令和3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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業 報告書 2021

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

令和4(2022)年3月

令和３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99

認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業

報 告 書

令和４年（2022 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３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99

認知症疾患医療センター運営事業の事業評価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運営事業の事業評価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. 検討委員会開催実績 9

3. 論点整理（第１回～第３回検討委員会） 15

4. 総括 29

Ⅱ 資料編 35

1. 令和２年度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 37

2. 認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査 167

3. 検討委員会議事録（全３回）.....275

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（令和２年度分）.....327

巻末資料２ 認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査（依頼状/調査票）.....331

はじめに

平成 20（2008 年）度にスタートした認知症疾患医療センター運営事業は，当初より事業の質をいかに担保するかが課題とされていた．これを受けて，平成 24（2012）年度の厚生労働科学研究「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」（研究代表者：鳥羽研二）において事業の評価項目が検討され，平成 27（2015）年度に実績報告書の様式が作成され，平成 28（2016）年度より実績報告の提出が制度化された．また，平成 30（2018）年度には，事業の質の確保に向けた取組みを進めるために，1)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の質の管理を行うこと，2)実績報告書を集計・分析し結果を公表すること，3)認知症疾患医療センターの職員研修を推進すること，4)基幹型は都道府県・指定都市と連携して事業の質の管理に向けた取組に関与すること，5)診断後支援を担う相談室機能を支援することが提言され，令和 2（2020 年度）には，認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組みとして，①都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営，②事業の取り組みに関する評価等の実施，③センター事業に関わる職員の研修等の推進，を都道府県の責務とすることが提言された．この提言は，令和 3（2021 年）3 月に改定された認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に反映されている．

しかし，検討委員会では，「今日の時代にあった認知症疾患医療センターの役割を検討する必要があるのではないか」「質の確保に向けた取組を進めるためには PDCA サイクルに基づいて事業運営を行うことができる指標を作成する必要があるのではないか」という指摘があった．また，「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を構築する」という事業目標はいかにして評価すべきか，という課題も指摘された．

以上のような経緯から，令和 3（2021）年度老人保健健康増進等事業では，以下の調査研究を実施することとした．

1） 検討委員会を設置して，認知症疾患医療センター運営事業の評価のあり方を討議し，論点整理を行う．
2） 地域の認知症支援に関わる多様な関係機関を対象に「認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査」を行い，今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割を明らかにするとともに，PDCA サイクルに基づいた事業運営を可能とする評価指標を策定するための基礎資料を得る．
3） 地域において，認知症医療の機能体制構築に取り組む認知症疾患医療センターの事例集を作成する．

本報告書が，上記の事業内容と調査結果を示すとともに，令和 2 年（2020）年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析結果を報告する．

東京都健康長寿医療センター研究所
副所長　粟田主一

Ⅰ　認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業検討委員会

１．委員構成

検討委員会委員構成

（五十音順・敬称略）

	氏名	所属・役職
委員長	粟田主一	東京都健康長寿医療センター研究所　副所長
委　員	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	池田 学	大阪大学大学院医学系研究科神経精神医学分野　教授 （公益社団法人日本老年精神医学会　理事長）
委　員	石井伸弥	広島大学大学院医系科学研究科 共生社会医学講座　特任教授
委　員	内海久美子	砂川市立病院 認知症疾患医療センター　センター長
委　員	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
委　員	數井裕光	高知大学医学部附属病院 基幹型認知症疾患医療センター　センター長
委　員	北村 立	石川県立こころの病院　院長 石川県認知症疾患医療センター　センター長
委　員	小林直人	医療法人湖山荘　あずま通りクリニック　院長
委　員	櫻井 孝	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター　副院長 もの忘れセンター センター長
委　員	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）
委　員	谷向 知	愛媛大学医学部附属看護実践教育研究サポートセンター センター長
委　員	冨本秀和	三重大学医学部附属病院 基幹型認知症疾患医療センター　センター長
委　員	中西亜紀	大阪市福祉局　医務監 （大阪市指定認知症疾患医療センター　大阪市立弘済院附属病院）
委　員	藤本直規	医療法人藤本クリニック　理事長・院長 滋賀県認知症疾患医療センター連携型　センター長
委　員	渕野勝弘	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事 （医療法人淵野会 緑ヶ丘保養園　理事長）
委　員	古田 光	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 認知症疾患医療センター　センター長

オブザーバー	田中稔久	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
オブザーバー	谷内一夫	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
オブザーバー	橋本亜希子	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

ワーキンググループ構成

（五十音順・敬称略）

	氏名	所属・役職
委員長	粟田 主一	東京都健康長寿医療センター研究所 副所長
ワーキンググループ	石井 伸弥	広島大学大学院医系科学研究科 共生社会医学講座　特任教授
ワーキンググループ	井藤 佳恵	東京都健康長寿医療センター 認知症支援推進センター　センター長
ワーキンググループ	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
ワーキンググループ	武田 章敬	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター　センター長
ワーキンググループ	新美 芳樹	東京大学医学部附属病院 早期・探索開発推進室 特任講師

ワーキンググループ開催日時（オンライン会議）

第1回　ワーキンググループ　2021年　8月　5日（木）17時00分～19時00分
第2回　ワーキンググループ　2021年　8月24日（火）18時00分～20時00分
第3回　ワーキンググループ　2021年　9月29日（水）18時00分～20時00分
第4回　ワーキンググループ　2021年 12月14日（木）18時30分～20時00分
第5回　ワーキンググループ　2021年　2月14日（月）18時00分～20時00分

２．検討委員会開催実績

令和 3 年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
第 1 回検討委員会　議事次第

日時　令和 3 年 8 月 24 日（火）　18:00～20:00
会議形式　オンライン

議　事

開　会

1. 本年度事業の概要について
2. 本年度の調査計画について
3. 意見交換
4. その他

閉　会

【配布資料】
委員名簿
設置要綱
資料 1：本年度事業の概要
資料 2-1：調査票（認知症サポート医用）
資料 2-2：調査票（地域包括支援センター用）
資料 2-3：調査票（認知症疾患医療センター用）
資料 2-4：調査票（市町村担当者用）
資料 3：東京都で実施している先行調査
参考資料 1：事業実施計画書
参考資料 2：事業実施年間スケジュール
参考資料 3：認知症施策等総合支援事業について
参考資料 4：Primary care-based memory clinic の候補 QI
参考資料 5：認知症疾患医療センターの整備状況

令和 3 年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
第 2 回検討委員会　議事次第

日時　令和 3 年 12 月 14 日（火）　18:30～20:00
会議形式　オンライン

議　事

開　会

1. 本日のアジェンダ（粟田）
2. 調査の進捗状況について，事例集作成について
3. 認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方について意見交換
4. 第 3 回検討委員会予定等，その他について

閉　会

【配布資料】

1. 本日のアジェンダ
2. 委員名簿

以　上

令和 3 年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
第 3 回検討委員会　議事次第

日時　令和 4 年 2 月 14 日（月） 18:00～20:00
会議形式　オンライン

議　事　　開　会
1. 本年度事業について
2. アンケート調査結果について
3. 先進事例について
4. 令和 2 年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計結果について
5. 意見交換
6. その他
閉　会

【配布資料】
資料 1.　本年度事業の概要
資料 2.　令和 3 年度老健 99　アンケート調査結果資料
資料 3.　令和 2 年度老健 99　認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計分析結果
資料 4.　委員名簿
参考資料 1-1　調査自由記述①認知症疾患医療センター
参考資料 1-2　調査自由記述②地域包括支援センター
参考資料 1-3　調査自由記述③居宅介護支援事業所
参考資料 1-4　調査自由記述④市区町村
参考資料 2　　令和 3 年度老健 99 大阪市福祉局（認知症初期集中支援チーム員調査結果）
参考資料 3　　先進事例集（原案）

３．論点整理（第１回～第３回検討員会）

第 1 回検討委員会の論点整理

今日の時代に求められている認知症疾患医療センターの役割とは何か

○　センターの役割としてこれまで抜けていたのは「診断後支援」と「進行予防」「地域の中で生活していくための支援」という視点ではないか（内海）.

○　診断後支援は重要であるが，連携型なり，地域型なりで，役割が違ってくる可能性がある．非常に早期の人たちが受診する場所と，BPSD 中心に受診する場所と．そのあたりをどうバランスをとっていくかが重要（藤本）.

○　認知症疾患医療センターの役割は，地域によっていろいろあって，一つではないのではないか（武田）.

○　国の統一的な事業内容は必要であるが，同時に，地域で求められている役割を果せているかどうかという評価が必要．今回の調査でそれが探索できるかもしれない（粟田）.

認知症疾患医療センターの数

○　500 ヵ所の設置という目標が達成された後はどのように考えるか．さらに数を増やすことを考えるのか．専門医の要件を今後どう考えるか．国の考えを聞きたい（渕野）.

○　地域連携がきちんとんされているということを踏まえた上で，数のことを考えるというのが基本的考え方だと思う．まずは地域連携を評価するということなのであろう（田中）.

認知症疾患医療センターの認知度

○　そもそも認知症疾患医療センターの認知度が低い．サポート医の先生がどれくらい認知しているかという以前の問題で，市民に認知されていない（冨本）.

○　認知症疾患医療センターがどのように知られているかということを調べることは重要な課題．例えば，家族が認知症疾患医療センターをどの程度知っているかを調査する必要があるかもしれない．若年性認知症の実態調査では，診断してもらえる医療機関がどこだか知られていないという実態が明らかにされている（粟田）.

参考：本研究の調査で，認知症疾患医療センターを「知らない」と回答したのは，地域包括支援センター0.7%，居宅介護支援事業所 21.7%，市区町村 0.4%，認知症サポート医 7.6%であることが明らかにされている（「認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査報告書」を参照）.

認知症の人の生活を支える地域包括ケアシステムの構築に寄与すること

○　「医療を提供できる機能体制の構築」となっているが，「地域包括ケア」を担保することが重要．これについては例えばチームオレンジと連携するとか，その構築を支援するとか，そうしたことが必要とされているのではないか．人員的にきびしいところもあるが，認知症の地域包括ケアを実現するためには必要と感じる（冨本）.

○　実施要綱の目的に，医療を提供して，診断後の相談支援をして，研修を行ってという具体的なことが記されているが，これがどのような形で「機能体制の構築」につながっていくのかが見えない．究極の目標は地域包括ケアであると思うが，どのようにしてつなげていくのかという道筋を考える必要がある（石井）.

認知症専門診断管理料の問題

○　認知症専門診断管理料の立て付けに問題がある．AD と診断されている人が紹介されて FTD と診断しても専門診断管理料はとれないし，診断したあとかかりつけ医と並行して定期的に外来でみようとすると専門診断管理料がとれなくなる（北村）.

予約待機日数と継続医療の問題

○　2 人主治医制で見るようにしているが，そうすると持ち患者が多くなり，新患の枠が足りなくなって予約待機日数が長くなってしまうという問題が起こる（数井）.

○　予約待機日数と継続医療の担保のバランスをどうするか，地域による差があるかと思われる（粟田）.

若年性認知症への対応

○　若年性認知症など専門性が高い疾患はセンターが診る必要がある（中西）.

○　若年性認知症については認知症疾患医療センターで診断と診断後支援をきちんとして

もらうことが期待されているものと思われる．これは今回の調査に含める必要がある（粟田）．

○　若年性認知症は総合的な支援が必要であり，センターに求められる重要な業務である（小林）．

社会的困難事例への対応

○　若年性の方，社会的弱者の人，虐待事例などは認知症疾患医療センターで対応する必要がある．これから一人暮らしの人も増えるので（北村）．

○　小規模多機能施設でコロナのクラスターが発生して，その中で身寄りもなくて自分の家もない人を入院させた．それが果たしてセンターの機能かどうかわからないが，これからそういうことも増えるのではないか（北村）．

○　コロナの問題が出て，多分これから５～６年先の問題がここ１年ぐらいで一気に表面化した感じ．市内に 15 カ所ある地域包括支援センターからもいろんな問題が出てきており，それをできるだけ取り込んでいる（旭）．

○　認知症疾患医療センターの共通の役割は連携の要であること．そのためには，連携担当者の能力が重要．フットワークの軽い認知症専門の看護師や精神保健福祉士がいれば，機動性が高く守備範囲も広く，困難事例などにもきちんと対応できる．その人員をふやせるような予算配分が必要（池田）．

業務過多の問題

○　愛媛県ではもともと 6 つの認知症疾患医療センターでスタートしたが，昨年，医師数が足りないということで１つのセンターが手を下げた．機能がどんどん求められるようになったということが理由の一つと思われる．地域包括ケアシステムの構築という枠組みの中で，認知症疾患医療センターの役割を考える必要がある（谷向）．

○　業務過多は質を落とす重要な要因である．都道府県の行政でこのような現場の課題が議論されているかが重要である（粟田）．

認知症疾患医療センター同士での連携

○　福島市では，同じ市内に基幹型，地域型，連携型がある．連携型は敷居が低いので，予約時間外でも見るようなオールラウンドプレーヤーの役割を果たし，そこで支えられないケースを地域型，基幹型がサポートしている（小林）．

都道府県が認知症疾患医療センターの位置づけをどう考えるかというプロセスが重要

○　各実施主体によって個性があっても質が評価されるような評価尺度があるといい．都道府県が認知症疾患医療センターの位置づけをどう考えているかというプロセスを踏んでから事業評価のあり方を考える必要がある（古田）．

○　「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り，事業の着実な実施を推進していくことを目的とする」は行政の役割ではないか．行政によっては，あの文言がセンター側にあると考え，ぐっと引いてしまう行政もあるのではないか（中西）．

○　私たちが取り組んでいるのは認知症疾患医療センターの質ではなく，認知症疾患医療センター運営事業の質．したがって，医療の質を評価しようとしているのではなく，認知症疾患医療センターの事業内容の評価を通して，都道府県の運営事業の質を評価していこうとしているのだと考える必要がある（栗田）．

外部評価を含め認知症疾患医療センター運営事業をどのように評価すべきか

○　外部評価については，受診されている当事者による評価が重要．困難事例にうまく対応できた場合に，介護者から感謝されることは多い（小林）．

○　診断後支援の質は当事者に評価してもらうのがよいかもしれない．必要な情報がきちんと提供されたか，説明が理解できたかと，わかりやすく話してもらえたかなど（栗田）．

○　評価については，連携の要なので市民の認知度は低くてもよいかもしれないが，サポート医，ケアマネジャーの認知度が低いと致命的である（池田）．

○　評価の方法としては，当事者による評価の他に，都道府県による評価，連携協議会での評価，認知症疾患医療センター同士の相互連携の中での評価という方法がある（池田）．

第 2 回検討委員会の論点整理

認知症の人の生活を支える地域包括ケアシステムの構築に寄与することとは？

○　地域には既に自然発生的に芽生えている活動が参考になる．三重県玉城町では，認知症サポーターの組織が，町の空き家を借りて本人や家族が集える場をつくったり，徘徊 SOS ネットワークをつくったり，オンデマンドバスを走らせたり，その付き添い・利用支援をしたりしている．自然発生的チームオレンジであり，こうした活動が少しずつ広がりを見せている．このような目標点に近づいていくことが重要（冨本）．

○　「地域の実情において」については，人口動態（人口密度，今後認知症の人がどんな勢いで増えるか，支える世代はどれくらいいるか）という観点が重要．人口密度が高く，今後後期高齢者が急速に増える都市部と過疎化が進む農村部などの類型化とモデルの提示が重要（石井）．

退院後に地域生活ができるようにケア体制を整備すること

○　最近は入院依頼が多い．入院患者を地域に帰す努力を地域包括やケアマネと連携して行っているがこれがなかなか難しい（渕野）．

○　職種連携の研修会もやってきたが，話が拡散するので，原点に返ってケアマネ勉強会をやっている．地域包括支援センターは市町村ごとに計画を立てているので，そこがちょっと難しい（北村）．

○　退院して地域で生活できるようにもっていくためには地域包括支援センターとのパイプが重要，特に顔の見える関係が重要（冨本）．

認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの間に太いパイプを構築すること

○　そのためにはフラットな関係での事例相談会が大切．認知症疾患医療センターと地域包括支援センターのパイプづくりが制度的にあるとよい（冨本）．

○　ケアマネが医療のことをよくわかっていないという問題と医師が介護のことをよくわかっていないという問題がある．医師の側にも介護に対する理解を深めていく取り組みが必要である（石井）．

○　認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの距離を縮めていく努力が必要．広島県の西部で認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの合併型センターを稼働させており機能している（石井）．

○　フラットな多職種連携を行うためには，医療側はかかりつけ医やサポート医が中心になり，専門医は後ろに下がった方がよい（藤本）．

○　連携型センターは小回りがきくので，地域包括からの相談も多い．断らずに受ける方針でやっているが，今後数が増えてくるとたいへんかもしれない（小林）．

認知症疾患医療センターの診断後支援が地域連携につながる

○　長寿研では，診断後支援のモデルとして，リハビリテーション，本人・家族への心理教育，MCI を対象とする予防教室などを作ってきた．これを地域に社会実装することが，地域連携につながる活動になる（櫻井）．

○　認知症の ADL 障害，リハビリという視点での連携は非常に重要．BPSD については精神科との連携が必要．急速に高齢化が進んでおり，センターの数はもっと増やす必要がある（旭）．

○　生活を支えるという観点でセンターが行える診断後支援は，基幹型，地域型，連携型で異なるであろう（内海）．

○　総合病院では，一般科に入院した認知症患者の退院後のケアの体制を整えることがセンターの役割になる（内海）．

情報の拠点，危機介入の拠点が認知症疾患医療センターの役割

○　情報の拠点，危機介入の拠点となることがセンターの役割である（内海）．

○　市町村がチームオレンジをどう作っていくかということについて，センターがアドバイザー的役割を果てしてもよい（内海）．

都道府県下全体の機能体制構築は基幹型センターの役割

○　基幹型では，県下全体の認知症医療の機能体制構築に寄与していく役割がある（粟田）．

○　僻地医療をしている自治医大の先生と大学病院の認知症疾患医療センターがペアを組んで，僻地における認知症の医療体制整備に寄与している（数井）．

○　東京都には認知症支援推進センターという独自の事業があり，都内全域を対象に，認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムに関わるすべての専門職の研修を行っている．都内のどこでも同じ研修を受けられるというメリットがあるが，圏域が広いので顔の見える関係づくりには不向き（井藤）．

○　東京都では，都内全域を対象とする研修（認知症支援推進センターが担当）と区市町村単位での研修（認知症疾患医療センターが担当）という二重構造になっている（粟田）．

○　若年性認知症の診断と診断後支援はセンターの重要な役割（池田，数井）．

○　疾患修飾薬が出てきたときに，これに対応できるようにさまざまな検査ができる基幹型センターは必要（池田）．

持続可能な仕組みづくり

○　行政の立場からすると持続可能という観点が重要．病院もずっとそこがやってもらえるかどうかという問題がある（中西）．

○　地域と認知症疾患医療センターのパイプという意味でキーになるのは認知症初期集中支援チーム．地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームが設置されており，それを認知症疾患医療センターが後方支援するという立て付けになっており，認知症サポート医が認知症初期集中支援チームに関与することになっている．スーパーマンがいなくても最低限のレベルで滅びないでつながっていく立て付けが重要（中西）．

○　板橋区では認知症疾患医療センターの立ち上げの段階から区とも話合いができていて，区内に 19 箇所ある地域包括支援センター（すべての認知症初期集中支援チームが設置されており，認知症サポート医が配置されている）と定期的にミーティングが開催されるようになっている（古田）．

○　持続可能なシステムという観点では，モチベーションをもった人をいかにして作るかという観点が重要（古田）．

○　東京都では，立ち上げの段階で，区市町村に 1 箇所認知症疾患医療センターが設置され，区市町村行政と認知症疾患医療センターが連携するように立てつけられている（粟田）．

○　サステナブルの仕組みづくりという観点からは人材育成が重要．これは認知症学会や老年精神医学会の役割であるが，両学会を合わせても専門医が 1 桁しかいない都道府県が既に複数ある．これをどうするかが大きな課題（池田）．

○　学会は大学や基幹型センターと協力しながら意識的にサステナブルの仕組みをつくって，次世代を育てていく必要がある（池田）．

第 3 回検討委員会の論点整理

「認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査」の結果を踏まえて

全体を概観して

○ 53 項目の役割を掲げたが，いずれも得点は総じて高い．高低の差はあるものの，ほぼすべての項目の期待スコアが高かった（粟田）．

○ 行政が認知症疾患医療センターに主治医意見書記載を期待しているというのは意外であった．認知症サポート医の役割に関する調査では，地域包括支援センターがサポート医にアウトリーチを期待する程度が高かった．それに比べると，認知症疾患医療センターにはアウトリーチの期待度はそれほど高くない．興味深い（武田）．

若年性認知症の診療や診断後支援に関する期待度は高い

○ 認知症サポート医から認知症疾患医療センターに求める役割としては，若年性認知症の診断や診断後支援に関する期待度が高いことがわかった（粟田）．

○ 若年性認知症の診断と診断後支援があるとことが受診のしやすさにつながる．滋賀県では 1 箇所であった若年性認知症コールセンターが全疾患センターに広がった(藤本)．

○ 若年性認知症の診断数は実績報告書に記載されているが，今後は診断支援（情報提供，社会資源との連携など），若年性認知症に関する研修なども評価していくことを検討する必要があるかもしれない（粟田）．

○ 認知症疾患医療センターには若年性認知症支援コーディネーターのことを知らないところも多い．まずは，つなげる所があることを知ること，そこに繋げることが一丁目一番地である（谷向）．

○ 認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援のガイドラインを作成し，それに基づいて研修を行うこと，これを認知症疾患医療センター全国研修会などで展開していくことが必要かもしれない（粟田）．

○ 各疾患センターが若年性認知症コーディネーターと連携すること，精神障害の年金や難病の指定など介護保険外の仕組みにも精通していること，が必要（池田）．

○　就労継続支援をしっかりやっていると居場所づくりは必要なくなるかもしれない．就労が終わった段階で，若年性認知症に対応できる介護保険事業所を確保していくことが重要（藤本）．

○　女性の場合はやはり家庭に入っていた方が多いので，藤本先生の話とは逆で居場所づくりが必要になる．特に田舎ではそのニーズが高い（田中志子）．

○　人口が少ない地域だと若年性認知症の事例が少ないので，経験を積むことができない．センターとコーディネーターが経験を積めるような仕組みがあるとよい（石井）．

地域包括支援センターとの間に太いパイプをつくること

○　前回の議論において，認知症疾患医療センターが地域包括支援センターと太いパイプをつくることの重要性が指摘された．今回の調査でも，地域包括支援センターへの助言や相談支援に関する役割の期待度が高かった（栗田）．

○　地域包括支援センターもいろいろある．大都市と僻地では大分ちがう．やはり地域別の検討が必要（北村）．

○　確かに地域包括支援センターには温度差があるが，熱心なところは必ずあるので，そこを突破口にして，講習会やアドバイザリーなどを通して少しずつパイプを広げていく必要がある（冨本）．

○　愛知県も同じ状況で熱心な地域包括支援センターもあればそうでないところもある．マニュアルかガイドラインのようなものをつくって，標準的なやり方を示し，地域の実情に合わせて修正するということが必要（櫻井）．

○　過疎地はむしろ追い風かもしれない．認知症初期集中支援チームも認知症疾患医療センターでやっているが，それによって，行政，地域包括支援センター，認知症疾患医療センターが一体となって動ける（田中志子）．

○　大阪市は人口 270 万人で地域包括支援センターが 66 ヵ所あるが，政令市であるので，認知症疾患医療センターも地域包括支援センターも市の事業である．地域包括支援センターは一般型と強化型にわけ，認知症疾患医療センターが強化型をバックアップするようにしている．認知症疾患医療センターは 6 ヵ所あり，BPSD に対応するセンタ

ー，若年性認知症に対応するセンターなど機能分化させている（中西）．

○　福島市ではコロナ下にあった，22 ある地域包括支援センターの定例会議が ICT を使って実施されるようになり，そこに認知症疾患医療センターも参加している．少しずつパイプづくりが進んでいる（小林）．

○　市町村の認知症施策と認知症疾患医療センターが太いパイプをもつこと．そのために認知症疾患医療センター運営事業の実施主体である都道府県と政令市のガバナンスがそのような方向を向いているか，という問題がある（栗田）．

認知症疾患医療センターにかかる負担増の問題

○　認知症疾患医療センターの役割をあれもこれも膨らましてしまうと，それが負担になって，センターの指定を返上してしまうところがある．愛媛県大洲・八幡地区の認知症疾患医療センターが一昨年指定を返上し，空白地帯になってしまった（谷向）．

参考：「認知症疾患医療センターに期待されている役割に関する調査」において実施された認知症疾患医療センターを対象とする調査の中の自由記述の回答において，この問題は繰り返し指摘されている．特に，「業務量が年々増えているが人員が不足している」「アウトリーチが期待されているが，現在の人員では不可能」「鑑別診断数も増えており，待ち時間が延びている」といった意見がある．

基幹型センターの役割

○　一昨年福島県立医科大学が基幹型に指定されて，動きが大分よくなった．県で 11 ヵ所ある認知症疾患医療センターを対象に年 2 回の研修を行っており，そこで若年性認知症の研修や事例検討も行われている（小林）．

経営母体による違い

○　同じ地域型でも民間であるか，公立であるかなど，経営母体によって役割が異なる．民間の精神科病院であると，はげしい BPSD のある人の入院が求められる．質の評価にあたっては経営母体も考慮する必要がある（渕野）．

認知症疾患医療センターが何であるかを知らない専門職も少なくない

○　認知症支援に関わる専門職の研修をしていると，認知症疾患医療センターのことを知らない専門職も多いことがわかる．認知症疾患医療センターではない医療機関に勤務している看護師が，自分の勤務している施設が認知症疾患医療センターだと思いっている人もいる．まずはこのあたりからはじめなければいけないかと感じている（井藤）．

参考：「認知症疾患医療センターに期待されている役割に関する調査」において，「認知症疾患医療センターを知らない」と回答したのは，地域包括支援センターでは 11 件（11/1,191=0.9%），居宅介護支援事業所では 208 件（208/957=21.7%），市区町村では 4 件（4/1,072=0.4%），認知症サポート医では 201 件（201/2,661=7.6%）であった．認知症疾患医療センターの非周知度は市区町村及び地域包括支援センターでは 1%未満であるが，認知症サポート医では 7.6%，居宅介護支援事業所では 21.7%ということになる．

4．総括

総括

検討委員会での討議について

○　認知症疾患医療センター運営事業の評価にあたっては，まずは，認知症疾患医療センターが圏域のステークホルダーに周知されているのか，という前提からはじめる必要があるのではないか.

○　運営事業の目的である「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り，事業の着実な実施を推進していくこと」は地域包括ケアシステムを実現するという目標に合致したものであり，これは行政の責務ではないか.

○　運営事業の質を評価することを目的に，個々の認知症疾患医療センターの機能状態を評価する場合には，以下の点を考慮する必要があるのではないか.

- すべての類型に共通する核となるような最大公約数的な基本機能があると思われるので，まずはそれを明らかにし，それを共通の指標とする必要があるのではないか.
- 類型，医療機関の種別（病院か診療所か／一般病院か精神科病院か），経営母体（民間か公立か），地域性（人口規模など）などによって期待されている役割（果たせる役割）が異なることから，それらの要素を考慮した網羅的な指標を検討する必要があるのではないか.

○　評価の方法としては，内部評価（自己評価＝自施設の評価）と外部評価（他者評価＝関係機関からの評価）の両方を考慮する必要があるのではないか. 診断後支援の評価については，認知症疾患医療センターの利用者を対象とする調査が必要かもしれない.

○　評価指標の開発は，都道府県・指定都市が，PDCA サイクルに基づいて事業運営を行うことをめざしたものでなければならないであろう.

○　都道府県・指定都市が運営事業の評価を円滑に行うことができるように，事業評価のための手引きやガイドラインを作成し，それに基づいた研修などを行えるようにする必要があるのではないか.

認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査について

○　認知症疾患医療センターに期待される役割について，53 項目のリストを作成し，全国の認知症疾患医療センター，市区町村担当課，地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，認知症サポート医を対象に，各項目の期待度（期待スコア）を評価した．

○　認知症疾患医療センター自身は，実施要綱に事業内容として定められている「専門的医療機能」「診断後等支援機能」「地域連携拠点機能」を網羅する項目が自施設に期待されていると認識している．しかし，すべての類型の認知症疾患医療センターが，期待度が高いと共通に認識している項目と，類型によって期待度の高さに大きな差が見られる項目がある．

○　地域の関係機関が認知症疾患医療センターに期待している役割は広範であるが，以下の 12 項目は，認知症疾患医療センター自身も地域関係機関も，すべてが共通して高い期待度（期待スコア 3.5 以上）をもっている項目である．

＜専門的機能＞
(3)認知症疾患の鑑別診断
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療
＜診断後支援等機能＞
(13)本人への情報提供と心理的サポート
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成
(22)若年性認知症患者に対する継続医療の提供
＜地域連携拠点＞
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成
(53)自動車運転に関する相談と支援

○　関係機関の自由記述の回答からは，これらの機能が十分に実現されていない，という認識が比較的強いようである．しかし，個々の認知症疾患医療センターの形態（病院か診療所か，一般病院か精神科病院か，民間病院か公的病院か）や地域性（大都市か過疎高齢地域か）などによって，果たせる機能には限界がある．この調査でリストアップされ

た 53 項目の機能をすべて兼ね備えた認知症疾患医療センターは存在しないであろう.

○ 都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業の目的は, 認知症のための医療を提供する機能体制を地域に構築することにある. これは圏域に設置されたただ一つの認知症疾患医療センターのみで実現されるものではない. 都道府県・指定都市の責務として, 地域全体で, 本調査で示された 53 項目の機能が網羅できるような体制づくりを戦略的に進め, その達成度を評価していく必要があろう.

認知症医療の機能体制の構築に関する先進事例集について

○ 地域において, すでに認知症医療の機能体制の構築に向けた取組みを進めている認知症疾患医療センターの活動事例を示すために, 検討委員会のメンバーが所属する認知症疾患医療センターの取組みを紹介する事例集を作成した.

○ 本事例集は, 基幹型／地域型／連携型といった認知症疾患医療センターの類型の違い, 大学病院／一般病院／精神科病院／診療所といった医療機関種別の違い, 公的病院／民間病院といつ経営母体の違い, 大都市（東京や大阪などの事例）や中山間地域（群馬県の事例）といった地域性の違いが網羅されるように構成されている.

○ 機能体制の構築にかかる取り組みは多様であり, こうした多様な取り組みを, 類型, 医療機関種別, 地域性などを踏まえてカテゴリー化していくことが今後の課題である.

Ⅱ　資料編

１．令和２年度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

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
（令和 2 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，令和 2 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，令和 3 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 478 施設（基幹型 18，地域型 378，連携型 82）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　認知症患者医療センター運営事業実績報告書書式（令和２年度分））．各項目については，クロス集計表を用いて，認知症疾患医療センターの類型別・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の類型別・医療機関種別内訳を表 1 に示す．　基幹型はすべて一般病院であったが地域型は 51.1%が精神科病院であった．連携型は診療所が 45.8%を占めた．類型別・設置主体別内訳を表 2 に示す．基幹型は 47.1%が国立，23.5%が都道府県・指定都市立，5.9%が市区町村立であり，あわせて 76.5%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 56.3%，63.9%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	17	0	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	184	194	0	0	378
		48.7%	51.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	連携型	25	20	38	0	83
		30.1%	24.1%	45.8%	0.0%	100.0%
	合計	226	214	38	0	478
		47.3%	44.8%	7.9%	0.0%	100.0%

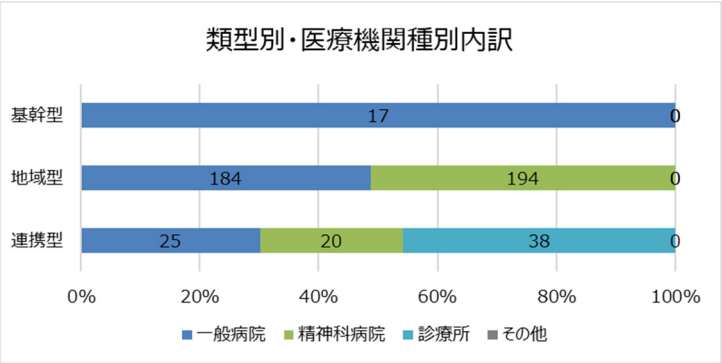


図 1　類型別・医療機関種別内訳（再掲）

表 2　類型別・設置主体別内訳

		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	1	8	4	1	0	0	0	0	3	17
		5.9%	47.1%	23.5%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17.6%	100.0%
	地域型	22	22	26	25	19	213	10	13	28	378
		5.8%	5.8%	6.9%	6.6%	5.0%	56.3%	2.6%	3.4%	7.4%	100.0%
	連携型	1	2	7	4	3	53	3	6	4	83
		1.2%	2.4%	8.4%	4.8%	3.6%	63.9%	3.6%	7.2%	4.8%	100.0%
	合計	24	32	37	30	22	266	13	19	35	478
		5.0%	6.7%	7.7%	6.3%	4.6%	55.6%	2.7%	4.0%	7.3%	100.0%

Ⅰ-2. 病床数

1）一般病床：類型別一般病床数を表 3 に，医療機関種別一般病床数を表 4 に示す．105 件の医療機関において一般病床の欄が空欄（欠損値）であったが，これらは一般病床の設置がない医療機関であった可能性がある．一般病床数は基幹型および一般病院に多く，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	17	662.1	158.8	655	374	932
	地域型	294	211.0	278.6	80	0	1182
	連携型	62	70.8	116.7	0	0	400
	合計	373	208.3	277.6	78	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	217	351.4	288.1	300	0	1182
	精神科病院	128	10.7	28.7	0	0	155
	診療所	28	2.5	5.9	0	0	19
	その他	0					
	合計	373	208.3	277.6	78	0	1182

2) 精神病床：類型別精神病床数を表 5 に，医療機関種別精神病床数を表 6 と図 2 に示す．48 件の医療機関において精神病床の欄が空欄（欠損値）であったが，これら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および精神科病院で精神病床数が多く，診療所では精神病床の設置がなかった．

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	17	49.8	24.7	41	24	108
	地域型	352	195.3	155.7	185	0	808
	連携型	61	79.3	120.2	0	0	463
	合計	430	173.1	155.3	170	0	808

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	194	80.3	116.0	42	0	792
	精神科病院	212	277.6	120.2	259	50	808
	診療所	24	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	430	173.1	155.3	170	0	808

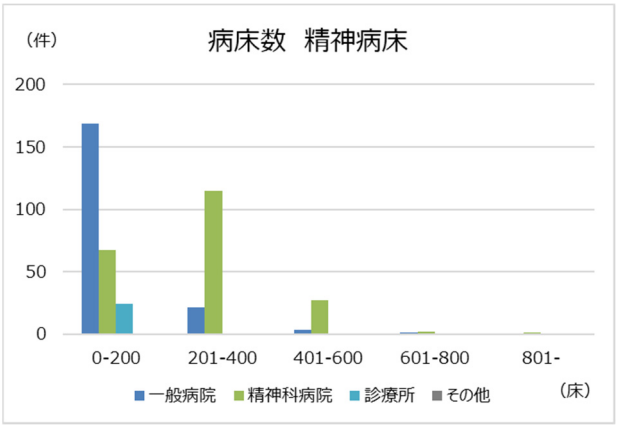


図 2　医療機関種別　精神病床数

3) その他病床：一般病床と精神病床以外のその他病床数を，類型別（表 7）及び医療機関種別（表 8）に示す．132 件の医療機関においてその他病床の欄が空欄（欠損値）であったが，これら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	16	11.6	17.5	9	0	71
	地域型	271	22.4	44.0	0	0	325
	連携型	59	15.2	34.3	0	0	143
	合計	346	20.7	41.7	0	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	195	32.2	49.4	6	0	325
	精神科病院	127	6.7	22.8	0	0	135
	診療所	24	0.6	2.5	0	0	12
	その他	0					
	合計	346	20.7	41.7	0	0	325

4) うち療養病床：療養病床について類型別療養病床数を表 9 に，医療機関種別療養病床数を表 10 に示す．170 件の医療機関において療養病床の欄が空欄（欠損値）であったが，これら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	13	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	243	22.2	53.6	0	0	350
	連携型	52	14.3	34.8	0	0	143
	合計	308	19.9	50.0	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	164	27.0	54.3	0	0	347
	精神科病院	123	13.8	46.6	0	0	350
	診療所	21	0.7	2.6	0	0	12
	その他	0					
	合計	308	19.9	50.0	0	0	350

5) 全病床数：類型別全病床数を表 11 に，医療機関種別全病床数を表 12 と図 3 に示す．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．ヒストグラムを用いてその分布を見ると，精神科病院，一般病院のいずれも，201-400 床規模の医療機関が多いことがわかる．

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	17	722.8	171.1	697	456	1000
	地域型	378	362.1	217.8	311	0	1275
	連携型	83	121.9	137.2	100	0	463
	合計	478	333.2	235.7	292	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	226	434.1	264.6	387	39	1275
	精神科病院	214	285.4	133.3	270	0	898
	診療所	38	2.2	6.0	0	0	19
	その他	0					
	合計	478	333.2	235.7	292	0	1275

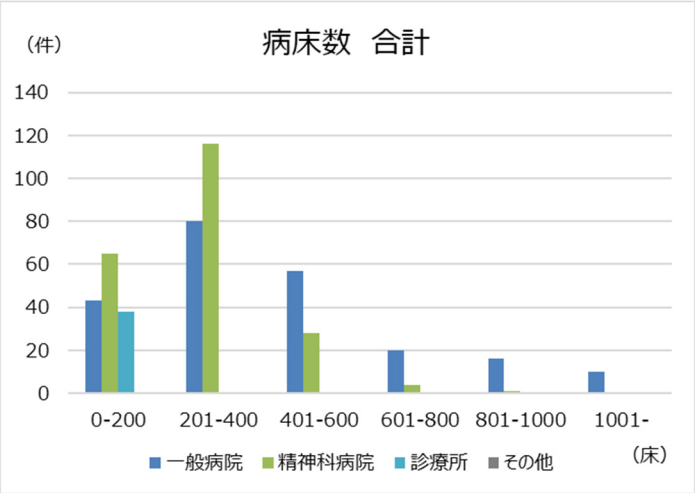


図 3　医療機関種別　全病床数

Ⅰ-3. 医療機関の診療科

認知症疾患医療センターを有する医療機関の診療科を，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，内科，神経内科，リハビリテーション科がそれに次いだ．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	心療内科	外科	泌尿器科	眼科	脳神経外科	小児科	呼吸器内科	耳鼻咽喉科	産婦人科	形成外科	呼吸器外科	消化器外科	救急科	腎臓内科	心臓血管外科	代謝または内分泌内科	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	肛門外科	老年内科	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		417	376	228	224	199	186	179	176	169	167	167	167	165	162	154	153	153	118	107	101	100	99	96	96	86	83	81	75	53	30	25	24	23	12	6
		87.2%	78.7%	47.7%	46.9%	41.6%	38.9%	37.4%	36.8%	35.4%	34.9%	34.9%	34.9%	34.5%	33.9%	32.2%	32.0%	32.0%	24.7%	22.4%	21.1%	20.9%	20.7%	20.1%	20.1%	18.0%	17.4%	16.9%	15.7%	11.1%	6.3%	5.2%	5.0%	4.8%	2.5%	1.3%
類型	基幹型	17	15	13	16	17	16	17	16	15	2	14	17	17	17	17	15	16	16	15	13	14	16	14	17	13	14	10	8	10	9	6	1	2	2	1
		100.0%	88.2%	76.5%	94.1%	100.0%	94.1%	100.0%	94.1%	88.2%	11.8%	82.4%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	88.2%	94.1%	94.1%	88.2%	76.5%	82.4%	94.1%	82.4%	100.0%	76.5%	82.4%	58.8%	47.1%	58.8%	52.9%	35.3%	5.9%	11.8%	11.8%	5.9%
	地域型	347	295	177	176	157	147	141	139	135	137	133	132	128	122	117	125	122	87	86	83	81	77	72	72	68	65	66	60	41	21	19	20	15	8	4
		91.8%	78.0%	46.8%	46.6%	41.5%	38.9%	37.3%	36.8%	35.7%	36.2%	35.2%	34.9%	33.9%	32.3%	31.0%	33.1%	32.3%	23.0%	22.8%	22.0%	21.4%	20.4%	19.0%	19.0%	18.0%	17.2%	17.5%	15.9%	10.8%	5.6%	5.0%	5.3%	4.0%	2.1%	1.1%
	連携型	53	66	38	32	25	23	21	21	19	28	20	18	20	23	20	13	15	15	6	5	5	6	10	7	5	4	5	7	2	0	0	3	6	2	1
		63.9%	79.5%	45.8%	38.6%	30.1%	27.7%	25.3%	25.3%	22.9%	33.7%	24.1%	21.7%	24.1%	27.7%	24.1%	15.7%	18.1%	18.1%	7.2%	6.0%	6.0%	7.2%	12.0%	8.4%	6.0%	4.8%	6.0%	8.4%	2.4%	0.0%	0.0%	3.6%	7.2%	2.4%	1.2%

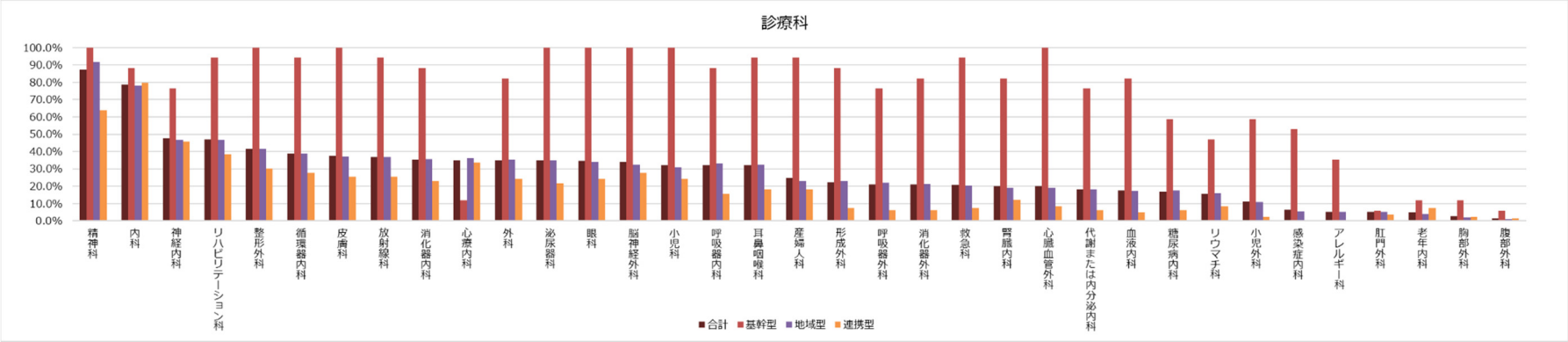


図 4　類型別診療科（再掲）

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	心療内科	外科	泌尿器科	眼科	脳神経外科	小児科	呼吸器内科	耳鼻咽喉科	産婦人科	形成外科	呼吸器外科	消化器外科	救急科	腎臓内科	心臓血管外科	代謝または内分泌内科	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	肛門外科	老年内科	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		417	376	228	224	199	186	179	176	169	167	167	167	165	162	154	153	153	118	107	101	100	99	96	96	86	83	81	75	53	30	25	24	23	12	6
		87.2%	78.7%	47.7%	46.9%	41.6%	38.9%	37.4%	36.8%	35.4%	34.9%	34.9%	34.9%	34.5%	33.9%	32.2%	32.0%	32.0%	24.7%	22.4%	21.1%	20.9%	20.7%	20.1%	20.1%	18.0%	17.4%	16.9%	15.7%	11.1%	6.3%	5.2%	5.0%	4.8%	2.5%	1.3%
医療機関種別	一般病院	187	212	157	197	187	176	166	161	157	52	157	162	159	151	149	148	146	115	105	101	100	99	92	94	85	82	79	75	53	30	25	23	14	11	6
		82.7%	93.8%	69.5%	87.2%	82.7%	77.9%	73.5%	71.2%	69.5%	23.0%	69.5%	71.7%	70.4%	66.8%	65.9%	65.5%	64.6%	50.9%	46.5%	44.7%	44.2%	43.8%	40.7%	41.6%	37.6%	36.3%	35.0%	33.2%	23.5%	13.3%	11.1%	10.2%	6.2%	4.9%	2.7%
	精神科病院	212	137	50	16	7	4	10	10	5	103	7	4	4	4	3	2	6	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0
		99.1%	64.0%	23.4%	7.5%	3.3%	1.9%	4.7%	4.7%	2.3%	48.1%	3.3%	1.9%	1.9%	1.9%	1.4%	0.9%	2.8%	0.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	2.3%	0.0%	0.0%
	診療所	18	27	21	11	5	6	3	5	7	12	3	1	2	7	2	3	1	2	1	0	0	0	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	4	1	0
		47.4%	71.1%	55.3%	28.9%	13.2%	15.8%	7.9%	13.2%	18.4%	31.6%	7.9%	2.6%	5.3%	18.4%	5.3%	7.9%	2.6%	5.3%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	5.3%	2.6%	2.6%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.5%	2.6%	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%

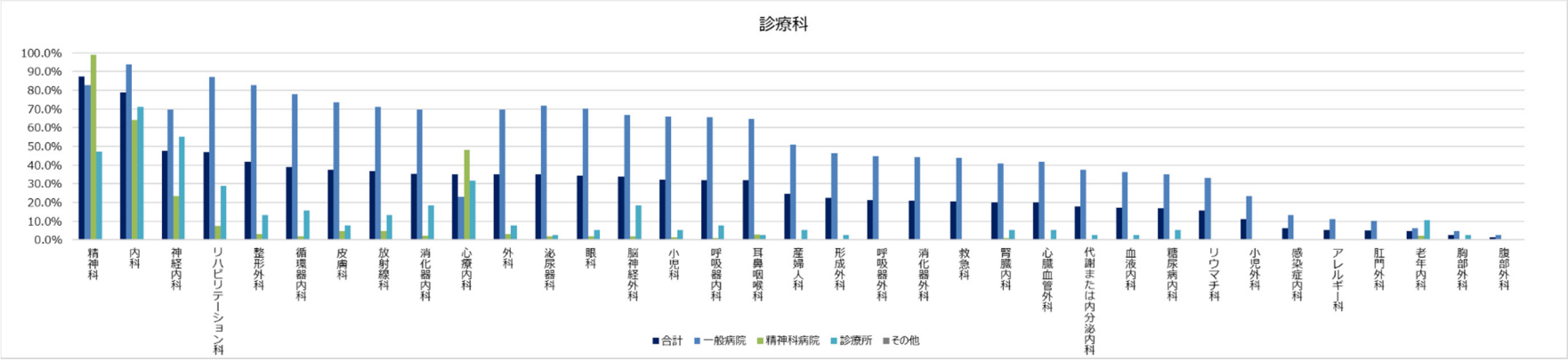


図 5　医療機関種別診療科（再掲）

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．年間稼働日数の空欄（欠損値）が 4 件みられた．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．医療機関種別では診療所の稼働日数が多い傾向があった．

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	17	5.8	1.0	5	5	7
	地域型	378	5.3	0.5	5	5	7
	連携型	82	5.3	0.7	5	2	7
	合計	477	5.3	0.6	5	2	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	17	293.3	61.9	246	240	365
	地域型	375	257.9	26.7	245	200	365
	連携型	82	256.3	31.3	244	122	365
	合計	474	258.9	30.1	245	122	365

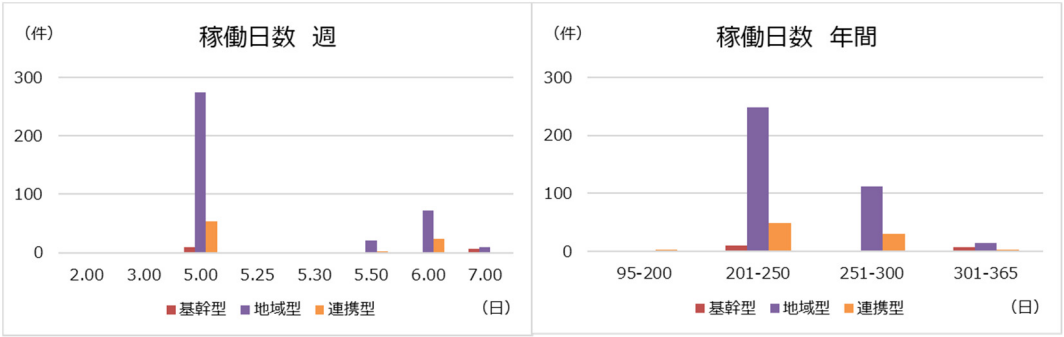


図 6　類型別　稼働日数（左図：週，右図：年）

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	225	5.3	0.6	5	3	7
	精神科病院	214	5.3	0.6	5	2	7
	診療所	38	5.4	0.5	5	5	6
	その他	0					
	合計	477	5.3	0.6	5	2	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	223	257.6	30.7	244	156	365
	精神科病院	213	259.9	30.5	245	122	365
	診療所	38	261.3	24.5	245	233	307
	その他	0					
	合計	474	258.9	30.1	245	122	365

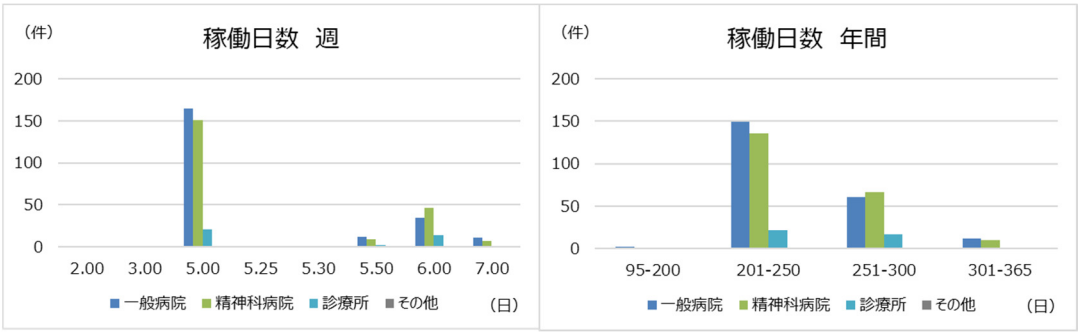


図 7　医療機関種別　稼働日数（左図：週，右図：年）

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（欠損値）が専門医（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）55 件，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）31 件あり，空欄を「0」と仮定しても，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．地域型では中央値 1 名，連携型では中央値 1 名であった．専門医以外の医師はいずれの類型も中央値 1 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	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	0	378	378
		0.0%	100.0%	100.0%
	連携型	0	83	83
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	0	478	478
		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	16	2.2	1.5	2	0	5
	地域型	341	1.3	1.5	1	0	14
	連携型	66	0.8	0.8	1	0	3
	合計	423	1.2	1.4	1	0	14

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	16	1.8	1.5	1	0	5
	地域型	355	2.3	2.4	1	0	15
	連携型	76	1.8	1.5	1	0	9
	合計	447	2.2	2.3	1	0	15

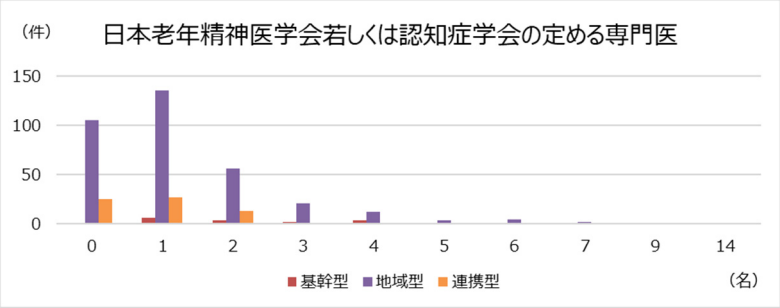


図 8　類型別　専門医配置状況

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
医療機関種別	一般病院	0	226	226
		0.0%	100.0%	100.0%
	精神科病院	0	214	214
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	38	38
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	0	478	478
		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	202	1.4	1.7	1	0	14
	精神科病院	192	1.1	1.2	1	0	7
	診療所	29	0.9	0.8	1	0	2
	その他	0					
	合計	423	1.2	1.4	1	0	14

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	213	2.1	2.2	1	0	12
	精神科病院	200	2.4	2.5	2	0	15
	診療所	34	1.4	1.3	1	0	5
	その他	0					
	合計	447	2.2	2.3	1	0	15

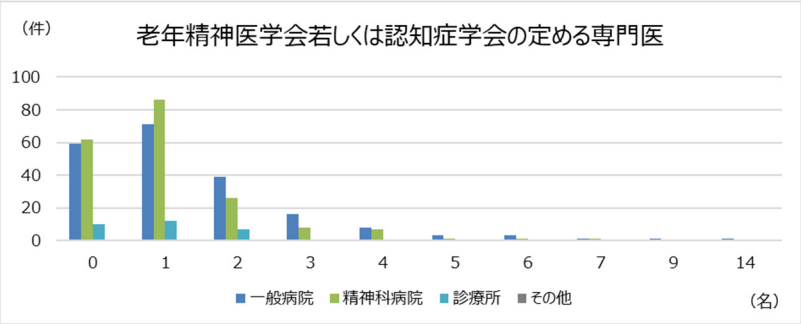


図 9　医療機関種別　専門医配置状況

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 89.7%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	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	16	362	378
		4.2%	95.8%	100.0%
	連携型	33	50	83
		39.8%	60.2%	100.0%
	合計	49	429	478
		10.3%	89.7%	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	16	0.9	0.3	1	0	1
	地域型	362	1.0	0.5	1	0	6
	連携型	52	0.3	0.5	0	0	1
	合計	430	0.9	0.5	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	17	0.7	0.6	1	0	2
	地域型	349	1.5	1.7	1	0	14
	連携型	60	1.3	1.4	1	0	6
	合計	426	1.4	1.6	1	0	14

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	25	201	226
		11.1%	88.9%	100.0%
	精神科病院	4	210	214
		1.9%	98.1%	100.0%
	診療所	20	18	38
		52.6%	47.4%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	49	429	478
		10.3%	89.7%	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	205	0.8	0.6	1	0	6
	精神科病院	199	1.0	0.4	1	0	3
	診療所	26	0.4	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	430	0.9	0.5	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	199	1.2	1.7	1	0	11
	精神科病院	204	1.6	1.6	1	0	14
	診療所	23	1.0	1.4	0	0	5
	その他	0					
	合計	426	1.4	1.6	1	0	14

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 11.7%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 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	13	4	17
		76.5%	23.5%	100.0%
	地域型	333	45	378
		88.1%	11.9%	100.0%
	連携型	76	7	83
		91.6%	8.4%	100.0%
	合計	422	56	478
		88.3%	11.7%	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	9	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	231	0.1	0.4	0	0	2
	連携型	42	0.1	0.3	0	0	1
	合計	282	0.1	0.3	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	9	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	226	0.1	0.3	0	0	2
	連携型	42	0.2	0.5	0	0	2
	合計	277	0.1	0.3	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	189	37	226
		83.6%	16.4%	100.0%
	精神科病院	200	14	214
		93.5%	6.5%	100.0%
	診療所	33	5	38
		86.8%	13.2%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	422	56	478
		88.3%	11.7%	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	139	0.2	0.4	0	0	2
	精神科病院	125	0.1	0.3	0	0	1
	診療所	18	0.2	0.4	0	0	1
	その他	0					
	合計	282	0.1	0.3	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	138	0.1	0.3	0	0	1
	精神科病院	122	0.0	0.3	0	0	2
	診療所	17	0.3	0.7	0	0	2
	その他	0					
	合計	277	0.1	0.3	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 89.3%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 6 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	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	7	371	378
		1.9%	98.1%	100.0%
	連携型	44	39	83
		53.0%	47.0%	100.0%
	合計	51	427	478
		10.7%	89.3%	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	9	0.8	0.4	1	0	1
	地域型	243	0.3	0.7	0	0	5
	連携型	44	0.3	0.7	0	0	3
	合計	296	0.3	0.7	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	16	1.0	0.8	1	0	3
	地域型	364	1.2	0.7	1	0	5
	連携型	56	0.8	1.0	1	0	6
	合計	436	1.1	0.8	1	0	6

表 38　医療機関別　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	18	208	226
		8.0%	92.0%	100.0%
	精神科病院	16	198	214
		7.5%	92.5%	100.0%
	診療所	17	21	38
		44.7%	55.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	51	427	478
		10.7%	89.3%	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	147	0.4	0.8	0	0	5
	精神科病院	129	0.2	0.4	0	0	2
	診療所	20	0.5	0.8	0	0	3
	その他	0					
	合計	296	0.3	0.7	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	210	1.2	0.9	1	0	6
	精神科病院	201	1.1	0.6	1	0	4
	診療所	25	0.8	0.7	1	0	2
	その他	0					
	合計	436	1.1	0.8	1	0	6

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 10.5%であった．多くは 0 名の配置であり，最大で専従 2 名兼務 4 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	13	4	17
		76.5%	23.5%	100.0%
	地域型	344	34	378
		91.0%	9.0%	100.0%
	連携型	71	12	83
		85.5%	14.5%	100.0%
	合計	428	50	478
		89.5%	10.5%	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	10	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	227	0.1	0.3	0	0	2
	連携型	40	0.0	0.0	0	0	0
	合計	277	0.1	0.3	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	8	0.1	0.4	0	0	1
	地域型	230	0.1	0.5	0	0	4
	連携型	47	0.4	0.8	0	0	4
	合計	285	0.2	0.6	0	0	4

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	195	31	226
		86.3%	13.7%	100.0%
	精神科病院	201	13	214
		93.9%	6.1%	100.0%
	診療所	32	6	38
		84.2%	15.8%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	428	50	478
		89.5%	10.5%	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	137	0.1	0.3	0	0	1
	精神科病院	124	0.0	0.3	0	0	2
	診療所	16	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	277	0.1	0.3	0	0	2

表 46　医療機関種別　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
医療機関種別	一般病院	140	0.2	0.5	0	0	3
	精神科病院	125	0.1	0.6	0	0	4
	診療所	20	0.5	0.8	0	0	2
	その他	0					
	合計	285	0.2	0.6	0	0	4

7)　日常生活支援のための相談員の配置状況：　類型別日常生活支援のための社会福祉士配置状況（表 47），医療機関種別日常生活支援のための社会福祉士配置状況（表 48），類型別日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況（表 49），医療機関別日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況（表 50）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかの日常生活支援のための相談員が配置されている医療機関は，社会福祉士は全体で 8.4%，精神保健福祉士は 29.1%であった．地域型および一般病院で日常生活支援のための社会福祉士の配置が多く，基幹型および精神科病院で日常生活支援のための精神保健福祉士の配置が多かった．そのほかの職種は，看護師（認知症看護認定看護師含む），臨床心理技術者，保健師，介護支援専門員，介護福祉士，言語聴覚士，作業療法士，薬剤師，管理栄養士，医療ソーシャルワーカー，認知症当事者などが配置されていた．

表 47　類型別　日常生活支援のための社会福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　社会福祉士　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	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	342	36	378
		90.5%	9.5%	100.0%
	連携型	79	4	83
		95.2%	4.8%	100.0%
	合計	438	40	478
		91.6%	8.4%	100.0%

表 48　医療機関種別　日常生活支援のための社会福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　社会福祉士　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	196	30	226
		86.7%	13.3%	100.0%
	精神科病院	208	6	214
		97.2%	2.8%	100.0%
	診療所	34	4	38
		89.5%	10.5%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	438	40	478
		91.6%	8.4%	100.0%

表 49　類型別　日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　精神保健福祉士　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	9	8	17
		52.9%	47.1%	100.0%
	地域型	259	119	378
		68.5%	31.5%	100.0%
	連携型	71	12	83
		85.5%	14.5%	100.0%
	合計	339	139	478
		70.9%	29.1%	100.0%

表 50　医療機関別　日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　精神保健福祉士　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	162	64	226
		71.7%	28.3%	100.0%
	精神科病院	145	69	214
		67.8%	32.2%	100.0%
	診療所	32	6	38
		84.2%	15.8%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	339	139	478
		70.9%	29.1%	100.0%

8) 日常生活支援機能に関する業務内容

相談員による診断後の相談支援，ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施，その他の日常生活支援業務の実施を類型別・医療機関種別に示す（表 51，52，図 10，11）．相談員による診断後の相談は全体で 72.6%が実施しており，基幹型及び一般病院における実施が多かった．ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は全体で 21.5%が実施しており，基幹型及び一般病院での実施が多かった．その他の内容は認知症の人や家族介護者を対象とした相談会・講座の開催等による支援，認知症カフェの開催，福祉サービス等の社会資源の利用援助，自宅訪問による援助など多彩な内容が挙げられた．

表 51　類型別　日常生活支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
合計		347	103	126
		72.6%	21.5%	26.4%
類型	基幹型	14	1	2
		82.4%	5.9%	11.8%
	地域型	284	94	100
		75.1%	24.9%	26.5%
	連携型	49	8	24
		59.0%	9.6%	28.9%

表 52　医療機関種別　日常生活支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
医療機関種別	合計	347	103	126
		72.6%	21.5%	26.4%
	一般病院	170	52	65
		75.2%	23.0%	28.8%
	精神科病院	151	44	41
		70.6%	20.6%	19.2%
	診療所	26	7	20
		68.4%	18.4%	52.6%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%

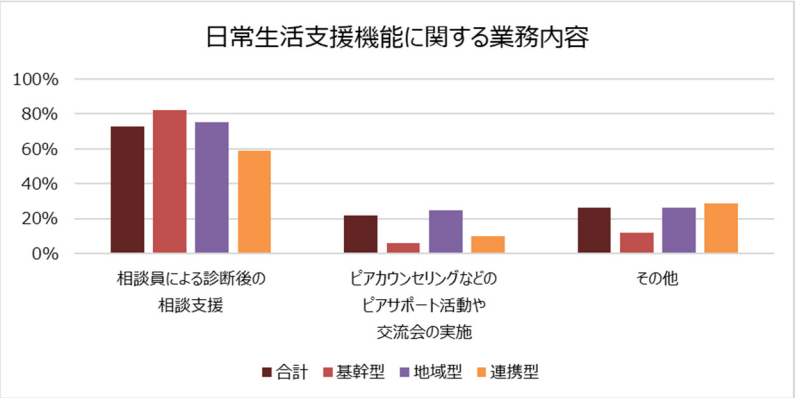


図 10　類型別　日常生活支援機能に関する業務内容(再掲)

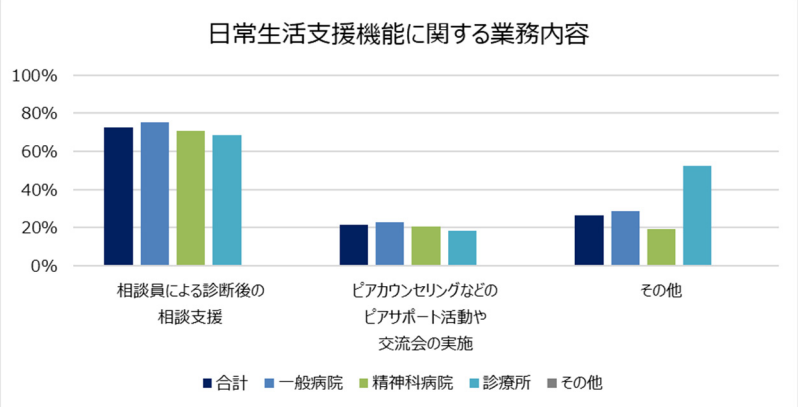


図 11　医療機関種別　日常生活支援機能に関する業務内容（再掲）

Ⅱ-2. 検査体制

類型別検査体制（表 53，54，55，図 12，13），医療機関種別検査体制（表 56，57，58，図 14，15）をそれぞれ示す．自施設検査体制の合計数には，自施設で検査体制がないものは含まれていない．基幹型では以下に示す検査体制が 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 検査の整備率は高いものの，診療所で CT 検査が自院で可能なものは 39.5%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 53　類型別　自施設検査体制

		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		475	473	473	464	440	245	130
		99.4%	99.0%	99.0%	97.1%	92.1%	51.3%	27.2%
類型	基幹型	17	17	17	17	17	17	17
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	地域型	375	373	373	367	368	196	105
		99.2%	98.7%	98.7%	97.1%	97.4%	51.9%	27.8%
	連携型	83	83	83	80	55	32	8
		100.0%	100.0%	100.0%	96.4%	66.3%	38.6%	9.6%

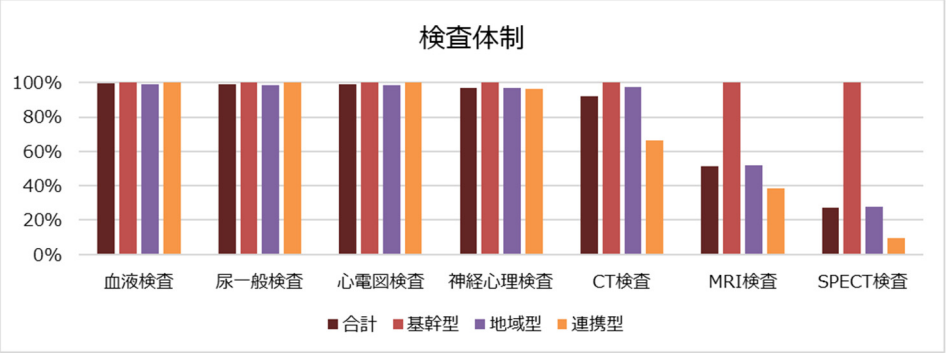


図 12　類型別　検査体制(再掲)

表 54　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		49	228	343
		10.3%	47.7%	71.8%
類型	基幹型	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	地域型	19	178	268
		5.0%	47.1%	70.9%
	連携型	30	50	75
		36.1%	60.2%	90.4%

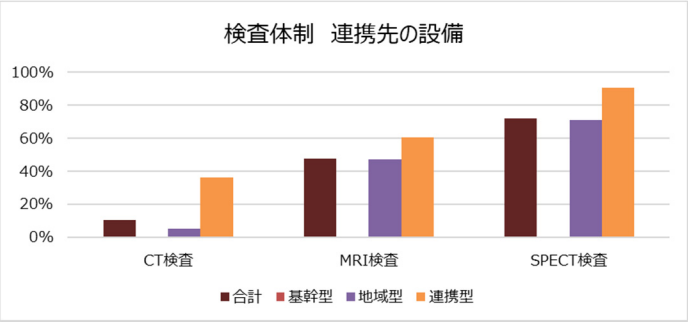


図 13　類型別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 55　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	17	4.1	1.7	3	2	7
	地域型	378	1.5	1.3	1	0	13
	連携型	73	0.8	0.6	1	0	2
	合計	468	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	17	3.2	1.1	3	1	5
	地域型	328	1.1	1.3	1	0	7
	連携型	65	0.6	0.6	0	0	2
	合計	410	1.1	1.3	1	0	7
		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	17	1.8	1.0	2	1	4
	地域型	298	0.5	0.8	0	0	4
	連携型	57	0.1	0.4	0	0	1
	合計	372	0.5	0.8	0	0	4

表 56　医療機関種別　自施設検査体制

		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		475	473	473	464	440	245	130
		99.4%	99.0%	99.0%	97.1%	92.1%	51.3%	27.2%
医療機関種別	一般病院	225	223	222	219	224	189	124
		99.6%	98.7%	98.2%	96.9%	99.1%	83.6%	54.9%
	精神科病院	212	212	213	207	201	47	5
		99.1%	99.1%	99.5%	96.7%	93.9%	22.0%	2.3%
	診療所	38	38	38	38	15	9	1
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	39.5%	23.7%	2.6%
	その他	0	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

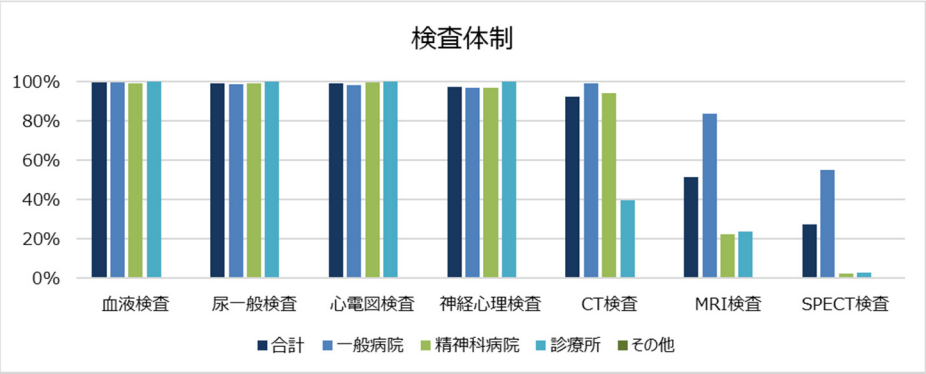


図 14　医療機関種別　検査体制(再掲)

表 57　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		49	228	343
		10.3%	47.7%	71.8%
医療機関種別	一般病院	4	36	102
		1.8%	15.9%	45.1%
	精神科病院	21	164	204
		9.8%	76.6%	95.3%
	診療所	24	28	37
		63.2%	73.7%	97.4%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%

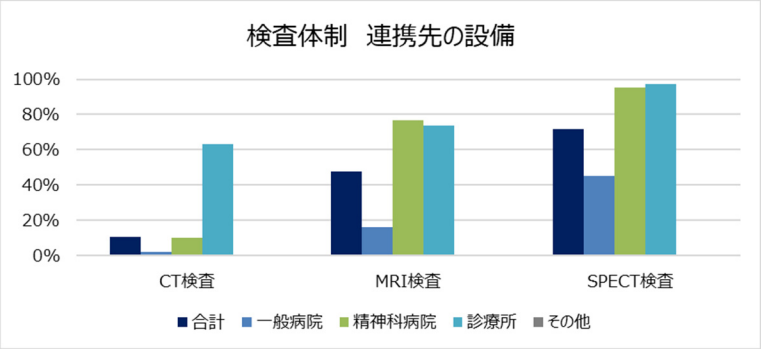


図 15　医療機関種別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 58　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	226	2.1	1.7	1	1	13
	精神科病院	212	1.0	0.3	1	0	4
	診療所	30	0.5	0.5	1	0	1
	その他	0					
	合計	468	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	218	1.8	1.4	1	0	7
	精神科病院	165	0.3	0.5	0	0	2
	診療所	27	0.3	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	410	1.1	1.3	1	0	7
		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	196	0.9	0.9	1	0	4
	精神科病院	150	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	26	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	372	0.5	0.8	0	0	4

Ⅱ-3. 相談件数

1）相談件数方法：類型別相談件数（表 59，図 16），医療機関種別相談件数（表 60，図 17）をそれぞれ示す．訪問による相談件数の項目において空欄（欠損値）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，訪問相談件数を確認していない，あるいは訪問による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 1.8 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・精神科病院で多く，平均の訪問相談件数は診療所において多かった．

表 59　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	17	565.6	438.5	679	64	1593
	地域型	376	1002.9	1451.5	536	0	13230
	連携型	82	388.9	585.0	138	3	2813
	合計	475	881.2	1337.5	469	0	13230
		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	17	240.4	350.2	114	3	1187
	地域型	372	364.1	549.6	184	0	4105
	連携型	81	173.4	350.7	33	0	1899
	合計	470	326.8	519.2	131	0	4105
		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	14	1.8	2.9	0	0	8
	地域型	335	14.0	54.7	0	0	800
	連携型	69	20.0	74.1	0	0	478
	合計	418	14.6	57.5	0	0	800

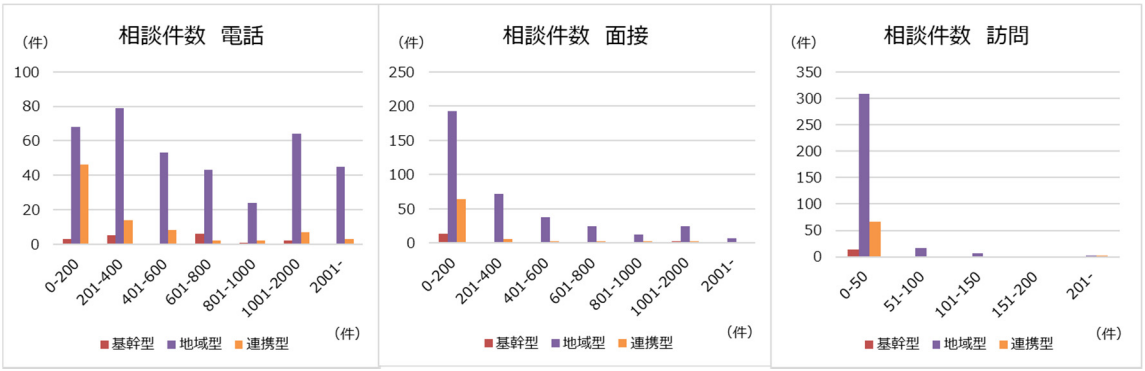


図 16　類型別　相談件数（左：電話相談，中：面接相談，右：訪問相談）

表 60　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	225	909.5	1401.9	420	2	12748
	精神科病院	212	917.8	1354.3	533	0	13230
	診療所	38	509.9	637.3	309	6	2531
	その他	0					
	合計	475	881.2	1337.5	469	0	13230

		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	223	423.1	648.7	199	0	4105
	精神科病院	209	241.0	335.6	107	0	2033
	診療所	38	233.3	390.3	36	0	1470
	その他	0					
	合計	470	326.8	519.2	131	0	4105

		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	197	13.6	63.6	0	0	800
	精神科病院	184	11.6	34.2	0	0	363
	診療所	37	34.6	99.2	1	0	478
	その他	0					
	合計	418	14.6	57.5	0	0	800

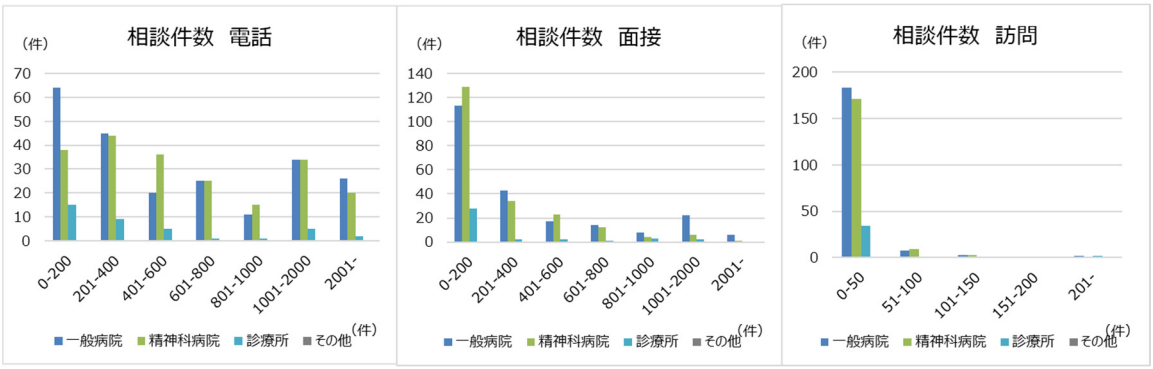


図 17　医療機関種別　相談件数（左：電話相談，中：面接相談，右：訪問相談）

2）相談件数相談元：相談件数の相談元の主な内訳について，地域包括支援センターからの相談（表 61，62），医療機関（かかりつけ医等）からの相談（表 63，64），居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談（表 65，66），行政機関からの相談（表 67，68）を示す．地域包括支援センターからの相談は地域型および精神科病院で多く，医療機関（かかりつけ医等）からの相談は地域型および一般病院で多く，居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談は地域型および精神科病院で多く，行政機関からの相談は地域型および精神科病院で多かった．

表 61　類型別　地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	63.6	123.0	18	2	521
	地域型	375	97.4	129.0	49	0	878
	連携型	80	49.0	82.5	18	0	507
	合計	472	88.0	123.4	41	0	878

表 62　医療機関種別　地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		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	223	88.1	130.9	36	0	878
	精神科病院	211	90.9	118.0	45	0	634
	診療所	38	70.4	106.9	24	1	507
	その他	0					
	合計	472	88.0	123.4	41	0	878

表 63　類型別　医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	122.6	162.6	41	0	498
	地域型	372	177.9	341.5	73	0	3844
	連携型	80	54.3	98.9	23	0	512
	合計	469	154.8	311.7	57	0	3844

表 64　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		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	220	166.7	314.9	48	0	2294
	精神科病院	212	160.1	329.6	75	0	3844
	診療所	37	54.1	110.7	20	0	503
	その他	0					
	合計	469	154.8	311.7	57	0	3844

表 65　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護事業所･介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	68.6	113.2	33	0	451
	地域型	374	198.9	314.9	84	0	2993
	連携型	80	131.6	287.6	20	0	1828
	合計	471	182.8	306.9	68	0	2993

表 66　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護事業所･介護サービス事業所からの相談					
		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	222	166.2	312.7	48	0	2993
	精神科病院	212	201.0	290.7	98	0	2716
	診療所	37	177.3	361.2	43	0	1828
	その他	0					
	合計	471	182.8	306.9	68	0	2993

表 67　類型別　行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	25.2	44.8	11	0	148
	地域型	368	38.4	72.1	11	0	678
	連携型	79	17.3	36.7	4	0	216
	合計	464	34.4	66.9	9	0	678

表 68　医療機関種別　行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		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	217	29.4	52.3	7	0	296
	精神科病院	210	41.1	81.4	12	0	678
	診療所	37	25.0	47.3	6	0	216
	その他	0					
	合計	464	34.4	66.9	9	0	678

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 69，図 18），医療機関種別（表 70，図 19）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．全数の中央値では基幹型・地域型および一般病院で多く，連携型および精神病院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 69　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	16	10.8	8.8	7	1	26
	地域型	345	12.4	17.9	7	0	142
	連携型	72	11.5	30.4	5	0	185
	合計	433	12.2	20.2	6	0	185
		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	15	2.7	2.8	2	0	11
	地域型	303	1.9	4.3	1	0	47
	連携型	53	1.4	2.5	0	0	13
	合計	371	1.8	4.0	1	0	47

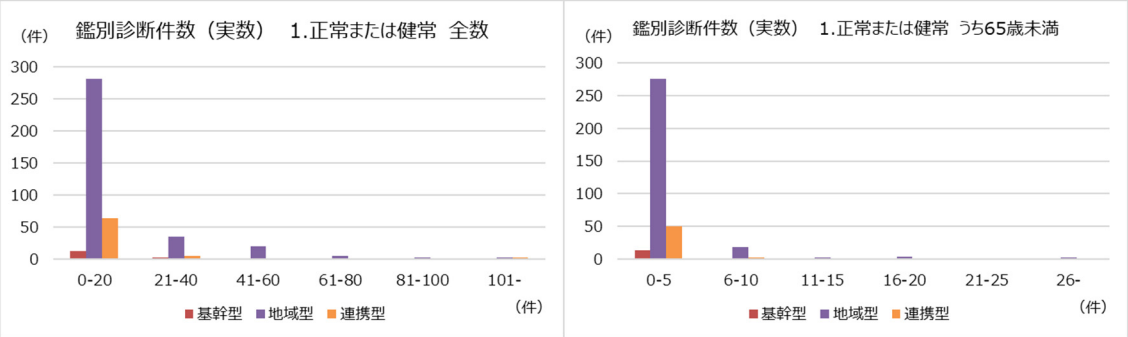


図 18　類型別　正常または健常の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 70　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	213	18.0	25.4	10	0	185
	精神科病院	183	6.4	11.2	2	0	73
	診療所	37	7.8	9.8	5	0	44
	その他	0					
	合計	433	12.2	20.2	6	0	185

		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	193	2.7	5.0	1	0	47
	精神科病院	151	0.8	2.2	0	0	20
	診療所	27	1.7	2.8	1	0	13
	その他	0					
	合計	371	1.8	4.0	1	0	47

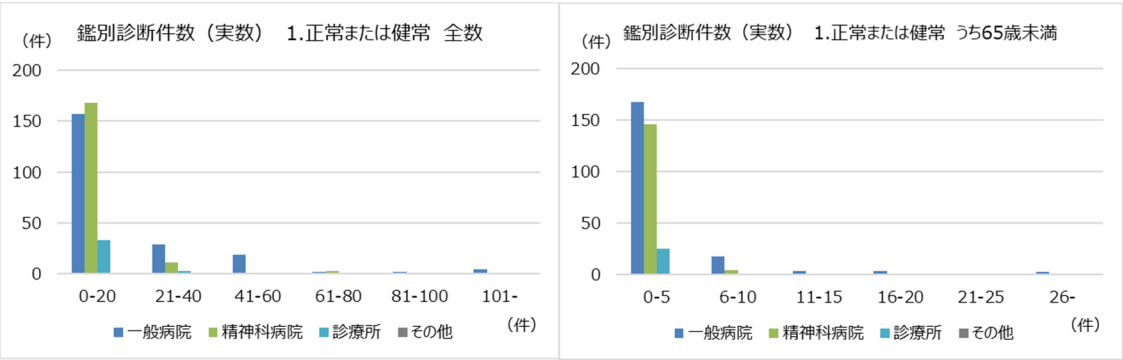


図 19　医療機関種別　正常または健常の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

2）軽度認知障害（MCI）：類型別（表 71，図 20），医療機関種別（表 72，図 21）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．全数の中央値では地域型および一般病院に多かった．65 歳未満では基幹型・地域型及び一般病院に多い傾向があった．

表 71　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	17	34.6	28.1	21	6	98
	地域型	373	38.3	37.6	27	0	269
	連携型	81	21.3	36.9	12	0	311
	合計	471	35.3	37.7	25	0	311

		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	1.3	1.6	1	0	6
	地域型	301	1.5	3.3	1	0	47
	連携型	58	0.8	1.8	0	0	11
	合計	373	1.3	3.1	0	0	47

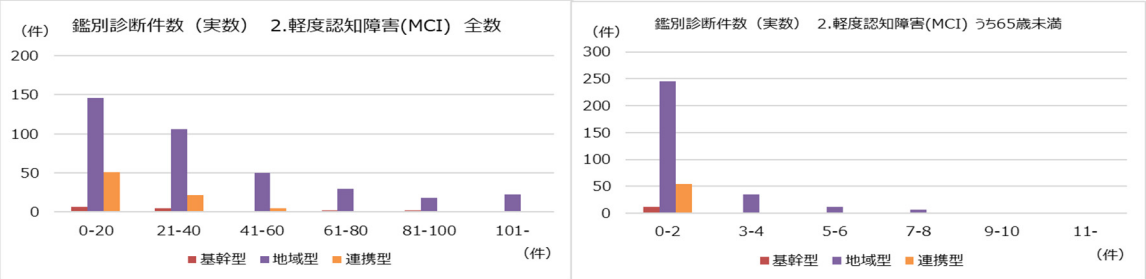


図 20　類型別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 72　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	223	43.3	42.0	31	0	269
	精神科病院	210	27.7	27.3	20	0	166
	診療所	38	30.1	50.4	19	1	311
	その他	0					
	合計	471	35.3	37.7	25	0	311

		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	187	1.8	4.0	1	0	47
	精神科病院	157	0.9	1.4	0	0	7
	診療所	29	1.1	2.3	0	0	11
	その他	0					
	合計	373	1.3	3.1	0	0	47

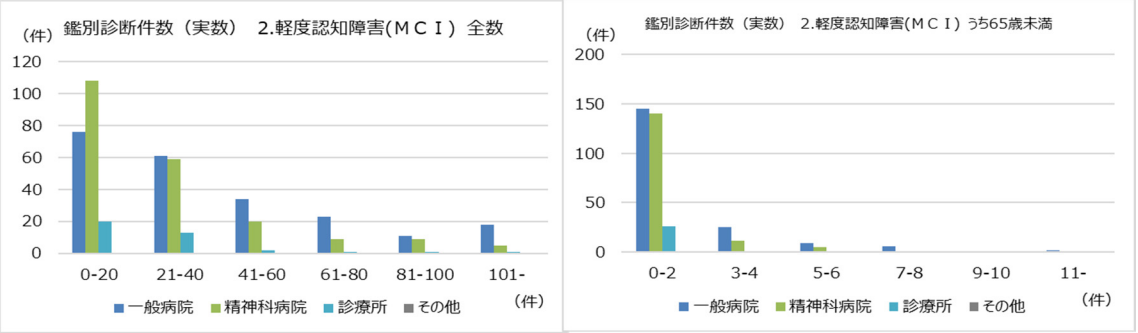


図 21　医療機関種別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

3) アルツハイマー型認知症（G30,F00）：類型別（表 73，図 22），医療機関種別（表 74，図 23）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精神科病院における鑑別診断件数が多かった． 認知症疾患医療センターにおける 65 歳未満のアルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（中央値）は，一年間におおむね 1 名以上であった（最小値 0～最大値 54 名）．

表 73　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	17	53.9	48.1	25	13	173
	地域型	378	117.8	90.5	93	0	531
	連携型	82	70.0	73.9	49	6	498
	合計	477	107.3	89.0	85	0	531

		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	3.1	2.3	3	0	9
	地域型	337	2.3	3.8	1	0	54
	連携型	61	1.4	3.3	1	0	23
	合計	414	2.2	3.7	1	0	54

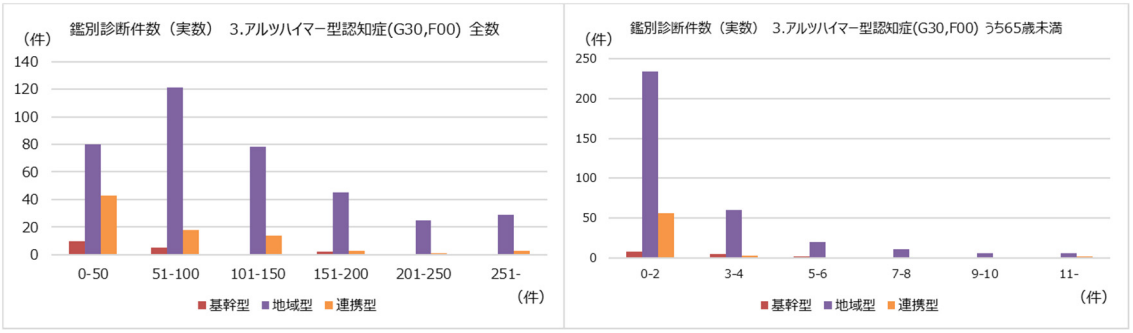


図 22　類型別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 74　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	226	99.0	86.1	76	1	513
	精神科病院	213	121.9	90.3	100	0	531
	診療所	38	75.4	86.2	51	9	498
	その他	0					
	合計	477	107.3	89.0	85	0	531

		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	203	2.5	4.6	1	0	54
	精神科病院	183	1.9	1.8	2	0	11
	診療所	28	2.1	4.7	1	0	23
	その他	0					
	合計	414	2.2	3.7	1	0	54

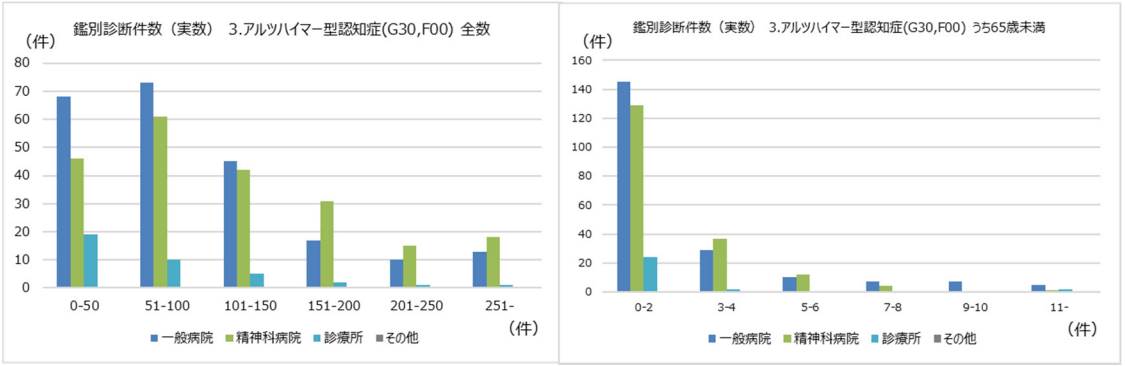


図 23　医療機関種別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

4）血管性認知症（F01）：類型別（表 75，図 24），医療機関種別（表 76，図 25）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．中央値では地域型および精神科病院の鑑別診断件数が多かった．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の中央値はいずれの類型でも 0 名/年，最大値 4 名/年であった．

表 75　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	17	6.0	6.4	4	1	24
	地域型	375	14.3	14.0	10	0	92
	連携型	79	9.0	9.3	6	0	62
	合計	471	13.1	13.3	9	0	92
		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	13	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	291	0.4	0.7	0	0	4
	連携型	55	0.2	0.4	0	0	1
	合計	359	0.4	0.7	0	0	4

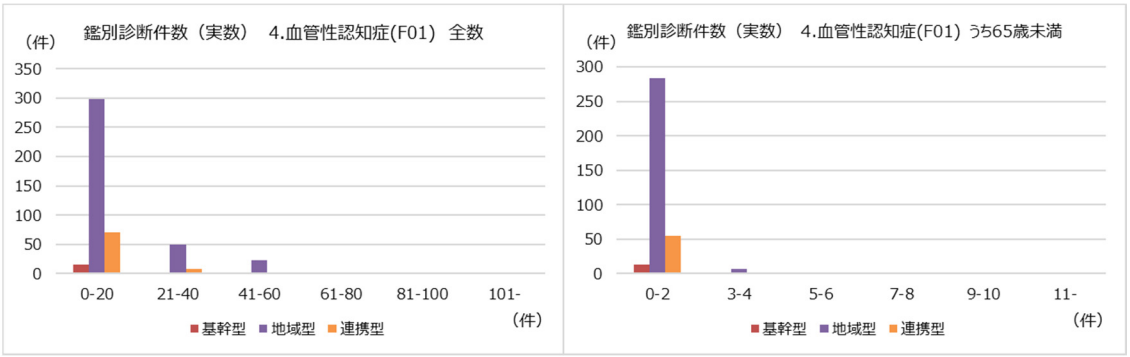


図 24　類型別　血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 76　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	224	12.2	11.9	9	0	59
	精神科病院	211	14.8	14.8	10	0	92
	診療所	36	9.0	11.2	6	0	62
	その他	0					
	合計	471	13.1	13.3	9	0	92
		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	179	0.3	0.7	0	0	4
	精神科病院	155	0.5	0.7	0	0	3
	診療所	25	0.2	0.4	0	0	1
	その他	0					
	合計	359	0.4	0.7	0	0	4

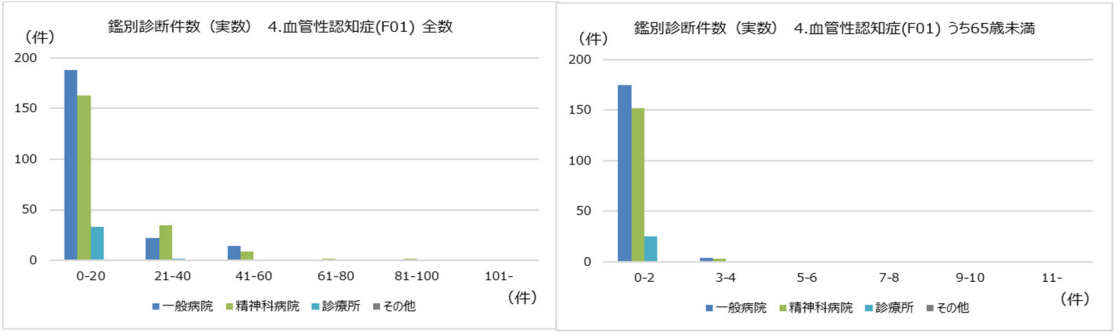


図 25　医療機関種別　血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満

5) レビー小体型認知症（G31,F02）：類型別（表 77，図 26），医療機関種別（表 78，図 27）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での鑑別診断件数が多く，医療機関種別では差はみられなかった．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 12 名/年であった．

表 77　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	17	7.8	6.6	4	0	22
	地域型	371	13.9	17.0	9	0	175
	連携型	78	8.4	9.4	5	0	53
	合計	466	12.8	15.9	9	0	175
		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	12	0.3	0.7	0	0	2
	地域型	280	0.3	1.1	0	0	12
	連携型	52	0.2	0.5	0	0	2
	合計	344	0.3	1.1	0	0	12

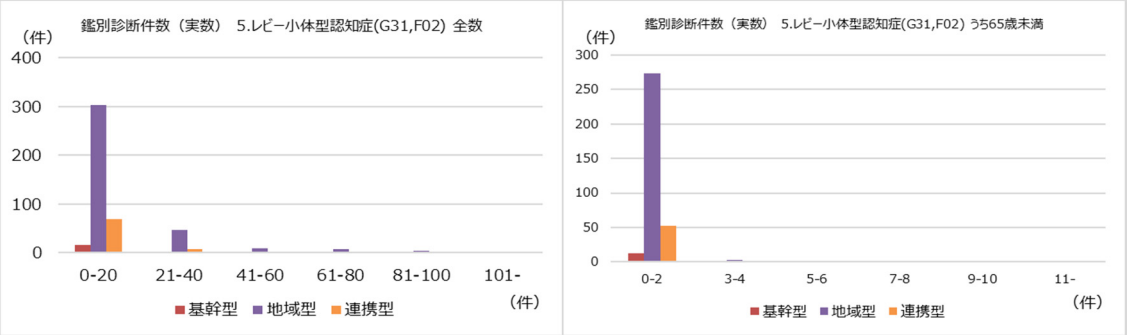


図 26　類型別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 78　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	221	13.5	18.7	9	0	175
	精神科病院	209	12.3	13.1	9	0	83
	診療所	36	10.9	11.0	9	0	53
	その他	0					
	合計	466	12.8	15.9	9	0	175

		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	173	0.4	1.4	0	0	12
	精神科病院	146	0.2	0.4	0	0	2
	診療所	25	0.2	0.6	0	0	2
	その他	0					
	合計	344	0.3	1.1	0	0	12

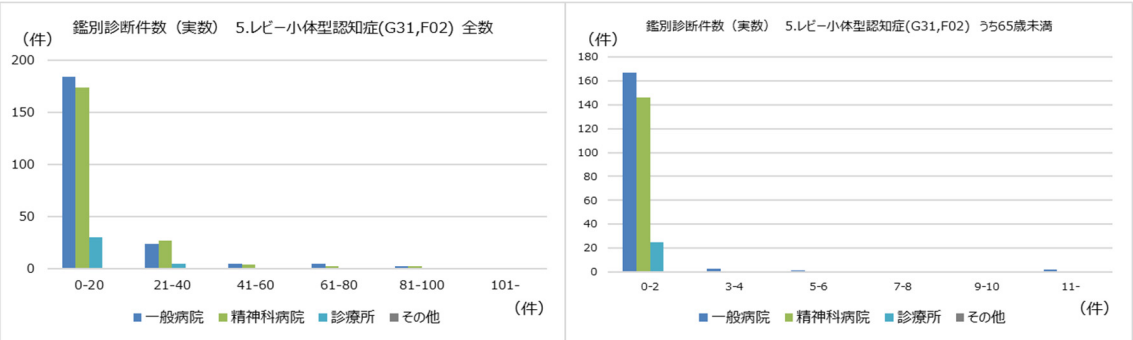


図 27　医療機関種別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

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 79，図 28），医療機関種別（表 80，図 29）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．全数の中央値では地域型および精神科病院での鑑別診断件数が多かった．65 歳未満の前頭側頭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 5 名/年であった．

表 79　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	17	2.1	4.5	1	0	19
	地域型	355	4.6	5.7	3	0	45
	連携型	70	2.7	3.1	2	0	18
	合計	442	4.2	5.4	2	0	45

		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	14	0.5	0.7	0	0	2
	地域型	288	0.4	0.8	0	0	5
	連携型	50	0.1	0.5	0	0	2
	合計	352	0.4	0.8	0	0	5

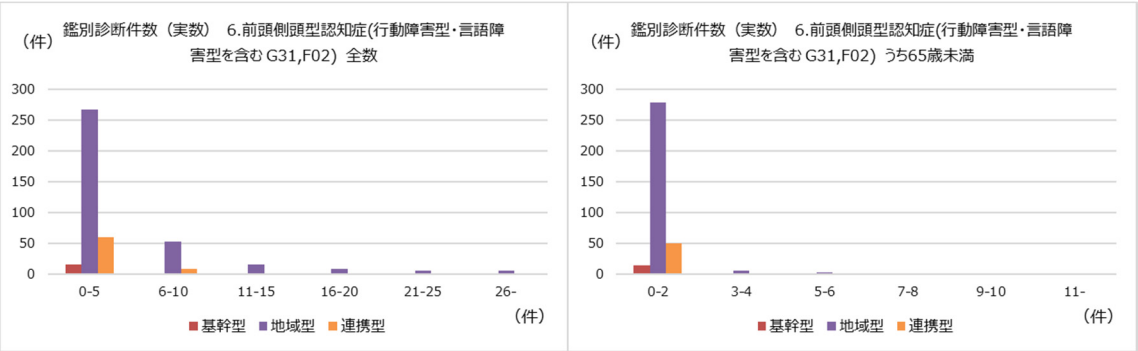


図 28　類型別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 80　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	209	4.1	5.8	2	0	45
	精神科病院	196	4.5	5.3	3	0	29
	診療所	37	2.8	2.4	2	0	10
	その他	0					
	合計	442	4.2	5.4	2	0	45

		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	174	0.5	0.9	0	0	5
	精神科病院	154	0.3	0.6	0	0	4
	診療所	24	0.1	0.4	0	0	2
	その他	0					
	合計	352	0.4	0.8	0	0	5

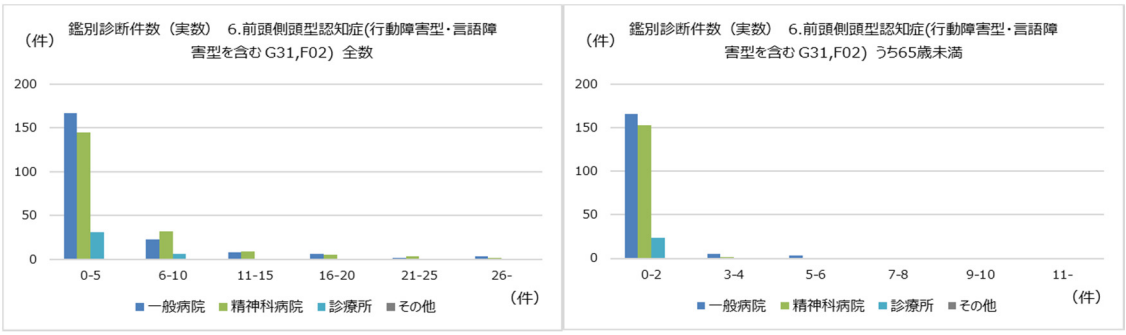


図 29　医療機関種別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

7) 外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)：類型別（表 81，図 30），医療機関種別（表 82，図 31）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．鑑別診断件数は，全数ではいずれの類型でも中央値 0 名/年，最大値 27 件であった．65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年，最大値 6 名/年であった．

表 81　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	14	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	298	0.7	2.0	0	0	27
	連携型	60	0.6	1.9	0	0	14
	合計	372	0.7	1.9	0	0	27
		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	13	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	266	0.1	0.4	0	0	4
	連携型	51	0.2	0.9	0	0	6
	合計	330	0.1	0.5	0	0	6

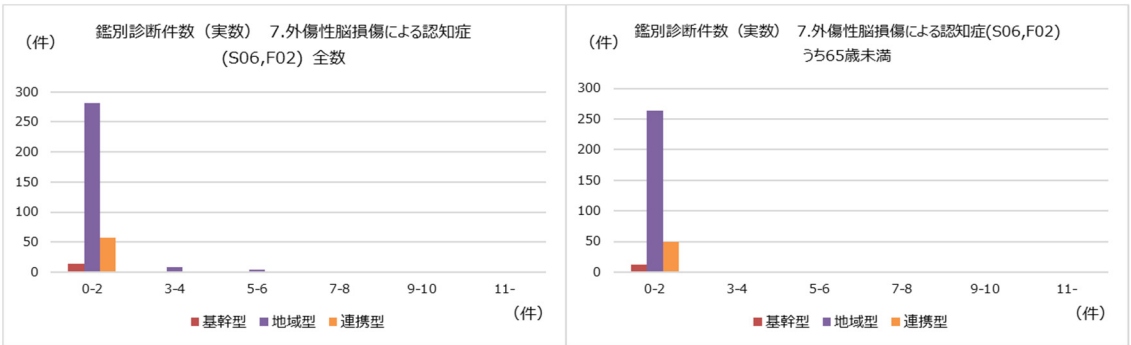


図 30　類型別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 82　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	181	0.5	1.1	0	0	8
	精神科病院	158	0.8	2.5	0	0	27
	診療所	33	0.7	2.5	0	0	14
	その他	0					
	合計	372	0.7	1.9	0	0	27
		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	166	0.1	0.3	0	0	3
	精神科病院	139	0.1	0.4	0	0	4
	診療所	25	0.4	1.3	0	0	6
	その他	0					
	合計	330	0.1	0.5	0	0	6

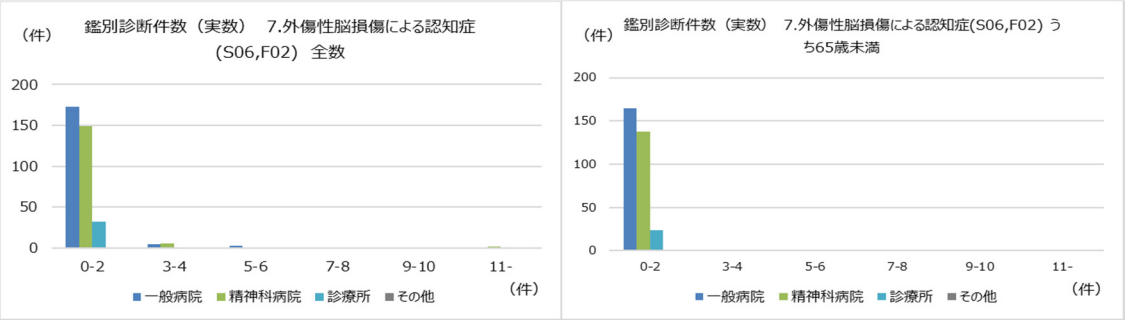


図 31　医療機関種別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

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 83，図 32），医療機関種別（表 84，図 33）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．鑑別診断件数は，全数では中央値で 1 名/年，最大値 49 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/年であり，最大値 8 名/年であった．

表 83　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	12	1.2	1.9	1	0	6
	地域型	327	2.1	3.9	1	0	49
	連携型	66	1.1	1.6	0	0	7
	合計	405	1.9	3.6	1	0	49
		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	11	0.4	0.7	0	0	2
	地域型	279	0.2	0.7	0	0	8
	連携型	50	0.2	0.5	0	0	2
	合計	340	0.2	0.7	0	0	8

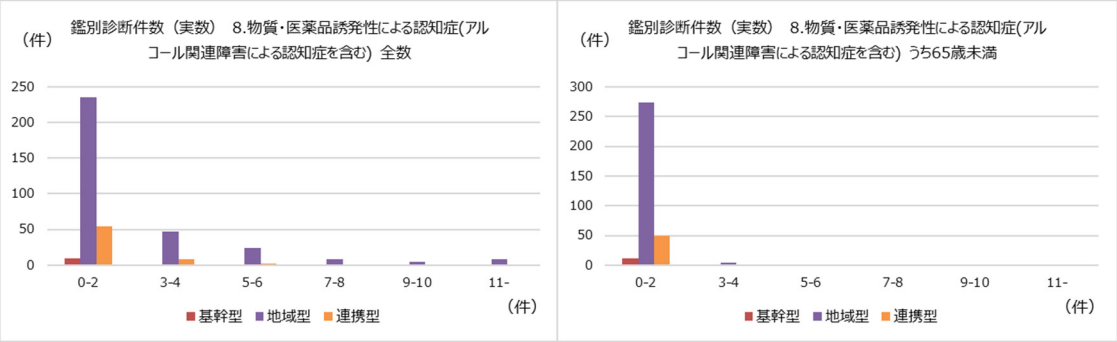


図 32　類型別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 84　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	190	2.0	4.6	1	0	49
	精神科病院	181	2.0	2.4	1	0	15
	診療所	34	1.3	1.9	0	0	7
	その他	0					
	合計	405	1.9	3.6	1	0	49

		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	167	0.3	0.8	0	0	8
	精神科病院	148	0.2	0.5	0	0	4
	診療所	25	0.2	0.6	0	0	2
	その他	0					
	合計	340	0.2	0.7	0	0	8

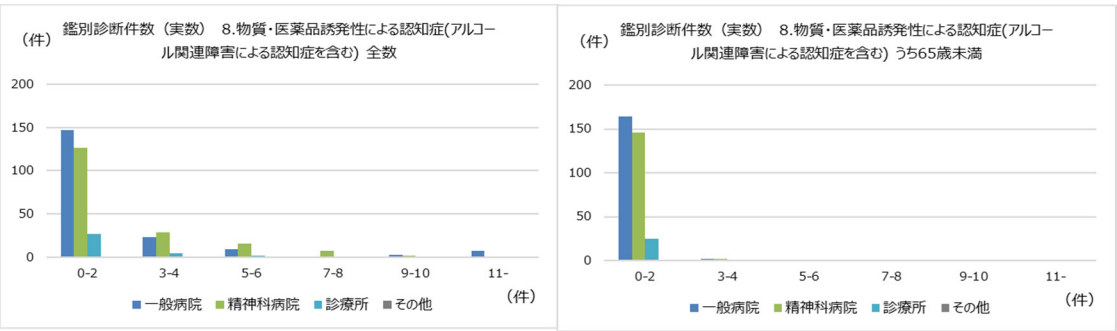


図 33　医療機関種別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

9) HIV 感染による認知症(B20,F02)：類型別（表 85，図 34），医療機関種別（表 86，図 35）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．全数では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 85　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	13	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	285	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	56	0.0	0.0	0	0	0
	合計	354	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	11	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	260	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	48	0.0	0.0	0	0	0
	合計	319	0.0	0.1	0	0	1

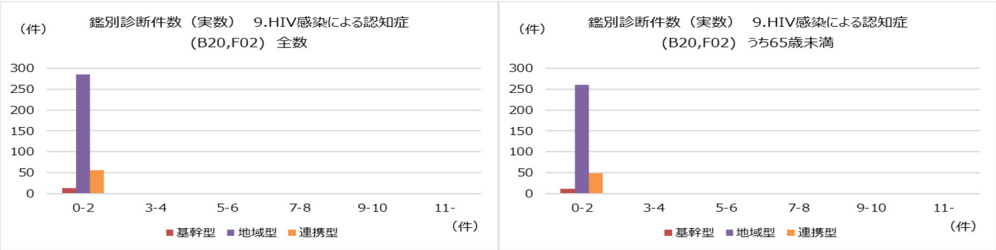


図 34　類型別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 86　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	173	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	150	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	31	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	354	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	161	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	135	0.0	0.0	0	0	0
	診療所	23	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	319	0.0	0.1	0	0	1

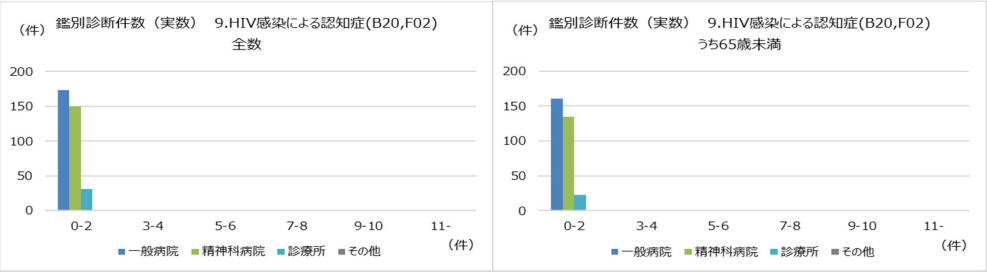


図 35　医療機関種別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

10) プリオン病による認知症(A81,F02)：類型別（表 87，図 36），医療機関種別（表 88，図 37）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．全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であり，最大値 3 名/年であった．

表 87　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	12	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	287	0.1	0.4	0	0	3
	連携型	56	0.0	0.1	0	0	1
	合計	355	0.1	0.4	0	0	3
		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	11	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	261	0.0	0.2	0	0	1
	連携型	48	0.0	0.0	0	0	0
	合計	320	0.0	0.1	0	0	1

