令和2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事業評価および質の管理に関する調査研究事業 報告書 2020

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

令和3（2021）年3月

令和２年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)（区分番号）第95

認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業

報 告 書

令和３年（2021 年）３月

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

令和２年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)（区分番号）第95

認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理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事業評価および質の管理に関する調査研究事業検討委員会

1．委員構成 5

2．検討委員会開催実績 9

3．検討委員会の論点整理 15

4．全体の総括 23

Ⅱ　認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組のための手引書 27

序 29

１．都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置・運営 31

1.1. 目的 31

1.2. 開催状況，開催頻度，開催時間 31

1.3. 構成員 31

1.4. 協議内容 32

２．事業の取組に関する評価 33

2.1. 目的 33

2.2. 認知症疾患医療センターにおける事業実績報告書作成にあたっての留意事項 34

2.3. 都道府県におけるデータ集計 34

2.4. 全国の都道府県・指定都市における事業実績報告書の活用状況 35

３．認知症疾患医療センターの事業に携わる職員の研修 36

3.1. 目的 36

3.2. 職員研修の実施状況 36

3.3. 職員研修の方法 36

3.3.1. 東京都の例 37
3.3.2. 熊本県の例 38
3.3.3. 北海道の例 39
3.3.4. 認知症疾患医療センター全国研修会 40
3.3.5. 日本認知症学会、日本老年精神医学会の専門医認定制度と研修 41
4. 基幹型認知症疾患医療センターとの連携 42
4.1. 基幹型センターの役割 42
4.2. 基幹型センターの取組の状況 42
4.3. 都道府県と基幹型センターとの連携に向けて 43
（手引書参考資料） 45
参考資料 1　認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（新旧対照表案） 47
参考資料 2　認知症疾患医療センター事業実績報告書の様式（令和 2 年度） 57
参考資料 3　記入上の留意事項 65
参考資料 4　月次報告書の様式（東京都の例） 75
参考資料 5　事業実績報告書集計様式の使用手順 81
Ⅲ　資料編 89
1. 令和元年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計分析の結果 91
2. 都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査結果 .. 219
3. 都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査結果 247
4. 検討委員会議事録（全 3 回） 261
巻末資料 1 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書書式（令和元年度分） 305
巻末資料 2　都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査（依頼状/調査票） 311
巻末資料 3　都道府県・政令市の認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査（依頼状/調査票） ... 317

はじめに

認知症疾患医療センター運営事業は，その創設当初より，事業の質をいかに担保するかが課題として指摘されてきました．これを受けて，認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）がスタートした 2015 年度の老人保健健康増進等事業において認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の様式が作成され，現在の実績報告書が導入された 2016 年度の老人保健健康増進等事業では，都道府県・指定都市向けに「事業評価の手引き」が作成されました．また，2018 年度には，「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」において，今後の認知症疾患医療センター運営事業のあり方について，1)都道府県は，都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置して事業の質の管理を行うこと，2)実績報告書を集計・分析し結果を公表すること，3)認知症疾患医療センターの職員研修を推進すること，4)基幹型は都道府県・指定都市と連携して事業の質の管理に向けた取組に関与すること，5)診断後支援を担う相談室機能を支援することが提言されました．さらに，この提言を実効性のあるものとするために，2019 年度の老人保健健康増進等事業では，都道府県認知症疾患医療連携協議会および認知症疾患医療センターにおける診断後支援の現状が調査され，そのあり方を可視化させるとともに，事例集を作成しました．

このような経緯を経て，2020 年度の老人保健健康増進等事業では，「認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業検討委員会」を設置し，事業評価および質の管理について，都道府県及び基幹型認知症疾患医療センターが果たすべき役割と具体的な業務内容について討議するとともに，都道府県・指定都市及び基幹型認知症疾患医療センターにおける事業評価・質の管理の取組に関する実態調査を行いました．また，これまでの検討委員会での討議を踏まえ，認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組として，①都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営，②事業の取組に関する評価等の実施，③センター事業に携わる職員の研修等の推進を，都道府県の責務に位置づけ実施要綱に明示することを提言しました．さらに，都道府県における上記の３つの責務の履行を支援するために，都道府県・指定都市向けに「認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組のための手引き」を作成しました．尚，本報告書の提言内容は，2021 年度から活用される改訂版実施要綱に反映される予定です．

そもそも認知症疾患医療センター運営事業の「質」とは何か，「質の評価」はどうあるべきか，「質の確保」に向けて具体的に何をなすべきかについては，さらに議論すべき多くの課題が残されております．しかし，都道府県がその責務として，事業評価を行い，「質の確保」に向けた取組を検討する場を確保しておくことは，そのような議論や検討を進める上でも大切なことであろうと考えます．本報告書が，都道府県・指定都市において，そのような歩みを進める第一歩になればと願っております．

東京都健康長寿医療センター研究所
副所長　栗田主一

Ⅰ　認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業検討委員会

1. 委員構成

1－1)「認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究」検討委員会委員構成

NO.	氏名	所属・役職	
1	粟田　主一	東京都健康長寿医療センター研究所　副所長	委員長
2	江澤　和彦	日本医師会・常任理事	委員
3	渕野　勝弘	公益社団法人日本精神科病院協会・常務理事	委員
4	旭　　俊臣	医療法人社団弥生会旭神経内科リハビリテーション病院・理事長	委員
5	池田　学	大阪大学大学院医学系研究科・情報統合医学講座 精神医学分野・教授	委員
6	石井　伸弥	広島大学大学院医学系科学研究科共生社会医学講座　特任教授	委員
7	内海　久美子	砂川市立病院・副院長　　認知症疾患医療センター・センター長	委員
8	數井　裕光	高知大学医学部神経精神科学教室　教授	委員
9	北村　立	石川県立高松病院・院長　　石川県認知症疾患医療センター・所長	委員
10	小林　由香子	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
11	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
12	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
13	谷向　知	愛媛大学医学系研究科地域健康システム看護学講座 老年精神地域包括ケア学・教授	委員
14	冨本　秀和	三重大学医学部脳神経内科　教授	委員
15	中西　亜紀	大阪市福祉局高齢施策部・医務主幹 大阪市福祉局弘済院附属病院・副病院長　認知症疾患医療センター長	委員
16	藤本　直規	医療法人藤本クリニック・理事長　院長	委員
17	渡部　和馬	宮城県保健福祉部長寿社会政策課　地域包括ケア推進版・技師	委員
18	唐川　祐一	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進課	オブザーバー
19	田中　稔久	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	菱谷　文彦	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
21	吉野　望	株式会社地域高齢社会開発研究所・代表取締役	事務局

1－2) 「認知症疾患医療センター事業実績報告書集計分析・手順書作成」作業部会委員構成

NO.	氏名	所属・役職	
1	粟田　主一	東京都健康長寿医療センター研究所　副所長	作業部会 委員長
2	稲垣　宏樹	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員	作業部会 委員
3	宇良　千秋	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員	作業部会 委員
4	宮前　史子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員	作業部会 委員
5	岡村　毅	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員	作業部会 委員
6	杉山　美香	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員	作業部会 委員
7	枝広　あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と精神保健研究チーム・研究員	作業部会 委員

2. 検討委員会開催実績

令和２年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）

認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業

第１回 検討委員会 次第

2020 年 8 月 27 日（木）18:00-20:30

東京都健康長寿医療センター研究所 １階 多目的室１

（シスコ webEx 会議システムによるリモート形式併用）

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）都道府県における認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理のあり方について

（3）調査計画について

（4）都道府県・指定都市及び基幹型認知症疾患医療センター向け手引書の作成について

（5）実績報告のデータ入力・集計・分析に関する手順書の作成について

（6）意見交換

（7）その他（次回スケジュール確認等）

資料１　令和２年度認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業（事業概要）

資料２　令和２年度事業計画書

参考資料１　認知症疾患医療センター整備状況（令和２年２月５日現在）

参考資料２　令和元年度老健事業報告書 【2019 別冊】
（認知症疾患医療センターの質の管理及び診断後支援・地域連携のあり方について）

参考資料３　認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料４　2019 報告書より都道府県調査票と調査結果抜粋加工 PDF

参考資料５　都道府県による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査（調査票案）

参考資料６　都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」及び「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査（調査票案）

令和２年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）

認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業

第２回 検討委員会 次第

2020 年 12 月 6 日（日）15:00-17:00

基幹会場：TKP 神田ビジネスセンター702

（シスコ webEx 会議システムによるリモート形式併用）

1．開会のごあいさつ

2．厚労省よりごあいさつ

3．議 題

（1）事業の進捗状況について

① 調査進捗状況報告

② 令和元年度認知症疾患医療センター実績報告書集計報告

（2）認知症疾患医療センター運営事業の今後のあり方について（厚労省）

（3）意見交換

（4）今後の実績報告書のデータ入力・集計・分析に関する様式作成について（厚労省）

（5）都道府県・指定都市及び認知症疾患医療センター向け入力・提出の手引き書の作成について

（6）意見交換

（7）その他（次回スケジュール確認等）

資料１　令和２年度認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業（事業概要）

資料２　令和２年度事業計画書

資料３　都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査票（最終稿）

資料４　都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」及び「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査票（最終稿）

資料５　令和元年度認知症疾患医療センター実績報告書集計（暫定版）

資料６　（厚労省）認知症疾患医療センター運営事業の今後のあり方について

参考資料１　認知症疾患医療センター整備状況（令和２年 10 月現在）

参考資料２　第１回検討委員会議事録（未定稿）

令和２年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）

認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業

第３回 検討委員会 次第

2021 年 3 月 7 日（日）15:00-17:00

基幹会場：TKP 新宿ビジネスセンター５階５A

（シスコ webEx 会議システムによるリモート形式併用）

1. 開会のごあいさつ
2. 厚労省よりごあいさつ
3. 議 題
   （1）検討委員会の論点整理
   （2）実施事業の取りまとめ状況
      ① 令和元年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計結果
      ② 都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査結果
      ③ 都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」及び「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査結果
      ④ 認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組のための手引き案について
      ⑤ 報告書の作成について
   （3）最終意見交換

資料１ 令和２年度認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業（事業概要・論点整理）

資料２ 令和元年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計結果

資料３ 都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査結果

資料４ 都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」及び「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査結果

資料５ 認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組のための手引き案と巻末資料

資料６ 報告書表紙と目次案

参考資料１ 令和２年度事業計画書

参考資料２ 第２回検討委員会議事録（未定稿）

参考資料３ 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱案

参考資料４ 認知症疾患医療センター事業実績報告書様式

参考資料５ 認知症疾患医療センター実績報告書情報による認知症鑑別診断件数（H28～R1 年度）

3. 検討委員会の論点整理

３．検討委員会の論点整理

第１回検討委員会の論点

第１回検討委員会では，本研究事業の目的，調査計画，成果物について説明した上で，認知症疾患医療センター運営事業の質の管理について，以下のような論点で討議した．

＜「質」の意味について＞

- 事業の質の管理の「質」とは何か
  - 認知症疾患医療センターに求められている機能と関係するのではないか．具体的には実施要綱で定められている，(1)専門的医療機能　(2)地域連携推進機能　(3)日常生活支援機能（診断後等支援機能）．
- 地域の実情に応じて，求められる「機能」は異なるのではないか
  - 都道府県・指定都市単位で，求められる機能を検討しながら，地域の実情に応じた柔軟な評価を行う必要があるのではないか．
  - 都道府県認知症疾患医療連携協議会を，そのような検討を行う場として機能させるべきではないか．
  - 求められる機能は，かかりつけ医や地域包括支援センターなど，他機関から見た求められる機能との関連で考える必要があるのではないか．
  - 現在の他の老健事業「認知症地域医療連携体制のあり方に関する調査研究事業（みずほ総研）」において，地域包括支援センター等から見た認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームに求められる役割について調査が行われている．調査結果を本年度末に共有する作業が必要ではないか．
- 事業の質は，ストラクチュア，プロセス，アウトカムで評価する必要があるのではないか．
  - 現在の実績報告書は，ストラクチュアとプロセスを評価できるように設計してある．どの指標がストラクチュアであるか，プロセスであるかは，平成 28 年度老健事業で作成した手引書「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」で示してある．しかし，アウトカムを評価する指標については，パイロット調査を行って外部評価の方法を検討したが，現段階では課題も多く，示すことができていない．
- 個々のセンターの「事業の質」を評価するのか，都道府県における「事業の質」を評価するのか．
  - 都道府県全体の集計はしているが，それをどのようにして個々のセンターの質の評価につなげるかは難しい．質の評価の視点，実績報告書の数値の活用方法が，ある程度明確になってほしい．
  - 質を評価するために，その指標（クオリティー・インディケーター）が必要であるが，

それが定まっていないという現状がある．実施要綱が改訂されたら，それに準拠したクオリティー・インディケーターを検討する必要がある（現時点では，集計結果を都道府県連携協議会等で共有して，事業全体の状況をチェックし，地域の課題を検討するというところか)．

● 「質の管理」とは，具体的に何をするのか

• 都道府県の責務として，①実績報告書の集計・分析を行い，②都道県認知症疾患医療連携協議において集計・分析結果を共有し，それに基づいて課題とその解決策を検討し，③認知症疾患医療センターの職員研修等を行うことによって，課題解決に向けた取組を進めることではないか.

• 基幹型センターは，都道府県の質の確保に向けた取組をサポ―トする役割（職員研修など）を果すべきではないか.

＜実績報告書について＞

● 実績報告書の記載の仕方がセンターによってバラバラであり，信頼できるデータとして取り扱うことができない.

• この問題に対応することも基幹型センターの役割である.

• 本研究事業においても，データ入力のルール，都道府県における集計方法，国への提出方法について手順書を作成する.

＜基幹型センターの役割について＞

● 基幹型が人材育成など質の管理に関わることは賛成であるが，救急医療の要件があるために普及しない.

• 大学病院は，基本的に 3 次救急が基本なので，BPSD 等の救急入院が増えると運用できなくなる.

• 大規模自治体で，認知症に特化した空床確保医療機関を 1 か所だけ指定すると，認知症救急が一極集中し，運用が困難になる.

● 救急医療の要件を除いたとしても，都道府県によっては基幹型を指定することが難しい場合がある．そのような場合には，認知症疾患医療センター以外の機関が，「質の確保に向けた取組」を行えるようにしてもよいのではないか.

• 都道府県で代替の機関を定めても，そこに専門的医療機能が担保されるとは限らない．そのような機関で，人材育成ができるだろうか.

• 東京都は別の機関が人材育成の役割を担っているが，同一法人内に認知症疾患医療センターがあるので，一体的に機能することができている.

• 1 ヵ所の基幹型センターが人材育成の役割を担うというのではなく，地域型の協力なども得て，全体として人材育成を行うという方法もある.

• 基幹型の役割を大枠として定め，具体的な人材育成のあり方は，それぞれの地域の実情に応じて運用できるようにしてはどうか.

第２回検討委員会の論点

第２回検討委員会では，厚生労働省より，これまでの議論を踏まえ，「認知症疾患医療センター運営事業の今後のあり方について」について，以下の提案がなされた.

1. 都道府県の責務等について

- 実施主体である都道府県については，認知症疾患医療センター運営事業の質の確保にあたって，以下の３点に取り組むことを明確化してはどうか.
    ① 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置・運営
    ② 事業評価及びその結果を踏まえた対応
    ③ 職員への研修の企画等

2. 基幹型の役割について

- 基幹型の新たな機能として，都道府県が行う上記３つの取組をサポートする役割を担ってもらうことを位置づけてはどうか
- このような役割が求められる中で、必ずしも空床の確保等の要件を満たしていなくても認めることを検討してはどうか

3. 診断後支援について

- センターが実施する診断後の相談支援ついては，診断後の空白期間をつくらないという観点と，地域の実情に応じた運用を可能とする観点が重要.
- このため，かかりつけ医や地域包括支援センター等の地域関係機関と連携の上，地域の実情・必要に応じて，診断後の認知症の本人・家族に対する相談支援，当事者によるピア活動，交流会の開催等を位置づけてはどうか.

これを受けて以下の論点から議論された.

＜基幹型の設置に関して＞

- 政令市がある都道府県では，基幹型を設置する場合は，都道府県で設置することになるのか.
- 基本的には自治体の実情に応じて判断することになるが，政令市と話し合って，都道府県で設置することが望ましい.
- 静岡県では，政令市である浜松市がすでに基幹型を設置している．人口規模の大きな都道府県で，特に政令市が複数ある場合には，どう考えるべきか.
- すでに政令市が基幹型を指定している場合には，それはそれとして，都道府県としての基幹型設置を考えることになるかと思う.
- 東京都などでは，大学病院も多いことから，実際にどこのセンターを基幹型に指定するかという問題が生じる．これに対する東京都なりの解決策として，都内全域の職員研修等の役割を担う機関として，認知症疾患医療センターとは別に，認知症支援推進センターを設置している.

＜人材育成／職員研修について＞

- ● 人材育成を基幹型が実施するのは負担ではないか.
- • ここで言う人材育成は認知症疾患医療センターの職員研修に限定される.
- • 職員研修を実施する責任主体は都道府県であり，基幹型はそれに協力するという立てつけとなる．どのように協力するかは都道府県で検討することになる.
- • 北海道，東京都，熊本県などで先行して職員研修が行われているが，やり方はそれぞれ異なる.
- ● 認知症疾患医療センターの職員研修では，特に診断後支援について，センター以外の機関（家族会，認知症介護研究・研修センター等）と連携した研修が必要ではないか．診断後支援の評価も必要ではないか.
- • 東京都では毎年実施している認知症疾患医療センター職員研修は，ソーシャルワーカーが中心となって，若年性認知症総合支援センター，自治体保健師，認知症初期集中支援チーム等と連携した研修を行っている.
- • 診断後支援が実施要綱に掲載されたのは昨年度なので，これを評価するための項目は実績報告書にはまだない．今後検討すべきであろう.

＜実績報告書について＞

- ● 実績報告書の様式，データ入力方法，都道府県から国への提出方法については今後どうするか.
- • これまでは未記入の項目があるなどの課題があったので，今回は，実績報告書の様式は大きくは変えないが，記入漏れがないように改良を加える（プルダウンで入力できるとことはそのようにする）.
- • 記入ルールもばらばらなところがあったので，それを回避できるように留意事項として明示する.
- • 実績報告を集計する様式や表がこれまで作成されていなかったので，それをつくり，都道府県の中でもそれをしっかり見られるようにする.
- • 国は，それを集計して一覧でしっかり状況を確認できるようにする.
- • 本来は，ネット上でこの作業を行えるようにすべきであるが，当面はエクセルファイルを用いて，この作業を行うことにする.
- • 数年前の調査で，年間の鑑別診断件数が 1 桁のセンターもあった．数だけでも，ちゃんと診療しているのかどうか疑問のセンターがある．まずは事業報告書をちゃんと集計することが重要ではないか．数を評価するためのデータベースすらないのは問題.
- • 実際には単に数値だけで事業を評価しているわけではない．東京都では，地域性なども考慮して評価している（参考：東京都では人口規模に関わらず，すべての区市町村にセンターを 1 か所設置している）.

第３回検討員会の論点

第３回検討委員会では，厚生労働省より，要綱改訂案の２つのポイントについて，以下のような説明がなされた．

1. 日常生活支援機能という言葉を診断後等支援機能に変更する．認知症の人や家族が診断後に円滑な日常生活を過ごせるように，センターの専門職等による相談支援のほか，当事者同士のピアカウンセリング等をセンターや地域の実情に応じて実施する．本人等が認知症を理解し，症状とうまくつき合い，地域の中で生活を持続できるよう，診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能を強化する．
2. PDCA サイクルに基づいた振り返りを行うために，①都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置，②事業評価，③センターの業務に関する職員研修等を，責任主体である都道府県の責務に位置づけ，センターはその業務に積極的に関与することとする．

続いて，本研究事業で実施された，1)2019 年度実績報告書の集計，2)都道府県・指定都市及び基幹型センターを対象とする「事業の質の確保に向けた取組」に関するアンケート調査の結果を示すとともに，3)事業の質の確保に向けた都道府県・指定都市向け手引き（案）について説明し，これらを踏まえて以下のような論点で討議した．

＜既存の職員研修会について＞

- 既存職員の研修会はどのようして行われているか．
- 北海道では，北海道認知症疾患医療センター懇話会という形で年に２回，全道のコメディカルスタッフも集まっての研修会をしている．しかし，コロナ禍のため，昨年の秋から WEB 形式にした．WEB にすることによって参加人数はふえた．この研修会の一番いいところは，職種ごとのグループワーク．自分たちの職種が何をしなければいけないかということについて情報共有ができ，仲間もできる．Zoom でもグループワークは可能である．
- 全国研修会も WEB 形式で実施したが，参加人数が多いのでグループワークはできなかった．しかし，研修会終了後に懇話会という形で人数制限をしてグループミーティングを実施した．
- 研修の実施にあたっては都道府県との連携が必須であろう．専門職は育成が一回できればその後はそんなに変わらないが，行政の担当者はどんどんかわるので，むしろ行政の担当者に積極的に参加してもらえるシステムが必要．

＜標準的教育プログラムの必要性について＞

- 人材育成の内容について，スタンダードなものが見えてこない．こういうことが聞きたいというようないろいろな意見を聞いて，それで講師を探してきて話してもらうという形で本当にでよいのか．

- 初期のころは認知症の診断・治療といった医療面，どちらかというと生物学的な側面が多かったが，最近は，家族支援，成年後見制度，医療同意など生活に関わる制度や考え方が多くなった．
- 標準的なカリキュラムの作成は残されている課題の一つである．

＜症例検討と個人情報の問題について＞

- 症例検討会が基本かと思うが，個人情報が問題になる．一回一回の症例検討会で，個人情報を消して準備するのは大変．個人情報の問題をクリアする方法はないか．
- 個人情報の問題は重要である．事例検討会では完全に匿名化して，日時も特定されないようにして，グループワークで使った紙は全て回収する．オンラインではブレイクアウトルームを使っている．参加者にスクリーンショットを絶対にしないように徹底している．

＜３つの責務について＞

- 事業の質の確保に向けた都道府県の３つの責務はこれでよいか．
- 実施要綱に示される３つの責務は大事だと思う．基幹型の指定にあたっては，自分のセンターではどのようなところが強みか，どこを強めていきたいかという自己評価表を全てのセンターからもらい，それを参考にしたい．
- 今回の調査でも都道府県と政令市の関係がうまくいっていないところ県があった．このたびの手引きの中に，「都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催にあたっては，都道府県は政令市にそのことを周知しなければいけない」という趣旨の記載をする．

＜今後の課題について＞

- 認知症疾患医療センターの役割・機能をもう改めて考えるべき時期ではないか．
- 認知症疾患医療センター運営事業の役割として「進行予防から地域生活の維持までの必要な機能体制を構築する」とあるが，BPSD や身体合併症のことも含めて，必要な地域の機能体制の構築に寄与しているかどうかについて検討する必要がある．
- 質の評価という意味では，PDCA サイクルを通して改善できるような指標を検討すべき．どれぐらいの方をかかりつけ医に返せるか，しっかり連携がとれているか，きちんと計画を立てているか，そうしたところはセンター自体の取組によって改善できる．そういう指標がふさわしい．
- 最初はどこのセンターにおいてもできてしかるべき項目を評価の指標とし，徐々に項目をふやしていって少しずつ質を高めていく取組が大事ではないか．
- 実施要綱の改訂で新たに示される診断後等支援機能について，これを評価するための指標がまだ定まっていない．今後の検討課題である．

4. 全体の総括

４．全体の総括

1.　事業の質の確保に向けた取組：都道府県の３つの責務

2015 年度～2020 年度に実施された認知症疾患医療センター運営事業のあり方に関する検討委員会での議論を踏まえ，認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組として，以下の３項目を都道府県の責務に位置づけ，実施要綱に明示することを提言する．

①　都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営
②　事業の取組に関する評価等の実施
③　センター事業に携わる職員の研修等の推進

2.　上記の３つの責務を都道府県が円滑に履行できるようにするための手引き

都道府県の業務を支援することを目的とした「認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組のための手引き」には，以下の内容を含める必要がある．

①　都道府県認知症疾患医療連携協議会の目的，開催状況，構成員，協議内容，指定都市との連携
②　事業評価の目的，実績報告書作成にあたっての留意事項，都道府県におけるデータ集計の様式と活用マニュアル，国への提出方法，全国の都道府県・指定都市における実績報告書の活用状況
③　認知症疾患医療センターの事業に関わる職員を対象とする研修の方法，実例，認知症疾患医療センター全国研修会，学会の専門医制度
④　基幹型認知症疾患医療センターの役割，現在の取組状況，都道府県との連携

3.　今後の課題

- 認知症疾患医療センター運営事業が 2008 年に創設されてすでに 12 年が経過し，この間に認知症医療をとりまく状況も大きく変化している．認知症疾患医療センターに求められている役割を改めて討議する必要がある．
- 現在の実績報告書の項目では，事業の質を適切に評価できない．PDCA サイクルに基づく事業の質の向上に関連づけられるような指標を検討する必要がある．
- 診断後支援等機能を評価するための指標を検討する必要がある．
- 現在の実績報告書では，主にストラクチュアとプロセスが評価されているが，アウトカムの指標についても検討する必要がある．
- 認知症疾患医療センター運営事業の目的として，「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」とあるが，この目的に沿った評価指標の検討も必要である（地域連携体制の構築という観点から，システムとしての統合レベルを評価する必要があるかもしれない）．

Ⅱ　認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組のための手引書

序

認知症疾患医療センター運営事業は，2008 年度に創設された都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業です．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）によれば，その目的は，「都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センターを設置し，保健医療・介護機関等と連携を図りながら，認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応，認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性治療に関する対応，専門医療相談，診断後の相談支援等を実施すること」，「地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことによって，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．

ところで，認知症疾患医療センター運営事業は，その創設当初より事業の質をいかに担保するかが課題として指摘され，認知症施策推進 5 か年計画（2012 年）及び認知症施策推進総合戦略（2015 年）において全国に 500 ヵ所設置する目標が定められた際にも，事業の質をいかに担保するかが課題になりました．これを受けて，2015 年度の老人保健健康増進等事業において認知症疾患医療センター実績報告書の様式が作成され，2016 年度には都道府県・指定都市向けに「事業評価の手引き」が作成され，2018 年度には，検討委員会での討議を踏まえ，1)都道府県は，都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置して事業の質の管理（事業評価，PDCA サイクルの稼働等）を行うこと，2)実績報告書を集計・分析し結果を公表すること，3)認知症疾患医療センターの職員研修を推進すること，4)基幹型は都道府県・指定都市と連携して事業の質の管理に向けた取組に関与すること，5)診断後支援を担う相談室機能を支援すること等が提言されました．さらに，2019 年度～2020 年度の検討委員会では，都道府県の責務として事業の質の確保の向けた取組，すなわち，①都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置，②事業評価，③職員の人材育成を実施要綱に明示することが提言されました．

このような経緯を経て，令和 3 年度からの実施要綱の改訂が予定されており（参考資料 1），「５．都道府県の責務」として，（１）都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営，（２）事業の取組に関する評価等の実施，（３）センター事業に携わる職員の研修等の推進が明示されることになりました．また，基幹型については，中核的センターとして都道府県が実施する上記事業に積極的に関与すること，地域型・連携型については，基幹型が存在する場合には当該基幹型を中心として，基幹型が存在しない場合には地域型及び連携型が連携して，上記事業の推進を支援することが求められるようになりました．本書は，このたびの実施要綱改訂を受けて，都道府県及び指定都市が，上記の３つの業務を円滑に実施できるようにすることを目的に作成したものです．

ただし，このたびの手引き作成に関する検討委員会では，そもそも認知症疾患医療センターに求められていることは何か，地域の実情に応じて検討すべきではないか，事業の「質」とは何か，「質の評価」はどうあるべきか，「質の確保」に向けて何をなすべきかについてさらに議論が必要であることも指摘されています．しかし，都道府県がその責務として，事業評価を行い，「質の確保」に向けた取組を検討する場を確保しておくことは，そのような議論や研究を進める上でも大切なことであろうと考えます．本書が，都道府県・指定都市において，そのような歩みを進める第一歩になればと願っております．皆さまからの忌憚のないご意見を賜ることができれば幸いです．

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置・運営

1.1. 目的

認知症疾患医療センター運営事業を着実に実施し，事業の質を高めてゆくためには，都道府県において，地域の実情に応じた認知症疾患医療センター運営事業のあり方を検討し，それに基づいて事業を計画し(Plan)，それを実施するとともに (Do)，その実施状況を評価し(Check)，評価の結果に基づいて事業を改善させてゆく(Act)プロセス，すなわち PDCA サイクルを稼働させることが重要です.

都道府県認知症疾患医療連携協議会は，そのような PDCA を稼働させる場として機能する必要があります.

実施要綱：５（１）都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営
都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で，都道府県内の認知症疾患医療センターについて，都道府県医師会・郡市区等医師会などの保健医療関係者，地域の介護関係者，認知症医療に関する有識者，地域包括支援センター等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し，事業の取組状況について共有する等，当該都道府県における事業の着実な実施に向けた取組に関する検討及び地域連携体制の推進を図る.
なお，既に同様の機能を有する会議等を設置，運営している場合は，その会議等を活用して差し支えない.

1.2. 開催状況，開催頻度，開催時間

2019 年度に実施した全国調査によれば,47 都道府県のうち都道府県認知症疾患医療連携協議会(以下，都道府県協議会）を開催しているのは 43 都道府県（91.5%）でした．また，開催頻度は年 1 回（61.9%）が最も多く，開催時間は 90 分～120 分が全体の 92.5%を占めました.

一方，指定都市の担当者を対象に,「都道府県認知症疾患医療連携協議会が設置されているか」と質問したところ，26.3%が「設置していない」と回答されました.「都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で」都道府県協議会を開催することが求められていますが，指定都市の担当者に周知されていない場合が少なからずあるものと推察されます．都道府県協議会の開催にあたっては，都道府県と指定都市の間で緊密な連携をとることに留意する必要があります.

1.3. 構成員

多角的な視点で事業評価や意見交換ができるように，協議会には，認知症疾患医療センターの担当者や行政職員のほか，学識経験者，保健・医療・介護・福祉の専門職，法律家，当事者，一般住民など多領域の人々が参加できるようにすることが望まれます.

2019 年度に実施した全国調査では，都道府県協議会の多くが，認知症疾患医療センター長等の医師，都道府県担当者，都道府県医師会代表，市区町村担当者，地域包括支援センター代表者，患者・家族会代表者，認知症疾患医療センターの相談員等で構成されていることが明らかになりました．また，分野別に見ると，保健医療関係者（医師会，精神病院協会，看護師会等），介護福祉関係者（地域包括支援センター，介護支援専門員会，介護保険事業所，社会福祉協議会等），有識者（大学・教育機関，弁護士等），行政機関（都道府県，市区町村），家族会等で構成される場合が多いことも明らかにされています．

1.4. 協議内容

協議会では，都道府県における認知症施策全体の情報共有とともに，認知症疾患医療センター運営事業の実施状況（事業実績報告書の集計結果等）を共有し，多領域の委員と意見交換を行い，課題がある場合にはそれを明確化させ，事業の着実な実施に向けて，課題解決の方法等を検討する必要があります．

2020 年度に実施した全国調査の結果によれば，都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していると回答した都道府県は 90.9%であり，同協議会において事業実績報告書の集計結果を共有しているのは 65%，事業実績報告書の集計結果を資料にして認知症疾患医療センター運営事業のあり方を検討しているのは 65%でした．「事業評価」と「質の確保」に向けた取組として同連携協議会で実施している主な内容については以下のような回答がありました．

- 協議会において事業実績報告書等の集計結果を共有し，委員である学識経験者や関係団体等から意見をいただいている．
- 協議会は年 4 回開催しており，3 ヶ月ごとの各センターの「事業評価」と「質の確保」に向けた取組を報告してもらい，全体で共有している．
- 認知症対策推進会議において，認知症疾患医療センターの運営に係る実績報告及び意見交換を行っている．
- 県独自の事業実績報告書を用いた情報共有と事例検討を行っている．
- 認知症疾患医療センターの活動に対する質問の他，要望も寄せられ等，活発な意見交換がなされている．
- 各センターの課題や工夫点の情報交換，学識経験者や関係機関も含めた意見交換等（初診日までの待機日数軽減への工夫点，BPSD への対応，地域との連携上の課題，運転免許への対応）．
- 基幹型センターが他の地域型センターの実績について分析し，意見交換を行っている．
- センターの質の底上げを図るため，予め設定したテーマによる集中審議を行い，各センターの取組状況及び課題等の共有を行う．令和 2 年度のテーマは「認知症疾患医療センターを中核とした地域連携のあり方について」であった．

2. 事業の取組に関する評価

2.1. 目的

都道府県認知症疾患医療連携協議会において，認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組を進めるために，事業の実施状況に関する情報を収集し，その内容を分析・評価する必要があります.

認知症疾患医療センター運営事業の実施状況は，その地域の実情に応じて多様な観点から収集・分析・評価する必要がありますので，都道府県独自の情報収集ツールを作成する方法も考えられます.

しかし，全国の状況や他地域の状況と比較できるようにするには，全国共通の標準的な情報収集ツールも必要です.

認知症疾患医療センター運営事業では，国が指定する共通の事業実績報告書（参考資料 2）が用意されます.

各認知症疾患医療センターは毎年これを作成し，都道府県に提出することが求められています（ただし，要綱等の変更に応じて内容が変わることに留意が必要です）.

また，都道府県は，これを集計・分析するとともに，地域の実情を踏まえて，当該都道府県における認知症疾患医療センター運営事業の実施状況を評価し，必要な課題等を抽出し，課題解決に向けた取組を検討することが求められています.

実施要綱：５（２）事業の取組に関する評価等の実施

都道府県及び指定都市は，自ら指定したセンターが実施する，４の事業内容の実施状況について，以下の留意する項目を参考としつつ，情報収集・分析を行うとともに，地域の実情を踏まえて評価を行い，必要な課題等の抽出及びその解決に向けた取組等の検討を行う．なお，当該検討にあたっては⑴の協議会等の活用を図るなど地域の保健・医療・介護関係者との連携を図ること.

（取組に関する評価等の実施にあたって留意する項目）

① 専門医療機関としての機能

- ○ 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施
- ○ 治療方針の選定に関すること（投薬，他医療機関への紹介等を含む）
- ○ 記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む）
- ○ 認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期対応に関すること
- ○ 専門医療相談の実施
  - 相談方法（電話，面接，訪問別相談の実施　等）
  - 相談件数

- 相談応需マニュアルの整備

○ 診断後の相談支援の実施
- 相談対象者及び相談方法
- 相談内容
- 関係機関との連携状況　等

② 地域連携拠点としての機能
○ 認知症疾患医療センター連携会議の運営状況
○ 研修会の開催状況

③ センター事業に携わる職員の研修等（人材育成等）の実施状況
○ 研修対象者及び研修の実施方法
○ 研修内容　等

2.2. 認知症疾患医療センターにおける事業実績報告書作成にあたっての留意事項

「事業実績報告書」（参考資料 2）では，1)医療機関基本情報，2)専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能，3)身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能，4)地域連携推進機関としての要件と機能，5)医療サービス等提供状況が評価できるように，評価項目が設定されています.

事業実績報告書のデータを用いて現状を適切に評価するためには，各項目に欠損値をつくらないようにする必要があります．また，共通のルールでデータが入力できるようにする必要があります．この課題を解決するために，厚生労働省では記入上の留意事項を定めています（参考資料 3）．都道府県は，各認知症疾患医療センターが，この留意事項に沿ってデータを正しく入力することができるように，各認知症疾患医療センターのデータ入力担当者に説明する必要があります．また，提出された事業実績報告書の内容を確認し，入力の欠損，誤り，疑問点がある場合にはデータ入力担当者に問い合わせ，必要に応じて修正・追記を求める必要があります.

相談件数，鑑別診断件数，診療報酬算定件数，認知症疾患医療センターの受診の経緯別件数，認知症疾患医療センター受診後の情報提供件数，研修会の開催数，他の主体が実施する研修会への協力・講師派遣実施回数等は，月次件数を記録する様式（参考資料 4）を作成しておくことによって，正確な年間件数を効率的に入力することが可能になります.

2.3. 都道府県におけるデータ集計

都道府県が，各認知症疾患医療センターの事業実績報告書を効率的かつ正確に集計できるように，「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」（EXCEL ファイル）が用意されています.

この様式のシート 1 以降のシートに，各認知症疾患医療センターが作成した「事業実績報告書」

（EXCEL ファイル）をコピーして貼り付けることによって，自動的に各都道府県における事業実績報告書のデータセットが作成されます（参考資料 5）.

都道府県は，このデータセットを用いることよって，都道府県全体の認知症疾患医療センターの事業実績を効率的に集計・分析することができます.

このデータセット（EXCEL ファイル）は，都道府県より厚生労働省にそのまま提出してください. 厚生労働省は，各都道府県より提出されたこのデータセットを統合することによって，全国の認知症疾患医療センター運営事業の事業実績を集計・分析することが可能になります.

2.4. 全国の都道府県・指定都市における事業実績報告書の活用状況

2020 年度に全国の都道府県・指定都市を対象に，事業実績報告書を用いた事業評価の実施状況を調査しました. その結果，すべての都道府県において，各認知症疾患医療センターの事業実績報告書の内容を確認しているということでしたが，事業実績報告書の内容を都道府県・指定都市単位で集計しているのは 82.5%，集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価を実施しているのは 51.9%，事業評価の結果を認知症疾患医療センター運営事業に反映させているのは 51.9%，集計結果を住民が確認できるように公開しているのは 22.2%でした.

事業実績報告書の集計結果を活用している都道府県・指定都市では，以下のような具体的な活用例が記載されていました.

- 都道府県認知症疾患医療連携協議会及び県・指定都市共催で実施している認知症疾患医療センター情報交換会で共有している.
- 県医師会・精神病院協会の協力を得て，全県的に認知症対応医療機関・相談医療機関の登録制度を設け，医療連携体制の構築を図っている. その運営管理委員会で資料として活用するとともに，若年性認知症自立支援ネットワーク会議，認知症施策推進会議，市町担当会等で関係者へ情報提供し，施策展開を検討していく際の基礎データとして活用している.
- 厚生労働省が定める項目以外に，認知症初期集中支援チームとの連携状況，研修実施内容の項目を作成し，事業評価に活用している.
- MCI の診断数により，各地域における早期発見，早期対応の傾向をみる参考資料にしている.
- 相談件数，鑑別診断件数をセンター毎に年度別に集計し，傾向を分析している.
- 認知症初期集中支援チームや地域包括支援センター等，関係機関に対して連携する際の参考情報として共有している.

3. 認知症疾患医療センターの事業に携わる職員の研修

3.1. 目的

認知症疾患医療センター運営事業の質を継続的に担保していくためには，事業に携わる職員の人材育成（職員研修等）が不可欠です.

また，事業実績報告書の分析や都道府県認知症疾患医療連携協議会等における検討で，現在の認知症疾患医療センター運営事業に課題が見出された場合には，その課題解決の一手段として，職員研修を活用することもできます.

実施要綱５（３）：センター事業に携わる職員の研修等の推進 都道府県及び指定都市は，（２）の結果等を踏まえ，事業の推進を図る上で必要な，センター職員を対象とした研修（事例検討等を含む）の企画等をすること.

3.2. 職員研修の実施状況

2020 年度に実施した全国調査によれば，過去 1 年間に認知症疾患医療センター職員研修を実施したのは都道府県の 34.1%，指定都市の 31.6%でした.

実施していない理由については，「職員研修会を開催するだけの知識・ノウハウを県では持ち合わせていない」「ニーズを把握していない，ノウハウがない」「センターからも研修開催の希望がない」「要望がない，予算措置がない」「国の要綱が定められておらず，福祉行政が専門性の高い医療機関に向けて有意義な研修を企画するのは困難」といったことがありました.

「職員研修は各センターで実施するものと考えている」「センターにおいて事例検討が行われている」「センターで自主的に研修を行っている」「全国研修会の開催を案内している」「内部研修や外部の研修に参加しているので，職員の質は担保できていると考えている」といった意見もありました.

3.3. 職員研修の方法

すでに実施されている認知症疾患医療センター職員研修を実施している都道府県の状況を見渡してみると，その方法にはさまざまな形態があることがわかります.

これらはおおまかに，1)都道府県が中核的センターに委託して実施しているもの（例：東京都），2)基幹型センターが中心になって都道府県と連携して実施しているもの（例：熊本県），3)地域型・連携型センターが連携して自主的な取組みとして実施しているもの（例：北海道）といった３つのタイプに分類されるようです．また，認知症疾患医療センター全国研修会が実施されておりますので，

都道府県としてその開催を各認知症疾患医療センターに周知するという取組もあります.

このたびの実施要綱改訂案では，認知症疾患医療センターの職員研修が都道府県の責務に位置づけられています．ここでは，都道府県・指定都市において認知症疾患医療センター職員研修事業を企画する際の参考になるように，これまでに実施されてきた研修事業の具体例を紹介します.

3.3.1. 東京都の例

東京都では，2015 年に，認知症疾患医療センター（地域型）が設置されている地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター内に，都内全域の認知症ケアに携わる医療専門職や、区市町村において指導的な役割を担う人材等の育成を担う機関として認知症支援推進センターを設置しました．ここが東京都内にある 52 ヵ所の認知症疾患医療センターの職員研修の企画・実施を担当しています.

現在のところ，職員研修の主たる受講対象者は認知症疾患医療センターの医療相談室に勤務する相談員（精神保健福祉士・社会福祉士・心理士等）であり，その目標は，認知症疾患医療センターにおける相談業務，地域連携，診断後支援の質の確保にあります.

研修カリキュラムは基礎編と応用編に分かれており，基礎編は認知症疾患医療センターの事業に携わって間もない相談員が基礎知識を修得することを目的としており，応用編は経験のある相談員がさらにスキルを向上させることを目的としています．2019 年度と 2020 年度に実施したカリキュラムを表 1 と表 2 に示します.

講師は，主に認知症疾患医療センターの医師，精神保健福祉士，心理士，看護師，薬剤師，歯科医師，行政職員など認知症支援の経験が豊かな多職種の専門家が務めていますが，若年性認知症総合支援推進センターや地域づくりに取り組む組織・団体など，多様な機関とも連携しながら，毎年異なる新たなトピックスを取り入れたカリキュラムを作成しています.

受講者の満足度は極めて高く，研修テーマについてもさまざまな要望が寄せられています．認知症疾患医療センターの相談員研修の需要が極めて高いことが示されています.

表 1　2019 年度東京都認知症疾患医療センター職員研修カリキュラム

基礎編	開講・オリエンテーション	10 分
	講義：我が国における認知症疾患医療センターの動向について	20 分
	講義：認知症疾患医療センター相談員がおさえておきたい福祉制度と社会資源の基礎	60 分
	（休憩）	10 分
	グループワーク演習：事例をもとに，認知症疾患医療センター職員としてどのような対応や支援をするかを考える	70 分

	事務連絡	10 分
応用編	開講・オリエンテーション	10 分
	講義：プロジェクトの創造の仕方と育て方：事例みまもりあいプロジェクト	120 分
	昼休憩	60 分
	グループワーク：クライエントのニーズを企画に繋げる	130 分
	（休憩）	15 分
	情報交換	50 分
	アンケート記入・閉会	5 分

表 2　2020 年度東京都認知症疾患医療センター職員研修カリキュラム（オンライン研修）

基礎編	開講・オリエンテーション	5 分
	講義：東京都の認知症施策と認知症疾患医療センターの役割等について	20 分
	講義：医療者のための認知症はじめて講座（知識編）	60 分
	（休憩）	10 分
	講義：医療者のための認知症はじめて講座（ケア・サポート編）	60 分
	事務連絡	9 分
応用編	開講・オリエンテーション	5 分
	認知症の人の口腔の健康と医科歯科連携の活用	80 分
	（休憩）	10 分
	知っておきたい　認知症とその周辺で使用する薬	60 分
	事務連絡	5 分

3.3.2. 熊本県の例

熊本県では，基幹型認知症疾患医療センターが中心となり，全センターが一体となって，センター間の情報共有と専門スタッフの人材育成の取組を進めてきました．情報共有に関しては，全センターの連携担当者を中心に年に 6 回連携担当者会議を開催しています．会議の内容は，各センターの現状報告や現在抱えている課題への対応等です．また，基幹型センターが専用のホームページを開設し，各センターの状況が把握できるようにしています．人材育成については，全センターの担当医と連携担当者の出席を義務付けた事例検討会を，2 カ月に 1 回（平成 31 年度からは 3 カ月に 1 回），スタッフが集まりやすい土曜日に実施しています．参加者は，各センターの医師，精神保健福祉士・看護師・作業療法士・心理士・言語聴覚士などのコメディカルスタッフ，若年性認知症コーディネーター，地域包括支援センター職員，認知症コールセンター職員，県の担当者で，毎回 90 名前後が参加しています．事例検討会では，3～4 例の事例検討，認知症レクチャー，評価尺度レクチャーなどが行われており，多職種間の意見交換も活発に行われています．専門診療については，次第に基幹型の診療数が減少する一方で，地域型の診療数が増加し，当初の目的通り基幹型が中心になって実施してきた人材育成の効果が現れつつあると思われます。

3.3.3. 北海道の例

北海道では，2012 年に，各認知症疾患医療センターの現状・課題の共有及び研修を目的に，道内のすべての認知症疾患医療センターが参加する任意団体「北海道認知症疾患医療センター懇話会」を設立しました．懇話会は，各センターの施設長で構成される世話人会によって運営され，年 2 回（春・秋）研修会を開催しています．各センターの医師・精神保健福祉士・看護師・臨床心理士・作業療法士等がチームで参加することになっています．研修会プログラムは，まず初めに各センターの取り組みが紹介され，次に以下の表 3 に示したテーマについて講師をお招きして講演をしていただき，その後そのテーマに沿って各職種に分かれてグループで話し合ってもらいます．このグループワークによって，各センターの同じ専門職同士の交流が可能になり情報交換の場になります．

また研修会同日に，各センターの精神保健福祉士による実務者会議も開催され，情報共有と方向性の確認が行われています．

表 3　北海道認知症疾患医療センター懇話会の研修内容

第 1 回	認知症疾患医療センターの現状と課題	29 名 (MD, PSW, CP, NS)
第 2 回	認知症高齢者の虐待について	26 名 (MD, PDW, CP, NS)
第 3 回	認知症地域連携パスについて	26 名 (MD, PSW, CP, NS, MSW)
第 4 回	成年後見制度について	29 名 (MD, PSW, CP, NS, MSW)
第 5 回	各地区の現状と課題～地域連携協議会について～	40 名(MD, PSW, CP, NS, MSW)
第 6 回	若年性認知症について	44 名(MS, PSW, CP, NS,MSW)
第 7 回	認知症者の運転について	47 名(MD, PSW, CP, NS,MSW)
第 8 回	認知症初期支援チームについて	46 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 9 回	認知症看護の現状報告	43 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 10 回	認知症初期集中支援チーム活動の現状報告	47 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 11 回	認知症の告知について	46 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 12 回	認知症高齢者の人権擁護について	50 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 13 回	若年認知症について	47 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 14 回	自動車運転について	64 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 15 回	認知症疾患医療センターのありかたについて	49 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 16 回	新型コロナウイルスの対応について	49 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)
第 17 回	家族体験発表とスピリチュアルペインに寄り添うケア	64 名(MD, PSW, CP, NS,OT,MSW)

2019 年度春の研修会は，新型コロナウイルス感染症流行により中止を余儀なくされました．2020 年度秋の研修会からはオンライン研修会となりました．北海道には現在 22 カ所のセンターが設置されていますが，北海道は広面積であり，ある地域のセンター職員の場合，飛行機を利用したり，１泊が必要になることもありました．しかし，オンライン研修会形式になるとこれらの課題は解消されるため，今後はオンライン研修会が中心になっていくと思われます．

また，「北海道認知症疾患医療センター懇話会」としての社会貢献活動の一環として，2015 年から

「全道認知症臨床研修会」を年に１回札幌で開催しています．日本老年精神医学会の共催を受け，受講対象は同学会の専門医やかかりつけ医，介護関係者です．

3.3.4. 認知症疾患医療センター全国研修会

認知症疾患医療センター全国研修会は，2013 年に熊本県と熊本県認知症疾患医療センターが主体となって開催した第 1 回全国研修会以来，毎年，都道府県持ち回りで，手作りで実施されてきたものです．2018 年に「一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会」として組織化されたことにより，日本老年精神医学会と日本認知症学会からの講師派遣の支援，および開催地の都道府県から助成を受けることが可能になりました．開催県の認知症疾患医療センターと連携して，全国研修会を都道府県持ち回りで継続的に実施しています．これまで開催してきたセンターからの声の中には，「開催準備のために協働してきたことでセンター同士の繋がりが深まった」という意見もあり，思わぬ効果もあったようです．これまでの開催地とテーマは表 4 の通りです．2020 年度は新型コロナウイルス感染症流行のためオンラインで開催したところ，500 名を超える参加者数となりました．

オンライン研修会はどこにいても参加できる利点があり，今後は年に１回のセンター全国研修会以外にも，オンラインでセンター職員向けの研修会を企画しております．

認知症疾患医療センター全国研修会の公式ホームページ　http://dementia-center.info

表 4　認知症疾患医療センター全国研修会の開催地とテーマ

第 1 回	開催地：熊本県熊本市　233 名
2013 年	テーマ：医療機関における連携，地域における連携・人材育成
第 2 回	開催地：北海道砂川市　113 名
2014 年	テーマ：認知症疾患医療センターに期待すること，各関係者からの声に耳を傾けよう
第 3 回	開催地：千葉県木更津市　222 名
2015 年	テーマ：認知症疾患医療センターの役割と課題を共有しよう
第 4 回	開催地：群馬県前橋市　132 名
2016 年	テーマ：認知症疾患医療センターの現状と課題
第 5 回	開催地：福島県郡山市　287 名
2017 年	テーマ：地域づくりにおける認知症疾患医療センターの果たす役割
第 6 回	開催地：滋賀県大津市　248 名
2018 年	テーマ：認知症疾患医療センターが認知症の人と家族と地域につながる
第 7 回	開催地：岡山県岡山市　329 名
2019 年	テーマ：認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの現状と課題
第 8 回	開催地：三重県津市　551 名
2020 年	テーマ：繋ごう！認知症疾患医療センターと地域包括ケア

3.3.5. 日本認知症学会，日本老年精神医学会の専門医認定制度と研修

日本認知症学会と日本老年精神医学会では，認知症疾患医療センターの施設基準にある専門医を認定するための制度を設けています．また，専門医の資格修得に資するよう毎年研修会を開催しており，研修会の参加が専門医の資格更新の条件となるような単位制度も設けています．さらに，両学会は，認知症疾患医療センター全国研修会と連携し，全国研修会への講師派遣等の支援も行っています．

一般社団法人日本認知症学会公式ホームページ　http://dementia.umin.jp/
公益社団法人日本老年精神医学会公式ホームページ　http://www.rounen.org/

4. 基幹型認知症疾患医療センターとの連携

4.1. 基幹型センターの役割

基幹型センターには，その専門性を踏まえ，都道府県及び指定都市と連携し，上記で述べてきた都道府県の３つの責務，すなわち，（１）都道府県認知症疾患医療連携協議会の運営，（２）事業の取組に関する評価等の実施，（３）センター事業に携わる職員の研修等の推進，に積極的に関与することが求められています.

また，都道府県・指定都市の実情に応じて基幹型センターを設置しない場合には，地域型センターや連携型センターとの連携体制を構築する等により，上記の役割を果せる機関を設置してもよいとされています.

なお，従来から基幹型センターの設置基準に掲げられていた「認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること」及び「身体合併症に対する救急医療機関としての要件」については，それが満たされていない場合であっても，その他の設置要件（専門医療機関としての要件，地域連携推進機関としての要件，事業の着実な実施に向けた取組の推進機能）のすべてが満たされていれば，「当分の間，基幹型として設置できる」とされています.

実施要綱：３設置基準（１）基幹型

④ 事業の着実な実施に向けた取組の推進機能 ５（１）から（３）の都道府県の責務等について，都道府県及び指定都市と連携し，これらの取組を推進する中核的なセンターとして，その取組の推進が図られるようにすること. 具体的には，５（１）の都道府県認知症疾患医療連携協議会の運営，５（２）の事業の取組に関する評価等の実施，５（３）のセンター事業に携わる職員の研修等の推進に当たっては，基幹型に期待される役割・専門性を踏まえた積極的な関与を図ること. なお，当該都道府県及び指定都市の実情に応じて，基幹型を設置しない場合においては，地域型及び連携型センターとの連携体制を構築する等により，当該機能を満たすことでも差し支えない.

4.2. 基幹型センターの取組の状況

2020 年度に実施した全国調査によれば，事業の質の向上に向けて，基幹型センターの 57.1%が実績報告書の集計・分析・評価等に関与しており，92.9%が都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画しており，78.6%がセンター職員の人材育成（研修会，事例検討等）に関与しており，78.6%が業務に関する情報交換を行う活動に関与している，と回答しています.

実績報告書の集計・分析・評価等への関与については，具体的には以下のような３つの形態のいずれかがとられています.

- 基幹型センターが集計・分析・評価を行い都道府県に報告する.
- 基幹型センターが集計･分析を行い,その結果を都道府県認知症疾患医療連携協議会等で共有し,意見交換を行う.
- 都道府県が集計･分析を行い,その結果を基幹センターが参画する都道府県認知症疾患医療連携協議会等で共有し,意見交換を行う.

都道府県認知症疾患医療連携協議会への関与については,具体的には以下のような２つ形態のいずれかがとられています.

- 都道府県が連携協議会（またはそれに代わる認知症施策推進会議等）を開催し,基幹型センターとしてそれに参画している.
- 基幹型センターが中心になって連携協議会を企画・開催している.

人材育成への関与については,具体的には以下のような形態があげられています.

- 連携協議会の際に基幹型が講義,症例検討会,最新情報の提供等を行っている.
- 基幹型および地域型が主管する形で事例検討会を行っている.
- 認知症に関する最新情報を発信し,人材育成できるよう努力している.
- センター職員に限定したものではないが,多職種連携を目的として事例検討会を行っている.
- 認知症疾患医療センター全国研修会の開催や情報提供を行っている.

4.3. 都道府県と基幹型センターとの連携に向けて

基幹型センターは,認知症に対する専門的医療機能と地域連携推進機能において高い専門性を有し,かつ都道府県と連携し,認知症疾患医療センター運営事業の質の確保・向上に向けた事業に寄与することが求められています.

実際,2020 年度に基幹型センターを対象に実施した全国調査においても,「基幹センターが事業の質の確保・向上に向けた取組を行うべきか」という質問に対して,85.7%の基幹型センターが「行うべきだ」と回答しています.

2015 年度～2020 年度の老人保健健康増進等事業において実施された認知症疾患医療センター運営事業のあり方に関する検討委員会においても,基幹型センターが果たすべき役割は,都道府県と連携した事業の質の確保に向けた取組であるということが繰り返し指摘されてきました.

今後は,各都道府県において,上記の役割を果すことができる基幹型センター等を設置し,都道府県と連携した事業の質の確保に向けた取組を推進することが期待されます.

＜参考資料＞

参考資料１　認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（新旧対照表案）
（令和２年度全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料(令和３年３月９日)）

参考資料２　認知症疾患医療センター事業実績報告書の様式（令和２年度）

参考資料３　記入上の留意事項

参考資料４　月次報告書の様式（東京都の例）

参考資料５　事業実績報告書集計様式の使用手順

手引書（参考資料）

参考資料１

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（新旧対照表案）

（令和２年度全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料　令和３年３月９日）

（別添２）

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

１　目的

認知症疾患医療センター運営事業（以下「事業」という。）は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置することにより、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談、診断後の相談支援等を実施することとする。また、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図るとともに、事業の着実な実施を図っていくことを目的とする。

２　実施主体

（略）

３　設置基準

センターは、次のいずれかの基準を満たすものとする。

（１）基幹型

基幹型は、平日、週５日の稼働を原則とし、以下のとおりとするが、②に係る稼働についてはこの限りではない。

①　専門医療機関としての要件

ア　専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

イ　人員配置について、以下の（ア）から（ウ）を満たしていること。

（ア）専任の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又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が１名以上配置されていること。

（イ）公認心理師または臨床心理士等の専任の臨床心理技術者が１名以上配置されていること。

（ウ）医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が２名以上配置されているこ

（別添２）

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

１　目的

この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、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・介護関係者への研修等を行う。また、必要に応じて診断後等の日常生活支援を実施することにより、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を目的とする。

２　実施主体

（略）

３　設置基準

センターは、次のいずれかの（診療所については、（３）の）基準を満たすものとする。

（１）基幹型

基幹型は、平日、週５日の稼働を原則とし、以下のとおりとするが、イに係る稼働についてはこの限りではない。

ア　専門医療機関としての要件

（ア）専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

（イ）人員配置について、以下のａからｃを満たしていること。

ａ　専任の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又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が１名以上配置されていること。

ｂ　専任の臨床心理技術者が１名以上配置されていること。

ｃ　医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が２名以上配置されていること。

と。

なお、医療相談室は、院内における精神科及び一般身体科の連携の確保、専門医療施設との調整、地域包括支援センター等との連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整、診断後の相談支援など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち１名は常勤専従で地域包括支援センター等との連絡調整及び医療相談室の業務を担当することとし、他の１名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センター等との連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

ウ　検査体制について、以下を満たしていること。

（ア）鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（ＣＴ）及び磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ）を有していること。

（イ）脳血流シンチグラフィ（ＳＰＥＣＴ）を活用できる体制（他の医療　機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

エ　認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

②　身体合併症に対する救急医療機関としての要件

ア　身体合併症に対する救急・急性期医療に対応することが可能な体制が確保されていること。具体的には、救命救急センターを有するなど、身体合併症に係る三次救急医療又は二次救急医療について地域の中核としての機能を有すると都道府県知事又は指定都市市長が認めるものとする。

イ　①アに定める医療相談室が中核となって、認知症患者に対する救急医療の支援、リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症の人への精神科的ケースワークの実施、院内における研修会の開催等を通じて、精神科と一般身体科との院内連携が確保されていること。

ウ　上記の体制が確保されていることを前提として、休日、夜間における身体合併症やせん妄、妄想等の重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するため、空床（当該病院の実状に応じ精神病床、一般病床のいずれも可とする）を確保すること。

なお、医療相談室は、院内における精神科及び一般身体科の連携の確保、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち１名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の１名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

（ウ）検査体制について、以下を満たしていること。

ａ　鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（ＣＴ）及び磁気共鳴画像装置（ＭＲＩ）を有していること。

ｂ　脳血流シンチグラフィ（ＳＰＥＣＴ）を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

（エ）認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

イ　身体合併症に対する救急医療機関としての要件

（ア）身体合併症に対する救急・急性期医療に対応することが可能な体制が確保されていること。具体的には、救命救急センターを有するなど、身体合併症に係る三次救急医療又は二次救急医療について地域の中核としての機能を有すると都道府県知事又は指定都市市長が認めるものとする。

（イ）ア（ア）に定める医療相談室が中核となって、認知症患者に対する救急医療の支援、リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症高齢者への精神科的ケースワークの実施、院内における研修会の開催等を通じて、精神科と一般身体科との院内連携が確保されていること。

（ウ）上記の体制が確保されていることを前提として、休日、夜間における身体合併症や徘徊、妄想等の重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するため、空床（当該病院の実状に応じ精神病床、一般病床のいずれも可とする）を確保すること。

なお、②又は①エの要件を満たせないものの、それ以外のすべての要件を満たすことができる専門医療機関については、当分の間、基幹型として指定できるものとする。その際、①エについては、（２）①エの要件を満たさなければならない。	
③　地域連携推進機関としての要件	ウ　地域連携推進機関としての要件
ア　地域の連携体制強化のため、都道府県医師会・郡市区等医師会などの保健医療関係者、地域の介護関係者、認知症医療に関する有識者、地域包括支援センター等から組織された認知症疾患医療センター地域連携会議（当該センターの所属する二次医療圏域等における関係者の連携会議。都道府県又は指定都市において、同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、当該会議の活用で可）を組織し、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等を行う。	（ア）地域の連携体制強化のため、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会（都道府県又は指定都市において、同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、当該会議の活用で可）を組織し、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等を行うほか、地域への認知症医療に関する情報発信や、認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行うほか、地域住民からの認知症に関する一般相談対応等を行うこと。
イ　地域への認知症医療に関する情報発信や、認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行うほか、地域住民からの認知症に関する一般相談対応等を行うこと。	（イ）都道府県又は指定都市が実施する認知症サポート医養成研修や、かかりつけ医等に対する研修の実施状況等を踏まえつつ、こうした認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。
ウ　認知症サポート医養成研修や、かかりつけ医等に対する研修の実施状況等を踏まえつつ、こうした認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症の人の家族や地域住民等を対象とする研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。	
④　事業の着実な実施に向けた取組の推進機能	（新設）
５（１）から（３）の都道府県の責務等について、都道府県及び指定都市と連携し、これらの取組を推進する中核的なセンターとして、その取組の推進が図られるようにすること。 具体的には、５（１）の都道府県認知症疾患医療連携協議会の運営、５（２）の事業の取組に関する評価等の実施、５（３）のセンター事業に携わる職員の研修等の推進に当たっては、基幹型に期待される役割・専門性を踏まえた積極的な関与を図ること。 なお、当該都道府県及び指定都市の実情に応じて、基幹型を設置しない場合においては、地域型及び連携型センターとの連携体制を構築する等により、当該機能を満たすことでも差し支えない。	
（２）地域型	（２）地域型

地域型は、平日、週５日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

① 専門医療機関としての要件

ア 医療相談室を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

イ 人員配置について、以下の（ア）から（ウ）を満たしていること。

（ア）専任の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又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が１名以上配置されていること。

（イ）公認心理師または臨床心理士等の専任の臨床心理技術者が１名以上配置されていること。

（ウ）医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が２名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センター等との連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整、診断後の相談支援など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち１名は常勤専従で地域包括支援センター等との連絡調整及び医療相談室の業務を担当することとし、他の１名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センター等との連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

ウ 検査体制について、以下を満たしていること。

（略）

エ 認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の（ア）又は（イ）のいずれかを満たしていること。

（ア）認知症の行動・心理症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

（イ）身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症の行動・心理症状に対する精神病床における入院医療等

地域型は、平日、週５日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

ア 専門医療機関としての要件

（ア）医療相談室を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その体制が確保されていること。

（イ）人員配置について、以下のａからｃを満たしていること。

ａ 専任の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又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が１名以上配置されていること。

ｂ 専任の臨床心理技術者が１名以上配置されていること。

ｃ 医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が２名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち１名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の１名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

（ウ）検査体制について、以下を満たしていること。

（略）

（エ）認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下のａ又はｂのいずれかを満たしていること。

ａ 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

ｂ 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること

を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。 ② 地域連携推進機関としての要件 （１）③と同様の要件を満たすこと。なお、基幹型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合においては、この限りではない。	（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。 イ 地域連携推進機関としての要件 （１）ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合においては、この限りではない。
（３）連携型 連携型は、平日、週５日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。 ① 専門医療機関としての要件 ア 専門医療相談が実施できる体制が確保されていること。 イ 人員配置について、以下の要件を満たしていること。 （ア）専任の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　又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が１名以上配置されていること。 （イ）認知症の専門医療相談や神経心理検査等について一定程度の知識及び技術を修得している看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が１名以上配置されていること。 ウ 検査体制について、以下の要件を満たしていること。 （略） エ 連携体制について、以下の要件を満たしていること。 認知症疾患の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病院又は精神科病院との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を確保していること。 ② 地域連携拠点としての要件 （１）③と同様の要件を満たすこと。なお、基幹型又は地域型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合においては、この限りではない。	（３）連携型 連携型は、平日、週５日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。 ア 専門医療機関としての要件 （ア）専門医療相談が実施できる体制が確保されていること。 （イ）人員配置について、以下の要件を満たしていること。 a 専任の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又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が１名以上配置されていること。 b 認知症の専門医療相談や神経心理検査等について一定程度の知識及び技術を修得している看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が１名以上配置されていること。 （ウ） 検査体制について、以下の要件を満たしていること。 （略） （エ）連携体制について、以下の要件を満たしていること。 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病院又は精神科病院との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を確保していること。 イ 地域連携拠点としての要件 （１）ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型又は地域型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合においては、この限りではない。
４ 事業内容 （１）専門的医療機能 ① 鑑別診断とそれに基づく初期対応 ア 初期診断 イ 鑑別診断	４ 事業内容 （１）専門的医療機能 ア 鑑別診断とそれに基づく初期対応 （ア）初期診断 （イ）鑑別診断

ウ　治療方針の選定 エ　入院先紹介 オ　かかりつけ医等との診療情報の共有 ②　認知症の行動・心理症状と身体合併症への急性期対応 ア　認知症の行動・心理症状・身体合併症の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。） イ　認知症の行動・心理症状及び身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握（基幹型においては、空床の確保による休日、夜間の対応を含む。） ③　専門医療相談 ア　初診前医療相談 （ア）患者家族等の電話・面談照会 （イ）医療機関等紹介 イ　情報収集・提供 （ア）かかりつけ医等医療機関との連絡調整 （イ）保健所、福祉事務所等との連絡調整 （ウ）地域包括支援センターとの連絡調整 （エ）認知症初期集中支援チームとの連絡調整 （２）地域連携拠点機能 ①　認知症疾患医療センター連携会議の設置及び運営 都道府県医師会・郡市区等医師会など地域の保健医療関係者、地域の介護関係者、認知症医療に関する有識者、認知症初期集中支援チームや地域包括支援センター等から組織された地域の支援体制構築に資するための会議の設置及び運営 ②　研修会の開催 （略） （３）診断後等支援機能 認知症の人や家族が、診断後であっても、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるとともに円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関の他、介護支援専門員等地域の介護に関する関係機関、地域包括支援センター等との	（ウ）治療方針の選定 （エ）入院先紹介 イ　周辺症状と身体合併症への急性期対応 （ア）周辺症状・身体合併症の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。） （イ）周辺症状及び身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握（基幹型においては、空床の確保による休日、夜間の対応を含む。） ウ　専門医療相談 （ア）初診前医療相談 a　患者家族等の電話・面談照会 b　医療機関等紹介 （イ）情報収集・提供 a　保健所、福祉事務所等との連絡調整 b　地域包括支援センターとの連絡調整 c　認知症初期集中支援チームとの連絡調整 （２）　地域連携拠点機能 ア　認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営 都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会など地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された協議会の設置及び運営 イ　研修会の開催 （略） （３）日常生活支援機能 （１）及び（２）を実施するほか、認知症の人や家族が、診断後に円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上、認知症疾患医療センターは必要に応じて、以下のような取組を行う。 ア　診断後の認知症の人や家族に対する相談支援 診断後等、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、日常生活を円滑に送るための相談支援を実施 イ　当事者等によるピア活動や交流会の開催 既に認知症と診断された当事者による、ピアカウンセリングなどのピアサポート

連携の推進を図るため、センターは地域の実情や必要に応じて、以下①・②のいずれか又はその両方の取組を行う。 ① 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援 かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等の地域の関係機関と連携の上、地域の実情や必要に応じて、診断後や症状増悪時において、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、必要な相談支援を実施。 ② 当事者等によるピア活動や交流会の開催 既に認知症と診断された認知症の人やその家族による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施	活動の実施
（４）事業の着実な実施に向けた取組の推進 当該都道府県及び指定都市の実情に応じ、基幹型が存在する場合には当該基幹型を中心として、基幹型が存在しない場合には地域型及び連携型が連携することにより、下記５（１）から（３）の都道府県の責務等に記載された事業の推進を支援するものとする。	（新設）
５ 都道府県の責務等 都道府県及び指定都市は、事業の推進にあたり次の３つの取組を行う。 （１）都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営 都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内の認知症疾患医療センターについて、都道府県医師会・郡市区等医師会などの保健医療関係者、地域の介護関係者、認知症医療に関する有識者、地域包括支援センター等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し、事業の取組状況について共有する等、当該都道府県における事業の着実な実施に向けた取組に関する検討及び地域連携体制の推進を図る。 なお、既に同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その 会議等を活用して差し支えない。	５ 都道府県の責務等 （１）連携体制の構築 都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内の認知症疾患医療センターについて、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し、各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこと。 なお、既に同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。
（２）事業の取組に関する評価等の実施 都道府県及び指定都市は、自ら指定したセンターが実施する、４の事業内容の実施状況について、以下の留意する項目を参考としつつ、情報収集・分析を行うとともに、地域の実情を踏まえた評価を行い、必要な課題等の抽出及びその解決に向けた取組等	（２）事業評価の実施 都道府県及び指定都市は、自ら指定した認知症疾患医療センターに対し、４の事業内容について、以下の点に着目し、事業評価を行うこと。

の検討を行う。なお、当該検討にあたっては（１）の協議会等の活用を図るなど地域の保健・医療・介護関係者との連携を図ること。 （取組に関する評価等の実施にあたって留意する項目） ①　専門的医療機関としての機能 ○認知症原因疾患別の鑑別診断の実施 ○治療方針の選定に関すること（投薬、他医療機関への紹介等を含む） ○記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む） ○認知症の行動・心理症状と身体合併症の急性期対応に関すること ○専門医療相談の実施 ・相談方法（電話、面接、訪問別相談の実施　等） ・相談件数 ・相談応需マニュアルの整備 ○診断後の相談支援の実施 ・相談対象者及び相談方法 ・相談内容 ・関係機関との連携状況　　等	（事業評価上の留意点） a　専門的医療機関としての機能 ○認知症原因疾患別の鑑別診断の実施 ○治療方針の選定に関すること（投薬、他医療機関への紹介等を含む） ○記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む） ○周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること（基幹型の場合は、空床確保及びその利用状況を含む） ○専門医療相談の実施 ・相談方法（電話、面接、訪問別相談の実施　等） ・相談件数 ・相談応需マニュアルの整備　　等
②　地域連携拠点としての機能 ○認知症疾患医療センター連携会議の運営状況 ○研修会の開催状況	b　地域連携拠点としての機能 ○認知症疾患医療連携協議会の運営状況 ○研修会の開催状況
③　センター事業に携わる職員の研修等（人材育成等）の実施状況 ○研修対象者及び研修の実施方法 ○研修内容　　等	
（３）センター事業に携わる職員の研修等の推進 都道府県及び指定都市は、（２）の結果等を踏まえ、事業の推進を図る上で必要な、センター職員を対象とした研修（事例検討等を含む）の企画等をすること。	（新設）
６　（略）	６　（略）

参考資料２

認知症疾患医療センター事業実績報告書の様式（令和２年度）

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

指定の状況		No	
都道府県・指定都市名		番号	
担当部署名			
電話番号		担当者	

※行・列の挿入は絶対に行わないでください。

※記載に当たっては**別紙「認知症疾患医療センター運営事業協議書　記入上の留意事項（項目解説等）」**を参照してください。

【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		0 年	0 月	0 日	次回更新予定日		0 年	0 月	0 日				
更新年月日①		年	月	日	更新年月日②		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	0	精神病床	0	その他病床	0	（うち療養病床）	0	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	なし									
連携病院名①	なし		連携内容（設置要件）	CT ×	MRI ×	SPECT ×	身体入院 ×	精神入院 ×					
			連携内容（その他）	なし									
連携病院名②	なし		連携内容（設置要件）	CT ×	MRI ×	SPECT ×	身体入院 ×	精神入院 ×					
			連携内容（その他）	なし									
連携病院名③	なし		連携内容（設置要件）	CT ×	MRI ×	SPECT ×	身体入院 ×	精神入院 ×					
			連携内容（その他）	なし									
連携病院名④	なし		連携内容（設置要件）	CT ×	MRI ×	SPECT ×	身体入院 ×	精神入院 ×					
			連携内容（その他）	なし									

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

稼働日数	週	0	日	年間	0	日				
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医								0	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								0	名
医師以外の人員配置	精神保健福祉士	専従	0	名	兼務	0	名			
	保健師	専従	0	名	兼務	0	名			
	臨床心理技術者	専従	0	名	兼務	0	名			
	連携推進補助員	専従	0	名	兼務	0	名			
	その他	（職種）	なし	専従	0	名	兼務	0	名	
		（職種）	なし	専従	0	名	兼務	0	名	
医師以外の人員配置（診断後等支援のための相談員の配置）	社会福祉士	専従	0	名	兼務	0	名			
	精神保健福祉士	専従	0	名	兼務	0	名			
	その他	（職種等）	なし	専従	0	名	兼務	0	名	
		（職種等）	なし	専従	0	名	兼務	0	名	
診断後等支援機能に関する業務内容	1. 相談員による診断後の相談支援									×
	2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施									×
	3. その他（内容を下欄に自由記載）									×
	なし									
検査体制	血液検査	○	尿一般検査	○	心電図検査	○	神経心理検査	○		
	CT検査	自施設	×	連携先	×	MRI検査	自施設	×	連携先	×
	SPECT検査	自施設	×	連携先	×					
保有機器	CT	0	台	MRI	0	台	SPECT	0	台	
相談件数	電話	0	件	面接	0	件	訪問	0	件	
	その他	（方法）	なし	0	件	（方法）	なし	0	件	
上記の相談件数の相談元の主な内訳	1. 本人からの相談								0	件
	2. 家族等の介護者からの相談								0	件
	3. 地域包括支援センターからの相談								0	件
	4. 医療機関（かかりつけ医等）からの相談								0	件
	5. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談								0	件
	6. 行政機関からの相談								0	件
	7. 院内の他科からの相談								0	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	0 件	0 件
2. 軽度認知障害(MCI)	0 件	0 件
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)	0 件	0 件
4. 血管性認知症(F01)	0 件	0 件
5. レビー小体型認知症(G31,F02)	0 件	0 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)	0 件	0 件
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)	0 件	0 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)	0 件	0 件
9. HIV感染による認知症(B20,F02)	0 件	0 件
10. プリオン病による認知症(A81,F02)	0 件	0 件
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)	0 件	0 件
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)	0 件	0 件
13. 正常圧水頭症(G91)	0 件	0 件
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)	0 件	0 件
15. 複数の病因による認知症(F02)	0 件	0 件
16. 詳細不明の認知症(F03)　(上記3～15に該当しないもの)	0 件	0 件
17. 上記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害	0 件	0 件
18. 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)	0 件	0 件
19. 気分(感情)障害(F3)	0 件	0 件
20. てんかん(G47)	0 件	0 件
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)	0 件	0 件
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患	0 件	0 件
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患	0 件	0 件
24. 上記のいずれにも含まれない疾患	0 件	0 件
25. 診断保留	0 件	0 件
合計	0 件	0 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	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症ケア加算1	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症ケア加算2	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症ケア加算3	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件

認知症疾患医療センターへの受診の経緯	1. 地域包括支援センターから	0 件	2. 医療機関(かかりつけ医等)から	0 件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から	0 件	4. 行政機関から	0 件
	5. その他	0 件		
認知症疾患医療センター受診後の情報提供	1. 地域包括支援センターへ	0 件	2. 医療機関(かかりつけ医等)へ	0 件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ	0 件	4. 行政機関へ	0 件
	5. その他	0 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	なし	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	なし

＊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	なし
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	なし
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	なし
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	なし

確保している空床数	(一般病床)	0 床	(精神病床)	0 床	(その他)	0 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	0	回	
研修会の開催	医療従事者対象	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
	（うちかかりつけ医対象）	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
	家族・地域住民等対象	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無			なし					
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			なし					
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無			なし	実施回数	年間	0	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】

	実施状況
1. 介護保険主治医意見書への記載	
2. 合併する身体疾患に対する通院医療	
3. 合併する身体疾患に対する入院医療	
4. 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	
5. 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療	
6. 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療	
7. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療	
8. 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	
9. 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療	
10. せん妄に対する医療の提供	
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療	
12. 行政機関への助言・連携	
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携	
14. 介護支援専門員への助言・連携	
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携	

【留意事項】

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

【A.国庫補助所要額内訳(「日常生活支援機能」に係る分を除く)】

事業区分	経費区分 (交付要綱中の経費区分を記載)	対象経費支出済額	積算内訳
(1)身体合併症に対する救急医療業務 (基幹型のみ)			
(2)専門医療相談			
(3)地域連携推進に係る業務 ア 認知症疾患医療連携協議会の設置・運営 イ 研修会の開催			
合計		円	

【B.国庫補助所要額内訳(「日常生活支援機能」に係る分)】

事業区分	経費区分 (交付要綱中の経費区分を記載)	対象経費支出済額	積算内訳
相談支援 (日常生活支援のための相談員の配置) ※精算内訳に「常勤専従」「専任」の別を記載			
その他 日常生活支援機能に関する業務			
合計		円	

【留意事項】

○ 経費区分は、「介護保険事業費補助金交付要綱」を参考に記載すること。

○ 事業を委託により行う場合は、委託料のみとせず、委託事業の内訳を記入すること。

参考資料３　記入上の留意事項

認知症疾患医療センター事業実績報告書の記入上の留意事項

記入のルール(1)

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

指定の状況		No	
都道府県・指定都市名		番号	
担当部署名			
電話番号		担当者	

※行・列の挿入は絶対に行わないでください。

※記載に当たっては別紙「認知症疾患医療センター運営事業協議書　記入上の留意事項（項目解説等）」を参照してください

【医療機関基本情報】

医療機関名	医療機関名および設置法人名は									類型				
設置法人名	医療機関届出情報と一致させてください。									設置主体				
指定年月日		0	年	0	月	0	日	次回更新予定日		0	年	0	月	0	日	
更新年月日①			年		月		日	更新年月日②			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	0	精神病床	0	その他病床	0	（うち療養病床）	0	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. 小児科	×	14. 呼吸器外科	×	15. 心臓血管外科	×			
	16. 消化器外科	×	17. 乳腺外科	×	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	なし							

連携病院名①	なし	連携内容（設置要件）	CT	×	MRI	×	SPECT	×	身体入院	×	精神入院	×
		連携内容（その他）	なし									
連携病院名②	なし	連携内容（設置要件）	CT	×	MRI	×	SPECT	×	身体入院	×	精神入院	×
		連携内容（その他）	なし									
連携病院名③	なし	連携内容（設置要件）	CT	×	MRI	×	SPECT	×	身体入院	×	精神入院	×
		連携内容（その他）	なし									
連携病院名④	なし	連携内容（設置要件）	CT	×	MRI	×	SPECT	×	身体入院	×	精神入院	×
		連携内容（その他）	なし									

認知症疾患医療センター運営事業協議書（兼）報告書　記入上の留意事項（項目解説等）

※「自施設の認知症疾患医療センター」は略して「疾患センター」と記載

【全般的な留意事項】

実績等については、「疾患センター」として定義する部署において実施するものについてカウントすること。　※病院全体の実績を記入するものではありません。

注意　紫色のセル以外は空欄は作らず、入力してください。
該当がない場合や実績がない場合は「なし」や「０」等を入力します

・黄色のセルへの入力は、プルダウンより選択して行ってください。
・青色のセルへの入力は、実績なしの場合「０」を入力してください。
・橙色のセルは、該当の内容がない場合は「なし」を入力してください。
・紫色のセルは、該当の内容がある場合に入力してください。
・緑色のセルには、計算式が入っています。
・「黄色」「青色」「橙色」のセルが空白の場合は、上記の留意事項を確認の上、必要事項を入力してください。
・当該年度の実績を記入してください。
・医療機関基本情報の連携病院記入欄が足りない場合、別途一覧（任意様式）を添付してください。

【医療機関基本情報】

1	設置主体	医療法人	特定医療法人，社会医療法人を含む。
		国	国立大学独立行政法人および国立病院機構独立行政法人を含む。
		都道府県・指定都市	都道府県を設置団体とする公立大学法人および 地方独立行政法人を含む。
		市	市を設置団体とする公立大学法人を含む。
		個人	一般財団法人，公益財団法人，株式会社を含む。
		組合および連合会	公務員共済組合及びその連合会，健康保険組合及びその連合会， 学校共済組合，協同組合連合会を含む。
2	医療機関種別	一般病院	「精神科病院」「診療所」以外に該当するもの。
		精神科病院	精神病床のみを有する病院。
		診療所	患者を入院させるための施設を有しないもの又は 十九人以下の患者を入院させるための施設を有するもの。
3	診療科	同一医療機関内に配置されている診療科は、プルダウンで「○」を選択する。 設置されていない診療科は「×」を選択する。 「1」～「35」以外の診療科がある場合には、「36．その他」に該当の診療科名を記入する。 「36」に該当がない場合は、「なし」を入力する。	
4	連携病院名 連携内容（設置要件） 連携内容（その他）	①連携病院名…連携先の病院名を記入。 ②連携内容（設置要件）…要綱上の設置要件に係る項目について、該当するものは「○」を選択 ③上記②以外の連携内容について記載。 ④連携病院の欄が不足する場合には、別紙に入力して提出すること。 **Excelの行の追加は絶対に　行わないこと。**	

認知症疾患医療センター事業実績報告書の記入上の留意事項

記入のルール(2)

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

稼働日数	週	0	日	年間	0	日						
医師配置状況	5	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医								0	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								0	名	
医師以外の人員配置		精神保健福祉士	専従	0	名	兼務	0	名				
		保健師	専従	0	名	兼務	0	名	6			
		臨床心理技術者	専従	0	名	兼務	0	名				
		連携推進補助員	専従	0	名	兼務	0	名				
		その他	（職種）	なし		専従	0	名	兼務	0	名	
			（職種）	なし		専従	0	名	兼務	0	名	
医師以外の人員配置（診断後等支援のための相談員の配置）		社会福祉士	専従	0	名	兼務	0	名				
		精神保健福祉士	専従	0	名	兼務	0	名				
		その他	（職種等）	なし		専従	0	名	兼務	0	名	
			（職種等）	なし		専従	0	名	兼務	0	名	
診断後等支援機能に関する業務内容	7	相談員による診断後の相談支援										×
		2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施										×
		3. その他（内容を下欄に自由記載）										×
		なし										
検査体制		血液検査	○	尿一般検査	○	心電図検査	○	神経心理検査	○			
		CT検査	自施設	×	連携先	×	MRI検査	自施設	×	連携先	×	
		SPECT検査	自施設	×	連携先	×						
保有機器		CT	0	台	MRI	0	9	ECT	0	台		
相談件数		電話	0	件	面接	0	件	訪問	0	件		
		その他	（方法）	なし		0	件	（方法）	なし		0	件
上記の相談件数の相談元の主な内訳	10	本人からの相談								0	件	
		2. 家族等の介護者からの相談								0	件	
		3. 地域包括支援センターからの相談								0	件	
		4. 医療機関（かかりつけ医等）からの相談								0	件	
		5. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談								0	件	
		6. 行政機関からの相談								0	件	
		7. 院内の他科からの相談								0	件	

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

5	稼働日数	平均した稼働日数を、文字列ではなく数字で入力すること。 ※例：５～６日稼働の場合…×「５～６日」 → ○「5.5日」	
6	医師以外の 人員配置	医師以外の人員配置について記入する。 ①該当の専門職がいない場合には「0」を入力すること。 ②その他の職種に該当がない場合には、職種には「なし」、人数には「0」を入力すること。	
7	医師以外の 人員配置 （診断後等支援の ための相談員の 配置）	診断後等支援のための相談員について記入する。 ①【Ｂ.国庫補助協議額内訳（「診断後支援機能」に係る分）】の「相談支援（診断後支援のための相談員の配置）」に記入する場合は、診断後支援のための相談員の人数について必ず記入すること。 ②【Ｂ.国庫補助協議額内訳（「診断後支援機能」に係る分）】の「相談支援（診断後支援のための相談員の配置）」に記入しない場合も、診断後支援のための相談員を配置している場合は記入すること。	
8	診断後等支援機能に 関する業務の内容	診断後等支援機能に関する業務の内容について、１～３の該当するものにプルダウンで「○」を選択する。 「３.その他」の場合は、内容を下の欄に具体的に記入すること（自由記載）。	
9	検査体制	CT検査、MRI検査、SPECT検査については、 ①自施設で実施の場合：　自施設「○」 連携先「×」 ②連携先で実施している場合：　自施設「×」 連携先「○」を選択し、前項「注４」に記入すること。	
10	相談件数	ここでの「相談」は診療報酬のない相談やアセスメント等をいい、「受けたもの」と「発信したもの」の合計の延べ回数をカウントする。 相談元は患者，家族，介護者，地域包括支援センター職員，かかりつけ医、院内他診療科等の区別は問わない。 ※同一の相談について重複カウントはしない。（例）相談を「受けた」がその時に対応できず、折り返し「発信して」対応した場合には、「受けたもの」のみに計上する。	
		面接	院内他科からの相談、自院開催による認知症カフェ等も含めてよい。 面接にカンファレンスを含むが、参加人数に関わらず1件でカウントする。
		訪問	・当事者等の自宅、他の医療機関、介護施設等を訪問し、認知症の医療やケアについて助言又は指導を行った場合等にカウントする。 ・認知症初期集中支援や物忘れ相談会，他施設で行う認知症カフェ等，院外に出向いて実施した相談も含めてよい。 ※往診は含まないが、同行した相談員が相談支援を実施した場合にはカウントすることができる。
		その他	・郵便、メールやFAXによる相談が想定される。 ・方法については、その方法の入力し、件数は数字を入力する。
		上記の相談件数の 相談元の主な内訳	・「電話」、「面接」、「訪問」、「その他」で計上した相談について、１～７の相談元の内訳（件数）を記入する。 ・「１.地域包括支援センター」及び「４.行政機関」が重複する場合には「１.地域包括支援センター」にカウントする。 ・「相談件数」の合計と「上記の相談件数の相談元の主な内訳」は必ずしも一致しなくてもよい。

認知症疾患医療センター事業実績報告書の記入上の留意事項

記入のルール(3)

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	0	件	0	件
2. 軽度認知障害(MCI)	0	件	0	件
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)	0	件	0	件
4. 血管性認知症(F01)	0	件	0	件
5. レビー小体型認知症(G31,F02)	0	件	0	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)	0	件	0	件
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)	0	件	0	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)	0	件	0	件
9. HIV感染による認知症(B20,F02)	0	件	0	件
10. プリオン病による認知症(A81,F02)	0	件	0	件
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)	0	件	0	件
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)	0	件	0	件
13. 正常圧水頭症(G91)	0	件	0	件
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)	0	件	0	件
15. 複数の病因による認知症(F02)	0	件	0	件
16. 詳細不明の認知症(F03)　(上記3～15に該当しないもの)	0	件	0	件
17. 上記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害	0	件	0	件
18. 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)	0	件	0	件
19. 気分(感情)障害(F3)	0	件	0	件
20. てんかん(G47)	0	件	0	件
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)	0	件	0	件
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患	0	件	0	件
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患	0	件	0	件
24. 上記のいずれにも含まれない疾患	0	件	0	件
25. 診断保留	0	件	0	件
合計	0	件	0	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	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症ケア加算1	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症ケア加算2	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件
	認知症ケア加算3	算定の有無	なし	算定件数(年間)	0 件

認知症疾患医療センターへの受診の経緯					
	1. 地域包括支援センターから	0	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)から	0 件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から	0	件	4. 行政機関から	0 件
	5. その他		件		

認知症疾患医療センター受診後の情報提供					
	1. 地域包括支援センターへ	0	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)へ	0 件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ	0	件	4. 行政機関へ	0 件
	5. その他	0	件		

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

11	鑑別診断件数	・当該年度の実績を記入する。（総合病院等で疾患センターを一部の診療科に位置づけているなど、病院内にセンターを設置している場合は、病院全体ではなく、疾患センターの鑑別診断件数を計上すること。） ・主たる病名を選択し、重複しないようにする。 ※１～24の中で重複がある場合は、２～16の分類を優先してカウントすること。 なお、３～16の中で重複がある場合は、原則15にカウントすること。 ・同一患者において、当該年度に複数回受診があり、病名が変わった場合については、原則、最初の鑑別診断の結果を計上する。 （25診断保留については、当該年度において変更となった場合、１～24のうち最初の鑑別診断結果に計上し、25から除するものとする）
12	初診までの待機日数	緊急枠や特別枠を除き、4月1日～3月31日時点での待機日数の平均をプルダウンで選択する。 待機日数とは予約受付時から自疾患センターでの初診までの日数をいう。
13	診療報酬	認知症専門診断管理料１，２及び認知症ケア加算１，２，３の請求件数をカウントする。
14	認知症疾患医療センターへの受診の経緯	認知症疾患医療センターへの受診の経緯について、１～５の紹介元ごとに件数を記入する。 複数の紹介元がある場合は、その全てに計上する。 ただし、例えば「市町村直営の地域包括支援センター」のように、選択肢が重複する場合は（例の場合は１と４）、若い番号に計上する。紹介元がない場合（自らの判断で受診、家族の勧めで受診等）は計上しない。
15	認知症疾患医療センター受診後の情報提供	・認知症疾患医療センター受診後の情報提供先について、１～５の情報提供先ごとの件数を記入する。 複数の情報提供先がある場合は、その全てに計上する。 ただし、例えば「市町村直営の地域包括支援センター」のように、選択肢が重複する場合は（例の場合は１と４）、若い番号に計上する。 ・「情報提供」とは、診療情報に限らず、受診後に何らかの情報（転院や入院にかかる情報、必要なサービスに関する情報等）を関係機関に提供することをいう。なお、情報提供の手段は問わない。 ・医師に限らず、センターの相談員による情報提供もカウントする。

認知症疾患医療センター事業実績報告書の記入上の留意事項

記入のルール(4)

【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	なし	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	なし

＊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 など）の実施	なし
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	なし
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	なし
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	なし

確保している空床数	（一般病床）	0 床	（精神病床）	0 床	（その他）	0 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	0	回	
研修会の開催	医療従事者対象	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
	（うちかかりつけ医対象）	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
	家族・地域住民等対象	開催の有無	なし	開催回数	年間	0	回	
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無			なし					
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			なし					
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無			なし	開催回数	年間	0	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	×	チーム員として参加	×	後方支援	×		

【医療サービス等提供状況】

	実施状況
1. 介護保険主治医意見書への記載	
2. 合併する身体疾患に対する通院医療	
3. 合併する身体疾患に対する入院医療	
4. 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	
5. 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療	
6. 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療	
7. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療	
8. 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	
9. 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療	
10. せん妄に対する医療の提供	
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療	
12. 行政機関への助言・連携	
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携	
14. 介護支援専門員への助言・連携	
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携	

【提出前の確認】
空欄がないように入力すること。
原則として、黄色・青色・橙色のセルは、必ず選択肢か数字、文字が入る。
紫色のセルは、該当がない場合は空欄で提出される可能性がある。

【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

16	救急医療機関	消防法二条九項により1964年の「救急病院等を定める省令（昭和39年2月20日厚生省令第8号）」に基づき，都道府県知事が告示し指定する病院。
17	一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施	一般病床に入院する認知症患者に対する、疾患センターに配置される専門医を含む多職種チームによる、入院中の認知症患者の諸症状に対する助言，医療の実施，カンファレンスへの参加を含む。
18	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	・院内の認知症の診療科以外を対象にした研修。 ・院内外来・病棟従事者に対する認知症の正しい知識や対応方法についての研修および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修等の実施や協力を含む。
19	確保している空床数	一日あたり確保している空床数を記載。

【地域連携推進機関としての要件と機能】

20	認知症疾患医療センター連携会議の開催	主催	自施設が独自に開催している場合。（他疾患センターとの共催により企画、運営に主体的に参画している場合も含む。）
		自治体の会議の活用	都道府県または指定都市において同様の機能を有する会議等を設置、運営しており、その会議を活用して認知症疾患医療センター連携会議とし、それに参加している場合。
		基幹型・地域型と連携	基幹型または地域型疾患センターとの連携体制の確保により機能を果たしている場合。（基幹型、地域型が開催する会議に参加している場合等。）
21	研修会の開催	・地域連携推進のために行った研修会について、自疾患センターが主催（主体的に実施）したものを対象別に計上する。他センター、行政、医師会等との共催は含む。 ・医療従事者，地域包括支援センター職員等を含む多職種向けに研修会を行った際は，それぞれの開催回数に計上してよい。 ・家族・地域住民等対象の研修会は、広く一般住民を対象としたものをいう。 ・講師派遣のみ、当日の研修の運営の手伝いのみ、企画にあたってのアドバイザー等、企画・開催に主体的に関与しないものは、下記の「他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無」に計上する。 ・院内の医療従事者向けの研修会については「注１８」に計上する。	
22	地域への認知症医療に関する情報発信	・自疾患センターが主体的に作成した、疾患センターであることを示すリーフレットの作成・配付やインターネットホームページ等への掲載を含む。	
23	地域への認知症に関する理解を促す普及啓発	・自疾患センターが主体的に作成した、一般，自治体，公共団体向けリーフレットや書籍等の作成，または他機関が作成する普及啓発を目的とした配付物・書籍等の監修などの協力を含む。	
24	他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣	・都道府県内で開催された研修会に指導的役割で協力した場合や講師派遣した場合のみ「あり」を選択する。地域ケア会議や地域連携会議への参加も含む。 ・企業の主催・共催による研修会はここに含める。 ・指導的役割とは他の主体が開催する認知症に係る研修等に、協力（企画にあたってのアドバイザー、当日の運営の手伝い等）するものをいう。 ・講師派遣とは、他の主体が開催する認知症に係る研修等に、講師・ファシリテーター等の役割で協力・支援することをいう。 ※研修の受講は含まない。	
25	初期集中支援チームへの関与	複数市町村のチーム活動に関与している場合で、それぞれに度合いが異なる場合、複数回答可。	
		センター内にチームを設置（受託）	市町村からの業務委託を受け、疾患センターにチームを設置している場合。
		チーム員として参加	市町村が地域包括等に設置するチームに、チーム員として参加している場合。
		後方支援	チーム員ではないものの、チーム員会議での助言等、専門機関としての後方支援を行っている場合。

参考資料４　月次報告書の様式（東京都の例）

令和２年度　認知症疾患医療センター運営事業　実績報告書（月別）

圏域：　　医療機関名：

第　　四半期分

※白色のセルにのみ入力してください。

1　診　断

（1）　鑑別診断件数

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	うち65歳未満
①正常または健常													0	
②軽度認知障害(MCI)													0	
③アルツハイマー型認知症													0	
④血管性認知症													0	
⑤レビー小体型認知症													0	
⑥前頭側頭型認知症（行動障害型・言語障害型を含む）													0	
⑦外傷性脳損傷による認知症													0	
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含む）													0	
⑨ＨＩＶ感染による認知症													0	
⑩プリオン病による認知症													0	
⑪パーキンソン病による認知症													0	
⑫ハンチントン病による認知症													0	
⑬正常圧水頭症													0	
⑭他の医学的疾患による認知症													0	
⑮複数の病因による認知症													0	
⑯詳細不明の認知症（上記③～⑮に該当しないもの）													0	
⑰上記②～⑯以外の症状性を含む器質性精神障害													0	
⑱統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害													0	
⑲気分（感情）障害													0	
⑳てんかん													0	
㉑神経発達障害（知的発達障害を含む）													0	
㉒上記のいずれにも含まれない精神疾患													0	
㉓上記のいずれにも含まれない神経疾患													0	
㉔上記のいずれにも含まれない疾患													0	
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※鑑別診断の結果が認知症ではなかったケースも含み、鑑別診断を行った全ケースを、診断が確定した月にカウントする。
※病名は重複しないようにする。（①～㉔の中で重複がある場合は、②～⑯を優先でカウントする。なお、③～⑯の中で重複がある場合は、原則⑮にカウントすることとし、⑮によることができない場合は、主たる病名に

（2）　予約時から鑑別診断初診までの待機日数　（月末時点）

項　　目	4月末	5月末	6月末	7月末	8月末	9月末	10月末	11月末	12月末	1月末	2月末	3月末	平均
予約時から鑑別診断初診までの日数													#DIV/0!

