

報告書

2018

平成30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

平成30年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

認知症疾患医療センターの
効果的、効率的な機能や
地域との連携に関する調査研究事業

報告書

地方独立行政法人
東京都健康長寿医療センター

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
平成31(2019)年3月

平成30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82
認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書

調査対象に関する補足説明

「平成30年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業報告書」（平成31（2019）年3月発行）のうち、調査対象に関する記述を、下記のとおり、補足させていただきます。ご高覧の際、併せてご参照くださいますようお願い申し上げます。

	原文	補足
別冊 3頁 「2.研究方法」	対象は、平成30年4月1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422施設（基幹型16、地域型355、連携型51）とした（悉皆調査）。	対象は、平成30年4月1日までに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422施設（基幹型16、地域型355、連携型51）とした（悉皆調査）。対象には平成30年度から指定取り消しとなった2件が含まれ、また29年度事業実績のない30年度新規指定施設は除外された。
別冊 117頁 「3.調査対象」	対象は、平成30年4月1日現在で認知症疾患医療センターに指定され、協議書・実績報告書提出のあった全国の429施設（基幹型16、地域型358、連携型55）とした（悉皆調査）。	対象は、「認知症疾患医療センターの整備状況について（平成30年5月末現在）」に掲載があり、平成30年度に認知症疾患医療センターとしての実績のある、全国の429施設（基幹型16、地域型358、連携型55）とした（悉皆調査）。

今後は表記に不足のないよう努めてまいります。

本紙は報告書とともに保管くださいますよう重ねてお願い申し上げます。

平成31年3月31日

〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と精神保健研究チーム
粟田主一

平成 30 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 82
認知症疾患医療センターの効果的,効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業

報告書

平成 31 (2019) 年 3 月

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

平成30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82

認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業

目 次

はじめに	1
------------	---

I 認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業 検討委員会

1. 委員構成	5
2. 委員会開催実績	7
3. 論点整理（第1回～第3回検討委員会）	11
4. 総括（提言）	21

II 別冊	23
-------------	----

(以下、別冊頁番号参照)

序

1. 認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書集計分析(平成29年度分)
2. 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査

卷末資料1 認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書書式

卷末資料2 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査票

III 資料編	227
---------------	-----

検討委員会議事録（全3回）

はじめに

認知症疾患医療センターは、国庫補助を受けて都道府県・指定都市が設置する専門医療サービスです。その目的は、「保健医療・介護関係機関と連携を図りながら、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に関する対応、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ること」とされています。2015年に公表された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、2017年度末までに500カ所設置することが目標とされ、現在（2018年11月現在）、全国の都道府県及び指定都市（札幌市を除く）に440カ所設置されています。整備計画はやや遅れてはいるものの、近い将来目標値は達成されるでしょう。

こうした状況を背景に、厚生労働省老人保健健康増進等事業では、2015年度以降、認知症疾患医療センターの質の確保を目標に以下の調査研究事業を実施してきました。

すなわち、2015年度の「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」では、認知症疾患医療センター実態調査検討委員会を設置し、①認知症疾患医療センターの類型・機能・連携のあり方を討議し、②「質の管理」に関する都道府県実態調査を行い、③認知症疾患医療センターの先進事例集を作成し、④認知症疾患医療センターの機能評価を目的とする認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書の様式案を作成しました。また、委員会討議を踏まえ、認知症疾患医療センターのあり方に関する7つの提言を示しました。

2016年度の「認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業」では、前年度の提言を受けて、「認知症疾患医療センター機能評価委員会」を設置し、①認知症疾患医療センターの「質の管理」の方法論について討議し、②協議書兼実績報告書を用いた全国調査を行い、③外部評価のための調査票を作成して特定地域でパイロット調査を行い、④これらの結果に基づいて、都道府県・指定都市向けのガイドブック「都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター事業評価に向けて」を作成し、全国の都道府県・指定都市に配布しました。

以上の経緯を踏まえて、2018年度は「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」を実施することにしました。本事業では「認知症疾患医療センターの効果的・効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業検討委員会」を設置し、①改めて「質の管理」の方法論を討議するとともに、②2017年度協議書兼実績報告書による全国の認知症疾患医療センターの実態調査、③都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況調査、④認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援実施状況調査を行い、今後の認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方に関する提言を示しました。本研究事業の成果が、今後のわが国の認知症疾患医療センターの質の向上に役立てられることを願っています。

東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長 粟 田 主 一

I 認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業検討委員会

1. 委員構成

NO.	氏名	所属・役職	
1	栗田 主一	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究部長	委員長
2	江澤 和彦	日本医師会・常任理事	委員
3	渕野 勝弘	公益社団法人日本精神科病院協会・ 常務理事	委員
4	池田 学	大阪大学大学院医学系研究科・情報統合医学講座 精神医学分野・教授	委員
5	寺山 靖夫	岩手医科大学医学部内科学講座神経内科老年科分野・教授	委員
6	田中 志子	医療法人大誠会内田病院・理事長 群馬県認知症疾患医療センター内田病院・センター長	委員
7	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
8	北村 立	石川県立高松病院・院長 石川県認知症疾患医療センター・所長	委員
9	櫻井 孝	国立長寿医療研究センター病院 もの忘れセンター・センター長	委員
10	中西 亜紀	大阪市福祉局高齢施策部医務主幹 兼 大阪市福祉局弘済院附属病院・副病院長 認知症疾患医療センター長	委員
11	谷向 知	愛媛大学医学系研究科地域健康システム看護学講座老年精神地域包括 ケア学・教授 愛媛大学医学部附属病院認知症疾患医療センター・顧問	委員
12	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
13	藤本 直規	医療法人藤本クリニック・理事長	委員
14	柏木 一恵	公益財団法人浅香山病院	委員
15	大竹 智弘	東京都福祉保健局高齢社会対策部認知症対策担当課長	委員
17	清水 亜紀	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進課	オブザーバー
20	枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所	作業部会 委員
21	杉山 美香	東京都健康長寿医療センター研究所	作業部会 委員
22	多賀 努	東京都健康長寿医療センター研究所	作業部会 委員
23	吉野 望	株式会社地域高齢社会開発研究所・代表取締役	事務局

2. 委員会開催実績

平成 30 年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 82）

認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業

第 1 回 検討委員会 次第

2018 年 9 月 14 日（金）16:00-18:00

於：東京八重洲ホール 901

1. 開会のごあいさつ
2. 厚労省よりごあいさつ
3. 議題
 - (1) 事業概要について
 - (2) 認知症疾患医療センターの機能や地域連携について
 - (3) 調査計画について
 - (4) 意見交換
 - (5) その他（次回スケジュール確認等）

配布資料

資料 1 H30 年度認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業（事業概要）

資料 2 H30 年度事業計画書

資料 3 H30 年度スケジュール

参考資料 1 認知症疾患医療センター整備状況（H30 年 5 月現在）

参考資料 2 老健発 0904 第 2 号（認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等の連携等について）

参考資料 3 概算要求（認知症疾患医療センターの日常生活支援の相談機能の強化）

参考資料 4 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料 5 H27 年度老健事業報告書（認知症疾患医療センターの実態に関する評価研究事業）

参考資料 6 H28 年度老健事業報告書（認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業）

参考資料 7 都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター事業評価へ向けて（H28 年度老健事業編）

参考資料 8 認知症疾患医療センターにおける認知症疾患の年間鑑別診断数と発生率の検討(老年医学会 2018 年)

平成 30 年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 82）

認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業

第 2 回 検討委員会 次第

2018 年 12 月 24 日（月・祝）15:00-17:00

於：東京八重洲ホール 901

1. 開会のごあいさつ

2. 議 題

（1）第 1 回検討委員会における議論の要約と論点整理

（2）認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書(様式 3)の集計分析について

（3）認知症疾患医療センター連携実績調査について

（4）意見交換

（5）その他（次回スケジュール確認等）

配布資料

資料 1 2018(H30)年度研究事業概要

資料 2 第 1 回検討委員会における議論の要約と論点整理

資料 3 2018 年度認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書(様式 3) 2017 年実績 集計結果

資料 4 認知症疾患医療センター連携実績調査 ①ご協力依頼文 ②調査票案

参考資料 1 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料 2 第 1 回委員会議事録反訳

平成 30 年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 82）

認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業

第 3 回 検討委員会 次第

2019 年 3 月 3 日（日）15:00-17:00

於：東京八重洲ホール 901

1. 開会のごあいさつ

2. 議題

- (1) 本検討委員会における議論の要約と論点整理
- (2) 認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書(様式 3)の集計分析について
- (3) 都道府県認知症疾患医療センター連携協議会の実施状況について
- (4) 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査の集計結果(暫定版)
- (5) 報告書の構成について
- (6) 意見交換
- (7) その他

配布資料

資料 1 本検討委員会における議論の要約と論点整理

資料 2 2018 年度認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書(様式 3) H29 年分実績集計結果

資料 3 都道府県認知症疾患医療センター連携協議会の実施状況

資料 4-1 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査集計結果(グラフ)

資料 4-2 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査集計結果
(2019 年 2 月 22 日時点の暫定値 n =306)

資料 4-3 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査集計結果(自由記載)

資料 5 報告書構成案

参考資料 1 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査 調査票

参考資料 2 第 2 回委員会議事録反訳

3. 論点整理

「認知症疾患医療センターの質の管理の方法論を検討するための委員会」では、毎回、冒頭に論点を提示し、それに沿った自由討議を行った。ここでは、各回の論点ごとに、討議された内容を要約する。

3-1. 第1回委員会

第1回委員会では、2015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実態に関する調査研究事業」及び2016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機能評価に関する調査研究事業」の成果を踏まえ、また、平成31年度予算に係る厚生労働省の概算要求及び都道府県単位での総合相談センター設置に関する厚生労働省からの提案を受けて、7つの論点を提示して自由討議を行った。

論点1：認知症疾患医療センターの類型、特に基幹型について

- ・ 基幹型に求められる要件は、身体合併症救急医療機関としての機能よりも、都道府県・指定都市の認知症施策への助言、認知症疾患医療センターの質の管理（事業評価、人材育成等）に関わる機能とすべきではないか。
- ・ 身体合併症については、認知症ケア加算も設けられ、一般病院を含め、敷居が大分下がっている。
- ・ 基幹型の役割は事業の質の管理や人材育成とすべき。
- ・ 事業の質の管理（特に事業評価）は、都道府県の認知症疾患医療連携協議会と連動して実施すべき。
- ・ 現在ある16の基幹型はそのままにして、現在基幹型のない都道府県について、上記の役割を担うセンターを1か所設置していただくというのはどうか。
- ・ 但し、地域による実情の違いを考慮する必要がある。
- ・ 東京都では基幹型は設置せず、代わりに認知症支援推進センターを設置して、東京都と連携して、都全域の認知症疾患医療センターの質の管理や認知症の医療に関する専門職の人材育成に係る業務を担っている。

論点2：都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割について

- ・ 協議会と名のつく会議は腐るほどあるがほとんどがただの話し合いの場で、システムをつくりたり、ミッションをもったりしていない。協議会の下に具体的なミッションをもつワーキンググループを設置し、PDCAを回すことが重要。
- ・ 都道府県レベル、市町村レベル、日常生活圏域レベルでチャンネルが違うので、その連携をどうするかが重要。

- 各センターで開催される連携協議会についても、実際に何をやるべきなのかという戸惑いがあり、実際やっていることはばらばらである。1階部分（認知症疾患医療センターが開催する協議会）でもPDCAサイクルをまわし、そこで意見を都道府県協議会が吸い上げ、フィードバックする体制が必要。
- 連携協議会とともに、相談員（連携担当者）の会議があり、そこでより実務的な議論が行われている都道府県もある。
- 各圏域の認知症疾患医療センターの特徴（診断が強い、生活支援が強いなど）を見渡し、圏域ごとの課題を明確にして、対策を考える会議体であるべき。

論点3：全国研修会について

- 6年前（2013年）より年1回全国研修会を行っている。熊本、北海道、千葉、群馬、福島とバトンをつなげてきた。今年、一般社団法人「認知症疾患医療センター全国研修会」を設立させた。
- 研修会運営にあたって経済的な担保がないのはよくない。国が補助金を出して、こういう団体にお願いするという形をとるべき。
- 熊本での研修会は、お互いに何をしているかわからないので情報交換をしたいということからはじまった。
- 都道府県持ち回りで全国研修会を開催することによって、研修会をきっかけに県内のセンター同士の情報が共有され、結束が高まる。
- 都道府県をまたぐとわからない部分があるので、研修会は有効である。都道府県が責任をもって主体的に事業を運営してもらう必要があるので、研修会には都道府県の担当者と来てもらうことが重要である。
- トップダウンではなく、地道に積み上げてきたノウハウを学び合うことが重要。

論点4：実績報告書の集計・分析について

- 全国レベルでの事業の質の管理に向けて、毎年実施されている全国の認知症疾患医療センターの協議書兼実績報告書（以下、実績報告書）の集計・分析結果を公表すべきではないか。
- これを実施し、PDCAサイクルを稼働させるために、全国レベルでの協議会の設置が必要ではないか。
- 本研究事業において、平成29年度分の実績報告書を集計・分析し、委員会資料として提示することにする。

論点5：全国レベルでの協議会の設置について

- 行政が主体となった協議会が必要である。全国研修会もこれと連動して公的に位置づけていく必要がある。

- ・ 全国レベルの連携協議会は必要ないのではないか。メンバーによっては、何も決まらない会議になってしまう可能性がある。それよりは地域の連携協議会をしっかりさせるべき。
- ・ 全国レベルの連携協議会は必要である。トップダウンでつくる方法とボトムアップでつくる方法がある。予算・運営面では前者が有利。自由な討論ができるという点では後者が有利。
- ・ 協議会と呼ぶかどうかは別として、事業の質や研修会のことを平場で議論する場は必要ではないか。

論点 6：認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携について

- ・ 平成31年度予算の概算要求で、地域包括支援センター等との連携の強化（相談体制の強化）という観点から、予算要求をしている。
- ・ 認知症疾患医療センターにおける診断後支援の役割を明確にすべきではないか。特に、日常生活支援と連結する機能は重要である。
- ・ たとえば沖縄県では、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あり方を標準化していると聞く。
- ・ 一人暮らしの認知症高齢者の診断後支援についても、日常生活支援の確保という観点から重要である。
- ・ 本研究事業において、診断後支援という観点から、全国の認知症疾患医療センターの医療相談室における地域連携推進業務の実態を調査することとする。次回委員会で調査票案を提示する。

論点 7：都道府県単位での総合相談センターの設置について

- ・ すでに地域包括支援センターでやっていること。今更、都道府県でやることではない。
- ・ 群馬県では地区医師会に相談窓口を設け、地域包括支援センターを補完している。県民が相談するにはその方が身近である。現場レベルではピンとこない提案である。
- ・ 今や相談窓口はたくさんある。認知症疾患医療センターでも年間数百件相談を受けており、薬局でも歯科でも対応している。県単位でつくってもさばききれないであろう。
- ・ 地域が責任をもって、地域の実情に応じてやっていく時代。全国一律というのはなじまなくなっている。

3-2. 第2回委員会

第2回委員会では、第1回委員会での討議内容を踏まえ、6つの論点を提示して自由討議を行った。また、論点6では、認知症疾患医療センターの相談室における診断後支援の実態を調査するための調査票案を提示し、調査方法と調査内容について議論した。

論点1：基幹型に求められる要件は、都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、人材育成等）に関わる機能とすべきではないか。

- 基幹型の要件は、都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、人材育成等）に関わる機能とすべきである。
- 基幹型はつくらず、事業の質は協議会で行うという選択肢もある。
- 基幹型の設置を必須とするのでは、基幹型をつくる場合にはこのような要件でという提示の仕方がよい。

論点2：都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割は、都道府県の認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、PDCAサイクルの稼働等）と明示すべきではないか。

- 都道府県認知症疾患医療連携協議会にすべての認知症疾患医療センターが出席することはできない。代表的な認知症疾患医療センターや第三者機関として関係する組織・機関が出席するのがよい。
- 東京都では認知症対策推進会議が親会の役割を果し、その下に具体的なミッションをもった部会（例：医療部会）をつくっている。
- 都道府県認知症疾患医療連携協議会のミッションは事業の質の管理。そのためにも、都道府県レベルで毎年出している実績評価の結果を協議会で報告すべきである。
- 2016年度老人保健健康増進等事業で実施した都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催状況に関する調査では、同協議会を開催している都道府県は60%であった。現在の開催状況について厚生労働省の方で調査をお願いしたい。

論点3：認知症疾患医療センターが開催する連携協議会について、地域連携の推進と事業の質の管理と実施要綱に明示し、都道府県と認知症疾患医療センターとの間で情報が相互共有できる体制を構築すべきではないか。

- 各センターで開催される認知症疾患医療連携協議会についても、何をやるべきなのか戸惑いがあり、内容はばらばらである。
- 認知症疾患医療連携協議会の実態調査を行い、役割を明確化すべきである。

論点4：毎年実施されている全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表し、事業の質の向上に向けて、全国レベルでPDCAサイクルを稼働させる方策を検

討すべきではないか.

- 本研究事業において平成 29 年度実績報告書の集計・分析を行い、本委員会において全国のセンターの現状を把握し議論する必要がある。

論点 5：全国レベルでの認知症疾患医療センター研修会が継続的に実施できるように、国庫補助等による支援策を講じるべきではないか。

- 全国研修会を開催してから、県との連携、医師会との連携、地域包括支援センターとの連携が密になった。
- 現時点でも、都道府県は国庫補助を受けて、こうした研修会を開催することができる仕組みはある。しかし、そのことがあまり周知されていない。

論点 6：認知症疾患医療センターの相談室機能（地域包括支援センター等との連携、診断後支援等）を担保するための支援策を講じるべきではないか。

- 認知症疾患医療センターの相談室機能として、本研究事業において、相談員等による診断後支援の実態を調査する。
- 認知症疾患医療センターの診断後支援はどの範囲まで行うのか議論が必要である。
- 診断後支援のポイントは連携であろう。診断だけして、病気の説明をしない、介護保険の情報を提供しない、地域包括支援センターなど知らないでは、暮らしていくことができない。
- 診断後支援は重要である。医療者でなければアドバイスできない介護のポイントもある。
- 診断後支援にも濃淡がある。相談員が積極的に関わるのか、医師の指示があれば行うのか、医師に提言するという感じにすればわかりやすい。
- 調査にあたって、権利擁護に関する支援はより具体的に示した方がよい。
- 一人暮らしだけではなく、「一人暮らしあるいは高齢の家族の人」の診断後支援について聞いた方がよい。
- MCI レベルの人の診断後支援のあり方が難しい。介護保険を申請しても介護度がない。地域包括支援センターや認知症カフェに相談に行けるほど生活に困っていない人達は、半年後または 1 年後に来てくれるよういわなければ相談員も関与するすべがない。
- 若年性認知症の会の人から、医療機関では診断をつけるだけで、必要な情報を提供していない。せめて、地域にある若年性認知症の人のための社会資源について情報を提供してもらいたい、と言われた。
- 現在、認知症疾患医療センターが直面している課題について自由回答で問うて欲しい。
- 今回の調査は探索的なものであり、診断後支援という観点でセンターが何をやっているのか実態を探ることが目的である。

3-3. 第3回委員会

第3回委員会では、本研究事業で実施した3つの調査結果について報告し、それぞれの調査結果を踏まえて自由討議を行い、最後に本研究事業で提示する提言についてコンセンサスを得た。

論点1：平成29年度認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析結果について

- 初診の待機日数は20%以上が「1か月～3か月」、以前に比べれば大分短縮しているがまだ長いところも少なくない。
- 認知症専門診断管理料の算定をしているのは73%，連携型では50%。
- 一般病院で認知症ケア加算1を算定しているのは41%，ケア加算2が25%なので、66%がケア加算を算定している
- 基幹型は100%救急医療機関の指定を受けているが、一般病院でも75%で指定を受けている。救急医療機関の指定は基幹型の要件にするような性質のものではない
- 身体合併症のある認知症の人に対する救急医療の支援は基幹型では100%で実施しているが、地域型も8割で実施している。身体合併症に対する救急医療機関としての機能も基幹型の要件とは言いにくい。
- リエゾンチームによる支援も、基幹型というよりは一般病院で広く行われている。
- 院内の全ての診療科に対する認知症に関する研修会は、むしろ地域型でよく行われている。これも基幹型の要件とされているが、ほとんどの認知症疾患医療センターで実施されているのではないか。
- 認知症疾患医療連携協議会の開催状況はほぼ100%であるが、それでもまだ開催していないところもある。
- 認知症初期集中支援チームを設置しているのは、地域型が19%、連携型が28%。チーム員として参加しているのは地域型が43%，基幹型が13%，連携型が57%。後方支援をしているのは認知症疾患医療センター全体の51%。
- 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療を通常業務として実施しているのは24%，「状況に応じて実施」を含めれば40%。
- 「状況に応じて」を含めれば、行政機関への助言・連携は99%，地域包括支援センター、介護支援専門員（ケアマネジャー），介護保険施設・事業所職員への助言・連携は100%で実施している。

以上のように、実績報告書の集計・分析結果を公表することによって、現在の認知症疾患医療センターの状況が明らかにされる。都道府県レベル、国レベルで実績報告書の集計・分析結果を公表すべきであろう。

論点 2：都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況について

厚生労働省は平成 30 年度分の協議書兼実績報告書より、都道府県に対して、都道府県認知症疾患医療センター連携協議会の実施状況を報告するよう質問項目を追加した。それによれば、現時点で実施していないところは新潟県、福井県、山梨県、山口県の 4 県であるが、4 県のうち 3 県は 31 年度より実施予定とのことである。2016 年度に実施した調査では実施率は 60% だったので、開催状況は大幅に改善したことになる。

論点 3：認知症疾患医療センターの相談員等による診断後支援の実施状況について

- 2019 年 1 月～2 月に調査を実施した。2 月 22 日時点での回収数は 306（回収率 71%）であった。回答者職種の多くが精神保健福祉士であった。
- 圏域内の社会資源について「ある」と回答したのは、「認知症の人の家族会など、家族介護者の支援に関わる社会資源」92%，「認知症の本人の会」36%，「認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源」97%，「認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源（介護保険などの法定のサービス以外あるいはインフォーマルサービス）」55% であった。
- 「本人や家族への相談員等による診断後支援」を「医師の指示によって実施している」が 80%，「本人・家族の希望に応じて実施している」が 93% であった。
- 診断後支援として実施している内容は、①「認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについて情報提供」は「積極的に実施」54%，「求められたら実施」41%，②「住まいの近くの地域包括支援センターについて情報提供」は「積極的に実施」65%，「求められたら実施」34%，③「介護保険に関する情報提供」は「積極的に実施」70%，「求められたら実施」29%，④「権利擁護に関する援助の情報提供」は「積極的に実施」29%，「求められたら実施」67%，⑤「経済問題に関する援助について情報提供」は「積極的に実施」35%，「求められたら実施」60%，⑥「家族会や家族支援に関する社会資源について情報提供」は「積極的に実施」40%，「求められたら実施」53%，⑦「認知症の本人の会について情報提供」は「積極的に実施」15%，「求められたら実施」34%，⑧「認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源について情報提供」は、「積極的に実施」41%，「求められたら実施」51%，⑨「関係機関との連絡調整」は「積極的に実施」78%，「求められたら実施」22%，⑩「本人・家族の心理的サポート」は「積極的に実施」27%，「求められたら実施」40%，⑪「その他の生活全般の問題について相談」は「積極的に実施」39%，「求められたら実施」59% であった。
- 実際に相談に対応している職員の職種は、精神保健福祉士 89%，看護師 41%，社会福祉士 27%，臨床心理技術者 24% であった。

以上より、認知症疾患医療センターの相談室では、今日においても、精神保健福祉士を中心にして、多様な診断後支援を提供している実態が明らかになった。以下に、「一人暮らし

や高齢者のみ世帯」「軽度認知障害」「若年性認知症」に特化した診断後支援についての自由回答のいくつかを抜粋して紹介する。

(1) 一人暮らしや高齢者のみ世帯の方への診断後支援

- ・ 地域包括支援センターと連携し、社会資源を活用した生活支援を行う。
- ・ 地域包括支援センターとの情報交換をこまめに行う。
- ・ 地域包括支援センターと情報共有し、訪問・見守りができるようにする。
- ・ 離れて暮らす家族と連絡。
- ・ 見守りしてくれる人の確保（家族、包括、ケアマネ等）。
- ・ 認知症の基本知識を伝える。
- ・ 診断後の不安軽減、わかりやすく伝える。
- ・ 精神保健福祉士が同席し、医師からの説明をわかりやすく伝える。
- ・ その場で PSW が相談に対応できるようにしている。
- ・ 院内で共有し、困り事に気付く機会を広げる。
- ・ 介護支援専門員、かかりつけ薬局との連携。
- ・ 服薬環境がととのってから、薬物療法を導入。
- ・ 経済状況の確認、必要があれば支援。
- ・ 火の始末、徘徊、転倒等危険因子の回避のためのアドバイス。
- ・ 定期的な診察、認知機能検査⇒今後の生活の予測とアドバイス。
- ・ 受診日前後にケアマネ等に連絡をとり、在宅の様子を把握する。
- ・ 通院が難しい場合は訪問診療につなげる。

(2) 軽度認知障害の方への診断後支援

- ・ 定期的に受診して頂き、経過観察を行う。認知症への移行が見られたら、治療的介入を行う。
- ・ 診断後の不安軽減、分かりやすく、詳しい病気の説明、地域生活で必要な情報提供、制度の活用、多職種連携の支援体制、認知症進行予防の社会資源のコーディネート、カフェ、サークルなど。
- ・ 活発な社会活動など生活上の助言。本人の意向を伺いながら、6ヶ月～1年の再来を提案。近隣のサロン、体操教室の案内、当クリニックのオレンジカフェに誘い、繋がりができるよう心がけている。
- ・ 地域での講座で MCI について認知症予防の啓発を行っている。院内で診断がついた後のフォローは、相談員では特に行っていない。
- ・ 外来で認知症リハビリテーションを実施。認知症予防プログラムを隔週で行ってもらっている。
- ・ 認知症予防の資料をお渡しし、説明する。

- ・ 包括や区役所の保健師と連携を取り合い、見守りや訪問が行われるようにしている。
かかりつけ医があればそちらに情報を提供している。

(3) 若年性認知症の方への診断後支援

- ・ 包括的な支援が必要となることが多いため、他の医療機関に紹介せず、当院でフォローを行うことが多い。
- ・ 家族介護力のアセスメント。
- ・ 経済問題に関わる援助についての情報提供。
- ・ 経済的負担軽減のため、自立支援医療について積極的に案内している。
- ・ 経済的支援の説明（傷病手当金、障害年金、自立支援医療等）。
- ・ 若年性認知症支援コーディネーターにつなぐ。
- ・ 就労支援、介護保険、リハビリテーション、家族の会等について説明。
- ・ 疾患に応じて、特定疾患認定の情報提供や導入支援。
- ・ 家族会の案内。
- ・ 「若年性認知症の集い」等の紹介を実施。
- ・ PSW ができるだけ診察に立ち会い、告知の状況や本人家族の受容の程度に応じ、諸制度や家族会等の社会資源の説明、相談対応を行う。
- ・ 精神保健福祉手帳、生命保険診断書。
- ・ 運転免許へのアドバイス。
- ・ 若年の方向けの通所サービスの紹介や就労支援。

まとめ

全 3 回の委員会討議の結果を踏まえ、認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方について、6 項目の提言を示すこととした。ここに掲げられた提言を実効性のあるものとするために、2019 年度に、認知症疾患医療センターの質の管理と医療相談室における診断後支援について、先進事例の収集及び試行的事業の実施を含む調査研究事業を実施することを推奨する。

4. 提言：認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方について

提言 1：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（以下、実施要綱）では、設置基準において3類型（基幹型、地域型、連携型）を示し、基幹型には「身体合併症に対する救急医療機関」としての要件を求めている。しかし、認知症の人の身体合併症に対する救急医療は、今やすべての救急医療機関が実施している。基幹型に求められる要件は、都道府県・指定都市と連携した事業の質の管理（事業評価、人材育成等）に関わる機能とすべきである。

提言 2：実施要綱では、都道府県の責務として、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置することを求めている。しかし、その役割は「各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援」とされており漠然としている。「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の役割は、認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、PDCAサイクルの稼働等）と明示すべきある。

提言 3：実施要綱では、認知症疾患医療センターにおいても、地域連携拠点機能として、「認知症疾患医療連携協議会」の設置・運営を求めている。しかし、その役割は漠然としており、実施内容はまちまちである。認知症疾患医療センターが開催する「認知症疾患医療連携協議会」についても、その役割は地域連携の推進と事業の質の管理と明示し、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」との間で情報を相互共有できる体制を構築すべきである。

提言 4：認知症疾患医療センターは毎年前年度の実績を所定の様式を用いて報告している。しかし、結果は公表されていない。毎年実施されている全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表するとともに、事業の質の向上に向けてPDCAサイクルを稼働させるための具体策を検討すべきである。

提言 5：2013年より全国レベルの認知症疾患医療センター研修会が都道府県持ち回りで行われている。こうした研修会は、現時点においても都道府県対象の国庫補助によって財政的に支援できる仕組みがある。しかし、そのことが都道府県に周知されていないこともあって継続的実施は不安定な状況にある。全国レベルでの認知症疾患医療センター研修会を継続的に安定して実施できるようにするための具体策を講じる必要がある。

提言 6：実施要綱では、医療相談室に精神保健福祉士または保健師等を配置し、地域包括支援センターとの連絡調整等、地域連携の推進機能を担うことを求めている。実際に、相談員は、受診前の支援のみならず、診断後においても情報提供や関係機関との連絡調整を含む多様な役割を担っている。認知症疾患医療センターの相談室機能（地域連携の推進、診断後支援等）の質を担保するための支援策を講じるべきである。

II 別冊

平成30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82

認知症疾患医療センターの効果的、
効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業

報告書

【2018 別冊】

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
平成31年(2019)年3月

目 次

序	1
第1章	
認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書集計分析(平成29年度分)	3
1. 研究目的	3
2. 研究方法	3
3. 研究結果	3
I. 医療機関基本情報	3
I-1. 対象の類型と医療機関種、設置主体	3
I-2. 病床数	4
I-3. 医療機関の診療科	8
II. 専門医療機関としての要件と機能	11
II-1. 稼働状況および人員配置	11
II-2. 検査体制	17
II-3. 相談件数	21
II-4. 鑑別診断件数	22
II-5. 紹介・逆紹介件数	62
II-6. 初診までの待機日数	64
II-7. 診療報酬	65
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	70
III-1. 指定状況	70
III-2. 支援・院内調整	71
IV. 地域連携推進機関としての要件と機能	80
IV-1. 認知症疾患医療連携協議会	80
IV-2. 研修会開催	82
IV-3. 情報発信・普及啓発	91
IV-4. 初期集中支援チームへの関与	94
V. 医療サービス等提供状況	98
V-1. サービス提供状況	98
4. 考察	116
5. 結論	116

第2章

認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査	117
1. 研究背景	117
2. 研究目的	117
3. 調査対象	117
4. 調査方法	117
5. 調査結果	118
6. 考察	138
7. 結論	139
8. 資料　自由記載	140
卷末資料1　認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書書式	178
卷末資料2　認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査票	181

序

認知症疾患医療センターは、国庫補助を受けて都道府県・指定都市が設置する専門医療サービスです。その目的は、「保健医療・介護関係機関と連携を図りながら、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に関する対応、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ること」とされています。2015年に公表された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、2017年度末までに500カ所設置することが目標とされ、現在（2018年11月現在）、全国の都道府県及び指定都市（札幌市を除く）に440カ所設置されています。整備計画はやや遅れてはいるものの、近い将来目標値は達成されるでしょう。

こうした状況を背景に、厚生労働省老人保健健康増進等事業では、2015年度以降、認知症疾患医療センターの質の確保を目標に以下の調査研究事業を実施してきました。

すなわち、2015年度の「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」では、認知症疾患医療センター実態調査検討委員会を設置し、①認知症疾患医療センターの類型・機能・連携のあり方を討議し、②「質の管理」に関する都道府県実態調査を行い、③認知症疾患医療センターの先進事例集を作成し、④認知症疾患医療センターの機能評価を目的とする認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書の様式案を作成しました。また、委員会討議を踏まえ、認知症疾患医療センターのあり方に関する7つの提言を示しました。

2016年度の「認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業」では、前年度の提言を受けて、「認知症疾患医療センター機能評価委員会」を設置し、①認知症疾患医療センターの「質の管理」の方法論について討議し、②協議書兼実績報告書を用いた全国調査を行い、③外部評価のための調査票を作成して特定地域でパイロット調査を行い、④これらの結果に基づいて、都道府県・指定都市向けのガイドブック「都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター事業評価に向けて」を作成し、全国の都道府県・指定都市に配布しました。

以上の経緯を踏まえて、2018年度は「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」を実施することにしました。本事業では「認知症疾患医療センターの効果的・効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業検討委員会」を設置し、①改めて「質の管理」の方法論を討議するとともに、②2017年度協議書兼実績報告書による全国のセンターの実態調査、③都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況調査、④認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援実施状況調査を行い、今後の認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方に関する提言（p2）を示しました。これらの提言が、今後のわが国の認知症疾患医療センターの質の向上に役立てられることを願っています。

東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長 粟田主一

認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方に関する提言

提言 1：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（以下、実施要綱）では、設置基準において3類型（基幹型、地域型、連携型）を示し、基幹型には「身体合併症に対する救急医療機関」としての要件を求めていた。しかし、認知症の人の身体合併症に対する救急医療は、今やすべての救急医療機関が実施している。基幹型に求められる要件は、都道府県・指定都市と連携した事業の質の管理（事業評価、人材育成等）に関わる機能とすべきである。

提言 2：実施要綱では、都道府県の責務として、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置することを求めていた。しかし、その役割は「各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援」とされており漠然としている。「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の役割は、認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、PDCAサイクルの稼働等）と明示すべきある。

提言 3：実施要綱では、認知症疾患医療センターにおいても、地域連携拠点機能として、「認知症疾患医療連携協議会」の設置・運営を求めていた。しかし、その役割は漠然としており、実施内容はまちまちである。認知症疾患医療センターが開催する「認知症疾患医療連携協議会」についても、その役割は地域連携の推進と事業の質の管理と明示し、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」との間で情報を相互共有できる体制を構築すべきである。

提言 4：認知症疾患医療センターは毎年前年度の実績を所定の様式を用いて報告している。しかし、結果は公表されていない。毎年実施されている全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表するとともに、事業の質の向上に向けてPDCAサイクルを稼働させるための具体策を検討すべきである。

提言 5：2013年より全国レベルの認知症疾患医療センター研修会が都道府県持ち回りで行われている。こうした研修会は、現時点においても都道府県対象の国庫補助によって財政的に支援できる仕組みがある。しかし、そのことが都道府県に周知されていないこともあって継続的実施は不安定な状況にある。全国レベルでの認知症疾患医療センター研修会を継続的に安定して実施できるようにするための具体策を講じる必要がある。

提言 6：実施要綱では、医療相談室に精神保健福祉士または保健師等を配置し、地域包括支援センターとの連絡調整等、地域連携の推進機能を担うことを求めていた。実際に、相談員は、受診前の支援のみならず、診断後においても情報提供や関係機関との連絡調整を含む多様な役割を担っている。認知症疾患医療センターの相談室機能（地域連携の推進、診断後支援等）の質を担保するための支援策を講じるべきである。

第1章

**認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書集計分析
(平成29年度分)**

認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書の集計分析 (平成 29 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一以下、実績報告書）を用いて、前年度一年間の実績を都道府県・指定都市に報告することが義務付けられている。この実績報告書は、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に沿って事業実態を把握し、質の評価が可能となるように設計されている。

本研究の目的は、この実績報告書を用いて、平成 29 年度一年間の認知症疾患医療センターの事業実績を分析することにある。

2. 研究方法

対象は、平成 30 年 4 月 1 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 422 施設（基幹型 16、地域型 355、連携型 51）とした（悉皆調査）。実績報告書の内容を基に以下の項目を分析対象とした（巻末資料 1）。各項目については、クロス集計表を用いて、類型別・医療機関種別に分析した。

3. 研究結果

I. 医療機関基本情報

I-1. 対象の類型と医療機関種、設置主体

対象となる認知症疾患医療センターを類型別・医療機関種別に表 1 に示す。基幹型はすべて一般病院であったが地域型は 57.2%が精神科病院であった。連携型は診療所が 64.7%を占めた。設置主体を表 2 に示す。基幹型は 43.8%が国立、18.8%が都道府県・指定都市立であり、あわせて 62.6%が公立の医療機関であった。地域型、連携型では医療法人が 57.5%, 66.7%と最も多くを占めた。

表 1 類型別・医療機関種別内訳

		医療機関種別				
		一般病院	精神科病院	診療所	その他	合計
類型	基幹型	16	0	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	140	203	0	12	355
		39.4%	57.2%	0.0%	3.4%	100.0%
連携型		9	7	33	2	51
		17.6%	13.7%	64.7%	3.9%	100.0%
合計		165	210	33	14	422
		39.1%	49.8%	7.8%	3.3%	100.0%

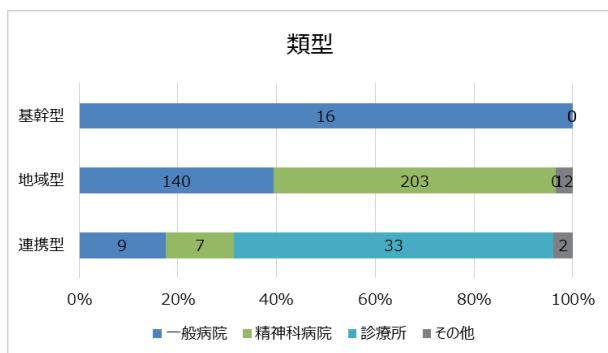


図 1 類型別・医療機関種別内訳（再掲）

表 2 類型別 設置主体

		設置主体									
		学校法人	国	都道府県・指定都市	市区町村	公益法人	医療法人	組合および連合会	個人	その他	合計
類型	基幹型	2	7	3	2	0	0	0	0	2	16
		12.5%	43.8%	18.8%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	100.0%
	地域型	22	19	24	20	24	204	5	6	31	355
		6.2%	5.4%	6.8%	5.6%	6.8%	57.5%	1.4%	1.7%	8.7%	100.0%
連携型		1	0	3	2	1	34	1	4	5	51
		2.0%	0.0%	5.9%	3.9%	2.0%	66.7%	2.0%	7.8%	9.8%	100.0%
合計		25	26	30	24	25	238	6	10	38	422
		5.9%	6.2%	7.1%	5.7%	5.9%	56.4%	1.4%	2.4%	9.0%	100.0%

I -2. 病床数

- 1) 一般病床：類型別（表 3）、医療機関種別（表 4）に一般病床数を示す。一般病床のない医療機関は欠損であった。基幹型および一般病院の一般病床が多く、診療所の多い連携型では一般病床数が少なかった。

表 3 類型別 一般病床数

		病床数 一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	673.7	183.2	652.0	374	1088
	地域型	216	265.2	290.5	156.5	0	1182
	連携型	25	62.7	127.6	0.0	0	400
	合計	257	270.9	297.9	155.0	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	160	402.0	291.1	370.0	0	1182
	精神科病院	68	41.3	104.2	0.0	0	804
	診療所	17	2.6	6.4	0.0	0	19
	その他	12	204.0	287.0	92.0	0	972
	合計	257	270.9	297.9	155.0	0	1182

2) 精神病床：類型別（表 5）、医療機関種別（表 6、図 2）に精神病床数を示す。精神科病院の割合の多い地域型で精神病床数が多く、連携型ではセンターごとの精神病床数の差が大きかった。

表 5 類型別 精神病床数

		病床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	51.7	25.9	41.5	24	108
	地域型	312	213.6	154.2	202.0	0	828
	連携型	28	65.8	115.4	0.0	0	410
	合計	356	194.7	156.3	180.0	0	828

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	120	70.0	104.4	44.0	0	828
	精神科病院	210	281.3	122.6	269.5	31	808
	診療所	15	0.0	0.0	0.0	0	0
	その他	11	165.9	146.6	95.0	50	461
	合計	356	194.7	156.3	180.0	0	828

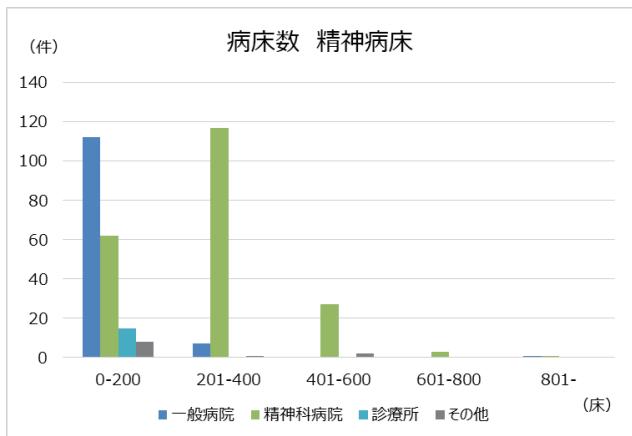


図 2 医療機関種別 精神病床数

3) その他病床：一般病床と精神病床以外のその他病床について類型別（表 7），医療機関種別（表 8），に示す。

表 7 類型別 その他病床数

類型	基幹型	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
	地域型	11	15.8	21.1	10.0	0	76
	連携型	177	38.6	56.6	10.0	0	325
	合計	25	19.9	43.6	0.0	0	158
	合計	213	35.2	54.3	8.0	0	325

表 8 医療機関種別 その他病床数

医療機関種別	一般病院	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
	精神科病院	117	39.0	54.5	11.0	0	325
	診療所	71	29.6	44.8	0.0	0	200
	その他	15	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	10	83.1	102.9	40.5	0	296
	合計	213	35.2	54.3	8.0	0	325

4) うち療養病床：療養病床について類型別（表 9），医療機関種別（表 10）に示す。療養病床を持たない医療機関は欠損であった。

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	8	0.1	0.4	0.0	0 1
	地域型	152	41.0	68.1	0.0	0 500
	連携型	24	21.3	44.4	0.0	0 158
	合計	184	36.7	64.6	0.0	0 500

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	84	36.5	57.3	0.0	0 325
	精神科病院	76	38.3	71.4	0.0	0 500
	診療所	14	0.0	0.0	0.0	0 0
	その他	10	77.5	90.8	40.5	0 240
	合計	184	36.7	64.6	0.0	0 500

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

表 11 類型別 全病床数

	病床数 合計					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	736.3	195.4	691.0	460 1166
	地域型	355	368.3	217.5	319.0	39 1275
	連携型	51	76.6	130.2	0.0	0 438
	合計	422	347.0	241.1	306.0	0 1275

表 12 医療機関種別 全病床数

	病床数 合計					
	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	165	468.4	279.0	409.0	39 1275
	精神科病院	210	304.7	140.2	278.0	50 898
	診療所	33	1.4	4.7	0.0	0 19
	その他	14	364.6	255.2	352.0	19 1025
	合計	422	347.0	241.1	306.0	0 1275

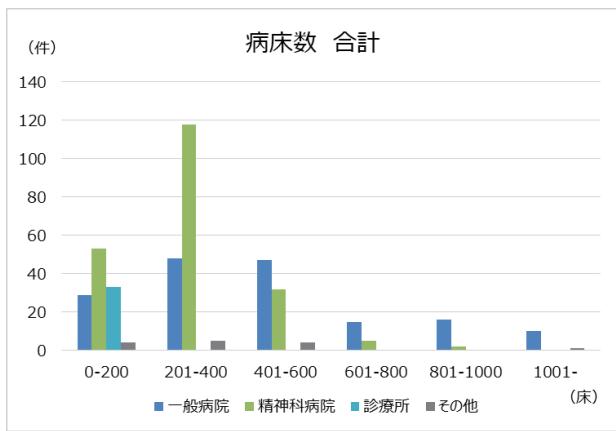


図 3 医療機関種別 全病床数

I -3. 医療機関の診療科

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

表 13 類型別 診療科

	内視鏡科	心臓血管外科	呼吸器科	消化器科	腎臓・内分泌科	血液・腫瘍科	小児科	整形外科	脳神経外科	骨盤整形外科	手術外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	口腔歯科	歯周病科	歯科口腔外科	歯科口腔内科	歯科正型	歯科矯正
	内視鏡科	心臓血管外科	呼吸器科	消化器科	腎臓・内分泌科	血液・腫瘍科	小児科	整形外科	脳神経外科	骨盤整形外科	手術外科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	口腔歯科	歯周病科	歯科口腔外科	歯科口腔内科	歯科正型	歯科矯正
合計	369	334	213	201	171	159	155	141	140	137	134	129	127	101	92	83	80	79	73	70
高齢型	67.4%	79.1%	50.5%	47.6%	40.5%	37.7%	35.9%	33.4%	32.5%	32.0%	31.8%	30.1%	23.9%	21.8%	19.7%	19.0%	19.0%	18.7%	17.3%	16.4%
地図型	51.8%	87.5%	91.8%	87.5%	100.0%	93.8%	100.0%	87.5%	100.0%	81.3%	100.0%	87.5%	100.0%	68.8%	100.0%	93.8%	68.8%	68.8%	75.0%	56.3%
通常型	60.8%	78.4%	47.1%	41.2%	41.2%	25.5%	21.6%	19.6%	19.7%	13.7%	11.8%	11.8%	13.7%	11.8%	11.8%	11.8%	11.8%	11.8%	11.8%	11.8%

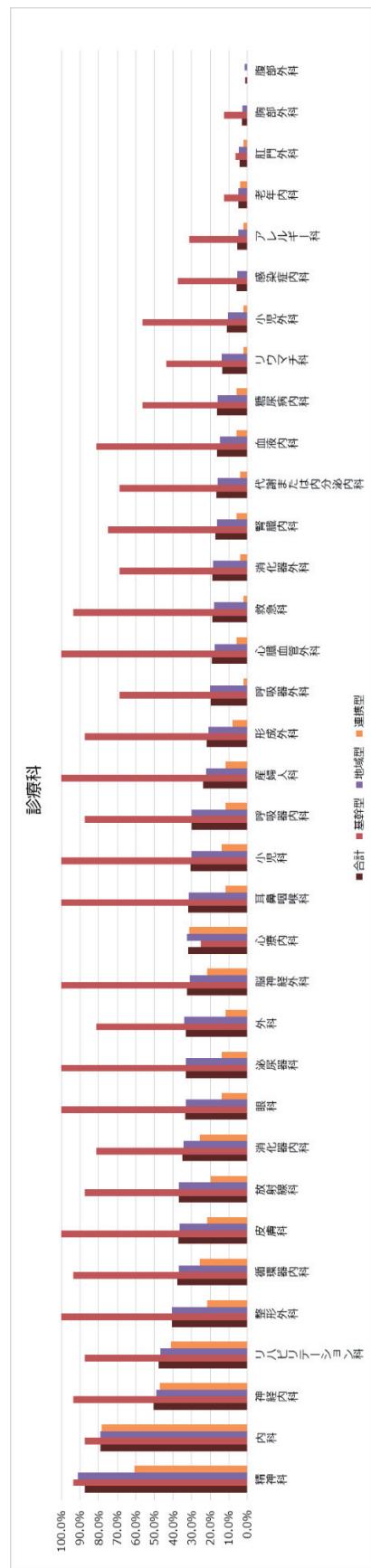
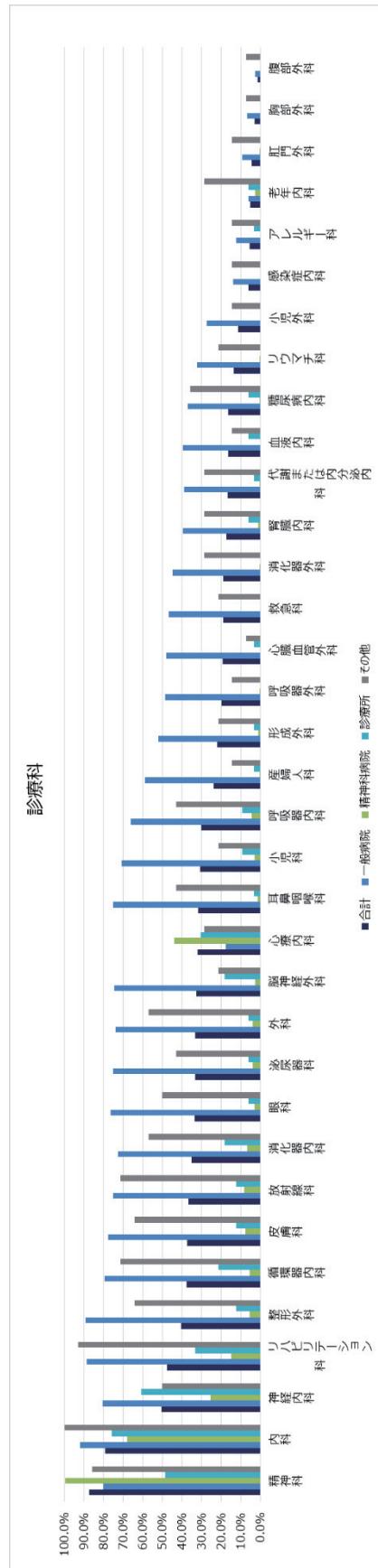


図 4 類型別診療科(再掲)

表 14 医療機関種別
診療科

診療科	内科	医療機関別										医療機関別										医療機関別										医療機関別									
		病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	病院	診療所	施設	
合計	365	213	201	171	159	157	155	149	141	137	134	130	127	103	92	81	80	79	73	70	69	60	57	47	25	23	21	18	13	12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
内科	87.4%	79.1%	50.5%	47.6%	36.7%	37.7%	35.1%	33.4%	33.2%	32.5%	33.2%	30.6%	30.1%	29.9%	29.7%	19.0%	18.7%	17.3%	16.6%	15.4%	16.4%	16.4%	15.4%	11.1%	13.5%	13.5%	11.1%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%	4.3%				
精神科	13.2%	15.2%	33.1%	14.6%	14.7%	13.1%	12.8%	12.8%	12.7%	12.3%	12.4%	12.4%	11.7%	11.7%	10.0%	9.7%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%	8.6%					
精神科病院	90.0%	92.1%	80.6%	88.5%	79.4%	77.6%	75.2%	75.2%	75.2%	75.2%	75.2%	75.2%	73.9%	74.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%	17.5%						
精神科診療所	90.5%	68.3%	25.7%	14.8%	5.2%	5.2%	7.6%	8.1%	6.7%	2.9%	3.8%	2.4%	2.4%	4.3%	1.4%	2.0%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	1.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%					
精神科施設	48.5%	75.9%	60.6%	33.3%	33.3%	12.1%	21.2%	12.1%	6.1%	18.2%	6.1%	6.1%	6.1%	6.1%	6.1%	6.1%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	9.1%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%	3.0%						
老人介護	85.7%	100.0%	50.0%	52.9%	54.3%	71.4%	64.3%	57.3%	50.0%	42.9%	42.9%	42.9%	42.9%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%	21.4%						



II. 専門医療機関としての要件と機能

II-1. 稼働状況および人員配置

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

表 15 類型別 稼働日数（上段：週、下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	5.9	1.0	5.0	5	7
	地域型	355	5.3	0.5	5.0	5	7
	連携型	51	5.4	0.5	5.0	5	7
	合計	422	5.3	0.5	5.0	5	7
		稼働日数 年間					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	296.8	62.1	244.5	242	365
	地域型	355	257.4	31.2	245.0	95	365
	連携型	51	256.0	41.3	245.0	107	365
	合計	422	258.7	34.9	245.0	95	365

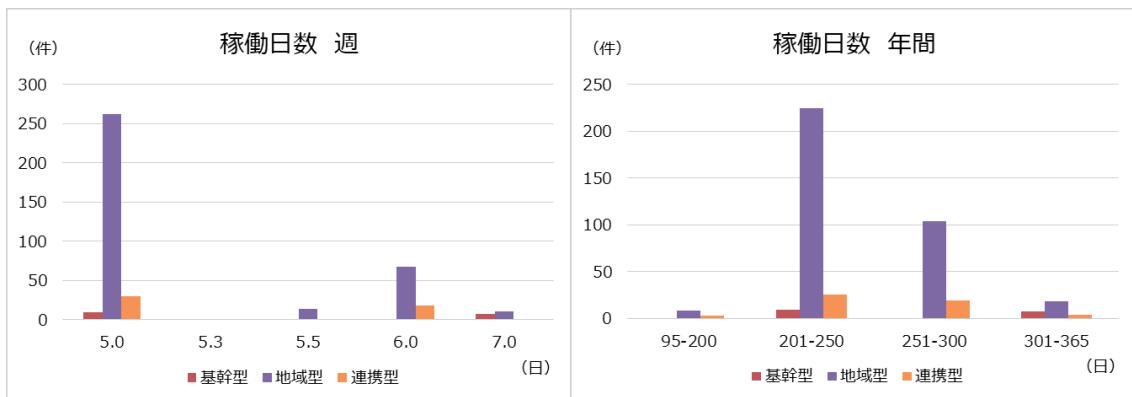


図 6 類型別 稼働日数（左図：週、右図：年）

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	165	5.3	0.6	5.0	5	7
	精神科病院	210	5.3	0.5	5.0	5	7
	診療所	33	5.4	0.5	5.0	5	6
	その他	14	5.5	0.6	5.0	5	7
	合計	422	5.3	0.5	5.0	5	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	165	258.9	35.5	244.0	123	365
	精神科病院	210	259.5	33.4	245.5	95	365
	診療所	33	259.7	35.4	252.0	150	308
	その他	14	242.1	45.8	245.0	107	292
	合計	422	258.7	34.9	245.0	95	365

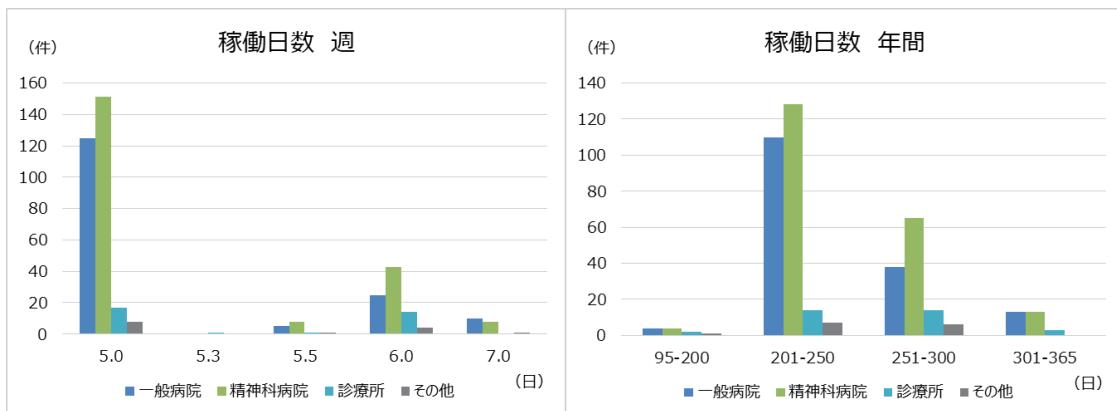


図 7 医療機関種別 稼働日数（左図：週、右図：年）

2) 医師配置状況：類型別医師配置状況（表 17, 図 8），医療機関種別医師配置状況（表 18, 図 9）をそれぞれ示す。類型別では専門医（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）の配置人数は基幹型に多く、中央値 2 名であった。地域型と連携型では中央値 1 名であった。専門医以外の医師（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）は基幹型と地域型では中央値 2 名であった。医療機関種別では専門医はいずれも中央値 1 名であった。

表 17 類型別 医師配置状況（上段：専門医、下段：専門医以外医師）

類型	医師配置状況 専門医					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
基幹型	15	2.5	2.1	2.0	0	6
地域型	285	1.4	1.7	1.0	0	13
連携型	33	1.0	1.1	1.0	0	5
合計	333	1.4	1.7	1.0	0	13

類型	医師配置状況 それ以外					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
基幹型	14	2.1	1.0	2.0	1	4
地域型	306	2.5	2.4	2.0	0	15
連携型	44	1.8	1.7	1.0	0	9
合計	364	2.4	2.3	2.0	0	15

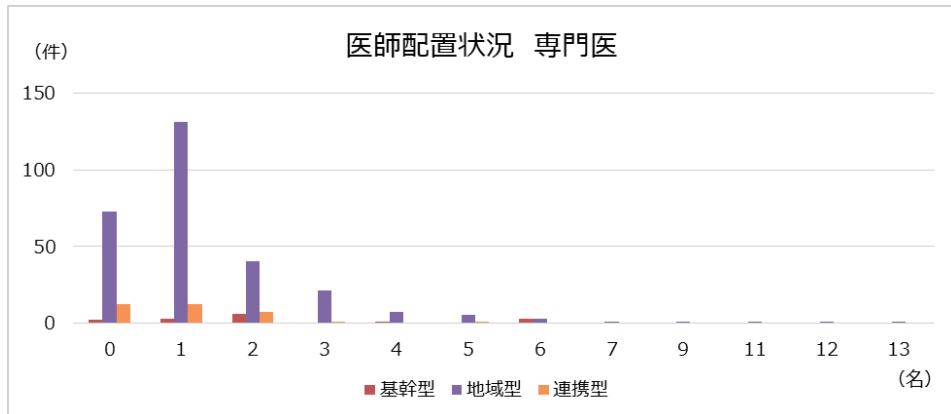


図 8 類型別 専門医配置状況

表 18 医療機関種別 医師配置状況（上段：専門医、下段：専門医以外医師）

医療機関種別	医師配置状況 専門医					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
一般病院	135	1.8	2.3	1.0	0	13
精神科病院	165	1.1	1.1	1.0	0	7
診療所	22	1.0	0.9	1.0	0	3
その他	11	1.6	1.4	1.0	0	5
合計	333	1.4	1.7	1.0	0	13

医療機関種別	医師配置状況 それ以外					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
一般病院	145	2.4	2.5	2.0	0	15
精神科病院	178	2.5	2.3	2.0	0	14
診療所	28	1.9	1.5	1.0	0	5
その他	13	2.3	1.6	2.0	1	6
合計	364	2.4	2.3	2.0	0	15

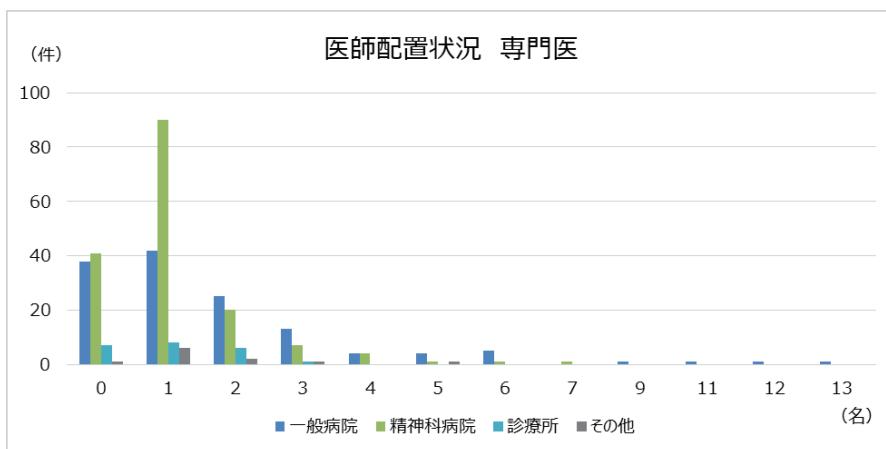


図 9 医療機関種別 専門医配置状況

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 19），医療機関種別精神保健福祉士配置状況（表 20）をそれぞれ示す。類型別、医療機関種別とともに中央値は 1 名であった。

表 19 類型別 精神保健福祉士配置状況（上段：専従，下段：兼務）

類型	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	13	1.0	0.4	1.0	0
	地域型	322	1.1	0.5	1.0	6
	連携型	21	0.7	0.7	1.0	3
	合計	356	1.0	0.5	1.0	6
類型	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
	基幹型	10	0.9	0.3	1.0	1
	地域型	280	1.4	1.3	1.0	9
	連携型	31	1.0	0.8	1.0	3
	合計	321	1.3	1.2	1.0	9

表 20 医療機関種別 精神保健福祉士配置状況（上段：専従，下段：兼務）

医療機関種別	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	136	1.0	0.4	1.0	3
	精神科病院	193	1.1	0.3	1.0	3
	診療所	14	0.6	0.5	1.0	1
	その他	13	1.5	1.5	1.0	6
	合計	356	1.0	0.5	1.0	6
医療機関種別	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
	一般病院	111	1.1	1.3	1.0	9
	精神科病院	185	1.5	1.2	1.0	8
	診療所	17	1.1	0.9	1.0	3
医療機関種別	その他	8	1.3	1.6	1.0	5
	合計	321	1.3	1.2	1.0	9

4) 保健師配置状況：類型別保健師配置状況（表 21），医療機関種別保健師配置状況（表 22）をそれぞれ示す。いずれも中央値は 0 名の配置であったが、最大では 2 名の配置があった。

表 21 類型別 保健師配置状況（上段：専従，下段：兼務）

		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	7	0.4	0.5	0.0	0	1
	地域型	121	0.2	0.4	0.0	0	2
	連携型	13	0.2	0.4	0.0	0	1
	合計	141	0.2	0.4	0.0	0	2
		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	5	0.0	0.0	0.0	0	0
	地域型	121	0.2	0.5	0.0	0	2
	連携型	14	0.2	0.4	0.0	0	1
	合計	140	0.2	0.5	0.0	0	2

表 22 医療機関種別 保健師配置状況（上段：専従，下段：兼務）

		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	57	0.3	0.5	0.0	0	2
	精神科病院	69	0.1	0.3	0.0	0	1
	診療所	9	0.1	0.3	0.0	0	1
	その他	6	0.3	0.5	0.0	0	1
	合計	141	0.2	0.4	0.0	0	2
		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	57	0.3	0.5	0.0	0	2
	精神科病院	69	0.1	0.4	0.0	0	2
	診療所	10	0.2	0.4	0.0	0	1
	その他	4	0.3	0.5	0.0	0	1
	合計	140	0.2	0.5	0.0	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 23），医療機関種別臨床心理技術者配置状況（表 24）をそれぞれ示す。臨床心理技術者は専従の者は少なく、多くは兼務の者であった。最大 5 名の配置があった。

表 23 類型別 臨床心理技術者配置状況（上段：専従，下段：兼務）

類型	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	10	0.7	0.5	1.0	0
	地域型	152	0.6	0.8	0.0	0
	連携型	16	0.6	0.6	0.5	0
	合計	178	0.6	0.8	0.0	5
類型	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
	基幹型	12	1.1	0.8	1.0	0
	地域型	326	1.2	0.8	1.0	0
	合計	366	1.2	0.9	1.0	5

表 24 医療機関種別 臨床心理技術者配置状況（上段：専従，下段：兼務）

医療機関種別	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	78	0.8	1.0	1.0	0
	精神科病院	81	0.3	0.5	0.0	1
	診療所	12	0.5	0.5	0.5	1
	その他	7	0.7	1.1	0.0	3
	合計	178	0.6	0.8	0.0	5
医療機関種別	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
	一般病院	142	1.3	1.0	1.0	0
	精神科病院	192	1.2	0.6	1.0	0
	診療所	20	1.1	1.0	1.0	3
	その他	12	1.6	1.4	1.0	5
	合計	366	1.2	0.9	1.0	0

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 25），医療機関種別連携推進補助員配置状況（表 26）をそれぞれ示す。多くは 0 名の配置であり、最大で専従 3 名兼務 8 名の配置であった。

表 25 類型別 連携推進補助員配置状況（上段：専従、下段：兼務）

		連携推進補助員 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	7	0.3	0.5	0.0	0	1
	地域型	113	0.1	0.4	0.0	0	3
	連携型	12	0.3	0.6	0.0	0	2
	合計	132	0.1	0.4	0.0	0	3
		連携推進補助員 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	6	0.3	0.5	0.0	0	1
	地域型	125	0.5	1.2	0.0	0	8
	連携型	19	0.6	0.8	0.0	0	2
	合計	150	0.5	1.1	0.0	0	8

表 26 医療機関種別 連携推進補助員配置状況（上段：専従、下段：兼務）

		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	54	0.1	0.4	0.0	0	1
	精神科病院	66	0.1	0.4	0.0	0	3
	診療所	8	0.3	0.7	0.0	0	2
	その他	4	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	132	0.1	0.4	0.0	0	3
		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	59	0.6	0.9	0.0	0	4
	精神科病院	71	0.4	1.3	0.0	0	8
	診療所	14	0.7	0.8	0.5	0	2
	その他	6	0.5	0.5	0.5	0	1
	合計	150	0.5	1.1	0.0	0	8

II-2. 検査体制

類型別検査体制（表 27, 28, 29, 図 10, 11），医療機関種別検査体制（表 30, 31, 32 図 12, 13）をそれぞれ示す。基幹型では以下に示す全ての検査体制が 100%整備されていたが、大型な設備を要する CT 検査，MRI 検査や SPECT 検査は地域型・連携型では整備されていない医療機関があった。自院で画像検査が困難な地域型や連携型は、連携医療機関に

おける画像検査設備を活用していると考えられた。医療機関種別にみても、CT検査は一般病院・精神科病院ではほぼ全ての医療機関で整備されていたが、診療所でCT検査が自院で可能なものは36.4%であった。類型別同様、自院で画像検査が困難な医療機関は連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられた。

表 27 類型別 検査体制

		血液検査	尿一般検査	心電図検査	神経心理検査	CT検査	MRI検査	SPECT検査
		あり						
合計		421	421	422	421	398	213	116
		99.8%	99.8%	100.0%	99.8%	94.3%	50.5%	27.5%
類型	基幹型	16	16	16	16	16	16	16
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	地域型	354	354	355	354	353	183	96
		99.7%	99.7%	100.0%	99.7%	99.4%	51.5%	27.0%
連携型		51	51	51	51	29	14	4
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	56.9%	27.5%	7.8%

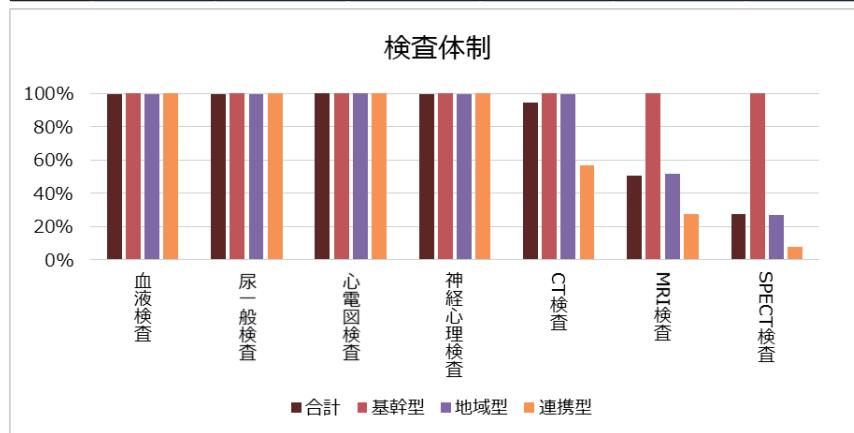


図 10 類型別 検査体制(再掲)

表 28 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		28	207	305
		6.6%	49.1%	72.3%
類型	基幹型	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	地域型	6	170	258
		1.7%	47.9%	72.7%
連携型		22	37	47
		43.1%	72.5%	92.2%

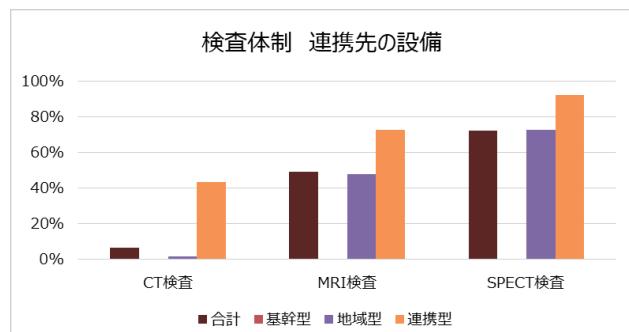


図 11 類型別 連携先の画像検査設備 (再掲)

表 29 類型別 保有画像検査機器（上段：CT、中段：MRI、下段：SPECT）

		保有機器 CT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	4.3	2.0	3.5	2	10
	地域型	355	1.5	1.2	1.0	0	9
	連携型	43	0.7	0.6	1.0	0	2
	合計	414	1.5	1.3	1.0	0	10
		保有機器 MRI					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	3.0	1.0	3.0	1	5
	地域型	291	1.1	1.3	1.0	0	6
	連携型	28	0.6	0.7	0.5	0	2
	合計	335	1.2	1.3	1.0	0	6
		保有機器 SPECT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.9	0.9	2.0	1	3
	地域型	259	0.5	0.8	0.0	0	4
	連携型	25	0.2	0.4	0.0	0	1
	合計	300	0.6	0.9	0.0	0	4

表 30 医療機関種別 検査体制

		血液検査	尿一般検査	心電図検査	神経心理検査	CT検査	MRI検査	SPECT検査
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
合計		421	421	422	421	398	213	116
		99.8%	99.8%	100.0%	99.8%	94.3%	50.5%	27.5%
医療機関種別	一般病院	165 100.0%	164 99.4%	165 100.0%	164 99.4%	165 100.0%	148 89.7%	106 64.2%
	精神科病院	209 99.5%	210 100.0%	210 100.0%	210 100.0%	207 98.6%	50 23.8%	4 1.9%
	診療所	33 100.0%	33 100.0%	33 100.0%	33 100.0%	12 36.4%	7 21.2%	0 0.0%
	その他	14 100.0%	14 100.0%	14 100.0%	14 100.0%	14 100.0%	8 57.1%	6 42.9%

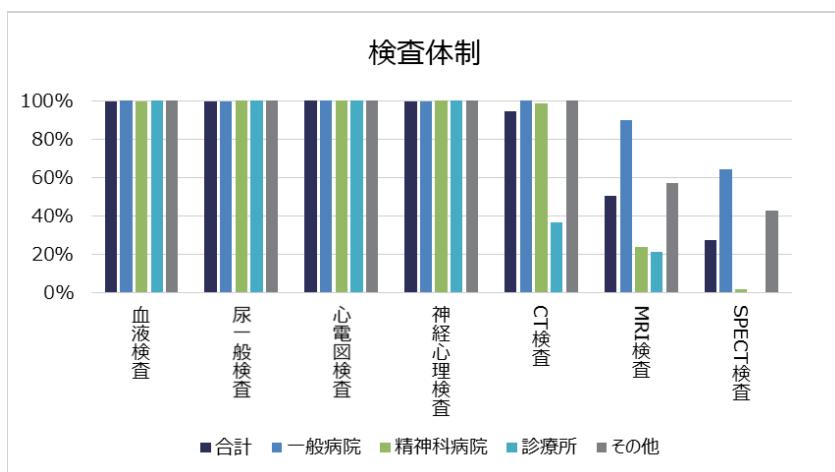


図 12 医療機関種別 検査体制(再掲)

表 31 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	28	207	305
	6.6%	49.1%	72.3%
医療機関種別	一般病院	1 0.6%	16 9.7%
	精神科病院	6 2.9%	159 75.7%
	診療所	21 63.6%	26 78.8%
	その他	0 0.0%	6 42.9%

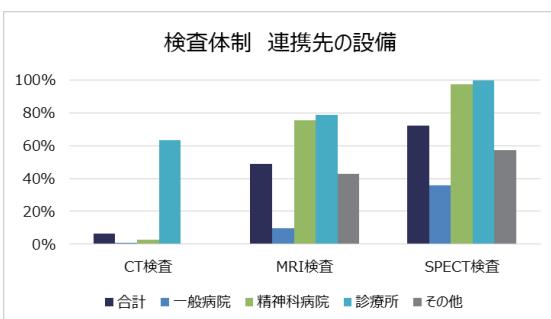


図 13 医療機関種別 連携先の画像検査設備（再掲）

表 32 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	165	2.3	1.7	2.0	1 10
	精神科病院	209	1.0	0.1	1.0	0 2
	診療所	26	0.5	0.5	0.0	0 1
	その他	14	1.4	0.9	1.0	1 4
合計		414	1.5	1.3	1.0	0 10
医療機関種別	保有機器 MRI					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	一般病院	156	2.0	1.3	2.0	0 6
	精神科病院	148	0.3	0.5	0.0	0 1
	診療所	19	0.4	0.5	0.0	0 1
	その他	12	1.0	1.0	1.0	0 3
合計		335	1.2	1.3	1.0	0 6
医療機関種別	保有機器 SPECT					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	一般病院	138	1.2	0.9	1.0	0 4
	精神科病院	133	0.0	0.2	0.0	0 1
	診療所	17	0.0	0.0	0.0	0 0
	その他	12	0.8	1.0	0.5	0 3
合計		300	0.6	0.9	0.0	0 4

II-3. 相談件数

類型別相談件数（表 33、図 14）、医療機関種別相談件数（表 34、図 15）をそれぞれ示す。地域型の平均相談件数は基幹型の約 2 倍であったが、医療機関ごとのばらつきが非常に多いことが伺われた。医療機関種別では平均の電話・面接相談件数は一般病院・精神科病院で多いが、診療所において平均訪問相談件数が多かった。

表 33 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	16	497.9	361.1	405.0	21	1078
	地域型	355	950.3	1469.6	486.0	0	11860
	連携型	51	524.9	889.1	138.0	3	4374
	合計	422	881.7	1392.7	439.5	0	11860
		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	16	222.5	227.3	141.5	3	682
	地域型	355	453.7	977.4	152.0	0	12202
	連携型	49	256.4	486.9	51.0	0	2395
	合計	420	421.9	917.5	132.5	0	12202
		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	12	3.3	6.9	0.0	0	23
	地域型	258	23.3	91.5	1.5	0	1301
	連携型	39	31.7	98.5	0.0	0	595
	合計	309	23.6	90.6	1.0	0	1301



図 14 類型別 相談件数（左：電話相談、中：面接相談、右：訪問相談）

表 34 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）

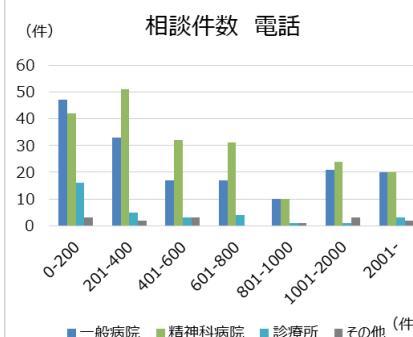
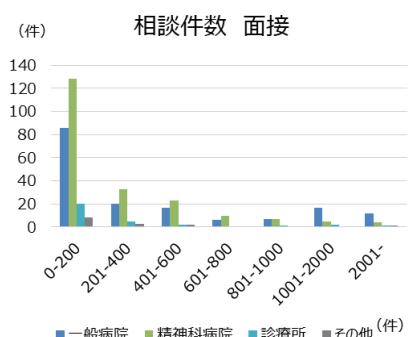
		相談件数 電話																																																																																																															
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値																																																																																																										
医療機関種別	一般病院	165	934.6	1575.5	440.0	0	11860																																																																																																										
	精神科病院	210	884.6	1323.1	496.0	12	9968																																																																																																										
	診療所	33	606.3	1005.8	270.0	8	4374																																																																																																										
	その他	14	865.9	795.7	513.0	60	2705																																																																																																										
	合計	422	881.7	1392.7	439.5	0	11860																																																																																																										
		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	165	618.8	1285.0	185.0	0	12202																																																																																																										
	精神科病院	210	285.9	492.7	104.0	0	4880																																																																																																										
	診療所	31	277.8	494.1	71.0	0	2395																																																																																																										
	その他	14	458.9	996.0	111.0	34	3866																																																																																																										
	合計	420	421.9	917.5	132.5	0	12202																																																																																																										
		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	112	8.3	19.8	0.0	0	140																																																																																																										
	精神科病院	160	30.8	114.1	2.0	0	1301																																																																																																										
	診療所	27	45.1	116.5	2.0	0	595																																																																																																										
	その他	10	21.8	39.9	6.5	0	131																																																																																																										
	合計	309	23.6	90.6	1.0	0	1301																																																																																																										
 <p>相談件数 電話</p> <table border="1"> <caption>相談件数 電話</caption> <thead> <tr> <th>相談件数範囲</th> <th>一般病院</th> <th>精神科病院</th> <th>診療所</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0-200</td><td>45</td><td>45</td><td>15</td><td>5</td></tr> <tr><td>201-400</td><td>32</td><td>52</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>401-600</td><td>15</td><td>32</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>601-800</td><td>15</td><td>28</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>801-1000</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1001-2000</td><td>22</td><td>22</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2001-</td><td>20</td><td>20</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>		相談件数範囲	一般病院	精神科病院	診療所	その他	0-200	45	45	15	5	201-400	32	52	5	5	401-600	15	32	5	5	601-800	15	28	5	5	801-1000	10	10	5	5	1001-2000	22	22	5	5	2001-	20	20	5	5	 <p>相談件数 面接</p> <table border="1"> <caption>相談件数 面接</caption> <thead> <tr> <th>相談件数範囲</th> <th>一般病院</th> <th>精神科病院</th> <th>診療所</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0-200</td><td>85</td><td>130</td><td>10</td><td>10</td></tr> <tr><td>201-400</td><td>15</td><td>30</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>401-600</td><td>15</td><td>20</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>601-800</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>801-1000</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>1001-2000</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2001-</td><td>10</td><td>10</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	相談件数範囲	一般病院	精神科病院	診療所	その他	0-200	85	130	10	10	201-400	15	30	5	5	401-600	15	20	5	5	601-800	10	10	5	5	801-1000	10	10	5	5	1001-2000	10	10	5	5	2001-	10	10	5	5	 <p>相談件数 訪問</p> <table border="1"> <caption>相談件数 訪問</caption> <thead> <tr> <th>相談件数範囲</th> <th>一般病院</th> <th>精神科病院</th> <th>診療所</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0-50</td><td>105</td><td>140</td><td>15</td><td>15</td></tr> <tr><td>51-100</td><td>15</td><td>15</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>101-150</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>151-200</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2001-</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	相談件数範囲	一般病院	精神科病院	診療所	その他	0-50	105	140	15	15	51-100	15	15	5	5	101-150	5	5	5	5	151-200	5	5	5	5	2001-	5	5	5	5
相談件数範囲	一般病院	精神科病院	診療所	その他																																																																																																													
0-200	45	45	15	5																																																																																																													
201-400	32	52	5	5																																																																																																													
401-600	15	32	5	5																																																																																																													
601-800	15	28	5	5																																																																																																													
801-1000	10	10	5	5																																																																																																													
1001-2000	22	22	5	5																																																																																																													
2001-	20	20	5	5																																																																																																													
相談件数範囲	一般病院	精神科病院	診療所	その他																																																																																																													
0-200	85	130	10	10																																																																																																													
201-400	15	30	5	5																																																																																																													
401-600	15	20	5	5																																																																																																													
601-800	10	10	5	5																																																																																																													
801-1000	10	10	5	5																																																																																																													
1001-2000	10	10	5	5																																																																																																													
2001-	10	10	5	5																																																																																																													
相談件数範囲	一般病院	精神科病院	診療所	その他																																																																																																													
0-50	105	140	15	15																																																																																																													
51-100	15	15	5	5																																																																																																													
101-150	5	5	5	5																																																																																																													
151-200	5	5	5	5																																																																																																													
2001-	5	5	5	5																																																																																																													

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

II-4. 鑑別診断件数

認知症疾患医療センターにおいて 1 年間に診断された認知症関連疾患の鑑別診断件数を類型別・医療機関種別に以下に示す。

- 1) 正常または健常：類型別（表 35, 図 16），医療機関種別（表 36, 図 17）に，正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型および一般病院で多く，連携型および診療所で少ない傾向があった。

表 35 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	14.7	15.0	9.0	0	46
	地域型	313	18.1	26.2	10.0	0	266
	連携型	39	10.7	17.4	4.0	0	70
	合計	368	17.1	25.1	9.0	0	266
鑑別診断件数（実数） 1.正常または健常 うち65歳未満							
類型	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
	基幹型	12	3.9	3.6	3.5	0	11
	地域型	220	2.9	4.6	1.0	0	34
	連携型	26	1.5	2.5	0.5	0	9
合計							
258	2.8	4.4	1.0	0	34		

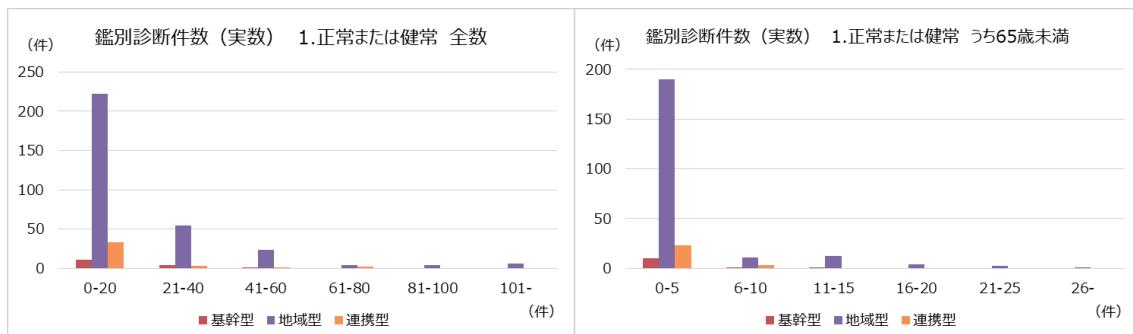


図 16 類型別 正常または健常の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 36 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	152	26.4	32.6	17.0	0	266
	精神科病院	172	9.7	14.1	5.0	0	103
	診療所	30	9.6	14.8	4.5	0	70
	その他	14	24.1	21.0	24.5	0	57
	合計	368	17.1	25.1	9.0	0	266
鑑別診断件数（実数） 1.正常または健常 うち65歳未満							
医療機関種別	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
	一般病院	114	4.0	5.2	2.0	0	34
	精神科病院	117	1.7	3.3	1.0	0	22
	診療所	17	1.4	1.8	1.0	0	6
	その他	10	3.8	5.2	1.0	0	16
合計							
258	2.8	4.4	1.0	0	34		

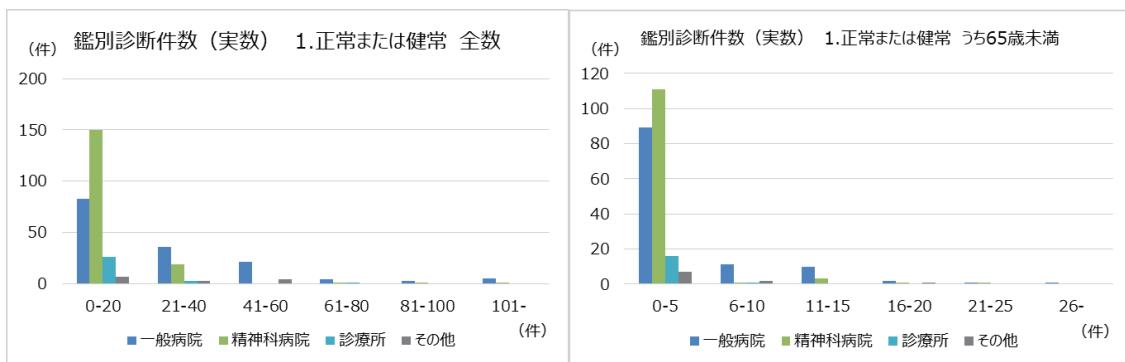


図 17 医療機関種別 正常または健常の鑑別診断件数 (左 : 全数, 右 : うち 65 歳未満)

2) 軽度認知障害 (MCI) : 類型別 (表 37, 図 18), 医療機関種別 (表 38, 図 19) に, 軽度認知障害と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数の中央値では基幹型および一般病院, その他医療機関種と分類されている大学病院に多かった.

表 37 類型別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (上段 : 全数, 下段 : うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 2. 軽度認知障害(MCI) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	46.8	31.2	40.5	9	135
	地域型	347	38.4	41.1	26.0	0	269
	連携型	46	23.4	49.3	10.0	0	312
	合計	409	37.1	42.0	25.0	0	312
		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	12	3.4	3.4	3.0	0	13
	地域型	231	1.9	2.6	1.0	0	15
	連携型	27	1.8	3.2	1.0	0	13
	合計	270	1.9	2.7	1.0	0	15

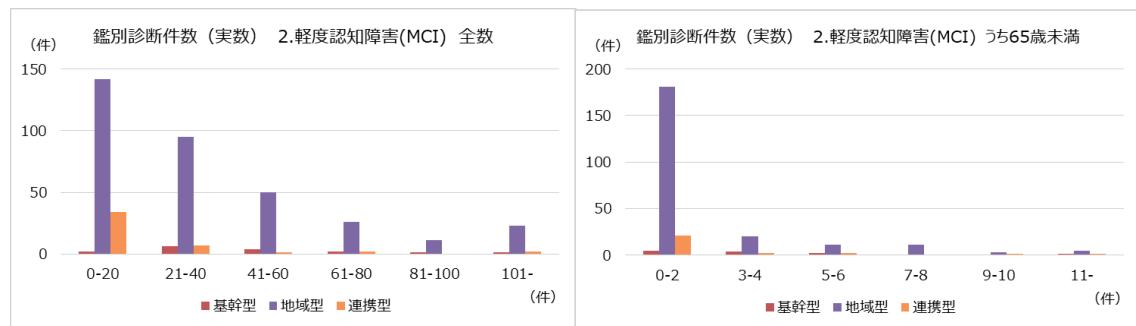


図 18 類型別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (左 : 全数, 右 : うち 65 歳未満)

表 38 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	160	51.1	51.0	38.0	1	269	
	精神科病院	204	27.1	26.6	20.0	0	192	
	診療所	32	21.7	25.9	11.0	0	124	
	その他	13	59.5	79.7	46.0	8	312	
	合計	409	37.1	42.0	25.0	0	312	
		鑑別診断件数 (実数) 2. 軽度認知障害(MCI) うち65歳未満						
医療機関種別	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値		
	一般病院	107	2.7	3.1	1.0	0	13	
	精神科病院	136	1.2	1.8	1.0	0	9	
	診療所	18	1.8	3.1	1.0	0	13	
	その他	9	3.4	5.4	1.0	0	15	
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
		270	1.9	2.7	1.0	0	15	

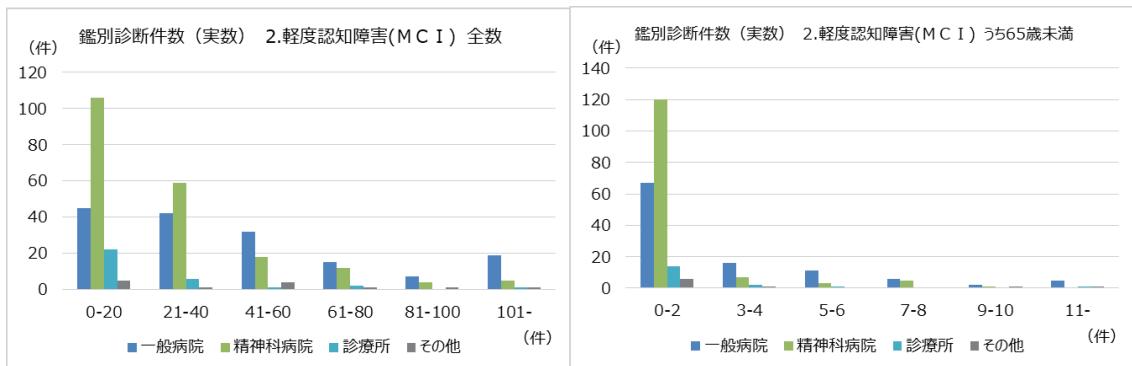


図 19 医療機関種別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

3) アルツハイマー型認知症 (G30,F00) : 類型別 (表 39, 図 20), 医療機関種別 (表 40, 図 21) に, アルツハイマー型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型および診療所以外の病院における鑑別診断件数が多かった。どの類型でも一年間におおむね 1 名以上 (中央値) の若年性認知症の鑑別診断があった。

表 39 類型別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数 (上段: 全数, 下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 3. アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数						
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
類型	基幹型	16	79.9	65.3	73.5	7	268	
	地域型	354	135.9	109.8	105.0	1	781	
	連携型	49	76.4	88.7	46.0	2	505	
	合計	419	126.8	108.2	98.0	1	781	
		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						
類型	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値		
	基幹型	13	2.9	2.0	2.0	1	7	
	地域型	283	3.1	3.6	2.0	0	31	
	連携型	36	1.9	3.1	1.0	0	16	
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
		332	2.9	3.5	2.0	0	31	

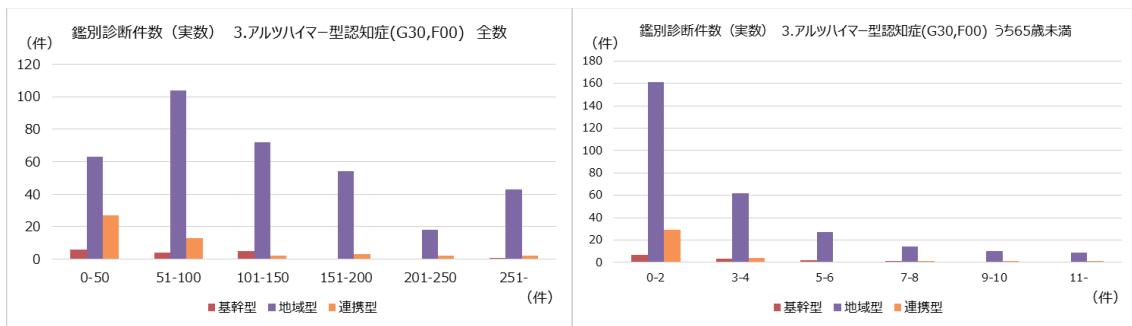


図 20 類型別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 40 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	164	127.0	119.5	93.0	1
	精神科病院	209	132.9	100.4	110.0	5
	診療所	32	77.8	69.9	50.5	7
	その他	14	146.3	130.8	104.0	5
	合計	419	126.8	108.2	98.0	1
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						
医療機関種別	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	一般病院	130	3.5	4.2	2.0	0
	精神科病院	167	2.6	2.7	2.0	0
	診療所	23	2.5	3.6	1.0	0
	その他	12	2.7	3.0	1.5	0
合計						
332						

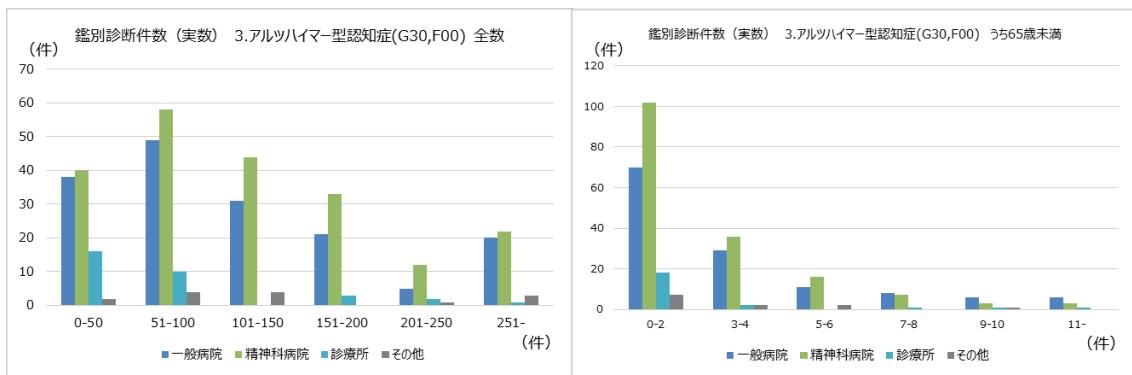


図 21 医療機関種別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

4) 血管性認知症 (F01) : 類型別 (表 41, 図 22), 医療機関種別 (表 42, 図 23) に, 血管性認知症と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 地域型と連携型の鑑別診断件数には二倍の差があった. 認知症疾患センターにおける 65 歳未満の血管性認知症の鑑別診断件数は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 41 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	14	9.0	6.5	6.5	2	25
	地域型	350	16.3	16.8	10.0	0	132
	連携型	47	8.9	13.8	5.0	0	70
	合計	411	15.2	16.5	9.0	0	132
		鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	0.4	0.5	0.0	0	1
	地域型	203	0.7	0.9	0.0	0	5
	連携型	24	0.3	0.5	0.0	0	1
	合計	238	0.6	0.9	0.0	0	5

鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) 全数

年齢群	基幹型	地域型	連携型
0-20	11	260	40
21-40	0	50	0
41-60	0	10	0
61-80	0	0	0
81-100	0	0	0
101+	0	0	0

鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) うち65歳未満

年齢群	基幹型	地域型	連携型
0-2	11	190	20
3-4	0	5	0
5-6	0	0	0
7-8	0	0	0
9-10	0	0	0
11+	0	0	0

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

表 42 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	158	14.5	16.7	9.0	0	132
	精神科病院	207	16.7	16.5	11.0	0	83
	診療所	32	10.1	15.8	5.0	0	70
	その他	14	11.2	10.5	6.5	1	31
	合計	411	15.2	16.5	9.0	0	132
		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	98	0.6	0.8	0.0	0	3
	精神科病院	116	0.7	1.0	0.0	0	5
	診療所	15	0.4	0.5	0.0	0	1
	その他	9	0.9	1.1	1.0	0	3
	合計	238	0.6	0.9	0.0	0	5

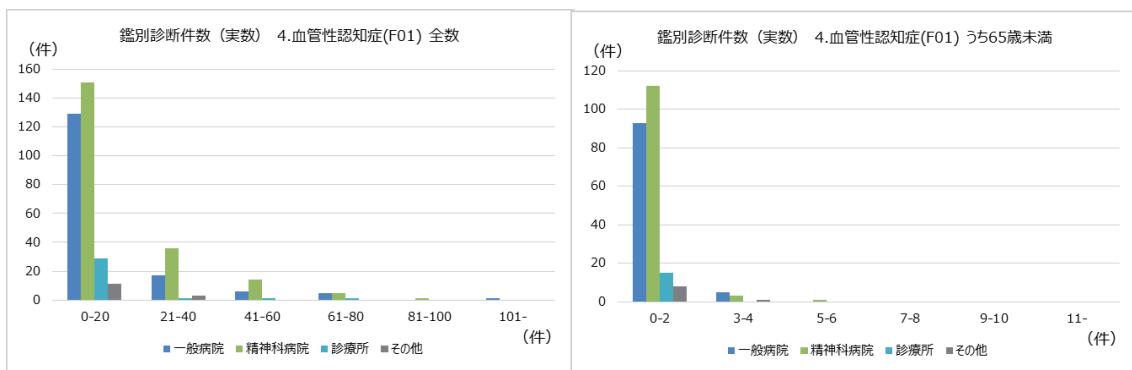


図 23 医療機関種別 血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

5) レビーアルバニ型認知症 (G31,F02) : 類型別 (表 43, 図 24), 医療機関種別 (表 44, 図 25) に、レビーアルバニ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一般病院の診断件数が多く、連携型および診療所での診断件数が少なかった。65 歳未満のレビーアルバニ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 16 名/年であった。

表 43 類型別 レビーアルバニ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.レビーアルバニ型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	12.3	10.9	8.0	1	37
	地域型	343	15.6	20.2	9.0	0	176
	連携型	46	8.8	10.2	4.0	0	43
	合計	405	14.7	19.2	9.0	0	176
		鑑別診断件数（実数） 5.レビーアルバニ型認知症(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	9	0.4	0.9	0.0	0	2
	地域型	182	0.4	1.3	0.0	0	16
	連携型	20	0.2	0.4	0.0	0	1
	合計	211	0.4	1.3	0.0	0	16

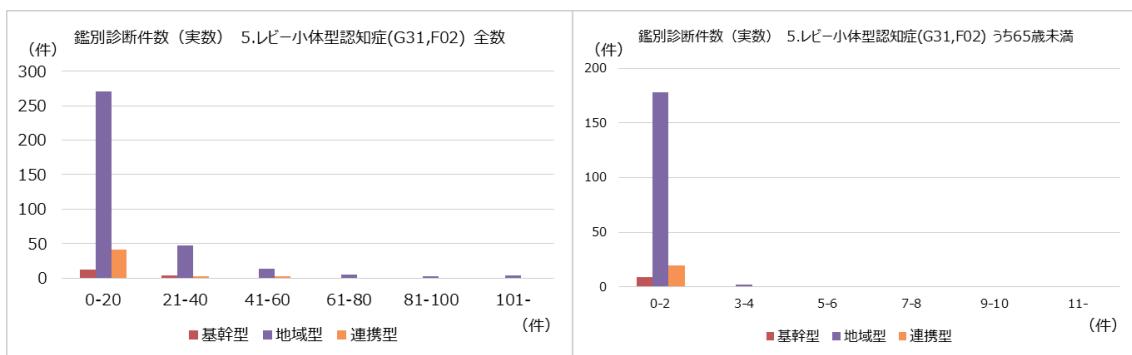


図 24 類型別 レビーアルバニ型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 44 医療機関種別 レビ－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－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	159	17.5	23.0	10.0	0	144
	精神科病院	202	13.3	16.9	9.0	0	176
	診療所	31	10.2	11.0	6.0	0	43
	その他	13	14.2	10.8	12.0	0	32
	合計	405	14.7	19.2	9.0	0	176
		鑑別診断件数（実数） 5.レビ－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	86	0.7	1.9	0.0	0	16
	精神科病院	104	0.2	0.4	0.0	0	2
	診療所	12	0.3	0.5	0.0	0	1
	その他	9	0.7	0.9	0.0	0	2
	合計	211	0.4	1.3	0.0	0	16

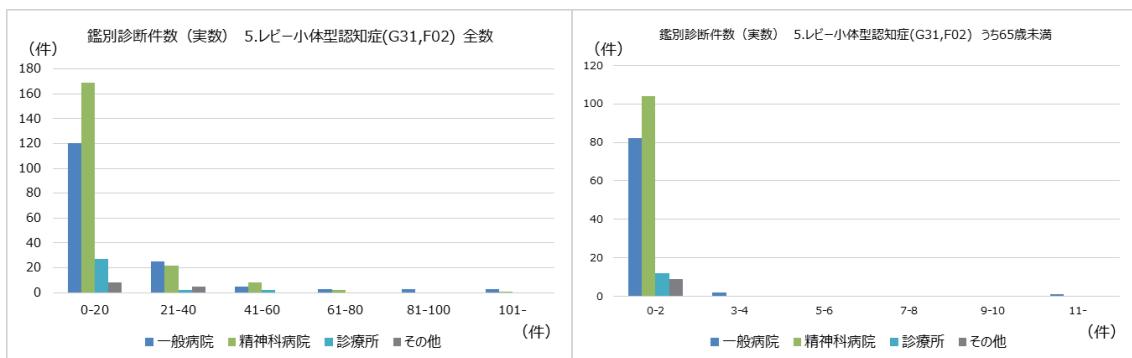


図 25 医療機関種別 レビ－小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

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 45, 図 26），医療機関種別（表 46, 図 27）に，前頭側頭型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型および診療所以外の医療機関での鑑別診断件数が多く，連携型および診療所での件数が少なかった。65 歳未満の前頭側頭型認知症の鑑別診断件数は，中央値では基幹型で 1 名/年，地域型・連携型で 0 名/年であった。

表 45 類型別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 6.前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	6.1	7.2	2.5	0	24
	地域型	321	5.8	7.4	4.0	0	75
	連携型	40	3.1	4.7	1.0	0	22
	合計	377	5.5	7.2	3.0	0	75
		鑑別診断件数（実数） 6.前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	1.8	1.8	1.0	0	5
	地域型	202	0.6	1.0	0.0	0	8
	連携型	19	0.3	0.7	0.0	0	2
	合計	233	0.6	1.1	0.0	0	8

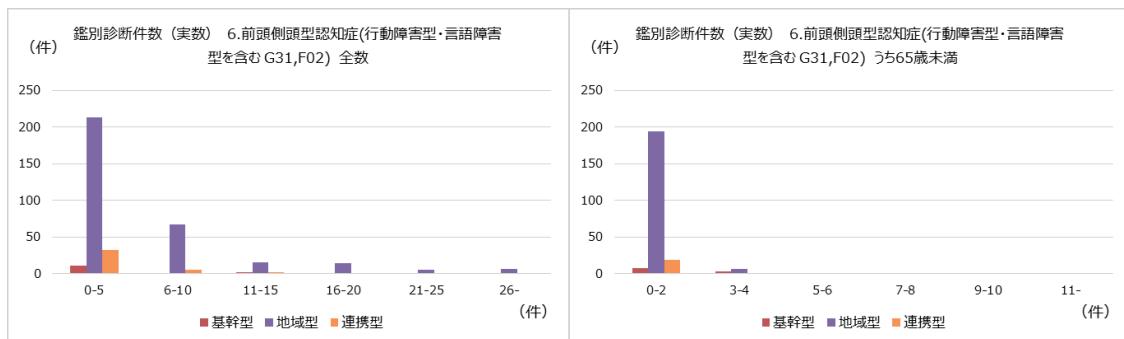


図 26 類型別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 46 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	149	5.5	7.0	3.0	0	53
	精神科病院	186	5.8	7.6	3.0	0	75
	診療所	29	3.1	4.0	1.0	0	13
	その他	13	5.9	6.7	4.0	0	22
	合計	377	5.5	7.2	3.0	0	75
		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	98	0.8	1.3	0.0	0	8
	精神科病院	112	0.5	0.8	0.0	0	5
	診療所	12	0.4	0.8	0.0	0	2
	その他	11	0.9	1.2	1.0	0	4
	合計	233	0.6	1.1	0.0	0	8

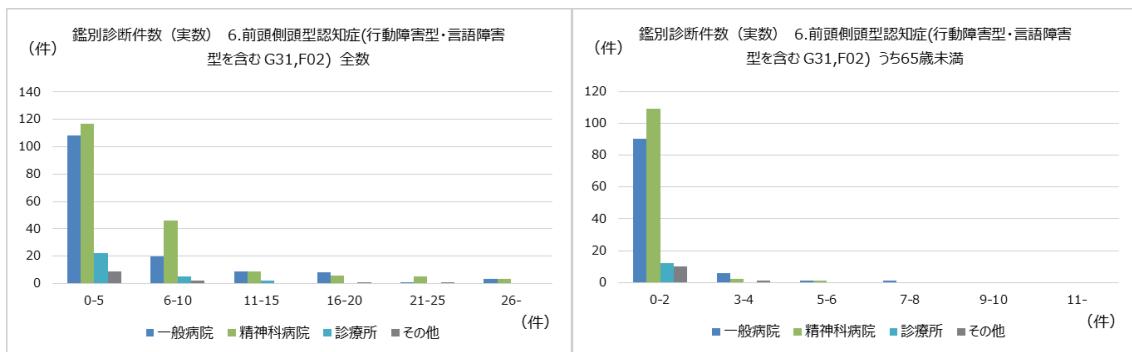


図 27 医療機関種別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

7) 外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)：類型別（表 47, 図 28），医療機関種別（表 48, 図 29）に、正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。各認知症疾患医療センターの鑑別診断件数の差が大きいが、中央値では基幹型で 1 名/年、地域型・連携型で 0 名/年、65 歳未満ではいずれの類型でも 0 名/年の鑑別診断件数であった。

表 47 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）

類型	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
基幹型	11	1.0	1.1	1.0	0	3
地域型	232	1.0	1.5	0.0	0	10
連携型	30	5.2	26.8	0.0	0	147
合計	273	1.4	9.0	0.0	0	147
類型	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
基幹型	10	0.5	0.8	0.0	0	2
地域型	163	0.2	0.5	0.0	0	4
連携型	20	5.1	22.1	0.0	0	99
合計	193	0.7	7.1	0.0	0	99

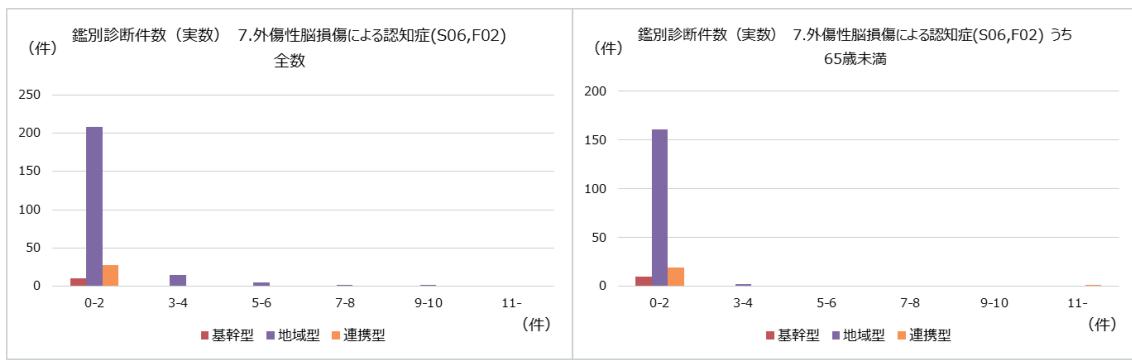


図 28 類型別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 48 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
医療機関種別	一般病院	111	0.9	1.2	1.0	0
	精神科病院	130	1.0	1.8	0.0	0
	診療所	23	6.7	30.6	0.0	0
	その他	9	0.7	1.1	0.0	0
	合計	273	1.4	9.0	0.0	0
医療機関種別		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
		一般病院	79	0.2	0.6	0.0
		精神科病院	93	0.2	0.5	0.0
		診療所	13	7.8	27.4	0.0
		その他	8	0.1	0.4	0.0
		合計	193	0.7	7.1	0.0

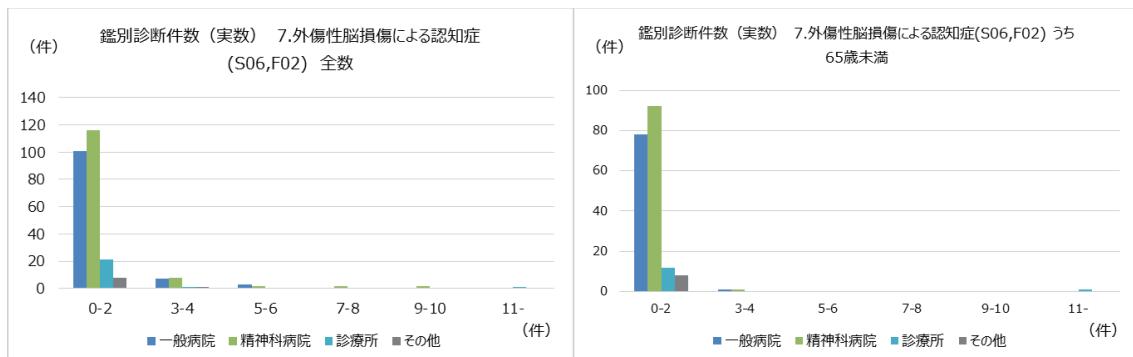


図 29 医療機関種別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

8) 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)：類型別（表 49, 図 30), 医療機関種別（表 50, 図 31) に、物質・医薬品誘発性による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。地域型および一般病院で多い傾向があるが、中央値ではいずれの類型でも 1 名/年、65 歳未満では 0 名/年の鑑別診断件数であった。

表 49 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	13	0.8	1.3	1.0	0	5
	地域型	281	2.5	4.0	1.0	0	45
	連携型	34	1.6	2.4	1.0	0	11
	合計	328	2.3	3.8	1.0	0	45

		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	0.3	0.5	0.0	0	1
	地域型	181	0.7	3.1	0.0	0	39
	連携型	19	0.3	0.6	0.0	0	2
	合計	211	0.6	2.8	0.0	0	39

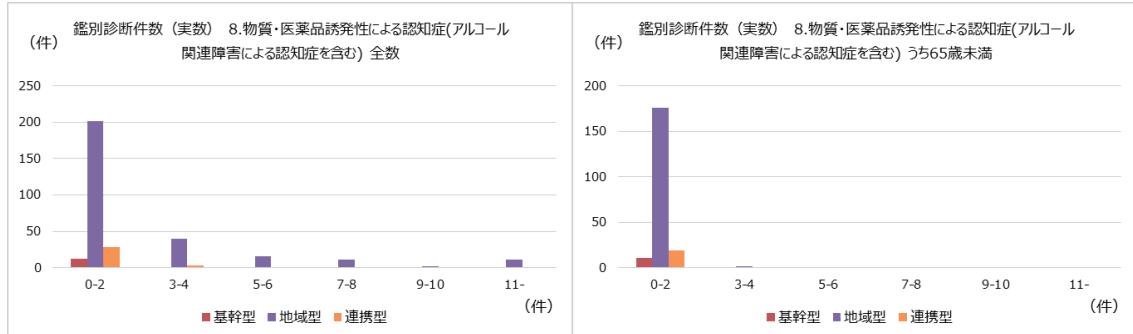


図 30 類型別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 50 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	130	2.6	5.1	1.0	0	45
	精神科病院	161	2.2	2.8	1.0	0	18
	診療所	24	1.8	2.8	1.0	0	11
	その他	13	1.7	1.8	1.0	0	5
	合計	328	2.3	3.8	1.0	0	45

		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	87	1.0	4.3	0.0	0	39
	精神科病院	104	0.4	0.9	0.0	0	6
	診療所	11	0.3	0.5	0.0	0	1
	その他	9	0.4	0.7	0.0	0	2
	合計	211	0.6	2.8	0.0	0	39

