	37.5%	34.2%	34.8%	33.4%	33.2%	34.5%	31.0%	31.8%	31.5%	29.6%	22.7%	21.4%	20.0%	17.8%	19.2%	18.1%	17.0%	17.8%	15.6%	16.2%	14.0%	10.1%	6.0%	5.2%	4.4%	4.9%	3.0%	1.4%
	連携型	38	47	27	22	14	14	14	11	16	11	10	10	16	14	9	7	10	10	4	1	3	2	3	4	2	3	3	3	1	0	0	3	1	1	1
		64.4%	79.7%	45.8%	37.3%	23.7%	23.7%	23.7%	18.6%	27.1%	18.6%	16.9%	16.9%	27.1%	23.7%	15.3%	11.9%	16.9%	16.9%	6.8%	1.7%	5.1%	3.4%	5.1%	6.8%	3.4%	5.1%	5.1%	5.1%	1.7%	0.0%	0.0%	5.1%	1.7%	1.7%	1.7%

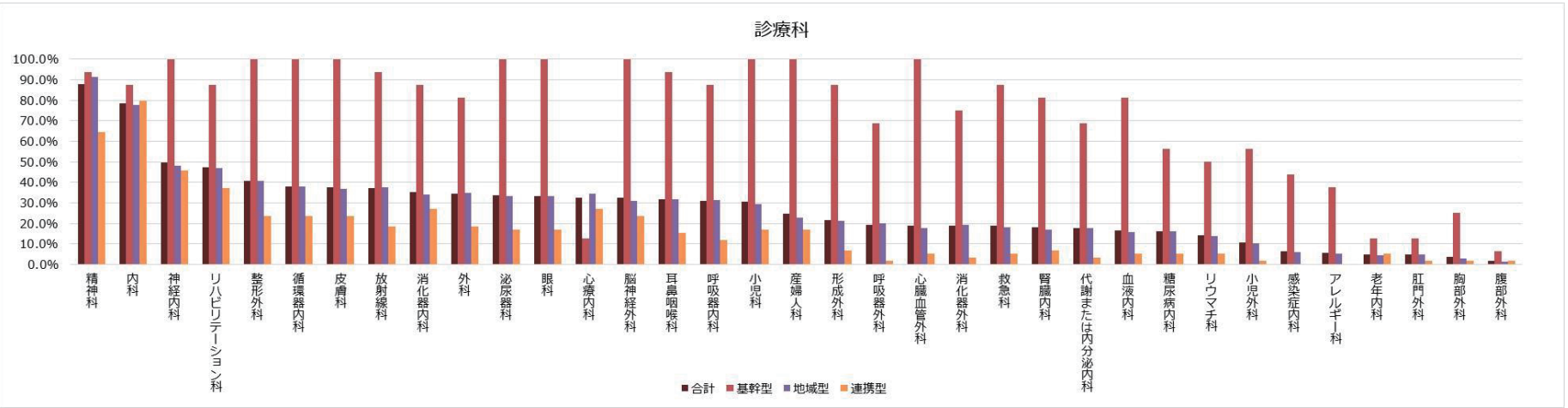


図 4　類型別診療科（再掲）

表 14　医療機関種別　診療科

		精神科	内科	神経内科	リハビリテーション科	整形外科	循環器内科	皮膚科	放射線科	消化器内科	外科	泌尿器科	眼科	心療内科	脳神経外科	耳鼻咽喉科	呼吸器内科	小児科	産婦人科	形成外科	呼吸器外科	心臓血管外科	消化器外科	救急科	腎臓内科	代謝内分泌	血液内科	糖尿病内科	リウマチ科	小児外科	感染症内科	アレルギー科	老年内科	肛門外科	胸部外科	腹部外科
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	合計	387	345	219	208	179	168	165	163	155	151	148	147	144	143	140	136	134	109	96	85	84	84	83	79	78	73	71	62	47	29	25	21	21	16	7
		88.0%	78.4%	49.8%	47.3%	40.7%	38.2%	37.5%	37.0%	35.2%	34.3%	33.6%	33.4%	32.7%	32.5%	31.8%	30.9%	30.5%	24.8%	21.8%	19.3%	19.1%	19.1%	18.9%	18.0%	17.7%	16.6%	16.1%	14.1%	10.7%	6.6%	5.7%	4.8%	4.8%	3.6%	1.6%
医療機関種別	一般病院	152	172	148	166	164	152	144	142	136	141	138	138	35	131	134	124	127	106	93	85	83	83	82	74	76	72	68	61	47	29	25	13	20	15	7
		81.3%	92.0%	79.1%	88.8%	87.7%	81.3%	77.0%	75.9%	72.7%	75.4%	73.8%	73.8%	18.7%	70.1%	71.7%	66.3%	67.9%	56.7%	49.7%	45.5%	44.4%	44.4%	43.9%	39.6%	40.6%	38.5%	36.4%	32.6%	25.1%	15.5%	13.4%	7.0%	10.7%	8.0%	3.7%
	精神科病院	220	147	53	32	10	10	16	17	12	7	8	7	99	6	5	9	5	1	2	0	0	1	1	3	1	0	1	1	0	0	0	5	1	0	0
		100.0%	66.8%	24.1%	14.5%	4.5%	4.5%	7.3%	7.7%	5.5%	3.2%	3.6%	3.2%	45.0%	2.7%	2.3%	4.1%	2.3%	0.5%	0.9%	0.0%	0.0%	0.5%	0.5%	1.4%	0.5%	0.0%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	0.5%	0.0%	0.0%
	診療所	15	26	18	10	5	6	5	4	7	3	2	2	10	6	1	3	2	2	1	0	1	0	0	2	1	1	2	0	0	0	0	3	0	1	0
		45.5%	78.8%	54.5%	30.3%	15.2%	18.2%	15.2%	12.1%	21.2%	9.1%	6.1%	6.1%	30.3%	18.2%	3.0%	9.1%	6.1%	6.1%	3.0%	0.0%	3.0%	0.0%	0.0%	6.1%	3.0%	3.0%	6.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	0.0%	3.0%	0.0%
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

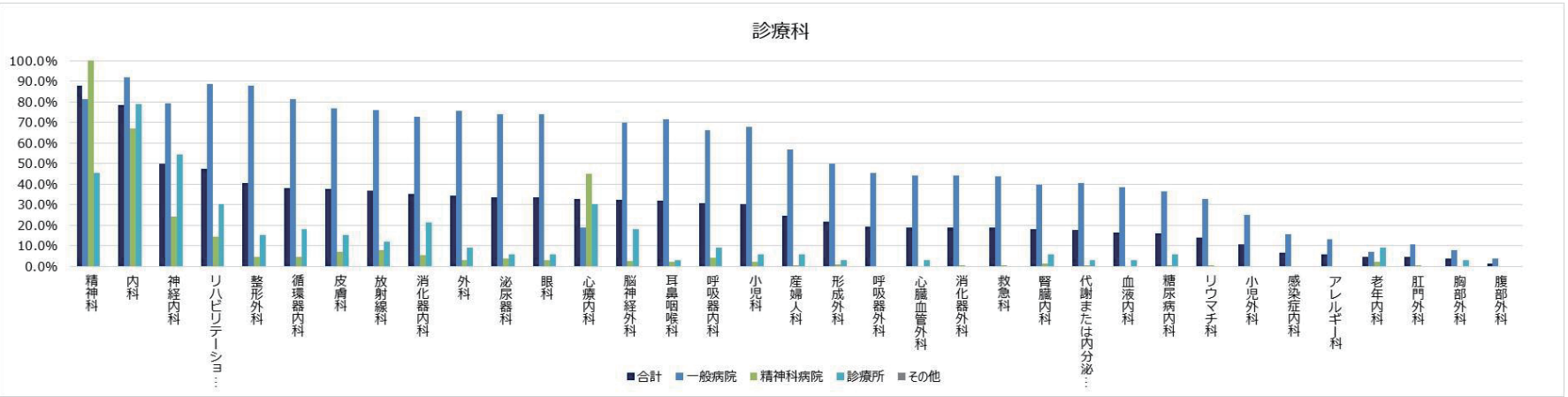


図 5　医療機関種別診療科（再掲）

Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能

Ⅱ-1. 稼働状況および人員配置

1）稼働日数：類型別の稼働日数（表 15，図 6），医療機関種別の稼働日数（表 16，図 7）をそれぞれ示す．基幹型の稼働日数が多く，地域型と連携型の間には差はなかった．医療機関種別でも差はなかった．

表 15　類型別　稼働日数（上段：週，下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	5.8	1.0	5	5	7
	地域型	365	5.3	0.5	5	4	7
	連携型	59	5.4	0.6	5	5	7
	合計	440	5.3	0.5	5	4	7
		稼働日数 年間					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	289.1	60.8	244	240	365
	地域型	365	257.1	28.7	244	121	365
	連携型	59	260.0	34.2	247	120	365
	合計	440	258.7	31.6	245	120	365

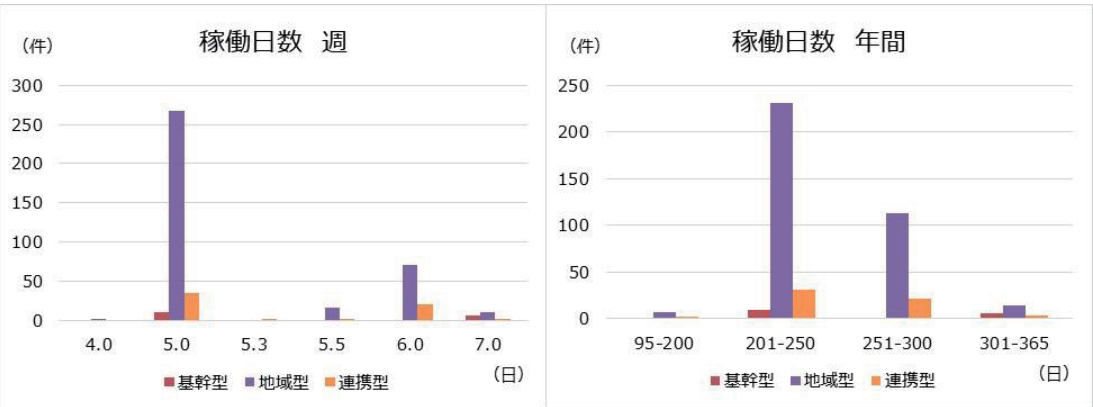


図 6　類型別　稼働日数（左図：週，右図：年）

表 16　医療機関種別　稼働日数（上段：週，下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	5.3	0.6	5	4	7
	精神科病院	220	5.3	0.5	5	5	7
	診療所	33	5.4	0.5	5	5	6
	その他	0					
	合計	440	5.3	0.5	5	4	7
		稼働日数 年間					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	256.7	34.3	244	120	365
	精神科病院	220	259.3	30.0	245	182	365
	診療所	33	265.5	26.2	247	238	308
	その他	0					
	合計	440	258.7	31.6	245	120	365

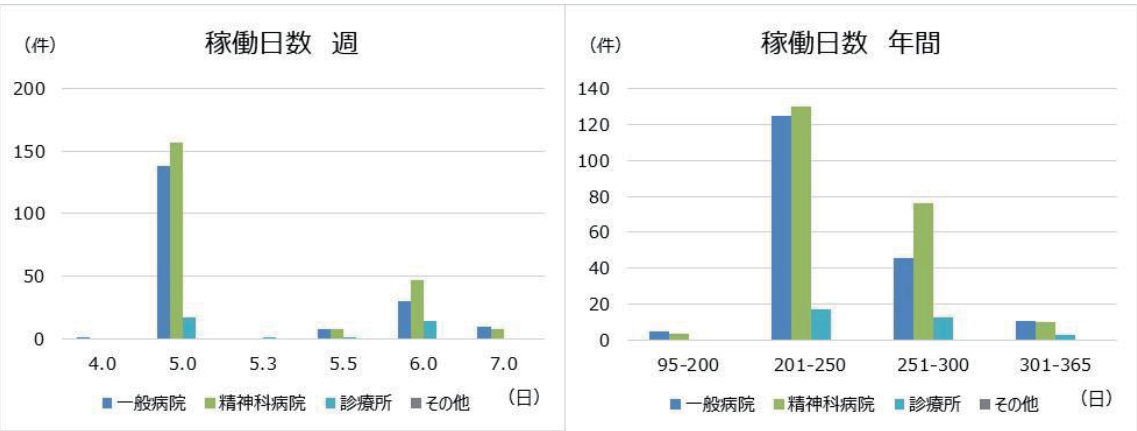


図 7　医療機関種別　稼働日数（左図：週，右図：年）

2) 医師配置状況：類型別医師配置状況（表 17，18，19，図 8），医療機関種別医師配置状況（表 20，21，22，図 9）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専門医（日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医）または専門医以外の医師（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）のいずれかは，全ての認知症疾患医療センターに配属されていた．類型別では専門医の配置人数は基幹型に多く，中央値 2 名であった．地域型と連携型では中央値 1 名であった．専門医以外の医師は地域型では中央値 2 名であった．医療機関種別では専門医はいずれも中央値 1 名であった．

表 17　類型別　医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	0	365	365
		0.0%	100.0%	100.0%
	連携型	0	59	59
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	0	440	440
		0.0%	100.0%	100.0%

表 18　類型別　医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	2.2	1.7	2	0	7
	地域型	289	1.4	1.6	1	0	15
	連携型	35	1.0	0.8	1	0	3
	合計	339	1.4	1.6	1	0	15

表 19　類型別　医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で，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					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	1.6	1.1	1	0	4
	地域型	315	2.5	2.5	2	0	20
	連携型	51	2.0	1.8	1	0	9
	合計	380	2.4	2.4	2	0	20

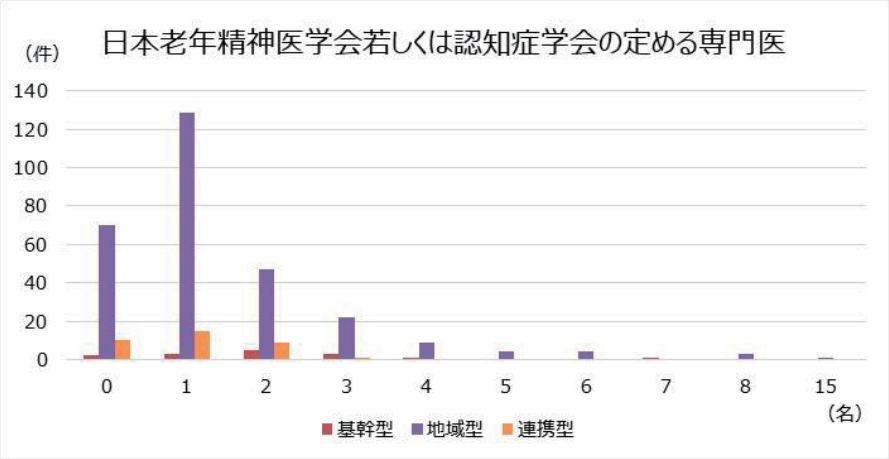


図 8　類型別　専門医配置状況

表 20　医療機関別　医師配置状況（専門医）

		専門医または専門医以外の医師のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	0	187	187
		0.0%	100.0%	100.0%
	精神科病院	0	220	220
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	33	33
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
	合計	0	440	440
		0.0%	100.0%	100.0%

表 21　医療機関種別　医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	148	1.7	1.9	1	0	15
	精神科病院	170	1.2	1.2	1	0	8
	診療所	21	1.2	0.8	1	0	3
	その他	0					
	合計	339	1.4	1.6	1	0	15

表 22　医療機関種別　医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で，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					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	166	2.4	2.3	2	0	14
	精神科病院	187	2.6	2.5	2	0	20
	診療所	27	1.8	1.3	1	0	4
	その他	0					
	合計	380	2.4	2.4	2	0	20

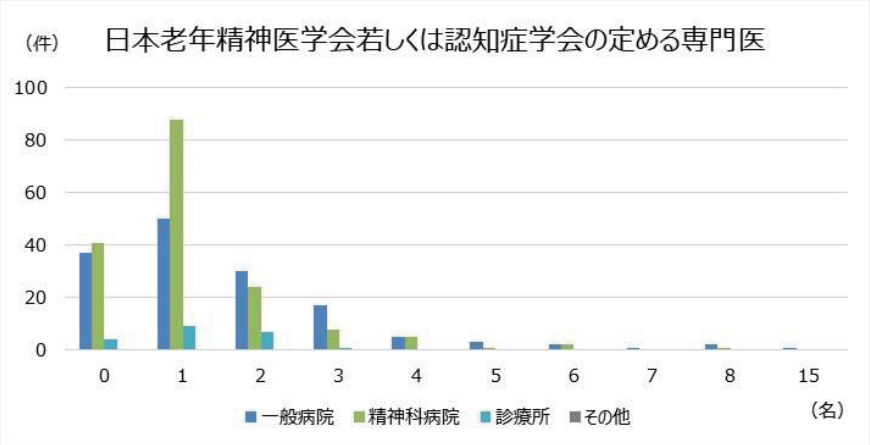


図 9　医療機関種別　専門医配置状況

3) 精神保健福祉士配置状況：類型別精神保健福祉士配置状況（表 23，24，25），医療機関種別精神保健福祉士配置状況（表 26，27，28）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかで 91.1%の医療機関に精神保健福祉士が配置されていた．類型別，医療機関種別ともに中央値は 1 名であった．

表 23　類型別　精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	1	15	16
		6.3%	93.8%	100.0%
	地域型	15	350	365
		4.1%	95.9%	100.0%
	連携型	23	36	59
		39.0%	61.0%	100.0%
	合計	39	401	440
		8.9%	91.1%	100.0%

表 24　類型別　精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	1.0	0.4	1	0	2
	地域型	327	1.0	0.4	1	0	6
	連携型	20	0.7	0.5	1	0	1
	合計	361	1.0	0.4	1	0	6

表 25　類型別　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	1.0	0.4	1	0	2
	地域型	295	1.5	1.5	1	0	12
	連携型	34	1.4	1.4	1	0	7
	合計	340	1.5	1.4	1	0	12

表 26　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	20	167	187
		10.7%	89.3%	100.0%
	精神科病院	3	217	220
		1.4%	98.6%	100.0%
	診療所	16	17	33
		48.5%	51.5%	100.0%
	その他	0	0	0
	合計	39	401	440
		8.9%	91.1%	100.0%

表 27　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	152	1.0	0.6	1	0	6
	精神科病院	196	1.1	0.3	1	0	3
	診療所	13	0.7	0.5	1	0	1
	その他	0					
	合計	361	1.0	0.4	1	0	6

表 28　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	129	1.2	1.3	1	0	9
	精神科病院	197	1.7	1.5	1	0	12
	診療所	14	1.3	1.3	1	0	5
	その他	0					
	合計	340	1.5	1.4	1	0	12

4）保健師配置状況：類型別保健師配置状況（表 29，30，31），医療機関種別保健師配置状況（32，33，34）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかで保健師の配置がされているのは 12.5%であった.いずれも中央値は 0 名の配置であったが，最大では 2 名の配置があった.

表 29　類型別　保健師の配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	12	4	16
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	320	45	365
		87.7%	12.3%	100.0%
	連携型	53	6	59
		89.8%	10.2%	100.0%
	合計	385	55	440
		87.5%	12.5%	100.0%

表 30　類型別　保健師配置状況（専従）

		保健師　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	0.4	0.5	0	0	1
	地域型	122	0.2	0.5	0	0	2
	連携型	11	0.2	0.4	0	0	1
	合計	141	0.2	0.5	0	0	2

表 31　類型別　保健師配置状況（兼務）

		保健師　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	6	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	116	0.2	0.4	0	0	1
	連携型	12	0.4	0.7	0	0	2
	合計	134	0.2	0.4	0	0	2

表 32　医療機関別　保健師配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	152	35	187
		81.3%	18.7%	100.0%
	精神科病院	205	15	220
		93.2%	6.8%	100.0%
	診療所	28	5	33
		84.8%	15.2%	100.0%
	その他	0	0	0
	合計	385	55	440
		87.5%	12.5%	100.0%

表 33　医療機関種別　保健師配置状況（専従）

		保健師 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	66	0.3	0.5	0	0	2
	精神科病院	67	0.1	0.3	0	0	1
	診療所	8	0.3	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	141	0.2	0.5	0	0	2

表 34　医療機関種別　保健師配置状況（兼務）

		保健師 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	61	0.3	0.4	0	0	1
	精神科病院	65	0.1	0.3	0	0	1
	診療所	8	0.5	0.8	0	0	2
	その他	0					
	合計	134	0.2	0.4	0	0	2

5) 臨床心理技術者配置状況：類型別臨床心理技術者配置状況（表 35，36，37），医療機関種別臨床心理技術者配置状況（表 38，39，40）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかの臨床心理技術者は 93.2%の医療機関に配属されていた．臨床心理技術者は専従の者は少なく，多くは兼務の者であった．最大 5 名の配置があった．

表 35　類型別　臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	1	364	365
		0.3%	99.7%	100.0%
	連携型	29	30	59
		49.2%	50.8%	100.0%
	合計	30	410	440
		6.8%	93.2%	100.0%

表 36　類型別　臨床心理士技術者配置状況（専従）

		臨床心理技術者 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.8	0.4	1	0	1
	地域型	153	0.6	0.8	0	0	5
	連携型	14	0.6	0.6	1	0	2
	合計	178	0.6	0.8	0	0	5

表 37　類型別　臨床心理士技術者配置状況（兼務）

		臨床心理技術者　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	1.0	0.6	1	0	2
	地域型	328	1.3	0.9	1	0	7
	連携型	29	1.3	1.5	1	0	8
	合計	368	1.3	0.9	1	0	8

表 38　類型別　臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	8	179	187
		4.3%	95.7%	100.0%
	精神科病院	8	212	220
		3.6%	96.4%	100.0%
	診療所	14	19	33
		42.4%	57.6%	100.0%
	その他	0	0	0
	合計	30	410	440
		6.8%	93.2%	100.0%

表 39　医療機関種別　臨床心理技術者配置状況（専従）

		臨床心理技術者　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	86	0.8	1.0	1	0	5
	精神科病院	81	0.4	0.5	0	0	1
	診療所	11	0.5	0.5	1	0	1
	その他	0					
	合計	178	0.6	0.8	0	0	5

表 40　医療機関種別　臨床心理技術者配置状況（兼務）

		臨床心理技術者　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	155	1.4	1.2	1	0	8
	精神科病院	195	1.2	0.7	1	0	5
	診療所	18	1.1	0.7	1	0	3
	その他	0					
	合計	368	1.3	0.9	1	0	8

6) 連携推進補助員配置状況：類型別連携推進補助員配置状況（表 41，42，43），医療機関種別連携推進補助員配置状況（表 44，45，46）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかの連携推進補助員が配置されている医療機関は 12.3%であった．多くは 0 名の配置であり，最大で専従 2 名兼務 8 名の配置であった．

表 41　類型別　連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	12	4	16
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	323	42	365
		88.5%	11.5%	100.0%
	連携型	51	8	59
		86.4%	13.6%	100.0%
	合計	386	54	440
		87.7%	12.3%	100.0%

表 42　類型別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	7	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	113	0.1	0.4	0	0	2
	連携型	8	0.3	0.7	0	0	2
	合計	128	0.1	0.4	0	0	2

表 43　類型別　連携推進補助員配置状況（兼務）

		連携推進補助員　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	6	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	122	0.5	1.1	0	0	8
	連携型	15	0.7	0.7	1	0	2
	合計	143	0.5	1.0	0	0	8

表 44　医療機関別　連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	158	29	187
		84.5%	15.5%	100.0%
	精神科病院	202	18	220
		91.8%	8.2%	100.0%
	診療所	26	7	33
		78.8%	21.2%	100.0%
	その他	0	0	0
	合計	386	54	440
		87.7%	12.3%	100.0%

表 45　医療機関種別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	57	0.1	0.4	0	0	2
	精神科病院	66	0.1	0.4	0	0	2
	診療所	5	0.4	0.9	0	0	2
	その他	0					
	合計	128	0.1	0.4	0	0	2

表 46　医療機関種別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	65	0.5	0.8	0	0	4
	精神科病院	68	0.4	1.2	0	0	8
	診療所	10	0.9	0.7	1	0	2
	その他	0					
	合計	143	0.5	1.0	0	0	8

Ⅱ-2. 検査体制

類型別検査体制（表 47，48，49，図 10，11），医療機関種別検査体制（表 50，51，52，図 12，13）をそれぞれ示す．基幹型では以下に示す全ての検査体制が 100%整備されていたが，大型な設備を要する CT 検査，MRI 検査や SPECT 検査は地域型・連携型では整備されていない医療機関があった．自院で画像検査が困難な地域型や連携型は，連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられた．医療機関種別にみても，CT 検査は一般病院・精神科病院ではほぼ全ての医療機関で整備されていたが，診療所で CT 検査が自院で可能なものは 39.4%であった．類型別同様，自院で画像検査が困難な医療機関は連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられた．

表 47　類型別　検査体制

		血液検査	尿一般検査	心電図検査	神経心理検査	CT検査	MRI検査	SPECT検査
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
合計		439	439	440	440	415	223	119
		99.8%	99.8%	100.0%	100.0%	94.3%	50.7%	27.0%
類型	基幹型	16	16	16	16	16	16	16
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	地域型	364	364	365	365	364	190	99
		99.7%	99.7%	100.0%	100.0%	99.7%	52.1%	27.1%
	連携型	59	59	59	59	35	17	4
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	59.3%	28.8%	6.8%

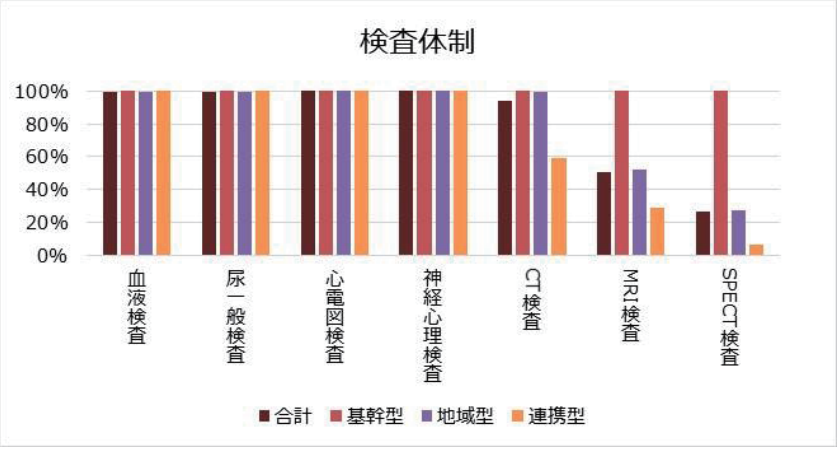


図 10　類型別　検査体制(再掲)

表 48　類型別　連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査
		連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり
合計		29	218	322
		6.6%	49.5%	73.2%
類型	基幹型	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	地域型	5	176	267
		1.4%	48.2%	73.2%
	連携型	24	42	55
		40.7%	71.2%	93.2%

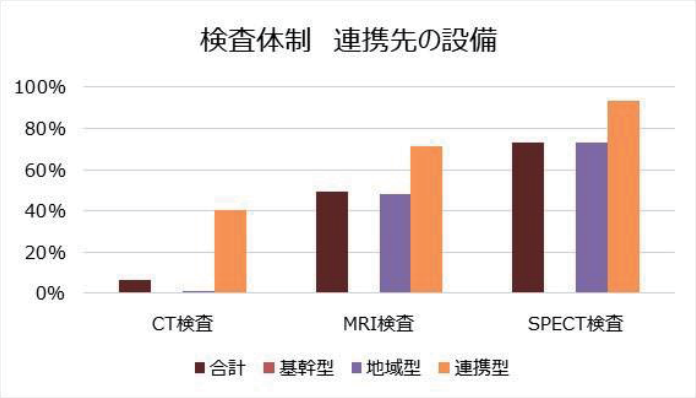


図 11　類型別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 49　類型別　保有画像検査機器（上段：CT，中段：MRI，下段：SPECT）

		保有機器　CT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	4.3	2.1	3	2	10
	地域型	365	1.5	1.3	1	0	13
	連携型	51	0.8	0.6	1	0	2
	合計	432	1.5	1.4	1	0	13
		保有機器　MRI					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	3.3	1.1	3	1	5
	地域型	291	1.1	1.3	1	0	6
	連携型	38	0.5	0.6	0	0	2
	合計	345	1.2	1.3	1	0	6
		保有機器　SPECT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.7	0.8	2	1	3
	地域型	249	0.6	0.9	0	0	4
	連携型	31	0.1	0.3	0	0	1
	合計	296	0.6	0.9	0	0	4

表 50　医療機関種別　検査体制

		血液検査	尿一般検査	心電図検査	神経心理検査	CT検査	MRI検査	SPECT検査
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
合計		439	439	440	440	415	223	119
		99.8%	99.8%	100.0%	100.0%	94.3%	50.7%	27.0%
医療機関種別	一般病院	187	187	187	187	187	166	113
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	88.8%	60.4%
	精神科病院	219	219	220	220	215	49	5
		99.5%	99.5%	100.0%	100.0%	97.7%	22.3%	2.3%
	診療所	33	33	33	33	13	8	1
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	39.4%	24.2%	3.0%
	その他	0	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

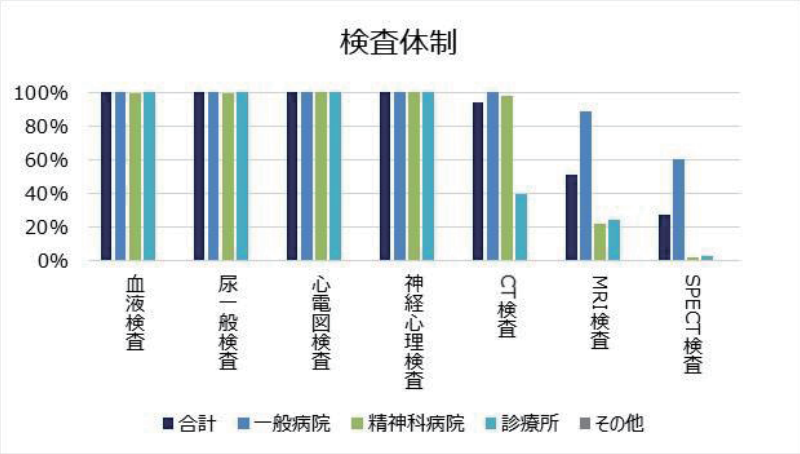


図 12　医療機関種別　検査体制(再掲)

表 51　医療機関種別　連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査
		連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり
合計		29	218	322
		6.6%	49.5%	73.2%
医療機関種別	一般病院	0	21	74
		0.0%	11.2%	39.6%
	精神科病院	9	172	216
		4.1%	78.2%	98.2%
	診療所	20	25	32
		60.6%	75.8%	97.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%

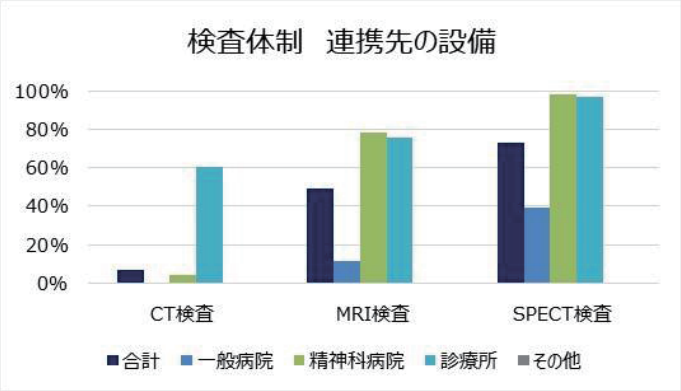


図 13　医療機関種別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 52　医療機関種別　保有画像検査機器（上段：CT，中段：MRI，下段：SPECT）

		保有機器 CT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	2.2	1.9	2	1	13
	精神科病院	219	1.0	0.3	1	0	4
	診療所	26	0.5	0.5	1	0	1
	その他	0					
	合計	432	1.5	1.4	1	0	13
		保有機器 MRI					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	176	2.0	1.4	2	0	6
	精神科病院	147	0.3	0.5	0	0	1
	診療所	22	0.4	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	345	1.2	1.3	1	0	6
		保有機器 SPECT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	153	1.1	0.9	1	0	4
	精神科病院	126	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	17	0.1	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	296	0.6	0.9	0	0	4

Ⅱ-3. 相談件数

類型別相談件数（表 53，図 14），医療機関種別相談件数（表 54，図 15）をそれぞれ示す．空欄となっていた医療機関は欠損としたが，それらの医療機関では，相談件数を確認していない，あるいは相談を行っていない可能性がある．地域型の平均相談件数は基幹型の約 1.6 倍であったが，医療機関ごとのばらつきが非常に多いことが伺われた．医療機関種別では平均の電話・面接相談件数は一般病院・精神科病院で多いが，精神科病院，診療所において平均訪問相談件数が多かった．

表 53　類型別　相談件数（上段：電話相談，中段：面接相談，下段：訪問相談）

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	5	762.0	285.5	857	273	1000
	地域型	231	1219.2	1662.2	631	12	12065
	連携型	29	638.3	853.8	277	1	3773
	合計	265	1147.0	1587.9	611	1	12065

		相談件数 面接					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	4	366.3	208.7	379	119	588
	地域型	219	576.3	1066.2	218	0	8112
	連携型	30	272.2	439.0	149	1	1736
	合計	253	536.9	1008.1	212	0	8112

		相談件数 訪問					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	3	6.7	6.1	8	0	12
	地域型	158	31.9	170.4	1	0	1730
	連携型	21	18.2	60.6	2	0	280
	合計	182	29.9	160.1	1	0	1730



図 14　類型別　相談件数（左：電話相談，中：面接相談，右：訪問相談）

表 54　医療機関種別　相談件数（上段：電話相談，中段：面接相談，下段：訪問相談）

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	119	1226.5	1762.1	716	1	12065
	精神科病院	131	1117.5	1476.0	590	45	11268
	診療所	15	773.7	967.2	450	19	3773
	その他	0					
	合計	265	1147.0	1587.9	611	1	12065

		相談件数 面接					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	115	771.0	1310.8	293	1	8112
	精神科病院	122	352.0	614.1	141	0	5168
	診療所	16	264.0	442.1	111	4	1587
	その他	0					
	合計	253	536.9	1008.1	212	0	8112

		相談件数 訪問					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	80	9.5	20.5	0	0	121
	精神科病院	91	47.5	223.0	2	0	1730
	診療所	11	32.5	82.8	4	0	280
	その他	0					
	合計	182	29.9	160.1	1	0	1730

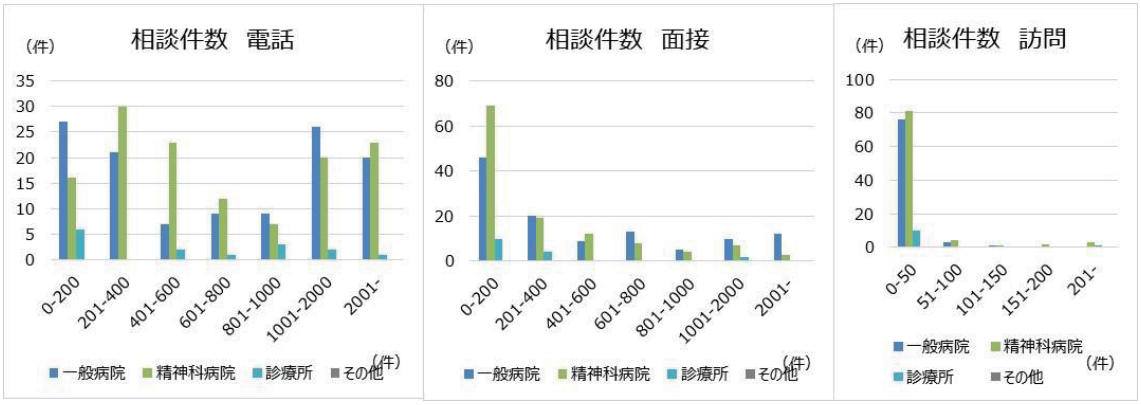


図 15　医療機関種別　相談件数（左：電話相談，中：面接相談，右：訪問相談）

Ⅱ-4. 鑑別診断件数

認知症疾患医療センターにおいて 1 年間に診断された認知症関連疾患の鑑別診断件数を類型別・医療機関種別に以下に示す．鑑別診断件数の検討において，空欄となっていた医療機関は欠損とした．

1）正常または健常：類型別（表 55，図 16），医療機関種別（表 56，図 17）に，正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型および一般病院で多く，基幹型および診療所で少ない傾向があった．65 歳未満の者では，基幹型，一般病院で多い傾向があった．

表 55　類型別　正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	13.8	10.2	14	0	33
	地域型	324	16.7	23.7	9	0	219
	連携型	49	14.1	33.8	4	0	224
	合計	388	16.3	24.8	8	0	224

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	3.8	3.1	4	0	12
	地域型	261	2.6	4.1	1	0	27
	連携型	27	2.3	3.4	1	0	14
	合計	301	2.6	4.0	1	0	27

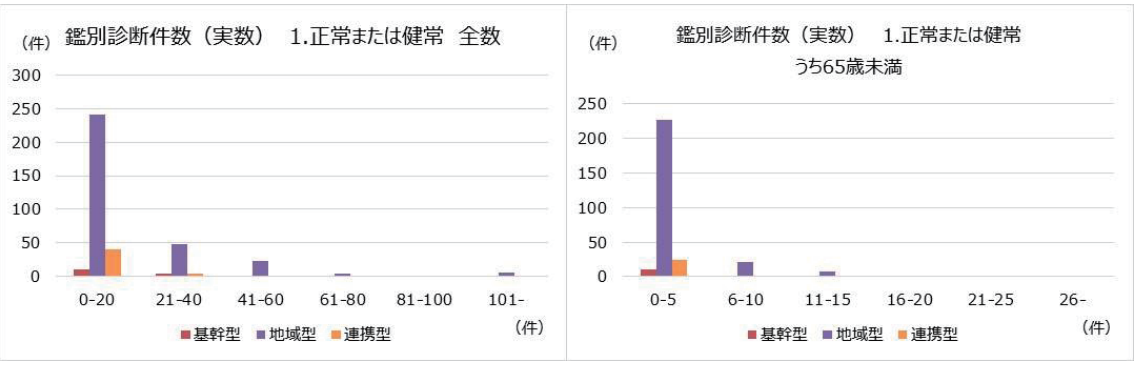


図 16　類型別　正常または健常の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 56　医療機関種別　正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	176	24.5	31.0	17	0	224
	精神科病院	180	9.0	15.1	4	0	106
	診療所	32	12.3	16.3	5	0	63
	その他	0					
	合計	388	16.3	24.8	8	0	224

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	147	3.8	4.2	3	0	26
	精神科病院	135	1.4	3.5	0	0	27
	診療所	19	2.5	3.5	1	0	14
	その他	0					
	合計	301	2.6	4.0	1	0	27

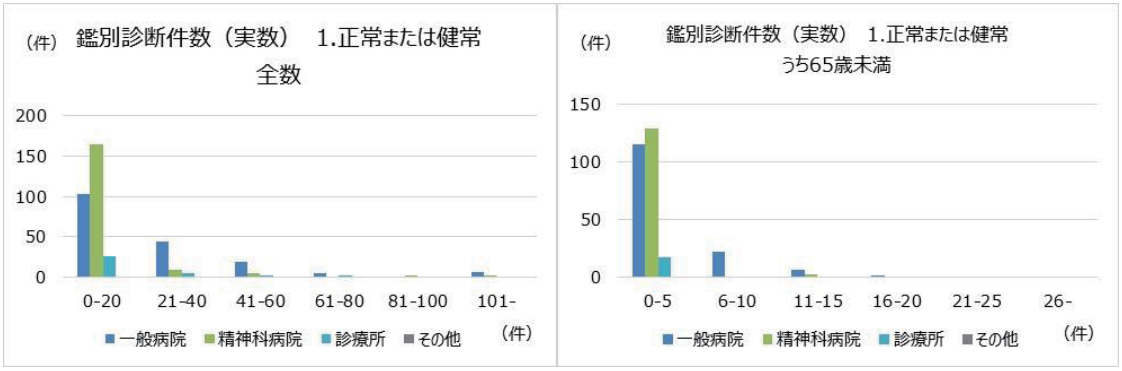


図 17　医療機関種別　正常または健常の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

2) 軽度認知障害（MCI）：類型別（表 57，図 18），医療機関種別（表 58，図 19）に，軽度認知障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では基幹型および一般病院に多かった．65 歳未満では基幹型及び診療所に多い傾向があった．

表 57　類型別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 2.軽度認知障害(MCI) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	48.6	32.3	46	5	138
	地域型	360	39.7	40.4	28	0	278
	連携型	57	23.5	48.8	10	0	356
	合計	433	37.9	41.7	26	0	356
		鑑別診断件数（実数） 2.軽度認知障害(MCI) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	3.1	1.8	3	0	6
	地域型	259	1.6	2.3	1	0	15
	連携型	31	2.1	3.3	1	0	14
	合計	304	1.8	2.4	1	0	15

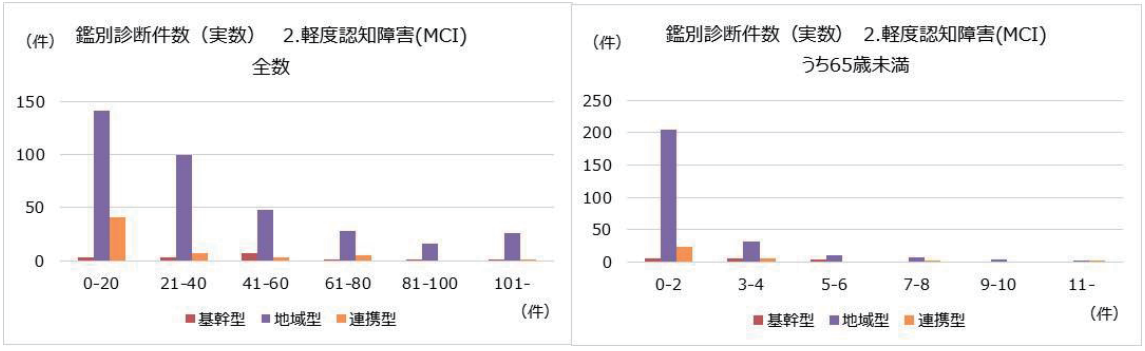


図 18　類型別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 58　医療機関種別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	185	50.3	48.4	38	0	278
	精神科病院	215	27.8	26.2	20	0	160
	診療所	33	34.4	61.5	16	2	356
	その他	0					
	合計	433	37.9	41.7	26	0	356
		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	135	2.3	2.8	1	0	15
	精神科病院	150	1.1	1.4	1	0	7
	診療所	19	2.7	4.0	1	0	14
	その他	0					
	合計	304	1.8	2.4	1	0	15

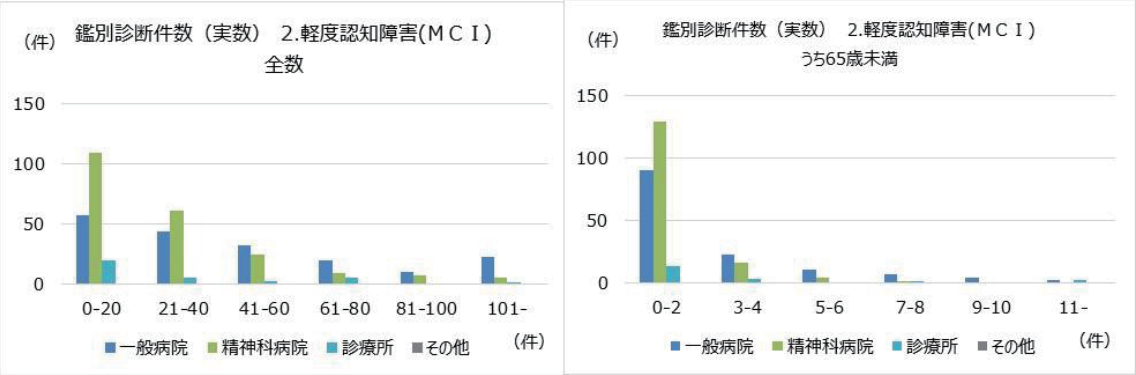


図 19　医療機関種別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

3）アルツハイマー型認知症（G30,F00）：類型別（表 59，図 20），医療機関種別（表 60，図 21）に，アルツハイマー型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型および診療所以外の病院における鑑別診断件数が多かった．どの類型，どの医療機関種別でも 65 歳未満のアルツハイマー型認知症の鑑別診断件数は一年間におおむね 1 名以上（中央値）であった（最小値 0～最大値 15 名）．

表 59　類型別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	69.9	47.4	65	17	163
	地域型	365	132.9	99.6	105	2	620
	連携型	59	74.2	80.8	50	4	543
	合計	440	122.8	98.4	96	2	620
		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	3.6	2.7	4	0	11
	地域型	299	2.6	2.6	2	0	15
	連携型	38	1.7	1.9	1	0	8
	合計	353	2.6	2.5	2	0	15

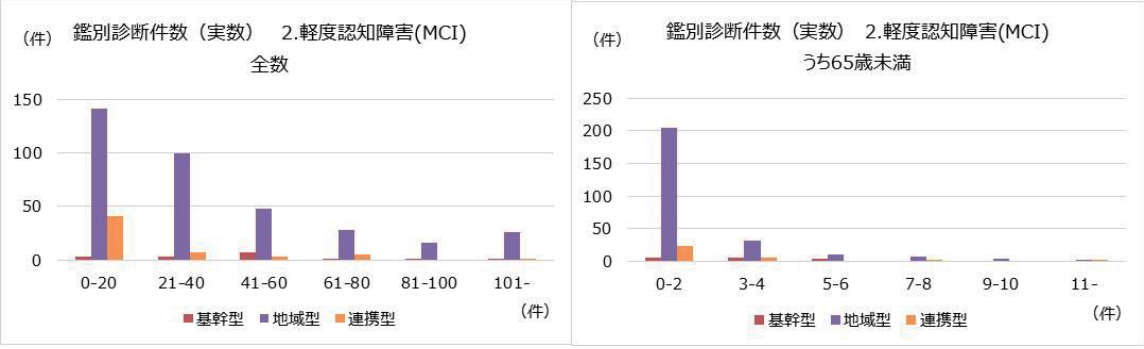


図 20　類型別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 60　医療機関種別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	118.9	101.7	88	2	620
	精神科病院	220	130.4	94.7	107	2	485
	診療所	33	93.7	99.6	52	4	543
	その他	0					
	合計	440	122.8	98.4	96	2	620
		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	156	3.0	2.8	2	0	15
	精神科病院	175	2.2	2.3	2	0	12
	診療所	22	2.3	2.3	2	0	8
	その他	0					
	合計	353	2.6	2.5	2	0	15

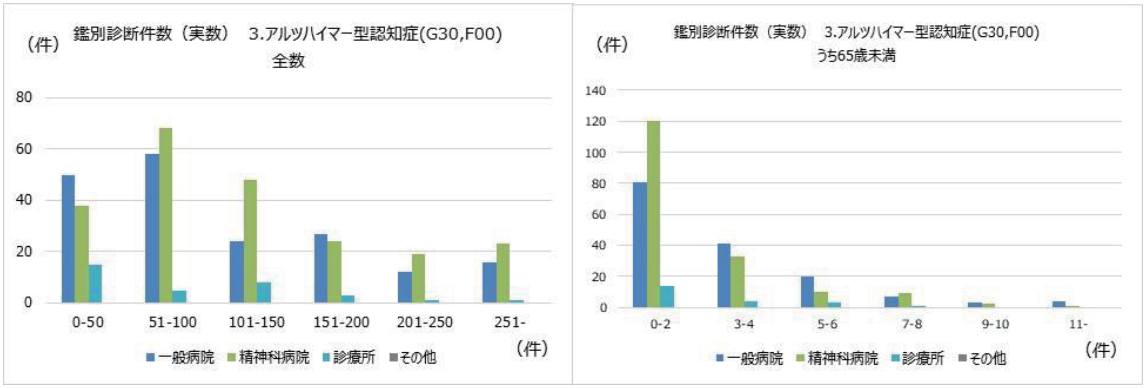


図 21　医療機関種別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

4）血管性認知症（F01）：類型別（表 61，図 22），医療機関種別（表 62，図 23）に，血管性認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型と連携型の鑑別診断件数には二倍の差があった．認知症疾患医療センターにおける 65 歳未満の血管性認知症の鑑別診断件数は基幹型において中央値で 1 名/年であり，最大値で地域型での 5 名/年であった．

表 61　類型別　血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	7.8	5.5	6	2	19
	地域型	360	16.0	17.4	11	0	133
	連携型	53	7.8	7.9	5	1	41
	合計	429	14.7	16.5	10	0	133

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.8	0.9	1	0	2
	地域型	233	0.6	0.9	0	0	5
	連携型	24	0.4	0.5	0	0	1
	合計	268	0.6	0.9	0	0	5

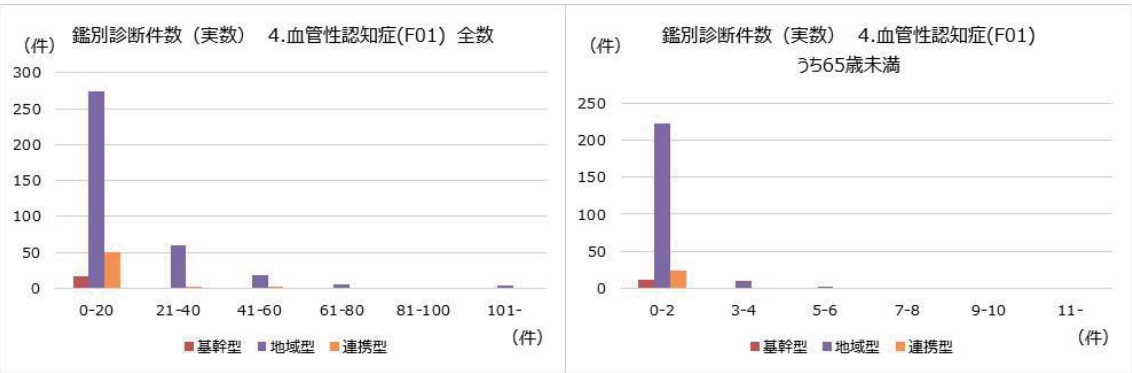


図 22　類型別　血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 62　医療機関種別　血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	182	13.7	15.8	8	0	125
	精神科病院	216	16.3	17.7	12	0	133
	診療所	31	9.2	9.2	6	1	41
	その他	0					
	合計	429	14.7	16.5	10	0	133

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	114	0.6	0.9	0	0	5
	精神科病院	140	0.6	0.8	0	0	4
	診療所	14	0.4	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	268	0.6	0.9	0	0	5

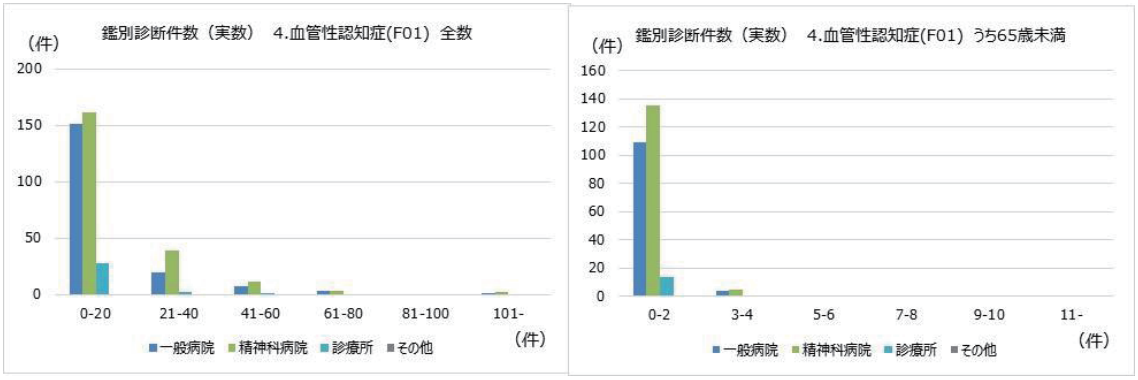


図 23　医療機関種別　血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満

5) レビー小体型認知症（G31,F02）：類型別（表 63，図 24），医療機関種別（表 64，図 25）に，レビー小体型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型および精神科病院の診断件数が多く，連携型および診療所での診断件数が少なかった．65 歳未満のレビー小体型認知症の鑑別診断件数はいずれの類型でも中央値で 0 名/年，最大値で 11 名/年であった．

表 63　類型別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	9.4	7.5	7	1	28
	地域型	356	15.3	18.9	10	0	150
	連携型	53	8.3	10.8	5	0	71
	合計	425	14.2	17.9	9	0	150

		鑑別診断件数（実数） 5.レビー小体型認知症(G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.5	0.8	0	0	2
	地域型	211	0.5	1.1	0	0	11
	連携型	24	0.3	0.4	0	0	1
	合計	246	0.5	1.0	0	0	11

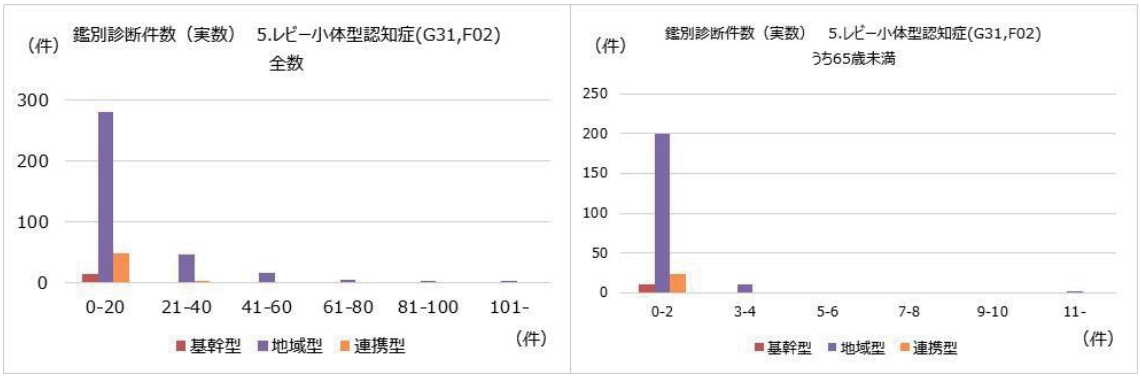


図 24　類型別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 64　医療機関種別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	180	15.7	20.7	8	0	113
	精神科病院	214	13.4	15.8	10	0	150
	診療所	31	10.8	13.4	6	0	71
	その他	0					
	合計	425	14.2	17.9	9	0	150

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	111	0.6	1.4	0	0	11
	精神科病院	121	0.3	0.7	0	0	3
	診療所	14	0.3	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	246	0.5	1.0	0	0	11

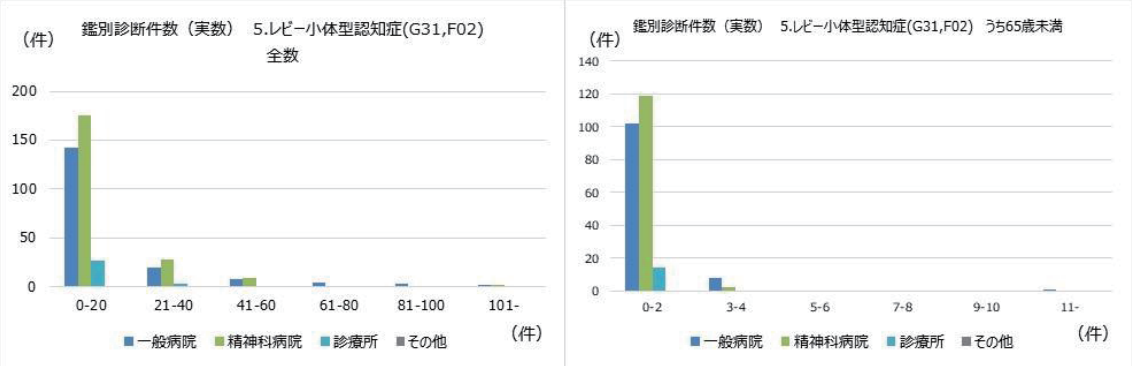


図 25　医療機関種別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

6) 前頭側頭型認知症（行動障害型・言語障害型を含む G31,F02）：類型別（表 65，図 26），医療機関種別（表 66，図 27）に，前頭側頭型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では基幹型，地域型および診療所以外の医療機関での鑑別診断件数が多く，連携型および診療所での件数が少なかった．65 歳未満の前頭側頭型認知症の鑑別診断件数は，中央値では基幹型で 1 名/年，地域型・連携型で 0 名/年，最大値 7 名/年であった．

表 65　類型別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	3.8	4.8	3	0	21
	地域型	336	5.7	7.6	3	0	73
	連携型	47	2.8	3.7	1	0	15
	合計	399	5.3	7.2	3	0	73

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	0.8	0.9	1	0	2
	地域型	216	0.6	1.0	0	0	7
	連携型	27	0.4	0.6	0	0	2
	合計	255	0.6	1.0	0	0	7

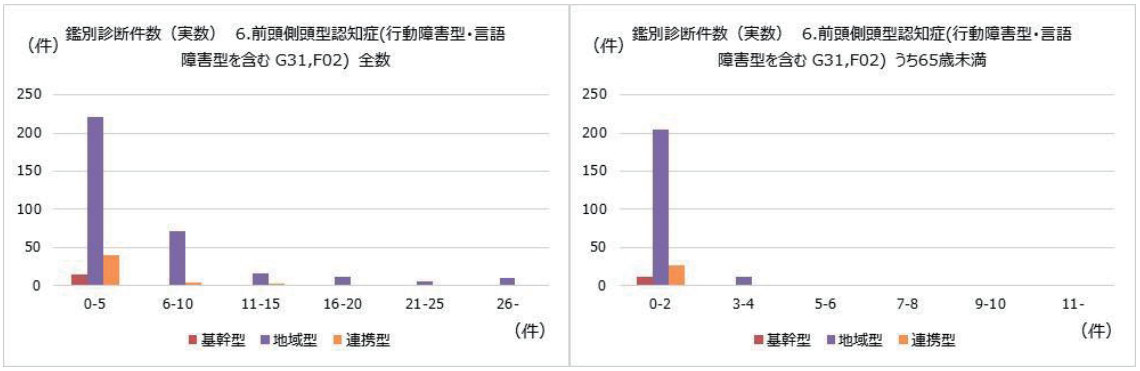


図 26　類型別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 66　医療機関種別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	170	5.8	9.1	3	0	73
	精神科病院	199	5.1	5.5	3	0	30
	診療所	30	3.4	4.2	2	0	15
	その他	0					
	合計	399	5.3	7.2	3	0	73

		鑑別診断件数（実数） 6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	117	0.7	1.1	0	0	7
	精神科病院	120	0.5	0.8	0	0	4
	診療所	18	0.6	0.7	1	0	2
	その他	0					
	合計	255	0.6	1.0	0	0	7

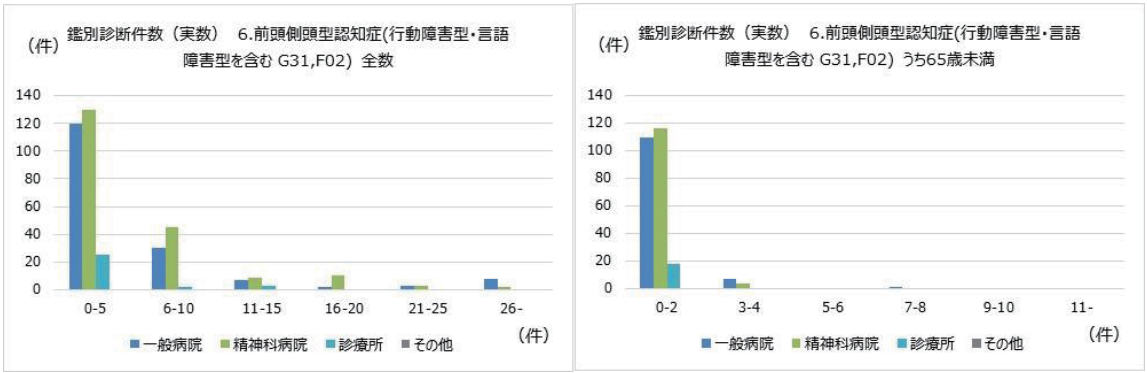


図 27　医療機関種別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

7）外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)：類型別（表 67，図 28），医療機関種別（表 68，図 29）に，正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．各認知症疾患医療センターの鑑別診断件数の差

が大きいが，全数では連携型で平均 1.6 名/年，診療所で 2.3 名/年であった．65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年の鑑別診断件数であった．

表 67　類型別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.6	1.2	0	0	4
	地域型	255	0.8	1.3	0	0	9
	連携型	37	1.6	7.1	0	0	43
	合計	303	0.9	2.7	0	0	43

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	0.1	0.4	0	0	1
	地域型	185	0.1	0.5	0	0	6
	連携型	23	0.6	2.3	0	0	11
	合計	216	0.2	0.9	0	0	11

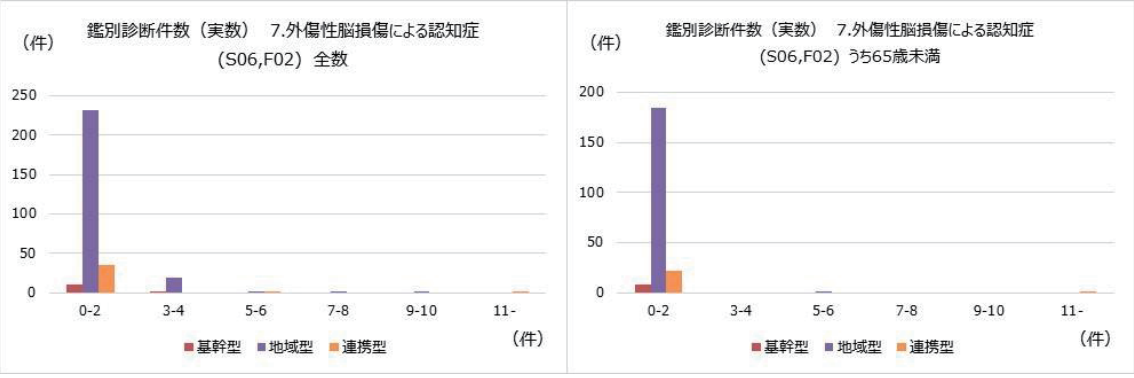


図 28　類型別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 68　医療機関種別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	134	0.7	1.1	0	0	5
	精神科病院	145	0.8	1.4	0	0	9
	診療所	24	2.3	8.7	0	0	43
	その他	0					
	合計	303	0.9	2.7	0	0	43

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	99	0.1	0.3	0	0	1
	精神科病院	103	0.2	0.7	0	0	6
	診療所	14	0.8	2.9	0	0	11
	その他	0					
	合計	216	0.2	0.9	0	0	11

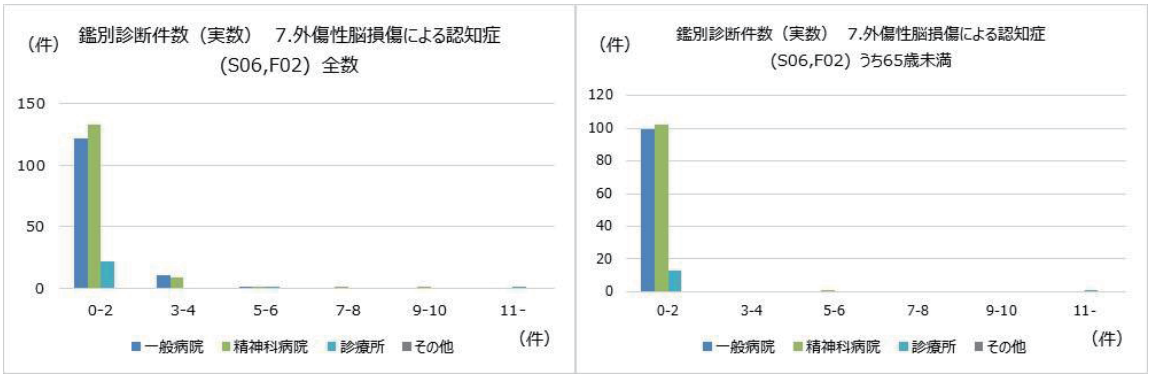


図 29　医療機関種別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

8) 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)：類型別（表 69，図 30），医療機関種別（表 70，図 31）に，物質・医薬品誘発性による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型および一般病院，精神科病院で多い傾向があるが，中央値では精神科病院で 2 名/年，他の類型で 1 名/年，65 歳未満では中央値 0 名/年，最大値 10 名/年の鑑別診断件数であった．

表 69　類型別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.5	0.7	0	0	2
	地域型	283	2.4	3.1	1	0	20
	連携型	43	1.4	2.0	1	0	9
	合計	337	2.2	3.0	1	0	20
		鑑別診断件数（実数） 8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	9	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	206	0.5	1.2	0	0	10
	連携型	27	0.4	0.5	0	0	1
	合計	242	0.5	1.1	0	0	10

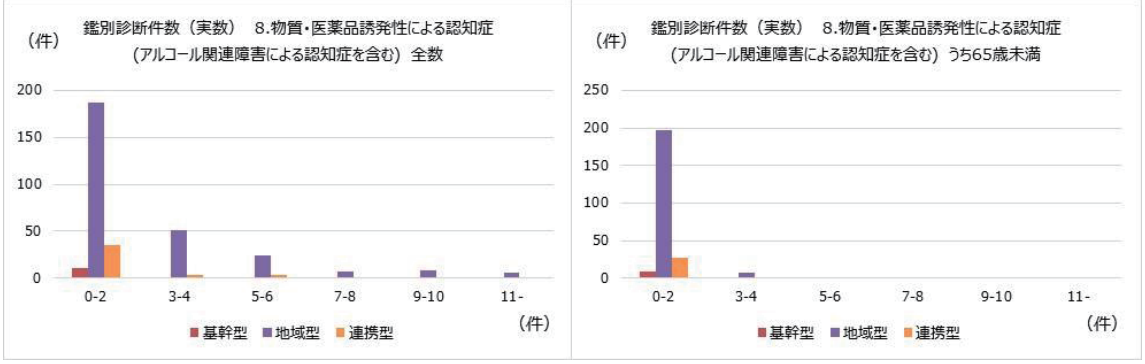


図 30　類型別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 70　医療機関種別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	143	2.2	3.4	1	0	20
	精神科病院	168	2.3	2.7	2	0	20
	診療所	26	1.6	2.1	1	0	9
	その他	0					
	合計	337	2.2	3.0	1	0	20

		鑑別診断件数（実数）　8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	105	0.6	1.4	0	0	10
	精神科病院	121	0.5	0.7	0	0	3
	診療所	16	0.3	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	242	0.5	1.1	0	0	10

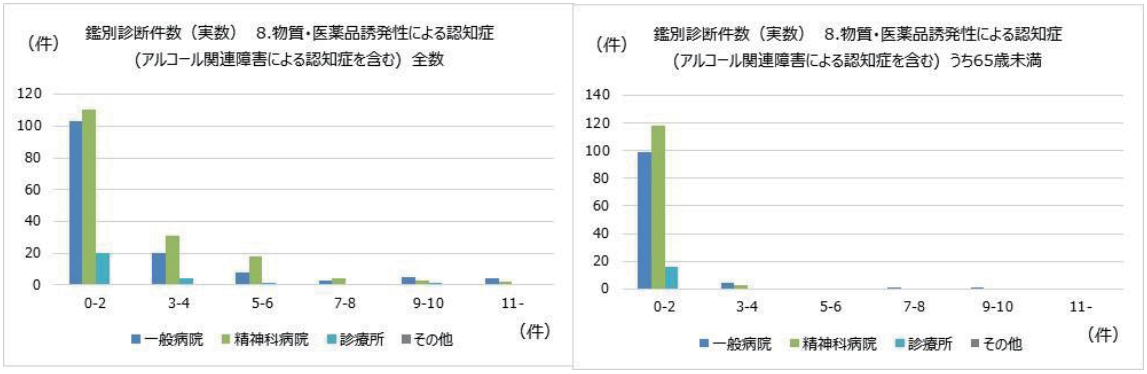


図 31　医療機関種別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

9) HIV 感染による認知症(B20,F02)：類型別（表 71，図 32），医療機関種別（表 72，図 33）に，HIV 感染による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値ではいずれの類型でも 0 名/年，最大値で 1 名/年の鑑別診断件数であった．

表 71　類型別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	222	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	33	0.0	0.0	0	0	0
	合計	265	0.0	0.1	0	0	1

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	180	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	20	0.0	0.0	0	0	0
	合計	208	0.0	0.1	0	0	1

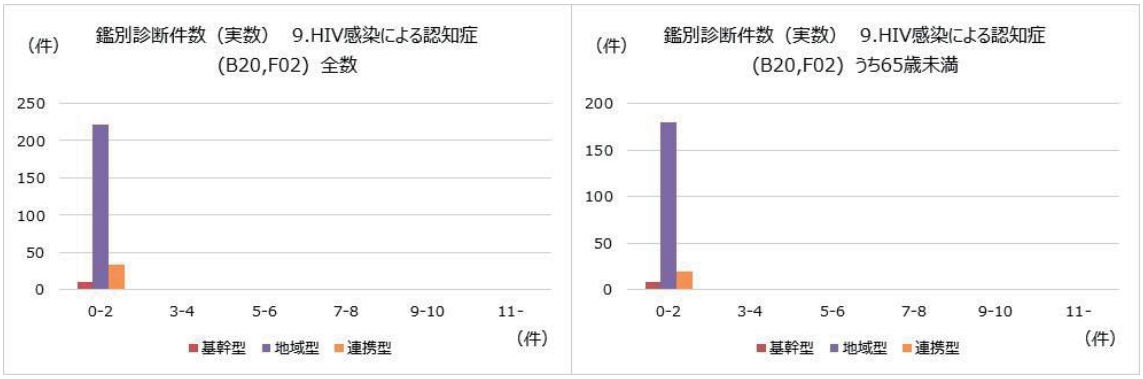


図 32　類型別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 72　医療機関種別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 9.HIV感染による認知症(B20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	116	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	126	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	23	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	265	0.0	0.1	0	0	1

		鑑別診断件数（実数） 9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	95	0.0	0.0	0	0	0
	精神科病院	100	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	13	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	208	0.0	0.1	0	0	1

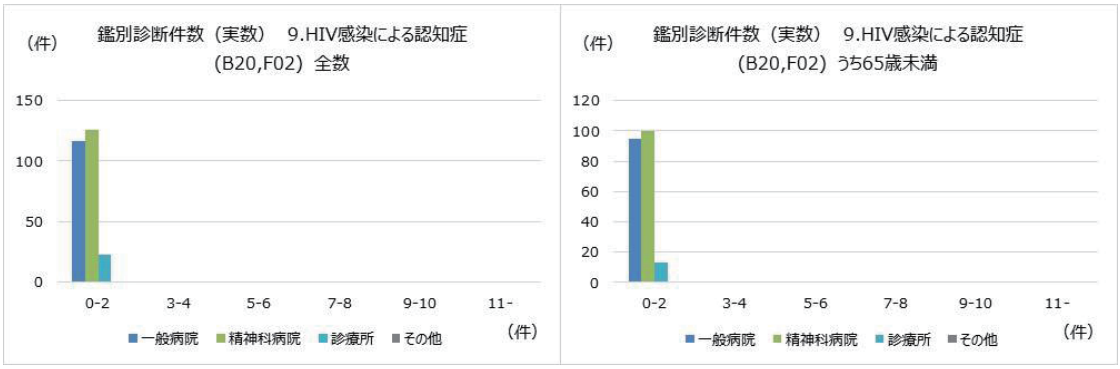


図 33　医療機関種別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

10) プリオン病による認知症(A81,F02)：類型別（表 73，図 34），医療機関種別（表 74，図 35）に，プリオン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった．

表 73　類型別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	228	0.2	1.7	0	0	25
	連携型	33	0.0	0.2	0	0	1
	合計	271	0.2	1.6	0	0	25

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	181	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	20	0.0	0.0	0	0	0
	合計	209	0.0	0.1	0	0	1

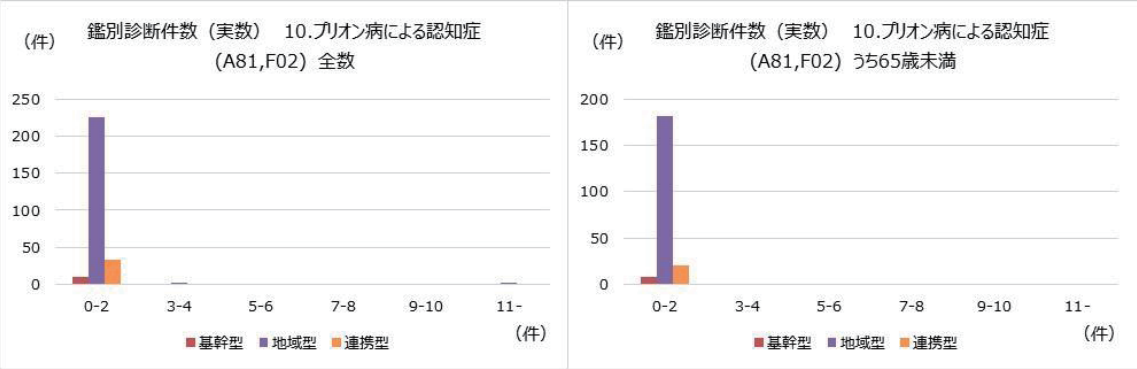


図 34　類型別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 74　医療機関種別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	121	0.2	0.5	0	0	4
	精神科病院	127	0.3	2.2	0	0	25
	診療所	23	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	271	0.2	1.6	0	0	25

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	95	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	101	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	13	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	209	0.0	0.1	0	0	1

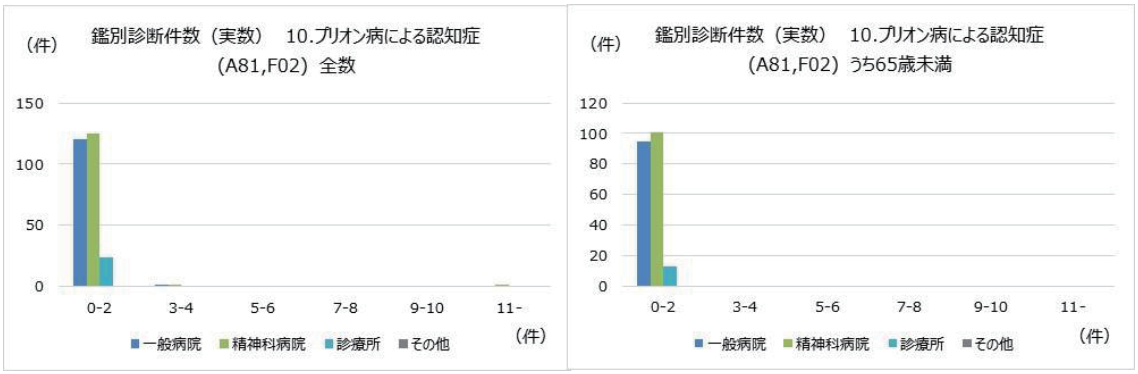


図 35　医療機関種別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

11）パーキンソン病による認知症(G20,F02)：類型別（表 75, 図 36），医療機関種別（表 76, 図 37）に，パーキンソン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値で地域型および診療所で 1 名/年であったが，それ以外では 0 名/年であり，最大値は 157 件/年であった．

表 75　類型別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	1.5	4.5	0	0	15
	地域型	258	1.8	10.0	1	0	157
	連携型	37	0.9	1.4	0	0	6
	合計	306	1.7	9.2	0	0	157
		鑑別診断件数（実数） 11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	188	0.2	2.3	0	0	32
	連携型	21	0.0	0.2	0	0	1
	合計	217	0.2	2.2	0	0	32

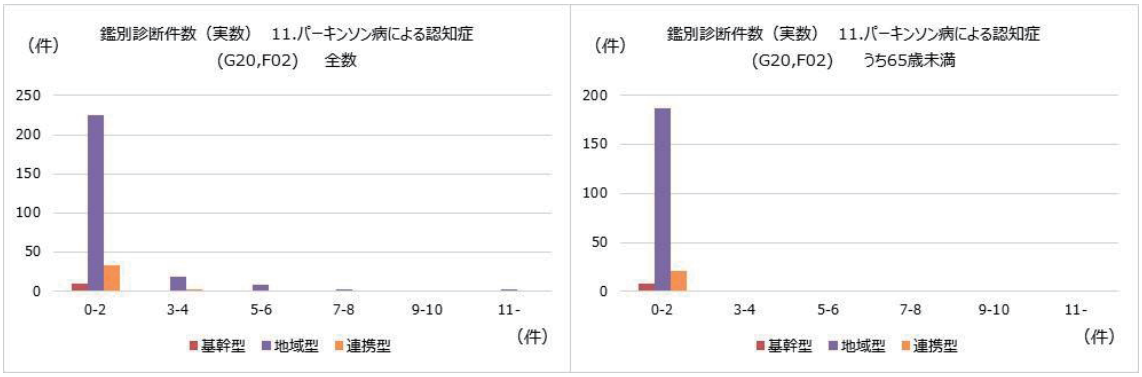


図 36　類型別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 76　医療機関種別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　11.パーキンソン病による認知症(G20,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	129	2.8	14.1	0	0	157
	精神科病院	151	0.8	1.2	0	0	6
	診療所	26	1.1	1.5	1	0	6
	その他	0					
	合計	306	1.7	9.2	0	0	157

		鑑別診断件数（実数）　11.パーキンソン病による認知症(G20,F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	99	0.4	3.2	0	0	32
	精神科病院	104	0.1	0.3	0	0	2
	診療所	14	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	217	0.2	2.2	0	0	32

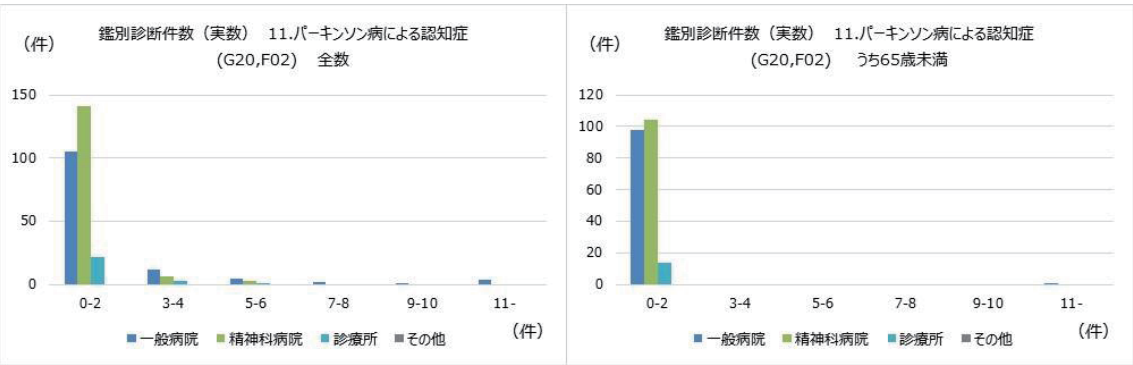


図 37　医療機関種別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

12）ハンチントン病による認知症(G10,F02)：類型別（表 77，図 38），医療機関種別（表 78，図 39）に，ハンチントン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった．

表 77　類型別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	223	0.1	0.6	0	0	9
	連携型	33	0.1	0.2	0	0	1
	合計	267	0.1	0.6	0	0	9

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	9	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	180	0.0	0.2	0	0	2
	連携型	20	0.0	0.0	0	0	0
	合計	209	0.0	0.2	0	0	2

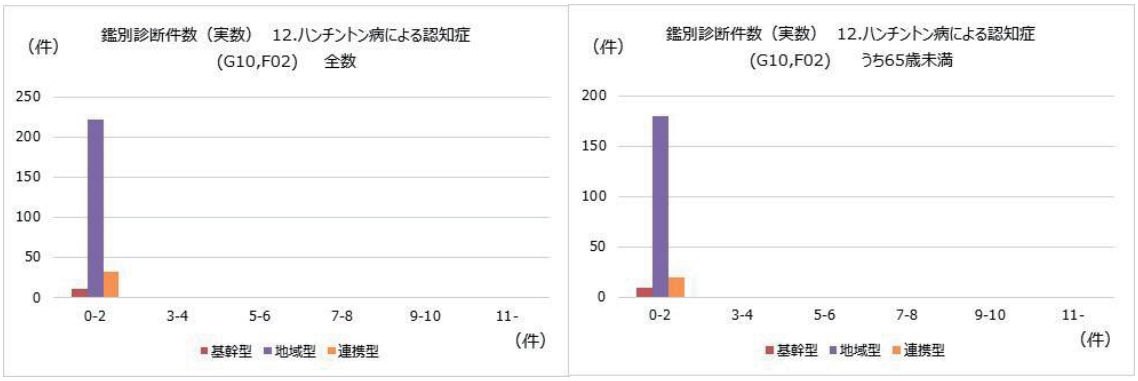


図 38　類型別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 78　医療機関種別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	117	0.1	0.8	0	0	9
	精神科病院	127	0.0	0.2	0	0	2
	診療所	23	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	267	0.1	0.6	0	0	9

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	96	0.0	0.2	0	0	2
	精神科病院	100	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	13	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	209	0.0	0.2	0	0	2

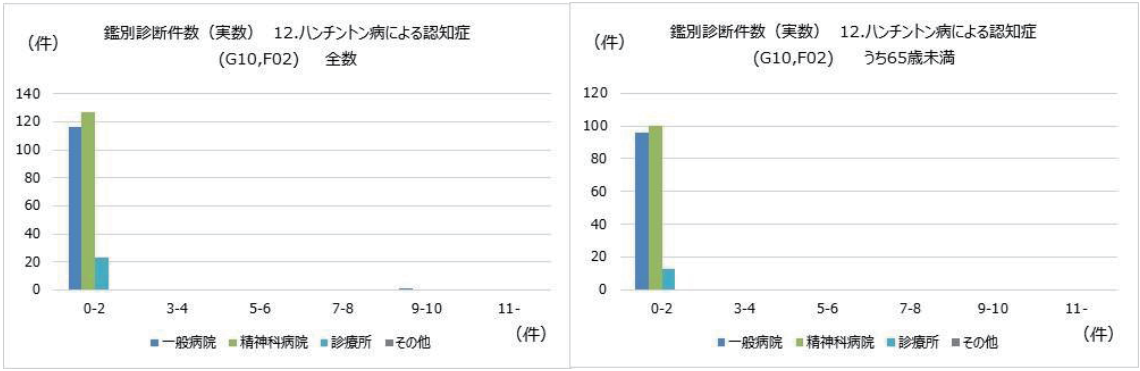


図 39　医療機関種別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

13) 正常圧水頭症(G91)：類型別（表 79，図 40），医療機関種別（表 80，図 41）に，正常圧水頭症による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．いずれの類型でも平均 2 名/年以上鑑別診断していたが医療機関の専門性による鑑別診断件数の差が大きかった．

表 79　類型別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	2.3	2.8	1	0	8
	地域型	270	2.5	5.1	1	0	56
	連携型	35	2.0	4.7	0	0	24
	合計	317	2.4	5.0	1	0	56

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	183	0.0	0.2	0	0	1
	連携型	20	0.1	0.4	0	0	2
	合計	211	0.0	0.2	0	0	2

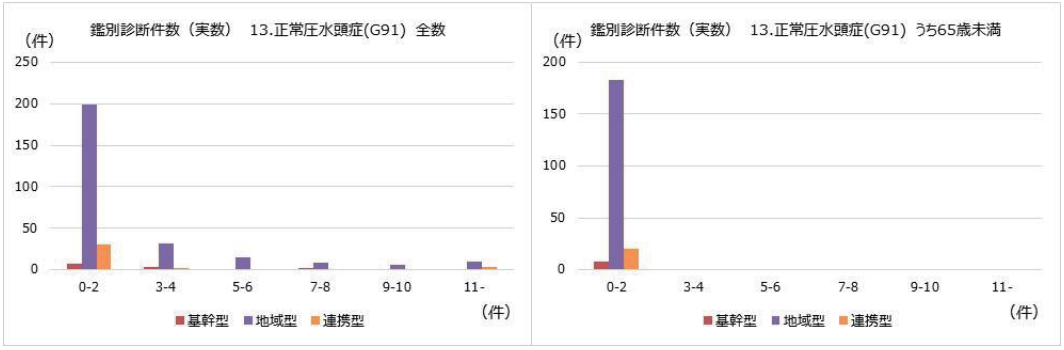


図 40　類型別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 80　医療機関種別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	138	3.1	6.5	1	0	56
	精神科病院	154	1.9	2.9	1	0	22
	診療所	25	2.3	5.1	1	0	24
	その他	0					
	合計	317	2.4	5.0	1	0	56

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	97	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	101	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	13	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	211	0.0	0.2	0	0	2

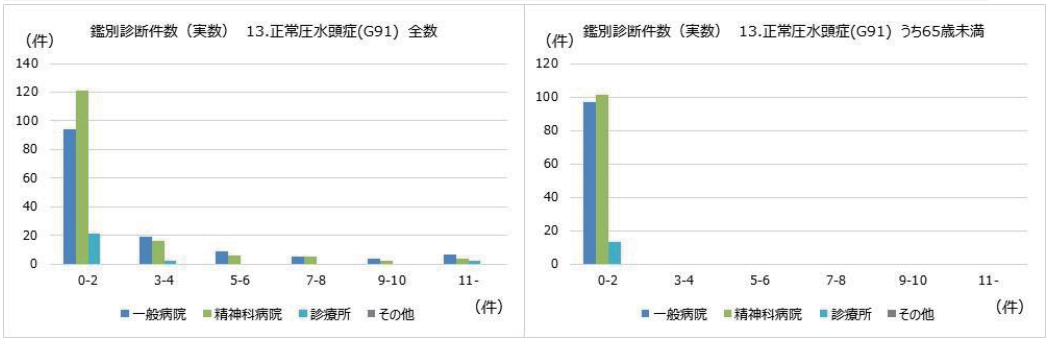


図 41　医療機関種別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

14) 他の医学的疾患による認知症(F02)：類型別（表 81，図 42），医療機関種別（表 82，図 43）に，他の医学的疾患による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型および一般病院で多い傾向があった．

表 81　類型別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	3.2	3.0	3	0	9
	地域型	281	3.5	7.8	1	0	85
	連携型	41	2.7	4.4	1	0	23
	合計	335	3.3	7.3	1	0	85
		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	9	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	195	0.3	1.5	0	0	19
	連携型	21	0.2	0.4	0	0	1
	合計	225	0.3	1.4	0	0	19