※緊急枠や特別枠を除き、月末時点での予約時から鑑別診断初診までの待機日数を記入する。

（3）　紹介件数及び情報提供件数

ア　紹介件数（受診の経緯）

項　　目	紹介の状況	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①他の医療機関（かかりつけ医等）からの紹介		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
紹介状のある他の医療機関からの紹介														0
紹介状のない他の医療機関からの紹介														0
②院内他部署からの紹介														0
③地域包括支援センターからの紹介														0
④行政機関からの紹介（区市町村（高齢所管部署等）、保健所・保健センター）														0
⑤居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの紹介（訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護保険施設）														0
⑥その他の関係機関からの紹介														0
合　計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※本人が他の医療機関から発行された紹介状を持参した場合、関係機関から電話連絡等により認知症疾患医療センターへ直接紹介があった場合等だけでなく、関係機関が本人・家族に口頭で認知症疾患医療センターの受診を勧めた場合もカウントする。
※本人・家族が関係機関から受診の勧めを受けずに、自ら受診した場合は、カウント不要。
※紹介元ごとに件数を記入し、複数の紹介元がある場合は、その全てにカウントする。

イ　情報提供件数（受診後の情報提供）

項　　目	情報提供状況	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①他の医療機関（かかりつけ医等）への情報提供		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
他の医療機関に継続診療を依頼することを目的とした診療情報の提供														0
他の医療機関に継続診療を依頼することを目的としない情報の提供														0
②地域包括支援センターへの情報提供														0
③行政機関への情報提供（区市町村（高齢所管部署等）、保健所・保健センター）														0
④居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護保険施設）														0
⑤その他の関係機関への情報提供														0
合　計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※診療情報に限らず、受診後に何らかの情報（転院や入院に係る情報、権利擁護に関する情報等）を関係機関に提供した場合にカウントする。なお、情報提供の方法は問わない。

ウ　認知症専門診断管理料の請求件数

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①認知症専門診断管理料1の請求件数													0
②認知症専門診断管理料２の請求件数													0

2　入 院

（１）認知症疾患に係る入院件数

項　　目	病床の有無	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①自院														0
②連携病院														0
③その他の病院（連携病院以外）														0
合　計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※入院件数には、入院の主目的が認知症の治療でない場合もカウントする。
※入院時に認知症の診断がついている患者については、入院初日の属する月に、入院後に認知症の診断がついた患者については、診断のついた日の属する月にカウントする。

（２） 認知症ケア加算の請求件数

項　　目	請求の有無	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①認知症ケア加算１の請求件数														0
②認知症ケア加算２の請求件数														0
③認知症ケア加算３の請求件数														0

3　専門医療相談

（１）専門医療相談件数

項　　目			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①認知症に係る相談担当部署の相談員が受けた件数			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
※①のカウント対象 （平成31年4月1日時点の人数）		電話													0
		面接													0
うち構成員名簿掲載の相談員	人	訪問													0
うち構成員名簿掲載の相談員以外の相談員	人	その他													0
②認知症疾患医療センターの構成員が受けた件数（①を除く）															0
③認知症ケア加算１に係る件数															0
合　計			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※延件数でカウントし、受けたもの及び発信したものをすべてカウントする。ただし、折り返しのために発信したものは除く。
※受診の予約については、相談やアセスメント等を行う場合のみカウントする。
※①には、原則として認知症疾患医療センター構成員の相談員が受けた相談件数のみをカウントするが、その件数のみを抽出することが難しい場合は、認知症に係る相談担当部署の相談員が受けた相談件数をカウントする。
※②には、医師、看護師（相談員を除く）、臨床心理技術者など、相談員以外の認知症疾患医療センター構成員が受けた相談件数をカウントする。
※③には、認知症ケア加算１における、対象者に対する多職種チームによる病棟巡回の際の相談件数をカウントする。（①、②とは重複カウントはしないこと。）

（２） 関係者別連携内訳（複数カウント可）

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①家族・親族													0
②本人													0
③院内他部署の職員													0
④医療機関（⑤及び⑥を除く）													0
⑤認知症サポート医等													0
⑥かかりつけ医													0
⑦訪問看護ステーション													0
⑧区市町村（高齢所管部署等）													0
⑨地域包括支援センター													0
⑩ケアマネジャー													0
⑪介護保険施設													0
⑫保健所・保健センター													0
⑬家族介護者の会													0
⑭その他													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※「（１）①認知症に係る相談担当部署の相談員が受けた件数」の相手方をカウントする。
※院内他部署の職員からの相談は、相談元が職員のものについてカウントする。

（３） 相談内容別内訳（複数カウント可）

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①受診・受療に関わる援助													0
②入院に関わる援助													0
③転院・入所に関わる援助													0
④退院（自宅への退院の場合）に関わる援助													0
⑤関係機関との連絡調整に関わる援助													0
⑥介護保険に関わる援助													0
⑦患者・家族の心理的サポート、ケア等に係る相談													0
⑧社会資源の活用に関わる援助													0
⑨権利擁護に関わる援助													0
⑩経済問題に関わる援助													0
⑪その他													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※「（１）①認知症に係る相談担当部署の相談員が受けた件数」の相談内容を複数カウントする（（１）①、（２）と一致しなくてよい。）。主訴のみは不可。

4　認知症の人と家族介護者等の支援

（１）認知症の人と家族介護者等の支援に係る取組の開催回数（主体的に実施したもの）

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①認知症カフェの開催													0
②家族介護者教室の開催													0
③もの忘れ相談会の開催													0
④当事者の交流会・家族交流会の開催													0
⑤その他の認知症の人と家族介護者等の支援に係る取組の開催													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※「認知症の人と家族介護者等の支援」とは、認知症の人や家族介護者等に対して、認知症の人の希望に沿った生活の実現や家族介護者等の負担の軽減に繋がる、専門職による支援を受けられる機会を設けて、支援を行うものをいう。
※「主体的に実施したもの」とは、認知症疾患医療センターが取組のプログラムの企画及び当日の運営に参画するものをいい、参加のみ、後方支援のみ、後援等企画・開催に関与しないものは含まない。なお、主体的に実施していれば、他団体と共同で開催することは可能。
※②について、実施の際の名称を問わず、認知症の人の家族介護者を対象とした研修・講座等をカウントする。

（２）認知症の人と家族介護者等の支援に係る取組への協力回数

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①認知症カフェへの協力													0
②家族介護者教室への協力													0
③もの忘れ相談会への協力													0
④当事者の交流会・家族交流会への協力													0
⑤その他の認知症の人と家族介護者等の支援に係る取組への協力													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※認知症疾患医療センターの活動圏域内で開催された取組に、認知症疾患医療センター構成員として協力した場合のみカウントする。なお、協力の形態（参加のみ、ミニ講座や家族教室への講師派遣等）は問わない。
※複数の団体等が協同で開催する取組に協力した場合、実施主体ごとの重複カウントは行わない。

5　地域連携

（１）会議の開催回数（主体的に実施したもの）

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①二次保健医療圏域単位の連携協議会の開催 （地域連携型センターについては参加回数）													0
②所在区市町村での連携協議会の開催													0
③その他会議の開催													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※「会議」とは、特定の関係者が集まって検討や意見交換を実施するものをいう。なお、院内のみを対象とした会議は含まない。
※「主体的に実施したもの」とは、認知症疾患医療センターが会議の企画及び当日の運営に参画するものをいう。なお、主体的に実施していれば、他団体と共同で開催することは可能。
※認知症初期集中支援チームに関する検討を主目的とした会議（チーム員会議、認知症初期集中支援チーム検討委員会等）は別紙に記載するため、カウントしないこと。

（２）会議への出席回数

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①区市町村（地域包括含む）が開催した会議への出席													0
②医師会が開催した会議への出席													0
③他の主体が開催する会議への出席													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※原則として、認知症疾患医療センターの活動圏域内で開催された会議に、認知症疾患医療センター構成員として出席を依頼された場合のみカウントする。
※活動圏域外の認知症疾患医療センターや認知症支援推進センターが主催する会議に出席した場合は、「７　都の認知症施策への協力」にカウントする。

6　人材育成、普及啓発

（１）研修会等の取組の開催回数（主体的に実施したもの）

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①医療従事者向けの取組の開催													0
うち　かかりつけ医対象													0
うち　院内職員対象													0
②区市町村職員（地域包括支援センター含む）向けの取組の開催													0
③地域住民向けの取組の開催													0
④多職種向けの取組の開催													0
⑤その他の対象者向けの取組の開催													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※「研修会等」とは、不特定多数の参加者を募集し、知識や技術の習得のために講義を行うものや不特定多数の参加者により検討や意見交換会を行うものをいう。
※「主体的に実施したもの」とは、認知症疾患医療センターが研修会等のプログラムの企画及び当日の運営に参画するものをいい、講師派遣のみ、当日運営の手伝いのみ、企画にあたってのアドバイザー等、企画・開催に関与しないものは含まない。なお、講義を含む場合は講師選定にも参画すること。
※「人材育成・普及啓発」に該当し、主体的に実施したものはすべてカウントすること。なお、主体的に実施していれば、他団体と共同で開催することは可能。

（２）他の主体が実施する研修会等の取組への協力回数

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①区市町村（地域包括含む）が実施する取組への講師派遣													0
②医師会が実施する取組への講師派遣													0
③他の医療機関・介護保険施設が実施する取組への講師派遣													0
④家族会が実施する取組への講師派遣													0
⑤その他の主体が実施する取組への講師派遣													0
小　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
⑥講師派遣以外の協力													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※「講師派遣」とは、他の主体が開催する認知症に係る研修等に、講師・ファシリテーター等の指導的役割で協力・支援を行うものをいい、実施主体から講師・ファシリテーター等の指導的役割の依頼を受けた場合にカウントする。
※「講師派遣以外の協力」とは、他の主体が開催する認知症に係る研修等に、認知症疾患医療センター構成員として協力（当日運営の手伝いのみ、企画にあたってのアドバイザー等）するものをいい、実施主体から認知症疾患医療センター構成員としての協力の依頼を受けた場合にカウントする。
※原則として、認知症疾患医療センターの活動圏域内で開催された取組への協力のみカウントする。
※活動圏域外で開催された研修に、認知症疾患医療センター構成員として講師を依頼された場合は、「７　都の認知症施策への協力」にカウントする。
※複数の団体等が共同で開催する研修会に講師派遣を行う場合、実施主体ごとの重複カウントは行わない。

7　都の認知症施策への協力

都（活動圏域外の疾患センターや認知症支援推進センター含む）の開催する会議への出席・研修への講師派遣

項　　目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①都（活動圏域外の疾患センターや認知症支援推進センター含む）の開催する会議への出席													0
②都（活動圏域外の疾患センターや認知症支援推進センター含む）の開催する研修への講師派遣													0
合　計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

認知症疾患医療センター運営事業　実績報告書（月別）　別紙

圏域：　0　　医療機関名：0

第　　四半期分

◆実績報告書の内訳

4　認知症の人と家族介護者等の支援

（１）認知症の人と家族介護者等の支援に係る取組の開催回数（主体的に実施したもの）

「⑤その他の認知症の人と家族介護者等の支援に係る取組」の内訳　→　第　　四半期分　の実績　0　回

Ｎｏ	開催日	行事の内容	参加人数
1			
2			
3			

※４（１）①～④の取組の開催及び４（２）の取組への協力については、内容の記載は不要とする。

5　地域連携

（１）会議の開催回数（主体的に実施したもの）

「③その他会議」の内訳　→　第　　四半期分　の実績　0　回

Ｎｏ	開催日	会議名	他機関の主な参加者
1			
2			
3			

※５（１）①②の連携協議会及び５（２）の会議への出席については、内容の記載は不要とする。

6　人材育成、普及啓発

（１）　研修会等の取組の開催回数（主体的に実施したもの）

「⑤その他の対象者向けの取組」の内訳　→　第　　四半期分　の実績　0　回

Ｎｏ	開催日	研修名	研修内容	参加人数
1				
2				
3				

※６（１）①～④の取組の開催及び６（２）の取組への協力については、内容の記載は不要とする。

◆認知症初期集中支援チームへの支援

（１）認知症初期集中支援チームへの関与状況

					職種	氏名
①センターでチームの設置を受託している		開始時期	年度	→ チーム員となっているセンター構成員		
②区市町村の設置するチームにチーム員として参加している			年度			
③後方支援を行っている			年度	→ 後方支援の内容		

（２）会議への出席状況

①チーム員会議

Ｎｏ	開催日	参加したセンター構成員
1		
2		
3		

②その他認知症初期集中支援チームに関する検討を主たる目的とした会議

Ｎｏ	開催日	会議名	主な参加者
1			
2			
3			

参考資料５　事業実績報告書集計様式の使用手順

認知症疾患医療センター事業実績報告書集計様式の使用手順

本稿では、各認知症疾患医療センターから提出された、『認知症疾患医療センター事業実績報告書』を集計表に入力する方法を解説します。

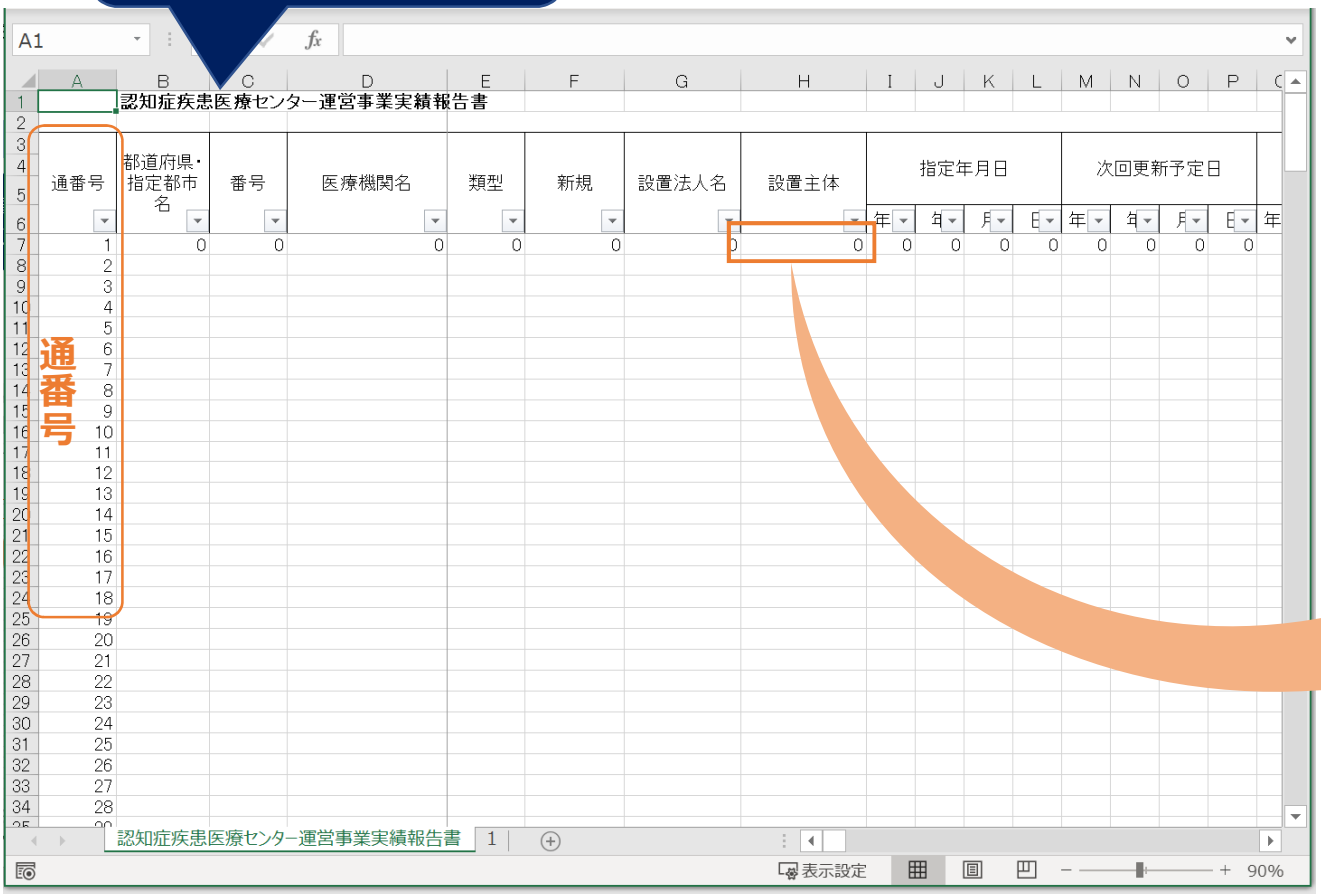
※本文中の「2.2. 認知症疾患医療センターにおける事業実績報告書作成にあたっての留意事項」をご覧ください。

集計表に必要なExcelファイルは、右の①②です。

集計方法(1) 《様式の確認》

「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」
のExcelファイルをご覧ください。

1枚目のシート
集計表シート



◆用意するExcelファイル◆

① 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書（Excel）
② 各認知症疾患医療センターから提出された事業実績報告書（Excel）

様式の構成

◆集計様式の1枚目のシートは、集計表シートです。

◆すべてのセルにExcelの関数が入っています。
◆関数を消去しないように注意してください。

～使用している関数～
INDIRECT関数を使用しています。

例　@INDIRECT (A7 & ”！T15 ”)

**A7セルにある名前のシートの、T15セルから情報を取ってくる、という指示が入っています。
A列は通番号であり、二枚目以降のシートの名前と同一です。**

※本稿では「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」Excelファイルの1枚目のシートを「集計表シート」と表記します。

認知症疾患医療センター事業実績報告書集計様式の使用手順

集計方法⑵《事前の準備》

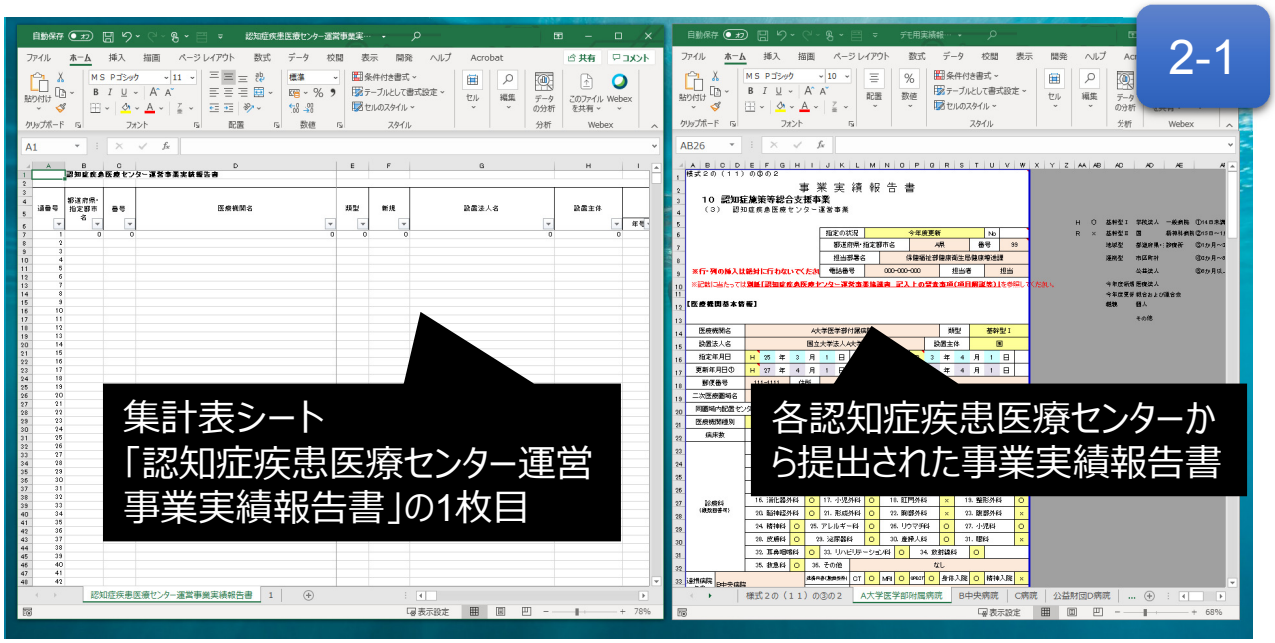
事業実績報告書データ　確認項目

1

□　書式が変更されていない
□　行の追加がない
□　列の追加がない
□　欠損（空欄）がない

※空欄があった時は、**プルダウンで「なし」「×」、あるいは数字のセルは「0」を入れておくこと。**
（必要があれば認知症疾患医療センターの担当者に問い合わせ、セルを埋めておくこと）

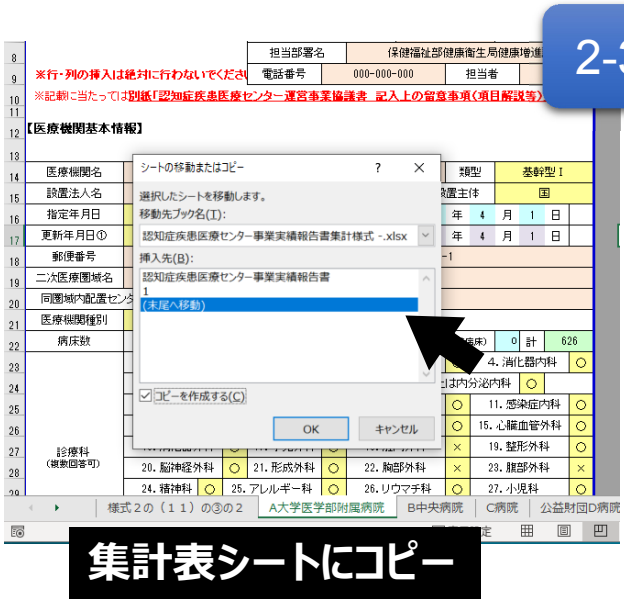
2-1



2-2

当該シートを選択し右クリック

2-3



集計表シートにコピー

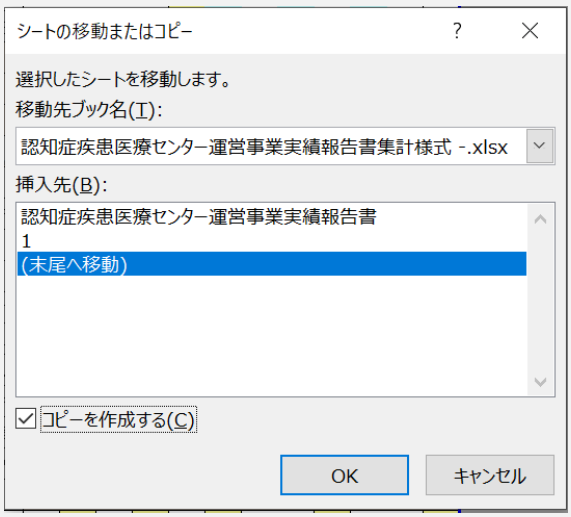
1 《事業実績報告書データの確認》

◆各認知症疾患医療センターから提出された、認知症疾患医療センター事業実績報告書の全てのセルを**確認**し、行や列の**追加**や、**ずれ、欠損（空欄）がないように、処理します。**
◆誤り、疑問点がある場合にはデータ入力担当者に問い合わせ、必要に応じて修正・追記を求める必要があります。

2 《事業実績報告書データのコピー》

◆各認知症疾患医療センターから提出された事業実績報告書のExcelファイルと、認知症疾患医療センター運営事業実績報告書（集計表シート）を同時に開きます。（右図2-1）
◆認知症疾患医療センター事業実績報告書のシート（右図2-2）をすべて、集計表シートにコピーします。（右図2-3）

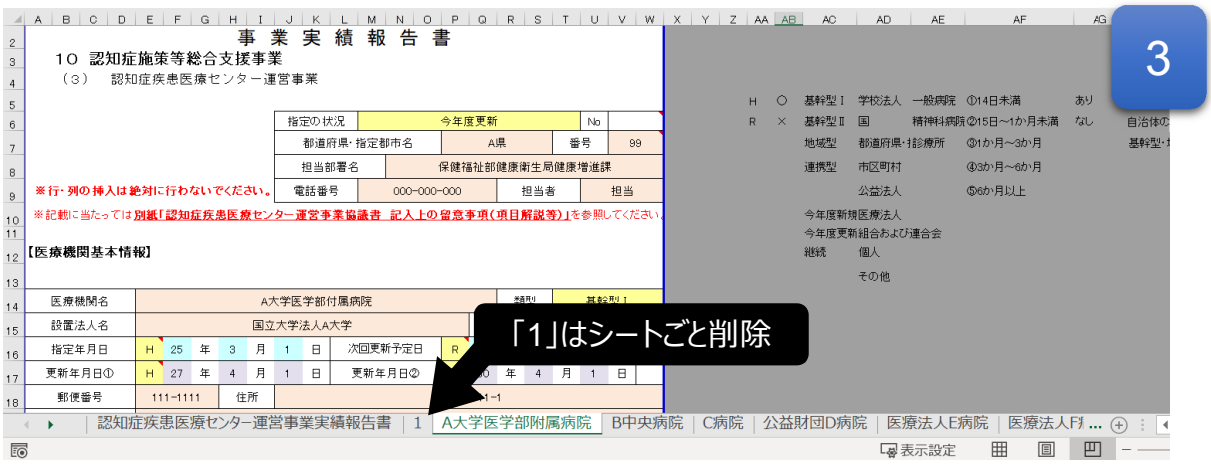
シートの選択
⇩
右クリック「移動またはコピー」
⇩
●移動先ブック名(T)は、「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」を選択
●挿入先(B)は、（末尾へ移動）を選択
●□コピーを作成する(c)に✓
⇩
OK

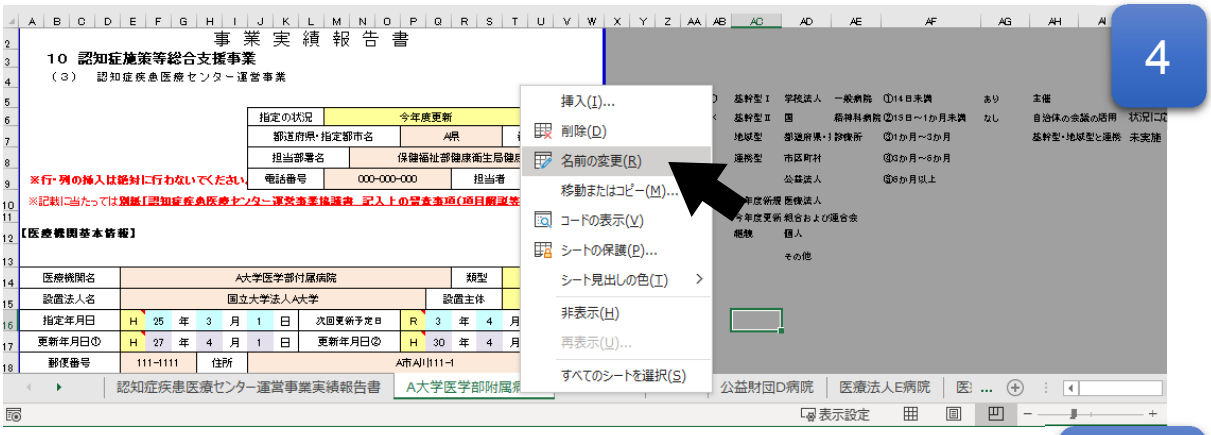


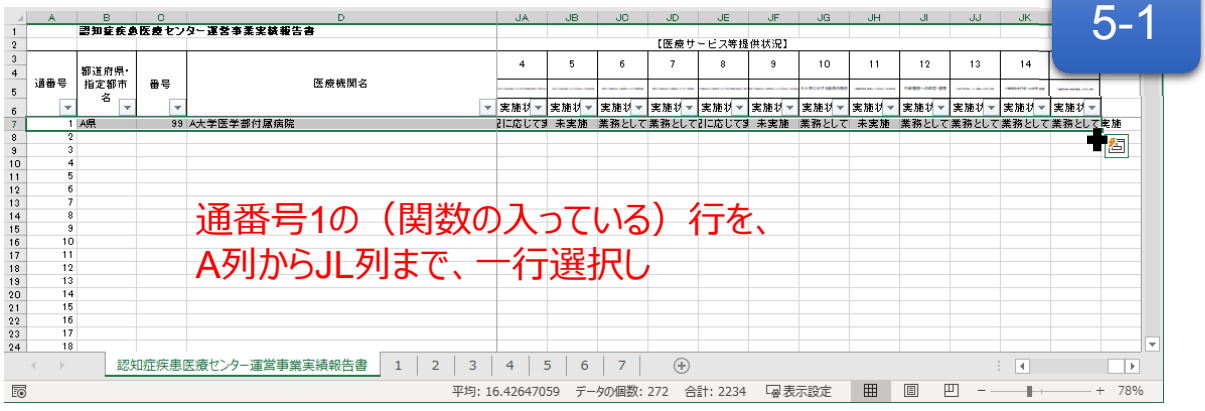
この作業を繰り返し、管内の認知症疾患医療センター事業実績報告書をすべてコピーします。

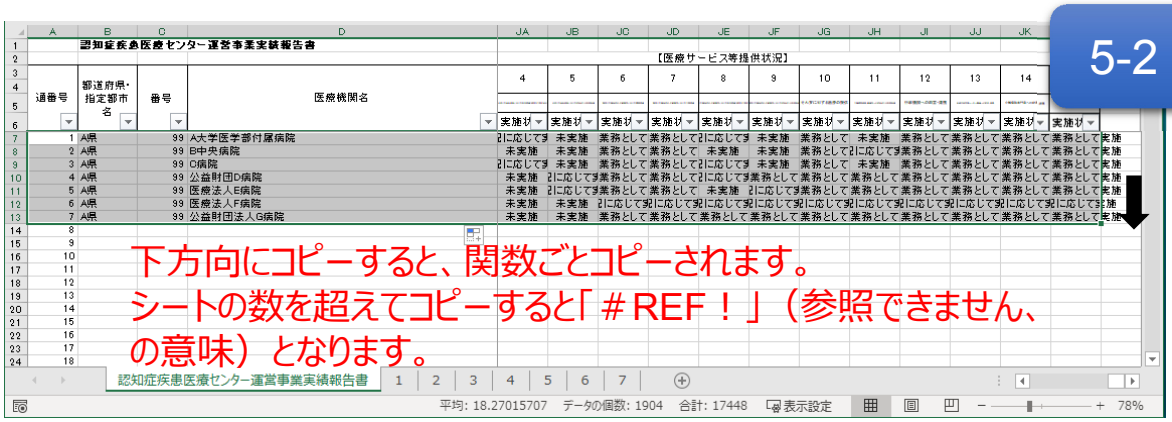
認知症疾患医療センター事業実績報告書集計様式の使用手順

集計方法⑶《集計表シート内の処理》









3 《シートの確認》

◆「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」のExcelファイルの3枚目以降に、管内センターすべての事業実績報告書シートが正しくコピーされたかを確認してください。

◆この段階での2枚目のシート「１」は空のシートなので、シートごと削除してください。

4 《シートの名づけ》

◆コピーした事業実績報告書シートには、半角数字で「1」「2」「3」・・・と管内センター数に応じて番号を振ります。

◆シートの名前を、認知症疾患医療センターの名前にしておかないこと。集計表シートの関数は、事業実績報告書シートの名前が"通番号"と同一でなければ機能しないことに注意。

5 《関数のコピー》

◆集計表シートに戻り、通し番号1の行（関数の入っている行）を、すべての項目分（A列からJL列）選択し（右図5-1）、管内センター数まで下方向にコピーします。（右図5-2）

6 《入力内容の確認》

◆集計表シートに、すべての事業実績報告書が反映されたかを確認してください。

※集計表シートに正しく入力されているかを必ず確認すること。
　もし空欄になっているセルがあった時は、提出された事業実績報告書に戻って再度確認すること。必要に応じて各センターの担当者に問い合わせること。

●実績報告書を貼り付けたシートはそのまま付けた状態で、Excel関数によって参照した状態のまま提出してください。
●集計表シートは、列を追加したり、関数を編集した状態で提出しないこと。
（もし都道府県・指定都市内で集計・解析などを行う際は、別の名前でデータを保存して別のファイルで行うこと）

Ⅲ　資料編

1. 令和元年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書集計分析の結果

認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析
（令和元年度分）

1. 研究目的

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

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

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

2. 研究方法

対象は，令和 2 年 3 月 31 日現在で認知症疾患医療センターに指定され，実績報告書の提出があった全国の 457 施設（基幹型 16，地域型 368，連携型 73）とした（悉皆調査）．実績報告書の内容を基に以下の項目を分析対象とした（巻末資料 1）．各項目については，クロス集計表を用いて，類型別・医療機関種別に分析した．

3. 研究結果

Ⅰ．医療機関基本情報

Ⅰ-1．対象の類型と医療機関種，設置主体

対象となる認知症疾患医療センターを類型別・医療機関種別に表 1 に示す． 基幹型はすべて一般病院であったが地域型は 56.8%が精神科病院であった．連携型は診療所が 50.7%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，12.5%が市区町村立であり，あわせて 75.0%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 54.9%，64.4%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	159	209	0	0	368
		43.2%	56.8%	0.0%	0.0%	100.0%
	連携型	18	18	37	0	73
		24.7%	24.7%	50.7%	0.0%	100.0%
	合計	193	227	37	0	457
		42.2%	49.7%	8.1%	0.0%	100.0%

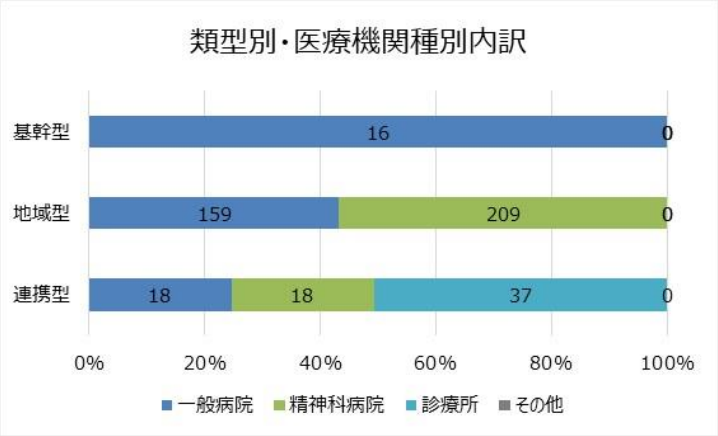


図 1　類型別・医療機関種別内訳（再掲）

表 2　類型別　設置主体

		設置主体									
		学校法人	国	都道府県・指定都市	市区町村	公益法人	医療法人	組合および連合会	個人	その他	合計
類型	基幹型	2	7	3	2	0	0	0	0	2	16
		12.5%	43.8%	18.8%	12.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	100.0%
	地域型	24	21	28	22	23	202	8	13	27	368
		6.5%	5.7%	7.6%	6.0%	6.3%	54.9%	2.2%	3.5%	7.3%	100.0%
	連携型	1	1	7	2	3	47	3	4	5	73
		1.4%	1.4%	9.6%	2.7%	4.1%	64.4%	4.1%	5.5%	6.8%	100.0%
	合計	27	29	38	26	26	249	11	17	34	457
		5.9%	6.3%	8.3%	5.7%	5.7%	54.5%	2.4%	3.7%	7.4%	100.0%

Ⅰ-2. 病床数

1）一般病床：類型別（表 3），医療機関種別（表 4）に一般病床数を示す．欠損である 175 件は一般病床の欄が欠損値（空欄）であった医療機関であって，一般病床の設置がない医療機関であった可能性がある．基幹型および一般病院の一般病床が多く，診療所の多い連携型では一般病床数が少なかった．

表 3　類型別　一般病床数

		病床数　一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	661.6	161.2	652	374	932
	地域型	233	252.6	285.4	150	0	1182
	連携型	33	93.1	129.7	19	0	400
	合計	282	257.1	288.2	149	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	184	383.2	284.0	326	0	1182
	精神科病院	81	23.9	43.6	0	0	228
	診療所	17	4.1	7.2	0	0	19
	その他	0					
	合計	282	257.1	288.2	149	0	1182

2) 精神病床：類型別（表 5），医療機関種別（表 6，図 2）に精神病床数を示す．欠損である 71 件は精神病床の欄が欠損値（空欄）であった医療機関であって，精神病床の設置がない医療機関であった可能性がある．精神科病院が多数を占める地域型および精神科病院で精神病床数が多く，診療所では精神病床の設置がなかった．

表 5　類型別　精神病床数

		病床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	49.9	25.5	41	24	108
	地域型	330	202.1	155.0	191	0	808
	連携型	40	117.7	138.5	57	0	463
	合計	386	187.0	154.9	179	0	808

表 6　医療機関種別　精神病床数

		病床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	150	66.2	101.7	41	0	804
	精神科病院	224	277.9	120.5	259	50	808
	診療所	12	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	386	187.0	154.9	179	0	808

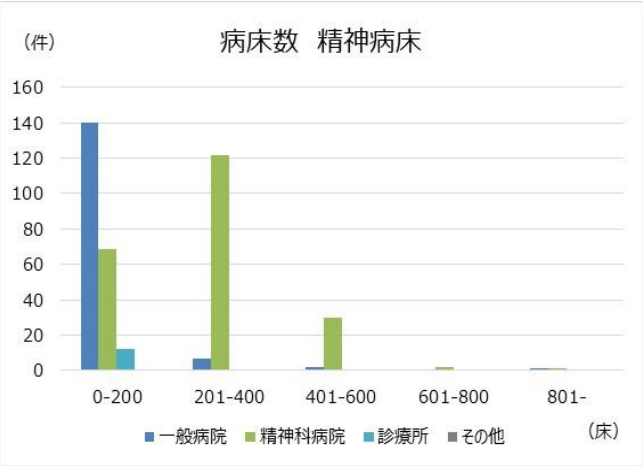


図 2　医療機関種別　精神病床数

3) その他病床：一般病床と精神病床以外のその他病床について類型別（表 7），医療機関種別（表 8），に示す．欠損である 217 件は，その他病床の欄が欠損値（空欄）であった医療機関であり，その他病床の設置がない医療機関であった可能性がある．

表 7　類型別　その他病床数

		病床数　その他病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	11	15.4	19.6	10	0	71
	地域型	199	35.1	57.4	4	0	360
	連携型	30	18.5	38.3	2	0	158
	合計	240	32.1	54.5	4	0	360

表 8　医療機関種別　その他病床数

		病床数　その他病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	141	37.9	57.0	10	0	325
	精神科病院	85	27.6	52.8	0	0	360
	診療所	14	1.0	3.2	0	0	12
	その他	0					
	合計	240	32.1	54.5	4	0	360

4) うち療養病床：療養病床について類型別（表 9），医療機関種別（表 10）に示す．欠損であった 254 件は療養病床を持たない医療機関であった可能性がある．

表 9　類型別　療養病床数

		病床数　（うち療養病床）					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	171	36.5	64.7	0	0	350
	連携型	24	18.6	41.7	0	0	158
	合計	203	33.0	61.7	0	0	350

表 10　医療機関種別　療養病床数

		病床数　（うち療養病床）					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	104	37.3	66.4	0	0	347
	精神科病院	87	32.2	59.0	0	0	350
	診療所	12	1.2	3.5	0	0	12
	その他	0					
	合計	203	33.0	61.7	0	0	350

5) 全病床数：類型別（表 11），医療機関種別（表 12，図 3）に全病床数を示す．各病床数が欠損値（空欄）で全病床数のみ記載している報告が 2 件あった．一般病床を含むと基幹型及び一般病院で病床数が多い傾向があった．ヒストグラムから，精神科病院は 201－400 床規模の医療機関が多く，一般病院にはその傾向は見られなかった．

表 11　類型別　全病床数

		病床数 計					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	722.1	173.9	691	456	1000
	地域型	368	361.5	215.8	310	0	1275
	連携型	73	114.2	140.6	19	0	463
	合計	457	334.6	235.0	291	0	1275

表 12　医療機関種別　全病床数

		病床数 計					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	444.5	274.2	400	0	1275
	精神科病院	227	295.3	132.7	274	0	898
	診療所	37	2.2	6.0	0	0	19
	その他	0					
	合計	457	334.6	235.0	291	0	1275

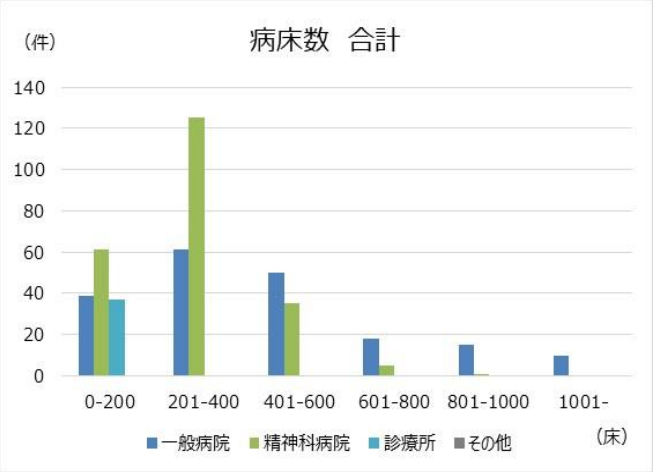


図 3　医療機関種別　全病床数

Ⅰ-3. 医療機関の診療科

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

表 13　類型別　診療科

		精神科	内科	神経内科	リハビリテーション	整形外科	循環器内科	皮膚科	放射線科	外科	消化器内科	心療内科	脳神経外科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	小児科	呼吸器内科	産婦人科	形成外科	消化器外科	救急科	呼吸器外科	心臓血管外科	腎臓内科	代謝または内	糖尿病内科	血液内科	リウマチ科	小児外科	感染症内科	アレルギ　科	老年内科	肛門外科	胸部外科	腹部外科
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	合計	401	360	218	217	185	171	170	169	156	155	154	154	152	152	145	142	140	113	99	90	89	86	84	82	74	73	72	64	49	30	25	23	19	15	4
		87.7%	78.8%	47.7%	47.5%	40.5%	37.4%	37.2%	37.0%	34.1%	33.9%	33.7%	33.7%	33.3%	33.3%	31.7%	31.1%	30.6%	24.7%	21.7%	19.7%	19.5%	18.8%	18.4%	17.9%	16.2%	16.0%	15.8%	14.0%	10.7%	6.6%	5.5%	5.0%	4.2%	3.3%	0.9%
	基幹型	16	14	13	15	16	15	16	16	13	14	3	16	16	16	15	16	14	16	14	13	15	11	16	12	10	8	13	7	9	9	6	2	1	2	0
		100.0%	87.5%	81.3%	93.8%	100.0%	93.8%	100.0%	100.0%	81.3%	87.5%	18.8%	100.0%	100.0%	100.0%	93.8%	100.0%	87.5%	100.0%	87.5%	81.3%	93.8%	68.8%	100.0%	75.0%	62.5%	50.0%	81.3%	43.8%	56.3%	56.3%	37.5%	12.5%	6.3%	12.5%	0.0%
類型	地域型	337	290	172	176	151	140	135	139	129	127	129	119	123	122	117	111	117	85	82	75	69	73	65	64	63	61	55	54	39	21	19	16	18	12	4
		91.6%	78.8%	46.7%	47.8%	41.0%	38.0%	36.7%	37.8%	35.1%	34.5%	35.1%	32.3%	33.4%	33.2%	31.8%	30.2%	31.8%	23.1%	22.3%	20.4%	18.8%	19.8%	17.7%	17.4%	17.1%	16.6%	14.9%	14.7%	10.6%	5.7%	5.2%	4.3%	4.9%	3.3%	1.1%
	連携型	48	56	33	26	18	16	19	14	14	14	22	19	13	14	13	15	9	12	3	2	5	2	3	6	1	4	4	3	1	0	0	5	0	1	0
		65.8%	76.7%	45.2%	35.6%	24.7%	21.9%	26.0%	19.2%	19.2%	19.2%	30.1%	26.0%	17.8%	19.2%	17.8%	20.5%	12.3%	16.4%	4.1%	2.7%	6.8%	2.7%	4.1%	8.2%	1.4%	5.5%	5.5%	4.1%	1.4%	0.0%	0.0%	6.8%	0.0%	1.4%	0.0%

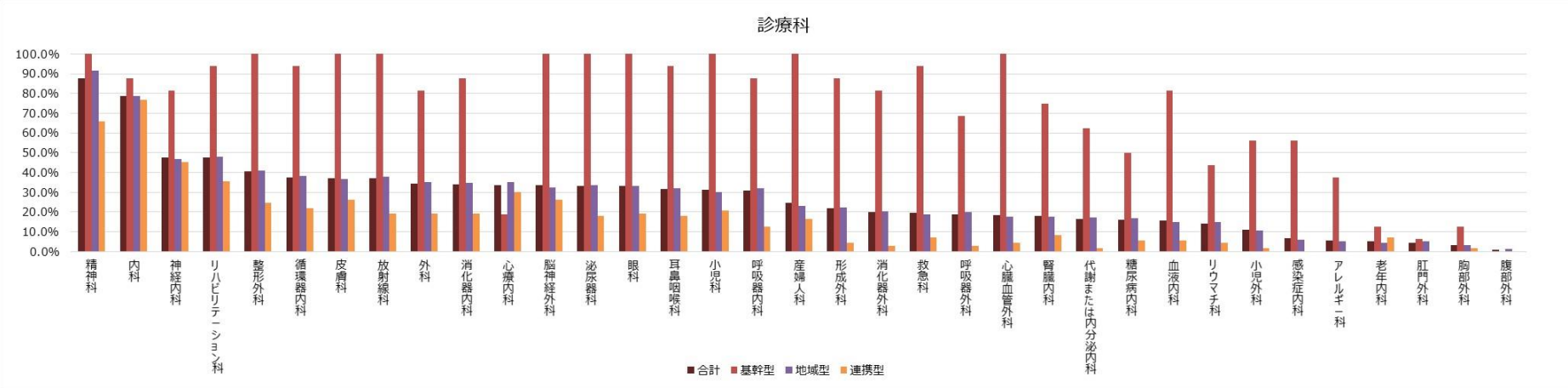


図 4　類型別診療科（再掲）

表 14　医療機関種別　診療科

		精神科	内科	神経内科	リハビリテーション	整形外科	循環器内科	皮膚科	放射線科	外科	消化器内科	心療内科	脳神経外科	泌尿器科	眼科	耳鼻咽喉科	小児科	呼吸器内科	産婦人科	形成外科	消化器外科	救急科	呼吸器外科	心臓血管外科	腎臓内科	代謝または内分泌内科	糖尿病内科	血液内科	リウマチ科	小児外科	感染症内科	アレルギー科	老年内科	肛門外科	胸部外科	腹部外科
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
	合計	401	360	218	217	185	171	170	169	156	155	154	154	152	152	145	142	140	113	99	90	89	86	84	82	74	73	72	64	49	30	25	23	19	15	4
		87.7%	78.8%	47.7%	47.5%	40.5%	37.4%	37.2%	37.0%	34.1%	33.9%	33.7%	33.7%	33.3%	33.3%	31.7%	31.1%	30.6%	24.7%	21.7%	19.7%	19.5%	18.8%	18.4%	17.9%	16.2%	16.0%	15.8%	14.0%	10.7%	6.6%	5.5%	5.0%	4.2%	3.3%	0.9%
医療機関種別	一般病院	156	181	145	173	170	156	151	146	146	137	36	143	143	144	139	134	129	110	97	90	89	86	83	77	72	70	71	63	49	29	25	13	18	15	4
		80.8%	93.8%	75.1%	89.6%	88.1%	80.8%	78.2%	75.6%	75.6%	71.0%	18.7%	74.1%	74.1%	74.6%	72.0%	69.4%	66.8%	57.0%	50.3%	46.6%	46.1%	44.6%	43.0%	39.9%	37.3%	36.3%	36.8%	32.6%	25.4%	15.0%	13.0%	6.7%	9.3%	7.8%	2.1%
	精神科病院	227	153	53	33	10	9	14	18	7	11	106	4	8	6	5	5	8	1	2	0	0	0	0	3	1	1	0	1	0	1	0	6	1	0	0
		100.0%	67.4%	23.3%	14.5%	4.4%	4.0%	6.2%	7.9%	3.1%	4.8%	46.7%	1.8%	3.5%	2.6%	2.2%	2.2%	3.5%	0.4%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.3%	0.4%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	2.6%	0.4%	0.0%	0.0%
	診療所	18	26	20	11	5	6	5	5	3	7	12	7	1	2	1	3	3	2	0	0	0	0	1	2	1	2	1	0	0	0	0	4	0	0	0
		48.6%	70.3%	54.1%	29.7%	13.5%	16.2%	13.5%	13.5%	8.1%	18.9%	32.4%	18.9%	2.7%	5.4%	2.7%	8.1%	8.1%	5.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	5.4%	2.7%	5.4%	2.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	10.8%	0.0%	0.0%	0.0%
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

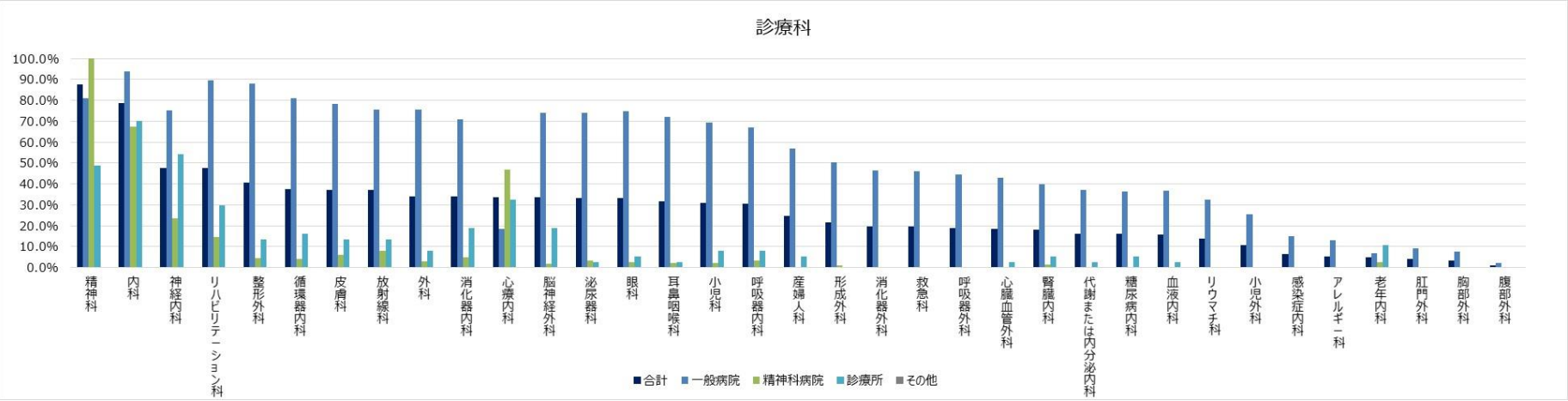


図 5　医療機関種別診療科（再掲）

Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能

Ⅱ-1．稼働状況および人員配置

1）稼働日数：類型別の稼働日数（表 15，図 6），医療機関種別の稼働日数（表 16，図 7）をそれぞれ示す．年間稼働日数の欠損値（空欄）が一件みられた．基幹型の稼働日数が多く，地域型と連携型の間には差はなかった．医療機関種別では診療所の稼働日数が多い傾向があった．

表 15　類型別　稼働日数（上段：週，下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	5.9	1.0	5	5	7
	地域型	368	5.3	0.5	5	5	7
	連携型	73	5.4	0.5	5	5	7
	合計	457	5.3	0.5	5	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	295.8	63.4	244	240	366
	地域型	367	257.3	27.2	244	196	365
	連携型	73	256.0	37.0	245	119	365
	合計	456	258.4	31.6	244	119	366

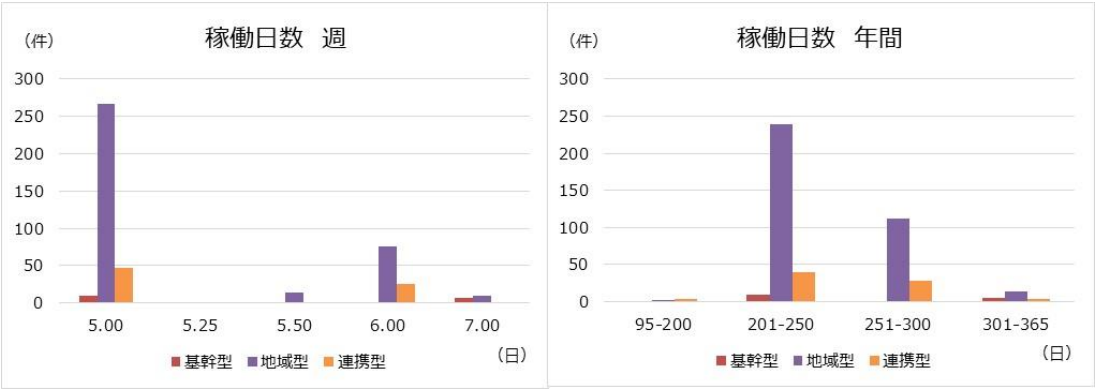


図 6　類型別　稼働日数（左図：週，右図：年）

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	193	5.3	0.6	5	5	7
	精神科病院	227	5.3	0.5	5	5	7
	診療所	37	5.4	0.5	5	5	6
	その他	0					
	合計	457	5.3	0.5	5	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	192	257.5	33.7	244	119	366
	精神科病院	227	258.6	30.8	245	121	365
	診療所	37	261.9	25.0	245	233	307
	その他	0					
	合計	456	258.4	31.6	244	119	366

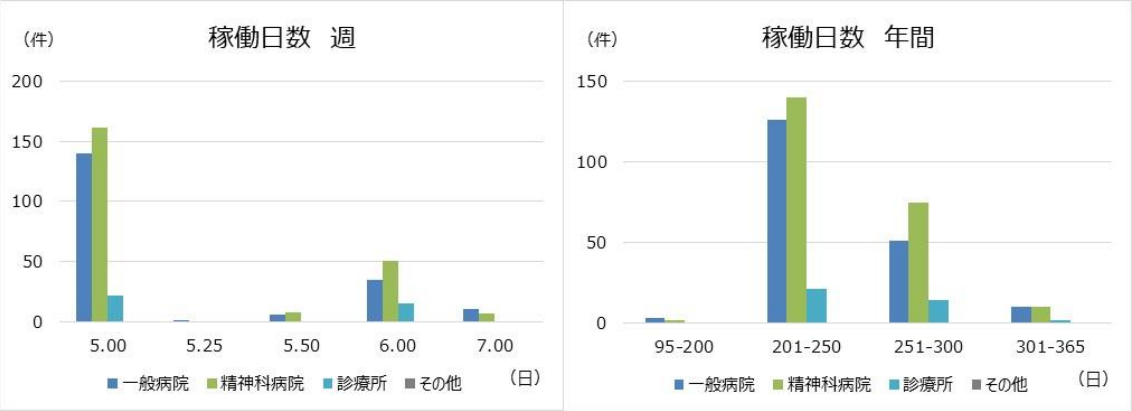


図 7　医療機関種別　稼働日数（左図：週，右図：年）

2) 医師配置状況：類型別医師配置状況（表 17，18，19，図 8），医療機関種別医師配置状況（表 20，21，22，図 9）をそれぞれ示す．欠損値（空欄）はそれぞれ 7 件ずつあり，空欄を「0」と仮定しても，専門医（日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医）または専門医以外の医師（認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師）のいずれかは，全ての認知症疾患医療センターに配属されていた．類型別では専門医の配置人数は基幹型に多く，中央値 2 名であった．地域型では中央値 1 名，連携型では中央値 0 名であった．専門医以外の医師はいずれの類型も中央値 1 名であった．医療機関種別では専門医はいずれも中央値 1 名であった．

表 17　類型別　医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	0	368	368
		0.0%	100.0%	100.0%
	連携型	0	73	73
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	0	457	457
		0.0%	100.0%	100.0%

表 18　類型別　医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.5	1.9	2	0	7
	地域型	361	1.1	1.6	1	0	15
	連携型	73	0.7	0.9	0	0	4
	合計	450	1.1	1.5	1	0	15

表 19　類型別　医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.4	1.4	1	0	4
	地域型	361	2.2	2.5	1	0	20
	連携型	73	1.6	1.7	1	0	9
	合計	450	2.1	2.4	1	0	20

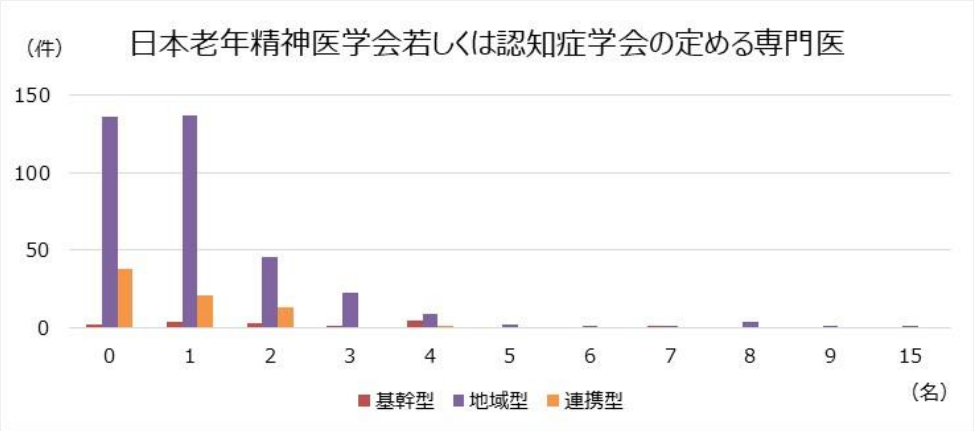


図 8　類型別　専門医配置状況

表 20　医療機関別　医師配置状況（専門医）

		専門医または専門医以外の医師のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	0	193	193
		0.0%	100.0%	100.0%
	精神科病院	0	227	227
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	37	37
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	0	457	457
		0.0%	100.0%	100.0%

表 21　医療機関種別　医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	1.4	1.9	1	0	15
	精神科病院	225	1.0	1.2	1	0	9
	診療所	37	0.8	1.0	1	0	4
	その他	0					
	合計	450	1.1	1.5	1	0	15

表 22　医療機関種別　医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	191	2.0	2.2	1	0	13
	精神科病院	222	2.3	2.7	1	0	20
	診療所	37	1.3	1.2	1	0	4
	その他	0					
	合計	450	2.1	2.4	1	0	20

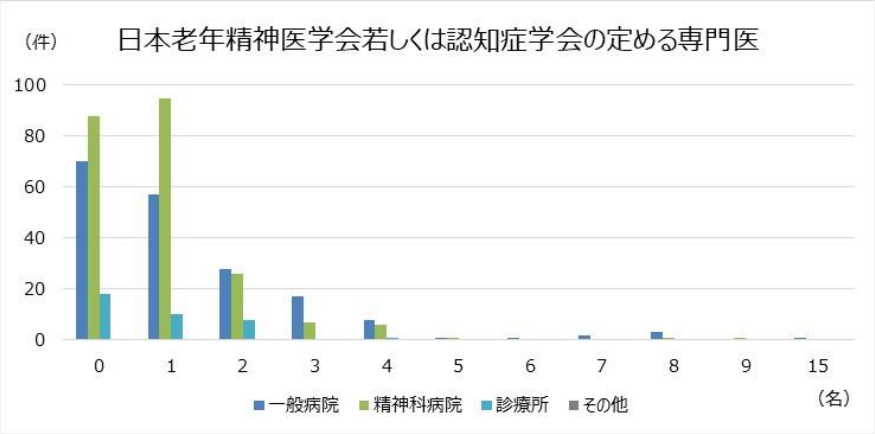


図 9　医療機関種別　専門医配置状況

3) 精神保健福祉士配置状況：類型別精神保健福祉士配置状況（表 23，24，25），医療機関種別精神保健福祉士配置状況（表 26，27，28）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかで 91.0%の医療機関に精神保健福祉士が配置されていた．類型別，医療機関種別ともに中央値は 1 名であった．

表 23　類型別　精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	14	354	368
		3.8%	96.2%	100.0%
	連携型	27	46	73
		37.0%	63.0%	100.0%
	合計	41	416	457
		9.0%	91.0%	100.0%

表 24　類型別　精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.9	0.3	1	0	1
	地域型	366	0.9	0.5	1	0	6
	連携型	70	0.3	0.5	0	0	2
	合計	452	0.8	0.6	1	0	6

表 25　類型別　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.8	0.7	1	0	2
	地域型	362	1.3	1.6	1	0	14
	連携型	70	0.9	1.2	1	0	6
	合計	448	1.2	1.5	1	0	14

表 26　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	20	173	193
		10.4%	89.6%	100.0%
	精神科病院	3	224	227
		1.3%	98.7%	100.0%
	診療所	18	19	37
		48.6%	51.4%	100.0%
	合計	41	416	457
		9.0%	91.0%	100.0%

表 27　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	191	0.8	0.6	1	0	6
	精神科病院	226	0.9	0.4	1	0	3
	診療所	35	0.4	0.5	0	0	2
	その他	0					
	合計	452	0.8	0.6	1	0	6

表 28　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	1.0	1.5	1	0	9
	精神科病院	225	1.5	1.5	1	0	14
	診療所	35	0.6	1.2	0	0	5
	その他	0					
	合計	448	1.2	1.5	1	0	14

4）保健師配置状況：類型別保健師配置状況（表 29，30，31），医療機関種別保健師配置状況（32，33，34）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかで

保健師の配置がされているのは 11.6%であった.いずれも中央値は 0 名の配置であったが,最大では 2 名の配置があった.

表 29　類型別　保健師の配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	13	3	16
		81.3%	18.8%	100.0%
	地域型	325	43	368
		88.3%	11.7%	100.0%
	連携型	66	7	73
		90.4%	9.6%	100.0%
	合計	404	53	457
		88.4%	11.6%	100.0%

表 30　類型別　保健師配置状況（専従）

		保健師　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.1	0.4	0	0	1
	地域型	349	0.1	0.3	0	0	2
	連携型	71	0.0	0.1	0	0	1
	合計	435	0.1	0.3	0	0	2

表 31　類型別　保健師配置状況（兼務）

		保健師　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	346	0.1	0.2	0	0	1
	連携型	70	0.1	0.3	0	0	2
	合計	431	0.1	0.3	0	0	2

表 32　医療機関別　保健師配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	160	33	193
		82.9%	17.1%	100.0%
	精神科病院	212	15	227
		93.4%	6.6%	100.0%
	診療所	32	5	37
		86.5%	13.5%	100.0%
	合計	404	53	457
		88.4%	11.6%	100.0%

表 33　医療機関種別　保健師配置状況（専従）

		保健師　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	179	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	220	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	36	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	435	0.1	0.3	0	0	2

表 34　医療機関種別　保健師配置状況（兼務）

		保健師　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	179	0.1	0.3	0	0	1
	精神科病院	217	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	35	0.1	0.4	0	0	2
	その他	0					
	合計	431	0.1	0.3	0	0	2

5) 臨床心理技術者配置状況：類型別臨床心理技術者配置状況（表 35，36，37），医療機関種別臨床心理技術者配置状況（表 38，39，40）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかの臨床心理技術者は 91.0%の医療機関に配属されていた．臨床心理技術者は専従の者は少なく，多くは兼務の者であった．最大 7 名の配置があった．

表 35　類型別　臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	4	364	368
		1.1%	98.9%	100.0%
	連携型	37	36	73
		50.7%	49.3%	100.0%
	合計	41	416	457
		9.0%	91.0%	100.0%

表 36　類型別　臨床心理士技術者配置状況（専従）

		臨床心理技術者　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.6	0.5	1	0	1
	地域型	352	0.3	0.6	0	0	5
	連携型	71	0.2	0.7	0	0	5
	合計	438	0.3	0.6	0	0	5

表 37　類型別　臨床心理士技術者配置状況（兼務）

		臨床心理技術者　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.8	0.9	1	0	3
	地域型	367	1.1	0.9	1	0	6
	連携型	71	0.7	1.1	0	0	7
	合計	454	1.0	0.9	1	0	7

表 38　医療機関別　臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	10	183	193
		5.2%	94.8%	100.0%
	精神科病院	14	213	227
		6.2%	93.8%	100.0%
	診療所	17	20	37
		45.9%	54.1%	100.0%
	合計	41	416	457
		9.0%	91.0%	100.0%

表 39　医療機関種別　臨床心理技術者配置状況（専従）

		臨床心理技術者　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	182	0.4	0.8	0	0	5
	精神科病院	220	0.1	0.4	0	0	2
	診療所	36	0.3	0.9	0	0	5
	その他	0					
	合計	438	0.3	0.6	0	0	5

表 40　医療機関種別　臨床心理技術者配置状況（兼務）

		臨床心理技術者　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	191	1.2	1.1	1	0	7
	精神科病院	227	1.0	0.7	1	0	4
	診療所	36	0.6	0.8	0	0	3
	その他	0					
	合計	454	1.0	0.9	1	0	7

6) 連携推進補助員配置状況：類型別連携推進補助員配置状況（表 41，42，43），医療機関種別連携推進補助員配置状況（表 44，45，46）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかの連携推進補助員が配置されている医療機関は 10.3%であった．多くは 0 名の配置であり，最大で専従 2 名兼務 4 名の配置であった．

表 41　類型別　連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	12	4	16
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	332	36	368
		90.2%	9.8%	100.0%
	連携型	66	7	73
		90.4%	9.6%	100.0%
	合計	410	47	457
		89.7%	10.3%	100.0%

表 42　類型別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.3	0.6	0	0	2
	地域型	348	0.0	0.2	0	0	1
	連携型	69	0.0	0.2	0	0	2
	合計	432	0.0	0.2	0	0	2

表 43　類型別　連携推進補助員配置状況（兼務）

		連携推進補助員　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	349	0.1	0.5	0	0	4
	連携型	71	0.1	0.4	0	0	2
	合計	435	0.1	0.5	0	0	4

表 44　医療機関別　連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	166	27	193
		86.0%	14.0%	100.0%
	精神科病院	212	15	227
		93.4%	6.6%	100.0%
	診療所	32	5	37
		86.5%	13.5%	100.0%
	合計	410	47	457
		89.7%	10.3%	100.0%

表 45　医療機関種別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	179	0.1	0.2	0	0	2
	精神科病院	218	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	35	0.1	0.3	0	0	2
	その他	0					
	合計	432	0.0	0.2	0	0	2

表 46　医療機関種別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	179	0.2	0.5	0	0	4
	精神科病院	220	0.1	0.4	0	0	3
	診療所	36	0.2	0.5	0	0	2
	その他	0					
	合計	435	0.1	0.5	0	0	4

7)　日常生活支援のための相談員の配置状況：類型別日常生活支援のための社会福祉士配置状況（表 47），医療機関種別日常生活支援のための社会福祉士配置状況（表 48），類型別日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況（表 49），医療機関別日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況（表 50）をそれぞれ示す．空欄を「0」と仮定すると，専従・兼務のいずれかの日常生活支援のための相談員が配置されている医療機関は，社会福祉士は全体で 3.7%，精神保健福祉士は 19.0%であった．地域型および一般病院で日常生活支援のための社会福祉士の配置が多く，基幹型および精神科病院で日常生活支援のための精神保健福祉士の配置が多かった．そのほかの職種は，看護師（認知症看護認定看護師含む），臨床心理技術者，保健師，介護支援専門員，連携推進補助員，言語聴覚士，薬剤師などが配置されていた．

表 47　類型別　日常生活支援のための社会福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　社会福祉士 専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	352	16	368
		95.7%	4.3%	100.0%
	連携型	72	1	73
		98.6%	1.4%	100.0%
	合計	440	17	457
		96.3%	3.7%	100.0%

表 48　医療機関種別　日常生活支援のための社会福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　社会福祉士 専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	179	14	193
		92.7%	7.3%	100.0%
	精神科病院	225	2	227
		99.1%	0.9%	100.0%
	診療所	36	1	37
		97.3%	2.7%	100.0%
	合計	440	17	457
		96.3%	3.7%	100.0%

表 49　類型別　日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　精神保健福祉士　専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	12	4	16
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	292	76	368
		79.3%	20.7%	100.0%
	連携型	66	7	73
		90.4%	9.6%	100.0%
	合計	370	87	457
		81.0%	19.0%	100.0%

表 50　医療機関別　日常生活支援のための精神保健福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置　精神保健福祉士　専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	157	36	193
		81.3%	18.7%	100.0%
	精神科病院	178	49	227
		78.4%	21.6%	100.0%
	診療所	35	2	37
		94.6%	5.4%	100.0%
	合計	370	87	457
		81.0%	19.0%	100.0%

8）日常生活支援機能に関する業務内容

相談員による診断後の相談支援，ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施，その他の日常生活支援業務の実施を類型別・医療機関種別に示す（表 51，52，図 10，11）．相談員による診断後の相談は全体で 46.2%が実施しており，基幹型及び一般病院における実施が多かった．ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は全体で 14.7%が実施しており，基幹型及び一般病院での実施が多かった．その他の内容は認知症の人や家族介護者を対象とした，相談会・講座の開催等による支援，認知症カフェの開催，福祉サービス等の社会資源の利用援助，自宅訪問による援助など多彩な内容が挙げられた．

表 51　類型別　日常生活支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
合計		211	67	87
		46.2%	14.7%	19.0%
類型	基幹型	8	3	0
		50.0%	18.8%	0.0%
	地域型	176	61	70
		47.8%	16.6%	19.0%
	連携型	27	3	17
		37.0%	4.1%	23.3%

表 52　医療機関種別　日常生活支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
医療機関種別	合計	211	67	87
		46.2%	14.7%	19.0%
	一般病院	99	31	43
		51.3%	16.1%	22.3%
	精神科病院	95	33	30
		41.9%	14.5%	13.2%
	診療所	17	3	14
		45.9%	8.1%	37.8%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%

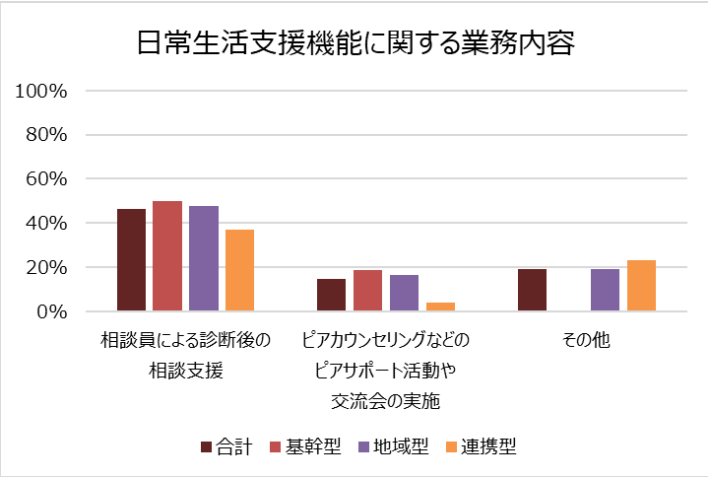


図 10　類型別　日常生活支援機能に関する業務内容（再掲）

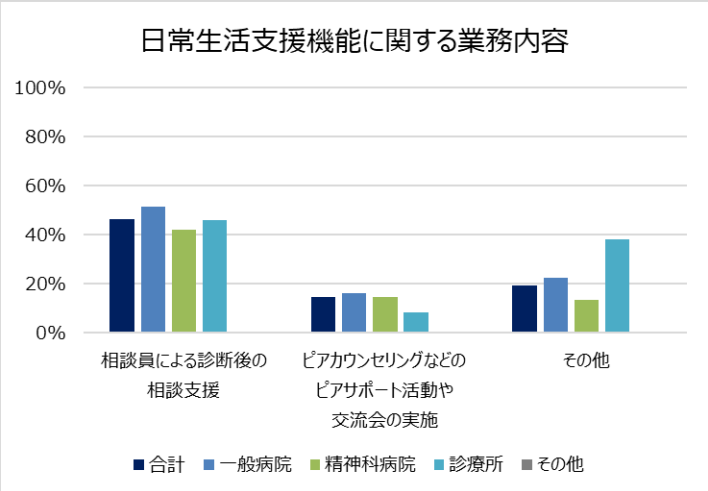


図 11　医療機関種別　日常生活支援機能に関する業務内容（再掲）

Ⅱ-2. 検査体制

類型別検査体制（表 53，54，55，図 12，13），医療機関種別検査体制（表 56，57，58，図 14，15）をそれぞれ示す．自施設検査体制の合計数には，自施設で検査体制がないものは含まれていない．基幹型では以下に示す全ての検査体制が 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 37.8%であった．類型別同様，自院で画像検査が困難な医療機関は，連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられた．

表 53　類型別　自施設検査体制

		血液検査	尿一般検査	心電図検査	神経心理検査	CT検査	MRI検査	SPECT検査
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
合計		453	452	455	453	426	234	122
		99.1%	98.9%	99.6%	99.1%	93.2%	51.2%	26.7%
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	366	364	368	365	366	193	101
		99.5%	98.9%	100.0%	99.2%	99.5%	52.4%	27.4%
	連携型	71	72	71	72	44	25	5
		97.3%	98.6%	97.3%	98.6%	60.3%	34.2%	6.8%

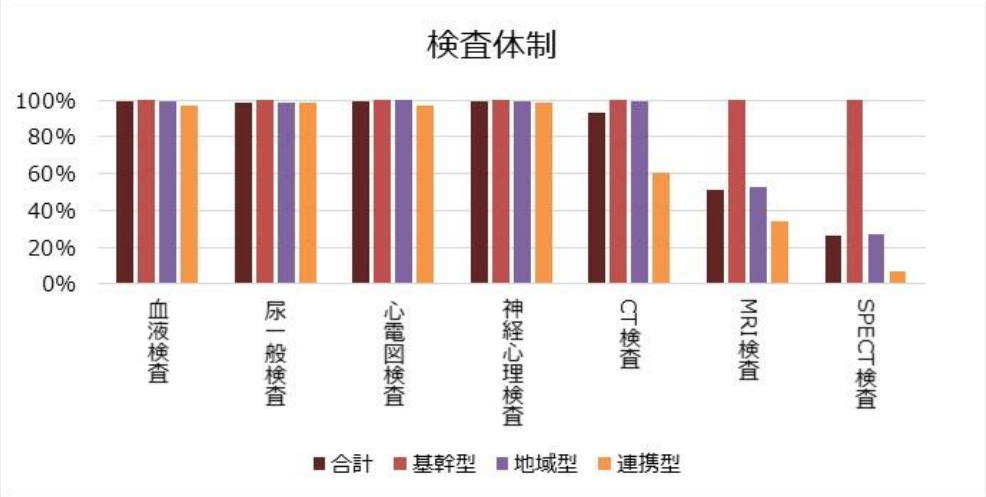


図 12　類型別　検査体制（再掲）

表 54　類型別　連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査
		連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり
合計		35	219	334
		7.7%	47.9%	73.1%
類型	基幹型	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	地域型	6	171	266
		1.6%	46.5%	72.3%
	連携型	29	48	68
		39.7%	65.8%	93.2%

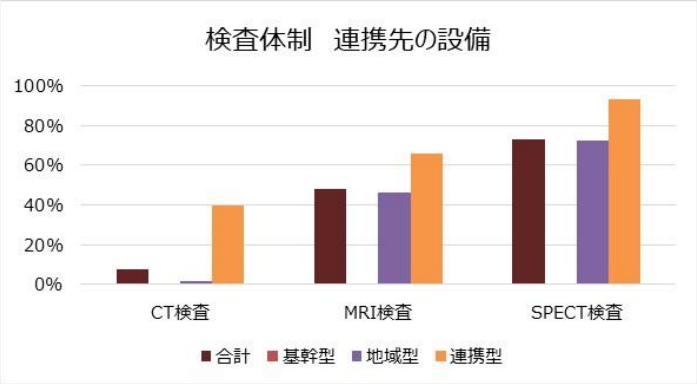


図 13　類型別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 55　類型別　保有画像検査機器（上段：CT，中段：MRI，下段：SPECT）

		保有機器　CT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	4.2	1.9	3	2	9
	地域型	368	1.5	1.2	1	0	13
	連携型	72	0.7	0.6	1	0	2
	合計	456	1.4	1.3	1	0	13
		保有機器　MRI					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	3.3	1.2	3	1	5
	地域型	357	0.9	1.2	1	0	6
	連携型	70	0.4	0.6	0	0	2
	合計	443	0.9	1.2	1	0	6
		保有機器　SPECT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.8	0.8	2	1	3
	地域型	351	0.4	0.8	0	0	4
	連携型	69	0.1	0.3	0	0	1
	合計	436	0.4	0.8	0	0	4

表 56　医療機関種別　自施設検査体制

		血液検査	尿一般検査	心電図検査	神経心理検査	CT検査	MRI検査	SPECT検査
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
合計		453	452	455	453	426	234	122
		99.1%	98.9%	99.6%	99.1%	93.2%	51.2%	26.7%
医療機関種別	一般病院	193	192	193	191	193	172	115
		100.0%	99.5%	100.0%	99.0%	100.0%	89.1%	59.6%
	精神科病院	224	224	227	226	219	53	6
		98.7%	98.7%	100.0%	99.6%	96.5%	23.3%	2.6%
	診療所	36	36	35	36	14	9	1
		97.3%	97.3%	94.6%	97.3%	37.8%	24.3%	2.7%
	その他	0	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

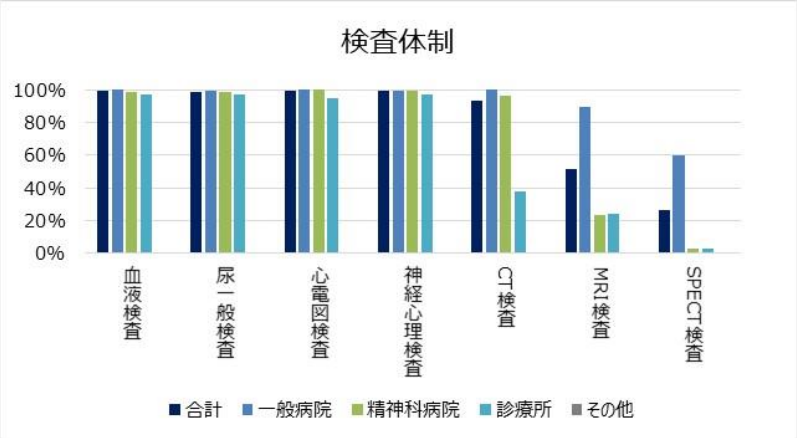


図 14　医療機関種別　検査体制（再掲）

表 57　医療機関種別　連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査
		連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり
合計		35	219	334
		7.7%	47.9%	73.1%
医療機関種別	一般病院	2	20	78
		1.0%	10.4%	40.4%
	精神科病院	10	171	220
		4.4%	75.3%	96.9%
	診療所	23	28	36
		62.2%	75.7%	97.3%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%

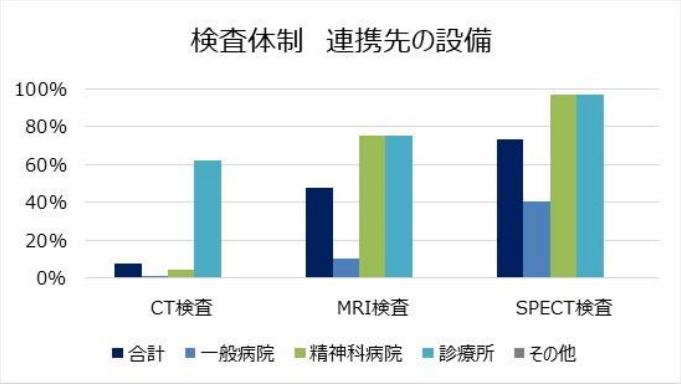


図 15　医療機関種別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 58　医療機関種別　保有画像検査機器（上段：CT，中段：MRI，下段：SPECT）

		保有機器 CT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	2.2	1.7	2	0	13
	精神科病院	227	1.0	0.3	1	0	4
	診療所	36	0.4	0.5	0	0	1
	その他	0					
	合計	456	1.4	1.3	1	0	13
		保有機器 MRI					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	192	1.8	1.4	2	0	6
	精神科病院	216	0.3	0.4	0	0	1
	診療所	35	0.3	0.4	0	0	1
	その他	0					
	合計	443	0.9	1.2	1	0	6
		保有機器 SPECT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	0.9	0.9	1	0	4
	精神科病院	215	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	35	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	436	0.4	0.8	0	0	4

Ⅱ-3. 相談件数

Ⅱ-3-1.相談件数方法

類型別相談件数（表 59，図 16），医療機関種別相談件数（表 60，図 17）をそれぞれ示す．訪問による相談件数の項目において欠損値（空欄）となっていた医療機関は欠損としたが，それらの医療機関では，訪問相談件数を確認していない，あるいは訪問による相談を行っていない可能性がある．地域型の平均相談件数は基幹型の約 1.9 倍であったが，医療機関ごとのばらつきが非常に多いことが伺われた．医療機関種別では平均の電話・面接相談件数は一般病院・精神科病院で多く，平均の訪問相談件数は精神科病院，診療所において多かった．

表 59　類型別　相談件数（上段：電話相談，中段：面接相談，下段：訪問相談）

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	486.8	328.3	472	48	932
	地域型	368	948.7	1360.9	539	0	13184
	連携型	73	387.1	561.2	164	6	2886
	合計	457	842.9	1261.2	462	0	13184

		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	324.8	440.2	195	12	1587
	地域型	368	405.5	708.1	192	0	7565
	連携型	73	188.5	385.8	45	0	2220
	合計	457	368.0	663.2	156	0	7565

		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	16	2.3	5.2	0	0	20
	地域型	355	20.8	95.8	0	0	1359
	連携型	71	19.9	79.5	0	0	647
	合計	442	20.0	91.6	0	0	1359

図 16　類型別　相談件数（左：電話相談，中：面接相談，右：訪問相談）

表 60　医療機関種別　相談件数（上段：電話相談，中段：面接相談，下段：訪問相談）

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	850.0	1385.5	427	0	13184
	精神科病院	227	896.8	1224.2	560	6	10824
	診療所	37	474.8	586.7	333	6	2352
	その他	0					
	合計	457	842.9	1261.2	462	0	13184

		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	193	514.6	901.4	204	0	7565
	精神科病院	227	265.6	373.8	139	0	3189
	診療所	37	232.1	400.0	50	0	1900
	その他	0					
	合計	457	368.0	663.2	156	0	7565

		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	184	8.9	28.5	0	0	305
	精神科病院	221	26.9	118.5	0	0	1359
	診療所	37	33.1	108.3	1	0	647
	その他	0					
	合計	442	20.0	91.6	0	0	1359

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

Ⅱ-3-1.相談元別の相談件数

相談件数の相談元の主な内訳について，地域包括支援センターからの相談（表 61，62），医療機関（かかりつけ医等）からの相談（表 63，64），居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談（表 65，66），行政機関からの相談（表 67，68）を示す．欠損値（空欄）が 14~18 件あり，相談元別の相談件数の集計が困難である状況と考えられる．地域包括支援センターからの相談は地域型および精神科病院で多く，医療機関（かかりつけ医等）からの相談は地域型および一般病院で多く，居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談は地域型および診療所で多く，行政機関からの相談は地域型および精神科病院で多かった．

表 61　類型別　地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	57.9	85.1	20	3	343
	地域型	358	92.0	127.5	45	0	872
	連携型	69	56.3	79.9	22	0	363
	合計	443	85.2	120.7	41	0	872

表 62　医療機関種別　地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	79.8	119.4	32	0	872
	精神科病院	218	90.8	125.0	49	0	802
	診療所	36	79.9	100.5	27	0	363
	その他	0					
	合計	443	85.2	120.7	41	0	872

表 63　類型別　医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	105.3	122.2	54	0	367
	地域型	358	176.3	362.6	68	0	4433
	連携型	69	61.0	122.6	33	0	870
	合計	443	155.8	332.9	61	0	4433

表 64　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	172.0	344.7	46	0	2389
	精神科病院	218	158.3	345.7	74	0	4433
	診療所	36	55.8	93.2	26	0	419
	その他	0					
	合計	443	155.8	332.9	61	0	4433

表 65　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護事業所･介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	51.0	64.5	26	0	185
	地域型	355	179.1	291.6	74	0	3144
	連携型	69	148.8	338.1	30	0	1743
	合計	440	169.7	295.1	67	0	3144

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

		居宅介護事業所･介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	161.8	352.9	36	0	3144
	精神科病院	217	174.9	217.2	83	0	1621
	診療所	36	179.2	372.1	52	2	1743
	その他	0					
	合計	440	169.7	295.1	67	0	3144

表 67　類型別　行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	13.9	22.0	3	0	76
	地域型	355	35.4	69.1	10	0	684
	連携型	69	19.6	45.0	6	0	251
	合計	439	32.2	65.0	10	0	684