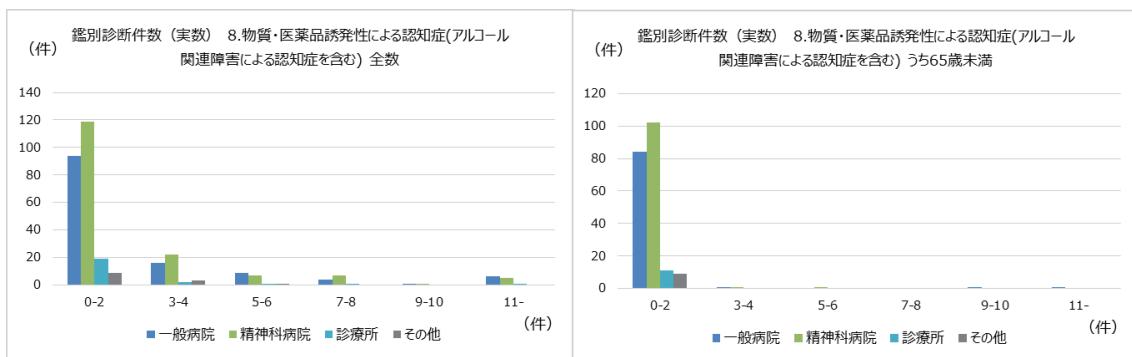


図 31 医療機関種別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

9) HIV 感染による認知症(B20,F02)：類型別（表 51, 図 32），医療機関種別（表 52, 図 33）に，HIV 感染による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値ではいずれの類型でも 0 名/年，最大値で 1 名/年の鑑別診断件数であった。

表 51 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）

類型	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	11	0.0	0.0	0.0	0
	地域型	198	0.0	0.1	0.0	0
	連携型	29	0.0	0.2	0.0	0
	合計	238	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						
類型	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	基幹型	9	0.0	0.0	0.0	0
	地域型	153	0.0	0.1	0.0	0
	連携型	18	0.1	0.2	0.0	0
合計						
180						

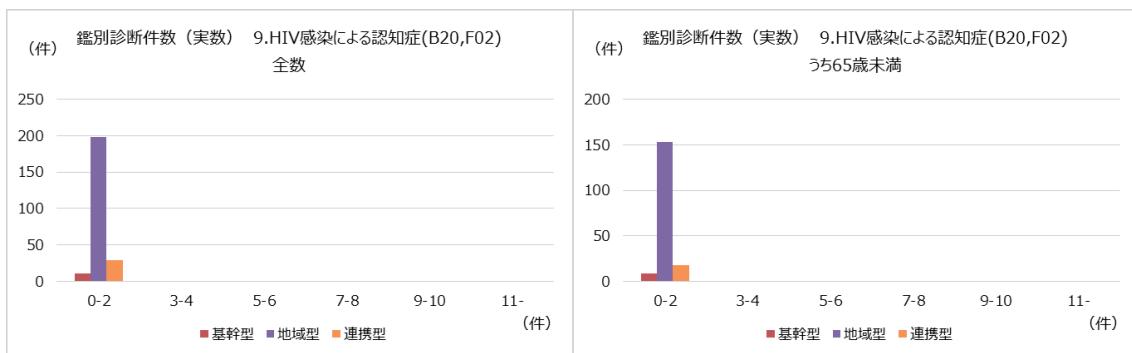


図 32 類型別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 52 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）

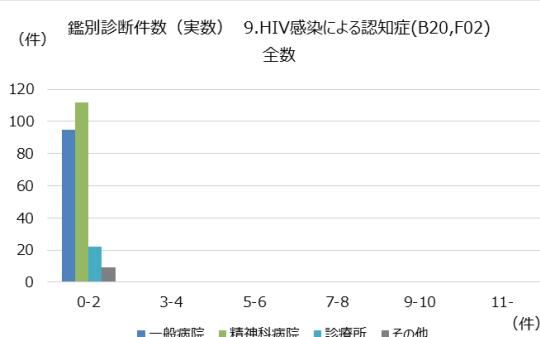
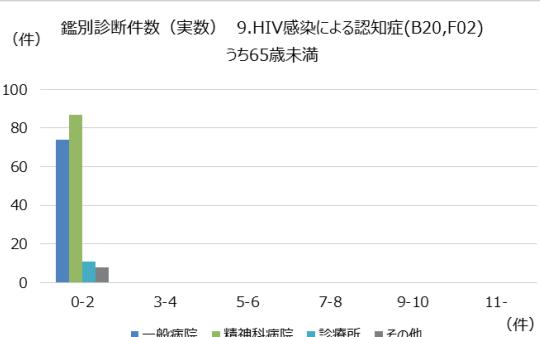
		鑑別診断件数（実数） 9.HIV感染による認知症(B20,F02) 全数						
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
医療機関 種別	一般病院	95	0.0	0.1	0.0	0	1	
	精神科病院	112	0.0	0.1	0.0	0	1	
	診療所	22	0.0	0.2	0.0	0	1	
	その他	9	0.0	0.0	0.0	0	0	
	合計	238	0.0	0.1	0.0	0	1	
		鑑別診断件数（実数） 9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満						
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
医療機関 種別	一般病院	74	0.0	0.2	0.0	0	1	
	精神科病院	87	0.0	0.1	0.0	0	1	
	診療所	11	0.1	0.3	0.0	0	1	
	その他	8	0.0	0.0	0.0	0	0	
	合計	180	0.0	0.1	0.0	0	1	
(件) 鑑別診断件数（実数） 9.HIV感染による認知症(B20,F02) 全数				(件) 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				
								

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

10) プリオニン病による認知症(A81,F02)：類型別（表 53, 図 34），医療機関種別（表 54, 図 35）に、プリオニン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった。

表 53 類型別 プリオニ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.プリオニン病による認知症(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	11	0.3	0.5	0.0	0	1
	地域型	203	0.2	0.7	0.0	0	7
	連携型	28	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	242	0.1	0.7	0.0	0	7
		鑑別診断件数（実数） 10.プリオニン病による認知症(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	9	0.2	0.4	0.0	0	1
	地域型	153	0.0	0.3	0.0	0	3
	連携型	17	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	179	0.0	0.3	0.0	0	3

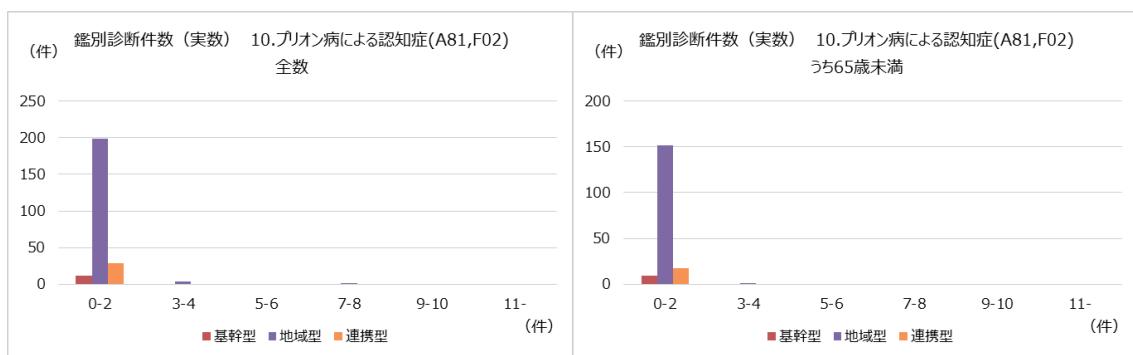


図 34 類型別 プリオントによる認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 54 医療機関種別 プリオント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. プリオントによる認知症(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	99	0.2	0.5	0.0	0	4
	精神科病院	113	0.2	0.8	0.0	0	7
	診療所	21	0.0	0.0	0.0	0	0
	その他	9	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	242	0.1	0.7	0.0	0	7
医療機関種別	鑑別診断件数(実数) 10. プリオントによる認知症(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	
	一般病院	74	0.1	0.3	0.0	0	2
	精神科病院	87	0.0	0.3	0.0	0	3
	診療所	10	0.0	0.0	0.0	0	0
医療機関種別	その他	8	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	179	0.0	0.3	0.0	0	3

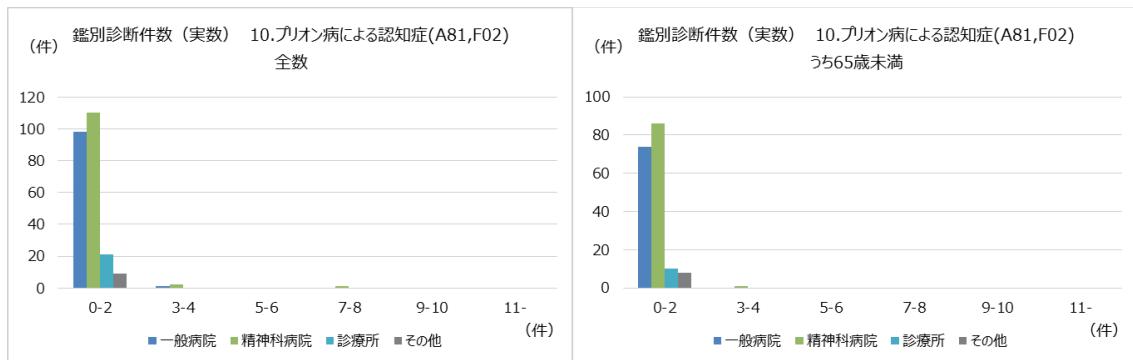


図 35 医療機関種別 プリオントによる認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

11) パーキンソン病による認知症(G20,F02): 類型別 (表 55, 図 36), 医療機関種別 (表 56, 図 37) に、パーキンソン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値でいずれの類型でも 0 名/年であったが、医療機関によっては最大値 22 件/年であった。

表 55 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	13	1.0	1.6	0.0	0	5
	地域型	243	1.2	2.5	0.0	0	22
	連携型	34	0.7	1.5	0.0	0	8
	合計	290	1.2	2.4	0.0	0	22
		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	9	0.0	0.0	0.0	0	0
	地域型	157	0.1	0.3	0.0	0	2
	連携型	18	0.1	0.2	0.0	0	1
	合計	184	0.1	0.3	0.0	0	2

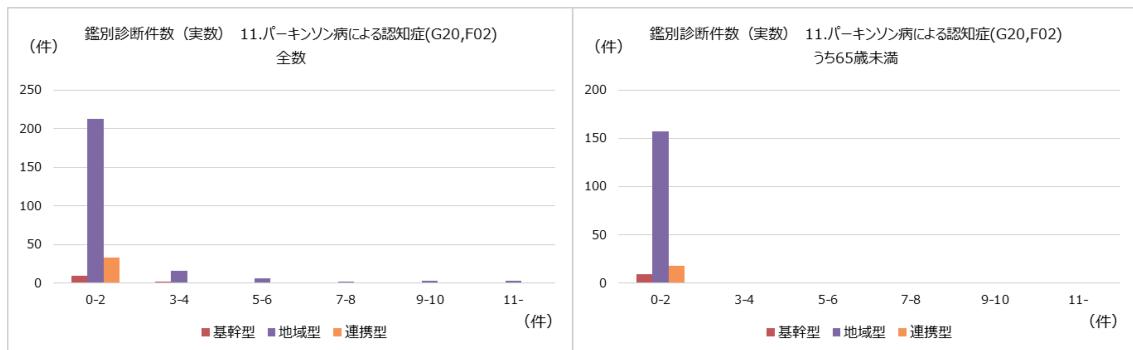


図 36 類型別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 56 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	114	1.6	3.3	0.0	0	22
	精神科病院	139	0.8	1.3	0.0	0	7
	診療所	26	0.9	1.6	0.5	0	8
	その他	11	1.7	3.0	1.0	0	10
	合計	290	1.2	2.4	0.0	0	22
		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	75	0.1	0.4	0.0	0	2
	精神科病院	89	0.0	0.2	0.0	0	1
	診療所	11	0.1	0.3	0.0	0	1
	その他	9	0.2	0.4	0.0	0	1
	合計	184	0.1	0.3	0.0	0	2

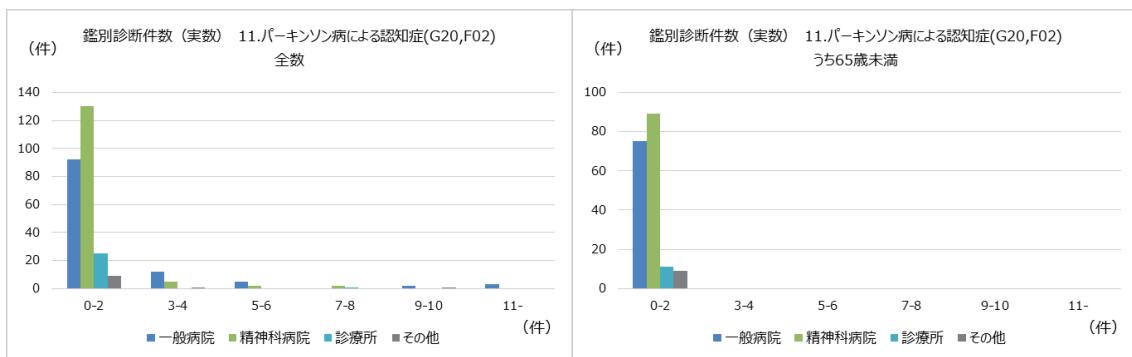


図 37 医療機関種別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

12) ハンチントン病による認知症(G10,F02): 類型別 (表 57, 図 38), 医療機関種別 (表 58, 図 39) に、ハンチントン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった。

表 57 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	0.1	0.3	0.0	0	1
	地域型	200	0.1	0.3	0.0	0	2
	連携型	28	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	240	0.1	0.2	0.0	0	2
		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	10	0.1	0.3	0.0	0	1
	地域型	153	0.0	0.2	0.0	0	2
	連携型	17	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	180	0.0	0.2	0.0	0	2

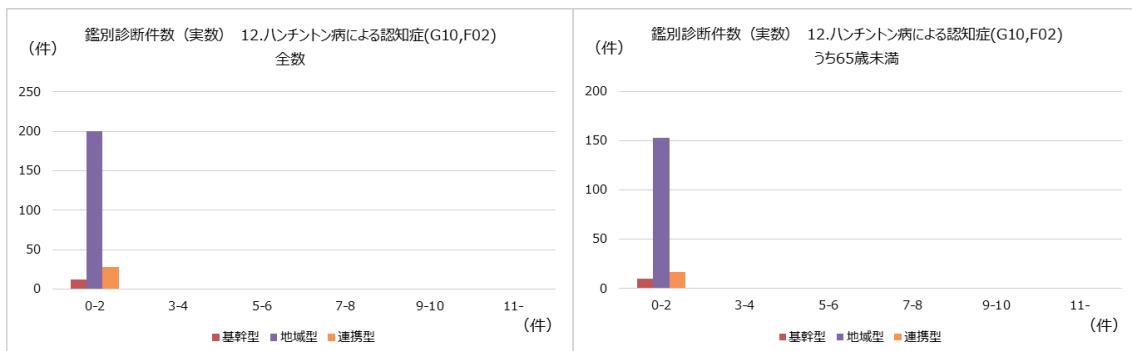


図 38 類型別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 58 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	97	0.1	0.3	0.0	0	1
	精神科病院	113	0.0	0.2	0.0	0	1
	診療所	21	0.0	0.0	0.0	0	0
	その他	9	0.2	0.7	0.0	0	2
	合計	240	0.1	0.2	0.0	0	2
		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	75	0.0	0.2	0.0	0	1
	精神科病院	87	0.0	0.1	0.0	0	1
	診療所	10	0.0	0.0	0.0	0	0
	その他	8	0.3	0.7	0.0	0	2
	合計	180	0.0	0.2	0.0	0	2

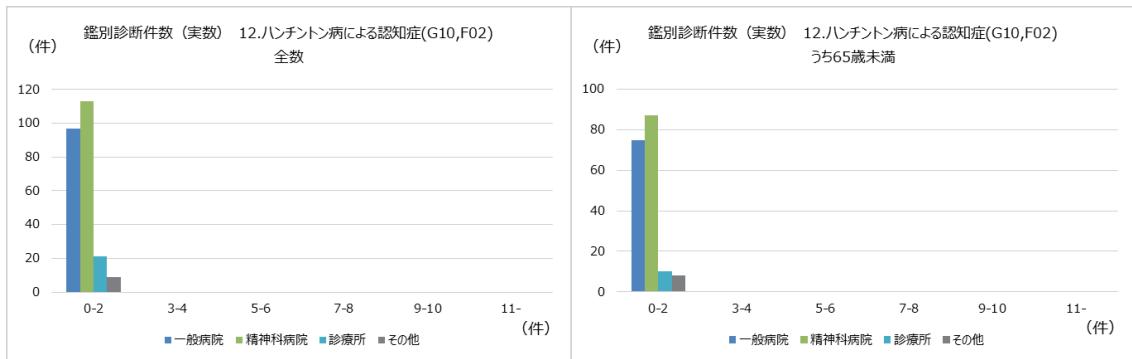


図 39 医療機関種別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

13) 正常圧水頭症(G91)：類型別（表 59、図 40）、医療機関種別（表 60、図 41）に、正常圧水頭症による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。医療機関の専門性による鑑別診断件数の差が大きい。

表 59 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	1.6	2.0	0	6
	地域型	261	2.6	6.1	1.0	0	79
	連携型	31	2.3	5.9	0.0	0	25
	合計	306	2.5	6.0	1.0	0	79
		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	9	0.0	0.0	0.0	0	0
	地域型	162	0.1	0.5	0.0	0	5
	連携型	18	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	189	0.1	0.5	0.0	0	5

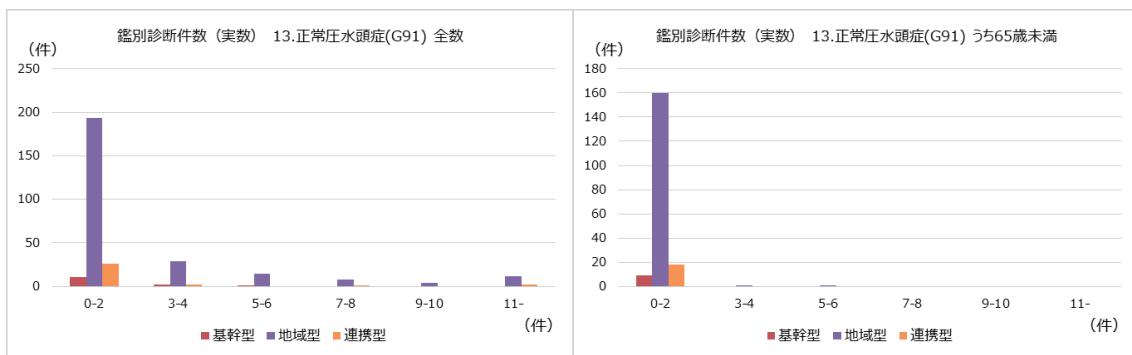


図 40 類型別 正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 60 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）

医療機関種別	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	128	3.3	8.0	1.0	0 79
	精神科病院	143	1.6	2.8	1.0	0 19
	診療所	24	1.8	4.6	0.0	0 22
	その他	11	5.6	8.6	1.0	0 25
	合計	306	2.5	6.0	1.0	0 79
医療機関種別	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
	一般病院	77	0.2	0.7	0.0	0 5
	精神科病院	92	0.1	0.2	0.0	0 1
	診療所	11	0.0	0.0	0.0	0 0
	その他	9	0.1	0.3	0.0	0 1
	合計	189	0.1	0.5	0.0	0 5

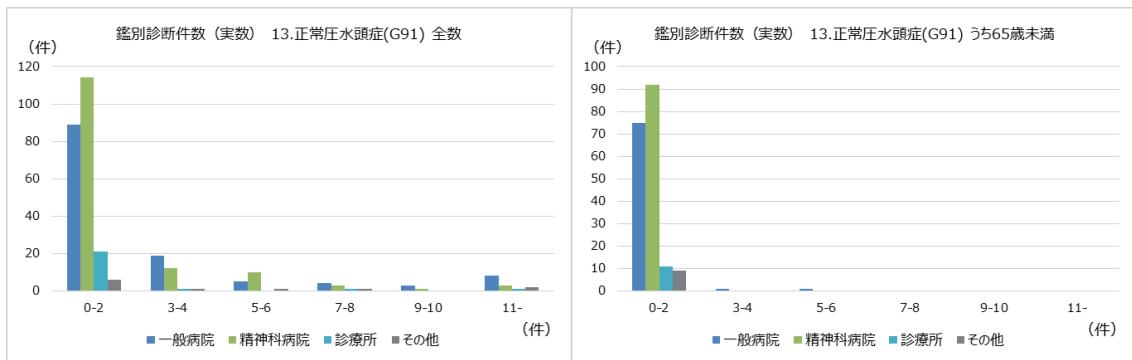


図 41 医療機関種別 正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

14) 他の医学的疾患による認知症(F02)：類型別（表 61, 図 42），医療機関種別（表 62, 図 43）に、他の医学的疾患による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。基幹型および一般病院で多い傾向があった。

表 61 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	15	5.2	8.6	1.0	0	27
	地域型	263	3.9	7.0	1.0	0	48
	連携型	34	1.7	2.8	0.0	0	11
	合計	312	3.7	6.7	1.0	0	48

		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	11	0.5	1.2	0.0	0	4
	地域型	173	0.3	0.7	0.0	0	4
	連携型	17	0.1	0.3	0.0	0	1
	合計	201	0.3	0.7	0.0	0	4

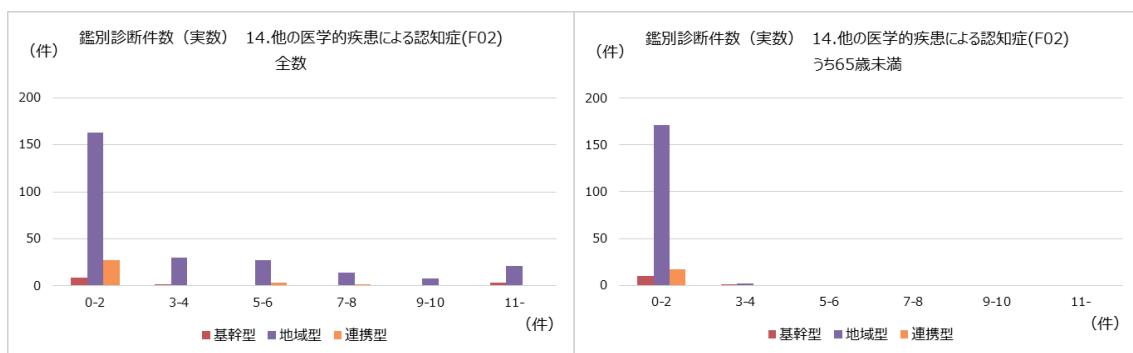


図 42 類型別 他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 62 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	135	4.7	7.5	2.0	0	48
	精神科病院	139	3.2	6.6	1.0	0	38
	診療所	27	2.1	3.0	1.0	0	11
	その他	11	2.5	3.2	1.0	0	10
	合計	312	3.7	6.7	1.0	0	48
		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	87	0.4	0.8	0.0	0	4
	精神科病院	95	0.2	0.5	0.0	0	3
	診療所	10	0.2	0.4	0.0	0	1
	その他	9	0.2	0.4	0.0	0	1
	合計	201	0.3	0.7	0.0	0	4

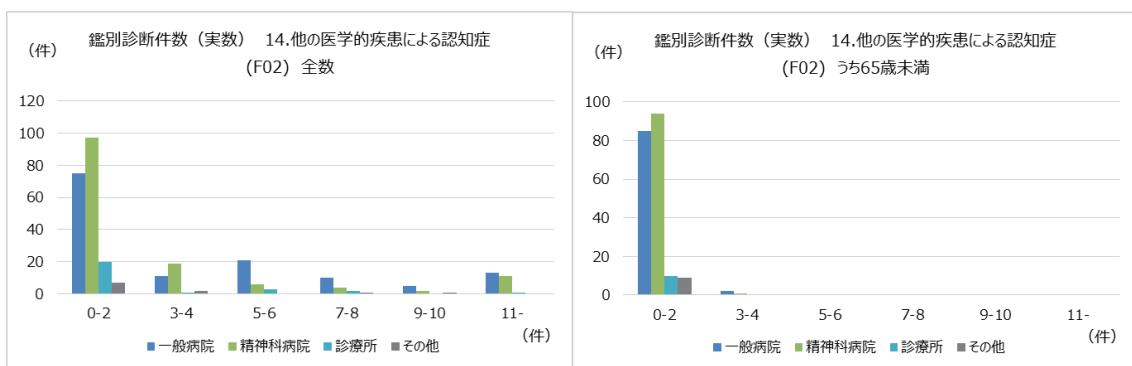


図 43 医療機関種別 他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

15) 複数の病因による認知症(F02): 類型別 (表 63, 図 44), 医療機関種別 (表 64, 図 45) に、複数の病因による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。医療機関の特性により鑑別診断件数に差があると考えられた。

表 63 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	9.2	6.7	9.5	0	21
	地域型	298	13.9	21.0	7.0	0	173
	連携型	40	7.9	12.8	3.5	0	65
	合計	352	13.0	20.0	7.0	0	173
		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	9	0.1	0.3	0.0	0	1
	地域型	169	0.2	0.6	0.0	0	6
	連携型	18	0.3	0.7	0.0	0	2
	合計	196	0.2	0.6	0.0	0	6

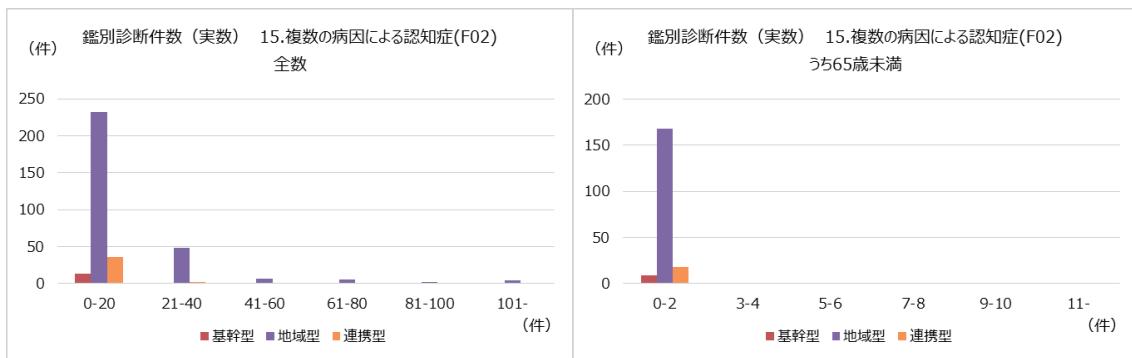


図 44 類型別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 64 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	138	13.1	19.2	8.0	0	157
	精神科病院	173	13.2	21.7	6.0	0	173
	診療所	29	6.3	7.3	5.0	0	32
	その他	12	25.1	19.8	21.5	2	72
	合計	352	13.0	20.0	7.0	0	173
		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	80	0.2	0.5	0.0	0	2
	精神科病院	97	0.2	0.8	0.0	0	6
	診療所	10	0.2	0.6	0.0	0	2
	その他	9	0.3	0.7	0.0	0	2
	合計	196	0.2	0.6	0.0	0	6

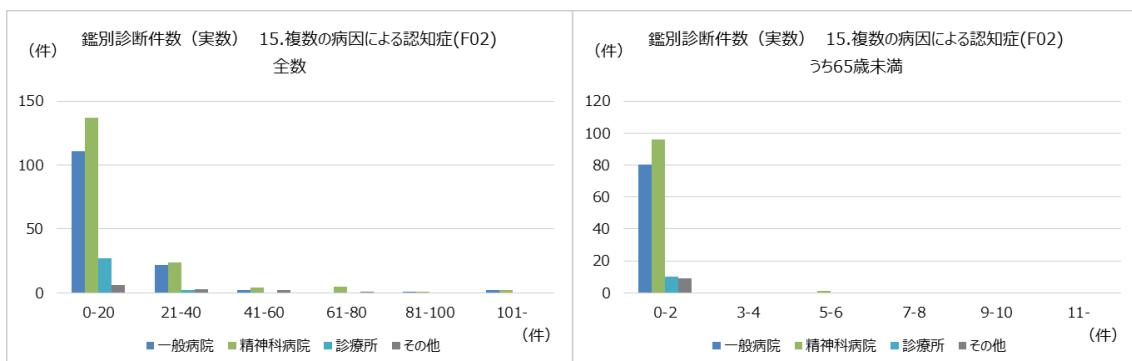


図 45 医療機関種別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

16) 詳細不明の認知症(F02)（前記の 3)～15)に該当しないもの）：類型別（表 65, 図 46）、医療機関種別（表 66, 図 47）に、詳細不明の認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。詳細不明の認知症として表現された症例は鑑別診断中である可能性がある。

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

		鑑別診断件数（実数） 16.詳細不明の認知症(F02)（前記3～15に該当しないもの）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	6.8	12.2	3.0	0	42
	地域型	281	9.9	18.3	3.0	0	144
	連携型	35	5.9	13.6	1.0	0	64
	合計	329	9.3	17.7	3.0	0	144
		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	9	0.6	0.7	0.0	0	2
	地域型	173	0.3	0.8	0.0	0	5
	連携型	20	0.5	1.1	0.0	0	4
	合計	202	0.3	0.8	0.0	0	5

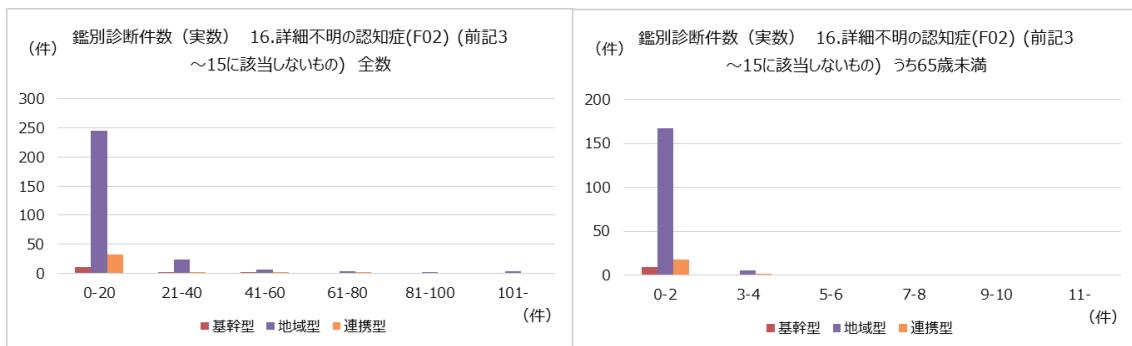


図 46 類型別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 66 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	126	8.8	19.9	2.0	0	144
	精神科病院	169	10.4	15.3	5.0	0	125
	診療所	23	1.4	2.1	0.0	0	7
	その他	11	14.9	33.6	2.0	0	111
	合計	329	9.3	17.7	3.0	0	144
医療機関種別		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
		80	0.4	0.9	0.0	0	4
		102	0.4	0.8	0.0	0	5
		11	0.1	0.3	0.0	0	1
		合計	202	0.3	0.8	0.0	5

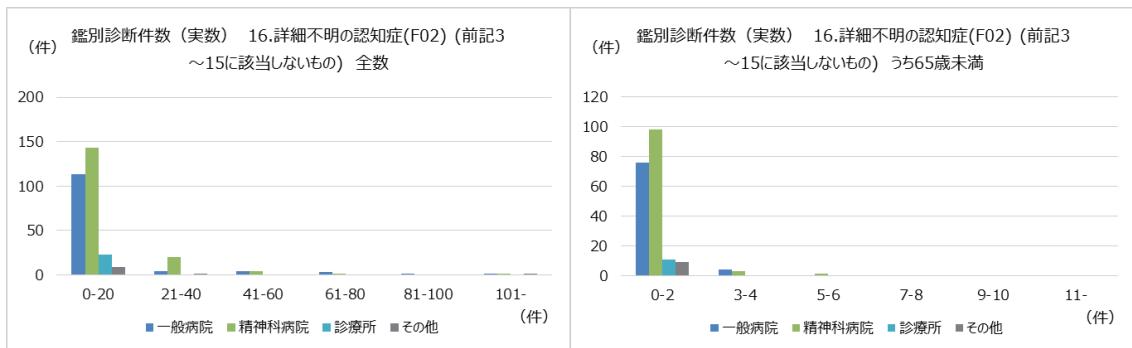


図 47 医療機関種別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

17) 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害：類型別（表 67, 図 48），医療機関種別（表 68, 図 49）に、前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。基幹型、地域型に多く、精神科病院に多い傾向があった。

表 67 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	13	7.6	12.5	0.0	0	37
	地域型	278	6.0	13.7	2.0	0	120
	連携型	34	1.2	2.1	0.0	0	8
	合計	325	5.5	13.0	2.0	0	120
		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	11	2.8	7.0	0.0	0	23
	地域型	183	1.6	8.4	0.0	0	99
	連携型	18	0.1	0.5	0.0	0	2
	合計	212	1.5	8.0	0.0	0	99

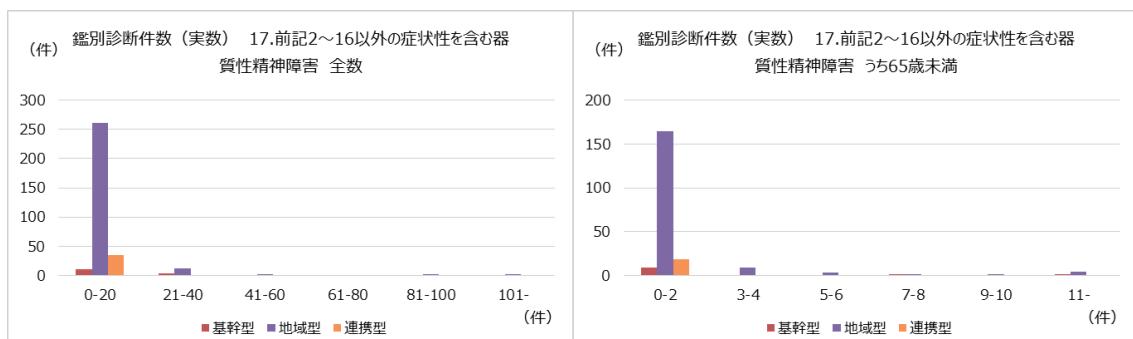


図 48 類型別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

表 68 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	120	5.5	15.4	1.0	0	120
	精神科病院	171	6.3	12.2	3.0	0	109
	診療所	23	0.7	1.3	0.0	0	6
	その他	11	3.3	5.9	0.0	0	19
	合計	325	5.5	13.0	2.0	0	120
		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	84	2.5	12.3	0.0	0	99
	精神科病院	109	1.0	2.8	0.0	0	20
	診療所	10	0.0	0.0	0.0	0	0
	その他	9	0.3	0.7	0.0	0	2
	合計	212	1.5	8.0	0.0	0	99

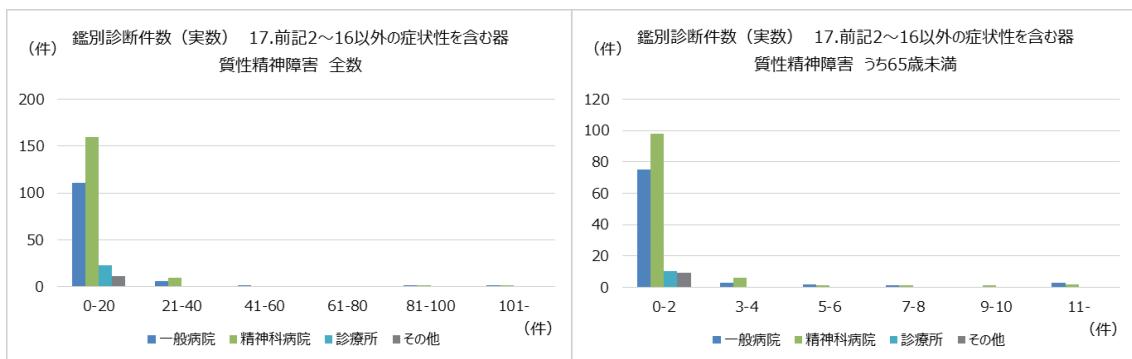


図 49 医療機関種別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

18) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)：類型別（表 69, 図 50）、医療機関種別（表 70, 図 51）に、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値では地域型、精神科病院に多かった。

表 69 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	15	3.0	3.4	2.0	0	13
	地域型	294	9.1	37.1	3.0	0	463
	連携型	36	14.3	50.1	1.0	0	224
	合計	345	9.4	37.9	3.0	0	463
		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	11	0.9	1.5	0.0	0	5
	地域型	192	4.9	25.6	0.0	0	265
	連携型	22	11.1	38.4	0.0	0	176
	合計	225	5.3	26.5	0.0	0	265

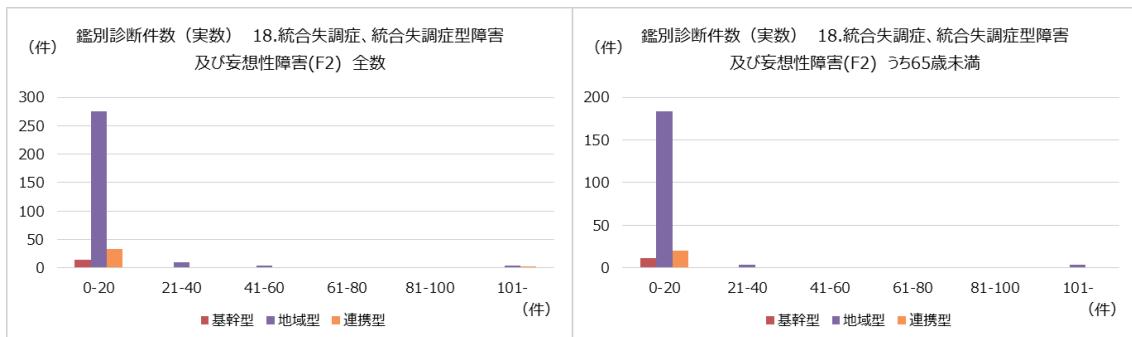


図 50 類型別 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

表 70 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	132	13.3	57.5	2.0	0	463
	精神科病院	175	6.8	9.2	4.0	0	55
	診療所	25	9.9	42.0	1.0	0	211
	その他	13	3.7	3.8	3.0	0	14
	合計	345	9.4	37.9	3.0	0	463

		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	90	7.1	33.6	0.0	0	265
	精神科病院	112	3.3	15.4	0.0	0	153
	診療所	12	14.8	50.8	0.0	0	176
	その他	11	0.4	0.7	0.0	0	2
	合計	225	5.3	26.5	0.0	0	265

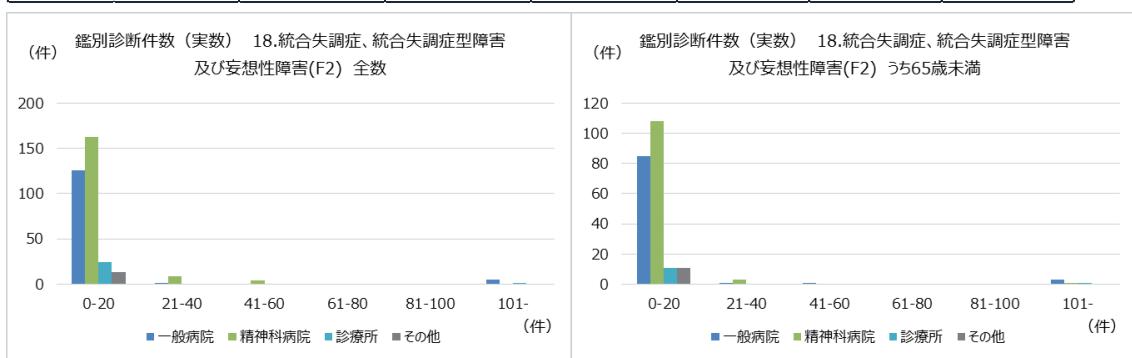


図 51 医療機関種別 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

19) 気分(感情)障害(F3)：類型別（表 71, 図 52）、医療機関種別（表 72, 図 53）に、気分(感情)障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型、精神科病院に多かった。

表 71 類型別 気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 19.気分(感情)障害(F3) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	5.1	4.7	4.0	0	18
	地域型	312	11.6	28.0	5.0	0	335
	連携型	38	35.6	181.9	2.5	0	1126
	合計	365	13.8	63.9	5.0	0	1126
		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	13	2.1	1.8	2.0	0	6
	地域型	211	6.9	42.0	1.0	0	550
	連携型	25	31.6	147.0	1.0	0	737
	合計	249	9.1	60.4	1.0	0	737

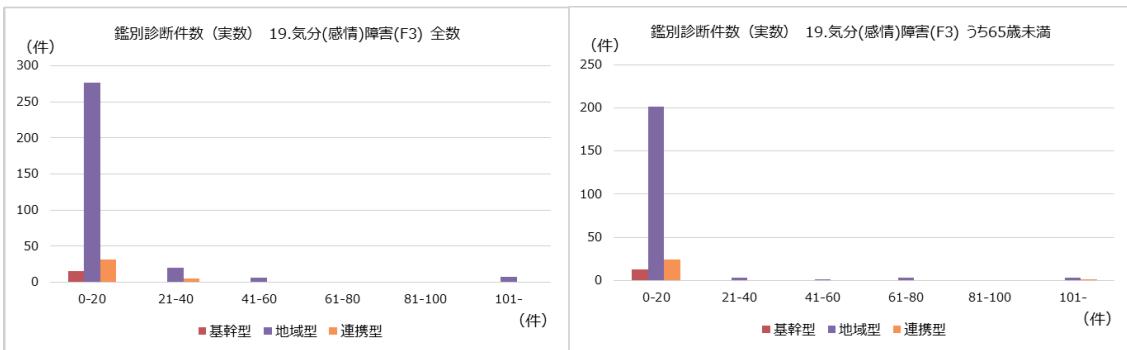


図 52 類型別 気分(感情)障害の鑑別診断件数 (左 : 全数, 右 : うち 65 歳未満)

表 72 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)

医療機関種別	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	143	9.9	32.2	4.0	0 335
	精神科病院	183	12.4	23.1	6.0	0 163
	診療所	27	47.8	215.7	2.0	0 1126
	その他	12	5.0	6.3	3.0	0 18
	合計	365	13.8	63.9	5.0	0 1126
医療機関種別	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
	一般病院	100	4.6	22.0	1.0	0 212
	精神科病院	123	8.5	51.4	0.0	0 550
	診療所	16	47.8	183.8	1.0	0 737
	その他	10	0.7	1.3	0.0	0 4
	合計	249	9.1	60.4	1.0	0 737

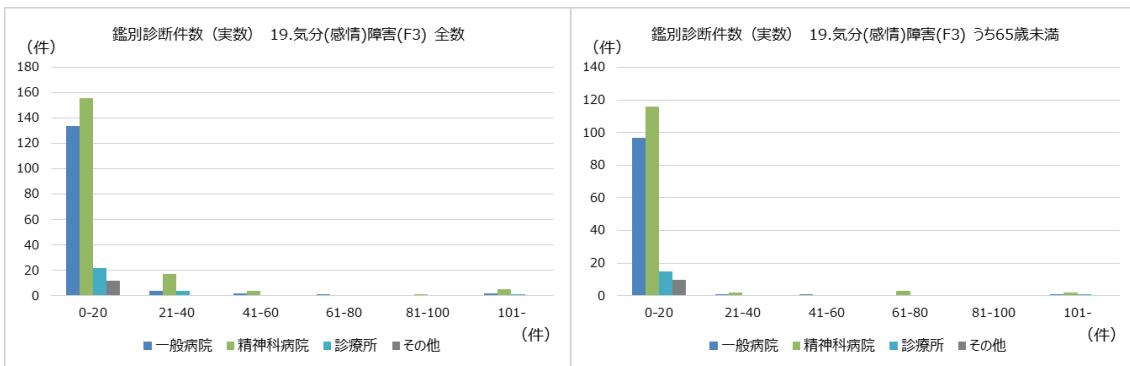


図 53 医療機関種別 気分(感情)障害の鑑別診断件数 (左 : 全数, 右 : うち 65 歳未満)

20) てんかん(G47)：類型別（表 73, 図 54), 医療機関種別（表 74, 図 55）に、てんかんと診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。医療機関の特性によって件数に差があると考えられた。

表 73 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	13	0.8	1.2	0.0	0	4
	地域型	249	6.9	64.2	1.0	0	983
	連携型	34	6.3	20.8	0.5	0	109
	合計	296	6.6	59.3	1.0	0	983

		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	11	0.4	0.7	0.0	0	2
	地域型	164	2.4	17.1	0.0	0	200
	連携型	20	6.4	20.7	0.0	0	92
	合計	195	2.7	17.0	0.0	0	200

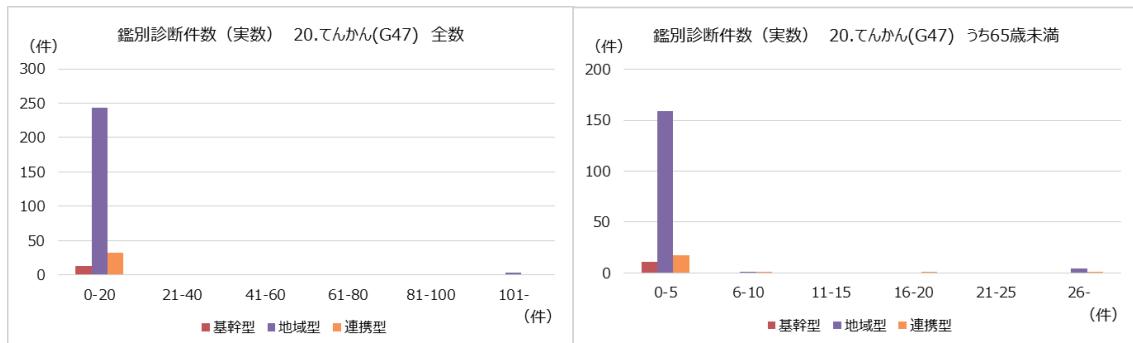


図 54 類型別 てんかんの鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 74 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	121	13.8	92.0	1.0	0	983
	精神科病院	140	1.0	1.4	1.0	0	7
	診療所	25	5.1	21.7	0.0	0	109
	その他	10	1.5	3.1	0.5	0	10
	合計	296	6.6	59.3	1.0	0	983
		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	82	4.9	24.1	0.0	0	200
	精神科病院	93	0.3	1.1	0.0	0	9
	診療所	12	7.8	26.5	0.0	0	92
	その他	8	0.4	1.1	0.0	0	3
	合計	195	2.7	17.0	0.0	0	200

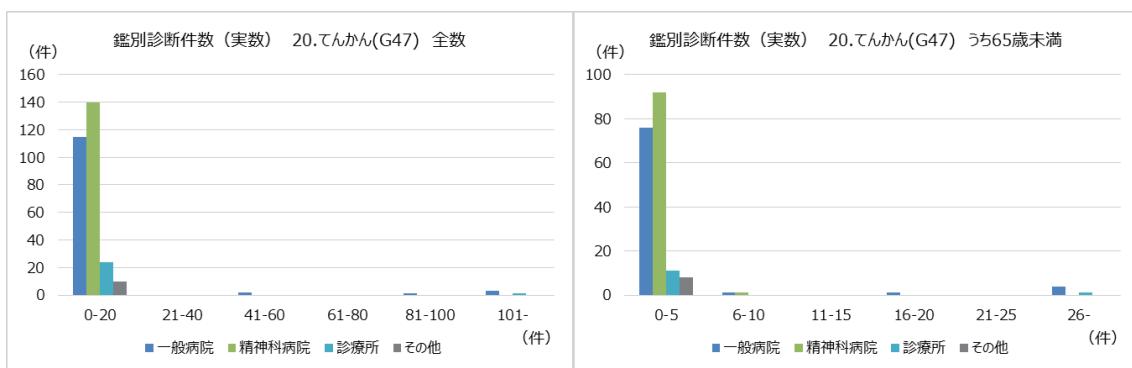


図 55 医療機関種別 てんかんの鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

21) 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) : 類型別 (表 75, 図 56), 医療機関種別 (表 76, 図 57) に, 神経発達障害(知的発達障害を含む)と診断されたものの鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 医療機関の特性によって件数に差があった.

表 75 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	13	1.6	1.5	1.0	0	5
	地域型	245	4.5	30.7	1.0	0	465
	連携型	31	4.7	22.2	0.0	0	124
	合計	289	4.4	29.1	1.0	0	465
		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	12	1.3	1.6	1.0	0	5
	地域型	186	4.0	24.1	0.0	0	302
	連携型	21	5.9	25.2	0.0	0	116
	合計	219	4.0	23.5	0.0	0	302

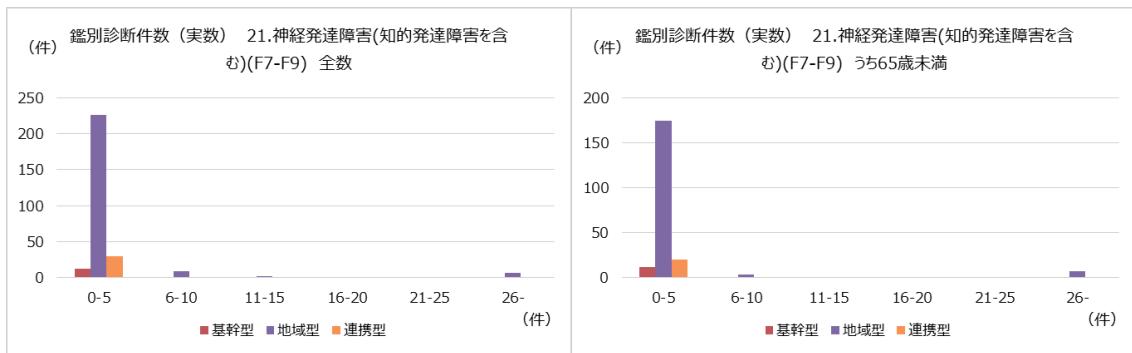


図 56 類型別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

表 76 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	112	6.4	44.5	1.0	0 465
	精神科病院	143	2.7	7.8	1.0	0 64
	診療所	22	6.2	26.3	0.0	0 124
	その他	12	1.3	2.8	0.5	0 10
	合計	289	4.4	29.1	1.0	0 465
医療機関種別	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
	一般病院	91	4.9	32.4	0.0	0 302
	精神科病院	106	3.0	11.2	0.0	0 77
	診療所	12	9.8	33.4	0.0	0 116
	その他	10	0.4	0.5	0.0	0 1
	合計	219	4.0	23.5	0.0	0 302

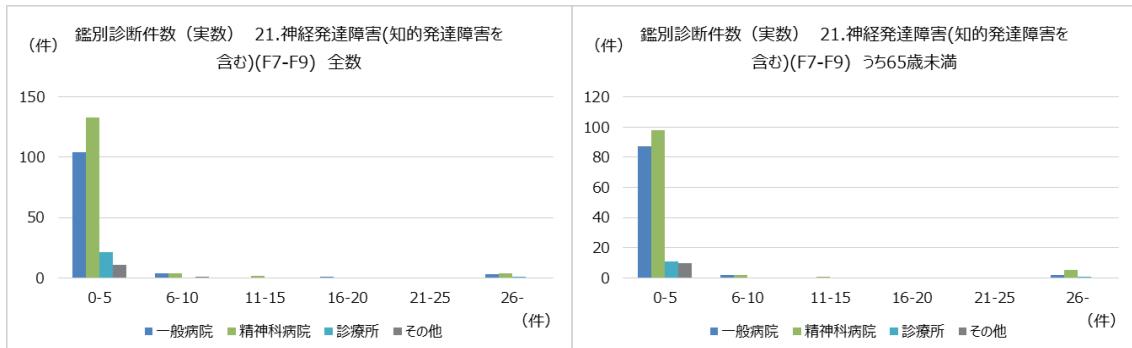


図 57 医療機関種別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

22) 前記のいずれにも含まれない精神疾患: 類型別 (表 77, 図 58), 医療機関種別 (表 78, 図 59) に、前記のいずれにも含まれない精神疾患と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。医療機関の特性によって件数に差があった。(※実績報告書内の事故値についてはそのまま記載した)

表 77 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	13	4.2	5.4	1.0	0 16
	地域型	292	10.9	28.6	3.0	0 278
	連携型	36	4.0	8.3	1.0	0 47
	合計	341	10.0	26.7	3.0	0 278
類型	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
	基幹型	11	2.0	2.8	1.0	0 9
	地域型	201	6.7	47.0	1.0	0 625
	連携型	20	1.2	3.6	0.0	0 16
	合計	232	6.0	43.8	0.0	0 625

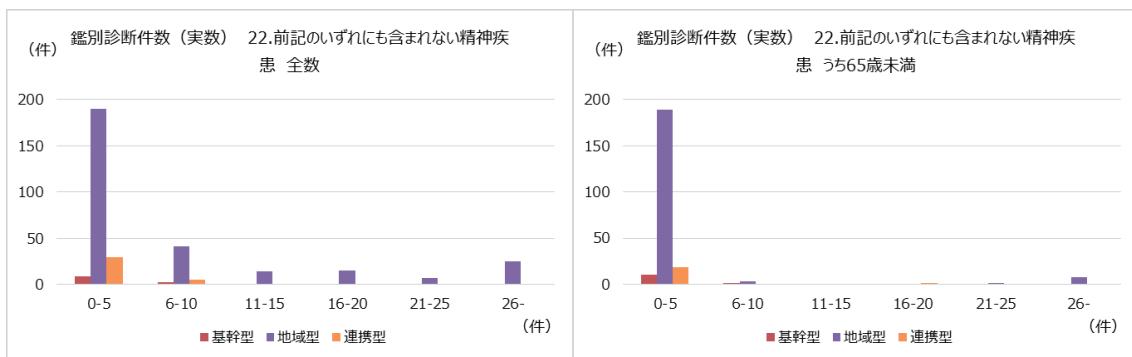


図 58 類型別 前記のいづれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 78 医療機関種別 前記のいづ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）

医療機関種別	鑑別診断件数（実数） 22.前記のいづ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
一般病院	130	8.5	26.8	2.0	0	278
	174	12.5	29.1	4.0	0	275
	25	3.0	4.2	1.0	0	18
	12	2.7	4.2	1.0	0	14
	341	10.0	26.7	3.0	0	278
精神科病院	鑑別診断件数（実数） 22.前記のいづ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
	91	4.4	21.9	1.0	0	200
	121	8.1	57.6	1.0	0	625
	11	0.5	1.0	0.0	0	3
診療所	9	0.2	0.4	0.0	0	1
	232	6.0	43.8	0.0	0	625
	鑑別診断件数（実数） 22.前記のいづ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
	11	0.5	1.0	0.0	0	3

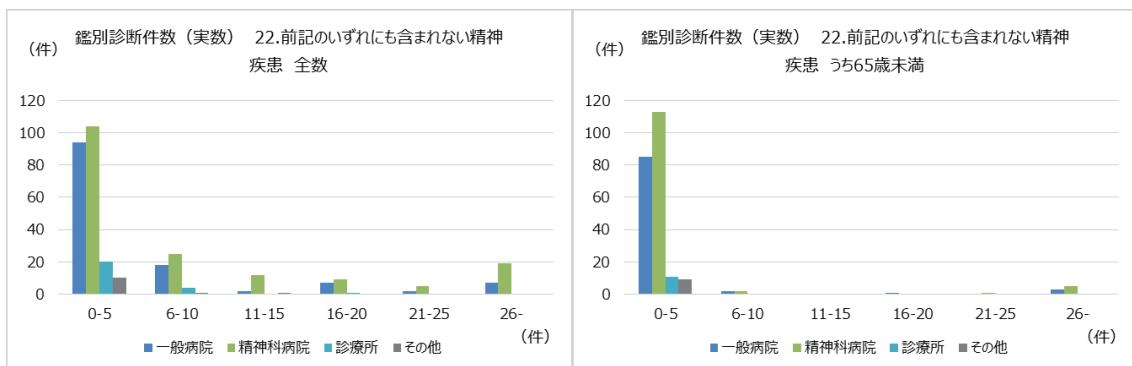


図 59 医療機関種別 前記のいづれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

23) 前記のいづれにも含まれない神経疾患：類型別（表 79, 図 60），医療機関種別（表 80, 図 61）に、前記のいづ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 79 類型別 前記のいづ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.前記のいづれにも含まれない神経疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	3.7	4.9	2.5	0	17
	地域型	259	8.6	36.9	1.0	0	322
	連携型	34	2.0	3.3	1.0	0	11
	合計	305	7.7	34.1	1.0	0	322

		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいづれにも含まれない神経疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	1.3	2.1	0.0	0	5
	地域型	177	4.2	26.0	0.0	0	265
	連携型	18	0.5	1.2	0.0	0	4
	合計	205	3.7	24.2	0.0	0	265

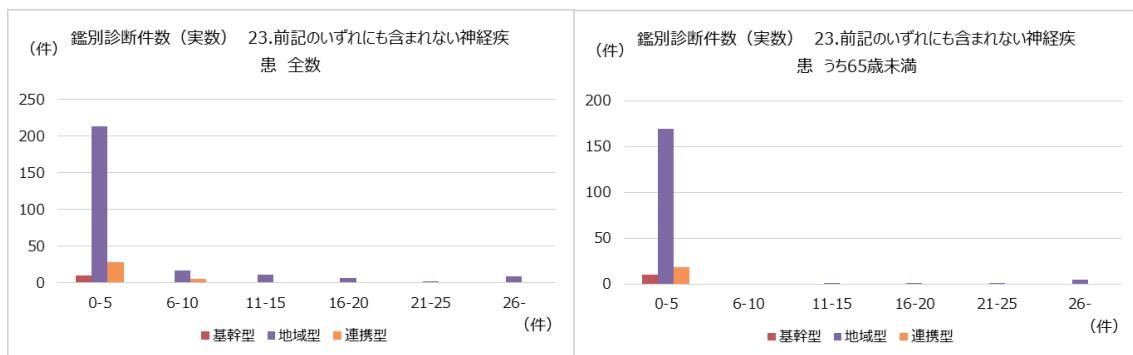


図 60 類型別 前記のいづれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 80 医療機関種別 前記のいづ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.前記のいづ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	123	10.6	46.9	2.0	0	322
	精神科病院	145	6.7	24.0	1.0	0	220
	診療所	26	2.1	3.4	1.0	0	11
	その他	11	0.7	1.3	0.0	0	4
	合計	305	7.7	34.1	1.0	0	322
		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいづ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	85	6.2	35.7	0.0	0	265
	精神科病院	101	2.4	10.6	0.0	0	87
	診療所	10	0.2	0.4	0.0	0	1
	その他	9	0.1	0.3	0.0	0	1
	合計	205	3.7	24.2	0.0	0	265

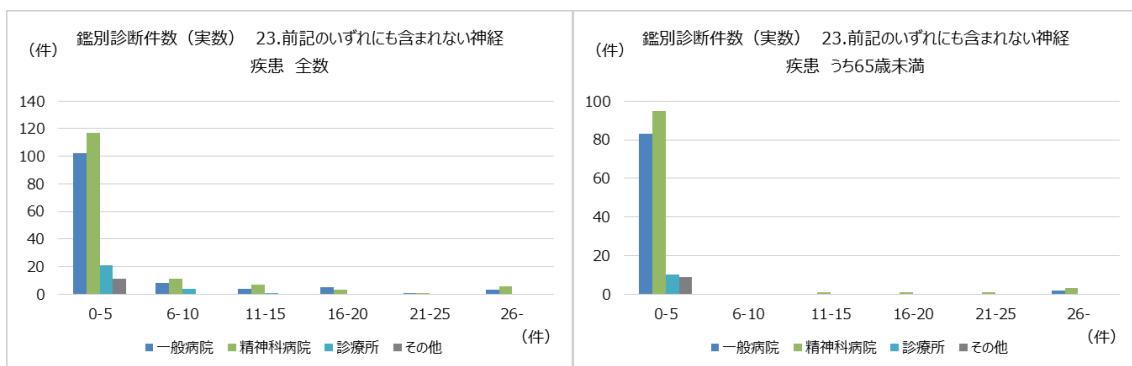


図 61 医療機関種別 前記のいづれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

24) 前記のいづれにも含まれない疾患：類型別（表 81, 図 62），医療機関種別（表 82, 図 63）に、前記のいづ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 81 類型別 前記のいづ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）

類型	鑑別診断件数（実数） 24.前記のいづ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
基幹型	12	2.3	2.9	1.5	0	10
地域型	271	10.2	103.8	1.0	0	1707
連携型	35	12.8	65.0	1.0	0	386
合計	318	10.2	98.2	1.0	0	1707

類型	鑑別診断件数（実数） 24.前記のいづ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
基幹型	10	0.8	1.3	0.0	0	4
地域型	170	6.9	79.9	0.0	0	1041
連携型	20	5.3	22.8	0.0	0	102
合計	200	6.5	74.0	0.0	0	1041

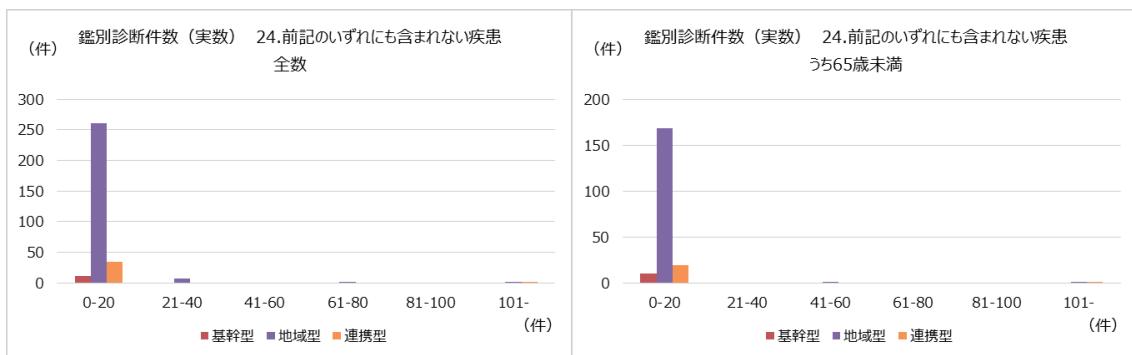


図 62 類型別 前記のいづれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 82 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	131	19.5	152.3	2.0	0	1707
	精神科病院	151	4.1	11.3	1.0	0	110
	診療所	24	2.2	2.9	1.0	0	10
	その他	12	1.7	2.5	1.0	0	8
	合計	318	10.2	98.2	1.0	0	1707
		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	80	14.8	116.7	0.0	0	1041
	精神科病院	100	1.1	6.0	0.0	0	57
	診療所	11	0.1	0.3	0.0	0	1
	その他	9	0.2	0.4	0.0	0	1
	合計	200	6.5	74.0	0.0	0	1041

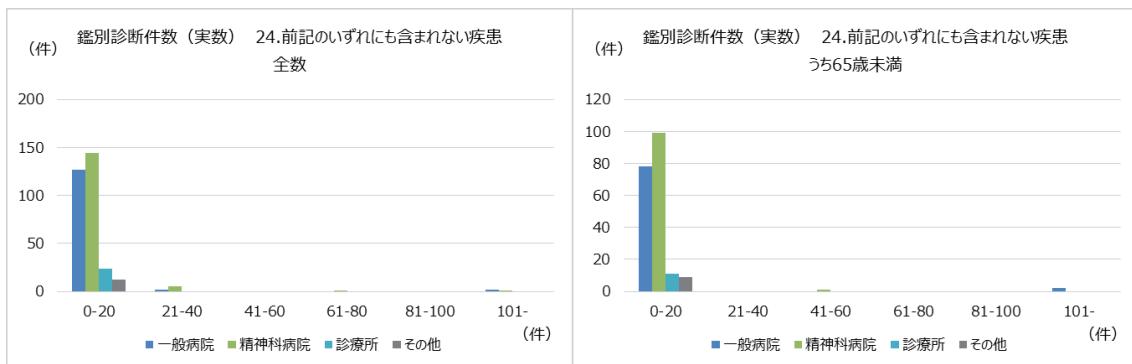


図 63 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

25) 診断保留：類型別（表 83, 図 64），医療機関種別（表 84, 図 65）に、前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値で基幹型、一般病院に多く、医療機関の特性によって件数に差があった。

表 83 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	14	10.8	13.9	5.0	0	50
	地域型	253	8.5	17.2	2.0	0	140
	連携型	35	4.9	10.8	1.0	0	59
	合計	302	8.2	16.5	2.0	0	140
		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	13	1.8	2.6	1.0	0	9
	地域型	169	0.7	1.7	0.0	0	13
	連携型	20	0.7	2.1	0.0	0	9
	合計	202	0.8	1.8	0.0	0	13

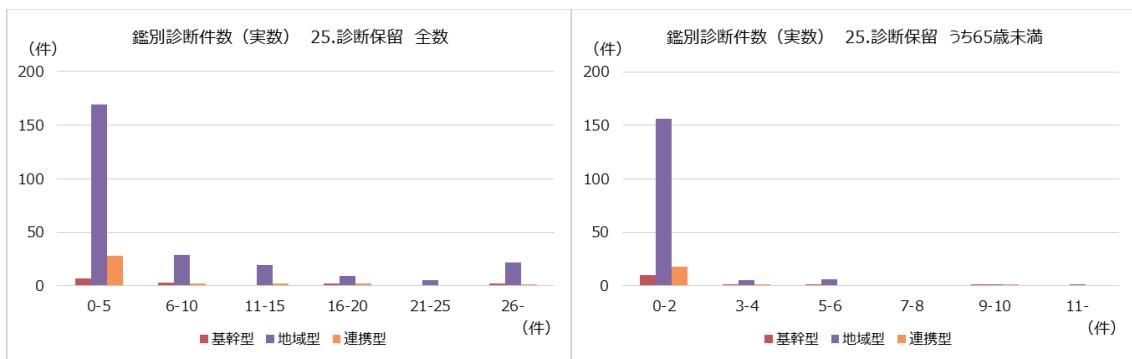


図 64 類型別 診断保留件数 (左 : 全数, 右 : うち 65 歳未満)

表 84 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	118	10.2	19.1	3.0	0	140
	精神科病院	148	6.9	14.0	2.0	0	92
	診療所	25	5.6	12.5	0.0	0	59
	その他	11	11.5	22.6	1.0	0	74
	合計	302	8.2	16.5	2.0	0	140
		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	80	0.9	1.6	0.0	0	9
	精神科病院	100	0.6	1.6	0.0	0	13
	診療所	13	0.8	2.5	0.0	0	9
	その他	9	1.4	3.0	0.0	0	9
	合計	202	0.8	1.8	0.0	0	13

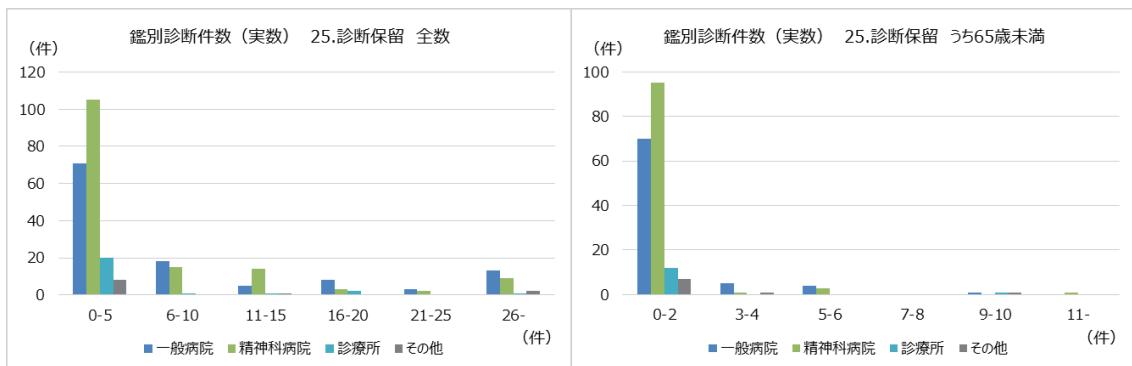


図 65 医療機関種別 診断保留件数 (左 : 全数, 右 : うち 65 歳未満)

26) 全鑑別診断件数 : 類型別 (表 85, 図 66), 医療機関種別 (表 84, 図 67) に, 全ての鑑別診断件数について, それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す. 全数の中央値では地域型および一般病院が, 65 歳未満のものの中央値では基幹型が多かった. 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 87, 図 68, 図 69)。

表 85 類型別 全鑑別診断件数 (上段: 全数, 下段: うち 65 歳未満)

	鑑別診断件数 (実数) 合計 全数						
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
類型	基幹型	16	223.0	135.8	223.0	32	463
	地域型	355	313.3	312.8	240.0	4	3332
	連携型	51	200.5	330.3	104.0	0	2144
	合計	422	296.3	312.1	228.5	0	3332

	鑑別診断件数 (実数) 合計 うち65歳未満						
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値	
類型	基幹型	16	20.6	18.4	15.0	1	58
	地域型	355	27.8	148.6	6.0	0	1927
	連携型	51	34.1	172.7	3.0	0	1231
	合計	422	28.3	148.8	6.0	0	1927

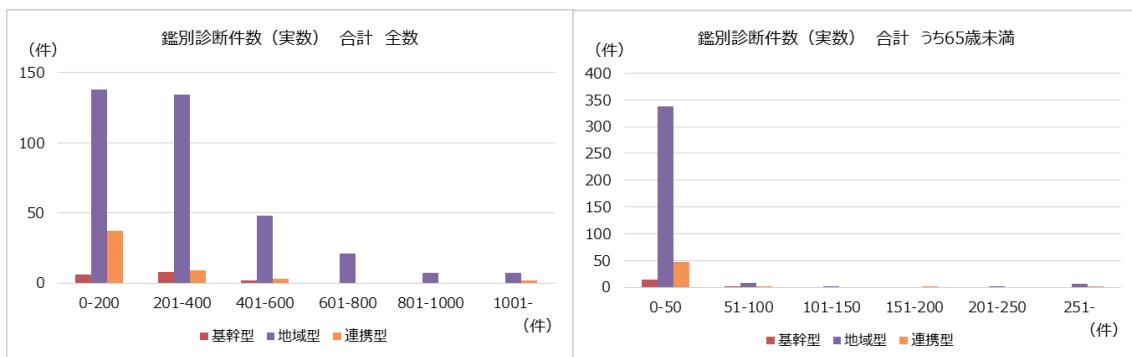


図 66 類型別 全鑑別診断件数 (左: 全数, 右: うち 65 歳未満)

表 86 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	165	340.3	399.2	248.0	4	3332
	精神科病院	210	273.3	207.3	223.5	0	1456
	診療所	33	210.5	363.2	108.0	26	2144
	その他	14	324.3	277.5	272.5	7	1076
	合計	422	296.3	312.1	228.5	0	3332
医療機関種別	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	
	一般病院	165	36.3	182.3	9.0	0	1927
	精神科病院	210	20.7	106.5	5.0	0	1462
	診療所	33	42.8	213.5	3.0	0	1231
	その他	14	12.9	16.3	6.5	0	59
	合計	422	28.3	148.8	6.0	0	1927

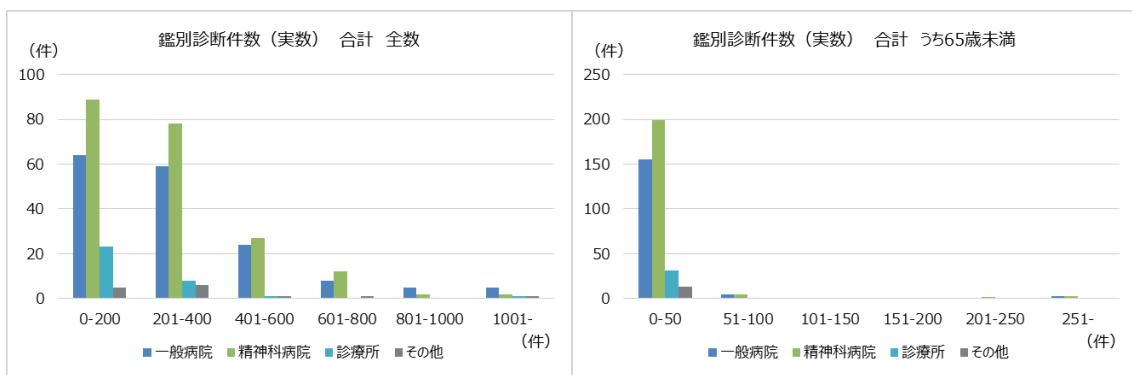


表 87 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (左 : 全数, 右 : うち 65 歳未満)

診断名	認知症関連疾患 全数			65歳未満の認知症関連疾患		
	全鑑別診断患者数	構成比A	構成比B	うち65歳未満患者数	構成比A	構成比B
軽度認知障害(MCI)	15156 人	16.2%	-	518 人	21.9%	-
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	53125 人	56.7%	67.7%	976 人	41.3%	52.8%
血管性認知症(F01)	6234 人	6.7%	7.9%	153 人	6.5%	8.3%
レビー小体型認知症(G31,F02)	5957 人	6.4%	7.6%	83 人	3.5%	4.5%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む) G31,F02)	2070 人	2.2%	2.6%	142 人	6.0%	7.7%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	390 人	0.4%	0.5%	133 人	5.6%	7.2%
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)	758 人	0.8%	1.0%	137 人	5.8%	7.4%
HIV感染による認知症(B20,F02)	4 人	0.0%	0.0%	4 人	0.2%	0.2%
priオシ病による認知症(A81,F02)	36 人	0.0%	0.0%	8 人	0.3%	0.4%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	335 人	0.4%	0.4%	15 人	0.6%	0.8%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	13 人	0.0%	0.0%	5 人	0.2%	0.3%
正常圧水頭症(G91)	761 人	0.8%	1.0%	19 人	0.8%	1.0%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1160 人	1.2%	1.5%	62 人	2.6%	3.4%
複数の病因による認知症(F02)	4585 人	4.9%	5.8%	43 人	1.8%	2.3%
詳細不明の認知症(F02) (前記3~15に該当しないもの)	3071 人	3.3%	3.9%	67 人	2.8%	3.6%
合計A (軽度認知障害を含む)	93655 人	100.0%	-	2365 人	100.0%	-
合計B (軽度認知障害を含まない)	78499 人	-	100.0%	1847 人	-	100.0%

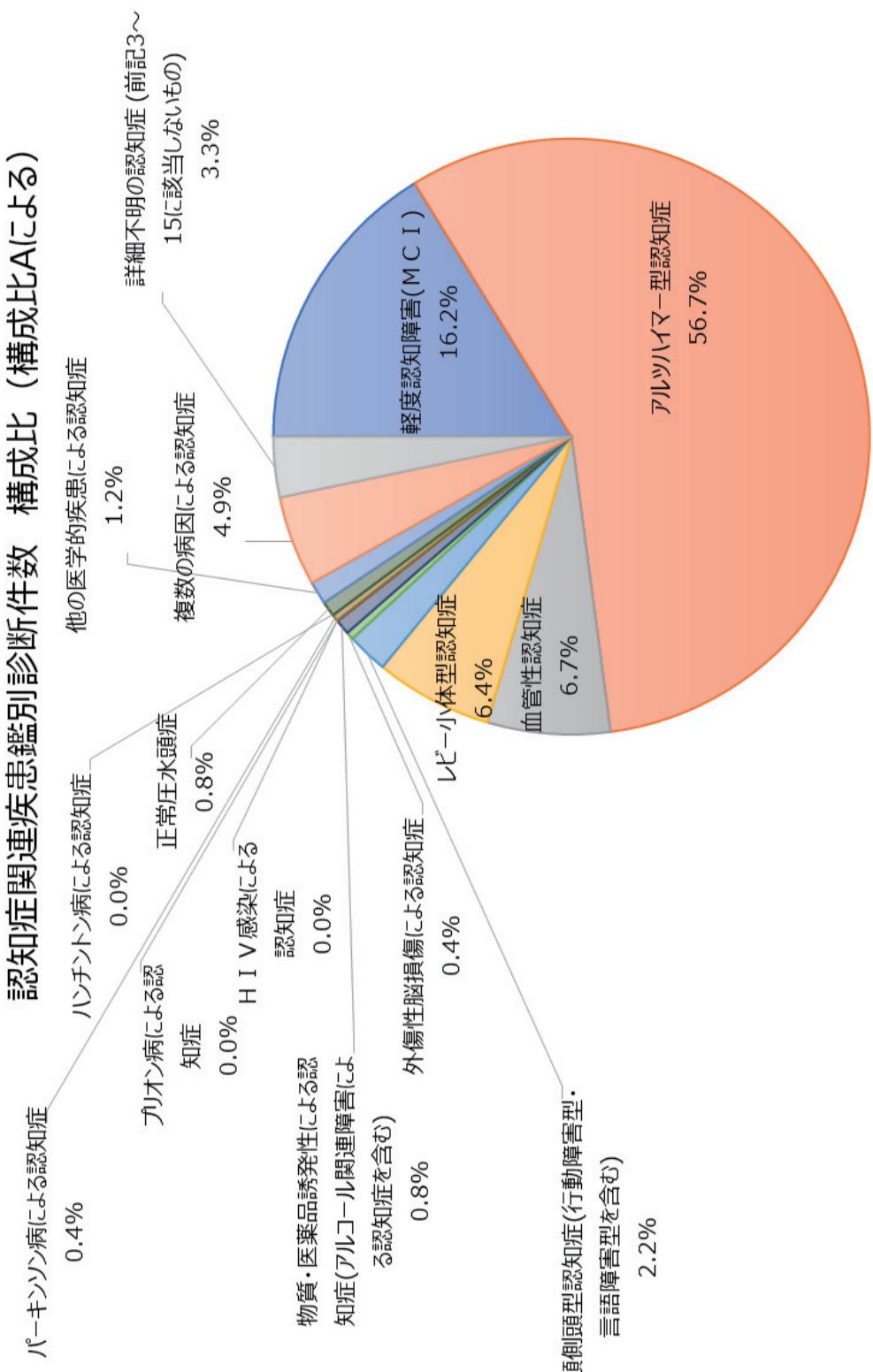


図 68 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (MCI を含む構成比 Aによる)

認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比（構成比Bによる）

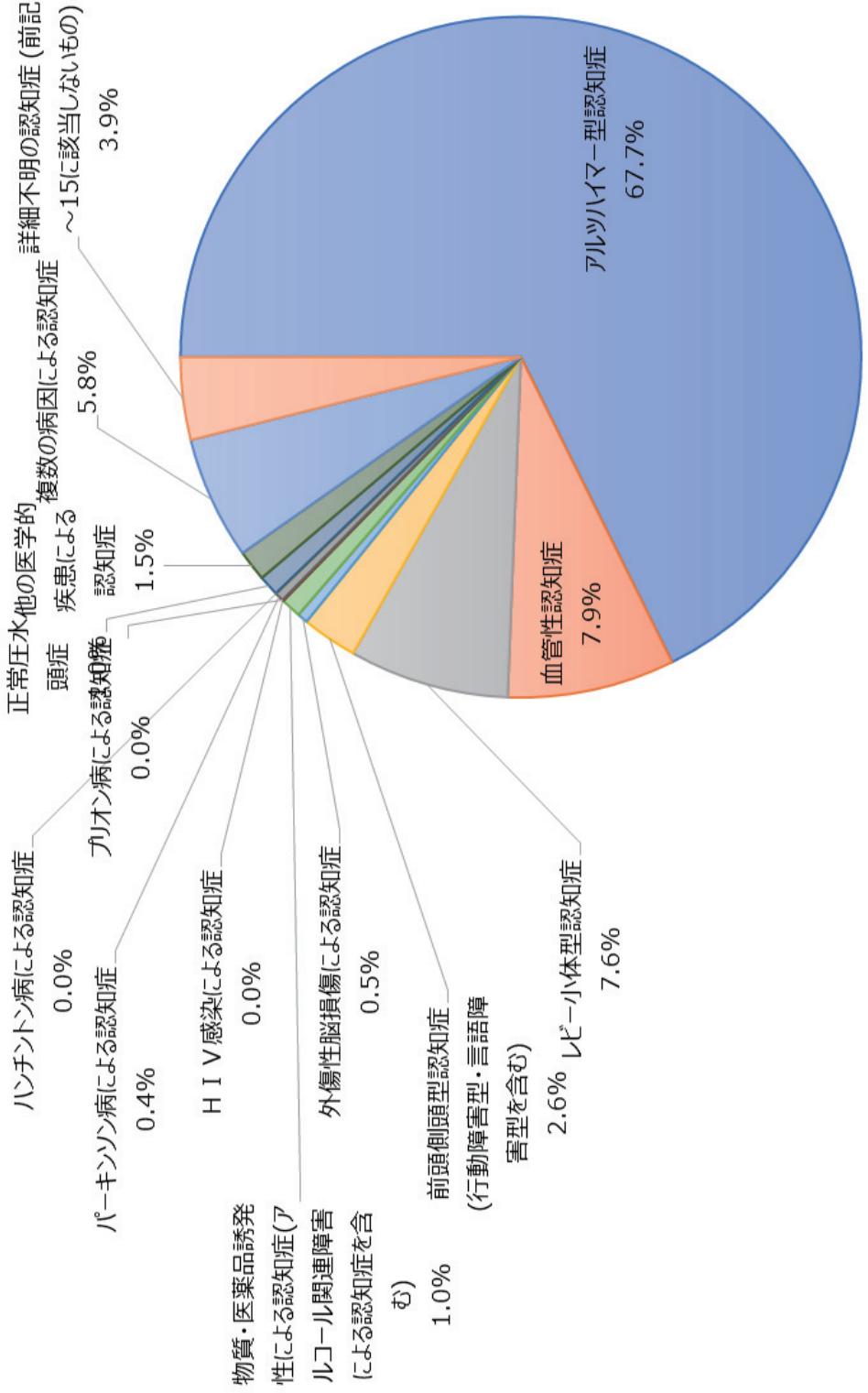


図 69 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比（MCI を含まない構成比 B による）

II-5. 紹介・逆紹介件数

1) 紹介件数：類型別（表 88, 図 70），医療機関種別（表 89, 図 71）に、紹介件数を示す。中央値で基幹型、一般病院で多かったが同じ類型・医療機関種でも件数に大きな差があった。

表 88 類型別 紹介件数

類型		紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	185.3	123.4	195.0	6	444
	地域型	352	189.1	189.0	140.5	0	2340
	連携型	49	54.7	87.5	35.0	1	596
	合計	417	173.1	182.9	128.0	0	2340

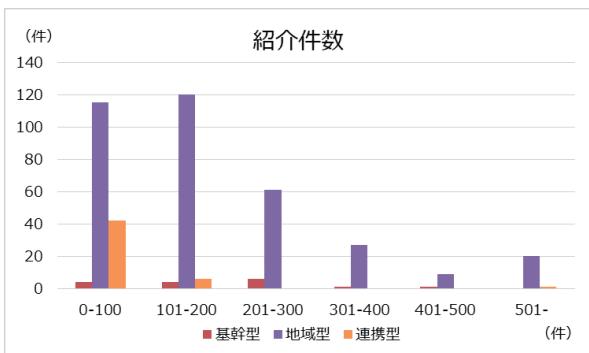


図 70 類型別 紹介件数

表 89 医療機関種別 紹介件数

医療機関種別		紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	163	204.8	230.4	157.0	0	2340
	精神科病院	208	163.4	136.2	129.0	0	697
	診療所	32	49.2	40.7	38.5	1	165
	その他	14	232.6	231.9	147.0	8	793
	合計	417	173.1	182.9	128.0	0	2340

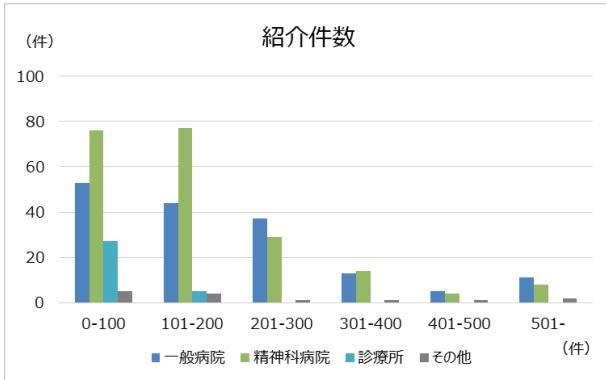


図 71 医療機関種別 紹介件数

2) 逆紹介件数：類型別（表 90、図 72）、医療機関種別（表 91、図 73）に、逆紹介件数を示す。中央値で基幹型、一般病院で多かったが同じ類型・医療機関種でも件数に大きな差があった。概ね紹介件数の約半数であった。

表 90 類型別 逆紹介件数

		逆紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	127.3	105.8	97.0	1	332
	地域型	346	111.8	145.2	61.0	0	1170
	連携型	49	33.0	92.0	10.0	0	633
	合計	411	103.0	140.7	53.0	0	1170

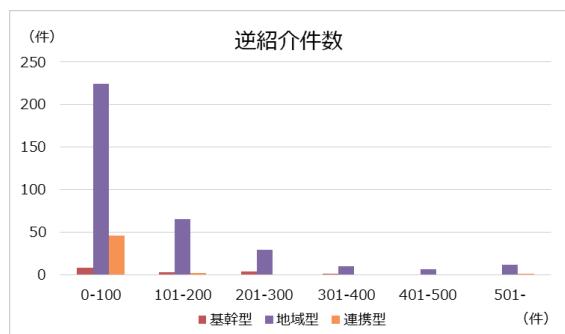


図 72 類型別 逆紹介件数

表 91 医療機関種別 逆紹介件数

		逆紹介					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	162	135.6	157.3	87.0	0	1170
	精神科病院	203	82.0	114.1	46.0	0	931
	診療所	32	23.7	29.0	13.5	0	125
	その他	14	211.9	256.4	93.0	1	754
	合計	411	103.0	140.7	53.0	0	1170

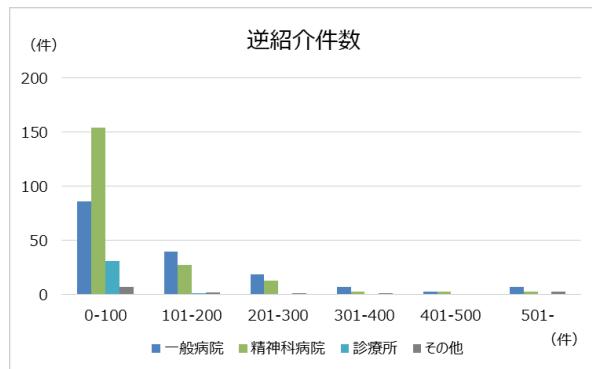


図 73 医療機関種別 逆紹介件数

II-6. 初診までの待機日数

類型別（表 92、図 74）、医療機関種別（表 93、図 75）に、初診までの待機日数を示す。基幹型の 87.6% は 15 日～3 か月待ちであった、地域型の 51.0%，連携型の 72.9% 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 45.3%，精神科病院の 55.9%，診療所の 68.8% が 14 日未満の待機日数であった。

表 92 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		214	107	86	4	0	411
		52.1%	26.0%	20.9%	1.0%	0.0%	100.0%
類型	基幹型	2	7	7	0	0	16
		12.5%	43.8%	43.8%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	177	90	76	4	0	347
		51.0%	25.9%	21.9%	1.2%	0.0%	100.0%
連携型		35	10	3	0	0	48
		72.9%	20.8%	6.3%	0.0%	0.0%	100.0%

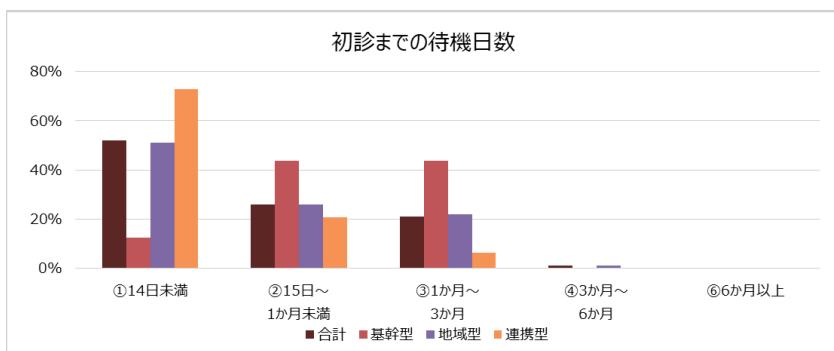


図 74 類型別 初診までの待機日数（再掲）

表 93 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		214	107	86	4	0	411
		52.1%	26.0%	20.9%	1.0%	0.0%	100.0%
医療機関種別	一般病院	73	48	40	0	0	161
		45.3%	29.8%	24.8%	0.0%	0.0%	100.0%
	精神科病院	114	47	39	4	0	204
		55.9%	23.0%	19.1%	2.0%	0.0%	100.0%
診療所		22	7	3	0	0	32
		68.8%	21.9%	9.4%	0.0%	0.0%	100.0%
その他		5	5	4	0	0	14
		35.7%	35.7%	28.6%	0.0%	0.0%	100.0%

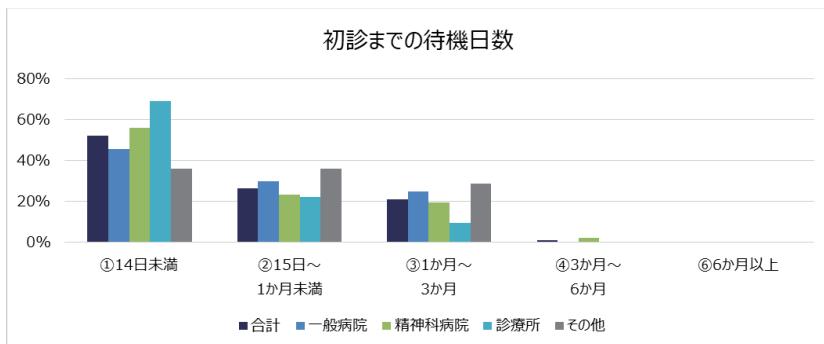


図 75 医療機関種別 初診までの待機日数（再掲）

II-7. 診療報酬

1) 認知症専門診断管理料 1：類型別の認知症専門診断管理料 1 算定の有無（表 94），年間算定件数（表 95）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 96），年間算定件数（表 97）を示す。基幹型の 100%，地域型の 75.1%，連携型の 50.0%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 77.8%，精神科病院の 70.0%，診療所の 69.7%が算定しており，算定回数の中央値では一般病院が多かった。

表 94 類型別 認知症専門診断管理料 1 算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	263	87	350
		75.1%	24.9%	100.0%
	連携型	25	25	50
		50.0%	50.0%	100.0%
	合計	304	112	416
		73.1%	26.9%	100.0%

表 95 類型別 認知症専門診断管理料 1 年間算定件数

類型	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
基幹型	16	56.8	81.4	20.0	0	253
地域型	257	78.8	99.2	42.0	0	574
連携型	25	23.0	46.6	10.0	1	229
合計	298	72.9	96.2	33.5	0	574

表 96 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	126 77.8%	36 22.2%	162 100.0%
	精神科病院	145 70.0%	62 30.0%	207 100.0%
	診療所	23 69.7%	10 30.3%	33 100.0%
	その他	10 71.4%	4 28.6%	14 100.0%
	合計	304 73.1%	112 26.9%	416 100.0%

表 97 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
医療機関種別	一般病院	122	88.1	104.7	54.5	0
	精神科病院	143	70.0	94.4	34.0	0
	診療所	23	14.6	18.9	9.0	1
	その他	10	64.4	67.4	32.0	5
	合計	298	72.9	96.2	33.5	0

2) 認知症専門診断管理料 2 : 類型別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無 (表 98), 年間算定件数 (表 99) 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 100), 年間算定件数 (表 101) を示す. 基幹型の 66.7%が算定しており, 地域型の 52.0%, 連携型の 93.6%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 51.9%が算定していたが, 精神科病院の 57.6%, 診療所の 93.3%が算定していなかった. 算定回数の中央値では精神科病院が多かった.

表 98 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 66.7%	5 33.3%	15 100.0%
	地域型	166 48.0%	180 52.0%	346 100.0%
	連携型	3 6.4%	44 93.6%	47 100.0%
	合計	179 43.9%	229 56.1%	408 100.0%

表 99 類型別 認知症専門診断管理料 2 年間算定件数

類型	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
基幹型	10	4.1	5.1	1.5	0	14
	162	22.9	38.4	9.0	0	273
	3	7.7	8.3	5.0	1	17
	175	21.5	37.2	8.0	0	273

表 100 医療機関種別 認知症専門診断管理料 2 算定の有無

医療機関種別	認知症専門診断管理料2 算定の有無		
	あり	なし	合計
一般病院	83	77	160
	51.9%	48.1%	100.0%
	87	118	205
	42.4%	57.6%	100.0%
	2	28	30
	6.7%	93.3%	100.0%
精神科病院	7	6	13
	53.8%	46.2%	100.0%
	179	229	408
診療所	43.9%	56.1%	100.0%
その他			
合計			

表 101 医療機関種別 認知症専門診断管理料 2 年間算定件数

医療機関種別	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
一般病院	81	16.5	31.4	6.0	0	200
	85	27.3	43.1	12.0	0	273
	2	11.0	8.5	11.0	5	17
	7	13.7	11.9	12.0	1	30
	175	21.5	37.2	8.0	0	273

3) 認知症ケア加算 1 : 類型別の認知症ケア加算 1 算定の有無 (表 102), 年間算定件数 (表 103) よび医療機関種別の認知症ケア加算 1 算定の有無 (表 104), 年間算定件数 (表 105) を示す. 基幹型の 66.7%, 地域型の 79.5%, 連携型の 100%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 59.4%, 精神科病院の 97.5%, 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 102 類型別 認知症ケア加算 1 算定の有無

類型	認知症ケア加算1 算定の有無		
	あり	なし	合計
基幹型	5	10	15
	33.3%	66.7%	100.0%
地域型	70	271	341
	20.5%	79.5%	100.0%
連携型	0	47	47
	0.0%	100.0%	100.0%
合計	75	328	403
	18.6%	81.4%	100.0%

表 103 類型別 認知症ケア加算 1 年間算定件数

類型		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
類型	基幹型	5	1368.6	1734.6	797.0	0
	地域型	70	5960.4	6900.6	3948.0	0
	連携型	0				
	合計	75	5654.3	6774.4	3275.0	0
						40679

表 104 医療機関種別 認知症ケア加算 1 算定の有無

医療機関種別		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	65 40.6%	95 59.4%	160 100.0%
	精神科病院	5 2.5%	196 97.5%	201 100.0%
医療機関種別	診療所	0 0.0%	30 100.0%	30 100.0%
	その他	5 41.7%	7 58.3%	12 100.0%
		合計 18.6%	328 81.4%	403 100.0%

表 105 医療機関種別 認知症ケア加算 1 年間算定件数

医療機関種別		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
医療機関種別	一般病院	65	5791.2	6890.5	3494.0	0
	精神科病院	5	6530.0	6357.0	4626.0	31
	診療所	0				
	その他	5	2999.4	6235.3	252.0	49
	合計	75	5654.3	6774.4	3275.0	0
						40679

4) 認知症ケア加算 2 : 類型別の認知症ケア加算 2 算定の有無 (表 106), 年間算定件数 (表 107) および医療機関種別の認知症ケア加算 2 算定の有無 (表 108), 年間算定件数 (表 109) を示す. 基幹型の 93.3%, 地域型の 84.7%, 連携型の 89.6%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 75.0%, 精神科病院の 94.5%, 診療所の 96.7%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 106 類型別 認知症ケア加算 2 算定の有無

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	1 6.7%	14 93.3%	15 100.0%
	地域型	52 15.3%	287 84.7%	339 100.0%
	連携型	5 10.4%	43 89.6%	48 100.0%
	合計	58 14.4%	344 85.6%	402 100.0%

表 107 類型別 認知症ケア加算 2 年間算定数

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	1	4565.0		4565.0	4565	4565
	地域型	52	10558.0	14272.9	6477.0	0	75354
	連携型	5	5086.0	7103.6	3275.0	105	17471
	合計	58	9983.0	13738.0	6067.0	0	75354

表 108 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	40 25.0%	120 75.0%	160 100.0%
	精神科病院	11 5.5%	188 94.5%	199 100.0%
	診療所	1 3.3%	29 96.7%	30 100.0%
	その他	6 46.2%	7 53.8%	13 100.0%
合計		58 14.4%	344 85.6%	402 100.0%

表 109 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	40	10706.7	12089.6	6895.5	0	52314
	精神科病院	11	4529.3	3741.4	5882.0	52	9218
	診療所	1	752.0		752.0	752	752
	その他	6	16695.2	29030.8	4513.5	0	75354
合計		58	9983.0	13738.0	6067.0	0	75354

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 110），および医療機関種別（表 111）に示す。基幹型の 100%，一般病院の 75.3%が指定されていたが，地域型の 64.8%，連携型の 88.0%，精神科病院の 92.7%，診療所の 100%は指定されていなかった。

表 110 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	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	114	210	324
		35.2%	64.8%	100.0%
連携型		6	44	50
		12.0%	88.0%	100.0%
合計		136	254	390
		34.9%	65.1%	100.0%

表 111 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	116	38	154
		75.3%	24.7%	100.0%
	精神科病院	14	177	191
		7.3%	92.7%	100.0%
	診療所	0	32	32
		0.0%	100.0%	100.0%
その他		6	7	13
		46.2%	53.8%	100.0%
合計		136	254	390
		34.9%	65.1%	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 112），および医療機関種別（表 113）に示す。基幹型の 60.0%は指定されていたが，地域型の 88.3%，連携型の 98.0%，一般病院の 70.7%，精神科病院の 99.5%，診療所の 100%は指定されていなかった。

表 112 類型別 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	9 60.0%	6 40.0%	15 100.0%
	地域型	37 11.7%	280 88.3%	317 100.0%
	連携型	1 2.0%	48 98.0%	49 100.0%
	合計	47 12.3%	334 87.7%	381 100.0%

表 113 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	44 29.3%	106 70.7%	150 100.0%
	精神科病院	1 0.5%	186 99.5%	187 100.0%
	診療所	0 0.0%	32 100.0%	32 100.0%
	その他	2 16.7%	10 83.3%	12 100.0%
	合計	47 12.3%	334 87.7%	381 100.0%

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 114, 図 76), および医療機関種別(表 115, 図 77)に示す。全体の 78.4%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 114 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	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	283	72	355
		79.7%	20.3%	100.0%
連携型		32	19	51
		62.7%	37.3%	100.0%
合計		331	91	422
		78.4%	21.6%	100.0%

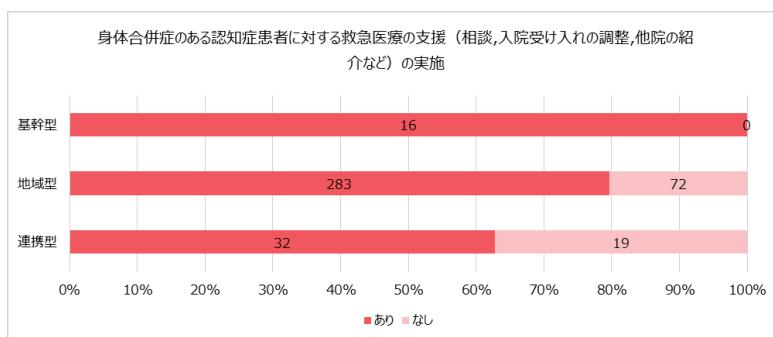


図 76 類型別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

表 115 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	144	21	165
		87.3%	12.7%	100.0%
	精神科病院	158	52	210
		75.2%	24.8%	100.0%
診療所		19	14	33
		57.6%	42.4%	100.0%
その他		10	4	14
		71.4%	28.6%	100.0%
合計		331	91	422
		78.4%	21.6%	100.0%

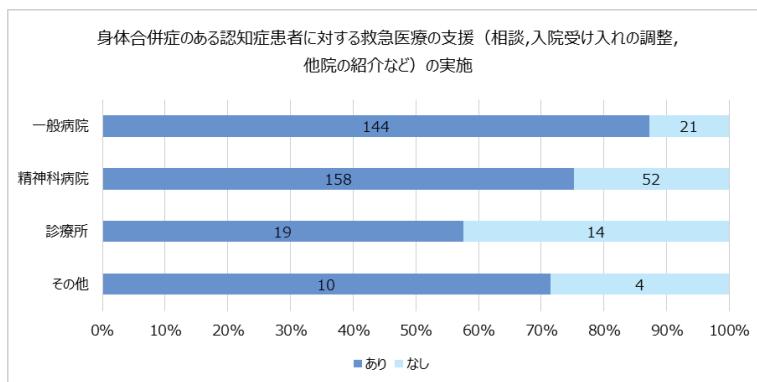


図 77 医療機関別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

2) 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: 類型別(表 116, 図 78), および医療機関種別(表 117, 図 79)に示す。基幹型の 87.5%, 一般病院の 54.5%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 67.9%, 連携型の 88.2%, 精神科病院の 83.8%, 診療所の 90.9%が実施していなかったが、精神科や一般病床の有無の点で実施困難であることも理由と考えられる。

表 116 類型別 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

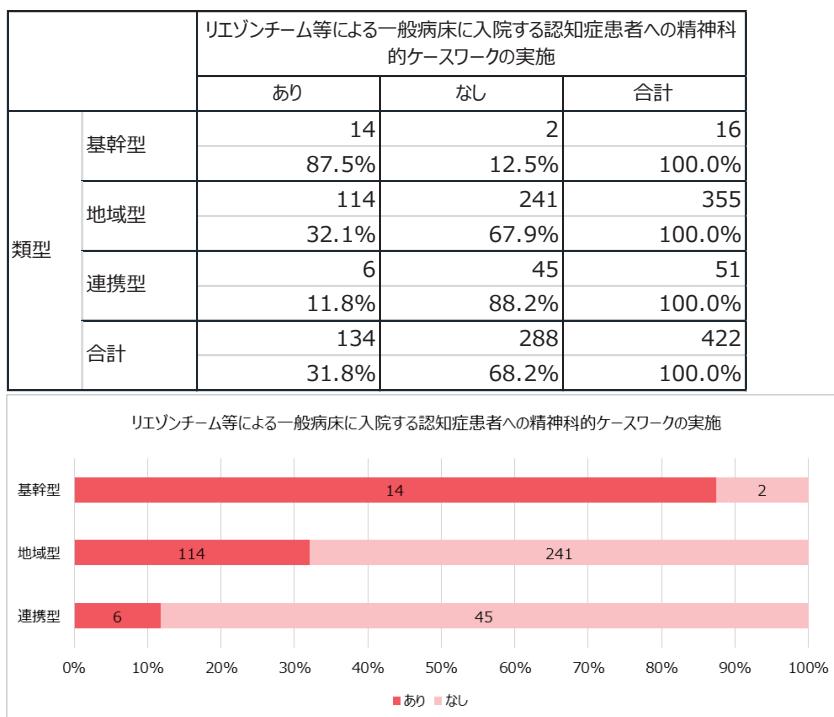


図 78 類型別 リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施 (再掲)

表 117 医療機関種別 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

		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	90	75	165
		54.5%	45.5%	100.0%
精神科病院		34	176	210
		16.2%	83.8%	100.0%
診療所		3	30	33
		9.1%	90.9%	100.0%
その他		7	7	14
		50.0%	50.0%	100.0%
合計		134	288	422
		31.8%	68.2%	100.0%

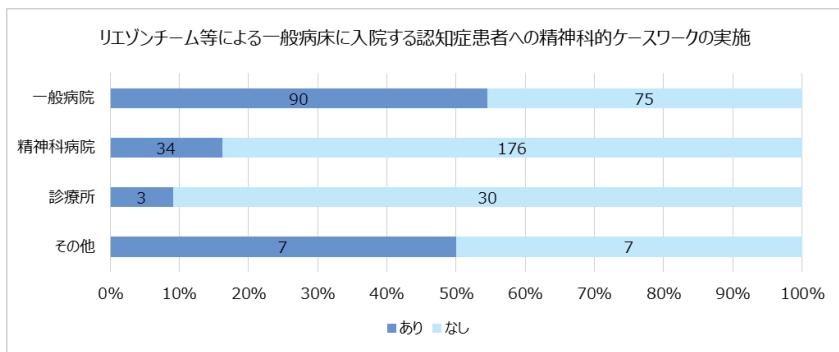


図 79 医療機関種別 リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施 (再掲)

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 118, 図 80），および医療機関種別（表 119, 図 81）に示す。類型別で特別な傾向は見られず，全体の 58.5%が院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会を実施していた。医療機関種別では一般病院の 70.3%，精神科病院の 51.4%が実施しており，認知症に関する情報提供の必要な他科の存在の有無により，研修会の実施が影響されていたかもしれない。

表 118 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	9	7	16
		56.3%	43.8%	100.0%
	地域型	214	141	355
		60.3%	39.7%	100.0%
	連携型	24	27	51
		47.1%	52.9%	100.0%
	合計	247	175	422
		58.5%	41.5%	100.0%

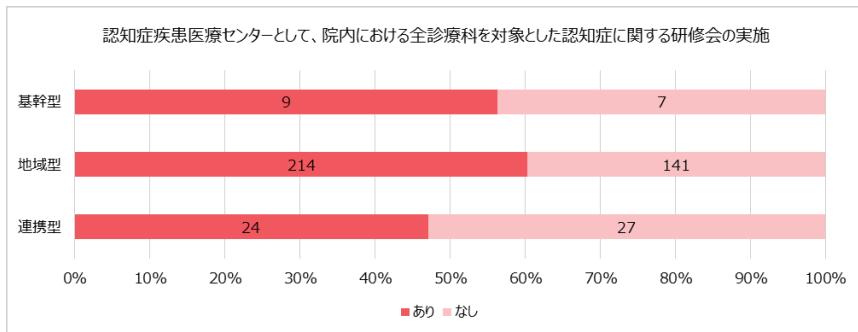


図 80 類型別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施 (再掲)

表119 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	116	49	165
		70.3%	29.7%	100.0%
	精神科病院	108	102	210
		51.4%	48.6%	100.0%
	診療所	15	18	33
		45.5%	54.5%	100.0%
その他		8	6	14
		57.1%	42.9%	100.0%
合計		247	175	422
		58.5%	41.5%	100.0%

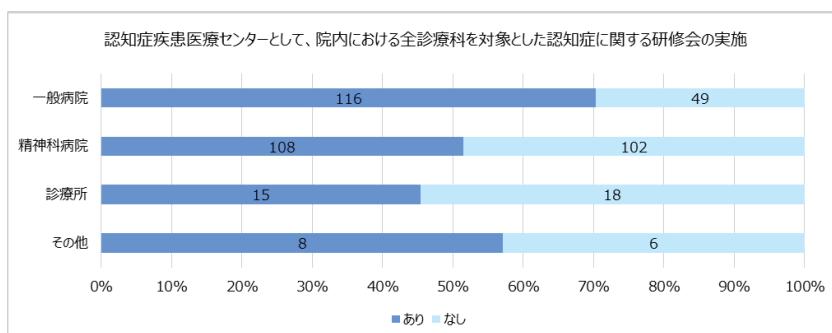


図 81 医療機関種別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施
(再掲)

4) 休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保：類型別（表 120、図 82）、および医療機関種別（表 121、図 83）に示す。基幹型では 100%が身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床を確保していた。一方で地域型の 34.1%，連携型の 21.6% も同様の空床を確保していた点は、必要性の有無に関連している可能性がある。医療機関種別では全体の 64.9%，診療所の 97.0% は確保しておらず、病床の有無が関連した可能性がある。

表 120 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・急性期患者対応のための空床の確保

		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	16	0	16
	基幹型	100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	121	234	355
	地域型	34.1%	65.9%	100.0%
	連携型	11	40	51
	連携型	21.6%	78.4%	100.0%
	合計	148	274	422
	合計	35.1%	64.9%	100.0%

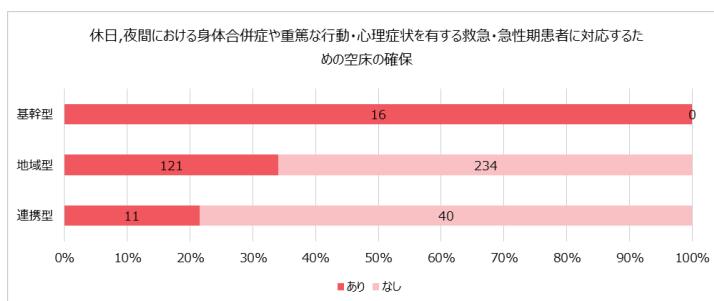


図 82 類型別 休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

表 121 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	63	102	165
	一般病院	38.2%	61.8%	100.0%
	精神科病院	79	131	210
	精神科病院	37.6%	62.4%	100.0%
	診療所	1	32	33
	診療所	3.0%	97.0%	100.0%
	その他	5	9	14
	その他	35.7%	64.3%	100.0%
	合計	148	274	422
	合計	35.1%	64.9%	100.0%

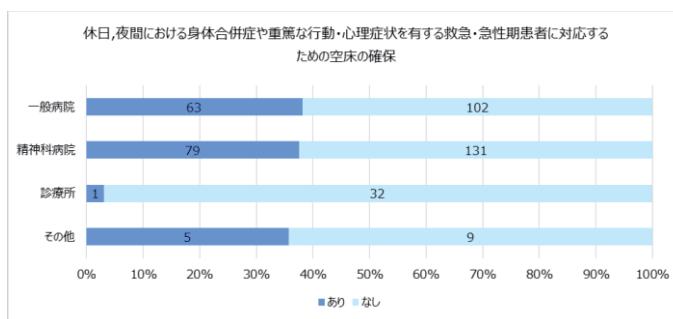


図 83 医療機関種別 休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

5) 確保している空床数：空床数について一般病床、精神病床、その他の病床の順に、類型別（表 122、図 84、85、86）、および医療機関種別（表 123、図 87、88、89）に示す。確保している病床は全体としては精神病床が多く、一方で一般病院では一般病床が多かった。