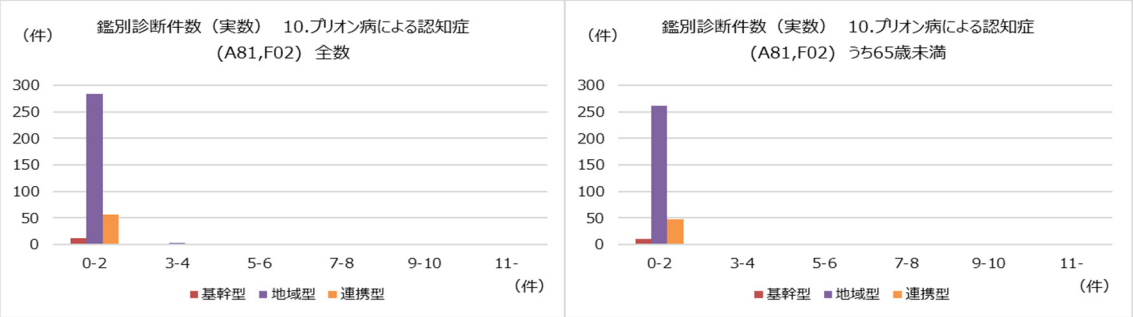


図 36　類型別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 88　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	173	0.1	0.5	0	0	3
	精神科病院	151	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	31	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	355	0.1	0.4	0	0	3
		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	161	0.0	0.2	0	0	1
	精神科病院	136	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	23	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	320	0.0	0.1	0	0	1

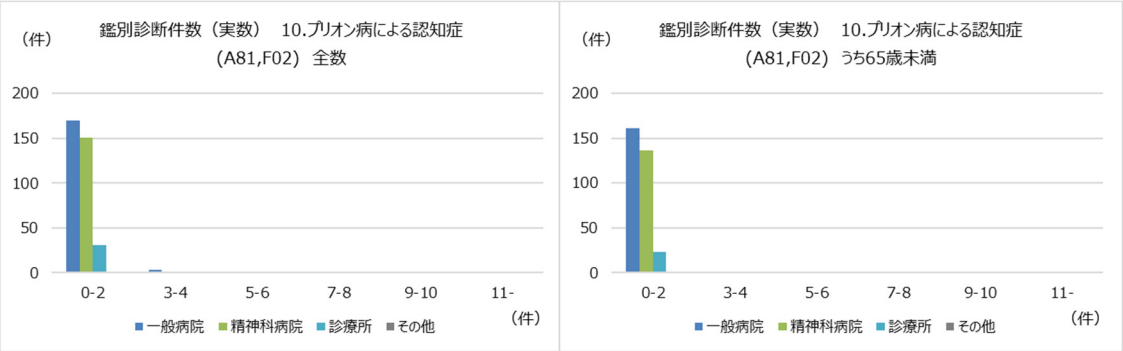


図 37　医療機関種別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

11）パーキンソン病による認知症(G20,F02)：類型別（表 89, 図 38），医療機関種別（表 90, 図 39）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．全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった．最大値は 17 件/年であった．

表 89　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	14	0.3	0.6	0	0	2
	地域型	306	0.9	1.6	0	0	17
	連携型	57	0.6	1.6	0	0	10
	合計	377	0.8	1.6	0	0	17
		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	11	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	263	0.1	0.3	0	0	4
	連携型	48	0.0	0.2	0	0	1
	合計	322	0.0	0.3	0	0	4

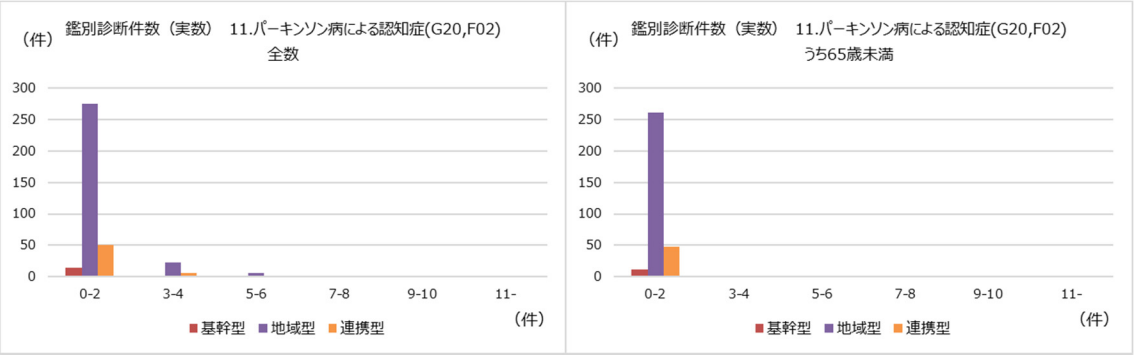


図 38　類型別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 90　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	184	0.8	1.8	0	0	17
	精神科病院	161	0.8	1.4	0	0	10
	診療所	32	0.6	1.1	0	0	4
	その他	0					
	合計	377	0.8	1.6	0	0	17
		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	164	0.1	0.4	0	0	4
	精神科病院	135	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	23	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	322	0.0	0.3	0	0	4

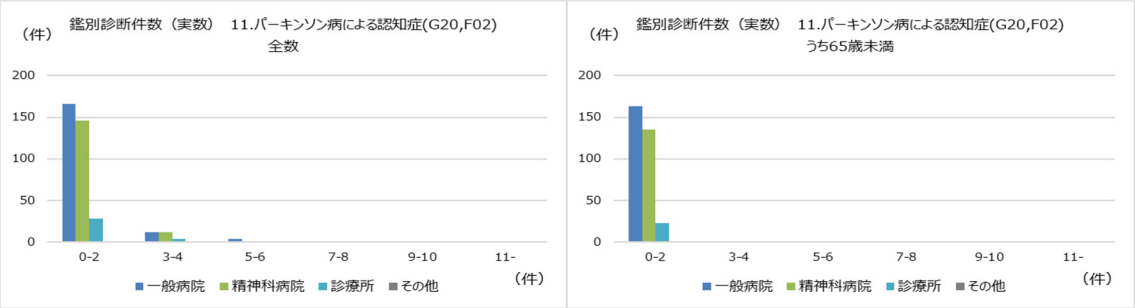


図 39　医療機関種別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

12) ハンチントン病による認知症(G10,F02)：類型別（表 91, 図 40），医療機関種別（表 92, 図 41）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．全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった．最大値は 41 件/年であった．

表 91　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	12	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	285	0.2	2.4	0	0	41
	連携型	56	0.0	0.2	0	0	1
	合計	353	0.2	2.2	0	0	41
		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	11	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	260	0.0	0.5	0	0	7
	連携型	48	0.0	0.0	0	0	0
	合計	319	0.0	0.4	0	0	7

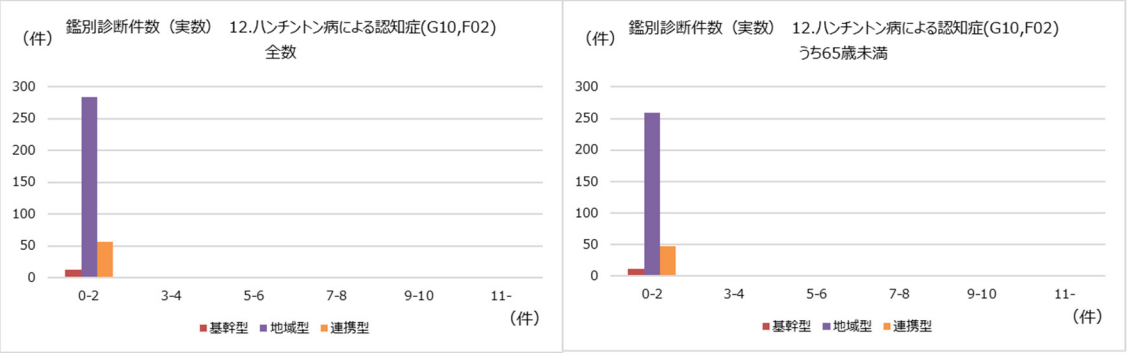


図 40　類型別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 92　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	173	0.3	3.1	0	0	41
	精神科病院	149	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	31	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	353	0.2	2.2	0	0	41

		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	161	0.1	0.6	0	0	7
	精神科病院	135	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	23	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	319	0.0	0.4	0	0	7

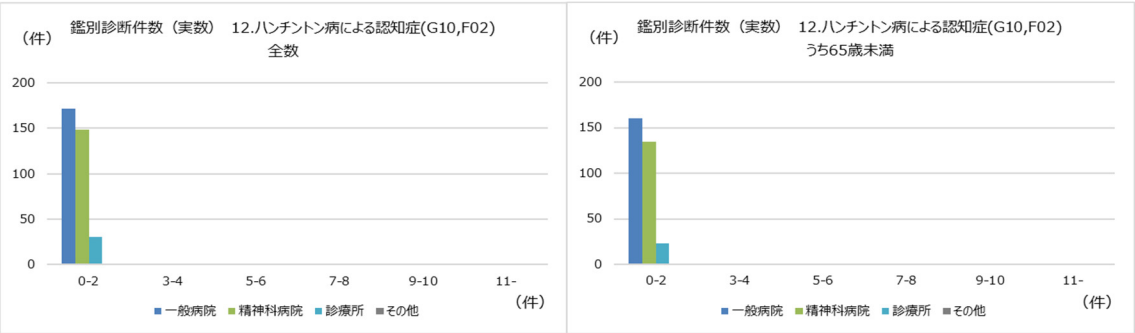


図 41　医療機関種別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

13) 正常圧水頭症(G91)：類型別（表 93，図 42），医療機関種別（表 94，図 43）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．基幹型・地域型および一般病院で中央値 1 名/年であったが，最小値 0 名/年，最大値 65 名/年であり，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．うち 65 歳未満の鑑別診断件数はいずれの類型でも中央値 0 名/年であった．

表 93　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	14	1.7	4.2	1	0	16
	地域型	312	1.8	4.9	1	0	65
	連携型	62	1.3	3.8	0	0	26
	合計	388	1.7	4.7	1	0	65
		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	11	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	263	0.1	0.6	0	0	10
	連携型	48	0.0	0.0	0	0	0
	合計	322	0.1	0.6	0	0	10

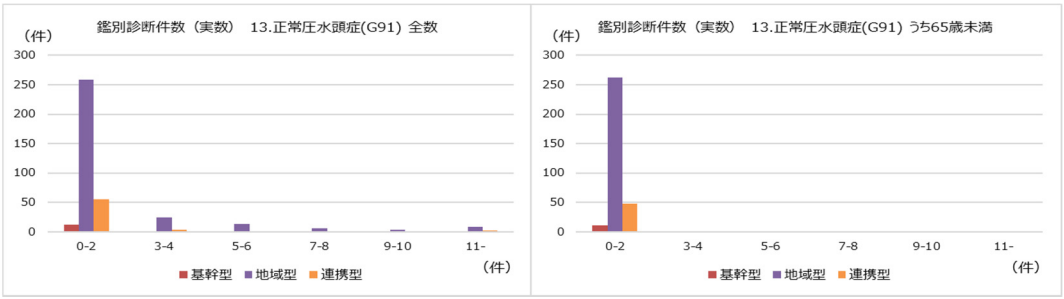


図 42　類型別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 94　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	189	2.1	5.5	1	0	65
	精神科病院	167	1.3	3.5	0	0	36
	診療所	32	1.8	4.9	0	0	26
	その他	0					
	合計	388	1.7	4.7	1	0	65
		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	162	0.1	0.8	0	0	10
	精神科病院	137	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	23	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	322	0.1	0.6	0	0	10

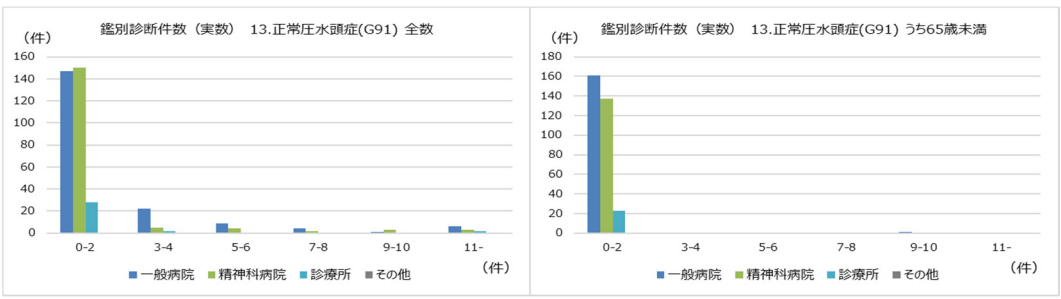


図 43　医療機関種別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

14) 他の医学的疾患による認知症(F02)：類型別（表 95，図 44），医療機関種別（表 96，図 45）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．鑑別診断件数の中央値では類型の差はなく，一般病院・精神科病院で多い傾向があった．

表 95　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	14	1.8	2.1	1	0	7
	地域型	318	2.9	6.3	1	0	62
	連携型	66	1.7	3.0	1	0	18
	合計	398	2.7	5.8	1	0	62
		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	12	0.3	0.6	0	0	2
	地域型	271	0.2	0.5	0	0	4
	連携型	52	0.2	0.6	0	0	3
	合計	335	0.2	0.5	0	0	4

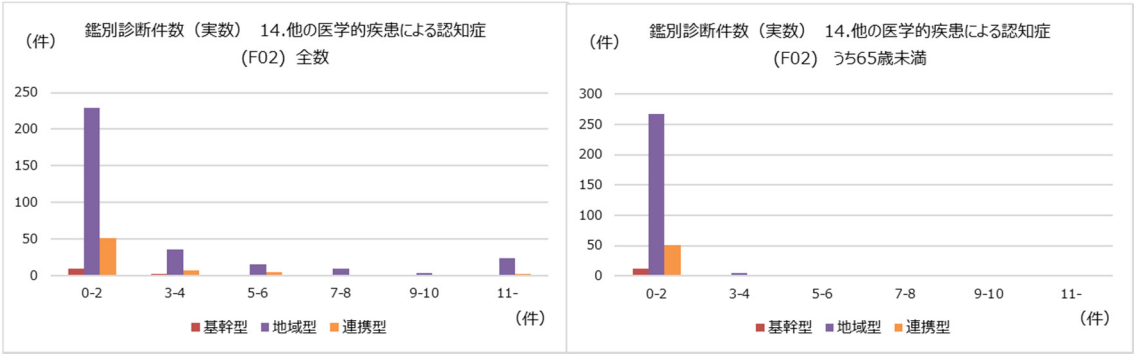


図 44　類型別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 96　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	198	3.7	7.4	1	0	62
	精神科病院	167	1.7	3.4	1	0	27
	診療所	33	1.8	2.7	0	0	11
	その他	0					
	合計	398	2.7	5.8	1	0	62
		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	172	0.2	0.6	0	0	4
	精神科病院	140	0.1	0.4	0	0	3
	診療所	23	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	335	0.2	0.5	0	0	4

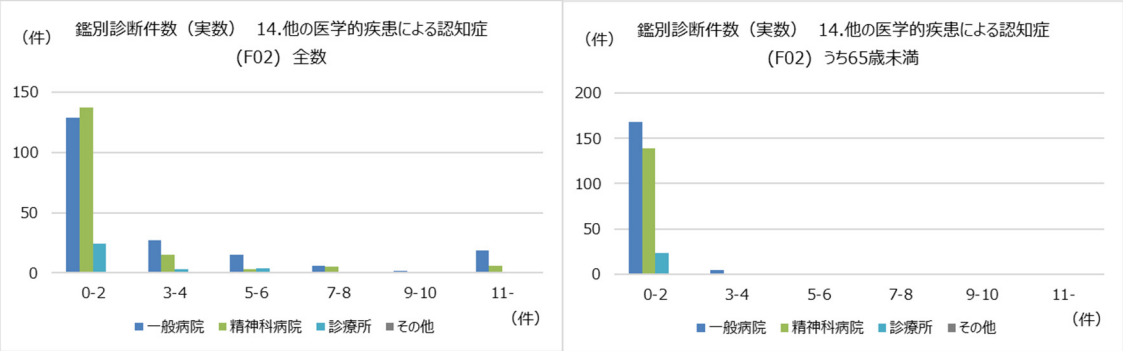


図 45　医療機関種別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

15) 複数の病因による認知症(F02)：類型別（表 97，図 46），医療機関種別（表 98，図 47）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．地域型および一般病院で多い傾向があった．

表 97　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	14	7.8	9.6	5	0	35
	地域型	351	12.6	17.1	6	0	121
	連携型	65	6.7	10.7	3	0	53
	合計	430	11.6	16.2	6	0	121

		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	12	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	271	0.1	0.6	0	0	9
	連携型	52	0.1	0.3	0	0	1
	合計	335	0.1	0.6	0	0	9

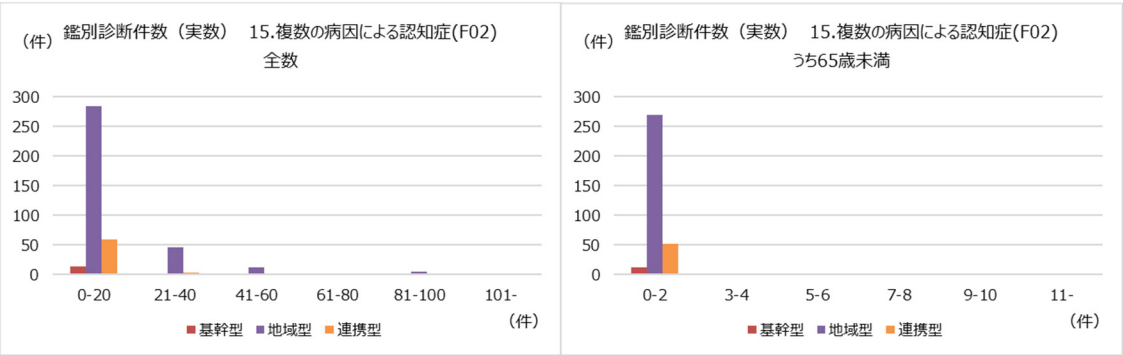


図 46　類型別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 98　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	204	12.6	16.3	7	0	121
	精神科病院	192	11.0	16.7	5	0	102
	診療所	34	8.8	12.1	5	0	53
	その他	0					
	合計	430	11.6	16.2	6	0	121
		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	166	0.1	0.4	0	0	2
	精神科病院	144	0.1	0.8	0	0	9
	診療所	25	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	335	0.1	0.6	0	0	9

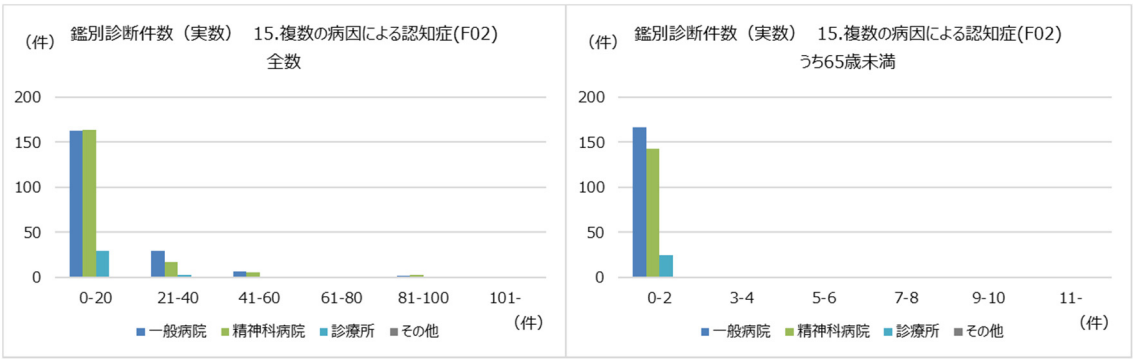


図 47　医療機関種別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

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 99，図 48），医療機関種別（表 100，図 49）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 99　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	16	3.6	3.7	3	0	11
	地域型	345	9.9	18.1	3	0	140
	連携型	66	4.7	8.8	1	0	43
	合計	427	8.9	16.8	3	0	140
		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	13	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	280	0.3	0.9	0	0	10
	連携型	51	0.1	0.3	0	0	1
	合計	344	0.2	0.8	0	0	10

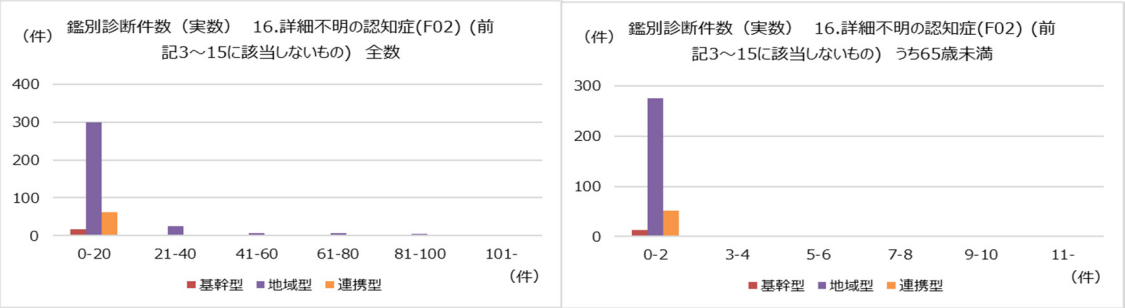


図 48　類型別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 100　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	199	7.3	17.0	2	0	140
	精神科病院	195	11.4	17.5	5	0	109
	診療所	33	3.3	5.6	1	0	22
	その他	0					
	合計	427	8.9	16.8	3	0	140

		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	169	0.2	1.0	0	0	10
	精神科病院	151	0.2	0.6	0	0	5
	診療所	24	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	344	0.2	0.8	0	0	10

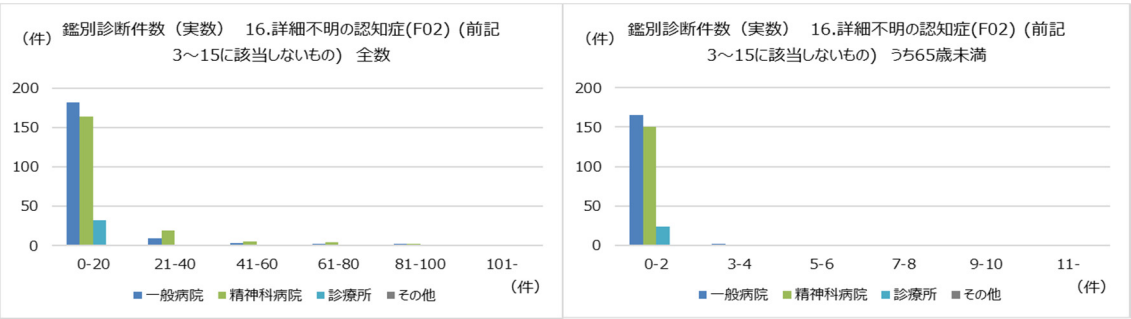


図 49　医療機関種別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

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 101，図 50），医療機関種別（表 102，図 51）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 101　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	16	2.9	4.0	2	0	14
	地域型	334	4.4	13.7	1	0	187
	連携型	67	2.1	6.3	0	0	48
	合計	417	4.0	12.6	1	0	187

		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	14	0.6	1.3	0	0	5
	地域型	272	0.5	3.3	0	0	49
	連携型	53	0.3	1.0	0	0	6
	合計	339	0.5	3.0	0	0	49

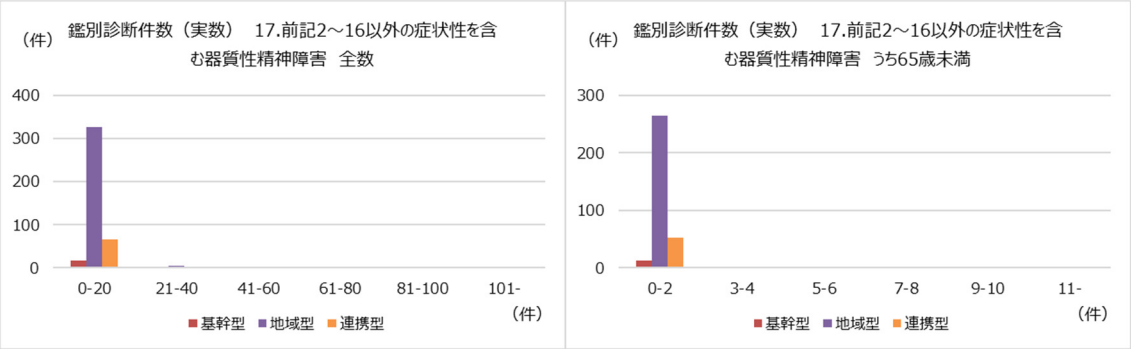


図 50　類型別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 102　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	199	3.1	9.6	1	0	120
	精神科病院	185	5.4	15.8	2	0	187
	診療所	33	1.2	2.6	0	0	12
	その他	0					
	合計	417	4.0	12.6	1	0	187

		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	171	0.6	3.9	0	0	49
	精神科病院	144	0.4	1.6	0	0	18
	診療所	24	0.2	0.5	0	0	2
	その他	0					
	合計	339	0.5	3.0	0	0	49

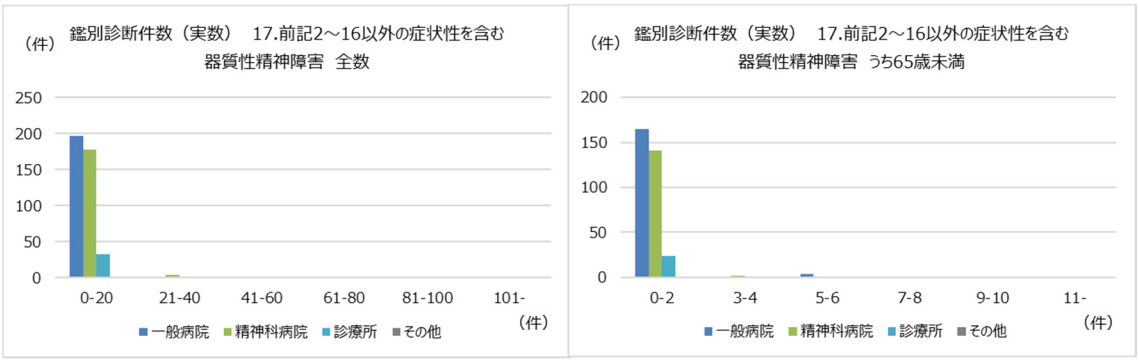


図 51　医療機関種別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

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 103，図 52），医療機関種別（表 104，図 53）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．鑑別診断件数は地域型，精神科病院に多い傾向があった．

表 103　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	17	2.9	5.1	1	0	20
	地域型	352	7.3	31.2	2	0	492
	連携型	75	4.4	6.5	2	0	34
	合計	444	6.6	27.9	2	0	492
		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	15	1.1	3.3	0	0	13
	地域型	278	3.2	22.0	0	0	311
	連携型	57	1.4	3.5	0	0	15
	合計	350	2.8	19.7	0	0	311

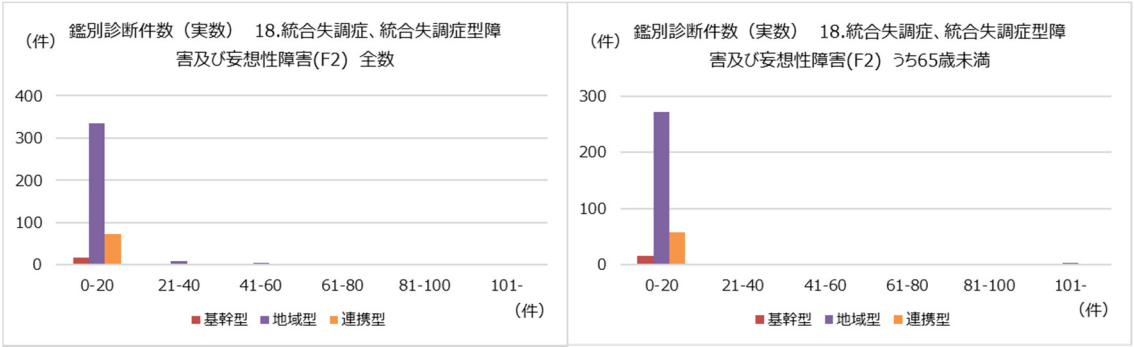


図 52　類型別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 104　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	207	6.5	37.5	1	0	492
	精神科病院	200	7.2	16.5	3	0	193
	診療所	37	4.2	5.9	1	0	23
	その他	0					
	合計	444	6.6	27.9	2	0	492

		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	175	3.6	25.4	0	0	311
	精神科病院	151	2.3	12.3	0	0	136
	診療所	24	0.7	1.5	0	0	6
	その他	0					
	合計	350	2.8	19.7	0	0	311

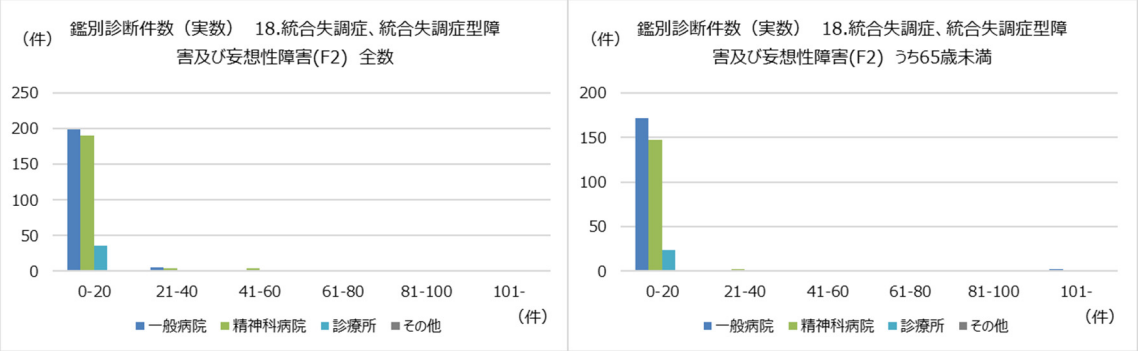


図 53　医療機関種別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

19) 気分(感情)障害(F3)：類型別（表 105，図 54），医療機関種別（表 106，図 55）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 105　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	17	7.8	13.5	2	0	54
	地域型	355	12.9	50.1	4	0	758
	連携型	70	9.0	18.1	2	0	105
	合計	442	12.1	45.6	3	0	758

		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	16	4.4	10.8	1	0	43
	地域型	291	6.3	41.5	0	0	577
	連携型	58	5.1	15.2	0	0	92
	合計	365	6.1	37.6	0	0	577

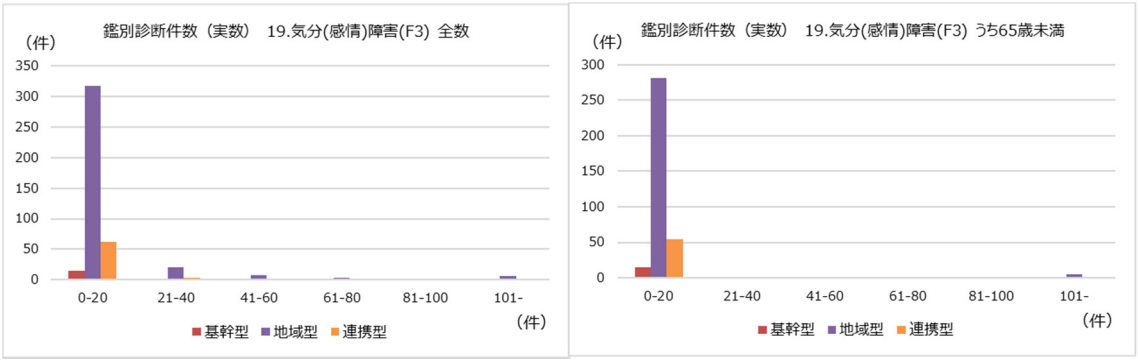


図 54　類型別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 106　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	210	8.5	30.3	2	0	342
	精神科病院	197	16.6	60.3	5	0	758
	診療所	35	8.3	12.3	4	0	55
	その他	0					
	合計	442	12.1	45.6	3	0	758
		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	183	4.7	23.9	0	0	235
	精神科病院	156	8.2	51.2	0	0	577
	診療所	26	3.0	8.8	0	0	44
	その他	0					
	合計	365	6.1	37.6	0	0	577

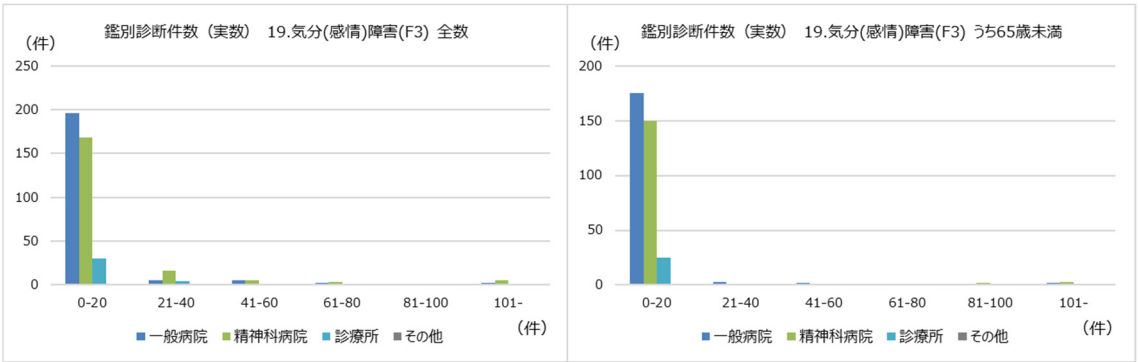


図 55　医療機関種別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

20) てんかん(G47)：類型別（表 107，図 56），医療機関種別（表 108，図 57）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 107　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	16	0.8	1.2	1	0	5
	地域型	306	3.7	34.3	0	0	592
	連携型	66	2.0	5.8	0	0	39
	合計	388	3.3	30.6	0	0	592
		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	13	0.4	1.1	0	0	4
	地域型	273	2.6	28.4	0	0	463
	連携型	56	0.9	3.9	0	0	29
	合計	342	2.2	25.4	0	0	463

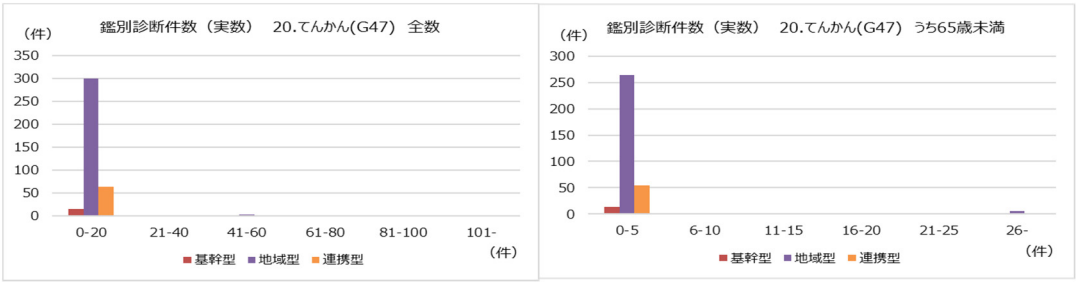


図 56　類型別　てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 108　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	190	5.4	43.5	0	0	592
	精神科病院	165	1.2	3.4	0	0	38
	診療所	33	1.8	4.7	1	0	27
	その他	0					
	合計	388	3.3	30.6	0	0	592
		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	174	4.0	35.5	0	0	463
	精神科病院	143	0.4	2.7	0	0	31
	診療所	25	0.2	0.4	0	0	1
	その他	0					
	合計	342	2.2	25.4	0	0	463

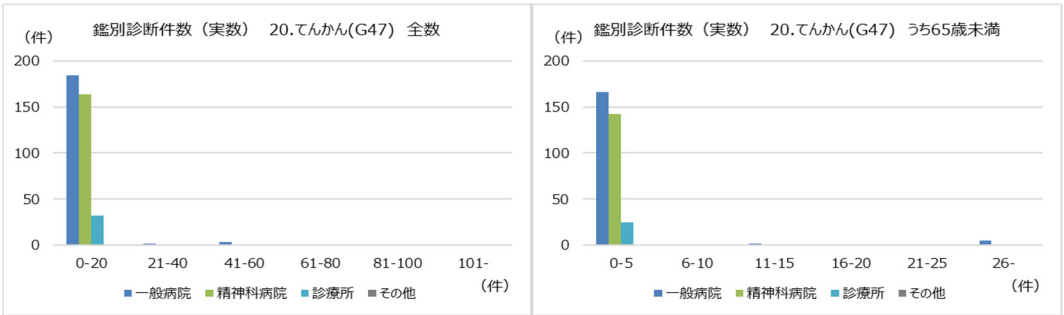


図 57　医療機関種別　てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

21）神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)：類型別（表 109，図 58），医療機関種別（表 110，図 59）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 109　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	16	1.9	3.4	1	0	12
	地域型	315	3.9	21.0	1	0	308
	連携型	68	2.7	8.3	0	0	56
	合計	399	3.6	19.0	0	0	308

		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	15	1.5	2.8	0	0	10
	地域型	277	3.5	21.4	0	0	297
	連携型	57	2.8	9.0	0	0	56
	合計	349	3.3	19.4	0	0	297

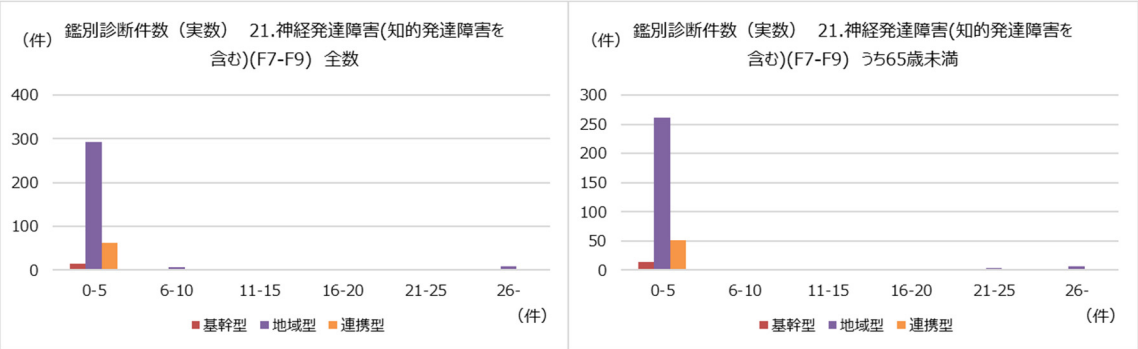


図 58　類型別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 110　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	191	2.9	11.7	0	0	122
	精神科病院	175	4.7	25.9	1	0	308
	診療所	33	1.6	4.4	0	0	25
	その他	0					
	合計	399	3.6	19.0	0	0	308

		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	176	2.6	11.3	0	0	115
	精神科病院	148	4.4	27.1	0	0	297
	診療所	25	1.6	5.0	0	0	25
	その他	0					
	合計	349	3.3	19.4	0	0	297

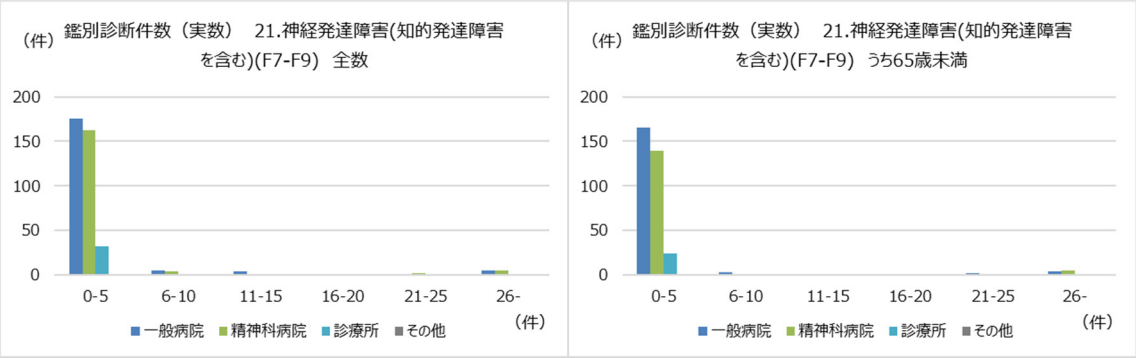


図 59　医療機関種別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

22) 前記のいずれにも含まれない精神疾患：類型別（表 111, 図 60），医療機関種別（表 112, 図 61）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 111　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	16	6.7	18.6	1	0	76
	地域型	350	13.5	58.3	3	0	803
	連携型	70	10.7	26.0	1	0	132
	合計	436	12.8	53.4	2	0	803

		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	14	2.3	6.9	0	0	26
	地域型	291	6.8	48.3	0	0	678
	連携型	57	7.6	21.9	0	0	115
	合計	362	6.8	44.2	0	0	678

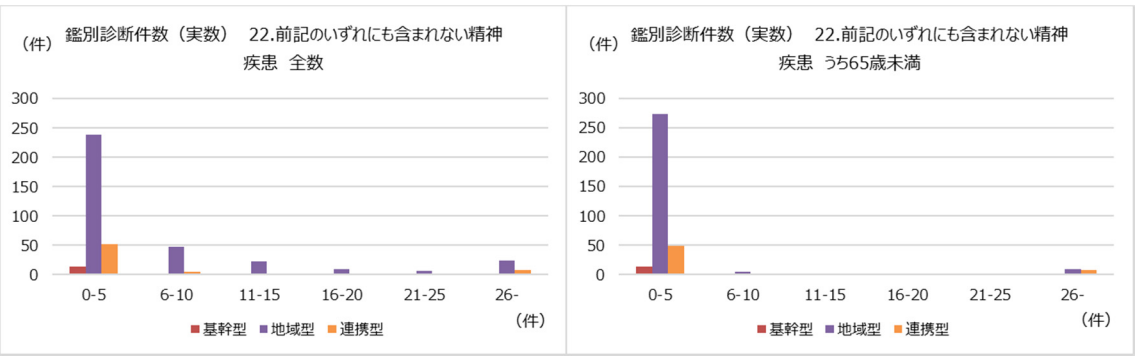


図 60　類型別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 112　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	206	10.4	42.6	2	0	373
	精神科病院	197	16.2	65.7	4	0	803
	診療所	33	7.7	23.5	1	0	132
	その他	0					
	合計	436	12.8	53.4	2	0	803

		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	182	5.2	25.1	0	0	241
	精神科病院	156	8.9	61.0	0	0	678
	診療所	24	5.3	23.4	0	0	115
	その他	0					
	合計	362	6.8	44.2	0	0	678

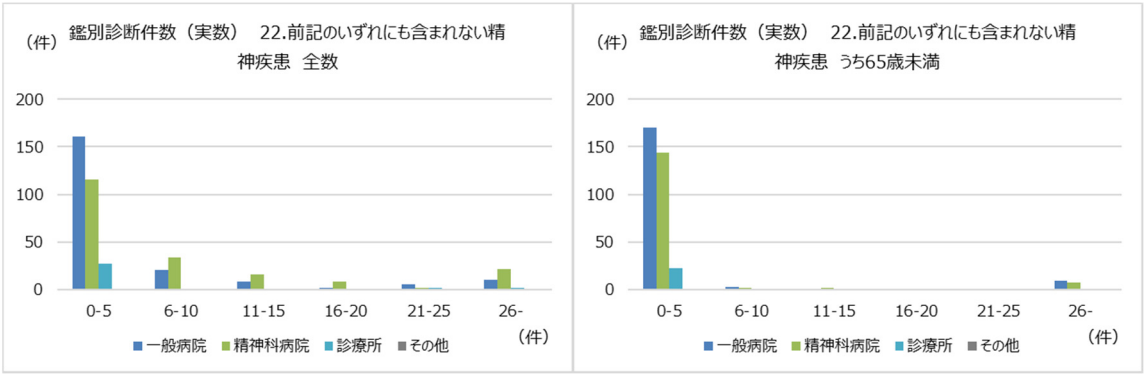


図 61　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

23) 前記のいずれにも含まれない神経疾患：類型別（表 113, 図 62），医療機関種別（表 114, 図 63）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 113　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	15	2.4	2.8	1	0	10
	地域型	320	6.5	27.4	1	0	284
	連携型	63	3.0	9.4	0	0	61
	合計	398	5.8	24.9	1	0	284

		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	13	0.9	2.1	0	0	7
	地域型	276	3.2	18.5	0	0	172
	連携型	53	1.9	8.4	0	0	51
	合計	342	2.9	17.0	0	0	172

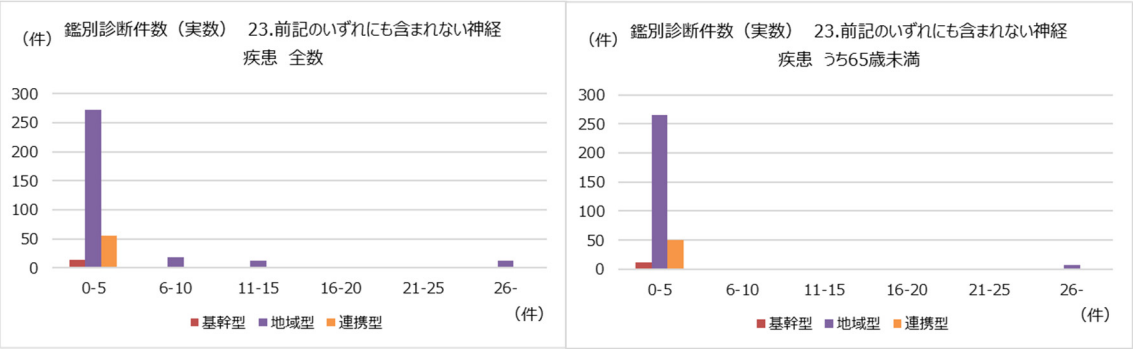


図 62　類型別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 114　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	194	7.6	31.1	1	0	284
	精神科病院	172	4.5	18.2	1	0	207
	診療所	32	1.5	3.2	0	0	13
	その他	0					
	合計	398	5.8	24.9	1	0	284
		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	174	4.1	20.3	0	0	172
	精神科病院	144	2.0	13.5	0	0	136
	診療所	24	0.1	0.4	0	0	2
	その他	0					
	合計	342	2.9	17.0	0	0	172

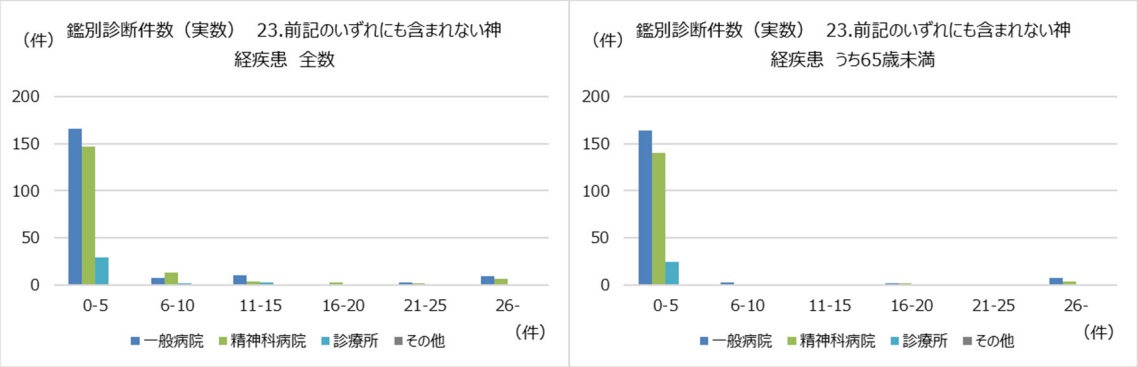


図 63　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

24）前記のいずれにも含まれない疾患：類型別（表 115，図 64），医療機関種別（表 116，図 65）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 115　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	14	2.4	5.0	1	0	19
	地域型	325	7.3	60.0	1	0	1046
	連携型	66	1.6	3.3	0	0	19
	合計	405	6.2	53.8	1	0	1046

		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	13	1.3	3.6	0	0	13
	地域型	275	3.8	39.0	0	0	596
	連携型	54	0.5	1.9	0	0	10
	合計	342	3.2	35.0	0	0	596

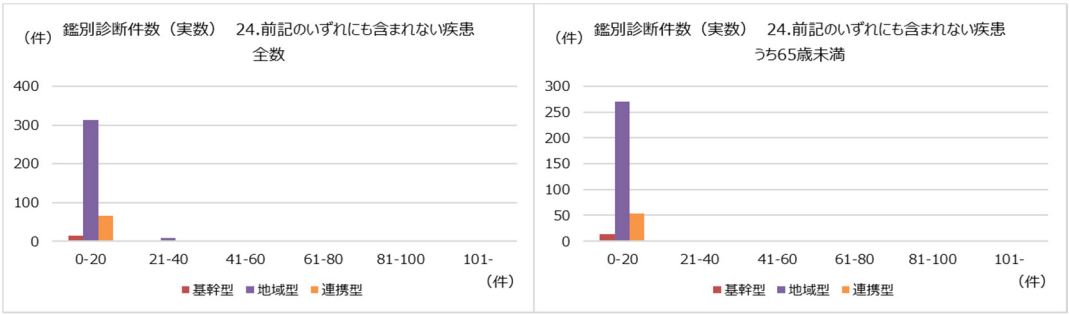


図 64　類型別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 116　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	199	8.8	74.3	1	0	1046
	精神科病院	173	4.2	20.5	1	0	263
	診療所	33	1.2	3.3	0	0	19
	その他	0					
	合計	405	6.2	53.8	1	0	1046

		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	173	4.3	45.3	0	0	596
	精神科病院	146	2.4	20.9	0	0	248
	診療所	23	0.3	1.3	0	0	6
	その他	0					
	合計	342	3.2	35.0	0	0	596

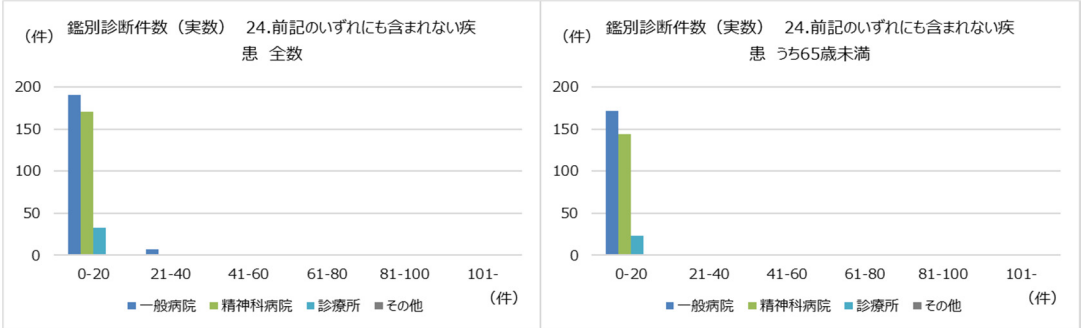


図 65　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

25) 診断保留：類型別（表 117，図 66），医療機関種別（表 118，図 67）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 117　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	16	6.8	8.9	5	1	38
	地域型	322	6.7	16.0	1	0	207
	連携型	68	6.8	12.8	1	0	65
	合計	406	6.7	15.3	1	0	207

		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	14	1.3	1.4	2	0	5
	地域型	278	0.6	1.6	0	0	14
	連携型	54	0.5	1.2	0	0	6
	合計	346	0.6	1.5	0	0	14

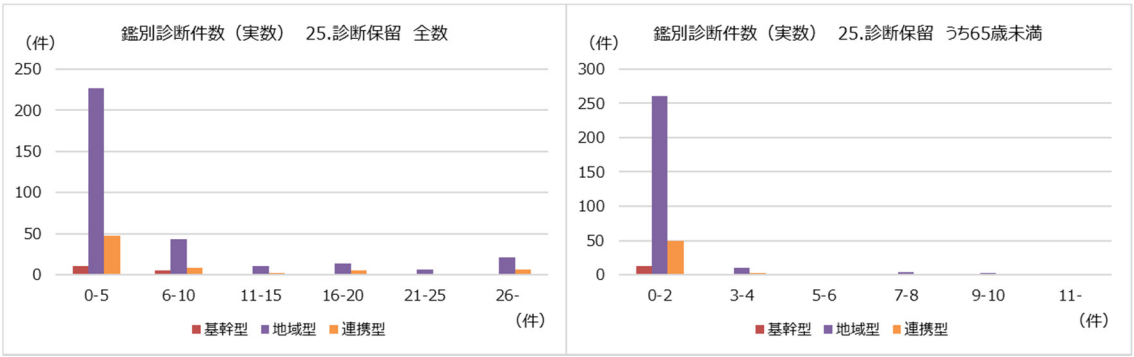


図 66　類型別　診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 118　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	199	7.3	12.9	1	0	65
	精神科病院	173	6.3	18.4	1	0	207
	診療所	34	5.4	9.4	0	0	36
	その他	0					
	合計	406	6.7	15.3	1	0	207

		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	177	0.7	1.7	0	0	14
	精神科病院	144	0.6	1.5	0	0	10
	診療所	25	0.4	0.9	0	0	3
	その他	0					
	合計	346	0.6	1.5	0	0	14

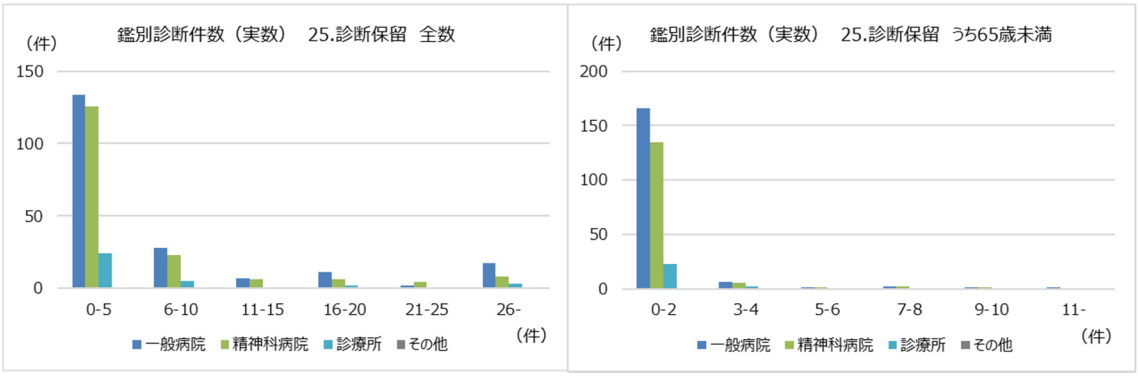


図 67　医療機関種別　診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

26）全鑑別診断件数：類型別（表 119，図 68），医療機関種別（表 120，図 69）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一般病院・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 121，図 70，図 71）．

表 119　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	17	161.1	100.1	148	47	334
	地域型	378	286.3	277.8	220	4	2732
	連携型	83	167.0	147.4	129	0	986
	合計	478	261.1	259.8	200	0	2732
		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	17	19.5	31.1	10	0	134
	地域型	378	29.2	141.5	5	0	1598
	連携型	83	17.6	43.4	3	0	216
	合計	478	26.9	127.3	5	0	1598

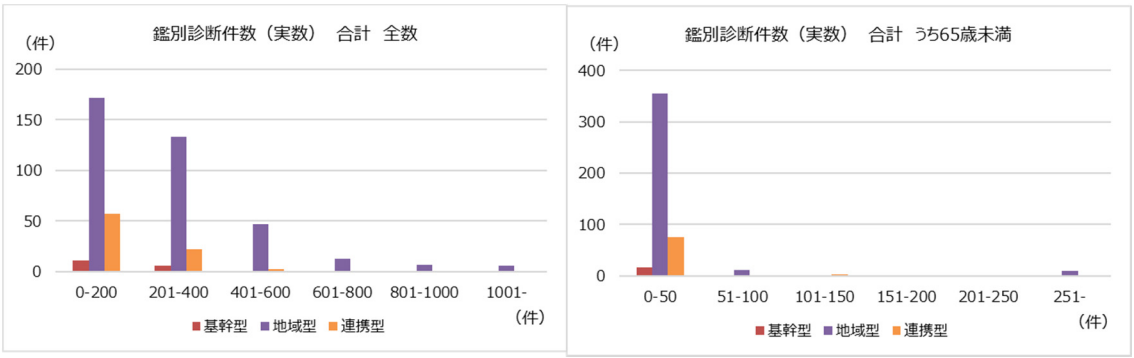


図 68　類型別　全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 120　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	226	267.5	268.8	210	4	2559
	精神科病院	214	268.8	262.6	205	0	2732
	診療所	38	180.3	161.9	132	26	986
	その他	0					
	合計	478	261.1	259.8	200	0	2732
		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	226	31.0	126.1	7	0	1465
	精神科病院	214	25.1	138.6	4	0	1598
	診療所	38	12.2	32.8	3	0	199
	その他	0					
	合計	478	26.9	127.3	5	0	1598

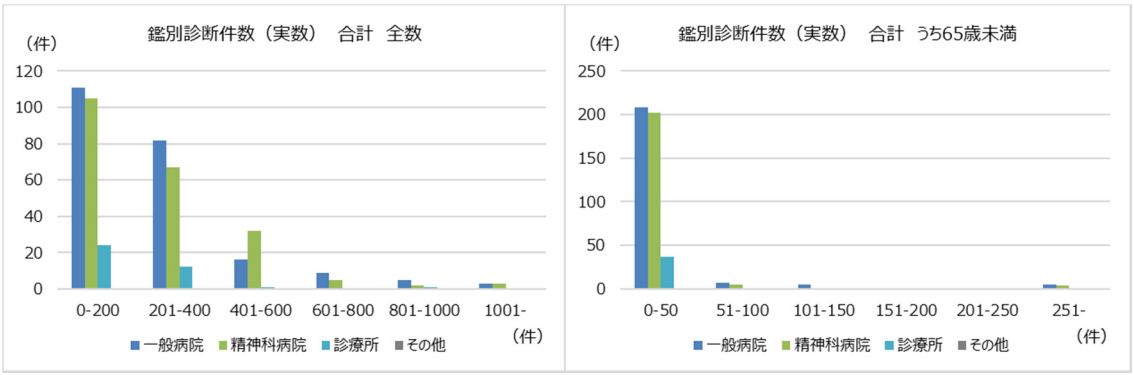


図 69　医療機関種別　全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 121　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）

	認知症関連疾患　全数			65歳未満の認知症関連疾患		
診断名	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)	16614 人	17.7%	-	503 人	23.7%	-
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	51193 人	54.6%	66.4%	903 人	42.6%	55.8%
血管性認知症(F01)	6171 人	6.6%	8.0%	141 人	6.7%	8.7%
レビー小体型認知症(G31,F02)	5944 人	6.3%	7.7%	98 人	4.6%	6.1%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	1857 人	2.0%	2.4%	135 人	6.4%	8.3%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	247 人	0.3%	0.3%	30 人	1.4%	1.9%
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)	787 人	0.8%	1.0%	81 人	3.8%	5.0%
ＨＩＶ感染による認知症(B20,F02)	7 人	0.0%	0.0%	1 人	0.0%	0.1%
プリオン病による認知症(A81,F02)	27 人	0.0%	0.0%	7 人	0.3%	0.4%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	302 人	0.3%	0.4%	16 人	0.8%	1.0%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	54 人	0.1%	0.1%	12 人	0.6%	0.7%
正常圧水頭症(G91)	670 人	0.7%	0.9%	20 人	0.9%	1.2%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1072 人	1.1%	1.4%	55 人	2.6%	3.4%
複数の病因による認知症(F02)	4971 人	5.3%	6.4%	42 人	2.0%	2.6%
詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)	3794 人	4.0%	4.9%	76 人	3.6%	4.7%
合計A（軽度認知障害を含む）	93710 人	100.0%	-	2120 人	100.0%	-
合計B（軽度認知障害を含まない）	77096 人	-	100.0%	1617 人	-	100.0%

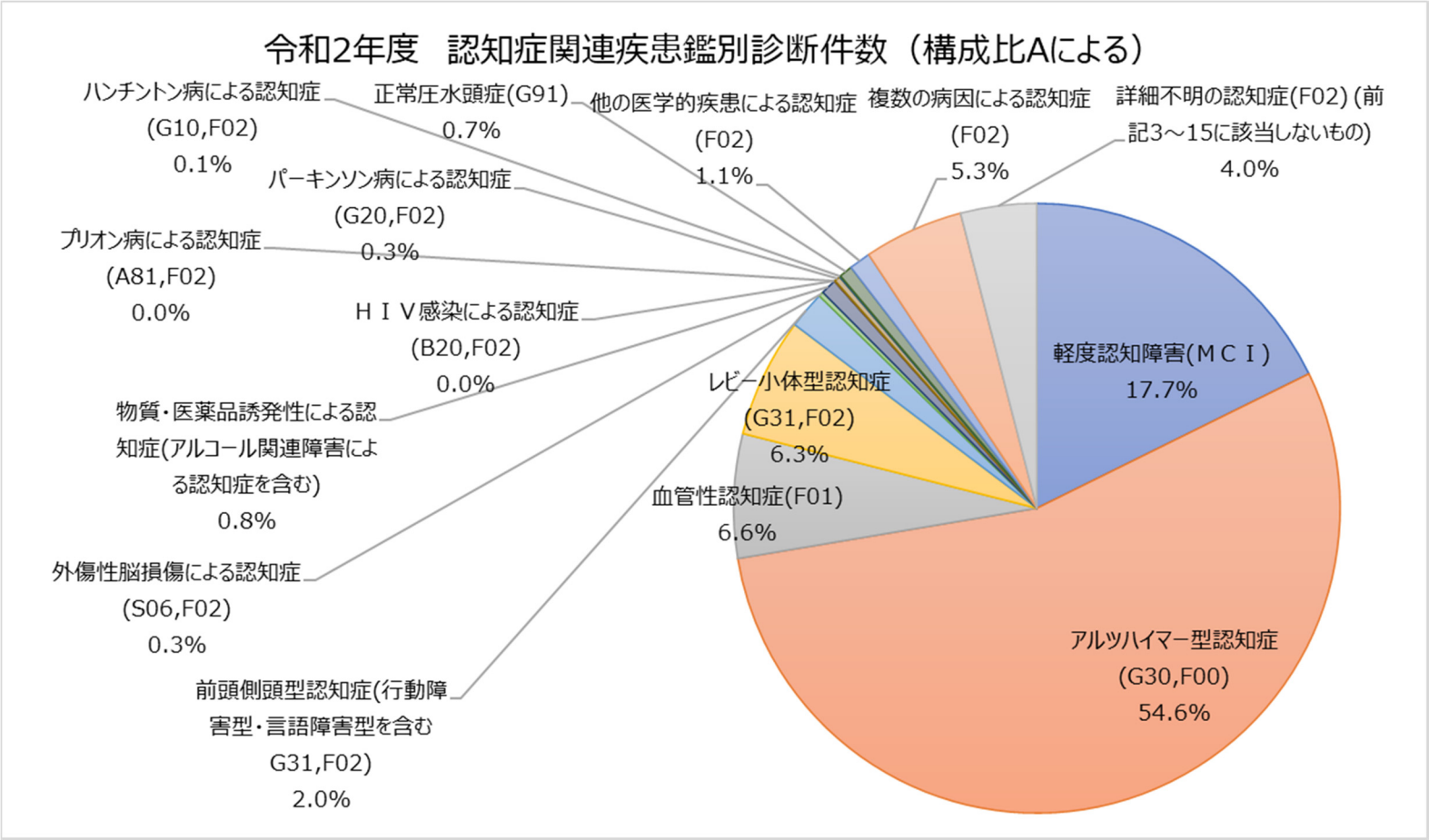


図 70　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含む構成比 A による）

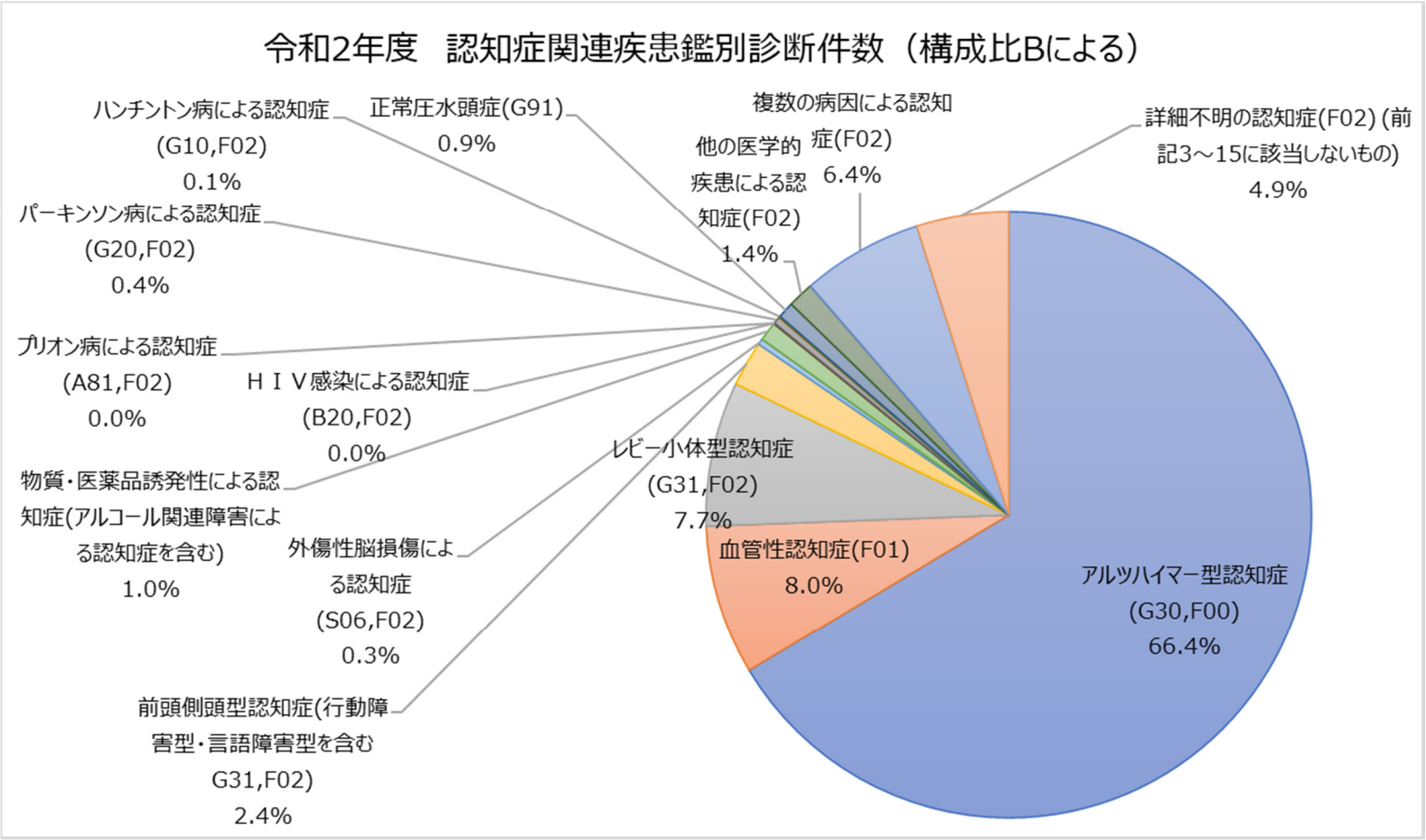


図 71　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含まない構成比 B による

Ⅱ-5. 初診までの待機日数

類型別（表 122，図 72），医療機関種別（表 123，図 73）に，初診までの待機日数を示す．空欄であった 9 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 41.2%は 1 か月～3 か月未満の待機日数であり，地域型の 52.0%，連携型の 77.8%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 46.9%，精神科病院の 59.6%，診療所の 83.8%が 14 日未満の待機日数であった．

表 122　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		260	122	85	2	0	469
		55.4%	26.0%	18.1%	0.4%	0.0%	100.0%
類型	基幹型	4	6	7	0	0	17
		23.5%	35.3%	41.2%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	193	103	73	2	0	371
		52.0%	27.8%	19.7%	0.5%	0.0%	100.0%
	連携型	63	13	5	0	0	81
		77.8%	16.0%	6.2%	0.0%	0.0%	100.0%

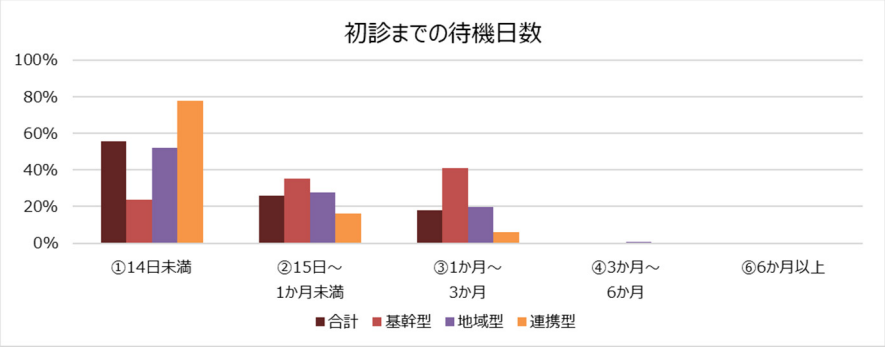


図 72　類型別　初診までの待機日数（再掲）

表 123　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		260	122	85	2	0	469
		55.4%	26.0%	18.1%	0.4%	0.0%	100.0%
医療機関種別	一般病院	105	76	42	1	0	224
		46.9%	33.9%	18.8%	0.4%	0.0%	100.0%
	精神科病院	124	42	41	1	0	208
		59.6%	20.2%	19.7%	0.5%	0.0%	100.0%
	診療所	31	4	2	0	0	37
		83.8%	10.8%	5.4%	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%

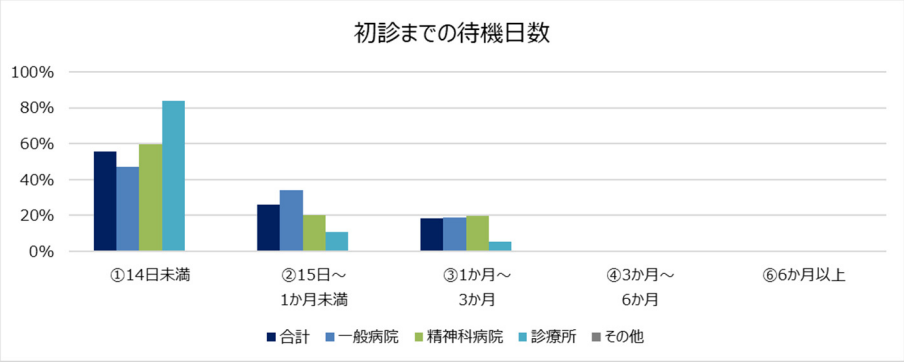


図 73　医療機関種別　初診までの待機日数（再掲）

Ⅱ-6. 診療報酬

1）認知症専門診断管理料：認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定について類型別（表 124），医療機関種別（表 125）に示す．基幹型は 88.2%，地域型は 74.1%が算定していたが，連携型は 53.0%の算定であった．鑑別診断や療養計画等を通じた，かかりつけ医等の他の医療機関との連携関係の有無によって算定に差があると考えられる．

表 124　類型別　認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料　1または2　いずれか		
		算定なし	算定あり	合計
類型	基幹型	2	15	17
		11.8%	88.2%	100.0%
	地域型	98	280	378
		25.9%	74.1%	100.0%
	連携型	39	44	83
		47.0%	53.0%	100.0%
	合計	139	339	478
		29.1%	70.9%	100.0%

表 125　医療機関種別　認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料　1または2　いずれか		
		算定なし	算定あり	合計
医療機関種別	一般病院	60	166	226
		26.5%	73.5%	100.0%
	精神科病院	72	142	214
		33.6%	66.4%	100.0%
	診療所	7	31	38
		18.4%	81.6%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	139	339	478
		29.1%	70.9%	100.0%

2) 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 126），年間算定件数（表 127）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 128），年間算定件数（表 129）を示す．算定の有無が空欄であった 6 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か，あるいは算定していない可能性がある．算定が有で年間算定件数が 0 件の報告が 16 件あるが，年間算定件数の集計に含めた．一方，算定が有でも年間算定件数が空欄である報告 5 件は，年間算定件数の集計には含めなかった．基幹型の 88.2%，地域型の 74.1%，連携型の 51.9%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 74.2%，精神科病院の 65.7%, 診療所の 78.9%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 126　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	15	2	17
		88.2%	11.8%	100.0%
	地域型	277	97	374
		74.1%	25.9%	100.0%
	連携型	42	39	81
		51.9%	48.1%	100.0%
	合計	334	138	472
		70.8%	29.2%	100.0%

表 127　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	14	51.9	74.1	28	1	220
	地域型	274	75.9	97.5	44	0	631
	連携型	41	20.5	29.8	7	0	158
	合計	329	68.0	92.7	32	0	631

表 128　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	164	57	221
		74.2%	25.8%	100.0%
	精神科病院	140	73	213
		65.7%	34.3%	100.0%
	診療所	30	8	38
		78.9%	21.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	334	138	472
		70.8%	29.2%	100.0%

表 129　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	161	81.3	96.6	50	0	597
	精神科病院	138	61.9	93.6	28	0	631
	診療所	30	24.4	33.6	13	0	158
	その他	0					
	合計	329	68.0	92.7	32	0	631

3) 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 130），年間算定件数（表 131）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 132），年間算定件数（表 133）を示す．空欄であった 11 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か，あるいは算定していない可能性がある．算定が有であるが年間算定件数が 0 件であった報告が 31 件あるが，年間算定件数の集計に含めた．一方，算定の有無が有でも年間算定件数が空欄の 2 件は年間算定件数の集計に含めなかった．基幹型の 62.5%が算定しており，一方で地域型の 53.1%，連携型の 93.8%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 50.5%，精神科病院の 63.8%，診療所の 89.2%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 130　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	10	6	16
		62.5%	37.5%	100.0%
	地域型	174	197	371
		46.9%	53.1%	100.0%
	連携型	5	75	80
		6.3%	93.8%	100.0%
	合計	189	278	467
		40.5%	59.5%	100.0%

表 131　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	5.7	5.4	7	0	14
	地域型	173	23.8	36.6	11	0	244
	連携型	5	4.4	9.8	0	0	22
	合計	187	22.4	35.6	10	0	244

表 132　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	109	111	220
		49.5%	50.5%	100.0%
	精神科病院	76	134	210
		36.2%	63.8%	100.0%
	診療所	4	33	37
		10.8%	89.2%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	189	278	467
		40.5%	59.5%	100.0%

表 133　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	107	18.3	31.9	8	0	183
	精神科病院	76	29.3	40.0	16	0	244
	診療所	4	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	187	22.4	35.6	10	0	244

4) 認知症ケア加算：認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定について，類型別（表 134），医療機関種別（表 135）に示す．いずれかの算定があったのは基幹型 52.9%，地域型 38.1%，連携型 22.9%であった．一般病院は 70.8%の算定であったが精神科病院および診療所の算定は少なかった．算定要件や病棟の有無が影響していると考えられる．

表 134　類型別　認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算　1または2または3　いずれか		
		算定なし	算定あり	合計
類型	基幹型	8	9	17
		47.1%	52.9%	100.0%
	地域型	234	144	378
		61.9%	38.1%	100.0%
	連携型	64	19	83
		77.1%	22.9%	100.0%
	合計	306	172	478
		64.0%	36.0%	100.0%

表 135　医療機関種別　認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算　1または2または3　いずれか		
		算定なし	算定あり	合計
医療機関種別	一般病院	66	160	226
		29.2%	70.8%	100.0%
	精神科病院	203	11	214
		94.9%	5.1%	100.0%
	診療所	37	1	38
		97.4%	2.6%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	306	172	478
		64.0%	36.0%	100.0%

5) 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 136），年間算定件数（表 137）および医療機関種別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 138），年間算定件数（表 139）を示す．空欄であった 12 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．算定が有で算定件数が 0 件の報告 1 件は年間算定件数の集計に含めた．一方，算定件数が空欄の報告 1 件は年間算定件数の集計に含めなかった．基幹型の 56.3%，地域型の 74.6%，連携型の 96.3%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 55.9%，精神科病院の 97.1%，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 136　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	7	9	16
		43.8%	56.3%	100.0%
	地域型	94	276	370
		25.4%	74.6%	100.0%
	連携型	3	77	80
		3.8%	96.3%	100.0%
	合計	104	362	466
		22.3%	77.7%	100.0%

表 137　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	7	2241.7	1400.6	1896	1076	5077
	地域型	93	6634.7	8423.3	4559	0	61436
	連携型	3	15752.3	7519.8	12650	10280	24327
	合計	103	6601.7	8306.0	4530	0	61436

表 138　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	98	124	222
		44.1%	55.9%	100.0%
	精神科病院	6	201	207
		2.9%	97.1%	100.0%
	診療所	0	37	37
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	104	362	466
		22.3%	77.7%	100.0%

表 139　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	97	6728.7	8488.4	4530	0	61436
	精神科病院	6	4549.5	4311.0	4833	167	8586
	診療所	0					
	その他	0					
	合計	103	6601.7	8306.0	4530	0	61436

6）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 140），年間算定件数（表 141）および医療機関種別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 142），年間算定件数（表 143）を示す．空欄であった 16 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か，あるいは算定していない可能性がある．算定が有であって件数が 0 件の報告 4 件は年間算定件数の集計に含めた．一方，算定が有で年間算定件数が空欄の報告 1 件は集計に含めなかった．基幹型の 86.7%，地域型の 89.6%，連携型の 92.6%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 79.0%，精神科病院と診療所の 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 140　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	2	13	15
		13.3%	86.7%	100.0%
	地域型	38	328	366
		10.4%	89.6%	100.0%
	連携型	6	75	81
		7.4%	92.6%	100.0%
	合計	46	416	462
		10.0%	90.0%	100.0%

表 141　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	2	18832.0	23740.4	18832	2045	35619
	地域型	37	10823.3	15320.1	5596	0	74184
	連携型	6	7947.0	9963.7	4404	400	26261
	合計	45	10795.7	14837.9	5596	0	74184

表 142　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	46	173	219
		21.0%	79.0%	100.0%
	精神科病院	0	206	206
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	37	37
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	46	416	462
		10.0%	90.0%	100.0%

表 143　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	45	10795.7	14837.9	5596	0	74184
	精神科病院	0					
	診療所	0					
	その他	0					
	合計	45	10795.7	14837.9	5596	0	74184

7）認知症ケア加算 3：類型別の認知症ケア加算 3 算定の有無（表 144），年間算定件数（表 145）および医療機関種別の認知症ケア加算 3 算定の有無（表 146），年間算定件数（表 147）を示す．空欄であった 33 件は欠損としたが，認知症ケア加算 3 の算定の有無について確認していないか，あるいは算定していない可能性がある．算定が有で年間算定件数が空欄の報告 1 件は年間算定件数の集計に含めなかった．基幹型の 6.7%，地域型の 7.1%，連携型の 14.3%が算定しており，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 14.8%，精神科病院の 2.5%，診療所の 2.9%が算定しており，件数にはそれぞれ大きな差があった．

表 144　類型別　認知症ケア加算 3　算定の有無

		認知症ケア加算3 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	25	328	353
		7.1%	92.9%	100.0%
	連携型	11	66	77
		14.3%	85.7%	100.0%
	合計	37	408	445
		8.3%	91.7%	100.0%

表 145　類型別　認知症ケア加算 3　年間算定数

		認知症ケア加算3 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	1482.0		1482	1482	1482
	地域型	25	8861.1	10179.9	4830	200	33401
	連携型	10	7924.6	9867.9	3845	25	28529
	合計	36	8396.0	9883.5	4772	25	33401

表 146　医療機関種別　認知症ケア加算 3　算定の有無

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	31	178	209
		14.8%	85.2%	100.0%
	精神科病院	5	197	202
		2.5%	97.5%	100.0%
	診療所	1	33	34
		2.9%	97.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	37	408	445
		8.3%	91.7%	100.0%

表 147　医療機関種別　認知症ケア加算 3　年間算定数

		認知症ケア加算3 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	30	9122.8	10324.2	5181	200	33401
	精神科病院	5	5709.2	7173.4	3956	424	18115
	診療所	1	25.0		25	25	25
	その他	0					
	合計	36	8396.0	9883.5	4772	25	33401

Ⅱ-7. 認知症疾患医療センターへの受診の経緯

認知症疾患医療センターへの受診の経緯について，それぞれの経緯について類型別および医療機関種別に示す.

1）地域包括支援センターからの受診（表 148，149，図 74）

地域包括支援センターからの受診は，中央値では地域型および精神科病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 31 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 355 件/年と開きがあった.

表 148　類型別　地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯 地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	6.6	13.0	1	0	46
	地域型	354	21.1	31.6	13	0	355
	連携型	80	11.3	13.3	6	0	68
	合計	447	18.9	29.1	11	0	355

表 149　医療機関種別　地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯　地域包括支援センターから					
		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	202	16.1	34.2	6	0	355
	精神科病院	207	22.4	25.0	13	0	159
	診療所	38	14.1	14.4	8	0	68
	その他	0					
	合計	447	18.9	29.1	11	0	355

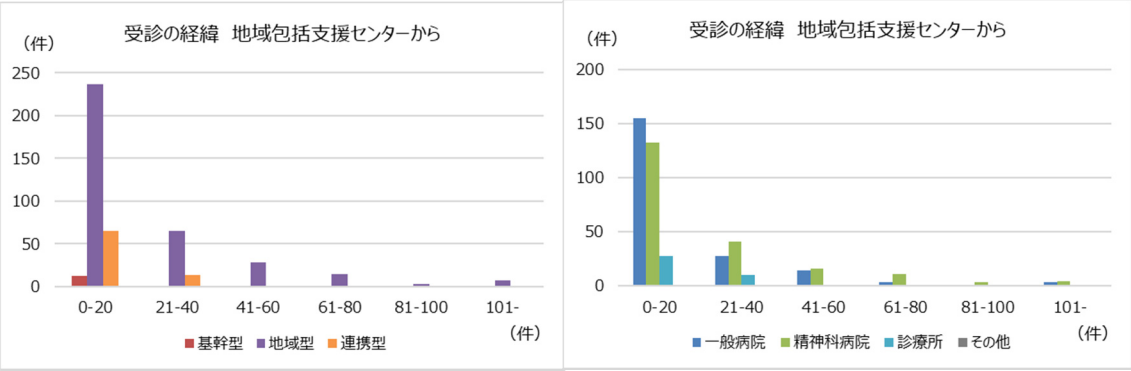


図 74　地域包括支援センターからの受診（再掲）

2）医療機関（かかりつけ医等）から（表 150，151，図 75）

医療機関（かかりつけ医等）からの受診は，中央値では基幹型および一般病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 4 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 1485 件/年と大きな開きがあった．

表 150　類型別　医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯　医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	145.4	99.0	119	39	382
	地域型	374	157.5	174.7	111	0	1485
	連携型	83	50.7	45.4	38	0	208
	合計	474	138.3	162.5	96	0	1485

表 151　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯　医療機関（かかりつけ医等）から					
		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	224	158.4	182.3	116	0	1485
	精神科病院	212	132.2	148.2	93	0	1413
	診療所	38	54.5	44.9	42	0	185
	その他	0					
	合計	474	138.3	162.5	96	0	1485

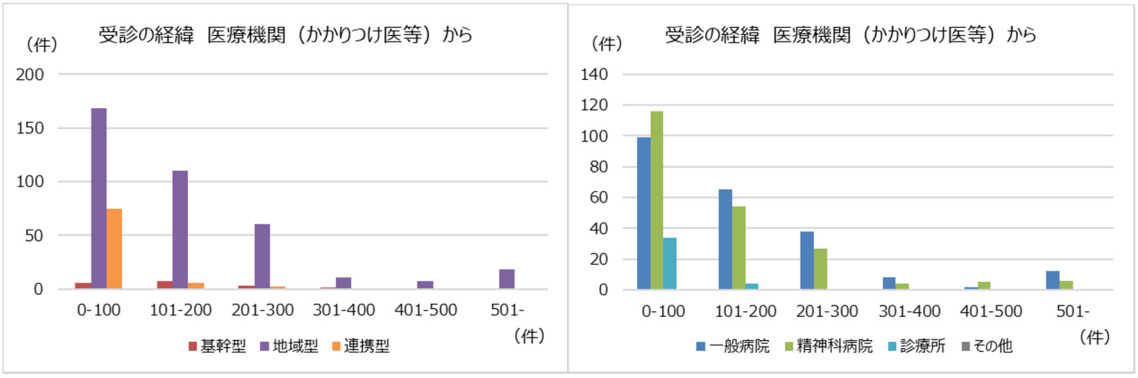


図 75　医療機関（かかりつけ医等）からの受診（再掲）

3）居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から（表 152，153，図 76）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診は，中央値では地域型および精神科病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 31 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 560 件/年と大きな開きがあった．

表 152　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	4.6	8.0	1	0	25
	地域型	356	41.1	70.9	22	0	560
	連携型	77	21.0	30.9	12	0	140
	合計	447	36.5	65.2	18	0	560

表 153　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所から					
		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	202	21.7	51.7	7	0	428
	精神科病院	208	53.6	76.5	33	0	560
	診療所	37	21.2	31.2	7	0	133
	その他	0					
	合計	447	36.5	65.2	18	0	560

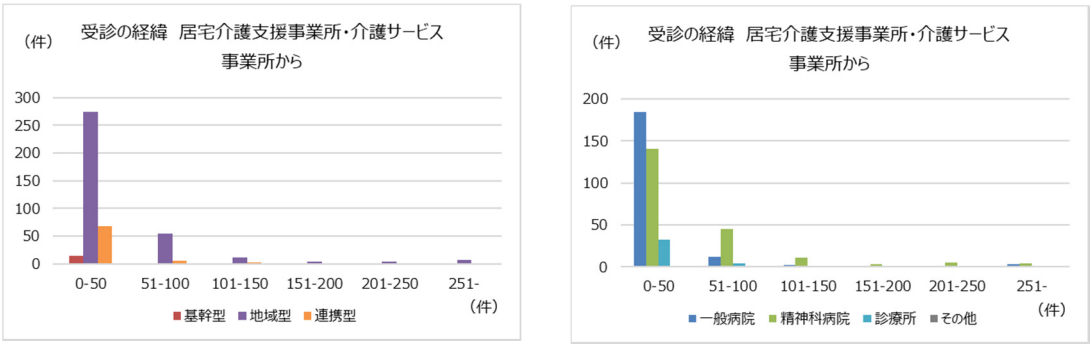


図 76　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診（再掲）

4）行政機関から（表 154，155，図 77）

行政機関からの受診は，中央値では地域型および精神科病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 37 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 249 件/年であった．

表 154　類型別　行政機関からの受診

		受診の経緯　行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	2.7	3.0	2	0	8
	地域型	351	9.6	23.6	3	0	249
	連携型	77	5.1	9.0	2	0	51
	合計	441	8.6	21.4	3	0	249

表 155　医療機関種別　行政機関からの受診

		受診の経緯　行政機関から					
		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	201	8.1	18.2	3	0	168
	精神科病院	204	9.6	25.5	4	0	249
	診療所	36	5.5	9.4	2	0	51
	その他	0					
	合計	441	8.6	21.4	3	0	249

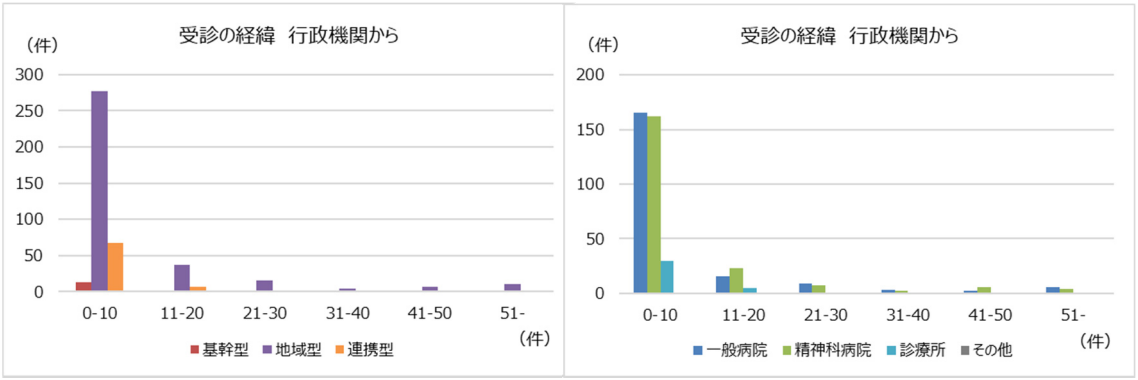


図 77　行政機関からの受診（再掲）

5）その他（表 156，157，図 78）

その他からの受診は，中央値では基幹型および精神科病院で多かった．項目の空欄（空欄）は 47 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 1087 件/年と大きな開きがあった．

表 156　類型別　その他からの受診

		受診の経緯　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	14	28.1	50.5	7	0	178
	地域型	341	51.9	110.4	14	0	1087
	連携型	76	43.6	120.9	5	0	969
	合計	431	49.6	110.8	11	0	1087

表 157　医療機関種別　その他からの受診

		受診の経緯　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	195	43.3	105.9	9	0	1087
	精神科病院	199	55.5	104.6	15	0	716
	診療所	37	51.3	160.0	4	0	969
	その他	0					
	合計	431	49.6	110.8	11	0	1087

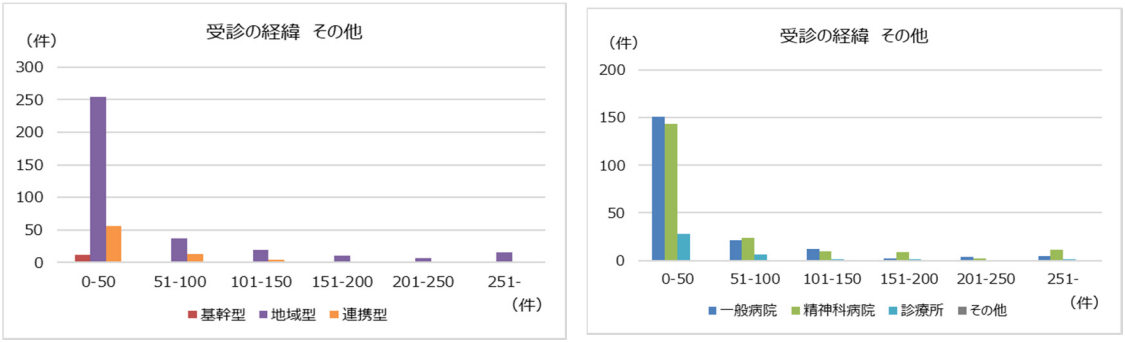


図 78　その他からの受診（再掲）

Ⅱ-8. 認知症疾患医療センター受診後の情報提供

認知症疾患医療センター受診後の情報提供について，それぞれの情報提供先について類型別および医療機関種別に示す．

1）地域包括支援センターへの情報提供（表 158，159，図 79）

地域包括支援センターへの情報提供は，中央値では基幹型および精神科病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 41 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 777 件/年と大きな開きがあった．

表 158　類型別　地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供　地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	35.5	81.1	3	0	300
	地域型	349	29.7	56.4	14	0	777
	連携型	74	12.5	18.5	6	0	95
	合計	437	27.0	53.3	12	0	777

表 159　医療機関種別　地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供　地域包括支援センターへ					
		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	201	31.7	71.0	12	0	777
	精神科病院	200	24.6	32.1	12	0	229
	診療所	36	14.2	19.2	7	0	95
	その他	0					
	合計	437	27.0	53.3	12	0	777

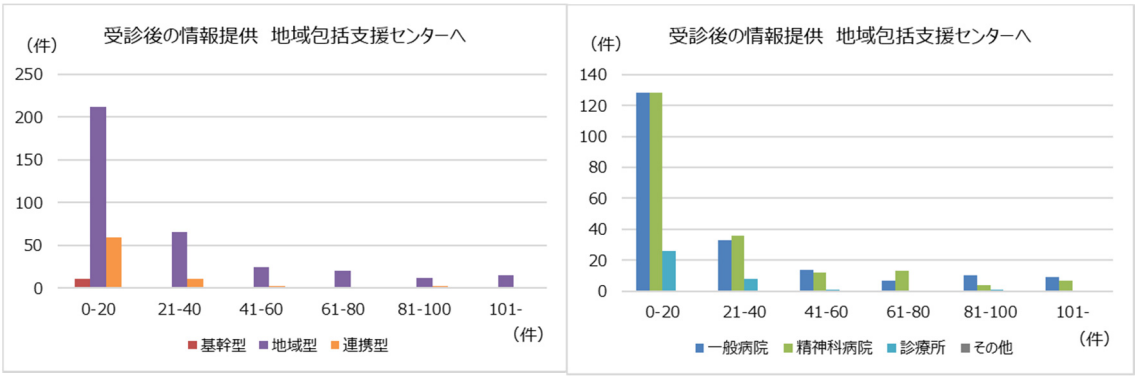


図 79　地域包括支援センターへの情報提供（再掲）

2）医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（表 160，161，図 80）

医療機関（かかりつけ医等）への情報提供は，中央値で地域型および一般病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 11 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 1137 件/年と大きな開きがあった．

表 160　類型別　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供　医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	129.1	102.3	86	5	302
	地域型	370	155.4	150.5	117	0	1137
	連携型	81	56.0	68.2	35	0	365
	合計	467	137.3	143.1	93	0	1137

表 161　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供　医療機関（かかりつけ医等）へ					
		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	218	152.0	148.4	106	0	774
	精神科病院	211	135.7	143.0	97	0	1137
	診療所	38	61.8	74.1	40	0	365
	その他	0					
	合計	467	137.3	143.1	93	0	1137

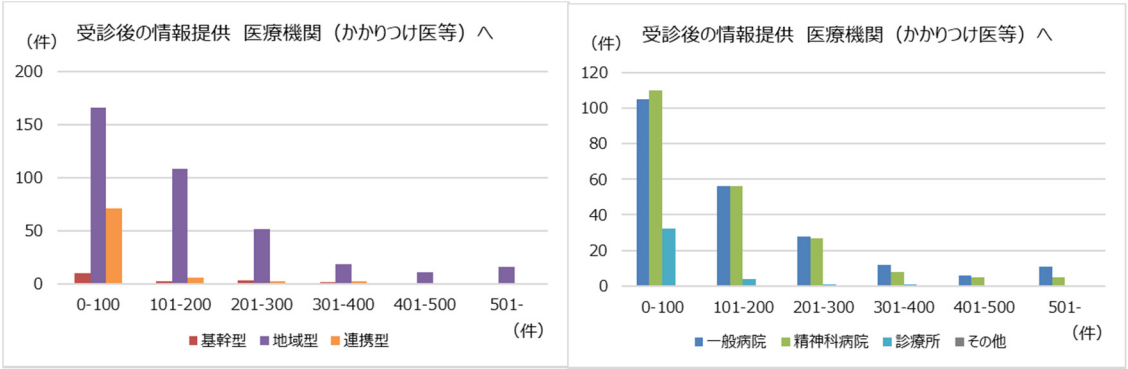


図 80　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（再掲）

3）居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（表 162，163，図 81）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供は，中央値で地域型および精神科病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 36 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 846 件/年と大きな開きがあった．

表 162　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	71.8	163.0	5	0	594
	地域型	353	49.3	95.1	20	0	846
	連携型	75	26.5	42.3	7	0	233
	合計	442	46.1	91.7	17	0	846

表 163　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所へ					
		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	201	41.3	97.6	10	0	846
	精神科病院	204	53.0	91.0	26	0	844
	診療所	37	34.5	52.2	15	0	233
	その他	0					
	合計	442	46.1	91.7	17	0	846

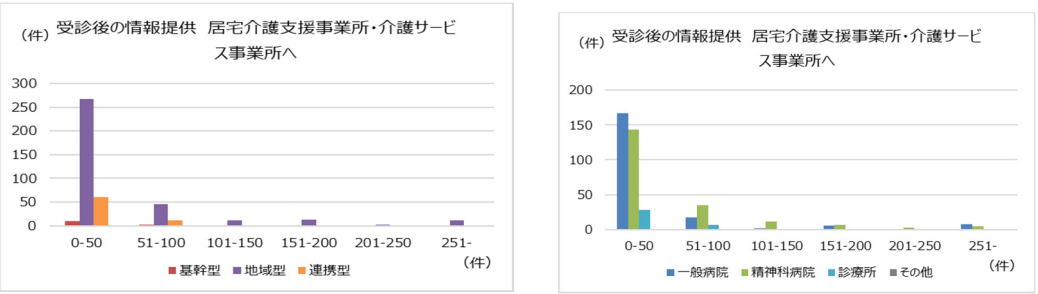


図 81　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（再掲）

4）行政機関への情報提供（表 164，165，図 82）

行政機関への情報提供は，中央値で地域型および精神科病院で多かった．項目の空欄（欠損値）は 57 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 163 件/年であった．

表 164　類型別　行政機関への情報提供

		受診後の情報提供　行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	13.0	26.3	5	0	94
	地域型	336	8.3	17.8	3	0	163
	連携型	70	8.5	23.7	1	0	158
	合計	421	8.5	19.2	2	0	163

表 165　医療機関種別　行政機関への情報提供

		受診後の情報提供　行政機関へ					
		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	193	9.2	20.3	2	0	152
	精神科病院	192	7.3	15.4	4	0	163
	診療所	36	11.3	29.6	2	0	158
	その他	0					
	合計	421	8.5	19.2	2	0	163

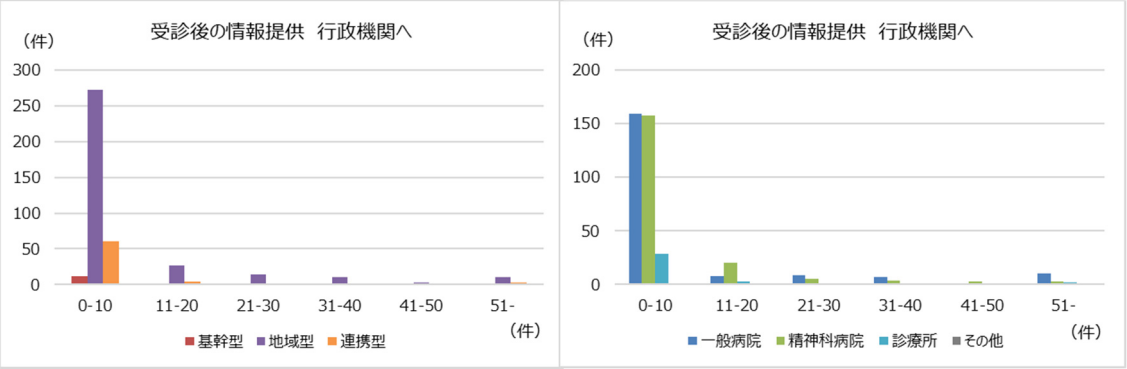


図 82　行政機関への情報提供（再掲）

5）その他への情報提供（表 166，167，図 83）

その他への情報提供は，中央値で基幹型および診療所で多かった．項目の空欄（欠損値）は 64 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 1392 件/年と大きな開きがあった．

表 166　類型別　その他への情報提供

		受診後の情報提供　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	14	46.5	121.5	2	0	443
	地域型	329	33.0	128.1	2	0	1392
	連携型	71	32.5	70.0	3	0	365
	合計	414	33.3	119.8	2	0	1392

表 167　医療機関種別　その他への情報提供

		受診後の情報提供　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	187	29.0	121.6	2	0	1392
	精神科病院	191	37.2	125.1	4	0	1341
	診療所	36	35.3	74.1	1	0	289
	その他	0					
	合計	414	33.3	119.8	2	0	1392

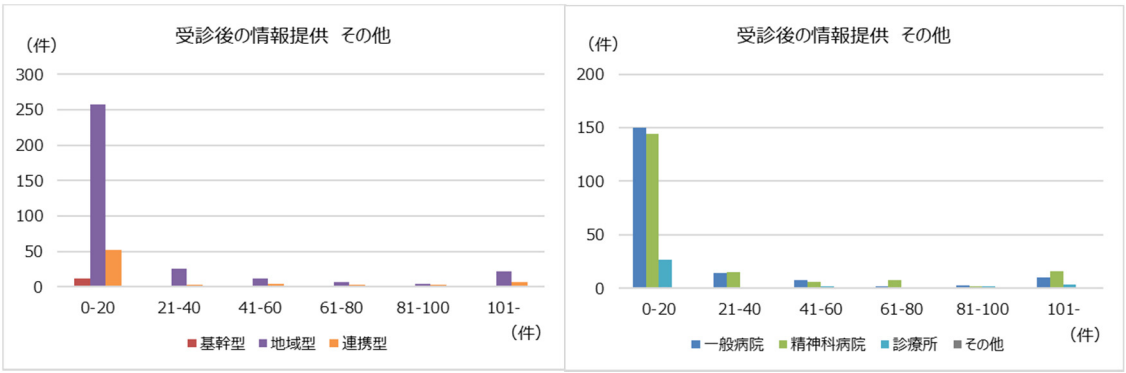


図 83　その他への情報提供（再掲）

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 168），および医療機関種別（表 169）に示す．空欄であった 12 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 67.7%が指定されていたが，地域型の 64.9%，連携型の 76.5%，精神科病院の 94.6%，診療所の 67.2%は指定されていなかった．

表 168　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	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	129	239	368
		35.1%	64.9%	100.0%
	連携型	19	62	81
		23.5%	76.5%	100.0%
	合計	165	301	466
		35.4%	64.6%	100.0%

表 169　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	153	73	226
		67.7%	32.3%	100.0%
	精神科病院	11	193	204
		5.4%	94.6%	100.0%
	診療所	1	35	36
		2.8%	97.2%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	165	301	466
		35.4%	64.6%	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 170），および医療機関種別（表 171）に示す．空欄であった 14 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 64.7%は指定されていたが，地域型の 87.4%，連携型の 100%，一般病院の 74.4%，精神科病院と診療所の 100%が指定されていなかった．

表 170　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	11	6	17
		64.7%	35.3%	100.0%
	地域型	46	320	366
		12.6%	87.4%	100.0%
	連携型	0	81	81
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	57	407	464
		12.3%	87.7%	100.0%

表 171　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	57	166	223
		25.6%	74.4%	100.0%
	精神科病院	0	205	205
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	36	36
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	57	407	464
		12.3%	87.7%	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 172，図 84），および医療機関種別（表 173，図 85）に示す．全体の 81.6%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 172　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	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	310	68	378
		82.0%	18.0%	100.0%
	連携型	63	20	83
		75.9%	24.1%	100.0%
	合計	390	88	478
		81.6%	18.4%	100.0%

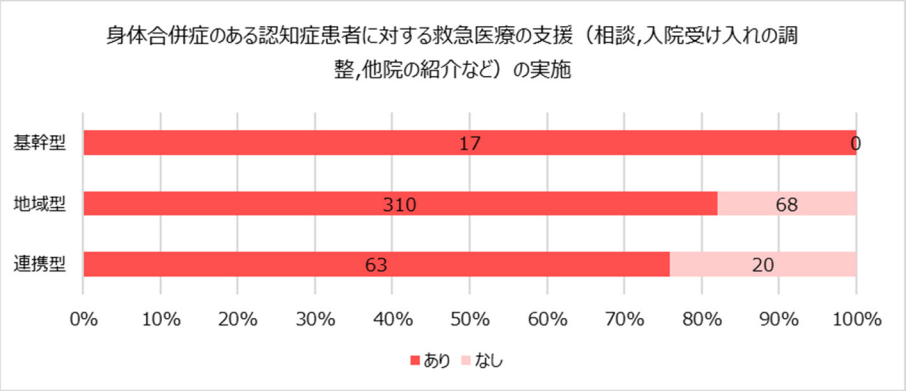


図 84　類型別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

表 173　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	199	27	226
		88.1%	11.9%	100.0%
	精神科病院	162	52	214
		75.7%	24.3%	100.0%
	診療所	29	9	38
		76.3%	23.7%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	390	88	478
		81.6%	18.4%	100.0%

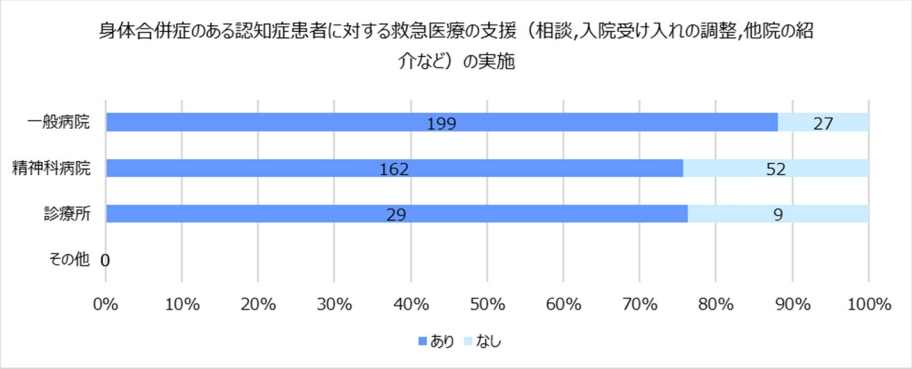


図 85　医療機関別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

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 174, 図 86），および医療機関種別（表 175, 図 87）に示す．基幹型の 94.1%，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 62.2%，連携型の 85.5%，精神科病院の 86.4%，診療所の 92.1%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 174　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

		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		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	143	235	378
		37.8%	62.2%	100.0%
	連携型	12	71	83
		14.5%	85.5%	100.0%
	合計	171	307	478
		35.8%	64.2%	100.0%

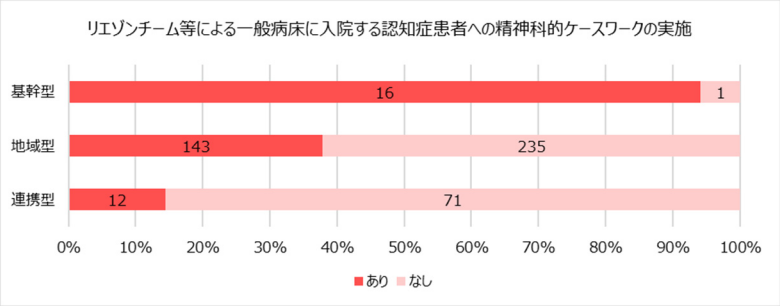


図 86　類型別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（再掲）

表 175　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

		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		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	139	87	226
		61.5%	38.5%	100.0%
	精神科病院	29	185	214
		13.6%	86.4%	100.0%
	診療所	3	35	38
		7.9%	92.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	171	307	478
		35.8%	64.2%	100.0%

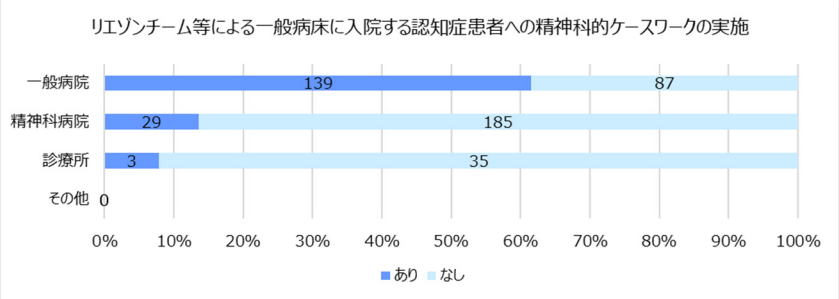


図 87　医療機関種別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（再掲）

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 176，図 88），および医療機関種別（表 177，図 89）に示す．類型別では，基幹型の 70.6%，地域型の 63.0%で，医療機関種別では一般病院の 73.0%，精神科病院の 52.8%で全診療科を対象とした認知症に関する研修が実施されていた．

表 176　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	12	5	17
		70.6%	29.4%	100.0%
	地域型	238	140	378
		63.0%	37.0%	100.0%
	連携型	45	38	83
		54.2%	45.8%	100.0%
	合計	295	183	478
		61.7%	38.3%	100.0%

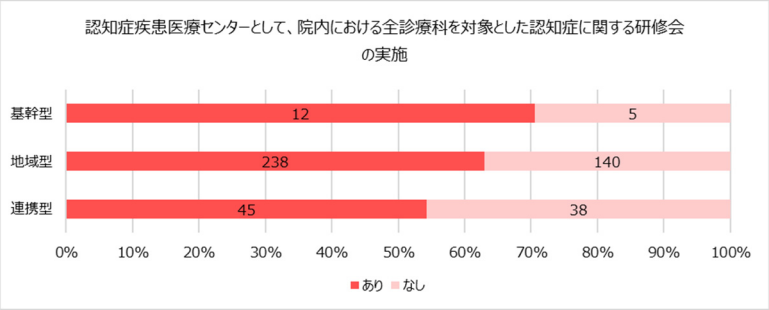


図 88　類型別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

表 177　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	165	61	226
		73.0%	27.0%	100.0%
	精神科病院	113	101	214
		52.8%	47.2%	100.0%
	診療所	17	21	38
		44.7%	55.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	295	183	478
		61.7%	38.3%	100.0%