表 68　医療機関種別　行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	27.8	54.2	7	0	362
	精神科病院	217	37.0	74.0	12	0	684
	診療所	36	26.3	57.7	5	0	251
	その他	0					
	合計	439	32.2	65.0	10	0	684

Ⅱ-4. 鑑別診断件数

認知症疾患医療センターにおいて一年間に診断された認知症関連疾患の鑑別診断件数を類型別・医療機関種別に以下に示す．鑑別診断件数の検討において，空欄となっていた医療機関は欠損とした．

1）正常または健常：類型別（表 69，図 18），医療機関種別（表 70，図 19）に，正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では基幹型および一般病院で多く，連携型および精神病院で少ない傾向があった．65 歳未満の者では，基幹型，一般病院で多い傾向があった．

表 69　類型別　正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	11.9	8.7	11	0	30
	地域型	367	14.3	22.4	6	0	168
	連携型	72	11.6	36.2	3	0	296
	合計	455	13.8	24.8	5	0	296
		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.2	2.6	2	0	11
	地域型	366	1.5	3.3	0	0	25
	連携型	72	0.8	1.6	0	0	8
	合計	454	1.4	3.1	0	0	25

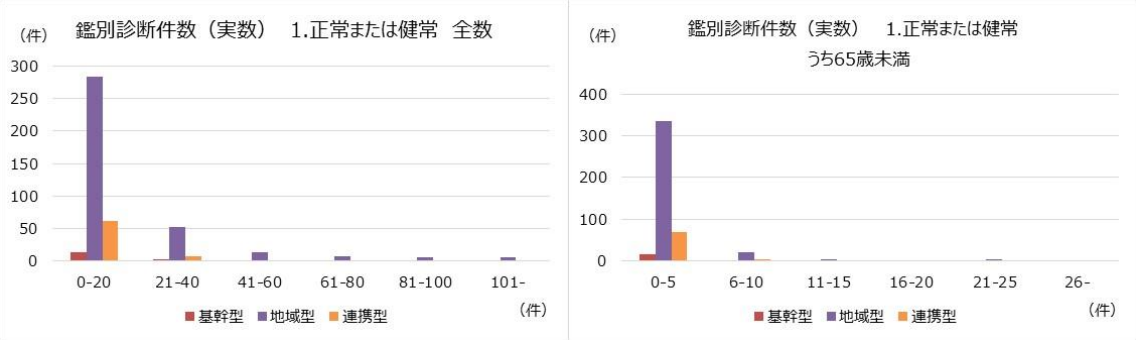


図 18　類型別　正常または健常の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 70　医療機関種別　正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	22.8	32.7	12	0	296
	精神科病院	225	6.6	13.0	2	0	102
	診療所	37	10.5	14.9	5	0	69
	その他	0					
	合計	455	13.8	24.8	5	0	296
		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	191	2.3	3.7	1	0	25
	精神科病院	226	0.7	2.3	0	0	21
	診療所	37	1.2	2.0	0	0	8
	その他	0					
	合計	454	1.4	3.1	0	0	25

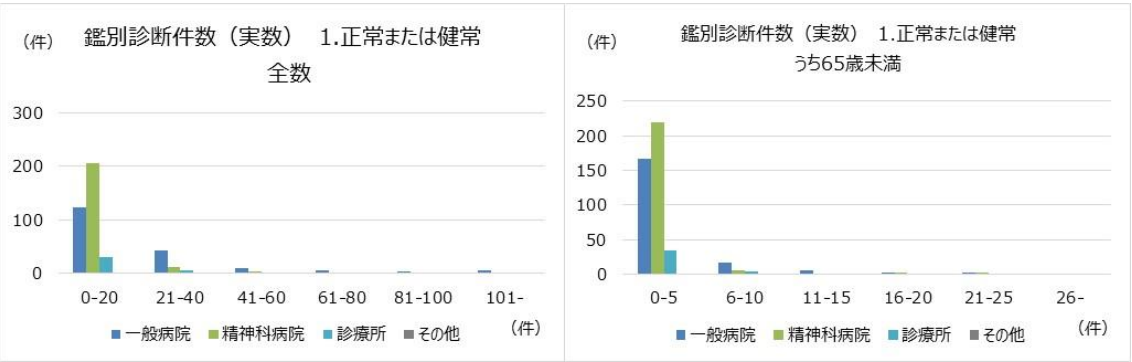


図 19　医療機関種別　正常または健常の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

2) 軽度認知障害（MCI）：類型別（表 71，図 20），医療機関種別（表 72，図 21）に，軽度認知障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では基幹型および一般病院に多かった．65 歳未満では基幹型及び一般病院に多い傾向があった．

表 71　類型別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	48.8	28.3	47	5	105
	地域型	368	40.8	41.7	28	0	264
	連携型	73	20.6	40.1	11	0	326
	合計	457	37.9	41.7	26	0	326

		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	16	3.4	5.4	2	0	22
	地域型	366	1.2	2.1	0	0	21
	連携型	70	0.8	1.8	0	0	8
	合計	452	1.2	2.3	0	0	22

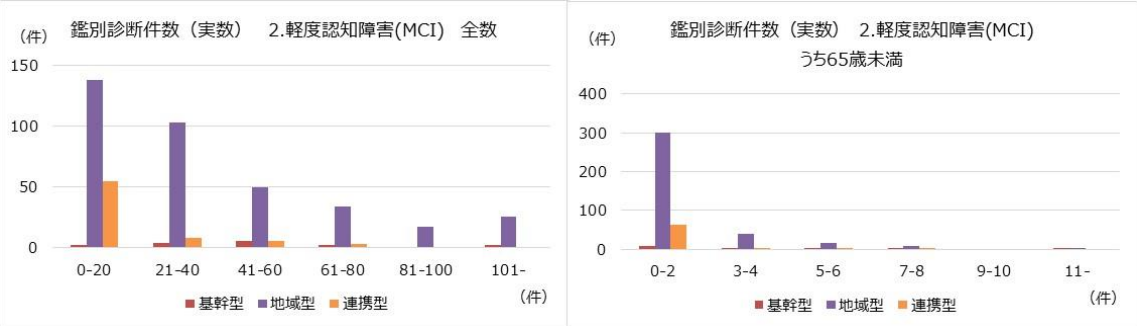


図 20　類型別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 72　医療機関種別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	50.0	49.3	35	0	264
	精神科病院	227	28.9	27.9	20	0	202
	診療所	37	30.0	53.1	16	2	326
	その他	0					
	合計	457	37.9	41.7	26	0	326

		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	1.8	3.0	1	0	22
	精神科病院	226	0.8	1.4	0	0	7
	診療所	36	1.2	2.2	0	0	8
	その他	0					
	合計	452	1.2	2.3	0	0	22

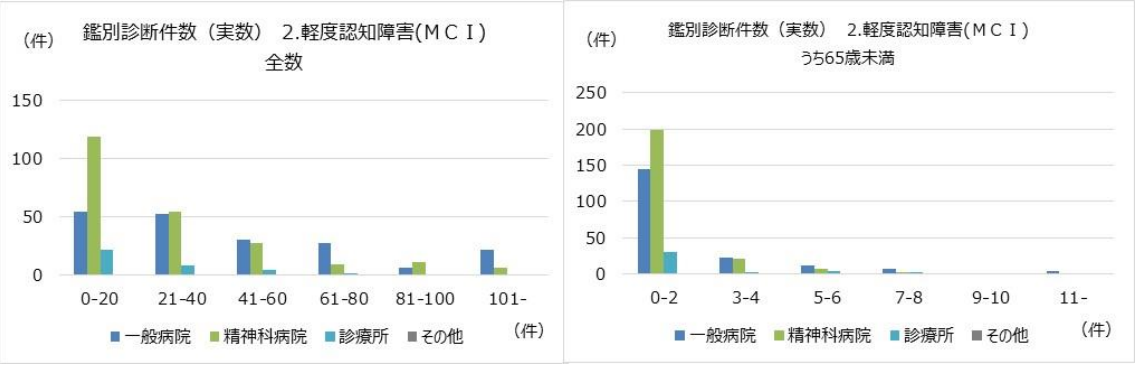


図 21　医療機関種別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

3) アルツハイマー型認知症（G30,F00）：類型別（表 73，図 22），医療機関種別（表 74，図 23）に，アルツハイマー型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型および診療所以外の病院における鑑別診断件数が多かった．基幹型および地域型，一般病院および精神科病院では 65 歳未満のアルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（中央値）が一年間におおむね 1 名以上であった（最小値 0～最大値 19 名）．

表 73　類型別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	67.1	45.7	58	20	163
	地域型	368	130.9	98.1	105	4	699
	連携型	73	72.2	77.3	55	2	585
	合計	457	119.3	96.6	95	2	699

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.8	2.0	3	0	7
	地域型	365	2.1	2.8	1	0	19
	連携型	71	0.9	2.3	0	0	16
	合計	452	2.0	2.7	1	0	19

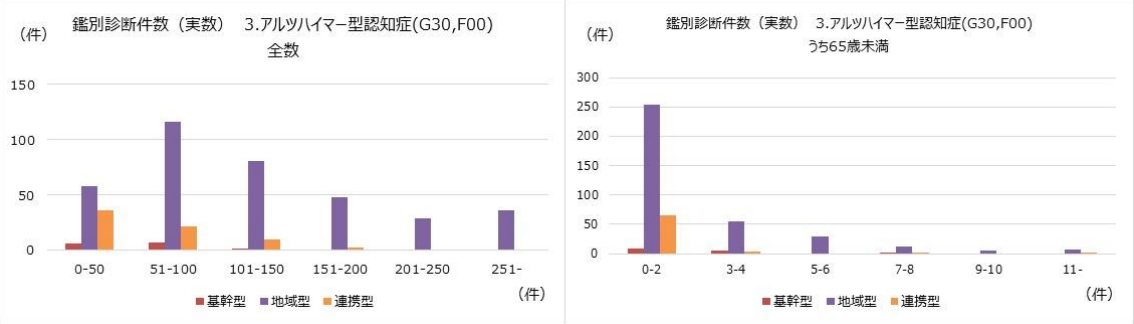


図 22　類型別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 74　医療機関種別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	112.1	101.1	83	2	699
	精神科病院	227	131.0	90.3	108	10	479
	診療所	37	84.4	100.2	58	5	585
	その他	0					
	合計	457	119.3	96.6	95	2	699

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	2.3	3.0	1	0	16
	精神科病院	225	1.8	2.3	1	0	19
	診療所	37	1.2	3.0	0	0	16
	その他	0					
	合計	452	2.0	2.7	1	0	19

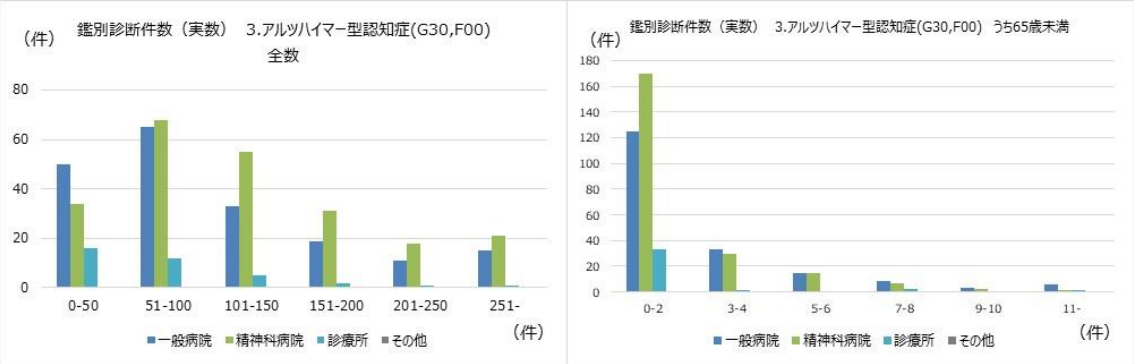


図 23　医療機関種別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

4）血管性認知症（F01）：類型別（表 75，図 24），医療機関種別（表 76，図 25）に，血管性認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型と連携型の鑑別診断件数には二倍の差があった．認知症疾患医療センターにおける 65 歳未満の血管性認知症の鑑別診断件数はいずれの類型においても中央値で 0 名/年であり，最大値で地域型及び連携型での 4 名/年であった．

表 75　類型別　血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	6.3	4.7	5	0	15
	地域型	368	15.0	14.5	11	0	105
	連携型	73	7.5	7.6	5	0	49
	合計	457	13.5	13.7	10	0	105
		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	15	0.3	0.6	0	0	2
	地域型	362	0.3	0.7	0	0	4
	連携型	72	0.3	0.7	0	0	4
	合計	449	0.3	0.7	0	0	4

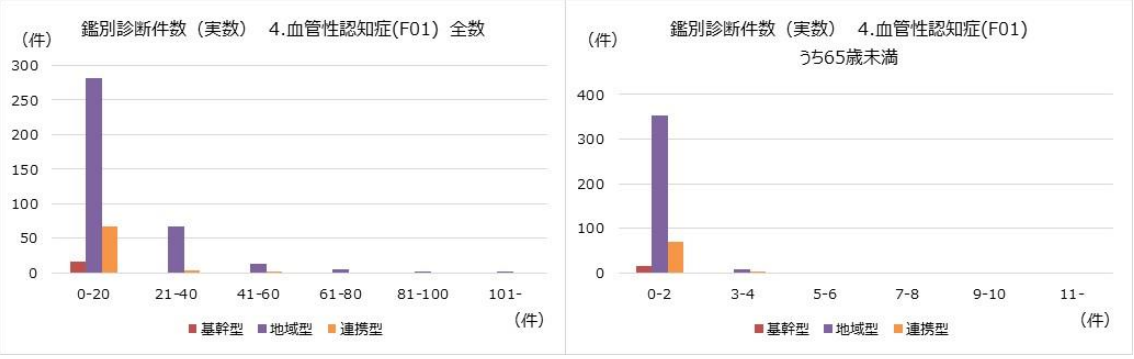


図 24　類型別　血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 76　医療機関種別　血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	12.1	12.2	9	0	71
	精神科病院	227	15.5	15.2	12	0	105
	診療所	37	8.0	8.7	6	0	49
	その他	0					
	合計	457	13.5	13.7	10	0	105

		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	186	0.3	0.6	0	0	3
	精神科病院	226	0.3	0.7	0	0	4
	診療所	37	0.4	0.9	0	0	4
	その他	0					
	合計	449	0.3	0.7	0	0	4

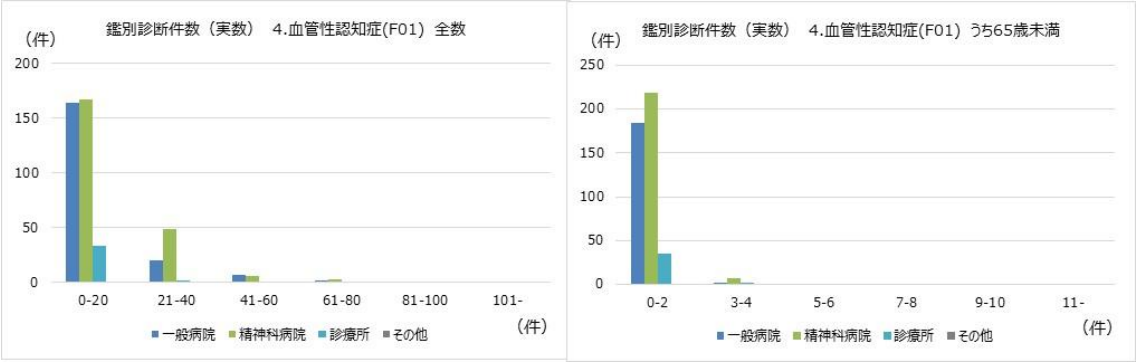


図 25　医療機関種別　血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満

5) レビー小体型認知症（G31,F02）：類型別（表 77，図 26），医療機関種別（表 78，図 27）に，レビー小体型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型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 歳未満のレビー小体型認知症の鑑別診断件数はいずれの類型でも中央値で 0 名/年，最大値で 14 名/年であった．

表 77　類型別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	9.5	7.5	8	1	27
	地域型	368	14.2	18.3	10	0	134
	連携型	73	7.7	10.1	4	0	60
	合計	457	13.0	17.2	8	0	134

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.1	0.4	0	0	1
	地域型	362	0.3	1.0	0	0	14
	連携型	71	0.1	0.4	0	0	3
	合計	448	0.2	0.9	0	0	14

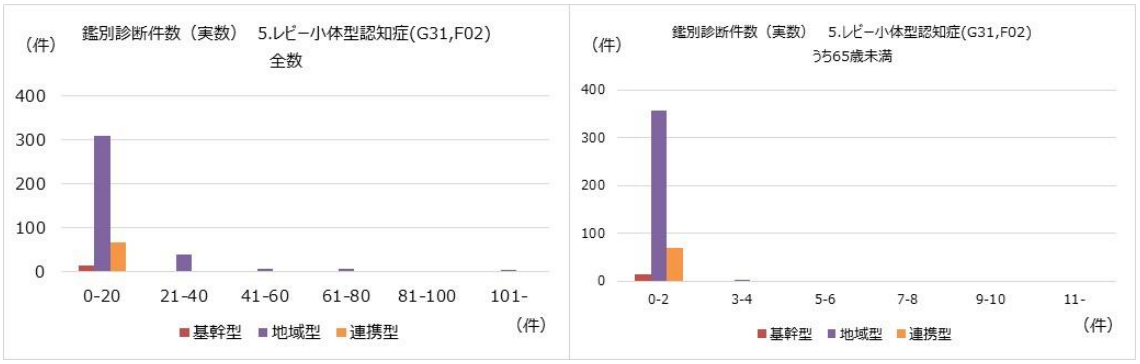


図 26　類型別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 78　医療機関種別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	14.1	20.3	9	0	134
	精神科病院	227	12.6	14.7	9	0	123
	診療所	37	10.0	12.5	5	0	60
	その他	0					
	合計	457	13.0	17.2	8	0	134

		鑑別診断件数（実数） 5.レビー小体型認知症(G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	0.3	1.2	0	0	14
	精神科病院	225	0.2	0.6	0	0	5
	診療所	37	0.1	0.5	0	0	3
	その他	0					
	合計	448	0.2	0.9	0	0	14

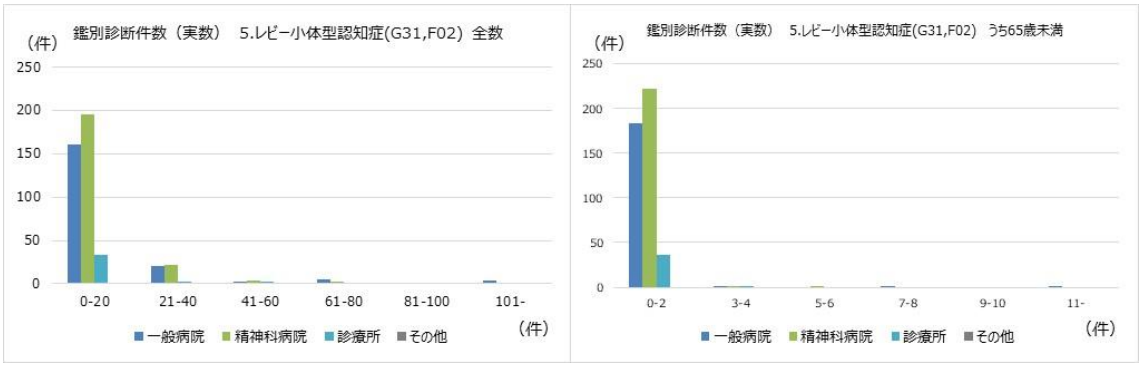


図 27　医療機関種別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

6) 前頭側頭型認知症（行動障害型・言語障害型を含む G31,F02）：類型別（表 79，図 28），医療機関種別（表 80，図 29）に，前頭側頭型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では基幹型，地域型および診療所以外の医療機関での鑑別診断件数が多く，連携型および診療所での件数が少なかった．65 歳未満の前頭側頭型認知症の鑑別診断件数は，いずれの類型でも中央値で 0 名/年，最大値で 10 名/年であった．

表 79　類型別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.9	3.8	2	0	16
	地域型	366	4.8	6.5	2	0	56
	連携型	73	2.3	3.8	1	0	20
	合計	455	4.3	6.1	2	0	56

		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	15	0.5	0.8	0	0	3
	地域型	363	0.3	0.8	0	0	10
	連携型	72	0.2	0.6	0	0	3
	合計	450	0.3	0.8	0	0	10

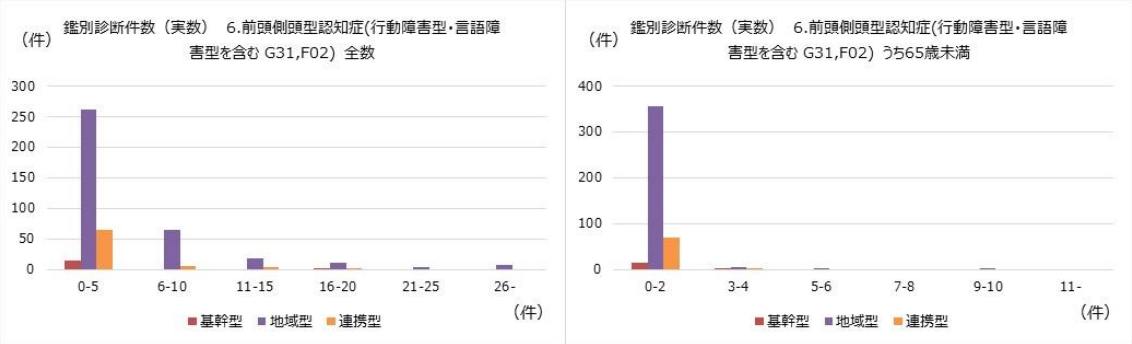


図 28　類型別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 80　医療機関種別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	191	4.5	7.1	2	0	56
	精神科病院	227	4.3	5.4	2	0	31
	診療所	37	3.4	4.6	1	0	20
	その他	0					
	合計	455	4.3	6.1	2	0	56

		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	187	0.4	0.8	0	0	5
	精神科病院	226	0.3	0.8	0	0	10
	診療所	37	0.2	0.8	0	0	3
	その他	0					
	合計	450	0.3	0.8	0	0	10

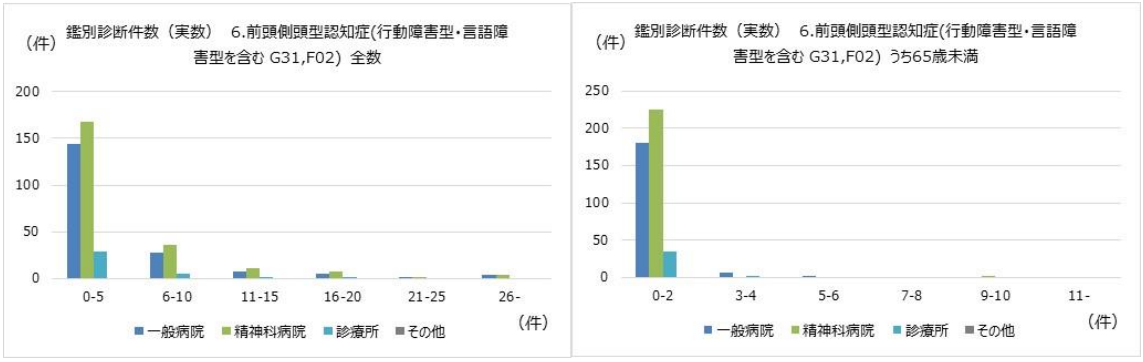


図 29　医療機関種別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

7) 外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)：類型別（表 81，図 30），医療機関種別（表 82，図 31）に，正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．各認知症疾患医療センターの鑑別診断件数の差が大きいが，全数ではいずれの類型でも中央値 0 名/年，最大値 21 件であった．65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年の鑑別診断件数であった．

表 81　類型別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.4	0.7	0	0	2
	地域型	363	0.5	1.3	0	0	15
	連携型	72	0.5	2.5	0	0	21
	合計	451	0.5	1.6	0	0	21

		鑑別診断件数（実数） 7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.1	0.4	0	0	1
	地域型	362	0.0	0.2	0	0	1
	連携型	71	0.1	0.3	0	0	2
	合計	448	0.0	0.2	0	0	2

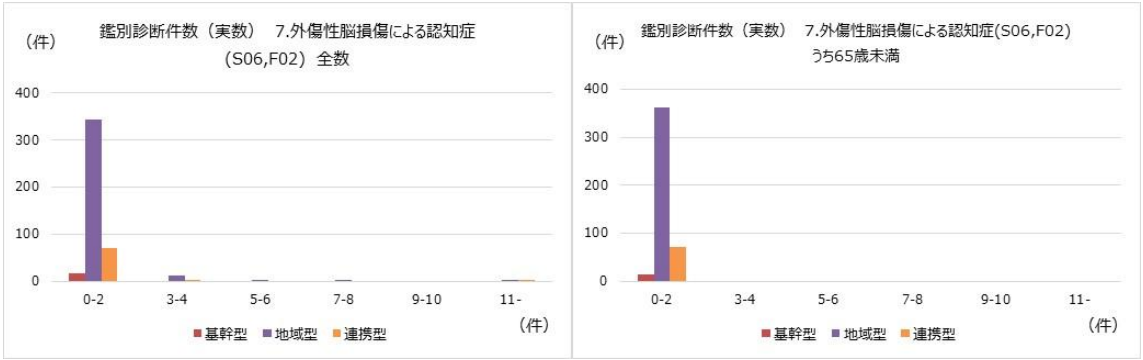


図 30　類型別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 82　医療機関種別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	0.5	1.1	0	0	7
	精神科病院	225	0.5	1.4	0	0	15
	診療所	37	0.8	3.5	0	0	21
	その他	0					
	合計	451	0.5	1.6	0	0	21

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	0.0	0.2	0	0	1
	精神科病院	225	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	37	0.1	0.4	0	0	2
	その他	0					
	合計	448	0.0	0.2	0	0	2

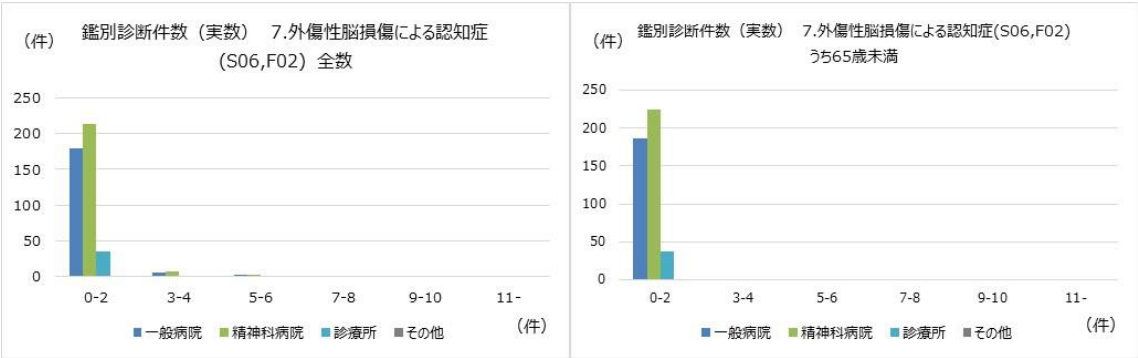


図 31　医療機関種別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

8) 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)：類型別（表 83，図 32），医療機関種別（表 84，図 33）に，物質・医薬品誘発性による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型および一般病院・精神科病院で多い傾向があり，中央値で 1 名/年であった．65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年であり，最大値 15 名/年の鑑別診断件数であった．

表 83　類型別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.6	1.1	0	0	4
	地域型	365	2.0	3.0	1	0	24
	連携型	73	0.8	1.4	0	0	6
	合計	454	1.8	2.8	1	0	24

		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	15	0.1	0.4	0	0	1
	地域型	362	0.2	1.0	0	0	15
	連携型	71	0.1	0.5	0	0	3
	合計	448	0.2	0.9	0	0	15

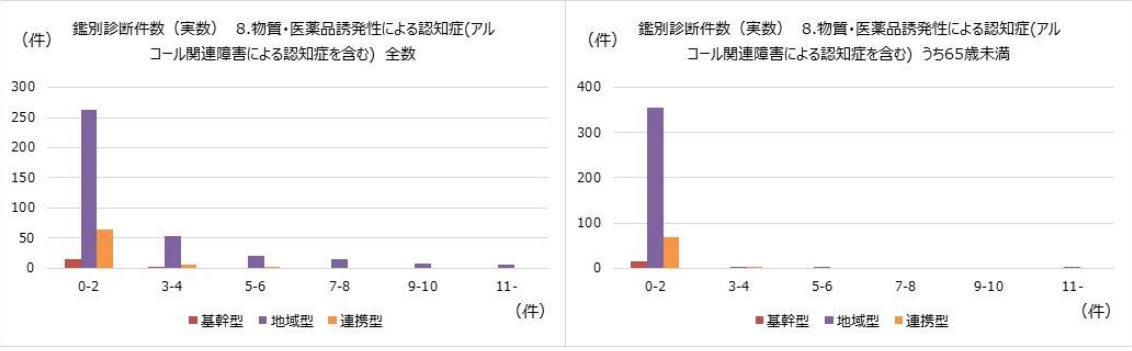


図 32　類型別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 84　医療機関種別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 8.物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	1.8	3.3	1	0	24
	精神科病院	227	1.8	2.5	1	0	15
	診療所	37	1.0	1.6	0	0	6
	その他	0					
	合計	454	1.8	2.8	1	0	24

		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	186	0.4	1.3	0	0	15
	精神科病院	225	0.1	0.3	0	0	2
	診療所	37	0.1	0.4	0	0	2
	その他	0					
	合計	448	0.2	0.9	0	0	15

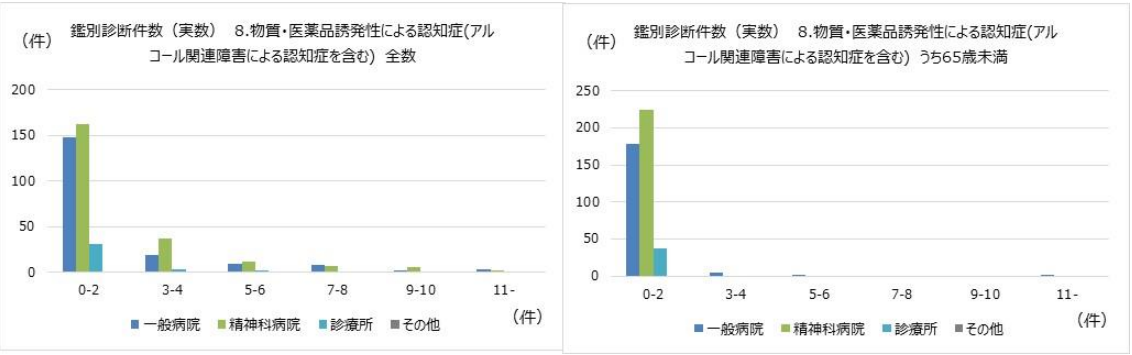


図 33　医療機関種別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

9) HIV 感染による認知症(B20,F02)：類型別（表 85，図 34），医療機関種別（表 86，図 35）に，HIV 感染による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値ではいずれの類型でも 0 名/年，最大値で 2 名/年の鑑別診断件数であった．

表 85　類型別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	362	0.0	0.1	0	0	2
	連携型	72	0.0	0.0	0	0	0
	合計	450	0.0	0.1	0	0	2

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	362	0.0	0.0	0	0	0
	連携型	71	0.0	0.0	0	0	0
	合計	448	0.0	0.0	0	0	0

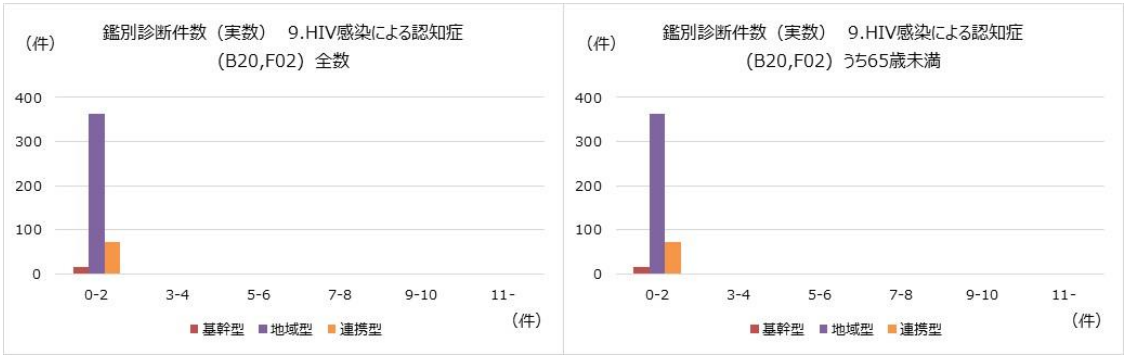


図 34　類型別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 86　医療機関種別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	225	0.0	0.1	0	0	2
	診療所	37	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	450	0.0	0.1	0	0	2

		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	186	0.0	0.0	0	0	0
	精神科病院	225	0.0	0.0	0	0	0
	診療所	37	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	448	0.0	0.0	0	0	0

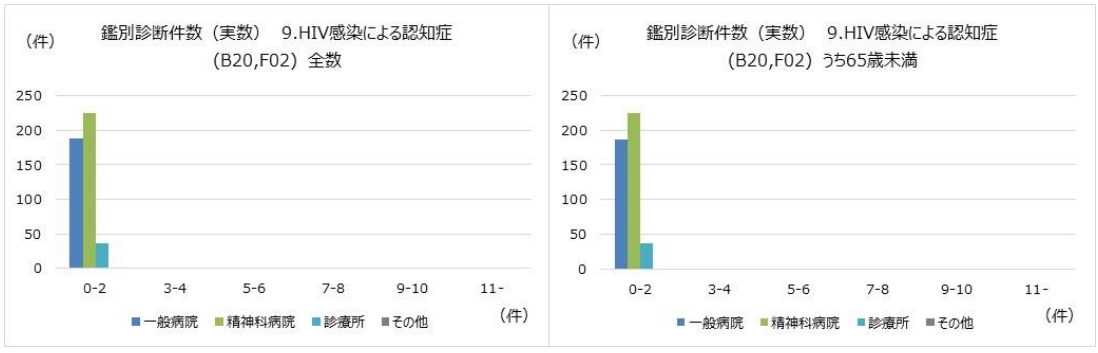


図 35　医療機関種別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

10）プリオン病による認知症(A81,F02)：類型別（表 87，図 36），医療機関種別（表 88，図 37）に，プリオン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値でいずれの類型でも 0 名/年であり，最大値 1 名/年であった．

表 87　類型別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	362	0.1	0.3	0	0	3
	連携型	72	0.0	0.2	0	0	1
	合計	450	0.1	0.3	0	0	3
		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	362	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	71	0.0	0.0	0	0	0
	合計	448	0.0	0.1	0	0	1

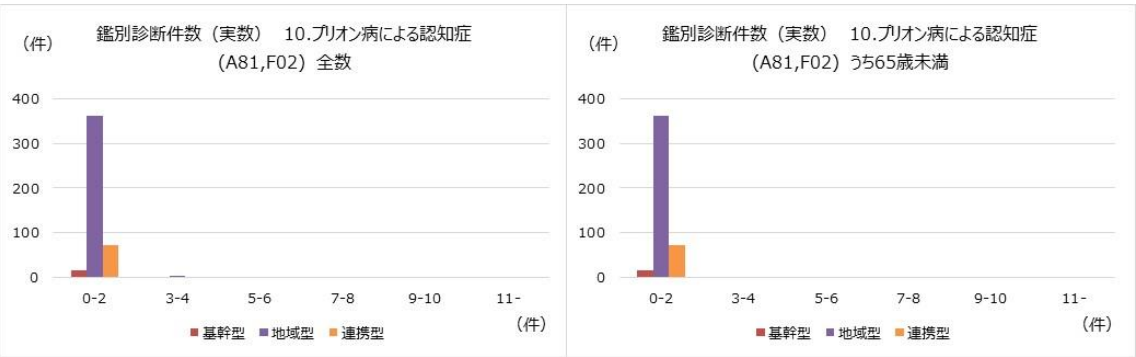


図 36　類型別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 88　医療機関種別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	225	0.0	0.3	0	0	3
	診療所	37	0.1	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	450	0.1	0.3	0	0	3
		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	225	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	37	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	448	0.0	0.1	0	0	1

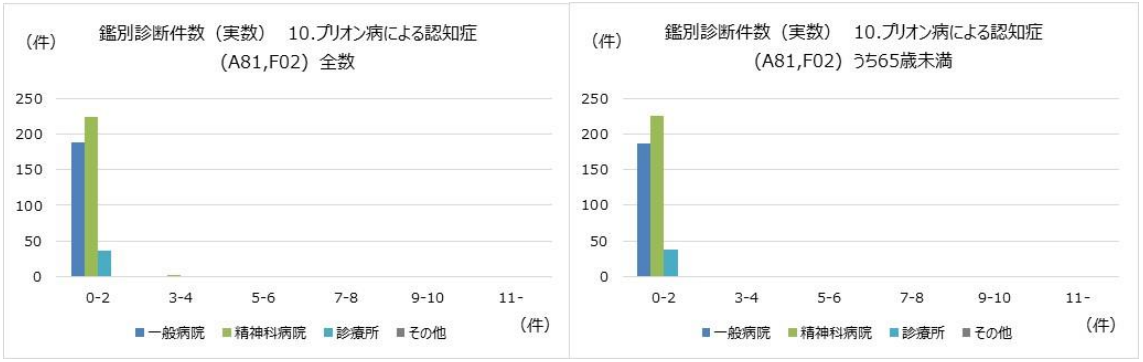


図 37　医療機関種別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

11）パーキンソン病による認知症(G20,F02)：類型別（表 89, 図 38），医療機関種別（表 90, 図 39）に，パーキンソン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった．最大値は 62 件/年であった．

表 89　類型別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.8	1.2	0	0	4
	地域型	363	1.0	4.1	0	0	62
	連携型	72	0.3	0.8	0	0	4
	合計	451	0.9	3.7	0	0	62
		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	15	0.2	0.6	0	0	2
	地域型	362	0.0	0.3	0	0	6
	連携型	71	0.0	0.0	0	0	0
	合計	448	0.0	0.3	0	0	6

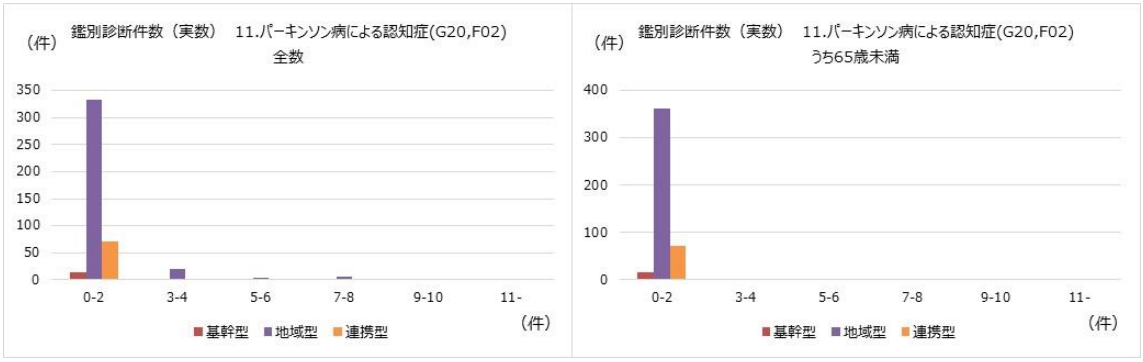


図 38　類型別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 90　医療機関種別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　11.パーキンソン病による認知症(G20,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	1.3	5.6	0	0	62
	精神科病院	225	0.6	1.2	0	0	9
	診療所	37	0.5	0.9	0	0	4
	その他	0					
	合計	451	0.9	3.7	0	0	62
		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	186	0.1	0.5	0	0	6
	精神科病院	225	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	37	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	448	0.0	0.3	0	0	6

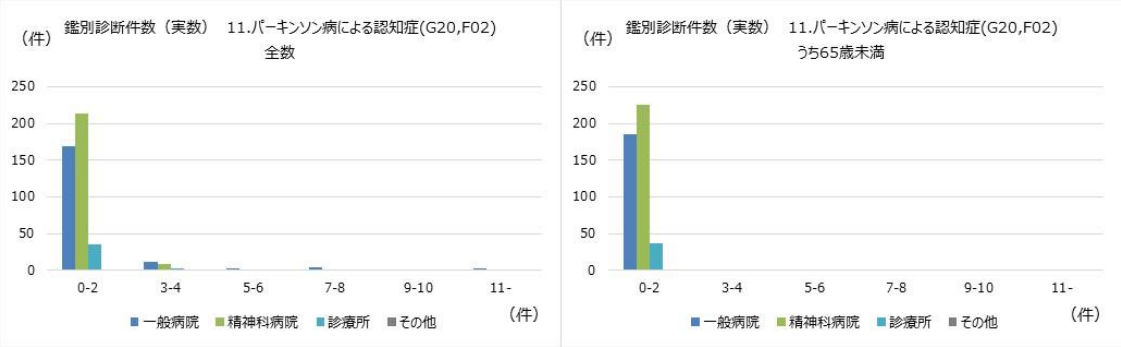


図 39　医療機関種別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

12) ハンチントン病による認知症(G10,F02)：類型別（表 91, 図 40），医療機関種別（表 92, 図 41）に，ハンチントン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった．最大値は 26 件/年であった．

表 91　類型別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	362	0.1	1.4	0	0	26
	連携型	72	0.0	0.1	0	0	1
	合計	450	0.1	1.3	0	0	26
		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	15	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	362	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	71	0.0	0.1	0	0	1
	合計	448	0.0	0.1	0	0	1

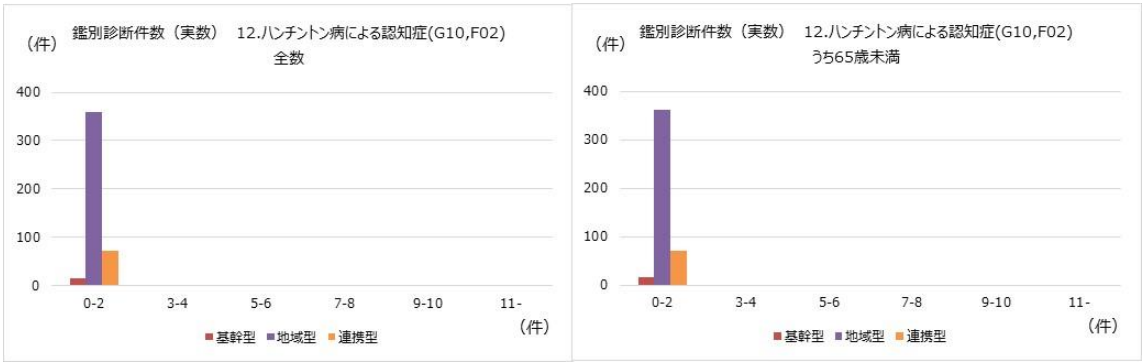


図 40　類型別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 92　医療機関種別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	0.2	1.9	0	0	26
	精神科病院	225	0.0	0.4	0	0	5
	診療所	37	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	450	0.1	1.3	0	0	26

		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	186	0.0	0.0	0	0	0
	精神科病院	225	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	37	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	448	0.0	0.1	0	0	1

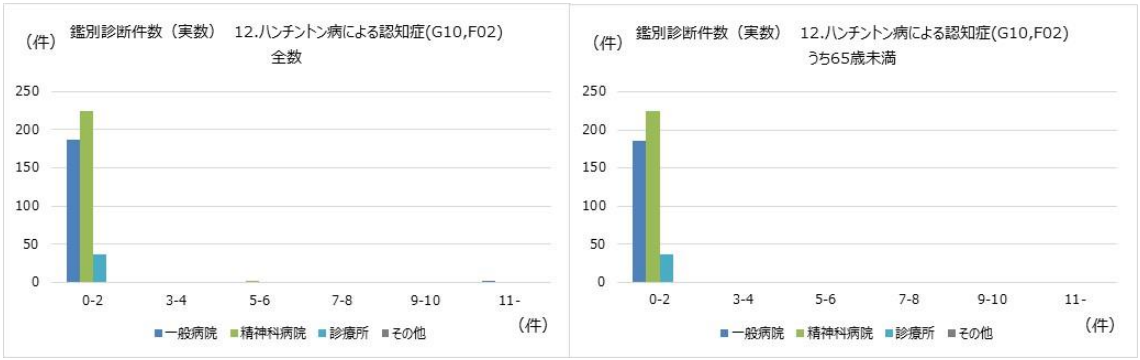


図 41　医療機関種別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

13）正常圧水頭症(G91)：類型別（表 93，図 42），医療機関種別（表 94，図 43）に，正常圧水頭症による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．基幹型および一般病院で中央値 1 名/年であったが，最小値 0 名/年，最大値 91 名/年であり，医療機関の専門性による鑑別診断件数の差が大きかった．うち 65 歳未満の鑑別診断件数はいずれの類型でも 0 名/年であった．

表 83　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	16	1.6	3.2	1	0	13
	地域型	364	2.0	6.1	0	0	91
	連携型	72	1.5	4.9	0	0	30
	合計	452	1.9	5.8	0	0	91

		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	15	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	362	0.0	0.2	0	0	2
	連携型	71	0.0	0.2	0	0	2
	合計	448	0.0	0.2	0	0	2

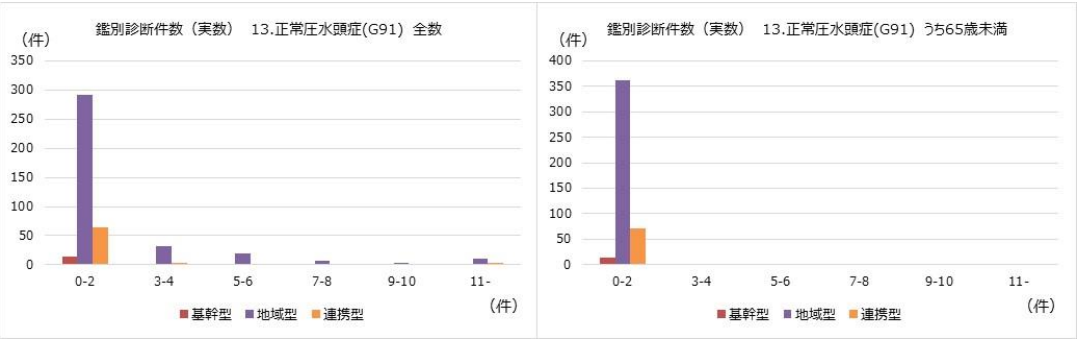


図 42　類型別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 94　医療機関種別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	2.5	7.9	1	0	91
	精神科病院	226	1.3	3.0	0	0	27
	診療所	37	2.2	6.3	0	0	30
	その他	0					
	合計	452	1.9	5.8	0	0	91

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	0.0	0.2	0	0	2
	精神科病院	225	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	37	0.1	0.3	0	0	2
	その他	0					
	合計	448	0.0	0.2	0	0	2

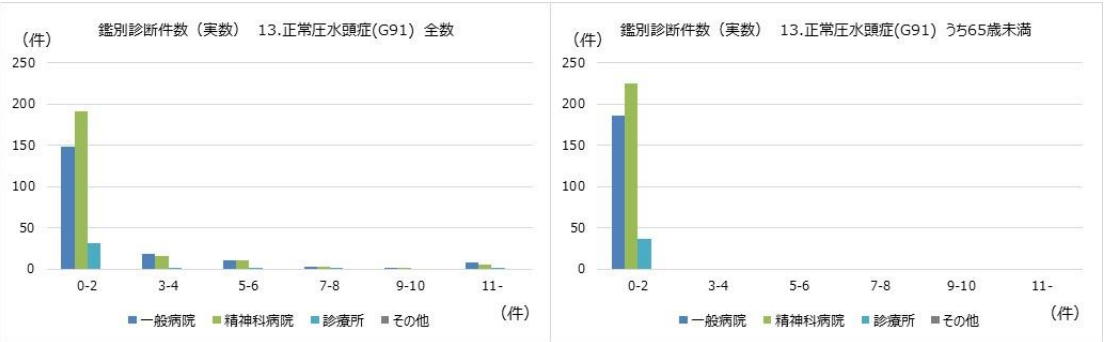


図 43　医療機関種別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

14）他の医学的疾患による認知症(F02)：類型別（表 95，図 44），医療機関種別（表 96，図 45）に，他の医学的疾患による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型および一般病院で多い傾向があった．

表 95　類型別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.6	2.3	2	0	6
	地域型	365	2.9	6.3	1	0	61
	連携型	71	1.7	4.1	0	0	30
	合計	452	2.7	5.9	1	0	61
		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	15	0.3	0.6	0	0	2
	地域型	362	0.2	1.1	0	0	16
	連携型	71	0.1	0.2	0	0	1
	合計	448	0.2	1.0	0	0	16

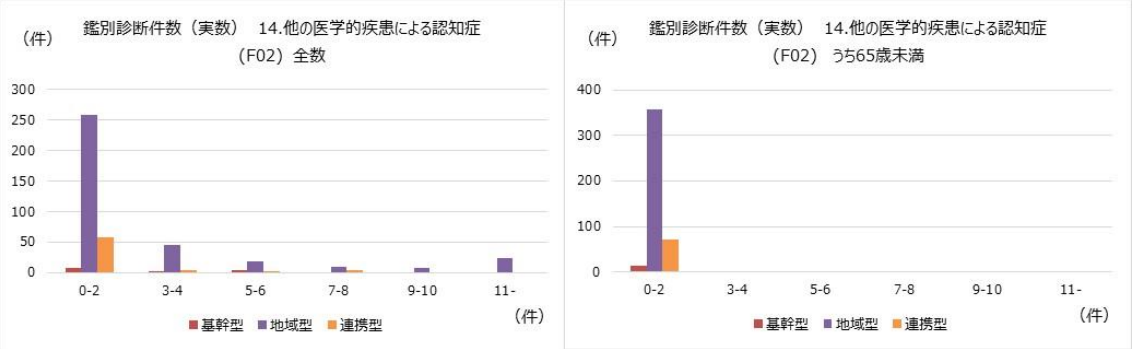


図 44　類型別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 96　医療機関種別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	4.0	8.0	1	0	61
	精神科病院	225	1.6	3.5	0	0	27
	診療所	37	2.0	2.8	0	0	9
	その他	0					
	合計	452	2.7	5.9	1	0	61
		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	186	0.3	1.4	0	0	16
	精神科病院	225	0.1	0.3	0	0	2
	診療所	37	0.1	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	448	0.2	1.0	0	0	16

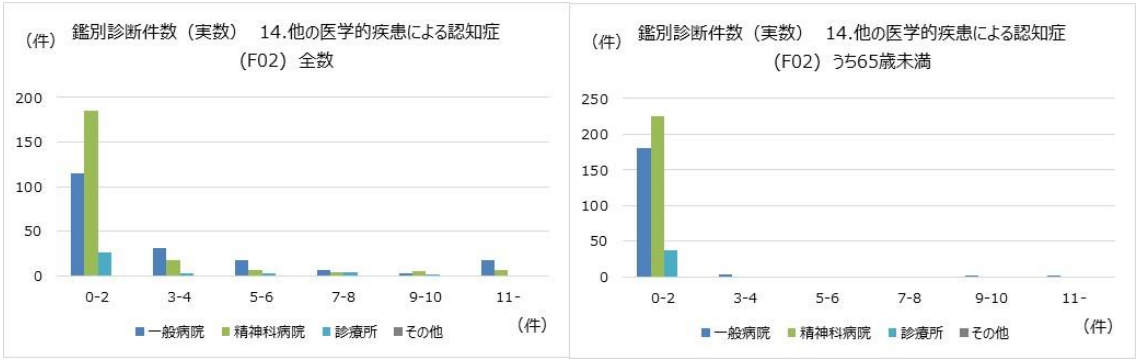


図 45　医療機関種別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

15) 複数の病因による認知症(F02)：類型別（表 97，図 46），医療機関種別（表 98，図 47）に，複数の病因による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型および一般病院で多かったが，最大値は 160 名/年であり，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 97　類型別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	7.6	7.4	6	0	21
	地域型	367	11.6	17.8	5	0	160
	連携型	73	7.2	12.7	2	0	74
	合計	456	10.8	16.9	5	0	160

		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	15	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	363	0.1	0.4	0	0	5
	連携型	71	0.1	0.3	0	0	2
	合計	449	0.1	0.4	0	0	5

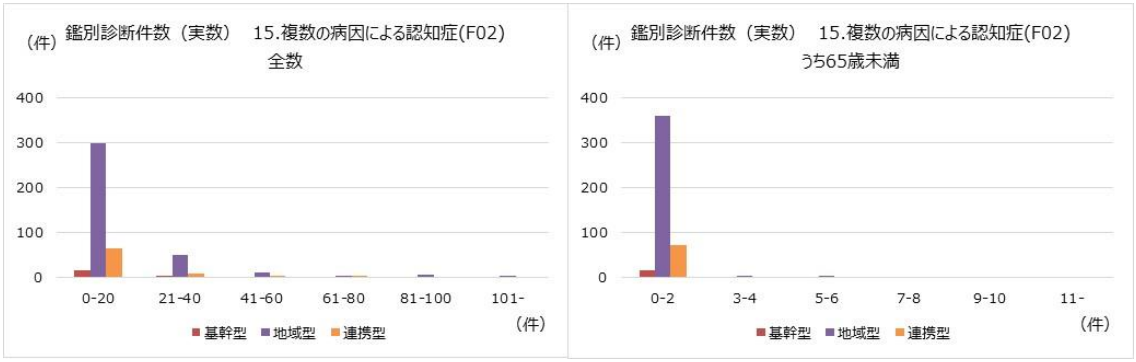


図 46　類型別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 98　医療機関種別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	192	11.2	14.2	6	0	87
	精神科病院	227	10.7	19.3	4	0	160
	診療所	37	8.9	14.7	4	0	74
	その他	0					
	合計	456	10.8	16.9	5	0	160

		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	187	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	225	0.1	0.5	0	0	5
	診療所	37	0.1	0.4	0	0	2
	その他	0					
	合計	449	0.1	0.4	0	0	5

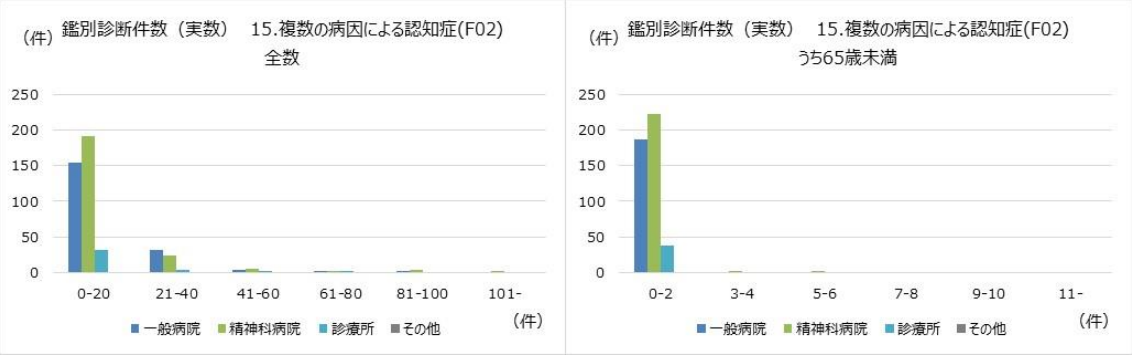


図 47　医療機関種別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

16) 詳細不明の認知症(F02)（前記の 3)～15)に該当しないもの）：類型別（表 99，図 48），医療機関種別（表 100，図 49）に，詳細不明の認知症と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．詳細不明の認知症として表現された症例は鑑別診断中である可能性がある．

表 99　類型別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	3.1	4.0	2	0	15
	地域型	367	10.2	23.6	2	0	290
	連携型	73	3.3	7.4	0	0	41
	合計	456	8.8	21.5	2	0	290

		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	15	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	363	0.2	0.8	0	0	13
	連携型	71	0.1	0.4	0	0	3
	合計	449	0.2	0.8	0	0	13

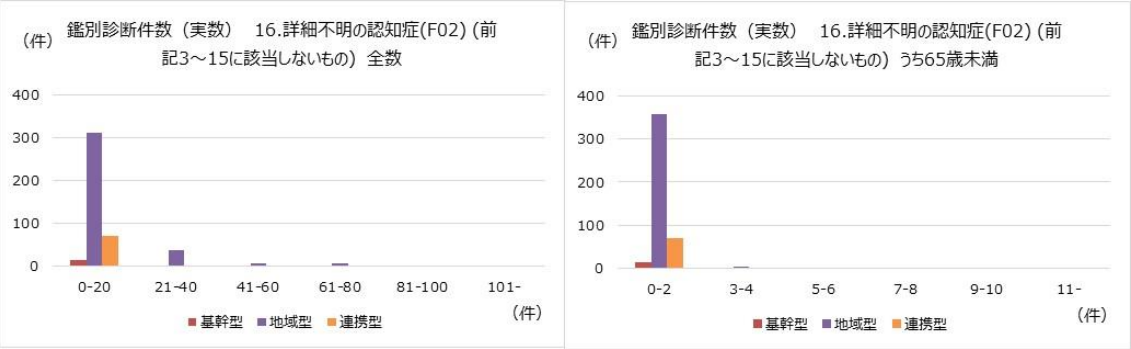


図 48　類型別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 100　医療機関種別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	192	7.6	25.5	1	0	290
	精神科病院	227	10.9	19.1	4	0	172
	診療所	37	2.7	5.4	0	0	23
	その他	0					
	合計	456	8.8	21.5	2	0	290
		鑑別診断件数（実数） 16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	0.2	1.0	0	0	13
	精神科病院	225	0.2	0.5	0	0	3
	診療所	37	0.1	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	449	0.2	0.8	0	0	13

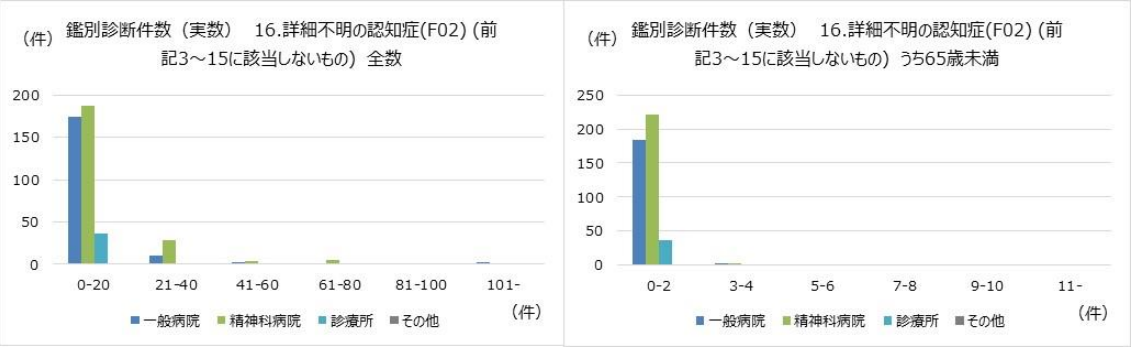


図 49　医療機関種別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

17）前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害：類型別（表 101，図 50），医療機関種別（表 102，図 51）に，前記 2)~16)以外の症状性を含む器質性精神障害と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．地域型，精神科病院に多い傾向があった．

表 101　類型別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.3	4.9	1	0	20
	地域型	364	3.8	11.9	1	0	166
	連携型	72	1.1	2.3	0	0	11
	合計	452	3.3	10.8	1	0	166

		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	15	0.5	0.8	0	0	3
	地域型	362	0.4	2.1	0	0	36
	連携型	71	0.1	0.5	0	0	3
	合計	448	0.3	1.9	0	0	36

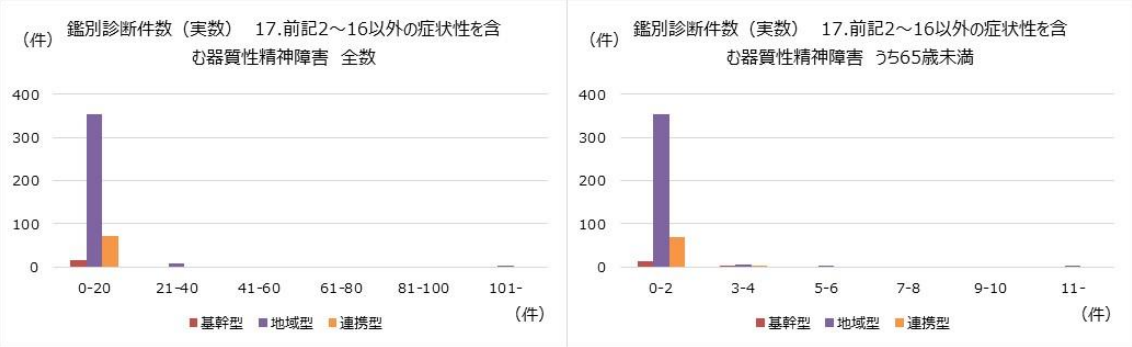


図 50　類型別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 102　医療機関種別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数,下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	1.7	3.7	0	0	23
	精神科病院	225	5.0	14.6	2	0	166
	診療所	37	1.4	2.9	0	0	11
	その他	0					
	合計	452	3.3	10.8	1	0	166

		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	186	0.2	1.1	0	0	14
	精神科病院	225	0.5	2.5	0	0	36
	診療所	37	0.0	0.2	0	0	1
	その他	0					
	合計	448	0.3	1.9	0	0	36

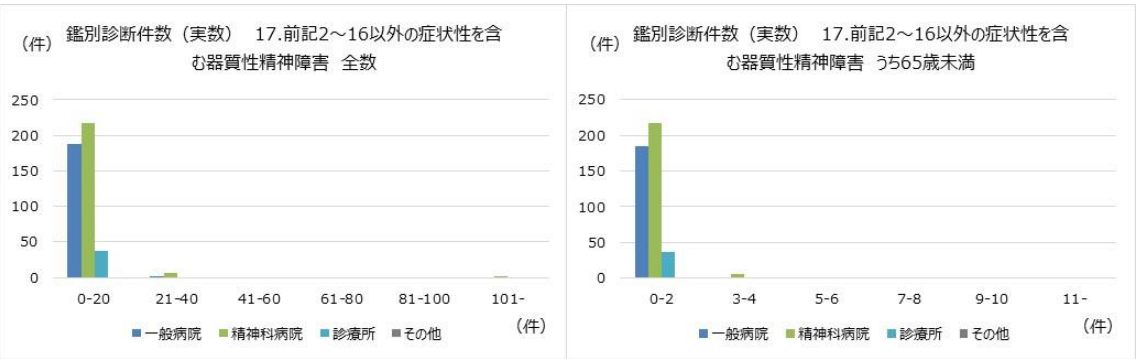


図 51　医療機関種別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

18) 統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)：類型別（表 103，図 52），医療機関種別（表 104，図 53）に，統合失調症，統合失調症型障害およ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 103　類型別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.3	2.7	0	0	10
	地域型	368	7.0	34.0	2	0	566
	連携型	72	3.4	5.3	1	0	26
	合計	456	6.2	30.7	2	0	566
		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.1	0.4	0	0	1
	地域型	364	1.4	9.9	0	0	134
	連携型	71	1.0	2.6	0	0	13
	合計	450	1.3	8.9	0	0	134

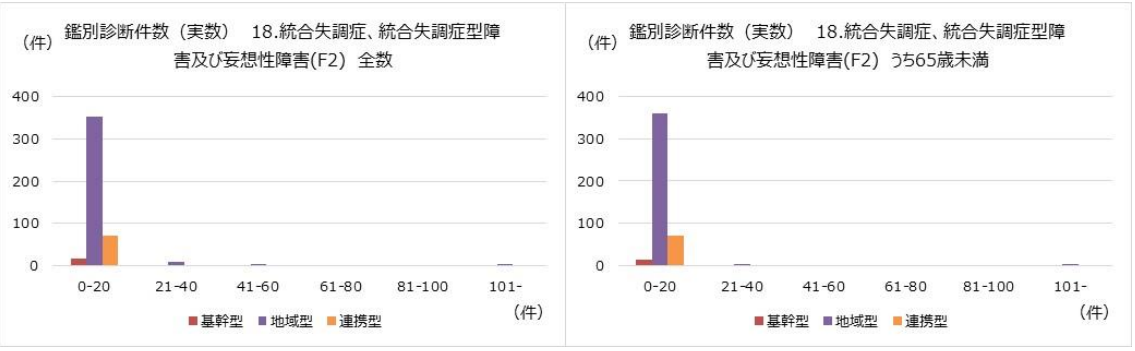


図 52　類型別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 104　医療機関種別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	6.4	44.2	1	0	566
	精神科病院	226	6.7	15.2	3	0	186
	診療所	37	3.0	3.9	1	0	14
	その他	0					
	合計	456	6.2	30.7	2	0	566

		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	187	1.0	8.9	0	0	120
	精神科病院	226	1.7	9.6	0	0	134
	診療所	37	0.4	1.0	0	0	4
	その他	0					
	合計	450	1.3	8.9	0	0	134

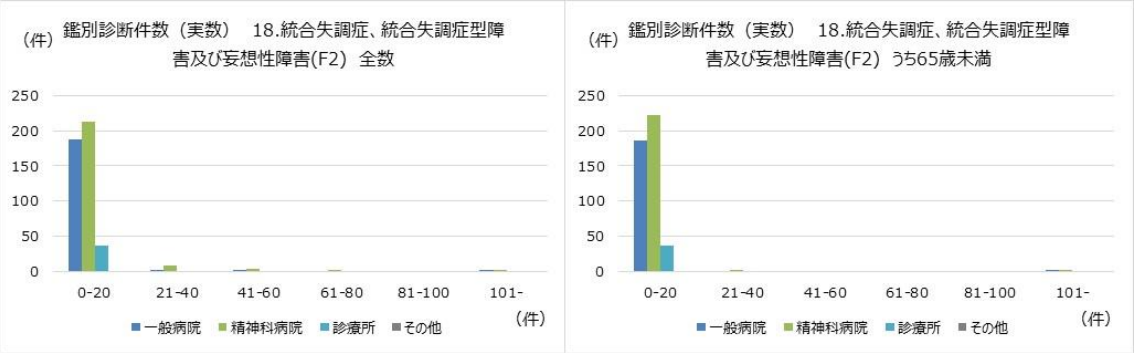


図 53　医療機関種別　統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

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

表 105　類型別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　19.気分(感情)障害(F3)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	4.6	5.1	2	0	18
	地域型	367	11.9	46.4	3	0	695
	連携型	72	11.0	25.8	2	0	177
	合計	455	11.5	42.9	3	0	695

		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	15	1.3	1.3	1	0	4
	地域型	364	4.6	34.0	0	0	518
	連携型	71	4.3	12.3	0	0	60
	合計	450	4.4	30.9	0	0	518

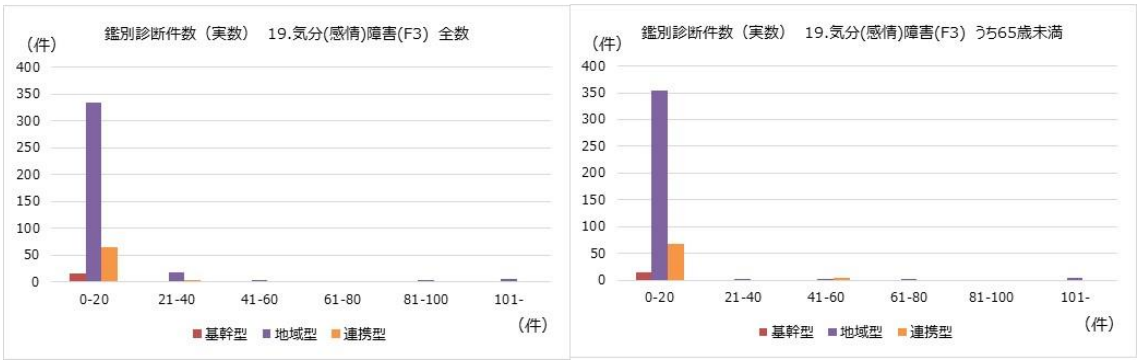


図 54　類型別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 106　医療機関種別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 19.気分(感情)障害(F3) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	192	7.5	28.6	2	0	339
	精神科病院	226	15.4	54.3	5	0	695
	診療所	37	8.7	15.5	4	0	82
	その他	0					
	合計	455	11.5	42.9	3	0	695
		鑑別診断件数（実数） 19.気分(感情)障害(F3) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	2.5	17.8	0	0	234
	精神科病院	225	6.2	40.4	0	0	518
	診療所	37	2.8	10.0	0	0	60
	その他	0					
	合計	450	4.4	30.9	0	0	518

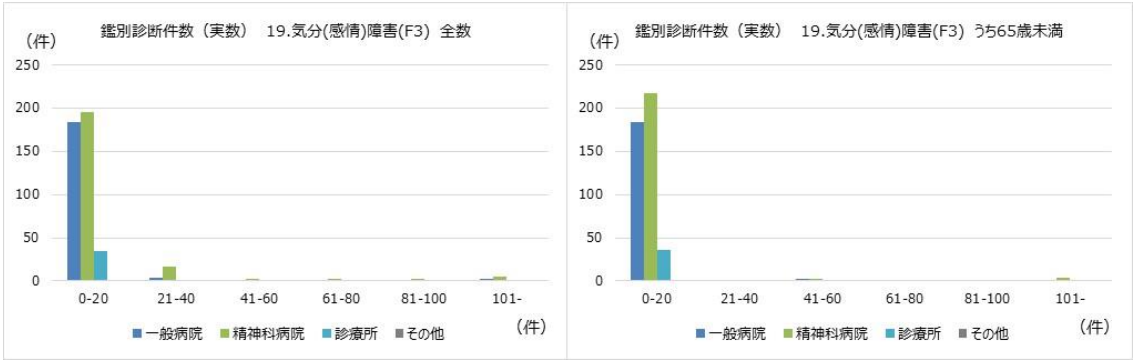


図 55　医療機関種別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

20) てんかん(G47)：類型別（表 107，図 56），医療機関種別（表 108，図 57）に，てんかんと診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があると考えられた．

表 107　類型別　てんかんの鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	0.4	0.6	0	0	2
	地域型	363	4.2	54.4	0	0	1029
	連携型	73	1.3	4.1	0	0	32
	合計	452	3.6	48.8	0	0	1029
		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	15	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	361	0.4	2.7	0	0	30
	連携型	71	0.5	2.3	0	0	19
	合計	447	0.4	2.6	0	0	30

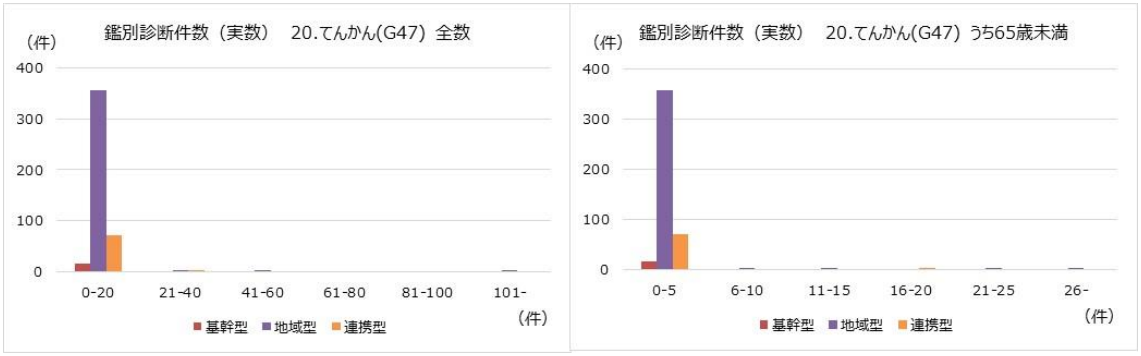


図 56　類型別　てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 108　医療機関種別　てんかんの鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	7.6	75.5	0	0	1029
	精神科病院	227	0.7	2.3	0	0	29
	診療所	37	1.2	2.3	0	0	10
	その他	0					
	合計	452	3.6	48.8	0	0	1029
		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	186	0.7	3.5	0	0	30
	精神科病院	224	0.2	1.7	0	0	23
	診療所	37	0.2	0.5	0	0	2
	その他	0					
	合計	447	0.4	2.6	0	0	30

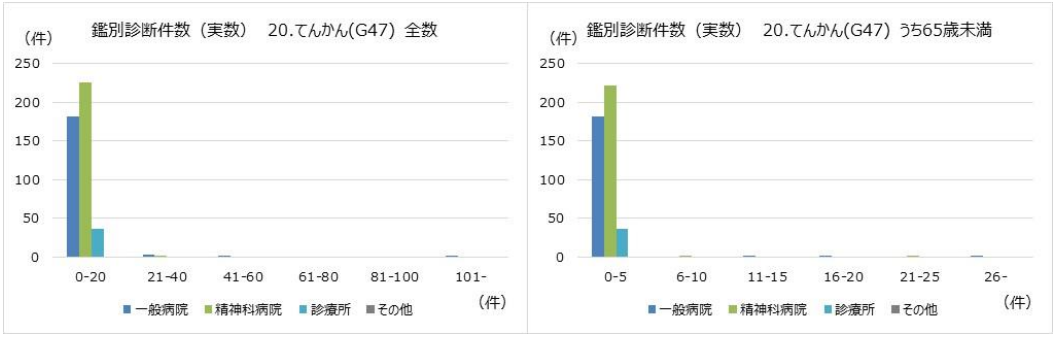


図 57　医療機関種別　てんかんの鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

21）神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)：類型別（表 109，図 58），医療機関種別（表 110，図 59）に，神経発達障害(知的発達障害を含む)と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 109　類型別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.8	2.2	1	0	8
	地域型	363	2.8	14.3	0	0	175
	連携型	73	2.5	9.3	0	0	55
	合計	452	2.7	13.3	0	0	175

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.8	1.1	0	0	3
	地域型	363	2.0	13.3	0	0	166
	連携型	71	1.9	7.8	0	0	55
	合計	449	1.9	12.3	0	0	166

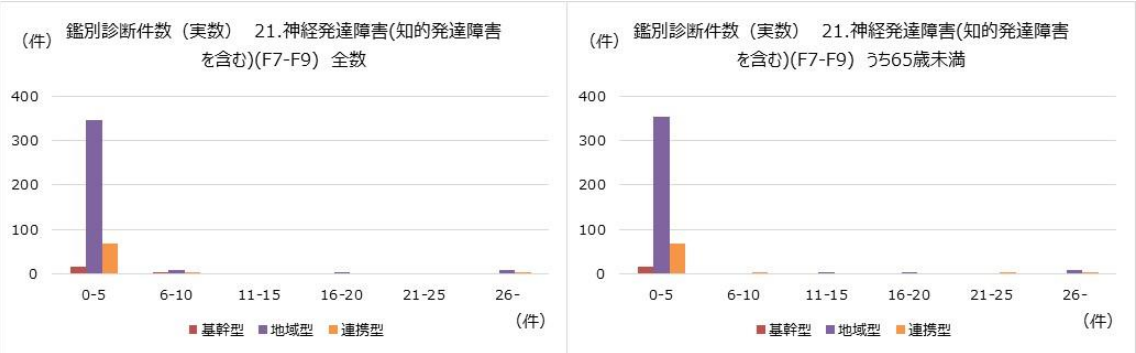


図 58　類型別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 110　医療機関種別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	188	1.9	7.6	0	0	80
	精神科病院	227	3.6	17.4	0	0	175
	診療所	37	1.4	5.1	0	0	30
	その他	0					
	合計	452	2.7	13.3	0	0	175

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	0.9	6.0	0	0	76
	精神科病院	226	2.9	16.4	0	0	166
	診療所	37	0.8	3.8	0	0	23
	その他	0					
	合計	449	1.9	12.3	0	0	166

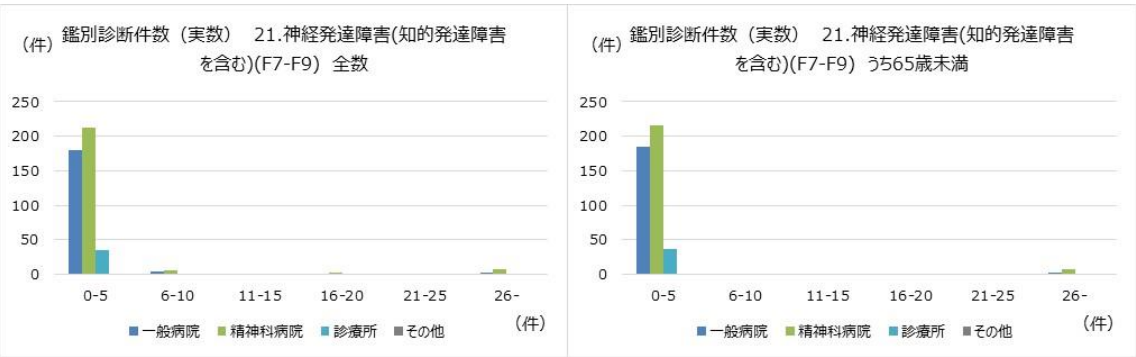


図 59　医療機関種別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

22) 前記のいずれにも含まれない精神疾患：類型別（表 111, 図 60），医療機関種別（表 112, 図 61）に，前記のいずれにも含まれない精神疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 111　類型別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.0	2.2	2	0	7
	地域型	368	9.7	54.2	2	0	935
	連携型	73	6.5	20.4	1	0	152
	合計	457	8.9	49.3	2	0	935
		鑑別診断件数（実数） 22.前記のいずれにも含まれない精神疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.3	0.8	0	0	3
	地域型	364	4.0	41.9	0	0	746
	連携型	72	3.8	17.0	0	0	132
	合計	451	3.8	38.3	0	0	746

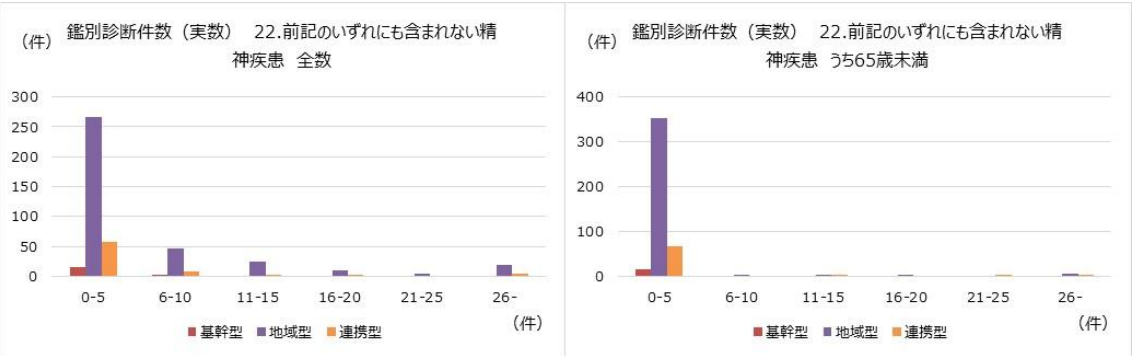


図 60　類型別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 112　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	6.3	29.7	1	0	349
	精神科病院	227	11.6	63.6	3	0	935
	診療所	37	6.4	24.9	0	0	152
	その他	0					
	合計	457	8.9	49.3	2	0	935

		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	2.5	19.7	0	0	261
	精神科病院	225	5.0	50.4	0	0	746
	診療所	37	3.8	21.7	0	0	132
	その他	0					
	合計	451	3.8	38.3	0	0	746

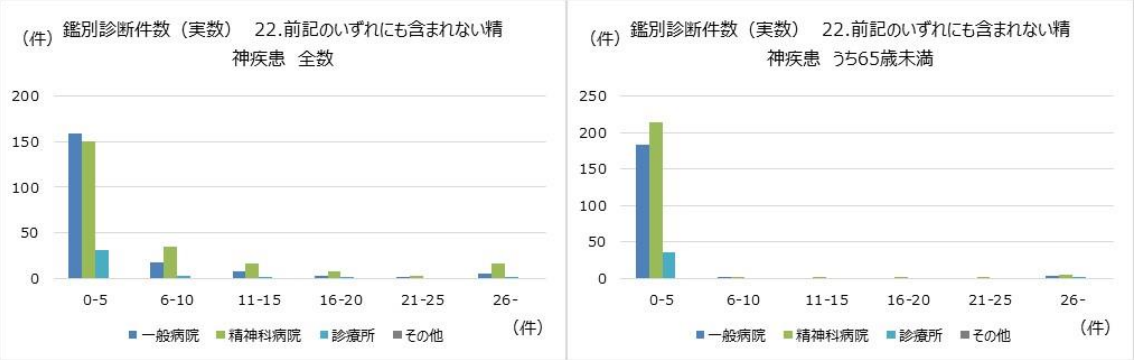


図 61　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

23）前記のいずれにも含まれない神経疾患：類型別（表 113, 図 62），医療機関種別（表 114, 図 63）に，前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 113　類型別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	2.9	3.6	2	0	13
	地域型	363	6.0	30.1	1	0	400
	連携型	72	1.6	3.8	0	0	24
	合計	451	5.2	27.1	0	0	400

		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.7	1.6	0	0	6
	地域型	363	2.2	17.2	0	0	228
	連携型	71	0.5	2.7	0	0	23
	合計	449	1.8	15.6	0	0	228

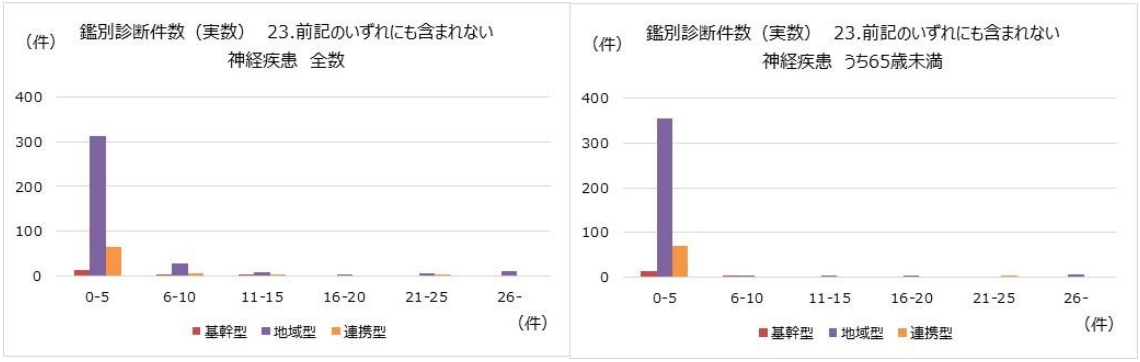


図 62　類型別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 114　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	6.8	37.1	1	0	400
	精神科病院	225	4.3	17.8	0	0	209
	診療所	37	1.6	3.3	0	0	13
	その他	0					
	合計	451	5.2	27.1	0	0	400

		鑑別診断件数（実数） 23.前記のいずれにも含まれない神経疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	2.4	20.2	0	0	228
	精神科病院	225	1.7	12.1	0	0	136
	診療所	37	0.1	0.4	0	0	2
	その他	0					
	合計	449	1.8	15.6	0	0	228

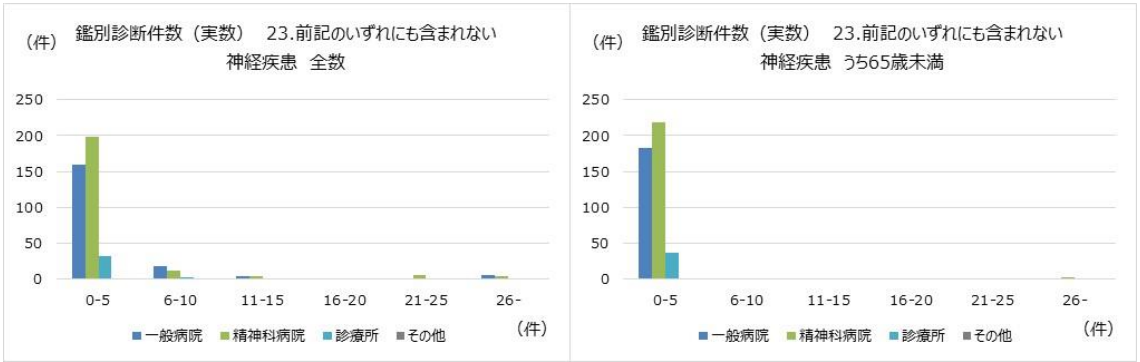


図 63　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

24）前記のいずれにも含まれない疾患：類型別（表 115，図 64），医療機関種別（表 116，図 65）に，前記のいずれにも含まれない疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．医療機関の特性によって件数に差があった．

表 115　類型別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.8	2.3	1	0	8
	地域型	365	6.7	64.4	1	0	1219
	連携型	72	1.4	2.5	0	0	13
	合計	453	5.7	57.8	1	0	1219

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.4	0.5	0	0	1
	地域型	363	2.6	36.3	0	0	689
	連携型	71	0.4	1.5	0	0	8
	合計	449	2.2	32.7	0	0	689

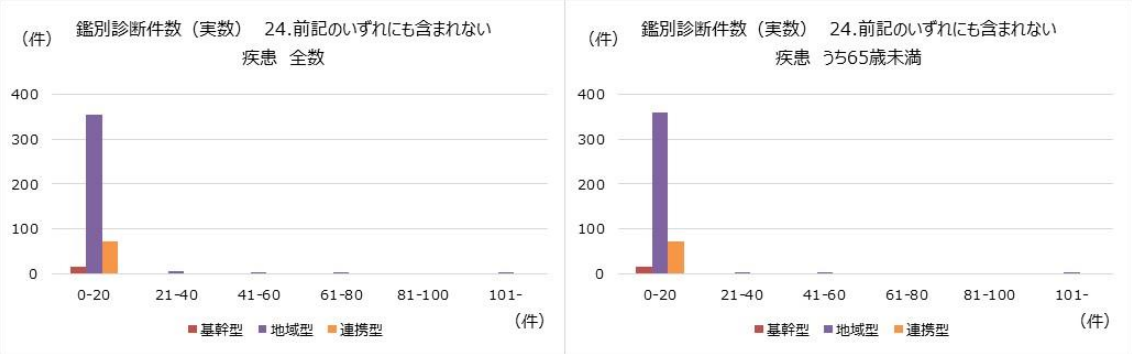


図 64　類型別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 116　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	9.8	88.9	1	0	1219
	精神科病院	226	2.9	7.5	1	0	67
	診療所	37	1.4	2.5	0	0	10
	その他	0					
	合計	453	5.7	57.8	1	0	1219

		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	187	4.2	50.4	0	0	689
	精神科病院	225	0.8	4.6	0	0	60
	診療所	37	0.3	1.2	0	0	7
	その他	0					
	合計	449	2.2	32.7	0	0	689

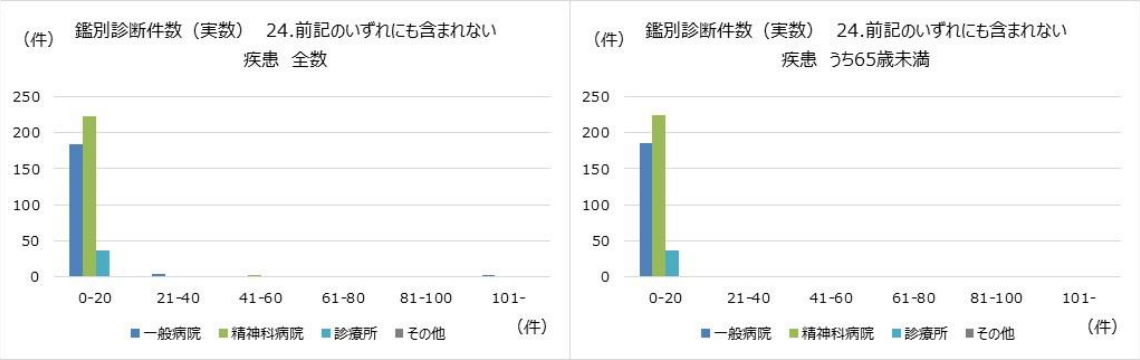


図 65　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

25）診断保留：類型別（表 117，図 66），医療機関種別（表 118，図 67）に，前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値で基幹型，一般病院に多く，医療機関の特性によって件数に差があった．

表 117　類型別　診断保留件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	8.4	9.6	6	0	36
	地域型	363	5.7	12.6	1	0	87
	連携型	70	4.1	9.9	0	0	66
	合計	449	5.6	12.1	1	0	87
		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	16	1.3	2.3	0	0	9
	地域型	363	0.3	1.1	0	0	12
	連携型	69	0.2	0.8	0	0	5
	合計	448	0.4	1.2	0	0	12

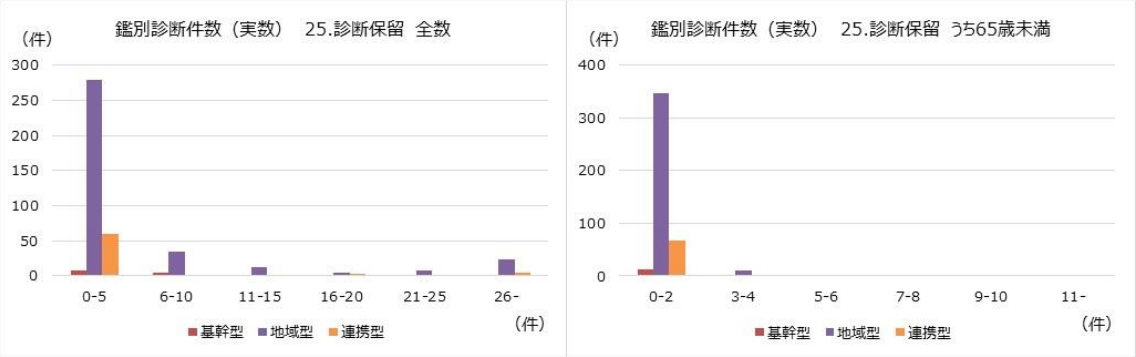


図 66　類型別　診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 118　医療機関種別　診断保留件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	6.3	11.6	2	0	87
	精神科病院	224	5.2	12.6	1	0	83
	診療所	35	4.3	12.2	0	0	66
	その他	0					
	合計	449	5.6	12.1	1	0	87
		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	188	0.5	1.2	0	0	9
	精神科病院	224	0.3	1.2	0	0	12
	診療所	36	0.2	0.8	0	0	4
	その他	0					
	合計	448	0.4	1.2	0	0	12