表 122 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）

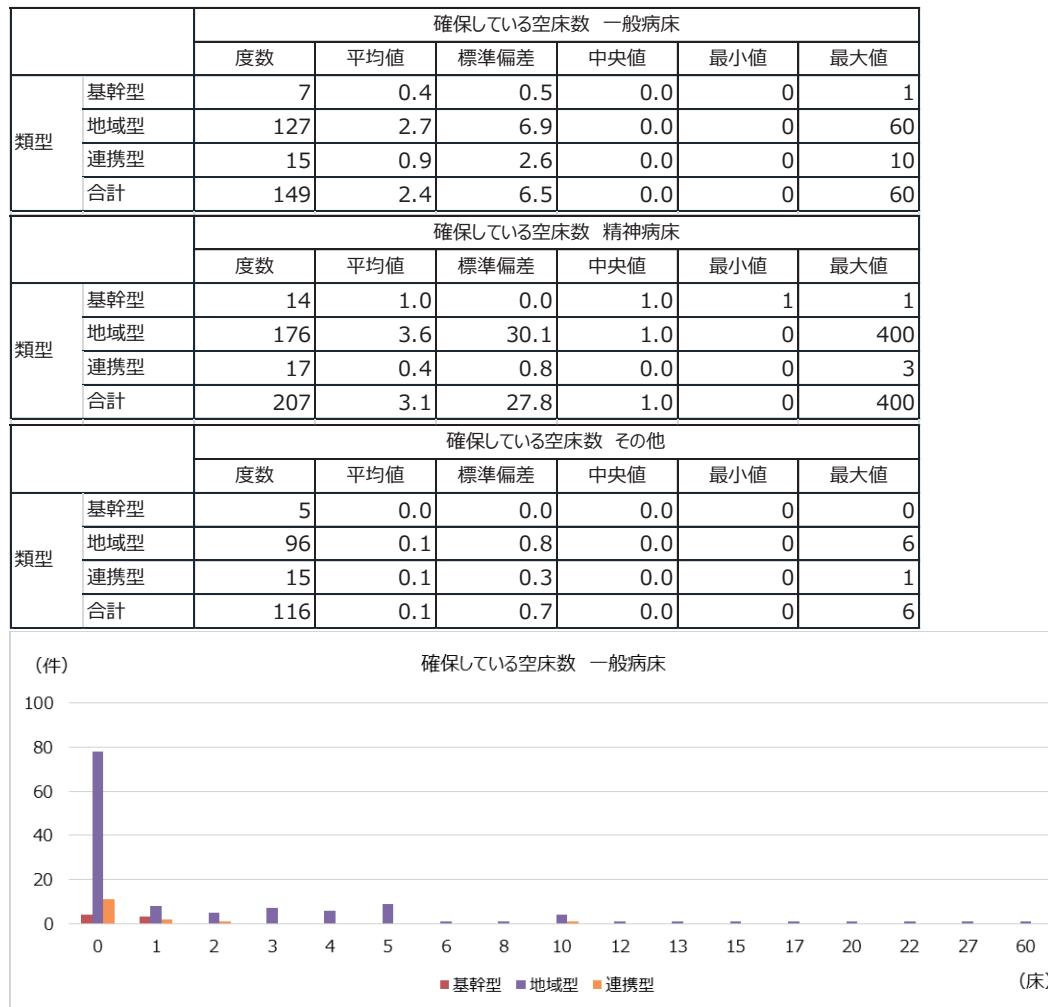


図 84 類型別 確保している空床数（一般病床）

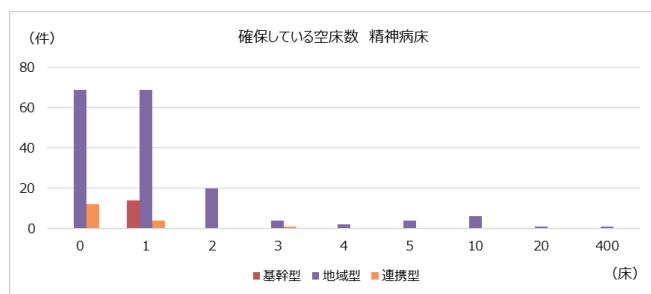


図 85 類型別 確保している空床数（精神病床）

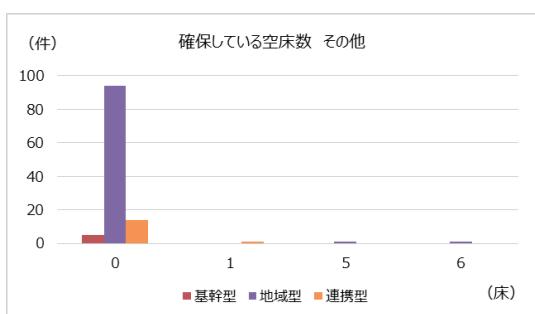


図 86 類型別 確保している空床数（その他）

表 123 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）

医療機関種別	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
一般病院	79	3.6	5.4	1.0	0	27
精神科病院	53	1.2	8.2	0.0	0	60
診療所	9	0.1	0.3	0.0	0	1
その他	8	2.0	3.5	0.0	0	10
合計	149	2.4	6.5	0.0	0	60
医療機関種別	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
一般病院	75	0.8	1.5	0.0	0	10
精神科病院	116	5.0	37.1	1.0	0	400
診療所	9	0.0	0.0	0.0	0	0
その他	7	1.9	3.7	0.0	0	10
合計	207	3.1	27.8	1.0	0	400
医療機関種別	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
一般病院	53	0.1	0.8	0.0	0	6
精神科病院	49	0.1	0.7	0.0	0	5
診療所	9	0.0	0.0	0.0	0	0
その他	5	0.0	0.0	0.0	0	0
合計	116	0.1	0.7	0.0	0	6

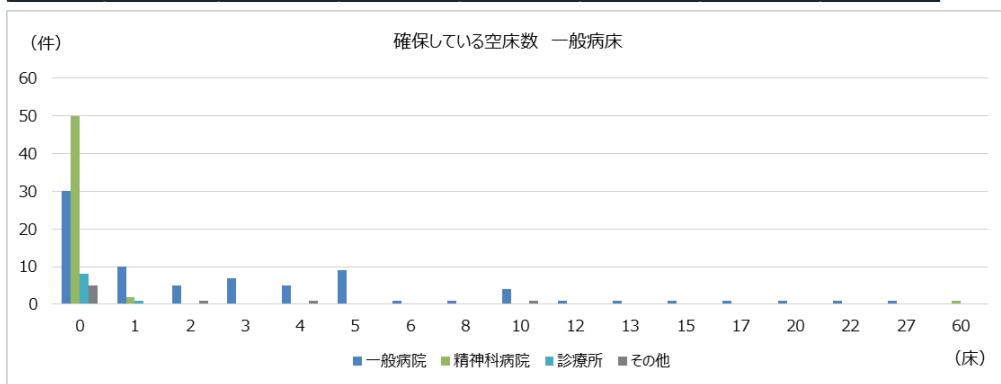


図 87 医療機関種別 確保している空床数（一般病床）

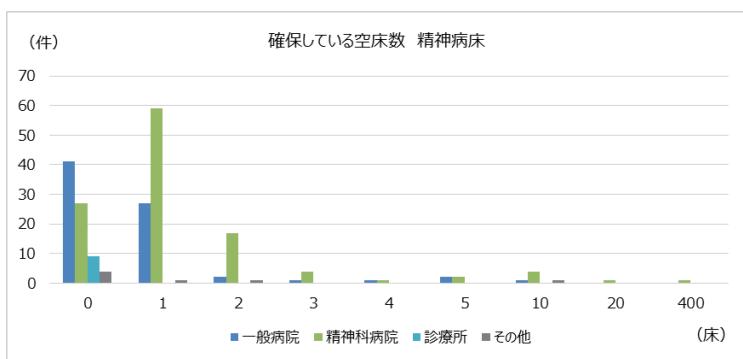


図 88 医療機関種別 確保している空床数（精神病床）

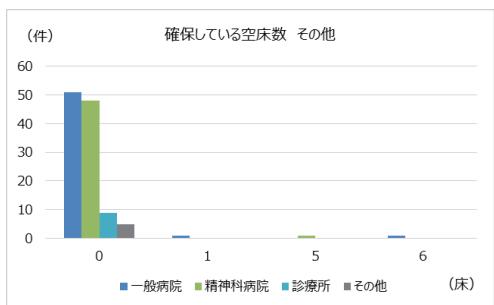


図 89 医療機関種別 確保している空床数（その他）

IV. 地域連携推進機関としての要件と機能

IV-1. 認知症疾患医療連携協議会

1) 認知症疾患医療連携協議会の開催形態：認知症疾患医療連携協議会の開催形態を類型別（表 124、図 90）、および医療機関種別（表 125、図 91）に示す。全体の 68.3%が自院で主催であり、連携型の 49.0%，診療所の 57.6%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 12.1%であった。

表 124 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	12	3	1	0	16
		75.0%	18.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	255	42	55	1	353
		72.2%	11.9%	15.6%	0.3%	100.0%
連携型		20	6	25	0	51
		39.2%	11.8%	49.0%	0.0%	100.0%
合計		287	51	81	1	420
		68.3%	12.1%	19.3%	0.2%	100.0%

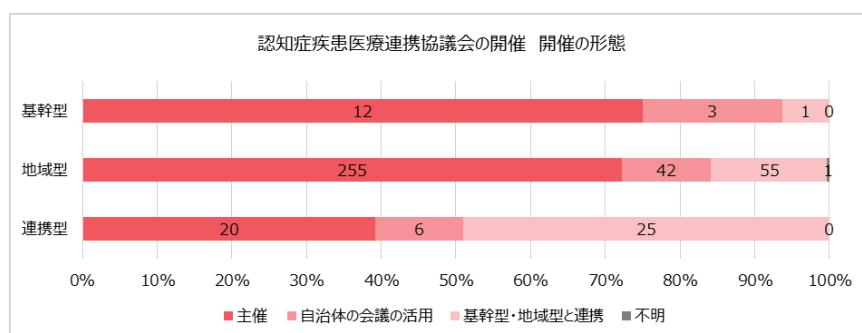


図 90 類型別 認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

表 125 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	118	16	30	1	165
		71.5%	9.7%	18.2%	0.6%	100.0%
	精神科病院	153	27	28	0	208
		73.6%	13.0%	13.5%	0.0%	100.0%
診療所		9	5	19	0	33
		27.3%	15.2%	57.6%	0.0%	100.0%
その他		7	3	4	0	14
		50.0%	21.4%	28.6%	0.0%	100.0%
合計		287	51	81	1	420
		68.3%	12.1%	19.3%	0.2%	100.0%

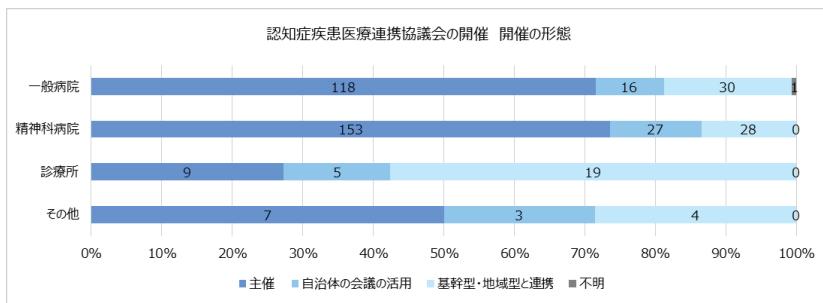


図 91 医療機関種別 認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

2) 認知症疾患医療連携協議会の開催回数：認知症疾患医療連携協議会の開催回数を類型別（表 126, 図 92），および医療機関種別（表 127, 図 93）に示す。全体として概ね 2 回/年前後の開催であった。

表 126 類型別 認知症疾患医療連携協議会の開催回数

類型	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
基幹型	16	1.9	0.8	2.0	1	3
地域型	350	2.0	1.6	2.0	0	15
連携型	51	2.4	2.7	2.0	0	15
合計	417	2.0	1.7	2.0	0	15

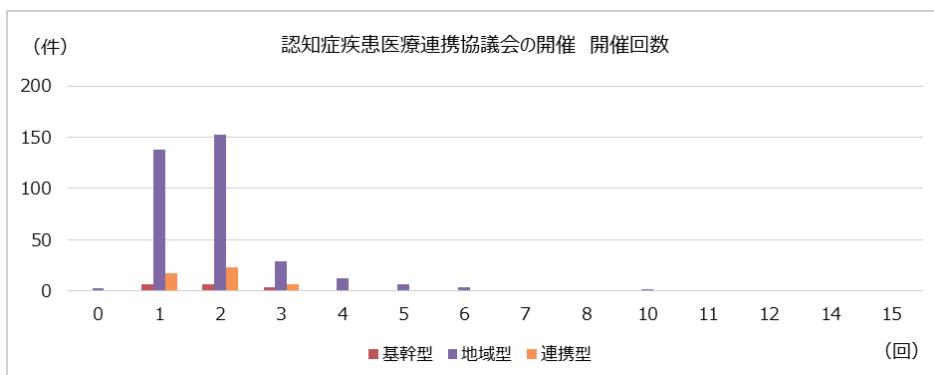


図 92 類型別 認知症疾患医療連携協議会の開催回数

表 127 医療機関種別 認知症疾患医療連携協議会の開催回数

医療機関種別	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
一般病院	164	1.9	1.2	2.0	0	11
精神科病院	206	2.1	1.8	2.0	0	15
診療所	33	2.8	3.3	2.0	0	15
その他	14	2.0	0.8	2.0	1	3
合計	417	2.0	1.7	2.0	0	15

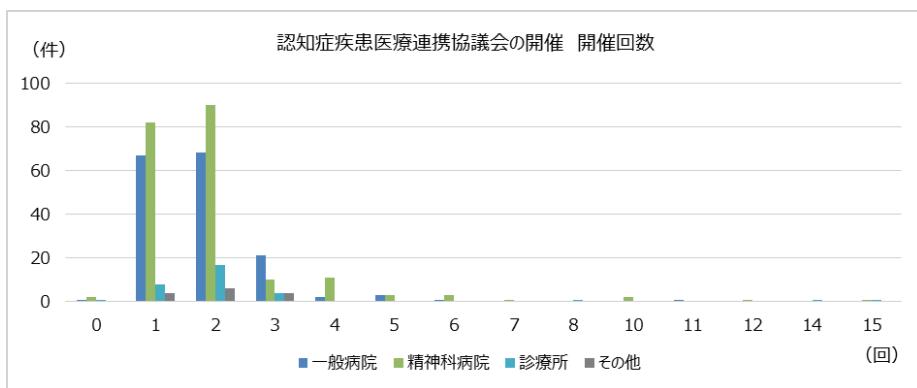


図 93 医療機関種別 認知症疾患医療連携協議会の開催回数

IV-2. 研修会開催

1) 医療従事者対象: 医療従事者対象の研修会について類型別の開催の有無(表 128, 図 94)と開催回数(表 129, 図 95), および医療機関種別の開催の有無(表 130, 図 96)と開催回数(表 131, 図 97)を示す。全体で 90.5%が開催しており, 類型別の傾向はなかったが医療機関種別では診療所で 75.8%とやや少なかった。回数の中央値では基幹型は 3 回/年, 地域型と連携型は 2 回/年の開催であった。最大実施回数は 21 回/年であった。

表 128 類型別 医療従事者対象の研修会の開催の有無

類型	研修会の開催 医療従事者対象 開催の有無		
	あり	なし	合計
基幹型	14	2	16
	87.5%	12.5%	100.0%
地域型	327	28	355
	92.1%	7.9%	100.0%
連携型	41	10	51
	80.4%	19.6%	100.0%
合計	382	40	422
	90.5%	9.5%	100.0%

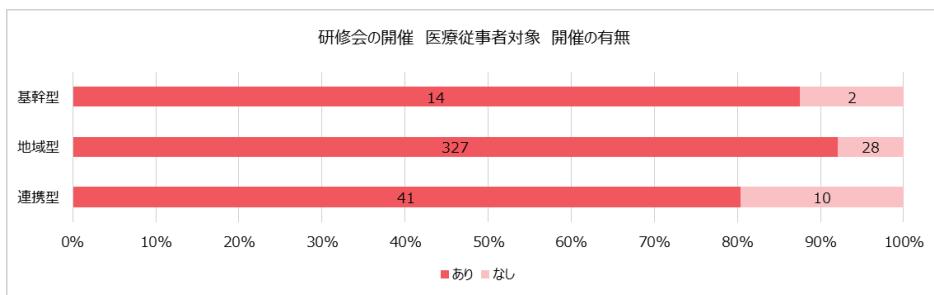


図 94 類型別 医療従事者対象の研修会の開催の有無 (再掲)

表 129 類型別 医療従事者対象の研修会の開催回数

類型	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
基幹型	14	5.1	4.6	3.0	1	15
	327	3.3	3.1	2.0	0	21
	40	3.4	3.5	2.0	1	18
	381	3.4	3.2	2.0	0	21

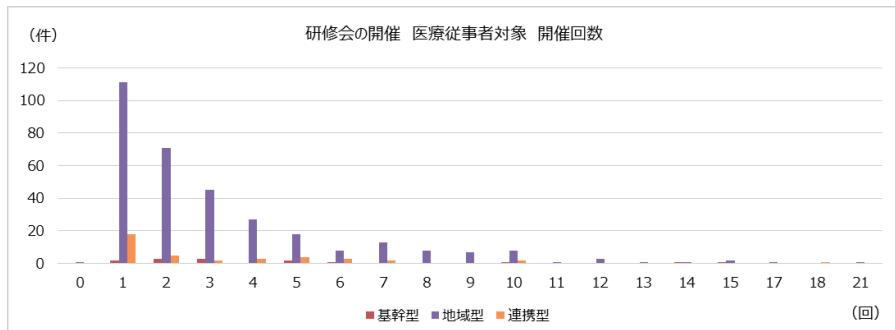


図 95 類型別 医療従事者対象の研修会の開催回数

表 130 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催の有無

医療機関種別	研修会の開催 医療従事者対象 開催の有無		
	あり	なし	合計
一般病院	154	11	165
	93.3%	6.7%	100.0%
精神科病院	189	21	210
	90.0%	10.0%	100.0%
診療所	25	8	33
	75.8%	24.2%	100.0%
その他	14	0	14
	100.0%	0.0%	100.0%
合計	382	40	422
	90.5%	9.5%	100.0%

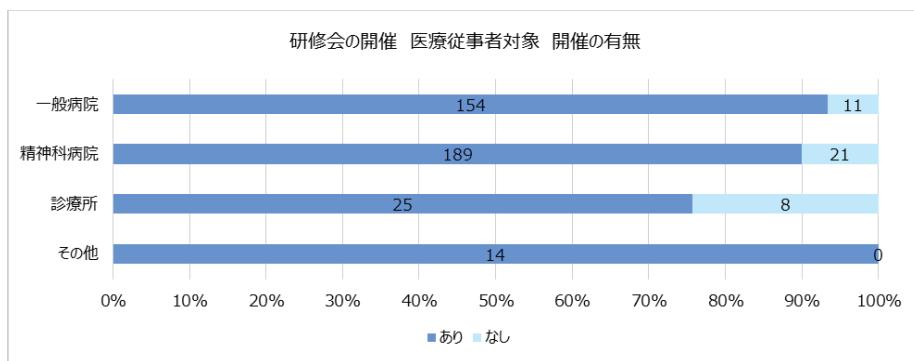


図 96 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催の有無（再掲）

表 131 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	153	3.8	3.4	3.0	1	15
	精神科病院	189	2.8	2.6	2.0	1	17
	診療所	25	4.0	3.8	3.0	1	18
	その他	14	4.1	5.6	2.0	0	21
	合計	381	3.4	3.2	2.0	0	21

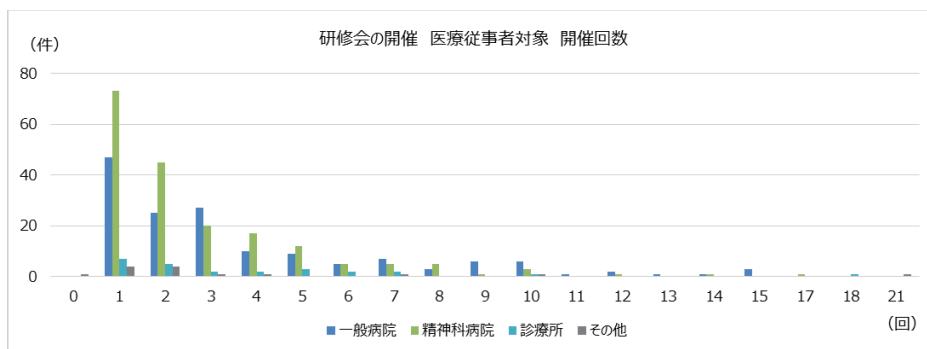


図 97 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催回数

2) 医療従事者対象のうち、かかりつけ医対象：医療従事者対象の研修会のうち、かかりつけ医対象のものについて類型別の開催の有無（表 132, 図 98）と開催回数（表 133, 図 99），および医療機関種別の開催の有無（表 134, 図 100）と開催回数（表 135, 図 101）を示す。全体で 71.6%が開催しており、連携型および診療所でやや少ない傾向があった。回数の中央値では 1～2 回/年の開催であった。最大実施回数は 17 回/年であった。

表 132 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無

類型		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
基幹型		12	4	16
		75.0%	25.0%	100.0%
地域型		262	93	355
		73.8%	26.2%	100.0%
連携型		28	23	51
		54.9%	45.1%	100.0%
合計		302	120	422
		71.6%	28.4%	100.0%

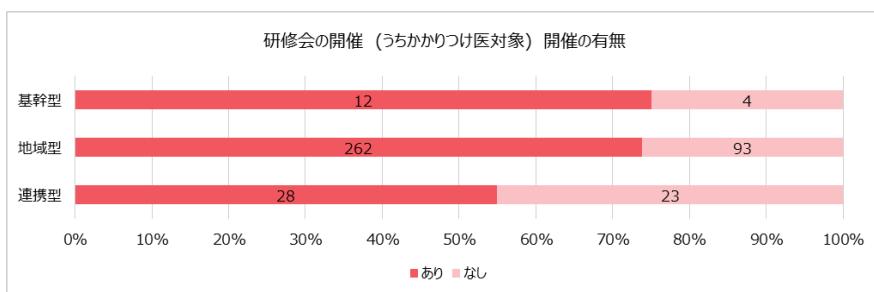


図 98 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 133 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

類型	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
基幹型	12	3.2	2.7	2.0	1	10
地域型	259	2.1	1.8	2.0	1	14
連携型	28	2.3	3.3	1.0	1	17
合計	299	2.2	2.0	2.0	1	17

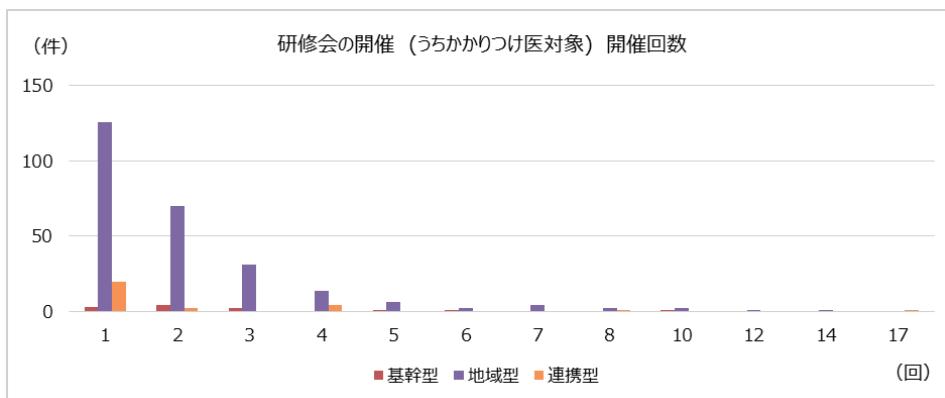


図 99 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

表 134 医療機関種別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無

医療機関種別		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
一般病院	116	49	165	
	70.3%	29.7%	100.0%	
精神科病院	156	54	210	
	74.3%	25.7%	100.0%	
診療所	19	14	33	
	57.6%	42.4%	100.0%	
その他	11	3	14	
	78.6%	21.4%	100.0%	
合計	302	120	422	
	71.6%	28.4%	100.0%	

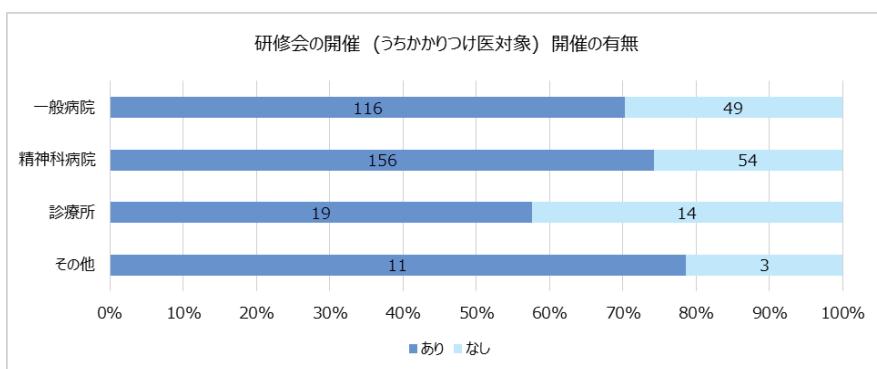


図 100 医療機関種別 カカリつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 135 医療機関種別 カカリつけ医対象研修会の開催回数

医療機関種別	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
一般病院	115	2.2	1.9	2.0	1	12
精神科病院	154	2.1	1.8	2.0	1	14
診療所	19	2.9	3.9	1.0	1	17
その他	11	1.6	1.0	1.0	1	4
合計	299	2.2	2.0	2.0	1	17

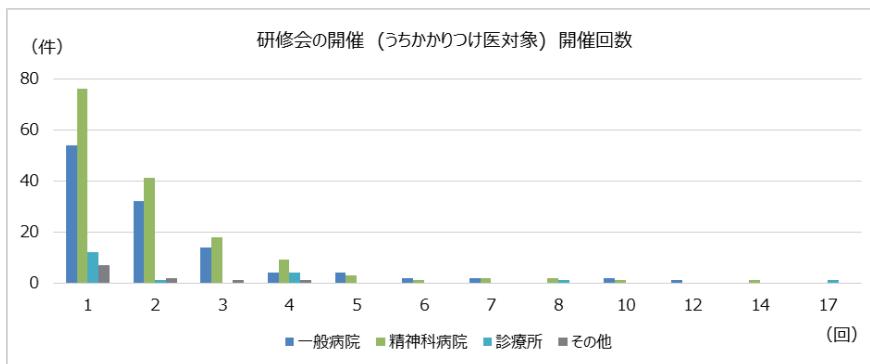


図 101 医療機関種別 カカリつけ医対象研修会の開催回数

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 136, 図 102）と開催回数（表 137, 図 103），および医療機関種別の開催の有無（表 138, 図 104）と開催回数（表 139, 図 105）を示す。全体で 82.2% が開催していた。回数の中央値では 1～2 回/年の開催であった。最大実施回数は 52 回/年であった。

表 136 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 81.3%	3 18.8%	16 100.0%
	地域型	298 83.9%	57 16.1%	355 100.0%
	連携型	36 70.6%	15 29.4%	51 100.0%
	合計	347 82.2%	75 17.8%	422 100.0%

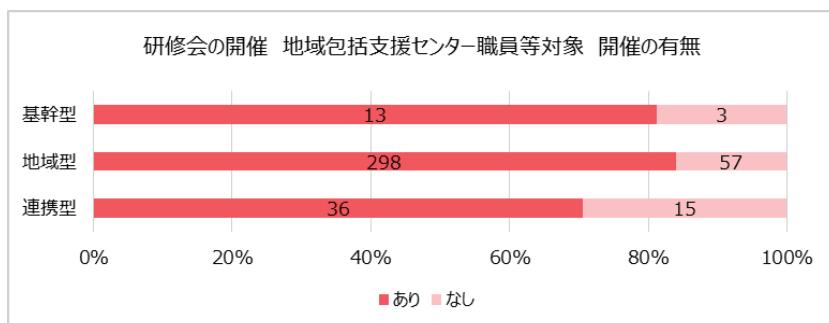


図 102 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 137 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

類型	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
基幹型	13	2.8	2.6	2.0	0	10
地域型	297	3.3	4.9	2.0	0	52
連携型	34	3.5	5.9	1.0	0	34
合計	344	3.3	4.9	2.0	0	52

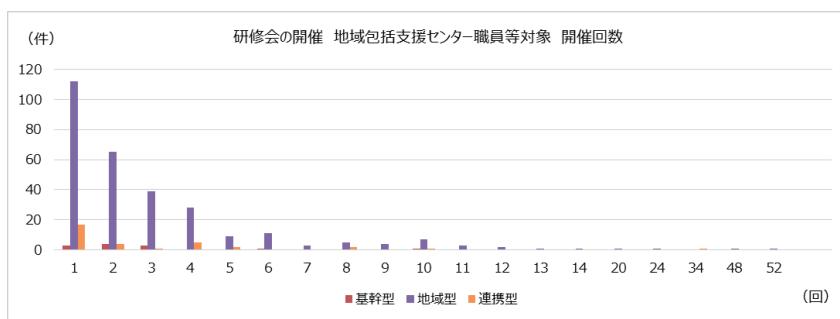


図 103 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

表 138 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	130	35	165
		78.8%	21.2%	100.0%
	精神科病院	181	29	210
		86.2%	13.8%	100.0%
	診療所	25	8	33
		75.8%	24.2%	100.0%
その他		11	3	14
		78.6%	21.4%	100.0%
合計		347	75	422
		82.2%	17.8%	100.0%

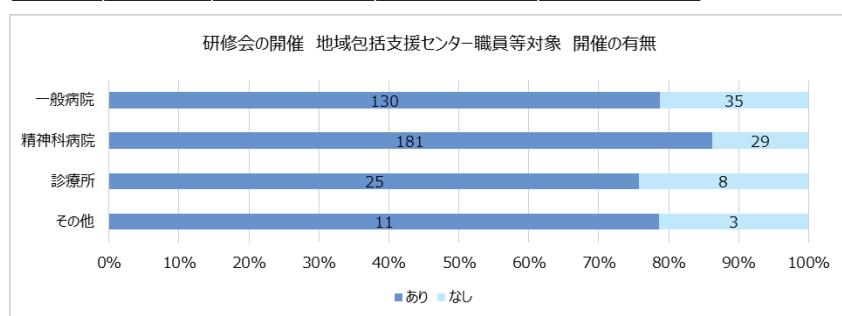


図 104 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 139 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	129	3.6	6.4	2.0	0	52
	精神科病院	179	3.0	3.2	2.0	0	24
	診療所	25	4.1	6.8	2.0	0	34
	その他	11	2.4	2.8	1.0	0	10
	合計	344	3.3	4.9	2.0	0	52

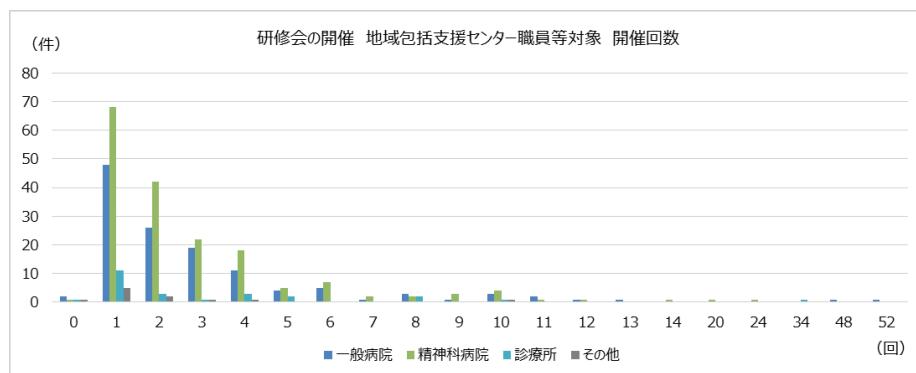


図 105 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

4) 家族・地域住民等対象：家族・地域住民等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 140, 図 106）と開催回数（表 141, 図 107），および医療機関種別の開催の有無（表 142, 図 108）と開催回数（表 143, 図 109）を示す。全体で 77.0%が開催していたが，基幹型では 56.3%が開催していなかった。回数の中央値では 1～2 回/年の開催であった。最大実施回数は 131 回/年であった。

表 140 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無

類型	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
基幹型	7	9	16
	43.8%	56.3%	100.0%
地域型	285	70	355
	80.3%	19.7%	100.0%
連携型	33	18	51
	64.7%	35.3%	100.0%
合計	325	97	422
	77.0%	23.0%	100.0%

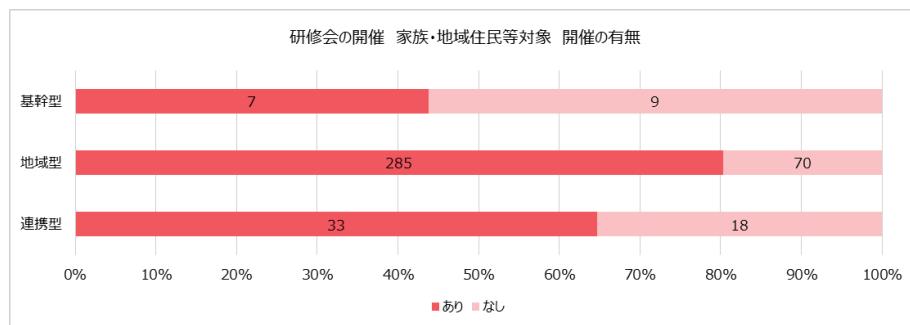


図 106 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 141 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

類型	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
基幹型	7	2.7	2.6	1.0	1	7
地域型	283	5.3	10.2	2.0	0	131
連携型	33	5.9	11.1	2.0	1	60
合計	323	5.3	10.2	2.0	0	131

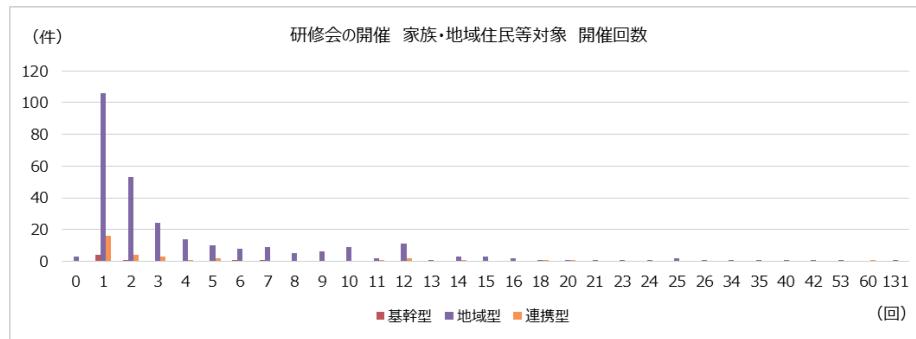


図 107 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

表 142 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	127	38	165
		77.0%	23.0%	100.0%
	精神科病院	164	46	210
		78.1%	21.9%	100.0%
	診療所	24	9	33
		72.7%	27.3%	100.0%
	その他	10	4	14
		71.4%	28.6%	100.0%
	合計	325	97	422
		77.0%	23.0%	100.0%

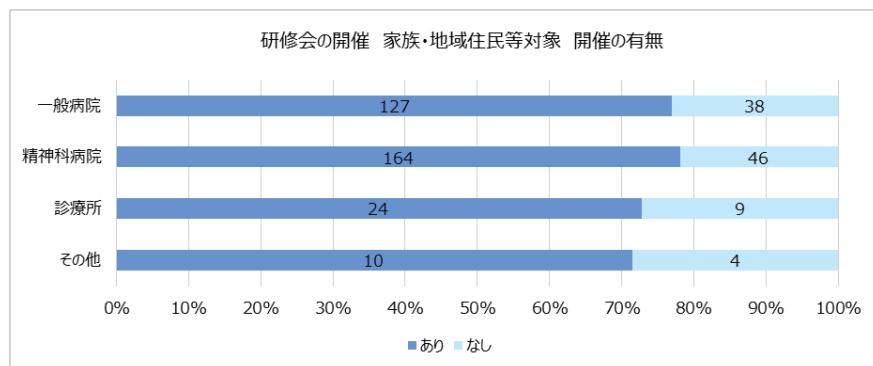


図 108 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 143 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	126	5.1	8.2	2.0	0	53
	精神科病院	163	4.5	5.6	2.0	0	40
	診療所	24	7.1	12.6	2.0	1	60
	その他	10	15.2	40.7	1.5	1	131
	合計	323	5.3	10.2	2.0	0	131

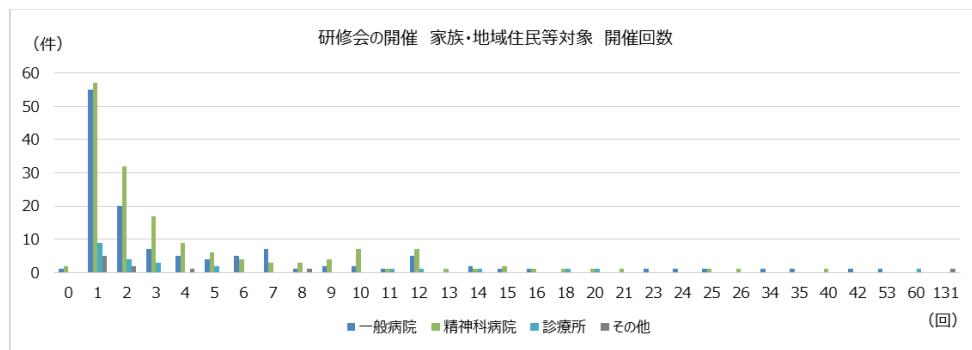


図 109 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

IV-3. 情報発信・普及啓発

1) 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無：地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無について類型別（表 144, 図 110），および医療機関種別（表 145, 図 111）に示す。全体で 95.5%が情報発信の取り組みを行っていた。

表 144 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

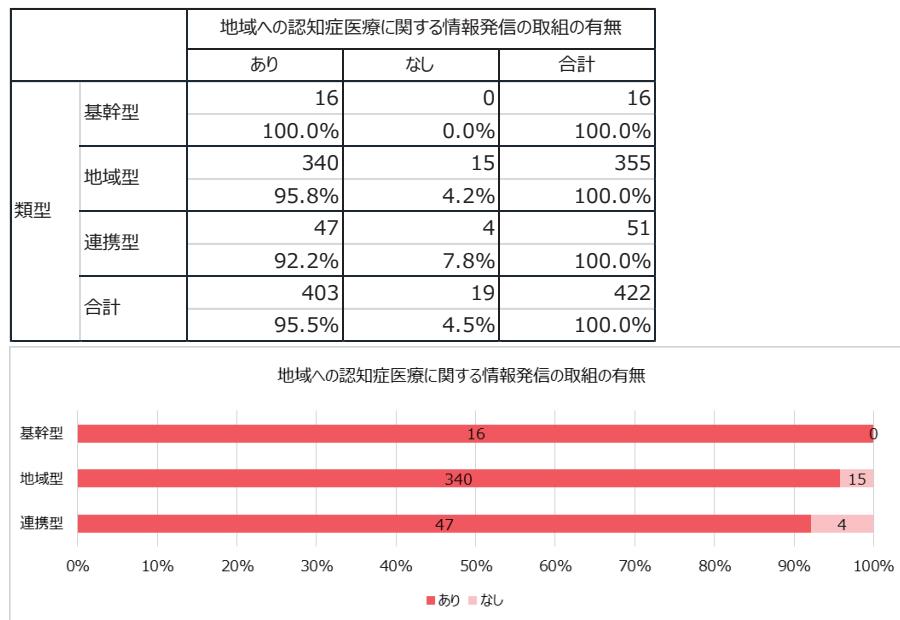


図 110 類型別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

表 145 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

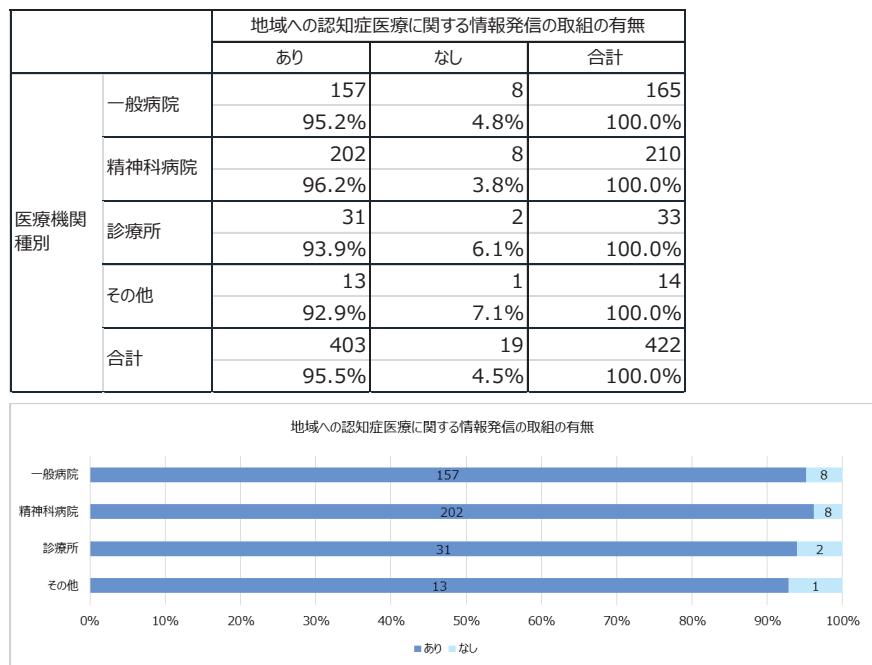


図 111 医療機関種別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

2) 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無：地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無について類型別（表 146, 図 112），および医療機関種別（表 147, 図 113）に示す。全体で 91.5% が普及啓発の取り組みを行っており，診療所は 100% が行っていた。

表 146 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

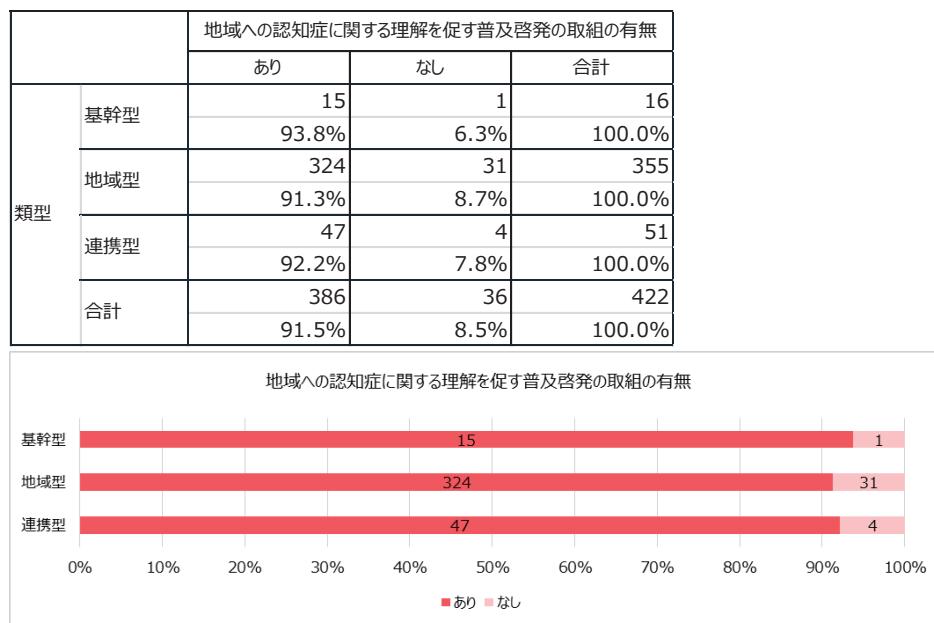


図 112 類型別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

表 147 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

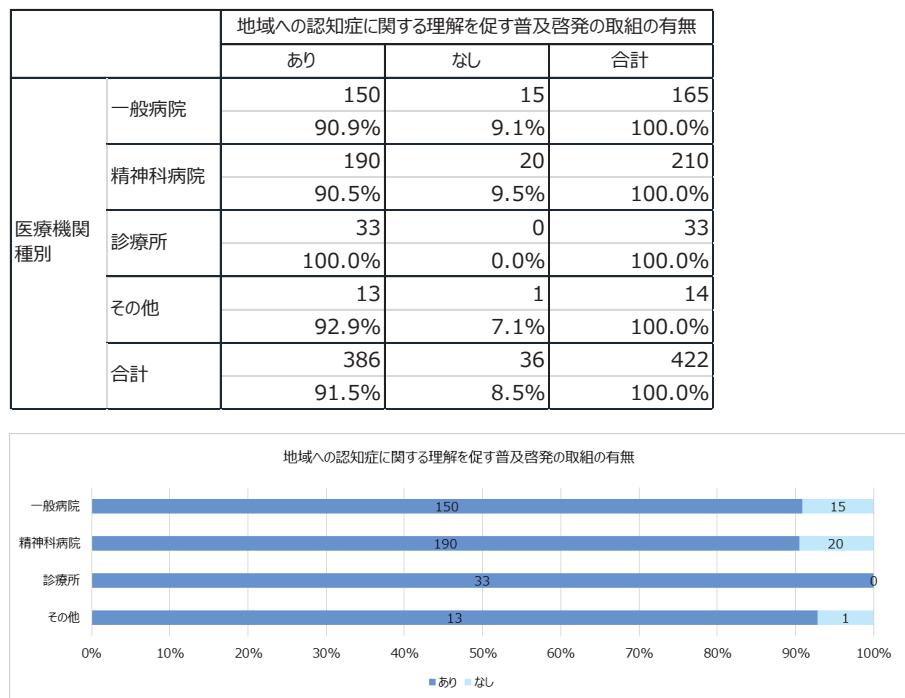


図 113 医療機関種別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

3) 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無：他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無について、類型別の有無（表 148, 図 114）と回数（表 149, 図 115）および医療機関種別の有無（表 150, 図 116）と回数（表 151, 図 117）をそれぞれ示す。全体で 94.5% が協力・講師派遣を行っており、基幹型は 100% が行っていた。回数の中央値では基幹型が多く、最大値は地域型の 108 回であった。

表 148 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	338	17	355
		95.2%	4.8%	100.0%
	連携型	45	6	51
		88.2%	11.8%	100.0%
合計		399	23	422
		94.5%	5.5%	100.0%

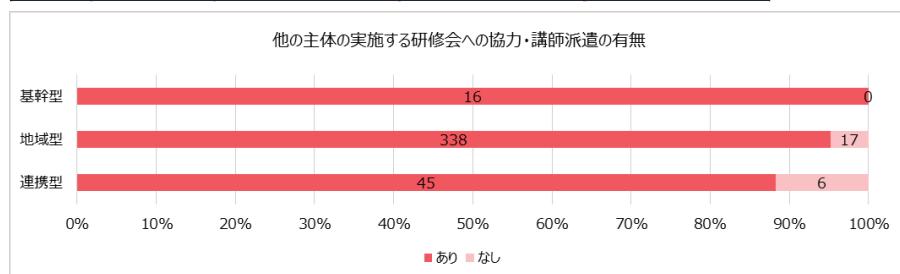


図 114 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 149 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

類型	実施回数(年間)					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
基幹型	16	19.1	22.6	13.5	1	98
地域型	336	12.6	15.4	7.0	1	108
連携型	45	9.0	9.1	6.0	1	45
合計	397	12.5	15.2	7.0	1	108

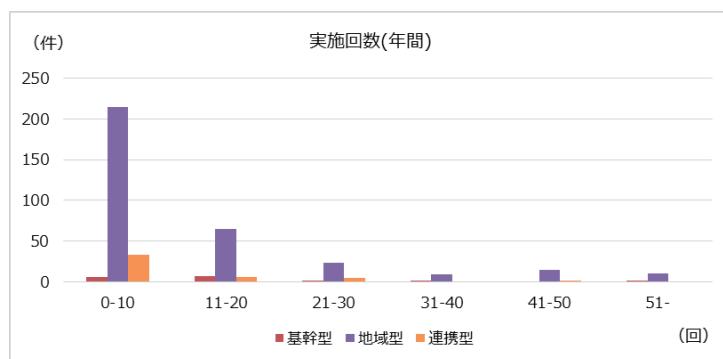


図 115 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

表 150 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	155 93.9%	10 6.1%	165 100.0%
	精神科病院	199 94.8%	11 5.2%	210 100.0%
	診療所	32 97.0%	1 3.0%	33 100.0%
	その他	13 92.9%	1 7.1%	14 100.0%
	合計	399 94.5%	23 5.5%	422 100.0%

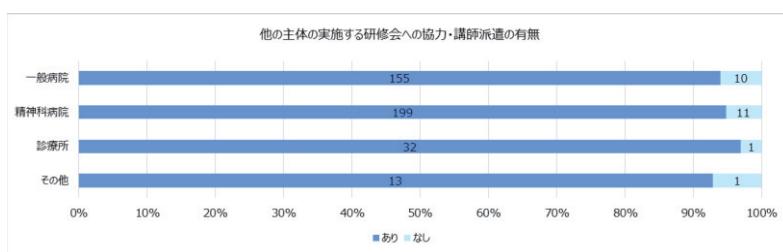


図 116 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 151 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	155	11.0	13.1	7.0	1	98
	精神科病院	197	13.5	16.5	7.0	1	108
	診療所	32	10.2	9.8	7.5	1	45
	その他	13	19.2	24.7	4.0	1	82
	合計	397	12.5	15.2	7.0	1	108

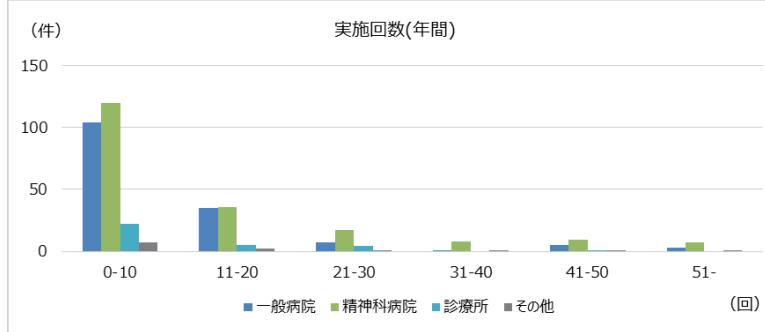


図 117 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

IV-4. 初期集中支援チームへの関与

- 1) センター内に初期集中支援チームを設置(受託)：初期集中支援チームへの関与について、センター内に初期集中支援チームの設置(受託)について、類型別（表 152、図 118）および医療機関種別（表 153、図 119）にそれぞれ示す。自院内に初期集中支援チームを設置して

いるのは類型別で地域型の 19.4%と連携型の 27.5%, 医療機関種別で一般病院の 10.3%, 精神科病院の 24.8%, 診療所の 33.3%であった.

表 152 類型別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与 センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	69	286	355
		19.4%	80.6%	100.0%
連携型		14	37	51
		27.5%	72.5%	100.0%
合計		83	339	422
		19.7%	80.3%	100.0%

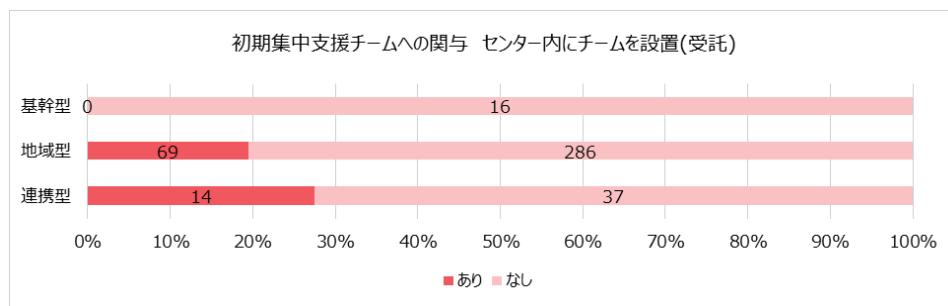


図 118 類型別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託) (再掲)

表 153 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	17	148	165
		10.3%	89.7%	100.0%
	精神科病院	52	158	210
		24.8%	75.2%	100.0%
診療所		11	22	33
		33.3%	66.7%	100.0%
その他		3	11	14
		21.4%	78.6%	100.0%
合計		83	339	422
		19.7%	80.3%	100.0%

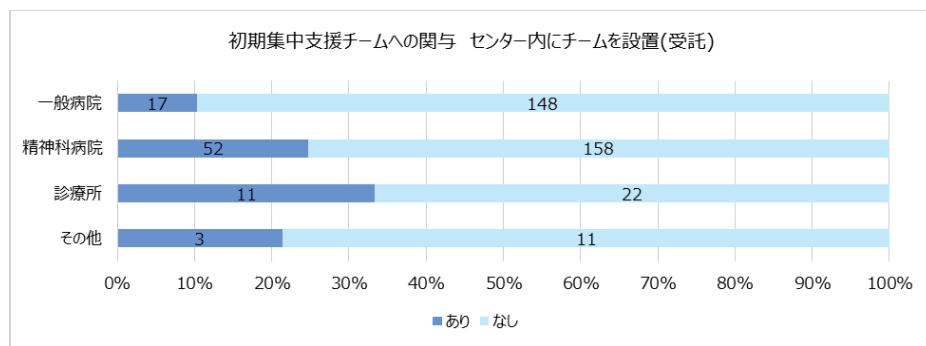


図 119 医療機関種別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託) (再掲)

2) 初期集中支援チーム員として参加：初期集中支援チームへの関与について、初期集中支援チーム員としての参加を、類型別（表 154、図 120）および医療機関種別（表 155、図 121）にそれぞれ示す。初期集中支援チーム員としての参加はとくに類型では地域型と連携型、医療機関では精神科病院および診療所に多かった。

表 154 類型別 初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与 チーム員として参加		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	2	14	16
		12.5%	87.5%	100.0%
	地域型	153	202	355
		43.1%	56.9%	100.0%
連携型		29	22	51
		56.9%	43.1%	100.0%
合計		184	238	422
		43.6%	56.4%	100.0%

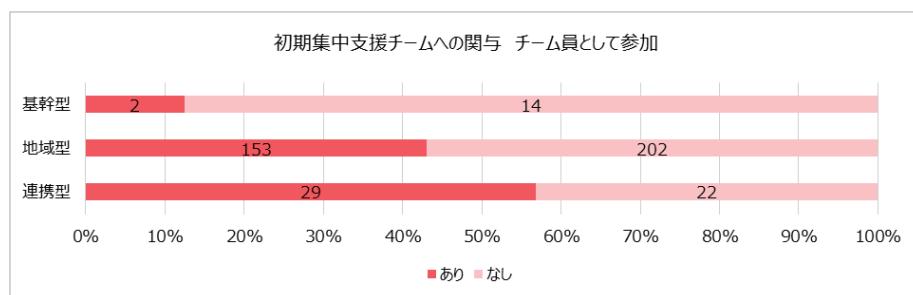


図 120 類型別 初期集中支援チーム員として参加（再掲）

表 155 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	55	110	165
		33.3%	66.7%	100.0%
	精神科病院	101	109	210
		48.1%	51.9%	100.0%
	診療所	19	14	33
その他		57.6%	42.4%	100.0%
		64.3%	35.7%	100.0%
合計		184	238	422
		43.6%	56.4%	100.0%

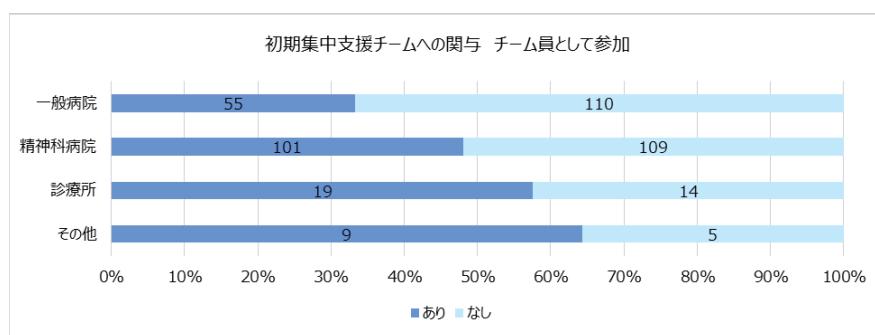


図 121 医療機関種別 初期集中支援チーム員として参加（再掲）

3) 初期集中支援チームへの後方支援：初期集中支援チームへの関与について、初期集中支援チームへの後方支援を、類型別（表 156, 図 122）および医療機関種別（表 157, 図 123）にそれぞれ示す。後方支援は類型では基幹型が多く、医療機関種別では一般病院に多かった。

表 156 類型別 初期集中支援チームへの後方支援

類型	初期集中支援チームへの関与 後方支援		
	あり	なし	合計
基幹型	9	7	16
	56.3%	43.8%	100.0%
地域型	186	169	355
	52.4%	47.6%	100.0%
連携型	22	29	51
	43.1%	56.9%	100.0%
合計	217	205	422
	51.4%	48.6%	100.0%

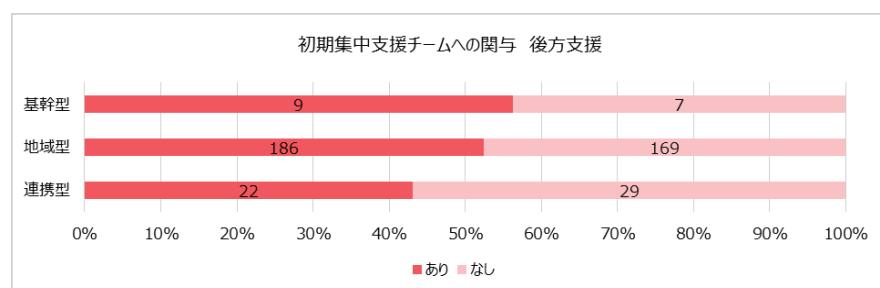


図 122 類型別 初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

表 157 医療機関種別 初期集中支援チームへの後方支援

医療機関種別	初期集中支援チームへの関与 後方支援		
	あり	なし	合計
一般病院	95	70	165
	57.6%	42.4%	100.0%
精神科病院	105	105	210
	50.0%	50.0%	100.0%
診療所	14	19	33
	42.4%	57.6%	100.0%
その他	3	11	14
	21.4%	78.6%	100.0%
合計	217	205	422
	51.4%	48.6%	100.0%

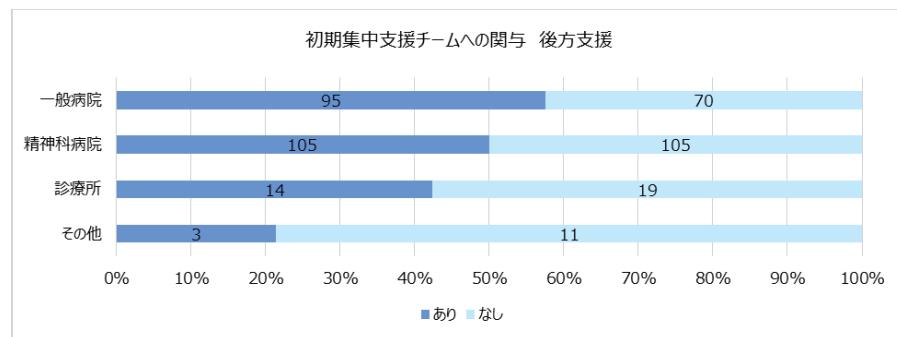


図 123 医療機関種別 初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

V. 医療サービス等提供状況

V-1. サービス提供状況

1) 介護保険主治医意見書への記載：サービス提供状況のうち、介護保険主治医意見書への記載について、類型別（表 158、図 124）および医療機関種別（表 159、図 125）にそれぞれ示す。全体の 97.6%が通常業務として実施していた。

表 158 類型別 介護保険主治医意見書への記載の実施

類型	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
基幹型	15	1	0	16
	93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
地域型	346	9	0	355
	97.5%	2.5%	0.0%	100.0%
連携型	51	0	0	51
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	412	10	0	422
	97.6%	2.4%	0.0%	100.0%

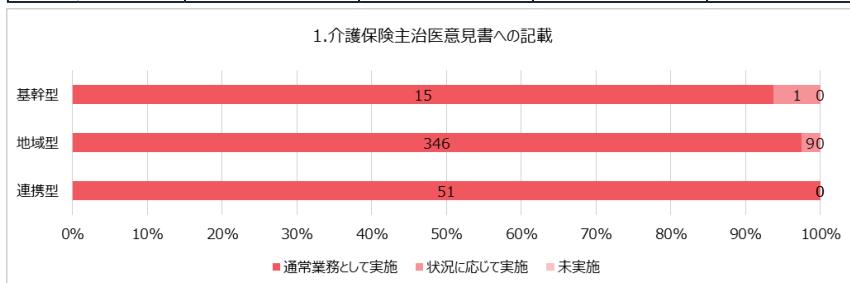


図 124 類型別 介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

表 159 医療機関種別 介護保険主治医意見書への記載の実施

医療機関種別	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
一般病院	160	5	0	165
	97.0%	3.0%	0.0%	100.0%
精神科病院	205	5	0	210
	97.6%	2.4%	0.0%	100.0%
診療所	33	0	0	33
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	14	0	0	14
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	412	10	0	422
	97.6%	2.4%	0.0%	100.0%

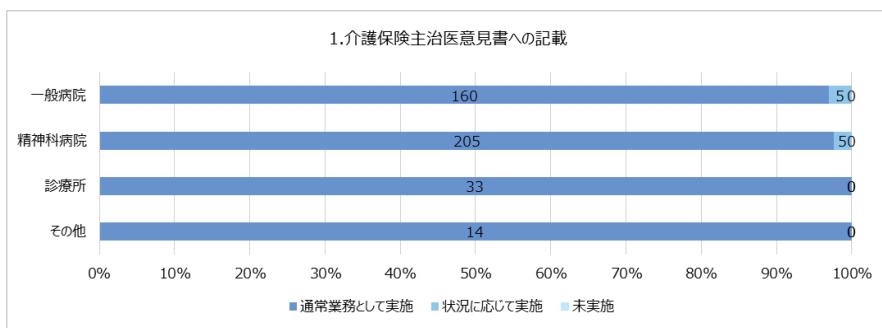


図 125 医療機関種別 介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

2) 合併する身体疾患に対する通院医療：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する通院医療について、類型別（表 160、図 126）および医療機関種別（表 161、図 127）をそれぞれ示す。基幹型では 100%が通常業務として実施していたが、地域型では 58.3%，連携型では 68.6%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 160 類型別 合併する身体疾患に対する通院医療の実施

類型	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
基幹型	16	0	0	16
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
地域型	207	130	18	355
	58.3%	36.6%	5.1%	100.0%
連携型	35	13	3	51
	68.6%	25.5%	5.9%	100.0%
合計	258	143	21	422
	61.1%	33.9%	5.0%	100.0%

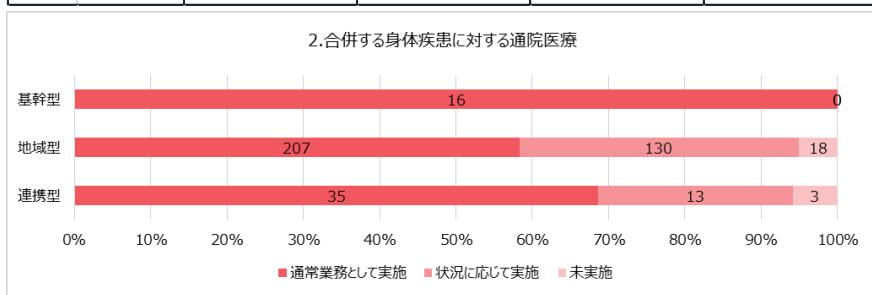


図 126 類型別 合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

表 161 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	144 87.3%	20 12.1%	1 0.6%	165 100.0%
	精神科病院	80 38.1%	111 52.9%	19 9.0%	210 100.0%
	診療所	24 72.7%	8 24.2%	1 3.0%	33 100.0%
	その他	10 71.4%	4 28.6%	0 0.0%	14 100.0%
	合計	258 61.1%	143 33.9%	21 5.0%	422 100.0%

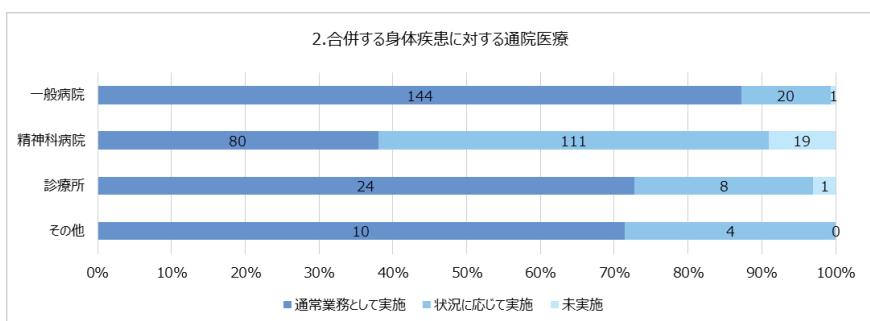


図 127 医療機関種別 合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

3) 合併する身体疾患に対する入院医療：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する入院医療について、類型別（表 162、図 128）および医療機関種別（表 163、図 129）にそれぞれ示す。基幹型では 93.8% が通常業務として実施していたが、地域型では 53.5%，連携型では 21.6% 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 162 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 93.8%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0%
	地域型	190 53.5%	135 38.0%	30 8.5%	355 100.0%
	連携型	11 21.6%	7 13.7%	33 64.7%	51 100.0%
	合計	216 51.2%	143 33.9%	63 14.9%	422 100.0%

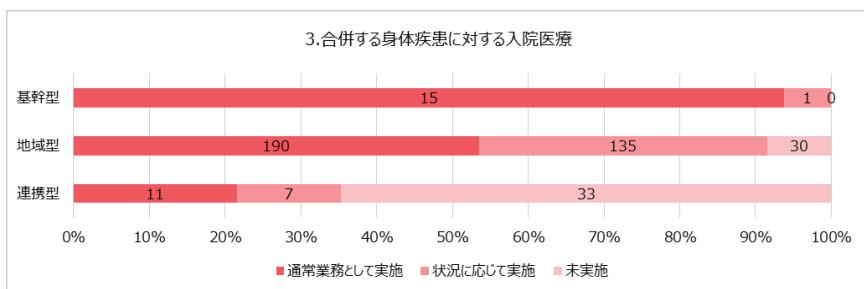


図 128 類型別 合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

表 163 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

医療機関種別	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
一般病院	137	26	2	165
	83.0%	15.8%	1.2%	100.0%
	68	112	30	210
	32.4%	53.3%	14.3%	100.0%
	2	1	30	33
精神科病院	2	1	30.9%	100.0%
	6.1%	3.0%	90.9%	100.0%
診療所	9	4	1	14
	64.3%	28.6%	7.1%	100.0%
その他	216	143	63	422
	51.2%	33.9%	14.9%	100.0%
合計				

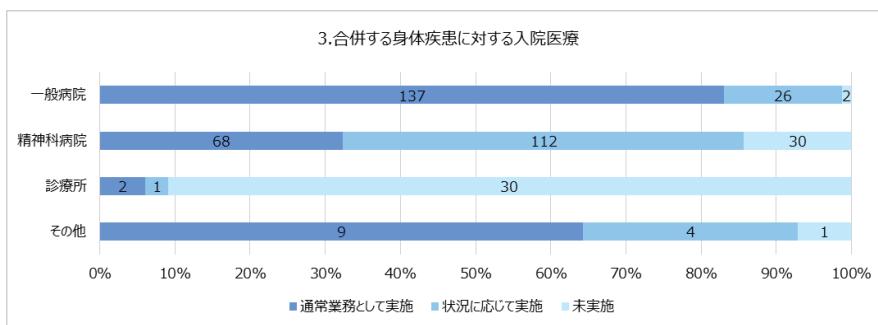


図 129 医療機関種別 合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

4) 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する救急医療について、類型別（表 164、図 130）および医療機関種別（表 165、図 131）をそれぞれ示す。基幹型では 87.5% が通常業務として実施していたが、地域型では 30.4%，連携型では 21.6% 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 164 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

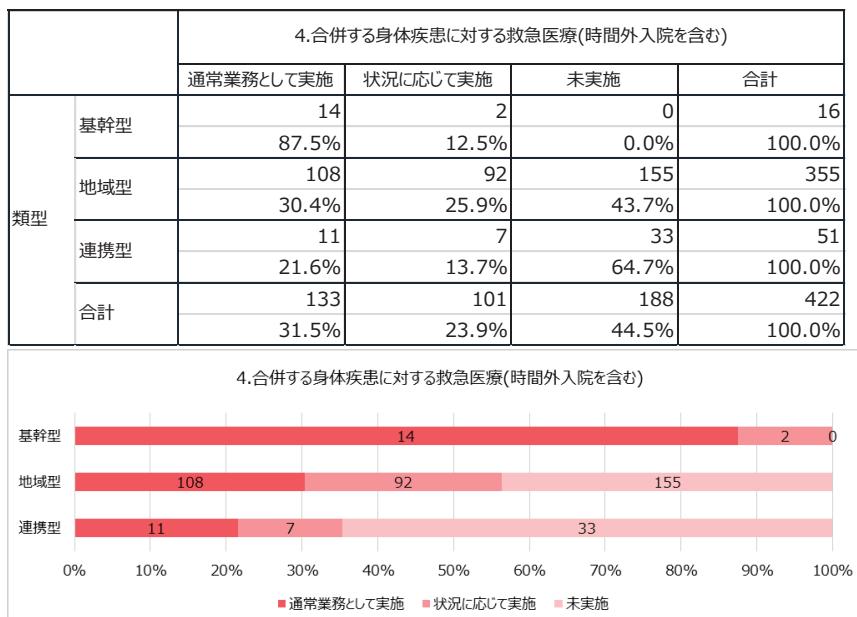


図 130 類型別 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 165 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

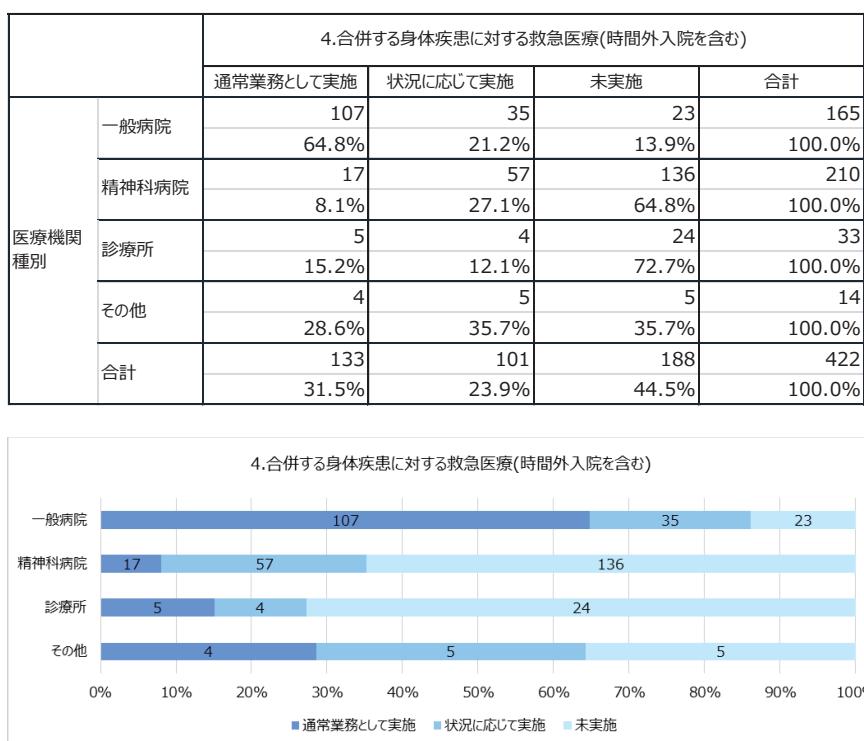


図 131 医療機関種別 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

5) 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する往診または訪問診療について、類型別（表 166、図 132）および医療機関種別（表 167、図 133）にそれぞれ示す。通常業務として実施していたのは連携型の 29.6%，地域型の 5.4%で、基幹型では 0%であった。医療機関種別では診療所の 39.4%が通常業務として実施しており、訪問診療体制の有無が関係している可能性があった。

表 166 類型別 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施

		5.合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	0	0	16	16
		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	19	49	287	355
		5.4%	13.8%	80.8%	100.0%
連携型		15	10	26	51
		29.4%	19.6%	51.0%	100.0%
合計		34	59	329	422
		8.1%	14.0%	78.0%	100.0%

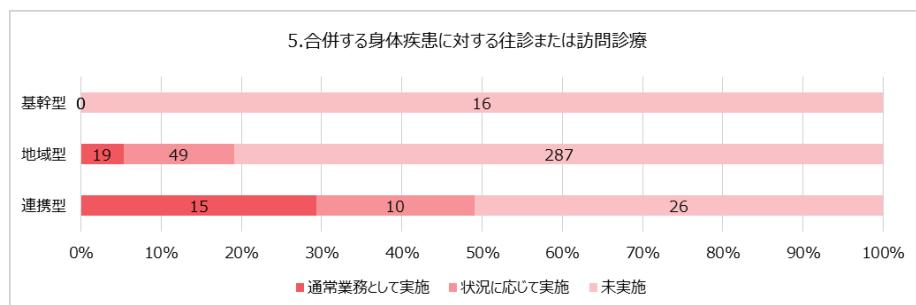


図 132 類型別 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 167 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	15	22	128	165
		9.1%	13.3%	77.6%	100.0%
	精神科病院	6	27	177	210
		2.9%	12.9%	84.3%	100.0%
診療所		13	8	12	33
		39.4%	24.2%	36.4%	100.0%
その他		0	2	12	14
		0.0%	14.3%	85.7%	100.0%
合計		34	59	329	422
		8.1%	14.0%	78.0%	100.0%

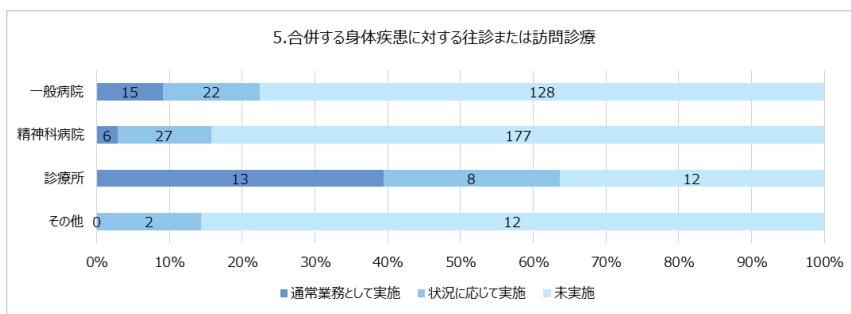


図 133 医療機関種別 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

6) 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療について、類型別（表 168、図 134）および医療機関種別（表 169、図 135）にそれぞれ示す。基幹型は 100%，地域型 93.0%，連携型 84.3%が通常業務として実施しており、全体の 92.2%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 168 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

類型	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
基幹型	16	0	0	16
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
地域型	330	24	1	355
	93.0%	6.8%	0.3%	100.0%
連携型	43	7	1	51
	84.3%	13.7%	2.0%	100.0%
合計	389	31	2	422
	92.2%	7.3%	0.5%	100.0%

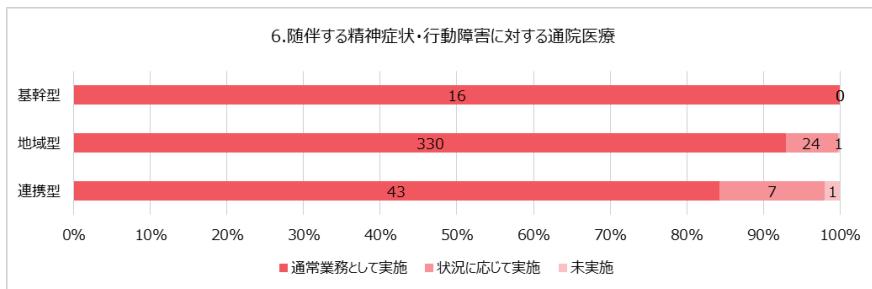


図 134 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

表 169 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

医療機関種別		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	143 86.7%	20 12.1%	2 1.2%	165 100.0%
	精神科病院	206 98.1%	4 1.9%	0 0.0%	210 100.0%
	診療所	30 90.9%	3 9.1%	0 0.0%	33 100.0%
	その他	10 71.4%	4 28.6%	0 0.0%	14 100.0%
	合計	389 92.2%	31 7.3%	2 0.5%	422 100.0%

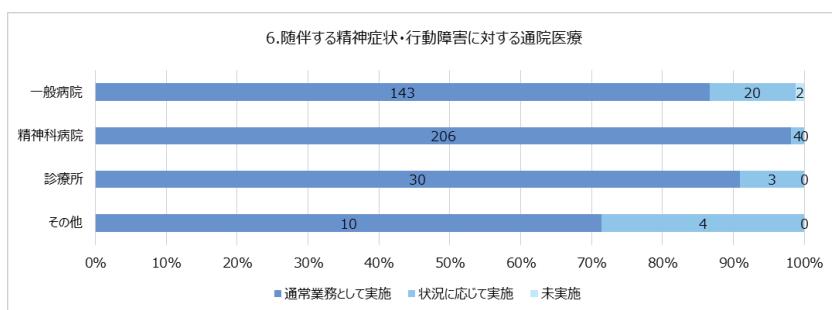


図 135 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

7) 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療について、類型別（表 170, 図 136）および医療機関種別（表 171, 図 137）にそれぞれ示す。基幹型は 100%，地域型 76.3%と全体の 70.4%が通所業務として実施していたが、連携型では 66.7%が未実施であった。医療機関種別では精神科病院の通常業務としての実施が多く、精神病床の有無が影響している可能性があった。

表 170 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

類型		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
基幹型		16 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 100.0%
地域型		271 76.3%	56 15.8%	28 7.9%	355 100.0%
連携型		10 19.6%	7 13.7%	34 66.7%	51 100.0%
合計		297 70.4%	63 14.9%	62 14.7%	422 100.0%

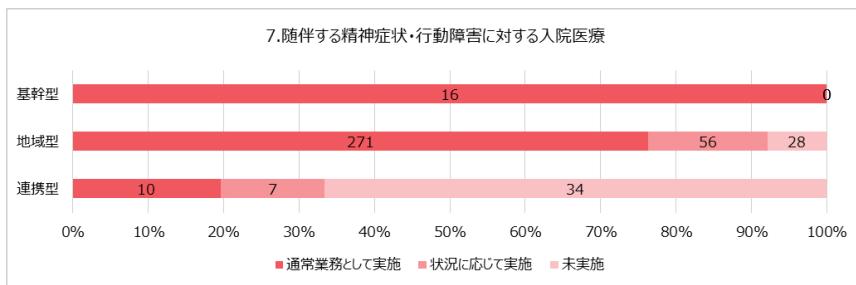


図 136 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

表 171 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

医療機関種別	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
一般病院	85	50	30	165
	51.5%	30.3%	18.2%	100.0%
	203	7	0	210
	96.7%	3.3%	0.0%	100.0%
	0	3	30	33
精神科病院	0	3	9.1%	100.0%
	64.3%	21.4%	14.3%	100.0%
診療所	9	3	2	14
	0.0%	9.1%	90.9%	100.0%
その他	297	63	62	422
	70.4%	14.9%	14.7%	100.0%

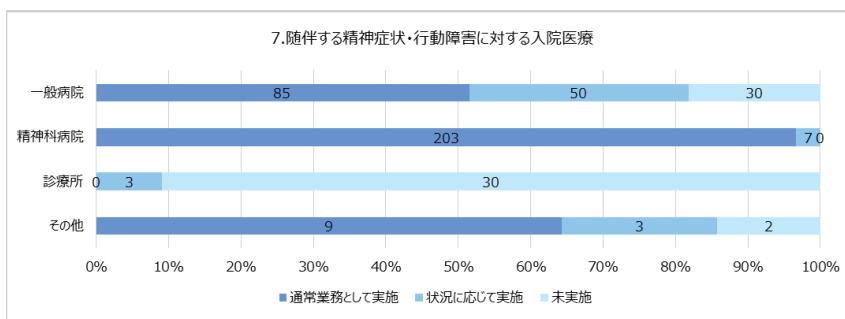


図 137 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

8) 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療について、類型別（表 172、図 138）および医療機関種別（表 173、図 139）にそれぞれ示す。基幹型は 81.3% が通所業務として実施していたが、地域型では 41.7% に留まり、連携型では 56.9% が未実施であった。医療機関種別では精神科病院の通常業務としての実施が多く、精神科救急体制の有無が影響している可能性があった。

表 172 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 81.3%	3 18.8%	0 0.0%	16 100.0%
	地域型	148 41.7%	137 38.6%	70 19.7%	355 100.0%
	連携型	11 21.6%	11 21.6%	29 56.9%	51 100.0%
	合計	172 40.8%	151 35.8%	99 23.5%	422 100.0%

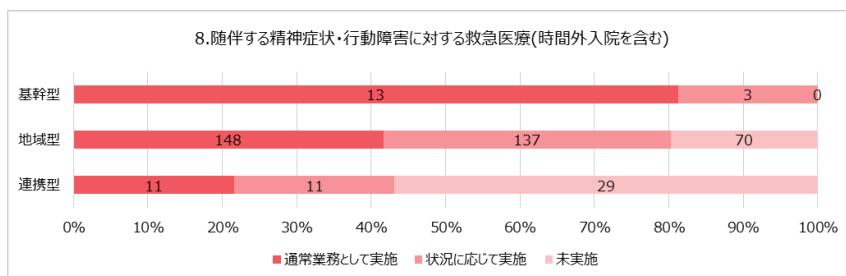


図 138 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 173 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	63 38.2%	55 33.3%	47 28.5%	165 100.0%
	精神科病院	102 48.6%	85 40.5%	23 11.0%	210 100.0%
	診療所	5 15.2%	5 15.2%	23 69.7%	33 100.0%
	その他	2 14.3%	6 42.9%	6 42.9%	14 100.0%
合計		172 40.8%	151 35.8%	99 23.5%	422 100.0%

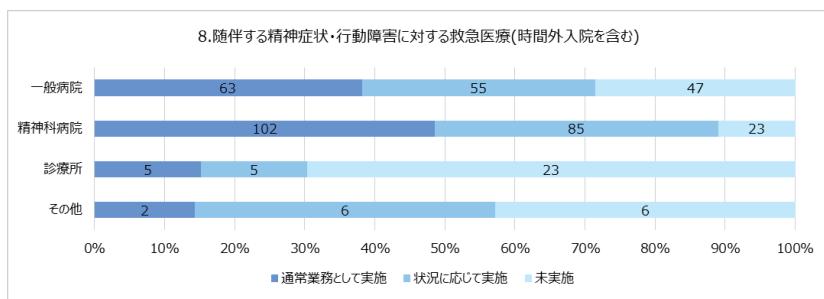


図 139 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

9) 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療について、類型別（表 174、図 140）および医療機関種別（表 175、図 141）にそれぞれ示す。連携型は 33.3%，地域型では 6.8%が通所業務として実施していたが、基幹型では 100%が未実施であり、全体としては状況に応じての実施を含めても 35.9%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 174 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

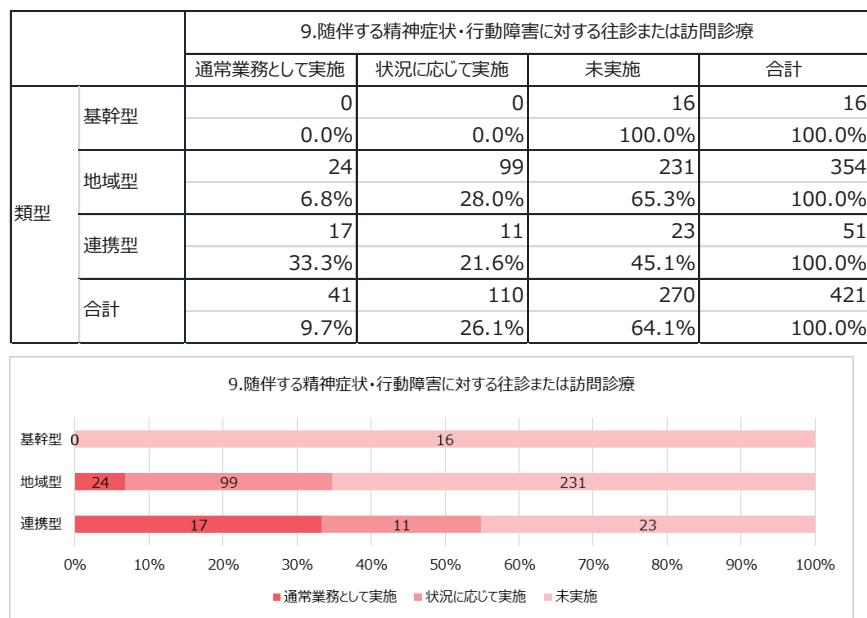


図 140 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 175 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	6	25	134	165
		3.6%	15.2%	81.2%	100.0%
	精神科病院	21	74	114	209
		10.0%	35.4%	54.5%	100.0%
	診療所	14	9	10	33
42.4%		27.3%	30.3%	100.0%	
その他	0	2	12	14	
	0.0%	14.3%	85.7%	100.0%	
合計	41	110	270	421	
	9.7%	26.1%	64.1%	100.0%	

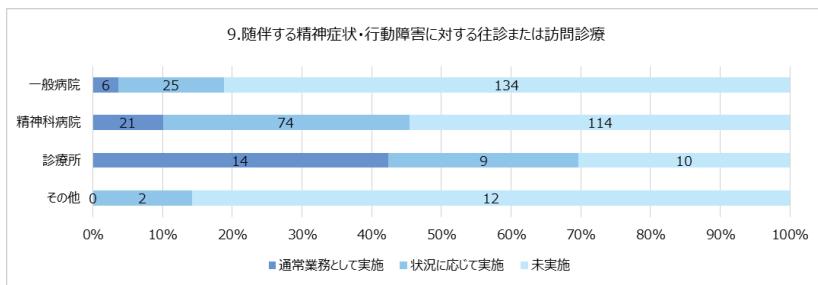


図 141 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

10) せん妄に対する医療の提供：サービス提供状況のうち、せん妄に対する医療の提供について、類型別（表 176、図 142）および医療機関種別（表 177、図 143）にそれぞれ示す。基幹型で 93.8%，地域型で 91.8%，連携型は 84.3%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 98.8%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 176 類型別 せん妄に対する医療の提供の実施

類型	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
基幹型	15	1	0	16
	93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
地域型	326	24	5	355
	91.8%	6.8%	1.4%	100.0%
連携型	43	8	0	51
	84.3%	15.7%	0.0%	100.0%
合計	384	33	5	422
	91.0%	7.8%	1.2%	100.0%



図 142 類型別 せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

表 177 医療機関種別 せん妄に対する医療の提供の実施

医療機関種別		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
一般病院	141	20	4	165	
	85.5%	12.1%	2.4%	100.0%	
	203	6	1	210	
	96.7%	2.9%	0.5%	100.0%	
精神科病院	28	5	0	33	
	84.8%	15.2%	0.0%	100.0%	
診療所	12	2	0	14	
	85.7%	14.3%	0.0%	100.0%	
その他	384	33	5	422	
	91.0%	7.8%	1.2%	100.0%	
合計					

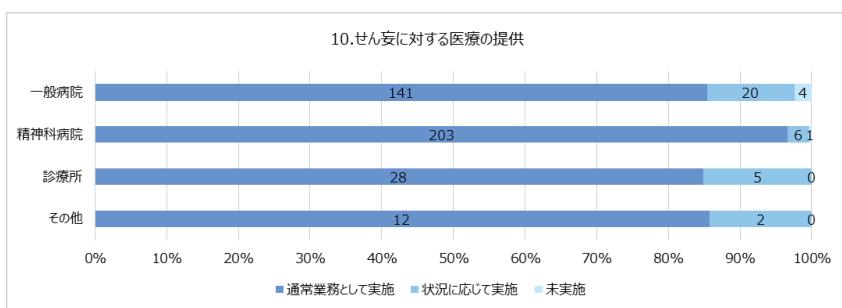


図 143 医療機関種別 せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

11) 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療：サービス提供状況のうち、介護保険施設・事業所への往診または訪問診療について、類型別（表 178, 図 144）および医療機関種別（表 179, 図 145）にそれぞれ示す。連携型の 49.0%が通常業務として実施していたが、基幹型は 12.5%，地域型で 21.4%の通所業務としての実施に留まった。全体としては 58.3%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 178 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

類型	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
基幹型	2	1	13	16
	12.5%	6.3%	81.3%	100.0%
地域型	76	66	213	355
	21.4%	18.6%	60.0%	100.0%
連携型	25	6	20	51
	49.0%	11.8%	39.2%	100.0%
合計	103	73	246	422
	24.4%	17.3%	58.3%	100.0%

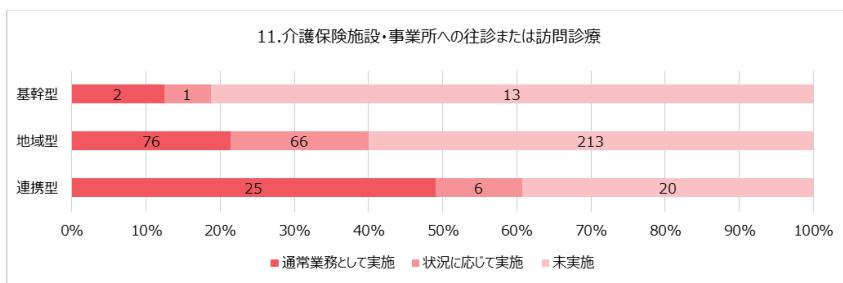


図 144 類型別 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

表 179 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

医療機関種別	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
一般病院	29	17	119	165
	17.6%	10.3%	72.1%	100.0%
	53	48	109	210
	25.2%	22.9%	51.9%	100.0%
	19	6	8	33
精神科病院	53	48	109	210
	25.2%	22.9%	51.9%	100.0%
診療所	19	6	8	33
	57.6%	18.2%	24.2%	100.0%
その他	2	2	10	14
	14.3%	14.3%	71.4%	100.0%
合計	103	73	246	422
	24.4%	17.3%	58.3%	100.0%

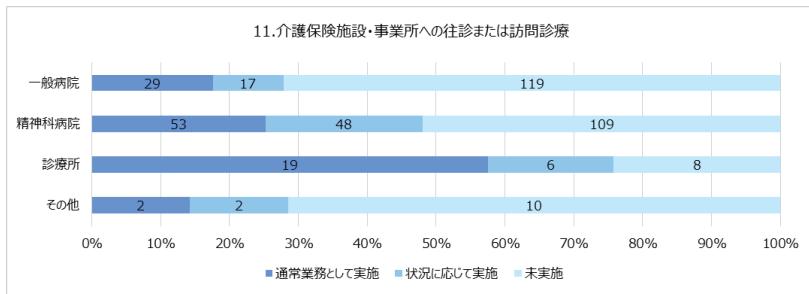


図 145 医療機関種別 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

12) 行政機関への助言・連携：サービス提供状況のうち、行政機関への助言・連携について、類型別（表 180、図 146）および医療機関種別（表 181、図 147）にそれぞれ示す。基幹型は 87.5%，地域型の 88.7%，連携型の 98.0%が通常業務として実施しており、全体としては 89.8%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた。

表 180 類型別 行政機関への助言・連携の実施

類型		12.行政機関への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	14 87.5%	2 12.5%	0 0.0%	16 100.0%
	地域型	315 88.7%	38 10.7%	2 0.6%	355 100.0%
	連携型	50 98.0%	1 2.0%	0 0.0%	51 100.0%
	合計	379 89.8%	41 9.7%	2 0.5%	422 100.0%

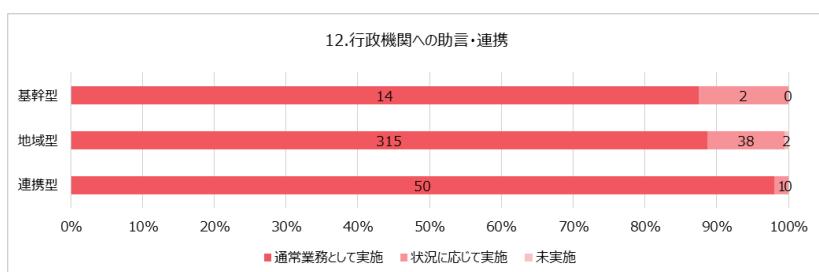


図 146 類型別 行政機関への助言・連携の実施（再掲）

表 181 医療機関種別 行政機関への助言・連携の実施

医療機関種別		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	148 89.7%	16 9.7%	1 0.6%	165 100.0%
	精神科病院	187 89.0%	22 10.5%	1 0.5%	210 100.0%
	診療所	33 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	33 100.0%
	その他	11 78.6%	3 21.4%	0 0.0%	14 100.0%
	合計	379 89.8%	41 9.7%	2 0.5%	422 100.0%

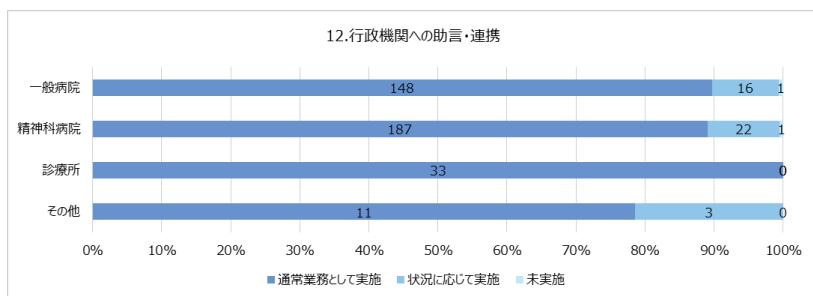


図 147 医療機関種別 行政機関への助言・連携の実施（再掲）

13) 地域包括支援センター職員への助言・連携：サービス提供状況のうち、地域包括支援センター職員への助言・連携について、類型別（表 182, 図 148）および医療機関種別（表 183,

図 149) にそれぞれ示す。基幹型は 93.8%，地域型の 91.5%，連携型の 98.0%が通常業務として実施しており、全体としては 92.4%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた。

表 182 類型別 地域包括支援センター職員への助言・連携の実施

		13.地域包括支援センター職員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
	基幹型	93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	325	30	0	355
	地域型	91.5%	8.5%	0.0%	100.0%
	連携型	50	1	0	51
	連携型	98.0%	2.0%	0.0%	100.0%
	合計	390	32	0	422
	合計	92.4%	7.6%	0.0%	100.0%

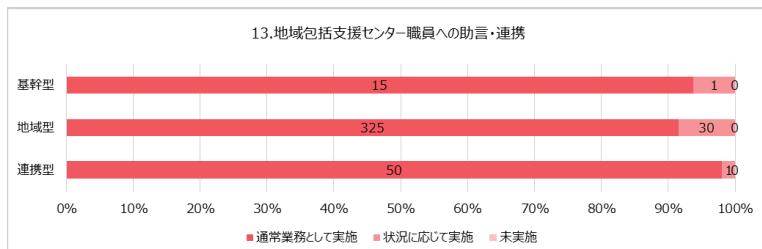


図 148 類型別 地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

表 183 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	152	13	0	165
	一般病院	92.1%	7.9%	0.0%	100.0%
	精神科病院	192	18	0	210
	精神科病院	91.4%	8.6%	0.0%	100.0%
	診療所	33	0	0	33
	診療所	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	13	1	0	14
	その他	92.9%	7.1%	0.0%	100.0%
	合計	390	32	0	422
	合計	92.4%	7.6%	0.0%	100.0%

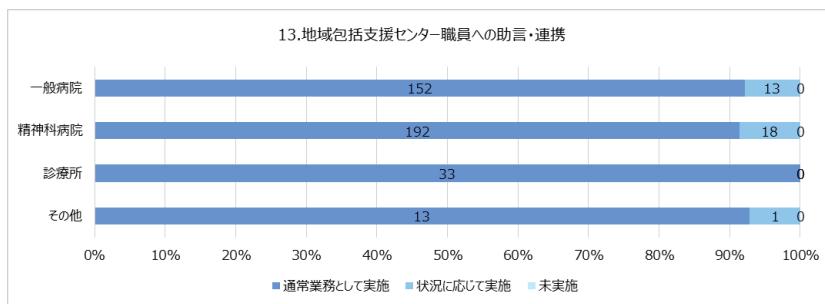


図 149 医療機関種別 地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

14) 介護支援専門員への助言・連携：サービス提供状況のうち、介護支援専門員への助言・連携について、類型別（表 184、図 150）および医療機関種別（表 185、図 151）にそれぞれ示す。基幹型は93.8%，地域型の90.4%，連携型の94.1%が通常業務として実施しており、全体としては91.0%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の100%が通常業務として実施していた。

表 184 類型別 介護支援専門員への助言・連携の実施

		14.介護支援専門員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	321	34	0	355
		90.4%	9.6%	0.0%	100.0%
類型	連携型	48	3	0	51
		94.1%	5.9%	0.0%	100.0%
合計		384	38	0	422
		91.0%	9.0%	0.0%	100.0%

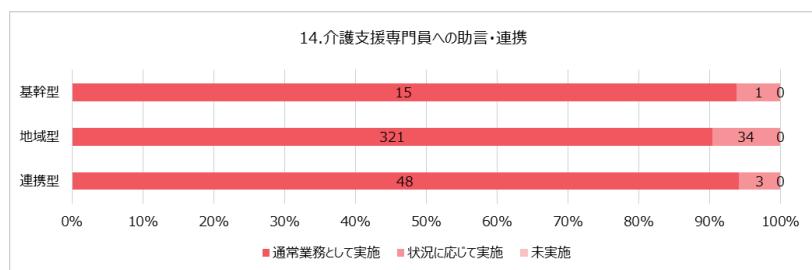


図 150 類型別 介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

表 185 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	150	15	0	165
		90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
	精神科病院	189	21	0	210
		90.0%	10.0%	0.0%	100.0%
医療機関種別	診療所	33	0	0	33
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
医療機関種別	その他	12	2	0	14
		85.7%	14.3%	0.0%	100.0%
合計		384	38	0	422
		91.0%	9.0%	0.0%	100.0%

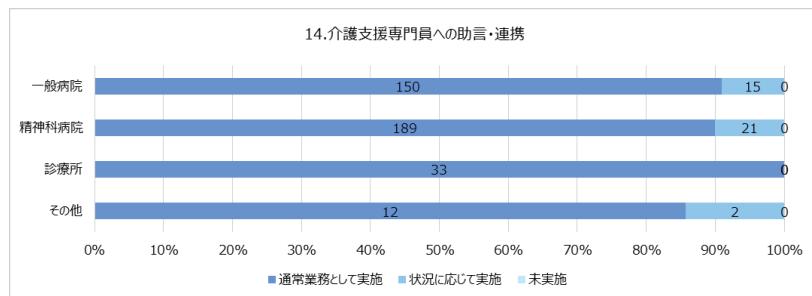


図 151 医療機関種別 介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

15) 介護保険施設・事業所職員への助言・連携：サービス提供状況のうち、介護保険施設・事業所職員への助言・連携について、類型別（表 186、図 152）および医療機関種別（表 187、図 153）にそれぞれ示す。基幹型は 87.5%，地域型の 89.9%，連携型の 94.1%が通常業務として実施しており、全体としては 90.3%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた。

表 186 類型別 介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施

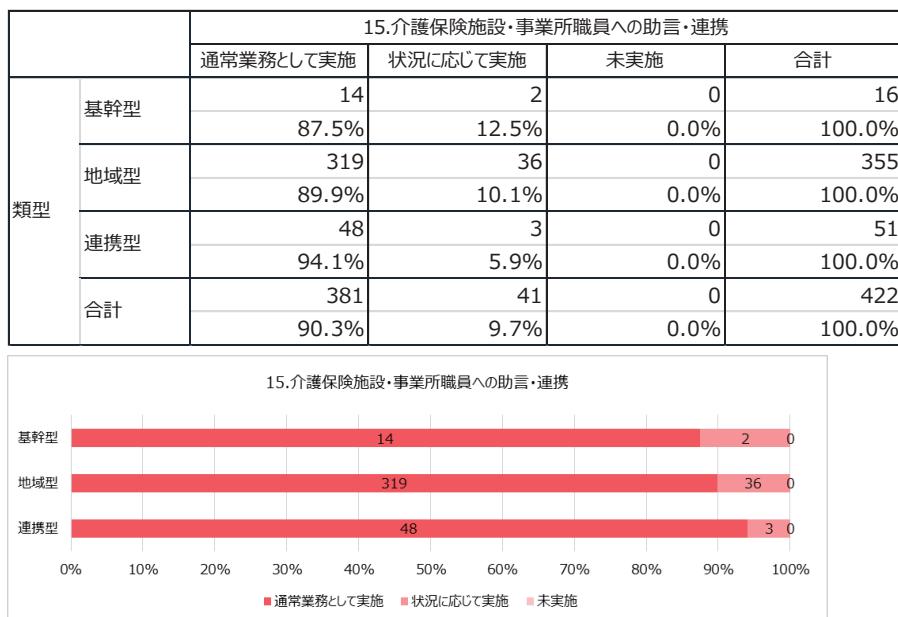


図 152 類型別 介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

表 187 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

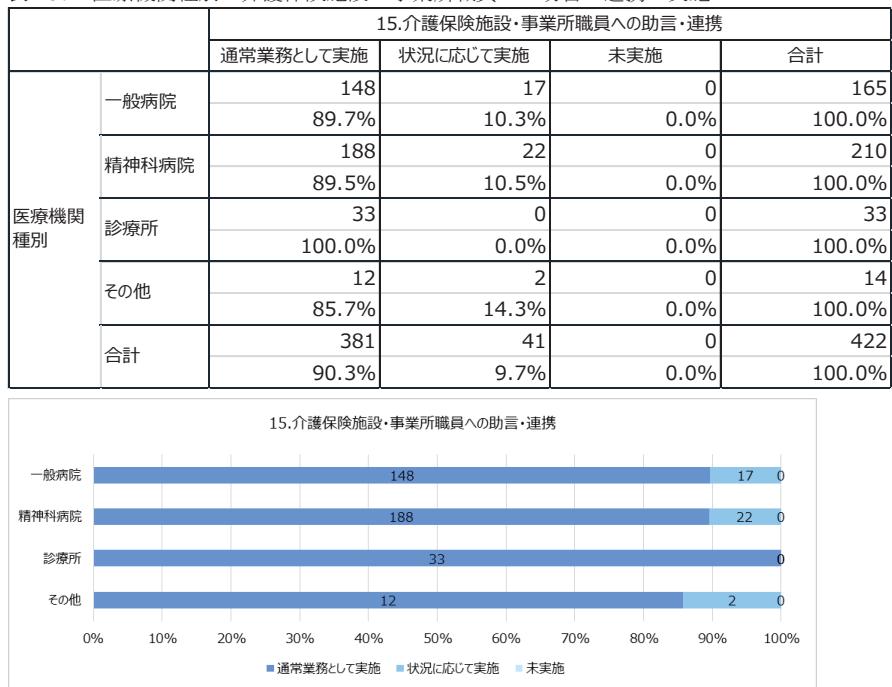


図 153 医療機関種別 介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

4. 考察

類型別、医療機関種別の検討によって全国の認知症疾患医療センターの事業実態が明らかになった。

初診待機日数（II-6）について、これまでの実態調査と比較すると短縮が図られていることが明らかになったが、一方で「1~3か月」の待機日数が全体の20.9%であり、より改善の余地があると考えられ、待機日数に関する課題は今後の努力目標の一つになると考えられる。また認知症専門診断管理料の算定（II-7-1）は、連携型の50.0%が未算定であり、算定方法や書式に関して課題があることが伺われた。認知症ケア加算の算定（II-7-3）についても未算定が多く、算定に関する課題があることが伺われた。

救急医療機関の指定（III-1-1）は基幹型の指定は100%であったが、医療機関別での一般病院でも指定されているのは75.3%であり、必ずしも求められる機能ではない可能性がある。同様に高度救命救急センターの指定（III-1-2）では基幹型でも60.0%の指定であった。身体合併症のある認知症患者に対する救急医療（III-2-1）は、基幹型で100%，地域型79.7%，連携型でも62.7%の実施であり、基幹型のみの要件とする必要性はないと考えられた。リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施（III-2-2）については、精神科が無い医療機関や精神科単科の医療機関では実施困難であるため、本結果になったものと考えられる。

認知症疾患医療連携協議会の開催形態（IV-1-1）については、主催か、自治体の会議の活用か、基幹型・地域型と連携開催かを選択肢として問うているが、主催かどうかにかかわらず参加しているか、という点では99%以上の認知症疾患医療センターに参加実績があるといえる。初期集中支援チームへの関与（IV-4-1～3）、介護保険施設、地域包括支援センターとの連携（V-1）についても、概ね状況に応じて連携していることが明らかになった。

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ます。

第2章

認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査

平成 30 年度老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援の調査

1. 研究背景

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。地域の実情に応じて、医療介護関係機関との連携を促進し、認知症の本人及び家族に対する診断後支援を行う必要がある。

2. 研究目的

本調査は、認知症疾患医療センターの地域連携推進機能、特に認知症と診断された本人やその家族への相談員等による診断後支援の実態把握を目的に実施した。

本研究の目的は認知症疾患医療センターの相談員等による診断後支援について類型別・医療機関種別に分析することである。

3. 調査対象

対象は、平成 30 年 4 月 1 日現在で認知症疾患医療センターに指定され、協議書・実績報告書提出のあった全国の 429 施設（基幹型 16、地域型 358、連携型 55）とした（悉皆調査）。回答期間は平成 31 年 1 月 15 日から 3 月 1 日までとし、期間内に回答を得られたものを分析対象とした。回答は認知症疾患医療センターの日常業務に携わっている医師や相談員等に依頼した。

4. 調査方法

対象に調査票を郵送（郵送調査）したうえで、都道府県・指定都市からメールにより通知を行った。調査票によって得られた認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援についての項目を分析対象とした（巻末資料 2）。それぞれ、類型別・医療機関種別に分析した。

5. 調査結果

医療機関基本情報

対象の類型と医療機関種、回答者職種

回答の得られた認知症疾患医療センターについて、類型別に回収率を示す（表1）。326件の回答が得られ、回答票はすべて有効票であった。回答表のうち平成30年4月1日以降に指定された認知症疾患医療センターからも期間内に回答を得られたため、分析対象に含めた。

分析対象認知症疾患医療センターを類型別・医療機関種別に表2に示す。また回答者の職種について示す（表3、図1）。

表1 類型別の回収率

		配布数	回収数	回収率 (%)
類型	基幹型	16	12	75.0
	地域型	359	268	74.7
	連携型	56	46	82.1
	合計	431	326	75.0

表2 類型別・医療機関種別 対象認知症疾患医療センター

		医療機関種別					合計
		一般病院	精神科病院	診療所	その他		
類型	基幹型	12	0	0	0	12	100.0%
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
地域型		108	151	0	9	268	100.0%
		40.3%	56.3%	0.0%	3.4%	100.0%	
連携型		7	13	24	2	46	100.0%
		15.2%	28.3%	52.2%	4.3%	100.0%	
合計		127	164	24	11	326	100.0%
		39.0%	50.3%	7.4%	3.4%	100.0%	

表3 類型別 回答者職種

		職種									合計
		医師	精神保健福祉士	社会福祉士	保健師	看護師	臨床心理技術者	作業療法士	連携推進補助員	その他	
類型	基幹型	2	8	0	1	0	1	0	1	0	12
		16.7%	66.7%	0.0%	8.3%	0.0%	8.3%	0.0%	8.3%	0.0%	100.0%
地域型		19	211	19	13	27	11	1	1	5	268
		7.1%	78.7%	7.1%	4.9%	10.1%	4.1%	0.4%	0.4%	1.9%	100.0%
連携型		12	18	5	4	10	1	0	1	0	45
		26.7%	40.0%	11.1%	8.9%	22.2%	2.2%	0.0%	2.2%	0.0%	100.0%
合計		33	237	24	18	37	13	1	3	5	325
		10.2%	72.9%	7.4%	5.5%	11.4%	4.0%	0.3%	0.9%	1.5%	100.0%

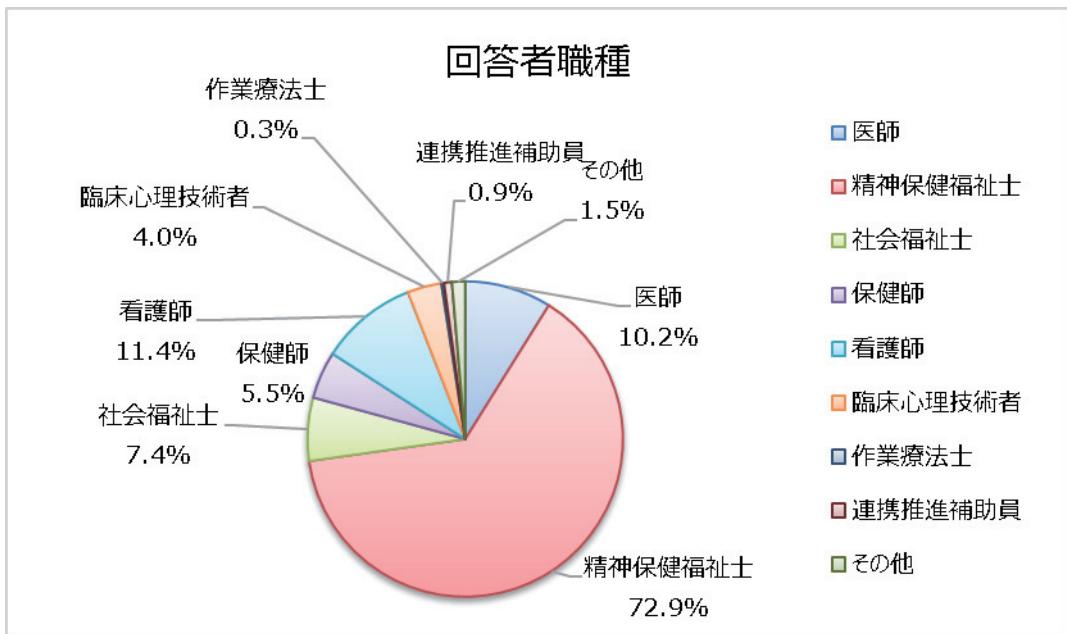


図 1 回答者職種

I. 管轄医療圏域の社会資源

I-1) 認知症の人の家族会など、家族介護者の支援に関する社会資源の有無

全体比率（図1）、類型別（表4、図2）、医療機関種別（表5、図3）の内訳を示す。

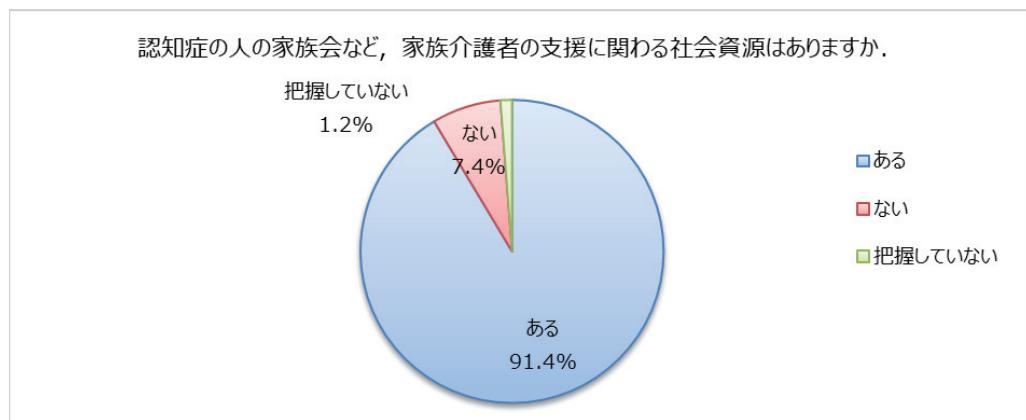


図1 家族介護者の支援に関する社会資源の有無（全体比率）

表4 類型別 家族介護者の支援に関する社会資源の有無

類型	認知症の人の家族会など、家族介護者の支援に関する社会資源はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
基幹型	12	0	0	12
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	248	17	3	268
地域型	92.5%	6.3%	1.1%	100.0%
	38	7	1	46
	82.6%	15.2%	2.2%	100.0%
連携型	298	24	4	326
	91.4%	7.4%	1.2%	100.0%
合計				

