

令和4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
整備方針に関する調査研究事業

報告書

2022

一般社団法人 日本認知症学会
令和5年(2023年)3月

令和4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90
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業

報告書

令和5年(2023年)3月
一般社団法人 日本認知症学会

認知症疾患医療センターの整備方針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整備方針に関する調査研究事業検討委員会	3
1. 委員構成	5
2. 検討委員会開催実績	9
3. 作業部会開催実績.....	15
4. 論点整理(第1回～第3回検討委員会)	21
5. 提言	31
II 資料編	35
1. 令和3年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析	37
2. 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査.....	167
3. 認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト	199
4. 検討委員会議事録(全3回)	209
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様式(令和3年度分)	257
巻末資料2 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査(依頼状/調査票)	265

はじめに

令和元（2019）年 6 月に閣議決定された認知症施策推進大綱において、認知症疾患医療センターは令和 2（2020）年度末までに全国に 500 ヲ所、二次医療圏ごとに 1 ヲ所以上設置するという目標（KPI）が設定されました。令和 4（2022）年 10 月現在で、全国の認知症疾患医療センターの設置件数は 499 ヲ所（基幹型Ⅰが 17 ヲ所、基幹型Ⅱが 4 ヲ所、地域型が 382 ヲ所、連携型が 96 ヲ所）、335 の二次医療圏のうち 318 の二次医療圏で設置が完了し、二次医療圏の設置率も 94.9%に達しています。令和 4（2022）年度は認知症施策推進大綱の中間見直しの年であり、今後の認知症疾患医療センターの「役割」や「整備方針」について改めて検討しなおす必要があります。この課題に対応するために、令和 4（2022）年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業」では、「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業検討委員会」（以下、検討委員会）を設置し、今後の認知症疾患医療センターの整備方針及び整備目的のあり方について検討するとともに、都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、日本認知症学会・日本老年精神医学会の専門医を対象に、「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査」（以下、「整備方針に関する調査」）を実施いたしました。本報告書では、検討委員会での討議内容の論点整理と「整備方針に関する調査」の集計・分析結果を示し、これらに基づいて作成された「認知症疾患医療センターの今後の整備方針に関する提言」を掲載しました。また、この提言の中に示されている「現在の認知症疾患医療センターが果たしている機能の評価」や「地域で不足している機能や課題の把握」に資するように、「認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト」を作成し、このツールを用いた全国レベルでの実態調査の結果とツールの活用方法などに関する解説をさせていただきました。合わせて、令和 3（2021）年度の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も掲載しております。

本報告書が、都道府県・指定都市における今後の認知症疾患医療センターの整備方針の策定や地域の実情に応じた認知症医療提供体制の整備計画の立案に寄与することができればと願っております。

令和 4 年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業検討委員会
委員長 栗 田 主 一

I 認知症疾患医療センターの整備方針に関する
調査研究事業検討委員会

1. 委員構成

検討委員会構成

(五十音順・敬称略)

	氏名	所属先・役職（委員区分）
委員長	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所 副所長
委員	池田 学	公益社団法人日本老年精神医学会 理事長 公益社団法人日本精神神経学会 理事
委員	石井 伸弥	一般社団法人日本老年医学会 認知症対策小委員会委員
委員	今村 英仁	公益社団法人日本医師会 常任理事
委員	内海 久美子	砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長 (地域型認知症疾患医療センター長)
委員	小川 聡子	公益社団法人全日本病院協会 理事
委員	數井 裕光	国立大学法人高知大学医学部神経精神科学教室 教授 (基幹型認知症疾患医療センター長)
委員	杉山 博宣	大阪市福祉局高齢者施策部 地域包括ケア推進課 担当係長
委員	冨本 秀和	一般社団法人日本認知症学会 理事 一般社団法人日本神経治療学会 理事長特別補佐・名誉会員
委員	中村 英俊	北海道保健福祉部高齢者支援局 高齢者保健福祉課 課長補佐
委員	西川 篤史	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	藤本 直規	医療法人藤本クリニック 院長 (連携型認知症疾患医療センター長)
委員	瀧野 勝弘	公益社団法人日本精神科病院協会 常任理事
委員	山田 正仁	一般社団法人日本神経学会 認知症セクションチーフ

ワーキンググループ構成

(五十音順・敬称略)

	氏名	所属先
委員長	栗田 圭一	東京都健康長寿医療センター研究所 副所長
ワーキンググループ	石井 伸弥	広島大学大学院医系科学研究科共生社会医学 特任教授
ワーキンググループ	内海 久美子	砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長
ワーキンググループ	枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
ワーキンググループ	武田 章敬	国立長寿医療研究センター 長寿医療研修センター センター長
ワーキンググループ	田中 稔久	三重大学医学部 神経・筋病態学講座 教授
ワーキンググループ	冨本 秀和	三重大学医学部 脳神経内科 教授
ワーキンググループ	新美 芳樹	東京大学医学部・医学部附属病院早期探索開発推進室 特任講師
ワーキンググループ	藤本 直規	医療法人藤本クリニック 院長
ワーキンググループ	古田 光	東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター センター長

ワーキンググループ開催日時 (オンライン会議)

- 第1回 ワーキンググループ 2022年 7月 10日 (日) 18時00分～20時00分
- 第2回 ワーキンググループ 2022年 8月 28日 (日) 17時00分～19時00分
- 第3回 ワーキンググループ 2022年 12月 14日 (水) 18時00分～20時00分
- 第4回 ワーキンググループ 2023年 2月 22日 (水) 18時00分～20時00分

2. 検討委員会開催実績

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第1回検討委員会 議事次第

日時 2022年9月8日(木) 18時00分～20時00分
会議形式 オンライン

議 事

1. 開会
2. 資料確認
3. 委員紹介
4. 厚労省挨拶
5. 事業概要の説明
6. 討議事項
 - 1) 認知症疾患医療センターの整備方針について
 - 2) 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査について
7. その他

【配布資料】

資料1：第1回検討委員会議事次第

資料2：検討委員名簿・事業担当者名簿

資料3：検討委員会設置要綱

資料4：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業の概要

資料5：都道府県・指定都市用調査票

資料6：認知症疾患医療センター用調査票

資料7：専門医用調査票

参考資料1：認知症疾患医療センター運営事業の概要

参考資料2：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料3：認知症疾患医療センターの整備状況（最新版：令和4年5月版）

参考資料4：AD疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関する調査

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第2回検討委員会 議事次第

日時：2022年12月19日（月） 18時30分～20時30分
会議形式 オンライン

議 事

1. 開会
2. 資料確認
3. 厚労省挨拶
4. 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果報告
5. 討議事項（論点）
 - 1) 調査結果より何が明らかにされたか
 - 2) 今後の国及び都道府県・指定都市の整備方針の考え方について
 - 3) 認知症疾患医療センター運営事業が今後めざすべき方向性について
 - 4) 提言作成の方針について
6. その他

【配布資料】

資料1：第2回検討委員会議事次第

資料2：検討委員会委員名簿

資料3：検討委員会設置要綱

資料4：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業の概要

資料5：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果

資料6：都道府県・指定都市用調査票

資料7：認知症疾患医療センター用調査票

資料8：専門医用調査票

参考資料1：認知症疾患医療センター運営事業の概要

参考資料2：認知症疾患医療センターの整備状況

参考資料3：認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等の関係等について

参考資料4：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料5：認知症疾患医療センター運営事業のこれまでの経緯

参考資料6：認知症疾患医療センター先進事例集

参考資料7：認知症疾患医療センターの事業評価に向けて

参考資料8：認知症疾患医療センターの診断後支援の事例集

参考資料9：認知症疾患医療センターに期待されている役割に関する分析結果

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第3回検討委員会 議事次第

日時：2023年3月9日（木） 18時00分～20時00分
会議形式 オンライン

議事

1. 開会
2. 資料確認
3. 厚労省挨拶
4. 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究の概要
5. 討議事項（論点）
 - 1) 報告書の構成について
 - 2) 論点整理と提言の内容について
 - 3) 認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリストについて
 - 4) 実績報告書の新様式について
6. その他

【配布資料】

資料1：第3回検討委員会議事次第

資料2：検討委員会委員名簿

資料3：検討委員会設置要綱

資料4：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業の概要

資料5：報告書目次構成（案）

資料6：論点整理（案）

資料7：提言（案）

資料8：認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト（案）

資料9：認知症疾患医療センター実績報告書新様式（案）

参考資料1：認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式（令和3年度分）

参考資料2：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査（依頼状・調査票）

参考資料3：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査（結果概要）

参考資料4：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

3. 作業部会開催実績

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第1回ワーキンググループ 議事次第

日時 2022年7月10日(日) 18時00分～20時00分
会議形式 オンライン

議 事

1. 開会
2. 資料確認
3. 事業概要の説明
4. 討議事項
 - 1) 事業実施の方向性について
 - 2) 調査のあり方について
5. その他

【配布資料】

- 資料1：事業の実施体制
資料2：検討委員会設置要綱
資料3：事業実施計画書
資料4：事業実施年間スケジュール
資料5：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業の概要
資料6：地域における認知症疾患医療センターの役割
資料7：調査事業計画書

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第2回ワーキンググループ 議事次第

日時 2022年8月28日(日) 17時00分～19時00分
会議形式 オンライン

議 事

1. 開会
2. 資料確認
3. 第1回検討委員会について
4. 調査票の設計について
5. その他

【配布資料】

- 資料1：第2回ワーキンググループ議事次第
資料2：検討委員名簿と事業担当者（社会制度WG）名簿
資料3：検討委員会設置要綱
資料4：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業の概要
資料5：調査票（案）一式
参考資料1：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
参考資料2：認知症疾患医療センターの整備状況