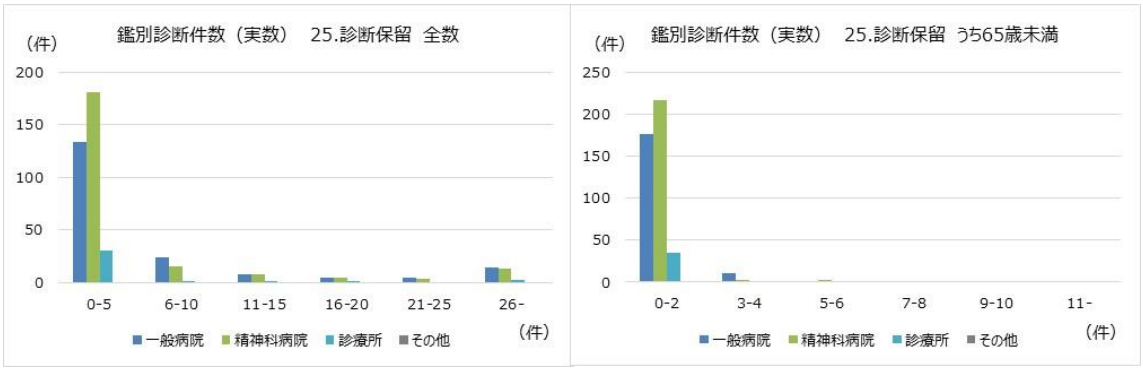


図 67　医療機関種別　診断保留件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

26）全鑑別診断件数：類型別（表 119，図 68），医療機関種別（表 120，図 69）に，全ての鑑別診断件数について，それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す．全数の中央値では地域型および一般病院が，65 歳未満のものの中央値では地域型および一般病院・精神科病院が多かった．また認知症関連疾患の鑑別件数の構成比について，構成比 A（MCI を含む），構成比 B（MCI を含まない）を示す（表 107，図 68，図 69）．

表 119　類型別　全鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　合計　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	188.8	90.2	166	82	344
	地域型	368	307.6	301.3	246	12	2914
	連携型	73	169.5	156.8	130	17	1155
	合計	457	281.4	283.0	219	12	2914
		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	15.1	9.6	12	0	36
	地域型	368	24.1	126.1	5	0	1624
	連携型	73	15.8	36.5	3	0	223
	合計	457	22.4	114.1	5	0	1624

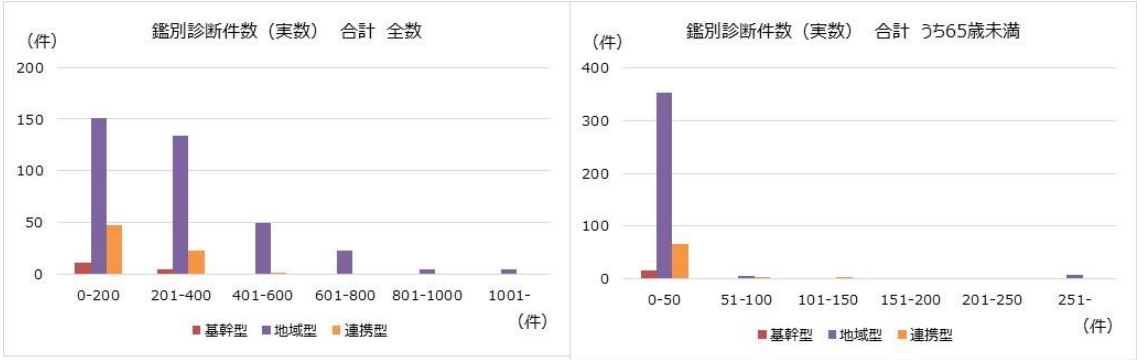


図 68　類型別　全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 120　医療機関種別　全鑑別診断件数（上段：全数，下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　合計　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	298.1	330.2	229	12	2914
	精神科病院	227	281.6	248.1	224	13	2824
	診療所	37	193.6	192.1	157	33	1155
	その他	0					
	合計	457	281.4	283.0	219	12	2914

		鑑別診断件数（実数）　合計　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	193	22.8	116.3	8	0	1584
	精神科病院	227	23.6	120.6	5	0	1624
	診療所	37	13.5	37.1	3	0	223
	その他	0					
	合計	457	22.4	114.1	5	0	1624

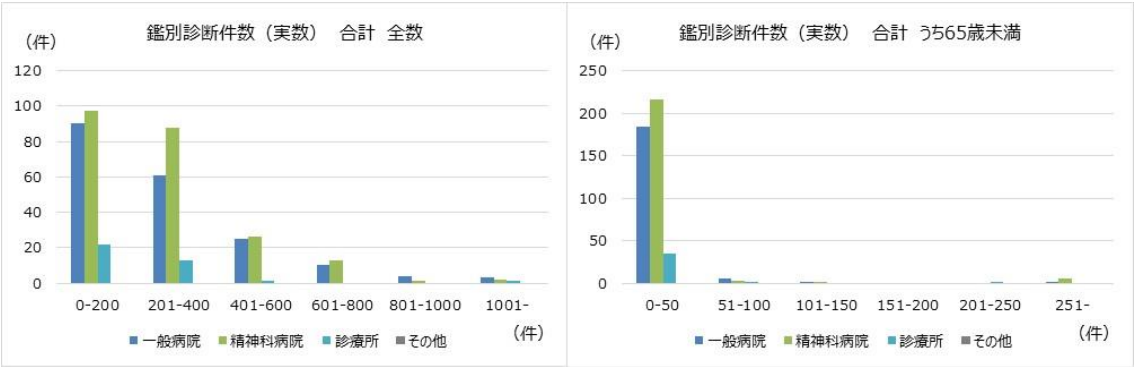


図 69　医療機関種別　全鑑別診断件数（左：全数，右：うち 65 歳未満）

表 121　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（左：全数，右うち 65 歳未満）

	認知症関連疾患　全数			65歳未満の認知症関連疾患		
診断名	全鑑別診断患者数	構成比A	構成比B	うち65歳未満患者数	構成比A	構成比B
軽度認知障害(ＭＣＩ)	17314 人	17.6%	-	563 人	26.0%	-
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	54498 人	55.4%	67.2%	885 人	40.8%	55.2%
血管性認知症(F01)	6151 人	6.3%	7.6%	129 人	6.0%	8.0%
レビー小体型認知症(G31,F02)	5955 人	6.1%	7.3%	101 人	4.7%	6.3%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	1960 人	2.0%	2.4%	140 人	6.5%	8.7%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	232 人	0.2%	0.3%	15 人	0.7%	0.9%
物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	795 人	0.8%	1.0%	100 人	4.6%	6.2%
ＨＩＶ感染による認知症(B20,F02)	4 人	0.0%	0.0%	0 人	0.0%	0.0%
プリオン病による認知症(A81,F02)	28 人	0.0%	0.0%	2 人	0.1%	0.1%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	404 人	0.4%	0.5%	14 人	0.6%	0.9%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	41 人	0.0%	0.1%	3 人	0.1%	0.2%
正常圧水頭症(G91)	847 人	0.9%	1.0%	16 人	0.7%	1.0%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1204 人	1.2%	1.5%	82 人	3.8%	5.1%
複数の病因による認知症(F02)	4905 人	5.0%	6.1%	40 人	1.8%	2.5%
詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)	4033 人	4.1%	5.0%	77 人	3.6%	4.8%
合計A（軽度認知障害を含む）	98371 人	100.0%	-	2167 人	100.0%	-
合計B（軽度認知障害を含まない）	81057 人	-	100.0%	1604 人	-	100.0%

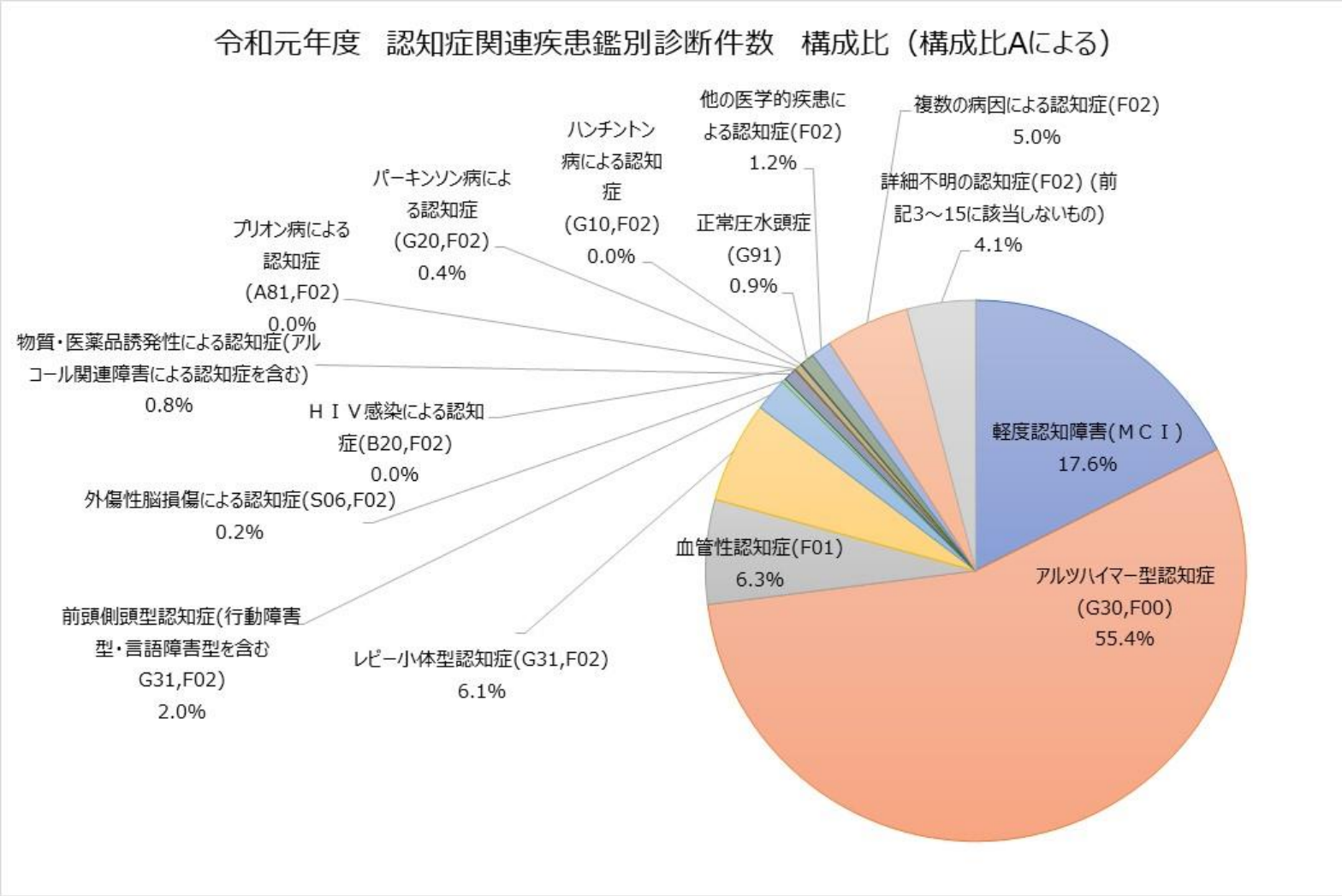


図 70　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含む構成比 A による）

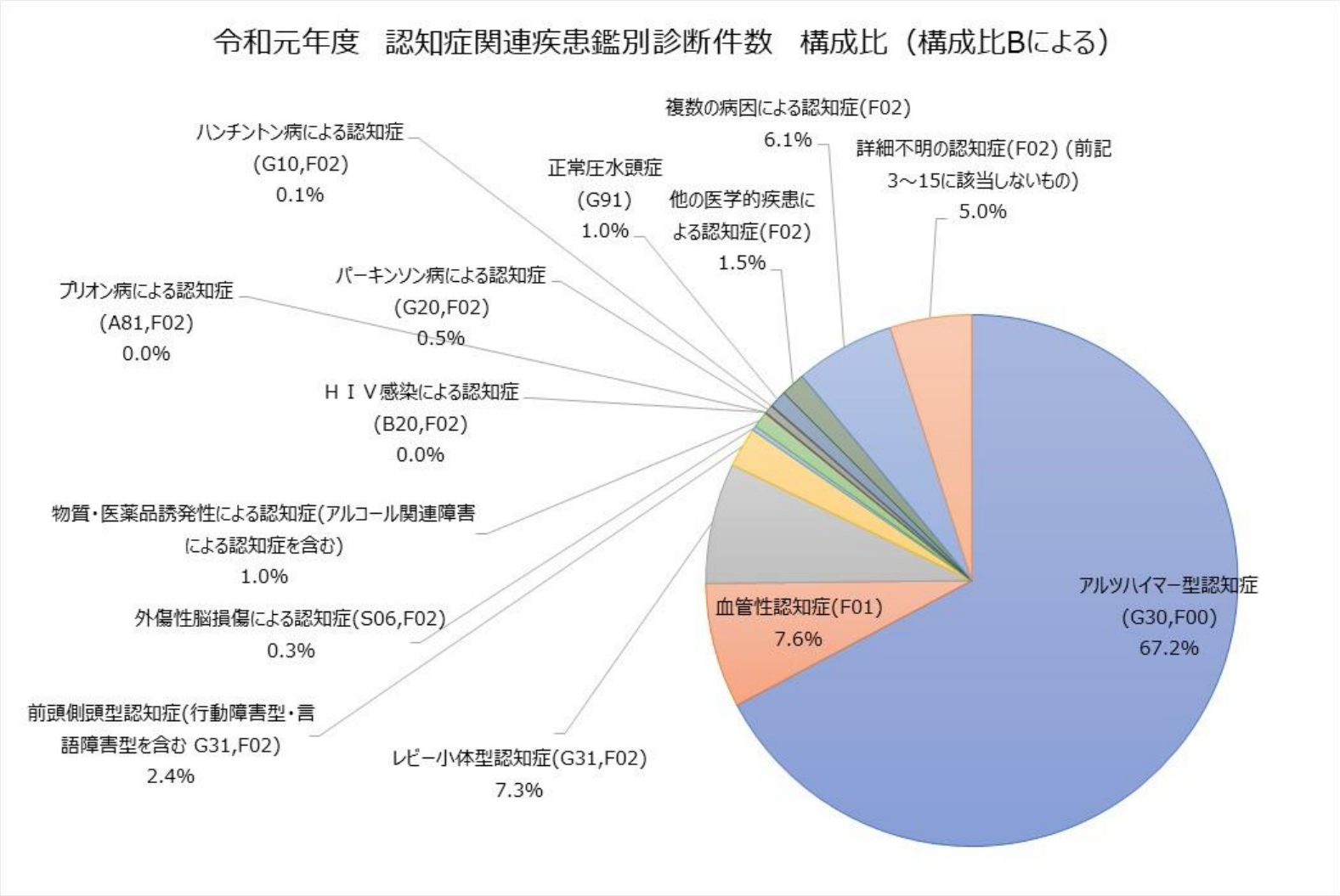


図 71　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含まない構成比 B による

Ⅱ-5. 初診までの待機日数

類型別（表 122，図 72），医療機関種別（表 123，図 73）に，初診までの待機日数を示す．空欄であった 6 件は欠損としたが，待機日数を確認していない可能性がある．基幹型の 42.9%は 15 日～1 か月未満の待機日数であり，地域型の 49.6%，連携型の 77.8%が 14 日未満の待機日数であった．また，医療機関種別では，一般病院の 47.6%，精神科病院の 53.8%，診療所の 78.4%が 14 日未満の待機日数であった．

表 122　類型別　初診までの待機日数

		初診までの待機日数					
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	合計
合計		240	124	82	4	1	451
		53.2%	27.5%	18.2%	0.9%	0.2%	100.0%
類型	基幹型	3	6	4	1	0	14
		21.4%	42.9%	28.6%	7.1%	0.0%	100.0%
	地域型	181	106	74	3	1	365
		49.6%	29.0%	20.3%	0.8%	0.3%	100.0%
	連携型	56	12	4	0	0	72
		77.8%	16.7%	5.6%	0.0%	0.0%	100.0%

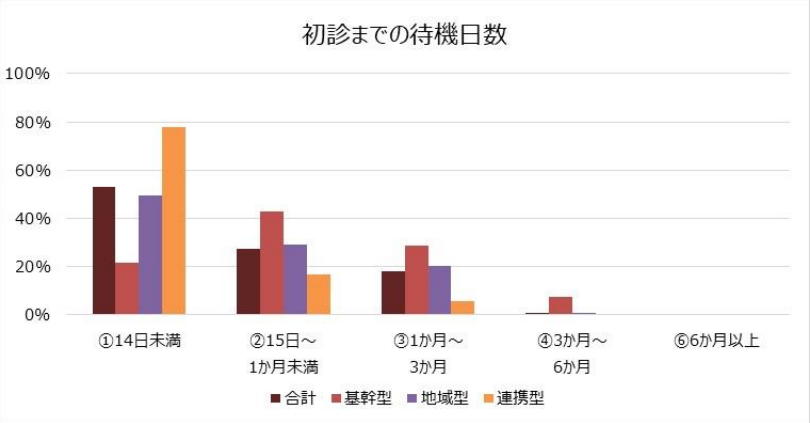


図 72　類型別　初診までの待機日数（再掲）

表 123　医療機関種別　初診までの待機日数

		初診までの待機日数					
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	合計
合計		240	124	82	4	1	451
		53.2%	27.5%	18.2%	0.9%	0.2%	100.0%
医療機関種別	一般病院	91	57	42	1	0	191
		47.6%	29.8%	22.0%	0.5%	0.0%	100.0%
	精神科病院	120	61	38	3	1	223
		53.8%	27.4%	17.0%	1.3%	0.4%	100.0%
	診療所	29	6	2	0	0	37
		78.4%	16.2%	5.4%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

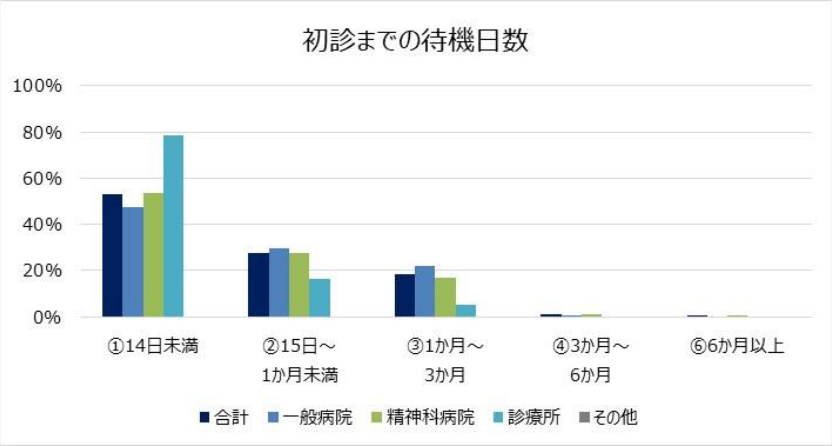


図 73　医療機関種別　初診までの待機日数（再掲）

Ⅱ-6. 診療報酬

1）認知症専門診断管理料 1：類型別の認知症専門診断管理料 1 算定の有無（表 124），年間算定件数（表 125）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 126），年間算定件数（表 127）を示す．空欄であった 2 件は欠損としたが，認知症専門診断管理料 1 の算定の有無について確認していないが，あるいは算定していない可能性がある．また算定が有であるが年間算定件数が空欄あるいは 0 件であった報告があるが，集計に含めた．基幹型の 93.8%，地域型の 73.3%，連携型の 52.8%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 73.6%，精神科病院の 66.8%，診療所の 80.6%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 124　類型別　認知症専門診断管理料 1　算定の有無

		認知症専門診断管理料1　算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	地域型	269	98	367
		73.3%	26.7%	100.0%
	連携型	38	34	72
		52.8%	47.2%	100.0%
	合計	322	133	455
		70.8%	29.2%	100.0%

表 125　類型別　認知症専門診断管理料 1　年間算定件数

		認知症専門診断管理料1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	51.9	72.2	16	0	226
	地域型	268	81.6	98.1	44	0	581
	連携型	38	24.2	33.8	14	0	191
	合計	321	73.4	93.6	38	0	581

表 126　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	142	51	193
		73.6%	26.4%	100.0%
	精神科病院	151	75	226
		66.8%	33.2%	100.0%
	診療所	29	7	36
		80.6%	19.4%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	322	133	455
		70.8%	29.2%	100.0%

表 127　医療機関種別　認知症専門診断管理料 1　年間算定件数

		認知症専門診断管理料1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	141	90.6	99.8	55	0	449
	精神科病院	151	66.3	91.4	31	0	581
	診療所	29	26.6	37.5	17	0	191
	その他	0					
	合計	321	73.4	93.6	38	0	581

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 128），年間算定件数（表 129）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 130），年間算定件数（表 131）を示す．空欄であった 7 件は欠損としたが，認知症専門診断管理料 2 の算定の有無について確認していない，あるいは算定していない可能性がある．また算定が有であるが年間算定件数が 0 件であった報告が複数あるが，集計に含めた．基幹型の 53.3%が算定しており，一方で地域型の 52.7%，連携型の 91.5%は算定していなかった．算定件数の中央値では地域型が多かった．また，医療機関種別では，一般病院の 46.1%が算定していたが，精神科病院の 57.6%，診療所の 91.4%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および診療所が多かった．

表 128　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	8	7	15
		53.3%	46.7%	100.0%
	地域型	172	192	364
		47.3%	52.7%	100.0%
	連携型	6	65	71
		8.5%	91.5%	100.0%
	合計	186	264	450
		41.3%	58.7%	100.0%

表 129　類型別　認知症専門診断管理料 2　年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	8	5.9	5.0	6	0	12
	地域型	172	25.2	39.1	11	0	250
	連携型	6	13.3	12.5	12	1	33
	合計	186	24.0	38.0	10	0	250

表 130　医療機関種別　認知症専門診断管理料 2　算定の有無

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	88	103	191
		46.1%	53.9%	100.0%
	精神科病院	95	129	224
		42.4%	57.6%	100.0%
	診療所	3	32	35
		8.6%	91.4%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	186	264	450
		41.3%	58.7%	100.0%

表 131　医療機関種別　認知症専門診断管理料 2　年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	88	21.2	36.7	8	0	185
	精神科病院	95	26.9	39.7	13	0	250
	診療所	3	15.0	6.2	13	10	22
	その他	0					
	合計	186	24.0	38.0	10	0	250

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 132），年間算定件数（表 133）および医療機関種別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 134），年間算定件数（表 135）を示す．空欄であった 11 件は欠損としたが，認知症ケア加算 1 の算定の有無について確認していない，あるいは算定していない可能性がある．基幹型の 56.3%，地域型の 74.2%，連携型の 95.7%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 51.0%，精神科病院の 96.8%，診療所の 94.1%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り，入院医療体制による影響もあると考えられた．

表 132　類型別　認知症ケア加算 1　算定の有無

		認知症ケア加算1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	7	9	16
		43.8%	56.3%	100.0%
	地域型	93	267	360
		25.8%	74.2%	100.0%
	連携型	3	67	70
		4.3%	95.7%	100.0%
	合計	103	343	446
		23.1%	76.9%	100.0%

表 133　類型別　認知症ケア加算 1　年間算定件数

		認知症ケア加算1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	7	2064.6	1424.1	1667	432	4139
	地域型	93	6327.8	7262.7	4741	41	49777
	連携型	3	6112	5922.5	6500	5	11831
	合計	103	6031.7	7038.6	4440	5	49777

表 134　医療機関種別　認知症ケア加算 1　算定の有無

		認知症ケア加算1　算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	94	98	192
		49.0%	51.0%	100.0%
	精神科病院	7	213	220
		3.2%	96.8%	100.0%
	診療所	2	32	34
		5.9%	94.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	103	343	446
		23.1%	76.9%	100.0%

表 135　医療機関種別　認知症ケア加算 1　年間算定件数

		認知症ケア加算1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	94	6160.2	7252.6	4435	41	49777
	精神科病院	7	5101.1	4422.0	7483	85	10170
	診療所	2	3252.5	4592.7	3253	5	6500
	その他	0					
	合計	103	6031.7	7038.6	4440	5	49777

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 136），年間算定件数（表 137）および医療機関種別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 138），年間算定件数（表 139）を示す．空欄であった 14 件は欠損としたが，認知症ケア加算 2 の算定の有無について確認していない，あるいは算定していない可能性がある．また算定が有であって件数が 0 件の報告があるが，集計に含めた．基幹型の 86.7%，地域型の 84.4%，連携型の 80.0%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 68.9%，精神科病院の 94.5%，診療所の 97.1%が算定しておらず，算定している医療機関でもそれぞれ大きな差があった．

表 136　類型別　認知症ケア加算 2　算定の有無

		認知症ケア加算2　算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	2	13	15
		13.3%	86.7%	100.0%
	地域型	56	302	358
		15.6%	84.4%	100.0%
	連携型	14	56	70
		20.0%	80.0%	100.0%
	合計	72	371	443
		16.3%	83.7%	100.0%

表 137　類型別　認知症ケア加算 2　年間算定数

		認知症ケア加算2　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	2	5157.5	5695.7	5158	1130	9185
	地域型	55	10792.3	14934.0	4634	0	77746
	連携型	14	6296.7	8483.2	2420	3	28036
	合計	71	9747.1	13773.8	4323	0	77746

表 138　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	59	131	190
		31.1%	68.9%	100.0%
	精神科病院	12	207	219
		5.5%	94.5%	100.0%
	診療所	1	33	34
		2.9%	97.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	72	371	443
		16.3%	83.7%	100.0%

表 139　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	58	10816.0	14583.1	5068	0	77746
	精神科病院	12	5392.5	8363.9	1431	0	29241
	診療所	1	3.0		3	3	3
	その他	0					
	合計	71	9747.1	13773.8	4323	0	77746

Ⅱ-7. 認知症疾患医療センターへの受診の経緯

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

1）地域包括支援センターからの受診（表 140，141，図 73）

地域包括支援センターからの受診は，中央値では地域型および精神科病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 17 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 373 件/年と開きがあった.

表 140　類型別　地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯　地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	2.7	3.6	0	0	9
	地域型	354	20.4	31.8	12	0	373
	連携型	71	10.3	12.5	7	0	72
	合計	440	18.2	29.4	10	0	373

表 141　医療機関種別　地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯　地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	12.2	21.2	5	0	194
	精神科病院	217	24.2	35.7	13	0	373
	診療所	37	12.8	11.4	11	0	44
	その他	0					
	合計	440	18.2	29.4	10	0	373

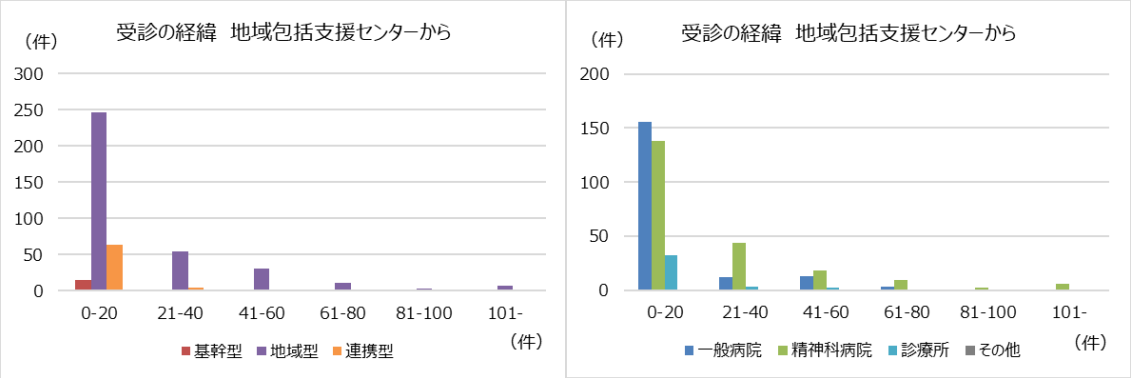


図 73　地域包括支援センターからの受診（再掲）

2）医療機関（かかりつけ医等）から（表 142，143，図 74）

医療機関（かかりつけ医等）からの受診は，中央値では基幹型および一般病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 12 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 1439 件/年と大きな開きがあった．

表 142　類型別　医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯　医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	167.3	102.9	131	48	375
	地域型	358	159.0	168.8	117	0	1439
	連携型	71	47.4	42.8	34	0	208
	合計	445	141.5	158.9	96	0	1439

表 143　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯　医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	165.6	186.3	123	0	1439
	精神科病院	218	135.9	138.6	97	0	1195
	診療所	37	50.4	39.8	40	0	151
	その他	0					
	合計	445	141.5	158.9	96	0	1439

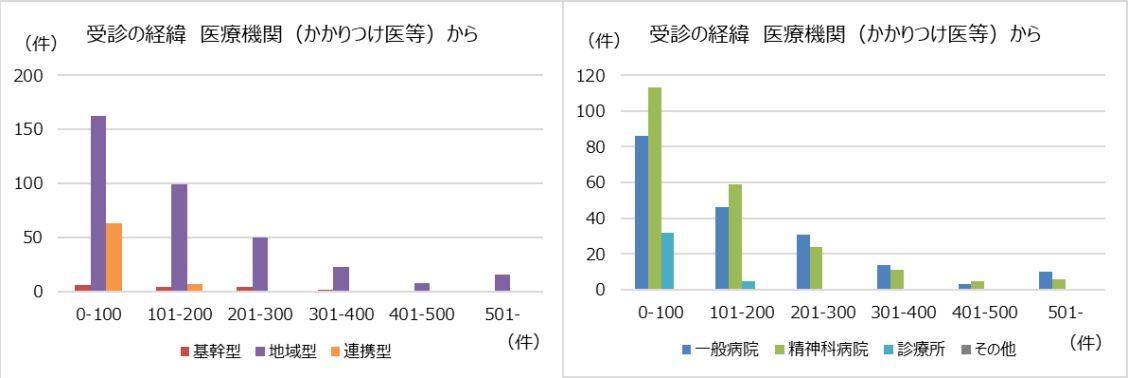


図 74　医療機関（かかりつけ医等）からの受診（再掲）

3）居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から（表 144，145，図 75）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診は，中央値では地域型および精神科病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 17 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 597 件/年と大きな開きがあった．

表 144　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	4.5	13.0	1	0	51
	地域型	354	39.1	65.0	20	0	597
	連携型	71	21.2	27.7	10	0	127
	合計	440	35.0	60.0	18	0	597

表 145　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	14.5	31.9	3	0	290
	精神科病院	217	54.7	74.2	35	0	597
	診療所	37	22.4	30.2	8	0	127
	その他	0					
	合計	440	35.0	60.0	18	0	597

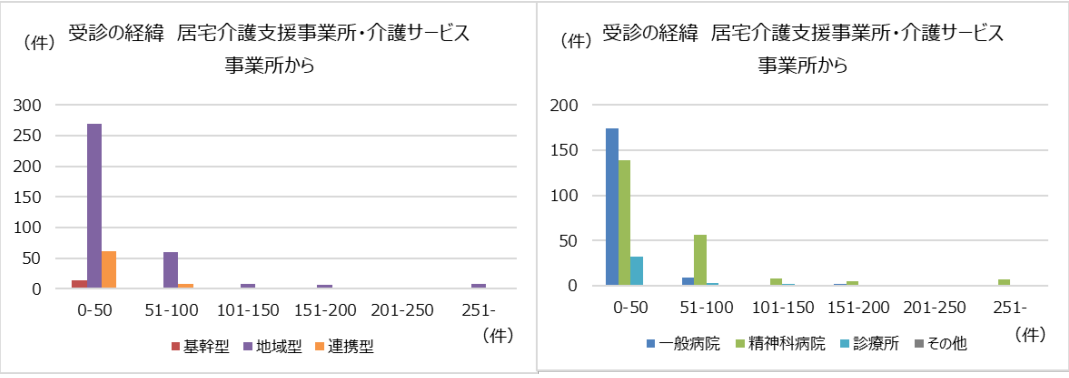


図 75　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診（再掲）

4）行政機関から（表 146，147，図 76）

行政機関からの受診は，中央値では地域型および精神科病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 23 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 199 件/年であった．

表 146　類型別　行政機関からの受診

		受診の経緯　行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	0.9	1.6	0	0	5
	地域型	349	8.8	19.6	3	0	199
	連携型	70	5.1	10.2	2	0	67
	合計	434	7.9	18.1	3	0	199

表 147　医療機関種別　行政機関からの受診

		受診の経緯　行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	183	6.5	14.1	1	0	101
	精神科病院	214	9.7	21.9	4	0	199
	診療所	37	5.0	8.5	2	0	47
	その他	0					
	合計	434	7.9	18.1	3	0	199

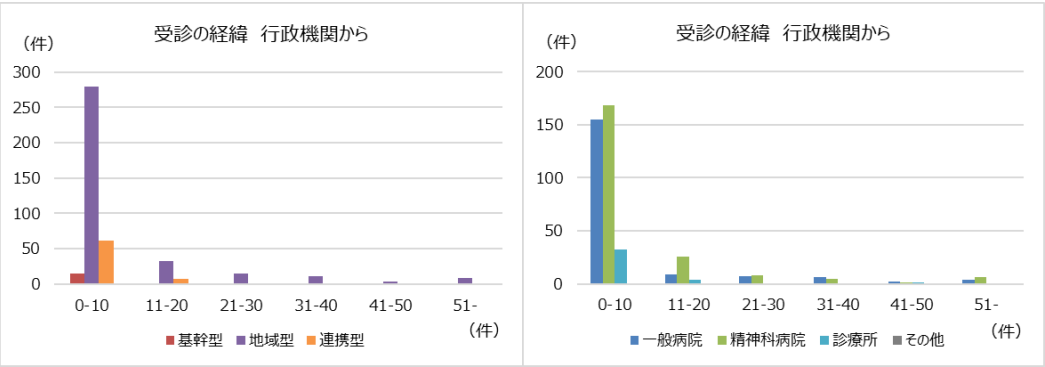


図 76　行政機関からの受診（再掲）

5）その他（表 148，149，図 77）

その他からの受診は，中央値では基幹型および精神科病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 19 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 1665 件/年と大きな開きがあった．

表 148　類型別　その他からの受診

		受診の経緯　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	17.9	17.4	10	0	45
	地域型	352	55.4	145.0	9	0	1665
	連携型	71	22.5	42.1	4	0	242
	合計	438	48.8	131.7	7	0	1665

表 149　医療機関種別　その他からの受診

		受診の経緯　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	186	53.0	162.1	4	0	1665
	精神科病院	215	50.4	111.4	11	0	1207
	診療所	37	17.8	29.5	5	0	119
	その他	0					
	合計	438	48.8	131.7	7	0	1665

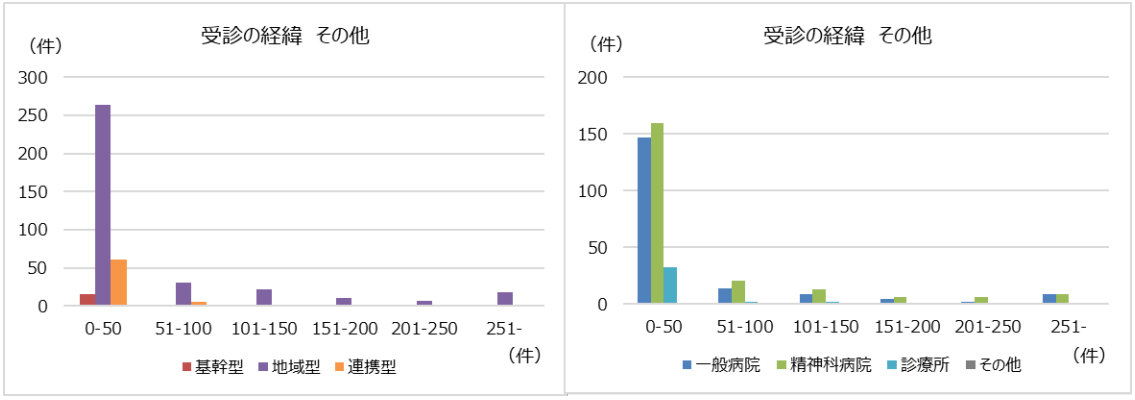


図 77　その他からの受診（再掲

Ⅱ-8. 認知症疾患医療センター受診後の情報提供

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

1）地域包括支援センターへの情報提供（表 150，151，図 78）

地域包括支援センターへの情報提供は，中央値では基幹型および精神科病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 19 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 660 件/年と大きな開きがあった．

表 150　類型別　地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供　地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	37.1	86.8	11	0	341
	地域型	352	26.1	52.4	10	0	660
	連携型	71	10.2	14.0	4	0	56
	合計	438	23.9	50.2	10	0	660

表 151　医療機関種別　地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供　地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	185	25.0	62.6	9	0	660
	精神科病院	216	24.9	41.3	11	0	373
	診療所	37	12.2	14.4	6	0	50
	その他	0					
	合計	438	23.9	50.2	10	0	660

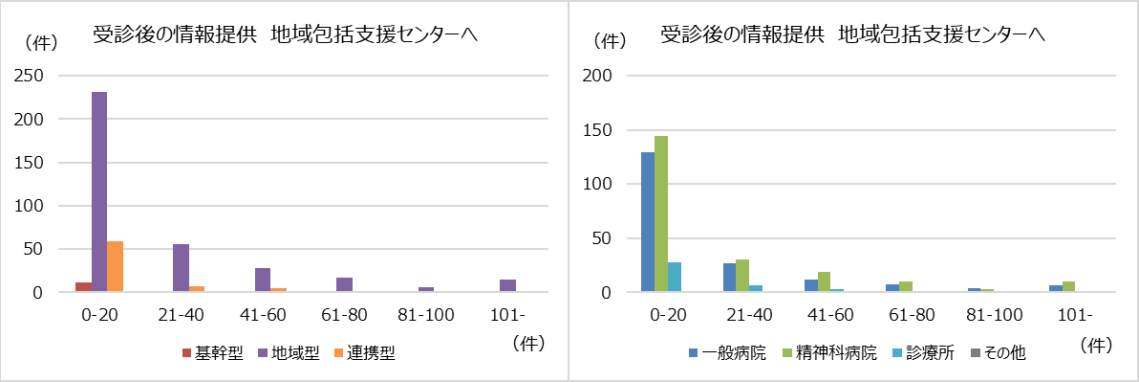


図 78　地域包括支援センターへの情報提供（再掲）

2）医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（表 152，153，図 79）

医療機関（かかりつけ医等）への情報提供は，中央値で地域型および一般病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 14 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 1313 件/年と大きな開きがあった．

表 152　類型別　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供　医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	140.2	96.7	102	11	306
	地域型	358	161.3	166.2	117	0	1313
	連携型	70	60.8	113.0	30	0	861
	合計	443	144.7	161.0	95	0	1313

表 153　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供　医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	189	167.2	183.2	103	0	1313
	精神科病院	217	136.8	137.8	100	0	831
	診療所	37	76.4	146.5	32	0	861
	その他	0					
	合計	443	144.7	161.0	95	0	1313

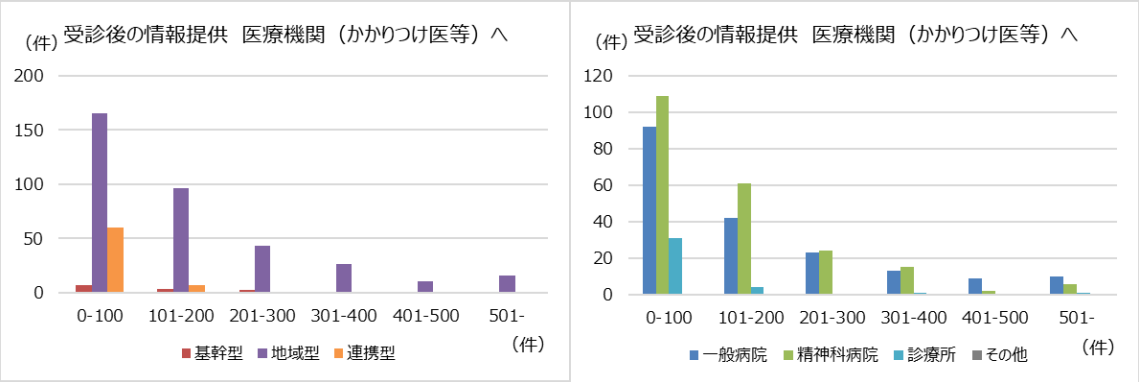


図 79　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（再掲）

3）居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（表 154，155，図 80）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供は，中央値で地域型および精神科病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 18 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 813 件/年と大きな開きがあった．

表 154　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	26.6	51.6	8	0	184
	地域型	353	38.0	82.2	15	0	813
	連携型	71	25.5	46.5	5	0	228
	合計	439	35.6	76.7	13	0	813

表 155　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	185	21.3	52.0	6	0	564
	精神科病院	217	47.8	93.5	24	0	813
	診療所	37	35.8	58.3	5	0	228
	その他	0					
	合計	439	35.6	76.7	13	0	813

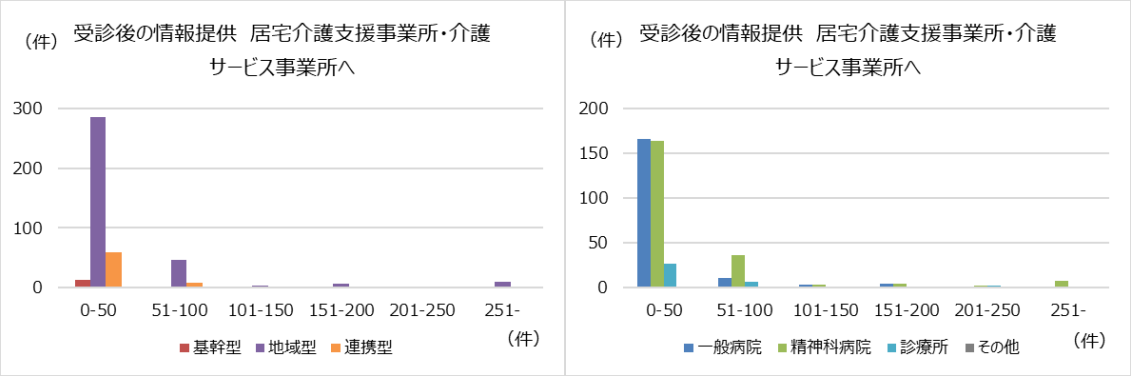


図 80　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（再掲）

4）行政機関への情報提供（表 156，157，図 81）

行政機関への情報提供は，中央値で地域型および精神科病院で多かった．項目の欠損値（空欄）は 27 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 199 件/年であった．

表 156　類型別　行政機関への情報提供

		受診後の情報提供　行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	7.3	19.3	0	0	76
	地域型	346	7.4	20.3	2	0	199
	連携型	69	9.8	27.3	1	0	133
	合計	430	7.8	21.5	2	0	199

表 157　医療機関種別　行政機関への情報提供

		受診後の情報提供　行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	183	7.1	20.6	1	0	154
	精神科病院	210	7.6	20.2	2	0	199
	診療所	37	12.4	31.1	1	0	133
	その他	0					
	合計	430	7.8	21.5	2	0	199

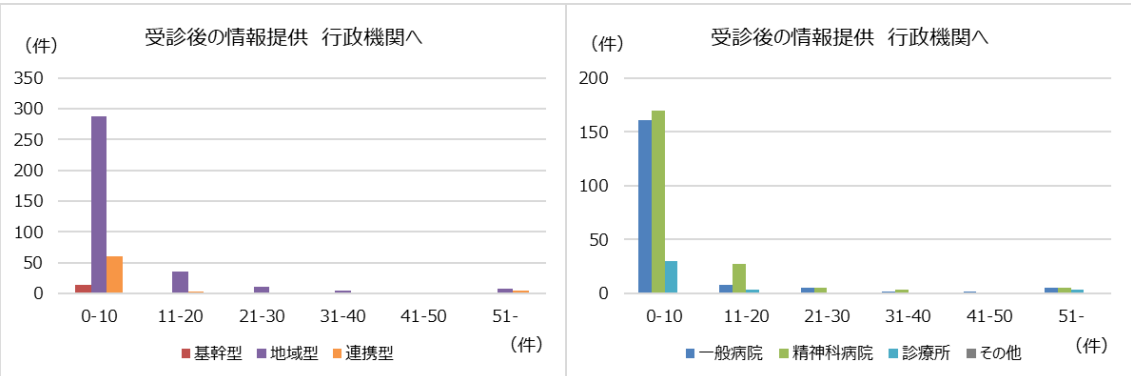


図 81　行政機関への情報提供（再掲）

5）その他への情報提供（表 158，159，図 82）

その他への情報提供は，中央値で基幹型および診療所で多かった．項目の欠損値（空欄）は 19 件あり，経緯別の集計が困難な状況であったか，0 件であった可能性がある．最小値は 0 件/年，最大値は 973 件/年と大きな開きがあった．

表 158　類型別　その他への情報提供

		受診後の情報提供　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	29.7	95.7	2	0	374
	地域型	353	20.5	68.8	1	0	973
	連携型	70	15.3	29.3	1	0	106
	合計	438	20.0	65.2	1	0	973

表 159　医療機関種別　その他への情報提供

		受診後の情報提供　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	187	15.7	48.1	1	0	374
	精神科病院	214	24.6	80.6	1	0	973
	診療所	37	14.8	29.2	2	0	106
	その他	0					
	合計	438	20.0	65.2	1	0	973

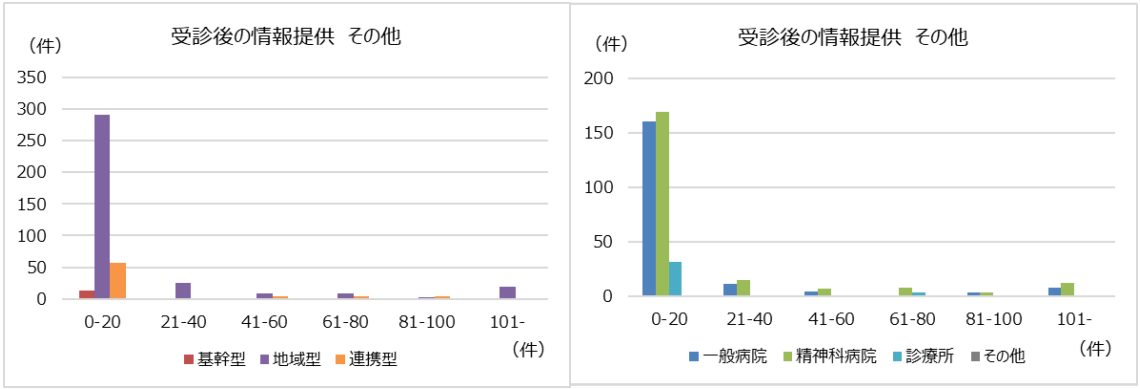


図 82　その他への情報提供（再掲）

Ⅲ．身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能

Ⅲ-1．指定状況

1）救急医療機関の指定：救急医療機関の指定の有無について類型別（表 160），および医療機関種別（表 161）に示す．空欄であった 15 件は欠損としたが，救急医療機関の指定を確認していないか，あるいは指定されていない可能性がある．基幹型の 100%，一般病院の 74.2%が指定されていたが，地域型の 64.9%，連携型の 80.0%，精神科病院の 94.0%，診療所の 97.1%は指定されていなかった．

表 160　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	125	231	356
		35.1%	64.9%	100.0%
	連携型	14	56	70
		20.0%	80.0%	100.0%
	合計	155	287	442
		35.1%	64.9%	100.0%

表 161　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	141	49	190
		74.2%	25.8%	100.0%
	精神科病院	13	205	218
		6.0%	94.0%	100.0%
	診療所	1	33	34
		2.9%	97.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	155	287	442
		35.1%	64.9%	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 162），および医療機関種別（表 163）に示す．空欄であった 17 件は欠損としたが，高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定を確認していないか，指定されていない可能性がある．基幹型の 56.3%は指定されていたが，地域型の 88.7%，連携型の 100%，一般病院の 73.9%，精神科病院の 100%，診療所の 100%は指定されていなかった．

表 162　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	7	16
		56.3%	43.8%	100.0%
	地域型	40	315	355
		11.3%	88.7%	100.0%
	連携型	0	69	69
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	49	391	440
		11.1%	88.9%	100.0%

表 163　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	49	139	188
		26.1%	73.9%	100.0%
	精神科病院	0	218	218
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	34	34
		0.0%	100.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	49	391	440
		11.1%	88.9%	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 164，図 83），および医療機関種別（表 165，図 84）に示す．全体の 82.1%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 164　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	305	63	368
		82.9%	17.1%	100.0%
	連携型	54	19	73
		74.0%	26.0%	100.0%
	合計	375	82	457
		82.1%	17.9%	100.0%

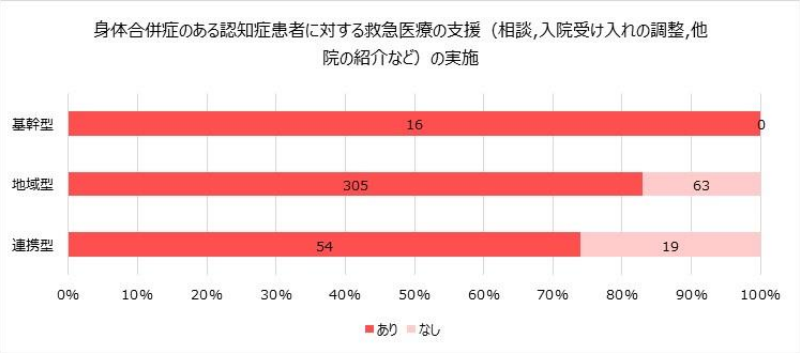


図 83　類型別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

表 165　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	175	18	193
		90.7%	9.3%	100.0%
	精神科病院	174	53	227
		76.7%	23.3%	100.0%
	診療所	26	11	37
		70.3%	29.7%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	375	82	457
		82.1%	17.9%	100.0%

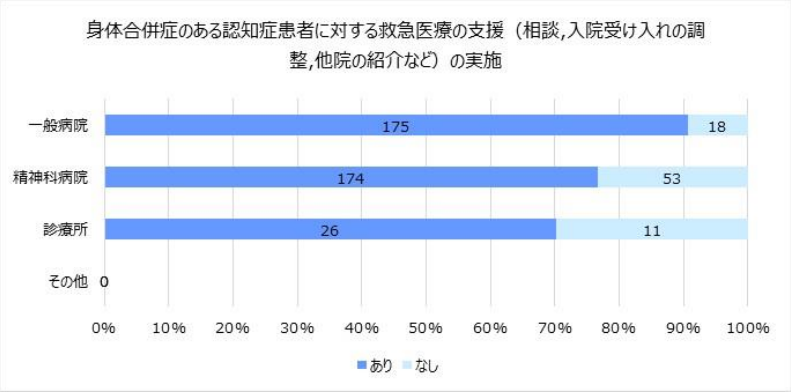


図 84　医療機関別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

2)一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施：類型別（表 166, 図 85），および医療機関種別（表 167, 図 86）に示す．基幹型の 87.5%，一般病院の 63.2%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 63.0%，連携型の 90.4%，精神科病院の 85.9%，診療所の 91.9%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 166　類型別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	地域型	136	232	368
		37.0%	63.0%	100.0%
	連携型	7	66	73
		9.6%	90.4%	100.0%
	合計	157	300	457
		34.4%	65.6%	100.0%

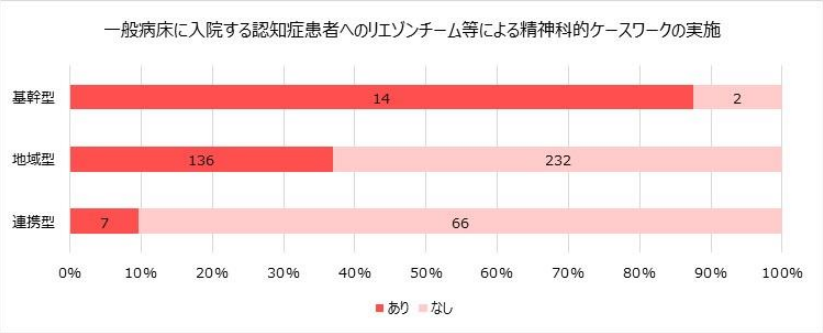


図 85　類型別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（再掲）

表 167　医療機関種別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	122	71	193
		63.2%	36.8%	100.0%
	精神科病院	32	195	227
		14.1%	85.9%	100.0%
	診療所	3	34	37
		8.1%	91.9%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	157	300	457
		34.4%	65.6%	100.0%

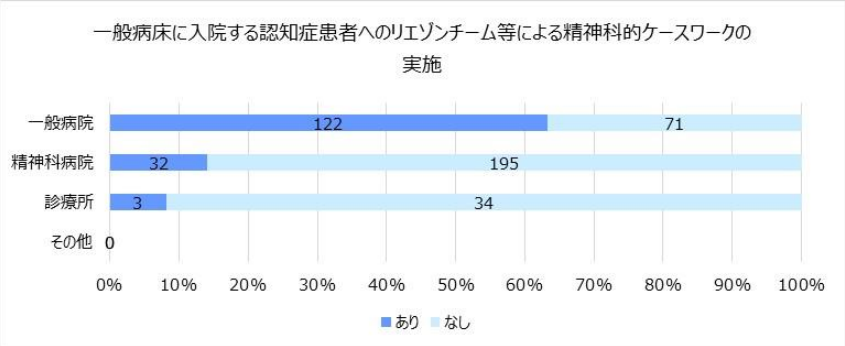


図 86　医療機関種別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（再掲）

3）認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施：類型別（表 168，図 87），および医療機関種別（表 169，図 88）に示す．類型別で特別な傾向は見られず，全体の 64.5%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 78.8%，精神科病院の 57.3%が実施しており，認知症に関する情報提供の必要な他科の存在の有無により，研修会の実施の有無が影響されていた可能性がある．

表 168　類型別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	10	6	16
		62.5%	37.5%	100.0%
	地域型	251	117	368
		68.2%	31.8%	100.0%
	連携型	38	35	73
		52.1%	47.9%	100.0%
	合計	299	158	457
		65.4%	34.6%	100.0%

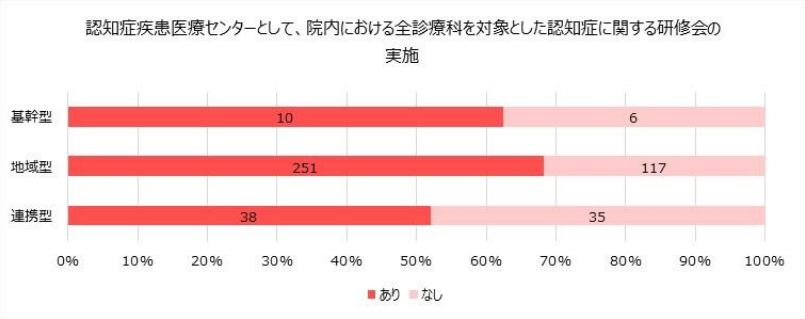


図 87　類型別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

表 169　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	152	41	193
		78.8%	21.2%	100.0%
	精神科病院	130	97	227
		57.3%	42.7%	100.0%
	診療所	17	20	37
		45.9%	54.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	299	158	457
		65.4%	34.6%	100.0%

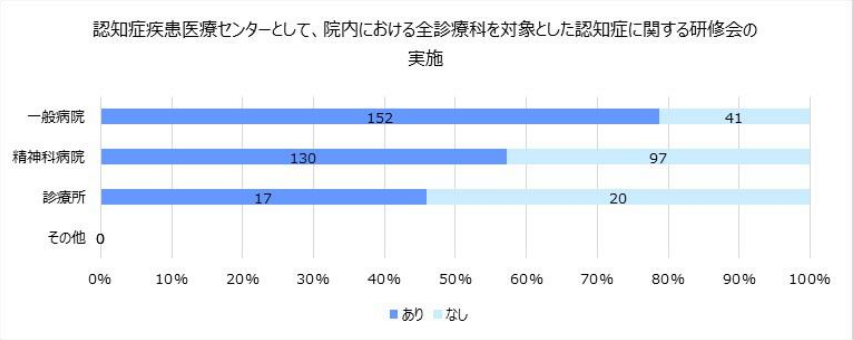


図 88　医療機関種別　認知症疾患医療センターとして，院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

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 170，図 89），および医療機関種別（表 171，図 90）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 37.8%，連携型の 30.1%も同様の空床を確保していた．医療機関種別では診療所の 94.6%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 170　類型別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者対応する空床確保

		休日,夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	139	229	368
		37.8%	62.2%	100.0%
	連携型	22	51	73
		30.1%	69.9%	100.0%
	合計	177	280	457
		38.7%	61.3%	100.0%

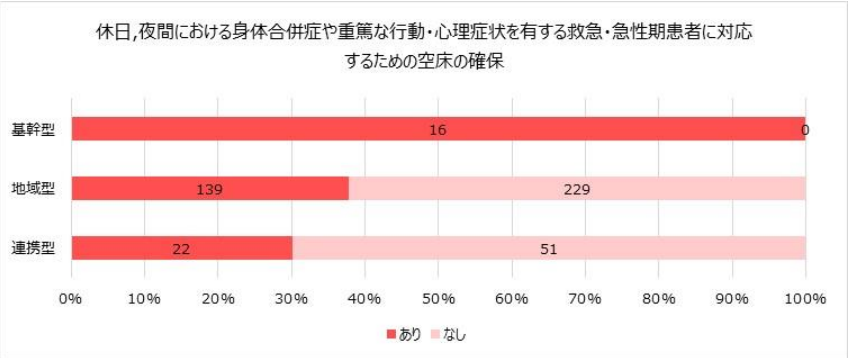


図 89　類型別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

表 171　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	81	112	193
		42.0%	58.0%	100.0%
	精神科病院	94	133	227
		41.4%	58.6%	100.0%
	診療所	2	35	37
		5.4%	94.6%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	177	280	457
		38.7%	61.3%	100.0%

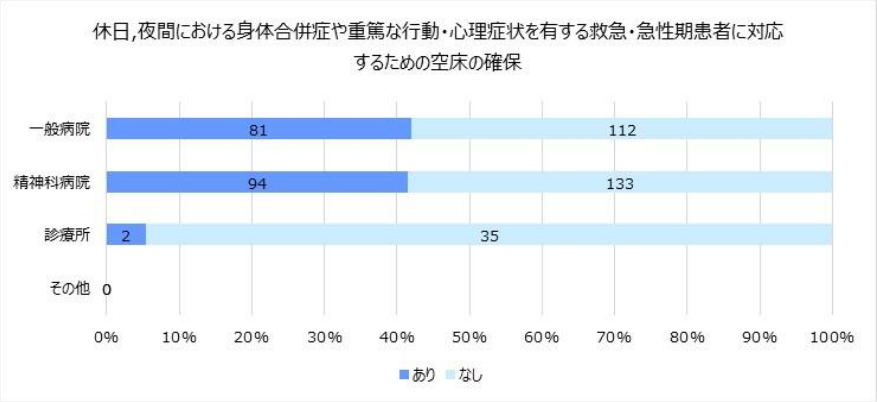


図 90　医療機関種別　休日,夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

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 172，図 91，92，93），および医療機関種別（表 173，図 94，95，96）に示す．項目の欠損値（空欄）は 256 件あり，確保している空床数について確認していないか，空床数がない可能性がある．確保している病床数は全体としては地域型で多かった．医療機関種別にみると，一般病床は一般病院で，精神病床は精神科病院において多かった．

表 172　類型別　確保している空床数（上段：一般病床，中段：精神病床，下段：その他）

		確保している空床数　一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	0.4	0.5	0	0	1
	地域型	170	8.6	86.1	0	0	1123
	連携型	21	0.7	2.2	0	0	10
	合計	201	7.3	79.2	0	0	1123

		確保している空床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	1.0	0.0	1	1	1
	地域型	209	2.5	18.4	1	0	261
	連携型	28	0.5	0.6	1	0	2
	合計	250	2.2	16.8	1	0	261

		確保している空床数　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	7	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	140	0.1	0.5	0	0	6
	連携型	18	0.1	0.2	0	0	1
	合計	165	0.1	0.5	0	0	6

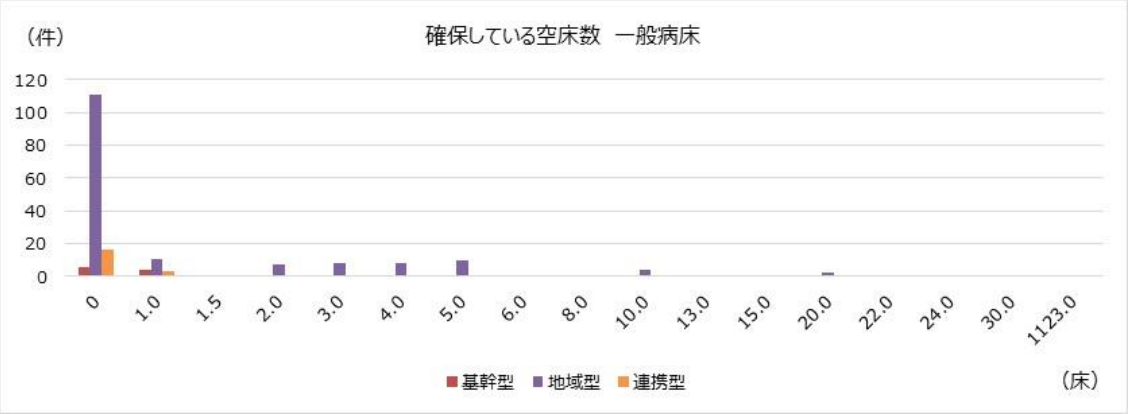


図 91　類型別　確保している空床数（一般病床）

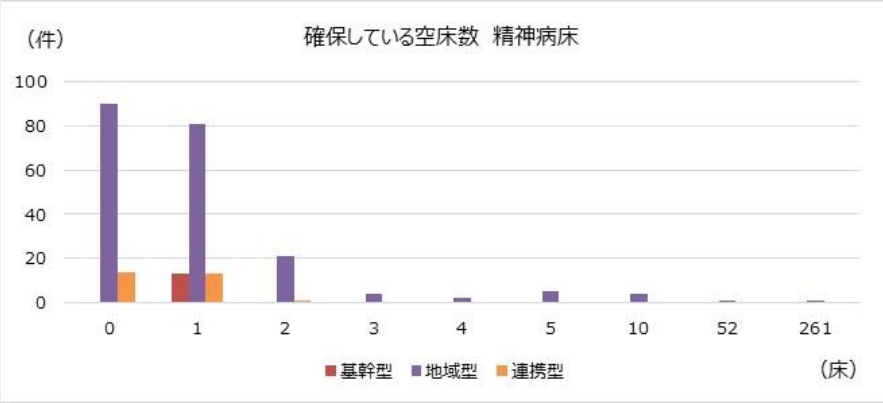


図 92　類型別　確保している空床数（精神病床）

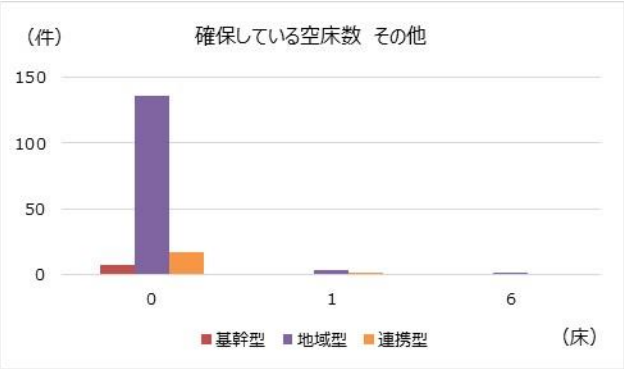


図 93　類型別　確保している空床数（その他）

表 173　医療機関種別　確保している空床数（上段：一般病床，中段：精神病床，下段：その他）

		確保している空床数 一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	112	13.1	106.0	1	0	1123
	精神科病院	78	0.1	0.4	0	0	3
	診療所	11	0.2	0.4	0	0	1
	その他	0					
	合計	201	7.3	79.2	0	0	1123

		確保している空床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	101	1.3	5.3	0	0	52
	精神科病院	140	3.0	22.0	1	0	261
	診療所	9	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	250	2.2	16.8	1	0	261

		確保している空床数 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	80	0.1	0.7	0	0	6
	精神科病院	76	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	9	0.0	0.0	0	0	0
	その他	0					
	合計	165	0.1	0.5	0	0	6

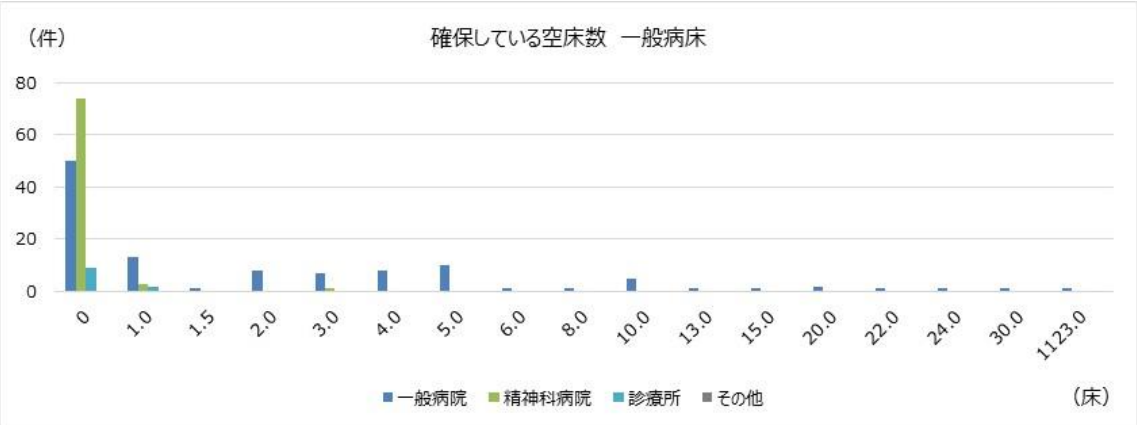


図 94　医療機関種別　確保している空床数（一般病床）

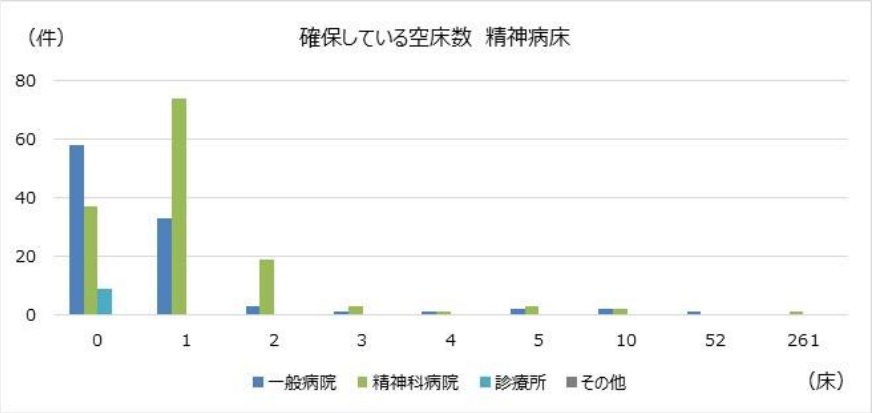


図 95　医療機関種別　確保している空床数（精神病床）

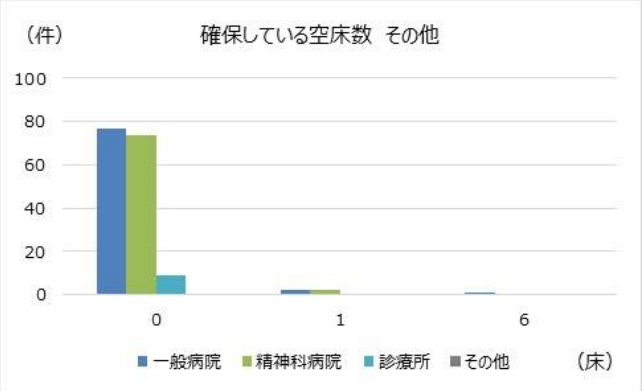


図 96　医療機関種別　確保している空床数（その他）

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 174，図 97），および医療機関種別（表 175，図 98）に示す．空欄であった 5 件は欠損としたが，認知症疾患医療連携協議会の開催形態について確認していないか，不明である可能性がある．全体の 65.7%が自院で主催であり，連携型の 43.7%，診療所の 59.5%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 14.8%であった．457 件中 452 件の回答に留まったことに留意が必要である．

表 174　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催の形態				
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	不明	合計
類型	基幹型	13	3	0	0	16
		81.3%	18.8%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	259	49	57	0	365
		71.0%	13.4%	15.6%	0.0%	100.0%
	連携型	25	15	31	0	71
		35.2%	21.1%	43.7%	0.0%	100.0%
	合計	297	67	88	0	452
		65.7%	14.8%	19.5%	0.0%	100.0%

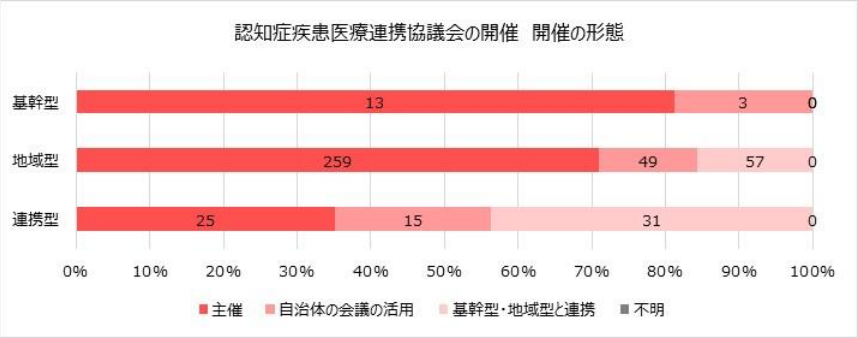


図 97　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

表 175　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	133	22	36	0	191
		69.6%	11.5%	18.8%	0.0%	100.0%
	精神科病院	157	37	30	0	224
		70.1%	16.5%	13.4%	0.0%	100.0%
	診療所	7	8	22	0	37
		18.9%	21.6%	59.5%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	297	67	88	0	452
		65.7%	14.8%	19.5%	0.0%	100.0%

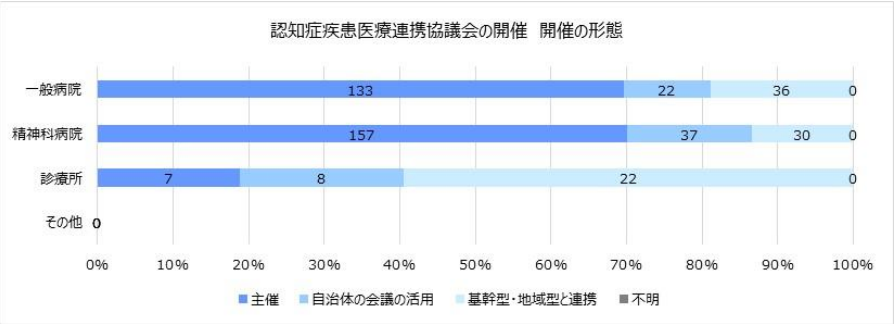


図 98　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

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 176，図 99），および医療機関種別（表 177，図 100）に示す．空欄であった 6 件は欠損としたが，認知症疾患医療連携協議会の開催回数を確認していないか，開催していない可能性がある．全体として概ね 1～2 回/年の開催であった．

表 176　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	1.3	0.7	1	0	3
	地域型	365	1.7	1.7	1	0	20
	連携型	70	1.6	1.0	1	0	5
	合計	451	1.7	1.6	1	0	20

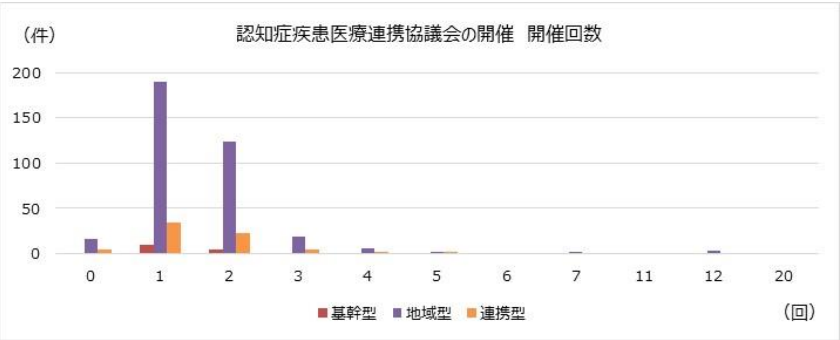


図 99　類型別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

表 177　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	1.6	1.3	1	0	12
	精神科病院	224	1.7	1.9	1	0	20
	診療所	37	1.7	1.0	2	0	5
	その他	0					
	合計	451	1.7	1.6	1	0	20

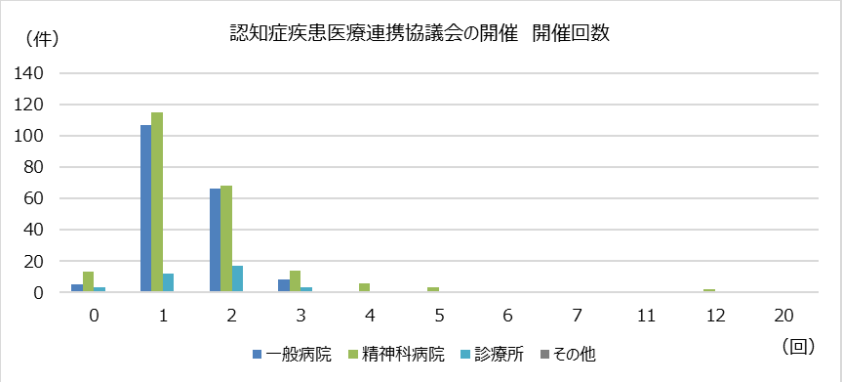


図 100　医療機関種別　認知症疾患医療連携協議会の開催回数

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 178, 図 101)と開催回数（表 179，図 102)，および医療機関種別の開催の有無（表 180，図 103）と開催回数（表 181，図 104）を示す．開催ありであっても回数について空欄または 0 回と報告した医療機関は数件あり，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 85.6%が開催しており，類型別では基幹型が 93.8%と多く，医療機関種別では診療所で 75.7%とやや少なかった．回数の中央値では基幹型と地域型は 2 回/年，連携型は 1 回/年の開催であった．最大実施回数は 25 回/年であった．

表 178　類型別　医療従事者対象の研修会の開催の有無

		研修会の開催　医療従事者対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	地域型	324	44	368
		88.0%	12.0%	100.0%
	連携型	52	21	73
		71.2%	28.8%	100.0%
	合計	391	66	457
		85.6%	14.4%	100.0%

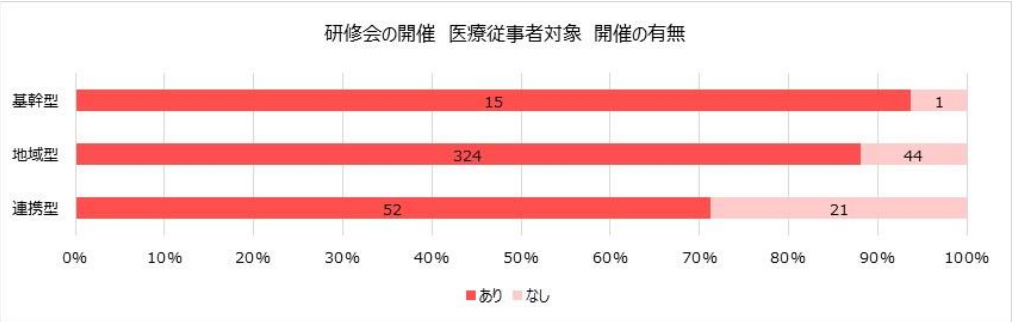


図 101　類型別　医療従事者対象の研修会の開催の有無（再掲）

表 179　類型別　医療従事者対象の研修会の開催回数

		研修会の開催　医療従事者対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	4.1	4.3	2	1	14
	地域型	323	3.1	3.0	2	0	25
	連携型	52	2.5	2.5	1	1	10
	合計	390	3.1	3.0	2	0	25

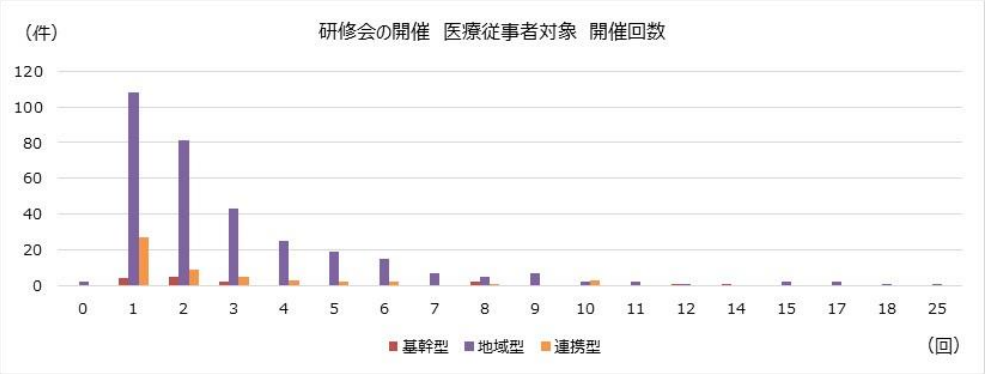


図 102　類型別　医療従事者対象の研修会の開催回数

表 180　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催の有無

		研修会の開催　医療従事者対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	173	20	193
		89.6%	10.4%	100.0%
	精神科病院	190	37	227
		83.7%	16.3%	100.0%
	診療所	28	9	37
		75.7%	24.3%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	391	66	457
		85.6%	14.4%	100.0%

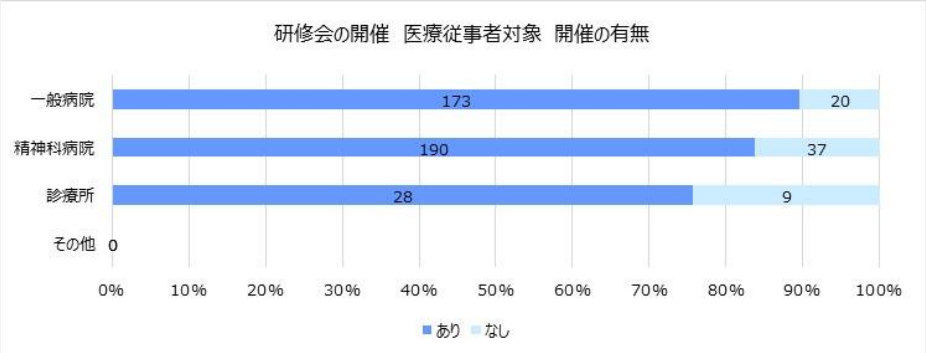


図 103　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催の有無（再掲）

表 181　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	173	3.2	3.5	2	1	25
	精神科病院	189	2.9	2.5	2	0	18
	診療所	28	3.3	3.0	2	1	10
	その他	0					
	合計	390	3.1	3.0	2	0	25

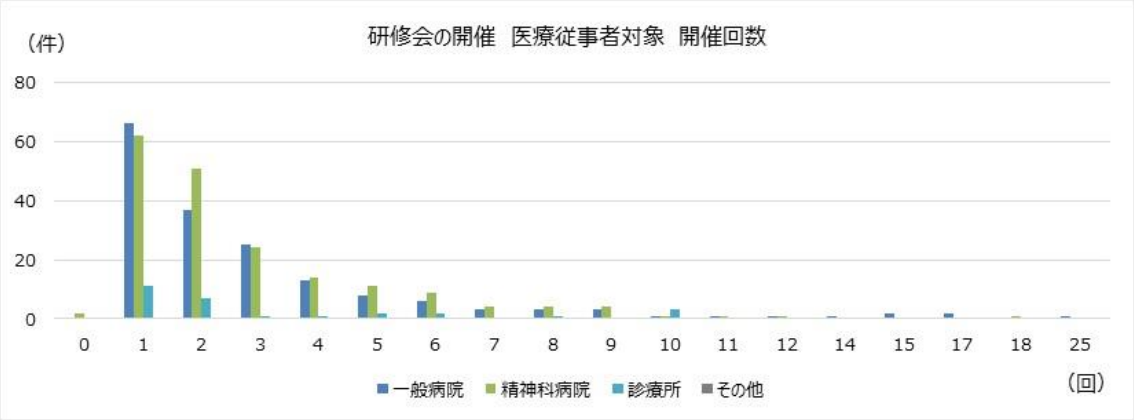


図 104　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催回数

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 182，図 105）と開催回数（表 183，図 106），および医療機関種別の開催の有無（表 184，図 107）と開催回数（表 185，図 108）を示す. 開催ありであっても回数について空欄または 0 回と報告した医療機関は数件あり，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 65.9%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 13 回/年であった．

表 182　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	地域型	252	116	368
		68.5%	31.5%	100.0%
	連携型	35	38	73
		47.9%	52.1%	100.0%
	合計	301	156	457
		65.9%	34.1%	100.0%

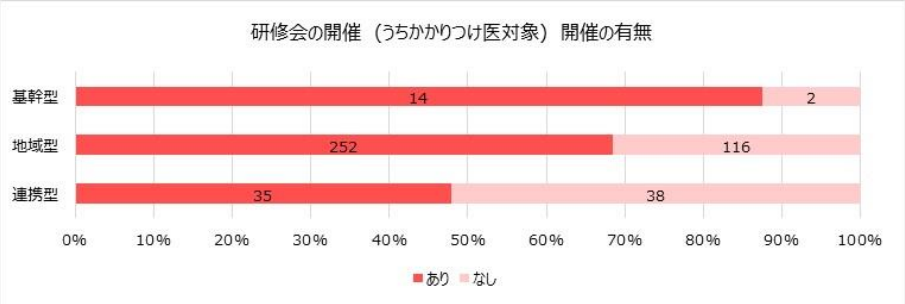


図 105　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 183　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	3.3	3.5	2	1	12
	地域型	251	1.9	1.7	1	0	13
	連携型	34	2.1	2.3	1	1	10
	合計	299	2.0	1.9	1	0	13

図 106　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

表 184　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	134	59	193
		69.4%	30.6%	100.0%
	精神科病院	145	82	227
		63.9%	36.1%	100.0%
	診療所	22	15	37
		59.5%	40.5%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	301	156	457
		65.9%	34.1%	100.0%

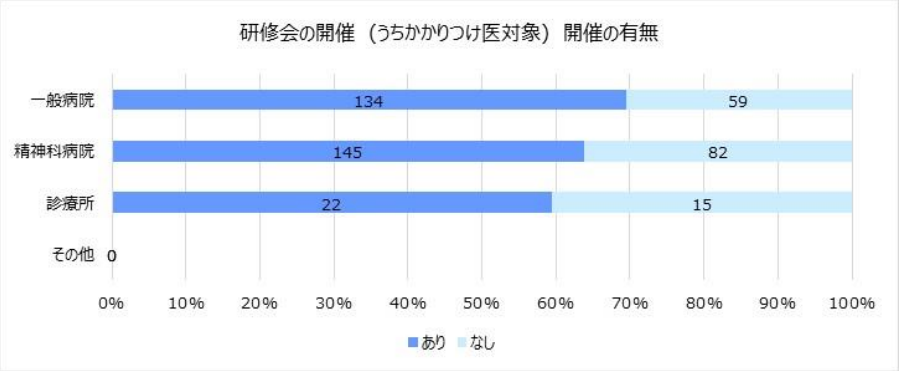


図 107　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 185　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	134	2.0	1.9	1	0	12
	精神科病院	144	1.9	1.8	1	0	13
	診療所	21	2.6	2.7	1	1	10
	その他	0					
	合計	299	2.0	1.9	1	0	13

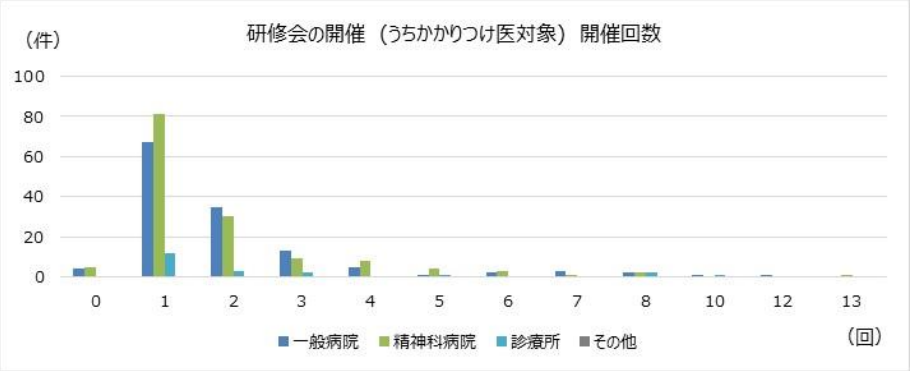


図 108　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

3）地域包括支援センター職員等対象：地域包括支援センター職員等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 186，図 109）と開催回数（表 187，図 110），および医療機関種別の開催の有無（表 188，図 111）と開催回数（表 189，図 112）を示す．開催ありであっても回数について空欄または 0 回と報告した医療機関は数件あり，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 76.4%が開催していた．回数の中央値では 2 回/年の開催であった．最大実施回数は 45 回/年であった．

表 186　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	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	地域型	294	74	368
		79.9%	20.1%	100.0%
	連携型	41	32	73
		56.2%	43.8%	100.0%
	合計	349	108	457
		76.4%	23.6%	100.0%

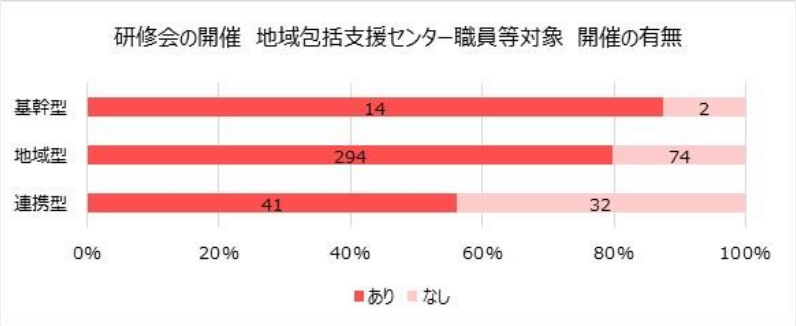


図 109　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 187　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	14	3.3	3.4	2	1	12
	地域型	293	2.8	3.7	2	0	45
	連携型	41	2.5	3.0	1	1	12
	合計	348	2.8	3.6	2	0	45

図 110　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

表 188　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	145	48	193
		75.1%	24.9%	100.0%
	精神科病院	180	47	227
		79.3%	20.7%	100.0%
	診療所	24	13	37
		64.9%	35.1%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	349	108	457
		76.4%	23.6%	100.0%

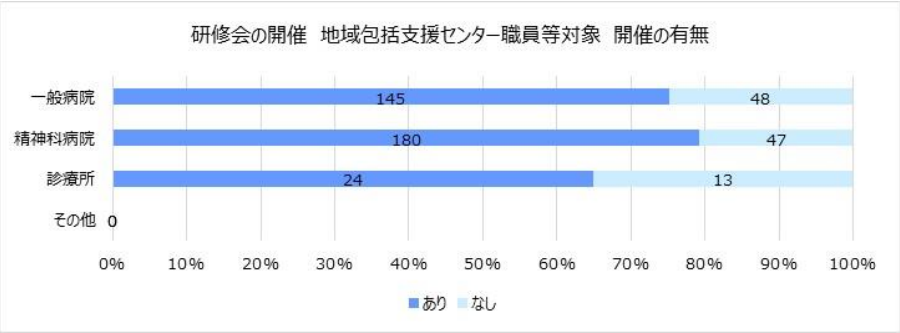


図 111　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 189　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	145	2.7	4.2	2	0	45
	精神科病院	179	2.7	3.1	2	0	20
	診療所	24	3.5	3.6	2	1	12
	その他	0					
	合計	348	2.8	3.6	2	0	45

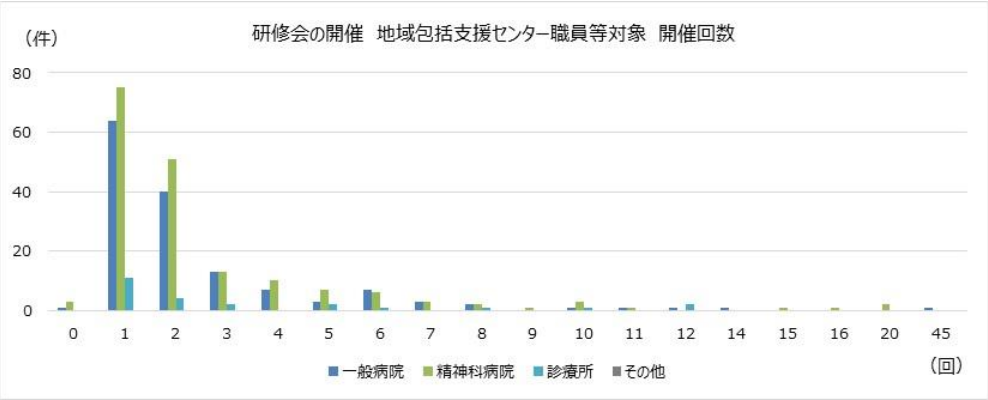


図 112　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

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 190，図 113）と開催回　数（表 191，図 114），および医療機関種別の開催の有無（表 192，図 115）と開催回数（表 193，図 116）を示す．開催ありであっても回数について空欄または 0 回と報告した医療機関は数件あり，開催回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 76.8%が開催していたが，基幹型では 37.5%が開催していなかった．回数の中央値では基幹型が 4 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 44 回/年であった．

表 190　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　家族･地域住民等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	10	6	16
		62.5%	37.5%	100.0%
	地域型	290	78	368
		78.8%	21.2%	100.0%
	連携型	51	22	73
		69.9%	30.1%	100.0%
	合計	351	106	457
		76.8%	23.2%	100.0%