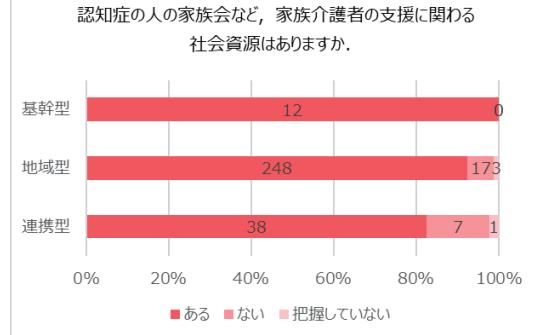


図2 類型別 家族介護者の支援に関する社会資源の有無

表5 医療機関種別 家族介護者の支援に関する社会資源の有無

医療機関種別	認知症の人の家族会など、家族介護者の支援に関する社会資源はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
一般病院	115	9	3	127
	90.6%	7.1%	2.4%	100.0%
	152	11	1	164
精神科病院	92.7%	6.7%	0.6%	100.0%
	21	3	0	24
	87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
診療所	10	1	0	11
	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
その他	298	24	4	326
	91.4%	7.4%	1.2%	100.0%
合計				

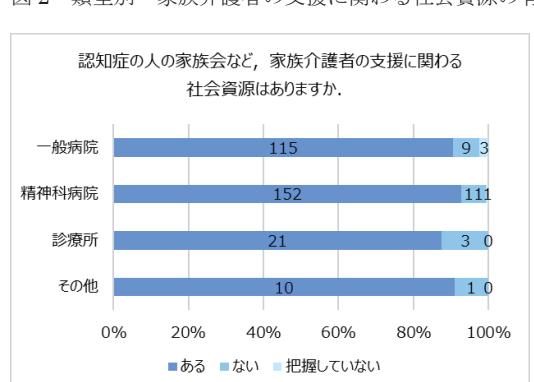


図3 医療機関種別 家族介護者の支援に関する社会資源の有無

I-2) 認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング、ピアカウンセリング等）の有無

全体比率（図4）、類型別（表6、図5）、医療機関種別（表7、図6）の内訳を示す。

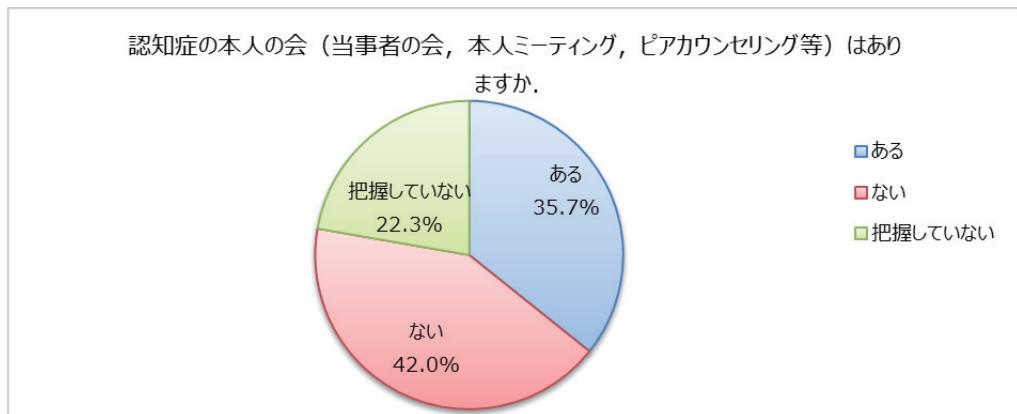


図4 認知症の本人の会の有無（全体比率）

表6 類型別 認知症の本人の会の有無

類型	認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング、ピアカウンセリング等）はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
基幹型	8	2	2	12
	66.7%	16.7%	16.7%	100.0%
地域型	92	109	61	262
	35.1%	41.6%	23.3%	100.0%
連携型	14	23	8	45
	31.1%	51.1%	17.8%	100.0%
合計	114	134	71	319
	35.7%	42.0%	22.3%	100.0%

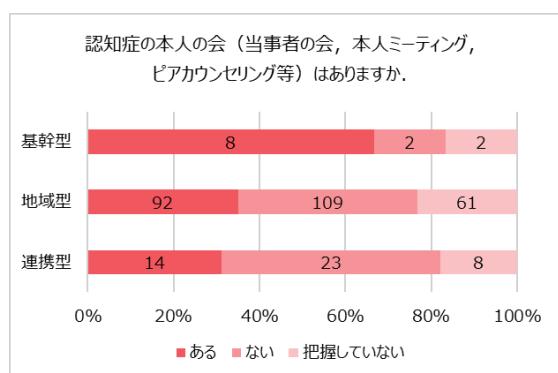


図5 類型別 認知症の本人の会の有無

表7 医療機関種別 認知症の本人の会の有無

医療機関種別	認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング、ピアカウンセリング等）はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
一般病院	53	45	28	126
	42.1%	35.7%	22.2%	100.0%
精神科病院	49	72	39	160
	30.6%	45.0%	24.4%	100.0%
診療所	9	10	4	23
	39.1%	43.5%	17.4%	100.0%
その他	3	7	0	10
	30.0%	70.0%	0.0%	100.0%
合計	114	134	71	319
	35.7%	42.0%	22.3%	100.0%

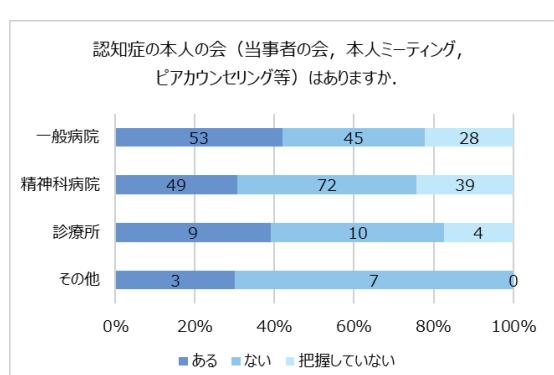


図6 医療機関種別 認知症の本人の会の有無

I -3) 認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源の有無

全体比率（図7）、類型別（表8、図6）、医療機関種別（表9、図7）の内訳を示す。

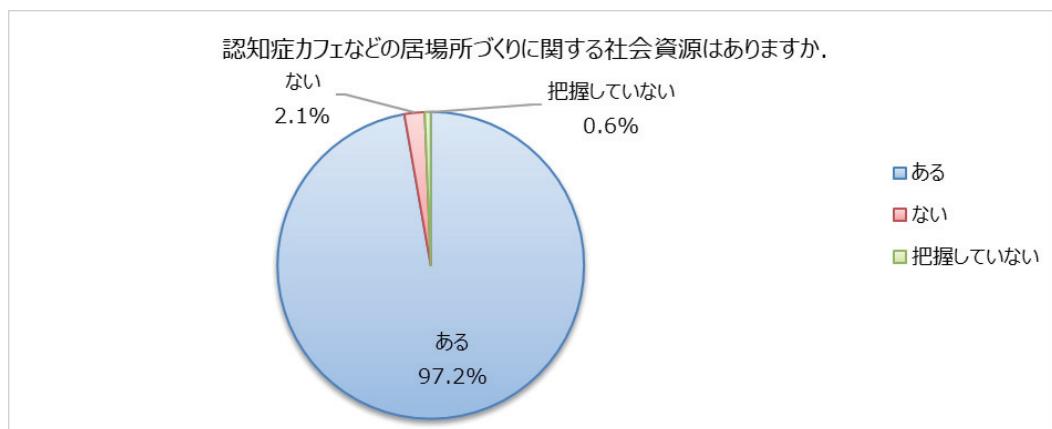


図7 認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源の有無（全体比率）

表8 類型別 認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源の有無

類型	認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
基幹型	12	0	0	12
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
地域型	261	5	2	268
	97.4%	1.9%	0.7%	100.0%
連携型	44	2	0	46
	95.7%	4.3%	0.0%	100.0%
合計	317	7	2	326
	97.2%	2.1%	0.6%	100.0%

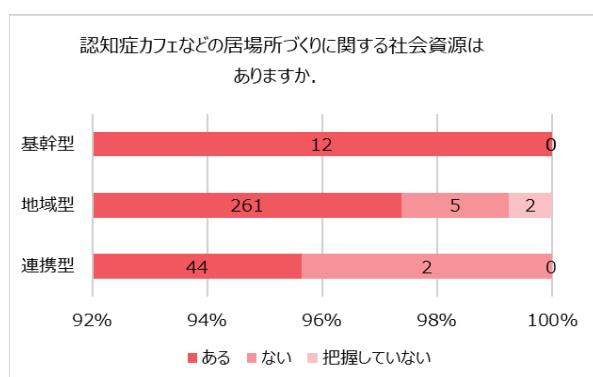


図8 類型別 認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源の有無

表9 医療機関種別 認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源の有無

医療機関種別	認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
一般病院	120	6	1	127
	94.5%	4.7%	0.8%	100.0%
精神科病院	162	1	1	164
	98.8%	0.6%	0.6%	100.0%
診療所	24	0	0	24
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	11	0	0	11
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	317	7	2	326
	97.2%	2.1%	0.6%	100.0%

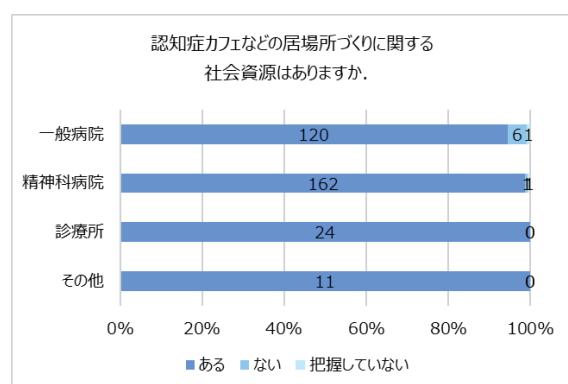


図9 医療機関種別 認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源の有無

I-4) 認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源（介護保険などの法定のサービス以外、あるいはインフォーマルサービス）の有無

全体比率（図10）、類型別（表10、図8）、医療機関種別（表11、図9）の内訳を示す。

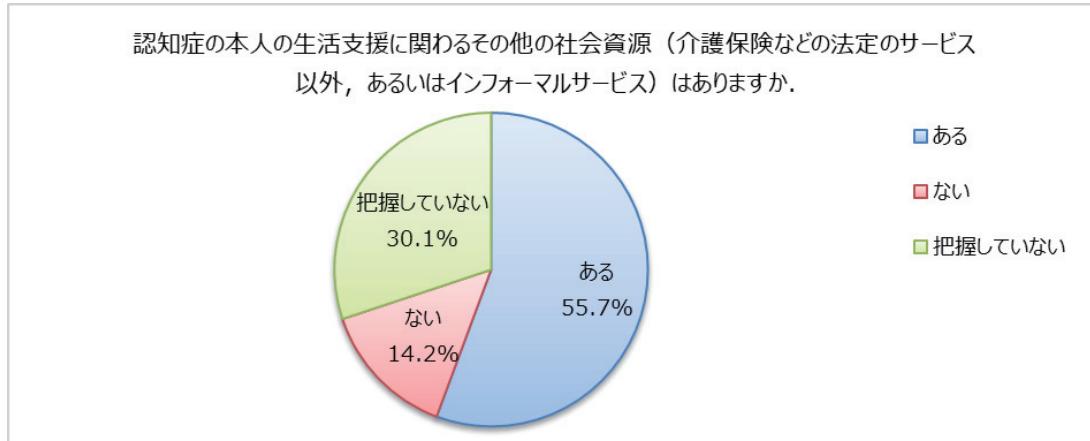


図10 認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源の有無（全体比率）

表10 類型別 認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源の有無

類型	認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源（介護保険などの法定のサービス以外、あるいはインフォーマルサービス）はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
基幹型	5	1	6	12
	41.7%	8.3%	50.0%	100.0%
	145	34	74	253
	57.3%	13.4%	29.2%	100.0%
地域型	22	9	13	44
	50.0%	20.5%	29.5%	100.0%
連携型	172	44	93	309
	55.7%	14.2%	30.1%	100.0%
合計				

表11 医療機関種別 認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源の有無

医療機関種別	認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源（介護保険などの法定のサービス以外、あるいはインフォーマルサービス）はありますか。			
	ある	ない	把握していない	合計
一般病院	73	16	29	118
	61.9%	13.6%	24.6%	100.0%
	82	21	55	158
	51.9%	13.3%	34.8%	100.0%
精神科病院	14	4	5	23
	60.9%	17.4%	21.7%	100.0%
診療所	3	3	4	10
	30.0%	30.0%	40.0%	100.0%
その他	172	44	93	309
	55.7%	14.2%	30.1%	100.0%
合計				

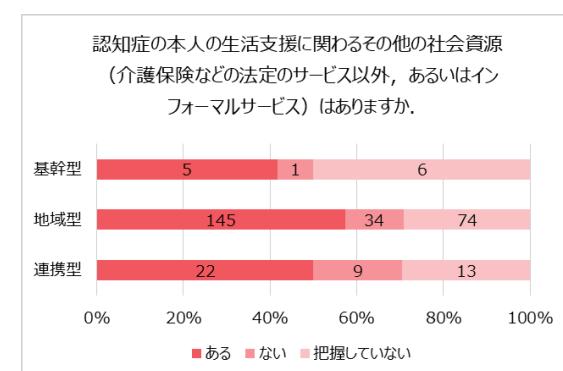


図11 類型別 認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源の有無

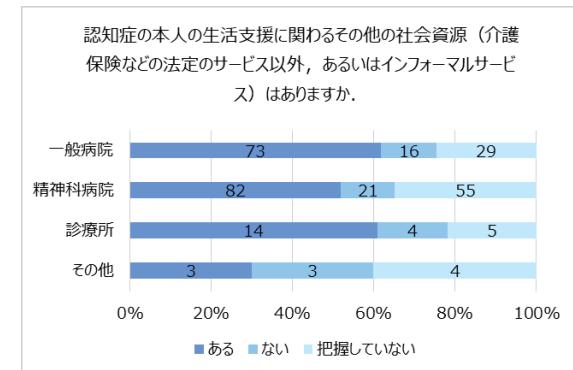


図12 医療機関種別 認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源の有無

II. 本人や家族への相談員による診断後支援（心理社会的サポート）

II-1) 本人や家族への相談員等による診断後支援（心理社会的サポート）の実施。（複数回答可）

全体比率（図13）、類型別（表12）、医療機関種別（表13）に示す。

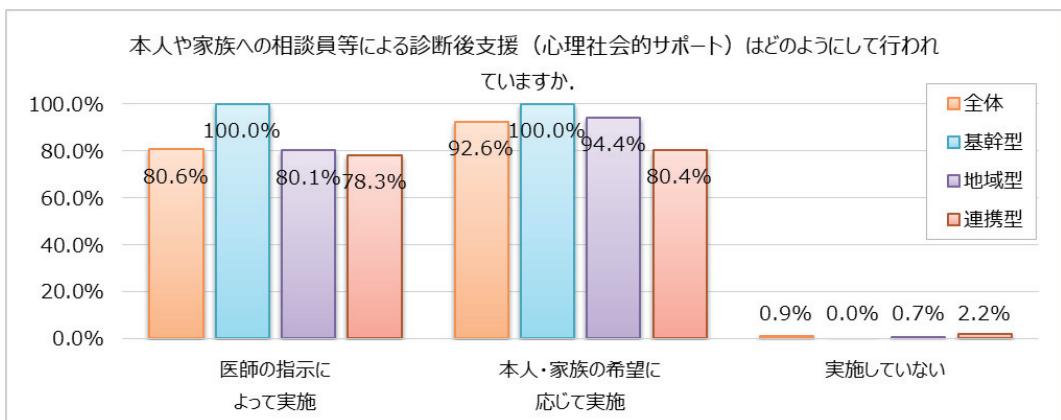


図13 本人や家族への相談員等による診断後支援の実施（全体比率）

表12 類型別 本人や家族への相談員等による診断後支援の実施

		本人や家族への相談員等による診断後支援（心理社会的サポート）はどのようにして行われていますか。			
		医師の指示によつて実施	本人・家族の希望に応じて実施	実施していない	合計
全体		262	301	3	325
類型	基幹型	12	12	0	12
	基幹型	100.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	214	252	2	267
類型	地域型	80.1%	94.4%	0.7%	100.0%
	連携型	36	37	1	46
	連携型	78.3%	80.4%	2.2%	100.0%

表13 医療機関種別 本人や家族への相談員等による診断後支援の実施

		本人や家族への相談員等による診断後支援（心理社会的サポート）はどのようにして行われていますか。			
		医師の指示によつて実施	本人・家族の希望に応じて実施	実施していない	合計
全体		262	301	3	325
医療機関種別	一般病院	100	116	1	127
	一般病院	78.7%	91.3%	0.8%	100.0%
	精神科病院	137	153	2	163
	精神科病院	84.0%	93.9%	1.2%	100.0%
	診療所	19	21	0	24
	診療所	79.2%	87.5%	0.0%	100.0%
その他	その他	6	11	0	11
	その他	54.5%	100.0%	0.0%	100.0%

II-2) 認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについての情報提供の有無

全体比率（図14）、類型別（表14、図15）、医療機関種別（表15、図16）に示す。

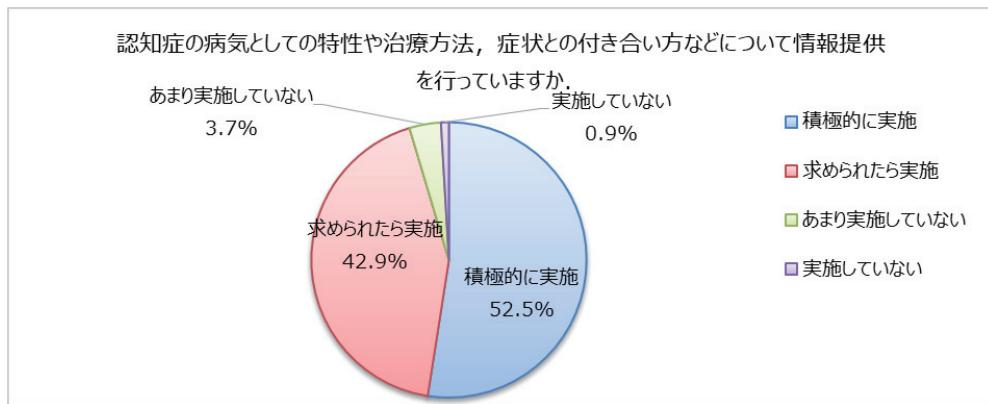


図14 認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについての情報提供の有無（全体比率）

表14 類型別 認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについての情報提供の有無

類型	認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについて情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	8 66.7%	4 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	12 100.0%
	133 49.8%	121 45.3%	11 4.1%	2 0.7%	267 100.0%
地域型	29 64.4%	14 31.1%	1 2.2%	1 2.2%	45 100.0%
	170 52.5%	139 42.9%	12 3.7%	3 0.9%	324 100.0%
合計					

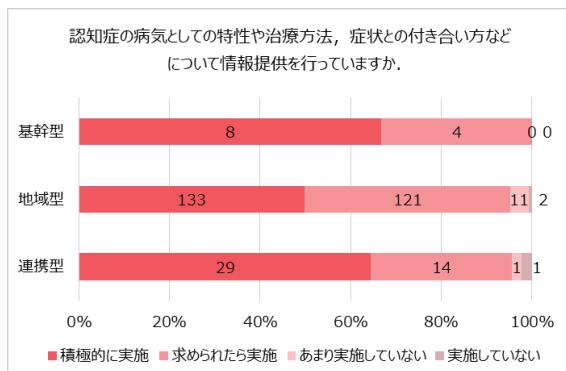


図15 類型別 認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについての情報提供の有無

表15 医療機関種別 認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについての情報提供の有無

医療機関種別	認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについて情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	69 54.3%	53 41.7%	5 3.9%	0 0.0%	127 100.0%
	77 47.2%	76 46.6%	7 4.3%	3 1.8%	163 100.0%
精神科病院	18 78.3%	5 21.7%	0 0.0%	0 0.0%	23 100.0%
	6 54.5%	5 45.5%	0 0.0%	0 0.0%	11 100.0%
診療所	170 52.5%	139 42.9%	12 3.7%	3 0.9%	324 100.0%
その他					
合計					

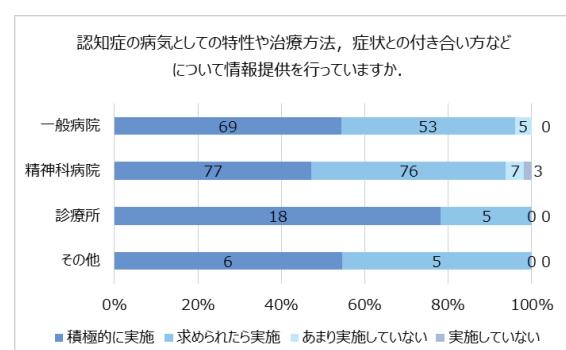


図16 医療機関種別 認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについての情報提供の有無

II-3) 住まいの近くの地域包括支援センターについての情報提供の有無

全体比率（図17）、類型別（表16、図18）、医療機関種別（表17、図19）に示す。

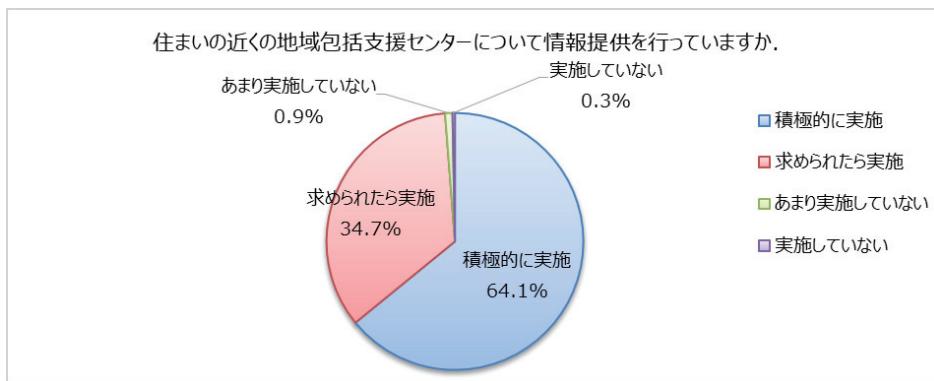


図17 住まいの近くの地域包括支援センターについての情報提供の有無（全体比率）

表16 類型別 住まいの近くの地域包括支援センターについての情報提供の有無

類型	住まいの近くの地域包括支援センターについて情報提供を行っていますか。					
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計	
類型	基幹型	5 41.7%	6 50.0%	1 8.3%	0 0.0%	12 100.0%
	地域型	176 65.7%	90 33.6%	2 0.7%	0 0.0%	268 100.0%
	連携型	28 60.9%	17 37.0%	0 0.0%	1 2.2%	46 100.0%
	合計	209 64.1%	113 34.7%	3 0.9%	1 0.3%	326 100.0%

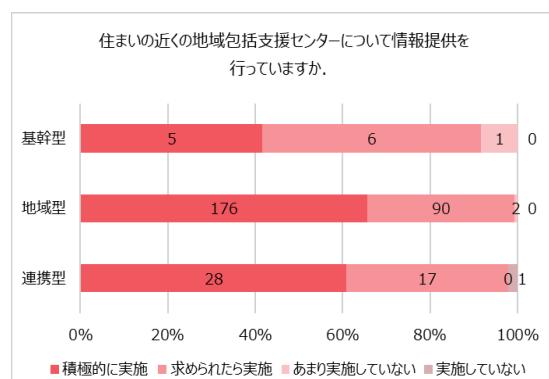


図18 類型別 住まいの近くの地域包括支援センターについての情報提供の有無

表17 医療機関種別 住まいの近くの地域包括支援センターについての情報提供の有無

医療機関種別	住まいの近くの地域包括支援センターについて情報提供を行っていますか。					
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計	
医療機関種別	一般病院	93 73.2%	31 24.4%	3 2.4%	0 0.0%	127 100.0%
	精神科病院	94 57.3%	69 42.1%	0 0.0%	1 0.6%	164 100.0%
	診療所	18 75.0%	6 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	24 100.0%
	その他	4 36.4%	7 63.6%	0 0.0%	0 0.0%	11 100.0%
合計		209 64.1%	113 34.7%	3 0.9%	1 0.3%	326 100.0%

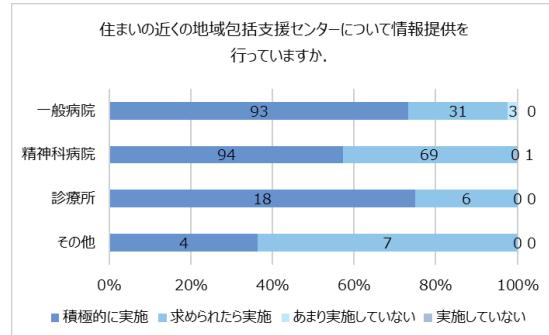


図19 医療機関種別 住まいの近くの地域包括支援センターについての情報提供の有無

II-4) 介護保険に関する情報提供の有無

全体比率（図20）、類型別（表18、図21）、医療機関種別（表19、図22）に示す。

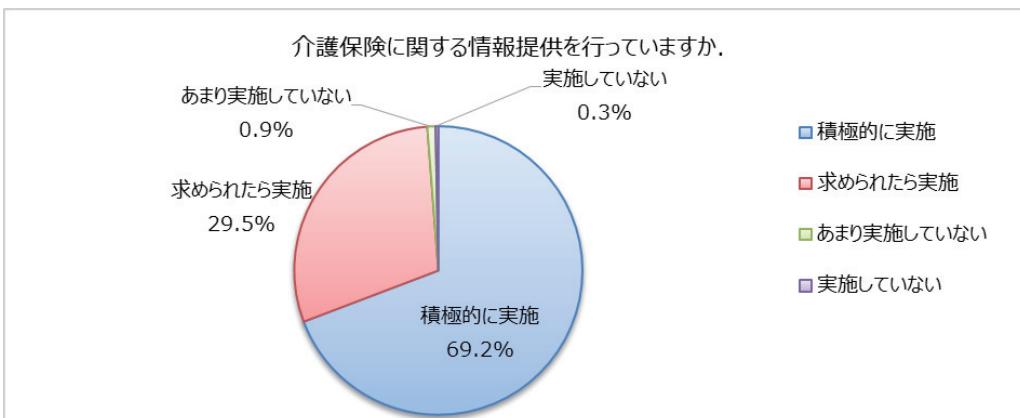


図20 介護保険に関する情報提供の有無（全体比率）

表18 類型別 介護保険に関する情報提供の有無

類型	介護保険に関する情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	8	4	0	0	12
	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	184	80	3	0	267
	68.9%	30.0%	1.1%	0.0%	100.0%
地域型	33	12	0	1	46
	71.7%	26.1%	0.0%	2.2%	100.0%
連携型	225	96	3	1	325
	69.2%	29.5%	0.9%	0.3%	100.0%
合計					

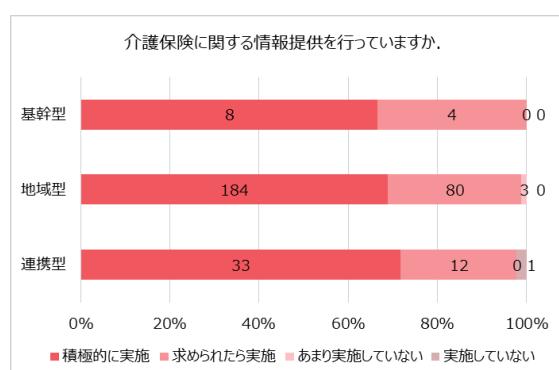


図21 類型別 介護保険に関する情報提供の有無

表19 医療機関種別 介護保険に関する情報提供の有無

医療機関種別	介護保険に関する情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	97	28	2	0	127
	76.4%	22.0%	1.6%	0.0%	100.0%
	104	57	1	1	163
	63.8%	35.0%	0.6%	0.6%	100.0%
精神科病院	19	5	0	0	24
	79.2%	20.8%	0.0%	0.0%	100.0%
診療所	5	6	0	0	11
	45.5%	54.5%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	225	96	3	1	325
	69.2%	29.5%	0.9%	0.3%	100.0%
合計					

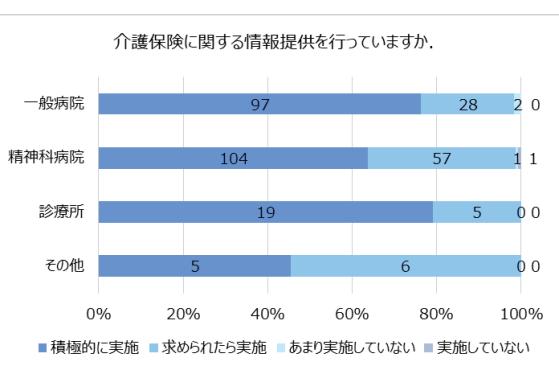


図22 医療機関種別 介護保険に関する情報提供の有無

II-5) 権利擁護に関する援助（日常生活自立支援事業、成年後見制度、虐待・経済被害対策等）の情報提供の有無

全体比率（図23）、類型別（表20、図24）、医療機関種別（表21、図25）に示す。

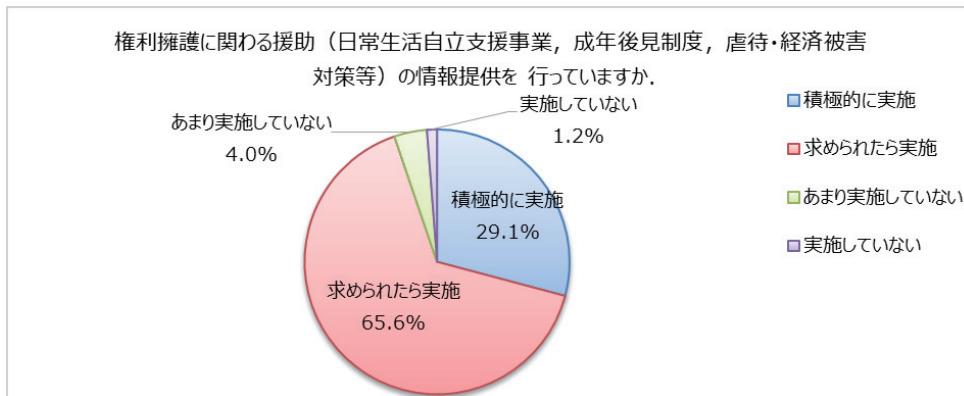


図23 権利擁護に関する援助の情報提供の有無（全体比率）

表20 類型別 権利擁護に関する情報提供の有無

類型	権利擁護に関する援助（日常生活自立支援事業、成年後見制度、虐待・経済被害対策等）の情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	2	6	4	0	12
	16.7%	50.0%	33.3%	0.0%	100.0%
	74	184	7	3	268
	27.6%	68.7%	2.6%	1.1%	100.0%
地域型	19	24	2	1	46
	41.3%	52.2%	4.3%	2.2%	100.0%
連携型	95	214	13	4	326
	29.1%	65.6%	4.0%	1.2%	100.0%
合計					

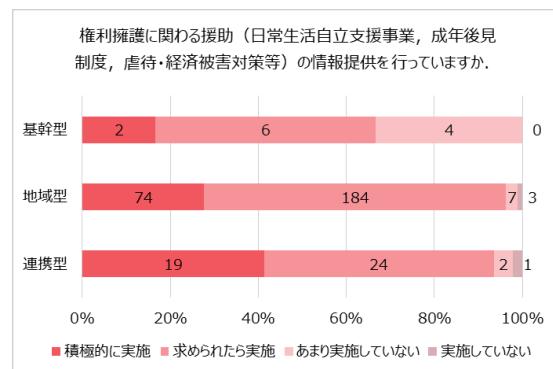


図24 類型別 権利擁護に関する情報提供の有無

表21 医療機関種別 権利擁護に関する情報提供の有無

医療機関種別	権利擁護に関する援助（日常生活自立支援事業、成年後見制度、虐待・経済被害対策等）の情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	37	78	11	1	127
	29.1%	61.4%	8.7%	0.8%	100.0%
	46	114	1	3	164
	28.0%	69.5%	0.6%	1.8%	100.0%
精神科病院	12	11	1	0	24
	50.0%	45.8%	4.2%	0.0%	100.0%
診療所	0	11	0	0	11
	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	95	214	13	4	326
	29.1%	65.6%	4.0%	1.2%	100.0%
合計					

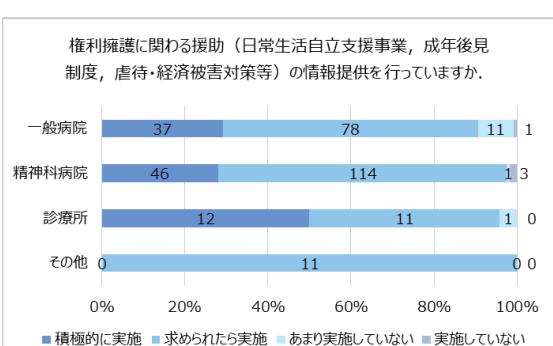


図25 医療機関種別 権利擁護に関する情報提供の有無

II-6) 経済問題に関する援助（年金、生活保護、医療費助成等の制度利用）についての情報提供の有無

全体比率（図26）、類型別（表22、図27）、医療機関種別（表23、図28）に示す。

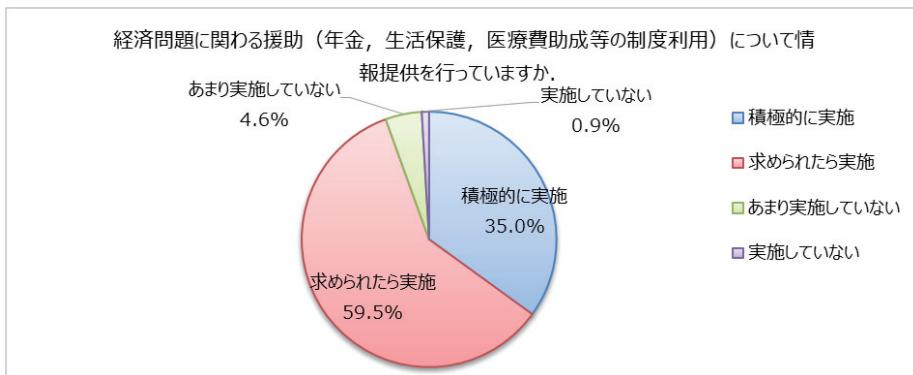


図26 経済問題に関する援助についての情報提供の有無（全体比率）

表22 類型別 経済問題に関する援助についての情報提供の有無

類型	経済問題に関する援助（年金、生活保護、医療費助成等の制度利用）について情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	5 41.7%	5 41.7%	2 16.7%	0 0.0%	12 100.0%
	88 32.8%	168 62.7%	10 3.7%	2 0.7%	268 100.0%
	21 45.7%	21 45.7%	3 6.5%	1 2.2%	46 100.0%
	114 35.0%	194 59.5%	15 4.6%	3 0.9%	326 100.0%

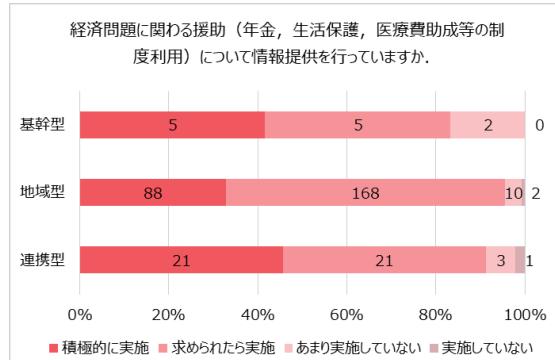


図27 類型別 経済問題に関する援助についての情報提供の有無

表23 医療機関種別 経済問題に関する援助についての情報提供の有無

医療機関種別	経済問題に関する援助（年金、生活保護、医療費助成等の制度利用）について情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	38 29.9%	76 59.8%	12 9.4%	1 0.8%	127 100.0%
	61 37.2%	100 61.0%	1 0.6%	2 1.2%	164 100.0%
	14 58.3%	8 33.3%	2 8.3%	0 0.0%	24 100.0%
	1 9.1%	10 90.9%	0 0.0%	0 0.0%	11 100.0%
合計	114 35.0%	194 59.5%	15 4.6%	3 0.9%	326 100.0%

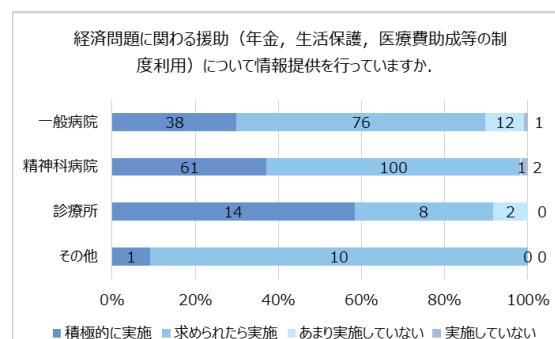


図28 医療機関種別 経済問題に関する援助についての情報提供の有無

II-7) 家族会や家族支援に関する社会資源についての情報提供の有無

全体比率（図29）、類型別（表24、図30）、医療機関種別（表25、図31）に示す。

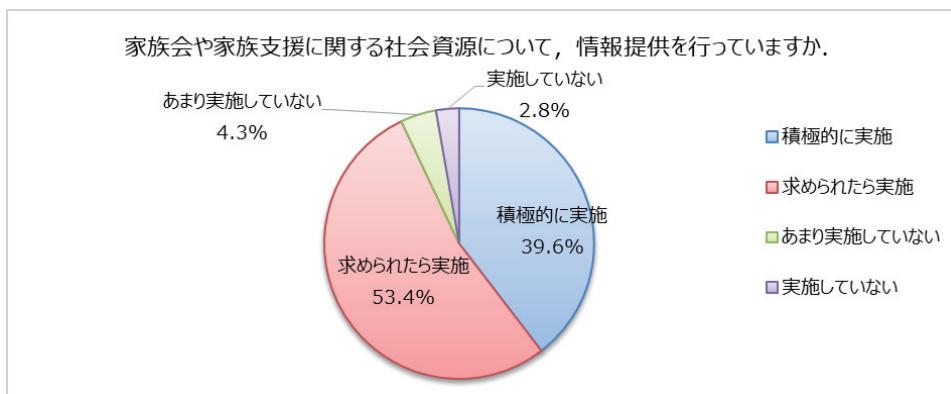


図29 家族会や家族支援に関する社会資源についての情報提供の有無（全体比率）

表24 類型別 家族会や家族支援に関する社会資源についての情報提供の有無

類型	家族会や家族支援に関する社会資源について、情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	5	6	1	0	12
	41.7%	50.0%	8.3%	0.0%	100.0%
	108	146	9	5	268
	40.3%	54.5%	3.4%	1.9%	100.0%
地域型	16	22	4	4	46
	34.8%	47.8%	8.7%	8.7%	100.0%
連携型	129	174	14	9	326
	39.6%	53.4%	4.3%	2.8%	100.0%
合計					

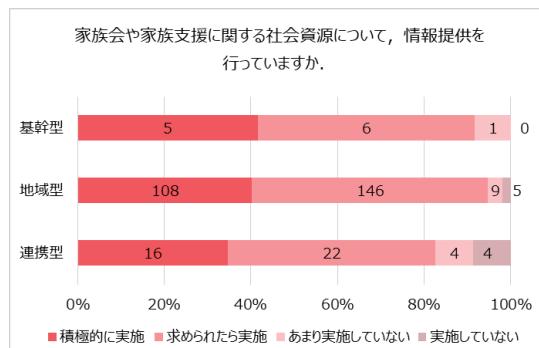


図30 類型別 家族会や家族支援に関する社会資源についての情報提供の有無

表25 医療機関種別 家族会や家族支援に関する社会資源についての情報提供の有無

医療機関種別	家族会や家族支援に関する社会資源について、情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	59	58	6	4	127
	46.5%	45.7%	4.7%	3.1%	100.0%
	55	100	5	4	164
	33.5%	61.0%	3.0%	2.4%	100.0%
精神科病院	12	8	3	1	24
	50.0%	33.3%	12.5%	4.2%	100.0%
診療所	3	8	0	0	11
	27.3%	72.7%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	129	174	14	9	326
	39.6%	53.4%	4.3%	2.8%	100.0%
合計					

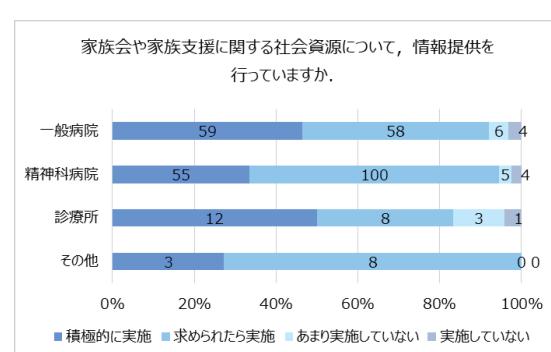


図31 医療機関種別 家族会や家族支援に関する社会資源についての情報提供の有無

II-8) 認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング等）についての情報提供の有無

全体比率（図32）、類型別（表26、図33）、医療機関種別（表27、図34）に示す。

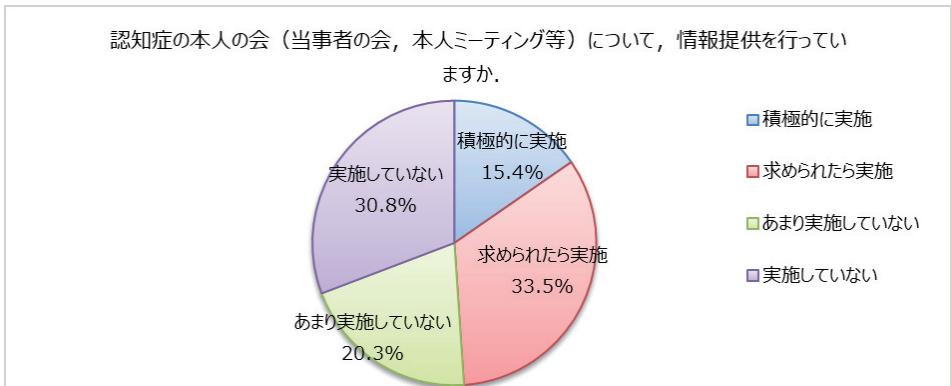


図32 認知症の本人の会についての情報提供の有無（全体比率）

表26 類型別 認知症の本人の会についての情報提供の有無

類型	認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング等）について、情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	3 25.0%	6 50.0%	2 16.7%	1 8.3%	12 100.0%
	41 15.3%	94 35.1%	51 19.0%	82 30.6%	268 100.0%
連携型	6 13.3%	9 20.0%	13 28.9%	17 37.8%	45 100.0%
	50 15.4%	109 33.5%	66 20.3%	100 30.8%	325 100.0%
合計					

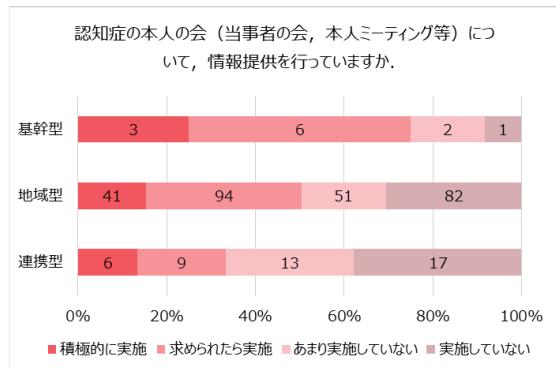


図33 類型別 認知症の本人の会についての情報提供の有無

表27 医療機関種別 認知症の本人の会についての情報提供の有無

医療機関種別	認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング等）について、情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	24 18.9%	41 32.3%	29 22.8%	33 26.0%	127 100.0%
	21 12.8%	59 36.0%	29 17.7%	55 33.5%	164 100.0%
精神科病院	4 17.4%	6 26.1%	4 17.4%	9 39.1%	23 100.0%
	1 9.1%	3 27.3%	4 36.4%	3 27.3%	11 100.0%
診療所	50 15.4%	109 33.5%	66 20.3%	100 30.8%	325 100.0%
その他					
合計					

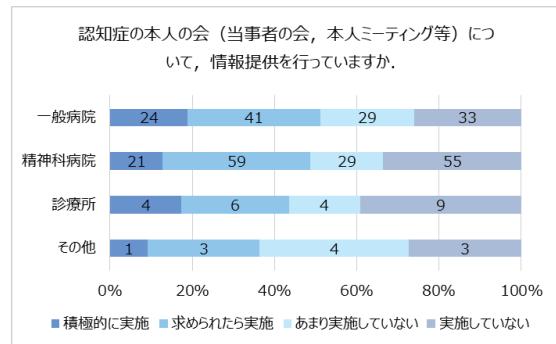


図34 医療機関種別 認知症の本人の会についての情報提供の有無

II-9) 認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源についての情報提供の有無

全体比率（図35）、類型別（表28、図36）、医療機関種別（表29、図37）に示す。

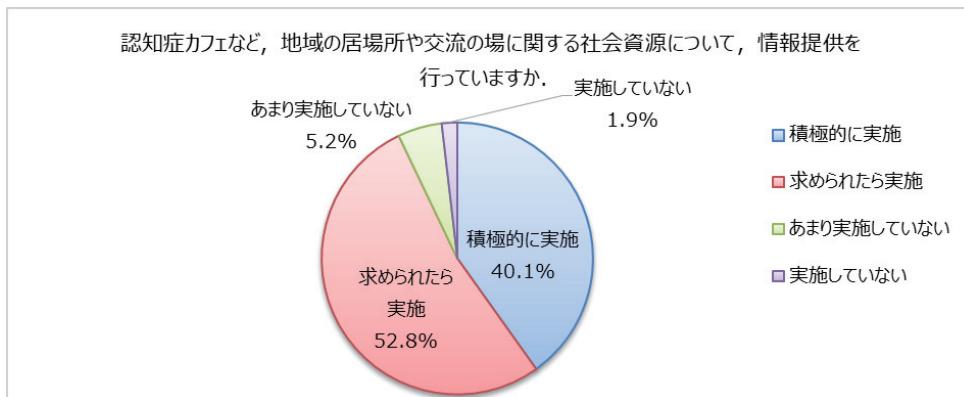


図35 認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源についての情報提供の有無（全体比率）

表28 類型別 認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源についての情報提供の有無

類型	認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源について、情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	5	7	0	0	12
	41.7%	58.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	102	146	14	4	266
地域型	38.3%	54.9%	5.3%	1.5%	100.0%
	23	18	3	2	46
	50.0%	39.1%	6.5%	4.3%	100.0%
連携型	130	171	17	6	324
	40.1%	52.8%	5.2%	1.9%	100.0%

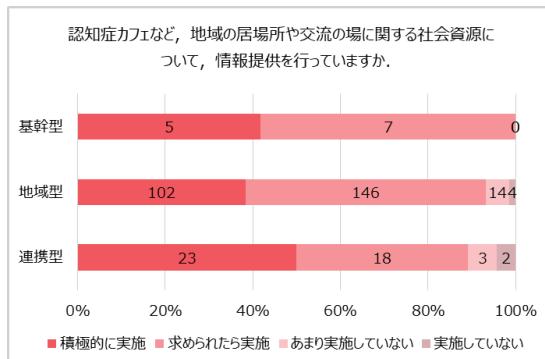


図36 類型別 認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源についての情報提供の有無

表29 医療機関種別 認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源についての情報提供の有無

医療機関種別	認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源について、情報提供を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	53	64	6	4	127
	41.7%	50.4%	4.7%	3.1%	100.0%
	57	95	9	1	162
精神科病院	35.2%	58.6%	5.6%	0.6%	100.0%
	16	5	2	1	24
診療所	66.7%	20.8%	8.3%	4.2%	100.0%
	4	7	0	0	11
その他	36.4%	63.6%	0.0%	0.0%	100.0%
	130	171	17	6	324
合計	40.1%	52.8%	5.2%	1.9%	100.0%

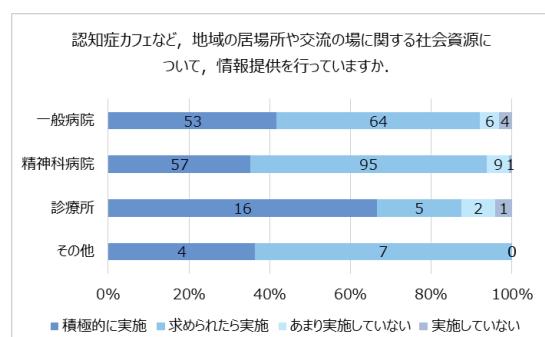


図37 医療機関種別 認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源についての情報提供の有無

II-10) 関係機関との連絡調整の実施

全体比率（図38）、類型別（表30、図39）、医療機関種別（表31、図40）に示す。

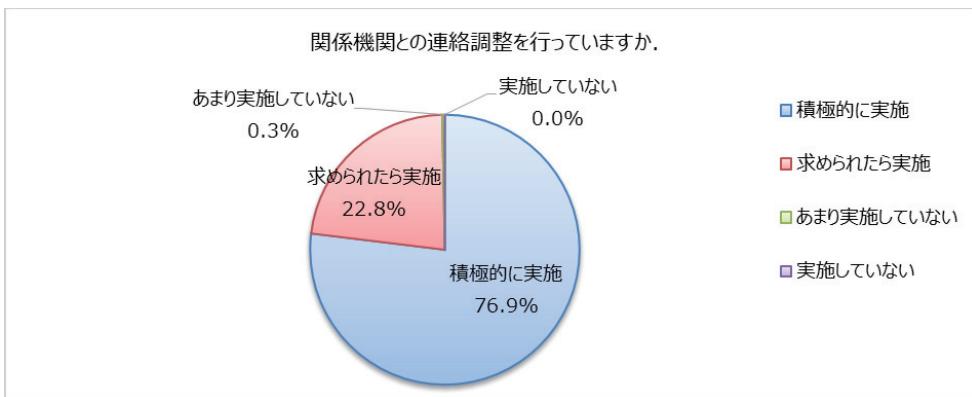


図38 関係機関との連絡調整の実施の有無（全体比率）

表30 類型別 関係機関との連絡調整の実施の有無

類型	関係機関との連絡調整を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	8	4	0	0	12
	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	100.0%
地域型	205	61	1	0	267
	76.8%	22.8%	0.4%	0.0%	100.0%
連携型	37	9	0	0	46
	80.4%	19.6%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	250	74	1	0	325
	76.9%	22.8%	0.3%	0.0%	100.0%

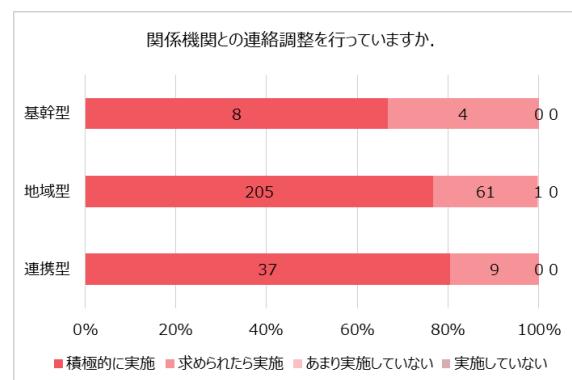


図39 類型別 関係機関との連絡調整の実施の有無

表31 医療機関種別 関係機関との連絡調整の実施の有無

医療機関種別	関係機関との連絡調整を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	96	31	0	0	127
	75.6%	24.4%	0.0%	0.0%	100.0%
精神科病院	125	37	1	0	163
	76.7%	22.7%	0.6%	0.0%	100.0%
診療所	21	3	0	0	24
	87.5%	12.5%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	8	3	0	0	11
	72.7%	27.3%	0.0%	0.0%	100.0%
合計	250	74	1	0	325
	76.9%	22.8%	0.3%	0.0%	100.0%

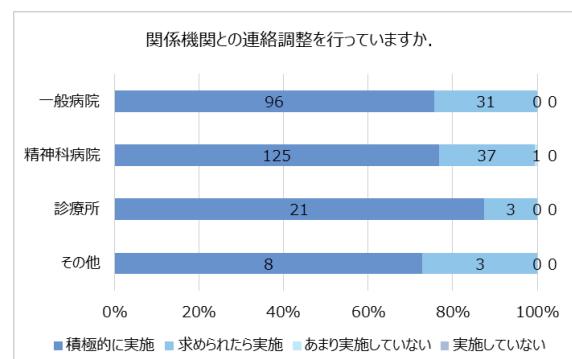


図40 医療機関種別 関係機関との連絡調整の実施の有無

II-11) 本人・家族の心理的サポート（カウンセリングや心理教育など）の実施

全体比率（図41）、類型別（表32、図42）、医療機関種別（表33、図43）に示す。

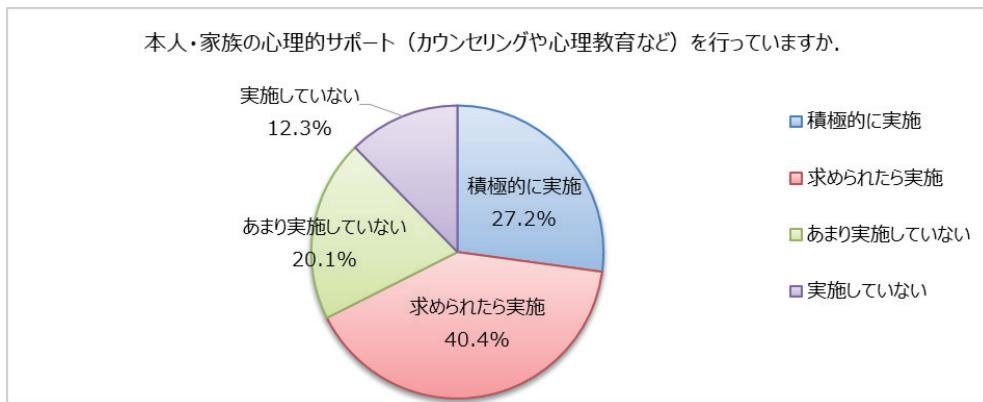


図41 本人・家族の心理的サポートの実施の有無（全体比率）

表32 類型別 本人・家族の心理的サポートの実施の有無

類型	本人・家族の心理的サポート（カウンセリングや心理教育など）を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	3	3	4	2	12
	25.0%	25.0%	33.3%	16.7%	100.0%
	69	115	50	32	266
	25.9%	43.2%	18.8%	12.0%	100.0%
地域型	16	13	11	6	46
	34.8%	28.3%	23.9%	13.0%	100.0%
連携型	88	131	65	40	324
	27.2%	40.4%	20.1%	12.3%	100.0%
合計					

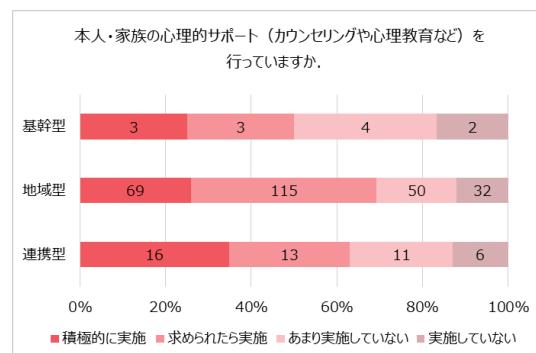


図42 類型別 本人・家族の心理的サポートの実施の有無

表33 医療機関種別 本人・家族の心理的サポートの実施の有無

医療機関種別	本人・家族の心理的サポート（カウンセリングや心理教育など）を行っていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	44	42	26	13	125
	35.2%	33.6%	20.8%	10.4%	100.0%
	28	77	36	23	164
	17.1%	47.0%	22.0%	14.0%	100.0%
精神科病院	11	9	3	1	24
	45.8%	37.5%	12.5%	4.2%	100.0%
診療所	5	3	0	3	11
	45.5%	27.3%	0.0%	27.3%	100.0%
その他	88	131	65	40	324
	27.2%	40.4%	20.1%	12.3%	100.0%
合計					

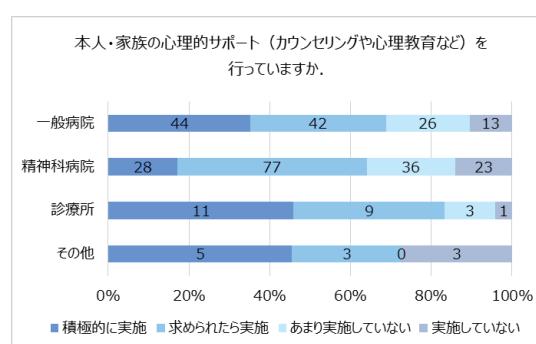


図43 医療機関種別 本人・家族の心理的サポートの実施の有無

II-12) その他の生活全般の問題（運転免許、生命保険料の支払い、家族の介護負担等）についての相談応需

全体比率（図44）、類型別（表34、図45）、医療機関種別（表35、図46）に示す。

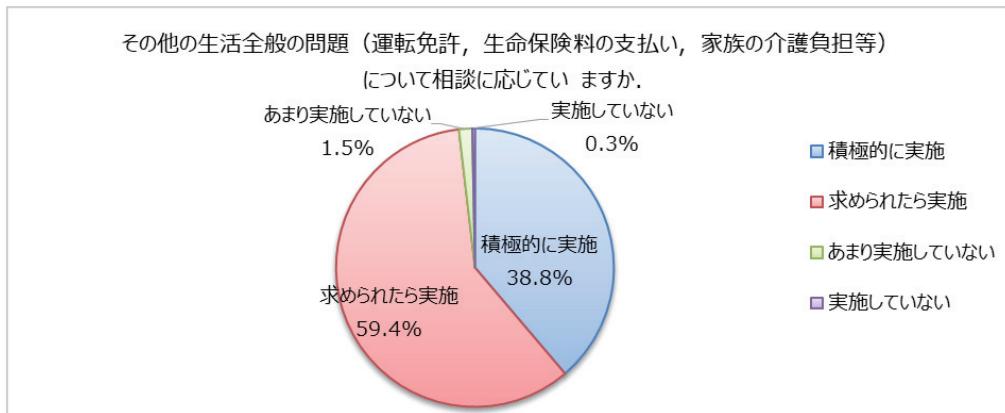


図44 その他の生活全般の問題についての相談応需の有無（全体比率）

表34 類型別 その他の生活全般の問題についての相談応需の有無

類型	その他の生活全般の問題（運転免許、生命保険料の支払い、家族の介護負担等）について相談に応じていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
基幹型	4	8	0	0	12
	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	100.0%
	102	162	4	0	268
	38.1%	60.4%	1.5%	0.0%	100.0%
地域型	20	23	1	1	45
	44.4%	51.1%	2.2%	2.2%	100.0%
連携型	126	193	5	1	325
	38.8%	59.4%	1.5%	0.3%	100.0%
合計					

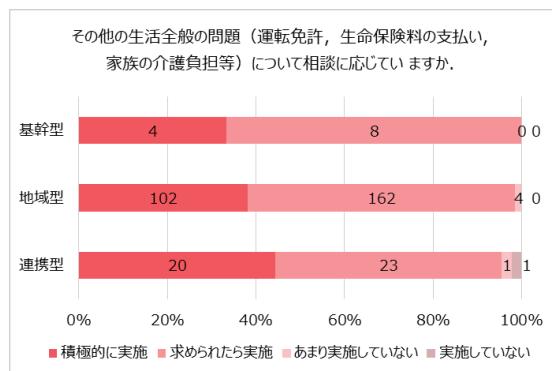


図45 類型別 その他の生活全般の問題についての相談応需の有無

表35 医療機関種別 その他の生活全般の問題についての相談応需の有無

医療機関種別	その他の生活全般の問題（運転免許、生命保険料の支払い、家族の介護負担等）について相談に応じていますか。				
	積極的に実施	求められたら実施	あまり実施していない	実施していない	合計
一般病院	55	68	4	0	127
	43.3%	53.5%	3.1%	0.0%	100.0%
	54	109	0	1	164
	32.9%	66.5%	0.0%	0.6%	100.0%
精神科病院	12	10	1	0	23
	52.2%	43.5%	4.3%	0.0%	100.0%
診療所	5	6	0	0	11
	45.5%	54.5%	0.0%	0.0%	100.0%
その他	126	193	5	1	325
	38.8%	59.4%	1.5%	0.3%	100.0%
合計					

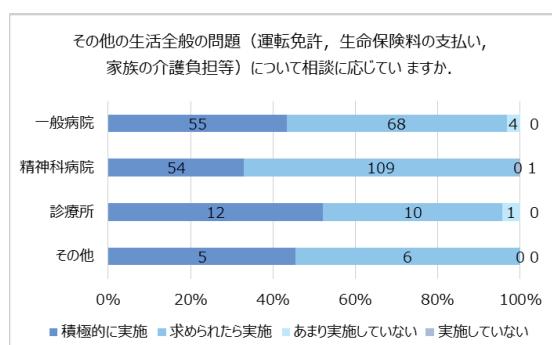


図46 医療機関種別 その他の生活全般の問題についての相談応需の実施の有無

III. 相談員等による本人と家族への診断後支援の実際

III-1) 相談室において実際に相談に対応している職員の職種. (複数回答可)

全体比率 (図 47), 類型別 (表 36), 医療機関種別 (表 37) に示す.

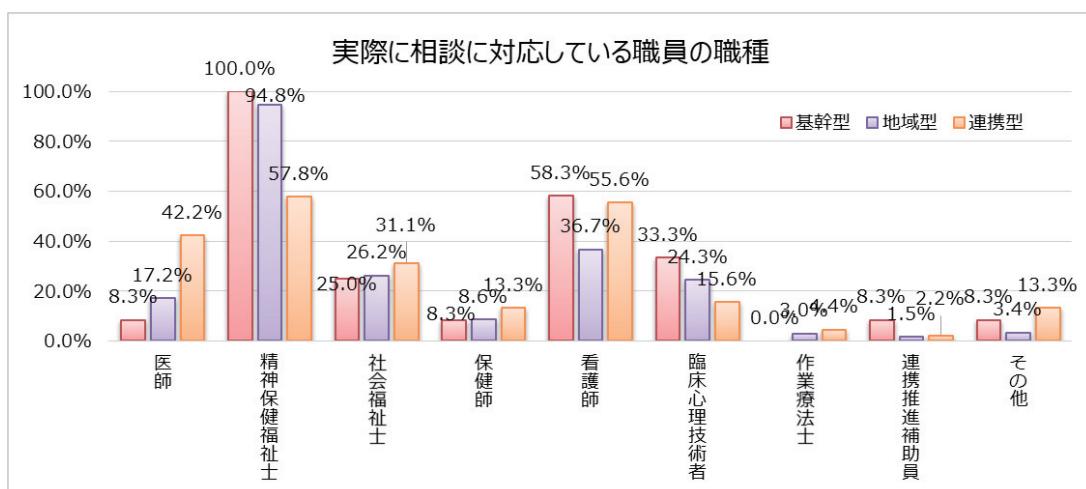


図 47 相談室において実際に相談に対応している職員の職種 (全体比率)

表 36 類型別 相談室において実際に相談に対応している職員の職種

類型	実際に相談に対応している職員の職種										合計
	医師	精神保健福祉士	社会福祉士	保健師	看護師	臨床心理技術者	作業療法士	連携推進補助員	その他		
基幹型	1	12	3	1	7	4	0	1	1	12	
	8.3%	100.0%	25.0%	8.3%	58.3%	33.3%	0.0%	8.3%	8.3%	100.0%	
	46	253	70	23	98	65	8	4	9	267	
	17.2%	94.8%	26.2%	8.6%	36.7%	24.3%	3.0%	1.5%	3.4%	100.0%	
地域型	19	26	14	6	25	7	2	1	6	45	
	42.2%	57.8%	31.1%	13.3%	55.6%	15.6%	4.4%	2.2%	13.3%	100.0%	
	66	291	87	30	130	76	10	6	16	324	
	20.4%	89.8%	26.9%	9.3%	40.1%	23.5%	3.1%	1.9%	4.9%	100.0%	
連携型	66	291	87	30	130	76	10	6	16	324	
	42.2%	57.8%	31.1%	13.3%	55.6%	15.6%	4.4%	2.2%	13.3%	100.0%	
	19	26	14	6	25	7	2	1	6	45	
	46	253	70	23	98	65	8	4	9	267	
合計	66	291	87	30	130	76	10	6	16	324	
	20.4%	89.8%	26.9%	9.3%	40.1%	23.5%	3.1%	1.9%	4.9%	100.0%	

表 37 医療機関種別 相談室において実際に相談に対応している職員の職種

医療機関種別	実際に相談に対応している職員の職種										合計
	医師	精神保健福祉士	社会福祉士	保健師	看護師	臨床心理技術者	作業療法士	連携推進補助員	その他		
一般病院	21	108	55	16	63	39	2	2	6	126	
	16.7%	85.7%	43.7%	12.7%	50.0%	31.0%	1.6%	1.6%	4.8%	100.0%	
	28	163	21	9	48	33	7	3	5	163	
	17.2%	100.0%	12.9%	5.5%	29.4%	20.2%	4.3%	1.8%	3.1%	100.0%	
	13	9	7	4	15	4	1	1	4	24	
	54.2%	37.5%	29.2%	16.7%	62.5%	16.7%	4.2%	4.2%	16.7%	100.0%	
精神科病院	4	11	4	1	4	0	0	0	1	11	
	36.4%	100.0%	36.4%	9.1%	36.4%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	100.0%	
	66	291	87	30	130	76	10	6	16	324	
診療所	20.4%	89.8%	26.9%	9.3%	40.1%	23.5%	3.1%	1.9%	4.9%	100.0%	
	13	9	7	4	15	4	1	1	4	24	
	54.2%	37.5%	29.2%	16.7%	62.5%	16.7%	4.2%	4.2%	16.7%	100.0%	
その他	4	11	4	1	4	0	0	0	1	11	
	36.4%	100.0%	36.4%	9.1%	36.4%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%	100.0%	
	66	291	87	30	130	76	10	6	16	324	
合計	66	291	87	30	130	76	10	6	16	324	
	20.4%	89.8%	26.9%	9.3%	40.1%	23.5%	3.1%	1.9%	4.9%	100.0%	

III-2) 一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施している内容（自由記載）

III-3) 軽度認知症障害（MCI）の人の診断後支援について、特に実施している内容。（自由記載）

III-4) 若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施している内容。（自由記載）

III-5) その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施している内容。

III-2～5) について自由記載の内容を、各認知症疾患医療センター別に資料（8. 資料 自由記載）に示す。

IV. 認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人や家族への診断後支援（心理社会的サポート）についての考え方（自由記載）

自由記載の内容を、各認知症疾患医療センター別に資料（8. 資料 自由記載）に示す。

V. 認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題

自由回答の内容を各認知症疾患医療センター別に資料（8. 資料 自由記載）に示す。

6. 考察

回答者は精神保健福祉士が多くを占めた。家族介護者の支援に関わる社会資源や認知症カフェ等の居場所については大半の認知症疾患医療センターが把握していたが、本人の会については22.3%，生活支援に関する社会資源については30.1%が把握していない状態であった。

診断後支援の方法としては医師の指示が78.3%，本人・家族の希望に応じてが80.4%であり、本人や家族に関して情報収集する中で必要と考えられた内容の診断後支援を行っていると考えられた。疾患特性については全体の52.5%が積極的に実施していたが、特に医療機関種別では診療所の78.3%が実施していた。地域包括支援センターや介護保険の情報提供は全体の過半数が積極的に実施していたが、権利擁護に関しては積極的に実施しているのは29.1%にとどまり、65.6%は求められたら実施と回答した。経済問題に関わる援助についても同様で、積極的に実施は35.1%にとどまり、59.5%が求められたら実施であった。権利擁護や経済問題については連携型および診療所での積極的な実施が多く、それらで比較的生活に密着した支援が行われていることがうかがわれた。

家族会については、存在を把握しているセンターが大半である（結果I-1参照）ためか、求めに応じて実施可能であるのは53.4%であった。一方、本人の会については、認知症疾患医療センターの管轄医療圏域において存在しない地域も多く（結果I-2参照）、情報提供をあまり実施していないセンターと実施していないセンターを合わせ51.1%が情報提供できていない状況であった。これらの傾向は、認知症カフェなどの状況提供についても同様であった。

関係機関との連絡調整は多くのセンターが積極的に実施しており、特に診療所の積極的な実施が多かった。一方で本人・家族への心理的サポートは実施していないセンターが12.3%おり、積極的な実施は27.2%と少数であった。運転免許の返納や生命保険料、家族負担などに関する生活全般について支援の実施は98%を超えていた。心理的サポートについては生活に密着した支援体制を持つ必要があり、また本人・家族から求めることが困難である可能性があり、今後検討を要する課題である。

実際に相談に応じている職種については、全体の89.8%が精神保健福祉士であったが、看護師、社会福祉士、臨床心理技術者の参画もみられた。その他の職種については、介護支援専門員、認知症認定看護師、介護福祉士、薬剤師、栄養士、言語聴覚士、ケースワーカー、などが相談に応じていると記載があった。

特別な診断後支援について、課題の自由記載からは実際に相談業務を担当しているものの課題意識がうかがわれた。地域包括支援センターとの連携、見守りや服薬支援、生活中での危機回避などの生活に密着した支援、医療情報をわかりやすく伝え不安を軽減する支援、定期受診への支援、社会とのつながりを得られるような支援など、多岐にわたる支援の工夫が得られた。また課題意識とともに、支援を行う人財不足の面も明らかになつた。これら自由記載の内容については質的な検討も含め今後も検討を行う必要がある。

7. 結論

認知症疾患医療センターの相談室における診断後支援の業務推進に向けたさらなる調査研究と必要な支援策の検討が必要である。

8. 資料

140～177 頁参照。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
2	・支援を要する方については、介護申請やサービスの調整、および家族との連絡調整。 ・Dr.からの指示で訪問看護にて薬管理(介護サービスが整うまで)	・認知症の予防や認知症への理解を深めてもらうための勉強会やリーフレットの配布。 ・今後の不安への心理的サポートや相談窓口の紹介、包括と連携し、情報の共有。 ・認知症予防教室や地域の活動の案内。	障害者年金などの社会保障についての支援、手続きの手伝い。 ・就労支援
3	地域包括支援センターを紹介している。	通院による治療や再検査の実施。	通院による治療や再検査の実施。
4	別居の家族へ積極的に連絡し、状況理解を促進。家族がないなければ包括支援センターへつなぎ、生活フォローを依頼。病状によっては成年後見センターへつなぎ、権利擁護。	本人、家族から生活相談を受けている。特に若く、戸惑いの多い人は受診毎に定期的に関わっている。	社会資源の積極的情報提供。特に経済面でのフォローを必要とされる人が多いので、若年性認知症の会の冊子を利用し、いつになれば何が申請できるのか(年金、手帳etc)を本人、家族と一緒に確認している。
5	介護保険未申請であれば、包括の紹介と介護保険について情報提供を行っている。他、生活状況に応じた資源の紹介を行っている。	今後必要となる可能性を考え、包括の紹介やケアバスの配布を必要に応じて行っている。	特になし。相談があれば資源の紹介を行っている。
6	地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等、関係機関に情報提供、対応依頼を行っている。	地域包括支援センター、行政等、必要に応じて紹介している。	特記事項なし
7	家族がいる場合には、診断後結果をお伝えし、今後の在宅生活支援(介護保険サービス等)の助言をさせていただく。家族のいない独居高齢者には、地域包括支援センターに情報提供その後介入していただく。場合によっては認知症初期集中支援チームによる介入もあるため、各自治体のチーム(地域包括支援センター)に情報提供することがある。	MCIと診断された後に、診察に対する満足度調査(アンケート)を行い、合わせて認知症疾患医療センター所属の臨床心理士や看護師による介護相談を実施。診断後の不安や疑問をお伺いし、引き続きお困りごとがあれば、いつでも相談対応することをお伝えしている。	就労している方については、職場の求めに応じて人事部と診断についての情報共有や今後の職場の訂正配置等について、休職の判断等を協議することがある。また経済的支援について、自立支援医療制度の紹介や将来、障害年金申請の検討、前頭側頭用変性症やバーキンソン病の診断がついた場合には、特定疾患の申請も検討する。また、地元には若年認知症の方を支援する団体がないので、NPO法人北海道若年認知症の人と家族の会(札幌)を紹介し、本人家族の例会等を紹介している。
10	支援が途切ることのないよう、包括支援センターへの紹介や介護保険の申請などにより、関係機関に必ず繋がるようにする。		
11	・Ptの理解度の確認、支援の必要性の程度等をアセスメント。 ・インフォーマルを含めた支援体制のアセスメント。 ・自治体担当者、包括支援センター等含めた関係機関への情報提供。 ・かかりつけ医、薬局との情報交換。	・利用可能なサービスの情報提供。 ・定期的な通院の推奨。 ・認知症カフェの紹介等。	・家族の介護力のアセスメント。 ・その他、2)3)に同じ。
13	サービスにつながっていない場合は、包括支援センターの紹介を行っている。本人、faが連絡する事が難しい場合は、了解を得てPSWか包括に情報提供している。		家族会の紹介、経済面の社会資源紹介など
14	介護保険未申請やサービス利用のない方、困っている方に関しては、情報提供、地域包括支援センターの紹介をしています。	特にないです。	現在、若年性認知症のご相談及び通院中の方が当院にはいません。
15	包括支援センターへの橋渡し。	社会資源の説明。希望者には認知症認定看護師による看護外来、PSWによる面接を行っている。	希望者には認知症認定看護師による看護外来とPSWによる面接を実施している。
17	療養及び生活に必要な情報提供及び諸手続き、介護サービス等の利用支援について、地域包括支援センターやケアマネージャーにつなげ症状を踏まえた生活支援につなげている。 また、地域包括支援センターやケアマネージャーと日常的に連絡をとり、症状変化時の対応等がスムーズに伝える。	療養及び生活に必要な情報提供及び諸手続き、介護サービス等の利用支援について、地域包括支援センターやケアマネージャーにつなげ症状を踏まえた生活支援につなげている。 また、地域包括支援センターやケアマネージャーと日常的に連絡をとり、症状変化時の対応等がスムーズに伝える。	・個別相談支援による対応(実績として) ・パンフレット等での啓蒙 ・就労支援、年金の相談 ・認知症カフェやサークル等の利用勧奨、同院カフェでのボランティア等への勧奨、居場所づくり等
18	生活課題の抽出→必要に応じて介護サービス、地域の社会資源等の紹介や仲介。地域包括支援センターへの情報提供。高齢世帯の場合、介護者からの相談対応、都度生活状況の聴取、受容、助言など。	III.2)内容と、その他認知症予防に関わる情報提供など。	III.2)に加えて、自立支援医療、障害年金などの精度紹介や、就労についての相談、本人、家族の思いの受容等面談。家族会の紹介(必要時、集会に一緒に参加する等もあり)。
20	在宅支援(精神科訪問看護)の実施。関係機関、地域のネットワークによる支援チームの構成。	症状進行など、困った際の相談窓口の周知。	経済面、就労面などの相談対応。
21	該当市町村の地域包括支援センターもしくは高齢者支援センター、担当しているケアマネジャーへの診察内容についての情報提供、訪問やサービス調整の依頼、介護保険の紹介や訪問看護の導入。	6か月や1年後に経過観察のための受診や病状悪化時の受診を勧めている。	障害サービス、介護保険サービス、経済面での制度の紹介、運転免許証の返納についての説明。関係機関として若年性認知症総合支援センターを紹介。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
	認知症への理解がない方、ご家族	
	3ヶ月に1度、家族会を実施しており、家族が実際に工夫していることや、悩みを聞くことができている。対応する相談員が家族の声を聞くことは必要と感じている。今後は地域の家族会にも参加したい。	新規患者の受け入れに制限があるため、待機期間が6~8週になり、慢性的に続いている。
	家族向けの相談窓口は充実しつつあるので、本人を対象にした相談窓口や当事者の会があると良いと思う(当院内でも検討中)。	よく連携できるところ、そうでないところがはっきりしてきた印象。溝を埋めようと研修会etc実施しても、よく連携できるところばかりが来場し、結局差が広がった印象。全体的な質向上を図るにはどうすると良いのか迷う。
家族には必要に応じ家族会の紹介をしている。	包括を中心として、生活を支援するための連携が必要。家族会や認知症カフェなど、家族も含めたサポートを構築する必要がある。そのためにも疾患医療センター職員も積極的に地域にて、顔の見える関係を構築することが必要と思ふ。	・受診待機期間の長期化。 ・身体合併症のある認知症患者の入院受け入れ。 ・医師の診療負担の増加。 ・データ管理システムの構築。 ・センターの相談窓口の周知が行き届いていない。
かかりつけ医にスムーズに戻っていただけるよう、必要に応じて情報提供、連絡調整を行う。当センター受診時には窓口となり、受診調整を行う。	かかりつけ医、地域包括支援センター等、切れ目のない支援が行えるよう患者、家族の求めに応じて連絡、調整を行うことを心がけている。	当センターがカバーする医療圏域以外に遠方から診断を頼りて受診をされる方もおり、地元のかかりつけ医にお戻しをすることにとどまり、診断後支援に限界を感じることがある。特に若年認知症の方への診断後支援には地元に、本人家族のサポートの支援資源がなく何をしてあげられなはず無力感を感じる。
当地域には認知症支援ボランティア団体で一般社団法人認知症支援ボランティア(ばっけがあり)、介護保険サービスでは介入できない隙間の支援を行っている。地域全体で各関係機関がこの団体の活動を知っており、家族本人に紹介し活用を紹介している。家族に代わって受診付き添い、本人への傾聴訪問、買い物付き添いなどを1時間600円の有償で行っている。	心理社会的サポートとしては、当センターではかかりつけ医の紹介状持参をお願いし、徹底してかかりつけ医と連携することで医療的サポートをしていることを本人家族に強調しお伝えしている。 また地域関係機関とは日頃より連携を強化し地域全体でサポートする意識づけの意味で、地域包括支援センター懇談会・介護支援専門員懇談会(各年1回)、認知症初期集中支援チーム(砂川市と空知中部広域連合の2チーム)、会議(月2回定期)とし、様々な機会を通じて社会的サポート体制の意識づけを行っている。	MCI等で半年、一年後の受診を勧めても、実際に受診できたか把握できず、途切れてしまうケースがある。数年後により進行した状態での受診となり、早期発見は出来ても早期の治療、介入につなげられない。積極的な治療や介入を必要としないレベルの人をどのようにフォローしていくかが課題である。
・2)3)に同じ。	認知症であると診断できる医療機関は数多くあるが、診断後支援に力を入れる事が出来るのが、センター相談室の強みであり、属する精神保健福祉士の役割であると思う。診断されたことで絶望するのではなく、希望をもって日々の生活を送れるよう支援することが使命であると考えている。	医師が対応可能な数以上に受診希望があり、タイミングによっては相談を受けても半月ほど先の受診になることがある。また、継続した通院に繋がっていない例もあり、その際の理由検証も今後必要となるだろう。マンパワーの不足により十分な対応を図る時間が取れないこともあり、より効率的な運営を考えていく必要性を感じている。
特にないです。サービスや支援について相談があつた場合は対応しています。	支援を行うのであれば、もっと勉強をしなければなりません(心理サポートについて)。また、ご家族の悩みがどういったものか、それも把握しないといけないと思います。(現状ではセンター相談室にそいつたご相談がないため、どのような支援が必要なのか具体的に想像できません)	初診予約までの待機期間の長期化。
希望者には認知症認定看護師による看護外来とPSWによる面接を実施している。	全員にサポートが必要かアセスメントできるよう、体制作りが課題である。そのためには人員増が必要であり今後検討	紹介元、Hp以外包括などへの情報提供のシステム化、前述の体制作り。
・その方の状況に必要とされる支援者につなぐこと(包括、ケアマネ、介護サービス等)で症状の見守り、変化時の対応と生活支援を同時並行できるよう連携、支援している。		
認知症についての正しい理解へつなぐための面談、必要に応じた指導など。特に、認知症診断を受け、本人及び家族が深刻に考えすぎる等で生活に支障が出る場合等考慮し、なるべく注意して面談等行う。	III.5)に記入した内容をなるべく相談室で気付き対応できるよう配慮している。(コメディカル、Dr.等連携をとりながら)診断後支援に入りやすいよう、事前の情報収集や、診察にワーカーが同席し診察時の状況を把握すること、次回受診時スタッフに配慮して欲しいこと等の情報共有等、相談室で気付き動けるよう気を付けている。	北海道の釧根管内の認知症医療及び精神科受診についての現状で、新患受け入れストップしている。予約が半年待ち等の状況の病院がほとんど。相談希望している患者数に医療の受け入れが全く追いついていない。当院の認知症精査外来も常に予約が2~3ヶ月待ちで、どうしても患者さんをお待たせしてしまう現状。早急な対応も難しい。また、当院が現時点で釧根管内唯一のセンターなので、緊急対応やBPSD治療に入院必要な相談が入ることもあるが、当院が脳外科でのセンターであるため、自院での対応が難しく、前述した地域状況にて他院への相談も難渋する傾向もあり。色々な課題はあるが、地域全体の課題が一番頭を悩ませ
介護、福祉機関の紹介による家族のレスパイトケアの調整、相談対応。	まずは家族の情緒的安定のため、介護面や経済面のみならず、相談員や地域の社会資源(民生委員や家族の会)による心理的サポートが必要である。社会的に孤立させないことであつ病の発症や虐待、自殺を予防できる。	医療機関間(かかりつけ医—専門医療機関)の情報共有が十分でない。認知症医療支援ネットワークの構築が必要である。
	ここでは電話(直接来院もありますが)で相談を受けて、初回の診察来院時に家族からも20~30分程度でお話を聞く時間があります。その時点でできる情報を使え返しながらのやりとりはありますが、診察後(診断後)はなかなか改めてセンタースタッフが話し合いをする時間も取れないのが現	次から次と相談(受診)の問い合わせと、外来受診を組んでいくが、その中で急な急ぎ相談もあり、そのケースをどのようなバランスで外来に調整していくのか難しい。(外来受診時間も限られているので)

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
25	生活介護を必要としている場合は、積極的に介護保険サービスの利用を勧めます。必要としている場合、別居家族に対して気をつけておきたいことを伝えたり、介護予防を念頭に地域包括支援センターに情報提供をして見守りをお願いしたりしています。	初診前のアセスメントに基づいて、面談を実施する場合もあります。その際は、できることをできるだけ続ける、できないことは周囲の手を借りるということを念頭に、生活の仕方について本人さんや家族さんと話し合うことがあります。	就労継続中であれば、職場や就労支援に関する機関との調整を実施します。障害年金や自立支援医療の利用等に関して情報提供をします。介護保険サービスの利用については状態に合わせて勧めます、必要であれば地域包括支援センターとの情報共有をします。そもそも疾患の受け止め・理解には個人差があるため、本人さんや家族さんのお話を聞きながら進めていきます。
26	状況に応じ、行政へ相談できるよう、つながりを作ったり、その後の行政機関からの相談にて対応している。	薬によらない心身機能の向上という相談であれば、介護保険内の予防事業をご案内したり、精神症状への対応という相談であれば、当院のデイケアを勧めたりしている。	同症状での受診症例がなく、仮定の話となるが、求めに応じ、県内の若年性認知症コーディネーターを配置している病院を紹介する。
29	介護保険の利用状況の確認、CMや関係機関との連携など		
30	独居の場合、診断を受けて、治療が必要な状態と評価されても、薬の管理ができない為早期治療に結びつけにくい。また、他科からの処方薬も多く整理していくのも時間要し、かかりつけ医との連携も図りにくい。担当ケアマネがいれば連携をとっている。あるいは、包括支援センターの介入を求める。	6ヶ月後の再評価を勧めている。認知症カフェや介護予防事業への参加を、勧めている。地域包括支援センターと情報共有し、定期訪問や地域住民の協力、見守り体制を整えてもらう。	地域柄社会資源も少なく認知症と早期診断を受けても、支援体制が整っていない。
35	本人や家族の了解を得た上で、地域の支援者へ情報提供し、必要に応じて対応をお願いする。	半年～1年後に再度受診いただき、経過をみていくことを促す。	
37	・介護保険に関する情報提供。 ・地域包括支援センターについての情報提供、連絡調整。	・介護保険に関する情報提供。 ・認知症予防についての情報提供、助言(栄養バランス、運動、他者とのコミュニケーション、生活習慣病など)	・経済問題に関わる援助についての情報提供。 ・若年性認知症支援コーディネーターによる相談支援。
38	・担当の地域包括支援センターに対して情報提供や共有、今後の協力を依頼する。 ・同居していない家族がいる場合は、その家族と連絡を取り意向を確認する。意向に応じて適切な関係機関へ協力を依頼する。	・医師の見解のもと、定期的な通院による状態確認を行う方針を伝えている。 ・かかりつけ医での通院をお願いする場合は認知症療養計画書を用いた医療連携を行う。 ・現在の生活に取り入れができる予防法(運動など)を提示する。 ・必要に応じて地域包括支援センターにおける対応を依頼する。	・診断を受けることで本人はもちろん、家族の心理的不安も大きい場合が多い。疾患への理解を深めていただくだけでなく、家族の不安軽減を目的として通院時は診察前の家族面談を行っている。 ・経済面において本人が一家の中心の存在である場合もあるため、経済的サポートに関する制度などを紹介する。
39	地域包括支援センターが介入していることもあり、診断前から情報共有しているケースもあるので、診断後も継続して通院し地域で暮らせるよう情報収集、提供し、連携して		
40			
41	地域包括支援センターと必要に応じ連絡を取り、訪問等を実施して頂いている。その後、ケアマネジャーさんとも連絡を取ることもある。	特に実施していない。当クリニックは人口3万人の市にあり、社会資源に乏しいため、助言程度しかできない。	診断件数が今のところゼロである。
42	行政と連携して通院継続を促す。	行政と連携して通院継続を促す。	行政と連携して通院継続を促す。
44	・地域包括支援センターや生活保護担当等の行政担当職員や民生委員、担当しているケアマネージャーがいた場合は、その方々との連絡調整を行い、本人の状態について連携を密に行う。担当している方がいなければ、家族と連絡を取り合う。 必要時は、訪問看護等の資源についても説明を行う。	・診断後、内服処方された際や通院を続けられる場合は、困ったことがあれば相談を頂いて、診察した医師に指示を仰ぐ事ができるなどを再度申し伝え、いつでも相談対応可能である旨を伝える。診断後、(医師の判断で)通院はかかりつけ医や一旦終診となつた場合でも、お困りの内容があつた場合は、いつでも相談対応可能である旨を伝える。 必要時は、社会資源(特に介護サービスについて)の情報提供を行う。	・2)、3)と同様に、関係機関や関係者との連携調整や、症状についてお困りのことがあれば、診察した医師に指示を仰ぐ事が可能である旨をお伝えする。
45	・運転免許更新が診断後難しそうな場合、ご本人の承諾を得て地域包括へ連絡し、代替案等の相談にのってもらう。	・診察の後のその場でゴギニサイズの紹介、実施。 ・市の福祉パンフレットを渡して説明。	県作成の若年性認知症のパンフレットを渡している。
46	包括支援センターへつなぎ必要に応じて支援をして頂くよう依頼。	生活での不安などあつた場合の相談先として包括支援センターの情報を提供。状況が変わった場合には受診のご相談頂くようにお伝え。	若年性認知症の人と家族のつどいを月1回開催しているため案内。「若年性認知症の方と支援者のためのガイドブック」をお渡しし情報提供。若年性認知症コーディネーターがいることもお伝えし、必要に応じてつなげている。
47	介護保険サービスの導入、医療デイケアの導入、サービスに結びつけるのが困難なケースは地域包括支援センターへ情報提供を行い、見守り等の対応を強化していた	かかりつけ医のある患者様に対しては、情報提供を行い、定期的なフォローアップを行う。かかりつけ医がない場合も、フォローアップで対応。	自立支援医療制度等の説明など公的制度の情報提供。
51	ケアマネジャーの方との連携。		
53			
54	地域包括やケアマネとの情報共有、つなぎの支援。	Dr.より認知症予防の生活習慣の助言。地域の総合事業の案内などを保健師が行っている。	当院で行われている若年性家族交流会の参加案内、家族相談(保健師)、自立支援医療、手帳の支援。介護保険や障害福祉サービスへのつなぎ。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
ケースの中には、自動車運転免許の更新にともなうもの、成年後見制度の利用にともなうもの、万引きを起こし警察から受診を勧められたもの、などあり、その都度主治医と相談しながら、受診前と受診後の支援を行っています。	認知症の疾患ごとの特性や病状だけでなく、本人の生活背景や本人を取り巻く環境は多様であり、それらのアセスメントとニーズの理解が診断後の支援の基盤となると考えています。当センターでは、初診前に、家族やケアマネ等から一通りの情報収集をすることとなっており、その結果を診断後の支援に生かすようにしています。	認知症の医療に関するニーズは高くなる一方で、それに見合うようなハード面・ソフト面での体制づくりが進んでいくとは言い難い現状があります。診療や支援の質を保ちながら、様々なケースに対応ができるように、あるいは地域のニーズに応えられるように、他の関係機関・団体との連携を強化して、センターの機能を果たしていく方向で運営事業を進めています。 ・センターの認知度が低い。 ・上記のことと関係しているのか、逆紹介となることがほとんどなく、地域医療との連携が進んでいない。
重度認知症ティケアを含む、社会資源の説明や地域包括支援センター等の関係機関の紹介を実施している。	その時々の求めに応じて、窓口となり、制度で対応できるのか、治療の範囲なのか助言していくことが、サポートに通ずると考えています。ただ、上記と並行して、漠然とした不安を表出できるような居場所作りを進めていきたいと考えており、今後、認知症カフェの設置を考えています。	・病院全体としてセンター機能をどのように運営、活用していくかをセンター(PSW)単独ではなく考えていくこと。 ・医師数に限りがあること。
運転免許診断書作成する際になるべく自主返納を勧めているが返納後の治療、生活支援についての体制が整っておらず、返納した後の情報も届きにくい為その後のフォローができていない。家族としては返納後に治療を希望しても、本人は診断されたことで免許失効したきっかけになった病院に通院を拒否してしまうケースがある。病院としては患者との	通常のセンター機能としての役割の他、研修、協議会、等の企画や認知症啓発、人材育成…果たすべく機能面が多岐に渡り専門医はもちろん少數のコメディカルで継続していくことの難しさを感じています。	
初診時に相談員が関わり、その際に情報提供等必要と思われる対応を行うが、その後、継続した対応に手が回らず支援が行き届かないことが多い。心理教育等も含めた対応の必要性も感じるが、通常の業務で手が回らない状況。	初診までの待機期間が長くなってきており(約3ヶ月)、その間に症状悪化してしまうこともある。緊急度を見極めて対応を早める等対応を行っているが、どうしても対応できないこともあります。待機となってしまう。	
・各種社会資源の情報提供。 ・地域連携バス(手帳)の運用。 ・認知症看護認定看護師、認知症ケア専門士によるケアの相談。	診断後支援はとても重要で積極的に行っていくべきではあるが、受診、入院などの医療相談も多く、その他、地域連携や研修会の開催など業務も多岐にわたっており、積極的に介入できていないのが現状である(人員不足)。	・受診拒否者への対応。 ・以前よりは軽度の状態で受診するケースが多くなってきたが、まだまだ症状が重くなってから受診するケースも多い状況である。 ・退院支援として、施設の空きがなく、入院期間が長くなるケースもある。また、老人保健施設は薬価の問題(抗認知症薬薬価が高く、服用していると入所を断られる)もあり、入所できないことが多い。 ・当センターは精神科病院に配置されており、認知症治療病棟を有する病院であるが、入院治療の希望があった際、本人の状態像に適応したベッドの提供が困難な場合もあり、早急な対応を求められたときに受け入れが難しい。 ・認知症疾患医療センターを主たる通院先として捉えず、地域のかかりつけ医と協力していきたいと考えているが、受診相談者の内には「認知症の治療が必要=認知症疾患医療センターへの通院」と認識している方も少なくはない。そのため、定期通院者が増えることで新規受診者の受け入れが難航するとともに、待ち時間が長くなり患者負担が増加する ・もの忘れ外来受診患者でも関わっているのは一部だけの現状。適切な時期に必要な患者、家族に関わっているのか検討が必要。
初めて内服薬が処方になった場合は、処方後1~2週間後を目途に状態確認の連絡を入れる。状態に変化があった場合は速やかに主治医へ報告し、今後の対応について検討している。本人の体調管理、状態把握、家族の心理的不安軽減を目的に看護師や精神保健福祉士が訪問を行う場合もある。 ・担当の介護支援専門員がいる場合は、本人・家族の同意をいただいた上で受診結果を共有し、今後の支援体制の相談を行っている(担当介護支援専門員がない場合は地域包括支援センター)。	認知症疾患医療センターは、「医療」としての関わりが中心であるが、生活を送る上では地域で過ごす時間が大半である。認知症と診断された後、本人や家族が安心して生活するためには、医療ではカバーしきれない「介護」の面も重要なと考える。認知症疾患医療センターの相談員は、医師の治療方針を踏まえながら関係機関(地域包括支援センター・介護支援専門員)と本人の暮らしをどのように作り上げていくかを考えることができる存在だと考えている。本人や家族の思いに寄り添いながら、安心した生活を送っていていただけるよう、診断後の支援では本人・家族面談、関係機関との連	
内服治療を始める際にはきちんと内服ができる環境を整えるよう包括やケアマネジャー、家族と相談している。		精神科医師が診察しているが、入院や外来などで多忙であり、新規の受診については1ヶ月待ちの状況。運転免許に繋げる受診増もその要因の1つ。BPSDの憎悪や生活破綻などで入院された方が家族の希望で自宅退院できず、なおかつ介護施設入所も困難となった際に後方支援病院が少ない現状。適切な時期に必要な患者、家族に関わっているのか検討が必要。
主に介護保険制度の説明と、使えるサービスの紹介。申請先とケアマネジャーの役目や最寄りの事業所の案内等。	相談員が必要に応じて本人や家族のお話を傾聴。他サービスとつなげる事で解決できるような課題が発見された時には、連絡先やサービス内容を伝えている。また、連携をとることもある。	①社会資源の乏しさ。 ②人口が少ないが市の面積が県内で一番広いため、遠隔地への情報発信や遠隔地からの受診が非常に困難である。 ③小さな診療所で検査設備に乏しく、CTやMRIがないため、離れた総合病院に行って撮影してもらっている。 ④県内の他センターとの連携や合同研修のようなものもなく、厚劳省の求めに応じた一貫性のある支援ができているのか疑問。ガイドラインもない。 ⑤小さな診療所では難しい情報発信や研修などを県単位で
通院の継続。かかりつけ医との連携。		スタッフ不足(事務も含めた全職種)
・2)、3)、4)と同様の対応を行ってまいります。	・診断後、介護保険等のサービスの説明や、社会資源についての説明、包括支援センターや行政の担当者がいることを本人、もしくは家族へ説明するが、こちらの説明のみで、本人や家族のプラスになっているのか、一方的にならないか。	・当センター受診後、逆紹介となりかかりつけ医に戻り通院を続ける際や、一旦は終診となった際、その後のフォローはかかりつけ医や家族から相談が無い限りは、当センターからのフォローを行っていない。 ・本人が単独で相談・受診に来た際、家族が状況を知らない場合や生活状況が不明な事がある。 ・入院の際、身体合併症の対応が必要な場合に、他科との連携は必ず必要であること。
場合により「本人にとってよりよい暮らしガイド」(可能であればパンフレットを追加でください)	ワンストップで医療、福祉、介護と連携でき、支援、サービスと迅速に行われることが理想。	・若年性ADの方の社会資源を知らない。 ・地域包括へ連絡するが、その後が分からぬ。
	サービスが入っている方についてはケアマネと連絡しながら情報共有して支援につないでいる。受診時のみでは把握しきれない部分もあって連携することによりみえてくることがある。医療、福祉と連携しつつ、本人、家族を支援する必要	運転免許についての相談の増加。認知症初期支援チーム介入により受診につなげられたが、認知症の診断に本人が納得できないケースがでてきている。
		センターでというよりも、周辺のサービス提供事業所より、若年性認知症の方たちが利用できるサービスがなく、困っているという話は耳にする。医療ティケアでも、高齢のデイだと若くて浮いてしまい、精神科のデイだと能力の面で差が出やすく、対応に難渋しやすいよう。
		運転免許の更新の方が予約を取ろうとしてもすぐに受診できず、予約受診まで時間がかかってしまう。
家族の会と共に6回シリーズの家族支援プログラムを実施。	医師からの説明だけでは理解が不足したり、こまめな対応に困難があるので、保健師や看護師など(専門看護師や認定看護師など)の看護外来などでフォローできる体制ができると良いと思います。本人や家族に寄り添った支援となると医師の診察の場面だけでは足りない。	退院支援の困難さ(日赤病院は急性期対応病院)単科精神科病院、療養病院との連携が必要。 マンパワー不足