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第3回ワーキンググループ 議事次第

日時 2022年12月14日(水) 18時00分～20時00分
会議形式 オンライン

議 事

1. 開会
2. 資料確認
3. 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果について
4. AD 疾患修飾薬の調査について
5. その他

【配布資料】

資料1：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果概要

資料2：AD 疾患修飾薬の調査結果概要

資料3：調査票 一式

参考資料1：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果(都道府県・指定都市)

参考資料2：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果

(認知症疾患医療センター)

参考資料3：認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果(専門医)

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第4回ワーキンググループ 議事次第

日時 2023年2月12日(水) 18時00分～20時00分
会議形式 オンライン

議 事

1. 開会
2. 資料確認
3. 提言書案について
4. AD疾患修飾薬の調査について
5. その他

【配布資料】

資料1：認知症疾患医療センターの今後の整備方針について(提言)(案)

4. 論点整理（第1回～第3回検討委員会）

認知症疾患医療センターの今後の整備方針について：論点整理

1. はじめに

- 認知症疾患医療センター運営事業は、平成元（1989）年度に創設された老人性痴呆疾患センター運営事業がそのはじまりである。平成 19（2007）年度に一旦国庫補助が廃止されたが、平成 20（2008）年度に認知症疾患医療センター運営事業として新たに再開した。
- 平成 24（2012）年度に策定された認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）では、平成 29（2017）年度末までに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が立てられ、平成 27（2015）年度の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）においてもその目標は継承された。
- しかし、平成 29（2017）年度末の時点ではその目標は達成されず、令和元（2019）年度に閣議決定された認知症施策推進大綱において、令和 2（2020）年度末までに認知症疾患医療センターを全国で 500 カ所、二次医療圏ごとに 1 カ所以上設置するという KPI（Key Performance Indicator）が新たに設定された。
- 令和 4（2022）年 10 月現在の全国の設置件数は 499 カ所（基幹型Ⅰが 17、基幹型Ⅱが 4、地域型が 382、連携型が 96）、335 の二次医療圏のうち 318 の二次医療圏で設置が完了している（二次医療圏設置率 94.9%、17 の二次医療圏が未設置）。
- 本年度は認知症施策推進大綱の中間見直しの年であり、今後の認知症疾患医療センターの「役割」や「整備方針」について改めて検討しなおす必要がある。
- この課題に対応するために、令和 4（2022）年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業」において「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業検討委員会」（以下、検討委員会）を設置し、今後の認知症疾患医療センターの整備方針及び整備目的のあり方について検討した。また同時に、都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、日本認知症学会・日本老年精神医学会の専門医を対象に、「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査」（以下、「整備方針に関する調査」）を行い、今後の整備方針を検討するための基礎資料を得た。
- 以下に、検討会議の論点整理を行い、今後の認知症疾患医療センターの整備方針について提言する。

2. 全体的な考え方

- 平成元（1989）年以降の30年以上に及ぶ認知症疾患医療センター運営事業の歴史の中で、認知症疾患医療センターに求められる役割は大きく変化してきている。事業設立当初は、認知症である人が認知症の医学的診断を受けられるようにすること、認知症に関する地域の保健医療水準を高めることなどが目的であったが、今日では、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現という文脈の中で、「認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制を構築すること」がその目的とされている。
- また、これまでの高齢者施策では、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年問題がクローズアップされてきたが、これからは85歳以上の認知症高齢者、特に独居の認知症高齢者が急増する2040年問題を視野に入れ、危機意識をもって体制整備のあり方を考える必要がある。
- 認知症疾患医療センターに求められる役割の時代的变化の中で、平成22（2010）年には基幹型と地域型、平成26（2014）年に診療所型が創設され、平成29（2017）年には診療所型が連携型に改称され、診療所に限らず病院に対しても連携型の認知症疾患医療センターを指定することができるようになった。
- 各類型については、それぞれ期待される役割に応じた設置基準が定められているが、一方、今日では、同じ類型であっても、果たしている機能は地域によって大きく異なることが明らかにされてきている。
- たとえば、その地域にある認知症疾患医療センターが一般病院であるか、精神科病院であるか、大学病院であるか、診療所であるかによって、認知症疾患医療センターが果たしている機能は異なる。
- 基幹型は大学病院である場合が多く、高度の診断機能を有しているが、認知症支援のマネジメントのスキルが必ずしも高いとは言えない。
- 認知症の行動・心理症状（BPSD）や複雑困難な課題があるために、かかりつけ医や一般病院では対応できない独居の認知症高齢者が増えており、精神科病院への認知症患者の紹介が増えているという意見もある。
- 連携型の診療所では入院はできないが、何かあったときにまずは連携型につなぎ、そこ

でトリアージし、地域包括支援センターと連携したり、往診したりしながら、なるべく入院によらない方法を検討することもできるとする意見もある。

- 人口規模や人口密度、圏域の面積、交通の便などの地域特性によっても、認知症疾患医療センターに期待される役割は異なってくる。
- これからは、それぞれの地域の実情に応じて、それぞれの認知症疾患医療センターの特性、求められている役割などを考慮し、今後の整備方針を都道府県・指定都市単位で、あるいは二次医療圏単位で検討していく必要がある。

3. 認知症に対する医療の役割分担を地域ベースで考える必要性

- 地域から見た認知症疾患医療センターというものは、認知症に対する医療の一部を担っているに過ぎない。
- 認知症に対する医療は、そのステージによってさまざまな医療資源が必要となる。今後、アルツハイマー病疾患修飾薬等が導入された場合には、髄液検査や PET 検査が行える医療機関、副作用の安全管理体制が確保されている医療機関との連携体制の構築も検討していく必要がある。
- 若年性認知症の診断と診断後支援は認知症疾患医療センターに強く期待されている役割の一つであるが、認知症疾患医療センターがかかりつけ医や認知症サポート医と勉強会を行うことによって、認知症サポート医が若年性認知症の企業啓発研修を担えるようになったとする地域もある。
- 認知症に対する医療を役割分担して、地域全体で認知症の医療の質を高めていくことが求められている。
- 地域の中で認知症支援に関わるさまざまな事業や施設との関連の中で、認知症疾患医療センターに求められている役割を考え、広い視点に立って、認知症に対する医療の役割分担を地域全体で再構築していく必要がある。

4. 現在の認知症疾患医療センターが果たしている役割を総括する必要性

- 現在の認知症疾患医療センターによって認知症に対する医療のどのような部分が充足されたのか、どのような部分が不足しているのかという総括も必要である。今後の整備

方針を考えていく上で、少なくとも何ができていたのかというコンセンサスをつくっておくことも重要である。

- それぞれの地域における認知症に対する医療提供体制の現状をどこが主体となって把握するのかという問題もある。認知症疾患医療センターが地域の認知症医療提供体制の全体を把握しているとは限らない。地域包括支援センターやケアマネジャーの方が認知症の方の現状をよく把握しているということもある。
- 今日では市区町村単位で認知症支援に関わる関係者が一堂に会して地域の認知症施策や認知症支援の現状を共有する会議体をもつ自治体も増えてきている。そのような場で地域の認知症のための医療提供体制や支援体制のあり方を検討していくことも可能である。
- 認知症疾患医療センター地域連携会議などで、二次医療圏単位で何ができているのか、何が足りないのかを明らかにしていくことも重要である。それによって、二次医療圏単位でのこれからの整備方針を検討していくことが可能になる。

5. 認知症疾患医療センターが設置されていない二次医療圏

- 「整備方針に関する調査」によれば、回答が得られた都道府県・指定都市の14%において「認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏がある」と回答されていた。その理由としては「認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関がない」が75%を占め、「認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関があっても指定できない」、「専門医を確保できない」、「国の補助金が少ない」がこれに次ぎ、それぞれ25%であった。
- 一方、都道府県・指定都市によっては、認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏に対して、特定の機関がその地域を支援する仕組みをつくったり、隣接する医療圏の認知症疾患医療センターが支援したり、圏域内の認知症サポート医やかかりつけ医が連携して対応するなどの対策を試みているところもある。
- 認知症疾患医療センターが設置されていない二次医療圏については、今どのようなことが課題になっているかを把握し、地域の実情に応じた課題解決の方策を都道府県・指定都市において講じていく必要がある。

6. 僻地の認知症医療・ケア提供体制への支援

- さらに、「整備方針に関する調査」では、回答のあった都道府県・指定都市のうちの 28% において、僻地等（人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大など）のために認知症のための医療サービス提供体制に課題がある地域があると回答されていた。
- 離島、山間部、小規模自治体では、医療資源や医師が不足しがちであり、交通の便の悪さ、豪雪などの自然環境の問題などのために医療サービスへのアクセシビリティが不良になりやすい。
- 都道府県・指定都市によっては、この問題を解決するために、特定の機関や認知症疾患医療センターで離島などの僻地支援を行う仕組みをつくったり、隣接医療圏との連携体制を構築したり、地域内の診療所で対応するなど、地域の実情に応じた多様な対策が試みられている。
- たとえば、北海道には二次医療圏が 21 あるが、そのうち 7 つの二次医療圏には認知症疾患医療センターが設置されていない。北海道は広域分散型の地域特性を有しており、都市部を除く多くの二次医療圏は人口規模が小さく、かつ、面積が広大であるため、人口密度は希薄である。地域の医療資源が限られていることから、全ての二次医療圏の中で完結することは難しく、未設置の二次医療圏については、三次医療圏で支援する体制をとっている。
- 東京都の場合は、二次医療圏単位に地域拠点型、市区町村単位に地域連携型の認知症疾患医療センターを設置するという東京都独自の考え方で整備を進めている。しかし、それでも島嶼部など、認知症疾患医療センターを設置することができない二次医療圏がある。これに対しては、東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センターという機関を設置して、島嶼地域の認知症支援体制づくりをサポートする体制をとっている。
- しかし、そのような支援体制づくりをしても問題が解決したわけではなく、人の確保が難しいという問題は続いている。現在行っている支援体制を今後さらにどの程度強化していく必要があるか、といったことが検討課題として残されている。
- 例えば、常勤の専門医を確保できない僻地については、事業の質を担保するための何らかの基準を設定した上で、非常勤の専門医の派遣があれば認知症疾患医療センターの指定を認めるとするような柔軟な対応も検討する必要がある。