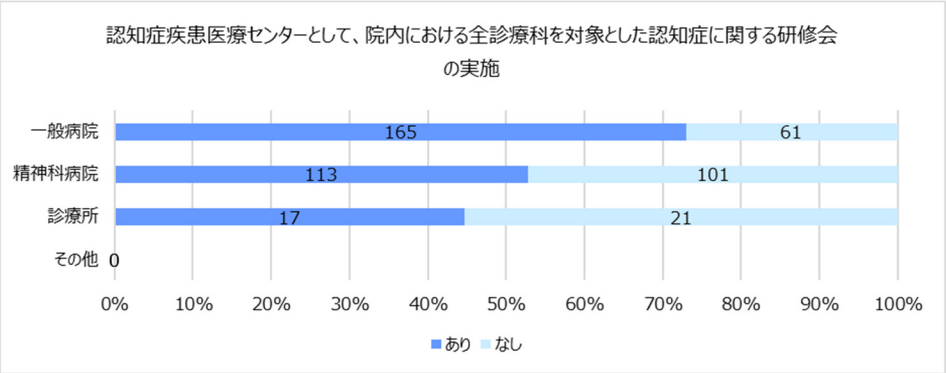


図 89　医療機関種別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

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 178，図 90）および医療機関種別（表 179，図 91）に示す．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確保率は，基幹型では 100.0%であったが，地域型では 38.4%，連携型では 30.1%，一般病院では 40.3%，精神科病院では 43.9%であった．

表 178　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	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	145	233	378
		38.4%	61.6%	100.0%
	連携型	25	58	83
		30.1%	69.9%	100.0%
	合計	187	291	478
		39.1%	60.9%	100.0%

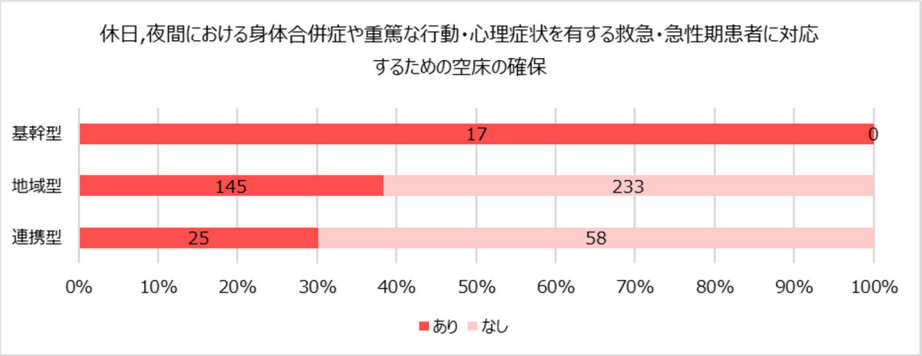


図 90　類型別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

表 179　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	91	135	226
		40.3%	59.7%	100.0%
	精神科病院	94	120	214
		43.9%	56.1%	100.0%
	診療所	2	36	38
		5.3%	94.7%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	187	291	478
		39.1%	60.9%	100.0%

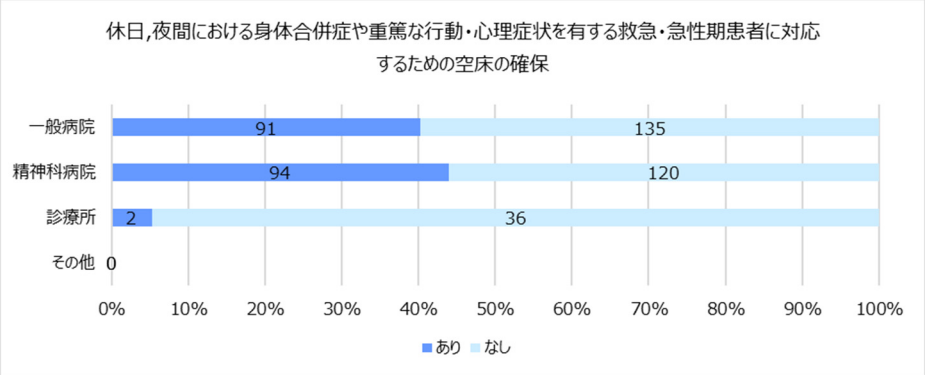


図 91　医療機関種別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

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 180，図 92，93，94）および医療機関種別（表 181，図 95，96，97）に示す．空欄は一般病床で 152 件，精神病床で 126 件，その他の病床で 169 件あり，集計上は欠損としたが，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 0 床であった可能性がある．確保している精神病床の中央値は基幹型で 1 床，精神科病院で 1 床であった．

表 180　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	10	0.4	0.5	0	0	1
	地域型	264	1.1	3.4	0	0	30
	連携型	52	0.3	0.9	0	0	5
	合計	326	1.0	3.1	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	16	0.9	0.3	1	0	1
	地域型	282	0.8	1.5	0	0	10
	連携型	54	0.4	0.8	0	0	4
	合計	352	0.7	1.4	0	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	9	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	251	0.0	0.4	0	0	6
	連携型	49	0.0	0.2	0	0	1
	合計	309	0.0	0.4	0	0	6

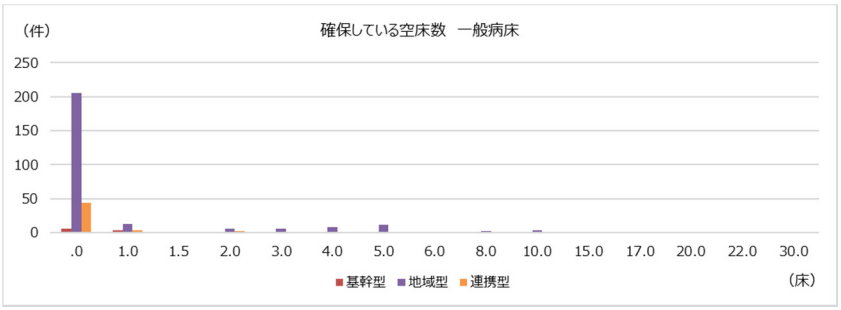


図 92　類型別　確保している空床数（一般病床）

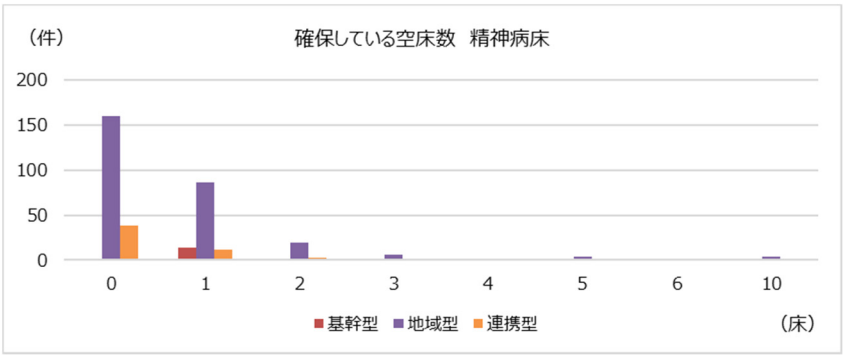


図 93　類型別　確保している空床数（精神病床）

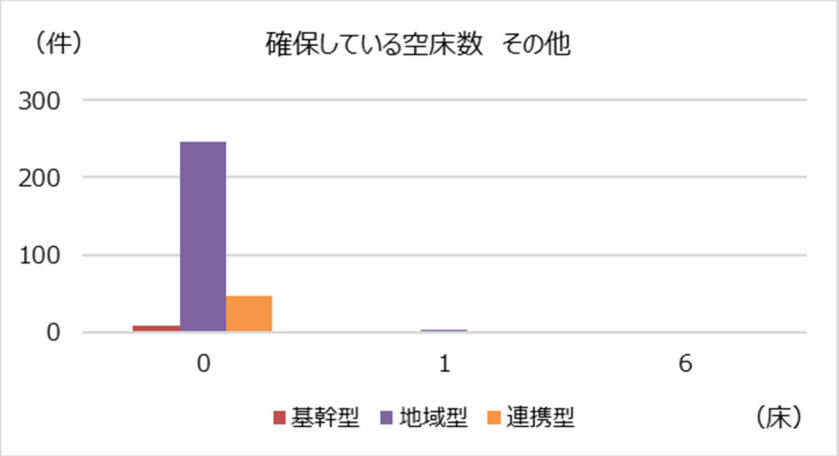


図 94　類型別　確保している空床数（その他）

表 181　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	163	1.9	4.2	0	0	30
	精神科病院	137	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	26	0.1	0.3	0	0	1
	その他	0					
	合計	326	1.0	3.1	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	160	0.5	1.3	0	0	10
	精神科病院	167	1.0	1.5	1	0	10
	診療所	25	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	352	0.7	1.4	0	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	147	0.1	0.5	0	0	6
	精神科病院	137	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	25	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	309	0.0	0.4	0	0	6

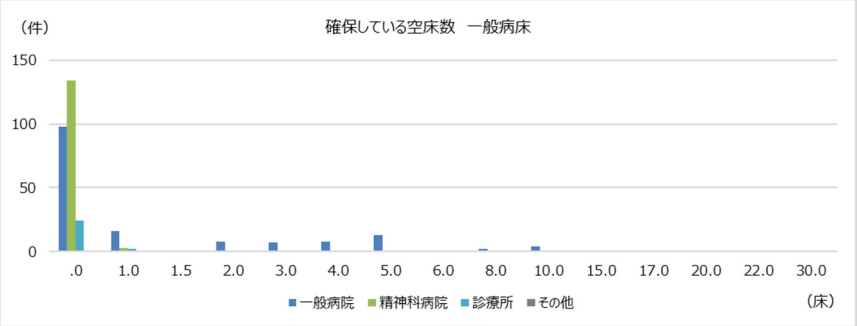


図 95　医療機関種別　確保している空床数（一般病床）

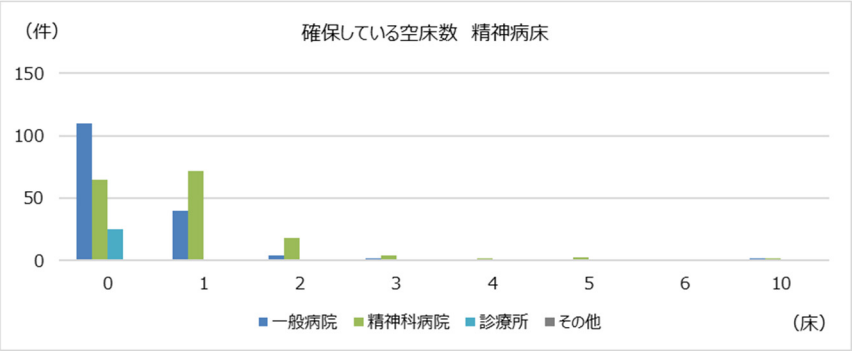


図 96　医療機関種別　確保している空床数（精神病床）

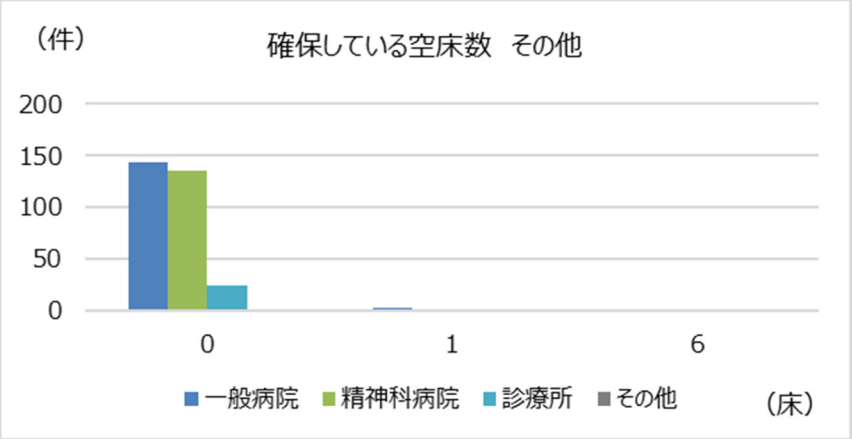


図 97　医療機関種別　確保している空床数（その他）

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（注：令和 3 年度より認知症疾患医療センター連携会議）

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 182，図 98）および医療機関種別（表 183，図 99）に示す．空欄であった 14 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，不明であった可能性がある．全体の 64.7%が自院で主催であり，連携型の 48.1%，診療所の 63.2%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 12.7%であった．

表 182　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	14	2	1	0	17
		82.4%	11.8%	5.9%	0.0%	100.0%
	地域型	254	47	65	0	366
		69.4%	12.8%	17.8%	0.0%	100.0%
	連携型	32	10	39	0	81
		39.5%	12.3%	48.1%	0.0%	100.0%
	合計	300	59	105	0	464
		64.7%	12.7%	22.6%	0.0%	100.0%

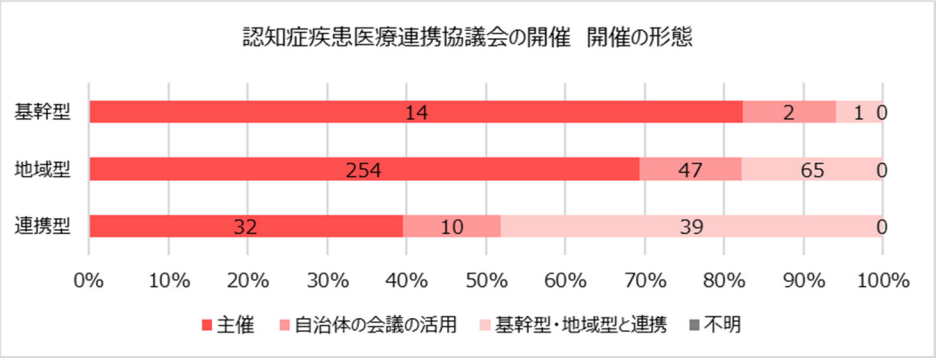


図 98　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

表 183　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	150	24	46	0	220
		68.2%	10.9%	20.9%	0.0%	100.0%
	精神科病院	142	29	35	0	206
		68.9%	14.1%	17.0%	0.0%	100.0%
	診療所	8	6	24	0	38
		21.1%	15.8%	63.2%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	300	59	105	0	464
		64.7%	12.7%	22.6%	0.0%	100.0%

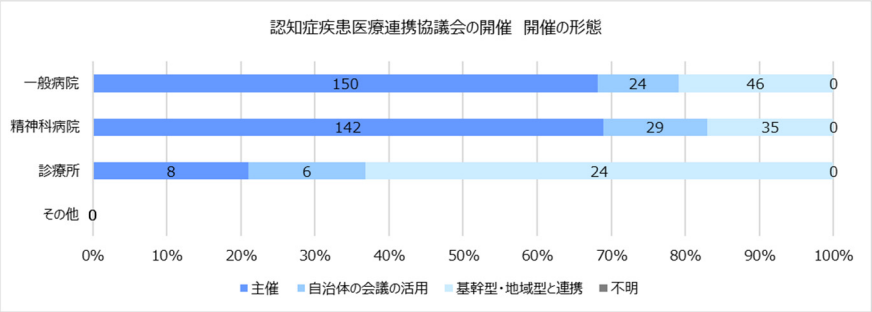


図 99　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

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 184，図 100），および医療機関種別（表 185，図 101）に示す．空欄であった 17 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．中央値では，すべての類型，一般病院，精神科病院では 1 回/年の開催であったが，診療所では 2 回/年であった．

表 184　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	17	1.2	0.7	1	0	2
	地域型	365	1.6	1.5	1	0	14
	連携型	79	1.4	0.8	1	0	3
	合計	461	1.5	1.4	1	0	14

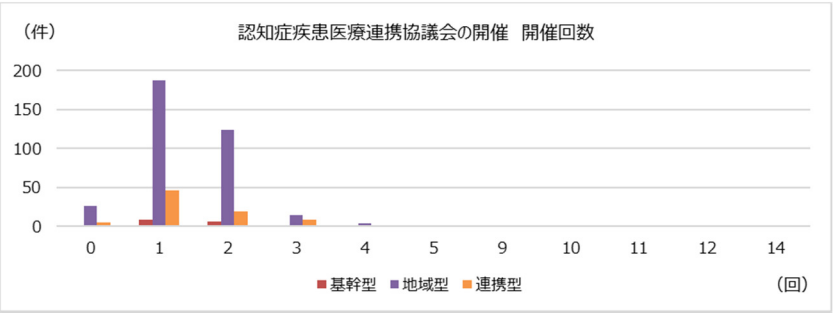


図 100　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

表 185　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	218	1.5	1.2	1	0	11
	精神科病院	206	1.6	1.6	1	0	14
	診療所	37	1.6	0.9	2	0	3
	その他	0					
	合計	461	1.5	1.4	1	0	14

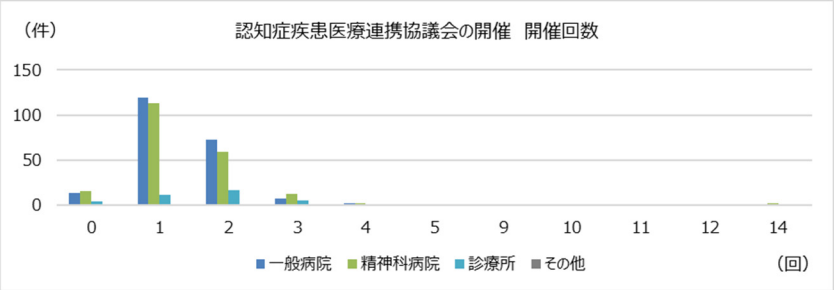


図 101　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

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 186, 図 102)と開催回数（表 187，図 103)，および医療機関種別の開催の有無（表 188，図 104）と開催回数（表 189，図 105）を示す．開催の有無について空欄（欠損値）はなかったが，開催有にもかかわらず回数が空欄の報告が 2 件あった．全体で 72.6%が開催していた．回数の中央値では基幹型は 2 回/年，地域型と連携型は 1 回/年の開催であった．最大実施回数は 20 回/年であった．

表 186　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	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	280	98	378
		74.1%	25.9%	100.0%
	連携型	51	32	83
		61.4%	38.6%	100.0%
	合計	347	131	478
		72.6%	27.4%	100.0%

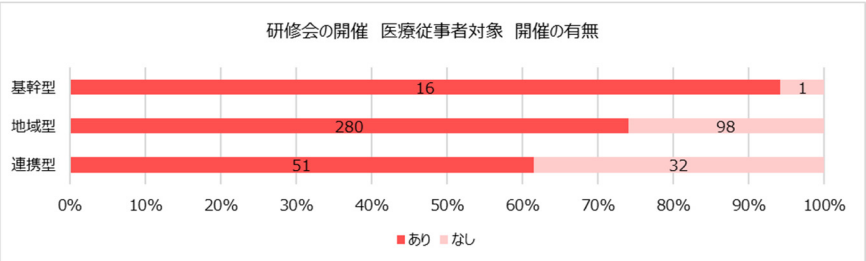


図 102　類型別　医療従事者対象の研修会の開催の有無（再掲）

表 187　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	3.1	2.9	2	1	11
	地域型	279	2.1	2.7	1	0	20
	連携型	50	2.1	2.5	1	0	12
	合計	345	2.2	2.7	1	0	20

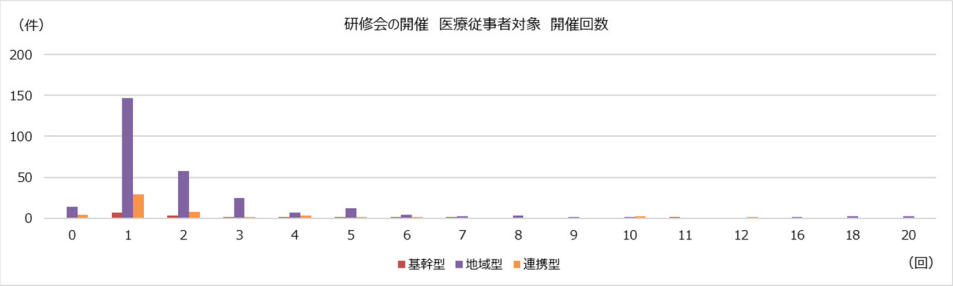


図 103　類型別　医療従事者対象の研修会の開催回数

表 188　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	175	51	226
		77.4%	22.6%	100.0%
	精神科病院	146	68	214
		68.2%	31.8%	100.0%
	診療所	26	12	38
		68.4%	31.6%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	347	131	478
		72.6%	27.4%	100.0%

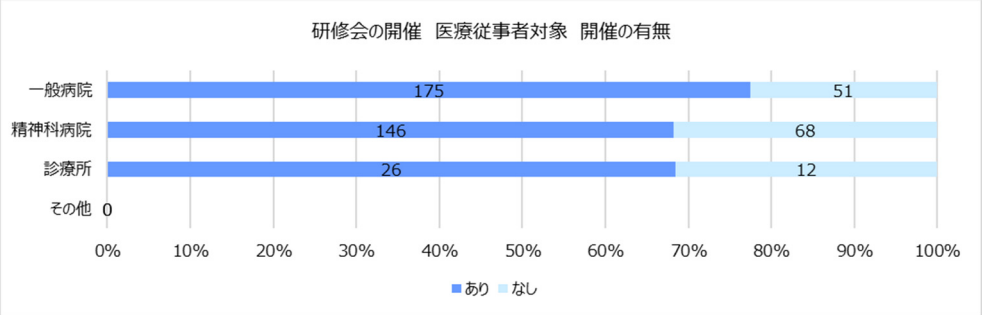


図 104　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催の有無（再掲）

表 189　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	174	2.3	2.9	1	0	20
	精神科病院	145	1.9	2.3	1	0	20
	診療所	26	2.8	3.3	1	0	12
	その他	0					
	合計	345	2.2	2.7	1	0	20

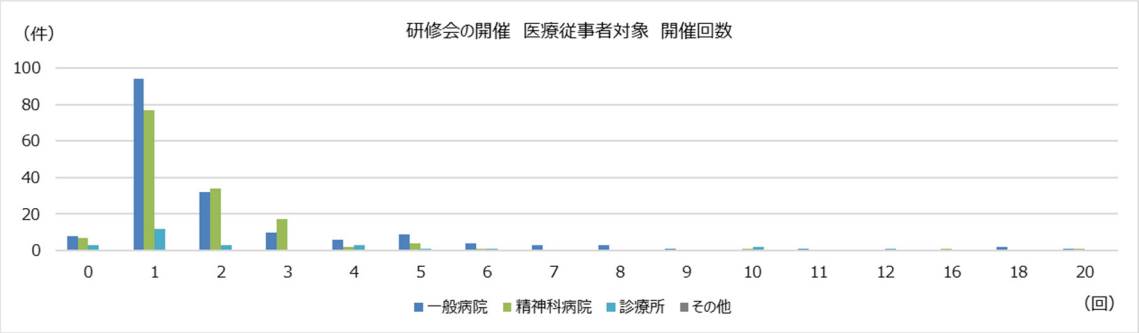


図 105　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催回数

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 190，図 106）と開催回数（表 191，図 107），および医療機関種別の開催の有無（表 192，図 108）と開催回数（表 193，図 109）を示す．開催の有無について空欄はなかったが，開催有にもかかわらず回数が空欄の報告が 1 件あった．全体で 51.3%が開催しており，回数の中央値では 1 回/年の開催，最大実施回数は 11 回/年であった．

表 190　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	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	地域型	200	178	378
		52.9%	47.1%	100.0%
	連携型	31	52	83
		37.3%	62.7%	100.0%
	合計	245	233	478
		51.3%	48.7%	100.0%

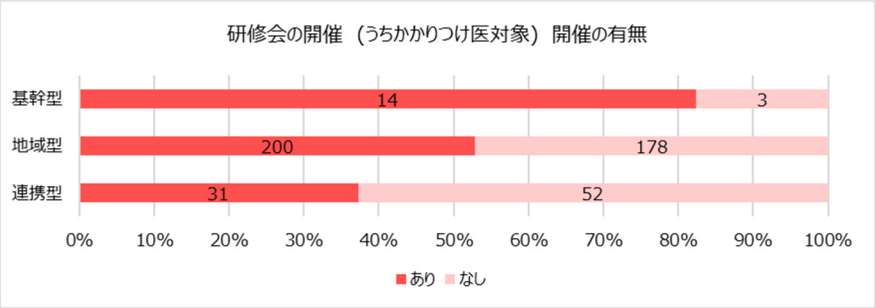


図 106　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 191　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	14	2.6	3.0	1	1	11
	地域型	199	1.5	1.4	1	0	10
	連携型	31	1.9	2.2	1	0	10
	合計	244	1.6	1.7	1	0	11

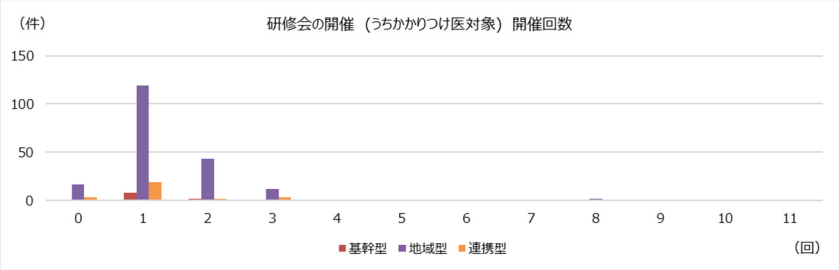


図 107　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

表 192　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	121	105	226
		53.5%	46.5%	100.0%
	精神科病院	105	109	214
		49.1%	50.9%	100.0%
	診療所	19	19	38
		50.0%	50.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	245	233	478
		51.3%	48.7%	100.0%

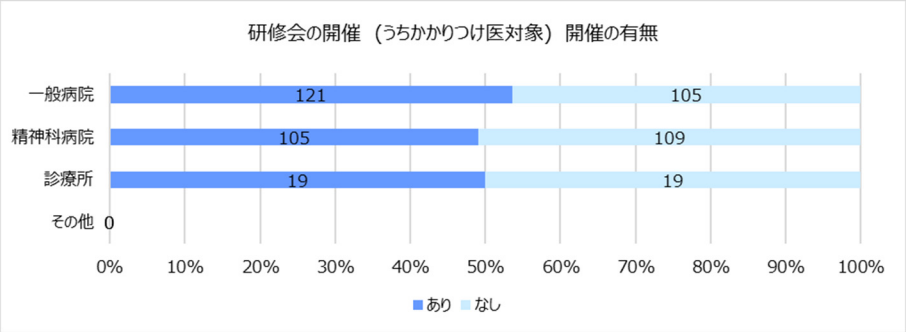


図 108　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 193　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	121	1.7	1.7	1	0	11
	精神科病院	104	1.4	1.3	1	0	10
	診療所	19	2.4	2.7	1	0	10
	その他	0					
	合計	244	1.6	1.7	1	0	11

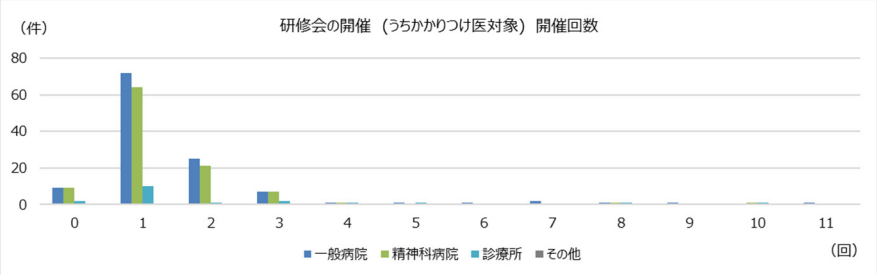


図 109　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

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 194，図 110）と開催回数（表 195，図 111），および医療機関種別の開催の有無（表 196，図 112）と開催回数（表 197，図 113）を示す．開催の有無について空欄はなかったが，開催有にも関わらず回数が空欄の報告が 1 件はあった．回数の中央値では 1 回/年の開催，最大実施回数は 21 回/年であった．

表 194　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	13	4	17
		76.5%	23.5%	100.0%
	地域型	254	124	378
		67.2%	32.8%	100.0%
	連携型	40	43	83
		48.2%	51.8%	100.0%
	合計	307	171	478
		64.2%	35.8%	100.0%

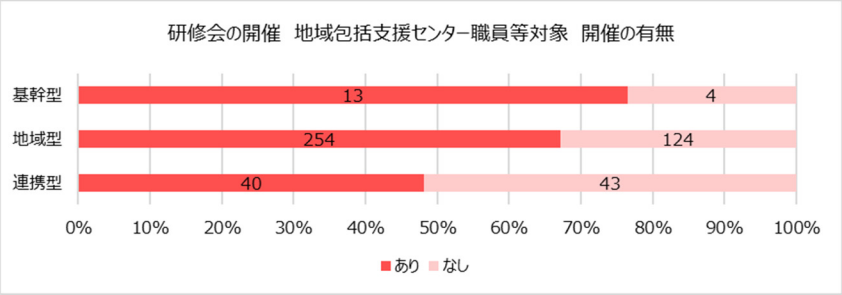


図 110　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 195　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	13	2.8	3.0	1	1	11
	地域型	254	1.8	2.3	1	0	21
	連携型	39	2.3	3.0	1	0	14
	合計	306	1.9	2.4	1	0	21

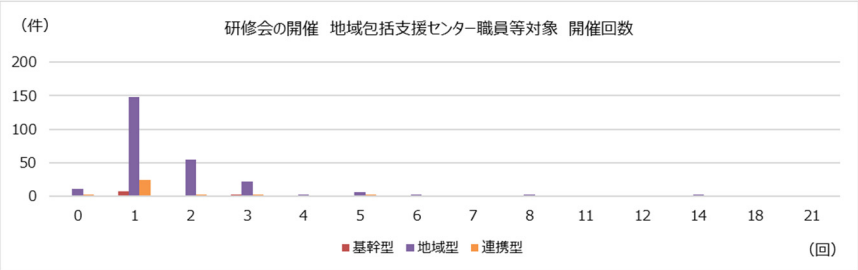


図 111　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

表 196　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	143	83	226
		63.3%	36.7%	100.0%
	精神科病院	137	77	214
		64.0%	36.0%	100.0%
	診療所	27	11	38
		71.1%	28.9%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	307	171	478
		64.2%	35.8%	100.0%

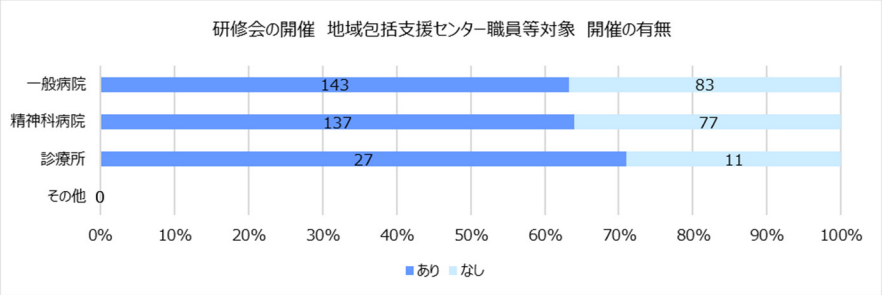


図 112　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 197　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	142	1.8	1.9	1	0	14
	精神科病院	137	1.9	2.6	1	0	21
	診療所	27	2.8	3.5	1	0	14
	その他	0					
	合計	306	1.9	2.4	1	0	21

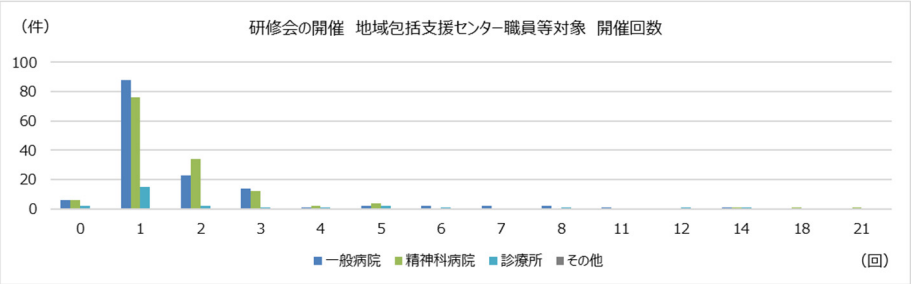


図 113　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

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 198，図 114）と開催回　数（表 199，図 115），および医療機関種別の開催の有無（表 200，図 116）と開催回数（表 201，図 117）を示す．開催有にも関わらず回数が空欄であった報告が 2 件あった．全体で 49.6%が開催していたが，基幹型では 52.9%が開催していなかった．回数の中央値では多くは 1 回/年の開催，診療所で中央値が 2 回/年で，全体の最大実施回数は 41 回/年であった．

表 198　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	8	9	17
		47.1%	52.9%	100.0%
	地域型	193	185	378
		51.1%	48.9%	100.0%
	連携型	36	47	83
		43.4%	56.6%	100.0%
	合計	237	241	478
		49.6%	50.4%	100.0%

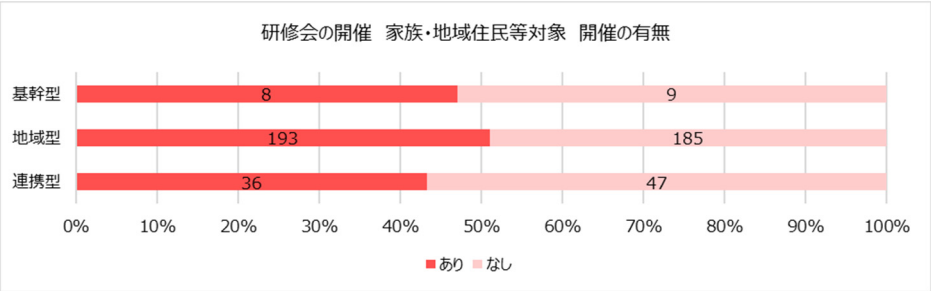


図 114　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 199　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	8	1.4	1.1	1	0	3
	地域型	193	2.5	4.6	1	0	41
	連携型	34	2.9	3.2	1	0	12
	合計	235	2.5	4.4	1	0	41

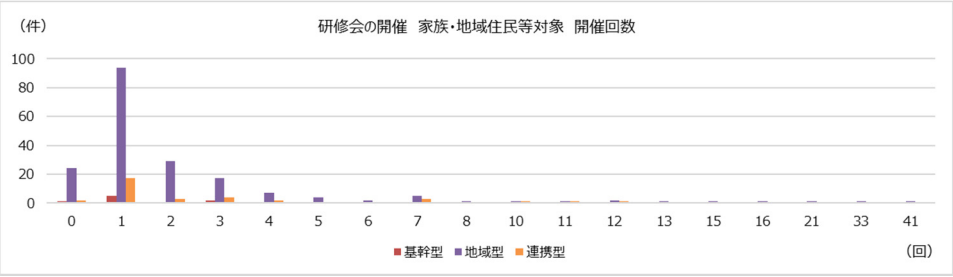


図 115　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

表 200　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	116	110	226
		51.3%	48.7%	100.0%
	精神科病院	99	115	214
		46.3%	53.7%	100.0%
	診療所	22	16	38
		57.9%	42.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	237	241	478
		49.6%	50.4%	100.0%

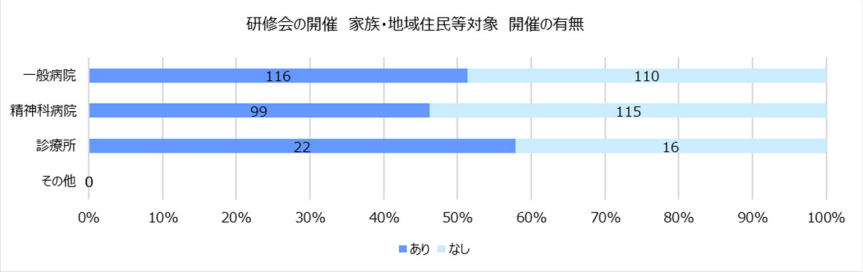


図 116　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 201　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	114	2.4	5.1	1	0	41
	精神科病院	99	2.4	3.5	1	0	21
	診療所	22	3.7	3.7	2	0	12
	その他	0					
	合計	235	2.5	4.4	1	0	41

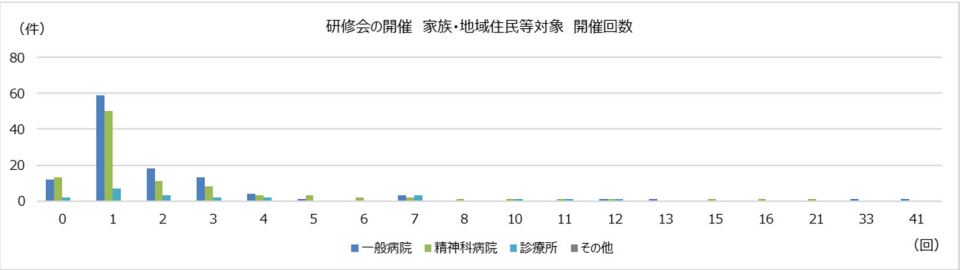


図 117　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

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 202，図 118）および医療機関種別（表 203，図 119）に示す．全体で 93.7%が情報発信の取り組みを行っていた．

表 202　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	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	355	23	378
		93.9%	6.1%	100.0%
	連携型	77	6	83
		92.8%	7.2%	100.0%
	合計	448	30	478
		93.7%	6.3%	100.0%

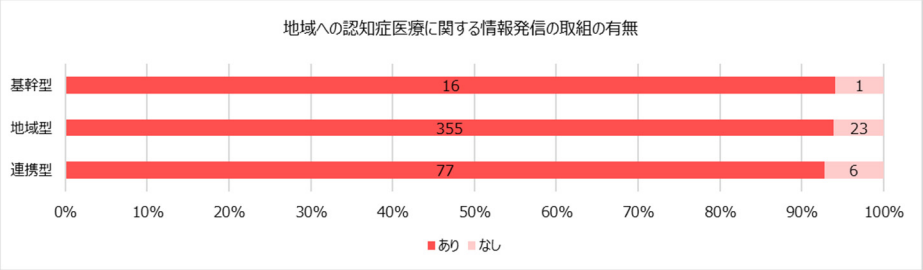


図 118　類型別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

表 203　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	211	15	226
		93.4%	6.6%	100.0%
	精神科病院	202	12	214
		94.4%	5.6%	100.0%
	診療所	35	3	38
		92.1%	7.9%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	448	30	478
		93.7%	6.3%	100.0%

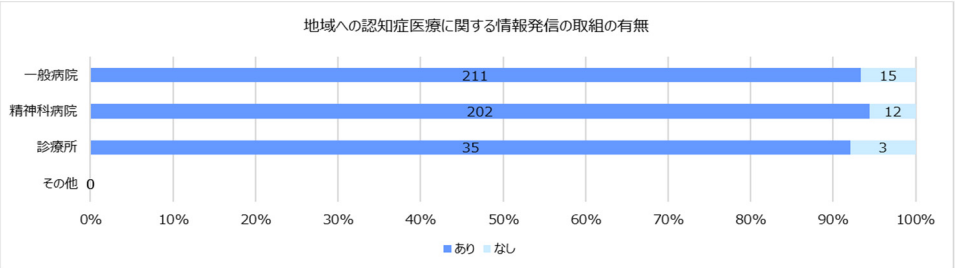


図 119　医療機関種別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

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 204，図 120）および医療機関種別（表 205，図 121）に示す．全体で 88.9%が普及啓発の取り組みを行っていた．

表 204　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	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	336	42	378
		88.9%	11.1%	100.0%
	連携型	73	10	83
		88.0%	12.0%	100.0%
	合計	425	53	478
		88.9%	11.1%	100.0%

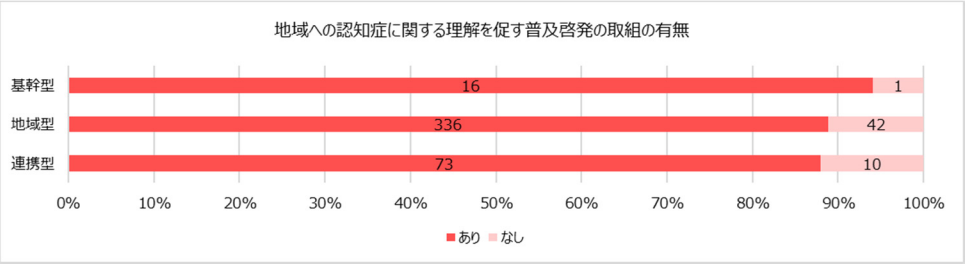


図 120　類型別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

表 205　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	199	27	226
		88.1%	11.9%	100.0%
	精神科病院	193	21	214
		90.2%	9.8%	100.0%
	診療所	33	5	38
		86.8%	13.2%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	425	53	478
		88.9%	11.1%	100.0%

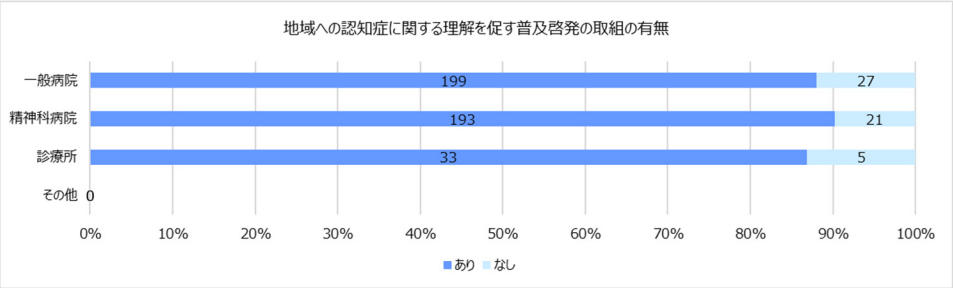


図 121　医療機関種別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

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 206，図 122）と回数（表 207，図 123）および医療機関種別の有無（表 208，図 124）と回数（表 209，図 125）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，あるいは不明であった可能性がある．全体で 80.5%が協力・講師派遣を行っており，回数の中央値では基幹型が 6 回/年と多く，最大値は地域型の 43 回/年であった．

表 206　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	15	2	17
		88.2%	11.8%	100.0%
	地域型	306	72	378
		81.0%	19.0%	100.0%
	連携型	64	19	83
		77.1%	22.9%	100.0%
	合計	385	93	478
		80.5%	19.5%	100.0%

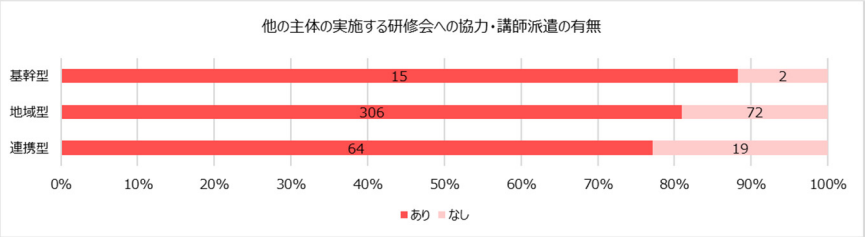


図 122　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 207　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	15	7.6	6.5	6	1	25
	地域型	286	5.4	6.4	3	0	43
	連携型	62	4.0	5.0	2	0	28
	合計	363	5.3	6.2	3	0	43

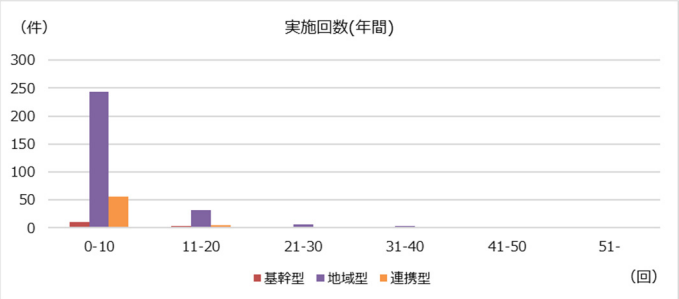


図 123　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

表 208　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	181	45	226
		80.1%	19.9%	100.0%
	精神科病院	171	43	214
		79.9%	20.1%	100.0%
	診療所	33	5	38
		86.8%	13.2%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	385	93	478
		80.5%	19.5%	100.0%

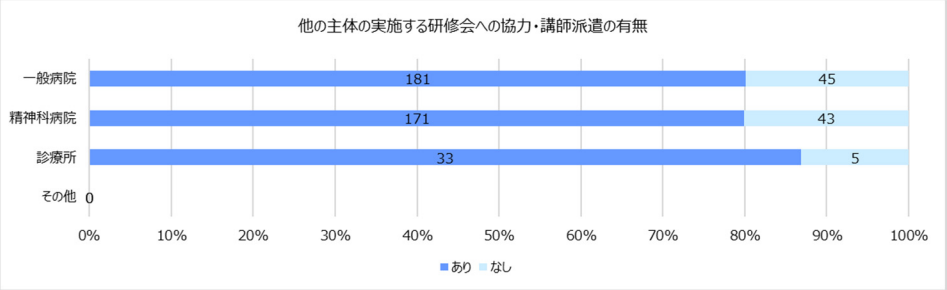


図 124　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 209　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	171	5.0	5.7	3	0	28
	精神科病院	160	5.6	7.1	3	0	43
	診療所	32	4.9	4.5	3	0	18
	その他	0					
	合計	363	5.3	6.2	3	0	43

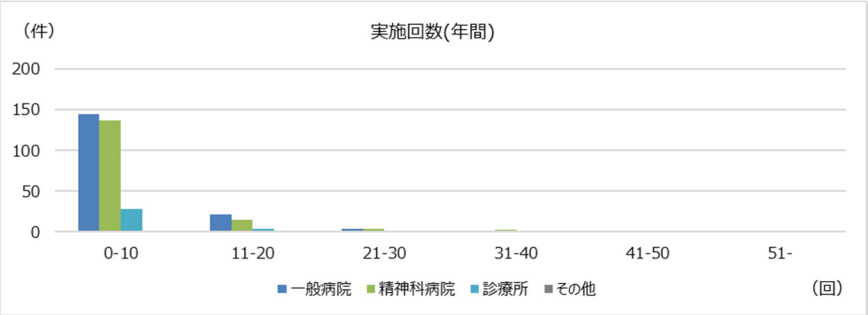


図 125　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

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 210，図 126）および医療機関種別（表 211，図 127）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は地域型の 20.6%と連携型の 26.5%，医療機関種別では一般病院の 14.6%，精神科病院の 25.2%，診療所の 34.2%であった．

表 210　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	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	78	300	378
		20.6%	79.4%	100.0%
	連携型	22	61	83
		26.5%	73.5%	100.0%
	合計	100	378	478
		20.9%	79.1%	100.0%

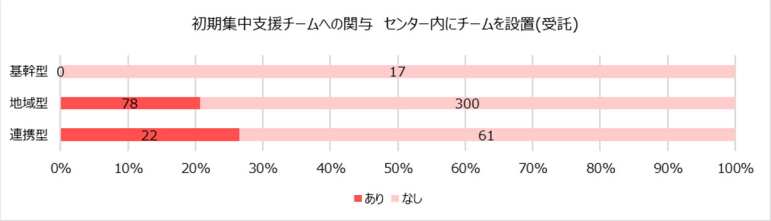


図 126　類型別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)（再掲）

表 211　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	33	193	226
		14.6%	85.4%	100.0%
	精神科病院	54	160	214
		25.2%	74.8%	100.0%
	診療所	13	25	38
		34.2%	65.8%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	100	378	478
		20.9%	79.1%	100.0%

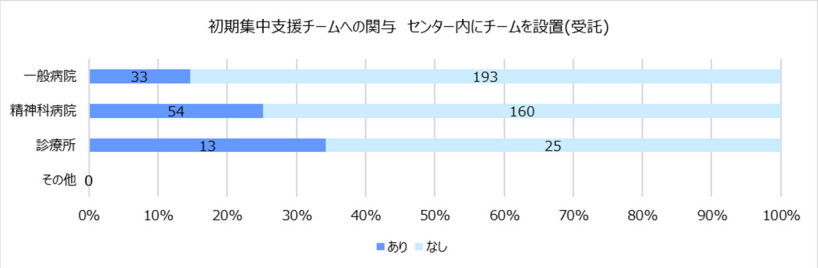


図 127　医療機関種別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)（再掲）

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 212，図 128）および医療機関種別（表 213，図 129）にそれぞれ示す．初期集中支援チーム員としての参加は，類型では地域型と連携型に多かった．

表 212　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	3	14	17
		17.6%	82.4%	100.0%
	地域型	187	191	378
		49.5%	50.5%	100.0%
	連携型	36	47	83
		43.4%	56.6%	100.0%
	合計	226	252	478
		47.3%	52.7%	100.0%

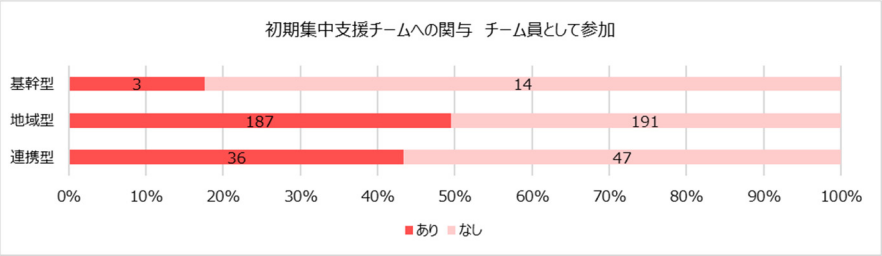


図 128　類型別　初期集中支援チーム員として参加（再掲）

表 213　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	92	134	226
		40.7%	59.3%	100.0%
	精神科病院	113	101	214
		52.8%	47.2%	100.0%
	診療所	21	17	38
		55.3%	44.7%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	226	252	478
		47.3%	52.7%	100.0%

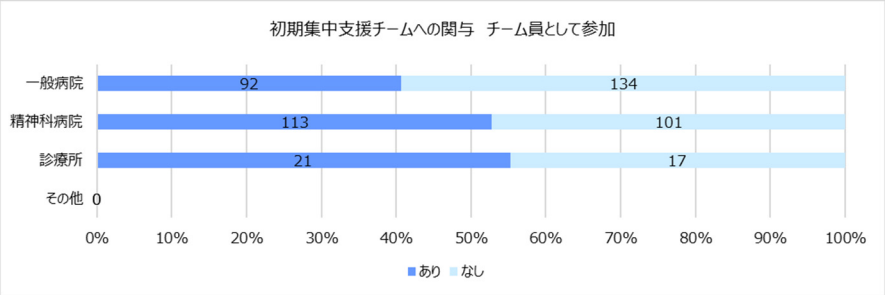


図 129　医療機関種別　初期集中支援チーム員として参加（再掲）

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 214，図 130）および医療機関種別（表 215，図 131）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 214　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	10	7	17
		58.8%	41.2%	100.0%
	地域型	222	156	378
		58.7%	41.3%	100.0%
	連携型	35	48	83
		42.2%	57.8%	100.0%
	合計	267	211	478
		55.9%	44.1%	100.0%

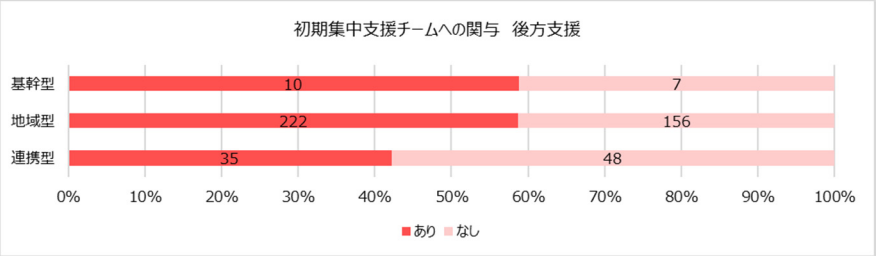


図 130　類型別　初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

表 215　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	133	93	226
		58.8%	41.2%	100.0%
	精神科病院	121	93	214
		56.5%	43.5%	100.0%
	診療所	13	25	38
		34.2%	65.8%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	267	211	478
		55.9%	44.1%	100.0%

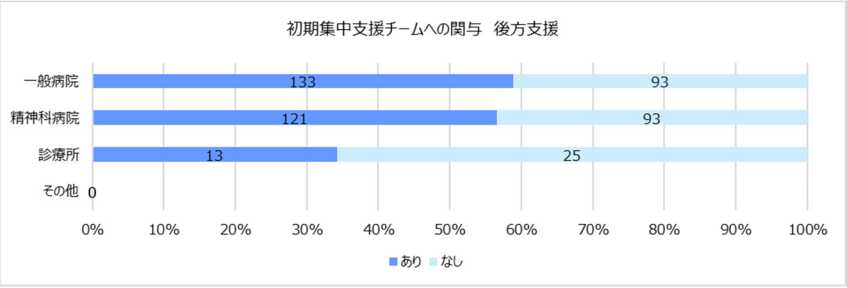


図 131　医療機関種別　初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

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 216，図 132）および医療機関種別（表 217，図 133）にそれぞれ示す．全体の 97.7%が通常業務として実施していた．

表 216　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	16	1	0	17
		94.1%	5.9%	0.0%	100.0%
	地域型	369	9	0	378
		97.6%	2.4%	0.0%	100.0%
	連携型	82	1	0	83
		98.8%	1.2%	0.0%	100.0%
	合計	467	11	0	478
		97.7%	2.3%	0.0%	100.0%

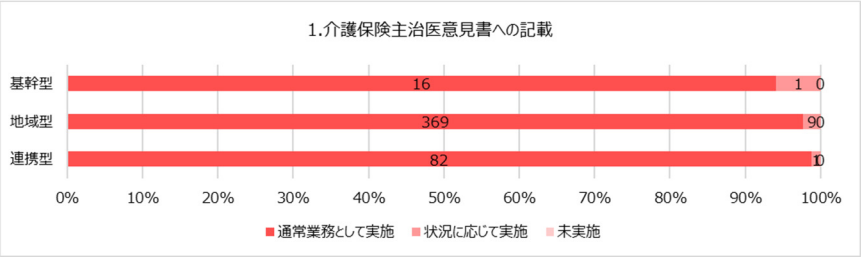


図 132　類型別　介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

表 217　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	220	6	0	226
		97.3%	2.7%	0.0%	100.0%
	精神科病院	209	5	0	214
		97.7%	2.3%	0.0%	100.0%
	診療所	38	0	0	38
		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	467	11	0	478
		97.7%	2.3%	0.0%	100.0%

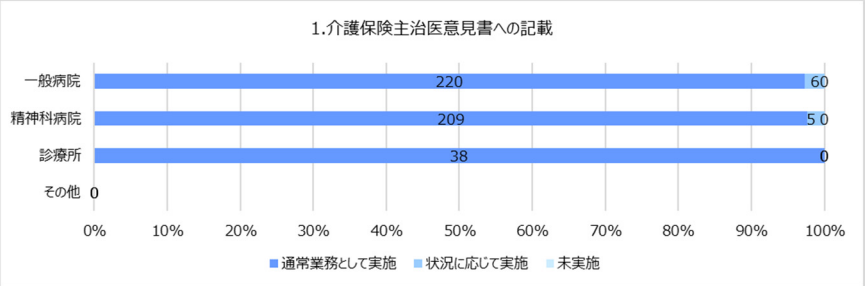


図 133　医療機関種別　介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

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 218，図 134）および医療機関種別（表 219，図 135）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 59.3%，連携型では 61.4%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 218　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	17	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	224	136	18	378
		59.3%	36.0%	4.8%	100.0%
	連携型	51	29	3	83
		61.4%	34.9%	3.6%	100.0%
	合計	292	165	21	478
		61.1%	34.5%	4.4%	100.0%

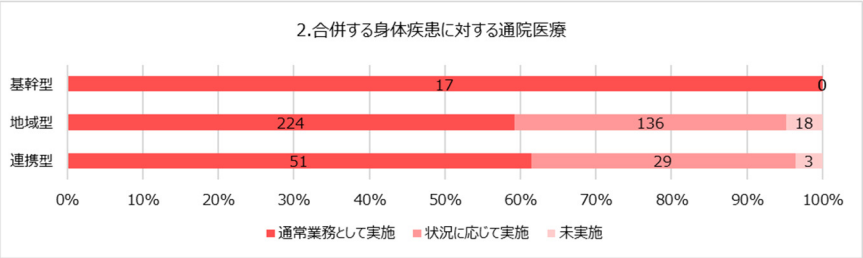


図 134　類型別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

表 219　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	194	31	1	226
		85.8%	13.7%	0.4%	100.0%
	精神科病院	75	120	19	214
		35.0%	56.1%	8.9%	100.0%
	診療所	23	14	1	38
		60.5%	36.8%	2.6%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	292	165	21	478
		61.1%	34.5%	4.4%	100.0%

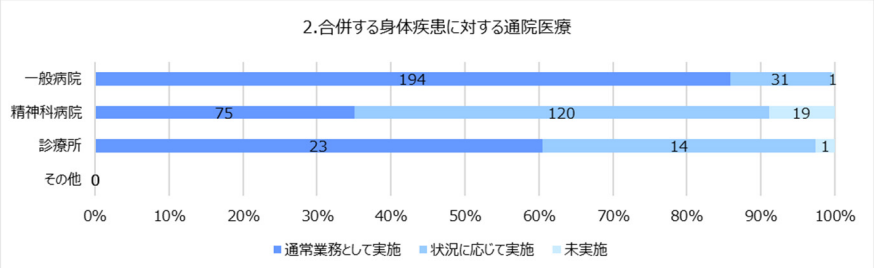


図 135　医療機関種別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

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 220，図 136）および医療機関種別（表 221，図 137）にそれぞれ示す. 基幹型では 88.2%が通常業務として実施していたが, 地域型では 52.6%, 連携型では 31.3%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 220　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	2	0	17
		88.2%	11.8%	0.0%	100.0%
	地域型	199	144	35	378
		52.6%	38.1%	9.3%	100.0%
	連携型	26	19	38	83
		31.3%	22.9%	45.8%	100.0%
	合計	240	165	73	478
		50.2%	34.5%	15.3%	100.0%

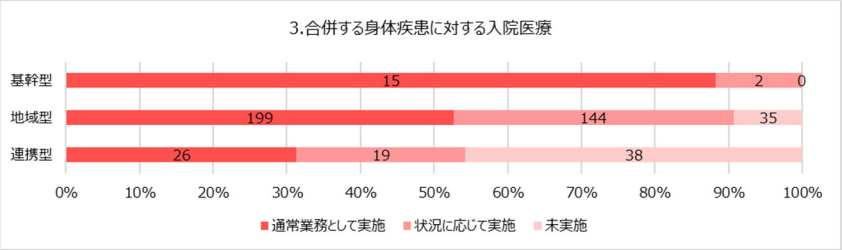


図 136　類型別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

表 221　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	178	46	2	226
		78.8%	20.4%	0.9%	100.0%
	精神科病院	60	117	37	214
		28.0%	54.7%	17.3%	100.0%
	診療所	2	2	34	38
		5.3%	5.3%	89.5%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	240	165	73	478
		50.2%	34.5%	15.3%	100.0%

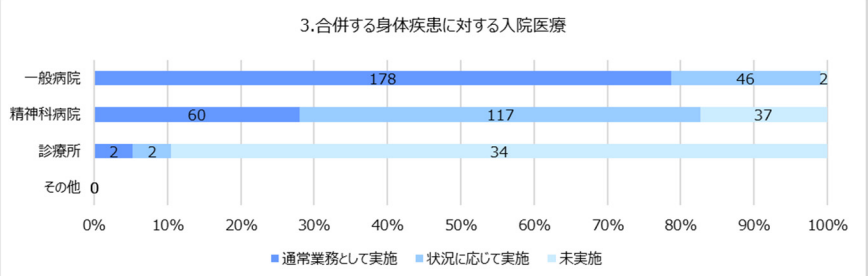


図 137　医療機関種別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

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 222，図 138）および医療機関種別（表 223，図 139）をそれぞれ示す．基幹型では 82.4%が通常業務として実施していたが，地域型では 29.9%，連携型では 31.3%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 222　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	3	0	17
		82.4%	17.6%	0.0%	100.0%
	地域型	113	101	164	378
		29.9%	26.7%	43.4%	100.0%
	連携型	26	11	46	83
		31.3%	13.3%	55.4%	100.0%
	合計	153	115	210	478
		32.0%	24.1%	43.9%	100.0%

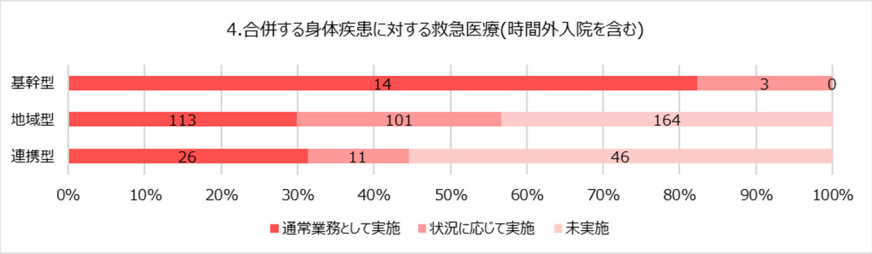


図 138　類型別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 223　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	133	58	35	226
		58.8%	25.7%	15.5%	100.0%
	精神科病院	13	54	147	214
		6.1%	25.2%	68.7%	100.0%
	診療所	7	3	28	38
		18.4%	7.9%	73.7%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	153	115	210	478
		32.0%	24.1%	43.9%	100.0%

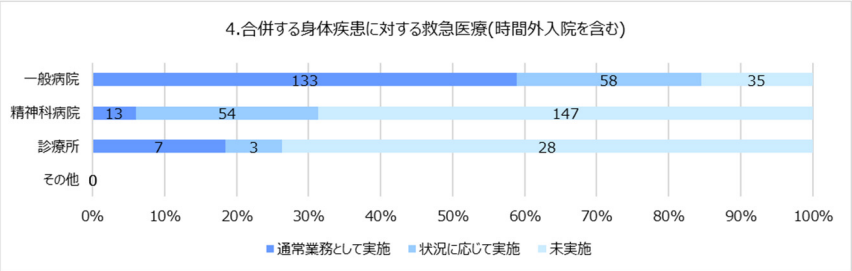


図 139　医療機関種別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

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 224，図 140）および医療機関種別（表 225，図 141）にそれぞれ示す．空欄であった 1 件は欠損値とした．通常業務として実施していたのは連携型の 20.5%，地域型の 5.0%で，基幹型では 0%であった．医療機関種別では診療所の 36.8%が通常業務として実施していた．

表 224　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	17	17
		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	19	54	304	377
		5.0%	14.3%	80.6%	100.0%
	連携型	17	23	43	83
		20.5%	27.7%	51.8%	100.0%
	合計	36	77	364	477
		7.5%	16.1%	76.3%	100.0%

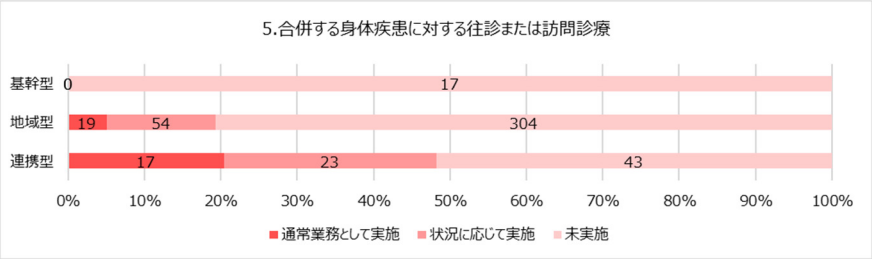


図 140　類型別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 225　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	20	38	167	225
		8.9%	16.9%	74.2%	100.0%
	精神科病院	2	29	183	214
		0.9%	13.6%	85.5%	100.0%
	診療所	14	10	14	38
		36.8%	26.3%	36.8%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	36	77	364	477
		7.5%	16.1%	76.3%	100.0%

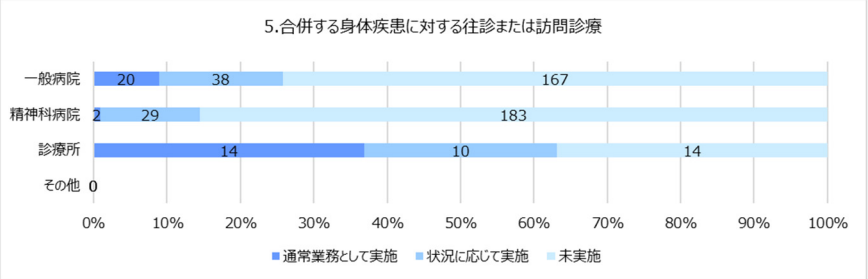


図 141　医療機関種別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

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 226，図 142）および医療機関種別（表 227，図 143）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 93.7%，連携型 85.4%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 226　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	17	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	354	22	2	378
		93.7%	5.8%	0.5%	100.0%
	連携型	70	12	0	82
		85.4%	14.6%	0.0%	100.0%
	合計	441	34	2	477
		92.5%	7.1%	0.4%	100.0%

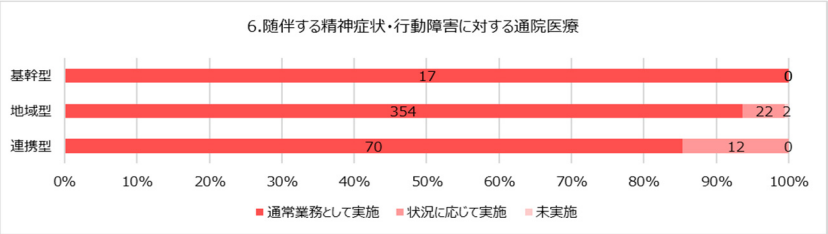


図 142　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

表 227　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	195	30	1	226
		86.3%	13.3%	0.4%	100.0%
	精神科病院	210	2	1	213
		98.6%	0.9%	0.5%	100.0%
	診療所	36	2	0	38
		94.7%	5.3%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	441	34	2	477
		92.5%	7.1%	0.4%	100.0%

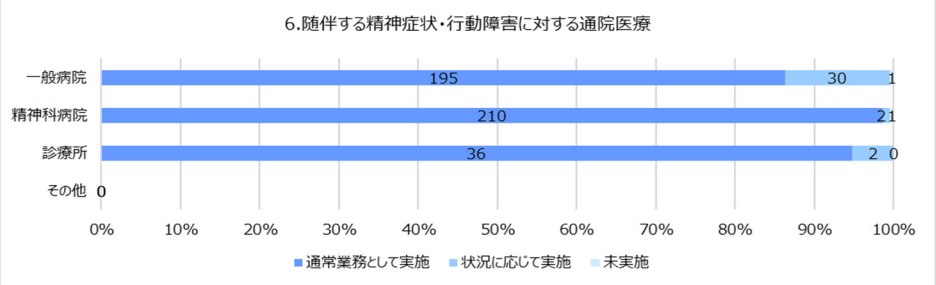


図 143　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

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 228，図 144）および医療機関種別（表 229，図 145）にそれぞれ示す．基幹型は 100，地域型 77.0%と全体の 70.7%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 96.7%と多く，精神病床の有無が影響している可能性があった．

表 228　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	17	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	291	55	32	378
		77.0%	14.6%	8.5%	100.0%
	連携型	30	10	43	83
		36.1%	12.0%	51.8%	100.0%
	合計	338	65	75	478
		70.7%	13.6%	15.7%	100.0%

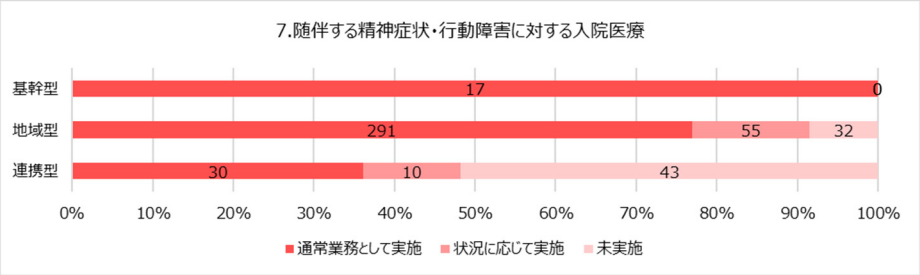


図 144　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

表 229　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	129	57	40	226
		57.1%	25.2%	17.7%	100.0%
	精神科病院	207	6	1	214
		96.7%	2.8%	0.5%	100.0%
	診療所	2	2	34	38
		5.3%	5.3%	89.5%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	338	65	75	478
		70.7%	13.6%	15.7%	100.0%

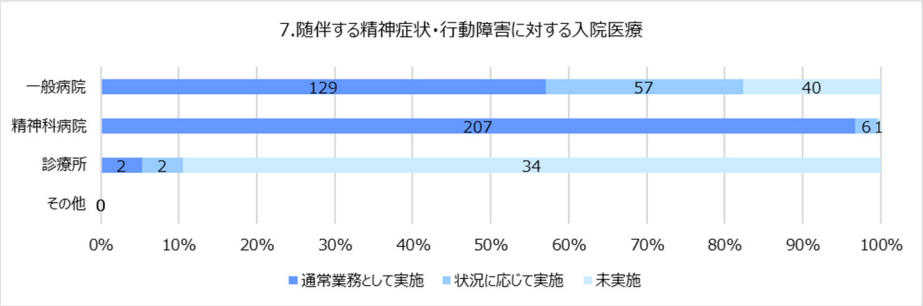


図 145　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

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 230，図 146）および医療機関種別（表 231，図 147）にそれぞれ示す．基幹型は 76.5%が通所業務として実施していたが，地域型では 42.9%，連携型では 26.5%の実施であった．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 230　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	4	0	17
		76.5%	23.5%	0.0%	100.0%
	地域型	162	140	76	378
		42.9%	37.0%	20.1%	100.0%
	連携型	22	23	38	83
		26.5%	27.7%	45.8%	100.0%
	合計	197	167	114	478
		41.2%	34.9%	23.8%	100.0%

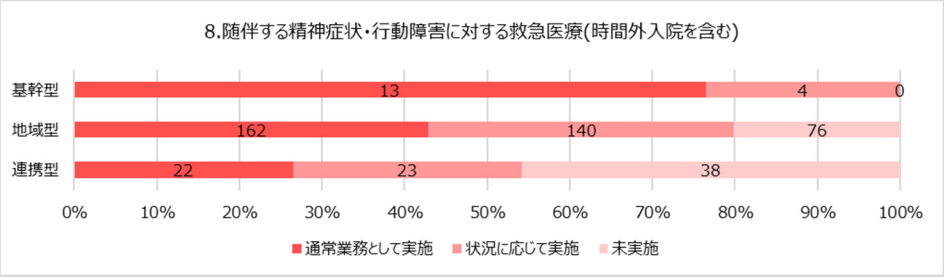


図 146　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 231　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	81	76	69	226
		35.8%	33.6%	30.5%	100.0%
	精神科病院	109	86	19	214
		50.9%	40.2%	8.9%	100.0%
	診療所	7	5	26	38
		18.4%	13.2%	68.4%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	197	167	114	478
		41.2%	34.9%	23.8%	100.0%

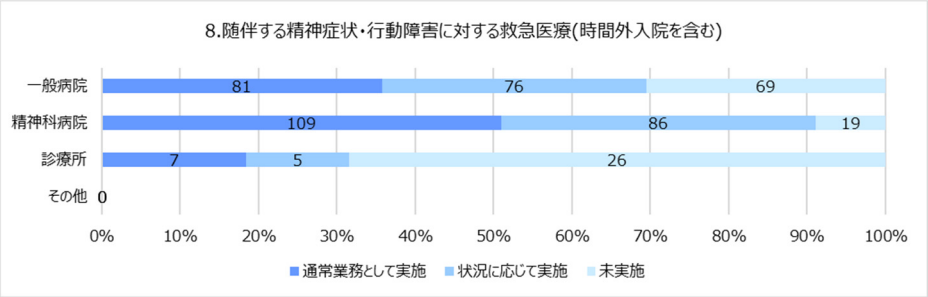


図 147　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

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 232，図 148）および医療機関種別（表 233，図 149）にそれぞれ示す．空欄であった 2 件は欠損としたが，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について確認していない可能性がある．連携型は 27.7%，地域型では 7.7%が通常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 38.4%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 232　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	17	17
		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	29	109	238	376
		7.7%	29.0%	63.3%	100.0%
	連携型	23	22	38	83
		27.7%	26.5%	45.8%	100.0%
	合計	52	131	293	476
		10.9%	27.5%	61.6%	100.0%

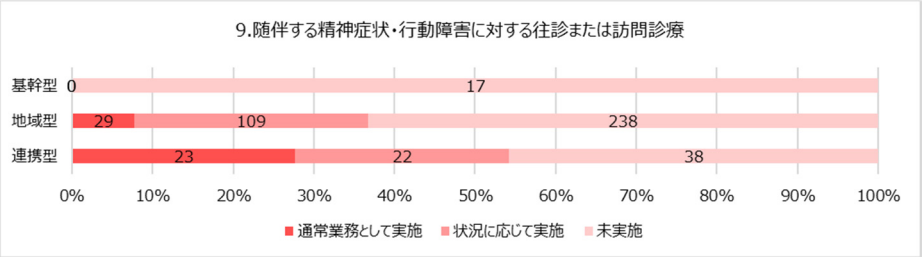


図 148　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 233　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	12	39	173	224
		5.4%	17.4%	77.2%	100.0%
	精神科病院	23	81	110	214
		10.7%	37.9%	51.4%	100.0%
	診療所	17	11	10	38
		44.7%	28.9%	26.3%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	52	131	293	476
		10.9%	27.5%	61.6%	100.0%

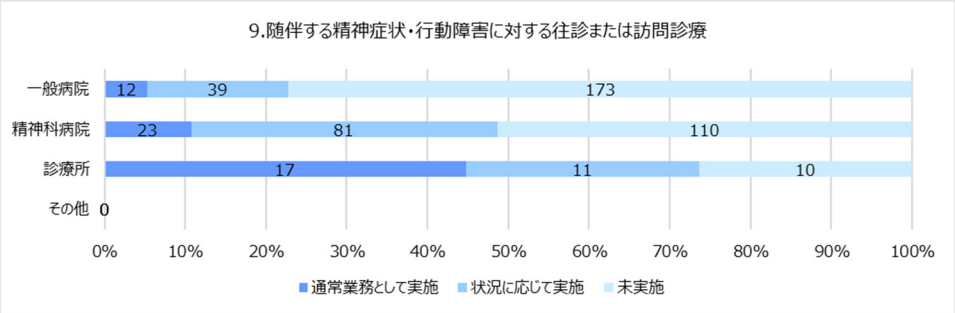


図 149　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

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 234，図 150）および医療機関種別（表 235，図 151）にそれぞれ示す．空欄であった 1 件は欠損としたが，せん妄に対する医療の提供の実施について，確認していない可能性がある．基幹型で 100%，地域型で 91.5%，連携型は 86.7%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 99.6%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 234　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	17	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	345	31	1	377
		91.5%	8.2%	0.3%	100.0%
	連携型	72	10	1	83
		86.7%	12.0%	1.2%	100.0%
	合計	434	41	2	477
		91.0%	8.6%	0.4%	100.0%

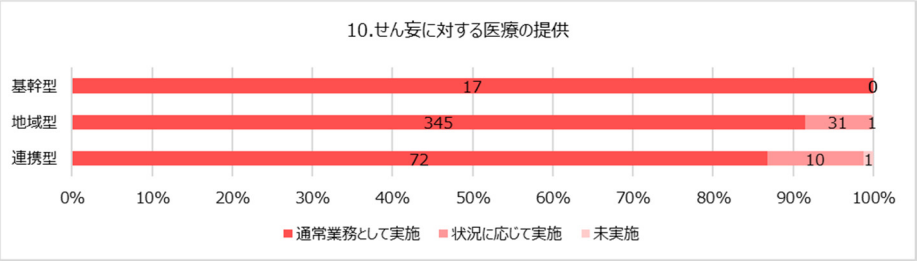


図 150　類型別　せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

表 235　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	195	29	2	226
		86.3%	12.8%	0.9%	100.0%
	精神科病院	206	7	0	213
		96.7%	3.3%	0.0%	100.0%
	診療所	33	5	0	38
		86.8%	13.2%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	434	41	2	477
		91.0%	8.6%	0.4%	100.0%

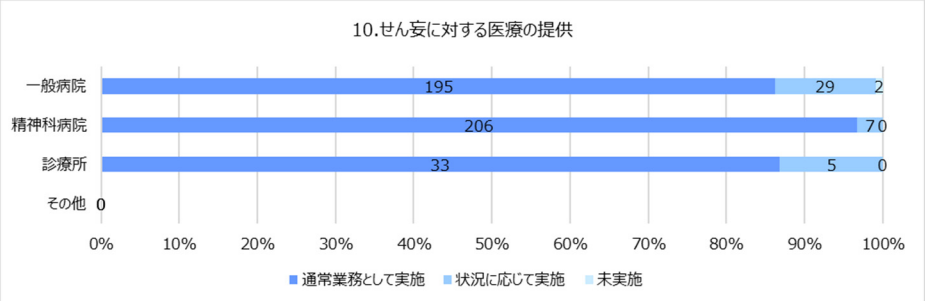


図 151　医療機関種別　せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

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 236，図 152）および医療機関種別（表 237，図 153）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 37.3%が通常業務として実施していたが，基幹型は 11.8%，地域型で 22.1%の実施に留まった．全体としては 57.8%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 236　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	14	17
		11.8%	5.9%	82.4%	100.0%
	地域型	83	70	223	376
		22.1%	18.6%	59.3%	100.0%
	連携型	31	14	38	83
		37.3%	16.9%	45.8%	100.0%
	合計	116	85	275	476
		24.4%	17.9%	57.8%	100.0%

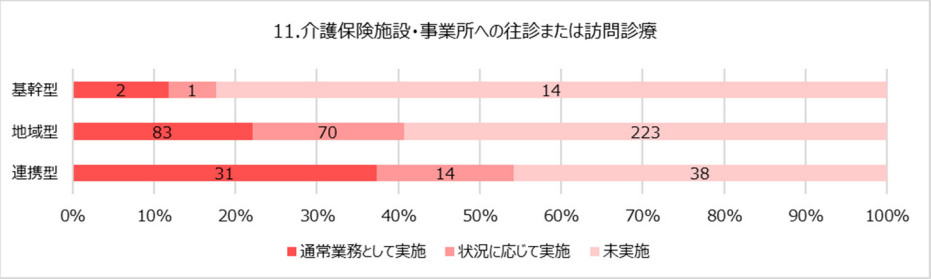


図 152　類型別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

表 237　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	39	27	159	225
		17.3%	12.0%	70.7%	100.0%
	精神科病院	55	51	107	213
		25.8%	23.9%	50.2%	100.0%
	診療所	22	7	9	38
		57.9%	18.4%	23.7%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	116	85	275	476
		24.4%	17.9%	57.8%	100.0%

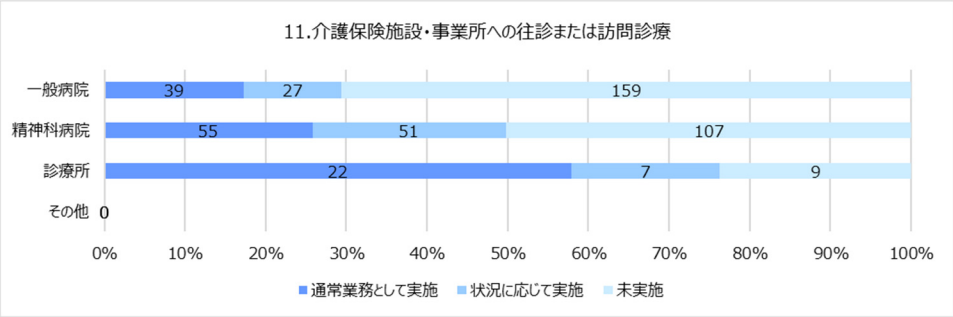


図 153　医療機関種別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

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 238，図 154）および医療機関種別（表 239，図 155）にそれぞれ示す．基幹型は 94.1%，地域型の 88.1%，連携型の 90.4%が通常業務として実施しており，全体としては 88.7%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 97.4%が通常業務として実施していた．

表 238　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	16	1	0	17
		94.1%	5.9%	0.0%	100.0%
	地域型	333	45	0	378
		88.1%	11.9%	0.0%	100.0%
	連携型	75	8	0	83
		90.4%	9.6%	0.0%	100.0%
	合計	424	54	0	478
		88.7%	11.3%	0.0%	100.0%

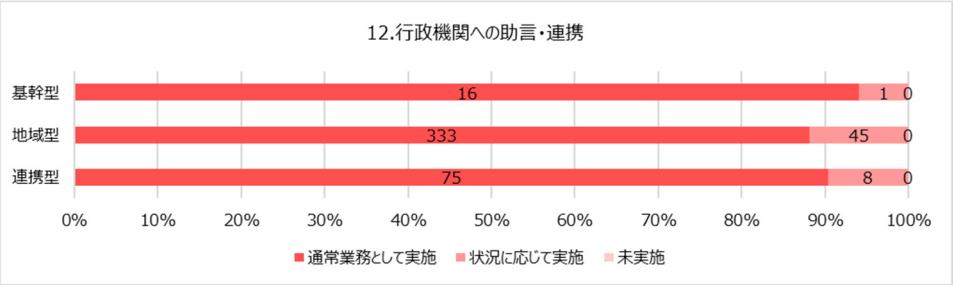


図 154　類型別　行政機関への助言・連携の実施（再掲）

表 239　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	195	31	0	226
		86.3%	13.7%	0.0%	100.0%
	精神科病院	192	22	0	214
		89.7%	10.3%	0.0%	100.0%
	診療所	37	1	0	38
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	424	54	0	478
		88.7%	11.3%	0.0%	100.0%

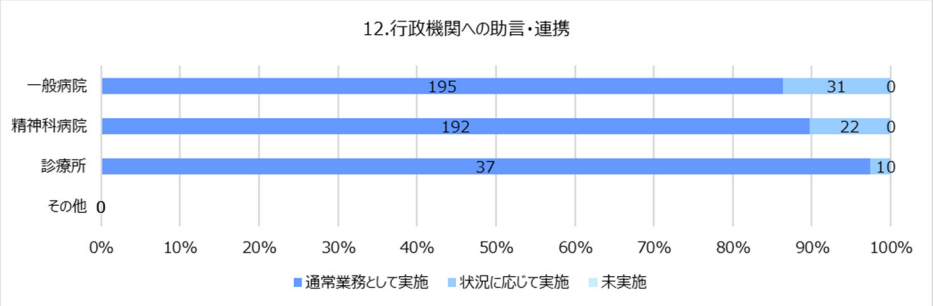


図 155　医療機関種別　行政機関への助言・連携の実施（再掲）

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 240, 図 156）および医療機関種別（表 241, 図 157）にそれぞれ示す．基幹型は 88.2%，地域型の 91.5%，連携型の 90.4%が通常業務として実施しており，全体としては 91.2%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 97.4%が通常業務として実施していた．

表 240　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	1	17
		88.2%	5.9%	5.9%	100.0%
	地域型	346	32	0	378
		91.5%	8.5%	0.0%	100.0%
	連携型	75	8	0	83
		90.4%	9.6%	0.0%	100.0%
	合計	436	41	1	478
		91.2%	8.6%	0.2%	100.0%

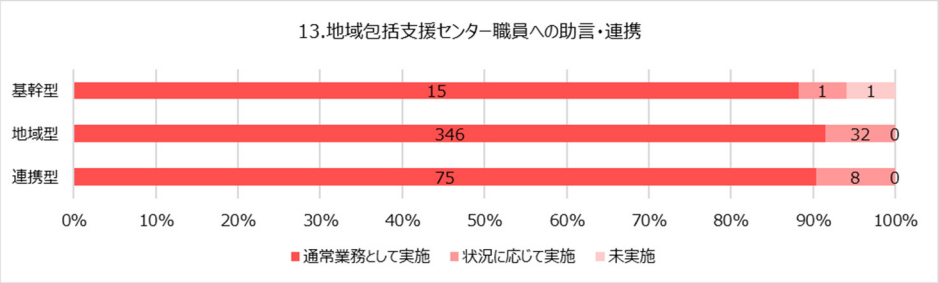


図 156　類型別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

表 241　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	204	21	1	226
		90.3%	9.3%	0.4%	100.0%
	精神科病院	195	19	0	214
		91.1%	8.9%	0.0%	100.0%
	診療所	37	1	0	38
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	436	41	1	478
		91.2%	8.6%	0.2%	100.0%

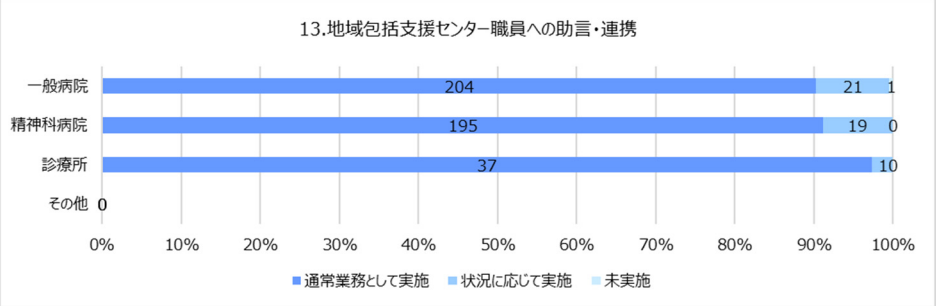


図 157　医療機関種別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

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 242，図 158）および医療機関種別（表 243，図 159）にそれぞれ示す．基幹型は 82.4%，地域型の 90.7%，連携型の 88.0%が通常業務として実施しており，全体としては 90.0%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 97.4%が通常業務として実施していた．

表 242　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	14	2	1	17
		82.4%	11.8%	5.9%	100.0%
	地域型	343	35	0	378
		90.7%	9.3%	0.0%	100.0%
	連携型	73	10	0	83
		88.0%	12.0%	0.0%	100.0%
	合計	430	47	1	478
		90.0%	9.8%	0.2%	100.0%

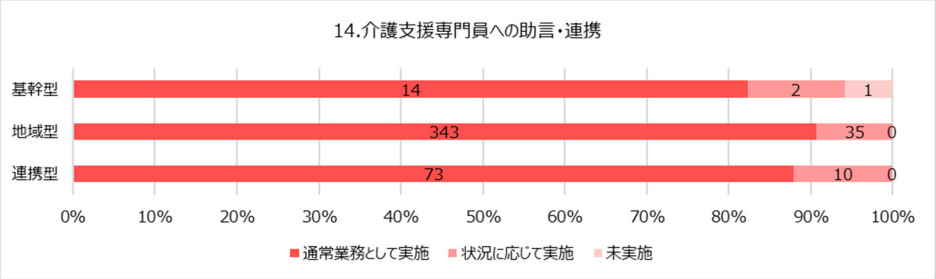


図 158　類型別　介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

表 243　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	200	25	1	226
		88.5%	11.1%	0.4%	100.0%
	精神科病院	193	21	0	214
		90.2%	9.8%	0.0%	100.0%
	診療所	37	1	0	38
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	430	47	1	478
		90.0%	9.8%	0.2%	100.0%

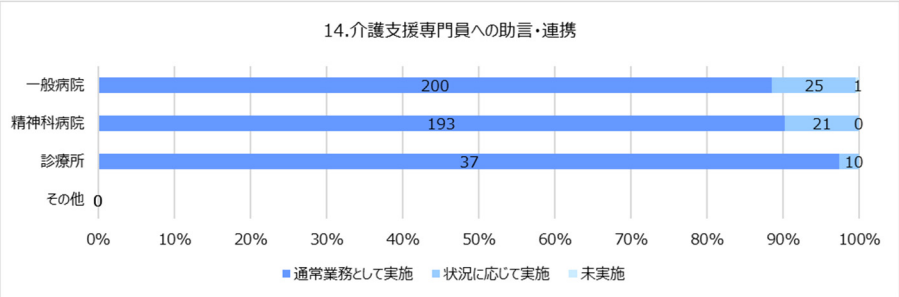


図 159　医療機関種別　介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

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 244，図 160）および医療機関種別（表 245，図 161）にそれぞれ示す．基幹型は 76.5%，地域型の 88.6%，連携型の 88.0%が通

常業務として実施しており，全体としては 88.1%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 97.4%が通常業務として実施していた．

表 244　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	13	2	2	17
		76.5%	11.8%	11.8%	100.0%
	地域型	335	42	1	378
		88.6%	11.1%	0.3%	100.0%
	連携型	73	10	0	83
		88.0%	12.0%	0.0%	100.0%
	合計	421	54	3	478
		88.1%	11.3%	0.6%	100.0%

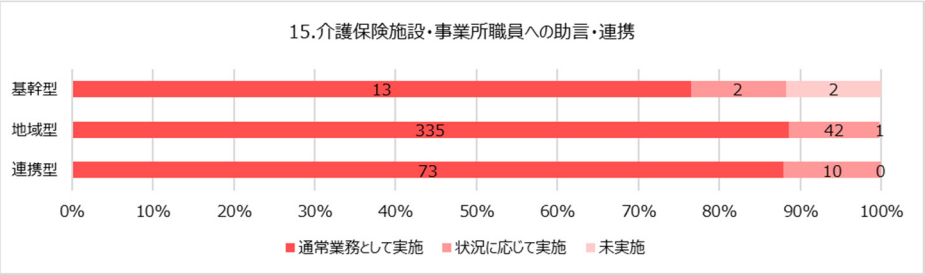


図 160　類型別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

表 245　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	194	30	2	226
		85.8%	13.3%	0.9%	100.0%
	精神科病院	190	23	1	214
		88.8%	10.7%	0.5%	100.0%
	診療所	37	1	0	38
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	421	54	3	478
		88.1%	11.3%	0.6%	100.0%

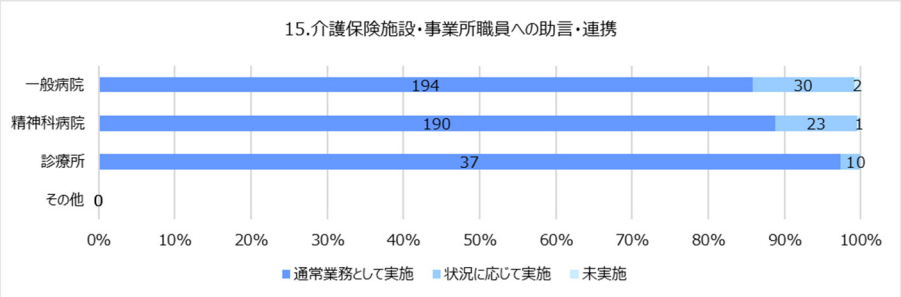


図 161　医療機関種別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

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.

「Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能：Ⅱ-1-7）日常生活支援のための相談員の配置に関して，専従・兼務のいずれかの日常生活支援のための相談員が配置されている医療機関は，社会福祉士は全体で 8.4%，精神保健福祉士は 29.1%であった．前年の令和元年度は社会福祉士 1.4%，精神保健福祉士 9.6%であり増員がみられた．Ⅱ-1-8）日常生活支援機能に関して，令和 2 年度実績報告書では相談員による診断後の相談は全体で 72.6%が実施しており，ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は全体で 21.5%が実施していた．前年度の令和元年度実績報告書においては，診断後支援の実施は全体で 46.2%，ピアサポートや交流会の実施は 14.7%であったことを鑑みると，実施率の増加がみられる．その他の内容は認知症の人や家族介護者を対象とした相談会・講座の開催等による支援，認知症カフェの開催または地域の認知症カフェへの定期参加，若年性認知症の人と家族の集いの開催による心理的支援，服薬等の支援，介護保険や福祉サービス等の社会資源の利用援助，自動車免許返納に関わる支援，連携手帳の配布，療養に関する意思決定や権利擁護支援，自宅訪問による援助，ニーズ調査など多彩な内容が挙げられた．一方で新型コロナウイルス感染拡大による緊急事態宣言の影響で集合型開催を中止した旨の報告が挙がった.

同「Ⅱ-4．鑑別診断件数」に関して，表 121 では認知症関連疾患（MCI～詳細不明の認知症）の全数は全国で 93710 件，65 歳未満の認知症関連疾患の鑑別診断件数は 2120 人であった．前年の令和元年度実績報告書においては，全数 98371 人，うち 65 歳未満 2167 人であったことから，令和 2 年度は 65 歳以上の鑑別診断件数が減少したといえる．新型コロナウイルス感染拡大防止のための受診控えが影響したものと考えられる.

同「Ⅱ-5．初診までの待機日数」に関して，1 か月を目安にすると，基幹型の 58.8%，地域型の 79.8%，連携型の 93.8%が 1 か月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 46.9%，精神科病院の 59.6%，診療所の 83.8%が 14 日未満の待機日数であった. 前年の令和元年度実績報告書では, 基幹型の 64.3%, 地域型の 78.6%, 連携型の 94.4%が 1 か月未満の待機日数であったことと比較すると，基幹型の待機日数がやや増えている可能性がある．新型コロナウイルス感染拡大防止のために外来受診人数を制限した影響が考えられる.

「Ⅳ．地域連携推進機関としての要件と機能：Ⅳ-2．研修会開催」において，認知症疾患医療連携協議会の開催形態については前年と大きな差がなかったが，医療従事者対象の研修会開催有は 13 ポイント減少（令和 2 年度 72.6%，令和元年度　85.6%），かかりつけ医対象の研修会開催有は 14 ポイント減少（令和 2 年度　51.3%，令和元年度　65.9%），地域包括支援センター職員等対象の研修会開催有は 12 ポイント減少（令和 2 年度　64.2%，令和元年度　76.4%），家族・地域住民等対象の研修会開催有は 27 ポイント減少（令和 2 年度 49.6%，令和元年度　76.8%）していた．とくに家族・地域住民等を対象とした研修会が実

施困難であったのは，新型コロナウイルス感染拡大防止のために集合型開催を控えたこと，また対象がオンライン会議ツールの活用困難である状況によったものと考えられる．同様に「Ⅳ-3．情報発信・普及啓発」では特にほかの主体の実施する研修会への協力・講師派遣有が，12 ポイント減（令和 2 年度 80.5%，令和元年度 92.8%），回数についても約半数（令和 2 年度　平均 5.3 回，令和元年度　平均 10.2 回）になっていた．

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に期待される役割に関する調査

認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査

1.研究目的

令和 2 年度（2020 年度）の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」において，認知症疾患医療センターの質の確保に向けた取組として，①都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営，②事業の取り組みに関する評価等の実施，③センター事業に関わる職員の研修等の推進，を都道府県の責務とすることを提言した．この提言は，令和 3 年（2021 年）3 月に改定された認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に反映されたが，調査研究事業の検討委員会では，「今日の時代にあった認知症疾患医療センターの役割を検討する必要があるのではないか」「質の確保に向けた取組を進めるためには PDCA サイクルに基づいて事業運営を行うことできる指標を作成する必要があるのではないか」という指摘があった．そこで本調査では，今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割を明らかにするとともに，PDCA サイクルに基づいた事業運営を可能とする評価指標を開発するための基礎資料を得ることを目的とした．

2.研究方法

2-1. 対象

以下の方法で調査対象を選定した．

A　認知症疾患医療センター：令和 3 年 10 月 1 日現在で認知症疾患医療センターに指定されている医療機関 488 件（基幹型 17，地域型 384，連携型 87）（悉皆）

B　地域包括支援センター：令和 3 年 10 月 1 日現在で公開されている全国の地域包括支援センター5,483 件から無作為抽出した 2,000 件（抽出）

C　居宅介護支援事業所：令和 3 年 10 月 1 日現在で医療介護情報局においてリスト化されていた居宅介護支援事業所 39,940 件から無作為抽出した 2,000 件（抽出）．

D　市区町村：全国 1,741 の市町村認知症施策担当課（係）（悉皆）

E　認知症サポート医：平成 17 年（2005 年）度から令和 2 年（2020 年）度に認知症サポート医養成研修を修了した 11,468 名のうち送付時点で連絡先が分かる 10,747 名

2-2. 方法

作業部会において，認知症疾患医療センターに求められていると想定される 53 項目の役割リストを作成した．この 53 項目の役割について，対象 A には，自施設の認知症疾患医療

センターが地域から期待されていると思われる役割を四件法（1.期待されていない，2.やや期待されている，3.まあまあ期待されている，4.とても期待されている）で質問し，対象B～Eについては，はじめに認知症疾患医療センターとの連携経験の有無を問い，連携経験があるものに対して，認知症疾患医療センターに期待している役割を四件法（1.期待していない，2.やや期待している，3.まあまあ期待している，4.とても期待している）で質問した．

調査は郵送法で行い，調査期間は令和3年11月25日～12月20日とした．但し，認知症サポート医を対象とする調査については，令和 3 年度老人保健健康増進等事業「地域における認知症サポート医の役割に関する調査研究事業」（研究代表者：武田章敬）と連携し，当該事業の調査期間に調査を実施した．

2-3. 分析

四件法で回答された「期待されていると思われる役割」および「期待している役割」については，選択肢をダミー変数として1～4の数値を割り振り，対象ごとに，項目それぞれの平均値を算出した．項目それぞれの平均値は仮の『期待スコア』として扱い，『期待スコア』が高いほど期待度（期待されている役割の重要度）が高いものとみなした．

3. 研究結果

3-1. 自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割

3-1-1.回収率

回収率は 66.6%であった．認知症疾患医療センターの類型別（以下，類型別）の返送数を表1に示す．

表1　認知症疾患医療センター類型別の返送数

		返送の有無		
		未返送	返送あり	合計
類型	基幹型	0	17	17
	地域型	131	253	384
	連携型	32	55	87
合計		163	325	488

3-1-2. 期待スコア

全体と類型別期待スコアを表 2 に示す．また，期待スコアが高い順に整列させた棒グラ

フを図 1〜4 に示す.

全体では，53 項目中 33 項目が期待スコア 3 点以上であった．3 点以上の 33 項目のうち，専門的医療機能では 5 項目（「認知症患者に関する受診前の相談応需」「認知症患者の生活状況に関するアセスメント」「認知症患者の鑑別診断」「認知症の行動・心理症状に対する外来診療」「本人への情報提供と心理的サポート」），診断後支援等機能では 8 項目（「家族介護者への情報提供と心理的サポート」「かかりつけ医との連携」「主治医意見書の記載」「介護保険サービスの利用支援」「成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援」「成年後見制度診断書・鑑定書の作成」「若年性認知症患者に対する継続医療の提供」「軽度認知障害患者に対する定期的なフォローアップ」），地域連携拠点機能では 8 項目（「介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携」「地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携」「介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携」「行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言・連携」「地域住民向けの講演会の開催または参画」「地域連携推進を目的とする会議の開催または参画」「高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成」「自動車運転に関する相談と支援」）は，すべての類型で 3 点以上の得点であった.

類型間で有意差が認められたのは専門的医療機能では 8 項目，診断後支援等機能では 3 項目，地域連携拠点機能では 12 項目であった．このうち，専門的医療機能では，「認知症の行動・心理症状に対する入院医療」「せん妄に対する外来診療」「せん妄に対する入院医療」は地域型でスコアが高く，「身体合併症に対する外来診療」「身体合併症に対する入院診療」「身体合併症に対する救急対応」は基幹型でスコアが高くなる傾向が認められた．また，診断後等支援機能では，「独居認知症高齢者等の生活支援のための多職種によるケース検討」は基幹型でスコアが低く，「若年性認知症に関する精査」「認知症治療薬等の臨床試験の情報提供と実施」は基幹型で高くなる傾向を認めた．さらに，地域連携拠点機能では，「行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」は診療所型でスコアが高く，「かかりつけ医の研修」「認知症サポート医の研修」「地域包括支援センター職員の研修」「介護保険サービス事業所職員の研修」「看護師の研修」は基幹型で高くなる傾向を認めた.

一方，全体で 53 項目中 3 項目（「歯科医師・歯科衛生士の研修」「介護保険施設等への往診または訪問診療」「認知症専門医のいない一般病院等への往診」）が期待スコア 2 点未満であった．類型別に見ると，基幹型では 2 項目（「介護保険施設等への往診または訪問診療」「認知症専門医のいない一般病院等への往診」），地域型では 3 項目（「歯科医師・歯科衛生士の研修」「介護保険施設等への往診または訪問診療」「認知症専門医のいない一般病院等への往診」），連携型では 4 項目（「薬剤師の研修」「認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施」「歯科医師・歯科衛生士の研修」「認知症専門医のいない一般病院等への往診」）が 2 点未満であった．「認知症専門医のいない一般病院等への往診」は，すべての類型において 2 点未満であった.