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
55	地域包括支援センターとの連携。		
57			
59	包括支援センターへの情報提供の同意を得た上で、地域でのサポート及び見守りの体制を関係機関含めて整える。		
61	介護サービス等の支援又は、地域との結びつきがない場合は、お住まいの区域担当の地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームと連携し、内服管理の徹底、独りの時間を軽減できるよう、支援体制を整えるための調整をしている。	当院で実施している脳いきいきDC(MCI対象)への参加促しを医師が行っている。その後担当者が支援を引き継いで行っている。	
62	包括支援センターや市と連携(市やセンター等の会議などで情報収集、交換など)	・MCI対象にデイケアを実施している。 ・家族の会への参加案内。	MCIデイケア。就労支援(当センター関連事業所)へ案内。
63	地域包括支援センターを主として、支援関係者と情報共有する。	特になし。	特になし。
64	地域包括支援センター、初期集中支援チーム、訪問看護師、居宅CM、その他地域で関わるのある民生委員との協力により、支援活動実施(在宅訪問、情報の共有、認知症カフェ、デイケアへの参加のすすめ、受診行動への支援(かかりつけ医との介入)、認知症疾患医療センターetc)	・公安関連の運転免許についての相談が多くなっているため、本人、Faの求めに応じ、積極的に相談に乗っている。 ・Faとの関わり、参加を積極的に呼び掛けている。認知症カフェ、デイetc	実施していない
65	地域包括支援センターとの連携。	認知力アップデイケアなどの案内。	
66	・診断後、地域包括支援センターに情報提供及び介入依頼。 ・必要に応じて診断後、少しあってから認知症疾患医療センターより電話にて状況確認(相談)。	・認知症の一般的な予防方法を伝える。 ・必要があれば介護保険の利用を勧める。 ・必要に応じて、半年・1年後のフォロー受診をご案内する。 ・認知症疾患医療センターの認知力UP教室へのご案内。	・利用できる福祉サービスの案内。 ・若年性認知症家族の会の案内(認知症疾患医療センター実施)。 ・本人と家族に対して、困り事相談や福祉サービスの案内を行う。 ・必要に応じて相談員から連絡し、生活・就労状況等確認と助言を行う。
67	・ケアマネジャー包括支援センター(初期集中支援チーム含む)との連携	・MCIデイケア	
68	状況に応じて、包括や在支に患者の情報を提供し、(もちろん本人の同意を得た上で)見守り等につなげている。	当センターで行っている認知症予防カフェの案内の他、同医療圏にあるもう一つの認知症疾患医療センターで行っているMCIを対象としたデイケアを勧めている。	
69	地域包括支援センターへ、状況報告を行い、見守りをして頂く等依頼する。	まだ対応したことはありません。	まだ対応したことはありません。
70	必要に応じて、地域包括支援センターに情報提供を行っている。		
73	介護保険申請、地域包括支援センターへの情報提供。	数ヶ月毎に認知機能検査を実施。介護保険制度に関する情報提供。	経済的な問題もあるため、自立支援制度を提案。必要に応じて障害年金についても説明。就労を希望する場合など精神障害者保健福祉手帳も説明。
74	適時関係機関との共有、支援体制の再構築をしていく。	必要時介護保険外で本人が活躍できる居場所への橋渡しを行っている。	身体的な介護の問題よりも社会性を失わざるを得ない状況になるケースが度々あるため、慎重に支援を行っている。本人たちの希望や意向も伺いながら、障害サービスやインフォーマルサービスの利用も提案、橋渡していく。状況によっては、就労先の方とDrとの面談調整し、就労継続ができるようサポート。
75	利用できるサービスの情報提供や、近隣の地域包括支援センターに関する情報提供を行い、場合によっては連絡調整を行っています。	認知症の予防教室など、利用できるサービスの情報提供を行い、進行を出来るだけ緩やかに出来る様に努めています。また、変化があった時にすぐに相談出来る様に、支援を継続しています。	家族の会についての情報提供や、本人が通えるような場所(認知症カフェなど)の情報提供を行っています。
76	御家族や親戚の方を含む今後の生活を考えるように支援をする。または、地域包括支援センター等に相談しサービス利用等を考えるように説明する。	経過観察のため1年～半年毎に外来通院。	必要に応じて経済的支援の説明(傷病手当金、障害年金、自立支援医療等)をする。また、就労支援、介護保険、リハビリテーション家族の会等についても説明をする。
78	地域包括支援センターと連携し、社会資源を活用した生活支援を行っている。	定期的に受診して頂き、経過観察を行っている。認知症への移行が見られたら、治療的介入を行う。	進行が早く、包括的な支援が必要となることが多いため、他の医療機関に紹介せず、当院でフォローを行うことが多い。
79	かかりつけ医や地域包括支援センター等との連携	必要に応じて、上記対応	
81	・生活は家族のサポートがあるのか?介護保険などサービス利用をしているのか?確認し、サポート体制の有無により、地域包括支援センターへ連絡する。 ・受診時にも家族の来院を促し、状況を理解していただき、今後のサポートをお願いする。	・必要時、3ヶ月、半年、1年後、有事など再診をしていただく。 ・食事や運動、社会交流など予防に関するアドバイスを行う。	・家庭や就労状況など確認し、利用できる資源、必要な支援を一緒に模索する。 ・県の若年性認知症支援コーディネーターへ必要時ついでいく。 ・家族会の案内を行う。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
患者、家族の困りごとについて、相談内容により、看護士、精神保健福祉士と連携し、地域援助事業者へのつなぎ等フォローしている。		相談を受けた日から受診まで2~3週間程度かかる。(緊急は除く)
	医療の部分だけでの対応は十分ではなく、地域との連携や、チームとしての活動も必要になっています。制度やサービス等についての知識や、連携するためのスキルに差があり、本人、ご家族への支援だけでなく、地域と連携するための動きも必要とされてきている。(相談室スタッフの養成も必	アルコール性認知症の入院患者が増加傾向にあり、(ADLは自立)退院後の受け入れ先がない。(入院の長期化) マンパワーの不足(自院での問題だとは思うのですが)
	・心配事、困り事があった際は連絡をするよう、直通番号をお渡しする。 ・診察終了後必ず振り返り面談を実施している。	・要支援、要介護の判定が出ないが、生活能力が乏しく、独り暮らしの(faなし、faの支援が得られない)継続が難しい方の生活場所や支援体制が構築されていない。 ・認知症の症状=すぐに専門医ではなく、ますかかりつけ医へご相談する形を周知しているが、なかなか支援者達へ浸透していない。(国から同様の発信があるにも関わらず...) ・かかりつけ医が認知症の診察はできない、運転免許の診断書も書けないとことで、当院へ予約の連絡が入るため、予約が2~3ヶ月待ちとなることが多い。今後どの程度
特になし。	認知症の方への対応方法等の勉強会(主に家族)を実施したいが、通常業務に追われ実施できていない。	今までの業務に加え、認知症初期集中支援の業務がH30年度から本格的に開始されたため、初期集中支援対応に時間を費やすことが増え、外来の診断後支援に手がまわらない現状がある。
実施していない	診断後支援こそ、早期発見、早期治療の意義を活かせるもの。	診断後支援が充分とは言えない。マンパワー不足の中、いかにより細やかな個別の支援検討実現につなげられるかジレンマを抱えつつ活動中。
診断後には、認知症療養計画書をお渡ししております。	地域包括支援センターなど、地域の資源についてのお話もさせて頂いております。	・相談を予約制にする。 ・鑑別診断まで時間がかかる。 ・入院がスムーズにいかない。 ・事務処理。 ・業務整理。
	・認知症の多くは徐々に進行するため、認知症疾患医療センターで診断して終わではなく、支援のスタートと思って活動を行っている。認知症の状態悪化や福祉サービスの変更など支援方針の分岐点があり、その際の支援対応が非常に重要であると考える。 ・認知症のBPSD悪化に伴い外見・福祉サービスでも対応しきれなくなり、精神科へ入院となる事が多い。本人・家族の思いを叶えるには早期に介入し、相談員と一緒に対応を検討していく必要がある。そのため、診断後支援は重要と考え	・若年性認知症の方への支援で、インフォーマルなサービスが少ない。 ・早期診断であれば時間の余裕があるが、認知症が進んで問題が大きくなってからの支援は難しい(特に若年性認知症の人が仕事を辞めてから来るケース)。 ・本人独居あるいは家族から見放されている認知症患者で、本人が治療・介護サービス拒否している場合など認知症患者の意志決定支援について。
	心理士、PSW、Nsといった多職種がいる点を活かし、多面的に当事者、家族の支援を行うことが、認知症疾患医療センターには出来ると思う。また、病院と地域の両方をカバーし、それぞれの専門職や機関を活用して医療、福祉両方に広くサポート出来る点がセンターとしての強みであり、役割だと思っている。	・認知症力フェは医療圈内に増えてきたが、当事者の会はほぼないようなので、地域における本人、家族を支える(居場所となる)資源を増やしていく(又はそれを支援する)ことが課題の一つです。 ・災害時における認知症疾患医療センターの役割について、市などと打ち合わせも必要だと思っています。
	個別のケースによって困っていることは異なると思うので、それぞれのケースに応じて見合った社会資源の情報提供や、サービスにつなぐことが必要と考えます。	免許を取り消しになった人の支えとなる公共交通機関が不十分であること。
当センター主催の家族教室等に来て頂けるよう案内の電話等をしている。	現在、積極的な診断後支援が十分でないと感じている。確定診断後、地域包括につないだ後等、関係が途絶えてしまわないように、対策を検討する必要がある。	
		BPSDが強い方の受診相談を受けますが、すぐに受診に繋がらないことが多く、家族が疲弊してしまっている。その様なケースが多い。
	認知症=絶望とならないよう十分な配慮をしつつ、Faへの支援も必要時同時進行で行う。また、社会でも本人、Faが活躍できるよう、認知症の啓発イベントを実施している。	総合病院の医療ソーシャルワーカーが通常業務+センター事業をこなしているため、人員的な余裕がない。ただ、当センターの医療圏においても高齢者率増加に伴い、社会資源の開発や地域の支え手の人材育成、認知症の診断後にも安心して暮らせるような地域力を高めていかなければならぬ。
必要に応じていつでも相談ができるることを説明する。	認知症について、世間で話題が増え、診断を受けた本人に対するサービスは整いつつありますが、家族や介護者などの不安や悩みも多々あると思います。本人の相談はもちろんのこと、家族や介護者の相談やお話を聽けるような体制作りをして行ければと考えております。	認知症と診断され、自宅での介護が困難な方について、入院や入所がすぐに出来ない場合があり、困る事があります。また、一時的に入院して、症状が落ち着いたとしても、自宅に帰ることが難しい場合に、施設入所などのサービスをスムーズに整えることが難しく、退院までに時間がかかることが多く、地域の施設などとの連携体制を整えていく必要
なし	・診断前だけでなく、診断後も本人や家族が気兼ねなく相談できるよう、関係構築に努めたい。 ・地域の関係機関との連携を深め、利用可能な社会資源につなげていくよう支援していきたい。	認知症と診断されても遠方に住む家族等に心配をかけたくないとかと理由で共有していないことがあり、問題が起きてから慌てて相談するケースがある。 ・家族や地域包括支援センターが受診を希望しても、本人の拒否が強く、受診に至らないケースがある。 ・認知症疾患医療センターを精神科に設置しているが、本人が精神科受診に抵抗があり、拒否するケースがある。
	介護サービス利用で解決できる問題だけではないので、具体的な支援方針を主な連携先として想定される地域包括等と確立していく必要がある。	受診希望者数に対して予約枠が不足しており、待期日数が長くなってしまう。BPSDにより精神科入院相談を要する際、受け入れてもらえる病院数が少なく、調整に難渋することが
・当センターのパンフレット配布。 ・病気の特徴やケアの方法について説明。家族の介護で困っていることを確認し、必要時ケアマネへの連絡、包括との調整を行う。 ・運転をどうするか、一緒に検討し、中止できるようにサポートしていく。	診断時とその後の経過で困ることも変化するため、初診や診断確定時に話を伺っておき、その後も相談できることを案内しています。難しいケースもあり、その方によって対応方法も多種多様なので、それぞれ本人、家族の気持ちに寄り添いながら、穏やかに過ごせるようにと心がけています。	・若年性認知症の方のフォローについて。就労に関しては、近医に県の若年性認知症支援コーディネーターがいるため相談できる場があるが、利用できる資源や活動の場など、居場所となる場の情報が少ない。高齢者の多いデイサービスなどは利用しやすく、若年の方向けの集まる場が増えると良い。集約された情報が欲しい。 ・当院からかかりつけ医へ紹介した後のフォローアップが不明。マンパワー的に当院通院の方の対応でいっぱい。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
82	・介護保険申請支援・担当ケアマネがあれば連携・緊急度に応じ入院対応・かかりつけ医との連携・在宅介護支援センター、包括支援センターとの連携・初期集中支援チームとの協力・遠方でも家族があれば連絡を取り協力を得る。	・介護保険サービスの導入検討、対象でなければインフォーマルサービスの提供。 ・ボランティアや有償ボランティア、就労支援等検討し、居場所をつくること。 ・インフォーマルサービスの手伝いや講師としての活動依頼。 ・リハビリの必要があれば外来通院(リハビリ)案内、送迎車手配。	・若年性認知症支援コーディネーターの介入。 ・疾患に応じて、特定疾患認定の情報提供や導入支援。 ・定期通院の支援。 ・社会資源の活用。 ・就労支援。 ・公的機関や各支援機関との連携。 ・家族や家庭状況を含めたアセスメント、モニタリング、評価の実施。
87	日頃の生活の様子が分かる身内の方の来院を求め、かかりつけ医から情報提供求めによる状況の把握。	状態変化時もしくは半年～3ヶ月後の再検査促し。	当センターの関わり始めがすでに65歳を超えてからの相談の方となり、若年特有の相談対応ケースがありません。
88	介護申請等のご案内		
89	・本人を支援、見守りしてくれる人の確保(家族、包括、ケアマネ等)。 ・次回の受信日や内服薬の変更に関する声掛け、メモでのお渡し。 ・関係機関への情報共有。 ・認知症カフェやサロン等介護保険内外の社会資源の情報提供。	・今後認知機能が低下した際に必要になること(介護保険サービス、運転免許の返納等)を説明する。 ・認知機能の低下を予防すると言われている生活習慣を資料を用いて説明する。 ・認知症カフェやサロン等、介護保険外の社会資源の情報提供。	金銭的な補助が受けられる福祉制度、一般的な経過の説明。就業に関する相談。若年性認知症の家族会の情報提供。
90	認知症の重症度に関わらず、地域包括支援センターや介護保険について案内している。 必要に応じて地域包括支援センターへ情報提供し、介護保険などのサービスに円滑に繋げられるよう支援している。	患者・家族に対し、認知症予防のパンフレットなどを使用し、生活習慣についての指導をしている。必要に応じて地域包括支援センターや介護保険について案内している。	経済的負担軽減のため、特に自立支援医療について積極的に案内している。本人・家族の希望に合わせて介護保険申請をする、また適切な時期に障害年金や障害者手帳などの社会資源を案内している。地域包括支援センターなど、地域の支援者につなぐため、相談窓口を案内している。
92	診断後支援、MCIなどの初期象の支援に関しては、一般社団法人を立ち上げ、見守り支援、街づくり活動を行っている。“街の相談室アンクル”“見守りネットワークぐんま”また別に、認知症カフェ、予防教室などを開催している。	診断後支援、MCIなどの初期象の支援に関しては、一般社団法人を立ち上げ、見守り支援、街づくり活動を行っている。“街の相談室アンクル”“見守りネットワークぐんま”また別に、認知症カフェ、予防教室などを開催している。	診断後支援、MCIなどの初期象の支援に関しては、一般社団法人を立ち上げ、見守り支援、街づくり活動を行っている。“街の相談室アンクル”“見守りネットワークぐんま”また別に、認知症カフェ、予防教室などを開催している。
93			
94	地域包括支援センターなどに情報提供し、共有している。		若年性認知症コーディネーターにつないだりしている。
95	地域包括支援センターとの情報交換をこまめに行う。福祉課CWにも、必要に応じて連絡を取り協力を依頼する。	・社会資源の利用に関する提案。 ・家族の受け止め方の整理のため、関わり方や認知症に関する情報の提供。 ・社会福祉協議会に登録しているボランティア活動の紹介。	3)と同じ内容。 経済的な相談(障害年金の申請)
96	地域包括支援センターetcと協働しながら、離れて暮らす家族との連絡調整を実施したり、地域サロンへの参加を促している。	処方なしでも外来通院を継続してフォローを実施。認知症予防プログラム(認知症カフェなど)への参加を促している。	県内で開催されている「若年性認知症の集い」等の紹介を実施。
97	担当地区、地域包括支援センターと連携、介護保険や社会資源の説明の他、生活面での困りごとなどを積極的に把握しながら、包括と情報を共有。また、定期受診が必要な場合、アウトリーチでの協力をお願いすることもある。	定期受診の推奨→3～6ヶ月後、フォロー実施。	若年S/Oの場合、早期に専門外来を受診していただく。若年性ならば即応にて、関係機関とつなげたり、できるよう心掛けている。
99	症状によって対応は変わらるが、軽度であれば、本人や家族へ今後の生活の形や困っていることを伺い、介護申請を説明したり、地域包括支援センターへ連絡をしている。早急に介入が必要な方であれば、市や保健所へ連絡し、支援へ繋げている。	本人の希望や状況をアセスメントし、包括や介護申請へ繋げている。また、Dr.が勧める場合は、認知症専門デイケア(当院併設)へ繋げている。	窓口へ専用パンフレット等を配置している。診断を受けた患者が居ないため実施できないが、若年性認知症コーディネーターと家族会へ繋げるよう努めている。
100	包括、ケアマネジャーの介入がない場合には、包括へ相談するようすすめ、了解を得てPSWからも包括へ連絡し介入をお願いする。	MCIの診断の場合、本人、家族へ半年か1年後、変化があった場合再診をすすめ、紹介のあった医療機関へも「経過報告書」で再診の時期についてお知らせする。ケースによっては外来作業療法を勧める。	・当院から1番近い若年性認知症デイサービス「けやきの家」を紹介する。 ・若年性認知症の方向けの埼玉県作成パンフレットを置いている。 ・若年性認知症支援コーディネーターのパンフレットを置いている。 ・相談があつた時に上記について説明する。オレンジカフェの情報も近隣市町村から届けてもらって置いている。 2)3)の回答に加え、年齢によって自立支援医療や障害者手帳、障害年金について説明することあります。
101	特になし。Dr.から依頼が入ったり、本人、ご家族から相談の希望があった場合対応、包括や介保サービス等の情報提供、当HPのDCへの案内などです。	特になし。Dr.から依頼が入ったり、本人、ご家族から相談の希望があった場合対応、包括や介保サービス等の情報提供、当HPのDCへの案内などです。	2)3)の回答に加え、年齢によって自立支援医療や障害者手帳、障害年金について説明することあります。
102	地域包括支援センターと協力したり、介入を依頼している。		仕事をしている方で、必要があれば、職場との連絡窓口を担っている。
103	独居等で生活支援が必要であったり、支援拒否がある場合、精神科訪問支援を実施している。	初期認知症、MCIの人を対象に精神科デイケアでSTEPという認知機能リハビリテーションプログラムを行っている。	若年認知症の疑いがある場合はPSWができるだけ診察に立ち会い、告知の状況や本人家族の受容の程度に応じ若年認知症の人が利用できる諸制度や家族会、コールセンター等の社会資源について説明、相談対応を行ってい
104	今後予測されるであろう生活上の問題に対し、特に問題に対する早期発見、早期介入という点に重点を置いて、サービス導入や地域包括支援センターへのつなぎを行う。	介護保険サービスに結びつかないケースが多く、経過が把握できないケースもあるため、地域包括支援センターと連携を取ったり、地域のサークル活動などを紹介したりして、運動などの機会を持つことを勧める。	働き盛りの方が発症するケースが多く、仕事の継続や経済的な問題に直面する。生活面の支援だけではなく、就労や経済的支援、家族間の問題といったことに重点を置いて支援を行う。
105	包括へ繋ぐ。	予防プログラムへ繋ぐ。	身体的な対策は実施していないが、今後の課題として取り組んでいきたい。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援（心理社会的サポート）についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
・受診が途切れないよう定期受診ができるよう支援する。 ・かかりつけ医との連携。 ・対応方法やケアのコツを家族へ話す。 ・介護保険サービスの導入までの支援（介護保険説明、申請支援、ケアマネ選定支援） ・各ケアマネ、各サービス事業所との連携。 ・しっかりと経過を追い、支援を続けること。	適切な診断後、その時の状況に合わせた支援を継続していくことが大切であると考えます。当院だけで完結せず、他の機関とも協力体制があること、地域で支援していくことを理解していただきたいです。診断や投薬だけでは患者様のサポートとは言えず、生活全般の支援をしていく必要があります。受診が途切れないよう声をかけてお説いします。日頃、認知症に対する理解について啓発活動を行い、地域の理解度を上げてきたいです。	地域の高齢化が進み、受診希望者も増加傾向ですが、中でも認知機能の低下がありながら、車の運転を続けている人も多いです。地域柄に合わせた支援を行うこと、本人を尊重しつつ家族の支援も合わせて行うことが常に必要とされています。他、若年層の方々も増加し、介護保険サービスというよりは生活の質やその人の居場所、就労の可能性等を含めた支援を考えています。年齢層の幅が広く、多岐、多彩、個別対応、細分化された対応を求められています。
	受け身ではなく、能動的にお話を聞きすることで、求める内容が明確となる場合も多いです。これが具体的な支援につながる第一歩と見え、可能な限りお声を掛けられる姿勢を大切にしてゆきたいと思います。	免許更新に伴う、認知機能評価依頼件数が増え続けています。いずれかの時期に対応の限界もしくは予約待機期間がかなり長くなる事態が予想されます。
・認知症カフェやサロン等を含む介護保険内外の社会資源の情報提供と利用を勧める。 ・認知症の経過や対応方法の記載された冊子を用いて知識を情報提供する。 ・初診時に相談がなくとも、1回目の再診時には必ず声掛けし、困っていることや体調を確認している。	その人、その家族によって求められるもの、希望するものは別、ニーズをしっかりとらえることが難しい。	・受診後の支援。 ・時間と共に関わらがなくなっていく。 キーパーソン不在、遠方、高齢化やキーパーソンが1人以上を介護しているケース等でキーパーソンが定まらない時の支援。
認知症患者への適切な対応方法について、必要に応じ認知症看護認定看護師から家族に対し心理教育をしている。すでに介護保険サービスを利用している場合、必要に応じて担当ケアマネージャーなど地域の支援者に受診について情報提供し、区分やサービス内容の検討や変更に役立てもらっている。また、状況に応じ、本人・家族と地域包括支援センターや地域の支援者との会議の場に赴き、具体的な援助が提供されるよう助言している。	・「どこに相談したら良いかわからない、どこにも相談できない」という状況をなくすことが大切だと考える。 ・医師をはじめ各専門職種が介入することで、「診察してほしい」という気持ちに至った患者・家族の苦勞、日常生活における困りごとをアセスメントし、“生活の中斷”ではなく、“生活の継続”といった視点を持った支援ができると考える。地域の各関係機関と情報共有・連携し、住み慣れた地域での生活が、継続できるよう、患者家族の個別性を加味した支援を心がけている。	軽度認知障害など、比較的軽症の人向けの居場所や社会資源がないため、介護保険サービス以外の提案や支援が難しい現状がある。そのため次年度より、対象の人向けの居場所作りを検討している。
診断後支援 MCIなどの初期段階の支援に関しては、一般社団法人を立ち上げ、見守り支援、街づくり活動を行っている。“街の相談室アンクル”“見守りネットワークぐんま”また別に、認知症カフェ、予防教室などを開催している。		人員不足、資金の確保が困難。
	やはり不安な状況で来られているので、何かあればいつでもTELして下さいといつも相談できる旨を伝えている。	
	家族の受け止め方が整理できてくると、本人が穏やかに生活できることを支援を通して実感している。理屈がわかつてくると、家族も「どうして…」で止まっていた考え方や整理でき、次のことを考えられるようになったり、関わり方に変化が出る。そのため、家族には正しい情報が必要だし、その情報が受け入れられる気持ちの余裕がもてるような支援が必要	・初診の枠を増やしても増やしても増える一方で、1~2ヶ月待ちが解消されない。 ・食事食べないなど、内科疾患（抗がん剤使用、がん末期、寝たきり、など）がメインであっても認知症があると当院まわってくる。認知症があると風邪のような熱でも内科で断られことがあるようで、そういう方も紹介されて来るところが業務のバランス。認知症初期集中支援チームのチーム員としての活動も始めた。訪問支援が増えたことで、通院患者への支援が難くなることがある。他部署からの介入の依頼にスムーズに対応できないこともある。地域に出て支援をすること、院内でチームとして他部署と連携をして支援することの2つがうまくできるといい。
お薬相談会の実施。認知症サポーター養成講座等の実施。	認知症についての正しい知識や接し方についての情報提供。	職員配置。現在の補助金額では職員1名の賃金にもならない。十分な支援が行える人員配置が望めない。
	心理的・社会的サポートは十分に出来ているとは言えない。患者数が多い（増加している）ので、地域包括と連携をとりながら、フォローしているケースもある。	MCIでの相談や受診を増やす方策など。
Ⅲの2)3) 同様、希望や困っていることを伺い、Dr.や外来看護師と連携して包括や介護サービスへ繋げている。介護申請後でサービス利用が間に合わないとの事であれば、医療保険で使用できるサービス（デイや訪問看護）や、暫定で利用できるサービスを案内している。	病院以外にどこへ相談したらよいのか分からないとの相談を高頻度で受けています。加療が必要な状態になってから相談も多くなり、介入が遅れの原因となっている様に思います。市の相談窓口や包括の存在、介護保険等について、今以上に地域への啓発が必要だと考えます。	本人の受診拒否強く、家族や近隣住民、包括が受診へ連れて行けず困っていることに対して、回答することができます、どう対応するか課題となっています。また、介護者が精神疾患等を抱え、本人に必要な診察や介護サービスを受けさせないことに對し、どう支援するか相談室内で課題となつた。 ・相談員が1人退職して欠員のままのため、業務量に追いつかない。 ・専門相談、外来、入院調整、法定書類の管理、初期集中支援チーム業務、推進員としての活動、センターとしての認証、講師派遣等を行っていることが多く、重なってしまうと煩雑になってしまいかねない。他職種(OTNs等)と一緒に、連携して何とかなしている。
2)3)4)の回答と同様です。	認知症の早期医療に繋がっても、本人、家族が病気についての知識、理解が足りず、お互いに辛い思いをされるケースが少なくないと思います。病気になること、気持ちの揺れ、病気を知る、本人も家族も手厚くフォローしたいというか、センターだけでなく、支える資源に繋がる支援が必要ですか。	入院中の方は別のPSWが担当に入りますが、1日150～160件の外来がいる中で、本来フォローできたらいいケースをフォローしきれないというか、上手く見つけて関わっていくには、相談員約1.5人では厳しいものがあります。以下に困ったを発信しにくいケースに関わるか、というところを下に記載します。
地域包括支援センター、認知症カフェ、家族会、重度認知症デイケア等、社会資源の情報提供。 家族からの相談窓口	看護、相談員による相談又は、家族会・重度認知症デイケア、認知症カフェ等を案内し、支援を依頼。	・受診相談が多い。（かかりつけ医がいるのに、主治医意見書記入のために受診をケアマネに勧められるケースもある。） ・若年認知症の人が利用できる社会資源が少ない ・相談員の多くが兼務で業務が多忙であり、十分な時間が取れない
受診相談の際、認知症と診断されると車の運転ができないことによって外出が困難になることが予想される場合は、PSWが面接を行い、免許の自立返納や代替交通手段について情報提供している。	認知症といつても年齢や家族、生活状況、受容の程度によって抱える問題も様々であり、個別化した支援が必要である。	認知症の方の生活状況は大きく変わっており、独居、老老介護、認認介護、支援者不在、障害、精神疾患、生活困窮など複合的に問題を抱えており、一病院の一職種のみで対応することは困難である。
特にBPSD症状の強い方や虐待、ゴミ屋敷、支援者不在等複合的な課題を持つ方に対しては多職種連携による訪問やケア方針決定を行い、他機関と連携して支援を行う。	診断された後の生活の支援の為に、介護保険サービス等の案内だけでなく、介護や生活に対する疑問や不安に対する助言や傾聴を積極的に行なうことが、安心して地域で生活が続けられることにつながる。	活動拡大に対し、人員が足りない。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
106	介護保険の申請、サービス利用について情報提供を行うと共に、必要に応じてご本人、ご家族に、許可をいただいた上で福祉総合相談センターや介護事業所への情報共有、サービス利用に結びつける。また、運転免許や経済的な問題など必要に応じて対応している。		それまで家族を経済的に支える中心だった方が多いので家族の抱える経済的不安や先の見えない介護への不安が高齢者の方に比べ大きいので、ご家族の心理的・社会的支援を関係機関と連携して行っていく必要があると考えます。
107	ケースに応じ、地域包括支援センターと連携を取っている。	特になし	特になし
108	介護保険の案内、生活の困りごと相談のために相談員がお話を伺っている。申請済みの方はケアマネと連絡を取り合い、サービスの調整をしていただくこともある。診断医からの案内や、ご本人、ご家族の依頼で行っているため、全員ではありません。	診断医やご家族の依頼で介護予防や介護申請の説明をしています。	他の方々と同じように診断医やご本人、ご家族からの依頼で、生活相談を行っていますが、若年性の方だから特に実施していることはありません。
109	1日で診断結果まで出す。	希望に応じて半年後、1年後フォローアップ。	
110			
111	生活をマネジメントしてくれている人(ケアマネジャーや家族等)の確認と情報のやり取りを行う。その存在がない場合は、包括支援センターへ情報を提供する。	診断後、認知症予防を意識付けてできるよう、生活できそうなことなど本人、家族自身が考えられるよう話ををする場を作る。半年～1年後の受診推奨。	
112	地域包括支援センターと連携し、社会資源の情報提供。	治験、臨床試験、脳トレーニングの臨床試験。	若年性アルツハイマー専門外来。
113	認知症家族教室を実施。家族向けではあるが、本人も来て内容を聞いている。認知症の基本的な知識と、その場でPSWとの相談もできる体制をとっている。	地域での講座では、MCIについて認知症予防ということで啓発している。院内で診断がついた後のフォローは、相談員では特にやっていない。	特になし。
114	関係諸機関と密に連携を取る。	メモリートレーニング(認知機能の維持や向上を目的としたリハビリ)	若年性認知症総合支援センターにつなぐ。
117	地域包括支援センターやケアマネジャーとの情報共有。	地域包括支援センターや若年性認知症総合支援センターへの紹介、または障害年金等に必要な手続きに関する支援。	地域包括支援センターや若年性認知症総合支援センターへの紹介、または障害年金等に必要な手続きに関する支援。
118	特になし	院内で開催している。認知症教室の参加をすすめている。	若年性センターへ連絡させていただき、連携を図っている。
119	“特に”ということはありません。地域包括の関わりやその他の支援者の状況を伺って、包括に情報提供し、訪問、見守りを開始していただけるようにつないでいく。		精度についての説明と、包括や若年性認知症総合支援センターとの連携。
120	別居でもご家族がいれば、現時点での病状や生活状況などを、情報提供、共有できるように、受診に同行するよう提案したり、できない場合は電話だけでもやりとりできるようにする。地域で全く相談をしたことがない場合は包括等につなげる。関係者の介入がすでにあれば情報共有す	ケアパスの案内や、包括などを紹介し、今後につながるよう相談を勧める。	都の若年性認知症のセンターを紹介。場合によっては情報提供する。
122	特ない	求めに応じて社会資源や生活等について相談に乗っている。	多摩若年性認知症総合支援センターの案内をしています。
123	・地域包括支援センターや別居の家族などの支援者に繋がる支援	・公民館や有志の方々の活動(コーラスやラジオ体操グループ等)や市の活動(体操教室等)に関する情報収集の呼びかけ。 ・診療場面での、シナプロソージャーやコグニサイズの情報提供。	・東京都多摩若年性認知症総合支援センターへ繋げる。 ・地域の拠点作りに関する支援。 ・診断後の不安や落ち込みが強い方にはカウンセリングを提供する。
125	家族、地域包括、民生委員等への連絡について本人と相談。求めがなくともなるべくつながりをつけるようお勧め、交渉する。外来通院(当院)者については院内で共有し、困り事に気付く機会を広げる。	認知症の二次予防の考え方を生活上の工夫について情報提供する。(有酸素運動、筋トレ、デュアルタスク等)	東京都の若年性認知症コールセンター、Webページ等の紹介、認知症当事者の方の書籍等の紹介。
126	地域包括支援センターの情報提供を行うとともに、こちらから地域包括支援センターへ連絡をして、連携を図っている。	外来で認知症リハビリテーションを実施。認知症予防プログラムを隔週で行ってもらっている。	特になし
127	・診断時必ず家族に付き添っていただく。(友人、区、包括職員、ケアマネなどの場合あり) ・診断のついてない時期から、ケアマネと調整する。 ・介護保険が必要な場合は、申請方法等援助する。(自分でできない時は包括に依頼) ・診断後受診(もの忘れで)できない場合、家族や包括に依頼する。	・3～6ヶ月フォローアップ受診のお知らせ。 ・オレンジカフェへの参加をお勧めする。 ・認知症予防の資料をお渡しし、説明する。	・家族と一緒に面談する。 ・介護申請、自立支援医療、精神障害者保健福祉手帳、疾病手当金、障害年金特別障害者手当、生命保険の高度障害等、使えるサービスのご案内。 ・若年性認知症サポートセンターを紹介する。 ・家族の関わり方の支援。
128	1.介護支援専門員との連携。 2.かかりつけ薬局との連携。 3.権利擁護。 4.他かかりつけ医との連携。	当院MCIディケア実施。	臨床心理士による家族のカウンセリング。
129	即、地域包括支援センターへ情報提供及び介入依頼。		家族会等への紹介。
132	診断後の不安軽減、分かりやすく、詳しい病気の説明、地域生活で必要な情報提供、制度の活用、多職種連携の支援体制	診断後の不安軽減、分かりやすく、詳しい病気の説明、地域生活で必要な情報提供、制度の活用、多職種連携の支援体制、認知症進行予防の社会資源のコーディネート、カフェ、サークルなど	診断後の不安軽減、分かりやすく、詳しい病気の説明、地域生活で必要な情報提供、制度の活用、多職種連携の支援体制、若年性認知症の人の社会保障、社会資源のコーディネート、就労支援、家族会、本人会など居場所づくり
133	・別居家施への診断内容の共有。 ・介護保険申請導入、サービスの利用状況の確認とアドバイス。 ・服薬環境がととのってから、薬物療法を導入。 ・経済状況の確認、必要があれば支援。 ・火の始末、徘徊、転倒等危険因子の回避のためのアドバイス。 ・定期的な診察、認知機能検査⇒今後の生活の予測とアドバイス。	・定期的な受診(半年～1年ごと)と認知機能検査を行う。 ・生活状況のモニタリングとアドバイス。 ・必要時介護保険の申請等。 ・運転免許を持っている方への支援。	精神保健福祉手帳、都医療費助成、自立支援(精神通院)の申請、支援。 生命保険診断書。 運転免許へのアドバイス。 若年の方向けの通所サービスの紹介や就労支援。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援（心理社会的サポート）についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
診断後、生活支援が必要な方であれば、意志より情報提供やサービス調整の連絡が入る為実施する。診察前に他機関より事前に相談があった方にについては個人情報の取扱に配慮した上で連携機関との情報共有、提供者を行う。	介護保険のサービスに繋がらない片の家族はケアマネを始め、サポートしてくれるヒトがいるので、BPSDが激しく、問題行動で困っているという事でもないとあまり相談は多くない。認知症の症状は出ているのに、医療・介護に結びついていないケースや家族が受け入れていないケースなどについては、福祉総合相談センターや関係機関などと協力し受診に結びつけその中で、ご家族にも認知症についてご理解いただくよう努力している。	関係機関との連携は密にさせていただいていると思う。当センターの職員数に限りがあるので、仕事内容も多岐に渡る中で相談業務が十分に行えているか分からぬところがある。もっと余裕があれば求められたらでは無く、積極的な支援が出来るかもしない。
特になし	ライフスタイルは人それぞれであるので、必ずしも制度やサービスに繋げることが支援ではなく、いつでも相談できるという体制の周知が、相談支援の役割の第一歩であると考えます。	認知症患者が入院した際の退院先確保。
上記と同様で、「特に」行っているわけではなく、何かあれば相談に乗っているような状況です。	直接その方のお気持ち、ご家族のお気持ちに対し、お話しすることでお力になれる場合もありますが、基本的には介護保険のサービスにないだり、ケアマネジャーはじめ地域で支援している方と連携を取り、診察時や相談時の様子をお知らせして、より地域での生活が充実するよう働きかける役割だと思います。	必ずこの機関でも出てくる課題だと思いますが、ご本人が受診を強硬に拒否され、つれて来られないというご相談にすぐに有効な手立てがなく、ご家族相談で方法を探るような状況となっています。
	相談ダイヤルをお伝え。	神経精神科受診のハードルが高い(BPSD時) ・医療介入のない人。 ・自宅から近隣の医療機関まで距離、交通手段(紹介先が若年性認知症の方に(その人にあった)通える場を紹介、情報の提供がしにくいと感じています。
診断後、本人家族と話をする場を作る。受け止め方、生活時状況やサポート状況、今後について本人と家族とコミュニケーションをとり確認する。	診断後は本人、家族の葛藤があり、サポートのための相談時間や手間が多くかかることがあります、より充実させるために、センター職員配置の充実も必要であると感じています。	
認知症家族教室の実施。	認知症の人へのかかわり方、社会資源の利用の仕方など本人、家族の状況を聞きながら、早期にアドバイスをし、地域のサポートに繋げていけることが必要だと感じています。	認知症の早期での相談は少なく、入院加療が必要な状況になってからの相談が多い。
特になし	特になし	特になし
認知症カフェにおける個別相談。	他の疾患に比べると状況把握が難しい患者が多く、診察時の告知や治療方針の検討について、その場限りでは理解や判断に困ることがある為、診察以外の場面において本人や家族と話し合い、方針を決めていく環境や資源が必要を感じる。	・軽度のもの忘れによる外来受診患者が増え、受診までの待機日数が長期化傾向にあること。 ・上記の影響により、BPSD憎悪して入院治療が必要な患者の待機日数も延びていること。 ・病院を受診すれば何となる地域の強い期待。 事務的な作業が多く、雑務に追われている現状があります。 来年度は役割分担を明確化していきたいです。
運転免許についての診断書作成を希望され受診される方は、それ以前に、認知症と診断されたことがない方が多いため、免許の相談だけおわらず、認知症の人として今後どのような支援が必要になっていくか、相談するようにしている。	診断後、かかりつけ医での診察となることが多いため、限られた時間での支援になりがちであり、早期診断、早期絶望にならないよう、サポートしていかなければいけないとアンケートを記入しながら改めて考えました。	MCIや認知症初期に出会った人を地域支援にしっかりつなげられず(つながっておらず)数年後に生活障害が顕著になり介入しづらくなることがある。
生活状況(独居、老老世帯など)に応じて、介護保険の案内やケアマネとの調整など。	どのような暮らしをしていた方か、これからどのように暮らしたいか、を早い段階で理解し、症状の変化があった際にもその意向を大事にできるサポート体制を築きたい。	若年性ではなく、軽度の認知症(MCI)よりは症状が進行しているくらいの方)のサービス利用の提案が難しいと感じている。本人、ご家族も「まだ、大丈夫!」いずれ困ったら」というお気持ちが強く、ご本人の意志がないからと、そのままになってしまっている例が多い。
・現時点では、診断後支援の重要性を関係者・支援者に伝え、診断後の支援体制の整備に向けた動きを呼び起こすような活動を始めた段階である。	プログラムとしてはなく、個別支援をしているが、家族会やカフェなど、医療機関以外の資源にもつながるように紹介する。	もの忘れ外来診断前後の支援だけでなく、相談だけのケースでも対応できるようにしたい。MCIや軽度認知症も含め、可能性のある年代全体への支援ができると良いと考えています。
アドバンス・ケア・プランニングを意識した面談。		
認知症の人の家族や介護事業者、医療関係者に対して、様々な分野から「認知症」について学べる講座を開催している。	地域と連携を図り、適切な時期に支援ができるようにすることが重要と考える。そのためには、日頃より個別のケースではなく、地域で支える体制や関係性を構築しておくことが重要と考える。	・認知症と診断された独居高齢者が後見人手続きの長期化等によって在宅生活が困難となり、施設等を推し進めていかないといけない状況になることが多い。また、入院中だと特に、なかなか退院できず入院が長期化してしまう。 ・タワーマンションに住む独居の方が、セキュリティ解除ができないため、サービスが入れにくい。
・受診日を間違えて来院される方の対応。 ・処方薬をもらったが、無くして困っている方の対応。 ・当事者がオレンジカフェに参加される場合、前日や当日電話をする。	・認知機能の変化や症状の変化がある場合、相談できるよう連絡先のパンフレットをお渡ししている。 ・認知症ケアパスを渡して説明し、認知症のタイプや使用できるサービスを案内する。 ・診断直後の面談は行っておらず、今後支援を検討。	・MCIの方へ認知症へ移行しないようにする支援、区や包括と連携し、啓発活動をする必要有り。 ・個人情報保護法について→大切な情報を包括や区に報告できない。(現在、本人や家族に承諾を得た場合にのみ報告している。) ・非常勤医師との連携。 ・精神科医療施設との連携(特に緊急時の対応)
服薬支援体制構築のため、薬剤師や介護支援専門員、ヘルパー等との連携。	実働性のある行政等を含めた多職種連携、特に服薬支援体制が重要と考え、その構築を図っている。	大病院・中核病院、開業医を含めたかかりつけ医との連携の機能不全。
無し	クローズドの家族会はあるが、声をかけても外部とのつながりを拒否するケースについて、何かできることはないかと認知症の人の視点に立ち、診断後の不安軽減、分かりやすく、詳しい病気の説明、地域生活で必要な情報提供(カフェ、本人・家族交流会、介護者教室、サークル)制度の活用、多職種連携の支援体制が大切だと思う。 地域で本人らしく生活する為の医療・介護・環境・サービスの支援が重要。	診断(診察予約)まで時間がかかってしまう。待機時間が長い。 多職種連携の為にも認知症対応力向上研修や地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ること。本人視点に立った細やかな診断後支援が十分にできないこともあり、地域で多職種連携の継続が求められていると思う。
介護者サロンや講座、講演会の紹介。 リーフレットの活用、予防に関するリーフレット作成。 法人内のサロン活動への案内。 区初期集中支援チームとの連携。	特別な理由のない限り、診断を本人・家族へ共有することにしている。その上で本人・家族がどのように今後の生活を送りたいかを相談。 又訪問診療の提供も含め、可能な限り、最期までクリニックが閑り続ける事ができる事を説明し、安心感を抱いてもらうことにも留意。	慢性的な人手不足です。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
134	地域包括支援センター、ケアマネージャー、生活保護ケーターカなどの関係機関と情報共有を図り、外来通院、日中支援などの相談を行っている。	特記事項なし	東京都若年性認知症総合支援センターについて情報提供しています。 併せて、同センターのリーフレットを渡している。必要に応じて、当院当センターとして電話等で相談を受けています。
135	インターク面談、医師の診察時に生活困難等があると判断した場合は、当センター相談員が積極的に介入して、行政、地域包括支援センターと連携して支援を展開する。	同法人が運営しているディケアが開催する月2回のMCIプログラムグループを案内して、希望者には通所していただいている。アベクリニックMCIプログラムグループ「碧空」毎回約6名が参加。	本人、家族の希望にもよるが、地域包括支援センター、ケアマネと当センター相談員が1つのチームを組んで、当事者、家族を含めた定期的なカンファレンスを地域包括支援センターで実施している。
136	包括や区役所の保健師と連携を取り合い、見守りや訪問が行われるようにしている。かかりつけ医があればそちらに情報を提供している。	包括や区役所の保健師と連携を取り合い、見守りや訪問が行われるようにしている。かかりつけ医があればそちらに情報を提供している。	若年型認知症のセンターを紹介している。
137			介護保険導入への手伝い。関係機関への情報提供。
138	ご本人やご家族より同意が得られれば、地域包括等に情報提供。 介護保険申請の補助などを依頼。	内服を希望されれば継続加療。 経過観察の場合は6ヶ月ごとに受診していただく。	若年性認知症総合支援センターの紹介
140	診療所型の認知症疾患医療センターのため、鑑別診断後もかかりつけ医となり、定期受診される方が多いです。包括支援センター、ケアマネジャーの介入を依頼し、サービスの導入、定期受診の継続を援助しています。 具体的には、受診日前後にケアマネ等に連絡をとり、在宅の様子を把握するなど、情報共有し受診が滞ることのないよう、診療送迎車の手配をしています。	活発な社会活動など生活上の助言をし、ご本人の意向を伺いながら、6ヶ月～1年の再来を提案しています。近隣のサロン、体操教室のご案内、当クリニックのオレンジカフェをお誘いし、繋がりができるよう心がけています。	当センターではこれまでに若年性認知症の診断はありませんでした。
141	本人、家族の了解を得た中で、高齢者支援センター(地域包括支援センター)、ケアマネジャーと情報共有。見守り支援ネットワークの導入や地域の家族会などの情報提供を行う。	・本人開催、家族会、Dカフェ(認知症カフェ)等のインフォーマルサービスの導入。 ・市民公開講座など認知症について学べる場の情報提供。	
144	地域包括支援センターとの連携、サロン等の紹介	包括との連携、認知症初期相談窓口との連携、サロン等紹介	日野市にある若年性認知症センター等を紹介
145	・半年毎もしくは一年毎の経過受診促し。 ・包括支援センターと繋げ、介護サービスの積極的な活用とケアマネジャーとの連携。 ・主治医に対する診療情報の提供の内容についても具体的な療養計画や方向性も示しあ伝えている。	今後、症状の進行が進む可能性について、しっかりと説明してから予防として脳トレや運動、社会参加の機会を提供している。	・若年性認知症相談窓口のパンフレットをお渡しました。 ・その他、就労支援の窓口や事業所がある旨、説明。 ・障害福祉課へ繋いだ。 ・当院は内科なので精神科のある認知症疾患医療センターへの紹介。
146	介護保険サービスにつながった場合は加わった支援者との協力関係を維持することで足りることもあるが、支援体制が定まっていない場合は必要に応じて地域包括支援センターと共に見守り訪問を行うなど関わりを維持する。認知症カフェ、家族会、地域の居場所等を勧めることもある。	MCIの段階で診断に繋がることが稀である。診断前であれば、受診を勧める以外に(2)同様、見守りや居場所のお勧めを行う。	平成30年は該当ケースなし
148	地域包括支援センターへ、本人の了承を得て情報提供し見守りをお願いしている。	①MCIから認知症への進行を予防するための食事と運動について解説した当センターオリジナルのパンフレットを作成しており、それを利用し、具体的にどう気をつければ良いか指導している。 ②主治医の指示にて、認知症予防のDVDを貸出している。 ③認知症専用相談電話の連絡先を渡し、電話相談を受け	多摩若年性認知症総合支援センターにご案内している。
149	独居または高齢者世帯においては家族や地域包括、行政等必ず支援者を受診期間中に設定し、その支援者と生活支援が整うまで連携を取ります。支援の状況によっては認知症診察医と相談し受診継続してもらいたい環境、支援調整を行います。可能な限り初診時から支援者とは情報共に化し必要に応じてチーム構成員である認知症看護認定看護師との面談や地域支援のカンファレンスへの参加も行っています。	MCIの患者様は顕著な生活障害こそが見られないが本人の言動はこれまでとは異なり家族が困惑するケースも少なくありません。診察以外で家族の対応について認定看護師から助言、指導ができる事を必要に応じて提案しております。(MCIの診断されたご家族では30年度面談希望はありませんでしたが)また介護未申請の方もこの診断の方が多いのですが社会的繋がりが大事な時期でもあるので介護保険申請の案内、ご家族の了承をいただければ地域包括支援センターへ情報提供や連携を依頼しています。	最近当院でも若年性認知症の診断を受ける患者様も日立つようになりました。支援については多く多摩若年性認知症総合支援センターを本人、家族に紹介し在宅調節などをもらっています。
150	必要に応じて介護保険申請や社会資源、相談窓口の情報提供を行う。	かかりつけ医へ逆紹介し、医療支援が途切れないようにする。	診断後しばらく経つてからの紹介が多く、“診断後”支援の機会が少ない。
153	包括支援センターとの連携。	・継続的に外来での経過観察。 ・生活支援。	・若年認知症センターへの紹介。 ・生活支援。
154	当院診断後、特に問題なければ月1回の受診をすすめ、服薬管理、自宅での生活状況等、地域包括の方の協力によってフォローしている。		
156	包括CM等と連携を取る許可を、本人やご家族に取つた上で、関係機関と連絡を取り合い、必要に応じて支援できるように心掛けている。	地域包括支援センターや、介護予防プログラムの案内をするようにしている。	

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
特記事項なし	当院当センターのパンフレットを渡す。認知症の疾病理解は時間をするため、本人及び家族の話を傾聴し、個々の現状に即したアドバイスを行っています。 家族介護の会、認知症カフェ等の情報を提供し、一人で抱え込まないようアプローチしています。 認知症と診断を受けた方やその家族向けの勉強会があると良いと思います。	特記すべき事項なし
当事者(患者様)が独居で同伴者、キーパーソンがない場合は、本人に了解を得た上で毎回の受診確認を行い、連絡がなく未受診がしばらく続いた場合は、地域包括支援センターと連携して、状況確認を行っている。	当事者とその家族の判断能力、性格、経済状況などで必要な支援は異なる。BPSDをはじめ、統一化したマニュアル対応を広げようとする流れを感じる。例えば、森の管理方法を熟知しても、木1本1本の現状を正しく評価するための適切なアセスメントがなければ、間違った解決法(マニュアル)に結び付けてしまう。100人いたら100通りの介入から解決までの支援方法があり、100通りのオーダーメイドな支援が迅速にできる専門性と柔軟性を持つことが、地域から求められるセンターの役割だと考える。	連携型センターだとしても、研修会をセンターで主催して欲しいとの要望が、東京から求められていると感じている。荒川区の場合、人口は約20万人、面積も狭い。行政、各地域包括支援センター、その他介護関係団体などが毎月研修会、独自の勉強会を開催しており、その研修に講師派遣など全面的に協力している。現時点では当センターが研修会を主催するまでのニーズが地域ないと感じている。また、医療機関連携型認知症カフェの活動として、年1回研修会を開催しているため、実質的には、地域は当センターが
必ず、診察前に来た前後に、相談員が本人、家族、別々に面談して、次への診察につなげるようにしている。	本人、家族共に認知症という診断はショックが大きいと思うので、専門Dr.がおっしゃっていたように、誰にでも起る病気ということを伝えてから、お話をされるようにしています。	認知症の患者さんや家族の相談に乗るスタッフの人材不足で、認知症疾患センターがうまく機能していないと思う。相談員自身の心のケアが必要だと感じる。
介護保険申請までの助言、手伝い。	家族会、当事者の会、カフェなど社会的支援の情報提供などをを行うのがセンターとしての役割と思う。BPSD、若年性AD、老老介護など、介護サービス導入だけでは難しい問題にも対応が可能であればと思う。	入退院支援が主となっているため、もの忘れ外来のPtへの対応が手薄。公的機関以外の支援者との交流があまりなく、情報が少ない。
一般的なことですが、パンフレット等を活用して、認知症の理解、生活上のアドバイスなどを理解力、生活環境に則して行っています。 オレンジカフェや、町の家族介護者のつどいもご案内します。	患者本人の意向を確認したり意思を尊重することは非常に大切であるが、支援する家族が疲弊しきってしまっては在宅生活の継続も難しくなるため、家族の心理的サポートは常に相談など受けられるようにしていきたいと思っています。 診察前にご本人、ご家族と別々に話を伺い、不安の吐露、介護負担など傾聴し、思いを表出しやすい雰囲気と時間を作ることを大切にしています。 少しでも明るく、前向きになるような会話と、介護者に対しては共感の姿勢で、日々の生活を労うことを心がけ、診療所型であることを活かして、専門職の相談者として身近な存在でありたいと思っています。	専門職が医師と看護師のみなので、精神福祉や社会福祉の専門性が不十分。より自ら研鑽して知識を深めが必要になっています。
・オレンジカフェの紹介。 ・服薬状況の確認。 ・包括支援との情報連携に承諾いただけた方は包括につなぐ。 ・介保申請案内。 ・社会参加ができる地域資源案内。 ・週間スケジュールの提案、脳トレ案内(脳トレのやり方も含めて)	本人が自分は認知症だと初めて疾患と向き合う場合は、認知症の診断後であると考え、その後の空白の期間を生み出さないためにも、1人で抱え込まないように必ず何かにつながる支援を考えている。介護保険制度やケアマネジャーとの連携であったり、認知症カフェや家族会といった地域の社会資源などの提供。認知症の初期に慣れを持つことで、本人の本当のニーズを知ることができます。家族や関係者が困ってからではなく、本人が今何が必要でどうしていきたいかと一緒に考えていくける支援方法を検討していく。	・人員の不足。 ・相談室内のSWの能力のバラつき。 ・院内他職種に対しての認知症疾患医療センターとしての在り方、業務に対しての理解が得づらい。
・訪問診療を含めた診療の継続。 ・介護保険サービスへのつなぎ。	介護される側の気持ちと介護する側(家族)の気持ち、生活環境などのバランスを意識している。	人員不足。 患者様が増加する中で密な対応がしづらくなっている。 ・アルツハイマー型認知症と診断された方に、免許の自主返納をすすめるが、ご家族が本人様への乗車を勧めてしまふため、乗り続けているケース。 ・デイサービスにうまく繋がらない。 ・介護サービス利用を促すも、本人拒否のため、支援になかなか繋げられていないケース。
①診断後に必要に応じて、家族面談をしている。 ②介護保険制度の利用について市の地域包括等に案内している。 ③家族会を開催している。 ④認知症のカフェ(オレンジカフェ)を開催している。 ⑤居宅介護支援事業所などで同じ患者が利用していた場合は情報共有を行う。	本人やご家族からの相談は外來、電話相談ともに臨機応変に対応できるよう努めている。件数をこなしていく中で、対応の幅を広げ相談員各自が認知症についての知識を習得する必要があると感じている。	包括との連携は可能な限り行っているが、民生委員はじめ市民との連携を今まで以上に深めていく必要がある。それに関連して、周知、広報を強化していくことが課題。
必要に応じて社会資源、相談窓口の情報提供。	認知症や認知症ケアについて知ることのできる場が必要だが、地域に不足していると感じる。	専従相談員の異動や退職が続き、センターの土台になる人材が不在の状況。マンパワー不足もあり、初期集中支援など包括支援センターに求められたタイミングで出向くことが難しく、円滑にやりとりができない。センターに関わる専従、専任相談員の補充も必要だと考える。
生活、経済、医療(合併症も含め)すべてに対し、相談に応じている。	最も重要。	家族支援についてIVでも述べさせていただきましたが、線で関わるケースワークには当院の現行の診療体制では限界があると感じています。継続的な介入は家族会などにも繋がっていく可能性もありセンター長、認知症疾患医療センターチーム員で検討していますが方向性は決まっていません。
	在宅の様子(実態)を見られるようになると、本人、家族、支援者の様子、接し方、支援方針、変化…などきちんと把握でき、その時に合った対応、支援が出来るのではないか	外に出ていく支援が難しく、在宅支援への関わり方に悩む。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
158	・地域包括支援センター、ケアマネ、民生委員等への状況伝達、情報共有。 ・家族へ受診状況報告、また、受診同席の依頼。 ・連絡なく受診されなかつた方へ連絡を入れ、未来院理由や状況の確認。 ・近所や地域住民、友人等からの情報も確認。	・散歩など軽い運動習慣や家に閉じこもらず家族以外の人との交流といった生活習慣についての指導。 ・認知症ケアパス(きよせ認知症ガイドブック)を使用し、指導の補足説明。 ・介護予防プログラムの紹介と介護保険を予防として積極的に利用するよう提案。 ・相談先として、地域包括支援センターの連絡先、認知症の人と家族の会電話相談の紹介。 ・本人ガイド、社会資源について情報提供。 ・もの忘れ外来相談、連絡シートを毎回配布し持ち帰ってもらい、次回持参して頂くよう案内。 ・MCIの場でも脳血流SPECTの所見に基づき3ヶ月あるいは6ヶ月後に再診とし、経過観察を行っている。	「3)軽度認知障害(MCI)の診断後支援」で記述したものに加え、若年性認知症総合支援センターの案内、若年性家族会の情報提供を行っている。
159	在宅医療福祉センターや高齢者在宅サービスセンター、地域包括支援センターなどの相談できる窓口の紹介や、訪問サービスなどの説明をして、同意を得ながら支援体制を構築していくようにしている。	時々、単発受診となってしまう方がいるため、センター相談員と医師と別々に定期受診の重要性を説明し、他院が主治医の時は、診療情報提供書にて情報共有し、治療継続となるように努めている。	認知症の方への支援方法と同じです。
160	・地域包括支援センターとの連携調整(個人情報同意の上) ・そのケースに応じたモニタリング、そのタイミングも個別に対応。 ・ケアマネジャーとの連携が可能な場合、共有し課題解決する。アドバイスなど含め情報共有。 ・経済面、食、住、居確認。 ・カフェ、勉強会などのご紹介。高齢者の集まる家族会の紹介。	・定期モニタリングを計画、具体的には3ヶ月、6ヶ月に一回面談、必要時期の受診予定。 ・カフェへのご参加、上記と同じ。 ・運転を行うか確認(更新時期、事故歴なども) ・かかりつけ医、ケアマネジャーの有無にもよるが、本人、家族への理解に努めて共に考える。 ・社会生活へのアドバイス他。	開設(H29.6~)現在に至るまで、1名の支援を行っている。他に頭部外傷後遺症の高次脳機能障害への治療、リハを施行中、認知症状悪化となり、当センターに移行したケースがあった。独身であり、生活困難で姉が同居、しかしキーパーソンとしての介入に支障あり、もう一人の姉が関わったが、家族間での不具合、長女(姉)の要介護が重なり、介護困難にて地域包括と調整、本人身体的悪化となり、入院の調整など、本人の意志のアドボケートなど。
161	必要に応じて、介護保険制度、サービスの案内を行い、地域包括支援センターと情報共有を行っている。	市が開催している脳トレ教室や認知症カフェの案内を行っている。	相談窓口やサポート組織、家族会、当事者の会などの案内と情報提供。
162	本人の了解を得て、地域包括支援センター等の地域の支援機関へ連絡し連携を図る。	地域で行われている活動やサークル、老人会等、活動の場について情報提供を行う。	地域の支援組織を紹介し連携を図る。
163	当院で開催しているオレンジカフェの送迎サービスをしています。お迎えの前に電話をかけるようにしています。	認知症カフェや認知症サポーター養成講座などの情報提供をお電話や面談時にしています。	実績はありません。
165			若年性認知症支援コーディネーター配置
167	地域包括支援センターとの連携	今後の継続フォローや地域の相談窓口など予め案内しておく。	神奈川県の若年性認知症支援コーディネーターへの紹介。
168	診断に立ち会ううすれば、入院前提でBPSDが深刻な方、全ての診断に相談員は立ち会うことはないため、外来的患者さんは家族から依頼があった時、医師が必要であると判断して初めて関わります。入院された方には担当の相談員がつきます。	今のところない	実例としてない
169	認知症と診断されても、内服自己管理が困難の為、治療薬が導入できなかったり、サービス利用を拒否する方もいるので、地域包括や関係機関へ情報提供するとともに、十分なサポート体制を依頼する。	定期的(半年に一回等)な再評価のための検査。	・利用できる制度の紹介。 ・認知症の人と家族の会や認知症カフェなどの紹介。 ・ガイドブックを使っての説明。
170	特になし	特になし	当センター内に若年性認知症支援コーディネーターが配置されているため、コーディネーターにつなぎ、必要な支援を行っている。
171	地域包括への情報提供		若年性認知症支援コーディネーターの紹介
172	・地域包括支援センター、CMIにつなぐ。 ・付き添いがなければ、家族にもTELする。	・本人への生活指導。 ・介護予防のサロンの紹介。	・社会資源の紹介(自立支援医療など) ・家族へは家族教室の紹介。 ・本人ケア、家族ケア
173	診断された方の進行の程度や生活上の困りごとの内容に応じて、本人や家族の了承が得て市町村の担当、地域包括支援センター等に情報提供、連携を行っている。	6か月～1年後位に再検査で経過を見ている。受診前相談(症状や生活障害の変化など)は随時実施している。	ご本人の希望や意向に沿った相談や情報提供を行っている。手帳や自立支援医療などの制度の紹介はできるだけ早期に実施している。
174		カフェ	
175	・ケアマネ等支援者がいるのかを確認する。支援者が確認できれば本人家族の了解を得た上で診断について情報提供を行う。		

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直している課題を自由にご記入ください。
「(3)軽度認知障害(MCI)の診断後支援」で記述した内容を実施。	<ul style="list-style-type: none"> ・自信喪失しないよう声掛け。(決して特別な病気ではなく誰でもなりうる病気との説明) ・家族の力だけでなく、第三者に関わって頂くことの必要性、有用性の説明。 ・相談窓口の案内。家族会の案内。 ・予約日以外でも相談に応じていることをお伝えし、相談しやすい関係づくりに努めている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・予防階段で介護保険サービスや地域の予防事業に繋げていきたいが、「まだ大丈夫」となかなか生活スタイルを変えられない方への働きかけ(予防の重要性を伝えても理解得られず) ・家族は困っていても御本人の受診拒否や第三者の介入拒否が強く、次に進められない方へのアプローチ(第三者が関わると、身近な人(配偶者)が手を回したと身近な人への攻撃が強まる)
	必要時に必要な職種になるべく早く相談できる体制が、患者さんやご家族の安心につながると思っています。	認知症が進んでいるにもかかわらず、治療や支援を拒否する患者さんやご家族の方へのアプローチが大変ですが、根気強く説明し続ければ良い方向へ行くと思っています。
他社の介入が困難な場合で、医療が中断されている場合は、包括支援センターへの地域担当者のラウンドとして訪問をお願いしたケースがあった。(高齢者夫婦の場合)	相談内容別内訳の中で一番多い業務となっています。診断された直後は、本人、その家族の心理的な不安など動搖が多く、その当日に様々なことを伝えても混乱し、落ち込みが激しいと考えます。経過を追ってその一貫性をそれぞれの内容とスピードで対応できたらと思います。認知症という壁に立ち塞がれ、他者に話を伝えたくないと思われる方も多いため、関係事業所での、また、社会性への支援をしていく上でも困難さはある。	町での総人口は1万7000に満たない。相談者ではアセメント後受診をされたケースは、24名(H29.6~H31.1現在まで)。他に単発での相談者や訪問してのケース相談などは、週に1~4件程度の現状ですが、周知不足が感じられる。行政の事業所ではなく委託(指定)であるため、今一つ認知度が低い。カフェを移動型として町内の老人福祉センター4ヶ所にて開催し始めていますので、今後努力するつもりですが。相談の電話をする行為に在る方は症状が複数みられてからであり、とても勇気がいる方がほとんどとなっています。認知症サポーター養成講座、勉強会やカフェなど開催すると、相談したいと思っている方々はとても多く居ります。
当院でも、認知症カフェの開催を来年度以降実施予定。	今後、認知症患者の増加が見込まれていることから、医師や相談員以外の多職種でのサポートも必要ではないかと考えます。(看護師、介護職、PT、OTなど)	認知症(もの忘れ外来)の患者の数が増え、外来予約枠が埋まってしまうため、初診の待機日数が長くなっています。
通常の開院日は、常時相談、雑談ができるスペースをオープンしている。	相談の担当者をある程度特定した対応の方が望ましい症例も増えているが、人的配置は容易でない。	新規の相談、診療希望が一貫して見られ、継続的に通院している患者が蓄積し続けているため、対応が手一杯になる時期が近付いている。 ・地域住民や地域のかかりつけ医へ当センターについて周知していくこと。 ・一度受診されても、独居などの背景ゆえ、通院が難しいケースへの対応。
当院の外来受診時に、主治医より認知症による生活のしさについて相談があった際、担当ケアマネジャーへ連絡を入れ、改善に向けて相談するようにしています。また、ケアマネジャーから頂いた相談(薬の一包化など)を主治医へフィードバックし、連携をしています。	当センターだけの力は一部に過ぎず、地域のフォーマル、インフォーマルな社会資源とつなげ、地域でサポート出来るようにしていきたいと考えます。	新患予約の待ち時間が長い(4週間以上)こと、医師の確保が難しい場合があること。 診断時からの介入など、きめ細やかな対応が望ましいケースもあるが、必要時や申し出のあった時の対応にとどまっている。
診断に至るまでは電話で相談を受け、受診につなぐが、診断後医師からまたはご家族より相談がなければ特に関わっていない。	それぞれに価値観があるので、じっくり面接して、必要に応じて情報を提供しています。家で看たい人、施設に入れた人、経済事情や制度に対する理解度も含め、様々であり、一方的に押し付けるのではなく、丁寧に生活歴や思ひなどを聞き取っていきます。家族の方との関係が良好になるように、気を付けて接するように心掛けています。	精神科の医師が足りない。
月に一度、地域包括支援センターを対象に、認知症と診断された方の事例紹介をすることで、情報提供を行っている。医師が、認知症療養計画書を作成、患者に説明の後渡し、支援者やかかりつけ医との連携に役立ててもらっている。	すぐに介護保険サービスを必要としないような、ごく初期の段階で診断された方やその家族への支援が、今後重要な役割を担う。連携においては、医療センターの専門性を活かすには、具体的にどうするのか、支援内容の指針をはっきり示して欲しい。また、診断後支援を行うためには研修も必要である。	認知症と診断された単身生活者へのフォローワー体制。単身生活を送る程なので、介護度3以上の特養にも入所できず、一人で自由気ままに生活しているので、サービス利用も拒否的。こうした方が認知症症状が顕在化すると、精神科病棟に入院するケースが多い。 ・慢性的な人員と業務をこなせる人材不足。 ・多くの認知症事業に携わっているため、対応するソーシャルワーカーも必要になり、他の精神科業務を圧迫する。 ・医療面以外の介護分野、生活支援分野の知識習得のための機会(研修等)が少ない。院内業務も多忙で出張も難しい。
院内に市から委託された認知症地域支援推進員があり、困難事例への支援を依頼することがある。	認知症支援においても地域包括ケアシステムの重要性があげられているため、必要な支援であると思うが、認知症支援は現在非常に多くの支援事業があるため、それらとの役割分担、連携においては医療センターの専門性を活かすには、具体的にどうするのか、支援内容の指針をはっきり示して欲しい。また、診断後支援を行うためには研修も必要である。	
・社会資源の紹介(自立支援医療など) ・地域包括、CMなど地域と連携。 ・本人ケア、家族ケア	この地域には、本人の会がないので、本人ケアにつなげられる当事者会を検討中。	認知症者の支援体制は構築されつつあるが、今まで以上に当事者と一緒に先のことを想えていかない。認知症者の支援に関わる方へ、大事なことを伝えていく。
本人や家族が孤立しないように家族会に誘う	診断を受けた人に手厚いサポートしたいと思っているが、新患の相談が多く初診のための事務的な処理や相談に時間を取られるため、診断直後からの本人、家族支援ができていない。	かかりつけ医から紹介の後、かかりつけに戻らずセンターでの治療継続を希望される方が多い(初診者の約9割)一般病院にあるセンターのため他科との併診が可能であるため転医が多いのかもしれない。鑑別診断から治療、家族支援まで、担っているがスタッフ体制が整わず最低限の人数で行っている。また若年認知症支援コーディネーター業務も県から委託されておりいずれの業務も家族支援、地域支援において十分な活動ができない状況。初診までの待機期
・認知症の診断がついた後は、家族への支援も含めて対応している。 ・当院の通院方法についての説明を行う。薬も本人に合うまでの調整には時間がかかる事、内服して症状が変わらない又は悪化する等があれば相談して頂きたいと伝える。 ・相談窓口として当センターがあると伝えている。	・認知症と診断をうけた時の本人、家族の受け止めは様々である。今後どうなるのか治療への不安を持つ方も多い。認知症は治らない。だから治療も意味がないと思っている家族も多い。結果未治療のまま経過して、本人も家族もどちらにもならない状態になって病院へ入院希望する場合が多い。様々な不安を含めて、家族の気持ちをきいていく事への支援は必要であると考えている。患者の事で困っていることがあった際はまずは話しきかせて下さいと家族へも働きかけていきたい。	・認知症患者の入院を希望するケースが当院は多い。その中には、施設対応可の状態であっても施設に入れない状況から入院を希望する現状がある。認知症患者を介護する家族にとっては、介護負担は大きく、施設を利用せざるを得ないが今ある資源では支援につながっていない人達もいる。当院が伝える支援を見直しながら、当院だけでなく地域全体で認知症支援を行う必要がある。治療後の支援についてが今後の課題であると考えている。入院治療が終了し、退院可と判断されてもその状態によっては退院をうけ入れられない場合も少なくない。当院の課題もある。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
179	介護保険や地域包括支援センターについて情報提供する。	「高岡市認知症安心ガイド」を簡単に説明し、配布する。	・「若年性認知症ハンドブック」を配布する。 ・富山県若年性認知症相談・支援センターについて情報提供する。
180	・日常生活に困らないよう家族や関係機関と情報を共有し、現状及び先々起こりうることを予測し密に連携を図り対応する。 ・本人や家族の希望があれば、介護保険外の訪問看護や訪問リハビリを導入する。 ☆調理、掃除など日常生活を本人が、継続できるために、環境調整が必要な場合作業療法士が在宅を訪問して指導、助言をしている。また社会参加の継続が必要な場合散歩コースの設定やスーパー利用法、就労支援施設利用	・2)の☆と同上 ・地域包括支援センターと連携し通いの場など介護予防教室やサロンなどに繋げている。 ・定期的な診察の他、不都合が生じた時は早目に診察するよう伝える。	・2)の☆と同様 ・就労希望する人には、就労支援事業所と連携し、本人の出来る仕事につないでいる。 ・診断の前であっても急ぐべき項目から順に対応していく(解決リストを作成) ・家族への心理的支援も積極的に行う。 ・就労が困難になった時、居場所を確保し、自尊心を傷つけないよう配慮する。
181	・継続して外来に通院される方にはケアマネジャーや日頃から関わっている支援者から受診前生活状況をお聞きしている。 ・診察場面だけではなく、事務や外来Nsと連携し受付時や待ち合い時に気が付いたこと、気になることがあれば相談	パンフレット等をお渡ししている。	・定期的または希望時に面接をし、その時々の思いや困り事についてお聞きしている。 ・経済的に利用できる資源などの情報提供や手続き支援をしている。 ・ご家族の思いや不安等もお聞きしている(受診時など)
182	医師から介入の依頼があり、面接を行い地域包括支援センターと連携し、介護保険の申請をすすめてもらい、自宅訪問を行ってもらい支援体制が整うまでフォローしてもらっている。	医師から診断(MCI)について説明し、何かあれば早目の診察をするよう助言。もしくは、半年~1年後心配なら再検査をするようすすめている。 その際、予防のパンフレットを渡して説明もしている。	就労や経済面など不安がある場合は、精神保健福祉士に相談の依頼あり。その際、介護保険サービスや障害年金等について説明したり、地域で実施している若年性認知症カフェや相談窓口の紹介を行ったりしている。若いため、介護サービスの利用に抵抗がある場合は精神科ディケア等を紹介することもある。
183	本人の同意を得て、必ず包括支援センターにつなげ訪問して頂く。本人に身近に相談できる場所があることを知つて頂くのと、包括の訪問により生活実態を見ていただく。	6ヶ月後にTELし再受診、様子を聞く。	ハンドブックを使い、病気、制度の説明を順追って行う。県でハンドブック作成している。若年性認知症の当事者と家族の会に来ていただく。
184	・地域包括支援センターに繋ぐ ・精神の訪問看護の利用 ・重度認知症ディケアの利用 ※それらと連携をとりながら対応しています。	・定期的(1~3ヶ月)に受診をしてもらい対応しています。また、ご本人のみでなくご家族にも支援についてお話をしています。例)BPSDの対応方法、運転について、リハビリや予防法について、生活習慣の指導、認知症状態になつたらどのように症状が進行するのかといった予後予測など ・定期的な認知症の総合的な評価の実施(6ヶ月~1年) 例)BFB、MMSE、HDS-R、CDR、AOSなど、必要に応じて→ADAS、WMS-R、POMSなど ・認知症カフェの紹介	・PSWを中心に本人支援と家族支援を行なっています。 例)経済面について、就労面について、運転についてなど ・地域包括支援センターとも連携をとっています。
187	・包括支援センターやケアマネとの情報共有、連携。 ・地域ケア会議の出席。 ・入院を積極的に受け、入院中に課題を整理、調整し退院につなげる。	特になし	認知症コールセンターの紹介
188	必要に応じて介護保険や包括支援センターの紹介。	特になし	特になし
189	生活状況を確認し、必要があれば、包括支援センター担当者へ情報提供し、適宜フォローをしてもらっている。	MCIについての説明を含んだリーフレットを作成、その内容を元に認知症の理解や生活習慣病予防、他者交流等利用してもらうことで、少しでも症状の進行予防につながるよう関わっている。	診断後、利用可能な制度(自立支援、手帳、障害年金等)の情報提供。
190	精神保健福祉士が受診に同席し、医師からの説明をわかりやすくお伝えするようにしている。生活機能障害の様子が、ご本人や高齢配偶者からの話だけでは充分に伺えないことが多いが多く、困り事が見えにくいことがある為、地域包括支援センター、ケアマネジャー等と連絡を行い、生活状況の確認や支援の相談を行うようにしている。特に行っているというより、通常業務として行っている。		ご本人、ご家族の病気の受け止めの様子を伺いながら、病気の進行に合わせ、少し先回りして利用できる社会資源の説明、提案、相談を行うようにしている。ご本人の出来ることを生かし、社会とのつながりが継続できるよう、認知症地域支援推進員等と支援を検討している。特に行っているというより、通常業務として行っている。
192			
193	独居の方であれば、地域包括支援センターと相談することが多い。	必要があれば(相談があれば)できることは全て行います。MCIの人にセンターとして予防プログラムの様なものを積極的に行なうことは無い。	地域の包括支援センター、市内の認知症疾患センター、家族会、本人等で不安感など同じ思いをしている人と話す場を作るために検討中です。(若年性には限らず)
196			
198	本人、ご家族の同意を得て、地域包括支援センターに情報提供を行い、必要に応じ支援、フォローをお願いしている。	・当センターで行っている脳活教室への参加呼びかけ。 ・希望があれば(診察時or予診時に確認)地域の予防教室の紹介。	・認知症の程度や本人、家族の困り度によりサービス紹介。 ・診断がついた方の把握。本人、家族の病気の受容具合で紹介できそうなものを情報提供する。
199	患者の状況に応じた制度説明等	患者の状況に応じた制度説明等	患者の状況に応じた制度説明等

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
・本人と家族の心理的支援に重視し、多職種と連携を図り希望時訪問看護を導入する。	・不安にならないように、利用できる社会資源を紹介、関わり方のアドバイスを行なうようにしている。介護保険の利用を希望された場合は、地域包括支援センターに情報提供し、家族と連絡を取ってもらうようにしている。 ・診断のあった日に面接、もしくは電話で今後の意向を確認するようにしている。	・当院は総合病院であるが、認知症のみでの入院に対応していないこと(精神科病棟はあるが、認知症患者を受け入れない方針のため) ・職員は専従(社会福祉士)、専任(社会福祉士)の2人体制で相談支援をしているが、相談件数としては、専従のみで対応可能であり、専任の業務として何をしていけばいいか検討している。 ・受診拒否している認知症患者への訪問機能がないこと。(Dr.が訪問することで早期診断につながり、地域もそれを期待している) ・地域向けの研修会を開催できていない。 ・診断までに2~3回受診が必要であり、家族の負担が大きい。 ・鑑別診断は、精神科、神経内科で対応しているが、認知症を主に診ているわけではないため、週に3日で1日1人の ・若年性認知症の方の居場所、通所先が少ない。 ・通院先はあったが、危機的状況になってからの相談がある。 ・すでに通院先での診断され治療も開始しているが、日常生活上支障をきたしての相談がある。 ・作業療法士が生活支援を行うためには、実際の生活の場に出向いて進行に合わせて、本人の出来の能力を維持することが大切だが、マンパワーの問題で十分な支援が展開できていない。
・認知症療養計画書の作成と説明が主治医からされ、かかりつけ医には返書と療養計画書を送付している。 ・初診等で介護申請がされていない場合は、精神保健福祉士に介入依頼があり必要に応じて市町や包括へ繋ぎ連携を図っている。	・本人家族の希望を確かめつつ、実情に合わせた支援を可能な範囲で提供することを心掛ける。 ・本人、家族、多職種との思いなど実情の可能な支援等にギャップがある時はそれぞれの思いに寄り添って関わる。	認知症だけではなく、高齢者のうつ病や統合失調症、発達障害を抱える方の相談が増えている。また、世帯で捉えた時に、認知症の人本人の子が精神障害がある場合(疑いも含め)にその子等の支援も必要で、そのことも含めた相談が増えている。
・運転機能の評価について、運転に必要な認知機能評価バッテリー※の実施やドライシミュレーターを用いて総合的に評価・判断しています。また、地域包括支援センター、警察、自動車学校とも連携をとっています。必要に応じて警察と連携してドライブレコーダーを使って評価もしています。また、ネクスコ、東京大学と連携して逆走実験などにも取り組んでいます。※運転に必要な認知機能評価バッテリーBFB、MMSE、HDS-R、CDR、AOS、ADAS、前頭葉機能や注意機能(FAB,CAT,TMT,かなひろいテスト)視知覚(VPTA,BIT)など ・介護保険申請待ちの間、身体面は問題ないがBPSDを多く認める方など緊急性が高い方などは医療のデイケア(重度地域包括支援センターやケアマネと情報共有、連携を図っている。	・認知症の方への緩和ケアという観点で、当院ではおひとりおひとり丁寧に、認知症初期の段階から予後予測とご本人・ご家族の意思決定、認知症の症状の変化や意思決定の変化に合わせ周囲のサポートやその時期におけるサポートの説明、医療保険・介護保険で使えるサービスの説明など相談に応じています。 ・現状のみでなく、将来のことや看取りまで含めたサポートをしています。 ・ご家族への支援もご本人同様、丁寧にお困りごとや対応法など相談に応じています。	診断後のサポートが次のステップにつながり大切だと思うが、精神科のためBPSDを伴う初診が多く、診断後支援というよりBPSD対応になってしまっている。損傷直後のサポート方法が統一しておらず、マニュアル化していただけるとプラス個別対応(症状に合わせて)できるのかなと思う。 ・地域のネットワークを今以上に充実させるため、地域へ出向いて更なるネットワーク作りが必要。 ・認知症センター養成講座も積極的に開催し認知症の啓発活動もしていますが、養成講座を受講したセンターさん(住民の方々)らが今後活動できる場を考えていいくこと。
特になし	診断直後は本人も家族も余裕がないと思うので、継続して必要な時に心配事やわからないうることが聞ける窓口があることは必要だと思います。	・身体合併の患者様の入院。 ・介護保険関連の情報不足。 ・治療中断した患者様のフォロー。 ・かかりつけ医との連携。
地域の包括支援センター、市内の認知症疾患センター、家族会、本人等で不安感など同じ思いをしている人と話す場を作るために検討中です。(若年性には限らず)	診断により症状への理解が進み、困り事への対応が考えやすくなったり、少し先の生活を見通して介護の準備を整えていくことがいいやすくなる。診断の機会に、ご家族、関係者と、ご本人の状態を共有していくことが、日常生活支援を相談、検討していく上で重要であると感じている。症状への理解、ご本人の理解が進むことで、BPSDの予防につながる対応、ケアを考えやすくなるように思う。	・31年度新規の日常生活支援の相談員設置事業に取り組み、相談体制の充実を目指したい。 ・若年性認知症の方による本人ミーティングを実施したい。 ・自院でなく、他院にて経過観察中の方の経過がどうなっているかわからない事が多い、若年性認知症やMCI、比較的軽度の方の利用できる活動場所がない。 ・診断後も必要時に、ご本人、ご家族の不安や困り事の相談を伺っていきたいと思うが、業務が重なり行えない場合も多い。 ・早期診断がされても、認知症初期の方が利用できる社会資源が少ない。 ・重度の方の生活の場がみつからないことがある。見守りの頻度が多いと、施設入所が難しいと言われ、特に入院中の
診断した方全てに関われない、また関わらなくてよい(すでに支援つながっている)場面もあるため、診察時(または予診時)に情報提供の確認などしている。また、外来待合の一角に「認知症コーナー」を設置し、症状、介護保険、若年性認知症、家族会などの紹介を行い、希望者には直接で情報提供を行っている。	上記5)に記載、補足:センターで支援を続けることが良いとは考えておらず、お住まいの地域の資源につながるような働きかけをしたいと考えている。(センターでの支援は限界がある)しかし、若年性認知症に関しては、ケースも少なく、長く精神科が関わっていくことが多かったり、介護or障害など重複することもある。診断時に把握し、家族や本人様から相談できるような関係づくりの必要性を感じている。	年齢の若い方たちに対して行う研修会や情報提供の仕方についてどのように行なうことが一番効果的であるのか、その都度悩んでいる。 施設との連携(特に老健)。当センターはP科HPで入院病棟がある。BPSD悪化により、施設対応が困難になった場合、突然退所せられて受診に来られ、入院を強く希望されることがある。入院出来ない場合、家族も困る。また退院後、その施設に戻れない。
2)~4)に共通し、当院でのもの忘れ外来では、医師から介護保険の説明、日常生活で気を付けることなどを患者、家族に話している。	認知症と診断を受けてから介護サービスを利用するまでの間である「空白の期間」に紹介できるサービスが限られている。	急性期病院がゆえに、認知症患者のサポートを長期間できないため、包括などに依頼する必要があるが、本人の拒否があると何もできなくなる。(特に通院患者に関しては、関係性をつくる期間が限られる。)

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
200	本人、家族(同居)のみでの生活が厳しいと思われる場合、別居家族への支援の依頼や地域包括支援センターやケアマネジャーとの連絡をとるようにしている。	診察した医師から定期的な受診を勧めたりしている。	必要に応じて、公的サービスの利用や相談窓口などを案内している。
201	本人や家族の了承を得た上で、地域包括支援センターへ情報提供を行う。介護保険等のサービスを導入し、介入の機会を増やす。	精神心理検査と面談で定期的に評価。	精神面のフォローのため、頻回に面談を行う。社会資源(年金、手帳、自立支援医療、介護保険のサービス)の提案。包括との連携。
202	・センターのみでは解決できないことも多いため他機関に協力得るようにしている。 ・本人、家族の了承を得て、主に地域包括支援センターへ情報共有、場合によっては、訪問を促し対象の人の生活課題等を確認して頂く。また、困り事等があり、相談等を希望する場合には、主に地域包括支援センターを促すが、面識の無い人に相談しないという方もいるため、予診等で顔を合わせて相談員への連絡も促している。遠方の家族も含め、世帯外の家族に診断の報告をする様に促す。	・早期の段階で治療を受けることの有効性の説明と、本人に判断力がある段階から、受けたいサービスや今後の生活の希望を教えてもらい、その後に活かしていくのが良いのでは、という提案をしている。 ・本人の生活課題の状況にもよるが、包括支援センターへつなげることは主ではなく、本人家族に今後予測されることを説明、状況によって病院への連絡・相談を促す。一人暮らしや他家族との関りがない場合には「家族会」「当事者会」の紹介、「包括支援センターへの情報共有」等を行っている。	・全員記載なし
203	行政(包括)や介護支援事業所等との情報共有、サービス利用調整。		
204	生活が困難な場合は、結果説明時に、本人家族を支援する親族、友人、包括の方にも来てもらい、今後のことについて一緒に考えている。診断後も常に情報交換している。	なるべく半年、1年後の予約を取り、継続的にf/uしている。予約希望されない方には、家族等に何かあった場合は、必ずかかりつけ医に相談するよう指導している。	自立生活支援について紹介。 家族への心理サポート。
205	地域包括支援センターへ情報提供。	・地域の相談窓口の紹介。 ・予防について(有酸素運動や社会交流の場)	・MSWにて仕事関係のことについて相談の願い。 ・若年性認知症のある人の集いの紹介。
206	地域包括支援センターへ情報提供。	特になし。定期的な評価を説明。	受診者なし
207	地域包括支援センターの紹介、連絡調整。必要に応じて、介護保険の説明。	地域包括支援センターの紹介。必要に応じて、介護保険の説明。	相談窓口の紹介。地域包括支援センターの紹介。必要に応じて、介護保険の説明。
208	受診者の生活支援が必要と判断された場合は、地域の包括支援センター等にICTメールなどを使用して、訪問の依頼などをしている。	当院と医師会、行政とで共同で作成した認知症ケアパス(「オレンジ・ケアパス」)には、MCIの方を含めた社会的資源の情報等が記載されている。こうしたケアパスの図を使って、今後どのようにすればよいか、伝達する努力をしている。	当院は、精神科を標榜しているため、「障害者手帳、自立支援、障害者年金、就労支援」まで幅広く実施する努力をしている。場合によって、就労先の担当者との面談を実施することもある。
210	地域包括支援センターへ連絡し、情報提供を行う。その後介護保険の申請をすすめる。	6ヶ月後の外来受診を説明する。	地域包括支援センターへの情報提供(本人、家族の方への同意を得てから)職場への情報提供(希望に応じて)自立支援医療の申請への説明、書類記載
211	地域包括支援センターとの連携。	・薬物治療の案内。 ・認知リハビリテーション。 ・生活習慣の指導。 ・心理社会的サポート。	診断直後に利用できる社会資源(主に医療費助成制度、障害年金等)の情報提供。それを元に、現在の生活状況や不安を確認、利用手続きを通して、継続的に心理、社会的支援を行う。また、試行的に本人を含むグループワークを実施し、ピアカウンセリング、エンパワーメントを行っている。
214	・担当医よりディケア(認知)の利用について勧めている。 ・ケアマネ、地域包括支援センターの活用も勧めている。	・かかりつけ医からの紹介のある場合は、情報提供を必ず行い、生活支援についてのフォローを依頼している。 ・受診時は家族同席ほとんどのため、家族の不安等についても確認しケア相談を受けている。	診断後のご本人、ご家族への告知の状況について外来スタッフより情報収集を行い、必要なケースについては社会資源の活用や家族相談を実施している。
216	介護認定を受けていない場合は包括に、ケアマネがいる場合はケアマネに連絡。見守りや必要なサービス導入を依頼するとともに、症状変化や日常生活の実態、医療者側の気になる点など、お互いの情報を共有するよう努めている。	①定期的に検査を受けるようすすめる。 ②少しでもおかしいなど感じたら、早めに再受診、検査を受けるようにすすめる。 ③ご本人、家族の不安の傾聴や、いつでも相談するよう声掛けをし、内服や通院、地域との繋がりが途切れないよう気を付ける。 以上、①～③を行い、症状変化に早く気付き、進行予防に繋がるよう、心掛けている。	・若年性認知症の交流会を紹介。 ・若年性認知症相談支援センター、コールセンターを紹介。 ・定期的な検査をすすめる。 ・進行具合に応じ、自立支援医療、障害者手帳、障害年金を紹介、診断書作成。 ・進行具合に応じ、包括やディケア、ディサービスに繋げる。
218	地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の相談員やケアマネージャーとの連携を密に行っている。	ディケアセンター(認知症向け)や、訪問看護への導入など(ヘルパー、生活支援含む)在宅での生活を支援できるように心がけている。	・ディケアセンターへの通所促しや、一般介護予防事業の案内をする。 ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と必要に応じ連携する。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
	現在は受診相談は全ケース相談室で対応していますが、受診後の支援はあまりできていないのが現状です。認知症と診断された時の気持ちを受け止めたり困惑を少しでも軽減したり、医師だけでは対応が難しい部分が多くあると思うので、なるべく関わっていきたいと考えております。	認知症専門診断管理料を取得する体制が整えられていない。
包括、ケアマネジャーへの情報提供。 介護保険の申請やデイサービス利用等の提案。	病気の受容までに時間がかかる。繰り返し面談を行うことで気持ちの整理をしていく必要がある。	
・認知症の種類によって対応を変えている訳ではないが、必要に応じて制度の説明や他機関への相談をして繋げるようしている。 ・医療、制度、福祉等、相談窓口は多々あるので、抱え込む必要は無いということをよく話す。	・病院だけでは解決しないことが多いため包括支援センター等と連携し支援体制を構築したり相談できる場の提供等していかなければいけないと思い、取り組んでいる。 ・必要なことだと思う。診察の中で医師より介護保険やサービスについても説明がある場合も多いが、時間が限られてる中で家族も「そうは言われたけど、どうしたら良いのか分からない」という場面も見るので、その点の詳細を案内できる良い機会だと思う。 ・認知症というワードでショックを受ける方や、MCIであるが悲観的にとらえられる家族・本人が多い印象。そのため、家族にも病状の知識を伝えながら、本人が何に困り、家族が何に困っているか、を病院側だけが把握するのではなく、本人・家族にも把握したり共有・考えることが心理社会的サポートにつながると思う。 ・心理士としての専門性が活かせるような支援が出来ればと考えています。ご本人はもちろん、ご家族の方に対しても心理的サポートや知識提供など、できることがあるように感じています。各ケースのニーズに応じて、他職種の方々と助け合いながら取り組んでいければと思っています。 ・診断された後、家族が本人とどう接したら良いのか、困ったことがあつたらどこに相談をしたら良いのか、情報提供が必要だと思う。診断がついで終わではなく、その後の様子も見守っていく必要があると思う。	・対応する人によってレベルが違うこと。基本、診断前に予診を担当した人が診察後の支援まで担当するが、経験年数・これまでの担当部署等の違いにより、案内できることが変わってしまうこと。 ・認知症疾患医療センターとして行ってきたケースをふり返ったり、役割と事例を照らし合わせることが無く、自身の能力や、他の相談員のレベルを確認する事が出来ていない。いまだ、認知症疾患医療センターとして自身の道しるべが定まっていない。 ・診断後、継続的に関わることが出来ていない点が課題です。 ・求められなければ診察後、話をしに行っていないので、積極的に情報提供していく必要がある。 ・予算や診療報酬への反映の薄さ(人件費等確保の面)や経験ある職員の退職に伴い精力的な活動が難しい状況にある。しかし、大事な事業だと考えており、しっかりとしたことを探りたい気持ちは強い。 ・地域包括や行政との関係で疾患センター行う事業は、主体は疾患センター、関係機関は客というようになってしまった。市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に疾患センターの名称が一度も出てこない等、どのように行政・包括等と計画的に協働して連携を積み重ねていくかが課題。 ・経験の浅い職員が多いため専従・専任で担える業務が少ない。また、経験ある職員の退職にも伴い、経験の浅い職員の業務・進捗把握が困難であるという体制に関する課題
行政(包括)や介護支援事業所等との情報共有、サービス利用調整。	とても重要な業務の1つと考えている。医療と介護の両方の視点と本人家族の幸せを考え、傾聴や助言を1時間以上時間をかけて行っている。そして、1回で終わらず、継続的に行なうことが必要で終わりはないと考える。	マンパワー不足により、十分な診療体制や支援ができない。 精神科医でないと精神症状の正しい対応ができず、センターの神経内科の医師では対応しきれていない。当団域では、計画的な認知症施策を取り入れられていないため、手探り段階であり、開業医の先生方の知識不足も課題として
	・認知症の理解の促進を図る必要性。 ・地域(行政)との連携を密にしていくことが重要。	・アウトリーチできるマンパワーが不足。 ・ニーズの把握不足。 ・地域との協力体制の構築ができない。
ケアマネ、地域包括支援センターとのつながりがある方については、診断前後に連絡を取り、情報共有や意見交換、その後の支援へとつなげている。	当院センターにおける認知症外来は、鑑別診断のみを行っており、鑑別診断後は紹介元へお戻りいただくため、診断後支援についてはあまり、時間が取れない現状である。初診～鑑別診断結果が出るまでの数週間については、診断は出でない状態ではあるものの、必要となるであろうサポートについてできる範囲で行えることを実施している。診断前と後では、本人、家族の心理状況も大いに変化すると思われるため、限られた時間ではあるものの診断後に話を聞く時間を設けることができればと考える。	県域が広範囲であるため、遠方地域との連携があまりとれていません。
かかりつけ医が居ない場合は、当院でそのまま診療を引き継ぐことも多い。その場合、ICTを使った多職種連携、あるいは「連携ノート(ふじのくに支えあい手帳)」を使って、多職種連携で患者さんを診てゆく努力はしている。	当院は連携型の有床診療で、かつ幅広い年代に渡っての患者さんは診させていただいて居る。認知症診療に特化しているわけではない。したがって、人員的、資金的に、十分なサポートができる体制にはない。地域で、当院のような小規模なセンターが多様な認可されることが様々な課題の解決になると想えている。	(IV)で述べた通り、資金・人員とも十分な資源がない。そのため、研修会を開くにしても、すべて医師自身が動かざるを得ない現況にある。診療と公的な研修会の実施等で多忙の限りである。やりがいはあるが、疲れてきているのが本音である。
介護保険サービスの申請。 生活で困ったことなどの相談窓口として、地域包括支援センターを紹介。 日頃の関わり方にについてパンフレットを渡し説明する。	認知症疾患医療センターの相談室だけでなく、地域には様々な相談をすることが出来る場所があることを伝えていくことは大切だと思う。	当院は連携型なので、相談件数はまだ少ない。外来業務と兼任しているため、相談件数が増えると、対応できるのか不安はある。
病気を持ちながらの生活や、制度、社会的制限等についての情報を積極的に提供。継続的に支援できる課題を見つけ、必要時にすぐに介入できるような関係づくりを行っておく。	診断された直後の心理的な面や生活的な面について、思いを表出し、話題にできる場所を、まず病院内に保障することが必要と考える。そのようにして、本人、家族が病気と向き合えるようになることを支援し、社会資源の利用をしていこうという気持ちになれた時に、院外の支援者につないでいく体制をとれるのが理想的だと考える。	認知症の診療をしていることを幅広く公開しているため、患者さん、ご家族のみならず、院外の機関や、初診前の方からの相談が多数寄せられる。また、地域包括ケアの一機関として、様々な地域の様々な会議や、カンファレンスに出席している。業務は多いが、収入に直接結びつく職種、業務ではないので、人員の確保が難しく、十分な対応が難しい状況
家族会及び当事者の会についてのご案内を担当医より行っている。	診断後の支援は重要であると考える。診断、告知を受けた後は、計り知れない不安を抱くと思うため、その思いに専門性を持ったスタッフが早く介入することは、その後の生活や心の持ち方に大きく影響が出るものと考える。疾患センターとともに忘れ来外との連携とケースの情報共有とケース検討ができるシステムが必要と考える。またかかりつけ医との連携	地域認知症検討会や各町内会での講演、勉強会等を行い、認知症についての理解をしてもらうための活動を行っているが、地域の格差を感じている。どこにいても同じような支援が受けられるようになっていきたい。また、他県の活動や交流の機会が得られる参考となる。かかりつけ医、地域との連携強化を図り、本人、ご家族のサポート体制を具体的
①ご本人、家族とのコミュニケーションを多くとり、些細な事でも話しやすい関係を作る。 ②ケアマネや包括とやりとりする機会を持ち、地域生活の中で問題があれば情報が入るようにする。 ③医療費補助制度を紹介、利用に繋げる。 上記、①～③を心がけ、治療と支援が途切れないよう、気を付けている。	・メティアやネットで過剰に得た情報に振り回されている人もいれば、全く情報がない人もいる。認知症について、正しく理解してもらおうサポートは必要。 ・“専門医で鑑別診断を受けるよう勧められた”と受診する人が多いが、診断されることがゴールではない。診断結果に基づき、これから的生活の見直しを立てること、ケアマネやサービス事業所も含めて、早いうちから長期にわたる生活支援に目を向けられるようサポートすることも、相談室の	センターとして周知されると共に、いくつもの問題がある新しいケース、長期にわたり関わるケースが増えている。センターが抱える困難ケースの数と比例して、対応の質が下がることを危惧している。地域からの期待が高くなっているを感じるが、それに応えられる質を保っているか不安。
・定期退院と経過観察 ・デイケアセンター(認知症)への通所及び、デイサービス導入の為に地域包括支援センターや居宅介護事業所との連携により行う。	1)[認知症と診断された人]について:医師から説明がされるので、その後の経過に従い、本人のサポートは必要と考える。現在はデイケアや訪問看護等導入して見守る体制をとっている。 2)[認知症と診断された人の家族]について:ご家族への支援は大変重要であると考える。参考になるリーフレットを渡し、必要に応じ相談に応じる体制はまだまだ不十分である。	・人手不足(事務処理や事業推進の為の準備に関わるマンパワー不足) ・空床確保の困難さ。(他院、自院含め) ・相談時には重症化していること。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
221			
222	地域包括支援センター、ケアマネジャー、社会福祉協議会等へ情報提供し、支援を依頼している。	必要に応じて、社会資源を紹介している。	若年性認知症コーディネーター、地域包括支援センターに紹介し、必要に応じて、社会資源について紹介している。
223			患者、家族の同意をいただき、若年性認知症コーディネーターへの積極的介入を依頼しています。コーディネーターが当事者の会に関わっているため、情報提供をしています。
226			当事者、家族の会と連携し、種々の取り組みを行っています。来年は県とも協力し、支援方法等について改善していく予定。
228	医師指示にて、介護支援専門員や地域包括支援センターへの情報提供。	自院での脳活性化プログラムの実施への案内。	必要に応じて、就労状況の相談や今後の経済面の相談対応。
229	一人暮らしや高齢者のみ世帯だけに特別実施している訳ではないが、必要に応じて地域包括支援センター、ケアマネージャー、その他支援者と情報共有し、連携していく。	一人暮らしや高齢者のみ世帯だけに特別実施している訳ではないが、必要に応じて地域包括支援センター、ケアマネージャー、その他支援者と情報共有し、連携していく。	一人暮らしや高齢者のみ世帯だけに特別実施している訳ではないが、必要に応じて地域包括支援センター、ケアマネージャー、その他支援者と情報共有し、連携していく。
231	支援者の確認。ケアマネ等がいれば情報提供。支援者がいなければ地域包括支援センター等へ情報提供。	介護予防についての説明、介護保険等サービスの紹介	介護サービス等地域で活用できる資源の紹介
233	家族がいれば、連絡を取るようにしています。また、本人に了解を取り、地域包括支援センターへ支援をお願いします。できれば、服薬管理などのために、訪問護師ないし訪問薬剤師の導入を図ります。	(個人心理教育) 診断後、本人と家族が病気のことを理解するために読んで、もらう本、クリニックで作成した“本人が読む本”や“私、認知症と言われてしまいました”(ワールドプランニング)を提供する。 (集団心理教育) 認知症や認知機能障害などについて、MCIや軽度認知症の人仲間の人たちと共に学び、仲間作りを行う3ヶ月1クール計6回の「外来心理教育」を1999年から、年に3組に対して行なっている。1クールが終わった段階で、病気の受け入れの程度と次の受け皿への移行の程度に応じて、さらに月一回の心理教育を継続する場合もある。 (仕事の場) 若年認知症の人ないし、MCIの人が約20名、高齢軽度認知症の人が約10名、発達障害や精神障害の人が数名、社会に繋がりが持てない若者数名が、毎週水曜日に内職仕事で集まり、休憩時間の茶話会などを含めて、約4時間活動	若年認知症コールセンター(滋賀県からの委託)での相談事業、企業への啓発研修、就労中に企業の人事担当者と本人と家族との間で、就労継続のための話し合いを定期的に行なっている。また、電話やメールやファックスでの相談に応じている。滋賀県からの依頼で作成した支援マニュアルを使用している。 メールでの相談。 また、休職中や退職後には、上記の仕事の場を紹介している。また、1999年から隔月で、行っている「本人・家族交流会」には、毎回15~20名の認知症の人と30~50名の家族の参加があり、家族関係別に小グループを作り、ピア・カウンセリングの場を提供しているが、若年者は一回平均16名参加している。 また、若年轻度認知症の人が、プログラムを自分たち作り、社会参加を大切にする、自主参加型デイサービス“もの忘れカフェ”を行なっている。 また、進行期には、介護の指導用の冊子を提供している。
235	市町の地域包括支援センターへ病院から積極的に情報提供を行ない、市町の見守り支援などにつなげている。介護保険未申請の方に対しては、介護保険申請の流れや介護サービス利用について説明を行なっている。必要であれば、成年後見制度の利用について助言している。	病識のある患者も多く、診断後の今後にに対する不安は大きい。そのため、進行予防に関する情報提供を行なっている。また、認知症になんでも安心して暮らしている方が大勢いることを伝え、不安を和らげるよう努めている。かかりつけ医へ逆紹介する本人と家族に対し、何かあればいつでも当センターへ相談をしていただくよう伝えている。実績として、実際に専門医療相談を受けており、再受診フォローにもつないでいる。	中核症状の進行するスピードが早く、ご家族の疾病理解の重要性や不安、介護負担、経済的負担も大きくなっています。利用可能な制度を活用していく、本人と家族の負担軽減をめざしている。いつまで在宅生活をおくるのか、施設入所や入院の必要はあるのか等、家族にアセスメントを行ない、医師や担当ケアマネージャーと今後の方針について連携役を担っている。実績として、経口摂取困難となった患者に対しては、医師との面談後、当院の医療療養病棟へ入院調整を行った。
237	介護サービスを積極的に導入するようにしています。	本人、家族と相談しながらサポート体制を構築しております。MCIの時点ではサポートが必要のないケースが多いので、経過をみながら必要に応じて導入することが多いです。	本人、家族共に不安になられることが多いため、利用可能な制度について説明して希望に合わせて導入しています。心理的なサポートも心掛けています。働いている人の場合は職場と相談して可能な限り、就労を継続できるように調整しています。
238	関係機関(地域包括支援センター)等との密な連携をはかっている。		若年性認知症患者の受診自体が少ない。通所可能なデイケアを紹介したケースがある。
239			①若年性認知症デイケアの実施 ②若年性認知症支援コーディネーターの紹介、連携 ③グループミーティングを大学と協働で開催(本人、家族、大学生、関係機関、ボランティアが参加)
240	外来治療の継続。ケアマネジャーと連携を図り介護サービスの導入を検討。		障害福祉サービスの紹介や就労支援。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
	社会資源や制度についての情報を伝える中で、受容的に応じることが本人とご家族とを孤立させないようにすること自体が、最初の基本的なアプローチとして大切と考えます。その上でより心理社会的なサポートが必要な場合に、専門の担当につなげることが重要になってくると考えます。	独居高齢者、認認夫婦世帯への支援に困難を感じます。(特に支援を拒否される方の場合には)
	認知症の基礎知識や予後にについての情報をしっかりと伝えしていくことが重要と考えます。その上で段階に応じた介護サービスの利用、専門医療機関への受診や入院、施設入所等の社会資源の利用する時期や詳細について情報提供していくことで、本人や家族が住み慣れた地域で安心して、できる限り長く暮らしていくことができると考えます。	
当センターが行っている電話相談と家族支援の会への参加を呼び掛けている。	基幹型センターで県内全般が管轄エリアとなるため、当センターのフォローは十分とは言えません。それだけに地域型・連携型センター、包括センター等でのフォローは必須です。患者や家族が当センターを含め、身近な相談窓口で心理社会的サポートが受けられるように、幅広い情報提供を	患者・家族と担当ケアマネジャーの関係作りが上手くいくことが多い。
	・かかりつけ医の理解と協力をいかに得るか。 ・生活障害をどう工夫してクリアしていくかという考え方がなかなか浸透していない点が課題。	新患受け入れに時間がかかる。(他院の協力で改善傾向はある)
特になし	開設して約1年であり、本人や家族からの希望での支援になっています。今後、考えていかせてもらいたいです。	開設して1年であり、まだセンターの周知について地域住民にすすめていくにはどうすべきか。
	認知症についての知識だけでなく、関わる方や利用できる支援についてまでの説明が求められると感じる。の中でも、認知症と診断された本人、その家族に合ったペースや関わる方も考え、支援していく必要がある。他にも気軽に相談できる環境や場所を提供して、必要に応じて支援者とも連携を図りつつ、地域で支えていくように進めていきた	精神科病院への受診に関して総合病院等に比べるとめらかに思いますが、受診に繋がりにくい課題がある。精神科病院にに対するイメージを是正していく精神科病院に対する敷居を下げる事が求められる。また、受診に繋がらなくても認知症疾患医療センターとしてどう関われるか、他病院や支援者とどう連携していくのか考えていく必要があ
	本人に対しては、認知症の進行度合いに合せたサービス等の利用説明、家人に対しては、今後の介護について、個々の状況にあわせて説明を行うことを心がけています。医療や治療よりも本人、家族がいきがいをもって生活ができる方法を考えていければ。	
診断後に必要な情報を集めた家族向け“指導箇”や本人向に病気の症状を説明した“説本”、アクセス自由の相談電話の番号カードを渡す。デイサービス連絡ノートやファックスでの相談、介護指導。	発症初期から高度期まで、認知症の人本人と家族の声を聞き、診断後、病気と向き合い、病気を受け入れながら、生活のし辛さと不安感をなんとか乗り切ろうとしていることに 대해、診断したことの“責任”を果たすために、制度の隙間、システムの隙間となっていて、フォーマルな支援がなくとも、解決のためにPDCAサイクルで、何かを始めること(インフォーマルサービス)が、専門医療機関にとって重要と考えます。	高度期から終末期になったときに、介護施設や在宅支援診療所と連携して、身体疾患への治療、終末期の家族支援が、スムーズに行きづらいことがあります。
可能な限り診察に同席し、今後の方針について、本人、家族、医師、担当ケアマネージャーと情報共有を行なっている。	前述の追記としまして、認知症に関して、中心に考えなければならないのは、もちろん患者さんご本人です。認知症は進行していく病気であり、認知症予防(正常MCIレベル)、認知症初期、認知症中期、認知症後期(いわゆる終末期)の方がおられます。ですので、我々医療従事者と地域の方が、予防から初期、中期、後期までシームレスで継続的な支援を行うことが重要であると考えます。診断後支援としては、発症時期などに応じて身近に患者さん・ご家族の困り事や心配事を傾聴し、想いに寄り添い、必要な医療介護につなぐことが、認知症疾患医療センター相談室の役割だと考えています。また、市町村職員・担当ケアマネと連携し、認知症の進行具合に応じた今後の方針について話し合いの場を持つことも役割	①専門医による鑑別診断までの予約期間の短縮②本人の受診拒否(現在は、健康診断と称して対応中です)
特になし	診察室で医師には話しくい事を気軽に相談できるようにしていきたいです。	若年性認知症の人の居場所作り。
・地域包括支援センターの紹介。 ・要介護認定の申請案内。 ・生活に必要なサービスの紹介。 ・介護者への認知症に関する疾病教育、情報提供。	・地域包括支援センター、居宅介護支援事業所とより密な連携をはかっていきたい。 ・鑑別診断直後は問題に直面されていなくても、今後想定される課題の相談窓口を紹介していきたい。	・今のマンパワーでは、丁寧なフォローが困難な状況にある。 ・支援者(関係者)より、認知症患者に対して、適切なサービスに結び付けにくいと相談を受ける事が多い。
4)③は若年性以外の方も対象としている	若年性認知症の人の「テニスがしたい」という声に応えるために、若年性認知症テニス教室を始めたが、立ち上げてみると当院に通院している人以外の人たちからも続々と参加希望があり、その潜在的需要の大きさに圧倒された。若年性認知症の人たちや認知症初期の人たちにとっては、介護保険を中心とするサービスには利用できる(利用したい)ものが少なく、「診断と支援のタイミング」をどう克服するかが私たちの課題になってしまった。個別医療機関のテニス教室だけでは潜在的需要に答えるには限界があり、地域の中に「新しい居場所」を構築していくことが次の課題になった。それがテニス教室に集まつた認知症本人・家族を中心とした「認知症カフェ」の開設であり、就労の場を求めた茶園との連携であり、宇治市認知症アクションアライアンスの起動となつた。認知症本人・家族の需要を形にするために、認知症本人・家族の声を聴き取る手法を確立する必要があり、そのためには	個別医療機関の枠をははずし、地域との連携を拡大していく、それに呼応して電話を含めた相談・診察依頼の数が増大している。入り口は「診察」になるが、初回診察の枠は限られているので、予約待ち時間も増大し、需要に応えられなくなっている。特に急ぐ依頼に応えることが時間とともに難しくなっている。
	地域の関係機関との連携や同法人内に居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションを有していることで、介護サービスへの案内はスムーズに行っている。しかし当事者やそのご家族の心理的なサポートに関しては、相談員(や医者、看護師)が各個人で支えている場合も多く、センターとしては今後取り組み(家族教室の実施など)を広げる必要性があ	認知症確定診断後の患者様に対する制度の説明や、必要な介護サービス、社会資源への斡旋について、医者の指示やご本人、ご家族の希望があつて行うことがほとんどで、マンパワー不足ゆえ全患者様の経過を追えず、結果的に認知症の進行やBPSDの出現を理由に入院となるケースが存在すること。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
241	積極的に地域包括支援センターに情報提供。	・家族教室の案内、実施。 ・認知症カフェの案内。 ・ADASCogによる経過観察。	京都府こころのケアセンターによる研修会の実施(地域の連携、疾患の理解を深める)
242	当事者らの了解の上で、当事者らに示した、例えば地域包括支援センター等への情報提供による同所からの支援。	特に実施している事業はありませんが、必ず6ヶ月～1年以内の再受診、状況の大きな変化があった時の再受診を助言しています。	特記すべきことはありません
243	要介護認定申請の案内、地域包括支援センター紹介、初期集中支援チーム紹介。	地域包括支援センター紹介	京都府と協力し、若年性認知症交流会を実施。
244	本人、家族の了解のもと、地域包括支援センター等との連携(当圏域は4/5が市町直営)	本人、家族の了解のもと、地域包括支援センター等との連携(当圏域は4/5が市町直営)	本人、家族の了解のもと、地域包括支援センター等との連携(当圏域は4/5が市町直営)
245	地域包括支援センター、ケアマネジャー、生保であれば担当CWなど関係者と連携。 家族がいれば、家族への情報提供や相談に応じる。	進行、発症予防について助言、情報提供	地域にある当事者、家族の会を情報提供、参加を支援。経済的課題があった場合、個別に相談に応じています。 例)マンションのローン返済が困難になり高度障害として免除の申請を支援など。
246			
249	個々のケースに応じて実施	個々のケースに応じて実施	個々のケースに応じて実施
251	生活支援が必要な場合は、地域包括支援センターへもしくはケアマネへつないでいる。	疾患理解、進行予防を目的とした患者、家族向プログラム(不定期開催)へ参加の促し。	認知症地域支援推進員へつなぐ
252	ご本人・ご家族の了解を得て、包括支援センターへつなぎ、介護サービス導入に抵抗を感じている人には、定期的な訪問等による見守り、そして介護申請に向けての支援を依頼している。すでに介護申請され、ケアマネがついている場合、担当ケアマネに報告している。	ご本人・ご家族の了解を得て、包括支援センターへつなぎ、介護サービス導入に抵抗を感じている人には、定期的な訪問等による見守り、そして介護申請に向けての支援を依頼している。すでに介護申請され、ケアマネがついている場合、担当ケアマネに報告している。 100歳体操を勧めている。	2)に同じ。 医療費負担軽減の為、自立支援医療についての情報提供を行っている。
255	居住されている地域担当の地域包括支援センターに連絡を取り、情報共有や意見交換が出来る工夫をしている。ご本人を取り巻く支援者を取り付ける努力をしてみる。	半年後、あるいは一年後の受診を勧め、フォローする。	ご本人、ご家族との面談。今、何が必要かを掌握しつつ、フォローメンバー体制を考えることから始める。
257	地域包括支援センターや担当ケアマネへのつなぎで環境調整を図る。	もの忘れ進行予防のための生活について、運動・栄養・休養・社会参加を特に説明し、必要に応じて介護保険や社会資源を案内。	・地域支援推進員へのつなぎ。 ・若年性認知症相談センターの案内。 ・自立支援医療等の精度の案内。 ・受診日に面談し、困り事などの相談、アドバイスをする。
258	生活の様子伺い、必要に応じて地域包括などにつなげています。	現時点では特にフォローはしていません	当院で診断を受けた場合、継続フォローするケースが多いので、早い時期に関わりをもたせてもらった上で、ご本人、家族と話をしながら必要時期に必要な制度の紹介や、徐々に支援者をふやしていくように努めています。
259	遠方に家族がいる方であれば、家族に来院いただけるよう調整し、状態を把握していただく。そして本人、家族から了承を得て地域包括支援センターへ情報を提供し、必要な支援をお願いしている。	半年～1年後のフォロー再診の勧奨。ビタミンB1、B12、葉酸の数値が検体検査で低値の場合、参考となる資料を手渡したり、認知症カフェ等の社会資源の案内を行っている。	本人、家族の了承を得て、地域包括支援センターへ情報提供。自立支援医療、障害者年金、精神保健福祉手帳の取得を必要に応じて支援を行っている。
260	保健所、地域包括支援センター等行政への情報提供。当院の精神科ディケアの紹介。	当院のMCI対象の精神科ディケアの紹介。	若年性認知症サポートセンターの紹介。
263	一人暮らしの方や高齢者のみの世帯ではなく、診断受けた人全員に、当院より案内文をお渡ししている。内容としては、かかりつけ医へ報告や介護保険必要時の利用、地域包括支援センターへ相談、気になることがあれば、当院相談員に相談と記載している。	主治医より必要があれば予防の説明を実施。今年度市役所の担当課が認知症に限ったことではなく、地域で介護予防できる一覧表(地図上で活動場所を明示している)を作成しそれを必要な方には渡している。来年度より認知症予防のパンフレットも渡せたらと考えている。	若年性認知症に関しては、主治医より相談が多い(社会資源の繋がる場所がない等)ため、相談員としては相談に応じている。必要であれば、若年性サポートセンターとも連携したり、ケアマネ等とも連携している。どこかに繋がつたりすると支援者へ任せている状況である。
264	必要であれば、本人、家族の同意を得て、地域包括支援センターへ情報提供を行う。	必要であれば、本人、家族の同意を得て、地域包括支援センターへ情報提供を行う。	必要であれば、本人、家族の同意を得て、地域包括支援センターへ情報提供を行う。
265	地域包括支援センター、介護保険について情報提供。本人の同意が得られれば関係機関との連絡調整。	進行予防についての疾患教育。 体操教室等の情報提供。 変化があつた際の相談窓口について情報提供。	地域包括支援センター、介護保険について情報提供。障害者手帳、自立支援医療、障害年金等利用可能な制度の情報提供。 若年性認知症支援コーディネーター、家族会等について情報提供。
266	ご家族、ご本人の了解を得て、居住地の地域包括支援センターや担当ケアマネジャーへの情報提供、介護保険制度の案内。	日常生活の工夫	受けられる制度について案内
268	了解が得られれば、地域包括支援センターの方に訪問を依頼するなど、必要なタイミングで次につながりやすいよう支援している。	予防的なパンフレットを渡している(コグンサイズ、体操など)	なるべく初診の後に声をかけ、利用できる社会資源の案内はしている(会えないケースもある) 本人ガイドを配布(病気の受け入れがある程度できている方)
269	ご本人の話を聞く。親族、関係機関(包括支援センターやCMなど)との連絡。	ご本人の話を聞く。親族、関係者の話を聞く、連絡相談窓口や社会資源についての情報提供。	県若年認知症サポートセンターの紹介、連絡。ご本人、親族、関係者の話を聞く。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
	家族を含む周囲の認知症の本人を理解すること。	・MCIなど比較的自立している患者のフォローモード制。 ・免許証返納後の生活支援。 ・がんやDMなど他の身体疾患入院治療に伴う認知機能が低下した患者の対応。 ・家族関係悪化のため、支援につなげられない。
特記すべきことはありません		鑑別診断後、継続して治療を望まれる方がほとんどであるが、地域に専門的医療機関がなく、いろいろな合併症も治療できる当院に「引きつき」を求められている。診療所の医師との関りを、今以上に強めてゆく必要があろうかと考えます。
	診断後、介護保険サービスなどに関する情報提供を中心に行っており、心理面でのサポートが不十分。病状の進行や、利用が必要と予測されるサービスについて、家族から不安を聞く機会もあり、適切に対応できるようにしたい。	若年性認知症の人の居場所づくりをどうするか。
本人、家族の了解のもと、地域包括支援センター、ケアマネ等との連携(当圏域はすべて市町直営)(初期集中支援チームの実施主体も市町。了解が得られない場合も、状況により連携を行うこともある)		
主に家族に疾患についての説明、介護方法についての助言。 CMetc関係機関と連携。 PSWが個別に面談をして、サポートすることもある。	診断後支援が最も重要だが、診療報酬上評価もなく、残念	人手が足りない。 当院ではPSWが受診前の相談・予診(診察に同席、診察、結果説明、再診とすべて)する。個々へ柔軟な対応をしているが、丁寧にやればやる程人手不足を感じる。
	診断結果をどのように受け止めているか、しばらくたってから気持ちの変化はあるのか?サービスなどはきちんと導入できているのかなどを確認していきたい。	受診前相談、受診調整、外来補助、診断後支援を限られた人数と場所で行わないといけないため、十分にできているとは言い難い。センターとしての役割にある啓蒙活動や早期受診に向けた活動に割ける人員が不足している。
家族に病気の理解を求める、家族にできる支援について助言。	当センターは主に鑑別診断とBPSDの診断・治療を行っていて、診断後の医療的フォローはかかりつけ医へ、生活支援は地域包括支援センターとケアマネに依頼している。長期的、継続的に診断後支援するケースがほとんどないため、センター・かかりつけ医・介護保健福祉関係者がこれまで以上に距離を縮め、多職種・他機関でサポートする必要がある	受診までの待機時間が長い。
ケアマネジャー、介護サービス関係者とのパイプ作り、連携。	診断後に辿る道のりの中で、困られたことや、不安に思っておられることを相談していただける関係づくりを心掛けたい。初日の出会いを大切にしつつ、何かの時には声をかけていただけるよう配慮して対応したいと考えている。	認知症の方々の診断や、治療、生活を視野に入れた相談に乗れる常勤医師が不足。
	センターが主となってサポートではなく、その方が必要とする資源へのつながりが大切。日頃からの地域連携が必要となる。周辺状況に関する家族への指導などは主となつてすべき。	若年性認知症の方のつながりが少なく困っている。空白の期間が長くなってしまう。虐待事例への介入→包括支援センターへ受診時に情報提供程度しかできずジレンマ。相談員が1人しかいないので、対応できる件数に限りがある。
地域各関係機関と協力し、月1回ペースで市民向けに心理教育含めた「認知症教室」を開催し、合わせて相談会も実施しています。	診察内だけでは「認知症」に関する理解をすることは難しく、その都度症状やケアに関する情報提供は必要と思われる。	精神科Dr.の在籍数が少ないこともあり、初診枠に限りがあることから受診日までの待機期間がどうしても1ヶ月以上かかるてしまう。相談室に専従相談員1名のため、受診される全ての患者にかわることが困難な状況ある。
	家族の認知症へ対する理解が得られなければ、対応によりBPSDの悪化又は出現につながることになるので、心理教室等の継続した支援が必要だと考えられる。一方、家族の精神的負担軽減にも家族会のような自助活動も必要なもの	心理社会的サポートの実施を検討するがマンパワー不足で、継続して実施することは困難な現状。運転免許に関する診断書の受診に関して相談室としての役割が明確でなく、多大な支援を要することがある。
認知症カフェの紹介。		
特に良い実践をしているわけではないので…。	理想を言えば、2回目の結果返しの診察に同席して、本人や家族等の状況を把握。その後、認知症と診断された全員に面談を実施し、必要であれば情報提供や地域包括支援センター・初期集中支援チーム・認知症地域支援推進員等へつなぐといった役割が必要を感じた。その後の服薬状況を確認して、服薬できる環境か?副作用がないか?確認する役割もあると感じる。服薬できる環境でない場合は関係者と連携する必要があると考える。ご本人が当事者同士の交流を望んだりすれば情報提供や同席、家族の介護疲れがあれば家族会の紹介等の役割もあると思う。ただ、人員不足であるがゆえに上記のことは対応できていない。	・当院の受診は予約制であり当日の受診は対応できないことが多い。臨時で対応できる場合もある(これについては当院の課題である) ・ご本人の状態が悪化して、介護が出来ない状況になれば家族より入院相談がある。もう少し早く相談が出来なかつたか?と感じることがある。早期相談や気兼ねなく相談できる場所があればと思う。また入院後、在宅退院を目指すが、家族はなかなか前回の入院の状況になればどうしようと考え、在宅退院には前向きではない。そうなると施設入所となり、住み慣れた地域で安心して在宅で暮らせなくなっている。これも課題であると考える。 ・相談員についてはある程度経験のある担当が相談にのるので対応できるが、相談も知識と経験がなければ務まらない
必要であれば、本人、家族の同意を得て、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。	診断後の支援は、地域で生活する本人、家族であるため、地域包括支援センターと情報共有、協力しながらその方々を支えていきたいと考える。	①家族は受診希望で予約を取るが、本人が受診を拒否されることがある。病院側としては、受診に来てもらわないと介入できないもどかしさがある。 ②当院は精神科にて行っているが、「精神科に受診する」ということが受診の妨げになっている可能性もありうる。精神科や脳外科で行うのではなく、認知症疾患医療センター独自で活動できれば支援の幅も広がると考える。
特記事項なし	心理教育、家族教室等診断後支援を自院で実施できればとの思いはあるが、人的資源、他業務との兼ね合いから実施困難。	上記の通り。 受診までの待機日数が年々延長。 研修会の開催方法、広報、参加人数の確保等も課題。
予防的な活動の書いてあるパンフレットを渡している		当院は精神科医がおらず、診察の結果、精神疾患疑いとなった場合に苦慮する。
		MCIの方に、今後のために包括のチラシやカフェなど案内するが漠然とした感じで、そのままになる方が多い。(どこにつながらない) MCIの方用の生活で気をつけることや何か役に立つチラシをつくりたいと思っているが、実施できていない。
	出来るだけご本人、ご家族、それぞれにお話を伺うことをしている。その中で必要な情報提供を行うように心掛けているが、診断直後に全ての情報を伝えることはできず、どこかにつながりができ、継続した関わりや関係性の構築につながると、と考える。本人ミーティングや若年サポートセンターからの情報も活かし、スタッフも勉強していくことが必要。	受診後、診断後の方の継続したフォローアップが不十分。(向こうから連絡がこない限り、こちらでひろうことができないこともある)