- 都道府県内には人口が集中して医療資源が豊富な大都市（指定都市など）と人口が希薄で医療資源が不足している周辺地域がある。そこがどのようにして連携していくか（例：都道府県と指定都市の連携）ということも今後の課題である。

7. 人口規模の大きな大都市の二次医療圏

- 「整備方針に関する調査」では、回答のあった都道府県・指定都市のうち 77%において、同一の二次医療圏に認知症疾患医療センターを複数設置している二次医療圏があると回答されていた。その理由としては、「人口規模が大きいため」または「高齢者人口が多いため」が大半を占め、「面積が広大なため」、「複数の市町村があるため」がそれに次いだ。
- また、同調査では、回答のあった都道府県・指定都市のうちの 12%、認知症疾患医療センターの 22%、専門医の 26%において、「人口規模が大きいために認知症疾患医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏がある」と回答されていた。
- 人口規模の大きい大都市の中には、認知症疾患医療センターを複数設置し、それぞれの認知症疾患医療センターが地域の認知症施策全般の事業に関わる中核的センターとして機能しているところもあるとのことであるが、期待されている役割が多岐にわたるため負担は大きいという。自治体としては、もう少し認知症疾患医療センターの数を増やす必要があると考えているが、補助金が限られているので新たな指定が難しいという問題もある、という意見もあった。

8. 都道府県・指定都市が地域の実情を把握するための仕組みづくり

- 今後の整備方針を考えるにあたっては、都道府県・指定都市がそれぞれの地域の実情を把握することが基本となる。それにあたっては、グローバルに政策提言できるような視点を持って活動することができ、かつ人材育成なども担える基幹型のような機関を、都道府県に 1 カ所設置する必要があるのではないかという意見もある。
- 都道府県の全体会議として開催される都道府県認知症疾患医療連携協議会が、認知症疾患医療センター地域連携会議などを通して、地域の課題を吸い上げる仕組みをつくるという考え方もある。
- 今日では多くの市区町村に認知症施策に関する会議体があり、そこで関係者が一堂に

会して認知症施策の状況を共有することができるので、そのような会議体の情報を収集して都道府県が課題を吸い上げていく方法もあるかもしれない。

- 市区町村単位の会議体では、例えば困難事例への対応に直面している地域包括支援センターの意見を吸い上げる仕組みも必要である。
- サービス提供者側だけではなく、サービスを利用する当事者の意見も吸い上げる仕組みを検討する必要がある。
- なお、地域の認知症医療提供体制の機能状況に関する評価については、例えば認知症疾患医療センターに勤務する専門職と認知症疾患医療センターに勤務していない専門職との間で乖離が生じる場合があることが、本研究事業の調査においても明らかにされている^{注1)}。
- したがって、認知症医療提供体制の全体像と課題の把握には多様な視点からの評価が必要であり、その結果を市区町村レベル、二次医療圏レベル、都道府県・指定都市レベルで共有できる仕組みづくりが必要である。

9. 認知症疾患医療センター運営事業の質の確保

- 認知症疾患医療センター運営事業では、単に認知症疾患医療センターを設置するだけではなく、事業の質の確保をするという観点を強化する必要がある。
- 事業の質の確保にあたっては、認知症疾患医療センターに備わっている機能とともに、圏域に不足している機能を把握することが重要である^{注2)}。その際には、認知症疾患医療センターからだけではなく、認知症疾患医療センター以外の他の関係機関からの情報収集も必要である。
- それらの結果を踏まえて、都道府県認知症疾患医療連携協議会等で課題を明確化させ、課題解決に向けた検討を行い、地域の実情に応じた整備方針、職員研修、人材育成のあり方を検討する必要がある。
- 機能していない認知症疾患医療センターについては指定を更新しないという視点も必要である。3年毎に認知症疾患医療センターの指定更新を行い、その際に市区町村へのヒアリングを行い、あまり機能していないという意見がある場合には、当該認知症疾患医療センターにそれをフィードバックして、問題点を具体的に話し合うようにしてい

る都道府県もある。

- 一方、行政の立場で医療機関を評価するのは難しいとする自治体もある。行政の立場で認知症疾患医療センターの機能を評価するためには、国の方でその枠組みを示す必要があるとする意見もある。
- これまでの老人保健健康増進等事業で、認知症医療の機能向上や質の確保に向けて多くの資材が作成されてきたが、それらが十分に活用されていないという指摘もある。これらを活用していく仕組みづくりも必要であろう。

注1) 令和4(2022)年度老人保健健康増進等事業における「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査」において、認知症疾患医療センターを対象とする調査と日本認知症学会・日本老年精神医学の専門医を対象とする調査では、認知症疾患医療センターに備わっている機能・圏域に不足している機能について認識の乖離が見られた。すなわち、認知症疾患医療センターに勤務している専門職よりも、専門医(67%が認知症疾患医療センターに勤務していない)は、現在の認知症疾患医療センターの機能がより不十分であると認識しており、圏域の医療提供体制において不足している機能はより多いと認識していることが明らかになった。但し、この結果が、認知症疾患医療センターに勤務する専門職が機能を過大評価していることに起因するのか、あるいは認知症疾患医療センターに勤務していない専門医が認知症疾患医療センターの実情を知らないことに起因するのか、については明らかではない。

注2) 令和4(2022)年度老人保健健康増進等事業では、現在の認知症疾患医療センターに備わっている機能と圏域に不足している機能を同時に把握するためのツールとして、「認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト」を作成した(資料参照)。

5. 提言

認知症疾患医療センターの今後の整備方針に関する提言

- 今日の認知症疾患医療センター運営事業は、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現という文脈の中で、「認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制を構築すること」を共通の目的としている。
- この目的を達成するために、都道府県・指定都市は、地域の実情に応じて、医療・介護関係機関との連携や役割分担などを踏まえて、都道府県・指定都市や二次医療圏において認知症疾患医療センターに求められる役割を明確にし、整備方針を定めていく必要がある。
- そのためには、都道府県・指定都市は、現在の認知症疾患医療センターが果たしている機能を評価するとともに、それぞれの地域で不足している機能や課題を把握し、必要な医療を提供できる機能体制が地域ベースで総合的に構築されるように、都道府県認知症疾患医療連携協議会等で検討していく必要がある。
- また、そのためには、二次医療圏で実施される認知症疾患医療センター地域連携会議や市区町村で実施されている認知症施策に関する会議等で、地域における認知症医療提供体制の課題を把握し、都道府県・指定都市がその情報を吸い上げる仕組みを検討する必要がある。
- 今後、アルツハイマー病疾患修飾薬等が導入された場合には、髄液検査やPET検査が行える医療機関や、副作用の安全管理体制が確保されている医療機関との連携体制の構築も検討していく必要がある。
- 現在、認知症疾患医療センターが設置されていない二次医療圏については、それぞれの都道府県・指定都市においてその要因を分析し、認知症疾患医療センターの新たな設置が可能な場合にはそれに向けて検討を進め、それが困難な場合には、それぞれの地域の実情を勘案して、認知症疾患医療センターの設置を代替する支援体制を計画する必要がある。
- 特に、人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大である、などの理由から、医療資源の確保や人員の確保が困難であり、認知症疾患医療センターの設置が困難な地域（島嶼部や中山間地域など）については、それぞれの地域の実情を十分に勘案した上で、その地域の実情に応じた支援体制を講じる必要がある。

- 常勤の専門医を確保できない僻地については、事業の質を担保するための何らかの基準を設定した上で、非常勤の専門医の派遣があれば認知症疾患医療センターの指定を認めるとするような柔軟な対応も検討する必要がある。
- また、すでに認知症疾患医療センターが設置されている二次医療圏においても、人口規模が大きいため、あるいは面積が広大なために、さらなる認知症疾患医療センターの設置が必要とされる場合には、都道府県・指定都市と国が協議し、さらなる指定が可能となるように柔軟に対応していくことが求められる。
- 令和4（2022）年度の段階で、認知症施策推進大綱において設定された全国の認知症疾患医療センターの目標設置件数は概ね達成された。国及び都道府県・指定都市は、今後は上記に述べた検討や対応を前提にして、都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催、認知症疾患医療センターの機能評価と地域課題の把握、認知症疾患医療センターの職員研修を含む人材育成を事業の質を確保するための3本の柱として、地域の実情に応じた認知症疾患医療センターの整備方針と認知症に対する医療提供体制の支援方針を定めていく必要がある。

II 資料編

1. 令和3年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の
集計分析

認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析 (令和3年度分)

1. 研究目的

認知症疾患医療センター運営事業は「認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応、認知症の行動・心理症状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とともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域にお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」ことを目的とする都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業である。同事業に設置される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の設置基準及び事業内容に沿って事業実態を把握でき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3年度一年間の認知症疾患医療センターの事業実績を集計分析することにある。