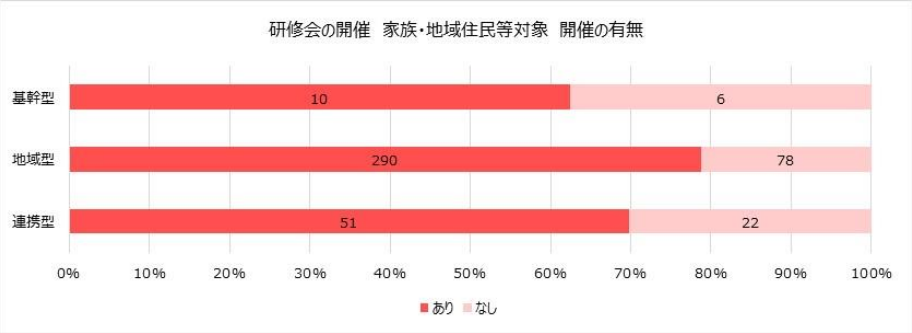


図 113　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 191　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

		研修会の開催　家族･地域住民等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	10	5.9	7.1	4	0	23
	地域型	288	4.3	6.1	2	0	44
	連携型	51	3.7	3.7	2	0	15
	合計	349	4.2	5.9	2	0	44

図 114　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

表 192　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	147	46	193
		76.2%	23.8%	100.0%
	精神科病院	174	53	227
		76.7%	23.3%	100.0%
	診療所	30	7	37
		81.1%	18.9%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	351	106	457
		76.8%	23.2%	100.0%

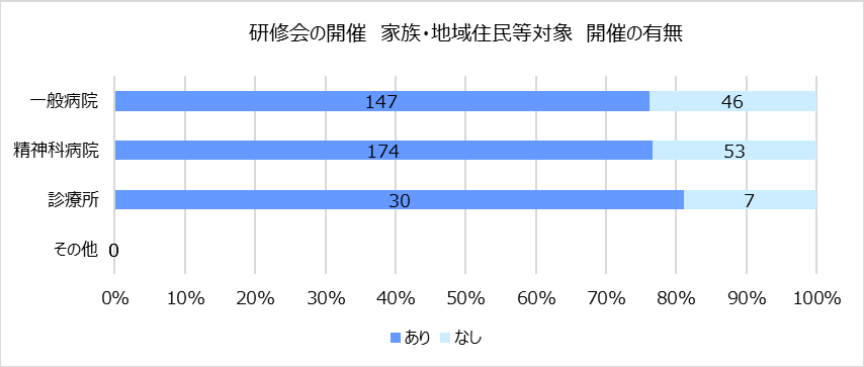


図 115　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 193　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	147	4.5	6.8	2	0	44
	精神科病院	172	3.9	5.3	2	0	35
	診療所	30	4.5	4.2	3	0	15
	その他	0					
	合計	349	4.2	5.9	2	0	44

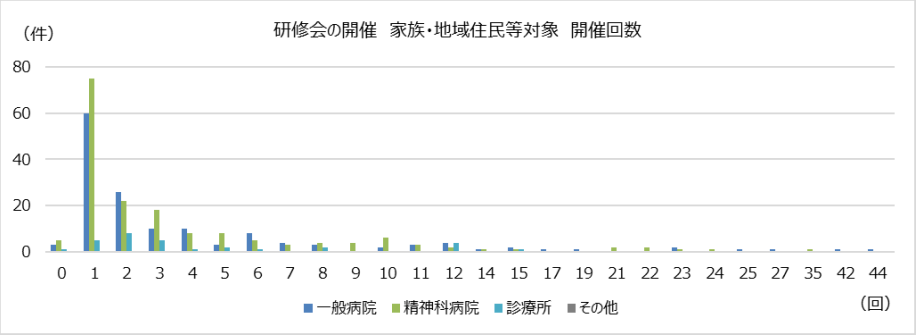


図 116　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

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 194, 図 117），および医療機関種別（表 195, 図 118）に示す．基幹型および診療所での取組が 100%であり，全体で 96.5%が情報発信の取り組みを行っていた．

表 194　類型別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	359	9	368
		97.6%	2.4%	100.0%
	連携型	66	7	73
		90.4%	9.6%	100.0%
	合計	441	16	457
		96.5%	3.5%	100.0%

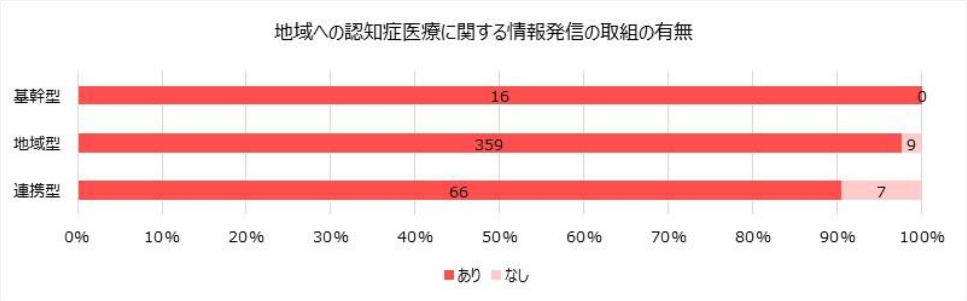


図 117　類型別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

表 195　医療機関種別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	187	6	193
		96.9%	3.1%	100.0%
	精神科病院	217	10	227
		95.6%	4.4%	100.0%
	診療所	37	0	37
		100.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	441	16	457
		96.5%	3.5%	100.0%

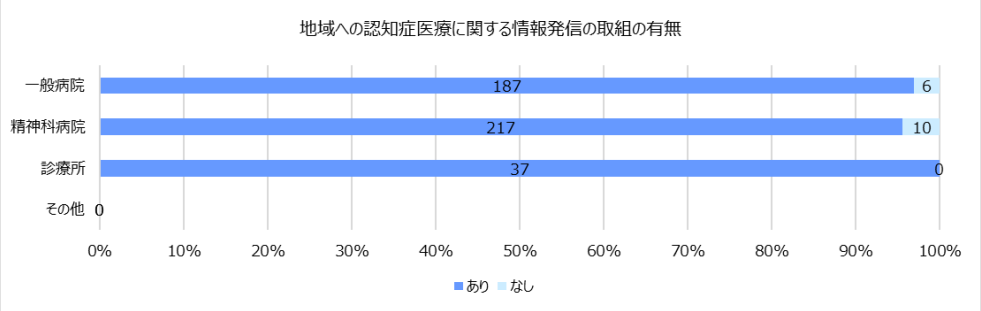


図 118　医療機関種別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

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 196，図 119），および医療機関種別（表 197，図 120）に示す．全体で 93.9%が普及啓発の取り組みを行っていた．

表 196　類型別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	349	19	368
		94.8%	5.2%	100.0%
	連携型	64	9	73
		87.7%	12.3%	100.0%
	合計	429	28	457
		93.9%	6.1%	100.0%

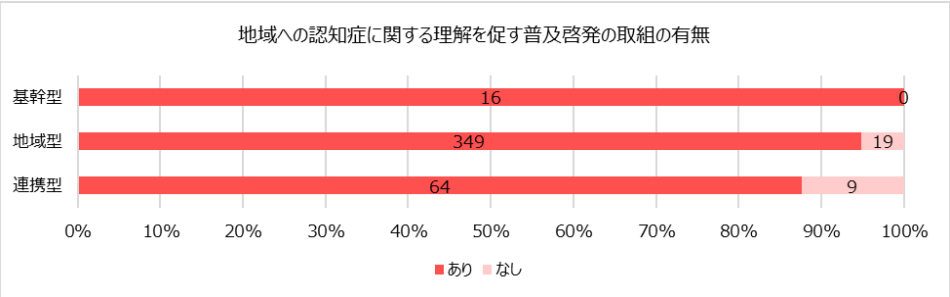


図 119　類型別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

表 197　医療機関種別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	183	10	193
		94.8%	5.2%	100.0%
	精神科病院	210	17	227
		92.5%	7.5%	100.0%
	診療所	36	1	37
		97.3%	2.7%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	429	28	457
		93.9%	6.1%	100.0%

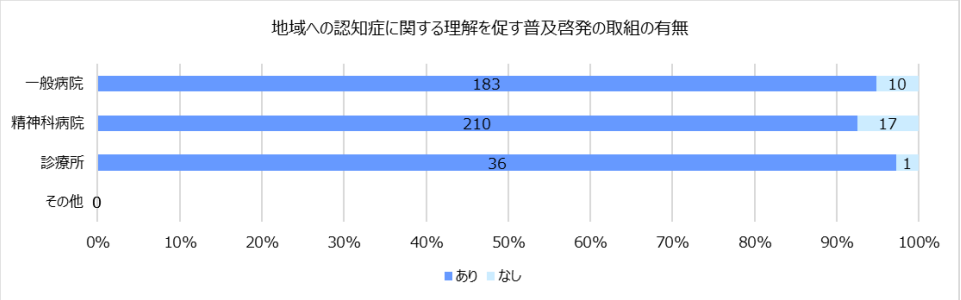


図 120　医療機関種別　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

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 198，図 121）と回数（表 199，図 122）および医療機関種別の有無（表 200，図 123）と回数（表 201，図 124）をそれぞれ示す．派遣ありであっても回数について空欄または 0 回と報告した医療機関は数件あり，派遣回数について確認していないか，あるいは不明である可能性がある．全体で 92.8%が協力・講師派遣を行っており，基幹型は 93.8%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 100 回/年であった．

表 198　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	地域型	346	22	368
		94.0%	6.0%	100.0%
	連携型	63	10	73
		86.3%	13.7%	100.0%
	合計	424	33	457
		92.8%	7.2%	100.0%

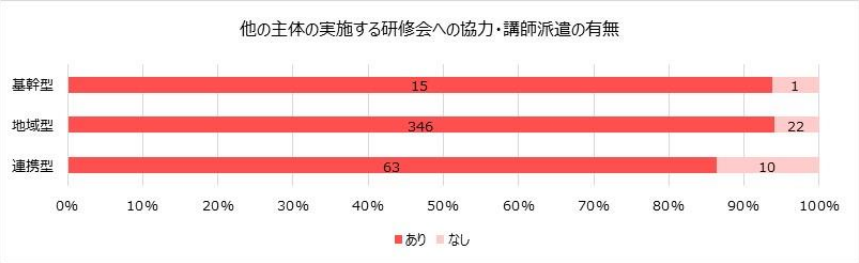


図 121　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 199　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	15	14.0	14.8	10	1	51
	地域型	336	10.7	13.6	6	0	100
	連携型	62	6.7	7.3	4	0	40
	合計	413	10.2	12.9	6	0	100

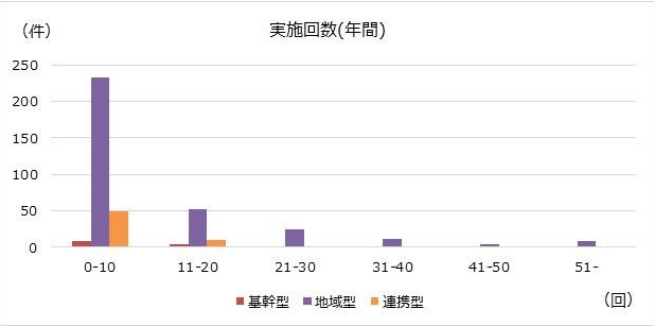


図 122　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

表 200　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	177	16	193
		91.7%	8.3%	100.0%
	精神科病院	214	13	227
		94.3%	5.7%	100.0%
	診療所	33	4	37
		89.2%	10.8%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	424	33	457
		92.8%	7.2%	100.0%

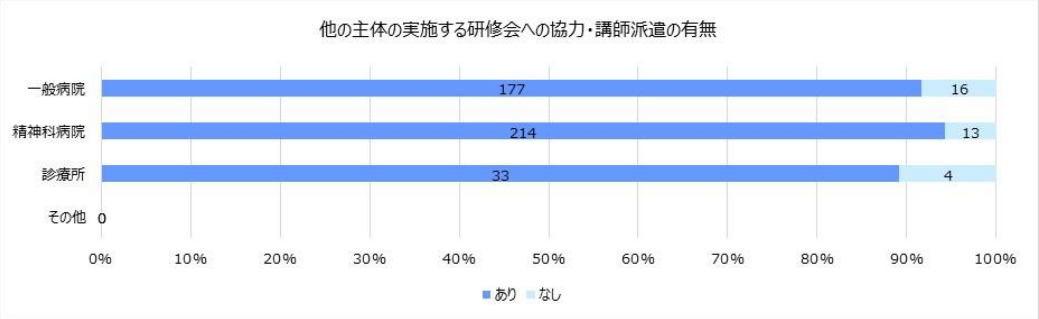


図 123　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 201　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	170	9.4	13.3	5	0	100
	精神科病院	210	11.2	13.2	6	0	77
	診療所	33	8.2	7.7	7	0	40
	その他	0					
	合計	413	10.2	12.9	6	0	100

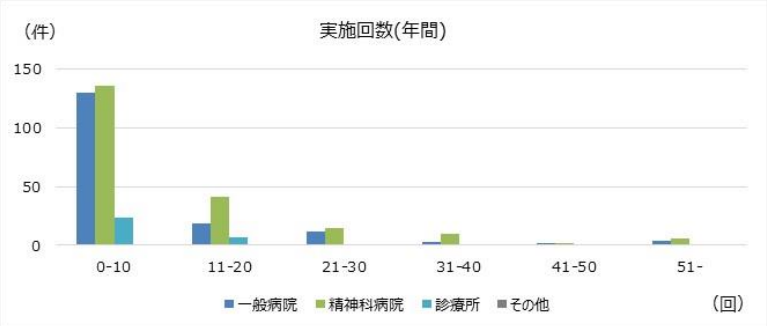


図 124　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

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 202，図 125）および医療機関種別（表 203，図 126）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 20.4%と連携型の 24.7%，医療機関種別で一般病院の 11.4%，精神科病院の 26.0%，診療所の 32.4%であった．

表 202　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	75	293	368
		20.4%	79.6%	100.0%
	連携型	18	55	73
		24.7%	75.3%	100.0%
	合計	93	364	457
		20.4%	79.6%	100.0%

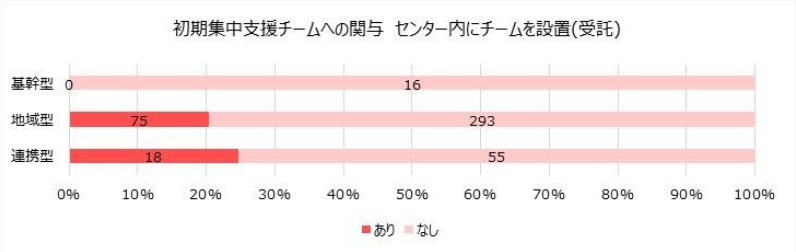


図 125　類型別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)（再掲）

表 203　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	22	171	193
		11.4%	88.6%	100.0%
	精神科病院	59	168	227
		26.0%	74.0%	100.0%
	診療所	12	25	37
		32.4%	67.6%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	93	364	457
		20.4%	79.6%	100.0%

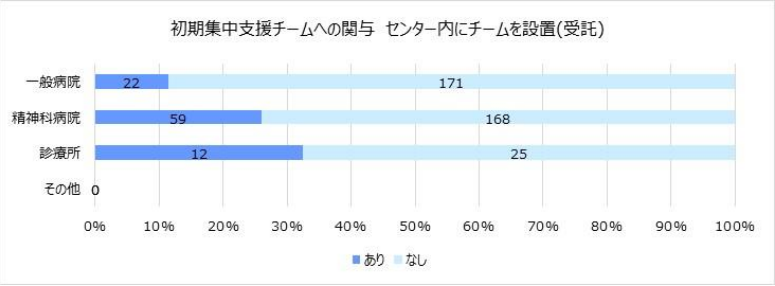


図 126　医療機関種別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)（再掲）

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 204，図 127）および医療機関種別（表 205，図 128）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で多かった．

表 204　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	177	191	368
		48.1%	51.9%	100.0%
	連携型	37	36	73
		50.7%	49.3%	100.0%
	合計	216	241	457
		47.3%	52.7%	100.0%

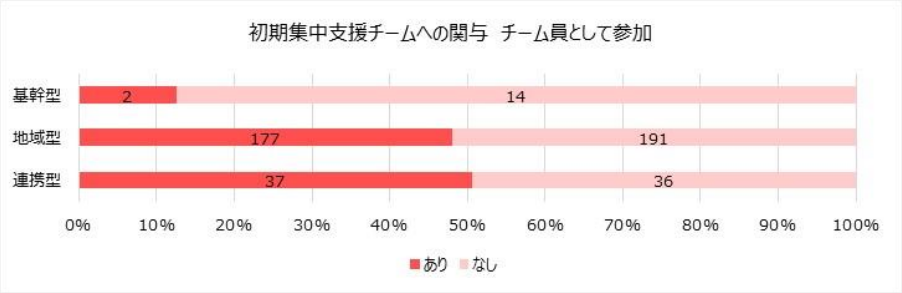


図 127　類型別　初期集中支援チーム員として参加（再掲）

表 205　医療機関種別　初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与　チーム員として参加		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	72	121	193
		37.3%	62.7%	100.0%
	精神科病院	123	104	227
		54.2%	45.8%	100.0%
	診療所	21	16	37
		56.8%	43.2%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	216	241	457
		47.3%	52.7%	100.0%

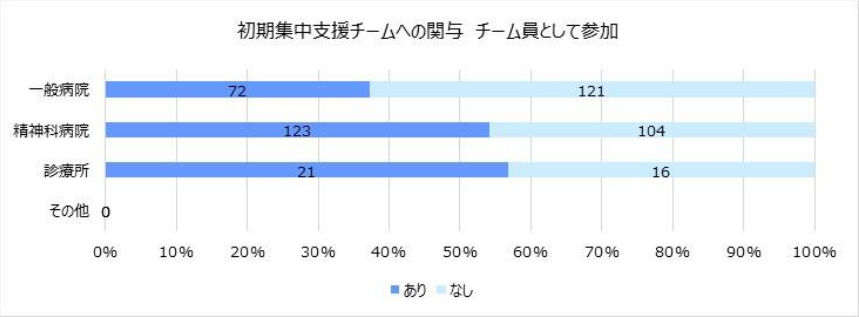


図 128　医療機関種別　初期集中支援チーム員として参加（再掲）

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 206，図 129）および医療機関種別（表 207，図 130）にそれぞれ示す．後方支援は類型では基幹型と地域型に多く，医療機関種別では一般病院と精神科病院に多かった．

表 206　類型別　初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与　後方支援		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	10	6	16
		62.5%	37.5%	100.0%
	地域型	211	157	368
		57.3%	42.7%	100.0%
	連携型	32	41	73
		43.8%	56.2%	100.0%
	合計	253	204	457
		55.4%	44.6%	100.0%

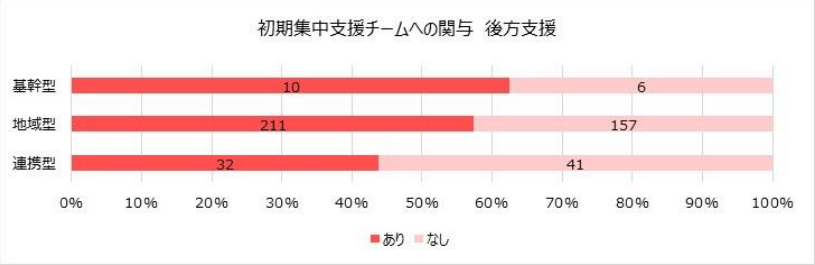


図 129　類型別　初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

表 207　医療機関種別　初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与　後方支援		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	113	80	193
		58.5%	41.5%	100.0%
	精神科病院	124	103	227
		54.6%	45.4%	100.0%
	診療所	16	21	37
		43.2%	56.8%	100.0%
	その他	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	合計	253	204	457
		55.4%	44.6%	100.0%

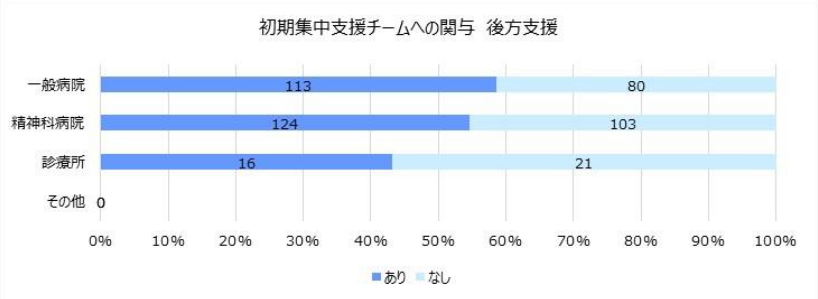


図 130　医療機関種別　初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

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 208，図 131）および医療機関種別（表 209，図 132）にそれぞれ示す．全体の 97.8%が通常業務として実施していた．

表 208　類型別　介護保険主治医意見書への記載の実施

		1.介護保険主治医意見書への記載			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	359	9	0	368
		97.6%	2.4%	0.0%	100.0%
	連携型	73	0	0	73
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	合計	447	10	0	457
		97.8%	2.2%	0.0%	100.0%

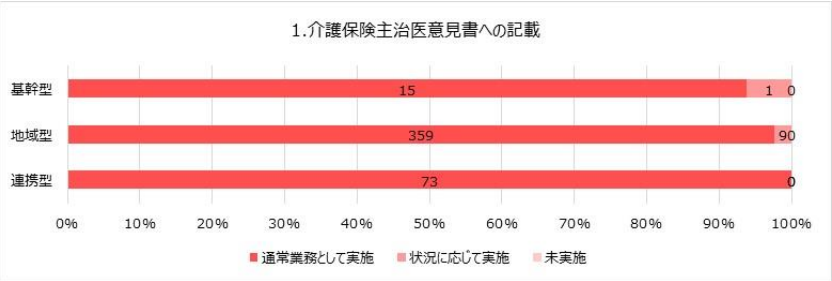


図 131　類型別　介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

表 209　医療機関種別　介護保険主治医意見書への記載の実施

		1.介護保険主治医意見書への記載			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	188	5	0	193
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
	精神科病院	222	5	0	227
		97.8%	2.2%	0.0%	100.0%
	診療所	37	0	0	37
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	447	10	0	457
		97.8%	2.2%	0.0%	100.0%

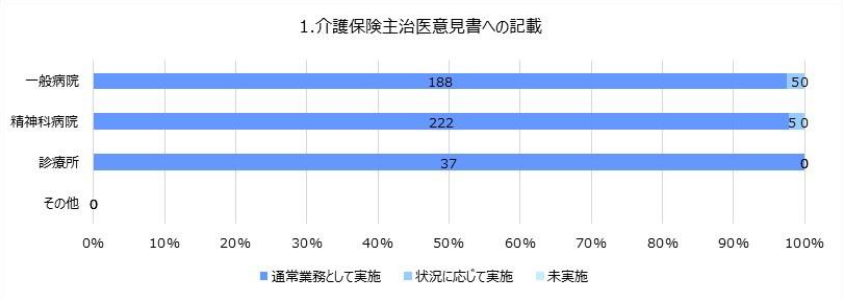


図 132　医療機関種別　介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

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 210，図 133）および医療機関種別（表 211，図 134）をそれぞれ示す．基幹型では 100%が通常業務として実施していたが，地域型では 59.8%，連携型では 63.0%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 210　類型別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施

		2.合併する身体疾患に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	16	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	220	127	21	368
		59.8%	34.5%	5.7%	100.0%
	連携型	46	22	5	73
		63.0%	30.1%	6.8%	100.0%
	合計	282	149	26	457
		61.7%	32.6%	5.7%	100.0%

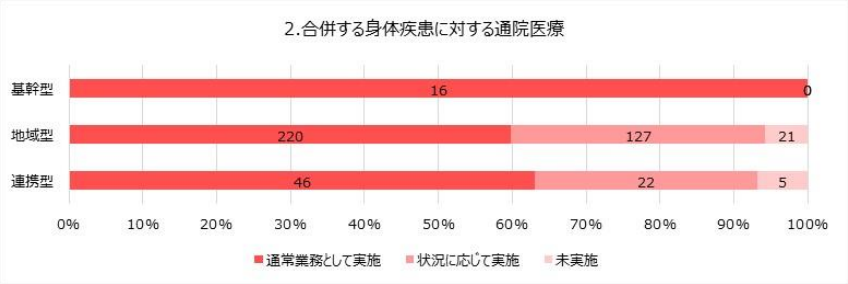


図 133　類型別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

表 211　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	172	19	2	193
		89.1%	9.8%	1.0%	100.0%
	精神科病院	85	120	22	227
		37.4%	52.9%	9.7%	100.0%
	診療所	25	10	2	37
		67.6%	27.0%	5.4%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	282	149	26	457
		61.7%	32.6%	5.7%	100.0%

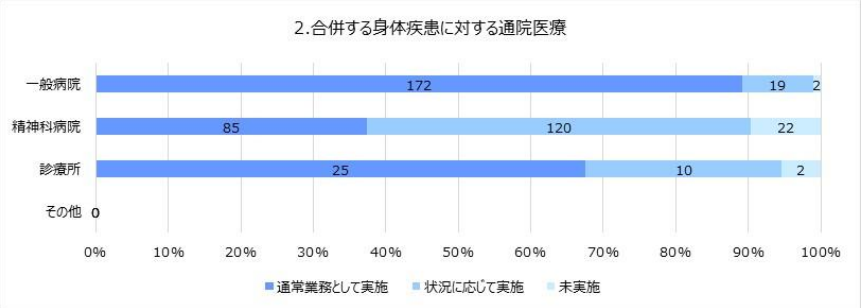


図 134　医療機関種別　合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

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 212，図 135）および医療機関種別（表 213，図 136）にそれぞれ示す. 基幹型では 93.8%が通常業務として実施していたが, 地域型では 54.1%, 連携型では 28.8%が通常業務として実施していた．医療機関種別では精神科病院，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 212　類型別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施

		3.合併する身体疾患に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	199	139	30	368
		54.1%	37.8%	8.2%	100.0%
	連携型	21	15	37	73
		28.8%	20.5%	50.7%	100.0%
	合計	235	155	67	457
		51.4%	33.9%	14.7%	100.0%

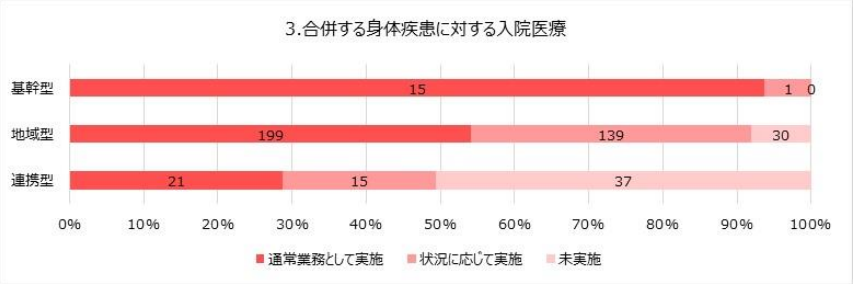


図 135　類型別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

表 213　医療機関種別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施

		3.合併する身体疾患に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	163	27	3	193
		84.5%	14.0%	1.6%	100.0%
	精神科病院	69	127	31	227
		30.4%	55.9%	13.7%	100.0%
	診療所	3	1	33	37
		8.1%	2.7%	89.2%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	235	155	67	457
		51.4%	33.9%	14.7%	100.0%

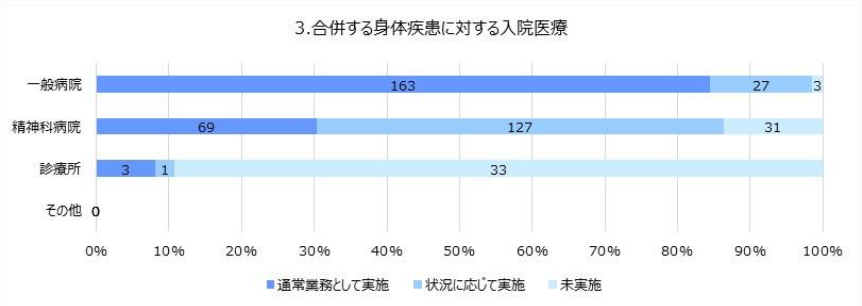


図 136　医療機関種別　合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

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 214，図 137）および医療機関種別（表 215，図 138）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 30.7%，連携型では 24.7%が通常業務として実施していた．医療機関種別では精神科病院，診療所で通常業務としての実施が少なく，救急体制の有無が関係している可能性があった．

表 214　類型別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施

		4.合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	14	2	0	16
		87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
	地域型	113	97	158	368
		30.7%	26.4%	42.9%	100.0%
	連携型	18	12	43	73
		24.7%	16.4%	58.9%	100.0%
	合計	145	111	201	457
		31.7%	24.3%	44.0%	100.0%

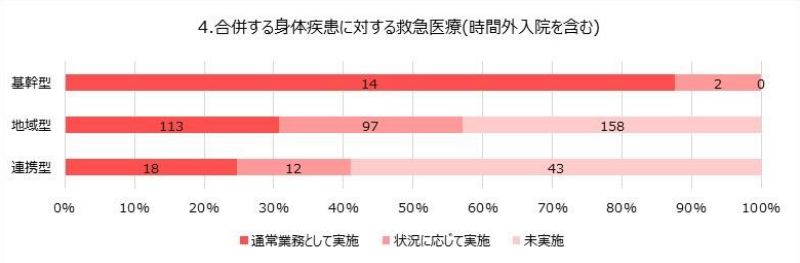


図 137　類型別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 215　医療機関種別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施

		4.合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	124	43	26	193
		64.2%	22.3%	13.5%	100.0%
	精神科病院	16	64	147	227
		7.0%	28.2%	64.8%	100.0%
	診療所	5	4	28	37
		13.5%	10.8%	75.7%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	145	111	201	457
		31.7%	24.3%	44.0%	100.0%

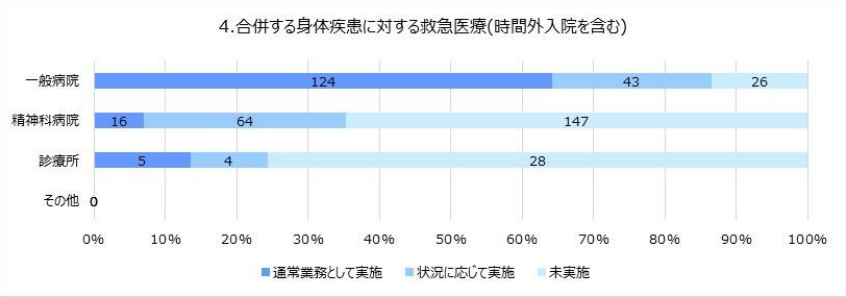


図 138　医療機関種別　合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

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 216，図 139）および医療機関種別（表 217，図 140）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 19.2%，地域型の 6.0%で，基幹型では 0%であった．医療機関種別では診療所の 32.4%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 216　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	22	54	292	368
		6.0%	14.7%	79.3%	100.0%
	連携型	14	19	40	73
		19.2%	26.0%	54.8%	100.0%
	合計	36	73	348	457
		7.9%	16.0%	76.1%	100.0%

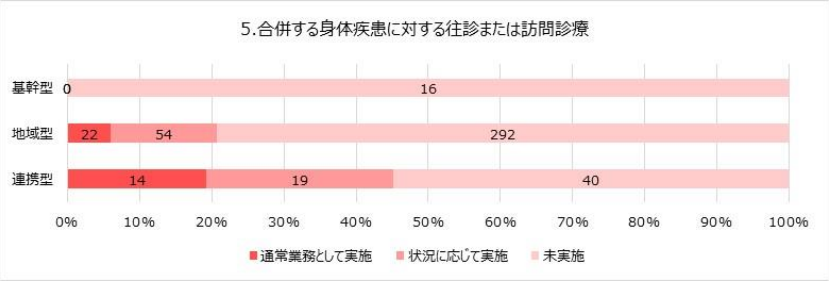


図 139　類型別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 217　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	16	31	146	193
		8.3%	16.1%	75.6%	100.0%
	精神科病院	8	31	188	227
		3.5%	13.7%	82.8%	100.0%
	診療所	12	11	14	37
		32.4%	29.7%	37.8%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	36	73	348	457
		7.9%	16.0%	76.1%	100.0%

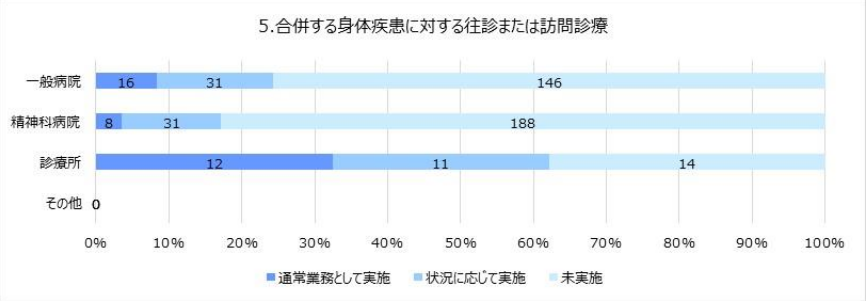


図 140　医療機関種別　合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

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 218，図 141）および医療機関種別（表 219，図 142）にそれぞれ示す．基幹型は 100%，地域型 94.3%，連携型 89.0%が通常業務として実施しており，全体の 93.7%が通所業務として実施していた．医療機関種別では精神科病院の通常業務としての実施が多い傾向があった．

表 218　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施

		6.随伴する精神症状･行動障害に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	16	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	347	21	0	368
		94.3%	5.7%	0.0%	100.0%
	連携型	65	7	1	73
		89.0%	9.6%	1.4%	100.0%
	合計	428	28	1	457
		93.7%	6.1%	0.2%	100.0%

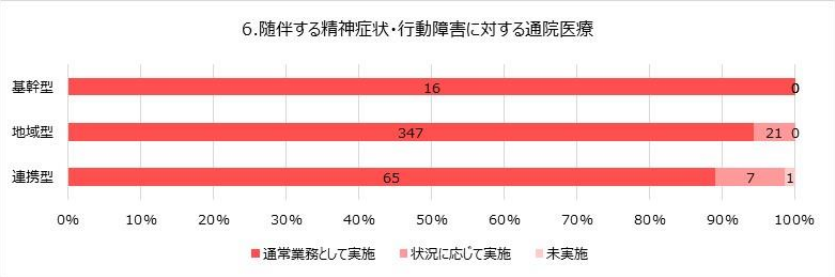


図 141　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

表 219　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施

		6.随伴する精神症状･行動障害に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	170	22	1	193
		88.1%	11.4%	0.5%	100.0%
	精神科病院	224	3	0	227
		98.7%	1.3%	0.0%	100.0%
	診療所	34	3	0	37
		91.9%	8.1%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	428	28	1	457
		93.7%	6.1%	0.2%	100.0%

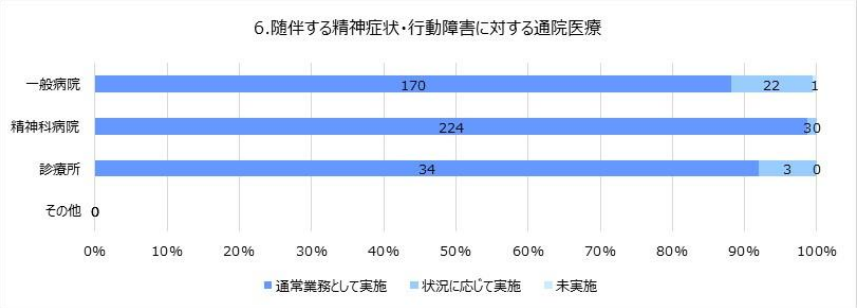


図 142　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

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 220，図 143）および医療機関種別（表 221，図 144）にそれぞれ示す．基幹型は 100%，地域型 78.0%と全体の 72.0%が通所業務として実施していたが，連携型では 54.8%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 220　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施

		7.随伴する精神症状･行動障害に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	16	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	287	54	27	368
		78.0%	14.7%	7.3%	100.0%
	連携型	26	7	40	73
		35.6%	9.6%	54.8%	100.0%
	合計	329	61	67	457
		72.0%	13.3%	14.7%	100.0%

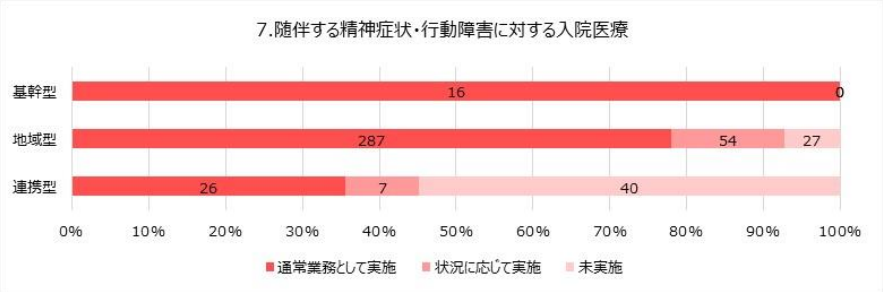


図 143　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

表 221　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施

		7.随伴する精神症状･行動障害に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	107	53	33	193
		55.4%	27.5%	17.1%	100.0%
	精神科病院	221	6	0	227
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
	診療所	1	2	34	37
		2.7%	5.4%	91.9%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	329	61	67	457
		72.0%	13.3%	14.7%	100.0%

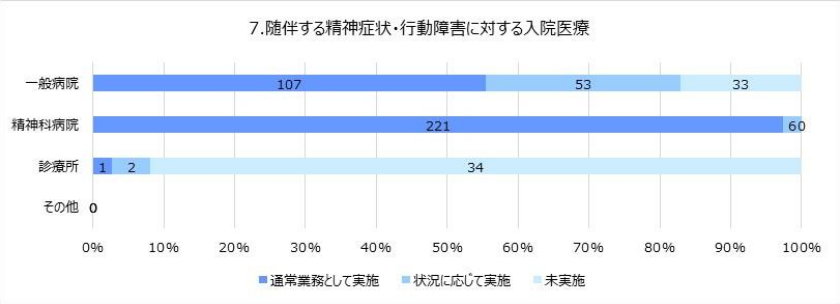


図 144　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

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 222，図 145）および医療機関種別（表 223，図 146）にそれぞれ示す．基幹型は 81.3%が通所業務として実施していたが，地域型では 43.8%に留まり，連携型では 24.7%が未実施であった．医療機関種別では一般病院において 30.1%が未実施であった，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 222　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施

		8.随伴する精神症状･行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	13	3	0	16
		81.3%	18.8%	0.0%	100.0%
	地域型	161	135	72	368
		43.8%	36.7%	19.6%	100.0%
	連携型	18	19	36	73
		24.7%	26.0%	49.3%	100.0%
	合計	192	157	108	457
		42.0%	34.4%	23.6%	100.0%

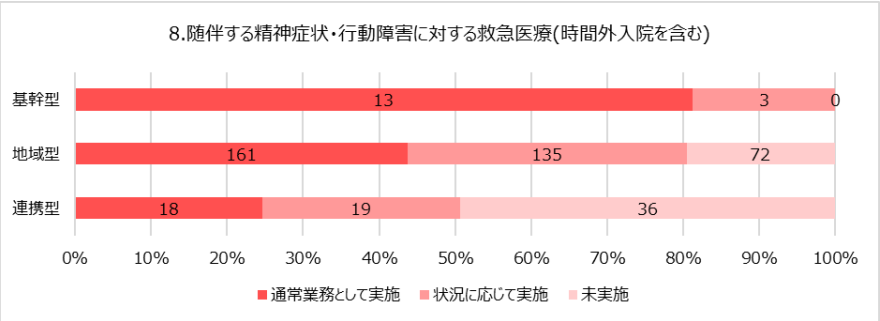


図 145　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 223　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	71	64	58	193
		36.8%	33.2%	30.1%	100.0%
	精神科病院	117	88	22	227
		51.5%	38.8%	9.7%	100.0%
	診療所	4	5	28	37
		10.8%	13.5%	75.7%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	192	157	108	457
		42.0%	34.4%	23.6%	100.0%

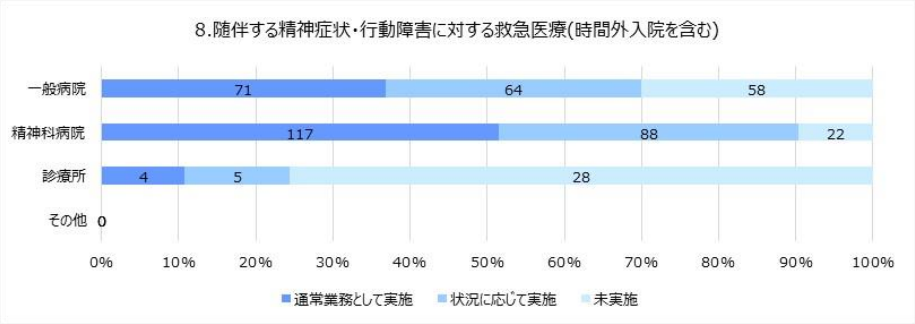


図 146　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

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 224，図 147）および医療機関種別（表 225，図 148）にそれぞれ示す．空欄は欠損値とした．連携型は 26.0%，地域型では 7.9%が通常業務として実施していたが，基幹型では 100%が未実施であり，全体としては通常業務として実施と状況に応じて実施は 37.3%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 224　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施

		9.随伴する精神症状･行動障害に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	0	0	16	16
		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	29	104	234	367
		7.9%	28.3%	63.8%	100.0%
	連携型	19	18	36	73
		26.0%	24.7%	49.3%	100.0%
	合計	48	122	286	456
		10.5%	26.8%	62.7%	100.0%

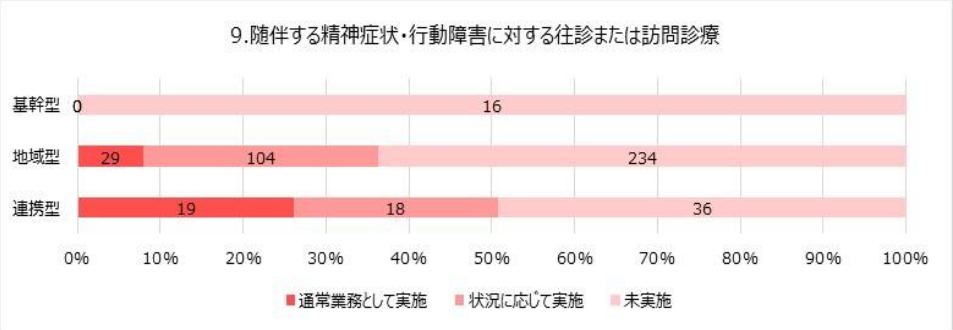


図 147　類型別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 225　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	10	26	157	193
		5.2%	13.5%	81.3%	100.0%
	精神科病院	23	85	118	226
		10.2%	37.6%	52.2%	100.0%
	診療所	15	11	11	37
		40.5%	29.7%	29.7%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	48	122	286	456
		10.5%	26.8%	62.7%	100.0%

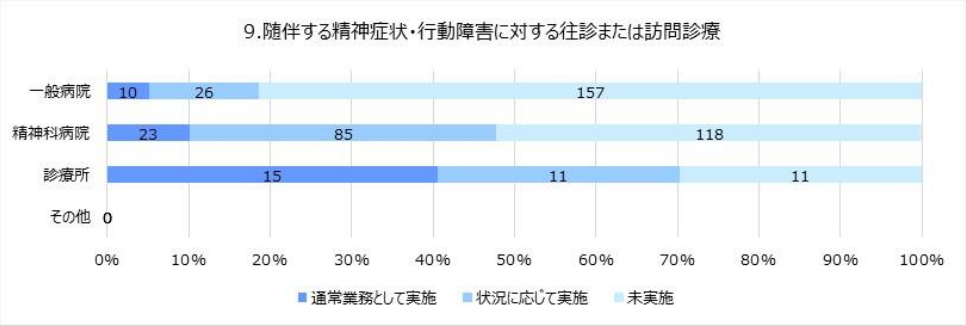


図 148　医療機関種別　随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

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 226，図 149）および医療機関種別（表 227，図 150）にそれぞれ示す．基幹型で 93.8%，地域型で 91.3%，連携型は 83.6%が通所業務として実施しており，全体としては状況に応じての実施を含めると 90.2%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 226　類型別　せん妄に対する医療の提供の実施

		10.せん妄に対する医療の提供			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	336	30	2	368
		91.3%	8.2%	0.5%	100.0%
	連携型	61	11	1	73
		83.6%	15.1%	1.4%	100.0%
	合計	412	42	3	457
		90.2%	9.2%	0.7%	100.0%

図 149　類型別　せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

表 227　医療機関種別　せん妄に対する医療の提供の実施

		10.せん妄に対する医療の提供			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	164	27	2	193
		85.0%	14.0%	1.0%	100.0%
	精神科病院	217	9	1	227
		95.6%	4.0%	0.4%	100.0%
	診療所	31	6	0	37
		83.8%	16.2%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	412	42	3	457
		90.2%	9.2%	0.7%	100.0%

図 150　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 228，図 151）および医療機関種別（表 229，図 152）にそれぞれ示す．連携型の 42.5%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 21.7%の実施に留まった．全体としては 57.3%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 228　類型別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施

		11.介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	2	1	13	16
		12.5%	6.3%	81.3%	100.0%
	地域型	80	71	217	368
		21.7%	19.3%	59.0%	100.0%
	連携型	31	10	32	73
		42.5%	13.7%	43.8%	100.0%
	合計	113	82	262	457
		24.7%	17.9%	57.3%	100.0%

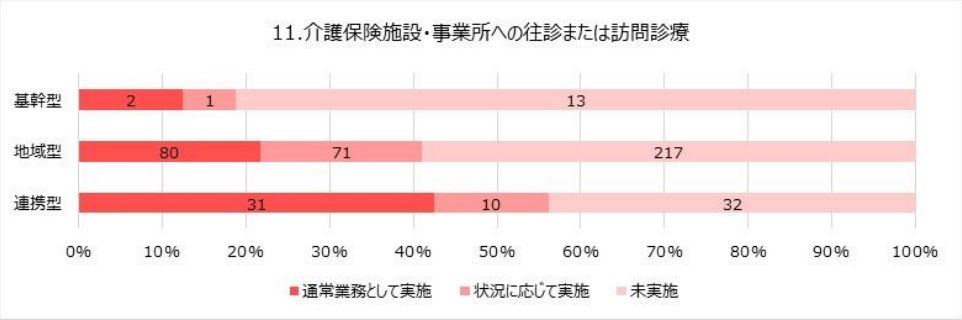


図 151　類型別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

表 229　医療機関種別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施

		11.介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	35	22	136	193
		18.1%	11.4%	70.5%	100.0%
	精神科病院	57	54	116	227
		25.1%	23.8%	51.1%	100.0%
	診療所	21	6	10	37
		56.8%	16.2%	27.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	113	82	262	457
		24.7%	17.9%	57.3%	100.0%

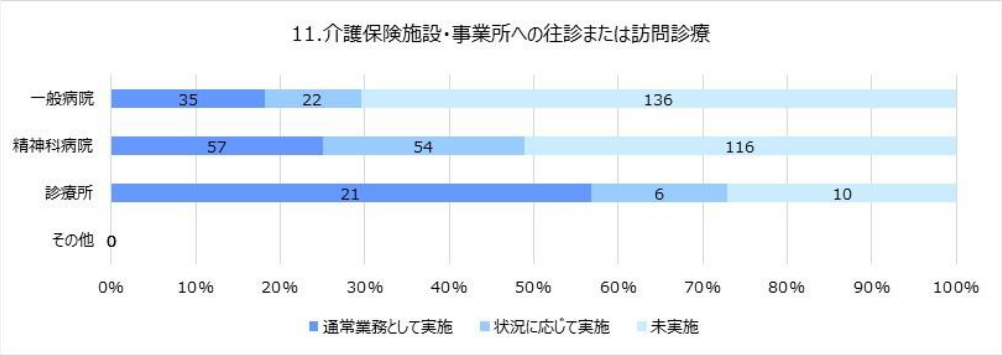


図 152　医療機関種別　介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

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 230，図 153）および医療機関種別（表 231，図 154）にそれぞれ示す．基幹型は 87.5%，地域型の 89.1%，連携型の 93.2%が通常業務として実施しており，全体としては 89.7%が通常業務として実施していた．医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた．

表 230　類型別　行政機関への助言・連携の実施

		12.行政機関への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	14	2	0	16
		87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
	地域型	328	40	0	368
		89.1%	10.9%	0.0%	100.0%
	連携型	68	5	0	73
		93.2%	6.8%	0.0%	100.0%
	合計	410	47	0	457
		89.7%	10.3%	0.0%	100.0%

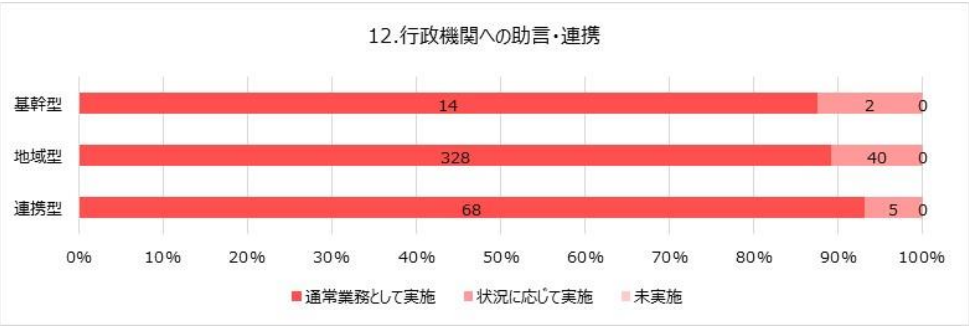


図 153　類型別　行政機関への助言・連携の実施（再掲）

表 231　医療機関種別　行政機関への助言・連携の実施

		12.行政機関への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	168	25	0	193
		87.0%	13.0%	0.0%	100.0%
	精神科病院	205	22	0	227
		90.3%	9.7%	0.0%	100.0%
	診療所	37	0	0	37
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	410	47	0	457
		89.7%	10.3%	0.0%	100.0%

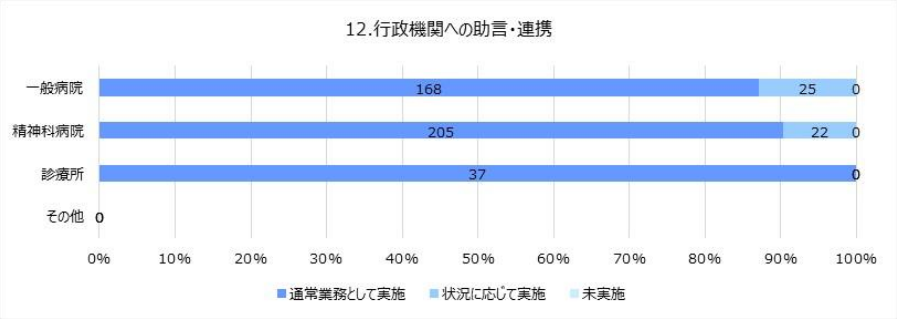


図 154　医療機関種別　行政機関への助言・連携の実施（再掲）

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 232，図 155）および医療機関種別（表 234，図 156）にそれぞれ示す．基幹型は 93.8%，地域型の 92.1%，連携型の 91.8%が通常業務として実施しており，全体としては 92.1%が通常業務として実施していた．医療機関種別では診療所の 100%が通常業務として実施していた．

表 232　類型別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施

		13.地域包括支援センター職員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	15	1	0	16
		93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
	地域型	339	29	0	368
		92.1%	7.9%	0.0%	100.0%
	連携型	67	6	0	73
		91.8%	8.2%	0.0%	100.0%
	合計	421	36	0	457
		92.1%	7.9%	0.0%	100.0%

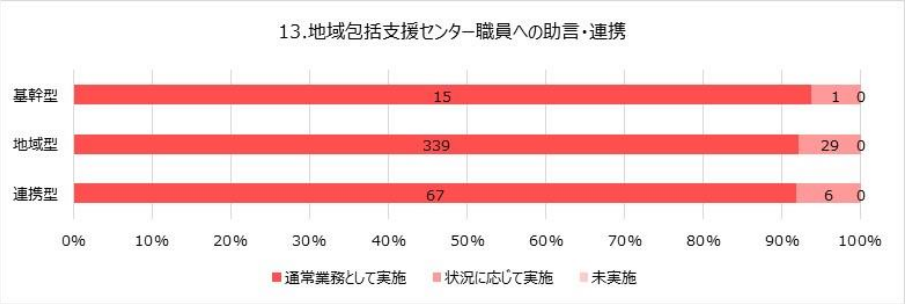


図 155　類型別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

表 234　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	177	16	0	193
		91.7%	8.3%	0.0%	100.0%
	精神科病院	207	20	0	227
		91.2%	8.8%	0.0%	100.0%
	診療所	37	0	0	37
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	421	36	0	457
		92.1%	7.9%	0.0%	100.0%

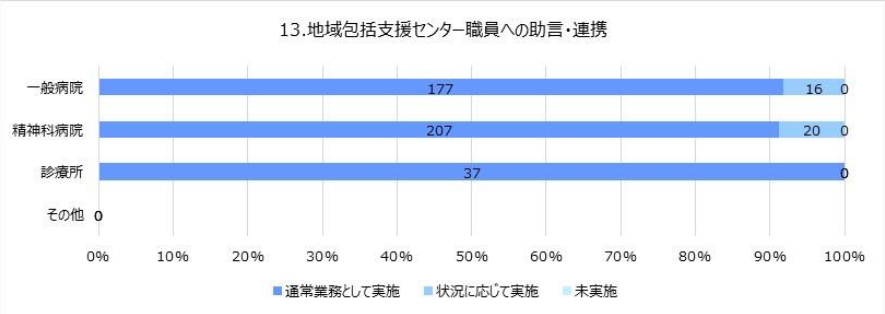


図 156　医療機関種別　地域包括支援センター職員への助言・連携の実施（再掲）

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 235，図 157）および医療機関種別（表 236，図 158）にそれぞれ示す．基幹型は 93.8%，地域型の 91.3%，連携型の 89.0%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 235　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	336	32	0	368
		91.3%	8.7%	0.0%	100.0%
	連携型	65	8	0	73
		89.0%	11.0%	0.0%	100.0%
	合計	416	41	0	457
		91.0%	9.0%	0.0%	100.0%

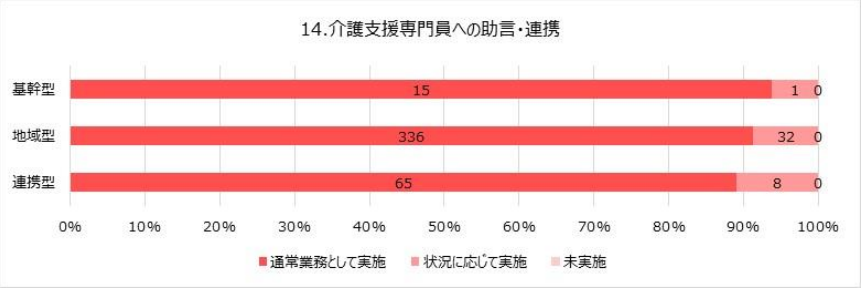


図 157　類型別　介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

表 236　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	175	18	0	193
		90.7%	9.3%	0.0%	100.0%
	精神科病院	204	23	0	227
		89.9%	10.1%	0.0%	100.0%
	診療所	37	0	0	37
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	416	41	0	457
		91.0%	9.0%	0.0%	100.0%

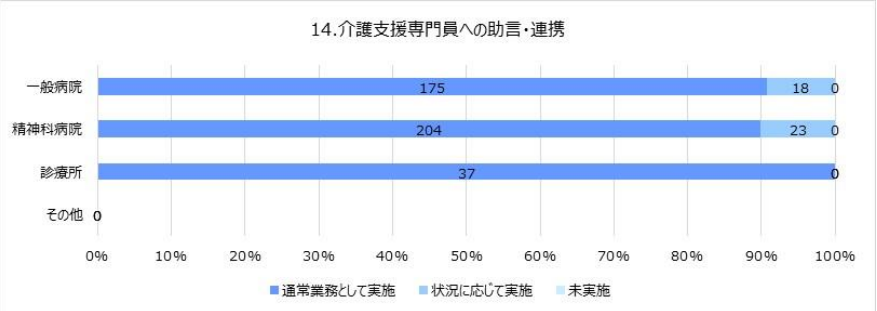


図 158　医療機関種別　介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

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 237，図 159）および医療機関種別（表

238，図 160）にそれぞれ示す．基幹型は 87.5%，地域型の 90.8%，連携型の 90.4%が通常業務として実施しており，全体としては 90.6%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 237　類型別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施

		15.介護保険施設･事業所職員への助言･連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	14	2	0	16
		87.5%	12.5%	0.0%	100.0%
	地域型	334	34	0	368
		90.8%	9.2%	0.0%	100.0%
	連携型	66	7	0	73
		90.4%	9.6%	0.0%	100.0%
	合計	414	43	0	457
		90.6%	9.4%	0.0%	100.0%

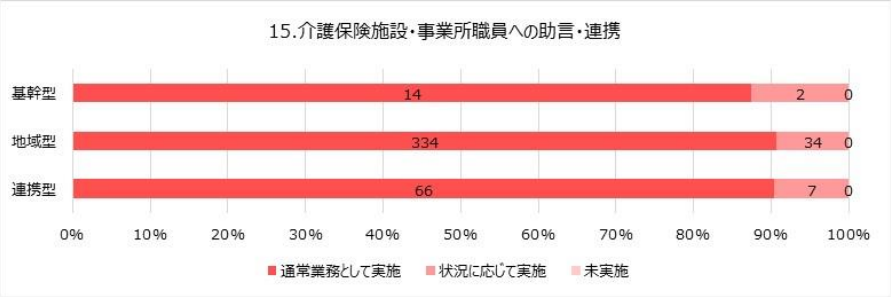


図 159　類型別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

表 238　医療機関種別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施

		15.介護保険施設･事業所職員への助言･連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	173	20	0	193
		89.6%	10.4%	0.0%	100.0%
	精神科病院	204	23	0	227
		89.9%	10.1%	0.0%	100.0%
	診療所	37	0	0	37
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	その他	0	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	合計	414	43	0	457
		90.6%	9.4%	0.0%	100.0%

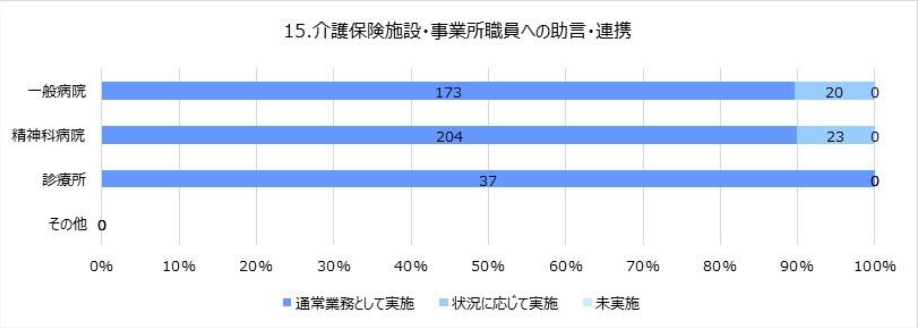


図 160　医療機関種別　介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

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.

相談元別の相談件数（Ⅱ-3-１）は，報告項目として初年度であり空欄も多く，相談元別の相談件数の集計が困難であると考えられたが，今後は月別の臨床統計を活用することが望まれる．初診待機日数（Ⅱ-5）について，昨年度の実績報告書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」「3~6 か月」「6 か月以上」の待機日数の合計は 19.2%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-6-1）は，連携型の 47.2%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-6-3）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.

認知症疾患医療センターへの受診の経緯（Ⅱ-7）と受診後の情報提供（Ⅱ-8）については，報告項目として初年度であり空欄も多かったが，今後，月別の経緯や関係機関別の臨床統計を活用する必要がある. 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 74.2%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 56.3%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%であったが，地域型 82.9%，連携型でも 74.0%の実施であり，基幹型のみの要件とする必要性はない可能性がある．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，空欄であった 5 件は参加実態がない可能性があり，一方で 98.9%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）においては，センター内にチームを設置（受託）か，チーム員として参加か，後方支援かを選択肢として問うているが，31 件がいずれの関与もしていないと報告していた.

医療サービス等提供状況（Ⅴ-1）では介護保険主治医意見書の記載や行政機関への助言，地域包括支援センター職員への助言・連携，介護支援専門員への助言・連携，介護保険施設・事業所職員への助言・連携など，地域医療介護連携に関するサービスは，概ね状況に応じて実施されていることが明らかになった.

限界として，提出された実績報告書において空欄がある項目では総数に含めず欠損値として扱った．したがって割合の点で実態に則していない可能性が依然として存在することに留意が必要である．実績報告書の適切な記入を推進する必要がある.

5.結論

認知症疾患医療センターの実績報告書を経年的に集計分析することで，全国の認知症疾患医療センターの実情が明らかにすることができる.

2. 都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査結果

〔調査報告 1〕

都道府県･政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査

（1）　背景

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱には,都道府県の責務として以下の事項が示されている．しかしながら,事業評価のあり方は都道府県によって大きく異なることが指摘された．以下に認知症疾患医療センター運営事業実施要綱のうち当該部分を記載する.

５ 都道府県の責務等

（１）連携体制の構築

都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で, 都道府県内の認知症疾患医療センターについて, 都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者, 地域包括支援センターなど介護保険関係者, 認知症医療に関する有識者等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し, 各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこと.

なお, 既に同様の機能を有する会議等を設置, 運営している場合は, その 会議等を活用して差し支えない.

（２）事業評価の実施

都道府県及び指定都市は, 自ら指定した認知症疾患医療センターに対し, ４の事業内容について, 以下の点に着目し, 事業評価を行うこと.

（事業評価上の留意点）

ａ 専門的医療機関としての機能

○認知症原因疾患別の鑑別診断の実施

○治療方針の選定に関すること（投薬, 他医療機関への紹介等を含む）

○記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む）

○周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること（基幹型の場合は, 空床確保及びその利用状況を含む）

○専門医療相談の実施

・相談方法（電話, 面接, 訪問別相談の実施 等）

・相談件数

・相談応需マニュアルの整備 等

ｂ 地域連携拠点としての機能

○認知症疾患医療連携協議会の運営状況

○研修会の開催状況

（認知症疾患医療センター運営事業実施要綱令和（令和２年３月改訂）を参照）

(2)　調査目的

令和 2 年度 12 月現在の,都道府県・政令市における認知症疾患医療センター実績報告書の活用,都道府県認知症疾患医療連携協議会や人材育成の実施状況を明らかにするために,認知症疾患医療センター運営事業実施要綱「5.都道府県の責務」に掲げられている項目を踏まえ,以下の 5 点について実態調査を行った.

1.認知症疾患医療センター実績報告書を用いた事業評価について

2.都道府県認知症疾患医療連携協議会について

3.認知症疾患医療センターの職員の人材育成について

4.基幹型認知症疾患医療センターの事業内容について

5.都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの「質の管理」についての課題

(3)　調査対象

対象は,全国の都道府県および指定都市（47 都道府県,19 指定都市）である（悉皆調査）．認知症疾患医療センターのない指定都市は除外した.

(4)　調査方法

調査方法は郵送法を用いた質問紙調査とした.

(5)　調査期間

調査期間は 2020 年 12 月 15 日から 2021 年 1 月 8 日とした.

調査項目は,認知症疾患医療センター運営事業実施要綱を基礎とし,かつ認知症疾患医療センター実績報告書を用いた事業評価の方法,都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催方法,人材育成および基幹型認知症疾患医療センターの関与等が把握できるものとした.

(6)　結果

1）回収率　95.7%であった．回収された票はすべて有効回答であり,すべてを分析対象とした.

	配布数	回収数
都道府県	47	44
（うち認知症疾患医療センターがある都道府県）	47	44
（うち指定都市がある都道府県）	15	14
（うち指定都市に認知症疾患医療センターがある都道府県）	14	14
（うち基幹型認知症疾患医療センターを指定している都道府県）	16	16
政令市	19	19
（うち認知症疾患医療センターがある政令市）	19	19
（うち基幹型認知症疾患医療センターを指定している政令市）	1	1

2）アンケート結果

都道府県・政令市別に分析を行った.

1.認知症疾患医療センター実績報告書（以下実績報告書）を用いた事業評価について

【1-1. 実績報告書の内容を認知症疾患医療センターごとに確認していますか. 】

100%が確認「している」と回答した.

		1-1.実績報告書の内容を認知症疾患医療センターごとに確認していますか。		合計
		している	していない	
都道府県	N	44	0	44
	%	100.0%	0.0%	100.0%
政令市	N	19	19	19
	%	100.0%	0.0%	100.0%
合計	N	63	63	63
	%	100.0%	0.0%	100.0%

【1-2. 実績報告書が厚労省作成の記入上の留意事項（記載要領）に則って記載されているかを確認していますか. 】

95.2%が実績報告書が厚労省作成の記入上の留意事項（記載要領）に則って記載されているかを確認「している」と回答した.

		1-2. 実績報告書が厚労省作成の記入上の留意事項（記載要領）に則って記載されているかを確認していますか。		
		している	していない	合計
都道府県	N	42	2	44
	%	95.5%	4.5%	100.0%
政令市	N	18	1	19
	%	94.7%	5.3%	100.0%
合計	N	60	3	63
	%	95.2%	4.8%	100.0%

【1-3. 実績報告書の内容を都道府県・政令市単位で集計していますか. （自治体職員あるいは委託による集計も含む）】

82.5%が実績報告書の内容を都道府県・政令市単位で集計「している」と回答した.

		1-3. 実績報告書の内容を都道府県・政令市単位で集計していますか。（自治体職員あるいは委託による集計も含む）		
		している	していない	合計
都道府県	N	37	7	44
	%	84.1%	15.9%	100.0%
政令市	N	15	4	19
	%	78.9%	21.1%	100.0%
合計	N	52	11	63
	%	82.5%	17.5%	100.0%

【1-4. 実績報告書の集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価をしていますか. （1-3. している場合のみ）】

集計している自治体のうち 51.9%が集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価を「している」と回答した.

		1-4. 実績報告書の集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価をしていますか。（1-3.しているの場合のみ）		
		している	していない	合計
都道府県	N	18	19	37
	%	48.6%	51.4%	100.0%
政令市	N	9	6	15
	%	60.0%	40.0%	100.0%
合計	N	27	25	52
	%	51.9%	48.1%	100.0%

【1-5. 具体的な認知症疾患医療センターの事業評価方法をご教示ください. 】

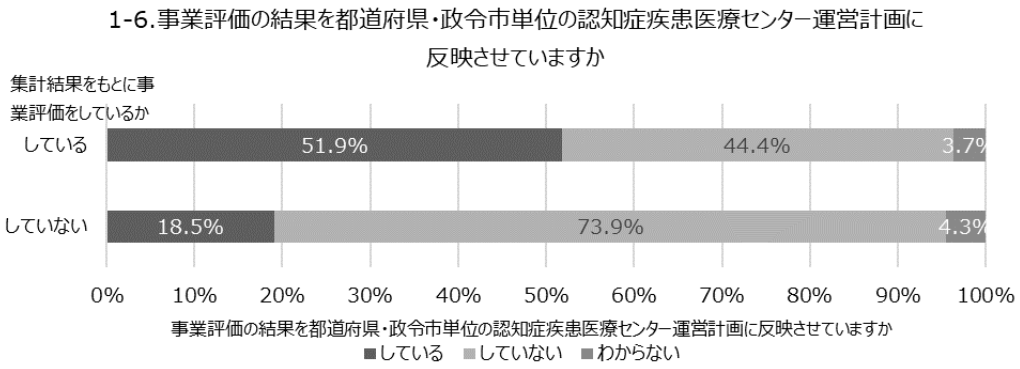
- ✧ 県認知症地域ケア推進会議（県認知症疾患連携協議会）の場面で報告. 各委員より意見を頂いている.
- ✧ とりまとめた内容を県内のセンターで組織する認知症疾患医療センター連絡協議会に報告し,取組が進んでいない場合には,解決方法について協議している.
- ✧ 「県認知症施策推進行動計画」を策定し,計画の中には認知症疾患医療センターの効果的な取り組みの推進を目標としている. 行動計画は年度ごと進捗状況について外部有識者や認知症の人と家族の当事者等により構成された「県認知症施策推進協議会」に報告・点検・評価を受けるとともに意見聴取し,次年度以降の施策に反映する.
- ✧ 年度に１度,県医師会,認知症疾患医療センター連絡会議を開催して事業評価を行なう.
- ✧ 学識経験者,介護・医療関係者等からなる認知症対策推進会議において,認知症疾患医療センター（以下「疾患センター」という）の運営に係る実績報告及び意見交換を行なっている.
- ✧ 県事業評価の参考資料として添付
- ✧ 各センターの鑑別診断,専門医療相談,研修会,連携協議会等の地域連携拠点機能,日常生活支援機能等の実施状況をもとに,センターごとの地域の実情を考慮しながら,第三者委員会による評価を行なっている.
- ✧ 認知症疾患医療センター推進会議（各センターの代表者等が参加）において,実績報告書の集計結果等をもとに意見交換等を行なっている.
- ✧ とりまとめた各センターの実績について,基幹センターとともに確認し評価している.
- ✧ 鑑別診断件数,診断結果,待機日数,地域との連携状況等,経年的データを元に比較,分析等を行い,新規指定や機能強化の方針等の検討に活用している.
- ✧ 専門相談件数,鑑別診断件数の件数（対前年比など）を事業評価の一つとしている.

- ✧ 鑑別診断や相談件数等について集計し,認知症疾患医療センター連絡会で共有,評価している.
- ✧ 各センター及び県全体の年度ごとの推移等から取組状況を把握.
- ✧ 各疾患センターから提出された実績報告書をもとに,県独自で作成した事業評価シートを用いて評価.
- ✧ 県の予算事業を対象として実施する事務事業評価の方法で実施している.
- ✧ 県政策評価条例に基づき,毎年度事業評価を行っている.
- ✧ 集計結果をもとにセンター長等へヒアリングを行い,事業実績の確認や今後に向けた課題の把握等を行っている.
- ✧ 指定更新（３年ごと）の際に,外部委員も含めた選定委員会において,期間中の事業評価を行っていただき,指定更新を決定している.
- ✧ 市認知症対策推進会議において,実績報告書を各センターごとに比較しやすいように一覧形式にし,さらに要綱で規定する各センターの機能ごとに①自センターの強みや積極的に実施できている点②今後,力を入れていきたい点や改善が必要と考えている点について,自由記述形式で自己評価を行い,意見交換を行っている.
- ✧ 認知症疾患医療連携協議会において,実績報告をし,参加者である関係機関より意見を聴取している.
- ✧ 自己評価及びヒアリングによる評価をしています.
- ✧ 評価シートを用い,市と疾患医療センターの２者別々に評価
- ✧ 認知症疾患医療センター運営事業評価シートによって各センターは,事業の実施状況について自己評価を行う. 本市担当職員がセンターにうかがい評価シートの内容,その他センター運営に関する事項等をヒアリングし評価を行う.
- ✧ 実績報告の集計結果を過去の実績と比較し検討している.
- ✧ 鑑別診断件数や相談件数等を集計し,経年比較等により事業評価を実施.
- ✧ 市認知症の人にやさしいまちづくり推進委員会の部会の一つである認知症初期集中支援事業等運営関連部会にて実績評価を行う.
- ✧ 集計結果をもとにセンター長,連携担当者等へのヒアリングを行い,事業実績の確認や今後の課題把握等を行っている.

【1-6. 上記による事業評価の結果を都道府県・政令市単位の認知症疾患医療センター運営計画に反映させていますか. （例：都道府県・政令市独自の事業内容や,指定など）】

実績報告書の集計結果をもとに事業評価をしている都道府県・政令市の方が,事業評価の内容を都道府県・政令市単位の認知症疾患医療センター運営計画に反映させている回答が多かった.

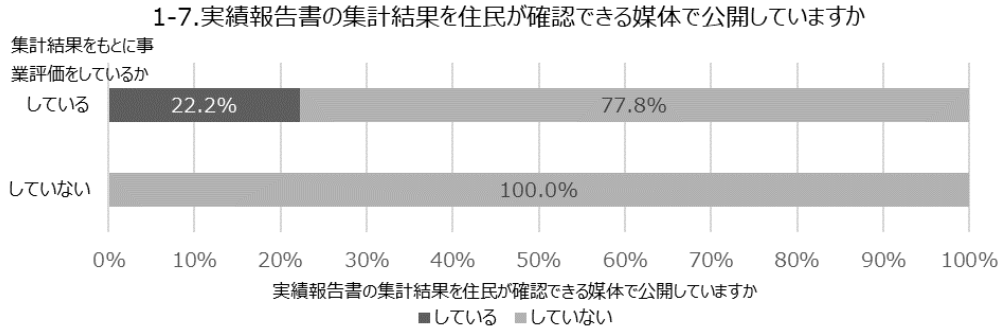
				1-6. 上記による事業評価の結果を都道府県・政令市単位の認知症疾患医療センター運営計画に反映させていますか。			
				している	していない	わからない	合計
1-4. 実績報告書の集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価をしていますか。	している	都道府県	N	9	8	1	18
			%	50.0%	44.4%	5.6%	100.0%
		政令市	N	5	4	0	9
			%	55.6%	44.4%	0.0%	100.0%
		合計	N	14	12	1	27
			%	51.9%	44.4%	3.7%	100.0%
	していない	都道府県	N	4	14	0	18
			%	22.2%	77.8%	0.0%	100.0%
		政令市	N	1	3	1	5
			%	20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
		合計	N	5	17	1	23
			%	21.7%	73.9%	4.3%	100.0%
	合計	都道府県	N	13	22	1	36
			%	36.1%	61.1%	2.8%	100.0%
		政令市	N	6	7	1	14
			%	42.9%	50.0%	7.1%	100.0%
		合計	N	19	29	2	50
			%	38.0%	58.0%	4.0%	100.0%



【1-7. 実績報告書の集計結果を住民が確認できる媒体で公開していますか. 】

公開「している」回答は 6 件のみであった. 実績報告書の集計結果をもとに事業評価をしている都道府県・政令市の方が,集計結果を住民が確認できる媒体で公開しているという回答が多かった.

				1-7. 実績報告書の集計結果を住民が確認できる媒体で公開していますか。		
				している	していない	合計
1-4. 実績報告書の集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価をしていますか。	している	都道府県	N	5	13	18
			%	27.8%	72.2%	100.0%
		政令市	N	1	8	9
			%	11.1%	88.9%	100.0%
		合計	N	6	21	27
			%	22.2%	77.8%	100.0%
	していない	都道府県	N		18	18
			%		100.0%	100.0%
		政令市	N		5	5
			%		100.0%	100.0%
		合計	N		23	23
			%		100.0%	100.0%
	合計	都道府県	N	5	31	36
			%	13.9%	86.1%	100.0%
		政令市	N	1	13	14
			%	7.1%	92.9%	100.0%
		合計	N	6	44	50
			%	12.0%	88.0%	100.0%



【1-8. 都道府県・政令市独自の実績報告書の活用について具体例があればご教示ください. 】

- ✧ 県指定センターの実績報告書は,県認知症疾患医療連携協議会の場面で共有. 県,政令市共催の認知症疾患医療センター情報交換会の場面では,県内全てのセンター実績報告を共有している.
- ✧ 当県では,県医師会,精神病院協会の協力を得て,平成 25 年度より全県的に認知症対応医療機関,相談医療機関の登録制度を設け,医療連携体制の構築を図ってきており,その運営管理委員会において資料として活用その他.
- ✧ 若年性認知症自立支援ネットワーク会議,認知症施策推進会議,市町担当者会等で関係者へ情報提供. 施策展開を検討していく際の基礎データの活用.
- ✧ 県が主催する認知症施策を検討する協議会など,各種会議・研修会で活用を図っている.
- ✧ 市,県共催の認知症疾患医療センター情報交換会の場面では,県内全てのセンター実績報告書を共有している.
- ✧ 厚労省作成の留意事項（記載要領）で定める項目の他に,認知症初期集中支援チームとの

連携状況や研修実施内容の項目を作成し,事業評価に活用.

- ✧ 県認知症対策推進会議や定期監査等において,認知症施策の説明,事業実績報告時に活用している.
- ✧ 各センターからの実績報告をとりまとめ,連絡会議で運営状況の報告や意見交換により情報共有している.
- ✧ 予算資料
- ✧ MCI の診断数により,各地域における早期発見,早期対応の傾向にあるかの参考資料にしている.
- ✧ 相談件数,鑑別件数をセンター毎に年度別に集計し,傾向を分析している.
- ✧ 認知症初期集中支援チーム（8 箇所）や地域包括支援センター（61 箇所）等,関係機関に対して連携する際の参考情報として共有している.

【1-9. 実績報告書の集計を行っていない理由をご教示ください. 】

- ✧ 地域ごとに高齢者の割合や周囲の医療機関など,異なる特性があることを考慮し,個々の認知症疾患医療センターごとの実績や取組内容をより重視しているため.
- ✧ 県全体で集計する必要がないため.
- ✧ 事業報告書とは別に県で独自に集計しているものがあるため.
- ✧ 認知症疾患医療センターが位置する２次医療圏ごとに地域性や社会資源が異なっており,実績内容の集計による活用方法,利点が見出せないため.
- ✧ 別途県独自の実績報告書を提出していただいているため.（月ごとの外来件数,鑑別診断件数,入院件数,専門医療相談件数を記載）
- ✧ 集計の必要性を感じなかったため.
- ✧ 指定が１か所のため.（事業の評価や指定の際に活用している）
- ✧ センターが２か所しかなく,集計する必要がないため.
- ✧ 本市設置の２センターは,それぞれが東部,西部の認知症医療連携の中心であり,概要をつかみやすいため.

2.都道府県認知症疾患医療連携協議会について

【2-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか. 】

本項目は,以下の注釈を伴って質問した.

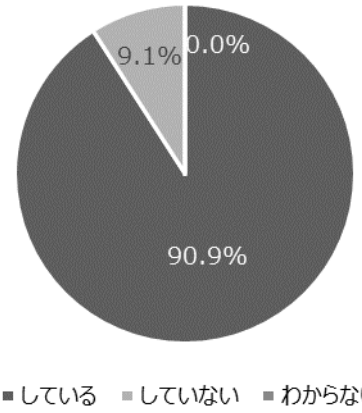
「※同様の機能を有する会議等の活用の場合は,1.している と回答したうえで,下段に会議名をご記載ください. ※政令市は,あなたの都道府県の都道府県認知症疾患医療連携協議会についてお答えください. 」

都道府県のうち 90.9%が「している」が,9.1%が「していない」と回答した. 政令市のうち 68.4%が

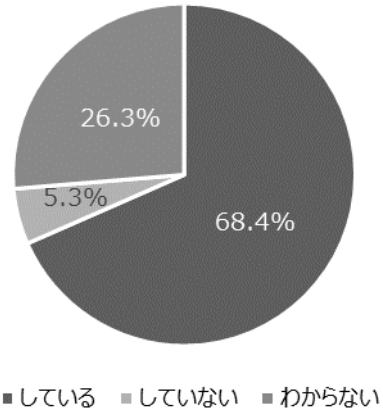
「している」と回答し,5.3%は「していない」,26.3%は「わからない」と回答した．わからないと回答した政令市では,協議会に関して都道府県との連携体制が確立していない可能性がある.

		2-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか。			
		している	していない	わからない	合計
都道府県	N	40	4	0	44
	%	90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
政令市	N	13	1	5	19
	%	68.4%	5.3%	26.3%	100.0%
合計	N	53	5	5	63
	%	84.1%	7.9%	7.9%	100.0%

都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか（都道府県）



（あなたの都道府県では）認知症疾患医療連携協議会を設置していますか（政令市）

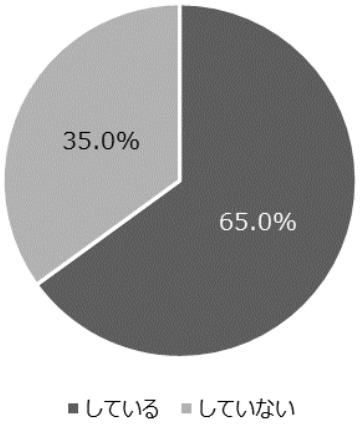


【2-2. 同連携協議会において実績報告書の都道府県単位の集計結果を共有していますか. （2-1.「1.している」とお答えの場合のみ）】

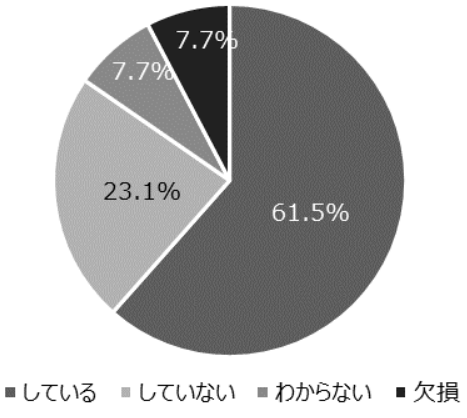
都道府県は 65.0%が「している」,35.0%は「していない」と回答した. 政令市の 61.5%が「している」,23.1%は「していない」,政令市のそのほか 2 件はそれぞれ「わからない」と「欠損」であった.

				2-2. 同連携協議会において実績報告書の都道府県単位の集計結果を共有していますか。				
				している	していない	わからない	欠損	合計
2-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか	している	都道府県	N	26	14	0	0	40
			%	65.0%	35.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		政令市	N	8	3	1	1	13
			%	61.5%	23.1%	7.7%	7.7%	100.0%
		合計	N	34	17	1	1	53
			%	64.2%	32.1%	1.9%	1.9%	100.0%

同連携協議会において実績報告書の都道府県単位の集計結果を共有していますか（都道府県）



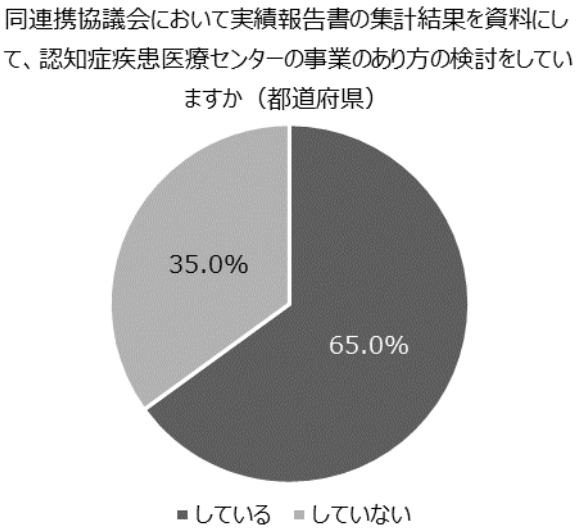
（あなたの都道府県では）同連携協議会において実績報告書の都道府県単位の集計結果を共有していますか（政令市）

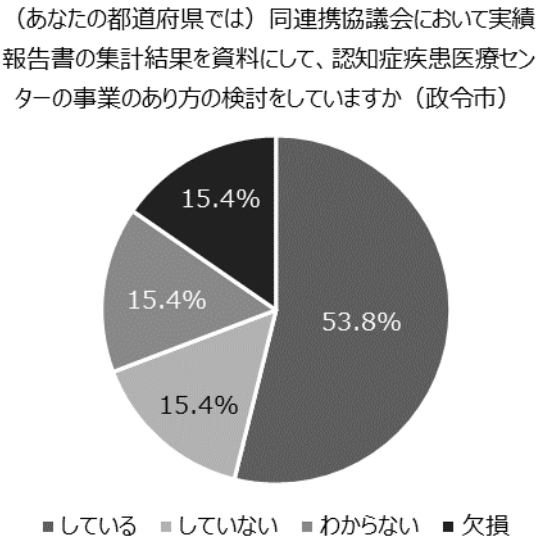


【2-3. 同連携協議会において実績報告書の集計結果を資料にして,認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討をしていますか. （2-1.「1.している」とお答えの場合のみ）】

都道府県の 65.0%は「している」が,35.0%は「していない」と回答した. 政令市の 53.8%は「している」,15.4%は「していない」,そのほか 4 件はそれぞれ「わからない」と「欠損」であった.

				2-3. 同連携協議会において実績報告書の集計結果を資料にして、認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討をしていますか。				合計
				している	していない	わからない	欠損	
2-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか	している	都道府県	N	26	14	0	0	40
			%	65.0%	35.0%	0.0%	0.0%	100.0%
		政令市	N	7	2	2	2	13
			%	53.8%	15.4%	15.4%	15.4%	100.0%
		合計	N	33	16	2	2	53
			%	62.3%	30.2%	3.8%	3.8%	100.0%





【2-4. 認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関して,同連携協議会が実施していることがあればご教示ください. 】

- ✧ 事業実績及び事業のあり方,指定の際の考え方等について,会議委員より意見をいただいている.
- ✧ 認知症疾患医療センターの活動報告を行い,各委員より意見を頂いている. 認知症疾患医療センターの活動に対する質問の他,要望が寄せられる等活発な意見交換がなされている.
- ✧ 会議において質疑応答により質の向上を図っている.
- ✧ 会議の中で説明をさせていただき,委員に意見を伺っている.
- ✧ 実績報告について共有し,各センターより圏域や体制の強化について発表してもらう.
- ✧ 各センターからの実績報告書の集計結果を情報共有している.
- ✧ 学識経験者,介護・医療関係者等からなる認知症対策推進会議において,認知症疾患医療センター（以下「疾患センター」という）の運営に係る実績報告及び意見交換を行なっている.
- ✧ 昨年度,外部,自己アンケート結果を基に,センターの事業評価を行なった.
- ✧ 地域の声に対応する実績報告書の集計結果と各センターが工夫していることを資料にし,意見交換を行なった.
- ✧ 令和２年度からセンターの質の底上げを図るため,予め設定したテーマによる集中討議を実施し,各センターの取組状況及び課題等の共有を行なう予定. 令和２年度テーマ（予定）「認知症疾患医療センターを中核とした地域連携の在り方について」
- ✧ 認知症施策全般における,認知症疾患医療センターの役割や機能について協議会において意見交換等を行なっている.
- ✧ 基幹型のセンターが他の地域型のセンターの実績について分析し,意見交換をその場で行なっている.
- ✧ 各センターの課題や工夫点の情報交換. 学識経験者や関係機関も含めた意見交換等（初診日までの待機日数軽減への工夫点,BPSD への対応,地域との連携上の課題,運転免許への対応等）.
- ✧ 認知症疾患医療センター連絡協議会は,年４回実施している. ３ヶ月ごとの各センターの「事業評価」及び「質の管理」向上の取り組みを報告することにより,全体で共有している.
- ✧ 県独自の実績報告書を用いて情報共有を行っている. 事例検討も行っている.
- ✧ 鑑別診断や相談件数,地域連携の状況について経年で集計し,評価している.
- ✧ 実績報告と評価.
- ✧ 各センターからの事業報告・各センターの取組の共有.
- ✧ 協議会でセンターの活動状況等を報告し,必要に応じ委員からコメント・助言等をいただいている.
- ✧ 同協議会において,実績報告等の集計結果を共有し,委員である学識経験者や関係団体等から意見をいただいている.

- ✧ 認知症疾患医療センターの活動報告を行い,各委員より意見を頂いている.
- ✧ 認知症疾患医療センターの活動に対する質問の他,要望が寄せられる等,活発な意見交換がなされている.
- ✧ 講演会「質の確保に向けて」を開催しました.
- ✧ 県域での相談数や鑑別診断の比較.
- ✧ 県における認知症総合対策推進事業の実施状況を共有.
- ✧ 他の認知症疾患医療センター職員との意見交換.
- ✧ 関連する他の事業とあわせて進捗状況等を報告し,課題等について審議を行っている.
- ✧ 協議会でセンターの活動状況等を報告し,必要に応じ委員からコメント・助言をいただいている.

【2-5. 同連携協議会で,認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討を行う際に,実績報告書の集計結果を資料として活用していない理由をご教示ください. （2-3.「0.していない」とお答えの場合のみ）】

- ✧ 本県は地域型のみの設置であり,圏域毎に人口規模も違うため,数値的な報告を基に検討を行うことは難しいため.
- ✧ 本県は,６圏域全てに各１ヶ所ずつセンターが設置されており,地域資源の限度もあり,現状維持が妥当と考えている. 休廃止の協議などがあった際には検討する.
- ✧ 上記協議会は,疾患センターのみの会議ではないので,年度によって内容が異なるため.
- ✧ 鑑別診断の件数によって評価することは困難（医療機関の規模等によって違いが出てしまうため）であると考えるため. 各センターで取り組んでいる地域連携や研修等,具体的な内容を連絡会等で聞き取り,県認知症対策推進会議等において報告している.
- ✧ センターの設置方針等についてを議題としたため,集計結果については使用せず.
- ✧ 連携協議会で各認知症疾患医療センターから活動報告を発表し,関係者から評価を得ることにより認知症疾患医療センターの事業のあり方を検討しているため.
- ✧ 令和元年度の会議では,各センターの相談件数は集計せず,センターの取り組みの概要を報告した.
- ✧ 実績報告書とは別に県で独自に集計しているものがあるため.
- ✧ 県実施要領による実績報告書の内容を集計し,資料としている. （鑑別診断件数,入院件数,専門医療相談件数,平均在院日数,地域連携の状況）
- ✧ 単純に鑑別診断等の件数によって,センターの事業を評価することは困難と考えている.
- ✧ 協議会において,センターの運営状況の報告を受けるとともに,各センターのかかえる問題の共有を行い,意見交換を実施しているため.
- ✧ 連絡協議会において,出席している認知症疾患医療センターから,取組内容を発表してもらうこととしているため.

✧ 毎年度３月に開催しているため当該年度の 12 月末までの実績により活動状況等の報告を行っているため.
✧ 特になし.
✧ 事業評価のノウハウがない.
✧ 連携協議会においては,府内の各センターからの実績報告や意見交換にとどまっており,事業のあり方の検討には及んではいない.