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
270	診断、治療のみの内容で診療が終わることが多く、生活の困難感や不安感。 その内容を詳しく聞きとり。 不安に対しての心理的サポートと資源の情報提供。	・病気の特性などの心理教育。 ・予防の手立てについての情報提供。	確定診断が当院ではできず、大学病院に依頼することが多いが生活背景や課題など、診断後支援に必要と思われる情報を大学病院へ情報提供を行う。
271	必要に応じて、後日電話で経過を確認しています。	院内で開催している進行予防教室を案内したり、参考書籍を貸し出したりしています。教室では参加者同士の心理的交流を促進し、診断後の受容がすむよう配慮しています。	受診毎に面談を行って信頼関係をつくり、希望に沿った対応を行なうよう努力しています。必要に応じて若年認知症サポートセンターに紹介しています。本人がガイドを配布しています。
273	・認知症地域支援推進員や、居住地担当の民生委員様への連絡。(必要に応じて訪問して頂いています)。 ・別居のご家族がおられればその方への連絡。	・進行予防のためのトレーニング等ご紹介。(脳トレ・生活習慣等について)	
274	市高齢者福祉課や包括支援センターへ情報提供し、支援体制を検討。家族への連絡やニーズ把握。	定期的な受診をすすめる(半年に1回、年に1回等)→本人や家族、支援者へ。定期的に検査し、チェックし、困り事にタイムリーに対応できるように。	・就労している場合は、職場の方に説明(本人、家人の同意があれば) ・精神科デイケアで若年性認知症の受け入れをしているため、そちらの利用をすすめる。 ・障害年金の紹介等、利用できる制度を紹介。家人の不安も強いので、心理的サポートを行う。
275	地域包括支援センターへの連絡	生活習慣の指導、助言。	県の支援センター紹介
277	支援が必要な方がいれば、適切な関係機関につなぐ。		
278			
279	同意がとれれば、地域包括支援センターへ連絡。	認知症カフェや介護保険サービスの情報提供。 運転しなくてもいい生活スタイルを考えていただく。	おかやま若年認知症支援センターの紹介。
281	サービス利用、自治体や社会福祉協議会のサービス、成年後見制度などを含め、地域包括支援センターへ相談するよう促す。	地域包括支援センターへ相談するよう促す。また、かかりつけ医の多くは認知症の非専門医であるが、本人や家族の相談に対し安易に「年のせい」とせず、早期発見・早期治療を行い、適切な医療や介護のルートに乗せることが大切である。その為、定期的な専門医への受診勧奨を行っている。	介護保険、障害年金・精神障害者保健福祉手帳などの説明と、資料(若年性認知症ハンドブック:認知症介護研究・研修大府センター)などの配布、若年に特化した相談窓口(若年性認知症支援センター、若年性認知症コールセンター)の案内。また、家族会・交流会・認知症カフェ等を紹介。
282	地域包括支援センターや介護関係者との連携を心がけています。	外来診療の場面での個別支援となることが多い。	必要に応じ、若年性認知症の支援機関への橋渡しを行っている。
283	介護保険未申請の人も多く、包括支援センターとの連携を取っている。家族の関わりが少ない方については、病院から受診同伴していただけるように連絡を入れる等行っている。行政、包括が関わってくださると、家族への連絡調整もできやすい事もあるので、受診につながる前より家族調整をしてもらい、診察を受けていただくことも多い。	症状の進行や薬の処方、飲み方等、変化があれば、家族へ連絡し同伴をお願いしたり、場合によっては包括センターへ連絡を入れることも了解を得て行う。	なし
284	いろんな相談がくれば地域包括などと連携をとって協力しています。	特に何も実施していません	若年性の場合、診断後の支援についても、本人に適合したサービスの選択肢がないため、現在のところ積極的な診断後支援の実施に至っていません。
285	必要に応じて、保健師、地域包括支援センター、介護保険サービス等の情報提供を早期に実施。	特に無し	このケース自体が少ない
286	・関係機関との連携(情報共有) ・サービス案内。 ・認知症初期集中支援チームの検討(対象となるか)	・必要に応じて関係機関との連携(情報共有) ・認知症カフェなどの地域交流の場の案内。 ・認知症地域連携バスの案内。 ・サプリ(フェルガード)の案内(Dr.)	・制度、サービスの案内。 ・認知症カフェなどの地域交流の場の案内。 ・関係機関との連携(情報共有) ・認知症初期集中支援チームの検討(対象となるか)
288	特になし。必要に応じて、包括支援センターと情報共有。	特になし。	特になし。
291	地域包括支援センターへの情報提供、連携し、今後の生活の支援、見守りを依頼する。		
292	なし	なし	なし
293	介護保険申請の説明を行う。希望をすぐにされない場合も地域包括支援センターへのつなぎを行い、地域での見守り体制を調整する。また、家族が遠方の場合であれば、了解をとて連絡をとり、キーパーソンとなり得る方がいるかを確認する。	日中の活動量が少ないようであれば、介護予防、日常生活支援総合事業や地域のサロン、認知症カフェなどの情報提供を行う。	交流会を年2回開催し、ご本人の居場所作りを行っている。定期受診後には必ず相談員が本人、家族それぞれに面接を行い、障害年金等の制度説明、心理教育、就労支援に取り組んでいる。また、並行して、地域の関係機関、若年性認知症支援コーディネーターと連携を図っている。
294	各種申請等行える親族をさがす。 薬物治療が必要な場合の服薬管理等、サービスの調整の依頼。	半年～1年後のフォロー診察が入る為、その都度面接	経済状況等確認。
295	・本人や家族に許可を得て、包括支援センター(または介護支援事業所)と連携する。 ・当院に継続受診される場合は、必要に応じて、受診を支援している。	・日常生活の過ごし方等伝える。 ・困った時に当センターを利用していただくため、当センターのリーフレットを渡している(直通電話の番号を伝えます)	1.生活の仕方や家族の接し方について。 2.社会制度やサービスについて。自立支援医療制度、障害年金、疾病手当金、介護保険、精神保健福祉手帳、障害者総合支援法 3.相談窓口について。若年性認知症コールセンター、山口県若年性認知症相談支援窓口、認知症の人と家族の会(本部、山口県支部)、地域包括支援センター、当センター以上、資料を渡して説明。
296			自立支援や年金等、経済的な社会資源の情報提供。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
必要に応じて多職種でカンファレンスを行っています。今年は当事者同士のピアサポートグループを定期開催する予定です。	診断内容を軽く考えてしまう方も多く、適切な情報提供が必要と考えますが、伝え方が難しく、心理教育用のパンフレットや資材があると良い。	比較的早期に受診される方が多く、サービス等の利用の必要性を感じておられない方も多いです。診断後はかかりつけ医に通院となるので、長期的な支援が難しいです。
・介護保険サービスへのつなぎ(すぐに受け入れられない場合は、その後の通院の際に話を聞きながらすすめるetc)	・診断後の受け止め方、対応は家族によって様々であり、家族内でもその関係性によって捉え方、対応が違う。中には、受診はしたがサービス等利用する考えはなく(まだ知らないと思っている場合も)、介入を拒む方もおられる。患者本人だけでなく、家族も捉えた上での支援が必要であり、相談を受ける側もセンター(病院)ではなく包括等の方が良い場合もあるので、柔軟な対応が必要だと思います。	・普及活動(啓発)の難しさ。 ・受診につなげるまでの方法。
パンフ、解説書を用いた概要説明。	家族は、本人が認知症になると、症状や社会的な面でどのような経過をたどっていくのか、見通し等不安に感じている。患者や家族にとっては初めてのこと、戸惑うことが多い。私達支援者は、ケースを重ね、いつものこと、定例…と思わず、毎回初めての人への説明を意識し、丁寧に接するよう心掛けている。できるだけ専門用語や横文字は避け	・認知症患者の受け入れ(入院)が困難一満床、退院の目処がたたない。 ・精神疾患を抱えている方が認知症になった時の対応に苦慮する。包括支援センターの動きが悪い!障害→高齢者への支援者の移行が難しい。
家族や支援者に関わり方の指導、アドバイス	当事者を変えることはできないので、家族や支援者の関わり方を変えることによって、双方が、過ごしやすい環境を作りたいという考え方です。	主としてBPSDの相談、外来、入院治療に当っています。軽症の人の相談は少なく、単身や介護負担の大きくなった家族や、他院入院中にBPSDで対応困難になったケースが多く、緊急対応も必要です。
BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、大腿骨頭部骨折等の重篤な身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応の促進。また、かかりつけ医における認知症に対する正しい理解の推進、かかりつけ医と専門医の密接な連携による基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援の推進。	診断後の治療とケアの道筋を示すことが求められる。また、社会サービスの情報提供とともに、心理面の負担軽減のための情動サポートとして、家族会などのピア・カウンセリングの場の紹介が必要である。しかし、何よりも重要なのは、医師や看護師だけでなく全ての職種が、介護者の介護負担の存在に気付き、声をかけたり、勞ったりすることであると考える。	専門医としての診断後の関わり方も、「診断後は必ずかかりつけ医に戻す(紹介する)」「かかりつけ医には戻すが、1~3ヶ月毎に診察する」「毎月定期的に通院してもらう」など、背景の医療機関によって異なっている。半年や1年に一回の受診では家族ケアを十分に行なうことは難しく、認知症患者の家族ケアをどの医療機関が担うのか、その地域の事情に応じて、専門医療機関の間で、あるいは、専門医と相談医・サポート医の間で役割分担を図る必要がある。
なし	診断後も認めたくないという気持ちもあり、医師からの説明も重要になってくる。家族の希望で受診になる場合と、行けと言われたから来た、という人も少数ではあるがいる現状の中で、受診に至るまでの関わりや、受診後の対応も大きく影響するものと思われる。	運転免許証返納にあたっての社会資源について、公共交通機関が少ない地域のため買物、受診等困る。家族としても返納も考えるが、近くなら…受診だけなら運転をという気持ちがある。返納後の支援はフォーマルサービスでは対応が難しく、家族に協力を依頼しているため、今後負担が少なくなるようなサポートができれば助かると思う。
訪問看護(精神科)の導入	若年性の方が初診で来られるケースは多くはないですが、特に現役世代40~50代の方が診断を受けられた場合、本人に対する心理的・社会的サポートは重要であると思います。しかし、上記に記しましたように、サポートできる選択肢(サービスやピアカウンセリングの場)などがまだ構築できていないため、支援につながりにくく、放置状態にならざるを得ないのが現状のように思います。具体的なサポートのできる場をどこかの機関が主体となって展開すべきなのでしょう	緊急時の対応として入院を希望された時に、ベッドの調整が困難であることが多いので、他の精神科にお願いするケースがあり、センターとして申訟ないと思っています。
特になし。	家族心理教育の必要性は強く感じるが、十分にできていない。人材不足ということもあるが、それに対応できる人材教育体制があれば難い。	・人材不足。 ・担当圏域は1市6町あるが、二次医療圏とは言え、距離が非常に離れている町もある。その町の近くには別の認知症疾患医療センターがあるため、当センターへの相談等はほぼない。だが、研修等はしなければならず、厳しいことがある。 ・診断、治療目的ではなく、免許の診断書を目的に来られた地域に当事者が集まる資源がない。
自施設で開催のカフェを案内する。 特記なし。	診断された日に病状や制度説明を一度行うと本人、家族共に心理的負荷がかかってしまうので、診察の同席を行い、様子をうかがいながら制度説明を行っている。また、診断後にどのような経過をたどるのか、他の認知症の人はどうなのか、などの家族支援や、もの忘れの進行を気にして、精神的に不安定になられる方もいるため、そういう方々が気軽に相談できる窓口となるように心掛けている。	・家族の方への心理社会的サポートとして家族教室兼交流会の開催も一つの目標として考えている。 ・連携協議会で地域とのネットワークづくりのための企画を他県のセンターがどのように取り組まれているか知りたい。
受診時に外来に会いに行き、困ったことがないか等を伺いながら、本人、家族の心理的サポートに努める。	・認知症の進行予防方法について、根拠のあるものを具体的に伝え、希望を持って天寿を全うしていただきたい(治る薬がないので) ・運転免許返納者への社会的支援が充実しないと、生活に困窮したり、引きこもりたり、大きな不安、ストレス、孤独につながる。 ・若年性認知症の方が進行予防のために使いたいと思えるサービスが不足しているので、サポートにならない。	・センターに相談に来られる方は、認知症を発症された高齢者だけではない。最近はテレビ番組等で扱われる機会も多く、予防等についても根拠をしっかりと対応したい。しかし、根拠自分で探し、提供する資料作るのは難しい。 ・鑑別診断後、免許を返納された後の生活の不便に対しては、多少のサービスがあるが、農家の方が早朝道の駅や市場に野菜を出して生活の足しにされている場合等の足の確保は難しい。生きがいを奪うことにもつながるので、対応鑑別診断の依頼が増え、初診までに待ち時間(日数)が発生している。
相談室だけではサポートすることは難しい。包括支援センターや介護保険事業所との連携が不可欠と考える。		

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
297	支援者がいれば支援者との情報共有。支援者がおらず、支援が必要と思われる方へは関係機関の情報提供。	診断時に認知機能低下の防止のアドバイスを行い、かかりつけ医からの診療情報提供書がある方には診断結果をかかりつけ医に伝え、経過観察をお願いしている。	必要な方へは年金申請の情報提供や書類作成の援助を行う。
298	介護保険の申請とサービス利用について説明。地域包括支援センター等との連携。	認知症予防のパンフレットを病院独自で作成し、食事、生活習慣、運動について情報提供を行っている。	圏域外ではあるが、若年性認知症の会の御案内。本人、家族の了承が得られれば、地域包括支援センターへの情報提供。就労先との連携。
299			
300	訪問看護、デイサービス		
301			
302	地域包括支援センターや社協、福祉、ケアマネ等とも相談しながら、その人に合った支援をしています。在宅では、サービスの質や量、それで補えない場合は入所を検討します。	医師より経過観察のため、次回受診についての目安をお伝えしています。また何かあれば、当院または地域包括支援センターへ連絡するよう伝えています。	本人に就労の意志等があれば、就労支援の検討を行っています。
303			
304	・関係機関(地域包括、ケアマネジャー、民生委員、等)との連絡の会。 ・関係機関への情報提供、関わり依頼。	・生活指導。 ・予防教室の紹介。 ・再検査の案内。	・精密検査のための他院紹介。 ・県内にある若年性認知症支援相談窓口の紹介、情報提供、連携。
306	必要な方には訪問看護を実施し、服薬管理を行っています。また、サービスを利用されていない方には利用を勧めたり、コミュニティへの参加も促しています。	定期的に診断を受けること、コミュニティなど社会とのつながりを保つことを勧めています。	一貫して行っていることはありません。
307	・介護保険等の紹介。 ・DCすすめる。 ・通院が難しい場合は訪問診療につなげる。	3ヶ月～半年後に再検査することをすすめる。	・家族会の紹介。 ・若年性認知症支援コーディネーター事業と連携し、就労につなげる。 ・社会資源サービスの紹介。
308	家族との連絡調整。あとは3)と同様	面談(本人、家族)。必要な資料や社会資源等の情報提供。(必要に応じて)包括担当者への連絡、見守り支援要請や訪問依頼。次回受診についての説明。	すぐではないが、状況を見ながら自立支援医療、年金制度の説明、申請支援、運転免許に係る相談、経済的支援策や就労に係る相談→必要な関係機関への連絡調整。ご家族支援(別途面談など)
309		集団精神療法への促し、3ヶ月～半年後の受診の促し。	
310	居住地域の包括支援センター、居宅介護支援事業所、行政へ在宅生活継続支援を依頼。 ・見守りネットワーク構築の協力。	・現在、取り組み始めたところ。	・若年性認知症コーディネーターとの協同支援
311		サロンの実施	
312	子どもや親族等、関わってくれる方がいないか確認する。本人や配偶者の意向を確認しながら、介護保険の説明や地域包括支援センターの紹介を行う。	本人や家族に対し、何か変わりがあれば連絡を頂きたいとお伝えする。紹介元の病院への返信にも上記を記載する。	本人や家族の意向を確認しながら、介護保険の説明を行う。本人や家族から同意を頂ければ、診察に同席させてもらい、生活の様子を聞かせてもらう。また経済的支援(病手当から障害年金の切り替えなど)も行っている。
313	積極的に実施している訳ではないが、支援が必要だと思われる方には、介護保険申請のお手伝いや、CM、包括等と連携をとり、支援できる環境作りを行っている。	6ヶ月後の健診等をすすめている。	必要時、支援機関と連携し、医療的支援を行っている。(他院で診断、症状が進行している方の受診が多く、診断直後の支援に関わることはほとんどない)
315	認知症の方対象の重度デイケアの利用をすすめさせてもらっていますが、H30年にすすめたケースはありませんでした。		
316			
317	介護保険サービスの導入		若年性認知症コーディネーターが包括などにつないでいる。
318	家族の介入依頼。 必要時、ケアマネとの連携。		若年性認知症支援コーディネーターの紹介
319	介護保険申請手続きの指導や困難な場合は地域包括支援センターの介入依頼。	生活上の予防対策指導	若年性認知症支援相談員へ紹介。
320	独居の方や高齢者のみの世帯では生活状況が把握しにくく、サービスに対して拒絶する方が多い。まずは受け入れてもらうきっかけとして包括支援センターや訪問看護などに繋げている。		県の相談窓口である若年性認知症支援コーディネーターを紹介したり、地域包括支援センター、市町村などの担当者に繋げている。
321		包括など困った時に頼れる機関の情報提供。	
322	必要時、地域包括支援センターへ情報提供を行ってい		障害年金申請の案内、その他社会資源について情報提
323	地域包括支援センターへの連絡、訪問依頼、担当CMとの情報共有等。	・通院なしの方については、半年から1年での再診を勧めている。(本人より希望があれば病院から連絡をしている) ・ドロップアウト防止のため、通院間隔の空いた人について連絡を入れるようにしている。 ・もの忘れ講座を実施し、認知症について全般的ガイダンスを行っている。	必要に応じて、若年性コールセンターの案内。生活状況により、職場や行政との連絡調整。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
特になし	すでに介護保険サービスにつながっている方については、診断結果をなるべくケアマネ等支援者と共有するようにしている。診断時には、その後の生活や周囲の人の対応についてアドバイスを行い、参考となる知識を得てもらえるように	認知症専門医が少なく、健常～MCI～軽度認知症の鑑別を受けてもらうには、1～2ヶ月待ちとなっている。
介護保険未申請の患者には、家族に介護保険の申請とサービス利用について説明。周辺症状や対応について困ることがあれば、必要に応じて認知症看護認定看護師のケア	支援がないと困ること、これから必要になることを考えていくこと。介護保険などの支援の制度をフル活用できるように。	若年性認知症の方が利用できる社会資源、利用できるサービスが少ないため、診断後の支援に対する情報提供ができない。
	困りごとについて適切であろうと考えられる介護保険などの社会制度の紹介や、病院以外の相談窓口を紹介し、不安が少しでも軽くなるよう支援していきたい。	人員不足で積極的に啓発活動ができない。
寄り添い手帳、かかりつけ医への紹介。 薬剤メーカー作成の認知症に関するパンフレット等をご家族、ご本人にお渡しています。		・地域的に僻地であり、精神科病院への偏見が根強く残っている点。 ・家族が県外に在住で、独居世帯が多く、家族のサポート体制が得られない。 ・市内に個人医院が多く、かかりつけ患者の認知症状が増悪してから紹介を受けるため、初期対応が遅れる。
行政主体で行っている「家族の集い」への紹介。また、紹介行つた家族が参加等の際には、医師や精神保健福祉も集いへの参加行うこともある。	当院の場合、高度の認知症の方が多く、見守ってきたご家族の心情を伺い、ご家族には心理的、身体的な負担を減らす支援を、ご本人さんには介護度に合った支援をしていくよう心掛けています。	ソフト、ハード面のどちらも不足している。 担当医師が1名のため、来院申し込みから初診まで、しばらくの間、待機していただか場合があります。
一貫して行っていることはありません。	今までの生活スタイルを変えなくても良いように、かかりつけ医の先生に、その後の処方はお任せしています。もちろん憎悪時にはフォローアップもしています。	他医療機関のスタッフの認知症への理解の差を感じる機会多くある。認知症の方が入院した際にうまく対応できず、精神科への入院紹介となるケース多い。
		施設職員の対応により、BPSDが出現していると予測できるケースや、施設での対応が不十分だと感じるケースがあります。御家族様もプロとして大切な人を預けていると思いまので、施設職員のレベルの底上げは喫緊の課題ではないかと思っています。
		・鑑別診断までの待機期間が長い(長い時は2ヶ月待ち) ・研修などで外出、出張する場合、センターに不在期間ができる(人員の不足) ・予算を増やしてほしい。
当院では、認知症の当事者を相談員として雇用し、毎週金曜日にピアサポートを目的としたオレンジカフェを開催している。診断後、認知症を受け入れることや、前向きに生きることができるよう支援をしている。また、そこに集まる方同士での共感や理解も生まれる。	ご本人、ご家族に寄り添う姿勢が必要だと思う。診察室でDr.もかなりご本人、ご家族に柔らかい物言いはされているものの、意向や不安など全てを伝えられる状況ではない。直接的な内容にはかなり敏感に反応され、家族の否認や拒否も見られることがあるため、センターだけではなく、かかりつけDr.や包括、事業所に必要な情報提供を行い、連携し、来られた方々が前に向いて進めるよう丁寧なサポート	・独居のご本人とご家族の長年の課題による支援困難(異性問題、相続、金銭問題) ・運転免許診断に係る本人支援、家族支援(危機感を抱かない方)診断後の社会資源の少なさ。 ・虐待問題。 ・若年性認知症の方のご家族の心理的支援(お若く、働き盛りの方など)
・サービスや制度の紹介と、利用支援	・当センターは総合病院の中にあるため、一日の各かかりつけ医からの紹介件数や初診件数が多い。また紹介元へ再通院して頂くまでの当センター通院期間も短い。そのため早期に患者様の居住地域の関係機関へ支援依頼を行い、患者様と御家族の不安軽減に努めるようしている。	・各科、各病棟との連携
サロンの実施	患者様本人はもちろんですが、本人を介護するご家族のサポートも重要と考えています。	・初診から数回の診察でかかりつけへ戻っていただきため、本人や家族と関わる期間が限られる。 ・予約申込が多く、診察が1ヶ月先になることもあります。
介護保険の説明や地域包括支援センターの紹介。すでに介護保険につながっている方に関しては必要時は担当介護支援専員とも連携し、本人、家族が穏やかに生活ができるように相談している。	認知症と診断を受けることで、今後の生活が大きく変化する方もおられるため、本人や家族の気持ちに寄り添い、どうすれば穏やかに過ごすことができるのか一緒に考えていきたいです。	もの忘れの鑑別診断希望の方が沢山おられるが、予約制のため、診察をお待たせすることがある。
本人さんの病状、生活環境等の聞き取りを行い、必要時サービス導入の支援、その後の関係機関との連携に努めている。	精神科病棟の兼務と、外来での心理業務などあり、認知症疾患医療センターの相談員として、密なかわりは非常に難しいです。専属で相談員がいると良いなと思います。	課題とまでは言えないが、症状が不安定な方々への支援、相談、連携が中心となっている。そのため、安定して継続受診されているご本人やご家族との交流が少ない状況である。
介護サービス導入、カウンセリング	本人、家族の受けとめ方、思いなど、自由に話してもらいたい。受容する過程や医師に話せないことなど、本人、家族の思いを表現してよい場(カウンセリング)を作りたい。または、そのような支援者になりたい。	以前は認知症病棟があり、認知症の方の相談があれば、早めに受診していただき入院につながりやすかったとのこと。現在、認知症病棟はなくなり、精神科病棟へ。入院希望で受診されるケースはあるものの、医師の意向により以前のような入院の流れが取りにくくなっている。そのため、家族やケアマネさんなどが苦しい状況になってしまふことが心配です。
		受診対応予約治療の為待期日数が発生する、病状によつては日を早めることを行うが…。
		患者への対応ケースが少ない。必要と思われる患者、家族には対応しているが、すべての患者家族を把握できていない為、情報収集をする努力をしている。
本人、家族の環境や希望によって案内している。包括支援センターやケアマネジャーと連絡を取り合うことが多くなります。	希望によって本人や家族の話を聞いています。状況によっては家族会など情報提供したり、一緒に参加してみないか促している。(時折カウンセラーに話を聞いてもらいたいと希望がありますが、当院には常駐しておらず、対応がでておりません。しかし、Ns、PSWなどで対応できることでしたら受け付けます。	地域柄、社会資源が少なく本人が利用したいと思うサービスが少ない。(高齢者が多い、自分に合っていない、女性ばかりで利用しづらいなど)以前は早期発見、早期治療で行っていたが、最近ではBPSDが悪化しての相談が多くなっています。
社会資源の案内。地域包括支援センターの紹介、情報提供。	診察時の状況、生活環境、本人、家族の反応など相談室だけでなく、外来と共にし、必要と思われる社会資源の情報提供や繋ぎを行います。	業務が多岐に渡り負担が大きい。 病院から離れている担当地区の情報把握が難しい。インフォーマルなサービスの情報が少ない。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
324	支援が必要な方には、地域包括支援センターと連携を取るようにしている	予防事業や認知症カフェを紹介し、支援者や相談窓口を理解できるようにしている	当事者・家族会や相談窓口・社会資源等の紹介や関係者へつなげるようしている
326	・介護保険の説明、配食サービス、その他福祉サービスの紹介。 ・当院併設のMCIユニット(デイケア)、重度認知症デイケアの紹介。 ・地域包括支援センターと連携を計り、情報提供等を含め本人を支援する。	MCIユニット(デイケア)が当院に併設されている為、導入を勧める。	介護保険の申請を勧める。
327			
328	・地域包括支援センターとの連携。 ・介護保険申請に向けての支援経過の確認。 ・(ケースに応じて)民生委員との情報共有。	・当院では、内科部門にてもの忘れ外来の診療を行っています。認知症の鑑別診断を実施。MCIについては、内科に勤務している認知症予防専門士につなぎ、内科疾患や運動面のアドバイス、栄養士による栄養相談、PSWより地域包括支援センターや認知症カフェなどの情報提供を実施。 ・家族への心理教育、必要に応じて、家族会への情報提	・介護保険の申請、サービス導入。 ・介護保険の認定が低いため、地域包括支援センターを交え関係者会議を実施。本人の生活の場、集う場の確保を図るように、行政に働きかけ。
329			
330			
332	同意があれば包括への情報提供と場合によっては訪問することもある。	特にない	若年性認知症コーディネーターの情報を提供している。
334	・地域包括支援センターやケアマネと連携、情報交換、共有を適宜おこなっている	・地域包括支援センターとの連携 ・院内において、認知リハビリテーションに基づきMIC対象のショートケアを週1回実施している。	若年性認知症支援センター等の情報提供。
336	家族、包括、在介等と連絡をとり、内服管理、安否確認等の協力を得る。必要時サービス利用につなげる。		
337	・介護保険の利用、申請の提案。 ・地域包括支援センターなど、関係機関への情報提供(本人やご家族から同意が得られた場合のみ) ・生活への助言、家族(同居していない)への助言や様子等のお伝え。	・介護保険の利用、申請の提案。 ・地域包括支援センターなど、関係機関への情報提供(本人やご家族から同意が得られた場合のみ) ・生活への助言、家族(同居していない)への助言や様子等のお伝え。	・家族の会の情報提供。 ・経済面を支援する社会資源の情報提供。 ・タイミングをみながら、介護保険の利用、申請の提案 ・子どもの支援機関との連携。 ・ケアマネジャー等の介護関係者との連携。
339	介護保険未申請の場合は、申請の流れについて説明。必ず包括支援センターと連携し、介入をお願いする。必要であれば服薬管理機器「eお薬さん」の紹介。	医師の指示により定期検査の案内。当センターで実施している「MCI」を対象とした「前頭葉を鍛えるプログラム」に積極的に案内を行う。生活支援に必要な、服用管理機器「eお薬さん」の紹介。食事指導、嗜好品の指導。	包括支援センター、認知症地域支援推進員との連携。
340			
341			
342	なし	なし	なし
343	地域包括支援センターや担当CM、地域関係者への情報提供、連携。必要に応じてケア会議の実施。連携網の確立。	特になし	対象者が現在いません
344	・社会資源の情報提供、健康的な生活習慣の維持。 ・本人の子どもなど緊急時連絡先の把握。 ・必要に応じて市内関係機関との情報共有。 ・免許保持者については、運転に関する注意喚起。 ・生きがい居場所の有無の確認。	・Ⅲ2)の記載内容と同様 ・アルツハイマー型認知症に移行する可能性が高いことなど、病気についての説明	・Ⅲ2)の記載内容と同様 ・アルツハイマー型認知症に移行する可能性が高いことなど、病気についての説明
345	独居や高齢者のみ世帯については、基本的に包括支援センターに連絡を行う。	必要時、制度やサービスについて説明したり、Faiにも家族会等の案内をしている。	基本的に、若年性認知症の診断がつけば、若年性認知症コーディネーターに連絡して、連携体制をとっており、必要時サービス導入を行っている。
346	(一人暮らしや高齢者のみ世帯に限らないかもしれないが) ・キーパーソンとなる家族をしっかり把握しておき連携すること。 ・ケアマネやその他関係者との密な情報共有を行い、主治医に生活の様子の情報を伝える。 ・(介護保険での対応が難しい時)必要があれば病院からの精神科訪問看護の実施。	・必要時には基幹型センター(大学病院)での精査。 ・半年後や1年後に来院してもらいCTやMMSE、ADASなど再検査し経過を観察、必要なタイミングで介護保険や地域包括支援センターについて情報提供。 ・状態や生活のことになるとや心配事があれば、早めに再診してよいこと、初診でMCIの診断のみで一旦終結となる方へも何かあればまたいつでもご相談をとの声掛けを意識的に行っている。	・(診断前)基幹型センター(大学病院)で精査をして診断してもらう。 ・社会資源の紹介。 ・職場との連携。 心理面も主治医と情報共有しながら慎重に介入。
347	地域包括支援センターに情報提供すると共に、包括支援センターと同行しての訪問を行ったりしている。包括支援センターには継続的な見守りを依頼。	地域包括支援センターへの情報提供を行い、機会をつくり訪問して欲しいと依頼したりしている。地区の健康教室などの情報提供を行っている(本人、家族へ)	地域包括支援センターと協力して経済的支援などのついで情報提供。会社の人事担当者、産業医などとの連携。若年性認知症のDSなどとの連携。家族の集いや本人ミーティングなどへの協力。
348			

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
社会資源の紹介や関係者へのつなぎ	本人や家族への認知症の経過やケアについて説明(家族支援)を行えるようにする。	マンパワー。 若年性認知症の当事者・家族支援。
・介護保険の申請、社会資源の情報提供(ヘルパー、ディケア) ・家族に対し当院で実施しているレスパイト入院の説明を行う。	サービスや社会資源の情報については、ソーシャルワーカーが提供し、実施することができているが、家族、本人の心理的サポートに関しては、不十分なところがある。外来部門においても、家族会や講義(疾病教育)が必要である。	上記と内容がかぶるが、本人、家族の心理的サポート。
・認知症の人の全ての診断後支援については、当センターでの最大の課題となっている。 ・ケースに応じてのみしか介入できていない。	MCIと診断された方のその後の支援が、現在はできていない状況(当院では)。この点の地域との連携や、介護予防教室の開催等が必要であると考えている。 本人、家族も含め、認知症に対する病識がない方、受け入れたくない方もいて、その方々の支援をどのようにしたら良いか、医療へのつながりを途絶えてしまう。	相談室自体が多忙を極めている。センター専従ではあるが、実際は行き届かない点が多くある。 ・認知症の人の診断後支援。 ・MCIの方々への支援。
特になし	認知症と診断された場合、本人も家族も受け入れるには時間を要し、受け入れられない場合もあると思います。その過程において、センターが心理社会的にサポートをすることが必要だと思っています。	ハード面が充実しておらず、十分な支援が難しくなっています。 上記のサポートが必要だと思いますか。マンパワー不足で十分に支援できていないことが課題です。
・認知症認定看護師における外来受診の方に対しての対応方法等について説明、相談できる体制	・認知症の家族の方に対しては、外来、入院等において話をする機会も多くあるが、認知症と診断されたご自身(轻症)の方への病気の受容に対しての対応まではできていません。 ・適切な相談機関等をご紹介、提供をしたいが、ご家族自身も高齢であったりご病気だったりと支援体制をくむことか	連携に対し協力的な機関とそうでない機関がある。 ・マンパワー不足 ・様々な関係機関があるため、連携がとりづらい時もある。
診断後の心理的サポート。必要に応じて「家族のための看護外来」に繋ぐ。	認知症と診断された当事者、そのご家族には早期から介入する必要がある。抗認知症薬が根治療法でないからこそ、家族の介護について、非薬物療法の必要性、相談場所の確保について、的確なアプローチを行っていく必要があると考えます。	・地域の医療機関やかかりつけ医へ逆紹介したいが、できない。 ・地域の支援者との関わり方、連携のとり方、情報共有の仕方。 ・院内・外の啓発活動が不足していると実感あり、ホーム診断後の心理的サポートは必要だと考えるが、説明に要する時間が長くなるケースがあり、数日に対応することが困難。診断後のサポートに関わる職員を1名確保し、業務担当制で行えるような配置をしたい。
なし	特に若年性の場合、問題も多岐にわたるため重要なと思います。経済的問題は特に重要なと思います。公的支援の拡充が必須(手帳や年金の要件緩和、新たな制度の新設など)	人員不足で患者様一人ひとりに十分に対応することができない。
なし	物忘れが依頼が精神科外来で対応することが多く、認知症疾患センターとしての活動はあまりない。	人員体制上の問題が大きく、地域のニーズは大きいものの対応困難。
地域での支援者へのつなぎや、支援者への対応へのアドバイスなど。	当センターには、心理系職種がないため、本人、ご家族に対して、特に心理面の支援が必要な方へのアプローチが適格にできているかと言われると力不足感が否めない。センターの患者や家族どおしての話す場の設定や、家族会支援が今後益々求められると考えるため、自分自身も心理的アプローチの手技の修得に励みたいと考えています。	独居または高齢者2人暮らしの認知症と診断された方の支援体制の構築。
特に何かをしていることはないと思います。	・若年性認知症の診断がついた人の居場所の提供については、定着が難しく、Faも心理社会的なサポートに問題が発生してしまう。 ・疾患センターだからこそ、専門医療を行っているからこそ、地域のケアの面はさらに手厚くして、包括的なケアをすることが重要になる。更なる地域との関わりが大切である。	・認知症の鑑別がもの忘れ外来でできていない。
・設問Ⅱ.1)～2)のようなことを必要に応じて実施。 ・認知症専門外来の日の夕方～医師、PSW、CP、外来Nsらと診断カンファレンスを実施し、診断や支援、サポートの検討を多職種で行っている。一ケアマネに情報をこちらからもお伝えしておこう、とか、包括支援センターを紹介しよう、など。	・診察時には医師とゆっくり話したり思うように情報を伝えられないという人もいるため、相談員が間に入り伝えつなぐこと。 ・ケアマネジメントや包括支援センターと顔の見える関係を作ることで気軽にいろいろな連絡、相談が入るようにしておき、診療に活かす。 ・家族や主治医、ケアマネなどをつなぐ。 ・本人、家族が安心して医療や介護が受けれるように関わる人、ネットワークを繋ぐ役割だと思っています。	認知症の方の運転については、問題が多い。基幹型ということもあり、県内から受診されており、地域によって移動サービスや返納によるサービスの差が大きく違っている。そのため、どちらとしては、運転を辞めるように伝えても、なかなか運転を止められない現状である。私個人として、センター業務によって患者様のソーシャルワークが時間が取れないこともあります、そこについては院内を含めて検討していく。 ・相談を受けて予約を入れ、初診までの待期期間の長さ。 ・地域の医療介護の現場の人材不足が、患者様の暮らしにどう影響しているか。 ・人材不足とは言わねながらも、サ高住や住宅型有料が次々と建っており、地域の資源の情報収集が追いつかない。よく詳細までわからないまま本人、家族に～がありますとの情報提供しているかもしれない。 ・市町村実施の「似たような内容、いつも同じようなメンバー」の会議や連絡会のような集まりが多く、時間がとられ
診断をしてそれで終わり…とならないように、かかりつけのない方にはかかりつけをもつてもらうような働きかけを行い、医療面でのつなぎを行う。福祉面では包括支援センターに情報提供を行い、地域での居場所作りや介護保険等の必要なサービスへのつなぎを依頼している。サービスなどにつながらない方にに関しては、包括支援センターでの見守りを継続してもらえるよう依頼している。	疾患医療センターは鑑別診断を行う機関であるが、病名がわかつたらそれで終わりというわけではなく、当事者や家族のこれから的生活をどのように支援していくのかなど、十分にアセスメントして次につなげていく役割があると考えている。そのためには地域包括支援センターとの連携はとても重要であると思うので、常日頃より情報交換を密に行うよう心掛けている。また、かかりつけ医との連携についても、医師会の先生方との情報交換を密に行うよう心掛けている。基本、疾患センターのみでできることは限られており、地域の様々な機関、様々な職種の方々との連携が必須であると思っているし、当事者や家族の「生活」を支えていくことが一番重要だと考えているので、そのための連携を強化していく	医師をはじめとした職員不足。疾患医療センター業務の中での事務作業の多さ(少人数での対応のため、一人当たりの業務量が多い)相談、支援、連携などの主要業務と、データ集計、報告書作成など、連携担当者のみでの対応となっており、その他に事例検討会の企画運営、県の事業の実施、関連機関主催の会議や研修会参加などもあり、就業時間内ですべてをおこなうことが難しい。しかし、残業が多くなれば指導が入るため、仕事がたまっていく。有休なども職員が少ないため取りづらい。
		・人員が少なすぎて、地域の社会資源の開拓が遅れていること。 ・特にMCIや若年性認知症の方へのサポート、集う場などの設置、対応が上手くいっていない。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
349	受診につながるまでに、包括支援センター等の介入が多く、診断後速やかに介護保険申請を行い、サービス調整を依頼。診断後はかかりつけ医に戻し、継続治療を依頼。環境を変えず治療が受けられるよう治療方針をかかりつけ医へ情報提供し、症状再燃等の場合、再来受診にてフォローしていく。	定期的な受診、検査を促し、経過をみていく体制をつくる。経済的な支援として、障害年金申請や手帳取得など、社会資源活用について情報提供を行う、家族へカフェやつどいなどを紹介する。	現在若年性ADの方が1人入院となっていますが、発症当初は大学HPでフォローされており、在宅生活困難になってから転医となつた為、初期の支援はできていません。障害年金申請、手帳申請など経済状況に応じ必要な社会資源を紹介。
350	誰かが見守りができるような環境を作るため、地域包括支援センターに情報提供し連携したり、介護保険サービスの申請を勧めるなどの支援を行っている。また、子供や兄弟姉妹とも見守りなどの支援について相談している。	ケースに応じて、1~2年おきに受診、検査に来ていただき、変化を早期に発見できるよう継続してフォローしている。	障害年金の申請や自立支援医療の利用など、経済的な負担を軽減できるものについては積極的に利用を促している。
351	・介護保険認定申請説明、介護保険サービスの情報提供 ・地域包括支援センター、居宅との情報交換、情報共有 ・当院、訪問看護、認知症デイケア利用の検討(内服管理等) ・家族教育 ・紹介元への情報提供	・介護保険認定申請説明、介護保険サービスの情報提供 ・地域包括支援センター、居宅との情報交換、情報共有 ・当院、訪問看護、認知症デイケア利用の検討 ・家族教育、家族教室に関する情報提供 ・紹介もどへの情報提供 ・認知症コールセンターの情報提供	・介護保険、介護サービスの情報提供 ・訪問看護の検討 ・家族教育、家族教室に関する情報提供 ・紹介もどへの情報提供 ・若年性認知症コールセンターの情報提供 ・居場所の検討、デイケア、就労訓練等の説明
352	地域包括支援センターまたは、居宅支援事業所(ケアマネジャー)との情報交換を行っている。	・介護保険を勧めたり、ご家族へ介護指導(アドバイス)を行う。 ・認知症カフェの紹介。	・若年性認知症の家族介護者の会への参加促し、その中で対応の仕方等を話し合いを通し、負担軽減(家族)を行っている。 ・常態によっては、障害者就労支援へのアドバイス。
353	地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等との連携。		当事者、家族会への紹介や、地域包括との連携、または、障害福祉サービスの活用。
354	他の関係機関と連携を取り、見守りを実施しているケースもある。	他の関係機関と連携を取り、見守りを実施しているケースもある。	実施なし
355	・地域包括支援センター等の窓口につなぐ。 ・ケースによっては、訪問看護の導入検討。 ・家族連絡先、親戚連絡先の確認。	地域包括支援センター等を本人、家族に紹介。	病名に限らず、地域包括支援センターを紹介し、つなぐ事を心がけている。
356	地域包括支援センターを通して家族等を探し対応する。どうしてもいない場合は、成年後見制度など書類を書き後見人などを定める。それから支援等を考える。	MCIの診断を受けた人は、働いている人が多く、職場の管理者等へ、理解を求めるため、外来に来てもらっている。(可能であれば)	若年性認知症専門のデイケアを実施したいと考えている。
357	服薬管理等、心配な面があるため、ヘルパー導入や通所サービスについての説明を行い、必要の応じて認知症初期集中支援チームへつないでいる。	定期通院につながらない事が多い為、半年後や一年後の通院をすすめたり、気になる事があれば気軽に相談するよう伝えている。	若年性認知症支援コーディネーターと積極的に連携を行い、退院支援等についても力を借りている。
358	・包括又は居宅のケアマネやチーム、かかりつけ医へ書面または、電話等にて、報告や支援の依頼を行っている。	・半年~1年後に検査に来てもらい、状態について診察を行っている。	・大きなHPへ紹介し、細かい検査の依頼を行っている。 ※そのまま、そちらに通院されている方が多い。
359	包括支援センター、初期集中チームと連携。	漢方外来も一緒に紹介している。	県のコーディネーターへ連絡、連携(本人、家族に承諾を得た上で)
360	地域包括支援センターや当疾患医療センターなど相談出来る場所がある事を案内。 また本人家族などから希望があれば、地域包括支援センター担当相談員や認知症地域支援推進員からの訪問介入を依頼。	地域包括支援センターや当疾患医療センターなど相談出来る場所がある事を案内。 また本人家族などから希望があれば、地域包括支援センター担当相談員や認知症地域支援推進員からの訪問介入を依頼。	上記同様。 もしくは若年性認知症支援コーディネーターについて案内。希望あれば相談を繋ぐ。
361	介護保険サービス利用をすすめたり、社会資源の情報提供。		
362	介護サービスを導入し、ヘルパー等による服薬確認、デイサービス通所の促しを行う。 遠方の家族は現状を理解していないことが多く、家族と連絡をとり同席での面接もしくは別に面接時間を設けて、現状の説明を詳しく行う。	約3ヶ月後に再来を促し、経過をみていくようにしている。	
363	特になし	特になし	特になし
365			
366	通院継続が難しそうな患者には、包括と相談し初期集中支援チームの介入を検討する。		経済的援助。 就労援助。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
・現在のところ具体的な支援は行っていない。	・家族が「認知症」への理解がなく診断後のフォローメeting等の支援を拒むケースがある。 ・「認知症」といっても、症状も様々であり、ご家族がその具体的対応が分からず苦慮するケースも少なくないように思います。 ・在宅か入所かの判断で悩まれるご家族が多いようです。(BPSDが著しくて入院の場合は納得できるようですが)	・運転免許にかかる診断目的で受診後、免許センターの判断にて返納となった場合、医療機関に対し本人、家族からクレームがあつたり、その後の治療にはつながらず病院を転々としたりする。 ・包括支援センターや居宅介護事業所等、地域が困難ケースとして介入し受診相談となるも、本人・家族自身が問題視できておらず、受診後のフォローメetingが整えられないケースがある。 ・明らかに認知症と思われるケースでも、家族の協力が得もの忘れ外来における受診待機期間の長期化。
・自動車運転免許に関する相談対応、情報提供(免許返納後の生活面での相談、各自治体の社会資源説明等) ・成年後見制度に関する相談対応、情報提供	医療や介護が必要となった際に、適切な社会資源について情報提供を行うことが、本人、家族のサポートにつながると考えられ、そのためには地域にある社会資源を把握し、様々なケースに対応できるよう知識を身につけておく必要	・熊本地震後から、受診時の情報収集と受診後のNPIを用いた評価等が機能していない事。 ・若年性認知症の患者様、そのご家族に対し、生活を支えるための資源が少ない為、情報提供には苦慮している。 ・若年性認知症の患者様の居場所作りについても課題である。 ・受診相談の割合が多いため、なるべくかかりつけ医に転帰しておりますが、転帰しても数ヶ月後には、介護保険主治医意見書の記載依頼ある。なんのために鑑別診断、転帰したかわからない。 ・専門医の不足で外来の待機時間が2~3ヶ月になってしまっている。できるだけトリアージしても難しいところがある。
他の関係機関と連携を取り、見守りを実施しているケースもある。	なるべくは、本人、家族の意向に沿った社会資源し、各関係機関との情報交換を密に行いながら、住み慣れた地域での生活を支援していきたい。	新患予約期間の短縮が難しい。
・本人、家族への適切な情報提供、心理教育。 ・関係ある機関との連携維持。	支援が必要と思われるケースがあつても、スタッフの人員不足等により、その都度対応が出来ていないケースもある。 ・基本的に傾聴、共感での応対。 ・ご本人との会話時に心掛けること等を提案、助言する。	・スタッフの人員不足。 ・センター予約から初診までの待ちが長い。 報告書やデータ集計等、事務処理が多くなっている。
外来通院の患者、家族に対し、家族会開催、病棟の行事への参加を行っている。	認知症疾患医療センターを持っているか、ないかに関わらず、精神科医は診断、治療を通して患者や家族を支援しつづける。	早期診断、鑑別診断だけがセンターの大きな役割になっている。診断さえければ、あとは介護だけで支えるという考え方のようである。憎悪したら、精神科にたのめばよいという具合である。
治療を行っていく上で、介護保険サービスを利用する必要性を説明したり、認知症カフェや認知症家族の会について説明したり、必要があれば見学に同伴している。	認知症になってしまったからもうどうしようもないではなく、認知症になっても出来る事はたくさんあり、その後、どうやって生活を送っていくのかが大切である事を伝えるようにしている。出来ない事ではなく出来る事に目を向けて、本人に役割を持ってもらう重要性について話をしている。	地域で眠っている認知症の症例をいかに早期発見・早期治療につなげていくのか。その為の地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームとの連携をいかに行していくのかを日々、各関係機関と考えている。また、田舎ならではであるが、人材不足と社会資源不足。
・担当CMや、関わりのある機関があれば報告や支援の依頼を行うなど連携をとっている。 ・通院の必要性がある場合、本人、家族の負担にならないように、かかりつけ医へお返しし、当院の薬も併せて処方してもらえるよう依頼している。	・若年性認知症の方のリハビリや支援体制が、当センター圏域では少ないと感じている。 ・継続支援を依頼した後の報告があまりないように感じる。認知症の本人や、その家族が不安や負担を軽くして、地域で生活するためには、各専門職が連携して関わることが必要だと考える。	・ケースとして、どこに診断後の支援を依頼するのが適切なのか、判断に迷う時がありま、都度センター長と相談している。
なし	生活支援、医療支援がうまく連携できるように日頃から包括支援センター、ケアマネジャーと顔なじみにしておく。	近隣に入院対応ができる病院が無いため、当院に集中しがちになっている。そのため、精神疾患の患者のベッドを認知症患者さんへベッドを振り分けて、全体的にベッドが不足気味になっている。
	診断を受けた方、特に若年性であれば金銭面や今後の生活、症状進行など不安に思う事が多い。診断を受けた後にそういった事や具体的な支援について話を聞ければ良かったなど当事者思いがあるという話を聞きます。 認知症疾患医療センターきちんと情報提供やフォローアップをし、然るべき地域資源やサービス、制度へ繋ぐ事で本人が認知症になってしまっても住み慣れた地域で少しでも長く生活出来るように支援出来ればと思います。	地域性もあると思いますが、当該市町村では若年性認知症の方が活用できる地域資源の少なさがあると思います。
	患者本人やその家族にとって、デイサービス等の介護保険サービスは、その後の生活に必要になると考えられる。そのため、担当ケアマネジャーとの連携、地域包括支援センターやかかりつけ医への情報提供を通して診断後支援とし	
	本人の人生観を尊重し人権に配慮した支援を常に心がけています。	
当院は脳神経外科専門病院であるため、基本的には連携先病院やかかりつけ医に受診するよう話をしている。	当院のスタンスとして、当然相談には乗りますが、基本的には、情報発信の場として機能すれば良いと考えており、専門病院への受診や、地域包括支援センターへの相談の橋渡しができればと思い取り組んでいる。	一人暮らしや老老介護をしている方が増えており、自分達だけでは生活できないケースが急増している。また、家族がいても「かかわりあいたくない」と拒否されるケースもなく、話を進めにくいことがある。
当院初診の方は、診察前にご家族と当院スタッフが面談し、受診の動機・ご本人の今までの経過・生活歴をお聞きしている。診察時には、医師がご本人の思い等をききながら、現在の状態・今後の予測等の話しを行いご家族の不安等に回答している。診察は初診の方は1時間・再診は30分である。初診時には本人に関係する家族・関係職種の同席を事前に調整するため診察後は、本人の状況の共通認識ができた上で今後の支援体制に関しての具体的な話を行って	認知症の有無にかかわらず、年をとることの理解なども含めご家族・関係職種にお伝えし、ご本人の思いや不安等の軽減に努められるように配慮するとともに、いつでも相談できることの安心感や繋がりができるように配慮している。	
	本人への支援ももちろん、家族支援を重点的に行うことで、本人の生活環境整備、安心感につながると考える。	初診件数が年々増加し、医師及び相談業務が煩雑化している。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
369	・地域包括支援センターへつなぎ、見守り、サポートを依頼する。 ・認知症カフェのご案内をする。 ・困り事の内容次第では、介入することもある(生保の申請、後見人や法テラスの利用など)	・MCIの方へのパンフレットを購入している為、そのパンフレットを渡し、運動と食事について説明している。 ・社会資源の紹介、地域包括支援センターとの連携をついている。 ・定期的な診察を行っている。(2~3ヶ月~半年に1回程度)	・県で作成された若年性認知症のガイドブックを渡し、使える社会資源や制度について話をする。 ・若年性認知症コーディネーターを紹介する。
370	地域包括支援センターや民生委員について情報提供。必要なケースに関しては包括介入を依頼しています。	当院が実施している外来OT・認知症カフェの紹介や、導入を勧めています。	各種制度の情報提供を行っています。 センターに受診される時にはすでに入院加療が必要なケースも多いです。(脳外等で既に治療されており、進行してから、受診されるケース)
371	特になし。 ・初診時より、必ず支援者や子ども、親族などと一緒に受診していただくよう説明。 本人がその旨連絡できない際には、こちらより積極的に関係者へ受診同行をお願いしている。	特になし	若年性認知症相談窓口の紹介(県)
372	・地域包括支援センターとの連携。 ・介護保険利用の支援。	状態に応じた期間で、再受診を勧め経過観察を行う。	(状態によって)重度認知症デイケアの受け入れ。個別相談、対応。
373	ご本人、ご家族へ了解をとり、地域包括支援センターへつなぎを行い、見守りの体制を整えている。必要に応じ介護保険も同時申請を行っている。	状態に変化がないか確認のために、6ヶ月後に検査に来て頂けるように依頼している。(包括支援センターまでつなぎを行うも、介入不要とのことで終了になるケースがある。) サービス利用していない方に対しては、介護申請をしても該当にならない方が殆どであり、地域のサロンなどを案内している。	他院で診断を受け来院される方が殆どであり、既にサービスにつながっている方が多い。 そのため、受診時の様子や結果、今後の治療について等、関係機関へ確実に連絡し、情報を密にやり取りしている。家族とも受診時に面談を行うようにし、状態の把握につとめている。 当院で若年性の方の鑑別診断を行うことは少ないが、初診のみで来院されなくなる方もいらっしゃる為、本人、家族に対しハンドブックを用いて案内を行っている。(相談先や職場との調整)。
374	介護申請、介護サービス導入の案内。 家族や支援者との連携。	介護予防サービス利用の案内。 定期的な経過観察のための診察。	介護サービス、年金、医療費制度等の説明。 運転免許についての説明。 職場との調整。
375	診察に包括支援センターもしくは在宅介護支援センターに同席を依頼し、その後の支援についてその場で家族(身内)を含めて話し合う。同席ができない場合は、情報連絡票にて情報提供を行う。	食事・運動・睡眠等生活状況を聞き取り、生活習慣で改善ができるなどとろを一緒に探る。睡眠が整っていない場合は、かかりつけ医に相談するように促し、情報提供の同意が得られた場合は、ケアマネもしくはかかりつけ医へ電話等にて情報提供を行う。地区の体操教室等の紹介や包括支援センターへ地域支援事業へのつなぎを依頼する。	・経済状況の確認、障害年金の紹介(該当するかの確認も)。該当する場合、担当者への情報提供、手続きの流れの確認を行う。 ・女性の場合、家事の状況、家族の対応について、時々電話、面談で確認している。 ・福祉サービスの紹介。
376	・地域包括支援センターの紹介、希望に応じて情報提供(電話、情報連絡票等) ・介護保険サービスの紹介、検討。 ・介護保険サービスの見直し。 ・食事、服薬等の確認、管理体制の検討。 ・在宅生活の継続困難な際は、入所施設の紹介。	・地域包括支援センターの紹介。 ・介護サービスの紹介、検討。 ・介護サービス以外の集まりの場の紹介。 ・認知症カフェの紹介。	・必要に応じて、障害福祉サービス、介護サービスの紹介。 ・障害年金等の社会資源のご案内。
377	居住地の地域包括支援センターへ、本人、家族同意の下、情報提供し、介入を要請している。	特になし(鹿屋市の県民健康プラザが認知症予防プログラムを組んでいるようだが、つないだことはない)	特になし
378	訪問看護導入の検討。	特に実施していない(今後の課題です)。	若年性の事例なし。
379	本人の承諾を得て(場合によっては、得られないケースでも)、地域の包括支援センターに報告し、訪問を依頼する。必要に応じて、包括支援センターのスタッフと待ち合わせて一緒に訪問をしている。生活中に支障が生じている場合は、早めに福祉サービスや介護サービスに繋ぐことを意識し対応。	病院リハビリ室に「コグニサイズ」を配置。MCIと診断された方には、医師の処方で、そこで訓練を受けてもらえるような支援を行えるように準備中。また、担当医からの「認知症療養計画書」に六ヶ月後の受診を促すような項目を作り、半年後の受診を促す。一年に一回、相談員の方から電話をかけて、その後の認知症の症状や生活上の困りごとが生じているか聞き取りをしており、必要な方には再受診を促している。	同法人に新オレンジサポート室(若年性認知症コーディネーターが配置されている部署)があるので、若年性認知症の方の相談が入った時点で新オレンジサポート室に連絡。診察の立ち会いから関わってもらい、本人に「告知」する場面から本人と家族を支えるよう依頼。医療に関することは疾患センターの精神福祉士が行い、経済的支援、就労支援、職場との調整などはコーディネーターに依頼するなど、役割分担して関わっている。速やかな対応が可能になり、順調に連携が取れていると思われる。
380	関わっている支援者への情報提供、支援者不在であれば、地域包括支援センターを中心に支援機関につないでいる。単身者でサービス導入しても生活継続が難しい場合は、入院、施設入所の支援を行うこともある。別居の家族がいれば、できる範囲での支援を依頼している。	運転をしている人であれば、状況により自主返納の説明を行っている。家族の有無、本人の状態をみながら、予防の情報提供や、包括、地域の予防教室、備えとして、介護サービスの説明を行っている。	支援コーディネーターへのつなぎ、利用可能なサービスの説明、ハンドブックの提供など本人の状態に合わせて情報提供。外来通院時は、ご家族へ声掛けをするようにしている。
381	・包括支援センターへ応援要請 ・別居のご家族と接触ができれば現状説明する等	・半年~1年後の再検査の勧め ・相談窓口として、疾患センター等利用ができる旨のご案	若年性認知症支援コーディネーターとの協働を目指す

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
・介護保険など社会資源の説明及び、状況に応じ介入をしていく。(生保の申請、後見人の申請、弁護士への相談など…) ・地域包括、居宅と連携をとり、状況に応じ精神科の訪問への介入も依頼し、服薬指導、生活状況の把握、見守りサポートをしている。DVDを使用しぱアの方法を家族へ説明している。	・認知症に対する誤解や偏見を少しでも減らせるように、診察終了後に相談員より、認知症という疾患はどういう病気なのか、周辺症状はどうして出てくるのか、周辺症状について家族はどのように対応していくべきなのか、本人への接し方を家族には、できるだけわかりやすく話をするようにしている。本人にも、今後起きうることを伝えられる範囲内で説明し、困ったときには相談をするよう伝えている。	・キーパーソンがない方(家族がいても、病気や障害をもっており本人を支援できない方)で認知症の進行が認められ、介護保険が未申請でサービス導入がスムーズにいかないケースでの支援。 ・経済的な理由で、介護保険のサービスを家族が利用したがらないが、家族が認知症に対する理解もない為本人も家族もストレスを抱えながら生活を送っているケースでの支援。 ・認知症カフェにリピーターしか来ない(広まっていかない) ・予約制である為、受診相談時から受診日まで時間がかかる
初診時は、PSWがインタークをとり、鑑別診断が出るまで同席させて頂いております。介入が必要なケースに関しては、診察後、面談し、関係機関に切れ目なくつながるよう、支援しています。	認知症と診断され、支援が必要なケースもあるのですが、本人の拒否や、家族の協力があまりもらえないケース等、支援につなげられない時があります。結果認知症が進行してしまい、入院に至る場合もあります。そういうケースに関して、どのように支援していくべきか悩みます。	・包括支援センターーやケアマネジャー等が認知症を抱える家族に対し、かかりつけを飛びこえ、センターに受診しては?とアドバイスし、その後、家族より、受診希望の相談をするケースがあります。まずは、かかりつけ医に現状を、お話しして頂き、必要であればかかりつけ医より、受診をするよう勧められる事が理想では…と思います。包括やケアマネジャーも事前に一報下さると連携していくうえで大切なのは高齢発症(90歳以上)の認知症支援、治療のあり方について。 ・若年性認知症の支援。 ・かかりつけ医に対する研修を開催しても参加者が減少している。
特になし	若年性認知症と診断された本人及び家族に対して、疾患に関する教育や、社会資源の提供、紹介が早い段階で必要とは考えるが、本人及び家族の受容のスピードやそれらを求めていないこともあり、介入のタイミングについて難しさを感じる。	相談窓口としての啓発活動がうまくいき、色々な相談が寄せられるようになったと思うが、その分何でもかんでも「認知症」に絡めて相談をされるようになっている。1番困るのが、かかりつけ医のいる方や、すでに医療機関に入院されている方からの「あのDr.(Hp)の対応が悪くて嫌なので変わるためにどうしたらいいか?」と相談されることです。うちにではなく主治医に相談して欲しいような相談(この薬はあってるのか?この薬を飲ませていいのか?)なども相談があり、対応に苦慮します。不満や不信感についての話は共感や同調をするわけにもいかず、基本的には「よく主治医の方とご相談されて下さい」とお伝えさせていただくのですが、中には「もう少し我々に寄り添った回答をしてほしい」と言われる方もいて困ります…。センターだからと言って、どこまで全くうちに関係ない方の相談に乗らないといけないかわかりません。
主治医(かかりつけ医)との連携。 地域包括支援センターとの連携。	・高齢者の場合は、色々な社会資源があり、活用することで今までの生活を継続できる方が多いと思うが、周囲の方やサポートされる方の理解が得られない難しいと思うので、まだまだ一般の方に向けての認知症の理解普及が必要だと思う。 ・若年性の方は、本人以上に配偶者への心理的なサポートが必要なことが多く、時間もかけていると思う。相談員1人では対応が難しくDr.をはじめ色々な職種や関係先と調整を行っている。	相談窓口としての啓発活動がうまくいき、色々な相談が寄せられるようになったと思うが、その分何でもかんでも「認知症」に絡めて相談をされるようになっている。1番困のが、かかりつけ医のいる方や、すでに医療機関に入院されている方からの「あのDr.(Hp)の対応が悪くて嫌なので変わるためにどうしたらいいか?」と相談されることです。うちにではなく主治医に相談して欲しいような相談(この薬はあってるのか?この薬を飲ませていいのか?)なども相談があり、対応に苦慮します。不満や不信感についての話は共感や同調をするわけにもいかず、基本的には「よく主治医の方とご相談されて下さい」とお伝えさせていただくのですが、中には「もう少し我々に寄り添った回答をしてほしい」と言われる方もいて困ります…。センターだからと言って、どこまで全くうちに関係ない方の相談に乗らないといけないかわかりません。
以前はセンターで認知症カフェを運営していましたが、終了してしまい、地域での社会資源を案内しています。	本人はショックを受け、ご家族は「やっぱり認知症だったか」と一度は受け止てもその後今後についてどうしようか悩み落ち込むケースが多い。当事者の会や家族会など、職員では寄り添いきれない部分をお互いの気持ちが理解出来る場を提供する必要性が高い。また介護が終わった際に燃えつきてしまうケースが多く、その後のフォローが必要だと感じる。(活やく出来る場所や日常に戻るまで話を傾聴してくれる場所など)	・相談件数は増えて来ているが、受診までの待機期間が長くなっている現状もある。 ・受診後に十分な話が出来ないまま本人、ご家族が帰られていることがあります、院内の協力が必要。
同伴者(家族、施設スタッフ等)へ、対応面でのお困り事がある際には、臨床心理士より助言を行う。	独居、高齢者のみの世帯の方も多く、介護サービスや家族との連携が重要。	看護師、精神保健福祉士ともに不足している。調査や統計が多く、時間が取られてしまう。
離島があるため、事例対応においても研修等においても十分な支援ができていません。		離島があるため、事例対応においても研修等においても十分な支援ができていません。
同伴者(家族、施設スタッフ等)へ、対応面でのお困り事がある際には、臨床心理士より助言を行う。	診断、治療方針の選定を行った内容を、かかりつけ医だけでなく、関係者(地域包括支援センター、担当介護支援専門員、施設スタッフ等)との情報共有を図ることで、包括的な支援体制の構築が出来るよう心掛けている。	医師の人数の関係で、相談が重なった際に受診対応が難しい場合がある。
家族の会を実施している(年6回、院内にて)		相談件数は増加傾向であるものの、PSW(要するに相談対応できる者の)の数が少なくて、診断後のフォローにPSWは介入できていない。「相談」自体が診療報酬に反映されないため、増員もしていない。マンパワー不足。
特になし。	・診断後のサポートについては、センターが直接行うというよりも、地域包括支援センター等、地域の支援機関に、いかに有効に繋げられるかが重視されるべきではないかと考える。その方が一医療機関が丸抱えするのではなく、地域の支援力を育てることにつながると考えます。	・鑑別診断後に通院が途絶えてしまう方、本人が通院を拒否し、家族が困っているケース等、まさに診断後支援の課題に直面しており、センターとして、どのような対策を講じるか、現在検討中です。
当センターでは、「再診察担当相談員」を配置。初診からある程度時間がたったケースの相談にも丁寧に乘っている。受診拒否がある場合は、「往診」を実施することもある。また、ケース内容が深刻な場合は、相談員自ら本人宅や地域に出向いていき、地域支援のコーディネート役を行っており、積極的に地域支援を行っている。	認知症については、診断後支援こそ重要なと感じている。なぜならば、他の疾患のように薬で治るようなものではなく、家族を含む対応の仕方で、その方の症状の改善や悪化に強く影響されるからである。できるだけ意識して、家族の対応の相談に、認知症カフェや家族会に案内をしたり、重度認知症ティケアに繋ぐなど対応している。ただし、診察のケースの数が多くなるほど全ケースの「診断後支援」に関わることは困難になっている。もちろん、インターク面談(診察前の聞き取り面談)や、診察室などで、家族に説明はしている。もっと丁寧に「診断後支援」を行ふためには、精神保健福祉士の増員が必要だと感じている。	・有料老人ホームやデイサービスの職員から「BPSD」の対応についての相談が後を絶たない。→ケアを見直したいというよりも、薬で何とかしてほしいという相談になっている。中には、「中核症状」そのものに対応できない施設も多い。必要なケースには、こちらから出向いて施設ケアの対応についての相談に乗ることも心がけているが、全ケースには対応できない。(地域での研修開催もしているが、なかなか末端まで情報が回らない) ・相談員の予算を獲得できれば、上記のような個別対応に力を入れたいと思う。
単身者に限らず、ケアマネジャーなどの支援者がいれば、同意を得て(本人、家族)情報提供を行っている。それにより、必要時の連携がとりやすい。通院不要な場合も、再相談が必要な状態(病態変化、BPSD発生時等)なら、再相談可と説明。	診断時には、現時点で提供可能(必要と思われる)情報提供と、相談室を含めた窓口の案内が主。心理的なサポートは、通院後やある程度の関係を作りながらが望ましいと考える。「本人への支援(直接的な)」が不十分なので、実践している機関があれば、情報が欲しい。MCI診断の方の居場所がなく、予防の話をすることは限界を感じる。病院でも独自で取り組めたら良いが、現状では進行時の介入となってしまう。精神科ティケアやB型作業所での受け入れはしている。	相談に早めに対応できるよう、初診数は多いがかかるPSWが多くなると、初診後の対応にバラつきがでてくる。その後の対応は、外来担当PSW主体だが、専従PSWでの全体の傾向は把握できない。担当医師も多いため、同様である。近隣医療機関の情報提供もしているが、思うように診断、内服調整されないケースもあり、情報提供が難しい。このような内容ならないが、一部実績を含めた内容だと、解答も負担。アンケート、実績、様々な書類作成が多く、相談を医師の不足。
充分に実施できていない	疾患や生活障害に関する理解を深める機会を設けることも有効であると考え、今後強化していきたい。	院内外における疾患センターの役割が未だ不明瞭。

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
383	地域包括支援センターへ情報提供し、必要に応じて包括職員と共に自宅訪問など行っている。受診の際には、可能な限り診察室に同席したり、困難な場合はカルテを参照したり、Dr.と情報交換し、地域包括支援センター職員と連携、情報交換している。	地域包括支援センター主催、もしくは地域で行われている予防教室の情報提供、必要時PSWより包括支援センターへ連絡を取り、確実に支援者とつながるようにしている。	沖縄県若年性認知症新オレンジサポート室の支援員へ情報提供し、できるだけ早い段階で支援を依頼している。支援員と連携して、就労支援や居場所づくりなどの生活支援を行っている。
384	・介護保険申請や包括支援センターへのつなぎ。 ・介護支援者との連絡。 ・関係機関との情報共有など。	・外来受診時の声掛け(本人状況把握) ・予防や社会資源についての情報提供など。	・経済面のサポート、資源について積極的に説明。 ・就労希望等あれば情報提供。 ・若年性認知症支援サポート室案内。
385	地域包括支援センターへの連絡調整。～必要に応じて訪問。～地域民生委員。かかりつけ医、ケアマネジャーとの連携、情報共有、介護保険等の対応(サービス導入)	当事者の会へのお誘い。 講演会に講師として、ピアソポーターとて活躍していただく。	若年性認知症コーディネーターへ引き継ぎ～面談、連絡し今後のこと等、年金、仕事のこと相談～専門へ紹介。
386	地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に継続して関わってもらえるように連携している。行政と連携し、認知症初期集中支援チームを活用しチーム員の訪問依頼、会議等で多職種に相談するようにしている。	今後の相談窓口を紹介している。介護保険サービスの他、認知症カフェ等のインフォーマルサービスの説明、利用についてお話しするようにしている。	
388		紹介元がない方の場合、銳意地域包括を紹介するようにしている。	
389	認知症初期集中支援チームと協力。 包括支援センターへ情報提供。		
390	・介護保険サービスの説明、紹介。 ・地域包括支援センターへ一度はご相談へ行ってもらう。難しければ包括へ訪問依頼。 ・子や兄弟の連絡先確認。	・一部対象者にはMCIの臨床研究にお声掛けしている。 ・ほとんどのMCIの方は支援を必要としていないことが多い。	・若年性認知症支援コーディネーターによる個別相談支援。 ・若年性認知症カフェの開催。
392	かかりつけ医をつけていただくこと、介護保険サービス導入などの社会資源導入を励行すること。		医療圏内連携施設を紹介させて頂く。
394	担当医から依頼があった場合、地域包括支援センターやケアマネージャー等へ連絡をしている。(情報提供している。)	同じセンター内で行っているシニアフィットネス(運動指導員による生活習慣病の予防と改善・介護・認知症予防を目的とした運動プログラム)を紹介する例がある。	当センターには、若年性認知症支援コーディネーターが市の委託により1名配置されている。担当医師の依頼により診断後(場合により診断時より)に関わり必要な支援をしている。
396		治験	本人、家族の会を2ヶ月に1回、カフェを不定期。
398			
399	包括支援センターへ積極的に情報提供を実施。他の親族がいるかどうか確認し、本人、家族の同意を得て、来院してもらい、診断結果を説明する場合もある(医師の指示のもと)	医師より積極的に予防について説明。介護保険対象となる場合も包括支援センターへつなぐ。半年毎にフォロー再診。	社会資源に関する情報提供。必要に応じて勤務先の上司等と医師が面談し助言。
400			就労の継続、再就職、退職後の生活の場、経済的問題、病気の受け入れなど、若年性認知症のケースでは問題が多岐にわたりており、活用できる社会資源の少なさや相談できる機関も少なく、難渋することもあります。問題が解決できるまで可能な限り継続支援に心掛けています。
401	包括支援センターとの連携(情報提供→訪問)	当院が精神科単科の為、CTくらいしかないので、場合によってはMRIやSPECTなど精査を紹介している。	3)と同様。精査をすすめている。 職場との連携も今後課題となっている。
402			
403			相談員によるフォローアップ、社会資源の案内をすすめている。
404	・その他の家族の連絡先を確認し、状況に応じて連絡を取る。 ・ケアマネージャーに状況を必要に応じて報告。		・名古屋市で行っている若年性認知症相談支援事業を紹介。 ・障害年金や、精神障害者保健福祉手帳について、積極的にすすめている。
405	本人の同意が得られれば包括支援センター、親族やその他支援者への情報提供、連携	特になし	特になし
406	・地域包括支援センターやケアマネとの連携をはかる(初期集中支援チームの確認) ・生活保護係などの役所関係との連携。		・家族会の紹介 ・若年性認知症総合支援センターと必要時連携をはかる
407	・地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、地域支援推進員その他の支援機関と積極的に連携し、支援ネットワークづくりをしている。	現在特になし	・本人サポートの会運営 ・地域支援推進員との連携 ・大阪府若年性認知症相談(コールセンタ)との連携

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
地域包括支援センターの情報提供と連携。当院で開催している家族会や地域で行われている認知症カフェなどの情報提供と必要時に同行して参加。地域包括支援センター職員との自宅訪問の実施。	診断後の本人や家族が抱える不安、恐怖を受け止め、孤立させないことが大切と考えています。早期に包括支援センターや若年性認知症支援員、障害福祉サービスなどの支援員へつなぎ、複数で関わることで本人や家族が持つ困りごとに皆で考える体制を整えることが必要。本人、家族が悩みを共有し、学び合い、支え合えるようなビアサポート的なものが一番心のサポートになるとを考え、心理士の専門性も今後もっと利用していくべきです。	初診でMCI診断のあった方、医師より半年後の受診を勧められた方のその後のフォローまでできていないのが現状です。予約日に来院されなかった方にに関しては、外来Nより電話を入れて状況確認を行っていますが、一旦外来終了になつた方の後追いができません。包括へ情報提供した方も、実際につながったかどうかの実態把握もできていないため、今後の課題です。
・家族からの相談に適宜応じる。 ・外来受診時に声掛け、細かく情報確認。	診断することよりも、診断後どう生活していくのか、どう対応していくのかに困難を感じるご本人やご家族が多いと感じています。センターの相談室としては、その時の時の気持ちをその都度受け止め、本人、家族とも病気の受容をし、支援に対して前向きになれるよう具体的な提案をしていくたら	離島ということもあり、ご家族がすべて島外に住んでいる方も少なくなく、即時の連絡がつきにくいこともあります。また、社会資源も限られた限定的なものの中で、生活支援を組み立てる必要があり、個別性に対応することに困難を感じことがある。
今年度(H30年度)から県から委託を受けて、「認知症初期自立支援研修」を病院などの相談委員等を対象に空白の期間をなくすよう、介護保険以外の社会資源の利用、当事者の声を聴いて知るの内容で実施予定。	相談室(地域連携室)の職員は3名であり、初期集中支援や若年性認知症コーディネーターの窓口にもなっておりますので、つながって対応できますが、全てにおいて、診断後支援(特に心理社会的サポート)は時間的余裕がない時もあります。また、ドクターとの連携など、診断前の相談受付とその診断後をつないで対応できたらいいと思っています。	認知症疾患医療センター同志の連携、情報共有がもっとあってもいい。診断後支援(心理社会的サポート)は大事であることは認識しているが追いつけていない(人員、しくみ?) 病院での診断後支援ができない、広まらないなあーと感じています。(他の疾患センターにも)
社会資源の情報提供、疾患教育を中心に行っている。	鑑別診断直後の方の面談は、本人、家族とも困惑していることが多く、気持ちや思いに寄り添い受容してもらえることが大事だと思います。病院以外に相談できるところと連携し、支援体制をつくることが重要と感じています。	50歳代の方の受診が以前よりも増えており、望ましい支援は何か、疾患医療センターでできる事は何かを模索中です。
	関係機関との連携が必須。	鑑別診断後のフォローアップ体制の構築。
	認知症について、知識をもって受診される方はほとんどおらず、何を知りたいか、何を聞けばよいかわからない方は、ほとんどだと思う。受診前に簡単なアンケートなどをとると、受診後の相談につがりやすいのかなと思うので、実施して	
横浜市で作成したオレンジガイドも提供し、多様な相談、社会資源へつなげるヒントとなる情報提供を行っている。地域の多職種チームを活用しながら、支援体制の輪を広げてゆくことを目指しています。	相談室への相談は家族からのものが多い。認知症は診断よりもその後の対応が重要だが、早期受診が推奨されるようになってから、この数年で後期高齢者の受診が増え、認知症の診断がついてもつかなくても、もの忘れをする=病気だ、という認識が強化されているように感じる。これまでには加齢として扱われ、受容されてきた高齢者のもの忘れを見る目が厳しくなり、不愉快な思いをする人々が増えていくの	急性期病院のため、多くの患者様は数ヶ月~1年で終診となってしまい、他院紹介後の動向が追いくくなり、相談室としての支援が難しくなる。
認知症介護者家族のためのカウンセリング(臨床心理士による)や認知症認定看護師等が「看護・介護相談」を予約制で行っているため、相談室は、対応が必要な方には、利用等を案内している。	認知症を生きる御本人へのケアとともに、場合によっては御本人以上に家族や介護者の支援が重要であると考えています。介護者の負担をいかに早期から近未来を想定して支援できるかが急務であると思います。	人的リソースの確保の難しさ。各地域で利用可能なリソースをいかに情報提供できるか。
認知症はじめて教室を年3回。		資金
包括支援センターやケアマネ等既に支援者がいる場合は、TELにて結果の一報を入れ、更に情報共有シートを送付している。その後の支援についても「支援内容連絡用紙」にて返信をいただき、進捗を把握している。逆紹介を基本とし、医療連携を図っている。		人員不足を感じるが、補助金額少なく人員を増やすが、質の向上につながらない。
検査入院された患者様は作業療法士から、本人や家族に一般的な病気の説明や対応方法等について面談しています。		
老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師による本人、家族支援	患者本人の支援は言うまでもないが、介護する家族の心理的サポートや適切な支援にむすびつけるなど、支える人がつぶれない支援をすることも相談室の役割だと考えている。	・医師、相談員ともマンパワーが少ないが、初診待機が2~3ヶ月と、患者数は増え疲弊している。 ・鑑別診断後、かかりつけ医に原則戻し紹介しているが、専門医療相談で診断後の初期支援が十分できているのか、評価できておらず不安がある。 ・地域に包括センターが20ヶ所以上ありまだ連携しきれているとは言えない為、顔の見える関係、気軽に相談できる関係をつくるといけないと思っている。 ・BPSDが重度の方の支援はできているが認知症が軽い人などはまだ地域の資源に結びつけることが多くできていない
特になし	・継続支援の必要性を感じているものの、センターの人員や資源の関係から診断して終了となつてしまうケースも多い。 ・本人の受信拒否、治療拒否の場合は関わりにくい。 ・診察場面に相談員が常時同席していないため、医師との情報共有が大切。	・BPSDにより入院希望があつても病棟の空き状況により即対応できないことも多い(空き待ち)。 ・診断後支援をセンターだけでは行いきれず、地域資源を頼っている。センターだけで完結せずに地域と連携を図っていくべき。 ・軽度認知障害の方に対する支援が不十分(重症の方の対
・もの忘れ教室 ・グループ回想法 ・家族教室 ・家族の会 など *別添資料	診断後も継続して住み慣れた地域で生活したいという患者と家族の思いが実現できるようにいかに継続してサポートしていくことができるか、センターとして何ができるのかを常に考えながらサポートしていく必要がある。	アルコールが関与した認知機能低下の患者さんへの対応、家族へのサポートは特に難しいと感じる。
	・心理士を相談員として配置し、個別相談族会などで心理サポートを行っている ・家族支援に多職種で協働している	・個別支援の介入基準や時期があまり統一されていない ・MCI診断後支援(予防教育、不安緩和)にも取り組みたい

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
408	必要に応じて地域包括支援センターやオレンジチームの案内や支援調整。	本人・家族の希望により、支援・調整等を行う。	地域包括支援センターやオレンジチームの案内や支援調整。 医療費助成制度の案内や経済的支援等。
409	要介護認定を受けていない、または認定は受けているが、サービスにつながっていない方に関してはご本人やご家族に説明し同意を得たうえで、直接包括や認知症初期集中支援チーム等に連絡し、サービス導入や見守る体制の構築を依頼している。 なお、一人暮らしや高齢者のみ世帯であっても、別居のご家族等の理解や協力が得られる場合はご家族に説明して介護サービス等につながるように動いて頂いている。	特に認知症予防のデイケア等はないが、どういう生活をすると良いのか等をしっかり説明し、半年～1年後の定期検査をお勧めしている。	必要に応じて職場とも連携している。また認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員、また生活保護等のケースワーカー等と連携をとり、介護保険のみならず各種サービス利用や資源の活用を支援している。
411			
412	介護サービス提供者との連携を強化	必ず再診させて、フォローアップを強化。	大阪市大や弘済院HP等、さらに専門としている医療関係との連携を強化。 オレンジチームと密に連携
413	介護保険サービスの利用を主とした支援体制作りを管轄の地域包括支援センターへ介入依頼することで、介護保険サービスの利用につながらなくても包括の方で見守り・支援を継続してもらえるようお願いしている。	半年後の再検査フォローをおこなっている。	・堺市では若年性認知症の診断がついた方については市の包括統括課の認知症地域支援推進員へ介入依頼する体制をとっており、センターと連携して本人、家族支援ができるようにしている。 ・若年性認知症の本人の会、家族の会“ラフラフ”を1/w開催、介護サービスの導入から安定的利用に至るまでの支援を目的としたグループ活動(通院作業療法)への参加を推奨している。
414			
415	・住所地の地域包括支援センターに相談するよう伝える。 ・予約相談の段階で、できる限り受診や検査時に来院同行するよう家族に伝える。(離れて住んでもいても、できる限り都合をつけいただき、同行可能な日時で調整する。) ・必要に応じて、本人や家族の了解を得た上で地域の相談支援機関への情報提供。	各担当医の判断によるが、半年後等に、認知機能低下等がすすんだ等あれば、またかかりつけから紹介をいただいて再度予約し精査をすすめる場合もある。	・若年性認知症の方や家族向けの会などの地域の社会資源の情報提供(外来待合のパンフレット棚に案内を置いておく、個別で必要に応じて手渡して紹介する) ・担当医や、本人・家族等から相談があれば個々のケースに応じて障害年金や障害者手帳、自立支援医療などの制度説明や相談、地域で相談できる機関の案内。
416	・介護保険未申請の場合、地域包括支援センターを紹介し申請を促す ・CMがいるなら、診断結果等情報を提供し支援を引き続き依頼	・治験を案内 ・予防を行っている機関を案内	・生活の不安を聞きとり、状況に応じてサービス案内 ・若年性認知症支援コーディネーターに支援依頼
417	・診察医や外来看護師が支援の必要性を感じたケースは対応している。 ・受診相談の段階で支援が必要と判断した時は診察に同席している。	・診察医や外来看護師が支援の必要性を感じたケースは対応している。 ・受診相談の段階で支援が必要と判断した時は診察に同席している。	必要に応じて、ひょうご若年性認知症生活支援相談センターなどにつなげている。
418	・地域包括支援センターへご案内。情報を共有しておくことで、緊急時含むキーパーソンへの連絡、見守りボランティアなどへの協力も求めやすくなる。 ・必要があれば、初期集中支援チームにも情報を提供し、日常生活について、医療、福祉の両面から連携、支援を行う。	・認知症予防について、運動や生活習慣の重要性を伝えれる。 ・認知症生活相談センターをご案内し、不安や疑問点などを聞ける味方を増やしていく。 ・地域包括支援センターや初期集中支援チームへ声をかけておくともある。 ・半年後の経過観察においても密に診ていき、その時に合った支援、治療方針を考察し、本人、家族、支援機関と	・仕事、収入面において、障害者雇用枠として採用を考えられるよう精神保健福祉手帳の取得をすすめる。また、障害年金の受給をすすめたり、通院の医療費をおさえるため、自立支援医療をご活用いただく。 ・認知症カフェや家族会の案内、ひょうご若年性認知症生活相談センターを、お知らせすることもある。
419	定期通院またはDr.、PSWの関わりの頻度と危険性等を加味してケアマネや家族等を連携する場合がある。 困ったこと等は地域から声があがる場合があるが特に即入院ケースもあり行政連携や往診等行っている。	本年1/28～神戸市認知機能検診制度に則り地域かかりつけ医等と連携している。	前途③に則り対応、家族やケアマネ、企業等連携も適時対応。
420			
421	相談時に本人または家族の了承を得て、担当介護支援専門員と情報共有。 介護保険未申請であれば管轄の地域包括支援センターの情報提供を行い、本人または家族の了承を得て地域包括支援センターへ連絡し、本人世帯へ介入を依頼。 独居の場合、民生委員から地域包括支援センターへの相談有無も共有。家族状況や認知症の程度によっては成年後見制度の活用支援を依頼。	主治医から指示があったものは半年～1年後にかかりつけ医へフォローアップのアンケート返信用封筒を郵送、または本人家族へ再診意向の兼ねて現状を聴取。	受容の過程に寄り添いながら活用できる資源(相談窓口、自立支援医療、精神障害者、保健福祉手帳、障害年金、認知症地域支援推進員等)の情報提供。

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
各関係機関との情報共有。 必要に応じて制度の利用支援やサポート体制の構築等。	院内でできる支援は非常に少なく、主には地域でサポートしていただく形になるためいかに地域の支援者につないでいくのかが大切だと思います。	特定機能病院のため、基本的に診断後は紹介元へ戻る。また、広範囲の地域からの受診があり、短期間で広域にわたる地域の情報を集め、支援につないでいく難しさや、継続的にサポートできない現状がある。 また、地域によって社会資源や、機能・役割が異なることや、変動することも多いため、その都度確認する必要があり、課題となっている。
医療や介護だけにとどまらず、ご本人が安心して安全に楽しく幸せに生活していくにはどうしたら良いか一緒に考えている。	認知症と診断されることでご家族は「認知症だから」と割り切れる部分もあるが、ショックや絶望を抱かせるだけで終わってはならない。認知機能も大事ではあるが、何より大事なのは、ご本人が安心して安全に幸せに楽しく生活する事であると新たな視点を伝えたり、重度の認知症の方であっても、その人の素晴らしさ、魅力はたくさんあること、できることがあることなどを伝え、少しでも前向きに希望が持てるようになることが受診の意味の1つであると考える。 またご家族が犠牲になりご本人を支えようとするこも多いため、ご本人と同様にご家族も大事でありご家族の生活も大事にして頂くよう伝えることも、地域で長く生活していくために必要であると考える。	認知症が診られる医療機関が増えているのは良いが、きちんと検査や説明なく診断、処方され、介護保険サービスの利用等もなく、望ましい対応をご家族ができていないこともあります。時間が経ち認知症が進行、困ってから当院に来られることも多いように感じる。
非常に大切であると思いますが、当院はマンパワー不足により充分にとり組めない。他医療機関や、オレンジチーム等の連携が重要。	非常に大切であると思いますが、当院はマンパワー不足により充分にとり組めない。他医療機関や、オレンジチーム等の連携が重要。	対応するスタッフが私(院長)1人しかおらず、充分に相談が出来ない。 マンパワー不足。
必要に応じて認知症認定看護師による看護外来を実施。介護家族や介護支援スタッフを対象に、疾病教育、心理教育、かかわり方やケアの工夫について助言、提案している。	認知症と診断されたすべての人とその家族に診断後の心理社会的サポートが保障されるのが理想。地域でとなる支援者につながるまでの後追いがもう少しきれいだと思う。 診断結果をこれから的生活や介護に生かせるような支援や提案を積極的におこなう必要があると考える。	・鑑別診断の予約待機が1.5~2ヶ月程度と長い。 ・BPSDがあり、早急な対応が必要と思われる方には精神科初診枠で対応するようしているが、現在医師不足で十分な対応ができない。 ・受診相談の対応は全件PSWが関与し、緊急介入の有無などトリアージする機能は果たせているが、診断後支援の部分は「求められたら実施」するので手一杯。という現状で十分ではない。相談対応に追われ、診断後支援を積極的に実施する時間的余裕がない。 ・センターで対応している件数に対し、人員配置が全く見合っていない。 MCIと診断されている方、家族に社会資源の情報提供をしても様子を見る…で終わってしまう 診断後かかりつけ医に返すことが多く、後のフォローが困難。後おいができない。
特になし	診断直後はまだ受け入れができるであります、話を冷静にできないことが多いため、まずは不安の聞きとりを行い、状況を整理する。	なかなかサービス(医療介護)につながらない方への支援。本人の拒否が強く受診キャンセルになることが多い。
H31年1月より神戸市が実施している認知症診断助成制度を活用してもらえるよう制度説明などを実施している。	認知症について、本人・家族が適切に理解し受容できるように支援していく必要がある。面談など個別支援だけではなく、本人や家族が当事者同士で話せるような場の提供も必要と考える。 地域援助の中には「認知症の行動・心理症状=入院」と考へている人がおり、本人、家族もその影響を受けることがある。 ・様々な種類の認知症状は、本人や家族の環境と合わさることで、無数のケースが生まれる。 ・症状の進行具合や環境の変化に合わせて、適宜、対応の調整が必要となる中で、何より本人や家族の思いに、可能な限り寄り添い続けられるかが大切。 ・地域の相談機関と密に連絡をとりあい、新たな社会資源を発掘しながら、支援を続けていくらとを考えている。	センターに求められる業務が増えている中、充実した相談体制を整備するための知識・経験を持った人材確保、予算も不足している。PSWのみならず、看護師やMSWの人材活用を期待したい。
・診察の結果やその過程で得た情報を、地域の各相談機関と共有しチームで連携をすることで、QOLの向上、ADLの維持につなげる。(訪問介護や看護の活用、キーパーソンの設定など)	受診や入院ニーズが高く満床状態+90日だけでフル回転しており、施設移行率も高くケースワークも大変時間がない、休憩も少ない、残業多い、相談者も少ない、次の人に今まで引きつづけるのか…。	
入院施設があるため、ケースワークや連携が可能。 地域ケアマネや行政担当者ともふだんより顔の見える関係を強化。	まずはマンパワーの確保(予算的にも) 専門的研修の機会が欲しい。	業務過多。人員不足。 センターに対して事務員の派遣を切望
自動車運転免許の返納制度の説明。 生活保護受給者の場合、精神障害者保健福祉手帳取得で加算対象の可能性がある事を説明。介護施設の概要説明(求められた場合)。	すべての患者さんに関わることは困難なため、生活の困り事のある方々に対して介入し、その中で心理社会的サポートできるよう心がけている。	・認知症患者の推定者がこれからピークを迎えるにあたり、現状の認知症疾患医療センターの配置と人員基準のままではニーズに答えることが難しいと感じています。 ・受診待機期間1ヶ月以上が常態化 ・受診前の電話相談対応と報告書の集計・作成が業務の殆どを占め、受診後のフォローや地域への普及啓発が不十分

診断後支援調査(自由記述一覧)

ID	一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	軽度認知障害(MCI)の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
422	・住まい近くの地域包括支援センターの紹介 ・当院デイケア、訪問看護の紹介 ・介護保険に関する情報の提供(ほとんどが診断時に医師より説明) ・当院デイケアの見学案内	・診察時に医師から説明する「生活習慣の改善」、「食習慣の改善」などについて追加の説明など求められた際に対応する ・介護保険に関する情報の提供	認知症地域支援推進員との連携をとる。
423	・介護申請されていない場合は、介護事業所(CM)等の紹介 ・地域包括支援センター等へ情報提供(本人了承済みの場合)	特になし(3ヶ月後のフォロー程度)	・若年性認知症家族会の紹介 ・オレンジカフェの紹介
424	重度認知症患者デイケア等	半年～一年後の再診を勧めている。	家族相談やショートケア等の参加
425	一人暮らしの場合は、家族確認(支援できる家族がいるか、キーパーソンは誰か等)を行い、必要に応じて、適切な生活支援の確保に努めている。ほとんどの場合は介護関係者の連携で対応できるが、地域包括(北九州市は役所直轄)の協力を得て支援体制構築を図る場合もある。高齢者のみ世帯の場合は同居者の支援力を勘案して対策立案を行う。	MCIの場合は、SPECTによる早期診断を検討する(本人の希望があれば)。経過観察については3～6か月後の再検査を強く勧めている。	若年性認知症の人に対して、院内での活動は少ないが、認知症支援・介護予防センターとの連携やカフェ・オレンジ、家族の会での相談等と協力してしいる。
426	療養環境のアセスメントを実施し、家族(子供や兄弟、親族など)が支援できる状況を確認し、支援を依頼している。身寄りがない場合には地域包括支援センターへかかりつけ医に見守りを依頼している。 介護保険など社会資源の利用状況を確認し、利用を勧め必要時に支援をしている。また、ケアマネージャーなど関わっている職種と情報共有し、連携して支援を行ってい	認知症予防についてパンフレットを使用して生活指導を実施している。かかりつけ医での見守りやセンターで、の定期受診を行っている。	就労支援や経済的な支援、家族会や相談窓口のご案内、本人・家族の相談窓口となり不安軽減に努めている。
427	・介護保険の説明。		
428	本人の了解を得た上で地域包括支援センターへ情報提供を行っている。 必要に応じて介護保険の手続きや訪問等の介入を依頼している。	認知症進行の予防に関するアドバイスを行っている。	必要な社会制度(自立支援医療、傷病手当金、障害年金等)の説明。 若年性コーディネーターの紹介。 若年性認知症コールセンター等の窓口の紹介。 定期受診につながるように受診時の声かけ、介入を行つている。
429	初診時から、必ず地域包括支援センターへ、担当のケアマネージャーに同席を依頼し、「診断したから終わり」ということにならないようにしている。	今すぐに動く必要がない方へは、再度違和感があった時に、予約をして頂くように伝えている。MCI→AD等に移行する可能性が高い方は、抗認知症薬の処方、かかりつけ医があれば主治医との連携を依頼している。	自立支援医療、障害年金、精神保健福祉手帳制度の説明や、生命保険の診断書作成を行う。仕事継続されたい方は、若年性認知症コーディネーターへつないだり、認知症の人と家族の会へ案内したりします。
501	医療面の支援のみに偏らないように地域包括支援センターへ連絡を入れ、こまめに本人の様子を確認・把握するよう努めている。介護保険サービスや申請など導入に至っていない場合には、必要なアドバイスも行っている。すでにケアマネージャーなど付いていらっしゃる方であれば、ケアマネージャーとの情報の共有にも努めている。行政の高齢者相談窓口や包括支援センターとも必要に応じ連絡を取り合っている。	認知症カフェの企画・運営に参画するとともに、毎月のカフェに職員が参加することで、本人及び家族支援を実施している。	各種の制度があつても、適切な時期に必要な情報を理解できる言葉で繰り返し伝えることが、重要であると考えている。 症状や進行に応じて、自立支援医療(精神通院)、障害福祉サービス、移動支援、介護保険サービス、精神障害者保健福祉手帳、障害年金、就労継続支援事業所、若年性認知症コールセンターなどの資料を揃えて相談支援を実施している。
502	配偶者や子供等へ連絡を入れ、こまめに本人の様子を確認・把握するよう努めている。介護保険サービスや申請など導入に至っていない場合には、必要なアドバイスも行っている。すでにケアマネージャーなど付いていらっしゃる方であれば、ケアマネージャーとの情報の共有にも努めている。行政の高齢者相談窓口や包括支援センターとも必要に応じ連絡を取り合っている。	診断された方に効果的であると判断された場合には、当院で実施している認知症予防プログラム(軽い運動や脳活性プログラムを行う)を紹介している。	

その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。	認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援(心理社会的サポート)についてのお考えを自由にご記入ください。	貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。
基本的に本人、家族からの希望や相談を受けた際に随時問題解決に必要な助言や資源の紹介を行う	本人、家族のニーズに沿った支援が大切。	本人や家族は問題と考えていない場合でも地域包括支援センター近隣住民などが問題と考え、しっかりと納得されない状況で医療に繋げようとするケースがある。本人、家族が納得し協力していない状況での医療の提供は難しい。
	紹介受診されて、再度かかりつけに戻った際のその後のフォローが気になる(相談員や専門看護師がない場合は特に) 家族に対しての直接的な支援を行えておらず、家族会等の	
		北九州市は、H30年に高齢化率30%を超ました(住民基本台帳H30年9月末30.2%)。認知症に関する社会問題が、多岐にわたって生じていると認識します。当法人内の介護施設や在宅支援センターとの連携をはじめとして、市役所(認知症支援・介護予防センター)、区役所・地域包括支援センター、その他行政機関等と連携して問題解決を図る努力を継続していますが、対応困難事例も増えています。
特になし	認知症は生活障害が主症状となるため医療だけのサポートでは生活を支えることはできない。介護との両輪で支えていく必要がある。そのためケアマネージャーと連携していくことが重要であるため、積極的に情報共有を図っていきたい。定期的な相談会や家族会など実施して、療養の中で困っていることや不安なことなど話せる機会を設けたいと考える。	介護保険非該当となった方のサービスの受け皿がない。運転免許の返納を勧めても公共交通手段が実用的でないため生活に支障をきたしたり、それにより活動範囲を狭めてしまう。逆紹介した患者の再診の状況からかかりつけ医に逆紹介しても継続治療が十分に行えてないのではないかと推測される。
主にDr.が診断後の制度の説明等もされる為。 認知症カフェやパンフレットの情報もDr.に伝えている。	MCI軽度認知症と診断されるも経過観察で何のサービスにもつながらない人ほど、センターとつながって欲しい。	・病院としては、通院治療が必要と思っていたり、自己中断される方へどこまで介入するか。 ・若年性やMCIでまだ仕事をしている人の診断。 ・家族は受診させたいが、本人の拒否が強く受診出来ない
ご本人、ご家族に対して何か困ったことがあればかかりつけ医への相談はもちろん当センターの相談窓口の活用、地域包括支援センターや行政の窓口があることを説明している。	認知症の診断、進行を遅らせる方法について、アドバイスすることになりますが、その方法は様々であり、画一的に「運動」「介護保険のサービス利用」「脳トレ」等と提示するのではなく、その方がこれまでどのような人生を歩んでこられたか、どのような価値観をお持ちなのか、さらにこれからどのように過ごしたいかをアセスメントした上でアドバイスすることが大切だと考えている。ご家族へのアドバイスも、ご家族から困ったことや悩みを聴取した上で支援方法を提示す	大学病院の機能上、かかりつけ医にはなれないため、一旦診断した後は、症状悪化や定期評価等がなければ、予後がわからぬまま終わる。 課題とまではないが定期評価を行うことで進行を見守る体制ができると考えている。
介護保険サービス等の利用が困難な認知症の人及びその家族を対象とした認知症カフェを地域包括支援センターや介護事業所、民生委員、社会福祉協議会役員、ボランティアなどとともに企画運営している。 診断時には相談員又は看護師が同席し、社会資源の紹介、対応や介助方法への助言を行っている。 診断後は、本人の状態だけでなく、家族の心身状態の把握に努め負担の増大になる抑うつ傾向などを見逃さないようにしている。	受診・診断を当院にて担当したとしても、当事者や家族を継続して地域でサポートするのはかかりつけ医であるため、かかりつけ医との関係が途切れぬよう配慮が必要。 当事者への支援は当然のことながら、家族への支援也非常に重要であると考えているが、認知症疾患医療センター単体でのアプローチでは限界がある。地域の医療、介護関係者等によるチームで重層的に支える体制が必須であり、そのためには平時からの医療介護連携が重要である。	受診の待時間がとても長いです。現在2ヶ月程。 他にも、もの忘れ外来をしている病院は、たくさんあります が、せっかく診てもらうならば「認知症疾患医療センターへ」という希望が多くある。 大変ありがたいことではありますが、センターでなくともよかったですのではないかというケースもあり、相談の分散ができる精神科病院であることにも影響していると思われるが、比較的認知症が進行し重度化してからの受診が多く、初期、軽度の段階でのアプローチが難しい。 入院した場合、純粋に認知症に関する医療上の問題だけでなく、家族関係、経済的問題等が複合的に関連している場合が多く、BPSDのコントロールが良好になったとしても、他の理由で在宅復帰できない事例が多数存在する。
引き続き当院の外来を受診されている方は、受診時にご本人や家族とお会いしてご様子を確認するようにしている。また、外来カルテなどを確認し、通院が途絶えている場合には、連絡を入れ、状況をお伺いすることもある。	まずは、診断された方やご家族が困っていること、相談事がある時にはいつでもお話を傾聴できる体制をとるよう努めている。診断された方のご様子や経過だけでなく、ご家族の負担状況なども合わせて把握していくことが大切だと思う。余裕をもって社会資源やサービスなど紹介・提案していくことで、少しでも本人や家族の不安を軽減していくのではないか、と考える。	認知の症状が重く、家族は入院を希望している場合。何とか外来に受診いただけたが、診察した医師は投薬にて経過観察が望ましいと判断した。ご家族の意に沿えない結果の中で、センターがどれだけ家族の負担を軽減していくか、が重要である。また、関係機関からの紹介もいただくが、センター=入院を進めてくれる、と認識されていることもある。紹介されたご家族を誤解させてしまうこともある。

卷末資料 1
認知症疾患医療センター協議書兼実績報告書書式

卷末資料 2
認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援調査票

様式 2 の (11) の③の2

事 業 実 績 報 告 書

10 認知症施策等総合支援事業

(3) 認知症疾患医療センター運営事業

30年度新規		30年度更新		No	
都道府県・指定都市名				番号	
担当部署名					
電話番号			担当者		

【医療機関基本情報】

医療機関名							類型		
設置法人名							設置主体		
指定年月日	H	年	月	日	次回更新予定日	H	年	月	日
更新年月日①	H	年	月	日	更新年月日②	H	年	月	日
郵便番号		住所							
二次医療圏域名									
同圏域内配置センター名									
医療機関種別									
病床数	一般病床		精神病床		その他病床		(うち療養病床)		計 0
診療科 (複数回答可)	1. 内科		2. 呼吸器内科		3. 循環器内科		4. 消化器内科		
	5. 血液内科		6. 糖尿病内科		7. 代謝または内分泌内科				
	8. 腎臓内科		9. 神経内科		10. 心療内科		11. 感染症内科		
	12. 老年内科		13. 外科		14. 呼吸器外科		15. 心臓血管外科		
	16. 消化器外科		17. 小児外科		18. 肛門外科		19. 整形外科		
	20. 脳神経外科		21. 形成外科		22. 胸部外科		23. 腹部外科		
	24. 精神科		25. アレルギー科		26. リウマチ科		27. 小児科		
	28. 皮膚科		29. 泌尿器科		30. 産婦人科		31. 眼科		
	32. 耳鼻咽喉科		33. リハビリテーション科		34. 放射線科				
	35. 救急科		36. その他						
連携病院名①					連携内容				
連携病院名②					連携内容				
連携病院名③					連携内容				
連携病院名④					連携内容				
連携病院名⑤					連携内容				

【専門的医療機関としての要件と機能】

稼働日数	週	日	年間	日					
医師配置状況	日本老年精神医学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		
	(職種)		専従		名	兼務		名	

検査体制	血液検査	自施設		連携先		尿一般検査		自施設		連携先	
	心電図検査	自施設		連携先		神経心理検査		自施設		連携先	
	CT検査	自施設		連携先		MRI検査		自施設		連携先	
	SPECT検査	自施設		連携先							
保有機器	CT	台	MRI	台	SPECT	台	台				
相談件数	電話	件	面接	件	訪問	件	件				
	その他	(方法)		件	(方法)		件				

鑑別診断件数(実数) *過去1年間の新規				全数		内、65歳未満	
1. 正常または健常				件	件	件	件
2. 軽度認知障害(MCI)				件	件	件	件
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)				件	件	件	件
4. 血管性認知症(F01)				件	件	件	件
5. レビー小体型認知症(G31,F02)				件	件	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	件	件
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)				件	件	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	件	件
9. HIV感染による認知症(B20,F02)				件	件	件	件
10. ブリオン病による認知症(A81,F02)				件	件	件	件
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)				件	件	件	件
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)				件	件	件	件
13. 正常圧水頭症(G91)				件	件	件	件
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)				件	件	件	件
15. 複数の病因による認知症(F02)				件	件	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	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	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	件	件
19. 気分(感情)障害(F3)				件	件	件	件
20. てんかん(G47)				件	件	件	件
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7~F9)				件	件	件	件
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患				件	件	件	件
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患				件	件	件	件
24. 上記のいずれにも含まれない疾患				件	件	件	件
25. 診断保留				件	件	件	件
				合計	0	件	0 件
紹介・逆紹介	紹介	件	件	逆紹介	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	件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無		算定件数(年間)		件	件
	認知症ケア加算1	算定の有無		算定件数(年間)		件	件
	認知症ケア加算2	算定の有無		算定件数(年間)		件	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	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. 障伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
7. 障伴する精神症状・行動障害に対する入院医療			
8. 障伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)			
9. 障伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療			
10. せん妄に対する医療の提供			
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
12. 行政機関への助言・連携			
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携			
14. 介護支援専門員への助言・連携			
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携			

【留意事項】

- 行・列の追加は絶対に行わないこと。
- 黄色セルへの入力は、プルダウンより選択して行うこと。
- 鑑別診断件数、会議開催回数等は30年度実績を記入すること。
- 連携病院記入欄につき、欄が足りない場合は別途一覧(任意様式)を添付すること。

平成30年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)

「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や
地域との連携に関する調査研究事業」

東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム
研究部長 粟田主一

認知症疾患医療センターにおける相談員等による診断後支援の調査

調査ご協力のお願い

【調査の趣旨】

◆本調査は、認知症疾患医療センターの地域連携推進機能、特に認知症と診断された本人やその家族への相談員等による診断後支援の実態把握を目的に、平成30年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」の交付をうけて実施するものです。

【ご回答いただくに当たって】

- ◆調査票は、認知症疾患医療センターの日常業務に携わっている医師や相談員等の皆様に、ご回答をお願いできればと思います。
- ◆すべての項目に対し、平成30年の実績を考慮してご記入ください。
- ◆尚、回収状況を確認するために、調査票にはID番号が付しております。
- ◆ご多忙のところ誠に恐縮ですが、**平成31年2月11日（月）までに**、調査票の質問にご回答の上、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。
ご回答日までにご返送いただけない場合でも、可能な限りご返送いただけますよう重ねてお願い申し上げます。

問い合わせ先

電話番号：03-3964-3241（内線4218：担当 枝広あや子、杉山美香）

受付時間 9:00～17:30（月曜～金曜）

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

〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2

【医療機関基本情報】

医療機関名				
類型	①基幹型	②地域型	③連携型	
医療機関種別	①一般病院	②精神科病院	③診療所	④その他
回答者様の 職種を ご記入ください	①医師 ⑥臨床心理技術者 ⑨その他（	②精神保健福祉士 ⑦作業療法士	③社会福祉士 ⑧連携推進補助員	④保健師 ⑤看護師 ）

I. 貴院が管轄する医療圏域の社会資源についてお伺いします。

- 1) 認知症の人の家族会など、家族介護者の支援に関わる社会資源はありますか。
 ① ある ②ない ③把握していない
- 2) 認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング、ピアカウンセリング等）はありますか。
 ① ある ②ない ③把握していない
- 3) 認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源はありますか。
 ① ある ②ない ③把握していない
- 4) 認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源（介護保険などの法定のサービス以外、あるいはインフォーマルサービス）はありますか。
 ① ある（具体的に： ②ない ③把握していない
 ）

II. 認知症と診断された本人やその家族への相談員等による診断後支援（心理社会的サポート）についてお伺いします。

- 1) 本人や家族への相談員等による診断後支援（心理社会的サポート）はどのようにして行われていますか。
 (複数回答可)
 ① 医師の指示によって実施 ②本人・家族の希望に応じて実施 ③実施していない
- 2) 認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについて情報提供を行っていますか。
 ① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 3) 住まいの近くの地域包括支援センターについて情報提供を行っていますか。
 ① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 4) 介護保険に関する情報提供を行っていますか。
 ① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 5) 権利擁護に関する援助（日常生活自立支援事業、成年後見制度、虐待・経済被害対策等）の情報提供を行っていますか。
 ① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 6) 経済問題に関する援助（年金、生活保護、医療費助成等の制度利用）について情報提供を行っていますか。
 ① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 7) 家族会や家族支援に関する社会資源について、情報提供を行っていますか。
 ① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない

- 8) 認知症の本人の会（当事者の会、本人ミーティング等）について、情報提供を行っていますか。
① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 9) 認知症カフェなど、地域の居場所や交流の場に関する社会資源について、情報提供を行っていますか。
① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 10) 関係機関との連絡調整を行っていますか。
① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 11) 本人・家族の心理的サポート（カウンセリングや心理教育など）を行っていますか。
① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない
- 12) その他の生活全般の問題（運転免許、生命保険料の支払い、家族の介護負担等）について相談に応じていますか。
① 積極的に実施 ②求められたら実施 ③あまり実施していない ④実施していない

III. 相談員等による本人と家族への診断後支援の実についてお伺いします。

- 1) 貴院の相談室において、実際に相談に対応している職員はどの職種ですか。（複数回答可）
①医師 ②精神保健福祉士 ③社会福祉士 ④保健師 ⑤看護師
⑥臨床心理技術者 ⑦作業療法士 ⑧連携推進補助員
⑨その他（ ）
- 2) 一人暮らしや高齢者のみ世帯の認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
-

- 3) 軽度認知障害（MCI）の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。
-

～～裏面もご記入ください～～

4) 若年性認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。

5) その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていることがあればご記入ください。

IV. 認知症疾患医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援（心理社会的サポート）についてのお考えを自由にご記入ください。

V. 貴院の認知症疾患医療センターや相談室で現在直面している課題を自由にご記入ください。

* * *ご協力有難うございました* * *

平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業
報告書（別冊）

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



III 資料編

栗田 それでは、平成30年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」の検討委員会を始めさせたいただきたいと思います。皆さん、本当に忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございました。私は委員長を務めさせていただきます、東京都健長寿医療センター研究所の栗田でございます。

ほんどの皆様はもう顔見知りかと思いますが、これまで認知症疾患医療センターの実態調査あるいは機能評価、質の管理に関する委員会を2年間ぐらいにわたりて実施させていただきました。この委員会は、そのやり残しを今年度きちんとやつておこうという意味合いかがございます。この事業の目的や概要是後ほど私のほうから改めて説明させていただきますが、今日は初回の第1回でございますので、まずは厚生労働省の清水さんにご挨拶をお願いできればと思います。