2. 研究方法

対象は、令和4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(Excelデータ)の提出があった全国の488施設(基幹型17、地域型384、連携型87)である(悉皆調査)。実績報告書は、令和3年度からExcel上で統合が可能な様式が使用されているので、本研究ではこれを用いて都道府県・指定都市単位でデータセット化したものを統合し、全国データを作成した。各項目については、類型別・医療機関種別にクロス集計を行った。

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51.3%が精神科病院であった。連携型は診療所が43.7%を占めた。設置主体を表2に示す。基幹型は47.1%が国立、23.5%が都道府県・指定都市立、5.9%が市区町村立であり、あわせて76.5%が公立の医療機関であった。地域型、連携型では医療法人が55.5%、63.2%と最も多くを占めた。

表 1 類型別・医療機関種別内訳

		医療機関種別				
		一般病院	精神科病院	診療所	その他	合計
類型	基幹型	17	0	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	187	197	0	0	384
		48.7%	51.3%	0.0%	0.0%	100.0%
	連携型	27	22	38	0	87
31.0%		25.3%	43.7%	0.0%	100.0%	
合計	231	219	38	0	488	
		47.3%	44.9%	7.8%	0.0%	100.0%

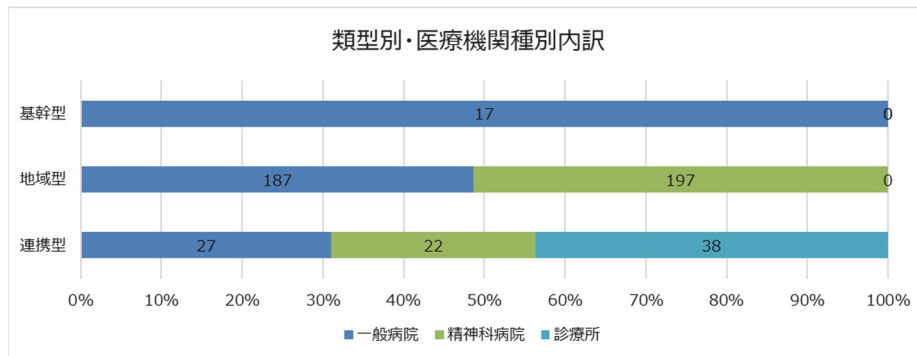


図 1 類型別・医療機関種別内訳 (再掲)

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	8	4	1	0	0	0	0	2	17
		11.8%	47.1%	23.5%	5.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	11.8%	100.0%
	地域型	23	23	31	23	16	213	4	17	34	384
		6.0%	6.0%	8.1%	6.0%	4.2%	55.5%	1.0%	4.4%	8.9%	100.0%
	連携型	1	2	7	6	3	55	3	6	4	87
1.1%		2.3%	8.0%	6.9%	3.4%	63.2%	3.4%	6.9%	4.6%	100.0%	
合計	26	33	42	30	19	268	7	23	40	488	
		5.3%	6.8%	8.6%	6.1%	3.9%	54.9%	1.4%	4.7%	8.2%	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。基幹型および一般病院では一般病床数が多く、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	17	653.3	158.5	649	374	932
	地域型	384	163.7	260.5	2	0	1226
	連携型	87	53.4	104.7	0	0	400
	合計	488	161.1	258.2	0	0	1226

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	231	333.6	289.7	284	0	1226
	精神科病院	219	6.7	22.6	0	0	155
	診療所	38	1.6	5.1	0	0	19
	合計	488	161.1	258.2	0	0	1226

2) 精神病床：類型別（表 5）、医療機関種別（表 6、図 2）に精神病床数を示す。精神科病院が多数を占める地域型および精神科病院では精神病床数が多く、診療所では精神病床の設置がなかった。

表 5 類型別 精神病床数

		病床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	49.8	24.8	41	23	108
	地域型	384	182.7	157.8	179	0	808
	連携型	87	60.0	107.1	0	0	463
	合計	488	156.2	155.7	130	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	231	73.1	115.0	34	0	780
	精神科病院	219	270.8	124.1	250	0	808
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	488	156.2	155.7	130	0	808

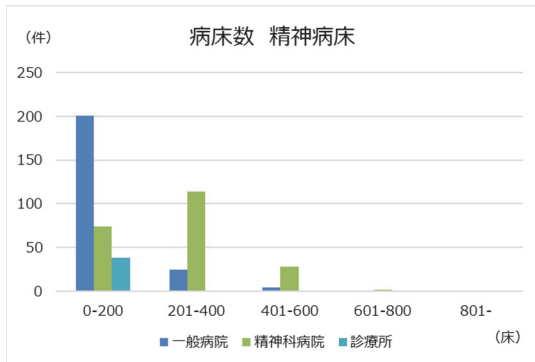


図2 医療機関種別 精神病床数

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。

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	17	16.8	29.9	8	0	112
	地域型	384	15.6	38.1	0	0	325
	連携型	87	11.5	31.4	0	0	166
	合計	488	14.9	36.7	0	0	325

表8 医療機関種別 その他病床数

		病床数 その他病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	231	28.1	47.5	4	0	325
	精神科病院	219	3.5	16.6	0	0	135
	診療所	38	0.1	0.3	0	0	2
	合計	488	14.9	36.7	0	0	325

4) うち療養病床：療養病床について類型別（表9）、医療機関種別（表10）に示す。

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	17	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	384	14.2	42.9	0	0	347
	連携型	87	10.2	31.0	0	0	166
	合計	488	13.0	40.3	0	0	347

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	231	19.5	48.2	0	0	347
	精神科病院	219	8.3	32.7	0	0	257
	診療所	38	0.1	0.3	0	0	2
	合計	488	13.0	40.3	0	0	347

5) 全病床数：類型別（表 11）、医療機関種別（表 12、図 3）に全病床数を示す。一般病床を含むと基幹型及び一般病院では病床数が多い傾向があった。ヒストグラムから、精神科病院及び一般病院に 201-400 床規模の医療機関が多いことがわかる。

表 11 類型別 全病床数

		病床数 計					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	719.9	170.9	697	456	1000
	地域型	384	361.9	217.2	311	0	1275
	連携型	87	124.9	135.5	100	0	463
	合計	488	332.1	234.4	290	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	231	434.8	261.2	390	39	1275
	精神科病院	219	281.1	133.7	261	0	898
	診療所	38	1.7	5.3	0	0	19
	合計	488	332.1	234.4	290	0	1275

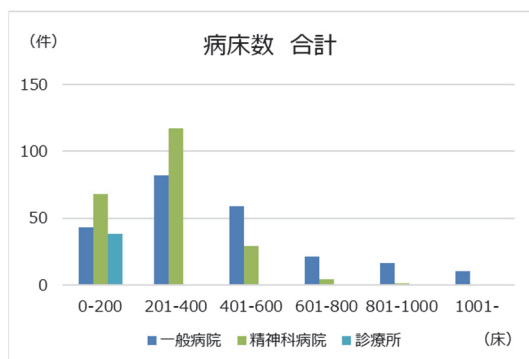


図 3 医療機関種別 全病床数

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が多かった。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。

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。年間稼働日数に空欄が 1 件みられ欠損値として扱った。基幹型の稼働日数が多く、地域型と連携型の間には差はなかった。医療機関種別では診療所の稼働日数が多い傾向があった。

表 15 類型別 稼働日数（上段：週、下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	5.8	1.0	5	5.0	7
	地域型	384	5.3	0.5	5	4.6	7
	連携型	86	5.3	0.5	5	4.5	7
	合計	487	5.3	0.5	5	4.5	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	17	292.5	62.6	243	240	365
	地域型	384	256.7	32.5	245	0	365
	連携型	86	253.6	37.1	243	0	365
	合計	487	257.4	35.4	245	0	365

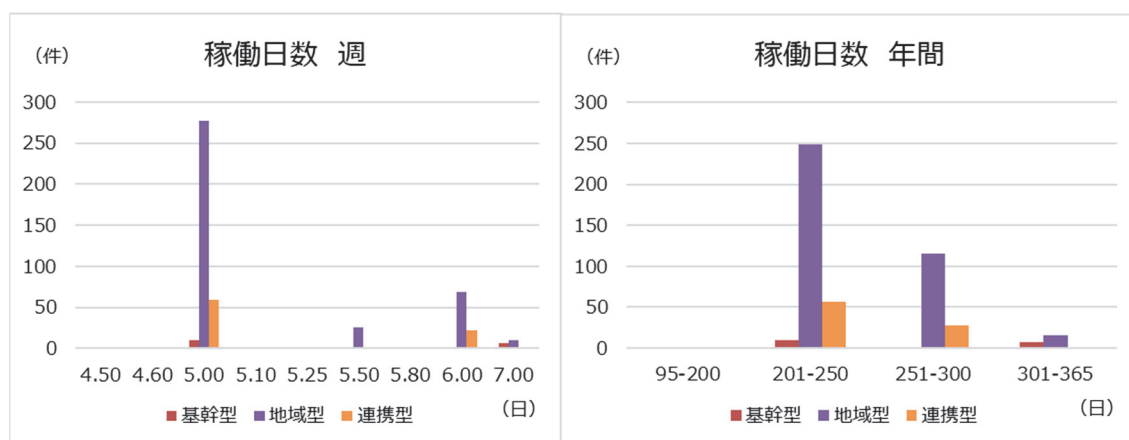


図 6 類型別 稼働日数（左図：週、右図：年）

表 16 医療機関種別 稼働日数（上段：週、下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	230	5.3	0.5	5	4.6	7
	精神科病院	219	5.3	0.5	5	4.5	7
	診療所	38	5.4	0.5	5	5.0	6
	合計	487	5.3	0.5	5	4.5	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	230	257.1	34.4	243	0	365
	精神科病院	219	258.7	33.7	245	0	365
	診療所	38	251.5	48.7	244	0	299
	合計	487	257.4	35.4	245	0	365