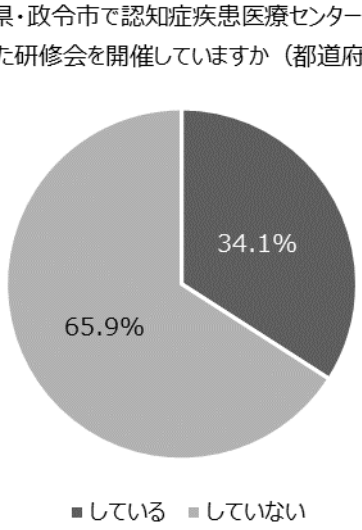
3.認知症疾患医療センターの職員の人材育成について

【3-1. 都道府県・政令市で認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会を開催していますか. （事例検討会を含む,共催も含む）】

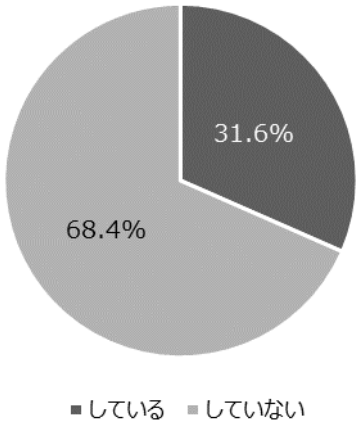
本質問は以下の注釈を付して聞いた.「※研修会については過去一年間についてお答えください. 一堂に会する研修会以外にもオンライン研修会も含んでご回答ください. 」

都道府県の 34.1%が「している」が,65.9%は「していない」と回答した. 政令市の 31.6%が「している」が,68.4%は「していない」と回答した.

		3-1. 都道府県・政令市で認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会を開催していますか。		
		している	していない	合計
都道府県	N	15	29	44
	%	34.1%	65.9%	100.0%
政令市	N	6	13	19
	%	31.6%	68.4%	100.0%
合計	N	21	42	63
	%	33.3%	66.7%	100.0%



都道府県・政令市で認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会を開催していますか（政令市）



【3-2．認知症疾患医療センター職員の研修会を行っていない理由をご教示ください．（3-1.で「していない」の場合のみ）】

- ✧ センター職員向け単体としての研修は実施していないが,認知症関連の各種研修を案内し,参加することで認知症に関する最新の知見を得るよう促している．また,圏域毎に開催する認知症連絡協議会にて圏域内の関係者と連携を図れているため.
- ✧ センター職員を含め,医療従事者や専門職を対象とした研修は実施しているものの,センター職員に向けた研修については未検討である.
- ✧ 令和３年度より実施の方向で検討中.
- ✧ 職員研修会を開催するだけの知識,ノウハウを県では持ち合わせていない.
- ✧ 令和２年度,基幹型のセンターが設置されたので,基幹型センターにそういった役割を担ってもらうことを想定しているため.
- ✧ センター職員同士の情報交換の機会がある．認知症専門機関の専門職を対象とする研修を企画しにくい.
- ✧ 研修会は実施していないが,連絡会を開催し,各センターの取り組み等を共有する場を設けている.
- ✧ 他機関において実施している研修や講座を活用している.
- ✧ センター連絡会議で○○医師に講演いただいた．ただし,今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により書面開催.
- ✧ 認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会は実施していないが,認知症対応力向上研修や各地域で実施している事例検討会は職員の受講が可能であり,人材育成の体制が整っているため.

- ✧ 県内には２ヶ所のみの設置であり,従事人数は少なく認知症医療・相談・調整に関して経験豊富なスタッフが従事しており必要がないため.
- ✧ 県主催ではないが,センター内では関係者と研修を行なっているため.
- ✧ センターからも研修開催の希望がなく,開催の検討に至っていない.
- ✧ 職員に対する研修は各センターにて実施するものと考えているため,県としては実施していない.
- ✧ 認知症疾患医療センター職員向けの研修会は行なっていないが,認知症初期集中支援チーム員現任者研修会等への参加は促している．また,認知症疾患医療センター連絡会において,取組報告や他職種との連携を促している.
- ✧ ニーズを把握しておらず,また,ノウハウがないため.
- ✧ 連携協議会の中で事例検討を行っているため.
- ✧ 各センターにおいて,資質向上の取り組みが行われているものと考えている.
- ✧ 基幹型において報告会を開催しており,この際に事例の共有等を行っている.
- ✧ 例年実施していたが,新型コロナの影響で中止した.
- ✧ 認知症疾患医療センターから特に実施を求める声があがっていない.
- ✧ 要望がない．予算措置していない．全国研修会等の案内は随時行っている.
- ✧ 地域型・連携型センターに対する研修は,基幹型センターが行うこととしているため,県直営では実施していない.
- ✧ 各センターで実施している為
- ✧ 県内のセンターが参画する研修会が年６回程度開催されており,センター職員に対象を絞った研修ではないものの,量的には十分であると考えているため.
- ✧ 各疾患医療センターにおいて,地域の医療従事者向けの研修の開催を依頼しており,県による研修会は開催していない.
- ✧ 認知症疾患医療センターにおいて症例検討会を開催
- ✧ 医療福祉相談室の専門相談員が職員として従事しており,内部の研修や外部の認知症に関する研修に参加頂いており,職員の質を担保できていると考えているため.
- ✧ 認知症疾患医療センター内で自主的に研修を行っている点と必要と思われる研修が行われる場合にその案内を行っているため,認知症疾患医療センター職員向けの研修会を個別に行う必要性がないと考えているため.
- ✧ 認知症疾患医療センターの受託医療機関が独自で認知症医療に係る専門性向上に向けた取り組みを実施しているため.
- ✧ 疾患医療センター内で研修を行なっているため.
- ✧ 認知症疾患医療センターで事例検討会を実施している．また,認知症疾患医療センターが市内１ヶ所なので単独の研修は難しい.
- ✧ 認知症疾患医療センターが独自あるいは共催で,年に数回の研修を実施しており,認知症疾患医療センターの職員も参加しているため.

- ✧ 研修会を開催する側という認識でいるため．また,市内に基幹型１か所であり対象者が少ない.
- ✧ 国の要綱等で定められておらず,福祉行政が専門性の高い医療機関に向けて有意義な研修内容を企画することが困難であるため.
- ✧ 認知症介護研究・研修センター等,他団体が主催している研修への派遣を行っているため.
- ✧ 特になし.
- ✧ 本市主催では行っていないが,認知症に関する各種研修会等について随時情報提供を行っている.
- ✧ 相談業務にあたる精神保健福祉士等は,両センターとも数人である．他の研修会への参加等により対応力を向上している.
- ✧ センター職員に対する研修は,基幹型センターが行うこととしているため,市直営では実施していない.

【3-3．都道府県・政令市独自の認知症疾患医療センター職員の人材育成の方法について,具体例があればご教示ください．（例：職員研修,独自の事業マニュアル,実績報告書記載マニュアルなど）】

研修会を行っている群
✧ 県・政令市共催で認知症疾患医療センター情報交換会を開催．講師を呼んでの講義を含める等,センター職員の質向上も目指している. ✧ 中核型（国の区分では地域拠点型）のセンターにおいて事例検討会を実施. ✧ 認知症疾患医療センター研修会（認知症サポート医,初期集中チーム員,地域包括支援センター職員と合同で事例報告やグループワーク等を実施） ✧ 県における認知症ケアに携わる医療専門職等の認知症対応力向上の支援拠点として,地域拠点型センターに「認知症支援推進センター」を設置し,疾患センター職員の人材育成について,以下の取り組みを実施している．①取組名：疾患センター職員研修②対象者：疾患センターの相談員及び臨床心理技術者等③研修内容：スキルアップ並びに相互の情報交換,連携の促進④令和元年度の研修カリキュラム（参考）基礎編：①我が国における疾患センターの動向について（講義）②疾患センター相談員がおさえておきたい福祉制度や社会資源の基礎（講義）③事例検討（グループワーク演習）応用編：①プロジェクトの創造の仕方と育て方（講義）②事例検討（グループワーク演習） ✧ 認知症疾患センター職員を対象とした研修会を県医師会への委託により令和元年度から実施．令和２年度研修会「地域における医療・介護・法曹の連携強化について」 ✧ 認知症疾患医療センターの情報交換・課題解決にむけた意見交換等を実施．年間数回の認知症地域包括ケア研修会,若年性認知症支援担当者研修会等を企画し,地域関係者とグループワーク等で意見交換する等スキルアップの機会を提供している．若年性認知症の支援

強化のため,若年性認知症コーディネーター研修受講を全圏域のセンター職員に順次受講してもらう方針. ✧ 認知症疾患医療センターの相談員等による事例検討会を開催. ✧ 基幹センターが主催し,研修を実施している. ✧ 年に１回,各センターに県が立入検査を行い,実績報告書の記入方法,補助金の適切な執行,「事業評価」及び「質の管理」向上の取組についてヒアリング及びアドバイスを行なっている. ✧ センター職員をはじめ,サポート医や初期集中支援チーム員を対象とした研修会（事例報告,ケース検討,グループワークなど）の開催 ✧ 年２回開催するセンター職員の連絡会において,各センターの取組状況や課題を共有し,グループワーク等により課題の対応策の検討等を行うことで,質の向上を図る. ✧ 職員研修（認知症関係研修への参加） ✧ 年度中３回,各センターの医療連携担当者を対象とした連絡会を開催しており,その中で各センターの事業内容の共有などを図っている. 令和元年度は本会のなかで実績報告書記載マニュアルを作成した. ✧ 市・県共催で認知症疾患医療センター情報交換会を開催. 講師を呼んでの講義を含める等,センター職員の質向上も目指している. ✧ 疾患センター職員に特化した研修は行っていないが,専門職向けの認知症関連研修については受講対象者として周知を行っている.
研修会を行っていない群
✧ 基幹型センターが実施する事例検討会（年４回）に,地域型・連携型センターが参加することにより,認知症医療に関する専門的な知識等を伝達している. ✧ 基幹型センターが実施する事例検討会（年４回）にセンター職員が参加することにより,認知症医療に関する専門的な知識等を伝達している.

4.基幹型認知症疾患医療センターの事業内容について

「※都道府県内に基幹型認知症疾患医療センターがある場合にお答えください. 」と注釈して質問した. 自都道府県・政令市が指定する基幹型認知症疾患医療センターがあるケース以外にも,自都道府県・政令市で指定していない（他の自治体が指定している）基幹型認知症疾患医療センターが,同一都道府県に存在しているケースも質問対象とした.

【4-1. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは,実績報告書を用いた都道府県・政令市の認知症疾患医療センターの事業評価に関与していますか. 】

基幹型を指定している自治体 16 件のうち,31.3%が「している」,68.8%が「していない」と回答した. 基幹型を指定していないが都道府県内にほかの自治体が指定している基幹型がある自治体では 1 件/4 件（25.0%）は「わからない」と回答し,75.0%が欠損であった.

		4-1. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは、実績報告書を用いた都道府県・政令市の認知症疾患医療センターの事業評価に関与していますか。				
		している	していない	わからない	欠損	合計
基幹型を指定している	N	5	11	0	0	16
	%	31.3%	68.8%	0.0%	0.0%	100.0%
基幹型は指定していないが、ある	N	0	0	1	3	4
	%	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
合計	N	5	11	1	3	20
	%	25.0%	55.0%	5.0%	15.0%	100.0%

【4-2. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは,都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか. 】

指定している自治体 16 件のうち 93.8%が 「している」 ,6.3%が 「していない」と回答した. 基幹型を指定していないが都道府県内にほかの自治体が指定している基幹型がある自治体（指定していない自治体）では 1 件/4 件（25.0%）が「している」（ことを知っている）,75.0%が欠損であった.

		4-2. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは、都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか。			
		している	していない	欠損	合計
基幹型指定している	N	15	1	0	16
	%	93.8%	6.3%	0.0%	100.0%
基幹型は指定していないが、ある	N	1	0	3	4
	%	25.0%	0.0%	75.0%	100.0%
合計	N	16	1	3	20
	%	80.0%	5.0%	15.0%	100.0%

【4-3. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは,都道府県内全域の認知症疾患医療センター職員の人材育成に関与していますか. 】

指定している自治体 16 件のうち,43.8 が 「している」,43.8%が「していない」,12.5%は「わからない」と回答した. 基幹型を指定していないが都道府県内にほかの自治体が指定している基幹型がある自治体（指定していない自治体）は 1 件/4 件（25.0%）が「わからない」,75.0%は欠損であった.

		4-3. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは、都道府県内全域の認知症疾患医療センター職員の人材育成に関与していますか。				
		している	していない	わからない	欠損	合計
基幹型指定している	N	7	7	2	0	16
	%	43.8%	43.8%	12.5%	0.0%	100.0%
基幹型は指定していないが、ある	N	0	0	1	3	4
	%	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
合計	N	7	7	3	3	20
	%	35.0%	35.0%	15.0%	15.0%	100.0%

【4-4.基幹型認知症疾患医療センターの役割として,都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきであると思いますか. 】

指定している自治体 16 件のうち,50.0%は「思う」,6.3%は「思わない」,43.8%は「どちらとも言えない」と回答した. 基幹型を指定していないが都道府県内にほかの自治体が指定している基幹型がある自治体（指定していない自治体）は 1 件/4 件（25.0%）が 「どちらとも言えない」,75.0%が欠損であった.

		4-4.基幹型認知症疾患医療センターの役割として、都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきであると思いますか。				
		思う	思わない	どちらとも言えない	欠損	合計
基幹型指定している	N	8	1	7	0	16
	%	50.0%	6.3%	43.8%	0.0%	100.0%
基幹型は指定していないが、ある	N	0	0	1	3	4
	%	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
合計	N	8	1	8	3	20
	%	40.0%	5.0%	40.0%	15.0%	100.0%

【4-5. 都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けて,基幹型認知症疾患医療センターは具体的にどのような取り組みを行うべきと考えますか. 】

基幹型認知症疾患医療センターの役割として,都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべき,と思う群

- ✧ 既に取組みを行なっている.（連携協議会での分析等）
- ✧ 他のセンターがまだ行なっていない先駆的な事業及び研修を行いモデルとなるようにする.
- ✧ 県内センターを対象とした会議や研修会の開催.
- ✧ 3-3 で回答したような内容の取組を既に実施しているところです.
- ✧ 専門的知見等を各地域に還元するため,各地域の疾患センターに対する資質向上のための研修会の開催や連携協議会等の開催を行なっていただきたいと考えている.
- ✧ センターの事業評価や職員の人材育成.
- ✧ 困難事例への専門的指導及び助言等.
- ✧ 事例の検討会・認知症医療に関する最進トピックスの提供.

基幹型認知症疾患医療センターの役割として,都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきかは,どちらとも言えない群

- ✧ 基幹型認知症疾患医療センターには,症例検討会の開催等により人材育成に取り組んでいただいておりますが,センターの質の向上に向けた好事例等ありましたら共有いただきたいです.

5.都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの「質の管理（事業評価・都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催・職員研修等）」について課題があれば,ご記入ください.

- ✧ 事業評価について明確な項目を設けているわけではない.
- ✧ 事業評価の具体的な手法がわからない.
- ✧ 地域ごとに整備された認知症疾患医療センターの機能的なレベル均衡等に配慮する必要があ

る.

- ✧ 事業評価については,以前の研究報告書でもあったかかりつけ医が包括,ケアマネ等へのアンケート等が出来ればよいが,対象が多く事務量,費用ともに多く,同様に実施するのは難しい.
- ✧ 研修については,県で実施する研修等で関係するものについてはセンター職員についても参加を呼びかけているが,県単独では難しい.国でセンター職員向けのオンライン研修を実施して欲しい.
- ✧ 協議会の議題について,各認知症疾患医療センターからの実績報告書と県の施策等に関する説明が主となっているが,他県の事例等も参考に随時見直しを検討したい.
- ✧ 評価指標の設定方法が不明.
- ✧ 疾患センター運営事業の評価方法について：疾患センターの事業評価については,具体的な実施方法や評価指標等が国から示されていないことに加え,当県が指定する疾患センターは,小規模の診療所からいわゆる大病院まで,医療機関の運営体制に幅があるため,評価方法が難しい状況にある. 地域の実情に応じて評価を実施し,その結果を疾患センターの質の管理・向上につなげていくためには,適切な評価方法をお示しいただきたいと考えている. ○都道府県認知症疾患医療連携協議会での検討内容について：現行の国の実施要綱では,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（以下「連携協議会」という）の設置による疾患センターの地域連携体制構築の支援と疾患センターの事業評価の実施とを分けて規定している. 当県としては,効果的な事業評価の実施は重要で,このためには,事業評価の具体的な実施方法や評価指標等が示されている必要があると考えるが,これらがあきらかでない現時点においては,連絡協議会において事業評価を行なうことは必ずしも必要とは考えていない. なお,今後,連携協議会での事業評価の実施を求める場合は,実施要綱の規定にその旨を明記する必要があると考える. ○疾患センター職員向けの認知症対応力向上研修について：疾患センター職員の人材育成を必須の取組とするにあたっては,研修対象者,研修の目的やねらいを明確にする必要があると考える. また,目的・ねらいによっては,標準的なカリキュラムについても示していただきたい. なお,当県では,時局の進展に対応する視点と,必要な知識や技術等を段階的に学ぶ中・長期的な視点の２つの人材育成ニーズが寄せられており,現在,調査項目３－３に記載した内容で疾患センター職員を対象とした研修を実施しているところである.
- ✧ センターに対する事業評価方法,センター向け会議,研修内容.
- ✧ 認知症疾患医療センターの活動評価をどう充実させ,認知症疾患医療センターと各地域の郡市医師会等を中心とした取組とどう協調させていくかなどは検討課題である.
- ✧ どの手法で評価することがのぞましいのか,それぞれ質の向上につながるか.
- ✧ 医療資源自体が乏しい中,センターへどこまで質を期待してよいのか.
- ✧ センターの運営状況や質に差があり,どのように全体の質を上げていくか課題. 今後,厚労省で作成中の事業評価の手引き等を参考に検討していきたい.
- ✧ 質の管理に当たって,具体的な評価指標,評価方法の設定が難しい.

- ✧ 事業評価を実施したいが,各センターの背景や体制,地域の状況が様々であるため評価することが難しい.
- ✧ センター事業について,現在は各センターがそれぞれの地域の実情,センター運営方針に合わせて事業を実施しており,鑑別診断件数,地域連携協議会の活動内容等に大きなばらつきがみられる．また,事業評価の基準が国から示されていないため,各センターの事情を考慮しながらの県の評価となっており,全センターの統一的な評価が難しい状況である．センターの質の管理を図っていくうえで,センターとして最低限到達すべき水準の目安を示していただきたい．当該水準はセンターの評価を行なう際の基準としても活用されるものと考える.
- ✧ 経年的な比較はしているが評価指標が曖昧で,長期的な視点で捉えることが困難で,単年の評価になりがち.
- ✧ 目標設定の仕方,経年的に評価を積み重ねて PDCA サイクルによる課題解決ができるよう,評価指標や考え方の基礎になるものが必要だと思う．できれば国で示してもらいたい．また,目標,現状,課題,問題解決の方針等について認知症疾患医療センターの職員と共有する必要があると思うが,そこまでには至っていない.
- ✧ 当県では, 2 次医療圏域に複数箇所のセンターを設置している圏域もあり,センター間の連携のあり方についての評価も必要である.
- ✧ 実績報告をもとにセンターの事業評価をしているが,県全体の認知症の鑑別診断や相談件数が分からないため,数字の評価がしにくい．例えば,件数が減ったことが,センターの活動低下なのか,かかりつけ医等への機能分化によるものなのか．全体像が分からない.
- ✧ 当県担当課には,医師・精神保健福祉士などの専門職はおらず,認知症疾患医療センターの質の管理はハードルが高いと感じる.
- ✧ 事業評価の手法,指標の設定（国において何らかの統一的な指針等を示してほしい）
- ✧ 現在,本県では県独自の事業評価基準において評価をしているが,判断基準（数値等）がないため,改善等を割りだせないという課題がある.
- ✧ 認知症施策は他の課が所管しており,他課の方が多くの情報を持っており,連携が上手くできていない.
- ✧ 病院により研修の開催日数や参加者数に差があり,一定の質の管理をすることが難しい.
- ✧ 県内センターとも適正に運営されているため,質の管理については現状では特に必要性を感じていない．交付単価が低いため,研修会の開催が難しい状況にある.
- ✧ 質の向上のために事例検討会,研修会等を通じた学びが非常に重要であるが,コロナ禍の中,集合研修が企画し難い状況にある．グループワーク等の密度の高い議論はオンラインでは必ずしも代替できない.
- ✧ 地域ごとに異なる実情を踏まえた統一的かつ客観的な評価指標・基準の確立.
- ✧ 病院の性質が異なることもあるが,鑑別診断,入院実績等の差がある.
- ✧ 外部評価の評価基準や評価する委員等,誰が行っているか,他都市の状況等を知りたいです.事業評価の基準が難しいと思っています.

- ✧ 今後,厚労省による都道府県全体における疾患センターの事業内容及び機能評価の検討内容を踏まえ,改めて疾患センターのあり方や事業評価について検討する予定.
- ✧ 令和元年度から地域型 3 箇所,令和 2 年度から連携型 3 箇所に追加した「日常生活支援機能」の具体的な評価項目が必要であること.
- ✧ 評価指標が分からない.
- ✧ 認知症疾患医療センター全国研修会や日本認知症ケア学会大会などへの参加は,スタッフの知識・技術向上となりセンター運営に還元されているものであるため,補助金の対象経費に認めてほしい.

(7) 考察

調査票の回収は関係各所の協力を頂いたが 95.7%の回収にとどまった. 主たる回答者は,都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター運営事業の担当部署によるものであった.

1. 認知症疾患医療センター実績報告書を用いた事業評価について

認知症疾患医療センター実績報告書の記載要領は厚生労働省作成の記載要領が様式に添付されているが,要領に沿っていることを確認しているのは 95.2%とほとんどの都道府県・政令市が行っていた. なかには都道府県・政令市の独自の記載要領を作成しているという回答もあり,質の管理の一環として行った可能性がある. 一方,実績報告書の集計をしていても,集計結果をもとに事業評価をしていない都道府県指定都市は半数程度あり,管内認知症疾患医療センターの数が少ないという理由や,数値的評価のみが質の評価ではないと考えているなどの理由から,集計作業を行っていない都道府県・政令市が複数みられた. 事業評価方法は意見交換,外部評価の仕組み,独自の評価シート,ヒアリング等の方法が挙げられた. 集計結果をもとに事業評価をしている都道府県・政令市の方が,事業評価の内容を都道府県・政令市単位の認知症疾患医療センター運営事業の事業計画への反映や,実績報告書の集計結果を住民に公開している傾向があった. 実績報告書の活用方法は連携協議会などの会議での共有以外に予算資料,地域差の検討に活用するなどがあった.

2. 都道府県認知症疾患医療連携協議会について

都道府県認知症疾患医療連携協議会は都道府県の 90.9%が設置していた. 政令市はしていない・わからないという回答があわせて 31.6%であり,協議会に関して都道府県との連携体制が確立していない可能性がある. 都道府県認知症疾患医療連携協議会を行っている都道府県の 65.0%が,管内認知症疾患医療センターの実績報告書の集計結果を共有しており,それを認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討をしていた. 事業評価と質の管理に関しては意見交換以外にも認知症疾患医療センターの個別の課題や工夫などの共有,助言など集合知を得る場としての活用も見られた. 都道府県認知症疾患医療連携協議会は,要綱においては同様の機能を有する会議等の活用も可能であるとされているため,そのようなケースでは認知症疾患医療センターに関する議題以外も議論するという性質

から,実績報告書の集計結果を資料として活用していないという回答もみられた．また都道府県認知症疾患医療連携協議会では,各認知症疾患医療センターから発表を受けるという構造にしていることで,報告を受けた都道府県・政令市が集計を行って集計結果を発表することはしていない,という回答もあった.

3． 認知症疾患医療センターの職員の人材育成について

認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会は都道府県の 34.1%,政令市の 31.6%が実施していたが,全体の 66.7%は実施しておらず,その理由はノウハウがない,要望がない,予算がない,対象が少ない,という意見,そのほか他の認知症対応力向上研修や多職種研修,事例検討会を活用できている,各センターで職員研修を行うべき,基幹型認知症疾患医療センターが行うこととしている,などの意見が挙がった．また感染拡大防止のため開催を見送ったケースが数件あった．研修会を行っている群の具体例では,都道府県が人材育成のための機関を設置する等で講師を呼び研修を企画しているケース,他機関主催の研修受講を奨励する,認知症疾患医療センター職員連絡会を活用するなどの例が挙がった．研修会以外では立ち入り検査を行っている例もあった.

4． 基幹型認知症疾患医療センターの事業内容について

基幹型認知症疾患医療センターの多くは都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの事業評価に関与していないが,都道府県認知症疾患医療連携協議会には参画しており,半数程度が都道府県内全域の認知症疾患医療センター職員の人材育成に関与していた．基幹型認知症疾患医療センターが,管内全域の質の向上に向けた取り組みを行うことについては,半数が行うべきであると考えているが,半数がどちらとも言えないという回答であり,地域の状況に応じて取り組みが行われている反面,今後の検討課題であるように考えられた．本項目は,基幹型認知症疾患医療センターを指定しているか,他の自治体が指定している基幹型認知症疾患医療センターが同一都道府県内にある状況の都道府県・政令市を対象としたが,他の自治体が指定している基幹型認知症疾患医療センターが事業評価や協議会にどのように関与しているのかは,知られていない可能性があった.

5． 都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの「質の管理」についての課題

都道府県・政令市の認知症疾患医療センター運営事業担当課として,認知症医療専門職の不在により医療機関の質の管理が困難である点,評価指標が不明である点,認知症疾患医療センター運営事業担当課と認知症施策担当課が異なり連携が困難である点など,自治体の抱える課題が挙げられた．国への要望としては認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に,①質の管理について認知症疾患医療センターが到達すべき最低水準など統一指針を示すこと,②目標設定や課題解決の考え方の基礎になるものを示すこと,③都道府県・指定都市に求める機能に関して新規項目の評価方法や研修事業の目的やねらい,標準カリキュラムを示すなど,詳細に指定すること,④補助金の対象経費として,職員の質の確保のための認知症疾患医療センター全国研修会や関連学会などの参加費を認めること,⑤国として職員向けオンライン研修会を実施することなどが挙がった.

（8）　結論

本調査によって,都道府県・政令市における認知症疾患医療センターの質の管理に関する取組については,都道府県・政令市によって大きな違いがあることが明らかになった．依然として質の評価・向上や協議会実施における課題は多く,都道府県の取組に関する継続的な実態調査と国からの働きかけが必要であろう.

3. 都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート結果

〔調査報告２〕

都道府県内の認知症疾患医療センター「事業評価」及び「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査

（1）　背景

令和元年 6 月に閣議決定された認知症施策推進大綱では,「各都道府県が地域の医療計画との整合性を図り,認知症疾患医療センターを計画的に整備する」こととされているが,認知症疾患医療センターの質を確保し,機能を維持・向上させるためには今なお数多くの課題が残されている．地域の実情に合わせて整備されている認知症疾患医療センター運営事業において,基幹型認知症疾患医療センターは必ずしも都道府県ごとに設置されておらず,地域の中での役割分担は都道府県ごとに様々である．認知症疾患医療センター運営事業実施要綱における,基幹型認知症疾患医療センターの地域連携推進機関としての機能に関する部分を以下に記載する.

（１）基幹型
（中略）
ウ 地域連携推進機関としての要件
（ア）地域の連携体制強化のため, 都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者, 地域包括支援センターなど介護保険関係者, 認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会（都道府県又は指定都市において, 同様の機能を有する会議等を設置, 運営している場合は, 当該会議の活用で可）を組織し, 地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等を行うほか, 地域への認知症医療に関する情報発信や, 認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行うほか, 地域住民からの認知症に関する一般相談対応等を行うこと.
（イ）都道府県又は指定都市が実施する認知症サポート医養成研修や, かかりつけ医等に対する研修の実施状況等を踏まえつつ, こうした認知症医療従事者に対する研修や, 地域包括支援センター職員等の関係機関, 認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修を自ら行い, 又は他の主体の実施する研修に協力するなど, 地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること.

（認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（令和 2 年 3 月改訂）を参照）

（2）　調査目的

令和 2 年度 12 月現在の,認知症疾患医療センター実績報告書の活用における基幹型認知症疾患医療センターの関与,都道府県認知症疾患医療連携協議会や人材育成に対する基幹型認知症疾患医療センターの役割等について,以下の 6 点について調査を行った.

1. 都道府県（指定都市含む）内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価等への関与
2. 都道府県認知症疾患医療連携協議会への参画
3. 都道府県内の認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）への関与
4. 都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動への関与
5. 都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みに関する意見
6. 都道府県内の認知症疾患医療センターの「質の管理（事業評価・都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催・職員研修等）」についての課題

（3） 調査対象

認知症疾患医療センターの整備状況について 公開用一覧（2020 年 10 月）において「基幹型」と記されていた 17 件の基幹型認知症疾患医療センターを対象に調査した．回答は基幹型認知症疾患医療センターのセンター長または代表に記載を依頼した．

（4） 調査方法

調査方法は郵送法を用いた質問紙調査とした．

（5） 調査期間

調査期間は 2020 年 12 月 15 日から 2021 年 1 月 8 日とした．

（6） 結果

１）回収率は 82.4%であった．回収された票はすべて有効回答であり,すべてを分析対象とした．

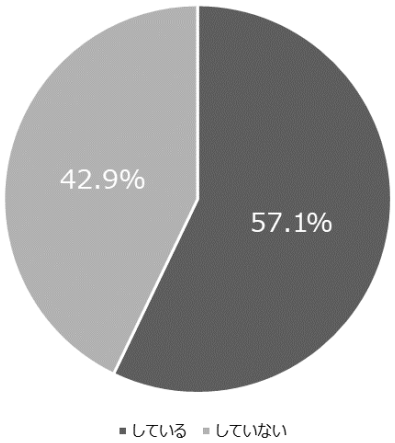
２）アンケート結果

1.都道府県（指定都市含む）内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価についての関与

【1.基幹型認知症疾患医療センターとして,都道府県（指定都市含む）内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか．】

57.1%の基幹型認知症疾患医療センターが「している」と回答した．

1.基幹型認知症疾患医療センターとして、都道府県（指定都市含む）内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか



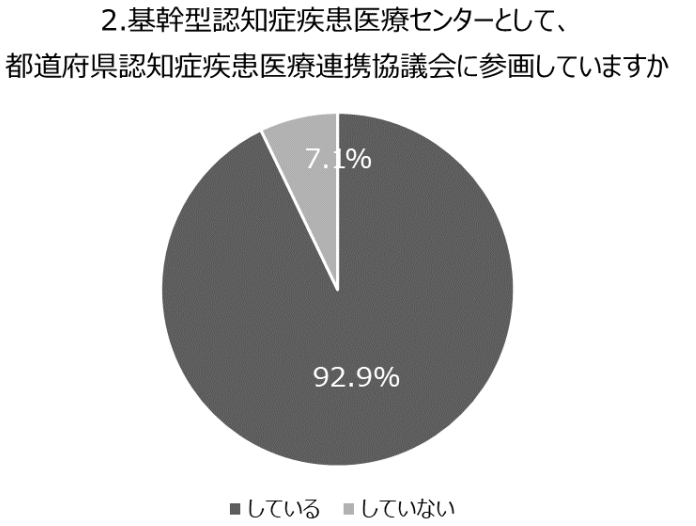
【1-1．具体的にどのような形で実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか．（1．「している」の場合のみ）】

- 県内全ての８センターが入院及び外来患者数,病名毎患者数などを県の担当部署に報告し**集計**される．県主催の認知症施策推進会議で集計が公表され,当施設含めた８センターおよび認知症関連の関係者の間で分析・評価し意見交換を行うことによって関与している.
- 当センター主催の疾患医療センター連携会議内で,県内の各センターの活動報告について報告書を提出いただいている．この報告書の内容は,県に提出する活動実績報告書の内容に合わせて作成してあります．昨年度は,別事業で活動実績報告書の内容について**集計**・分析した内容について報告書や県長寿介護課 HP にアップするなどして,情報共有をしています.
- 認知症疾患医療連携協議会において,各センターの実績報告書の**集計**・分析・評価等について協議している.
- 県内各認知症疾患医療センターの集計に関しては,県（行政）の担当者がとりまとめを行い,**とりまとめたデータ**を県の担当者と分析・評価をし,県内各センター連携担当者会議で更に協議を行う.
- １年間の基幹型・地域型の医療センターにおける診療実績,相談件数（疾患分類も含む）,講演・研修活動,初期集中支援の実態 etc について,県に報告したうえで年１回,実績報告に関わる会議でフィードバックしている.
- 毎月,県へ実績を報告し,毎年報告書を作成している.
- 毎年度３月に県に対して実績報告書を提出.
- 当センターの実績を県に提出している.

2.都道府県認知症疾患医療連携協議会への参画

【2. 基幹型認知症疾患医療センターとして,都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか. 】

92.9%の基幹型認知症疾患医療センターが「している」と回答した.



【2-1. 具体的にどのような形で都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか. 】

- 原則,年２回主催しています. また,災害時などには,必要に応じて緊急開催も行っています.
- 県長寿介護課に確認したところ,当センターで開催している疾患医療センター連携協議会において,県内の基幹型・地域型・連携型センター,県長寿介護課が集まり,県内の認知症施策や各センターの取り組み等の情報共有などを行っているため,（当センターで開催する協議会が）都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割を果たしていると考えるとのことでした.
- 都道府県認知症疾患医療センター連携協議会を主催している.
- 年に３回,県と県下にある地域型の認知症疾患医療センター合同で連絡協議会を開催し運営に係わっている.
- 基幹型の疾患医療センターが中心となり年２回の認知症疾患医療連携協議会を運営・開催し,認知症診療や医療連携に関する協議を行なっている.
- 企画・開催
- 県担当者と協力のもと開催しており,本県の認知症疾患に関わる関係団体をお招きして,センターの報告や高齢者の権利擁護,本県の課題などを協議している. 医療機関はセンターが中心に医療の立場としてコメントを行なう.
- 委員長として協議会に参加し,年１回開催.
- 年２回,認知症疾患医療連携協議会が開催され,当施設を含め８センターが行動実績と計画を発表し意見交換を行うことで参画している.

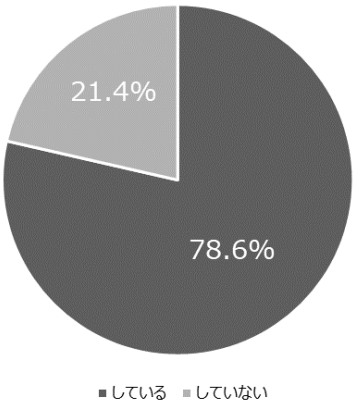
- 年に１回程度,県が主催する会があり,参画しています.
- 県が企画した都道府県認知症対策検討委員会に参加している.
- 連携協議会に参加している.
- 協議会に必ず１名出席している.

3.都道府県内の認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）への関与

【3．基幹型認知症疾患医療センターとして,都道府県内の認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）に関与していますか．（事例検討会を含む,共催も含む）】

78.6%の基幹型認知症疾患医療センターが「している」と回答した.

3．基幹型認知症疾患医療センターとして、都道府県内の
認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）に関与していますか



【3-1. 具体的にどのような形で人材育成（研修会など）に関与していますか．】

- 連携協議会時に毎回,ミニレクチャーや症例検討会,学会発表データや時期に即した最新情報の提供なども行っています．精神科多職種連携治療,ケアを担う人材育成（PsySEPTA）の認知症コースのプログラム作成,同エリアの地域型センターと合同毎月症例検討会を行ったり,年３回共催で事例検討会を行ったりしています.
- 年に３～４回,県内の医療,福祉関係者を対象に研修会を開催している．今年度はコロナ事情でオンラインの研修を２回行う．圏域の３センターが自治体の事例検討会に参加し専門家として助言している．また将来の人材となる医学部生,薬学部生,福祉関係部生の実習を受け入れることで関与している.
- 疾患医療センターに限定したものではないが,認知症支援者を対象に多職種連携を目的とした「事例相談会」を年８回開催しているので,ご案内している．2020 年は県内の疾患医療センターで実行委員会を立ち上げ,「第８回認知症疾患医療センター全国研修会県大会」を開催した.

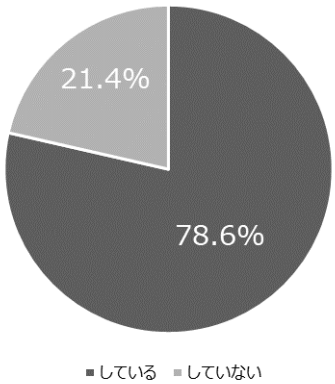
- 年に１回研修セミナーを主催している．年に数回,認知症カンファレンスを行い,事例検討も行っている．県内の認知症初期集中支援チーム連絡会を主催したり,チーム員会議に参加している．認知症サポート医連絡会に参加している.
- かかりつけ医やサポート医,県内のコメディカルを対象とした研修会を主催して行なう．定期的に県内各センターを集めて検討会等も行なう．また,必要時講師派遣も行なう.
- 認知症に関する最新情報を発信し,人材育成できるよう努力している.
- 年１回は研修会を開催しており,時に講演会に講師派遣している.
- 当院の専門職が講師を努める形で,出張講座等を行っている.
- センター医師が各圏域のセンターと協同で講演会（医療従事者向け）を行っている.
- 年２回の頻度で基幹型および地域型の疾患医療センターのいずれかが主管となる形で事例検討会を行なっている.
- 事例検討会などに出席している.

4.都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動への関与

【4.基幹型認知症疾患医療センターとして,都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動に関与していますか．（オンラインも含む）】

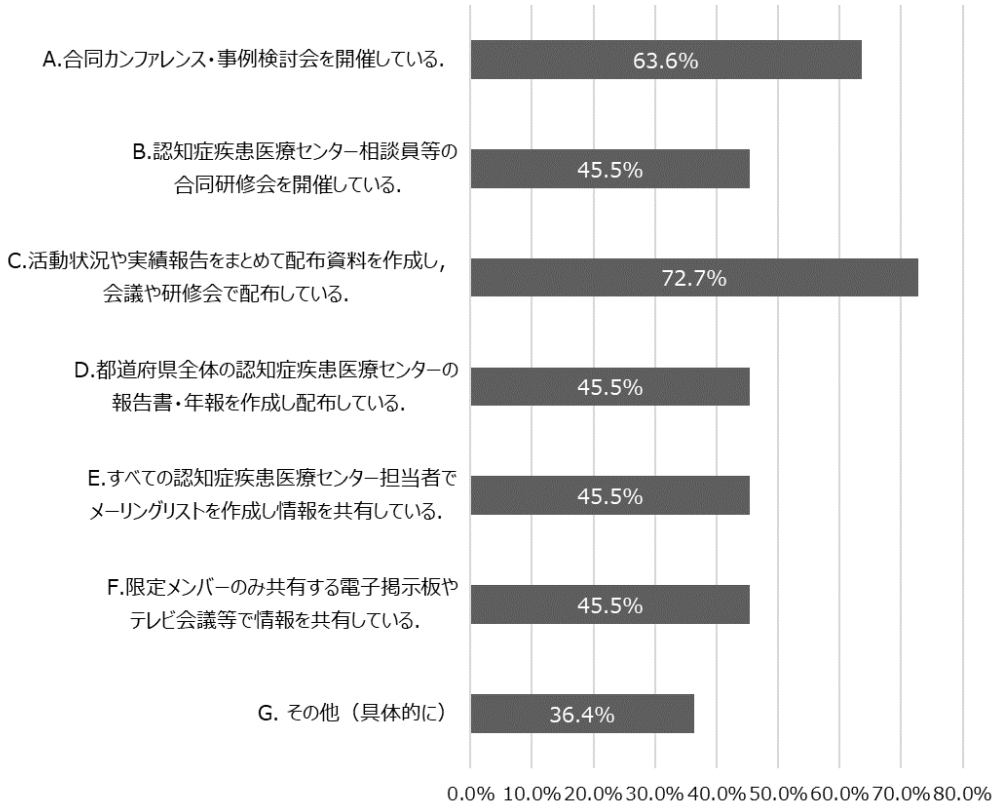
78.6%の基幹型認知症疾患医療センターが「している」と回答した.

4．基幹型認知症疾患医療センターとして、都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動に関与していますか



【4-1．それはどのような方法ですか（複数回答）．（4．で「している」の場合のみ）】

4-1．（都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動は）どのような方法ですか



【G. その他（具体的に）】

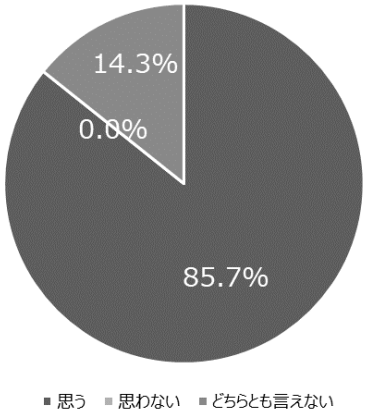
- 相談員等のコメディカルのグループ LINE があり,災害時はこちらで自院や担当エリアの被災状況を共有しています．プロトコルも決めています．2019 年の台風 19 号の時に実際に活用し,半日で全県内のおおよその被災状況が把握できました．平時も急ぎで共有したい情報や相談は,このグループ LINE を活用しています.
- 地域型・連携型センター主催の連携協議会へ出席している.
- 認知症疾患医療センター連絡会を開催し,各センターの情報共有を行っている.
- ホームページを作成し,研修会の案内等を行なう.

5.都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みに関する意見

【5.基幹型認知症疾患医療センターの役割として,都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきであると思いますか．】

85.7%の基幹型認知症疾患医療センターが「思う」と回答したが,14.3%（2 件）が「どちらとも言えない」と回答した.

5．基幹型認知症疾患医療センターの役割として、都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきであると思いますか



【5-1．都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けて,基幹型認知症疾患医療センターは具体的にどのような取り組みを行うべきと考えますか．】

- （当県では）地域型が単科精神病院だけなので,当センターは認知症の方の急性期重症身体疾患に幅広く対応しているし,すべきである．その経験を多くの一般病院,他のセンターに波及させると共に必要な連携を行う.
- 抗認知症薬の治験施設としての整備と準備を行う．大学等研究機関と共同研究を行う.
- 医学部生,薬学部生,看護・福祉関係学部生の実習の場として提供し,次世代のセンターを担う者の育成に貢献する.
- 定期的なカンファレンスの実施等.
- 最新情報の発信・人材育成,教育・診断後の支援
- 画像検査の積極的な活用を勧める.
- 臨床面：確定診断や BPSD 治療に関しての取り組み．連携面：事例の報告,実績報告の内容について,より詳細な報告を行って改善点等を話し合っていく.
- 地域型あるいはセンター事業とは別にでも,共同して事例検討会などを行い,情報共有する.
- 各センターの認知症対応能力（診断,治療,ケースワーク等）の均てん化を計る為,センター同士の連絡協議,人材交流をとりまとめる.
- 他のセンターとの交流をさらに密にして,情報共有を図る.

- 症例検討会を含めた研修会．当センターでは,診療に関連した研修会はもとより,全センターのコメディカルのみでの会議を年３回行っており,ベテラン PSW からインテーク,CP から心理検査などのレクチャーをしてもらうなど,多職種であることを活かしてメンバーのコメディカルが講師となって勉強会をしている．こうすることで,センター指定のために初めてその病院で採用となった職種で,先輩が院内にいない若手のコメディカルの育成も図っています.
- 合同カンファレンス・事例検討会等を行う事で,質の向上を図ることが必要と感じます.
- 県全体を見通した活動計画が必要・認知症サポート医フォローアップ研修の協力・多職種連携を意識した事例検討会などの企画の後方支援・支援現場のスキルアップにつながるための勉強会の企画
- 基幹型としては,専門職が認知症の対応に誤った知識を持たないように,質の向上に取り組む必要がある．また,県内の地域特性を考慮しながら県内各センターと協同して質の向上に取り組む必要がある.

6.都道府県内の認知症疾患医療センターの「質の管理（事業評価・都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催・職員研修等）」についての課題

【6．都道府県内の認知症疾患医療センターの「質の管理（事業評価・都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催・職員研修等）」について課題があれば,ご記載ください．】

- 当県では基幹型センター設置の５年前から,７つの地域型センターが積極的に活動し,「全国認知症疾患医療連携協議会〇〇支部」として年２回,県の担当者の参加も得て活動報告と情報交換を行い（当基幹型センターも設置以降参加）,質の管理については全てのセンター共通の基本的評価項目と,各センターの地域性や性格（一般急性期総合,精神科単科）による個別評価項目を決め,各項目の評価基準をそれぞれ決めることが必要と思われる．逆に言えば全てのセンターで,同一のスケールで全ての項目を評価・管理することは難しい.
- 事業評価をすると,各センター待機期間の問題があり,関係機関からもクレームも多い状況にある．職員研修は,参加数は増加しているが参加者の質の向上についての評価をすることも大切である．各センターが書類や研修会の開催等に追われており,専門職として働きが減っていることも感じる．連携協議会は,課題においてどこまで解決できているのか,といった指標がなく解決につながっているか分かりづらい状況にある.
- どう評価するかが難しいところだと思います．数値化できないので･･･．とはいえ「評価」は,必要だと思っていますが,それに囚われてしまって新しい試みをしなくなってしまうのは残念だと思います.
- 数値で表せない,医師の診断の質や治療方針につき,充分把握することができない点が課題です.
- 政令市の指定であり,主に市との協力体制で動いております．他地域のセンターとの具体的な連携が困難な状況ですので,私たちも苦労しております．他のセンターの評価や運営等に意見することは事実上不可能だと思います.
- 地域型センターの機能に関われる勉強会や職員研修の実践.
- 合同カンファレンスや事例検討会を開催できるように連携が課題.

- 県の面積が広く,年に何回も一箇所に集まるのが難しい.
- 現状以上の質の管理を行なうにはマンパワー・予算が不十分である
- 開催頻度をふやせれば良いが,マンパワー的に困難である.
- 各センターの業務を行いつつ,カンファレンス,検討会等を行うには WEB 会議等の活用が必要になってくると思います.

（7） 考察

1. 都道府県(指定都市含む)内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価等への関与

基幹型認知症疾患医療センターが,基幹型認知症疾患医療センターの役割として,同管内センターすべての実績報告書の集計・分析・評価に関与していると回答したのは 57.1%であった. 具体的には都道府県認知症疾患医療連携協議会において報告された管内センターの実績報告書について協議している,また都道府県担当者が集計した内容について専門的知見を踏まえて分析・評価を行っているという関与方法であった.

2.都道府県認知症疾患医療連携協議会への参画

基幹型認知症疾患医療センターが,基幹型認知症疾患医療センターの役割として都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していると回答したのは 92.9%であった. その具体的な役割は①都道府県認知症疾患医療連携協議会の主催,②委員長としての役割,③医療専門職として協議,④都道府県主催の協議会に参加,などが挙がった.

3.都道府県内の認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）への関与

基幹型認知症疾患医療センターが,基幹型認知症疾患医療センターの役割として,管内センター職員の人材育成に関与していると回答したのは 78.6%であった. 具体的な形は,①精神科多職種連携の人材育成コースのプログラム作成,②研修会の開催,③症例検討会の開催,④講師派遣や検討会における専門的助言⑤各種専門チーム等の連絡会の開催⑥学生実習受け入れという方法で,認知症疾患医療センターの職員に学びの場を提供し,かつ地域の多職種連携を促進し,地域の人材育成に関与していると回答された.

4.都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動への関与

基幹型認知症疾患医療センターが,基幹型認知症疾患医療センターの役割としてセンター業務の情報交換を行う活動へ関与していると回答したのは 78.6%であった. 具体的な方法は多いものから,①資料作成・配布,②合同カンファレンスや事例検討会の開催,③管内センターの相談員等の合同研修会,報告書や年保の作成,管内センターのメーリングリスト等の運用,限定メンバーが共有できる掲示板等であった. そのほか,災害時を見据えて電話回線を使用しない通信網と運用プロトコルの開発が挙がり,地域の実情や経験をもとに効果的かつ効率的な情報交換の仕組みが行われていた.

5.都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みに関する意見

基幹型認知症疾患医療センターが,基幹型認知症疾患医療センターの役割として管内センターの質の向

上に向けた取り組みを行うべきと考えているのは85.7%であった．具体的な質の向上に向けた取り組みは,①鑑別診断や身体合併症医療など医学的な先進的取り組みを普及させる社会的使命があるという意見のほか,②研修会などの共同運営を通しての職員の人材交流,③経験の少ない職員が他のセンターの経験豊富な先輩から学びスキルアップする機会の提供,④県全体の医療配分や地域特性を包括的に把握したうえでの活動計画と実施を通じて,質の向上に取り組むことが必要であると意見が挙がった.

6.都道府県内の認知症疾患医療センターの「質の管理（事業評価・都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催・職員研修等）」についての課題

質の管理について,①評価について,②連携について,③業務量についてが中心であった．①評価に関しては実績報告書で報告されるような内容の数値的評価は,認知症疾患医療センターの特性ごとの基準を決めるべき,という課題,一方で数値で表されない医師の診断や治療方針,診断後支援,職員の質の評価は未だ十分に把握する方法がなく,数値基準に縛られずに課題を解決するために新しい試みに取り組むことを評価することも必要であるという課題が挙げられた．②連携の課題は,都道府県と政令市という行政区分上の連携の困難さ,都道府県内のセンターとの連携の取りづらさが課題であり,そういった状況の中で他センターの質の管理をすることは困難であるという課題が挙がった．③基幹型認知症疾患医療センターとして実施する職員の質の向上に向けた研修会や連絡会等は,専門職が運営に取り組んでいる半面,その業務量が多く,本来の専門職の業務に支障をきたしている点も課題であった．一方で都道府県内のセンター職員が遠方から一堂に会することが困難であるという課題の一部は,オンライン会議などの取り組みで解決可能の兆しもみられた.

（8） 結論

基幹型認知症疾患医療センターは,認知症疾患医療センターのなかでも専門医療の役割のみならず,地域連携推進機関としての役割を果たすことが求められている．基幹型認知症疾患医療センターが管内センターを包括的に分析・評価する役割や,職員の質の向上のために学びの場を提供する役割などを担うために,様々な取り組みが行われていた．一方で具体的な取り組みを行っていないと回答した基幹型認知症疾患医療センターがある点,取り組みを行っていても課題が残されている点など,今後継続的に基幹型認知症疾患医療センターのあり方について検討を行っていく必要がある.

4.　検討委員会議事録（全３回）

令和２年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）
認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業

第１回検討委員会
議事録

日時：2020 年 8 月 27 日（木）18 時 30 分～20 時 30 分
場所：東京都健康長寿医療センター研究所　１階　多目的室１
シスコ webEx 会議システムによるリモート形式併用

栗田　それでは，時間になりましたので，これより認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業の第１回検討委員会を始めます．委員長を務めさせていただいている東京都健康長寿医療センターの栗田でございます．どうぞよろしくお願いいたします．

本日はウエブ会議ということで，最近，ウエブ会議も大分ふえましたので私も少しずつはなれてはきていますが，このたびの委員会は 17 人の委員で構成されておりまして，しかも全員出席ということであります．それからこの委員会は，既に５年目になりますけれども，例年非常に白熱した議論になりますので，うまいこと仕切れるかどうか甚だ自信がないところがあるのですが，何とか時間内に終わるように努めさせていただきます．

このたびの委員会では，基幹型認知症疾患医療センターの役割についても討議をする必要があることから，基幹型認知症疾患医療センターである三重大学の冨本先生と高知大学の數井先生，今日は代理で樫林先生が加わっていただいておりますので，よろしくお願いいたします．

人数がたくさんいますのであまり時間をとれないですけれども，初回ですので簡単な自己紹介を名簿順でしていただければと思います．では，内海先生お願いします．

内海　北海道の砂川市立病院の内海でございます．よろしくお願いいたします．

栗田　よろしくお願いします．では，続きまして田中先生，お願いします．

田中（志）　名簿の６番の田中志子でございます．どうぞよろしくお願いいたします．

栗田　よろしくお願いします．櫻井先生，ひと言自己紹介をお願いします．

櫻井　国立長寿医療研究センターの櫻井でございます．どうぞよろしくお願いいたします．

栗田　お願いします．では，続きまして９番の藤本先生，お願いいたします．

藤本　藤本クリニックの藤本です．よろしくお願いします．

栗田　よろしくお願いします．次は 10 番の中西先生，お願いします．

中西　大阪市の中西です．よろしくお願いします．

栗田　よろしくお願いします．次は 11 番の谷向先生，お願いします．

谷向　愛媛大学の谷向でございます．よろしくお願いします．愛媛では，認知症疾患医療センターを一つ返上するという，とんでもないことが起こっているので，事態がよくわかりませんけれども，またこの会でいろいろディスカッションできたらと（思っています）．どうぞよろしくお願いします．

栗田　よろしくお願いします．12 番の旭先生，お願いします．

旭　旭神経内科リハビリテーション病院の院長（の旭です．よろしく）お願いします．

栗田　旭先生，よろしくお願いします．14 番の樫林先生，お願いします．

樫林　高知大学の樫林と申します．今日は數井のかわりに出席をさせていただきます．よろしくお願いします．

栗田　ありがとうございます．15 番の冨本先生，お願いします．

冨本　皆さん，こんばんは．三重大学の冨本と申します．基幹型の認知症疾患医療センターを担当しています．よろしくお願いします．

粟田　よろしくお願いします．16番の渡部さん，よろしくお願いします．

渡部　宮城県の長寿社会政策課の渡部です．よろしくお願いします．

粟田　よろしくお願いします．では，17番の小林さん，お願いいたします．

小林　東京都福祉保健局の小林と申します．どうぞよろしくお願いいたします．

粟田　よろしくお願いします．まだ来ていない方が何人かいらっしゃいました．江澤先生はまだいらっしゃっていないですね．渕野先生はまだですかね．それから池田先生はまだでしょうかね．

では，早速始めさせていただきます．今日は厚生労働省から田中（稔久）先生と唐川さんと関沼さんがいらっしゃっていますので，まず最初に田中先生のほうから一言ご挨拶をいただければと思います．よろしくお願いします．

田中（稔）　厚生労働省の認知症対策専門官の田中といいます．よろしくお願いいたします．厚労研究事業にご参加いただき大変ありがとうございます．実は昨日，お忙しい粟田先生にお願いして事前にウエブミーティングをさせていただきました．この研究事業につきましては，タイトルとしては事業評価のあり方とか質の管理に関する調査となっていますけれども，そもそも認知症疾患医療センターの機能というものはどういうものなのかということを，もう一度考え直していただくことも暗にお願いしたいということで，昨日お話しさせていただきました．

地域の認知症診療のかなめ，拠点として，このセンターが機能していただくことが大変ありがたいんですけれども，それぞれの業務の役割分担とか連携が円滑に機能的に動くように，どうあるべきかということを，いま一度ご議論いただいた上での事業評価，質の管理ではないかと思います．大変難しいことをお願いしている面もありますが，先生方，どうぞよろしくお願いいたします．

粟田　ありがとうございます．

江澤先生，聞こえますか．

江澤　前の会議が押して延びてしまってただいま参加しましたので，よろしくお願いいたします．

粟田　よろしくお願いします．ありがとうございます．それでは早速，議題に入らせていただきます．

皆さんのお手元に次第があるかと思いますので，次第を見ていただければと思います．本日の議題は，（1）から（7）までありますが，最初に私のほうから（1）から（5）までまとめて説明させていただきます．その上で意見交換の時間を十分とらせていただければと考えています．

それでは早速，説明しますので資料1の共有をお願いいたします．（以下，資料共有）

皆さんのお手元の資料も見ながら聞いていただければと思います．今回の研究事業に至る経緯を最初にお話しさせていただきます．

〔スライド3〕最初にこの研究事業のこれまでの流れです．多くの先生方は，2015年以降の委員会に出席していただいているかと思いますので，おおむねご理解いただいているかと思いますが，簡単に要約させていただきます．

〔スライド4〕2015年からこの研究事業は始まっているんですけれども，そもそもは認知症疾患医療センターの質はどうなんだという話が，2012年のオレンジプランのときから出ておりました．そこから3カ年の厚労科研で，認知症疾患医療センターの機能評価のあり方についての基礎的な研究をやらせていただきました．それをいかに施策に反映させていくかという観点で，この研究事業を始めました．2015年の段階では，まず47都道府県における「事業の質の管理」に関する実態調査をいたしまして，認知症疾患医療センターの類型・機能・連携のあり方について委員会で討議し，よく頑張っている認知症疾患医療センターについての先進事例集を作成しました．そして，この認知症疾患医療センターの機能評価が可能な実績評価のための様式案をこのときにつくりました．

このときに行った都道府県対象の調査で，下にあります円グラフですけれども，実施要綱に定められている都道府県認知症疾患医療連携協議会が，47都道府県のうち実施しているのが28都道府県で，19都道府県，4割でやっていないということがわかりまして，都道府県における認知症疾患医療センターの事業の質の管理に関する意識は，総じて高くないということを報告させていただきました．

〔スライド5〕次の2016年度には，2015年度に作成した実績評価の様式案を用いて，全国の認知症疾患医療センターの実態調査を行いました．それとともに外部評価の方法が必要ではないかということがございまして，実際に調査票を作成して特定地域でパイロット調査などをしていただきました．さらに認知症疾患医療センターの質の管理の方法論などについて討議して，実際に前年度につくった実績評価票をちゃんと使ってもらおうということで，都道府県向けに「認知症疾患医療センター事業評価に向けて」というガイドブックを作成しました．

〔スライド6〕2017年度は委員会をお休みさせていただきましたが，このときから実績評価の様式が政策的に使っていただけるようになりまして，現在の認知症疾患医療センターの実績評価はこの様式でやっていただいているところです．

2018年度には，事業の質の管理の方法論を徹底討論しようということで，委員会の中で討議して六つの提言をまとめさせていただきました．字が大変小さいのでお手元の資料を見ていただければと思いますが，この六つの提言がこの後のこの委員会事業と深く関係しているので，ちょっと復習させていただきたいと思います．

まず一つは類型に関することです．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が求められているわけですが，今や認知症の人の身体合併症に対する救急医療は，全ての救急医療機関で実施しているということもありますので，基幹型に求められる要件は本来は都道府県指定都市と連携した事業の質の管理，例えば事業評価であるとか人材育

成等にかかわる機能とすべきではないかという提言をいたしました.

それから二番目が，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わけですが，そもそも都道府県の連携協議会の役割が，「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」ということで，非常に漠然としていると．ここは都道府県認知症疾患医療連携協議会の役割として，都道府県内の認知症疾患医療センターの事業の質の管理（事業評価とかPDCAサイクルを稼働させるとか），そういうことをきちんと明示すべきではないかということを提言いたしました.

三つ目は，実施要綱では認知症疾患医療センターにおいても地域連携拠点機能としての認知症疾患医療連携協議会を設置し運営せよということになっていますが，こちらのほうも役割が漠然としていて，内容もまちまちであると．そちらについても，役割は地域連携の推進と事業の質の評価というような明示をして，しかも都道府県の認知症疾患医療連携協議会とちゃんと情報を共有するような体制を構築すべきではないかと提言させていただきました.

四つ目は，認知症疾患医療センターは毎年度，所定の様式で実績を報告しているわけですが，実はこの報告書が現実にはどこでも集計もされていないし，分析もされていないし，公表もされていないということがありましたので，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はきちんと集計・分析して公表せねばいかんじゃないかと．それに基づいて，事業の質の向上に向けてPDCAサイクルを稼働させるような具体策を検討する必要があるのではないかということを提言いたしました.

五番目が，2013年より全国レベルの認知症疾患医療センター研修会というのが，これは本当に草の根的に手弁当で都道府県持ち回りで行われていたわけです．こうした研修会は実は現時点でも都道府県対象の国庫補助を使うと財政的に支援してもらう仕組みがあることはあるのですが，そのことが都道府県に周知されていないこともあって，現実的には継続的実施が非常に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な具体策も講じる必要があるのではないか.

六つ目が，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わけですが，実際，この相談員は受診前の支援だけではなくて，診断後においても情報提供とか関係機関との連絡調整とか多様な診断後支援あるいは連携業務を行っておりますので，こういう機能をちゃんと質が担保できるように支援策が必要なのではないかということを提言いたしました.

ただ，この六つ目に関しては翌年の実施要綱改訂で，日常生活支援機能という機能が加わりまして，これに対する予算措置もされたということがございます.

〔スライド7〕その翌年，昨年度は2018年度に示した六つの提言を実効性のあるものとするために，認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析をとにかく老健事業の中で継続的にやっていこうということで，毎年やらせていただいている次第です.

そして２番目に，都道府県認知症疾患医療連携協議会の実態調査をして，事業の質の管理という観点から，よくやっている都道府県認知症疾患医療連携協議会を選定してモデル事例集をつくりました．さらに，医療相談室で実施されている診断後支援の具体的内容も，質的分析をして可視化させて，そして診断後支援・地域連携業務のモデル事例集を作成いたしました．４番目に，例の認知症疾患医療センター全国研修会ですが，この年に一般社団法人がつくられて継続的にできるような動きが始まりましたので，ぜひそこで全国研修会の運営マニュアルをつくっていただこうということで始めました.

都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置している都道府県も，この年には91％までふえました．ただ，これは「…」と書いてありますが，いろいろと問題がございました．これはこの委員会で繰り返し言われていることですが，都道府県はやっていると言っているけれども，ここの委員が自分が所属している都道府県ではやっていない，知らないということが現実にあって，どのぐらい意味のある連携協議会をやっているかよくわからないということがありまして，まだまだ課題があるだろうということでした.

そういうことでここまでがこれまでの経緯です．これらの事業の結果を受けて，今年度の事業が始まります．今年度の事業は，ある意味ではこれまでの事業の集大成という形でやらせていただくことになるだろうと考えています.

〔スライド８〕ここから2020年度の事業の説明です.

〔スライド９〕これが今年度の事業の内容です．五つの作業をさせていただこうと考えています．最初の①が，認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業検討委員会，つまりこの委員会を設置して，事業評価および質の管理について都道府県及び基幹型認知症疾患医療センターが果たすべき役割と具体的な業務内容についてディスカッションするということです．ただし，これについては先ほど田中（稔久）先生からもお話がありましたように，これまでの委員会もそうでありましたが，認知症疾患医療センターの役割は一体何なんだという議論も一緒にしていただいて構わないかなと思っています.

それから②が，都道府県・指定都市及び基幹型認知症疾患医療センターを対象に，事業評価，質の管理に関する具体的な取り組みについて，アンケート調査をさせていただこうと考えています．これは後で説明いたします.

（③が）上記の調査において，事業評価，質の管理の取り組みを実施している自治体，要するに都道府県・指定都市及びこういうことに関与している基幹型認知症疾患医療センターについては，少し深掘調査をさせていただこうと考えています.

さらに（④は），これは毎年やっていることですが，ワーキンググループを設置して令和元年度分の認知症疾患医療センター実績報告書のデータを集計・分析するとともに，実績報告書のデータ入力の方法や都道府県及び国への報告方法，データの集計・分析方法を検討して，手順書を作成しようと考えています.

（⑤は，）上記の①から④を踏まえて事業評価及びそれに基づく質の管理に関する都道府

県向け手引きを作成することになっています.

〔スライド10〕こういう作業をするのですが，この作業をする上での基本的な考え方を少し整理させていただきました．本来は，事業評価にしても質の管理にしても手引きをつくるに先立って，先ほど来，田中（稔久）先生が言っていましたけれども，認知症疾患医療センターのそれぞれの類型とか特性について十分議論して，機能や役割を検討した上で実施要綱をまず適切に改訂した後に,その実施要綱に基づいて事業評価のあり方を検討する．ちなみに実績報告書の項目の修正も本来は検討すべきだと思います．その上で，質の管理のあり方を検討して，これも実施要綱が変われば研修カリキュラムのあり方も検討しなければいけないのかもしれませんが，そういうことをしてその上で都道府県向けの手引きを作成するという手順を本来は踏むべきであろうと考えるわけです．しかしながら，この手順を律義に一歩一歩進めていこうとすると，いつまでたってもゴールに到達しないということがございますので，そういうやり方ではなくて①②③④を同時に進めて，①が確定した段階で②③④を微修正が必要であるならば修正していこうという方針で動いていきたいと考えています.

そのことがわかるように下のほうに図で示させていただきました．つまり，②事業評価のあり方と③質の管理のあり方については,アンケート調査と深掘調査,ヒアリング調査,そしてこの委員会で十分討議させていただいて，今回の事業のゴールである都道府県向けの手引きを作成しようということです．それと並行して，実施要綱改訂は厚生労働省が行いますので,厚生労働省のほうで実施要綱改訂の作業も進めていただこうということです.

〔スライド11〕この後，いろいろ議論していく上で，まずゴールを示しておいたほうが議論しやすいであろうということで，今回のゴールである「事業評価および質の管理のための都道府県向け手引き」の構成についての素案をここに示させていただきました．これは素案ですので，これから変わっても構わないのですが，これまでの議論を踏まえると認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理をしていくためには，やっぱりこの三つの柱が基本ではなかろうかと.

一つは，現状をちゃんと評価・分析できるように実績報告書をきちんとつくって，それを集計・分析・評価していくということをやる必要があるだろうと.

２番目は，実績報告書が集計・分析されたら，それを都道府県認知症疾患医療連携協議会でちゃんと情報共有をして,そこでPDCAサイクルを動かすような作業が必要であろうと.

三つ目が，そういうところでいろいろ課題が出てくるわけですが，認知症疾患医療センター自体の質の向上のためには，やはり何といっても人材育成とか教育研修が大事ですので，まずは都道府県でも認知症疾患医療センターの職員研修を考えていただく必要があるのではないかということです．ただ，先ほど来，全国研修会の話もさせていただきましたが，全国の認知症疾患医療センターの情報の共有などができる大変意義のある研修会ですので，全国研修会を都道府県持ち回りで都道府県の財政的なサポートを受けながらやるという考え方も重要ではないかと思います．こういうことを含めた手引きがつくれればと考えているところです.

〔スライド12〕少しだけですが，実績報告書のところを具体例を挙げてお話しさせていただきます．実績報告書をきちんと記入したり，提出の流れとか，あるいは集計・分析・評価のことについて，どういうところが問題なのかということがわかるように，少し小まめにルールをつくっていかなければいかんのかなと.「実績報告書の集計・分析・評価（例）」ということで,昨年度の老健事業の中で集計･分析したデータを提示させていただきます.

〔スライド13〕この実績報告書では五つのセクションに大体分かれていて，最初は医療機関の基本情報についての調査で，２番目が専門医療機関，３番目が身体合併症に対する救急医療機関．これは基幹型に求められているわけですけれども．そして４番目が地域連携推進機関としての機能について評価して，こういう評価を少し補完する意味で,（５番目として）そもそも医療サービスとの提供能力がどのぐらいなのかということを評価する項目をつくってあります.

こういうものをつくったのですが，昨年，認知症疾患医療センターの実施要綱が改訂になって日常生活支援機能というのが加わったので，それについても本来はこの項目で検討しなければいけないんですけれども，それは今後の課題ということで残させていただきます．全部じゃないですけれども，少しだけ集計したものを見ていただければと思います.

〔スライド14〕まず基本情報ですが,現時点で認知症疾患医療センターは８割が地域型で,連携型が13%，基幹型が4%です．一般病院が42%，精神科病院が50%，診療所が８%という状況です.

〔スライド15〕これは専門医療機能として求められている診断の件数です．これは全診断を入れている件数なので，こんな感じになっています．全年齢と65歳未満の方の診断の件数を書いていますが，中央値を見ると年間に大体220件ぐらいの診断をしているんだなということがわかります．この範囲が非常に広いのがおわかりいただけるかと思います．特に65歳未満の鑑別診断件数の範囲がすごく広くて，全体を見ても中央値は６ですけれども，幅はゼロから1504という数字です．これは当然，若年性認知症の診断数はあり得ない．認知症疾患医療センターによってよくあるのは，例えば大学病院とか総合病院がそうなんですけれども，レセプトで認知症に関連する診断がある人を全部数えて計上しているところとか，あるいは精神科病院などでは，全ての精神疾患の患者さんの数を数えたりとか，さまざまな方法で数えているという問題があります．ここはちゃんと認知症疾患医療センターとしての診療部門の数を数えてもらえるようにルールをつくらないと，なかなか機能評価ができないということかと思います.

〔スライド16〕今度は診断名別の数を集計してありますが，これは現在の全認知症疾患医療センターの合計値を出しているもので，これ自体は個々の認知症疾患医療センターのこととは関係なく出させてもらいました．実は日本は全国津々浦々に認知症疾患医療センターが配置されていて，もう少しで500カ所できるわけですけれども，そこで毎年新たに診

断されている認知症疾患の数が診断別に評価できるという，疫学的には大変重要なデータですので，こういうことをちゃんと毎年報告できるようにしておくというのは，非常に重要なのではないかと思っています．

〔スライド 17〕次は紹介・逆紹介の件数です．これも中央値を見ると紹介が 138 で，逆紹介が 55 で，大体こんな感じなのかなということで，これを中央値と考えて，個々の認知症疾患医療センターの機能評価もできるかとは思うんですが，ここにありますように，ここも幅が広過ぎて，これもちゃんとルールをつくらないといけないだろうなと．

〔スライド 18〕その次が初診までの待機日数です．これは実は毎年見ていますが，確実に少しずつ短くなっています．これは年々，迅速性という点では機能が上がっているんだなということがわかります．特に連携型，診療所は，8 割近くが 2 週間以内に見てもらえるということで，迅速性に関しては診療所が卓越した機能を持っているということがわかるわけです．

〔スライド 19〕次は身体合併症に対する救急医療機関としての機能ということで，基幹型に求められている機能です．例えば救急医療機関としての指定．これも実施要綱に定められている一つの要件ですけれども，基幹型は 100%ということでよかったと思います．ただ，基幹型はいま全国で 16 カ所しかないので，非常に限られている．これに対して一般病院であれば，基幹型であろうがなかろうが 7 割以上が指定されているので，実際はこっちが非常に重要であると．

〔スライド 20〕次は，身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援．これはいろいろな支援を含めているのでばらばらですけれども，確かに診療所は相対的に低いですが，全ての病院でさまざまな救急の対応はしているということです．

〔スライド 21〕次は基幹型に求められている，いわゆる空床確保ということですけれども，基幹型では確かに 90%以上が空床を確保していますが，空床 1 床確保ということが果たしてどれほどの意味があるのか非常に疑問で，これはちょっと検討しなくてはいけないことなんだろうなと考えています．

〔スライド 22〕次は地域連携推進機能ということで，認知症疾患医療連携協議会を開いていますかということです．主催でもいいし自治体の会議を活用してもいいし，あるいは基幹型，地域型と連携して一緒にやってもいいということで，こんな内訳になっています．問題は，1 回も開いていないというところもそれなりにあって，そういうところについてはやはり課題を分析する必要があるだろうと．

〔スライド 23〕あとは研修会ですけれども，研修機能という観点では，基幹型が一番よくやっているということになっていますが，これも数が限られているということがあって，地域型，連携型を比べれば地域型が相対的に多いんだなと．

〔スライド 24〕かかりつけ医を対象とする研修会も同じような感じなのかなと．こちらは連携型もよくやっていると思いますけれども．

〔スライド 25〕ここからは少し補完するということで，医療サービスの提供状況について

見ています．まず身体合併症に対する医療については，身体合併症の通院医療，入院医療，救急医療，往診，訪問診療，全体としては通常業務として実施しているという割合が，こんな感じになっています．

〔スライド 26〕次に BPSD やせん妄に対する医療についても，通院と入院と救急と訪問診療，それからせん妄について調べさせていただいていますが，全体としてはこんな分布です．

〔スライド 27〕これは地域関係機関との連携ということで，介護保険主治医意見書の記載とか介護保険施設事業所の往診，訪問診療とか，行政機関への助言・連携，地域包括支援センター職員への助言・連携，介護支援専門員への助言・連携，介護保険施設事業所職員への助言・連携ですが，これも通常業務として実施しているのは大体こんな感じになっています．

〔スライド 28〕これを細かくクロス集計で類型とか医療機関種別で分析していきますと，例えば身体合併症に対する入院医療は，確かに基幹型が一番強力で，地域型がそれに続くことはわかりますが，医療機関類型で見ると一般病院も大変強いことがわかりますので，基幹型の特性というわけでもないような気がします．

〔スライド 29〕それから身体合併症に対する救急医療についても，確かに基幹型が一番強いですけれども，傾向としては一般病院もまあまあやっているということです．

〔スライド 30〕今度は BPSD ですが，BPSD に対する入院医療は確かに基幹型で 100%やっているんですが，これは精神科病院もほぼ 100%だということですので，これはもっともだろうなということです．

〔スライド 31〕BPSD に対する救急医療についても基幹型が一番強いわけですが，精神科病院も半分ぐらいは救急をやっているということです．

そういうことで，こういう実績評価を一つは入力，記入の方法のルール化をして，報告書の質を高めていくことが必要だろうと．それからもう一つは，分析・集計のやり方とかを例示していく．

それからもう一つ重大な問題があります．実はこれは我々のところで集計・分析しているからわかっているのですが，認知症疾患医療センターから報告されるデータというのは，エクセルに一回入れるんですけれども，そこから先，恐らく厚労省の段階でやっていると思いますが，エクセルデータをプリントアウトして紙媒体にして，その紙媒体をもう一回，我々のところで業者に頼んで再入力をしてもらって電子媒体のデータセットをつくって，それから集計・分析するという，とてつもない莫大な時間と労力を要しています．そういうやり方ではなくて，ぜひ ICT を使って電子媒体上で入力して，それをちゃんとデータクリーニングして分析するという流れにしていただかないと非常に無駄が多い．

実際，各認知症疾患医療センターからデータが報告されて，集計・分析が終わるまで丸々 10 カ月以上かかってしまう．そういうようなことが起こっているので，そこはぜひ厚生労働省のほうでご検討いただければと考えているところです．

もう少しで説明は終わります．この後，もう一つのアンケート調査の構成について少し説明させていただきます．では，これは枝広さんから．

枝広　健康長寿医療センターの枝広です．今回のアンケートは，基幹型に対するアンケートと都道府県に対するアンケートがあります．今，共有させていただいたのは，都道府県に対しての実態調査の案になります（参考資料５）．それで，先ほど栗田より提示させていただいた三つの柱に対して，大きな項目を立てています．読み上げていきますけれども，ぜひよりよい聞き方があったら教えていただきたいと思いますので，よろしくお願いいたします．

まず一つ目です．「1．認知症疾患医療センター実績報告書（以下実績報告書）を用いた事業評価について」「1-1．実績報告書の内容を認知症疾患医療センターごとに確認していますか」．２番目は「1-2．実績報告書の適切な記載方法について確認していますか」．３番目が「1-3．実績報告書の内容を都道府県単位で集計していますか」．「1．している」とお答えの場合は，４番目，「1-4．実績報告書の集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業の質を評価していますか」．５番目が「1-5．上記による評価の結果を認知症疾患医療センター運営事業の計画に反映させていますか」．６番目が「1-6．実績報告書の集計結果を県民が確認できる媒体で公開していますか」．７番目，８番目は自由記載ですけれども，（７番目が）「1-7．県独自の実績報告書の活用について具体例があればご教示ください」．８番目，もし集計を行っていないならば，「1-8．実績報告書の集計を行っていない理由をご教示ください」という中身です．

２番目の柱は，「2．都道府県認知症疾患医療連携協議会について」．１番目，「2-1．都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか」．これは恐らく９割以上行くと思うんですけれども，「1．している」とお答えの場合は，２番目，「2-2．同連携協議会において実績報告書の県単位の集計結果を共有していますか」．３番目，「2-3．同連携協議会において実績報告書の集計結果を資料にして，認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討をしていますか」．４番目は，「2-4．認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関して，同連携協議会が実施していることがあればご教示ください」という自由記載．2-5 は，2-3 で「0．していない」とお答えの場合で，「2-5．同連携協議会で，実績報告書の集計結果の資料にして，認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討を行っていない理由をご教示ください」．ごめんなさい，日本語が変かもしれません．こういう自由記載の内容です．

３番目の柱，「3．認知症疾患医療センターの職員の人材育成について」，研修会に関しては今はオンライン研修会も含んで回答くださいというふうに注釈をつけています．１番目，「3-1．都道府県で認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会を開催していますか」．「0．していない」という場合は，「3-2．認知症疾患医療センター職員の研修会を行っていない理由をご教示ください」．それから３番目，「3-3．県独自の認知症疾患医療センター職員の人材育成のあり方について具体例があればご教示ください」という内容です．

４番目（の柱）が「4．基幹型認知症疾患医療センターの事業内容について」．これは基幹型がない都道府県がありますので，都道府県内に基幹型認知症疾患医療センターが指定されている都道府県だけにお願いしますという注釈です．１番目，「4-1．基幹型認知症疾患医療センターは，実績報告書を用いた都道府県の認知症疾患医療センターの事業評価に関与していますか」．２番目，「4-2．基幹型認知症疾患医療センターは，都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか」．これは運営という意味で参画しているかです．３番目が「4-3．基幹型認知症疾患医療センターは，都道府県内全域の認知症疾患医療センター職員の人材育成に関与していますか」．

最後が５番目（の柱），「5．都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」について課題があれば，ご記載ください」という自由記載欄です．

これが都道府県用で，A3 の両面で半分折りで郵送する形になります．中身の検討を後ほどお願いします．

もう一つのアンケートが基幹型に向けたものです（参考資料６）．基幹型のアンケートが共有できているかと思います．こちらも先ほどの三つの柱をメーンに進んでいきます．基幹型認知症疾患医療センターのセンター長にお願いしたいと思います．

１番目の柱は，「1．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県（指定都市含む）内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか」．指定都市にも基幹型がある都道府県がありますので，指定都市も含むとしています．「1．している」とお答えの場合は，「1-1．具体的にどのような形で実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか」という自由記載です．

２番目の柱は，「2．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか」．「1．している」とお答えの場合は，「2-1．具体的にどのような形で都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか」という自由記載です．

３番目の柱は，「3．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県内の認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）に関与していますか．（事例検討会を含む，共催も含む）」ということで，「1．している」場合は，「3-1．具体的にどのような形で人材育成（研修会など）に関与していますか」ということを自由記載いただく欄です．

その後ろは情報交換に関してです．４番目，「4．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県内の認知症疾患医療センターが業務に関する情報交換を行う活動をしていますか．（オンラインも含む）」．（「4-1．それはどのような方法ですか」．）この選択肢はＡからＩまでありますが，昨年度の事業で都道府県に対して聞いた内容の選択肢と全く同じ選択肢で書いています．情報共有の方法，オンラインのどういう方法を使っているかとか，ベストプラクティスを探す目的もあります．

５番目は，「5．基幹型認知症疾患医療センターの役割として，都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきであると思いますか」．「1．思う」「2．思わない」「3．どちらとも言えない」ということで，「「思う」とお答えの場合のみ以下の

5-1 の質問にお答えください」という形で，「5-1．都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けて，基幹型認知症疾患医療センターは具体的にどのような取り組みを行うべきと考えますか」という自由記載．

６番目，最後ですけれども，「6．都道府県内の認知症疾患医療センターの質の管理について課題があればご記載ください」という質問です．これでおしまいです．基幹型は A4 の両面で１枚になります．

こういう形でまずは提案させていただきましたので，よりよい質問の仕方があったらぜひ教えていただきたいと思います．よろしくお願いします．お返しします．

栗田　ありがとうございます．では，さっきの資料１の最後の１枚のスライドを見ていただきたいと思います．

〔スライド 33〕この後，１時間ちょっと残っておりますが，皆さんからここまでの説明についてのご質問をいただきながら，恐らく自然に議論に発展していくと思いますので，そういう流れでやっていきたいと思います．この議論も，一応論点を提示していこうかなと思います．ただ，毎度のこと，論点がずれてくることは許容いたします．承知いたしておりますので，自由にご発言いただければと思います．一応ゴールに向けて，ここのところだけ押さえておかなければいかんのかなと思って，論点を書かせていただきました．

これまでの議論の中で，基幹型，地域型，連携型という３類型と各類型に求められる役割について，いろいろ課題が指摘されていました．一つは，基幹型の役割は身体合併症救急よりも都道府県全体の質の管理への寄与ということを明示したほうがいいのではないかというようなことでした．

それからもう一つは，地域型・連携型といっても，医療機関類型とか診療科あるいは地域性（大都市とか過疎地とか），そういう観点から実際のところ求められる役割とか保持する機能は多様であるということから，都道府県単位で求められる役割を考えていくことが必要なのではないか．こういう議論がこれまでされてきたわけです．

こういうことも踏まえて，これから事業評価という観点から考えていかなくてはいけないのかなと思っている案があります．これは皆さん，自由にご批判いただいて構いません．基幹型に求められる機能と役割は，専門医療機能と地域連携推進機能，身体合併症救急機能という三つの機能となっておりますが，実はここに日常生活支援機能というのも加わっているんですけれども，今回の調査では，基幹型認知症疾患医療センターではこれらの機能が現実には全て一応網羅されているということでしたので，そういう機能を持っているということと，それと同時に質の管理への寄与を果たしているという観点から，事業評価をしていくのがいいのかなというのが一つの案です．

それから（二つ目は），地域型・連携型は二つの機能，専門医療機能と地域連携推進機能，日常生活支援機能も加わっておりましたが，これを保持するという共通要件があります．そういう共通要件とともに，それぞれの都道府県単位で各センターの役割分担を独自に考えていただいて，それに基づいて事業評価をするというきめ細かい評価が必要なのではなかろうか．

三つ目は基幹型の話に戻ります．ただし，都道府県によっては基幹型を設置することが地域の特性に合わない場合もあり得るということで，その場合には，基幹型のかわりをなす，質の管理への寄与という役割を担うような機関を都道府県で定めてもよいというふうにすべきではないか．これもこれまで議論されていたことですが，こういう観点で事業評価とか質の管理のあり方についての手引きというゴールを考えていく必要があるのではないかということをちょっと考えているわけです．

これは一つの論点として例示させていただいたのですが，ここまで一気に全部説明しましたので，ここから先はアンケート調査のことも含めていろいろとご質問あるいはご意見をいただきながら，自然に議論に入っていければと考えているところです．

私からの説明はここまでございます．ここから早速，自由にご質問・ご意見をいただければと思います．ご質問をいただく場合には，先ほど冒頭でお話ししましたけれども，私は目が悪くて皆さんの顔と名前が全部ちゃんと判別できるように見えないので，ぜひ手を挙げて声を出して，どこそこの何だというふうに言って発言していただければと思っています．

では，よろしくお願いします．いかがでしょうか．何かご質問はございませんでしょうか．ここは一気に話したので消化し切れていないところもあると思いますが，ぜひ口火を切っていただきたいなと思っています．手を挙げていただいたのは内海先生ですかね．内海先生，よろしくお願いいたします．

内海　基幹型の役割は，人材育成と質の管理ということには全く異論はございません．しかし，47 都道府県に全て置くという規定になっていないわけで，そうしますと３番目の「それぞれの都道府県単位で各センターの役割分担を独自に定め」というところがありまして，４番目の基幹型が地域特性に合わない場合は代替案としてという項目がございますけれども，例えば自分の自治体の行政，（北海）道が，ここの地域を考えて質の管理とか人材育成を独自に考えるということが果たしてできるのかなというのがちょっと疑問になってきます．この二つの機能というのはとても大切な機能でありますので，名称が基幹型でなくても，そのような機能を持ったセンターを一つ定めるというような努力目標，あるいはもう少し義務的な強い規定の形で位置づけてもらえればいいのかなとちょっと思いました．

栗田　ありがとうございます．私もそういう方向ではなかろうかと思っているところです．

冨本先生，よろしくお願いします．

冨本　先ほどの資料のところで，基幹型認知症疾患医療センターの三つの機能で，特に専門医療機能というのがございますね．例えば都道府県によって何か代替の機関を定めたとして，専門医療機能が保たれるとはちょっと思えないところがあります．ですから，そのあたりをどうやって担保するのか．今，基幹型が 16 か 17 ぐらいでしょうか．

栗田　16 ですね.

冨本　本来でしたら全都道府県にあるべきで，基幹型が普及しないのはなぜなのかなと少し思っておりますが，そのあたりはいかがでしょうか.

栗田　この問題は冨本先生がご指摘のとおりで，本来は全ての都道府県にあってもらいたいんですが，恐らく普及しない一つの原因は，身体合併症に対する救急医療機関としての機能が設置要件に明確に明示されていることではないかと考えております．実際に基幹型をつくった場合に，そこで身体合併症救急をやれということで，都道府県の代表で身体合併症救急をやるようになったら医療が破綻してしまうということがあります．実は東京都も，そんなことで設置はできない状態です.

冨本　多分，私もそれが原因ではないかなと推測しています．私どもが基幹型をお受けしたのはもうかなりの昔になるんですが，大学病院ですのでそのときにこの点はかなり気になりました．院内で体制を整備するのに，やはり救急の体制がうちの病院の場合は当時は基本的に３次救急に限定していましたので，認知症の BPSD 等で救急入院が非常にふえると，かなり運用上問題になるのではないかという懸念がありました．その問題に関しては，同じ市内にある地域型の疾患医療センターの院長先生と相談して，連携する体制を組むということで，一応それ以来ずっと機能しています．ですから，運用の仕方でかなり解決できる部分があるのではないかと思っているんですが，いかがでしょうか.

栗田　ありがとうございます．これについてはほかの先生からもご意見をいただきたいと思います．実施要綱から基幹型の要件としての身体合併症救急機関としての機能を削除してしまってもいいのではないかという議論もこれまでありましたので，そういう方向も一つの案ではなかろうかなと.

そのかわり認知症の方の身体合併症救急の問題は，国立長寿医療研究センターの武田（章敬）先生が中心になって救急センターの救急医療の部門の老健事業でいろいろと検討していて，その流れで認知症ケア加算ができたという経緯もありますので，認知症患者の身体合併症救急の問題は，そちらのほうで詰めていくという方向でいいのではないかと．これは一番クリアな考え方だと思いますけれども，そういう方向でもいいのかなと思っていますが，ほかの先生はそれについて何かご意見はございますでしょうか.

国立長寿医療研究センターと言ってしまったので，櫻井先生，この点について何かご意見はございませんか.

櫻井　私たち国立長寿医療研究センターは，認知症疾患医療センターの地域型でありまして，基幹型をとらなかったのは，身体合併症はできるんですけれども，BPSD のひどいのが来たときに閉鎖病棟がないというのが要点になりまして，それでとらなかった，地域型にしたという経緯があります．その点がどうなのか，必要な案件なのかなと考えています．ですから，身体合併症や BPSD の救急対応ということ自身が，基幹型にどうしても求められるのかどうか．あるいは，冨本先生がおっしゃったように，連携するということで認められるのかということは柔軟に考えたほうがいいと思います.

栗田　それからもう一つ，冨本先生がおっしゃっていた，基幹型にかわる質の管理に関与する機関を設けてはいかがかという話ですが，基本的には認知症疾患医療センターとして専門医療機能と地域連携機能は持っている，その認知症疾患医療センターに質の管理の機能を持っていただくということが一つの考え方なんだろうなと．それを基幹型と呼んでいいという場合には，それでいけるだろうなと考えているんですけれども．ただ，それでも基幹型というのはつくりにくい場合があります．実は東京都の場合が，それでもつくりにくいというところがあるのかなと思っています．今日は東京都から小林課長が来ているんですけれども，小林課長も今年度からなので説明がなかなか難しいかもしれませんが，東京都の事情を小林課長から少しお話しいただけませんでしょうか.

小林　東京都の場合は，実際に１医療機関を選んで基幹型とするということは，さまざまな事情で難しいかなと思っています．あと，いわゆる医療機関としての１機関を必ずしも基幹型にしないといけないのではないかという考え方でもないというところです．基幹型が機能評価を行うという形にこだわっているのではなくて，機能評価だったり人材育成を行う機能というのが確実に担保されていればいいのかなという考え方をとっているところです.

実際に東京都では，基幹型というセンターは設置していませんが，栗田先生がいらっしゃる健康長寿医療センターのほうに事実上，人材の育成や疾患医療センター間の質の確保といいますかレベルの向上の役割を担っていただいています．必ずしも基幹型という形に固執しなくても，その機能を必ず各都道府県で確保すべきであるという自由な形にしていただければ，目的は十分達成できるのではないかと考えているところです.

栗田　ありがとうございます．その基幹型が東京都で指定するのがなかなか難しいというのは，いろいろと政治的な背景もあります．さっき内海先生が，実際に認知症疾患医療センターの職員の人材育成等々をやることになれば，その機関が質の高い医療とかいろいろなものを提供できる条件が整っているというのは，確かに重要な要件だと思います．私どものところでは研究所と医療機関が別個にございまして，認知症支援推進センターは実質的に研究所部門が担っていて，認知症疾患医療センターは病院部門が担っているという構造になっていまして，分業体制でやっているということがございます．そんなことで基幹型というふうに指定することが縛りになると，都道府県によってはなかなか難しいことがあるのかなと私も感じています.

そういうことで確かに専門医療機能を全く無視してというのはなかなか難しいと思いますが，専門医療機能が担保されている医療機関と密接な関係がある機関として，私どものところでやらせていただいているということです.

藤本先生，どうぞよろしくお願いします.