自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割の上位 3 項目は，全体では，①「認知症疾患の鑑別診断」，②「認知症の行動・心理症状に対する外来診療」，③「地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携」であり，①はすべての類型において第 1 位または第 2 位，②③は地域型・連携型のいずれにおいても上位 5 位以内に位置づけられている．

一方，基幹型では，第 2 位が「かかりつけ医の連携」，第 3 位が「地域連携推進を目的とする会議の開催または参画」であり，「かかりつけ医の研修」「認知症サポート医の研修」「都道府県の認知症施策への助言または参画」が上位 10 位以内に含まれている．また，連携型では，第 3 位が「行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言」であり，「主治医意見書の記載」「介護保険サービスの利用支援」が上位 10 位以内に含まれている．

すべての類型において専門的医療機能，診断後等支援機能，地域拠点機能が期待されていることが認識されているが，基幹型では特に身体合併症への対応，人材育成，都道府県認知症施策への関与，地域型では認知症の行動・心理症状やせん妄に対する入院医療，連携型ではより身近な地域連携が期待されていると認識されているようである．

表２　認知症疾患医療センター類型別の期待スコア：類型別と全体

類型	基幹型		地域型		連携型		全体		有意確率	
	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア		
専門的医療機能										
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	17	**3.53**	253	**3.57**	55	**3.35**	325	**3.53**	0.070	
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	17	**3.18**	253	**3.06**	54	**3.09**	324	**3.07**	0.818	
(3)認知症疾患の鑑別診断	17	**4.00**	252	**3.86**	55	**3.67**	324	**3.84**	0.002	*
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	17	**3.35**	253	**3.81**	55	**3.71**	325	**3.77**	<0.001	*
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	17	2.88	253	**3.44**	53	2.43	323	**3.24**	<0.001	*
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応（夜間・休日対応）	17	2.65	250	2.77	55	2.40	322	2.70	0.074	
(7)せん妄に対する外来診療	17	2.82	253	**3.32**	55	**3.25**	325	**3.28**	0.053	
(8)せん妄に対する入院診療	17	2.59	253	**3.22**	53	2.28	323	**3.03**	<0.001	*
(9)せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	17	2.53	250	2.60	55	2.13	322	2.52	0.015	*
(10)身体合併症に対する外来診療	17	**3.53**	253	2.68	55	2.75	325	2.74	0.006	*
(11)身体合併症に対する入院診療	17	**3.53**	253	2.74	53	2.04	323	2.67	<0.001	*
(12)身体合併症に対する救急対応	17	**3.35**	251	2.20	55	2.00	323	2.23	<0.001	*
診断後支援等機能										
(13)本人への情報提供と心理的サポート	17	**3.59**	253	**3.30**	55	**3.35**	325	**3.32**	0.203	
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	17	**3.65**	253	**3.45**	55	**3.55**	325	**3.48**	0.260	
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	17	**3.76**	253	**3.56**	55	**3.36**	325	**3.54**	0.039	*
(16)認知症サポート医との連携	17	**3.35**	253	**3.02**	55	2.93	325	**3.02**	0.241	
(17)主治医意見書の記載	17	**3.29**	253	**3.52**	55	**3.65**	325	**3.53**	0.121	
(18)介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	17	**3.53**	253	**3.45**	55	**3.56**	325	**3.48**	0.457	
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	17	2.88	253	**3.06**	55	**3.18**	325	**3.07**	0.375	
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	17	**3.06**	252	**3.12**	55	**3.07**	324	**3.11**	0.882	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	17	**3.18**	252	**3.41**	55	**3.29**	324	**3.38**	0.288	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	17	**3.35**	253	**3.09**	55	2.93	325	**3.07**	0.156	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	17	**3.12**	253	**3.15**	55	**3.11**	325	**3.14**	0.939	
(24)若年性認知症に関する精査	17	**3.65**	253	**3.25**	55	2.98	325	**3.22**	0.010	*
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	17	**3.71**	251	2.22	54	1.85	322	2.24	<0.001	*
(26)軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	17	**3.18**	253	**3.08**	55	**3.15**	325	**3.10**	0.794	
(27)認知症の本人によるピアサポート	17	2.18	253	2.35	55	2.38	325	2.34	0.729	
(28)家族介護者によるピアサポート	17	2.12	253	2.57	55	2.58	325	2.54	0.148	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	17	2.53	252	2.74	55	2.69	324	2.72	0.643	
地域連携拠点機能										
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	17	**3.35**	253	**3.42**	55	**3.36**	325	**3.41**	0.819	
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	17	**3.35**	253	**3.60**	55	**3.64**	325	**3.59**	0.244	
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	17	**3.35**	253	**3.52**	55	**3.49**	325	**3.50**	0.579	
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	17	**3.18**	253	**3.55**	55	**3.67**	325	**3.55**	0.014	*
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	17	2.18	253	2.73	55	**3.05**	325	2.75	0.005	*
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	17	1.29	252	1.93	55	2.35	324	1.97	0.001	*
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	17	1.41	251	1.67	55	1.62	323	1.65	0.504	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	17	2.29	253	**3.18**	55	**3.33**	325	**3.16**	0.001	*
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	17	2.71	253	**3.35**	55	**3.29**	325	**3.31**	0.010	*
(39)かかりつけ医の研修	17	**3.71**	252	2.92	55	2.62	324	2.91	<0.001	*
(40)認知症サポート医の研修	17	**3.65**	252	2.69	55	2.42	324	2.69	<0.001	*
(41)地域包括支援センター職員の研修	17	**3.29**	253	2.95	55	2.64	325	2.91	0.015	*
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	17	**3.06**	253	2.94	55	2.65	325	2.90	0.073	
(43)看護師の研修	17	**3.35**	253	2.70	55	2.53	325	2.70	0.006	*
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	17	2.82	253	1.98	55	1.73	325	1.98	<0.001	*
(45)薬剤師の研修	17	2.94	253	2.19	55	1.91	325	2.18	<0.001	*
(46)多職種連携を目的とした研修	17	**3.47**	253	**3.09**	55	2.98	325	**3.09**	0.094	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	17	**3.29**	253	**3.28**	55	**3.13**	325	**3.25**	0.412	
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	17	**3.35**	253	**3.05**	55	2.85	325	**3.03**	0.067	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	17	**3.71**	253	**3.29**	55	**3.25**	325	**3.30**	0.076	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	17	**3.53**	253	**3.05**	55	2.95	325	**3.06**	0.042	
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	17	**3.65**	253	2.66	55	2.45	325	2.68	<0.001	*
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	17	**3.53**	253	**3.59**	55	**3.45**	325	**3.56**	0.401	
(53)自動車運転に関する相談と支援	17	**3.41**	252	**3.29**	55	**3.07**	324	**3.26**	0.129	

＊ P<0.05　（χ^2テスト）

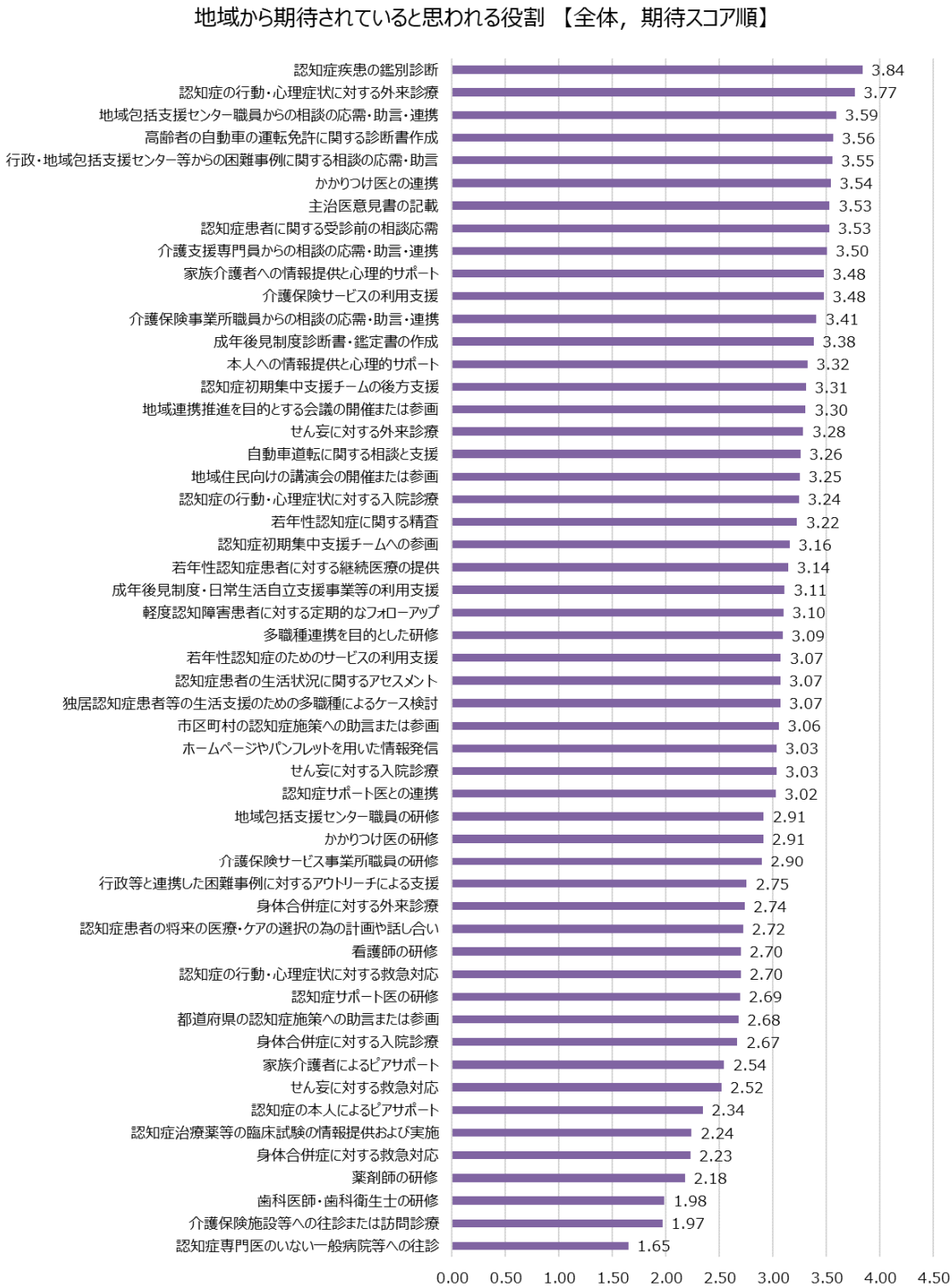


図 1　認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割（認知症疾患医療センター全体の期待スコア順）

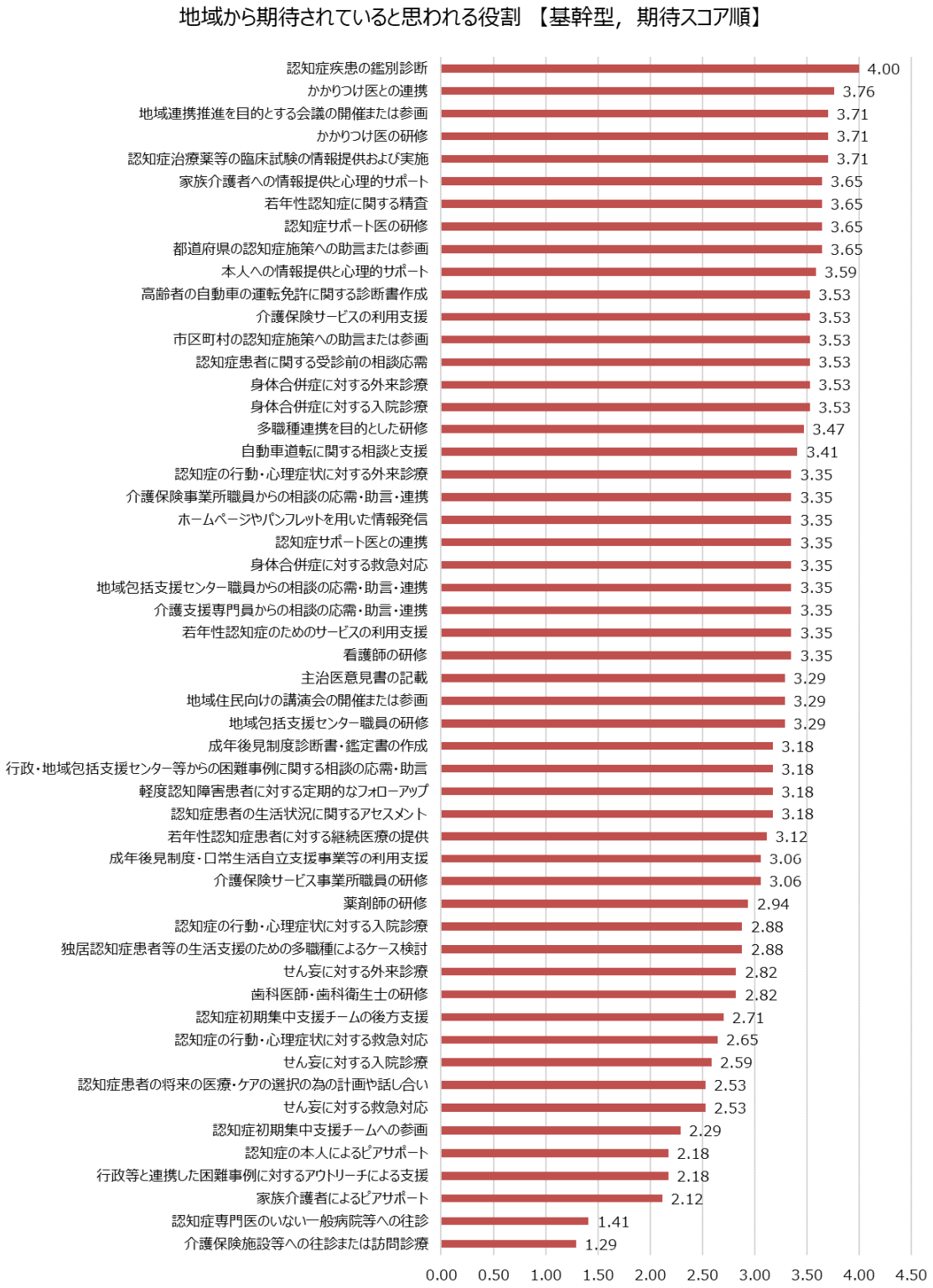


図 2　認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割（基幹型認知症疾患医療センターの期待スコア順）

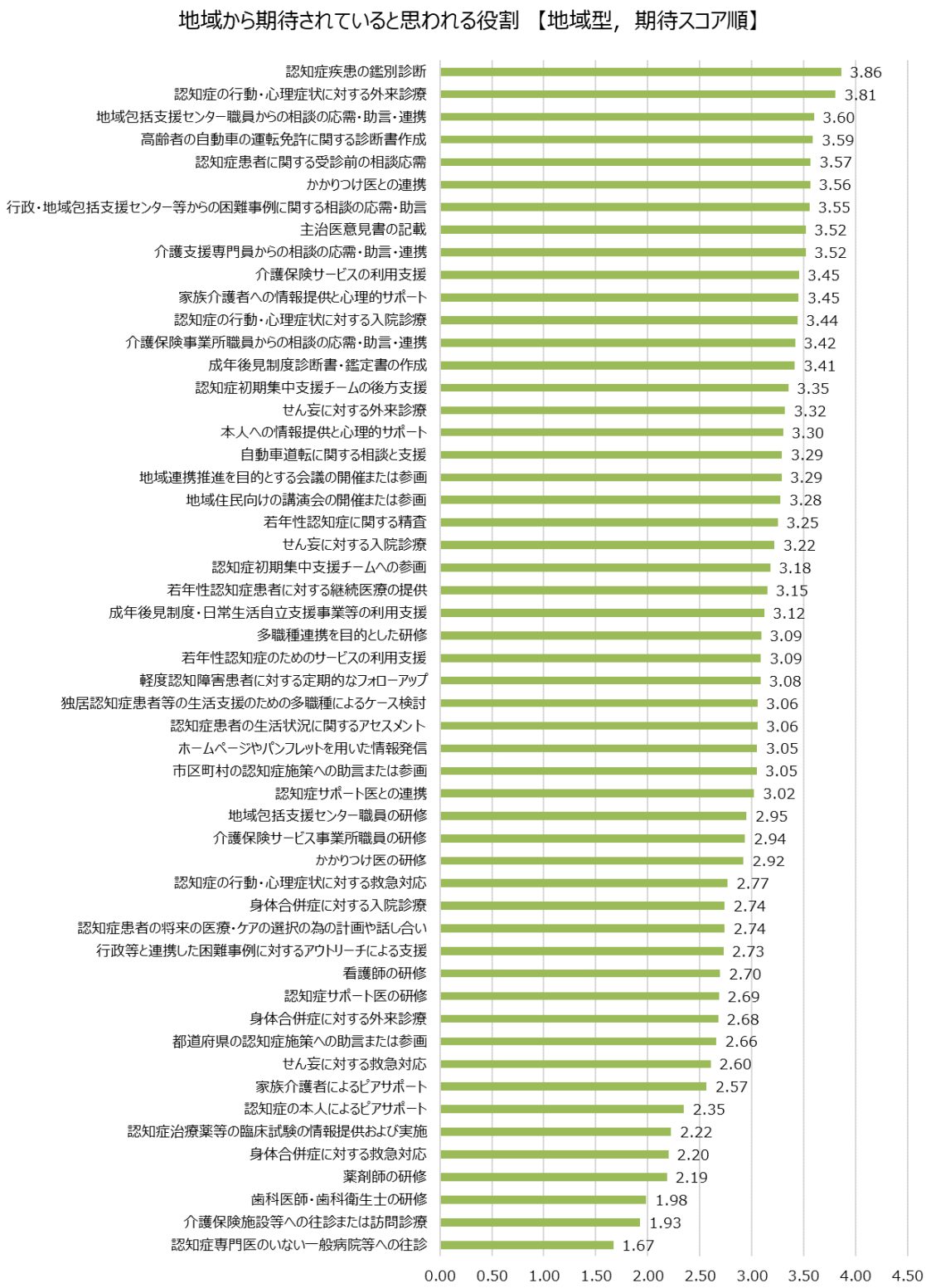


図 3　認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割（地域型認知症疾患医療センターの期待スコア順）

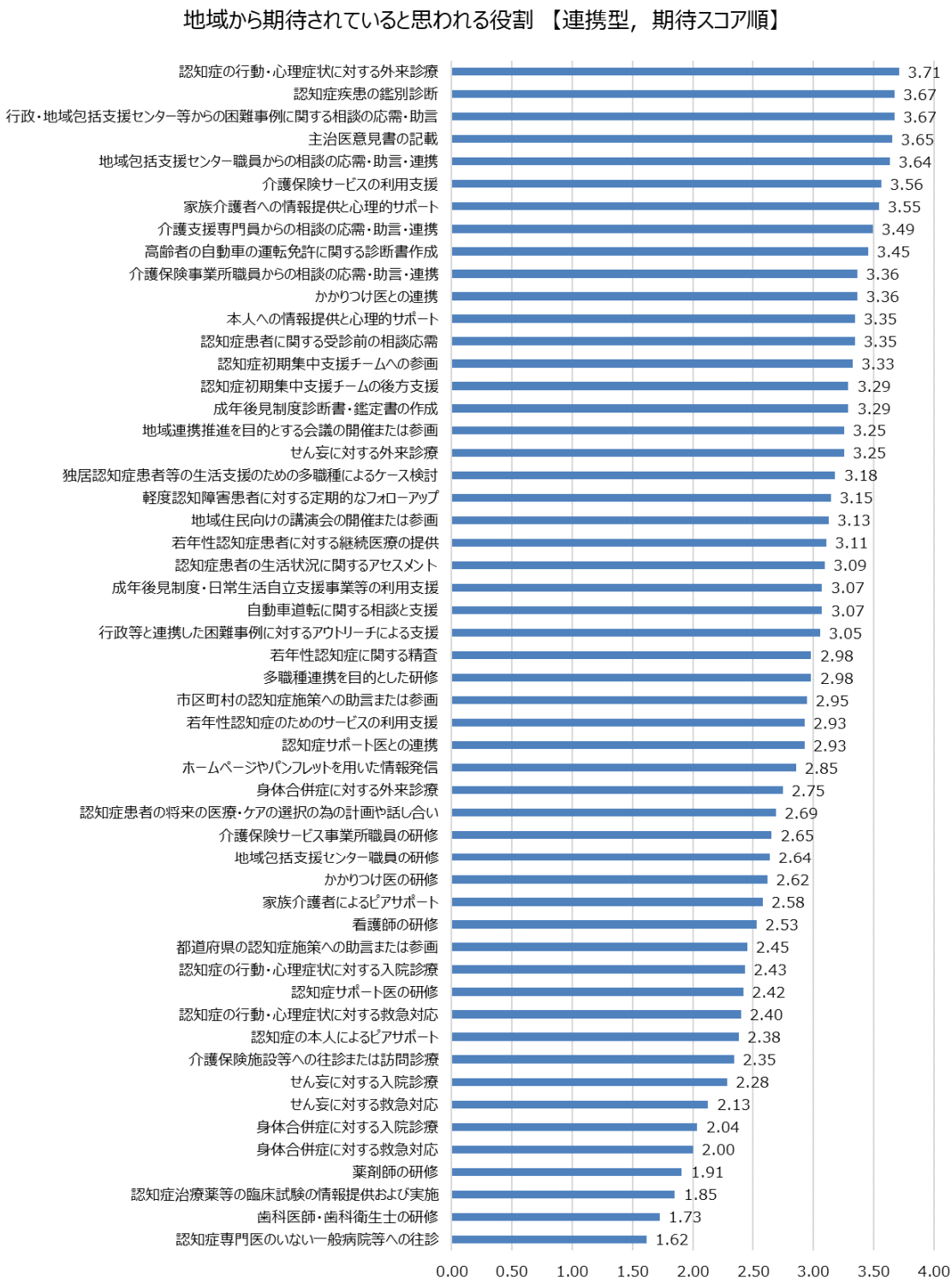


図４　認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割（連携型認知症疾患医療センターの期待スコア順）

3-1-3. 上記項目以外で自施設の認知症疾患医療センターに期待されていると思われる役割

上記項目以外で，自施設の認知症疾患医療センターに期待されていると思われる役割に関する自由記述の回答を以下に示す.

- レスパイト入院
- 妄想性障害などもあり精神科へ行くよう指導してほしいといわれるがそれが難しい．一般病院に W1 回でも精神科医がきてほしい
- 認知症カフェ，サロンでの相談対応
- 認知症カフェの開催
- センター内での交流，情報支援の場が設けられると効果的と思います
- まちづくりに対する総合的な参画
- 本人とのオンライン診療，面談，家族からのオンライン病歴聴取や面談
- 本人・家族からの相談先の紹介・案内（ピアサポート・家族支援・後見人制度等）
- 認知症予防，体操の実施
- 認知症薬（アデュカヌマブを含む）の説明
- 認知症の方への対応方法を教えてもらいたいという意見が多いです
- 認知症の方の居場所・役割づくりの支援．特に収入を得られる場の確保について
- 認知症に関する研究の実施
- 認知症疾患医療センターとして周知されていないため，その機能を含めて何を期待するかがわからない．ましてや一般市民にとっては「何，それ」のレベルです
- 認知症支援総合支援事業（初期集中，推進員）の委託と若年性認知支援コーディネーター，チームオレンジコーディネーターなど地域づくり～認知症困難事例への対応まで「地域における認知症に関してまず相談する窓口」としての役割を期待されている
- 認知症カフェまでは参加できないが，例えば診察待ち時間を利用して情報交換や家族同士で話し合いができる場があればと感じている．対応のしかたや介護保険サービス利用の声が聞けて家族での悩み事や困り事には共通することもありコロナ禍で外出を控えることも多く活用の場になればと考えている
- 認知症医療・介護について地域に開かれた相談窓口という役割
- 入院治療されている方の退院支援，退院調整
- 道庁や他団体より，認知症に関する研修会や連携協議会の企画の相談や講師の依頼
- 出前講座の寸劇
- 地域住民への認知症に関する啓蒙，啓発活動
- センターとしてのさらなる資格向上と体制づくりが期待されていると感じます
- 相談員レベルでの居宅や施設訪問等，地域へのアウトリーチ業務
- 早期介入を行い介護保険サービスの導入や専門医からのアドバイスを求められている事が多い
- センターとの専門医による継続治療と認知症の医療デイケアを有することが望まれている
- センターとかかりつけ医，センターとサポート医，センターと介護施設…ということだけでなく，センターがハブになりいろんな機関同士，またいろんな機関やサービスと認知症のご本人・ご家族とを繋ぎ，認知症のご本人や家族が地域で暮らしやすい体制を作るという役割があると感じている（地域包括ケアの実現のための疾患センターの役割があると思う）
- 全国東京都など大きなグループ（連携）帯としてのパフォーマンスが発揮できているとはまだ言えない．1 つのセンターで解決できなくても，グループ帯として対応

できたら，もっとセンターの価値は高まる．
- 精神疾患との区別が難しい症例の対応
- 正常範囲～MCI，初期認知症の方への生活指導
- 生活支援（ケア）でなく，生活指導や本人・家族へのカウンセリングも行っているが，これらの結果をまとめた上で一般のかかりつけ医がやれる事業と展開し，保険点数をつけられないでしょうか．特に生活指導や家族教育について
- ″診断のための診察は原則2週間以内となるように時間外の時間などを使って調整している．また，BPSD 症例に対しては，必要に応じて緊急往診を行っている．今後，疾患修飾薬の出現が予想されるため，アミロイド PET 後の告知の仕方，副反応チェックのための脳画像の取り方など，新たな医療・介護の仕組み作りの調整役を行う必要がある
- 多職種地域連携の方法の一つとして，介護事業所に対して訪問して介護への指導を行う，“現地相談”を行っている．多職種連携の会は，医師会のサポート医を中心に運営してもらい，講義や事例検討会のファシリテーターや議論の発表の役割を担ってもらっている．そのことで，医師が介護職やケアマネや地域包括支援センター職員との間で，フラットでフランクに話し合える関係が作れている．地域包括支援センターとの連携は，初期集中支援チームへの協力のほか，緊急の困難事例への協力は欠かさず行っている．同時に，毎年，県や市の認知症施策へのアドバイスを行っている．
- また，若年認知症について20年間行ってきたクリニックで取組みのうち，就労をできるだけ継続するために会社や産業医とやり取りをする“就労継続支援”，企業への“若年認知症研修”などは，他の 7 つの地域型認知症疾患医療センターに引き継いでもらっている．
- 一方，年齢にかかわらず，診断後の軽度期の認知症の人の，5 つの居場所である“もの忘れカフェ”“心理教育”“本人家族交流会”“仕事の場”“Hej（ハイ）”では，年齢やその人の背景などに応じて，最適の場所を選んで＝提供している″
- 上記のほかに特筆すべきことはありません
- 上記項目でほぼ全てだと思います
- 就労の場の援助
- 重複している内容ですが，①診断後の本人・家族等の関わり，②地域との連携
- 在宅で生活されていて，本人が受診拒否している認知症症状がある方への訪問診療
- 在宅医療の支援，精神疾患への対応
- 県医師会員で認知症サポート医，かかりつけ医を対象に研修会を年に 4 回定期的に行っている（2009 年来）．看護師の研修は年 1 回，地域住民への研修も年 1 回おこなっている
- 行政主導で実施している「もの忘れ相談」への参画
- 急性期病院としての機能をセンター併用は他に少ないので身体管理合併への支援
- 虐待事例
- 期待ではありませんが，疾患センターで治療をうけると，良くなると思われることが多い，BPSD は改善しますが，認知機能そのものが良くなるとの誤解がある．情報発信とその継続が必要
- 基幹型を含め，疾患センターの認知度を上げることが，地域に貢献することにつながるものと考えている
- 鑑別診断後の定期的なフォローアップとその時の状況に合わせた手だてを継続して行うこと．
- 鑑別診断が一番期待されているが，設備が不充分のため，他総合病院と連携してからの診断であり，時間がかかってしまう

- 家族への対応支援がどなたにも複雑であり奥深く大変
- 家族会，当事者会等，認知症に関する地域での打ち上げ，企画，運営の協力や，それに伴う家族・当事者の紹介
- かかりつけ医との連携
- 外来，アウトリーチ，入院共に迅速な対応が求められます
- 介護者のための一時あづかり，レスパイト目的の入院
- 往診を期待されているが応えきれていない
- 医療連携型の認知症カフェの実施
- 新しい治療法の情報の発信なども行う必要があると思います
- アウトリーチ．精神科疾患との鑑別．家族間調整．成年後見制度利用等の手続きへのアドバイス
- RBA（Rights Based Approach）の視点を大切にした診断後支援
- MCI，若年性当事者への居場所の提供
- BPSD の対応が一番求められています
- BPSD と身体合併の方への治療
- BPSD 等に対する入院治療をとにかく期待されていると感じています
- 当院は身体科の病院です．そのため認知症の入院については，地域からは，精神科病院との入院調整が期待されることが多いように思います．MCI や健常者への認知症予防に関する取り組み（MCI デイケアなど）の提供も地域から求められる役割になっているように思います
- 地域での顔の見える関係づくり，医療福祉との連携を行い，適切なサービスを受けられるようにしていくこと″
- 精神保健指定医のいる，地域の数少ない医療機関としての期待．すべての診療科に救急を併せもつ医療機関としての期待″″
- 新患受診枠の増加，受診困難な方へのアウトリーチ対応，軽度認知機能障害の方への支援
- 小中学校の児童生徒への啓発授業や行事への参加．医学，看護学，薬学，福祉系の大学生の実習医学，保険領域の現任者の研修，国や行政，大学の調査や研究への参加，治療薬（販売承認後も含む）の治験への参加
- 「〇〇医療，介護手帳」の運用（認知症情報連携ツール），「認知症サポーター育成ステップアップ講座」の講師″

3-1-4. 認知症疾患医療センターの課題

認知症疾患医療センターの課題に関する自由記述の回答を以下に示す．

- 県と市区町村での温度差
- 介護施設との連携．退院後，施設に戻れない
- 行政の役割であると思うが，当センターが協力して行う，住民への認知症関連の情報提供（早期発見のために）
- 人員の問題からアウトリーチは困難です
- 業務量多いが，主に対応するのは PSW（連携担当者）のみのため，マンパワーが不足している．アウトリーチ等求められるが外に出れば内がまわらない．
- 診療申込から実際の診察・検査までの待ち日数の短縮．現在は 2 ヶ月程度，これを 1 ヶ月程度に短縮したい
- センターには，終末期の精神症状と反復する肺炎等の合併症治療を行う介護医療院のような施設が必要である

- 業務及び期待されていると思われる役割は多いが，スタッフの数が足りない.
- 身体合併症に対する対応力の向上
- 研修会開催にむけた調整が大変
- 入院してくる軽度認知障害，認知症の患者の精査がおいつかない（急性期入院治療が終了すればすぐ退院するため）
- 行政が独走してしまい，疾患医療センターとも医師会とも協力体制をとらない事
- センターに指定されて以来，鑑別数が毎年上昇しており，業務量が増えている．そのため，人員を増やし体制を整えたいが，人件費の事を憂慮している
- 予約が多く早くご案内できず
- 困難例のアウトリーチ機能が連携型センターにないこと
- 東京都全体を見渡しても基本的役割だけとっても，活発なセンター，活動が見えないセンターが存在している．疾患医療センターの格差は都民にとって大きな課題だと思います
- 専門医の確保，専門職（PSW，保健師）の確保
- 運転免許に関する診断書とそれに関する対応が増えている．又，かかりつけ医がいない方も多くあり，＊＊も多く KP 不在での対応支援が大変．初期集中チームの業務や研修会への仕事は人員での中での開催は非常に業務が増す
- 外来，入院，地域（初期集中支援チームも含む），教育（院内・地域），他職種連携，集計等，業務内容が幅広く多いと感じる．東京都の集計の頻度も考慮して頂けるとありがたい
- 精神科単科病院のため身体への対応ができない．専門医が一名しかいない
- 受診希望者数に対して受診枠が少ない為，受診されるまでの待機日数が予約から 2ヶ月程と待機日数が多い
- 地域の精神科病院ということから，入院を期待され，さらには，身体科医師不在のなかで身体的な面のフォローや看取りまでを期待されるため，負担は大きい
- 全般的に期待はされていると思うが，実際に相談が入らない．かかりつけ医や，初期集中支援チームが対応できているのだと思う
- 社会福祉士を雇用しているものの，人件費補助がないこと
- 職員が足りず兼任となっている状態である
- 地域介ゴ施設，訪問看護師等への関わりかたのロールモデル．認知症認定看護師なので，より一層望まれる．
- 当県では，画像診断（MRI と SPECT の同一月施行）が査定される
- 院内他スタッフの理解と協力がまだまだです
- 連携型では，研修会等の講師依頼や開催，集客が悩みどころです
- 地方自治体との連携→41）42）43）44）の理由
- 連携型であり，PSW が不足している
- 市役所担当部署との連携やコロナ禍における研修開催等の実施
- 当然のことながらその立場があいまいなため，行政としても手を出しにくく，したがって連携にも参加していない．行政の仕事ではないとはっきり区別している．担当の人たちが内緒で協力してくれることがある
- マンパワーの不足
- 認知症疾患医療センターの期待増大につれ，その業務は診療・相談・啓発等，多岐に及びます．これらの業務を限られた「人員」基準（専従・専任）で実施継続することは困難と考えます．また，これらの幅広い業務を認知症疾患医療センターの類型別ごとに分担することにより，認知症疾患医療センター機能をより集中的，効率的に稼働することが可能と考えます

3-2. 地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割

3-2-1. 回収率

回収率は 59.6%であった. 返送数を表 3 に示す.

表 3　地域包括支援センター対象調査票の返送数

	返送の有無		
	未返送	返送あり	合計
地域包括支援センター	809	1191	2000

3-2-2. 認知症疾患医療センターとの連携経験の有無

認知症の方の医療に関連して，認知症疾患医療センターと連携したことがあるのは有効回答のうち 77.1%であった（表 4）.

表 4　連携経験の有無

	認知症の方の医療に関連して、認知症疾患医療センターと連携したことがあるか		合計
	ある	ない	
地域包括支援センター	918	273	1191

3-2-3. 認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

連携したことが無いと答えた地域包括支援センター273 件のうち，理由を回答したものは 266 件であった. 内訳は「認知症疾患医療センターを知らない」11 件（4.1%），「認知症疾患医療センターが近隣にない」114 件（42.9%），「連携する必要がない」47 件（17.7%），「その他」は 94 件（35.3%）であった（図 5）. 認知症疾患医療センターの非周知度は 0.9%(11/1,191)である.

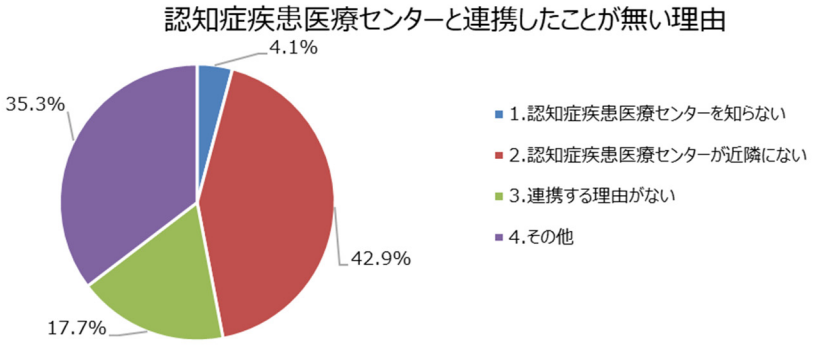


図 5　認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

3-2-4. 期待スコア

連携経験があるものの連携頻度を 4 区分に分け（月に 1 回未満，月に 1～4 回，月に 5～9 回，月に 10 回以上），連携頻度区分ごとの期待スコアを表 5 に示す．また，期待スコアが高い順に整列させた棒グラフを図 6 に示す．

53 項目中 46 項目が 3 点以上であり，2 点未満の項目は認められない．上位 3 項目は，「認知症疾患の鑑別診断」「かかりつけ医との連携」「認知症の行動・心理症状に対する外来診療」であり，「認知症の行動・心理症状に対する入院診療」「行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需」「地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携」がこれに続く．

連携頻度別比較で有意差が認められる項目が 13 項目あるが，このうち地域連携に関連する項目（「主治医意見書の記載」「介護保険サービスの利用支援」「介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携」「地域包括支援センターからの相談の応需・助言・連携」「居宅介護支援事業所からの相談の応需・助言・連携」「認知症初期集中支援チームへの参画」「認知症初期集中支援チームの後方支援」）は，いずれも連携頻度が高い程，期待スコアが高くなる傾向がある．

表５　地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割（連携頻度ごと）

連携頻度	月に1回未満		月に1～4回		月に5～9回		月に10回以上		全体		有意確率	
	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア		
専門的医療機能												
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	624	3.41	248	3.56	22	3.68	11	3.82	905	3.46	0.009	*
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	620	2.92	247	3.13	22	3.18	11	3.27	900	2.98	0.005	*
(3)認知症疾患の鑑別診断	624	3.74	247	3.83	22	3.91	11	3.82	904	3.77	0.071	
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	626	3.64	248	3.72	22	3.73	11	3.82	907	3.66	0.267	
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	628	3.64	248	3.62	21	3.67	11	3.73	908	3.63	0.943	
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応（夜間・休日対応）	627	3.43	248	3.27	22	3.23	11	3.45	908	3.38	0.125	
(7)せん妄に対する外来診療	626	3.37	248	3.46	22	3.41	11	3.64	907	3.40	0.297	
(8)せん妄に対する入院診療	626	3.40	248	3.37	22	3.41	11	3.64	907	3.39	0.769	
(9)せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	624	3.31	247	3.17	22	3.09	11	3.27	904	3.27	0.235	
(10)身体合併症に対する外来診療	628	3.05	247	3.07	22	2.86	10	3.50	907	3.06	0.305	
(11)身体合併症に対する入院診療	627	3.09	246	3.07	22	2.77	10	3.60	905	3.09	0.131	
(12)身体合併症に対する救急対応	628	3.03	247	2.88	22	2.59	10	3.20	907	2.98	0.057	
診断後支援等機能												
(13)本人への情報提供と心理的サポート	626	3.38	247	3.54	22	3.50	11	3.55	906	3.43	0.035	*
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	627	3.47	247	3.61	22	3.59	11	3.64	907	3.51	0.062	
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	628	3.66	248	3.70	22	3.73	11	3.73	909	3.67	0.818	
(16)認知症サポート医との連携	628	3.51	248	3.60	22	3.73	11	3.64	909	3.54	0.224	
(17)主治医意見書の記載	628	3.37	248	3.55	22	3.86	11	3.64	909	3.44	0.000	*
(18)介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	628	3.37	248	3.50	22	3.68	11	3.55	909	3.42	0.025	*
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	628	3.25	248	3.31	22	3.36	11	3.09	909	3.27	0.634	
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	627	2.97	248	3.06	22	3.23	11	3.00	908	3.00	0.305	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	628	3.46	248	3.52	22	3.82	11	3.73	909	3.49	0.090	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	627	3.34	248	3.40	22	3.23	11	3.18	908	3.35	0.554	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	627	3.48	248	3.49	22	3.55	11	3.36	908	3.49	0.921	
(24)若年性認知症に関する精査	626	3.53	247	3.52	22	3.59	11	3.45	906	3.53	0.956	
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	623	3.08	248	2.97	22	3.14	11	3.36	904	3.05	0.283	
(26)軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	626	3.04	247	3.12	22	3.27	11	3.27	906	3.07	0.384	
(27)認知症の本人によるピアサポート	626	3.04	248	3.05	22	2.86	11	3.09	907	3.04	0.805	
(28)家族介護者によるピアサポート	625	3.06	248	3.09	22	2.95	11	3.18	906	3.07	0.825	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	627	3.12	248	3.23	22	3.05	11	3.45	908	3.15	0.191	
地域連携拠点機能												
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	628	3.27	248	3.42	22	3.45	11	3.55	909	3.32	0.035	*
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	627	3.55	248	3.69	22	3.77	11	3.73	908	3.60	0.010	*
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	628	3.47	248	3.63	22	3.68	11	3.73	909	3.52	0.009	*
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	628	3.60	248	3.69	22	3.68	11	3.73	909	3.63	0.237	
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	627	3.39	248	3.38	22	3.36	11	3.73	908	3.39	0.590	
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	626	2.60	248	2.64	22	2.45	11	2.91	907	2.61	0.626	
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	627	2.68	247	2.66	22	2.45	11	2.45	907	2.67	0.679	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	628	3.20	248	3.47	22	3.59	11	3.73	909	3.29	0.000	*
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	626	3.31	246	3.52	22	3.59	11	3.64	905	3.38	0.002	*
(39)かかりつけ医の研修	625	3.12	246	3.11	21	3.10	11	3.18	903	3.12	0.995	
(40)認知症サポート医の研修	626	3.15	247	3.12	21	3.14	11	3.18	905	3.14	0.973	
(41)地域包括支援センター職員の研修	626	3.18	247	3.24	22	3.18	11	3.09	906	3.19	0.718	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	625	3.01	247	3.13	22	3.14	11	3.00	905	3.04	0.260	
(43)看護師の研修	626	2.91	245	2.96	22	3.00	11	3.09	904	2.93	0.799	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	625	2.74	245	2.76	22	2.86	11	3.09	903	2.75	0.545	
(45)薬剤師の研修	626	2.78	244	2.81	22	2.86	11	3.09	903	2.79	0.649	
(46)多職種連携を目的とした研修	627	3.26	247	3.38	22	3.23	11	3.18	907	3.29	0.226	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	626	3.16	247	3.34	22	3.32	11	3.18	906	3.22	0.036	*
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	625	3.12	247	3.19	22	3.05	11	3.18	905	3.14	0.583	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	626	3.17	245	3.34	22	3.27	11	2.91	904	3.22	0.020	*
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	626	3.20	246	3.36	22	3.32	11	3.27	905	3.25	0.047	*
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	625	3.08	245	3.20	22	3.18	11	3.36	903	3.12	0.188	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	625	3.38	247	3.43	22	3.64	11	3.36	905	3.40	0.452	
(53)自動車運転に関する相談と支援	625	3.40	247	3.43	22	3.59	11	3.36	905	3.41	0.702	

X2-test, ＊ P<0.05

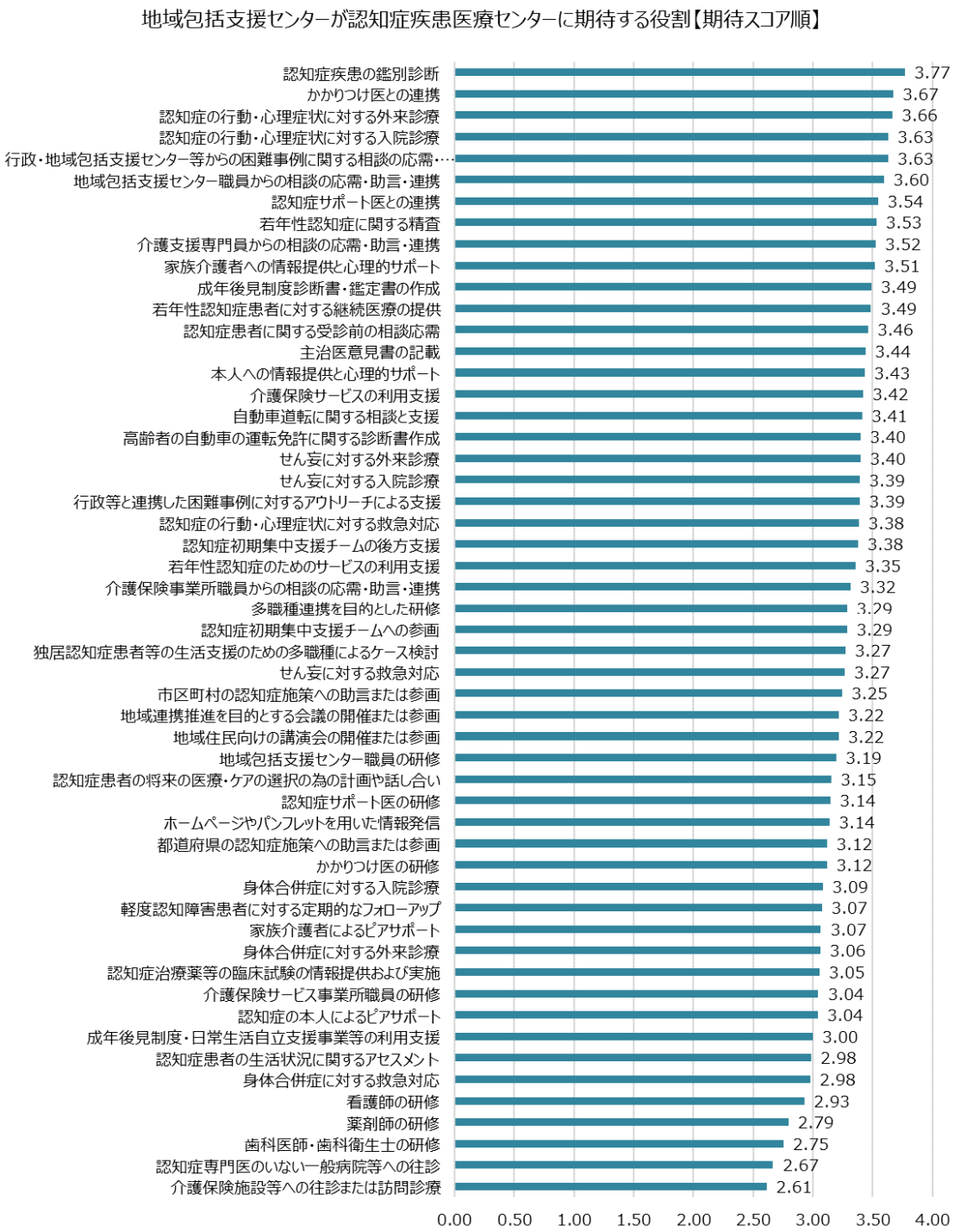


図 6　地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割（期待スコア順）

3-2-5. 項目以外の認知症疾患医療センターに期待している役割

上記項目以外で期待している役割に関する自由記述の回答を以下に示す.

- 地域での連携体制強化のため研修会の開催，啓蒙活動.
- 地域拠点型センターと地域連携型センターとは違う役割で相談している．地域連携型でも専門的な入院治療が可能になると更に良い.
- 行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言を期待している．特に独居や高齢者世帯の子供たちの関わりが疎遠だったり，希薄だったりの事例が多いため.
- 病院入退院時の連携，連絡と今後の支援の相談．退院前カンファレンスの開催.
- 認知症に関して幅広い役割を期待されているため，全てに対応することは難しいと思いますが，頼りにしています.
- 認知症サポート医が認知症の診断や処方できる体制になる受診がスムーズになると考えられるため，サポート医の育成をしてほしい.
- 認知症カフェへの参加．キャラバンメイトとの連携等地域づくりへの参画もして頂けると有難いです.
- 初期集中のサポート医と疾患医療センターのつながりを余り感じないので，サポート医を通してつながっていくと良いと感じます（つながりの強いセンターもあるので関わり方のちがいを感じます）.
- 紹介状なしでの初回受診がスムーズになってほしい．キーパーソン不在での受診が出来る事.
- 期待していないに丸をつけた箇所は「期待しても行ってくれないだろうから」と思って丸をつけました.
- 利用しやすいアウトリーチ型の支援．費用負担の軽減措置等あればうれしい.
- 予約をとるまで時間がかかるが，緊急時の対応は急いでくれる．医師受診前の MSW 事前アセスメントはていねいである.
- フットワークの軽さ.
- 増え続ける認知症高齢者の状態別の関わり支援を，医療機関と地域生活を支えるサービス機関や地域包括支援センターがもっと連携したりし，生活がより充実できるような，外に出た取り組みを期待したい.
- 認知症の方鑑別診断はもちろんのことですが，介護者，家族への助言や，傾聴，将来の不安への解消を期待しています（認知症の進行状況に合わせて支援を継続的に受けることができる様助言してくれること）.
- 認知症の人が地域で安心して暮らしていけるような地域作りサポートの必要性等を啓発すること.
- 認知症の方をサポートする為に，多職種が連携できるとよいと思っています．認知症疾患医療センターが，医療の部分でサポートしていただけると助かります.
- 認知症対応型通所介護をされているのでもう数ヶ所増やしてほしい.
- 認知症専門医以外での認知症に関する診断，診療，投薬，フォローアップのあり方について翻弄されている．本人，家族が診療を受けている．医師，かかりつけ医に気持ちよくセカンドオピニオンが受けられるように，整えて頂けると助かります.
- 認知症初期集中支援チームや地域包括支援チームのご支援を今後もよろしくお願い致します.
- 認知症初期集中支援チームのチーム員やサポート医との連携や助言．医療関係機関同士のつながりは認知症本人やその家族にとって心強いのではないか.
- 認知症初期集中支援チーム員としての活動，MCI，認知症初期の方の出かける場所としての役割.

- 認知症初期集中支援事業でも既に関わる事が多いです．医師の勤務の都合で受診の日程調整が難しい時があります．複数名で対応して頂けたらありがたいと思うときがあります．
- 認知症状，身体症状が合併症に対する外来，入院診療への受け入れ体制が整備され連携相談対応．
- 認知症疾患医療センターという名称のために受診を拒絶するご利用者がいます．もう少しマイルドな表現，例えば「脳の健康診断」のような，受診行動につながりやすい工夫，配慮を期待します．
- 認知症疾患医療センター職員には非常にお世話になり助かっています．引き続き相談機関としての中心的役割を期待します．
- 認知症施策において，医療と地域がつながる要となり得る機関と考えられると共に，行政（認知症担当者や包括支援センターなど）や医療（医師会，かかりつけ医，看護師，薬剤師など）との連携においても要となる重要な役割がある．
- 入院～退院後のフォローや協力体制などがもっとあれば困難ケースも支援の仕方が変わってくると思う．
- 独居，夫婦のみ世帯への早期介入のための連携．
- 途中で投げ出さないでほしい．
- 当事者の想いを適切につなげる力．
- 退院先の調整．
- 精神疾患との区別がつかないときに認知症の診断だけでなく両方みてもらいたい．
- 精神科病院との連携（せん妄や暴力など，精神科症状と見分けがつきにくい時に相談しやすい体制づくり）．
- スムーズな対応．
- 受診を拒否していた人が受診につながった際に，継続して受診できるような声かけや配慮．
- 受診拒否の方に対しての医師の訪問などのアウトリーチを希望．
- 受診が難しい方への訪問がもう少し依頼しやすいと支援しやすいと感じる．
- 受診が困難な方への往診と鑑別診断．
- 疾患医療センターへの受診する際，交通の便（公共機関）が不自由であり，特に後期高齢者は指定病院まで受診困難ケースが多い．定期的に送迎支援などがあると指定病院に受診しやすくなると思います．
- 在宅への往診または訪問診療（初回も）受診につながらない（行かない）方へのアウトリーチ支援．
- 項目の中にもありましたが受診につながらず困っている人が沢山いますのでアウトリーチに特に期待します．ぜひお願いしたい．
- アウトリーチへの実施協力，関係機関との連携．
- 35）の往診，訪問診察は，在宅におられる方も必要な方が多いです．是非お願いしたい．
- 件数的には多くないが，どうしても受診につなげられない方に関して往診（個人宅）ができると助かります．
- 救急時や夜間の受け入れ．
- 家族への生活相談，支援に期待してます．
- かかりつけ医に戻してからの定期的なフォロー．かかりつけ医は同じ薬を出し続けていることが多いため，年に一度でもセンターでフォローすべき．
- 医療を拒否され受診も服薬もできない方への後方支援．その方が少しでも穏やかに過ごせるようにしたい．
- 今まで同様，診断です．それと家族への説明とアドバイス．
- いつもすぐに相談にのっていただきありがたく思っています．ケア会議でも，助言

いただき助かっています.
- ある一定の年齢（80才等）に到達した方の認知症健診．その後の包括やかかりつけ医への連携.
- ZOOM，動画を用いた情報発信（本人に見えている世界や本人の思い等）.
- BPSD+褥瘡や透析が必要な方，入院先を探すのに苦慮しています.
- 退院支援へのサポート（認知ではっきりした診断）がほしいときのつなぎ役．在宅生活継続困難で家族支援が得られにくい方のアウトリーチ，受診へのみたて.
- 消防や警察との連携や情報共有，まだまだ認知症について正確な情報をもっている．学んでいる地域住民は少ないと感じている為後方支援も期待している.
- 受診するまでに時間を要する方が多いため，疾患センターを受診しても MRI 検査は別病院でおこなうとなると本人や家族，支援者の負担が多い（大きい），その病院で検査も済むように設備も整えていると助かる.
- 若年性認知症等についての継続医療の提供.
- 連携取りにくい，家族からも当市で認知症を対応してくれる病院がないと相談が入る．対応が悪いため，他の市町村の専門病院に依頼せざるを得ない．意見書は書かない．診断のみで他の対応はしない．介護保険のことを理解していないにもかかわらず，ケアマネに指示をする．意見書の意味もわかってない.
- 利用者支援に伴う情報共有（治療方針や処方内容など）を必要時にスムーズに行われるようなシステムを疾患医療センター内でつくって欲しいです．※個人情報を理由に連携が取りにくいため.
- もしかしたら，母が，父がと，軽い気持ちで相談できる窓口が多ければ多い程，不安なく生活ができるような気がします.
- 毎月 1 回夜に WEB による研修が行われていて有意義なのでできれば日昼におこなってほしい.
- ほとんど連携した事はないので分からない部分も多くあります．より身近に相談できるセンターであれば良いと思います.
- 他町（市）の病院であるため，受診以外の期待はしていません.
- 包括に認知症地域推進員がいます．連携をとり地域の認知症に対する支援が出来るとよいと思います.
- 包括支援センターとの連携強化.
- 包括支援センターとの連携が充分にとれておらず，認知症困難事例への対応を積極的に行ってほしい.
- 病院とセンターの役割分担（外部からみたら同じ）.
- 認知症はもちろん，ベースに精神疾患のある方へのフォローなどに対応していただければありがたい.
- 認知症の早期の確定診断と地域医療との連携.
- 認知症の精神疾患かの鑑別.
- 認知症の診断や介護サービス等の情報提供.
- 認知症の方は自覚が無く治療（入院含め）に拒否的な方が多く患者への説明や方向性を積極的に必要に応じて入院の判断を Dr 主導で行ってほしい.
- 認知症の方の症状は，一人一人ちがうので，相談も多種多様であるため，一緒に考えていただけるとありがたいです.
- 認知症の方の緊急対応，在宅にひとりでおけない時など，サービス調整までの一時入院など.
- 認知症に対する施策について，かかりつけ医が連携できるような知名度がなく疾患センターをもっと知ってもらえると良いかもしれません（地域の Dr に）.
- 認知症と精神疾患，両方発症している方へのフォロー．精神疾患へのフォロー.
- 認知症と精神（うつ病，統合失調症等）と鑑別診断をしてほしい．認知症疾患医療

センターで対応する事例でないとの判断であれば早目に連絡がほしい.
- 認知症初期集中支援チームの積極的介入.
- 認知症疾患の鑑別診断が身近になるように普及活動をしていただきたいです.
- 認知症疾患により対応困難になっているケースに対してきっかけ作りや受診，適切な指示や対応によって介入してほしい.
- 認知症疾患医療センターをもっと増やして欲しいです．また，継続的な往診も責極的に行って頂けるよう期待しています.
- 認知症疾患医療センターの役割・活動内容を，広く広報し，包括含め地域の CM・訪問看護事業所等の理解を促して欲しい.
- 認知症疾患医療センターに対する期待は大きいが，事細い対応は行き届いていないのが現実．アンケートの様な対応が出来ると助かる.
- 認知症支援に対し，認知症疾患医療センターにしかできない役割の明確化．認知症困難ケースに対し，最終的になんとか支援してくれる機関.
- 認知症関連の事業などへのアドバイス，オブザーバー参加.
- 認知症カフェへの支援（情報や人的支援）.
- 認知症医療の中核であって欲しい．分野別にサポートを整えて欲しい．困った時（どこに相談したら良い時）誘導して欲しい.
- 認知症 BPSD に対して，緊急の入院受け入れなどの調整を担ってもらえると大変心強い．本人が通院を拒否し，介護保険の利用につながらず支援が行き詰まることが多い.
- 入院する事で一時的な解決になる方も，なかなか入院ができない実情があり，生活のしきり直しの時間が必要なこともあるので，入院ができるシステムを作ってほしい.
- 内科疾患があると精神科への入院の際に防げとなる．主の治療が認知症の場合には，積極的に精神科への入院が可能となるようにサポート頂く，または，認知症疾患医療センターでの受け入れを可能にしてほしい.
- とても多岐にわたる役割です．でも，頼りにしています.
- 独居であること，病識がないことなどの理由で，早期の受診が必要であるが，受診に結びつかないケースがある．また，予約が必要であることから，予約日に心理・行動症状の憎悪がみられると，受診のタイミングを逃してしまう．そのようなケースの対応を共に検討したい.
- 通常の医療機関よりも突出して認知症等患者への支援を頂けるよう意識して頂きたい.
- 通院手段，時間もかなりの時間をかけることになるので，もう少し気軽に受診できるようにしてほしい.
- 中・重度認知症患者の入院等の受け入れについて継続して協力して欲しい.
- 地域の認知症を疑う方への支援について，中心的にその役割を担ってほしい.
- 地域に積極的に出向くこと（連携強化）.
- 地域で専門医がいないと診断が？と思うこともあり，また診断されたあとのフォローができていないと思います．36）あたりが充実することを期待したいです.
- 地域性により，近医との連携支援等の方策がありましたら，大変ありがたいと思います.
- 地域ケア会議にも出席頂けるとありがたいです.
- 担当する地域が，医療センターからは遠く本人・家族が定期的に通う（初診の場合も）負担が大きい＝つながりにくさがある．生活圏域でのかかわりができれば..と思う.
- 相談する時に不安もあるので，どのような相談でもうけてもらえる.
- 相談時には，的確なアドバイスを頂き，とても助かっています．緊急時の入院，治

療が必要な場合，入院先の調整など他の病院との連携をして頂けると心強いです.
- 早期に対応が出来れば安心です.
- 早期診断が適切に受け入れられるように，外来受診予約が早くとれる体制づくりをお願いしたいです.
- 専門的な助言．緊急な入院が必要なケースなど，一包括で対応が困難な時頼りたいです.
- 精神疾患以外の疾患（内科系等）があると相談ができる医療機関が極めて限られる．入院が必要でも対応不可の場合は適切な医療機関へのつなぎ支援とともに，地域の最後の拠り所的な体制構築をしていただきたい.
- 精神，認知症の判別ができにくい．受診を嫌がる方が多い．訪問時包括や保健センターと同行する等，訪問診療も期待したい.
- すべての項目，とても期待しているが，実際相談しても，納得できる，支援が受けられていない．特にBPSDの困難なケースの対応が全く出来ていない．ケアマネ，包括まかせ！！
- 初期集中支援チームが包括支援センターに置かれている場合の，後方支援，市と連携し，基幹型支援チームの設置，積極的活動を期待します.
- 初期からの介入も積極的にいただければと思っています.
- 初回相談から診察するまでの期間が長い，もっと迅速にしてほしい．最近，地域に出向き出前講座を開催しているのはありがたい.
- 上記の項目の機能を果して下さるのであればとても素晴らしいと思います.
- 受診希望者を，とりあえず少しでも早く診察して診断をしてほしい．少しでも多く診察し，地域の医院でも対応出来るような連携が図れるといい.
- 受診予約日までの支援（2ヵ月後など，相談から受診までが長い場合）.
- 受診の日が限定的などハードルが高い（予約がとりづらい）.
- 受診につながらない利用者の受け入れ（内科も含めたフォロー）.
- 受診するまで予約をとる事に時間を要することがあるので，状況から早目の受診や入院ができるとよい.
- 受診困難なptに対して即日入院が必要な場合受け入れて頂きたい（14）家族介護者への情報提供以上の教育支援）.
- 受診困難，拒否のある方へのアウトリーチを積極的に行ってくれるとありがたいです．医療拒否の方は，たまたま他の病気で入院下ときなどに疾患医療センターとつながれると助かります．入院中にも連携取れるような仕組みになると良いです.
- 受診後のフォロー，近医へつないだ後も引き続きフォローしてほしい．入院対応など.
- 受診後，入院が必要な方については，入院できるように（入院先の紹介等）してほしい．初期の方はもちろん．BPSDの方の対応に期待したい.
- 受診後，そのままピアサポーター等と受診患者，家族が触れ合う場の提供.
- 受診拒否者へのアウトリーチをお願いしたい．包括職員は連れて行けないので.
- 受診が緊急的に必要と思われるケースを早期につなぐ役割を期待しています.
- 周辺症状のある方でも入院などできる施設病院を提示してもらいたい.
- 重複しますが，緊急時の受診や未受診の患者さんを受けて頂けると助かります.
- 柔軟な，入院対応や，当日の受診対応.
- 若年性認知症に対しての相談，支援.
- 地元のかかりつけ医はまだ「患者をとられる」という意識もあり，専門機関（疾患医療センター）へつなぐという意識がとても低い．かかりつけ医や地元医師会と定期的に連携をとってほしい.
- 市民がアクセスしやすいエリアに設置してほしい．受診している患者以外の相談にもっと積極的に関わってほしい.

- 市内では 1 ヶ所しか認知症疾患医療センターがないため初回受診待ちがあります．センターの増設やBPSDの方などが早急に受診できるように連携が深まると助かる．
- 疾患センターの周知や，何が出来る所等を明確にしてほしい．協力出来ることを明確にして欲しい．診断は受けたもののその後のフォローが薄いため，病状の悪化したケースも有り，連携のとりづらさを感じます．
- 在宅への往診，訪問診療．
- こちらで開催する事例検討，研修会などへの協力．
- 高齢者の免許更新の際に，「認知機能検査」でひっかかった方は，現在，「かかりつけ医」でも指定された医師になっていたら診断書が書けると聞いております．実際「かかりつけ医」なのか県のオレンジドクターにはなっていない先生が「認知症ではない」と診断されて，自動車学校へ追加更新講習を受けているようです．自動車学校の教官より”「医者（よく分からない）が診断でない」と言われた人に限って本当に危ない．でも医師から「認知症じゃない」と言われているので，教官もあなた危ないからやめなさいとは言えない”とヒアリングしました．免許更新のための診断書はせめて県の指定する「オレンジドクター」以上に限定し，しっかり「オレンジドクター」も所定の検査をふまえて診断する（最低でも脳の画像等を撮る）項目を厳格，共通にした方がよいと思います．「かかりつけ医」は，日頃のお客さんという一面もあり本当に診断し「免許を返納しなさい」とは言いにくいところもあるのでは...と思います．
- 高齢者の自動車運転に関する施策への参画．
- 後見制度利用時の診断書作成（普段から，病院に行かない人，その時だけの利用では，なかなか書いてくれるDrがいない．
- 現状でかなり満足しています．あまり役割を持ちすぎても大変なので今のままでもよろしいかと思います．
- 現在連携している認知症疾患医療センターは担当圏域外のセンターになります．担当圏域のセンターとの連携は全くないため，何らかの形での連携を期待します．
- 現在，認知症や精神疾患の方が地域で増えており，診療も予約等してもなかなか受診もできない状況です．通常の病院（精神科）では対応が難しい部分を対応していいただき，地域の病院へ継げていく役割を期待します．
- 緊急入院．
- 緊急時にも対応をお願いしたい．
- 緊急時等の入院受入れ体制の整備．
- 期待できないのが現状．医療だけではなく福祉や介護と連携し，生活を見すえた連けいをしてほしい理解し，動いてほしい．医療の専門家だけで生活がみえているか？
- 気軽に相談できる体制づくりが必要と感じています．今回のアンケートをきっかけにこちらから，アプローチしようという気持ちになりました．
- 家庭への往診と，入院等，治療必要性の説明を本人・家族にしてほしい．認知症が原因で，日々の生活が困難となり支援もできない人が大勢います．受診ができない人（本人拒否）には往診の方法もありません．
- 家族会などに向けた勉強会の協力など．
- 各市区町村のケアマネ協議会でのPR活動．身寄りがない方への対応の説明．
- かかりつけ医や地域の医師会との関係を密にし，情報の共有・連携のとれる体制をつくってほしい．
- かかりつけ医がいた場合の紹介を求める制度は状況によりなしとしてほしいです．
- かかりつけ医→サポート医→認知症疾患医療センター→かかりつけ医の相談の流れや，受診，紹介の流れを作ってほしい．かかりつけ医で止まることも多い．
- 介入拒否のあるケースへのアウトリーチによる支援の拡充．

- 介護保険主治医意見書の作成，精神科領域の対応アドバイス.
- 介護（サービス）との連携（もっと理解を期待したい）.
- 遠方に疾患センターがある場合，通院回数が多くなると家族の負担が大きいため，鑑別診断にかかる通院日数等があらかじめ分かるように提示してほしい.
- うまく機能しているのか疑問に思う.
- 医療機関に対し，鑑別診断を受ける前（初診）から地域包括支援センターや認知症について説明していただき，本人や家族の不安軽減が図られ継続した関わりとなるような後方支援をお願いしたい.
- 今よりもっと疾患医療センターとしての機能を発揮してほしい.
- 当市においては認知症サポート医連絡会という組織がしっかりと横のつながりをもっておられるのでそことの役割分担かと思います.
- アウトリーチ支援.
- BPSD 等強く出ている方や困難事例の方の受診を早めに対応してもらえるといい．まめに連携できると安心（事業所も本人も家族）できる.
- MCI や初期認知症の方向けの（医療保険）デイケアをやって欲しい.
- Ⅳ6），9），12）について，センターの役割でなく，そういう病院を設置連携する役割を担ってほしい．夜間，休日，精神科の対応が必要ケース増えています.
- ①地域の医療機関，介護，福祉専門職へのサポート（助言，指導）．②認知症医療ケアに関する地域のネットワーク構築．政策形成に向けた働きかけ.
- 一人で通院する方の院内サポート，・付き添いのいない方の情報についての関係機関との連携.
- 認知症や精神疾患のある方で初回受診困難な場合の支援・気軽に相談にのってくれる体制を作ってほしい.
- 認知症のある方が暮らしやすい地域社会にするための取り組みに期待しています.
- 認知症と診断されてからの治療や予後で上手くいったケースの紹介．・地域の予防教室等への出張講座〃.
- 認知症施策やしくみの推進等.
- 地域に出向いての相談会の開催，・相談，連携のとりやすい体制の構築.
- 受診予約をとるのに 3 ヶ月程掛かる病院もあるので，緊急のケースについてもう少し受診予約の短縮が出来たら助かりますので期待しています.
- 在宅への往診・アウトリーチチームとの同行訪問実施による，早期診断や適切，必要な医療介護への調整.
- 広域での認知症 Pt.の鑑別診断と初期及び緊急時や急変の治療・地域医療（一般診療科の医師）と他部門への研修.
- 近隣の市町村の認知症地域支援推進員とのネットワーク構築．・市民への認知症疾患医療センターの周知．・認知症及び MCI の人の早期発見，早期受診その後のフォローや対応などその地域に応じた支援ができる体制づくりへの参画.
- 患者様ご本人やご家族に対する手厚いサポート・対象となる方々が相談しやすい環境づくり.
- かかりつけ医があまりつながれていない方とよくつなぐ方と差が大きい．医師会と是非連携してほしい.
- 研修（これも大切ですが…）よりも，かかりつけ医，サポート医他医療介護関係機関との主体的な連携協力を優先していただきたい・透析など内科的疾患を併せもつ認知症患者の入院治療．認知症の中でも特に若年性認知症本人やその関係者への支援（ピアサポート含）.
- 包括と一緒に困難ケース対応してほしい.
- 認知症疾患者さんを実際にケアしているのは介護スタッフ（ヘルパーやデイサービス，グループホーム）です．特に BPSD の対応等については，認知症専門医からの定

期的な介入が必要かと思います.
- 何をしているのか実態が不明，通院患者のみの対応に終始している.
- 受診するまでのハードルが本人・家族伴に高いケースに対して，往診や携帯などを利用した遠隔診療など幅広い視野での診療形態が雇用されていくと，早期発見，治療につながりやすいと考えます.

3-2-6.現在の認知症疾患医療センターについての意見

現在の認知症疾患医療センターに関する自由記述の意見を下記に示す.

- 行動，心理症状（BPSD）がみられる場合や身体的な合併症についても必要な治療体制の確保.
- 行政との連携を密にお願いしたい．・独居で家族が居ない方・家族が遠方にて同行が出来ない方など，CM 等の代理同行でも診察対応を柔軟にお願いしたい.
- 困難ケースの入院に関して何度も病院に連れて行く事がむずかしく，一度での入院ができる様御協力頂けるとありがたいと思います.
- 初診の予約がすぐに取れないことが多く，急な場合に困ってしまうことがあります.
- BPSD やせん妄等への救急対応が必要なケースへの対応やアウトリーチ対応について，断られることが多く，今後期待するところです.
- 周辺症状の悪化で，在宅での生活において介護保険サービスを駆使した上で更に家族の力だけで介護を継続出来ない時に入院という支援につなぎたくても満床を理由に対応してもらえない事が多いので，最後の砦として対応してもらいたい.
- 緊急の相談を行ってもなかなか受診（入院相談）がうまくいかない事が多い．相談から対応までの時間の短縮を考えてほしい.
- 医療的な視点と福祉，介護的な視点とでギャップがあるので，そこを考慮してアドバイスを下さればありがたいと思っています.
- アウトリーチや初期集中支援チーム員として医師の往診をして頂けないのが残念です.
- 新規患者さまの受け入れがどこも混んでいます．仕方ないことかと思いますが受診が 1～2 ヵ月先となるとタイムリーな受診とならず悩むところです.
- 医療センターを増やしてほしい（当センターの所在する地区にはないため）・予約がとりにくいので，体制強化していただけると良いと思います.
- もっと活動を見える化をしてほしい．困って相談する，受診するのだから，対応の幅を増してほしい.
- 電話での相談でも，ていねいに対応していただき，主治医と連携してくれるので，満足しています．初診まで時間（日程）はかかりますが，予約できるので安心です．満足しています.
- いつも困ったときは連絡しアドバイス頂いたり対応して頂いており大変助かっています．市の地域ケア個別会議の医院であり問題解決にもご尽力頂いています.
- 全ての項目に期待したいところですが，認知症疾患医療センターが全てを網羅することは難しいと思います．行政や医師会と連携し，地域での認知症に関する医療体制を面で構築していけるよう，地域包括としても期待し，バックアップもさせて頂きたいと思っています.
- お互いに実態を情報共有できるような場がより身近にあると，現在の課題をお互いに把握でき，政策にも反映されやすいのではないか.
- センターができる前は地元のクリニックで認知症の診断を出すことが多かったので

すが，最近は「認知症のことは分からないからセンターに受診を」と，問診もせずセンターにまわされるケースが増えている気がします．センターには地域医療全体の向上に力を入れていただきたいと思います．

- ○○病院には，非常に助かっています．ただ○○から△△まで遠く，患者に負担があります．
- 受診が滞ってしまった患者さんについての情報を得ることは難しいとのことだが対応策を検討してもらいたい．
- 早期の受診対応．予約が 1.2 ヵ月後は遅すぎる．
- 患者宅への訪問同行などしてほしい．
- これまで，実際に相談したケースの中で，センターから「対象外」との事で断られた事がありました．○○は，「身寄りがいないと入院できまい」との事でしたが，どんなケースも対応できるように改善してほしいです．
- 一般住民への啓発のためのパンフレット等がネットよりの印刷に全てなっておりこちらで多くを印刷する必要があるので以前のように冊子としていただけるようなしくみにしてほしいです．
- 当事者ぬきの支援になっていることがある．本人の意見をきいて先まわり介護をしないでほしい．
- 新患だとしても早めの対応をお願いしたい．
- 疾患医療センターでの鑑別診断と，他の医療機関での診断，検査において，相談者にどのような違いがあるのか等説明が難しい．
- 地域により交通手段が手間となり受診に至らないことがあるので，複数のセンターかサテライトでもいいので，身近なところにあるとうれしいと思う．
- 連携は良く相談しやすいですが，場所が遠いので出張等してくれると助かる．
- 認知症のデイケアの充実．
- 市内の認知症かかりつけ医に対して，積極的に研修やセンターにまわすように提案してほしい．
- 相談員さんがセンター以外と連携を密にとってもらいたい．
- もっと専門職との相談機関として協力してほしい．
- 現在も連携が取れており助かっているが，初診時予約が 1 ヶ月以上待ちであり，もう少し早く調整できないか．センター同士の連携でどうにかならないか．
- 6.9.53 に関して充実できればいいと思う．特に 53 はとても重要だ．
- 認知症で一人暮らし，身内のない人への支援や，身内はいるが疎遠で関わらない方は，どこの地域にもあるケースで，その支援について市町村をまきこみ考えてほしい．
- 期待していることばかりです．
- 早期受診予約に関する受入体制の整備．
- 個々のセンターによって力量のちがいがはっきりしており，相談から受診までにとても時間がかかる．ただの検査受付の機能しか果たしていない．
- 認知症の周辺症状でセンターにつなぎ受診するも「年相応」と診断されることが多い．
- いつも相談に対応して頂いており助かっております．今後も連携を図りやすい関係の継続をお願いしたいです．
- 各病院によって対応が違う．しんみに相談にのって下さる所もあれば，大きい病院は連携がうまくいかないこともある．高齢者や家族の負担を思うと 1 日で診断治療時間が望ましい．
- 初期集中チームとしてもっと主体的に動いてほしい．専門職としての関わり（本人との）が○すぎる．
- 通常診療が忙しく，緊急的な対応が必要となった際でも対応が難しいことが多い．

地域の高齢化に伴い業務も増えているとは思うが，更なる機能強化を期待したい．

- 当該圏域内（市内）にセンターはなく，離れている為，連携をとることはほとんどない．外の医療圏の病院とは，連携を取り，対応している（月 2 ケース程度）．
- 紹介状がないと利用できない．
- 認知症の BPSD の症状が強く家族が困っている時に，救急で診てもらえる体制があると助かります．
- アウトリーチによる支援を利用しやすくしてほしい．
- いつもお世話になっています．初期集中支援チームとの連携がもっとすすむとよいかなと思います．
- 認知症疾患医療センターに精神科医がおらず，精神科病床もないため，BPSD の入院の相談が難しい（相談はできるが，入院できない）．
- 認知症疾患医療センターの診療相談をしても，予約が数ヶ月後となっている現状．MCI の方は待てるがせん妄等の症状が悪化した方など診察してくれる医療機関がなく困っている．
- 診断後のフォローをもう少ししてほしい．一度かかりつけ医に戻しても再度かかりたい場合は相談できると良い．
- 認知症専門医のかかわりが少なく一般医師が主にかかわっている為期待感が低い．
- 同センターがある病院に所属の地域包括支援センターです．その存在に大変助けられています．医師の寛容さがあると良いと思います．
- 鑑別診断を受けるために，別の病院を受診しなければいけないことが手間．
- 県内の各疾患医療センターに若年認知症の相談窓口が設けられているが，若年認知症コーディネーター研修を受けた人材を配置しているセンターが少ない（県内 2 ヶ所）．
- 認知症の理解，対応方法など家族への説明や助言をセンターからしていただくとかなり効果があると思っています．今後もよろしくたのみたい部分です．
- 地域内の認知症疾患医療センターでは，脳神経内科が対応されているが，症状によっては対応が難しく入院施設がある近隣の疾患医療センターに相談する場合が増えてきている．
- 認知症疾患医療センターとしての外来が週 1 回しかない．もう少し増えてほしいと思います．また，センターをしている病院も増えてほしいと思います．
- 色々支援依頼希望ありますが幅を広げるより認知症の人への特化であってもいいのかと思います．
- アウトリーチ，周辺症状の変化的の対応が弱い，認知症初期支援チームともっと連携した活動をしてほしい．
- 互いに情報交換を行い，よく連携がとれている．
- 認知症疾患医療センターの専門医が増えて，医療連携の中で相談しやすい体制ができて欲しいと期待する．
- 正式な名称として関わることが少ないです．連携はしていますが，認知症以外での関わりが多い．
- 県の場合大学病院の中にある為，アウトリーチや家の環境までは，把握が難しく，周辺症状のみの相談になってしまう．もっと，本人，家族の状況を把握に務めてもらいたい（出来れば，訪問して欲しい）．
- 当地域の認知症疾患医療センターは相談しやすく（認知症の状態が悪化された場合の入院治療等がもう少しスムーズになればありがたい）いつも丁寧に対応していただいている．感謝しています．
- 疾患センターが認知症医療の提供体制を強化するために設置されているのであれば，相談や診断の他，関係機関との連携，普及啓発，情報発信等の担うべき常務に努めて頂きたい．

- 入院設備のあるセンターの方が本当はありがたいと思う.
- 専門医療の相談の際アウトリーチ支援など迅速な対応をお願いしたい.
- 地域の方の認知度がまだまだ近いと思われるため，私たちもだが普及，啓もうの方法を検討していただきたい.
- もう少し早く初診予約がとれれば助かります（現在，初診まで，1ヵ月半～2ヵ月待ち）.
- まだまだ認知症疾患医療センターを知らない方が多いように思います.
- 3 つの町を挟んだ遠方の市に疾患センターがあるため，長時間車に乗っているのが苦痛となる認知症疾患者に受診を促すことが，なかなかできない状況です.
- コロナ禍になり認知症発症や進行した，BPSD 出現等のケースが増えたように感じる．その中でより連携をしていただき支援をいただけるとありがたいです．研修や情報発信をお願いします.
- 独居で検査時の付き添い者がいない場合，長時間となると困難となる事もある.
- アウトリーチでの協働が出来れば心強い.
- 若年性認知症への支援．若年性認知症総合支援センターとの連携が密になされ，助言，アドバイスをいただけます．包括へつないでいただき，心強く思います.
- タイムリーな相談（特にBPSDで悩む事例など）がしにくい．認知症高齢者受け入れの病床が少ない印象ありますが入院対応ケースについては優先的にかかわって下さる様な立ち位置でいてほしい.
- 精神疾患へのフォローが全くできていない．困難ケースへの相談になかなかのってもらえず，手続きが多い.
- スピード感に欠ける.
- 広報活動の強化.
- 認知症疾患医療センターではあるが外来受診予約がとれなくて 1 ヵ月先を指示されてしまうこともあり，紹介しづらい.
- 「地域生活の維持」をするためには，を一緒に考え適切にサポートしてくれるDr,MSW,PSW が増えれば助かります.
- 何をどう支援してくれ，対応してくれるのが，よくわからない．相談してみようと思う，機関になってほしい.
- 協働させていただいていますが，コロナ禍の対策などは，医療機関として優先的課題だったと思います．地域医療機関全体の質向上にご協力いただけたらと思います.
- 市域も広いので…1ヶ所で大丈夫だろうか…と思います.
- MCI 患者の情報提供は年に 1，2 回もらえるがあまり助かる支援にもなっていない．認知症初期集中支援チームのように，支援内容をもっと明確にして欲しい．今は，なくても問題ない機関と感じます.
- 介護者や，包括，市，行政等が必要と思われる症例については，入院できるように，調整してほしい.
- 現在，初期集中支援チーム検討委員会や，認知症ケアに対する相談，助言等をいただいており今後も引き続きご協力いただきたいと思います.
- 関係機関との定期的な情報交換会.
- 当町から 40 分車でかかる距離にセンターがあるため，連携が気軽にとれる環境にない．定期的な連携会議等の開催を希望する.
- コロナ禍で動き自体がみえづらくなっています．活動の報告など，連携していく中で話がきけるといいなと思います.
- 認知症初期集中支援チームの対応件数が認知症の方の増加している中で極めて少ない状況と思われる．原因の分析に加え，制度利用に至るように圏域のコーディネートをしていただきたい.

- 認知症の確定診断はできているが，その後のフォローが弱いと思います.
- 質問項目を目指して，積極的に対応して頂きたいと願います.
- BPSD 困難なケースについての介入について積極的にお願いできればと思います.
- 認知症疾患医療センターの Dr は他の外来をみることもあると思うので，多くの機能を期待はしていますが，人員的に難しいのが現実かと思います．予算面かと思いますが人員配置（専属）があればいいと思います.
- 受診までに 2 ヶ月待ちの状態では家族が予約をあきらめてしまうこともある．増える認知症患者の数と医師の数があわず少し心細い.
- Dr によりすぐに施設入所をすすめる．どうしたら居宅生活ができるかを一緒に考えてほしい.
- 相談しやすい関係ができていると思います.
- 縦割り（認知症しか診ない，内科受診を勧奨され，認知症はそれからと言われ，その後のフォローが全くなかった事がありました）.
- 介護保険と包括の紹介，脳トレのすすめをして，かかりつけ医（専門でない）に戻す流れになっていますが，その後専門医が診ることなく何年もたつ方もいます．かかりつけ医は同じ薬を処方するだけなど．どこかで継続的なフォローができるような体制になると良いのかもしれないと思っています．診断後は包括におまかせという感じがします.
- 医師同士の連携が図れていない．また，受診拒否の高齢者の対応が不十分，家族，CM が相談しても本人受診しないと進まない．かかりつけ医や認知症初期集中支援チームとの連携を含めた受診までの支援をお願いしたい.
- もう少し早く受診できるシステムや往診して頂けるとありがたいです.
- 運転免許の診断で，更新できない方の情報提供が可能であれば，その他のサービスや見守り対象として把握しやすい（個人情報の関係もあるが…）.
- 現在，包括からの相談にも柔軟に対応していただいています.
- 意見交換もままならない状況．同じ県内でもセンター毎に温度差あり，利用しやすいと言えない.
- 当センターでは状況に応じて，MSW を通じながら相談対応をしてもらっています．又初期集中支援チームへの協力も頂いており，受診や制度に結びつけでき後方支援を頂けることはとてもありがたく思っています.
- 予約とりにくい．診断に時間かかる．診断後のフォローが薄い→続けて診てくれない．市町村に 1 つ有れば有効だと感じますが，少ないため敷居高いです.
- 家族支援のための情報交換を密にしたい.
- 業務が多忙で，かかりつけ医，サポート医との連携は図りづらいのではないでしょうか.
- 担当の相談員さんが良い方なので，とても助かっています．相談員さん次第のところもありますので続けていただけるか，同レベルの方を配置していただけると良いと思っています.
- 往診の対応等で，初期集中支援チームと一緒に動いていただけると良いと思います（診察，受診までにかなり時間がかかるため）.
- 土・日・祝日の受入（相談・入院）.
- 鑑別診断が主で，連携も不十分であることが現状，医療圏域に 1 つではなく市町に 1 つあると連携が促進される？
- 直接の連携はほぼなく，相談しにくい体制と感じています．県北地域でありますが，逆に県中地域の認知症疾患医療センターの方から情報をいただいてありがたかったです.
- 本人をとりまく家族や地域も含め考えて頂きたい（本人の生活という事）．症状の多少や，データ，だけで，生活は支えられません.

- 紹介状がないと受診対応してくれません．もっと気軽に柔軟にハードルを下げた対応お願いしたいです．また問い合わせする度に職員が変わり，以前相談した内容が伝達されていません．また 1 から伝えています．相談内容共有して欲しいと思います．
- 診療（外来・アウトリーチ）が結局医療機関，Dr 本位，もっと患者本位に．
- 認知症の鑑別診断結果や治療計画について本人，家族と各関係機関が情報共有できるシステムがあれば，支援方針が立てやすいと思います．
- 受診まで時間がかかるケースが多い．早急に対応できるしくみが必要．
- 包括支援センターに認知症相談対応を求められることが多く，医療機関から”専門機関を受診するように”と言われることが多い．島しょ部では交通手段がなく支援者にも限りがあるため，必要な受診が受けられないケースも増えているので，オレンジドクターの活動推進や疾患センター指定病院との診診連携等の後方支援を希望する．
- この質問項目の内容をしっかり網羅した常務を行ってほしい．できない場合は報酬の減算をしてほしい．
- センターの Dr より包括へご相談いただくケースもあり，その際は連携がとりやすくありがたい存在です．
- 対応できる人（職員）が多いといい．連絡しても折返しも来なく，何度も問合せしているので．
- 認知症の早期発見に向けて，認知症疾患医療センターのできる役割など地域に発信してほしい．
- 地域の基幹病院に設置されており，多忙な医師と直接連携が取り難い，橋渡し役として連携室のソーシャルワーカーさんに活動，支援を期待したい．
- 担当地区のセンターは，情報発信は全くないのでまずは現在の業務内容を文書やホームページで地域へ発信してほしい．どこにあるか知らない人も多い．・担当地区内にセンターは 1 ヶ所のみで地理的にも遠い．受診もしやすく，連携もとりやすい様，センターの数を増やしていただきたい（認知症の対応，医療機関が少ない）．
- 現在，地域（管内）には認知症疾患医療センターが令和 2 年度からありません．選定中の期間です．
- 相談するのに敷居が高い．待機が長い場合の近隣疾患センターでの連携をしていただけると助かる．
- アウトリーチ機能がほぼなく認知症初期集中支援チームとしての役割が果たせていない．センターにつなぐにあたり，住民が抱いている昔からの精神病院としてのネガティブイメージの払拭が必要．他上記Ⅴの欄に記入した内容が，今後行われるようになって下さると大変助かります．
- 受診予約が取りやすくなると良い．
- 期待しているところは多くあります．現状として相談しても時間がかかる…対応が遅くなる事があり（スタッフの増員（相談員）など必要と考えます）．期待していますが，他の方法を考え対応しています．
- 当市には 2 ヶ所ありますが，病院によって対応がちがうので少しとまどいます．
- センターに全て役割を期待したいが，第二次医療圏域内にセンターの設置がないため実際に期待する役割は限られていると感じている．
- 若年性認知症に関する連携を特に期待しています．
- 関った中では特に専門的とは思えなかった．
- かかりつけ医が専門医へつなぐことなく抱えてしまうことがある．Dr が疾患医療センターの役割を理解し，必要に応じて連携していけるような働きかけをして頂きたい．かかりつけ医がいない，身寄りがいないケースの対応に苦慮する．市内に疾患医療センターがなく，受診につなぐまでのハードルが高い．そういったケースの対

応においては，疾患医療センターとさらに連携を強化したいところであり，また，初期集中支援チームへセンターのＤｒやPSWが参画することも望むものである．

- 圏域の 2 つのセンターにはいつもていねいに対応して頂いています．新規ケースの受診がタイムリーにできない事が多いのが実情です（1～2ヵ月待ち）．
- 外来を予約できない．混んでいる．予約は数ヶ月先等の声が聞こえます．困った時に紹介できない．サテライト的な病院が身近に欲しい．
- 隣市にあり受診することができない人もいる．近くにセンターがあればと思っております（・市民や職員等への研修・連携を密にしたい）．
- 当町からの通院が難しい場合があり，本人・家族の受診，相談がつながりにくいことがある．
- ○センターは，機能している感がない．○○センターは初期集中支援チームとはよく連携している．
- ○○病院の相談窓口である PSW に相談するが，こちらの意とせず内容になり，相談しづらさを感じている．
- 支援チームのあるセンターと連携すること多く，情報共有もスムーズで助かっています．
- 総合病院が認知症疾患医療センターを担っている場合，身体の病気をもつ方の対応が優先され認知症のみの問題だと対応があとまわし．または，他の精神科受診をすすめられる（紹介をしてもらえるわけではなく，自分達で探すように言われる事があり病院探しに苦戦することがある）．
- 創設時に相談したいことがありましたが，最近は全く連絡していませんでした．初期集中支援チームとの役割の違いなど再度確認していきたいと，今回のアンケートで感じました．
- 外来受診に関しては，大変混み合っていて，予約が取りにくくなっています．診察がスムーズに受けられ相談できるようになれば良いなと思います．
- 多忙のため，予約が，数ヵ月先．緊急相談，受診が難しく，連携の頻度が少なくなっている．
- 相談しやすい雰囲気があると良いと感じています．
- 昨今，認知症における複雑な（複合的）課題が多くなってきている．その中におけるサポート医の充実（認知症疾患センターがもう少し，積極的に地域に関わっていけることを望みます）．そして，そこからの疾患センターへのルートが出来，本来の初期集中チームとしての動きが出来ればと思う．
- 研修会の開催を今後も継続して頂けると参考になります．
- 認知症の相談の場合，病識がなく，本人より周りが困っているケースが多いですが，やっとの思いで相談までたどりついてもそこから即日受診できず，後日改めての対応になり，結局医療につながらないケースがあります．タイムリーな対応により，気持ちを途切れさせずに早期受診，診断，治療につなぐ事ができる様サポートをお願いしたいです．
- 「年相応の認知機能低下」と初診で話し，1 年後の受診では経過観察が長いと感じることが多くあります．認知機能低下を本人が自覚，または周囲がすすめて受診した際にその後のフォローがもう少し入れば…というケースがあります．
- 私が担当する市のセンターは，医師が家族に向かって「あなたたちの介護が悪い」といったように遠慮なく物言いをし，助言してくださることもありません．そのため，そのセンターの期待はあまりしていません．どうしてもセンターにつなぎたいときは，他市のセンターを紹介しています．
- 市内にある疾患医療センターは入院に対応しておらず，主治医意見書の作成もお断りされている状況ですので，現状では他地域の専門病院等に頼っている状況です．
- 認知症の患者が身体的な合併症を持っていた場合でも，適切な医療を提供してもら

いたい．もし，見られない場合は，適切な医療機関へ紹介してもらいたい．
- 市町村に１つセンターがあるなど，身近にあると相談や受診がしやすいと思う．
- かかりつけ医がいる場合，診療情報提供が必要なために受診のハードルが高くなっている．タイムリーに受診できない場合がある．
- もう少し距離的に近い所にあれば，連携する機会が増えると考えられる．
- 相談員の対応はよく，とてもありがたいです．ただ，激しいBPSDや，包括介入時点で，家族介護力がなく，全般的な支援が必要という時は，即日入院できると，とても助かります．
- 担当圏域から遠いため，定期受診が難しい状況．
- 医療機関などの紹介については，直接病院間で連絡をとっていただければと思います．
- 現在，あまり連携がとれていないと感じております．当センターからも，今後ご相談をさせて頂きます．
- 連携の頻度を月 1 回としましたが月 1 回の会議で情報交換などをしています．実際のケース相談や連携は 3 ヶ月 1 回位です．MSW がキーとなると思うので，包括支援センターとの良好な関係を保ちたいと考えます．
- 物理的にも遠いですし，普段あまり連携しているイメージがない．緊急性の高いケースの相談はさせて頂いたことがありますが，入院もハードルが高い印象です．
- 精神科の病院としての機能と，認知症疾患医療センターとしての機能のちがいが日常の業務の中でよくわからない．どちらと連携しているのかはっきりしていない．意識がない．
- 行動・心理症状が強くでており，本人や周囲の方に影響があり，困っているケースなどで入院して精査していただきたいケースでも，退院後の行き先が決まっていない人は，受け入れてもらえないことが多い．入院中に調整できるケースもあるので，支援に困ることがあります．それだけ，困難ケース数が多いのも承知はしていますが…．
- 調査項目にもありますが，認知症が疑われても受診拒否の方が多いため，利用しやすいアウトリーチによる支援を願います．
- 「かかりつけ医との連携」及び「認知症の鑑別診断」の影響か，かかりつけ医へ介ゴ保険の主治医意見書作成を依頼した際に，認知症疾患医療センターの受診を必須条件とされてしまうことがある．とても迷惑です．
- 当市の疾患センターはアウトリーチもなく外来のみで入院もなく予約しか対応できず使い勝手はわるい．
- 積極的に動いて頂いていますのでとても助かってします．地域に根付いた活動と合わせ，医療連携においても細やかにねばり強く継続されていることが，強みであると思います．
- 担当地域にセンターがありますが，「認知症」と名称に入っている事で利用を拒否される例があります．ネーミングの再考をご検討いただけるのか？
- 情報の記載されている用紙だけ送付して連携を図っていると思われていることがあり困った．
- 入院体制があるとありがたいです．
- 関わっていく方の性格や生活歴などにもっとていねいに関わって欲しい．・介護サービスありきの支援方法はなるべくならやらないでもらいたい．
- 予約→受診まで１ヶ月以上待つことが多く，家族の不安が大きい．
- コロナ禍で連携協議会に参加できず残念に思います．
- 困難事例に対するアウトリーチには今後大いに期待している．
- 予約がなかなかとれず，タイムリーに受診ができないので困ることがあります．
- 受診まで１ヶ月かかるのを何とかしてほしい．

- 年々相談しやすくはなっているが，相談員さんのレベルにより対応が統一されるようになると，とてもありがたいです.
- 認知症疾患医療センターがもっと増えたら良いと思います.
- 受診しやすい条件，環境整備.
- かかりつけ医の紹介が必要なこと，検査後はまたかかりつけ医にかえすというところで，センターを紹介しても利用にむすびつきづらい気がします.
- 主治医が総合病院外科の患者が認知症疾患センター相談を主治医に話した所，主治医は総合病院のもの忘れ外来を紹介．非常勤医に「大丈夫」と言われただけと，家族より不満が聞かれたケースがありました．医師が疾患センターについて知らなかった事で，家族が医師に怒られたという事も聞きました.
- 地元にないので以前かかわった時のことで記入しました．近くにあればよいのですが，Web 会議とかで参加してくれるようなら，期待したいと思います．期待する質問が多すぎて，他の病院でも可能かと思われる項目があり職員さんたいへんだろうと思いました.
- アンケートにある”期待する役割り”を少しずつ実施できるよう期待しています.
- 当包括担当地域内の疾患センターは初期集中と一体的に活動しており，非常に連携しやすい反面多忙な様子です.
- 専門職や地域住民への相談窓口として周知が必要だと思います.
- アンケート内容に挙がっている役割すべてが疾患医療センターが担っているものだということを初めて知りました．地域の疾患医療センターともう少し連携を日常的に取れたらと思います.
- 今後，相談など行っていきたい（若年性等）.
- 緊急の相談（日旺，夜間）に対応できる体制がもう少しあればありがたい.
- 少ない職員数で，いろいろ意識しながら，会議に参加したり，研修を開催して下さっていると思います.
- 期待は大変大きいですが人員が限られる中，雑談・受診に時間を要しカンファ連携研修等時間を割いて頂ける状況ではありません．緊急時や合併症がある場合センターで対応できるとよいと感じます.
- 本人に病識がない．受診への抵抗が強いなど家族や地域包括，ケアマネが困り感や危機感を抱いていてもまずは外来受診を促されてしまう．そもそも外来受診へのハードルが高いケースの場合支援につながらない事が多い．往診や家族受診の受入れなど，柔軟な診療体制の整備が早急になされると良いと思います.
- 医師の診察が週 1 回のため，予約が入りにくい状況があり，緊急で対応したいケースは紹介しにくい．又，BPSD の入院対応等も対応できないため，圏域外や他県の医療機関に頼っている状況．今後，圏域内で対応できる体制が必要である.
- 場所が遠いので認知症を自覚していない本人を連れていくことは困難だなと思うことがあります.
- 設置数の増加.
- 働いている地域にないのが残念です.
- 現在の連携はセンターから認知症と診断された患者様の情報提供を頂く程度に留まっているため，患者様，ご家族の為にも密に連携がとれる体制作りが必要と考えます.
- 現時点で，当市管轄の疾患センターがない為，早い時期に疾患センターを設置していただきたい.
- 期待している事柄は沢山ありますが，実情が伴っていないのが現実と感じています.
- 39～53）コロナ禍の為に，現在開催されているかが分からない．仮に開催されていても 39～53）までの職種に対しての体制は不充分ではなかったか？

- ○先生のような著名な方がいない.
- 疾患医療センターとかかりつけ医の連携をすすめてほしい.
- 上記の役割が可能となる体制づくりを期待します（マンパワー）.
- 疾患センターの役割が不明確，どこまで対応してくれるのか．どこまで受け入れてくれるのか分からず悩むことがある．もっと積極的に地域と連携して欲しい.
- 認知症と診断されてもサービスにつながらない方も多く地域におられます．本人や家族が地域ですごしていくにあたり積極的なかかわりをお願いいたします.
- 緊急対応にて相談するが，素っ気なく対応が良くない．切羽詰まった状態での受診をお願いするが，数時間後にやっと連絡があり，2 週間後の受診になると返答がある.
- 認知症疾患医療センターが近隣にない為，通常業務での連携においては難しい面があります．気軽に相談，対応いただけるようなサポート体制があると助かります．また，住民がセンターを身近に感じ，受診しやすい環境が整うとありがたいです.
- 発症後，早い段階で適切な治療やケアを受けられれば，患者への症状の悪化を防ぎ生活の質を保つことができるので，面談，相談の予約がとりやすいようにしてほしいことと，気軽に相談しやすい体制づくりと対応をお願いしたい.
- 認知症デイケア送迎範囲を，遠隔地まで，できれば広げてほしい.
- 鑑別診断を行って下さり治療，その後の介護やサービスまで助言下さるので助かります．患者様が多く新規の予約が 1 ヵ月以上先になる事もあり，担当される先生方や職員の負担も心配される.
- 認知症疾患医療センターが初期集中支援チームをおこなっているが，アセスメントは包括に丸投げ，アウトリーチしない，職員がよく変わり経験のない Ｎｓが担当になる．など専門性のある助言が期待できない．積極的なアウトリーチをおこない，初期集中支援チームを主導してほしい.
- 長野地域にぜひ設置してほしい.
- 予約待ちが多く受診までに時間がかかることもあるため，早めに受診できる体制づくりになるとありがたいです.
- かかりつけ医がおらず，受診も拒否される方への介入支援（往信や相談）をしていただけると嬉しいです.
- 認知症疾患医療センターが離れているため（市内にないため）相談や利用がしにくい.
- 圏域の疾患センターが遠く（約 40㎞）受診調整時に家族に紹介してもスムーズではありません．圏域外の疾患センターが 20㎞弱と近いので助かりますが，初期チーム検討委員会等の意見交換は難しいです.
- 今後も包括支援センター，認知症地域支援推進員との連携による個別支援や介護予防教室へのご協力等に期待します.
- 困難ケースは断られる.
- かかりつけ医の認知症に対する理解や認知症疾患医療センターとの連携がまだまだ進んでいない印象があります．確定診断をセンターで行い，継続的な治療をかかりつけ医で行うのが理想.
- 相談窓口を周知して欲しい.
- 良くなる事を期待して受診される本人・家族と実際の治療（経過観察を含み）でギャップがあることで，初回診療から間が空くケースが多く見られます．ファーストの診療説明，助言，今後のサポートなど情報提供がとても大切だと感じております.
- 専門医が異動せずに長年関わって下さっていることがとてもありがたい.
- すでに色々とお世話になり連携もはかれていますが今後，益々期待したいです.
- 認知症初期集中支援チームで，御指導等いただいています．医師からのサポート

（症状説明や支援方法）がとても有効で感謝しています．また MSW の協力も大変ありがたく思っています．

- 相談員がいるので連携がとりやすい．
- 日頃から円滑な連携をさせて頂いていると感じます．
- 診断がつくことで，とても安心いたします．感謝しております．
- 非常に対応よく相談にのってくれますので，今後も市全体として支援できれば…と思います．
- 協力的ですので今後も継続して頂ければうれしいです．
- 非常に重い役割を任ってますが，よろしくお願いします．
- 当地域の認知症疾患医療センター（〇〇病院）におかれましては，平素より個別ケースの診療における適時適切な対応を頂き，他職種事例検討会や，ケアスタッフ研修会にも参加させて頂き，管内のスタッフ全体の OJT による対応力の向上に寄与して頂き感謝しております．
- 気軽に相談を受けていただけるので助かります，相談数は少なくても，困った時は相談できることがあるということが，何よりも心強いです．
- 様々なケースでご相談させていただいており，大変助かっています．ありがとうございます．
- 地域で対応に困ったケースへの相談に応じて下さり，とても助かっています．
- 日頃より，受診支援や研修会の開催など協力や案内をいただいており，今後ともよろしくお願いしたいと思っております．
- いつもよく相談にのっていただいている．

3-3. 居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割

3-3-1. 回収率

回収率は49.4%であった．返送数を表6に示す．無効票44件は閉所，宛所不明等であった．

表6　居宅介護支援事業所を対象とする調査票の返送数

	返送の有無			
	未返送	返送あり	無効票	合計
居宅介護支援事業所	989	967	44	2000

3-3-2. 認知症疾患医療センターとの連携経験の有無

認知症の方の医療に関連して，認知症疾患医療センターと連携したことがあるのは有効回答のうち39.0%であった（表7）．

表7　　連携経験の有無

	認知症の方の医療に関連して、認知症疾患医療センターと連携したことがあるか		合計
	ある	ない	
居宅介護支援事業所	373	584	957

3-3-3. 認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

連携したことが無いと答えた居宅介護支援事業所 584 件のうち，理由を回答したものは562件であった．内訳は「認知症疾患医療センターを知らない」208件（37.0%），「認知症疾患医療センターが近隣にない」は 178 件（31.7%），「連携する必要がない」58 件（10.3%），「その他」は 118 件（21.0%）であった（図 7）．認知症疾患医療センターの非周知度は21.7%（208/957）である．

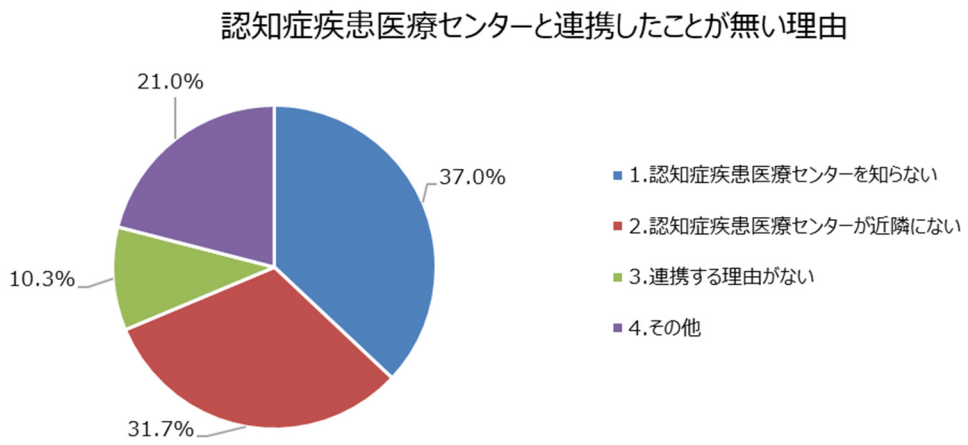


図 7　認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

3-3-4. 期待スコア

連携経験があるものの連携頻度を 3 区分に分け（月に 1 回未満，月に 1～4 回，月に 5～9 回），連携頻度区分ごとに期待スコアを表 8 に示す．また，期待スコアが高い順に整列させた棒グラフを図 8 に示す．連携頻度が月に 5～9 回は 1 件のみであり，月 10 回以上という回答は 0 件であった．

53 項目中 34 項目が 3 点以上であり，2 点未満の項目は認められなかった．上位 3 項目は，「認知症疾患の鑑別診断」「認知症の行動・心理症状に対する外来診療」「かかりつけ医との連携」であり，「主治医意見書の記載」「認知症の行動・心理症状に対する入院診療」「介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携」「成年後見制度診断書・鑑定書の作成」が上位 10 位以内に含まれている．

月に 5 回以上連携頻度は 1 件のみであることから，連携頻度別の比較は困難である．

表８　居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割（連携頻度ごと）

連携頻度	月に1回未満		月に1～4回		月に5～9回		全体		有意確率	
	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア		
専門的医療機能										
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	311	**3.28**	57	**3.21**	1	4.00	369	3.27	0.587	
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	309	2.90	57	2.98	1	4.00	367	2.92	0.402	
(3)認知症疾患の鑑別診断	309	**3.56**	57	**3.56**	1	4.00	367	**3.56**	0.830	
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	311	**3.48**	57	**3.53**	1	3.00	369	3.48	0.735	
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	309	**3.39**	57	**3.40**	1	2.00	367	3.39	0.264	
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応（夜間・休日対応）	311	**3.16**	57	2.88	1	2.00	369	3.11	0.103	
(7)せん妄に対する外来診療	310	**3.27**	57	**3.26**	1	1.00	368	3.26	0.025	*
(8)せん妄に対する入院診療	310	**3.25**	57	**3.21**	1	1.00	368	3.24	0.046	*
(9)せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	310	**3.03**	57	2.84	1	1.00	368	2.99	0.083	
(10)身体合併症に対する外来診療	310	**3.00**	57	**3.11**	1	2.00	368	3.01	0.379	
(11)身体合併症に対する入院診療	310	**3.01**	57	**3.05**	1	2.00	368	3.01	0.518	
(12)身体合併症に対する救急対応	309	2.92	57	2.84	1	1.00	367	2.90	0.171	
診断後支援等機能										
(13)本人への情報提供と心理的サポート	310	**3.17**	57	**3.16**	1	3.00	368	**3.17**	0.976	
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	310	**3.41**	57	**3.33**	1	3.00	368	**3.40**	0.692	
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	311	**3.49**	57	**3.40**	1	3.00	369	**3.48**	0.574	
(16)認知症サポート医との連携	309	**3.42**	57	**3.32**	1	2.00	367	**3.40**	0.154	
(17)主治医意見書の記載	311	**3.40**	57	**3.44**	1	4.00	369	**3.41**	0.678	
(18)介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	311	**3.14**	57	**3.04**	1	3.00	369	**3.12**	0.700	
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	310	**3.03**	57	**3.04**	1	2.00	368	**3.02**	0.550	
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	307	2.87	57	2.91	1	4.00	365	2.88	0.484	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	309	**3.31**	57	**3.23**	1	4.00	367	**3.30**	0.565	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	310	**3.13**	56	**3.11**	1	3.00	367	**3.13**	0.973	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	309	**3.19**	57	**3.23**	1	3.00	367	**3.20**	0.939	
(24)若年性認知症に関する精査	309	**3.22**	57	**3.26**	1	4.00	367	**3.23**	0.635	
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	309	2.95	56	**3.07**	1	2.00	366	2.97	0.388	
(26)軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	311	2.99	57	**3.00**	1	2.00	369	2.99	0.571	
(27)認知症の本人によるピアサポート	310	2.72	57	2.74	1	1.00	368	2.72	0.181	
(28)家族介護者によるピアサポート	310	2.87	57	2.91	1	1.00	368	2.87	0.117	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	307	**3.01**	57	**3.11**	1	2.00	365	**3.02**	0.385	
地域連携拠点機能										
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	309	**3.21**	57	**3.18**	1	3.00	367	**3.20**	0.942	
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	308	**3.16**	57	**3.12**	1	3.00	366	**3.15**	0.953	
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	311	**3.36**	57	**3.33**	1	3.00	369	**3.36**	0.880	
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	309	**3.23**	57	**3.18**	1	3.00	367	**3.22**	0.872	
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	307	**3.19**	57	**3.11**	1	3.00	365	**3.18**	0.790	
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	311	2.70	57	2.75	1	1.00	369	2.70	0.222	
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	310	2.69	57	2.61	1	1.00	368	2.67	0.231	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	310	**3.06**	57	**3.14**	1	3.00	368	**3.07**	0.822	
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	305	**3.06**	57	**3.02**	1	3.00	363	**3.06**	0.945	
(39)かかりつけ医の研修	307	2.80	57	2.75	1	2.00	365	2.79	0.672	
(40)認知症サポート医の研修	307	2.91	57	2.84	1	2.00	365	2.90	0.557	
(41)地域包括支援センター職員の研修	307	2.95	57	2.93	1	2.00	365	2.95	0.560	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	305	2.99	57	2.98	1	2.00	363	2.99	0.550	
(43)看護師の研修	304	2.85	57	2.84	1	2.00	362	2.85	0.655	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	303	2.60	57	2.61	1	2.00	361	2.60	0.813	
(45)薬剤師の研修	303	2.68	57	2.72	1	2.00	361	2.68	0.735	
(46)多職種連携を目的とした研修	307	**3.12**	57	**3.04**	1	3.00	365	**3.11**	0.777	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	306	**3.05**	57	**3.07**	1	2.00	364	**3.05**	0.472	
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	308	2.94	57	2.89	1	2.00	366	2.93	0.538	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	308	2.97	57	**3.02**	1	4.00	366	2.98	0.460	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	306	**3.09**	57	**3.09**	1	4.00	364	**3.09**	0.594	
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	305	**3.03**	57	**3.04**	1	4.00	363	**3.03**	0.566	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	307	**3.25**	57	**3.19**	1	2.00	365	**3.24**	0.343	
(53)自動車運転に関する相談と支援	308	**3.22**	57	**3.12**	1	2.00	366	**3.20**	0.315	

X2-test, ＊ P<0.05

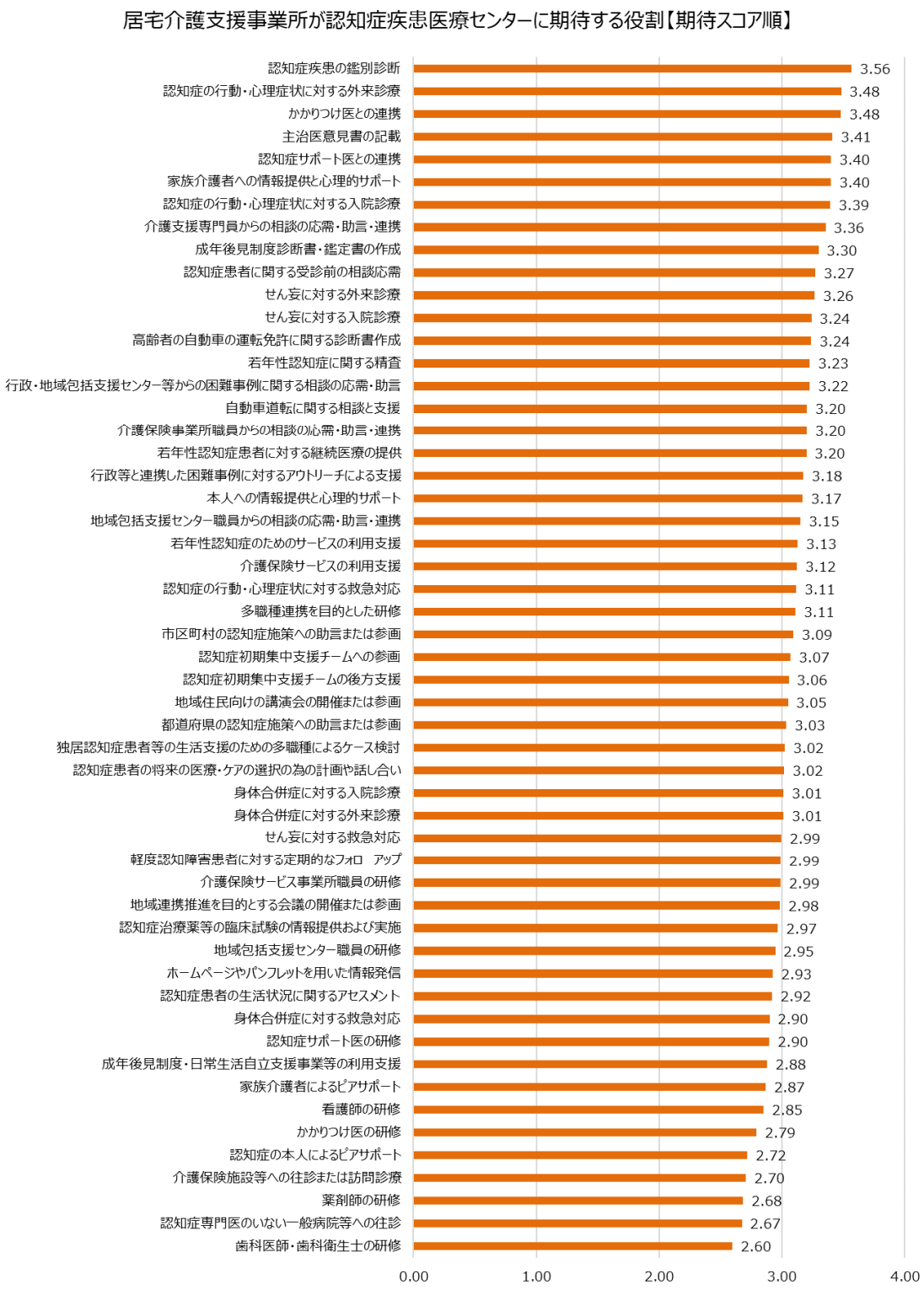


図８　居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割（期待スコア順）

3-3-5. 項目以外の認知症疾患医療センターに期待している役割

上記項目以外で期待している役割に関する自由記述の回答を以下に示す.

- 地域の病院や，在宅医ができることは，役割分担して，良いと思います．疾患センターは，地域の司令塔となってくれれば良いのですが，人手不足は否めないです.
- やはり認知症で困られているケースは多く，受診に行くまでにとても大変で苦労しているので，診察をしてもらってよかった，助けてもらったと思えるような関わりを望んでいる.
- 開かれた機関であること．まだまだ受診に抵抗がある方が多い.
- 一人暮らしの認知症高齢者や認知症専門医に受診できていない利用者の支援やスムーズな受診の対応の相談や助言を今後もお願いしたい.
- 認知症の初期段階での確定診断と介護家族へのサポート対策，初期の段階で介護サービス等の導入がスムーズにはこべるようなアドバイスの必要性.
- 認知症専門医のわかりやすい説明．インフォームドコンセントの理解.
- 認知症疾患患者の一時的でも家族の負担軽減のため，レスパイト的な入院が可能となれば良いと思う.
- 流れ作業的なマニュアル的な診察ではなく，一人一人の患者や家族，支援者の話しを聞いてくれる機関であってほしい.
- 専門的な助言を頂けると心強いです．認知症と精神疾患が併わさった時に対応が困る場合，一緒に対応を考えて頂けると有り難い.
- ケアマネジャーや本人・家族が気軽に相談できる体制や仕組み.
- 緊急性の高い事例等，予約や対応を急いで欲しい場合がある.
- 家族へのアドバイス.
- 連携が取りやすく，状態がわかりやすく説明していただけることに期待しています.
- もっとかかりつけ医等に，認知症疾患，医療センターを活用するように話してほしい.
- もう少し細かい診断，○○○認知症とついていない患者が多い.
- 本人に拒否が強いケースの，サービス利用や施設入所にむけた連携や助言等.
- 本人，介護者が認知症，精神疾患がある場合，調整が難しい事が多い為，一緒にサポートしてほしい.
- 病識のない患者様への訪問診療または訪問による相談対応など，あれば良いなと思います.
- 徘徊などあった場合の相談，入院等.
- 認知症を自覚していない患者に受診をしてもらうため，ケアマネも家族もがんばっているが，受診につながったことがない．骨折や別の病気で入院中に，認知症センターに受診したくても外来でないと×と言われる．家に帰ってからではとても連れ出せず，認知症は進ばかり．なんとか早期受診させたいのだが….
- 認知症の方を担当する先生は，もっと在宅の事勉強してみてほしい，本当の現状をみてほしい．何にしてもケアマネがふりまわされる．どうにかしてほしい…….
- 認知症の方を介護する家族のストレスに対応出来る様，家族会の設置，認知症を理解するための家族向けの勉強会の開催など.
- 認知症の方の診察を受ける迄に時間がかかり，一般の内科医で治療を受けている方が多い．専門医の受診の必要な方の受診がスピーディーに進み，早めの対応ができる様な仕組みのＰＲ.
- 認知症について専門としない職種の方々への理解を考える場作り.
- 認知症疾患医療センターに家族が受診されているがだんだん悪くなっている．期間10 年以上位.