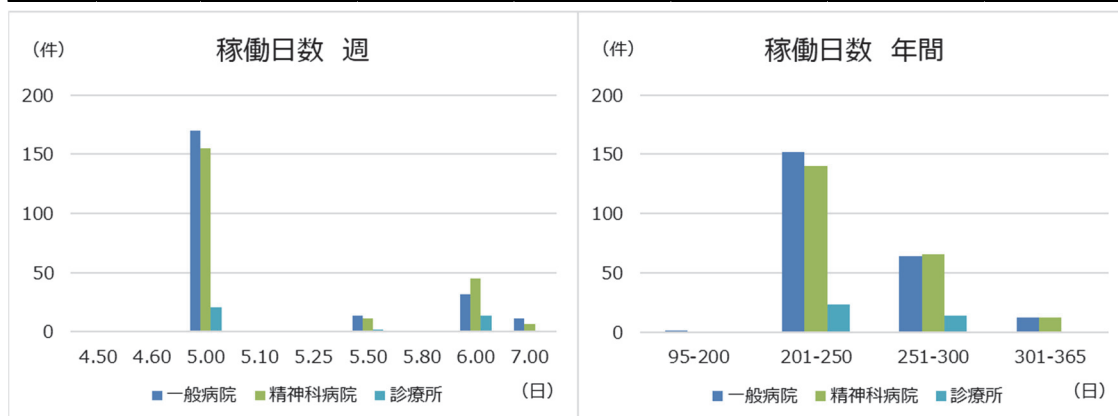


図 7 医療機関種別 稼働日数（左図：週、右図：年）

2) 医師配置状況：類型別医師配置状況（表 17、18、19、図 8）、医療機関種別医師配置状況（表 20、21、22、図 9）をそれぞれ示す。実績報告書上で数値入力項目の空欄は集計データ上で「0」とされ、集計に含まれることに留意が必要である。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、99.6%の認知症疾患医療センターに配属されていた。類型別では専門医の配置人数は基幹型に多く、中央値 2 名であった。地域型では中央値 1 名、連携型では中央値 1 名であった。専門医以外の医師はいずれの類型も中央値 1 名であった。医療機関種別では専門医はいずれも中央値 1 名であった。

表 17 類型別 医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	2	382	384
		0.5%	99.5%	100.0%
	連携型	0	87	87
		0.0%	100.0%	100.0%
合計	2	486	488	
		0.4%	99.6%	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	17	2.2	1.4	2	0	4
	地域型	384	1.2	1.5	1	0	11
	連携型	87	0.7	0.8	1	0	3
	合計	488	1.2	1.4	1	0	11

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	17	1.5	1.3	1	0	5
	地域型	384	2.3	2.8	1	0	21
	連携型	87	1.5	1.4	1	0	9
	合計	488	2.1	2.6	1	0	21

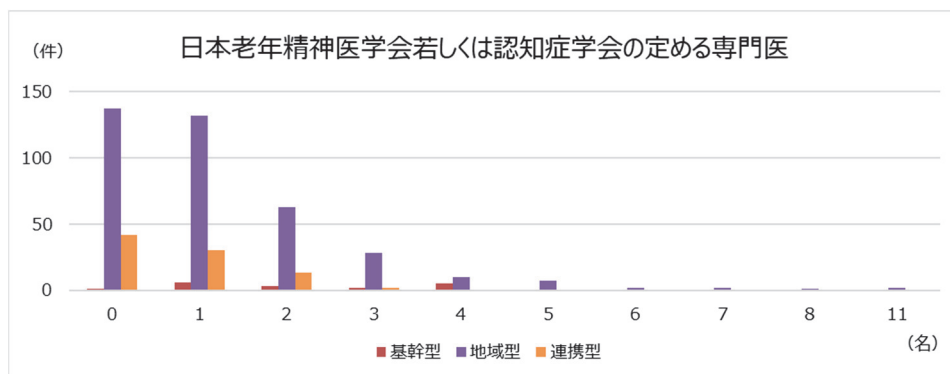


図 8 類型別 専門医配置状況

表 20 医療機関別 医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関 種別	一般病院	2	229	231
		0.9%	99.1%	100.0%
	精神科病院	0	219	219
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	38	38
		0.0%	100.0%	100.0%
合計	2	486	488	
		0.4%	99.6%	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	231	1.4	1.7	1	0	11
	精神科病院	219	1.0	1.2	1	0	8
	診療所	38	0.8	0.8	1	0	3
	合計	488	1.2	1.4	1	0	11

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	231	1.9	2.3	1	0	21
	精神科病院	219	2.5	3.0	1	0	20
	診療所	38	1.3	1.3	1	0	5
	合計	488	2.1	2.6	1	0	21

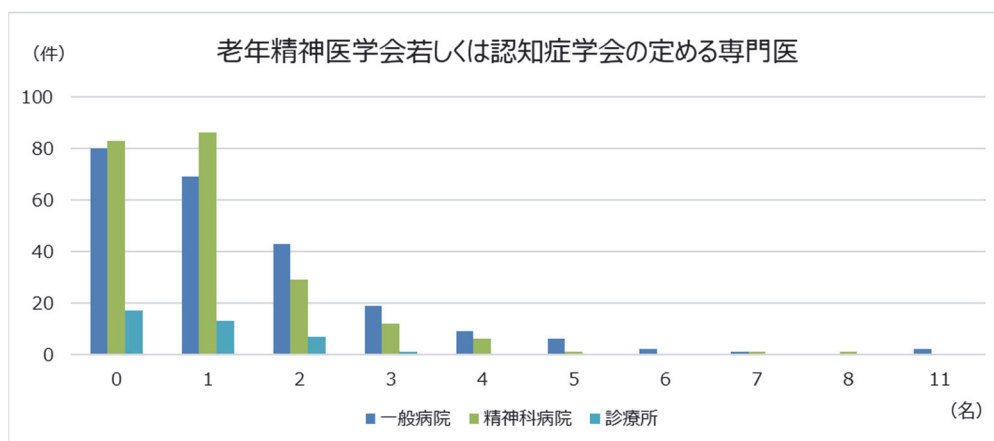


図 9 医療機関種別 専門医配置状況

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。実績報告書上での数値入力欄の空欄は集計データ上「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかで 88.5%の医療機関に精神保健福祉士が配置されていた。

表 23 類型別 精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	1	16	17
		5.9%	94.1%	100.0%
	地域型	21	363	384
		5.5%	94.5%	100.0%
	連携型	34	53	87
合計	56	432	488	
		11.5%	88.5%	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	17	0.9	0.5	1	0	2
	地域型	384	0.9	0.5	1	0	5
	連携型	87	0.2	0.4	0	0	1
	合計	488	0.8	0.6	1	0	5

表 25 類型別 精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	0.6	0.6	1	0	2
	地域型	384	1.3	1.4	1	0	10
	連携型	87	0.9	1.2	1	0	6
	合計	488	1.2	1.4	1	0	10

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	30 13.0%	201 87.0%	231 100.0%
	精神科病院	5 2.3%	214 97.7%	219 100.0%
	診療所	21 55.3%	17 44.7%	38 100.0%
	合計	56 11.5%	432 88.5%	488 100.0%

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	231	0.8	0.7	1	0	5
	精神科病院	219	0.9	0.5	1	0	3
	診療所	38	0.2	0.4	0	0	1
	合計	488	0.8	0.6	1	0	5

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	231	1.0	1.5	1	0	10
	精神科病院	219	1.4	1.2	1	0	8
	診療所	38	0.5	1.1	0	0	5
	合計	488	1.2	1.4	1	0	10

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。数値入力項目の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかで保健師の配置がされているのは 11.3%であった。いずれも中央値は 0 名の配置であったが、最大で 2 名の配置があった。

表 29 類型別 保健師の配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	13	4	17
		76.5%	23.5%	100.0%
	地域型	339	45	384
		88.3%	11.7%	100.0%
	連携型	81	6	87
93.1%		6.9%	100.0%	
合計	433	55	488	
		88.7%	11.3%	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	17	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	384	0.1	0.3	0	0	2
	連携型	87	0.0	0.2	0	0	1
	合計	488	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	17	0.1	0.2	0	0	1
	地域型	384	0.1	0.3	0	0	2
	連携型	87	0.0	0.2	0	0	1
	合計	488	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	193	38	231
		83.5%	16.5%	100.0%
	精神科病院	206	13	219
		94.1%	5.9%	100.0%
	診療所	34	4	38
89.5%		10.5%	100.0%	
合計	433	55	488	
		88.7%	11.3%	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	231	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	219	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	38	0.1	0.3	0	0	1
	合計	488	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	231	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	219	0.0	0.2	0	0	2
	診療所	38	0.1	0.2	0	0	1
	合計	488	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。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかの臨床心理技術者は 88.9%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、多くは兼務の者で最大 8 名の配置があった。

表 35 類型別 臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	9	375	384
		2.3%	97.7%	100.0%
	連携型	45	42	87
		51.7%	48.3%	100.0%
合計	54	434	488	
	11.1%	88.9%	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	17	0.4	0.5	0	0	1
	地域型	384	0.2	0.5	0	0	5
	連携型	87	0.1	0.4	0	0	2
	合計	488	0.2	0.5	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	17	0.9	0.7	1	0	2
	地域型	384	1.1	0.8	1	0	8
	連携型	87	0.6	0.8	0	0	5
	合計	488	1.0	0.9	1	0	8