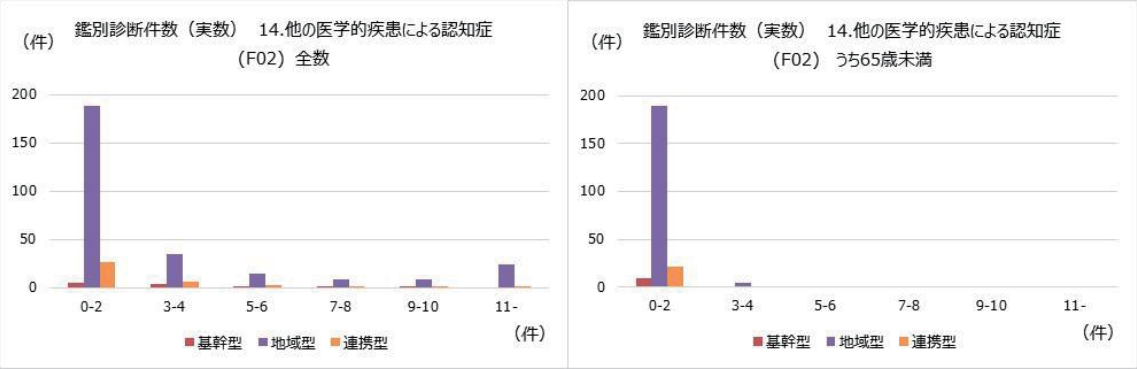


図 42　類型別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 82　医療機関種別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	153	4.6	9.1	2	0	85
	精神科病院	154	2.1	5.2	0	0	52
	診療所	28	3.5	5.1	2	0	23
	その他	0					
	合計	335	3.3	7.3	1	0	85
		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	106	0.5	2.0	0	0	19
	精神科病院	106	0.1	0.4	0	0	3
	診療所	13	0.2	0.4	0	0	1
	その他	0					
	合計	225	0.3	1.4	0	0	19

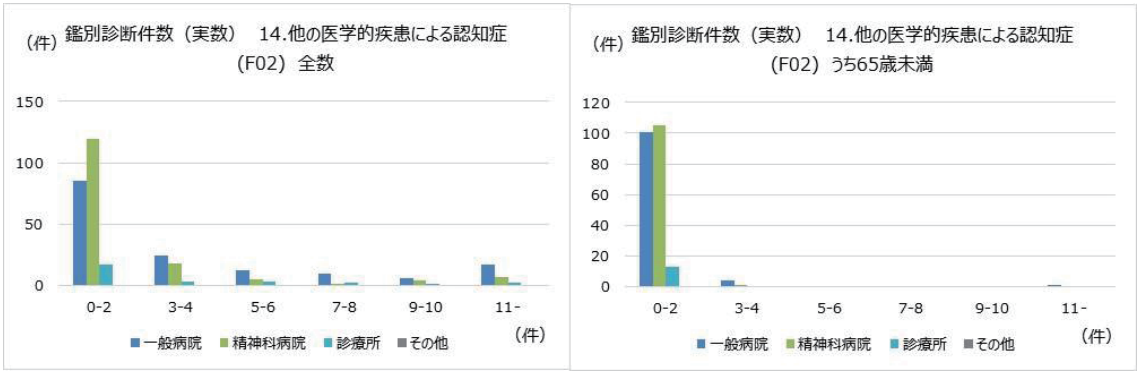


図 43　医療機関種別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

15) 複数の病因による認知症(F02)：類型別（表 83，図 44），医療機関種別（表 84，図 45）に，複数の病因による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型で平均 12.8 名/年，一般病院で平均 12.4 名/年であったが，医療機関の特性により鑑別診断件数に差があると考えられた．

表 83　類型別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 15.複数の病因による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	7.6	5.6	6	0	17
	地域型	329	12.8	17.5	7	0	125
	連携型	49	6.7	10.6	3	0	59
	合計	394	11.8	16.6	7	0	125

		鑑別診断件数（実数） 15.複数の病因による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	196	0.2	0.5	0	0	3
	連携型	22	0.2	0.5	0	0	2
	合計	229	0.2	0.5	0	0	3

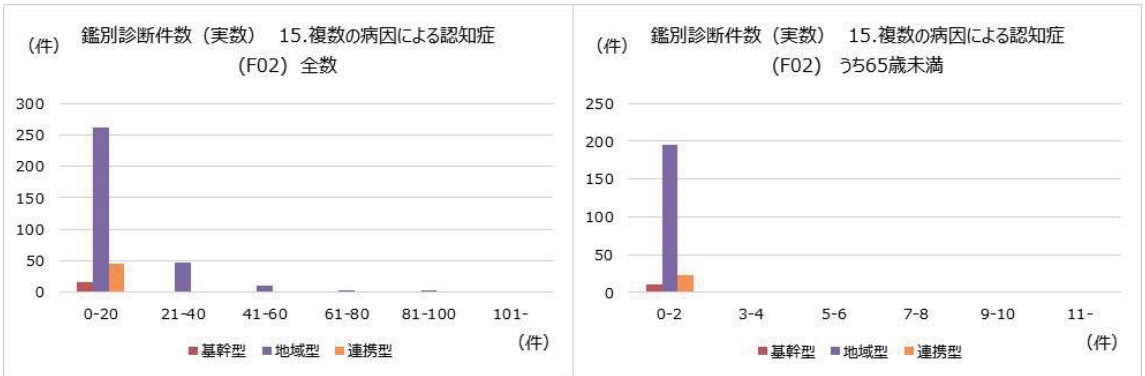


図 44　類型別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 84　医療機関種別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	172	12.4	16.2	7	0	125
	精神科病院	193	11.9	17.5	6	0	118
	診療所	29	7.6	11.6	4	0	59
	その他	0					
	合計	394	11.8	16.6	7	0	125

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	108	0.2	0.5	0	0	2
	精神科病院	108	0.1	0.4	0	0	3
	診療所	13	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	229	0.2	0.5	0	0	3

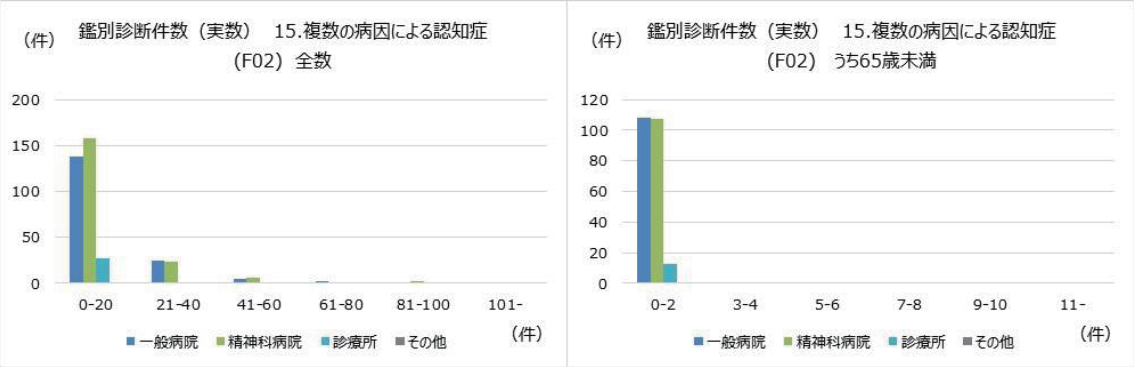


図 45　医療機関種別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

16) 詳細不明の認知症(F02)（前記の 3)～15)に該当しないもの）：類型別（表 85，図 46），医療機関種別（表 86，図 47）に，詳細不明の認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．詳細不明の認知症として表現された症例は鑑別診断中である可能性がある．

表 85　類型別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	2.5	2.9	1	0	8
	地域型	291	12.3	24.0	4	0	188
	連携型	42	5.3	11.8	1	0	69
	合計	346	11.1	22.5	3	0	188

		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.3	0.6	0	0	2
	地域型	202	0.3	1.0	0	0	10
	連携型	22	0.1	0.4	0	0	1
	合計	235	0.3	0.9	0	0	10

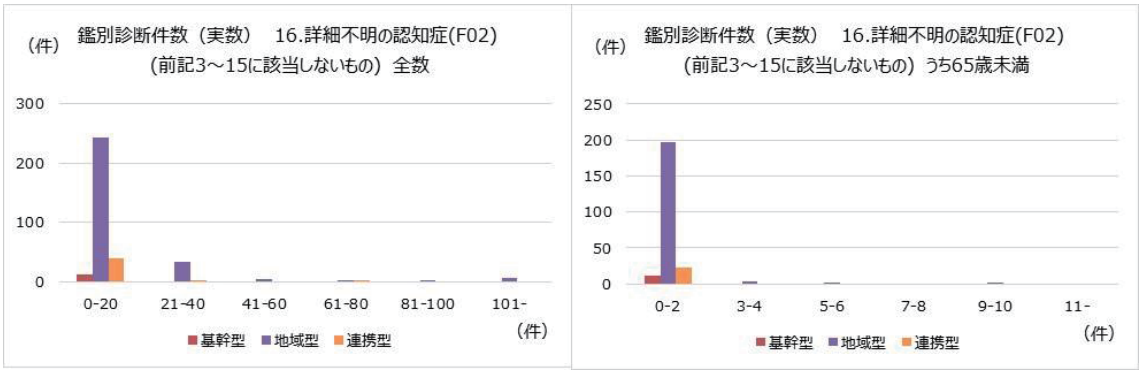


図 46　類型別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 86　医療機関種別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	142	11.4	27.4	2	0	188
	精神科病院	180	11.9	19.3	5	0	152
	診療所	24	3.3	6.7	1	0	28
	その他	0					
	合計	346	11.1	22.5	3	0	188

		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	111	0.4	1.1	0	0	10
	精神科病院	111	0.3	0.7	0	0	4
	診療所	13	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	235	0.3	0.9	0	0	10

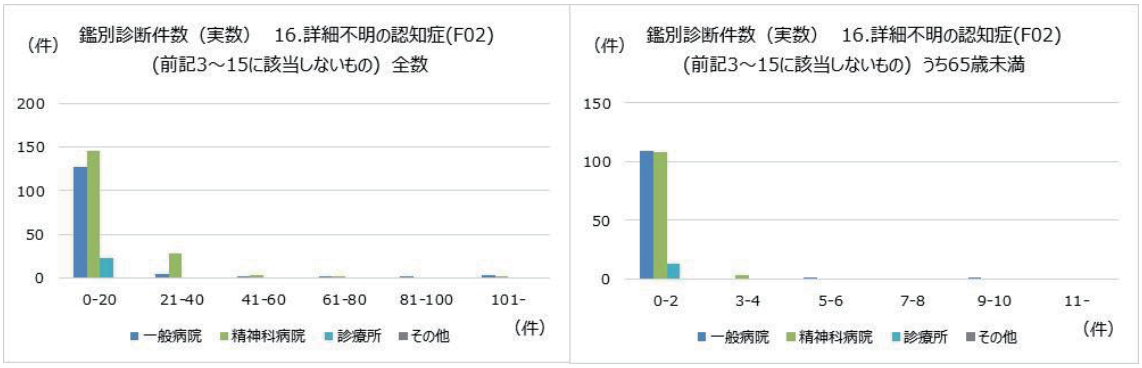


図 47　医療機関種別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

17）前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害：類型別（表 87，図 48），医療機関種別（表 88，図 49）に，前記 2)~16)以外の症状性を含む器質性精神障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型，精神科病院に多い傾向があった．

表 87　類型別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	3.1	5.3	0	0	16
	地域型	297	4.9	13.0	2	0	142
	連携型	40	1.4	2.1	1	0	10
	合計	352	4.4	12.1	1	0	142

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	1.1	2.8	0	0	9
	地域型	197	0.7	2.3	0	0	17
	連携型	21	0.1	0.3	0	0	1
	合計	228	0.7	2.2	0	0	17

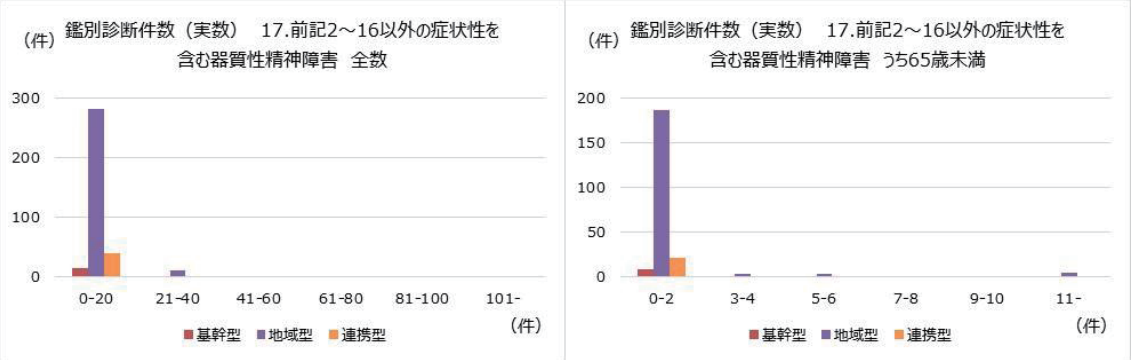


図 48　類型別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 88　医療機関種別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数,下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	145	3.2	7.9	1	0	66
	精神科病院	181	5.9	15.1	3	0	142
	診療所	26	1.2	2.1	1	0	10
	その他	0					
	合計	352	4.4	12.1	1	0	142

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	104	0.6	1.9	0	0	16
	精神科病院	111	0.9	2.5	0	0	17
	診療所	13	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	228	0.7	2.2	0	0	17

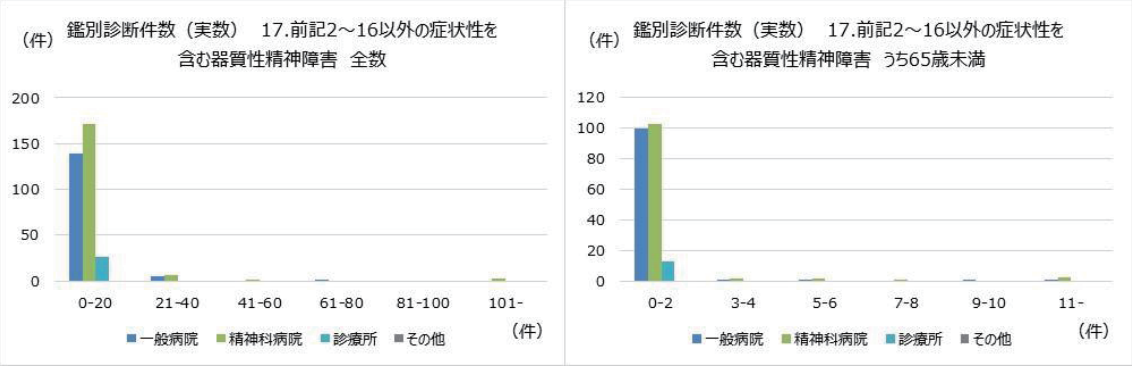


図 49　医療機関種別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

18) 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)：類型別（表 89，図 50），医療機関種別（表 90，図 51）に，統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値では地域型，精神科病院に多かった．

表 89　類型別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	2.3	2.2	2	0	7
	地域型	309	8.4	34.9	3	0	494
	連携型	42	4.7	12.5	2	0	80
	合計	363	7.7	32.5	2	0	494
		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	9	0.4	0.7	0	0	2
	地域型	205	2.5	13.8	0	0	132
	連携型	25	1.6	5.1	0	0	24
	合計	239	2.4	12.9	0	0	132

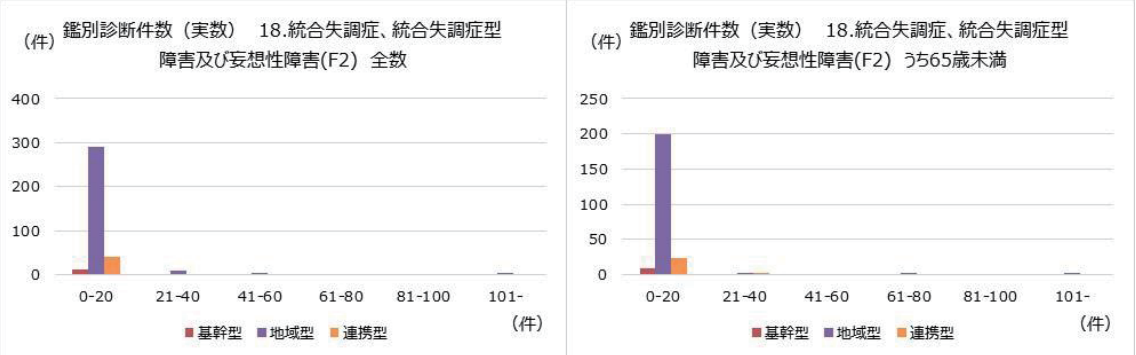


図 50　類型別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 90　医療機関種別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	145	9.2	47.9	2	0	494
	精神科病院	190	7.4	16.2	3	0	178
	診療所	28	2.5	2.8	2	0	10
	その他	0					
	合計	363	7.7	32.5	2	0	494

		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	104	2.1	13.2	0	0	132
	精神科病院	120	2.9	13.5	0	0	130
	診療所	15	0.3	0.6	0	0	2
	その他	0					
	合計	239	2.4	12.9	0	0	132

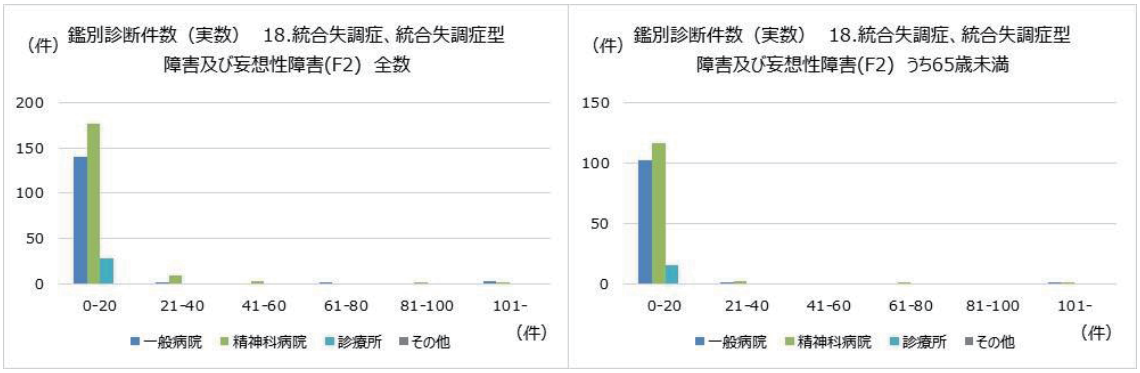


図 51　医療機関種別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

19) 気分(感情)障害(F3)：類型別（表 91，図 52），医療機関種別（表 92，図 53）に，気分(感情)障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型，精神科病院に多かった．

表 91　類型別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　19.気分(感情)障害(F3)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	5.3	4.8	3	0	15
	地域型	318	13.3	51.8	4	0	813
	連携型	42	8.7	17.6	3	0	79
	合計	375	12.5	48.1	4	0	813

		鑑別診断件数（実数）　19.気分(感情)障害(F3)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	2.1	1.5	2	0	5
	地域型	230	6.3	42.3	0	0	584
	連携型	24	3.1	9.1	0	0	41
	合計	268	5.8	39.3	0	0	584

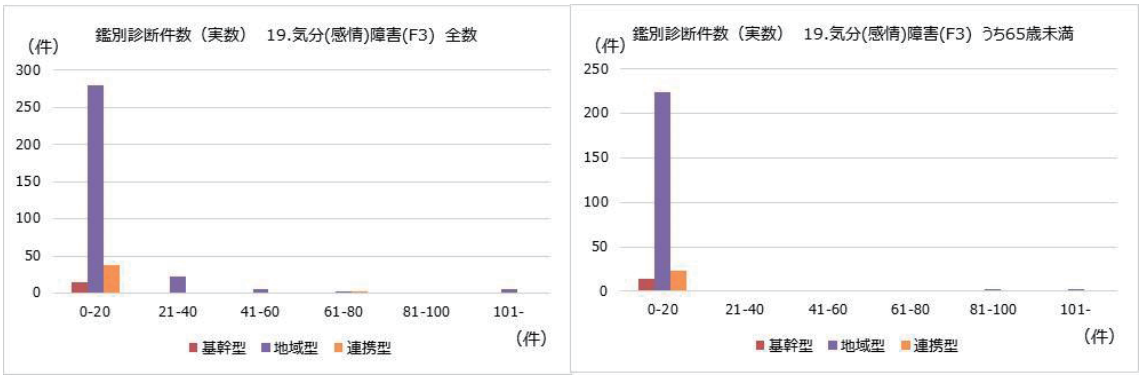


図 52　類型別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 92　医療機関種別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 19.気分(感情)障害(F3) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	155	9.3	29.9	3	0	350
	精神科病院	193	15.6	61.1	5	0	813
	診療所	27	8.5	16.2	3	0	75
	その他	0					
	合計	375	12.5	48.1	4	0	813
		鑑別診断件数（実数） 19.気分(感情)障害(F3) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	125	3.4	19.5	1	0	214
	精神科病院	128	8.4	53.5	0	0	584
	診療所	15	2.3	5.3	0	0	19
	その他	0					
	合計	268	5.8	39.3	0	0	584

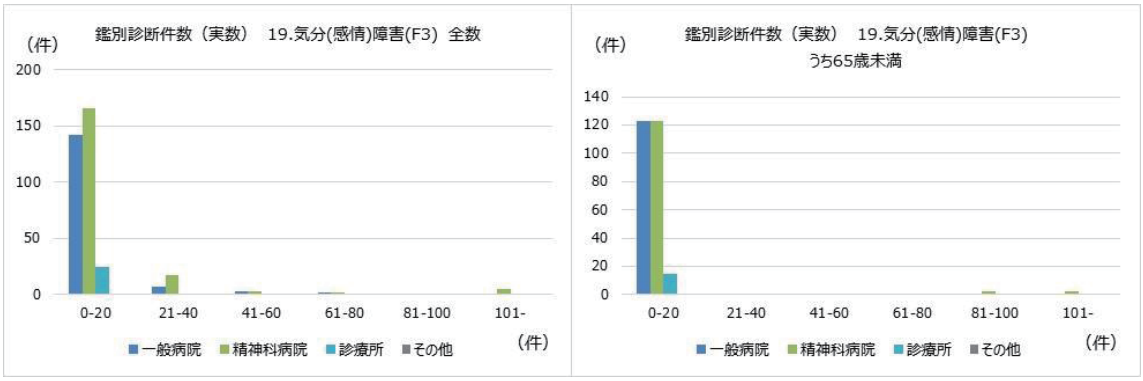


図 53　医療機関種別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

20) てんかん(G47)：類型別（表 93，図 54），医療機関種別（表 94，図 55）に，てんかんと診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があると考えられた．

表 93　類型別　てんかんの鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	1.0	1.0	1	0	3
	地域型	263	6.2	58.7	1	0	928
	連携型	37	3.5	8.8	0	0	38
	合計	314	5.7	53.8	1	0	928

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	193	1.1	8.3	0	0	109
	連携型	21	2.5	5.9	0	0	23
	合計	224	1.2	7.9	0	0	109

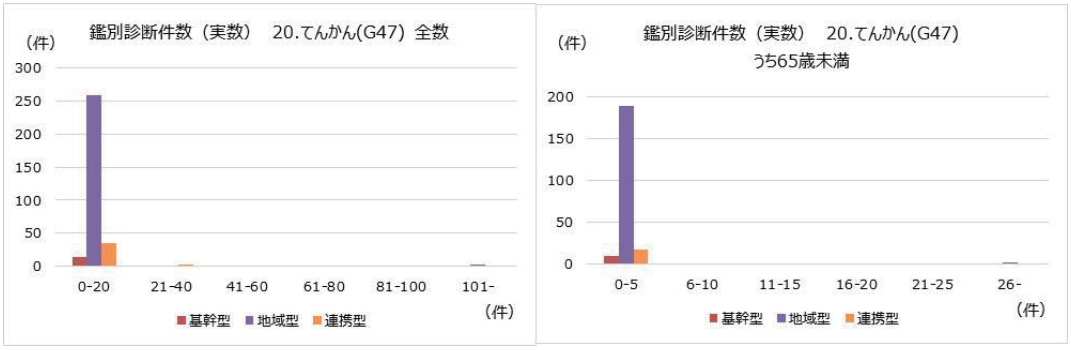


図 54　類型別　てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 94　医療機関種別　てんかんの鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	138	11.5	80.8	1	0	928
	精神科病院	151	0.9	1.6	0	0	12
	診療所	25	2.2	7.2	0	0	36
	その他	0					
	合計	314	5.7	53.8	1	0	928

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	103	2.2	11.5	0	0	109
	精神科病院	108	0.3	0.8	0	0	7
	診療所	13	0.8	1.7	0	0	6
	その他	0					
	合計	224	1.2	7.9	0	0	109

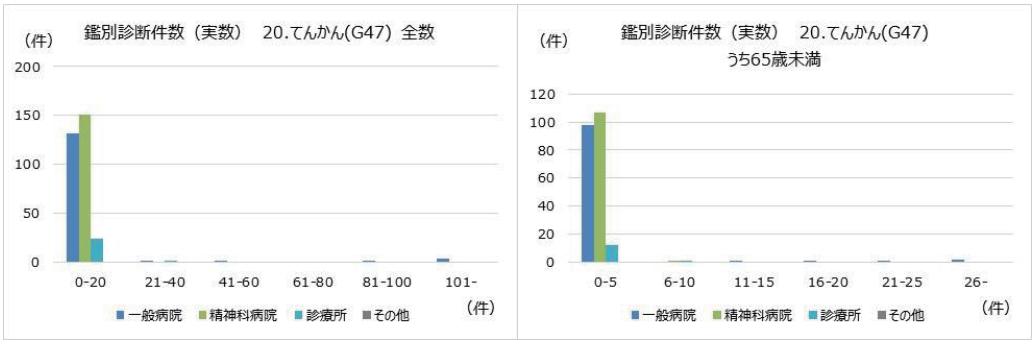


図 55　医療機関種別　てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

21）神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)：類型別（表 95，図 56），医療機関種別（表 96，図 57）に，神経発達障害(知的発達障害を含む)と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 95　類型別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	1.3	1.7	1	0	6
	地域型	266	3.3	14.2	1	0	146
	連携型	42	5.0	26.0	0	0	169
	合計	320	3.5	15.9	1	0	169

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	0.9	1.1	1	0	3
	地域型	208	3.0	14.7	0	0	134
	連携型	25	3.2	11.5	0	0	57
	合計	243	2.9	14.1	0	0	134

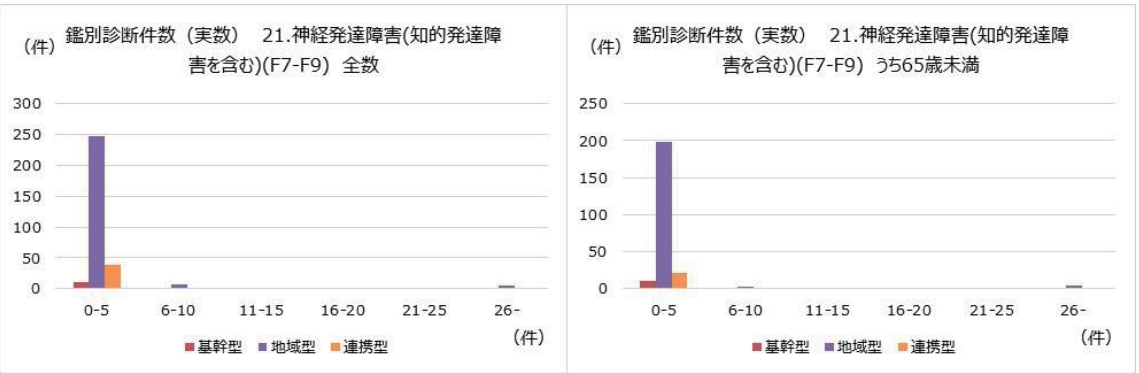


図 56　類型別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 96　医療機関種別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	136	2.2	8.4	0	0	84
	精神科病院	157	4.0	16.7	1	0	146
	診療所	27	6.6	32.5	0	0	169
	その他	0					
	合計	320	3.5	15.9	1	0	169

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	110	1.5	8.1	0	0	84
	精神科病院	118	4.1	17.9	0	0	134
	診療所	15	4.0	14.7	0	0	57
	その他	0					
	合計	243	2.9	14.1	0	0	134

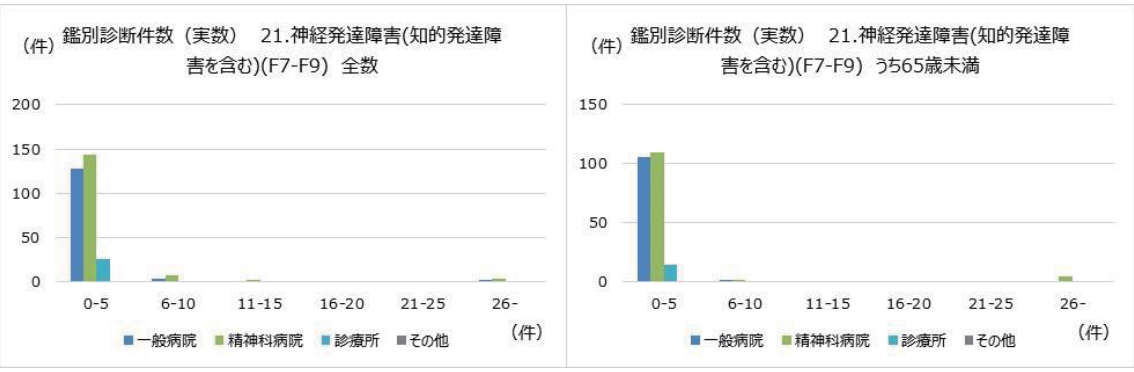


図 57　医療機関種別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

22) 前記のいずれにも含まれない精神疾患：類型別（表 97，図 58），医療機関種別（表 98，図 59）に，前記のいずれにも含まれない精神疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 97　類型別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	3.4	3.8	2	0	10
	地域型	314	12.2	56.6	3	0	841
	連携型	44	4.0	7.3	1	0	39
	合計	372	10.9	52.1	3	0	841

		鑑別診断件数（実数） 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	1.2	1.6	1	0	5
	地域型	226	6.9	50.4	0	0	655
	連携型	25	1.2	4.8	0	0	24
	合計	262	6.1	46.9	0	0	655

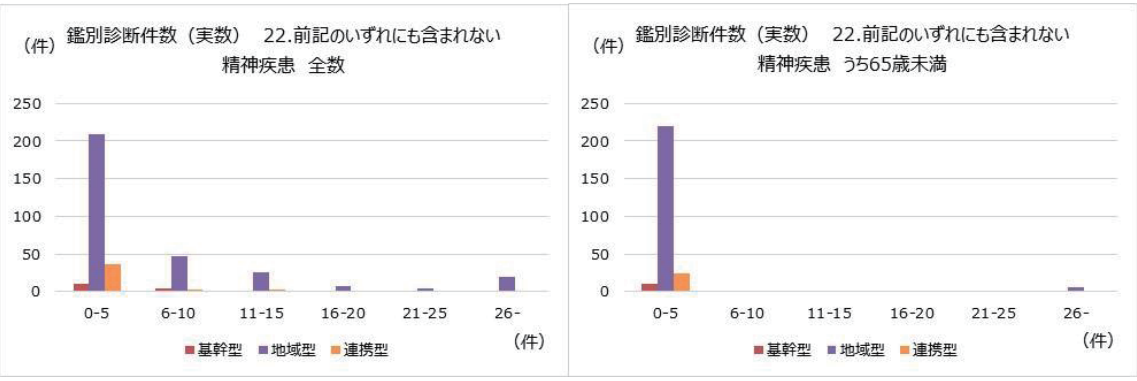


図 58　類型別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 98　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	155	6.2	26.7	2	0	326
	精神科病院	189	15.8	68.8	4	0	841
	診療所	28	3.2	4.7	2	0	21
	その他	0					
	合計	372	10.9	52.1	3	0	841

		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	122	2.8	20.7	0	0	228
	精神科病院	124	10.1	64.9	0	0	655
	診療所	16	0.4	0.9	0	0	3
	その他	0					
	合計	262	6.1	46.9	0	0	655

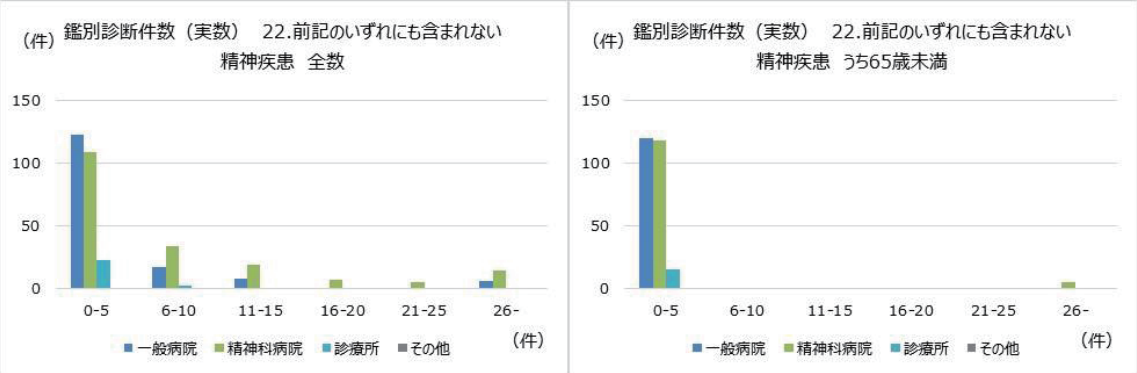


図 59　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

23）前記のいずれにも含まれない神経疾患：類型別（表 99, 図 60），医療機関種別（表 100, 図 61）に，前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 99　類型別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	2.8	3.6	1	0	11
	地域型	273	10.6	69.4	1	0	1033
	連携型	40	2.3	3.9	1	0	15
	合計	325	9.2	63.7	1	0	1033

		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	0.8	1.1	0	0	3
	地域型	198	6.2	48.7	0	0	627
	連携型	24	0.5	1.6	0	0	8
	合計	232	5.4	45.0	0	0	627

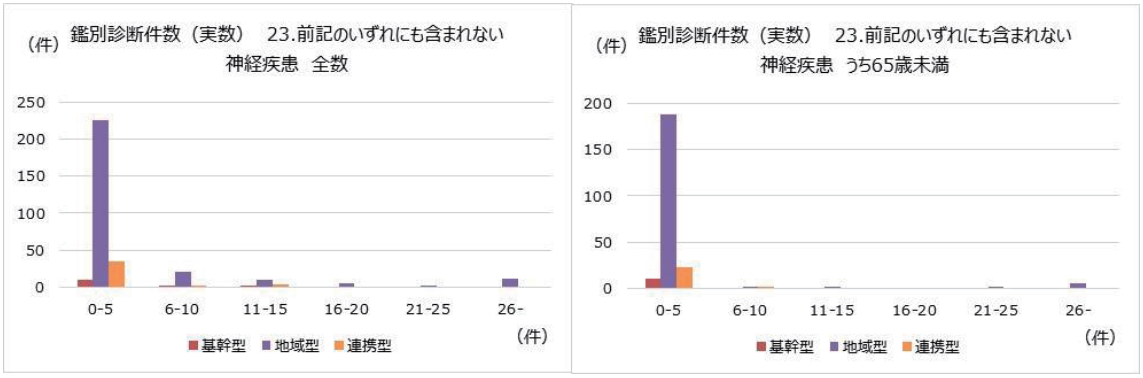


図 60　類型別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 100　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	142	14.2	93.2	1	0	1033
	精神科病院	158	5.9	22.9	1	0	262
	診療所	25	2.4	3.7	1	0	15
	その他	0					
	合計	325	9.2	63.7	1	0	1033
		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	109	7.8	61.8	0	0	627
	精神科病院	109	3.6	22.4	0	0	227
	診療所	14	0.2	0.4	0	0	1
	その他	0					
	合計	232	5.4	45.0	0	0	627

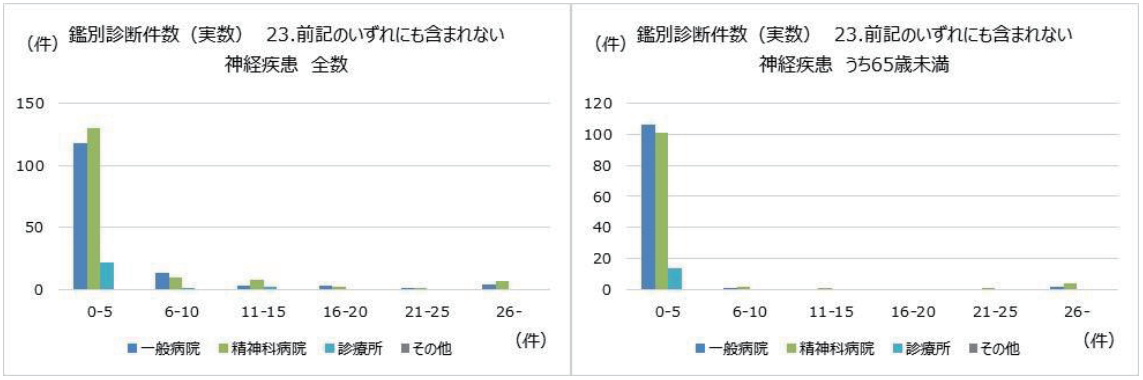


図 61　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

24）前記のいずれにも含まれない疾患：類型別（表 101，図 62），医療機関種別（表 102，図 63）に，前記のいずれにも含まれない疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 101　類型別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	2.0	3.4	0	0	11
	地域型	289	5.4	22.8	1	0	354
	連携型	39	1.1	1.9	0	0	7
	合計	339	4.8	21.2	1	0	354
		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	0.9	1.6	0	0	5
	地域型	204	2.8	23.9	0	0	331
	連携型	23	0.2	0.5	0	0	2
	合計	237	2.4	22.1	0	0	331

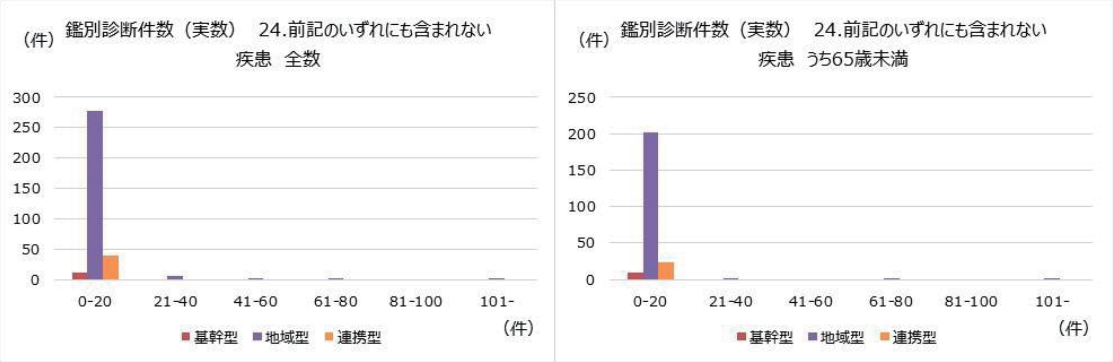


図 62　類型別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 102　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	144	4.3	8.9	2	0	63
	精神科病院	168	5.8	28.9	1	0	354
	診療所	27	1.4	2.2	0	0	7
	その他	0					
	合計	339	4.8	21.2	1	0	354
		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	109	0.6	1.5	0	0	10
	精神科病院	113	4.5	32.0	0	0	331
	診療所	15	0.3	0.6	0	0	2
	その他	0					
	合計	237	2.4	22.1	0	0	331

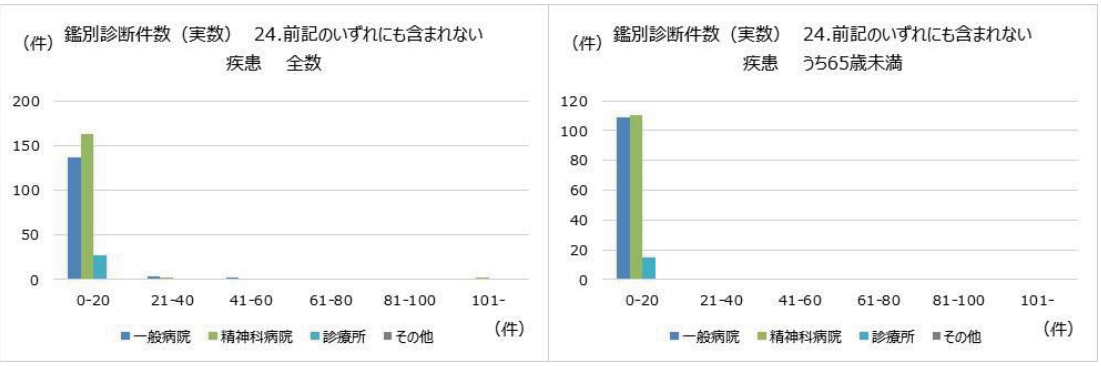


図 63　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

25）診断保留：類型別（表 103，図 64），医療機関種別（表 104，図 65）に，前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値で基幹型，一般病院に多く，医療機関の特性によって件数に差があった．

表 103　類型別　診断保留件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	8.8	7.0	9	0	24
	地域型	280	7.7	15.5	2	0	130
	連携型	41	4.9	7.5	2	0	33
	合計	334	7.4	14.5	2	0	130
		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	1.5	1.4	1	0	4
	地域型	199	0.7	1.8	0	0	12
	連携型	24	0.6	1.0	0	0	4
	合計	234	0.8	1.7	0	0	12

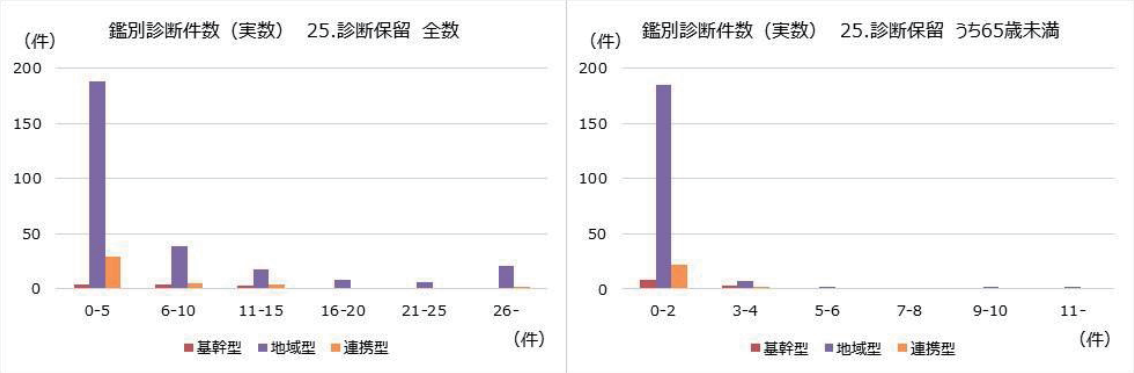


図 64　類型別　診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 104　医療機関種別　診断保留件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	144	8.3	14.2	3	0	88
	精神科病院	165	6.8	15.5	2	0	130
	診療所	25	5.9	8.0	2	0	33
	その他	0					
	合計	334	7.4	14.5	2	0	130
		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	108	0.8	1.5	0	0	9
	精神科病院	112	0.7	1.9	0	0	12
	診療所	14	0.9	1.2	1	0	4
	その他	0					
	合計	234	0.8	1.7	0	0	12

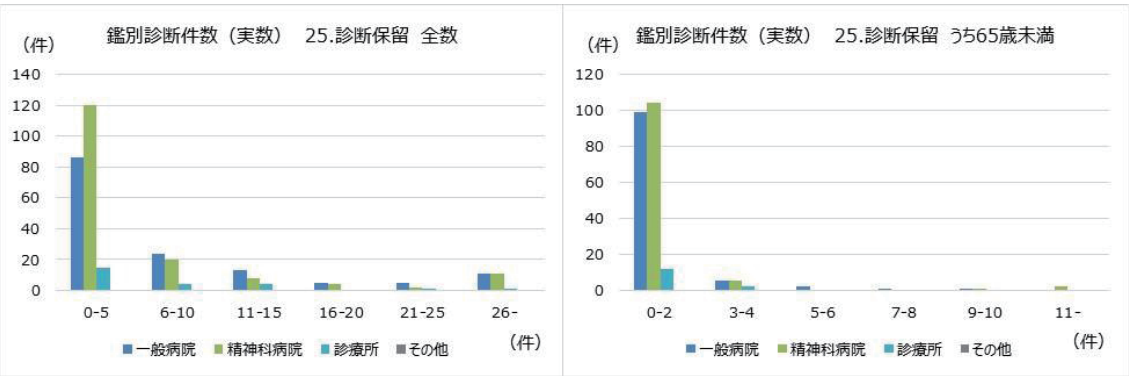


図 65　医療機関種別　診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

26）全鑑別診断件数：類型別（表 105，図 66），医療機関種別（表 106，図 67）に，全ての鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型および一般病院が，65 歳未満のものの中央値では地域型および精神科病院が多かった．また認知症関連疾患の鑑別件数の構成比について，構成比 A（MCI を含む），構成比 B（MCI を含まない）を示す（表 107，図 68，図 69）．

表 105　類型別　全鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　合計　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	193.3	89.1	194	59	333
	地域型	365	310.8	294.4	236	7	2756
	連携型	59	165.2	167.7	114	19	1155
	合計	440	287.0	280.5	220	7	2756

		鑑別診断件数（実数）　合計　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	18.0	11.9	14	4	44
	地域型	365	24.8	116.8	6	0	1504
	連携型	59	9.7	19.5	3	0	96
	合計	440	22.5	106.7	6	0	1504

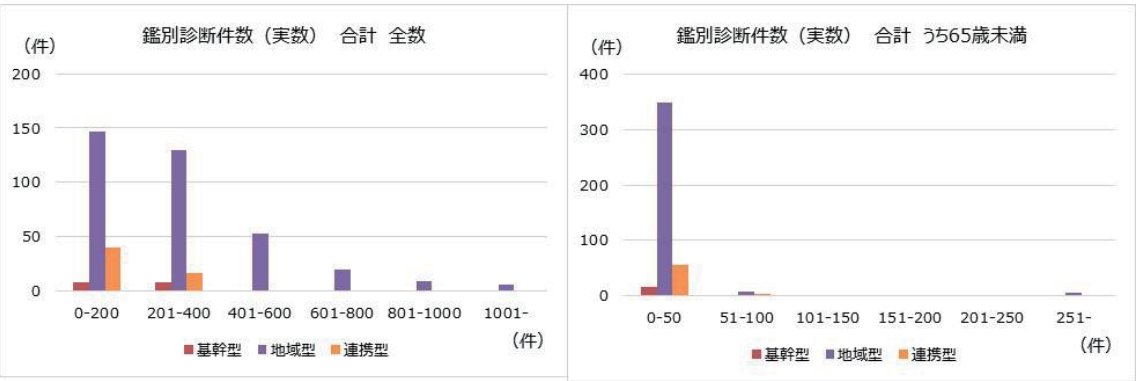


図 66　類型別　全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 106　医療機関種別　全鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　合計　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	309.0	311.0	238	7	2598
	精神科病院	220	280.3	261.0	218	23	2756
	診療所	33	206.8	201.8	188	28	1155
	その他	0					
	合計	440	287.0	280.5	220	7	2756

		鑑別診断件数（実数）　合計　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	22.6	87.5	9	0	874
	精神科病院	220	24.3	127.5	5	0	1504
	診療所	33	9.9	17.9	3	0	92
	その他	0					
	合計	440	22.5	106.7	6	0	1504

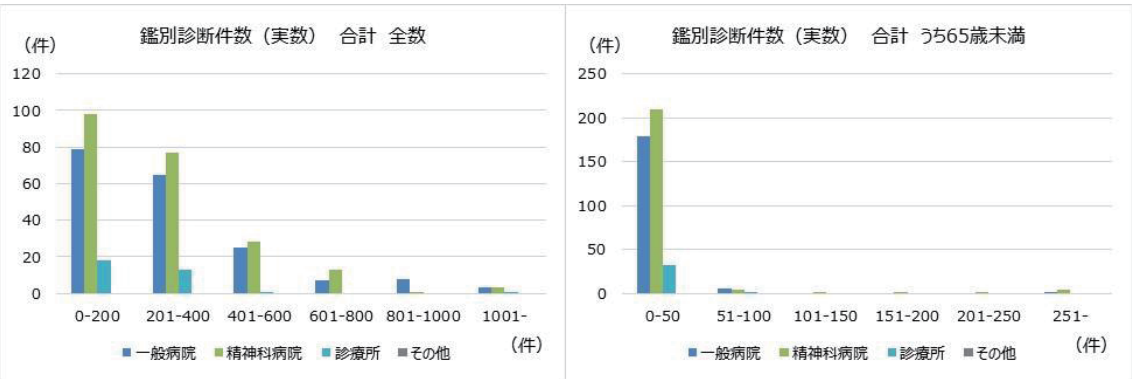


図 67　医療機関種別　全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 107　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（左：全数，右うち 65 歳未満）

診断名	認知症関連疾患　全数			65歳未満の認知症関連疾患		
	全鑑別診断患者数	構成比A	構成比B	うち65歳未満患者数	構成比A	構成比B
軽度認知障害(ＭＣＩ)	16415 人	16.9%	-	534 人	23.6%	-
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	54010 人	55.8%	67.1%	903 人	39.8%	52.1%
血管性認知症(F01)	6311 人	6.5%	7.8%	153 人	6.7%	8.8%
レビー小体型認知症(G31,F02)	6031 人	6.2%	7.5%	112 人	4.9%	6.5%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	2112 人	2.2%	2.6%	155 人	6.8%	8.9%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	270 人	0.3%	0.3%	39 人	1.7%	2.3%
物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	747 人	0.8%	0.9%	123 人	5.4%	7.1%
ＨＩＶ感染による認知症(B20,F02)	2 人	0.0%	0.0%	1 人	0.0%	0.1%
プリオン病による認知症(A81,F02)	55 人	0.1%	0.1%	2 人	0.1%	0.1%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	505 人	0.5%	0.6%	45 人	2.0%	2.6%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	20 人	0.0%	0.0%	6 人	0.3%	0.3%
正常圧水頭症(G91)	764 人	0.8%	0.9%	9 人	0.4%	0.5%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1122 人	1.2%	1.4%	67 人	3.0%	3.9%
複数の病因による認知症(F02)	4651 人	4.8%	5.8%	42 人	1.9%	2.4%
詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)	3842 人	4.0%	4.8%	76 人	3.4%	4.4%
合計A（軽度認知障害を含む）	96857 人	100.0%	-	2267 人	100.0%	-
合計B（軽度認知障害を含まない）	80442 人	-	100.0%	1733 人	-	100.0%

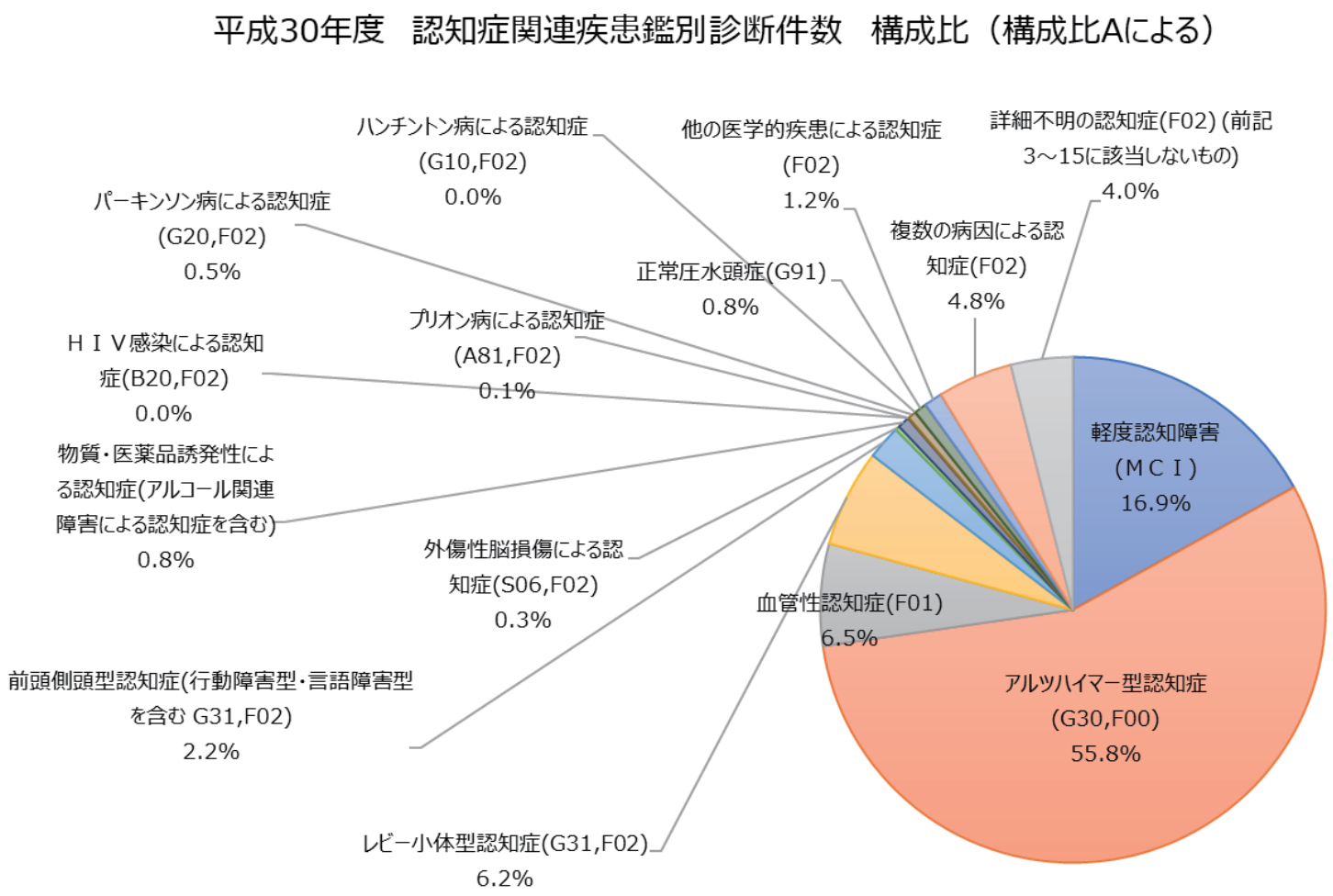


図 68　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含む構成比 A による）

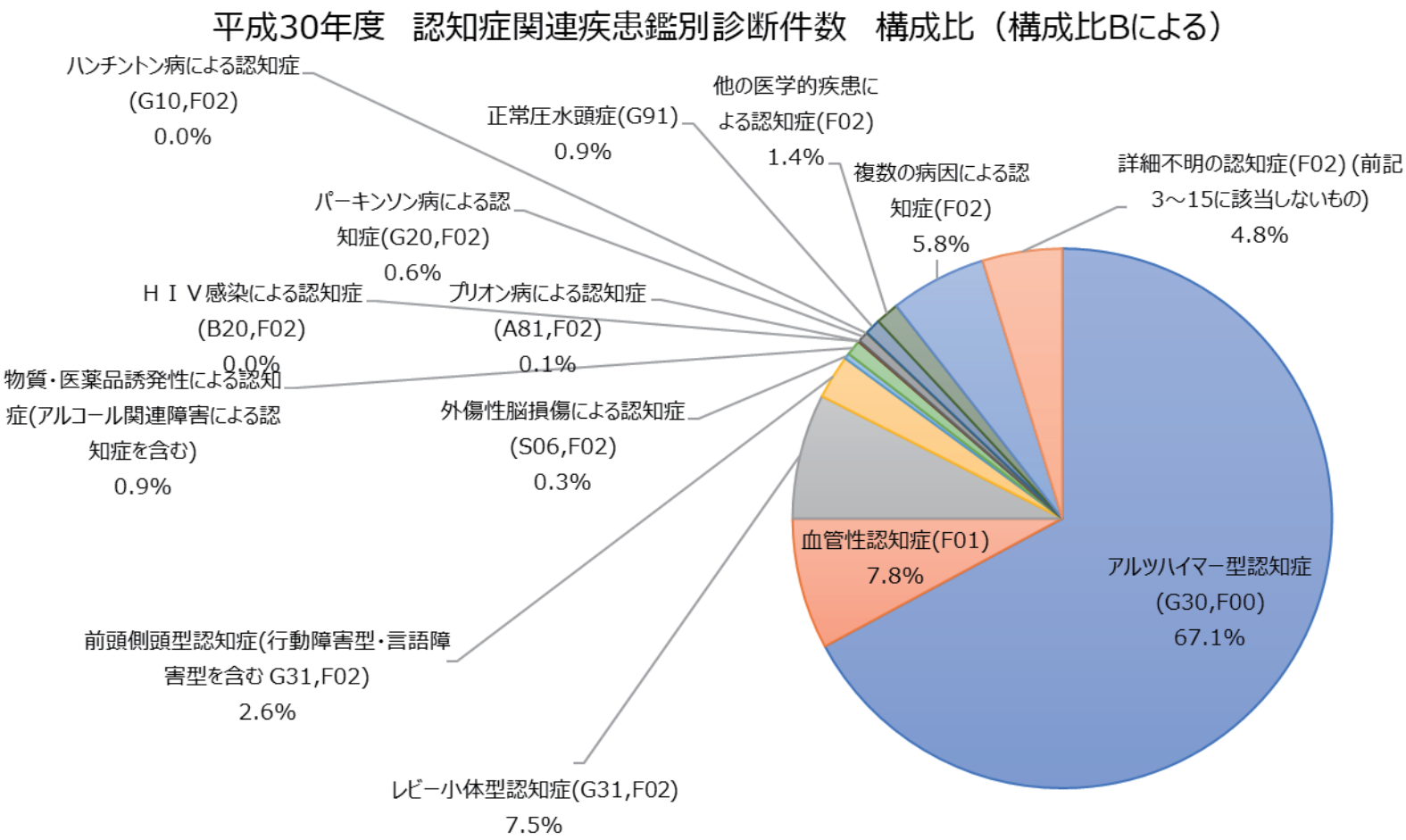


図 69　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含まない構成比 B による）

Ⅱ-5. 紹介・逆紹介件数

1）紹介件数：類型別（表 108，図 70），医療機関種別（表 109，図 71）に，紹介件数を示す．空欄であった 4 件は欠損としたが，紹介件数を確認していない可能性がある．中央値で基幹型，一般病院で多かったが同じ類型・医療機関種でも件数に大きな差があった．

表 108　類型別　紹介件数

		紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	175.3	110.2	164	5	409
	地域型	362	195.9	182.1	147	0	1501
	連携型	58	70.9	97.2	45	3	691
	合計	436	178.5	176.0	138	0	1501

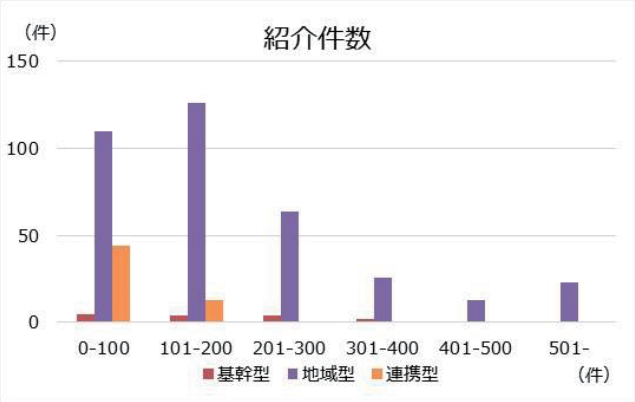


図 70　類型別　紹介件数

表 109　医療機関種別　紹介件数

		紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	208.3	217.4	144	2	1501
	精神科病院	217	166.6	132.5	139	0	691
	診療所	33	89.0	121.9	63	4	691
	その他	0					
	合計	436	178.5	176.0	138	0	1501

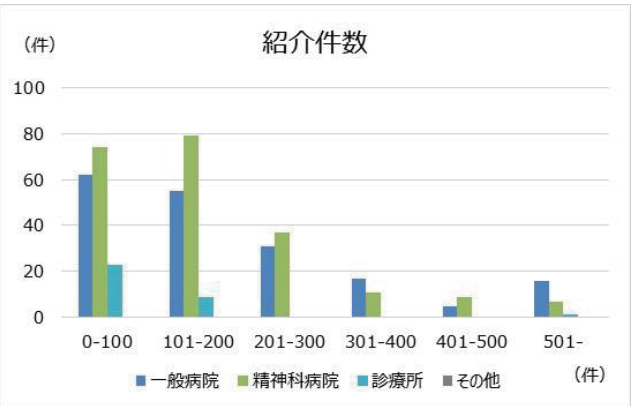


図 71　医療機関種別　紹介件数

2) 逆紹介件数：類型別（表 110，図 72），医療機関種別（表 111，図 73）に，逆紹介件数を示す．空欄であった 5 件は欠損としたが，逆紹介件数を確認していない可能性がある．中央値で基幹型，一般病院で多かったが同じ類型・医療機関種でも件数に大きな差があった．概ね紹介件数の約半数であった．

表 110　類型別　逆紹介件数

		逆紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	114.8	99.3	83	11	305
	地域型	361	119.7	160.4	66	0	1365
	連携型	58	43.1	104.2	17	0	756
	合計	435	109.3	154.2	55	0	1365



図 72　類型別　逆紹介件数

表 111　医療機関種別　逆紹介件数

		逆紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	185	137.1	160.3	81	0	919
	精神科病院	217	93.6	147.8	50	0	1365
	診療所	33	57.2	135.2	18	0	756
	その他	0					
	合計	435	109.3	154.2	55	0	1365

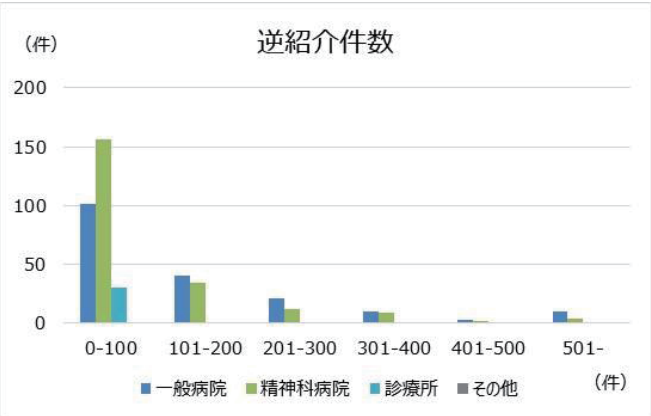


図 73　医療機関種別　逆紹介件数

Ⅱ-6. 初診までの待機日数

類型別（表 112，図 74），医療機関種別（表 113，図 75）に，初診までの待機日数を示す．空欄であった 4 件は欠損としたが，待機日数を確認していない可能性がある．基幹型の 46.7%は 15 日～1 か月未満の待機日数であった，地域型の 48.8%，連携型の 79.3%が 14 日未満の待機日数であった．また，医療機関種別では，一般病院の 44.6%，精神科病院の 54.1%，診療所の 75.0%が 14 日未満の待機日数であった．

表 112　類型別　初診までの待機日数

		初診までの待機日数					
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	合計
合計		225	117	91	3	0	436
		51.6%	26.8%	20.9%	0.7%	0.0%	100.0%
類型	基幹型	2	7	6	0	0	15
		13.3%	46.7%	40.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	177	101	82	3	0	363
		48.8%	27.8%	22.6%	0.8%	0.0%	100.0%
	連携型	46	9	3	0	0	58
		79.3%	15.5%	5.2%	0.0%	0.0%	100.0%

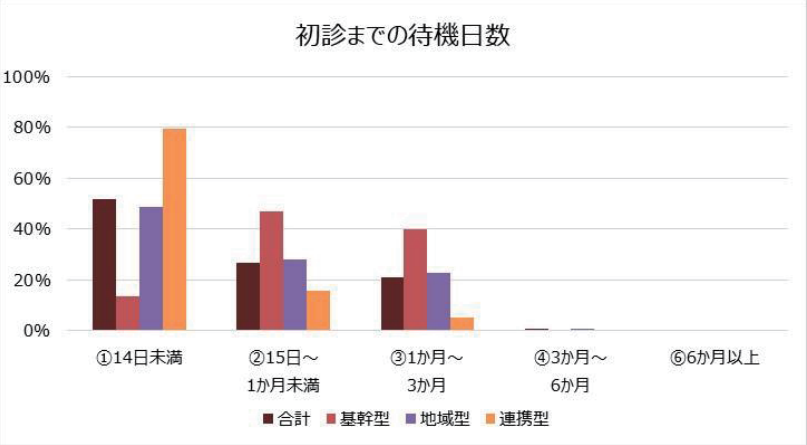


図 74　類型別　初診までの待機日数（再掲）

表 113　医療機関種別　初診までの待機日数

		初診までの待機日数					
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	合計
合計		225	117	91	3	0	436
		51.6%	26.8%	20.9%	0.7%	0.0%	100.0%
医療機関種別	一般病院	83	56	47	0	0	186
		44.6%	30.1%	25.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	精神科病院	118	55	42	3	0	218
		54.1%	25.2%	19.3%	1.4%	0.0%	100.0%
	診療所	24	6	2	0	0	32
		75.0%	18.8%	6.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

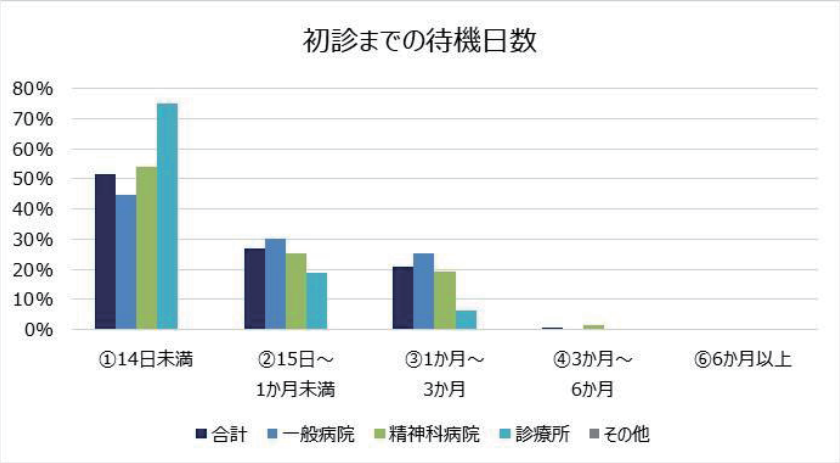


図 75　医療機関種別　初診までの待機日数（再掲）

Ⅱ-7. 診療報酬

1）認知症専門診断管理料 1：類型別の認知症専門診断管理料 1 算定の有無（表 114），年間算定件数（表 115）および医療機関種別の認知症専門診断管理料 1 算定の有無（表 116），年間算定件数（表 117）を示す．空欄であった 1 件は欠損としたが，認知症専門診断管理料 1 の算定の有無について確認していない，あるいは算定していない可能性がある．基幹型の 100%，地域型の 75.3%，連携型の 52.5%が算定しており，算定件数の中央値では地域型が多かった．また，医療機関種別では，一般病院の 78.0%，精神科病院の 69.5%，診療所の 69.7%が算定しており，算定回数の中央値では一般病院が多かった．

表 114　類型別　認知症専門診断管理料 1　算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	274	90	364
		75.3%	24.7%	100.0%
	連携型	31	28	59
		52.5%	47.5%	100.0%
	合計	321	118	439
		73.1%	26.9%	100.0%

表 115　類型別　認知症専門診断管理料 1　年間算定件数

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	47.9	72.3	18	1	233
	地域型	273	77.5	98.2	40	0	592
	連携型	31	27.8	45.5	14	1	247
	合計	320	71.2	94.3	35	0	592

表 116　医療機関種別　認知症専門診断管理料 1　算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	145	41	186
		78.0%	22.0%	100.0%
	精神科病院	153	67	220
		69.5%	30.5%	100.0%
	診療所	23	10	33
		69.7%	30.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	321	118	439
		73.1%	26.9%	100.0%

表 117　医療機関種別　認知症専門診断管理料 1　年間算定件数

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	145	79.7	96.0	41	0	505
	精神科病院	152	69.0	96.7	31	0	592
	診療所	23	32.5	50.3	18	1	247
	その他	0					
	合計	320	71.2	94.3	35	0	592

2) 認知症専門診断管理料 2：類型別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無（表 118），年間算定件数（表 119）および医療機関種別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無（表 120），年間算定件数（表 121）を示す．空欄であった 8 件は欠損としたが，認知症専門診断管理料 2 の算定の有無について確認していない，あるいは算定していない可能性がある．基幹型の 60.0%が算定しており，地域型の 53.1%，連携型の 93.0%は算定していなかった．算定件数の中央値では地域型が多かった．また，医療機関種別では，一般病院の 46.2%が算定していたが，精神科病院の 56.7%，診療所の 90.3%が算定していなかった．算定回数の中央値では精神科病院が多かった．

表 118　類型別　認知症専門診断管理料 2　算定の有無

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	9	6	15
		60.0%	40.0%	100.0%
	地域型	169	191	360
		46.9%	53.1%	100.0%
	連携型	4	53	57
		7.0%	93.0%	100.0%
	合計	182	250	432
		42.1%	57.9%	100.0%

表 119　類型別　認知症専門診断管理料 2　年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	9	4.8	7.0	3	0	21
	地域型	168	23.6	34.5	11	0	194
	連携型	4	4.8	5.9	3	0	13
	合計	181	22.2	33.6	9	0	194

表 120　医療機関種別　認知症専門診断管理料 2　算定の有無

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	85	99	184
		46.2%	53.8%	100.0%
	精神科病院	94	123	217
		43.3%	56.7%	100.0%
	診療所	3	28	31
		9.7%	90.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	182	250	432
		42.1%	57.9%	100.0%

表 121　医療機関種別　認知症専門診断管理料 2　年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	85	18.7	31.0	6	0	186
	精神科病院	93	26.0	35.9	12	0	194
	診療所	3	6.0	6.6	5	0	13
	その他	0					
	合計	181	22.2	33.6	9	0	194

3) 認知症ケア加算 1：類型別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 122），年間算定件数（表 123）および医療機関種別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 124），年間算定件数（表 125）を示す．空欄であった 11 件は欠損としたが，認知症ケア加算 1 の算定の有無について確認していない，あるいは算定していない可能性がある．基幹型の 60.0%，地域型の 77.9%，連携型の 96.5%が算定しておらず，算定している医療機関でも算定件数にはそれぞれに大きな差があった．また，医療機関種別では，一般病院の 57.3%，精神科病院の 96.7%，診療所の 96.8%が算定しておらず，算定している医療機関でもそれぞれ大きな差があった．

表 122　類型別　認知症ケア加算 1　算定の有無

		認知症ケア加算1　算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	6	9	15
		40.0%	60.0%	100.0%
	地域型	79	278	357
		22.1%	77.9%	100.0%
	連携型	2	55	57
		3.5%	96.5%	100.0%
	合計	87	342	429
		20.3%	79.7%	100.0%

表 123　類型別　認知症ケア加算 1　年間算定件数

		認知症ケア加算1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	6	2245.8	1807.9	2128	109	4636
	地域型	79	5710.2	5946.6	4646	4	27239
	連携型	2	7542.5	647.0	7543	7085	8000
	合計	87	5513.4	5757.0	4114	4	27239

表 124　医療機関種別　認知症ケア加算 1　算定の有無

		認知症ケア加算1　算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	79	106	185
		42.7%	57.3%	100.0%
	精神科病院	7	206	213
		3.3%	96.7%	100.0%
	診療所	1	30	31
		3.2%	96.8%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	87	342	429
		20.3%	79.7%	100.0%

表 125　医療機関種別　認知症ケア加算 1　年間算定件数

		認知症ケア加算1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	79	5499.7	5848.4	3907	32	27239
	精神科病院	7	5312.1	5415.3	4869	4	13445
	診療所	1	8000.0		8000	8000	8000
	その他	0					
	合計	87	5513.4	5757.0	4114	4	27239

4) 認知症ケア加算 2：類型別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 126），年間算定件数（表 127）および医療機関種別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 128），年間算定件数（表 129）を示す．空欄であった 14 件は欠損としたが，認知症ケア加算 2 の算定の有無について確認

していない，あるいは算定していない可能性がある．基幹型の 93.3%，地域型の 82.8%，連携型の 82.5%が算定しておらず，算定している医療機関でも算定件数にはそれぞれに大きな差があった．また，医療機関種別では，一般病院の 66.1%，精神科病院の 95.3%，診療所の 100%が算定しておらず，算定している医療機関でもそれぞれ大きな差があった．

表 126　類型別　認知症ケア加算 2　算定の有無

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	1	14	15
		6.7%	93.3%	100.0%
	地域型	61	293	354
		17.2%	82.8%	100.0%
	連携型	10	47	57
		17.5%	82.5%	100.0%
	合計	72	354	426
		16.9%	83.1%	100.0%

表 127　類型別　認知症ケア加算 2　年間算定数

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	1	11279.0		11279	11279	11279
	地域型	61	10826.0	14576.7	5447	0	78868
	連携型	10	10873.7	9957.8	9626	1	28036
	合計	72	10838.9	13861.2	5864	0	78868

表 128　医療機関種別　認知症ケア加算 2　算定の有無

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	62	121	183
		33.9%	66.1%	100.0%
	精神科病院	10	202	212
		4.7%	95.3%	100.0%
	診療所	0	31	31
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	72	354	426
		16.9%	83.1%	100.0%

表 129　医療機関種別　認知症ケア加算 2　年間算定数

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	62	11641.0	14500.8	6313	0	78868
	精神科病院	10	5866.0	7655.7	4573	0	25853
	診療所	0					
	その他	0					
	合計	72	10838.9	13861.2	5864	0	78868

Ⅲ．身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能

Ⅲ-1．指定状況

1）救急医療機関の指定：救急医療機関の指定の有無について類型別（表 130），および医療機関種別（表 131）に示す．空欄であった 20 件は欠損としたが，救急医療機関の指定を確認していないか，あるいは指定されていない可能性がある．基幹型の 100%，一般病院の 73.1%が指定されていたが，地域型の 65.5%，連携型の 83.3%，精神科病院の 94.3%，診療所の 100%は指定されていなかった．

表 130　類型別　救急医療機関の指定の有無

		1救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	15	0	15
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	121	230	351
		34.5%	65.5%	100.0%
	連携型	9	45	54
		16.7%	83.3%	100.0%
	合計	145	275	420
		34.5%	65.5%	100.0%

表 131　医療機関種別　救急医療機関の指定の有無

		1救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	133	49	182
		73.1%	26.9%	100.0%
	精神科病院	12	198	210
		5.7%	94.3%	100.0%
	診療所	0	28	28
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	145	275	420
		34.5%	65.5%	100.0%

2）高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定：高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無について類型別（表 132），および医療機関種別（表 133）に示す．空欄であった 24 件は欠損としたが，高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定を確認していないか，指定されていない可能性がある．基幹型の 60.0%は指定されていたが，地域型の 88.8%，連携型の 100%，一般病院の 73.2%，精神科病院の 100%，診療所の 100%は指定されていなかった．

表 132　類型別　高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	9	6	15
		60.0%	40.0%	100.0%
	地域型	39	308	347
		11.2%	88.8%	100.0%
	連携型	0	54	54
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	48	368	416
		11.5%	88.5%	100.0%

表 133　医療機関種別　高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	48	131	179
		26.8%	73.2%	100.0%
	精神科病院	0	209	209
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	28	28
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	48	368	416
		11.5%	88.5%	100.0%

Ⅲ-2. 支援・院内調整

1) 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など）の実施：類型別（表 134, 図 76），および医療機関種別（表 135, 図 77）に示す．全体の 82.0%が身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援を行っていた．

表 134　類型別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など）の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	地域型	303	62	365
		83.0%	17.0%	100.0%
	連携型	43	16	59
		72.9%	27.1%	100.0%
	合計	361	79	440
		82.0%	18.0%	100.0%

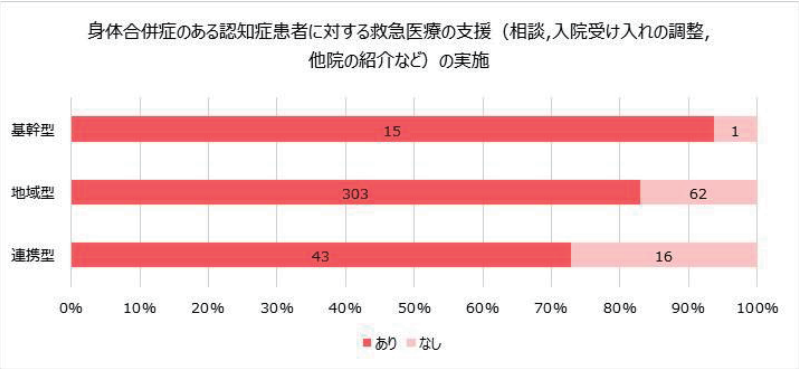


図 76　類型別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

表 135　医療機関別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など）の実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	168	19	187
		89.8%	10.2%	100.0%
	精神科病院	170	50	220
		77.3%	22.7%	100.0%
	診療所	23	10	33
		69.7%	30.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	361	79	440
		82.0%	18.0%	100.0%

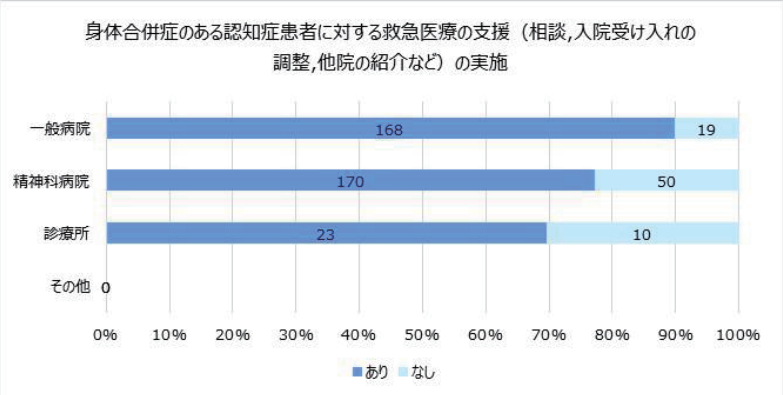


図 77　医療機関別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

2)一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施：類型別（表 136, 図 78），および医療機関種別（表 137, 図 79）に示す．基幹型の 81.3%，一般病院の 61.5%が一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークを実施していた．地域型の 64.4%，連携型の 88.1%，精神科病院の 85.5%，診療所の 90.9%が実施していなかったが，精神科や一般病床の有無の点で実施困難であることも理由と考えられる．

表 136　類型別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	13	3	16
		81.3%	18.8%	100.0%
	地域型	130	235	365
		35.6%	64.4%	100.0%
	連携型	7	52	59
		11.9%	88.1%	100.0%
	合計	150	290	440
		34.1%	65.9%	100.0%

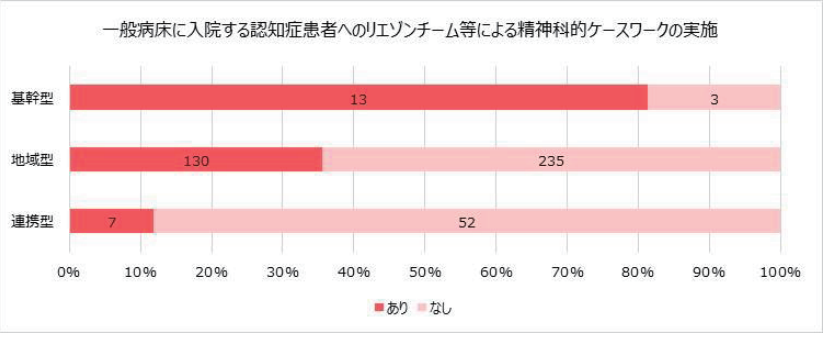


図 78　類型別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（再掲）

表 137　医療機関種別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	115	72	187
		61.5%	38.5%	100.0%
	精神科病院	32	188	220
		14.5%	85.5%	100.0%
	診療所	3	30	33
		9.1%	90.9%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	150	290	440
		34.1%	65.9%	100.0%

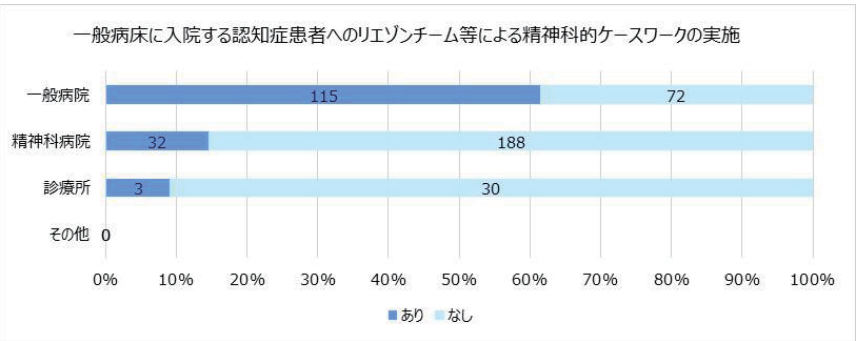


図 79　医療機関種別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（再掲）

3) 認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施：類型別（表 138，図 80），および医療機関種別（表 139，図 81）に示す．類型別で特別な傾向は見られず，全体の 62.5%が院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会を実施していた．医療機関種別では一般病院の 77.0%，精神科病院の 52.7%が実施しており，認知症に関する情報提供の必要な他科の存在の有無により，研修会の実施の有無が影響されていたかもしれない．

表 138　類型別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	10	6	16
		62.5%	37.5%	100.0%
	地域型	236	129	365
		64.7%	35.3%	100.0%
	連携型	29	30	59
		49.2%	50.8%	100.0%
	合計	275	165	440
		62.5%	37.5%	100.0%

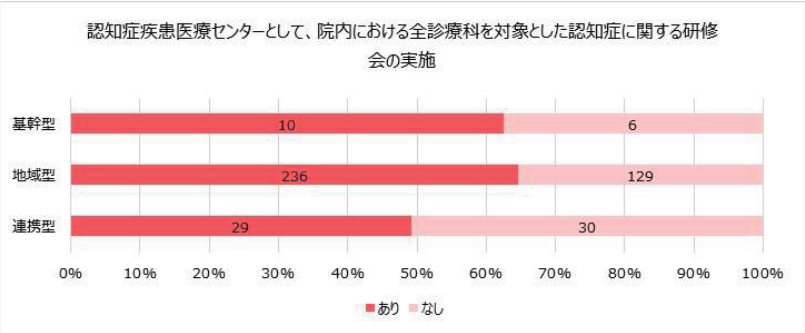


図 80　類型別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

表 139　医療機関種別　認知症疾患医療センターとして,院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	144	43	187
		77.0%	23.0%	100.0%
	精神科病院	116	104	220
		52.7%	47.3%	100.0%
	診療所	15	18	33
		45.5%	54.5%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	275	165	440
		62.5%	37.5%	100.0%

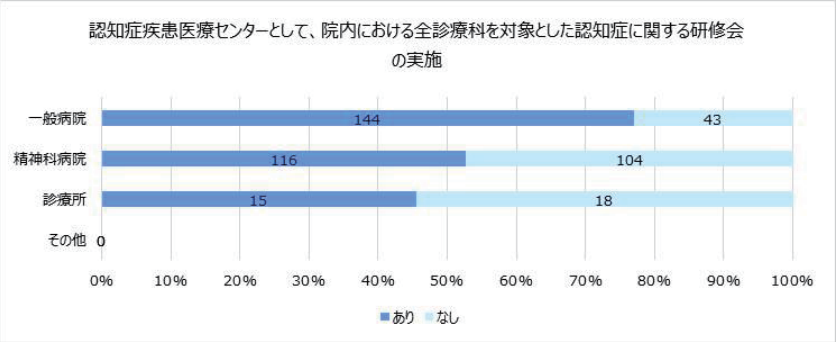


図 81　医療機関種別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

4) 休日,夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保：類型別（表 140，図 82），および医療機関種別（表 141，図 83）に示す．基幹型では 93.8%が身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床を確保していた．一方で地域型の 36.7%，連携型の 28.8%も同様の空床を確保していた. 医療機関種別では全体の 62.3%, 診療所の 93.9%は確保しておらず，病床の有無が関連した可能性がある．

表 140　類型別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者対応する空床確保

		休日,夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	地域型	134	231	365
		36.7%	63.3%	100.0%
	連携型	17	42	59
		28.8%	71.2%	100.0%
	合計	166	274	440
		37.7%	62.3%	100.0%

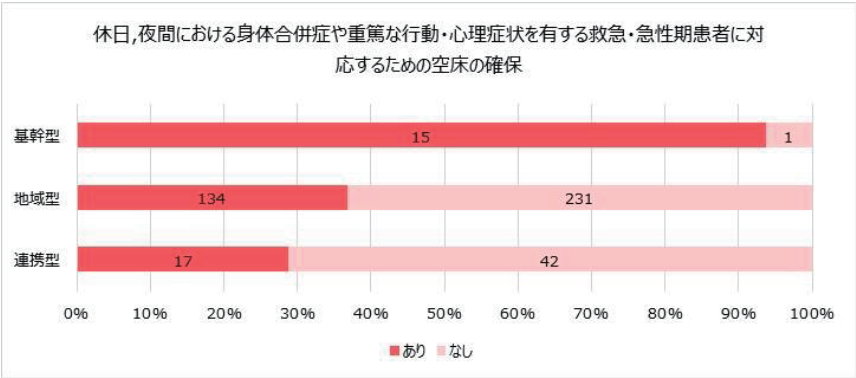


図 82　類型別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

表 141　医療機関種別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保

		休日,夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	80	107	187
		42.8%	57.2%	100.0%
	精神科病院	84	136	220
		38.2%	61.8%	100.0%
	診療所	2	31	33
		6.1%	93.9%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	166	274	440
		37.7%	62.3%	100.0%

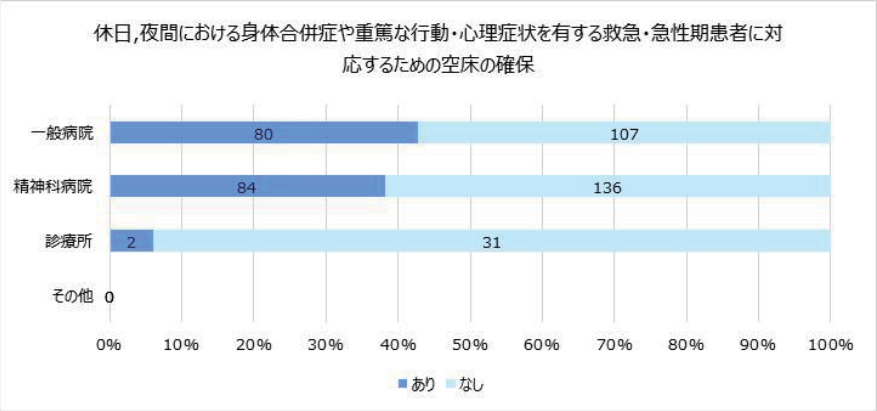


図 83　医療機関種別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

5) 確保している空床数：空床数について一般病床，精神病床，その他の病床の順に，類型別（表 142，図 84，85，86），および医療機関種別（表 143，図 87，88，89）に示す．空欄は欠損としたが，確保している空床数について確認していないか，空床数がない可能性がある．確保している病床は全体としては精神病床が多く，一方で一般病院では一般病床が多かった．

表 142　類型別　確保している空床数（上段：一般病床，中段：精神病床，下段：その他）

		確保している空床数　一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	7	0.4	0.5	0	0	1
	地域型	150	2.2	4.8	0	0	30
	連携型	14	1.0	2.7	0	0	10
	合計	171	2.0	4.5	0	0	30