藤本　各都道府県に全て基幹型をという話とは違う話になるんですけれども，一つの医療機関が全ての人材育成とかのことを担うことができるかどうかというのはちょっと違うかなと．うちは，若年と現地相談といって滋賀県全県の介護施設に指導に出るプロジェク

トを受けているんですけれども，特に若年に関しては七つの地域型の疾患センターの先生方や相談員の人たちと一緒に勉強会をしていて，来月から支援コーディネーターを三つの地域型が担ってくださっているので，〔中身？〕によって分けていいんじゃないかと．得手不得手もありますし，それからもちろん診療所タイプですから，BPSD のきついケースに対する治療をお願いしなければいけないので，医療機関によって急進的なところは変えてもいいのではないか．それで合わさって，全体のレベルが上がるような形に持っていってもいいのかなという気はします．

粟田　ありがとうございます．都道府県の全体の認知症疾患医療センターの質の管理のあり方というのは，多少多様性を許容できるような形が必要なのであろうとは私も思います．ただ，実施要綱上は原則を一応つくらなければいけないかと思うので，原則基幹型ということにして例外ありというような形が落としどころなのではないかと個人的には思います．厚労省側がどう考えているかはわからないですが．ほかに何かご意見はございませんでしょうか．中西先生，どうぞ．

中西　「論点」のスライドの一番下に出ていたところの話になると思いますが，例えば多様性といったときに，現在の基幹型の規定の中から１項目外れているものでも，例えばみなしの基幹型センターという形として認定する案という理解でいいのでしょうか．

粟田　そこのところですよね．実施要綱で基幹型の要件をまず一つはどういうふうにするかということがありますが，さっき言ったように身体合併症救急の要件をとりあえず外してしまえば，地域型が全て要件を満足することになるので，そういうふうなやり方が一番ラジカルかなとは思っています．

中西　例えば行政の立場から考えても，今の身体合併症機能というと，本来，認知症の疾患医療センターを指定している部署の役割じゃないですよね．医療の分野になるので余計に扱いかねるというか，言及しにくい部分もあると思います．身体合併症の救急とか精神科救急というのは，別のラインで完成できているというのが現状としてあると思いますので，絶対に必要な機能と，なくてよいけれどもこの条件があれば基幹型として認めるという提案という理解ができるということでしょうか．

粟田　私もそうじゃないかと思っております．

中西　ありがとうございます．

粟田　いかがでしょうか．基幹型の話もあるんですけれども，地域型，連携型についても実際のところは江澤先生が以前から言われているように，これはもう本当に都道府県，地域によって全く違うので．もちろん実施要綱上は共通の機能は一応つくっておかないと制度として成り立たなくなるので，それはあったとしてもそれぞれの都道府県で役割を考えながら，それに基づいて評価していくという仕組みを考えたほうが現実的かなと考えています．

江澤先生，何かございませんでしょうか．

江澤　全体的に論点については賛成ですけれども，先ほどから先生方がおっしゃっているように，やはり地域の実情に応じてとしていただければよろしいんじゃないかなと思っています．ただ，その際にちょっと見えていないのが，地域の課題をちゃんと抽出して，何が課題で問題なのかということがないと，なかなか対応策が練れないかなと考えています．それによって，質の管理の質というのがまだまだ共通認識がないのではないかと思っていて，ストラクチュア，プロセス，アウトカムとあるわけですけれども，各認知症疾患医療センターにおける質というのが何なのかというのが，もう少し議論を深めていく必要があるのではないか．その質も，地域の課題とか実情によって変わってくるべきだろうと思っておりますので，その質のところもあわせて整理していただくとわかりやすいような気がしています．

そして各都道府県では，有識者とか県の医師会も入ると思いますが，疾患医療センターの新規とか更新の審議会があって，そこで疾患医療センターの方がプレゼンテーションする場があるんですけれども，そういうところでも共有していかないといけないと思うので，今後，やはり質の部分，何を質と捉えているのかをあわせて議論していただければありがたいと思っています．以上でございます．

粟田　ありがとうございます．今の江澤先生の話は，そもそも認知症疾患医療センターにどのような機能を求めているかというところから掘り下げないといけないかなということじゃないかと思うんですが，こういう機能が求められているんだということがあった上で，それが果たせているかどうかというのが質の評価になるのではないかと思います．これは本当に根本的な問題ですが，この辺もぜひ自由に議論できればと思っています．この点については，何かご発言をいただけないでしょうか．

田中先生，どうぞ．

田中（志）　県から調査をされる側として感じているのは，毎回，報告を上げるわけですけれども，群馬県は 14 カ所ありますので，相当の数の疾患医療センターのデータが集まります．とても同じ質問に答えているとは思えないぐらい，桁が違うような回答になったり，これは本当に同じ趣旨で回答していないんじゃないかなというところがあります．それを比較されても，例えば電話相談も年間相談のところに組み入れてしまったりとか，延べで数えているところがあったり，延べじゃなくてきちんと新患で数えているだろうなと思えるセンターさんがあったり（します）．まずそもそもの実態把握のところを，この機会に改めて丁寧に見ていくプロセスを踏んでから，その質とか求められているもの，あるいは現状私たちがセンター側としてはやっていることを書き出せるようなところがないと，いつまでたっても何となく行き違って，正しいデータでないところで議論だけが進んでいくように思えて仕方がないんですけど，いかがでしょうか．

粟田　ありがとうございます．田中（志子）先生がおっしゃったようなことを今年度やろうかと実は思っております．例えば専門的医療機能ということで，質の高い鑑別診断をどのぐらいやれているかということを測定しなければいけないのですが，これは恐らく皆さん異論のない認知症疾患医療センターの重要な役割の一つなのではないかと思います．

では，その質の高い鑑別診断をどのぐらいできているかということを測定しようということで，一つは鑑別診断の数とか疾患別にも評価できるので，例えば非アルツハイマー型認知症の方の診断がどのぐらいだとか，若年性認知症の方をどのぐらい診断しているかとかを測定できるんですけれども，先生がおっしゃったように記入の仕方とルールがばらばらになっている．なぜかというと，記入のルールがどこにも書かれていないからです．記入のルールがそもそもどこにも書いていないので，これをちゃんとやらないことには質の評価のしようもないというようなことで，そこもぜひやらせていただこうと思っています．

それから相談件数はまさにそうであって，実数で書くのか延べ数で書くのかというのも，どこにも書かれていないということがある．延べ数は簡単に数えられると思いますが，実情は実数は難しいんだろうと思います．でも，どちらでもいいので，それはちゃんと統一しないといけないだろうと．そのためには最後の年末に集計するのは無理なので，毎月毎月ちゃんと記録せよとか，そういう細かいところまで手引きをつくらないと，そもそも実績報告書を上げてもらっても何の役にも立たないということがあるので，そこまでやらなければいけないかなと思っております．ありがとうございます．

田中（志）　ぜひよろしくお願いします．

冨本　今，その機能がまさに基幹型の機能の一つだと思うんですね．今，三重県は九つ疾患医療センターがあって，四つが連携型で四つが地域型で基幹型が一つです．年２回集まって連携協議会をやっています．10 年近く前になりますが，当初始めたころは延べ数であるとか，実際に人数の記載がばらばらだったものですから，それを一個一個チェックして同じ基準にそろえてもらうようにしたりとか，そういう作業を緻密にやっていくうちに，だんだん一定の基準になってばらつきもなくなったという．それが基幹型の機能だと思いますので，やはり地域によって疾患医療センターのあり方がかなり違うと思いますが，地方の場合には基幹型を中心に全部仲よくまとまるということは割とやりやすいものですから，そういうことを今後，地道にやっていくことが必要ではないかと思うんですが，いかがでしょうか．

栗田　ありがとうございます．先生がおっしゃるとおりで，全国レベルでもそういうことをやるべきだと思いますが，きめ細かい管理をやるためには都道府県でそういうことをやっていかないと，いつまでたっても浸透していかないということがあるので，そういうことが重要なのではないかと思います．

宮城県の渡部さんから何かご意見があるということなので，よろしくお願いします．

渡部　「論点」というところから少し外れてしまうかもしれませんが，参考資料５について意見を述べさせていただければと思います．先ほどもありましたが，最初のほうの「1-2. 実績報告書の適切な記載方法について確認していますか」で，県からすると実績報告の裏にある記載要領を確認するというところしかルールとしてはないところがあります．適切な記載方法が何かと言われると，後ろにある記載方法のみなので適切な方法と書かれるとちょっと答えづらいところもあるかなというのが一つの意見です．

栗田　なるほど，わかりました．ありがとうございます．実質的に記載要領にのっとって記載されているかどうかということを確認しているかというような意味合いだと思います．

渡部　そうですね．

栗田　ここの文言の書き方は少し修正しなければいかんかなと．その記載要領のところに，いま言ったようなルールがあまりきめ細かく書いていないという問題があるので，それはこれからやらなければいけないですけれども，少なくとも今ある記載要領はちゃんと守ってもらわなければいけないので，そのチェックを都道府県がやっているかということを一応確認するという方向でいきたいと思います．渡部さん，非常に貴重なご意見をありがとうございました．

渡部　まだちょっと追加ですけれども，この質問票２番のところを見ていただければと思います．ここに関して本当に細かいところですが，2-3 のところで，「1．している」（と答えた人は）「2-5 へ」とか「2-6 へ」とあるんですけれども，そもそもそこがまずない．2-6 はないので，多分 2-4（とか 2-5）へというところになると思います．

栗田　ありがとうございます．

渡部　赤字の部分がないというところと，これを見て思ったのが，昨年令和元年度にやったアンケートの中でも，「事業評価と質の評価について都道府県でやっていることは何ですか」という自由記載を書かせていただきましたが，そことの違いがわかりにくいのがちょっと気になっていました．

栗田　昨年度は，都道府県として何をやっているかという質問ですが，ここは認知症疾患医療連携協議会として何をやっているかということを，ここだけ特化して聞かせていただこうかと思っています．確かに昨年度，宮城県などもきっとそう書いていただいたと思いますが，全部がそういうふうに書いていただいているわけではないので，そこに特化して書いていただこうかと思っています．

渡部　そことあわせて，今回，2-3 を見ると，集計結果を使ってあり方を検討しているところのみ書けるという形で，集計結果を資料にしていない場合は，どこにも書くスペースがないことになってしまっている．集計結果を資料にしていないけれども事業評価とか質の評価を行っているところが，自由記載を書けなくなってしまっているのがちょっと気になっていたところでした．

栗田　わかりました．ありがとうございます．確かにそうですね．今回はこの３本柱ということで，実績報告書と認知症疾患医療連携協議会と研修だけに絞ってしまったのですが，その他というのが必要ですね．ありがとうございます．それは追加させていただきたいと思います．

渡部　よろしくお願いいたします．

栗田　ありがとうございます．またもとに戻ろうかと思っているのですが，先ほど来ありました江澤先生からの出発ですけれども，認知症疾患医療センターに求められている役

割のところからもう一回確認したほうがいいんじゃないかと．一つはさっき言った鑑別診断の機能，質の高い診断の機能．これはまず本丸ではないかという話をさせてもらいました．それから冨本先生からは，基幹型としてちゃんと事業評価等々について都道府県の中で管理するのも，基幹型の重要な役割ではないかということもいただきました．そのほかに何か皆さんご意見がありましたらお願いできればと思いますが，いかがでしょうか．江澤先生，どうぞ．

江澤　いろいろなかかりつけ医とか医療機関とか老健施設とか地域包括支援センターと連携されていると思うんですけれども，周りから連携する相手側が何を求めているかというのが，そんなにぶれていないかなと思っています．まずはニーズも踏まえて，多分かかりつけ医の先生方が求めているものは，そんなにぶれていなくて集約されているかなと感じていますので，求められている役割・機能も一つだし，さらにそれに質を高めていくことが何なのか．そして先ほど申しましたけれども，いま地域に本当にどういう課題があるのか，ひいては患者さんとか住民に何か課題があるのかどうか．そういうところも見ていただければと思いますが，いかがでしょうか．

粟田　ありがとうございます．ここのところは，要するに地域の課題のところから見ていこうということですよね．これは恐らく都道府県で認知症疾患医療センターに求める役割を考えるときに，都道府県の単位で例えばかかりつけ医とか地域包括とかそういうところからの意見聴取をして，課題抽出して，役割機能について検討する必要があるみたいなことをどこかで提示していくという方法でしょうか．そういうのをちゃんと示しておくということかと思われます．

石井先生，何かご意見をいただくということで．チャットですか．

枝広　枝広が読みます．石井先生からチャットでご意見を頂戴しています．「細かい点ですが，都道府県向けアンケートの 1-4「事業の質を評価する」という言葉は，具体的に示さないと都道府県によって全く異なった意味で受けとめるのではないかと思います．「している」と回答した都道府県には具体例を求めてはどうでしょうか」．「他機関からのニーズを調査する老健事業が今年度ほかに立っていたと思いますが，そちらとの連携はどのように行われるのでしょうか」．これは厚労省に対してです．二つありますね．都道府県に具体例を求めるという．

粟田　後半は何だったっけ．

枝広　後半は，他機関からのニーズを調査するという老健事業がほかに今年度立っていたので，それについてその事業との連携ですね．

粟田　了解です．では，後半から行きましょうか．私もこれは全然知らなかったのですが，認知症疾患医療センターに求める役割等について他機関から調査しようということが老健事業で立ち上がっているという話です．これは厚生労働省の田中先生，いかがでしょうか．

田中（稔）　去年，石井先生が前任の先生で，（その後を）引き継いだんですけれども，

それは今，手元に資料がありませんのでよくわかっていないので，唐川さん，わかりますか．

唐川　厚生労働省の唐川と申します．老健事業については，認知症疾患医療センターも含めて，例えば地域のかかりつけ医の先生とか地域包括支援センターという機関から，認知症疾患医療センターとか初期集中支援チームなどがどういう役割を求められているのかというところを調査する老健事業を予定しておりますので，そういう中で全体像としては把握することが可能かなとは考えています．

粟田　そういうことで，この事業との連携というのはまた．

唐川　ですので，その結果などを踏まえながら進捗とか調査の結果などを生かしつつ検討することが必要になってくるのではないかと思います．

粟田　わかりました．同年度にやっている老健事業なので，結果が出るのは年度末ということになりますけれども．

唐川　相互に把握しながら．

粟田　そうですね．最後なので今回の研究結果につなげるのは難しいかもしれませんが，そこで共有するというようなことをぜひやらせていただきたいと思います．それから，前半にあった質問票の 1-4 の実績報告書の集計結果で認知症疾患医療センターの事業の質を評価していますかというのは，確かに漠然としている質問で，実際のところは恐らくこの集計結果で認知症疾患医療センターの事業の質を評価するためには，これを分析したり，分析に基づいて課題を見出したりとか，あるいは次に出てくる認知症疾患医療連携協議会で情報を共有して課題について検討したりとか，いろいろなことが含まれると思います．これだけではピンとこないかもしれないので，簡単な方法としては，やっているというところに具体的に何をしているかということを聞くというのがやりやすいかなと思うので，そんな方向でいきたいと思います．ありがとうございます．

ほかには何かございませんでしょうか．自由にご発言いただければと思います．

小林　東京都の小林です．このアンケートのところの続きですが，私もこれを拝見していて，集計しているかということと質を評価しているかということの間にすごく大きな隔たりがあって，回答が難しいなと思いました．あと，そもそも記載されている事項もあまり統一性がないというか，正確じゃないんじゃないかというご指摘もほかの先生方からもあったところです．東京都は国の分類とはまた違う形で疾患センターを指定しておりますけれども，全部で 50 ぐらいあり，毎年実績報告を確認するのにものすごく時間がかかっているという実態があります．定義が明確じゃないというところもあって，なかなか難しいところもありますが，少なくとも前年度とかと比べておかしな数字の動きをしていないかとか，そういうところから始めて照会して直していただくというだけでも大変な時間がかかっているところがあり，どうにか集計にはこぎつけてはいるんですけれども，その数字を個々の疾患センターにまた当てはめ直して質の評価に活用するということがどういうことなのかというのが，すごく難しいなと思っています．

必ずしも何かの数字が大きければいいとか，少ないと悪いというものでもなくて，ほかの機能で代替できていたり，得意分野が違ったり，あるいは２次医療圏の中ではうまく分担し合えているというようなこともあったりしますので，質の評価の視点，この実績，報告書の数値の活用方法というのがある程度明確になってほしいなと．大変な労力をかけておりますので，そういうふうに考えているところです．

粟田　おっしゃるとおりですね．

また石井先生からチャットでご意見をいただきました．「そもそも論ですが，今回の議論を進めるに当たっては，江澤先生がおっしゃるとおり，「質」が何を指すのか明確化させる必要があり，これが「事業の質」なのか「医療の質」なのかで，例えば実績報告書に求められるものや分析方法が全く異なるのではないかと思います」．これはそもそも論なんですけれども，この事業を提案していただいたのは石井先生でもありますので，石井先生にもお聞きしたいところなんですけれども．

石井先生，事業の質という問題について何かもう少しご意見はございますか．あるいはほかの先生方でもいいですけれども．田中先生，どうぞ．

田中（志）　認知症疾患医療センターの場合には，石井先生がおっしゃっていることがそれに該当するかどうかはわかりませんけれども，患者さんを診るだけではなくて附帯事業というか研修あるいは地域の介護職との連携であったりというところも含まれていますよね．そうすると，患者さんを診るだけでなくて，診療外の事業が得意分野によって内容が変わってくると思うんですけれども，そのあたりのところもある程度仕分けをしてから質について考えないと，総合点で評価をするような形で見ていただくのがいいのかもしれません．例えば診療はこういう形で 100 点満点だったら何点ぐらい頑張れている，でも研修はすごく力を入れていい研修をやってくれているセンターだよねとか，地域の人からはすごく頼りにされているよねとか，何となく質というのは一つの尺度ではかるようなことではないのかなというのを，今のチャットのコメントを見て考えました．いかがでしょうか．

粟田　ありがとうございます．実は私も，クオリティー・コントロールについてはいろいろとあちらこちらで勉強させていただいていますが，基本的にクオリティーを評価するためには，クオリティー・インディケーター，インデックスがないと評価できないということがあるので，クオリティー（質）の指標を定めて，それがどのぐらい達成されているのか，そこからしないと本当はだめであろうと思います．正直言ってクオリティー・インディケーターが定まっていないというのが現状で，本当は実施要綱ができたらその実施要綱に沿って測定できるクオリティー・インディケーターを幾つか提案して，それを測定していくという道筋が必要なんだろうなと．ただ，ここはなかなか難しくて，ご意見をいただければと思いますが，いかがでしょうか．

石井先生からまたチャットでご意見をいただきました．「評価に当たっては，減点式ではなくてセンターの性格の評価及び質の向上に使うべきではないか」と．なるほど．得点がいい悪いとかということではなくて，このセンターの性格がこういうことであるとか．質の向上に使うべきというのが，もちろんそうですけれども，これはせっかくなので石井先生から．チャットなので大変ですが．質の向上にどうやって使うかということが大事だと思いますが，これについていかがでしょうか．石井先生に聞くと，また書かなければいけないから大変だと思うんですけれども．

実はここは今回の事業のある意味では本丸で，実績報告書が一応あるわけですけれども，とりあえずはそこにある幾つかの指標を，適正かどうかはちょっと問題があるかもしれませんが，クオリティー・インディケーターとして測定して，現状はどうなのかということを見る，あるいは性格を見るということになるのかと思います．この辺について，皆さん自由にご発言いただければと思います．江澤先生，どうぞ．

江澤　まず質の評価のコンポーネントは，ストラクチュア，プロセス，アウトカムの三つの柱なので，そこから整理していかないと，なかなか一つ一つの QI がいろいろクオリティー・インディケーター等に発展していくと思うんですけれども，どこをどういうふうにストラクチュア，プロセス，アウトカムの中を評価するのか．そしてそれは基幹型から連携型のいろいろなタイプによっても，地域によってもおのずと異なってくると思います．特に形式張った機能評価みたいな質がなじむのかどうかは考えていかないといけないと思っています．要は，これはひいては地域包括ケア，地域づくりに資するような，最終的にはそういうところにアウトカムがあると思うので，そうすると地域に不足している機能を補うとか，認知症の患者さん，介護施設の利用者さん等にどう寄与していくか．ひいては家族，地域住民，そういうあたりのネットワークも含めて，病院機能評価的なものはなかなかなじまないかなと思っているので，地域の実情に応じて柔軟に考えていくことが必要ではないかと思っていますが，いかがでしょうか．

粟田　ありがとうございます．江澤先生，そこの議論は重要です．数年前にそれをやって，事業評価のガイドをつくったときに，ストラクチュアとプロセスの指標という構造でいまの実績評価票をつくらせていただいて，どの部分がストラクチュアか，どの部分がプロセスかということも，そのガイドブックには書かせてもらいました．ただ，問題はアウトカムが非常に難しくて，アウトカム評価がこの方法ではなかなか難しいだろうということで出てきたのが，外部評価をやってアウトカムを測定することを検討しようということで，外部評価の試みもパイロットスタディーでやったという経緯がございます．しかし，本当に難しくて，完成版はとてもできていません．そういう議論を経ながらいま来たという経緯もございます．

ただ，先生がおっしゃったように，それにしても地域によってやはり違うので，そこのところは地域ごとにまた改めてストラクチュアなりプロセスなりアウトカムなりを考えていく余地はあるんだろうなということです．

江澤　ありがとうございます．ですから，数が多いことのみが評価のよしあしではないと思いますので，また慎重に検討いただければと思います．お願いします．ありがとうご

ざいます.

粟田　ありがとうございます．また石井先生からチャットが来ましたので読み上げますね.「医療の質という意味で，クオリティー・インディケーター（QI）に関しては「Quality indicators for community dementia care」というレビュー論文が今年出ておりましたが，それなりにエビデンスとなる QI が出つつあるようです．ただ，そうしたものをとるにはかなりの負担をセンターに強いることになるかもしれません」ということです．そのとおりでありまして，これを本気でやろうとすると大変なことになるので，実現可能なインディケーターをつくるしかないかなと思っています.

中西先生から，「指定都市が今回，都道府県対象調査に外れているので，どうしてか」という質問がチャットで来ています.

中西　どうしてかじゃなくて，都道府県の連携協議会には指定都市を含むということになっていたと思うんですけれども，実情として都道府県が何かやるときに指定都市が外れることが間々あるので,もし都道府県内全域の調査をしたいのであれば,「指定都市を含む」という文言をお入れになっておいたほうが安全かなという意見です．小さなことですけれども.

粟田　二つのことを考えていて，一つは，都道府県で都道府県認知症疾患医療連携協議会をやっているけれども，指定都市を入れているか入れていないかという二つの問題があるので，その区分を一応しておくということをやっておいたほうがいいかもしれないですね．指定都市を入れていないからやっていないというわけじゃなくて，指定都市を入れていないけれどもやっているというのもあるので，それが必要かと.

それから,今回の対象で指定都市も入れたほうがいいかなと思っているんですけれども.ただ，別の調査票をつくるのはちょっとややこしいので，文言を工夫しないといけないかと思っています.

中西　都道府県側に，指定都市を含んでやっているかどうかを，どこかにちょっと入れておいたらいいのかなと思いました.

粟田　都道府県用にはそうですね．それから，実は指定都市用も本当はやらなくてはいけない．というのは指定都市も事業評価をせよということが実施要綱には書かれているので.

中西　ふだん指定都市を地域型とか連携型のほうは管理しているので．指定都市から直接厚労省に送ってしまっていると思うんですね.

粟田　おっしゃるとおり，実績報告書はそうですよね.

中西　地域型や連携型についての質の問題に言及するなら，指定都市にも送らなければいけないと思いますし，連携協議会とかについて質問するところは，指定都市を含んでやっていますかという質問が要るのかなと思いました.

粟田　それは先生がご指摘のとおりで，指定都市もやらなきゃいかんかなと思っていますので，そこは修正させていただこうと思います．ありがとうございます.

そういうことで時間が来てしまったんですけれども，今回はフリーディスカッションということで今日の話は録音していますので，また逐語録にまとめさせていただいて，皆さんと後ほど共有させていただきたいと思います.

それから，やはりウエブ会議は難しいですね．次回はまた方法を検討しなきゃいけないと思います.これからの流れとして調査票のブラッシュアップをさせていただきますので,それをメールで皆さんに共有して，またご意見をいただくというような形でやらせていただければと思います．それで，まずは調査を実施させていただいて，その上で今回の議論を少しまとめて，もう少しゴールに向けた提案などもさせていただきながら第２回の委員会を開催させていただければと考えています.

皆さん，スムーズにいかないで大変申しわけございませんでした．今回はこれで終了とさせていただきます．事務局から事務連絡がありましたらよろしくお願いいたします.

吉野　今日は２時間，大変お疲れさまでした．ありがとうございました．今，粟田からご案内しましたように，先生方にはまた細かな調査票の中身であるとか修正に関するご意見など，そのほかさまざまなご意見を頂戴しながら事業に反映して調査を実施し，年内に第２回検討委員会，年度末２月ごろには第３回の検討委員会をということで計画を進めさせていただきたく存じます.

今回のリモート会議は，多くの皆様方にご参加いただきましたけれども，やはり音声が聞き取りにくいとか，議論に参加しにくいというようなことも，いろいろと発見しましたので，開催の形式についてはまたコロナの状況などを鑑みまして，改めて検討をさせていただきたいと考えております．次回の形式をどのようにという点につきまして引きつづき検討させていただければと思います．今日はご不便の中で資料もデータのお届けとのみとさせていただきました．ご協力をありがとうございます．これからも細かなやり取りにつきましては連絡事務局の吉野宛に引きつづきよろしくお願いいたします．今日は誠にありがとうございました.

粟田　皆さんどうもありがとうございました.北村先生は今つながったということです.北村先生，ご意見をいただけなかったので何か一言ありますか.

北村　聞こえますか.

粟田　聞こえます．大丈夫です．話をしてください.

北村　聞こえればそれでいいです.

粟田　声が聞こえただけでも安心いたしました．ありがとうございます.

それでは，今日はこれで終了とさせていただきます．皆さん，どうもありがとうございました.

（終了）

令和２年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）
認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業

第２回検討委員会
議事録

日時：2020 年 12 月 6 日（日）15 時 00 分～17 時 30 分
場所：TKP 神田ビジネスセンター　702
　　シスコ webEx 会議システムによるリモート形式併用

栗田　それでは，渕野先生，内海先生，谷向先生，冨本先生と小林さんの５人，まだ入り切れていない先生がいらっしゃるんですが，資料の確認をさせていただければと思います．

事前に資料をメールで送らせていただいたのですが一応確認ということで，最初に第２回検討委員会次第，２枚目が検討委員会の名簿，それから資料として資料１，資料２，資料３，資料４，資料５の集計表，資料６は厚労省からの資料．それから参考資料１．参考資料２は前回の議事録です．今回の資料は以上ですが，過不足はございませんでしょうか．よろしいですか．――はい，ありがとうございます．

本当は全員そろってからがいいんですけれども，10 分過ぎてしまいましたので始めさせていただきます．皆さん，日曜日の午後，お集まりいただきましてありがとうございました．これより令和２年度老健事業認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業の第２回検討委員会を始めさせていただきます．

最初に厚生労働省の菱谷企画官からご挨拶いただければと思います．

菱谷　皆さんこんにちは．厚生労働省の認知症総合戦略企画官の菱谷でございます．日曜日にお集まりいただきましてありがとうございました．認知症疾患医療センターについては，認知症施策推進大綱においても全国で 500 カ所，それから二次医療圏域ごとに１カ所ずつ設置と記載されています．現在，477 カ所，二次医療圏域で申しますと 93.5%まで整備が進んできているところです．

一方でこの間，質の評価について課題を指摘されております．また，今年の５月には総務省の行政評価局からも事業評価についての指摘を受けているところです．こういうことを踏まえて昨年度，さらにはここ数年にわたっていろいろ議論をしてきたような中身も踏まえて，認知症疾患医療センターについていろいろなご指摘をいただいて，それをまた施策に反映していきたいと思っています．本日は，忌憚のないご意見を賜りたいと思っておりますので，どうぞよろしくお願いいたします．

栗田　ありがとうございました．

それでは早速，次第に従いまして議事に入らせていただきます．最初の議事「（1）事業の進捗状況について」，私から資料１のパワーポイントを使って説明させていただきます．（以下，資料共有）

〔スライド１〕事業概要ということで，これはさらっとした簡単な復習です．この事業の目的は，「認知症疾患医療センターにおける事業評価およびそれに基づく質の管理のあり方について具体的な業務内容を含めて検討し，都道府県・指定都市・基幹型認知症疾患医療センター向けの手引きを作成する」ということです．

そういうことで，ここに書いてある大まかに四つのことをやらせていただいているんですが，一つはこの検討委員会で認知症疾患医療センターの事業評価あるいは質の管理に関する都道府県と基幹型認知症疾患医療センターの役割を討議する．二つ目が，都道府県・指定都市・基幹型を対象に，事業評価・質の管理に関する取組の実態を調査する．三つ目

は，毎年やっていることですが，令和元年度の実績報告書の集計・分析．四つ目が，今回はこれが一つの成果物になりますが，実績報告書のデータ入力のルールとか都道府県における集計，あるいは国への提出の手順書とともに，都道府県・指定都市・基幹型認知症疾患医療センター向けの「質の管理に関する手引き」をつくろうということです．

〔スライド２〕前回の第１回検討委員会の討議の論点をまとめておきました．簡単に紹介させていただきます．まずは，事業の質の管理の「質」とは何かという根本的な議論がありました．これは江澤先生からだったと思いますが．認知症疾患医療センターに求められている機能と関係するだろうということで，具体的には実施要綱で定められている（１）専門的医療機能，（２）地域連携推進機能，（３）日常生活支援機能（診断後支援機能）がどのようにちゃんと稼働しているかを見るのが質だろうと．

ただ，地域の実情に応じて求められる機能は異なるのではないかということが上がりまして，都道府県・指定都市単位で求められる機能を検討しながら，地域の実情に応じた柔軟な評価を行う必要がある．あるいは都道府県認知症疾患医療連携協議会をそのような検討を行う場として機能させるべきである．求められる機能は，かかりつけ医や地域包括支援センターなど，他機関から見た求められる機能との関連で考える必要があるのではないか．四つ目は現在の他の老健事業，これは多分，みずほ総研の「認知症地域医療連携体制のあり方に関する調査研究事業」だと思います．唐川さん，よろしいですね．

唐川　そうです．

粟田　その事業において，地域包括支援センター等から見た認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームに求められる役割を調査しているので，年度末あたりに結果を共有するようなことをしたほうがいいのではないか．

〔スライド３〕次に，事業の質はストラクチュア，プロセス，アウトカムで評価する必要があるのではないか．これはドナベディアンモデルといいます．これも江澤先生のご指摘です．実は現在の実績報告書は，ストラクチュアとプロセスを評価できるように設計してありまして，どの指標がストラクチュアか，どの指標がプロセスであるかというのは，平成 28 年の老健事業で作成した手引書に一応お示しさせていただいています．

ただ，このときの議論でアウトカムの評価はなかなか難しいということで，いろいろとパイロット調査をやったんですけれども，現段階ではこうやってアウトカムを評価しましょうという指針を出せないので，とりあえずこれは今後の課題としておこうということにしてあります．

それから次の論点が実績報告書の記載の仕方がセンターによってばらばらで，信頼できるデータとして取り扱うことができない．これは田中（志子）先生のご指摘です．この問題に対しては，基幹型がこれに対応する役割を担っている．これは冨本先生がこういうことをやらなければいかんと．またこの研究事業においても，データ入力のルールとか都道府県における集計方法や，国への提出方法についての手順書をつくろうということになっています．

それから「質」とは「事業の質」なのか「医療の質」なのかという議論もありました．これについては認知症疾患医療センターでは診療だけではなくて研修もやっていますので，センターの事業の質を評価しなければいけない，医療の質ではないだろうということです．

〔スライド４〕個々のセンターの「事業の質」を評価するのか，都道府県全体の「事業の質」を評価するのか．これも確かによく考えておかなければいけないことで，例えば都道府県全体の集計というのは東京都もしているんですけれども，それをどのようにして個々のセンターの質の評価につなげるかというのは甚だ難しい問題です．質の評価の視点，実績報告書の数値の活用方法をある程度明確にしてほしいと．これは確かに課題として残されているのかなと私も思っています．

実際，質を評価するためにその指標（クオリティー・インディケーター）が必要になるわけですけれども，それが定まっていない，十分研究されていないという現状があります．そういうことで，実施要綱が改訂されたら，それに準拠したクオリティー・インディケーターを検討する必要が出てくるであろうと．

ちなみにこの件に関しては，多分 2016 年の「Quality of Dementia Care in the Community」という論文だと思いますが，石井先生にご紹介いただきました．これはメモリークリニックのクオリティー・インディケーターについて，デルファイ法で指標をつくっているものです．私も論文を読ませていただきましたが非常に参考になります．一部は実績報告書の指標とかぶっていることがわかりました．ただ，非常にたくさんあるのでなかなか大変です．ただ，今年度は無理ですけれども，将来的にはこういうことをやらなければいけないのではないかと思いました．

それから「質の管理」というのは具体的に何なのか，何をするのかということがありました．これについては，都道府県の責務として実績報告書の集計・分析を行うとか，それから都道府県認知症疾患医療連携協議会において集計・分析結果を共有して，それに基づいて課題とその解決策を検討して，いわゆる PDCA サイクルをまわして，認知症疾患医療センターの職員研修等を行うことによって課題解決に向けた取組を進めることだろうと．こういう職員研修，人材育成は，クオリティー・インプルーブメント・メカニズムというらしいですが，そういうようなことも含めて質の管理をしていくことが必要だろう．それから基幹型センターは，都道府県の質の確保に向けた取組をサポートしていく役割があるのではないか．

〔スライド５〕次ですが，基幹型が人材育成など質の管理にかかわることは賛成であるが，救急医療の要件があるからなかなか普及しないと．これはこの委員会でも５年越しで議論してきたところですが，前回の委員会でも冨本先生もおっしゃっていましたけれども，大学病院というのは３次救急が基本なので，BPSD 等の救急入院がふえると運用できなくなるというお話がありました．

それから大規模自治体，これは東京が代表ですけれども，認知症に特化した空床確保医療機関を１カ所だけ指定しますと，認知症患者の救急が一極集中する危険がある．これも

東京都で認知症疾患医療センター運営事業をはじめるときにさんざん議論しましたけれども，これは難しいだろうということで東京都も基幹型は指定しないという方針でやることになりました．

しかし，この救急医療の要件を除いたとしても，都道府県によっては基幹型を指定することが難しい場合がある．これも東京都ですが．そのような場合には，認知症疾患医療センター以外の機関が「質の確保に向けた取組」を行えるようにしてもいいのではないかと．実際，東京都は今そのようにしています．

ただ，このことをやるに当たって注意しなければいけないのは，都道府県で代替の機関を定めても，専門的医療機能が担保されるとは限らない．そういう機関で例えば人材育成あるいは質のコントロールができるのかという問題は確かにあるかと思います．

実は東京都は別の機関というか，東京都健康長寿医療センターの中の主に研究機関のほうでこの人材育成に関することをやっているのですが，同一法人内に認知症疾患医療センターの病院がありますので，一体的に機能しているということがあって，うまくやっているところがあります．

１カ所の基幹型センターが人材育成の役割を担うというのではなく，地域型の協力なども得て全体として人材育成を行うと．これは藤本先生に滋賀県のことをご紹介いただきましたけれども，確かにこういうことも考える必要がある．基幹型の役割というのは大枠として定めて，実際に具体的な人材育成のあり方はそれぞれの地域の実情に応じて運用できるようにしていくことは確かに必要なのかなと．こういう議論がありました．これは大まかな論点整理です．

〔スライド６〕二つ目のこの事業の課題である，都道府県・指定都市基幹型認知症疾患医療センターを対象に，事業評価，質の管理に関する取組の実態を調査しようと．まず「都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査」の様式を作成いたしました．一つは実績報告書の集計・分析のことです．二つ目が都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置して，例えばPDCAを回したりしている．三つ目が，認知症疾患医療センターの職員の人材育成について．都道府県でこの三つが行われているかどうか，どのように行われているかを調査しようと．それから四つ目は，基幹型を持っているところでは，基幹型がこういう都道府県の質の確保に向けた取組に何らかの関与をしているか．五つ目が課題について自由に書いてもらうということになっています．

〔スライド７〕それから基幹型認知症疾患医療センター側にも質問をしようということで，こちらも先ほどの都道府県の調査の表裏みたいな感じですけれども，実績報告書の集計・分析等に関与しているか．あるいは都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画しているか．認知症疾患医療センターの職員の人材育成に関与しているか．この三つを聞かせていただく．四つ目は，都道府県内の認知症疾患医療センター同士のコミュニケーション，情報交換などをやっているか．五つ目が，基幹型認知症疾患医療センターの役割はどうあるべきか．つまり，質の確保に向けた取組に関与すべきと考えるかどうかということを聞かせていただいて，六つ目は課題を自由に記述するというふうになっています．

これはもう早速印刷してすぐ調査を始めるんですけれども，調査スケジュールだけ事務局から説明していただけますか．

枝広　事務局の枝広でございます．よろしくお願いいたします．ただいま栗田委員長からご指摘いただいたところについては資料３と資料４です．都道府県・政令市に対する調査の協力のお願いの分と調査票そのものが資料３という形にしています．これは赤字になっていますけれども，倫理委員会の関係で赤字なだけで，最終的には黒字になります．

もう一つは資料４で，基幹型センターに対しての依頼文と調査票になっています．スケジュールとしては，12月のこの会議が終わって校正という段階になっていまして，調査の配布自体は12月の中旬になります．年を挟んで１月の前半に返信期限，回答期限を設けていますので，１月中にはおおむね結果が出ることになると思います．これは数が少ないもので都道府県・政令市は計66件，基幹型に関しては17件の調査になります．以上です．よろしくお願いします．

栗田　〔スライド８〕最後は，認知症疾患医療センターの質の確保に向けた取組のための手引き（案）ということです．これは前回の検討委員会でも少しお示ししましたが，手引書をつくる，特に実績報告書の記入のルールとか提出方法，あるいは様式についてもいま調整しているところで，これについては後ほど厚労省のほうからもう少し説明させていただこうと思っています．

以上が私からの事業の進捗に関する報告です．この後，厚生労働省から「（２）認知症疾患医療センター運営事業の今後のあり方について」を説明していただきまして，それを踏まえて今後の方向性についてまたご討議させていただければと考えています．

それでは，菱谷企画官から説明をよろしくお願いいたします．

菱谷　資料６をごらんください．資料６は，過去のこれまでの議論をおさらいしています．認知症疾患医療センターの現状とこれまでの経緯です．

〔スライド１〕疾患医療センターは平成20年度から始まっていまして，設置数については477カ所まで，二次医療圏域別で申しますと310カ所までできてきています．基幹型が17カ所ということで，各都道府県に１カ所というご意見もありましたけれども，まだそこには至っていません．地域型については377カ所，連携型は83カ所となっています．

基幹型については，BPSD・身体合併症対応ということで空床確保の要件が課されています．この点についてご議論がこれまでありました．医療相談室については，基幹型，地域型において必須とされているところです．また，地域連携機能としては，研修の実施であるとか，認知症疾患連携協議会の組織化などが書かれているところです．

〔スライド２〕これについて，平成27年度の老健事業「認知症疾患医療センター運営事業の今後のあり方について」の中ではどのような提言がなされていたか．基幹型については，身体合併症救急医療機関としての機能というよりも，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，人材育成にかかわる機能を要件とすべき．論点として，都道府県に最低１カ所設置するよう定めるべきなどといった意見があったということです．

地域型については，多様な拠点機能を担えるような形としてもらったらどうかと．

それから現連携型については，かかりつけ医を支援するとともに，市区町村の認知症支援体制づくりに寄与することなどを記載していただいたところです．

また，都道府県の役割については，センターの質を確保するために都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置し事業評価を行う必要があるということを指摘していました．こちらが平成 27 年度の結果の提言です．

〔スライド３〕平成 30 年度の老健事業「認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方について」の提言の箇所では何が記載されていたか．「①基幹型に求められる要件は都道府県等と連携した事業の質の管理とすべき」ということで，「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」ということが記載されています．

また，「②都道府県認知症疾患医療協議会の役割は，認知症疾患医療センターの事業の質の管理とすべき」ということが記載されています．こちらについて，事業の質の管理（事業評価，PDCA サイクルの稼働等）として，もっと明示すべきではないかという意見がありました．

一方で，これは都道府県の連携協議会の話ですけれども，各センターが開催する認知症疾患医療協議会の役割について．「③認知症疾患医療センターが開催する認知症疾患医療連携協議会の役割は地域連携の推進と事業の質の管理と明示し，都道府県疾患医療連携協議会と情報共有できる体制を構築すべき」ということが記載されています．疾患医療センターにおいても，協議会の設置・運営を求めているんですけれども，その役割は漠然としていて，実施内容がまちまちであるという指摘を踏まえて，疾患センターが開催する協議会については，地域の連携の推進と事業の質の管理と明示し，都道府県の協議会との間で情報を共有する体制を構築すべきということが記載されています．

その他，「④認知症疾患医療センターの活動実績の集計・分析結果を公表し，PDCA サイクルを稼働させる具体策を検討すべき」．あるいは「⑤全国認知症疾患医療センター研修会を継続的に実施できる体制を整備すべき」ということが指摘されています．また，「⑥認知症疾患医療センターの相談室機能（地域連携，診断後支援）の質の担保のための支援策を講じるべき」ということで，こちらについては認知症疾患医療センターの相談室機能の質を担保する支援策を講ずるべきだということが指摘されています．

〔スライド４〕昨年度（令和元年度）の老健事業においては，「今後の認知症疾患医療センターのあり方について」の総括として以下のとおり記載されています．「①基幹型の役割」としては，都道府県と連携した上で，これは事業と言うべきでしょうけれども，認知症疾患医療センターの事業の質の管理・人材育成にかかわる機能が重要ではないか．質の確保等を担う中心的なセンターが必要ではないか．「基幹型」設置が進まない理由として，救急医療の要件（空床確保等）があるのではないかということが記載されています．

「②都道府県の責務」としては，都道府県が本来やらないといけない都道府県認知症疾患医療連携協議会が効果的に活用されていないのではないか．事業評価も都道府県の責務だけれども，実施機会やその活用が明確ではないのではないか．

（「③診断後支援（現在の要綱上，「日常生活支援機能」に位置付けられているもの）」）．診断後支援ということでは，今の要綱では日常生活支援機能として位置づけられていますけれども，こちらについて専門職に相談して調整の向上が必要である．あるいは診断後支援について，内容の明確化が必要ということが指摘されています．

〔スライド５〕そこと少し話が変わりますけれども，今年の５月には行政評価局から結果に基づく勧告，「「認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査―早期対応を中心として―」の結果に基づく勧告」が出ています．疾患センターについて都道府県等に求める評価ということで，各医療センターの評価を行うこととなっていますけれども，調査した 29 都道府県のうち少なくとも 14 都道府県，要は半分が事業評価未実施だったということが指摘されています．

それから，疾患センターについても，圏域ごとや都道府県単位での事業評価が明確に位置づけられていなかったということを踏まえて，事業内容の評価の要否を検討すること，あるいは医療提供に関する機能，体制を評価することについて，医療センター実施要綱に明確に位置づけることが指摘されています．

〔スライド６〕（「認知症疾患医療センター運営事業の今後あり方について（たたき台案）（検討の方向性）」）．これまでの議論を踏まえて，本日ご議論いただくたたき台案という形では，昨年度指摘された柱に即してざっくりとした方向性としては大体こんなことではないかということで記載させていただいています．

「１　都道府県の責務等」ということで，都道府県と基幹型の役割をしっかり明確にしないといけないと思いますけれども，まず実施主体として都道府県においては疾患医療センター運営事業の質の確保に当たって，次の３点にしっかり取り組んでくれということを明確化してはどうか．まず１点目は都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置・運営にかかわること．それからセンター事業の事業評価及びその結果を踏まえた質の対応の検討．職員への研修の企画等をしっかりとやってくださいと．

「２　基幹型の役割」ということで申しますと，基幹型の新たな機能として都道府県が行う上記３点のセンター運営事業の質の確保に関する取組をサポートする役割を担ってもらうことを位置づけてはどうか．基幹型については，このような役割が求められる中で，昨年度の議論も踏まえると必ずしも空床の確保等の要件を満たしていなくても認めることを検討してはどうかということがありました．

それから「３　診断後支援」については，センターが実施する診断後の相談支援ついて

は診断後の空白期間をつくらないという観点と，地域の実情に応じた運用を可能とする観点が重要である．このため，かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等の地域関係機関と連携の上，地域の実情や必要に応じて，診断後の認知症の人や家族に対する相談支援，当事者等によるピア活動，交流会の開催等の内容を位置づけていくこととしてはどうかとまず提案させていただきます．

私からの説明は以上です．

粟田　ありがとうございました．ここからは皆さんから質疑をいただいたり，自由な意見交換をさせていただければと思っています．これから本格的に討議をさせていただくので，少し準備ということで３分間だけ休憩をいただいて，３分後に質疑を始めさせていただきます．

（休憩）

粟田　小林さんと渕野先生がまだ入ってこられていませんが，その他の方は予定どおり入られましたので，これから早速，質疑と意見交換をさせていただければと思います．ただいま厚労省から説明をいただきましたように，今年度は認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱の改訂も含めて今後のあり方，特に認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組という観点で，厚労省からいただいた三つの提案を踏まえて，皆さんから自由にご質問あるいはご意見をいただければと思います．

皆さんの顔は一応全部見えるようになっていますので，ご意見をいただくときは手を挙げていただいて，私はそれを確認して指すようにしますけれども，もし私が気がついていなかったら声も上げていただいて構いませんので，そういう形でディスカッションさせていただければと思います．よろしくお願いいたします．

それでは，いかがでしょうか．何かご質問なりご意見を自由にご発言いただければと思いますが，何かございますでしょうか．では石井先生，どうぞ．

石井　これは厚生労働省への質問ですけれども，議論するに当たって，今後の進め方というかタイムスケジュール的なもの，どれぐらいのタイミングで実施要綱が改正されて，大体どれぐらいのスピード感で基幹型を全国に広げていくのか．そのあたりのイメージをお聞かせいただければと思います．

粟田　菱谷企画官，よろしくお願いします．

菱谷　要綱の話については，最終的には年度内ということになりますが，ただ，都道府県のほうで予算を確保したりするような対応もありますので，なるべく早くにそのポイント，方向性を示してやらないと自治体のほうで予算がうまくつかないということになってしまうかと思います．

それから，都道府県でどれぐらいのスピードでということについては，現状，大綱などでも 47 都道府県１カ所ずつ基幹型が必要と明確に位置づけたわけではないので，それは自治体の状況を見ながら対応していくことになるのかなと思います．

粟田　ありがとうございます．石井先生，よろしいですか．

石井　ありがとうございます．

粟田　そのほかはいかがでしょうか．内海先生，どうぞ．

内海　今の質問と関連するんですけれども，例えば北海道は政令都市札幌があります．基幹型を設置するのは，札幌市に言わせれば北海道ではないかというご意見もあります．北海道でいえば基幹型を札幌市の中に設置するということになれば，政令都市でありますので札幌市は札幌市でやってもらいたいという意見もあります．政令都市を含む都道府県の場合，やはり都道府県が設置するということでよろしいでしょうか．

粟田　なるほど．これは北海道だけじゃないですね．政令市があるところは皆共通です．

菱谷　基本的に自治体の実情に応じて判断していただくことかと思います．私は実は大阪府の介護支援課長をやったことがあって，そのころ藤本先生とか〔キダ？〕先生とかいろいろな先生にお世話になりました．大阪も堺市と大阪市という二つの政令市があって，どうするかというところでしたけれども，現状は設置に至っていない．そのころは基幹型は必ず１個つくらなくてはいけないという議論も，まだ今ほどは起こっていなかったからということもあります．ただ，私はやはりそれは基本的には都道府県の役割だと思っています．そこは政令市ともよくお話ししていただいて，県内で設置していくという方向になるのが筋かなと思っています．

粟田　確かに政令市と県が話し合って，一緒に基幹型の指定を考えていくということでしょうね．ただ，そのときに指定するのが県が指定するか，政令市が指定するかは．

菱谷　県のほうが．

粟田　県で指定したほうがいいということですね．

菱谷　そうだと思います．

内海　ありがとうございます．

粟田　中西先生，どうぞ．

中西　私は大阪市ですけれども，例えば浜松などは政令市が指定しているというのもあると思いますが，人口規模が都道府県によって非常に違う中で，東京や神奈川，大阪も一つが担うとなった場合，特に政令市との分担も含めてですが，具体的にどんなふうに考えているのかを教えてほしいんです．東京都でも一つで行くのか，中に政令市が何個もあるような都道府県で非常に人口の大きいところも，話し合って一つというのでもなかなか難しいのかなとは思うんですけれども，とりあえずどこかに１個というイメージなのでしょうか．

菱谷　この間，設置が進んでいるか進んでいないかとか，何がネックになっているのかということを 13 個ぐらい都道府県に聞いてみました．ご指摘のとおり，北海道における札幌市みたいなところの場合は，札幌市に１個道内のものがあったらいいなということで，比較的合意が得やすいのではないかと思います．難しいのは静岡県などもそうでしょう．具体的に私どもが聞いた中で，少し課題になっていると言われるのは福岡県です．北九州

と福岡市があって，もともと県は久留米大と連携していたという経緯があるけれども，どこに１カ所を選ぶか難しいなみたいなことをおっしゃっていたことがありました．

東京都なども，研修については１カ所どこかできるけれども，実際のセンターとしてどこを指定するかみたいなことについては・・・．東京都は東京都の問題の解決の仕方として，ある程度分けた形で連携しながら必要な役割自体は指定するということになっているかと思います．

静岡県とか福岡県みたいなところについて，そのやり方が結構難しいことはそうかなと思いますので，必ずどこか１カ所で（というわけではなくて），既に静岡県などは指定市が指定してしまっているような状況だと思うので，そこを取り外すということではなくて，別に県内で二つあってもそれはいいんだと思います．

ただ，まだ指定していないところの話をどうするかということについていうと，基本的には県が政令市とよく連携しながら周知していっていただきたい．今あるところのどうこうしてくれということよりは，まだないところについてどうするかという議論かなと考えています．

粟田　ありがとうございます．今のご質問についてですが，東京都の場合はまずは人材育成という観点から，どこがその役割を担おうかという議論はそんなにはなかったんですけれども．要するに大学病院で認知症をやっているところはたくさんあるんですが，そこは確かに人材育成をやっているんですけれども，どこかの大学病院を選ぶというわけにもなかなかいかないということもありました．東京都の場合は，たまたま東京都健康長寿医療センターが認知症のことをずっとやっていて，しかも独立行政法人ですけれども，ほとんど都立みたいなものなので，都の言うこともよく聞くだろうというのもあったと思います．そういうことで諸般の問題を考えると，そこが人材育成をやるのが一番据わりがいいだろうということになったんだと思います．

それぞれの都道府県の実情に応じて，例えば人材育成という問題をどう考えるかとか，そういう観点から指定することになるのかなという気もしています．よろしいでしょうか．ほかにご質問はいかがでしょうか．ご意見でもご質問でも構いませんが．旭先生，どうぞ．

旭　松戸市は人口 50 万ぐらいですけれども，千葉県は 620 万の人口で疾患センターが全部で 13 カ所．統括本部のほうに・・・・・・・130 万ぐらいの二次医療圏に２カ所，船橋とか市川は 160 万で９カ所，それで 11 カ所になっています．

私も検討して，基幹型はあまり必要ではないのではないかと．千葉大の大学病院も市の疾患医療センターの委託を受けていて，それから疾患医療センターは精神科の病院が約半数，我々のようにリハビリの病院をやっているところも３カ所です．一般の総合病院もやっています．いろいろなところでそれぞれ対応できるかなということで，今のところはまあまあ何とかやっているんですけれども．

一番重要なのは，今後の運営でいろいろ連携が非常に必要なんじゃないかと．具体的には県だけでなしに市町村との連携とか，医師会との連携，それから細かいところでは包括

支援センターとの連携ですね．そういうことが非常に急務かなと思っています．それでずっと長くやっていて，疾患センターがこの中の役割を果たすようになると，現実にかなり効果的な方向が見えてきたような感じがします．それがないと，なかなかうまく進まないのではないかと思っていますが，いかがでしょうか．

粟田　質問という感じでしょうか．

枝広　すみません，ウエブ（参加）の皆さんが旭先生のお声が聞こえなかったそうです．

旭　では，もう一度簡単に．ざっくばらんな話をしますと，私ども千葉県では今 620 万の人口で二次医療圏に一つずつつくっていって，一つずつふやしていく過程で私自身も県の中でかなりかかわってきたものですから，それで非常にバランスのとれた疾患センターができたと思っています．11 カ所のうちの大学病院が１カ所，それから精神科の病院が６カ所，リハビリの病院が２カ所，普通のいわゆる２次救急病院が２カ所．毎年徐々にふやしてきて，今のところそれで連携がとれて比較的うまくいっていると．

認知症の方が非常にふえてきているんですね．特に包括支援センターとか初期集中支援チーム関係から来る在宅の方，それからいま大きな問題になっているのは２次救急病院に骨折とか肺炎で入院する高齢者で，入院して初めて認知症の BPSD を呈するという方が非常にふえている．そういうところの情報の共有化をすると．県だけではちょっと広過ぎるので，市町村との連携，さらに細かいところでいくと県の医師会と市町村の医師会，それから包括支援センターとの連携，そういうことが非常に必要になってくる．

それからコロナ予防ですね．非常に急増していますので，あわせていろいろやっていかないと間に合わないのではないかと私は非常に危惧しています．これは厚労省に対する一つの提案ですけれども．そういう意味で疾患センターの役割は非常に重要だと思っていますので，ぜひ取り組んでいただきたいと思っています．

菱谷　ご意見ありがとうございます．ご指摘いただいたとおり，疾患医療センターは千葉県の場合，すごくバランスがよく，うまく地域においてそういう役割を果たしてもらっていると．そういう中で，県市の医師会なり包括支援センターとの連携を進めていくことの重要性を，今後また一層周知していきたいと思っています．BPSD 対応とか二次医療圏域での救急対応における認知症の BPSD 発症みたいなことについては，これを基幹型でどうこうということというよりは，むしろこれまで議論の流れの中では，連携の中で対応していく，あるいは全医療機関の対応力を向上させていくという議論がなされてきたものと認識しています．そういう観点で，医療機関の認知症対応力をもっと向上させていかなければならないというのが，厚労省の命題と考えていまして，そのように進めていきたいと思います．

粟田　私からよろしいですか．厚労省に今日出していただいた資料の最後のスライド（資料６のスライド６）のことで，確認をとってコンセンサスを得る作業が必要じゃないかと私は思っているんですけれども．一つは，都道府県の責務等と書いてありますが，これから認知症疾患医療センターの運営事業の質の確保を都道府県の責務として明確に位置づけ

ようということと，具体的には都道府県がやる三つの柱を定めようという提案だと思います．

一つが，都道府県の連携協議会をちゃんと設置して運営すること．二つ目が，実績報告書等には事業評価をきちんとやること．そして三つ目が，それに基づいて研修・人材育成等のことをきちんと都道府県の責務としてやろうと．この三つを掲げています．そういう認識でよろしいかということと，これについて皆さんのコンセンサスを得ることができるかどうか少しご意見をいただければと思うんですが，いかがでしょうか．江澤先生，どうぞよろしくお願いします．

江澤　日本医師会の江澤です．一回，整理しなければいけないのが，事業の質の確保，センターの質の確保，都道府県の質の確保と言葉が乱立していて，的をもう少し絞って議論したほうがいい．質の管理という言葉がずっとひとり歩きしてきていて，枕言葉がいろいろついている中で，何に対する質の確保かということをもう少し明確化しないと，議論の入り口として戸惑ってしまうのではないかというのが１点です．

それからもう１点は，これは私の私見ですけれども，特定機能病院だって地域医療支援病院だって，質の確保にそんなに固執していなくて，いきなり一番のテーマに質の確保を掲げていることはない．というのは質をはかる物差しが大変難しいわけで，本当に SPO（Structure，Process，Outcome），あるいは質の確保だとそこにクリームスキミングの防止，要は重度者対応とかいろいろな要素を入れてこなければいけない中で，明確な質をはかる評価軸とか物差しはなかなか難しいと思います．例えば病院機能評価は達成度を見ています．ですから，どのあたりで落としどころにするのかということで，今後前面に質の管理，質を出していくと，議論が行き詰まるような気がしています．

先ほど説明がありましたように，この事業は平成 20 年（2008 年）にスタートしています．市町村の地域支援事業は 2006 年にスタートしていて，この 12 年間に世の中は大きくさま変わりをしていて，介護の事業所も地域支援事業も地域包括支援センターもかなり役割と機能が変化して求められる部分も変わってきているので，いま一度原点に立ち返ってどうあるべきなのかの議論が必要ではないでしょうか．特に人材育成というとてつもない大きなテーマを疾患医療センターのみが担うということは当然，誰も考えていないと思います．他に医療従事者の認知症対応力向上研修が全国で行われていますが，数時間を１回受講すれば修了というような単発で終わっていて，持ち帰って何か引き続きやるということにはなっていない．

それから，実は今，認知症の方の多くは介護事業所にたくさんいらっしゃいます．ですから，もう少し介護との連携を深めていかないといけません．BPSD はそもそも非薬物療法であれば老健とかでも結構対応していますから，介護施設と認知症疾患医療センターの連携というのが今までちょっと希薄かなと思っています．人材育成はほかにもあの手この手で事業が行政の中にありますから，そのあたりとの整合性をどう図っていくのかというところがちょっと気になっています．

いま大事なことは，課題が何かということを考えていく必要があって，一つだけ言える課題は，認知症の方が身体合併症を併発したときに，ちゃんと治療が受けられているかどうか，認知症があるがゆえにオペができないとか本来の治療を受けられていない方がいるのではないか．産業医大の松田先生なども出されていますけれども，認知症の方のほうが入院期間が短いというデータが結構あって，これは本当にちゃんとした治療を受けた上での結果なのか，それができていないがゆえにオペが受けられないから認知症（患者）の在院日数が短くなっているのではないかという指摘もあります．

身体合併症を併発しても認知症でない方と同様の医療がちゃんと受けられる．これはやはり人の尊厳にかかわる権利として確保していかなくてはいけない課題だと思っています．そのほかの課題については，地域の実情に応じて考えていくべきです．我が国は２割の国土面積に８割の人口が集中している．要は，非常に人口偏在の大きな島国で，都道府県も千差万別なので，基幹型がなくても済む地域もたくさんあるかもしれない．それから，基幹型が複数要る都道府県もあるかもしれない．これは地域の社会資源とか住民の層とか人口動態によって大きく変わってきますから，そのあたりは地域の実情に応じて考えていく必要があるのではないかと思っています．いま一度，質の確保の質の部分，何に対する質なのか，そしてそれは何のために考えていくのかということを整理していただければと思っています．たくさん言いましてすみません．以上です．

栗田　たくさんの課題をご指摘いただきました．一つは，質の確保，何に対する質なのかということを明らかにしておく必要があるだろうと．それから，質の確保といっても，きちんとした尺度が現段階であるわけではないので，こういう段階で質を前面に押し出してよろしいものかということ．そのほかの問題，身体合併症とか地域課題の問題がありますけれども，どこからでも構いませんが何かご意見をいただければと．

菱谷　まず１点目の事業の質の確保については，これまでのものでも確かに言葉がばらついていたかと思っています．これは基本的にはセンター事業の質の確保ということで，それぞれ評価していくべきだと考えています．

江澤　ということは，認知症疾患医療センターの個々の医療機関の質の確保ではなくて，そこは当然リンクはしますけれども，今回はセンター事業としての質の確保で統一するというか，そういう方向でよろしいですか．

菱谷　それを各医療機関でしっかりやっているかということについて，指定された医療機関におけるセンター事業の実施状況についてはちゃんと評価していくということですけれども．まず個別に医療機関そのものとしての質の評価をやっているということではなくて，指定を受けた当該医療機関がその指定された事業内容をしっかりやっているかどうかを評価していくということが基本かと思っています．あるいは，基幹型であれば基幹型としての機能をちゃんと果たしているか．

江澤　ちょっと申し上げたいのは，疾患医療センターは２年ごとに更新制です．その間の実績を各都道府県において選定，また委員会で評価するんですね．そのときの実績に質

まで求めてしまうと，ちょっと大変かなと思ったり，どこで折り合いをつけるのかということで，あまり質を出してしまうと，更新のところでもう少し厳しいレベルの高いものが求められるかもしれないし，その辺で検討していただきたいという意味（です）．

菱谷　それがちょうど２点目の指摘につながっているのかと思います．質の確保ということで，言葉がひとり歩きしているのは全くそのとおりだと思いますけれども，そこの中身についてはプロセスなのかストラクチュアなのか，あるいはアウトカムなのかというところで，別に尺度がしっかりしない中でいきなりアウトカムで評価することというよりは，事業内容についてはまずは取組状況を評価しやすいところから，プロセスなりストラクチュアなりで評価していくということが基本になるんだろうと思っています．

３点目，地域の実情に応じた対応が必要であるということについては，そのとおりかなと．先ほどの話を聞いていても，なかなか難しいなと思います．

粟田　皆さん，何かご意見はございませんでしょうか．一つは，質という言葉を使わなくても別にいいんですけれども，認知症疾患医療センターがちゃんとうまく機能しているかどうかを都道府県が評価するということが，実はあまり行われていなかったという現実があります．もちろん更新のときに一応集まるんですけれども，基本的にはほとんど何もしないでそのまま更新です．機能していません．つまり，機能しているか機能していないかということを調べないと，それが評価できない．そのためにつくったのが実績報告書ですので，せめて実績報告書ぐらい見てくださいよということがあります．これをちゃんと実施要綱に載せないと，見なくてもいいということになってしまうので，ちゃんと見てください，集計してください，あるいは共有してくださいよと．これをやらないと始まらない．

ここで問題があったときに，それを解決するメカニズムがないと見ただけではしようがないので，ただ指定を取りやめるということだけではなくて，実際に機能できるようにしていかなければいけないのが都道府県の責務であります．そういうことをやっていきましょうと．

人材育成と大きく書いてありますけれども，これは認知症疾患医療センターのスタッフの研修に限定されているものなので，認知症疾患医療センターのスタッフの研修すら施策としてこれまで全く行われていなかった．これは特に働いている相談員の人たちが非常に深刻な問題になっていて，何とかしなければいけないと．田中先生，どうぞお話しください．

田中　評価をされている側の意見として思うところですけれども，実績報告書でもちろん評価をいただいて，更新の可否を評価していただくわけですし，もちろん毎年報告するわけです．結果として，数だけがどんどん質と言葉が置きかえられていってしまうというか，患者さんがたくさん来ているかどうかみたいなところで，質がいいかどうかに置きかわっていっているような感じもあります．県内でも人口の多い都市部と私たちのような本当に過疎の山間部とでは，そもそも数というのは並べられても差が出てしまいます．それ

があたかも質と置きかえてディスカッションされているような気がする．被害妄想かもしれませんけれども，そういう気持ちになることもあります．

江澤先生がおっしゃることもすごくもっともだなと思うんですけれども，何をもって質とするかというところがすごく難しいとは思いますが，数だけではないようなところを何かアウトカムに入れていくことを考えていかないと（いけないと思います）．患者さんの満足度だったりご家族の満足度，住民の方の安心度とか，そういう何かをこれから考えていかないと，ただ患者さんが来ていたかどうか，検査をしたかどうか，研修会を開いたかどうかというところの，そもそも何のためにやっているのかというところがぶれてしまうような気がします．その辺もディスカッションしていく必要があると思います．以上です．

粟田　ありがとうございます．田中先生がおっしゃるとおりだと思います．この問題はとても重大な問題．石井先生，どうぞ．

石井　今，田中先生がおっしゃったとおりで，今回，センターにおける質を評価するというプロセスを導入する目的としては，PDCA サイクルを持ち込んで現状を評価して，その分析結果に基づいて課題解決に向けた取組を進めるというところにあるかと思います．例えばどれぐらいの患者さんがいらっしゃったかとか，鑑別診断の件数だとか，そうしたものというのは，言ってしまえばそのセンターだけの取組によって簡単に何か変わるというようなものではないので，質を評価する指標としては不適切ではないかと考えています．

言いかえると，例えば職員研修とかスタッフに対する教育を通して改善できるような指標が望ましいのではないかと考えています．ありがとうございます．

粟田　ありがとうございます．ほかにはご意見はありませんでしょうか．内海先生，どうぞ．

内海　皆様のご意見，質をどう評価するかは非常に難しい問題ではあります．先ほどの報告で私が聞き間違えたかもしれませんが，事業報告書をきちんと統計をとっていらっしゃらない都道府県も半分ぐらいあるという結果だったと思います．例えばここの委員会で，３年ぐらい前に粟田先生が全国のをまとめて報告書を出しました．そのときに例えばアルツハイマーの診断件数，最小値が１件というところもあったんですね．そんなばかなということで，数だけでも本当にちゃんと診療しているんだろうかというようなセンターがあるんだなという印象です．

まず事業報告書をちゃんと集計して，先ほどもありましたけれども，きちんとそれをまた公開していく．そして国へ都道府県は報告する義務があるという形で，まず数もきちんと評価されるデータベースができないというのが，かなり問題かなと思っています．以上です．

粟田　ありがとうございます．実は，この実績報告書の様式，項目をつくったのも私どものところで，平成 24 年（2012 年）から３年間の厚労科研でつくった経緯があります．その前はもっと雑な評価尺度でしたが，ちゃんとやろうということでつくりまして，実は点数化もできるようになってはいます．内海先生がおっしゃったように，見るとアルツハ

イマーの診断件数が１件とか２件というところもある．

ただ，評価の仕方にいろいろ問題があるということはわかっていますが，しかし，例えば東京都では都が集計して各認知症疾患医療センターの状況を見渡し，さらに地域性のことを考慮して評価しています．例えば五日市だったらこうだから，このぐらいだよねとか，青梅だったらこういう状況だからこうだよねというふうに評価して．ただ数だけで評価しているわけではなくて，そこは都道府県のレベルできちんと評価することは可能なので，最低限集計だけはちゃんとやっておいたほうがいいだろうと．田中先生，どうぞ．

田中　先ほどの粟田先生のご発表の中で，私が間違っていなければ，基幹型が実績の報告のフォーマットを整えてというお話があったと聞いたような気がします．やはり実績のフォーマットというのは，国から県に，これできちんと把握をして全国の数を見ますよというような形で，上からおろしていただくほうがいいように評価される側としては感じています．その中で人口何人に対して何人とか，あるいは高齢者何人に対して何人とかという形で人数調整はできると思います．そのあたりでエクセルでオンラインみたいな形で回答する仕組みを一括でつくっていただいたものを，きちんと都道府県が管理をして，それをまた中央に集めるほうが今後は多分いいんじゃないかなと．

確かに地域性はあるんですけど，それぞれの基幹型がいろいろなフォーマットをつくってしまうと，比較していくこともどんどんずれていってしまって，全国研修会とかに行っても，多分，話が合わなくなっていってしまうのではないかと思います．以上です．

粟田　田中先生，それはちょっと誤解がございます．フォーマットは国がつくるんです．入力の様式も国がつくります．さっきの基幹型というのは，前回の委員会で冨本先生がおっしゃったことですが，入力の仕方，データの入れ方がばらばらなので，三重県ではそれをきちんと一定にしようということを基幹型が中心になってやったんだという話をさせてもらいました．

それから地域の実情に応じてというのも，フォーマットは国がつくったものですが，それを見ながら地域の実情に応じてどう考えるか判断していこうという話です．フォーマットや入力の形式は全て国が統一的につくっているということです．

田中　すみません，ありがとうございます．

粟田　ほかに何かございますでしょうか．活発なご議論をありがとうございます．藤本先生，どうぞ．

藤本　センター職員の研修についてですが，医師も相談員も新規ですと全て入るわけですよね．

粟田　基本的にはそうですよね．

藤本　入りますか．

粟田　入ります．センターの職員ですよね．

藤田　センターですね．そうすると，診断の部分とかは別として，３番目の診断後支援の部分は，例えば家族会であったり非薬物的なものであったり，相談では認知症ケアのやり方であったり，地域連携のやり方であったりすると，その辺はセンターだけで賄うことになりますか．例えば認知症ケアだとすると，研究研修センターがあったりしますから，そういうところと連携したりすることはあり得るのでしょうか．

粟田　東京都では認知症疾患医療センターの職員研修を毎年やっているんですが，先生がおっしゃるようにいろいろなところと連携しています．例えば若年性認知症総合支援センターと連携したり，それから区の保健師さんに入ってきてもらったりとか，初期集中の方に入ってきてもらったりとか，いろいろな方たちが入ってきて診断後支援のことをみんなで勉強するというようなことをやっている．ソーシャルワーカー中心で，プログラムもソーシャルワーカーがつくったりしています．そんなことで，決してセンターの中で閉じられた研修をやっているわけではないかと思います．

藤本　それと診断後支援のことが入ってくると，診断後支援の質も先には評価が要ると思うんですけれども，そういうことをしているか，していないかみたいなことも最初の評価に入ってもいいんですよね．

粟田　そうですね．

藤本　やっていなかったことをするということ．

粟田　そうですね，診断後支援に関するものは今はないのですが，そもそもこれが去年からで，どうやって評価するかということが決められていないので，まだできていないんですね．先生がおっしゃるとおりです．

藤本　わかりました．ありがとうございました．

粟田　ほかにはいかがでしょうか．石井先生，どうぞ．

石井　粟田先生が示していただいた資料１の最後のページに，手引き案がつくってありまして，その中でいま話題になっている職員研修の項目もあります．これは正直，この事業実施要綱が改訂になったとして，センターがたとえほかの関係機関と連携した上であれ，職員研修をいきなり始めるというのはかなり荷が重いのではないかと感じています．

これは例えばこういうところで職員研修はこういう教材を使って行っていて，こういう教材はそちらでも使っていいですよとか，そういう形でお示しになる予定でしょうか．

粟田　私がお答えしていいことかどうかわかりませんけれども．まず，いずれにしても人材育成にしても何にしても，一義的には責任は基幹型ではなくて都道府県にありますので，都道府県がどういうふうにしてセンターのスタッフの研修をするかということを考えていただいて，そこに基幹型が必要とあらば協力すると．必要とあらばというか，必ずかもしれませんけれども，何らかの形で協力するという形ですので，都道府県によってどう職員研修するかはちょっと考えなければいけないかもしれません．これは何かございますか．

菱谷　そういう意味でも，もともと検討の方向性のところに書かせていただいているのはセンター職員の研修の企画ということで，全体の人材育成の企画については都道府県の話だと思っています．ただ，技術的な中身等について，基幹型あるいは地域型でも結構で

すけれども，地域の実情に応じてよく協力して実施していただく必要があるということかと思います．

粟田　これをやっている都道府県は幾つか（あって），北海道もやっているかと思いまし，熊本などは昔からやっていると思いますが，多分やり方が全然違うんだろうなと思います．やり方をどうするかということを考えなければいけないですね．

石井　ありがとうございます．というのも，これが実際に来年度になってやることになったときに，県の対応を想像すると丸投げするんだろうなという予感がすごくして，特に丸投げされる先は恐らく私なんだろうという気がしています．実際にやるとなるとかなり荷が重いなと感じていましたので，それで少しご質問させていただきました．ありがとうございます．

粟田　先生のお気持ちは本当によくわかります．数年前の私です．ありがとうございます．谷向先生，どうぞ．

谷向　先ほどのことで，都道府県にということをおっしゃったんですけれども，実はこの認知症疾患医療センター事業というのは完全に健康増進課のほうで行っていますよね．精神のほうで行っていて，片や多くの認知症のものは全然また違う部署，違う課で進んでいる．そこらあたりというのが同じ県ではあるんですけれども完全にばらばらに（なっています）．課をしっかりとまたいで，要するに県として超党派みたいな感じでディスカッションしなければ（いけません）．確かに認知症疾患医療センターのあり方ということで，こっちは事業としてはいいかもしれませんが，マンパワーも予算も全部限られていてということを考えると，いろいろな施策がおりてきていますけれども重複していて，研修はたくさん受けないといけないけれども，本当に研修を受けた人は住民のほうを向かないといけないだろうということも，四国厚生支局の人にはたくさん言ったりもしています．

基本，県という中でも，認知症疾患医療センター事業を担当している課と，ほかの認知症施策を担当している課が異なるところが多いのではないかと思います．ですから，うまく流れていっていない，無駄が多いんじゃないかと思いますけれども，そこらあたりも何らかの形で解消していく必要があると思いますが，いかがでしょうか．

粟田　これは菱谷さん，何か言えますか．

菱谷　自治体の所管の問題かと思いますけれども．確かに大阪府などでも，疾患センターの指定自体は健康医療部というところがやって，介護全般の施策自体は福祉部がやっているようなケースもあります．ただ，いずれにせよ連携を進めないと，それは進まないことですし，先ほど江澤先生からもご指摘があったように，まず介護と医療との連携というのも包括なり介護事業所との連携も必要ですけれども，そもそも県庁内の連携をもっとしっかりやらないといけないということについてはそうだと思います．それは何かの機会にも事あるごとに国からも働きかけていきますけれども，各県においてもそれぞれの対応として，国から言うだけではなく，また担当者によく言っていただいたほうがいいのかもしれません．

粟田　これは恐らく都道府県によって所管がいろいろ違うと思います．昔は認知症疾患医療センターは社会・援護局だったので精神が担当していたんですが，今は老健局です．東京もそうですけれども，精神とはまた別の介護保険関係の高齢者の部署に移っているので，実は認知症施策と大体一体的に考えている部署になってきているのではないかと思います．それは都道府県によって差があると思うので，愛媛県の場合は精神になってしまう．そうすると認知症施策と関係が少し希薄になる可能性がある．そういう問題は確かにあります．

菱谷　今，滋賀県などは地域包括ケア推進課や医療連携課みたいなものがあったと思いますので，そういう流れにはなってきているとは思います．

粟田　そうですね．そういうことで（谷向）先生，ありがとうございます．確かにこれは課題になることだと思います．ほかには何かございますでしょうか．

今年度の最後の実施要綱改訂に向けていろいろと議論していただいて，一定のコンセンサスが得られることを期待しているんですけれども．質という言葉に対してまだちょっと抵抗があるのかなと思います．ただ，少なくとも今後は事業をきちんと評価しなければいけない，ほかの事業も全てそういうことがありますし，しかも実施要綱にきちんと明記せよということが総務省の提言からも出ているので，そういう方向で認知症疾患医療センターの運営事業も考えていかなければいけないのではないか．

そういうときにじゃあ何をやるんだということで，先ほどの三つの柱がとりあえず今やれそうなことかなと．ただ，皆さんおっしゃるとおり，質を評価するインディケーターが定まっていないという問題があるので，これはまだまだ次年度以降かもしれませんが，これから検討しなければいけないのではないかと思います．ただ，外形的にそういうことを今後やっていきましょうということを今年度一旦，定めてから考えていくという方向ではないかと考えています．その辺のところはいかがでしょうか．そんな感じで進めさせていただいてよろしいかどうか．本当に一遍には進められないので，少しずつやっていくしかないなと．

それから基幹型の問題についても，まだいろいろと課題があるんだなと．少なくとも基幹型が一義的に責任をとって事業評価をしなさいといっても，これは一医療機関なのでなかなか荷が重くてできない．せめてやれるのは，都道府県がやることに対してやれる範囲でそれをサポートしていこうと．

ただ，基幹型というか医療機関がこれに関与することは，非常に意味があることじゃないかなと思います．都道府県というのはどんどん担当者がかわっていってしまうんですね．２～３年するとまた一からやり直しみたいなことが結構起こるんですが，長年にわたって認知症疾患医療センターとしての経験が蓄積されている医療機関がそれにちゃんとコミットするということは，特にスタッフ研修あるいはどうやって質の確保をしていくべきなのかという助言をしたりする意味では非常に重要なのではないか．特に認知症専門医といいますか，そういうことに関与できる医師で，基幹型の役割としてはその辺のところからな

という気がしています.

冨本先生のところは基幹型であり，かつ先生ご自身が認知症学会の理事ですので，何かご意見をいただければと思います.

冨本　今日は，かなり電波環境の悪い出先で聞いているものですから，聞き取りが十分にできていなくて申しわけありません．先ほどからの議論で，私どもは基幹型を結構長くずっとやっているんですが，人材育成のところでやはりどういう人材をターゲットにするか.基幹型のうちだけでとてもできる仕事ではなくて,例えば専門医のこともありますし，認知症の認定ナースのこともありますし，やはりそういういろいろな介護，福祉に関係した多職種と連携しないと無理です.

それからもう一つ，県がそれをどこまでサポートしてくれるかというと，かなり疑問なところもあります.ですから,連携を組むのだったらどういうところと連携を組むかとか，全体として何かプロトタイプみたいなものを示していただけるとありがたいなと思います.

例えば専門医はこの間の学会でも議論したところです．ただ，基幹型のセンターがそことどうやって連携するか．それから認定看護師についても，うちは県にある認定看護師を育成するコースの運営にもかかわって，これはまさに連携してやっているわけです．ほかの職種，PSW（精神保健福祉士）とかは，個人的にはありますけれども本当に組織として（連携が）全然ないものですから，何か全体でプロトタイプ，標準版を提示していただけるとありがたいなと思います．以上です.

栗田　ありがとうございます．ご指摘のとおりだと思います．認知症疾患医療センターのスタッフの研修に限定はしていますが，それにしても一つの基幹型だけで研修をやるのは非常に難しい．例えば専門医は，やはり学会と連携しないと研修ができません．実は精神保健福祉士協会でも認知症疾患医療センターの相談員の研修事業をやるということで企画しています．そういうところと連携しないとなかなかやり切れないところがあるかと思います.

実は今回の手引きで，一応職員研修に関しても１章設けて書かせていただこうと思います．そこでこうあるべきだと書けないのですが，プロトタイプというか幾つか例示をする形でお示しさせていただくことはできるのではないかと思っています．特に認知症学会との連携とかを考えなければいけないかと思うので，そういうことも今後の課題として挙げさせていただいてもいいのかなと思っているところです．ありがとうございます.

これに関して内海先生は何かございますか．内海先生は全国研修会をずっとやっていますので.

内海　一般社団法人認知症疾患医療センター全国研修会としては，来年の１月，冨本先生が開催してくれますけれども，コロナでウエブ研修になったわけです．それで，400 名弱ぐらいの参加人数と冨本先生からお聞きしています．コロナがなかなかおさまらない中で，ウエブでも全国の方が結構参加してくださるということをお聞きして，社団法人としては全国のセンターに向けて来年度からウエブ研修をいま企画中です．この委員会の委員の先生たちはたくさん社団法人の理事となっていただいていまして，まず社団法人の理事の先生たちにウエブで講演をしていただく．各都道府県と全国のセンターにそれをどのように周知していくかということも課題ですけれども，そのような方法でウエブであれば全国さまざまたくさんのセンター職員が受講できるシステムをつくれないものかと思案中です.

このウエブ研修については，いま冨本先生のところで準備してくださっていますので，開催の仕方なども教えていただいて，全国でやっていきたいと考えています．以上です.

栗田　ありがとうございます．冨本先生，どうぞ.

冨本　少し追加させていただいてよろしいでしょうか．１月の 15，16 日に当初 200～300（名）ぐらいを予想していましたが，募集を開始して（から）まだ今もふえていて，もう 400（名）を超えています．最終的に 400 台の半ばぐらいまで行くのではないかと思います．本当に三重県（だけ）というよりは，かなり全国いろいろなところからご参加いただいています.

一番目玉というか,我々として一番重点的に考えていた多職種での意見交換というのが，ウエブはなかなか難しいなと思っています．zoom で小クラスに分けてやるような機能がありますので，そういうものを利用します．国の全体の本会の中ではやれないので見送ったのですが，会の終了後に三つぐらいテーマを設けて有志で意見交換するというのを募集中ですので，またそちらのほうも参加していただけたらと思います．以上です.

栗田　ありがとうございます．よろしくお願いいたします．石井先生，どうぞ.

石井　冨本先生もしくは内海先生に質問させていただきます．全国のセンターに向けてウエブ研修を企画されているということですけれども，その企画に当たって，例えば認知症疾患医療センターのどういう職種の方に向けて，どういうテーマの研修がニーズが高いという情報はお持ちでしょうか．職員がどういうところに弱みを持っているというデータがあれば，今回の例えば質の評価に当たっても，あるいは職員研修のデザインに当たっても，非常に参考になるのではないかと思います.

栗田　ありがとうございます．これは毎年，内海先生のほうでアンケート調査をなさっているので，内海先生，何かございますか.

内海　これまで全国研修会をやっていてアンケートをとっています．医師の参加数は非常に少なくてやはり多職種の方ですが，これまで対面式の研修会でしたので，グループワークをしますと同じ職種の者が一つのテーブルで交流する．こういうことが非常によかったというところでいえば,やはり同じ職種の者が顔を合わせて交流をするというところが，このアンケートでは非常にあれだった（評価が高かった？）んですけれども.

どんな研修をしてほしいかという部分においては，統計的には出してはいません．例えば田中先生の群馬でしていただいたときには，グループ研修においては BPSD，初期集中支援チームなど幾つかテーマを設けていただいて，そこに参加してというところで，皆さんが大体現場ですぐ活用できるような取組，実践に役立つような研修（でした）.