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	21	210	231
		9.1%	90.9%	100.0%
	精神科病院	16	203	219
		7.3%	92.7%	100.0%
	診療所	17	21	38
		44.7%	55.3%	100.0%
	合計	54	434	488
		11.1%	88.9%	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	231	0.2	0.7	0	0	5
	精神科病院	219	0.1	0.3	0	0	2
	診療所	38	0.2	0.5	0	0	2
	合計	488	0.2	0.5	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	231	1.1	1.0	1	0	8
	精神科病院	219	1.0	0.7	1	0	4
	診療所	38	0.6	0.7	0	0	2
	合計	488	1.0	0.9	1	0	8

6) 連携推進補助員配置状況： 類型別連携推進補助員配置状況（表 41、42、43）、医療機関種別連携推進補助員配置状況（表 44、45、46）をそれぞれ示す。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。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 9.2%であった。多くは 0 名の配置であり、最大で専従 3 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	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	地域型	353	31	384
		91.9%	8.1%	100.0%
	連携型	76	11	87
合計	443	45	488	
		90.8%	9.2%	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	17	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	384	0.0	0.2	0	0	3
	連携型	87	0.0	0.0	0	0	0
	合計	488	0.0	0.2	0	0	3

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	17	0.1	0.2	0	0	1
	地域型	384	0.1	0.4	0	0	4
	連携型	87	0.2	0.6	0	0	4
	合計	488	0.1	0.4	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	202	29	231
		87.4%	12.6%	100.0%
	精神科病院	208	11	219
		95.0%	5.0%	100.0%
	診療所	33	5	38
		86.8%	13.2%	100.0%
合計	443	45	488	
		90.8%	9.2%	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	231	0.1	0.3	0	0	3
	精神科病院	219	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	488	0.0	0.2	0	0	3

表 46 医療機関種別 連携推進補助員配置状況（兼務）

		連携推進補助員 兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	231	0.1	0.4	0	0	3
	精神科病院	219	0.1	0.4	0	0	4
	診療所	38	0.2	0.6	0	0	2
	合計	488	0.1	0.4	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。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。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 11.9%、精神保健福祉士は 40.0%であり、昨年度より増加が見られた。連携型および診療所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・地域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・老年看護認定看護師含む）、臨床心理技術者、保健師、介護支援専門員、介護福祉士、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、認知症ケア上級専門士、若年性認知症支援コーディネーター、認知症当事者などが配置されていた。

表 47 類型別 日常生活支援のための社会福祉士配置状況

		日常生活支援のための相談員の配置 社会福祉士 専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	340	44	384
		88.5%	11.5%	100.0%
	連携型	74	13	87
85.1%		14.9%	100.0%	
合計	430	58	488	
		88.1%	11.9%	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	190	41	231
		82.3%	17.7%	100.0%
	精神科病院	210	9	219
		95.9%	4.1%	100.0%
	診療所	30	8	38
78.9%		21.1%	100.0%	
合計	430	58	488	
		88.1%	11.9%	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	10	7	17
		58.8%	41.2%	100.0%
	地域型	225	159	384
		58.6%	41.4%	100.0%
	連携型	58	29	87
66.7%		33.3%	100.0%	
合計	293	195	488	
		60.0%	40.0%	100.0%

表 50 医療機関種別 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	149	82	231
		64.5%	35.5%	100.0%
	精神科病院	116	103	219
		53.0%	47.0%	100.0%
	診療所	28	10	38
73.7%		26.3%	100.0%	
合計	293	195	488	
		60.0%	40.0%	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支援は 11 件の空欄、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 113 件の空欄、その他の活動は 91 件の空欄があり、欠損値として扱った。相談員による診断後の相談は全体で 97.1%が実施しており、昨年度より全体的な増加があり実施率に大きな差はなかった。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 38.9%が実施しており、地域型および診療所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、認知症カフェやの開催、受療前相談、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、ピアサポート、コーラスグループ等の非薬物療法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		463	146	153
		97.1%	38.9%	38.5%
類型	基幹型	17	5	3
		100.0%	33.3%	23.1%
	地域型	363	125	117
		97.1%	42.4%	38.1%
	連携型	83	16	33
		96.5%	24.6%	42.9%

表 52 医療機関種別 日常生活支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の 相談支援	ピアカウンセリングなどの ピアサポート活動や 交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
医療機関 種別	合計	463	146	153
		97.1%	38.9%	38.5%
	一般病院	222	68	79
		97.4%	38.4%	41.8%
	精神科病院	206	65	52
		97.2%	37.8%	30.1%
	診療所	35	13	22
		94.6%	50.0%	62.9%

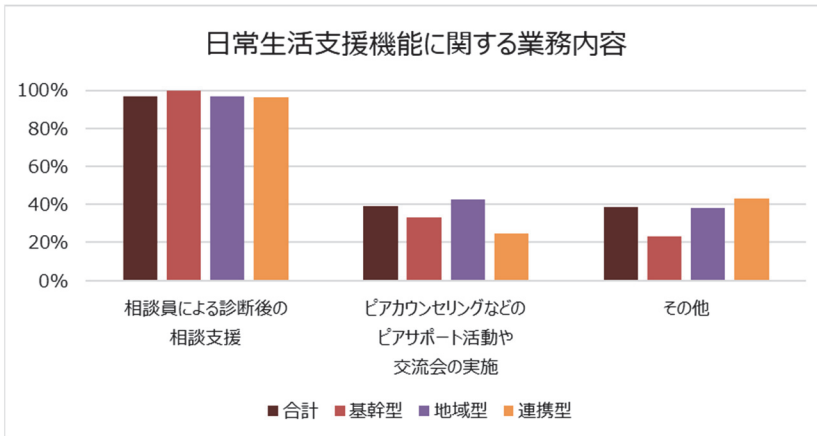


図 10 類型別 日常生活支援機能に関する業務内容(再掲)

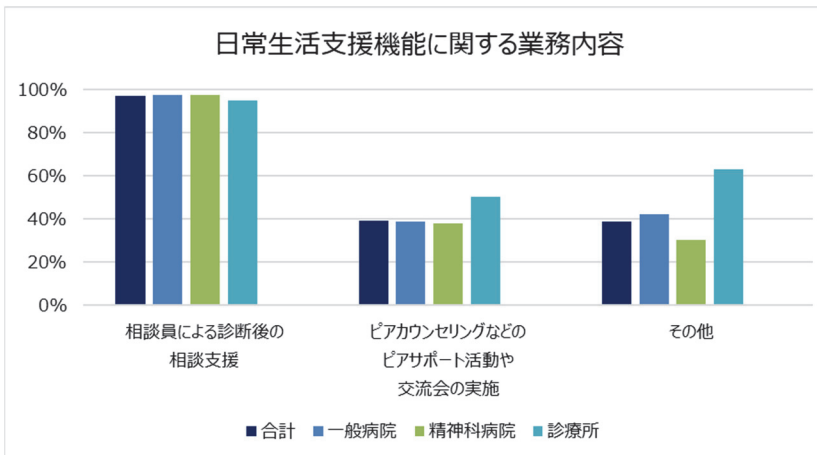


図 11 医療機関種別 日常生活支援機能に関する業務内容 (再掲)

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。空欄は欠損値扱いとしたほか、自施設で検査体制がないものは自施設検査体制の合計数には含まれていない。また保有機器数については自施設にあると回答したものを母集団として集計した。基幹型では以下に示す検査体制が 100%整備されていたが、大型な設備を要する CT 検査、MRI 検査や SPECT 検査は地域型・連携型では整備されていない医療機関があった。自院で画像検査が困難な地域型や連携型は、連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられた。医療機関種別にみても、CT 検査の整備率は高いものの、診療所で CT 検査が自院で可能なものは 39.5%であった。類型別同様、自院で画像検査が困難な医療機関は、連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられた。

表 53 類型別 自施設検査体制

		血液検査	尿一般検査	心電図検査	神経心理検査	CT検査	MRI検査	SPECT検査
		あり	あり	あり	あり	あり	あり	あり
合計		486	482	485	483	453	250	132
		99.6%	98.8%	99.4%	99.0%	92.8%	51.2%	27.0%
類型	基幹型	17	17	17	17	17	17	17
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	地域型	383	380	382	380	379	199	107
		99.7%	99.0%	99.5%	99.0%	98.7%	51.8%	27.9%
	連携型	86	85	86	86	57	34	8
		98.9%	97.7%	98.9%	98.9%	65.5%	39.1%	9.2%

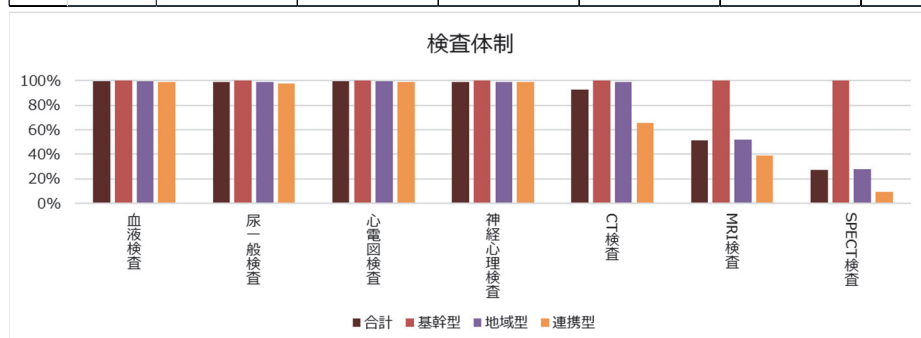


図 12 類型別 検査体制(再掲)