		確保している空床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	1.0	0.0	1	1	1
	地域型	193	1.1	1.8	1	0	10
	連携型	20	0.6	0.8	1	0	3
	合計	227	1.0	1.7	1	0	10

		確保している空床数　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	5	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	122	0.1	0.5	0	0	6
	連携型	14	0.1	0.4	0	0	1
	合計	141	0.1	0.5	0	0	6

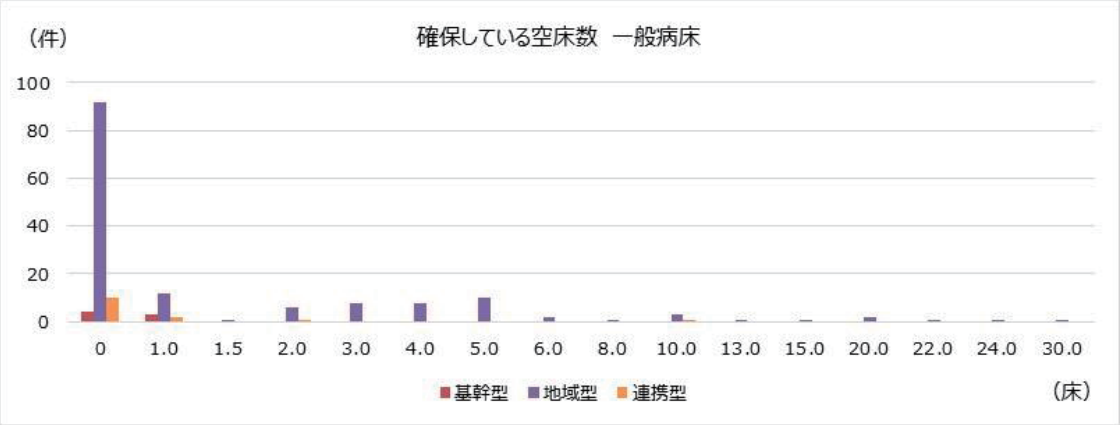


図 84　類型別　確保している空床数（一般病床）

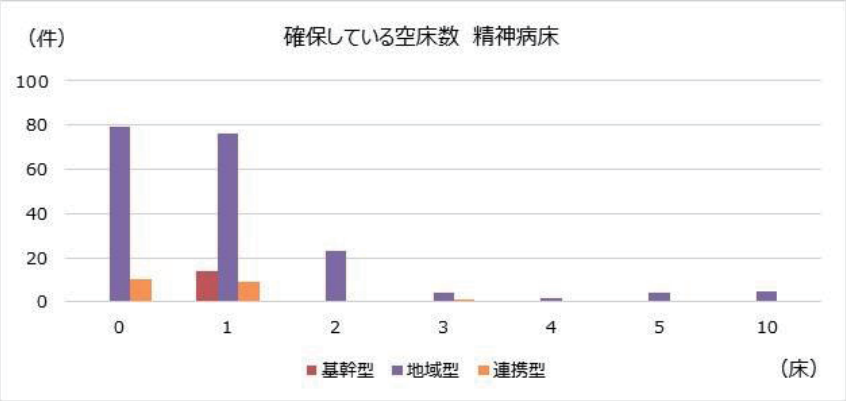


図 85　類型別　確保している空床数（精神病床）

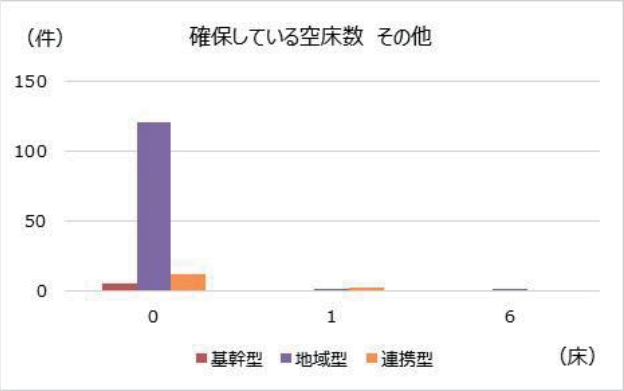


図 86　類型別　確保している空床数（その他）

表 143　医療機関種別　確保している空床数（上段：一般病床，中段：精神病床，下段：その他）

		確保している空床数 一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	95	3.6	5.6	2	0	30
	精神科病院	67	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	9	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	171	2.0	4.5	0	0	30

		確保している空床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	91	0.9	1.7	0	0	10
	精神科病院	129	1.2	1.6	1	0	10
	診療所	7	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	227	1.0	1.7	1	0	10

		確保している空床数 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	68	0.1	0.7	0	0	6
	精神科病院	65	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	8	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	141	0.1	0.5	0	0	6

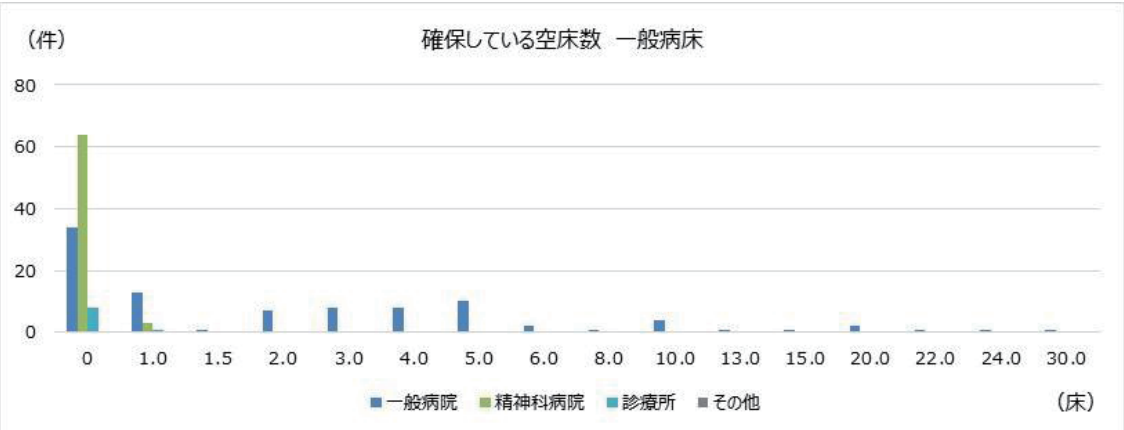


図 87　医療機関種別　確保している空床数（一般病床）

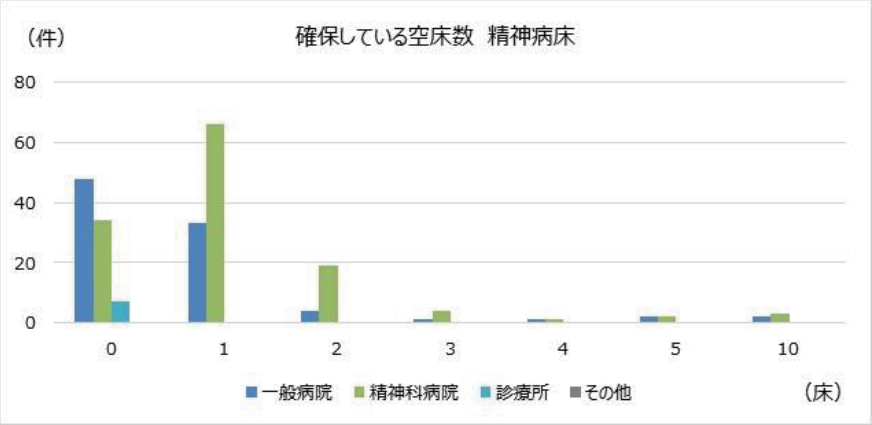


図 88　医療機関種別　確保している空床数（精神病床）

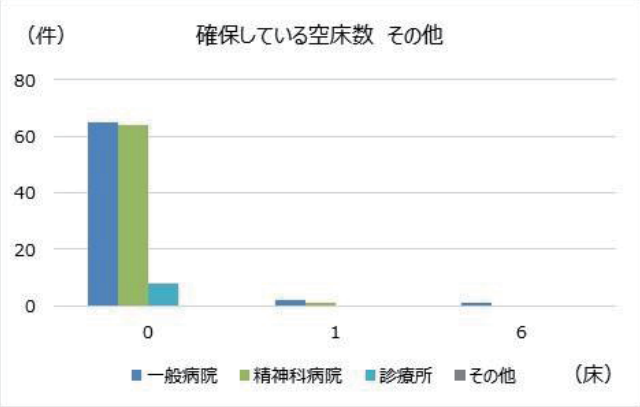


図 89　医療機関種別　確保している空床数（その他）

Ⅳ. 地域連携推進機関としての要件と機能

Ⅳ-1. 認知症疾患医療連携協議会

1）認知症疾患医療連携協議会の開催形態：認知症疾患医療連携協議会の開催形態を類型別（表 144，図 90），および医療機関種別（表 145，図 91）に示す．空欄であった 4 件は欠損としたが，認知症疾患医療連携協議会の開催形態について確認していないか，不明である可能性がある．全体の 66.5%が自院で主催であり，連携型の 44.8%，診療所の 59.4%は地域内の基幹型・地域型と連携して開催していた．全体として自治体の会議の活用は 15.4%であった．440 件中 436 件の回答に留まったことに留意が必要である．

表 144　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催の形態				
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	不明	合計
類型	基幹型	13	3	0	0	16
		81.3%	18.8%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	256	53	53	0	362
		70.7%	14.6%	14.6%	0.0%	100.0%
	連携型	21	11	26	0	58
		36.2%	19.0%	44.8%	0.0%	100.0%
	合計	290	67	79	0	436
		66.5%	15.4%	18.1%	0.0%	100.0%

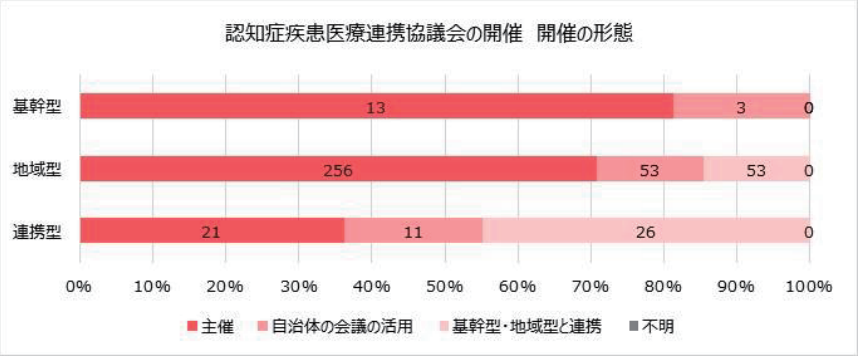


図 90　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

表 145　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催の形態				
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	不明	合計
医療機関種別	一般病院	130	20	36	0	186
		69.9%	10.8%	19.4%	0.0%	100.0%
	精神科病院	155	39	24	0	218
		71.1%	17.9%	11.0%	0.0%	100.0%
	診療所	5	8	19	0	32
		15.6%	25.0%	59.4%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	290	67	79	0	436
		66.5%	15.4%	18.1%	0.0%	100.0%

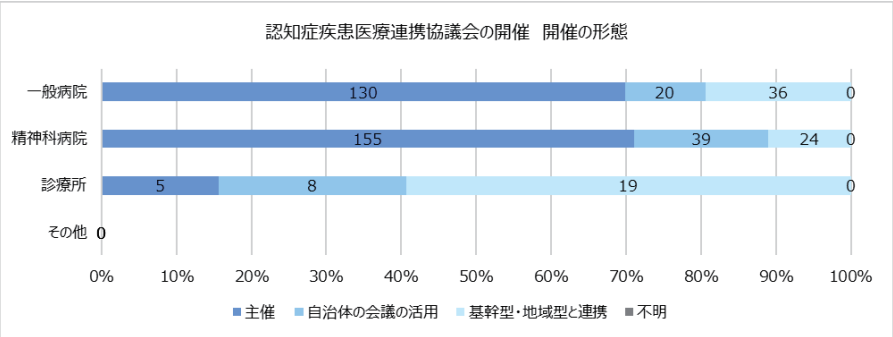


図 91　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

2) 認知症疾患医療連携協議会の開催回数：認知症疾患医療連携協議会の開催回数を類型別（表 146，図 92），および医療機関種別（表 147，図 93）に示す．空欄であった 5 件は欠損としたが，認知症疾患医療連携協議会の開催回数を確認していないか，開催していない可能性がある．全体として概ね 2 回/年前後の開催であった．

表 146　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.8	0.9	2	1	4
	地域型	361	2.0	1.8	2	0	17
	連携型	58	1.8	1.1	2	1	8
	合計	435	2.0	1.7	2	0	17

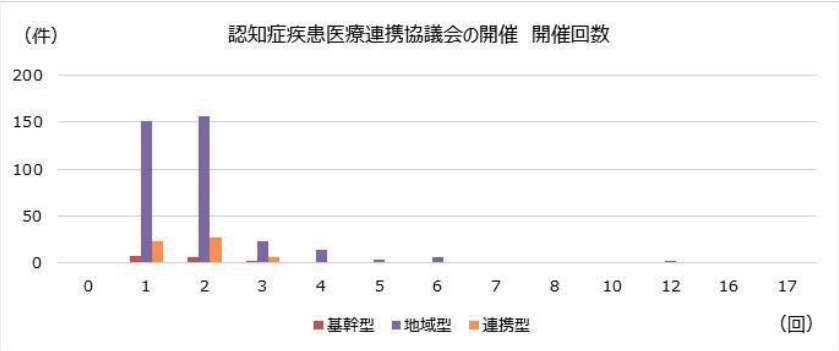


図 92　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

表 147　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	1.9	1.3	2	0	12
	精神科病院	217	2.0	2.0	2	1	17
	診療所	32	2.0	1.2	2	1	8
	その他	0					
	合計	435	2.0	1.7	2	0	17

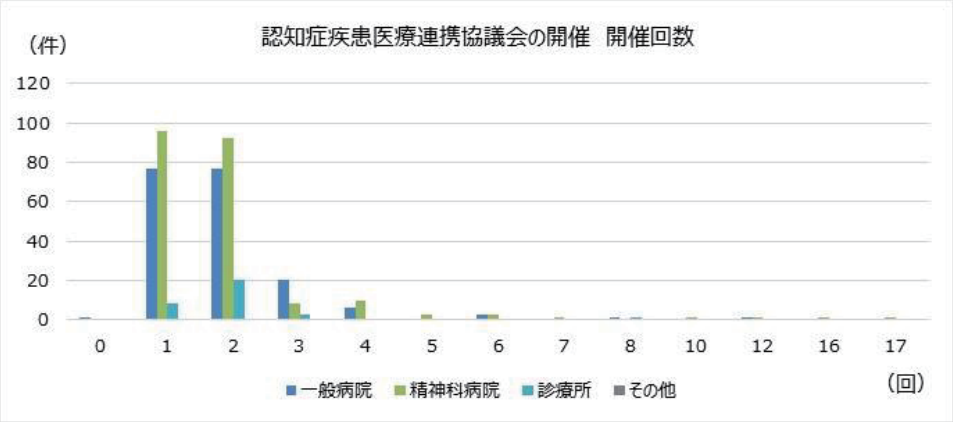


図 93　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

Ⅳ-2. 研修会開催

1) 医療従事者対象：医療従事者対象の研修会について類型別の開催の有無（表 148, 図 94）と開催回数（表 149，図 95），および医療機関種別の開催の有無（表 150，図 96）と開催回数（表 151，図 97）を示す．回数について空欄であった医療機関は欠損としたが，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 92.3%が開催しており，類型別の傾向はなかったが医療機関種別では診療所で 84.8%とやや少なかった．回数の中央値では基幹型は 3 回/年，地域型と連携型は 2 回/年の開催であった．最大実施回数は 42 回/年であった．

表 148　類型別　医療従事者対象の研修会の開催の有無

		研修会の開催　医療従事者対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	340	25	365
		93.2%	6.8%	100.0%
	連携型	50	9	59
		84.7%	15.3%	100.0%
	合計	406	34	440
		92.3%	7.7%	100.0%

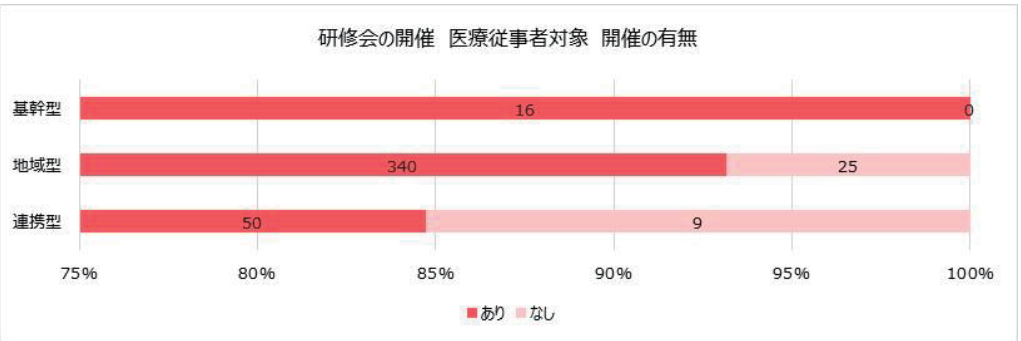


図 94　類型別　医療従事者対象の研修会の開催の有無（再掲）

表 149　類型別　医療従事者対象の研修会の開催回数

		研修会の開催　医療従事者対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	4.4	4.3	3	1	15
	地域型	340	3.4	3.7	2	1	42
	連携型	50	3.0	2.8	2	1	12
	合計	406	3.4	3.7	2	1	42

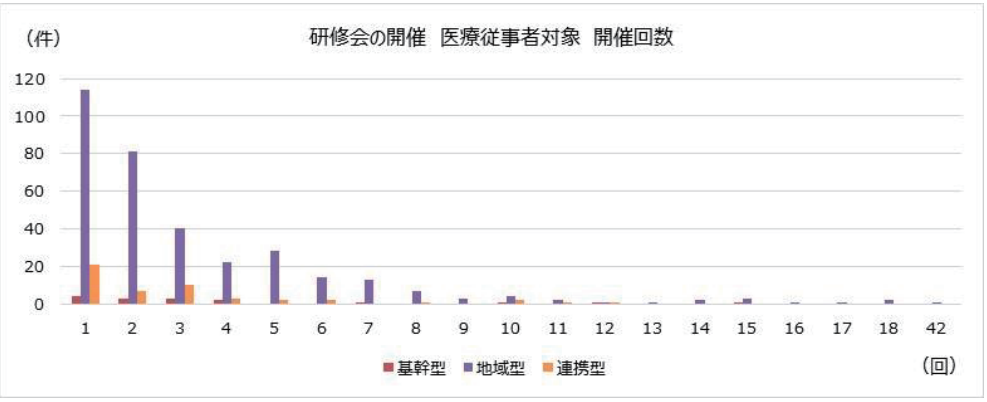


図 95　類型別　医療従事者対象の研修会の開催回数

表 150　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催の有無

		研修会の開催　医療従事者対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	179	8	187
		95.7%	4.3%	100.0%
	精神科病院	199	21	220
		90.5%	9.5%	100.0%
	診療所	28	5	33
		84.8%	15.2%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	406	34	440
		92.3%	7.7%	100.0%

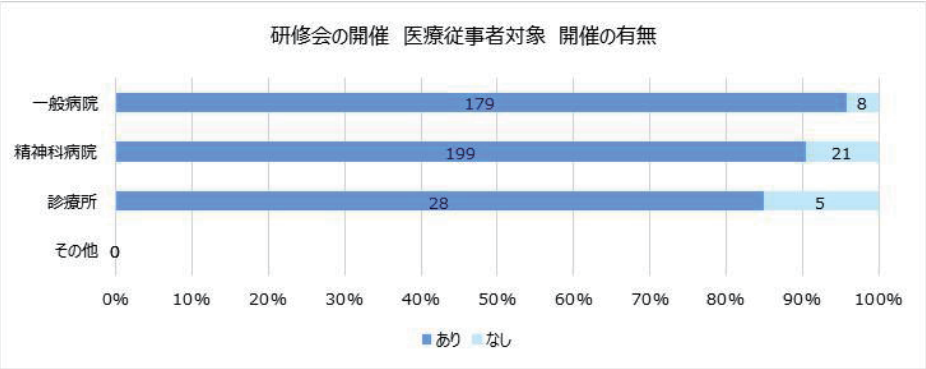


図 96　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催の有無（再掲）

表 151　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催回数

		研修会の開催　医療従事者対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	179	3.6	4.4	2	1	42
	精神科病院	199	3.1	2.9	2	1	15
	診療所	28	3.7	3.3	3	1	12
	その他	0					
	合計	406	3.4	3.7	2	1	42

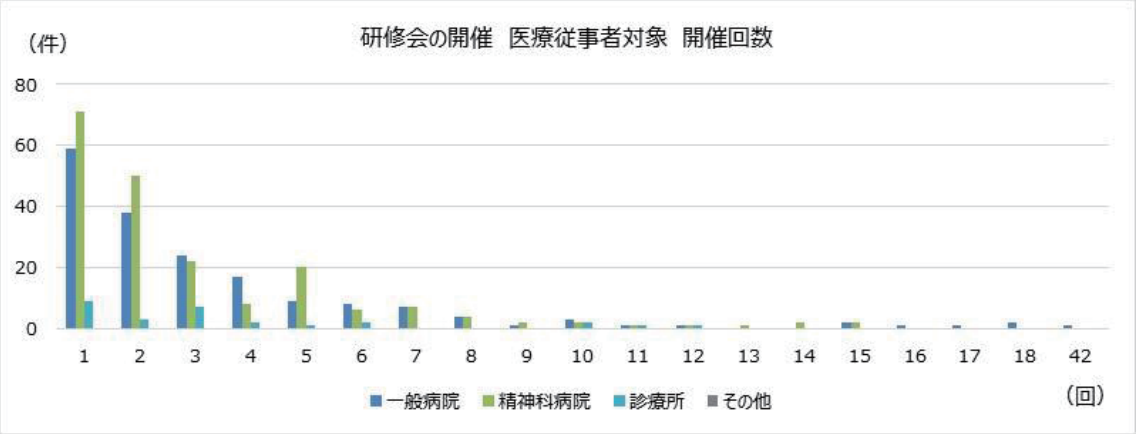


図 97　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催回数

2) 医療従事者対象のうち，かかりつけ医対象：医療従事者対象の研修会のうち，かかりつけ医対象のものについて類型別の開催の有無（表 152, 図 98）と開催回数（表 153, 図 99），および医療機関種別の開催の有無（表 154，図 100）と開催回数（表 155，図 101）を示す．回数について空欄であった医療機関は欠損としたが，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 71.8%が開催しており，連携型および診療所でやや少ない傾向があった．回数の中央値では 1〜2 回/年の開催であった．最大実施回数は 15 回/年であった．

表 152　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	13	3	16
		81.3%	18.8%	100.0%
	地域型	268	97	365
		73.4%	26.6%	100.0%
	連携型	35	24	59
		59.3%	40.7%	100.0%
	合計	316	124	440
		71.8%	28.2%	100.0%

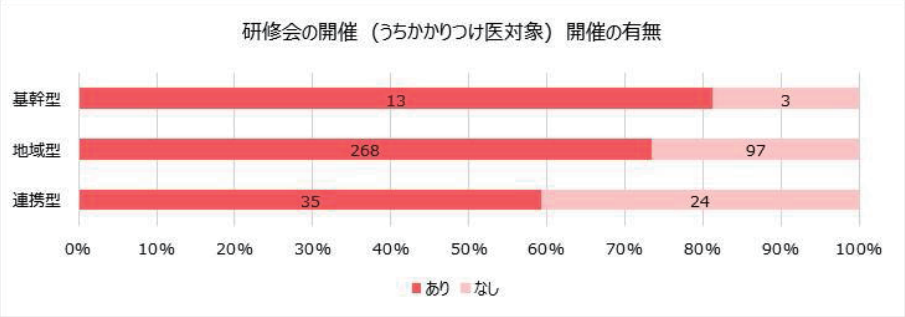


図 98　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 153　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	3.5	3.7	2	1	12
	地域型	268	2.1	1.7	2	0	15
	連携型	35	2.3	2.5	1	1	10
	合計	316	2.1	2.0	2	0	15



図 99　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

表 154　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	135	52	187
		72.2%	27.8%	100.0%
	精神科病院	161	59	220
		73.2%	26.8%	100.0%
	診療所	20	13	33
		60.6%	39.4%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	316	124	440
		71.8%	28.2%	100.0%

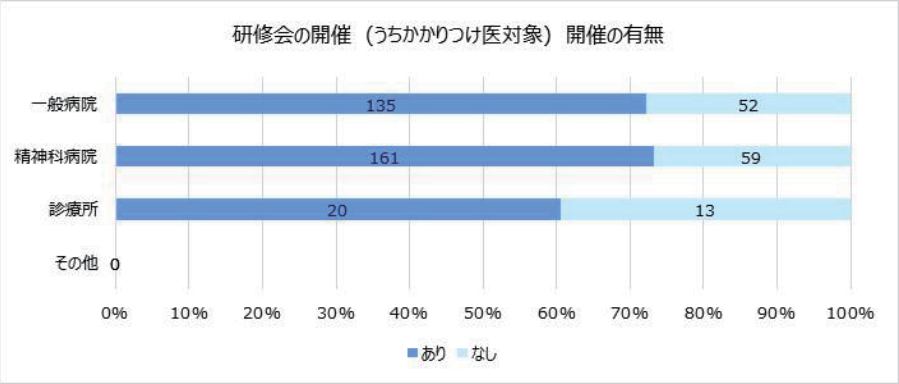


図 100　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 155　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	135	2.1	1.8	2	0	12
	精神科病院	161	2.1	1.9	2	1	15
	診療所	20	3.1	3.1	2	1	10
	その他	0					
	合計	316	2.1	2.0	2	0	15

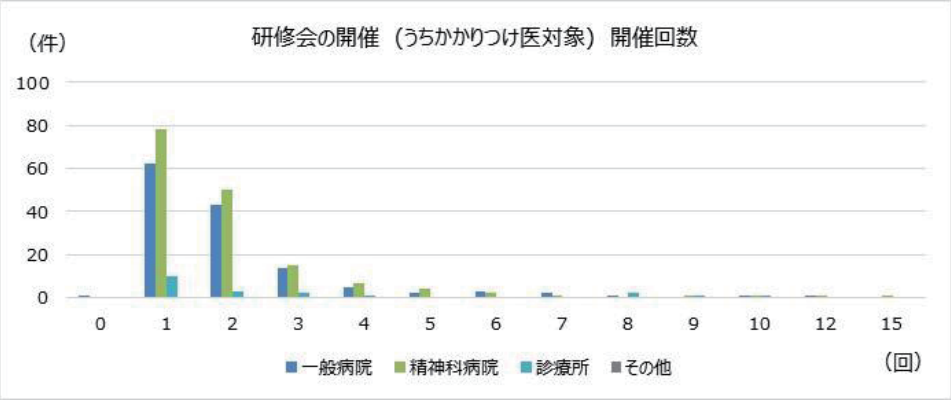


図 101　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

3) 地域包括支援センター職員等対象：地域包括支援センター職員等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 156，図 102）と開催回数（表 157，図 103），および医療機関種別の開催の有無（表 158，図 104）と開催回数（表 159，図 105）を示す．回数について空欄であった医療機関は欠損としたが，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 81.8%が開催していた．回数の中央値では 2 回/年の開催であった．最大実施回数は 38 回/年であった．

表 156　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	12	4	16
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	309	56	365
		84.7%	15.3%	100.0%
	連携型	39	20	59
		66.1%	33.9%	100.0%
	合計	360	80	440
		81.8%	18.2%	100.0%

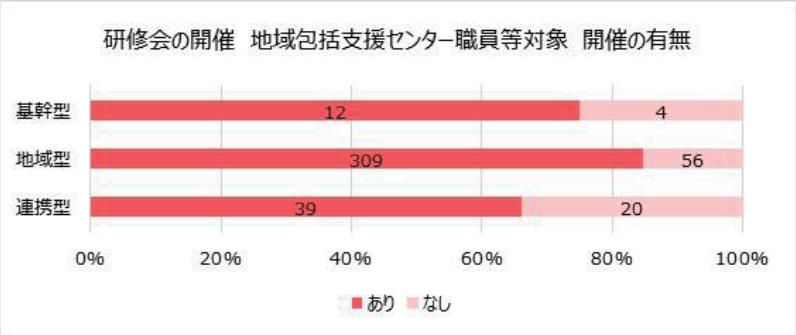


図 102　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 157　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	3.8	3.7	2	1	12
	地域型	309	2.9	3.4	2	0	38
	連携型	39	2.5	2.6	2	1	11
	合計	360	2.9	3.4	2	0	38



図 103　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

表 158　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	145	42	187
		77.5%	22.5%	100.0%
	精神科病院	191	29	220
		86.8%	13.2%	100.0%
	診療所	24	9	33
		72.7%	27.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	360	80	440
		81.8%	18.2%	100.0%

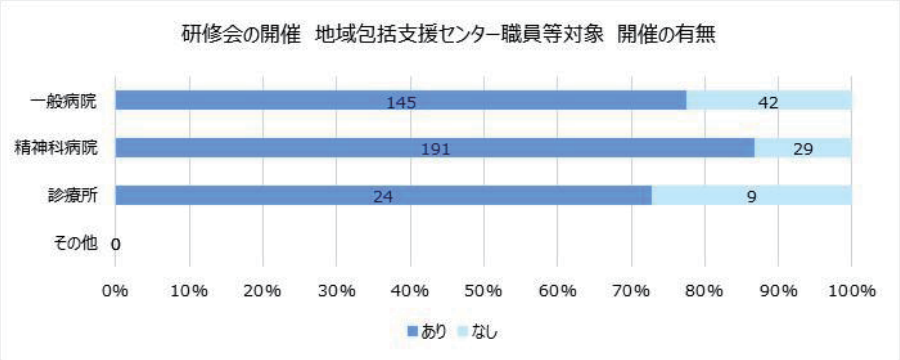


図 104　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 159　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	145	2.8	3.8	2	1	38
	精神科病院	191	2.9	3.0	2	0	16
	診療所	24	3.1	3.1	2	1	11
	その他	0					
	合計	360	2.9	3.4	2	0	38

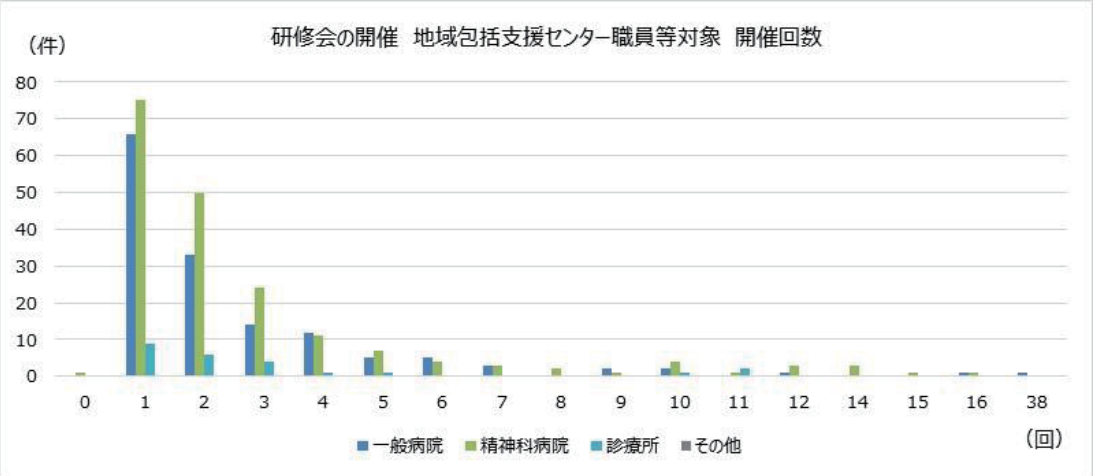


図 105　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

4）家族・地域住民等対象：家族・地域住民等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 160，図 106）と開催回　数（表 161，図 107），および医療機関種別の開催の有無（表 162，図 108）と開催回数（表 163，図 109）を示す．回数について空欄であった医療機関は欠損としたが，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 77.0%が開催していたが，基幹型では 37.5%が開催していなかった．回数の中央値では 2 回/年の開催であった．最大実施回数は 108 回/年であった．

表 160　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　家族･地域住民等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	10	6	16
		62.5%	37.5%	100.0%
	地域型	288	77	365
		78.9%	21.1%	100.0%
	連携型	41	18	59
		69.5%	30.5%	100.0%
	合計	339	101	440
		77.0%	23.0%	100.0%

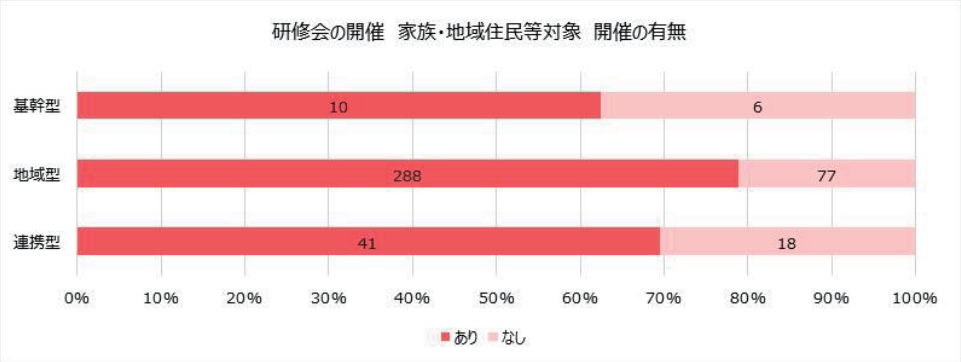


図 106　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 161　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

		研修会の開催　家族･地域住民等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	4.1	4.1	2	1	12
	地域型	288	5.2	9.8	2	0	108
	連携型	41	4.3	6.0	2	1	30
	合計	339	5.0	9.3	2	0	108

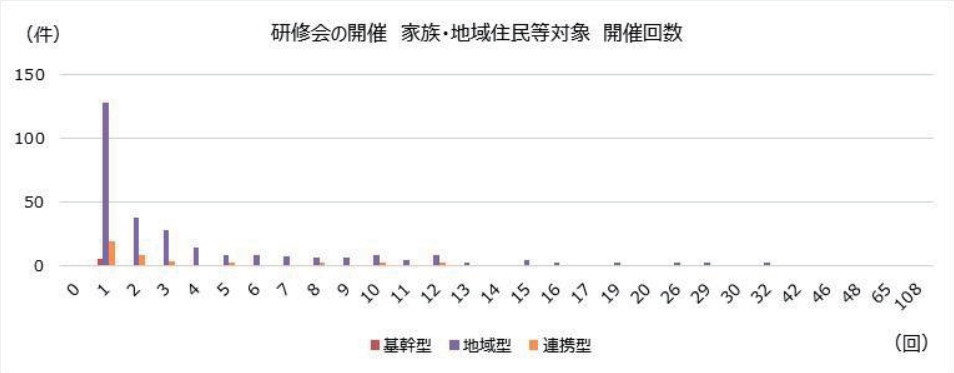


図 107　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

表 162　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　家族・地域住民等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	143	44	187
		76.5%	23.5%	100.0%
	精神科病院	173	47	220
		78.6%	21.4%	100.0%
	診療所	23	10	33
		69.7%	30.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	339	101	440
		77.0%	23.0%	100.0%

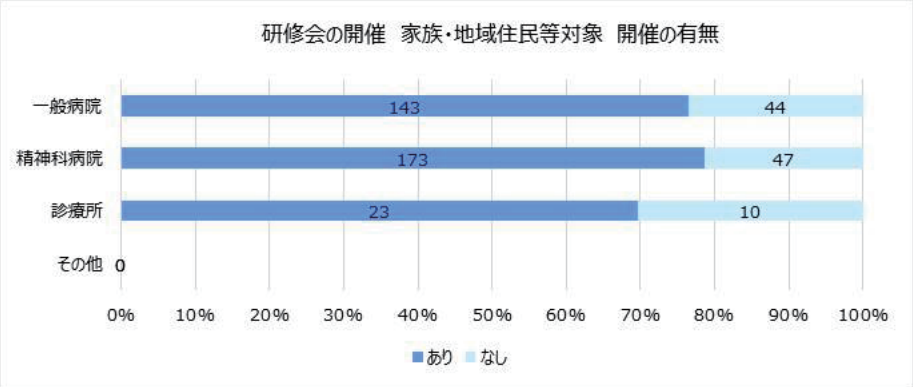


図 108　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 163　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

		研修会の開催　家族・地域住民等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	143	5.5	11.5	2	1	108
	精神科病院	173	4.7	7.3	2	0	65
	診療所	23	5.0	7.1	2	1	30
	その他	0					
	合計	339	5.0	9.3	2	0	108

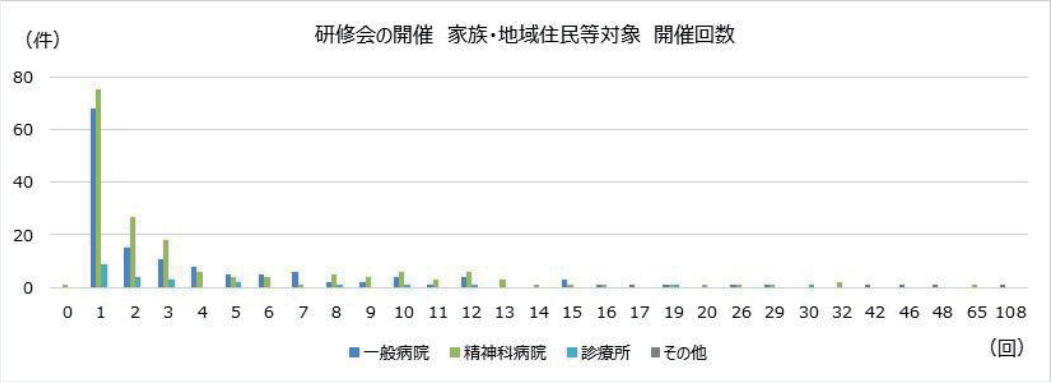


図 109　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

Ⅳ-3. 情報発信・普及啓発

1) 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無：地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無について類型別（表 164, 図 110），および医療機関種別（表 165, 図 111）に示す．全体で 95.5%が情報発信の取り組みを行っていた．

表 164　類型別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	350	15	365
		95.9%	4.1%	100.0%
	連携型	54	5	59
		91.5%	8.5%	100.0%
	合計	420	20	440
		95.5%	4.5%	100.0%

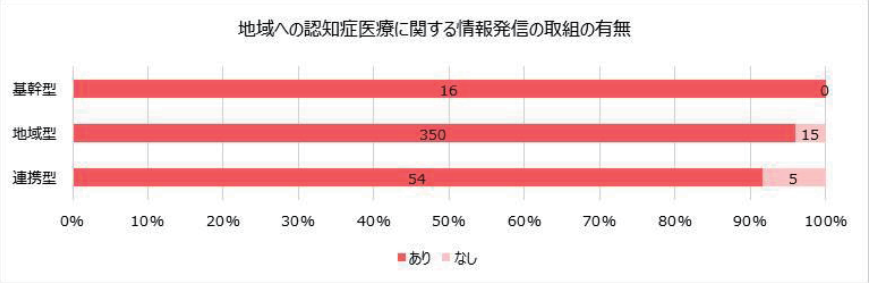


図 110　類型別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

表 165　医療機関種別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	179	8	187
		95.7%	4.3%	100.0%
	精神科病院	209	11	220
		95.0%	5.0%	100.0%
	診療所	32	1	33
		97.0%	3.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	420	20	440
		95.5%	4.5%	100.0%

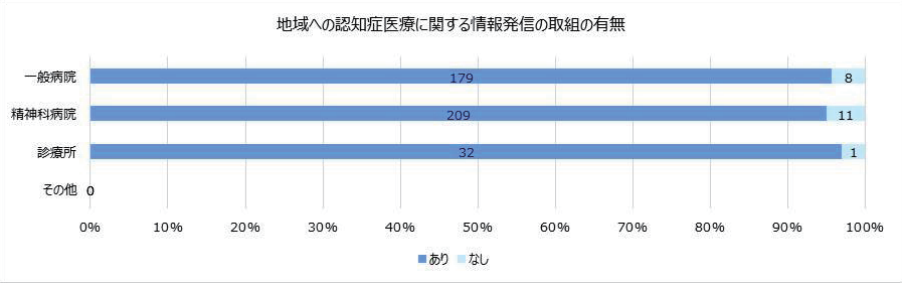


図 111　医療機関種別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

2) 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無：地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無について類型別（表 166，図 112），および医療機関種別（表 167，図 113）に示す．全体で 91.6%が普及啓発の取り組みを行っていた．

表 166　類型別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	地域型	338	27	365
		92.6%	7.4%	100.0%
	連携型	50	9	59
		84.7%	15.3%	100.0%
	合計	403	37	440
		91.6%	8.4%	100.0%

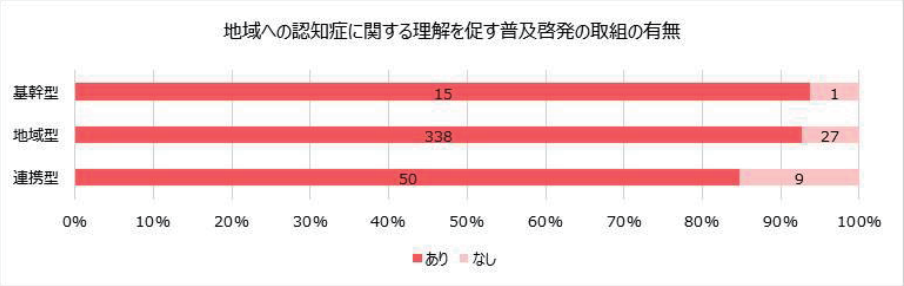


図 112　類型別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

表 167　医療機関種別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	174	13	187
		93.0%	7.0%	100.0%
	精神科病院	198	22	220
		90.0%	10.0%	100.0%
	診療所	31	2	33
		93.9%	6.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	403	37	440
		91.6%	8.4%	100.0%

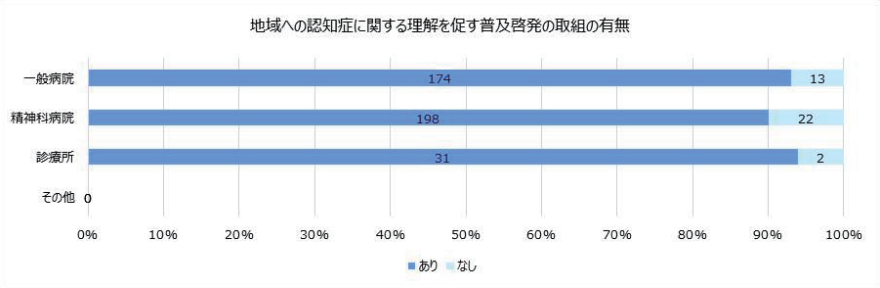


図 113　医療機関種別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

3) 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無：他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無について，類型別の有無（表 168，図 114）と回数（表 169，図 115）および医療機関種別の有無（表 170，図 116）と回数（表 171，図 117）をそれぞれ示す．回数について空欄であった医療機関は欠損としたが，派遣回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 94.8%が協力・講師派遣を行っており，基幹型は 100%が行っていた．回数の中央値では基幹型が多く，最大値は地域型の 250 回/年であった．

表 168　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	346	19	365
		94.8%	5.2%	100.0%
	連携型	55	4	59
		93.2%	6.8%	100.0%
	合計	417	23	440
		94.8%	5.2%	100.0%

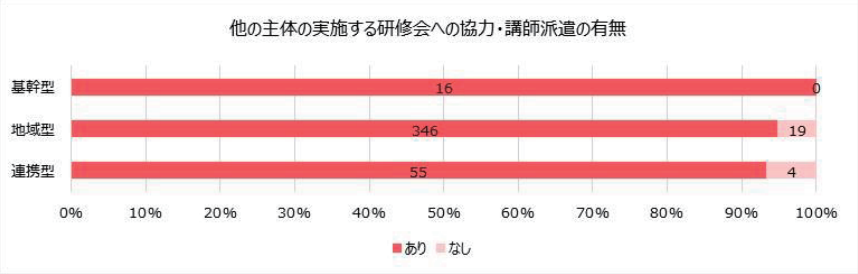


図 114　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 169　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	17.5	16.8	14	0	63
	地域型	341	12.7	19.8	7	1	250
	連携型	55	8.1	8.4	6	1	40
	合計	412	12.3	18.7	7	0	250

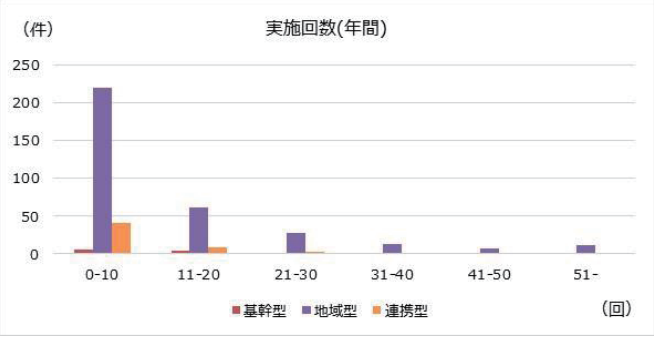


図 115　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

表 170　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	175	12	187
		93.6%	6.4%	100.0%
	精神科病院	210	10	220
		95.5%	4.5%	100.0%
	診療所	32	1	33
		97.0%	3.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	417	23	440
		94.8%	5.2%	100.0%

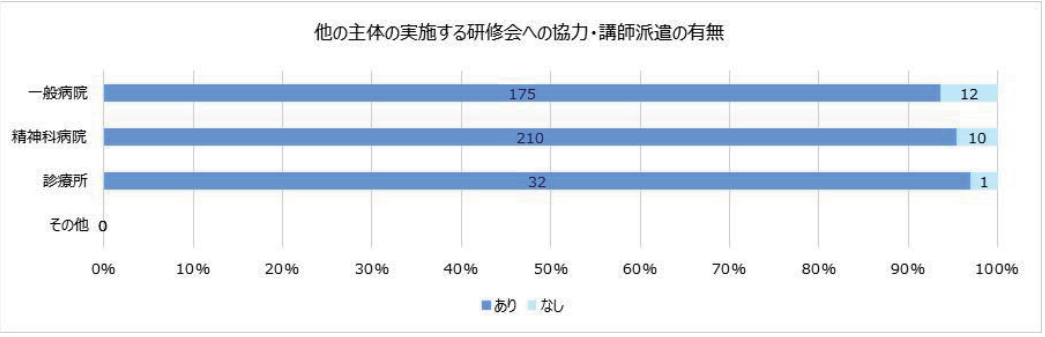


図 116　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 171　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	173	11.2	13.3	6	0	99
	精神科病院	207	13.5	23.1	7	1	250
	診療所	32	10.5	8.7	9	1	40
	その他	0					
	合計	412	12.3	18.7	7	0	250

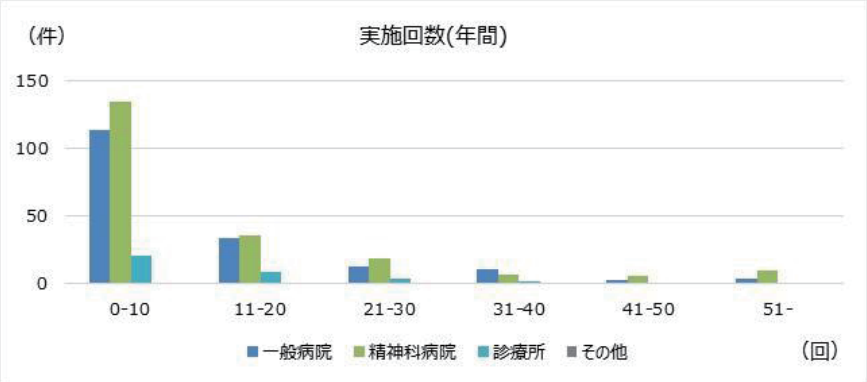


図 117　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

Ⅳ-4. 初期集中支援チームへの関与

1）センター内に初期集中支援チームを設置(受託) ：初期集中支援チームへの関与について，センター内に初期集中支援チームの設置(受託)について，類型別（表 172，図 118）および医療機関種別（表 173，図 119）にそれぞれ示す．自院内に初期集中支援チームを設置しているのは類型別で地域型の 19.2%と連携型の 27.1%，医療機関種別で一般病院の 10.2%，精神科病院の 25.5%，診療所の 33.3%であった．

表 172　類型別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与　センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	70	295	365
		19.2%	80.8%	100.0%
	連携型	16	43	59
		27.1%	72.9%	100.0%
	合計	86	354	440
		19.5%	80.5%	100.0%

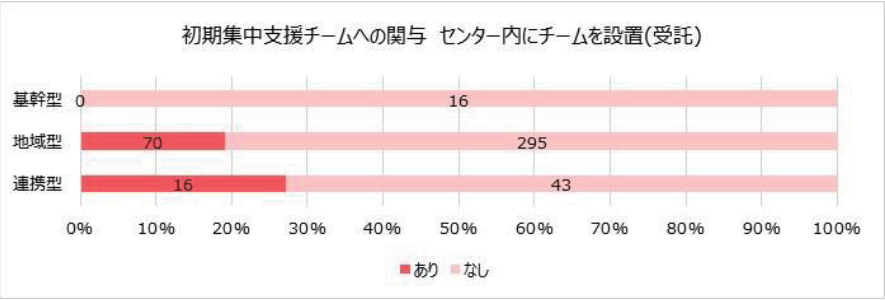


図 118　類型別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)（再掲）

表 173　医療機関種別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与　センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	19	168	187
		10.2%	89.8%	100.0%
	精神科病院	56	164	220
		25.5%	74.5%	100.0%
	診療所	11	22	33
		33.3%	66.7%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	86	354	440
		19.5%	80.5%	100.0%

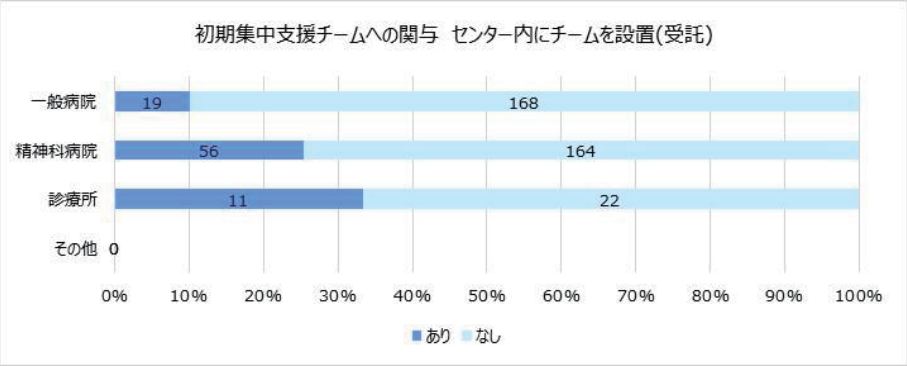


図 119　医療機関種別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)（再掲）

2) 初期集中支援チーム員として参加：初期集中支援チームへの関与について，初期集中支援チーム員としての参加を，類型別（表 174，図 120）および医療機関種別（表 175，図 121）にそれぞれ示す．初期集中支援チーム員としての参加はとくに類型では地域型と連携型，医療機関では精神科病院および診療所に多かった．

表 174　類型別　初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与　チーム員として参加		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	2	14	16
		12.5%	87.5%	100.0%
	地域型	175	190	365
		47.9%	52.1%	100.0%
	連携型	32	27	59
		54.2%	45.8%	100.0%
	合計	209	231	440
		47.5%	52.5%	100.0%

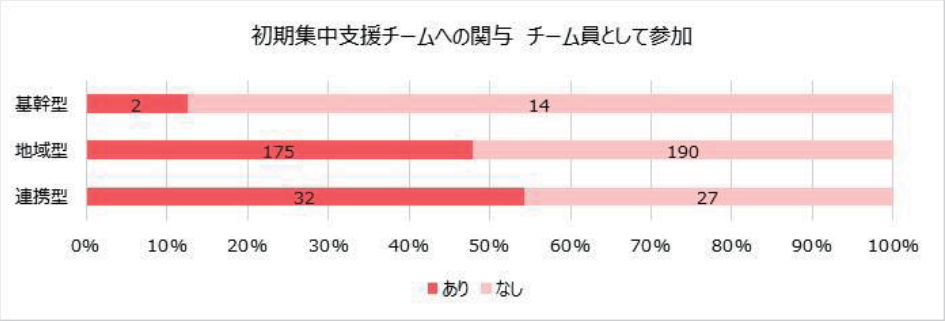


図 120　類型別　初期集中支援チーム員として参加（再掲）

表 17　5　医療機関種別　初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与　チーム員として参加		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	72	115	187
		38.5%	61.5%	100.0%
	精神科病院	117	103	220
		53.2%	46.8%	100.0%
	診療所	20	13	33
		60.6%	39.4%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	209	231	440
		47.5%	52.5%	100.0%

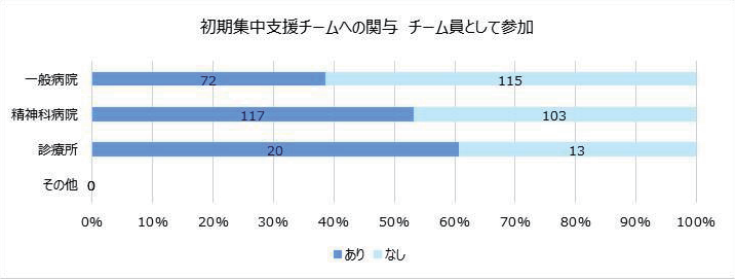


図 121　医療機関種別　初期集中支援チーム員として参加（再掲）

3) 初期集中支援チームへの後方支援：初期集中支援チームへの関与について，初期集中支援チームへの後方支援を，類型別（表 176，図 122）および医療機関種別（表 177，図 123）にそれぞれ示す．後方支援は類型では基幹型と地域型に多く，医療機関種別では一般病院に多かった．

表 176　類型別　初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与　後方支援		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	9	7	16
		56.3%	43.8%	100.0%
	地域型	211	154	365
		57.8%	42.2%	100.0%
	連携型	25	34	59
		42.4%	57.6%	100.0%
	合計	245	195	440
		55.7%	44.3%	100.0%

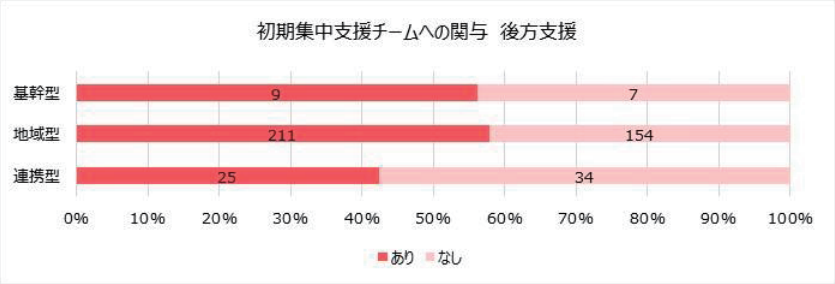


図 122　類型別　初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

表 177　医療機関種別　初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与　後方支援		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	114	73	187
		61.0%	39.0%	100.0%
	精神科病院	118	102	220
		53.6%	46.4%	100.0%
	診療所	13	20	33
		39.4%	60.6%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	245	195	440
		55.7%	44.3%	100.0%

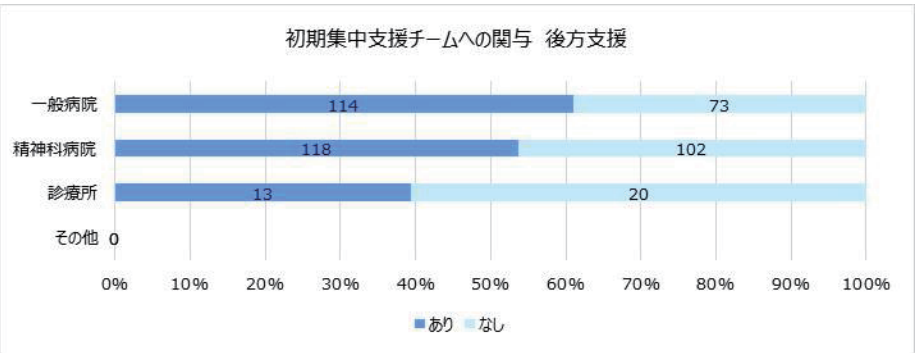


図 123　医療機関種別　初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

Ⅴ．医療サービス等提供状況

Ⅴ-1. サービス提供状況

1）介護保険主治医意見書への記載：サービス提供状況のうち，介護保険主治医意見書への記載について，類型別（表 178，図 124）および医療機関種別（表 179，図 125）にそれぞれ示す．全体の 97.5%が通常業務として実施していた．

表 178　類型別　介護保険主治医意見書への記載の実施

		1.介護保険主治医意見書への記載			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	355	10	0	365
		97.3%	2.7%	0.0%	100.0%
	連携型	59	0	0	59
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	合計	429	11	0	440
		97.5%	2.5%	0.0%	100.0%

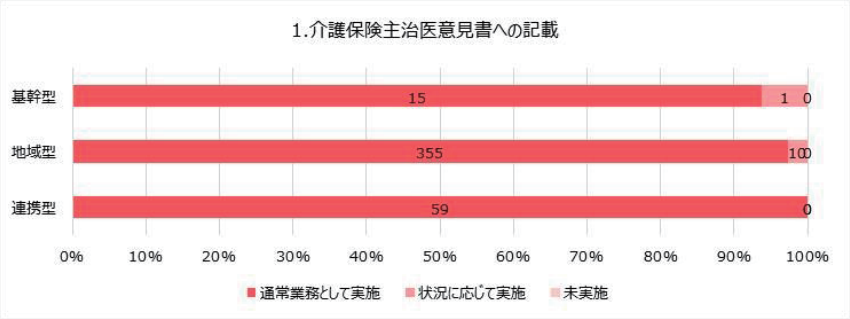


図 124　類型別　介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

表 179　医療機関種別　介護保険主治医意見書への記載の実施

		1.介護保険主治医意見書への記載			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	181	6	0	187
		96.8%	3.2%	0.0%	100.0%
	精神科病院	215	5	0	220
		97.7%	2.3%	0.0%	100.0%
	診療所	33	0	0	33
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	429	11	0	440
		97.5%	2.5%	0.0%	100.0%

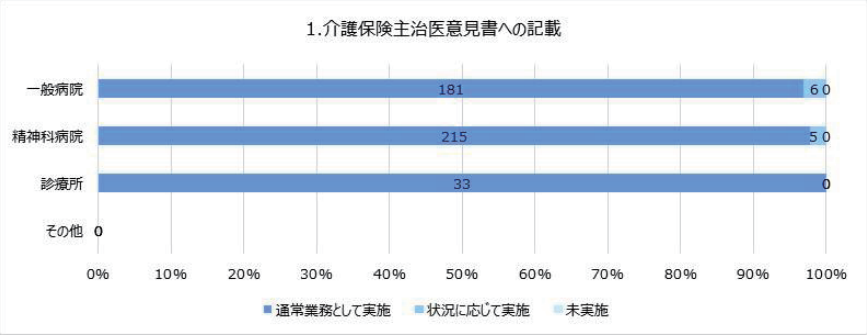


図 125　医療機関種別　介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

2) 合併する身体疾患に対する通院医療：サービス提供状況のうち，合併する身体疾患に対する通院医療について，類型別（表 180，図 126）および医療機関種別（表 181，図 127）をそれぞれ示す. 基幹型では 100%が通常業務として実施していたが，地域型では 58.4%，連携型では 67.8%が通常業務として実施していた．医療機関種別では精神科病院で通常業務としての実施が少なく，精神科以外の診療科の存在が関係している可能性があった.

表 180　類型別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施

		2.合併する身体疾患に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	16	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	213	133	19	365
		58.4%	36.4%	5.2%	100.0%
	連携型	40	15	4	59
		67.8%	25.4%	6.8%	100.0%
	合計	269	148	23	440
		61.1%	33.6%	5.2%	100.0%

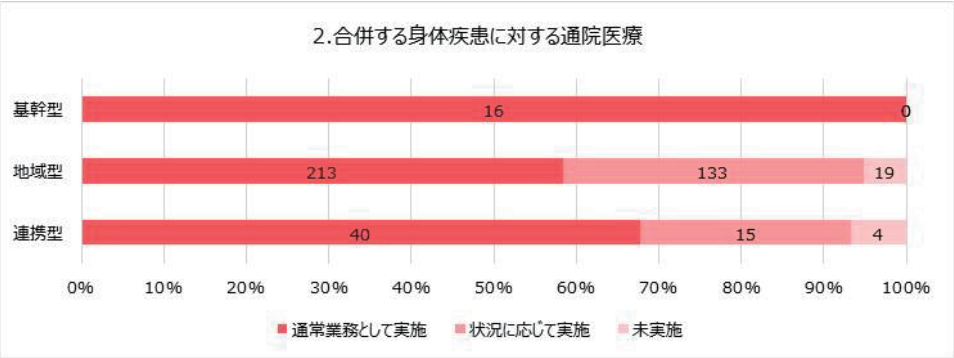


図 126　類型別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

表 181　医療機関種別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施

		2.合併する身体疾患に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	164	21	2	187
		87.7%	11.2%	1.1%	100.0%
	精神科病院	81	119	20	220
		36.8%	54.1%	9.1%	100.0%
	診療所	24	8	1	33
		72.7%	24.2%	3.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	269	148	23	440
		61.1%	33.6%	5.2%	100.0%

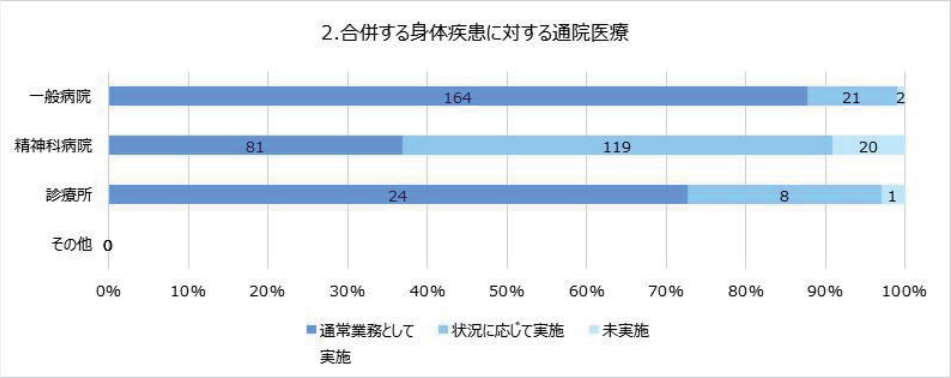


図 127　医療機関種別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

3) 合併する身体疾患に対する入院医療：サービス提供状況のうち，合併する身体疾患に対する入院医療について，類型別（表 182，図 128）および医療機関種別（表 183，図 129）にそれぞれ示す. 基幹型では 93.8%が通常業務として実施していたが, 地域型では 54.0%, 連携型では 25.4%が通常業務として実施していた．医療機関種別では精神科病院，診療所で通常業務としての実施が少なく，病床および入院設備の存在が関係している可能性があった.

表 182　類型別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施

		3.合併する身体疾患に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	197	139	29	365
		54.0%	38.1%	7.9%	100.0%
	連携型	15	11	33	59
		25.4%	18.6%	55.9%	100.0%
	合計	227	151	62	440
		51.6%	34.3%	14.1%	100.0%

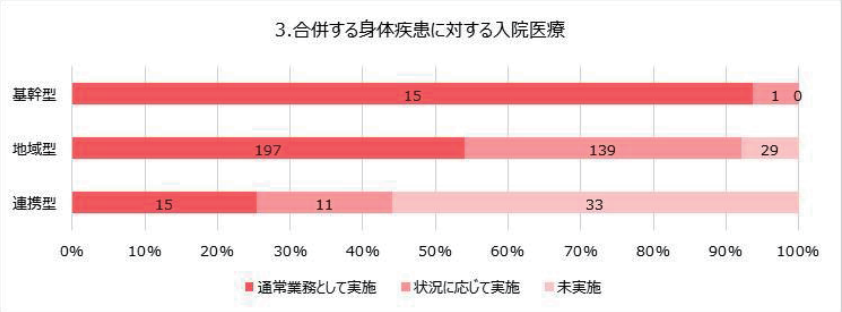


図 128　類型別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

表 183　医療機関種別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施

		3.合併する身体疾患に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	156	28	3	187
		83.4%	15.0%	1.6%	100.0%
	精神科病院	69	121	30	220
		31.4%	55.0%	13.6%	100.0%
	診療所	2	2	29	33
		6.1%	6.1%	87.9%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	227	151	62	440
		51.6%	34.3%	14.1%	100.0%

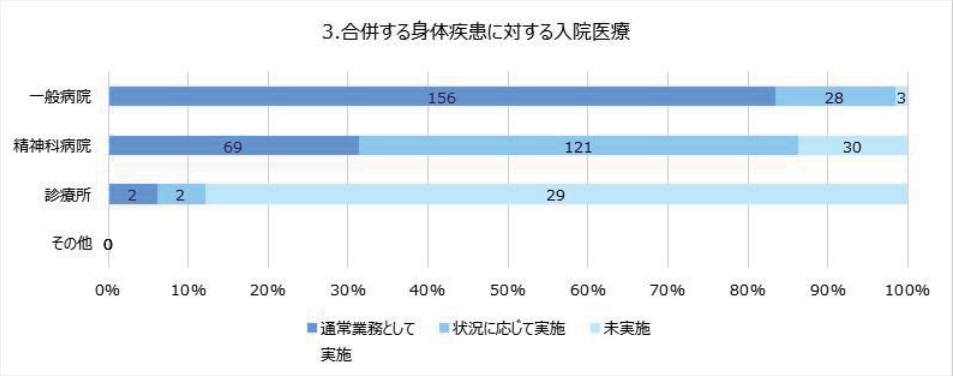


図 129　医療機関種別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

4）合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）：サービス提供状況のうち，合併する身体疾患に対する救急医療について，類型別（表 184，図 130）および医療機関種別（表 185，図 131）をそれぞれ示す．基幹型では 87.5%が通常業務として実施していたが，地域型では 30.4%，連携型では 23.7%が通常業務として実施していた．医療機関種別では精神科病院，診療所で通常業務としての実施が少なく，救急体制の有無が関係している可能性があった．

表 184　類型別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施

		4.合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	14	2	0	16
		87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
	地域型	111	96	158	365
		30.4%	26.3%	43.3%	100.0%
	連携型	14	8	37	59
		23.7%	13.6%	62.7%	100.0%
	合計	139	106	195	440
		31.6%	24.1%	44.3%	100.0%

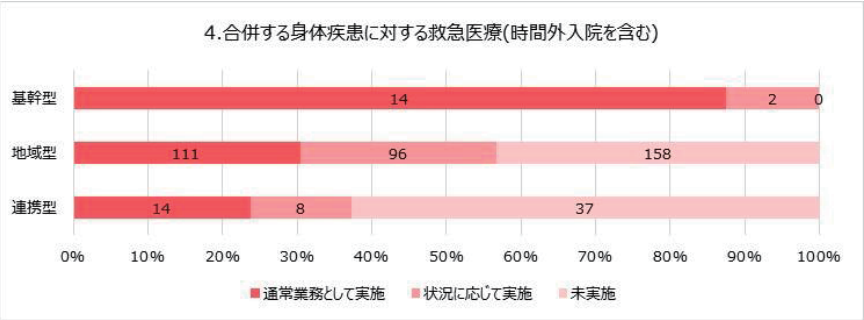


図 130　類型別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 185　医療機関種別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施

		4.合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	118	43	26	187
		63.1%	23.0%	13.9%	100.0%
	精神科病院	16	60	144	220
		7.3%	27.3%	65.5%	100.0%
	診療所	5	3	25	33
		15.2%	9.1%	75.8%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	139	106	195	440
		31.6%	24.1%	44.3%	100.0%

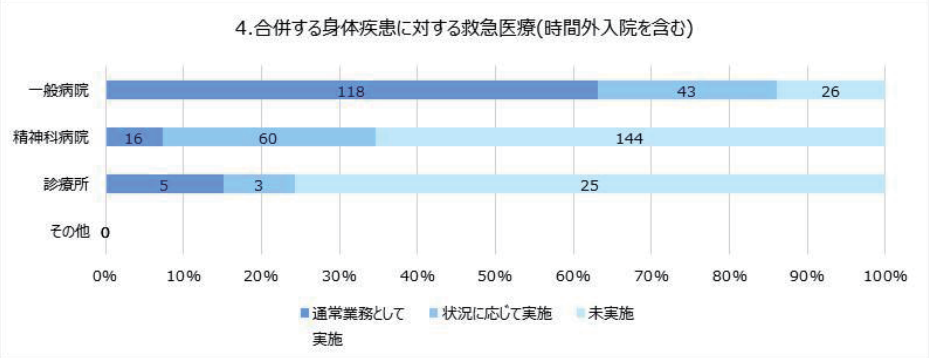


図 131　医療機関種別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

5) 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療：サービス提供状況のうち，合併する身体疾患に対する往診または訪問診療について，類型別（表 186，図 132）および医療機関種別（表 187，図 133）にそれぞれ示す．通常業務として実施していたのは連携型の 22.0%，地域型の 6.3%で，基幹型では 0%であった．医療機関種別では診療所の 33.3%が通常業務として実施しており，訪問診療体制の有無が関係している可能性があった．

表 186　類型別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施

		5.合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	0	0	16	16
		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	23	51	291	365
		6.3%	14.0%	79.7%	100.0%
	連携型	13	15	31	59
		22.0%	25.4%	52.5%	100.0%
	合計	36	66	338	440
		8.2%	15.0%	76.8%	100.0%

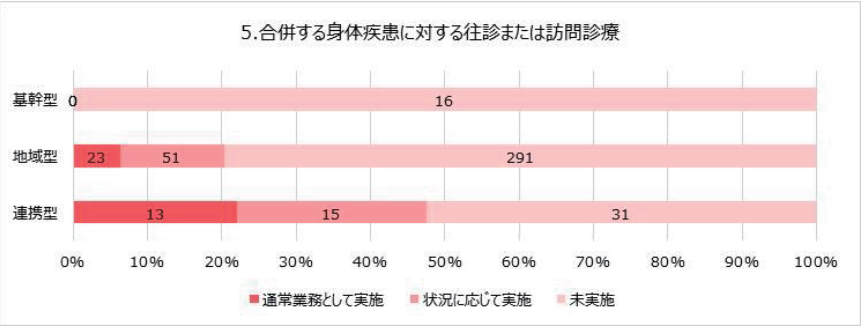


図 132　類型別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 187　医療機関種別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施

		5.合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	17	28	142	187
		9.1%	15.0%	75.9%	100.0%
	精神科病院	8	27	185	220
		3.6%	12.3%	84.1%	100.0%
	診療所	11	11	11	33
		33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	36	66	338	440
		8.2%	15.0%	76.8%	100.0%

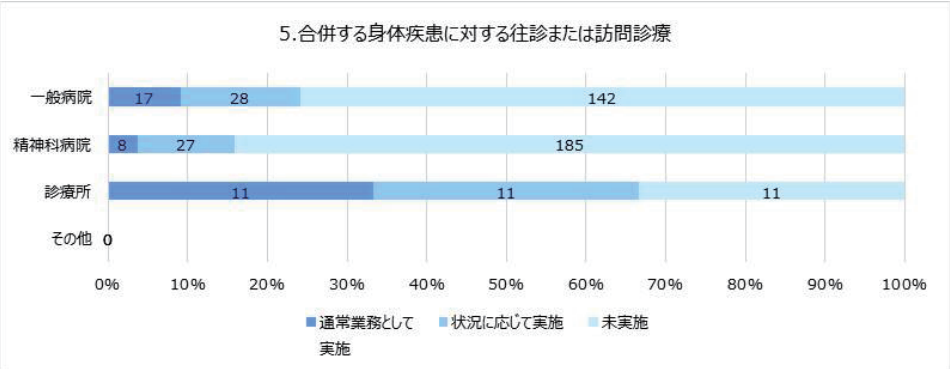


図 133　医療機関種別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

6) 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療：サービス提供状況のうち，随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療について，類型別（表 188，図 134）および医療機関種別（表 189，図 135）にそれぞれ示す．空欄であった 1 件は欠損としたが，随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施について確認していない可能性がある．基幹型は 100%，地域型 92.9%，連携型 87.9%が通常業務として実施しており，全体の 92.5%が通所業務として実施していた．医療機関種別では精神科病院の通常業務としての実施が多い傾向があった．

表 188　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施

		6.随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	16	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	339	23	3	365
		92.9%	6.3%	0.8%	100.0%
	連携型	51	7	0	58
		87.9%	12.1%	0.0%	100.0%
	合計	406	30	3	439
		92.5%	6.8%	0.7%	100.0%

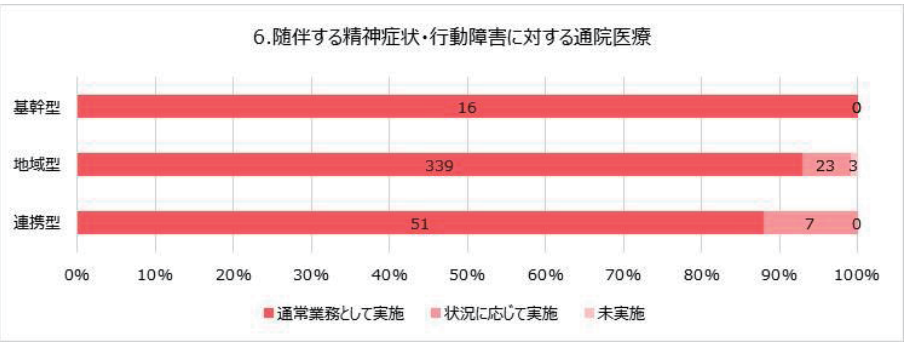


図 134　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

表 189　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施

		6.随伴する精神症状･行動障害に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	161	23	3	187
		86.1%	12.3%	1.6%	100.0%
	精神科病院	215	4	0	219
		98.2%	1.8%	0.0%	100.0%
	診療所	30	3	0	33
		90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	406	30	3	439
		92.5%	6.8%	0.7%	100.0%

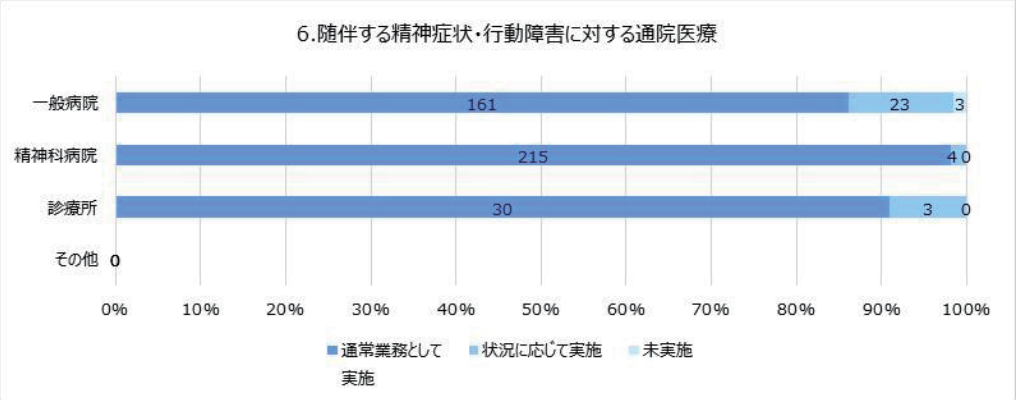


図 135　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

7）随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療：サービス提供状況のうち，随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療について，類型別（表 190，図 136）および医療機関種別（表 191，図 137）にそれぞれ示す．基幹型は 100%，地域型 77.3%と全体の 72.0%が通所業務として実施していたが，連携型では 55.9%が未実施であった．医療機関種別では精神科病院の通常業務としての実施が多く，精神病床の有無が影響している可能性があった．

表 190　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施

		7.随伴する精神症状･行動障害に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	16	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	282	55	28	365
		77.3%	15.1%	7.7%	100.0%
	連携型	19	7	33	59
		32.2%	11.9%	55.9%	100.0%
	合計	317	62	61	440
		72.0%	14.1%	13.9%	100.0%

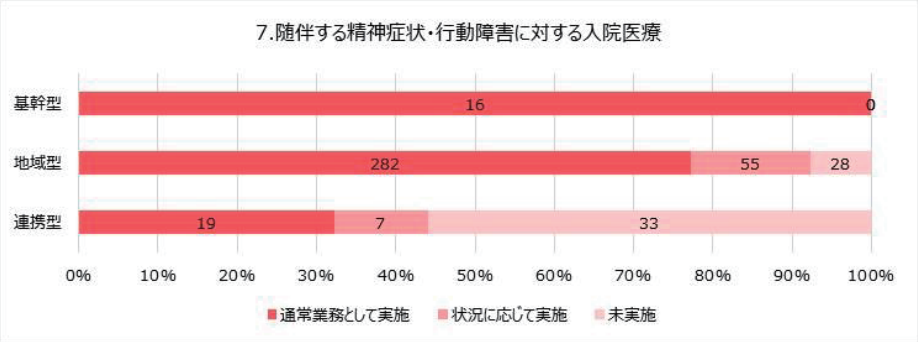


図 136　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

表 191　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施

		7.随伴する精神症状･行動障害に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	103	53	31	187
		55.1%	28.3%	16.6%	100.0%
	精神科病院	213	7	0	220
		96.8%	3.2%	0.0%	100.0%
	診療所	1	2	30	33
		3.0%	6.1%	90.9%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	317	62	61	440
		72.0%	14.1%	13.9%	100.0%

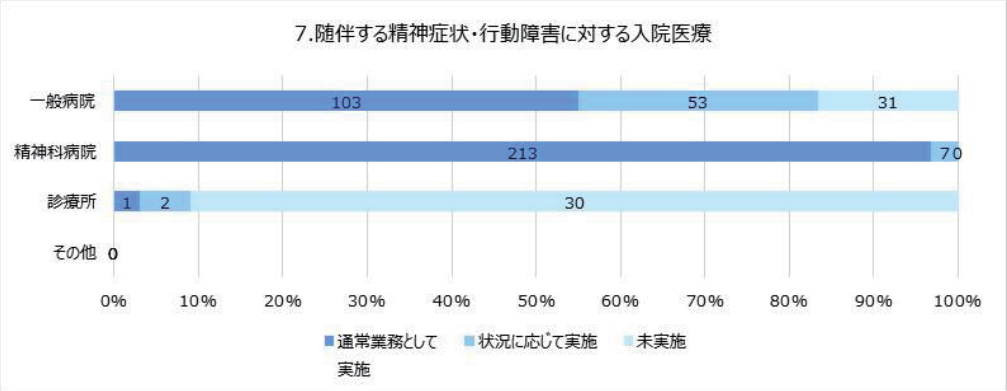


図 137　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

8）随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）：サービス提供状況のうち，随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療について，類型別（表 192，図 138）および医療機関種別（表 193，図 139）にそれぞれ示す．基幹型は 81.3 %が通所業務として実施していたが，地域型では 43.0%に留まり，連携型では 49.2%が未実施であった．医療機関種別では精神科病院の通常業務としての実施が多く，精神科救急体制の有無が影響している可能性があった．

表 192　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施

		8.随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	13	3	0	16
		81.3%	18.8%	0.0%	100.0%
	地域型	157	141	67	365
		43.0%	38.6%	18.4%	100.0%
	連携型	16	14	29	59
		27.1%	23.7%	49.2%	100.0%
	合計	186	158	96	440
		42.3%	35.9%	21.8%	100.0%

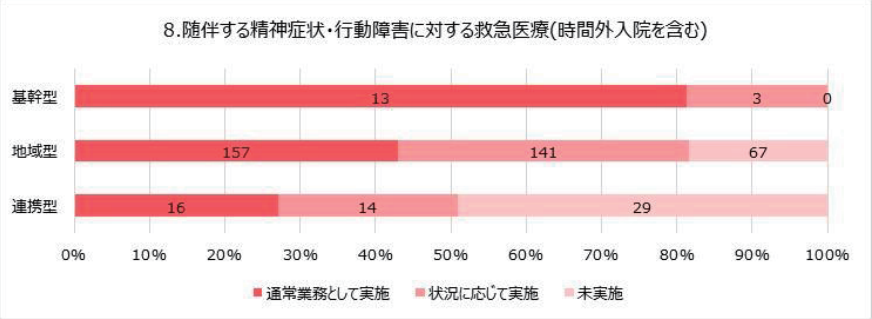


図 138　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 193　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施

		8.随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	73	63	51	187
		39.0%	33.7%	27.3%	100.0%
	精神科病院	108	90	22	220
		49.1%	40.9%	10.0%	100.0%
	診療所	5	5	23	33
		15.2%	15.2%	69.7%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	186	158	96	440
		42.3%	35.9%	21.8%	100.0%

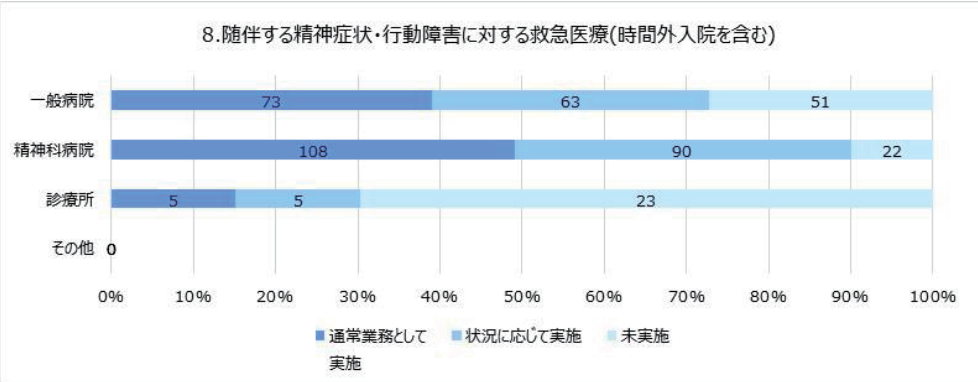


図 139　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

9) 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療：サービス提供状況のうち，随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療について，類型別（表 194，図 140）および医療機関種別（表 195，図 141）にそれぞれ示す．連携型は 30.5%，地域型では 7.7%が通所業務として実施していたが，基幹型では 100%が未実施であり，全体としては状況に応じての実施を含めても 10.5%の実施に留まった．医療機関種別では診療所における通常業務としての実施が多く，訪問診療体制の有無が影響している可能性があった．

表 194　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施

		9.随伴する精神症状･行動障害に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	0	0	16	16
		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	28	104	233	365
		7.7%	28.5%	63.8%	100.0%
	連携型	18	18	23	59
		30.5%	30.5%	39.0%	100.0%
	合計	46	122	272	440
		10.5%	27.7%	61.8%	100.0%

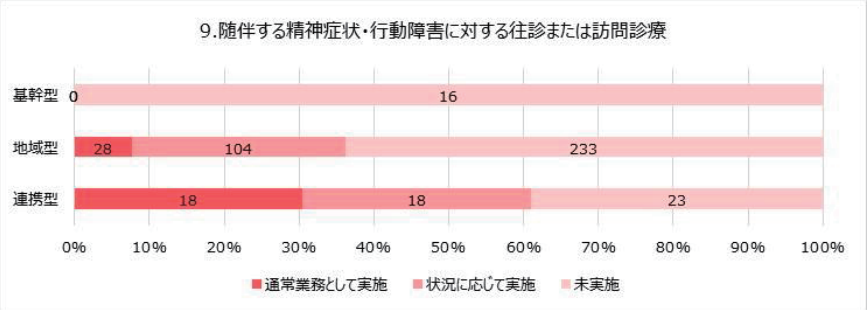


図 140　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 195　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施

		9.随伴する精神症状･行動障害に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	9	30	148	187
		4.8%	16.0%	79.1%	100.0%
	精神科病院	24	80	116	220
		10.9%	36.4%	52.7%	100.0%
	診療所	13	12	8	33
		39.4%	36.4%	24.2%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	46	122	272	440
		10.5%	27.7%	61.8%	100.0%

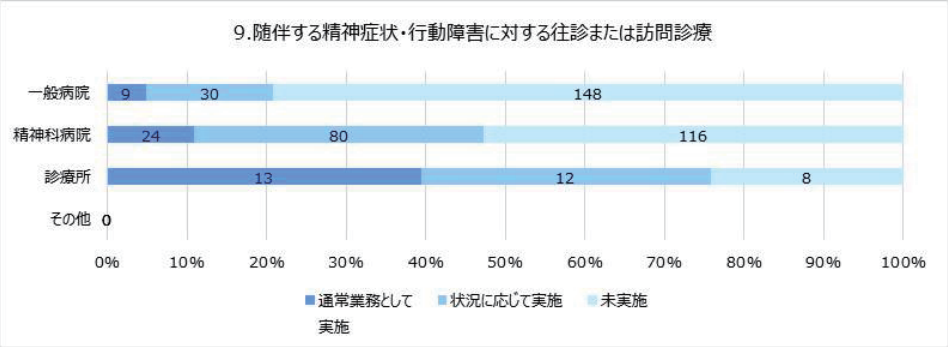


図 141　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

10) せん妄に対する医療の提供：サービス提供状況のうち，せん妄に対する医療の提供について，類型別（表 196，図 142）および医療機関種別（表 197，図 143）にそれぞれ示す．基幹型で 93.8%，地域型で 91.5%，連携型は 84.7%が通所業務として実施しており，全体としては状況に応じての実施を含めると 90.7%が実施していた．医療機関種別では精神科病院における通常業務としての実施が多かった．

表 196　類型別　せん妄に対する医療の提供の実施

		10.せん妄に対する医療の提供			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	334	28	3	365
		91.5%	7.7%	0.8%	100.0%
	連携型	50	8	1	59
		84.7%	13.6%	1.7%	100.0%
	合計	399	37	4	440
		90.7%	8.4%	0.9%	100.0%

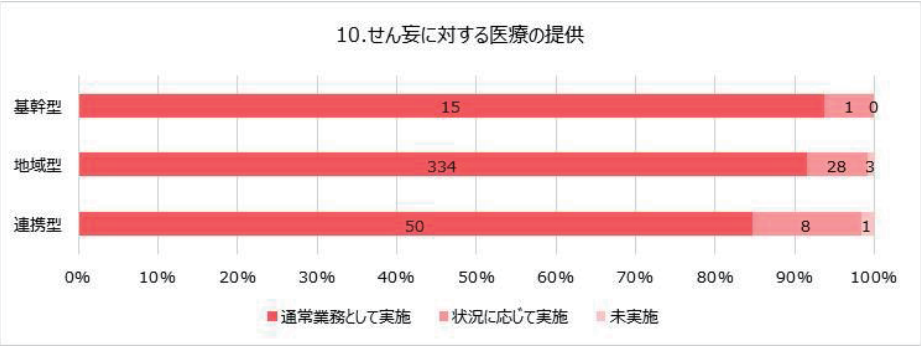


図 142　類型別　せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

表 197　医療機関種別　せん妄に対する医療の提供の実施

		10.せん妄に対する医療の提供			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	160	25	2	187
		85.6%	13.4%	1.1%	100.0%
	精神科病院	211	7	2	220
		95.9%	3.2%	0.9%	100.0%
	診療所	28	5	0	33
		84.8%	15.2%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	399	37	4	440
		90.7%	8.4%	0.9%	100.0%