- 認知症家族介護者へのレスパイトケア(入院)の容易的な利用.
- 入院相談をもっとしやすくしてほしい．入院させてもらえない.
- ③の役割が大きいです.
- 当事者が地域で生活が送れる様に気軽に相談ができる等連携を図りたい.
- 地域との連携，ケアマネとの密な連携.
- そのもの自体の質の向上に期待しています．チームとして対応すると事前に期待させながら，対応出来た事例をあまり知りません.
- 相談する患者さんは，元々のかかりつけ医が多くいます．Dr 同士の医療連携が重要と思います.
- 相談した際は早目の対応をして頂きたい.
- 早期治療につながる様対応を早くしてほしい(未受診者への支援)
- 専門的機関として，適切なアドバイスをいただける事.
- 専門医につながらないケースが多い．専門医をもっと増やして欲しいと思います.
- 世間の認知症の人への認識があまり進歩していないように感じます．いろいろなケースがあり対応も様々であるというようなこと等広めていくことも必要かと思います.
- 精神疾患と認知症を発症している方の入院のハードルが高く，在宅でなんとか乗り切れるのか？と心配しました．包括の方々の協力で，なんとか対応ができた．この時に，リモートでもいいので，先生からのアドバイスがいただけたらと感じました.
- 精神科通院歴のない利用者にせん妄等が出現したときに相談できる所が少ないので，近くにセンターがあれば良いのに…と思います.
- 精神科医との連携による薬剤調整(精神科医しか処方できない薬剤も連携により処方できるようにしてほしい)
- スピーディーな対応.
- 診断後の定期的フォローを，継続していただきたいと思います.
- 初回のかかわりから地域のかかりつけ医への助言を的確に行ってほしい．継続的支援につなげたいが主治医の支援をとりつけることが難しいこともあり治療が続かないことが多い.
- 上記役割をまず全うして欲しい.
- 受診をしている患者様の急激な変化(悪化時)はいつでも入院できるなどの対応を期待します.
- 受診のサポート.
- 写真拒否が強い方に対し，訪問等の手立てがあると良い．受診につなぐまでが大変.
- 若年性認知症の方の，若年性認知症の家族の，継続的な支援.
- 若年性アルツハイマー型認知症に対しての対応策，助言等.
- 若年期の方への支援(治療もですが，社会の１員として今までの生活の関係性の結び直し)と地域で暮らす認知症高齢者の生活支援を行うことで認知症があってもなくても，誰にでもやさしい住み続けられる地域づくりにも参加していただきたいと思っています.
- 自宅へ戻れない方のサポートを充実してほしい.
- 資源が少ない地域なので，色々と協力していただけると助かります.
- 在宅生活で BPSD 対応で苦慮している場合の薬のコントロールや治療において入院ができるようにしてほしい．家族対応では難しい.
- これ以上ないくらいの役割を期待しています．介護保険申請時は，認知行動障害に該当するようになっている．そこから，本人，家族の意思決定支援を促す必要がある．担当ケアマネであり担当介護サービス事業所がチームとして，身体，精神，社

会的な面の○○を向上できるように連携できればと思います.
- 高齢者の認知症に対し年令を理由に専門医につなげようとしない医師に対する働きかけ，BPSD に対してあまり重要視してくれない医師に対しての相談の仕方を相談したい．地域の支援者向け研修.
- 薬の副作用でせん妄が出たり離脱症状の出ている方が増えています．内科や整形で処方されていますが投薬に関して共通認識が必要だと思います．その先陣を切ってもらいたいです.
- 緊急時に入院できる病院(施設？）がないことが１番困っている．例えば介護者が倒れた時等 BPSD に対応できないと受入れ先がない．その時に対応してもらえたら….
- 期待している事があっても機関が少なくて相談できない.
- 感染症や災害時の認知症の方のケア，入院，受診の積極的な受け入れをお願いしたいです.
- 患者・家族への迅速なアプローチ等の対応を期待している.
- 家族対応ができない状況の時に支援をしてほしい.
- 各地域で医療センターの様な，機関があればと思います.
- 介護者のレスパイト目的での入院.
- 介護支援専門員への後方支援.
- 医療・介護に関わる方のみならず，一般の方への情報発信を積極的に行っていただきたい.
- BPSD の症例で上手くいった対応などを地域住民に伝える機会を持ち，不安の解消につなげてあげて欲しいです.
- 47)にあるよう，地域住民向けの講演会が増えると，独居の方も住み慣れた地域を離れなくてすむのではないかと思います.
- 不眠に対する内服調整，生活指導.
- 当事業所でも認知症の利用者の薬の副作用などや状況を直接先生に相談するのではなく，PSW を通して行ったりという情報共有はしているが，いつも思うことは，外来の患者さんに対して PSW の関わりが薄いように感じます．身体合併症に関しても居宅のケアについて詳しく理解している PSW はいないと思います．もっと開かれた認知症疾患医療センターの構築が必要と思います.
- 他者とトラブルが起きるような状況だと介護サービスを使えず，家族が疲弊していく．入院治療で落ちつきを取りもどせると，介護者も少し休むことが出き，今後の生活についての組み立てもできる．入院の相談のハードルが下がるととても助かります.
- 家族や事業所が相談できる窓口等があればいいなぁ.

3-3-6.現在の認知症疾患医療センターについての意見

- 各病院により，レベルがさまざまであり，統一したレベルにおいて助言してもらいたい.
- 年々患者数の増加もあり，相談から通院迄3～4ヶ月かかる．すすめても本当に困ってからしか通院されない方が多く，困ることが多い.
- 時期によって予約が取りにくい．病院の拒否がありどうしても受診ができない認知症患者の所に認知症専門士など訪問し BPSD 等の確認などして欲しい．どうして良いかわからず共倒れしないうちに，殺そうとしたり，自殺したりしないように介入する窓口をもっとスムーズにしてもらえるとありがたい.
- 予約がなかなかとれない．緊急性がないと 3 ヶ月待ちの場合がある.
- 今よりも相談が気軽にできて受診がスムーズにできると良い.
- 医師によっては，一方的に自分の意見を押し付けて本人(認知症重度)はわからない

が付き添う家族の気もちを落ち込ませ，信頼関係の築けない医師がいます．ケアマネジャーとして，本人・家族と共に悩み，助言してくれない医師は残念だと思っています．

- 遠方にあるため相談に行きにくい．初期集中支援チームの動きや役割が分かりにくいので発信して欲しい．
- 認知症の方，家族と同行した際，せん妄や暴力の相談をしましたが，「家でみられないのなら施設を探しなさい．薬にたよらない」と，言われ家族はとても落ち込み帰宅されたことがありました．市内に 1 つしかなく，どうしてよいのか相談する場所が，このような病院だと，正しい判断ができないのではと不安になりました．理解ある医師の対応を希望したいと考えます．
- 適時相談に応じてくれていると感じる．
- 地域に該当医院，病院が少ない為，多忙な印象あり．
- 地域にある認知症疾患医療センターは大きな病院の為，認知症診断の為の受診相談をしても 2 ヶ月先の予約となる事かあり，早期の相談がしにくい．
- 相談し対応して頂いていますが，診察までの時間がとてもかかります(1 ヶ月～2 ヶ月まち)
- 相談事など色々な話を聞いて頂きありがたいと思います．認知症の方で早く受診につなげたいのですが，初診になると予約がとりづらく，2～3 ヶ月待ちです．早く受診につながる様な体制作り，配慮をおねがいできるならと思います．
- 早期に受診してもらいたい方へのハードルが低くなればいいと思います．
- 受診すら拒否されることがあります．できたら基本的に突然でも診てもらいたい．
- 専門分野的な情報を，わかりやすく頂けるので助かっていますが，もう少し詳しく教えて頂けると在宅でのサービスの調整もしやすいと思っています．今後とも，よろしくお願いします．
- 本人の病識なく，なかなか受診につながらず，家族が疲弊していくケースが多々あります．受診や他の支援につながらないケースに何とか手を差しのべる手段があればと思います．
- 認知症の診断まではしてもらえるがその後のセンターの対応は……というと，何もないので，在宅で認知症の方が生活するのはたいへんです．ケアマネの給料安すぎるし…給料安すぎるからなる人いない．(何でもケアマネがすると，周囲からは思われている)→認知症の人増えてもケアマネいないですよ！
- 認知症疾患センターがあっても「相談してよかった」と感じる事が少ない．センター設置の病院を受診してない人の相談は余り対応してくれない．新患受診日が決まっていて，すぐの対応はしてもらえない．
- 予約がとりにくく利用をスムーズに出来る様になってほしい．
- 暴力はなくなったが 24 時間ボーとしてられる．自分の意思がまったくない．
- 相談員少ないのか，勤務時間なのかわかりませんが，すぐに相談できないことが多い．
- 初診の予約を取りやすくして欲しい．2～3 ヶ月待ちでは意味がないように思えます．
- 症状が悪化したとき，入院をさせてもらえない．
- 入院時について，自宅にむかえに来てほしい．※困難ケースの場合，本人が暴力的など…
- 勤務する事業所の圏域にはセンターがないので，連携しづらいです．
- 横柄な態度で連携するのではなく，対等な立場で連携してほしい．
- 地域のセンターはかなり前に問い合わせたが，予約が取れなかった．又遠いので交通も不便．かかりつけ医か認知症専門医が出張してくれる病院に相談している．中には基幹型から出向いて研修や診断をしていただける医師がおり非常に助かってい

る．今のところ地域型センターとは関わりはまずないが十分である．
- 支援体制をもっとopenにしてアピールして頂きたい．支援によってここまでのフォローができた実績など．
- 対応の仕方が悪かったのか(こちらは必死に相談していましたが)相談員とうまくいかず冷たい対応に感じあまり相談できないと思った．共通用式などあればいいと思う．
- 診断後のフォローがないように思います．悪化の状況に応じて相談ができ，対応を一緒に考えていただけるとありがたいです．
- 活動はされているのでしょうが，あまり見えてこないのが現状です．アンケートの内容のような活動や連携が図れると非常に心強く感じます．
- 私の勤務する地区の認知症疾患医療センターは，2020年12月末で指定辞退があり，その前からの活動や役割としての機能を果たしていないと感じています．
- 個別対応をもう少し丁寧にお願いしたい．
- センターに所属されているDrの方々は，いろいろと相談にのっていただいたり，研修講師をお引き受けしていただいたりと，大変，頼りになる存在です．しかし，センター自体としては，なんらかかかわりがないと相談支援が難しく(通院しているとか，受診したとか)初期集中支援チーム自体が行政機関(自治体)により対応もまちまちで，機能できてないと考えています．
- もっと協力・相談が気軽にできると良いと思います．
- かかりつけ医から専門医への紹介がもらえない．医師間の連携をすすめてほしい．
- 認知症が重度で在宅生活が非常に困難になってしまっている方が多く対応していると思います．それまで，家族が懸命に介護しています．地域共生社会に向けての役割を市民のみなさんに見えるようにしてください
- 問37のハードルが高い．相談しても時間がかかりすぎる．その間に問題が大きくなる．自治体なのか病院の体制なのか地域差がある．
- 医師をふやしてほしい．
- ホームページ，広報誌，リーフレット etc で積極的にその活動等をアピールしてほしい．
- 相談までの期間が予約してから長く待つ．家族は 1 日でも負担増で困っているので早期対応のシステムを作って欲しいと思います．
- 認知症があっても毎日笑顔で過ごせるよう，関わるスタッフ(家族も同様)の意識改革が必要ではないかと思います．
- かかりつけ医に相談して専門医や認知症疾患センターへスムーズにつなぐことができると，認知症の本人，家族も安心されるので，今より，もっと流れができるとよい．
- 認知症が精神的なものかの違いに困る時があるので，何か判断できるような方法があれば教えて欲しい．
- 私自身詳しく理解できていません．
- 予約がしやすくなると助かります．
- 本人拒否により，受診に連れ出せない人には，訪問診療も行って欲しい．
- 必要な時にすぐ対応してもらえるようにしてほしいです．初回の診療が 2 ヶ月先，受診自体を断わられるケースもあるため，相談しにくいのが現状です．
- 必要な方に早急に受けられる医療体制の整備をお願いします．
- 認知症の介護で悩んでいる家族が急増している．近医では，認知症の確定診断が難しく専門医が近くにいることで安心して相談できる窓口として期待したい．
- 認知症疾患医療センターの方々が主催される研修を受講したい．なかなか研修の機会が無く，数年前に受講したが，とても学ぶ事が多かった．
- 相談から初回受診まで数週間かかる場合が多く，その間日常生活困難で困る事があ

る．一人一人じっくり状態をききとり関わっていただけるため，相談しやすく助かっている．

- 早期発見早期治療につながるアウトリーチやかかりつけ医との切れ目のない連携をお願いしたい．
- 精神科の通所はあるが，重度の認知症(暴言等)の方は受け入れが不可能．通常の通所では対応でき難い方がある中で，専門性を活かしてほしい．
- スムーズな連携が取れず，認知症の方の困難事例にあたたかく手を差しのべてくださる病院や，まずこちらに！という窓口がないのが現状で困ることが多い．在宅から受診することすら困難でそれでも「本人を説得して連れて来て」「予約は１ヶ月先です」と言われる．この現状どうにもならないものでしょうか…．残念ながら○○大には(基幹型と地域型使い分けと言いますか，まずどこに相談していいのか仕組みがよくわからず案内の HP にかいてあるようにはいかないことが多い．)，何も期待できず地域型の病院で何とか連携とれるかとれないかといった状況です．
- 新患の受け入れに時間がかかるので急な対応ができずに困っています．
- 初期集中支援チームの介入実績が増えているとは思いますが，その経過を一般住民にも周知していく必要があると思います．
- 初回相談の時，予約が取れにくい．
- 受診に対する抵抗感を持つ利用者様も多いので，かかりつけ医から受診をすすめて頂くように，より一層の周知をお願いしたい．
- 主治医から紹介で受診するまでに時間がかかるのですぐに受診できるよう希望している．
- 住民への広報や周知不足．元々，精神科の病院のため，強い薬が処方されるイメージがあり，受診をためらう方もある．一般には，認知症の相談機関としての認識が薄いと感じる．
- 自治体内のセンターへ緊急の入院を打診するが，正直断わられることが多く，家族の窮迫に応えられないことが多い．
- 混みあっており，新規の予約は受診日まで，日にちがかかる場合が多いので，急ぎの時は困りました．
- 研修も定期的に行っていただいており，とてもありがたいです．入院中に前頭側頭型認知症の診断と退院後の生活や食事の助言，カンファレンスといただいた事があり，現在までの支援に役立てさせていただいています．
- 検査にも時間を要し，4 回受診，負担が大きい．その後は地域の病院がみていく印象なので，アンケート内容の役割がある事は知らなかった．相談にのってくれる印象はあまりない．
- 現在，認知症の確定診断での依頼，かかりつけ医へのつなぎでの対応で依頼が多いです．
- 近隣のセンター(○○病院)は建物の構造の問題として，職員の方が建物の奥から出て来られるため気軽に相談，ということが難しい感じがあります．
- 期待は大きいですが，現実的には対応して頂けないことばかりです．地域へ手を差しのべて下さい．よろしくお願いします．
- 期待しているが，実際に応えて下さっている事がどれだけあるか？疑問です．
- かかりつけ医との連携や地域に根づいた活動がされているのでしょうか．
- 外来予約がなかなか取れず困ってしまうことがある．(1 ヶ月後の受診予約となることもある)
- 大きな不安を抱えて受診にこぎつけた患者さんが少しでも安心して暮らせる様，主治医と連携をとるなどしてほしい．
- 医療センターにいろいろ求めても無理だと思っている．思いこんでいるのかもしれない．どういうことをしてもらえるのかこちら側からお願いしてもいいのか伝える

場所もわかりません．遠い存在というイメージです．
- 安易に相談できない感じがする….
- アウトリーチでの対応が，今まで以上にスムーズに行えると希望します．
- 3.まあ期待しているとした項目については，「他の機関や事業が狙えば良いと思う」との意で選択した．認知症疾患医療センターにしか出来ない点を，重点的に活動されると良いと思う．
- 予約制となっておりご家族との日程調整ができにくい．医師との面談が十分な時間がとれない．医師が多忙．
- 専門機関につなげること自体が難しいことが多い．対象者が一名のため情報量が少なく申し訳ありません．
- 相談しても，できない，わからない，と言われることもあり，親身になって話しをきいてほしいです．
- PSW さんが，窓口となり，私たち，現場のスタッフからの情報を，時間をかけてしっかり聴いてくれるため受診時に主治医とのやりとりが，とても円滑にすすんでいます．安心して情報提供できます．
- 私達の地域は，認知症疾患医療センターと連携がとれていると思います．これからもご助言・ご指導・ご支援をいただきたいです．
- いつも，色々なケースに対応して頂き，助かっております．
- CM ですが，相談にのっていただきやすい先生なので，今後も期待しています．
- 現在のところ連携は良好にできており，スムーズな入院医療へつながる事例もありました．とても助かっています．
- すぐに対応してもらい助っています．
- よく相談にのっていただいている病院があるので助かっている
- 当市は入院受入れしてくれる疾患センターがあるので，相談はできると思っています．助かっています．
- 関わりのある近隣病院とはとても良い連携がとれています．多忙な中ご協力いただきとても助かっています．ありがとうございます．
- 連携頻度は少ないですが，病院に対し，とても期待しています．
- 新規利用者の対応，その後の対応についても丁寧にご指導頂いております．
- ○○県でのセンターの役割は大変助かっています．何か困り事があれば，すぐ相談させていただいています．
- いつも素早く対応して下さり感謝申し上げます．今後も医療と介護の連携をとりながら，ご利用者様の不安が減り，より良い生活が送れる事を期待します．

3-4. 市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割

3-4-1. 回収率

回収率は61.6%であった．返送数を表9に示す．

表9　市区町村対象調査票の返送数

	返送の有無		
	未返送	返送あり	合計
市区町村	669	1072	1741

3-4-2. 認知症疾患医療センターとの連携経験の有無

認知症の方の医療に関連して，認知症疾患医療センターと連携したことがあるのは有効回答のうち76.5%であった（表10）．都道府県別では，連携経験「あり」の割合は35.7%～100%と幅が広く，連携経験「あり」の割合が最も高かったのは鳥取県，山口県，大分県であり，最も低かったのは福島県であった（表11）．

表10　連携経験の有無

	認知症の方の医療に関連して認知症疾患医療センターと連携したことがあるか		合計
	ある	ない	
市区町村	820	252	1072

表 11　都道府県別　連携経験の有無

北海道	58.2%	東京都	92.0%	滋賀県	90.0%	香川県	90.0%
青森県	72.0%	神奈川県	73.9%	京都府	87.5%	愛媛県	85.7%
岩手県	71.4%	新潟県	85.7%	大阪府	66.7%	高知県	66.7%
宮城県	94.4%	富山県	80.0%	兵庫県	96.3%	福岡県	74.4%
秋田県	89.5%	石川県	75.0%	奈良県	71.4%	佐賀県	93.3%
山形県	57.9%	福井県	66.7%	和歌山県	78.6%	長崎県	84.6%
福島県	35.7%	山梨県	92.9%	鳥取県	100.0%	熊本県	88.5%
茨城県	93.1%	長野県	69.8%	島根県	66.7%	大分県	100.0%
栃木県	81.3%	岐阜県	84.6%	岡山県	68.4%	宮崎県	53.3%
群馬県	87.5%	静岡県	82.1%	広島県	69.2%	鹿児島県	85.2%
埼玉県	72.3%	愛知県	66.7%	山口県	100.0%	沖縄県	83.3%
千葉県	78.4%	三重県	88.2%	徳島県	41.7%	全国	76.5%

3-4-3. 認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

連携したことが無いと答えた市区町村 252 件のうち，理由を回答したのは 247 件であり，内訳は「認知症疾患医療センターを知らない」1.6%（4 件），「認知症疾患医療センターが近隣にない」45.3%（112 件），「連携する必要がない」13.8%（34 件），「その他」39.3%（97 件）であった（図 9）．認知症疾患医療センターの非周知度は 0.4%(4/1,072)である．

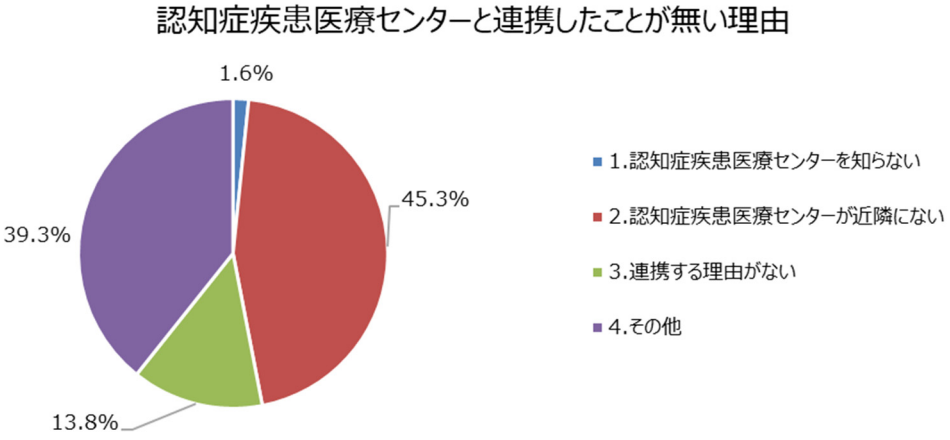


図 9　認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

3-4-4. 期待スコア

連携経験があるものの連携頻度を 4 区分に分け（月に 1 回未満，月に 1～4 回，月に 5～9 回，月に 10 回以上），連携頻度区分ごとの期待スコアを表 12 に示す．また，期待スコアが高い順に整列させた棒グラフを図 10 に示す．

53 項目中 48 項目が 3 点以上であり，2 点未満の項目は認められない．認知症疾患医療センターへの期待が総じて高いことがわかる．上位 3 項目は，「認知症疾患の鑑別診断」

「かかりつけ医との連携」「認知症の行動・心理症状に対する外来診療」であり，「行政・地域包括支援センターからの困難事例に関する相談の応需・助言」がこれに続く．その他，「認知症サポート医との連携」「地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携」や「若年性認知症に関する精査」「若年性認知症患者に対する継続医療の提供」も上位 10 項目に含まれる．専門的医療サービスの提供とともに，市町村の認知症支援や若年性認知症への対応が期待されていることがわかる．

連携頻度別比較で有意差が認められる項目が 9 項目あるが，「地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携」「市区町村の認知症施策への助言・参画」への期待は連携頻度が月 10 回以上になると高くなる傾向が認められる．

表 12　市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割（連携頻度ごと）

連携頻度	月に1回未満		月に1～4回		月に5～9回		月に10回以上		全体		有意確率	
	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア		
専門的医療機能												
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	524	3.49	247	3.62	23	3.87	19	3.89	813	3.55	0.001	*
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	524	3.16	247	3.26	23	3.57	19	3.63	813	3.21	0.005	*
(3)認知症疾患の鑑別診断	525	3.84	248	3.90	23	4.00	19	3.84	815	3.86	0.053	
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	527	3.76	248	3.81	23	3.91	19	3.89	817	3.78	0.248	
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	526	3.70	248	3.63	23	3.78	19	3.74	816	3.68	0.533	
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応（夜間・休日対応）	526	3.54	248	3.42	23	3.57	19	3.53	816	3.50	0.303	
(7)せん妄に対する外来診療	526	3.47	248	3.53	23	3.52	19	3.53	816	3.49	0.675	
(8)せん妄に対する入院診療	526	3.46	248	3.41	23	3.52	19	3.42	816	3.45	0.820	
(9)せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	525	3.42	248	3.27	23	3.35	19	3.32	815	3.37	0.138	
(10)身体合併症に対する外来診療	526	3.17	248	3.12	23	3.09	19	3.37	816	3.16	0.534	
(11)身体合併症に対する入院診療	526	3.18	248	3.07	23	3.13	19	3.32	816	3.15	0.374	
(12)身体合併症に対する救急対応	526	3.08	248	2.95	23	3.13	19	3.21	816	3.05	0.247	
診断後支援等機能												
(13)本人への情報提供と心理的サポート	527	3.53	247	3.66	23	3.65	19	3.79	816	3.58	0.016	*
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	526	3.58	247	3.68	23	3.70	19	3.79	815	3.62	0.087	
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	527	3.78	248	3.83	23	3.96	19	3.84	817	3.80	0.228	
(16)認知症サポート医との連携	525	3.70	248	3.73	23	3.74	19	3.47	815	3.71	0.278	
(17)主治医意見書の記載	526	3.35	248	3.48	23	3.61	19	3.53	816	3.40	0.038	
(18)介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	527	3.45	248	3.57	23	3.87	19	3.58	817	3.50	0.004	*
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	526	3.32	248	3.40	23	3.61	19	3.63	816	3.36	0.047	*
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	524	3.09	248	3.17	23	3.26	18	3.22	813	3.12	0.404	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	526	3.43	247	3.44	23	3.57	18	3.44	814	3.43	0.842	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	526	3.47	247	3.52	23	3.48	19	3.26	815	3.48	0.434	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	526	3.60	248	3.63	23	3.74	19	3.63	816	3.61	0.654	
(24)若年性認知症に関する精査	525	3.64	248	3.68	23	3.74	19	3.58	815	3.66	0.696	
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	526	3.00	247	3.01	23	3.22	19	3.00	815	3.01	0.776	
(26)軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	526	3.13	248	3.19	23	3.39	19	3.53	816	3.17	0.079	
(27)認知症の本人によるピアサポート	525	3.13	248	3.12	23	3.30	19	3.37	815	3.14	0.441	
(28)家族介護者によるピアサポート	525	3.11	247	3.10	23	3.35	19	3.42	814	3.12	0.194	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	526	3.26	247	3.28	23	3.39	19	3.42	815	3.27	0.713	
地域連携拠点機能												
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	525	3.40	247	3.51	23	3.52	19	3.68	814	3.44	0.109	
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	527	3.64	248	3.74	23	3.74	19	3.89	817	3.68	0.036	*
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	527	3.56	247	3.63	23	3.57	19	3.89	816	3.59	0.080	
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	527	3.69	248	3.79	23	3.78	19	3.84	817	3.73	0.065	
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	526	3.44	248	3.46	23	3.52	19	3.74	816	3.45	0.368	
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	527	2.60	247	2.50	23	2.57	19	2.89	816	2.57	0.297	
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	527	2.64	248	2.45	23	2.61	19	2.63	817	2.58	0.113	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	526	3.17	248	3.54	23	3.65	19	3.68	816	3.31	0.000	*
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	526	3.42	248	3.66	23	3.83	19	3.74	816	3.51	0.000	*
(39)かかりつけ医の研修	527	3.20	247	3.28	23	3.35	19	3.42	816	3.23	0.373	
(40)認知症サポート医の研修	527	3.20	247	3.26	23	3.30	19	3.42	816	3.23	0.531	
(41)地域包括支援センター職員の研修	527	3.17	248	3.19	23	3.30	19	3.53	817	3.19	0.252	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	527	3.09	248	3.10	23	3.13	19	3.42	817	3.10	0.377	
(43)看護師の研修	526	2.91	248	2.98	23	3.00	19	3.26	816	2.94	0.232	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	526	2.76	247	2.83	23	3.04	19	3.11	815	2.80	0.154	
(45)薬剤師の研修	526	2.80	247	2.85	23	2.87	19	3.11	815	2.82	0.425	
(46)多職種連携を目的とした研修	525	3.28	247	3.34	23	3.26	19	3.63	814	3.30	0.178	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	527	3.25	248	3.34	23	3.35	19	3.53	817	3.29	0.198	
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	526	3.21	248	3.27	23	3.17	19	3.42	816	3.24	0.535	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	526	3.31	248	3.37	23	3.17	19	3.42	816	3.33	0.475	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	527	3.28	247	3.50	23	3.48	19	3.74	816	3.36	0.000	*
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	524	3.15	245	3.24	23	3.22	19	3.16	811	3.18	0.494	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	526	3.30	248	3.36	23	3.57	19	3.32	816	3.33	0.362	
(53)自動車運転に関する相談と支援	525	3.34	248	3.35	23	3.52	19	3.32	815	3.35	0.725	

X2-test, ＊ P<0.05

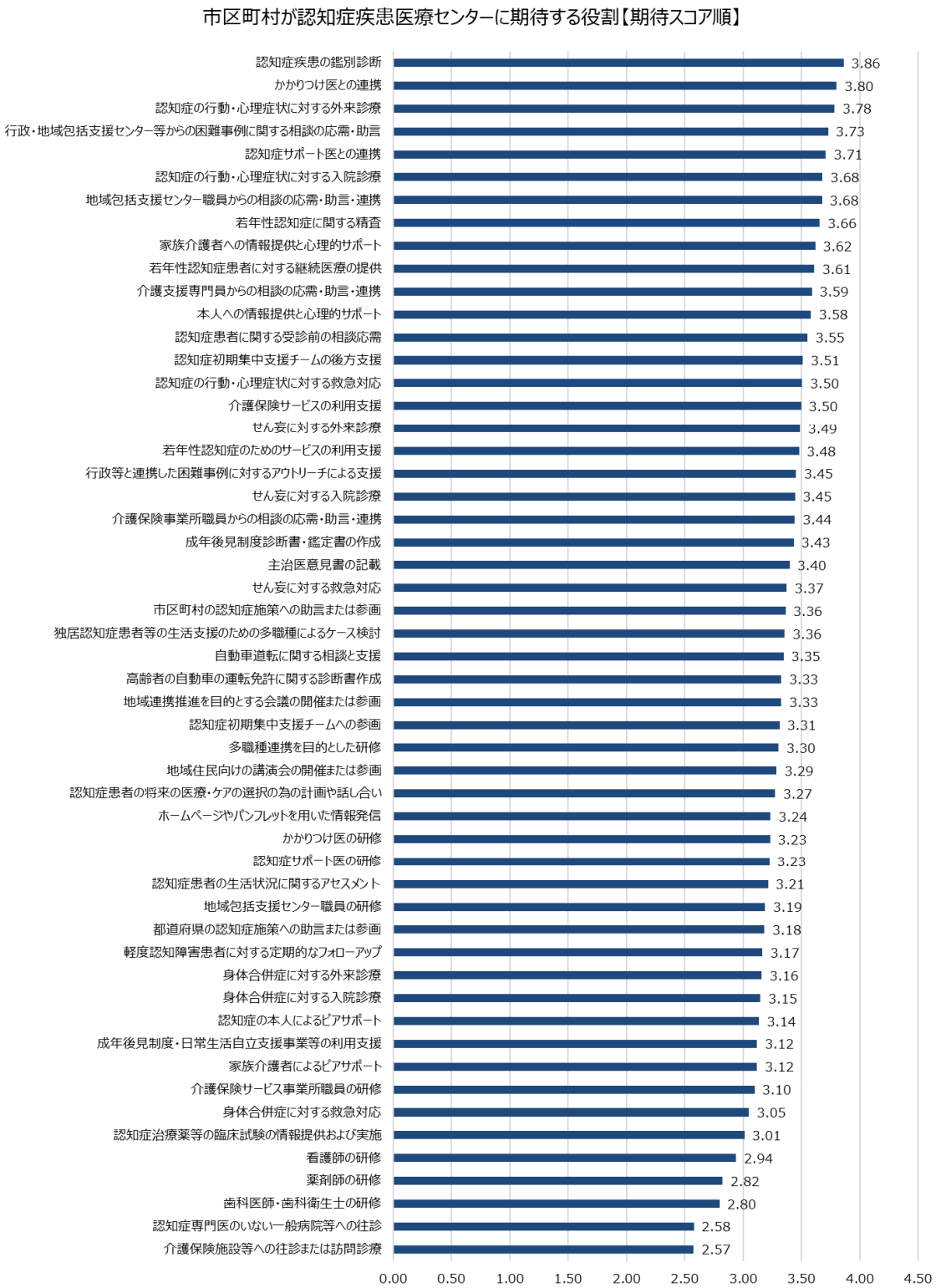


図 10　市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割（期待スコア順）

3-4-5. 項目以外の認知症疾患医療センターに期待している役割

上記項目以外で，認知症疾患医療センターに期待している役割に関する自由記述の回答を以下に示す.

- 本人ミーティングの実施.
- 認知症だけでなく，精神疾患の疑いもあるケースの積極的な外来・入院診療を期待します.
- 当区では，認知症アウトリーチ事業及び初期集中支援事業について，認知症疾患医療センターご協力のもと実施しており，連携もとれているため，継続実施していけることを期待しています.
- 医療機関と介護専門職とのネットワーク構築，情報連携支援，共通ツール作成.
- マンパワーの充実(兼務の人が多い)
- 認知症の診断を受けた後に必要な支援につながっていない現状から，早期の支援へつながる支援体制の構築のため，認知症の診断直後の支援を期待している.
- 日常生活において認知症状が疑われるケースについて，苦慮しながら受診につなげても，画像上異常なしとなればその後のフォローがない．何らかの指導をお願いしたい.
- 特にありません.
- 地域住民への認知症に関する講座・イベント.
- 最新の情報発信や事例からの課題のフィードバック・本人ミーティングを含め，認知症当事者一人一人の声のとりまとめ，行政への施策提言.
- 病院や介護施設向けの研修や，対応困難な施設の認知症患者への訪問診察やスタッフへのケアのアドバイス機能など.
- 認知症の本人へ，なるべく早い段階で良い情報を伝えて下さっているので，早期に本人とつながることができるようになったと思う．今後も継続して頂きたいし，他の病院でもできるよう，一緒に啓発して頂きたい．市民がどこに相談に行っても大丈夫なまちになるよう，連携を行っていきたい.
- 認知症の相談について包括職員への医学的な助言等(このような回答で問題ない)等.
- 認知症困難ケースの初期診断及び対応.
- 認知症カフェの開催.
- 認知症かどうかの鑑別に加え，認知症でなかった時には，現状の困り事を引き起こしている原因疾患(気分障害や発達障害など)についても鑑別や治療につないで頂きたい.
- なかなか受診に結びつかない，虐待がある等困難ケースの相談や支援検討を一緒に行っていただけるとよい．医療機関まで遠い方への往診もあるとよいと思う(サポート医との連携による方法も可能か)
- 当市内に地域拠点型認知症疾患医療センターがあるため連携が取りやすく，助かっております．当市の事業にもご協力いただいております．今後も引き続き当市の認知症施策への助言と参画をお願いできればと思っております.
- チームオレンジの立ちあげや，継続のための後方支援，助言など.
- 地域の医療機関との連携，医師の研修.
- 他の精神科病院との連携.
- センターと各関係機関との連携.
- 精神科のない市町でサポート医不在の場合，オンライン会議等でも良いので初期集中支援チームのサポート医として協力頂きたい.
- 診断初期から受容するまでのフォローに期待しています.
- 診断後支援での認知症の人，家族の包括的支援と関係機関での連携.

- 診断からサービス利用に至るまでの期間のつなぎやフォローアップ.
- 若年性認知症の早期発見と生活支援，就労に関する企業への助言.
- 若年性認知症コーディネーターへ情報提供支援.
- 継続支援となるような関わりを期待する.（1 回で中断となるケースが続き，その後のフォローが困難）
- 行政として直接何か期待している訳ではないが，地域包括支援センターとしては早期受診や入院の連絡を取り合っている.
- 期待していることはあっても，現状の体制では無理であることが理解できるので上記のような回答になります.
- 各病院で認知症カフェや家族教室など積極的に実施してほしい.
- 確定診断後の患者に対するフォローアップ，特に本人ミーティングや院内カフェへのつなぎなどに SW の力をかしてほしい.
- かかりつけ医，サポート医との連携.
- 往診のように，医師が自宅に行けると，よりつながりやすいのではないか.
- 今までどおり連携継続をお願いします.
- 医師会と連携し，かかりつけ医と認知症の方に関わる多職種が気軽に相談できる体制づくり.
- No26 の取り組みが今後更に重要視されると思われる.
- フォローアップとサポート医との連携を含めた取りくみが必要.
- BPSD によって家族が対応困難になった際の緊急性のある相談や入院対応．また，緊急性がある状態までにならない様に家族の本人に対する対応の助言．また，犯罪等により警察介入があった方のことでの警察との連携.
- 35)の往診・訪問診療は在宅におられる方も必要な方が多いです．是非お願いしたい.
- 34)に関しては，現状難しい状況で切望している.
- ①認知症が疑われる方の早期診断・介護サービスとの連携.
- ②BPSD 出現時の早期介入.
- ③医療にかかりたがらない方へのアウトリーチ.
- 認知症に係る専門医療機関として，認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割.
- 認知症に係る地域連携の推進機関として，認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割.
- 認知症に係る人材育成機関として，地域における認知症専門医療の充実と，地域における認知症対応力の向上を図る役割.
- 地域住民にとって相談しやすい機関であること.
- 専門知識がある方からの助言，指導.
- 診断後の患者・家族への介護教育，家族への心理的サポート.
- 地域の医療機関との連携.
- 自宅への往診.
- 在宅への訪問・往診診療(症状がある，または悪化し，家族が疲弊し，受診を希望しているが，本人が受診を拒否，移動が困難で受診ができないケース，定期的な通院が難しいケースがある)
- 困難事例の医療的介入の中心的な役割を担ってほしい．同行訪問や電話相談などもお願いしたい.
- 地域の認知症治療のネットワークづくりや新しい治療の情報発信をしてほしい.
- 身寄りや支援者がいないケースが増えてきているので，柔軟な対応をお願いしたい.
- 訪問で医師が診察してもらえることに期待しています.

- 被害妄想が強く日常生活に大きな支障が出ている高齢者が増えています．近所とトラブルになることも多く，支援者は対応困難に感じています．支援者がスキルアップできる取り組みをお願いしたいです．
- 発達障害や精神疾患と認知症との鑑別診断・合併ケースへの対応について，精神科医師に相談できる体制があると助かります．
- 脳ドッグなどの早期発見のためのスクリーニング検査が行えれば…．
- 認知症の本人とその家族の意見を直接聞けるような本人ミーティング，ピアサポートの場での調整を期待したい．
- 認知症の早期発見の支援．
- 認知症の恐れがあり，早期受診が必要であるにも関わらず，本人に病識がなく受診の理解が得られないケースが多い．そのようなケースへの対応を検討したい．
- 認知症に関する情報等の発信を定期的にしていただければありがたいです．
- 認知症地域支援推進員の相談・支援．オレンジコーディネーターとの相談・支援．
- 認知症者の緊急的な対応としてショートステイ機能があると助かります．
- ″認知症疾患に対しての鑑別診断ができる．
- 高齢者にとって身近な医療機関との受診調整．″
- 認知症疾患医療センターの稼働状況が分かるような情報発信を(定期的に)してほしい．地域の診療所，歯科，等多職種にも，伝えていくことで連携(歩みより？）にもつながることと思います．(それが住民支援につながると思います)
- 認知症疾患医療センターに近い市町村の認知症地域支援推進員が集まる機会をつくってもらえるとよい．
- 認知症支援施策推進大綱の推進を図るため，先進事例の紹介や会議を通じてネットワークが構築できるよう市町村に声かけ研修会を開催してくれていてありがたいと思います．
- 認知症カフェやアルツハイマー月間における普及啓発イベントの協力支援．
- 認知症カフェの立ち上げ．
- 入退院の連携が全くないため，心配な方が退院される際は一報いただきたいです．
- 入院できる施設なので，救急対応や，認知症のコロナ患者などの対応をできる様にしてほしい．
- 独居で閉じこもりや，通院困難な高齢者は，認知症を発症していたとしても，受診に至らないケースがあります．医師の訪問診療の充実に期待しています．
- 都市部に疾患医療センターが集中しており，田舎にない．受診しやすい環境にない．
- 地域包括支援センターや，その他介護事業者が何かの時にすぐ(気軽に)相談できるように，日頃からのネットワーク構築(顔の見える関係作り)と，その強化をお願い致します．
- 地域の認知症医療の拠点となってほしい．
- 地域の若年性認知症のかたに関しての状況把握やデータの蓄積，調査等(例えば，若年性認知症患者の人数，センター受診までの経過や年数，経緯の把握，診断後のサービス利用状況，空白期間，ご本人の希望すること，暮らしについて等)
- 地域での生活が継続できるように受け皿との継続的な連携体制が充実することを期待する．
- 対応能力向上のための研修会の実施．
- 相談体制の整備．
- 精神科疾患の鑑別，精神科との連携強化．
- 精神科医療機関との連携．
- 事例を使った認知症疾患医療センターとの連携についての研修．(実際にどのように支援していただけた事例があるか)

- 処遇困難事例の支援体制.
- 初期集中支援チームの専門職が関わっても難しいケースへのアウトリーチ，訪問診療もできれば助かる.
- 症状が進行し，対応が困難なケースの支援もさることながら「なんとなく自分は…？」と悩んでいる方も幅広く気軽に相談できるようになればいいかと考えます.
- 受診時の予約が取りづらく，1 ヵ月以上先の予約になることが多く，その間の対応がむずかしい.
- 若年性の方がいたら包括とつながることができるよう案内・声かけをお願いしたい.
- 市内にもの忘れ外来が 1 ヵ所しかないため，受診したいタイミングで予約が取れない.
- かかりつけのクリニックや自宅等に認知症疾患センターが出前してくれると受診のハードルが大きく下がる.
- 在宅への訪問診療，包括への患者の情報提供(同意とれた人のみ)
- 困難事例の相談や通院，受診できない方への訪問診療.
- 高齢者の自動車の運転免許に関する事で，警察といっしょに連携して啓発活動を行ってほしい.
- 県内に指定医療機関が少なく，初診へ行こうとしても予約がすぐに入れられない. 家族や本人が専門医へかかりたいと言われた時にタイムリーに受診できればありがたいと思う.
- 現在連携している認知症疾患医療センターは，担当圏域外のセンターになります.
- 担当圏域のセンターとの連携は全くないため，何らかの形での連携を期待します.
- 圏域の認知症疾患医療センターへ各市町村からどんな事例の相談があるのか，本人・家族が受診に至るまでの流れ，受診後の地域との連携について知りたい(当町にセンターはないため)
- 緊急時等の入院受入れ体制の整備.
- 技術的支援，直接的支援があると良い.
- 鑑別診断の実施，初期対応.
- 各町への出張もの忘れ相談の実施.
- 各市町村，各医療機関において特性や機能においてキャパシティの限界がある事は受け入れざるを得ないと考えるが，住民の受けられる支援格差を少なく享受出来るサービス等の均てん化を意識した取り組みをして頂きたい.
- いろいろな問題に対して気軽に電話相談できる場として期待しています.
- 今は週 1 回午前中のみの受診枠であるため，より受診しやすくなるように，時間帯や曜日をふやしてもらいたい. BPSD の相談・治療，必要であれば精神科への紹介等の対応をより行ってほしい.
- 医師会との連携体制への構築.
- 医師会との連携(所在地のみでなく，担当圏域内の医師会と平等に)
- アウトリーチ的な支援があるといいと思います.
- BPSD に対する対応方法を家族(介護者)が気軽に電話相談できると良い.
- 地域包括支援センターの立場として，これまで急を要するケースの相談にも多く対応してきました. 緊急時は，受入れ先にも困るケースもあり(介護認定もまだ受けていないことが多く)そんな折にも，診察や必要に応じて一時的な入院受入れなどでも柔軟に対応していただけるとありがたいです.
- 地域の資源につなぐという視点だけではなく疾患医療センターとしてのピアサポートやオレンジドア等の診断後の本人支援.
- 近隣の市町村の認知症地域支援推進員とのネットワーク構築.
- 市民への認知症疾患医療センターの周知.

- 認知症及び MCI の人の早期発見，早期受診その後のフォローや対応などその地域に応じた支援ができる体制づくりへの参画.
- 医療機関や包括支援センターとの連携体制の中核となる司令塔の機能.
- 受診拒否の方への訪問診療.

3-4-6. 現在の認知症疾患医療センターについての意見

- 今後も認知症本人・家族を含めたサポートに協働して取り組みたい.
- 疾患センターと包括の連携は密だが，他医療機関との連携で悩むことが多い．医師(地域医療)の理解を深める取り組みを国が主となって行ってほしい．(かかりつけとセンターとの関係もあるため)
- 高齢化に伴い，認知症の相談や専門医の受診希望者は増加しており，認知症疾患医療センターの役割はますます大きくなっていると感じている．症状によっては，家族の負担感・不安感が強かったり，本人等の危険を伴うことも考えられるため，受診希望の際は，なるべく早急に対応頂ける体制を希望したい.
- 都と認知症疾患医療センターの契約内容を把握していないため，どの仕事をどの程度協力して実施するのかがよく分からない.
- 地域拠点型との連携をしていきたい.
- 普段から各包括と連携していただいています．先日は当市，各包括と認知症疾患医療センターと情報交換していまして，現状の理解をふまえて，解答いたしました.
- 認知症初期集中支援チーム，オレンジカフェ等，認知症関連の各事業にはすでに協力していただいているが，新型コロナウイルスの影響もあり，地域に職員の方がでてくる機会がへっている．状況をみながらできる限り地域，現場にでてきてほしい.
- 診断後支援が役割にありますが，主治医の他，どのような職種が支援に関わり，どういった他機関と連携して診断後支援を行っているのか，具体的な流れ等決まっていることがあれば教えて頂きたいです.
- 職員が認知症疾患医療センター専任ではないため，各職種との兼務が多く多忙である様子．人員を確保するためには国の財源である程度の人員補償をしてもらえるとありがたい.
- 現状では，認知症疾患医療センター(以下センター)がかかりつけ医，サポート医，他職種との研修，市民への普及啓発等の事業を主体的に実施することがなく，市で音頭を取り，実施して欲しいと要請されています．現状のままでは，市がセンターに期待する事業があっても，結局は市が調整をとり，準備することとなり，市の業務が増えるだけです．今後もセンターとは連携しながら，事業を進めていきたいですが，センターには専門的医療機能だけでなく，地域連携拠点機能としての役割を委託されていることを今一度ご理解いただき，主体的に事業を実施していただきたいです．そのためにも，センターと行政の役割，センターが委託されている事業を明示し，周知していただきたいです.
- 関係機関向けの研修の内容が毎年ただの意見交換会であるため，もう少し市民や関係機に向けた講演会や研修会をきちんと行ってほしい.
- 緊急で受診する際，もの忘れ外来の予約が 1 ヵ月先まで埋まっているため，受診が困難．認知症専門医の訪問診療があると BPSD が強く現れている方への支援に役立つ.
- 地域のサポート医や医療機関との連携や研修(教育)等の推進を期待します.
- 医療の視点で他職種と連携し，認知症施策に参画していただいており，今後もそれを続けるとともに，本人や家族の思いなどを発信する代弁者としても，もう少し声をあげてもよいと思います.

- サービスにつながっていない方，MCI の方等，家族を市や包括につなげてほしい．53)自動車運転の相談を市や包括につなげてほしい．
- 検査機器等購入に対する補助制度を設けていただけると精度が上がると思います．Spect にもランクがあると言っていました．
- 特になし．
- 「連携型」の指定について再検証が必要ではないでしょうか．
- 鑑別診断までに時間がかかってしまう．紹介状がないと受診できないところがある．かかりつけ医がいないケースやかかりつけ医がなかなか対応してくれないケースでは紹介状がなく，そこで時間がかかってしまう点が困る．
- 相談機能を充実させてほしい．
- 地域の昔からの精神病院が，センターに指定されていること多く，高齢者にとって少し敷居が高い．
- 医師のアウトリーチがあればよいと思います．
- 現在も連携が取れており助かっているが，初診時予約が 1 ヶ月以上待ちであり，もう少し早く調整できないか．センター同士の連携でどうにかならないか．
- ①受診困難者を訪問診療している所もあり，検討してほしい．
- ②認知症について正しい知識を地域に広めるため，講習会や啓蒙活動．
- ③かかりつけ医等の医療や介護・福祉関係者とのネットワーク構築．
- 初期集中支援チーム定例会への医師の出席が少ないので月 1 回定例での参加をしてほしい．
- 認知症疾患医療センターと連携して，区の認知症施策をすすめている．今後も連携をすすめていきたい．しかし，困難ケースの介入時，多忙なため，タイムリーに訪問などを依頼が難しいことがある．
- 連携しやすく助かっています．
- 毎月のチーム員会議の参加や，専門医ならではの視点での，ケース支援に対して助言指導をいただき，大変感謝しております．
- 一言で認知症疾患医療センターと言っても，センターの母体の医療機関がどんな団体かで，活動や対応が全然違う．地域の特性の 1 つとは思うが，残念に思うことがある．
- 認知症疾患医療センターが増えることを切望する．
- 特に地域拠点型認知症疾患医療センターには，受診相談・入院相談に重点的にご対応いただきたい．入院が難しい場合でも，入院の可能な他院の紹介など，代替案の提案はしていただけたら助かります．
- 当市の認知症疾患医療センターは，精神科と内科の診療科がないため，重症化している BPSD や身体合併症については他医療機関へつなぐ必要がある．
- 定期的に連携協議会を開催していただいているので，顔の見える関係づくりができている．そのため，相談できるハードルが低くなっているので，ありがたい．
- 地区医師会のサポート医にまず紹介しており，管内の病院でも鑑別診断等実施しているため，困難ケースで相談・連携することが多い．
- 地域包括支援センターとの連携強化．
- 多忙を極めており(センターが)緊急の対応ができないケースが多い．どのケースも短期では終わらないため，センターの苦慮も理解出来る．しかし，ご家族や当事者さんは，待ったなしの状態もあり，悩ましい．
- 対象者人口に対する認知症疾患医療センターの設置が少ない．
- センターへの専門職からの相談が少ないと聞きます．各々の役割を尊重し，つなぐフィードバック等を重視した取組みが，スムーズな連携につながるのではないかと思います．
- 初期鑑別診断，BPSD への対応等，疾患センターとしての役割を担って欲しい．セン

ターだけでの対応が難しいのであれば，かかりつけ医等への連携を密にし，適切な医療が受けられるようにして欲しい.

- 受診するかどうか，受診が困難な方の家族への相談等の助言をいただけるとありがたい.
- 受診される患者様が多く，すぐに受診ができない．又，夜間休日の緊急対応がなく入院もできないため困っている.
- 受診後，介護保険を受けていない方やサービスにつながってない方は，必要時包括支援センターに連絡があり連携をとらせてもらっています.
- 疾患医療センターで専門医による鑑別診断等は実施されているが，その情報が地域の関係機関と共有できていない．結果，せっかく初期の段階で医療にかかっても，そこから生活状況のアセスメントや本人・家族の困りごとへの対応，適切な時期に地域の資源へつないでいくことができない.
- 困難なケースなど相談に随時応じていただきますよう，よろしくお願いします.
- 困難事例に関して，気軽に相談できるような関係が構築されていると思います.
- 高齢者の中には精神科受診に対して抵抗感を持つ方や，住まいから病院までの距離が遠く継続的な通院に繋がらない方等いらっしゃるので，しっかりとした治療が確保されるよう患者の理解促進に繋がるような取組(医師，看護師等による訪問診療的な体制の拡充等)を行って頂ければありがたいと思います.
- 現状においても，認知症初期集中支援事業や個別ケース支援において，多大なご協力を頂いており，ありがたい．高齢者支援において，不可欠な存在にて，今後も理解・協力いただきたい.
- 現在，「認知症初期集中支援チーム」として委託し，相談支援いただいています．早期の専門医受診から，サービス利用等生活支援へのつなぎのため，かかりつけ医への助言支援をとても期待しています.
- ケースの相談の対応や助言，連携は十分できており，今後もさらなる支援の体制をお願いしたい.
- 国からの介護保険事業費補助金が少ないことにより充分な費用を支払うことが出来ていない状況下において，限られた人員体制での研修の企画・運営の継続実施は業務負担が非常に大きくなっている．今後，役割の維持を求めたり，新たな役割を担うのであれば，補助金を増やす等国からの支援は必須である.
- 管内の認知症疾患医療センターでは対応が難しく，近隣の疾患医療センターを利用してもらう場合がある．疾患医療センターの指定をうけていても，その機能が十分果たせる体制がとれているかを各々に検証してほしい.
- 多くの認知症相談がある中，解決できにくいケース，困難事例も多いが，なかなかコロナ禍等でもあり，会議さえもできづらい状況でした．積極的なセンター活動指導をお願いしたい.
- 今は主にチーム員会議のアドバイザーとしての協力が主だが，今後，若年性認知症を含めた当事者および家族支援の支援体制整備に協力いただきたい.
- MCI・軽度認知症の方へのサポート，家族の心理的サポートをお願いしたい.
- BPSD があり，早期に受診したいケースがいるが，予約がとれず自宅待機せざるおえない場合がある．早い受診ができるように調整してもらいたい.
- BPSD や精神疾患の症状が強い方に対して苦慮することが多いですが，その様なケースへの助言役や，場合によっては往診などの対応がとれると良いと感じています.
- 認知症疾患医療センターではていねいな対応をしていただいているが，全ての高齢者が受診できるわけではないので地域のかかりつけ医の認知症対応力向上に向けた取組を期待します.
- 在宅にいるが，諸事情で受診できない人に対し，アウトリーチをしてほしい.
- コロナ禍で研修等の実施が難しくなり，昨年度より休止となっていますが，事例検

討会等の研修開催が再開されれば良いなと思います.
- 一般の人向け周知をもっと行っていただきたいです.
- 敷居が高い印象がある．認知症疾患医療センターに相談する際の，決まった様式等があるとよいと思う.
- 予約してから受診までの期間が長くかかってしまうことがあり，Pt・Fa の"今"を支援するのに困難が生じることがあります.
- 連携を図りやすくなるよう，配慮してもらいたい.
- あまり身近に感じる関わりは日頃ない.
- 同一法人に市が初期集中支援チーム，包括を委託しており，県が若年性認知症コーディネーター，疾病医療センターを委託しているので，上記の内容は法人内で役割分担し対応している.
- 本市のエリアでは大学病院が認知症疾患医療センターに指定されているが，院内での各科との連携は機能されているようであるが，行政に対してはそれぞれの自治体の特徴に応じきれず連携がとれているとは言い難い．特に診断後の相談支援については十分な機能が果たせてないように感じる.
- 受診等の受入れに時間がかかる為，早期受診できるよう改善してほしいです(病院数に対して受診者数が多く予約しても数ヶ月かかることもある.
- 受診が予約制となっており，急な対応に時間(診察→確定診断)が要し，今後のサポート医の増員を期待したい.
- ①身体合併症のある人で，BPSD があり，精神科単科で診ることができない人の受け皿がない．そのような人が入院できるよう，患者受け入れをしてほしいです.
- ②専門職に対する研修は，機会も多く網羅・充実した内容で開催していただけると思います.
- 認知症を知られることに抵抗がある人が多いので気軽に受診や相談が出来る体勢にしてもらいたい.
- 以前関わった方で，入院当初よりこの方が身体拘束をされるのかと疑問を感じた.
- 認知症疾病医療センターのマンパワー不足により，十分な相談が行えない.
- 本町では，認知症疾患医療センターではないが認知症専門外来のある総合病院があるので，そちらとの連携が多い．認知症疾患医療センターとの連携についても今後必要に応じて行っていきたい.
- 院外活動を増やしていただくと有難いです.
- 遠方なので，センターに出向くことが難しいなどいろいろあります．ICT を活用して，自宅から出られない方の相談ができるといいなと思っています.
- 受診までにかなり時間がかかるため，できるだけ早く受診できるようお願いしたい．BPSD で大変な症例を早めてもらえないか….
- 若年性認知症の方が介護保険につながるまでの空白の期間を支援したいと考えているが，対象者の把握が難しい．診断がついた時に本人やご家族に市の事業・相談窓口等周知して欲しい.
- 認知症疾患センターの役割に緊急時の対応を義務として欲しい．BPSD がひどく，相談をしても外来の予約を取るようにと言われる事がある．それでは生命が危機にさらされるし，介護保険事業所も家族も対応できない．家族等が同意している場合，緊急入院を受けて欲しい.
- ○県○○管内に現在認知症疾患医療センターの配置がないため，連携はおろか，初期集中としてのメリットが感じにくく，全て個別対応になっている．困難事例等の時に相談できる所が少ないので，○県○○管内での配置を望みます.
- 上記内容を知ることのできるような研修会があると良いです(施策担当があるため)
- 初期集中支援チーム設置以降，地域におけるセンターの役割が見えにくくなっている印象があります．地域全域の中核機関としての環境整備，連携体制構築等に今後

も尽力されることを期待しています.
- 各町とも担当者レベルでしか認知症疾患医療センターとの交流(協議)がなく，町長(課長)レベルなどもう少し施策に影響する協議の場を持ってもいいと思います.
- 住民の困り事の窓口は多様であるため，多職種連携が図る事が出来る様取り組みを深めて頂きたい.
- かかりつけ医のいない初心の方にも真摯に対応していただいています.
- 疾患医療センターの持つ機能，役割は全て大切で期待も大きいですが，市内にはないため，医師会との関係もあり，実際に求めうる役割は限られてくると感じています．他の認知症専門医療機関との違いも明確でない印象です.
- 予約がとりづらいため，受診タイミングがおそくなりがちである.
- その他，精神疾患のみのケースより，他疾患も合併しているケースが多いので，からだ，こころあわせて診ていただき，安定したら，他の病院と連携して紹介等をお願いします.
- (県内でも数ヵ所センターがあり，上記の件を対応してくださっている所もあるかと思いますが，本包括のエリアでは，対応が難しいと言われることがありますので，記入いたしました)
- 令和 3 年度，医師の移動があったためかコロナ禍の対策なのかまったくコロナ前にやっていただいていた学習会や症例検討などまったくないのか声がかからない.
- 密な連携を図りながら協働で支援を行うことができています.
- 身近な距離にセンターが無く，受診も連携も図り難い.
- 本人支援については，主治医でない限り，あまり連携する機会は少ないです．圏域での認知症支援としての研修等あると良いです.
- 本当の意味で，本人に寄り沿った支援を専門職としてほしい．センターの実績ばかり気にして，中身が伴っていない．自分のセンターに〇うのはやめてほしい.
- 本市の中に認知症疾患医療センターが 1 ヶ所のみであるため，どういったことを担っていただけるのかあまりイメージができない．認知症疾患センターの専門医が認知症初期集中支援チームのチーム医として協力いただいており，連携はできている.
- 包括から問いあわせたり，助言を求めると，何でも教えていただいています．が，もう少し医療センター側から地域への働きかけがあるともっとよくなるのではと思います．なかなか広域の地域なので，難しいかもしれませんが(〇府〇〇地域)
- 年 1 回認知症疾患医療センターとの連絡会で事例検討を行い，連携のあり方について共有している．市，チーム，推進員，地域包括と疾患医療センターの医師と MSW が参加している.
- 認知症の理解が必要な介護者に対する支援について疾患センター側からも丁寧にすすめていただくことを希望します.
- 認知症の診断や治療ができるだけでなく，地域の認知症施策にどのような役割を果たすのか，その姿勢をもっと見せてほしい.
- 認知症の行動・心理症状に対し，優先的に対応をして頂いている現状があり継続して頂きたい.
- 認知症の鑑別が困難などで受診したくても近くて車で 1 時間半以上かかり，また新規は2〜3ヶ月の待機がある状況で，利用しやすい環境とは言い難く，遠隔診療などの機能が求められていると感じます.
- 認知症の患者が身体的な合併症をもっていた場合でも適切な医療を提供してもらいたい．もし，みられない場合は，適切な医療機関へ紹介してもらいたい.
- 認知症の方による困難ケースや虐待ケースにおいて，相談時に柔軟にご対応いただいています.
- 認知症の方，またそのご家族が地域で生活する上での困難さに寄り添った支援をお

願いしたい.

- 認知症で，入院対応等が急を要する時に，予約がとれないため，困ることが度々ある．近隣の疾患センターでの緊急体制がとれるとありがたいです.
- 認知症症状があり，受診勧奨しやっと受診されたか，家族への説明が不十分であったのか，「薬もない」「他の HP の紹介もない」等不満を言われる．主治医がない方であったので地域のサポート医等と連携していただきたい.
- 認知症疾患医療センターへの依頼したい業務は多くあり，頼りにしているところですが，センターのマンパワー不足や業務量の多さを耳にし，依頼できないのが現実です.
- 認知症疾患医療センターの立地が遠方(16㎞ くらい)であり，受診しづらく連携がとりづらいです．近隣に窓口となる医療機関等があるとありがたいです.
- 認知症疾患医療センターの設置数が少ない.
- 認知症疾患医療センターと，かかりつけ医の連携を強化することが重要と思うが，国や県が制度化する等後方支援が必要と考える.
- 認知症疾患医療センター業務の 1 つに「認知症に関する情報収集と発信」が挙げられますが，現状として担当者が自ら情報を収集していると感じるため，今後，電子@連絡帳等のツールを駆使して，さらなる連携を期待します.
- 認知症疾患医療センターがあることや，受診までの流れなどを知らない市民やケアマネジャーがいるため，幅広い人に知ってもらい，利用できるように周知ができたらと思う.
- 認知症，精神，せん妄等，見立ての難しいケースに今後もお力をお借りしたい.
- 診断後支援の良いイメージの発信(本人ミーティングの様子等)をお願いしたい.
- 隣市に認知症疾患医療センターがあるため，直接的な関わりは少なく密な連携は取れていないが，若年性認知症等困難事例の際に連携が取れればと思います.
- 特にⅥ3)～9)の役割を期待しているが，受診予約が取りづらく，緊急受診の受け入れが難しいと言われ，医療へつなげることが困難な状況がある.
- 当町の医療圏内には認知症疾患医療センターはなく，第 2 次医療圏にありますが，認知症疾患医療センターを抱えている病院は，予約受診もタイムリーにできない状態で，相談等もためらいます.
- 当町からの通院が難しい場合があり，本人・家族の受診，相談がつながりにくいことがある.
- 当町から車で 40 分かかる距離にセンターがあるため，気軽に出向ける環境にない．定期的な連携会議等の開催を希望する.
- 当市の圏域には 3 センターあり，連携する市町も多いですが，センターの相談窓口の方と，顔のみえる関係ができるとより相談もしやすいです．各センターが研修を開催して頂いていますが，情報交換会等できるとよいです.
- 初期集中支援チームも，同センターが引き受けようとしてくださいましたが，県に止められました．県が医師会をすごく立てていて，医師会加入の地域の Dr を使うよう言われました．地域の Dr も仕方なくサポート医をとったような Dr なので，当自治体にとっても，住民にとっても，地域の Dr にとっても，同センターと連携することが最善なのですが…．こういった現状もあるということをお伝えしたく書かせていただきました.
- 地理的に認知症疾患医療センターが離れているため(市内にないため)直接利用相談しにくい.
- 町内のセンターが基幹型であり，規模が大きく，身近な気軽な連携は難しい.
- 地域で解決できない事例について相談した際に地域で何とかするようにという回答はしないでほしい.
- 地域全体の認知症対応レベルの向上に積極的な関与を期待します.

- 地域型のセンターの場合，BPSD や精神症状が顕著の場合，継続した診療が難しいことがあった．受診先を選択する際の材料として，どういった患者であれば，対応，診療継続可能なのか，明確になるとよい．
- センターが少なく，忙しくしていると思われる．連携と思われるところまではできていないので，今後，考察していきたい．
- センターが遠方のため，定期的な外来受診やタイムリーな受診が困難です．圏域内に複数か所あると利用しやすいと思います．
- 設置されたが，実際には機能していない現実．医療機関も余裕がない，スタッフ等，様子で，期待はしているが難しい．
- 精神科の入院治療できる病院が市内で一か所しかなく，その病院が認知症疾患医療センターでもあるが，認知症の方が入院することが難しく，特に緊急時の対応に苦慮している(特に独居高齢者)
- 全てにおいてとても期待しているが，現在センターは近い存在ではない．認知症疾患の中心的センターとして深く役割を担ってほしい．
- 人材育成．
- 神経内科を中心としている所，精神科を中心としている所では，支援の形が違うように思うので，それぞれの強みを活かして機能してもらえればよい．研修などで異なるセンターの活動報告をききたい．
- 新型コロナウイルス感染症の影響によるものだと思うが，地域連携拠点機能である医療連携協議会や多職種，専門職の研修会，普及啓発の市民向け講演会が全て中止となっているので方法を工夫して開催して欲しい．本市は人口 60 万を超える規模だが，市内に認知症疾患医療センターが設置されていないため，早期の受診につながりにくいことから設置を検討して欲しい．
- 処遇困難事例への相談対応，地域連携部会開催による情報の共有等，丁寧に対応していただいています．
- 受診拒否が強い患者に対して，往診等の対応を検討してほしい．精神科領域と連携し，BPSD などの症状が強い時に対応できる仕組みが整ってほしい．
- 若年性認知症の医療の提供や普及啓発をお願いしたい．
- 疾患医療センターがない離島地域で，担当地区の認知症疾患医療センターは航空便を利用するしかなく，入院の相談をする時以外は相談できない現状．離島に外来・入院可能な疾患医療センターが必要．
- 市町村は認知症疾患医療センターに多岐に渡り期待をしておりますが，現実的には，あまり機能をしていないように感じることが多くあります．
- 市町村との連携を積極的に考えて頂けるとよいです．
- 困難ケースや緊急時対応などもっと相談にのってほしいです．
- コロナ禍による影響なのか，認知症の相談が急増しているように感じています．日々対応方法に悩みながら相談に対応していますが，困難事例について認知症疾患医療センターに相談をしても受け付けてもらえなかったり，家族が相談を直接しても包括へ相談を…とたらいまわしのような状況になってしまうこともあります．センターの役割として，地域の認知症に関する相談の受け皿として機能していただけるととても心強く思います．
- 現状のセンターは目的にある活動をされていず，つなげられない．県(保健所)も課題共有・検討の機会が初めて昨年度開催されたが，その後何ら動きもない．
- 現状，地域の連携型センターは医療の相談のみで他は機能していない．地域の困難事例のスーパーバイズや緊急ケースの入院対応等を検討してほしいと考えています．
- 現時点で当市管轄の疾患センターがない為，早い時期に疾患センターを再設置していただきたい．

- 圏域に１つしかない為，本市から離れた場所にあり，連携することがあまりないのが現状である．認知症疾患医療センターを増やしてもらえれば，市民の方への繋ぎ先の１つとしてなるので希望したい．
- 経過観察レベルの患者や，介護家族への情報提供内容を共有したい．
- 期待はしているが，応えてはもらえていない．
- 家族の負担が大きい状態のとき(認知症状悪化)の入院支援(自宅での介護が困難)
- 外来診療が多いためか，2W 程度の初診まちがある．
- 回答内容はあくまでも期待であって，実際には年 2 回のネットワーク会議に出席いただく程度．ケース支援に関しては過去数例連携したことがあるが，気軽に相談しやすいとは言いがたい．センター側からの情報発信や，若年性認知症の方への支援，急性期にある方への入院を視野に入れた受診支援を特に期待したい．
- 介護保険サービス事業所や居宅介護支援事業所へ役割等広く周知が必要と感じています．
- 同じ管轄保健所内に所在しているが，生活圏域外であるため，なじみが少ない．住民を紹介するには遠く，連携もし難いと感じている．
- 未だ，一般の方の認知度が低いように感じられるため，行政としても普及啓発に努めていきたい．
- 以前は保健所が主体となり管内の市町と疾患医療センターの情報交換の場があったが，コロナによりその機会が無くなり新しく設置された疾患医療センターの活動が見えてこない．
- アンケートにある項目について，実際に依頼してよいのか悩む．認知症疾患医療センターを身近に感じられない．
- アウトリーチの支援をどの市町も同様にしていただきたい．センターから遠いと言う理由で，医師の支援が受けられないことがあった．
- アウトリーチ事業の連携が難しい．BPSD の緊急性対応の検討等，一般外来からの入院扱いではなく，アウトリーチ(早期対応)を期待しています．
- ○○県では 10 圏域中 9 箇所に疾患センターがあり，当圏域には市内一か所，隣市に一か所あります．市内にある疾患センターは近いこともありますし，私たち高齢福祉課としては，ぜひ，連携を取りたいと思っています．しかし，年 2 回ほど行う認知症施策推進協議会への出席を依頼すると，都合が良い時に出席はしていただける現状のみであり，その他，疾患センターからのアプローチはなく，正直，どう関わればよいのか困惑しています．
- 可能であれば，県として，役割を果たせているのか外部機関からの調査等実施していただき，本来の役割を果たしてもらえるよう，ご指導していただきたいです．よろしくお願いいたします．
- 52)について特に期待しています．
- 他市にあるため，疾患医療センターの情報が得られにくく，役割や活動がわかりにくい．
- 地域の医師に対して，認知症に関する対応力向上のためのアプローチを期待する．
- 受診予約がとりにくい(一杯である)
- 受診後の結果が把握しにくい．
- 期待はありますが，なかなか難しい．(相談等)
- 基幹型センターを中心に，立ち上がった時期には研修等がありました．
- 基幹型，連携型等をバランスよく設置して頂きたい．一つの圏域に連携型一ヵ所では充分に機能を発揮できないのでは？
- 設問 36 以降をより一層重視して頂けたらと思う．
- 基幹型　地域型　連携型と分けてはあるが具体的にどのような活動をしているのかわからない．

- 地域の特色ある活動している事例などがあれば発信してほしい.
- 認知症の方及びご家族さまへの支援(情報提供・診断・相談など)を忙しいとは思いますがケースの理解度に応じて丁寧にしていただければと思います.
- 県内にも少ない数なので，地域の現状を見ながら相談にのってアドバイスをしていただきたい.
- サポート医やかかりつけ医がもっと相談してもらえやすい環境がつくっていただけるとありがたいと思います.
- 上記「V」のほか，対応ケースの相談や助言等をいただけるため，効果的な支援に繋がり，感謝しております.
- ″〇市認知症初期集中支援チームとして協力を頂いている.
- 的確な助言やアドバイスを頂いており，認知症施策をすすめるうえではなくてはならない機関だと感じています．期待しています.
- 初期集中支援チームへのご協力の他，日々の認知症の方の相談等非常にお世話になっています.
- 今後も連携を図っていきたい.
- 村の専門医に村個別の相談会やチーム〇〇委員会などで心よく協力頂いている状況であり，心強い限りです.
- 患者，家族にとって身近な存在というよりは，専門職向けの助言や情報発信により，地域での対応力向上に役立っています.
- 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターが物忘れ相談会を行うなど，良好な関係を構築出来ている為，今後も継続的な関係をお願いしたいと思います.
- 当市には，認知症疾患医療センターがあり，普段より相談など連携が行われており大変助かっている.
- 日頃から研修や相談対応していただいており，大変感謝しております.
- いつも丁寧に相談に応じて下さり，ドクター，ソーシャルワーカーの方には感謝しております.
- 忙しい中大変ご協力いただいています.
- アウトリーチ型で市と包括支援センターとで非常に連携がとれています.
- 連携がとりやすく，とてもよく支援対応いただいております.
- 必要で大切な項目ばかりのため，すべてとても期待しています.
- 認知症初期集中支援チームが関わっているケースについて，ご助言等をいただき，大変ありがたく思っております.
- 認知症初期集中支援チーム，地域包括支援センター，認知症サポーターステップアップ講座等でも大変お世話になっています.
- 当自治体の属する〇〇郡では，認知症疾患医療センターがとても熱心に活動してくださっています．PSW の方が，相談対応くださり，事例性に応じ，柔軟に対応くださっています．地域にもどんどん出て行き，連携していきたいという熱意があり，認サポ養成講座なども快く来てくださいます.
- 困難事例へのご助言・支援にお世話になっています．専門的立場からのご支援を今後ともお願いしたいです
- 〇〇病院に大変お世話になっています．協力的，専門性が高く本当に助かっています.

3-5. 認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割

3-5-1. 回収率

回収率は 25.9%であった．返送数を表 13 に示す．

表 13　認知症サポート医対象調査票の返送数

	返送の有無		合計
	未返送	返送あり	
認知症サポート医	7967	2780	10747

3-5-2. 回答者が勤務する医療機関

勤務する医療機関は病院と診療所および認知症疾患医療センターかどうかを尋ねた．認知症疾患医療センターに勤務している認知症サポート医は回答者全体の 7.2%であった．

表 14　回答者が勤務する医療機関

所属している医療機関	
病院	982
認知症疾患医療センター	200
診療所	1522

※複数回答あり

3-5-3. 認知症疾患医療センターとの連携経験の有無

認知症の方の医療に関連して，認知症疾患医療センターと連携したことがあるのは有効回答のうち 60.9%であった（表 15）．都道府県別では，41.4%から 74.2%と幅が広く，連携経験「あり」の頻度が最も高いのは宮崎県，最も低いのは佐賀県であった（表 16）．

表 15　認知症疾患医療センターとの連携経験の有無

	認知症疾患医療センターとの連携の有無		
	ある	ない	合計
サポート医	1621	1040	2661

表 16　都道府県別　認知症疾患医療センターとの連携経験の有無

北海道	49.3%	東京都	59.8%	滋賀県	63.4%	香川県	63.6%
青森県	45.8%	神奈川県	57.6%	京都府	59.6%	愛媛県	63.8%
岩手県	48.8%	新潟県	64.3%	大阪府	51.7%	高知県	48.3%
宮城県	61.9%	富山県	41.7%	兵庫県	63.9%	福岡県	63.5%
秋田県	56.3%	石川県	45.0%	奈良県	61.8%	佐賀県	41.4%
山形県	57.9%	福井県	50.0%	和歌山県	67.6%	長崎県	65.1%
福島県	46.5%	山梨県	58.8%	鳥取県	65.4%	熊本県	70.4%
茨城県	62.8%	長野県	34.0%	島根県	53.3%	大分県	66.7%
栃木県	66.1%	岐阜県	63.6%	岡山県	63.8%	宮崎県	74.2%
群馬県	67.6%	静岡県	65.0%	広島県	67.0%	鹿児島県	71.0%
埼玉県	60.0%	愛知県	59.2%	山口県	58.8%	沖縄県	57.1%
千葉県	42.2%	三重県	54.2%	徳島県	60.0%	不明	47.6%
						全国	58.3%

3-5-4. 認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

連携したことが無いと答えた認知症サポート医 1040 件のうち，理由を回答したのは 929 件であった．内訳は「認知症疾患医療センターを知らない」21.6%（201 件），「認知症疾患医療センターが近隣にない」29.8%（277 件），「連携する必要がない」は 27.3%（254 件），「その他」21.2%（197 件）であった（図 11）．認知症疾患医療センターの非周知度は 7.6%（201/2,661）である．

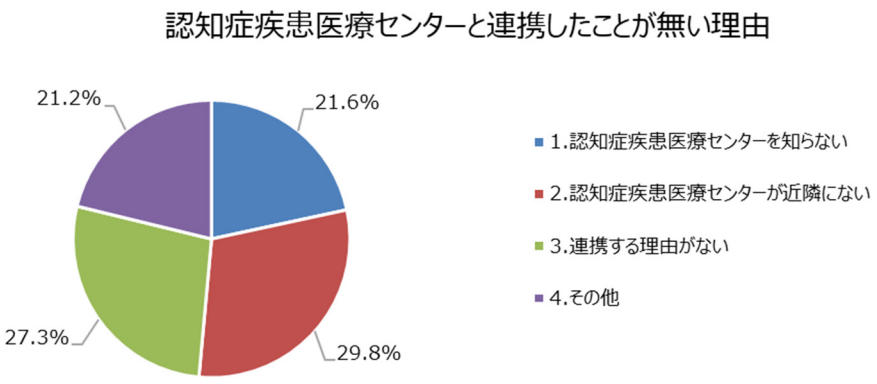


図 11　認知症疾患医療センターと連携したことが無い理由

3-5-5. 期待スコア

連携経験があるものの連携頻度を 4 区分（月に 1 回未満，月に 1～4 回，月に 5～9 回，月に 10 回以上）および未記入に分け，連携頻度区分ごとの期待スコア表 17 に示す．また，期待スコアを高い順に整列させた棒グラフを図 12 に示す．

53 項目中 33 項目が 3 点以上であり，2 点未満の項目は認められない．上位 3 項目は，「認知症疾患の鑑別診断」「若年性認知症に関する精査」「認知症の行動・心理症状に対する入院診療」であり，「若年性認知症患者に対する継続医療の提供」「若年性認知症の

ためのサービスの利用支援」「認知症初期集中支援チームの後方支援」「せん妄に対する入院診療」「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」が上位 10 項目に含まれている．若年性認知症に対する専門的医療サービスや，日常的な外来診療では対応が困難な BPSD やせん妄に対する入院による支援が期待されていることがわかる．

連携頻度別比較で有意差が認められる項目が 23 項目あるが，総じて，連携頻度が月 5 回以上になると期待度も高まる傾向が見られる．

表 17　認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割（連携頻度ごと）

連携頻度別	月に1回未満		月に1～4回		月に5～9回		月に10回以上		頻度未記入		全体		有意確率	
	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア	度数	期待スコア		
専門的医療機能														
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	1134	2.65	183	**3.01**	13	**3.46**	53	**3.60**	206	2.99	1589	2.77	<0.001	*
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	1128	**2.66**	183	2.96	13	**3.62**	53	**3.53**	206	2.93	1583	2.77	<0.001	*
(3)認知症疾患の鑑別診断	1147	**3.52**	183	**3.71**	13	**3.62**	52	**3.77**	207	**3.54**	1602	**3.55**	0.011	*
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	1143	**3.32**	183	**3.50**	13	**3.54**	53	**3.79**	206	3.34	1598	**3.36**	<0.001	*
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	1145	**3.45**	183	**3.45**	13	**3.77**	53	**3.53**	207	3.34	1601	**3.44**	0.315	
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応（夜間・休日対応）	1141	**3.27**	183	**3.23**	13	**3.38**	53	2.83	206	3.05	1596	**3.23**	0.004	*
(7)せん妄に対する外来診療	1144	**3.14**	181	**3.24**	13	**3.54**	53	**3.43**	206	3.09	1597	**3.16**	0.041	*
(8)せん妄に対する入院診療	1144	**3.28**	182	**3.25**	13	**3.62**	53	**3.30**	206	3.15	1598	**3.26**	0.285	
(9)せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	1143	**3.21**	182	**3.10**	13	**3.31**	52	2.60	205	3.02	1595	**3.15**	<0.001	*
(10)身体合併症に対する外来診療	1143	2.43	182	2.58	13	**3.08**	53	2.66	206	2.51	1597	2.47	0.054	
(11)身体合併症に対する入院診療	1142	2.62	183	2.70	13	**3.08**	53	2.58	206	2.62	1597	2.63	0.563	
(12)身体合併症に対する救急対応	1142	2.61	183	2.61	13	2.85	53	2.15	206	2.52	1597	2.58	0.066	
診断後支援等機能														
(13)本人への情報提供と心理的サポート	1143	2.98	183	3.20	13	**3.31**	53	**3.47**	205	**3.09**	1597	**3.04**	<0.001	*
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	1146	**3.16**	183	**3.32**	13	**3.46**	53	**3.68**	205	**3.21**	1600	**3.20**	<0.001	*
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	1142	**3.33**	183	**3.57**	13	**3.46**	53	**3.58**	204	**3.37**	1595	**3.37**	0.001	*
(16)認知症サポート医との連携	1144	**3.15**	183	**3.39**	13	**3.31**	53	**3.36**	205	**3.17**	1598	**3.19**	0.005	*
(17)主治医意見書の記載	1144	2.26	183	2.60	13	**3.23**	53	**3.23**	203	2.69	1596	2.40	<0.001	*
(18)介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	1143	2.64	182	**3.04**	13	**3.38**	53	**3.40**	204	**3.01**	1595	2.76	<0.001	*
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	1141	2.87	182	**3.07**	13	**3.54**	53	**3.38**	204	**3.04**	1593	2.94	<0.001	*
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	1137	2.97	183	**3.13**	13	**3.69**	53	**3.36**	204	**3.10**	1590	**3.03**	<0.001	*
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	1141	**3.12**	182	**3.20**	13	**3.46**	53	**3.34**	204	**3.15**	1593	**3.14**	0.260	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	1140	**3.34**	183	**3.43**	13	**3.46**	53	**3.36**	204	**3.34**	1593	**3.36**	0.743	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	1143	**3.36**	183	**3.40**	13	**3.31**	53	**3.38**	204	**3.34**	1596	**3.36**	0.941	
(24)若年性認知症に関する精査	1145	**3.52**	183	**3.53**	13	**3.31**	53	**3.43**	205	**3.40**	1599	**3.50**	0.258	
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	1138	**3.10**	182	**3.20**	13	**3.00**	53	2.91	203	**3.03**	1589	**3.10**	0.257	
(26)軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	1142	2.57	182	2.86	13	**3.23**	53	**3.36**	202	2.94	1592	2.68	<0.001	*
(27)認知症の本人によるピアサポート	1138	2.69	182	2.74	13	2.77	53	2.89	203	2.84	1589	2.72	0.229	
(28)家族介護者によるピアサポート	1139	2.73	183	2.76	12	2.92	53	2.94	202	2.86	1589	2.76	0.227	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	1140	2.79	183	**3.03**	13	**3.38**	53	**3.13**	204	**3.00**	1593	2.86	<0.001	*
地域連携拠点機能														
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	1143	2.86	183	**3.11**	13	**3.23**	53	**3.34**	204	**3.13**	1596	2.94	<0.001	*
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	1144	2.93	183	**3.20**	13	**3.23**	53	**3.40**	203	**3.18**	1596	**3.01**	<0.001	*
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	1141	2.88	183	**3.18**	13	**3.23**	53	**3.45**	204	**3.14**	1594	2.97	<0.001	*
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	1145	**3.18**	183	**3.32**	13	**3.54**	53	**3.42**	204	**3.27**	1598	**3.22**	0.037	*
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	1139	**3.13**	182	**3.25**	13	**3.31**	53	**3.08**	204	**3.09**	1591	**3.14**	0.376	
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	1142	2.18	183	2.31	13	2.85	53	2.51	204	2.35	1595	2.24	0.009	*
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	1138	2.29	183	2.21	13	2.77	53	2.42	204	2.44	1591	2.30	0.083	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	1136	2.76	182	2.98	12	**3.17**	53	**3.23**	208	**3.00**	1591	2.83	<0.001	*
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	1136	**3.19**	182	**3.32**	12	**3.33**	53	**3.45**	208	**3.28**	1591	**3.23**	0.056	
(39)かかりつけ医の研修	1140	**3.13**	182	**3.22**	12	2.92	53	**3.21**	207	**3.21**	1594	**3.15**	0.402	
(40)認知症サポート医の研修	1142	**3.16**	183	**3.22**	12	2.83	53	**3.15**	208	**3.17**	1598	**3.17**	0.627	
(41)地域包括支援センター職員の研修	1137	**3.06**	183	**3.14**	12	2.92	53	**3.25**	208	**3.16**	1593	**3.08**	0.190	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	1135	2.99	182	**3.04**	12	2.92	53	**3.19**	208	**3.08**	1590	**3.01**	0.296	
(43)看護師の研修	1139	**3.01**	183	**3.07**	12	**3.00**	53	**3.13**	208	**3.15**	1595	**3.04**	0.225	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	1136	2.79	183	2.78	12	2.58	53	2.87	208	2.95	1592	2.81	0.150	
(45)薬剤師の研修	1136	2.85	183	2.90	12	2.50	53	2.94	208	2.99	1592	2.87	0.154	
(46)多職種連携を目的とした研修	1137	**3.08**	183	**3.17**	12	**3.00**	53	**3.25**	208	**3.19**	1593	**3.11**	0.219	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	1136	**3.05**	183	**3.16**	12	2.92	53	**3.21**	208	**3.21**	1592	**3.09**	0.056	
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	1137	2.91	183	**3.02**	12	2.83	53	**3.13**	208	**3.03**	1593	2.95	0.108	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	1137	**3.05**	183	**3.22**	12	2.92	53	**3.13**	207	**3.10**	1592	**3.08**	0.110	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	1137	**3.16**	183	**3.23**	12	**3.00**	53	**3.25**	208	**3.20**	1593	**3.17**	0.663	
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	1137	**3.16**	183	**3.22**	12	2.92	53	**3.09**	207	**3.19**	1592	**3.16**	0.653	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	1137	**3.20**	183	**3.33**	12	**3.25**	53	**3.23**	208	**3.23**	1593	**3.22**	0.445	
(53)自動車運転に関する相談と支援	1139	**3.15**	183	**3.33**	12	**3.25**	53	**3.19**	207	**3.17**	1594	**3.18**	0.165	

X2-test, ＊ P<0.05

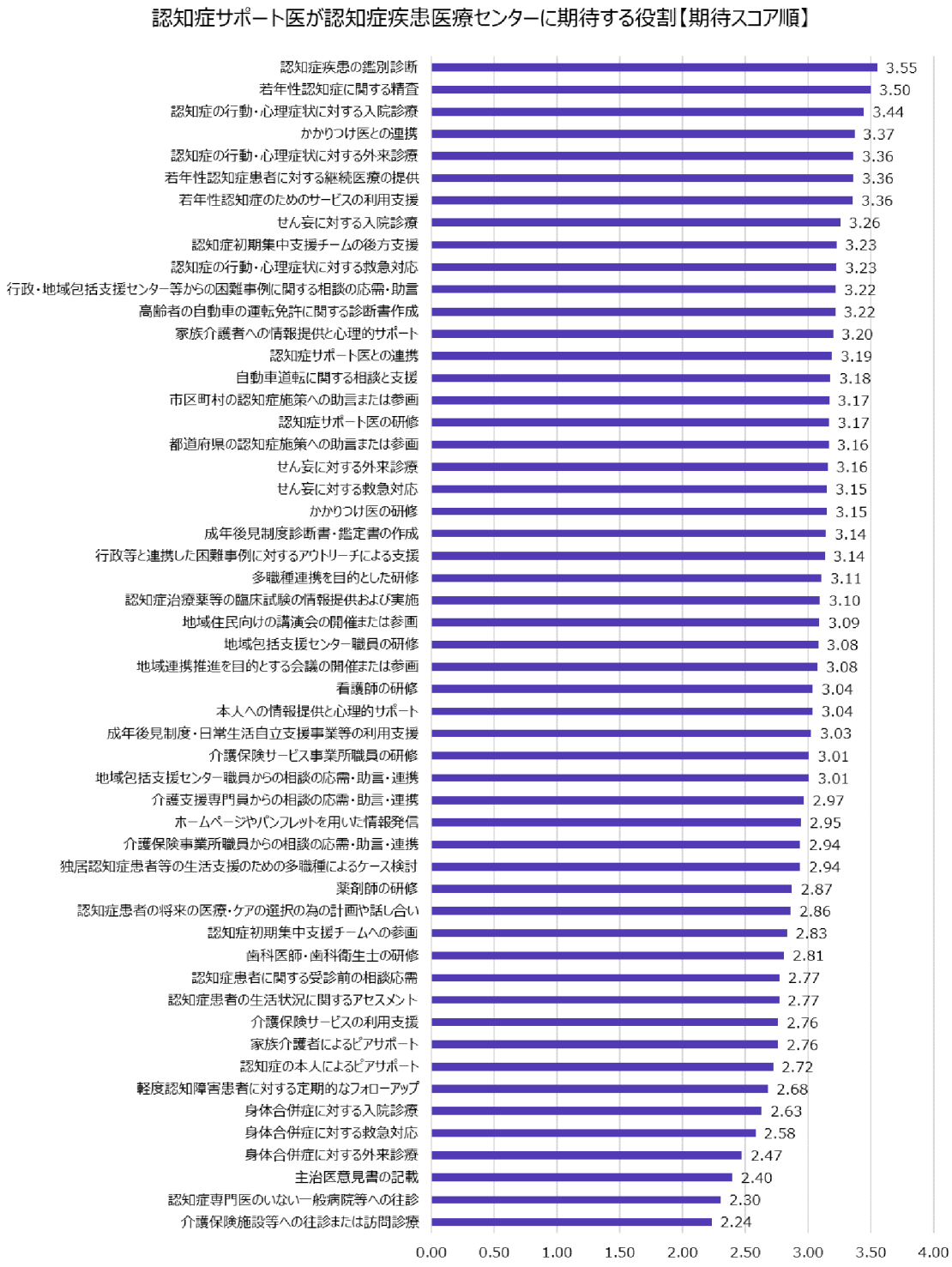


図 12　認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割（期待スコア順）

3-5-6. 項目以外の認知症疾患医療センターに期待している役割（自由回答）

上記項目以外で，認知症疾患医療センターに期待している役割の自由記述による回答を以下に示す.

- SPECT 施行　MIBG などの施行など診断確定への補助検査の依頼に応じてほしい
- MCI，若年性当事者への通い場提供.
- BPSD の問題が一般病院では難しく，緊急受け入れを期待する．また他院との相談（tel，メール）窓口も期待する．より重度の認知症を入院対象としてほしい.
- BPSD の入院など期待しているが手間ばかりかかりまったく対応して下さらないので現状では期待できない！
- BPSD に対する緊急入院への対応を期待します
- BPSD に対する外来，入院診療
- BPSD に対しての夜間休日や救急対応
- BPSD に対しての緊急対応，入院対応
- BPSD など救急対応の充実，相談しやすい連絡体制構築
- BPSD では暴言暴力の場合（家族に介護力が低いと）入院加療してもらいたい
- ACP やエンドオブライフケアについて，もっと関与が必要.
- 徘徊，物盗られ妄想に対する対応
- 老健施設等，従業者への教育，啓発．治療法・治療薬についてのプロパガンダ.
- 免許の相談と診断書作成については，可能なら一括してセンターで取りあつかっていただきたい．一般診療所ではトラブルが多いため.
- 毎日の診療に追われ，力不足を自覚してます．ご指導の程よろしくお願いします.
- 当県にも連携型センターの設置を検討してほしい
- 病気で退職したため参加出来ません.
- 判断力低下チェックできるアプリの開発
- 発信ではなく PR（双方向性の，お互いを知ることでより高めあい，より深い知識共有など），多くの障がい者ＮＰＯのハブとなること（認知症に加え，身体，精神，知的，全ての障がい）
- 認知症全般の知識の社会への PR
- 認知症診断，年 1～2 日程度の検診
- 認知症初期集中支援チームの後方支援だけでなく，参画してもらいたい.
- 認知症者の自動車運転の相談で，免許証の返納をすすめることで本人と家族とのトラブルあり．説明は大変な作業である.
- 認知症疾患医療センターの人材が不明
- みんなで力を合わせて認知症にとりくんでほしい.
- 認知症疾患医療センターとサポート医との連携
- 認知症患者への救急対応
- 認知症患者の紹介に応じてほしい．BPSD しかみない.
- 認知症患者の裁判への関わり，認知症患者の人権を守るため，裁判への参考人，証人として出頭する事
- 認知症患者さんを診れば，脳神経内科専門科へ先ず紹介する.
- 認知症患者が，身体症状で一般病院に入院した際の連携サポート
- 認知症患者，及び家族の実生活（経済的問題を含む）に対しての問題解決志向的な役割，机上の空論ではない実践的な対処を期待.
- 認知症以外の精神疾患の診療（高齢者の精神病患者）
- 認知症をケアできる人材（介護福祉士）の育成
- 認知症は精神科医療における対象疾患ではありますが，日常の診療～医療の視点からながめると，身体科のかかりつけ医においてかかわっている比重が重いと思いま

す.
- 認知症の当事者，家族が利用できる暮らしの中の社会資源(カフェや集い処など)
- 認知症に関する診断書の作製等
- 認知の進行速度の○○が中心です
- 入院等，その後の支援も含め，正しい対応をしてくれること.
- 当地のセンターは大学病院なので，細かいことはムリだと思う
- 当地では上記の殆どは地域包括支援センターと認知症早期支援チームが行っています　BPSD の診療に期待していますが受診させるのに高いハードルがあります
- 当市での認知症初期集中支援チームが活動しているか否か？です.
- 昼夜問わず BPSD や対応困難例に対する診療，受け入れがお願いできると助かります.
- 地域の認知症治療の先導，診断ではない
- 単にアリセプトやメマリーの処方以外に，プロらしい薬の使い方をしていただきたい.
- 対外的にアピール
- 多忙なセンターでしょうから学問，行政等基準になるようなことをしてもらい，患者への日常的なアプローチを開業医などに指導してもらいたい.
- 多忙でいらっしゃるので，”教育＜診断，方針決定”です.
- 他応困難例の対応（入院），認知症かつ重度の身体疾患管理（褥瘡，肺炎 etc）
- 存在を知らない人が多いので PR が必要.
- 即応性
- 総合病院の附属機関としての各種老健施設を診療・観察しています．○期の老人病と戦っている毎日というべきか.
- 相談しやすい開かれた対応．断らない対応.
- 相談しやすい医師向けの窓口がほしい
- 相談，連携のための専用窓口の設置
- 全くなし(地域の医師会も同意見である)
- 専門性の評価
- 専門医を僻地に派遣して日常診療の支援をして頂きたい
- 専門以外の病院や診療所ではできないことをやってほしい
- 精神発作等に対するバックアップ
- 数を増やすべき
- 迅速な受け入れ（平気で 1 ヶ月半待ちといわれる）
- 人員増員，執行(運営)予算の拡大，増額
- 人員が少なく，予約困難である
- 身体合併症や BPSD の治療に関して
- 診療所 Dr に講演会などしてほしい
- 診療所に勤めているが，本人が 83 歳で高齢なので，目新しい事はしてない.
- 診断と治療，特に周辺症状のつよい方に対しての入院など
- 診断と緊急時の対応がお願いできればと思います
- 診断で困るケースもあるので，早めに予約できるようにしてほしい.
- 情報の集積基地，発信拠点となってもらいたい.
- 常時対応できるシステムができていてほしい
- 上記項目 52，53 番で悩むことが多い，相談にのって頂けると良い
- 上記は期待しているが，機能していません
- 上記の内容が全て期待通りに実行されてからの問題
- 上記の種々の職種，団体への研修をサポート医と共にすることは，又，それぞれの研修後，それらとの連携を引き継ぐことへの流れを作ること.

- 上記のみでも期待が一杯で申し訳ないです
- 上記の 1.は○○県ではほとんどされていないので期待もない.
- 上記 52, 53 の役割を十分に果たしてほしい（一医師としてはやりにくいため）.
- 紹介時，症状・診断終われば戻してほしい.
- 紹介しても断られることが多い
- 初期対応を含めわかりやすい工夫があるとよい.
- 初期診断
- 出前活動に力を入れてほしい.
- 重症 BPSD の入院対応
- 十分顔の見える関係になれていない．予約が取りにくい．本人家族が通院が困難で満足度が低い　生活が見えにくい立場だと思うので，ある程度のところで地域につなげてほしい.
- 受診後の方向性に関する示唆
- 主治医のいない認知症一人暮らし，診療拒否されている人へのアプローチを連携で解決したい.
- 質問内容から現在実施されていないことに対して，不充分であっても④で答えるのか，①②③で答えるのか判断がしにくかった
- 自動車運転に，SCD，MCI の分野までどのように介入するか．地方の高齢者は運転免許取りあげにて，行動範囲が少なくなり，閉じこもりが多くなり認知症による進行が早くなり，MCI も認知症に進行が早くなっている可能性があります.
- 自殺対策(当地は高齢者の自殺が多い)
- 自院対処しているので，特に必要ありません.
- 治療薬選択時のアドバイス
- 私自身は積極的にご協力をと考えておりますが，医療センターはもちろん包括支援センターからも依頼・相談等うけたことない.
- 私もふくめて医者と言う物は「しらない」「できない」と言う事ができません．ので「私は知らないので○○先生にお願いしよう」と紹介することができないと考えます．もっとフランクになるといいですね．←知らない先生に対してはより強い
- 私は H20 年＃で市の介護にかかわっていない．一度都合が悪くて断ると，二度と介護＃が来ない．＃精神科医なのに．＃医師会長に嫌われるとこうなる，差別．＃
- 私の診療圏では，認知症疾患センターは精神科の病院であり，少しでも内科的な疾患があると，入院の制限があったり，在宅困難事例の対応は受けれないケースが多く，中核市には 2 つ以上あってもいいと考えられる
- 当市にはセンターがない.
- 困難事例や救急対応
- 困難事例への対応
- 困ったときに対応して欲しい
- 今後の認知症患者の増加を考えると認知症に医療報酬を up すべきだ
- 今の Dr は専門～　高齢認知の方は，その方すべてみる Dr が必要．決して総合内科でなくてもいいと思う．家族，患者によりそった医療の Dr がほしい.
- 高齢者に多くみられる「精神科」イメージの払拭（抵抗なく受診につながる環境整備）－周囲の努力が必要．本質的なのかもしれませんが.
- 高齢ドライバー・家族に対して，厳しい指導をして下さい.
- 高齢，独居(or 老々介護者(70 才後半～90 才の認知症患者))に対する県内，市内での現状，実際が行政方できちんと対応されていない!!…医療(専門医への連ながりも，きわめて不充分な現状にある!!→この対策を急がれたい!!
- 抗認知症薬の使用を終えるタイミングについて，各医に助言してほしい.
- 抗体薬などの臨床治験の実施

- 現状全く期待していない．動いているのか？
- 現場でなやみながらとりくんでいる人々が気軽に相談できる場がほしいです．コアな人々の輪の中にはなかなか入りづらいです
- 警察との連携　オンライン診療
- 啓発活動が不足しており，地元医師会との連携はできていない．特に必要とされていない．
- △△方式は○○では出来ていないのが現状
- 近くにないため期待しようがない．
- 緊急時の受け入れ
- 気軽に相談できるとさらにいいと思います．
- 機能はシンプルにした方がよい
- 期待する役割を担ってもらえず失望している．
- 期待していないという部分は，しなくてよいと思っている部分です．
- 鑑別診断をお願いすることがある程度しか現在は交流がない．近くに精神科病院があるので，期待度は低いかもしれない
- 鑑別診断，心理症状の検査，困難事例の受け入れ等
- 患者が高度のせん妄状態に陥った時など，加療をお願いしたいと思います
- 各種社会的制度利用の案内と必要な手続きへの支援
- 外来，入院を問わず薬物調整など加療に集中して欲しい．
- 外国人高齢者へのサポート
- 介護職員や看護師のメンタルヘルスサポート
- 画像診断
- 我々のような神経内科や精神科でない非専門診療科のかかりつけ医が，何をどうすればよいのか目安を教えてほしい．具体的な方法が知りたいです．例えると，糖尿病の食事療法といえば何か分かった気がしますが，日常生活の中でカロリー計算を一般患者ができるはずもなく，「バランスのとれた食事」などは全くナンセンス．普通の人でもバランスの良い食事をとりましょう，といわれることがほとんどですよね．糖尿病の人は具体的に食事をどう変化させればよいのか，わかりません．それに近い戸惑いが，認知症に対する治療（特にかかりつけ医レベルで）に関して，ずっとありました．医師として果たすべき役割，逆に医師でなければできない役割が知りたいです．本人や家族の話を聞くだけなら，極論すれば医師以外の職種の人，あるいは仕事としてでなくてもやれます．
- 課題解決への方向性を導いてほしい．
- 一般病院入院中患者の認知症 BPSD，せん妄対策についての相談応需（ネット，TELでも）
- 一般診療所との連携が極度に少ない
- 医療以外のことで，心理的な安心がその人や家族を助けることを発信してほしいです．
- 医療センターは，人員不足かどうかわからないが十分な対応をしてくれていない
- より良い治療法を考えていただくこと
- より高度な知識，技術にて後方支援してもらいたい
- やはり重篤な身体疾患と BPSD をあわせもつ患者の入院治療ですね
- やはり急性疾患の精神症状への対応ですか
- もっと連携して欲しい！
- もっと，もっと予算と人的資源が振り向けられるかが，これ以上の期待できるかだと考えています．
- もう少ししっかりしてほしい
- まちづくりへの参画，住民の全体的なメンタルヘルス活動への参与

- フォローできる症例であれば協力したい
- どのような活動，連携を行っているかをしっかり周知させる
- とにかく，実働してほしい．コメントばかりで実行がともなっていない気がしていた
- とても大変な業務だと思うので，センターとしての役割をし，かかりつけ医との役割分担をしながら，支援センターとの連携，かかりつけ医へのアドバイスを今まで通りしていただければ良いです．
- できない事を期待してもしょうがない
- センター同士で連携して認知症の問題について対応を標準化してほしい
- センターへのバックアップを，行政，介護支援団体が
- センターは認知症診療の基幹病院としての役割をふり充分に行って頂きたい．鑑別，精査も含めて．
- センターはあるが目に見える化がほとんどない
- センターに期待する事は多いですが，当方でできることもあり，ご依頼頂ければと思います．
- センターにはCTだけでなくMRIも設備して頂きたいです　認知症者を紹介すると，当院デイケアなどに参加された方を，センター運営のデイケアにとられます．認知症専門家の居るデイケアだからという理由で・・今後も認知症になっても住み慣れた地域に安心して住み続けられるような施策よろしくおねがいします．
- さんざん神経内科で治療して，手がつけられなくなった患者を精神科に押し付けないでほしい．
- サポート医は機能しているのか．一部のDrが関わっているのではないか．
- サポート医との関係作り　サポート医リーダーとともに地域支援を行う仕組み作り
- こまめな情報交換
- かかりつけ医研修やサポート医研修での講師選定に難渋しているので，講師リストなどを作成，公開して頂けると助かります．
- かかりつけ医への逆紹介
- かかりつけ医のための研修会の実施や，行政との協力
- かかりつけ医，サポート医，センターでの役割分担をわりふるリーダー，治験等のサポート（まとめ）
- オンライン受診を可能にして欲しい．脳画像は無理としても，高次脳機能検査と病歴聴取はオンラインでできないか
- オープンに，特定の開業医だけにメリットがないようにかえて欲しい．
- いまだにPt家族が認知の診断に対して理解が乏しい．
- 94才男性とても動作が遅く運転はきびしいと主治医として助言し，免許センターにも連絡したが，当日試験をパスした上面接でも問題がなかったことから免許が更新してしまった．これで良いのか？免許については認知症以外にも低血糖を時々おこす　など他，疾患でも危険あり，警察と医療の密な連携と車にたよらない生活基盤整備が必要といつも思っています．
- ？のところはどういうことが行われているか詳細を知らない
- 新しい治療や知識の学習．
- ２についてはやってもいいという感覚です
- 1回/週で何かroutine workを全てのold peopleに与えること
- 1～23まで，期待してもやってくれないので「期待しない」としています．
- ①「膨大な仕事量」を「限られた人員」で行われている姿勢に「頭が下がります」．　②「御教授」「御指導」「御高診」の程「今後とも何卒よろしく御願い」申し上げます．
- 「期待していない」の回答は，そこまで行っていただくのは重労働と考えた事にあ

ります．診療所も含め，役割分担が出来ると良いと考えています
- 地区のサポート医としての活躍の場を与えて下さい
- 地域の認知症診療のリーダーとして，あらゆる面でのご活躍を期待しております
- 若年性認知症ならびに画像等が非典型的な患者がいた場合，フットワークの軽い対応をしてもらえる
- 困難症例は受け入れていただいているので満足です．
- 現状に満足
- 活動はよくやってもらっています．
- よく相談に乗ってもらっています．
- たいへん勉強なりました．今後も続けて下さい．

3-5-7.現在の認知症疾患医療センターについての意見

- MRI，SPECT，PET を指示して下さい
- Inactive だと感じている
- BPSD に対しての夜間休日や救急対応
- BPSD で丸投げせず，きちんと最後まで診てほしい
- BPSD，せん妄等のお願いをしても，いつも満床で他の医療機関を紹介される．あまり期待していない．
- 連絡が少なすぎる．適切な診察が少ない！！
- 令和３年（2021 年）３月に地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターが「令和２年度老人保健事業認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業」の報告書では，認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組として，①都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営，②認知症疾患医療センター事業の取組に関する評価等の実施，③センター事業に携わる職員の研修等の推進を都道府県の責務の３点があります．②については，毎年，本当に事業報告を上げておりますが，道連携協議会において共有し認知症疾患医療センター運営のあり方を検討していく等を期待しています．③について，独自に道内認知症疾患医療センター懇話会で研修会の開催等を本庁とも連携して行っております．また，一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会によるセンター職員向けの研修会を開催しており，こうした団体とも連携することも一案かと思います．
- 立地が悪くて使いにくい
- 離島対応型のセンターの設置
- 利権の巣窟ですね．
- 要は個人のサポート医やかかりつけ医が実施困難な役割を担ってほしいということです．
- 予約の迅速化
- 予約が以前よりとりやすくなり助かりました．
- 予約がしにくく困っている．
- 有効に活用でき，十分なアドバイスを受けている
- 薬剤使用について助言をいただくことがあるが，センターで薬剤の調整を出来るところまで行って頂き，引き継ぐか，定期的に状態チェックをいっしょに行って頂きたい．
- 役割が多く大変だが，大きな地域貢献をしている
- 問題行動のある認知症患者のすみやかな診療(入院含)．
- 本県では”精神病院”での治療の柱で＃，何れ一般の病院でも治療を要すると思われる．（患者の増加によって）
- 市の中心から離れているので利用しにくい

- 病状に応じた受診予約
- 必要時はすみやかにみてほしい
- 脳神経内科の専門医の人数不足が問題
- 年一回は主催されている多職種のための講演会，研修は有益で毎年出席，参加させていただいています.
- 認知症専門医とは定義不明，必ず必要か
- 認知症疾患医療センター及びサポート医である
- 認知症疾患医療センター遠く，限られた数しかありませんので，診断等のため近隣の医療機関に依頼せざるを得ません．もう少し数を増やしていただけると助かります.
- 認知症疾患医療センターのレベルが一定でない．見直しが必要．MRI，SPECT 等の客観的画像診断ができないところも，センターとなっている.
- 認知症疾患センターの所在地以外のところもカバーできる体制を期待しています
- 認知症患者医療センターに従事し 10 年が経過しますが，これまで地域医療(認知症医療，認知症介護，認知症福祉)に貢献した方への表彰制度をつくると良いと思います.
- 認知症患者の診療予約がとにかく，時間がかかる・遅い．数か月先の予約となることが多い.
- 認知症患者が身体疾患を発症した時の対応が出来る認知症疾患医療センターが無い
- 認知症医療センターに夜間休日の対応ができるとは思えません
- 認知症をめぐる○○市のフレイムワークが不十分で地域包括か認知症センターの 2 つにほぼ丸なげ状態である.
- 認知症もふくめて，精神神経内科でこまるのは，もうこれ以上我慢できないと言う時点でかかっているのに入院し検査とすぐに対応していただけないのが苦しい所です
- 認知症の人と家族，行政及び多職種との連携には多大な時間と労力，コストを要する．センターに対する公的な支援を充実して頂きたい.
- 認知症の型の鑑別には一所懸命だが，BPSD には関心がなく，治療はおろかアドバイスもない．紹介はやめた.
- 認知症に興味がない Dr が多い．地域の総合病院というだけで，在宅のことをわかっていない.
- 認知症サポート医の研修
- 入院対応が極めて貧弱である.
- 内科・外科併存疾患にも対応できるセンターとして，患者を集約すること．リサーチや治験などもしやすくなる.
- 適切に良くされていると思われます
- 「何ができるか」の発信がないので，まずはその発信をおねがいしたい.
- 精神科医師，脳神経内科医師は緊急入院への意識が低いように感じます
- 透析患者の認知症をもう少し考えていただきたい
- 当地区では内科病院の脳神経内科医一人のため，できる範囲が外来診療にかぎられています．よくがんばって職員さんもおられます．もう少し地域で広がれば良いのですが
- 当地域では認知症疾患医療センターそのものの活動が少ないのが実情．期待したくても期待できない.
- 当地のセンターは，全く機能していないので，すみやかに医療センターの指定を返上して頂きたい．当方へ業務を丸投げし，不正に補助金を得ている同センターについては，実名を挙げて告発したいが，県も見てみぬふりをしている以上どうしようもない.