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		54	234	352
		11.1%	48.0%	72.1%
類型	基幹型	0	0	0
		0.0%	0.0%	0.0%
	地域型	21	184	275
		5.5%	47.9%	71.6%
	連携型	33	50	77
		37.9%	57.5%	88.5%

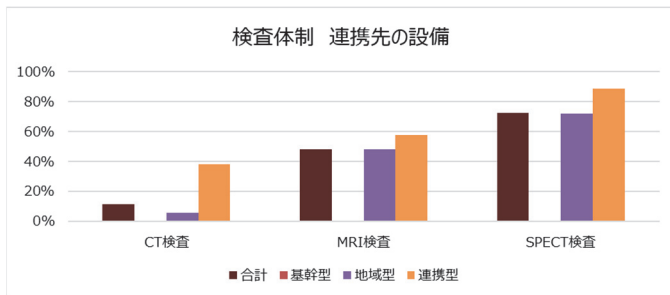


図 13 類型別 連携先の画像検査設備（再掲）

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

		保有機器 CT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	4.2	1.8	3	2	7
	地域型	379	1.6	1.4	1	0	13
	連携型	57	1.1	0.3	1	1	2
	合計	453	1.6	1.4	1	0	13
		保有機器 MRI					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	3.8	1.8	3	2	10
	地域型	199	1.7	1.2	1	0	7
	連携型	34	1.1	0.3	1	1	2
	合計	250	1.8	1.3	1	0	10
		保有機器 SPECT					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	1.8	1.0	2	1	4
	地域型	107	1.4	0.7	1	0	4
	連携型	8	1.0	0.0	1	1	1
	合計	132	1.4	0.7	1	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		486	482	485	483	453	250	132
		99.6%	98.8%	99.4%	99.0%	92.8%	51.2%	27.0%
医療機関種別	一般病院	231	229	230	230	230	190	124
		100.0%	99.1%	99.6%	99.6%	99.6%	82.3%	53.7%
	精神科病院	217	216	217	215	208	51	7
		99.1%	98.6%	99.1%	98.2%	95.0%	23.3%	3.2%
	診療所	38	37	38	38	15	9	1
		100.0%	97.4%	100.0%	100.0%	39.5%	23.7%	2.6%

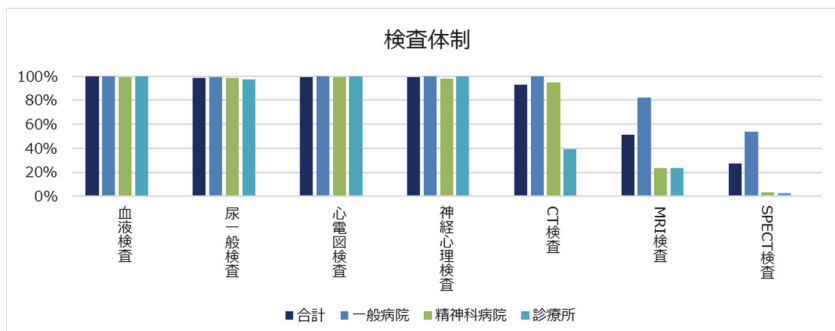


図 14 医療機関種別 検査体制(再掲)

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
		連携先にある	連携先にある	連携先にある
合計		54	234	352
		11.1%	48.0%	72.1%
医療機関種別	一般病院	5	41	110
		2.2%	17.7%	47.6%
	精神科病院	24	166	206
		11.0%	75.8%	94.1%
	診療所	25	27	36
		65.8%	71.1%	94.7%

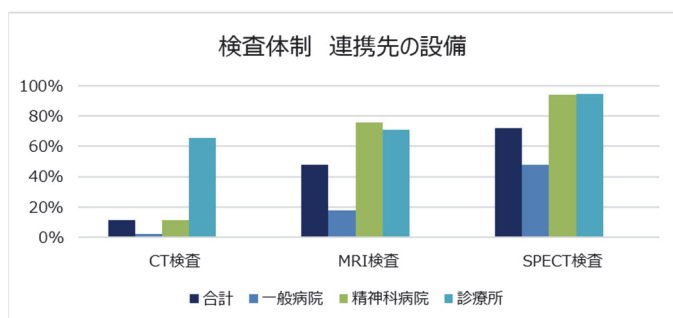


図 15 医療機関種別 連携先の画像検査設備（再掲）

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	230	2.2	1.8	1	0	13
	精神科病院	208	1.0	0.2	1	1	4
	診療所	15	1.0	0.0	1	1	1
	合計	453	1.6	1.4	1	0	13
		保有機器 MRI					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	190	2.0	1.4	2	0	10
	精神科病院	51	1.0	0.1	1	1	2
	診療所	9	1.0	0.0	1	1	1
	合計	250	1.8	1.3	1	0	10
		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	124	1.5	0.7	1	0	4
	精神科病院	7	0.9	0.4	1	0	1
	診療所	1	1.0		1	1	1
	合計	132	1.4	0.7	1	0	4

II-3. 相談件数

1) 相談件数方法：類型別相談件数（表 59、図 16）、医療機関種別相談件数（表 60、図 17）をそれぞれ示す。相談件数の数値入力欄が空欄となっていた医療機関では、訪問相談件数を確認していない、あるいは当該方法による相談を行っていない可能性があるが、集計データ上では「0」となり集計に含まれていることに注意が必要である。平均相談件数は、地域型で電話・面接相談件数が多く、連携型で訪問相談件数が多いが、ともに医療機関ごとのばら

つきが非常に大きいことが伺われた。医療機関種別では平均の電話相談件数は一般病院・精神科病院で多く、面接相談件数は一般病院で多く、訪問相談件数は診療所において多かった。

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

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	618.1	510.3	405	58	1871
	地域型	384	1022.1	1484.4	567	0	14136
	連携型	87	413.7	654.6	157	1	3172
	合計	488	899.6	1368.9	505	0	14136
		相談件数 面接					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	264.2	359.9	153	12	1208
	地域型	384	351.3	533.3	162	0	3859
	連携型	87	191.3	383.6	34	0	2314
	合計	488	319.7	507.7	135	0	3859
		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	17	3.6	11.1	0	0	46
	地域型	384	15.1	74.0	0	0	1060
	連携型	87	19.0	79.1	0	0	690
	合計	488	15.4	73.7	0	0	1060

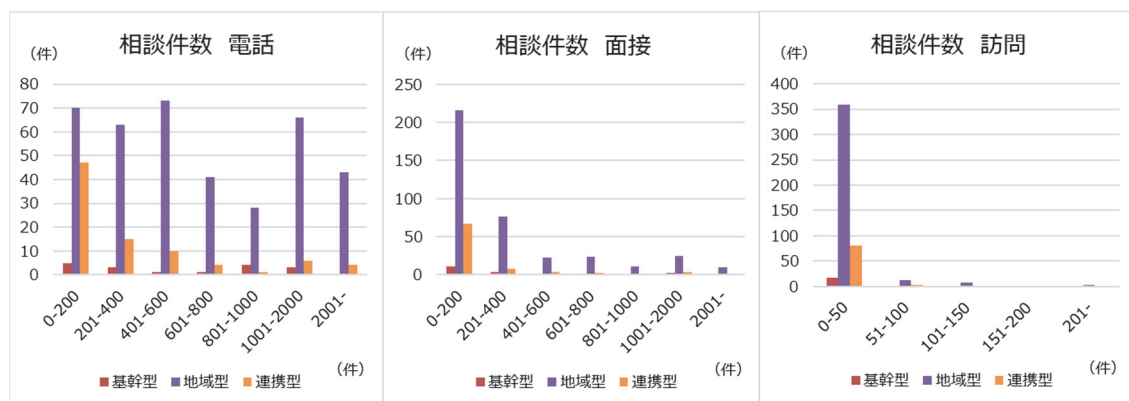


図 16 類型別 相談件数（左：電話相談、中：面接相談、右：訪問相談）

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	231	907.4	1427.4	459.0	0	12963
	精神科病院	219	954.4	1382.9	567.0	0	14136
	診療所	38	536.1	762.1	277.0	7	3172
	合計	488	899.6	1368.9	505.0	0	14136
		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	231	430.3	637.5	191.0	0	3859
	精神科病院	219	213.5	286.2	108.0	0	1459
	診療所	38	259.5	486.1	50.5	0	2314
	合計	488	319.7	507.7	135.0	0	3859
		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	231	11.3	58.0	0.0	0	800
	精神科病院	219	15.5	78.4	0.0	0	1060
	診療所	38	39.9	116.4	1.5	0	690
	合計	488	15.4	73.7	0.0	0	1060