図 143　医療機関種別　せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

11）介護保険施設・事業所への往診または訪問診療：サービス提供状況のうち，介護保険施設・事業所への往診または訪問診療について，類型別（表 198，図 144）および医療機関種別（表 199，図 145）にそれぞれ示す．空欄であった 2 件は欠損としたが，介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施について確認していない可能性がある．連携型の 42.4%が通常業務として実施していたが，基幹型は 12.5%，地域型で 21.8%の実施に留まった．全体としては 56.8%が未実施であった．医療機関種別では診療所における通常業務としての実施が多く，訪問診療体制の有無が影響した可能性があった．

表 198　類型別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施

		11.介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	2	1	13	16
		12.5%	6.3%	81.3%	100.0%
	地域型	79	72	212	363
		21.8%	19.8%	58.4%	100.0%
	連携型	25	10	24	59
		42.4%	16.9%	40.7%	100.0%
	合計	106	83	249	438
		24.2%	18.9%	56.8%	100.0%

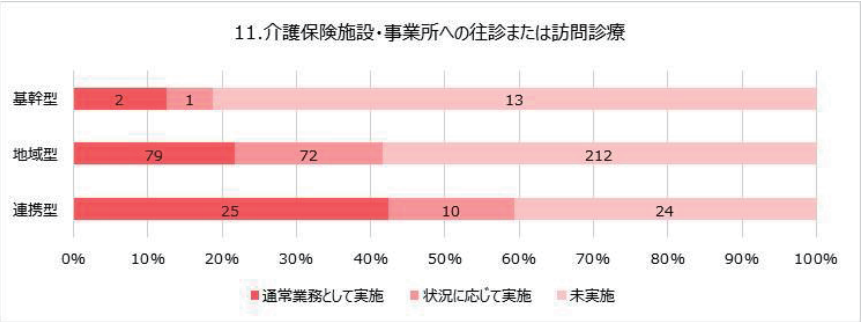


図 144　類型別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

表 199　医療機関種別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施

		11.介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	35	20	131	186
		18.8%	10.8%	70.4%	100.0%
	精神科病院	54	54	111	219
		24.7%	24.7%	50.7%	100.0%
	診療所	17	9	7	33
		51.5%	27.3%	21.2%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	106	83	249	438
		24.2%	18.9%	56.8%	100.0%

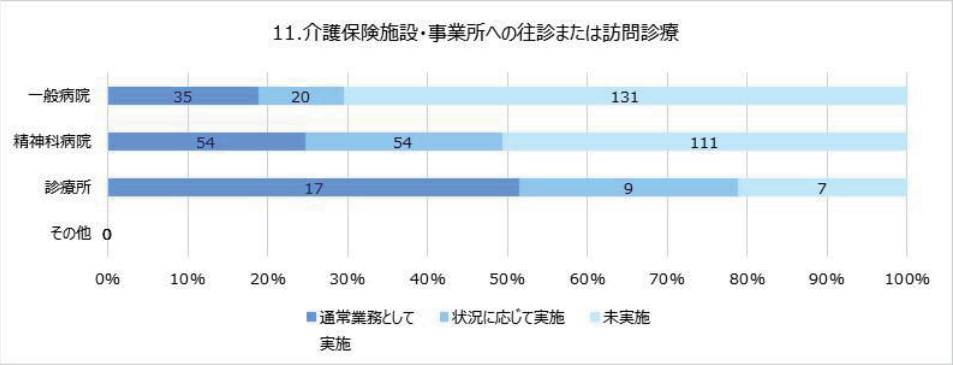


図 145　医療機関種別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

12）行政機関への助言・連携：サービス提供状況のうち，行政機関への助言・連携について，類型別（表 200，図 146）および医療機関種別（表 201，図 147）にそれぞれ示す．基幹型は 87.5%，地域型の 89.6%，連携型の 94.9%が通常業務として実施しており，全体としては 90.2%が通常業務として実施していた．医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた．

表 200　類型別　行政機関への助言・連携の実施

		12.行政機関への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	14	2	0	16
		87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
	地域型	327	37	1	365
		89.6%	10.1%	0.3%	100.0%
	連携型	56	3	0	59
		94.9%	5.1%	0.0%	100.0%
	合計	397	42	1	440
		90.2%	9.5%	0.2%	100.0%

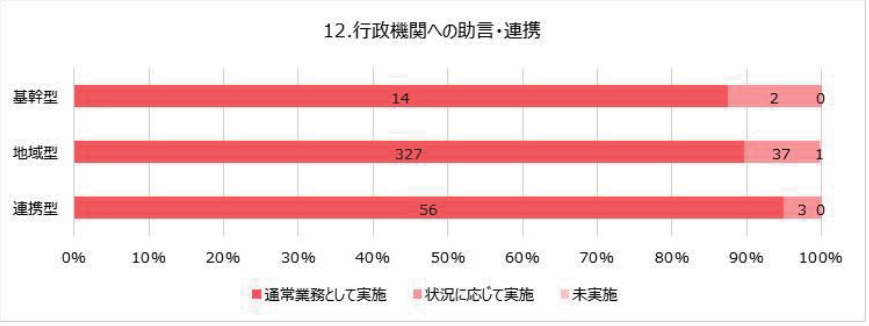


図 146　類型別　行政機関への助言・連携の実施（再掲）

表 201　医療機関種別　行政機関への助言・連携の実施

		12.行政機関への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	165	21	1	187
		88.2%	11.2%	0.5%	100.0%
	精神科病院	199	21	0	220
		90.5%	9.5%	0.0%	100.0%
	診療所	33	0	0	33
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	397	42	1	440
		90.2%	9.5%	0.2%	100.0%

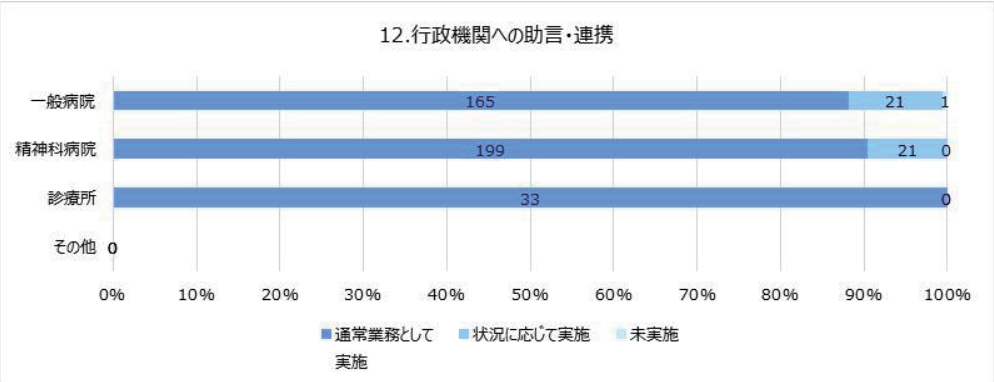


図 147　医療機関種別　行政機関への助言・連携の実施（再掲）

13）地域包括支援センター職員への助言・連携：サービス提供状況のうち，地域包括支援センター職員への助言・連携について，類型別（表 202, 図 148）および医療機関種別（表 203, 図 149）にそれぞれ示す．基幹型は 93.8%，地域型の 92.6%，連携型の 94.9%が通常業務として実施しており，全体としては 93.0%が通常業務として実施していた．医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた．

表 202　類型別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施

		13.地域包括支援センター職員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	338	27	0	365
		92.6%	7.4%	0.0%	100.0%
	連携型	56	3	0	59
		94.9%	5.1%	0.0%	100.0%
	合計	409	31	0	440
		93.0%	7.0%	0.0%	100.0%

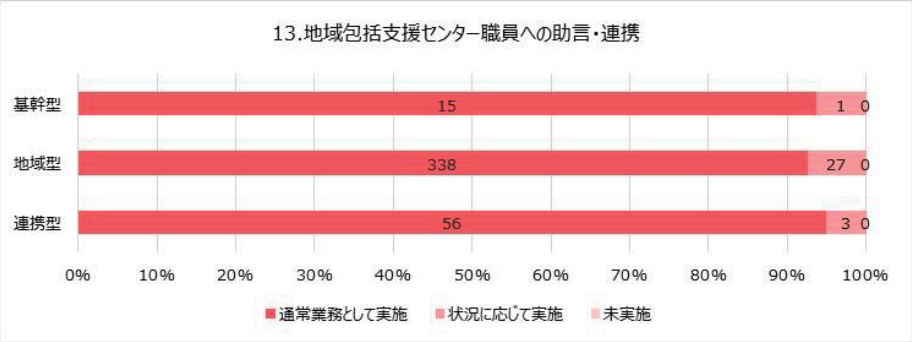


図 148　類型別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

表 203　医療機関種別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施

		13.地域包括支援センター職員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	173	14	0	187
		92.5%	7.5%	0.0%	100.0%
	精神科病院	203	17	0	220
		92.3%	7.7%	0.0%	100.0%
	診療所	33	0	0	33
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	409	31	0	440
		93.0%	7.0%	0.0%	100.0%

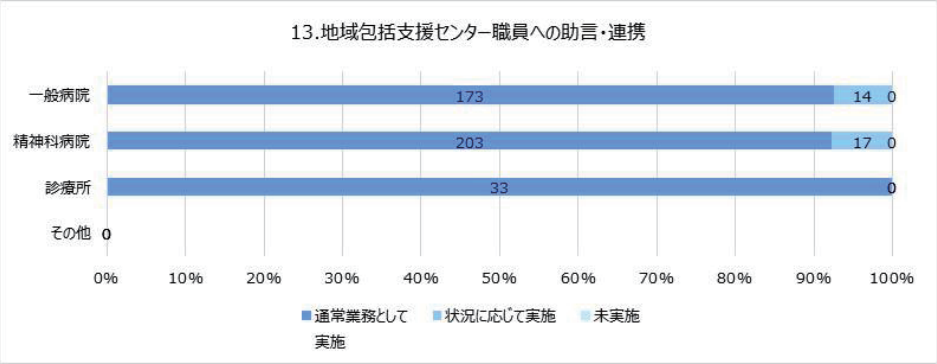


図 149　医療機関種別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

14）介護支援専門員への助言・連携：サービス提供状況のうち，介護支援専門員への助言・連携について，類型別（表 204，図 150）および医療機関種別（表 205，図 151）にそれぞれ示す．基幹型は 93.8%，地域型の 91.8%，連携型の 91.5%が通常業務として実施しており，全体としては 91.8%が通常業務として実施していた．医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた．

表 204　類型別　介護支援専門員への助言・連携の実施

		14.介護支援専門員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	335	30	0	365
		91.8%	8.2%	0.0%	100.0%
	連携型	54	5	0	59
		91.5%	8.5%	0.0%	100.0%
	合計	404	36	0	440
		91.8%	8.2%	0.0%	100.0%

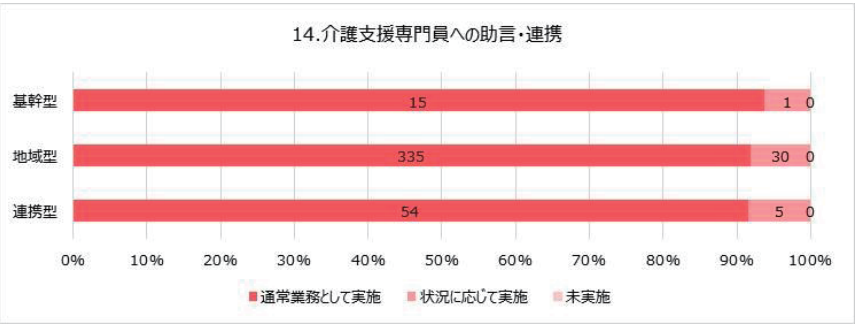


図 150　類型別　介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

表 205　医療機関種別　介護支援専門員への助言・連携の実施

		14.介護支援専門員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	170	17	0	187
		90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
	精神科病院	201	19	0	220
		91.4%	8.6%	0.0%	100.0%
	診療所	33	0	0	33
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	404	36	0	440
		91.8%	8.2%	0.0%	100.0%

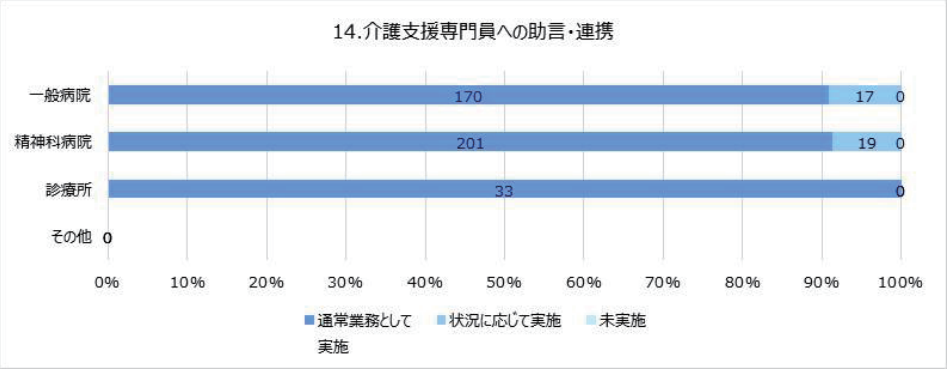


図 151　医療機関種別　介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

15）介護保険施設・事業所職員への助言・連携：サービス提供状況のうち，介護保険施設・事業所職員への助言・連携について，類型別（表 206，図 152）および医療機関種別（表 207，図 153）にそれぞれ示す．基幹型は 87.5%，地域型の 91.0%，連携型の 89.8%が通常業務として実施しており，全体としては 90.7%が通常業務として実施していた．医療機関種別では診療所の 97.0%が通常業務として実施していた．

表 206　類型別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施

		15.介護保険施設・事業所職員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	14	2	0	16
		87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
	地域型	332	33	0	365
		91.0%	9.0%	0.0%	100.0%
	連携型	53	6	0	59
		89.8%	10.2%	0.0%	100.0%
	合計	399	41	0	440
		90.7%	9.3%	0.0%	100.0%

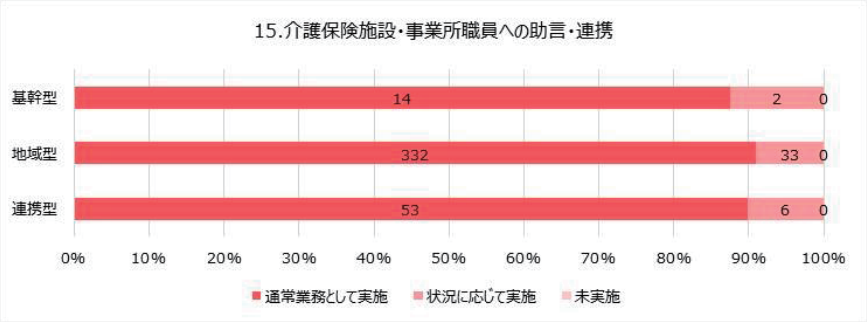


図 152　類型別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

表 207　医療機関種別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施

		15.介護保険施設・事業所職員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	168	19	0	187
		89.8%	10.2%	0.0%	100.0%
	精神科病院	199	21	0	220
		90.5%	9.5%	0.0%	100.0%
	診療所	32	1	0	33
		97.0%	3.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	399	41	0	440
		90.7%	9.3%	0.0%	100.0%

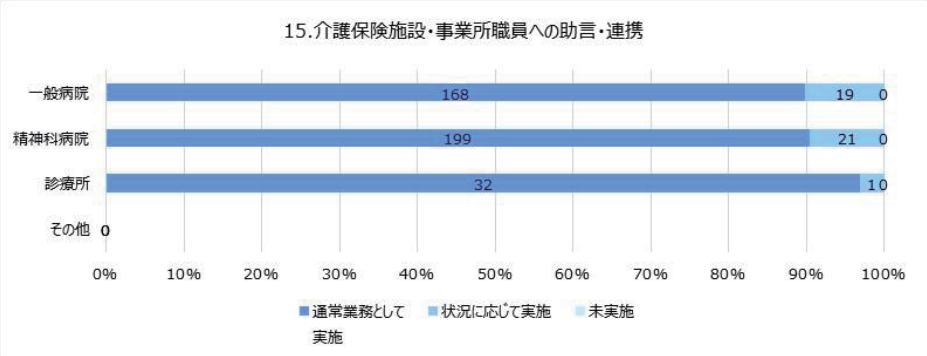


図 153　医療機関種別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

4. 考察

類型別，医療機関種別の検討によって全国の認知症疾患医療センターの事業実態が明らかになった.

初診待機日数（Ⅱ-6）について，これまでの実態調査と比較すると短縮が図られていることが明らかになったが，一方で「1~3 か月」の待機日数が全体の 20.9%であり，より改善の余地があると考えられ，待機日数に関する課題は今後の努力目標の一つになると考えられる．また認知症専門診断管理料の算定（Ⅱ-7-1）は，連携型の 47.5%が未算定であり，算定方法や書式に関して課題があることが伺われた．認知症ケア加算の算定（Ⅱ-7-3）についても未算定が多く，算定に関する課題があることが伺われた.

救急医療機関の指定（Ⅲ-1-1）は基幹型の指定は 100.0%であったが，医療機関別での一般病院でも指定されているのは 73.1%であり，必ずしも求められる機能ではない可能性がある. 同様に高度救命救急センターの指定（Ⅲ-1-2）では基幹型でも 60.0%の指定であった. 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療（Ⅲ-2-1）は, 基幹型で 93.8%, 地域型 83.0%, 連携型でも 72.9%の実施であり，基幹型のみの要件とする必要性はないと考えられた．リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施（Ⅲ-2-2）については，精神科が無い医療機関や精神科単科の医療機関では実施困難であるため，本結果になったものと考えられる.

認知症疾患医療連携協議会の開催形態（Ⅳ-1-1）については，主催か，自治体の会議の活用か，基幹型・地域型と連携開催かを選択肢として問うているが，主催かどうかにかかわらず参加しているか，という点では 436 件／440 件は参加実態があると考えられ 99.1%の認知症疾患医療センターに参加実績があるといえる．初期集中支援チームへの関与（Ⅳ-4-1～3），介護保険施設，地域包括支援センターとの連携（Ⅴ-1）についても，概ね状況に応じて連携していることが明らかになった.

限界として，提出された実績報告書において空欄がある項目では総数に含めず欠損値として扱った．したがって割合の点で実態に則していない可能性が依然として存在することに留意が必要である．実績報告書の適切な記入を推進する必要がある.

5.結論

認知症疾患医療センターの実績報告書を経年的に集計分析することで，全国の認知症疾患医療センターの実情が明らかにすることができる.

2. 認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援

「認知症疾患医療センターの診断後支援実態調査」
ワーキンググループ

研究目的：

今日の認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援の実態を把握する.

研究方法：

平成 30 年度老人保健健康増進等事業において, 2018 年 4 月 1 日現在で認知症疾患医療センターに指定され, 協議書・実績報告書の提出のあった全国の 431 施設（基幹型 16, 地域型 359, 連携型 56）を対象に質問紙調査「認知症疾患医療センターの相談員等による診断後支援の調査」を実施した. この調査の質問票の中で,「相談員等による本人と家族の診断後支援の実際」について表 1 に示す 6 つの質問項目を設け, 自由記述による回答を求めている. また, 認知症疾患医療センターの日常業務に携わっている医師や相談員等に回答を依頼している.

調査の結果, 326 件(基幹型 12, 地域型 268, 連携型 46)から回答が得られ(回答率 75.0%), 各質問項目については, 質問 1：293 件, 質問 2：236 件, 質問 3：241 件, 質問 4：171 件, 質問 5：260 件, 質問 6：278 件の有効回答を得た. この回答を基礎資料にして, 実際に認知症疾患医療センターに勤務する精神保健福祉士と老年看護学の専門家でワーキンググループ（WG）をつくり, 質的分析を行った. すなわち, 質問項目ごとに担当者を決めて, 自由記述のセグメント化, コード化, カテゴリー化を行い, 分析結果の妥当性を WG で繰り返し討議し, 理論的飽和に達した段階で「今日の認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援」を要約して記述した.

表 1. 認知症疾患医療センター相談員等による本人・家族の診断後支援に関する質問

1. 一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について, 特に実施されていることがあればご記入ください.
2. 軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について, 特に実施されていることがあればご記入ください.
3. 若年性認知症の人の診断後支援について, 特に実施されていることがあればご記入ください.
4. その他認知症の人の診断後支援について, 特に実施されていることがあればご記入ください.
5. 認知症疾患医療センター相談室における, 認知症と診断された人やその家族への診断後支援についてのお考えを自由に記入してください.
6. 貴院の認知症疾患医療センターや相談室で直面している課題を自由にご記入ください.

研究結果：

次ページ以降を参照.

独居または高齢者のみ世帯の認知症の診断後支援

認知症疾患医療センターの相談員による「独居または高齢者のみ世帯の認知症の診断後支援」には，1)生活状況のアセスメントと心理的サポート，2)社会資源の情報提供と利用支援，3)地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携，4)別居家族との情報共有と連携，5)生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働がある．

1) **生活状況のアセスメントと心理的サポート：**相談員が本人や家族から生活の様子を聴取するとともに，地域の支援者からも日常の様子を聴取し，現在の生活状況や利用しているサービスを把握している．相談員が診察に同席して情報を把握することもある．本人に不安がある場合には対話を通して心理的なサポートを行い，火の不始末や独り歩きの際の危険がある場合には，危険を回避するための助言をしている．継続的に本人や家族に電話をして，生活状況を確認することもある．

2) **社会資源の情報提供と利用支援：**本人・家族の生活上の困りごとを聴取したり，生活状況や意向を確認したりしながら，必要に応じて地域包括支援センターを案内したり，介護保険サービスを説明したり，サービスを利用するための支援をしている．また，認知症カフェ，家族教室，地域のサロンなど介護保険制度外の社会資源についても情報提供を行っている．

3) **地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携**：本人・家族からの情報だけでは不十分な場合には，地域包括支援センターやケアマネジャーから情報を入手したり，本人・家族の同意を得て，見守り・安否確認・服薬管理などの体制確保に向けた支援の調整を依頼したり，介護保険サービスの申請と利用支援の調整を依頼している．

4) **別居家族との情報提供と連携：**独居の場合には，キーパーソンになり得る家族の有無を確認し，本人の同意を得て家族に連絡し，家族と情報共有を行ない，受診同行などの生活支援について協力を依頼している．また，相談員は，面接や電話等で別居家族と緊密な関係を保ちながら，情報共有を図ったり，服薬管理等の生活支援について相談したりしている．

5) **生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働**：相談員は，本人・家族の他，地域包括支援センター・ケアマネジャー・事業所等の関係機関や地域の関係者と情報を共有したり，関係者会議を開催したりしながら，本人の生活を継続できるようにするための生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を実践している．

軽度認知障害（MCI）の診断後支援

認知症疾患医療センターの相談員による「MCI の診断後支援」には，本人に対する直接支援と間接支援がある．前者には，1)情報提供，2)医療継続の支援，3)継続的な心理社会的サポート，4)MCI にフォーカスをあてたプログラムがあり，後者には，5)関係者・関係機関との連携と地域生活支援の体制整備がある．

1) **情報提供：**MCI に関する情報提供とともに，認知症疾患医療センターで実施されているプログラムや地域で行われているプログラム（介護予防事業，ボランティア活動，仕事の場など）についての情報を提供している．情報提供にあたっては，認知症ケアパスが活用されることもある．単なる紹介にとどまらず，積極的な利用支援を行っているところもある．相談員が診察に同席し，本人・家族と情報を共有することもある．

2) **医療継続の支援：**一般的にはかかりつけ医に診療情報を提供して継続医療を確保するが，一定期間（例えば 6 ヶ月）の間隔をあけて認知症疾患医療センターで再検査する場合もある．それにあたって，相談員から継続受診の重要性を説明したり，状況変化があったときに連絡することなどを助言したりしている．

3) **継続的な心理社会的サポート：**認知症疾患医療センター内に設置されている相談窓口や看護外来を利用して，不安軽減を目的に本人・家族の話を聞いたり，相談に応需したり，介護保険・障害年金・道路交通法などに関する情報を提供したりしている．面談や電話で定期的なモニタリングを行っているところもある．

4) **MCI にフォーカスをあてたプログラム**：認知症疾患医療センターで MCI にフォーカスをあててプログラムを実施しているところもある．具体的には，外来 OT が関与したプログラム，精神科デイケア，心理教育，家族教室，もの忘れ講座，カフェ，茶話会などがある．

5) **関係者や関係機関との連携と地域生活支援の体制整備：**必要な場合には，本人の同意を得て，別居家族に本人の状況を説明したり，家族に受診同行を依頼したり，職場の管理者に連絡し受診同行を依頼するなど，関係者と連携して体制を整備している．また，必要に応じて，地域包括支援センター，行政，ケアマネジャー，初期集中支援チーム，かかりつけ医などと情報共有をし，見守りなどの生活支援の体制を整えている．地域で啓発活動を行い，地域の中での生活支援体制の強化を図っている．

若年性認知症の診断後支援

認知症疾患医療センターの相談員による「若年性認知症の診断後支援」には，1)心理的サポート，2)さらなる医療の受療に関する支援，3)医療費助成等の経済的支援，4)障害福祉サービスと介護保険サービスの利用支援，5)就労に関する支援，6)ピアサポートや社会参加に関する支援がある．

1) **心理的サポート**：相談員が診察に同席したり，受診時に声を掛けたり，対話を通して本人・家族の不安の軽減を図っている．パンフレットやハンドブックを利用しながら病気の知識を補助するための情報提供や心理教育を行っている．家族にケアの方法について助言したり，本人・家族に道路交通法の情報を提供したりすることもある．

2) **さらなる医療の受療に関する支援**：さらなる検査や身体合併症などのために入院医療が必要な場合には入院の調整を行い，他の専門医療機関での検査が必要な場合には他医療機関を受診するための調整を行っている．リハビリテーションが必要な場合にはデイケアや訪問リハ等の利用支援を行っている．また，継続医療の確保に向けて，かかりつけ医との情報共有を行っている．

3) **医療費助成等の経済的支援**：該当する場合には自立支援医療／難病医療の医療費助成，傷病手当，障害者手当，障害年金等について情報提供を行い，申請手続きを支援している．また，生命保険等の民間助成金の還付を受ける場合には診断書作成を支援している．

4) **障害福祉サービスと介護保険サービスの利用支援**：本人・家族の生活状況をアセスメントし，必要に応じて障害者福祉手帳，障害福祉サービス，介護保険サービスの情報提供と利用支援，地域の相談機関（例：地域包括支援センター，若年性認知症支援コーディネーター，認知症地域支援推進員，若年性認知症相談センター）の情報提供と利用支援を行っている．

5) **就労に関する支援**：現在就労している人に対しては，本人の同意を得て職場の関係者と面接して情報を共有し，現在の職場で就労を継続するため工夫，働きやすい環境づくりについて話し合っている．新たに就労を希望する人に対しては，障害福祉サービスの就労継続支援事業等の情報を提供し，サービス利用を支援している．

6) **ピアサポート・社会参加に関する支援**：認知症疾患医療センターで当事者の会，家族会，認知症カフェ等を開催している．開催していない場合には，地域で開催されている当事者の会，家族会，認知症カフェ等を紹介している．

その他の診断後支援

認知症疾患医療センターの相談員による「その他の診断後支援」には，1)専門医療の受療支援と総合アセスメント，2)本人・家族の心理的サポート，3)かかりつけ医との連携による継続医療の確保，4)社会支援サービスの情報提供と利用支援，5)地域の支援体制構築に向けた働きかけがある．これらは「その他の診断後支援」というよりも，認知症疾患医療センターの相談員が実施している一般的な診断後支援であろう．

1) **専門医療の受療支援と総合アセスメント**：相談員は，本人が適切に専門医療を受けられるように，認知症疾患医療センターの受診前から，電話や面接で本人・家族から情報を収集し，多職種と協働して総合的なアセスメントを行っている．診断後にも必要に応じて，電話・面接・訪問などで定期的に状態を確認し，適切な医療が確保されるように総合アセスメントを継続する場合もある．

2) **本人や家族の心理的サポート：**相談員は，本人・家族に「いつでも相談できること」を説明することによって，本人・家族の不安の軽減を図っている．また，必要時には，実際に電話や面接で相談に応じたり，家族会や家族教室を紹介したり，認知症の理解を促進するためにパンフレット等を利用して情報を提供したり，治療やケアの説明をすることによって，本人・家族の心理的負担の軽減を図っている．

3) **かかりつけ医との連携による継続医療の確保：**認知症の継続医療は一般的にはかかりつけ医療機関で行われる．相談員は，認知症療養計画書や診療情報提供書による認知症疾患医療センターとかかりつけ医との間の情報共有をサポートし，本人・家族に継続的にかかりつけ医を受診することの重要性を説明している．

4) **社会支援サービスの情報提供と利用支援：**相談員は，必要に応じて，介護保険サービスや介護保険外制度外のサービスについて情報提供を行い，地域包括支援センターや居宅介護支援事業所を案内したり，実際に連絡するなどして，申請手続きやサービスの利用支援を行っている．

5) **地域の支援体制構築に向けた働きかけ：**相談員は，地域の専門職の認知症対応力向上研修や認知症サポーター養成講座に協力したり，NPO 法人の立ち上げに関与して新たな社会資源を創出したり，本人や家族の心理的サポートや生活支援を確保するためのネットワークづくりを進めるなどして，地域の認知症支援体制の強化を図っている．

認知症疾患医療センター相談室における診断後支援（自由意見）

認知症疾患医療センター相談室において認知症の診断後支援を行うことについて，1)その意義，2)認知症疾患医療センターの課題，3)地域の課題，4)質の高い診断後支援を実現するための要件などが指摘されている．

1) **その意義：**認知症疾患医療センターでは認知症疾患が診断され，本人・家族に医学的な説明が行われる．しかし，診断の受け止め方や認知症の状態は一人ひとり異なるので，個別のニーズを尊重して，一人ひとりの状況に応じた相談対応や社会資源の丁寧な説明が必要である．それには，認知症疾患医療センターの日々の業務で培った経験が役立つ．また，診断直後の本人・家族の心配や不安は大きい．診断された医療機関で，それを受け止め，BPSD の予防や対応などについて情報を提供し，かかりつけ医，地域包括支援センター，ケアマネジャー等の関係機関が連携して，本人・家族が安心して生活できるように支援の調整を開始することは，本人・家族の心理的負担を軽減し，信頼をつくり，安心できる生活を促進するための重要な支援である．

2) **認知症疾患医療センターの課題：**しかし，認知症疾患医療センターの地域連携・院内連携の体制は必ずしも十分とは言えない．人員不足（新患対応，医療福祉相談，地域連携，研修や家族会等の通常業務だけでも多岐にわたり，他に手が回らない）や診断後支援の方法論が未成熟な状況にあること（例：家族介護者支援はどうあるべきか，支援の必要性を自覚してない本人・家族にどう対応するか）なども大きな問題である．

3) **地域の課題：**一方，地域においても，生活支援ための社会資源は明らかに不足している例えば，独居の認知症高齢者の生活支援のための社会資源は著しく不足している．運転免許証の自主返納を勧めても返納後の生活支援が担保されていない．若年性認知症のための社会資源は少ない．本人の会や家族の会も十分に普及していない．MCI では診断後の「空白の期間」をサポートできるサービスがない．

4) **質の高い診断後支援を実現するための要件：**認知症疾患医療センターにおいて質の高い診断後支援を実現できるようにするには，例えば，相談員が診察に同席したり，地域の生活支援の体制が確保されるまで支援を継続したりすることが許容されるような人員の確保が必要であろう．また，相談員が，地域の専門職と連携して，本人の自宅を訪問して在宅生活の状況を把握したり，看取りまでを見据えたサポートや本人・家族の生きがいを考えたり，診断後支援の質を高めるための方法論を研究するなどの体制整備が求められるであろう．

今日の認知症疾患医療センターが直面している課題

今日の認知症疾患医療センターが直面している問題は，1)対応困難な個別事例に関する問題，2)業務過多の問題，3)地域の連携不足の問題，4)認知症関連の社会資源不足の問題，5)認知症疾患医療センターの命題に関わる問題に要約される．

1) **対応困難な個別事例に関する問題：**①本人・家族から理解・協力が得られない事例に対する支援が難しい，②家族単位で複雑な生活背景がある事例に対する支援が難しい，といったことである．①には，「初回相談をかたくなに拒否する人は，診断ができず，支援につなげられない」「診断後，必要性の高いサービスの利用や通院を本人・家族が納得しない」「本人・家族の関係が悪化していたり，虐待がある場合には，協力が得られず支援調整が難しい」といった内容が含まれる．②には，「生活上に複合的な問題を抱えた独居や認々介護の事例への対応が難しい」「アルコール性認知症の本人・家族の支援が難しい」といった内容が含まれる．

2) **業務過多の問題：**①マンパワー不足により利用者の需要とセンターからの供給とのバランスがとれない，②業務過多であるため，母体施設との調整も含め，センターの体制見直しが必要，といった問題である．①には，「相談件数の増加により受診までの待機時間が長くなる」「資金・人材の確保が困難なため，支援・業務が推進できない」「職員の専門的な知識と経験に差があるため，提供される支援にばらつきが生じる」といった内容が含まれる．②には，「センターの役割が幅広く，業務が増加・複雑化し多忙を極めているため，体制見直しの必要が生じている」「母体施設の方針や運営上の制限によって十分にセンターとしての役割が果たせない」といった内容が含まれる．

3) **地域の連携不足の問題：**地域の他機関との役割分担が明確でなく，連携が十分にとれていない，といったものである．ここには，「本人・家族が生活する地域の他職種・他施設との情報共有や協力体制構築が不十分で，地域との連携がとれていない」「認知機能評価ができる機関が限られているために，運転免許更新に伴う診断書の依頼が増え，相談件数の増加に拍車をかけている」「地域の他機関にも担ってほしい役割をセンターで多く対応しており業務の役割分担が明確になっていない」といった内容が含まれる．

4) **認知症関連の社会資源不足の問題：**①若年性認知症や MCI の方に対する支援体制が整っていない，②認知症の症状が増悪している方や合併症が併発している方は受け入れ先が限られているため入退院調整が難しい，③地域格差の問題とも関連し，本人・家族の生活圏域の社会資源が不足している，といったことである．①には，「MCI 診断後のようにすぐにはサービス介入の必要のない方への継続支援の体制が整っていない」「若

年性認知症の人にあった社会資源とサポートが不足しているため十分な支援ができていない」といった内容が含まれる．②には，「対応の難しい認知症症状のある人の受け入れ先が確保できず，入退院調整に難渋している」「認知症以外の疾患を合併した人は他疾患の管理を含めた支援が必要なため入退院調整が難しい」といった内容が含まれる．③には，「運転免許返納に関する対応は社会資源の不足により，本人と家族の生活に大きな影響を及ぼすため，判断に難渋している」「地域の特色や地域間の格差が大きいことが，本人と家族を支える社会資源不足に影響している」といった内容が含まれる．

5) **認知症疾患医療センターの命題に関わる問題：**①診断後支援は，家族へのサポートや継続的なフォローが不足しているため，より充実させたい，②災害時のシステム構築やセンターの役割の周知など，センターとして果たすべき役割や機能が依然としてある，といったことである．①には「鑑別診断がセンターの大きな役割となっており，個別事例の診断後の状況把握が難しく継続した評価ができていない」「本人だけでなく，その家族へのサポートも重要であり，さらに充実するための体制づくりが必要である」といった内容が含まれる．②には，「災害時に備えたシステムの構築が不足している」「センターの運営が母体施設の入退院調整やセンターの職員の兼任している院内業務に支障をきたしている」「症状が増悪してから受診する方が多く，早期介入が推進できていない」「センターの正しい役割や機能を施設内や地域に広く周知する必要があるが，業務圧迫により難しい」といった内容が含まれる．

3. 都道府県認知症疾患医療連携協議会実態調査の結果

（調査報告）

認知症疾患医療センター運営事業における
都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況等に関する調査結果

（1） 背景

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱には，都道府県の責務として以下の事項が示されている．しかしながら，平成 27 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」において，その実施状況が都道府県によって大きく異なることが指摘された．以下に認知症疾患医療センター運営事業実施要綱のうち当該部分を記載する．

5. 都道府県の責務

(1) 連携体制の構築

都道府県は，指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で，都道府県内の認知症疾患医療センターについて，都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者，地域包括支援センターなど介護保険関係者，認知症医療に関する有識者等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し，各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこと．

なお，既に同様の機能を有する会議などを設置，運営している場合は，その会議等を活用して差し支えない．

(2) 事業評価の実施

都道府県及び指定都市は，自ら指定した認知症疾患医療センターに対し，4※の事業内容について，以下の点に着目し，事業評価を行うこと．

（事業評価上の留意点）

a 専門的医療機関としての機能

- ○ 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施
- ○ 治療方針の選定に関すること（投薬，他医療機関への紹介等を含む）
- ○ 記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む）
- ○ 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること（基幹型の場合は空床確保及びその利用状況を含む）
- ○ 専門医療相談の実施
  - • 相談方法（電話，面接，訪問別相談の実施 等）
  - • 相談件数
  - • 相談応需マニュアルの整備　 等

b 地域連携拠点としての機能

- ○ 認知症疾患医療連携協議会の運営状況
- ○ 研修会の開催状況

（※ 「4 事業内容」は引用せず． 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱を参照のこと）

（2）調査目的

令和元年度 12 月現在の，都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの質の管理に関する取り組みの実態を明らかにするために，認知症疾患医療センター運営事業実施要綱「5.都道府県の責務」に掲げられている項目を踏まえ，以下の 4 点について実態調査を行った.

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会について
2. 都道府県内の認知症疾患医療センター同士の情報共有について
3. 都道府県認知症施策における協議会と質の評価について
4. 都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催するうえでの課題について

(3)調査対象

対象は，全国の都道府県および指定都市（47 都道府県，19 指定都市）である（悉皆調査）．認知症疾患医療センターのない指定都市は除外した.

(4)調査方法

調査方法は郵送法を用いた質問紙調査とした.

(5)調査期間

調査期間は 2019 年 12 月 10 日から 2020 年 1 月 7 日とした.

調査項目は，認知症疾患医療センター運営事業実施要綱を基礎とし，かつ都道府県と指定都市の連携体制，情報共有の方法，協議会の開催によって得られた地域での効果等が把握できるものとした．平成 27 年度に実施した同様の調査を踏襲し，その際の自由記載内容を質的に分類し選択肢とした.

（6）結果

1）回収率 100%であった．66 票全てが有効票であり，すべてを分析対象とした.

以下に分析対象の基本情報を示す.

	件数
都道府県	47
（うち認知症疾患医療センターがある都道府県）	47
（うち指定都市がある都道府県）	15
（うち指定都市に認知症疾患医療センターがある都道府県）	14
指定都市	19
（うち認知症疾患医療センターがある指定都市）	19

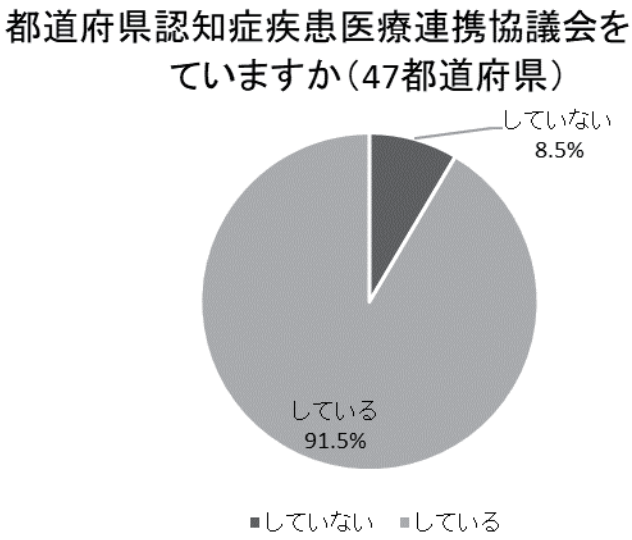
2）アンケート結果

都道府県，指定都市別に分析を行った．認知症疾患医療センターのない指定都市は除外した.

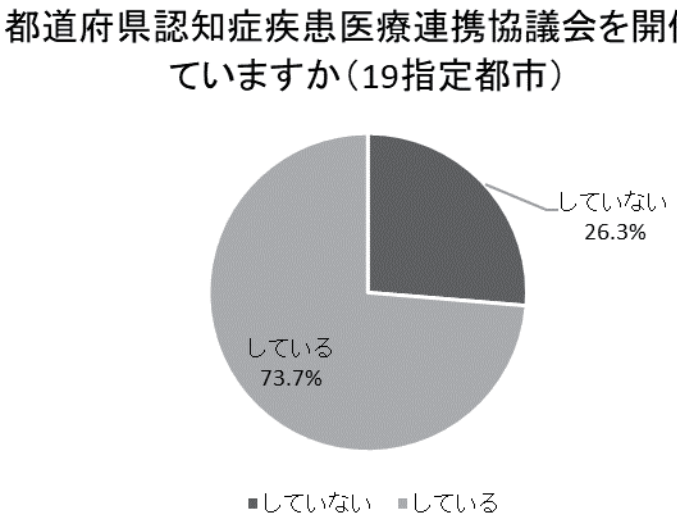
１．都道府県認知症疾患医療連携協議会等について

【１－１．都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか．】

	1-1 都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか		
	していない	している	合計
都道府県	4 8.5%	43 91.5%	47 100.0%
指定都市	5 26.3%	14 73.7%	19 100.0%
合計	9 13.6%	57 86.4%	66 100.0%



都道府県においては，認知症疾患医療連携協議会を設置しているものは 91.5%（43 件/47 件）であった.



また指定都市においては都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していると回答した都市は 73.7%（14 件/19 件）であった.

【１－２．都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催頻度についてお答えください. 】

A.　協議会の開催頻度

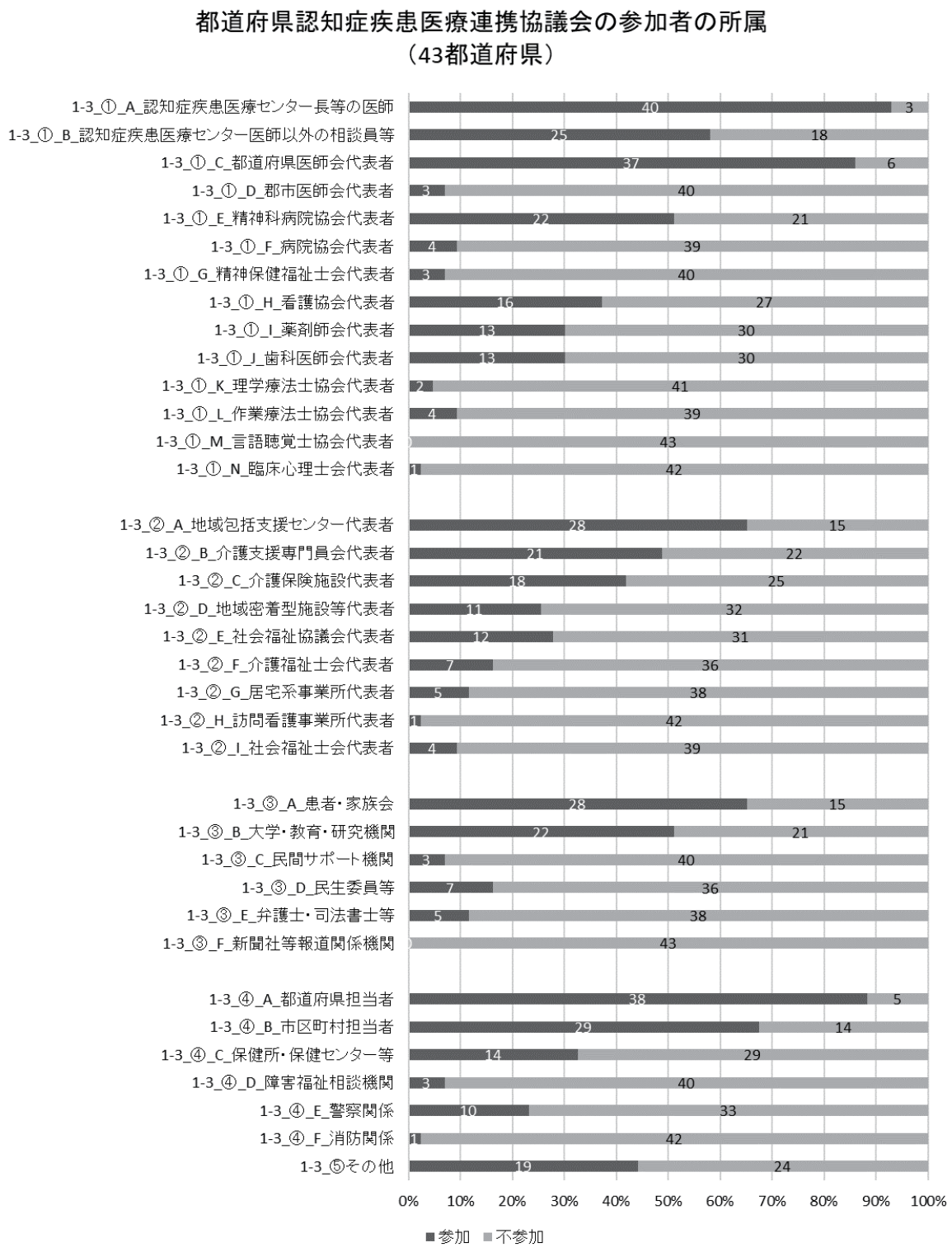
	1-2_回 協議会開催頻度 年間回数					
	1 回	1.5 回	2 回	2.5 回	3 回	合計
都道府県	26 61.9%	1 2.4%	13 31.0%	1 2.4%	1 2.4%	42 100.0%
指定都市	7 53.8%	0 0.0%	3 23.1%	0 0.0%	3 23.1%	13 100.0%
合計	33 60.0%	1 1.8%	16 29.1%	1 1.8%	4 7.3%	55 100.0%

B.　一回の開催に要する時間

	1-2_協議会時間						
	60 分	90 分	100 分	105 分	120 分	150 分	合計
都道府県	2 5.0%	19 47.5%	1 2.5%	1 2.5%	16 40.0%	1 2.5%	40 100.0%
指定都市	0 0.0%	5 41.7%	0 0.0%	0 0.0%	7 58.3%	0 0.0%	12 100.0%
合計	2 3.8%	24 46.2%	1 1.9%	1 1.9%	23 44.2%	1 1.9%	52 100.0%

（1-1）で設置していると回答した 43 件の都道府県のうち 42 件，14 件の指定都市のうち 13 件が協議会の年間開催件数を回答した．認知症疾患医療連携協議会の開催頻度は，都道府県，指定都市ともに年間 1 回が多数を占めていた．また認知症疾患医療連携協議会の開催時間については都道府県の 40 件および指定都市の 12 件から回答があった．都道府県，指定都市ともに 90 分，120 分が多数を占めていた．

【１－３．都道府県認知症疾患医療連携協議会の参加者の所属についてお答えください．】

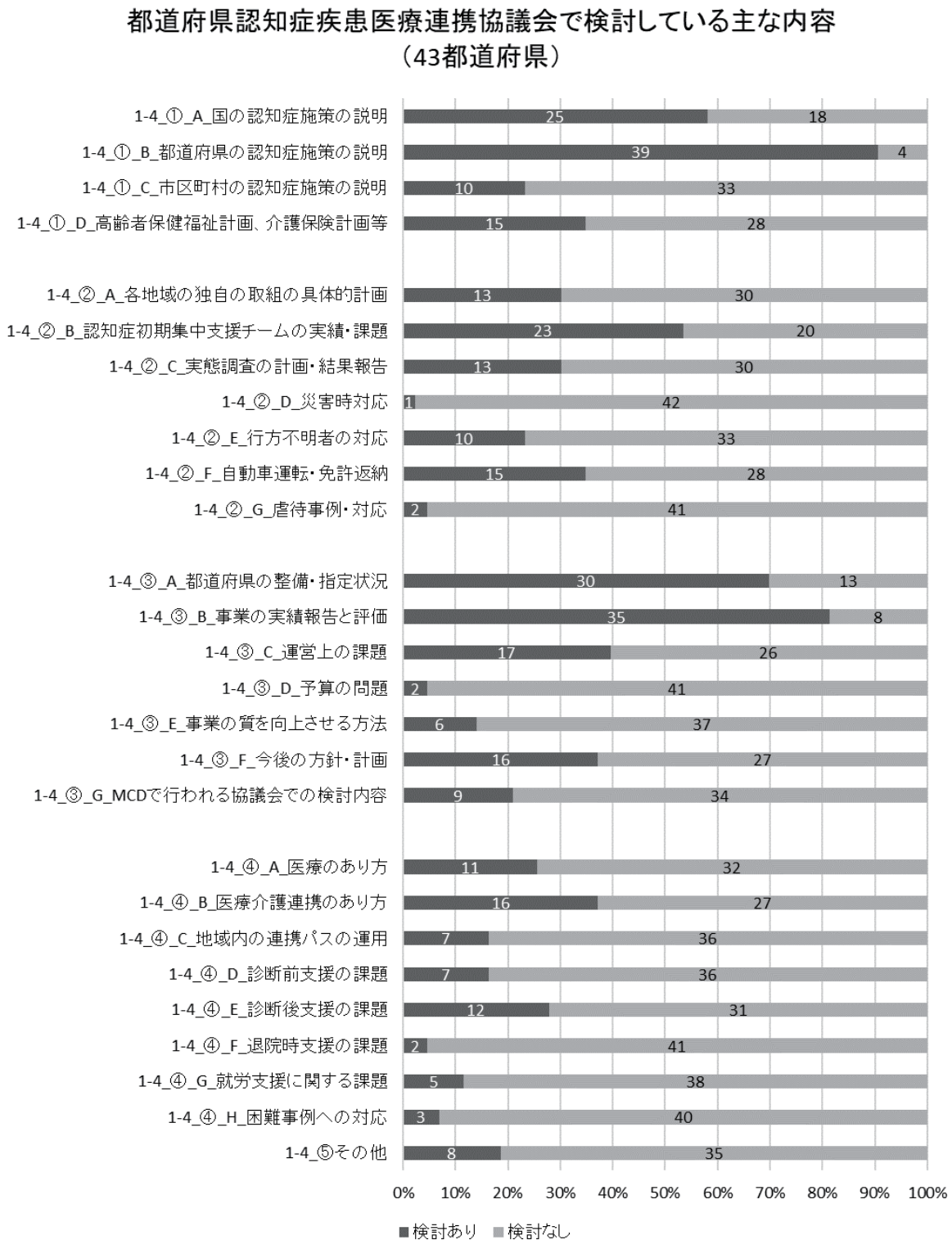


その他の内訳

- 認知症グループホーム協会，地域包括・在宅介護支援センター協議会，高齢者総合支援センター
- 市長会，町村会，教育庁義務教育課・高校教育課
- 初期集中支援チーム員，推進員
- 認知症介護研修実施事業者
- 県ホームヘルパー協議会
- 市の担当者（認知症疾患医療センターを設置している課の代表者）
- 一般公募委員
- 本人会議代表，若年性認知症支援コーディネーター
- 認知症地域支援推進員，認知症サポート医
- 若年性認知症相談・支援センター
- 認知症介護指導者
- 公募による者２名
- 老人クラブ連合会代表者，若年性認知症支援コーディネーター
- 認知症介護指導者の会
- 県教育委員会関係
- 高齢者関係団体
- 認知症サポート医，精神神経科診療所協会代表者
- 保健所長会代表者
- 認知症診療医(総合病院，診療所），公認心理師協会・グループホーム協会，在宅介護支援センター協議会
- 連携医療機関，認知症初期集中支援チーム，市老人福祉施設協議会代表者，地域密着ケア協議会代表者，県認知症コーディネーター，認知症地域支援推進員代表者，市介護支援専門員協議会代表者
- 認知症サポート医，精神科病院医師
- 連携協議会の議題に応じた関係団体（例：警察など）
- 各種地域団体代表者，市議会議員　等
- 在宅医療介護推進財団(初期集中支援事業委託先)
- 認知症コールセンター（県と市による家族会への委託）

都道府県認知症疾患医療連携協議会の参加者のうち，頻度が高いものから順に，認知症疾患医療センター長等の医師（93.0%），都道府県担当者（88.4%），都道府県医師会代表者（86.0%），市区町村担当者（67.4%），地域包括支援センター代表者（65.1%），患者・家族会（65.1%），認知症疾患医療センター医師以外の相談員等（58.1%）であった．その他の内訳では初期集中支援事業委託先，若年性認知症支援機関，教育関係，住民等が参加していた．

【１－４．都道府県認知症疾患医療連携協議会で検討している主な内容についてお答えください．】



※図中において「MCD」は認知症疾患医療センターの略として用いた．

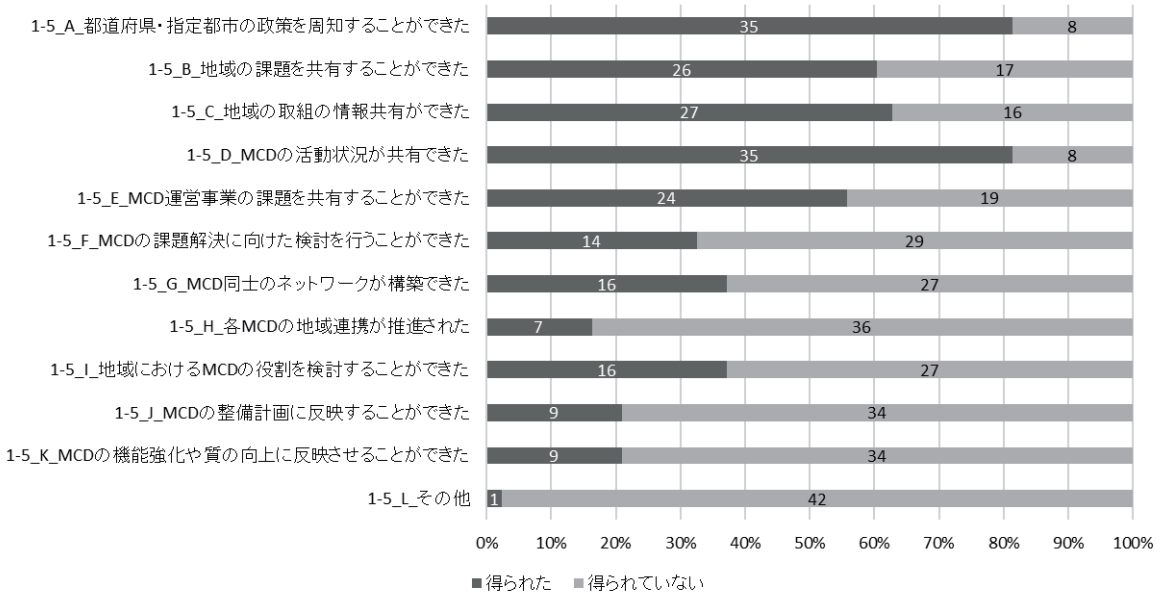
その他の内訳

- 認知症疾患医療センター研究報告，認知症の方の家族の声等
- 県の認知症施策について広く御意見をいただき，課題の共有と解決策について提案いただいている
- 虐待や権利擁護について
- ＢＰＳＤについて（対応，連携等），若年性認知症について（対応等）
- 各団体における認知症対策の取組の説明
- 若年性認知症施策に関すること
- 事例紹介
- 別途に開催している「認知症疾患医療センター連絡会」において，センターの運営事業の具体に関することは協議しています
- 認知症でその時々の話題になっていることを情報共有
- 認知症高齢者見守りネットワーク，認知症高齢者緊急ショートステイなど

都道府県認知症疾患医療連携協議会で検討している主な内容のうち，頻度の高い内容から順に「都道府県の認知症施策の説明」90.7%，「事業の実績報告と評価」81.4%，「都道府県の整備・指定状況」69.8%，「国の認知症施策の説明」58.1%，「認知症初期集中支援チームの実績・課題」53.5%であった．指定都市独自に実施している認知症疾患医療連携協議会においては，「事業の実績報告と評価」83.3%，「市区町村の認知症施策の説明」75.0%，「今後の方針・計画/医療介護連携のあり方」58.3%，「認知症初期集中支援チームの実績・課題/困難事例への対応」50%であった．

【１－５．都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催したことによって得られた効果についてお答えください．】

都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催したことによって得られた効果
（43都道府県）



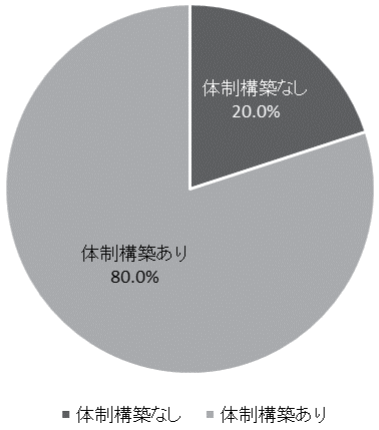
※図中において「MCD」は認知症疾患医療センターの略として用いた．

その他の内訳

● Ｄ～Ｋについては「センター連絡会」の協議において効果を得られている.

【１－６．都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催にあたり，都道府県と指定都市の連携体制の構築をしていますか．】

都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催にあたり都道府県と指定都市の連携体制を構築しているか（15都道府県）



都道府県認知症疾患医療連携協議会を行っている都道府県のうち指定都市のある 15 都道府県を対象にして分析した．連携体制を構築していると回答した都道府県は 12 件（80.0%）であった．指定都市からは都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催していると回答した 14 指定都市から回答が得られたが，都道府県との連携体制を構築していると回答したのは５件（35.7%）であった.

連携体制を構築していない理由については以下であった.

理由の内訳

● 指定都市では，認知症疾患医療センターの指定がないため
● 県が指定するセンターに実施委託していることから，指定都市は協議会へ参画していない
● 認知症について話題となっている事等の情報共有を主としているため
● 県で設置している県認知症対策推進協議会に参加し，県との連携体制を構築している
● 市内に県指定のセンターがなく，出席依頼がないため
● 県主催の協議会にて意見交換等実施している
● 現時点で県と本市が指定都市との合同連携協議会の開催における検討が行われていないから
● 広域的な連携を図る前に，まずは市内の関係機関の連携体制を強化する事を優先しているため
● 県でも，連携協議会を開催しているため
● 県開催の協議会に出席
● 連携協議会の開催では，県との連携は行っていない．ほかの認知症施策では，連携を図っている
● 参加者が重複していないため

２．都道府県内の認知症疾患医療センターの情報共有について

【２－１．都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に，認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し，業務に関する情報交換および協議を行う会はありますか．】

認知症疾患医療センターのある都道府県および指定都市を対象として分析した．

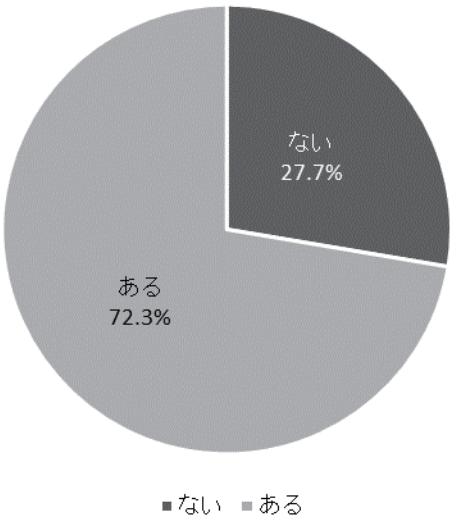
	2-1 都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し，業務に関する情報交換及び協議を行う会はありますか			
	ない	ある	知らない・わからない	合計
都道府県	13	34	0	47
指定都市	4	13	2	19
合計	17	47	2	66

	2-1 都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し，業務に関する情報交換及び協議を行う会はありますか			
	ない	ある	知らない・わからない	合計
都道府県	13 27.7%	34 72.3%	0 0.0%	47 100.0%
指定都市	4 21.1%	13 68.4%	2 10.5%	19 100.0%
合計	17 25.8%	47 71.2%	2 3.0%	66 100.0%

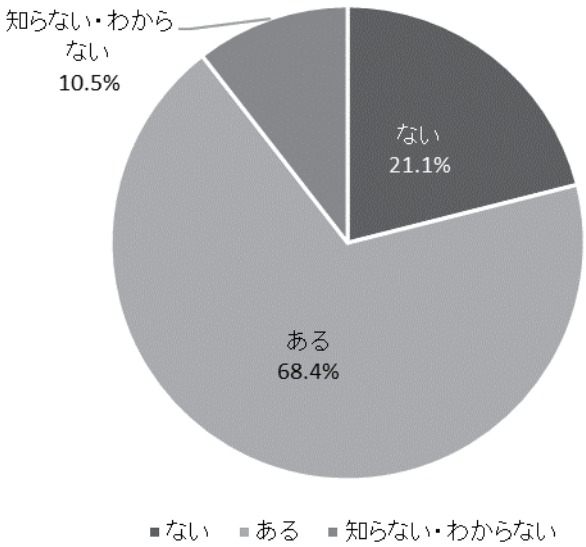
全都道府県中，都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に，認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し，業務に関する情報交換および協議を行う会を開催している都道府県は 72.3%（34 件/47 件）であった．

また全指定都市，認知症疾患医療センターが一堂に会し，業務に関する情報交換および協議を行う会を開催している指定都市は 68.4%（13 件/19 件）であった．

2-1都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し、業務に関する情報交換及び協議を行う会の有無（47都道府県）



2-1都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し、業務に関する情報交換及び協議を行う会の有無（19指定都市）



【２－２．認知症疾患医療センターの職員が一堂に会する会の実施頻度についてお答えください．】

2-1 で認知症疾患医療センターの職員が一堂に会する会があると回答した都道府県（N＝34）および指定都市（N＝13）を対象として検討した．

A. 会の開催頻度

	2-2_認知症疾患医療センターの職員が一堂に会する会 年間回数								
	0.5 回	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回	6 回	7 回	合計
都道府県	1	11	14	3	3	1	0	1	34
	2.9%	32.4%	41.2%	8.8%	8.8%	2.9%	0.0%	2.9%	100.0%
指定都市	0	7	1	1	3	0	1	0	13
	0.0%	53.8%	7.7%	7.7%	23.1%	0.0%	7.7%	0.0%	100.0%
合計	1	18	15	4	6	1	1	1	47
	2.1%	38.3%	31.9%	8.5%	12.8%	2.1%	2.1%	2.1%	100.0%

B. 一回の開催に要する時間

	2-2_認知症疾患医療センターの職員が一堂に会する会 時間				
	60 分	90 分	120 分	150 分	合計
都道府県	4	15	13	1	33
	12.1%	45.5%	39.4%	3.0%	100.0%
指定都市	3	3	6	1	13
	23.1%	23.1%	46.2%	7.7%	100.0%
合計	7	18	19	2	46
	15.2%	39.1%	41.3%	4.3%	100.0%

都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に，認知症疾患医療センター職員が一堂に会し，業務に関する情報交換および協議を行う会の開催頻度は，都道府県では年間 2 回（41.2%），指定都市では年間 1 回（53.8%）が多数を占めていた．また認知症疾患医療連携協議会の開催時間は，都道府県及び指定都市いずれも 120 分が多数を占めていた．

【２－３．都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を，センターがお互いに共有出来るような，会議以外の取組みはありますか．】

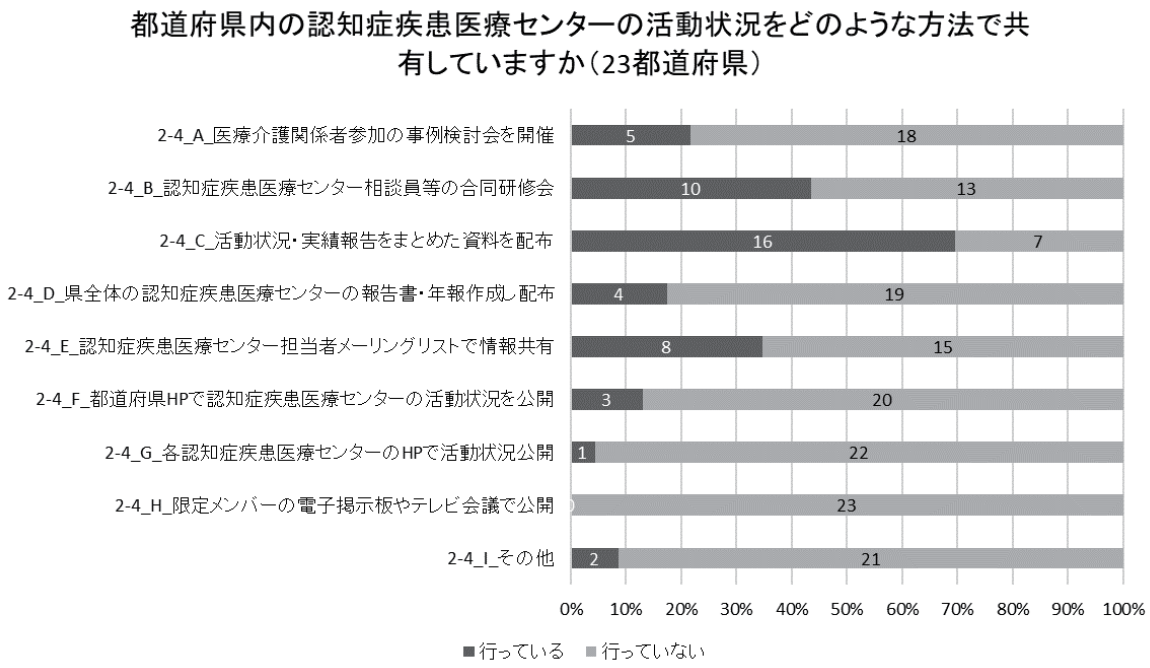
認知症疾患医療センターのある都道府県および指定都市を対象として分析した．

	2-3_都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を，センターがお互いに共有出来るような，会議以外の取組みはありますか			
	ない	ある	知らない・わからない	合計
都道府県	23 50.0%	23 50.0%	0 0.0%	46 100.0%
指定都市	6 31.6%	8 42.1%	5 26.3%	19 100.0%
合計	29 44.6%	31 47.7%	5 7.7%	65 100.0%

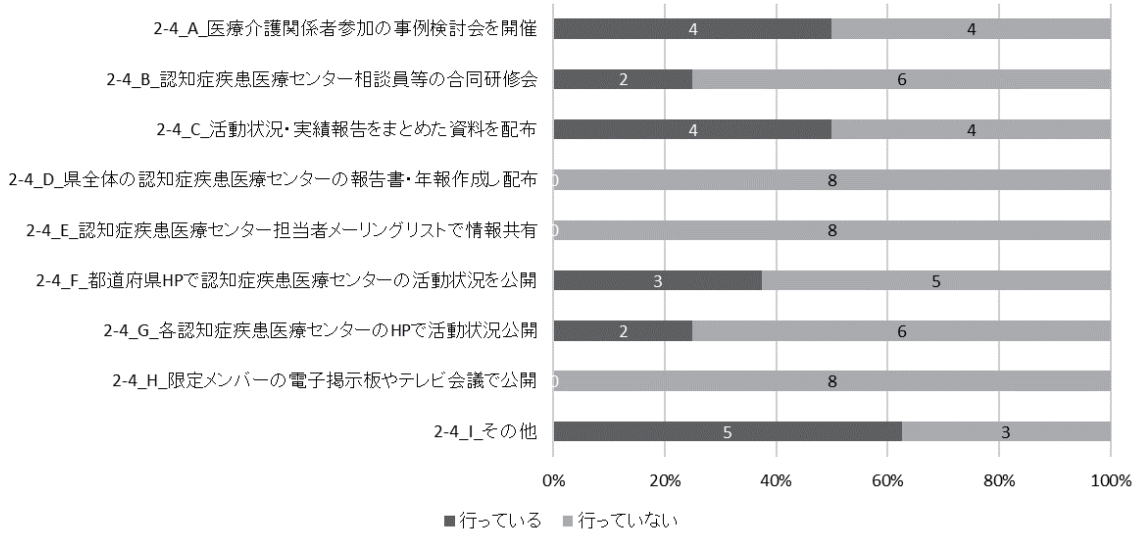
都道府県は 46 件が有効回答であったが，都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を，お互いに共有出来るような取り組みがある都道府県は 50.0%（23 件/46 件）であった．指定都市においては，指定都市内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を，お互いに共有出来るような取り組みがある指定都市は 42.1%（8 件/19 件）であった．

【２－４．それ（都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を，お互いに共有出来るような取り組み）はどのような方法で共有していますか．】

2-3 であると回答した都道府県・指定都市を対象として分析した．



都道府県内の認知症疾患医療センターの活動状況をどのような方法で共有していますか（8指定都市）



都道府県において多数であった回答は，活動状況・実績報告をまとめた資料を配布する方法が 69.6%，認知症疾患医療センター相談員等の合同研修会を行う方法が 43.5%であった．一方，指定都市では活動状況・実績報告をまとめた資料を配布する方法と並び，医療介護関係者参加の事例検討会を開催する方法が 50.0%であった．

その他の内訳

- 若年性認知症支援コーディネーターを認知症疾患医療センターに委託しており，そのネットワーク会議の中でも活動状況を共有している
- 情報共有シートを作成し，２回／月待機情報や地域で開催する研修会の情報等をメールにて全センターに送付している
- 県及び県内疾患医療センターと協力し研修会を開催している
- 認知症初期集中支援事業にかかる医師，チーム員，推進員，認知症疾患医療センター職員が参加する実務者会議を年に１回開催している
- 担当者会を実施
- 医療介護関係者も参加する研修会が開催されている
- 県の連携協議会とは別に，市内の認知症疾患医療センターが独自で連携協議会を開催している

３．都道府県認知症施策における協議会と質の評価について

認知症疾患医療センターのある都道府県および指定都市を対象として分析した.

【３－１．都道府県認知症施策における協議会の位置づけをお答えください】

自由記載内訳

- 認知症の進行予防から地域生活の維持までに必要となる保健，医療，介護・福祉サービスを提供できる機能体制の構築を図るため開催している
- 認知症施策を総合的に推進するため設置している県認知症施策推進協議会を認知症疾患医療連携協議会として活用している
- 県施策の推進にあたり，医療介護連携体制の構築をすすめるとともに，市町村における認知症施策の円滑な実施に資する方策を協議するため設置するもの
- 認知症高齢者等とその家族が住みなれた地域でより安心して暮らせるよう，総合的な支援体制を構築するために開催している「県認知症地域ケア推進会議」を活用している
- 認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた施策推進等について，進捗状況に対する評価や取組の方向性について意見をいただいている
- 県施策の取組状況や進捗について協議会に報告し，意見を聴取し，次年度以降の施策に反映させる
- 県版オレンジプランの進行管理や認知症施策全般についての協議を行うとともに，医療と介護など各分野の連携強化を図る
- 県全体の認知症施策の推進について検討する中で，センターの地域連携体制を支援する
- 県の認知症対策を総合的に推進するための施策に関して，総括的な役割を担う
- 各地域における認知症施策の円滑な実施を促進するとともに，地域支援体制の構築等を支援することを目的に実施
- 協議会は，各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の強化を期待して実施している
- 県の認知症施策を検討する有識者会議
- 自治体が認知症の人や家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討することを目的に設置する専門家会議
- 認知所の人やその家族を支援するために，適切な医療やケアの提供，相談や見守り体制の充実及び認知症に関する理解の普及促進等，総合的な認知症対策を推進するために設置
- 認知症施策の総合的な方針等を伺う場としている
- 認知症疾患医療センターにおける地域連携体制および県内の認知症に関する医療・介護連携等の推進を目的とした会議
- 医療，介護，民生委員，商工会，ＪＡ，交通業界，行政，警察などの関係者で構成する「認知症施策推進会議」のワーキンググループとして位置づけられており，主に医療の観点から県の認知症施策のあり方を検討する委員会である
- 認知症に関する正しい理解の普及や支援ネットワークの構築など認知症対策を総合的かつ効果的に推進していくことを目的に設置し，県認知症対策推進計画の進行管理を行うほか，普及啓発，本人や家族への支援の充実，ネットワークの構築，権利擁護，介護従事者の資質の向上等認知症対策に必要な

事項を検討する場

- 認知症対策について総合的に意見を聴く
- 認知症施策推進会議は有識者等を交えて県の認知症施策等について意見交換を行う唯一の場となっており，認知症疾患医療連携協議会を兼ねている
- 平成 29 年度に全医療圏域に認知症疾患医療センターが指定され，業務内容の平準化を目的として協議会を実施してきた．今後は，認知症医療の核として地域の課題解決のため活動してもらいたいと考えている
- 行政，保健医療関係者，介護保険関係者，有識者による情報共有及びネットワーク構築の場
- 県の認知症施策に関して効果的な実施のための助言，医療，介護，地域の総合的かつ継続的な支援体制の確立を進めるための検討，市町の認知症対策の取組状況の把握や課題の分析，助言等
- 認知症に関する啓発や予防②早期発見，早期対応ができる体制づくり③関係団体との連携④若年認知症対策⑤認知症の人や高齢者の権利擁護の推進について議論し，本県の認知症施策構築の参考とする
- 県内における認知症疾患に関し，進行予防から地域生活の維持まで必要となる保健医療，介護福祉サービスを提供できる機能体制の構築を図る
- 協議会は設置していない．なお，県では各センター長が出席し，地域連携機能の取り組みに注目した．資料及び意見交換を行い，各センターが抱える問題点を把握，協議検討する「県認知症疾患医療センター連絡会議」を開催している．また，当該連絡会議では，センターに対して県が実施している認知症に関する福祉施策や国の動向などの情報提供を行っている
- 県施策をセンター長に説明する貴重な場であり，事前に解答して頂いた事例や課題について，検討及び討議する場である．また，関係機関等の報告を通じて，関係機関との協力連携等を推進する場という位置づけ
- 認知症疾患医療センターの状況の共有と各市町村との連携
- 認知症疾患医療センター間，関係機関との情報共有・連携強化
- 県の認知症施策全般を検討する委員会を協議会と位置づけている
- 行政と医療・介護・福祉等の関係者が連携し，県内における総合的な認知症対策を円滑に推進するための検討を行う組織
- 明確な位置づけは規定していない．協議会における議論を充実させ，県施策へ反映できるような仕組みづくりが今後の課題
- センターの整備計画の推進及び事業評価に活用している
- 認知症疾患医療センター事業のみならず，県全体の認知症対策について協議する会議
- 県の認知症施策についての協議を実施
- 相互の課題，情報の共有の場・行政（県）との協議の機会・顔の見える関係づくり
- 明確な位置づけはありません
- 県内の各センター関係者より，各センターの認知症施策の取り組み及び課題報告を行い，今後のセンター運営について検討を行う場としている
- 実績，課題の共有

- 基幹型認知症疾患医療センターの活動実績報告②各二次医療圏域及び県圏域における認知症医療連携体制について，重点的に協議できる貴重な機会と捉えている
- 本県の認知症疾患に係る関係団体等の連携と高齢者権利擁護の取組を一体的に促進させることを目的とする協議会
- 他センターの取組について，情報共有することにより，今後の積極的な取組に活かすことを目的にしている.
- 本県では協議会を設置していないため，今後設置に向けた検討を進めていく予定としている
- 認知症対策について関係者と連携し，認知症に関する正しい理解の普及や支援ネットワークの構築など認知症対策を総合的かつ効果的に推進していくことを目的として行っている．また，地域では「認知症施策推進会議」を開催しており，県協議会との二層構造を成している
- 認知症疾患医療連携協議会によって，認知症に関する医療と介護の連携体制を強化することにより，本県における認知症疾患の保健医療水準の向上をはかる役割を担っている
- 本市における認知症対策の推進及び市内の認知症対策に係る関係機関相互の密接な連携を図り，もって地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を図るための「認知症対策推進会議」を設置しており，同協議会を兼ねるものとし，県の担当者にも出席してもらうなど連携体制も構築できている
- 地域の保健医療関係者，地域包括支援センター等と認知症について話題となっている事等の情報共有を行う場として行っている
- 市域の認知症に関わる医療・介護・福祉の連携体制の構築・強化に向けた協議を行うことを目的として開催している
- 「認知症施策等総合支援事業の実施について」（平成 26 年 7 月 9 日老発 0709 第 3 号厚生労働省老健局長通知）別添 2「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に規定する地域連携拠点機能としての認知症疾患医療連携協議会として位置づけている
- 認知症施策も含めた，市の地域包括ケアシステム推進施策について進捗管理・検証・評価等について調査審議を行うもの
- 認知症疾患医療センターと関係機関との連携を深めることを目的とする
- 市認知症疾患医療センター医療連携協議会をセンターが年１度開催．参加者：市医師会理事，精神入院連携病院，市保健所長，市，市ふれあい公社（地域包括支援センター）家族会，市認知症疾患医療センター（医師，看護師，精神保健福祉士等）内容：実績報告，事業計画，参加各機関からの報告等
- 本市における連携協議会の位置づけとしては，認知症に関する地域の連携体制強化を図ることを目的として開催している

【３－２．認知症疾患医療センターの質の評価・向上に向けた取り組みをお答えください】

自由記載内訳

- 各センターの活動状況の共有，会議の中で研修会を実施
- 実務者会議を開催し，各センターの効果的な運営の取組や工夫点などの情報交換を行っている（問 2-1）
- 活動実績の共有，基幹型センターとの意見交換，地域型センターへのヒアリング実施，若年性認知症支援ネットワーク会議での情報共有
- 県認知症地域ケア推進会議の場面で，各認知症疾患医療センターの実績報告及び意見交換を実施．県と指定都市が共催で「認知症疾患医療センター情報交換会」を開催．実績報告や情報共有，認知症疾患医療センター同士の情報交換の場を設定．令和元年度は認知症当事者より「診断前後の気持ち」等を報告いただいた
- 認知症疾患医療センター連絡会議において，全県のセンターの取組を情報共有し，先進的な取組を紹介しているほか取り組みが遅れている点については，その原因と解決策について協議し，全県のセンターの質の向上を図っている
- 協議会への参加による県内全体の情報共有と他地域の状況把握が可能．また，認知症カフェ運営者の情報交換会や認知症関連市町村連絡会議へ参加させ，地域における課題の共有や関係者の顔が見える連携強化につなげている
- 県内各センターの連携強化をはかるべく，基幹型センター設置に向け準備を進めている．他県の認知症疾患医療センターの取組が分かる研修，セミナー等の情報提供を行っている
- 基幹型センターには医療連携協議会を年２回開催のほか，実務者情報交換会を年３回開催し，情報共有や人材育成に資する取組を実施している．センター間の連携は推進されている
- 認知症疾患医療センター相互の連携や情報の共有を推進するため，認知症疾患医療センター連絡会を年２回開催（2-1，2-2 記載）また，必要に応じて各認知症疾患医療センターを訪問し，取組状況や課題の把握等，運営状況の調査を実施している
- 評価については検討中．・市町村等認知症施策担当者会議等，県内の認知症施策担当者が集まる会議等への参加を呼びかけ情報交換等の機会を設けている
- 認知症疾患医療センターの質の評価・向上を図るため，平成３０年度には各市町村の地域包括支援センターに対して，「認知症疾患医療センターとの連携状況」に関するアンケートを実施した．なお，アンケートの回答は取りまとめて，各センターに配布をした．また，令和元年度には県民に対して認知症疾患医療センターに関するアンケートを実施した（県政の課題に関するインターネットアンケートにおいて実施）
- センターの医師，相談員，地域包括支援センター職員，認知症初期集中支援チーム員等を対象とする研修会を実施
- （1）質の評価に向けた取り組み：指定更新の際に県認知症疾患医療センター審査会において活動状況等の確認を行うとともに，必要に応じて関係機関に対しヒアリングを実施することとしている．（２）質の向上に向けた取り組み：ア．県が定める実績報告書様式により定期的に運営事業の履行状況等の確認を行っている．イ．以下に掲げる３つの会議を開催し，相互の情報交換や連携の促進を図っている．①全認知症疾患医療センター構成員の代表者による全体会②全認知症疾患医療センターの相談員を

対象とした相談員連絡会③二次保健医療圏域（島しょ地域を除く）ごとに設置している地域拠点型認知症疾患医療センター構成員の代表者による情報交換会．ウ．全認知症疾患医療センターの相談員等を対象とした研修を実施することにより，認知症疾患医療センター職員のスキルアップを図っている

- 平成 30 年度及び平成 31 年度に認知症疾患医療センターの事業評価を実施した．センターの自己評価，認知症サポート医等による外部評価を実施し，認知症対策推進協議会及びワーキンググループで評価結果を協議した
- 地域包括支援センターに対しアンケート調査，センターに対して医療機能及びセンター所在市町村，圏域内他市町村との別で連携状況を自己評価調査を実施し，センターの評価としてフィードバックしている．政令市指定センターも含めた連絡会において，各センターの取組を情報共有し，資質向上につなげている
- センターが各市町村と連携し相談会等を開催する相談機能強化を目的とした取組を実施．・各センターの担当相談員の情報交換の機会として担当者連絡会を実施
- 令和元年度の協議会より，認知症疾患医療センターから活動報告をいただき，関係者から評価を得ている
- 年度末の事業報告で事業内容を確認する他，各センターが行う協議会や研修会に参加する中で，意見交換したり，随時相談に応じる中で質の向上への取組を行っている
- 別途開催している認知症疾患医療センター設置検討会議でも，センターの活動状況等を報告し意見を伺っている
- 四半期に一度各認知症疾患医療センターから報告書の提出があり，鑑別診断や医療相談件数等を把握するほか，地域と連携して行う事業についても実績を把握している．・3 か月に一度の認知症疾患医療センター担当者会議において各センターの事業実績を共有し，事業実施方法等の情報交換を行っている
- 各センターの実績報告書をもとに事業評価を試みたが，あまり議論が盛りあがらなかった．他都道府県で好事例があれば教えてほしい
- 認知症疾患医療センターの事業評価を行い，結果をフィードバックすることで，各センターの次年度以降の取組の改善に役立てている
- 平成 29 年度に連携型の認知症疾患医療センターを整備．平成 30 年度は訪問ヒアリングを実施した
- 各認知症疾患医療センターのセンター長や行政関係者等で構成する「県認知症疾患医療センター推進会議」を開催し，各センターの取組状況や県内の現状および課題を共有し，センターのあり方や運営について議論を行い，センターの質の向上を図っている
- 活動実績のＨＰ上での公開・センターの活動内容を地域連携を中心にパワーポイント資料２枚にまとめＨＰ上で公開
- 評価については，国への実績報告だけではなく，連絡会議において各センターが主催している研修会や認知症疾患医療連携協議会などのテーマや内容，課題などの報告し意見を交換し合うことで県としてセンターの地域連携機能を把握している．また，市町村の認知症担当者同士の意見交換会議へ，センター職員の参加を促すことで市や地域包括の担当者とセンターとの連携強化を図っている
- 事業実績報告をとりまとめ，結果を情報提供することにより，他センターの取り組みを参考にして質の向上

に努めて頂いている．また，鑑別診断の待機期間，運営体制状況等の調査を県独自で実施し，それらの結果を踏まえて協議会において県の方針を伝え，必要対策を講じて頂いている．協議会はセンター長を参集するため，実務者レベルの会議としてセンター相談員情報交換会を年２回実施し，先進的に取り組みの共有や課題の検討を行っている

- 研修参加，開催，情報共有
- センターの活動状況を協議会等で共有し，意見交換している．また，幅広く研修を各センターにも案内して積極的に参加を募っている
- 各センターから提出された実績報告書を認知症疾患医療センター連絡会議で資料提供し，各センターから説明いただくとともに，指定更新の際に検討委員会を開催し，各センターの活動実績を評価した上で，委員意見を付帯意見として各センターに通知している
- 協議会とは別に平成 30～令和元年度の 2 か年で，指定都市を含む県内の全センター等で構成される会議を設置し，各センターの現状，課題や今後のセンターのあり方等について意見交換を行った
- 年２回開催するセンター職員の連絡会において，各センターの取組状況や課題を共有し，グループワーク等により課題への対応策の検討等を行うことで質の向上を図っている
- 本県においては，認知症医療体制検討委員会を設置しており，その中でセンターの運営状況等を報告し，評価を実施している
- 国の要綱に定められた項目について報告を求めている
- 相談員の増員
- 上記の報告等を受け，各センター同士の情報共有を図り，今後のセンター運営の質の評価・向上に努めている
- 毎年，持ち回りで県民公開講座を開催
- 補助金，委託料の検査を兼ねて，訪問によるヒアリングを実施している．また，各認知症疾患医療センターが主催する連携協議会への出席などを通じて，各センターの運営状況の評価・助言等を行っている
- 事業年度毎に事業評価（ヒアリング）を実施している．・基幹型センターが地域型センターに対し専門的な助言等を行っている
- 今年度，評価指標を作成する予定である
- 毎年提出される実績報告書の内容を確認することをもって質の評価としている．年５回程度開催されるセンターの合同会議において，各センターの取組実績，方針を報告する場やセンターが担当する研修のテーマを検討する場を設けており，質の向上を図っている
- センターの更新にあたって，有識者を委員とする委員会において，センターに求められる機能ごとの評価を行い，審査を受けた上で更新を行っている
- 認知症医療疾患医療センター連絡会を開催し，①認知症の人を支援する機関（県警や家庭裁判所）を招いて施策説明や意見交換②各認知症疾患医療センターから協議したい事項を提案してもらい，全認知症疾患医療センターと県認知症施策担当課で協議することで，認知症疾患医療センターの質の向上に向けて取り組んでいる
- 「認知症対策推進会議」において，各認知症疾患医療センターの実績報告及び意見交換を令和２年度より実施予定．そのほか，本市と県が共催で「認知症疾患医療センター情報交換会」を開催．実績

報告や情報提供，センター同士の情報交換の場を設定

- 地域包括支援センターに認知症疾患医療センターとの連携状況についてアンケートを行っている
- 認知症疾患医療センター運営事業の実績報告やヒアリングから認知症疾患医療センターとその都度課題を共有して改善策を検討し，問題解決に向け対応している．また，認知症疾患医療連携協議会においても，その在り方について協議を重ねている．認知症疾患医療センターの実績報告書式をより詳細にし，事業内容を見える化し認知症疾患医療センターと共に評価できるよう，今年度より書式を変更したい
- 令和元年度，本市の疾患医療センターへ自己評価を依頼している．他評価についても年度内実施を検討中
- 年度末に市事業実施要綱で定められている実績報告書を各センターから提出してもらい，評価を行っている
- 市の指定した認知症疾患医療センター合同で認知症疾患医療連携協議会を設置し，運営状況の評価や課題検討などを行っている．さらに，その結果を市の附属機関である「市認知症対策推進協議会」で報告し，審議している．この協議会には，認知症疾患医療センター長及び担当職員も参加している．また，認知症疾患医療センター職員とは，日頃より定期的な連絡会を開催し，現状の把握と課題解決に向けた検討，県からの情報提供などを行い，市内の情報共有を図っている
- 協議会に参加している認知症サポート医や地域包括支援センターから意見をもらい，地域における現場の声を大切にしている
- 連携協議会のなかで昨年度の実績，年度内の運営経過を各センターで共通することで，センター運営の課題，改善案の共有を行っている
- 地域包括ケアシステムの推進に関する施策に係わる総合的な計画の中で，疾患医療センターも含めた関連施策の目標や実績を掲載し，PDCA マネジメントサイクルで進行管理・検証を行っている
- 担当者会にて，各センターの情報を共有
- 本市が指定している，2 センターについて，相談・入院件数等，研修会開催等の実績は把握しているが，質の評価・向上に向けては取り組めていない
- 本市では，市内に４ヶ所ある認知症疾患医療センターを所在地によって２ヶ所ずつ東部，西部に分け，それぞれで年２回連携協議会を開催している．議題は，主に活動報告やかかりつけ医，行政等との連携についてなど
- 認知症疾患医療センターの認知度を高めるために，各種講座や講演会において案内し，専門の相談先として身近な場所になるよう取り組んでいる

４．都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催するうえでの課題について

認知症疾患医療センターのある都道府県および指定都市を対象として分析した.