- 定期的な発信ツールを期待　センターより一般診療所への書式の一定化
- 中核市での認知症疾患センターの対応が，現状では病床数が足りないのでは.
- 地域包括支援センターが生活支援も含めて対応していて，病院のスタッフも認知症患者に慣れてきている．認知症疾患医療センターがほんとうに必要でしょうか.(高齢の入院患者はほとんど認知機能低下しています)
- 地域の医療機関への情報発信
- 地域のセンターの皆様にはとてもお世話になっています．専門医が少なく受診までの日数がかかりすぎるため，必要時に相談しやすいシステムがあると有り難いです.
- 地域のサポート医 1 人 1 人と面談してもらったら，どの先生がどのくらいのことが診れるか，キャパが分かると思います．それで患者をふりわけてもらったら，センターの負担が減ると思います．また，開業医も喜ぶと思います．また，患者さんは地域の開業医に紹介されたら，”みはなされた”と思いがちなので，半年～1 年に一回でも，フォローの予約を続けてもらえたら安心されます.
- 地域に合った(事情が異なる)支援を
- 地域での出張講演会を期待する．知識，ノウハウの地域での標準化にアウトリーチしてほしい.
- 大学病院は民間病院と比べて利用制約が多い.
- 大学病院に紹介しています．認知症疾患医療センターについては存じません.
- 大学では，外への診療，訪問ができないので，できる範囲で貢献したい
- 待機時間が長い　栄養面のアドバイスが少ない
- 待ち日数（予約申し込みから初診）が長い
- 待ち時間が少なくなる工夫が必要
- 対処困難症例の対応を例外なく受け入れて頂ける体制づくりをお願いしたいです(一般内科医では対応困難な BPSD の激しい例など)
- 他院の認知症疾患医療センターへの受診では１カ月以上待たされ，自分が勤務している認知症疾患医療センターは１週間位で受診可能です．調べてみましたが，他院の外来受診はそれほど多くない状態でした．このように認知症疾患医療センターの名前だけ欲しいがために，名乗りを上げているセンターを他にももう一病院知っています．実態のないセンターは閉鎖して欲しいと思います.
- 存在感が乏しい．実際に活動するのは大変だろうと思う.
- 存在がよく分からず役割について明確にして一般病院に明示すべき
- 総合病院内に併設した方がいいと思う.
- 早期認知症，あるいは対応困難事例の診療を依頼してもかなり待たせられる
- 全く機能していない．助成金サギ.
- 専門性が高く，ありがたい存在です.
- 精神疾患の合併例をお願いしたい．（例　うつ病があり mECT をくり返している DLB など)
- 精神科優先で脳外科を無視している印象
- 精神科の参加を是非お願いしたいです.
- 精神科と神経内科の役割分担が不明．認知症の陰性症状と陽性症状のどちら主体の認知症であるかの統計提示.
- 制度，目的，研修システムが非常にわかりづらい
- 人的な補充を行政から支援してもらいたい.
- 人工 30 万人あたり 1 つの設置など，人口に応じて設置すべき
- 身内で患者をまわしているだけ
- 身体合併症の入院治療に力点をおいてほしい
- 身体拘束をして，不幸な転帰を取った場合の詳細な報告がない

- 身近にあってほしい.
- 診療レベルを今一つ上げてほしい.
- 診療レベルの質を担保してほしい
- 診察依頼してから受診まで時間がかかることがある.
- 新薬治験の進捗状況をわかりやすい形で公開して欲しい.
- 新患は数か月待ちのため，もっと早く見られるようにしてほしい.
- 上述の回答のように，まだまだ多くの難題をかかえている
- 上記は包括の方でしばしばこまられています.
- 上記は現在期待してもできてないということで書きました．すべて期待している．これらのことができるようになれば理想ですが，道のりは遠い.
- 上記の研修も形式的なものもあり，必ずしも現場に即していないものもあります．地域での困難例の対応が重要と思います．多職種といっても各職種の方々とも時間的な余裕が無いのが現状です．原則論ではなく，現実的な研修が必要です.
- 紹介状を書いても約二か月後にしか診てもらえないほど，外来が混んでいるため，何か解決策があれば助かります.
- 紹介受診までの時間が早くなればとても助かります.
- 小生は本年 11 月より異動により認知症患者さんを診る役割がなくなりましたので，11 月にさかのぼって書かせていただきました（12/18）
- 地域の医師会とのかかわりを通して，認知症の医療の実態にかかわっていただければと考えます.
- 周知関連する範囲が限られ狭いのではないか
- 需要に比しキャパ不足で，上に上げた希望が実現される可能性は乏しい．専任医師が少なく外来診療で手一杯の状況.
- 受診予約の段階で何カ月待ちなどの時間がかかりすぎる
- 受診申込から実際の受診までの待ち期間をもっと短縮して欲しい．可能なら 1 ヶ月以内.
- 受診までの日数の短縮
- 受診に至るまで予約申し込みしても，受診までの時間がかかることが多く，敷居が高い印象がある.
- 受診できるまでの期間短縮
- 実生活を鑑みない，教科書的，ステレオタイプの姿勢の改善
- 実質，行政がむりやり押しつけた名前だけのセンターになっている現状あり.
- 質問 5.6.8.9.11.12．は③と答えましたが，実際は予約制で実動は無い(私の知る所)．救急等も精神科病院の準救急である．もう少し制度として成熟したものにして欲しい
- 自身の法人内だけで対応している体制があり連携できていない
- 自院と役所，介護関係者，一部の病院との連携でやっております
- 事務的人員への配慮が乏しく，業務が停滞する．上記のような期待するすべてはできない
- 市内にないのが問題
- 市の認知症施策へのセンター医師の参加が，もっと欲しい
  - △ ○県庁からは何の連携の話もなくて困惑している（指定されたか，何の連絡もない)
- 細かい地区単位ではなく，大規模であらゆる施策ができる施設が良い.
- 最寄りの認知症疾患医療センターに紹介してもほぼ何もしてくれない．時間のムダとなっている
- 困難症例に対する往診をすばやくやっていただけると幸いです.
- 困難事例を経験してレベルアップを望む.

- 今後，包括支援センターや多職種との連携をよく深めていってほしい.
- 今１つ敷居が高く，身近には感じられません
- 今，精神科医療機関として行っている医療行為のことは(求められれば)行っているだけ，自分から積極的に地域のニーズは何なのかを求めることはしない病院ばかりで，期待するだけ無駄と感じます．情けないですが….
- 行政側にセンターの役割・位置付が理解されていない.
- 広報が少ないと思う.
- 公的医療機関が主流になるようにしてもらいたい
- 交通不便な地で高齢者の運転は不可決です．しかし危険ですので運転不可の診断書を書くのは勇気が必要です．今までは運転返上をおすすめしたら自発的に返納していただいて感謝しています.
- 現場は困って相談するのですから，精神科救急なみに，動いて対応してもらいたい.
- 現在の活動を継続していただきたい
- 現在１つのところは初診予約３ヶ月待ちなどこみすぎていて，気楽に相談できる状況でありません
- 現在，○○県北地域で認知症疾患医療センターに指定されている病院は民間の病院（○○病院）です．入院や外来の受け入れが常にできる体制をととのえていないため，役割をはたしているかどうか疑問をもっています．できれば公の病院→○○医療センターに指定を変更してもらいたいと考えています（このアンケートでいうのも筋ちがいですが…)
- 県内西部二つあるセンターはいずれも精神科に設置され，他科との連携が不明
- 研修や講座ではなく連携を望みます.
- 結局何も解決しないので，困る.
- 啓蒙活動してほしい.
- 啓発+楽しい認知症予防　例）BS フジのクイズ脳ベル show 月～金 22° ～22° 45′ を 70 才～の一般人の出演ワクを確保する！
- 近隣の X1 センターは認知症患者を診たがらないので紹介もする気になれない．X2 センターは対応も丁寧で親切だが，遠すぎて患者の通院が大変で実現的ではない.
- 近隣に複数の医療センターがありピンキリです．精神科系のセンターには BPSD のコントロールでお世話になることが多いです．脳内系のセンターでは，成年後見，診断書，鑑定書，運転免許に関する診断書を依頼することが多いです.
- 近隣にあっても活動している内容を知らない状態です
- 近くの疾患センターがコロナ専門となった期間は本当に困りました.
- 近くにないので増やしてほしい
- 玉石混淆
- 市の指定した認知症疾患医療センターが遠く，日常的に連携できにくい．結局府の指定したセンターに頼ることになるが，そこも近くはなく，センターに頼らず地域内でなんとかするしかない．ただ，入院となると隣市にある府指定のセンターに頼ることになる．もう少し疾患医療センターが身近にあれば連携しやすいと思います.
- 機能として不充分な所が目立ち，当地センターには積極的な関与が期待される
- 基本的には高度な専門診療・医療に徹してくれたらいいと思っています．地域での啓発や活動，当事者のサポートはサポート医の役目だと思っています.
- 基幹型の存在意義が不明
- 基幹型センターの設置も検討してほしい
- 顔のみえる関係ができていない．もっと地域で困っている事業所や開業医との連携に力を入れてほしいが，あまり期待していない.

- 鑑別診断だけ実施して，つきかえされる事例が多いと思います.
- 感謝しています
- 患者に関する情報を丁寧に説明して頂いている.
- 患者さんの紹介をすると，画像診断や内服開始のアドバイスをくれるので助かっています.
- 患者，家族をすすめても知られていないためか，相談に行きません．名称が良くない（認知症が入っているため？）かもしれません．高齢者サポートセンター，もの忘れサポートセンターなどはどうでしょうか.
- 活動が不明である．知らない人が多い.
- 各役割は専任スタッフの人数に依存すると思います（期待する役割が多すぎても，実際の対応はなかなか難しいと思います）
- 外来が予約しにくく，受診までの時間が空き過ぎるのをどうにかしてもらいたいです.
- 開放日が少なすぎる
- 画像に依存するのやめませんか.
- 我々の地域のセンターには専門医がいないので，紹介しても受けられないという返事が返ってくる
- 家族は困っている時は「助けて」といって頼りにしてくるが，専門病院での処置や施設への入院が決まるとこれで良かったのだろうかとかかりつけ医に疑問を投げかけたり後悔していることがあることもセンターとしては理解して欲しい
- 何も知らされていないのでわからない．すべてのひとに公平に知らせていかないとと思う．今は個々人で努力中のように思う.
- 遠隔地医療過疎地では殆どセンターからのサービスが得られないのでサポート医（意味のない資格）が独自に対応している現実を御理解下さい．認知症疾患医療センターは遠隔地では利用できません.
- 県には総合病院がセンターとなっている箇所が極めて少ない.
- レベルに応じて各地域の認知症治療機関への逆紹介を行って，センターの業務負担の軽減を行って頂きたい．行政・一般，地域医療機関が安易にセンターへ紹介するため，本来の役割に支障をみとめている様子（２～３カ月待ちなど）
- よくがんばっていられると思います．しかし，現状のマンパワー等では，現状以上の活動は困難と思います．→マンパワーが充足すればよいのですが，現在の諸事情をかんがみると，現状では難しいと思います
- もっと中心になって活動してほしい
- もっと人材を雇える財政支援をしていただきたい.
- もう少し啓蒙活動を，医療機関のみならず一般国民にもしてもらいたい.
- もう少し，外に向かっていろいろと発信してもらいたい
- もうすこし相談しやすいようにしてほしい.
- メールなどで気軽に相談できると敷居が下がります.
- マンパワーがなく，苦しそうです.
- まわりをみてもサポート医が参画していることを聞いたことがありません
- まだ社会で認知度が低いので高める施策を
- まずは組織内での意思統一.
- ボランティアはダメ．有料にしましょう．相談しにくい
- ほとんど期待はずれである
- ほとんど活動していないのではないかと思います.
- ノルマをこなすだけで，地域で全く機能していない.
- なかなか予約が取れない現状があります.
- どの位の内容や範囲で具体的な活動をされているのか，情報発信が乏しく詳細を把

握できない.
- とてもよくやってくださっているセンターと，ずいぶん期待外れなセンターがある.
- ちょっと「とりくみ自慢」合戦になっている気がします．大切なのは日頃の地道な臨床活動なのに，何も企画しなければ，なにもやっていないかのごとくとられてしまう可能性がある.
- センター同士の連携が本県では全くできていない
- センター自身の努力も足りない．スタッフの問題
- センターの負う仕事は多大になること，なっていることが推測されます．研修の後には，研修を受けた職種，団体と行うカンファレンス等はサポート医達に徐々に移行していければと望んでおります.
- センターの人材，担当医師が少なくて，対応が多忙のため遅れがち・・・人材の充実を期待している.
- センターの運営に対して，自治体がもっと支援するべき
- センターのタイプ（大学病院，総合病院型・入院可能な精神病院型等）に分かれて周知すべきと思います.
- センターに指定してほしいと頼んでも，自治体が予算がないからと言って，あるいは，地理的に重複があるからと言って，とり合ってくれないので失望している.
- センターと名前がついているが，自己の病院の診療のみ，という感じがする．期待できない
- センターでは定期的に教育講演をされているが，診療所医としては出席できない時間帯のことがない．センターと各地区のサポート医間の懇談会的なものもあったらいい
- センターでなくても，通常の専門医で対処できるのでは.
- サポート医やかかりつけ医との連携を強化してほしい
- サポート医との交流，意見交換の場があればよい(web がありがたい)
- コロナ禍の中で会議（対面式）が開催できず，困難を感じています.
- コロナで色々な活動に制限がかかり，大変かと思います.
- この組織（認知症疾患医療センター）について何も知らない
- こちらが困っていて，ずっと診てほしいのに，すぐもどそうとしたり，数か月かかっていないと本人が言うことを聞かないので，当方とは無関係と言い放ったりする点，こまります.
- ケアチームの活動体制の構築（具体的な方策立案）
- かかりつけ医との役割分担，連携が重要と思います.
- かかりつけ医が困っていることはBPSD特に不穏に対しての診療ができていない．予約待ちの日数が長すぎる．認知症の精神科医療が時代に合っていない.
- かかりつけ医，認知症サポート医の経験や知識を上まわる症例についての対応をお願いしたいが，逆にかかりつけ医でも対応可能な症例は，かかりつけ医での対応が可能となるような教育支援をお願いしたい.
- お忙しいので，お願いするのがはばかられます．包括（CM も含め）的指導・教育を全体が行うべき.
- いろいろしていただきたい事はありますが，認知症疾患医療センターの先生方も多忙であるので（公）と関連のあることはやっていただき，他は，できたらやっていただきたいです.
- アンケートのこの部分については，何を目的としているのかが不明でした．サポート医としては認知症疾患医療センターに殆んど全ての分野でバックアップを期待している事は，自明の事です．わざわざ各項目分けして質問する（しかもその程度を問う）ことは，何の意味も持たないことだと思います．要するに P6－8 は殆んど無

駄な調査です.

- アリセプト他，さんざん神経内科で治療しておいて，手がつけられなくなった患者を精神科に押し付けないでほしい.
- あまり役に立っていない　あまり機能していない対象，受け入れ悪い.
- あまり存在感がないように感じています
- あまり活動がみえない．小生勤務病院はターミナルケアが殆どで，あまり一般的な認知症はあつかわない.
- あまりにも遠くの存在なのでわかりません
- アクセスの悪さからほとんど紹介ができません．ふだんから患者さんをよくご紹介する医療機関の物忘れ外来への紹介がほとんどです.
- アウトリーチと相談機能(認知症コーディネーター)の充実
- 53)についてはとても重要と思います
- 都市部で医療資源の多い地域はセンター以外の医療機関との役割分担をどうしていくのか，検討が必要です．困難例への対応ばかりが集中すると成り立たなくなる可能性があるのではないかと考えることがあります．②研修学については，自治体との連携が重要です（センター側は必ずしも施策全般をよく知っている訳ではない）．又講師を頼まれるのと企画運営するのでは全く意味が異なるので，回答しながら質問の意味を改めて考えこみました．③50，51 は自治体側がセンターをどう位置づけるかだと思います．別に有識者の入る会議がある自治体もあると思います.
- 現実的な対応，とともに 2 最新の研究について教えてほしい
- 地域の実情がどこまでわかっているのか．行政や会議のみではわからない.
- 少なく予約ありを受診するのに時間がかかる．診断＃問題に対することが少なく，また時間もないように見える.
- 各種提供いただけると嬉しいです.
- 認知症サポート医と医療センター職員との患者を中心とした個々の症例についての話し合いなどが，密にできるとよいが?!
- 軽度認知症機能障害は「認知症ではない」とそのままでフォローしてもらえない．・BPSD は対処してもらえず結局精神科専門病院へ紹介になってしまう
- 介護サービス導入などは，かかりつけ医の方が細かく出来る．・役割を意識して，連携をしてほしい・増悪対応・通常では，治療などを任せて欲しい．・ICT（クラウド）の活用
- センターとして周知されていない．・国がセンターとしての機能を市民に公表すべき．・地方自治体にも連携を義務付ける．・現在はあの医療機関が認知症を診ているというロコミ的知られ方．・認知症専門になると経営が成り立たない．・どこのセンターでも引き気味という意識が現状，等々
- 都立〇〇病院が近くにあるので助かっています．住民の皆さんがよくご存知である.
- 大変協力的で良く相談に対応頂いています.
- 色々学びの機会を与えていただきありがとうございました
- 少人数でのフル回転，御苦労様です.
- 今後ともよろしくお願いします．ご指導いただくのが必要と痛感しています
- よく活動されていると思います
- とても助かっています．〇〇区は本当に良いです.
- いつもお世話になっております．引続きよろしくお願いします.
- 多岐にわたるご指導，及び御助言，サポートにとても感謝いたしております．御多忙中の折，今後とも何卒宜しく御願い申し上げます.

3-6. 全体の比較

表 18 に関係機関の期待スコアの比較表を示す．期待スコア 3.0 以上の数値はボールドで，3.5 以上の数値は赤字で示した．

認知症疾患医療センターのすべての類型とすべての関係機関で 3.5 以上のスコアを示したのは，専門的医療機能「(3)認知症疾患の鑑別診断」のみであった．

認知症疾患医療センターのすべての類型とすべての関係機関で 3.0 以上であったのは，専門的医療機能で 2 項目：「(3)認知症疾患の鑑別診断」「(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療」，診断後支援等機能で 5 項目：「(13)本人への情報提供と心理的サポート」「(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート」「(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）」「(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成」「(22)若年性認知症患者に対する継続医療の提供」，地域連携機能で 5 項目：「(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携」「(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言」「(47)地域住民向けの講演会の開催または参画」「(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成」「(53)自動車運転に関する相談と支援」であった．以上の 12 項目は，認知症疾患医療センターに期待されている共通機能と考えることができる．

表 19～23 に，調査対象別に期待スコア上位 10 項目を再掲する（認知症疾患医療センター対象の調査については同率 10 位までを掲載）．

上記の 13 項目以外に，認知症疾患医療センターでは，「(17)主治医意見書の記載」「(1)認知症患者に関する受診前の相談応需」「(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携」「(18)介護保険サービスの利用支援」が強く期待されていると認識されており，地域包括支援センターは，「(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療」「(16)認知症サポート医との連携」「(24)若年性認知症に関する精査」「(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携」が，居宅介護支援事業所からは，「(17)主治医意見書の記載」「(16)認知症サポート医との連携」「(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療」「(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携」「(1)認知症患者に関する受診前の相談応需」が，市区町村からは「(16)認知症サポート医との連携」「(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療」「(24)若年性認知症に関する精査」が，認知症サポート医からは，「(24)若年性認知症に関する精査」「(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療」「(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援」「(8)せん妄に対する入院診療」「(38)認知症初期集中支援チームの後方支援」「(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応」が強く求められている．

表 18.　関係機関の期待スコアの比較

	認知症疾患医療センター			地域包括	居宅介護	市区町村	サポート医	期待スコアが全体的に高い項目
	基幹型	地域型	連携型					
専門的医療機能								
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	3.53	3.57	3.35	3.46	3.27	3.55	2.77	
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	3.18	3.06	3.09	2.98	2.92	3.21	2.77	
(3)認知症疾患の鑑別診断	4.00	3.86	3.67	3.77	3.56	3.86	3.55	◎
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	3.35	3.81	3.71	3.66	3.48	3.78	3.36	○
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	2.88	3.44	2.43	3.63	3.39	3.68	3.44	
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応（夜間・休日対応）	2.65	2.77	2.40	3.38	3.11	3.50	3.23	
(7)せん妄に対する外来診療	2.82	3.32	3.25	3.40	3.26	3.49	3.16	
(8)せん妄に対する入院診療	2.59	3.22	2.28	3.39	3.24	3.45	3.26	
(9)せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	2.53	2.60	2.13	3.27	2.99	3.37	3.15	
(10)身体合併症に対する外来診療	3.53	2.68	2.75	3.06	3.01	3.16	2.47	
(11)身体合併症に対する入院診療	3.53	2.74	2.04	3.09	3.01	3.15	2.63	
(12)身体合併症に対する救急対応	3.35	2.20	2.00	2.98	2.90	3.05	2.58	
診断後支援等機能								
(13)本人への情報提供と心理的サポート	3.59	3.30	3.35	3.43	3.17	3.58	3.04	○
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	3.65	3.45	3.55	3.51	3.40	3.62	3.20	○
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	3.76	3.56	3.36	3.67	3.48	3.80	3.37	○
(16)認知症サポート医との連携	3.35	3.02	2.93	3.54	3.40	3.71	3.19	
(17)主治医意見書の記載	3.29	3.52	3.65	3.44	3.41	3.40	2.40	
(18)介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	3.53	3.45	3.56	3.42	3.12	3.50	2.76	
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	2.88	3.06	3.18	3.27	3.02	3.36	2.94	
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	3.06	3.12	3.07	3.00	2.88	3.12	3.03	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	3.18	3.41	3.29	3.49	3.30	3.43	3.14	○
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	3.35	3.09	2.93	3.35	3.13	3.48	3.36	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	3.12	3.15	3.11	3.49	3.20	3.61	3.36	○
(24)若年性認知症に関する精査	3.65	3.25	2.98	3.53	3.23	3.66	3.50	
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	3.71	2.22	1.85	3.05	2.97	3.01	3.10	
(26)軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	3.18	3.08	3.15	3.07	2.99	3.17	2.68	
(27)認知症の本人によるピアサポート	2.18	2.35	2.38	3.04	2.72	3.14	2.72	
(28)家族介護者によるピアサポート	2.12	2.57	2.58	3.07	2.87	3.12	2.76	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	2.53	2.74	2.69	3.15	3.02	3.27	2.86	
地域連携拠点機能								
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	3.35	3.42	3.36	3.32	3.20	3.44	2.94	
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	3.35	3.60	3.64	3.60	3.15	3.68	3.01	○
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	3.35	3.52	3.49	3.52	3.36	3.59	2.97	
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	3.18	3.55	3.67	3.63	3.22	3.73	3.22	○
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	2.18	2.73	3.05	3.39	3.18	3.45	3.14	
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	1.29	1.93	2.35	2.61	2.70	2.57	2.24	
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	1.41	1.67	1.62	2.67	2.67	2.58	2.30	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	2.29	3.18	3.33	3.29	3.07	3.31	2.83	
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	2.71	3.35	3.29	3.38	3.06	3.51	3.23	
(39)かかりつけ医の研修	3.71	2.92	2.62	3.12	2.79	3.23	3.15	
(40)認知症サポート医の研修	3.65	2.69	2.42	3.14	2.90	3.23	3.17	
(41)地域包括支援センター職員の研修	3.29	2.95	2.64	3.19	2.95	3.19	3.08	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	3.06	2.94	2.65	3.04	2.99	3.10	3.01	
(43)看護師の研修	3.35	2.70	2.53	2.93	2.85	2.94	3.04	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	2.82	1.98	1.73	2.75	2.60	2.80	2.81	
(45)薬剤師の研修	2.94	2.19	1.91	2.79	2.68	2.82	2.87	
(46)多職種連携を目的とした研修	3.47	3.09	2.98	3.29	3.11	3.30	3.11	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	3.29	3.28	3.13	3.22	3.05	3.29	3.09	○
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	3.35	3.05	2.85	3.14	2.93	3.24	2.95	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	3.71	3.29	3.25	3.22	2.98	3.33	3.08	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	3.53	3.05	2.95	3.25	3.09	3.36	3.17	
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	3.65	2.66	2.45	3.12	3.03	3.18	3.16	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	3.53	3.59	3.45	3.40	3.24	3.33	3.22	○
(53)自動車運転に関する相談と支援	3.41	3.29	3.07	3.41	3.20	3.35	3.18	○

◎：すべての関係機関の期待スコアが3.5以上，○：すべての関係機関の期待スコアが3以上

表 19　自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思う役割

認知症疾患医療センターが期待されていると思う役割　上位	期待スコア
(3)認知症疾患の鑑別診断	3.84
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	3.77
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	3.59
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	3.56
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	3.55
(15)かかりつけ医との連携	3.54
(17)主治医意見書の記載	3.53
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	3.53
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	3.50
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	3.48
(18)介護保険サービスの利用支援	3.48

表 20　地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割

地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割　上位	期待スコア
(3)認知症疾患の鑑別診断	3.77
(15)かかりつけ医との連携	3.67
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	3.66
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	3.63
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	3.63
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	3.60
(16)認知症サポート医との連携	3.54
(24)若年性認知症に関する精査	3.53
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	3.52
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	3.51

表 21　居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割

居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割　上位	期待スコア
(3)認知症疾患の鑑別診断	3.56
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	3.48
(15)かかりつけ医との連携	3.48
(17)主治医意見書の記載	3.41
(16)認知症サポート医との連携	3.40
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	3.40
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	3.39
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	3.36
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	3.30
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	3.27

表 22　市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割

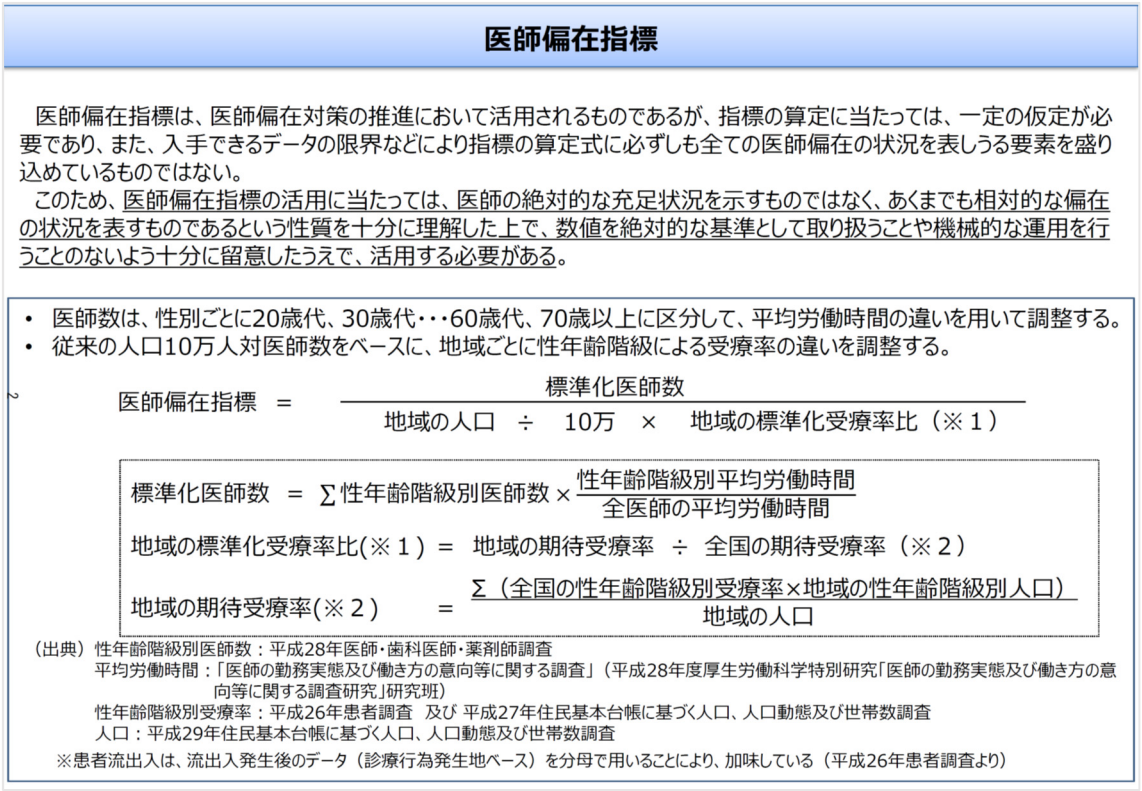
市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割　上位	期待スコア
(3)認知症疾患の鑑別診断	3.86
(15)かかりつけ医との連携	3.80
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	3.78
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	3.73
(16)認知症サポート医との連携	3.71
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	3.68
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	3.68
(24)若年性認知症に関する精査	3.66
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	3.62
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	3.61

表 23　認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割

認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割　上位	**期待スコア**
(3)認知症疾患の鑑別診断	3.55
(24)若年性認知症に関する精査	3.50
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	3.44
(15)かかりつけ医との連携	3.37
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	3.36
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	3.36
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	3.36
(8)せん妄に対する入院診療	3.26
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	3.23
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応	3.23

4. 医師偏在指標を用いた地域区分による比較

二次医療圏ごとの医師偏在指標を 3 つのカテゴリーに区分し比較検討を行った．医師偏在指標は厚生労働省医師需給分科会[※1)]において示されている医師偏在対策の推進に活用される指標であり，相対的な偏在を表すものとされる．本検討においては 2018 年 3 月 22 日第 30 回医師需給分科会　別添資料 1[※2)]の数値を用いた．3 区分は，医師需給分科会の方法に倣い，「上位 33.3%以上」「下位 33.3%以上・上位 33.3%未満」「下位 33.3%未満」とした．



医師偏在指標

医師偏在指標は、医師偏在対策の推進において活用されるものであるが、指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込めているものではない。

このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意したうえで、活用する必要がある。

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代･･･60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比（※1）}}$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比(※1)} = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率（※2）}$$

$$\text{地域の期待受療率(※2)} = \frac{\sum（\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$$

（出典）性年齢階級別医師数：平成28年医師･歯科医師･薬剤師調査
平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）
性年齢階級別受療率：平成26年患者調査　及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
※患者流出入は、流出入発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成26年患者調査より）

※1）第 35 回　医師需給分科会（2020 年 8 月 31 日）参考資料 3
https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665196.pdf

※2）第 30 回医師需給分科会（2019 年 3 月 22 日）　別添資料 1
https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000491593.pdf

4-1. 自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

対象となった認知症疾患医療センターの住所地に二次医療圏名と医師偏在指標を割り当て，上記に示した 3 つのカテゴリーに区分した（管轄している二次医療圏と所在地が異なる認知症疾患医療センター2 件については，住所地を優先した）．基幹型認知症疾患医療センターのすべてが「上位 33.3%以上」の二次医療圏に所在していた．一方，地域型および連携型については，上記 3 区分の分布がそれぞれ地域型（47.7%，33.3%，19.0%），連携型（37.9%，27.6%，34.5%）となっていた．自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割を 3 区分ごとに示す（表 23）．13 項目で区分間に有意差が見られ，「認知症の行動・心理症状に対する入院診療」「せん妄に対する外来診療」「せん妄に対する入院診療」「せん妄に対する救急対応」「行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチ支援」「認知症初期集中支援チームへの参画」「高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成」が「下位 33%未満」の二次医療圏で期待度が高まる傾向が認められ，「認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施」「かかりつけ医の研修」「認知症サポート医の研修」が「上位 33%以上」の二次医療圏で期待度が高まる傾向が認められた．

表 24　自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

認知症疾患医療センター 医師偏在指標ごと	上位33.3%以上		下位33.3%以上 ・上位33.3%未満		下位33.3%未満		合計			
	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	有意確率	
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	161	**3.50**	100	**3.59**	64	**3.48**	325	**3.53**	0.480	
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	161	**3.09**	100	**3.07**	63	**3.02**	324	**3.07**	0.845	
(3)認知症疾患の鑑別診断	160	**3.89**	100	**3.73**	64	**3.86**	324	**3.84**	0.006	*
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	161	**3.73**	100	**3.79**	64	**3.83**	325	**3.77**	0.290	
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	160	**3.12**	100	**3.27**	63	**3.52**	323	**3.24**	0.037	*
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応	159	**2.58**	99	**2.81**	64	**2.83**	322	**2.70**	0.146	
(7)せん妄に対する外来診療	161	**3.16**	100	**3.25**	64	**3.64**	325	**3.28**	<0.001	*
(8)せん妄に対する入院診療	160	**2.88**	100	**3.04**	63	**3.40**	323	**3.03**	0.007	*
(9)せん妄に対する救急対応	158	**2.35**	100	**2.63**	64	**2.75**	322	**2.52**	0.026	*
(10)身体合併症に対する外来診療	161	**2.75**	100	**2.73**	64	**2.70**	325	**2.74**	0.953	
(11)身体合併症に対する入院診療	160	**2.65**	100	**2.73**	63	**2.60**	323	**2.67**	0.759	
(12)身体合併症に対する救急対応	159	**2.30**	100	**2.18**	64	**2.13**	323	**2.23**	0.550	
(13)本人への情報提供と心理的サポート	161	**3.34**	100	**3.32**	64	**3.30**	325	**3.32**	0.922	
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	161	**3.50**	100	**3.43**	64	**3.48**	325	**3.48**	0.616	
(15)かかりつけ医との連携	161	**3.61**	100	**3.43**	64	**3.52**	325	**3.54**	0.075	
(16)認知症サポート医との連携	161	**3.11**	100	**2.90**	64	**3.00**	325	**3.02**	0.182	
(17)主治医意見書の記載	161	**3.51**	100	**3.60**	64	**3.47**	325	**3.53**	0.401	
(18)介護保険サービスの利用支援	161	**3.46**	100	**3.50**	64	**3.48**	325	**3.48**	0.870	
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	161	**3.04**	100	**3.10**	64	**3.09**	325	**3.07**	0.805	
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援	161	**3.14**	99	**3.05**	64	**3.11**	324	**3.11**	0.626	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	161	**3.37**	100	**3.40**	63	**3.38**	324	**3.38**	0.941	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	161	**3.17**	100	**2.99**	64	**2.97**	325	**3.07**	0.127	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	161	**3.22**	100	**2.98**	64	**3.19**	325	**3.14**	0.060	
(24)若年性認知症に関する精査	161	**3.38**	100	**2.96**	64	**3.25**	325	**3.22**	<0.001	*
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	159	**2.42**	100	**2.07**	63	**2.05**	322	**2.24**	0.013	*
(26)軽度認知障害患者に対する定期的なフォローアップ	161	**3.09**	100	**3.08**	64	**3.14**	325	**3.10**	0.884	
(27)認知症の本人によるピアサポート	161	**2.39**	100	**2.30**	64	**2.31**	325	**2.34**	0.742	
(28)家族介護者によるピアサポート	161	**2.53**	100	**2.58**	64	**2.52**	325	**2.54**	0.893	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	161	**2.72**	99	**2.81**	64	**2.58**	324	**2.72**	0.295	
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	161	**3.39**	100	**3.38**	64	**3.48**	325	**3.41**	0.592	
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	161	**3.58**	100	**3.52**	64	**3.72**	325	**3.59**	0.132	
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	161	**3.47**	100	**3.47**	64	**3.64**	325	**3.50**	0.162	
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	161	**3.52**	100	**3.50**	64	**3.72**	325	**3.55**	0.054	
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	161	**2.59**	100	**2.88**	64	**2.97**	325	**2.75**	0.013	*
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	160	**1.86**	100	**2.12**	64	**2.00**	324	**1.97**	0.132	
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	160	**1.62**	99	**1.65**	64	**1.72**	323	**1.65**	0.754	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	161	**2.98**	100	**3.29**	64	**3.41**	325	**3.16**	0.006	*
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	161	**3.26**	100	**3.24**	64	**3.53**	325	**3.31**	0.064	
(39)かかりつけ医の研修	161	**3.08**	99	**2.70**	64	**2.81**	324	**2.91**	0.006	*
(40)認知症サポート医の研修	161	**2.90**	99	**2.42**	64	**2.58**	324	**2.69**	0.001	*
(41)地域包括支援センター職員の研修	161	**2.94**	100	**2.83**	64	**2.97**	325	**2.91**	0.538	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	161	**2.89**	100	**2.85**	64	**2.97**	325	**2.90**	0.704	
(43)看護師の研修	161	**2.71**	100	**2.69**	64	**2.70**	325	**2.70**	0.988	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	161	**2.03**	100	**1.85**	64	**2.08**	325	**1.98**	0.236	
(45)薬剤師の研修	161	**2.21**	100	**2.11**	64	**2.20**	325	**2.18**	0.688	
(46)多職種連携を目的とした研修	161	**3.05**	100	**3.19**	64	**3.05**	325	**3.09**	0.352	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	161	**3.29**	100	**3.20**	64	**3.25**	325	**3.25**	0.680	
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	161	**3.04**	100	**2.97**	64	**3.11**	325	**3.03**	0.553	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	161	**3.33**	100	**3.27**	64	**3.30**	325	**3.30**	0.825	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	161	**3.11**	100	**3.02**	64	**2.97**	325	**3.06**	0.458	
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	161	**2.79**	100	**2.51**	64	**2.66**	325	**2.68**	0.068	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	161	**3.47**	100	**3.58**	64	**3.77**	325	**3.56**	0.012	*
(53)自動車道転に関する相談と支援	161	**3.20**	100	**3.27**	63	**3.38**	324	**3.26**	0.319	

X2-test, ＊ P<0.05

4-2. 地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

対象となった地域包括支援センターの住所地に二次医療圏名と医師偏在指標を割り当て，上記に示した３つのカテゴリーに区分した．認知症疾患医療センターとの連携経験がある地域包括支援センターの割合は，3 区分でそれぞれ 75.6%，77.0%，82.1%であった（P＝0.148）．認知症疾患医療センターとの連携頻度が月に 5 回以上である地域包括支援センターの割合は，3 区分でそれぞれ 2.1%，4.5%，4.6%であった（P＝0.103）．地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割を 3 区分ごとに示す（表 24）．3 項目で区分間に有意差が見られ，「本人への情報提供と心理的サポート」「軽度認知障害患者に対する定期的なフォローアップ」「自動車運転に関する相談と支援」は，「下位 33%未満」の二次医療圏で期待度が高まる傾向が認められた．

表 25　地域包括支援センターが認知症疾患医療センターに期待する役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

地域包括支援センター 医師偏在指標ごと	上位33.3%以上		下位33.3%以上・上位33.3%未満		下位33.3%未満		合計		有意確率	
	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値		
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	470	**3.44**	271	**3.46**	173	**3.51**	914	**3.46**	0.611	
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	468	**2.95**	268	**2.99**	173	**3.05**	909	**2.98**	0.438	
(3)認知症疾患の鑑別診断	471	**3.76**	270	**3.79**	173	**3.74**	914	**3.77**	0.573	
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	473	**3.65**	270	**3.68**	174	**3.69**	917	**3.66**	0.667	
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	474	**3.65**	270	**3.62**	174	**3.62**	918	**3.63**	0.851	
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応	474	**3.42**	270	**3.31**	174	**3.39**	918	**3.38**	0.350	
(7)せん妄に対する外来診療	474	**3.38**	269	**3.41**	174	**3.43**	917	**3.40**	0.763	
(8)せん妄に対する入院診療	473	**3.40**	270	**3.39**	174	**3.40**	917	**3.39**	0.976	
(9)せん妄に対する救急対応	473	**3.28**	268	**3.24**	173	**3.29**	914	**3.27**	0.791	
(10)身体合併症に対する外来診療	474	**3.07**	270	**3.07**	173	**3.03**	917	**3.06**	0.908	
(11)身体合併症に対する入院診療	474	**3.11**	268	**3.09**	173	**3.02**	915	**3.09**	0.594	
(12)身体合併症に対する救急対応	474	**3.00**	270	**2.99**	173	**2.90**	917	**2.98**	0.547	
(13)本人への情報提供と心理的サポート	471	**3.36**	271	**3.47**	174	**3.53**	916	**3.42**	0.011	*
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	472	**3.46**	271	**3.57**	174	**3.55**	917	**3.51**	0.068	
(15)かかりつけ医との連携	474	**3.65**	271	**3.69**	174	**3.68**	919	**3.67**	0.614	
(16)認知症サポート医との連携	474	**3.51**	271	**3.55**	174	**3.60**	919	**3.54**	0.355	
(17)主治医意見書の記載	474	**3.39**	271	**3.48**	174	**3.47**	919	**3.43**	0.213	
(18)介護保険サービスの利用支援	474	**3.38**	271	**3.49**	174	**3.40**	919	**3.41**	0.126	
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	474	**3.24**	271	**3.35**	174	**3.22**	919	**3.27**	0.169	
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援	474	**2.97**	270	**3.07**	174	**2.97**	918	**3.00**	0.327	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	474	**3.45**	271	**3.56**	174	**3.44**	919	**3.48**	0.124	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	474	**3.34**	270	**3.38**	174	**3.32**	918	**3.35**	0.665	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	474	**3.47**	270	**3.53**	174	**3.44**	918	**3.48**	0.445	
(24)若年性認知症に関する精査	473	**3.54**	269	**3.55**	174	**3.44**	916	**3.52**	0.210	
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	472	**3.08**	269	**3.06**	173	**2.97**	914	**3.05**	0.356	
(26)軽度認知障害患者に対する定期的なフォローアップ	472	**2.99**	270	**3.13**	174	**3.19**	916	**3.07**	0.018	*
(27)認知症の本人によるピアサポート	473	**3.00**	270	**3.08**	174	**3.04**	917	**3.03**	0.464	
(28)家族介護者によるピアサポート	471	**3.02**	270	**3.10**	174	**3.10**	915	**3.06**	0.333	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	473	**3.11**	271	**3.18**	174	**3.20**	918	**3.15**	0.419	
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	474	**3.27**	271	**3.35**	174	**3.39**	919	**3.31**	0.172	
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	473	**3.57**	271	**3.61**	174	**3.61**	918	**3.59**	0.669	
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	474	**3.49**	271	**3.55**	174	**3.54**	919	**3.52**	0.416	
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	474	**3.61**	271	**3.64**	174	**3.64**	919	**3.62**	0.720	
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	474	**3.36**	270	**3.44**	174	**3.36**	918	**3.38**	0.473	
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	473	**2.59**	270	**2.57**	174	**2.71**	917	**2.61**	0.313	
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	473	**2.62**	270	**2.64**	174	**2.80**	917	**2.66**	0.143	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	474	**3.23**	271	**3.34**	174	**3.33**	919	**3.28**	0.231	
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	473	**3.33**	270	**3.41**	172	**3.42**	915	**3.37**	0.328	
(39)かかりつけ医の研修	472	**3.13**	269	**3.08**	172	**3.12**	913	**3.11**	0.819	
(40)認知症サポート医の研修	473	**3.16**	270	**3.11**	172	**3.13**	915	**3.14**	0.749	
(41)地域包括支援センター職員の研修	474	**3.20**	270	**3.19**	172	**3.15**	916	**3.19**	0.727	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	473	**3.01**	270	**3.05**	172	**3.09**	915	**3.04**	0.588	
(43)看護師の研修	472	**2.94**	270	**2.93**	172	**2.89**	914	**2.93**	0.822	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	472	**2.75**	270	**2.74**	171	**2.74**	913	**2.75**	0.958	
(45)薬剤師の研修	472	**2.79**	270	**2.80**	171	**2.77**	913	**2.79**	0.909	
(46)多職種連携を目的とした研修	474	**3.27**	271	**3.28**	172	**3.31**	917	**3.28**	0.891	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	474	**3.19**	270	**3.21**	172	**3.26**	916	**3.21**	0.651	
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	474	**3.15**	269	**3.08**	172	**3.17**	915	**3.13**	0.409	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	473	**3.23**	270	**3.21**	171	**3.19**	914	**3.21**	0.881	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	473	**3.24**	270	**3.26**	172	**3.22**	915	**3.24**	0.881	
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	473	**3.13**	269	**3.13**	171	**3.06**	913	**3.12**	0.593	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	473	**3.35**	270	**3.43**	172	**3.47**	915	**3.40**	0.188	
(53)自動車道転に関する相談と支援	473	**3.34**	270	**3.50**	172	**3.46**	915	**3.41**	0.024	*

X2-test, ＊ P<0.05

4-3. 居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

対象の居宅介護支援事業所の住所地に二次医療圏名と医師偏在指標を割り当て，上記に示した 3 つのカテゴリーに区分した．認知症疾患医療センターとの連携経験がある居宅介護支援事業所の割合は，3 区分でそれぞれ 36.1%，44.7%，39.6%であった．連携頻度が月に 1 回以上である居宅介護支援事業所の割合は，3 区分で 16.3%，10.9%，24.1%であり，「下位 33.3%未満」の二次医療圏で有意に高かった（P＝0.042）．居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割を 3 区分ごとに示す（表 25）．すべての項目について，区分間に有意差は認められなかった．

表 26　居宅介護支援事業所が認知症疾患医療センターに期待する役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

居宅介護支援事業所 医師偏在指標ごと	上位33.3%以上		下位33.3%以上 ・上位33.3%未満		下位33.3%未満		合計		
	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	有意確率
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	200	**3.18**	119	**3.32**	55	**3.44**	374	**3.26**	0.095
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	200	**2.84**	118	**3.02**	54	**3.00**	372	**2.92**	0.165
(3)認知症疾患の鑑別診断	198	**3.55**	119	**3.60**	55	**3.53**	372	**3.56**	0.795
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	200	**3.42**	119	**3.59**	55	**3.47**	374	**3.48**	0.144
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	199	**3.30**	119	**3.45**	54	**3.54**	372	**3.38**	0.129
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応	200	**3.04**	119	**3.13**	55	**3.29**	374	**3.10**	0.295
(7)せん妄に対する外来診療	199	**3.22**	119	**3.29**	55	**3.35**	373	**3.26**	0.575
(8)せん妄に対する入院診療	199	**3.19**	119	**3.24**	55	**3.35**	373	**3.23**	0.536
(9)せん妄に対する救急対応	199	**2.96**	119	**3.01**	55	**3.05**	373	**2.99**	0.822
(10)身体合併症に対する外来診療	199	**2.96**	119	**3.03**	55	**3.13**	373	**3.01**	0.438
(11)身体合併症に対する入院診療	199	**2.96**	119	**3.01**	55	**3.15**	373	**3.01**	0.438
(12)身体合併症に対する救急対応	199	**2.86**	118	**2.91**	55	**2.98**	372	**2.89**	0.734
(13)本人への情報提供と心理的サポート	199	**3.10**	119	**3.23**	55	**3.24**	373	**3.16**	0.341
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	199	**3.38**	119	**3.42**	55	**3.38**	373	**3.39**	0.893
(15)かかりつけ医との連携	200	**3.46**	119	**3.46**	55	**3.53**	374	**3.47**	0.813
(16)認知症サポート医との連携	199	**3.36**	118	**3.44**	55	**3.40**	372	**3.39**	0.682
(17)主治医意見書の記載	200	**3.41**	119	**3.39**	55	**3.44**	374	**3.41**	0.941
(18)介護保険サービスの利用支援	200	**3.07**	119	**3.16**	55	**3.20**	374	**3.11**	0.466
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	199	**3.02**	119	**2.95**	55	**3.18**	373	**3.02**	0.319
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援	197	**2.80**	118	**2.88**	55	**3.05**	370	**2.86**	0.230
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	199	**3.24**	118	**3.35**	55	**3.33**	372	**3.29**	0.514
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	198	**3.08**	119	**3.16**	55	**3.16**	372	**3.12**	0.704
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	199	**3.14**	118	**3.25**	55	**3.27**	372	**3.19**	0.449
(24)若年性認知症に関する精査	199	**3.18**	118	**3.25**	55	**3.31**	372	**3.22**	0.591
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	198	**2.95**	118	**2.96**	55	**3.02**	371	**2.96**	0.888
(26)軽度認知障害患者に対する定期的なフォローアップ	200	**2.94**	119	**3.03**	55	**3.05**	374	**2.98**	0.555
(27)認知症の本人によるピアサポート	199	**2.64**	119	**2.80**	55	**2.78**	373	**2.71**	0.280
(28)家族介護者によるピアサポート	199	**2.81**	119	**2.89**	55	**2.98**	373	**2.86**	0.429
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	198	**3.05**	117	**2.93**	55	**3.05**	370	**3.01**	0.510
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	199	**3.19**	118	**3.18**	55	**3.29**	372	**3.20**	0.689
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	198	**3.11**	118	**3.18**	55	**3.22**	371	**3.15**	0.660
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	200	**3.34**	119	**3.34**	55	**3.45**	374	**3.35**	0.589
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	199	**3.16**	118	**3.28**	55	**3.35**	372	**3.22**	0.249
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	196	**3.15**	119	**3.17**	55	**3.31**	370	**3.18**	0.483
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	200	**2.66**	119	**2.66**	55	**2.93**	374	**2.70**	0.199
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	199	**2.61**	119	**2.70**	55	**2.85**	373	**2.68**	0.294
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	199	**2.99**	119	**3.08**	55	**3.31**	373	**3.07**	0.081
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	195	**2.98**	118	**3.07**	55	**3.27**	368	**3.05**	0.116
(39)かかりつけ医の研修	197	**2.84**	118	**2.74**	55	**2.73**	370	**2.79**	0.593
(40)認知症サポート医の研修	196	**2.92**	118	**2.83**	55	**2.91**	369	**2.89**	0.712
(41)地域包括支援センター職員の研修	197	**2.88**	118	**2.97**	55	**3.09**	370	**2.94**	0.290
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	196	**2.95**	118	**2.97**	54	**3.11**	368	**2.98**	0.506
(43)看護師の研修	196	**2.79**	118	**2.86**	53	**3.00**	367	**2.84**	0.313
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	195	**2.55**	118	**2.64**	53	**2.68**	366	**2.60**	0.578
(45)薬剤師の研修	195	**2.63**	118	**2.69**	53	**2.83**	366	**2.68**	0.383
(46)多職種連携を目的とした研修	198	**3.08**	118	**3.10**	54	**3.24**	370	**3.11**	0.468
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	197	**3.04**	118	**3.03**	54	**3.09**	369	**3.04**	0.889
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	198	**2.89**	118	**2.94**	55	**3.02**	371	**2.93**	0.632
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	198	**2.97**	118	**2.93**	55	**3.13**	371	**2.98**	0.371
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	197	**3.04**	118	**3.09**	54	**3.22**	369	**3.08**	0.415
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	197	**2.98**	117	**3.07**	54	**3.09**	368	**3.03**	0.624
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	198	**3.21**	118	**3.28**	54	**3.26**	370	**3.24**	0.769
(53)自動車道転に関する相談と支援	198	**3.15**	118	**3.26**	55	**3.24**	371	**3.20**	0.514

X2-test, ＊ P<0.05

4-4. 市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

対象となった市区町村に二次医療圏名と医師偏在指標を割り当て，上記に示した 3 つのカテゴリーに区分した．認知症疾患医療センターとの連携経験がある市区町村の割合は，3 区分でそれぞれ 77.4%，82.4%，69.4%であり，「下位 33.3%以上・上位 33.3%未満」の二次医療圏で有意に高かった（P＜0.001）．連携頻度が月に 5 回以上である市区町村は，3 区分で 4.9%，6.0%，4.3%であり有意差は認められなかった．市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割を 3 区分ごとに示す（表 26）．1 項目において区分間で有意差が見られ，「高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成」の期待度が「下位 33%未満」の二次医療圏で高まる傾向を認めた．

表 27　市区町村が認知症疾患医療センターに期待する役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

市区町村 医師偏在指標ごと	上位33.3%以上		下位33.3%以上 ・上位33.3%未満		下位33.3%未満		合計		
	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	有意確率
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	303	**3.55**	282	**3.56**	232	**3.55**	817	**3.55**	0.976
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	303	**3.23**	282	**3.20**	232	**3.21**	817	**3.22**	0.864
(3)認知症疾患の鑑別診断	305	**3.86**	282	**3.87**	232	**3.85**	819	**3.86**	0.806
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	305	**3.78**	282	**3.76**	234	**3.81**	821	**3.78**	0.434
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	305	**3.66**	281	**3.67**	234	**3.72**	820	**3.68**	0.606
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応	305	**3.48**	282	**3.50**	233	**3.55**	820	**3.51**	0.573
(7)せん妄に対する外来診療	305	**3.46**	282	**3.45**	233	**3.57**	820	**3.49**	0.089
(8)せん妄に対する入院診療	305	**3.42**	282	**3.42**	233	**3.52**	820	**3.45**	0.285
(9)せん妄に対する救急対応	304	**3.39**	282	**3.30**	233	**3.45**	819	**3.38**	0.157
(10)身体合併症に対する外来診療	305	**3.13**	282	**3.21**	233	**3.12**	820	**3.16**	0.423
(11)身体合併症に対する入院診療	305	**3.13**	282	**3.22**	233	**3.08**	820	**3.15**	0.165
(12)身体合併症に対する救急対応	305	**3.06**	282	**3.08**	233	**3.00**	820	**3.05**	0.568
(13)本人への情報提供と心理的サポート	305	**3.58**	281	**3.58**	234	**3.59**	820	**3.58**	0.995
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	305	**3.60**	281	**3.64**	233	**3.62**	819	**3.62**	0.670
(15)かかりつけ医との連携	305	**3.81**	282	**3.82**	234	**3.78**	821	**3.80**	0.595
(16)認知症サポート医との連携	305	**3.70**	281	**3.71**	233	**3.72**	819	**3.71**	0.953
(17)主治医意見書の記載	305	**3.36**	282	**3.42**	233	**3.42**	820	**3.40**	0.545
(18)介護保険サービスの利用支援	305	**3.50**	282	**3.50**	234	**3.50**	821	**3.50**	0.995
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	305	**3.33**	282	**3.39**	233	**3.35**	820	**3.36**	0.630
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援	304	**3.11**	282	**3.13**	231	**3.12**	817	**3.12**	0.971
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	304	**3.41**	282	**3.47**	232	**3.42**	818	**3.44**	0.577
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	305	**3.51**	282	**3.51**	232	**3.41**	819	**3.48**	0.121
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	305	**3.61**	282	**3.64**	233	**3.58**	820	**3.61**	0.461
(24)若年性認知症に関する精査	305	**3.70**	282	**3.67**	232	**3.59**	819	**3.66**	0.082
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	305	**3.07**	281	**3.01**	233	**2.94**	819	**3.01**	0.259
(26)軽度認知障害患者に対する定期的なフォローアップ	303	**3.16**	282	**3.22**	234	**3.12**	819	**3.17**	0.294
(27)認知症の本人によるピアサポート	304	**3.12**	282	**3.17**	233	**3.12**	819	**3.14**	0.649
(28)家族介護者によるピアサポート	304	**3.09**	281	**3.16**	233	**3.11**	818	**3.12**	0.578
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	305	**3.23**	281	**3.31**	233	**3.29**	819	**3.27**	0.379
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	304	**3.38**	281	**3.48**	233	**3.48**	818	**3.44**	0.181
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	305	**3.65**	282	**3.70**	234	**3.69**	821	**3.68**	0.598
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	305	**3.53**	281	**3.64**	234	**3.62**	820	**3.59**	0.089
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	305	**3.70**	282	**3.77**	234	**3.73**	821	**3.73**	0.309
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	305	**3.40**	281	**3.51**	234	**3.46**	820	**3.45**	0.267
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	305	**2.51**	281	**2.60**	234	**2.62**	820	**2.57**	0.321
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	305	**2.52**	282	**2.57**	234	**2.67**	821	**2.58**	0.246
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	305	**3.28**	281	**3.32**	234	**3.33**	820	**3.31**	0.747
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	305	**3.44**	282	**3.58**	233	**3.53**	820	**3.51**	0.054
(39)かかりつけ医の研修	305	**3.27**	281	**3.22**	234	**3.19**	820	**3.23**	0.518
(40)認知症サポート医の研修	305	**3.26**	281	**3.21**	234	**3.20**	820	**3.22**	0.689
(41)地域包括支援センター職員の研修	305	**3.17**	282	**3.23**	234	**3.17**	821	**3.19**	0.632
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	305	**3.06**	282	**3.11**	234	**3.14**	821	**3.10**	0.571
(43)看護師の研修	305	**2.96**	282	**2.90**	233	**2.96**	820	**2.94**	0.633
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	305	**2.82**	281	**2.79**	233	**2.79**	819	**2.80**	0.901
(45)薬剤師の研修	305	**2.82**	281	**2.82**	233	**2.84**	819	**2.82**	0.939
(46)多職種連携を目的とした研修	304	**3.33**	281	**3.30**	233	**3.28**	818	**3.30**	0.719
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	305	**3.28**	282	**3.28**	234	**3.29**	821	**3.28**	0.961
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	305	**3.29**	282	**3.21**	233	**3.21**	820	**3.24**	0.352
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	305	**3.38**	282	**3.26**	233	**3.34**	820	**3.33**	0.127
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	305	**3.38**	282	**3.41**	233	**3.27**	820	**3.36**	0.085
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	303	**3.20**	279	**3.18**	233	**3.15**	815	**3.18**	0.700
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	304	**3.24**	282	**3.39**	234	**3.38**	820	**3.33**	0.033 *
(53)自動車道転に関する相談と支援	303	**3.26**	282	**3.41**	234	**3.38**	819	**3.35**	0.054

X2-test, * P<0.05

4-5. 認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割：医師偏在指標を用いた地域区分による比較

認知症サポート医に対する調査のうち，所属医療機関のある市区町村の返答があった2,566 件に対して二次医療圏名と医師偏在指標を割り当て，上記に示した 3 つのカテゴリーに区分した．認知症疾患医療センターの連携経験がある認知症サポート医の割合は60.8%で，区分では 59.4%，62.6%，64.0%であった（P＝0.165）．月に 5 回以上の連携があるサポート医の割合は，「下位 33.3%以上・上位 33.3%未満」で有意に高かった（7.5%，P＝0.001）．認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割を 3 区分ごとに示す（表 27）．8 項目で区分間に有意差が見られ，「認知症患者に関する受診前の相談支援」は「下位 33%未満」の二次医療圏で，「認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施」「かかりつけ医の研修」「認知症サポート医の研修」「歯科医師・歯科衛生士の研修」は「上位 33%以上」の二次医療圏で，「認知症患者の生活状況に関するアセスメント」「主治医意見書の記載」「介護保険サービスの利用支援」は「下位 33.3%以上・上位 33.3%未満」の二次医療圏で期待度が高まる傾向を認めた．

表 28　認知症サポート医が認知症疾患医療センターに期待する役割:医師偏在指標を用いた地域区分の比較

認知症サポート医 医師偏在指標ごと	上位33.3%以上		下位33.3%以上 ・上位33.3%未満		下位33.3%未満		合計			
	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	度数	平均値	有意確率	
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需	904	**2.71**	410	**2.81**	218	**2.92**	1532	2.77	0.021	*
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント	899	**2.71**	409	**2.87**	218	**2.81**	1526	2.76	0.025	*
(3)認知症疾患の鑑別診断	914	**3.54**	413	**3.59**	218	**3.55**	1545	3.56	0.642	
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療	910	**3.34**	414	**3.35**	218	**3.49**	1542	3.36	0.058	
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療	911	**3.42**	414	**3.45**	218	**3.53**	1543	3.44	0.257	
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応	908	**3.23**	413	**3.15**	218	**3.33**	1539	3.22	0.108	
(7)せん妄に対する外来診療	909	**3.15**	415	**3.15**	216	**3.21**	1540	3.16	0.717	
(8)せん妄に対する入院診療	909	**3.25**	413	**3.23**	219	**3.34**	1541	3.26	0.394	
(9)せん妄に対する救急対応	906	**3.15**	413	**3.08**	219	**3.26**	1538	3.15	0.147	
(10)身体合併症に対する外来診療	908	**2.47**	414	**2.48**	218	**2.41**	1540	2.46	0.706	
(11)身体合併症に対する入院診療	908	**2.65**	413	**2.64**	219	**2.50**	1540	2.63	0.196	
(12)身体合併症に対する救急対応	909	**2.61**	412	**2.53**	219	**2.53**	1540	2.57	0.453	
(13)本人への情報提供と心理的サポート	909	**3.02**	412	**3.05**	219	**3.09**	1540	3.04	0.529	
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート	911	**3.18**	413	**3.22**	219	**3.26**	1543	3.20	0.367	
(15)かかりつけ医との連携	908	**3.35**	412	**3.43**	218	**3.36**	1538	3.37	0.184	
(16)認知症サポート医との連携	910	**3.18**	413	**3.22**	217	**3.15**	1540	3.19	0.631	
(17)主治医意見書の記載	907	**2.32**	414	**2.54**	218	**2.41**	1539	2.39	0.004	*
(18)介護保険サービスの利用支援	907	**2.72**	413	**2.86**	218	**2.74**	1538	2.76	0.048	*
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	907	**2.90**	411	**2.98**	218	**2.96**	1536	2.93	0.295	
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援	905	**3.01**	410	**3.03**	218	**3.07**	1533	3.02	0.641	
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成	908	**3.12**	410	**3.15**	218	**3.22**	1536	3.14	0.327	
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援	906	**3.34**	411	**3.39**	219	**3.33**	1536	3.35	0.473	
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供	908	**3.36**	412	**3.37**	219	**3.35**	1539	3.36	0.935	
(24)若年性認知症に関する精査	912	**3.51**	412	**3.50**	218	**3.47**	1542	3.50	0.838	
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	907	**3.16**	408	**3.02**	217	**2.92**	1532	3.09	0.001	*
(26)軽度認知障害患者に対する定期的なフォローアップ	908	**2.67**	410	**2.69**	217	**2.65**	1535	2.67	0.914	
(27)認知症の本人によるピアサポート	905	**2.71**	409	**2.73**	218	**2.67**	1532	2.71	0.729	
(28)家族介護者によるピアサポート	906	**2.75**	409	**2.78**	218	**2.69**	1533	2.75	0.538	
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	907	**2.82**	411	**2.91**	217	**2.91**	1535	2.86	0.179	
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	908	**2.89**	412	**2.99**	219	**2.99**	1539	2.93	0.106	
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	908	**2.96**	413	**3.07**	219	**3.05**	1540	3.00	0.071	
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	906	**2.91**	412	**3.03**	218	**3.02**	1536	2.96	0.053	
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	909	**3.19**	413	**3.27**	219	**3.24**	1541	3.22	0.311	
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	904	**3.11**	410	**3.19**	219	**3.15**	1533	3.14	0.342	
(35)介護保険施設等への往診または訪問診療	908	**2.21**	412	**2.26**	218	**2.25**	1538	2.23	0.741	
(36)認知症専門医のいない一般病院等への往診	905	**2.27**	411	**2.36**	218	**2.34**	1534	2.30	0.305	
(37)認知症初期集中支援チームへの参画	905	**2.81**	411	**2.88**	217	**2.83**	1533	2.83	0.546	
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援	905	**3.22**	411	**3.24**	217	**3.24**	1533	3.23	0.878	
(39)かかりつけ医の研修	908	**3.19**	411	**3.10**	218	**3.03**	1537	3.14	0.024	*
(40)認知症サポート医の研修	910	**3.23**	412	**3.07**	218	**3.07**	1540	3.16	0.002	*
(41)地域包括支援センター職員の研修	908	**3.11**	410	**3.06**	218	**3.00**	1536	3.08	0.164	
(42)介護保険サービス事業所職員の研修	907	**3.03**	409	**2.99**	217	**2.93**	1533	3.01	0.300	
(43)看護師の研修	909	**3.06**	412	**3.01**	217	**2.98**	1538	3.03	0.384	
(44)歯科医師・歯科衛生士の研修	908	**2.86**	410	**2.71**	217	**2.76**	1535	2.81	0.022	*
(45)薬剤師の研修	908	**2.91**	410	**2.80**	217	**2.85**	1535	2.87	0.121	
(46)多職種連携を目的とした研修	909	**3.11**	409	**3.12**	218	**3.07**	1536	3.11	0.743	
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画	906	**3.08**	411	**3.11**	218	**3.07**	1535	3.09	0.801	
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信	908	**2.97**	411	**2.91**	216	**2.86**	1535	2.94	0.201	
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	909	**3.09**	409	**3.11**	217	**2.97**	1535	3.08	0.126	
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画	908	**3.19**	410	**3.19**	218	**3.09**	1536	3.17	0.268	
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画	908	**3.18**	410	**3.16**	217	**3.10**	1535	3.16	0.472	
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	907	**3.22**	411	**3.20**	218	**3.25**	1536	3.22	0.816	
(53)自動車道転に関する相談と支援	909	**3.18**	410	**3.18**	218	**3.19**	1537	3.18	0.976	

X2-test, * P<0.05

5. 考察

5-1. 認知症疾患医療センターとの連携経験と周知度

関係機関における認知症疾患医療センターとの連携経験の割合は，地域包括支援センター77.1%，居宅介護支援事業所39.0%，市区町村76.5%，認知症サポート医60.9%であった．また，認知症疾患医療センターを「知らない」と回答したのは，地域包括支援センター0.7%，居宅介護支援事業所 21.7%，市区町村 0.4%，認知症サポート医 7.6%であった．市区町村と地域包括支援センターの周知度は99%以上であるが，居宅介護支援事業所の5件に1件が認知症疾患医療センターを「知らない」という結果である．また，全体の 6 割は連携経験がないということである．居宅介護支援事業所における周知度の低さ，連携経験の低さは，認知症医療・介護連携の不十分さを反映しているのかもしれない．

市区町村，認知症サポート医の連携経験で都道府県の格差が大きい点も注目に値する．このことは都道府県における事業運営のあり方や，認知症サポート医や市区町村認知症施策への支援のあり方に課題があることを反映しているのかもしれない．

5-2. 認知症疾患医療センターに期待されている基本機能

3.6 に示したように，以下の 12 項目は認知症疾患医療センターに期待されている基本機能と考えられる．

表 29. 認知症疾患医療センターに期待されている基本機能

A. 専門的医療機能
(3)認知症疾患の鑑別診断
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療
B. 診断後支援等機能
(13)本人への情報提供と心理的サポート
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供
C. 地域連携機能
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成
(53)自動車運転に関する相談と支援

5-3. 認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している基本機能

表 29 の項目に，認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している役割のうち，3 類型いずれもが 3 点以上のスコアをつけた項目を追加すると表 30 のようになる．これは，認知症疾患医療センター自身が自施設に期待されていると認識している基本機能と言えるであろう．

表 30.　認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している基本機能

A. 専門的医療機能
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需
(2)認知症患者の生活状況に関するアセスメント
(3)認知症疾患の鑑別診断
(4)認知症の行動・心理症状に対する外来診療
(7)せん妄に対する外来診療
B. 診断後支援等機能
(13)本人への情報提供と心理的サポート
(14)家族介護者への情報提供と心理的サポート
(15)かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）
(17)主治医意見書の記載
(18)介護保険サービスの利用支援
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）
(21)成年後見制度診断書・鑑定書の作成
(23)若年性認知症患者に対する継続医療の提供
(26)軽度認知障害（MCI）患者に対するフォローアップ
C. 地域連携機能
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携
(31)地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携
(33)行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言
(47)地域住民向けの講演会の開催または参画
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画
(52)高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成
(53)自動車運転に関する相談と支援

5-4. 基幹型認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している機能

表 30 の項目の他に，基幹型認知症疾患医療センターが自施設に期待されている役割として 3 点以上のスコアをつけた項目を表 31 に示す．これは，表 30 の項目以外に，基幹型認知症疾患医療センターが，基幹型として自施設に期待されている機能を意味しているのであろう．基幹型では，専門的医療機能として「身体合併症医療」や「若年性認知症の診断」，地域連携拠点機能として「専門職の人材育成」，「都道府県・市町村の認知症施策への関与」が期待されていると認識されている．

表 31. 基幹型認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している機能

A. 専門的医療機能
(10)身体合併症に対する外来診療
(11)身体合併症に対する入院診療
(12)身体合併症に対する救急対応
(24)若年性認知症に関する精査
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施
B. 診断後等支援機能
(16)認知症サポート医との連携
C. 地域連携拠点機能
(39)かかりつけ医の研修
(40)認知症サポート医の研修
(41)地域包括支援センター職員の研修
(42)介護保険サービス事業所職員の研修
(43)看護師の研修
(46)多職種連携を目的とした研修
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画

5-5. 地域型認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している機能

表 30 の項目の他に，地域型認知症疾患医療センターが自施設に期待されている役割として 3 点以上のスコアをつけた項目を表 32 に示す．これは，表 30 の項目以外に，地域型認知症疾患医療センターが，地域型として自施設に期待されている機能を意味しているのであろう．地域型には専門的医療機能として「BPSD やせん妄の入院医療」，診断後等支援機能として「独居高齢者や若年性認知症の診断後支援」，地域連携拠点機能として「認知症初期集中支援チームへの参画・後方支援」が期待されていると認識されている．

表 32. 地域型認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している機能

A. 専門的医療機能
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療
(7)せん妄に対する外来診療
(8)せん妄に対する入院診療
(24)若年性認知症に関する精査
B. 診断後等支援機能
(16)認知症サポート医との連携
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援
C. 地域連携拠点機能
(37)認知症初期集中支援チームへの参画
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援
(46)多職種連携を目的とした研修
(48)ホームページやパンフレットを用いた情報発信
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画

5-6. 連携型認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している機能

表 30 の項目の他に，連携型認知症疾患医療センターが自施設に期待されている役割として 3 点以上のスコアをつけた項目を表 33 に示す．これは，表 30 の項目以外に，連携型認知症疾患医療センターが，地域型として自施設に期待されている機能を意味しているのであろう．連携型には，診断後支援等機能として「独居認知症高齢者や若年性認知症の診断後支援」，地域連携拠点機能として「アウトリーチ支援」「初期集中支援チームへの参画・後方支援」が期待されていると認識されている．

表 33. 連携型認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している機能

B. 診断後等支援機能
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援
C. 地域連携拠点機能
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援
(37)認知症初期集中支援チームへの参画
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援

5-7. 地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，市区町村から期待されている機能

表 30 の項目の他に，地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，市区町村が共通して 3.0 以上のスコアをつけた項目を表 34 に示す．地域の関係機関からは広範な機能が期待されていることがわかる．

表 34. 外部関係機関が共通に期待している役割

A. 専門的医療機能
(1)認知症患者に関する受診前の相談応需
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応
(7)せん妄に対する外来診療
(8)せん妄に対する入院診療
(10)身体合併症に対する外来診療
(11)身体合併症に対する入院診療
(24)若年性認知症に関する精査
B. 診断後等支援機能
(16)認知症サポート医との連携
(17)主治医意見書の記載
(18)介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）
(19)独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援
(29)認知症患者の将来の医療・ケアの選択のための計画や話し合い
C. 地域連携拠点機能
(30)介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携
(32)介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援
(37)認知症初期集中支援チームへの参画
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援
(46)多職種連携を目的とした研修
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画

5-8. 認知症サポート医から期待されている機能

表 30 の項目の他に，認知症サポート医が 3.0 以上のスコアをつけた項目を表 35 に示す．地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，市区町村と比較すると，認知症サポート医は認知症疾患医療センターに対して，「若年性認知症の診断と診断後支援」「医療・介護専門職の人材育成」への期待度が高いことがわかる．

表 35. 認知症サポート医が期待している役割

A. 専門的医療機能
(5)認知症の行動・心理症状に対する入院診療
(6)認知症の行動・心理症状に対する救急対応
(7)せん妄に対する外来診療
(8)せん妄に対する入院診療
(9)せん妄に対する救急対応
(24)若年性認知症に関する精査
(25)認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施
B. 診断後等支援機能
(16)認知症サポート医との連携
(20)成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）
(22)若年性認知症のためのサービスの利用支援
C. 地域連携拠点機能
(34)行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援
(38)認知症初期集中支援チームの後方支援
(39)かかりつけ医の研修
(40)認知症サポート医の研修
(41)地域包括支援センター職員の研修
(42)介護保険サービス事業所職員の研修
(43)看護師の研修
(46)多職種連携を目的とした研修
(49)地域連携推進を目的とする会議の開催または参画
(50)市区町村の認知症施策への助言または参画
(51)都道府県の認知症施策への助言または参画

6. 結論

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に事業内容として定められている専門的医療機能，診断後等支援機能，地域連携拠点機能の 3 本柱は，概ね，認知症疾患医療センターが自施設に期待されていると認識している機能および地域の関係機関が認知症疾患医療センターに期待している機能と合致しているものと考えられる．また，それぞれの機能の具体的内容については，認知症疾患医療センターのすべての類型に共通する基本項目と類型間で異なる項目があることが明らかになった．

一方，地域の関係機関からは，認知症疾患医療センターに期待されている機能が広範に及ぶことが明らかになった．また，自由記述の回答からは，これらの機能が十分に実現されていない現状を指摘する意見が多かった．しかし，個々の認知症疾患医療センターの形態（病院か診療所か，一般病院か精神科病院か，民間病院か公的病院か）や地域性（大都市か過疎高齢地域か）などによって，果たせる機能には限界がある．この調査で示した 53 項目の機能をすべて兼ね備えた認知症疾患医療センターは存在しないであろう．

都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業である認知症疾患医療センター運営事業の目的は，認知症のための医療を提供する機能体制を地域に構築することにある．これは

圏域に設置されたただ一つの認知症疾患医療センターのみで実現されるものではない．都道府県・指定都市の責務として，地域全体で，本調査で示された 53 項目の機能が実現できるような体制づくりを戦略的に進め，その達成度を評価していく必要がある．本調査によって，そのための評価指標と評価方法を開発するための基礎資料を得ることができた．

３．検討委員会議事録（全３回）

令和３年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 99）
認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業

第１回検討委員会
議事録反訳

日時：2021 年８月 24 日（火）18 時 00 分～19 時 58 分
会議形式：オンライン

栗田　それでは、これより令和３年度の老健事業の認知症疾患医療センター運営事業の事業評価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ます。皆さん、本日はお忙しいところをこのオンライン会議にご出席いただきましてまことにありがとうございます。この事業は、後ほど説明いたしますが、認知症疾患医療センターの運営事業の質の確保に向けた取り組みに関するこれまでの一連の調査研究事業の継続という形で実施させていただいております。

まず、議事に先立ちまして資料の確認をさせていただきます。皆様のお手元の次第の下のほうに配付資料のリストがございますので、これを見ながら確認していただきたいと思います。

委員名簿と設置要綱。資料１に本年度事業の概要。資料 2-1 から 2-4 に調査票の案。資料３に、東京都で先行的に実施させていただいている調査の概要。それから、参考資料１がこの事業の実施計画書。参考資料２が事業実施年間スケジュール。参考資料３が認知症施策等総合支援事業の実施要綱。参考資料４が、これは後ほどお話ししますが、文献の調査を少ししておりますので、その一つの Primary care-based memory clinic の候補となる Quality Indicator。参考資料５が認知症疾患医療センターの整備状況です。

よろしいでしょうか。もし資料に不備等がございましたら、チャット機能などを使って事務局のほうにご連絡いただければ、メールで資料をお送りしたいと思います。

それでは、今回、各委員はほとんど全員顔見知りだとは思いますけれども、初めての方もいらっしゃる可能性があるので、簡単に自己紹介をお願いできればと思います。人が多いので手短にということで、よろしくお願いいたします。

最初に、私は東京都健康長寿医療センター研究所の栗田でございます。本事業の調査研究の検討委員会の委員長を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは名簿の順に私が指名いたしますので、簡単に一言、自己紹介いただければと思います。では最初に、渕野先生、よろしくお願いいたします。

渕野　日本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。この事業は何年か参加させていただいております。よろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いします。では続いて、内海先生、お願いいたします。

内海　砂川市立病院の認知症疾患医療センターの内海でございます。よろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いします。池田先生、お願いいたします。

池田　大阪大学の精神医学教室の池田でございます。よろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いします。藤本先生、お願いいたします。

藤本　藤本クリニックの藤本です。よろしくお願いします。

栗田　よろしくお願いします。

田中（志子）先生は今日はご欠席ということです。

北村先生、お願いいたします。

北村　石川県立高松病院の北村です。この事業は何年か参加させていただいております。去年は全然つながらなくてしゃべれなかったんですけど。うちの病院は今、外来を建て直していて、多分、11月ごろに名前が変わりまして、石川県立こころの病院という名前になりますので、またよろしくお願いいたします。

栗田　わかりました。よろしくお願いいたします。

櫻井先生は欠席です。中西先生はまだいらっしゃっていないですね。

谷向先生、お願いいたします。

谷向　愛媛大学の谷向でございます。この事業は割と早い時期からかかわらせていただいておりますけれども、また今年もどうぞよろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いいたします。

中西先生の名前が見えました。中西先生、簡単な自己紹介をお願いします。

中西　おくれましてすみません。大阪市の中西です。この会議に随分前から参加させていただきまして、いろんな勉強をさせていただいております。特に都市部での医療体制や認知症に関する施策についてまたいろいろ議論させていただければと思っております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

栗田　よろしくお願いいたします。小林先生、お願いいたします。

小林　　福島市、あずま通りクリニックの小林と申します。私は初めて参加で右も左もわかりませんが、市の中心地で連携型の疾患センターを担当させていただいていますので、現場目線でのご意見が出せたらと思っています。どうぞよろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いします。旭先生、お願いいたします。

旭　千葉県松戸市の旭神経内科リハビリテーション病院の旭です。コロナの問題が起きてから認知症の方の相談が非常に急増して日夜困っておりますので、またいろいろ勉強させていただいて、いろいろ発言させていただきたいと思います。よろしくお願いします。

栗田　ありがとうございます。よろしくお願いいたします。

古田先生はおくれて参加ということです。

石井先生、お願いいたします。

石井　広島大学共生社会医学講座の石井と申します。今、広島県西部認知症疾患医療センターでも外来を担当しております。本事業は2018年から厚労省のほうに専門官として出向していたときからいろいろと勉強させていただいております。今年度もどうぞよろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いいたします。數井先生、よろしくお願いいたします。

數井　高知大学精神科の數井です。今年度もどうぞよろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いします。冨本先生、よろしくお願いいたします。

冨本　三重大学の脳神経内科、冨本でございます。三重県では基幹型の認知症疾患医療センターのセンター長を務めさせていただいています。よろしくお願いします。

栗田　よろしくお願いいたします。

それから、今回はワーキンググループをつくりまして、そちらでもいろいろ作業をしていただいております。ワーキンググループの先生も時間があったら検討委員会にどうぞとお誘いしているんですけれども、今日はワーキンググループからは枝広先生だけかな。枝広さん、一言、自己紹介をお願いいたします。

枝広　栗田先生、新美先生がいらしています。

栗田　新美先生がいますね。でも順番は枝広先生が上なので、枝広先生からお願いします。

枝広　失礼しました。健康長寿医療センターの枝広です。今年も、事務局として、あと作業委員会としてかかわらせていただきます。よろしくお願いいたします。

栗田　よろしくお願いします。では、新美先生、お願いいたします。

新美　東京大学の早期・探索開発推進室の新美でございます。先ほど石井先生がおっしゃったように、私も2013年前後に厚労省のほうで認知症対策専門官をさせていただきまして、そのときにお世話になったいろんな先生方、また今回改めてお世話になりたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

栗田　ありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

今日は厚労省から田中先生がいらっしゃっているので、田中先生、自己紹介と、最初のご挨拶もいただければと思います。よろしくお願いいたします。

田中（稔久）　厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課、田中です。今回、先ほど新美先生と石井先生がお話しされましたけれども、私が現役の認知症対策専門官ということでございます。先生方には、これを含めてほかの老健事業とか厚生労働科学研究等でお世話になっております。ありがとうございます。

令和３年４月に認知症疾患医療センターの要綱の改訂というものを行わせていただきまして、それを踏まえて、昨年度までの事業の中でいろいろな議論がありました。昔、これが立ち上がったころには、認知症疾患医療センターというのは地域のかなめとして、とりでとして認知症の患者の人を最後に守ってほしいという考えから設定がされていたけれども、だんだん時間がたってきて、現状では、最後のとりでとして自分ひとりで立つというよりは、各地域の連携の拠点として、連携のかなめとして活動してほしいという気持ちがございます。本事業につきましては、その中で、新しい形での質のあり方、本来のあり方・立ち位置というものを考えていただきたいというのが大まかなお願い事項でございます。その中で質の評価というものが求められるのだろうと思っております。

ということで、先生方も１年間またいろいろとお世話になりますけれども、よろしくお願いいたします。

栗田　ありがとうございます。それから、厚労省から橋本さんが来ておりますので、自己紹介をお願いいたします。

橋本　橋本です。私は田中専門官と一緒に認知症疾患医療センターについて今年度から

担当をさせていただいております。まだわかっていない点もたくさんありますので、ぜひいろいろな病院、現場でのお話などを聞かせていただいて、勉強させていただきながらできればと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

栗田　ありがとうございます。

それでは早速、議事次第に従って議事を進めさせていただきます。では、資料１の共有をお願いいたします。

〔スライド１〕それでは、資料１に従って、まずは今年度の事業の概要を説明させていただきます。今年度の（事業は）、認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業、こういうテーマです。

〔スライド２〕2015 年から昨年まで、この老健事業の中で認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた一連の研究を継続させていただきました。その集大成のような形ではありますが、昨年度に認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱が改訂されまして、質の確保に向けた取り組みの３本柱、一つは都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置運営、二つ目が事業評価、三つ目がセンター事業に携わる職員の研修、これが都道府県の責務に初めて位置づけられました。そしてまた、基幹型認知症疾患医療センターの役割として、都道府県の質の確保に向けた取り組みを支援することが定められました。さらに事業内容が、従来の「専門的医療機能」「地域連携拠点機能」に、「診断後等支援機能」「事業の着実な実施に向けた取組」というものが加わりました。

〔スライド３〕実施要綱の改訂に合わせまして、この老健事業の中で、都道府県向けの「質の確保に向けた取組のための手引書」を作成いたしました。またそれから、従来、事業評価（実績報告書）のデータが紙ベースで取り扱われていたので、これは一つは効率が悪いということと、正確なデータ入力がなされていないという問題がありましたので、この問題を克服するために、事業評価データを、エクセルですけれども、電子媒体に直接入力して、それを直接集計するためのシステムといいますか仕組みをつくりまして、この取り扱いについても手引書の中で説明させていただきました。ただ、これは運用されるのが来年度からですので、今年はまた紙ベースになるかと思います。

〔スライド４〕これが厚生労働省の作成した最新の、認知症疾患医療センター運営事業の役割とか設置基準とか事業内容を整理したものです。今年の８月現在で 486 カ所設置されているということです。

〔スライド５〕こういうところまで来て一段落かなと考えてはいたんですけれども、しかし昨年度の委員会において、ここにある四つの課題が今後も検討されるべき課題であると指摘されました。

一つは、認知症疾患医療センターは 2008 年にスタートしてもう既に 10 年以上経過していて、今日（こんにち）の時代に合った認知症疾患医療センターの役割を改めて検討すべきではないかというご指摘がございました。

それから、そもそもこの認知症疾患医療センター運営事業の質とは何かということも、

これは１の問題と連動しますが、検討すべきではなかろうかと。

さらに、今、事業評価の項目というか指標が一応あるわけですけれども、PDCA サイクルに基づいた事業運営を可能とするような事業の質の指標をやっぱり考えるべきではないか。確かに、この点はあまり詳しく検討されずに作成されておりますので、こういったことを考えて指標を考えるべきではないかと。

４番目が、外部評価を含め、認知症疾患医療センター運営事業の評価のあり方を考える必要があるのではないか。現在は、各認知症疾患医療センターが記載しているいわゆる内部評価しかありませんので、外部評価の方法を考える必要があるのではないかと。

〔スライド６〕こういった課題が指摘されておりましたので、今年度はまさにこの四つの問題を検討していこうということをテーマにしております。

なお、実施要綱には認知症疾患医療センター運営事業の目的として「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」ということが最終目標のような形で書かれておりますので、まさに地域の連携体制というかネットワークを構築することがこの事業の目的ということになります。もしこれをこのまま踏襲するとすれば、これを評価する方法を検討しなくてならないのではなかろうかということで、これは後ほどお話しいたしますが、好事例を集めることも含めまして、検討していければと考えています。

〔スライド７〕具体的にどうするかということですが、一つは、検討委員会を設置して、四つの問題をまずはディスカッションしようということです。

それと同時に、作業部会（ワーキンググループ）を設置して、幾つかの作業をしていこうと。

一つは、最近、諸外国においても、認知症医療に関する Quality Indicator、質の指標ですね、あるいは Quality Improvement Mechanism、質を改善していく仕組みづくりに関する研究がまさに本当に近年出てきておりますので、これについて文献レビューをして、指標とか事業評価、質の確保のあり方について世界の動向を整理していこうと。

それから、昨年度、実績入力の様式をつくったんですが今年度はまだ運用されていないということで、これの実際に使った感じの利点・欠点を点検しようと思っていたんですが今回はできないようなので、今回も紙データで従来どおりの集計・分析を行おうと。

三つ目が、これは外部評価とも関係しますが、認知症サポート医、地域包括支援センター、市町村自治体等、地域の認知症医療あるいは認知症連携にかかわるステークホルダーを対象とした調査を行って、外部評価のあり方を検討していこうと考えております。

ワーキンググループの仕事の四つ目は、先ほど申し上げた「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」、要するに地域連携の構築ということだと思いますが、これに関して好事例があるかどうかを検討させていただこうと考えています。

それから、こういった検討を踏まえて、昨年度つくった「事業の質の確保に向けた取組

のための手引書」について、改善すべき点があるかどうかも検討しておこうと考えております。

〔スライド８〕今言った話を少し整理してまとめますと、こんな形です。まずはこの検討委員会において、認知症疾患医療センター運営事業の役割・指標・評価方法について自由討議をしようと考えております。そしてそのもとで、ワーキンググループ及び事務局で、地域のステークホルダーを対象とする調査、文献調査、事例の調査をしようと考えています。これについては後でまた少し詳しくお話しいたします。そして最後に成果物として、認知症疾患医療センター運営事業の役割・指標・評価方法のレポートを作成しようと考えております。

〔スライド９〕スコーピングレビューという方法で文献レビューを始めましたので、ここで少しだけ紹介させていただきます。

近年、認知症医療に関する Quality Indicator の開発がいろいろ行われています。その研究の systematic review の論文を見ると、良質な QI セットは、専門家（エキスパートミーティング）による検討か、あるいはデルファイ（Delphi）法、このどちらかの方法を必ず用いているというふうにまとめております。

ただ、現在いろいろ QI がつくられておりますけれども、QI の開発プロセスに当事者が参画することがまだ行われていないということ、それから、医学の側面（だけ）でなく、地域の側面、つまりこれは地域連携とかネットワークですが、そういうものにフォーカスを当てた QI がまだないということが今後の大きな課題だと、2020 年の論文に書かれております。ですから、まさに老健事業の現在我々が取り扱っている問題というのは、QI に関連する研究では最先端と考えてよろしいのではないかと思います。

〔スライド 10〕これはカナダで行われている QI 研究です。カナダの中にある Primary care-based memory clinic のシステムの QI と Quality Improvement Mechanism についての研究が行われております。

この研究では、そもそも Quality Assurance Framework（事業の質を確保するための枠組み）は、Quality Indicator（QI：事業の質の評価指標）による事業評価と Quality Improvement Mechanism（QIM：事業の質を改善するための仕組み）、この二つによって構成されるものだと考えており、この二つが今日（こんにち）どういうものが候補になるのか、あるいはどういうものが最終的に選定されるべきかということを研究しています。

これはどうやってやったかというと、まずは文献調査によって候補リストを作成して、この候補リストについてさまざまな職種あるいはステークホルダーを対象に Delphi 法を用いて WEB 調査を行って、最終の指標、最終的な候補となる QI と QIM を決定するというふうなことをしております。

この結果については参考資料４にずらっと並べておりますので、時間のあるときに眺めていただければと思います。

〔スライド 11〕ここで行われている Delphi 法についても、これは四つの流れが書いてありますが、こうやって行ったということでございます。

〔スライド 12〕これはオランダの Integrated Primary Dementia Care という仕組みの QI の開発に関する研究で、2020 年６月に出た論文です。この論文では、基本的にはエキスパートとステークホルダーのコンセンサス会議が中心になって QI がつくられております。

まず 15 人のステークホルダーで予備的な QI をつくって、この候補 QI について、84 人のステークホルダー、これは地域の中で認知症ケアに関連する多職種ですが、この人たちによって QI の重要度と実用性を評価してもらう。そして、実用性、重要度が高いものについて８人のステークホルダーが内容的妥当性に関するコンセンサス会議を開いて、次に７人のエキスパートが内容的妥当性に関するコンセンサス会議を開いて、最後に多職種から成る認知症ケアネットワークにおいて実用性に関するパイロット調査を行ったということです。

最終的に下に挙げている指標が作成されているんですけれども、この中に、ネットワーク・ベースド・ケアに関する指標が、４項目プラス下位３項目、合計７項目が含まれています。ある意味では地域連携の強度を示すような指標と言えるものです。この点で画期的な研究なのかなと考えています。

〔スライド 13〕こういったことで、じゃあ今年度この事業で何をやるかということですが、さすがに１年間でデルファイ法まで行くのはちょっと難しいかなと考えております。というのは、そもそも認知症疾患医療センター運営事業の役割は何かという、根本的なところから議論していかなければいけませんので。

今年度は、この検討委員会の中でまずは自由討議をしてもらって、ワーキンググループの中では、地域のステークホルダーを対象とする調査、これは認知症疾患医療センターに期待されている役割は何かということを明らかにする調査、そして文献調査では、認知症疾患医療センター運営事業の QI 候補となり得るような指標はあるのかなという調査、そして事例調査については、地域連携の構築に関連する好事例を認知症疾患医療センターを対象にして調査してみようと。この三つのことをやって、成果物としては、認知症疾患医療センター運営事業の今日的な役割、あるいは QI の候補、そして評価方法のあり方に関するレポートをつくるというところを最終目標にするのが現実的かなと考えております。

〔スライド 14〕後ほどこの検討委員会で議論していただくのは、先ほど挙げたまさにこの四つの論点になります。

〔スライド 15〕これについて議論するということは、現在の認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱の冒頭に書かれている「目的」の文言をどう考えるかという議論につながるのではないかと思います。

〔スライド 16、17〕そして、「目的」は当然、その後の「設置基準」とか次の「事業内容」にもかかわってくることですので、これとも連動しながら議論することになるのかなと考えております。

〔スライド 18〕そして、今回の実施要綱改訂で、都道府県の責務というものも出てきました。現在の実績報告書の中には都道府県の責務がちゃんと行われているかどうかを評価する指標はありませんので、これは都道府県を対象にして評価指標が必要になるのかもしれませんが、こういったことも考えていく必要があるのかなと思っております。

〔スライド 19〕実際、現在の実績報告書で評価されている項目は、まずは施設基準、設置基準に関しては、ストラクチュアとしてこういったものを評価するようにしております。それから事業内容（プロセス）に関しては、認知症疾患医療センターの事業内容に沿って、「専門的医療機関としての機能」「身体合併症に対する救急医療機関としての機能」（これは特に基幹型を意識してつくったもの）、そして「地域連携推進機関としての機能」を評価するようにつくってあります。

〔スライド 20〕これは一般的な認知症医療サービスに関連する項目です。実はもともと 28 項目つくったのですが、その中の 15 項目を取り出しました。行われているかどうかというのを自己評価してもらうものがそろっております。

ただ、現在あるこの実績報告書の評価指標は、早々に考えなければいけない課題が幾つかあります。

新たに加わった事業内容、特に診断後等支援については、（評価する項目が）検討されていないということがあります。それから、都道府県の責務を評価することももちろん考えておりません。それから、PDCA サイクルも研修も Quality Improvement Mechanism なので、これによってどう改善していくかということですけれども、これも現在の指標は考慮しておりません。それから、地域における認知症医療の機能体制を評価することも特に考えてはおりません。それから、多様なステークホルダーによって評価するようにはもちろん設計されておりません。それから、水平的・垂直的連携の強度を測定する（ことは考えていません）。これは先ほどのオランダの研究でも言及されていますが、要するに地域連携の強度は水平的・垂直的連携と考えられます。水平的連携というのは１人のケースに対して医療とか介護あるいは生活支援とか家族支援とかいろんな支援が同時的に並列的に提供できているかどうか。それから、垂直的連携というのは、例えば急性期の入院医療、回復期の医療や介護、そして維持期のサービスというふうに時間的に切れ目なく連続的にケアできるようなことに貢献しているかどうかと。これは国際的にはインテグレーションと言う統合ケアの強度を考える一つの指標ですが、こういうことも現在の指標は全く考えていないので、こういった課題は確かに残されているのかなと思います。

これが全体の概要ですが、議論を始める前にもう一つ、調査のこともちょっとお話しさせていただこうと思います。

次に資料 2-1 から（画面）共有をお願いいたします。

今回、多様なステークホルダーに同じような調査をすることを考えております。

最初の調査票はサポート医向けに調査しようと考えています。これは、国立長寿の武田先生が認知症サポート医に関する老健事業の委員会の委員長でして、武田先生にはワーキング

グループに入っていただいて、武田先生のところの調査と一緒にやろうと考えています。

これはどういう構造になっているかといいますと、最初、認知症疾患医療センター運営事業の目的についてご紹介し、ただ、この事業が創設されてから 10 年以上もたっているので今日の認知症疾患医療センターに求められる役割について改めて検討する必要があるということ、この調査では地域において今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割は何かについて調査すること、を説明しています。

資料 2-1 の調査票はサポート医対象ですので、サポート医の回答者が勤務する都道府県、これは武田先生の調査でもう既にわかってくると思いますが、これを明らかにした上で、これまでに認知症の方の診療に関連して認知症疾患医療センターと連携したことがあるかないかを、まずは聞こうと。「ある」と回答した方については、次に、認知症疾患医療センターとの連携の頻度を書いていただく。

その上で、下記の項目について認知症疾患医療センターに期待される役割としての重要度を４段階で評価してもらうということで、34 項目並べました。この 34 項目については洗練させていかなければいけないと思っておりますので、皆さんのご意見もいただければと考えております。

さらにこの 34 項目以外に、最後の質問で、上記以外の認知症疾患医療センターに期待する役割があれば自由に書いてもらいたいということで、自由記述をお願いしようと考えています。

資料 2-2 は、今度は地域包括支援センター用です。構造は全く同じです。ただ、地域包括支援センターなので、回答者の職種がいろいろございますので、回答者の職種を書いていただいて、あとの内容は全て同じです。最後には自由記述も入れようということです。

資料 2-3 は、認知症疾患医療センターにも回答してもらおうということで、同じ構造の調査票をつくっております。ただ、認知症疾患医療センターは、回答者がさまざまですので、職種を書いていただきますが、従来は、相談室の精神保健福祉士の方が回答してくれる場合が多かったような気がします。基本的には、誰が回答してもいいという形で出そうかと思っております。ただ、認知症疾患医療センターなので、認知症疾患医療センターの類型は一応答えてもらおうと。４番と５番は同じですが、自分が勤務している認知症疾患医療センターに期待されている役割について書いていただく。これは地域によってさまざまである可能性もありますし、基幹型、地域型、連携型などの類型によっても異なる可能性があるということを考慮して、こういうふうな形にさせてもらいました。

さらに、次の６番。この調査では、先ほど言いました「認知症の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」、これが一体何であるのかというのはなかなか難しい問題かと思いますが、まず、貢献できているかどうかを大ざっぱに書いていただいて、貢献できていると思われる方については、その取り組みとして何か特記すべきことがあれば自由に書いてもらおうかと考えております。

資料 2-4 は市町村担当（者用）です。市町村の担当者もさまざまな職種がありますので、自由に書いてもらおうと。医師は少ないかと思いますが、ちなみに大阪市は中西先生が医師ですので、医師もあり得るかもしれないので。あとの中身は基本的に同じです。

こんなふうな調査をして、さまざまなステークホルダーから見た認知症疾患医療センターに期待されている役割を調べようと。それで場合によっては、都道府県別に集められますので、各職種間でどの程度一致するかなんていうことも調べることができるようになっております。

最後に、資料３を（画面）共有していただきます。実は東京都では、少し先行的に、多職種間で相互に期待されている役割というものを大まかに調査することを始めております。

どういうふうにやっているかというと、東京都では認知症支援推進センターが認知症サポート医（の研修）、看護師の研修、認知症初期集中支援チーム員の研修、それから地域包括支援センターの職員あるいは自治体の職員を対象とする研修をやっておりますので、この研修を利用して、研修に参加していただいた方に同じ調査票を使って相互に何を期待しているかという調査をさせていただいております。

研修は１年間かけて行われるので、１年かかって調査をします。構造は、何に困難を感じているかという調査。そして、よく連携しているところだけ選んでいただいて、各連携先に期待していること（に関する調査）。これは非常に少ないですが、14 項目だけ調べております。これは相互にどういうことを強く求めているかということを大ざっぱに見ようということです。

まだ全部ではないですけれども、認知症疾患医療センターに期待すること、地域包括支援センターが何を期待しているかとか、そういうことも少しずつわかってきております。これは自由記述をまとめたものです。こういったものを参考にしながら、最後にこの全国向けの調査票をつくっていこうと考えております。以上でございます。

ここからは、資料を（画面で）共有いたしませんので、皆さんのお手元にある資料を見ながら、特に資料１にある、今日の時代に合った認知症疾患医療センターの役割をどう考えるかとか、運営事業の質あるいは指標のあり方、評価のあり方について、自由に討議をしていただこうと思います。

非常に大ざっぱなテーマですし調査票のこともありますので、どこから議論するかというのは非常に難しいだろうと思っているんですが、一応取っかかりとして最初は、実施要綱にある目的の文言をどう考えるかというところあたりか始めて、そこから先、話はきっと勝手にあちこちに流れるかと思いますので、それはある程度自由に議論していただこうかなと考えております。

ということで、皆さん、資料の運営事業の目的のところを見ていただいて、実際の実施要綱は参考資料を見ていただくと細かく書いてありますが、今日の認知症疾患医療センターの役割というものが大体これで網羅されているのかどうかということを自由にご発言いただければと思います。

ちょっと私が読み上げます。実施要綱には「認知症疾患医療センター運営事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センターを設置することにより、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とその初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談、診断後の相談支援等を実施することとする。また、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り、事業の着実な実施を推進していくことを目的とする」と書いてあります。これに関連して自由にご発言いただければと思います。

発言の仕方ですが、一つは、この Webex は下のほうに笑顔のマークがありますが、ここを押すと「反応」というのが出てきて、「反応」の一番上に「挙手」というのがございますので、この挙手を押すと手（のマーク）がつくようになっております。これで挙手をいただくか、あとは声を出していただいても構いませんので、自由にご発言いただければと思います。

画面共有すると全員の顔が見えなくなってしまうので、画面共有は外して、これで自由にご発言いただこうかと思います。最初から発言するのはなかなか難しいと思いますので、発言がなければ私が指名します。でも、まず、発言しようという方がいらっしゃったら発言いただければと思います。

ちなみに、今、武田先生が参加していただきました。自己紹介は終わってしまいましたけれども、皆さんよく知っているかと思いますので。武田先生、よろしくお願いいたします。

武田　よろしくお願いします。

粟田　それでは、いかがでしょうか。自由にご発言いただければと思います。どこからでも構いませんので。この委員会は毎年とにかく自由に発言していただいて、それが最終的に実を結ぶというのがこの６年間の経緯でよくわかりましたので、自由に発言いただければと思います。

枝広　粟田先生、古田先生に入っていただきました。

粟田　そうか、古田先生。古田先生は初めてなので、最初に簡単に自己紹介をしていただけますか。

古田　東京都健康長寿医療センター、古田です。当センター〔東京都健康長寿医療センター〕で認知症疾患医療センターをやっております。よろしくお願いいたします。

粟田　よろしくお願いいたします。

それでは意見交換ですけれども、最初に好きなことを話していただくということで、私が指名させていただきます。内海先生、何か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　外部評価をどうするかというところで、数年前に、全国の４カ所だったと思いますけれども、包括と、そこの医療機関全部ですね、小児科から何から含めて全部を対象と

してやったので、医療機関がセンターの存在さえ知らないというようなことがありました。今回につきましてはサポート医に絞ったことはいいかなと思います。やはり、初期集中支援チームが始まってから、チーム員として活動するために各自治体にはほとんどがサポート医としていらっしゃるという部分でいえば、認知症のことをかなり精力的にかかわってくださっている先生に向けてセンターの役割をどうあるべきかというご意見を聞くのは、以前の調査よりもより実がある結果になるのではないかとは思っております。

それで、鑑別診断とか地域連携、相談支援、BPSD、急性期対応と、最初に五つか六つですか、センターの役割が掲げられています。私はそこの部分で一番抜けていたのは、いま栗田先生のおっしゃっていた診断後支援という継続的な支援の部分だと。すなわち、この十数年の間、センターが、鑑別診断というところでは確かに件数もふえたし、あそこに行けば正しい診断がもらえるというような意味合いでは大分実績はつくってきたかなと思いますけれども、一回受診して診断したらそれで終わりと。例えば１年後もずっとフォローしていくとかそういうことではなくて、１回限りのセンターへの受診、そこで中断されてしまっているというところに、やはり本当にこれでいいのだろうかと、二つ目の進行予防とか地域の中で生活していくための支援という部分での視点がやはり抜けていたのではないかなと、ちょっと感じておりました。

栗田　ありがとうございます。最初の外部評価のところで、今回、医師は認知症サポート医に限らせていただいた理由の一つは、今回、都道府県ごとの分析も可能になるように全国調査をやろうかと思いまして、そうすると認知症サポート医というくくりであれば何とかやれる可能性があるなということで、選ばせていただきました。

それから、今日は武田先生がいらっしゃるのであれなんですけど、恐らく今後、認知症サポート医の評価も必要になってくるのかなと思いまして。別にこれが認知症サポート医の評価に係るわけじゃないですけれども、認知症疾患医療センターのことを知っているか知っていないかというのは、認知症疾患医療センター側の評価でもありますし、サポート医側の評価でもあるかと思うので。地域全体の連携の強度ということになると双方が評価できる仕組みをシステムとして考えていくことが必要になるので、そんなことを考える上でも、今回、サポート医にフォーカスを絞らせていただきました。

それからあと、内海先生にご指摘いただいたように、診断後の支援ということが運営事業の目的の中に入ったことは大変重要なことかなと、私も思っております。実はこの役割について今日（こんにち）の役割を考えるべきだというふうにおっしゃったのは、日本医師会の江澤先生なんです。江澤先生は仕事が多過ぎて今回この委員会に入れなかったので、まずは我々で議論をしておこうかと考えております。この運営事業の目的の文言を何回も読んで、日本語としてどうかなというのはあるけれども、ただ中身はまあまあよくできているのかなという気がしています。これも 2008 年以降何回も修正されながらここに来ているものなので、まあいい線いっているのかなと私は考えているんですが、これについては皆さんにまたご意見をいただければなと思っております。

いかがでしょうか。自由にご発言いただければと思います。私の気持ちとしては全員を指したいのですけれども、せっかくなので私から指させてもらいます。藤本先生、いかがでしょうか、現在の認知症疾患医療センターの役割とか事業の質の評価とかそういうことに関して、先生が何か感じられていることがございましたら自由にご発言いただければ。

藤本　診断後支援のところは、必要なことが公式にこういう形で形になるのはすごくいいなと思っています。

ただ、連携型なり地域型なり、その母体によっては役割も少し違ってくる可能性もあるかなと。非常に早期の人たちが受診する場所と、少し BPSD 中心に受診する場所といろいろ差はあるので、その辺はどうバランスをとって（いくか）。どちらも大事だと思うので。基本的な対応としては診断後支援は大事なのは当然ですけど、背景によってはそれぞれ少し役割も違ってくる可能性もあるんだろうなとは思っています。

それから、サポート医の先生方とコラボは、ある意味やっとというか。専門医と、専門医も絡みますけれどもサポート医のコラボはすごく大事で、恐らくそこから始まると思います。地域を見ていても、サポート医を持っていないけど武田先生のところの（認知症）対応力向上研修を毎年、何か新しい話題がないかしらと思ってすごく熱心に受ける地域の先生もいるんです。案外、サポート医よりもひょっとしたら熱心かもみたいな。資格を取ったらそれから先のことがあんまり動けていないかかりつけ医の先生もおられますし、それ（資格）はないけど毎年熱心に研修を受けたりやりとりをする先生もいるので、いずれそういう人たちとの連携も先にはあるのかなと思います。我々の地域では、かかりつけ医＆サポート医の先生方に、我々が事務局になり、年 4 回の認知症多職種連携の会の運営や事例検討会のファシリテーターをお願いして、10 年になります。また、そこに参加している先生方に、滋賀県から我々のクリニックに委託を受けた若年認知症対策事業で、企業や地域で若年認知症研修の講師をお願いしています。また、行政の認知症関連の政策を決める委員会の委員もお願いしています。かかりつけ医＆サポート医の先生には、認知症の地域包括ケアのでの明確な役割をお願いすることが必要だと思います。また、サポート医をお持ちでないが認知症対応力向上研修を受けておられる先生には、症状が重度化した時に、往診などの在宅医療をバトンタッチしています。専門医とかかりつけ医の間での、医療のバトンタッチです。そんなところです。

栗田　ありがとうございます。先生がおっしゃるとおり、かかりつけ医の先生の評価というか視点は非常に重要だなと私も思います。ひょっとしたらサポート医以上に重要かもしれない。今回は全国でやるのでかかりつけ医はちょっとできないですが、ローカルでやる場合には、先生が今おっしゃったようにかかりつけ医の認知症対応力向上研修に参加している先生方にいろいろと評価というか調査をお願いするということも、方法論としては、オプションとしては考えておく必要はありそうですよね。

藤本　そうですね。とても熱心な方たちがたくさんいるので。サポート医の研修は２日間遠くへいかなければいけないので、土日に診療したりしている先生方はなかなか参加で

きなかったりするので。それよりも、地域での勉強会には熱心に参加していただいている方がおられるので、そこへも少し我々の視線を届けなきゃいかんかなとは思います。

栗田　ありがとうございます。それから、地域あるいは類型によって求められる役割が異なる可能性がある、これはこの数年間ずっと、この委員会の中で議論されてきたことです。もちろん、これは国の施策なので国の統一した実施要綱なり事業内容は必要です。ただ、それを超えて、さらに地域での求められている役割を果たせているかどうかということを評価することもひょっとしたらこれから求められてくるだろうと。そうすると、まずは、じゃあ何が求められているのかという、そこからスタートしなきゃいけない。ひょっとしたら、そういうことを探索する調査の方法みたいなものも、今回、検討できるのかなとは、ちょっと考えているところです。調査自体が探索的なのでうまくいくかどうかわからないですが、そんなところかなと思っています。ありがとうございます。

ほかに何かご意見ございますでしょうか。

渕野　私も昨年はほとんど参加できなくて申しわけございませんでした。今年は何とか参加していきたいと思います。

さて、先生が言っている実施要綱の目的のところですけれども、たしか僕の記憶では、これは平成元年の一番最初にできたんでしたかね。それから平成 17 年までの間にいろいろな文言も修正されて、そしてまた平成 20 年から再度でき上がったときは、前のを大分踏襲していったんです。そこにどんどんどんどんプラスしていって、この診断後支援が出てきたのは多分３～４年前だったかなというふうに記憶をしています。

栗田　そうですね。日常生活支援機能という言葉で。そうですね。

渕野　そうでしたね、はい。だから、その時々で変更しているのがこの目的だと僕は解釈していますので、これを別にどこがどう悪いということはないんじゃないかとは思います。現代に合ったようなものにどんどんどんどんバージョンアップしていったような気がしています。

ただ、そこ以外に、認知症疾患医療センターは500カ所つくるという目的があったけれども、さて500カ所に近づいてきて、今後どうするんだろうなというのが僕は非常に不安なところです。ちゃんとした質とかが担保されていないし、それがきちんとできればもっと伸ばすんだよ、もっとふやすんだよというようなものがあるのかないのか、これは国の問題だと思いますけれども、その辺も気になることですし。あるいは、配置の医師のところなんかもそうだけれども、日本老年精神医学会とか認知症学会、それにいわゆる５年以上の経験を有するというふうなところがずっと、これはもう平成元年の 30 年以上前からと全く変わっていないですね。これはこの先どうするつもりなんだろうとか、この辺も非常に気にはなっています。確かに質のことも大事だけれども、この辺は今後どういうふうに国は考えていらっしゃるのか､国のご意見もちょっと聞いてみたいなと思ったんですが。

栗田　そうですね。ちょっとこれは田中先生を指すのもあれなんですけど。

田中（稔久）　何かお話ししましょうか。

栗田　どうぞお願いします。

田中（稔久）　国がどう考えているかに関しては、ここで即答することはできないですけれども。500 カ所というもともとの目標は、各地域に認知症をちゃんと診てくれる医療機関がないということから、診療報酬をつけてセンターをつくってということで、とりあえず配置したというのが取っかかりだと思います。その上で、数が近づいたときにどんどんふやせばいいのかという問題と、それはちゃんと機能をきちんと備えた上で充実させるべきではないかという２方向の議論があることはご指摘のとおりです。現状では、きちんとした連携のもとに質を担保したようなセンターがきちんと配置されているもとで数のことを考えるべきだというのが基本的な考え方だろうと思います。

ということで、この事業できちんと考えていただいた上で、地域連携がきちんといくということを踏まえた上で本当の必要な数をどうするかが議論されるべきではないかなとは思います。とりあえずのお答えですけれども、よろしいでしょうか。

渕野　はい。

栗田　ありがとうございます。まずは評価しなきゃいけないですね。評価した上で数を考えるということですね。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。自由にご発言いただければと思います。

冨本　先ほど内海先生がおっしゃったことにも関係するんですが、認知症疾患医療センターのそれこそ認知度が実際にはあんまり（なくて）、サポート医の先生がどのぐらい認知しているかという以前の問題で、例えば市民に対して認知度を調べた三重県下のデータがあるんですが、これは４～５％ぐらいなんです。大分いろいろ宣伝に努めて、それでもやっと８％。例えば包括だと 30％ぐらいが認知されていますので、それに比べると本当になかなか非力な状態というのを感じています。

この目的の部分で、認知症の地域包括ケアの実現まで含めて担保するというのが一番理想的だと思うんです。先ほどの診断後支援のことで、診断して診断しっ放しではあかんに決まっておるんですが、例えば２人主治医制みたいにして、かかりつけの先生と連携して年に２回３回ぐらい診ていくことは実際に可能ですし、ある程度やっています。ただ、それはあくまでも医療の話であって、地域で患者さんが生きていくときに、やっぱりそのもう少し先の福祉介護の部分まで認知症疾患医療センターの役割があるのか、サポートをするかということがあると思うんです。

だから、目的のところは「医療を提供できる機能体制の構築」となっておると思うんですけれども、これが、介護とかそのあたりを直接はできなくても、例えばチームオレンジと連携するとか、あるいはそれの構築支援をするとか、そういったことは今、必要な状況が生じていると思うんです。ですから、そのあたりを役割の中にもう少し明確に位置づけていくとか。確かに認知症疾患医療センターの人員体制を考えるとなかなかしんどいなという感じはするんですが、本当に認知症の地域包括ケアを実現するということであれば、そういった部分もあってもいいのかなというふうにちょっと感じるところです。