清水 皆さん、こんにちは。厚生労働省の認知症施策推進室専門官の清水と申します。よろしくお願いします。少し早く来て皆さんにご挨拶をしようと思ったのに、ぎりぎりになってしまい、こんなところからのご挨拶となってしまって申しわけありません。4月に着任していまして、これまで健康局の予防接種のほうをやっていまして、認知症分野は本当に初めてで、ようやく半年たつてなれてきたかなというところです。挨拶ということなので、現在の認知症（施策推進）室の状況と、予算などいろいろ配つていただいた資料の説明も含めて、ご挨拶させていただきたいと思います。

まず参考資料2、「認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等の連携（等）について」ということで、今日来ていたいしている先生方の中には、添付している事例の作成に当たつて協力をいたいて、ありがとうございます。疾患医療センターと包括支援センターは当然ふだんから連携はしていただいているのですが、一部のところから連携が不十分なのではないかというご意見がありました。

そして参考資料3のように、平成31年度の予算概算要求を先日公表しました。相談機能の充実ということで、包括支援センターとの連携も含めて、その辺をひっくるめていろいろなところで使つていただければと、ケアマネ等の専門職を配置して相談体制を強化するための予算要求もしたところです。疾患医療センター側の相談機能と、地域包括をめどする地域との連携を強化していただきたいということで、この通知を発出させていただいたきました。ご協力いただいた先生、ありがとうございました。

参考資料1のとおり、平成30年5月末現在で、疾患医療センターは全国で429カ所になっております。新オレンジプランでは500カ所と目標を設定していますけれども、あと80ぐらいです。5月末で、6月7月や10月1日からと報告をいただいているところもありますので、あと5~6個はふえているかなど。恐らく数としては目標に達するのではないかと思いついますが、今のところオレンジプラン上は数値目標しか定めていなくて、その中身の評価についてはまだ不十分であると言わざるを得ない状況だと思います。この老健事業の中でも、平成27年度に類型の方などについて提言を一度出してい

ただと思います。いま実際3類型あるところで類型の整理の話、あとは疾患医療協議会（認知症疾患医療連携協議会）の全国レベル・都道府県レベルの話、実績評価と人材育成というところで、今はまだ確定していないことも一部はありますが、大きく三つぐらい課題があるかと思っています。

類型の整理については今3類型で進めていますが、実際は区分が大分曖昧です。基幹型は実はまだ全国16カ所と、ここ3年ぐらいずっと横ばいで、特に必要性を感じないという都道府県も聞いてみると出てきていますので、区分については再整理してもいいのかなと思っています。

疾患医療協議会については、要綱上、既定はされていますけれども、実際開催されないセンターもあるし、都道府県レベルでもやっていないところもあります。実は開催実績のある活動の中身も十分把握できていないので、十分機能していないかななど考えています。したがって今年度、老健事業の中で疾患医療協議会の必要性や役割についても検討いただけれどと思っています。

最後に、実績評価と人材育成についてです。協議会の件ともかかわりますが、これも十分ではないと言えるかなと思っています。毎年、厚労省には都道府県から取りまとめて報告上がっていますけれども、十分な分析や評価、活用、フィードバックまでできていないので、平成29年度分については今回の老健事業の中で分析いたいで、現状を把握して、今後に生かせればと思っています。

人材育成については、都道府県ごとに大分いろいろ研修をやっていたいです、全国研修会などもセンターの先生方が協力して持ち回りでやっていたいと思います。しかし、単発で毎回お金を取つてというところだと継続した人材育成にならないので、組織的に制度としてしっかりと体制も整備できたらともと考えており、課題として認識しているということを最初にお伝えしておきます。

これまでも出ているので、今回の老健事業の中でも何かご意見が出るだらうと思いますけれども、今回の老健事業は省内から大分期待されていて、しつかりこの成果は反映させていただきたいと思いますので、活発にご議論いただければと思っております。今ざつと駆け足でしゃべつてしまつたので、細かいところはまた議論の中で何か質問があればお受けしたいと思います。今日はよろしくお願いします。

栗田 ありがとうございます。それでは今日は第1回でありますので、一応、自己紹介をやっておこうかと思います。簡単に一人よろしくお願いします。では、池田先生からよろしくお願いします。

池田 皆さん、こんにちは。大阪大学精神科の池田と申します。残念ながら、いま大阪には認知症疾患医療センターはないのですけれども、熊本の時代に長いこと疾患センターを担当させていただいたことです、現在、日本老年精神医学会の理事長として、疾患センターを側面からサポートするお役目を担っていますので、ぜひ先生方と一緒にこの事業もかかわらせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

櫻井 国立長寿医療研究センター、櫻井でございます。いつもいろいろなところでお世話になっておりまして、本当にありがとうございます。私どももの忘れセンターといふことでやつてございますけれども、まだまださまざまな課題を持っておりまして、ぜひこの機会にいろいろな意味で広く標準化させていただければと考えている次第でございます。

どうもありがとうございます。
内海 北海道砂川の砂川市立病院の内海でございます。これまでの2回の会議の中でも委員として参加させていただきまして、今度は質を問うということで本当に一番重要なところだと感じておりますので、少しでもお力になればと 思います。よろしくお願ひいたします。

旭 千葉県松戸市から参りました、旭神経内科リハビリテーション病院の旭でございます。私どもは神経内科とリハビリを中心に行っていますが、私はもともと精神科医でもあるものですから、認知症に関してはもう30数年かかわってきて、6年ほど前から千葉県の東葛北部の認知症疾患センターをしております。

田中 本当に日ごろお世話になっている先生ばかりの中で、お世話になります。群馬県沼田市から参りました、認知症疾患医療センター内田病院のセンター長の田中志子でございます。私どもの医療圏は人口8万人、高齢化率34%で、高齢の方が非常に多いところでです。今、疾患センター、初期集中支援チーム、見守りネットワークの連携によって、地域での安全性を高めていくということで、非常にやりがいを感じております。またいろいろご指導いただければと 思います。

中西 皆さん、こんにちは。大阪市から参りました中西亜紀と申します。私は、大阪市立弘済院附属病院で平成21年から認知症疾患医療センターを担当し、兼任で大阪市役所の福祉局高齢者施策部で認知症施策を医務主幹として担当しています。

大阪市は人口280万人でけれども二次医療圏は一つで、昨年、連携型を三つ追加して、現在疾患医療センター六つで運営している状況です。今後、連携型をふやすのか、どうしていくのかという点は、市の中でも議論のあるところです。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

北村 石川県立高松病院の北村といいます。石川県の場合は、ここ数年ぐらいうちの認知症センターも県の認知症施策も、停滞が安定かわからませんがほとんど波風が立たない状況になつておりますので、僕は特に何もしてないです。実は、先ほどまでNCNPで医療觀察法の処遇改善請求の審査をしてきた。お母さんまで出てきて、もう魂を吸い取られた。(笑) 今日はちょっとぼうっとしています。よろしくお願ひします。

谷向 いつもお世話になつております。愛媛大学の谷向と申します。愛媛県はいま六つ

の第二次保健（医療）圏域がありまして、それぞれの圏域に一つずつの認知症疾患センターと大学ということで、七つの疾患医療センターが展開されています。その一番中核となる松山圏域に幾つかの医師会が入っていますが、一番大きいエリアである松山市医師会に認知症疾患センターがありません。

そこで前回の調査のときに、松山でどのように認識されているのかを松山市医師会の会員に聞いたところ、大学も同じ松山圏域ではありますが、どちらもう一つ患者さんの紹介率がよくないという実態もわかりました。今後、県のものも含めまして評価をしっかりといくといふようなところで、一緒に勉強させていただきたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

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。この委員会にはずっと出させていただいております。認知症疾患センターはちょうど平成20年に新しくできて、はや10年になります。昨年、評議年だということで、新オレンジプランなど見直しも僕はいろいろ言いましたけれども、やはりこのセンターももう10年たちまして、そろそろきちんと機能を改めて役割をしっかりしないと、この先大変なのではないかと思つております。

センターに限らず、いわゆる新オレンジプランも平成32年で一応見直しになるはずですが、本当に29年で終わりでしたが延ばしまして、平成32年度まで数値目標をしただけで、その先が何も決まっていないように思います。その辺も含めて、認知症施策について皆さんでいろいろ話し合つていけたらと思っております。よろしくお願いいたします。

江澤 はじめまして。私は6月から日本医師会の常任理事に就任いたしました。自分が医療保険、地域医療あるいは病院とさせていただいておりますので、今日から参加させていただきます。

個人的には岡山県倉敷市と山口県宇部市で病院や介護施設をやっておりまして、経営者になつて実はもう24年目で、いろいろ苦労しながらやってきました。岡山県の医師会も個人的には少し危惧しているので、ぜひ各病院が認知症に対する治療やケアの方針を組織的にアドバランを上げて取り組んでいただきたいかなと思っております。よろしくお願ひします。

大竹 東京都福祉保健局高齢社会対策部認知症対策担当課長の大竹と申します。この4月に着任をいたしました。東京都では、現在、島嶼部を除く53の区市町村全にて認知症疾患センターを設置するよう進められておりまして、現在52カ所の設置を行つたところでございます。引き続き最後の1カ所、檜原村についても、設置あるいは何らかの方法で対応を進めていきたいと考えております。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

瀬尾 日本精神科病院協会の事務局の瀬尾と申します。今回からまた渕野のほうでお世話になりますけれども、一緒に勉強させていただきながら参加させていただければと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

栗田 どうもありがとうございます。

それでは早速、次第に従いまして議事を進めさせていただきます。最初は私のほうからこの事業の概要について解説させていただきます。皆さんのお手元にございまスライドの資料でもこちら（プロジェクト）でもどちらでも構いませんので、ごらんください。

この委員会は、これまでの委員会の連続線上にございます。まずは平成27年度に、認知症疾患センターの実態に関する調査研究事業を行いました。その翌年に、この研究事業の結果を受け、認知症疾患センターの機能評価に関する調査研究事業を行いました。1年飛んで、今年度はまた改めて認知症疾患センターの効果的・効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業をやらせただくということでございます。それで一つ一つ復習ですが、認知症疾患センターの実態に関する調査研究事業は、そもそも背景に認知症疾患センターの機能格差が非常に大きいのではないか、類型が実態と合っていないのではないか、質の管理がちゃんとできていないなど、いろいろな課題がございます。では、まずは実態調査をしようということで、地域の特性に応じた効果的な運用と質の確保を目指して実態調査検討委員会を設置いたしましたして、類型・機能・連携のあり方について自由な意見交換をしながら、質の管理に関する都道府県の実態調査を行い、先進事例集を作成し、機能評価が可能な協議書の様式案を作成し、今後のあり方にについて提言したものでです。

代表的な調査結果が出ておりますが、まず都道府県認知症疾患センター連携協議会の設置状況です。認知症疾患センター運営事業実施要綱には、「都道府県の責務として都道府県認知症疾患センター連携協議会を設置すること」と記載しているけれども、ふたをあけてみたら6割しか設置されていなかつたということで、都道府県レベルでの認知症疾患センターの質の管理が十分に行われていないのではないかという結果がございました。

この結果とともに、平成27年度には今後の認知症疾患センターのあり方について六つの提言をさせていただきました。

一つ目は、基幹型に求められる要件はおかしいのではないかと。基幹型は、実施要綱上は身体合併症救急医療機関としての機能を担うことになっていますが、今や認知症の身体合併症救急医療は全ての医療機関でやっているという現実があります。したがって、認知症疾患センターの基幹型にこれを置くというのはどうもおかしいのではないかと。この機能よりも、都道府県・指定都市の認知症施設への助言、認知症疾患センターの質の管理、人材の育成にかかる機能とすべきなのではないか、という提言をさせていただきました。

二つ目は、地域型は地域の特性に応じていろいろな方があることから、多様な拠点機能を担えるよう、都道府県において地域の実情に応じた機能・類型を考えてもいいのですがないかと。具体的な例として、東京都、石川県、熊本県など、幾つかの都道府県では独自の類型をつくっていることを紹介させていただきました。

それから三つ目は連携型。当時は診療所型といいましたが、連携型は頗る運営体制づくりや認知症初期集中支援チームの参画などを通して、市町村の認知症支援体制づくりに寄与することが期待されるのではないか。

四つ目は、特に身近な場で認知症の人と家族の暮らしを支援することができる連携型の数をふやす方策を、今後検討するべきではないかともありました。

そして五つ目が先ほどどの結果に関係するものですが、都道府県は都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置して事業評価を行うとともに、認知症疾患センターの情報共有の場を都道府県レベルで設けるべきではないかと。

最後に、認知症疾患医療センターの要件を満たす医療機関が圏域にない地域、認知症疾患医療センターが設置されている圏域でも、人口規模・面積等の地理的条件から当該センターではカバーの難しい地域については、課題解決に向けた検討が必要であるという提言をさせていただきました次第です。

この中の五つ目の都道府県認知症疾患医療連携協議会に關連して、翌年、認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業をさせていただきました。なお、これは都道府県の責務をしつかり確立していくことですが、「都道府県は都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置して事業評価を行うとともに、認知症疾患医療センターの情報共有の場を設けることが重要である」という平成27年度の提言を受けて、平成28年度に機能評価調査委員会を設置いたしまして、認知症疾患医療センターの質の管理の方法論について討議し、この委員会でつくりました協議書（事業評価の様式案）を用いた全国調査を行ない、さらに外部評価の方法論を検討し、調査票を作成して特定地域でハイロット調査を行い、これらの結果に基づいて都道府県・指定都市向けのガイドブック「都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター事業評価に向けて」を作成いたしました。

それが皆さんのお手元にある青い冊子でございます。全ての都道府県・指定都市に配布させていただきまして、私どもも作成しました事業評価の協議書の様式に基いて、都道府県レベルで認知症疾患医療センターの事業の質を評価して、都道府県レベルでPDCAサイクルをぜひ回していただきたいと。それに当たって、ぜひ都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置してくださいと、そのようなことをしたわけです。

参加していただいた皆さんにはご存じのとおり、ここではこれに限らず自由な意見を見開いていただいて構いませんので、一つの目安と考えていただければと思います。

一つ目はセンターの類型について。特に基幹型の問題がそのままパンデイングですので、これを何とかしないことにはどうにもならないだろうと。今の基幹型の基準では必要ないのではないかといふ議論が出てくるのは当然であろうということで、これを少し考えなくてはいけない。そして二つ目は、都道府県認知症疾患医療センター連携協議会は今どうなっているのか、ちゃんと見なくてはいけないだろうと。

三つ目は全国のセンターの事業評価、分析、公表について。私どものほうで実績評価ができる様式がつくりましたので、この結果をちゃんと集計・評価・分析して公表しないことにはPDCAサイクルは回らず、質の管理が全く動かないことになります。そのため、これをちゃんと評価・分析・公表して、PDCAサイクルを回す施策を考えなくてはいけないのではないかと。

四つ目は、このような結果を受けて質を担保していくためには、やはり人材育成。先ほど清水さんからありました全国研修会の実施についても、やはり考える必要がある。そして五つ目は、このようなことをやっていく上で、やはり全国レベルでのコンセンサスの形成が必要ですので、全国レベルでの協議会の設置も検討する必要があるのではないかと。さらに六つ目、認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等との連携についてといたことで、現在、概算要求をされているということですでの、実態をきちんと可視化させていくようなことも考える必要がある。そして七つ目、後ほど清水さんから少しコメントをいただければと思いませんが、「都道府県単位での総合相談センターについて」という提案もあるということがありますので、一応、議論の俎上にのせておこうかと思います。

こういった議論をこの場でしながら、三つの調査を検討させていただこうかと思っております。一つは、平成29年度協議書による全国のセンターの事業評価。現在、全国429カ所の認知症疾患医療センターがありますが、平成29年度時点の認知症疾患医療センターのデータがござりますので、その事業評価の分析をして、ここで一回議論の俎上にのせさせていただきたいと思います。

それから二つ目は都道府県連携協議会の実施状況は今どうなっているのか、もう一回確認する必要があるのではないかと。最後は、各センターの地域包括支援センター等との連携状況。特に診断後支援という観点から、認知症疾患医療センターの機能についても一度考えてみることが必要なではないかということで、このような調査を今のことろ計画させていただいているところです。

こういった流れで議論を進めていことうかと思いますが、今日は本当に初回の委員会でございますので、残りの時間を全て使って意見交換をしたいと考えております。それに当たって、この七つの論点のどこから入っていくても構いませんが、一応の取っかかりとして私のほうから一つ一つの論点のポイントを最初に説明させていただいて、それを受けて自由にご発言いただければと思っております。

主たる論点として、七つのことを挙げさせていただきました。ただ、これまで委員会に

申しわけないですけれども、ここからはスライドにしかございません。まずは、論点1センターの類型について。特に基幹型をどうするかということを、ぜひ皆さんにお話しいただきたいと思います。基幹型に求められる要件は、身体合併症急救医療機関としての機能よりも、都道府県・指定都市の認知症施策への助言や、認知症疾患センターの質の管理（事業評価や人材育成）にかかる機能と明示すべきではないかと。ただ、基幹型という名前がもう既にあるので、また同じ基幹型を使うと、ひょっとすると混乱する可能性もあるかなと思います。

東京都の例を挙げましたが、実は東京都では最初から基幹型はもう無理だらうということで断念いたしました。そのかわり、私どもも東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センターを都の予算で設置いたしました。そこには事務の質の管理をやっていると。

例えば認知症疾患センターが実施する研修事業の支援をしようということで、全ての認知症疾患センターでやっている、かかりつけ医や看護師の研修、多職種共同研修のカリキュラムやテキストをつくり、実際に研修をサポートするスタッフを派遣していると。あるいは、各認知症疾患センターの相談員研修を一元的に行ったり、離島には認知症疾患センターは設置できませんので、認知症対応力向上研修や、今年度からテレビ会議システムを用いた初期集中支援チームのバッカアップなど、都全体の認知症支援体制の質の向上を目指しておられます。

このような形で基幹型はここで少し衣替えをしなくてはいけないのではないかということで、これについて皆さんから自由なご発言をいただければと思います。誰からでも構いません。口火を切っていましたけれども、今までのデータの中基幹型は身体合併症という部分で既定されているけれども、そこにも対応しておりますので、ここに書いてある人材育成や提言などはあります。

そうすると、例えば東京都であれば健康長寿がなさっている支援センターということで、今ある16の基幹型をなくして、各都道府県に一つのキーとなるセンターをとにかく1カ所決めて、おたくが人材育成なり助言なりを責任を持つてやってくれというような形でなければ、47都道府県全部いけるかなとは思います。

しかし、いま持っている基幹型のところは補助金ばかりの額がおりでおりますので、それが47全部というわけにもいかないですし、そういうシステムになりますと今の16の基幹型は予算もずっと減り、なかなか論議を醸すところだらうと思います。ですから基幹型を16という形でそのまま温存しておいて、新たな各都道府県1カ所はこういう役割を担う中心となるセンターを置いてくださいといふ形にするとなると、どういうことになるのかなと。

栗田　ただいまの内海先生のご意見に対して、いかがでしょうか。
渕野　私の資料（「全国認知症疾患センター連絡協議会－アンケート調査と今後求め

られる役割－」）をよろしいでしょうか。急に持ってまいりました。

実は平成20年にできた認知症疾患センターは第2ラウンドのやつで、その前からずっとありました。平成元年から始まって平成17年まで、それから3年間なくなりました。その当時、精神科病院協会の会員がセンターを多く持っていたこともあつたので、経営母体が違うところもあつたけれども一応みんなで集まりました。これが先日8月に行ったアンケートです。実はセンターハーのアンケート調査のデータは厚労省にはあるのだけれど思いますが、厚労省のきちんとしたデータというよりも、実際に運用上のことを私がいろいろ聞いております。聞いて見ていただきますと、今429施設ありますが精神科関連は半分です。あととの半分は一般の方々が持っているらしくやると。基幹型の話だけをさせていただくと、今回は16あるうちの12の基幹型から回答を得ております。

右の数字の3（「センターの類型について」）を見ていただきますと、センターのいわゆる基幹型でも267人の専門医がいらっしゃいまして地域型とそは変わらないと。それから4番目（「認知症疾患の診察は何科の先生が主に担当」）は精神科の先生が診ているとあります。それから5番目（「センターに問い合わせがあつてから」初診までの期間）は、今まで非常に遅いということが言われていましたが、それでも基幹型は大分早くなったのかなと思っております。

6番目（「診断するために通常実施する検査」）に関しては、基幹型の認知症の診断にかかる費用が当然高いのはおわかりかと思います。SPECTやMRIなど、その辺を全部やつていらっしゃいます。最近では（MBG心筋）シンチグラフィーやダットスキャンあたりもやっているということで、医療費是非常に高くなっているようです。それから7番目、「徘徊、暴行、大声等のBPSDによる入院（等）について」は、やはり精神科病床に入っているらしくやる。それで16はほとんどが大学であります。

そして8番目は「緊急入院を必要とする身体合併症を伴う認知症患者の入院について」。基幹型の役割に「365日、24時間受け入れること」というのがあります。当然、回答はみんな行っていますよと言つけれども、12基幹型のうち七つぐらいまでは1年間に109件あります。そして受け入れている非常に多いところは1年間に109件あります。普通の時間帯に受け入れていたと聞きましたので、緊急で受け入れているのはほとんどゼロだということです。9番目、「入院する（精神科病床はどこですか）」は結構ですけれども、ほとんど精神病床であるということ。それから10が「日常の身体管理（を実施していますか）」とかいろいろ書いております。

その下11番目、基幹型の（月平均）入院（患者数）も月に7.7人ぐらいですか。それで地域型とはほとんど変わりませんけれども、12番目「認知症疾患で入院になる最大要因は何ですか」は身体合併症の患者さんは入れてはいるということです。BPSDは半分ぐらいとなります。それで（救急を要する認知症の身体合併症治療で多い疾患有について）肺炎等

がありますけれども、13番目「身体合併症を伴う認知症の平均在院日数について」は入院期間も非常に短いということでした。それで14番目「認知症で入院になる最も多い要因」のことろ。地域型は入院になる最も多い理由は当然BPSDとなりますけれども、やはり基幹型のほうは身体合併となるようです。

それからずつと飛ばしまして、18番目の「基幹型センターに最も期待される役割」は、基幹型は「診断」「(救急を要する)身体合併症(治療)」「(医師等)人材育成」とはつきり分かれております。「(救急を要する)BPSD(対応)」はそれほど期待されてないわけですので、私は特に人材育成、身体合併だと思います。センターの地域型のほうは、「診断」「(急性増悪等)BPSD(対応)」「地域連携」。それから連携型は「診断」と、今度は地域連携(「介護関連事業との連携」)が多くなってくると。やはり、この10年の間に3類型がきちんと分かれてきたようです。このような基幹型のデータがありましたので、お示しいたします。

栗田 細かなデータをありがとうございます。今回の渕野先生のデータも12機関のデータですけれども、429あつて16しかないということが現実をよく物語っているのかなと思います。

それから内海先生がおっしゃったように、では今の基幹型をそのままにして新たなものをつくるのがよいのか、あるいは費して一から立て直すのがいいのかとも、確かに検討しなければいけないかと思います。このことについて何かご意見はございませんでしょうか。——どうぞ。

渕野 僕はもうできているものは費す必要はないと思う。ただ、役割を変えればいいわけ。それとほかの県に果たして必要かどうかという問題はありますか、今あるものはそのまままでいい。ただ、名前を基幹型という言葉ではなくて、先ほど連携のようなことがありましたね。

栗田 ええ、認知症支援推進センターといいます。

渕野 いつもいますが、東京長寿さんも持っているらっしゃるけれども地域型だと。それから国立長寿さんも地域型です。こういうところはおかしいでしようと。やはり地域型というのは非常にばらつきがあつて、このデータにもありましたけれどもそのすごい格差なんですね。これを一緒に統計をとってしまって地域型で出してしまって、おかしなことになってしまふ。ですから非常に大きなナショナルチームのようなところが、いわゆる地域連携とかセンターというのに移ればいいのではないですか。そして大学の基幹型と同じようなレベルになればいいので、名前を変えて移行していただくのがいいかと思いますけれども。

栗田 ありがとうございます。では、基幹型のセンター長を長年なさっている池田先生、一言。

池田 先生方のご意見に全く賛成です。一つは身体合併症ですけれども、やはり期待はされていると思います。ただ、特別にそれを基幹型だけに負わせる必要は全然ない。今も

大部分が大学病院ですので、むしろ救急病院で預かりするような方ではなくて非常に長期化するような重度の身体合併症—長期にがんの手術もしてリハビリもして、しかものすごく難治だという方は当然引き受けべきだと思います。熊本での合併症というのとは大体そんないイメージでした。

それから渕野先生のアンケートにも出ていますように、やはり人材育成がメインだと僕も思います。今それが大阪大学にはないで、正直言いますとオフсетでそれほど非常に樂です。やはりプレッシャーがない。もちろん各センターは認知症の専門医を送るようになります。やはり依頼はございますし、併せても大分整ってきたので、今はもう開運病院などと關係なく、あるいは政令市かどうかということも關係なく、3カ所ぐらいには常勤の専門医を送つたんですけれども、それでもやはり熊本のときに比べると随分気は樂です。

熊本のときには連携協議会で、医師会の先生方も精神病病院協会の先生方も皆さん来られていて、何で基幹型があるのにきちんと人材を送らないんだとずっと言われ続けていました。実際、それは基幹型の役目だと思っていたので、転勤などががあった場合には必ずその補完ができるような体制を整えるというプレッシャーが非常に強かつたんですけれども、今はやはりそれがなくなっています。

大学病院はもともと教育機関なのでそういう役目だとは思いますが、名稱はどうかも基幹型を置いておくかどうかということは、そういうプレッシャーをかけられるかどうかということだとと思うんですね。行政の方もやはりそれがあるとプレッシャーをかけられますけれども、それがなければそれほど全ての地域に認知症の専門医を送れとか、あるいは島嶼部などの支援を都道府県と一緒にやるというようなことも全部は頼めないと思うので、その辺が一番大きなポイントになるのかなと思います。

ですから、ある意味では連携協議会と基幹型の役割はかなり悪いではなくてかなり違うというところの均質化のコントロールなども、その二つが共同してやつていくことが一番重要な役目なのかなと思います。

栗田 重要なことをおっしゃつてくださいて、ありがとうございます。——谷向先生、どうぞ。

谷向 身体合併症に関しては認知症ケア加算というのがあって、一般病院を含めて敷居が大分下がっているのでもう大丈夫。基幹型の役割としたら減ってきてるのかな。池田先生がおっしゃるような形での役割であると思います。

これは愛媛県だけの話なのかもしれないけれども、例えば筋力法の方の更新などの診断で、愛媛の中でそれに手を挙げているのは実は大学の中では私だけで、ほかは認知症疾患医療センターと全然関係のないところの先生が進めるというようなこともござりますし、今のご時世で考えると、自動車運転のことでも痴患センターの先生方が必ずしも公安委員会に登録されているというようなことではありませんの、社会的な役割というようなことを含めると、そういう役割を文言として、実際にもう登録をたくさんされていると

ころはあるかも知れないですけれども、そのようなところはあってもいいのかなと思うのが 1 点です。

それから人材育成は非常に大切なのでどんどんやつていく必要はあります、質の管理の中の事業評価は、やはり疾患センター内で事業評価をするというのは、第三者が入った中でいかなかつたらちゃんととした評価はできないので、それを含めて考えていく必要があるのかなと思いました。

栗田 ありがとうございます。非常に多面的な話をいただきました。最後の話だと、事業評価のこととも含めて、確かに認知症疾患医療センターの都道府県の協議会と連動した役割が重要かなど思います。それから人材育成のこともござりますし、公的なさまざまな施策との関連で基幹的なセンターが必要であろうと。

あと大学病院は確かに非常に重要な位置づけがあつて、熊本県などはそうでしたけれども、いろいろ人のなバッカアップもちろんとできるということがあります。そのような意味でも、基幹型を残したままやってやるのがいいのか、別にもう一個つくつてやるのかいいか。それは技術的な問題もあるのだとは思いますが、いずれにしても今の基幹型は内容・中身を一旦は検討したほうがいいだろうということで、大体コンセンサスが得られているのかなと思います。

(論点 2) 今のお話を継ぎで、連携協議会との連動という意味で、私は認知症疾患連携協議会の役割についても再検討しておいたほうがいいのではないかと思います。というのは、実施要綱には都道府県の責務という項目がありまして、「連携体制の構築」の中に「認知症疾患連携協議会の設置を含む」と書いてあるだけでございます。もう一つが事業評価の実施。この二つが都道府県の責務となっています。

やはり都道府県連携協議会の役割は非常に重要ですので、ただ連携体制をつくるという話ではないのではないかとおもいますし、事業の質の管理を目的とする都道府県認知症疾患連携協議会の位置づけが重要なのではないか。ここで事業評価をしたり PDCA サイクルを稼働させると明示することが重要なのではないか。それから都道府県認知症疾患連携協議会の設置状況については、2 年前に調べましたら 6 割しか設置していなかつたため、今はどうなっているのかもう一回調べなければいけないのではないかということで、論点を提示させていただきました。このことにつきまして、何かご意見などはござりますか。

旭先生、どうぞ。

旭 千葉県の場合は、疾患医療センターを 10 年ぐらいかけて徐々にふやしていく中で、基幹型はどうするかと。大学がそれを受けることになたときは熊本に行つていろいろ見学させていただいたりして、千葉県の場合は必要ないだらうという結論になりました。いま疾患医療センターの役割。私どもは、たまたま 10 年以上前から千葉県のほうの認知症協議会の役割を果たしておりましたので、やはり身体合併症の BPSD をどうするかというの 千葉県の中でも非常に重要なテーマになつていましたから、その中で疾患医療センターを

どのように位置づけるかといふところから始めて。設置状況も、総合病院があつたり、我々のようなりハビリの病院があつたり、普通の救急病院があつたり。精神科の病院は 11 力所のうちの 4 力所ぐらいなので、比較的いろいろなところがそれぞれある程度役割を持つてやつていたんですね。

(ほか)の県の状況はよくわからぬですけれども、既にもう始まるときから協議会も疾患センターに位置づけられてやつておりますので、多分そのあたりがまだ十分できな いところでは、やはり少しおくれぎみになつてゐるかなるという感じで。これも先駆的な協議会がどういう形で広がつてきたのか全国を見てみると、それを広めしていくに当たつては参考になるのではないかと思って、ご提案させていただきました。

栗田 ありがとうございます。確かに地域によつて状況がさまざまだということころはござりますね。基幹型が必要などころもあるかもしないですし、必要でないとこころもあるかもしないといふことも、確かに考えなくてはいけないかな。

江澤 私は前に岡山県医師会時代にかかわつていて、疾患医療センターの新規の申請や更新の委員会があるんですけども、特にやはり地域型は地域の配置を重んじるので、どうしても身体的な合併症の対応がワークボットになるところがあつて、その分は具体的にはどこの医療機関と補完するから認めるよというのを実際にやつています。ですからそ のあたりで地域型が必ずしもそれほど強力な施設ばかりではないので、地域に適切に配分ということがありますから、基幹型が地域型をコーディネートするような状況がいいのかなと。

それから私の印象になるかもしませんが、都道府県と地区医師会と連携がほとんどないんですね。要は、都道府県行政と都道府県医師会はかなり密接にしていてるので、認知症だけ切り取つてやるというのではありませんが、介護団体とも連携をして、認知症は BPSD も本来は薬物療法以外のケアで対応するのがまだ原則になつておりますし特に介護のフィールドにも非常に連携が必要になります。関係団体はどこにでもあるので、医師会初め関係団体とそこに行政も一緒に入つて、基幹型等であればそういうコーディネートをして。

多分、施策に助言する場合は、医療・介護はあらゆる視点から見ていかないといふかなかるほどあります。私の県でも年 2 回、各団体のトップが集まり、行政が来て、認知症対策協議会をやりますけれども、ほんんど話し合いの場で、実際にミッションがあるとか何か、システムをつくるとかといふことは全くないのが実情で。これはいろいろな問題があって、やはり行政の立場からすると何かノルマをこなすこと がまず優先されますので、こういう下にワーキングをつくるとか、要はみんなでミッショ ン……。多分エリアによつていろいろな課題があると思うので、そのエリアごとの課題をちゃんと抽出して、この協議会の PDCA が回ることがとても大事ではないかと思っています。これは介護事業でけれども、今年から例えれば全国の公費 200 億円を使って、そのうち

の190億円は全国の市町村で、PDCAが回るかどうか1位から最後まで点数で順位をつけてインセンティブをつけるということがこれから始まりますので、そのあたりを含めて。あと、県レベル、市町村レベル、地域包括ケア、日常生活圏レベルでかなりチャンネルが違うので、そこの連携をどうしていくのかということ。

それから医師会の立場で言いますと、いま認知症は診療報酬上もコモンディジーズとして、もちろん診断・治療は専門医療機関と連携して、當日ごろは一般かかりつけ医が診査しようと。あるいは免許の返上についても、一般かかりつけ医がその方の生活状況をよくわかっているので、徐々に話し合いをしてながら免許を返納してもらうとか、そういうのを医師会でもPRはしているところです。

とはいって、認知症は一般かかりつけ医、一般内科医が全部ちゃんと診られるかというと、まだまだかかわっていないかたりするので、例えばかかりつけ医との連携で、地域の認知症における医療や介護のリーダーシップをとつていただきとか。ですからこの連携協議会もちゃんと役割があるって、あまり形骸化しないようにしていくのはとても大事だと思っていて、認知症疾患治療診療料などができておるので、最終的には一般かかりつけ医がそういうところに普及していくと、あとサポート医とか。

初期集中も実はあまりうまくいっていないくて、恐らく全国的に件数が落ちてきています。フースタッヂですから当然BPSD云々はいいのですけれども、本当の当初の認知症かどうかといったのはほとんど件数がない上に、結構右肩上がりで件数が落ちていきますから、そのあたりも含めて。

最後に1点、地域包括支援センターとの連携は重要なことですけれども、一方で地域包括の立場に立つと、人・物・金は全くふやさず仕事はほんほんふえてきて、機能麻痺状態になってしまっているところが結構あります。ですからあまり包涵のではなくて、逆に抱えて支援していくような連携のほうが。地域包括でも、予防プランもつくらなければいけないし、初期集中もやらなければいけないということで、かなりボリュームが……。うまく支援しながら連携するほうが多いかななど思っています。

栗田 非常に多面的な話をいただきまして、ありがとうございます。内海先生、どうぞ。

内海 連携協議会という場合、今のお話は都道府県レベルで、もう一つその下にセンターは連携協議会をしなければいけないわけですね。

北海道はセンターが18ございますが、我々の集まりの中でどんな連携協議会をやっているんだ、何を話せばいいんだと皆さんおっしゃっていて、実際聞いてみると、ただ研修会をやっているところ、SOSネットワークのようにばーっと来てもらって話し合うとかこういうことで、目的がばらばらなんですね。

私としては、連携協議会というのはこういうことを話し合ってほしい、そしてメンバーはこういうメンバーで、各センターでPDCAサイクルが回るような生産的な連携協議会の内容にしていかなければならない、それでその意見を吸い上げて、都道府県レベルの連携協議会が各地域の特性に応じてまた修正をしていかなければいけないのだらうと思います。

ですから、1階部分には各センターの連携協議会があり、その意見を吸い上げて都道府県がきちんと答えて、またそれをフィードバックしていくという体制が必要なのがなと。

前に質の（管理）の報告の中には、センターの連携協議会を開催したという報告をしていると思いますが、そのメンバーへや何を話されたとかという報告は多分なかったので、それを本来やるべきではないかと思っています。

北海道の場合、2年前のときに6割で入ってなかつた、やつてなかつた。それで道庁としてはやらなければどこで実際何をやつているかというと、全センターがセンター講話会で年に2回集まってやる研修会の30分前に来て、道としてはこうこううですよと言つて、それを一つやつたという形になつてゐる部分があつて。

これは連携協議会でいいんだろかと思ひますが、一応やつているという形になつていいのが、実態なのではないかと思つています。ですから、連携協議会はどういうメンバーが集まつて、何を協議して、次にどういう形を返していって課題を解決していくかというあたり方、その内容を提言してもらえばと思ひます。

中西 内海先生のお話は、本当にそのとおりだと思います。前に都道府県が連携協議会を設置していないという話になつたときには大阪府も苦つくりましたけれども消滅しているという。これはなぜだろうと考えたときに、疾患医療センターはそもそも老健局マターではなくて、健診医療対策の精神保健のラインで最初は始まった事業なんですね。それで老健局はいろいろな事業の変遷があつた中で、都道府県がそれに乗り越れていくというか、ラインがそのままになつてゐるところがあつて。

例えば大阪市は政令市でそれども、うちは普通の認知症対策の福祉のほうに疾患医療センターも移しましたが、実は大阪府は精神保健に残つてしまつてゐる。そうすると通常の認知症施設は介護のラインがやつていて、それを指定するという役割だけを別のところでやつつていると、当然ですが認知症施設に対してふだんやつていませんので、單に指定行為だけを繰り返しているという状況が起つています。

ですから老健局はどんどん整理されているけれども、自治体レベルで事業のライン——行政にとってはすごく大事だと思ひますが、その辺の見直しがうまくいっていない都道府県があるのでないかなと。もしもして大阪だけでも、大阪は少なくとも府のほうがそういう状況になつているんですね。それも厚労省さんのほうでどうしていくのかとか、見直したらもう少しうまくいくのではないかといふのを感じております。

田中 群馬県はまだ連携協議会がちゃんと立ち上がっていませんで、センター長会議という言い方で集まっています。そこで出た話が、やはりセンター長の先生がお忙しくて出席できないこともありますので、もっと頻繁に連携体制を構築するには、相談員さんやメンバーを集めたワーキンググループは年に一度とかではなくて、もっとあつたほうが頼の見える連携ができるだらうと。

そこで、センター長会議を例えば年に1回、2カ月ごとぐらいにチーム員会議といふか、

初期集中支援チームみたいな名前になってしまいますけれども、疾患センターのメンバーは主たる相談員だと思いませんが、そういう方が集まつてもっと現場レベルの本当に連携ができる内容を話し合ったほうがいいのではないかと。それで年に1回センター長会議のようなもので話す内容は、もう少し施策に絡むようなことであつたり課題であつたりといふものを整理するほうがいいかという意見が出てきました。

池田 田中先生がおっしゃったようなことは熊本ではやっていますが、全疾患センターのセンター長会議で事例検討会を今でも2カ月に一回やっています。その前に連携担当者と行政の方だけが集まって、僕らは入れないです。ですから結構シビアに、ここの地域はあんまり見ていらないとか、ドクターがあんまり診察してくれないとか、表立って言えないようなところを実際に一番現場の人たちがしっかりとディスカッションして、地元に持つて帰るということをやつたので、風通しがいいというか、やはり頻回にやるということ是非常に大事だと思います。

それで、その上にこれ（連携協議会）がある。やはり連携協議会というのは熊本県とセンターにとつては結構シビアな場で、医師会の先生方や疾患センターが設置されていない精神病院協会の先生方や介護関係の方たちが来られて、実際に事業報告書を見ながら、どこが足りないのではないかと。ただ、非常に建設的で、来年はこういうところを一緒にやれないかということを、いつも時間を延長してやっています。

谷向先生がおっしゃったように、第三者ですよね。センターの関係者はもちろんみんないますけれども、むしろその人たちは評価される側で、センターや行政の認知症にかかわる以外の方々が、実際にいろいろな要望や批判をシビアに客観的に言われると。ですから内海先生がおっしゃったように、どういうことをやつたらいいのかという雑型というか、もちろんそれは地域によって違つてもいいとは思いますが、最低限どんなイメージでやればいいのか、というようなことが提言できればいいのかなど。

櫻井 先ほどの基幹型といったような話になりますけれども、例えば池田先生が熊本でおつくりになられました熊本モデルが全ての県で適切かどうか、できるかと言われるけど、決してそうではないと思います。例えば東京はどうなんだと言われるどなかなかが難しい。そうすると、全国という地図で見た場合に熊本モデルが適用できるところがどこで、適用すべきところがどこで、できないところはどういうふうにしてその地域を均質化していくのかという。そこがまだ見えていないというのが問題かなと思っております。

あと協議会の件ですけれども、愛知県では昨年度から協議会が始まっていますけれども、国立長寿はその取りまとめにもかかわっていないということに、わざとしてあります。具体的には名鉄病院の先生がやってくださっているのですけれども、そのような感じで基幹型コール連携協議会の推進役という必要はないのではないかと。むしろそうではないほうが、機能分化という意味でいいのではないかと考えております。

栗田 一つ質問ですが、名鉄病院はどちらかというと愛知県と連携して協議会のこと

深くコミットしているのですか、中心的な役割を果しているかというのですが。
櫻井 実は、名鉄病院は名古屋市ですので単位が少し違つてまいります。ですが、愛知県は名古屋市の疾患センターと愛知県の疾患センターと一緒にやろうということで進んでいくこと。

栗田 ありがとうございます。北村先生、どうぞ。

北村 先ほど中西先生がおっしゃったおり、やはり石川県も初めは認知症に関することはもうばらばらでした。それで僕が院長になったときに、とにかく認知症のところを担当する部署を一つに決めようと。結果的にはいま地域医療推進室がやつっていて、介護保険施設は長寿社会課がやるんですけれども、一応統一しました。結局、各県の事情が全然違いますから、その県で認知症施策に一体何が足りないかという事柄について、担当部署と認知症センターの人たちが話し合つてやらないと、会議のための会議をいくらくつつてもだめなので。

僕は県の幹部職員に一応なっていますから、おもしろくない人もおるでしょうが、自分の思ったとおりに全てできるんですね。ですから、いいか悪いかわかりませんけれども、研修会も内容も講師も全部決められる。そしたら足りないとこでは、やっぱりこういうことをしたほうがいいのではないかと。

石川県は金沢大学に神経内科があるのに、あそこが認知症センターじゃないのに何でという話はやはりあって。そのとき結構にはなりませんでしたけれども、認知症センターといつても、初め痴呆疾患センターのときは「どこで診断しますか」「救急対応をどこでしますか」だったじゃないですか。それで医療センターになつたら「合併症をどこに紹介しますか」とかとなつたけれども、結局、改めて認知症センターの目的を洗い直さないと。第7次医療計画では、精神科の各病院が転換できるとかとやつたんですねけれども、それと同じように研修などそういう中核的な立場をおいておくと、診断ができる、合併症対応をできます、生活支援をできますと、やはりそれぞれのやられている人によってイメージがいろいろ違うと思うですね。その辺をまずは整理して、その上で例えば「この地域は診断するところはいっぱいあるけれども生活支援でできるところがないね」とか、それは県で話し合つてもうとが、そんなところから連絡協議会のようなものが始まつていかないと、上からこんななのをやれと言つても一体何のことですかという話に多分なるので、どうすればいいかというのを県に一遍挙げてもらつたらどうですか。

栗田 せっかくなので、後ろに県ではないですけれども私はいるので。東京都は非常によくできていると私は思います。ただし、東京都は人口の規模が多いので仕組みが非常に複雑ですけれども、都の認知症施策全体と認知症疾患センターがよく絡むように協議体のヒエラルキーができているかと思いますので、大竹さん、少し説明していただけますか。

大竹 東京都では、先ほど来、栗田先生からお話をいたしている認知症支援推進セン

ターコーを、疾患医療センターとは別として健長寿にお願いしています。また、東京都では二次医療圏ごとに地域拠点型という都独自の推計を設けて指定して、一方で区市町村に1個ずつ設置しているものについては地域連携型というのでやっています。その上で全国の認知症疾患センターの質の管理をするためには、全国レベルでも厳しい協議会というものを確保していく必要があるのではないかと。

あと協議会については、東京都では名称としましては東京都認知症対策推進会議の医療部会という形で昨年度までやっています、そこでは主に医療関係の方など有識者を中心のご議論をいただく形をとっています。簡単にですが、都の現状については以上になります。

栗田 先ほど内海先生がおっしゃったように、1階建てからずっとできています。各市町村単位で認知症連携協議会もあるし、施策全体を協議する会議も同時に並行して動いています。その上で、二次医療圏で認知症疾患医療連携協議会というのを拠点型を中心にしてつくって、その上に東京都の認知症疾患医療センターの情報交換会と認知症対策推進会議の医療部会と。その上にさらに認知症対策推進会議というのが構造工にはできいで、全部同じメンバーが入れ子構造に入っているので、割と情報は共有できます。そこは医療だけではなくて医師会も入っていますし、介護関係も入っておりますし、さまざまな有識者も入ってPDCAサイクルを回していくということなので、結構シビアであります。それで事業報告をして、それについてみんなで結構厳しいことを言い合うという構造ができるので、多分そういうふうなことを設計していくことが、地域に応じて必要なだろうということかと思います。

先に進まないと終わらないので先に行かせたいと思います。

続きまして、論点3では、事業評価・分析・公表をせつかく全国でやっているので、誰かが集計して分析して公表しなければいけんだろうということで、全国レベルで事業の質の管理に向けて毎年実施されている全国の事業評価の分析結果を公表すべきではないかと。これを実施してPDCAサイクルを稼働させることには、今度は全国レベルでの協議会が必要なのではないかということを一つ考えております。

論点4についても一緒にやってしまいますが、全国研修会が既に動いております。全国のセンターの質の向上を目指して、定例的な全国研修会の開催を継続できるようにすべきではないかと。全国研修会の継続的実施については、全国レベルの協議会においてコンセンサスが得られるようにしておく必要があるのでないか。全国レベルの協議会では事業評価も行い、国の認知症疾患医療センターの全体の質の評価と、それにあわせて研修についてもさまざま意見を出していただくような仕組みが必要なのではないかと。また、研修会開催を例えれば47都道府県が自前でやることになりますとなかなか大変な負担ですので、開催費用等は国庫補助で対応できるようにしていくべきではなかろうかと。

論点5として最後にもう一つ、全国レベルの協議会の話が出たので。協議会のヒエラルキーの話で、協議会をたくさんつくつてもしまうがないというのは私も百も承知で、都道府県レベルの協議会をつくることが前提ですけれども、その上で全国の認知症疾患センターの質の管理をするためには、全国レベルでも厳しい協議会というものを確保していく必要があるのではないかと。このようなことで論点3・4・5をまとめさせていただきましたが、これについて講論をしたいと思います。どこからスタートしてもいいのですが、研修会の話が出てきましたので。研修会は日本精神科病院協会で古くからやっておりまし、近年は毎年、都道府県持ち回りでの草の根的な全国研修会も始まっていますので、その辺の情報共有をして上での研修会のことも話したほうがいいのではないかと思います。では、最初は草の根的なほうから情報を提供していただければと思いますが、内海先生、よろしくお願ひします。

内海 最初は、6年前に熊本で池田先生が県と共催という形で全国研修会を開いてくださいました。そのときに200名以上、全国のセンターから熊本に結集いました。参加者は、ドクター、コ・メディカル、行政の方がいらっしゃいまして、非常に盛り上がりでまだ来年も続けてほしいというご要望がありましたので、2回目を北海道の砂川でというところで、これまで年に1回、北海道の後は千葉、千葉の後は群馬、昨年は福島という形でバトンをつないでまいりました。

参加者は大体200名から300名で毎年運営されており、朝から夕方まで、そして懇親会も含めて交流を深めるような研修会になっております。参加費の部分でいえば、たしか熊本と北海道はながつたと思いませんけれども、その後はやはり運営が厳しいので3000円ぐらいいを徴収して参加していただいています。

これまで団体すらない、会の名前すらないという形で、グリラ的にただバトンを次にねーんと渡してやってきて、これでは事切れるだらうということで、今回、一般社団法人として「認知症疾患医療センター全国研修会」をつくりました。代表は私がさせていただいた形式で「認知症疾患医療センター全国研修会」をつくりました。代表は栗田先生、池田先生、田中先生、そして藤本クリニックの藤本先生とで話し合ってようやく会を設立し、研修会をしております。

栗田 では、渕野先生から精神科病院協会の取り組みについて。

渕野 精神科病院協会は別に大差があったわけではなくて、本来これは国がやるべきことですね。国がやらないから、皆さん草の根的にやらざるを得なかつた。本来は国がきちんと研修会をやると。これは僕は昔から思っていましたけれども、ずっとやる気もないし、やらないから、みんながやり始めたというだけのことで、僕は今でも国がやるべきだと思っています。

一般社団でつくられたといいうけれども、いわゆる経済的な担保は何もないわけですよ。それはよくないと思う。要するに国が補助金を出してこういう団体さんにお願いするというスタイルをとるべきだと思います。それをしないと、これははずっと大変ですよ。

我々はただ国に物申しているだけの話であって、あの施策がよくないとかどうかしろとかお金を上げろとかそんな話ばかりしておりますので。これははずっと続けていて、国に対して物申したいというのが私のスタンスです。

池田 1回目に熊本でさせていただいたときに、熊本のメンバー全員が精神科病院協会のメンバーなので、もちろん渕野先生たちがされていることは重々わかっていたんですねけれども、要するに熊本で始めた目的は、お互いがどんなことをしているのかわからなないと。

熊本は全部集まるんですけれども、それでも隣の県の仲間が何をしているかわからないう県によつては同じ県でも隣の疾患センターが何をやっているのかもわからなといふことで、情報交換をしたいといふ声が非常に多かったので始めました。

それで皆さんの努力で代々ボランティアで主催をしていただいて、確かに経済的基盤は全然ありません。それで僕も渕野先生がおっしゃるように国が援助してくださいと一番いいなとは思いますが、いい点もあって、財原もどこからもらっているわけでもないので、実は薬剤メーカーなどいろいろな施設が中心になってやろうかというお声もかけていたいたいことがあります、割とフリーハンドにしていると好き勝手にディスカッションてきて、お互いの情報交換という最初の目的ができるので、それはいいかなと思つています。

ただ、前老健局長からも学会の立場としてきちつとそういうものに応援してほしいという依頼を受けましたので、認知症学会と老年精神医学会で、もし研修されるんだつたら講師の派遣ぐらいは学会の費用できちんとバッカアップをさせていただくということは絶東はしているんですねけれども、今のところその程度で情報交換をやつてているというタッチです。

栗田 池田先生は老年精神医学会の理事長でございますので、嘘はないかと思います。

池田 1人分ぐらいはなんとか。

栗田 ほかにいかがでしょうか。渕野先生のおっしゃったように、確かにこの研修会は國家としてやっていくといふスタンスがやはり大事であろうとお話しいただきましたけれども。田中先生、どうぞ。

田中 渕野先生のお話を伺つて大変心強く思いました。私が群馬でやりました第4回目ですか、本当に手弁当でスタッフが全部持ち出で。実はそのとき任意団体でしたので、群馬県に12ある疾患センターの全ての先生に、みんなでやつて群馬県の連携のよさを全国にPRしたいとお願いをしましたところ、山崎先生には任意団体が何ができるんだとお叱りを受けましたし、やはり任意団体ですと赤い羽根募金や日本財團からも補助金をいだく核もありませんので、資金集めは大変苦労いたしました。

いうことは大変お願いしにくかったですので、親しくしておられる先生が受けたはくくださいけれども、継続的にそういうことをやつしていくことに關しては、栗田先生が書いてくださっているように国庫補助のようなもので応援をしていただくことが、研修会そのものの

質を担保することにもなるかと思います。

私たち民間はそれでも少し持ち出しができまされけれども、公的病院には予算といふものがありますのでお願いするということは無理難題になるかと思います。そういった意味では、今年もう6年目で藤本先生が開催してくださいますが、よりよい研修会を6年7年と継続していくには、ぜひ質の担保といったところに学会からの応援だけでなく国庫補助の応援もいただきたいかなと思います。

栗田 内海先生に質問したいのですが、この研修会は47都道府県で順繰りにやつてい

くということでしたけれども、その意味というか効果というか、その辺をちょっと伺えま

すか。

内海 47年かかるわけですかけれども、群馬県で田中先生がなさつたときに、私たちもうですけれども「さあ、全国研修会をやるぞ」となったときに、やっぱりすごく結束するんですね。仲間意識も出てきますし、そこからまた非常に密なセンター同士の連携がどれども、本当に隣のセンターは何をしているかわからなといふ都道府県も、やはりあると思うんですね。ですから、まずは自分たちの都道府県のセンターだけでもいいから手をつないで輪になってということをすれば、ぜひ自分たちの県の基盤を固めたいということに開催していただければと。

栗田 都道府県の認知症支援のレベルそのものも大きく上がるということがありますね。ありがとうございます。田中先生、どうぞ。

旭 私どもも千葉県で認知症に30数年かかわってきて、最初は千葉認知症研究会といふのは私的な研究会で、21年前に立ち上げまして県内500人ぐらいがずっと集まつて。もう一方では県だけではなくっと不十分だというので、地元の私どもも松戸市でも松戸認知症研究会も同時に立ち上げて、全部自主的に会費1000円ずつぐらいで集まって毎年やつています。

やはり10年やるとその中に県や市の人たちが入ってきて、それでいろいろ積み重ねて、実はこの研究会も今度は市の事業としてやりますとか、県の事業としても参加したいといふ中で行政の人たちが入ってきて、認知症対策室が県にできたり、市のほうでも認知症の担当部署ができるて、そこはもう10年以上定着しました。よく言われるように行政は2~3年するとまた変わりますけれども、とりあえず認知症に関してはそこが必ずやるということで定着すれば、確かに次の人が来ても実績がかなりありますから、やはり半年ぐらいたと順調にいくのではないかと思っております。

まあ、国の悪口を言うんじゃないけれども、そういう意味で国からやつて下へおろして出したのでは、うまくいかない部分があるのではないかと思っています。やはり地道に10年20年やると、私の経験からほんとうに出来て、私も今またまた東北や四国の方にも行つていろいろなことが出来て、私も今またまた東北や四国の方にも行つて、いま認知症はどうやればいいのかというの、どここの地域に行つても求められていきます。そういうノハウがかなり蓄積したもののが、いま市町村、県単位で

役立つ時代になってきたなと思っています。

私ごとですけれども、私のその本『隠れ認知症』は40年近くずっと地元で認知症の初期から終末期まで数千人の人を診た中で書いたものなので、まだ参考にしていただけばと思います。ありがとうございます。

栗田 このテーマ（論点4）と、もう一つこのテーマ（論点5）もご意見をお聞きしたいと思います。このように国家のレベルで研修事業をやろうということになると、やはり全般的なコンセンサスを得るプロセスがどうしても必要になります。そして全国レベルでの協議会の設置を考える必要があるのではないかと思います。しかし、果たして全国レベルでの協議会を設置する場合に設置主体はどうあるべきか、構成員はどう考えるかと。これは技術的な問題なのかもしれません。細かいところはよろしいかと思いますが、全国レベルでの協議会を設置することについて自由なご意見をいただければと思います。このテーマについて何かご意見のある方はいらっしゃいませんでしたでしょうか。——では、中西先生。

中西 先ほどどの研修会でも、渕野先生がおっしゃったようなお話を私もすごく同感です。私はこれもやはり行政のほうが主体というか、やつていい必要があると思っています。それで大阪市でも協議会は実は行政が引っ張っています。名前の違う協議会のような活動は世の中にたくさんあると思うのですが、やはり行政が引っ張っていく。先ほどの研修会も、公的にこれと連動して位置づけていくことが必要ではないかと。

栗田 ほど質的な話がたくさん出ていますが、例えば皆さんのご所属も理解のあるところばかりではないですし、公的な事業として請け負って公的に出していくことと思ったときに、やはり任意団体である場合はそれが出張として認められないとか、いろいろな問題も出てくると思うので、非常にハーバードが高いのは私自身よくわかっているつもりですけれども、やはり何らかの形で公的に位置づけることが必要なことのように思っています。

栗田 ありがとうございます。渕野先生、どうぞ。

渕野 僕は、これ（全国レベルの協議会）は要らないと思っております。いま国立長寿さんが医療介護推進会議をやっています。あれは何ですかという話ですね。あれは何でしよう（笑）。要は、もしこういう協議会を全国レベルでやるときに、さつき言ったようにメンバーや問題なんですよ。いま国立長寿さんのやつていらっしゃるのは、医療の人も介護の人もいろいろな分野の人、もう認知症にかかる全ての人が集まっているんですね。そこで話し合われることはつきり何も決まりませんよね。ただ、「どういう活動をしますか」だけしかないようにですね。こんなのかつくったとしても、やはりメンバーによつては何かまとまりのないものができますと。これよりも、まず地域の連携協議会をもう少ししっかりしないといけないのではないかと思います。

実は設置基準に「行うこと」というのがあって、各センターは行うことしかないので、1県に一つのセンターだつたときと、今1県にいっぱいあるときと、状況は変わってきているんですね。昔は1県に私のところだけだったので、県を呼んだりいろいろ呼んでみんなから吸い上げていろいろなことを聞いて、私がいろいろ要求したりしていたんですが、

いっぱいになつくると、先ほど言ったファーストタッチじゃないけれども、まずは地域の人たちの意見を聞く、そしてセンターが今度集まって行政も集まってその都道府県の方針を開く、それでこうしてほじり方をまず確立しないと、これを先につくつてしまつても、まず地域ができるないのでよろしくないのでないかなどと思います。もっと地域をしっかりとからでもいいのですね。

櫻井 今ご紹介いただきました認知症の医療介護推進会議は、認知症に関するさまざまな職能団体や学会があつて連携が全然わからなく、例えば人材育成の研修会もたくさんあります。いいことをたくさんやつてしまつしやるのですけれどもお互いが何をやつているかよくわからぬ、それを全国としてまとめいことういう趣旨でやつているものでございます。

話は少し違いますが、私はこういった全国レベルの協議会はやはり必要ではないかと考えております。それを国のレベルトップダウン的につくるという考え方と、今までやつていらっしゃいました草の根的にボトムアップでつくっていくという考え方と、今までやつたのかなとは思います。確かに経済的な面では国についていたくだくことが運営上は必要であろうとは思いますが、先ほど池田先生がおっしゃいましたようなフリーな討論を残すという意味では、例えばいろいろな大会の全国大会のような位置づけでつくつていくと、本来の目的に近いものができるのではないかとは考えております。

栗田 渕野先生のご意見も非常に重要なご意見なのではないかと、私は思います。確かに、渕野先生がおっしゃるように心してくらなければいけないです。これはなかなか大変なことですよね。

渕野 いや、何を目的とするかがわからないです。

櫻井 やはり最終的には、認知症の医療を全国でどこでも同じものをつくついていくか、ということで、先生のおっしゃるどり地域でます均質化していこうよとということです。その流れをつくる一つの手段として、全国レベルの大会を全国で持ち回つてやるというの大変い方法ではないかと思っています。

栗田 これは少し議論が必要ですね。先生、何かご意見はありますか。

池田 熊本でやったときはまさか続くというか、本当に僕は無計画で皆さんにご迷惑をかけて申しあげなかつたんですけども、九州の疾患センターの皆さんからお互いが何をやつているのか知りたいという声が上がったので、それなら熊本県の人と県庁の地下室で使つてやればお金もかからないやうかと。1回で終わると思っていましたが、皆さん集まつてくださったときに「ぜひ次回の年もやろう」ということになって、まさに草の根なんですね。

お2人の先生がおっしゃったことは、僕は両方もよくわかります。ただ、地域できちつとつくるといふことは非常に重要で、例えば中西先生や北村先生が県や市におられることによって全然違うと思います。熊本県も熊本県の中に非常に理解のある官僚の方がいらっしゃつたので、二人三脚でできたんですけれども。ですから、やはり各行政の

中で一本化して認知症の担当部署をつくって、そこに本当に責任のある方がいらっしゃって、こういうものを地域からつくることがます一番大事なのがなと。その司令塔が行政の中にないと、地域で我々がいろいろ動いても長続きしないし、地域差は出てくるのではないかと思います。

栗田 例えば今日の委員会は地域の人たちの集まりでもあるわけですが、確かに平場で議論をするということは、こういう研修会をやっていく上では恐らく今後必要なんだろうなと。ただ、これを協議会というかどうかは別としてですね。委員会でしようかね。多分、皆さんもその辺でコンセンサスを得るのではないかと思いませんが。どうぞ。

江澤 協議会の設置はいろいろ議論がある中で、研修会は確かに都道府県をまたぐとかなりわからぬ部分があるので非常に有効だと思います。いま例えば本省が主体の地域医療構想の会は定期的にやっていますけれども、必ず都道府県の医師会の役員と行政がセットで来てくださいと。日本医師会の一部の研修会においても、行政担当者と医師会の役員担当者が一緒に来てもらいたいという研修会が実はあります。

やはり認知症医療センターの許認可是都道府県がもう少しちゃんと責任をとつて質を高めていくとか、認知症の医療提供体制は県がかなり責任を持つて、住民に対してちゃんと認知症医療あるいは介護においてうまく回っていくようなことは、都道府県が実際責任を持って主体的にやつていくべきなので、ぜひ研修会に必ず都道府県の担当者と来てもらう。そうすると自然に顔の見える関係ができるんですね。

私は県の医師会のときには、例えば市町村の地域包括ケアの担当者と地域包括ケアの担当地区医師会の役員あるいは会長と同じ島でグループをつくって数年前からやって、最初はおつかなびっくりでやったときもあるんですけども非常にいい関係性ができた。こういう会議では並ぶことがあっても、例えばグループワークで一つの議題を行政と医師会とかいろいろな関係者が平場でディスカッションは実はないんです。会議では、「こんなちはまたですね」という感じですけれども。ですから研修会に必ず都道府県の行政の方がどん参ん参加して、やはりそこが一番のチャンネルだと思うので、ぜひそれをお願いしたいなと。これは全く個人的でお門違いと言わいたらそういうけれども。

いま地域医療構想調整会議が各地で行われていて、精神病床はまだこれからですかとも、認知症だけについては地域医療構想調整会議と一緒に議論しておかないといけないテーマです。これがもう本当にふえてコモンドィーズですので、県の担当者のほうも認知症に対する意識が高まってくると思うので、こういうところにぜひ医療職と長寿社会課の方に参加していただければありがたいかと思っています。

栗田 非常に重要なご指摘だと思います。研修会は、都道府県と地域の医師会と一緒に運営していくやり方が恐らく重要だらうと思います。ありがとうございます。

時間がそろそろ参りましたので、(論点) 6・7については既に先ほど厚生労省の清水さんから説明をいただいたことでありますので、私から簡単に。(論点 6) 認知症医療センターと地域包括支援センターとの連携についてです。ここに予算的な配分をしていく、評

価していることで、現在、概算要求の最中だとは思います。確かに認知症医療センターにおける診断後支援のところにフォーカスを当てた役割は非常に重要で、特に日常生活支援とともに連絡するという作業を医療機関でちゃんとやるということが実際に重要だらうと。ただ、実際にお金をつけていくということになると、現実はどうなんだという実態の調査をしなくてはいけないのかなど考えています。

ちなみに若年性認知症の診断後支援は、沖縄県の認知症医療センターでは一律にきちんとやっているという話をつい最近聞いて驚きました、実は厚生労省の協議書のデータがありますので、2016 年の協議書の調査をさせていただきました。先ほど皆さんのお手元に、「認知症医療センターにおける認知症疾患の年間鑑別診断数と発生率の検討」という 1 枚物のペラ紙をお配りしました。下が若年性認知症の方の新規の診断数です。MCI も入っていますけれども、毎年 2267 人の若年性認知症の方が認知症医療センターで診断されています。特に若年性認知症の方の新規の診断数です。MCI も入っていますけれども、毎年 2210 人が診断されているということもありますので、非常に高度な技術が必要になります。認知症医療センターは、こういうところをきちんとやれるようにしていくことが多分必要だと。

ただ、もちろん若年性だけではなくて、日常生活支援、特に独居高齢者の日常生活支援の問題が非常に重要なテーマになってきております。ちなみに高齢者のほうでは毎年 8 万 2210 人が診断されているということです。この内の 3 割ぐらいは独居かもしけませんので、このようないることについて医療機関でどのように日常生活支援につながっているかを調査する必要があるのではないかと考えているところでです。

(論点 7) もう一つが、都道府県単位の総合相談センターを設置してはどうかといいう提案もありますが、清水さんのほうから何か一言ございますか。

清水 少し唐突かもしませんが、これは私から栗田先生に相談させていただいた件です。都道府県単位といいうもの別に決ちついているわけではありませんが、今いろいろな相談窓口は、市町村がすごく頑張っていて、ホームページなどを見るとすごくきれいに相談窓口が整理されているところもあります。しかし実際、本人や家族や一般市民の立場からすると、みんなホームページを見ているかということもありますし、ワンストップ窓口的な、そこで何かをするというわけではなくて、とりあえずどこかに聞けば「あなたはここに相談する」と振り分けれる機能を持つところがあつてもいいのではないかと思っています。

それをどこがやるのがいいのかといったときに、市町村は実務としていろいろな窓口であります。それは確かでなければども、その辺の情報全体を見て、医療計画等の絡みで都道府県単位であつてもいいのではないかと思ったときに、行政でやるのがいいというのもあると思います。単に県庁の中やるのもいいと思いますし、もしかしたら認知症の関係で協議会としての役割の中に一つ含めてもいいのではないかと。

構想などで別に何か決まったわけではないでけれども、そういう相談窓口的な役割も含めて、ここにいらっしゃる先生方は疾患センターの立ち上げにずっと携わってきた先生方なので、ご意見としてただければどうぞということで論点に出していただきました。自由な

意見が欲しいなということです。

栗田 ただいまの論点6・7につきまして、ご質問、ご意見を自由にご発言いただければと思いますが、何かござりますか。——では渕野先生、どうぞ。

渕野 二つ。先ほどのこの表（『認知症疾患医療センターにおける認知症疾患の年間鑑別診断数と発生率の検討』）で若年のこれだけの診断ができるのですか、医療機関はどうなんでしょうか。民間精神科病院ではなくて、割と総合病院的なところが多くたかどかとかはわかりますか。

栗田 今日は分析結果を出していませんが、もちろんわかります。

渕野 多分そではないかとは思いますが。また次に教えてください。

それから今の相談は誰がやるんですかね。はつきり言って地域包括ケアですよね。地域包括ケアですっとやっていて、市町村がもうやり過ぎるぐらい一生懸命頑張っている。それで厚労省がどんどん施策を打ち上げれば、みんな地域包括に任せるというスタイルをやつてきたわけです。それを今さら県も何もしましようがなんていふのは既に遅いで、彼らが大変苦労しているので、それを上手に使えば、より相談しやすいのではないか。やはり地域で皆さん相談しやすいかから、いま一生懸命できているのに、突然県にというか大きなところに地城も違うところから電話したり電話しそうなところもあるのですが。これは私の意見です。

栗田 ありがとうございます。はい、どうぞ。

田中 地域の医療・介護の連携の中の、まさに医療・介護相談窓口をつくりなさいというのが、アからクの例の地域づくりの中にあったかと思います。群馬県においてもようやく相談窓口が各地区医師会の中につくられた時期でして、そこが地域の方の相談窓口として認知症の振り分けであったり、地域包括支援センターを補完するような形で相互に連携をし合ってしていくことが、恐らく求められていることなのがなだと思います。

相談窓口の課題の受付という位置づけは県単位で必要だと思いませんけれども、県民が相談するということになると、やはり地域のほうが近いのかなという気持ちがします。それで最初にこのお話を聞いたときにイメージがつかなくて、何について誰がどんな人に相談をするのかというところで、現場レベルとしてびんとこなったなどというのが一つです。

もう一つは、北村先生や中西先生がいらっしゃることによって、認知症に関する歴史やいきさつを先生たちがずっと把握しているので、恐らくこういった自治体の方たち非常にやりやすいんだと思います。しかし一般的な行政では担当官の方ががわられる都度、私たちが2年前からこうでした、こうでしたとお話をしても、ようやく物事を継続しているところがありますので、そういう意味でも相談者を誰に置くかということが逆に非常に難しくなるのかなという気がいたしました。

栗田 ありがとうございます。それではよろしいでしょうか。——どうぞ。

櫻井 相談窓口というのは、今もう既に本当に数多く存在していると思っております。

疾患センターでも恐らく年間数百ぐらいの相談もありますし、薬局でも歯科でもやつております。ですから私の個人的な考え方ですかでも、総合どちらでも、総合といいますので、今あるもので、今あるもので、ここに一極集中してしまうともいえます。

江澤 地域包括ケアも地域の特性に応じてということで、いま日本中、今後の人口推移も全く違うわけですから、金太郎あめ的な政策というのはもうあまり要らないのかなと。ですから総合センターが必要な都道府県もあれば、もう必要ないところもあるでしょう。

認知症の医療という形でも十分できていて課題が少ないとこちらもあれば、これからやつていかなければいけないとこころもあると思うので、なるべく地域に責任を持つてもらつて地域の実情に応じてやつていく。全国一律というの今はまだなんじまなくなっているので、そのあたりも重要な視点ではないかと思っております。

栗田 ありがとうございます。大体皆さん同じ意見ということでよろしいでしようか。それは時間ですので、最後に今後の調査計画だけお知らせさせていただきます。一つ目は平成29年度協議書による全国のセンターの事業評価を、これから作成いただこうと思います。これは次回の委員会でご報告させていただきます。それから二つ目の都道府県連携協議会の実施状況につきましても、調査方法はこれから考えますが、再度検討させていただければと。最後の三つ目は現在の認知症疾患医療センターの調査ということで、地域包括支援センターとの連携状況、特に診断後支援という観点でぜひ調査しておければと思います。

これから調査票案を作成いたしますので、タイムスケジュール的にはぎりぎりにはなりませんが、次の第2回委員会で調査票案を確定するようなプロセスでやらせていただければと考えております。

これまで本日の議事は全て終了ですが、何か追加でご発言をしておく必要がある方はいらっしゃいますか。

渕野 今の最後の2点ですけれども、センターの事業評価はいいんですけど、私が先ほど言ったようにみんなボリュームも違うし、やはり同じ地域型でも機能が相当違うんですね。それを一緒にされては正しい評価にならないので、その辺は少し仕分けをしていただいたほうがいいかもかもしれませんね。

それともう一つ、地域包括支援センターとおっしゃるけれども、センターが1個しかない県で地位包括が50とか、60とかあるわけで、自分の圈域のところの地域包括といいう考え方にはないと、よその圈域の地域包括とはそれほど連携をとつていないとかいろいろありますので、同じ圈域なのかどうなのかとか、今までできているかと、今どのようにできているかと、というのがないところを悪いかなと。

栗田 最後の文言は先ほどの厚労省の文言をただコピペしただけのもので、私もまだイメージがはつきりと湧かないんですけども、これからどうかみ替いくか少し検討させています。ただ、診断後支援という観点が、恐らく診断して終わりと

いうことではないんだということを強調しないといかんかなと。特に連携という観点で、やはり圏域の地域包括支援センターとの連携は核だと思いますけれども、そのようなところ少しきめ細かい内容を検討させていただければなど。まだ頭の中はゼロでございまして、すみません。

渕野 最近、診断後支援というのが公明党の骨子にも出てきていますけれども、診断後支援は最初からわかっていますよね。

栗田 そうですね。普通の日本語（笑）。

渕野 オレンジプランができたときに、早期発見、鑑別診断ばかりを言っていたじゃないですか。この10何年ずっとそれで来ていて、あとのこととは知らないんですもの。最近、認知症が進んだときだと終末期とかと言い出しましたけれども、そのことをやはり頭に入れてやらないと、早期発見と鑑別診断だけしか頭にないのはよくない。

栗田 そうですね。重要なキーワードだと思います。ありがとうございます。どうぞ。

谷向 一番最後の調査に関して、先生がどのようなイメージかというのはこれからなのかもしれないですかけれども。

栗田 申しあげないです。

谷向 429センターの連携の状況だけではなくて、要するに双方のあれでちゃんとやっているかどうかというような評価も、地域包括を全部加えたらとても大変だと思うんですけども、やはりそれがあって初めてちゃんと評価ができるということなので、ぜひこれからも視野に入れた計画にしていただきたい。

栗田 そうですね。お金があるかどうかちょっと……（笑）。一応、先生のご意見は検討させていただきます。ありがとうございます。

それでは、これで本日の会議は終了とさせたいと思います。最後に事務をお願いいたします。

事務局 本日のご議論、ありがとうございました。今年度は3回ほどの委員会を予定しておりますので、年内にもう一度ぐらい、第2回目の委員会の日程調整をご連絡させていただきたいと思います。資料につきましては重たいものですので、黄色い封筒でこちらからご郵送もいたします。もし必要という方は資料を置いてご退席ください。

それから最後にお願いがございます。旅費と本日の謝金のサインにつきまして、先生方のお手元に封筒あるいは用紙を用意してございます。認め印をお持ちでない先生は印鑑を打ってくださなくてもいいのですが、直筆のサインを頂戴する必要がございますので、本日それをお書きいただけてからお帰りになりますように、どうぞよろしくお願いいたします。以上でございます。

栗田 それでは本日の委員会はこれで終了させさせていただきます。皆さん、どうも長い間ご協力ありがとうございました。

事務局 お疲れさまでございました。

（終了）

栗田 3連休の最後の日、また、クリスマスイブの午後にお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。これより、「認知症医療センター」の効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」の第2回検討委員会を始めさせていただきます。

前回、冒頭にお話しさせていただいたのですが、この委員会は平成27年度と平成28年度に行つた、認知症医療センターに関連する委員会の続きということになります。前々回の委員会では提言を出させていただき、前回の委員会では認知症医療センターの実績評価と協議書の内容やガイドラインなども出させさせていただきました。今回はそういうことを踏まえ、認知症医療センターの事業の質をどう高めいくか、管理していくかということを基本的なテーマとして、皆様に活発なご討議をいただければと思います。

最初に、今日は厚生労働省の清水専門官に来ていただいておりますので、最近の動きについて少しお話しいただいてから議事に入りたいと思います。清水さん、よろしくお願いいたします。

清水 皆さん、こんには。厚生労働省の清水です。今日、ここに来るときにもクリスマス、クリスマスという感じだったので、出席率もすごく高くて、お疲れさまでございます。(笑)

最近の動きということで、まずは事務的な話ですけれども、先日、平成31年度の予算案が厚生労働省のPR版として出され、ホームページにも出ています。疾患センターについては、去年は8億円ぐらいだったので、11億円という増額要求で、ほぼ通りそうな状況です。通常の500カ所を目標とする整備に関する予算のほか、前回も少しお話ししましたが、今年度は地域包括支援センターとの連携を円滑に進めるための人員を疾患センターに専属で配置するための予算を新規要求しております。いろいろと質問はされましたが、これも問題なく通りそうということで、引き続き連携して取り組んでいただければと思います。

最近の動きとしては、先日、新聞にも出ましたので、ごらんになつた方もいるかもしませんが、認知症施策については厚生労働省というより、政府を挙げてしっかりと取り組んでいきましょうということで、官邸のほうでも大分関心が強く、今週、閣僚会議（認知症施策推進関係閣僚会議）というものが立ち上がります。もともと新オレンジプランは関係11省庁のみんなでつくったという位置づけですので、これまで何が変わるというわけではないんですけども、国として認知症施策にしっかりと取り組んでいきましょうということを改めて確認する意味で、首相がトップになつた閣僚会議が新しく立ち上がります。

みんなで一緒に取り組んでいきましょうということだけなんですけれども、疾患センターはもちろん、いろいろな施策、あるいは研究などについても、大分しっかりと経費がつくような形になります。この機会に足りていないところは追加していくなど、いろいろな見直しをするのに一番いい時期になると思いますので、それを踏まえてしっかりと取り組んでいければと思っております。

平成30年度老人保健健康増進等事業（老人保健健康事業推進費等補助金）テーマ番号：82
認知症医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業
第2回検討委員会

日時：2018年12月24日（月）15時00分～17時10分
場所：東京八重洲ホール901

この老健事業については、栗田先生から論点整理のページが提出されていますけれども、もともとしっかり計画的に取り組んでいただいていますので、何かを変えろということは全くないかと思います。ただ、特に基幹型の類型——基幹型に限らないのですが、疾患センターの類型のあり方や、質の管理と地域連携について、今年度の老健事業でしっかりと改めて提言を出していくだけではなくて、来年度以降に反映できるのではないかと思いつますので、引き続き、よろしくお願いしたいと思います。今日はよろしくお願いします。

栗田 どうもありがとうございました。それでは早速、次第に従つて議事を進めさせていただきます。最初に「(1) 第1回検討委員会における議論の要約と論点整理」として、復習から始めさせさせていただきます。(以下、プロジェクト使用)

これは資料1の最後のページに書かれているものですが、この委員会の今年度の討議テーマ、論点と調査計画をまとめたものです。前回は、ここに記載している七つのテーマについて自由にご講義いただき、今日、後ほどお話ししますが、調査のことを計画させていたいたいということです。この七つのテーマについてどういう議論がなされたのかを、この論点に従つて復習させていただきます。

まず(論点1としては)、身体合併症急医療機関としての機能よりも、都道府県・指定都市の認知症施設への助言や、都道府県の認知症疾患医療センターの質の管理(事業評価、人材育成など)にかかるべきではないかと。これは平成27年度の委員会で提言させていただいたものです。ただ、この基幹型の要項(要件?)はそのまま残っていますので、今回の委員会でもう一度、きちんとこの問題を取り上げておこうということで、皆さんはいろいろなご意見が出ました。

その代表的な意見の一つとしては、身体合併症の問題は確かに、認知症疾患医療センターの3類型が2010年にできたときには、どこでやるのかということが結構議論されたのですか、今は認知症ケア加算というのも設けられており、一般病院でも認知症の方の身体合併症に関する敷居は大分下がっているので、この基幹型の要件はもう必要ないのではないかと。

そして、基幹型の役割は都道府県の事業の質の管理や人材育成であると考えるべきではないかと。事業の質の管理、特に事業評価については、第三者が入ることが大事ということで、都道府県の認知症疾患連携協議会と連動してやつていく必要があるだろうと。

そして、現在ある16の基幹型をどうするのかという議論もしていただき、それはそれでそのままにして、現在、基幹型のない都道府県について、上記の役割を担うセンターを1ヵ所設置していただくのはどうかと。ただし、地域によって実情も違うので、基幹型が必要かどうかについては、地域の実情に合わせて考えてくださいといふのがよろしいのではないか。こういう議論をいただきました。

それから論点2については、都道府県認知症疾患連携協議会に関することです。これは6割の都道府県にしか設置されていないと。しかも、その目的は実施要綱上、連携の促進

と書かれているだけで、はつきりしていないということもありますので、それをどうするかという議論をしていただきました。

実際に協議会と名のつく会議は数は数はあると。これは私も本当にそのとおりだと思います。しかし、ほとんどはただの話し合いの場で、システムをつくり、ミッションを持つたりしていないのが実情である。協議会の下に具体的なミッションを持つワーキンググループを設置し、実際にPDCAを回していくことが重要である。こういうご意見もいただきました。

また、都道府県レベル、市町村レベル、日常生活圏域レベルでチャンネルが違うので、そことの連携をどうするかもきちんと検討する必要があるということでした。さらには、都道府県の下の部分——「1階部分」という表現もしていただきましたが、各センターで開催される連携協議会についても、実際に何をやるべきなのかという戸惑いがあり、実際にやっていることがばらばらであると。実施要綱上、センターで行う連携協議会もあるのですが、そこで何をやるかということは非常に漠然としており、実際にはばらばらであると。その1階部分に相当する、センターが開催する協議会でもきちんとPDCAサイクルを回し、そこで意見を都道府県協議会が受け上げて、さらに各センターの協議会にフィードバックする体制をつくっていくことが必要である。こういう議論もいただきました。

さらに、連携協議会とともに、認知症疾患医療センターの相談員(連携担当者の会議)があり、そこでより実務的な議論が行われている都道府県もあって、それが非常に効果的であるというお話をいただきました。さらに、各圏域の認知症疾患医療センターの特徴、例えば診断が強いとか、生活支援が強いとか、そういうものを全体的に見渡し、圏域ごとの課題を明確にして対策を考える議論を都道府県レベルで考える(設置する?)必要があるだろうという議論もいただきました。

それから(論点3)、全国研修会については、6年前より年1回、既に行っています。これは草の根的な全国研修会ですが、熊本、北海道、千葉、群馬、福島とバトンをつなぎきたと。今年、この研修会の基盤となる組織体がないので、一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会というものを設立し、そこでマネジメントをしながら、全国研修会を続けていくという体制づくりを始めたというお話をいただきました。

ただし、それは経済的な担保が全くなく、それはあまりよろしいことではない。国が補助金を出して、こういう団体にお願いするという形をとるべきではないかというご意見をいただきました。

この研修会は熊本でスタートしたのですが、その背景としては、お互いに向いているかがわからない、特に県をまたぐと全くわからないので、情報交換をしたいということから始まったのです。さらに、都道府県の持ち回りで全国研修会を開催する。現在行っている研修会ですが、それによって、研修会をきっかけに県内のセンター同士の情報が共有され、結果が高まり、都道府県の認知症疾患医療センターの質の向上に大きなインパ

クトを与えるというお話をもいただきました。

さらに、先ほどありましたように、都道府県をまたぐと状況がわからぬといいう部分があるで、全国的なレベルでの研修会は有効であると。ただし、認知症疾患センターは、都道府県に責任を持つて主体的な事業を運営していく必要があるので、この研修会には都道府県の担当者と一緒に来ていただくことが非常に重要なというご意見をいたしました。

この研修会で共有される内容としては、トップダウンで「こういうことを学べ」という形ではなく、それぞれの地域で地道に積み上げてきたノウハウを学ぶことができるようにすることが重要であるというお話をもいただきました。

論点4と論点5はまとめました。一つは、この委員会で実績報告書の書式をつくったのですが、実際にはその実績報告書の集計・分析が行われておらず、公表もされていないので、それは問題ではないかと。もう一つは、実績報告書のデータに基づいて、PDCAサイクルを回せるようなな仕組みとして、全国レベルの協議会が必要ではないかというテーマを出させていただいたのですが、それについてはこいつるいう議論がありました。

全国レベルでの事業の質の管理に向けて、毎年実施されている、全国のセンターの協議書兼実績報告書の集計・分析結果をきちんと公表するべきではないか。それを実施し、PDCAサイクルを稼働させるために、全国レベルでの協議会の設置が必要ではないか。こればかりがテーマとして出させていただいたものですが、その協議会は行政が主体となつて運営する必要があるだろう。全国研修会もこれと連動して、公的な位置づけにしていく必要があるのではないか。こういうご意見をいただきました。

一方、全国レベルの連携協議会は必要ないではないかというご意見もいただきました。メンバーよりによっては、何も決まらない会議になってしまう可能性がある。それよりは、今、都道府県あるいは各センターで連携協議会を行うことになっていますので、そういう地域の連携協議会をしっかりとさせなければいけない。

あるいは、その反対ですが、やはり全国レベルの連携協議会は必要であるというご意見もいただきました。ただし、その連携協議会をつくるに当たっては、トップダウンでつくる方法とボトムアップでつくる方法があるだろうと。トップダウンでつくる方法は、予算・運営面では有利である。しかし、自由な討論ができるという点ではボトムアップ型が有利ではないか。こういうご意見もいただきました。

こういうご意見等を踏まえ、協議会と呼ばかどうかが別として、事業の質や研修会のこととを平場で議論する場は確保する必要があるのではないかということも話題として出させていただきました。

これは後ほど枝広から細かく説明させていただきますが、全国の実績報告書を集計してみました。これは類型ごとにクロス集計をしたもので、例えば相談件数を見ますと、年間の電話の相談件数の中央値、面接の相談件数の中央値、訪問による相談件数の中央値が出

ており、予想内のことではありませんけれども、とにかく幅が広いんですね。例えば面接の相談件数も、基幹型 地域型、連携型と分かれていますが、最小値はゼロで、最大値は、これは外れ値ではないかと思うんですけれども、1万 2202 ということについても、非常に格差が大きいことがわかります。

これはほかのデータを見ても、全てに言えます。例えば認知症疾患の鑑別診断件数、代表的なアルツハイマー型認知症を年間に何件、診断しているのかということについても、中央値はこの辺ですが、最小値と最大値の間にこれだけの差があります。年間に1人しか診断していないセンターもあるということです。血管性認知症についても同じですし、レビール小体型認知症についても非常に格差が広いということです。

それから、若年性認知症の話がちょっと出て、渕野先生から、一般病院と精神科病院ではかなり差があるのではないかとというお話をもいましたので、医療機関種別のクロス(集計)をかけてみました。例えばアルツハイマー型認知症の 65 歳未満の方を年間に何人診断しているかを、一般病院、精神科病院、診療所で見てみました。平均値をとりますと、一般病院は 3.5 人、精神科病院は 2.6 人で、差が出てくるんですけれども、中央値をとるとほぼ同じです。最小値は、やはり同じようにゼロのところがあります。

最大値は(一般病院が) 31、(精神科病院が) 15 で、倍ぐらいの開きがありますが、一般病院だからといって、そんなんにたくさん診断しているわけでもないと。逆に言えば、精神科病院だからといって診断していないわけでもなく、それなりに診断しているようになります。血管性、FTDなども、このように比べることができます。だから、今回の実績評価表(実績報告書?)では、初診日までの待機日数を出していただくようになっています。これは①から⑤の選択肢の中から選んでいただくな形です。14 日未満というところがかなりふえてきているのですが、これは明らかに類型によって(差があり)、すぐに診てくれる医療機関もあれば、基幹型はかなり時間がかかるということがわかります。ただし、地域型も非常にばらつきが大きく、3ヵ月から 6 カ月かかるというところもまだ 4 件ほどあります。さすがに 6 カ月以上というところは、今回の調査ではありませんでした。以前はあつたんですけども、なくなつたということです。

それから論点6では、認知症疾患センターと地域包括支援センターとの連携、診断後支援について議論していただきました。先ほど清水専門官からもありましたように、平成31年度予算の概算要求で、地域包括支援センター等との連携の強化(相談体制の強化)という観点で予算要求をしているという背景があり、議論していただきました。認知症疾患センターの枠組みでは診断後支援の役割については、今まで認知症疾患医療センターの枠組みでは診断後支援の話をほとんどしていませんでした。鑑別診断のことと、身体合併症やBPSDの治療のことは話していましたが、診断した後、どうするかということもきちんと議論し、後割を明確にしておく必要があるのではないか。特に日常生活支援と連絡する機能は重要ではないかと。

それから、若年性認知症の方の診断後支援の問題については、家族会から「診断はしてくれるけれども、その後の支援がほとんどない」という話が結構出ていますし、当事者からも出ています。これは私が聞いた話で、確認しなければいけないと思っているのですが、沖縄県では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あり方を標準化しているといいますか、マニエアルをつくつたりして、一定にするようなことを考えていました。これは今回の調査でも調べられることがありますので、調べようかと思つています。

さらに、今はひとり暮らしひの認知症の方が本当にふえてきており、そういう方の診断後支援は特にきちんとやらなければいけないということがあります。日常生活支援の確保という観点からも、その辺を少し明確にしていくような作業が必要ではないかという議論をいただきました。

ちなみに、連携についても、先ほどの事業評価（実績報告書？）で幾らかわかつているところがあります。これは行政との連携、これは地域包括支援センターとの連携ですが、実は認知症疾患医療センターは、特に地域包括支援センターとの連携を通常業務として行つている。それは普通の認知症疾患医療センターの機能であり、90%以上は行つていると。「状況に応じて実施」も入れれば100%になり、やつてないところはないということです。

ただし、この集計でちょっと注意しなければいけないと思つているのは……。今、429カ所あって、今回の調査では422カ所でしたか。

枝広　はい。昨年度分は422です。

栗田　ごめんなさい。現在ある認知症疾患医療センターから回収率100%で集計されていますので、これはいいですね。

この数値を見ていたくと、欠損値があると減るのでですが、これは欠損値がないデータですので、実態が出ていているということです。

それから、「介護保険専門員」とありますか、これは多分、違いますね。

枝広　「介護保険支援専門員」の誤植ですね。すみません。

栗田　ごめんなさい。居宅介護支援専門員、ケアマネジャーですね。ケアマネへの助言・連携についても通常業務として行つていると。それから、介護保険施設の事業所職員との連携も、やつてないところはないということです。ただ、この中身については実績報告書では調べられませんので、その辺を調べる必要があるかと思います。

それから論点7は、厚生労働省から提案していただいたもので、都道府県単位での総合相談センターです。これについては、全体としては必要ないだらうというご意見だったかと思います。

前回はこういう議論をいただいたのですが、今回の事業の年度末の成果物としては、認知症疾患医療センターのあり方について提言することが一つの課題となっています。これはこの間のご意見に基づいて、提言に向けて非常に大きっぽく項目出したものが、

今日はこれについて議論していただきたいと思っております。

一つは、基幹型に求められる要件は、都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの事業の質の管理、クオリティコントロールということで、事業評価や人材育成等にかかる機能を考えるべきではないか。

二つ目は、都道府県認知症疾患連携協議会の役割は、都道府県の認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、PDCAサイクルの稼働等）と明示する必要があるのではないか。

三つ目は、認知症疾患医療センターが主体として開催する連携協議会についても、地域連携の推進と事業の質の管理という目的を明示する必要があるのではないか。都道府県の連携協議会との間で情報が相互共有できる体制を構築していく必要があるだろう。

四つ目は、毎年実施されている全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表し、国レベルでも、事業の質の向上に向けてPDCAサイクルを稼働させたための施策を講じるべきではないか。協議会をどうするかについては、この委員会では今ところ意見が一致していないませんので、協議会という名前は出していませんが、PDCAサイクルを回すような平易での議論は、国レベルでも必要ではないかということを書かせていただきました。

五つ目は、全国レベルでの認知症疾患医療センター研修会が継続的に実施できるようにするために財政的な担保が必要だらうということで、国庫補助等による支援策を講じるべきではないか。

六つ目は、認知症疾患医療センターの相談室機能、特に地域包括支援センター等との連携、診断後支援等を担保するための支援策を講じるべきである。これは現在、予算要求しているということですので、ぜひ確保していただければということです。

非常に単純なものでしかも、これぐらいは提言していく必要があるのでないかと

いうことで、この6項目を出させていただきました。これはまだ案ですので、ご議論いただければと思います。

この提言に向けて、今年度中にこの三つの調査をしておこなうことです。まずは平成29年度の協議書兼実績報告書による、全国のセンターの事業評価のための集計を行いました。単純集計、それから類型別、医療機関形別のクロス集計のデータを今日、資料として出させていただきました。後ほどその概要について説明させていただきますので、今日の委員会でもこの資料に基づいてご意見をいただければと思います。

それから、都道府県連携協議会の実施状況です。2年前の調査では6割の都道府県でしかされていなかつたということですので、改善していかなければいけないと考えています。2年前に都道府県向けに認知症疾患医療センターの事業評価の手引というものを作成し、送らせていただいておりますが、その結果、都道府県連携協議会が開催されるようになつたのかどうか。これは47都道府県に聞けばいいことですので、厚生労働省にお願いできればということです。

最後に、各センターの地域包括支援センター等との連携状況（特に診断後支援の観点から）ということです。診断前の支援は、地域包括支援センターから連絡が来て、見るということは普通に行われていますが、その後、診断された方がその後、継続的に生活できるよう、地域包括支援センター等と連携して診断後支援が行われているかどうかを調査する必要があるだろうということです。そのため、1月に全国の認知症医療センターを対象に悉皆調査を予定しています。その調査票について、後ほど説明させていただければと思います。

ここまでが前回の議論の要点整理と、今年度の提言の案です。これについて意見交換のときをご発言いただければと思うのですが、まず、平成29年度の協議書による、全国のセンターの事業評価の結果について（説明させていただきます）。内容についての分析は非常にボリュームがありますので省略させさせていただきますが、一つ一つのクロス集計表は非常にいろいろなことを考えさせられると感じていますので、資料そのものについて、私どもの研究員の枝広から説明させていただきます。

枝広 それでは、資料3をごらんください。見方のみ説明します。表紙のカラー刷りのものは、認知症医療センターの協議書情報をもとにした、年間鑑別診断件数の検討です。2016年分と2017年分で、2016年は374件、2017年は422件の認知症医療センターが対象です。これは悉皆という状況で、都道府県に提出されたものをベースにしています。

2から16の番号を振っていますが、これは協議書の中の番号をそのまま書いています。2から16を足したものを、右端の「認知症疾患」に記載しています。上段が2016年、下段が2017年です。そしてその下が、そのうち65歳未満のものの数で、同じく上段が2016年、下段が2017年です。2から16の合計で、右端のボックスにある数が認知症疾患の診断件数です。

右下にページナンバーを振っていますが、2ページからが病院機関種別の集計表です。一般病院、精神科病院、診療所、その他の4類型で集計していますが、中身としては実績報告書の様式3の全項目をそれぞれ集計したもので、2連続数のものに関しては、中央値、最小値、最大値まで載せています。

31ページまでが病院機関種別、32ページからが認知症医療センターの類型別の集計表で、全く同じ項目で同じ集計をしたもので、資料の説明は以上です。

栗田 今のお説明を少し補足します。非常に細かい話なんですが、資料3の表紙は、MCIが入っていますので、認知症疾患ではなく認知症開運疾患ということでご理解いただければと思います。

これは結構分量が多いので見るのが大変ですかとも、（時間が）かいているときにちらちらと見ていただければと思います。

次に、都道府県連携協議会については厚生労働省にお願いしたいのですが、清水さん、

いかがでしょうか。今、お答えでありますでしょうか。

清水 協議会の実施状況でしょうか。

栗田 （はい）。

清水 それについては、47都道府県に一齊に聞けばいいものですので、厚生労働省で確認します。

栗田 ありがとうございます。

最後の各センターの地域包括支援センターとの連携状況については、今回は認知症疾患医療センターの事業の質の管理、クオリティコントロールの方法を検討することが主たる目的なのですが、連携ということも、認知症疾患医療センターのクオリティに関連する大事なものなので、この部分についてセンターの調査をしようかと考えております。その調査票を一応作成したのですが、大急ぎでつくったものであり、また、回収率を上げたいということもあって、あまり細かいところまでは聞いていない、かなり大ざっぱな調査票になっています。

それから、診断後支援という切り口は、これまで認知症疾患医療センターの実施要綱にはなく、そうであるがゆえに項目立ても難しいと。ですから、このたびは自由記述を重視しようかなと思っています。429カ所の自由記述の分析は結構大変ではあるのですが、一回はそれをやっておいたほうがいいのではないかと思いまして、それをかなり多くしています。これについても後ほどご意見をいただければと思います。

すみません。これも説明しなければいけないですね。調査票についての説明を、枝広からお願いします。

枝広 資料4-1と資料4-2です。資料4-1は「ご協力のお願い」ということで、かがみ文になっています。締め切りは2月8日となっていますが、これは本日の議論によって流動的に（変更）させていただきたいと思います。

次に資料4-2、水色の紙のほうです。A3判画面でお配りできる程度の分量が適切だらうということで、今の時点では見開き状態で構成しています。ID番号を振る予定なのですが、開いていただくと、医療機関の基本情報と、回答者の職種を書いていただきます。そして、Iでは地域の社会資源を把握しているかどうかを論点にしています。地域の家族会、本人の会、居場所、インフォーマルサービスについて把握しているかということです。

次に、「II. 相談員による心理社会的サポート（診断後支援）についてお伺いします」として、10項目をつけてみました。病気としての性質やおつき合いの方について情報提供をしていますか。地域包括支援センターについて情報提供をしていますか。介護保険に関する情報提供をしていますか。権利擁護にかかる援助等の情報提供をしていますか。経済的な問題にかかる援助について情報提供を行っていますか。関係機関との連絡調整を行っていますか。家族会など、家族支援について情報提供を行っていますか。地域の居場所や交流の場に関する相談に对

応していますか。

これらについて、「①全例に実施している」「②必要に応じ実施している」「③していない」という選択肢で聞いています。

次のページ、「III. 診断後支援の実際にについてお伺いします」です。1番は、(実際に相談に応対している)職員はどういう職種の人ですか。2番は、独居の方について特にやつていることがあれば自由記載してくださいというものです。3番は、若年性認知症の方の支援について特にやつていることがあれば教えてくださいといふものです。

IVは、心理社会的サポートについてどのようにお考えになっているか、自由にお書きくださいといふ内容にしています。

簡単に書いていただけるものにして回収率を上げるという目的で、この状態になつていますが、ご議論いただければ幸いです。お願いたします。

栗田 この調査票については、文言を含めて、皆さんにもんたいいただきたいと思います。これから17時まで、フリーディスカッションの流れとさせていただきたいと思います。フリーディスカッションの流れとしては、基本的には先ほどの六つの提案案といいますか、提言できる方向に取んできるような議論をしたいかないけないと思っています。ただ、これは全て関連しますので、上からというのもいかがなものかとは思うんですけども、一応、この六つの提案案についてご意見をいただきながら進めたいと思っております。

まず最初の項目、「基幹型に求められる要件は、都道府県・指定都市の認知症疾患センターの事業の質の管理に関する機能とすべきである」と書いたのですが、これは今ある基幹型をなくそつというところではなく、基幹型は一心そのまま残すと。ただ、実施要綱上の中身として、今は身体合併症救急医療機関としての機能ということが強調されているわけですが、そうではなく、都道府県・指定都市のセンターのクリティカルロール、特に人材育成等に関する機能というふうな機能ではないか。そういう議論の内容を反映させたものですが、これについてご意見をいただければと思います。

二つ目の項目、都道府県認知症疾患連携協議会の役割は、都道府県の認知症疾患センターの事業の質の管理（事業評価、PDCAサイクルの稼働等）を明示すべきである。これはある意味、最初の基幹型の項目と運動しているものです。都道府県認知症疾患連携協議会を開催することが都道府県の責務として定められているわけですが、実際には6割しかやっていない。また、その内容も特に決まっておらず、ばらばらであると。それを受けて、実施要綱上、やるべきことも明示し、きちんとやるようすべきだらうということです。

この話と運動して出てきたのが三つ目で、各センターで開催されている連携協議会も、実はやるべきことが何も明示されていないといふことですので、それも地域連携の推進と事業の質の管理ということを明示し、都道府県連携協議会との有機的な連携のもとで動かしていくべきであるという趣旨のことを明示すべきだらうといふことです。

実事はやるべきことが何も明示されていないといふことですので、それも細かくはわからないのですが、総務省がいろいろ現場に出向いているということは聞いています。

四つ目は、それと非常に深く関係しているもので、実際に認知症疾患センターの実績報告を毎年出しているわけですが、恐らく都道府県レベルの連携協議会でも分析結果を公表し、PDCAサイクルを回すための資料として使っていただか必要があるのですが、国レベルでもそういうことをちゃんとやれるようにしていくべきではないかと。

五つ目は、そのPDCAサイクルを反映させて、認知症疾患センター研修会を国の事業として行えるようにしていくべきだらう。

最後に、認知症疾患センターの診断後支援の機能をもう少し明確にしていく必要があるだらうと。

こういう内容ですが、これを一つの題材にして、どこからでも構いませんのでフリーでイスカッションを始めただければと思います。非常に広くて恐縮ですが、一つ一つは全部まとめてやったほうがいいのではないかと思いますので、そういう流れで進めさせていただきたいと思います。いかがでしょうか。最初に口火を切るのはなかなか大変かと思いませんけれども。

渕野 上の三つが一くくりというふうなことないのかなと思ふんですけども、実はこのごろ、総務省が認知症疾患センターの機能を調べるということで全国を回っていますよね。うちにも来て、非常にしっかり調べて帰りましたけれども、それについて聞きたかったんですけれども。

栗田 それは私も外から聞いたんですけども、清水さん、何かご存じですか。

清水 私たちもそんなに詳しく聞いてるわけではないんですけども、総務省が厚生労働省にも夏の前ぐらいに来ました。総務省内で認知症に対する関心がすごく高まっているらしくて、政府全体の動きとは直接関係していないと思うんですけども、弾としての事業に認知症のことが上がつてしまらいいです。総務省の方は認知症のことなんぞ全然わからぬし、「疾患医療センターって何だ」とか、「初期集中って何だ」とか、そういう基礎的なレベルの話です。

厚生労働省に来たときには、認知症施策などについては話をしたんですけども、厚生労働省から聞くではなく、現場の人から直接聞きたいということを上の方が言っておられるようですね。厚生労働省としても、今、総務省がどういう動きをしているのかはあまりわからなくて、それこそ、疾患医療センターの先生や都道府県から「この前、うちに来た」と。それもランダムで、悉皆調査ではないようですね。よくわからぬのですが。

今、普通は基本的な予算は全て厚生労働省からついているんですけども、総務省のほうでも認知症疾患センターなど、認知症施策に幅広く使えるように計める予算がつけられそうです、地方交付税的なものとか、そういうものが使えるようですね。

その現場の意見の一つだと思います。私も細かくはわからないのですが、総務省がいろいろな現場に出向いているということは聞いています。

栗田 江澤先生、何か追加ありますか。

渕野 よろしいですか。全国を全て回っているそうですので、400カ所ではないと思いますけれども、全国満遍なく、アトランダムにしているんでしょうね。何をやっているのかとか連絡協議会のこととか、いろいろと詳しいことを聞かれました。ちょっと気になりましたので、お聞きしました。

では、この項目についてですけれども、基幹型に関しては、この前もそういう話が出て、私もそれでよろしいと思います。ただ、基幹型だろうが、連携型だろうが、都道府県の認知症疾患連携協議会のあり方は本当にまちまちです。大分県の場合は、何年も前にたまたま県が集めて始まった、高齢者の認知症の集まりを利用しています。

去年、医療計画がありました。認知症の医療計画は精神疾患ということでやるんだけど、精神の障害課（障害福祉課？）のほうはあまり得意でないから、老健局の高齢者の課（高齢者福祉課？）に任せるとということで、彼らがやって、その集まりを連携協議会としだけのことであって、大分県ではきちんとしたものはありません。よそ県のことはよくわかりません。

また、そのメンバーもさまざままで、本当に何をやっているのかわからぬ。ただ、最近は認知症疾患医療センターの推薦をするときに、まだ二次医療圏になかつたので、どうしますかといふことで、「申請が出ているので、県としてはここにしましょう」とか、そういうことを使っていました。そして二次医療圏に全てできだ途端、次に何をするかは何もな

い。

その下の各センターの連携協議会についてもばらばらで、研修会を年2回、開かなければいけないと思ひ込んでいるセンターもあるれば、地域包括の人などを集めてやらなければいけないと思ひ込んでいるところもあります。ただ開催するということだけではなく、詳しく（明示）してあげなければ、何をやつていいのかわからぬというのが実情です。

この三つがちょっと気になりました。

栗田 先生がおっしゃるとおり、何をやればいいのかということはどこにも書かれていない。ただ一言、センターの連携協議会の目標として、連携の推進と書きかれているだけなんですね。連携の推進というと、みんなで集まってわいわい話せば、それでいいのかといふことになってしまいますので、クリティコントロールという考え方を政策的に入れていくことが大事ではないかということで、このようなことを書かせていただきました。

ほかに何かございませんでしょうか。

中西 基幹型の要件はいいと思うのですが、政令市の取り扱いをどうするのかということが気になります。多分、県の規模によって考え方方が違うのではないか。例えば東京や大阪ではどうするのだろうと。通常の施策は政令市別にやっていますし、今回も若年性認知症は政令市にもおりてきていますし、そのあたりはちょっと無理があるのではないか。やはり別にやつてくれたほうが多いのではないかと。

協議会は都道府県でやったほうがいいのだろうと思うのですが、今、大阪は正直言って、前回の会議の後、再開していないんですけれども、以前やつていたときには、疾患医療セ

ンターの数が多いので集まらない。日程調整をかけるだけでもものすごく大変という実態があります。ですから、実務上の話なんですけれども、これも規模によって検討が必要ではないかと思います。

栗田 ありがとうございます。ここは確かにちょっと細かく検討し、整理しなければいけないとこころですよね。現段階では一応、基幹型に関しては圏域についての提言は何もありませんが、都道府県の連携協議会については文言上、指定都市がある場合は、指定都市と連携して都道府県協議会を開催することになっていますので、連携協議会については指定都市を含めた都道府県の協議会をしなければいけないということです。

それから、先生がおっしゃったように、協議会には全ての認知症疾患医療センターが集まるのかというと、それは不可能です。東京都では完全に不可能です。ですから、協議会は全ての認知症疾患医療センターが集まることがよりも、むしろ第三者が入ることが大事ですので、関係する組織、機関が入る必要があるのではないかと。認知症疾患医療センターについては、人口規模の大きい大都市では、そここそ代表的な認知症疾患医療センターが入って行うというやり方しかないのでないかと思っております。

ちなみに、前回、江澤先生が出されたご意見ですが、協議会というよりは、下位のワーキンググループをつくって、そこで動かすことが重要ではないかと。実は東京都でもそのようになつており、協議会という名称はありません。ただし、親会として認知症対策推進会議という、認知症施策全般を考える会があり、その中のワーキンググループとして医療部会（認知症医療部会）というものがあります、そこで認知症疾患医療センターのクリティイを考えるというこことになっています。たくさん協議会をつくつてもしようがないので、都道府県の実情に応じて整理していくなければならないかと思っています。

ほかに何かご意見はございませんでしょうか。

内海 先ほど渕野先生もおっしゃったように、確かに各センターの中には、連携のために外部からの意見も聞くという総合的なものを連携協議会としているところもあれば、講演会や研修会のようなものを開いて、それを連携協議会としているところもあります。どのようにすればよいかということが全くないので、各現場ではすごく混乱しています。例えば各センターにどういう連携協議会があり、そこに参加するのはどういうメンバーで、何を話し合っているのか。皆さん、年に2回、必ず開いているとは思うのですが、住民への講習会、研修会のようなものをしてるところもありますので、その実態調査は恐らく何もないのではないかと思っています。

ちなみに、私どものセンターでは、包括とか保健所とか、在宅支援センターのケアマネさんの代表とか、そういう方々に集まっていたとき、我々のセンターの活動を報告して、参加されたところからセントラルにに対する要望や苦情などのご意見をいたたくということをしています。ただ、それが連携協議会のあるべき姿なのかどうかもわからないまま、ずっと来ているというのが現状です。

ですから、それが1階部分にあって、今度は都道府県レベルのものを持ち寄つて、また

都道府県としてはセンターのあり方はこうすべきであると。そういうPDCAサイクルを回すことが必要ではないかと思います。それをするために、都道府県レベルで毎年出している、鑑別診断件数などの報告書がありますよね。その実数も、私たちには全く見えてこない。それが見えなければ、どこに偏っていて、どうなのかとも協議できない。そのデータが全く活用されていないことが大きな問題ではないかと思っています。

栗田 非常に重要なご意見をありがとうございます。内海先生がおっしゃったように、各認知症疾患センターが行っている連携協議会の実態調査は、少なくとも私が知る限り、ないと思います。都道府県の連携協議会についての実態調査は2年前に行つたのですが、ふたをあけてみたら6割しかやっていないことがわかりましたので、実態調査どころではないと。

ですから、先生がおっしゃったように、役割、やることを明確にすべきという提言案を出したんですけども、実態調査が行われていませんので、今、何をやっているのかもよくわからぬといいうことがあります。それは今年度には無理ですけれども……。無理かな、どうかな。ちょっと検討する必要があるかと思います。

ちなみに、連携協議会をやっているかどうかと、年間に何回開催されているかについては、今の実績報告書でわかるんですね。今日の資料（資料3？）の何ページかはすぐに出できまんけれども、実は調べることができます。欠損値があつたかどうかは確認しながらいけないので、今は、認知症疾患センターの連携協議会は、たしか100%やつているということになつたかと思います。ただ、中身については全くわからないということです。

それから、先生がおっしゃったように、そのためには国に出している実績報告書のデータを公表する必要があるということはもつともなご意見かと思います。

旭 千葉県の場合はたまたま、認知症疾患センターの問題が出る前、かれこれ10何年前に県の中で認知症の協議会を立ち上げました。たまたま私がその作業部会長を10年間やってきて、その中で疾患センターの問題が出てきたときに、基幹型が必要かどうかについては、千葉県の場合、二次医療圏にそれぞれ一つずつで、今、全部で12ぐらいですけれども、それぞれ選ばれた疾患センターがその地域の基幹型の役割をしているので、県全体の基幹型は必要ないのではないかという結論となり、つくらぬことになりました。ただ、それを補完するような形で、県全体として、基幹型が果たすような役割、センター的な問題を取り上げて、それを協議会のやうなもので協議すると。

全国研修会の3回目をやつてから、県のほうとの連携、医師会との連携もより一層できるようになり、包括支援センターとの連携もできるようになって、かなり具体的に進んできているような感じがします。私どもは県の協議会を立ち上げるときに、先ほどもありましたように、縦割りで県や国からおりてきたものを下におろすというやり方では、現実の

認知症の現場の話がほとんど反映されないから、ボトムアップといふことで、県の中での認知症に関する問題を各市町村から拾い上げて、その中で疾患センターが何をすべきかと。

今、千葉県の中では、ご存じのように認知症の患者さんがものすごく急速にふえていますから、600万の人口で12カ所では少な過ぎるんですけれども、疾患センターのあるレベルを我々が確保するためには、やらるとセンターの数をふやしてもよくなないので、当面はそれほどふやさなくていいのではないかと。もう少し力量がアップできれば、そのときにはセンターをふやしていくことは当然、必要だろうと思っています。

栗田 ありがとうございます。千葉県のように、基幹型をつくらないという選択もあり得ると思います。ですから、基幹型をつくること自体は要件にできないだろうと。つくるのであればこ样いう役割ということでとどめておいたほうがいいのではないかと思っています。

江澤 今、診療報酬上でも認知症はコモンディジーズとして、地域包括診療科あるいは地域診療加算において、高血圧症、糖尿病、高脂血症と横並びで、専門医ではなく一般のかかりつけ医が診てこようという方向性になつております。これには当然、私も賛成しています。ですから、診断や治療薬の選択においては専門機関と連携ナベキと。できるかぎりつけ医は自分でされてもいいと思いますが、必要に応じて連携が必要だと。特に地域の医療現場においては、疾患センターとかかりつけ医との連携、特に一般かかりつけ医との連携がどれほどうまくいくかということが最も興味深いといいますか、そこはしっかりと必要があるということが1点です。