【４－１．都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催するうえでの課題をお答えください】

自由記載内訳

- 本県は，広域なため，時間，予算的な制約がある
- 「県認知症地域ケア推進会議」は「県地域包括ケア推進協議会の認知症地域ケア推進専門委員会」も兼ねているため，会議の委員も多く（25 名），議題も多い．限られた時間で検討するため，一議題にかけられる時間が少ない．資料の事前送付や検討事項の事前通知を行っているが，時間がギリギリになってしまう
- 県内の委員との日程調整が難しく，参加できない委員がいる
- センターの実績報告は行っているが，評価（特に質の評価）の進め方が難しい
- 数多くあるテーマから，国，県，市町の動向をみた上での協議テーマの設定，施策の方向性の確認
- (1)協議会の議題について：協議会の議題は，各認知症疾患医療センターからの実績報告と県の施策等に関する説明が主となっているが，他県の事例等も参考に随時見直しを検討していきたい.(2)協議会の出席者について：認知症医療に関する有識者について，新たに連携会議に招聘することを検討中.※2-2 については，必要に応じ，認知症疾患医療センターの相談員や，関係者を招致して会議を実施（平成 28･29：県警察本部運転免許試験課を招いて道路交通法改正に伴うテーマで会議実施）
- 関係機関が多いため，委員数が多い．（委員 25 名，オブザーバー２名）
- 県の面積が広いこともあり，地域性の違いが大きいため，統一した課題の検討が難しい
- 認知症疾患医療センターの活動をどう充実させ，認知症疾患医療センターと各地域の郡市医師会等を中心とした取組とどう協調させていくかなどは課題である
- 協議会に各センターの取組を提示する際は，病院のもつ機能，設備には差があることから単に数だけで示すとセンター間の比較になってしまうため，実績の見せ方に工夫が必要だと思っている
- 会議での検討内容が毎年同じようなものとなっている．・有識者が多いため，委員長及び副委員長の選任が難しい．（委員による互選）
- 質の評価，向上に向けた取組ができていない．・政令市に参加いただいているが，一緒に協議会の内容を検討することは行っていない．（政令市でも市の協議会を実施している．）
- 協議会の開催にあたり，国要綱で参加者に「地域包括支援センターなど介護保険関係者」を加えることとされているが，地域包括支援センターは各センターをとりまとめる上部団体がないため，どのセンターを参加させるか選定に苦労した
- 認知症当事者が参加していない（令和２年度参加予定）
- 各認知症疾患医療センターが位置する圏域ごとに，地域の実情や社会資源の状況等が異なっていることから，共通認識を図り，県全体として統一的な議論を行うことが難しい状況にある
- センター間での活発な意見交換がされていない
- 県の２次医療圏と政令市では人口や病院数などの地域特性が異なるため，センター運営に関する課題や運営方針について県と市合同で協議検討することが困難である

- 県指定の認知症疾患医療センターは 17 センターあるため，センター長全員に参集して頂くには，日程調整等に多くの労力がかかることが課題
- 毎年同じ内容となり定例的になっている
- 出席団体の取組の情報共有にとどまり，課題解決に向けた会議が十分にはできない
- 指定都市との連携体制の構築・協議内容（議題）が定型化，固定化していることへの対応
- センターの質を確保する機会を別に設けているものの，協議会においては質の向上に関する議論を行っていない
- 夜間の開催とはしているが，委員の日程調整が難しい・県内の認知症疾患医療センターの活動状況に差が大きいため，どのように評価していくべきか悩ましい
- 委託により実施しているが，委託額に限りがあり，参加者や実施回数は制限的となる．また，庁内での所管課が認知症全般（福祉）と認知症疾患医療センター（医療）で異なっており，緊密な連携が進めにくいと感じることがある
- 各センターにおいては，各地区の医療連携協議会に医療関係者・行政職員等が出席し開催されているが，本会議においても同様の出席者が望ましいか，検討していく必要がある
- 昼間の開催ができない・委員の日程調整
- 基幹型認知症疾患医療センター連携協議会を兼ねて開催しており，会議運営に当たっての役割分担や協議題の設定について，基幹型認知症疾患医療センター側と充分に事前協議を行う必要がある
- 委員の数が多く，また，それぞれ他の職務等で多忙な方々ばかりのため，日程の調整が難しい
- 従来から設置している「認知症対策推進会議」を同協議会を兼ねるものとして位置づけているが，センターの評価に今後どれほどの時間をもうけるのか，また，どのように運営するのか今後整理が必要である
- 本市では認知症疾患医療センターを１ヶ所指定しているが，協議会の開催に関わらず，他の認知症疾患医療センターと比較が出来ず評価や課題をあげづらい事
- 出席者が多数の為，協議というより状況報告が主となっている．また，認知症疾患医療医療センターは，それぞれの特性や規模，運営法人の考え等があり，課題によっては解決を統一した方向にするのには難しい点がある
- 主な参加者である認知症サポート医へ活動を促す等のテーマ選定が難しい
- （本市の状況）本市においては，平成 30 年 12 月から既存の会議体を活用し「市認知症疾患医療連携協議会」として位置付けている
- その他の認知症関連事業にかかる会議，協議会等との明確な差別化，統合等の検討が必要であること.
- 会議の事前準備や調整，資料作成にかかる事務負担が大きい
- 各センターを輪番制で幹事として開催するため，運営方法の共有・テーマの設定
- 本市におけるこれまでの連携協議会の内容が，センターの実績，事業計画や報告が中心であったが，センターの質の評価・向上に向けた内容も取り入れる必要がある．・連携協議会での検討が本市の認知症施策に反映できるよう，医療と介護の連携状況や認知症の人と家族を取り巻く課題等の共有方法といった，協議会の運営全般について，再検討が必要
- 介護関係者との調整

(7) 考察

調査票の回収は関係各所の協力により，認知症疾患医療センターのない指定都市も含め，100%の回収率を得ることができた．主たる回答者は，都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター運営事業の担当部署によるものであった．

1) 都道府県認知症疾患医療連携協議会について

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱において，都道府県は「都道府県認知症疾患医療連携協議会」（以下，協議会）を設置することが定められている．「平成 27 年厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」（以下，平成 27 年度事業）の調査の結果では，約 4 割の都道府県が協議会を設置していないという結果であった．令和元年度の本調査においては協議会を設置している都道府県は 91.5%であり，協議会の設置は徐々に進められたものと考えられた．都道府県は，都道府県内の連携体制の構築のみならず，都道府県の認知症疾患医療センターの配置・拠点機能・連携のあり方を検討し，事業の質を担保するためにも，同協議会を開催することが強く求められる．

認知症疾患医療連携協議会の参加者については，平成 27 年度事業において保健・医療関係者，介護・福祉関係者，当事者代表，学識経験者，行政関係者などがあげられたことから，本調査ではそれをもとに選択肢を作り調査を行った．50%以上の協議会で参加していた職種は，認知症疾患医療センター長等の医師，都道府県担当者，都道府県医師会代表者，市区町村担当者，地域包括支援センター代表者，患者・家族会，認知症疾患医療センター医師以外の相談員等，精神科病院協会代表者，大学・教育・研究機関であった．その他の内訳は認知症サポート医や精神科医師などの医療関係以外に初期集中支援事業委託先，若年性認知症支援機関，教育関係者，公募等により選出された住民等が参加していた．

協議内容についても同様に，平成 27 年度事業で得られた自由回答をもとに選択肢を作り調査を行った．50%以上の協議会で協議されていた内容は都道府県の認知症施策の説明，事業の実績報告と評価，都道府県の整備・指定状況，国の認知症施策の説明，認知症初期集中支援チームの実績・課題が協議されていた．その他の協議内容では若年性認知症に関する内容，BPSD への対応や連携，虐待や権利擁護，事例などの個々のケースも協議内容に挙がっていた．これらの協議内容によって，行政政策の周知，各認知症疾患医療センターの活動内容の共有，地域の取組の情報共有，地域課題の共有，認知症疾患医療センター運営事業の課題の共有などの効果が得られていた．また保健・医療・介護・福祉以外の職種が参加する協議会自体が，それぞれの認知症疾患医療センターの事業内容についての外部評価の役割をもつ可能性も考えられた．

実施要綱では，「都道府県は，指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で」都道府県認知症疾患連携協議会を設置することが求められている．平成 27 年度事業では約 4 割の都道府県が「構築していない」という回答であったが，本調査では指定都市をもつ 15 都道府県を対象とし，12 件から回答があり 2 割の都道府県が，体制構築がないと回答した．協議会への市担当者の参加依頼がない理由は別の協議会に参加しているため，県指定の認知症疾患医療センターが協議会を主催しているため，等の理由があった．

2) 都道府県内の認知症疾患医療センターの情報共有について

都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に，認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し，業務に関する情報交換および協議を行う会については，都道府県・指定都市ともに約 7 割が開催していた．平成 27 年度

事業では約 6 割のが開催であったことから，増加傾向であると考えられた．また，活動状況の情報共有を行う取組は，都道府県の 5 割，指定都市の約 4 割が行っているとの回答であった．都道府県では活動状況・実績報告をまとめた資料を配布する方法や相談員等の合同研修会，担当者メーリングリスト，事例検討会による情報共有が行われていた．一方，指定都市では活動状況・実績報告をまとめた資料を配布する方法や事例検討会のほかに，別の研修会や実務者会議などの会議体での共有が挙げられた．具体的な活動内容や事例の共有により，知識やアイディアも共有され，事業の質の向上も期待できるものと考えられる．

3）都道府県認知症施策における協議会と質の評価について

都道府県認知症施策における協議会の位置づけについて自由記載により調査したところ，①体制構築を進める場，②専門家会議として協議を行う場，③検証・評価・意見を求める場，④総括の役割という回答に大別された．また認知症施策において“意見交換を行う唯一の場”や，“多層構造である会議体の一部”等の回答があり，都道府県認知症施策を推進するための構造は多様であることがうかがわれた．認知症疾患医療センターの質の評価・向上に向けた取組については，①認知症疾患医療連携協議会及びその他に設けた別の会議体において情報交換・共有，②行政による訪問ヒアリング，③関係機関アンケートや有識者意見による外部評価，④関係機関への研修会によるスキルアップの取組，⑤相談会や相談員増員，公開講座での周知など相談機能強化の取組，⑥実績報告書以外にも独自の事業報告の仕組みという回答に大別された．関係機関からの評価や有識者委員からの意見をセンターにフィードバックするようにして，実務に反映させているという回答もあった．平成 27 年度事業においては，認知症疾患医療センター事業実績報告書の内容を都道府県が確認・把握していないという回答が見られていたが，本調査においては実績報告書以外にも様々な取組が始められていることがうかがわれた．

4）都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催するうえでの課題について

都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催するうえでの課題について自由記載により調査したところ，①地域それぞれの状況が異なることによる検討課題の選定の難しさや検討課題が固定化すること，②職種によっては上部団体がないことや当事者の参加が困難であること，委員長の選任など出席者の選定が困難であること，③開催時間や会議時間の制限があることで十分な議論ができないこと，④質の評価・向上の方法論の検討が難しいこと，⑤日程調整や事務負担など会議運営自体の負担，⑥議論が不活発であること，⑦庁内での所管が複数に渡ることでの連携困難に大別された．認知症施策の推進において参加すべき団体・職種は多岐にわたるため，十分な議論をする時間がとれず，また会議の日程調整や事前準備が困難であるなどの課題は今後も継続すると考えられる．一方で課題は特にないと回答している都道府県・指定都市もあった．

（8）結論

本調査によって，都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの質の管理に関する取組については，都道府県・指定都市によって大きな違いがあることが明らかになった．また平成 27 年事業と比較すると，平成 27 年当時都道府県認知症疾患医療連携協議会を実施していなかった都道府県でも，本調査時点では実施されている実態が得られた．しかしながら依然として質の評価・向上や協議会実施における課題は多く，都道府県の取組に関する継続的な実態調査と国からの働きかけが必要であろう．

4. 認知症疾患医療センター全国研修会運営マニュアル

令和元年度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）（テーマ番号 95）

認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

認知症疾患医療センター全国研修会
運営マニュアルの作成

2019 年 10 月 22 日

一般社団法人
認知症疾患医療センター全国研修会
代表理事　内海久美子

【要旨】

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが行う，令和元年度老人保健事業推進等補助金（老人保健健康増進など事業分）の「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」において，「認知症疾患医療センターの質の管理のあり方」に関し６つの提言がなされ，その一つして一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会と連携し，これまで行ってきた全国研修会の運営と実績評価の方法論を検討し運営マニュアルを作成することになった．

【目的】

認知症疾患医療センター（以下，センター）は 2008（H20）年度に国庫補助金による委託事業として創設された認知症の専門医療機関である．その目的は，「保健医療，介護機関等と連携を図りながら，認知症疾患に関する鑑別診断，周辺症状と身体合併症に対する急性期治療，専門医療相談等を実施するとともに，地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより，地域における認知症疾患の保健水準の向上を図ること」とされている．

2020 年度までに国は 500 ヵ所を目指しており，質（センターの機能の維持，職員の配置や研鑽の保障，都道府県の管理機能等）・量（設置数，類型の適切性，地域偏在等）共に問われることになると考える．

2013（H25）年，熊本大学熊本大学大学院生命科学研究部脳機能病態学分野教授，熊本県認知症疾患医療センター（基幹型）センター長であった池田　学先生が，「全国のセンター職員が一堂に会して活動内容を報告したり，互いの課題や悩みを相談したりする機会がないことや隣県や同じ都道府県内のセンターの取り組みさえも互いに知らないことすらある」との現状を見て，熊本県と熊本県認知症疾患医療センターが，手づくりの研修会を準備し第１回認知症疾患医療センター全国研修会が開催された．37 都道府県，90 カ所のセンターからの参加があり，充実した内容の研修と活発な議論が行われた．これを機に，毎年バトンを渡しながら手づくりの研修会が行われている．後ろ盾のない手づくりの研修を準備，開催という方法では，継続的な研修を保障することはできないと考え，2018（H30）年，有志により一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会を設立．さらに公益財団法人日本老年精神医学会様，一般社団法人日本認知症学会様の講師派遣等のご協力もいただき 2018（H30）年，第６回の滋賀県大会を開催し国の補助も受けた．

今後とも継続的に安定した研修会を開催し実益のあるものにしていくため，この度，地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの委託を受け，これまで開催していきた研修会プログラム及び集約されたアンケートを基に研修実績を評価し今後の研修実務の方法論を検討するため，研修会運営マニュアルを作成する．これにより，今後の継続的かつ安定的な研修会を開催し，全国で取り組まれているセンターの活動状況，センター職員同士の情報共

有，研鑽の場を保障し，如いては各センターならびに都道県内のセンター同士の連携，質向上に寄与できることを願っている．

【方法】

これまで開催された以下の認知症疾患医療センター全国研修会から，研修プログラムとアンケートを基に研修の内容，方法，環境等について参加者の意見，要望等をまとめた．また一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会設立後，初開催となった滋賀県大会においては，法人事務局で作成したアンケートも参考にした．

第 1 回
開催日時　2013（H25）年 12 月 21 日（土）10：30〜15：30
開催地　　熊本県熊本市
テーマ　　「医療機関における連携」・「地域における連携　人材育成」
参加者数　233 名

第 2 回
開催日時　2014（H26）年 9 月 13 日（土）10：00〜16：00
開催地　　北海道砂川市
テーマ　　「認知症疾患医療センターに期待すること」
　　〜各関係者からの声に耳を傾けよう〜
参加者数　113 名

第 3 回
開催日時　2015（H27）年 12 月 6 日（日）10：00〜16：00
開催地　　千葉県木更津市
テーマ　　「認知症疾患医療センターの役割と課題を共有しよう」
参加者数　222 名

第 4 回
開催日時　2016（H28）年 11 月 20 日（日）10：00〜16：00
開催地　　群馬県前橋市
テーマ　　「認知症疾患医療センターの現状と課題」
参加者数　183 名

第 5 回
開催日時　2017（H29）年 11 月 12 日（日）10：00〜16：00

開催地　　福島県郡山市
テーマ　　「地域づくりにおける認知症疾患医療センターの果たす役割」
参加者数　287 名

第 6 回
開催日時　2018（H30）年 11 月 3 日（土）9：50〜16：50
開催地　　滋賀県大津市
テーマ　　「認知症疾患医療センターが認知症の人と家族と地域につながる」
参加者数　248 名

第 1 回認知症疾患医療センター全国研修会

「地域連携と人材育成」

1　.主　催　熊本県・熊本県基幹型認知症疾患医療センター

2　.開催日　2013（H25）年 12 月 21 日（土）10：30～15：30

3　.会　場　熊本県熊本市　熊本県庁行政棟本館地下 1 階　地下大会議室

4.　参加数　233 名

5.　参加費　無料　懇親会なし

6.　プログラム

午前の部「医療機関における連携」（10：30～12：40）

「認知症の医療連携と人材育成」
熊本大学大学院生命科学研究部脳機能病態学分野　教授
熊本県認知症疾患医療センター（基幹型）センター長　　池田　学氏

「熊本県の取り組み①」
宗　久美（荒尾こころの郷病院）

「かかりつけ医からみた疾患センター」
城間　清剛（沖縄県：城間クリニック）

質疑応答　グループ討議①

休憩　12：40～13：30

午後の部「地域における連携　人材育成」（13：30～15：30）

「熊本県の取り組み②」
中山慎二（くまもと青明病院）

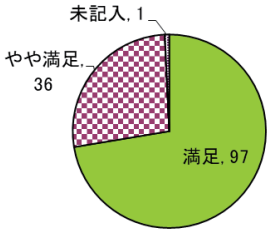
「アウトリーチが人材を育てる」
内海久美子（北海道：砂川市立病院）

「都市型認知症の方の現状と課題」
田久保秀樹（東京都：荘原病院）

質疑応答　グループ討議②

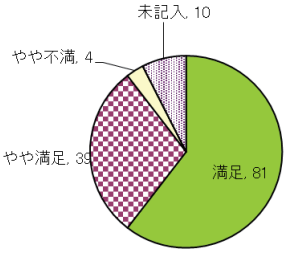
第１回熊本大会アンケート

本日の研修会について
2013　第1回熊本大会　参加233名



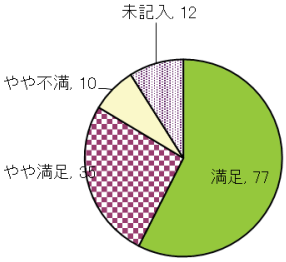
回答	回答数
満足	97
やや満足	36
やや不満	0
不満	0
未記入	1
合計	134

事例の内容について
2013　第1回熊本大会　参加233名



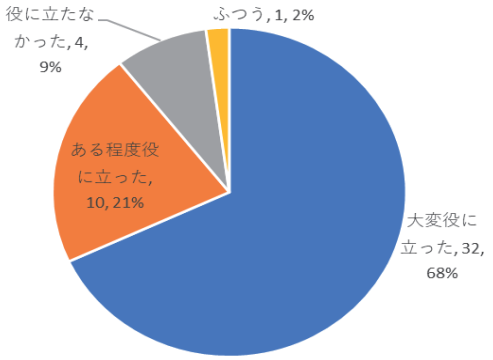
回答	回答数
満足	81
やや満足	39
やや不満	4
不満	0
未記入	10

グループによる意見交換について
2013　第1回熊本大会　参加233名

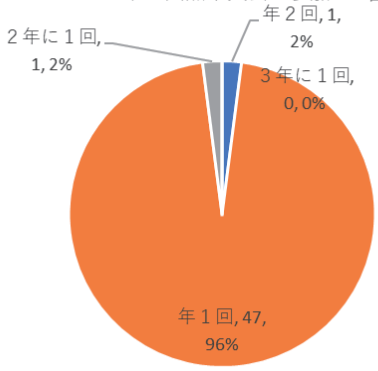


満足	77
やや満足	35
やや不満	10
不満	0
未記入	12

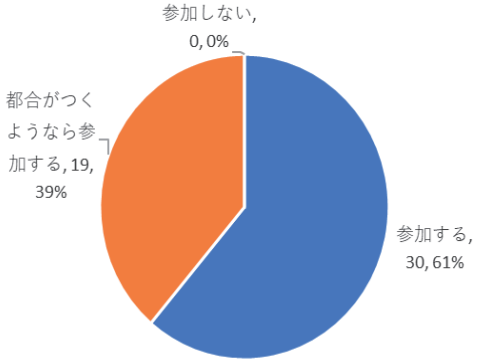
本日の研修会の感想をお聞かせください
2013　第１回熊本大会　参加233名

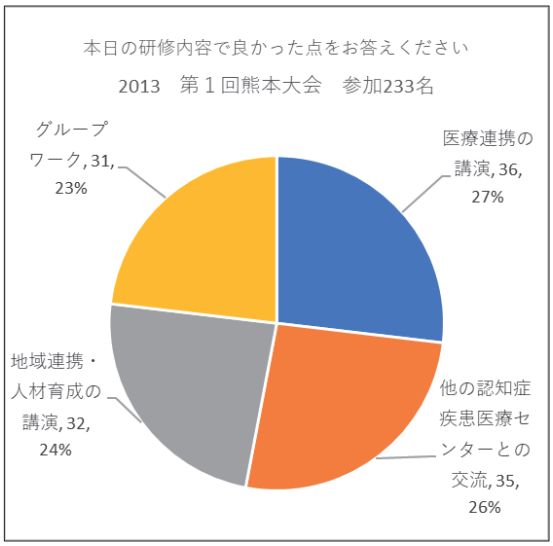


定期開催する場合、
どのくらいの頻度が良いですか？
2013　第１回熊本大会　参加233名



今後も認知症疾患医療センター全国研修会が 開催されたら参加しますか
2013　第１回熊本大会　参加233名





【運営に関する感想】

・もう少し具体的なテーマでもよかったかと思います．時間は短く感じました．

・時間が足りないと感じました．

・テキストの字が読みにくかったです．

・せっかくご用意していただいたのですが，席がぎゅうぎゅうでした．

・もう少し時間がほしかった．（グループディスカッション）

・申し訳ありません．会場がややせまく感じました．（複数意見）

・フリーでのグループ意見交換の時間が欲しい．

・参加機関一覧があれば良いとおもいました．

・センター間の交流も大きな目的だったと思いますが，名簿がないのはどうしてか？

・せっかくのアンケートなので，①県名②職種③年齢層位は書いてもらってはいいのではないでしょうか？

・継続していく仕組みができていったら良いと思いました．（複数意見）

【研修ついて】

・全国で色々行われている活動がわかって参考になった．

・事例を通じて，事例検討をセンターに活かす必要性がある事がわかった．

・多職種協働のあり方は，地域毎で異なると思われます．私は医師ですが，医師会の役割，サポート医の役割等，ふみこんでお聞かせいただけると良かったです．

・熊本モデル，及びその他の地域の取り組みのユニークな部分がわかった．

・自分の地域での課題の共有と，打開策のヒントが得られました．

・センターの指定が始まって，数年がたちましたが，どこも立ち上がりに苦労されていたのだと感じました．

～グループディスカッション～

・他地域のセンター活動状況を知る事ができた.
・他の地域でも悩んでいることが同じなのを知る事ができた.
・範囲がとても広く，自由な反面，何を話せばいいのか悩むテーマでした.
・同じ県内とはいえ，顔も見たことのない連携担当者がおり，このような機会を頂き，顔の見える関係が作れました.
・色々な方々のお話が聞けてよかったです．ただ，今度は同じ地域ではなく，色々な地域を混ぜていただけるといいと思います．同じ地域の人とは交流する機会もあるので.
　かかりつけ医からみた疾患センター城間先生の講話が，大変参考になりました.
・すべての事例，グループワークを通し，連携の大切さを実感しました．特に当たり前の連携と別に横とのつながり共有性（センター間）について学びました.
・熊本県が，センター同士でつながっているのが印象的だった.
・砂川市の「ぽっけ」はとてもよい考えだ．マンパワーの活力はどんどん取り入れて行政等も関っていけばよいと思った.
・池田先生の発表，熊本県の取り組みは見本，お手本となります.
・全国のセンターがまずは集えたこと.
・くまもと青明病院の事例検討会の立ち上げがとても参考になりました.

【取り上げてほしいテーマ】
・何を連携時に大切にしているのか，連携の中身について知りたい.
・スタッフの質の向上のための研修内容，方法.
・センター事業内容
・行政との連携について
・今後予算が削減されていくと思うが，何を中心にセンターが担うべきかの方向性.
・センターの普及・啓発のやり方を色々と学びたいと思う.
・各センターでの具体的な取り組み，運営方法.
・アウトリーチについて
・医療・地域連携において具体的な取り組み例をもっと知りたい.
・各県・地域の取り組み状況について
・かかりつけ医との連携等.
・情報発信の事例を.
・重度化した方の「居場所」と「死に場所」についての議論，社会保障制度について，意見交換がしたいです.
・事例研修会等の進め方.
・連携協議会の運営方法.
・医師会・地域包括との連携.
・PSW という立場からやはり連携システム作りについてじっくりグループワークをしたり

他機関の情報をきける機会をつくれたらと思います.

【まとめ】
・1 回目の開催の象徴たる感想として,「同じ県内同士でも交流がないことがわかった」は,まずはセンター同士の連携の必要性を理解しあう会であったと考える.
・また全国各地の取り組みから,ユニークな取り組みの紹介もあり,参考になったという感想やグループディスカッションでは,各センターの現状や同じような課題も共有できたという感想があり,今後のセンターの取り組みについて出発点に立った印象をもった.
・今後センターとして知りたいことは?について,様々なことについて具体的に聞きたいという意見があった(人材育成の方法・地域連携の先進事例・事例研修会の進め方・センター運営方法・連携協議会の課題・行政との連携など).
・研修会環境に関する意見として,グループディスカッション時間短い.
・グループディスカッションテーマが大きい,自由な反面まとまらないという意見から,テーマ設定に配慮が必要.
・会場が狭い,寒いといった会場環境への配慮必要.

第 2 回認知症疾患医療センター全国研修会

「認知症疾患医療センターに期待すること」～各関係者からの声に耳を傾けよう～

1.　主　催　北海道認知症疾患医療センター懇話会・北海道

2.　後　援　北海道医師会・砂川市

3.　開催日　2014（H26）年 9 月 13 日（土）10：00～16：00

4.　会　場　北海道砂川市地域交流センターゆう　大ホール

5.　参加数　113 名

6.　参加費　無料　懇親会費 3,000 円

7.　プログラム

午前の部

講演（10：00～11：20）

「認知症疾患医療センターに期待すること（センターの立場から）」

熊本大学大学院生命科学研究部脳機能病態学分野　教授

熊本県認知症疾患医療センター（基幹型）センター長　　池田　学氏

グループディスカッション（11：20～12：10）

休憩　12：20～13：20

午後の部

シンポジウム（13：20～14：30）

「認知症疾患医療センターに期待すること（関係機関の立場から）」

・クリニック　医療法人社団洛和会 洛和会みささぎ病院
　みささぎ物忘れクリニック　神経内科部長　木原武士氏

・地域機関　　さいたま市中央区北部圏域地域包括支援センター
　ナーシングヴィラ与野センター長　黒川　愛氏

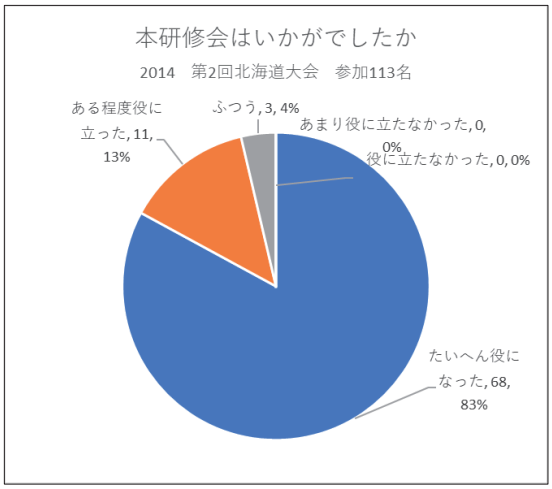
・家族　　北海道若年認知症の人と家族の会　会長 平野雅宣氏

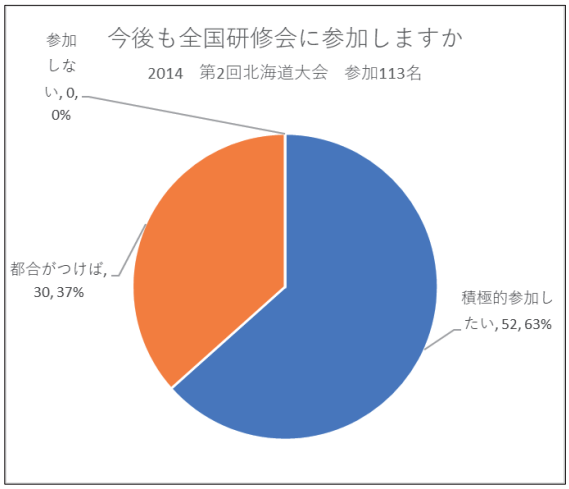
グループディスカション（14：30～15：30）

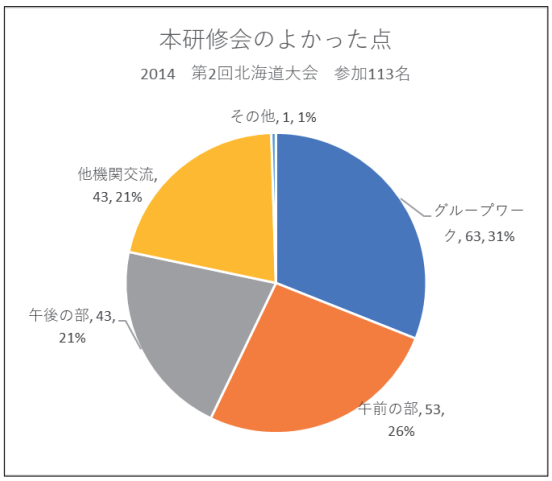
グループ発表・まとめ（15：30～16：00）

懇親会 16：30

第 2 回北海道大会アンケート







【運営に関する感想】

・立地条件，周辺施設などが課題.
・移動が大変だった．交通の便がよければよかった．（6 人回答）
・ステージに背を向けてしまう席.
・ホテルがとれず大変だった.
・札幌での開催がよかったと思う.
・グループワークの時間，グループの発表を多くしてもらいたい．（4 人回答）
・余裕がほしかった．（2 人回答）
・JR の時間を気にして参加していた.
・メモページがあると助かります.

【研修について】
・平野さんの講演ありがとうございました. 家族なくしては在宅支援ができません. 今一度, 何がセンターとしてできるか考えたいと思います.（複数回答あり）
・ありがとうございました. 全国の話, 先進的な取り組みを具体的に聞けました. また全国各地でも苦労されていることは一緒だということも知れて少し安心しました.（複数回答あり）
・他県センターの知識を深めれる.

【取り上げてほしいテーマ】
・連携について.
・かかりつけ医との連携について.
・かかりつけ医とセンターかかわり.
・若年認知症とセンターのかかわり.
・若年性認知症について（３人回答).
・若年認知症の方と家族の支援について.（サービスの内容・心理的支援の姿など）
・家族支援の取り組みについて.
・虐待防止のための認知症の人と家族への心理的支援.
・退院後の受け皿について.
・重症化してから終末期までの「居場所」「死に場所」について.
・インフォーマルな支援を行う団体等の講演.
・センターが行っている地域づくりの工夫を知りたい. フォーマル, インフォーマル含め, ボランティアグループの設立などより具体的に.
・最新の認知症の関する情報提供.
・啓蒙活動のアイデア, 実践の紹介.
・連携協議会の持ち方, テーマ, 課題等をどう活かしているのか意見交換したい.
・医師, 連携担当者等, 職種別の講演や GW.
・職種の役割.
・興味をもってもらえるような, 啓発活動の内容な進め方.
・行政との連携.
・初期集中支援, モデル事業の報告課題など.
・生活を見る認知症医療.

【まとめ】
・移動時間が長い, 交通の便が悪い, 地元に宿泊先がない
・タイムスケジュールに余裕が必要.
・各グループからの報告の時間を多くしてもらいたい

・今後の取り上げてほしテーマ様々で，「連携（フォーマル，インフォーマル含)」「若年認知症や家族支援」「啓発の方法」
・テーマである「関係者の声に耳を傾けよう」ということでは，若年認知症家族会への感想が多かった．
・グループディスカッションを設定し，全国各地の状況に耳を傾け，自センターの今後の取り組みの参考になっている．

第 3 回認知症疾患医療センター全国研修会

「認知症疾患医療センター役割と課題を共有しよう」

1. 主　催　千葉県認知症疾患医療センター全国研修会連絡会議　千葉県　千葉市

2. 後　援　千葉県医師会

3. 開催日　2015（H27）年 12 月 6 日（日）10：00～16：00

4. 会　場　千葉県木更津市かずさアカデミアホール 202 会議室

5. 参加数　222 名

6. 参加費　2,000 円　懇親会費 5,000 円

7. プログラム

午前の部　10：00～12：30

各種医療機関における疾患医療センターの役割と課題

1）大学病院：「認知症こども力プロジェクト」千葉大学医学部付属病院　平野成樹先生

2）精神科病院：「各種医療機関における認知症疾患医療センターの役割と課題」

浅井病院　医療福祉課　科長　作田滋先生

3）認知症治療病棟を有する総合病院：「認知症治療病棟を有する疾患医療センターの活動」

袖ケ浦さつき台病院　細井尚人先生

グループディスカッションと発表　11：30～12：30

「認知症疾患医療センターの役割と課題」,「認知症疾患医療センターを見える化するには」

昼食休憩　12：30～13：30

午後の部　13：30～15：40

地域連携について

1）地域包括支援センターとの連携：

「地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの連携について」

袖ケ浦市高齢者支援課　地域包括支援センター　総括保健師　一色弥生保健師

2）身体合併症の入院について：

「身体合併症の入院について」

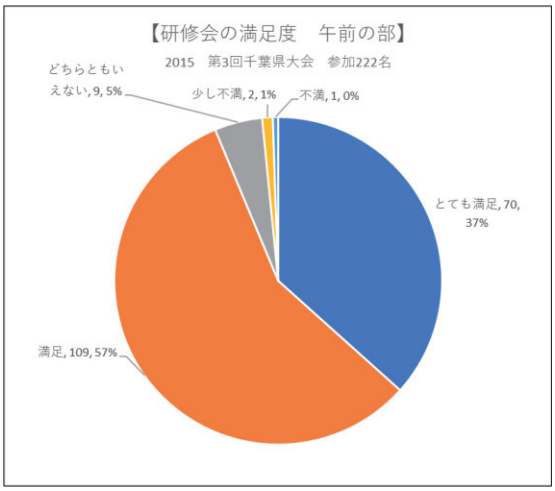
旭神経内科リハビリテーション病院院長　旭　俊臣先生

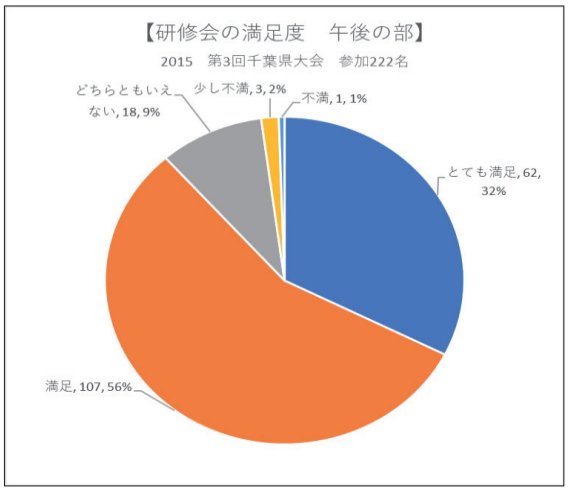
コーヒーブレイク　14：25～14：40

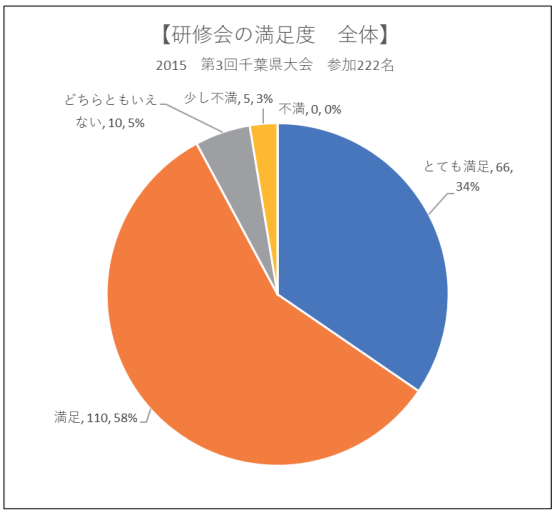
グループディスカッションと発表　14：40～15：40
「地域（行政や介護）との連携について」・「身体合併症の治療について（医療連携について）」

懇親会 16：30

第 3 回千葉大会アンケート







【運営に関する感想】
・グループディスカッションの時間がもう少しほしい．（複数回答あり）
・参加名簿あるといい．（5 名回答）
・会場が遠い．駅から歩ける場所でないと．地方から来る際にある程度の交通の便を考えて頂け．る（複数回答あり）
・グループ構成について，他職種で検討できたのは良かったが，同職種で検討する場も欲しいです．（2 名回答）
・スタッフの方の対応もとても丁寧で心地よく過ごせました．

・グループワークで, 参加者が各機関のパンフレット等を持ってくるとお互いの機能がわかると思った.
・開催日は，地方から参加の場合，日曜日は避けて欲しい．土曜日か休日が助かります.
・認知症家族の会，若年性認知症ご本人の方の講演も少し入れてはと思いました.

・グループディスカッション, 聞きづらいのでテーブルなしで広い会場でしたがスクリーンを 2 つ設置するなど見やすかった.
・準備含め当日の対応ありがとうございました. こうして手弁当で本研修会が今後も開催されることを願っています.

【研修について】
・認知症の先端の話など)があっても良い.
・他県の情報を知る機会で良かった（複数回答あり）.
・テーマが漠然．テーマを絞って，統一的なテーマの下で，具体的な議論が出来るようにすべき．（複数回答あり）
・センターの今後の地域での役割や課題について考えることができました.
・地域差のある中，各地域の特色，病院の特色の多様性に気付かされ，自分のセンター業務の検証ができた．ヒントをいただいた．（複数回答あり）
・AM，PM でディスカッションがあり，地域のことがわかり大変勉強になりました.
・悩みや課題は共通する部分が多く，とても心強く思いました．来年も参加したいです.

【取り上げてほしいテーマ】
・若年性認知症に対しての啓発や地域の取り組み，支援．（複数回答あり）
・初期集中支援チームの活動や事例・センターとの連携について・サポート医との連携.（複数回答あり）
・処遇困難事例検討．（複数回答あり）
・各職種がセンター内でどういった仕事をしているのか.
・認知症子ども力プロジェクト等ユニークな取り組み.
・車の運転.
・連携手帳.
・看取り.
・連携協議会のあり方.
・各職種別の研修.
・疾患センター同士の連携，質の均一化への取りくみ.
・実際に認知症疾患医療センター，病院，サポート医，地域包括，そして患者，家族が連携して動いている例の初期対応から現在までの様子を各立場から報告を聞いてみたい.

・認知症の方の生活の場を中心に考えていく当たり前の題材をお願いします.
・認知症カフェなどの活動報告.
・基幹型，地域型と分ける意義や配置についても検討が必要だと思います.
・認知症リハの実際.
・地域の病院への再紹介の状況．サポート医，かかりつけ医との連携.
・重度の認知症患者の延命行為について．認知症患者と成年後見制度について.

【まとめ】
・会場までの移動が遠いのは敬遠される.
・開催日は土曜日開催を希望している.
・名簿があるとディスカッションが盛んになる.
・認知症疾患医療センターが一堂に会する唯一の会．センターの実働，課題を中心にした研修会であることがまずはプログラムの基本か.
・次に，取り上げてほしいテーマ，話題性のあるテーマを選択し参加できるプログラムを入れる.
・ご本人の声，家族の声もプログラムに.
・短い時間の中で集中して議論するために開催案内に，センターの概要や課題などを準備して持ち寄る方法はどうか.

第 4 回認知症疾患医療センター全国研修会

「認知症疾患医療センター現状と課題」

1. 主　催　　認知症疾患医療センター全国研修会群馬大会事務局内田病院　群馬県

2. 後　援　　群馬県医師会　群馬県病院協会

3. 開催日　　2016（H28）年 11 月 20 日（日）10：00～16：00

4. 会　場　　群馬県前橋市　群馬県社会福祉総合センター

5. 参加数　　183 名

6. 参加費　　4,000 円　懇親会費 3,000 円

7. プログラム

ミニ講演「前橋市初期集中支援チームの取り組み」10：10～10：25
認知症介護研究・研修東京センター　センター長　山口晴保氏

午前の部　シンポジウム　群馬県認知症疾患医療センターの取り組み　10：25～12：00（各 20 分）

1）多職種連携の成功ケース「群馬県ささえあい手帳について」
篠塚病院　神経内科　相原優子氏

2）見守りネットワークに関するケース
「沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク」
内田病院　理事長　田中志子氏

3）ＢＰＳＤに力を入れているケース「地域の精神科におけるＢＰＳＤの現状と調査
西毛病院　副院長　センター長　高木博敬氏

4）「中核型の認知症疾患医療センターの役割」
群馬大学医学部附属病院　認知症疾患医療センター　副センター長　池田将樹氏

昼食休憩 12：00～13：10

午後の部　グループディスカッション 13：10～14：40

1）多職種連携について「失敗ケースから学ぶ多職種連携の重要性」

2）見守りネットワークについて
「地域を支える優しいネットワーク～ＳＯＳネットワーク」

3）ＢＰＳＤの対応について「それぞれ地域の特徴」

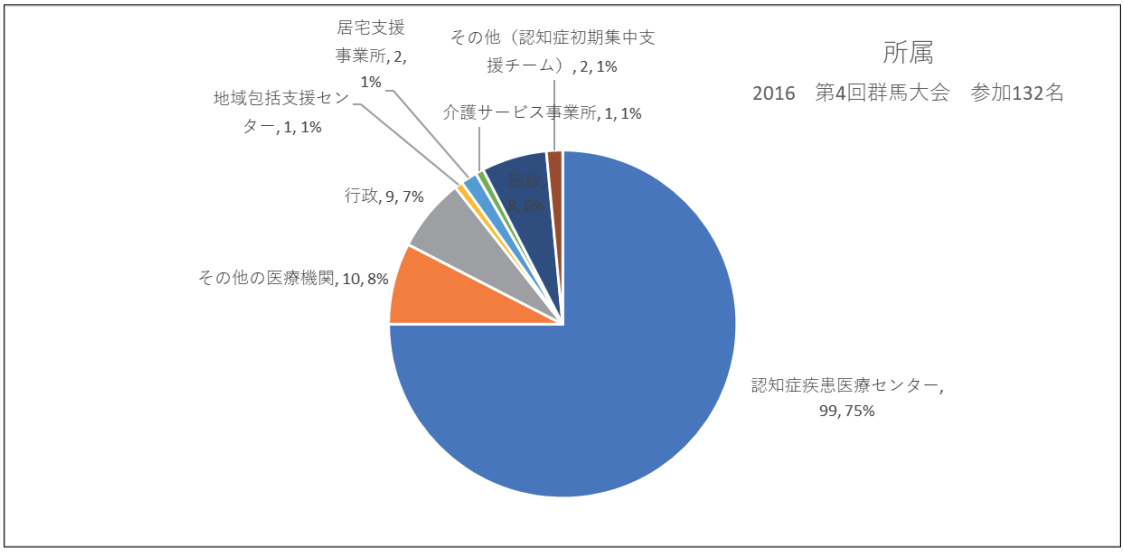
4）認知症初期集中支援チームについて

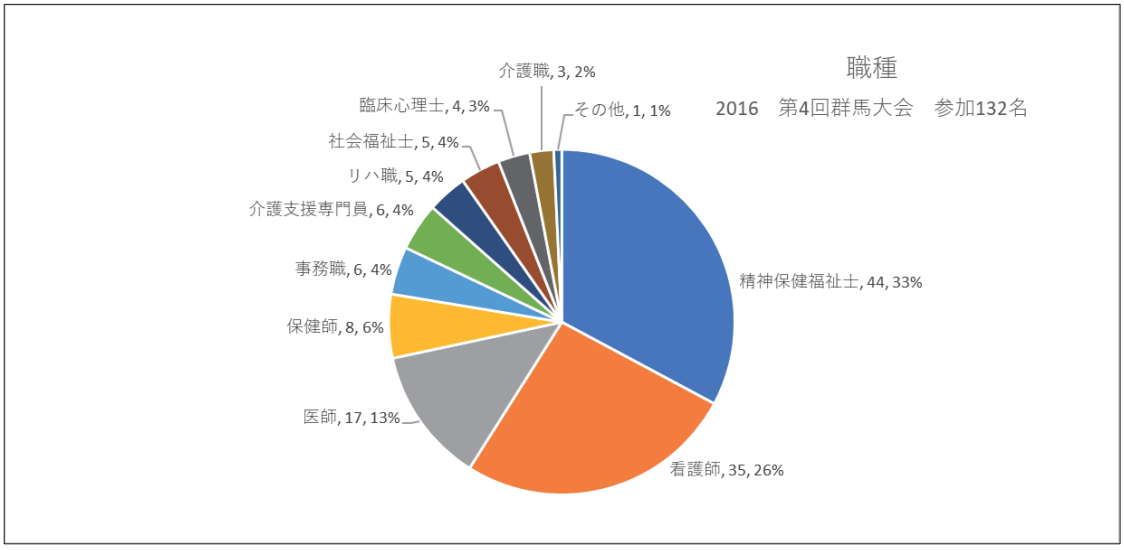
「認知症疾患医療センターと取初期集中支援チームの関わり」

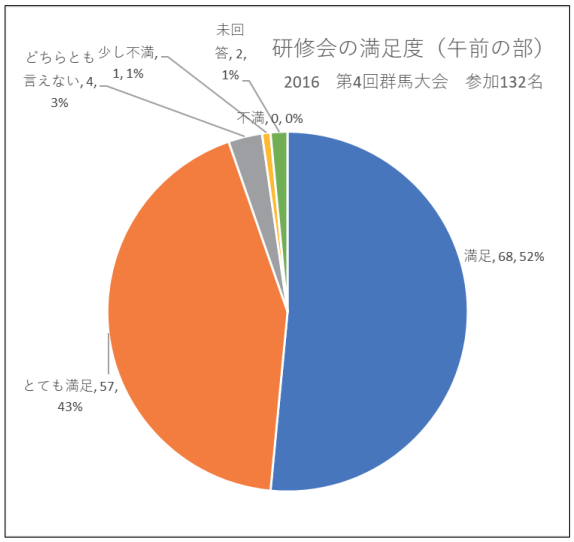
発表・総括 15：10～16：00

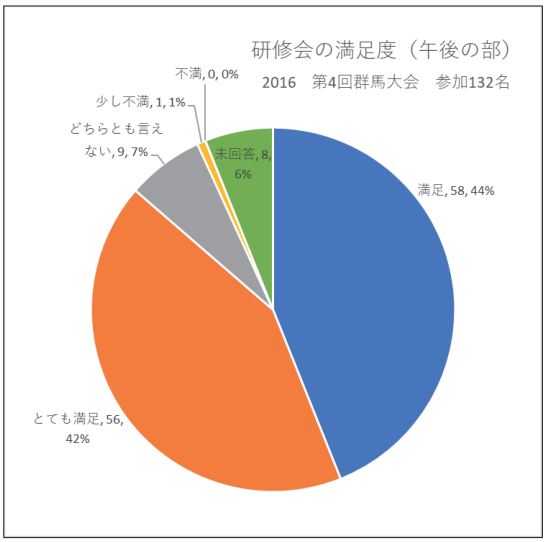
懇親会 16：30

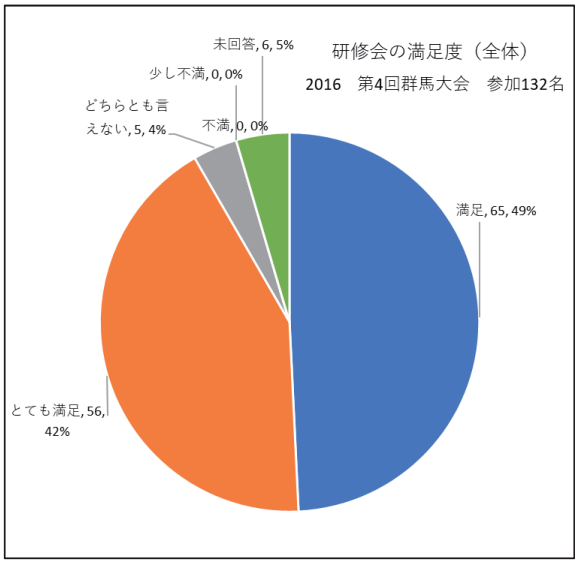
第 4 回群馬大会アンケート

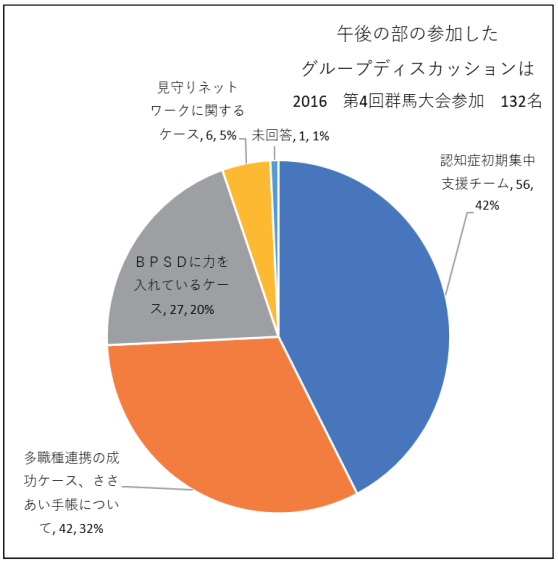












【運営に関する感想】

・会場せまい.

・会場寒い.

・スライド見づらい.

・役員の献身的な働きかけ.

・県内センター共同で，県をあげてつくっているのが伝わった.

・駅から道案内立っていて助かった.

・ちょうどよい時間配分.　　（10：00～16：00）

・座席表ほしい．挨拶などしたかったので.

・学会ではなくこの形で続けてください.

・スタッフさんのすばらしさ（準備の労力・きめ細やかな対応）に参加してよかった.（複数回答あり）

・土曜日開催のほうが，業務の影響少なく，また研修時間を確保できるのではないか.

【研修について】
・センターとして同じ立場で話ができてよかった.
・多職種と交流できてよかった.（複数回答あり）
・他県の体制や取り組みが勉強になる.（アイデア，地域格差）（複数回答あり）
・センターの立ち上げ，運営について聞きたい.
・具体的な認知症の方を支援する特色ある実践を聞きたい.
・ささえあい手帳のサンプルが会場にあれば手に取ってみたかった.
・グループディスカッションの時間はまだあってもよい.（13：10～14：40～90 分）（複数回答あり）
・グループディスカッションのテーマもう少し絞って議論を深めたいので.（複数回答あり）
・初期集中支援チームの取り組み事例について感想.
・グループディスカッションの事前に内容わかるとさらに活発なディスカッションできたのでは.（初期集中支援チーム・ＢＰＳＤの事例）

【取り上げてほしいテーマ】
・若年認知症への取り組み.（ネットワーク構築事例・ピアサポーター・諸外国の取り組み・就労支援）（複数回答あり）
・初期集中支援チームの現状と課題.（立ち上げの様子・他機関連携等，複数回答あり）
・自動車運転のやめさせ方教えてほしい.（診断書，告知，代替交通手段，生活支援）（複数回答あり）
・多職種連携.
・精神科病院と一般病院の連携.
・精神科病院における地域連携の方法や患者のフォロー等について知りたい.（一般病院の認知症疾患医療センター）
・地方の交通事情に考慮した運転免許返納について.
・受診につながらない困難ケース．初期集中支援チームでかかわった事例紹介等.
・ＢＰＳＤの対応について.
・開催県の取り組みを紹介するのは続けてほしい.
・精神科，神経内科，その他の科に微細な違い，データの違い気になった．これがわかるテーマが良いと思う.
・学生含め若いスタッフへの教育の場がほしい.
・認知症の人の医療同意について.（侵襲性の高い医療行為，人工栄養，終末期の処遇）
・各地の状況をプログラムに入れてほしい.
・機関・職種別グループワーク．細分化してＧＷ.

・本人の思い，声を聞く．
・認知症疾患医療センターの要綱以外に発展してきたセンターの取みなど紹介してほしい．
・重度認知症の終末期の状況をセンターとして取り組み．
・ＢＰＳＤでは家族や介護職の保護が優先させるべき．それに対する取り組み．
・かかりつけ医との連携について．医師として今できることをテーマにあげていただきたい．
・診断後のメンタルサポートについて．（診断後支援）
・認知症リハビリについて．
・長期入院患者の退院支援について．
・軽度の認知症の方への支援．

【アンケートまとめ】
・多職種とのディスカッションを望んでいる．
・グループディスカッションのテーマ設定の仕方や時間帯に配慮が必要．
（あまり多くのテーマがあっても処理できない．時間が短い：今回 90 分間）．
・全国の様々な特徴ある実践を聞きたい．
・地元の特色ある実践を聞きたい．
・その時々の話題を取り上げていくことが重要（初期集中支援チーム・運転免許返納）．

第 5 回認知症疾患医療センター全国研修会

「地域づくりにおける認知症疾患医療センターの果たす役割」

1. 主　催　　認知症疾患医療センター全国研修会福島大会実行委員会

2. 共　催　　福島県

3. 後　援　　福島県医師会ほか

4. 開催日　　2017（H29）年 11 月 12 日（日）10：00〜16：00

5. 会　場　　群馬県郡山市　星総合病院　メグレズホール

6. 参加数　　287 名（配布名簿から算出）

7. 参加費　　3,000 円　懇親会費 1,500 円

8. 　プログラム

講演　10：20〜10：45

「認知症疾患医療センターの役割と意義〜センター診療 20 年間の経験から〜」

福島県立医科大学会津医療センター　教授　川勝　忍　先生

グループディスカッション　10：45〜12：00

事例をもとに意見交換　1 グループ 8〜9 名程度．多職種で構成

昼食（交流タイム）　12：00〜13：00

グループディスカッション発表・まとめ　13：00〜13：40

講評　舞子浜病院　名誉院長　田子久夫先生

シンポジウム「地域づくりと認知症施策」13：40〜15：45

司会　舞子浜病院　名誉院長　田子久夫先生

シンポジスト

東京都健康長寿医療センター　研究部長　粟田主一先生

福島県立医科大学医学部　災害こころの医学講座　主任教授　前田正治先生

あずま通りクリニック院長　小林直人先生

竹田総合病院　認知症疾患医療センター長　橘高　一先生

福島県認知症グループホーム協議会会長　森　重勝先生

研修会の総括

福島県立医科大学医学部　公衆衛生学講座　教授　安村誠司先生

懇親会　16：30

※アンケートにつきましては主催者様からご提供いただいておりません．

第 6 回認知症疾患医療センター全国研修会

「認知症疾患医療センターが認知症の人と家族と地域につながる」

1. 主　催　第 6 回認知症疾患医療センター全国研修会滋賀県大会実行委員会

2. 共　催　滋賀県

3. 開催日　2019（H30）年 11 月 3 日（土）9：45～16：50

4. 会　場　コラボしが 21　3 階大会議室

5. 参加数　248 名

6. 参加費　3,000 円 懇親会費 5,000 円

7. プログラム

第一部　「認知症疾患医療センターのこれまでとこれから～滋賀県からの発信～」

滋賀県内認知症疾患医療センター

瀬田川病院　琵琶湖病院　水口病院　豊郷病院　滋賀八幡病院　セフィロト病院　近江温泉病院　藤本クリニック（順不同）　9：50～12：00

休憩　12：00～13：00

第二部　13：00～16：40

特別講演 1 「認知症研究の展望 ～治療薬開発研究の動向も含めて」

日本認知症学会理事長　秋山治彦　先生

特別講演 2 「連携型認知症疾患医療センターが街とつながる

～診療から，小山のおうち，そして交流塾まで～」

エスポワール出雲クリニック　高橋幸男　先生

特別講演 3 「精神科医が運営する連携型認知症疾患医療センターがはたすべき役割とは ～本気の予防と内科かかりつけ医との連携～」

あしかりクリニック　芦刈伊世子　先生

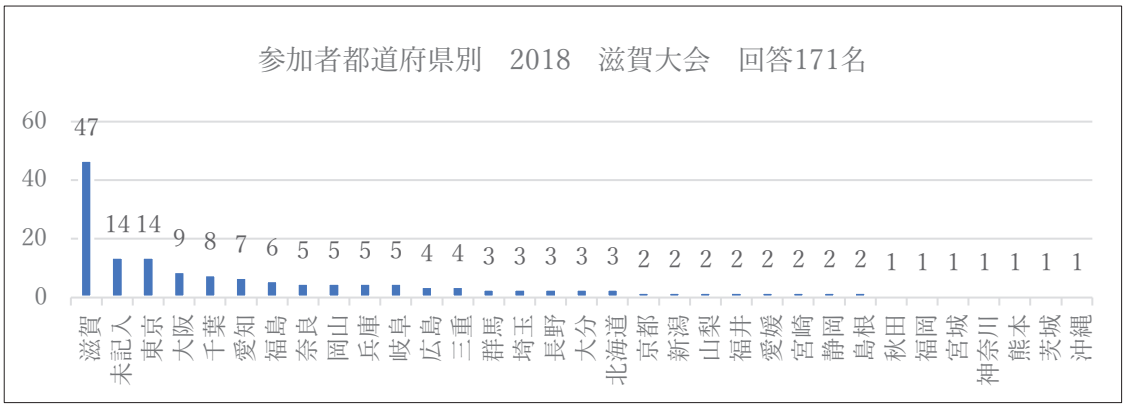
特別講演 4 「連携型認知症疾患医療センターが認知症の人を丸ごと支える

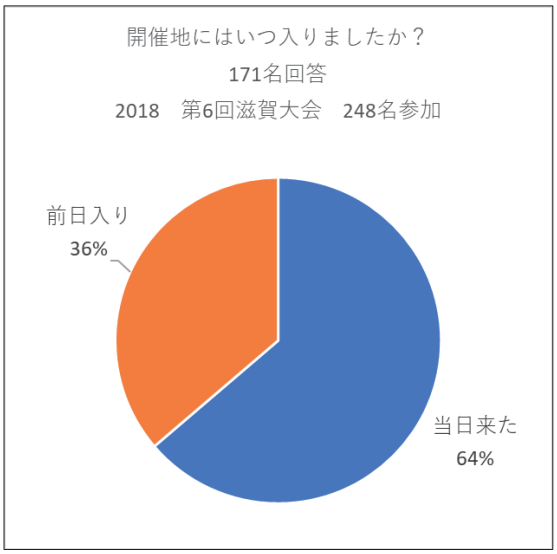
～診断・治療から，看取りまで～」

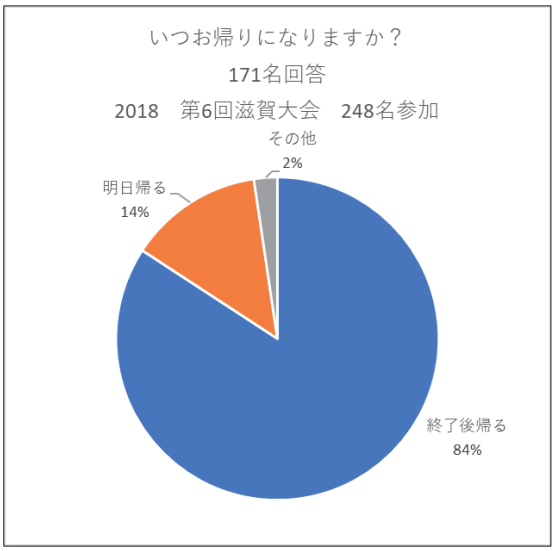
オレンジほっとクリニック　平原智佐斗司　先生

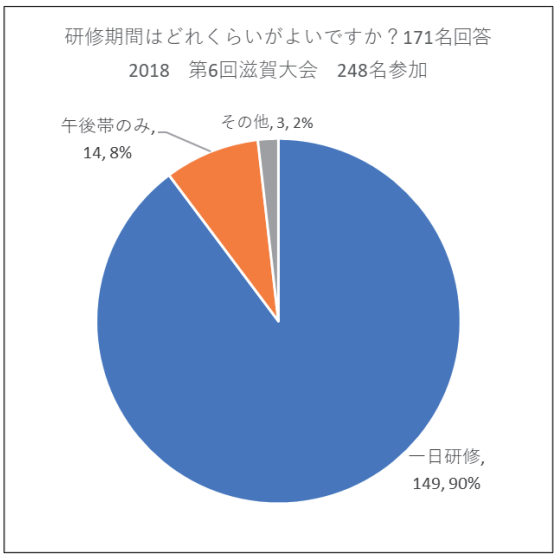
懇親会　17：30～

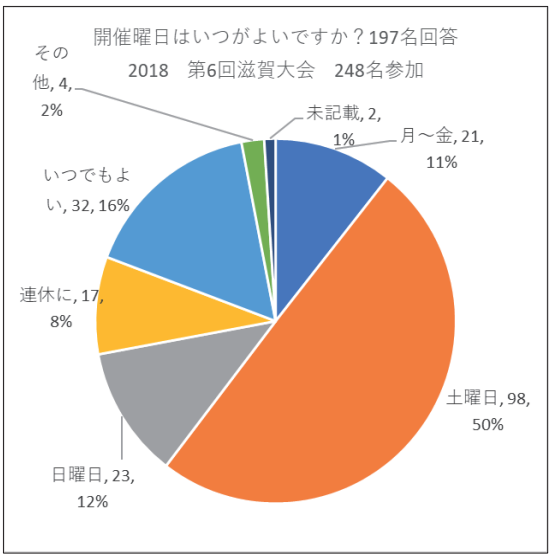
第６回滋賀大会アンケート（法人事務局アンケート）

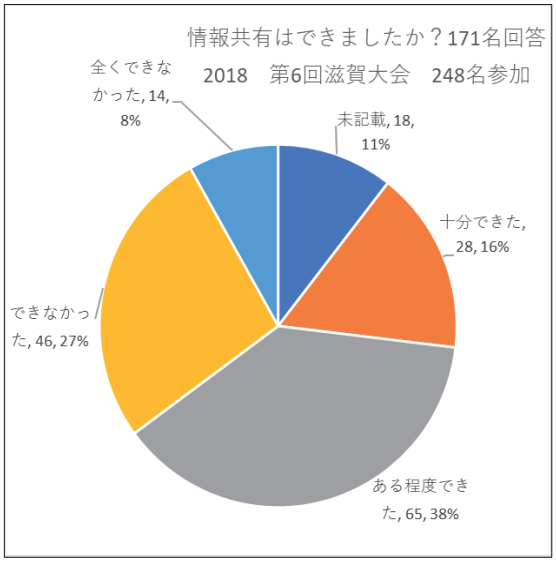












【運営に関する感想】

・情報共有できずグループワークがあれば．小部屋に分かれて互いの業務が聞ける場があれば．交流の機会があれば．（7 名）

・演者の資料がほしい．冊子もいいですが，あまり詳しくないので残念です．特別講演の資料がほしい．（6 名）

・スマホのシャター音がうるさかった．演者の先生にも不快だったと思います．事前にアナウンスがあってもいい．（4 名）

・会場が寒かった．（2 名）

・スライドの幅がずれており見づらかった．画面が見づらかった．（3 名）

・全員机があるほうがよい．前が開いていたので誘導があればよかった．

・会場が狭く室内の移動が困難．

・会場のトイレにせっけん，ペーパーがありません．

・弁当にお茶もついていれば．

・アンケートはシンプルで良い．選択項目がうまくマッチしている．

・時間が少し長い気がします．

・情報量が多すぎて十分吸収できなかった．

・一方的な研修でわかりにくいことがありました．

・午前，午後だとハードなので，二日に分けたプログラムを増やす．

・距離にもよりますが，開催は週末がありがたい．祝日は移動が混み合い大変でした．

【研修について】

・貴重な研修をありがとうございました．とてもステキな会でした．大変有意義でした．大変充実していました．（9 名）

・改めて滋賀県のセンターの（他センターの）取り組みを知ることができ良かった．セン

ターの役割が認識できた．(9 名)
・他のセンターの取り組みを聞きよかった．当センターの課題が明確になった．(5 名)
・今後の業務に活かしていきたい．レポートにまとめて勤務先で配布したい．(3 名)
・高橋先生のお考えに感銘を受けた．おやまのおうちの高橋先生がよかったです．おごっている自分に気づいた．(3 名)
・地元で共有したいです．
・初めて滋賀県に来ましたがとても良いところでした．また来たいです．
・認知症疾患医療センターでの事例検討会や研修会のテーマについてヒントをいただいた．しっかりと取り組みたい．
・当センターも家族ぐるみで理解していただくため，診断後に説明に力を入れています．一件一時間程度．
・スピードアップが最大の課題である．本人家族介護者が本当に困った時にまだまだタイムリーな救援ができないのに驚く．
・平原先生の話が非常にわかりやすかったです．
・うまくいったことでなく困難例やうまくいなかなったこと，どのように対応したか聞きたい．
・職種ごとにどういった役割ができるか具体的に聞いてみたいと思いました．心理士ですが何ができるのか日々悩んでいる．
・滋賀県各センター同士の連携がどうなっているか聞きたかったです．
・病院も診療所も手を組めたらいいですね．
・AM は現場の課題をまだ聞きたかった．PM では多様な情報が得られました．企画～発表，運営まで本当にお疲れ様でした．

【取り上げてほしいテーマ】
・医療側から見た地域や介護の（特に CM)との連携上の課題について
・かかりつけ医からの報告．若年認知症にかかわる内容．若年認知症受診啓発や受診後の対応．
・認知症医療の最新情報を学会の先生からご講演賜りたい．
・今回のように他のセンターの活動を知りたいです．

【まとめ】
・開催地に近い方は，情報共有はできたという回答が多い．
・本州で開催する場合，交通の手段は当日移動がかなり広範囲に可能．
・本州開催地であれば，午後帯のみ研修を要望する方が一定程度いる．
・遠方から来る方ほど，情報共有の場を求めている傾向にある．
・地元の実践と全国の実践を聞きたいという要望がある．

・開催日は土曜日開催の希望が 50％と多い.
・開催地に近い方ほど，日曜日開催でもよいという傾向である.
・開催地に近い方ほど，平日開催でもよいという傾向である.
・本研修会でGWなどの情報共有，意見交換の場がなかったため，アンケートの「情報共有はできたか？」の問いには，受け取り方に格差があると考えられる.

【全体まとめ】

開催された 6 大会のうち 5 大会の研修会について，プログラムとアンケートを基に研修の内容，方法，環境，参加者の意見，要望等をまとめた．

これまで 6 大会の参加人数の合計は 1,286 名となり，アンケートの回収数は，710 名であった．

熊本，北海道，千葉，群馬大会のアンケートから以下の類似した設問（「大変役に立った」「ある程度役に立った」「とても満足」「満足」）に対する回答の平均は 92.4%であった．また，「ふつう」「役に立たなかった」「どちらとも言えない」「不満」と回答した方の平均は 7.5%だった．研修会の満足度は高いことがうかがえる．

具体的には，「他センターの取り組みを知ることができ良かった．センターの役割が認識でき，当センターの課題が明確になった」「同じ県内同士でも交流がないことがわかり，センター同士の連携の必要性を理解した」「全国各地の取り組みから，ユニークな取り組みが紹介され参考ににになった」「グループディスカッションでは，各センターの現状や同じような課題も共有できた」などの複数の感想があった．

一方，「テーマが漠然としており，テーマを絞り統一したテーマの下で具体的な議論が出来るようにすべき」「グループディスカッションのテーマ設定や時間帯に配慮が必要．あまり多くのテーマがあっても処理できないし，90 分間程度では短い」．グループディスカッションが設定されていないプログラムでは「情報量が多すぎて十分吸収できなかった」「一方的な研修だった」との意見があった．

また研修会の環境や運営に対する意見として，会場の広さ，スライドの見やすさ，ディスカッション会場の場合の話が聞き取れる会場設定，室温の管理，会場までの移動の負担等について複数の意見があり，これまで一日研修であったため，短い時間内で実のある研修を期待していることから，より集中できる研修環境を求めているのだと考える．

以上のことから研修会運営マニュアルを作成した．

≪研修会運営マニュアル≫（案）

これは，一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会が主催する研修に関する事項を定め，参加者が研修目的を理解し，相互の情報共有や認知症ケアや医療の質の向上発展と自己研鑽，さらには認知症医療の地域格差の解消と地域発展に寄与することを目的として作成する．

① 開催頻度は年に１回とし，開催日は，午前，午後の一日研修がよい．可能であれば土曜日開催が望ましい．

② 対象者は，全国の認知症疾患医療センター職員並びにそれに関わる関係者．開催地においては，地域包括支援センター等の関係者．

③ プログラムは，以下の内容を検討し設定する．

・専門医による診断，治療に関する最新情報に関するプログラム．
・行政からの認知症関連の制度，取り組み状況等に関するプログラム．
・開催地域の特色ある活動や実践等を紹介するプログラム．
・全国の特徴あるセンターからの取り組み
・参加型プログラム．（グループディスカッション等）
・本人や家族など当事者からの体験発表
・短い時間の中で集中して議論するため，センターの課題や職種の悩みなどを事前に準備して持ち寄る方法はどうか．

④ 研修会の企画準備について，開催地の研修準備組織と一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会が状況に応じて協議する．

⑤ 講師派遣について，一般社団法人日本認知症学会並びに公益財団法人日本老年精神医学会と連携する．

⑥ 研修環境について，会場までの移動方法の負担をなるべく軽減できるよう配慮し，会場については，参加型プログラムとしてグループディスカッション会場を設定できる環境とグループごとの名簿を作っていただきたい．

⑦ 研修会終了後，懇親会（意見交換会）も設定していただき，さらに交流を深める環境をお願いしたい．

⑧ 大会開催費用の収支報告書を，一般社団法人　全国認知症疾患医療センター研修会事務局を提出していただく．

⑨ 開催にあたっては，一般民間企業（製薬会社等）から寄付は受付けないものとする．

【おわりに】

今回のマニュアル作成にあたり，大会運営をされた各センターにお願いしアンケートをいただいた．ご協力いただいた各センターに改めて御礼申し上げる．

また，会場で配布された 6 大会分の抄録を見返しながらこの作業から見えてきたこと，参加者がもっている課題，悩みは第 1 回熊本大会から今も同じであり，認知症疾患医療センターが増える中で，それはむしろ大会ごとに増えている印象をもった．

第 1 回熊本大会を主催した池田学先生が当時まとめられた第 1 回，第 2 回認知症疾患医療センター全国研修会報告書において書かれていたご挨拶文に「全国のセンター職員が一堂に会して活動内容を報告したり，互いの課題や悩みを相談したりする機会がないことや隣県や同じ都道府県内のセンターの取り組みさえも互いに知らないことすらある」．これは，研修会開催の契機となった原点であり同時に悩ましい問題でもあったと思う．

同じ目的をもって業務に向かう各センター職員にしか分かり合えない課題や悩みを共有できる唯一の研修会として，今後も継続開催してほしい．そしてここで得られたことが，各センターの業務に反映され，さらに地域全体の認知症に関する体制づくりに寄与できることを期待する．

5. 検討委員会議事録（全 3 回）

令和元年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）
認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

第 1 回検討委員会
議事録

日時：2019 年 8 月 22 日（木）18 時 00 分～20 時 15 分
場所：東京八重洲ホール 901

栗田　まだ江澤先生と藤本先生がいらっしゃっていませんけど，藤本先生はちょっと遅れていらっしゃるということですので，早速，令和元年度の老健事業，認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業の第 1 回検討委員会を始めさせていただきたいと思います．

皆さん，お忙しいところを，また，遠くからお集まりいただきまして，まことにありがとうございます．自己紹介することもないですけど，この事業の委員長を務めさせていただいています，東京都健康長寿医療センターの栗田でございます．

最初に資料の確認をさせていただきたいと思います．では，事務局からお願いします．

枝広　事務局，枝広より資料の確認をさせていただきます．

まず，お手元の資料の 1 枚目が，第 1 回検討委員会の次第です．その次に委員の名簿がございます．資料 1 は横版で 2 点ホチキスどめのもので，事業の概要，栗田のものです．資料 2 は縦版のもので，事業実施計画書です．

参考資料 1 が認知症疾患医療センターの整備状況についての令和元年 5 月現在のもの，参考資料 2 は昨年度の報告書です．参考資料 3 は，平成 28 年度の別冊の「認知症疾患医療センター事業評価に向けて」というタイトルの青い冊子です．参考資料 4 が認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱，参考資料 5 は，黄色い表紙の，平成 27 年度都道府県・指定都市対象調査の概要の報告書の抜粋版です．

それから，参考資料 6-1 と 6-2 が砂川市立病院の内海先生の提供資料ですが，（6-1 は）認知症疾患医療センターにおける連携協議会に関する調査報告の報告内容，6-2 がアンケートの項目になっています．参考資料 7 は，ファイルに入っていますけれども，藤本先生提供資料です. 追加で, その後ろにございますのが渕野先生の提供資料になっております．

過不足等がございましたら，適宜，お声がけいただけたらと思います．

それでは栗田先生，お願いします．

栗田　議事に入る前に，厚生労働省から清水さんに来ていただいたので，最初にご挨拶をいただければと思います．

清水　厚労省認知症（施策推進）室の清水です．私が一番最初に挨拶をさせていただくのはあれなんですけれども．

今回の老健事業については，毎年度，栗田先生にお願いしてずっと続いているものではあるんですけれども，今年度は私たちとしてはかなり重要視している老健事業でして．というのも, 既にご存じのとおり, 6 月 18 日に認知症施策推進大綱が取りまとめられまして, 今年度後半からというか，6 月 18 日以降，それに基づく施策ということで，疾患医療センター以外も進めているところです．

実際，疾患医療センターそのものだけを考えると，新オレンジプランをそのまま踏襲していますので書きぶりとか目標値とかも何も変えておらず，特に疾患センターだけがどうということはありませんが，今，認知症施策が国全体で注目されてきていて，厚労省だけではなくてほかの省庁も巻き込んで内閣官房を事務局としてやっているものなので，いろ

んなところで認知症施策の追い風が来ているというか，そういうところで予算とかもとりやすくなっている時期です．ですから，いろんなところできちっとデータをもとにした成果を出していって，いろんな事業に反映したり，報酬だったりに反映させていきたいなと思っているところです．

今回，設置目標数は，変わらず，2020 年度までに 500 カ所，二次医療圏に 1 カ所以上というのは据え置いたところではありますけれども，大綱自体は 2025 年までのものですので，では 2020 を越えたらではどうするのかという，その後のことは早めに打ち出していかないと実際に現場も困ってしまいますので，今それを急いで検討しなきゃいけない時期になっています．

後で粟田先生からお話があると思いますが，今年度のこの老健事業の実施内容については既に計画書を出してもらった段階ではありますけれども，今この場で，もう一つ大きなミッションをお願いしたいと思っています．実際に何か新しい調査をとかそういうことではないですけれども．

去年の老健事業で，基幹型の役割とか人材育成とか質の管理，PDCA を回すとかの提言を出していただきました．その辺をせっかく出していただいているので，今この追い風が出ているタイミングで，参考資料 4 として配っていただいている疾患医療センターの実施要綱，これはずっと変えていないので，少し検討して，変えようと思っています．これを勝手に変えても予算が追いつかないとどうしようもないので，2021 年度の予算要求に間に合うように変えたい，そのためには，これをどういうふうにどこをどう変えるかをこの今年度の老健事業で示していただきたい，提言の一歩先に進んでいただきたいということです．

去年の報告書を読めば，先生たちがどの辺に問題意識を持っていて，ここが現場とちょっとそぐわないとかいうところについては細かく見ればわかりますけれども，実際にこの要綱と照らし合わせてどうなのかというところを突き詰めていただきたいなと思っています．

主な柱としては，実際に今，基幹型，地域型，連携型の三類型になっていますけれども，それがこのままでいいのか，基幹型が全然ふえていない現状とかも踏まえて 3 類型がどうかというところと，類型ごとの設置要件と事業内容が今は一個ずつ定められていますけれども，それが現場の実情と合っているのか，要綱上どのようにするのがいいのかというところです．昨年度の提言にも出ていた人材育成とか救急医療，空床確保とか，細かいところでは人員配置ですね，常勤とか専従，専任とかありますけれども，その辺も含めて議論をしていただきたいと思っています．

最終的に一番出してもらいたいのが，それらの議論を踏まえて，今，2020 年度の先の 500 カ所という設置数の目標はどうあるべきかということです．別に何百という数字を出していただくところまで行かなくても，この後どんどんふやすのがいいのか，全部で幾つじゃなくて類型ごとに幾つとかにするのかとか，その辺をちょっと議論していただければ

と思っています．予算要求はやはり目標数が一番大事なので，500 カ所のままでしたらそんなにふえないと思いますが，こうこうこういう根拠で何カ所にしたいと言えば，そのように要求することになると思いますので，その辺を含めてちょっと議論をしていただきたいと思っています．

すみません，挨拶なのにめちゃめちゃ長くなってしまったんですが，参考資料 4 をちょっとだけ見てください．皆さんがもしかしたら認識されていないかもしれないなというところで，14 ページの上から 2 番目，事業内容の中の「（3）日常生活支援機能」があります．こちらについては平成 30 年度までの要綱にはなかったもので，平成 31 年度の要綱から追加されたものになっています．昨年度の老健事業とかでも少し話をずっとしていた，疾患医療センターと地域，主に地域包括との連携に関してとか，あとは，診断後のフォロー，診断後支援のところについての相談員の主に人件費の予算をつけるためにというか，これをやるために人をつけるんですけれども，それを新たに（3）ということで大きく追加しました．

もしかしたら，新しいので，ここの部分で人がつけられることを県の方もまだきちっと理解されていない方もいるかもしれないので，先生たちのところでも相談員の精神保健福祉士，保健師等をつけられるということについて認識していただいて，県の方と話をしていただければと思います．今年度はもう無理ですけれども，次からは．これは 2020 年度は変えない予定なので，これがあるということは認識いただければと思います．

あれこれお願いばかりしてしまったのですけれども，疾患センターについては認知症施策の中核であることは間違いないので，これまでずっと何年も続けてきてみんなで議論していただいたところをきちっと政策のほうに反映できるタイミングということで，今年度，大きい責務があると思って臨んでいただければと思います．すみません，長くなりましたが，よろしくお願いします．

粟田　ありがとうございます．

ということで，今年度の委員会は議論することが盛りだくさんです．

今回の事業の概要を説明する前に，今回初めてこの委員会に加わったメンバーがおりますので，簡単に自己紹介をさせていただきたいと思います．こちら側からぐるっと回るという形でお願いいたします．

私は，東京都健康長寿医療センター研究所の粟田です．どうぞよろしくお願いいたします．

では，櫻井先生から．

櫻井　国立長寿医療研究センターの櫻井でございます．よろしくお願いします．

内海　砂川市立病院の内海でございます．よろしくお願いいたします．

大竹　東京都の認知症対策担当課長の大竹でございます．よろしくお願いします．

青木　大阪市役所の福祉局で認知症施策担当課長をしております青木と申します．今回初めて参加させていただきました．中西先生のほうからしっかり聞いてこいということで

至上命令を受けておりますので，しっかり持って帰りたいと思います．よろしくお願いします．

渡部　宮城県長寿社会政策課の渡部と申します．私も今年度初めてなんですけれども，認知症の担当者として来ておりますので，よろしくお願いいたします．

旭　千葉県松戸から参りました，旭神経内科リハビリテーション病院の理事長の旭です．よろしくお願いします．

柏木　大阪府の堺市にある浅香山病院の柏木といいます．よろしくお願いいたします．

池田　大阪大学の精神科の池田と申します．日本老年精神医学会の理事長としての立場で多分呼んでいただいていると思います．よろしくお願いします．

谷向　愛媛大学の谷向と申します．どうぞよろしくお願いします．

渕野　精神科病院協会の常務理事をしております渕野でございます．よろしくお願いいたします．

粟田　ありがとうございました．

それでは早速，今年度の事業の概要について，私のほうから説明させていただきます．（以下，プロジェクター使用）

〔スライド１〕タイトルにありますように，ここ数年ずっとやっております，質の管理，それから地域連携のあり方に関する調査研究です．

〔スライド２〕最初のこのスライドは「認知症疾患医療センターの 30 年の歴史」ということで，復習です．この 30 年間，この道をたどった先生方が何人かいらっしゃるかと思いますが，これは参考にということで．

〔スライド３〕ということで 30 年の歴史があるわけですけれども，我々が今日（こんにち）直面している課題は，認知症疾患医療センターの質を担保するためにはいかなる政策的対応が必要なのかということではないかと思います．

幾つかの論点があるわけですが，一つは，現在の類型は適切なのか．あるいは，各類型の設置要件，事業内容は適切なのか．あるいは，センターの質を管理するために都道府県が果たすべき役割は何か．あるいは，地域偏在の問題をどのように解決していくか．今後のセンターの設置数はどうするか．こういったことが論点として挙がってくるのであろうと思います．

〔スライド４〕これまでの復習です．2015 年度以降，「認知症疾患医療センターの質の確保をめざして」ということで，2017 年以外は毎年，この委員会を行ってきたわけです．

〔スライド５〕2015 年度には，認知症疾患医療センターの実態に関する調査をしようと．2016 年度は，認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査をしようと．そして 2018 年度は，認知症疾患医療センターの効果的，効率的な機能や地域との連携に関する調査研究をやろうということで，今年度は，認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究を行うということです．

〔スライド６〕昨年度も少しご紹介しましたが，2015 年度は，実態調査の検討委員会を設置して，都道府県の実態調査とか先進事例集の作成をしたりして，今後のあり方について提言したわけです．

〔スライド７〕その中の代表的な調査の一つとしては，都道府県認知症疾患医療センター連携協議会が 47 都道府県のうち 6 割でしか開催されていなかったということです．あるいは，センターが一堂に会する情報交換会というようなものも，実施しているのは同じように６割程度だったということで，都道府県の事業の質の管理に関する意識は十分ではないのではないかというような議論をいたしました．

〔スライド８〕とはいえ，一生懸命やっている認知症疾患医療センターはございますので，都道府県の事業と一緒に，各認知症疾患医療センターについても先進事例集をつくらせていただきました．

〔スライド９〕さらに，この段階でも６つの提言をさせていただきました．これはまた後で出てきますので割愛させていただきますが，主なものとしては，基幹型の類型はこのままでいいのであろうかとか，連携型をどうやってふやしていくかとか．

〔スライド 10〕あるいは，都道府県の役割はしっかり明確化したほうがいいだろうとか，それから最後には，認知症疾患医療センターの偏在の問題を解決するために今後検討する必要があるのではないかと，そういった提言をいたしました．

〔スライド 11〕2016 年度は，この 2015 年度の提言のうち特に「都道府県は都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置して事業評価を行うとともに，認知症疾患医療センターの情報共有の場を設けることが重要である」を受けて，協議書を用いた全国調査をやりました．

〔スライド 12〕そして，この年度には，認知症疾患医療センターの機能評価の方法を，こういう手引書を使って各都道府県に知っていただくようなことを行いました．

〔スライド 13〕そして昨年度は，認知症疾患医療センターの事業の質の管理の方法論について，ここに挙げた七つの観点で議論をしていただきまして，六つの提言をいたしました．

今年度はこの提言をいかにして実現していくかということになりますので，昨年度の提言を一応読み上げておこうと思います．

〔スライド 14〕提言１は，「実施要綱では，設置基準において３類型（基幹型，地域型，連携型）を示し，基幹型には「身体合併症に対する救急医療機関」としての要件を求めている．しかし，認知症の人の身体合併症に対する救急医療は，今やすべての救急医療機関が実施している．基幹型に求められる要件は，都道府県・指定都市と連携した事業の質の管理（事業評価，人材育成等）に関わる機能とすべきである」．

〔スライド 15〕提言２では，「実施要綱では，都道府県の責務として，「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置することを求めている．しかし，その役割は「各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援」とされており，漠然としている．「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の役割は，認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価，PDCA サイクルの稼働等）と明示すべきある」．

〔スライド 16〕提言 3 では，「実施要綱では，認知症疾患医療センターにおいても，地域連携拠点機能として，「認知症疾患医療連携協議会」の設置・運営を求めている．しかし，その役割は漠然としており，実施内容はまちまちである．認知症疾患医療センターが開催する「認知症疾患医療連携協議会」についても，その役割は地域連携の推進と事業の質の管理と明示し，「都道府県認知症疾患医療連携協議会」との間で情報を相互共有できる体制を構築すべきである」．

〔スライド 17〕そして提言 4 では，「認知症疾患医療センターは毎年前年度の実績を所定の様式を用いて報告している．しかし，結果は公表されていない．毎年実施されている全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表するとともに，事業の質の向上に向けて PDCA サイクルを稼働させるための具体策を検討すべきである」．

〔スライド 18〕提言 5 では，「2013 年より全国レベルの認知症疾患医療センター研修会が都道府県持ち回りで行われている．こうした研修会は，現時点においても都道府県対象の国庫補助によって財政的に支援できる仕組みがある．しかし，そのことが都道府県に周知されていないこともあって，継続的実施は不安定な状況にある．全国レベルでの認知症疾患医療センター研修会を継続的に安定して実施できるようにするための具体策を講じる必要がある」．

〔スライド 19〕提言 6 では，「実施要綱では，医療相談室に精神保健福祉士または保健師等を配置し，地域包括支援センターとの連絡調整等，地域連携の推進機能を担うことを求めている．実際に，相談員は，受診前の支援のみならず，診断後においても情報提供や関係機関との連絡調整を含む多様な役割を担っている．認知症疾患医療センターの相談室機能（地域連携の推進，診断後支援等）の質を担保するための支援策を講じるべきである」．