粟田　重要なご指摘をいただき、ありがとうございます。

まず前半の部分で、市民が知らないというのはまさしくそのとおりでして、実は今回、市民とは言わないまでも、例えば家族が知っているのかと、家族会と連携して調査する必要があるんじゃないかと、実はちょっと考えてはおりました。ただ、地区単位だったらいいですが、全国規模で家族会の協力を求めるのは結構大変です。ご協力を求めるに当たってはまずお金の問題もあり、その辺でどうすべきかなというのをちょっと議論したんですけど。でも、いつかはやらなきゃいけないかなというふうに私も思っております。先生おっしゃるとおり、周知度そのものが、家族が意外に知らないんじゃないかということがあるので、これは結構大問題かなと。

実は若年性認知症の調査をしたときに、若年性認知症の方の多くは認知症疾患医療センターで診断されていることがわかったんですけれども、実は多くのご家族はどこに行ったらいいかわからないということが大半なんです。というようなことで、認知症疾患医療センターのことをよく知らないというのは確かです。あと、東京都で今やっている調査ですが、実は地域包括支援センターが、認知症疾患医療センターという名前は知っているけれども何をやっているところかよくわかっていないというのがわかりまして、これも大問題だなと。そんなこともあって、先生がおっしゃっているように、認知症疾患医療センターがどのように知られているかということを調べることも大きな課題かと。

それから、後半の話は非常に重要な話です。ありがとうございます。確かに、実施要綱に書いてある目的の「医療を提供できる機能体制の構築」というのが、ひょっとしたら少し時代おくれなのかなという気もいたしました。国際的にはやっぱり Integrated Care といって、先生がおっしゃるように地域包括ケア体制の構築にちゃんと貢献しているかということを評価することが今もうトレンドなので、これはちょっと考えなきゃいかんかなと、いま思いました。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

石井　いま冨本先生から認知症疾患医療センターの目的についてご発言がありましたので。私もこの目的に関しては実は常々不思議に思っていることがありましたので、そのひっかかりについてちょっと発言させていただきます。

この目的を見ると、最初のところで、「連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応」云々といろいろと書いてあって、「実施することとする」と。その後には「関係者への研修等を行うことにより」と。ここまでのところはやけに具体的にするべきことが列挙してあるんですけれども、ただその後は、「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り」ということで、そこまでかなり具体的にこういうことをするというのを列挙してあり、これをするだけであたかも魔法のようにその後に機能体制の構築が図れるかのような、ちょっと不思議な文章になっているなと感じております。

こうすると、しっかりとした医療を提供して、診断後の相談支援も行う、関係者の研修も行っていく、それ自体は非常に重要なことだとは思います。ただ、これがどのような形で機能体制の構築につながっていくのかと、いまいち見えなくて。この見えなさというのが、認知症疾患医療センターの立ち位置の不明瞭さにもちょっとつながっているのかなということを感じております。

先ほど粟田先生がおっしゃるとおり、地域包括ケアを目指すに当たって、いろいろな切り口はあるかと思います。例えば Integrated Care もその一つですし、あるいは Community-based Care だとか、そうした切り口もあるかなとは思いますけれども、どうした切り口をとるにせよ、進め方というのが当然出てくる。例えば Integrated Care であれば、じゃあどのような形で統合を進めていくのか、そうした考え方というのが出てくるかと思うんです。けれども、この目的の書きぶりはそういったところが全然見えないという不思議な文章になっております。そうすると、前半部分でかなり具体的にこういうことをやっていきましょうということと、あと後半部分の「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」、ここをつなぐところを、あたかも我々が想像で埋めていくかのような、そういうちょっと不思議な作業を行っているのかなという気がしております。

ここの部分は、じゃあどういう考え方に基づいて地域体制の構築を図るのか。結局、地域体制の構築の究極的な目標としては、地域包括ケアの提供というところだと思うんですけれども、そこまでつなげていくのか。そうした道筋をまずは考えていくというところが必要になるのかなと感じました。ありがとうございます。

粟田　石井先生、ありがとうございます。厚生労働省の専門官をされていた石井先生のご発言をとてもうれしく思います。

石井　いや、まさにブーメランで、おまえは何をやっていたんだという感じなんですけれども（笑）。

粟田　いや、先生がおっしゃるとおりです。Community-based Integrated Care をどうつくるかということについては、これを提唱しているオランダの Plochg 自身がバベルの塔を築く試みだというふうに言っているぐらい、どうやってつくっていいかわからないという議論もあるぐらいなので、まさに先生がおっしゃるとおり、ここの間に何があるのかがさっぱりわからない。ここの問題は大きいです。このご指摘をいただいたのは本当に私もうれしく思います。ありがとうございます。

これに関連してでもいいですが、何かご意見ございませんでしょうか。

北村　長いこと認知症センターをやっていますが、自分は別に認知症センターということをあまり意識しておりません。うちも田舎なので、難しいケースについては、ご家族だけじゃなくてケアマネジャーとか市町村の人とかサービス担当者とかいろんな人が毎回のようについてこられて、今の時代、診察室が非常に密になって困るんですけれども。だから、そういうことを日ごろから当たり前にやっていますが、それが果たしてセンターの仕

事なのかどうかということはよくわかりません。だから、センターの設立主体によって、大学病院にそんな人がいつも来られたら困るでしょうし、そのあたりはどうなのかなと思ってやっています。

それで、昔からセンターの機能として鑑別診断というのが重要視されておりましたが、例えば認知症専門診断管理料というのがセンターでは取れますけれども、あれのたてつけが、まずかかりつけ医からの紹介であって、認知症と診断されていないことが条件になりますよね。だから、FTD の人をアルツハイマーと診断していて紹介されても、それではその管理料が取れないという問題が一つあります。

それからもう一つは、認知症専門診断管理料は認知症を診断して、治療方針などを示して、かかりつけ医に帰すことが前提になっています。僕なんかは長いこと地域医療をやっていますから、その患者さんをずっと診たいんです。そうすると、うちの医事課は、「あなたは次の外来予約をとってあるから、この専門診断管理料は取ってはいけないんだ」とかという話になって、診療報酬が算定できないんです。

ということで、先ほど冨本先生が言われましたように、内海先生の話とも関係ありますが、逆紹介してしまって放ったらかすというんじゃなくて、歯の定期検診と一緒で、あなたは４カ月ごとですよとかあなたは１年ごとですよとかと言って、並列して診ていくというのはセンターの機能としてあったらいいかなと考えています。

細かいところは、本当にじっくり生活まで見てあげるみたいな感じのところは、できる医療機関とできないところ、なじみがあるなしもあると思いますし、そういうのを普通の指標の中に入れてしまうと、レーダーチャートの中でそこだけ著しく劣るとか、何か変な形に見えるみたいな、そんなものもぐあい悪いかなとかといろいろ思いまして。ちょっと話はまとまりませんが、そんな感じです。

栗田　診療報酬との絡みはややこしいんですけれども、確かに、継続医療をちゃんと確保されているかどうかというのは、連携という意味で非常に重要ですよね。だから、かかりつけ医に逆紹介したらオーケー、それでいいのかという問題は確かに残されていて、その後きちんと必要な継続医療が確保されるようにしているのかどうかという、この辺を評価する必要があるのかなと。

武田先生はワーキンググループですけれども、先生はこの辺のことをいろいろと。

武田　ちょっと逃げさせていただくと、僕が厚労省にいたときはこれは精神・障害保健課の案件で、認知症専門診断管理料ができたときも精神・障害保健課が頑張ってつくったところではあったので。おっしゃるとおり、今から見ると本当に診断に偏って、かつ、かかりつけ医に帰さなくちゃいけないというところが、ちょっとどうかなというのを、いま特に感じます。ですので、おっしゃるとおり、そういう継続的な支援をしているところを本当は評価できると一番いいんだろうなと思います。

あともう一個ついでに言わせていただくと、すみません、話が全然変わってしまいますけれども、先ほど渕野先生とか田中先生が質の担保の話を言われました。でも、この場合、

疾患医療センターの質って何だろうというのがどうもひっかかっていて。結局、この委員会の検討すべき課題だとは思うんですけれども、質の高い低いというのは、さっき藤本先生が言われたようにいろんな地域によっていろんな質があるんだろうかとか、いや、疾患医療センターとしての質は一つなのかなとかというあたりもちょっとひっかかっております。

栗田　この問題は実はこの委員会の中で数年来ずっとひっかかっている問題で、ややこしいんですよね。これは一応、運営事業の質ということになっているので、運営事業は都道府県がやっていることなので、都道府県がちゃんと質の高い運営事業をしているかどうかを評価するというのがこの言葉の意味だと思うんです。都道府県を評価するために個々の認知症疾患医療センターの機能を評価するというたてつけなんだろうというふうに、私は考えています。であるならこれでいいのかというのが、ちょっとやっぱり疑問として残るところで。ただ、そういう構造になっているのだろうと。だから、単に医療の質ではないだろうと。

これは石井先生も知っていますけれども、諸外国の Quality Indicator を見ると医療の質が中心ですよね、医療の質がうまく担保されているかと。ここで議論すべきことは、そういうものとはちょっと違うだろうということで、実は外国の文献を読んでもあんまり参考にならないことがわかっています。だから、我々がやっていることは世界的には珍しいことというか新しいことなので、ここのところをどう考えるかということをちょっと考えなきゃいけないかなと思っております。武田先生、ありがとうございます。

數井　私自身は２人主治医制で以前からやっていまして、今もやっているんです。２人主治医制のときにやはり重要なのは、相手のかかりつけ医の先生の力量をある程度こちらが把握することです。任せていい先生の場合は本当に任せっきりのこともありますし、患者さんが１年に１回の検査だけをご希望されればそれでもいいですけれども、そうなれていらっしゃらない先生の場合は、最初の薬の導入とか介護保険の導入とかもやって、そこから帰す。その後は、大まかには３～４カ月に１回ぐらいといいかげんに言っておいて、こちらの患者さんの予約の空き状況によって、比較的余裕があったら３カ月に１回、なければ４カ月に１回、落ちついていれば６カ月に１回なんていうふうに振り分けて考えていきます。

でも、そうなったときに今度ちょっと問題は、持ち患者さんが多くなりますので、新患の枠がどうしてもたくさんはとれなくなってしまうんです。だから今度は、予約待ちが長いというのが我々の施設の評判の悪いところなんです。後々フォローしてくれるという点はありがたいと思っていただいているんですけれども、患者さんをたくさん診ているわけではなくて、そこは困っています。ちょうどいいかげんというインジケーターがあれば満足度は高いのかなと思いました。

栗田　ありがとうございます。実は予約の待機についても海外の Quality Indicator の一つにやっぱりあって、ちゃんと早く診てくれることは結構大事だというのがあります。

今も認知症疾患医療センターの実績評価の中に入っていますけれども、そういうのも確かに大事だろうなと。それとあと、継続医療の問題を、じゃあどうするのかということ。

これは本当に実際的な話ですけれども、個々の地域性なんかもあるかと思います。今日は大都市の認知症疾患医療センターのセンター長も入っているので、大都市はどうなっているのかということで、古田先生、今のことについて何かご意見いただけませんか。

古田　待機時間に関してうちはいろいろ工夫をして、短くなっても結局医者が減ると長くなるということで、今２カ月ぐらいでやっていますけれども、フォローアップも新患の数が多過ぎて、フォローしていると数がさばき切れなくなって、結局いいかげんになっているのかなと反省しています。

認知症疾患医療センターの評価等に関してお話を伺っていて思ったのは、北村先生がおっしゃった、施設によってきれいな正円形にならないのではないかというところで、それでも各実施主体とかによって個性があっても質がちゃんと評価されるような評価尺度があるといいのかなということです。非常に難しいと思いますけれども。

うちなんかは基幹型に準じるような地域型なのでオールラウンダー的なことをやっていて、逆に連携型のような非常に小まめなことは弱いのかなと思いますが、研修とか行政との連携とかに関してはかなりやっているので、そこは評価してもらいたいけれども、じゃあ直接行くのはそうでもないとか、ケース検討の会議の数とかで評価されると厳しいのかななんていうことを、聞いていて思いました。

都道府県の事業の評価となると、やはり都道府県がどういう位置づけで認知症疾患医療センターを捉えているのかということを行政の方がもう一回考えていただくプロセスを踏んでからやっていかないと、文言だけが動いているような気が最近しております。

栗田　ありがとうございます。確かに、オールラウンドプレーヤーはなかなか難しいというのがあって、通信簿をつけてオール５をとれる認知症疾患医療センターはそもそもないんだという考え方で評価していくことが多分必要なんだろうなと、今の話を聞いて思いました。

私も古田先生と同じところに勤めているから、あんまり大きなことでは言えないことかもしれませんが、やっぱり大都市は患者さんの数が多いので、フォローアップはなかなか難しい。數井先生がおっしゃったように待機時間を短くして、しかも２人主治医制というのは、なかなか至難のわざです。ただ、その分、大都市としてのいろいろな役割を果たしているだろうなと。そんなことが網羅的に評価できるようなことを考えていく必要があるのかなという気もいたしました。ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

旭　私は昨年来、千葉県内の疾患医療センターの研修会で、認知症疾患医療センターの役割の一つとして身体合併症と BPSD への対応ということを取り上げていろいろディスカッションしたところ、11 ある疾患センターで対応できているところはやはり３カ所ぐらいしかないんです。あとはまだまだ十分にやれていないというようなことで、このために、

サポート医も含めた研修を新たに計画して、４～５カ月後にやる予定にしております。そういう意味では、疾患センターの役割は非常に重要だと思っておるということ。

それからもう一つ、松戸市では人口 150 万弱ですけれども、ここでもコロナの問題が出て、先ほども言いましたように相談が非常にふえている。これはいろいろ考えてみると、高齢化が進んでいるせいだけではなくて、コロナの問題が出て、多分これから５～６年先の問題を一気にここ１年ぐらいで表面に出しているんじゃないかと私の中で解釈しています。それで、これは市のほうとの連携がどうしても必要だし、それから包括支援センターも、私どもは松戸市の中に 15 カ所ある包括支援センターの１カ所、人口３万ぐらいのところですけれども、そこからもいろんな問題の認知症の方が非常にふえている。それをできるだけ取り込んで、どういう問題があるかというのがかなり見えてきましたから、それを繰り返しやりながら、市のほうと連携をとりながらやっていこうというふうに今は考えておる次第です。

栗田　ありがとうございます。千葉県は県全体で認知症疾患医療センターのあり方とかをよく検討されているなと思ったんですけれども、やっぱり千葉県はセンターごとの役割分担みたいなものなんかも検討されているんでしょうかね。

旭　今は県のほうと連絡をとりながら、疾患センターのお互いの連携と、それから先ほどお話ししました、今年は研修センターとして個々に何をやるかというのをディスカッションして、とりあえず今年は認知症の合併症と BPSD への対応で疾患センターとしての役割をどうするかというのを一つのテーマにして研修会をやるというところになっています。

栗田　ありがとうございます。さっきの古田先生の話とも関係しますが、都道府県として認知症疾患医療センター運営事業全体としてどういうふうなプランで考えていくかということを考えているのかどうか、これは結構重要ですよね。そういったこともひょっとしたらこの事業評価の中で検討されなきゃいけないことなのかなという気がいたしました。ありがとうございます。

中西先生、どうぞ。

中西　大阪市は人口 270 万に６センターが、大学病院、精神病院、一般病院、クリニック二つですけれども、実際にはセンターじゃない医療機関で物忘れ外来を行っているところとかがたくさんあります。鑑別診断機能としては、今は大体どこも１週間以内で予約がとれるところがほとんどという状況です。行政側としては、特にセンターは福祉行政で、一般の医療は健康行政になっているので、大阪市なんかですとセンター以外の医療機能をどういうふうに考慮していくのかということが課題だなと思っています。

研修のやり方とかも東京都と大分違うみたいで、うちはかかりつけ医研修とかも医師会が一生懸命頑張っているので、そういうふうな地域による差もどう評価していくのかというのが難しいなと思って、伺っていました。

あと、數井先生がおっしゃったみたいな２人主治医制とかの問題も、確かに患者さんが多くなると本当に大変ですけれども必要な方法だと思っています。例えば私は若年性外来

をやっていますが、そういった少し専門性が高い患者さんはやっぱりセンターで診ていかないといけないと思いますし、いわゆる高齢者の典型的なアルツハイマーの方であれば、本当によくやっていらっしゃるかかりつけ医の先生なんかが、「診断後支援なんかも自分でやっているからこっちでやります」とおっしゃっているのをわざわざセンターがやる必要もないのかなとも思っています。疾患医療センターの母体が何でどういう患者さんが得意なのかということとあわせて、どんな患者さん、患者さんの病気というか背景によっても、本来は診療報酬も違ってもいいのかなと思うんですけれども、センターの役割も違ってくるのかなと感じています。

大分前の事業目的（認知症疾患医療センターの要綱）のところで石井先生がすごく大事なお話をしていただきましたけれども、私自身は最後の２行（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り、事業の着実な実施を推進していくことを目的とする）のところが違う意味でひっかかっています。これは行政の役割をこの事業に投げているような感覚を、センター側の医者としてはずっと持っていました。本来、「機能体制の構築」は、行政が主体となるものなんじゃないのかなと。行政によっては、あの文言が本当にセンター側にぐっと来ると、ぐっと引いてしまう行政もあるんじゃないかなというふうに、ちょっと気になって読んでいました。

栗田　ありがとうございます。重要なことがたくさん含まれていたと思います。

今回は実は行政の立場は中西先生だけなんですけれども。大阪市は指定都市なので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する主体として実施しなければいけませんけれども、先生の話の中で、いわゆるメモリークリニックみたいな、物忘れ外来ですよね、そういったことを一体として行政としてプランニングしているかどうかというのは、認知症疾患医療センターだけのことではやっぱりだめなので、そこは重要なポイントですね。

それからあと、若年性認知症のことをお話ししていただきましたけれども、若年性認知症については認知症疾患医療センターのようなところでちゃんと診断をして診断後支援をすることは、恐らくいろいろなところから期待されていることの一つではなかろうかと思います。これは今回実施する調査にも含めなきゃいけないのかなという気がいたしました。

それから最後の話、認知症疾患医療センターにいろんな仕事をぶち込むのは避けたほうがいいというのは私も思いました。ありがとうございます。

だんだん時間も押してきたので、まだご発言いただけていない先生にもご発言いただきたいと思います。池田先生には最後に発言してもらおうかと思っています。谷向先生は何かご発言いただけないでしょうか。

谷向　ありがとうございます。全国でどれぐらい認知症疾患医療センターになっておられて、その手を下げたところはこれまで全国で何カ所あったのかはわからないのですけれども、実は愛媛県ではもともと六つの認知症疾患医療センターでスタートしたんですけれども、業務上あるいは医者の数が足らなくなって、去年４月に一つが手を下げたというようなことがあります。大洲地区がそういうふうになっているんですけれども。

やはり、当初の運営事業に加えて疾患センターの新しい役割というのがどんどんどんどん加わってきているということもあって、当初それぞれ手挙げした中で担わないといけない役割に追加されてきている中で、では別のところにかわりますかとか、そういうようなことが全然されていないまま同じ疾患センターに新しい機能がどんどんと求められているようなところが、背景の一つとしてあるのではないかなと思ったりします。

先ほどの運営事業の目的というところになってまいりますと、やっぱり地域包括ケアの中で認知症疾患医療センターはどういうような役割を担っているのかというような感じの位置づけをするほうが明確なような気がいたします。本当にいろんな形で、例えば予防事業とか啓発事業等々ということになってくると、今年度から愛媛県の中でもチームオレンジというのがスタートしたりとかというような感じで、行政の中それから委託されている医師会とかでもいろんなことがたくさんあり過ぎて。認知症疾患医療センターの中でも研修ということが言われていますけれども、それぞれの研修会がたくさんあり過ぎて、住民のほうに、患者さんのほうに行く時間というのが逆になくなってしまうんじゃないかと思うぐらいのところがあると思います。この事業としてもあれですけれども、もう少し全体が統合できるような、それこそ包括的にできるような、少しズームアウトしたようなビジョンでいろんなことが考えられていけばなと思います。

それからあと、古田先生のご意見と同じように、疾患センターの中でもそれぞれの特徴を持った疾患医療センターというような形の位置づけというか、地域の中で認識してもらえるというようなこともあってもいいのかなと思いました。そんなところです。

栗田　ありがとうございます。業務過多は質を落とす重大な要因ですよね、業務をふやせばふやすほど質が落ちてしまうということがあるので。こういったことは都道府県の中でちゃんと議論されているのか、課題を上げて考えているのかということは重要なポイントだなと思いました。単に実績評価して PDCA を回すという、そんな判で押したような話じゃなくて、現場で働いている人たちが抱えている課題をちゃんと吸い上げて議論しているか、そういう場があるかということは重要なテーマだなと思いました。谷向先生、ありがとうございました。

小林先生は何かございませんでしょうか。

小林　福島市は、去年の 10 月に福島医大が基幹型の疾患医療センターに認定されて、30 万弱の一つの都市に基幹型と地域型とうちの連携型という三つのセンターが機能をし始めて、そのセンター同士の連携を深めている状況であります。連携型センターは受診の敷居が低いこともあり、オールラウンドプレーヤーとしての役割が求められ、予約時間外にも診てほしいという方の対応をしたり、基幹型、地域型で支えられない難しいケースの方をサポートしなければいけません。多面的な支援をしなければならない非常に難しいなと感じるケースが増えていることを感じながら、日々の業務に当たらせて頂いております。

先ほどから話題に上がっている診断後支援については、私自身、非常に大事なポイント

ではないかと思っています。その中で、少し見当違いかもしれませんが、内部評価だけではなく、外部評価の一環として、患者様とご家族様がそのセンターを受診してどういうふうに思われたかという点が重要になってくると思います。これは初期集中支援事業との絡みもありますが、実際、ほかのセンターで上手く対応できなかった患者様が支援チームが動いて私のセンターを受診し、様々なケアにつながり、介護者様から感謝されることを多々経験しています。困難事例を上手く介入できたということは当事者にとってはプラスの評価になる訳で、そういった意味からも当事者視点の評価は大事なポイントになるのかなと感じています。

若年性認知症の患者さんは少し特殊で、総合的な支援が必要になり、私もかなり力を入れて対応しています。若年性認知症患者さんの診断した後のフォローというのは、センターに求められる重要な業務の一つと思いながら常々仕事をさせていただいています。

栗田　ありがとうございます。利用者あるいは当事者に評価してもらう観点を実は今回は入れていないんですよね。この問題は結構重要です。以前に満足度評価はやったことがあるんです。ただ、満足度評価をすると大体は「満足していない」という話で終わっちゃうので、何もならないんですけれども。

でも、先生の今のお話を聞いて思ったのは、例えば診断後支援がどの程度されているかということは、やっぱり当事者に聞くのが一番よさそうですね。具体的に、例えば情報がちゃんと提供されているかとか、説明が理解できたかとか、わかりやすく話してもらえたかとか、そういうような。例えば診断後支援に一つ特化しても、当事者に評価してもらうのが一番いいのかな、そういう外部評価の仕方も検討すべきだなと思いました。先生、ありがとうございます。

小林　ありがとうございます。

内海　先ほど石井先生のお話を聞いてちょっと思ったんですけれども。センターの役割というか目的という部分で、２段目につけ加えられた進行予防、そして地域の中での生活、それが最初のやつは非常に具体的で、次のは非常に抽象的で、一体何を求められているんだ、もう少し具体的なというお話は本当にそのとおりです。

私自身は、二つ目の掲げられた文章というものを実現するために、鑑別診断なり急性期対応なり相談支援なり最初に掲げられた目的ですね、そこに研修の機会を設けるとか連携、そして最後に診断後支援という部分が入ったとしたら、それを各センターがきちんとやれば、我々は行政ではないので、２段目のことが医療として提供でき得る最大限のことなのかなと。これまで 10 数年やってきて最初の目的がまだまだ十全にできていないというところで、これがきちんとできればそれにつながって、センターが地域のかなめになるし、ワンストップで医療から介護から提供でき得るかなめになるのではないかなと思いました。

栗田　ありがとうございました。この文言そのものに、何ていうんでしょうね、どう取り扱うかを議論するということ、これは非常に重要なことだと私も思いました。この委員会だったらそういうことをやれるのではなかろうかと。

先生おっしゃったとおり、確かに、ここにはプロセスとアウトカムがコンパクトに書かれていることがやっぱり大事で、こういうプロセスを経てこういうアウトカムが得られるようにするんだということを、しかも本当は科学的なエビデンスを持って書かれるようにしていくのが理想なんだろうなと思いました。これについてもなかなか一筋縄ではいかないと思いますが、ぜひ議論をしていければと思います。この事業は今年度いっぱいでゴールに行くとはとても思えないので、こういったことは継続して検討すべきではないかなと思いました。ありがとうございます。

ほかに手を挙げている方はいらっしゃいませんか。

北村　話が大分それるかもしれませんけれども、ちょっとだけいいですか。先ほど中西先生が言われたように、今どき、診断してくれるところはいっぱいあるんですけれども、これはうちのところだけか、ほかもそうかもしれませんけれども、結局、若年性の方、あと社会的弱者の人がどこにも行けなくて。特に虐待事例なんかはやっぱり包括で把握するわけですから、そういうのは認知症があればセンターできちっと対応することは必要なんじゃないかと思っています。やっぱり、これからひとり暮らしとかがいっぱいふえてきますから。

この前も、うちの近くの小規模多機能施設でコロナのクラスターが発生して、その中で１人、身寄りもなくて自分の家もなくて、その小規模多機能施設で住んでいたという認知症のおばあさんの行くところがなくて、うちでとったんです。そういうのが果たしてセンターの機能なのかわかりませんが、これからそういうこともふえるだろうと思います。

ただ、その人はたまたまかほく市の人だったので、かほく市はうちに頼んできたんでしょうが、それがほかの市町村だったら多分うちには頼んでこないので、そういうのがセンターの仕事なのかどうかというと疑問はありますけれども、そういう話がこれからふえるんじゃないかなと思います。

栗田　北村先生、ありがとうございます。今の点は恐らく、地域の中で認知症疾患医療センターに期待されている役割だと私も思います。地域包括とかかかりつけ医から期待されているだろうと思われるので、今回の調査にその視点はやはり選択肢の中に含めなくてはいけないかなと思っておりますので、参考にさせていただきます。ありがとうございました。

もう少しで時間になるので、池田先生、この辺で何かご発言いただければと思います。

池田　ありがとうございます。歴代の担当官の先生方もいらっしゃるので言いにくいところもありますが。僕自身は今、疾患センターから少し離れた立場なので言いやすいので言わせていただきますと、基本的には、栗田先生がよく比較されますように、老人性痴呆疾患センター時代のデータと比べますと、現在の認知症疾患医療センターの皆さんは本当によく頑張られていると僕は素直に思います。それは高く評価していいと思っています。

特に、栗田先生の研究班で若年性認知症の調査をしたときに驚いたのですが、先ほどから話が出ていますように、疾患センターで診断を受けてフォローされている方が多いんで

すよね。僕の予想よりもはるかに多かったです。対応が難しい方々を疾患センターで担当されていることが改めてわかったので、そこは高く評価していいのかなと思っています。

疾患センターの今後の役割としては、田中先生が指摘されたように、まさに連携のかなめというのが、地域によって担う役割は多様であるとしても、全国的に共通する役割なのかなと思いました。

ただそうなると、今日はあんまり話に出ませんでしたが、連携担当者の役割が極めて重要なのかなと思います。もちろん正確な診断をしたりフォローアップをして必要な治療的介入をしたりするための医師の技量や役割が極めて重要なのは当然のことですけれども、さらに重要なのは実は連携担当者の能力だと思います。例えば非常にフットワークの軽い認知症専門の看護師さんや精神保健福祉士の人がいる疾患センターは、やはり機動性が高く守備範囲は非常に広いですし、先ほど北村先生からお話があったような困難な事例などにもきちんと対応できるのは、そういう人材がいるセンターなのかなと思います。ですから、そこを評価の対象にしていただいて、可能ならば、そこの人員がふやせるような予算配分をしていただけたらいいのではないかと、少し離れた立場からは提案させていただきます。

あとは評価の問題で、冨本先生がおっしゃるとおり、一般市民の間では認知度はやっぱり低いと思います。でも、ちょっと語弊がある言い方かもしれませんが、連携の中のかなめとしての役割であれば、一般市民にはそれほど認知度は高くなくてもいいのかなと思っています。ただ、冒頭で議論になった、サポート医あるいはケアマネジャーさんにおける認知度が低かったら、これはもう致命的です。だから、ここをしっかりアンケートなり調査をこの委員会でもやる必要があるのかなと思います。

それから、もう一は外部評価の問題です。今日、先生方皆さんおっしゃいましたけれども、地域によってそれぞれニーズが違いますし、医療や介護の資源も違いますので、本来であれば一番きめ細かく評価できるのは都道府県だと思います。

ただ、中西先生がおっしゃったように、これは都道府県の力量が問われるところで、全体の地域の実情を知っていないと評価もできないと思います。それから、行政の方には遠慮もあると思うのです。ふだんいろんな難しい事業とかを自治体のほうから先生方に依頼しているので、そこでさらに評価というのは非常に難しい。随分昔のことになりましたけれども熊本で認知症疾患医療センターの熊本モデルをやり始めたときは、何か奥歯に物が挟まったような言い方を行政の方がされるので、我々医師を全部外して、各センターの連携担当者と自治体のメンバーだけで事業評価をしてもらうような場をつくっていました。それがどのくらい機能したかどうかはわかりませんけど。つまり、本来はきめ細かい評価は地元の自治体がやるのがベストだと思いますが、評価をしても、それに基づいて様々な改善を要求するというのは立場上非常に難しいのかなと。

そうなるともう一つの手は、何回か議論になりました連携会議です。十分に機能しないといけないということを、前の班のときかその前の班のときに栗田先生が指摘されていたと思います。たしか年に１回は開催義務がある、第三者が入っているこの会議が、もしかしたら評価の役割を担うことができるのかなとは思います。ただ、以前の調査ではたしか開かれていない都道府県もいっぱいあったので、現実的ではないかもしれません。

あともう一つの方法は、評価まではいかないかもしれませんが、疾患センターの相互の評価をする手だてとしては、内海先生が一生懸命やっておられる、疾患センター間の横の連携です。小林先生からも先ほど話が少し出ました。近隣の疾患センターでしっかり連携を深めて、疎通性をよくして、互いに評価するとか互いに機能を補うようにすれば、かなり地域特性に基づいた評価とか機能強化ができるのではないかというふうな印象は持っています。

これら三つの方法は、相互の利害も絡みますので、いずれも外部評価として非常に難しいです。だけど、これらの選択肢が現実的かなと思います。あとは、監査と同じように、厚労省の方が全国津々浦々、３年に１回ぐらい各疾患センターを全部回ってインタビューをしてくださるか、それぐらいかなと思います。非現実的ですが。

栗田　非常に網羅的な話をしていただいてありがとうございます。特に後半に関しては、ローカル（地域）でどうやってきめ細かい評価をしていくかという、その方法論、テクニカルなことも含めてこういうところで考えていくのがとても重要な課題なんだろうなと思いました。

それからあと、居宅介護支援事業所、ケアマネは重要なステークホルダーなので、これも本当は調査の対象に含めたいと思っているんですけれども、膨大な数なので。もちろん無作為抽出とか客体数を調整すればできないことではなさそうなので、ちょっと検討させていただこうと思います。今年度やれるかどうかはわからないですが、でも重要なことだなと思いました。

それから、連携担当者の件。これは先生がおっしゃるとおりです。ただ、これは石井先生が専門官であった時代だったかと思いますけれども、日常生活支援機能という名前で予算措置して、人をふやすような手だては一応してあるんですね。でも、それだけではまだ弱いかもしれません。この点をもう少し重視して人を充てるというようなことを考える必要があるかもしれません。それから、このことは恐らく研修にも絡んでくるのではないか、きちんとした研修をしてクオリティーの高い相談員を育成することと連動するのかなと思いますので、そんなことも今後検討できればと思います。

ということで、時間が来ました。今日は本当に内容の濃い議論をありがとうございました。最初に説明するのを忘れましたけれども、例年どおり、この会議は全て録音されておりますので、全部文章に落として、議事録を皆さんにお回しして点検していただくことになるかと思いますので、そのときもご協力をどうぞよろしくお願いいたします。

それから、今日、調査のことについては大ざっぱな話しかしませんでしたが、資料を皆さんのところにお送りしていますので、特に、期待される役割のリストを 34 項目ぐらい

つくりましたけれども、これについて皆さんのご意見をメールでいただけるとありがたいなと思います。今日の議論も参考にしてリストの文言とか項目を検討いたしますので、大体案が固まりましたら皆さんのほうにメールでお送りします。調査の時期は、武田先生の認知症サポート医の調査の時期と大体一致させようかと思っておりますので、これは武田先生とご相談させていただいてやろうかと思っております。

ということで、今日の委員会はこれで終了としたいと思います。

内海　粟田先生、すみません、最後に一つ質問させていただきたいのですけれども。今回のこのアンケート調査票がありますね。先ほどからかかりつけ医の先生にもとか、あるいは粟田先生がおっしゃったケアマネジャーの方にもとかと、ありますよね。例えばこの調査票を、私どものセンターの領域のそれらの方たちに独自にやって、そして自分のところの地域、自分のセンターはどういうふうに見られているのか、どういう位置づけなのか、何を期待されているのか、そういうことにも利用するというか、それも可能でしょうか。

粟田　そうですよね。もちろん全国でやれるものは全国でやりますけれども、例えば先生のところでさらにかかりつけ医も入れてとか、対象を広げて独自にやれるかということですよね。多分問題はないかと思います。そんなにお金はかからないと思いますし、多分問題はないと思うので、そんなことも一つの調査のオプションとして検討させていただければと思います。詳しくは、調査関係は枝広がまた調整してくれるかと思いますので、そういうことでやっていきたいと思います。

枝広先生、何かございますか。

枝広　いえ、私からは特にないです。調査に関してはまた細々とメールを皆さんに送りつけてしまうと思いますので、すみませんが多少の相手をしていただければありがたく存じます。よろしくお願いします。

粟田　よろしくお願いします。

それでは今日の委員会はこれで終了とさせていただきます。皆さん、長い時間ご協力ありがとうございました。

（終了）

令和３年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 99）
認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業

第２回検討委員会　第４回ワーキンググループ
議事録反訳

日時：令和３年 12 月 14 日（火）18 時 30 分～20 時 32 分
会議形式：オンライン

枝広　定刻になりましたので、第２回検討委員会を始めさせていただきます。差し支えなければ、皆さんお顔をお見せいただければありがたく存じます。栗田から挨拶させていただきます。

栗田　皆さん、お忙しいところをお集まりいただきまして、どうもありがとうございました。今日は、基本的には現在の進捗状況についてご報告させていただいて、その後またフリーディスカッションという時間をとらせていただこうと思っております。

早速ですけれども「本日のアジェンダ」ということで、資料を共有したいと思います。これに沿って私のほうで説明させていただきます。

〔スライド１〕今回は第２回の検討委員会でございます。

〔スライド２〕これは一応確認ですけれども、今年度の事業の目的です。令和２年度にやった認知症疾患医療センターの運営事業の「質の確保」に向けた取り組みに係る討議を踏まえ、以下の四つのことを検討しようということで、「今日の時代に合った認知症疾患医療センターの役割とは何か」「認知症疾患医療センター運営事業の質とは何か」「PDCA サイクルに基づいた事業運営を可能とする事業の質の指標とは何か」「外部評価を含め認知症疾患医療センター運営事業の評価はどうあるべきか」と。

こういうことを議論しようということですけれども、特に実施要綱には、認知症疾患医療センター運営事業の目的として「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」とされているので、これをどう評価するかを検討して、今回はその取り組みの事例を可視化させていこうと考えているということです。

これについては前回の委員会の議論の中でもございましたけども、認知症疾患医療センター運営事業の究極的な目標は、認知症の地域包括ケアシステムというものをちゃんとつくり出していこうということだろうと。ただし、どうやったらその地域包括ケアシステムを認知症疾患医療センター運営事業の中でつくり出していくことに貢献できるのかということは実施要綱には明示されていない。ただ診断して、診断後の支援をして、そして研修をしてということで地域包括ケアが実現するわけではないであろうから、その辺のところをよくよく考えていかなきゃいけないんじゃなかろうかと。これは石井先生のご指摘でしたけれども、まさにそのとおりです。これを評価するということは、どうすればそれが実現できるのかということも一緒に考えていかないと評価のあり方が検討できないだろうということですので、そういうことも踏まえて議論させていただければと考えております。

〔スライド３〕実際、この検討委員会ではこういう形で進めさせていただいております。認知症疾患医療センター運営事業の役割・指標・評価方法を検討委員会で議論していこうということなんですが、これを議論していくに当たって、ワーキンググループのほうで三つの作業をさせていただいております。

一つは、地域のステークホルダーを対象とする調査。後ほど進捗を説明いたしますけど、認知症疾患医療センターに期待されている役割は何かという調査、認知症支援にかかわる

さまざまなステークホルダーを対象にした調査を今やっております。

それから（二つ目は）文献調査。認知症疾患医療センターのQI（Quality Indicator）の候補となる指標というのは文献的にどうなっているんだろうということを調べようということです。スコーピングレビューという方法で一応検討していますけれども、医療の質に関連する文献はたくさんあるけれども、どうも先ほど言った地域包括ケアの実現を目標としている運営事業というものを評価する指標というのはほとんどないと言っていいんじゃないかということで、これについては、実際の指標を我々のほうからつくり出していくしかないかなと。ただし、QIの候補を取り出す方法論についての文献はございましたので、それを参考にして考えていくことになるのかなと思います。

三つ目の事例調査につきましては、先ほど申しましたように「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」、一言で言えば地域包括ケアシステムの構築にどう寄与していくかという好事例を、実はここにいる認知症疾患医療センターにかかわっている委員の皆様全員にお願いしているところです。これについては後で事務局のほうから説明させていただきます。

こういう三つの作業を踏まえて、認知症疾患医療センター運営事業の役割とかQIの候補になる指標、そして評価方法に関するレポートというものを今回の成果物で出させていただこうかなと考えております。

〔スライド４〕これは文献的に調べた、QIを定める考え方のフレームワークです。そもそもQIをつくるということは、事業の質を確保するための枠組み（Quality Assurance Framework）というのが「事業の質の評価指標」と「事業の質を改善するための仕組み」の二つによって構成されるものなので、この両方を同時に考えていくことが事業の質を高めていく、担保していくための基本的枠組みであろうということです。

〔スライド５〕実際にQIの開発方法というのは、専門家による検討、エキスパートのコンセンサスをつくっていくという方法か、デルファイ法という二つが基本的な方法のようです。

ただ、こういった方法について、まだまだ課題として残されている二つのことがあります。一つは、開発プロセスに当事者が参画するということがまだまだなされていないので、これは今後考えていかなければいけないだろうと。それからもう一つは、医学の側面だけじゃなくて、地域という観点にちゃんとフォーカスを当てて評価していく必要があるんじゃないかということです。これが今、我々が検討していることではないかと思います。

〔スライド６〕これはこの後説明してもらいますが、まず、我々がやっている、地域のステークホルダーを対象とする調査ということで、「認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査」というのを認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市町村担当者、認知症サポート医を対象に、認知症疾患医療センターに期待される役割53項目を４件法で評価するということを現在行っております。

これを４件法で評価すると、項目ごとに４点満点で点数がつけられますので、項目ごとに平均得点をつくって各項目の平均点による優先度ランクを示すことができ、この53項目を１位から53位まで並べることができます。しかも、いろんなステークホルダーについて調べているので、ステークホルダーごとにこの順位がどの程度一致するのかあるいは違うのかということも調べられますし、47都道府県全部でやっておりますので、47都道府県・地域別にもこの順位を比較することができます。

ただ、実は、じゃあ基幹型と地域型と連携型で比べられるかというと、これは結構難しいかなと。これは二次医療圏ごとに分類しなければいけないので、不可能ではないけれども作業的にそこまでは難しいかなということで今回はちょっとできないと思いますけれども、少なくともステークホルダーごとにあるいは地域別の優先度ランクを分析することはできるかなと思っております。そういうことをすることによって、QIの候補項目について検討するための基礎資料が得られるかもしれないと思っております。

〔スライド７〕もう一つは事例調査です。先ほどから繰り返して言っている機能体制の構築に関して個々の認知症疾患医療センターレベルでどういうことが行われているのかということを、これは極めて多様だと思いますので、それぞれの認知症疾患医療センターで自由に記述していただこうと考えております。

これは個々の認知症疾患医療センターレベルの機能体制の構築なので、本当はこの上に都道府県レベルでどう考えているかということを調べなきゃいけないかと思うんですけれども、今回はそこまではできないので。本当は、都道府県でどういうふうな考え方でもって認知症疾患医療センターを設置しているのかということに基づいて個々の認知症疾患医療センターの役割というものが検討されるべきだと思うんですが、そこまでちょっと行かないので、まずは一番現場のところから。

これは自由記述なので分析は非常に難しいんですが、それでもひょっとしたらこの事例全体を見渡してみて共通性というものが見出せるかもしれないし、あるいは多様性というものが見られるかもしれないので、この共通性、多様性というものを可視化させながら、中にはQIに反映できるものがあるかもしれないし、あるいは地域単位で評価を検討すべき内容について少し見える化をさせることができるかもしれないということで、こういうことをやらせていただこうかと考えております。

〔スライド８〕本日は、今言った二つの調査の進捗状況を事務局のほうから説明させていただいた後、またフリーなディスカッションをさせていただこうと思います。基本的には最初に示した４点の論点でお話しいただくということですが、今日はちょっと追加事項を用意させていただきました。

〔スライド９〕実はこれは付帯情報なのですが、この委員会の中には認知症学会の先生もいらっしゃるのでご存じの方は大勢いらっしゃるかと思いますが、日本認知症学会の社会対応委員会のもとに、社会制度ワーキンググループを発足させております。この中で今後議論しなければいけないんじゃなかろうかということも、一応ちょっと参考にということで載せさせてもらいました。

一つは、認知症疾患医療センターの Quality Indicator を我々はこの事業で検討していますけれども、もう一つの Quality Improvement Mechanism、すなわちどうやって質をよくしていくのかということについては、認知症疾患医療センターの専門医を養成している学会レベルでも検討していかなければいけないテーマではないかと。これは日本認知症学会とか日本老年精神医学会とか幾つかの学会レベルの話かとは思いますが、こういったことをここの場でも少し議論していただいてもよろしいんじゃないかなと私は考えています。

それからもう一つは、これもどうなるかわからない話ではあるのですけれども、もし疾患修飾薬が実臨床に導入されるようになった場合には、医療サービスの均てん化という観点から、学会と認知症疾患医療センター運営事業が連携して、診療体制の整備を新たな切り口で進めていく必要があるのではなかろうかという問題です。これはまだまだどうなるかわからない問題ではありますけれども、しかしこういったこともこの場でも議論していただいて、基本的には社会制度ワーキンググループを立ち上げさせていただくのですが、そことも連動性を持って議論していければなと考えているところです。

以上が今日のアジェンダです。

最初に、現在の調査の進捗状況からお話しさせていただこうかなと思っております。では、うちの枝広のほうから、まずは認知症疾患医療センターに期待される役割についての調査の進捗状況をお話しさせていただきます。よろしくお願いします。

枝広　こちらで（資料を画面）共有していますけれども、皆さん見えていますでしょうか。

〔スライド１〕今調査ですけれども、今まさに回収中なので、結果がほとんど示せないという状況で状況報告をいたします。

〔スライド２〕こちらで配布している調査が４種類です。認知症センターに対して周りから期待されていると思うことを回答していただくもの、それから地域包括支援センターと居宅介護支援事業所と市区町村宛ての、認知症疾患医療センターに期待することという中身の調査があります。一番右側の現在の回収率が、認知症疾患医療センターが 43.4%、地域包括支援センターが 42.2%、居宅介護支援事業所が 40.1%、市区町村が 42.6%という状況です。回収期限が 20 日、来週なので、まだまだ回収中という状況でございます。反応は比較的いいと思います。

〔スライド３〕もう一つ、サポート医向けの調査をやっていまして、こちらは武田先生の事業に一緒に入れさせていただいたという形になります。こちらは Web 調査がありましたので、暫定状況を入れてちょっとお見せできるものがあります。

サポート医に対してやった調査で、338 件、Web で回答がありました。これまで認知症疾患医療センターと連携したことがありますかと聞くと、ないという先生も 43%いらっしゃる。ないという先生に対して連携のない理由を聞くと、「認知症疾患医療センターを知らない」が 18%、「認知症疾患医療センターが近隣にない」が 25%、「連携する理由がない」

が 30%ぐらいということで、連携する必要性がないとか自分のところで足りているのでみたいな、そういうのが多いです。連携ありの先生方に対しては頻度を聞いていますけれども、月に１回未満が大変多くて 85%、次いで月に１～４回が 11%という結果でございます。ここまで今の調査の状況の報告です。

栗田　ありがとうございます。

ここまでのところで質問を自由にお受けしようかと思いますが、ご質問は何かございますでしょうか。まだ途中経過ということですけれども、回収率は全体としては今のところ４割は超えたというところで、頑張って６割ぐらいは行ってもらいたいなとは私は思っているんですけれども。でも、５割は超えるんじゃないかなという感じはしております。

それから、さっきの武田先生のほうにお願いしたサポート医（に対する調査）のところですけれども、認知症疾患医療センターの周知がそもそも非常によろしくない、一般市民レベルではほとんど知られてないというデータを冨本先生に前回出していただきました。今回は、一般市民は調べていませんが、認知症サポート医のレベルで、連携しているか、連携したことがあるかないかと、その理由でそもそも知っているのか知っていないのか、それから頻度も聞いています。これは全てのステークホルダーについて同じ質問をしておりますので、それぞれの認知症支援にかかわる地域のステークホルダーが認知症疾患医療センターとどのくらい関係しているのかということを見ることができる指標になるのかなという気がしております。

というところで、今のところこんなところですけれども、何かご質問ございますでしょうか。

渕野　認知症疾患医療センターの必要性がないというのが案外多かったような気がするんですけど、その辺はまだ分析の途中でしょうけど、何か気になる傾向はありますでしょうか。

栗田　まだ（回収数が）338 で途中ですけど、必要がないは何%ぐらいあったんでしたっけ。

渕野　30%ぐらいではなかったかな。

栗田　30%ぐらいか。連携してないところの３割ぐらいでしたかね。

渕野　ですね。

栗田　そうですよね。「連携する理由がない」ですね。これはやっぱり気になりますよね。

渕野　ちょっと気になりましたので聞いてみました。

栗田　そもそも連携なしが４割で、サポート医の６割が連携しているようだということで、ただ、この４割のうちの３割が必要がないというか連携する理由がないということ。それから、そもそも知らないというのがこの４割のうちの２割ぐらいでした。これが多いか少ないかはちょっとわからないですけれども、割と知られてはいるのかなという。さすがにサポート医が知らないというのはちょっと参ったなという感じがしますけれども。

そんなところかと。恐らくサポート医については武田先生のほうでそのほかいろいろ調査されているかと思いますので、武田先生、何かございますか。

武田　恐らく、連携する必要がない、理由はないというのは、専門医の先生も結構受けられているので、そういった人たちは、自分のところは疾患医療センターじゃないけれども特に認知症で困ることはないんだという先生もおられるかもしれないですね。あと、知らないという先生は、例えば病院の先生で認知症ケア加算を取るために受けられている先生で、例えば病院長レベルの先生なんかだと知らないとか、あと眼科の先生とかそういった先生だと知らないとか、そういうこともあるかもしれないかなと思います。

栗田　なるほど、わかりました。ありがとうございます。

渕野　わかりました。ありがとうございます。

内海　サポート医を取る研修で、認知症疾患医療センターをお知らせするような講義内容はあるんでしょうか。

武田　あります。まず最初に厚労省に講義を結構しっかりと、日本の認知症の政策について全部話していただきますので、認知症疾患医療センターのことも当然話していただいています。ただ恐らく受講していても聞き流してしまっているかもしれませんし、あとやはり、自分の地域の認知症疾患医療センターに関する親和性があまりないのかもしれないなとは思います。

栗田　ありがとうございます。

内海　ありがとうございます。

栗田　ほかにはよろしいですか。

分析方法について、53 項目については各項目ごとの平均点を出してランクをつけることができると先ほど少しお話しさせていただきましたが、ほかに何か分析方法でこういうことができないかという提案がございましたら、ご発言いただければと思います。

それからあと、上記 53 項目以外についてさらに果たすべき役割は何かあるかということで自由記述で回答もしていただいていて、これも結構書いてくれているようです。n が多いとすごく大変ですけど、一応分析していこうと考えてはおります。

分析方法のことで何かご意見とかがあり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。――よろしいでしょうかね。じゃあ、これはまた改めてということでお願いします。

では続いて、事例集についての進捗の説明をお願いいたします。

枝広　事例集に関しては既に先生方にお願いをしていて、承諾書をつくってくださいというお願いをしています。多くの先生が承諾書を書いてこちらに送ってくださっているという状況です。承諾書はこちらの事務のほうで必要だという書類でして、大変申しわけないですけど、ご協力をお願いします。

今お見せしているのがフォーマットという形で配付をしたものですけれども、認知症疾患医療センターの基本の情報と、特性を 200 文字ぐらいで書いていただいて、地域の認知

症医療機能体制の構築に関する取り組みについて 4000 字程度で自由にご記載くださいという形でお願いしています。刷り上がりで 6 ページまでぐらいのつもりでおりますので、大体そのぐらいというお気持ちでお願いします。

栗田　ありがとうございます。ここにいる委員の中で認知症疾患医療センターにかかわっている先生全員にお願いしているんですけれども、ただ池田先生のところは阪大で認知症疾患医療センターではないので、池田先生は免除ということにさせていただいております。石井先生のところは広島大学ですけれども、ご実家が極めて重大な位置にある認知症疾患医療センターなので、石井先生にはぜひお願いしたいなと考えております。あと、谷向先生からまだ承諾書が来ていなかったんですが、谷向先生のところもぜひお願いしたいと考えております。

そのほかの先生からは全て承諾書をいただきました。中西先生と冨本先生は学会上で口頭でもご承諾いただいたので、よろしくお願いいたします。

事例集について何かございますでしょうか。――よろしいでしょうか。

では早速、今日の自由討議に入りたいと思いますが、その前に、私のほうから資料を共有いたします。私が（画面）共有する資料は Word ですけれども、見えますでしょうか。見えなくても言葉で言いますので大丈夫だと思いますけれども。

これは第 1 回の委員会の議事録の要約を私のほうでつくっている Word の文書です。実は最後のところまでちょっと行けなかったので、最後の数人の先生の意見がまとめられていなくて大変申しわけないのですが。

前回の委員会で議論された内容で、ぜひ今回も続けて議論していただきたいところがありますので、そこから議論していただこうかなと考えております。もちろんそこからさらにほかの方向に飛んでいっても構わないですが、まずここかなと思っています。前のほうの議論していただいた内容を要約したものを画面共有しますが、見えない方は私の声を聞いていただければと思います。

前回、内海先生から口火を切っていただきましたが、認知症疾患医療センターの役割として、これまで「診断後支援」と「進行予防」「地域の中で生活していくための支援」という視点が認知症疾患医療センターの実施要綱には欠けていたので、これを含めたことは非常に重要だというご指摘でした。

ただ、診断後支援は重要だけれども、同じ診断後支援でも、連携型なり地域型なり、それぞれで役割が違ってくる可能性があると。非常に早期の人たちが受診する場所と、BPSD 中心に受診する場所と、そのあたりのバランスを考えていく必要があると。これは藤本先生のご意見でした。

この辺を受けて、国の統一的な事業内容は必要だけれども、同時に、地域で求められている役割を果たせているかどうかという評価を今回の調査で探索していく必要があるだろうということを私のほうから述べさせていただきました。

それから、これは根本的な問題ですが、500 カ所設置という目標が達成された後どうす

るか、さらに数をふやすということを考えるのか、あるいは専門医の要件を今後どうするか、国の考えを聞きたいという渕野先生のご意見がございました。

これについては、地域連携がきちんとされているということを踏まえた上で数のことを考えていくのが基本的な考え方だと。これは厚労省の田中先生のご意見ですけれども、そういうことなんだろうと思われます。地域連携をどう評価するかということが、この事業、この委員会の中心的なテーマになるだろうということです。

それから、そもそも認知症疾患医療センターの認知度が低い、サポート医の先生がどれぐらい認知しているかという以前の問題で、そもそも市民にあまり認知されていないと。これは冨本先生のご意見でして、これは結構重要なことかなと思っています。

それからもう一つ冨本先生のご意見で、これが今日引き続いて議論しなきゃいけないと思っていることですが、「医療を提供できる機能体制の構築」となっているけれども、地域包括ケアを担保することが重要であって、これについて、例えばチームオレンジと連携するとか、その構築を支援するとか、そうしたことが必要とされているのではないかと。人員的に厳しいところもあるけれども、認知症の地域包括ケアを実現するためにこういうことが必要なんじゃないかというご指摘をいただきました。

これは私のほうで書かせていただいたのですが、一つは、認知症疾患医療センターがどのように知られているかということを調べることは重要かなと思っています。特にご家族が認知症疾患医療センターのことを果たして知っているだろうかどうかと。実は若年性認知症の実態調査をしたときに、若年性認知症の方は多くの場合、最終的に認知症疾患医療センターで診断されているということがわかったのですが、そもそもどこで若年性認知症は診断してもらえるかがわからないということが、実態調査の結果、可視化されました。最終的に例えば認知症疾患医療センターにたどり着いて診断されるまでに、ものすごい期間があるんです。だから、そもそもそういうことが周知されていない。一つは認知症疾患医療センターで若年性認知症をちゃんと診断しますよということが担保されなきゃいけないのですが、その上でそれがちゃんと周知されるということを、実は市町村のレベルでやっていかなければいけないんじゃないかと考えています。

それから、これは先ほどの冨本先生の話とも関係しますが、石井先生が言っていただいたことです。多分このことを議論しなきゃいけないかなと思っています。実施要綱の目的に、医療を提供して、診断後の相談支援をして、研修を行ってという具体的なことが記されているけれども、これがどんな形で機能体制の構築につながっていくのかがさっぱり見えないと。究極の目標は地域包括ケアであると思うが、どのようにしてそこにつなげていくのか、そういう道筋を考えていく必要があるのではないかと。つまり、認知症疾患医療センターとしてどうすればそれにつながっていくかという道筋を考えないでただ機能体制を構築せよと言っても、なかなかそれは難しい、評価も難しいだろうということです。これは確かにそのとおりだなと。これは非常に難しい問題ですけれども、既に皆さんのところでいろいろと考えながら実践されていることだと思いますので、これについてちょっと

議論しておく必要があるんじゃないかと思っております。

それから、これは北村先生（のご意見）ですけれども、この問題もやっぱり考えなければいけない。これは毎回考えているのですけれども、要するに認知症専門診断管理料のたてつけが問題であるということです。具体的には、アルツハイマーと診断されている人が紹介されてきて認知症疾患医療センターで FTD と診断しても専門診断管理料は取れないとか、あるいは、診断した後、かかりつけ医と並行して認知症疾患医療センターで定期的に外来で診ようとすると専門診断管理料が取れなくなるとか、これは非常にナンセンスな話だなと思いまして、そもそもたてつけの問題は今後考えていかなきゃいけないだろうと。

それから、これは武田先生がおっしゃっているんですけれども、認知症疾患医療センターの質は地域によっていろいろあって、一つではないのではないかと。これはまさにそのとおりです。ただ、私たちが取り組んでいるのは認知症疾患医療センターの質ではなくて、認知症疾患医療センター運営事業の質です。したがって、医療の質を評価しようとしているのではないということを確認しておかなければいけないかなと。その上で、認知症疾患医療センターの事業内容を評価しながら都道府県の運営事業の質を評価しようとしているので、ここのところで、武田先生が言ったように地域によって一つではないだろう、地域によっていろいろあるだろうという議論は間違いなく重要ですので、そこのところを考えなければいけない。

それから、これは數井先生がおっしゃっていましたけど、２人主治医制で診るようにしているけど、そうすると、インターバルを短くすると持ち患者がどんどん多くなってしまって、新患の枠が足りなくなって予約待機日数が長くなってしまうという問題が起こるということです。これは全ての認知症疾患医療センターが経験していることだと思います。予約待機日数そのものも重要な Quality Indicator だと思いますけれども、予約待機日数と継続医療の担保のバランスをどうやって考えるか。これも恐らく地域によって違うので、地域による差を考慮して考えていく必要があるのかなと。

それから、これは古田先生が言っていましたけれども、各実施主体によって個性があっても質が評価されるような評価尺度があるといいと。それには、都道府県が認知症疾患医療センターの位置づけをどう考えるかという、そのプロセスを踏んでから事業評価のあり方を考える必要があると。これはそのとおりでして、そもそも都道府県は認知症疾患医療センターの役割と配置をどういうふうに考えているのか、そこから考えて果たして役割を果たせているかというふうに考えていかなければいけないだろうと。これはまさにそのとおりです。ただ、ここはある意味では一番の大きな欠点です。ちょっと極論を言ってしまうと、不穏当な発言になるかもしれませんけれど、都道府県が何も考えていない場合もあり得るので、これは逆に現場から考えていかなきゃいけないかなという気がしております。

前回、こういった非常に内容の濃い議論をいただきました。本当はもう少しあるのですが、要約し切れなかったので、ここで終わらせていただきたいと思いますが。

この中で、先ほど言いましたように機能体制の構築に関連して、究極の目標が認知症の

人の地域包括ケアシステムをそれぞれの地域の中で、一つは地域の特性に応じてCommunity-based という観点で、かつ、医療だけじゃなくて医療も介護も、あるいは生活支援も、あるいは予防もという統合的なサービスの提供という観点で実現していくために、認知症疾患医療センターはどういう取り組みをすべきなのかという、そこのところの議論が確かに欠けていただろう、あるいはこれまでになかったところだろうと。

この辺について、それぞれの認知症疾患医療センターで取り組まれていることを踏まえて、少しご意見をいただければと考えております。もちろん事例集でその辺のところも見えてくるかと思いますが、事例集だけでそれを要約するのは非常に難しいので、せっかくなのでここで口でしゃべってもらったほうが、よりはっきりその辺が見えてくるのじゃないかなと思いまして、提案させていただきました。

ということで、皆さんから自由にご発言いただきたいと思います。最初に誰かに口火を切っていただければと思いますが、いかがでしょうか。ここから自由にご発言いただければと思います。声を出していただいてもいいし、手を挙げていただいてもいいし、ボタンを押して手のひらのマークを出していただいても構いません。いかがでしょうか。

では最初に私から指名させていただきます。これについては何といっても、冨本先生からご発言いただくのがいいのかなと思います。つまり、三重県で取り組まれていることと、どういうふうにして地域包括ケアシステムをつくり出していくあるいは貢献していくかということについて先生のご意見をいただければと思いますが、いかがですか。

冨本　少し発言させていただきます。先ほどから先生がおっしゃっている内容、つまりどういうふうにして認知症疾患医療センターが地域包括ケアシステムの構築に寄与するか、実際にそこの距離が、いろいろ頭で考えてもなかなか難しいし、それこそロジックモデルみたいな形で確実につなげていくのは結構大変なことだと思うんです。

と思う一方で、でも現場を見ると、実際にそれに類似するものが既に自然発生的に芽生えている部分があります。私どもの県下に玉城町という町があって、そこの認知症のサポーターの団体があるんです。メンバーが 100 人ぐらいいて、これは別に最近始まったんじゃなくて 10 年以上の歴史があって、みんなで和気あいあいといろんな取り組みを、まさに地域包括ケアをやっておるんです。「協（かなう）」という、町の空き家を借りてきて、そこに認知症の方やその家族が集えるような場所をつくって、そこで料理をつくる、みんなでお昼ご飯をつくるような活動とか、男性の認知症の方でデイサービスとかに行きたくないとかそういう方も、碁会所みたいに碁をやる人が集まったりとか、いろいろやっておるんです。あと、徘回の SOS ネットワークみたいなものをつくったり。それからあと、町がオンデマンドバスを走らせているんですが、それの付き添い、利用支援といったこともしたりとか。だから、これは本当に自然発生したチームオレンジだなと思っています。

私もこれは希有な例だと思っておったんですが、それ以後、県下のいろんなチームオレンジの取り組みの立ち上げの状況を調べていると、それほど完璧なものではないですが類似したようなもの、認知症カフェに少し毛が生えたようなものとかいろいろなものがあった。そういったものを見ると、認知症疾患医療センターがそこにどういうふうにかかわっていったらいいのか。そうすると、さっきのロジックモデルのような正確な緻密な構築をしなくても、とりあえず目標点が見えておると、どういうふうにそこに近寄っていったらいいかが何となくわかるというか、そういったことがあると思います。

ですから、目標のビジョンを明確に持つことが一つ大事なことかなと思っています。

栗田　ありがとうございます。私は、いま冨本先生がおっしゃった、地域の中に居場所をつくって、そこで多様な、要するに介護保険の給付サービスとは全く違う、広く言えば生活支援という言葉になると思うんですけれども、社会参加とか一緒に過ごすとかいろんな情報をもらえるとか、通常は家族がやっているかもしれないようなさまざまな支援というものを行える場所をつくってそこで提供していくというのは、地域包括ケアシステムの中の予防、医療、介護、住まい、生活支援と古くから言われていた言葉の中のかなり根幹の部分なのではなかろうかという気がしております。

もともと予防、医療、介護、住まい、生活支援という言葉をつくってポンチ絵を描いたときにも、真ん中に住まいがあるんですね。まず住まいがないとしようがないだろうということで住まいがあって、そして生活支援があるという、そこからスタートしてポンチ絵をつくり出したという背景があるので。この生活支援という部分、そして生活支援が提供できる地域の拠点というものをつくっていくことが、地域包括ケアの基本的なアプローチではなかろうかなと思われます。そこに認知症疾患医療センターがどう寄与していくのかということは多分、目の前にある一つの明確な目標じゃないかなという気が、私もしております。

いかがでしょうか。ほかにはご意見ございませんでしょうか。自由にご発言いただければと思います。いろんな切り口があるかと思いますけれども。

多分みんな考えているんだと思いますが、考える暇を与えずに指そうかと思います。石井先生、とりあえず何か発言していただけますか。

石井　まさに今、いろいろと考えている最中ではあったんですけれども。では、まだ煮え切らない状態ですが、ちょっと発言させていただきます。

今、地域の取り組みという形で、どういった形での取り組みが認知症疾患医療センターにできるのか、どういったところを目指して取り組みを進めていくのか、まさに冨本先生がおっしゃったロジックモデルというものを考えていくときに、どういったところを目標に置いてつくっていくのかという、まずはそこをしっかりしないことには足腰がしっかりしたものができないだろうと。そういうふうに考えたときに結局、厚生労働省の「地域の実情に応じて」という言葉に落とし込んでしまうと現場丸投げになってしまって非常によくないと思いますけれども、地域によって非常に異なってくるなというのを感じております。

ただ、同時に、じゃあそれを何か類型化できるような方法がないかなと考えたときに、やっぱり結局のところは人口動態なのかなと考えております。どれぐらいの人口密度があ

るのかとか、あと今後認知症の方がどれぐらいの勢いでふえるのか、あるいはふえないのか、あるいはそれを支える就労世代はどれぐらいいるのか、それによってかなり違ってくるんじゃないかなと考えております。

そういうふうに考えたきっかけというのが、実は私、隣の岡山県の岡山大学の先生と共同で今、調査研究をしているんですけれども、広島県と岡山県という県を超えた違いというよりも、むしろ地域的な分類のほうがはるかに類似性が高いなということを考えております。これはどういうことかというと、広島県も岡山県も、県南というか南のほうは瀬戸内海に接していて人口が多い地域が多く、都会が多いですけれども、県北のほうになると中国山地で、いわゆる山間地といいましょうか、僻地ばっかりなんです。そう考えると、類似性という面でいくと、県を超えた違いよりも地域を超えたところのほうがはるかにまとめやすいというところがあります。

そうすると、そうしたわかりやすいというか一番重要なところは、人口動態に応じた分類で、それに基づいたモデルを幾つか提示して（いくことではないか）。例えば都市部だと今後後期高齢者が急増して認知症の方が急増していくということが課題になっておりますけれども、そうした地域と、もう既に限界集落に近づいていて後期高齢者は今後そんなにふえない、ただ課題としては高齢者の方々がさらに高齢者（高齢化 or 増加？）していって就労世代の方々はどんどんすごい勢いで数が減っていく、ある意味、インフラの持続性が課題になるといいましょうか、そうした地域とでは、やっぱりアプローチが全く異なるんじゃないかと思っております。そうすると、そうした人口動態に基づいた幾つかの類型化とモデルの提示というのが重要になってくるのではないかと感じております。

すみません、ちょっと生煮えですが、そういったことを考えておりました。ありがとうございます。

栗田　ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。例えば、東京に 52 カ所、認知症疾患医療センターがあるんですが、地理的状況が全く違うところに 52 カ所があるので、地域体制づくりというところでは、ひょっとしたら今言った人口規模によってある程度カテゴリー化できる可能性があるのかなという気がしております。これはひょっとしたら、県という行政区域を超えて普遍的なカテゴリーとして見えてくるようなところがあるのかなという気がいたしました。

恐らく、先生のところは広島と岡山でそういうことを感じられているので、そういうところで何かカテゴリーみたいなものを出していただけると、これは東京も同じだよなとか、そういうことがわかってくるのかもしれないと思いました。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。何かございませんでしょうか。

皆さんがそれぞれのところでいろいろなことをなさっているので、大体私も知ってはいるんですけれども、これが地域包括ケアシステムという観点でどういうふうにつながっていくかという、そういう一つのビジョンというか、そういう観点でご意見をいただければと思います。

渕野　すみません、またいいですか。

栗田　渕野先生、どうぞ。

渕野　確かに、いわゆる基幹、地域、連携という３類型で役割が違うということは、昔できたときからそういうことから始まったわけですよね。早期診断とか鑑別に力を入れました、それでやっていたんですが、ここに来て、どうもセンターを持っている組織の違いによって求められる役割が全然違うということがだんだんわかってきました。

私のところは単科の精神科病院ですけれども、確かに平成 20 年当時は最初の診断ということで鑑別も全部やっていた、そして地域にお返しするという形をずっととってきた。このごろは、コロナのこともあるんでしょうけれども、入院依頼ばっかりなんです。介護施設からいわゆる対応ができないとか、家で見られないというふうなことがいっぱいありまして、すぐ入院してほしい、暴れていてどうもならないという、そういうケースがとてもふえてきたんです。そうすると、我々の地域で求められる役割が、以前とは何か変わってきちゃったのかなと思うんです。その辺、皆さんはどうでしょうかということでお伺いしたいんですが。

栗田　これは、認知症疾患医療センターに地域から求められている役割という問題と、地域の機能体制あるいは地域包括ケアシステムの構築にどう貢献するかという二つの軸で考えていかなくてはいけないかなということかと思います。

例えば先生のところでは入院を非常に要請されている、役割を要請されているということがわかったんですけれども、例えば今度は地域包括ケアシステムの構築ということに関して先生のところで期待されている役割あるいは果たすべき役割みたいなものというのは何かございますでしょうか。

渕野　実は認知症疾患センターからの入院依頼もあるんです。いわゆる連携型とかそういうところからも入院依頼ということになるんですが、今度、我々はやっぱり地域に帰さないといけませんので、地域に帰すという努力を地域包括で、ケアマネとかみんなで会議を行ってやっていくわけですけど、それがなかなかスムーズにいかないというのが今の私の悩みです。

栗田　なるほど。入院を受けて、そして帰すことが難しいというところが目下の直面している課題だということですね。

渕野　はい。

栗田　なるほど。ありがとうございました。

何かほかにございませんでしょうか。今のことに関連してでもいいんですが。今の渕野先生の入院を要請されるということに関しては、例えば北村先生のところなんかも近いところがあるのかなと思いますが、先生、いかがでしょうか。

北村　まさしくというか、痴呆疾患センターの時代からだから 25 年以上やっていますと、初めは空床確保の義務から、おたくは痴呆疾患センターがあるから絶対入院できるだろうと、とにかく入院させろさせろばっかりでした。まず入院ありきではあまりにもつま

らないので、10年ぐらい前に論文も書きましたけど、経過が思わしくならないおじいさん、特に暴力を振るうおじいさんは一旦入院させるとなかなか退院できないということがあったので、ケアマネジャーと協働で、そういう形になりそうな人は早めに受診させろということで、在宅で訪問看護とかで支えて、入院させない取り組みをずっとしてきたのが、僕の今ある形です。院長となりまして、入院させないとお金はもうからないんですけど、ほとんど外来でフォローするというところに生きがいを感じております。

でも最近、認知症の人がふえてきて、金沢市とか多くのところから、やるだけやって「手に負えないから入院させてくれ」がいっぱいあるので、とにかくそうならないようにしているのが僕のやり方です。認知症疾患医療センターがどうのこうのという意味ではないですけれども。

あとちょっとつけ加えて違ったことを言いますけれども、先ほどの専門診断管理料の件に関しては、中医協では話題になっているみたいです。ただ、連携型ができたので、そういうことも踏まえて認知症診断管理料の評価をどう考えるかというのは、精神医療で話題にはなっています。最近、病院の経営者なのでそんな話ばかりなのですけど。

それからあともう一つ、最近思うのは、石川県も、うちの地域を中心にして、10年ぐらい前かな、まずケアマネの勉強会から始めて、多職種で協議しましょうといってグループワークを始めました。石川県全体で認知症の対応力向上研修は座学２回、グループワーク２回を義務づけてやっていて、地域での多職種連携、かかりつけ医とか歯医者さんとかいっぱいいろんな人が入るようになりました。

去年はコロナでやっていませんけど、その前なんかは、うちの地域でやると 70 人ぐらいは来ますけれども、ケアマネジャーよりも医師、歯科医師、薬剤師何とかと、医療関係者ばかりが多くなってきたんです。そうすると、グループワークをしてもどうしても医療側に引っ張られて、ケアマネジャーの人がその話についていけないと。あの人たちは医療に対して結構苦手意識を持っていますから、発言できなくなった。最近はまたちょっと原点に戻って、ケアマネジャーだけで勉強しませんかみたいな話が出てきて、またそういう形になっています。

初めは調子に乗って多職種連携とかでいっぱいいろいろな人を誘って、あの人も来た、この人も来たとかとやっていたんですけど、話が拡散してしまった。だから、そういうお祭りはやめて、もう一遍、ケアマネジャーとうちのセンターというか（だけでやろうと）。

地域の人はみんな、認知症疾患医療センターという意識はないと思うんです。言い忘れましたけれども、高松病院じゃなくなって、石川県立こころの病院になりました。どこでも言っていますから、（以前にも言ったかどうかは）わからないですけれども。そういうつながりはずっと本当にあるので。何を言っているかわからなくなりましたが。

あと、また（話が）ちょっと飛びますけど、地域包括ケア云々になったとき、うちの病院で考えたときに、複数の市町村が絡んできます。行政ときちっとつながっているところは二つぐらいあって、行政とあんまりつながってないところが三つぐらいあったりする。

市町の保健師さんとかとはつながっていますけど、本当の行政の課長とかその町の施策に関わるまではつながってないので、地域包括ケアの中核といってもなかなか、市町ごとの計画を立てますから、そのあたりもちょっと難しいのかなという思いはあります。

ちょっと話がめちゃくちゃになりましたけれども、このぐらいにしておきます。

冨本　今のお話を伺っていて、私どもも、認知症の患者さんだけじゃなくて神経疾患の患者さんも含めてですけれども、入院した後、退院で地域で生活できるように持っていくのに一番重要なのはやっぱり、地域包括とのパイプなんですよね。特に顔の見える関係が、これはよく言いますけれども、実際にかなりききますね。

私どもはもう 10 年以上、事例相談会というのをずっとやっています。さっきの（お話のように）多職種でやるとやっぱり、医者のほうが医療の専門家なので、医者がたくさん寄ってしまうとほかの介護・福祉の方は萎縮して発言しなくなってしまうんです。だから、本当にスモールグループで、大体いつも 40 人ぐらいを５グループぐらいに分けて、その８人の中に医者が１人か２人で、あとは看護師とか、ケアマネさんが多いです。そうするとみんな割とフラットな関係で、ずっとやっておると顔が見える関係もできて、何かのときに「あの患者さんのことだけども」といって電話すると、「そういえば、いつも会でお世話になっています」みたいな感じで、割とぱっと動いてくれるんですね。医福連携のときにやっぱり、医療が主人公になってしまうと福が萎縮してしまうので、スモールグループでやるのが一つのコツじゃないかなと思っています。

あとは、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターのパイプづくりというのがもうちょっと制度的にあったほうがいいんじゃないかなとちょっと思っています。

栗田　なるほど。ありがとうございます。

一つは多職種の連携の話で、北村先生のところもそうですけど、認知症疾患医療センターが主体になって多職種連携の研修というのを小規模にやることによって、顔の見える連携づくりをちゃんとしていくということが一つのポイントだろうと。

それからもう一つは、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターのパイプというのをもう少し制度的につくっていくようなアプローチが必要なんじゃないかという話もありましたけど、これはとても大事だと思います。認知症疾患医療センターは都道府県事業で、地域包括支援センターは市町村事業だけど、これは従来、縦割りがあって、そこにものすごく大きな裂け目があったけど、今は地域包括ケアシステムという理念のもとで、区市町村も都道府県もそれに向けて努力するというか、実現に向けて努力することは法律上責務になっていて、やっていかなきゃいけないということになっているので、制度上もこれをくっつけるための取り組みを例えば市町村事業としてつくっていくことはあり得るんだと思います。そういったことに対して認知症疾患医療センターがいろいろ市町村行政に働きかけていくとか、そういうことが必要になってくるということなのかもしれませんね。

さっき渕野先生のなかなか退院させられないという話がありましたけれども、退院させられるようにしていくためにはそういうような仕組みというか形をしっかりつくっていく

ことが必要ですし、北村先生が入院させない努力をしているという、どういうふうにしているかというところまで話しませんでしたけど、今のような、多職種の顔の見える関係をつくったりとか行政とのパイプあるいは地域包括とのパイプ、そういうものをつくりながら入院させないというところなんかも関係してくるのかなという気がいたしました。

そんな感じでしょうかね。これは先ほどの居場所づくりの話とはまたちょっと別な次元で、認知症疾患医療センターが地域包括ケアシステムの実現に向けて果たすべき役割に関連してくるのかなという気がいたしました。

そのほかにいかがでしょうか。これに関連してでも構わないですが、自由にご発言いただければと思います。――石井先生、お願いします。

石井　ありがとうございます。まず２点ほどについて、ご発言を許していただければと思います。

まず１点目が、医療と介護の連携に関してです。先ほど、ケアマネの方々に関しては医療だとかそういうものに関して自信がないので、医療サイドのディスカッションが始まってしまうとどうしても入り込むのが難しいというようなお話があったと思います。これは自戒も込めて言うんですけれども、実は医療側にも同じ問題があるのかなと感じております。私はこの秋に、広島県のケアマネを対象としてアンケート調査を行ったことがあって、その中の質問で、医療との連携に当たってどういう課題がありますかということについて聞いたんです。４割ぐらいのケアマネさんが、医療とかそういったものに関して知識・自信がないということを答えていたんですけれども、同じぐらいの割合で、医療機関側が介護に対して全然わかっていないというようなことを言っていて、これはどうも、介護側が医療をわかっていないという問題もありますけれども、医療側も介護についてわかっていないという問題が同時にあるのかなと感じております。

そうした意味で、どうしてもドクターは医師としてチームを引っ張っていくという意識がありますので、そうしたところを認めるのがなかなかはばかられるようなところがあるのかなと思いますけれども、医療の側も介護に対する理解を深めていくという取り組みは重要なんじゃないかなと感じております。

もう一点が、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの距離を縮めるような努力が必要じゃないかという点についてです。その点に関して、今私が行っております広島県の西部の認知症疾患医療センターは、合併型センターという形で、認知症疾患医療センターと地域包括支援センター、あと初期集中だとかそういったものを全部ワンストップで、１カ所でまとまっているという、そういった体制をとっております。これは確かに非常に小回りがきくいい形になっております。

例えば何かあって外来で患者さんが介護に関して困ったことがあると、すぐにセンターから人が来て、じゃあこれこれこうしていきましょうだとかそういう形で態勢をとれますし、また、外来で患者さんに関してちょっと細かい情報が必要だなというときにも、すぐにセンター側から情報が吸い上げられるということがあって、非常に小回りがきく。なるべく外来で在宅医療を継続していくような取り組みが重要というお話もありましたけれども、それに向けても取り組みがしやすい状況になっているなと感じております。

ただ、入院後の退院に向けてこの枠組みがどれぐらい役に立つかというのは、確かに制度面ではすごくやりやすいところはありますけれども、退院につながるかどうかというところに関してはむしろ、例えば患者様のご家族の受け入れ状況だとか地域の受け入れ状況のほうが病院としては大きいのかなという印象を持っておりまして、その点はなかなか難しいというふうに感じております。

なお、この合併型のセンターで外来を持っている経験から申し上げますと、実はこの合併型センターはすごく難しいところがあって、来る患者さんは、ここに来てとりあえず相談すれば何とかなると思って皆さんいらっしゃるので、医療的なことじゃなくて介護的なことを何でもかんでも外来で相談するようになってしまって、私の外来はとんでもなく時間がかかるようになってしまって、外来担当の医師としては非常に負担が大きいという状況が発生し得るというのはなかなか課題だなと感じております。以上です。ありがとうございます。

栗田　ありがとうございます。合併型は私もよく存じ上げております。やりやすいところはいっぱいあるだろうなと思います。ただ、認知症疾患医療センターは 500 カ所で地域包括支援センターは 5000 カ所なので、合併型のモデルを普遍化するというのはなかなか至難のわざであろうと思われますけれども、合併型でやれるところは合併型がいいかなと。最近はいろんな合併型があって、診療所型で認知症疾患医療センターをやっている法人の中で地域包括を二つ持っているとかそういうところもあるので、そういうのもいいかなとは思うんですけど。ただ、それを普遍化することはちょっとできないので。普遍的に考えたときには二つのセンターの太いパイプというものをどう考えていくかなということを考えていかなきゃいけないかなという気がしております。ありがとうございます。

それから多職種の話ですけれども、多職種連携に関する研修は実はここにいる人たちはほとんど経験していて、今の先生が言っていたことは恐らく皆共通で悩んでいるのかなという気がしています。要するに、医療側も介護の知識、全然知らないという問題があって、介護のほうも医療を知らないんだけど、どっちかというと医療側のほうが知らないことをちゃんと反省していないというところもちょっとあるのかなという気もしています。

この辺について何かございませんでしょうか。藤本先生、何かございませんでしょうか。先生のところも多職種はもう長年にわたってやっておられるので。

藤本　開業して 20 年で、（最初の）10 年ぐらいの多職種連携のやり方と、最近の 10 年間は形をちょっと変えてやっています。

おっしゃったような議論、医療側とどうしてもわかり合えないみたいなところがあるので、今やっているのは、かかりつけ医でサポート医の人たちを中心に動かしている。多職種連携の会は、以前は運営も計画も全部我々が中心になってやっていたんですけど、この 10 年はかかりつけ医アンドサポート医、一般の先生方に中心になってもらって、我々は事

務局に撤すると。年４回、50～60 人来られるんですけど、７～８グループのファシリテートと事例の発表なんかは全部、かかりつけ医です。講義も全部、かかりつけ医です。だから、疾患の講義、疾患別ケアの講義、家族支援の講義、全てかかりつけ医にお願いをして、自分たちで資料をつくって、サポートはしますけど、それを発表してもらう。それを中心にして事例検討をやっています。

例えば８～９グループの事例を各先生方が発表するとして、それをみんな割と濶達に議論するので、威張っているとすぐばれてしまうんです。あの先生はすごく威張った仕切りをしているとわかってしまうので、変な言い方（ですが）、先生方がおりてくるというか、やりとりがスムーズになるようにフラットな関係になろうとする。そういうふうになると、みんな先生方を割といじってしまうというか、介護の人、ケアマネさんがいじって「先生、威張っちゃだめよ」みたいな話をする。先生方も、認知症に関すること、家族支援のことを勉強するので、FTD の常同行動が関連した症状じゃないんですかみたいな発言をどんどんするようになるので、仲よくしようと思わなくても議論が非常に共有化されるので何か仲よくなってしまうみたいなことは、この 10 年間で思っています。

片一方で、事例検討だけじゃなくて、若年の認知症の企業研修というのを我々は県から受けて振っています。55 カ所、3000～4000 人の企業の人に講義してもらう企業研修を我々がやらないで、一般内科のかかりつけ医のサポート医の先生が行って講義する。そうすると、現場のニーズとか疑問を吸い上げてくださる。かかりつけ医も、地域の中で、ケアマネとか介護スタッフとか、我々も警察とか消防署とかが来るので、フラットになるなと。疾患センターでも診療所型ですから、我々は人的資源がそう多くないので地域とつながるしかないので、そういう形で広げると医療が威張った形にはならないかなと。

この 10 年間はそういう形でやってきているのがいい形かなと。そうすると包括も来ますから、包括とのやりとりも、10 年前の始まったときはぎくしゃくしていましたけど、今はお互いにいじり合うみたいな形になるので。

地域でいうと、かかりつけ医を少し中心に置いて、専門医はちょっと後ろに行ったほうがいいのかな、そんな感じがしています。連携に関してはそんな意見です。

栗田　ありがとうございます。まさにそうなんだろうなという気がいたします。藤本先生のところも小規模でやっているので、長年やっていればだんだんお互い好きなようなことをしゃべるようになるんだろうという気がします。

藤本　そうね。「先生、足組まないでよ。失礼だよ」みたいなことを平気で若いケアマネジャーが医者たちに言っていますから。

栗田　ありがとうございます。多分そういうことなんだろうなと。あと、さっき冨本先生が言っていましたけれども、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの太いパイプというのも先生のところはでき上がっているような気がするんですけど、そういうプロセスの中でつくっていけるんでしょうか。

藤本　困難事例があったときの相談ですよね。うちは診療所ですから自由にできるので、

緊急事例はフリーで受けているんです。外来が終わってからとか昼休みとか、彼・彼女たちが困っているケースは、どうなるかわかりませんけど、うまくいくかどうかわかりませんけど、とりあえず受けてしまって相談に乗って一緒に悩むみたいな。そうすると、割と頼ってくれるというか。

それと、僕だけが受けているのではないので。うちの看護師がその辺は非常に優秀でやってくれるので。だから、まず看護師が受けて整理をして、医者が出る役割のときに出ていくみたいな感じをすると、診療していても受けられるので。今日も１人、ぎりぎりで受けたんですけどね。我々も困ったときに助けてもらうんですから、彼・彼女たちが困ったときには、ともかく文句言わずに受けてしまって、〔ともに？〕相談する。７時８時になったりすることもあるんですけれども、デイのスタッフが残って暴れているじいさんを見てくれて、その間に相談するみたいな。連携型で自由にできるところを利用してやると、うまくいく。23 条通報、24 条通報で各精神科の病院に断られて断られてのうちが夜受けて何とかなったケースも１例だけですけれどもあるので、そんな積み重ねですね。失敗することもいっぱいありますけど、相談すれば何とか乗ってくれて、ともに悩んでくれて、一緒に頭抱えましょうみたいな感じかな。

緊急事例はお互いに垣根を少し外すかなと。それと、アウトリーチしますので、困ったケースは往診してしまうので。それも、困ったら「一緒に行ってくれる？」みたいな、そんなところかなと思います。

栗田　ありがとうございます。恐らくこれと似ているのが小林先生のところじゃないかと思います。先生のところも小回りがきくという点で……

小林　そうですね。

栗田　行政に好きなように使われているという感じもしないではないですけれども。

小林　ただ、いまほど藤本先生おっしゃったように、そう言った積み重ねが地域包括との太いパイプをつないでいく上で重要なのかなと思っています。

最近私どもは初期集中の事業に帝人ファーマさんが提供しているバイタルリンクという ICT を利用させてもらっていますが、各包括さんをつないで、初期集中の事例を中心に情報を見える化しながら連携促進を進めているという状況であります。

ただ、地域包括ケアの話が先ほどから出てきていますが、それに乗れる人はいいのですが、なかなか乗せることができない方が最近少しずつ増えてきています。今までは私も何とか数をこなしてきましたが、渕野先生のお話もあったように、これは厳しいなと思われ、最初から入院になってしまうというケースが増えています。

あとは、センターの機能分化というところですが、福島市には私のところ以外に地域型と基幹型があるのですが、フットワークが軽いのが私のところなので、どうしても頼られてしまいます。藤本先生のところも同じだと思いますが、私も基本的には断らないスタンスで対応していますので、すべて受けるということになれば、かなり負担が大きくなって、今後、数がふえてくると回らなくなってしまうなと感じています。連携型センターとして

やらなければいけないことですが、非常に不安を感じながら今診療しているところです。

粟田　ありがとうございます。そもそもこの認知症疾患医療センターは都道府県事業なので、そういった問題を都道府県としてどう考えるかということを検討していかなきゃいけないんだろうなという気がいたしました。ありがとうございます。

ほかに何かございますか。自由にご発言いただければ。――櫻井先生、どうぞ。

櫻井　ありがとうございます。長寿研では診断後支援のモデルをつくろうということでいろいろなことをやってまいりまして、認知症の診断がついた後のリハビリテーションとか、本人・家族への精神的な指導といいますか家族教室もやって、また MCI を対象とした進行予防のための教室をやっています。しかし、地域との連携ということをどうして進めたらいいのかというのはずっと考えてきたのですが、これまで開発してきた診断後支援を地域で社会実装するということが、地域連携につながる活動になることに、気がついてまいりました。

認知症と診断された人で、診断後支援をどこで行うか、どこに人材がいるかを考えますと、病院で抱えることは滋養の面でも現実的でなく、やはり介護保険のサービスを提供している施設じゃないかなと思っています。例えばデイサービスとか、一部の入所施設でも、既に指導員やインストラクターとなる人材がおられます。ただ、これまでは自前で作ったプログラムでサービス提供してきたわけです。そこで、しっかりと有効性が検証されたプログラムを診断後支援のツールを提供して、現実可能性を検証していくことが、具体的な地域との連携あになると考えています。国立長寿ではそのための準備を今、進めているところです。

粟田　ありがとうございます。

内海　センターが地域包括ケアシステムに対してどのような役割を担っていくかという大枠を考えたときに、本来、医療機関でしたから診断と治療というところに視点が置いてあったと思うんですけれども、生活を支えるという部分でセンターが診断後支援という言葉の中でどこまでできるかとなりますと、本当に先ほどのお話の中で（あったとおり）、基幹型、地域型、連携型ではやっぱり全然違うと思うんです。地域型ですと、やはり患者さんを逆紹介して、当院では１年後また来てくださいという形でのフォローアップしかできない。なので、そういう部分では、診断したときに情報をいろいろさまざま提供して、そして危機介入というものをセンターが責任を持っていつでもやるようにしているということをお伝えしております。

もう一つ、センターの役割として初期集中のサポートあるいは自分たちも参加してやるということがあると思いますが、最近、コロナの影響かもしれないですけれども、初期集中の件数があまり上がってこない。そして、当院は総合病院です。先ほど渕野先生も民間の精神科病院の特徴として入院を依頼されて退院先がないということがあるとお聞きしましたが、総合病院においては今、認知症ケアチームが始動してもう５年になります。一般科に入院した患者さんでまだ認知症の診断も受けていない方たちが、そこですくい上げられてきます。その中で、入院中のケアについて、そしてさらには診断に結びつけたり、あるいは在宅へ戻った後のケアについての体制を整えたりというようなことが総合病院でのケアチームの役割です。

総合病院のセンターだと、余計さまざまな情報等ツールがあって、そこに活躍の場というものがあるのではないかなと思っています。

あと、地域連携という部分で、実際に我々センターが生活を支えるという実務をやるということはなかなか難しい。だとしたら、やはりセンターには、介護関係者あるいは地域住民への研修あるいは啓発活動、そういう形で貢献していくという役割があるのではないかなと。やはり、情報の拠点、危機介入の拠点。あそこに連絡すれば情報をもらえてどこかにアクセスできてつないでもらえる、センターにはそういう役割があるんだということを地域の住民の方たちあるいは福祉・介護の方たちにわかっていただければ、間接的な形での生活支援というものを構築していけるのではないかなと考えております。

我々みたいな田舎の、そして北海道（では）、冬はほとんどもう外出できない。そうすると、認知症カフェをやっても、外出そのものが難しくて、拠点場所をつくっても人がなかなか集まらないというような地域の事情がございます。そうするとやはり（センターの役割は）、電話ででもいいからアクセスできる場所をしっかり地域住民に周知するというようなこと。それが包括と結びついた形で、協力して、危機介入なり生活を支えていくことが必要なのではないかなと考えております。

粟田　ありがとうございます。先生おっしゃるように認知症疾患医療センターは生活支援を提供する主体ではあり得ないので、実際に診断後支援という中で、診断後支援の中の一つに相談支援と書いていますから、相談というところを通して、介護保険サービスなり、冨本先生はチームオレンジとかを挙げていましたが、そういうところとちゃんとつながっていく、情報を提供して周知していく、これが基本であろうということで、まさにまずはそこなんだろうなと思いました。そういうことが周知されていることが重要なんだろうなと。ありがとうございました。

内海　あともう一つよろしいですか。

粟田　はい、どうぞ。

内海　チームオレンジをつくっていく課題が自治体には与えられていますけれども、先日、当院でスタッフ研修会を、チームオレンジについてということで、全道の包括支援センターに向けて好事例とかをやったんですけれども、実際いろんなところの包括からのご意見で、チームオレンジをつくれといっても何をつくったらいいのかがわからない、どういう活動をしたらそれはチームオレンジなんだという疑問が多々ありました。確かに私自身もぴんとこないんですけれども。

これからやはり医療包括システムをつくっていくためにはチームオレンジも一つの大きな役割を担っていくと思うので、今後、例えばセンターが、チームオレンジをどうつくっていくかというところにアドバイザー的な役割もしてもいいのではないかなと、先日感じ

ました。

栗田　ありがとうございます。チームオレンジ問題は、天から降ってきた何かみたいなもので、非常にあれなんですけれども。さっき冨本先生がおっしゃったように、自然発生的にでき上がってきたものに後でチームオレンジという名をつけるというのが現場の適切な考え方であって、チームオレンジをつくらなきゃいかんと言ってつくるのはナンセンスだろうということですよね。ありがとうございます。

時間も限られてきたので、私から指そうと思います。恐らく大きいところで問題なのは、一つは谷向先生のところなんかは大学なので、地域と連携して、例えば市町村と連携して地域包括とのパイプをつくりとかはなかなか難しい問題かなと思います。谷向先生、いかがでしょうか。

谷向　先生、ご指名ありがとうございます。まさに先生がおっしゃっていただいたとおりでして、愛媛（大学）の認知症疾患医療センターは、各医療圏域に認知症疾患医療センターがある上で、それを統括するというような形の位置づけに一応なっております。

一番最初の設立当初は一見さんお断りといいますか、必ず医療機関からの紹介でというような形のワンクッションのシステムをとっていたというようなこともありまして、要するに地域包括とかそういうような福祉との直接的なことは、研修会とかそういうようなこと以外では実際に相談業務を受けるというようなことが（ありませんでした）。当初、県の会議の中での広報的にも、そういうような形での設立という感じに実はなっていましたので。

今はそういうようなことはなし崩し的にはなっておりますけれども、一応、大学病院という中に疾患医療センターがありますから、大学病院では基本的にはやっぱりかかりつけ医の先生からの紹介状をもってという形になっていますので、紹介受診自体に福祉からダイレクトというようなことは少ししづらいようなところはあるのかなと思っています。

ただ、いろんな相談を通じて、それぞれの地域包括支援センターの事例検討なんかを通して、あちらのほうからすごくコンタクトをとってこようというようなことはありますし、それぞれの市町であるとか、同じ松山市の中では現時点では 12 の地域包括がございますけれども、そういうようなところに、先ほどの認知症疾患医療センターは要らないとかというようなところの中では、いいサポート医の先生が地域活動としてされているようなところもあるので、一元的につながったらいいかというと、やっぱりそれぞれの地域性というのがあると思うんですよね。ですから、そういうような地域性も踏まえて疾患センターのあり方を考えていく必要があるのかなと感じたりして、いろんな先生方のお話を伺っています。

栗田　ありがとうございます。

それから次に、ぜひ數井先生にお聞きしたい。數井先生のところは本当に基幹型だし、高知県全体を見渡してそれこそ機能体制構築ということを考えていかなきゃいけないような立場だと思います。しかも人材育成という重要な役割を担っているんじゃないかと思いますけど、先生のところの大学としての役割はいかがでしょうか。

數井　ありがとうございます。まず、最近の活動を幾つかご紹介します。

最近、高知県の医師会の先生方も、やっとというか、認知症に大分ご興味を持ってくださるようになってきまして、いろんな講演とか連携とかそういうことがまさに始まってきています。

それから、これはたまたまかもしれませんが、若年性認知症の患者さんの就労支援を、基幹型で大分複数をやるようになってきています。これは地域の先生、それから行政の皆さんのトレーニングにいいなと思っております。それこそ診断後の支援が重要になって、それをずっと支えていってどういうふうに支えるのかというのを、みんな学び合いながらやっています。その中で高知県でも、認知症の本人が活動してもいいよと言ってくれる人たちが出てきまして、その方々が今度、高知県の認知症の人たちをまた元気づけようとしてくれています。

これは真ん中辺のことなんですけど、いざ今度は僻地のほうになると、これはなかなか大変です。この秋からやり始めたのは、自治医大の先生方が地域で診ていらっしゃるような僻地の診療所と、ペアになるようにしました。といっても、私が１カ月に１回そこに行って実際に診療して、そこで実際の患者さん数人を、コメディカルの人たちともディスカッションして、それを繰り返していくというのがいいなと思い始めています。今考えているのは、今行っている地域がまあまあ片がついたら次の地域に行こうか次の地域に行こうかというふうにしていって、それから若い人たちもそれに続いて行ってもらう。僻地に我々の機関のスタッフが１カ月に１回でも行き始めると、高知県も僻地に大分行けるかなと思っています。

栗田　ありがとうございます。先生のところは確かにそういう役割が重要だと思います。特に認知症疾患医療センターがそもそも設置できないような僻地というのがある。私も実は先祖が四国なので高知県をよく知っていて、室戸岬も足摺岬もよく知っていますけれども、そもそも鉄道もないですよね。そういうところでの体制をどうするかということを考えるのが基幹型の重要な役割だと思うので、そういうことなのかなと思っております。実は東京も全く同じで、島がたくさんあるのでどうするかなと。ありがとうございました。

旭先生のところも千葉県全体を見渡しながらいろいろなさっていると思いますけれども、旭先生のところではいかがでしょうか。

旭　今のをお聞きしまして、私どものところは 50 万の人口で、もともと認知症の方が身体合併症を起こして救急病院に入院する方、その中で認知症の BPSD がせん妄になって私どものところにリハビリを目的で紹介される患者さんが非常に多くなっております。そういう人を、入院して大体３カ月ぐらいである程度落ちついたら、包括支援センターを持っておりますから、地域へ戻す。その都度、一部は、やはり BPSD がひどいと地域の精神科の病院のほうにお願いをして、その方々に対しても、毎月、疾患センターのソーシャルワーカーとそちらの精神科の病院のほうのソーシャルワーカーと連携をとりながら、病状

が安定したら再び私どもが引き取って、それで在宅に戻すということで何とか切り抜けております。確かに非常に数が多くて、今日も１人、認知症で精神科を退院した人がまた肺炎を起こして、すぐ救急病院にお願いして入院させてもらったというようなことで。

そういう意味では、疾患センターの役割というのは非常に重要になってきていると思っています。そこの中に、認知症の ADL 障害、リハビリという視点での連携というのも非常に有効かなと感じております。

ただ、ご存じのように急速に高齢化が進んでいますから、次々押しかけるというのはなかなか……。本当はもっと疾患センターをふやしてほしいというのが私の本音であります。以上のような感覚です。

栗田　そうですね。これは恐らく次のテーマになってくると思います。ありがとうございます。

中西先生は、行政の立場ということを踏まえて、まさに地域包括ケアシステムと認知症疾患医療センターの役割のことにちょっとコメントいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

中西　ありがとうございます。まず医師としては、認知症疾患医療センターはやっぱり拠点であるべきだという思いを持ってこれまで取り組んできたところがあるんですけれども、自治体の立場とすると、今、持続可能なシステムをどうやってつくったらいいのかなということを、実はすごく考えています。全てのセンターにここにいらっしゃるようなすばらしい先生たちがいらっしゃるわけではないですし、つまり活動的であったり理解が深い先生がいらっしゃるわけではないので、特に近年、地域では包括支援センターの人が継続できないということで、大阪では入れかわりが非常に激しくて、顔の見える関係というものを作ろうということよりも、システムとして継続できることがまず必要ではと今思っています。もともと保健センターも数年で異動していってしまいますし、病院も、ずっとそこがやってもらえるかどうかということも、昨今、倒産などもあったりして、考えなくてはいけないと思っています。

大阪市全体を考えると、市全体の活動と、それから疾患医療センターは３地域型と３連携型があるので、市を三つのエリアに分けている活動、その下に 24 区に一つずつ初期集中が置いてある強化型包括があり、その中に包括が 66 あります。さらに活動としては連合単位の活動や小地域の活動もあるので、そういう縦の層構造というものも考えて組み立てていく必要があるのかと思っています。

地域と疾患医療センターのパイプという意味では、キーになるのは初期集中支援チームだと思っています。うちは初期集中を包括に置いているということもあるのですけれども、そもそも初期集中は疾患医療センターが後方支援するという事業になっていることと、サポート医の活動としても初期集中が非常にわかりやすいし立ち位置がはっきりするので、これらの活動がうまくいくとそのあたりの連携というのがよく見えてくるのかなと、考えています。

まとめると、スーパーマンがいなくてもできる仕組みづくり、少なくとも最低限のレベルが滅びないでつながっていくたてつけというのを自治体のエリアでどう展開していくのかなということに今苦心しているような感じです。

栗田　ありがとうございます。大変有益な情報でした。確かに、初期集中支援チームを後方支援するということが認知症疾患医療センターの要綱にあるので、制度的にも認知症疾患医療センターは市町村をバックアップするということができ上がっているわけですよね。特に地域包括に初期集中があれば、当然、制度的にはそこにパイプがないといけないというのが一応はあるので、これが実際にリアルワールドで行われているかどうかというところが課題ですけど。ありがとうございました。

だんだん最後のほうになってきたので、最後に東京都の状況をまとめて古田先生と井藤先生に順番に話してもらおうと思います。古田先生、どうぞ何か話してください。

古田　地域包括ケアシステムということで板橋区のほうのことを考えていたので、東京都ではなくて板橋区のほうのお話をします。

板橋区は人口 55 万人で地域包括が 19 カ所あるんですけれども、地域包括ケアシステムでうちのセンターはどういう位置づけかというのは、幸いなことに立ち上げの前から区とお話もできていたと思いますし、今も定期的にミーティングを持っているということで、非常に恵まれているのかなと思いました。うちのセンターの役割が合併症の医療〔が最終？〕と BPSD の対応ですけど、総合病院なので精神科のあんまり激しい人をとれないというところもあるんですが、その役割に関してもご理解いただいていて、やれていると思います。

持続可能なシステムというのを今聞いていて思っていたんですが、うちは幸いに立ち上げのときから医師も相談医もずっと 10 年近く同じ者が残っているので流れなんかはみんな理解してやれますけれども、行政も包括も、人がかわるたびに何でそうなっているのかがわからなくなってぷっつりと途切れちゃうみたいなことが続いています。それは島の支援事業なんかでも同じです。仕組みづくりもそうですが、やっぱりモチベーションを持った人をつくるという作業のほうが結果的にはつながっていくのかな、なんていうふうにも思っています。

ちょっとまとまらない話ですが、中西先生の話を聞いて思ったことを述べさせていただきました。

栗田　ありがとうございました。東京都の場合は区市町村と認知症疾患医療センターの関係が最初から完全に制度的に位置づけられているので、ある意味では区市町村そのものと太いパイプを持ちながら、地域によって全然違うんですけど、それぞれの認知症疾患医療センターがいろいろ考えてやっていくという形なのかなと。ありがとうございます。

では、井藤先生どうぞ。井藤先生は人材育成という観点からかもしれませんけど、どうぞ。

井藤　健康長寿医療センターの井藤でございます。よろしくお願いします。

東京都の状況ということで、認知症支援推進センターの話をさせていただきます。認知症疾患医療センターというのは、以前にもお話をしたことがあったかと思いますけれども、東京都独自の組織で、地域包括支援システムにかかわる全ての専門職を対象とした各種研修を企画・運営する組織です。

認知症支援推進センターというところで一括して東京都全域の研修をするメリットは、島嶼も含めて、どこの地域にいても同じ研修が受けられるということだと思います。やっぱり都中央部と言われているところに大きな病院があって、そこに有名な先生がいるという状況は現実なので、そういう先生の行う研修を、どこにいても、特にオンラインになってからは例えば島嶼にいても受けることができるというのはメリットだと思います。

反面やっぱり、東京都だけの難しさではないと思いますけれども、対象地域が広いので、ここで多職種研修をやっても、例えば医師が「包括にもお話がうまくできる人がいるんだな」とか、包括の人から見て「ああ、いい先生もいるんだな」というような職種に対する偏見を解消するきっかけにはなるかもしれませんが、ここでじゃあふだんやりとりする相手と偶然出会えるかというと、ほとんど出会えていないと思うので、あの研修でご一緒しましたねというような関係がこの研修を通じてできるということはやはりちょっと難しいなと思っております。

なので、地区ごとにやることのよさのほうが地域包括支援システムをつくっていくときには有用なんじゃないかなと思っております。それは古田部長がやっている認知症疾患医療センターでは四つの区に限った対象でやっているので、そちらのほうが実質的なのかもしれないと思っております。なので、大きくやることのメリットもデメリットもそれなりにあるなというのが感想です。

栗田　ありがとうございます。小規模では認知症疾患医療センターが古田先生のところできめ細かい多職種研修をいろんなことをやっているということで、二重構造でやられているということですね。ありがとうございました。

最後は池田先生にまとめてもらおうと思っています。池田先生は全体の話と、今日は最後に追加ということで議論を残させてもらったんですが、一つは Quality Improvement ということで、専門医の育成とか認知症疾患医療センターの職員研修をどう考えていくかということも例えば学会レベルでも考えていかなきゃいけないと思っておりまして、その辺のところをちょっとお話しいただきたいということ。

それから、今、認知症疾患医療センターのほうでワーキンググループが立ち上がりましたけれども、ひょっとしたら疾患修飾薬について認知症疾患医療センターが一定の役割を果たしていく必要が出てくる可能性があるので、そのことも今後議論する必要が出てくるのかなと思いまして、その辺のところも先生から何かコメントをいただけるといいかなと思っております。よろしくお願いします。

池田　ありがとうございます。気楽な立場で先生方のすごくいい試みを勉強させていただいて今日は終われるかなと思っていたんですけど、宿題を与えられましたので、幾つかコメントをさせていただきます。僕はもちろん、最初に紹介していただいたように疾患センターは大学にないので、先生方のようなじかにかかわることはもうしてないんですけど。

前半の話に戻ると、一つは、栗田先生からも都道府県が何も考えてないんじゃないかという思い切った発言を、中西先生がおられるのに、されていましたけど、もちろんそういう傾向はあると思うんです。ただ、やっぱりそれでは事業評価というのは難しいと思っています。先生方がご指摘になったように地域差はものすごくあるので、それを国が一括して評価するというのは非常に難しいと思います。ですからやっぱり、都道府県が疾患センターそれぞれに対して何を求めているのかと。今日議論になったように、地域によっても役割が多分違うでしょうし、基幹型とか地域型とか連携型によっても違うと思うので、各都道府県がそれぞれの疾患センターに何を求めているのかと。栗田先生がおっしゃるように急に答えが出ないとも思うので、そこを疾患センターと一緒につくり上げて、じゃあ何が足りないのかというようなところを行動目標にしていくというような評価システムが要るのかなということを、今日、先生方のお話をお聞きして改めて思いました。

それからもう一点は、確かに人材育成というのは非常に大きなテーマで、熊本のときもほとんどそればかり考えていたようなところはあるんですけど、中西先生がおっしゃったように、やっぱりサステナブルな仕組みをかなり意識してつくっていく必要があります。実際に僕が知っている疾患センターでも後継者がいなくてもう返上したというところも幾つかあります。じゃあ返上したらその地域にすぐそれにかわるところがあるかというと、やっぱりなかなかないんですよね。だから、そういうセンターはせっかくいいスタッフもいっぱいおられるので、何とかつなげていく必要がある。それは非常に深刻です。栗田先生がおっしゃったように、これは認知症学会や老年精神医学会の大きな役目だとは思いますけど、実際に、両学会合わせても２桁も専門医がいない都道府県というのが既にもう出始めています。そうなってくると悪循環で、指導医がいないので若手も育たないというようなことがあるので、これをどう考えていくかというのは今後の大きな課題だと思うんです。

都市部では複数のいろんな若手医師を養成する機関があるのでまだいいですけど、例えば数井先生、谷向先生のところであれば、大きな県で若手医師が育っていく大学は一つしかない。そこで例えば脳神経内科や精神科で教室自体が認知症の若手を養成していく医師がなければ、そこで育ちようがないんですね。ほかの県で育ってくれた先生がたまたま引っ越してきてくださるぐらいしかもう育っていく要素がなくてどんどん減っていくというようなことが出てくる。ですから、そこはやっぱり学会も、大学や基幹型のセンターと協力しながら意識的にサステナブルな（仕組みをつくって）、ある程度認知症に関心があって地域で積極的にかかわってくれる次世代を育てていく必要があるかなと思います。

それからもう一点は、栗田先生がおっしゃったように、栗田先生の疾患センターの調査で見ても、疾患センターが若年性の認知症の診断に非常に大きな役割を担っているというのがわかってきています。それからもう一つは、今度は疾患修飾薬なんかが出てきた場合

にも、地域によってはやっぱり疾患センターがある程度担わざるを得ないというところも出てくるので、そういった場合には基幹型でさまざまな検査もできるようなセンターが各都道府県に一つないと、渕野先生がおっしゃったようにそれぞれの施設での役割というのがもともとかなり違いますので、そこも意識的にやっておかないと、疾患修飾薬が出てきたときに地域でのかなり大きな動揺というかあれが出てくる可能性はあると思います。要するに、当事者の方がそういった治療を求められても、地域にそれを実施できる医療機関がない、あるいはフォローアップ機関がないというようなことが起こり得る可能性があるので、そこはやっぱり考えてお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。最後の点については、それこそ今日お話しさせていただいた機能体制を構築するということとも非常に深く関係してくるのではないかと思います。ただ、この問題はこの委員会だけで議論できるような話ではないので、先ほどお話しさせていただきましたけれども、一つは学会でも考えなければいけないので、ワーキンググループを立ち上げさせていただきました。多分ここにいる何人かの人にメンバーになってもらうんですが、引き続き議論させていただきたいなと考えております。

ということで、これで一応全日程が終了しました。時間が過ぎてしまって申しわけないです。最後に厚労省のほうから何かお言葉をいただければと思います。田中先生、何かございませんでしょうか。

田中（稔久）　厚生労働省の田中です。今日は遅い時間まで先生方ありがとうございました。あまり長く話すのもあれですけど、この事業そのものは疾患センターのあり方を考えるということではありますけれども、地域連携をどう盛り上げるかということにご注力いただいて大変感謝申し上げます。

今日のお話を聞いていても、やっぱり地域包括支援センターとの深いきずなというか連携がないとなかなか回らないということはよくわかりましたし、あと、病院に入れるだけではなかなか難しいので、地域のアウトリーチ的な活動を疾患センターなり地域包括支援センターなりがどうやってバックアップするかということも大事だということもよくわかりました。

今後新しいお薬も出るかもしれない状況ではありますけれども、その中で状況に応じた地域のあり方についてのご検討をまたしていただければありがたく存じます。今日はどうもありがとうございました。

栗田　ありがとうございました。橋本さん、何かございませんか。――橋本さんは出てこないですかね。

田中（稔久）　谷内補佐がおられると思います。顔が見えていますから。

谷内　いま田中から申し上げたこと以外で、少し・・・・になりますが、疾患センター周りの動きとしまして、昨年５月に総務省の行政評価局から勧告を受けておりました。恐らく年明けすぐぐらいになると思うんですけれども、これに対して正式にまた回答するというような動きになっておりまして、恐らく公表されるだろうと。大きなニュース性はないと思いますけれども。そういう中で、まさにこの老健事業なども引き合いに、しっかりと取り組んでいるということを私どもは総務大臣に回答をするというようなセレモニーみたいなことがございますので、お知らせをさせていただきます。