今まで研修会をやっていて，午前中はその開催県のセンターの報告などがたくさんありまして，それを聞くことによって，違うところではこういう活動をしているんだというのが，非常に有用な情報であるというようなご意見もいただいています．

先ほどお話しした一般社団法人で来年度計画しているのは，各講師の先生たちの得意分野，若年認知症の方であったり，さまざまな各分野にわたって初年度はやってみようかなと思っています．また，そのときにウエブでやってもアンケート調査がきちんとできますので，それでどのようなテーマを希望するかということをとって，これからの参考にしたいと考えています．以上です．

粟田　ありがとうございます．それから今日は基幹型のことで數井先生に来ていただいているので，數井先生にもご意見をいただきたいんですけれども．今回，都道府県の認知症疾患医療センターの質の確保に向けた取組について，基幹型が協力していく形をつくろうかと議論しているんですけれども，先生は何か高知県の状況についてお話しいただけますか．

數井　都道府県の担当の方の力量によるところが大きいなと実感しています．高知県では，多分，私たち疾患医療センターが大分担うことになるなと思っています．県の方といろいろ話をしても，私たちがお願いしたりご指導したりすることも多い状況で，高知県においては県の方々が私たちを評価するというのは，県の方々に勇気が要るなと思いますので，逆に私たちは評価をされながら一緒につくり上げるというようなことになると思います．

東京都のように行政の方がしっかりしているところでは，いろいろな施設を評価するということもあると思いますので，そこはこれまでの県の方の取組とか，人数，能力によると想像します．以上です．

粟田　先生，ありがとうございます．先生がおっしゃるとおりだと思います．実は今日は東京都の方がいないから正直に言いますけれども，東京都も決して認知症のことにそんなに詳しいわけではありません．３年ごとにかわってしまいますから，結局，我々がずっとやっているので，繰り返し繰り返し同じことを言いながら今の形をつくっていったというようなことがあります．高知の場合は，恐らく先生のところがそういうものをつくっていく上の中心的な役割を果たすことになるだろうと思います．ありがとうございました．

旭　これはどうかなと思いながら考えていたんですけれども，疾患センターの運営のあり方について，総論的にはいろいろ議論されているようなことを進めるにしても，全国で浸透していくまでにはかなりの年月がかかっていく．

私も認知症をかれこれ40年やっていますけれども，千葉県の中で県の体制づくりとか，同じ松戸市の中での体制づくり，厚労省のモデル事業などもやっていて，ある意味では認知症の初期から終末期までかなりいろいろかかわってきています．さっきも言われた全国研修会はこういうふうにやりましたとか，それぞれ実績が上がってきていると思います．あと身体合併症に対してはどうするのかにも取り組んでいます．そういうのを少し各論的

に何か報告するというのを，あわせて報告書で上げるというのは一つの方法かなと思います．以上です．

粟田　ありがとうございます．

もう一つ大事なことを忘れていたのですが，今後の実績報告書のデータの様式と入力方法と都道府県から国への提出の仕方などについて，今，厚労省のほうで試作品をつくっていますので，その辺のところを唐川さんのほうから説明をお願いいたします．

唐川　厚生労働省の唐川と申します．よろしくお願いいたします．これまで実績報告のことで未記入のところがあったりという課題がありましたので，今回，実績報告を大きくは変えないですけれども，記入漏れとか記入ができていないという課題を解決するように少し改良していきたいと思っています．それと同時に，実績報告をご実施いただいているにはいただいているんですけれども，それを集計するとか取りまとめるような様式や表がこれまで作成されていませんでしたので，そのあたりをつくって，都道府県の中でもしっかり見られるようにできるもの，国としてもそれを集計して一覧でしっかり状況を確認できるようにすることをいま考えています．

簡単にエクセルですっとできるように，特に大きな作業が必要となるようなものではありませんので，なるべく都道府県の方にも負担をかけない形で作成できればと思っています．

いま見えているのが実績報告になるんですけれども，この表をそのまま集計表のほうにコピペをすれば，自動的に数が集積されるようなエクセル表を新たにつくっています．そういうことの検討をいま進めているというご報告をさせていただきます．お時間の関係等もありますので，詳しくはまだ検討中ではありますが，いま映っているのが試作をしているものになります．まずは数とか実績報告に載っている情報にはなりますけれども，こういうものでしっかり集積できればと思っています．以上です．

粟田　ちょっとばらばらしてしまって見にくいですけれども，一つは今までの入力に関しては，記入漏れもさることながら，データ入力のルールがきちんと定まっていないために，医療機関によってさまざまな数値を入力してしまうと．例えば延べ人数を書いてみたり，実人数を書いてみたり，あるいはその病院全体の診断数を書いてみたり，認知症疾患医療センターをやっているところに限定してやったりとか，さまざまな入力の仕方がされているために，とんでもない数値がたくさん出てきてしまうというようなことがあったので，まずはそこのところのルールもきちんとしようと．それから入力漏れがないように，プルダウンでやれるところはプルダウンでやろうということで，様式を変更しています．

実は今までは一回，入力したものをプリントアウトして印字して，それをもう一回，再入力して集計するという非常に無駄なことをしていました．今回，唐川さんのほうでエクセルでデータを入力したら，それが自動的にデータセットに変換されるようなフォーマットの様式をつくってもらいました．これをすれば，一々また再入力して電子媒体をつくるなんていうことをしなくても自動的にデータセットができ上るので，ここからすぐ集計で

きることになる．都道府県レベルでも国レベルでも非常に迅速に集計できるようになるということです．本当はネットワーク上でこれがやれると一番いいんですけれども，まだそこまでは行かないということです．とりあえずはエクセルファイルを使って，そういうことができるようにしたということです．以上です．

何かご質問はありますか．よろしいですか．

櫻井　櫻井ですが，よろしいでしょうか．

粟田　櫻井先生，どうぞ．

櫻井　今エクセル表を見せていただいて，大変いいなと思ったんですけれども，私ども長寿医療センターになりますと数が大きくなりますので，こういうエクセルの表は数年間，ここだけは変えないというのを必ずつくっていただきたい．この表を埋めるために，年度初めにもうデータセットをつくって用意するというふうにしないと，短期間で出せと言われてもなかなか難しい場合があります．ですからフォーマットをより早い段階で周知していただけますと，すごくありがたく思っています．以上です．

粟田　ありがとうございます．おっしゃるとおりです．ほかのところも多分そうかと思いますが，１年分をまとめて集計するのはとても大変なので，我々のところも毎月，毎月，月次報告で集計表を出しています．それを最後に年度報告としてまとめられるようにしているので，途中でフォーマットが変わるのは大変です．櫻井先生がおっしゃるとおりです．ほかにはよろしいでしょうか．

それでは，最後の項です．手引き書のことをもう一回説明させていただきたいのですが，資料１に戻れますでしょうか．皆さん，お手元の資料を見ていただいても構わないのですが．

〔スライド８〕資料１の手引き案を先ほどちらっとお示しいたしましたけれども，現在考えている構造だけもう一回説明させていただきます．資料１の８ページに書いてありますが，最初に序ということで，質の確保に向けた取組の重要性を書かせていただきます．最初に，ただいま説明があった認知症疾患医療センターの実績報告書の作成と集計に関するものについて，きめ細かく説明できるようにしようと思っています．

それから集計・分析の方法ですが，これも例をちょっと挙げるぐらいでとめさせていただこうと思います．東京都では，全ての認知症疾患医療センターの稼働状況がわかるような一覧表をつくって，それを共有するようにしています．例えばそんなものを例示させていただこうかと．

それから３は都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置・運営についてですが，実は以前に認知症疾患医療連携協議会の調査をしてマニュアルも一部つくってありますので，大体それをもう一回，ブラッシュアップして載せることになります．

４番の職員研修のことは，先ほど冨本先生からもご指摘いただきましたけれども，新しいことなのでなかなか大変です．これも例えば東京都とか熊本，あるいは北海道でやっている目的とか対象，実施方法の例などをお示しさせていただくとともに，先ほど内海先生

にご紹介いただきましたが，全国研修会をやっているので，このことを紹介させていただく．これは毎年やっているので，こういうところと連携すると基本的には毎年，それなりの研修ができるようになります．そういうことも書かせていただこうかと．

それからあと実際はいろいろなところと連携してやっていく必要があるので，例えば先ほど言った認知症学会の専門医の研修あるいは精神保健福祉士協会で認知症疾患医療センターの相談員向けの研修が行われていますので，そういうことも参考として出させていただきます．

最後に資料として，認知症疾患医療センター運営事業実施要綱の改訂版ができれば，それを載せさせていただく．大体こんな感じを考えています．

それから，今日は議論ができなかったことが一つあります．それは厚労省に出していただいた，今後の検討の方向性の最後のスライド（資料６のスライド６）の診断後支援に関連してです．実は診断後支援については，この委員会の多くの方はご存じだと思いますが，昨年度，実際に認知症疾患医療センター相談室で行われている診断後支援の実態調査をいたしまして，ソーシャルワーカーの方たちに自由記述を書いていただいて，その質的な分析をして，いま何をやっているかということをまとめたものを昨年度の報告書に出させていただいています．今日はその部分だけ抜粋して持ってきました．実際，認知症疾患医療センターで認知症疾患が診断された直後に，例えばひとり暮らしの認知症高齢者に対してはこういう診断直後の調整をしているとか，MCI の場合はこういう調整をしているとか，若年性認知症の場合にはこういう診断後支援をしているとか，そういうことがまとめて整理されて書かれています．

基本的には，かかりつけ医や地域包括支援センターと連携しながら継続医療を確保したり，必要な社会資源についての情報を提供したりとか，あとは家族に対する情報提供であるとか，それから認知症の方同士のピアカウンセリングあるいは交流会の案内をしたり，そういうことがいろいろと行われています．診断された直後に，必要な情報をきちんと提供しておく．特に若年性認知症の場合は，そこが行われていないということが実態調査でわかっていますので，認知症疾患医療センターできちんとやりましょうというものになっています．この辺をどういうふうに落とし込むか，厚労省に検討していただきたいと思います．そんなことを考えています．

そういうことで今日の予定は全て終わりましたが，何か皆さん，最後に追加で発言しておくことなどはございますでしょうか．よろしいでしょうか．櫻井先生，どうぞ．

櫻井　どうもありがとうございました．途中で聞き逃してしまったかもしれませんが，外部とか地域との連携ということがいつもなかなか難しい課題として残ってしまうのですが，それに対する対策といいますか，評価までは行かなくてもしようがないと思いますけれども，そういうことは今後の課題という位置づけでよろしいでしょうか，それとも今回はもうないということでよろしいでしょうか．

粟田　実は認知症疾患医療センターの事業内容の一つに，地域連携推進機能というのが

ありまして，この地域連携推進機能を一応評価する指標も実績報告書の中には入れてはおります．例えばかかりつけ医等の紹介・逆紹介の数，それから地域包括支援センターとかとの相談による連携の件数とか，そういう外形的なものではありますけれども，一応は評価する指標はつくってあります．ただ，実際にうまくいっていないという問題があるかと思うので，その辺のところをきちんと評価して，どうやって改善していくかということが今後の課題としてやはり残されるのだろうと．広く言えば，認知症疾患医療センターのクオリティー・インディケーターとそれからクオリティー・インプルーブメント・メカニズムについては，今後の課題として検討していかなければいけないのではないかと考えています．そういうことで来年はどうなるか．

櫻井　承知しました．ありがとうございます．

粟田　よろしいでしょうか．

それでは，最後は第３回検討委員会の予定．毎年，第３回は２月ごろにやっていたかと思いますが，２月か遅くとも３月の初めにやらないと締められませんので，そのころにやらせていただこうと思います．また改めて日程調整をこちらのほうでさせていただきますので，その節はよろしくお願いいたします．

それでは皆さん，時間になりましたので本当に活発なご議論をありがとうございました．これをもちまして第２回検討委員会を終わらせていただきます．どうもありがとうございました．

（終了）

令和２年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 95）
認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業

第３回検討委員会
議事録

日時：2021 年 3 月 7 日（日）15 時 00 分～17 時 10 分
場所：TKP 新宿カンファレンスセンター　５階　5A 会議室
　　シスコ webEx 会議システムによるリモート形式併用

栗田　それでは，早速始めさせていただきたいと思います．今回は，最後の検討委員会になります．今日参加していただいている多くの方は，2015 年の検討委員会からずっとこれに参加していただいているかと思います．このたびは，これまでの認知症疾患医療センターのあり方についてのいろいろな議論の中身を認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱に反映する形で，一定の成果が出ましたので，最初に厚生労働省からご挨拶をいただくとともに，今回，改訂された認知症疾患医療センター実施要綱のことを少しお話しいただければと考えています．

田中先生，よろしくお願いいたします．

田中　挨拶は菱谷企画官がいいのではないかと思いますが，どうでしょう．

栗田　わかりました．では，最初に菱谷企画官からご挨拶をお願いいたします．

菱谷　本日，（基幹会場に）伺おうかと思っていたのですが，会場が新宿だと気がつかなくて伺えなくてすみません．

認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理のあり方に関する調査研究事業ということで，今年度も３回にわたって議論してまいりました．これまでも経緯のあったお話ですけれども，今般，認知症疾患医療センターの基幹型の役割，事業評価，それから質の取組をどう改善していくか．その中での都道府県の役割について議論してまいりました．

そうした中で，基幹型だけで取り組むわけではなくて，都道府県の役割もどういうふうに補完していくのかという観点から議論してきたかと思います．一定の議論がなされたかと思っています．それをまた疾患医療センターの要綱のほうにも反映してまいりたいと思っています．これで令和３年度に事業を実施してみて，改めていろいろな意見を踏まえながらまた改善してまいりたいと思っています．私からの説明は以上です．

栗田　ありがとうございます．

田中　要綱の改訂について私から説明させていただきます．厚生労働省の田中です．要綱は，ほとんど同じですけれども，大きく考えて二つ改訂のポイントがあります．一つ目は，簡単に言葉だけで言いますと，日常生活支援という言葉を診断後等支援機能というふうにすげかえるということですけれども，それについては，認知症の人や家族が診断後に円滑な日常生活を過ごせるように，医療センターの専門職等による相談支援のほか，当事者同士のピアカウンセリングの実施等を医療センターや地域の実情に応じて実施し，本人等が認知症を理解し，症状とうまくつき合い，地域の中で生活を持続できるよう，診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能を強化するということになっています．

要は，地域の中で十分にケアされている分であれば，特段こちらから申し上げることはないですけれども，診断後，かかわりのないまま空白期間が生じることは避けたいということがあります．それに関しては，このセンターの機能の中で捉まえてサポートしていただきたいということが一つ明示的に書かれています．

二つ目は，事業のあり方に関してです．年度ごとに PDCA サイクルに基づいた振り返りがいろいろあると思いますが，そこに都道府県の認知症疾患医療連携協議会やその評価と

か，あと医療センターの業務に関する職員の研修等の機能に関しては，その責任主体は都道府県に位置づけることにさせていただいて，センターについてはその業務に関して積極的に関与していただくということがその内容となっています．

変更ポイントは以上２点です．次，唐川さん，お願いしてよろしいですかね．

粟田　では，唐川さん．

唐川　特にないです．

粟田　唐川さんからは特にないということです．いきなり始めてしまったんですけれども，最初に資料の確認をしなければいけなかったのを忘れましたので，資料の確認をいたします．皆さんのお手元に資料が届いていると思いますが，最初は検討委員会のメンバーの名簿です．今日は，江澤先生は急用ができてしまって急遽欠席ということです．田中（志子）先生もご欠席．それから石井先生は，30 分おくれで参加されるということです．あとは全員出席ということになっています．

それから，資料の最初に本日の次第があります．次第の下に，資料一式のリストがありますが，パワポの資料になっていますけれども，資料１がこれまでの論点整理です．資料２が令和元年度の実績報告書の集計結果です．資料３と資料４が，このたびこの研究事業で行った都道府県・政令市，及び基幹型認知症疾患医療センターを対象とする調査の結果です．資料５が，この研究事業の一つの成果物として提出する，まだ工事中の手引き案が用意されています．それから，資料６が今年度の報告書の表紙と目次です．そういうことで，皆さんお手元に資料はそろっていますでしょうか．――よろしいでしょうか．

それでは，スライドを共有したいと思います．資料１を共有していただけますか．（以下，資料共有）

先ほど田中先生から，実施要綱改訂のポイントを説明していただきましたけれども，実施要綱そのものは参考資料３にあります．この改訂について，後ほど質疑の時間をつくりますので，何かご質問があったらその際に言っていただければと思います．

〔スライド１〕では，早速ですが資料１です．

〔スライド２〕これはこの事業の概要ですが，省略いたします．

〔スライド３〕皆さん，もし画面が見にくかったらお手元の資料を見ていただければと思います．これは第２回検討委員会の議論を要約して並べておきました．簡単に説明いたします．第２回検討委員会では，一つは，政令市がある場合には，基幹型の設置をどう考えるかということですけれども，政令市と話し合って都道府県で設置することが望ましいというお話がありました．

〔スライド４〕具体的に静岡県では，浜松市に基幹型が設置されているんですけれども，政令市が複数ある場合にはどういうふうに考えるか．そのような場合にも，一応都道府県としての基幹型設置などを考えるという方向でいかがかということでした．

それから，東京都は実は大学病院がたくさんあるということがあって，基幹型を指定するとなるといろいろ問題が出てきます．そういうことで東京都なりの解決策として，都内全域の職員研修等の役割を担う認知症支援推進センターを設置すると．こういう方法も都道府県単位で考える余地はあるだろうということでした．

〔スライド５〕それから，人材育成や職員研修について，人材育成を基幹型で実施するというのは負担ではないかという議論がありました．これはもう本当にそのとおりです．ただし，ここで言う人材育成というのは，あくまで認知症疾患医療センターの職員研修のことですけれども，それにしても責任主体は都道府県であって，基幹型はそれに協力するというたてつけであるというようなことが出ていました．

それから実際にもう先行的に職員研修が例えば北海道や東京都や熊本県などで行われていますが，やり方は皆それぞれ違いますので，手引きなどは一応具体例を提示する方向で考えています．

認知症疾患医療センターの職員研修では，特に診断後支援についてセンター以外のいろいろな機関と連携した研修が必要ではないか，あるいは診断後支援の評価ということも考える必要があるのではないか．これもそのとおりです．例えば東京都で毎年実施している職員研修というのは，ソーシャルワーカーが中心になって企画しているんですけれども，ここに書いてありますように，若年性認知症総合支援センターとか自治体の保健師，初期集中支援チーム，あるいは地域づくりに関連していろいろな組織・団体とも協力しながら研修を企画したりしています．

それから，診断後支援が実施要綱に掲載されたのは昨年度ですので，これを評価する項目は実はまだ実績報告書には載っていません．ということで，これは今後の検討すべき課題として残されているかと思います．

〔スライド６〕認知症疾患医療センターの職員研修であるというふうに限定したとしても，専門医や精神保健福祉士や認定看護師や心理士と職種は多様ですので，基幹型センターでこれに対応するのは大変難しいし，都道府県の力もそんなには当てにならない．これはもうそのとおりです．例えば専門医については，今後は日本認知症学会とか日本老年精神医学会で専門医の認定をやっておりますので，そことの連携も考える必要があります．それから精神保健福祉士については，日本精神保健福祉士協会が認知症疾患医療センターの相談員研修を企画しているということでしたので，そこと連携することも考慮に入れる必要があるだろう．

さらに，現在，認知症疾患医療センター全国研修会というのが一般社団法人の事業として定例的に開催されていますので，そこと連携するという方法も考えられるだろうと．

さらに，認知症疾患医療センター全国研修会では，WEB 研修会も企画しているということですので，より多くの人の受講が可能になるかもしれない．

それから，今回作成する手引きの中に１章設けて，職員研修の具体例を幾つか示してはどうか．後ほど手引き案のところで少し説明いたしますが，ここについてはもう少し加筆する必要がございますので，後ほど少しご協力をお願いすることになるかと思います．

〔スライド７〕それから，認知症疾患医療センター全国研修会のこれまでの経験から，セ

ンターの職員にはどのあたりにニーズがあるかがわかるかというご意見などもありました．全国研修会のほうでは毎回，アンケート調査を行っておりますので，どういうところにニーズがあるかというのもある程度把握されています．一つは，医師以外の職種もたくさん参加されているので，グループワークなどで交流できるということが非常に高く評価されていると．それから，全国研修会は都道府県が持ち回りでやっているんですけれども，午前中に開催県の状況を報告してもらっているので，これが他県の状況を知るとてもよい機会になっているというようなことでした．

今年度は内海先生のほうでWEB研修のカリキュラムをつくっていただきまして，全国研修会にかかわっている医師が交代で順番に得意分野を講義したりということをやっています．

〔スライド８〕実績報告書についてです．実績報告書の様式，データ入力方法，都道府県から国への提出方法については今後どうするのか．これについてはこの委員会でも再三，議論してきたことですが，未記入の項目があったりということで，今後は実績報告書の様式は大きく変えないけれども，記入漏れがないようにプルダウンで入力できるようにするとか，そういうような工夫をしていこうと．そのような様式を厚労省のほうでつくっていただきましたので，後ほど説明させていただこうと思います．

それから，記入ルールもばらばらになっているので数値が当てにならないという問題もございましたが，これも回避できるようにということで，細かな留意事項を明示すると．これも後ほど説明させていただきます．

それから実績報告を集計する様式や表がこれまで作成されていなかったので，それをつくって，都道府県の中でもしっかり見られるようにする．これも厚労省のほうでつくりましたので，後ほど説明させていただきます．

こういうものをつくると，国はそれを集計すれば国の全体の認知症疾患医療センターの状況も効率的に把握できるようになります．今までそういうシステムがなかったので，非常にややこしい方法で私どものほうで集計していたんですけれども，そういう手間もなくなるだろうということです．ただ，まだネット上でデータを収集したり，集計したりということができない状況なので，これは今後の課題として残されているのではないかと思います．

〔スライド９〕「質」という言葉について．これはかなり本質的だと思いますが，何に対する質の確保なのかを明確にしないと議論が進まないのではないか．質をはかる評価軸や物差しはなかなか難しい．質の管理を前面に出すと，議論が行き詰まるような気がする．いま一度原点に立ち戻って認知症疾患医療センターはどうあるべきかを議論すべきではないか．地域の実情に応じて評価すべきではないか．これは江澤先生のご意見でしたが，全くそのとおりで，この問題は大きな問題として今後も検討されねばいけないことだと思います．

ちなみに，「質」とは何の「質」かということで，これは事業の「質」であると厚労省

の菱谷企画官からお話しいただいています．それから，「質」という言葉を使うかどうかはともかくとして，認知症疾患医療センター運営事業がうまく機能しているかどうかを評価することは，都道府県の責務であると．それが現実にほとんど行われないという，そこが問題であろうと．すなわち，実績報告書の集計すら都道府県でしていないことは問題である．そういう指摘もございます．

それから何をもって質とするかは難しい問題で，数だけではないようなところを何かアウトカムに入れなければいけない．これもそのとおりでございまして，これが今後の課題として残されているのではないかと思います．

また，この質を評価するというプロセスを導入する目的は，PDCAサイクルを持ち込んで現状を評価し，分析結果に基づいて課題解決に向けた取組を進めることにあると．数だけではなく，職員研修やスタッフ教育を通して改善できるような指標が望ましい．これは石井先生がおっしゃったことですが，これもそのとおりだろうと思います．

〔スライド10〕数年前の調査で，年間の鑑別診断件数が１桁のセンターもあると．数だけでも，ちゃんと診療しているのかどうか疑問のセンターがある．まずは事業報告書をちゃんと集計することが重要ではないか．数を評価するためのデーターベースすらないというのが問題．これはたしか内海先生のお話ですが，そのとおりです．実は，今年度も調査しておりますが，今も診断件数が年間で１桁のセンターがあるということはわかっています．後ほど，このことは少しだけ触れさせていただきます．

実際に，単に数値だけで事業を評価しているわけではない．地域の特性もありますので，数値だけでは評価できないのはもっともです．例えば東京都は，認知症疾患医療センターの更新の際に，実績報告書のデータを一応活用するんですけれども，地域性などもちゃんと考慮して評価しているということです．ちなみに東京都では，人口規模にかかわらず全ての区市町村にセンターを１カ所設置しています．人口規模の大きい世田谷区と人口規模の小さい奥多摩などを同じように評価することはもちろんできませんので，数値だけではなくていろいろとデータを見ながら評価しているわけです．

一応論点整理ということでまとめさせていただきましたが，その次に令和元年度の認知症疾患医療センターの運営事業，実績報告書の集計結果を少しだけかいつまんで説明させていただきます．

この実績報告書の集計は，2016年度分以来，ずっと私どものほうでさせていただいているのですが，2019年度（令和元年度）分も例年と同じように資料２のような集計表を作成しています．これは全てのデータの集計になります．これについて今日，全体を細かく説明する時間はないので省略いたしますが，これをよく見てみるといろいろなことが見えてくるところがあって，少しだけかいつまんで見えてきことを紹介させていただこうと思います．

〔スライド〕まず４年間，継続的にやっておりますので，この間の推移がいろいろとわかります．例えば認知症疾患医療センターの設置件数は，2016年から2019年の間に374件

から457件というふうにふえてきています．ただし，基幹型はほぼ定常状態にあるというようなことがあります．

それから，認知症関連疾患の診断件数．これは新患受診者数にほぼ相当しますが，MCIを含めた数値ですけれども，全体では2016年の８万2210件から2019年の９万8371件ということで，１万6000件ぐらいふえています．これは，認知症疾患医療センターがふえているから（というのは）そのとおりですけれども，それと同時にこの４年間の間に認知症高齢者の方もふえておりますので，そういうことも影響して，だんだん診断数がふえてきていると思います．

ただ，１施設当たりの平均の診断数は，2016年から2019年でほとんど変わらない定常状態ということで，１施設当たり大体200人ぐらいの新患を平均して受けている．多分，これから認知症の方はふえますので，今後のこともこれから考えなくてはいけないんだろうと考えています．

ちなみに，65歳以上の認知症高齢者の方と65歳未満の若年性認知症に関しての数値については，参考資料５に細かい推移が書いてありますので，それを参考にしていただければと思います．

〔スライド〕そういうことで，１医療施設当たり平均200ちょっとぐらいの診断をしているのですが，予約待機日数はこの間どうなったか．ちなみに予約をしてから１カ月未満に診断を受けられる方が，2016年の78.9%から2019年の80.7%ということで，2019年は少しだけふえています．これは大変いいことですけれども，とはいえまだ２割の方が，診察を受けるまでに１カ月以上待たされている．これは恐らく地域によってさまざまだと思いますが，もしも１カ月以上待たされている方のパーセンテージが非常に高い地域などがありましたら，その場合には都道府県単位でどういうふうに考えるかというようなことを検討しなくてはいけないんだろうと思います．

それから地域連携に関しては，紹介・逆紹介の件数を調べています．これは平均値ですけれども，大体紹介件数が170件程度，逆紹介が100件程度ということで，2016年から2018年は定常状態になっていますが，実は2019年にはこの様式を変更して少しきめ細かく見ています．

〔スライド〕これは地域の機関種別の受診の経緯です．受診の経緯というのは，どこから紹介されて受診しているか，あるいは情報をもらって受診しているか．それから，受診後の情報提供というのは，受診した後にどこに情報提供がされているか，あるいは逆紹介されているかということです．

これを見ますと，きめ細かいデータが出ていて非常に参考になります．医療機関，かかりつけ医の紹介・逆紹介はほぼ同数ということで，これはなるほど，そういうことだろうなと思うんですけれども，地域包括支援センター等の情報提供のやりとりは，数値を見ると非常に小さい値です．例えば受診の経緯は地域包括支援センター経由が平均で18，それから地域包括支援センターへの情報提供も24と，何となく小さいように見えるんですけれども．

ただ，これは実績報告書の様式が変更された初年度のデータなので，地域包括支援センターから紹介されたかどうかを，もともと計上している医療機関はそんなにないかと思います．調べるのは相当大変だったんだろうと思うので，そういうこともちょっと影響しているのかなと．ただ，もしこういう数値を経時的に見ることができれば，認知症疾患医療センターの地域連携の状況などを把握することができるので，意味がある数値なのかなと思っています．

〔スライド〕これは，地域包括支援センターとの連携についてのヒストグラムをつくりました．向かって左側が，地域包括支援センターからの紹介等で受診した件数のヒストグラム，右側が地域包括支援センターに情報を提供した件数のヒストグラムです．これはイメージで見ていただければいいのですが，要するに最頻値は限りなくゼロに近いというところで，非常に少ないということです．この辺は今後の課題なのかもしれません．

〔スライド２〕ちなみに，先ほど診断のことをちょっとお話ししたのですが，参考資料５に認知症疾患医療センターの診断数のヒストグラムを一応つくっておきました．これは各認知症疾患医療センターの年間の診断数のヒストグラムで，大体こんな感じになっているんですけれども，先ほど言いましたように，非常に少ないところも確かにあるんですね．ただ，少ないからどうだという話ではなく，地域性の問題とかいろいろな諸事情があるかと思うんですが，鑑別診断数一つとってみても，都道府県レベルで非常に診断数の少ない医療機関の状況などを，その地域の実情を踏まえて評価していくことは意味のあることではないかと考えています．

そういうことで実績報告書の説明は以上とさせていただきます．この後，調査結果の説明，それを踏まえて作成した手引き案の説明をさせていただいて，その後，皆さんと意見交換をさせていただきたいと考えています．

では，都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査結果を私どものほうで行いましたので，枝広から説明させていただきます．

枝広　枝広が説明させていただきます．資料３をごらんください．

〔スライド２〕都道府県と政令市に対して郵送法で調査を行いました．回収率が95.4%です．主にグラフを報告しようと思います．

〔スライド３〕「1-1．実績報告書の内容を認知症疾患医療センターごとに確認していますか」というのは100%で，「1-2．実績報告書が厚労省作成の記入上の留意事項（記載要領）に則って記載されているかを確認していますか」で，「確認している」と回答したのが95.2%でした．

〔スライド４〕「1-3．実績報告書の内容を都道府県・政令市単位で集計していますか」という問いは，82.5%が「している」と回答しました．その82.5%に対して，「1-4．実績報告書の集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価をしていますか」と聞いた

ら，82.5%の中の51.9%，半数程度が「している」と回答しました．

自由記載のところを飛ばします．

〔スライド7〕「1-6．上記による事業評価の結果を都道府県・政令市単位の認知症疾患医療センター運営計画に反映させていますか」という問いですけれども，この前の質問で集計結果をもとに事業評価をしているか，いないかについてクロスをしています．集計結果をもとに事業評価をしているセンターの51.9%が運営計画に「反映させている」という結果です．下のグラフです．

「1-7．実績報告書の集計結果を住民が確認できる媒体で公開していますか」という問いは，先ほど同様，集計結果をもとに事業評価をしているセンターの22.2%が「公開をしている」が，それ以外は「公開をしていない」ということがわかりました．

自由記載は飛ばします．

〔スライド 10〕「2-1．都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか」という問いで，これは都道府県と政令市は別に円グラフにしていますけれども，左が都道府県で90.9%の都道府県が「している」とお答えになりました．政令市のうち，68.4%が「している」とお答えになりました．政令市のうち26.3%は「わからない」と答えています．その内訳は下に文字で書いてあるところです．

〔スライド 11〕「2-2．同連携協議会において実績報告書の都道府県単位の集計結果を共有していますか」という点で，左側が都道府県ですけれども，都道府県の65.0%が集計結果を「共有している」で，政令市の61.5%が「共有している」という結果になっています．

〔スライド 12〕「2-3．同連携協議会において実績報告書の集計結果を資料にして，認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討をしていますか」とお聞きしたら，左側の円グラフ，都道府県の65.0%が集計結果を資料にして事業のあり方を「検討している」．政令市の53.8%が「している」とお答えになっています．

自由記載は飛ばします．

〔スライド 16〕人材育成が３の大きな設問になっています．「3-1．都道府県・政令市で認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会を開催していますか」事例検討会を含む，共催も含む，オンラインも含むということでお答えいただきました．左側の円グラフ，都道府県の34.1%が研修会を「開催している」，政令市の31.6%が「開催している」とお答えになっています．

自由記載は飛ばしまして，さらに後ろに行きます．時間がないので飛ばします．すみません．

〔スライド 21〕「4-1．貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは，実績報告書を用いた都道府県・政令市の認知症疾患医療センターの事業評価に関与していますか」という設問です．つまり，地理的に都道府県の中に基幹型がある都道府県と政令市はみんな答えてくださいという形式でお願いした設問です．この円グラフの見方は，緑色で描いてあるところが，基幹型が自分の自治体で指定しているところの回答で，青いところは地理的に同じ都道府県内に基幹型があるけれども，自分の自治体で指定しているのではなくて，ほかの自治体で指定しているという条件下で色分けをしています．緑のほう，基幹型を自分の自治体で指定しているところの25.0%が，基幹型が事業評価に「関与している」と答えています．

一方で，基幹型を指定していない自治体は四つあるんですけれども，１件しか答えておりません．３件は未記入だったので，自分のところは該当しないと多分理解をされたのではないかと理解します．自分の自治体で指定していないところは「わからない」という結果になっています．「わからない」が水色です．わかりにくくてすみません．

〔スライド 22〕「4-2．貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは，都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか」という質問です．先ほどと同じように，緑色で構成されているところは，自分の自治体で基幹型を指定しているところの答え，青いところが，地理的には自分の都道府県内にあるけれども，自分のところで指定しているわけではない自治体です．基幹型を自分の自治体で指定しているところの80%のうち75%が，基幹型センターが連携協議会に「参画している」とお答えになっています．

〔スライド 23〕「4-3．貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは，都道府県内全域の認知症疾患医療センター職員の人材育成に関与していますか」という質問で，同じです．緑色が自分の自治体で指定した基幹型がある，青いのは地理的にはあるのは知っているけれども，自分の自治体で指定していないところです．緑色，自分の自治体で基幹型を指定している自治体の35%が人材育成に「関与している」というお答えになっていて，「わからない」というお答えも10%ありました．

〔スライド 24〕「4-4．基幹型認知症疾患医療センターの役割として，都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取組を行うべきであると思いますか」という質問です．先ほどと構成は同じで，緑色，自分の自治体で基幹型を指定している自治体では，80%のうち40%，半数が基幹型は質の向上に向けた取組を「行うべきであると思っている」というお答えで，「思わない」が１件ありました．「どちらとも言えない」という回答が４割以上あります．基幹型を指定していない自治体については同様で，変わりません．

〔スライド25〕この後ろは，質の向上に対する取組についてのご意見です．ここまでが都道府県・政令市の調査の内容でした．

では，次の資料４をごらんいただけますでしょうか．今年は，自治体に対する調査と基幹型に対する調査の二つをやっています．

〔スライド２〕資料４が基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査で，基幹型センターは2020年の10月以降は17件ございますので，17件の基幹型センターに対してお願いをしました．回収率82.4%でした．

〔スライド３〕「１．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県（指定都市含む）内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか」．こ

の設問の意味は，自分のセンター以外のほかのセンター全体の集計・分析等に関与しているかという意味でお聞きした内容です．57.1%は「している」と回答しました．

自由記載は飛ばします．

〔スライド5〕「2．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか」という質問では，14 件が「している」と回答しましたが，「していない」という県もありました．恐らく自由記載の内容では，実質はしているのだろうなと思われましたが，記載のとおりに円グラフはつくってあります．

〔スライド7〕「3．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県内の認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）に関与していますか」という設問で，78.6%が人材育成に「関与している」と回答されました．

この後ろが自由記載です．

〔スライド9〕「4．基幹型認知症疾患医療センターとして，都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動に関与していますか」という設問で，78.6%の基幹型センターが業務に関する情報交換を行う活動に「関与している」と回答しました．その内容は次のページです．

〔スライド10〕「4-1. それはどのような方法ですか」という設問です．一番多いのは「C．活動状況や実績報告をまとめて配布資料を作成し，会議や研修会で配布している」の 72.7%．次に多かったのが「A. 合同カンファレンス・事例検討会を開催している」の 63.6%．その次が四つありまして，「B．認知症疾患医療センター相談員等の合同研修会を開催している」「D．都道府県全体の認知症疾患医療センターの報告書・年報を作成し配布している」．年報というのは書類等でしょうね．「E．すべての認知症疾患医療センター担当者でメーリングリストを作成し情報を共有している」「F．限定メンバーのみ共有する電子掲示板やテレビ会議等で情報を共有している」．このようなやり方で共有しているというお話でした．

〔スライド11〕具体的に何をしているのかを聞いた自由記載です．

〔スライド12〕「5．基幹型認知症疾患医療センターの役割として，都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取組を行うべきであると思いますか」という設問について，85.7%が基幹型センターは県内のセンターの質の向上に向けた「取組を行うべきである」とお考えだということがわかりました．

この後ろはどのようにという形を記載していただいた自由記載です．簡単でしたが以上です．お願いします．

栗田　調査結果についてのご質問等は後ほどお受けしたいと思います．

最後に，資料5に手引きの暫定版の案をつくりましたので，それについて私から説明させていただいて，後ほどディスカッションでいろいろともんでいただければと考えています．

〔スライド2〕タイトルが，「認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組

のための手引き」としておりますが，下に「Under Construction」と書いてありますとおり，これは工事中でございます．まだ日本語もよくこなれていないところもありますので，ある意味ではたたき台と考えていただければと考えています．

この手引きは，これまでの 2015 年度以降の老健事業で続けられてきた議論とか，このたびの都道府県・指定都市を対象とした調査，そして基幹型認知症疾患医療センターを対象とした調査の結果なども全て含めてまとめてあります．

〔スライド3〕目次を見ていただければと思います．目次は，全体で四つの章で構成されています．最初の三つは，このたびの実施要綱改訂の中で新たに明示された都道府県の責務に関する3本柱が書いてあります．「1．都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置・運営」「2．事業の取組に関する評価」「3．認知症疾患医療センターの事業に関わる職員の研修」．これがこのたびの実施要綱改訂の中で，実施要綱の「5　都道府県の責務等」に事業を着実に実施するための三つの柱が掲げられておりますので，これを具体的にどうするかということで手引きを書かせていただいています．

「4．基幹型認知症疾患医療センターとの連携」と書いてありますが，これもこのたびの実施要綱（改訂）で，基幹型認知症疾患医療センターの新たな役割として，都道府県と連携して都道府県の三つの責務に関する業務に協力して取り組むこととなっていますので，都道府県が基幹型認知症疾患医療センターとの連携をどう考えるかということを書かせていただきました．内容を少しかいつまんでお話しさせていただきます．

〔スライド3〕最初に「はじめに」というのが書いてありますが，この「はじめに」は，認知症疾患医療センターの質の確保の問題が登場してきて今日（こんにち）に至る歴史が少しだけ書いてあります．実は，認知症疾患医療センターを全国に 500 カ所設置するという目標を決めたのは 2012 年のオレンジプランのときが最初です．このとき議論したこととして，500 カ所設置するのはいいけれども，質をどうやって確保するんだという課題が出たんですね．

このことを議論して，実は当時，厚労科研で事業評価の方法についての項目案を出しています．2015 年の新オレンジプランにも 500 カ所設置というのは残されます．2015 年度の老人保健健康増進等事業の中で最初に認知症疾患医療センター実績報告書の様式ができ上がりまして，それ以来，2016 年度には事業評価の手引きをつくって，2018 年度には今後の認知症疾患医療センターのあり方についての提言などを出させていただいて，2019 年，2020 年の2年間，都道府県の責務としてこの三つのことをやるべきではないかという議論が収斂してきたという経緯があります．少し歴史を書かせていただきました．

そしてその次に，このたびの実施要綱の改訂で都道府県の責務として，この三つのことが明示されているということを書かせていただきまして，今般の手引きは，この三つの責務を円滑に行うようにするためにつくったものだということを書いています．

ただし，「質の確保」ということについては，確かに今後も考えなくてはいけないことではないかと考えています．少し下のほうに，そもそも「質」とは何かとか，「質の評価」

はどうあるべきか，「質の確保」に向けて具体的に何をすべきかについては，さらに議論する必要があるだろうと書かせていただきました．

ただ，都道府県がその責務として事業評価を行って，質の確保に向けた取組を検討する場を確保していくということは，そういう議論を進める上でも非常に重要なことです．まずは形からということかもしれませんけれども，この三つのことをやることはとても重要なことなのではないかということを書かせていただきました．

〔スライド４〕「１．都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置・運営」です．「1.1.目的」のところには，PDCA サイクルを導入することが大きな目標であると書かせていただきました．四角で囲った部分が実施要綱に書かれている文言そのものです．

それから，「1.2.開催状況，開催頻度，開催時間」と書いてありますけれども，これは昨年の調査を踏まえて書かせていただきました．そして実際に，都道府県認知症疾患医療連携協議会の構成員がどういうものかということについても，昨年行った調査の結果から，一般的にこうなっているということを書かせていただきました．

〔スライド５〕どういうことが協議されているか．「1.4.協議内容」も，昨年の調査の結果を踏まえて書いています．都道府県によってこういうことをやっているという具体例も，そのまま幾つか例示させていただきました．

〔スライド６〕「２．事業の取組に関する評価」も「2.1.目的」で，PDCA サイクルを回すためには現状をきちんと把握しなくてはいけない，情報を収集して把握できるようにしておかなければいけないと書かせていただきました．これについては，実施要綱５（２）に「事業の取組に関する評価等の実施」が書かれておりますので，これも実施要綱の言葉そのものを四角の中に書かせていただいています．

〔スライド７〕それから，「2.2.認知症疾患医療センターにおける実績報告書作成にあたっての留意事項」では，この検討委員会でも繰り返し問題になっておりました，実績報告書の作成が非常にばらばらであるという問題を解決するために，作成に当たっての細かな留意事項をこの手引きの中で書かせていただいています．この留意事項については，これに参考資料をつけるんですけれども，まず参考資料２に実績報告書そのものを載せて，そして参考資料３に厚労省のほうで作成した留意事項を基本的には解説するような形で載せさせていただいています．

ちなみに，下のほうにちょっと書いてありますけれども，相談件数とか鑑別診断の件数，診療報酬の算定件数，受診の経緯別の件数，受診後の情報提供の件数，研修会の開催を年度末に一気に全部計算するというのは大変な作業で，しばしば不正確の原因になります．これについては，東京都では月次件数を記録する様式が用意されていて，全ての認知症疾患医療センターが毎月，これに数値を記入しています．これによって，数値の正確度も高まりますし，年度末の集計も非常に楽になるということがありますので，こういうことも都道府県で考える必要があるのではないか．これは後ほど小林課長に確認をとる必要がありますけれども，東京都の様式の例を載せさせていただこうかなという考えでいます．

そして「2.3.都道府県におけるデータ集計」には，都道府県で実績報告書を集めて集計する際に，手作業だとなかなか大変なんですね．このたび厚生労働省のほうで集計のための様式をつくってもらいましたので，これを参考資料５に載せて，さらにこの様式をどうやって使うかということを参考資料６で説明させていただいています．

〔スライド８〕これを使うと，その圏域の認知症疾患医療センターの実績報告書のデータセットというのが自動的にでき上がるように設計されています．そうすると集計も楽なんですが，これをそのまま国のほうに提出していただければ，国のほうもこれを使って非常に効率よく集計できますので，これまでのような莫大な時間を使って無駄をすることを省くことができるのではないかと考えています．

ちなみに，「厚生労働省●●課」を黄色く（ハイライト）してありますが，厚生労働省のどこに提出するか，後で唐川さんに加筆していただければと考えています．

それから「2.4.全国の都道府県・指定都市における実績報告書の活用状況」．これは今年度に都道府県・指定都市対象に実施した調査の結果に基づいて，現在どのようにして実績報告書を集計したり分析したり評価したりしているかという具体例を書かせていただきました．

〔スライド９〕「３．認知症疾患医療センターの事業に携わる職員の研修」も，「3.1.目的」を最初に書かせていただいています．実施要綱の５（３）にこのことが書いてありますので，これをそのまま四角の中に書かせていただきました．

「3.2.職員研修の実施状況」についても，2020 年度の調査の結果について書かせていただきました．その具体的な方法についても，まずは 2020 年度の調査で大まかにどういうふうに行われているか，自由記述をまとめました．一つは，都道府県が中核センターに委託して研修しているもの．これは東京都の例です．それから基幹型センターが中心になって，基幹型センターが主体的に研修を実施していると．これは熊本県が代表かと思います．それから基幹型はないけれども，地域型や連携型が自主的に取り組んで，県内全体の研修を始めていると．これは北海道の内海先生のところが代表です．この三つのタイプがあるようですので，それを少し解説するようにしようかと考えています．

それからさらに，先ほど申し上げたように，とはいえ都道府県の中だけで研修をやるのは大変だということで，認知症疾患医療センター全国研修会のことも紹介させていただこうと．さらに，専門医などでは学会などとの連携も必要なので，そういうことも書かせていただいています．

〔スライド 10〕3.3.1.から具体例が書いてありますが，「3.3.1.東京都の例」．

〔スライド 11〕3.3.2.と 3.3.3.に熊本と北海道の例を書かせていただくことになっているんですが，実はここに書いた文章は，2015 年度の老健事業の中で先進事例として調査させていただいたときに研修のことを書いていただきました．ほとんど丸写しというか少し文言を修正しましたけれども，その内容を書かせていただいたものです．ここのところは，最新のものをうまく書いていただけないかなということで，池田先生は今はもう熊本では

ないんですけれども，場合によって熊本大の先生にお願いして，あるいは池田先生がわかる範囲で加筆していただければと．それから北海道に関しては，内海先生に加筆をお願いできればと考えています．

〔スライド 12〕「3.3.4.認知症疾患医療センター全国研修会」も，内海先生に少し加筆していただければと考えています．

〔スライド 13〕「3.3.5.日本認知症学会，日本老年精神医学会の専門医認定制度と研修」は，学会の状況をお話しさせていただきます．

「４．基幹型認知症疾患医療センターとの連携」ということで，「4.1.基幹型センターの役割」で，これも実施要綱のことを書かせていただいています．

〔スライド 14〕「4.2.基幹型センターの取組の状況」が，基幹型センターの質の確保に向けた取組ということで，これも今般の調査の結果をここに書かせていただきました．

〔スライド 15〕ちなみに今般の調査では，基幹型センターが都道府県と連携して質の確保に向けて取り組むべきだと 85.7%の基幹型センターが書いていますので，これはとても力強いご意見ではないかと考えています．

最後の「4.3.都道府県と基幹型センターとの連携に向けて」のところに，今後の連携のことをここは「よろしくお願いします」という感じのお願いみたいな文章になっていますけれども，そんなことを書かせていただきました．

あと後ろのほうに，いま言いました参考資料をつけようと考えています．

以上で手引きの説明は終わりです．ここから残された時間を全て皆さんとのディスカッションの時間にさせていただこうと思っています．大変盛りだくさんですので，少し論点を整理しながら議論させていただこうと思います．

最初に，今般，厚労省のほうで実施要綱の改訂がありましたので，その質問からお受けしようかと思います．ちなみに，オンラインのディスカッションですので，例によってご質問・ご意見がある方は手を挙げるとともに，ミュートを外して一声かけていただければ，私が（画面を）見ながら指させていただきますので，よろしくお願いいたします．

主に四つの論点で皆さんと議論する必要があるのではないかと思います．一つは，先ほど言いました実施要綱の改訂に関することです．それから今般のこの事業で行った調査結果に関すること．これは皆さんから忌憚のない意見をたくさんいただきたいと思っていますが，手引きについてのご意見．そして最後に，今後の認知症疾患医療センターのあり方，あるいは質の向上及び確保に向けた取組について今後何をなすべきか，ご意見をいただければと考えています．

では，早速ですが，最初に厚生労働省のほうにご質問のある方がありましたら，挙手をお願いできればと思いますが．いかがでしょうか．何かご質問はありませんでしょうか．ちなみに皆さん，ビデオが出る方はビデオを開始していただければと思います．――いいですかね．

いかがでしょうか．何かご質問はありませんでしょうか．実施要項に関してよろしいでしょうか．――では，また後ほど何かありましたら自由にご発言いただければと思います．

続きまして，調査結果について何かご質問があればお受けしたいと思います．都道府県・指定都市対象の調査と基幹型対象の調査ですが，いかがでしょうか．調査結果について何かご質問あるいはご意見はありませんでしょうか．――よろしいでしょうか．ひょっとしたら何もテーマを示さないで自由にフリーディスカッションすると，一番意見がたくさん出るのかと思いますがよろしいでしょうか．

それでは，手引きはまだまだ工事中の段階ですけれども，手引きについて何かご質問・ご意見あればご発言いただければと思います．これについてはいかがでしょうか．何かありますでしょうか．

では，私のほうから最初にお願いというか，まず内海先生にご質問させていただきたいのですが，職員研修のところで，北海道の職員研修のことと全国研修会のことの二つを具体例として掲載させていただこうかと考えていますが，それに当たって先生のほうに加筆を少しお願いしたいと思っているんですが，その辺のところはいかがでしょうか．

内海　北海道はもう何年も前から，北海道認知症疾患医療センター懇話会という形で年に２回，全道のコメディカルスタッフも集まっての研修会をしておりまして，昨日も実施いたしました．しかし，このコロナ禍でありますので，秋と春やっているんですけれども，昨年の秋からやはり WEB でするという形式になっています．参加という部分においては，北海道は札幌でいつもやっていたんですけれども，１泊泊まりで来なければいけない（ので），WEB にすることによって参加人数はふえたと．

そして，この研修会の一番いいところは，いつも職種ごとにグループワークをするんですけれども，そこで自分たちの職種として何をしなければいけないかというところで情報共有ができて，そして仲間ができる，つながっていくという役割がありました．この WEB 研修においても Zoom でグループワークができるんですね．それで実際，昨日，初めてグループワークが Zoom でできました．そういうところを見ていけば，今後これからアフターコロナでも年に２回の WEB 研修ということに大体なっていくかなと考えています．

それから，全国研修会においては，先日，１月に三重大学の冨本先生のところが主催していただきまして，580 名ほどのこれまでにない参加人数（でした）．これも WEB でしたので，そういう意味では参加人数が多かったかなと思っています．

また，この全国研修会においても，やはりこれまでグループワークをしていたわけですが，580 名という大人数になりますと，さすがに WEB の中でもグループワークはできなかった．しかし，ここに意義を見出していた全国研修会でありましたので，冨本先生のご配慮をもって，（研修会が）終了した後に懇話会という形で，たしか 30 名前後だったと思いますが人数制限をして参加してもらって，そしてグループミーティングができました．

来年度においては，福井県の敦賀温泉病院の玉井（顯）先生にお願いしておりますけれども，今回，冨本先生のところで行ってくださいました WEB 研修をベースに，またさらに改良して全国研修会を行えるのではないかと考えています．以上です．

栗田　ありがとうございます．先生，時間が大変短くて申しわけないですが，１週間ぐらいしかとれないかもしれませんけれども，加筆をお願いしてよろしいですか．

内海　はい，了解いたしました．

栗田　ありがとうございます．池田先生，熊本県のほうは先生がおつくりになったので，やはりまずは先生にお願いするのがいいのではないかと思いますが，いかがでしょうか．加筆していただけますか．

池田　わかりました．最新の状況を全部知っているわけではないので，熊本大学のメンバーや地域型のセンターの人たちにも連絡をして，きちんと準備をさせていただこうと思います．そんなに状況は変わっていないみたいですけれども．僕がいたころからもうその傾向はいい意味で見えていたのですが，だんだん基幹型への依存が減ってきて，特に治療面は地域型の精神科病院やクリニックの先生方がきちんと見てくださるようになったので，実際に地域型クリニックの先生方から基幹型に紹介される患者さんの数は減る傾向にありました．それはまだ続いているようです．けれども，地域型のほうにはたくさん行かれているので，トータルすれば変わらないという理想的な形になりつつあるのかなとは思っています．以上です．

栗田　ありがとうございます．先生，熊本のほうは，たしか研修は県と連携してやっているんですよね．

池田　はい．それも先ほどから東京のモデルや北海道のモデルやいろいろ出てきたと思いますし，栗田先生も多分同じような意見だと思いますが，どんな形式でもその地域に合っていればいいとは思います．ただ，やはりある程度，都道府県と連携していくことは必須です．皆さんご存じのように，特に都道府県の担当の方のほうがターンオーバーが速いですが，実は専門職のほうは育成が一回できてしまえばそんなにかわらないです．でも，行政の担当者の方はどんどんかわっていかれるので，むしろ行政の担当者の方が疾患センターのいろいろな事業に積極的に参加してくださるようなシステムが理想的かなとは思っています．

栗田　ありがとうございます．内海先生のほう，北海道はどうでしょう．絡んでいましたか．道との関係です．

内海　はい．北海道は昨日，懇話会を開いたんですけれども，北海道庁からは道の連携協議会を私たちの使っているZoomに一緒に乗ってやらせてほしいということで，１時間やったわけです．結局，何が報告されたかといいますと，国からの基幹型センターの条件の変更点とか，若年認知症支援の国からの方針とか行政説明だけが二つあって，それで終わってしまうという内容で，これでは何ら連携協議会と言えないのではないかとも，つくづく昨日思ったわけですけれども．

その中で，基幹型センターの条件が変わったという報告がありまして，センターの質の評価とか人材育成ということがうたわれてきたという報告でした．北海道（のように）基幹型がない場合，その任務はどこがするんですかと．本当は道がしなければいけないんですけれども，全くそういう認識ではなくて，基幹型が主な役割として担う業務という認識なわけで，先ほどおっしゃったように，行政の方は今年度初めて業務についた方ですので，結局，今までの歴史，流れというものが全くわかっていないんだなという，残念な連携協議会であったというところです．

これから北海道が基幹型をつくる計画はあるのかというところでは，一応したいと思うけれども，なかなか計画の案には上がってこないと．もうずうっと以前からそういう行政からの説明を受けているので，まだまだ何も進歩していないんだなというのが感想です．以上です．

栗田　ありがとうございます．状況がよくわかりました．

冨本　私どもは三重県の基幹型ですが，アンケート調査の回答が少し不備もあったようで，今後は私がきちんと目を通すようにします．

ちょっと教えていただきたいのですが，今，コロナでオンラインがかなり普及したのは逆にいいことです．例えば人材育成についても，私ども三重県だと，北から南まで相当距離があって，津市が県庁所在地で真ん中ぐらいですが，そこで月に１回ぐらいのペースでそういった事例相談会をやっているんですけれども，全県下から参加するのはとても無理だという問題点がありました．むしろオンラインでつないで県下に普及するということは，いま協議しているところです．

そのときに，人材育成の内容，どういうものが標準的なものかとかそのあたりが，あまりスタンダードなものが見えてこなくて，こういうことが聞きたいというようないろいろな意見を聞いて，それで講師を探してきて話してもらうという形で，本当にこれでいいのか．標準的なこういったものをやるとか，こういう教育をするとか，そういうマニュアルというか，何かそういうものがあるとありがたいなと思っているんですが，その点はいかがでしょうか．

栗田　まだそこのところは残されている重大な課題の一つです．私もそのとおりだと思います．内海先生，この辺について何かご意見はありますか．

内海　初期のころは，私どもがやっていた懇話会においては，やはり認知症の診断と治療という医療面，どちらかというとそういう生物学的な側面からという部分が前半は多かったわけです．その後，家族支援あるいは成年後見制度，医療同意だとか，医療の部分だけではなくて，それを取り巻くさまざまな生活制度を広い分野のほうに広げて，実は今やっている次第です．ですから，鑑別診断とかそういうのは最近はあまりやっていないかなと．認知症の方を支えていくためには，そういう医療を超えたところの制度とか考え方に敷衍していっているというのが，今の研修会の我々の内容です．以上です．

栗田　ありがとうございます．前回，江澤先生がおっしゃっていますけれども，2008年に認知症疾患医療センターができてから，もう 10 数年たってしまっているということで，もう一度，認知症疾患医療センターに求められることは何かということを，そもそも論として議論し直す必要があるのではないかというお話がありました．そのことと非常に

関連すると思うんですけれども，そういうことが次年度以降の課題として残されているのではないかと私も思っています．ありがとうございます．

それから基幹型ということで，今日は數井先生もいらっしゃっているので，高知県の状況はいかがでしょうか．

數井　高知県は，なかなか大変は大変なんですね．まだ鑑別診断がしっかりとできているわけではなくて，先ほど皆さんの議論にもありましたけれども，やはりWEBを使った症例検討会を頻回にやらないといけないということに至りました．その仕組みを構築しつつあるところです．

症例検討会となると，僕もいろいろな先生方にお伺いしているのですが，やはり個人情報との兼ね合いでどの仕組みだったら許されるのか．でも，一回一回の症例検討会にあまりに個人情報を消して準備するとなると，これもまたなかなか立ち行かなくなる．やはり回数を繰り返す，個人情報をクリアする，その仕組みが何かということを，本当に検討しているところです．もし先生方の中で，こういう仕組みでいけそうだよというのをご存じであれば，本当に共有をしたいと思っています．

症例検討会が基本かなと．そこで逆に質もわかるような，そこから出していただいた症例の診断とか治療ということがやはり質を担保する．質を明らかにするのはなかなか難しいですので，これからかなと考えているところです．以上です．

栗田　ありがとうございます．先生がおっしゃるとおり，オンライン研修の体制をつくるのに私どもも１年かけました．やはり症例検討のところが個人情報の問題がネックになって難しくて，架空の事例を出して検討したりするんですけれども，いまいち迫力がなくなるので，確かにそこがちょっと課題です．ありがとうございます．

ほかにいかがでしょうか．ご自由にご発言いただければと思います．

冨本　今の個人情報の問題は，かなり重要な問題だと思います．私どもは，事例検討会もずっと10年前からやっています．やはり完全に匿名化して，日にちとか日時もかなり特定されないようにして，それからあと，前は紙ベースだったものですから，グループワークで使った紙は全て回収して，残さないようにしていました．

ただ，個人情報のことがあったものですから一番そこがネックだったのですが，オンラインでブレイクアウトルームを使ってここ２回ほどやっています．とにかく参加者にスクリーンショットなどを絶対にしないようにとか，そういうことを徹底してやっていて，一応今のところ特に問題は起こっていないという状況です．以上です．

栗田　ありがとうございます．そのほかはいかがでしょうか．ご自由にご発言いただければと思います．

櫻井　櫻井です．よろしいでしょうか．冨本先生に教えていただきたいんですけれども，私どもも症例検討会を院内では毎週やっておりまして，多職種も入ってくれて若い先生も入ってくれて，すごくいい機会になっています．外部に広げていきたいんですけれども，今の個人情報のことが壁になりましてなかなかできないのですが，実際のソフトとしては

何をお使いなのか教えていただけませんでしょうか．

冨本　ソフトは，オンラインになってから実際に使っているのはZoomウェビナーです．記録ができてしまうものですから，記録はしない形でやっています．

櫻井　わかりました．

栗田　ありがとうございます．渕野先生，どうぞ．

渕野　すみません，渕野です．前の２回ほど欠席しまして申しわけございません．今日はいろいろ聞いたんですけれども，欠席したためによくわからなくなっております．江澤先生も言われたというけれども，認知症疾患医療センターの役割・機能というのは本当にもう一度もとに返って考えるべき時期なのかなと思っています．もともとできたときは，確かに２次医療圏に一つということで，なかなか数がふえなかった．それで連絡協議会なども，実はそこのセンターの人が周囲の人たちに研修するみたいな感じでやってきて，長く年月がたって基幹型も連携型もできたんですけれども．

これは大分県ですけれども，現在，２次医療圏に大体一つはできたんですね．そうしますとそれぞれのセンターさんが一応連絡協議会というのを立ち上げています．そして周辺のいわゆる地域包括の方とかいろいろな人を呼んで研修をするのが連絡協議会．県は今まで何もしなかったんですね．それで，何年か前から県もちゃんとやりなさいということで，昨年ぐらいから県は名前を変えまして連携会議というのをするようになりました．要するに，大分県内のセンターの人を集めて状況報告を聞く，そして先ほど内海先生が言われたように，国からの指導はこういう感じですというような説明を行うのが連携会議という感じで，年１回開くというようなスタイルになりつつあります．

先ほどの基幹型の話ですが，大分前，基幹型の役割がはっきりしない，地域主導でいけば必要性も考えなければいけないんじゃなかろうかという話もあったけれども，今回，基幹型のような役割をするところが都道府県に一つぐらいあったほうがいいという意見になっているようです．必ずしも基幹型ができる県ばかりではないので，地域型のどこかが基幹型の役割を担うとなると，県がそれを指定するというような話になってくるのかなと．その辺もよくわからないので教えていただきたいと思います．

栗田　では，これは厚労省からがいいと思いますが，菱谷さんでよろしいでしょうか．基幹型ができない都道府県において，それを代替する機関を県が決めることになると思うけれども，その辺のところはどのようなことになっているかという質問だと思います．

菱谷　まず，これまでの議論も踏まえて議論してきたことは，やはり基幹型の役割として都道府県で１個ずつぐらいちゃんと設置していって，そこに都道府県の機能をサポートしてもらうことを基本としていこうという話でした．そこで出てきた議論というのは，そうはいっても必ずしも基幹型を担うというと，例えば大学病院になったりすることが多いのかもしれませんが，そういう役割を期待される病院が都道府県の実情によってはいろいろな実態があったりする．それから，基幹型を設置しなくとも地域連携とかでもうまくやっている実態もあるということもあるので，さらにそれが県庁所在地にあったらいいんで

すけれども，例えば静岡県の場合だったら浜松市のほうが先に指定してという実態もあったりもすると．

そういうことになってくると，都道府県の役割をサポートする基幹型の設置を一般的には進めていくと思いますけれども，県の実情に応じて必ずしもそればかりではなくて，地域型がうまく連携して機能しているのであれば，それでもいいのではないかということで，それは無理強いすることではないのではないか．その中で多様性が一定あってもいいのではないかという話があったものと認識しています．

それから，疾患医療センター，その役割についてこれから改めて議論していかなければならないというのは，そのとおりかなと思っています．以上です．

粟田　ありがとうございます．渕野先生のご質問のとおりです．

渕野　基幹型的な役割を担うといっても，今，基幹型が 16 個ぐらいしかなくて，それをほかの都道府県でやっていくのは確かに難しいなと思います．地域型で一生懸命やられているところもあるので，そういういわゆる地域型のセンターが基幹型の役割を少しカバーできるような方向にしたほうが，割とスムーズにいくのかなと思っています．以上です．

粟田　今回の実施要綱の改訂では，それが許容できるようになっていますので，それぞれの都道府県で柔軟に考えることができるようになる．ちなみに東京都は本当に独特のやり方で，基幹型でも何でもないですが，よくわからないけれども私のところでやっているということになっています．

ありがとうございました．ほかには何かご質問はありませんでしょうか．

旭　千葉県の疾患センターの旭です．私ども認知症疾患医療センターの役割の中に，身体合併症とか BPSD への対応というところがあるかと思います．たまたま私ども千葉県の松戸市というのは，今コロナがまだまだふえていて，その中で認知症高齢者の問題がこの１年ぐらいで非常にふえてまいりました．そこで，その身体合併症と BPSD を伴う人も非常にふえてきて，今はもう対応に四苦八苦している状態です．

それで今度，４月 21 日に内海先生のところの全国のリモートリレーで，１時間にわたってそのあたりのお話をしようかと思いますので，時間がある方は聞いていただければいいと思います．要旨は，予防と共生ということからいうと，MCI の段階，認知症の初期をできるだけ早く見つけて対応していくということ．

それから，私どもは救急病院との連携も非常にとっておりますが，肺炎とか骨折，そのほか脳卒中などを合併して急性期病院に入院される 80 代の方の大体５割は認知症を伴って，救急病院で BPSD をして大変になっていると．私どもは回復期リハ病院を中心に認知症のリハをやっておりますので，そこでの対応をどういうふうにしてやっているか．BPSD がひどいところは，近くの東葛北部地区の精神科の病院とも（連携がとれているので），ここ数年で BPSD に対応してくださる精神科の病院も非常にふえて，大体３カ月ぐらいで３分の２の方は落ちつけば退院できて，その後フォローして在宅なり，次の施設のほうに移していくという形で今は取り組んでいます．そのあたりをお話ししたいと思います．

内海先生，今日参加されている方には大体リレーで聞き取ることはできますか．

粟田　内海先生，聞こえますか．

内海　はい，聞こえています．先ほど旭先生の最初のほうがずっとミュートだったのか，聞こえなかったんですけれども，今は聞こえています．

旭　４月 21 日はそのあたりをリモートリレーでお話しさせていただきますので，ぜひ視聴していただければありがたいと思います．よろしくお願いします．以上です．

粟田　ありがとうございます．内海先生，いいですか．

内海　よろしいでしょうか．

粟田　はい，どうぞ．

内海　今，一般社団法人認知疾患医療センター全国研修会は，各理事の先生たちが毎月毎月，WEB 上での講演を私どもの北海道中空知地域のスタッフ向けにやっています．認知症ケア学会の専門のサイトのページに載せますと，全国から単位が取れますので，今，全国から参加していただいています．そして理事の先生，旭先生，池田先生，數井先生初め，ここにお出になっているたくさんの先生が講演をしてくださっています．

それを今度，全国版にするんですけれども，その場合，都道府県の行政のほうに，こういう研修がありますということでメールを差し上げますと，都道府県によっては，その県下のセンターにまたおろして，そして参加してもらうというようなシステムになっています．我々は，全国 470 何カ所のセンターの連携担当者のメールアドレスがわかれば，こういう研修会を開くので参加可能ですよということを直接お出しできるんですけれども，各センターのメールアドレスがなかなかわからないので，今の方法としては，都道府県にお伝えして，そこから各センターにおろしてもらうと．その参加（費用）を数百円でも有料でやれば，今後も継続的にやっていけるのかなと思っています．

今のディスカッションを聞いていて思ったのは，各分野の得意なテーマで先生たちが今は講演してくださっているんですけれども，もう一度，基礎編に戻って，鑑別診断とか治療とか連携の WEB 研修ができるようなプログラムを組んで，全国のセンター職員に向けて発信するのもいいかなと．ひらめきですけれども，そういうことができればいいかなと思います．

ここで一番のネックは，Zoom での回線数なんですね．どれだけ用意すればいいのか．今月また全国研修会の理事会が開かれますので，せっかくいい講演の内容を組んでおりますので，どうやって全国のセンターの皆様に発信できるのかということを議論していきたいなと考えています．以上です．

粟田　ありがとうございます．今，旭先生のおっしゃったことの中に，身体合併症のことと BPSD のことがありましたけれども，確かに認知症疾患医療センターの目的の中には，進行予防から地域生活の維持までの必要な医療提供体制の構築を図るということが書いてあります．今の実績報告書の中には，その都道府県の機能体制構築に認知症疾患医療センターがどのように貢献しているかを評価するところが全くない．確かに旭先生がおっしゃ

ったように，例えば旭先生のところは千葉県ですけれども，千葉県全体の BPSD や身体合併症の体制を，認知症疾患医療センターの役割としてどういうふうに体制構築に寄与していくかということも，今後は具体的に議論していかなければいけない重要な課題なのかなと考えています．

そういうことで今後の課題のことも，皆さんにぜひ議論していただければと思います．いかがでしょうか．私から石井先生に質問させていただきたいのですが，先生はこの認知症疾患医療センターの事業の質ということに関しては，私もそう思いますけれども，今の実績報告書では非常に不十分であるということもあって，今後いろいろ検討しなくてはいけない課題があるだろうと思っています．その辺，石井先生に何か少しご意見をいただければと思いますが．

石井　私の名前が聞こえたように思うのですが，粟田先生の音声が途切れ途切れでご質問が聞き取れなかったのですが，申しわけございません．

粟田　申しわけないです．私から石井先生への質問ですけれども，先生は前回の検討委員会の中でも，この認知症疾患医療センターの事業の質ということに関して，何を評価していけばいいのかということを今後，考えなければいけないと．私もそう思いますが，特に実績報告書では非常に不十分なところがたくさんあるので，この辺のところが検討課題として残っていると思います．その辺について，今後のことでいいんですけれども，ご意見があればお聞きしたいなと思ったのですが，いかがでしょうか．

石井　ありがとうございます．質の評価という意味では，前回申し上げたとおり，PDCA サイクルを通して改善できるようなものが評価としてあるべきだと考えています．ですので，例えば周囲の環境に依存してしまうような例えば紹介数，あるいは鑑別診断数だとか，数は不適切ではないかと．一方で，どれぐらいの方をかかりつけ医に返せるか，しっかり連携がとれているか，あるいはきちんと計画を立てているかだとか，そうしたところはセンター自体の取組によって改善できる部分なので，そうしたところがふさわしいのかなと思っています．

一方で，どういうものを取り入れて KPI あるいは質の評価の指標として用いることができるかというのはなかなか難しくて，例えば介入を行っても実は改善しないような項目だったとわかってくるようなものは，不適切ではないかと思っています．そういう意味で，最初は基本的にはどこのセンターにおいてもできてしかるべき項目というものが，質の評価の指標として入ってきて，言いかえると 100 点満点とれているべきものが入っているべきで，その後，徐々に徐々に項目をふやしていって，少しずつ質を高めていく取組が大事なのではないかと考えています．

粟田　ありがとうございます．それは継続的に検討していかなければいけないテーマということですね．

石井　まさにおっしゃるとおりだと思います．

粟田　ありがとうございます．ほかには何かご質問・ご意見はありませんでしょうか．

全体の話をしなければいけないのですが，今回の手引きについては，実施要綱に沿って三つの都道府県の責務を中心にして書かせていただこうと思うんですけれども，その点については皆さんご了解いただけたということでよろしいでしょうか．――まずその方向でやらせていただきたいと思います．

ちょっと細かいことですけれども，東京都の小林さんにお聞きしたいのですが，小林さんよろしいですか．私が東京都だということもあるんですけれども，東京都の例，特に月次報告の様式とかを出させていただこうかと思っているのですが，この辺は東京都としてはあまり問題にはなりませんか．

小林　先生の声が途切れ途切れでよくわからなかったんですが，東京都の月次報告が何でしょうか．

粟田　様式とかそういうものを出させていただこうと思っているのですが，東京都的には問題ないか，一応確認しておこうと思ったのですが．

小林　大丈夫です．問題ございません．

粟田　そうですか．ありがとうございます．それから，ついでに小林さんにもう一つ聞きたいんですけれども，今回の実施要綱の改訂に当たって，東京都としてはこれならまずまずいけそうだという感じでしょうか．今さらいけないとも言えないと思いますけれども．

小林　お気遣いいただきまして，本当に申しわけありません．いずれ都の中でも議論は必要になるんだろうなと思いますけれども，最初から申し上げていましたとおり，この機能が必要だということについては全く異論がないところですので，都道府県の裁量をかなり認めていただけるような内容になりましたので，これをベースに検討を進めさせていただきたいとは思っています．

粟田　ありがとうございます．では，同じ質問を渡部さんにもお聞きしたいのですが，宮城県としてはいかがでしょうか．

渡部　宮城県の渡部です．宮城県としては，実施要綱に県の責務として考えられる三つが出てきたところで，やはりこれは大事なところだなとは思っています．うちのところには指定都市の仙台市もありますので，基幹型はうちの県はないんですけれども，センターから意見をいただく基幹型に求める支援はどういうものか，まず県と仙台市ですり合わせていかなければ，地域型のセンターさんにも協力いただくのがちょっと難しい内容だなと思っています．今後，そこを仙台市と詰めながら，センターにどのようなところをお願いしたいのかを検討して示していかないといけないと思っていました．

また，県としては仙台市ともすり合わせをして，今年度，自分のセンターではどのようなところを強みに思っているのか，また今後，どこを強めていきたいのかという自己評価表を全てのセンターからいただくことにしています．それもあわせて今後も仙台市とすり合わせをしながら，どうしていこうかと考えているところでした．

また，先生からいただいていた，行政の担当がかわるというところが，やはり一番大きい課題だと感じておりますので，そこはうちのほうも行政として考えていかないといけな

いと思っています．以上になります．

粟田　ありがとうございます．実は，県と政令市の関係があまりうまくいっていないということが，今回の調査でも（わかりました）．特に都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催しているところでも，政令市の担当者は「知らない」と回答したところが26％もあったと．宮城県の場合には，ある意味では政令市とは優等生的な関係をつくっているのではないかと思っています．

実は手引きの中にも，都道府県には都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催を政令市に周知させるようにしなくてはいけないという趣旨のことを書かせていただきました．宮城県の場合はもうできているからいいんですけれども，その辺のところが今後の課題かなと考えています．

特にこのメンバーの中では，北海道はちょっと特殊ですけれども，北海道，大阪もそういう状況だったと思いますので，そんなことをちょっと書かせていただきました．

今後の課題のことも含めてですけれども，藤本先生，何かご意見はありませんでしょうか．

藤本　基幹型の役割に関してお願いしていた，各都道府県の裁量性が認められたのでよかったのかなと思います．もちろんその中に，各地でたくさん活躍しておられる連携型の役割も重要かなと思っています．それから診断後の支援に関しては，恐らく連携型のほうもさまざまな工夫をやっていますので，そういうことが共有されるといいと思います．以上です．

粟田　ありがとうございました．今回，新たに実施要綱に日常生活支援機能という言葉をかえて診断後等支援機能ということが出てきているんですが，実は実績報告書はこれに追いついていなくて，診断後等支援についてどういうふうに指標を考えていくのかということも残された課題となっているので，これはまた今後，検討を要するかなと思っています．ありがとうございました．

谷向先生，何かご意見はありませんでしょうか．

谷向　ありがとうございます．先ほどの実態調査の中で，都道府県認知症疾患医療連携協議会を実施していない県の中に，実は我々の愛媛県が入っています．今回の改正によって県の責務というのも明確にされてきたと．皆さん方のお話をこうやって伺っていても，結構働きかけてはいるんですけれども，行政がどれぐらい認知症に対しての施策をしっかりと考えていくか，センターをどういうふうに活用していくかというところが，実は我が県の中ではちょっと薄いのかなと常々考えています．今回の改正によって，県の責務が明確化されたことによって，県の行政とのディスカッションが逆に言ったらしやすくなってくるのかなと，今の議論の中で感じました．

それから，人材育成のスタンダードというようなお話が冨本先生から出ましたけれども，恐らく疾患センターができたころは早期発見，早期治療ということで，やはり治療モデルから入ってきたと思います．新オレンジプラン以降は，やはり早期発見，早期対応ということで，どういうふうに生活支援を行っていくかという感じのパラダイムシフトが残っている中で，認知症疾患センターにかかわっている人間，地域も含めてどういうことを発信していくのか，人材育成をしていくのかということが，一つの課題ではないのかなと思いました．以上です．

粟田　ありがとうございます．今後のことは，私も先生の意見に全く賛成です．今は診断ということもあれですけれども，やはり地域のさまざまな機関との機能体制，連携とかそういうことに対して，認知症疾患医療センターが一定の機能を果たせるようなことを，あり方として考える必要があるのかなと思っています．ありがとうございました．

北村先生，何かありませんでしょうか．

北村　３回目の会議にして初めて声が聞こえて，やっと会議に参加できたんですけれども．石川県の場合は，とにかく長寿社会課とか障害保健福祉課とか医療対策課とか認知症を担当する部署がたくさんあったので，10年ぐらい前から地域医療推進室というところに一本化しました．それで，そこの担当者が医者で，10年ぐらい僕と２人でずっとやってきていますから，行政の人がいろいろかわるということはないので，非常にうまくいっているかなと思います．

ただ，石川県の場合は，このセンター事業は多分，聞いたら「うまくいっています」と答えるんでしょうが，あまり期待していないというか，センターとしての事業とかセンターとしての人材育成はほとんど考えていません．地域のかかりつけ医研修で医師会ごとに研修したりとかいろいろやっていますし，金沢大学を中心に北陸認プロ（北陸認知症プロフェッショナル医養成プラン）という難しいものがあって，あれはかかりつけ医の先生も参加していますし，看護師さんも1000人ぐらいｅラーニングに参加したりしていてレベルが高いです．それから金沢医科大学も認知症センターをつくっていろいろやっています．そちらのほうもいろいろ参加しています．

何を言いたいかよくわからないんですけれども，とにかく認知症疾患医療センター事業というものに対しては，もう卒業と言ったら変な言い方ですけれども，そういうところはあるのかなと考えています．以上です．

粟田　石川県は確かにそうですね．ありがとうございました．

中西先生，何かありませんでしょうか．

中西　こんにちは．大阪市の中西です．大阪は，調査でやっていないというところに上がっていました．当初，この事業が始まって２～３年目ぐらいのときに，大阪府，大阪市，大阪府医師会等で疾患医療センターを立ち上げて２年ぐらいやっていたんですけれども，やはり行政（の担当者）がかわって，わからなくなってしまったという形が本当のところかなと思っています．

大阪市については，私自身が行政に入っていてずっとやっていますので，一番古株になって，北村先生のところのような形で続いています．やはり今後，大阪府のほうとの共有ということを，もっと心がけていかなければいけないなと改めて考えていました．そうす

ることによって，その地域でたくさんやっている取組などがもう少し共有できて，広まっていけばいいのかなと思います．

研修に関しては，今の話にもあったんですけれども，大阪も医療資源が非常に豊富なので，そういう疾患医療センターでない医療機関等が担っていることとかも含めて考えていく必要があるのかなということも，ずっと気になっているところです．

ただ，先ほど内海先生がご提案くださったようなWEBの全国レベルでの共通の研修というのが，やはりあったらいいなというのはすごく思っています．特に行政が企画にも苦労していますし，各センターのほうも一生懸命やっていても，それぞれ得手不得手がありますので，自分はかかわっていないのに申しわけないですけれども，ぜひそれができればいいなと．何かご協力できればさせていただきますし，ぜひにと思って聞いていました．よろしくお願いします．以上です．

栗田　ありがとうございます．

それではそろそろ時間ですので，まとめということにさせていただきます．今回のこの研究事業のメインの成果物がこの手引きになるわけです．この手引きについては，内海先生と池田先生のほうで加筆していただいた上で，さらに少し文言を調整して，それから厚労省ともやりとりをさせていただいて，最終案を大急ぎでつくらせていただきます．それを各委員に共有させていただきますので，それについてまたご意見をいただければと思います．暫定版ですけれども，どんなことでも構いませんので現段階でもご意見をいただければと思います．それを反映させて最終案を作成したいと考えています．

とりあえず今回は都道府県の三つの責務が事業化されたということで，一旦終結とさせていただきたいと思います．次年度以降どうするかというのをこれから考えないといけないんですけれども，次年度以降の多くの課題が残されているということも，今日の議論で少し明確化されました．

幾つかありますが，印象に残ったのは，冨本先生がおっしゃった研修のある程度のミニマムリクワイアメントを考える必要があるのではないかということで，これは恐らく学会などとも連携しながら考えていくのがいいのかなと思っているのですが，そういうこともやらなくていけない．それから，実施要綱に出てきた診断後支援のこと，そもそもこの認知症疾患医療センターのあり方をもう一度考えて，そこから評価のことも含めて考え直していくという段階ではないかと．そういうこともありましたので，そんなことを踏まえて，次年度以降のことも検討しておきたいと考えています．私からの説明等はこれで終了としたいと思います．

渕野　最後にすみません．三つの柱が大体要綱になるとは思うんですけれども，いわゆる医療連携協議会の設置と運営という言葉が出てくるのですが，私が言ったように，大分県などは医療連携会議とおのおののセンターがやっているのをここは指しているのでしょうか，それとも県がまとめることを指しているんでしょうか．そこだけ教えていただきたいのですが．

栗田　これは，手引きで問題にしているのは都道府県なんですね．都道府県の認知症疾患医療連携協議会です．

渕野　ということは，都道府県がこの連絡協議会をやると．

栗田　そういうことです．

渕野　各認知症疾患センター向けにやるわけですね．

栗田　向けというか，都道府県として県内の認知症疾患医療センターの運営状況を把握して，質の確保に向けた取組をするために，PDCAサイクルを回す場として都道府県としての認知症疾患医療連携協議会を設置するということです．

渕野　そうすると，私のところもずっとやってきた，おのおのの認知症疾患センターが中心となってやる医療圏の地域だけの連絡協議会があったのですが，それはもうしなくてもいいということですか．

栗田　そうではなくて，これは従来どおりです．各認知症疾患医療センターの地域連携推進機能の一つとして，それは残っています．ただ，今回，同じ連携協議会だとわかりにくいだろうということで，少し名称を変えてあります．各認知症疾患医療センターがやるほうについては，たしか地域連絡会議という名前にして，都道府県全域でやるほうを連携協議会にしようというふうに，名前はちょっと変えてあります．

渕野　わかりました．名前を変えていただいたらわかりやすいです．

栗田　ほかには何かありますでしょうか．よろしいでしょうか．

では，最後は事務連絡ということにしたいと思いますが，吉野さんから何かありますか．

吉野　本年度３回の検討委員会，ありがとうございました．今日の議事録は12日に仕上がったものを栗田が一度確認しましてから先生方に配信をさせていただき，ご確認を頂戴して訂正後に報告書掲載という流れをとらせていただきたいと思います．大急ぎになりますけれども，仕上がり次第，お届けいたします．

それから手引き書のほうに原稿をお寄せくださる先生との調整は，栗田先生はじめ，事務局とも連絡・調整させていただきながら，池田先生，内海先生を中心に原稿をいただくことになると思います．そのあたりご調整をよろしくお願いいたします．

報告書は３月31日までに厚労省提出ということを前提に進めてまいります．最後までご支援をよろしくお願いいたします．

栗田　以上でございます．皆さん，本当に１年間，ご協力いただきましてありがとうございました．これをもちまして本日の委員会は終了とさせていただきます．皆さん，どうもありがとうございました．

（終了）

巻末資料

巻末資料 1

認知症疾患医療センター運営事業実績報告書書式（令和元年度分）

様式２の（１１）の③の２

事 業 実 績 報 告 書

10 認知症施策等総合支援事業

（３） 認知症疾患医療センター運営事業

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

【医療機関基本情報】

医療機関名								類型							
設置法人名								設置主体							
指定年月日		年		月		日	次回更新予定日			年		月		日	
更新年月日①		年		月		日	更新年月日②			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（設置要件）	CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院				
		連携内容（その他）													
連携病院名②		連携内容（設置要件）	CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院				
		連携内容（その他）													
連携病院名③		連携内容（設置要件）	CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院				
		連携内容（その他）													
連携病院名④		連携内容（設置要件）	CT		MRI		SPECT		身体入院		精神入院				
		連携内容（その他）													

【専門的医療機関及び日常生活支援機能としての要件と機能】

稼働日数	週	日	年間	日					
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医	名							
	上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師	名							
医師以外の人員配置	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名				
	保健師	専従	名	兼務	名				
	臨床心理技術者	専従	名	兼務	名				
	連携推進補助員	専従	名	兼務	名				
	その他	（職種）		専従	名	兼務	名		
		（職種）		専従	名	兼務	名		
医師以外の人員配置（上記のうち、日常生活支援のための相談員の配置）	社会福祉士	専従	名	兼務	名				
	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名				
	その他	（職種等）		専従	名	兼務	名		
		（職種等）		専従	名	兼務	名		
日常生活支援機能に関する業務内容	1. 相談員による診断後の相談支援								
	2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施								
	3. その他（内容を下欄に自由記載）								
検査体制	血液検査		尿一般検査		心電図検査		神経心理検査		
	CT検査	自施設		連携先		MRI検査	自施設		連携先
	SPECT検査	自施設		連携先					
保有機器	CT	台	MRI	台	SPECT	台			
相談件数	電話	件	面接	件	訪問	件			
	その他	（方法）		件	（方法）		件		
上記の相談件数の相談元の主な内訳	1. 地域包括支援センターからの相談	件							
	2. 医療機関（かかりつけ医等）からの相談	件							
	3. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談	件							
	4. 行政機関からの相談	件							

鑑別診断件数(実数)　＊過去1年間の新規	全数	内、65歳未満
1. 正常または健常	件	件
2. 軽度認知障害(MCI)	件	件
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)	件	件
4. 血管性認知症(F01)	件	件
5. レビー小体型認知症(G31,F02)	件	件
6. 前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む　G31,F02)	件	件
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)	件	件
8. 物質・医薬品誘発性による認知症　(アルコール関連障害による認知症を含む)	件	件
9. HIV感染による認知症(B20,F02)	件	件
10. プリオン病による認知症(A81,F02)	件	件
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)	件	件
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)	件	件
13. 正常圧水頭症(G91)	件	件
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)	件	件
15. 複数の病因による認知症(F02)	件	件
16. 詳細不明の認知症(F03)　(上記3～15に該当しないもの)	件	件
17. 上記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害	件	件
18. 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)	件	件
19. 気分(感情)障害(F3)	件	件
20. てんかん(G47)	件	件
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)	件	件
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患	件	件
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患	件	件
24. 上記のいずれにも含まれない疾患	件	件
25. 診断保留	件	件
合計	0 件	0 件

初診までの待機日数					
診療報酬	認知症専門診断管理料1	算定の有無		算定件数(年間)	件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無		算定件数(年間)	件
	認知症ケア加算1	算定の有無		算定件数(年間)	件
	認知症ケア加算2	算定の有無		算定件数(年間)	件
	認知症ケア加算3	算定の有無		算定件数(年間)	件

認知症疾患医療センターへの受診の経緯	1. 地域包括支援センターから	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)から	件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から	件	4. 行政機関から	件
	5. その他	件		
認知症疾患医療センター受診後の情報提供	1. 地域包括支援センターへ	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)へ	件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ	件	4. 行政機関へ	件
	5. その他	件		

【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

指定状況	1 救急医療機関の指定		2 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定	

＊以下は救急医療機関の指定を受けていない医療機関についても記入

身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談, 入院受け入れの調整, 他院の紹介など)の実施	
一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施	
認知症疾患医療センターとして, 院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施	
休日, 夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための, 空床の確保	

確保している空床数	(一般病床)	床	(精神病床)	床	(その他)	床

【地域連携推進機関としての要件と機能】

認知症疾患医療連携協議会の開催	開催の形態		開催回数	年間	回		
研修会の開催	医療従事者対象	開催の有無		開催回数	年間	回	
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無		開催回数	年間	回	
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無		開催回数	年間	回	
	家族・地域住民等対象	開催の有無		開催回数	年間	回	
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無							
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無							
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無			実施回数	年間	回		
初期集中支援チームへの関与	センター内にチームを設置(受託)		チーム員として参加		後方支援		

【医療サービス等提供状況】

	通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施
1. 介護保険主治医意見書への記載			
2. 合併する身体疾患に対する通院医療			
3. 合併する身体疾患に対する入院医療			
4. 合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)			
5. 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
6. 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
7. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療			
8. 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)			
9. 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療			
10. せん妄に対する医療の提供			
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
12. 行政機関への助言・連携			
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携			
14. 介護支援専門員への助言・連携			
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携			

【留意事項】

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

【A.国庫補助所要額内訳(「日常生活支援機能」に係る分を除く)】

事業区分	経費区分 (交付要綱中の経費区分を記載)	対象経費支出済額	積算内訳
(1)身体合併症に対する救急医療業務 (基幹型のみ)			
(2)専門医療相談			
(3)地域連携推進に係る業務 ア 認知症疾患医療連携協議会の設置・運営 イ 研修会の開催			
合計		円	

【B.国庫補助所要額内訳(「日常生活支援機能」に係る分)】

事業区分	経費区分 (交付要綱中の経費区分を記載)	対象経費支出済額	積算内訳
相談支援 (日常生活支援のための相談員の配置) ※積算内訳に「常勤専従」「専任」の別を記載			
その他 日常生活支援機能に関する業務			
合計		円	

【留意事項】

○ 経費区分は、「介護保険事業費補助金交付要綱」を参考に記載すること。

○ 事業を委託により行う場合は、委託料のみとせず、委託事業の内訳を記入すること。

巻末資料 2

都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査（依頼状と調査票）

令和２年 12 月吉日

令和２年度老人保健健康増進等事業(老人保健健康事業推進費等補助金)テーマ番号 95

【認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業】

都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの
「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査ご協力のお願い

謹啓　厳冬の候、ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

さて、令和元年６月に閣議決定されました認知症施策推進大綱では、「各都道府県が地域の医療計画との整合性を図り、認知症疾患医療センターを計画的に整備する」こととされておりますが、認知症疾患医療センターの質を確保し、機能を維持・向上させるためには今なお数多くの課題が残されています。そこで、令和 2 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業」では、認知症疾患医療センター実績報告書の活用、都道府県認知症疾患医療連携協議会や人材育成の実施状況等について実態調査を行う運びとなりました。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査票にご回答の上、**令和３年１月８日（金）**までに、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

尚、ご回答は、**都道府県・政令市の認知症疾患医療センター運営事業のご担当者様**にお願いできればと思います。また、回収状況を確認するために調査票には整理番号が付してございますのでご了承ください。なお、本調査結果の公表にあたり、都道府県・政令市名、担当者名等の地域を特定できる情報が公表されることはありません。

謹 白

記

1. 調査実施主体
   東京都健康長寿医療センター研究所
   副所長　粟田主一
2. 依頼主体
   厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課（調査票発送に先立ちまして、ご担当者様へ、調査協力についての事務連絡を e-mail にて送信いたしましたので、ご確認ください。）
3. 調査対象
   全国　都道府県および政令市
4. 調査内容
   認知症疾患医療センター実績報告書の活用、都道府県認知症疾患医療連携協議会や人材育成の実施状況等について調査票 4 ページ
5. 調査票返送
   令和３年１月８日（金）までにご投函ください。
6. 連絡先
   〒173-0015　東京都板橋区栄町 35-2
   東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム
   電話番号　03-3964-3241（内線 4218　枝広あや子・杉山美香）

以上

ID

都道府県・政令市による認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する実態調査

以下、都道府県・政令市の認知症疾患医療センター運営事業の担当者様にお伺いします。

1.認知症疾患医療センター実績報告書（以下実績報告書）を用いた事業評価について

1-1.実績報告書の内容を認知症疾患医療センターごとに確認していますか。○をご記入ください。

1. している　　0. していない

1-2. 実績報告書が厚労省作成の記入上の留意事項（記載要領）に則って記載されているかを確認していますか。○をご記入ください。

1. している　　0. していない

1-3. 実績報告書の内容を都道府県・政令市単位で集計していますか。
（自治体職員あるいは委託による集計も含む）

1. している　　0. していない ➡ 1-9にお進みください

↓

「1.している」とお答えの場合のみ、集計結果の活用方法として以下の1-4～1-8の質問にお答えください。

1-4. 実績報告書の集計結果をもとに認知症疾患医療センターの事業評価をしていますか。

1. している　　0. していない ➡ 1-6にお進みください

↓

「1.している」とお答えの場合のみ以下の1-5～1-7の質問にお答えください。

1-5. 具体的な認知症疾患医療センターの事業評価方法をご教示ください。

1-6. 上記による事業評価の結果を都道府県・政令市単位の認知症疾患医療センター運営計画に反映させていますか。（例：都道府県・政令市独自の事業内容や、指定など）

1. している　　0. していない　　9.わからない

1-7. 実績報告書の集計結果を県民が確認できる媒体で公開していますか。

1. している　　0. していない

1-8. 都道府県・政令市独自の実績報告書の活用について具体例があればご教示ください。
➡2にお進みください

1-9. 実績報告書の集計を行っていない理由をご教示ください。➡2にお進みください

2.都道府県認知症疾患医療連携協議会について

2-1.都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか。〇をご記入ください。
※同様の機能を有する会議等の活用の場合は、1.している と回答したうえで、下段に会議名をご記載ください。
※政令市は、あなたの都道府県の都道府県認知症疾患医療連携協議会についてお答えください。

1. している　　0. していない ➡ 3にお進みください　　9.わからない

※会議名：

↓

「1.している」とお答えの場合のみ、以下の2-2～2-5の質問にお答えください。

2-2. 同連携協議会において実績報告書の都道府県単位の集計結果を共有していますか。

1. している　　0. していない　　9.わからない

2-3. 同連携協議会において実績報告書の集計結果を資料にして、
認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討をしていますか。

1. している ➡2-4へ　　0. していない ➡2-5へ　　9.わからない

↓

2-4. 認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関して、
同連携協議会が実施していることがあればご教示ください。➡3にお進みください

2-5. 同連携協議会で、認知症疾患医療センターの事業のあり方の検討を行う際に、実績報告書の集計結果を資料として活用していない理由をご教示ください。
またその際の具体的な方法をご教示ください。

3.認知症疾患医療センターの職員の人材育成について

※研修会については過去一年間についてお答えください。一堂に会する研修会以外にもオンライン研修会も含んでご回答ください

3-1. 都道府県・政令市で認知症疾患医療センターの職員に向けた研修会を開催していますか。（事例検討会を含む、共催も含む）

1. している ➡3-3へ　　0. していない ➡3-2へ

↓

「0.していない」とお答えの場合のみ以下の3-2の質問にお答えください。

3-2. 認知症疾患医療センター職員の研修会を行っていない理由をご教示ください。
➡3-3にお進みください

3-3. 都道府県・政令市独自の認知症疾患医療センター職員の人材育成の方法について、
具体例があればご教示ください。
（例：職員研修、独自の事業マニュアル、実績報告書記載マニュアルなど） ➡ 4にお進みください

4.基幹型認知症疾患医療センターの事業内容について

※都道府県内に基幹型認知症疾患医療センターがある場合にお答えください。
（それ以外は5にお進みください）

4-1. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは、実績報告書を用いた都道府県・政令市の認知症疾患医療センターの事業評価に関与していますか。

1. している　　0. していない　　9.わからない

4-2. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは、都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか。

1. している　　0. していない　　9.わからない

4-3. 貴都道府県にある基幹型認知症疾患医療センターは、都道府県内全域の認知症疾患医療センター職員の人材育成に関与していますか。

1. している　　0. していない　　9.わからない

4-4.基幹型認知症疾患医療センターの役割として、都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきであると思いますか。

1. 思う　　2. 思わない　　3. どちらとも言えない

↓　　→ 5にお進みください

「思う」とお答えの場合のみ以下の4-5の質問にお答えください。

4-5. 都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けて、基幹型認知症疾患医療センターは具体的にどのような取り組みを行うべきと考えますか。

5.都道府県・政令市内の認知症疾患医療センターの「質の管理（事業評価・都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催・職員研修等）」について課題があれば、ご記入ください。

（ご自由にお書きください）

本内容につきまして問い合わせをさせていただく可能性がございます。

ご所属課および係、差し支えなければ、担当者様のお名前をご記入ください。

課	室・係・班
（回答いただいた方）担当	様

ご協力ありがとうございました。返信用封筒でご返信ください。

巻末資料 3

都道府県・政令市の認知症疾患医療センターの「事業評価」と「質の管理」に関する基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査
（依頼状と調査票）

令和２年 12 月吉日

令和２年度老人保健健康増進等事業(老人保健健康事業推進費等補助金)テーマ番号 95

【認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業】

都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関する
基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査ご協力のお願い

謹啓　厳冬の候、ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

さて、令和元年６月に閣議決定されました認知症施策推進大綱では、「各都道府県が地域の医療計画との整合性を図り、認知症疾患医療センターを計画的に整備する」こととされておりますが、認知症疾患医療センターの質を確保し、機能を維持・向上させるためには今なお数多くの課題が残されています。そこで、令和 2 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業」では、認知症疾患医療センター実績報告書の活用、都道府県認知症疾患医療連携協議会や人材育成に対する基幹型認知症疾患医療センターの役割等について実態調査を行う運びとなりました。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査票にご回答の上、**令和３年１月８日（金）**までに、同封の返信用封筒で下記宛てにご返送いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

尚、ご回答は、**基幹型認知症疾患医療センターのセンター長または代表の方**にお願いできればと思います。また、回収状況を確認するために調査票には ID が付してございますのでご了承ください。なお、本調査結果の公表にあたり、病院名、担当者名等の地域を特定できる情報が公表されることはありません。

謹 白

記

1. 調査実施主体
   東京都健康長寿医療センター研究所
   副所長　栗田主一
2. 依頼主体
   厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課（調査票発送に際し、調査協力についての事務連絡を同封いたしましたので、ご確認ください。）
3. 調査対象
   全国　基幹型認知症疾患医療センター
4. 調査内容
   認知症疾患医療センター実績報告書の活用、都道府県認知症疾患医療連携協議会や人材育成に対する基幹型認知症疾患医療センターの役割等、調査票２ページ
5. 調査票返送
   令和３年１月８日（金）までにご投函ください。
6. 連絡先
   〒173-0015　東京都板橋区栄町 35-2
   東京都健康長寿医療センター研究所　自立促進と精神保健研究チーム
   電話番号　03-3964-3241（内線 4218　枝広あや子・杉山美香）

以上

ID

令和2年度老人保健健康増進等事業（老人保健健康事業推進費等補助金）テーマ番号95
【認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業】

都道府県内の認知症疾患医療センターの「事業評価」および「質の管理」に関する
基幹型認知症疾患医療センターの役割についてのアンケート調査

以下、基幹型認知症疾患医療センターのセンター長または代表の方にお伺いします。

※以下、「都道府県」は政令市を含んだ都道府県としてお聞きします。

1.基幹型認知症疾患医療センターとして、都道府県（政令市含む）内の認知症疾患医療センター実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか。

1. している　　0. していない ➡２にお進みください

↓

「している」とお答えの場合のみ以下の1-1の質問にお答えください。

1-1. 具体的にどのような形で実績報告書の集計・分析・評価等に関与していますか。

2.基幹型認知症疾患医療センターとして、都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか。

1. している　　0. していない ➡３にお進みください

↓

「している」とお答えの場合のみ以下の2-1の質問にお答えください。

2-1. 具体的にどのような形で都道府県認知症疾患医療連携協議会に参画していますか。

3. 基幹型認知症疾患医療センターとして、都道府県内の認知症疾患医療センター職員の人材育成（研修会など）に関与していますか。（事例検討会を含む、共催も含む）

1. している　　0. していない ➡４にお進みください

↓

「している」とお答えの場合のみ以下の3-1の質問にお答えください。

3-1. 具体的にどのような形で人材育成（研修会など）に関与していますか。

4.基幹型認知症疾患医療センターとして、都道府県内の認知症疾患医療センターの業務に関する情報交換を行う活動に関与していますか。（オンラインも含む）

1. している　　0. していない ➡ 5 にお進みください

↓

「している」とお答えの場合のみ以下の4-1の質問にお答えください。

4-1. それはどのような方法ですか。（複数回答）

A.合同カンファレンス・事例検討会を開催している.

B.認知症疾患医療センター相談員等の合同研修会を開催している.

C.活動状況や実績報告をまとめて配布資料を作成し，会議や研修会で配布している.

D.都道府県全体の認知症疾患医療センターの報告書・年報を作成し配布している.

E.すべての認知症疾患医療センター担当者でメーリングリストを作成し情報を共有している.

F.限定メンバーのみ共有する電子掲示板やテレビ会議等で情報を共有している.

G. その他（具体的に）

5.基幹型認知症疾患医療センターの役割として、都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けた取り組みを行うべきであると思いますか。

1. 思う　　2. 思わない　　3. どちらとも言えない

↓　　6にお進みください

「思う」とお答えの場合のみ以下の5-1の質問にお答えください。

5-1. 都道府県内の認知症疾患医療センターの質の向上に向けて、基幹型認知症疾患医療センターは具体的にどのような取り組みを行うべきと考えますか。

6. 都道府県内の認知症疾患医療センターの「質の管理（事業評価・都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催・職員研修等）」について課題があれば、ご記載ください。

本内容につきまして問い合わせをさせていただく可能性がございます。

ご所属科、差し支えなければ、担当者様のお名前をご記入ください。

	科
（回答いただいた方）	様

ご協力ありがとうございました。返信用封筒でご返信ください。

令和２年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）（区分番号第95）
認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理関する調査研究事業
報告書

発　行　　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
編　集　　地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
　　副所長　粟田 主一

令和 3 年 3 月
無断転載，改訂を禁じます