この提言 6 については，先ほど，清水さんからお話しいただいたように，実施要綱上，日常生活支援というのが認知症疾患医療センターの業務の一つに入ってきまして，それに対する予算措置もとられてきたということで，これについては部分的に政策に少し反映されてきているのではないかと思います．

〔スライド 20〕では今年度は何をするかということで，今言ったようにこの六つの提言をいかにして政策レベルに落としていくかということで，今年度行う事業を六つ用意させていただきました．

一つは，「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書を集計・分析するためのワーキンググループを設置し，平成 30 年度分を集計・分析するとともに，平成 28・29 年度分（これは既に集計済みですが）と統合し，経年的変化を分析する」ということです．これはこの数年来，厚生労働省の協力を得てやっておりますが，今年度も，データの提供を受けて，私どもでワーキンググループを設置して分析させていただこうと思っています．

そしてその上で，「「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する検討委員会」を設置し，上記の実績報告書分析データを用いて事業評価を行い，PDCA サイクルを試行的に稼働させる」．これは，今後は都道府県の認知症疾患医療連携協議会で本

来やるべきだと思いますが，ここでも実際にデータを見ていただいて，ここで課題を明確にしながら，問題解決に向けた議論もできればと思います．

これは第 3 回委員会でやらせていただこうと思います．というのは，厚労省から実績データが私どものところに到達するのにちょっと時間がかかるというようなことがありまして，第 2 回委員会でもちょっと間に合わないかと思いますので，第 3 回委員会でやらせていただこうと思います．

実はこれについては，皆さんのお手元の資料 1 の最後のほうに「協議書兼実績報告書の集計・分析（抜粋）」をつけてありまして，抜粋なので全てではありませんが，ここに昨年度の実績評価の各項目についての集計・分析結果を一応出させていただきました．こういう形で，きちんとグラフにして目に見えるようにして見渡してみると，いろいろと考えさせられることがたくさんあることに気づかされます．こういったことを第 3 回の委員会でやれるようにしておこうと考えております．

〔スライド 21〕三番目が，「都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態を調査し，事業の質の管理という観点から，モデル事例を選定し可視化させる」ということです．これは，先ほどお話ししたように平成 27 年度に都道府県調査を行いまして，認知症疾患医療連携協議会があまり行われていないというようなこととか，当時どういうふうな連携協議会が行われていたかというデータがありますので，これと比較できるような調査をもう一回やろうかと考えております．

さらに，都道府県によっては，事業の質の管理に向けて都道府県認知症疾患医療連携協議会がきめ細かく行われているところもありますので，そういう都道府県を選定して，概要を紹介して，これを事例集に反映させるということを今年度やろうかと考えています．

さらに四番目には，「各認知症疾患医療センターで実施されている連携協議会についても，その実態を調査し，事業の質の管理と地域連携の推進という観点からモデル事例を選定して可視化させる」ということで，実はこれについては，昨年度，内海先生のほうで PSW 協会と共同で各認知症疾患医療センターの連携協議会の実態調査をされておりましたので，それを後ほど少し紹介させていただいて，その上でさらに今年度再調査する必要があるかどうか，検討させていただくというふうにしたいと思います．

これについても，都道府県あるいは各センターによってはかなりきめ細かい連携協議会をやっているところもあるので，モデル事例を選定して，概要を紹介するというようなことをやりたいと思います．

〔スライド 22〕五番目が，「公益社団法人日本精神保健福祉協会と連携し，認知症疾患医療センターの医療相談室で実施されている診断後支援・地域連携業務について，昨年度実施されたデータの質的分析を行うとともに」，実は昨年度のこの事業で自由回答のデータを収集しておりますので，これの質的分析を PSW 協会と一緒にやろうということです．これによって，「医療相談室における診断後支援・地域連携業務のモデル事例を可視化させ，診断後支援・地域連携業務の事例集を作成する」ということです．

これについてはもう進めておりますので，後ほど進捗状況を説明させていただきます．

六番目，これが最後ですが，「一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会と連携して，全国研修の運営と実績評価の方法論を検討し，運営マニュアルを作成する」ということです．

これについては，昨年来，この委員会の中でも紹介させていただいておりますが，内海先生がこの一般社団法人を立ち上げられまして，そこで現在，47都道府県持ち回り制で認知症疾患医療センター全国研修会を行っておりますので，これを今後安定的に継続できるように，運営の方法をきちんとマニュアル化しておく必要があると．さらに，国庫補助を受けてこの事業ができるということもありますので，この研修会の実績もちゃんと評価できるようにしておく必要があるだろうということで，このマニュアルを，今年度，この法人に委託してつくっていただこうと考えております．

〔スライド23〕ということで，この六つのことをやらせていただこうと思っていますが，それと同時に，これは大変細かい字で書かれたものですので，皆さんはお手元の資料で見ていただければと思いますが，先ほど清水さんからお話がありましたように，来年度，実施要綱改定に向けた予算要求が始まりますので，今年度中に実施要綱についてはきめ細かい議論をしておく必要があるであろうということで，本検討委員会での論点を５本ぐらい立てました．

現在の類型は適切なのかどうか，特に基幹型はどうするか．

それから，それと関連しますが，各類型の設置要件，事業内容は適切かどうか．これは，実施要綱を熟読した上で，個々のところを検討していきたいと考えております．この辺のところは，これまでの委員会でも議論してきた内容です．

さらに，事業の質の管理をするための都道府県が果たすべき具体的な役割は何かということで，都道府県の責務は「都道府県連携協議会＋事業評価」と一応書いてはあるのですが，この辺のことについても一応議論をしておこうと．

そして，これもずっとこれまで話し合ってきたことですが，地域偏在の問題をどのようにして解決するかと．特に認知症疾患医療センターの配置が難しい地域への対応はどうしていくか．これは都道府県の実情をご紹介いただければなと考えております．

最後に，今後のセンターの設置数はどうするかということです．2020年度までには500カ所ということになっていますが，実はこの500カ所という数字の根拠は，たしか2010年に私のほうで日本老年精神医学会の専門医の協力を得てアンケート調査をして，当時の高齢者人口と当時の有病率のデータに基づいて，65歳以上高齢者６万人に１カ所ぐらいの設置が，当時の老年精神医学会の専門医の中央値だったんです．ということで，高齢者人口６万人に１カ所ということは，当時は高齢者人口を3000万人と計算しておりましたので，500カ所だろうと．当時の有病率のデータを使うと，認知症高齢者は8000人に１件という数字になっていたと思いました．そんなことで，今や，高齢者人口も変わりましたし，そして有病率も上方修正されておりますので，また改めてこの委員会の中で検討する必要があるのではないかということです．

今日は第１回ですのであまり細かいところまで議論できなくてもいいかなとは思っていますが，こんな感じのことをこれから議論させていただきたいと考えております．

それに当たって，先ほどの今年度やることについて，少し追加の説明をさせていただきたいと思います．

まずは都道府県認知症疾患医療連携協議会の調査についてです．平成27年度にどういう調査をしたかというのを，うちの事務局のほうから簡単に説明しておこうと思います．では，枝広のほうから．お願いいたします．

枝広　参考資料5，黄色いものをごらんください．これが平成27年度の報告書の抜粋です．都道府県・指定都市を対象として，認知症疾患医療センター運営事業実施要綱にのっとって都道府県の認知症疾患医療連携協議会をどのようにしていますかという内容で調査した内容だけを抜粋してきました．

まず見ていただきたいのが，黄色い冊子の後ろから三枚目，233ページ，このときの調査票です．対象は47都道府県と20指定都市で計67です．

連携協議会を設置しているか．頻度，時間．参加者はどういうご所属ですかということをお願いしました．その次のページ，検討している内容．得られた効果．都道府県と指定都市の連携体制の構築をしているか．それから，認知症疾患医療センターの情報共有をしているか．どうやって情報共有しているか，実施頻度．活動状況を共有できるような取り組みがあるか．どのような方法でやっているか．あとは，事業評価の内容という形でこのときは調査をしました．最後のページは，事業評価に関して独自の様式があるか．活用方法をどうしているか．課題は何か．

こういうことを実施しました．ごらんになってわかるように，ほとんどが自由記載の形式になっていまして，別添資料で提出してくださいという形になったので，数字で回答できるものは円グラフになっていますけれども，報告書の内容は自由記載のまとめを載せています．

この黄色い冊子の一番最後のページの棒グラフは，参加職種に関して聞いているところです．別添資料の会議に参加したメンバーの表から，職種を取り出して分析したものです．これはn=28です．実施していると答えた当時の60%であるn=28のみの数になっています．これを追加表にいたしました．

栗田　ありがとうございました．

この調査は，実際に認知症疾患医療連携協議会が都道府県で行われているかどうかということだけじゃなくて，実際に連携協議会にはどういうメンバーが入っているかとか，どういうことが行われているのかとか，課題は何かとか，そういうことが聞ける調査になっております．

このときは自由回答による調査が多かったので分析が結構大変だったのですが，この自由回答を一回やっておりますので，実は今回はこれに基づいて選択肢がつくれる調査票が

できます．例えばどういうメンバーで構成されているかというのは，今回は選択肢にマルをつけてもらえればよいので，より簡便に都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態を調査できるのではないかと思いまして，これをやらせていただこうかと考えております．それを踏まえて，モデル事例を検討させていただこうと思っています．

それから次が，各認知症疾患医療センターの連携協議会の実態調査については内海先生の方で昨年度やっていただいておりますので，それについて簡単で構いませんのでご紹介いただければと思います．

内海　お手元の参考資料の 6-1 と 6-2 です．6-2 がアンケート票で，結果の報告としては 6-1 です．

今年の 1 月から 2 月にかけて全国 444 カ所に出して，回答機関が 57.2%ということで，連携担当者向けにこのアンケートを出させていただきました．

結果は，次の次のページ，2 枚目の左側のページの下で，「貴センター管内で連携協議会を開催していますか」というところにおいては，約 8 割が「開催している」，あるいは 15%が「他の組織等を読み替えて開催」ということで，「まだ開催していない」が 6%ありました．ほとんどが開催しているということですので，開催していないのは例えば新しくできたところなのかなとも思いますけれども．

開催の回数については，年 2 回あるいは年 1 回，それぞれ 40%弱ずつでした．

連携協議会の参加団体はどういうところが多いかというと，その下の棒グラフでありますように，一番多いのがやはり包括支援センター，市町村行政の方たち，そして医療機関，また，警察署とか社会福祉協議会，ここら辺も参加団体として結構入っていらっしゃいましたし，介護関連施設，そして医師会という形になります．中には，消防署が参加しているところもありました．

次のページに行きますと，協議内容です．やはり一番多いのが，センターの事業報告をして，そして各関連機関との情報共有，そして意見交換，要望の聞き取りです．連携協議会とともに事例検討会，研修会を一緒にしているところもやはりありました．

隣のページに行きますと，その得られた成果というところにおいては，やはりセンターと地域の医療機関との連携がよくなったというのが圧倒的に多うございました．

その下は（連携協議会運営の）課題です．これも選択肢ですけれども，一番困っていることは何ですかということで，「毎回同じ話題になっている」が一番課題であると答えたところが一番多い．あるいは，「何を協議してよいかわからなくなっている」．この二つはきっと同じことになるのかなと思いますが，協議会の内容をどうするかというところがやはりいつも困っているというか，どういうふうにするべきなのかという悩みを抱えていらっしゃるようです．

その次のページに行きまして，このとき，都道府県の連携協議会もありますかというアンケートもとらせていただきました．そうしたところ，連携担当者が答えているので，ひょっとしたら開いていても知らないという方がいらっしゃるかもしれないですけれども，

右のページの 47 都道府県別で見ますと，75%が開いていると．ですから，数年前のこの会の（調査結果の）6 割よりは少しふえているということです．

都道府県レベルの参加団体も，先ほどのお話しした市町村行政，そして医療機関，医師会，保健所，包括センター，そのほかさまざまな団体が参加団体に入られておりました．

都道府県レベルの協議内容も，先ほどと同じような，情報共有，事業報告，意見交換というところでした．

あと，自由記述もさまざまありましたけれども，結果として，自由記述を概観しますと，開いていてもいつもマンネリ化していて何を協議していいかわからない，そして，ほかのところはどんな協議会を開いているのかということを知りたいと．そういう意味では，各都道府県レベルの協議会をぜひ開いていただいて，そしてほかのセンターでの内容を知りたいということですので，やはり，都道府県レベルの一堂に会した連携協議会を必ず開催してほしいというのが要望に挙がっていたというふうに思っております．以上です．

粟田　ありがとうございました．

今回の事業では各認知症疾患医療センターの連携協議会のあり方についても一定の提言を出せるようにしておく必要があると思います．それに当たって，この調査は非常によくできているのでぜひ引用したいことがたくさんあるのですけれども，内海先生にお聞きしたいのは，今回の事業でもさらに追加して調査しておくことが何かあるのかどうかです．いかがでしょうか．

内海　概略，こういう形で自由記述も皆さんかなり書いてくださっているので，再度同じような調査で追加項目をしたとしてもあまり意味ないかなと．本当にこのとき，センターのアンケート調査が 2 カ月ぐらいの間にばらばらばらばら来て，またかまたかと連携担当者もかなり大変だったという実態もありますので．

どういうふうにこれからあるべきなのかの提言は，ここからできるのではないかと考えております．

粟田　わかりました．ありがとうございます．

それでは，この内容を少し深く吟味して，できたらこれを引用させていただきながら認知症疾患医療センターで行う連携協議会のあり方を提言するとともに，先進事例の情報収集をして，こういうふうな連携協議会が開催されているというモデルを幾つかのところから提示するというような形にさせていただければと思います．

次に，（今年度行う事業の）五番目ですけれども，現在，PSW 協会と連携して，昨年度行った認知症疾患医療センターの相談室で行われている診断後支援の内容についての実態把握をするための自由記述のデータを分析しているところです．それについて，いま皆さんのお手元にお配りした A4 の一枚物の資料に基づいて，私のほうからご報告させてもらいます．

今回の事業計画の 5 に沿って調査させていただいているのですけれども，「進捗状況」というところをごらんください．

2018年度の老健事業の中で実施した「認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査」，このデータは報告書にありますけれども，この自由記述による回答の文字データの質的分析を行うために，PSW 協会それから実は老年看護学会にもご協力いただいて，認知症疾患医療センターの診断後支援実態調査ワーキンググループを立ち上げまして，今年7月3日に第1回の作業部会を開きました．

この作業部会で協議したところ，PSW 協会と老年看護学会が共同して，以下のリサーチ・クエスチョン，調査の項目について担当者を決めて，各担当者が予備的な質的分析を行いまして，分析結果のレポートを作成してもらって，第2回以降のワーキンググループでこれに基づいて理論的飽和に達するように質的分析のディスカッションを始めて，その結果を第2回委員会ぐらいで報告できればと考えております．

リサーチ・クエスチョンは下に書いてありますが，一つは認知症疾患医療センターの相談員等による診断後支援として実施されているものということで，項目立てをして，「独居認知症高齢者等の診断後支援」「軽度認知障害（MCI）の人の診断後支援」「若年性認知症の人の診断後支援」「その他，認知症の人の診断後支援について特に留意していること」「認知症疾患医療センター相談室における，認知症の人やその家族への診断後支援（心理社会的サポート）についての考え」．それから二番目は，これはたしか旭先生からのご提案だったと思いますが，認知症疾患医療センターや相談室が直面している課題についてもこの際広く聞いておこうということでしたので，それの分析も今させていただいております．

最後の現在直面している課題について，予備的な質的分析をした結果を裏面に書かせていただいています．これは老年看護学会のメンバーにやってもらっているのですけれども，実に448のコードが抽出されまして，この448のコードを小カテゴリー，中カテゴリー，大カテゴリーに分類した結果です．ここに書いてあるような問題を，今，認知症疾患医療センターは課題として抱えているんだなというようなことです．非常にきめ細かい分析結果になっており，とても参考になります．ただ，これは予備的分析という結果でして，この後，これを題材に作業グループの中でディスカッションしながら，この課題についての枠組みをストーリーとしてつくり上げていこうと考えているところです．

それから最後に全国研修会のことですが，これについては先ほど言ったように内海先生のところにお願いしようと思います．現在の状況を，内海先生，一言で構いませんので．

内海　今年度は 11 月の最後の日曜日に岡山で開催をすることになっております．7回目です．そして，来年度は三重県，三重大学の冨本先生が開催してくださいまして，再来年度においては，敦賀温泉病院の玉井先生のところで開催するという，そこまでは決まっております．

昨年度の滋賀のときから，国庫補助と県からの補助金，そして認知症学会，老年精神学会，両学会からの支援をいただいてやっている次第です．

栗田　ありがとうございました．

ということで，この六つの事業を進めながら，先ほど申し上げたこの（スライド23「本検討委員会での論点：実施要綱改定に向けて」の）内容について，これからディスカッションを始めたいと思います．一つ一つ設定しているとちょっと大変ですので，ここからは全体について質疑応答をいただいてディスカッションに入っていくという流れにしたいと思います．

まず，先ほどの今年度の六つの事業の概要について確認しておきたいことなどがありましたら，ご質問をいただければと思いますが，何かございますでしょうか．――よろしいですか．では，これはまた後で，ディスカッションをしながら，思いついたら質問していただくということにしたいと思います．

では続きまして，いよいよ本題に入っていきたいと思います．この検討委員会では，実施要綱の改定に向けて，ここ（スライド23）に書いてある細々としたこと（を議論していきます）．

まずは，現在の三類型は適切なのかどうか．この委員会でかねてより議論していた，基幹型は廃止するのか残すのか，どうするのかと．基幹型を廃止して地域型の1カ所を質の管理を担うセンターに位置づけるという，そういう考え方もあるのかとか．

それから，各類型の設置要件，事業内容は適切なのかということ．

設置要件については，基幹型の要件が一つの重要なポイントです．都道府県行政と協働した圏域内のセンターの質の管理を担う類型と位置づけてよいのかと．これはずっと話していることですね．そして，基幹型の要件には救急医療として指定されている医療機関であることと空床確保という要件がありますが，この要件はもう取ってしまってよいのかどうかということです．ただ，この場合，では認知症の救急医療，特に身体合併症の救急医療はどうあるべきかということを一応ここでよく議論した上で削除するという，そういうプロセスが必要じゃないかと思いますので，その辺のところも皆さんにご意見いただければと思います．

それから，検査機器の確保の要件が設置要件にあるわけですが，これは基本的に連携して実施できる体制が確保されていればいいんじゃないかというような考え方もありますので，この辺についてもご議論いただきたい．

それから，人員要件は今のままで適切かどうかということもご議論いただきたい．特にこれは相談室のところだと思います．

それから，これも新しい話ですが，「要綱の要件を満たすとして都道府県知事等が指定したものについては，指定の際に国に届け出ることを条件に，補助申請なしでも指定を認めることとしてはどうか」と．現在は補助金なしで指定されることはありませんが，ただ実際には，例えば熊本県もそうでしたように，限られた予算を細かく配分して，少ない予算，補助金で指定したり，北海道もそれに近いようなことがあるんでしたっけね，そういうふうにして認知症疾患医療センターの数を確保するというふうなことをやってきました．ですので，場合によっては，補助は要らないけれども認知症疾患医療センターとして指定されるということもあり得るのかどうかと．一応，診療報酬上は認知症専門診断管理料がつ

きますが，そのようなインセンティブで指定ということもあり得るのかどうか．いろいろ課題もあるかと思いますが，そういうことも議論をしていただければと思います．

さらに，事業内容は適切かということで，今回の 31 年度の実施要綱で日常生活支援機能が追加されて，「専門的医療＋地域連携拠点機能＋日常生活支援機能」が共通の機能ということになったわけですけれども，この中で，地域連携拠点機能に含まれている連携協議会の役割をもうちょっと明確に記載する必要があるのではないかと．それから，地域連携拠点機能に含まれている人材育成・研修機能は，これまでどおり全てのセンターの役割・機能としていいかと．あるいはその場合でも，類型によって程度の差があるのではないかというようなことも一応議論しておいたほうがいいかなと．

そして，事業の質の管理をするために都道府県が果たすべき具体的な役割は何かということで，これも都道府県の責務のところでもう少し細かく書いたほうがいいのかと．

それから，地域偏在の問題，そして施設設置件数の問題です．

これについて，どこの切り口からでもいいのでご意見をいただこうかと思っています．ただ，それに当たって，事前に資料をいただいた先生方に資料の説明をしていただきながら，少しご意見をいただければと思います．

まず，救急医療の問題に関連して旭先生に資料を持ってきていただきましたので，ご紹介いただければと思います．

旭　私どもは，疾患センターの身体合併症と BPSD のせん妄状態になった人のサポートチームというのをつくりました．それでさらに，最近，在宅で初期集中支援チームをやっていましたら，隠れた救急を要するような人も在宅にある程度含まれているということが出てきました．私は 20 年前から認知症の人に対する往診はずっと長くやっていたんですけど，そういう人たちはとても単独ではできないということで，疾患センターができたと同時に，ドクターと PSW，ナース，訪問看護師，リハのスタッフ等を入れて，昨年から本格的なチームを組んで今やっています．

これ（配付した資料）は今年の老年医学会で抄録で発表した内容です．そういう方たちを見ていると，十分な救急的な対応がほとんどできないままに重度化して，中には命にかかわるような状態，途中で亡くなったとか急死したという例もありました．そういうのをやはり疾患医療センターとしてはやっていく必要があるんじゃないかということです．たまたま私どもがやってきたんですけど，今，千葉県の中では，県のモデル事業として提案して，来年度から数カ所の疾患センターで始めようと思っています．

私どものところではこういう方が今非常にふえてきておりますので，皆さん方のところでも，そういうことをやっていくのは非常に大変だろうと思いますけれども，やっぱり取り組む必要はあるかなと感じています．

栗田　ありがとうございます．

そうすると，認知症サポートチームというのを認知症疾患医療センターの中にチームとして配置して，そして一般病院とか，場合によっては精神科病院あるいは介護の施設，そういうところにアウトリーチをかけてサポートしていこうという，そういうようなことですか．

旭　はい，そうです．

栗田　こういうチームの配置をすることによって，例えば基幹型の救急要件については先生はどういうふうにお考えですか．

旭　本当はそのあたりを基幹型がもしやってくれるならば非常にいいかなとは思いますけど．千葉県の中でも，総合病院なんかであればある程度可能にはなりますけど，単独型だとなかなか非常に難しいということはあろうかと思います．

栗田　ありがとうございました．

ただいまの旭先生のご報告について，ご質問がある方はいらっしゃいますか．

では，先に，資料を持ってきていただいた先生方にご報告をいただきます．

渕野先生，今日は全国認知症疾患医療センター連絡協議会の資料をお持ちいただきましたので，この資料の紹介と，できたらこのテーマに沿って何かご意見をいただければと思います．

渕野　資料の提出がおくれましてすみません．ブルーの表紙のやつを，今日の朝，協会のほうから送らせました．中を見ていただくと，えらいカラフルですけれども．

この認知症疾患医療センター連絡協議会というのは，精神科病院協会としてはもう 15 年やっています．先ほど来の話で一般社団で立ち上げたという研修会とはちょっと違って，どうもまとめ役がずっといなかったということがありまして，精神科病院協会がそれにかわって，母体がみんな違いますけれども，一応皆さんに案内を出して，集まりませんかということから始まって，15 年過ぎてしまいました．

ここでは，研修というよりも，現状がどうあるのかというのをずっと 15 年間追ってきたわけです．内海先生もアンケートをいろいろしておられましたけれども，やはり回答率が 50%ぐらいあります．

めくってください．同じような内容の質問をしてみて，比較もしました．

440 施設あって，実は精神科病院協会がやっているセンターがそのうちの半数です．そろそろ逆転してきまして，精神科病院協会は最近あまり認可をもらわないで総合病院さんが認可をもらっていることが多いですから，その辺がふえてきたなという実感があります．

それから，80%以上は地域型というのは，わかると思います．

右の（ページの）4，5 とナンバーを振ってあるシートあたりを見ていただくとわかるのですが，センターに専門医はどのぐらいいるんだと聞いたところ，ほとんどが 1 人．90 施設は 1 人しかいない．あとは 2 人，3 人でして，中は外れ値で 15 人もいるようなところもありますけれども，これは地域型のいわゆる母体の違いによると思っております．

どこの先生が診てくれるんですかというと，地域型においては 7 割から 8 割は精神科の医者が診ているんだというふうな結果が返ってきておりました．

それから，今回，これをした理由が少しありまして，実は，治療可能な認知症を早期に

見つける．鑑別の MCI の時期からとかプレクリニカルからは確かに大事なことですが，いわゆる治療が可能な認知症を早く見つける，そして治療をすることによってよくしていこうということで，かなり早期に見つけるにはどのような検査が必要ですかとかいうふうなことを聞いております．これはとても大事なことだなと，僕は最近思っております．

それから，ナンバー11 のところには，一人当たり幾らぐらい払うんだなんていうのを聞いております．実は基幹型が思ったより高くなかったのにはびっくりしたんですが，よくよく考えてみれば，SPECT とか，お金のかかる PET なんかもするんでしょうけど，多分，初回のときにはしませんよね．予約を入れるぐらいなんだなと思いまして．でも，地域型を見たら 5000 円から 4 万円までの差がありますので，初診のときにそんなに取るのかなというふうに思ったりもしました．

それから，先ほど来出ている基幹型の話ですけれども，夜間・土日とか 365 日受け入れるかとナンバー13 のところに書いていますけど，施設基準ですから受け入れるという返答は当然 100%でしょうけれども，中身を見ますと，去年あたりは受けていないのもかなりありました．今年は回答したのが 9 施設ですけれども，三つぐらいは 0（件）と 1（件），あとは不明という回答でしたので，空床の問題とか救急の問題はあまり重要じゃないのかななんていうふうに思ったりもしました．

ナンバー16 には，主病名が認知症でどのぐらい入りますかという質問をしたところ，基幹型は月に 2.7 名ぐらいしか入りませんし，地域型においても 9.4 名ですから，認知症という主病名で入るのはそんなにないということがわかってきました．そうすると，認知症疾患医療センターというのは入院のことをあんまり気にするんではなくて，認知症施策推進大綱にもあったように，地域との連携とかそういうことにえらく重きが置いていかれるのかなというふうな印象を受けております．

あとは見ていただければよろしいかと思います．地域連携パスだとかいろいろなものも書いています．

ナンバー24 で，基幹型で最も期待される役割はとか，地域型が期待される役割はというのを聞きますと，必ずこういう感じで返答が起こってきております．だけど実際問題としては，身体合併で基幹型にそんなに入っていない．地域型においても，いわゆる BPSD だと言うけれども，そんなに多いものではない．

よく言われていたのは，700 万人いれば 1 割ぐらいが激しいのかななんていう話ですけど，それでも，今，精神科病院協会に認知症という病名で入っていらっしゃる患者さんが 7.7 万人います．10 年ぐらい前は 5.2 万人ぐらいでした．僕は一番最初に厚労省と話したときに，ふえますよ，5 万人が 10 年たてば多分 10 万人になりますよと言ったんだけど，そんなことでは国の政策としてよくないので，あんまりふやさない方向でということでオレンジプランあたりが多分出たんだとは思うけれども，現時点においても 7.7 万人ですから，やっぱり少しはふえている．BPSD のとても激しい人，あるいは改善しない人というのがやっぱりいらっしゃるのは事実だと思っております．以上です．

栗田　ありがとうございました．

皆さんのお手元の参考資料 4「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」を一枚めくった 10 ページと書いているところに，基幹型についての「身体合併症に対する救急医療機関としての要件」として三つの要件があります．一つは，救急・急性期医療機関として指定されているという要件．もう一つは，リエゾンチームというか医療相談室のチームがあって，そういうチームの活動と研修会が行われていること．それから 3 番目が，いわゆる空床確保．この三要件が基幹型の（救急医療機関としての）設置要件です．

そうすると，渕野先生，この三要件については，率直なところはどのように感じられますか．

渕野　僕は廃止の方向でよろしいのではないかなと．

ただ，センターの話をするときにいつも思うんですが，目的は何だったのかというのがとても変わってきておりまして，多分これは平成 20 年のときに新しく事業が再開されたときの要綱なんですね．平成元年のときの要綱は何型何型なんて全然ありませんから，平成 20 年のときにこの話が出たときのまま来ているんですね．それで，そのときは医療ということをメインにして，BPSD の激しい人と体の悪い人を何とか診ていこうということだったので，この要綱そのものが医療的な面のほうが強かったような印象を受けております．

それが，この 10 年の間に役割・機能がだんだん変わってきまして，入院というよりも，連携とか，地域で支える，そういう拠点がセンターだというふうに解釈が変わってきたような気がしますので，そこは確かにやりかえるべきだなと思っております．

栗田　ありがとうございます．

今の渕野先生の話は実は，資料 1 の表紙をあけたところに経緯がちょっと書いてあるんですが，認知症疾患医療センターの運営事業が再開したのは平成 20 年（2008 年）で，基幹型，地域型の類型がつくられたのはその 2 年後の 2010 年です．実は私もこの要件をつくるのに絡んでいるのでよくわかっていて，その私が廃止するというのもちょっと何か言いにくいところもあるんですけれども．渕野先生が今おっしゃったように，このころ，認知症疾患医療センターの身体合併症救急をどうするかということが非常に大きなテーマでした．それで，認知症疾患医療センターにそれが非常に期待されていたという経緯もございます．

ただ，確かに，センターに求められている機能はそこが中心なのかどうかというのは，今この時点でよくよく考えなきゃいかんことだろうなと私も思います．ありがとうございます．

基本的にここからは自由に討議していただこうと思います．

藤本先生，今いらっしゃられたので突然で申し訳ございませんが，ここまでの話を私が藤本先生にちょっとだけ説明させていただいた上で，ご発言いただきたいと思います．

今年度の事業概要に関するスライドの最後の話ですけれども，実は今年度の委員会の一

つの重要なミッションとしては，来年度に実施要綱の改定に向けて予算請求をするということで，今年度中に実施要綱改定に絡む細かな議論を一応しておかなきゃいかんということがあります．そこで今回，実施要綱に沿って，要点を非常に細かく書かせていただきました．

大きく分けると，主に五つにしてあります．三類型は適切なのかということが一つ．各類型の設置要件，事業内容がこれでいいのかということが一つ．かねてよりずっと議論されていたところですけれども，特に今言った基幹型の問題をどうするか．それから，事業の質の管理をするところ．あと，下から二つ目の地域偏在の問題は実施要綱には直接関係しませんが，一番下が，今後，設置数は 500 でよいのかと．この 5 点について議論できればと思っています．

藤本先生は今日は資料を事前にお送りいただいたので，その資料のご紹介とともに，その後は自由にご発言をいただければと思います．

藤本　一番上の資料で説明させていただきます．たまたま認知症学会の秋山先生から，専門医と認知症サポート医との違いが何だろうというのを出せる資料が何かないかと言われて，自分のところの 20 年間のまとめを最近したので，それをお出ししました．同時に，今年になってからですけれども幾つかの原稿の依頼があったものが診断後の支援というテーマがかなり多かったものですから，そっちの方向へ世の中は向いているのかなということもあったので，その辺のことも含めて，お出ししました．

診療所ということもあるんでしょうけど，皆さん方おっしゃるように，非常に軽度化しています．MMSE20 点以上といっても 60 数%．重症度の高い人もいますけど，そういう感じになっているんだなというのが一つ．

それから，20 年間で，スタッフたちの仕事がほとんどですけど，心理教育とか「もの忘れカフェ」とか「仕事の場」という診断後支援を行ってきました．もの忘れカフェはデイサービスですけど，それ以外はボランティアでやっているものです．そういうことをやってきたことが恐らく，診断して何かメリットがあるということが受診の早期化を促しているのかなと．行ったら何かいいよみたいな感じがあるのかなと思います．

それから，特に若年性認知症の方たちは，10 数年継続で通院の方たちが割と多い．20 数名ですけど，就労中にお会いをして，就労継続支援という会社とのやりとりで仕事が 2 年以上続けられる．その後，退職になっても「仕事の場」という内職仕事をするところで数年間過ごせる．それからその後，「もの忘れカフェ」という若年の人たちにある程度フォーカスを当てたデイサービス．それで普通につないでも 10 年以上，長い人は 10 数年という感じでそれなりに通院できるレベルでいるということで，恐らく，お薬だけじゃなくてそういう認知症ケアをベースにした支援が大事なのかなと思っています．

それから，それをベースに若年認知症の施策を平成 17 年から県と一緒にやってきたんですけども，かなり広がってきて，今，かかりつけ医が，40 企業 2000 人ぐらいの人を対象に若年認知症の企業研修をしているんですけど，かかりつけ医が協力してくれているということが起こっています．かかりつけ医の人たちに協力をもらうことはすごく大きくて，診療所型ですからスタッフがそんなに多くないので，地域の医療資源活用というのはすごく大事かなと思っています．

それから 4 ページ目，就労継続支援は，具体的にマニュアルをつくりながら，会社の人に来てもらって，メールとか電話とかのやりとりで支援をすると，2 年ぐらいは就労が継続できています．最近も，3 年ぐらい仕事が継続できて退職になってということが割と起こっています．もう一つ，この背景にあるのは，就業継続支援なんです．お父さんが収入をちゃんと確保できますから，お子さんたちが学校へ行って就職することができるという．大体ほとんど，高校，大学を出て就職していますので．実は親の就労はお子さんの就業に絡むということで，そこも大事な視点かなと思っています．

あと，若年も含めての研修は，今，かかりつけ医がやってくださっています．今日，出る直前に民生委員 30 名の人にお話をして出てきたのですけど，民生委員とか自治会長とか，そういう人たちが地域で割と中心になって支えておられます．

それから，診断後支援の家族への指導ということで，幾つかの資材をつくっていますので，それを使ってやっています．うちの「もの忘れカフェ」とか心理教育とか，ケアのスタッフたちがいろいろやってくれていることをまとめた資材をつくっていますので，それを使って，軽度・中等度・高度期の指導をする．これはあらゆるところで，家族会とかそういうところで使っています．

相談は，20 年前から相談センターとして県の指定を受けていますけれども，時間も曜日も制限せずというフリーアクセスの相談（活動）をすると，年間 400 件，自分のところのクリニックにかかっていない人たちの相談（の電話）がかかってきています．

地元の医師会の人が連携して，認知症の医療の連携の枠組みと，今，在宅支援診療所が中心になって認知症の分野でやってくださっていますので，悪くなったときに在宅支援診療所との連携をすると，在宅でのターミナルにもつながって，途中で BPSD が出てきたらこっちで往診するみたいな，情報のアウトリーチをつなげてやっていますので，そこもまあまあ，家族がちょっと安心かなと．

それから，先ほどの緊急受診は，それが多いのかどうかわかりませんけども，診療所ですから夜遅くても連絡が通じるので，診療が終わった時間帯に電話がかかってきて，大変だなと思ったら受診してもらうと，例えばクロイツフェルトヤコブ病だったり，malignant glioma だったり，thalamic hemorrhage だったり，あしたまで待つとやばかったねみたいな人が夜中に駆けつけてくる．それから，診療所が MR とか CT を持っていますので，電話がかかってきたら，CT をとめないでねみたいな連絡をして，来てすぐに振るとこういう形の診断がその日につくので，それは自分のところだけじゃなくて助かるかなという．そんなことです．

あと，往診で初期集中的な対象の人にアウトリーチをしているんですけど，どうも医療の枠組みとか初期集中の枠組みにも入らない，緊急度は高いけどすぐに動かないとだめみ

たいな人がいる．最近，多いんですよね，精神障害の子供と住んでいる認知症の親みたいな．これは行政の問題かもしれませんけれども，初期集中の枠組みもなかなか難しそうなので，エイヤと行っちゃって，そこからつながりを始めるみたいなことがあるので．

各類型の設置要件には関係ないかもしれませんけれども，そういうフリーにアウトリーチできる立場，そんな形ができるなと．ただ，そうすると，類型がどうのこうのみたいな話よりも，中身が何をするかで，類型はどう決めてくださってもいいなみたいな，そんな感じです．

栗田　藤本先生の話と渕野先生の話はちょっと関連するところがあったんじゃないかと私は思っているんですけど．恐らくこの（スライド 23 の）中では事業内容に関係するところだと思います．認知症疾患医療センターに求められている機能は何かというところで，「専門的医療＋地域連携拠点機能＋日常生活支援機能」という三本柱に今はなったわけですが，特に今の藤本先生のお話だと，地域連携拠点機能と日常生活支援機能というところが非常に重要な役割なんだというお考えだったんじゃないかと思いますが……

藤本　診断は当然医者ですからみたいな話があって，それから，緊急も当然医者ですからみたいなのがあって，うちはケアのスタッフたちがたくさんいるので，そこで抽出できた，支援の仕方．認知症ケアの固まりみたいなものでしょうけど．それをベースに地域とつながるといいのではないか．

うちは 20 年間，現地相談という，全圏域の介護施設に請われれば県の事業で無料で一日行って指導するみたいなことをやっていますので，そこから……．最終的に助かるんですよね，そこでちゃんと診てくれるので，自分の患者さんを助けられるのでということもあって．

だから，そこは恐らく医者の仕事じゃないかもしれないけど，認知症のケアを中心にした生活支援みたいな．そこに，認知機能障害と高次機能障害みたいな医療の視点が絶対に要るので．だから，そこはすごく助けられているという感じがします．

栗田　ありがとうございます．

渕野先生も今，同じようなことで，今はこちらの「地域連携拠点機能や日常生活支援機能」のほうにシフトしているんじゃないかと．

ここからは皆さんにフリーにディスカッションをしていただきたいのですが，特に私から指すのではなくて，今の観点を含めて，あるいは類型のことも含めて，自由にご発言をいただければと思いますが，いかがでしょうか．

櫻井　ありがとうございます．雑駁な意見で恐縮ですが，類型を変えるというのは，渕野先生のお話があったような連携あるいは人材育成というところがメインになるというのが，世の中の求めに非常に合っているんだろうなと考えています．

ただ，人材育成という点で，それぞれのセンターの中の人材育成なのか，あるいはその地域での人材育成なのかというところは一度議論する必要があると考えております．

それと，連携協議会は，参加メンバーを見ていると本人・家族の参加というところが抜

けているような気がしました．私どもは一応，家族の会には入っていただいているんですけども，そういったところのメンバーをある程度標準化することも大事かなと考えました．

それと，最近非常に疑問に思いますのは，私どものところでも非常に軽い方の受診がふえているんですけれども，重い人は一体どこへ行ったんだと．そこが本当に不思議でして，大丈夫なのかなと思ったりするんですけども，その点はちょっと気になっております．以上です．

栗田　ありがとうございます．三つ，重要な指摘をいただきました．

いかがでしょうか．櫻井先生のご意見を踏まえまして，自由にご発言をいただけると．

池田　櫻井先生の意見に僕も全く賛成ですし，渕野先生，藤本先生のおっしゃるとおりだと思います．

もちろん，高齢者ですので救急は本当に必要ですけど，この認知症の方の数で基幹型の疾患センターに空床を一つぐらい確保したって，そんなのは最初からどうしようもないですし，そこらじゅうに基幹型があるんだったら別ですけど，各県に一つもないような状態で，はっきり言えば，重要な課題ですけど無意味だなと思います．メインはやっぱり人材育成と，今日話題になっているような連携協議会とかそういうところをサポートしていく，あるいは地域のかかりつけ医の先生方といろんな研修を組んでいくというようなことだと思います．ですから，そこの要件はほとんど全部外していいかなと僕も思っています．

あと，櫻井先生が非常に重要なことを言われましたけど，センターの中での人材育成か地域全体の人材育成かと．基幹型の役割は地域全体の人材育成だと僕は思います．結局，熊本で 10 年間，いろんなお世話をさせていただきましたけど，その間に地域型のセンター長の先生がお亡くなりになったり，転勤で異動になったりというケースが，実際，複数回ありました．その中で，全く同じレベルでは難しいですけど，基幹型がぱっとすぐに人材派遣ができたので熊本は守ったということがあります．

それから，阪大は疾患センターはないですけど，ただ，阪大でも結局，地域の疾患センターから理事長先生や院長先生が来られるときのご依頼はほとんど，認知症の専門医，疾患センターの専門医を派遣してくれと．そろそろ世代交代になってとか，あるいは疾患センターで中心になっている先生が今度転勤したりクリニックを開かれるので，そのかわりを送ってほしいと．生々しい話で恐縮ですけど，大阪府以外の関西全体の疾患センターからも依頼が来るので，やっぱり基幹型というのは，外向きにその地域の人材育成をするという役割がとても大きいのかなと思っています．

あとは，栗田先生が触れられた類型の数ですけど，もちろん質が担保できるのであればそれぞれが多いにこしたことはないです．例えば連携型も，たまたま初期集中を今地元の市でさせていただいていると，かかりつけ医の先生方で非常に難しいケースを診ておられたり，訪問診療をしてくださっているようなところがいっぱいあります．ですから，そういう先生方のところで，もし連携型を引き受けていただくことによって患者さんがふえ過ぎてご迷惑になるんだったらともかくも，ある程度の予算がついてやっていただけるので

あれば，ぜひお願いしたい．それこそ診断後のフォローという話が先ほどから盛んに出ていますけど，それを積極的にやってくださるかかりつけ医の先生方のところには連携型をもっともっとふやしていいのかなと，個人的には思っています．

粟田　ありがとうございました．基幹型の人材育成の役割というか範囲について少し細かく言っていただきました．ある意味では，都道府県全体また県内全体の認知症疾患医療センターの質の担保みたいなところで人材育成と，それから，池田先生がおっしゃったのは，機能できなくなってきたところに対する，いざというときのサポートとか．

池田　渕野先生のアンケートにも出ていましたけど，やっぱりほとんどのところが１人かお２人でやっていらっしゃるので，当然，いざというときの補助が要る．

粟田　そういうことも含めて，県内全体の認知症疾患医療センターの質のサポート管理みたいなことに貢献すべきだということですね．ありがとうございました．

それから，連携型の数のところも，おっしゃるとおりです．ある意味では，地域連携拠点機能，日常生活支援機能をこれからセンターの重要な役割とするならば，それなりの数を確保していくことも重要なことかと．

ほかにいかがでしょうか．ご自由に．はい，どうぞ．

江澤　まず一つは，個々の認知症疾患医療センターの施設基準がどうであるかということよりも重要なのは，我が国は２割の国土面積に８割の人口が集中している人口偏在で，2〜3 万の都市で高齢者人口も減っている地域がたくさんある中で，地域の実情に応じて，地域で支えることができるのかどうか．極端に言えば，住民がセンターがないと困るのか，多分そこに集約されると思います．

そうしたときに，例えば診療報酬のほうでいきますと，総合入院体制加算１の要件に，強固に精神疾患の身体合併症に対応することを入れたわけですね．その趣旨は，地域の砦（とりで）病院だと．精神疾患があるがゆえの急患を断らない，そういう病院が地域に要るということで，総合入院体制加算の１ができたわけです．その救急の身体合併症の医療圏域を二次で考えるのか三次医療圏で考えるのか，これは地域の実情で判断してもらったらいいと僕は思っています．

ですから，基幹型が要るかどうかも，各都道府県によって恐らくその必要性が大いに異なると思っています．したがって，総合入院退院加算１のような地域の最後の砦の病院があるのかないのかによっても，そういった整備の必要性も変わってくると思います．それが１点．

それからあと，先ほどから出ている連携協議会とか「専門的医療＋地域連携拠点機能＋日常生活支援機能」の特に日常生活支援機能と，診断後支援も重要な役割ではあると思うんですけれども，これは地域でかなり重複しています．地域支援事業の中において，あるいは地域ケア会議や連携協議会とかに恐らく同じメンバーが出たりしています．やっぱりこういう無駄を省いていかなきゃいけない．

これは私の個人的な思いですけれども，やはり名前が医療センターであって，地域の連携センターでも介護センターでもない．医師会の立場から言うと，診療報酬上は高血圧，糖尿病，脂質異常症に横並びで認知症がコモンディジーズになっていてこれから爆発的に数がふえる中で，一般かかりつけ医がどれだけ認知症を診ていくのかと．医師会でも，私も担当でかなり力を入れて推奨しています．もちろん専門的な診断とか治療薬を決めていただくのはセンターと連携することがままあると思いますし，そういった中で，かかりつけ医も，医療連携というのを主に期待しています．日常生活支援機能とか診断後支援とか連携協議会は，重複する部分がかなりあります．

それからもう一つ，人材育成についてもいろんなチャンネルがあって，具体的にどういう人材をどうするのか．人材育成とか研修会は山ほどあって，特に地域型のセンターというのは，判定委員会に出ているといろいろ資料が来るのでよくわかるんですけれども，非常に総合力の高いところもあれば，どうにかもぐり込んでと言うと言葉は悪いですけど，ぎりぎりどうにか基準を満たしてやっているところもあります．それで，ノルマ的に研修会をこなす，基準をちゃんと維持するために研修会をやらなきゃいけないようなところがやっぱりあるんです．そうするとマンネリ化もするし，人も集まるかどうか，いろんな問題がある．

実は，センターがやられる認知症の研修会も，別団体でやられる研修会も，内容が非常に似ていて非常に似たような講師が出ているものが山ほどあります．やはり，ちょっと周囲を見渡した上で，これから人も限られて時間も限られて労力も限られる中で，地域の社会資源をいかに過不足なくやっていくのか（を考えないといけない）．恐らくセンターのほとんどの病院には地域連携室があって十分機能していると思っています．そこの部分についてはそれでもう十分で，さらにそこに去年，補助金がついたような人を専従配置までして（いるけれども），その部分は地域包括支援センターだったり居宅介護支援事業所であったり，地域にも社会資源が相当あって，特に地域支援事業とか介護分野においてそれを担う人もたくさんいらっしゃる．だから，そこの過不足をいかになくして，どう効率的に（事業を行っていくか）．

特に，センターでしかできない事業，専門的な対応，疾患の診断であったり対応であったり（を行っていくべきではないか）．特に我々医師会として期待しているのはやっぱり，かかりつけ医とのもうちょっと密な連携です．これは医師会の責任もあると僕も考えていますけれども，かかりつけ医ともう少しダイレクトな深い連携をとっていくことが，患者さんあるいは住民にとっていいことになるかと思っています．

それから，検査機器を見ますと，今，日本が世界断トツで CT，MR が多いというのを，財務省がこれ見よがしに出しています．それは医師会としても，必ずしもそうじゃないよと．CT，MRI が過剰な地域は一件当たりの件数が非常に少ないです．別にそれで無駄な報酬が出ているとは思っていません．ただ，今後の限られた財源とかを考えると，今は MRI も，どこの拠点病院でも昔みたいにすごく待つということがなくなってきていて，すぐ撮れますよね．だから，この設置要件を満たすために MRI を新たに購入するとかとい

うのは無駄だと思っています.

そのあたりで，地域の実情を踏まえた上で，500 カ所というのは実際にどうかと．地域で十分に賄える社会資源があれば必ずしも必要はない．あと，連絡協議会等は，ほかの似たような会議がたくさんあるので，そこの重複している部分の整合性をどうとっていくのかというのが重要です.

とにかく効率的に，そして，センターのできる機能に特化していただきたいというのが思いです.

栗田　ありがとうございます．江澤先生の今の話は，私は非常によく理解できます.

まず一つは，救急に関しては確かに，地域医療計画全体の中で考えていかなきゃいけないことなので.

それからもう一つ，江澤先生がおっしゃったことと深く関係しますが，日常生活支援機能という，この言葉自体が非常に混乱を招くというか．地域レベルで今まさに日常生活支援という言葉は地域包括支援センター等々あるいは総合事業の中でも使われていて，それと同じようなレベルで理解してしまうような誤解が起こらないかなと．場合によっては，なぜ認知症疾患医療センターで日常生活支援なのかと，そういうふうな誤解を招くようなところもあるので，ここのところは，違うものであるということが明確になるようないろいろな配慮が必要なのかなという気がいたします.

それから，研修のことも江澤先生がおっしゃるとおりで，今やもう研修が非常に複雑になって複合的になってきて，しかも同じような研修が違う事業でやられたりとかそういう無駄なこともあって，これは全体で，要するにある意味では都道府県がいかにして研修体制の整理をつけてやっていくかという，これは非常に重要なことです.

いきなり指すとびっくりするかと思うんですけども，大竹さん，研修のことについて，いろんな認知症関連の研修があると思うんですけど，東京都のほうで研修のシステムづくりをまさにしているところかと思います．東京都の事例をご説明ください.

大竹　東京都では疾患医療センターについては，都独自の類型にはなりますけれども，地域拠点型と地域連携型という類型で，二次医療圏ごとに地域拠点型，それ以外の区市町村に地域連携型という形の整備を行っております.

それぞれのセンターで，特に拠点型のセンターでかかりつけ医研修などを担っていただいているところですが，一方で，東京都では栗田先生の健康長寿医療センターに認知症支援推進センターというものを疾患センターとは別途で設けて，そこで研修内容の検討あるいは研修の実施を直接行っていただいております．具体的に行っていただいている研修としては，認知症サポート医フォローアップ研修といったもの，あるいは疾患センターの相談員向けの認知症疾患医療センター職員研修など，そういった東京都全体での人材育成，認知症対応力の向上に資するような形での研修，人材育成について取り組んでいただいております.

栗田　ありがとうございます.

ということで，江澤先生がおっしゃったとおりで，東京都がイニシアチブをとって全体の研修体系を整理するようなことを今やっているようなところがございます.

江澤　日常生活支援機能で，かかりつけ医とか担当の居宅介護支援事業所のケアマネとの連携をもうちょっと交えて（はいかがか）．包括支援センターみたいなイメージがちょっと出過ぎていると思っています．そこを一番担うのは実はかかりつけ医とケアマネジャーなんです．そこを交えていかないと．包括はそのつなぎ目で（あって），そことの連携（も必要ですが），やっぱり一番実質的な内容が必要なのはかかりつけ医とケアマネジャーだと思うので，そこをちょっと深めていただきたい.

栗田　この辺はいかがでしょうか．どうぞ.

柏木　本当に江澤先生のおっしゃるとおりで，浅香山病院も，かかりつけ医との連携をかなり重点化しないと，早い話が，うちは大体年間 1000 件ぐらいの鑑別診断をこなしているわけですけども，そうなると，フォローフォローとしていたら，もうパンクしますよね，どう考えても．先ほど櫻井先生が重度化している人はどこへ行ったんでしょうかと言いましたが，重度化している人も来ているんです，やっぱり．そういう人たちを私たち相談員のほうが入り口のところで振り分けることもすごく大事ですけど，振り分ける先のかかりつけ医の先生たちとの連携というのがなかなかうまくいかないというのがあります．医師会とはやっていても，どうも医師会がかかりつけ医全てを掌握しているのではないのではないかしらと．こんなことを言っていいかわからないですけど．先生方から私どものほうには来てくださるんですけども，私どものほうに直接来た人たちにこちらから逆紹介といったような形をするのがまだすごく難しいと私は思っています.

なので，重度化して安定しているんだけども評価してほしいぐらいの人のレベルは，かかりつけ医の先生に，私どもは検査だけさせていただくので，その検査結果をもとに先生のほうがフォローしてくださいというような仕組みを何とか構築できないかということ．あと，各小さな地域で拠点になる，それこそ藤本先生のようなところの機能があればいいんですけど，そんなことははっきり申し上げてなかなか難しいと思うので，地域型の疾患センターがそういう認知症をある程度しっかり診られるところと連携するような機能を医師会と一緒につくっていくのが一番いいのかなというふうに思ったりします.

もう一つ，先ほどおっしゃったケアマネさんとの関係とか地域包括との関係とかというと，実はかかりつけ医の先生方もいろいろな方がいらっしゃるので，医師とケアマネとかといった関係がすごくうまくいっているかというと，それもなかなか難しい．それはお互い言い分はあるんですけれども．そうすると，疾患センターが入ることによってそれをつなぐということが（求められる）．医療同士，医療連携は非常にしやすいけど，医療と介護の連携をするのはハードルが結構高いと，かかりつけ医じゃなくて地域側のほうからそのように結構言われていたりするので，そこも疾患センターがある程度は潤滑油のような役割を担わないといけないのかなとは思っています.

先ほどからお話が出ている基幹型については，私は熊本モデルぐらいしか知らないので，

むしろ地域によって基幹型の役割が恐らく違っているだろうと．今は16しかないけども，それなりに果たしている機能が地域によって違うんだろうと思いますので，基幹型の役割はそこの都道府県によって，それこそ先ほどの協議会によって話し合っていただかないと，私のような基幹型のないところで基幹型を廃止したらいいのかどうかというのはなかなか言いにくいかなと思ったりします．

栗田　ないところは，そうですね．

柏木　すみません，もう一ついいですか．あと，先ほど言われている，地域の方たちの力をつけていくという役割と，それと私は今，〔栗田先生やうちの先生？〕にご協力をいただいてお願いしているのは，相談員の支援力を高めたいというのがすごくあるんです．それはやっぱり，トリアージもあるわけです．最初に入り口で相談を聞いて，これは別に疾患センターでなくてもいいんじゃないかというような機能もあるし，救急にとにかく送らないといけないんじゃないかといったような機能も，まず対応する相談員の力量がかなり大きくなってくる．あと，とても余裕がなくて，入り口支援はそれなりにできていると思うんですけれども，出口の支援がなかなか難しくて，そこから先に包括にお願いしましたケアマネさんにお願いしましたというところだけでもう終わってしまっているわけです．必要な人たちには本当はもう少し継続的に，相談員が連携力みたいなものをもう少し強くしていくということと，藤本先生がいろいろやっていらっしゃるようないろんな企画をやっていくような力といったものをセンターの相談員が持たないといけないんじゃないかなと考えています．

今，栗田先生にまんまと乗せられてワーキングに協力させていただいているのですけれども，そのワーキングの中で，相談員の質の担保が疾患センターの質を若干でも底上げできるということと，地域に協力できるんじゃないかなというふうなビジョンを一応持っておりますので，よろしくお願いいたします．

栗田　では，藤本先生，どうぞ．

藤本　重症化した人がどうというのは，うちもそういう人がたくさん来る時期と来ない時期があって，今年度になってからかなり多いんですけどね．

一つは，初期集中も含めて，行政のかかわり方の違い．担当の保健師さんがかわったりしてアプローチがちょっと違ったりすると，昨日電話があって，今日来たら，この場で入院するしかないねみたいな人が最近比較的多く来ています．ですから，マネジメント機能が時期によってとか行政によってそれぞれ違う．僕は医療保護入院を地域型の先生にお願いしているので今日も電話してきたんですけど，病気そのもので入院しなきゃいかん人はほとんどいないです．マネジメントがだめだとか，家族がちゃんと指導できていないとかそういうことなので．これは疾患センターだけじゃ無理ですけど，そういうことを少しやっていかないと減らないだろうなというのが一つ．

それから，100例ぐらいの初期集中の議論をする初期集中支援チーム員会議と，地域個別ケア会議がありますが，個別ケア会議は20例ぐらいですけど，こちらのほうがすごく

濃いです，民生委員が来て，自治会長が来て．感想としては，民生委員さんとか自治会長のほうが賢いですね，地域を知っているので．専門職種がアドバイスするんだけど，吹っ飛ばされますね，「何を言っているんだ，あなた方」みたいな．それで僕は今日，民生委員の人と議論をしたんですけど，そういう力もかりないと．先週，緊急往診を頼まれて行ったのも，昔は医者が行けば入れてくれていたので，そういうつもりで行ったんですけど，最近はなかなかそうもいかなくて，民生委員さんとかが来て入り口をきちっと整えてくれると入れたりするので，そこの人たちの固まりをつくるというか．それが，早期発見もそうですし，生活支援もそうですし，ひいてはBPSDケースを減らすことの役に立たないかなというのが一つあります．

それから，連携型に関しては，〔仙台の学会？〕でホームページレベルで調べたものですけど，最初は精神科の診療所が多かったですよね，指定が．それから神経内科が入って．去年一年間は病院がほとんどで，診療所がふえていないですよね．そんな形で各職能団体が入ってきているんですけど，別の動きとして，例えば神経学会の冨本先生から時々連絡があるんですけど，診断後支援を神経内科ができない的なことで，今，神経学会が動いているんです．神経学会で緊急シンポジウムを組んで，神経内科は頑張っているぞみたいな，そういうのをやったりとか．それから，メーリングリストに入っているのでメールが来たんですけど，そうやっている事例があったら言ってくださいみたいな．一応，そっちを向いている．

三重が，冨本先生のお弟子さんたちが３～４軒，神経内科で連携型をやっています，診療所型のね．片一方で，精神神経学会が専門医みたいなものをつくりましたよね．

栗田　はい，そうですね．専門医みたいなものを，つくりましたね．

谷向　認知症診療医．

藤本　そうそう，そうそう．あれも，僕は片一方で精神神経科診療所協会に入っているものですから，精神神経科診療所協会の人たちが連携型に参入してくるんだと思っていたんですけど．最初は高橋先生とか三原先生とかが入っていましたよね．

栗田　ええ，そうですね．

藤本　今はそんなには入ってこないですよね．ですから，そこもターゲットとしてアクティベーションをすると……．入らなきゃと思っておられるんだけどそうもなっていないというのがあって，各個撃破をしないといかんのかなと．

栗田　ぜひ，そこから専門医をやってもらいたいんですよね．

藤本　精神神経科診療所協会は，多機能型精神科診療所という概念がありますよね．あれは認知症以外のこと，発達障害とか高次脳機能障害．認知症をやっていればまさしく多機能型なので，一つ一つしていくと，それぞれが少しふえていくのかなと．

栗田　ありがとうございます．

内海　類型のことについてですけれども，これまでこの会議で，基幹型というのは事業の質の管理，事業評価とか人材育成という提言をしてきましたね．それで，実際に基幹型

が今 16 しかないわけですね．もしそういう役割を持つセンターをつくらなきゃいけないとしたら，やっぱり全部の 47 都道府県に一つあるべきだと．私は，一番最初に基幹型，地域型となったときに，各都道府県に一つ基幹型ができるものだと思っていたんです．結局，そこがリーダーとして県下のセンターをまとめて質を均てん化していく，そういう役割だなと思っていたんですけど，なかなかふえない．16 しか……

栗田　実施要綱上はそんなことは一言も書いていないんです．

内海　ええ，そうなんですよね．そういうふうに二つに分けたということは，そして都道府県レベルで医療行政を考えていかなきゃいけないということは，熊本県，熊大がやってあんな形でモデルを出してくれて，それがどんどんと広がっていくものだと思っていたわけですけれど，全然広がらないのが実態で．

実際に求められているのはやはり，同じ県内同じ道内であっても格段の差があるセンターの質のレベルを（均てん化するためのリーダー的なセンターです）．行政が主導権をとって均てん化を進めるための提言とか政策を立てられるかとなったら，行政の方たちは，2～3年たったらもう担当者がかわって，それで「わかりません」と．

今回の（論点の一つである）「地域型の 1 カ所を質の管理を担うセンターに位置づけるか」（に対しては），名前は別として，都道府県にリーダー的なセンターを設け，そこが各センターを束ね，そして行政への提言，それから連携協議会のあり方，そういう全体を見渡せるようなところを各都道府県に一つつくっていただきたい．名前は私はわかりませんけれども．そういうことをしていかなければ，まだまだばらばらなんだと思います．北海道だけではなくて，きっとこれが全国の実態なのかなと考えております．

そして，日常生活支援機能をセンターに持たせるかとなったときに，藤本先生がなさっている連携型（のように），本当に地域に密着したそういうところではできるんですけれども，この間の粟田先生の質的な調査をやった結果を全部私も読ませていただきまして非常に感じたのは，要は，紹介を受けて，診断して，治療方針を決めて逆紹介する，だから戻すので，生活支援はなかなかできない．そういう形で返していくところがかなり多いので，できるのはせいぜい，こういう場合は地域の包括があるのでそこに相談に行ってくださいねとか，家族会はその地域だったらここにありますとか，そういう情報をお渡しするぐらいです．それ以降はもう地元に帰ってしまっているので，センターとしての生活支援機能という部分をどこら辺までに限定するのか，そこを明確化しなければだめじゃないかと思っています．

江澤　手短に一点だけ（発言させていただいて）いいですか．

さっきの中で一つ言いたかったのが，地域包括支援センターは，人材もふえない中で機能強化で膨大な仕事だけがふえて，もう機能麻痺しているので，ここでいろんなきれいごとを書いても，今は実動が非常に難しいというところがあります．ならばどうするかというのをやっぱり考えていかないと．

今は，介護予防プランをつくっているのが非常に重荷になっているわけです．そこが一

番，予防プランセンターとも言われる要素．あれを取ってあげるべきだと僕は思っているんですけど．あれをやっている以上，このフィールドだけじゃなくていろんなチャンネルで連携が包括に寄っていっているという状況があるので，そこは踏まえて，やっぱり実動が回ることが大事なので，あまり理想ばかり言っても〔また・・・る？〕．その一点だけ．

栗田　おっしゃるとおり．これは市町村の課題で，いかにして地域包括支援センターをスクラップ・アンド・ビルドするかというのと一緒に考えていかないと．ありがとうございます．

時間になりましたので，今日何も発言していない人に一言ずつ発言してもらおうかと思います．

まず，青木さんからどうぞ．一言．

青木　今日はありがとうございます．先ほどの，行政は担当者が２～３年でかわるというのは，まさしくそのとおりで，私も本年度からということで．ただ，ありがたいことに中西先生がそばにいてくださるので，大阪市としては長年の積み重ねを行政に生かせているというところが強みだと思います．

ただやはり，地域の包括支援センターにしても初期集中支援チームにしても，人がかわると力量が大きく落ちるという．それを毎回研修をしながらもとのレベルに戻していく，そんな繰り返し繰り返しをやっているところで，包括の繁忙さも含めて本当に課題が非常に多い中で，また考えていきたいと思います．ありがとうございました．

渡部　ありがとうございました．これを見ながらいろんな話を聞いていた中で，やはり認知症疾患医療センターには医療との連携，特にかかりつけ医との連携とかというところをお願いしたいところです．

特に地域連携拠点機能というところで，各市町村であったり保健所であったり，県のほうでも地域で認知症の会議とか，連携というところはやっていて，確かにすごくかぶっているところがあったりするので，そういうところでのすみ分けでは，やっぱり医療連携というふうなところを明記していただけるとありがたいと思いました．

あと，日常生活支援機能では，確かに地域のほうで地域支援事業とか市町村でもやっているところはありますけれども，医療機関の側からも市町村にとかというところでは，こういうふうに明記されているだけでも意義があるのかなと感じておりました．

最後に，今後のセンターの設置数は，やはりセンターもこういうふうに求められるところがある程度高いというか，専門的医療と地域連携拠点機能，その連携を中心にというところでは，数をふやすよりは一個一個のセンターの質を高めるところも必要なんだろうなと，ちょっと感じていたところです．

栗田　では，谷向先生．今日は大分おとなしいので．（笑）

谷向　思っていたのは，一つ，認知症疾患医療センターは確かに人材の育成はとても大きな役割だと思うんですけれども，どういうような人たちというか，何を目的にというところをしっかりとやらないといけないのかなと．

それから，連携という言葉はよくあって，今，僕がとても大事かなと思っているのは同職種連携です．というのは，例えばケアマネさんだったとしても，そういうような研修会あるいは事例検討会に出てくるところというのは決まった事業所ばかりですね．かかりつけ医向上研修とかでも，毎年毎年同じメンバーであって，出てこないところは全然出てこなかったりという感じで，医療は医療，看護は看護，福祉は福祉というような感じで．そういうようなところは県とか行政の名前があったら割と動いてくれるようなことはあるので，そういうような形を認知症疾患医療センターの役割の一つとする，あるいは，もう少し行政レベルで縦割りをなくして総合的にしっかりと考えていくような感じにしたらいいのかというようなことは思ったりもします．

それから，疾患センターの役割としては，一番最初に起こったときの文言を見てみると，早期発見・早期治療という疾患モデルですよね．今は，オレンジプラン以降は早期発見・早期対応ということで，やはり治療というような観点ではなくて，地域連携とかというような言葉が再々出てきております．しかし，医療者の中でも，そういうような研修会とかに出てこられない先生方の中では，疾患モデルとして，認知症は病気だ病気だということがすごく強調されていたことがあります．ですから，研修内容もそういうような，一つは，診断をしっかりしていく，それから treatable dementia をちゃんと見分けていくということもあるかと思いますけれども，診断後にどうしていくかというようなことに対する研修を医者に向けてもしっかりとやっていく必要があるのかなと思いました．

栗田　ありがとうございます．

渕野　すみません，最後に一言．

栗田　一言，どうぞ．

渕野　重い人はどこへ行ったんだろうと言うんだけれども，重い人は精神病院に来ています．実は 5 万が 7 万人になっています．高齢者の人口もふえていますので，ふえるのは当たり前なんですが，精神科の病院には激しい人がいっぱい来ております．

実は，認知症疾患医療センターそのものは診断ということが強く言われていたので，最初の入院モデルじゃなくて診断モデルになってしまったので，軽い人がいっぱい来ます．それから，かかりつけ医の先生もずっと紹介します．そして，診断をつけたらそのままお戻しするという役割のほうがこのごろは多いです．だから，入院の件数が少ないのはそういうことだと思います．入ったとしてもすぐまた出ますし，そのときにはちゃんとケアマネさんがいるんだけど，やっぱり精神科なんかでやっていますと，入るような状況になったときはケアマネさんは手を切ってしまう．あとはもう来ないんです．だから，その辺にも大きな問題がある．

日常生活支援機能というのは，センターの幅をそこまで広げていろいろな機能を広げるのが果たしていいのだろうかと．さっき（江澤）先生が言ったように，地域包括というのは，たまたま名前があってそこにあったからそこに全部ぶち込んでしまっただけで，これもここに名前があるからここに入れておきゃいいやというようなのではやっぱりいけないので，もうちょっと整合性とか，きれいに分けてやられたほうがいいんじゃなかろうかと．

それで一つ，提案ではないんですが，認知症疾患医療センターは 500 カ所ぐらいでいいだろうと僕は思うし，いわゆる（認知症の）有病率というのは皆さんもご存じのように 8% から 15%になったりまたどんどんふえているとかいうのはありますけれども，認知症の診断率というのは，日本はほとんど発表していないし，わからないんです．イギリスあたりは 69%とか，よその国は診断率が一応出ています．日本はそれが出せない，データがないから．僕は，認知症疾患医療センターにいわゆる認知症のスクリーニングの検診機能を持たせるような（ことをしてはどうかと）．そのお金は当然，国が払ってくれるぐらいの気持ちで．ある程度医者の質がないと，誰でも検診できませんので，センターでしっかり検診なんかをしてみるというのはどうだろうななんて，ふと思ったことがあります．何かの参考にしていただければと思います．以上です．

栗田　ありがとうございました．

今日は第 1 回の委員会でしたが，大変濃厚な，充実したディスカッションができたんじゃないかと思います．

この委員会ではぜひ，そもそも論で，認知症疾患医療センターは何のためにあるかという理念のところからひもといて，そこから個々の役割や機能（を考えていく）．それから，私は言葉の定義なんかも大事じゃないかと思っております．私が一番気になったのは，やっぱり日常生活支援です．渡部さんがおっしゃったように，日常生活支援という言葉があることに意味がある，そういう意見もあるかと思いますが，一方で，日常生活支援という言葉は今や地域包括ケアの世界ではいろいろと概念化もされていてきめ細かく検討されている言葉でもあるので，そういうところとの関係を考えると，やっぱりちょっと注意しなきゃいかんのかなという気もします．

それから，柏木さんは（退席されたので）今いませんけど，今，実際に認知症疾患医療センターの相談室でどういう診断後支援をやっているのかという実態調査をきめ細かくやっていて，実に幅広いさまざまなことをやっているということがわかってきております．これを明確にした上で，これは一体何だということを議論していくことが大事なのかなと．ただ，その全体を果たして日常生活支援という言葉で網羅できるのかという疑問がちょっとございます．それこそ，かかりつけ医との連携とかそういうものも全て含まれた，その人の診断された後の支援をやっているということがありますので．認知症疾患医療センターは非常に広いことをやっているので，診断後支援という言葉がいい言葉なのかなという気もしますが，それを一旦見渡した後に，その辺のところをまた改めて皆さんと議論できればと思っております．

今日の議論の内容は例年と同じように全部テープにとってありますので，それをテープ起こしさせていただいて皆さんに一度回覧していただいた上で，また議論の内容を集約して，最終的な提言に持っていけるような形にしていきたいと考えております．

次回の第 2 回委員会は，予定では 11 月ごろにさせていただこうかなと思っております．

その間にやれる調査などを，こちらのほうのワーキンググループで進めさせていただければなと考えております．随時，必要とあらばメールで連絡させていただければと考えています．

ということで，第１回の検討委員会はこれで終了させていただきたいと思いますが，何か事務連絡とかはありますか．

枝広　先生方，本日の資料は紙が多くて大変重いので，お手元のレターパックでお送りしますので，重いようでしたらお席にそのまま置いていっていただければ後ほどお送りいたします．よろしくお願いします．

栗田　それでは皆さん，長い間，活発な議論をありがとうございました．では，これをもちまして第１回検討委員会を終了させていただきます．皆さん，どうもお疲れさまでした．

（終了）

令和元年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）
認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

第２回検討委員会
議事録

日時：2019 年 11 月 11 日（月）18 時 00 分～20 時 15 分
場所：東京八重洲ホール 901

粟田　皆さん，お忙しいところ，月曜日の夜にお集まりいただきましてどうもありがとうございます．これから令和元年度老人保健健康増進等事業の認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業の第２回検討委員会を始めたいと思います．大竹さんがまだみえておらず，あと江澤先生は少し遅れていらっしゃいますが，あとは全員いらしていると．

最初に私のほうで資料の確認をしたいと思います．最初は次第です．次第の下のほうに資料のリストがありますので，これに沿って確認していただければと思います．

資料１がパワーポイントをそのまま印刷したものですが，この（前方のスクリーンに映っている）内容が印刷されております．資料２が老健事業の計画書です．資料３が，黒い文字と青い文字が一緒に書いてありますが，都道府県認知症疾患医療連携協議会の先進事例のフォーマット案です．資料 4-1 が認知症疾患医療センターにおける診断後支援先進事例のフォーマット案です．資料 4-2 が，後ほど説明いたしますが，認知症疾患医療センターの相談室等で実際に行われている診断後支援について質的分析を行った結果です．結果の途中のプロセスです．そして，資料 5-1 が，都道府県認知症疾患医療連携協議会の調査の依頼状でして，資料 5-2 がその調査票です．

それから，参考資料１ということで，認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱がございます．本日はこれをかなり繰り返し見ながら議論させていただくことになるかと思います．参考資料２が，今日欠席されている中西先生が認知症疾患医療センターについてぜひ発言しておきたいことがあるということで，このメモを一枚送っていただきました．なかなか重要なことが書いてあると思いますので，一枚資料として配付させていただきました．それからさらに，今日持ってきていただいた資料の一つに，第８回認知症疾患医療センター全国研修会三重大会のチラシがございます．あとは，今日はお休みの藤本先生からの（資料として），最近の藤本先生が書かれた論文や特集記事などがビニール（製の封筒）に入っております．

もしお手元に資料の不足がございましたら，事務局に言っていただければと思います．

では，早速ですが，今日の議事に入ります．開会の挨拶というほどのことではありませんけれども，前回の討議からの流れで少し復習しておきたいと思います．

まず，お手元の資料２をご覧ください．資料２の最初のページに今回のこの老健事業の事業概要が書いてありますので，まずはここから復習させていただきます．

③と書いてあるところです．このたびの老健事業の大きな目標というか内容は，昨年度の老健事業の続きでして，昨年度のこの老健事業で認知症疾患医療センターの質の管理のあり方について六つの提言をしましたので，この六つの提言を実効性のあるものとするために以下の六つのことをやろうということで，出させていただいております．

一つが，認知症疾患医療センター運営事業実績報告書を集計・分析するワーキンググループを設置して，平成 30 年度分を集計・分析するとともに，既に集計しております 28 年度分，29 年度分と統合して，経年的変化を見ていこうということです．

二つ目が，この検討委員会の中で，上記の実績報告書分析データを用いて，現在の我が国の認知症疾患医療センターの事業評価というものをそれなりにやってみようということです．

三つ目が，都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態を調査し，事業の質の管理という観点から，モデル事例を選定して可視化させてみようということです．これは，都道府県で認知症疾患医療連携協議会を開催することが責務になっているわけですが，3 年前に行った都道府県の認知症疾患医療連携協議会の調査において実際には 6 割しか行われていなかったということを背景にして，その後どうなっているのかをもう一回調べようということです．それとともに，都道府県の連携協議会を一生懸命開いて質の管理をやっているところがありますので，その事例を先進事例として可視化させていこうということです．

四つ目が，各認知症疾患医療センターで実施されている連携協議会についてもその実態を調査し，事業の質の管理と地域連携の推進という観点から，モデル事例を選定して可視化させようかということですが，これについては昨年末に PSW 協会が調査しておりますので……

柏木　いえ，砂川（市立病院）の内海先生のところがされたものを，うち（PSW 協会のホームページ）に載せただけです．

栗田　そうですか．内海先生がされておりまして，これは前回報告していただきましたので，今回は省略しようと思います．

五つ目が，PSW 協会と連携して，認知症疾患医療センターの医療相談室で現実に今実施されている診断後支援・地域連携業務について，昨年度の先ほどの調査でデータを収集しておりますので，その質的分析を行って，今どういうことが行われているかを可視化させようと．それと同時に，医療相談室における診断後支援・地域連携業務のモデル事例を可視化させて，診断後支援・地域連携業務の事例集を作成しようと．

六つ目が，一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会と連携して，全国研修の運営と実績評価の方法論を検討し，運営マニュアルをつくろうということです．

ということで今回の事業を計画させていただいたのですが，ただ，第 1 回のこの委員会の中で，厚生労働省の清水さんからもう一つ，重要な宿題を提起していただきました．この問題は非常に重要なので，このことを今回の委員会の中でもフォーカスを当てながら議論できたらと思っています．（以下，プロジェクター使用）

〔スライド 1〕これは第 1 回の議事録から抜粋したものです．

認知症疾患医療センターは認知症施策の中核であり，これまでにさまざまな提言がなされてきたが，その内容を 2021 年度の予算要求に間に合うように実施要綱に反映させるには，実施要綱のどこをどう変えればいいのかと，そういう議論をしてもらえればということでした．基幹型，地域型，連携型の 3 類型になっているが，このままでよいか，類型ごとの設置要件と事業内容は現場の実情と合っているのかと．それから，2020 年度の先の設置目標数をどうするか，500 カ所でよいのか，類型ごとに幾つというのがよいのか，こういう根拠で何カ所にしたいということが出すことができればと．それから最後に，今年度から「日常生活支援機能」というのが認知症疾患医療センターの事業内容に一つ加わりましたが，ここに相談員の人件費の予算がつけられているということを認識しておいていただきながら議論していただければというようなことでした．

ということで今日は，後ほどの意見交換の中で，こういったところを押さえながら議論をしていこうと思います．

〔スライド 2〕ここに七つ（の論点）を挙げさせていただきました．最初にさらっと，この 7 点を議論のたたき台として出させていただきます．

〔スライド 3〕（一番目の）基幹型については，参考資料 1 の実施要綱の 10 ページに基幹型の設置基準というのがありまして，設置要件「イ　身体合併症に対する救急医療機関としての要件」が書いてあるわけですけれども，これを残すべきなのか撤廃すべきなのかということです．こういったことを今日も言っていただければと．

それから，事業内容に例えば以下の内容を盛り込むことを検討する余地があるかと．要するに，ここで議論してきたように，基幹型は認知症疾患医療センターの事業の質をちゃんと担保していくような役割を果たしていくべきだろうということで，都道府県と協働して，事業評価や認知症疾患医療センターの職員研修，あるいは認知症疾患医療センターがないところの専門職の研修などもあるかもしれませんが，そういうことを行うことによって，都道府県内の全ての認知症疾患医療センターの質の確保，あるいは認知症疾患医療センターがないところの認知症医療の質の確保などに向けた取り組みを行うみたいな，そういう趣旨のことを含めたほうがよいのか．これは例えばで，ただのたたき台のメモですので，気になさらないでいただければと思いますが．

〔スライド 3〕二番目が，都道府県認知症疾患医療連携協議会です．連携体制を構築するために都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置するように（実施要綱に）書かれております．どんなふうに書いてあるかというと，実施要綱の 14 ページ「都道府県の責務等」の「（1）連携体制の構築」というところに，「都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で，都道府県内の認知症疾患医療センターについて，都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者，地域包括支援センターなど介護保険関係者，認知症医療に関する有識者等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し，各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこと」と．この「「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し」という後に，例えば「各認知症疾患医療センターの質の確保と地域連携体制の推進を図る」みたいな文言を加えたほうがいいのか．

あるいは，都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置率は 100%を本来目標としなくてはいけないものですので，国は実際に 100%設置されているかという調査を定期的に行ってはどうかと．これは今回の研究でやりますので，すぐわかることですが．

それから，都道府県認知症疾患医療連携協議会と認知症疾患医療センターの質の管理に

向けた都道府県の取り組みの先進事例集を作成してはどうかと．今回，この連携協議会の先進事例集を作成させていただこうということです．

〔スライド５〕三番目が，認知症疾患医療連携協議会です．

これは（実施要綱の）13 ページから 14 ページに「都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会など地域の保健医療関係者，地域包括支援センター，認知症初期集中支援チームなどの介護保険関係者，認知症医療に関する有識者等から組織された協議会の設置及び運営」と書いてありますが，例えばここも「組織された協議会の設置及び運営を行い，事業報告等を通して認知症疾患医療センターの質の確保を図るとともに，圏域の地域連携体制の推進を図る」，こういった内容があったほうがよいのかどうか．

〔スライド６〕四番目が，実績報告の集計・分析・公表，PDCA サイクルです．これは実施要綱に書くようなことかどうかということは検討を要しますけども，「国は「認知症疾患医療センター運営事業評価委員会」を設置し，実績報告を集計・分析して公表し，それを基礎資料にして事業の質の確保に向けた検討を行う」というようなことを（「６．実績報告」に追記するかどうか）考える必要があるのではないかと．本研究では一応，2018 年度分実績報告の集計・分析を行い，当検討委員会で現状を評価するとともに，分析結果を公表させていただこうということです．

〔スライド７〕（五番目の）医療相談室における診断後支援については，「４．事業内容」に医療相談室における診断後支援にかかわる業務をもう少し書いたほうがいいんじゃないか，これを担う専門職の人件費を予算計上すべきではないかということでしたが，これは先ほど言いましたように 2018 年度実施要綱改定において「日常生活支援機能」が追記されて，人件費に当たる予算措置がとられましたので，これは一応クリアできているのかなと．

医療相談室における診断後支援を可視化させるための実態調査を行って先進事例集やガイドラインを作成すべきではないかということで，今回はこの診断後支援の質的分析を行って，さらに，先進事例集を作成していこうということです．

〔スライド８〕六番目の全国研修会については，既に実施されている認知症疾患医療センター全国研修会の実施マニュアルを作成して公表しようということで，このたびのこの研究事業において，一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会にマニュアルを作成して公表してもらうことを委託していると．ただ，この全国研修会のことを都道府県はまだよく知っていないということと，現在ある都道府県に対しての国庫補助である認知症施策等総合支援事業でこの全国研修会を開催することができるんですけども，そのことが周知されていないということもありますので，認知症疾患医療センター全国研修会の開催が可能であることをこういった（認知症施策等総合支援事業の）要綱の中で明示しておく必要があるのではないかと．

〔スライド９〕最後に，（七番目の）2020 年度以降の認知症疾患医療センターの設置目標数は上方修正する必要があるのかどうかということです．これをやるためには，地域性もありますので，本来は都道府県・指定都市担当者とか認知症疾患医療センターを対象に調査する必要があるのかとは思います．しかし，今日（こんにち）のかかりつけ医との連携体制の強化とか認知症初期集中支援チーム，最近は認知症検診への動きなどもありますけども，こういったことを考慮しますと，少なくとも連携型認知症疾患医療センターはふやすことを検討する必要があるのではないかと．

ちなみに，現在の認知症疾患医療センターは，65 歳以上高齢者６万人に１センターということで計上してあります．これは昨日計算しただけですけれども，仮にこの数値をそのまま使った場合には 2020 年には 603 件，2035 年には 630 件，このようなことになっているので，一応検討する余地はあるのかと．

そういうようなことで，これは全て私のメモですので大胆なことを書きまくっておりますので気にしなくて結構ですので，たたき台としてこんなことを議論しなきゃいけないかと．

〔スライド 10〕これは前回出させていただいたことです．こういうことを議論する必要があるだろうということを少し細かく書かせていただいたものです．

ということで，ここから本日の議題に入らせていただきたいと思います．

また次第に戻りまして，本日の議題の（１）「実施事業進捗状況」から順番にやらせていただこうと思います．今，①から④の事業を私どものほうでワーキンググループを設置しながらやっておりますので，その進捗状況を説明させていただきます．それから，（２）の「都道府県及び政令指定都市を対象に行う調査内容の検討」についても，一緒に進捗を報告させていただきます．

最初の「①認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析」は，厚生労働省のほうから私どものほうに昨年度分の実績報告書のデータをいただきまして，集計・分析する予定です．これはまだ私のほうに届いておりませんので，届き次第，これからやらせていただきまして，第３回の委員会のときにご報告させていただくことにしたいと思います．

「②認知症疾患医療連携協議会の先進事例について」は，資料３を見ていただければと思います．これは，都道府県の認知症疾患医療連携協議会の先進事例を幾つかの都道府県にお願いしてつくっていただこうと考えているものです．自由度の高い記載の仕方の先進事例集がいいかなと思いまして，大まかに三つの項目で自由に記載していただけるようにつくっております．

これは一応「東京都」と書いてあります．（東京都の）大竹さんが来ておりますが，私が適当に書いたものですので，大竹さんは全然気にしないでください．例えば東京都だとすれば，最初の「１．都道府県認知症疾患医療連携協議会基本情報」の「実施形態」（の欄には），東京都では，認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的に，具体的な支援のあり方を検討する場として東京都認知症対策推進会議を設置しており，ここが都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を兼ねることができますので，例

えばこんなふうに書くということです.「開催場所」は東京都庁で,「開催頻度」は年２回,「会議に参加するメンバー」は，メンバーの属性あるいは人数という形で，下のように書いていただければということです.

「２．協議会の位置づけ，過去の議題について」は，青い字でちょっと書きましたけれども，都道府県認知症施策における協議会の位置づけ，過去の主な議題，認知症疾患医療センターの活動状況の情報共有・評価の方法・質の向上に向けた取り組みがどのように行われているかとか，議事内容の公開がなされているかどうかといったことについて，1500字程度で自由に記述していただければと．もし図表や写真があれば，見た目こういうものがあると読みやすいと思いますので,1500字とは別につけていただければということです.

そして「３．今後の課題」ということで，認知症疾患医療センターの質の管理に向けた現在の課題あるいは今後の計画などがありましたら500字ぐらいで自由に記述していただければなというようなことを考えております.

まずは（②の都道府県の認知症疾患医療連携協議会の）先進事例集は，こんなことを考えています.

一応全部お話ししてから意見交換ということにしたいと思いますが.

③が「診断後支援の質的解析，先進事例について」です．先に先進事例のほうからお話ししようと思います.

資料 4-1 が，認知症疾患医療センターで行われている診断後支援の先進事例集のフォーマットです．こちらも三つの項目ぐらいを自由に記載していただくのがいいのかなと思います.

１が「認知症疾患医療センター基本情報」ということで,「都道府県・市区町村名」に所在している場所を書いていただきまして,「医療機関種別」,「認知症疾患医療センターの業務を担うスタッフ」の職種と人数,「うち，相談業務を担う職種」の方を書いていただきます．その次に,「診断後支援を実施する対象」，例えば鑑別診断を行った全ての患者にやっているのか，あるいは医師から指示があった場合にのみ行っているのか，あるいは本人・家族介護者等から要請があれば行っているのか，あるいは相談員の判断で必要に応じて行っているのか，あるいはその他ということで，該当するものに○をつけてもらう．これは場合においては複数回答になるかもしれません.

そして,「医療機関の特性」ということで，プロフィールを簡単に書いていただこうと．これは（記載例として），東京都健康長寿医療センターということで，私のところのプロフィールをごく簡単に書いてみました．私どものところは東京都区西北部を二次医療圏域とする地域型認知症疾患医療センターで,「東京都では，二次医療圏単位に地域拠点型認知症疾患医療センター，市区町村単位に地域連携型認知症疾患医療センターを配置することとしており，当院は地域拠点型に位置づけられている．地域連携型と協働して，認知症の専門医療，地域連携推進，人材育成の機能を担っている」と.

そういうようなことを簡単に書いていただいた上で，（二番目に）「実施されている診断後支援」についてやはり 1500 字程度で自由に記載していただき，もし図表・写真があれば追加して掲載する.

書かれる内容としては，例えば，認知症疾患が診断された本人・家族を対象に実施している一般的な診断後支援（病気や障害の特性についての情報提供，かかりつけ医医療機関との連絡調整，地域包括支援センターの案内，介護保険サービスの利用支援，権利擁護に関する支援，経済的支援に関する情報提供，就労支援に関する情報提供，家族会・当事者の会・認知症カフェ等の情報提供，関係機関との連絡調整，心理的サポート，運転免許・ローン等支払い・介護負担などに関する相談支援など）の方法とか内容．あるいは，特定の事例（ひとり暮らし・高齢者のみ世帯，軽度認知障害，若年性認知症，困難事例など）を対象に行われている診断後支援があれば，その方法と内容．あるいは，家族の心理教育とか本人の会あるいはピアカウンセリングとかのピア活動といった診断後支援に関連する院内プログラムがあれば，その方法と内容を書いてもらう.

そして三番目に,「認知症疾患医療センターで診断後支援を行うことの意義,今後の課題」などを 500 字程度で自由記載していただければと.

こんなふうなフォーマットを考えております.

それからもう一つ，診断後支援については，現在，PSW 協会の方たちにワーキンググループをつくってもらいまして質的分析をしていただきました．これは資料 4-2 にまとまっています．全部を説明する時間が今ありませんので，概要を少し説明させていただきます.

これは実は，皆さんご存じのとおり，このたび，実施要綱 14 ページに（「４　事業内容」の中に）追記された「（３）日常生活支援機能」です．これは大変短く書いてありますけども,質的分析をして思いましたけど,割とうまいことコンパクトに書かれているなと.「（１）及び（２）」,（１）は専門的医療機能で（２）は地域連携拠点機能です,「を実施するほか，認知症の人や家族が，診断後に円滑な日常生活を過ごせるよう，かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上，認知症疾患医療センターは必要に応じて，以下のような取組を行う」と.

「ア　診断後の認知症の人や家族に対する相談支援」．つまりこれは，診断後の本人・家族への個別支援です.「診断後等，認知症の人や家族における，今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう，社会福祉士，精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し，日常生活を円滑に送るための相談支援を実施」と書かれている．それから,「イ　当事者等によるピア活動や交流会の開催」．これは先ほども事例集のときにちょっと言いましたけど，院内で行われているプログラムです.「既に認知症と診断された当事者による，ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施」ということで，大まかに言うと，個別の相談支援と院内のプログラムのことが書かれているということです.