それから、今日の委員会の中でご議論のありましたチームオレンジは、栗田先生おっしゃったとおり無理やりつくるものではないですけれども、要件がなかなかわかりにくいというもご指摘のとおりですので、例年３月ぐらいの全国の課長会議とか令和４年度の各種アナウンスの中でチームオレンジについてはもう少し解説を加える必要があろうかとちょうど考えていたところです。

認知症施策推進大綱のフォローアップというのも、間もなく１年後の状況を報告する機会がやってまいりますので、各種施策とあわせまして疾患センターに関しても、500 に対してどう考えていくか、しっかり考えていきたいと考えております。

栗田　ありがとうございます。

それから新美先生、さっき私が少しだけ話した認知症学会のワーキンググループのことも含めて、全体を含めて何かコメントをいただければと思いますが、いかがでしょうか。

新美　ありがとうございます。今日はいろんな先生方の実際の現場の取り組みを聞かせていただいて、大変本当に勉強になったと考えております。

あと、最後の部分で、疾患修飾薬が始まったときにどうかということも含めて認知症学会でどうかということだと思うんですけれども、おっしゃるとおり、今はどうかは別にしまして、もしかすると今後幾つかに疾患修飾薬が上市される可能性があることを考えますと、こういったことに関して取り組む医療機関が必要であります。特にこういったところで問題になってくるのは恐らく、投与だけではなく、その後のフォローですね、ARIA 等を含めますと、いかに MRI を行っていくかとか、そういったところを、投与した者がどういうふうに連携をとりながら治療体制を築いていくかということもかなり大きいかなと考えております。

認知症学会の特に社会対応委員会等を含めまして、こちらのほうでは専門医も含めてどういったことをしていくべきか、どういった体制をとっていくかということを検討していきたいと考えておりますので、栗田先生ともども進めていきたいと学会のほうで思っております。ということを私のコメントとさせていただきたいと思います。

栗田　ありがとうございます。新美先生、ここで事務的なことを話すのもあれなんですけれども、認知症学会のワーキンググループを早速立ち上げて開きたいと思います。なるべく各学会にわたるようにメンバーを決めてワーキンググループを立ち上げますので、メールで具体的なメンバーをご相談させていただきますので、お願いいたします。

新美　〔こちらこそお願いします？〕。

栗田　それでは、今日の議事は全部終了いたしました。今日の議事も全て文章に落として、私のほうで要約をさせていただきます。今日の議論も非常に内容の濃い重要な議論でしたので、今後の認知症疾患医療センターのあり方・役割に反映させられるように、報告

書のほうにまとめて示させていただきたいと考えております。

枝広さん、次回は何月ごろやればいいのかな。

枝広　２月になると思います。１月に日程調整のご連絡をさせていただく形になると思います。

栗田　今やっている調査を全部集計して、ちゃんと分析をした結果を次回の委員会で報告させていただきたいと思います。また枝広先生のほうから報告してもらいますけれども、時期的にはやっぱり２月ぐらいになるかと思いますので、またよろしくお願いいたします。

今日は皆さん、本当に長い時間ありがとうございました。これをもちまして終了させていただきます。

（終了）

令和３年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 99）
認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業

第３回検討委員会　第５回ワーキンググループ
議事録反訳

日時：令和４年２月 14 日（月）18 時 00 分～20 時 03 分
会議形式：オンライン

粟田　それではそろそろ時間ですので始めたいと思います。最初に資料の確認を事務局からしてもらえますか。

事務局　事務局の海野です。よろしくお願いいたします。

直前に送らせていただいた資料もございます。まず資料１「本年度の事業について」、資料２「令和３年度アンケート調査結果資料」、資料３「令和２年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計分析結果」、資料４「名簿」。それから、参考資料 1-1「調査自由記述①認知症疾患医療センター」、参考資料 1-2「調査自由記述②地域包括支援センター」、参考資料 1-3「調査自由記述③居宅介護支援事業所」、参考資料 1-4「調査自由記述④市区町村」。また、先ほどお送りいたしました資料「第１回検討委員会論点整理」「第２回検討委員会論点整理」。それと「次第」、以上になります。

２回に分けてお送りさせいただいておりますので、もしメール等が届いていない先生方がいらっしゃいましたら、ご連絡いただければと思います。よろしくお願いいたします。

粟田　それでは早速、第３回の検討委員会を始めさせていただきます。皆さん、お忙しいところをお集まりいただきましてありがとうございました。

今日出席できない可能性があるのは、數井先生。櫻井先生は少しおくれて来るということでした。池田先生もまだいらっしゃっていないですけれども、きっとおくれて来られるのではないかと思います。内海先生は、今日来られないということでした。ほぼ全員いらっしゃっているので、始めさせていただきたいと思います。

では、次第に従って進めさせていただきます。

〔スライド１〕最初に私のほうで、資料１「本年度の事業について」を共有させていただきます。

〔スライド２〕復習ですけれども、今年度の事業はここにある四つの項目について検討委員会でディスカッションをいたしまして、認知症疾患医療センターの役割とは何かとか、あるいはどうやって運営事業の質を評価していくかということを検討していこうということになっております。

この作業の中で、後ほどお話しします三つの調査をしておりますので、その三つの調査を踏まえて今後の認知症疾患医療センターの役割とその評価の方法を考えていこうということです。特に運営事業実施要綱の目的に記されている「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」ということが、ある意味では認知症疾患医療センターの究極的な目標になっている、要するにこれは認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムを実現することだろうということで、これに向けてどういう役割を果たしていくべきか、そしてこれをどう評価していくかというこ

とを検討してディスカッションしていこうということでございます。

一回（資料１の）共有を外します。皆さんのお手元に今日お送りした、前回の委員会の論点を整理したワードのファイルを共有させていただきます。最初にそれを見ていただければと思います。前回も大変良いディスカッションがなされましたので、私のほうで要約させていただきました。これは今日のディスカッションにもつながる話なので、少し復習させていただきます。

前回の議論の中で、認知症の人の生活を支える地域包括ケアシステムの構築にセンターが寄与するというのはどういうことかということで、最初に冨本先生が、地域で既に自然発生的に芽生えている活動があるということで特に三重県玉城町の例を挙げていただき、こういうところに近づいていくことが重要ではないかというご指摘をいただきました。

それから石井先生からは、「地域の実情に応じて」というフレーズについて、ここでは特に人口密度とか今後認知症の人がどんな勢いでふえるかとか支える世代はどれくらいいるのかという人口動態の観点が重要で、人口密度が高く後期高齢者が急速にふえていく都市部と過疎化が進む農村部などで類型化して、その役割についてのモデルを提示していくことが重要ではないかというようなお話をいただきました。

もう一つは、退院後の地域生活を支える体制整備が重要であるということで、渕野先生からは、最近は入院依頼が多く、入院患者を地域に帰す努力を地域包括やケアマネと連携して行っているがなかなか大変であると。北村先生からも、職種連携の研修のあり方について、原点に返ってケアマネの勉強会をやっている、地域包括支援センターも重要だけれども、ケアマネとの勉強が重要ではないかと。そして冨本先生からは、地域包括支援センターとのパイプが重要であって、特に顔の見える関係をつくることが非常に重要であると。

そして地域包括支援センターとの間に太いパイプをつくるという観点では、冨本先生からは、医療者があまり前面に出ないフラットな関係での事例相談会が大切であって、さらに認知症疾患医療センターと地域包括支援センターのパイプづくりが制度的にあるといいだろうというご意見をいただきました。そして石井先生からは、ケアマネが医療のことをよくわかっていない問題と、医師が介護のことをよくわかっていないという問題があるので、医師の側にも介護に対する理解を深めていく取り組みが必要だと。さらに石井先生からは、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの距離を縮めていく努力が必要であって、一例として広島県の西部の認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの合併型センターの例をご紹介いただきまして、これが非常によく機能していると。藤本先生からは、フラットな多職種連携を行うためには、医療側はかかりつけ医やサポート医が中心になって、専門医は後ろに下がっていったほうがいいと。小林先生からは、連携型センターは小回りがきくので地域包括からの相談も多い、断らずに受ける方針でやっているけれども、今後数がふえてくるとなかなか大変かもしれないというご意見をいただきました。

それから、認知症疾患医療センターの診断後支援が地域連携の推進につながっていくという話で、櫻井先生が、国立長寿医療研究センターでは診断後支援のモデルとして、リハビリテーション、本人・家族への心理教育、MCI を対象とする予防教室などをつくってきた、これを地域に社会実装することが地域連携につながる活動になるだろうというご意見でした。また旭先生からは、認知症の ADL 障害、リハビリという視点での連携は非常に重要である、また BPSD については精神科との連携が必要で、急速に高齢化が進んでおり、センターの数はもっとふやす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。また内海先生からは、生活を支えるという観点でセンターが行える診断後支援は、基幹型、地域型、連携型で異なるであろうと。また、総合病院では、一般科に入院した認知症患者の退院後のケアの体制を整えることがセンターの役割になるだろうというお話がございました。

さらに、センターが情報の拠点、危機介入の拠点であることが重要であるということで、内海先生から、情報の拠点、危機介入の拠点となることがセンターの役割である、また、市町村がチームオレンジをどうつくっていくかということについてセンターがアドバイザー的役割を果たすのもよいのではないかという話がございました。

そして、都道府県下全体の機能体制構築については基幹型センターの役割として考えていく必要があるのではないかという意見もありました。基幹型では県下全体の認知症医療の機能体制構築にも寄与していく役割があるだろうということで、數井先生のところでは、僻地医療をしている自治医大の先生と大学病院の認知症疾患医療センターがペアを組んで、僻地における認知症の医療体制整備に寄与しているというお話がございました。また井藤先生からは、東京都には認知症支援推進センターという独自の事業があって、都内全域を対象に、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムにかかわるすべての専門職の研修を行っていると。都内のどこでも同じ研修を受けられるというメリットがあるけれども、圏域が広いので顔の見える関係づくりには不向きであると。東京都では，都内全域を対象とする認知症支援推進センターの研修と、認知症疾患医療センターが担当している区市町村単位での研修という二重構造があるということをご紹介させていただきました。それから、池田先生、數井先生から、若年性認知症の診断と診断後支援はセンターの重要な役割だと。それから池田先生から、疾患修飾薬が出たときに、これに対応できるようにさまざまな検査ができる基幹型センターが必要になるという話でした。

最後に、持続可能な仕組みづくりというテーマで議論がありました。これは中西先生ですが、行政の立場からすると持続可能という観点が重要であり、病院もずっとそこがやってもらえるかどうかという問題があると。さらに、地域と認知症疾患医療センターのパイプという意味でキーになるのは、認知症初期集中支援チームだと。地域包括支援センターに認知症初期集中支援チームが設置されており、それを認知症疾患医療センターが後方支援するというたてつけになっており、認知症サポート医が認知症初期集中支援チームに関与することになっているので、スーパーマンがいなくても最低限のレベルで滅びないでつながっていくたてつけが重要だという、重要なお話をいただきました。

さらに古田先生からは、板橋区では認知症疾患医療センターの立ち上げの段階から区とも話し合いができていて、区内に 19 カ所ある地域包括支援センター全てに認知症初期集中支援チームが設置されておりまして、認知症サポート医が配置されていて、定期的にミーティングも開催されるようになっていると。持続可能なシステムという観点では、モチベーションを持った人をいかにしてつくるかという観点が重要であるというお話がございました。私からは、東京都では立ち上げの段階で区市町村に１カ所、認知症疾患医療センターを設置するという方針でつくりましたので、区市町村行政と認知症疾患医療センターが連携するように最初からたてつけられていると。

最後に池田先生から、サステナブルな仕組みづくりという観点からは人材育成が重要だ、これは認知症学会や老年精神医学会の役割であるが、両学会を合わせても専門医が１桁しかいない都道府県が既にたくさんあり、これをどうするかが大きな課題になっていると。学会は大学や基幹型センターと協力しながら意識的にサステナブルな仕組みをつくって次世代を育てていく必要があると、学会の役割についても言及していただきました。

ということで、これは前回の議論ですが、今回はこういった議論を踏まえて、三つの調査をこの事業でやらせていただいております。

〔スライド３〕一つは、地域のステークホルダーを対象とする調査で、認知症疾患医療センターに期待されている役割は何かという調査をさせていただいております。これは認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市区町村認知症施策担当者、それから認知症サポート医を対象に、認知症疾患医療センターに期待される役割 53 項目を４件法でスコアをつけてもらいまして、この平均得点で各項目の優先度を示す作業をさせていただきました。さらに、類型別あるいは関係事業種別に各項目の優先度の違いなどを分析させていただきました。この結果を踏まえて、認知症疾患医療センターの QI の候補項目を検討するという課題があるんですが、後で枝広のほうから説明しますけれども、これはなかなか大変な作業で、今日は皆さんでフリーにディスカッションをさせていただければなと考えております。

〔スライド４〕ちなみに、これは後で詳しく説明しますが、各関係機関が認知症疾患医療センターと連携経験があるパーセントはこんな感じになっておりまして、地域包括支援センターと市区町村は８割近い、ただ居宅介護支援事業所は４割程度で、認知症サポート医はまだ暫定的ですけども 60％程度であるということです。

53 項目については、専門的医療機能に関連する項目と、診断後等支援機能に関する項目、これはたくさんあります。それから、地域連携推進機能に関する項目。そして最後にその他の機能ということで、自動車の運転免許に関する機能二つを加えさせていただいております。この結果については後で報告させていただきます。

〔スライド５〕二つ目は事例調査です。「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」に関する先進的な事例。一言で地域連携と言ってもいいかもしれません。地域連携体制構築に関する先進的な事例について、皆さんの認知症疾患医療センターで行っていることを事例集としてまとめさせていただきました。切り口はいろいろございまして、例えば中西先生は大阪市という行政の立場から書いていただいています。いろいろな立場で、地域連携体制構築についての多様な活動をご報告いただきました。この事例集を作成して、全体を見渡してみて、認知症疾患医療センターとしての共通性あるいは多様性をまずは可視化させていこうということです。これを踏まえて、果たして認知症疾患医療センターの QI あるいは事業評価に反映できるものはあるかということを検討するのですが、これも大変な課題でして、これも後でディスカッションさせていただければと思っております。

〔スライド６〕それから最後が、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。これは毎年やっていることですが、厚生労働省より令和２年度分の実績報告書データをいただきましたので私どものほうで集計・分析いたしまして、令和２年度における認知症疾患医療センター運営事業の活動状況を可視化させております。これに基づいて QI としての重要な項目を検討していくということです。

〔スライド７、８〕これにつきましては、最初の委員会でご紹介させていただきましたが、この実績報告書には、施設基準（ストラクチュア）に関する項目ということで基本的な項目をまずは記入していただいて、そして事業内容は、これは診断後等支援についてはまだでき上がっていなかったときの項目ですが、専門的医療機関としての機能、身体合併症に対する救急医療機関としての機能、地域連携推進機関としての機能をプロセス評価ということで評価させて

いただいて、そして最後に、医療サービスの提供状況を評価させていただいております。

これは大変量が多くて、もう少し少なくならないかという問題ももちろんあります。ただ、これをつくっていったプロセスというのは、もともとは認知症疾患医療センターの質についての問題というのがかなり前からございまして、実は平成18年ぐらいからこの問題が取り沙汰されておりました。特に平成24年のオレンジプランができるときに、認知症疾患医療センターの設置目標とともに、質を担保するための仕組みをちゃんとつくること、事業評価をきちんとすることというものがございました。この項目は、当時の厚生労働科学研究からスタートした研究事業での我々のデータを基礎にして、厚生労働省のほうで最終的につくった項目です。これはこれなりによく洗練された項目ではないかと改めて思いました。後で細かくは枝広のほうから説明しますが、少しだけ紹介しておきます。

〔スライド９〕例えば今回、疾患修飾薬の導入に当たって、MRIが施設内にある認知症疾患医療センターが医療機関種別にどのぐらいあるのかというのが一目瞭然、現時点ではこういう感じでMRI検査ができる体制になっているということがすぐわかるようになっています。これも経時的に見ていくことができる。

〔スライド10〕それから今回、地域包括支援センターとのパイプという問題がテーマになっていましたが、地域包括支援センターからの相談件数は、認知症疾患医療センターの類型別あるいは医療機関の種別で見ると、相談件数の中央値がこんなふうに分布していることがわかります。これは０件から600件700件と非常に幅が広いので中央値を使いましたが、こんな感じになっているということです。

〔スライド11〕例えば地域包括支援センター職員等を対象とする研修会はどのぐらい行われているかと。こういうふうに類型ごとあるいは医療機関種別にこんなふうになっているということです。これについては連携型と診療所の間でかなり差があるんですが、実は連携型の中には一般病院が含まれておりますので、連携型の中の診療所は非常によくやっている、一般病院はあんまりできていないということのようです.

〔スライド12〕初期集中支援チームの配置についても、チームを認知症疾患医療センターに設置しているのはどんな感じかということで、診療所に設置しているところがかなりあることがわかります。

〔スライド13〕チーム員として関与しているところはどうかということで、これは地域型が一番多いんですけれども、地域型も連携型も、あるいは精神科病院も診療所も、チーム員として関与しているところは非常に多いと。

〔スライド14〕後方支援については、基幹型、地域型がこんな感じで実際に行っているということ。

〔スライド15〕それから、役割についての調査で枝広のほうから後で説明しますが、介護保険施設・事業所への往診・訪問診療というのが、53項目の中で一番下から２番目ということで一番期待されていない役割なんですけれども、実は診療所がこれをよくやっているということがわかりますので、一概に全体の役割期待度のランクが低いからといって認知症疾患医療センターの役割ではないとは言えない、つまり類型あるいは医療機関の種別によって求められている役割が非常に違うということなのかなと思われました。

私からの説明はここまでです。

ここからは、まずは三つの調査についての集計・分析結果をご報告させていただいて、その上でディスカッションの時間を設けたいと思います。

では、枝広のほうから一つ一つ説明していきますので、よろしくお願いします。

枝広　皆さん、こんにちは。枝広です。こちらで（資料２を）画面を共有しました。

〔スライド１〕いま皆さんに見ていただいているのが、今回やった新しい調査です。認知症疾患医療センターに期待される役割を調べましたという調査の簡単な報告です。

全部で５対象あります。認知症疾患医療センターに対しては周りから認知症疾患医療センターにどういうふうに期待されていると思っていますかということを聞いて、それ以外は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市区町村とサポート医に対して、あなたがあなたの立場として認知症疾患医療センターに期待することは何ですかという形で聞いています。

やり方としては、４件法で、期待されていない、やや期待されている、まあまあ期待されている、とても期待されているという１、２、３、４をダミー変数に割り振って、平均値を期待スコアとして扱ったという形で処理をしています。

まず一つ目が認知症疾患医療センターの調査です。返送率が66.6%でした。

〔スライド２〕この表は、赤が基幹型、緑が地域型、青が連携型、紫が全てという形で、全てに対して平均値が高い順に並べています。有意確率は３類型に対して出しているだけです。後ほどベスト10に対してお話をしますので、ここは簡単に飛ばしていきます。

〔スライド３〕まずは全体においては、鑑別診断機能が４点満点で3.84点になっている。２番目が行動・心理症状に対する外来診療、３番目が包括支援センターからの相談応需なんていうことが多分期待されていると思うという結果

です。
〔スライド４〕基幹型は総体的何となく点数が高い感じがしますけれども、鑑別診断が１番、２番目がかかりつけ医との連携。
〔スライド５〕地域型に関して１番が鑑別診断、それから外来診療、包括支援センターからの相談応需。地域型は数が多いので、これが全体の数を引っ張ってしまっているところはあります。
〔スライド６〕連携型に関しては、外来診療が１番で、２番目が鑑別診断という様子です。これは診療所が多いからという気がします。
〔スライド７〕次に、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に何を期待していますかと聞いたものです。返送率 59.2％で、77.2％が連携経験がありました。これも同じように月１回未満、月１～４回、月５～９回、月 10 回以上という連携頻度について並べていて、紫色が合計ですけれども、合計の平均値のスコアが高い順に並べています。
〔スライド８〕グラフにします。包括支援センターから期待されていることは、鑑別診断が１番、２番目がかかりつけ医との連携、３番目、４番目が外来診療、入院診療という感じです。
〔スライド９〕居宅介護支援事業所のほうは、返送率 49.2％で、連携経験があったのは 39.1％でした。同じように（合計の期待スコアが高い順に）並べています。
〔スライド 10〕グラフにすると、鑑別診断が１番、２番目が外来診療、３番目がかかりつけ医との連携、主治医意見書の記載という感じで並びます。
〔スライド 11〕次に市区町村です。市区町村は、行政という立場から期待していることというふうに聞いています。76.5％の連携経験があったということです。同じように（合計の期待スコアが高い順に）並べています。
〔スライド 12〕数値は高い感じはしますけど、大体同じような感じです。鑑別診断、かかりつけ医との連携、外来診療、相談応需という感じです。
〔スライド 13〕サポート医調査については武田先生のほうの事業に一緒にやらせていただいたという形で、これは暫定です。1503 件の結果をここにお示ししていますけれども、本日までで先ほど武田先生にいただいたのが全部で 2780 件来ているらしいので、これの倍ぐらいはあるという印象です。
〔スライド 14〕連携経験があるのが半数ぐらいだと思います。
〔スライド 15〕サポート医も同じように（合計の期待スコアが高い順に）並べました。
〔スライド 16〕これをグラフにしたものがこちらです。鑑別診断が１番。若年性認知症に関する精査が２番目、BPSD の入院診療が３番目、若年性認知症の継続医療の提供が４番目という感じで、若年が上位に入ってくるのがサポート医の先生の期待なんだろうなと思います。
〔スライド 17〕ベスト 10 だけ抜き出して示しています。鑑別診断とか包括さんの相談応需とかかかりつけ医との連携というのは割とよく見る感じですけれども、若年性がすごくたくさん入ってくるのがサポート医の先生のご期待というふうに思います。
時間がないのでどんどん行きたいと思います。
次に、今回の先進事例集に関してです。ご協力いただきありがとうございました。先生方のご協力のおかげで、大半集まっているところです。これ（参考資料３）は既に先週送っているものなので、ごらんいただいた先生もいらっしゃるかと思います。全ておしゃべりで（説明）できないので、流していきます。非常にさまざまな連携体制というもののスタイルがあるということがわかっています。こちらの事例集は、整えた状態で先生方に著者校正という形をさせていただいて、冊子化する予定にしています。これは現状のご報告になります。全てお見せできません。
次に、「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」（資料３）です。これは今年度の事業では昨年度分という形になりますので、令和２年の実績報告書の集計分析です。例年と同様なので非常にたくさんあるので全てお見せできませんけど、印象としてはコロナの影響がかなりあったなというふうに枝広は思っています。お若い方じゃなくて高齢の方の診断件数がすごく減っていて、研修回数等が減っている、その分、自由記載していただいた連携に関する診断後支援とか連携に関する取り組みなんていうのが多様性のあることが書かれているというふうに思いました。こちらも既にお送りしているものなので、（説明は）簡単にしておきます。以上です。
今回の調査に関して、大阪市から情報をいただいていますので、これに関しては中西先生にご説明をいただきたいと思います。中西先生、お願いできますでしょうか。
中西　パワーポイント（参考資料２）一つだけです。
〔スライド２〕大阪市は、地域包括が 66 カ所あるうちの 24 区各１カ所に初期集中支援チームを設置しています。そこが恐らく認知症疾患医療センターとの連携が一番多いだろうということで、同様のアンケートを送付させていただきました。返送率は 100％で、連携経験もやはり 100％という結果になっています。
〔スライド３〕期待している役割について、枝広先生のご指示に従った形でカウントしています。
〔スライド４〕これはやはり同じように（期待が高い）順番に出させていただいています。専門的医療機能としてはやはり BPSD に対する期待が高かったこ

と、かかりつけ医との連携、鑑別（診断）、やはり若年性といったあたりが同様に高くなっているように考えました。高くなっているものは実際に日ごろ行われているものが高くなっているように推察しております。

〔スライド５〕これは期待値の個別のものです。地域連携拠点機能としては、認知症初期集中支援チームと認知症疾患医療センターと認知症サポート医、かかりつけ医という構図はおおむね大阪市ではできてきていて、それがやはり現状どおり期待されているのかなという印象を持ちました。以上になります。

枝広　ありがとうございます。以上です。

粟田　ありがとうございます。

武田先生には認知症サポート医の調査もしていただきましたので、何かコメントとかをいただければと思います。

武田　今見ていてちょっと違和感があったのは、疾患医療センターに対して（期待することとして）主治医意見書の記載が結構上位にあったことです。サポート医がこれはすごく低かったんですよね。それは別に疾患医療センターでなくても書けるでしょうというのが出ていたんじゃないかと思うんですけれども、行政とかは主治医意見書を結構期待しているんだと思って、その辺の認識がちょっとどうかなという気がしました。

あと、サポート医に対するいろいろな調査を別事業でやっているんですけど、それを見ると、割と地域包括支援センターとか市町村はアウトリーチ機能をとても期待しているんです。ですのでこれを今ずっと目を凝らして見させてもらっていると、アウトリーチ機能については疾患医療センターにはあんまり期待していないんだなというのがわかりました。それがおもしろいなと、ちょっと興味深く感じました。

粟田　ありがとうございます。

ここからは質疑とディスカッションにしたいと思っているんですけれども、今回の事業のゴールについて一応定めておこうと思います。分析しなければいけないデータが非常にたくさんあることが今回よくわかりました。例えば役割についての調査も、いろいろな角度で分析していかなくてはいけないなと。例えばこれは都道府県別にわかりますので、地域性という観点からも見ていく必要があるのかなと思います。それから、実際にここに出ている 53 の項目はどれ一つとっても認知症疾患医療センターには必要ない機能はないんだということがよくわかりましたので、例えば類型ごとにどの辺に特徴があるのかとか、あるいはここにある53項目をどういう形で実際に評価することが可能なのか、あるいは実績報告書の中でどういうふうに評価できるのかということ等を検討しなきゃいけない。やることが非常に多いので、まずはそういうことができる基礎資料をちゃんと確保しておくというところかなという気がいたしました。

それから事例集も、私は熟読しましたが、非常に多様というか、あるいはいろんなアイデアがたくさん書かれていることがよくわかりました。これも内容についてはやはり質的によくよく分析していく作業が必要なんだなということが改めてわかりました。

ということで、あえて急いで答えは出さないほうがいいんじゃないかなという気がいたしまして、今回は、一つは QI の候補項目をデータとともにまずは提示しておくというところがゴールでよろしいかなと。場合によっては、例えば役割に関するデータというのはある程度データセットを共有できるような形にして、いろんな形で分析できるようにしておいたほうがいいかなというようなこともちょっと考えているところです。

そんなことで、今日この時点で結論は出す必要はないですけれども、改めて今回の調査を踏まえて、まずご質問なりご意見なり、今後のことなどを自由にご発言いただければなと考えております。

まず最初に、三つの調査について質問を受けておこうと思います。実績報告書は毎年やっていることなのであれですけど、特に最初の役割や期待度に関する調査結果、それから事例集について、ご質問があればご自由にご発言いただければと思いますが、何かございませんでしょうか。あまりにも量が多過ぎて、どこから質問していいかわからないというところもあるかとは思うんですが、いかがでしょうか。

では、最初の 53 項目について、どういうふうな分析、まとめ方が今後必要なのか、ちょっとご意見をいただければと思いますけれども、いかがでしょうか。私から指すのもあれですが、石井先生、何かございますか。

石井　ありがとうございます。すみません、ご指名いただいてあれなんですが、ちょっと一つお伺いしたいのは、この調査はそれぞれご回答いただいた各施設の属性情報をどれぐらいとっていたか。すみません、質問票を拝見したと思うんですけれども、ちょっと記憶が定かでないので、教えていただければ。

粟田　では、枝広のほうから。

枝広　属性の情報は、都道府県ぐらいしか聞いているものがなくて、例えば職員数とか設立何年とかは情報が全然ないです。

粟田　そうですね。都道府県情報と認知症疾患医療センターとの連携の頻度のみですね。

枝広　例えば医療機関にくっついているとかも情報はないです。

石井　ありがとうございます。これは実績報告書と例えば突合するとか、そういうこともできないわけですよね。

枝広　認知症疾患医療センターに関しては、こちらにおいては ID があるので、

その気になったら突合はできます。

石井　その気になったら（笑）。

枝広　それをやることが倫理的にどうかはご判断いただく。その気になったらできます。

石井　そこまでの同意を得ているとみなすかどうかはちょっと微妙なラインな気がしますけれども。ありがとうございます。

これをどういう形で解析していくかというので、何しろ膨大なデータなので、どういったアプローチがあるのかなと思ったときに、やっぱりその地域性、どういった地域ではどういった役割が重視されているのか、それがちょっと見ることができればおもしろいのかなと思ったんですけれども。

ただ、都道府県単位ということだと、地域性をどこまで拾い上げられるのかは難しいのかなというふうに感じました。同じ東京都でも非常に都心の部分もあれば、かといって西のほうの少し人口密度が低い地域もありますので、恐らくそこだと回答の傾向がかなり違うんじゃないかなとは思うものの、それを属性データが都道府県ぐらいしかないということは、ちょっと切り分けるのは難しいということになりますよね。

枝広　突合をしたとしたら、例えば政令市とそれ以外は分けることはできるぐらい。突合すれば住所はあるので、どこをアーバンエリアとするかによりますかね。

粟田　認知症疾患医療センターに関しては確かに指定都市まで分類できることはできます。ただ、ほかができないんですね、地域包括とか居宅介護とか。――できないことはないのか。

枝広　できないことはないです、倫理的にどうかは別ですけど。こちらから送っている都合上、住所は持っているので、何々市と何々市をアーバンエリアにしてというふうな設定があれば、その気になったらできます。

粟田　なるほど。それは倫理的問題はないと思います。市町村の名簿を使って送っていて、分析についてはそのもとのデータを使ってやるということなので、個人情報も使っていないですから、それはあまり大きな問題ではない。ただ、実績報告書は厚労省のデータなので、これとくっつけるときにはちょっと問題あるかなという感じがいたしますよね。

石井　ちなみに、私は恥ずかしながら存じ上げないんですけれども、いわゆる僻地に指定されている地域にある認知症疾患医療センターはどれぐらいの数があるか、どなたかご存じだったりしないでしょうか。

粟田　これは数えないとならないですよね。私は数えたことがないので。数えることは可能ですよね。ちなみに田中志子先生のところはそうだと思いますけど。

田中（稔久）　どの病院が指定を受けているかに関しての情報はございますけれども、どこが僻地かどうかに関してはわからないです。すみません。

粟田　そうですね。ありがとうございました。

冨本　今の僻地というのが、医師不足地域ということで二次医療圏ごとに厚労省が一応設定していますよね。だから、そういうところの定義でいえば数が出せると思います。ちなみに三重県は九つの認知症疾患医療センターがありますが、医師不足地域にあるのは１カ所だけです。

粟田　なるほど。

石井　確かに、へき地保健医療対策で僻地が定義されているので、地域だけでいうとどのエリアが僻地に該当するかというのは、厚労省の資料ですぐ調べることができるとは思います。

粟田　よくわかりました。ちなみにさっき言いましたように地域包括にしても居宅介護支援事業所にしても、もちろん市町村にしても、全ての市町村レベルの住所はわかるので、僻地を指定することは理論的にはできるので、少なくともそういう分析ができるようなデータセットにしておく。それこそ人口のデータとも突合することはできますので、人口のデータと突合することは何の倫理的問題もないので、そういうことができるようなデータセットをつくっておくということはやっておこうかとは思います。

分析をどうするかというのも、分析の切り口はたくさんあるので、年度内にどこまでやれるかというのはちょっと考えなきゃいけないので。そういうことができるようにして、必要に応じてやるということにしようかなと思います。

そんなところで、石井先生、よろしいでしょうか。

石井　ありがとうございます。そうした地域と都市部のセンターがどれぐらい違うのかというのは興味がありましたので。ありがとうございます。

粟田　ちなみに東京だけでも東京の 23 区と東京の西多摩地区はどう違うかというのはもうすぐにできるので、そんな切り口で分析を検討してみようと思います。ありがとうございます。

ほかには何かございますか。

中西　今のお話の関係で、研修センターの仙台センター（認知症介護研究・研修仙台センター）がカフェの活動状況の分析を人口規模ごとに行った令和２年度の報告書があって、非常に興味深くて、例えばコロナの影響が人口規模によって動き方が全然違うという報告でした。僻地ももちろんそうですけど、例えば今後の人口の変動予測も人口規模によって違うという報告書もあったと思うので、非常におもしろい切り口だなと思いました。

粟田　ありがとうございます。石井先生もおっしゃった「地域の実情に応じて」というのは人口動態と非常にリンクするだろうということは重要な切り口

である可能性があるので、ぜひ検討していきたいと思います。

それからあともう一つ、実は今回、若年性認知症に関する期待が非常に高い、特に認知症サポート医と市町村からの期待が非常に高いということがよくわかりました。実際、若年性認知症に対する期待に実績報告書のほうからどの程度応えられているかというのがわかるので、この辺のところを分析していく必要がある、あるいは候補となる QI の項目を少し考える必要があるのかなと思いました。これについて何かコメントとかはございますでしょうか。

藤本先生、若年性認知症に対する期待が非常に高いということがわかったんですけれども、その辺のところを、今後、認知症疾患医療センターの機能の評価としてどう考えていくかということで何かご意見をいただければと思うんですけれども。

藤本　20 年ぐらい若年性認知症の診断や支援をやってきましたけど、大切なのは、診断という観点からは、受診のしやすさが重要です。どれだけ、受診の敷居を低くできているかが問われます。さらに、若年に対する診断後の支援としては、本人とご家族への心理的な支援、就労継続支援、退職後の早い時期で、介護保険サービスを利用できる前の支援などですかね。それをどのくらい疾患医療センターが持てるか、ないしは持っているところとつながれるかということが、受診の促進にかなり大きいかなと。だから、あそこへ行けば診断だけじゃなくてその後の仕組みも紹介してくれるし居場所も教えてくれるみたいなことがあると、受診のしやすさにつながるだろうなと思っています。

それと今、滋賀県は、うち１カ所だった若年認知症コールセンターを各認知症疾患医療センターにお願いして、広がって、それからコーディネーターもうち以外にもお願いして、２カ所ふえたりしています。少しずつ各地域に広げていくと、診断と支援が地元で完結できるので、そういう流れで行けばいいかなと。

サポート医に関しては、うちの地域では連携の会に参加しているサポート医が若年の企業研修を担っています。それは産業医ですから。産業医はほとんどかかりつけ医ですよね。我々が認知症疾患センターとして、サポート医でかつ産業医の内科医に若年性認知症についての講義をして、企業への若年性認知症についての啓発を担ってもらっています。産業医会のメンバーである内科系の産業医の先生に企業に行ってもらうようにしているので、そこからの紹介の受診も多い。自分の職場に来ている産業医の内科医が、若年性認知症について講義してくれるというのは、若年認知症についての啓発の敷居を非常に低くするような気がしています。

栗田　なるほど。認知症疾患医療センターで行われることが期待されている若年性認知症の支援としては、一つは診断である。それからもう一つは診断後

の支援で、情報をきちんと提供したり、必要な社会資源にちゃんとつなげるということをやれているかということかと。それについては、例えば今回の期待に対して，「やれている」か「やれていない」かということを自己評価するということもありますけれども、例えば客観的には実績報告書の中で、若年性認知症の方を年間にどのぐらい診断しているかとか、あるいは、これは実績報告書にないですけれども、若年性認知症の人の相談をどのぐらい受けているかとか、そういうようなことを見て客観的に評価することはできるかもしれないと。

さらに、地域連携の推進体制ということで、若年性認知症にフォーカスを当てた地域連携推進体制はないですけど、例えば若年性認知症に関する研修とか、あるいはネットワークづくりとか、そんなことも場合によっては今後、認知症疾患医療センターに期待される役割と評価項目ということで検討していく余地があるのかなという気がいたしました。ありがとうございます。

谷向　おくれましてすみません。若年性認知症のコーディネーターを私はやっておりまして、実は今日、四国厚生支局の方々はすごく熱心で、４県のコーディネーターが集まっているミーティングがすごく盛り上がってしまって 18 時も突破して、入ってくるのが遅くなって、失礼しました。

確かに若年性認知症の方の診断後支援はとても大事ですけれども、やっぱり、つないでしまうとまず介護保険というような話になってしまうことが非常に多くて。先ほど藤本先生もおっしゃたように、今、全国の各都道府県の中にコーディネーターの方がおられるので、恐らく診断は受けられるとは思うけれども、実際の就労とか、それから生活、地区の中でどうなのかというときには、やっぱりアウトリーチ（が大切です）。基幹型とかはアウトリーチがあんまり期待されていないというか、機能的にはあまり必要ないということが言われていましたけど、やっぱりアウトリーチして職場に行ったりとか、現場のいろんなところ、生活の様子を拝見したりということが非常に大切になってくるとは思います。

ただ、認知症疾患医療センターの中で、コーディネーター事業をご存じない、あるいはつないでいないようなケースが実はすごく多いんです。ですから、そこで全て完結しなくても、そういうようなところにいかにつないでいくかというような、まずはつなぐ仕組みといいますか、一丁目一番地はそこからスタートしてというような感じなのかなと。

栗田　なるほど。これは今後のことになるんですけれども、この老健事業では、事業評価のあり方ということで、Quality Indicator というか評価項目を考えたりそれを評価する方法を考えるのですけれども、ただこれは、さらに実際に認知症疾患医療センターの若年性認知症の診断後支援のクオリティーを上げていくことにちゃんとつながっていないと意味がないので。クオリティーを

高めていくための一つの方法としては、一つはガイドライン、一つは研修ということになると思います。例えば認知症疾患医療センターの若年性認知症の診断後支援のガイドラインをちゃんとつくって、それを踏まえた若年性認知症の診断後支援の研修というのを認知症疾患医療センターの全国研修会なりなんなりでちゃんと展開していくとか、そういう流れが一つのセットとして必要になってくるのかなという感じがいたしました。

実は２年前の老健事業で、認知症疾患医療センターが行っている若年性認知症の診断後支援の調査というのを相談員を対象にしまして、自由記述で回答してもらって、その質的分析をして６項目を取り出すということをやっていますけれども、この老健事業はそこまででして、実際にどういうことが必要なのかということを、例えばエキスパートでコンセンサスミーティングを開いてそれに基づいてちゃんとつくり上げていくという作業が必要なのかなと、次年度以降の事業として考える必要があるのかなと思っております。ありがとうございました。

これについて、池田先生、何かございませんでしょうか。

池田　先生方のおっしゃるとおりで、やっぱり若年性認知症の場合には、特に各都道府県に配置されている若年性認知症コーディネーターの方と疾患センターがいかに連携していくかということと、もう一つは、谷向先生がおっしゃったように介護保険だけで済むことはあまりないので、例えば精神障害の年金とかそのあたりの仕組みにも精通したスタッフがいるとか。あるいは、診断面でいえば難病の指定ですよね。前頭側頭型認知症の場合、難病の申請もできますし。少なくともそのあたりのことを、自分のところで全部できなくても、サジェスチョンができるだけの力は持っておくということが周りに対しても期待されているところなのかなと思います。

栗田　ありがとうございました。

ほかには何かございますでしょうか。

藤本　追加です。若年（性認知症）の人の居場所（づくり）を20年ぐらいずっとやってきていますが、最近重要性が増しているのが、就労継続支援ですね。若年認知症を早期に発見して、会社との就労継続支援のやりとりを 30 人ぐらいやりましたけど、最近、大きな会社限定ですけど、就労継続に理解があって、長期間、２年とか２年半とか役割を変えながら仕事ができる、ないしは所属したままで給与や傷病手当をもらったりもできることが増えているので、それが長く継続できるようになると、退職後の居場所があまり要らなくなるのではないかなと思います。会社でできるだけ仕事を継続して、終わった段階で、その後が要りますから、ケアのスキルが上がった介護保険事業所に引き継げれば支援の空白は短くなります。滋賀県の事業で若年認知症支援者見える化事業というものの委託を受けていて、若年認知症の受け皿として手を挙げた介護事業所に研修を行って、若年性認知症の人を見ますという介護事業所が県のホームページに載っているんです。そういうことをやると、就労中と休職後の制度上の居場所がきちっとすれば、支援の空白はできないのかなと思っています。

もう一つ、就労継続支援で最近多いのは女性なんです。50代の女性で、今就労継続支援を行なっているのは、３人の訪問看護師さん、３人のケアスタッフです。その就労継続支援をやっているんですけど、こちらの経験が少ないのか、事業所の規模が小さいのか、男性ほどは就労継続支援がうまくいっていないような感じがあって、恐らく今後はそういうところの人の就労継続支援も出てくるのかなと。偶然かもしれませんが、最近ちょっとふえているので。小さい規模の事業所なので、男性の就労継続支援とはちょっと感じが違うような気がしています。そんな感想です。

栗田　ありがとうございます。私も最近、女性の若年性認知症の方を経験しまして、やっぱり女性は就労の形態が非常に不安定なので、非正規雇用がめちゃめちゃ多いので、容易に首を切られるというか、そういう問題があってなかなか大変だと。とにかく今回はコロナの問題も重なったので、まずはそういう人から切られていくということがあるので、女性の就労継続支援はなかなか難しい問題があるなということを私も感じました。

ちなみに、今年度の老健事業で事業者向けの若年性認知症の就労継続支援の事業がたしかあって、手引が出来たんじゃないかと思いますので、そういうものとも関連づけて検討していかなきゃいけないかなと思いました。

田中（志子）　２点あります。まず１点は、若年（性認知症）に関しての、先ほどあった人口動態というところです。私たちのような地域ですと一疾患医療センターが診る若年の患者さんの総数が少ないことから、どうしてもやはり都会のセンターと比べると少なくなってくる、そういったパイがないことによっての支える仕組みづくりの難しさみたいなものが一つあるかなと。あと、僻地ですので、移動というようなところの課題もすごく出てきます。

もう一つ、女性の若年の方で私が経験しているケースがもともと家庭に入られていた方とかが結構多くて、就労の支援というよりも、藤本先生のお話とは逆に、居場所をつくってあげなきゃいけないという。ご家庭で留守番ができないような方が何人かいらっしゃっていて、B型の就労支援事業所のほうに精神医療の資格を取って行っていただいているような状況です。田舎だからこそ就労していない若年の方々がいるのかもしれないですが、そんなところが地域性というところでは頭にとめておいていただかないといけないことかなと思いました。

栗田　ありがとうございます。そういえば、先ほどの石井先生の人口動態と

の関連での役割ということで、田中先生のところの事例集を見て、僻地型の認知症疾患医療センターのモデルはこれだなと私は思いました。

しばしば認知症疾患医療センターは日常生活支援は必要ないんじゃないかという議論がたしか医師会の先生方にありましたけれども、しかし田中先生のところだとそうはいかないと。要するに何が特徴かというと、それこそ移動支援から買い物支援から全部、先生のところがやっている、しかも居住に関してもいろいろサポートしているということ。例えば田舎の精神科病院なんかもそんな感じですけれども、全てフルインテグレーションでやらないと暮らしができないというところがあるので、こういうことが僻地の認知症疾患医療センターには求められるんだろうなと。そういうところはやっぱり少しちゃんと可視化させていかないといけないかなと思います。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。

石井　先ほど田中先生から、センターでも地域によっては若年性認知症の症例の数が少なくてというお話がありましたけれども、それは私のところも全く同じ状況でして、若年性認知症の方はいらっしゃるけれども数が多いわけではない。私が担当させていただいている方は何例かいらっしゃいますけれども、なぜかたまたま専業主婦の方ばかりで、就労支援を行った経験がないという形になっております。

それを考えると、やはり高齢発症の認知症と比べると数が少ないということもあって、経験を積むのがなかなか難しい。恐らくそれは若年性認知症支援コーディネーターの方も、大都市圏はまだしも、人口が少ない県だったりするとそういう事情というのはあるんだろうなと思いますので、センターとコーディネーターが連携して経験を積んでいけるような、そういう枠組みがあるとすばらしいんじゃないかなと、今の議論を聞いていて思いました。

栗田　そうですね。ありがとうございます。

ほかにはいかがでしょうか。若年性認知症のことがちょっと中心になっていますけど、確かに若年性認知症の診断にしても診断後支援にしても、数が少ないので学ぶ機会がそもそも非常に少ないということがあるので、認知症疾患医療センターが若年性認知症の方の診断後支援の拠点になるためにはやっぱり、研修ができないといけないだろうなと。そのときに若年性認知症支援コーディネーターが実際にそこの相談員の研修とかサポートをしてもらったりとか、そういうようなことも必要なのかなと思いました。ありがとうございます。

渕野　やはり地域性がいろいろあると思うんです。私のところも大分県で、診ることは少ないこともないですけど、前頭側頭のような方が入っております。やっぱり就労の段階から来ることはほとんどなくて、みんな社会生活が困難になってから来るので、働くというよりも今度は、障害年金とかそういう方向の

話になってきます。当然、診断を受けてから１年半ぐらいたてば申請を私どもはやっておりますけれども、だから生活の場みたいな感じにだんだんなってきてしまう。

若年（性認知症）の場合の一番の問題は、介護保険の場合はエリアがあるけれども、今言うように少ない人数なもので、市をまたいでどこかにリハビリに行くとかそういうこともなかなかできない。そうすると、自分のエリアの中で若年性に特化したデイケアとかリハビリを受けられるような場所もない、いわゆる社会資源も全くないという、その辺にも大きな原因があるのかなと思っております。

栗田　ありがとうございます。

もう一つの大きな切り口に、地域包括支援センターとの太いパイプというテーマがあったと思います。これはもう若年性は関係なくて、むしろ超高齢期でひとり暮らしで身寄りがなくてとか、あるいは夫婦とも高齢で２人とも認知症とか、そういう方が今どんどんどんどん地域の中でふえてきて、こういう方がどうやって暮らしていくかというときに、地域包括支援センターと太いパイプを持って、どういうふうな生活支援のケアをコーディネーションしていくかということになっていくかと思うんです。

今回の調査でも地域包括支援センター等に対する助言とか相談という役割は非常に高かったということがわかるんですけれども、この辺を実際にどう評価して、そしてさらに、特に独居の高齢者とか夫婦のみの認知症高齢者の診断後支援のスキルのクオリティーをどうやって上げていくかということにつなげていくようなことをちょっと考えていかなければいけないのかなと思います。このテーマについて、北村先生、どうぞ何かお話しください。

北村　地域包括支援センターもてんでんばらばらじゃないですか。例えばこの病院（こころの病院）のあるかほく市という人口３万何千人かのところの地域包括支援センターは行政がやっていて、隣の宝達志水町というところも町がやっていますけど、金沢市になると中学校区に一つありますから、全部、民間に委託しています。そうなると民間の事業所の温度差によって、はなから医療とはかかわらないみたいなところもあったり、おせっかいせんといてくれみたいなところもまれにあったりとかするので。

先ほどからの話を聞いていると、例えば認知症疾患医療センターについても、三重県なんかは二次医療圏に一つずつつくっているんですかね。富山県も二次医療圏に一つずつつくっています。石川県は二次医療圏が四つあるけど、能登は二つに分かれていますから三つしか要らないといって、三つしかつくっていません。例えばうちの病院は、ほとんどあと１キロ行ったら能登なのにもかかわらず、金沢の石川中央医療圏の認知症疾患医療センターなんです。そうした

ら、石川県 110 万ぐらいのうち 70 何万人がその医療圏にいるので、その一番端に認知症疾患医療センターがある。だから、その医療圏を代表して何かができるということとは全然違う。石川県の場合が特殊なのかもしれませんけど。

先ほどの若年性の話にしても、うちは県立の病院なので県下から全部来るんです。だから、この近在の人は軽い段階で就労支援の段階から来るし、遠くの方はもう、なれの果てと言ったら変ですけど、生活支援よりも家族の生活支援をせないかんみたいな、そんなので来たりとかする。

だから、地域包括支援センターとかにしても、行政の思想というかそういうのが違うので、まとめてやろうとせずに、ある程度類型化してやっていくとか、モデル的にやっていかないと。

さっきからずっと思っていたんですけど、全国でこうやって資料を集めているわけですから、全国一律にまとめると平均点になって何も結果が得られないような形（になるのではないか）。だから先ほどから話の出ているように、僻地ならどうとか都会ならどうとかと分けたほうがいいかなと思います。切り口として、地域包括支援センターとこうすべきと言うのも、ケース・バイ・ケースで違うから難しいですよね。それを言いたかったんです。

冨本　いま北村先生がご指摘いただいた点で、やっぱり地域包括もすごく温度差があります。私どもは地域包括ともう 10 年以上いろんなパイプを持って活動をしていますけど、最初のころは、驚くべきことに、行政の、市町がやっている地域包括は特にそうだったんですけど、おせっかいなことをせんでくれみたいなところがありました。ただ、実際に中には非常に熱心な包括があって、そういうところが中心に動き始めると、最後は行政の包括もついてきてくれるような形で、まず地域でまとまりができたんです。それはあくまでも三重県の中勢地区だけの話で、北勢とか南勢とか、東紀州という一番の医師不足地域とかだと、またかなり温度差がいろいろあります。

そういうのを均てん化していくために、特に診断後支援を切り口に、今、うちから全県下の地域包括にアンケート調査をして、例えば診断後支援に関してうちのスタッフを派遣して講習会とかアドバイザリーとかそういったことが必要ありませんかみたいな、押し売りみたいなことをやっています。その中で、じゃあちょっと派遣してくれみたいなところから少しずつパイプをつくっていくような作業を今しているところです。

ですから、温度差は確かにものすごくあります。ただ、その中に熱心なところは必ずありますので、そういったところを突破口にしていくと、ちょっとずつ変わっていくんじゃないかなという感触は持っています。

粟田　ありがとうございました。パイプをつくる作業というのが地域によっていろいろレベル感が違うので、これをやっていかなければいけないと思います。

ちなみに、ちょっと歴史的なことを言うと、2006 年に地域包括支援センターができたときは、認知症は精神だったんです。社会・援護局の精神・障害保健課がやっていたので、当時、地域包括支援センターに認知症のことを話したら、認知症はうちではないと言う地域包括支援センターが結構あったんです。地域包括支援センターは介護予防支援センターとしてできたので、認知症の人を連れていくと怒られるという、そういう地域包括支援センターもあったと。そういう歴史的な成り立ちがあるので、そのころの文化は今はもう残ってはいないと僕は信じてはいるんだけども、実は認知症のことをあんまりやらないという地域包括支援センターは今でもあるということです。

ただ、今の時代はもうそうではない。認知症は市町村事業で、市町村が責任を持って、地域包括支援センターを拠点に認知症の人の地域包括ケアシステムをつくらなくてはいけないという責務があるので、そういう市町村は変えていかなきゃいけないということがあると思いますけど、これがなかなか大変なんだろうなと。多分、北村先生のところもそういう壁にぶつかりながら、何とかしなくてはいけない状況なんだろうなと想像されます。

武田　うちのセンターだけにある問題かもしれないですけれども、基本的に愛知県は二次医療圏に一つという形で疾患医療センターが指定されていまして、地域包括支援センターは市町村事業で、残念ながら二次医療圏域内の全ての市町村と連携がとれているかというとそうとも言えないということと、さらに市町村事業でその市に何個か地域包括支援センターがあるという状況で、全ての地域包括と連携がとれているかというと、うちは全くそんなことはないんです。すみません、恥ずかしながらといいますか。というところがあって、都道府県事業と市町村事業との連携のとりにくさがとてもあるなとは思っております。

粟田　先生、そのとおりです。これはもう本当に、成り立ちからしてそういうことになっています。実はこの問題を解決するために私はこの 10 年間を使ったような気もしています。

冨本先生、三重県はどうですか。確かに認知症疾患医療センターは都道府県事業で、地域包括支援センターは市町村事業なので、そこのところの整合性がうまくつけられないというところは今でもあると思うんですけど。

冨本　すごくあります。今、うちの認知症連携パス推進員が各市町にお邪魔して活動するのに、県の事業ということもありますので、もちろん三重県はすごくバックアップしてくれている。ただ、実際に市町村だとすごく温度差があって、私のほうから市町にお手紙を書いたり実際に訪問してお願いしたりして、一応少しずつ、まだ一部の市町村は横を向いているところもありますけど、う

ちの推進員が机だけ置かせていただいて事業の展開に協力していただくといったことがある程度できるようになってきています。確かに、県と市町のギャップはものすごく感じているところではあります。

粟田　ありがとうございます。

このテーマは重要だと思います。ちなみに、武田先生が愛知県の事情をお話ししましたけど、同じ国立長寿の認知症疾患医療センターの櫻井先生はいかがでしょうか。市町村あるいは地域包括と先生のところとの連携というのはどんな感じでしょうか。

櫻井　ありがとうございます。冨本先生が先ほどおっしゃいましたように、私どもの圏域の地域包括支援センターの中でも、すごく熱心なところとコミュニケーションが途絶えてしまうところがありまして、もちろん疎通性の高いほうと連携が進んでいくんですけれども、人がかわってしまうとまたもとに戻ってしまうみたいなところがどうしてもありまして、こんなことをしていてどうなんだろうと思うときはよくあります。恐らく全国そうなんだろうなとは思いますが。

やっぱり、マニュアル化と言うとちょっとおこがましいのかもしれませんけれども、先ほどおっしゃったようなある程度のガイドラインというのも言い過ぎかもしれませんけど、こういうことを標準的にやりましょうというプログラムを見ていただいて、あとは地域の実情で修正してくださいみたいなことを提案していく必要があるんじゃないかなと感じています。

粟田　ありがとうございます。本当に地域によって状況が全然違うだろうと思われます。

田中（志子）　過疎というところ、高齢少子化というところが逆に私たちは追い風というかになっています。初期集中支援チームにかかわらざるを得ないので、結局私たちが初期集中支援チームにもなっていますし、うちは母体が沼田市という人口５万人もないような市ですけど、行政に専門職がいなくて初期集中支援チームのチーム員が足りないので、本当にうちにとっても痛いんですけれども、うちのリハの職員を１人、常勤で出しています。あちらにすると非常勤の雇い方ですけど、うちは常勤の職員なので、半々、病院とかけ持ちで、ふだんは市役所に置いているんです。それをやり始めて、初期集中支援事業をやり始めてから、逆に包括とすごく連携がとれるようになりました。私たちがやっていることを本当に身をもって一緒にやっていただくので、行政の地域包括とは連携がすごくとりやすくなりました。

私たちの地域は逆に、民間が包括をやっていないので、市町村との連携が全てパイプになるので、そういう意味では、田舎で資源がないからこその力というのもあるかなと思います。

粟田　確かにそうなんですよね。田中先生のところは本当に過疎高齢地域の認知症疾患医療センターの一つのモデルで、こういうところは全国に結構あるんだろうなと思われますよね。確かに、ある意味ではかえってうまくいくのかなと思いました。

中西　反対に大阪市は大都市で、二次医療圏一つで人口 270 万人です。政令市なので都道府県事業との区別の仕方が違うので、認知症疾患医療センターも市町村でやっていますし、地域包括支援センター（包括）も市町村です。大阪市の場合は包括が 66 もありますので、各区 1 カ所の包括を認知症強化型地域包括支援センターと指定して、一般の包括は認知症強化型と連携することというふうに位置づけていて、認知症強化型包括は認知症疾患医療センターがバックアップするというようにしています。そういう仕組みづくりを市町村としてつくれるというのはやっぱり大きいかなと思います。だから、政令市というのはほかの市町村と立ち位置が違うのかなというのを、今日のお話を伺っていて思います。一方で、都道府県事業からは、いつも大阪府から「大阪市を除く」とされてしまうので、浮き上がってしまうところが確かにあると思います。

また、いま田中先生が人材がということおっしゃったのですけれど、都市部でもやっぱり人はいなくて、確保が非常に困難な状況になっています。認知症疾患医療センターも、これ以上負荷をかけると恐らく、辞退するところとか、やれなくなってくるところがあるのではないかということを、前も言いましたけど、私はとても懸念をしています。うちは６カ所の認知症疾患医療センターが機能が異なり、例えば精神科病院は BPSD を主に診ていて、私のところは若年性を主に診ているとか、センターごとの機能分化という形で大阪市全体ができているという特徴があって本当に違うんだなと思うので、その辺を平準化の作業とどうすり合わせていくのか難しいなと思いました。

あと、都市部は認知症疾患医療センター以外の一般の病院で認知症の診療をしているところがたくさんあって、そこが（施策や自治体の事業とは関係なく）経営を考えて動かれていますので、そことの関係を考えてあげないと、認知症疾患医療センターもつらいのかなというところがあります。

粟田　ありがとうございました。これは、都道府県、政令市、両方とも認知症疾患医療センター運営事業の主体なので、政令市と都道府県のガバナンスがどううまくいっているかという問題に結局は収れんされてしまうんだなということがあると思います。政令市の場合は、市町村はむしろ一体なのでうまくいくけど、都道府県の場合はやれているかどうかという問題ですよね。

北村　今の中西先生の話ともよく似通った話ですけど、石川県は、金沢市は政令市ではないですけど、中核市とかといって保健所を持って勝手なことをやっていて、県に逆らって認知症の予防事業をずっと昔からやったりとか、いろ

いろ（やっています）。逆らってというのは変な言い方ですけど。

そうしたら、５～６年前かな、山田正仁先生が金沢大学にいらっしゃるときに、何でうちの病院で認知症センターがないとかと県に文句を言ったときがあって、そのとき金沢医科大学も言って、あと大きい民間病院も何でないとかと言って、それでちょっと騒ぎになって、結局県はふやす必要ないということになったんですけど。そうしたら今、金沢医科大学は勝手にというか、認知症センターというのをつくって活動されています。僕も定年になったら入れてもらおうかなと思って、ちょっと仲よくしておるんですけど。

そういうこともあって、今の中西先生のお話と同じように、いろんな医療機関が勝手にというか自分たちでやって、なおかつ介護の資源も金沢市はいっぱいありますから、だからあえて認知症疾患医療センターの事業で生活支援だどうだとかと言わなくても、お金ベースになるのか何ベースになるのか知りませんけど、全然困っていないという。本当には困っているのかもしれないけど、あんまりあらわれてこないというところがあります。

ですから、医療と介護の資源がたくさんあるところでは、田中先生のところと全く正反対になりますけれども、あんまり認知症センター事業といってしゃしゃり出なくてもいいんじゃないかなというところがあります。

栗田　北村先生のところは過疎地域じゃないんですか。

北村　うちは過疎地域ですけど、ここは金沢市の、だから石川中央医療圏の認知症疾患医療センターです。だから自分の圏域の中のことはあまりやっていなくて、ほとんど能登のほうを支援しているという。股裂きの、何をしているかわからない。

でも県の組織なので、県だから全部やっていいだろうといってやっているんですけど、肝心の金沢市は手が出せないという感じです。

栗田　なるほど、わかりました。ありがとうございます。

話が少し広がってきていますけれども、恐らく市町村の認知症施策と認知症疾患医療センターがきちんと太いパイプを持つことが根本的な問題だと思います。それについてはやはり、認知症疾患医療センター運営事業の実施主体である都道府県そして政令市のガバナンスが、ちゃんとそういう方向で動いているかどうかという問題が一番大きいのかなと思います。

東京都に振るのもあれですけど、古田先生、何かありますか。認知症疾患医療センターと市町村の認知症施策がちゃんと太いパイプでつながるような仕組みが、東京都にはまあまあできているのかなと思うんですけれども。

古田　区のほうにどういう話が来ているかは、正直なところ自分は流れがわかっていないんですけれども、東京都が施策を決定して区に説明をして、こういう形で事業をやりますよというお話をして、同じように認知症疾患医療センターでも東京都から話が来ていて、一緒に話し合っているというイメージが自分の中ではあります。多分、栗田先生のほうがお詳しいので、自分はちゃんと説明できません。すみません。

栗田　まあ、そうですね。要するに東京都のガバナンスのもとで、各市町村に認知症疾患医療センターが配置されているので、そこが地域包括とも太いパイプを持ってやるという体制ができているのであれなんですけど、なかなかそういうふうにもいっていないだろうなと思われますよね。そうすると、冨本先生のところみたいに本当にパイプづくりをきめ細かく一つ一つ認知症疾患医療センターが中心になって動いていかないとならないのかなという気がしております。

これは評価とかそういうことじゃなくて、そういうことをしていく役割が現実的には求められているんだろうなということのような気がします。この点について何かございますでしょうか。

谷向　適切なことを言っているかどうかはわからないですけれども、その地域の中ですごくうまくいっているところは、やっぱり公的な病院が受けていることが多いと思います。先生のところも都立ですし、県立であったりとか。要するにそこというのは、ボスは県知事でしょう、都知事でしょう、知事さんとの直結がありますよね。でも、例えば大学だとやっぱり大学の事情があって行政の事情があってとか、民間の病院だとさらにそこの距離が随分とあくというようなところからすると、やっぱりそういうようなところが行政といかにうまくタイアップしていくかというのは、それぞれの経営母体によっても随分違うというのを最近すごく痛感（しています）。コメントみたいな感じになりますけど、そこらあたりをもっと考慮して事業評価をしていかないといけないのかなと思います。

栗田　ちなみに愛媛県は県のそういうガバナンスみたいな点ではどうなんですか、認知症疾患医療センターの機能とか市町村とのパイプとか、そういう観点では。

谷向　全くありません。

栗田　そうですか（笑）。ありがとうございます。

谷向　すみません（笑）。今日はまた事業所は違いますけど、若年性認知症のコーディネーターが集まる機会というのを中国四国厚生局とか四国厚生支局が今年に入って２回企画しているんですけれども、愛媛は２回とも行政が参加していません。よそのところは出ているんですけれども。だから本当に、行政をいかに動かしてくかというか一緒にやっていくかというのは大きな課題かなというのを、特に愛媛の中では痛感しております。認知症疾患医療センターの事業評価というのも全く。ただ、あそこは今、精神のほうで動いております

から。

一つ、中西先生がおっしゃったように、あれもこれもと膨らまし過ぎると認知症疾患医療センターをもう返上するというようなことが実際にあって、実は、おととし、愛媛の大洲・八幡浜の地区の認知症疾患医療センターが返上して、今のところ空白になっております。二次医療圏域で、もともと大学を含めて７カ所だったのが今６カ所になっているようなことがあるので、あれもやらないとこれもやらないとというような感じになってくると、認知症疾患医療センター自体が逆にすごく負担になってしまう心配というのがやっぱり懸念されるかなと思います。

栗田　そうですよね。我々がやっているのは、個々の認知症疾患医療センターを評価しようとしているのではなくて運営事業を評価しようとしているので、都道府県なり指定都市のガバナンスですよね、そこをどうやってちゃんと評価するかということをもうちょっと考えなきゃいけないかと。都道府県の認知症疾患医療・介護連携協議会を開くこととか研修をやることとか事業評価をやること、この３点をようやく都道府県にやるようにと言ったのがこれまでの成果であって、それ以上のことは何もやっていないけれども、今言ったような支援体制づくりについてのガバナンスをちゃんとやれているかどうかという、そこをもうちょっと評価しないといけないですよね。ありがとうございました。

せっかくなので、小林先生、福島県の現状などを何かお話しいただければと思います。

小林　あずま通りクリニックの小林と申します。ご指名いただきましてありがとうございます。

福島は、一昨年ですか、基幹型のセンターが県立医大に設置されまして、動きが大分変わってきたかなと感じています。先ほどのお話に少し戻りますが、例えば若年性認知症のことについても、全県で県立医大を入れて 11 カ所あるセンターで研修会を年に２回、定期的に開催するようになりまして、先日の研修会でも、若年性の事例提示がありました。疾患について学んだり、診断後の支援などがテーマになり、センター同士の連携を少しずつ強化していくという流れができてきて、すごく良いなと感じている状況です。

あと、冨本先生がこの間の会議からもおっしゃっているように、やはり、地域包括とのパイプ作りというのは私も常々大事な作業かなと思っています。確かにすごく熱心なところはあるので、そういうところを疾患センターが取り込んで、地域づくりをしていくということは大事なことです。私ども福島市は地域包括が 22 箇所ありますが、このコロナ禍でなかなか連携がスムーズにいかない実情があります。最近では ICT を使って、包括の皆さん方が定期的に開催する会議に我々も出させていただいて意見交換をしたり、情報共有システムに

各包括さんに入っていただいて、特に初期集中のケースでやりとりができるようなシステムづくりを今動かしています。そのような形式で連携を少しずつ広めていくという作業を現在行っている状況です。

栗田　なるほど。ありがとうございました。先生のところは本当に、あずま通りクリニックのアクティビティーでパイプづくりとかをなさっているなという感じがしています。それからあと、基幹型ができたので、疾患医療センター同士のつながりができて、多分研修とかも動き始めているんじゃないかなと。

小林 はい。ある意味、大学病院が取り仕切っていただいて、動きやすくなっています。全県で色々な情報を共有できるというシステムをこれから作っていかなければいけないなとは思っています。

栗田　ありがとうございます。

渕野　話がまた行ったり来たりになってしまいますが。私もずっと認知症疾患医療センターを運営していますけれども、質の評価とか３類型の役割の違いとかは確かにいいですが、このごろ特に思うのは、先ほども中西先生が言ったように、同じ地域型のセンターでも地域でとか都市部で役割が全く違うということがありありとわかってきたんです。

栗田　そうですね。全く違いますね。

渕野　それで、私のところは実はセンターを持っているし精神科病院でもある、そうするとやはり期待されるのは、BPSD なんかが激しい人の入院依頼。地域包括なんかの人がもう連れてきちゃうわけです。それで、前に北村先生があんまり入れないようにしているということだったけど、私どものところは精神病院ですし、地域（型）ですし、そういう人も入れていくということになってくると、地域型のいわゆる経営母体によって全然役割が違っているんだなと。

やっぱり国公立に激しい人の入院を依頼することはなかなかできないわけだし、そうすると人材派遣だとか研修だとかに特化したセンターである。我々のような精神科の民間の病院では、入院を主体として早期に退院を目指すというセンターである。それから連携のクリニックの先生方は、地域とのいわゆる連携をより強化する役割だとか。やはりそういう経営母体とかによって、同じセンターでも役割が違うんだなということで、ぜひその辺の質を考慮していただかないと、一概に地域型はこうあるべきだとしたときに差が出てきてしまいますので、その辺もお願いできればと思います。

栗田　私もずっとこの仕事をしていて、テクニカルにどうするかということですけれども、恐らく最初に最小公倍数の役割を一回並べるというのがいいやり方かなと。やれているところはそれぞれみんな違うので、最小公倍数の中のどこをやっているかということを見せるようなやり方がいいのかなと。でも、多分その中には最大公約数みたいな共通部分はあって、例えば鑑別診断だとか

そういう核となる最大公約数はあるんだけれども、その周りにいろんなものがあって、認知症疾患医療センターによって、個々、地域型とかいうだけじゃなくて地域性あるいは経営母体なんかもあって、この部分はやれている、この部分はやれていないみたいなことが見えるような事業評価が多分いいんだろうなという気がしております。ただ、評価項目が多過ぎると大変なので、その辺もちょっと配慮しながらということなのかなという気がしております。大変勉強になりました。ありがとうございます。

旭先生、今日はまだご発言がないですが、千葉県の全体の認知症疾患医療センターの市町村との関係とか役割なんかについての千葉県のガバナンスとかはございますでしょうか。

旭　実は、ちょっと古い話ですけど、20年ぐらい前に千葉県の認知症研究会というのをその当時呼びかけて、それで県の方とか厚労省からも来てもらったり、いろいろなことを始めて、それと同時に、松戸市の中での松戸市の研究会というのもおくれて大体15年ぐらい前につくって、年に数回、それぞれ研究会という形で始まりました。そしてたまたまお互いの県の方とか市役所の方との関係も少しずつでき上がっていきました。その結果、今、千葉県の場合には人口600万で、認知症疾患医療センターは各二次医療圏で11カ所ございますけれども、そこの選定をするときもかなりいろんな意見もお互いに〔交流？〕しながら、非常に〔打ち明けた？〕話、やる気のあるセンターを選ぶというような意見交換をしたり。

それから、行政でいいますと、私のところでは松戸市の人口50万のうちの15カ所ある中の1カ所、人口3万ぐらいのところの包括支援センターもやっておりますが、そこでも行政とも年に数回やっております。そこでは私ども臨床家の役割としては、認知症の方が実際にこういう問題とこういう問題で非常に困っているから何とかしようという呼びかけをして、県のほうの行政官、それから松戸市の場合は保健師さんあたりを中心にしながら、話し合いを進めてやってきました。皆さんのいろいろな問題を聞いていますと、松戸市の場合、千葉県の場合は、今考えるとそれが比較的うまくいったかなと思っております。

だから、何しろ行政の保健所も市役所も人材はどんどんかわっていきますから、やはり10年単位20年単位という長いつながりを持っていかないとうまくいかないんじゃないかなというのが私の感想です。

栗田　ありがとうございます。

今日まだ発言がないのは、井藤先生。どんな切り口でもいいですけれども。

井藤　もういろんなご意見が出ているので、何を申し上げたらいいのか。

一つは、今、認知症支援推進センターという都内の研修を請け負っている機関で研修の受講者を対象にアンケートをとっていますけれども、実は認知症疾患医療センターを知らない人たちがかなりまじっています。それから非常に興味深いのは、認知症疾患医療センターではない病院に所属している方の中で、自分は認知症疾患医療センターに勤めていると答えている方が、半分はいないですけれども、特に看護職、かなりの数がいるんです。そうすると、認知症疾患医療センターじゃないところを認知症疾患医療センターだと思っていたら、認知症疾患医療センターが何をやるべきなのか、そこに何を期待するべきなのか、何ができているのかというのは評価のしようがないことです。やはり、どこが認知症疾患医療センターなのかというところを実はもうちょっとやらないと。

認知症疾患医療センターを知っている学識者が集まると、もうそれが当然の前提からいくんですけれども、実はまだまだそうじゃないんだなというのを、今回、東京都のアンケートをしていて思います。ですから、それは東京では支援推進センターの役割だと思うんですけれども、まず、「あなたが勤めている医療機関はこういう区分であり、こういう役割を担っています」というところからやらないといけないのかもしれないなと思っています。

栗田　非常に重要な、非常に基本的なことです。今回、認知症支援にかかわるいろんなステークホルダーにアンケート調査をしましたけれども、連携しているかという質問で、知っているかという質問は確かにしなかったんです。居宅介護支援事業所で39%が連携していると言っているのも、知っているかどうかの確認ができていないので、よくわかっていない可能性もあります。

今回の事業評価のあり方として外部評価、他者評価という方法を取り入れようということで今回の議論が始まっていますけど、今回のように関係するステークホルダー・関係機関に、あなたが勤務している圏域の認知症疾患医療センターの状況を聞くときに、知っているか知っていないかというところから始めなきゃ多分だめだろうと。知っているという前提で今回調べた期待される役割の中の幾つかからインジケーターを出すわけですけれども、その個々についてどうかという評価の仕方をしていく必要があるのかなというふうに考えているところです。先生の今の話はその基本的なところなので、そういったことを生かしていかなきゃいけないかなと思いました。

井藤　つけ加えると、知らないんじゃなくて、違うところがそうだと思っているを訂正するには……。知らない人に教えてあげるのはいいんですけれども、間違ったところを疾患医療センターだと思っている場合には、間違っているよというところからお互い気がつかないといけなくて、それは結構難しそうだなと思っています。

栗田　そうですよね。妄想というのは訂正するのが難しいですからね。そういうことは確かにありますよね。ありがとうございました。

もう時間が来ていますのでそろそろまとめさせていただこうと思います。

今回は今年度の最後の検討委員会ということで、今回の老健事業の一つのゴールは、事業評価のための指標のあり方とか事業評価のあり方を検討するということではありましたけれども、今日の議論を踏まえて、非常に重層的な評価を考えなきゃいけないということがよくわかりました。今回の調査の結果は、基礎資料として今後使えるような形をつくって、そして事業評価の考え方として、先ほどの渕野先生からの話もありましたけれども、いろんなことが網羅されるような項目があって、その中で一つは共通部分、そしてそれぞれの認知症疾患医療センターによってこの部分がやれているということがわかるような評価方法を検討していくことが一つの方法なのかなと。

それから、評価の仕方としては、もちろん内部評価もありますし、外部評価という形も考えなくてはいけないのかなと。

それから、これは評価することが目的ではないので、ちゃんとそのクオリティーを維持していく、インプルーブしていくことが目標なので、求められる役割とその評価と、そしてそれに基づいた研修あるいは手引なりガイドラインみたいなものが一連のセットでないと Quality Improvement につながらないので、その辺のところは今後の課題として提言させていただくという形になるのかなと思います。

それから、今日はちょっと議論しなかったのですが、これも前に渕野先生から出ましたけど、来年度、目標値の 500 件の設置が達成することになるので、今後この認知症疾患医療センターをさらにふやしていくべきなのか、あるいは形を変えて新たなあり方を検討すべきなのか等々が課題として残されています。これはまた次年度以降、新たに検討する課題として残しておければなと思っているところです。

ということで、本当に皆さん、長い時間ありがとうございました。

事務局からということで、枝広さんからどうぞ。

枝広　まずは質問ですけれども、議論に挙がりました僻地だったらどうなんだという検討に関して、今簡単に調べたところ、地域医療構想の中で、医師偏在指数というものを使って上位 30％と下位 30％で医師の足りていない地域という二次医療圏のリストが出てきたのですけれども、それでいいのでしょうか。

冨本　私が申し上げたのはそれです。それは二次医療圏単位ですので、府県によって、医師不足スポット地域（医師少数スポット）だったかな、もう少しきめ細かく分けているところもあります。実際、県下の場合ですと、さっき医師不足地域にあるのは１カ所だけだと申し上げましたが、スポット地域まで含めるともう１カ所ありますので。さっきの二次医療圏単位の厚労省のものだけにするのか、あるいは……。ただ、不足スポット地域は県によってばらばらのような気がするので、またそこはちょっと検討いただければと思います。

枝広　多分、都道府県ごとにスポットの設定が違うみたいで、都道府県ごとにページが分かれているみたいでしたので。認知症疾患医療センターの実績報告書の情報でわかるのが住所地か二次医療圏なので、どっちかという感じですよね。いつも話題になりますけど、北村先生のおっしゃっているような二次医療圏の端っこにセンターが設置されているとか、二次医療圏の外にあるけどここの二次医療圏のセンターですという設定になっているところがあるので、なかなか難しい話だなと思いました。できる範囲で対応したいと思います。

それと、事務局からのお知らせで……

栗田　ちょっと待って。事務局の前に、私、新美先生がいるのをすっかり忘れていました。顔が出ていなかったのでちょっと見逃してしまったんですけれども、新美先生、おりますでしょうか。すみません。

新美　ありがとうございます。私はワーキンググループのほうなのでオブザーバーという感じなので特に大きな意見というのはございませんが、非常に勉強させていただきました上に、かなり本当に大変な内容とかなり深い内容と感じました。

やはりこういったことを踏まえますと、一番最初に戻りますけど、調査のディスクレパンシーですよね、どういうふうに評価するかということを、認知症疾患医療センターに求められるものと外から見たところとの点数の差が出ていたと思うんですけれども、そこの差をどういうふうに有意という形にして足りないことを明らかにしていくかという。課題はもちろん挙がってくるんですけれども、そのあたりは割と客観的にされていくことが必要かなというのが、私が思った点です。

あと、地域差というのは非常に広いというのがありましたので、そこの地域差の指標というのは言い出すと切りがないのかもしれませんけれども、本来的にはもっと考えるべきことが深くあるんだろうなというところをコメントいたします。それをどう調べるかというのはこの事業の範囲を超えるかとは思いますけれども、そういうふうに感じたところです。ありがとうございます。

栗田　大変貴重な意見です。ありがとうございました。

それで、今日は厚生労働省の田中先生と橋本さんと、谷内さんの顔がさっき見えました。谷内さん、何か一言いただければと思います。

谷内　最後ということで、どうもありがとうございました。我々行政、国のほうでいかにサボってきたか、という思いを持って伺っておりました。

委員長がおっしゃるとおり認知症疾患医療センターが 500 に近づくのが見えていながら、地域ごとのパイとか、あるいは若年（性認知症）の話もありましたが、例えばそれぞれの状態に応じた対応というところを細かにデータと結び

つけたり、あるいは他の制度と関連づけたりということをいかにサボってきたかということがよくわかりました。そうこうしているうちに、来年、大綱の中間見直し年を迎えてしまうということですので、ここは早急に、かなり視点を広げてまた考えていかなければなりませんし、これまで蓄積されているデータなどを使った分析ということも必要になろうかと思いました。

先生方のご経験と高い知見により、さまざまなご意見を頂戴できました。どうもありがとうございました。感謝申し上げます。

粟田　ありがとうございました。では田中先生、一言どうぞ。

田中（稔久）　先生方、今日は大変活発なご議論をありがとうございました。大変勉強になりました。

地域連携の中で認知症疾患医療センターのあり方ということについてのテーマだと思いますけれども、先ほど粟田先生からも言われましたようにセンターの個別の評価というよりは、地域連携にどう貢献するかということを規定していただきたいということがありますので、先ほどの議論にもありましたけれども、もともとの疾患医療センターの３類型に加えて、それが国公立なのか私立なのかの問題も重要ですし、僻地にあるのか都会にあるのかの問題もあるでしょうし、その中で幾つかの事業というか作業というかワークが適切にセンターと包括なりの中で分業されていればいいんじゃないかとは思います。

ただ、以前、個人的に粟田先生のところにお伺いしたときに聞かせていただいたので知っていますけれども、地域包括支援センターも疾患医療センターもそれぞれ紆余曲折の歴史があって、その結果としての現在があるということですので、どのぐらい地域に残存しているかによってもそれぞれパワーバランスが違うとかいろいろあると思います。それをなるべく包括できるようなご提案が最終的にできるようになっていただけたらいいなと思いました。

あともう一つ、今日活発にご議論いただいた若年性認知症の件ですけれども、別の老健事業で療養・就労両立支援の手引というものを作成し、今印刷中で、各方面に配送する予定です。あと、既にインターネット上では閲覧できる状況にはなっておりますので、検索していただければそれをごらんいただけます。またその辺の形で、これから次年度以降される場合には参考にしていただければありがたいと思います。

以上です。ありがとうございました。

粟田　両立支援に関しては、たしか診療報酬のほうでも動きが出ていますよね。

田中（稔久）　はい。先週に中医協から答申が出ましたので一応オープンということですけれども、かかりつけ医から若年性認知症の方のお勤めの会社の産業医にきちっとした診療情報提供書を書いていただけると点数がつくという

予定です。ただ、点数につきましては今はちょっとわかりませんけれども、またご参考にしていただければと思います。よろしくお願いします。

粟田　ありがとうございます。橋本さん、何かございませんか。

橋本　今日は、都会の病院から僻地の病院まで、それから公立から民間までと、いろいろなお話を聞かせていただいて、すごく勉強になりました。

私は都道府県の担当者とか指定都市の担当者の方と電話でいろいろやりとりすることが多いのですけれども、昨年度の実施要綱の改正で都道府県の責務として事業評価というのが加えられた関係で、この老健事業でどういうものが出てくるのかというのを結構期待している県庁の担当者の方も多かったりします。今日、まとめていくにはいろいろな課題といいますか問題があって難しそうだなという印象は受けましたけれども、県の方なども期待しておりますので、年度末に向けて何らかまとめていただければなと思っておりますので、引き続きよろしくお願いいたします。

粟田　ありがとうございます。

では枝広先生、事務局からお願いします。

枝広　事務局連絡として、まず一つは先進事例集に関してです。既にお願いしているところですけれども、未提出の先生、ぜひ玉稿を賜りたいと思います。この後、印刷屋さんに整えていただいて著者校正という運びになりますので、皆さんにまたご連絡させていただきます。数日内で返していただけると大変ありがたく存じます。

それから、今回の期待される役割に関する調査において、考察等何かコメントがございましたら、ぜひ教えていただければと思います。今日話題になった以外にも自動車運転のこととかもありましたので、ぜひご意見をいただければと思います。

それぐらいですけれども、大丈夫でしょうか。

粟田　よろしいでしょうか。

それでは皆さん、１年間どうもありがとうございました。これをもって今年度の委員会を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

（終了）

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（令和２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

今年度新規		今年度更新	○	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(注1)				
指定年月日	H 年 月 日			次回更新予定日	R 年 月 日			
更新年月日①	R 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(注2)								
病床数	一般病床		精神病床		その他病床		（うち療養病床）	計
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(設置要件)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	
		連携内容(その他)						
連携病院名②		連携内容(設置要件)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	
		連携内容(その他)						
連携病院名③		連携内容(設置要件)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	
		連携内容(その他)						
連携病院名④		連携内容(設置要件)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	
		連携内容(その他)						

【専門的医療機関及び日常生活支援機能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		
医師以外の人員配置（上記のうち、日常生活支援のための相談員の配置）	社会福祉士	専従 名	兼務 名				
	精神保健福祉士	専従 名	兼務 名				
	その他	（職種等）		専従 名	兼務 名		
		（職種等）		専従 名	兼務 名		
日常生活支援機能に関する業務内容	1. 相談員による診断後の相談支援						
	2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施						
	3. その他（内容を下欄に自由記載）						
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	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				
上記の相談件数の相談元の主な内訳	1. 地域包括支援センターからの相談						件
	2. 医療機関（かかりつけ医等）からの相談						件
	3. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談						件
	4. 行政機関からの相談						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	件	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
	認知症ケア加算3	算定の有無		算定件数（年間）	件

認知症疾患医療センターへの受診の経緯	1. 地域包括支援センターから		件	2．医療機関（かかりつけ医等）から	件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から		件	4. 行政機関から	件
	5. その他		件		
認知症疾患医療センター受診後の情報提供	1. 地域包括支援センターへ		件	2．医療機関（かかりつけ医等）へ	件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ		件	4. 行政機関へ	件
	5. その他		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、会議開催回数等は今**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。

巻末資料２

認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査

（依頼状／調査票）

令和 3 年 11 月吉日

令和 3 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 99

【認知症疾患医療センター運営事業の事業評価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に期待される役割に関する
アンケート調査ご協力のお願い

謹啓　向寒の候、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。しかし、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、令和 3 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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」では、事業評価のあり方を検討するための基礎資料を得るために、地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割が何であるかを明らかにすることを目的に実態調査を行うことといたしました。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 3 年 12 月 20 日（月）**までに、同封の返信用封筒にて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。

なお、ご回答は、**貴認知症疾患医療センターのセンター長またはそれに準ずる方**にお願いしたく存じます。また、回収状況を確認するために調査票には整理番号を付してございますのでご了承ください。センター名は外部に流出することがないよう、調査内容とは切り離して保管されます。本調査結果の公表にあたり、センター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　副所長　粟田主一

2. 調査対象

   全国の認知症疾患医療センター

3. 調査内容

   所在する都道府県、回答者の職種、認知症疾患医療センターに地域から期待されていると思われる役割等、調査票 4 ページ

4. 調査票返送

   令和 3 年 12 月 20 日（月）までにご投函ください。

5. 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　認知症と精神保健

   電話番号　03-3964-3241（内線 4218　枝広あや子）　9:30～17:30

以上

令和3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運営事業の事業評価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に期待される役割に関する調査

（認知症疾患医療センター用調査票）

認知症疾患医療センター運営事業は、2008年度に創設された都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業です。その目的は、「認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状や身体合併症に関する急性期治療、専門医療相談、診断後の相談支援、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、認知症の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」とされています。しかし、本事業が創設されてからすでに10年以上が経過しており、今日の実情にあった認知症疾患医療センターの役割を検討する必要があるという意見があります。

そこでこのたびは、令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、それぞれの地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割を明らかにすることを目的に、認知症支援に係る関係機関を対象にアンケート調査を実施させていただくことにいたしました。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、下記の質問にご回答いただき、同封の返信封筒にて令和3年12月20日（月）までにご返送いただけますようお願い申し上げます。

令和3年11月25日

令和3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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
検討委員会委員長 粟田主一

Ⅰ.貴認知症疾患医療センターが所在する都道府県名を記入してください。
（　　）

Ⅱ.回答者の職種を下記より一つ選んでください。
1) 医師　2)保健師　3) 看護師　4) 社会福祉士　5) 精神保健福祉士
6) 心理士　7) 作業療法士　8) 理学療法士　9) 介護支援専門員
10) その他（　　）

Ⅲ.回答者が勤務する認知症疾患医療センターの類型を下記より一つ選んでください。
1) 基幹型　2) 地域型　3) 連携型

Ⅳ.下記の各項目について、貴認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる役割としての重要度を4段階で評価し、該当する回答欄に○を記入してください。

1）認知症患者に関する受診前の相談応需	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
2）認知症患者の生活状況に関するアセスメント	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
3）認知症疾患の鑑別診断	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
4）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する外来診療	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
5）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する入院診療	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
6）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する救急対応（夜間・休日対応）	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
7）せん妄に対する外来診療	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
8）せん妄に対する入院診療	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
9）せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
10）身体合併症に対する外来診療	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
11）身体合併症に対する入院診療	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
12）身体合併症に対する救急対応（夜間・休日対応）	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている

13）本人への情報提供と心理的サポート	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている
14）家族介護者への情報提供と心理的サポート	1.期待されていない	2.やや期待されている	3.まあまあ期待されている	4.とても期待されている

15）かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
16）認知症サポート医との連携	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
17）主治医意見書の記載	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
18）介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
19）独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
20）成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
21）成年後見制度診断書・鑑定書の作成	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
22）若年性認知症のためのサービスの利用支援（精神保健福祉手帳、自立支援医療、障害年金、障害者総合支援法関係のサービス、就労継続支援、その他若年性認知症の人のための多様な地域サービスなど）	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
23）若年性認知症患者に対する継続医療の提供	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
24）若年性認知症に関する精査	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
25）認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
26）軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
27）認知症の本人によるピアサポート（本人同士のミーティングも含む）	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
28）家族介護者によるピアサポート（家族同士のミーティングも含む）	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている

29）認知症患者の将来（終末期含む）の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
30）介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
31）地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
32）介護支援専門員（ケアマネジャー）からの相談の応需・助言・連携	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
33）行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
34）行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
35）介護保険施設等への往診または訪問診療	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
36）認知症専門医のいない一般病院等への往診	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている

37）認知症初期集中支援チームへの参画	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
38）認知症初期集中支援チームの後方支援	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
39）かかりつけ医の研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
40）認知症サポート医の研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
41）地域包括支援センター職員の研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
42）介護保険サービス事業所職員の研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
43）看護師の研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
44）歯科医師・歯科衛生士の研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
45）薬剤師の研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
46）多職種連携を目的とした研修	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
47）地域住民向けの講演会の開催または参画	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
48）ホームページやパンフレットを用いた情報発信	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
49）地域連携推進を目的とする会議（例：認知症疾患医療センター地域連携会議）の開催または参画	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
50）市区町村の認知症施策への助言または参画	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
51）都道府県の認知症施策への助言または参画	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
52）高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている
53）自動車運転に関する相談と支援	1. 期待されていない	2. やや期待されている	3. まあまあ期待されている	4. とても期待されている

Ⅴ.上記以外で貴認知症疾患医療センターに期待されていると思われる役割があればご記入ください。

Ⅵ.現在の貴認知症疾患医療センターの業務について課題があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。令和3年12月20日（月）までに返信用封筒に入れてご郵送ください。

令和 3 年 11 月吉日

令和 3 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 99

【認知症疾患医療センター運営事業の事業評価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に期待される役割に関する
アンケート調査ご協力のお願い

謹啓　向寒の候、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。しかし、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、令和 3 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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」では、事業評価のあり方を検討するための基礎資料を得るために、地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割が何であるかを明らかにすることを目的に実態調査を行うこととといたしました。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 3 年 12 月 20 日（月）までに、同封の返信用封筒にて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。

なお、ご回答は、**貴地域包括支援センターのセンター長等**にお願いしたく存じます。また、回収状況を確認するために調査票には整理番号を付してございますのでご了承ください。センター名は外部に流出することがないよう、調査内容とは切り離して保管されます。本調査結果の公表にあたり、センター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　副所長　粟田主一
2. 調査対象
   全国の地域包括支援センター（抽出調査）
3. 調査内容
   事業所の所在する都道府県、連携経験、認知症疾患医療センターに地域から期待する役割等、
   調査票 4 ページ
4. 調査票返送
   令和 3 年 12 月 20 日（月）までにご投函ください。
5. 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　認知症と精神保健
   電話番号　03-3964-3241（内線 4218　枝広あや子）9:30～17:30

以上

令和3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運営事業の事業評価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に期待される役割に関する調査

（地域包括支援センター用調査票）

認知症疾患医療センター運営事業は、2008年度に創設された都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業です。その目的は、「認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状や身体合併症に関する急性期治療、専門医療相談、診断後の相談支援、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、認知症の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」とされています。

しかし、本事業が創設されてからすでに10年以上が経過しており、今日の実情にあった認知症疾患医療センターの役割を検討する必要があるという意見があります。そこでこのたびは、令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、それぞれの地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割を明らかにすることを目的に、認知症支援に係る関係機関を対象にアンケート調査を実施させていただくことにいたしました。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、下記の質問にご回答いただき、同封の返信封筒にて令和3年12月20日（月）までにご返送いただけますようお願い申し上げます。

令和3年11月25日

令和3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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
検討委員会委員長　粟田主一

Ⅰ.回答者が勤務する都道府県名を記入してください。

（　　）

Ⅱ.これまでに、認知症の方の医療に関連して、認知症疾患医療センターと連携したことがありますか。

1）ある　　2）ない　→　連携したことが無い理由を1つ選んで○を記入してください

1. 認知症疾患医療センターを知らない
2. 認知症疾患医療センターが近隣にない
3. 連携する必要がない［理由　　］
4. その他［理由　　］

以上で調査終了です。
返信用封筒に入れて投函してください。

上記で「1）ある」と回答した方のみ、下記の設問にお答えください。

Ⅲ.認知症疾患医療センターとの連携の頻度はどの程度ですか。

1）月に1回未満　　2）月に1～4回　　3）月に5～9回　　4）月に10回以上

<次ページへ続く>

Ⅳ.下記の各項目について、あなたが認知症疾患医療センターに期待している役割としての重要度を4段階で評価し、該当する回答欄に○を記入してください。

1）認知症患者に関する受診前の相談応需	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
2）認知症患者の生活状況に関するアセスメント	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
3）認知症疾患の鑑別診断	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
4）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
5）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
6）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
7）せん妄に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
8）せん妄に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
9）せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
10）身体合併症に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
11）身体合併症に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
12）身体合併症に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

13）本人への情報提供と心理的サポート	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
14）家族介護者への情報提供と心理的サポート	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
15）かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
16）認知症サポート医との連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
17）主治医意見書の記載	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
18）介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
19）独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

20）成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
21）成年後見制度診断書・鑑定書の作成	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
22）若年性認知症のためのサービスの利用支援（精神保健福祉手帳、自立支援医療、障害年金、障害者総合支援法関係のサービス、就労継続支援、その他若年性認知症の人のための多様な地域サービスなど）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
23）若年性認知症患者に対する継続医療の提供	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
24）若年性認知症に関する精査	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
25）認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
26）軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
27）認知症の本人によるピアサポート（本人同士のミーティングも含む）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
28）家族介護者によるピアサポート（家族同士のミーティングも含む）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

29）認知症患者の将来（終末期含む）の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
30）介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
31）地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
32）介護支援専門員（ケアマネジャー）からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
33）行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
34）行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
35）介護保険施設等への往診または訪問診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
36）認知症専門医のいない一般病院等への往診	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
37）認知症初期集中支援チームへの参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

38）認知症初期集中支援チームの後方支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
39）かかりつけ医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
40）認知症サポート医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
41）地域包括支援センター職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
42）介護保険サービス事業所職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
43）看護師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
44）歯科医師・歯科衛生士の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
45）薬剤師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
46）多職種連携を目的とした研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
47）地域住民向けの講演会の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
48）ホームページやパンフレットを用いた情報発信	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
49）地域連携推進を目的とする会議（例：認知症疾患医療センター地域連携会議）の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
50）市区町村の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
51）都道府県の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
52）高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
53）自動車運転に関する相談と支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

Ⅴ. 上記以外であなたが認知症疾患医療センターに期待している役割があればご記入ください。

Ⅵ. 現在の認知症疾患医療センターについてご意見があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。令和3年12月20日（月）までに返信用封筒に入れてご郵送ください。

令和 3 年 11 月吉日

令和 3 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 99

【認知症疾患医療センター運営事業の事業評価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に期待される役割に関する
アンケート調査ご協力のお願い

謹啓　向寒の候、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。しかし、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、令和 3 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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」では、事業評価のあり方を検討するための基礎資料を得るために、地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割が何であるかを明らかにすることを目的に実態調査を行うことといたしました。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 3 年 12 月 20 日（月）までに、同封の返信用封筒にて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。

なお、ご回答は、**貴居宅介護支援事業所の所長等**にお願いしたく存じます。また、回収状況を確認するために調査票には整理番号を付してございますのでご了承ください。事業所名は外部に流出することがないよう、調査内容とは切り離して保管されます。本調査結果の公表にあたり、事業所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　副所長　粟田主一
2. 調査対象
   全国の居宅介護支援事業所（抽出調査）
3. 調査内容
   事業所の所在する都道府県、連携経験、認知症疾患医療センターに地域から期待する役割等、
   調査票 4 ページ
4. 調査票返送
   令和 3 年 12 月 20 日（月）までにご投函ください。
5. 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　認知症と精神保健
   電話番号　03-3964-3241（内線 4218　枝広あや子）9:30~17:30

以上

令和3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運営事業の事業評価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に期待される役割に関する調査

（居宅介護支援事業所用調査票）

認知症疾患医療センター運営事業は、2008年度に創設された都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業です。その目的は、「認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状や身体合併症に関する急性期治療、専門医療相談、診断後の相談支援、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、認知症の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」とされています。

しかし、本事業が創設されてからすでに10年以上が経過しており、今日の実情にあった認知症疾患医療センターの役割を検討する必要があるという意見があります。そこでこのたびは、令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、それぞれの地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割を明らかにすることを目的に、認知症支援に係る関係機関を対象にアンケート調査を実施させていただくことにいたしました。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、下記の質問にご回答いただき、同封の返信封筒にて令和3年12月20日（月）までにご返送いただけますようお願い申し上げます。

令和3年11月25日

令和3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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
検討委員会委員長　粟田主一

Ⅰ.回答者が勤務する都道府県名を記入してください。

（　　）

Ⅱ.これまでに、認知症の方の医療に関連して、認知症疾患医療センターと連携したことがありますか。

1）ある　　2）ない　→　連携したことが無い理由を1つ選んで○を記入してください

1. 認知症疾患医療センターを知らない
2. 認知症疾患医療センターが近隣にない
3. 連携する必要がない［理由　　］
4. その他［理由　　］

以上で調査終了です。
返信用封筒に入れて投函してください。

上記で「1）ある」と回答した方のみ、下記の設問にお答えください。

Ⅲ.認知症疾患医療センターとの連携の頻度はどの程度ですか。

1）月に1回未満　　2）月に1～4回　　3）月に5～9回　　4）月に10回以上

<次ページへ続く>

Ⅳ.下記の各項目について、あなたが認知症疾患医療センターに期待している役割としての重要度を4段階で評価し、該当する回答欄に○を記入してください。

1）認知症患者に関する受診前の相談応需	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
2）認知症患者の生活状況に関するアセスメント	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
3）認知症疾患の鑑別診断	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
4）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
5）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
6）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
7）せん妄に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
8）せん妄に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
9）せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
10）身体合併症に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
11）身体合併症に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
12）身体合併症に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

13）本人への情報提供と心理的サポート	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
14）家族介護者への情報提供と心理的サポート	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
15）かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
16）認知症サポート医との連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
17）主治医意見書の記載	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
18）介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
19）独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

20）成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
21）成年後見制度診断書・鑑定書の作成	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
22）若年性認知症のためのサービスの利用支援（精神保健福祉手帳、自立支援医療、障害年金、障害者総合支援法関係のサービス、就労継続支援、その他若年性認知症の人のための多様な地域サービスなど）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
23）若年性認知症患者に対する継続医療の提供	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
24）若年性認知症に関する精査	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
25）認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
26）軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
27）認知症の本人によるピアサポート（本人同士のミーティングも含む）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
28）家族介護者によるピアサポート（家族同士のミーティングも含む）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

29）認知症患者の将来（終末期含む）の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
30）介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
31）地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
32）介護支援専門員（ケアマネジャー）からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
33）行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
34）行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
35）介護保険施設等への往診または訪問診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
36）認知症専門医のいない一般病院等への往診	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
37）認知症初期集中支援チームへの参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

38）認知症初期集中支援チームの後方支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
39）かかりつけ医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
40）認知症サポート医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
41）地域包括支援センター職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
42）介護保険サービス事業所職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
43）看護師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
44）歯科医師・歯科衛生士の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
45）薬剤師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
46）多職種連携を目的とした研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
47）地域住民向けの講演会の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
48）ホームページやパンフレットを用いた情報発信	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
49）地域連携推進を目的とする会議（例：認知症疾患医療センター地域連携会議）の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
50）市区町村の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
51）都道府県の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
52）高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
53）自動車運転に関する相談と支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

Ⅴ. 上記以外であなたが認知症疾患医療センターに期待している役割があればご記入ください。

Ⅵ. 現在の認知症疾患医療センターについてご意見があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。令和3年12月20日（月）までに返信用封筒に入れてご郵送ください。

令和 3 年 11 月吉日

令和 3 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 99

【認知症疾患医療センター運営事業の事業評価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に期待される役割に関する
アンケート調査ご協力のお願い

謹啓　向寒の候、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。しかし、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、令和 3 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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」では、事業評価のあり方を検討するための基礎資料を得るために、地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割が何であるかを明らかにすることを目的に実態調査を行うこといたしました。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 3 年 12 月 20 日（月）までに、同封の返信用封筒にて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。

なお、ご回答は、**貴市区町村において認知症施策等を担当されている方**にお願いしたく存じます。また、回収状況を確認するために調査票には整理番号を付してございますのでご了承ください。市区町村名は外部に流出することがないよう、調査内容とは切り離して保管されます。本調査結果の公表にあたり、市区町村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　副所長　粟田主一
2. 調査対象
   全国の市区町村の認知症施策担当課（室）（全数調査）
3. 調査内容
   所在する都道府県、連携経験、認知症疾患医療センターに地域から期待する役割等、
   調査票 4 ページ
4. 調査票返送
   令和 3 年 12 月 20 日（月）までにご投函ください。
5. 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　認知症と精神保健
   電話番号　03-3964-3241（内線 4218　枝広あや子）　9:30～17:30

以上

令和3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運営事業の事業評価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に期待される役割に関する調査

（市区町村認知症施策等担当者用調査票）

認知症疾患医療センター運営事業は、2008年度に創設された都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業です。その目的は、「認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状や身体合併症に関する急性期治療、専門医療相談、診断後の相談支援、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、認知症の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」とされています。

しかし、本事業が創設されてからすでに10年以上が経過しており、今日の実情にあった認知症疾患医療センターの役割を検討する必要があるという意見があります。そこでこのたびは、令和3年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、それぞれの地域の中で今日の認知症疾患医療センターに期待されている役割を明らかにすることを目的に、認知症支援に係る関係機関を対象にアンケート調査を実施させていただくことにいたしました。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、下記の質問にご回答いただき、同封の返信封筒にて令和3年12月20日（月）までにご返送いただけますようお願い申し上げます。

令和3年11月25日

令和3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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
検討委員会委員長　粟田主一

Ⅰ.回答者が勤務する都道府県名を記入してください。

（　　）

Ⅱ.これまでに、認知症の方の医療に関連して、認知症疾患医療センターと連携したことがありますか。

1）ある　　2）ない　→　連携したことが無い理由を1つ選んで○を記入してください

1. 認知症疾患医療センターを知らない
2. 認知症疾患医療センターが近隣にない
3. 連携する必要がない［理由　　］
4. その他［理由　　］

以上で調査終了です。
返信用封筒に入れて投函してください。

上記で「1）ある」と回答した方のみ、下記の設問にお答えください。

Ⅲ.認知症疾患医療センターとの連携の頻度はどの程度ですか。

1）月に1回未満　　2）月に1～4回　　3）月に5～9回　　4）月に10回以上

<次ページへ続く>

Ⅳ.下記の各項目について、あなたが認知症疾患医療センターに期待している役割としての重要度を4段階で評価し、該当する回答欄に○を記入してください。

1）認知症患者に関する受診前の相談応需	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
2）認知症患者の生活状況に関するアセスメント	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
3）認知症疾患の鑑別診断	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
4）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
5）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
6）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
7）せん妄に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
8）せん妄に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
9）せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
10）身体合併症に対する外来診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
11）身体合併症に対する入院診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
12）身体合併症に対する救急対応（夜間・休日対応）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

13）本人への情報提供と心理的サポート	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
14）家族介護者への情報提供と心理的サポート	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
15）かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
16）認知症サポート医との連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
17）主治医意見書の記載	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
18）介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
19）独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

20）成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
21）成年後見制度診断書・鑑定書の作成	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
22）若年性認知症のためのサービスの利用支援（精神保健福祉手帳、自立支援医療、障害年金、障害者総合支援法関係のサービス、就労継続支援、その他若年性認知症の人のための多様な地域サービスなど）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
23）若年性認知症患者に対する継続医療の提供	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
24）若年性認知症に関する精査	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
25）認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
26）軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
27）認知症の本人によるピアサポート（本人同士のミーティングも含む）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
28）家族介護者によるピアサポート（家族同士のミーティングも含む）	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

29）認知症患者の将来（終末期含む）の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
30）介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
31）地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
32）介護支援専門員（ケアマネジャー）からの相談の応需・助言・連携	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
33）行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
34）行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
35）介護保険施設等への往診または訪問診療	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
36）認知症専門医のいない一般病院等への往診	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
37）認知症初期集中支援チームへの参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

38）認知症初期集中支援チームの後方支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
39）かかりつけ医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
40）認知症サポート医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
41）地域包括支援センター職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
42）介護保険サービス事業所職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
43）看護師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
44）歯科医師・歯科衛生士の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
45）薬剤師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
46）多職種連携を目的とした研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
47）地域住民向けの講演会の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
48）ホームページやパンフレットを用いた情報発信	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
49）地域連携推進を目的とする会議（例：認知症疾患医療センター地域連携会議）の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
50）市区町村の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
51）都道府県の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
52）高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
53）自動車運転に関する相談と支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

Ⅴ.上記以外であなたが認知症疾患医療センターに期待している役割があればご記入ください。

Ⅵ.現在の認知症疾患医療センターについてご意見があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。令和3年12月20日（月）までに返信用封筒に入れてご郵送ください。

認知症サポート医の先生方

アンケート調査ご協力のお願い

認知症サポート医は 2004 年度から養成研修が開始され、その活動は地域におけるかかりつけ医等の認知症対応力向上研修や地域包括支援センターとの連携構築、認知症初期集中支援チームへの協力、病院における院内ケアチームへの参画等、徐々に広がりつつあります。

一方、認知症疾患医療センターは 2008 年度から「認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状や身体合併症に関する急性期治療、専門医療相談、診断後の相談支援、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、認知症の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」を目的として創設されています。

認知症サポート医、認知症疾患医療センターともに事業が創設されてから 10 年以上が経過しており、今日の実情にあった事業のあり方を検討する必要性が指摘されています。そこでこのたび令和 3 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「地域における認知症サポート医のあり方に関する調査研究事業」および「認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」が合同で認知症サポート医の先生方を対象として、地域における認知症サポート医と関係諸機関の連携の状況と認知症疾患医療センターに期待されている役割を明らかにすることを目的としたアンケート調査を行うこととなりました。

ご多用のところを大変恐縮ではございますが、裏面の回答要領もご参照の上、回答ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和 3 年 12 月

令和 3 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
地域における認知症サポート医のあり方に関する調査研究事業
委員長　　国立長寿医療研究センター　　武田 章敬

令和 3 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運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業
委員長　　東京都健康長寿医療センター　　粟田 主一

令和3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運営事業の事業評価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に期待される役割に関する調査

（認知症サポート医用調査票）

Ⅰ.回答者が勤務する都道府県名を記入してください。

（　　）

Ⅰ-2.回答者が勤務する医療機関を記入してください。（複数回答あり）

1）病院（一般・単科とわず）　2）認知症疾患医療センター　3）診療所

※認知症疾患医療センターに勤務している方は、サポート医として、（自・他とわず）認知症疾患医療センターに期待する役割についてお答えください。

Ⅱ.これまでに、認知症の方の診療に関連して、認知症疾患医療センターと連携したことがありますか。

1）ある　2）ない　→　連携したことが無い理由を1つ選んで○を記入してください

1.認知症疾患医療センターを知らない
2.認知症疾患医療センターが近隣にない
3.連携する必要がない［理由　］
4.その他［理由　］

以上で調査終了です。

上記で「1）ある」と回答した方のみ、下記の設問にお答えください。

Ⅲ.認知症疾患医療センターとの連携の頻度はどの程度ですか。

1）月に1回未満　2）月に1～4回　3）月に5～9回　4）月に10回以上

Ⅳ.下記の各項目について、あなたが認知症疾患医療センターに期待している役割としての重要度を4段階で評価し、該当する回答欄に○を記入してください。

1）認知症患者に関する受診前の相談応需	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
2）認知症患者の生活状況に関するアセスメント	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
3）認知症疾患の鑑別診断	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
4）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する外来診療	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
5）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する入院診療	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
6）認知症の行動・心理症状（BPSD）に対する救急対応（夜間・休日対応）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
7）せん妄に対する外来診療	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
8）せん妄に対する入院診療	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
9）せん妄に対する救急対応（夜間・休日対応）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
10）身体合併症に対する外来診療	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
11）身体合併症に対する入院診療	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
12）身体合併症に対する救急対応（夜間・休日対応）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している

13）本人への情報提供と心理的サポート	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
14）家族介護者への情報提供と心理的サポート	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
15）かかりつけ医との連携（紹介・逆紹介・情報提供など）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
16）認知症サポート医との連携	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
17）主治医意見書の記載	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
18）介護保険サービスの利用支援（地域包括支援センターの案内・連携など）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
19）独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
20）成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援（情報提供など）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
21）成年後見制度診断書・鑑定書の作成	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
22）若年性認知症のためのサービスの利用支援（精神保健福祉手帳、自立支援医療、障害年金、障害者総合支援法関係のサービス、就労継続支援、その他若年性認知症の人のための多様な地域サービスなど）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
23）若年性認知症患者に対する継続医療の提供	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
24）若年性認知症に関する精査	2.期待していない	3.やや期待している	4.まあまあ期待している	5.とても期待している
25）認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	3.期待していない	4.やや期待している	5.まあまあ期待している	6.とても期待している
26）軽度認知障害（MCI）患者に対する定期的なフォローアップ	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
27）認知症の本人によるピアサポート（本人同士のミーティングも含む）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
28）家族介護者によるピアサポート（家族同士のミーティングも含む）	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している

29）認知症患者の将来（終末期含む）の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
30）介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
31）地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
32）介護支援専門員（ケアマネジャー）からの相談の応需・助言・連携	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
33）行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
34）行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
35）介護保険施設等への往診または訪問診療	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している
36）認知症専門医のいない一般病院等への往診	1.期待していない	2.やや期待している	3.まあまあ期待している	4.とても期待している

37）認知症初期集中支援チームへの参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
38）認知症初期集中支援チームの後方支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
39）かかりつけ医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
40）認知症サポート医の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
41）地域包括支援センター職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
42）介護保険サービス事業所職員の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
43）看護師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
44）歯科医師・歯科衛生士の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
45）薬剤師の研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
46）多職種連携を目的とした研修	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
47）地域住民向けの講演会の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
48）ホームページやパンフレットを用いた情報発信	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
49）地域連携推進を目的とする会議（例：認知症疾患医療センター地域連携会議）の開催または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
50）市区町村の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
51）都道府県の認知症施策への助言または参画	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
52）高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している
53）自動車運転に関する相談と支援	1. 期待していない	2. やや期待している	3. まあまあ期待している	4. とても期待している

Ⅴ.上記以外であなたが認知症疾患医療センターに期待している役割があればご記入ください。

Ⅵ.現在の認知症疾患医療センターについてご意見があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。令和3年12月23日まで返信用封筒に入れてご郵送ください。

令和 3 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運営事業の事業評価のあり方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
　　副所長
　　粟 田　主 一

令和 4 年 3 月
無断転載，改訂を禁じます