それから、名称は疾患センターでも医療介護センターでも医療ケアセンターでもありますので、診断後支援をどこまで求められているのか、どこまでやる必要があるのか。（私の考えが）外れていたら申しわけないんですけども、ケアや介護の視点でいえば、全てが疾患センターの得意わざかというと、必ずしもそうではなく、医療はするけれども、介護やケアはそれほど得意でないといふところもたくさんあると思います。そこは医療に特化すればいいと思いますので、診断後支援の範囲をどこまでとするのかということが一つの課題ではないか。これが2点目です。

それから、これは個人的な感想ですけれども、来年の予算案として、疾患センターに相談室を設け、1人ぐらいいの入会費を見ていくことを想定されていますが、むしろ地域包括支援センターのほうを強化していかないと（いけないのではないか）。そちらのほうが回っていないと思います。認知症疾患センターたるところには大体、地域連携室があり、連携はある程度とれていると思いますので、むしろ地域包括支援センターをどうサポートするかというこのほうが重要ではないかと。

もう1点は、都道府県の連携協議会についてです。どうしても行政は予算を執行するため、アリバイづくりで会議を開かなければいけないのは当たり前ですし、その立場にあれば、それが普通だと思います。ただ、連携協議会を立ち上げなくともうまくいくついている

地域もあれば、なかなか厳しいところもあるって、最終的に地域住民の方に不利益というか、うまくいっていない部分があるのかどうか。連携すること 자체が目的ではなく、住民に対して過不足のない医療提供体制がうまく構築できているかどうか。住民の視点で何か困り事はないか。

ですから、地域課題をそこで十分に吸い上げて、その課題を解決していくことがまさに連携会議であり、顔を合わせて「やあやあ」というのはどうでもいいわけです。住民の目線で都道府県内を見渡すと、認知症でうまくいっているところどううまくいっていないところがあると思いますし、都市部ではほど困っていないかもしませんが、例えば限界集落などもあります。そういう地域のウイークポイントをどう穴埋めしていくか。そういう住民目線で、特に地域の課題を抽出した上で協議するという、実質的な会議が必要ではないかと思っています。

最後の1点は、認知症サポート医が多分、来年度の1～2回目の研修会で新オレンジプランの目標である1万人を突破します。認知症サポート医はもともと平成17年に、地域の認知症の支援体制の構築、すなわち地域づくりに貢献する医師として養成が始まりました。診療報酬の要件に入ると、どうしてもその年にはばんとふえると。例えば認知症ケア加算1の算定で医師の研修要件に入っていますけれども、それだけでは本来の役割ではないし、ちょっと寂しい気がします。

私も今、全国でサポート医の講演の場を持ち、毎回協力させていただいているのですが、そこには疾患センターの方も多数参加されています。もちろん算定要件ということもありますし、やはりけれども、今、疾患センターにサポート医がどれぐらい在籍しており、どう活動をしているのかということも非常に興味深いところです。そういう意味では、地域づくりにちゃんと貢献しておられるのではないかと思っています。

先ほどの診断後支援のどこまで介入すべきかについては、日本にはたるる介護保険制度があり、ケアネもたくさんいて、初期集中も、そこそこではあるけれども動き出しているので、どういうことが考えられるのか。これについては、また先生方のご意見を賜れればと思っています。

栗田 ありがとうございます。診断後支援についてはまた議論しなければいけないところだと思いますが、それはおいておいて、それはおいておいて、かかりつけ医との関係については非常に重要です。かかりつけ医との関係に関する会議では、実績評価上では紹介件数と逆紹介件数を出すことができます。また、地域包括支援センターの強化についても先生がおっしゃるとおり、極めて重大です。

それから都道府県の連携協議会については、もしかすると連携協議会という名称も問題かも知れない。連携すればいいという話ではないだらうと。それはおっしゃるとおりで、地域の課題を見出し、その対策を考える会議ですので、連携協議会ではなく、事業の質を考える会議ということを明示しなければいけないのではないかと思います。

ありましたかが、それは実際に數えてはいません。ただ、認知症医療センターの事業の筋とサポート医の筋とはちょっと性質が違い、認知症医療センターはどうちらかという専門医ということからスタートしましたので、そこをどう考えるかについては、皆さんからご意見をいただければと思います。

ただ、診断後支援の範囲については議論しなければいけないところですので、これはご意見をいただければと思うのですが、先ほど藤本先生が手を挙げておられましたので、お願いします。

藤本 第1回は出席できなかつたのですが、クリニックで20年、その前に県立病院で10年、この世界でやっています。連携型になつたのは数年前で、始まつたときなんですねども、その前は10数年間、県の相談センターのような形で若年のコールセンターとの忘れサポートセンター（を運営しており）、疾患センターではないのですか、20年間、毎年、予算組みのときに県の施策の相談に乗つてきていました。

一つは、自分たちが疾患センターになる前は、疾患センターのドクターや相談員などに毎年、若年の研修などやっています。また、今は我々がやっている若年のコールセンター機能を各疾患センターに持つてもらおうと思って、お願いしています。コーディネーターはうちにしかいませんので、幾つかはコーディネーターを置こうとしています。そういう形で、事柄別といいますか、皆さん、特に診断後支援ができるないと。それは軽度があまり来ないということもあります。BPSDに対する対応が多く、軽度の人にはなかなか参ることができないということがあったのですが、最近は脳梗塞の初期集中でかなりかかわっており、診断後支援もやらなければいけないという機運はかなりできています。

ただ、県全体としては、施策のこともあるのですが、すぐれた連携型の疾患センターは大体、行政と組んでおり、地元の認知症施設にはかなりコミットしているはずですので、そういう役割が非常に大事だと。県全体というよりも、地域の特性を考えた施策に対するコミットのほうが大事ではないか、という気がしています。

かかりつけ医とどう協働していくかということについては、うちでは老年認知症の研修は、地元のかかりつけ医に40カ所ぐらい、企業研修を担つてももらったりしています。そのように、疾患センター、そうではない専門医、かかりつけ医で役割分担をして、幅広を広げていく。そういうことに疾患センターがコミットすれば、広がりが出てくるのではないかと思っています。

栗田 ありがとうございます。これは今日、ぜひ議論したいのですが、（プロジェクターに）調査票を出していますが、認知症医療センターが行う診断後支援は、もちろん限定的なものになるだらうと思います。当然、介護をするわけではありませんし、継続的な生活支援ができるわけでもないわけです。そのボイントとしては恐らく連携なのだらうと。極端な話、診断だけをして、病気の説明はしないし、介護保険の情報も何も与えないし、地域包括支援センターなんて

知らないということでは、認知症の方は診断されただけで、暮らしていくことができないということになってしまいます。

ですから当然、こういうことはやっているだろうと思いますけれども、例えば若年性認知症の方やひとり暮らしの方などにはかなりきめ細かい診断後支援が必要ですし、認知機能が障害されているということを前提とした診断後支援にはさまざまなスキルが必要です。今日、柏木さんもいらっしゃいますけれども、ここで言っている診断後支援は、医師が行う診断室の相談員が、認知症疾患と診断された後に何かやられているかと。私の感じでは正直、あまりやれていないのではないかと思っていますけれども、そのために当事者やご家族が非常に困っていることがありますので、診断後支援をどう考えるかということを、このアンケート調査をきっかけに、あるいは範囲のことも含めて、やらなければいけないのではないかと。

そういうことで、どういう構成になっているかということをもう一度、説明します。最初に（Iとして）、認知症疾患センターで診断されたら、地域のいろいろな社会資源につなげていくことが必要です。先生がおつやつたように、かかりつけ医に一度戻すということが非常に重要なのですが、それはあまりにも当たり前のことですので、調査するのもちょっとどうかと思って、ここには書きませんでした。かかりつけ医との連携は前提として、地域にある社会資源につなげる、あるいは少なくとも情報を提供することが必要だろると。そのためには、そもそもその地域にどういう資源があるのかということを最初に聞いておいたほうがいいのではないかと。

介護保険につなげればいいということでは済まないとところがあり、特に認知症疾患センターでは初期の認知症の方が診断されますので、そもそも認定されない人たちは非常に多いわけです。ですから、認知症の人の生活、あるいは自立生活を継続できるような支援につなげることが必要になってくるのではないかと。ただ、現実にはそういうものがありますよね。ここでは、家族会、当事者に開催する会、認知症カフェ等の居場所づくりに関する社会資源、その他、これぐらいしか挙げられなかつたのですが、ほかにもあるのかどうか、ご意見をいただきたいと思います。

次に（IIとしては）、相談員が、認知症疾患と診断されたご本人、家族に対して、「心理社会的サポート」と書きましたが、そういうことを何かやっているのかどうか。我々医師は病気について説明することが当然の役割ですけれども、実際には医師の説明だけではなくところがあるのではないかということで、認知症の病気としての性質や治療方法——治療方法はちょっと言い過ぎかもしれないが——、症状とのつき合い方など、認知症に関する情報提供を相談員の方たちが行っているかどうかということです。

それから、地域包括支援センターの情報提供を行っているかどうか。特に介護保険にまだアクセスできていない人はそこが出发点だと思いますので、そういうことが行われているかどうか。それから、当然、介護保険に関する情報提供を行っているかどうか。

次に、権利擁護にかかる援助等が必要なケースが最近、非常にふえてきているように思いますが、いきなり成年後見というわけではありませんが、その他の権利擁護に問題する社会資源についての情報提供を行っているか。

それから、経済問題に關してもアドバイスしているかということです。この情報提供は必須だと思います。認知症の方の中には、特に単身、あるいは夫婦のみで経済的に困窮している方が非常に多い。それにしても認知症の専門医療機関、センターで情報を把握し、必要な情報だけは提供しておくと。もちろん実際に動くのは地域包括や福祉事務所などなのですが、情報を提供することはあってもいいのではないか。

さらには、関係機関との連絡調整を行っているかということです。特にひとり暮らしの方の場合、ご本人の同意を得て、こちらから地域包括に連絡したりすることもあるのではないかと。それから、ご家族がいる場合には家族会とか、あるいは家族会以外にも家族支援に関する社会資源がありますので、そういうところについての情報提供をしているか。

最後は、日本語はちょっとあれなんですかとも、心理的サポート、ケア等に関する相談に対応しているかということです。これは恐らく、その他の心理的なサポート、例えばアルツハイマー病だと診断されたことによる精神的なダメージ等々のある方がいらっしゃいますので、そういうことを含めて、何かサポートしているかどうかを一応聞いてみようということです。

次に（III）ですが、実際に診断後支援の業務に携わっている職種は一体何なのかということを聞かせていただこうかなど。今回、厚生労働省が出した予算要求の項目の中でちょっと気になる言葉があつて、ケアマネジャー等ということで介護支援専門員が非常に強調されているのですが、從来、ケアマネジャーは認知症疾患医療センターにはいないわけです。果たしてケアマネジャーという職種が必要なのかどうか、私ちょっと疑問なところがあって、その辺がどうかなと。これは自由記述でお願いしようかと思っているのですが、ひとり暮らしの認知症の方の支援については、皆さんご承知のように、金銭管理や服薬管理、社会参加の支援、時には権利擁護の支援、意思決定支援など、いろいろと考えなければならないことがありますので、何か考えていることがあるかと。

それから、若年性認知症の人の診断後支援についてです。これは若年性認知症家族会の彩星（ほし）の会の方が言っておられたのですが、本当に診断され放しで、あとは何もなく、孤立している若年性認知症の人が非常に多いと。せめて地域にある若年性認知症に関連する社会資源につなぐための情報提供ぐらいはしてもらいたいというお話をありましたので、そういうことについても伺おうかと。

あとは、その他、何かやっていることがあるかということです。
そして（IVとしては）、認知症疾患医療センターの相談室における診断後支援について何か考えはあるか。そもそも必要なのかどうかということも含めて、ご意見をいただきたい

と。

こういう構成になつております。江澤先生から問題提起していただきましたので、非常に助かっただけれども。

田中 群馬県の田中です。私自身は診断後支援は非常に重要だと思っており、私どもの疾患センターは医療だからということはあると思うんですけれども、私たちのような過疎の地域ではマンパワーが大変不足しており、潤沢に多職種がかかるとか、行政が手厚く何かできるとか、そういうことには限りがあります。

このアンケートについては、IIに「相談員による心理社会的サポート」とあるのですが、チームで動くということでは、「相談員等」という文言を入れていただきたいと。それから、今、自分自身で回答してみたのですが、書きにくいところがありました。例えれば、実際に問題になっているのは、若年の方も含めて就労、あるいは独居、また、皆さん、免許について診断されていると思います。田舎では免許がなくなった後の移動手段など、そういうもろもろ全てに私たちばかりがわっているわけです。

IIの10番が少し書きにくくおしゃっていましたが、「心理的サポート、ケア等に関する相談」の意図するところは、生活全般の不都合について把握しているか。その内容が移動であったり、就労であったり、あるいは独居のことであったり、あるいは保険、例えば生命保険の継続支払いも若年では大変大きな問題だと思います。そういうことを括弧書きである程度例示し、自由記載の3番（III？）につなげられるような問い合わせを立てていただければ、センターとしても少し書きやすいのではないかと思います。

それから、IIIの1番、「実際に相談に対応している職員はどの職種ですか」については、複数回答でいいのかどうかも書いてただく書きやすいかと思います。

戻りまして、Iに「貴院の地域（医療圏域）とあるのですが、これも医療圏域で聞いていただいたほうが回答しやすいと思います。そのあたりについてもご検討いただければと思います。

そして、診断後支援のボリュームというか幅広については、本当に地域によって違うとしか言ひようがない。例えば都会であれば、孤独死を防ぐことも非常に困難だと思いますし、全数把握もとても困難だと思思います。逆に私たちのように人口が8万人を切るような医療圏域であれば、額が見える関係で、孤独死もあることはあるのですが、できるだけ短時間で見つけようということも疾患センターの仕事だと私自身は考えています。ですから、地域によって違うのですが、診断後支援は必要であるという方向性で進めていただければと思います。

長くなつて、すみませんでした。

栗田 非常にきめ細かいご意見をありがとうございます。Iについては、「地域」ではなく、「最初から「医療圏域」と書いたほうが（いい）ということでしょうか）。

田中 括弧書きで「医療圏域」と書かれていますので……。「地域」という捉え方は、事業体によって、中学校区域など、いろいろな聞かれ方をされるのですが、この場合は、医療圏域に疾患センターのあるところがふえてきていると思いますので、「医療圏域」でいいのではないかと思います。

栗田 医療圏域といつても、一次医療圏域と二次医療圏域があつて、従来、認知症疾患センターは二次医療圏域だったのですが、東京都の場合は既に一次医療圏域にあります。ですから、「医療圏域」と書けば全て網羅できるかと思うのですが、「医療圏域」を二次医療圏域のことだと思っている方たちちょっとおられるようですので、そこが少し気になつたんです。

田中 私自身は二次医療圏域をイメージしました。というのは、群馬県では二次医療圏域に1センターという形で、私どものセンターがとりあえず守るのは二次医療圏域なのか、などと思いましたので、そういう言い方をしました。書きやすさを考えれば、この「地域」がどこを示す言葉なのかを明確にしたほうが、アンケートの精度が上がるのではないかと思います。

栗田 私もここで少し悩んだのですが、「貴院が管轄する医療圏域」とすれば、一次のところもあるし、二次のところもあると。

田中 そういうことだと思います。

栗田 では、ここは文言を修正させていただきます。

渕野 「医療圏域」とは医師会が言い出した言葉で、医療圏域といえば二次医療圏域というのが当たり前の世界なのですが、精神はちょっと違うんですよね。

田中 そうですね。

渕野 精神は全国に一つだという考え方の県もありますし、二次医療圏だと考える県もある。ですから、「医療圏」という言葉を使つてはちょっと難しいかなと思います。

栗田 そうですね。ちなみに、「二次医療圏」という言葉があるゆえんは、一次医療圏があるから二次があることなのですが、先生がおっしゃるように、医療圏イコール二次だと考えるのが一般的というところはありますね。

渕野 診断後支援をどこまでするかということについては、最初に認知症疾患医療センターができたときは役割が変わってきますよね。設立母体も違いますし、いろいろなことがあって、いろいろな役割を押しつけられてしまつたといいますか。診断後支援をするのは当たり前のことではあるんですけども、このごろ認知症疾患医療センターは早期診断、鑑別のみで、おとはお返しするというスタイルが多くなつていて思うんです。

入院の依頼はそれほど多くなく、診断すれば、あとは自分たちでやるから、もういいよ

と。そういうことも大変多いので、次に外来に来ていただけで、いろいろと（支援）しようと、もう来ないわけです。ですから、実を言いますと、私も診断後支援は昔より少くなくなっています。昔は外来に来て、どうしよう、こうしようといろいろと話し合って、診断後支援をみんなで考えたのですが、「もう結構です」と言われれば、それ以上は入れきれないわけです。

藤井 今、渕野先生がおっしゃったことは本当にそのとおりだと思います。例えば私どもでは再診の患者さんが何%いるかということが非常に大事だと思っており、こういう調査を考えるときにも、再診の人を対象にイメージしているわけです。初診で診断して、ご紹介があってお戻した人は、その後、どうなったかが把握できていないという現状があると思います。恐らく全国的にそうではないかと思います。

こういう聞き方だけでは、深みといいますか、実態がわから切らないところがありますので、再診率を調査に加えてみてはどうでしょうか。そうすれば、どれぐらいの患者さんのことをイメージして回答されているかが大体わかると思います。

栗田 再診率とは、その後、フォローしているかどうかという意味ですか。

藤井 そうです。

栗田 これがね。（笑）

藤井 非常に難しいですけれども。

栗田 非常に難しいところなんですね。

藤本 診断後支援の重要性については、本当に最近、言われ始めたことですよね。最初からわかっていることです。ですから、忙しさとか……。診断率の高いところにはたくさんの人が受到して、何ヵ月か待ちになつたりしますよね。ただ、診断して返したとしても、その後、どこまでやるべきかということが全く統一されないんですね。例えば病気についての説明も、同じ説明をずっとしても、2～3年後にやつとわかることがありますよね。「これだけ同じことを言つているのに」ということがあるわけです。ですから、医療者として、ケアのことも含めてだと思ふんですけども、どこまで（やるべきか）ということが統一されないと（いけない）。

返したら、そのままという人も多いですよね。かかりつけ医もそうです。病院の専門医、神経内科の専門医も、疾患センターよりももっと……。救急があるのでしょうがないんですけれども、そこにはなかなか近づいていないですね。返したら、それで終わりということがありますよね。

もし疾患センターがリードするのであれば、そういうことも示す。地域によって、それができる・できないはあると思います。（ほかにやるとところがあれば、そこにお願いすればいい）。それを前提として調べないと（いけない）ではないか）。

栗田 診断後支援という考え方にも差があると思うんですけども、ちゃんとした支援を倒的に1回で返します。ただ、診断直後の支援をして返すと。もちろんフォローアップはかかりつけ医に任せのですが、診断直後の支援をやっているかどうか。しかも、私で見る診断直後の支援は、診察時間も限られていますので、非常に限られているわけです。そこで相談室が開与するかどうかということが、正直言って、あまり関与していないのではないかと私は思っています。

幾つかの事例については、相談室に開与してもらって、1回こつきりでも診断後支援をしてももらっているというのが実情なのですが、今回は地域包括支援センター等との連携について、特に診断後支援という観点でお金がつくことになっており、そこを認知症疾患療センターとしてどうすべきかということを調べてみたいと。

藤本 私どもでは、心理教育とか、本人会議を20年前からやっています。それから、もの忘れカフェという、自分たちでプログラムをつくるようなナーディサービスや、2011年からは、毎週1回、40人ぐらいたが集まつて内職仕事をする場があります。そこでは軽度の高齢者、あるいは軽度の若年の人が20人ぐらいう集まりますし、あとは発達障害やニートの方など、いろいろな人が集まつて、内職仕事をしつつ病気の話をしています。ですから、ピアサポートのような感じです。その部屋に放り込めば、お互いに（話し合つて）、「病気のことなんて平気」みたいなことになりますので、手抜きでいけるなど。

ただ、私どもはそれがあるからできるのであって、そういうものがないところでは、やはり1対1で、1時間ぐらいかけてしゃべらなければいけないわけですね。ですから、地域によって事情は違うわけですが、病気の受け入れまでは、ぜひ診断した人が（やるべき）とは思います。

栗田 確かに。先生のところは、あるからできると。

北村 診断後支援にも濃淡がありますよね。初めてに毎週来ていただけで、（その後は）訪問看護などもありますが、私の場合は、お返しはしませんけれども、歯医者の治療と同じで、「あなたは3ヵ月に1回、来なさい」「あなたは半年に1回、来なさい」などと言って、長い人では20年ぐらい来ています。そのように、かかりつけ医と並行して診ていくような形をとれば、それでいいときにも修正やすいんですね。それは私が勝手にやっているだけで、別にどうでもいいんですけども。このアンケートについては、選択肢が「①全例に実施している」「②必要に応じ実施している」「③していない」の三つだけでは、全て②と回答するのではないか。しないところを発見したいのであればこれでもいいのですが、もうちょっと濃淡をつけないと（いけないのではないか）。私のところも、1番以外は全で②になると思います。いい言葉は思いつかないんですけども、4段階ぐらいにしたほうがいいのではないか。「横軸にしている」とか、「仕方なくしている」とか、（笑）わからないですけれども、ちょっと濃淡をつけたほうがいいと思います。

藤本 「していないけれども、今後考える」とかね。（笑）

栗田 そうなんですよ。実は私も全て②だらうと思ったんすけれども。(笑)
谷向 濃淡をつけるという意味では、例えばうちの大学の場合は、大学ですので、インテークは学生や研修医が行うんですね。必ずしも最初から相談員がかかわっているわけではありませんので、診断後の(支援)に関しては、インターとか、情報があつたときに、相談員が積極的にかかわっているのか、医師の指示があればなのか、医師に提言するという感じのことにはすれば、少しわかりやすいのではないかと思います。

栗田 おっしゃるようには、やり方は本当に違いますよね。

柏木 おくれてしまいまして、すみません。精神保健福祉士として相談員をしていていうことでお話をさせさせていただきたいと思います。確かにみんな「②必要に応じ実施していける」と回答するだらうという話を、相談員たちとしました。また、この「必要」を誰が判断するのか。例えば医師が判断する場合もあるし、家族や本人からの要請による場合もあります。このアンケートは私たちのような精神保健福祉士の相談員が回答することになると思いますで、そこをはっきりしてほしいと、相談員をしている者に言われました。

それから、Ⅱの4番の「権利擁護に関わる援助等」についても、これだけではばかりにいくので、例えば括弧書きで成年後見制度や日常生活自立支援事業、あるいは虐待など、そういう具体的なことを書いたほうがいいのではないかと。また、「経済問題に関わる援助」についても、経済的な支援となる制度やサービスの情報提供ということいいのか。もつと具体的に書いていただいたほうがいいのではないかという意見がありました。
それから、田中先生もおっしゃったと伺いますが、相談(Ⅲの1番)については、複数回答なのかどうかをはっきりさせていただきたいと。また、(Ⅲの2番に)「一人暮らしの認知症の人」とあるのですが、どこまでがひとり暮らしなのか。例えば田舎であれば、ひとり暮らしであっても、すぐ近くにご家族の方がおられる場合もありますし、2世帯住宅でも、ほとんど量間隔居座りの人もいます。最も不安なのは、ひとり暮らしではなく高齢者世帯、高齢夫婦のほうがよりリスクが高いといふこともあります。ですから、「一人暮らし、あるいは高齢の家族の人」などと書いていただいたほうがいいのではないかという意見もありました。

それから、ひとり暮らしの方や若年性認知症の方などの診断後支援については、こう言つてはなんですが、まともな精神保健福祉士がいれば、ほとんどうちでいると思うんです。まともでない者もいるのかもしれないと思って、このたび認知症プロジェクトというものをP協会で立ち上げ、疾患センター429のうち、280人ぐらいはうちの構成員がそこに所属しているということがわかつりましたので、その280人に対してアンケート調査をしようと思っています。それはもつと質的なことを聞き出す調査にしようと思っていますので、このアンケートとリンクできれば有効ではないかと思つたりもしています。
最も不安なのは、先生方がおっしゃったように、今一番多いのは、70歳代でファーストタッチで来られ、介護保険を申請しても絶対に介護度は出ない。また、地域包括支援セン

ターや認知症カフェなどに相談に行くほどには生活に困っていない。そういう人々たちは、北村先生のように、「半年後の予約をとつて帰つてください」とか、「1年に1回ぐらい来てください」などと言わない限り、我々相談員も関与するすべがあまりないという感じがします。

もちろん、かかりつけ医や地域包括支援センターなどにお返しして、今後のフォローが必要という紹介状を書いているとは思うのですが……。すみません。そのときには地域包括支援センターは関係なく、かかりつけ医には返していると思うんですけども、かかりつけ医も、ずっとかかりつけ医という方はおられないで、かわっていくこともあります。ですから、そういう支援にもかかりにくく、医療の継続性もない方たちに関して、いざれ進行していく、いろいろな問題が起こつてくるだらうとは思われても、今どうすればいいかということがなかなか見えないわけです。ですから、MCIレベルと診断されても、せめて1年に1回ぐらいのフォロー検査をしてくださいということを、疾患センターとしては心がけていかなければいけないと。

藤本先生や北村先生は恐らくずっとその病院におられるので、とてもやりやすいと思うのですが、浅香山病院のように、医者が1年に何回もかわつたりして、とにかく医者がいない。1年後にはその医者がほとんどないということもあります。そういう意味では、これがルーティンになつていくような、疾患センターの役割ができるばいかなと思います。
栗田 ありがとうございます。非常に量が多かつたので、全てはメモできなかつたのですが、最初に、医師の指示によって相談室が診断後支援をしているのか、あるいは本人や家族の希望によって行つているのか、あるいは全員一律に行つているのかなど、いろいろなやり方がありますよね。それについては選択肢のようなものをつけ、丸をつけていただくと。これももししかすると複数回答がほかと重なることはないと思いますが、そういうことを検討する必要があるのではないかと。それから、権利擁護に関しては、成年後見や日常生活自立支援事業、虐待など、具体的なことを書いたほうがいいと。経済的なことについても、もう少し具体的に書いていただくようにしたほうがいいと。経済的なことではないかと。障害年金や介護保険、あるいは医療費の免除など、いろいろな制度がありますから、そういうこともあつたほうがいいかなと。

それから、最後のほうで話されたことは非常に重要で、正直言つて、どの認知症疾患センターでも起こっていることだらうと。MCIレベルと診断されて、このまま放つておくと数年後にはきっと結構大変なことになつてしまうかもしないとわかりながらも、かかりつけ医に返して、以上、終わりということになつているところが結構ある。実際に医者には本当に時間がないので、なかなかできないことがあります。では、相談室であればできるかと、相談室もそんなにパワーがあるわけではないと。ただ、気になつた事例については、「ちょっとよろしく」みたいな感じだと。

また、北村先生がおっしゃったように、それにしてもMCIレベルの人は、かかりつけ医に返すけれども、「半年後にまた来てください」というフォローの仕方もしていると。で

すから、診断後支援にはいろいろなパターンがありますので、そういうことを網羅できるような調査にしたいと。

江澤 恐らく回収率を懸念されているのではないかと思ふんですけれども、このままでは、IとIIほぼ回答の予想がつきます。(笑)我々が知りたいのは地域ごとの特色ある好同事例などで、IやIIでそういう(質問を設けられないか)。

また、IIに「診断後支援」という言葉が出来ていますが、これは一般的にもコンセンサスがとれているのかどうか。入院患者であれば、今は入退院支援加算を算定しているところが多いので、退院患者については、ここに書いてあるようなことはほぼ網羅しているはずです。例えばかかりつけ医から紹介が来て、診断をつけ、そのまま外来で帰すべしのことを診断後支援と假定しているのかどうか。例えば入院患者もコンフェーズする当然、全て丸がつくわけです。

それから、IIIの1番については、PSWはあるけれども、MSWがなかったり、社会福祉士がなかなかたりしましますし、この並びも一般的なものは違っています。また、国家資格とそうでないものが混在していりますので、もう少し整理したりほうがいいのではないかと思います。

精度を上げるのであれば、診断後支援についての注意書きがもう少し必要ではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

栗田 たくさんありましたので、金てはメモできなかつたのですが、大変具体的な質問をありがとうございます。最後のほうのことについては、これは一応、認知症疾患医療センターの実施要綱に網羅されている言葉です。作業療法士については網羅されていないのですが、近年、作業療法士もふえてきていますので一応入れています。連携推進補助員は、認知症疾患医療センター絡みで出てきた言葉で、実績報告書にある文言です。

ちなみに、社会福祉士という文言は実施要綱にも実績報告書にも入っていないんですね。ただ、なくすわけにはいかないので、「その他」を設けて、そこに書いていただけました。

江澤 実態としては結構ありますよね。

栗田 そうです。確かに社会福祉士は結構多いと思います。そういう背景がございます。それから、最初のほうにおっしゃった、特徴のあるところを捉えなければいけないということも全く同感で、I、II、IIIは、なくてもいいと言つてはあれなんですか……。

そういうことで、苦肉の策として自由記述をやしたということです。ただ、今日の議論もありましたので、もうちょっと具体化できるかなとは思つております。

それから、診断後支援という用語そのものに関しては、これは確かに近年の言葉で、英語ではPost Diagnostic Supportと呼ばれ、先進諸国等では認知症支援の非常に重要なものとなっています。ただ、日本ではありませんといいう議論の中で出てきた用語です。どれぐらい普及しているかといいますと、まだ疑問ではありますけれども、認知症の業界では近年、特に注目されている用語ですので、このアンケート調査をもつて少し考

える機会があつてもいいのではないかということです。

先生のお話は全て録音されていますので、後で確認させていただきます。

江澤 あとは、好事例があれば、義務でなくともいいので、書きたい人は書いていただきようにしてはどうかと思います。

栗田 そうですね。ありがとうございます。

旭 自由回答のよくな形で、4番(IV?)の次に、今、認知症疾患医療センターの現場で抱えている一番の問題はどういうものですかと。それによつて、かなりいろいろな問題点が出てくるかと思うんですね。

今日、資料をお配りしていますが、我々のところで一番困っているのは、急性期病院、救急病院に肺炎、骨折などを入院して、せん妄状態になって初めて認知症だと診断され、退院後の支援を求めてくる方がここ数年、非常にふえています。疾患センターも、初期集中支援チームを3年間やって、かなり重複化した人が非常にふえていると。

それから、先ほど言いましたように、疾患センターの役割の一つに、身体合併症、BPSDと共に、ADLが低下しており、リハビリが必要な人が非常にふえているのですが、その支援をどうするかということが抜けているのではないか。私どもはリハ病院ですから、県のほうの地域への支援センターや、高次機能の支援センターも全て千葉県から受けいています。なおかつ、松戸市からは包括支援センターも受けています。

全国的にどこでもそういうだと思うんですけども、診断がつかないままにどんどん認知症が進んでいて、私どものところも含め、現場が大変になつてきている。そういうことが非常にふえてきており、それをどうするかという問題にもつながるのではないかと思いますので、そういう自由回答のものを一つ入れていただきたいと。

また、これは今回に対する提案ではないのですが、リハビリ的な視点をもうちょっとと入れてはどうか。認知症疾患医療センターだけではなくてできないので、ほかの支援センター等との連携をどうするのか。私ども千葉県では、12カ所ある中で、リハ病院が支援センターをしているところが數ヵ所あります。もちろん精神科でやっているところもありますし、総合病院や大学病院などでもやっていますし、パラエテイに富んだ疾患センターがやっていますから、千葉県の場合、現場ではかなりいろいろなことが出できます。

千葉県でも急速に高齢化が進んでおり、過疎地も非常に(ふえており)、房総半島などでは限界集落も30%40%あります。ですから、我々は日本の縮図だと思つて取り組んでいます。

栗田 最後に自由回答として、この際、広く全般的な認知症疾患医療センターの今の課題についても聞いておいたほうがいいだろうということですね

旭 はい。

栗田 確かにリハビリの問題もあると思うのですが、広く全般に聞いておいたほうがいいだろうと。

内海 その回答によって、疾患センターがどれぐらいいろいろなことに取り組んでいるのか、問題点を持っているのかということで、その疾患センターの技量がある程度見えるのではないかと、私はひそかに思っているんですけどね。

栗田 分析が大変なんですけれども。(笑) ありがとうございます。

内海 今のは話の継ぎになると思うんですけども、この事業そのものはセンターの効率的な機能や地域との連携ということで、(それに基づいて)この委員会が開かれているわけですが、今回は診断後支援についてのアンケート調査となっており、最初にあった、連携協議会はどういうメンバーで、何をしているのかということを実態調査が全くない。せっかく429カ所に郵送するのであれば、その部分も書いていただけないかと。

今日は診断後支援に限ったアンケート調査をしたいということかと思いついたのですが、今のようなご意見があると、連携協議会はどういうメンバーで、どういう内容のことをやっているのかということぐらいは、ちょっと長くなつたとしても、つけ加えることができないかと思います。

センターがその機能を本当に果たしているかということでは、最近、先ほどの初期集中チームに關しても、サポート医をセンターがさらにバックアップしなければいけないという文言が初期集中の中に入っているわけです。センターそのものが初期集中をしていくところもあれば、サポート的な役割をしているところもあれば、あるいは全くそこには関与していないチームもあるということで、実態がつかめないなど。

栗田 最後のことを聞いては、実は実績報告書に出てきます。主体でやっているか、チーク員になっているか、協力しているかなどいふことが出てきます。

内海 そうですか。ありがとうございます。

栗田 それから、今のご質問に関しては、私も連携協議会のことは考えたのですが、これは連携実績調査票ですので、タイトル的にはそれもできると思つています。ただ、文言が多くなつてしまつということも、倫理委員会にも一度通さなければいけないということがあります。

谷向 最初のところに戻るような感じになりますが、「今後の認知症疾患センターのあり方について(案)」に「質の」という言葉がよく出てくるんですかけれども、この実態調査のアンケートは、「こういうものを標準として考えていくください」という、質の基準のようなものを調べるためにものなのでしょうか。このアンケートの位置づけをはつきり……。

栗田 私の考えでは、探索的なものだらうと。基準はとても出でこないだらうと。特に「診断後支援」という文言は実施要綱上のどこにもありませんので、何をやつてあるんだろ、あるいは何を考えているんだらうということぐらいいしかからないのではないかと。

谷向 本当に探索的なものですね。実際にはどうなのかが非常に興味のあるところなの

ですが、「今後の認知症疾患センターのあり方について(案)」に「質の」という言葉があまりにも出で過ぎるので、そのあたりについてはどこかでディスカッションしていくこと必不可少だと思います。

栗田 そうですね。ちょっと検討させていただきます。ありがとうございます。でも、もうチャイムが鳴つてしまつのですが、田中先生、お願ひします。

田中 一言だけ。用語の問題で「診断後支援」を「診断後生活支援」など、もう少しわかりやすくしてはどうでしょうか。英訳をそのまますればあれなんでしょうけれども、それについてもちょっとご検討いただければと思います。

栗田 実は「生活支援」という言葉は行政用語として既にあり、ちょっと悩ましいかなと思つたんですね。例えば診断後支援には疾病についての情報を見提供するということも必要だと思うのですが、それを生活支援と呼ぶかといいますと、ちょっと難しいかなと。

田中 わかりました。

渕野 ちょっと聞きたいのですが、地域包括支援センターとの連携にお金をつけるということがよくわからなかつた。多分、出しているコマの一つだと思うのですが、どういうことなんですか。連携すればセンターに幾らか(お金がつく)ということでしょうか。

栗田 そうではなくて……。清水さん、お願ひします。

清水 今回つけた予算については、疾患センターの中に地域包括支援センター——包括だけではないのですが、地域との連携に関して専門の人をついた場合、疾患センターから補助要求をしていただければ、その人の人件費に関する補助を出すというだけのものですね。

渕野 疾患センターですか。

清水 センターに人をつけた場合、その項目として出していただければ、その補助をつけるというだけの話です。いわゆる人件費だけです。

谷向 設置義務ではないんですね。

清水 もともと相談室を設置することは義務ではあるんですけれども、そこに対して人は……。

谷向 さらに人を加えるという。

江澤 ケアマネがね。

清水 ケアマネという言葉は、いろいろと事情があってケアマネと書かざるを得なかつたので、代表の例としてつけただけで、別にケアマネである必要はありません。疾患センターとケアマネはあまりなじむものではないと思うのですが、いろいろと事情があつて特出されてしまったということです。

渕野 最後にもう一つ、いわゆるセンターですから、認知症の診断管理料というものがあるじゃないですか。お金のことと言う場ではないんでしようけれども、それを請求しないといつところも多いのではないかと思うんですよ。700点とか500点とか、あるわけですが、皆さん、あまりにお忙しくて、一々返してどうのと……。また、それを書いて返すことによつて、そこで途切れてしまうということもありますけども、

それはどうなのかと。

逆に、内科のお医者さんがそれを見て、療養何とか加算、慢性何とか加算というものが
あるのですが、それをほとんどつていらないんですよね。調べたこともないのですが……

栗田 今回の実績報告書に全て出ています。今日、皆さんにお配りした（資料3に）専
門診断管理料の実施率が全て出ています。

中西 これは疾患医療センターに対する実態調査ですが、指定している市町村や都道府
県が疾患医療センターの役割をどう認識しているのかを確認することも、今は無理です
けれども、今後、必要ではないかと思ったりします。

栗田 ありがとうございます。都道府県に対する調査ですね。それはレスポンスが結構
悪いんですけれども、今後、必要ではないかと思ったりしました。

それでは、時間が来ましたので、今日の委員会はこれで終了とさせさせていただきたいと思
います。事務局から事務連絡をお願いいたします。

事務局（吉野） お疲れさまでした。今日のご議論を踏まえて調査票を修正し、それを
先生方に一度ご確認いただきくというプロセスを経て配布させていただきます。そして、回
収して集計し、報告書作成に向けた分析を2月の中ごろに行うことになると思いますが、
最終の委員会は、その数字が出てきたころに（開催する）ということになりますでしょうか。

栗田 そのことを言うのを忘っていました。これから連携実績調査票の最終版をつくり
ますが、タイムミットがありますので、大幅な修正は難しいかと思います。ただ、今日
のご意見を反映して可能な範囲で修正し、調査できるようにしたいと思います。

1月中に調査を実施しなければタイムミットに間に合いませんので、1月中旬に行って、
2月半ばには回収し、集計・分析をして、次回の第3回は恐らく2月末か3月の初めにな
ると思いますが、そこで資料として出させていただきたいと考えております。

事務局（吉野） わかりました。老健事業は3月31日までに厚生労働省に印刷物とし
て報告書を納品するというスケジュールになっていますので、どんなに遅くても2月下旬
から3月頭には最終回の委員会を開催させていただきたいと存じます。候補日ができるだ
け早めに取りまとめ、先生方にメールで配信いたしますので、ご回答いただければ幸いで
す。

私たちもからは以上です。ありがとうございました。お疲れさまでした。

栗田 それでは皆さん、どうもお疲れさまでした。

（終了）

栗田 嘉さん、年度末の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す。今日は、認知症医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業の第3回の検討委員会ということで、今年度最後の検討委員会です。

今年度この委員会事業の最終的な目標は、今後の認知症医療センターの質の改善・向上に向けて、現段階での提言を出そうということです。その提言を掲げるに当たって、これまでの議論を一まとめ、論点整理をして、最後、本日の議論につなげて、まとめたいと考えております。

議事に從いまして、早速ですが、「本検討委員会における議論の要約と論点整理」ということで、最初に私のほうから少しまとめさせていただきたいと思います。(以下、プロジェクト使用)

第1回から第2回にかけて、論点を絞って、六つの論点について皆さんで討議していただいているところです。

今回は論点の見出しを、最終的な提言に掲げる文言をちょっと意識しながら書いております。提言に掲げる文言は少し修正しようと思いまして、また最後に提案させていただきますが、この六つの論点に沿つて一つずつ、これまでの議論を要約し直して、復習をしていきたいと考えております。

最初の論点は、基幹型に求められる要件は、都道府県・指定都市の認知症医療センターの事業の質の管理、クオリティーベンチマークであり、具体的に事業評価とか人材育成等にかかわる機能とすべきではないかと。そういう観点で議論をさせていただきました。(ここでの記載は)非常に短いですけれども、「基幹型の要件はこれでよい」という意見もありました。また、基幹型はつづらす、「事業の質の管理は協議会が行う」という選択肢もあるということ。これは旭先生から、千葉県はそのような考え方だと。というようなことがあって、基幹型をつくることを必須にすることは地域性の問題があるので難しいでしょから、つくる場合にはこういった要件でという提示の仕方がよろしいのではないかというご意見をいただきました。

論点2は、都道府県認知症医療連携協議会の役割は、都道府県の認知症医療センターのクオリティーベンチマーク、事業評価とかPDCAサイクルの稼働等と明示すべきではないかと。協議会については役割が何も明示されていないので、こういうことを明示すべきではないかという議論がありました。

第2回の検討委員会ではいろいろなご意見がありましたが、協議会に全ての認知症医療センターが出席することはできないので、代表的な認知症医療センターや第三者者機関として関係する組織・機関が出席するという形での協議会がほしいのではないかと。あるいは、東京都の例を出していただいたのですが、東京都では認知症対策推進会議は親会の役割を果たしていて、その下に医療部会といった具体的なミッションを持った部会を

平成30年度老人保健健康増進等事業（老人保健健康事業推進費等補助金）テーマ番号：82
認知症医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業

第3回検討委員会

議事録反証

日時：2019年3月3日（日）15時00分～17時10分

場所：東京八重洲ホール901

つくりて、認知症疾患センター等の現状などについて協議していると。それから、協議会のミッションは事業の質の管理であろう、そのためにも都道府県レベルで毎年出している実績評価の結果を協議会で報告すべきであるというご意見もいただきました。

ところで、都道府県連携協議会の開催状況は、2年前に老健事業で調査したところ、6割であった、4割の都道府県ではそもそも開催していないことがわかりましたので、実は2年前に都道府県向けの事業評価の手引書などもつくるべく各都道府県に配付したりしました。そういうことが何か効果を上げているかということで、現在の開催状況について改めて調査しようということで、厚生労働省のはうで調査をやつていただきました。これは後でご報告いたします。

論点3は、認知症疾患センターが開催する連携協議会についても、地域連携の推進と事業の質の管理であるというふうにやはり明示すべきではないかと。

都道府県の連携協議会との間で情報が相互共有できるシステムをつくっておく必要があるのではないかといったようなご意見が、第1回の委員会の中で出てきました。これについて第2回でもご意見をいたしました。各センターで開催される連携協議会についても、何をやるべきか戸惑いがあつて内容はばらばらであるので、実態調査を行つて、役割を明確化すべきであると。これは内海先生からいただいたご意見です。

論点4では、毎年実施されている全国の認知症疾患センターの実績報告書の集計・分析結果を公表し、事業の質の向上に向けてPDCAサイクルを稼働させる方策を検討すべきではないかと。そもそも、毎年、全国の認知症疾患センターあるいは都道府県が出している実績報告書は、どこも集計もしていないし分析もしていないと公表もされないので、何の役にも立っていないといふことなので、これをちゃんと集計・分析して公表することが必要であろうと。

論点5は、全国レベルでの認知症疾患センター研修会が継続的に実施できるように、平成29年度の実績報告書の集積・分析を行いました。時間はありますけれども、全国のセンターの現状について概要を見て、この場で少し議論をしてみようということです。これは後ほど説明させていただきます。

論点6は、第2回の検討委員会においても一部報告させていただきましたが、まずは全国補助等による支援策を講じるべきではないかといふことです。全国研修会は、現在、毎年1回ずつ、6回行われていますけれども、本当に手弁当の草の根的な研修会ということでやつてきたわけです。

第1回の検討委員会でも出ましたけれども、この全国研修会は非常に意義がある会であり、特に都道府県レベルの認知症疾患センターの各関係機関との連携が強化されて非常にいいといふこともありますして、認知症疾患センターの質の向上に向けて、これをきちんと継続的にできるように国がバックアップしていくべきではないかということで、第2回の検討委員会でも同様に、全国研修会を開催してから、県との連携、医師会との連携、地域包括支援センターとの連携が密になつたといつたご意見もいただきました。

論点6は、第2回の検討委員会で議論の一一番中心になつたテーマですが、認知症疾患センターの相談室機能（地域包括支援センター等との連携、診断後支援等）を担保するための支援策を講じるべきではないかといふことです。

第1回の検討委員会で、実際に平成31年度の予算の概算要求で、地域包括支援センターとの連携の強化という目的で厚生労働省が予算要求しているということもありましたので、では実際にどうやっているか、あるいは今後どうあるべきかといふことをきちんと考えておく必要があるだろうと。

第2回検討委員会で、認知症疾患センターの相談室機能としての相談員等による診断後支援の実態を本事業において調査する必要があるということで、このたび、この調査をさせていただきました。後ほど、この調査結果を報告させていただきます。

また、認知症疾患センターの相談はどの範囲まで行うのかという議論が必要である。診断後支援のポイントは連携であろう、診断だけして病気の説明をしない、介護保険の情報を提供しない、地域包括支援センターなど知らないでは、暮らしていくことはできないであろう。診断後支援は重要である、医療者でなければアドバイスできない介護のポイントもある。診断後支援にも濃淡がある、相談員が積極的にかかわるのか、医師の指示があればば行うのか、医師に提言するという感じにすればわかりやすい。

権利擁護に関する支援は、より具体的に示したほうが多い。これは、調査の中で示したほうがいいと（いう意味です）。「一人暮らし」だけではなく、「一人暮らしあるいは高齢の家族の人」の診断後支援について調査したほうがよい。MCIレベルの人の相談後支援のあり方が難しい、介護保険を申請しても介護度が出てない、地域包括支援センターや認知症カフェに相談に行くほど生活に困っていない人々は、半年後または1年後に来てくれるようになると、相談員も関与するすべがない。このあたりは相木さんから出しています。

若年性認知症の会の人から、医療機関では診断をつけるだけで何もしてくれない、必要な情報を提供してくれない、せめて地域にある若年性（認知症）の人たちの社会資源についての情報を提供してもらいたいと言われたと。言われたのは私ですが、これは杉星（ほし）の会の千場さんから言われました。

それから、現在、認知症疾患センターが直面している課題について自由回答で聞いてほしいと、旭先生から。この際、認知症疾患センターが直面している課題についても聞いてみようということです。

今回の調査は探索的なもので、診断後支援という観点でセンターが何をやっているのか、まずは実態を探るものでいいましようということで、調査をさせていただいた次第です。ここまでが前回の議論です。

ということで、三つの調査を行いましたので、それぞれの調査結果の報告をまずさせていただきたいと思います。最初は「認知症疾患センター実績報告書の集計分析について」、次が「都道府県認知症疾患センター連携協議会の実施状況について」「認知症疾

恵医療センターにおける相談員等による診断後支援調査の集計結果について」ということで、順を追って報告させていただきます。

先取り的に、今日の最後の提言の案ですが、先ほどの議論に沿ってこの六つの提言を出しておく必要があるのでないかということで、紹介させていただきます。ただ、この後の議論を踏まえて、さらに提言すべきことがあればどちらも出していくだければと思いますし、また、この提言の文言も少し修正したほうがいいということであれば、ご意見をいただければと思っております。

今、六つの論点に沿って、(提言) 1は「基幹型に求められる要件は、都道府県・指定都市と連携して、認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、人材育成等）に開発する機能とすべきである」。

2が「都道府県認知症疾患連携協議会の役割は、都道府県の認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価、PDCA サイクルの稼働等）と明示すべきである」。

3が「認知症疾患医療センターが開催する連携協議会についても、その後割を地域連携の推進と事業の質の管理と明示し、都道府県連携協議会と情報が相互共有できる体制を整備すべきである」。

4が「毎年実施されている全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表し、国レベルでも、事業の質の向上に向けて PDCA サイクルを稼働させるための施策を講じるべきである」。4については、第1回の検討委員会のときに、全国レベルの協議会をつくってこういうことをすべきではないかということを最初に提案させてもらったのですが、これは意見の一一致を得なかつたので、協議会という文言を外させていただきました。

5が「全国レベルでの認知症疾患医療センター研修会が継続的に実施できるように、国庫補助等による支援策を講じるべきである」。

6が「認知症疾患医療センターの相談室機能（地域包括支援センター等との連携、診断後支援等）を担保するための支援策を講じるべきである」。

とりあえずこの六つの提言を掲げさせていただきました。

ということで、最初の調査結果（報告）からということで、資料1について一冊閉めさせていただきます。

皆さんのお手元にある資料2が、平成29年度分の認知症疾患医療センター実績報告書の集計分析結果です。2ページ目にあるのが、様式2の(11)と書いていますが、実績報告書の平成29年のときの様式です。実は、来年度からまた様式が変更する予定で、これについても後で皆さんに提示させていただきます。

この29年度の実績報告書に沿って、5ページ以降に、全ての項目についてクロス集計表と帶グラフが出ております。带グラフは全部のクロス集計表に出てるわけではありませんが、主要なクロス集計表については帶グラフを提示しております。

クロス集計をするときに、類型別ということで、基幹型、地域型、連携型でクロスをか

けておりましたけれども、渕野先生から医療機関類型別にもぜひクロスをしてもらいたいと
いうこともございましたので、2ページ（5ページ？）以降には、一般病院、精神科病院、
診療所、その他という、医療機関類型別のクロスもかけております。

最初のほうは、医療機関の基本情報についてのクロスがずっと出ております。
特徴的というか、認知症疾患医療センターの現状を考える上で私が個人的に非常に興味
深いところを幾つか紹介させていただきます。

まずは72ページをごらんください。実は、後ほどの診断後支援に関する調査でも、現在抱えている課題といふところでしばしば出てきていますが、初診までの待機日数のクロスが出ておりますので、ちょっと見ていたければと思います。現在、440カ所の認知症疾患医療センターができまして……

藤本 429ではないですか？

栗田 この調査の段階では429ですね。まだちょっとふえてきたんですね。

以前に比べれば初診の待機日数は大分短くなつたと思いませんけれども、「1か月～3か月」がまだ全体の20%を超えているということで、後でアンケート調査の結果が出てきます
が、これはかなり長いんじゃないかなと。現状はこういう状況であるということです。
それから、次の73ページですが、渕野先生が第2回のときに、認知症専門診断管理料
があまり算定されていないのではないかということをおっしゃっておりまして、現在の算
定率が書いてあります。専門診断管理料の算定をしているのは73%です。これを多いと見
るか少ないと見るかはさまざまですが。ちなみに、連携型は50%しか算定されておりませ
ん。これは私自身も実は算定しないことが結構あるので。これは書式が結構厄介なんですね。そんなことがあって、こういうことになります。

(76ページ) 認知症ケア加算は2年前に設けられたもので、一般病院向けの加算だと
思いますが、認知症疾患医療センターがある一般病院でケア加算1を算定しているのはこ
の時点で40.6%であるということで、6割はケア加算1を算定できていない。次のページ
にケア加算2がありますが、ケア加算2が25.0%ですので、合わせると65%から66%ぐ
らいの一般病院がケア加算を算定していると。

78ページは救急医療機関としての機能です。基幹型は救急医療機関としての機能を持つ
ことが今は要件になつていて、現状で、基幹型は全て100%、救急医療機関の指定を受け
ています。しかし実は、下の病院類型別で見ますと、一般病院でも75.3%です。今や認知
症疾患医療センターのある一般病院は大半は救急医療機関に指定されているということで、
基幹型の要件にするような性質のものではないかと個人的に思つておりますの
で、このデータは重要ではないかと。

次の79ページは、高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定です。こちら
につても、実は基幹型でこの指定を受けているのは6割です。下(の表)を見ると、一
般病院でも3割は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受けているので、
これについても、基幹型は9カ所しか指定されていないことを考えたら、これもあえて基

幹型の要件にすべき性質のものではないだろうと。次の 80 ページは、身体合併症のある認知症の人に対する救急医療の支援です。これは基幹型が 100%ですけれども、地城型も 8 割のところはやっているということです。病院類別に見ても、一般病院も精神科病院も、身体合併症のある（認知症患者に対する）救急医療の支援はそれなりにはやっている。もちろん精神科病院と一般病院はレベルは違うとは思うけれども、やらないということではないので、身体合併症（のある認知症患者）に対する救急医療機関としての機能が基幹型の要件になつておりますが、これも、それどころじゃないだろう、病院はみんなやなきいかんだらういうことではないかと思つております。

次の 81 ページも関係します。リエントームによる支援も、基幹型というよりは一般病院で広く行われているものであろうということです。リエントームによる支援をするには要件があります、それにしても（一般病院の） 54.5%で行われているということです。

83 ページが、院内の全ての診療科に対する認知症に関する研修会です。これはむしろ地域型のほうがよく行われているということです。これも実は基幹型の要件に入っていますけれども、これももう全てのところでやられているだらうということです。

少し先に行きますが、92 ページに認知症医療センターが開催する[医療連携協議会の開催状況が出ております。これは全てのところでやならないところで、ほぼ 100%でなくてはいけないのですけれども、開催の回数で 0 回といふところが少しあるので、ほぼ 100%開催しているけれども開催していないところもまだあるということかと思います。

それから、これも第 2 回検討委員会で誰からのご質問があつたと思いますが、107 ページ以降に初期集中支援チームへの関与についての結果が出ています。108 ページで、センター内に初期集中支援チームを持つ認知症医療センターは、地域型が 19.4%、連携型が 27.5%ということがあります。109 ページ、初期集中支援チームへチーム員として参加というのは、地域型が 43.1%、基幹型が 12.5%、連携型が 56.9%。110 ページ、後方支援をしていることになると、認知症医療センター全体の 51.4%が後方支援として関与しているということです。

さら後に後のほうに行きますが、今回、診断後支援に関連してということで、124 ページ以降に地域連携に関連する幾つかの項目があります。124 ページは介護保険施設・事業所への往診または訪問診療をしているかということで、回答してくれた認知症医療センターの 24.4%が（通常業務として）しているということです。これは「通常業務として実施」「状況に応じて実施」「未実施」という三つの評価ですので、「状況に応じて実施」を含めれば、全体としては 40%ぐらいのところであつているということでした。

125 ページは行政機関への助言・連携についてです。これは、ほぼ全ての、99%のところは行政機関と連携しているということでした。

126 ページ以降に、地域包括支援セセンター職員への助言・連携があります。これも、ほ

ぼ 100%の認知症医療センターが地域包括支援センターの職員への助言・連携をしているということです。127 ページに帶グラフがありますが、「状況に応じて実施」を入れると 100%でやっているということです。

128 ページ、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携についても、「状況に応じて実施」を含めれば 100%のところであつているということでした。

129 ページは介護保険施設・事業所職員への助言・連携ですが、これも「状況に応じて実施」を入れれば 100%でやつているということです。

こんなことで、事業評価の集計をして分析、公表をすれば現状がこんな感じで明らかになるということで、こういったことを都道府県レベル、国レベルでもぜひ行うべきではなかろうかということです。

続けて、資料 3を見ていただければと思います。資料 3は、厚生労働省が調べてくれた、都道府県認知症医療センター連携協議会の実施状況です。岩手県が未提出ということですが、これは絶対出さなければいけないので、少なくとも数週間以内にこのデータは完備すると思いますけれども。

この結果を見ますと、現時点では新潟県と福井県と山梨県と山口県の 4 県に限られるということで、2 年前に比べれば、ほぼ 100%に近い。特に、この 4 カ所のうち 3 カ所は 31 年度実施予定となつておりますので、残る 1 カ所はどこかわかりませんが、まだ 1 カ所残っていますけれども、2 年前に比べればほぼ 100%行われるようになつたということかと思います。

最後に、「認知症医療センターにおける相談員等による診断後支援調査の集計結果」というところまで報告させていただこうと思います。資料 4-1 に診断後支援の集計の大まかな各設問の単純集計のグラフが出ていますので、最初に技広のほうから単純集計の結果を報告させていただきます。この後、自由記述の私なりの説明をさせていただきます。

技広では、事務局、技広がご説明させていただきます。

先生方のお手元にある黄色い紙の参考資料 1 の調査票で、1 月から 2 月までの間に調査を実施いたしました。2 月 22 日まで 306 件の回収（数）で、（回収率） 71.33% のところで一旦この資料はつくっています。報告書では（回収数・率）もう少しやした状態でできると思います。

では、（基本情報として）「回答者職種」です。おおむね、精神保健福祉士の方が多かつた。実は、この集計には入れていませんけれども、精神保健福祉士の方と医師の方が両方も出していたいたいに施設が数件ありました。

次に参りまして、（1、社会資源についての質問の 1 番として）「認知症の人の家族会など、家族介護者の支援に関する社会資源はありますか」というご質問をさせていただき、て、「ある」が 92% のご回答でした。

2 番目、「認知症の本人の会はありますか」というご質問をすると、「ある」が 36%、「ない」が 42%、「把握していない」が 22% おりました。

3番目、「認知症カフェなどの居場所づくりに関する社会資源はありますか」とお聞きすると、「ある」が97%。

4番目、「認知症の本人の生活支援に関わるその他の社会資源（介護保険などの法定のサービス以外、あるいはインフォーマルサービス）はありますか」というと、「ある」が55%、「ない」が15%、「把握していない」が30%ありました。

次に参りまして、実際の診断後支援をどうしていますかという（大項目のII）質問です。

1番目、「本人や家族への相談員等による診断後支援はどうにして行われていますか」と。これは複数回答なので棒グラフにしています。「医師の指示によって実施」が80.3%、「本人・家族の希望に応じて実施」が93.4%ということで、完全にしていないといいよりは、必要であればその場で考えてやっているというニュアンスを感じました。

2番目、「認知症の病気としての特性や治療方法、症状との付き合い方などについて情報提供を行っていますか」という設問では、「積極的に実施」が54%、「求められたら実施」が41%、「あまり実施していない」が4%という結果です。

3番目、「住まいの近くの地域包括支援センターについて情報提供を行っていますか」という設問では、「積極的に実施」が65%、「求められたら実施」が34%、「あまり実施していない」が1%という結果です。

4番目、「介護保険に関する情報提供を行っていますか」と、「積極的に実施」が70%、「求められたら実施」が29%です。

5番目、「権利擁護に関わる援助の情報提供を行っていますか」は、「積極的に実施」が29%で、「求められたら実施」が67%でした。

6番目、「経済問題に関する援助について情報提供を行っていますか」という点では、こちらも傾向は同じような感じで、「積極的に実施」が35%、「求められたら実施」が60%。

7番目、「家族会や家族支援に関する社会資源について、情報提供を行っていますか」というと、「積極的に実施」が40%、「求められたら実施」が53%。

8番目、「認知症の本人の会について、情報提供を行っていますか」との設問では、「積極的に実施」が15%、「求められたら実施」が34%、「あまり実施していない」が20%、「実施していない」が31%ということで、この見開き2ページにおける（5番目から8番目の）四つの設問は実施率が低いという状況になっています。

9番目、「認知症カフェなど 地域の居場所や交流の場に関する社会資源について、情報提供を行っていますか」。この設問でも、「積極的に実施」が41%に対し、「求められたら実施」が51%、「あまり実施していない」が6%という結果です。

10番目、「関係機関との連絡調整を行っていますか」という点だと、これは「積極的に実施」が78%、「求められたら実施」が22%です。

次に11番目、「本人・家族の心理的サポートを行っていますか」。「積極的に実施」が27%、「求められたら実施」が40%で、「あまり実施していない」が21%で、「実施しない」が12%という結果になっています。

12番目、「その他の生活全般の問題について相談に応じていますか」という設問ですと、

「積極的に実施」が39%で、「求められたら実施」が59%です。

最後に、大項目のIIIは「診断後支援を」実際にどうしているのかという設問ですけれども、「貴院の相談室において、実際に相談に応している職員はどの職種ですか」とお聞きしたら、精神保健福祉士 89.2%、看護師 41%、社会福祉士 27.2%、臨床心理技術者 24.3%という結果です。「その他」と書いてあるところに何が書いてあったかというのを吹き出しで書いていますが、主任介護支援専門員が4、ケアマネはほとんど同じだと思いませんけれども1ということで、介護支援専門員が5という結果。そのほか、認知症看護認定看護師とか、栄養士、言語聴覚士、薬剤師という結果もありました。

それ以外の自由記載のほうは、先生方のお手元にA3の大きい紙があります。クロス表は資料4-2にあります。類型別と医療機関種別についてつづっています。

栗田 今の中純集計のグラフでそれとも、この単純集計でもいろいろとわかるところはあるかなと思いました。

IIは地域の資源についてあるかないかということで、どういったものが比較的一般にあって、どういうものがあまりないかとかということが大ざっぱにわかります。それから、IIの1から9までが情報提供に関連することです。情報提供に関連する支援もいろいろと濃淡があることがよくわかりました。10番以降は、実際に連絡調整とかサポートとか相談についても、よくやられているところと、そんなにはやられていらない（ところもある）ことが、大まかではあるけれどもわかりました。それから、この回答をしている職種もそうですけれども、相談室の相談支援をしているのは圧倒的に精神保健福祉士であることもわかりました。

この後、自由記述についてのお話をさせていただきます。皆さんのお手元には膨大な量の自由記述の資料があつて、しかも字が小さいで読むのが非常に大変かと思いますが。私も昨日1日、一生懸命読ませていただきました。先ほどまで読んでいたのですけれども。ここからは皆さんのお手元に資料がないので、私のスライドと一緒に見ていただければと思います。（以下、プロジェクト一使用）

まず、とにかくこれを全部読み渡してみて感じたことは、ほとんどのが精神保健福祉士の方が回答しているのですけれども、非常によく書いてくれているということです。医師だと絶対こんなに書いてくれませんが、非常に高く書いてくれている。それから、全般に問題意識は非常に高い。ということです、この資料は資料価値が非常に高いと私は感じました。

最初に結論的なことを言うと、膨大なデータではあるのですけれども、この自由記述のデータはきちんと質的分析をする価値があると思いました。誰がすべきかというと、やっぱりこれはPSWがやるといんやないかと思っております。柏木さんにやれとは言いませんけれども。（笑）これから考えますが、うちの認知症疾患医療センターのPSW等に

協力していただいて、質的分析をきちんとやる価値はあるのではないかと思うのですが。

でも、柏木さん、読んでくださいて、せひということであれば、一緒にやって……

柏木 (PSW) 畠山さんをかしてくださいれば、やれますよ。

栗田 そうですか。では、まづ畠山さん。

ということで、これはまだ分析はしておらず、設問ごとに幾つかピックアップしたものです。質的分析ということになると、セグメントーションをして、コーディングをして、カテゴライゼーションをしてという一連のプロセスを踏まなきやいけないので、それはやつていません。せひやればなと思つていますが。

まず、「一人暮らしや高齢者のみ世帯の方への認知症診断後支援」ということで、これについても非常に意識が高いです。いろいろ考えています。でも、何といつてもこのケースは、地域包括支援センターとの連携というのが最も頻繁に出てくるチームです。地域包括支援センターと連携して生活支援を確保するというようなことが第1に出てきて、訪問とか見守りとか服薬管理とかそういうことを担保していくということが頻繁に出てくる。それから、別居介護という問題がやっぱり出てきまして、離れて暮らす家族と連絡をとる。それから、真ん中辺にいいことがいっぱい書いてありますが、ご本人に認知症の基本知識を伝えるというんですけれども、不安の軽減とか、わかりやすく伝えるとか、精神保健福祉士が同席して医師からの説明をわかりやすく伝える。これは、ご本人の意思決定支援においては非常に重要な作業ですので、こういうことをやる。それから、PSWと相談でできる体制をつくっておくとか、院内で共有して困り事に気づく機会を広げるとか、そういうようなことも書いてあります。

あとは、アドバイスということで、危機回避的なアドバイスをしていく。火の始末、徘徊、転倒等危険因子の回避のためのアドバイス等をするとか、定期的な診察・認知機能検査で今後の生活の予測とアドバイスをするとか。

これは本当にざく一部であって、こういったいろいろなことが書かれております。

次は「認知障害の方への認知症診断後支援」。MCIの診断後支援を認知症疾患医療センターでどうやるべきかというのは、これは柏木さんがおっしゃったので質問させられたのですが。

これは本当にざく一部であって、こういったいろいろなことが書かれております。

次は「認知障害の方への認知症診断後支援」。MCIの診断後支援を認知症疾患医療センターでどうやるべきかとは、これも非常に学ばされるというか、興味深いですね。

まずは、柏木さんが言ったように、一番多いのは定期的受診です。半年に1回とか1年間に1回という形で定期的に受診するように指示して、経過観察を行って、認知症への移行が見られたたら治療的介入をする。これは非常に一般的な、一番常識的なやり方。

ほかにも、診断後の不安軽減、わかりやすく詳しい病気の説明をしておく。これはも非常に重要なと思います。地域生活で必要な情報提供、制度の活用、多職種連携の支援体

制、認知症進行予防の社会資源のコーディネーター、カフェ、サークルなどと書いてあります。が、こういうことを MCI のときにならんとやつておくんだということ。活潑な社会活動など生活上の助言。本人の意向を伺いながら6ヵ月、1年の再来を提案して、近隣のサロン、体操教室の案内、当クリニックのオレンジカフェに誘い、つながりができるよう心がけているとか、こういうようなことをなさっている。

その後は予防プログラムに関連することを幾らか書いています。地域でやっている予防プログラムにつなぐとか、外来でやっている予防プログラムにつないでいるんだと。あるいは、認知症予防の資料をお渡しして説明しているとか、包括や区役所の保健師と連携をとり合いながら見守りや訪問が行われるようにしているとか、そういうことが書かれています。

もう少しちゃんとカテゴライゼーションしないといけないのですけれども、大まかに言うと、定期的なフォローアップと、わかりやすい情報提供、アドバイスと、各種予防プログラム、そんなような感じになつているようです。これがいいのが悪いのか、議論は必要だと思いますけれども。

ただ、実は、先ほどの実績報告書のデータの 67 ページに全国の認知症疾患医療センターの診断名別の頻度が書いてありますけれども、MCI は全国の認知症闘病疾患の 16% を占めています。確かに MCI レベルの人は認知症疾患センターによく来られるんじゃないかなと思いますので、こういう方たちにどいういうのかといふことは、いろいろと議論をしながら、どういうあたり方がいいのかといふのを提示していくのも大事なことかと思います。

それから、3番目が「若年性認知症の方への認知症診断後支援」です。これは非常に重要なところだと私は思っています。先ほどの三星の会からのご意見もありましたが、若年性認知症の方は、多くの場合、診断され放しで、必要な社会資源とか経済的な支援といった情報がきちんと伝えられていないという状況がある。しかも、地域社会には若年性認知症の人たのための社会資源が非常に少ない。少ない上に情報ももらえないために、多くの若年性認知症の方が孤立しているということがありますので、認知症疾患医療センターで若年性認知症の診断後支援を場合によってはガイドライン化してきちんと提供できるようにしていくなんていふことを考える必要があるのではないかろうかと。

実は、別の研究で私どもは若年性認知症の実態調査もやつているのですけれども、若年性認知症の方が一番たくさんいらっしゃる事業所、施設が認知症疾患医療センターでこれがわかつております。しかも、ここで最初に診断されるというのが非常に多いので、そのときの支援のあり方を考えなければいけないということで、ここに掲げられている項目は非常に大事だと思います。

最初のところがちょっと特徴的なと思つてますが、若年性認知症の方は、他の医療機関に紹介しないで自分のところでフォローするというふうに書いてあります。これはよく出できます。

次によく出てくるのは、経済的な問題。これはやっぱり非常に重要でして、経済問題にかかる援助の情報提供。あるいは、自立支援医療（制度）は積極的に案内する。経済的支援については、傷病手当金、障害年金、自立支援医療等々。

それから、若年性認知症コーディネーターにつなぐとか、就労支援、介護保険、リハビリテーション、家族の会について情報提供する。それから、難病の場合は特定疾患ですべて、特定疾患の情報提供や専入支援をする。あるいは、家族会を案内する。あるいは、地域の若年性認知症の集いを紹介する。

それから、精神保健福祉士ができるだけ診察に立ち会って、告知の状況や本人・家族の受容の程度に応じて、諸制度や家族会等の社会資源の説明や相談対応。それから、精神保健福祉手帳、生命保険診断書の作成、運転免許のアドバイスとか、若年の方向けの通所サービスの紹介をしたり、就労支援をしていると。

こういったことが実際に書かれています。ここに書かれていることだけを整理していっても、非常に意味あることができるかと。

「その他、認知症の人の診断後支援について、特に実施されていること」でも、今まで挙げられた以外のことでのようなことがあるかがいろいろ書かれています。初めて内服薬が処方にあった場合は処方1～2週間後をめどに状態確認の連絡を入れ、状態に変化があった場合は速やかに主治医に連絡して今後の対応を検討するとか、家族教室を開いてみるとか、月1度、地域包括支援センターと情報共有をしているとか、診断後に必要な情報を集めた家族向けの指導箇と本人向けの病気の症状を説明した説本をお渡ししているとか、アクセスマ可能な相談電話の番号カードを渡す。こんなことをやられているところもあるということです。

「認知症医療センター相談室における、認知症と診断された人やその家族への診断後支援（心理的サポート）」、ここが非常に重要な、学ばされることがたくさん（あり）、精神保健福祉士の方たちの思いがつづられている項目です。

認知症であると診断できる医療機関は数多くあるが、診断後支援に力を入れることができるのがセンター相談室の強みであり、精神保健福祉士の役割であろうと思う。診断されたことで絶望するのではなく、希望を持つて日々の生活が送れるように支援することは使命と考える。

診断後支援に入りやすいよう、事前の情報収集や、診察にワーカーが同席し、診察時の状況を把握すること、次回受診時スタッフに配慮してほしいことなどの情報共有等、相談室で気づき、動けるよう気につけている。

社会的に孤立させないことで、鬱病の発病や虐待、自殺を予防できる。
認知症の疾患ごとの特性や病状だけでなく、本人の生活背景や本人を取り巻く環境は多様であり、それらのアセスメントとニーズの理解が診断後の支援の基盤となる。初診前に家族やケアマネ等から一通りの情報を収集し、その結果を診断後支援に活用している。
ということで診断後支援はとても重要で、積極的に行っていくべきだが、受診、入院な

どの医療相談も多く、その他地域連携や研修会の開催など業務も多岐にわたっており、積極的に介入できない現状がある、人員不足である。それはもう、そのとおりであろうと思われます。

ワントップで医療、福祉、介護と連携でき、支援、サービスと迅速に行えることが理想である。

こういったことがたくさん書かれております。
「現在直面している課題」、ここも非常に大事なことがたくさん書かれておりまして、旭先生に言われてこの項目をつくってやっぱりよかったです。やはりマンパワー不足の問題があると。確かに、相談室のマンパワー不足の問題は、我々は感じてはいたけれども、実際に調査をしてちゃんと可視化させることをあまりしてこなかつたと思います。実際にきちんと予算措置もこれまでそんなにはしっかりとられていないかったということもあつたので、ちゃんと可視化させてよかったです。

それから、実際に次から次に受診ってきて、急な相談もあってなかなか大変なんだということです。

下のほうには少し一般的なことが書いてあります。認知症カフェは確かにふえてきているけれども、当事者の会はほほない。地域で本人や家族を支える居場所となる資源をふやしていくことが課題だと。それから、災害時ににおける認知症疾患医療センターの役割も事前にちゃんと考えておく必要があるだろうと、そんなことも書かれておりました。残された課題も幾つかあるだろうと思いますが、一心ここまでを今日の議論の題材として出させていただきまして、ここから先は自由な討論の時間にしたいと思います。まずは、この調査結果についてのご質問あるいはご意見などをいただきながら、今日の検討委員会の最終的な目標である提言の案について、文言の修正あるいは追加などがありましたら、ご自由に発言いただければと考えています。

ここからはフリーディスカッションということでいきたいと思いますが、何かございますか。

柏木 感想でよろしいですか。

栗田 感想だけじゃなくて、意見もどうぞ言ってください。
柏木 意外に頑張っている人がいるんだなと思って安心しました。もちろん、精神保健福祉士だけが書いたわけではないと思いますけれども。
ただ、書いていたいただいた（ように）一定の質の担保はされているとは思いますが、私が目指しているのは、全認知症疾患医療センターの精神保健福祉士というか相談員の標準化を図る、標準化を図るというのが必要なのかなと。どの程度の人数の人がここに書かれているかがこれだけではないので、そういうふうに思いを持っている人と、そういう力量を持つている人と……。

今いたいたい資料の中でも取り入れられるような工夫とかがたくさんありますし、認知症医療センターの相談機能の中で随分役に立つことをやつていらっしゃるモデル事例がたくさんあることが（わかつて）、今日は半分うれしかったので、これをぜひとも何らかの形で示して（いただきたい）。

私としては、相談室の相談員の相談機能の担保をP協会としてはぜひひやついていきたいと思っているので、これをうちの認知症プロジェクトにもぜひ採用させていただいて、モデルの事例と、研修の強化を（していきたい）。つまり、精神保健福祉士というか相談員だけの研修はなかなかないんです。先生方とご一緒にとかといふのはあると思いますけれども、相談員だけの研修はなかなかないので、彼女、彼らが抱えている生の課題と……。

いま内海先生と協力させていただいたいる研究の中には、どの程度の経験年数を持つている精神保健福祉士が担当しているのかといったような項目もたしかあつたと思いますので、こういううどもよくやつていらっしゃるところの人たちの事例を、若くて困つていらっしゃる人たちと共有できればなどと。本当に感想だけです。すみません。

栗田 ありがとうございます。

続きまして、内海先生は柏木先生と一緒に調査をされたと思いますが、その紹介も兼ねて、よろしくお願ひします。

内海 実は、この間の会議の後に帰りがけに柏木先生と2人で話して、こういうアンケートをしたいよねということで、もう始めてしまいました。

それで、ここに来てつくったのでまだ途中ですけれども、お手元に「参考資料3 内海」と書いてあるカラーのものがあります。昨年の12月で440カ所あったのですけれども、その後も追加になつたり、あるいは実際に送つたらもうセンターをやめていますとという箇所もあって、実際に今どれだけが稼働しているかはわかりません。それで、締め切つたのではけれども、締め切つた後もぱらぱらと来ますので、途中の本当に参考資料ということで、大体230（カ所）ぐらいで50%ぐらい（の回収率）というところで、回答していただいた都道府県が円グラフとなつております。

2ページにおいては、相談業務は約4分の3がPSWが行っている。そして、回答していただいたセンター累計としては、地域型が80%ぐらいになつております。

ここ（3ページ）からがアンケートの中身ですけれども、センター管内連携協議会をやつていますかとかというのは、そのセンターで連携協議会をやつていますかという意味です。「まだ開催していない」というのが8%あるんです。これはやらなければいけないことが起き得ているのかもしれません。

4ページにおいては、開催回数です。運営要綱にはたしか年2回と書いてあると思うけれども、1回と2回と半々ずつぐらいであるというのが実態です。多いところではもつと、複数回、5回というところもあつたりして、ちょっとばらばらです。

5ページに行きますと、どんな団体がどんな人たちを集めて連携協議会が開催されていました。

るのかと。医師会初め、保健所、行政、包括、介護関係者、消防あるいは民生委員といふところもありますし、本当にさまざま立場の方たちからの参加という協議会が開催されているなんだと思います。

6ページにおいては、どんなことを連携協議会でやつていいのかということで、4分の1はセンターの事業報告、その次にはセンターへの要望、意見の聞き取りというようなこと、それから、行政からのさまざまな取り組みの情報共有、意見交換といふような形で、みんな大体同等ぐらいの割合です。

7ページに行きましたと、得られた成果は何ですかということ、一番多いのが、センターコと地域医療機関との連携がよくなつたということ、多職種連携によって支援がスムーズになつているとか、事例検討会や研修会などが企画運営されているというような答えが多うございます。

8ページが、先ほど栗田先生がお示しの都道府県レベルの医療連携協議会を開催しているのかという国がやつた調査結果ではほとんどが開催しているとなつたけれども、こちらのアンケート調査では、「ない」と答えたのが52%と半分です。

それで、先ほどの資料3を見て、私ども北海道は「〇」になつていますけれども、これは開催しております。実は、昨日、センターの懇話会を開催してきましたら、それに乗つかった形で北海道庁が30分間時間をくれといふことで、我々の会に乗つかつて、30分、道からのという通常の事業報告があつて、終わりと。それは違いますよと道の方に言って、これからは乗りしないで、各関係機関を集めて意見交換をするような連携協議会をちゃんと別に開いていただきたいという旨を伝えました。だから、これが連携協議会ではありませんよねと念を押したわけですが、でも回答が「〇」になつているというることは、とてもなくびっくりすることです。

このアンケート調査は半分が「ない」と答えてますが、これは連携担当者に向けてアンケートをしておりますので、善意に解釈すると、ひょっとしたら都道府県レベルの連携協議会にセンター長だけが呼ばれて自分で自分たちはわからないというようなこともあり得るのかもしぬないのかなと。

栗田 ちょっとコメントしますね。いろいろとあると思いますけれども、実施要綱上、都道府県連携協議会は、連携協議会という名前がなくとも、それにかわる会議体があればよいということになります。

内海 ああ、そなんですか。

栗田 例えば東京都もそうです。東京都でも東京都の認知症疾患連携協議会があるわけではないでけれども、東京都は医療部会などがありますので、一応、認知症疾患連携協議会にかわる会議体があるということで、「ある」で問題ないといふことです。

内海 ということで、そういうものが本当にあるかどうかという問題と、しかも回答している人が知っているかどうかといふ二つの問題がありますね。

内海 わかりました。

では、先ほどのアンケートの続きになりますが、「ある」と答えたところのセンターからは、どんな参加団体かということで、これは先ほどの各センターが行っている連携協議会と似たようなメンバーが入ってきているのかなとは思います。

最後のページになりますと、その内容という部分でも、やはりセンターの事業報告、あるいは要望・意見の交換、行政の取り組みに関して（の情報共有、あるいは地域連携、多職種連携のための意見交換というふうに統いております。以上です。

栗田 ありがとうございます。

せつかくもう一つ資料があるので、藤本先生、何か（お話しください）。

藤本 若年（認知症）に対して、疾患センターがすべきとは思っています。

うちには99年から若年の精神科デイケアから始めて20年間ずっと若年をやっていますが、コーディネーターもコールセンターも全部うちなので、まざいと思って、広げようとしている。「仕事の場」という集まりの場があるので、広げるために（平成）24年から26年までのモデル事業でやつたんです。これは広がつたんです。県内3カ所と県外2カ所ですけれども、プランナができるて、そこでやっている。だから、うちに来た人をそこに振れば、三つの各圏域で、それぞれ近くで受けられるということになった。

疾患センターに関しても、連携協議会の中で、その後で（平成）26年、27年と2年間、最初は医者と保健所とで、講義をして事例検討をしてもらつた。その次は、相談員と包括の人に集まつて同じことをしたんです。毎年のように連携協議会で、若年をお願いします、それぞれがやつただけませんかと。秋田新潟が、全疾患センターがやつていますよね。たしか何年か前に受けたんですね。だからそれと同じ形にしてほしいということを言うんですけど、どうもちはかばかしくないということがあつて。特にドクターたちが、「そんなにいないしね」とかといふいう話で。でも、相談員はやると言うんです、相談を受けているから。相談を受けていて、疾患センターに入ってこないんです。だから、そこの濃淡があるので、滋賀県に関しては医療側のほうが、特にドクターの側が少し距離が遠いなどと思っています。

ただ、介護の現場では頑張ろうとしています。今、ここ2年間やつているのは、介護施設、デイサービス、特養に、若年を見ているかという調査です。見ているところに来てもらつて、これも講義して事例検討して、若年認知症支援者見える化事業といって、若年もちゃんと受けますからどうぞというのを表明してもらつて、ホームページに載せていくんです。ですから、どうもこの件に関しては滋賀県は、介護の側のほうの人たちが積極的で、ドクターのほうが少し距離があると思っています。

ただ、介護の現場では頑張ろうとしています。今、ここ2年間やつているのは、介護施設、デイサービス、特養に、若年を見ているかという調査です。見ているところに来てもらつて、これも講義して事例検討して、若年認知症支援者見える化事業といって、若年もちゃんと受けますからどうぞというのを表明してもらつて、ホームページに載せていくんです。ですから、どうもこの件に関しては滋賀県は、介護の側のほうの人たちが積極的で、ドクターのほうが少し距離があると思っています。

栗田 ありがとうございます。

数とかいろいろなものを考え方金疾患センターがやればいいなどと思うけれども、そこには少し時間がかかるかなと。そんな感想を持っています。

栗田 ありがとうございます。

今、藤本先生は若年性認知症に関連して、内海先生からは特に連携協議会に関連するご報告と現状をお話しいただきましたけれども、いかがでしょうか。それに関連する提言は、

連携協議会については2と3、若年性認知症に関して特に目出しはないのですけれども、若年性認知症に関連するところ、若年性認知症に関する特に目出してもいいのかもしませんね。

藤本 ですね。都道府県によっては全疾患センターでもいいし、1～2カ所とか1カ所とか集中した場合が多い場合もあります。特に会社とのやりとりの就労継続支援はなかなか難しいので、ノウハウを少しめたないといけないので、それは（若年認知症を扱う）数が多い、どこか基幹的なところでやつたほうがいいかもしません。

栗田 なるほど。そうすると、都道府県において、認知症疾患医療センターの役割として若年性認知症の診断後支援のあり方を明確化するとか、何かそんな……

藤本 少なくとも中心的なところがつくる。

栗田 中心的なところを定めるとか、そういう具体化させていくよなことを何か考えればいいですね。

藤本 だと思います。やっぱやるほどなれていますから、そんなに難しくない。本人が主張しますから、レビーやピックを診るよりは難しくないと思います。

栗田 そうですね。実は、自由記述の回答の中でも、疾病的種類によってどうこういうことではなくて、疾病の種類にかかわらず若年性認知症の人特有の生活課題に対する支援していくということをちゃんとやるべきだとというよなことも書かれておりますので。そうですね。

たまたま目が合いましたので、谷向先生、何かありますか。

谷向 若年認知症に関してはもう一つ、新オレンジプランの中からずつとある、認知症支援コーディネーター事業とどういうふうに整合性を持たせていくかというのが結構大きな問題です。あれも、各都道府県、行政から委託を受けるような感じになつていて。例えば愛媛の場合は、以前、片山先生も支援コーディネーターをやつたということで、実は愛媛は3人体制で、福祉系の人間と家族会の元代表だった人と、医療ということで私が実はコーディネーターに入つてます。そういうふうな形でいくと、例えば大学のセンターからコーディネーターのほうにつながつてということで、より生活に近いところで支援をついたほうがいろいろな情報とかいうものもありますし。

だから、疾患センターの事業としてというよりは、コーディネーター事業と上手にリンクさせるような形のほうが、ひょっとしたらいいのかなとは思いました。

栗田 確かに、若年性認知症支援コーディネーターとつなげることが重要だというような提案も、「若年性認知症の方への認知症診断後支援」に対する回答の中にありました。

谷向 実際に、入院して、そのままぼんと帰されて（or返されて？）しまってという方もいたんですけども、コーディネーター事業が始まつてからは、何件かつながるようになつてきているということもありますので、そこらあたりがちよつとどうなのかななど思つたのが一つあります。

それから、先ほどの連携協議会に関しては、愛媛も「〇」になつていますけれども、「え

つ、うそ」と。(笑)

栗田 そうですか。先生がそういうことは問題ですよね。

谷向 いろいろな県の会議の中でも認知症疾患センター自体が議論される場所は全然なくて、内海先生がおっしゃっているような感じで、それぞれのセンターが開催するとき県も乗っかり型でいうような感じがあるので、この調査は……。

栗田 乗っかり型ね。

谷向 ええ。

栗田 多分、北海道は乗っかり型でやっていることにしているということですね。

谷向 (愛媛は) 乗っかり型にもなってないんじゃないかなというような感じが(します)。

藤本 それともう一つ、介護の分野はなかなか大変だといふこともありますので、うちはノウハウがある程度あるので、現地相談といって、介護事業所に出ていくんです。二次医療圏ではなくて、全国下。若年に開いては全国下をカバーしようと思っているので。そうすると、困難例があると、時間をつくって、その特養とかデイサービスとかに、うちの看護師と行くんです。

栗田 先生のところから行くんですか。

藤本 はい。疾患センター事業として出ていく。

栗田 若年性認知症に関しては全県カバーしている。

藤本 若年だけじゃなくてね。滋賀県が、連携用のお金として60万円を、全部のアドバイザーにつけているんです。うちはそれをそこで使っているんです。だから、介護事業から紹介があつたら、1時間半から2時間が1時間半から2時間が見つけて行って、半日ぐらい見て、そこを指導していくということをやっている。そうすると、そこがそのうち見られるようになります。

栗田 なるほど。そうすると、先生のところは疾患センターの事業としてそれをやっていることなので、それと認知症支援コーディネーターはどうなっているんですか。一緒にやっているということですか。

藤本 認知症支援コーディネーターとしては、就労継続支援とか、疾患センター用の講義とか、地域の啓発とか企業研修とかさまざまな講義をやっていますから、それはそちらで(やっています)。企業に行くのも、これまで2000人ぐらいを対象に行きましたけれども、うちはかかりつけ医に振つて行つてもらい、クリニックはそれをコーディネートしています。

栗田 なるほど。

藤本 それと、内海先生のは、道の施設を言うだけでは全然絡んでないですね。滋賀県も、大変けれども、担当者が各疾患センターを年に何回か回っていますもの。関係が厳しいから。そのぐらいの苦労をしているものね。それをしないと、全然、都道府県の事業じゃないですねと思いました。すみません。

谷向 それから、医者もそうですけれども、PSWの方々は本当に患者さん目線に近いところにおられるので、本当によくかかわっておられるなどという印象はとても受けております。それよりもやっぱり医者のほうが、どっちかというと少し距離感があつてというような感じですけれども、そういう会議の中では大体、医者が出てきたり、各地の疾患センターの中でやっているところとかも、医師会が強過ぎると、地域包括支援センターとか、地域のほかの方々が出てきてもやっぱり発言できないんですね。ですから、そういうような感じの開催の仕方とか……。

栗田 協議会のあり方としてね。

谷向 ええ、協議会のあり方ですね。そういうような感じのことで、連携連携と、多職種の連携ということも言われますけれども、先ほど柏木先生もおっしゃったように、PSWだったらPSWだけの研修とか(も必要ではないか)。

私は最近思うのは、多職種連携以上に、まず同職種がちゃんと連携して、自分たちがレベルアップしていくしかないといけない。いつも同じところが研修に来られて、来られないところは全然来られないでの、同職種の連携がなかつたら、例えば多職種の中でもちゃんと発言ができるといけないので。そういうような意味での、PSWだったらPSWだけというような形での研修のあり方も、それぞれのセンターの基幹のところ、中核的なところでやつていくのも大事なのかなと思いました。

栗田 これはいたしか第1回の検討委員会でも、協議会とは別に実務者だけが集まる会議を開いたり研修会を開いたりするべきだという話が(ありました)。

中西 今相談員の研修ですけれども、PSWさんは職種ではほかにもいろいろな研修とかがあつていいですけれども、今回の回答を見ても、臨床とかOTとかOTといふ人がいます。うちなんかは、せっかく臨床を配置しても、心理士さんは国家試験の問題とかがいろいろあって、こういう相談業務としての研修とかはほとんどないんですね。だから、職種ごともいいですけれども、疾患セセンターの相談業務というふうなくなりでの研修をしていただけたら、例えば柏木さんの持つているスキルをPS以外にも普及できる。私は、職種、職能じゃなくて、相談員(としての研修)がいいなど、自分のところから思つていのが一つです。

あと、連携協議会(の開催の有無について)は、大阪も「うそ」と思いました。(笑)私は行政の立場もありますけれども、ほかの業務でもしょっちゅう会つていますけれども、疾患センターに関して府と話をしたことは一回もないです。これは私が言うとすごい暴露になりますけれども。県もないですね。

柏木 本当に、ここ数年、お呼びがかかることがありますね。

中西 ですよね。だから、これは何をもって「△」なんだろうと。というと、ほかももしかするとそういうところがあるかもしれない。これは少なくとも、何月何日にやつたとか、何回やつたとか、書いてもらつたほうが。

栗田 これは、31年度に向けて、30年度の協議書にこの項目を入れたんです。後で見

せますけれども、様式が変わって、都道府県認知症疾医療センター連携協議会を開催しているかという項目を入れて、それに回答してもらっているんです。だから、協議書なうそを書いたらこれは大変なことになるわけなので。(笑)

藤本 「ちなみに中西先生と柏木先生が委員に入っていますけど」と書かなければ。(笑)

栗田 池田先生もそうです。

藤本 そんなもの、ばれますよね。

栗田 だから、大阪で……。少なくとも都道府県でやる場合には指定都市とちゃんと連携してやることになっているので、先生は指定都市の担当の部長なので、先生が知らないことは、やってないということになりますよね。これは非常に問題だと思います。あります。

中西 先ほど先生方が若年性のことをおっしゃってくださいたって、先生方はコーディネーター事業にもかかわっている疾医療センターの先生方なのであれですかとも、疾医療センター業務とは全く別の、医療職のあまりないところがコーディネーター事業をやっている地域もあると思うので、そういうふうなことを疾医療センター側にも位置づけをしていたほうがいい。でないと、医療と離れてしまうところも出てくる。

藤本 島根は家族の会がやっています。

中西 はい。大阪も離れててしまうので。そうすると、コーディネートを委託しているところも医療ラインじゃなくて福祉ラインだったりとかになってしまって、金くばらばらになってしまいます。やっぱり、疾患を扱うということから考えると、中には遺伝性の人もいますし、ちょっとぐあい悪いんじゃないかなというと、先生たちのところが理想ですけれども、全国的に考えたら……。

藤本 島根は、家族の会と島根医大の疾医療センターがやっています。両方で協調(してやっています)。

中西 そういうふうにセッティングするとかをしなければいけないんじゃないかなというのではなく、すごく思います。

栗田 確かに、東京都の事情を話すと……。東京都の担当者が（この場に）いるので話

してもらつたほうがいいと思いますけれども、私から話します。全国的に同じですけれども、東京都で若年性認知症の方が診断されるのは、圧倒的に認知症疾医療センターと大学病院だらうということが大体つかっていますが、そこと若年性認知症のコーディネーター、あるいは東京都若年性総合支援センターとの結びつきはあまりよろしくないです。

だから、どっちがいい悪いじゃないですかけれども、この問題をどうやってクリアしていくかというのは、結構重要なかと。さつき谷向先生は、生活に近いところで若年性認知症コーディネーターがいいんじやないかと言つたけれども、果たして本当に生活に近いところにコーディネーターがいるかどうかというところも、都道府県によっていろいろあるかな

と。要するに、診断の現場、医療の現場と生活の現場をどうやってつなげるかということは、ちょっと考えなきゃいけないですね。

谷向 先生おっしゃるように、コーディネーター事業の会とかで行っていてすごく感じるのは、若年性認知症のアルツハイマーのからレビー小体型なのか、ビック病なのかというような感じの疾患が議論されていない。そういう意味では、コーディネーター事業の中に、もう少し医療的なことを認知症疾医療センターなりなんなりちゃんと診られないだとダメですよというようなことをやっぱりしないといけないのかな。そつちはコーディネーター事業のことになるかもしませんけれども。愛媛県に関しては実は、大学が委託を受けているんじゃないで、それこそちゃんとした会議を開いて、その活動に關しては全部、その後もちゃんと監査を入れるような形にはなっています。

栗田 その委託を受けているというのは、若年性認知症のコーディネーターの委託を受けています。

谷向 若年性認知症のコーディネーターの委託は大学では受けられないような形で公募をしました。それで、そういうような体制でという感じなので。ですけれども、先生おっしゃったように、本当に疾患としてというような感じの提え方は、少なくとも全国の大府センターが中心になってやっている中では、若年のアルツハイマー病、ビック病とかというような感じの見方は全然されていない。

栗田 なるほど。わかりました。

藤本 企業健診も住民健診も専門職もそうですが、半分ぐらいは認知症の講義をしますよね。それから若年なんですね。そう言っておかないと、若年認知症という病気があると思ってします。

栗田 ああ、そうですね。

旭先生、どうぞ。

旭 この会で話していいのかどうか、ちょっと迷うんですけども。私も千葉県のほうの認知症のいろいろな協議会のほうに10数年かかわっていて、疾患センターの選定の段階からある程度知っているものですから。

それで、千葉県内でも、疾患センターが手挙げ方式でして、県がどういう判断で選んでいくかというような段階で。私どもはやっぱり、本当に熱心にやっているところなのかどうかというところは県の当局にも強く提案して、それなりに比較的よくやつていらっしゃる疾患センターが選ばれました。

やっぱり重要視しているのは、そこでの認知症をやっているドクターがどれぐらい熱心なのかと。先ほどのPSWの意見は本当によくわかりますけれども、かなり手が挙がった中で、それぞれの病院でふだんどういうことをやっているかとか、行政でどういうふうにかかわっているかと、そういうことも全部総合的に判断して選んだということで、ほかの地

区よりは精神科単科の病院は比較的少なくて、神経内科とかリハビリテーション科、それから総合病院とかそういうところ（が多いです）。11カ所しかないですねけれども、認知症疾患センターにはつきり言うと、やる気もあるから、もともと人件費も少ない中でみんなやつていますから、そういうところがかかるつくれているから比較的うまくいっているのかななど今思っていますけれども、それを千葉県だけやなくてせひ全国に広げていくためにはどうしたらいかないと、今つくづく感じています。

ただ、先ほどの若年性認知症に関しては、たまたま県でも取り上げたのと同時に、ある地区でも2カ所で取り上げていろいろ議論をしました。その中でちょっと感じたのは、若年性認知症は実際は血管性認知症が本当に一番多いはずなのに、議論されているのは血管性認知症よりもアルツハイマー病とかその他の変性疾患に伴う若年性認知症のいろいろな問題が主になっているから、認知症全体からすると血管性認知症もどれぐらいいるのかとか。

この間の県の若年性認知症だとアルツハイマー病を中心の若年性認知症の話が中心になつてきましたから、我々はリハビリ病院だから血管性認知症がかなり多いんですけど。有病率でいうと人口10万人だと50人ぐらいいいうけれども、松戸市なんかは150人とかかなり数が多くて、ほかの地区でもちょっと聞いてみると、実際はちょっと距離があるんじゃないというようなことです。

一部、リハビリの部分もいろいろ出していましたけれども、そういう意味では、リハビリの部分にももうちょっと力を入れるとか予防に力を入れるとか、そういうところとの連携をとったような疾患センターの役割というのが、これからさらに重要なかなと感じています。

栗田 若年性認知症は、約10年前の疫学調査のデータでは人口10万当たり47.6で、診断名別の割合での1位は確かに先生がおっしゃるように血管性認知症ですけれども、問題は、血管性認知症の場合に、高次機能障害と若年性認知症の区分けはどうするんだということです。これは解決できない問題で、もし高次機能障害を入れれば、先生がおっしゃるとおり、若年では間違いなく第1位になる。

うちが今、もう一回全国調査をやっていますけれども、実は、介護保険データを使うと、血管性認知症が圧倒的に多くなる。ところが、医療機関ベースでやるとアルツハイマーが圧倒的に多くなる。要するに、どうやってサンプリングするかで全然変わってしまうということがあります。

ただ、今回は認知症疾患センターの話ですので、実は認知症疾患センターへべースでやると、やはりアルツハイマーが圧倒的に多くなるということがあります。ですから、認知症疾患センターレベルではそういうことで考えていくといふことでよろしくのかななど。このデータは今日は出でいませんけれども、我々が持っております、若年性認知症は、認知症疾患センターで約2400人、毎年新たに診断されていて、そのうちの半分ぐらいはアルツハイマーです。

それからあと、MCIのことを（旭）先生からご意見をいただきたいと思っているんです。これは柏木先生からご提案いただいた問題ですけれども、認知症疾患センターにおけるMCIの診断後支援はどうあるべきかということで、確かにここはちょっと考えなきやいけない。というのは、鑑別診断の16%はMCIですの、それについても何か提言が必要なのかどうかということを、先生に（お聞きしたい）。

旭 運転免許の診断書で、MCIレベルの診断がついている人がかなりふえてきたとか。

それよりももっと深刻なのは、今日はちょっとデータはないですかけれども、実は私どもも松戸で高齢化率がどんどん上がっていく中で、地域の中で予防的なデイケアを12～13年前からやついていて、その当時は、呼びかけて認知機能でファイブ・コグなんかをやっても、大部分はほとんどひつかからない元気老人が多かつたけれども、3年ぐらい前からはやっぱりMCIが多くなってきた。実は、昨年から始めた私どもの一部ですけれども、半数がMCIなんです。私どもの疾患センターは高齢化率33%ぐらいですけれども、たまたまそこのある地区で23人ぐらいいの人へ予防教室をやってそのデータをとつてみると、その半数がMCIなんです。だから私も、改めて、高齢化がものすごく進んでいると同時にMCIも非常にふえているんじゃないかという危機感を非常に持つて見てています。

栗田 この設問を入れると言ったのは柏木先生ですので、MCIに関する何かありますか。

柏木 そのMCIの方の平均年齢はどのくらいですか。

賀曾利 70後半。

柏木 そうすると、みずから物忘れを自覚して来られている。

藤本 いえいえ、地域で予防教室をやりますということです。

柏木 ああ、そういうことで。なるほど。当然、高齢化が進んでいるので、年相応の物忘れなのかななど思つても、来れば当然、ぎりぎりのMCIレベルで出たりとかいうふうな人たちに、どこまで介入するのが適切なのかなどというのを、すごく……。80代の後半、でも運転免許をもつて通つているという人もいらっしゃるので。年齢とも関係するんだと思うんですね。70代の前半ぐらいでひつかかるとやっぱりちょっと、きちんとちゃんと定期的にやらなければいけないんじゃないかなと思つたりしますけれども、人によって老化の進み方が全然違つていらっしゃって、まだ80代でも現役で仕事をしているという方も来られるわけです。そうすると、運転して配達していますとかいいうような人もいらっしゃって、そういう人に本当に本当にどう対応したらいいのかしらと、とても悩ましいです。

栗田 ありがとうございます。

今回の提言に入れるかどうかはともかくとして、MCIの人の支援のあり方といふのはよくよく考えなきやいけないんじゃないじやないかと実は思っています。今回のPSWを中心とするこのアンケートを見てちょっと気になるのは、MCIという診断のもとでいきなり予防プログラムにどんどんどんどん案内してしまうというあたり方は正しいんだどうかと。MCIとい

つても、いろいろな MCI があるわけなので。ちなみに、最近の DSM-5 では、Mild Neurocognitive Disorder と診断して、何によつて起こっているかを同定せよというふうに、基準ではちゃんとなっています。それが糖尿病で起こっているのか、貧血で行っているのか、アルツハイマーの可能性があるのか。いろいろなことがあるので、ただ予防プログラムに入れるというのではなくたまごのことなど。というよりは、きちんと正しい情報を本人に提供していくことが一番大事で、例えば Due to Alzheimer disease であればアルツハイマーに対するリスクが非常に高いわけなので、今のうちにいろいろなことをちゃんとわかるように情報提供していくことが一番大事なのではないか。そういうふうなことをちゃんとやれといふうには誰も書いてなかつたので、これはちょっと考えなきやいかんのかなど。

藤本 うちも（MCI の方は）多いですけれども、MCI に対して予防プログラムをするときに、MCI を AD にならないようにというのがあり得ないんじゃないかなと。なるものはなる。ただ、うちも「仕事の場」とか心理教育でやっているのですけれども、参加するほどいいのは、落ちついてるんです。落ちついてきて、もし発症したとしても……。活動しているから（発症が）おくれるんだだと思います。今、若年で、6 年ぐらい、1 時間半かけて「仕事の場」に来ている人もいますけれども、普通だつたらいろいろな環境が悪いから、もっと早く悪化すると思います。徐々に悪くなっているけれども、その先のことを受け入れているんです。だから、（予防プログラムというの）そういう場なんじゃないですかね。若い人でアミロイド PET までやっている人がいますけれども、何年か後に絶対になりますよね。でも、その人たちも徐々に受け入ってきて、そろそろ人の中に入らなくなやみたいな。それが目的かなと思います。

栗田 私もそれは大賛成です。去年の 12 月 25 日に閣僚級会議で国家戦略となりましたよね。5 月か 6 月にたしか大綱が出ると思いますけれども、その中の文言として、予防というのは認知症の発症をおくらせるという意味での予防といふうに文言が変わってきているのです。

谷向 私も全く大賛成です。予防といふうに文言が変わってきていくのです。予防といふうに文言は、MCI の人たちにとって発症予防にとられがちだと思ひますし、そこらあたりのことを十分知らない方々といふうのはやっぱり発症をいかに予防していくかということだと思いますけれども、実際は、先ほど藤本先生がおっしゃったような感じの、いかに受容していくかとか、そういうようなところに参加しての居場所づくり的なところというようなことにきっとつながつてくると思うので、そういうような感じにソフトランディングさせれるような意味で、予防といふうに文言が適切かどうかということも含めて、考えたらどうかかなと。

栗田 そうですね。これはなかなかコンセンサスづくりが難しくて、今回は避けようと思ひますが。

実は先日、英国とオーストラリアと、先進国の担当者の会議に出まして、やっぱり、

prevention という言葉は注意しようと。実際に国家戦略でも、risk reduction という言葉を使おうというふうな方向に変わつつつあるので。risk reduction であれば、認知症であろうがなからうが重要なことで、そういうふうな考え方。言葉上の問題かもしれないけれども、十把一からげに放り込むというのはちょっと……。

藤本 家族なんかは、予防とすると過剰な負荷をかけるでしょう。ノートで 30 分だったら、これでは予防できないから 1 時間するんだみたいな、そんな発想が出てくる。（笑）

栗田 これはちょっと今後の（課題とします）。

そもそもちょっと時間はありますけれども、ここで皆さんに情報共有しておきたいことがあります。（以下、プロジェクト使用）

次年度からの協議書兼実績報告書の様式が変わることで、実は、ついこの間、厚生労働省からデータ資料をもらいました。どこが変わるかというまとめから最初に出来ます。今日は厚労省の方がないので厚労省の方と確認作業ができないのでちょっととあれですけれども。

実はこれは 2 月 24 日に厚労省からもらったメールです。様式 2 は、都道府県認知症疾患医療連携協議会をやつしているかいないかという項目を入れようということで、さつき出したのですけれども。最後の様式 3 が、全ての認知症疾患医療センターに書いてもらっていたのですが、これが新たな様式ですが、ちょっとどうかなど思われるところがあります。これが修正になっています。

これが新たな様式ですが、ちょっとどうかなど思われるところがあります。特に柏木さんのご意見を聞きたいなと思つてますけれども。

具体的にどうなっているかといいますと、一つは、日常生活支援機能に関する業務内容ということで、相談員による診断後の相談支援が行われているか、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会が実施されているか、その他日常生活支援機能に関する業務内容があるか、これは自由記述でしようかね、そういうふうな項目が入つてます。それから、認知症疾患医療センターへの「受診の経緯」と認知症疾患医療センターの「受診後の情報提供」という項目がつくられています。まずは受診するまでの道のりは、地域包括支援センターから、医療機関から、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所から、行政機関から何件といふうのと、認知症疾患医療センターへ受診後の情報提供は、地域包括支援センターへ何件、医療機関へ何件、居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所から何件、行政機関へ何件といふうのがあります。医療機関に関しては、從来、紹介・送紹介ということで計上してきたのもともどもありますが、ほかにもこういう項目ができますが、ました。これは実際に判定をするのは精神保健福祉士の方、相談室の方たちとと思われますが、どうでしょうね。

柏木 めつちや嫌がられるだらうなと思います。（笑）

これは複数回答になるんですか。

栗田 これはもちろん複数ですね。複数じゃないと書けないですね。当然ですね。

柏木 そうですね。当然、まず医療機関に送られてくるときにも、かかりつけ医の紹介はほぼ必須にしているじゃないですか。だからそんなんだけれども、現実には地域包括からといったようなことがあって、かかりつけ医からも頂戴ねとなるので、ほぼ出ると思いますけれども。その下のほうも、かかりつけ医にお返しするのが普通になるので、そこは……

栗田 これいいんです。

柏木 ですね。地域包括支援センターとケアマネは……、うーん。捨わない仕方がいいですというところですね。

栗田 これは捨えますか（笑）。

柏木 うちも1000件近いですからね。

栗田 ねえ。

柏木 やる人はかわいそだなとは。私じゃないので（笑）。

栗田 医療機関同士は実際に文書がありますから簡単に勘定できるのでいいんですけど、ほかの機関からの文書がない場合があるのです。

柏木 それこそ、診断後のチェックを、うちのような病院はなかなかできないんですよ。これまでにインタークして、その日から2カ月ぐらいたってやつてきますよね、そのクラインアントさんと家族さんが。そのときにまで立ち会つてやるほどの余裕がないんです、うちのようには多いと。なので、後々で紹介、医師が紹介をしてきた疾患センターへの返事で、例えばワーカーに回したとかいうようなことがない限りは、全部、後で捨わないといけないということになりますね。

栗田 後で捨えますか。

柏木 後でカルテ、電カルを見て捨っていくとか。恐ろしいことになりそうですね。

栗田 そうですか。恐ろしい。

これは中西先生、どうですか。

中西 これは30年度分からですか。

栗田 まあ、そうですよね。

中西 事前に予告されていて、例えば31年分からそうしてくださといと言われていたら4月からカウンントしてから報告できますけれども、30年分はこのつもりでやってないので、電カルを全部見なきゃならないから、不可能だと思います。正しい数字が出ない。よっぽど行政のすごく課題になつたケースであるとかは捨てますけれども、ケアマネとかの居宅介護事業者なんかへの情報提供は、いつしているかわからないです。

栗田 だから、30年度は無理と。

中西 ええ。

藤本 紹介状がなくて、何々先生からとか、インタークの紙にはよく書いてあります。

栗田 ああ、インタークの紙にね。

藤本 でも、それは紹介されけれども、紙はないですよ。紹介状はない。行つたとして

も、包括にこんな人がいるし〔大変です、どうしましょう？〕とは言いますけれども、必ずしも書かないかもしれません。それはどうなんですか。

栗田 そういう書式も何もないから……。

藤本 カウントしていないんですか。

栗田 カウントするかしないかは、勝手にやるしかないですね。そもそも最初から書式がないわけですからね。決まった書式はどこにもないのです。

柏木 口頭でやつてもいいということであれば、送ってきたところに例えば地域包括とかケアマネがあれば、そこへ当然返しているという計算になると思います。つまり、「来たんだから、絶対言っているよね」レベルで多分書くだらうなとは思いますが、捨えなかつたら。その程度でいいことがあります。

栗田 それにしても、一つは、30年度分はできないですね。
柏木 それはちょっと厳しいですね。

栗田 それから、31（年度）からやるにしても、しばしば口頭ですよね。

藤本 口頭が多いですね。包括の誰からとか○○先生とは書いてあるけれども……。

栗田 それをチェックしていくという。

栗田 それは数に入れていいんですかね。それは勝手にせいと（いうことです）。（笑）

藤本 厚労省がいないのでちょっと答えられませんけれども。

栗田 それをチェックされています。

栗田 それは数に入れていいんですかね。それは勝手にせいと（いうことです）。（笑）

栗田 厚労省がいないのでちょっと答えられませんけれども。
藤本 でも、紹介はされているわけで。

栗田 東京都のほうにもう既にそれが来ているので、どう考えるかということで多分困っていると思います。せっかく東京都の方が来ているので、この書式をどう取り扱おうと考えているか、あるいは困っているかということをお話しください。

長谷川 困っているが困つないかというと、困つております。来年度からもしこの様式で実施するのであれば、東京都の様式も新たに変更して、各疾患センターに様式変更して、とるようにお願ひをする必要がありますので。
ただ、実際にどれるかとれないかといふところが難しいところだと思います。流れとして、とる形になつていないところが多いで、そうすると、どこまで正確にとののかといふところも課題になつりますし、それの範囲で申し上げると、頑張つてくださるところは頑張つてくださるけれども、どちらも、どちらもところは全く知らないというような、疾患センターによってとり方方がかなり違つてくるような状況も考えられますので、こういった状況も踏まえて、厚労省の方向性を示していただければなと思っています。

栗田 ありがとうございます。

この様式については、こういう状況であるということを一応お伝えして、今後検討していくということにさせていただきたいと思います。ということで、時間なので、これまで日の委員会を終わりにしたいと思います。

一応、最後の流れとして、これから報告書を作成いたします。その報告書の今回の一番の中心になるのは提言ですので、今日の議論を踏まえまして、6項目ないし7項目ぐらい

の提言の文をこれからつくりまして、できた段階で皆さんにもお送りいたしましたが、何しろこれはタイムミットがありますので、大急ぎの作業ということになるかと思います。報告書は今年度中に仕上げなくてはいけないので、まずはそのようなタイムスケジュールで進めていただきたいと思います。

ではまず先に、事務連絡がありましたら。

事務局（吉野） いま栗田先生からのお話もございましたように、報告書を今年度中に厚労省に納品ということで、先生方のご議論の議事録反訳原稿を報告書に掲載するという前提で、調整を進めさせていただきたいと思っております。1回目、2回目、そして本日の反訳ができ上がるのが8日ということです。栗田先生のほうに一旦確認をしていただきながら先生方に配信をさせていただいて、ご発言等が趣旨と異なるところなどをご指摘いただきながら、最終的には報告書を入稿していきたいと思います。年度末のお忙しいところ大変恐縮ですが、ご確認をいただければと存じます。よろしくお願ひいたします。ありがとうございます。

栗田 それでは、本日の第3回検討委員会をこれで終わらせていただきたいと思います。皆さん、お忙しいところを、1年間、非常に深い議論をさせていただきましてありがとうございました。今日は厚労省の方がいないので確認できないので来年度はまだどうなるかはわかりませんが、多分この課題は継続してやつていかなくてはいけないかと思います。来年度のことを行うするかが、恐らく今月中に決まります。そのときにはまたお願いする可能性が高いかと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

本日は本当にありがとうございました。

（終了）

平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業
報告書

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

平成 31 年 3 月

無断転載、改訂を禁じます