これを踏まえてでは全然ないのですが，まだこの実施要綱ができる前の昨年度，この老

健事業で行った医療相談室における診断後支援の実態調査の中で，リサーチ・クエスションを幾つか立てて，PSW の方たちに自由に記載してもらっています．その一つ目が，ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の方の診断後支援，二つ目が MCI の方の診断後支援，三つ目が若年性認知症の方の診断後支援，四つ目がその他の診断後支援です．そして五つ目が，そもそもこの診断後支援をするということについてどのように考えますかということ．六つ目が，これは旭先生の提案で立たせてもらったのですが，そもそも認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題は何かと．この六つのリサーチ・クエスションを提示して，全国の PSW の方に自由に記述していただいたということです．

その結果が資料 4-2 にまとめてあります．実は，これはまだ粗削りではありますけども，なかなか宝の山かなと思いまして，資料 4-2 の紙をちょっとだけ説明いたします．

一番最初にあるのが若年性認知症の人の診断後支援についての分析結果です．二番目が MCI の人の診断後支援の分析結果です．三番目が，ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の方の診断後支援（の分析結果）です．四つ目が，その他の診断後支援です．五つ目が，この診断後支援についてどのように考えるかという非常に漠然とした質問の分析結果です．ここに結構いいことが書いてあるなと思います．最後に，現在直面している課題についての分析結果です．

資料 4-2 に分析結果のカテゴリー表が書いてありますが，さらに，A4 の Word の紙にそれぞれの分析結果に基づいた記述があります．これも，分析した PSW の方に，この結果に基づいて自分で記述していただいたものです．

後で柏木先生にちょっとコメントをいただければと思いますが，実はこの PSW の方たちは質的分析に関しては全くの初心者でして，こういう方法論を全然知らない皆さんですけども，その方たちに質的分析の方法についてレクチャーさせていただいて，書いてもらったものです．重要なことは，この PSW の方は実際に診断後支援をしている本人であるということです．やはり質的分析をするときに，自分自身の経験というものが非常に大きな意味を持っております．最後に文章を書くときに，自分自身の経験を基礎にして論理立てていくことが非常に重要ですので．その作業を現在しているところです．

具体的に少しだけお話しさせていただきますと，資料 4-2 の一番上のページが，若年性認知症の人の診断後支援ということで（大中小の）カテゴリーにまとめてもらったものです．これはまだまだ粗削りですので，そのことを配慮して聞いていただければと思いますが．

若年性認知症の人の診断後支援をカテゴリー分類してくれた PSW によれば，そもそも認知症疾患医療センターでやる若年性認知症の（人の）診断後支援というのはどうも三つに大きく分けられるようだと．その一つが「専門医療の提供」，２番目が「本人，家族の居場所や相談窓口の企画運営と情報提供」，三つ目が「本人や家族に対して状況に応じた個別支援」，この三つだというふうに分類されています．

ただ，この三つが本当に妥当なのかどうかというのはこれから PSW 同士でディスカッションしてもらいますので，これはまだ最終案ではありません．

これを見て思いましたのは，（一番目の）「専門医療の提供」というのは，医療そのものは相談室でやっているものではないので，それに関する記述は除外しなきゃいけないかなと．ただ，大まかに言うと，診断を受けた後の病名についての情報提供とか，そういったことが一番上（の「専門医療の提供」）にはどうも書かれているようです．

二番目（の「本人，家族の居場所や相談窓口の企画運営と情報提供」）には，院内で行われているプログラムについて書かれているようです．

三番目は，診断された後の「本人や家族に対して状況に応じた個別支援」ということが書かれていて，まずは総合的なアセスメントをしようと．次が，障害者総合支援法や介護保険法などの制度的なサービスの調整をしていこうと．三つ目が，経済的な問題がある人に対する経済的な支援に関する情報提供をしていこうと．四つ目が，本人や家族の心理的な不安感といったものに対してサポートしていこうと．五つ目が，適切なケアの方法，あるいは病気の知識がここに出てきますけども，それから道路交通法等の最新情報（を提供していこうと）．こういうところは若年性認知症に割と多いテーマです．次が，就労に関するサポートをしていこうと．最後に，地域包括支援センターや若年性認知症相談・支援センター（若年性認知症支援センター？）や認知症支援コーディネーター，認知症地域支援推進員，認知症初期集中支援チーム等々に必要に応じてリンクしていこうというようなことが書かれております．

それから，ごめんなさい，二番目は，院内プログラムとともに，院内で行われていないときには，当事者の会や家族会，そういった地域のプログラムにつなげていこうというような内容になっているようです．

恐らく，これをこの後ディスカッションして論理立てていって，若年性認知症の人が診断された後に相談室で行われる診断後支援というのはこういった内容が標準的なやり方，あるいは優先度の高い順になるのかもしれませんけれども，そういうようなものを提供していくようにしていこうというようなものが形づくられていくのではないかと．実際に作業してもらっている PSW たちは認知症疾患医療センターの PSW の中でも先進的なメンバーですので，自分たちの意見，考え方を反映させながら，まとめ上げてくれるのではないかと考えています．

こういったものと，先ほどの先進事例をあわせて，認知症疾患医療センターの診断後支援というものを考えていこうということです．具体的に先進事例についてどこにお願いするかというのは，後で議論をさせていただければと思います．

あとは，「④全国研修会の運営マニュアルについて」です．これは今，内海先生のほうでやっていただいております．

その後に，（議題（２）の）政令指定都市に対する調査のことを説明させていただこうかなと思います．

ということで，まず大ざっぱに（議題の）（１）から（２）までお話しさせていただきま

したが，少し深掘りして説明した上で，質疑をとらせていただきたいと考えています．

どこからやるかというと，一番広く行われる調査のことからやらせていただきます．この中で，まずは都道府県及び政令指定都市を対象に行う調査について説明させていただいて，実際に調査票の原案ができておりますので，それについて皆さんからご意見をいただければと考えております．

では，うちの研究員の枝広から調査の内容を説明いたしますので，その後，フリーでディスカッションをしていただければと思います．

枝広　枝広です．よろしくお願いします．資料 5-1 と 5-2 です．

資料 5-1 については，お願い文，依頼文でして，現状で予定としては，12 月中に郵送できれば 1 月末あるいは 2 月の頭を締め切りとして分析させていただけるんじゃないかなと思って，そのぐらいの時間的な計画でやります．郵送先は，都道府県の健康福祉部○○課みたいな課に対してダイレクトに送らないと県の中で行方不明になるので，平成 27 年に行った調査のときも郵送先の部署がダイレクトにわかる住所録を厚労省からいただいておりましたので，後ほど石井先生にお願いしたいと思っています．

資料 5-2 の内容に関しては，前回の委員会のときに提示した 27 年度の調査の内容と基本的に一緒です．ただ，27 年度の調査はほとんどが自由記載でした．同じように自由記載にするのはちょっともったいないので（，27 年度の記載内容を質的に分析したものを今回の選択肢にしています）．

上から行きますと，担当課を教えてください，次は 1-1，（都道府県認知症疾患医療連携協議会を）設置していますか，している場合は（1-2 で，）どの程度の頻度で何分ぐらいやっていますか．

1-3 は（連携協議会の参加者の）所属です．これはもともと 27 年度は自由記載で，議事録に参加者名簿があったらそれを添付してくださいとお願いをしていたものです．これに関して，それを分析するとこういった職種たちでしたよというのを前回の会議のときにお見せしました．それを並べたものがこの選択肢になっています．

次のページです．1-4 は，連携協議会で検討している主な内容についてです．これも 27 年度のときには自由記載で，それと議事録をつけてくれとお願いをして，いただいたものです．こちらも自由記載を質的に分析したものが今の選択肢になっています．なので，選択肢がちょっとした文章になっています．上から行くと，（①は，）行政説明をしているという，まずたくさんあった回答，（②は）各自の実施状況の説明というか報告，③は運営事業の情報共有とこれからどうするかという課題の検討，④は解決策を具体的に出すという回答があった（ので，それぞれを選択肢にしています）．あとは自由記載をつくっています．

1-5，同連携協議会を開催したことによって得られたことは何ですかという自由記載が 27 年度のときにありましたけれども，それの回答の質的分析をすると，こういったものが出てきました．周知関係，活動状況の共有，連携が推進されたという内容が主でした．それらを今の選択肢にしています．

1-6 は，都道府県と指定都市の連携体制を構築していますかと聞いていますけれども，もともと指定都市がない都道府県もありますので，これに関しては「指定都市はない」という選択肢もつくっています．

2 はセンター同士の情報共有について．2-1 は，都道府県の連携協議会以外に認知症疾患医療センターが一堂に会して業務等に関する情報交換及び協議を行う会はありますかと．これに関しても 27 年度と基本一緒です．（2-2 は，）それの頻度です．（2-3 の）（センターがお互いに）共有できる仕組みはありますかというのも 27 年度と変わりませんが，もともと自由記載だったところの記載内容を質的に分析した結果が，こちらの選択肢になっています．文章がかなり多いですけれども，大まかに分けてこのような形．それから，具体的に自由記載があれば書いてくださいとしています．

3，課題は何ですかとお聞きします．

という内容で，この状況で今，詰め詰めで 3 ページ超になっています．ただ，調査票自体は A3 の両面の半分折りで送る予定ですので，ゆったりさせることも可能ですし，もし必要であれば追加も可能ですので，ご協議いただければと思います．以上です．

栗田　というものです．少しだけ追加で説明させていただきますと，資料 5-1 がこの調査の依頼状ですが，この依頼状の裏に，認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱上の都道府県認知症疾患医療連携協議会についての記載を書かせていただきました．というのは，平成 27 年のときに，認知症疾患医療連携協議会のことを知らないという都道府県の担当者の方が結構おりまして，そもそも何だというところから説明しなきゃいけないところがあったと．

実は一番最初に平成 18 年に実施要綱をつくった当時に私はかかわっていて，社会・援護局の精神保健課（精神・障害保健課？）と一緒につくったので覚えているのですけど，前に江澤先生もちょっとおっしゃっていましたように，会議がいっぱいあってもしようがないだろうという話を当時もして，それにかわる会議があればそれでよしとしようということで，下のほうに「なお，既に同様の機能を有する会議等を設置，運営している場合は，その会議等を活用して差し支えない」という文言を入れているんです．だから，もし都道府県で認知症に関連するそれなりの協議会があればそれで構わないということで，ただ，そこでちゃんと認知症疾患医療センターの事業・活動報告をしたり，質の管理に関連する討議がされればよいということにしております．東京都も，認知症対策推進会議があるので，基本的にはそれで一応カバーできているというようなことです．そういうことも含めて，おたくの県ではやっていますかということを聞こうということで，こういう文言をつけております．

27 年ですから 4 年前に 60%という実施率というのは，ひょっとしたら残りの 4 割の中で，そういう会議体があるんだけど，そもそもこういう実施要綱のことを知らないから「ない」と答えていたところもあるかもしれないと思いまして，一応つけておきました．

それからもう一つは，27 年のときの調査対象は，都道府県と指定都市，両方にやりまし

た．指定都市は都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催する義務はないですけども，都道府県のほうでは指定都市とちゃんと連携してやることというふうに書いておりますので，指定都市がそのことを知っているかどうかということも含めて調査したところがございます．そうしたら，今日は来ていませんけども大阪市の中西先生は，大阪市は大阪府から一度も声をかけられたことがないとおっしゃっていたので，大阪府がやっているともし回答した場合にはどう考えるかと．そういうこともありましたので，指定都市にも一応聞いておこうかなということで，対象にしています．

以上がこの調査の説明ですけども，調査票のことあるいは調査の設計のことでご質問，ご意見がございましたら，ご発言いただければと思いますが，いかがでしょうか．

内海　調査票の大きな２番「都道府県内の認知症疾患医療センター同士の情報共有について」の 2-1 と 2-3 はどう違うのかというのがぴんとこないんですけれども．2-1 が，センター同士が一堂に会して業務に関する情報交換を行う会，そして 2-3 が，活動状況をお互いに共有できるような取り組みとあって，回答するのに 2-1 と 2-3 はどう違うのかちょっとぴんとこないので，教えていただけますでしょうか．

枝広　27 年の調査票では，2-3 のほうは，例えばホームページがあってそこで公開しているとかウエブ上の何かとか，そういうのを求めて，それを例示して自由記載にしていました．パンフレットとかもそうですけど，例えばうちのセンターでこういう会をやるのでメーリングリストでチラシを回していますなどなど，会議のみならず，ウエブ媒体であったり紙媒体とかそういうものはありますかと，そういう意図を持ってつくった自由記載だったんです．

内海　じゃあ，2-1 は一堂に会するというところに意味があって，会議をしているか．

枝広　そう，会議ですね．

内海　2-3 は，そういう媒体があって，それで共有しているよみたいな，そういう意味合いですか．

枝広　そういう意図が以前はありました．

栗田　ただ，今のような質問があるということは，ちょっとわかりにくいということですね．

内海　そうですね．

栗田　なるほど．

内海　北海道で考えたら，うちは（どう）答えるか，答えられないなと．

栗田　確かに，2-3 で「ある」と回答した場合の選択肢は 2-4 になるんですけども，2-4 のＡ「認知症疾患医療センター担当者が一堂に会する意見交換会・担当者会議を開催している」と 2-1「認知症疾患医療センターが一堂に会し，業務に関する情報交換及び協議を会はありますか」は，かぶりますかね．

内海　ええ，2-4 のＡと 2-1 は全く同じこと．

栗田　これはひょっとしたらかぶるかね．どうかな．

枝広　そうですね．自由記載を質的に分析したらそれが１番に出てきたということで 2-1（2-4 のＡ？）をそのまま書いたんだと思います．だとすると，例えば 2-3 の質問は「会議以外の仕組みはありますか」みたいな形でお聞きしましょうか．

内海　それだったら何となくわかります．

栗田　そうですね．2-3 の質問のところに，2-1 で言うところの会議以外ということで．そうすると，2-4 のＡは抜いてしまっていいか．

枝広　抜きましょうか．

内海　そうすると，Ｂ事例検討会，あるいは（Ｃの）合同研修会，こういうのは．

栗田　でも，これは別でいいんじゃないでしょうか．これは業務に関する情報交換会・協議会と一緒にやっている場合もあるとは思いますけども，事例検討会なので趣旨が少し違いますので．

じゃあ，そのようなふうにしたいと思います．

田中　これを聞く目的は，連携協議会があるかどうかを聞きたいというのがまず一つですよね．その次に，私も今の 2-1 と 2-3 はわかりにくいと思うんですけども，2-1 は会議以外のミーティングということですか．

栗田　2-1 は会議です．「協議を行う会」だから．

田中　2-1 は，連携協議会でない名前の会議．

栗田　そうなんです．これは都道府県認知症疾患医療連携協議会以外ということです．実はこれは，熊本なんかでもあったと思いますけども，担当者会議というのがあるんです．

田中　ありますね，事務局会議みたいな．

栗田　ええ．連携協議会とは違って，担当者だけで集まろうという．実は東京でもあります．だから，担当者同士でいろいろ現場的な打ち合わせをしておこうという，そういうような会があるので．協議会もやっているしこういう会もやっているというところもあるし，協議会はやってないけど担当者同士の情報交換をやっているというところもあるということで，（2-1 の質問を）一応つくっておいた．

田中　そしたら，「認知症疾患医療センターの職員が」とかにしていただいたほうが，書くときに（わかりやすい）．

栗田　「認知症疾患医療センターが」じゃなくてね．

田中　「認知症疾患医療センターが」にすると何か公的な感じで出なきゃいけない印象があるのと，あとは，2-3 になると今度は，研修会，事例検討会はそれとは別ということですので，「会議体以外で」とか「会議目的以外で」とか明確に書いていただいたほうが，現場でつけるときに……

栗田　そうですね．それは今，追記しようということですね．

田中　はい，お願いします．

枝広　（前のスクリーンに修正したものを出していますが，）いかがでしょうか．「会議以外の取組み」と，今，画面で赤字になっていますけど，どうでしょうか．

栗田　まずは 2-1 で，「認知症疾患医療センターの職員が」にしましょう．

2-3 で，「会議以外の取組みはありますか」ということで，いいでしょうか．

田中　はい．

栗田　ほかには何かございますでしょうか．

堀部　櫻井のかわりに来ております堀部と申します．

1-6 の指定都市との連携体制の構築についてですが，一応これは要綱上は少なくとも，連携協議会を開く場合は連携体制を構築しましょうと．指定都市が抜けてしまうとどうしてもドーナツみたいになってしまう県も多いので，ここは結構大切なところかと思いますが，要綱に書いてあるにもかかわらず構築していないというのに関して，例えば先ほどのお話みたいにそもそもこれは片務的なので，政令指定都市のほうとしては知ったことではないという話であったりとか，いろんな理由があると思うんです．これに関して，していない理由というのは特に集める必要はないでしょうか．

栗田　なるほど．それを書きますか．いかがでしょうか．していない理由もあったほうがいいですかね．

堀部　もしすべきであるということであれば，あったほうがいいと思いますし，これは屋上屋を重ねるようなもので要らないということであれば，もちろん逆に，将来的に要綱から消すという方向で提案するのもありかと思いますが，どうでしょうか．

栗田　それこそ中西先生がいれば一番よかったんですけども，これは指定都市の立場で「どうして？」というのは，先生おっしゃるとおり，あると思います．

長瀬さん，同じ大阪なので，その辺のところで何か思いとか考えはありますか．すみません，もうざっくばらんな話で，大阪は連携協議会をやっていますか．

長瀬　わからないです．すみません．

栗田　わからないですね．

北海道はやっていないんですよね．

内海　やってないです．

栗田　それで，札幌には認知症疾患医療センターはないからね．

内海　はい．

柏木　大阪なので，発言してもいいですか．私も指定都市の堺市ですけども，大阪府からもお呼びがかかった記憶があまりないです．大阪市も多分そうだと思うんですけど，大阪府自体がとても小さな県ですから，早い話が圏域（or 県域）を越えていろんな方が来られるわけです．私たちも，大阪府の近接の市から来られていても，連携が非常に難しかったりするので．ですから本当は，大阪府が音頭をとって大阪府全体の認知症対策を考えてもらわないと困るんですけど，全然です．（笑）いつも不満を持っています．

栗田　そうですか（笑）．

柏木　栗田先生，（長瀬さんが）思い出しました．

長瀬　大阪府は多分，大阪市と堺市さんには言っちゃいけないみたいな思いがあるみたいな印象を受けます．

栗田　ああ，堺市も指定都市でしたね．

柏木　そうです．

長瀬　そこはすごく遠慮している感は感じています．

栗田　遠慮している．

柏木　遠慮している．そうなんですか．

栗田　せっかくなので，宮城県は．宮城県はたしかちゃんとやっているよね．どうぞ．

渡部　宮城県の場合は，県のほうで行っている協議会もありますし，仙台市のほうで行っている協議会もあるんですけれども，どちらも，県の場合は市の担当者がちゃんとオブザーバーで入っているというのと，市のほうで協議会をやる場合には県の担当者がオブザーバーで必ず入っているというので，どちらもどういうことをやっているのかというのを把握しているようになっています．

栗田　そうですよね．ありがとうございます．

ということで，後で先進事例の候補を言おうかと思うんですが，ついでなので（今言うと），宮城県は先進事例の候補で，ぜひ出していただきたいなと思っています．

ということで，今の堀部委員の質問は重要な質問だと思いますので，「していない場合にはその理由」というのをつけましょう．

枝広　この調査は都道府県以外に指定都市にも送られますけども，指定都市側が呼ばれない理由を書く形になります．逆に例えば堺市が市でやろうと思ったときに県をうまく呼べない理由を書くのか，なぜ呼ばれないのかを書くのか．

栗田　なるほど，そうか．市でやる場合は呼ぶ必要はないけど，県でやるのに呼ばれない理由を市のほうで答えることは確かにできないね．

枝広　あるいは，この設問自体を都道府県の方だけが答えてくださいと書いてしまうか．

栗田　なるほどね．

いかがでしょうか．それでよろしいでしょうか．堀部先生，何かありますか．

堀部　お声がかかったかどうかというのを書かせて，答えさせてもいいのかもしれません．

枝広　過去の経験とか（でしょうか）．

堀部　要するに，コンタクトはあったけれども開いていないのか，そもそもコンタクトがないのかというあたりを．もし指定都市側に聞くのであれば，です．

栗田　そうすると，指定都市に聞く場合と県に聞く場合とで設問がちょっと変わってしまうよね．

堀部　そうですね．ということと，もう一つ，矛盾したときにどうするんだというところもあるので．

栗田　実は矛盾するんです．（笑）これは過去の調査で結構矛盾することはわかっているんです．

堀部　確かにこれは個人的には大事なところだとは思っていて．もともと，認知症疾患医療センターと連携担当者の話でちょっと厄介なことになったのは，それこそ中西先生の病院が吹田市にあるのに実際は大阪市（の指定の認知症疾患医療センターになっている）というところで連携体制が非常に難しいということで，当時，結構ばたばたした記憶があるので，この質問は大事なところかなと思っています．指定都市に関しては，確かになしでもいいのかなと思います．

栗田　ありがとうございます．じゃあ，少なくとも県の場合には答えてもらうというふうにいたしましょう．

枝広　都道府県のみお答えくださいと，特に書かれて……

栗田　都道府県の方にはお答えくださいというふうにしましょうか．

枝広　そごが出ます．県は呼んでいると言っているけど，市は呼ばれていないという．

栗田　そうそう，そうなります．そういうことになる．まずはそれでいきたいと思います．

田中　先生，それは不公平な気がします．

栗田　そうですか．

田中　県は「呼んでいます．来ないんです」と言ったときに，政令指定都市のほうは「いや，呼ばれている認識がないです」ということもあるかもしれないので，それは一方的になっちゃう気がしますけど．

枝広　あるいは，昨年の担当者と今年の担当者が違うからわからないという感じの意味で，呼ばれていないというのはありますね．

田中　だから，その両方がうまく書けるように，自由記載がいいような気がします．

栗田　（そういう）設問にしましょうか．

田中　そうすると，連携できないそれぞれの思いが両方あぶり出されて，じゃあ次回はこういうところを解決してくださいというふうには．

栗田　ひょっとしたらそれでもいいのかもしれないね．その理由について問うだけで，指定都市側は「呼ばれていないから」と答えるかもしれないですよね．そうですよね．そうしましょうか．

田中　両方から聞いてあげたほうが（いいと思います）．それで照らし合わせたときに，ボタンのかけ違いかどうかが（わかるので）．

栗田　いいですね．調査票をつくるのも簡単なので．

枝広　「していない場合の理由をお書きください」で，「都道府県の方のみお答えください」ではなく，全てですね．

栗田　全部に聞いてしまう．

枝広　1-6もみんなに聞くんですね．

栗田　そうですね．

枝広　じゃあ，声がかかったことがないみたいなことは1-7に書けばいいですね．

栗田　そうそう，それ（「都道府県の方のみ」）は書かなくて，自由に書いてもらうようにしましょう．

では，そんなところで．

谷向　これはIDと書かれていますけど，それぞれの県名とか政令指定都市を指定して印刷して，それぞれダイレクトに（送ってはどうか）．これはIDということでなしに……

枝広　IDのかわりに愛媛県と書くのは可能です．

谷向　そういうような形で出されるのか出されないのか．ID番号じゃなくて，都道府県・政令指定都市の宛名というか，○○県という感じで出したほうが，ちゃんと書かなくっちゃというような意識がより高まるのではないかという気がするんですけれども．

栗田　それは同じだからできるけどね．

枝広　そうですね．この調査は対象数が少ないので，戻ってこなければお電話をかけて，出してくれというお願いをしてしまうんですけど．以前やったときに，質問の電話とかがかかってきたときは，「うちは北海道ですけど，これは公表されるんですか」と．（笑）

栗田　そこまではちょっと，それは本当の質問だから（笑）．

枝広　そういうことがあったりしたので，いずれにしても，その点，〔原因？〕しているところはあると思う．

栗田　ちなみに前回は100%で，今回も100%で多分いけるとは思うんですけど．じゃあ，それはこちらのほうにお任せさせていただくということでよろしいですか．

谷向　わかりました．

栗田　では，次の議題に行きたいと思います．下からやっていきたいと思っていますけども……

田中　先生，ほかの質問票のほうでちょっとわからないことがあるのですが，今でよろしいですか．

栗田　はい，どうぞ．

田中　すみません．資料4-1ですけれども，自分たちが書くことを想定して……

栗田　すみません，資料4は先進事例のことでしょう．

田中　そうです．

栗田　先進事例はまた次にちょっと．

田中　次ですか．すみません，ごめんなさい．

栗田　では次は，先進事例の前に，ちょっと簡単なものから行こうと思っています．（④の）「全国研修会の運営マニュアルについて」の進捗を，内海先生に簡単に説明していただこうと思います．

内海　このたびは，今回の老健事業の委託を受けて認知症疾患医療センター全国研修会の今後の開催マニュアルを現在つくって，先ほど理事会を開きまして，ほぼほぼ原案ができてまいりました．運営マニュアルですので，1日研修にするとか，プログラムの内容は参加型プログラムにするとか，そういう細かい規定をつくりまして，大体これぐらいの厚

さでつくっております．今年，7回目は，今月 24 日，岡山で開きますけれども，それまでの 6 回の開催地におけるアンケートを集約して，そのアンケートの集約のもとに，どのような運営の形態がいいのかということで抽出して，作成をしております．これは今日の協議で本当にもう少しでき上がると思います．そのときには，社団法人全国研修会のホームページをつくりまして，定款及び運営マニュアル等を載せていきたいと思いますし，また，次年度開催地はどこどこという形で広報していきたいと思います．

来年度の三重県で行う研修会については，今回お手元に配らせていただきましたとおり，三重大学の冨本先生が主催してくださいまして，2 日にわたって，1 日半ということですけれども，土日，このような形で開催予定となっております．以上です．

粟田　ありがとうございました．

このたびは第 8 回ということになります．実績を積んできているということもありますので，全国研修会のことを周知していくことも大事だろうということで，実際どのようにして運営されているのかというマニュアルをつくって，ホームページをつくって，そこで公表しようということです．一応，都道府県持ち回りということでやっております．社団法人全国研修会で理事会というのをつくっておりますので，そこで次回開催地等を決めまして，そこの中心となる認知症疾患医療センターと都道府県が連携して組織運営委員会をつくって開催していますので，そういったことをきちんとマニュアル化して，可視化させていこうということです．

北村　ちょっといいですか．

粟田　どうぞ．

北村　これは多分，来年，冨本先生が認知症学会をやるから 6 月なんでしょうけど，期間（時期？）が，今年は 11 月で来年は 6 月でしょう．だから，期間がいっぱい変わると……．今はみんな予定がびっしりなので，この研修会は何月ごろするとある程度決めていただいたほうが定着すると思うんですけれども．

粟田　そのとおりです，先々ね．

北村　多分，4 月の第 1 週が一番あいているんです．それ以外はほとんどあいていないので．あとは正月か．だから，ちょっと決めないと．

粟田　そういう今言ったような細々と決めていかないといけないことがたくさんあると私は思っています．今日，マニュアルをつくるときにもそういう細かい話がたくさんあって，次の開催地をどうやって決めるかとか，そういうこと一つ一つを……

北村　立候補．

粟田　立候補，まあ，そうね．開催日のこともそのとおりだと私は思います．そもそもこれは草の根的に始まったものなので，どこかの学会がやるとか国がやるというのとちょっと違うので，今言ったようなこともこれからちょっと考えなければいかんのかなと思っております．貴重な意見をありがとうございました．

よろしいでしょうか．では，ちょっと次のところに進みたいと思います．

最初にこっちをやったほうがよかったかもしれませんが，次は（②の）「認知症疾患医療連携協議会の先進事例について」のほうから説明させていただきます．先ほどのアンケート調査の続きです．

先進事例集は資料 3 をご覧ください．内容もご質問いただいていいのですけども，どこにお願いするかという都道府県を決めなくてはいけなくて，できたら，少なくとも五つぐらいの都道府県はお願いしたいと考えています．

今のところ考えている候補地は，北からは宮城県，関東では東京．西のほうでは，四国の高知県の高知大学が基幹型で，毎年毎年，認知症疾患医療センターが年報を出しているということで．今回，數井先生が教授になられてセンター長になって，その前は上村先生が中心になってずっとなさっていたので，高知県にお願いしようかなと．

それから，熊本はどうかなと思ったのですけど，教授がちょっとかわってしまったんですけどね．

谷向　ちょっとメンバーが．橋本先生が異動しましたからね．

粟田　そうなんですよね．熊本はどうしようかなとちょっと考えているんですけれども．

谷向　石川先生なんかはまだ熊本にいますけど，県とのコミットがどうなっているかがちょっとわからないです．荒尾市とかのフィールドワークはずっと続けてやられていますけど．

粟田　でも，県としては体制ができているだろうから，これは県の認知症疾患医療連携協議会と，県としての認知症疾患医療センターのクオリティーコントロールに関する紹介なので．まあ，あの熊本モデルがなくなったら困るので．

谷向　そうですね．でも，この調査自体は県に対してですよね．

粟田　そう，県に対してお願いしようということです．

谷向　熊本もいいんじゃないでしょうか．

粟田　そうですね．一応，候補と．

今四つ挙げましたけど，あと，先生方から候補を挙げていただけないかと．もちろん，ここの委員で……

北村　石川県にやらせる．

粟田　石川県，いいですか．

北村　変なことをしていますけど．（笑）やることはやっているんだけど，認知症センターとしての仕事じゃないような形．まあ，困るだろうから，書かせてやってください．

粟田　でも，県として連携協議会みたいなものはあるんですよね．

北村　協議会というか何というか，まあ，やっていることはやっている．それから，かかりつけ医研修とかサポート医の研修とかエキスパート研修とかそういうもの．結局，僕が全部やっているんですけど．

粟田　ええ，認知症疾患医療センターでですね．

北村　いや，高松病院でやっているのかな，立場がよくわからないんですけど．（県とし

て）やらなければならないことは比較的やっているので，あとはずっと書かせてみたらおもしろいかと．

栗田　そうですね．北村先生は県だから，僕もいいかなと思っていますけど．

ということで，一応，今の五つの県にお願いする．ほかに何か候補の県があれば，ご発言いただいて．

柏木　藤本先生がいらっしゃる滋賀県はやってらっしゃらないですか．

栗田　ああ，滋賀県ね．県としてね．滋賀県もちょっと当たってみましょうかね．

谷向　ほかの考え方として，この調査と同じように全ての県に出して，その中からグッドプラクティスを抽出したほうが．やっていないところもそこでやっていないというのがはっきりわかるわけで，それのほうがおもしろいと思います．

栗田　やりますか，全部書けと．でも，やっていないところはしようがないですね．

谷向　やっていないところは，やっていないのがそれでわかりますし．

栗田　そうですね．そうしましょう．そのほうが調査としては簡単ですね．

谷向　それでグッドプラクティスだけ挙げてきたらいいと思う．

栗田　そうですね．それで，絶対書いていただきたい都県だけ少し推しておくことはできますね．では，そんなことでいきたいと思います．

それから今度は，（③の）認知症疾患医療センターの「診断後支援の質的解析，先進事例について」です．これは資料 4-1 です．これも，この内容についてのご質問と，候補（をお伺いしたいところ）です．

候補については 10 カ所ぐらいはお願いしようかと思っています．ただ口で言うと今思いつきで言っちゃうかもしれませんので，なんですけど（笑）．北から，まずは内海先生のところにお願いしたい．これは一応候補ですけども，東北地方では，宮城県（仙台市）のいずみの杜診療所にお願いしようかなと．あそこはおれんじドアというピア活動をやっておりますので．それから，福島県のあずま通りクリニックの小林先生にお願いしようかなと．関東では，まずは群馬県の田中先生のところにお願いしようかなと．東京では私のところでやろうかなと考えております．それから，中部地方というと堀部先生のところはどうなのかなとちょっと思っているのですけども，いかがでしょうか．

堀部　発言しづらい．

栗田　いいです．一応，候補ということで．

堀部　くさすわけにもいかず，なかなか答えづらいシチュエーションだなと（笑）．候補ということですね．

栗田　ええ，候補ということでね．

あと，大阪はやっぱり柏木先生のところにお願いしたいなと．それから，中部は北村先生のところでぜひ書いてもらいたいなと．それからあと，柏木先生のところ．あとは，今日はいらっしゃらないですけど，中西先生にはやっぱり書いていただこうかなと思っております．あとは，阪大は認知症疾患医療センターではないので阪大というわけにはいかない，阪大はだめなので．あとは，四国では……

谷向　西香川病院を推薦します．

栗田　西香川病院はいいですね．西香川病院の大塚先生ですね．じゃあ，西香川病院にお願いしようかということで．

田中　藤本先生．

栗田　ああ，そうそう，滋賀の藤本先生のところにもぜひお願いしようかということです．あと，３年前にメープルヒル病院の井門先生にお願いしたんですけれども，井門先生はもういないと思いますけど……

谷向　今は開業されましたね．

栗田　今もし書いてもらうとしたら誰先生にお願いすることになりますか．

石井　今だと院長になるかと思います．

栗田　院長ですね．じゃあ，広島のメープルヒル病院にお願いしようかと．

あと，九州ではやっぱり熊本なのかなという気もしますけども，どうなんでしょうね．そこはちょっとまだあれですけど．

谷向　今は，このグッドプラクティスをエリアで挙げておられますけど，基幹型，地域型とか診療所型のバランスみたいなものも少し考えられたらいいのではないでしょうか．

栗田　ありがとうございます．そのとおりです．ということで，何となく今のでバラけているんじゃないかと思っているんですけど．

今幾つぐらい．10 ぐらい言いましたか．

谷向　12 ぐらい．

枝広　12.

栗田　12 ですね．

枝広　国立長寿を抜いてですか．

栗田　国立長寿も一応入れておいて．

江澤　ちょっと質問ですけれども，診断後支援の先進事例の先進性とは何ですかというのを，ある程度コンセンサスを得ないと．

資料 4-1 の 2 番に書かれていることは，退院後支援の観点から言うと別に当たり前のことだということ．あと，医師会とかかかりつけ医の立場からすると，診療所とか中小病院とか老健から紹介されるわけで，そことバッティングする機能がかなり（あるから），MSW がいるので，要はそことよく連携をとって，何も介護サービスをやっていなかったりソーシャルワーカーがいない診療所はまた別の対応になるでしょうし．だから，ここに書いてあることは恐らく，中小病院とか介護系をやっている法人だとほとんどできる機能なので．

栗田　ああ，ここに書いてあることは．

江澤　そうです．4-1 に書いてあることです．

栗田　これは確かに，一般的な書き方をしていますね．

江澤　多分，診断後支援というのがあまり認知されていないのと，よほど連携に留意し

ないと，摩擦が起こる可能性もあります．要は，逆に紹介しなくなるとか，極端に言うとそういうことが起こり得る可能性があるので．カフェとか介護サービスの利用というのは一般のどこでもやっていることなので，その辺のすみ分けをやっていかないと．

診断後支援というのは多分，医師会でもかかりつけ医の間でも，あるいは老健の世界でも多分まだ大分知られていない言葉で，多分認知されていない．あと，地域の社会資源とかなりクロスオーバーするものがここにたくさん想定されているので，そういう意味で，先進性は何なのかと．だから，ここの疾患医療センターでしかできない特化した機能と，地域の連携をよく綿密にやったというところが出ていただければ，ありがたいかなと．

栗田　そういうことです．実は，認知症疾患医療センターの診断直後の診断後支援は何かということを本当に少し深掘りしてもうちょっと言語化しなければいけないと思います．これは先生がおっしゃったように，認知症疾患医療センターならではの診断後支援でなくてはいけないと思いますので，その辺のところを言語化する作業を本当はここでもむ必要がありますね．これは何か意見を言っていただいてもいいのですけれども…….北村先生，どうぞ．

北村　そのセンターが考える診断後支援というものを提示してもらえばいいんじゃないですか．我々は，まず病名がついたら，今度は生活機能全般を評価するために家族背景とかをいろいろ見て，場合によっては実際に家まで行ったり，ケアマネジャーに生活の状況をアセスメントさせますよね．それで，ひとり暮らしだったらどうとか２人暮らしだったらどうとか糖尿病だったらどうとかということに対していろいろやるわけなので．だから，制度でいう浅いところじゃなくて，深くもないかもしれないけど，それをはっきりさせて，そのセンターの考えている診断後支援はこういうものですと提示してもらうのがいいかなと．

栗田　多分，現段階ではそういうものですよね．実は，昨年やった実態調査の質的分析を今やっていて，それぞれの認知症疾患医療センターが言うところの診断後支援は何かということを今解析しているところですが，それがかかりつけ医がやっている診断後支援とはやはり違う性質のものだということが目に見えるような，そういうものを最終的には論理立てていくというのが一つのポイントだと思います．

それからもう一点．実は，いかに診断後支援がなされていないかという実態調査もあります．例えば我々のところでは AMED で若年性認知症の調査をやっておりますが，若年性認知症のご本人・ご家族の最後の深掘り調査では，若年性認知症が今一番診断されているのは認知症疾患医療センターということはわかっているのですけども，若年性認知症の人が診断された後，疾病についての詳細な説明をしてくれていなかったとか，あるいは若年性認知症の方が利用できる社会資源についてのトータルな支援がなかったとか，あるいは就労に関することについての助言がなかったとか経済的な問題についての助言をしてもらえなかったとか，そういうものがたくさん出ているということで，そちらの AMED の研究では，若年性認知症の認知症疾患医療センターにおける診断後支援というものをちゃんと標準化しなきゃいけないだろうというような議論もしているところです．今までそういう研究というのは全く行われていなかったので，そういうことをしていかなきゃいけないだろうと．

それから，ひとり暮らしの認知症の人に対する診断後支援は，もちろんかかりつけ医の先生にお願いするんですけど，かかりつけ医の先生にお願いするに当たって評価しておかなきゃいけないこととか，つなげておかなきゃいけないところとか情報提供しておかなきゃいけないところとか，そういうことがたくさんあるにもかかわらず，ただそのまま返すと，大体その後，通院が途絶えて，介護保険サービスにつないでもその後切れてしまってということが頻繁に起こっているということです．診断直後にきちんとインテンシブに情報を提供したり支援や教育したりとかが必要なのだろうとか，そういうようなことが言われてはいるけども，まだ漠然としているようなところがあるので，それをちゃんと可視化させなくてはいけないかなと思っております．

内海　昨年の調査の自由記述を私も全部読ませていただいてある程度データ化したのですけども，それで一番多かったのは，センターの PSW，相談員の方が，「うちはセンターなので，紹介をしていただいて，そして逆紹介するので，診断まではできるけれども，そのときに全ての診断後支援の情報を提供するのは難しいんだ」というような意見が非常に多かったと思います．

確かにうちも全部，紹介を受けて，そして診断をして，もとにお返しするということをしています．そうすると，診断直後の最低限しなきゃいけないような情報提供とかはするんですけれども，一遍にいろんな情報を与えるとかえって混乱してしまいますので，返した先での診断後支援を，継続してこのように行ってほしいみたいな形でお伝えしていく．だから，センターにおける診断後支援は意外とピンポイントで限られてしまうのかなというようなご意見が多かったかなと思います．

栗田　なるほど．特に都会はそうだと思います．

北村　結局，センターの機能で診断ということが強調され過ぎておるわけでしょう，昔は診断する場所がなかったから云々で．今はいっぱいあるから．

我々は，逆紹介はしないというか．認知症に関しては，かかりつけ医に全部返しますし，薬もかかりつけ医で出してもいいけど，定期的に来てくださいと．人によっては半年に１回という人もいれば，毎月という人もいますけれども，並列型というか．そうしないと，今度，ひどくなったときに戻ってき方がわからないと思うので．

栗田　わかります．恐らくそういうやり方がいいんでしょうね．ただ，それをやるには，大都市では認知症疾患医療センターが足りないんです．そういう問題がある．

江澤　ただ，診療報酬上は，高血圧，糖尿病，脂質異常症と横並びで，通常の日常的な医学管理はかかりつけ医がすることに一応なっています．ですから，その連携の仕方をどうするかということが重要です．

恐らく，紹介して返ってこないと紹介しづらくなるということと，例えば資料 4-2 でも，

「専門医療の提供」以外の部分で，かかりつけ医もしくは紹介元の医療機関との連携というのを入れておいていただかないと．「専門医療の提供」のところには「かかりつけ医との連携」が入っておりますけれども，それ以外の項目のところに（も），かかりつけ医とか紹介元医療機関との連携をちょっと入れておかないと．当然，中小病院でも，うちなんかも認知症外来をやっていますから，精神科じゃなくてもそういうところはたくさんふえてきているので．だから，地域連携というのが非常に重要であるということ．

もう一点は，かかりつけ医には医療的機能と社会的機能があって，今，社会的機能が非常に期待をされていて，地域の住民と連携をし，信頼関係を構築した上で，もちろん産業保健，学校保健，いろいろとありますけれども，そういったことに加えて，例えば貢献活動で，住民に介護予防教室や健康づくり教室や認知症（予防）教室や認知症カフェを開いたり．そういうことを医師会としても推奨しているところなので，そういったところとの連携も，ぜひ検討をいただければと．

栗田　ありがとうございます．

柏木さん，これは今回の調査を分析した結果ではあるんですけども，これが答えということではないので．実際に認知症疾患医療センターで行われる診断後支援というものはこういうものなんだという概念のもとで，これを材料として使っていただいて，最後はPSWの専門性で，例えばかかりつけ医との連携なども含めて，診断後支援とはこういうものなんだという体系というかラショナールというか，そういう論理をつくり上げていっていただきたいなと考えているところです．

柏木　私たちが考えているのは，こちらに挙がってきているのも，先進事例とまではいかなくても，積極的に取り組んでいらっしゃる事例を挙げてきているわけです．全くやっていないところはやっていないと書かれていますので．だけども，少なくともこのレベルのところは疾患センターとして機能を果たしていただきたいと思っているんです．

でも，実際，ガイドラインなりマニュアルなりをつくったとしても，やっぱり問われてくるのは私たちのような相談員の相談する力とかアセスメントする力だったり，いろんな方と連携する力．北村先生のところみたいにずっと追っていかれるほどのマンパワーが都会型の認知症疾患医療センターはないので，つないでいかないと維持できないわけです．そうすると，そのつなぎ方と，例えば半年後であっても何か困ったときには必ずバックしていただけるとかといったような日ごろからの連携力を高めるようなやりとりみたいなものを本当はつくっていかなきゃいけないとは思っているんです．

一つは，いつも疾患センターの研修は，日精協さんでもそうですし疾患センターの全国研修会でもそうですけど，私たちのような相談員にスポットを当てた研修がほぼほぼないので，とても残念に思っていまして．それは自分たちでやるしかないなというので，今度，これを利用させていただいた上で５月に研修をさせていただこうとは思っているんですけども．やはり，相談力と連携力と，さまざまなことを企画して地域をつくっていく力みたいなものを相談員の人たちに持ってもらいたいと思っているので，ぜひこれをもう少しブラッシュアップさせていただきたいなと．

させていただくのは私ではなくて，きっとかわいそうなメンバーですけど．してもらいたいなと思っています（笑）．

栗田　かわいそうなメンバーというのは，ちょっとひどいので（笑）．

そうですね，柏木さんの今の意見は非常に……．実は東京都では認知症疾患医療センターの相談員の研修をやっているんですけど，非常に喜ばれます．非常にニーズが高いことはわかっています．これはやらなきゃいけないことだなと．ありがとうございます．

あと，田中先生，何か質問がありましたね．

田中　書きっぷりのことで．もし実際に書くとしたらちょっと書きにくいと思ったところがあって，１の３段目の「業務を担うスタッフ」というところです．よくストラクチャーで聞かれるところの，常勤ですか非常勤ですかみたいな，兼務ですか専任ですかみたいなところがとても書きにくいので，実際かかわっていたら兼務だとか専任だとかは関係ないというような書き方にしていただくか，そのあたりのところを現場が書きやすいようにしていただけるとありがたいかなと．

栗田　そうなんです．それを書くと面倒くさいな，複雑になってしまって読みにくいなと思って．これは，常勤だろうが非常勤だろうが兼務だろうが，もう関係なく……

田中　全てのスタッフとかにする．

栗田　はい，全てのスタッフで記載してもらおうかなと思っています．そうすると医療機関によって考え方はいろいろ違うのでばらばらになる可能性がありますけど，これはちょっとした目安というようなことでいいんじゃないかと思っています．

いかがでしょうか．何かありますか．

堀部　ちょっと伺いたいのですが，この青い字で書いてあるところは，（「１．認知症疾患医療センター基本情報」の）フィールドの中は例として書かれて，「２．実施されている診断後支援」に関しては，こういう文章が例えば書き方のようなところに実際に書かれるというイメージですよね．ではないのですか．

栗田　書き方というか．

堀部　「その内容について」どうのこうので「例：認知症疾患が診断された本人・家族を対象に実施している」云々というのは，これは回答者のほうに見える形で提示されるのですか．記入要領的な説明的な感じで，見える文章（ですか）．

栗田　そういうふうにしようかと思っています．全くの白紙でもいいのですけども．

堀部　これはどうなんでしょう．例えば完全な自由記載だと非常に幅広ないろいろな可能性について情報が得られるわけですが．逆に，先ほどお話があったようないわゆるアンメットニーズ的な観点があるのであれば，これに関して結局，あるわざだけすごく得意な病院が見つかって，それも確かに症例としてはありかもしれない．ただ，サンプルとして集める場合に，つまり全人的に支える点からするともうちょっと，例えばこれとこれに関してはやっておいてほしい的なものに関して，これはどのようにやっていますかと（聞い

てもいいのではないか）.

例えば特定の事例の困難事例に関してどうこうということに関しても,「例」だと書かなくてもいい，得意技だけパーンと〔AO 入試？〕みたいに書いてしまえばいいかもしれないですけど，逆に，もしこれに関して押さえておいてほしいというものがあれば，それに関してはどうしていますか，これに関してはどうしていますかというような形で分けるのもありかなと思いました.

つまり，実際，得意技があるところでも，それ以外やっていないわけじゃないでしょうし．実はこういうすごいところでもこんな穴があるんだとわかるのも意味があるかもしれないので，どうなんでしょうか.

栗田　実は，最初の調査票の案は結構そういうふうにしていたんです．うちの枝広研究員がつくってくれた案ですが，前回の調査の自由記述の内容を見て，結構きめ細かくそうやってつくったんです．そうしたら，すごくたくさん出てきた.

枝広　4枚ぐらい.

栗田　4 枚だっけ．それこそ全部書かなきゃいけないというのはプレッシャーかなと思って，この際，自由に記載してもらおうかなと思ったんです．あと，枚数がめちゃめちゃ多くなってしまうので.

ちなみに，2000 字というのは A4 で 3 枚ぐらい．この本文が「2．実施されている診断後支援」だけで 1500 字なので，全体を入れると 3000 字から 4000 字ぐらいになってしまうんです．そうすると A4 で 4 ページぐらいになるので，大体 4 ページが上限かなと．そうすると，認知症疾患医療センター10 カ所だと 40 ページ，12 カ所だと 50 ページぐらいになって，さらに都道府県で同じような分量なので，それで同じように 30 ページ 40 ページになって，さらに質的分析の結果をまとめたものとかを入れると，そんなことをやっているうちに 100 ページを超えてしまうことになって，100 ページを超えたものは誰も読まないと思ったりして.

それだったら，絞って書いていただいて，自分が一番書きたいこと，うちの病院の特徴はここだみたいなことをとりあえず書いてもらったらいいのかなと．ディフューズに書いてしまうと薄いところもいっぱい出てきてしまうので，薄い記述はなるべく外して，特徴的だというところだけ書いてもらう，そのかわり自由に書いていただこうかなと思っております．そのかわり，広く浅く調査の結果を出そうかなと.

江澤　あと一点．これは東京の事例ですけれども，好事例として興味深いとすればやはり，人口過疎部とかです．（地域によって）社会資源も千差万別なので，高齢者が減り始める人口 3 万人以下の地域もたくさん出てきているので，社会資源がないところの疾患医療センターがむしろカバーしているかもしれないし，地域特性を出さないとなかなか参考に（ならない）．どういう事例が出てくるかはちょっとわかりませんけれども，これを見て「これが参考になるな」と思うのがいいかと思うので.

近々，在宅医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）も，地域の実情に応じて近々抜本的に見直そうとなっています．やっぱり日本は各市町村が全く異なる状況ですので，そういったものがぜひ参考になればと思っています.

栗田　なるほど，おっしゃるとおりです.

田中先生のところは過疎地ではないですよね.

田中　過疎地です．ウェルネス（の）二次医療圏（データベースシステム）で，医療圏の分類では過疎地です.

江澤　診療報酬上のあの赤い地図に入っている.

田中　過疎地です.

江澤　地域資源が少ない.

田中　はい．医療圏は過疎地です.

江澤　じゃあ，診療報酬上の要件緩和の地域になっている.

田中　いやいや，そこまでなってないですけど，二次医療圏の分類では過疎になっています.

江澤　要は診療報酬上の……

田中　診療報酬上の過疎では（ない）．でも，過疎はとれるようになっています．山間部の訪問診療とかですよね.

江澤　じゃなくて，診療報酬上で……

田中　乙甲の．あれは……

江澤　違う．じゃない．過疎部を設定しているんです，二次医療圏……，それはないよね.

田中　そこまではなってないです.

江澤　と思う．先生のところは・・・・・でしょう.

田中　一応，（人口）8 万人.

栗田　これは（江澤）先生がおっしゃるとおりだと思いますけど，実は過疎地は認知症疾患医療センターが設置しにくいんです．だから，過疎地でそういうことをやっている認知症疾患医療センターを探すのは結構大変かなと思っています.

江澤　というか，その近隣がカバーしていると思うので，そこに相談する必要は全くない.

栗田　そうですね.

これは，なければ田中先生のところにやってもらうしかないですけど，もし候補があれば，お教えいただければと思います.

内海　診断後支援というところでセンターにおいて 2018 年度の予算措置がとられたということですけれども，じゃあ来年度からこの予算をもらいたいとなったときには，どういうふうにしていったらいいですか．来年度は予算をもうちょっと，今年度よりアップしてきますよね.

栗田　そうですね．（お答えいただくのは）石井先生がいいのか，あるいは大竹さんあた

りがいいのか.

石井　すみません，ちょっと確認してからお返事させていただきます.

栗田　そうですか．わかりました.

大竹さん，何かわかりますか.

大竹　すみません，東京都も診断後支援は実施させていただいていますけど，これまでも東京都から各認知症疾患医療センターへの委託料が国の基準を大きく上回る額でお願いしているので，ちょっと参考には（ならないと思います）.

栗田　了解です．渡部さん，何か知っているところはありますか.

渡部　診断後支援というところで今年度から要綱が変わったというところで，宮城県のほうでは今，来年度に向けて予算要求の時期だったりするので，それで予算をつけるように県庁内で動いていまして，それで来年度つくかどうかと，今そこの段階です．行政のほうでも来年度の予算があるので，結構早めに相談してやらないといけないかなと思っているところです.

栗田　そうですよね．基本的には，都道府県のほうで認知症疾患医療センターのほうに周知してという流れになるかと思うので．厚労省のほうで一応確認してもらってからかもしれませんけど，そんな流れかと思います．ありがとうございます.

よろしいでしょうか．それでは，ここの話は大体終わったので，15 分ぐらいしかないけども，最後に意見交換の時間をつくろうと思っています.

意見交換はコンパクトにやっていきたいと思います．先ほどのこの（スライド２にある七つの論点の）内容ですが，さっき私が実施要綱を見ながらこんな感じかなと出したのは全くもって私の私的な意見ですので，これは皆さんあまり気になさらないでご意見をいただければと思います.

一つずつ，ちょっと一回お話しさせていただきます.

（論点１の）基幹型のところで，実は身体合併症に対する救急医療機関としての要件というのは三つあります．皆さん，実施要綱の 10 ページを見ていただければと思いますが，この設置要件をつくるとき私は深くかかわっていて，私がこんなのやめてしまえとは本当は言いにくいところがあるのですけども.

10 ページのイの（ア）（イ）（ウ）です．（ア）は，救命救急センター等の三次救急医療あるいは二次救急医療の指定を受けているかどうか，救急医療機関としての指定を受けているかどうかということです．（イ）が，医療相談室を中核に，リエゾンチーム等による精神科的なケースワークとか院内研修会をやっているかどうかということです．（ウ）が，休日・夜間における身体合併症や，徘回，妄想等の BPSD に対する救急・急性期医療のための空床確保という要件です．この三つの要件が基幹型認知症疾患医療センターの設置基準になっていますけども，現在 16 カ所しか設置されていないということがあって，実は私の印象では，この設置基準がやはり大きな壁になっているのかなと.

ちなみに東京都では，基幹型はつくらないことにしています．身体合併症救急を基幹型

でやるなんていうことを東京でもしやったら，たちどころにパンクするということがわかっていますので，つくらないことにしています．宮城県もたしかないですよね．宮城県もたしか，仙台市立病院というところでずっと救急をやっていたのですけども，既にパンクしている病院だったので，基幹型をやってこれ以上パンクさせてどうなるんだということで病院側からも反対されて，やらなかったという背景があります.

実際に基幹型をとっているところも，救急をやっているということではなくて，やはり大学病院等々で，熊本大学のように県内全体の認知症疾患医療センターの人材育成等のクオリティーコントロールに関与しているということで基幹型をとっているということがありますので，「イ　身体合併症に対する救急医療機関としての要件」はなくしていいんじゃないかということを提言させていただいています．あと，いろいろなところからも話をいろいろ伺うと，なくしていいんじゃないかという意見が多いようですので．あと，この委員会の中でも大体，なくしていいんじゃないかという考え方だと思ったので.

基本的には，この救急医療機関としての要件を残すべきか撤廃すべきかということについては，撤廃する方向でよろしいかどうか，皆さんにもう一回ご意見をお伺いしたいと思います．この文言，この要件自体を残すべきだというご意見がもしあれば，いただければと思います．――よろしいですか．実は私は，最後の最後まで，なくしていいのかなと思っているところが実はあって.

江澤　一番重要なのは，要は地域の住民の方が困るか困らないかだと思うので，例えば同じ地域に，総合入院体制加算，これは最後の砦（とりで）病院として国が位置づけていて，必ず精神科を持って全てを絶対断らないという病院ですけど，それが近隣にあればいいですが．やっぱり，地域との連携とか地域で支えていけることを踏まえて，緩和したらいいんじゃないかと.

栗田　そうですね．つまり，救急ということに関しては，これと別次元で考えていかなければいけない話じゃないかと.

江澤　地域に補完作用があれば問題ないと思います.

栗田　そうですね．実際，救急をやるために基幹型をとっているところは恐らく皆無と言ってもいいんじゃないかと思います，現実に．ということで，私もなくしてよろしいんじゃないかと思っています.

そうではなくて，もし基幹型を残すとすれば，ここで議論してきたように，都道府県と協働して事業評価とか認知症疾患医療センターの職員研修とか，あるいは東京都の場合には基幹型とは言わないで認知症疾患医療センターとは別につくっているんですけれども，認知症疾患医療センターがないところの認知症対応力もちゃんとカバーできるような人材育成をするとか，そういうようなことを都道府県と連携して基幹型に相当する認知症疾患医療センターがやっていくというようなことを記したほうがよろしいんじゃないかと.

それからもう一つ，これは内海先生がおっしゃっていましたけど，そういった基幹型を，基幹型でなくてもそれに相当する認知症疾患医療センターでもいいのかもしれませんが，

そういうものを各都道府県に一つは設置したほうがいいだろうと．そういうご意見だったと思いますが，これについてはいかがでしょうか．

田中　今，緊急のところを除くとすると，基幹型と地域型の違いが何になるのかというところ．

栗田　そうですね．設置要件での基幹型と地域型の違いというのは，検査体制のところだけです．

それから，もしもこういう（青字部分の）内容を盛り込むとしたら，これは事業内容に盛り込むのか設置要件に盛り込むのかをちょっと考えなきゃいけないですけれども，もしこれを設置要件に盛り込めば，ここが地域型と基幹型の違いになるだろうなと．

それから，地域型のほうには身体合併症救急じゃないですけども，あるいは身体合併症やBPSDに対する急性期医療をやるということがありますので，それは当然，基幹型，地域型共通でやらなければいけないので，そういうことをやるということになるかと思います．

ただ，これは厚労省のほうで考えなければいけないことですが，実はこの救急に関する要項を入れた背景は，補助金の額なんです．実は僕は，空床確保の話はナンセンスだろう，救急というのは空床を一床確保してやるものじゃないということは当時から言っていました．来たときに認知症かどうかわからないので，認知症があろうがなかろうがどんな人でも診るという体制を救急救命センターのところでつくることが重要であって，認知症の人のために一床確保するという救急はないという話をずっとしていたんです．でも，基幹型のための予算措置をするために一床分の金額を計上して予算措置をするのでどうしてもこの項目を入れてほしいと言われたので，じゃあしようがないかということで入れたという背景があるので，もし基準を変えた場合には，これに相当する予算措置ができるような基準にしていかなければいけないだろうなと．

ということで，県内全域の認知症疾患医療センターの質の担保に向けた職員研修等々をやるということになれば，それに相当する人員配置を確保できるような予算措置をお願いすることになるのかなと思います．

そんなところでよろしいでしょうか．

江澤　身体合併症については私の地元では，・・・〔医師会？〕で出たときは，認知症疾患医療センターの認定委員会で，どうしても身体合併症への対応が弱いと思われるところについては，県内ですからわかりますので，連携医療機関を必ず具体的に明記して，それでオーケーにしています．

栗田　そうですね．そのとおりです．

江澤　だから，そういう担保だけは．

栗田　それは地域型で担保されているので大丈夫です．

では，これはそういうことで．

石井さんから何かありますか．――よろしいですか．

堀部　ちょっと質問．

栗田　どうぞ．

堀部　私は大賛成ですけど，たしか先生のおっしゃった基幹型に関してはベッドでコストが変わるからという説明で，地域型に関して言えば臨床心理士さんのお金でという計算をしたと思いますけど，何か外形的なこと，ストラクチャー的なことは特に書き込まなくていいですか．これは個人的にこれで一番いいと思いますけども，お金に換算しようと思ったときに何か外形的要件が必要ないかどうかというところだけ，本省のご意見をちょっと聞ければと思うんですが．

石井　ここの部分は，最終的には2021年度からどういう形で展開していくのか，そこにどういう形で予算をつけていくかという議論に直接反映してくる部分ですので，外形的な部分．あと，今，三類型がありますけれども，それぞれがどのような機能を持って，各都道府県にどこまで置くべきなのかというところまで踏み込んだ形で議論していただけると大変すばらしいものになるかなと考えております．

栗田　ここでですか．

石井　考え方をそれぞれお示ししていただければと．

栗田　そうですね．今日はちょっと時間がないので議論できませんけど，堀部先生がおっしゃったことはそのとおりでして，外形的なところをちゃんと整備していかないと，つくってもあんまり意味ないみたいなところもありますので．ここはちょっと技術的なところだと思いますが．

次は（論点2の）都道府県の認知症疾患医療連携協議会についてです．これは（実施要綱の）14ページに書いてあります．あまりきついことを書いたら一層厳しくなるのであんまりきついことを書けないとは思います．しかし，この委員会の一つの目的は都道府県が認知症疾患医療センターの質の管理をちゃんとやれるようにしましょうということですので，都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割の一つとして，各認知症疾患医療センターの質の確保と地域連携体制の推進を図るといった文言があったほうがいいのではないかということですが，これについて何かご意見ございますでしょうか．

大竹　ここの文言で「質の確保」というのを入れていただいたときに，具体的にどういったことまで行うべきかというのは都道府県の裁量ということでもよろしいですか．

栗田　そうですね．ここにあんまり書き込まないことにしたんですけど．

大竹　裁量の余地が少ないと，厳しいところがありますので．

栗田　厳しいですね．ということで，ちょっと漠然と（した書き方がいいのではないか）．それこそ質の確保をどうするのかということを研究しなきゃいけないのがこの研究事業なので，そのための幾つかのツールというかアイテムというか，領域を幾つか考えているのですけど．例えば研修会をやるとか，基幹型に相当するものをちゃんとつくるとか，トートロジーだけど都道府県認知症疾患医療連携協議会をちゃんとつくって事業の活動報告をするとか，そういったことがちゃんとやられているかという幾つかのインジケーターがあ

ると思います．そういうインジケーターが確保されているかどうかということを想定していますけれども，ここには書かないでおこうかなと思っております．

石井　少しだけコメントさせていただきますと，先ほど（論点１の）基幹型の事業内容の部分で「質の確保」ということを書いていただいておりますので，そうすると，（論点 2）「都道府県は」云々「質の確保と地域連携体制の推進を図る」ということを書いてしまうと，各都道府県に基幹型が必須というような解釈になってしまう．この１番２番をまとめた形で議論を行っていただくのがいいのかなと．

栗田　そのとおりですね．おっしゃるとおりです．

基幹型を一つ設置するというのが適切かどうかというのは都道府県によって事情が結構違いまして．例えば東京都なんかも，基幹型というものを設置するよりは，今のところ，認知症疾患医療センターは認知症疾患医療センターであって，それとは別に認知症疾患医療センターの質の管理も含めて都道府県全体の認知症医療にかかわるスタッフの人材育成の拠点としてのセンターを置いておいたほうが効率的というか，そんな感じもあるので，そういうやり方もありじゃないかと考えておりますので．

この文言のあり方ですけども，どうなんでしょうね．ここでは基幹型の認知症疾患医療センターをするときにはこういうものだということであって，基幹型を必ずつくらなくてはいけないと書いているわけではないので，その辺のところは何とかなるような気もしますけど，どうなんでしょうね．

谷向　基本的には委託事業になるので，基幹型を含めて質というのをちゃんと評価しないといけないと思うので，質というようなときにはやっぱり「都道府県は」という主語のほうが僕はいいと思います．

栗田　ああ，そうか．「都道府県は基幹型と協働して」と．

谷向　はい．

栗田　それはいいですけど，そうすると，一方ではここは基幹型の設置要件なので，設置要件のところでは「基幹型は」が主語じゃないと設置要件にならないかと思いますので．だから，両方書くということになりますかね．

谷向　「質の確保」というより「質の向上」だったらどうですか．人材育成を含めて質の向上を目指す，それがちゃんとできているかどうかというのを県が……，というようなこと（にする）．行政がというか．（「向上」と）「向けた」は同じことかもしれませんけど．

栗田　「質の向上に向けた」だと，向かうが二つ重なってしまうので．

谷向　そう，そうなってしまいますね．

栗田　「質の確保に向けた」のほうが日本語的にはいいかなと思っているところです．じゃあ，この辺のところはまた改めて．

今度は，（論点 3 の）各認知症疾患医療センターの連携協議会についてです．これも本当は先進事例までやらなければいけなかったのですけど，ちょっと時間がなくて今回はできないかなと．これは本当にたくさんあるので，今回はこれはお許しいただこうかなと思

っています．でも基本的には，認知症疾患医療センターがやっている連携協議会でも「事業報告等を通して認知症疾患医療センターの質の確保を図るとともに，圏域の地域連携体制の推進を図る」（という文言を事業内容の（２）アに追記してはどうか）と．地域連携体制の推進しか書いていないので，ここに「認知症疾患医療センターの質の確保を図る」というような文言もあったほうがいいのかなと．

これは何かございますか．ここまでは要らないという意見もあるかと思いますけど．皆さんの現場でやっていることなので，何かご意見があれば．

内海先生，これは何かございますか．――大した問題じゃないという感じですか．では，これ（論点 3）は飛ばします．

これ（論点 4）は，厚労省のほうでこれから考えていただくということで，やっていただければと思っております．これはとても重要なことではないかと．

あと（の論点５と 6）は今回の調査研究事業で大体行われることなので．

最後の（論点７の）設置件数ですけども，どうするかは先々かもしれませんけど，一応議論だけしておきたいと思っています．これはそれぞれの地域特性によっていろいろあるかと思っています．ちなみに，今日は中西先生はいらしていませんけど，中西先生が今日持ってこられたメモでは，大阪市としてはやはり数をふやしてもらいたい，特に認知症疾患医療センターが今や，かかりつけ医との連携体制の強化とか認知症初期集中支援チームのバックアップとか，いろいろやることが非常にふえてきているので，人口規模から考えるともう少し数をふやしていく必要があるのではないかというご意見をいただきました．

それから，これは中西先生ではないですけれども，中西先生の（資料）にもあったかな，これはいいことか悪いことかよくわからないですけど認知症検診が最近広く行われつつあるということで，認知症検診ということになると検診した方のその後の質の高い診断の担保というのが非常に重要なテーマになってきますので，それが担保されているということを確保するためにも，小回りのきく認知症疾患医療センターじゃないかもしれないけど，そういうものをもう少しつくったほうがいいんじゃないかということでした．

この辺について何か，数のことで何かご意見がある方はいらっしゃいませんか．それぞれの地域を振り返ってということになるかと思いますが．

北村　完全に石川県の事情ですけど，石川県は二次医療圏が四つあって，能登に二つあるので，認知症疾患医療センターは能登に一つと石川中央と南加賀で三つで，県はそれ以上指定する気はないのですけれども，大学が二つあって，山田先生の金沢大学も認知症センターではないんです．それから医科大学もあって，あと公立の病院でアミロイド PET を持っておるところがあるんです．そういうところを全部指定すると今度はものすごい数になってしまうので，だから県はそれ以上ふやさないと思うんですけど．

ただ，初めのときに県と議論していたのは，診断をする診断型のところと，我々みたいな生活支援型みたいなところを分けてやれば，そんなに弊害はないんじゃないかと．センターじゃないところで診断しっ放しがいっぱいあるので．うちは若年性なんて，もう本当

に最後の砦でしか来ないみたいな感じになっているので．

だから，もし指定するにしても，クオリティーは相当ばらつきが出ると思うので，診断が得意なところとその後のフォローが得意なところを分けるとか，ちょっと工夫が要るんじゃないかと思います．

栗田　そうですね．これは地域性も結構あると思いますけど．

柏木　うちは大阪市大とかは本当に診断しかされないんです．そうすると，診断後のとても大変なところは全て，ほかのところがフォローしないといけなくなる．だから，とても損感情が強くなってしまいます．（北村先生の）おっしゃっていることはよくわかるんですけども，その辺も難しいかなと思ったりします．

つまり，診断しても結局支援しないと，医療的な支援もそうですし生活的支援もそうだけど，「支援しないで診断だけされてもな」というような．とても難しい事例は別ですよ，阪大とか市大とかじゃないと診断が無理なところもあるとは思います．でも，ほとんどの人は診断の後の対応のほうが大事になってくるので，そこを疾患センターで診断だけされて，結局ほかのどこが面倒を見るんだろうみたいな話に，被害感情が今でも現実的にあるので．すみません．

栗田　もちろん質の確保という問題はありますけど，診断しかできないみたいな話というのは，人口規模に比して認知症疾患医療センターの数そのものがすごく少ないために，マンパワー的に無理が生じている，そういうようなところもあるのでしょうかね．質の担保は前提だけど，認知症疾患医療センターの数が例えば堺市でもふえていけば，診断後支援なんかももう少しきめ細かくできるんじゃないかと，そういうような．

柏木　それはあると思います．

栗田　そういうことなんですね．

田中　地域性がすごくありますけど，今の北村先生のお話を伺っていて思ったのは，基幹型というのは本当に診断型かなと思うので，診断型疾患医療センターと診断プラス支援型の疾患医療センターみたいに，名称から機能を見せてあげたほうが患者さんにはわかりやすい．ここはもう診断するだけで，診断後支援は別の疾患医療センターと連携してくださいみたいな形の連携をさせていただいたほうがいいのかなというようなこともちょっと感じました．

栗田　例えば，実はこれは厚生労働省からはお許しをいただいているわけですけども，都道府県によって独自の類型をつくっているんです．東京都なんかも全然無視してと言うとあれですけど，地域拠点型と地域連携型という全く別物の名前をつくってやっていますので．

田中　群馬も，中核型というのに大学病院がなっていて，基幹型ではないんです．

栗田　恐らく，診断型と診断プラス生活支援型みたいな話は，国のレベルではなかなか．例えば東京都でそれをやられるとちょっと困るような気もするので，それぞれの地域特性を生かして類型を考えることになるのかなと思います．

北村　じゃあ，全体の数なんてどうでもいいじゃないですか．（笑）各県で勝手にやってくださいと言えばいい．

栗田　ただ，お金をとるときにはこの型でお金をとらなければいけないから．余計に金をとるためには．

北村　人口当たりにお金をくれればいい．

栗田　まあね．そうすると，抜本的な（話になる）．お金をやるから好きなようにやれというふうに．基本的にはそうですね．それにしても，枠組みをつくらないときっと（お金は）出せないでしょうから．

江澤　今，医療提供体制は地域医療構想調整会議のように，やはり地域で責任を持って地域の実情に応じて検討していくことが大事で，自治体の数だけでいうと，2015 年から 25 年の 10 年間で，後期高齢者が減る自治体とあまりふえない自治体の数が全国の３分の１を超えます．だから，全国一律のルールとか，「65 歳以上高齢者６万人に１センター」，ああいう数字はなかなかちょっとなじまない．やっぱり地域が責任を持って，精神科は入っていませんけれども地域医療構想調整会議のような論法で，地域で主体的に考えていくほうがいいかと思いますけれども，いかがでしょうか．

栗田　なるほど，そうですね．予算のことを考えるとやっぱりトータルの数は考えなければいけないと思うけど，必要な数というのは，ひょっとしたら都道府県・指定都市によってさまざまなので．認知症疾患医療センターは都道府県事業なので，都道府県で考えてもらわなきゃいけないですけど．例えば東京都だったら 80 件は必要だとか，石川県だったら 10 件でいいとか，そういうふうなことを出していただいた上で，トータルとしてこのぐらいなんだろうというふうな積算という方法もあるのかなとは思います．でも，そのためには調査しなきゃいけないだろうということになるかと思いますが．

すみません，この６万人（「65 歳以上高齢者 6 万人に 1 センター」）というのはほとんど大した根拠はなくて，これは私がやった調査ですけど，たまたま老年精神医学会の専門医に何件ぐらいがいいかというアンケートをとったら中央値がこれだったというだけの話なので．考え方としては，江澤先生がおっしゃるとおりに，調査して（設置数を）考えるというのが一つの考え方ですね．

江澤　もう一点．今，日本医師会の日医総研でいろんなパラメーターを全国の偏差値で示しています．例えば 75 歳以上人口 1000 人当たりの在宅医療の提供数とか訪問看護とか．そうすると地方に行きますと，特に在宅系サービスなんて，もう偏差値 40 とか．先週，僕は石川と富山でそれぞれ講演してきて，富山だと県全体で在宅医療の提供量は偏差値 39，訪問看護は 40，それはそれで人口当たりにすると提供量はかなり少ないですけれども，住民に悲鳴が上がっているかというと，そんなに悲鳴は聞こえてこない．というのは，文化・風習とか今までの歴史があって，それ相応に回っているということが大事だと僕は思っています．

一般的には，今ある社会資源をどう有効活用するかというふうに政策は動いているので，

もちろん必要なことは必要だと思いますけれども．だから，これは地域で（考え）ないと，全国一律のルールというのは今なかなかなじまないかなというのが感想です．

粟田　そうですね．ということで，各都道府県でちゃんとこういうことを考えてくれなければ困るのであって．

江澤　それはそうです．

粟田　そういうことを考える場所をちゃんとつくるということですね．

田中　あとは，75 歳以上でもいいのかなと，見ていて思いました．

粟田　そうですね．これはおっしゃるとおりですね．これはもう本当にいいかげんなもので，どうもすみません．おっしゃるとおりです．

北村　時間がもうないですけど，勝手なことを言います．江澤先生のところというか，地域医療の会議があるじゃないですか．

江澤　調整会議．

北村　あれに精神科は入っていないから，認知症の話は入らないですよね．在宅の数とかをやっておるんですか．

江澤　精神病床は，当時のいろんないきさつがあって医療計画から外れています．ただ，あそこの中で，入院以外で新たに 30 万人．これは療養病床の医療区分１の７割プラス地域差解消分ですけど，要は入院以外に全国ベースで新たに 30 万人．ベースに 100 万人いるので，130 万人の方を全国の医療機関で支えられるかどうかというのが調整会議の大事な議論なので．特にその入院以外というのは介護施設とか在宅医療とかが入ってくるので，認知症の方はそこに大半が入っています．

北村　入りますよね．ただ，認知症という〔データは？〕ないですよね．

江澤　だから，精神病院に入院している認知症の方は今は別枠になりますけれども．

北村　それはまあいいです．

江澤　そういう状況です．

粟田　よろしいでしょうか．議論は絶えないところですけれども，そろそろ時間ですので．

今日の議事を一応一通りやらせていただきましたので，この辺でお開きにしたいと思っていますが，最後に「その他」ということで，今までと関係していること関係していないこと構いませんけれども，ご発言が何かございましたらお伺いしようと思います．――よろしいですか．

それでは，また今回の議事内容をテープ起こしして，皆さんのほうにお送りさせていただきます．

資料２の年次計画に書いてありますが，第３回の委員会は２月に開く予定ですので，また日程調整させていただきます．第３回では，全ての調査が完了しているということで調査結果のご報告と，実施要綱に関連したことでこんな形で提言できるのではないかという原案をこちらからお示ししまして，最終的に皆さんでコンセンサスを得るということをさせていただければと考えています．

皆さん，本日は長い間，活発なご討議をありがとうございました．ご苦労さまでした．

（終了）

令和元年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）
認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業

第 3 回検討委員会
議事録

日時：2020 年 3 月 1 日（日）16 時 00 分～18 時 15 分
場所：東京八重洲ホール 701

栗田　皆さん，本当にこの大変な時期にお集まりいただきましてありがとうございました．今日は（午後）6 時までの 2 時間ですけれども，こんなときですので，なるべくコンパクトに進めて終わらせたいと思います．

ということで早速，認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業の第 3 回の検討委員会（を始めさせていただきます）．今日が最後です．

後で見ていただきますが，このたびの事業は，昨年度，六つの提言を出しました．この提言を令和 3 年度に改定になる認知症疾患医療センターの実施要綱に反映させていこうという，そのための研究事業となります．（以下，プロジェクター使用）

〔スライド〕ここに書いてあるような六つのことを実際にさせていただいたのですが，この内容は皆さんのお手元の資料 2（「事業実施計画書」）の③事業概要に書いてあるものと全く同じですので，そちらをごらんいただければと思います．この全ての作業をこの 1 年間に全てやりました．それについては後でご報告させていただきます．

〔スライド〕これまでの論点です．1 から 6 までが昨年度のこの老健事業で提言させていただいた内容です．要点だけに絞ってあります．

1 は，基幹型の役割というものを今後変えるべきではないか．2 は，都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割も明確にすべきだ．3 は，個々の認知症疾患医療センターでやっている連携協議会の役割も明確にすべきだ．4 は，認知症疾患医療センターの活動実績の集計・分析結果の公表と，これに基づく PDCA サイクルによる質の管理ということを実際にやるべきではないか．5 が，医療相談室でやっている診断後支援というものを担保するための人員確保あるいは内容の明確化，そういうことを進めるべきではないか．6 は，全国研修会を継続的にできるように国で補助金等のサポートを明示すべきではないか．7，これは提言にはありませんでしたけれども今回一緒に議論してきた内容で，2020 年度以降の設置目標数について考えようというようなことでした．

こういった七つのことを議論してきたわけですけれども，後ほど厚労省のほうから令和 3 年度の実施要綱改定に向けての今後の対応についての考え方などをご説明いただきますので，今日は最後に皆さんでそのことを意見交換して論議させていただきたいと思っています．

これ（検討委員会の論点）を大ざっぱに一つ一つ説明します．

〔スライド〕（一つ目の）基幹型に関しては，「身体合併症に対する救急医療機関としての要件」が基幹型設置の阻害要因になっているようなので，これを取って，都道府県と協働して事業評価や職員研修等を行うことによって，都道府県内の認知症疾患医療センターの質の確保に向けた取り組みを行うようなことにしてはどうかと．

〔スライド〕（二つ目の）都道府県の責務に関しては，これは認知症疾患医療連携協議会のことですけれども，都道府県は基幹型と連携して都道府県認知症疾患医療連携協議会等を通して都道府県内の認知症疾患医療センターの事業評価を行い，質の確保を図るというようなことを明確にしたほうがいいのではないかと．実際に都道府県認知症疾患医療連携協

議会の設置率も確認していく必要があるだろうと．今回の研究で調査いたしました．

とはいえ，都道府県認知症疾患医療連携協議会でどのようにして認知症疾患医療センターの質の管理に向けた取り組みをしていくのかということで，先進事例集をつくらせていただきました．

〔スライド〕三つ目が，認知症疾患医療センターの相談室がやっている診断後支援というもの．これは昨年度の実施要綱改定で認知症日常生活支援というふうに位置づけられておりますけれども，認知症疾患医療センターで実施している診断後支援としてその役割を明確化させる必要があるのではないかということで，このたびの研究で，昨年度行った研究の自由記述のデータを使いまして，実際に認知症疾患医療センターの相談室で行われている診断後支援の質的分析を行い，明確化させていただきました．

もう一つは，認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の先進事例集も作成させていただきました．

〔スライド〕これは実施要綱（の事業内容（3））に掲げている日常生活支援機能というものです．皆さんよくご承知のとおりです．

〔スライド〕（四つ目の）設置目標数については，これから確実に認知症の方がふえていきますので，やはり上方修正したほうがいいのではないかということで，いろいろ考え方はあるかと思いますが，これは後ほど厚生労働省のほうからご説明をいただきます．

〔スライド〕（五つ目の）実績報告の集計・分析・公表，PDCA サイクルも我々のこの委員会でずっとやっているわけですけれども，後でお話ししますように問題がたくさんあって，やはりこれを集計・分析する作業をきちんとやらなければならない．

それから，実際にこれを見てみますと，きちんと書けている認知症疾患医療センターと書けていない認知症疾患医療センターがあります．その書けていない理由にもいろいろあるのですけれども，臨床統計がとれていないのだなということがよくわかります．臨床統計をとれていない認知症疾患医療センターはそもそもそこで質の問題が問われてしまうかと思いますので，まずこれをきちんと書けるようにすることが，認知症疾患医療センターの質の向上にとっては非常に重要なことではないかと考えます．この辺のところはまた後ほどお話しさせていただければと思います．

〔スライド〕それから，（六つ目の）全国研修会．今回は，一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会に委託してマニュアルを作成いたしました．今でも都道府県に対しての国庫補助で全国研修会を行えることにはなっているわけですけれども，このことをきちんと明示したほうがいいのではないかというようなことを議論させていただいたわけです．ここまでがこれまでの論点のまとめです．

ここからは，厚生労働省のほうで今後の認知症疾患医療センターのあり方についての案をつくっていただいたということですので，石井専門官から説明をよろしくお願いいたします．

石井　ありがとうございます．では，参考資料 2「認知症疾患医療センターに関する課題及び今後の対応について（案）」，これは厚生労働省で作成させていただきました事務局案となっておりますので，これに関して，私，石井から説明させていただきます．よろしくお願いいたします．

これまで先生方におかれましては，昨年度，今年度の老健事業において認知症疾患医療センターの課題及びそれにどのように対応していくかということで議論していただいてきました．課題に関しては，先ほど粟田先生から，基幹型の役割，都道府県の責務，センターにおける診断後支援，設置目標数，実績報告のあり方，全国研修会という形で六つに分けてご説明いただきましたけれども，それをさらに実際に認知症疾患医療センターの実施要綱に落とし込む際にどのようにするかということについて，案をつくってまいりました．

一枚めくっていただきまして，最初は「認知症疾患医療センターに関する課題」について説明させていただきます．

これまで議論していただいた課題を実際に実施要綱に落とし込む上でどのように整理するかということで，①基幹型の役割，②都道府県の責務，③診断後支援，この三つの形に整理して実施要綱に落とし込もうと考えております．

先ほど粟田先生に説明いただいた中の全国研修会と設置目標数の部分は実施要綱からは少し外れるということでここには含まれておりませんけれども，設置目標数に関しては，今後のこういった考え方はどうかというものの案もあわせて示させていただいております．

では，順番に説明させていただきます．

次のページに移っていただきまして，最初に「①基幹型の役割：課題及び対応案」から説明させていただきます．

課題としては，基幹型は現在まだ 16 カ所しか設置されていないということで，今後，基幹型の役割をどのように位置づけていくのか，特に今後一番重要とご指摘いただいていた質の確保という部分をどのような形で位置づけていくのかというところを検討いたしました．

「今後の方向性（案）」というところからご説明させていただきます．

これまでの議論を受けまして，基幹型の役割は，都道府県と協働し，管内の各センターの質の確保の中心的な役割を担うことに加え，都道府県認知症疾患医療連携協議会の企画等からかかわり，事業評価及び他のセンター職員の研修等を実施することとしてはどうかと考えております．

したがって，基幹型は各都道府県における各センターの質の確保の取り組みを行うことになりますので，各都道府県 1 カ所の設置を目指すこととしてはどうかと考えております．

また，現在，基幹型の要件となっている救急時の空床確保については，地域医療計画のほうで精神（科）救急の体制のほうの整備も進めていることも考慮して，基幹型の要件から外していってもよいのではないかと考えております．

基幹型の検査体制から MRI の保有を外し，地域型と同等としてはどうか．これについては，今後各都道府県に一カ所の基幹型の設置を目指す上で，地域型からの移行も考えて

おりますので，なるべく地域型から基幹型への移行を促進するという考え方に基づいたものとなっております．

今ご説明させていただいた変更を，新旧比較ということで下の表にまとめております．右側がこれまでの基幹型のあり方，左側がこれからの基幹型のあり方となっております．MRI に関しては検査体制の要件から落とす．空床確保については，既存の基幹型に関しては地域の実情ということで空床確保を行っていたことも考えられますので空床確保は継続しても差し支えないけれども，これから新しく基幹型になるところについては空床確保を要件とせず，ただし，急性期入院治療を行える医療機関との連携体制が確保できていればよいという形に位置づけようと考えております．これは地域型と並びとなっております．さらに，事業評価及び質の確保を基幹型の役割として位置づけます．

では一枚めくって，「②都道府県の責務：課題及び対応案」についてご説明させていただきます．

都道府県の責務としては，センターの質の確保を要綱に明記するということで，責務として質の確保の取り組みを行うのが都道府県，ただし，行うに当たっては基幹型の認知症疾患医療センターと連携し，都道府県認知症疾患医療連携協議会等を通して管内センターの事業評価を行い，質の確保を図ることとするというふうに考えております．

点線四角内について順番に説明させていただきますけれども，したがって都道府県と各センターの関係としては，センターの事業評価，質の確保は都道府県の責務とする．ただ，実際のそうした取り組みは，基幹型センターが連携協議会等を通して実施するという形で位置づける．地域型，連携型については，基幹型と連携してそうした取り組みに協力するという形に位置づけるのはどうかと考えております．

さらに細かいところは来年度の老健事業で今後さらに詰めていく必要があると考えておりますけれども，具体的な事業評価の想定内容としては，管内の認知症医療センターの活動状況の把握，専門医療機関としての機能評価，地域連携拠点としての機能評価．もちろん，こうしたものは現在も行っている実績報告に基づいて一応は行われるものと承知しておりますので，実績報告のあり方についても，来年度，老健事業で検討する必要があると考えております．

こうした事業評価を踏まえて，質の確保の取り組みはどういったことを行っていくのかということですけれども，これも詳細は来年度の老健事業で詰めていくことを考えております．中身としては，医療提供体制の充実に向けた検討，連携強化の取り組み及びセンタースタッフに対する効果的な研修等を考えております．

最後の 4 つ目の黒丸ですけれども，現在，認知症疾患医療センターに関しては，名称が非常に類似しております「都道府県認知症疾患医療連携協議会」と「認知症疾患医療連携協議会」，この二つが要綱で記載されております．ただ，それぞれの位置づけが明確ではありません．

なので，「都道府県認知症疾患医療連携協議会」に関しては，（都道府県内の）認知症疾患医療センターの事業評価，質の確保を目的として，基幹型が運営にかかわるものと位置づけようと考えております．「認知症疾患医療連携協議会」に関しては，地域での連携を目的として，各センターが設置及び運営するものとする．ただし，名称が余りにも類似しておりますので，「認知症疾患地域連絡会議」，これはあくまでも我々の仮称と申しましょうか，案ですけれども，そうしたものに変えてはどうかと考えております．

認知症関係は会議が非常に多くなっており，また，それぞれの位置づけが不明瞭というか，一部重複しているというご意見もあります．効果的・効率的な運営が必要と考えておりますので，例えば認知症疾患医療連携協議会と同等の会議が既にある場合でしたらその同等の会議を活用していただいて，この認知症疾患医療連携協議会に関しては開催をしなくてもよいというような，そうした柔軟な運営を要綱に書くことを検討しております．

では，次のスライドに進んで，「③診断後支援：課題及び対応案」についてご説明させていただきます．

現在，診断後支援に関しては，要綱上，日常生活支援と位置づけられておりまして，これではどのような形で進めていけばいいのかということが明確ではないというご意見をいただいております．なので，この部分をさらに明確化して診断後支援機能と位置づけ，既に要綱上位置づけられている個々の患者に対する専門医療相談の機能とあわせて行い，診断から診断後支援を一体的に実施することによって診断後の空白期間の短縮を図ることを目的とした，全認知症疾患医療センターの機能として位置づけることを考えております．

さらに，平成 29 年に公認心理師法が施行されました．公認心理師は，公認心理師法上，心理支援を要する者だけでなく，関係者に対しても相談及び助言，指導その他の援助を行うものとされておりますので，基幹型，地域型は既に人員配置要件として心理技術職の記載がありますけれども，ここに公認心理師を追記することによって，心理的支援は心理技術職との連携の上で実施すると位置づけてはどうかと考えております．

上記のことをまとめまして，点線四角の中の 1 つ目の黒丸，診断後支援機能の業務として想定される内容ですけれども，かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上，必要に応じて実施するものと位置づける．具体的に言いますと，地域の実情でかかりつけ医等の医療機関や包括支援センター等の機関でできていないところに関しては，ここの診断後支援で補っていこうというようなイメージで位置づけております．内容として，診断後の不安軽減等を目指した本人や家族に対する心理的支援，本人や家族等身近な介護者に対して症状や BPSD の対応等についての助言，当事者同士の集まりや医療機関・地域包括支援センター等，状況に応じた相談支援が行われる地域の関係機関へのコーディネート等と考えております．

この上で，配置要件としては，専任の専門的職員を置くことができるものとすると．機関（期間）としては，対象者の状況に応じて早期に地域の関係機関に適切につなぐこととするという形で考えております．

現在，要綱上は医療相談機能というものが位置づけられておりますけれども，この医療

相談機能の中身は，初診前医療相談，情報収集・提供とされております．診断後支援はそれよりもう少し後の診断後の段階ということで，診断後支援の位置づけとしては診断後の本人・家族に対する心理的支援及びピア活動等の地域資源へつなぐコーディネートの実施等とすることによって，違いがあるものにしようと考えております．

現在，医療相談室が基幹型，地域型に設置されており，個々の患者の専門医療相談を行うと位置づけられております．基幹型，地域型においては心理技術職が既に配置されておりますので，医療相談室の機能として心理技術職との連携を追記してはどうかと考えております．そうすることによって，基幹型，地域型において診断後支援を実施する場合には，心理技術職との連携を行いつつ，医療相談室による専門医療相談と一体的に実施するというふうに位置づけると考えております．

では，次のスライドに進んでください．このスライドが，これまでご説明させていただいた今後の対応案を実際に実施に移した場合にどういう形になるのかというものをイメージとして示したものとなっております．これは今後のあり方のイメージで，現在の形がこの2ページ後の参考資料にありますので，そちらと比較しながら見ていただければと存じます．

今後のあり方のイメージについて順番に説明させていただきます．

まず，設置方針として，基幹型は都道府県に一カ所を目指す．これは地域型からの移行を含めて一つを目指すという形を考えております．ただ，逆に，経営上の問題で空床確保が難しいとかそうしたことがある場合には，現在の基幹型が地域型にステップダウンといいましょうか，移るということも含めて考えておりますけれども，都道府県に一つを目指す．地域型，連携型に関しては，二次医療圏単位で状況に応じて一つ以上と考えております．

設置医療機関としては，これまで基幹型は総合病院ということで考えておりましたけれども，こうした変更を受け，総合病院や単科精神科病院等という形で，総合病院だけでなくそれ以外の病院もということで，幅広く考えております．

専門的医療機能に関してですけれども，人員配置のところは，これまで基幹型，地域型で心理技術職1名以上となっていたところに，公認心理師を追記しようと考えております．検査体制のところが基幹型はMRIが必須でなくなったということで，これが地域型との横並びという形になっております．BPSD・身体合併症対応については，基幹型から空床確保の要件を落とすことによって，地域型，連携型と横並びという形を考えております．相談・支援機能については，基幹型，地域型においては，医療相談室において心理技術職と連携し，医師・精神保健福祉士・保健師等によって，多職種連携によって専門医療相談と診断後支援を一体的に実施する．さらに，心理技術職（公認心理師）と連携することによって，専門的な心理支援も行っていただければと考えております．連携型に関しては，心理技術職の人身配置要件が必須となっておりませんので，専門医療相談の実施，診断後支援の実施と記載させていただきました．

地域連携機能に関しては大きな変更はないのですけれども，一カ所，「地域での連携体制強化のための」というところで，「認知症疾患医療連携協議会」と記載していましたけれども，「認知症疾患地域連絡会議」と名称の変更を行っております．

一番下，事業評価・質の確保に関する取り組みですけれども，基幹型の機能として，「行政と連携し，「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の設置・運営，管内センターの事業評価及び質の確保に向けた取り組み」を新たに位置づけているところです．

ここまでが事業要綱の改定に関連してくる部分ですけれども，引き続きまして，さらに認知症疾患医療センター設置目標数に関する考え方ということで，これもあくまで事務局案ですけれども，こうした考え方はどうかということを持ってまいりましたので，紹介させていただきます．

次のスライドになります．現在の考え方，新オレンジプランにおける設置目標数として，2016年の実績は375カ所だったことを受けて，2020年度末に約500カ所を目指して設置するということがうたわれております．これの根拠としては，二次医療圏に少なくとも1センター以上，人口が多い二次医療圏においては65歳以上の人口おおむね6万人につき1カ所程度を整備するという考え方で，この500カ所が示されておりました．ただ実際には，この考え方に基づいて設置目標数を計算した場合，2025年の目標数が672カ所になり，少し現実的ではない数字になるということで，この6万人に1カ所も少し古い数字ということもあって，現実に即した新しい算出方法が必要であると考えております．

そこで，案として示させていただきましたのが，この下にあります，認知症疾患医療センターで認知症新規発症のうち30%の鑑別診断を行った場合何カ所になるかという計算結果に基づいた数字です．この場合，2020年に必要な箇所数は522カ所，2025年は552カ所となっております．

計算根拠はこの下に示させていただいているとおりですけれども，少し複雑なので幾つか補足させていただきます．認知症の新規発症数というものを，高齢の方の人数から認知症を既に発症している方の人数を引いて，現在認知症でない方の人数を計算して，それに新規の発症率を掛け算して，認知症新規発症数を推計で求めました．この認知症新規発症数の内30%をそれぞれ1センター当たりの認知症鑑別診断数の目標である260件で割って，新規発症数のうち30%ということで計算して出しております．

この1センター当たりの認知症鑑別診断数の260件は，現在の1センター当たりの年間認知症鑑別診断件数の中央値がおおよそ200となっておりますので，実績比で30%増加させる，これは今後の質の確保の取り組みによって達成を目指すところになります．260件を行うことによって，こういった数字になるというものになっております．

30%の根拠については，現在，認知症性疾患の把握率の大規模な統計数字が残念ながらないところですけれども，国内で行われた幾つかの調査，また海外との比較においても，おおよそ30%から40%程度であると考えられます．認知症に関する専門医療というものは，認知症疾患医療センター以外の大学病院物忘れ外来，メモリークリニック等々でも提

供されていますので，認知症疾患医療センターで実施する鑑別診断の件数を新規発症のうちおおよそ30%ではどうかということで設定させていただいたものとなっております．

こうした計算結果を踏まえますと，2025年における認知症疾患医療センター設置目標数はおおよそ550カ所程度になるのではないか，そのうち基幹型は，原則都道府県に1カ所という形で考えております．

現在，各都道府県に対して事前協議を行っており，2025年までに新規の指定見込み件数はどのようになるのかという調査も行っているところです．

以上，事務局案について説明させていただきました．ありがとうございます．

栗田　ありがとうございました．これについては今日の本題ですので，後でしっかり時間をとって質疑を行いたいと思います．

先に進めさせていただきます．まずは，次第の（2），実施事業の取りまとめ状況を大急ぎでお話しさせていただきます．

最初は「①認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析」です．お手元にも資料はありますが小さくて見にくいので，スライドでお話しします．（以下，プロジェクター使用）

〔スライド1〕毎年，私どものほうでまとめさせていただいているのですが，一つ一つが大変重要なデータですけれども，いろいろと問題がありまして．先ほど石井専門官から，来年度はこの実績評価のあり方も検討する必要があるということでしたので，ぜひ検討しなければいけないことを幾つか踏まえて，お話しさせていただこうと思います．

〔スライド5〕一番最初にお示しするのは（類型別・医療機関種別内訳です）．このときの認知症疾患医療センターは440カ所でして，440カ所全てのデータを確保することができております．これは義務ですから当然です．回収率100%のデータということで，非常に重要な意味を持っています．現在の状況として，基幹型が16で，地域型が365，連携型が59，医療機関の種別でいえば，一般病院が187，精神科病院が220，診療所が33になっているということです．

〔スライド6〕病床数についても，一般病床をどのぐらい持っているか，精神病床をどのぐらい持っているかということを出させていただいております．

実はここで言っておかなければいけないのですけれども，先ほど出しました精神科病院の定義が，厚生労働省の定義では精神科病院は100%精神病床の病院となっています．ところが，日本精神科病院協会の会員の要件は精神病床がある病院ということになっておりますので，100%じゃなくても精神科病院協会に入れるんです．実際に，内科の病床を幾つか持っているとか，そういういわゆる精神科病院が結構あります．ということで，この集計をとると，一般病床を持っている精神科病院が幾つか出てきてしまうことがわかりました．ちなみに，73の精神科病院が一般病床があると答えていただいて，平均24.4持っているということになっているので，これは定義上，精神科病院ではない．こういった，実績評価を記載する際の細かな定義というか，ルールみたいなことを少し明確にしていかなければいけないかなと．

ちなみに，ここから先（同じようなことが）たくさん出てきますが，（認知症疾患医療センターは全部で）440で，一般病床については270の病院が回答していて，0と回答している病院もあります．欠損値にしないで必ず0を入力してくださいということを教示しないと分母がおかしくなってしまうので，欠損値をつくらないという指示を実績報告書に必ずつけておかないと，ここから先，分母が全部変わってしまうということが起こってしまいます．これは特に診断名のときは非常に問題です．後でお話ししますけれども，HIV感染症について答えてくれている病院は半分ぐらいで，結果0，一人もいないという結果です．だから，半分の病院は0と回答してくれていて，恐らくもう半分の病院もいないだろうけれども欠損になっているという，変なことが起こってきてしまう．そういう記載の仕方をまずはきちんとしなくてはいけないだろうなと．

とはいえ，精神病床を持っている病院，一般病床を持っている病院がどのぐらいかということも，これでわかってくるということです．

〔スライド9〕これは一般病院，精神科病院の全病床数です．200から400の病床数を持っている医療機関が一番多いということです．

〔スライド10〕医療機関の診療科は，現在も精神科が最も多い．これは分母440で出しておりますが，90%近くは精神科がある医療機関が認知症疾患医療センターをやっている．その次は内科で，その次は神経内科，次はリハビリテーション科．こういう診療科がある医療機関が認知症疾患医療センターをやっているということです．

〔スライド12〕専門医療機関としての要件ということで，まずこれは類型別の稼働日数です．平均値が5以上になっています．これは週5日以上やっているということです．恐らく入院も入れていると思います．入院を入れると週7日まであるので．実際にこれを見てみると，稼働日数では，月曜から金曜までやっている週5日が一番多い．6は土曜にやっているところもあると思いますけれども，7というのは恐らく病棟の稼働も入れているのだろうと思います．この辺も定義をしっかりさせたほうがいいだろうなと．

ちなみに，年間の稼働日数201から250，これは結構大事な数字です．これは外来からいうと1日に新患を何人診ると年間にして何人の患者を診られるかということなので．大体200前後，200ちょっとぐらいです．そうすると，一日2人の認知症患者さんの診断をすれば1医療機関400人ぐらい診られるということですが，先ほど石井専門官が言っていましたけれども実際は中央値が195，200ぐらいだったので，平均すると大体一日1人ぐらいということになるだろうと．

〔スライド13〕ここからは，専門医の配置状況．

〔スライド15〕それから，精神保健福祉士の配置状況なんかもあります．これは361の医療機関が答えてくれています．これも実績報告書の記載の仕方を統一しなければいけませんが，精神保健福祉士が0と書いている医療機関と空欄にしている医療機関があるので，これを自動的にクロスをかけると，440にならない，361になってしまう．80カ所ぐらい

は空欄であるということです. 必ず 0 を入れてもらって, その上で精神保健福祉士がいる, いないということを分析した後，何人だというふうに集計していかなきゃいけないということで，これは入力の方法と集計の仕方のルールもちゃんと明確にしていかないと，質の評価をするときに難しくなる．こういったこともきちんと言語化して，文章化しておかなければいけないだろうなということです.

〔スライド 17〕ちなみに，臨床心理技術者については 178 の認知症疾患医療センターが回答してくれていますが，一施設当たりの平均値が 0.6 になっておりますので，0 と書いたところがそれなりにあるということです．0 と書いてくれているところと，人数を書いてくれているところと, 何にも書いてくれないところがあるということで, 平均すると 0.6 となります．心理士（心理師）の配置状況は現状ではこんなところだということです．この問題は，後で診断後支援のときに心理士（心理師）がどう活用されるかということにおいて問題になるかもしれません.

〔スライド 18〕検査体制については，先ほど来ありましたように MRI は基幹型は今のところ 100%ありますけれども，地域型は半分ということです.

ずっと先に飛ばします.

〔スライド 38〕この辺だと病名ごとの診断件数が出ていますが，たまたまプリオン病が出てきたからプリオン病の話をしますと，プリオン病について回答してくれているところは 271 の医療機関しかありません．だから 170 件ぐらいの医療機関は答えてくれていないので，欠損です．でも，多分 0 だと思います．実際に答えてくれたところの平均値を見ると一件当たり 0.2 人になっていますが，いない医療機関がきちんと 0 と記入していただければ分母は 440 になり，一件あたり 0.1 人ぐらいになるのだと思います．そういうところをきちんとしなければいけない.

実は若年性に関しても全部調べてあるのですけれども，若年性のときは度数が 209 になるので，若年性の統計をとっていない医療機関がたくさんあるということがわかります．つまり，若年性は欄はほとんど欠損なのです．臨床統計をしっかりとっていただくということも医療機関の質に非常に深く関係しており，これはナイチンゲールが『看護覚え書』に書いていることですけれども，そういうことをぜひやってもらうようにしようと．そういうことも今後レコメンドしなければいけないことではないかと思っています.

〔スライド 66〕予約待機日数については，多くの病院が 14 日未満です．特に病院類型でいうと診療所が非常に早いということです．まだ長いところもありますけど，経時的に見てみると待機日数は年々短くなっているのがわかります.

〔スライド 73〕あと, 救急医療機関に指定されているかどうかに関しても, 基幹型は 100%で，地域型になると確かに下がります．だけど，一般病院の中の多くのところが救急医療機関に指定されていることがわかりますので，基幹型の要件が救急医療機関というのは現実には即していないということがわかります.

まずはここまでということで.

次の「②認知症疾患医療センターにおける診断後支援先進事例集」．先進事例（集）をつくりましたので，これは枝広のほうから説明をしたいと思います.

枝広　資料は 4-1，一枚に 2 ページ刷りのものです.

一枚めくっていただいて，中の CONTENTS というところに目次があります．主に本委員会の委員の先生方ですけれども，それ以外の先生方にも依頼をして，診断後支援の先進例を書いていただきました．この CONTENTS のところには青字で 1 と 2 がありますけれども，1 のほうが資料 4-1 の冊子になっています.

二つの見開き分，4 ページ分が大体の枠ですよというお話をしているのですけれども，かなり詳細な図表をいただいたというのもあって，それ以上にページ数を割かせていただいたところも多いです．今日は全体のバランスを見ていただこうということでお見せしています．図表に関して，細かい文字のところとか PDF が潰れてしまったものとかもありますので，これに関しては個別に，もうちょっときれいなものを下さいとか，本物を下さいとか，そういうことをお願いしているところです.

文章に関しては，事務局のほうで用語の統一をさせていただこうと考えていまして，これに関して後ほど，著者校正という形で先生方に一度見ていただこうと思っています．以上です.

栗田　皆さん，ご協力いただきましてありがとうございました．非常に興味深いです．非常におもしろいですね．なるほどと思われること，それから，それぞれの認知症疾患医療センターの考え方なんかがよくわかって，大変勉強になります.

続きまして（③は），資料 4-2 を見ていただければと思います．資料 4-2 は，全国の認知症疾患医療センターの診断後支援について質的分析をしたものです.

最初の表紙をあけたページを見ていただければと思います．目的は，認知症疾患医療センターの相談室で実施されている診断後支援の実態の把握ということです.

これのローデータは，昨年度の老人保健康増進等事業で実施した，全国の 429 の認知症疾患医療センターを対象とする質問紙調査の中で，相談員等による本人と家族の診断後支援の実際について，五つの質問をさせていただいております．一つは，ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について，特に実施されていることがあれば記入してほしい．それから，MCI の人の診断後支援について，特に実施されていることがあれば記入してほしい．三番目が，若年性認知症の人の診断後支援について，特に実施されていることがあれば記入してほしい．四番目が，その他認知症の人の診断後支援について，特に実施されていることがあれば記入してほしい．五番目が，認知症疾患医療センター相談室における認知症の診断後支援について，自由にお考えを記載してくれと，こういう質問です.

実際に認知症疾患医療センターで働いている精神保健福祉士の方たちに作業グループをつくってもらって，質的分析の一般的な方法として，自由記述をまずはセグメンテーションをして，そしてコード化して，小カテゴリー，中カテゴリー，大カテゴリーに類型化し

て，どういうようなことが行われているかということを整理していただきました．そのデータに基づいて最終的な記述をそれぞれの担当した PSW の方に書いていただいているのですが，内容を少し私のほうで検討させていただきまして，文言あるいはラベリングの名前を少し修正させていただきながら，一つ一つの結果を書かせていただきました．これを今後どうするかというと，3 月 13 日にもう一回，PSW でワーキンググループを開きます．これは私が修正した案なので，これでよろしいか，実際に現場の感覚と合っているかということをもう一回ディスカッションして，最終的な結果にさせていただこうと．

非常に新しい知見がたくさん盛り込まれていると思いますけれども，最初のほうからちょっと紹介させていただきます．

まずは，「独居または高齢者のみ世帯の認知症の診断後支援」ではどういうことが行われているかということで，大きく五つにカテゴリー化されました．

1 は，「生活状況のアセスメントと心理的サポート」．具体的には，相談員が本人や家族から生活の様子を聴取するとともに，地域の支援者からも日常の様子を聴取し，現在の生活状況や利用しているサービスを把握する．そして，相談員が実際に診察に同席して情報を把握することもある．本人に不安がある場合には，対話を通して心理的なサポートを行い，火の不始末やひとり歩きの際の危険がある場合には，危険を回避するための助言もしている．継続的に本人や家族に電話をして，生活状況を確認することもある．

2 は，「社会資源の情報提供と利用支援」．本人・家族の生活上の困り事を聴取したり，生活状況や意向を確認したりしながら，必要に応じて地域包括支援センターを案内したり，介護保険サービスを説明したり，サービスを利用するための支援をしている．また，認知症カフェ，家族教室，地域のサロンなど介護保険制度外の社会資源についても情報提供を行っている．

3 が，「地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有と連携」．本人・家族からの情報だけでは不十分な場合には，地域包括支援センターやケアマネジャーから情報を入手したり，本人・家族の同意を得て，見守り・安否確認・服薬管理などの体制確保に向けた支援の調整を依頼したり，介護保険サービスの申請と利用支援の調整を依頼している．

4 は，「別居家族との情報提供と連携」．独居の場合には，キーパーソンになり得る家族の有無を確認し，本人の同意を得て家族に連絡し，家族と情報共有を行ない，受診同行などの生活支援について協力を依頼している．また，相談員は，面接や電話等で別居家族と緊密な関係を保ちながら，情報共有を図ったり，服薬管理等の生活支援について相談したりしている．

5 が，「生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働」．相談員は，本人・家族のほか，地域包括支援センター・ケアマネジャー・事業所等の関係機関や地域の関係者と情報を共有したり，関係者会議を開催したりしながら，本人の生活を継続できるようにするための生活支援ネットワークの構築に向けた多職種協働を実践している．

次が「若年性認知症の診断後支援」です．若年性認知症の診断後支援については，心理

的サポート，さらなる医療の受療に関する支援，医療費助成等の経済的支援，障害福祉サービスと介護保険サービスの利用支援，就労に関する支援，ピアサポートや社会参加に関する支援などを行っていると記載しています．

1 の「心理的サポート」については，診察に同席したり，受診時に声をかけたり，対話を通して本人・家族の不安の軽減を図っている．パンフレットやハンドブックを利用しながら，病気の知識を補助するための情報提供や心理教育を行っている．家族にケアの方法について助言したり，本人・家族に道路交通法の情報を提供したりすることもある．

2 の「さらなる医療の受療に関する支援」では，さらなる検査や身体合併症のために入院医療が必要な場合には入院の調整を行い，他の専門医療機関での検査が必要な場合には他医療機関を受診するための調整を行っている．リハビリテーションが必要な場合にはデイケアや訪問リハ等の利用支援を行っている．また，継続医療の確保に向けて，かかりつけ医との情報共有を行っている．

3 が「医療費助成等の経済的支援」．該当する場合には自立支援医療・難病医療の医療費助成，傷病手当，障害者手当，障害年金等について情報提供を行い，申請手続を支援している．また，生命保険等の民間助成金の還付を受ける場合には診断書作成を支援している．

4 の「障害福祉サービスと介護保険サービスの利用支援」については，本人・家族の生活状況をアセスメントし，必要に応じて障害者福祉手帳，障害福祉サービス，介護保険サービスの情報提供と利用支援，地域の相談機関の情報提供と利用支援をしている．

5 の「就労に関する支援」については，現在就労している人に対しては，本人の同意を得て職場の関係者と面接して情報を共有し，現在の職場で就労を継続するための工夫，働きやすい環境づくりについて話し合っている．新たに就労を希望する人に対しては，障害福祉サービスの就労継続支援事業等の情報を提供し，サービス利用を支援している．

6 の「ピアサポート・社会参加に関する支援」では，認知症疾患医療センターで当事者の会，家族会，認知症カフェ等を開催している．開催していない場合には，地域で開催されている当事者の会，家族会，認知症カフェ等を紹介している，などといったことが書かれています．

「軽度認知障害（MCI）の診断後支援」については省略いたします．

「その他の診断後支援」というところ．これはよくよく読むと，その他の特別ということではなくて，一般的なことが書いてあるということがわかりました．

「専門医療の受療支援と総合アセスメント」というのは，診断後支援ではなくて診断前支援のような感じで，認知症疾患医療センターを受診するに当たっての医療相談機能みたいなことをやっていると．そして「本人や家族の心理的サポート」をして，「かかりつけ医との連携をして継続医療の確保」をサポートして，「社会支援サービスの情報提供と利用支援」を行って，さらに，これは個別支援ではないですけど，「地域の支援体制構築に向けた働きかけ」を地域に対してやっていると．これは一般的なことがここに並んでいるような気がいたします．

最後に「認知症疾患医療センター相談室における診断後支援（自由意見）」ということで，これは大きく分けて四つのことが書かれております．

最初に，認知症疾患医療センターの診断直後の診断後支援を PSW 等の専門職がやることの意義が書かれております．

ただし，認知症疾患医療センターの課題や地域の課題も書かれています．診断後支援をやるといってもなかなか大変だと．センターの課題は，要するに人員不足．新患対応，医療福祉相談，地域連携，研修，家族会等の通常業務だけでも多岐にわたり，手が回らないのだということで，なかなか大変だと．地域の課題は，実際，地域には資源が全然足りない．特に独居の認知症高齢者のための生活支援のサービスがほとんどないし，若年性認知症のための社会資源もない．運転免許証の返納を勧めても，その後の暮らしをサポートできるものが地域にはない．それから MCI に対する資源もないということで，地域の課題も大きいと．

ただ，最後に前向きな意見がたくさん書かれています．質の高い診断後支援を実現するための要件として，相談員が診察に同席したり，地域での暮らしの様子を実際に訪問して見てみたり，地域とのつながりをつくったり，そういうことができるだけの人員の確保が必要であろうし，それから，診断後支援の質を高めるための経験の蓄積や研究が必要であると，大変前向きなことが書かれています．これも一応，参考ということです．

次に．④として，認知症疾患医療連携協議会の先進事例集をつくりましたので，これについて枝広のほうから説明します．

枝広　資料 4-3 です．これは先ほど資料 4-1 の CONTENTS の二番目のほうの冊子です．都道府県認知症疾患医療連携協議会の先進例ということで，本委員会の委員の方に加えて，神奈川県，石川県，滋賀県，高知大学，熊本県にお願いをして書いていただきました．全体のバランスを見ていただければと思いますけれども，ほとんどは 4 枚でまとまっているという状況です．こちらもまだ著者校正をしていない段階ですけれども，今後，用語の統一をして，回していく予定をしています．以上です．

栗田　ありがとうございました．

今回のこの都道府県認知症疾患医療連携協議会の先進例にご協力いただいた都道府県は，まさに先進事例だなという感じがいたします．非常によく考えられた仕組みがつくられていると思います．

特に共通するのは，今はやはり認知症疾患医療連携協議会という名称ではなくて，それにかわる都道府県の認知症施策全般を扱う会議体の中で認知症疾患医療のことも取り扱っているという傾向があります．これは宮城県もそうですし，神奈川県も先日伺いましたがそうでした．神奈川県は全認知症疾患医療センターが一堂に会する会もやっておりまして，実際に認知症疾患医療センターの外部評価なんかもやっています．

石川県は，高松病院が中心になって県全体の認知症疾患医療センターの会議や質の管理をやっているということでした．

滋賀県も，滋賀県認知症施策推進会議というところが，認知症疾患医療連携協議会を兼ねて，全体的な認知症施策を検討する会議体に協議会を位置づけています．

高知県も，基幹型の高知大学が中心になって，県と連携してやっている．人材育成なんかもよくなさっています．

熊本県は熊本モデルで大変有名ですが，ここも，熊本県認知症施策・高齢者権利擁護推進会議という名称で，熊本県の認知症施策全般を取り扱う会議体の中で認知症疾患医療センターの情報共有，事業評価なども行っているということでした．

というようなことで，大変参考になります．

⑤では現在の都道府県の連携協議会の実態はどうなのかということで調査しておりますので，その結果をまた枝広のほうから説明します．

枝広　資料 5 です．画面にもお出ししています．本事業において実施された，都道府県と指定都市に対して行った調査です．（以下，プロジェクター使用）

〔スライド 1，2〕まずは，一枚めくっていただくと今回の調査票が出てきます．この調査票は，以前の会議で先生方にもんでいただいたとおりで流しています．

〔スライド 3〕対象は，47 都道府県と，指定都市は 19 です．札幌市は指定都市ですが，札幌市には認知症疾患医療センターがないので，この対象には入っていません．方法は，12 月に配付して 1 月中に回収していますが，今の時点で都道府県が 47，指定都市が 17 件を回収しています．2 件が足りていませんが，このご時勢なので，請求するかどうかはまたちょっと相談したいと思います．

〔スライド 4〕本編に行きます．「1．都道府県認知症疾患医療センターについて」．

「1-1．都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか」．この質問は都道府県と指定都市に対してしていますけれども，指定都市に対しては，おたくさんは都道府県の協議会のことを知っているかというニュアンスになりますので，今ここに出している円グラフは，都道府県のみの円グラフです．指定都市が呼ばれていれば，その県内の実施あるいは頻度と参加者を把握しているということで回答を得られるという形になっています．今回は，している都道府県が 91.5％でした．4 件が「していない」と答えました．していない 4 件のその後の回答を見ていると，都道府県認知症疾患医療連携協議会という名前のものはしていないけれども別のものはしていますよみたいな表記があるので，大阪府と宮崎県と奈良県はどうも別の会があるということなので，恐らく「している」と言っても変わりはないのかなと思います．全く情報がないのは福井県でした．

〔スライド 5〕次に，「1-2．同議会の開催頻度・時間は」とお聞きしたものです．61.9％が年間 1 回やっていて，31％が 2 回の開催であった．これは都道府県だけの統計です．90 分と 120 分というところが多かったと言えます．

〔スライド 6〕次に，「1-3．参加者所属」．所属というか，肩書をお聞きしました．MCD と略しているのが認知症疾患医療センターですが，認知症疾患医療センターの長である医師が 93％いまして，それに次いで多いのが都道府県担当者で 88.4％，86％は都道府県医

師会で，それが上位 3 職種になります．このようになっております．「その他」の内訳は青いところに書いてありまして，なかなか多彩なことが書いてあります．一般公募委員というのもありまして，公募によるものとか，老人クラブ連合会とか，一般の人を呼んでいらっしゃるところもありますし，公認心理師協会，グループホーム協会を呼んでいますというところもありました．

〔スライド 7〕次に「1-4．検討内容」です．これは以前の調査のときに自由回答をしていただいたものを質的にグルーピングして選択肢にしたもので今回は聞きました．回答があったのは 40 件ですが，97.5%が都道府県の認知症施策の説明を主にしている，87.5%が事業のそれぞれの実績報告とその評価をしているということでした．細かくはごらんください．「その他」の内訳を青いところに書いております．虐待とか権利擁護とか BPSD，事例の紹介なんていう話もあります．

〔スライド 8〕次に，「1-5．得られた効果」．これも同様に，以前は自由回答だったものを今回は選択肢にしました．「している」と答えた 43 件のうちの全てに回答がありましたが，「都道府県・指定都市の政策を周知することができた」「認知症疾患医療センターの活動状況が共有できた」という回答が 81.4%ありました．

〔スライド 9〕次は「1-6．連携体制の構築」ということで，都道府県と指定都市の間での連携体制を構築していますかという質問をしてみた，都道府県だけの円グラフです．「していない」7 %，「している」28%，「指定都市はない」65%，これは当たり前ですけれども．していない理由を書いていただいているのですけれども，札幌市はちょっとおいておいて，県が指定するセンターに委託しているという形になっているので指定都市は協議会に参加していませんという回答がありました．

〔スライド 10〕前回の会議のときに，都道府県と指定都市の間の意見のそごが出てしまうだろうという話があったので，実質同じ意見であるかということを確認しています．

その内訳を見てみると，例えばさいたま市．埼玉県は連携体制を構築していると言っているけれども，さいたま市はしていないと言っている．どう言っているかというと，認知症について話題となっていること等の情報共有を主としているので，していない．千葉市もそうです．千葉県で設置している別の会議に参加しているので，そこで連携体制をつくっていますと．横浜市さんは，市内に県指定のセンターがないので，依頼がないから行かないんです．川崎市さんは，別のものでやっているというニュアンスなんだと思われます．それ以降も似たような形だと思います．別の会で連携体制をとっているというニュアンスが多いかなとは思います．

〔スライド 11〕「2．都道府県内の認知症疾患医療センター同士の情報共有について」．認知症疾患医療連携協議会以外に会はありますかという形の聞き方をしました．

「2-1. 職員が一堂に会する会」，例えば相談員とかが一堂に会する会はあるかと聞くと，都道府県の中では 72%が「ある」と答え，指定都市は 70%が「ある」と回答しています．

〔スライド 12〕それはどういう頻度かというと，このとおりです．都道府県のほうが頻度

が多少多いのかなと思いますけれども，指定都市が 1 回で時間が長めであるかもしれません．

〔スライド 13〕その取り組みは何をしているのですかというふうに聞きました．会議以外の取り組みについて 46 件の都道府県と全ての指定都市から回答があって，何かしらがあると言ったのが都道府県の 50%，指定都市の 41%です．

〔スライド 14〕それをどういうふうにしているかを聞くと，上の棒グラフが都道府県で，下の棒グラフが指定都市です．都道府県のほうでは，一番多かったのが資料配布です．「活動状況・実績報告をまとめた資料を配布」が一番多かった取り組みでしたが，指定都市の場合は逆にそれではなくて，「医療介護関係者参加の事例検討会を開催」，それと資料配布と，（「都道府県 HP で MCD 活動状況公開」というのは）ホームページで公開するように依頼をしているということだと思います．「その他」が多いので，内訳を青いところに書いています．白字が都道府県で，黄色の字が指定都市です．都道府県での「その他」は，ネットワーク会議，メールで送付．指定都市のほうは，実務者会議，担当者会議，研修会をやっている，連携協議会をやっている，そういう話です．

〔スライド 15〕その後からが自由記載になります．まずは「3-1．都道府県認知症施策における協議会の位置づけ」は，自治体でどういうふうに考えていますかという形で聞きました．これは①と②があります．白字が都道府県で，黄色の字が指定都市です．

これに関してはまだあまり詳細な質的検討をしていないのですけれども，施策を連絡する会という位置づけにしているという回答の群と，困り事を寄せていただいてそれを検討する会にしているというニュアンスが出ている群があります．

〔スライド 16〕「顔の見える関係づくり」とか「取組に活かす」とか，そういう言葉も出てきます．

〔スライド 17，18，19〕3-2 の質問は，認知症疾患医療センターの質の評価の向上に向けた取り組みはどのようなことをしていますかということを聞きました．①と②と③があって，白字が都道府県で，黄色の字が指定都市です．研修会をやっているというご意見と，情報共有をやっているというご意見と，特に指定都市は事例検討みたいなことをやっているということがあると思います．自己評価なんていう意見もあったりします．

〔スライド 20，21〕最後，4-1 です．連携協議会を開催する上での課題は何ですかということを自治体のことを聞きました．①②があり，白字が都道府県，黄色の字が指定都市です．課題のほうは，広い地域から集まれないというニュアンスの地域の特性としての問題と，あと，いろんな人を呼ぶので日程を合わせるのが困難であるとか，各自の問題をお話ししていただくことで時間がなくなってしまう，そういう課題があるということ．それから，質の向上に向けた取り組みが難しい，活発な意見交換がなかなか難しいというニュアンスのご回答があります．以上です．

栗田　ありがとうございました．

最後の「⑥全国研修会運営マニュアルについて」は，皆さんのお手元に資料 6 がござい

ます．これは前回ご報告しましたので，後で見ていただければと思います．

ここから，今日の本題である意見交換をさせていただきたいと思います．今日は特に参考資料２「認知症疾患医療センターに関する課題及び今後の対応について」，この内容でよろしいか，皆さんのご意見をいただければと考えておりますけれども，これだけじゃなくて，ここまでの報告全てについて，ご質問，ご意見をいただいても構いません．

石井　すみません，報告書案について少しだけ．細かい点なんですけれども，今日も参考資料ということでお持ちしましたとおり，現在，認知症疾患医療センターにおける診断後支援，あと都道府県認知症疾患医療連携協議会に関して，今後の位置づけとか方向性について，まだ検討中という形になっております．なので，今ご説明いただいた資料 4-1，報告書別冊の事例集の中の CONTENTS のところで，診断後支援，連絡協議会のそれぞれ「先進例」とご記載いただいておりますけれども，まだ方向性を検討中ということを鑑みて，ここは「事例」とご記載いただけないでしょうか．

粟田　なるほど．これは問題ないと思います．事例集に変更させていただきます．了解です．

石井　ありがとうございます．

粟田　それでは皆さん，ご自由にご発言いただければと思います．

田中　このたびは事例集のほうに選んでいただきまして大変光栄だと思っています．ありがとうございます．

事例集についてですけれども，やっぱりちょっとボリュームが余りにもばらついているかなというところがあります．このぐらいで書いてくださいというページ指定の中になるべく合わせたつもりですけれども，余りにも長いページを使われているところはできれば少し抜粋していただいたほうが見るほうは見やすいのかなと思いますが，いかがでしょうか．

粟田　余りにも長いのは藤本先生でしたっけ．

田中　藤本先生，（今日は）いらっしゃらないのですけれども．ページを倍ぐらい使われている気がします．

粟田　そうですか．藤本先生にはこちらからお伝えします．多分大丈夫だと思います．

田中　本当に差し出がましいのですけれども，そのページに集約して活動を書くというのはすごく大変なことだと思いますが，ぜひ合わせていただければと思います．

粟田　わかりました．これは検討できると思います．ありがとうございます．

田中　よろしくお願いします．

粟田　ほかにはいかがでしょうか．

では，皆さんが考えている間に，私からちょっと口火を切らせてもらいます．柏木先生に二つお聞きしたい．やっぱり今回も，大阪府は連携協議会をやっているということでしたが，堺市も大阪市もやっていないと答えています．その後，柏木先生，いかがですか．

柏木　堺市だけですけれども．

粟田　もちろん．

柏木　少なくとも，少し近いような，認知症に関する協議会はやっているとは思いますけれども，疾患センター協議会という呼称をつけているわけではありません．

粟田　大阪府がやっているかという質問ですが．

柏木　やっていません．少なくとも最近は呼ばれたことはないです．

粟田　少なくとも知らないということですよね．

柏木　知らないです，はい．

粟田　ありがとうございました．

それからもう一つ柏木先生に聞きたいのは，今回，PSW の皆さんに集まっていただいて診断後支援についてまとめさせてもらったのですけれども，全体として感想とかご意見とかが何かあったらお聞きしたい．

柏木　まとめていただいたものはレベル的に結構高いもので，相談員がよくやっていらっしゃるんだなと思いました．ただ，それが全部の疾患センターに担保されているかというと，その辺がちょっとどうかなというのがあります．

私たちが精神保健福祉士が目指す診断後支援は，全ての疾患センターの相談員があれぐらいのことはやってほしいと思っています．資料配付させていただきましたけれども，今度，認知症疾患医療センターの相談員を対象にした研修をさせていただくので，疾患センターの相談員のあるべき形みたいなところでぜひ研修していきたいなと．この相談員は，精神保健福祉士とか日本精神保健福祉士協会の構成員でなくても，相談員と名乗っていらっしゃる方全て，といっても定員が 50 人なのでたいした人数ではないですけど，を対象にしております．

相談力，連携力，企画力ということで個人の相談員の資質の担保がメインではありますけれども，その中でやはり，地域課題とか疾患センター自体の機能の限界とかといったようないろいろなものが見えてくるのかなと考えております．

粟田　柏木先生おっしゃったとおりで，質的分析の結果は全てをなるべく網羅するような方向で記載していますので，あれだけ全部やれている認知症疾患医療センターはどこにもないと思います．ありがとうございます．

ほかにはいかがですか．

江澤　ありがとうございます．三点申し上げたいと思います．

まず，質という言葉がたくさん出てきておりますけれども，令和２年度に研究事業をするような旨が書いてありましたね．

粟田　そうです，ええ．

江澤　また時代もかなり変わっているし制度や仕組みも変わって，そして認知症（施策推進）大綱も制定されて，官民協議会等もできて，今，オールジャパンで取り組もうという状況の中で，疾患医療センターの質というのは改めて今，議論する必要があるのではないかと思っています．

特に疾患医療センターの中には公立・公的もあれば民間病院もあれば診療所もあって，当然，設立母体によって役割は変わるべきだと僕は思います．これを一つにしていると，議論がなかなか見えないので．今は地域医療構想においても，公立・公的と民間の役割とかを明確に区分しています．やっぱり公立・公的と民間と診療所等のそれぞれによって役割分担が違うので，それに伴う質の評価というのを今後絶対にやっていかないといけない．今は十把一からげにやっているので，中身が非常に見えにくい．

特に連携協議会等には，診療所だと院長が当然出るし，田中先生みたいなところだったら人生の最期まで支える病院ですから，院長とか担当クラスの方が当然出る．一方で大学病院だと，例えば神経内科とかの一教授が出たり，あるいは部下の方が出たり，公立・公的だと，日赤や済生会の部長クラスの方が出てきます．そうすると，大学の一教授であったり公立・公的の部長が出ても，その方が権限があるかというと，ないので，仕組みを変えるのはハードルがなかなか高く，質を上げるための推進会議にならない．民間病院の病院長とか診療所の先生であれば，当然，自分のほうにかなり権限があるので機動力もあって，もちろん職員にいろんな話をしながらちゃんと了解を得た上で，時間的にも短く，早くぱっといろいろなことができる．

一方で，大学病院とか公立・公的は腰が重いのは当たり前だと．悪いことではなくて，そもそもそういう病院なので．とすると，いくら連携協議会をやっても病院が変わっていかない．やっぱり，そこが一つはネックになっています．会議に出席することがアリバイと言うと言葉は悪いですけれども，そこが目的になっているような節がある．

実際に質の向上あるいは改善のPDCAを回すための担保をとるためには，やはり医療機関が変わっていかなければいけない．まずそこに一つハードルがある．そして先ほど言ったように，公立・公的，民間の役割を分けて考えないと難しいと思っています．

二点目は，診断後支援について．以前も申し上げましたけれども，かかりつけ医との連携とかケアマネとの連携の具体的なことの記載がちょっと見えていない．診断後支援についても，公立・公的と民間と診療所の役割は大きく異なる．ここは診断後支援も分けて考えないと．先ほどの報告書は，その辺がちょっとごちゃまぜになっています．

要は，そこの病院が公立・公的だと担う分野が当然決まっているし，田中先生の病院のような民間病院で担う分野は決まっているし，診療所のかかりつけ医機能を十分に生かしているところもあるだろうし．そこが一つの報告書でまとまってぱらぱらまじってくると，ちょっとわかりにくい．

やはり診断後支援も，設立母体によって特性が当然変わってきます．特に公立・公的病院においては，かかりつけ医とケアマネとの連携をどのように担保しているのか，実際にどうやりとりしているのか．

民間のケアミックス病院であったりすると，そこにかかりつけ医もケアマネジャーも介護施設も持っているところがたくさんあり，あるいは認知症カフェとかそういったものも開いていたりするので，そこは当然そこに任せればいいと思うし，例えば一人開業医の先生で，自分は介護もかかわっていない，ケアマネも抱えていない，そういうところにはどんどん支援していただきたい．そういったところでカラーリングをしてやる診断後支援というのが重要だと思っています．

三番目に，認知症疾患医療センターの設置目標数についてです．

まず診療報酬改定を振り返りますと，平成26年に地域包括診療加算と地域包括診療料ができて，平成28年の改定では認知症に特化した診療料と診療加算ができた．ということは既に，高血圧症，脂質異常症，糖尿病と横並びで，認知症は一般かかりつけ医が診るコモンディジーズに明確に位置づけられています．数も多いし，当たり前です．今，かかりつけ医から疾患医療センターに，診断とか専門的な治療のご相談を申し上げているのが実情で，そういった中の医療連携ができているわけです．

ということは何を申し上げているかというと，まず，そういった社会資源とか状況が地域の実情によって大きく異なる．それから人口も，既に高齢者人口がピークアウトしている地域はたくさんあります．特に地方部において．そうすると，高齢者が減ってくるところでもちろん疾患医療センターをふやすことは必要ない．

今の政策は，地域医療構想もそうですし，在宅医療・介護連携推進事業も来年4月から変わりまして，あの（ア）から（ク）を一斉にやることは非効率なのでもうやめようということになっていて，地域の実情に応じてということになっています．人口偏在が非常に多いこの我が国・島国において，僕自身の考えとしては，国が一律に目標の数値を決めるということはあまりなじまない．地域の実情に任せればいいと思います．

6万人というのは，目安としては別にいいかもしれませんが，はっきりした確固たるエビデンスもついていないし，地域によって違うと思います．これはもう地域にお任せして，いま認知症のネットワークや診療体制で困っているのか困っていないのかをメルクマールにして，疾患医療センターが足りないがために認知症の方にふぐあいがある，あるいは医療連携にちょっと欠けている部分があるとすれば，そこはどんどんふやせばいい．それは地域にしかわかりません．そこの市町村と地区医師会等が話し合いをして行っていくべきであって，国が決めるものではない．もちろん，いろいろよく熟慮された計算式だと思いますけれども，こういった全体像を見た数において認知症疾患医療センターの設置をやるよりは，地域の実情に応じてやっていかないと．

今の医師の偏在もそうですけれども，全ては地域が困っているのか困っていないのか，地域住民がどうなのかという視点が重要で，それが一番わかるのは市町村であったり地区医師会です．ですから，そこと連携をして，うちの地域でまだふやす必要があるのか，十分足りているのか，これから人口が減るから今で十分だよというのか．あるいは，うちはかかりつけ医が結構頑張っているからそういったところとの連携で，今は相談件数がどうなのかとか今後の相談件数の推移がどうかとか，そのきめ細かいことというのは地域にしかわからない．

だから，国で（設置）目標数をばちっと決めるのではなくて，地域に任せる．既に440

あるわけですから，そこに対して今後必要かどうかについて地域で判断していただくほうが，あまり無駄もない．大事なことは，過剰でもなく不足でもない，過不足ない提供体制だと思っています．これは私見ですが，よろしくお願いします．

栗田　三つのご質問，ご意見をいただきました．いずれも本質的な話だと思います．

最初の，認知症疾患医療センターの設立母体，医療機関の特性によって役割は当然異なるだろうから，質の評価についてもそれぞれの役割を考慮した質の評価が必要であるということ，これはまさにそのとおりです．ここで出した数値というのは，「こんな状況」みたいな，全般的な大まかな数値だけで，これは質の評価の尺度にはとてもならないというのはそのとおりです．

これはそれこそ各地域，恐らく都道府県でどう考えるかということになってくるだろうなと思いますが，これについて何かご意見はないでしょうか．なければ指します．何かございますか．

田中　質の評価というか，役割というところにおいては地域である程度わかっているだろうとは思いますけれども，可能であれば，何を中心として，何を得意としている疾患医療センターなのかというのを，宣伝はあれですけれども，少し示せるようなものがあるといいのかなと思います．例えば大学病院なんかであれば診断中心ですとなると思いますし，私たちのところのように，入り口から診断後の支援までやります，小規模なので地域密着で面倒見のいいような形ができますよというところであれば，地域密着ですというところをうたっていくということが必要かなと思います．その件に関してはそんなふうに思います．

栗田　ありがとうございます．

旭　千葉県の場合．ここで話していいのかどうか．私ももう 10 数年，千葉県と連携しながらいろいろ連携協議会なんかをつくってきたのですけれども，やはりそのときに，その協議会に出る人，委員になる人が，どこそこの教授とかそういう名前の部分（よりも），作業部会で実際に作業をやっている人を中心にしてやらないと，いわゆる協議会でも，さっきも出ていましたけれども県がやっていることの報告で終わるような形になるから，委員の選別をするときからかなり力を入れてやってきました．

センターの場合も，今 11 カ所ありますけれども，そこの選別も，はっきり言うと，幾つか候補は出ましたけれども，やっぱりやる気のあるところを選びましょうということで，選ばれたのはそれぞれ，かなりやる気のあるセンターだと思っています．だから，同じ千葉県の 620 万の人口の中でも，今後ふやしていくのはかなり難しい状況です．それだけ本当に一生懸命やってくれるセンターがあるかというと，必ずしもそうでないところがある．それだったら，数をふやすよりも，中の質を上げて，それで育ってきたらふやしていくというのが現実的かなと思っております．

栗田　ありがとうございます．旭先生がおっしゃるとおりと私も思います．

恐らく国のレベルでやれるのは，評価というよりは，まずは実績をちゃんと見えるようにしておかなきゃいかんということ．実態がわかるような調査をちゃんとできるようにしておくことが，まずここでやれることだろうなと，私は考えております．だから，せめて今あるような実績評価の質問票を，ちゃんと可視化して分析できるようにしておくことがまずは大事だろうなと．

江澤先生がおっしゃったように，それぞれの認知症疾患医療センターの特性によってどういうふうに質を評価していくかというのは，都道府県の重要な役割じゃないかと．ここに来ている都道府県は別ですけれども，今，実績評価をほとんど見ないでスルーして厚労省に出している都道府県もたくさんあるわけで，そもそも個々の認知症疾患医療センターがどういうような機能を果たしているかもわからない都道府県もある．これはちょっと問題でして，まず都道府県のレベルで個々の認知症疾患医療センターの特性を踏まえながら質を評価していくということを都道府県の責任においてやっていく必要があるのではないかと考えております．

ということで，今後その辺のことをどうするかということが多分課題になるんじゃないかと考えているところです．

柏木　都道府県とか政令指定都市のことですけれども，行政の担当者の方は結構異動されるんですね．堺市も毎年のように担当者がかわっていて，地域の実態，その地域の認知症疾患医療センターの役割等をどこまで新しい方が申し送ってもらっているのかが全然わからない．とても失礼ですけれども，先ほど江澤先生がおっしゃったように地域の実態を把握しているというふうにあまり思えない．なので，その辺はむしろ，例えばかかりつけ医の先生たちの医師会とかケアマネ協会だったり，そういったところの地域側のほうが恐らく地域の実情をつかんでいるんじゃないかと思いま．だから，行政のところにその辺の主体をおろしてしまったらどうなるのかしらと．これは別に疾患センターだけの課題ではないですけれどもね．

栗田　責任の所在を明確にしておかなければいけない．ケアマネ協会に責任を負わせるというわけには．

柏木　じゃなくて，地域の状況の把握．例えば認知症の……．あっ，（江澤）先生，何か．

江澤　だから，例えば在宅医療・介護連携推進事業が〔平成 24 年度からあって〕，来年４月に大きく見直しますけれども，あれは市町村においては医療行政に初めて着手する登竜門．やったことがない．医療行政は県がいろいろやるでしょう．市町村はやっていないから，市町村が医療行政をできなくて当たり前．だから何をするかというと，地区医師会と話をしながらやる．地区医師会と十分に連携しない限りは，できない事業なんです．

今，全国でほぼ９割以上のところはよく連携していると答えているので，既に市町村と地区医師会のチャンネルがある程度できていると僕は思う．中身の濃い薄いはあるとして，できている．市町村は介護保険の保険者でもあるので，市町村は結構それなりに把握しているので，市町村と地区医師会のネットワークを使って，これを都道府県で生かすようにしていくほうがいいかなと．

栗田　つまり，そこにヒエラルキーがあるわけですね，市町村レベルでのネットワークとね．

江澤　そこが一番把握している．恐らく県は難しいと思う．僕は両方出ているからよくわかります．

柏木　ありがとうございます．

栗田　行政の職員の方はどんどん異動するので，それを補完するような方法として現実に，市町村レベルでは市町村の認知症の連絡協議会があって，都道府県にも協議会があって，それぞれに医師会を含めて関係者が集うという仕組みが東京都なんかはできているわけですけれども，恐らくそういうような形態でネットワークは現在もつくられているとは思います．宮城県もつくられていると思います．ただ，責任主体は法的な責任ですので，都道府県と市町村がそれぞれ責任を持ってもらわなきゃいかんから．

ただ，今回，もう一つ，認知症疾患医療センターにも責任の一端を担ってもらうような基幹型をつくろうという案があったので，方法としてはそんな感じで柏木さんが懸念されているようなことをクリアしていくということを考えていくんじゃないかと思います．

田中　今ちょうど栗田先生がおっしゃった新たな基幹型について感じたことですけれども，これでいうとアカデミアが出なくてもいいんだということがわかって，最初，例えば私たちのようなところでも手を挙げればできるのかなと一瞬考えたんです．ただ，都道府県内センターの事業評価であったり，ほかの疾患センターの評価というところになってくると，一民間医療機関が肩を並べるような別のところの評価をするということは逆にハードルが高くて，なかなか手を挙げにくいのかなと考えたんです．そうなると結局，アカデミアであったり大きな総合病院さんの疾患医療センターに（基幹型を）お願いをしなきゃいけなくなるとなる．でも，公的な病院の先生がおっしゃるのは，人材が割けないので企画立案はできません，だから僕たちは手を挙げないんだということなので，何だか行ったり来たりになってしまうような気がします．そこをどういうふうにすればいいのか，またお伺いしたい．

栗田　なるほど．これはなかなか難しい話．これは石井先生，何かありますか．

石井　ご意見をありがとうございます．今回，基幹型のイメージとして持っておりましたのが，事業評価，人材育成等を都道府県と連携してというところがかなり重要なところと考えております．やはり行政がしっかり主体的にかかわっていかなければいけないということです．

その地域に応じて各センターの活動状況が違うというのは聞いておりますけれども，結局，やる気があるセンターがこうしたことを引っ張っていかなければできるところではないと考えております．現在の基幹型に関しても，大学病院とか総合病院とかそうしたところが現在は主に基幹型となっていますけれども，そうしたところにおいても，どの程度主体的に認知症疾患医療センター及び地域医療にかかわっているかというのは，主にそこの科長であったり教授の方の認知症に対する関心とかご理解，そうしたものによってかなり

左右されているのではないかという感触を持っております．

それもあって，新しい基幹型のイメージとしては，現在，地域型で活発に活動しているところがなるべく上がっていけるような，上がりやすいような形で検討しております．ご指摘いただいたとおり，例えば事業評価，人材育成はなかなか負担も大きいところで，すぐにそういったことがどんどん実施できるかというと，なかなか難しいところはあるだろうとも同時に考えております．

その部分に関しては，事業評価，質の確保をなるべく行いやすいように，可能な限り具体的な形を詰めていけるように，来年度，老健事業ではまた検討を進めていただければと考えておりますし，これはまだこれから概算要求に当たってどのような形で行っていくかというところにかかわってきますけれども，基幹型の新しい機能，質の確保の取り組み，ここの部分にも補助金をしっかりつけていけるように努力しようと考えております．

栗田　これもそれぞれの都道府県である程度自由に考えられるようにしていく，要するに，基幹型を絶対つくらなきゃいけないというわけじゃないですよね．なくても構わないので．

田中　２カ所でも（いいのですか）．

栗田　２カ所でいいということにはならないですか．予算上．

石井　基本的には都道府県で一カ所．すぐにということはなかなか調整が難しいところもあるかと思います．ただ，最終的には，数年後には全都道府県で１カ所ずつ持って，そこでしっかり質の確保の取り組みを行っていくというところを目指していきたいと考えております．

田中　具体的には令和３年度ぐらいに設置が始まるかなということですか．

石井　そうです．令和３年度に要綱改定と考えております．

栗田　ありがとうございます．

それから，江澤先生がおっしゃった二番目の問題，診断後支援の話．これも確かに，設立母体である医療機関の性質によって認知症疾患医療センターで行われる診断後支援はばらばらです．実際，今回の事例集でも全くばらばら，やっていることがみんな違うということがありました．

一つの課題としては，とはいえ，認知症疾患医療センターで行われる診断後支援のミニマムリクワイアメントみたいなものはやっぱり必要なのかもしれないということ，特にかかりつけ医との連携も含めてですね．この辺のところをちょっと考えようと．

田中　あと，今，地域型の疾患医療センターから基幹型であったり中核型というところへの紹介というのはあるのが普通だと思うんです，診断にちょっと自信がなかったりとか．逆に，診断後支援が苦手なところから診断後支援が得意なところの疾患医療センターへの逆紹介というか，そういった紹介をもっと積極的に行うようにというような指導をしていただくといいのかなと思います．

栗田　ただ，これは国のレベルでやる話になるでしょうから，これはやっぱりそれぞれ

の都道府県の特徴があるので．

田中　そういった方法もあるよというようなことをどこかに少し盛り込んでいただくとかですね．

粟田　事例で紹介することは可能だと思います．ちなみに，北村先生のところはそうです．北村先生のところは独特の類型で，基幹型と，いわゆる地域型が生活支援型とか言うんでしたっけ，そんな感じでやっていましたね．

江澤　ですから，今回の報告集で，どういう役割をしている病院かがわかればいいかなと思っています．（田中）先生みたいな，地域に密着して医療から介護まで幅広くやっているところもあれば，その病院のイメージが最初に数行でもあったり，どういう地域でどういうようなというのがわかれば，そこをイントロとして読んでいくと，すんなり落ちていくかなと．

粟田　一応そういうふうに構成されております．最初にその医療機関の特性を書いていただくというふうに．

江澤　内田病院は書いてありましたか．

田中　それが伝わるように書けていないかも．

粟田　「医療機関の特性」という枠の中に，この医療機関はこの地域の中でこのような役割を果たしているみたいなことを一応書いていただいています．

江澤　ああ，この表のところですね．

粟田　ええ．その上で，実施されている診断後支援を書いていただいているという，そんな形式にはなっております．十分書けているのかどうか，それはあれですけれども．

田中　ちょっと自信がない．

江澤　そこは読者がこれでわかればいいかなと．

あと，先ほどの前段の人材育成のことで，今，各基幹型がどういう人材育成をしているのかの情報があまりわかっていません．研修会だけやっていたら人材育成だといのはちょっと難しいと思うし．じゃあ人材育成のノウハウが基幹型にあるかというと，僕は別になくても当たり前だと思っています．じゃあ県がノウハウがあるかというと，ないと僕は思うし，なくても全然おかしくないと思うし．人材育成は相当時間もかかるし，連続していろいろなことやっていかないと（いけない）．人を育てるというのはそういうものなので，人材育成自体をどこまで求めるかというのは，また次年度．

何を人材育成として位置づけていてどこまで求めるのかによって，負担もやることもかなり違うと思います．

粟田　人材育成というか，地域連携推進機能の中でかかりつけ医とか地域包括とかそういう地域の専門職に対する研修をやるということになっているので，全ての認知症疾患医療センターで人材育成は一応やっているんです．

ただ，基幹型では認知症疾患医療センターのスタッフの質を上げるということが求められてくるので，これはやれているところは限られております．ちなみに東京都は，基幹型

とは言いませんけれども，やっています．あとは熊本とか，やっているところは幾つかありますけれども，16の基幹型が全部やれているわけではありません．

江澤　何かまた事例があったり好事例があれば．

粟田　そうですね．ありがとうございます．

それから，江澤先生がせっかく出してくれた三つの最後の目標設置数について．確かに目標設置数はそれぞれの都道府県の実情を考えて決めなければいけないと思います．ただ，このぐらいまではつくるよという数を国が大まかに示さないことには予算は確保できないので，その問題がちょっとあるんですけど，それは石井先生，いかがですか．

石井　設置目標数に関しては確かに，今後予算要求を行うに当たって，ある程度の数字を示さないとそれができないという事情がありまして．現在示している数字として，2020年末500カ所という数字がありますけれども，これはもう大綱に位置づけられておりますので，ここを大まかな目安にして行っていくことになっております．ただ，2021年度からどのような形で予算要求を行っていくのかということに関して，ある程度の数字の目安がないとちょっと行いにくいという，ありていに言ってしまうとそういう事情があります．

また，時々都道府県から問い合わせをいただくこともあるのですけれども，いろいろな設置目標数とか数値目標を出した際には，どのような根拠に基づいてその目標数を決めたのかと．言いかえると，それぞれの都道府県において今後の設置を検討する際にはそうした計算式とか根拠を当てはめることによって出したいと，そういう問い合わせをいただくところもありますので，何らかの考え方を示すことは必要になってくるのかなと考えております．

粟田　ありがとうございます．恐らく，国が出した設置目標数に向けて我々が認知症疾患医療センターをふやすというのはナンセンスだと思います．これこそ都道府県でそれぞれの地域の実情を考えながら，関係機関とよくよく情報共有しながら決めていくことになるんじゃないかと思います．どうでしょうか．

江澤　やっぱり数と質の問題が連動しなきゃいけない．私は岡山県医師会のときに認知症疾患医療センター選定委員をやっておりましたので，どっちかというと，抜けている二次医療圏に県が無理やりつくっていったんです．そんなことは必要なくて，別に住民から悲鳴が上がっているわけではないし，なくてもいいと僕は思う．無理やり二次医療圏に設置しないといけないから，クオリティー的にはちょっとどうかというところを条件をつけて認可したり．地域ではそういう実態があるので，そんなところに無理やり貴重な社会保障費をつける必要はないと僕は思っています．これは財務省に対する計算根拠を多分出していると思いますけれども，そこがありきになると国のお金の無駄遣いになるので．

だから，地域に聞けばいろいろな本音が出てくると思うので，そこを見ていかないと．本当に選定委員の立場としてもどうかと思うのを，ないからと，県が頼みに来たんです．それで無理やり，どうにか宿題をつけて認可してきたことがあるので．

やっぱり数がふえるということは，一般的には平均的な質が当然落ちてしまう．だから，

ちゃんと質を担保した上での認可数になりますから，予算のために数を広げるというのは，今の日本の政策を考えるとちょっとどうなのかなと．

栗田　これは江澤先生がおっしゃるとおりで，そういうことが実際に都道府県レベルで起こっていることは私もよく承知しています．これは方法と目的を逆転してしまうような大変重大な問題です．

旭　ちょっといいですか．基幹型が BPSD と身体合併症をケアしていくというのは，実際はどれぐらいできているのか．私どもは，こういう人が救急病院なり精神科の病院なり在宅にものすごく多い．それで，今日は詳しくお話しできませんが，私は昔（から）もう30年も，動ける認知症を往診していましたから，それはチームじゃないととてもやれないというので，５年ぐらい前にサポートチームをつくって，各方面を回っているわけです，もちろん無償ですけれども．そういう患者さんが非常にふえています．

ですから，疾患センターの基幹型でそれを本当にやってくれている施設は全国でどれぐらいあるのかわかりませんけれども，身近なところでそういう方がどんどんふえて，最終的に長期に施設に入らざるを得ない認知症が，私どもの周辺，千葉県でもふえているから，ここで何とか歯どめになるような一つの起爆剤をぜひつくってもらいたいと思います．

栗田　この問題は多分，千葉だけではなく全国的な問題ですよね．なかなか難しいテーマです．

田中　戻ってしまいますけど都道府県の話で，枝広先生が報告された資料５の都道府県のものは，都道府県名はもちろん出ていませんけれども，各都道府県にはフィードバックされるのかどうか，教えてください．

栗田　基本的には報告書自体はオープンにされますけれども，今回の調査結果を冊子体で都道府県に送ることは予定はしていなかったと思います．ただ，47都道府県なので，大した数ではないので．

田中　どこかからダウンロードできるとか．

栗田　ダウンロードはもちろんできます．老健事業なので，全部の報告書はダウンロードできます．

田中　自分の県の立ち位置というかを感じていただいたほうがいい．

栗田　そうですよね．

田中　このアドレスのここにぜひアクセスして，自分の県の活動を把握してくださいみたいな，お礼状の中にそのアドレスをしっかりと入れていただいて，見ていただくなど．

栗田　そうですね．調査に協力していただいているので，47都道府県に何らかの方法で…….今回，報告書は200冊つくるので，都道府県は毎回送っているので，多分，送ることになるかと思います．

柏木　とても瑣末なことですけれども，いいですか．参考資料２の③診断後支援の一番下の「医療相談室の位置づけ」の中に，「心理技術職との連携を追記する」と書かれていて，「心理技術職との連携を行いつつ医療相談室による専門医療相談と一体的に実施する」と

書かれています．これは次の（ページの）「今後のあり方についてまとめ」のところにも書いていますが，この心理技術職とわざわざ連携をしないといけないというのがなかなか納得できません．そもそも自分たちのメンバーの中に心理士（心理師）の人がいるのに，あえて連携すると書く意味は何でしょうか．

栗田　これはどうしましょうか．石井先生，いいですか．

石井　ご意見ありがとうございます．参考資料１にありますけれども，現在，心理技術職に関しては，要綱上，「１名以上配置されていること」という形でしか記載がありません．また，その心理技術職が医療相談室においてどのような役割を持っているのかということに関しても全く記載がないところです．なので，今回，公認心理師法が施行されて，公認心理師が心理的支援を行うに当たってというところが明確に位置づけられたことを踏まえて，既に医療相談室の実際の業務の中には心理士（心理師）の方々がかかわっていらっしゃることは承知しておりますけれども，そこを改めて要綱上しっかり位置づけるというところです．

栗田　柏木先生，よろしいですか．

柏木　よくわからない．

石井　すみません．現在の書きぶりだと，心理技術職のあり方として，配置するとしか記載がないので，その位置づけを明確化させたとご理解いただければと思います．

柏木　それはそうなんでしょう．医療相談室において心理技術職と連携するというのは，誰の業務になるわけですか？心理士（心理師）と連携するとなれば，それは医療福祉相談室（医療相談室？）の人の業務になりますよね．

石井　診断後支援の心理的支援の部分を心理技術職の方に行っていただくというふうに位置づけたいと考えています．

栗田　ここはいろいろ議論しなければいかんかもしれないですね．

柏木　そうですね．そもそも兼任が多いので，なかなか難しいかなと思って．うちのように何人も常勤の心理士（心理師）がいるところであったも皆他業務との兼任ですから．

栗田　そうですね．ほとんどが兼任ですね．

田中　結構，配置をしっかりされているところが多いと思いますよ．

栗田　一応，置かなきゃいけないことになっているからね．

よろしいでしょうか．時間が来てしまったので締めますけれども，今日は宮城県と東京都の方は何もしゃべらなかったので，一言ずつどうぞ．

長谷川　質問でもいいでしょうか．

栗田　いいですよ．

長谷川　厚生労働省の方からご説明いただいた要綱は令和３年度に出されるということですが，令和３年度中で，令和４年度から適用するというようなイメージでしょうか．

石井　３年度です．

長谷川　令和３年度の初めに出されてという．そうすると，事業評価の方法とかそうい

った部分を老健事業で再度検討してというお話でしたけれども，その辺のところは要綱には盛り込まれないということでしょうか．

石井　ありがとうございます．これは，予算要求のタイミングと合わせて令和３年度から質の確保の取り組みを組み込もうと考えている関係上，その要綱を出すタイミングとしては令和２年度中，恐らくは終わりごろという形になるかと考えております．もちろん，そこまでに向けて，都道府県，センター等々に周知は進めていこうと考えておりますけれども，実際にこの要綱改定を出すのは令和２年度中と考えております．

なので，タイミング的には，老健事業で検討を進めるとしている事業評価，質の確保に向けての取り組みは，報告書自体は出るのは年度末になりますけれども，それより少し早い段階である程度のものは出せるような形で進める．来年度の老健事業はかなり負担が大きくなるかとは思いますけれども，そういったタイムスケジュールで考えております．

長谷川　すみません，もう一点．基幹型を最終的には全都道府県に設置する方向で検討されているということでしたけれども，東京都としては質の確保といった部分を別の方法で現在対応している状況です．基幹型が実情として必要ないと判断する自治体もあるかと思いますけれども，必ず設置するという方向で今検討されているということでしょうか．

石井　移行期間がある以上，必ずということではありませんけれども，事業評価，質の確保に関する取り組みを行っているところに関しては基幹型という形で位置づけていただいて，そうすることによって，我々もその機能に対して補助金をつけるという形になるかと考えております．

東京都がさまざまな取り組みを独自に進めていらっしゃるのは承知しておりますけれども，そこはなかなか難しいところで．できていれば必ずしも基幹型と名乗る必要はないところではありますけれども，ただ，我々としては，そういった取り組みを行っているのであれば補助金を出すというふうに位置づけておりますので，できれば基幹型と名乗っていただきたいというところです．すみません，ちょっとここの部分はあまり詰めて検討ができておりませんでした．

栗田　恐らく回答しにくいんだと思います．できたら柔軟な対応でお願いしたいなと思っております．

渡部　宮城県です．一言というところであれば，今回の出された意見は，質の確保であったり体制だけではないですけれども，県としてもやっぱり考えていくところはあるので，国から示されただけではなくて，県としても地域の医師会であったり市町村と連携しながら，このことを一緒に考えていければとは思っています．すみません，感想にはなるんですけれども．

栗田　ありがとうございます．重要な．江澤先生がしきりにおっしゃっていますけれども，地域の現場から積み上げて施策をつくっていくというのがこれからの方向だと思うので，国からの施策との整合性をつけていくということを役所としては多分やっていくことになるんじゃないか．でもやっぱり基本は，下から積み上げていくということだろうなと

思っています．ありがとうございます．

ということで，時間が過ぎましたので，本日の検討委員会をこれで終わらせていただきたいと思います．皆さん，一年間，活発なご意見，ご議論をいただきまして本当にありがとうございました．来年度も何かやると言っていますので，どうするかはちょっとこれから考えさせていただきたいと思います．

では，これをもちまして終わりたいと思います．皆さん，どうもありがとうございました．（終了）

第３回検討委員会に欠席した委員に対しては，検討委員会の配布資料及び議事録を送付し，３月９日～３月15日に電子メールで審議内容についての意見聴取を行った．返信をいただいた委員の意見は以下のとおりである．

渕野勝弘先生

1. センターの数を増やして補助金を付けるやり方は，そろそろ限界と考えます．認知症診療を得意とする医療機関にいくつかの要件を付け，「認知症診療医療機関」として公表すればよいと思います（補助金は無し）．実績報告をしてもらい評価をする．
2. 厚労省の考えでは，今回は数を増やすとの事，一応受け入れます．特に基幹型を新たに作るのではなく，地域型から移行を含める考えに賛成します．国立長寿や東京都健康長寿等はセンターの類型に入るのではなく，National Center として機能し，人材育成や教育を行っていくべきだと考えます．より地域に密着した連携型センターなどが増えることを希望します．
3. センターの質の管理とは何なのでしょうか．早期診断，鑑別診断は確かに重要ですが，めずらしい認知症を見分けることはさほど必要とは思いません．それより，治療可能な認知症を見過ごすことなく，きちんと治療することが重要と考えます．また，診断後の本人・家族への支援，進行予防ケアを多職種のチーム医療で行うことが大切です．センターは診断したら終わりではなく，介護の支援が受けられない段階から，認知症予防を医療で行うことが必要ではないでしょうか．

北村立先生

1. 基幹型については，議論されている形への変更に賛成します．
2. 生活支援の観点では，人員配置に作業療法士をいれるべきかと思います．
3. センターの目標数は，予算にも関係するため必要なのでしょうが，江澤先生のおっしゃる通り，都道府県や地域によって全然違うと思います．現在の状況で，足りているのか，不足しているのか，都道府県や政令指定都市に調査してみてはいかがでしょうか．

4. 今年度は誰も発言していないようですが，診療報酬のことについても考える必要があるかと思います．まず，認知症専門診断管理料についてですが，現行では，かかりつけ医が認知症の治療を行ってから紹介してきた場合，この管理料は算定できません．FTD を AD と誤っていても，先に診断と治療がなされていると算定できません．当センターでは，かかりつけ医が治療してもうまくいかない場合に紹介されることが多く，最近は面倒なこともあってほとんど算定していません．この管理料の要件は見直しが必要だと思います．さらに今後生活支援を強調するなら，市町村やケアマネ，かかりつけ医との連携に対して報酬をとる仕組みを考える必要があります．とても面倒ですが．

中西亜紀先生

1. 公認心理師に関して：認知症診療において，これまで臨床心理技術者と呼ばれていた方々は，主に診断における検査や，非薬物治療を行う医療機関が多かったと考えております．当方は 1 昨年思い切って 1 名を相談部門に配置して，彼女は神経心理検査を実施せず，専門医療相談と診断後支援を担当してもらっています．当院のように配置を必ずしもおかなくても，「心理」を専門とする職種の役割に，相談部門における心理学的な援助があるべきという意味だと理解して議論を拝見しました．当方では，実際に配置して 2 年目ですが，PSW のような医療の支援技術がないこと，地域を知らないことが弱点になり，周囲の理解を得るのに時間がかかっていたように思いますが，個々人の悩みの傾聴や相談員への心理的なサポートなど，他職種にはないカラーを出してくれているとみています．「公認心理師と連携して」という表現がわかりにくいのは，その通りに感じました．連携というと，当事者でなくなるので・・・．→公認心理師が相談部門における心理的な援助に関与（サポート）すること，ということなのだろうと思います．個人的には連携という表現でない方が良いと思いました．
2. 診断後支援について：大阪で，認知症疾患医療センターに相談後支援の担当者を配置する説明をしたとき（行政の立場で医療機関に説明にまわったとき），ある医療機関で，「これまでかかりつけ医の業務だと言っていたことを，今になって認知症疾患医療センターに移すのか？どういうことか」と叱られました．診断後支援について，より専門性の求められる支援と，そうでないものがあると思います．例えば超高齢者で，地域の先生が日頃からしっかりフォローくださっている方(例えばその一家を何十年もフォローなさっている）などは，きちんと診断して情報提供したら，後はかかりつけ医にお任せしていい，した方がいいと思っております．一方，29 年から若年性認知症外来を立ち上げましたが，若年性認知症の方で，就労の問題や，複雑な背景がある場合やあるいは遺伝性疾患など希少な疾患の場合などは，かかりつけ先生では難しいと思います．そのあたり，「より専門性が求められる病状や背景のある場合は，認知症疾患医療センターにおいて積極的に相談支援を行う」ということだと大変僭越ながら，お送りいただいた最終 PPT に何かひとこと言葉を補った方が良いように思いました．

櫻井孝先生

資料に関して，特に意見はございませんが，私の目標や今後の課題などについて日頃考えていることを申し上げます．

1. 診断後支援について：NCGG では，窓口相談，家族教室，MCI 教室，認知リハビリ等の支援を行っております．全国のすばらしい事例集もたいへん参考になりました．これらの施設ではリーダーがおられ，体制・人員がそれなりに整備されていると思います．しかし，愛知県の山間部の疾患センターでは医師 1 名がかろうじて実働という施設もあり，これらの施設でどのような診断後支援ができるかを考えます．それぞれのニーズに合った啓発・支援を行うことがベストですが，人員不足では困難です．そこで，本調査のなどの先行事例をまとめた便利ツール（風呂屋の靴箱のようなイメージで，多くの引き出しがあって自由に資材をとれる）を全国で共有できれば良いかと考えます．
2. 都道府県の医療連携協議会について：愛知県でも県医師会が代行して，本年度の評価が終わりました．概ね評価は妥当と思われました．しかし，毎年，調査票を埋めることに多大な時間と労力を要しています．評価法も年度により少し変わるのが難点です．NCGG ではもの忘れセンターのほか，神経内科，老年内科に受診する認知症もいるため，電カルから情報を統合的に取ることができません．他の施設でも様々な問題があると思います．そこで，調査票の項目は（少なくても一部は）不変として，提出しやすくなれば有難いです．まだ評価項目も手探りの段階と思いますが，東京都や他の府県ではいかがでしょうか．
3. 認知症疾患センターの分類について：以前の班会議で，中核型は身体疾患を診るという要件ではなく，人材育成，教育などを踏まえた綜合的機能に変えていくことが議論されたと思います．私も同意見でございます．NCGG でも自施設の人材はたえず育成していますが，地域での人材育成まではできません．このため，医療 - 介護の地域連携がなかなかすすみません．先進事例がありましたら，ご教示いただければ幸いです．

巻末資料

巻末資料 1

認知症疾患医療センター運営事業実績報告書書式
（平成 30 年度分）

様式２の（１１）の③の２

事　業　実　績　報　告　書

10　認知症施策等総合支援事業

（３）　認知症疾患医療センター運営事業

30年度新規		30年度更新		No	
都道府県・指定都市名				番号	
担当部署名					
電話番号		担当者			

【医療機関基本情報】

医療機関名															類型					
設置法人名															設置主体					
指定年月日	H		年		月		日	次回更新予定日	H		年		月		日					
更新年月日①	H		年		月		日	更新年月日②	H		年		月		日					
郵便番号			住所																	
二次医療圏域名																				
同圏域内配置センター名																				
医療機関種別																				
病床数	一般病床		精神病床		その他病床		（うち療養病床）		計	0										
診療科（複数回答可）	1. 内科		2. 呼吸器内科		3. 循環器内科		4. 消化器内科													
	5. 血液内科		6. 糖尿病内科		7. 代謝または内分泌内科															
	8. 腎臓内科		9. 神経内科		10. 心療内科		11. 感染症内科													
	12. 老年内科		13. 外科		14. 呼吸器外科		15. 心臓血管外科													
	16. 消化器外科		17. 小児外科		18. 肛門外科		19. 整形外科													
	20. 脳神経外科		21. 形成外科		22. 胸部外科		23. 腹部外科													
	24. 精神科		25. アレルギー科		26. リウマチ科		27. 小児科													
	28. 皮膚科		29. 泌尿器科		30. 産婦人科		31. 眼科													
	32. 耳鼻咽喉科		33. リハビリテーション科		34. 放射線科															
	35. 救急科		36. その他																	
連携病院名①							連携内容													
連携病院名②							連携内容													
連携病院名③							連携内容													
連携病院名④							連携内容													
連携病院名⑤							連携内容													

【専門的医療機関としての要件と機能】

稼働日数	週　日	年間　日							
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医							名	
	上記以外で、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							名	
医師以外の人員配置	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名				
	保健師	専従	名	兼務	名				
	臨床心理技術者	専従	名	兼務	名				
	連携推進補助員	専従	名	兼務	名				
	その他	（職種）		専従	名	兼務	名		
		（職種）		専従	名	兼務	名		

検査体制	血液検査	自施設		連携先		尿一般検査		自施設		連携先	
	心電図検査	自施設		連携先		神経心理検査		自施設		連携先	
	CT検査	自施設		連携先		MRI検査		自施設		連携先	
	SPECT検査	自施設		連携先							
保有機器	CT	台	MRI	台	SPECT	台					
相談件数	電話	件	面接	件	訪問	件					
	その他	（方法）		件	（方法）		件				

鑑別診断件数（実数）　＊過去1年間の新規	全数	内、65歳未満
1. 正常または健常	件	件
2. 軽度認知障害（MCI）	件	件
3. アルツハイマー型認知症（G30,F00）	件	件
4. 血管性認知症（F01）	件	件
5. レビー小体型認知症（G31,F02）	件	件
6. 前頭側頭型認知症（行動障害型・言語障害型を含む　G31,F02）	件	件
7. 外傷性脳損傷による認知症（S06.2,F02）	件	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による認知症を含む）	件	件
9. HIV感染による認知症（B20,F02）	件	件
10. プリオン病による認知症（A81,F02）	件	件
11. パーキンソン病による認知症（G20,F02）	件	件
12. ハンチントン病による認知症（G10,F02）	件	件
13. 正常圧水頭症（G91）	件	件
14. 他の医学的疾患による認知症（F02）	件	件
15. 複数の病因による認知症（F02）	件	件
16. 詳細不明の認知症（F03）（上記3～15に該当しないもの）	件	件
17. 上記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害	件	件
18. 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）	件	件
19. 気分（感情）障害（F3）	件	件
20. てんかん（G47）	件	件
21. 神経発達障害（知的発達障害を含む）（F7-F9）	件	件
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患	件	件
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患	件	件
24. 上記のいずれにも含まれない疾患	件	件
25. 診断保留	件	件
合計	0　件	0　件

紹介・逆紹介	紹介	件	逆紹介	件	
初診までの待機日数					
診療報酬	認知症専門診断管理料1	算定の有無		算定件数（年間）	件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無		算定件数（年間）	件
	認知症ケア加算1	算定の有無		算定件数（年間）	件
	認知症ケア加算2	算定の有無		算定件数（年間）	件

【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

指定状況	1 救急医療機関の指定		2 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定

＊以下は救急医療機関の指定を受けていない医療機関についても記入

身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談，入院受け入れの調整，他院の紹介など）の実施	
一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施	
認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施	
休日，夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための，空床の確保	

確保している空床数	（一般病床）	床	（精神病床）	床	（その他）	床	

【地域連携推進機関としての要件と機能】

認知症疾患医療連携協議会の開催	開催の形態				開催回数	年間		回	
研修会の開催	医療従事者対象	開催の有無			開催回数	年間		回	
	（うちかかりつけ医対象）	開催の有無			開催回数	年間		回	
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無			開催回数	年間		回	
	家族・地域住民等対象	開催の有無			開催回数	年間		回	
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無									
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無									
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無					実施回数	年間		回	
初期集中支援チームへの関与	センター内にチームを設置（受託）		チーム員として参加		後方支援				

【医療サービス等提供状況】

	通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施
1. 介護保険主治医意見書への記載			
2. 合併する身体疾患に対する通院医療			
3. 合併する身体疾患に対する入院医療			
4. 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）			
5. 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
6. 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
7. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療			
8. 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）			
9. 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療			
10. せん妄に対する医療の提供			
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
12. 行政機関への助言・連携			
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携			
14. 介護支援専門員への助言・連携			
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携			

【留意事項】

- ○ 行・列の追加は絶対に行わないこと。
- ○ 黄色セルへの入力は、プルダウンより選択して行うこと。
- ○ 鑑別診断件数、会議開催回数等は30年度実績を記入すること。
- ○ 連携病院記入欄につき、欄が足りない場合は別途一覧（任意様式）を添付すること。

【国庫補助所要額内訳】

事業区分	経費区分	対象経費支出済額	積算内訳
（1）身体合併症に対する救急医療業務（基幹型のみ）			
（2）専門医療相談			
（3）地域連携推進に係る業務 ア 認知症疾患医療連携協議会の設置・運営 イ 研修会の開催			
合計		円	

【留意事項】

- ○ 経費区分は、「介護保険事業費補助金交付要綱」を参考に記載すること。
- ○ 事業を委託により行う場合は、委託料のみとせず、委託事業の内訳を記入すること。

巻末資料 2

認知症疾患医療センター運営事業における都道府県認知症疾患医療連携協議会
実施状況等に関する調査（依頼状と調査票）

令和元年 12 月吉日

平成 31 年(令和元年)度老人保健健康増進等事業(老人保健健康事業推進費等補助金)テーマ番号 95
【認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業】

認知症疾患医療センター運営事業における
都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況等に関する調査ご協力のお願い

謹啓　厳冬の候、ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

さて、令和元年６月に閣議決定されました認知症施策推進大綱では、「各都道府県が地域の医療計画との整合性を図り、認知症疾患医療センターを計画的に整備する」こととされておりますが、認知症疾患医療センターの質を確保し、機能を維持・向上させるためには今なお数多くの課題が残されています。そこで、平成 31 年（令和元年）度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」では、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に定められている「都道府県認知症疾患医療連携協議会」[注)] の実施状況等について実態調査を行う運びとなりました。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査票にご回答の上、**令和２年１月７日(火)**までに、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

尚、ご回答は、**都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター運営事業のご担当者様**にお願いできればと思います。また、回収状況を確認するために調査票には都道府県番号が付してございますのでご了承ください。なお、本調査結果の公表にあたり、都道府県・指定都市名、担当者名等の地域を特定できる情報が公表されることはありません。

謹白

記

１．調査実施主体
　東京都健康長寿医療センター研究所
　自立促進と精神保健研究チーム　研究部長　粟田主一

２．依頼主体
　厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室（調査票発送に先立ちまして、ご担当者様へ、
　調査協力についての事務連絡を e-mail にて送信いたしましたので、ご確認ください。）

３．調査対象
　全国　都道府県および指定都市

４．調査内容
　認知症疾患医療センター運営事業の実施内容について調査票４ページ

５．調査票返送
　令和２年１月７日(火) までにご投函ください。

６．連絡先
　〒 173-0015　東京都板橋区栄町 35-2
　東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム
　電話番号　03-3964-3241（内線 4218　枝広あや子・杉山美香）

注：認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱では、以下のように定められています。

都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内の認知症疾患医療センターについて、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し、各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこと。

なお、既に同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。

ID

平成31年（令和元年）度老人保健健康増進等事業（老人保健健康事業推進費等補助金）テーマ番号95

【認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業】

認知症疾患医療センター運営事業における
都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況等に関する調査

以下、都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター運営事業の担当者様にお伺いします。

1.都道府県認知症疾患医療連携協議会について

1-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか。○をご記入ください。

※同様の機能を有する会議等の活用の場合は、1.している と回答したうえで、下段に会議名をご記載ください。

1. している　　0. していない → 2.に進んでください

※会議名：

↓

「1.している」とお答えの場合のみ以下の1-2～1-7の質問にお答えください。

1-2. 同連携協議会の開催頻度についてお答えください。

年に　　回程度　　一回あたり　　時間　　分程度

1-3.同連携協議会の参加者の所属についてお答えください。（複数回答）

①保健医療関係者

A.認知症疾患医療センター長等の医師　B.認知症疾患医療センターの医師以外の相談員等
C.都道府県医師会代表者　D.郡市医師会代表者　E.精神科病院協会代表者
F.病院協会代表者　G.精神保健福祉士会代表者　H.看護協会代表者
I.薬剤師会代表者　J.歯科医師会代表者　K.理学療法士協会代表者
L.作業療法士協会代表者　M.言語聴覚士協会代表者　N.臨床心理士会代表者

②介護保険等関係者

A.地域包括支援センター代表者　B.介護支援専門員会代表者　C.介護保険施設代表者
D.地域密着型施設等代表者　E.社会福祉協議会代表者　F.介護福祉士会代表者
G.居宅系事業所代表者　H.訪問看護事業所代表者　I.社会福祉士会代表者

③有識者等

A.患者・家族会　B.大学・教育・研究機関　C.民間サポート機関
D.民生委員等　E.弁護士・司法書士等　F.新聞社等報道関係機関

④行政機関

A.都道府県担当者　B.市区町村担当者　C.保健所・保健センター等
D.障害福祉相談機関　E.警察関係　F.消防関係

⑤その他（具体的に）

1-4.同連携協議会で検討している主な内容についてお答えください。（複数回答）

①行政から政策の説明

A.国の認知症施策の説明　B.都道府県の認知症施策の説明
C.市区町村の認知症施策の説明　D.高齢者保健福祉計画，介護保険計画等

②地域における認知症関連事業の実施状況や課題の検討

A.各地域の独自の取組の具体的計画　B.認知症初期集中支援チームの実績・課題
C.実態調査の計画・結果報告　D. 災害時の対応
E .行方不明者の対応　F.自動車運転・免許返納　G. 虐待事例・対応

③認知症疾患医療センター運営事業の情報共有と課題の検討

A.都道府県の整備・指定状況　B.事業の実績報告と評価　C.運営上の課題
D.予算の問題　E.事業の質を向上させる方法　F.今後の方針・計画
G.それぞれの認知症疾患医療センターで行われている認知症疾患医療連携協議会での検討内容

④その他の課題の共有と課題解決に向けた検討

A.医療のあり方　B.医療介護連携のあり方　C.地域内の連携パスの運用
D.診断前支援の課題　E.診断後支援の課題　F.退院時支援の課題
G.就労支援に関する課題　H.困難事例への対応

⑤その他（具体的に）

1-5.同連携協議会を開催したことによって得られた効果についてお答えください。（複数回答）

A. 都道府県・指定都市の政策を周知することができた
B. 地域の課題を共有することができた
C. 地域の取組みの情報共有ができた
D. 認知症疾患医療センターの活動状況が共有できた
E. 認知症疾患医療センター運営事業の課題を共有することができた
F. 認知症疾患医療センターの課題解決に向けた検討を行うことができた
G. 認知症疾患医療センター同士のネットワークが構築できた
H. 各認知症疾患医療センターの地域連携が推進された
I. 地域における認知症疾患医療センターの役割を検討することができた
J. 認知症疾患医療センターの整備計画に反映することができた
K. 認知症疾患医療センターの機能強化や質の向上に反映させることができた
L. その他（具体的に）

1-6.同連携協議会の開催にあたり都道府県と指定都市の連携体制を構築していますか。

1. している　　0. していない　　9. 指定都市はない

↓

1-7.していない場合の理由をお書きください　※都道府県、指定都市いずれの立場からお書き頂いても構いません。

2.都道府県内の認知症疾患医療センター同士の情報共有について

2-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターの職員が一堂に会し、業務に関する情報交換及び協議を行う会はありますか。

1. ある　　0. ない　　9. 知らない・わからない

↓　　▶2-3.に進んでください

「1.ある」とお答えの場合のみ以下の2-2の質問にお答えください。

2-2. 認知症疾患医療センターの職員が一堂に会する会の実施頻度についてお答えください。

年に　　回程度　　一回あたり　　時間　　分程度

2-3.都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を、センターがお互いに共有できるような，会議以外の取組みはありますか。

1. ある　　0. ない　　9. 知らない・わからない

↓　　▶ 3.に進んでください

「1.ある」とお答えの場合のみ以下の2-4の質問にお答えください。

2-4. それはどのような方法ですか（複数回答）.

A.医療介護関係者も参加する合同カンファレンス・事例検討会を開催している
B.認知症疾患医療センター相談員等の合同研修会を開催している
C.活動状況や実績報告をまとめて配布資料を作成し，会議や研修会で配布している.
D.県全体の認知症疾患医療センターの報告書・年報を作成し配布している.
E.すべての認知症疾患医療センター担当者でメーリングリストを作成し情報を共有している
F. 都道府県のホームページ等で認知症疾患医療センターの活動状況を公開している
G.各認知症疾患医療センターのホームページで活動状況を公開している
H.限定メンバーのみ共有する電子掲示板やテレビ会議等で活動状況を公開している
I. その他（具体的に）

3.都道府県認知症施策における協議会と質の評価について

3-1.都道府県認知症施策における協議会の位置づけをお答えください。

3-2.認知症疾患医療センターの質の評価・向上に向けた取り組みをお答えください。

4.都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催するうえでの課題について

4-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催するうえでの課題をお答えください。

本内容につきまして問い合わせをさせていただく可能性がございます。
ご所属課および係、差し支えなければ、担当者様のお名前をご記入ください。

課	室・係・班
（回答いただいた方）担当	様

ご協力ありがとうございました。返信用封筒でご返信ください。

令和元年度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）（区分番号第95）
認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携に関する調査研究事業
報告書

発　行　　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
編　集　　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
　　自立促進と精神保健研究チーム
　　研究部長　粟 田 主 一

令和 2 年 3 月
無断転載，改訂を禁じます