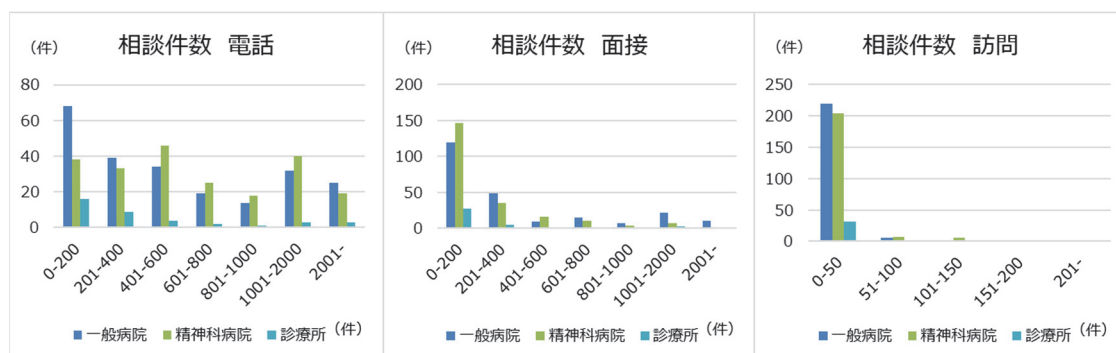


図 17 医療機関種別 相談件数（左：電話相談、中：面接相談、右：訪問相談）

2) 相談件数相談元：相談件数の相談元の主な内訳について、本人からの相談（表 61、62）、家族等の介護者からの相談（表 63、64）、地域包括支援センターからの相談（表 65、66）、医療機関（かかりつけ医等）からの相談（表 67、68）、居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談（表 69、70）、行政機関からの相談（表 71、72）、院内の他科からの相談（表 73、74）を示す。「本人・家族」からの相談は「家族等の介護者」からの相談に統合し、地域包括支援センターは行政機関には含めないなど、重複集計のないように取り計らった。実績報告書上で数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。本人からの相談は類型別には差がなかったが、医療機関種別では診療所で多かった。家族等介護者からの相談は地域型および一般病院で多かった。地域包括支援センターからの相談は地域型および診療所で多く、医療機関（かかりつけ医等）からの相談は地域型および精神科病院で多く、居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談および行政機関からの相談は、ともに地域型および精神科病

院で多かった。院内の他科からの相談は地域型および一般病院で多かったが、院内他科のない単科病院・診療所が（実績報告書上空欄であっても）母数に含まれていることに留意が必要である。

表 61 類型別 本人からの相談件数

		本人からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	152.0	201.6	84	0	657
	地域型	384	154.1	311.1	48	0	2730
	連携型	87	154.9	429.3	18	0	2543
	合計	488	154.2	331.6	43	0	2730

表 62 医療機関種別 本人からの相談件数

		本人からの相談					
		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	231	199.7	374.2	66	0	2730
	精神科病院	219	81.5	149.9	30	0	1135
	診療所	38	296.6	616.1	44	0	2543
	合計	488	154.2	331.6	43	0	2730

表 63 類型別 家族等の介護者からの相談件数

		家族等の介護者からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	373.9	294.3	266	0	1036
	地域型	384	577.6	752.5	341	0	5939
	連携型	87	311.8	552.6	91	0	3266
	合計	488	523.1	716.4	292	0	5939

表 64 医療機関種別 家族等の介護者からの相談件数

		家族等の介護者からの相談					
		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	231	582.3	808.4	315	0	5640
	精神科病院	219	473.2	624.3	287	0	5939
	診療所	38	451.3	594.9	165	3	2051
	合計	488	523.1	716.4	292	0	5939

表 65 類型別 地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	63.3	97.9	30	0	375
	地域型	384	98.1	128.3	50	0	863
	連携型	87	79.9	284.9	21	0	2479
	合計	488	93.6	166.4	42	0	2479

表 66 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	231	90.2	134.8	35	0	863
	精神科病院	219	87.7	108.4	50	0	636
	診療所	38	148.3	422.8	36	0	2479
	合計	488	93.6	166.4	42	0	2479

表 67 類型別 医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	117.3	159.5	59	0	557
	地域型	384	163.4	303.1	67	0	3375
	連携型	87	61.5	115.8	21	0	708
	合計	488	143.6	277.5	56	0	3375

表 68 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	231	147.8	285.8	52	0	2279
	精神科病院	219	152.4	285.5	73	0	3375
	診療所	38	67.4	138.1	14	0	708
	合計	488	143.6	277.5	56	0	3375

表 69 類型別 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	65.3	102.7	21	0	330
	地域型	384	196.1	297.1	88	0	3024
	連携型	87	105.1	214.5	25	0	1433
	合計	488	175.3	282.1	72	0	3024

表 70 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	231	166.7	323.4	49	0	3024
	精神科病院	219	195.2	237.2	104	0	1293
	診療所	38	113.3	242.1	43	0	1433
	合計	488	175.3	282.1	72	0	3024

表 71 類型別 行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	22.2	31.8	6	0	110
	地域型	384	37.8	70.0	11	0	530
	連携型	87	17.6	41.9	5	0	242
	合計	488	33.6	65.2	10	0	530

表 72 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	231	29.9	54.1	8	0	312
	精神科病院	219	39.1	76.9	11	0	530
	診療所	38	24.9	51.2	6	0	242
	合計	488	33.6	65.2	10	0	530

表 73 類型別 院内の他科からの相談件数

		院内の他科からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	30.6	58.1	6	0	232
	地域型	384	112.4	646.0	0	0	10414
	連携型	87	31.0	177.8	0	0	1564
	合計	488	95.0	578.8	0	0	10414

表 74 医療機関種別 院内の他科からの相談件数

		院内の他科からの相談					
		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	231	185.5	825.2	6	0	10414
	精神科病院	219	8.7	50.4	0	0	579
	診療所	38	42.7	253.5	0	0	1564
	合計	488	95.0	578.8	0	0	10414

II-4. 鑑別診断件数

認知症疾患医療センターにおいて1年間に診断された認知症関連疾患の鑑別診断件数を類型別・医療機関種別に以下に示す。実績報告書上で鑑別診断件数の数値入力欄が空欄となっていた医療機関はデータ集計上「0」となり、実数記入欄に文字入力をしていたケースのみ欠損値とした。

1) 正常または健常：類型別（表 75、図 18）、医療機関種別（表 76、図 19）に、正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの65歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では基幹型・地域型および一般病院が多く、連携型および精神科病院、診療所で少ない傾向があった。65歳未満の者では、基幹型および一般病院で多い傾向があった。

表 75 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	17	12.2	10.4	9	0	37
	地域型	384	13.6	23.3	6	0	286
	連携型	87	10.8	28.9	3	0	216
	合計	488	13.1	24.1	6	0	286
		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	17	3.1	5.4	2	0	23
	地域型	383	1.9	5.9	0	0	97
	連携型	87	0.8	1.7	0	0	11
	合計	487	1.8	5.4	0	0	97

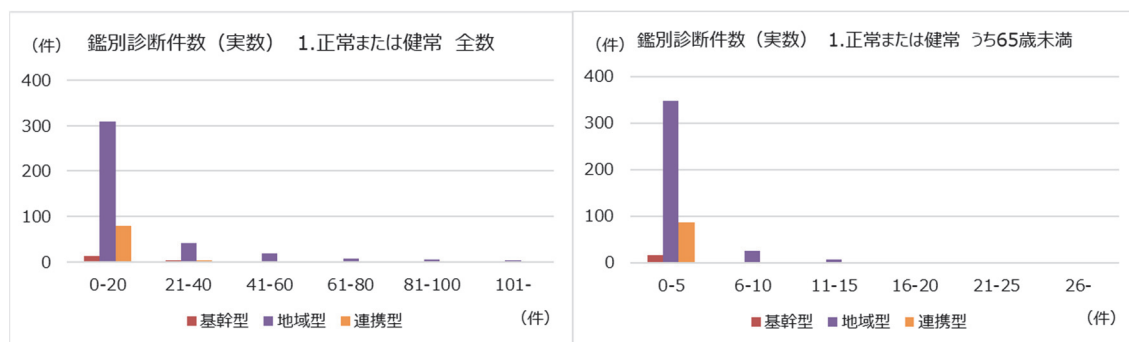


図 18 類型別 正常または健常の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 76 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	231	20.8	31.3	11	0	286
	精神科病院	219	5.6	10.8	2	0	84
	診療所	38	9.2	12.1	5	0	60
	合計	488	13.1	24.1	6	0	286
		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	230	2.9	7.3	1	0	97
	精神科病院	219	0.7	2.0	0	0	21
	診療所	38	1.1	2.2	0	0	11
	合計	487	1.8	5.4	0	0	97

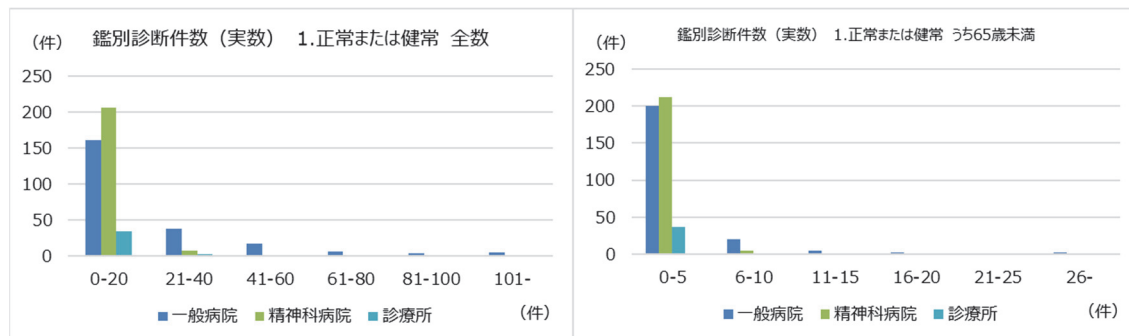


図 19 医療機関種別 正常または健常の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

2) 軽度認知障害 (MCI) : 類型別 (表 77、図 20)、医療機関種別 (表 78、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で多かった。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 77 類型別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (上段: 全数、下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 2.軽度認知障害(MCI) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	38.2	26.5	33	5	101
	地域型	384	41.6	44.5	29	0	367
	連携型	87	23.6	40.6	13	0	354
	合計	488	38.3	43.8	26	0	367
		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	17	1.5	1.7	1	0	7
	地域型	384	1.1	3.3	0	0	54
	連携型	87	0.9	2.6	0	0	17
	合計	488	1.1	3.1	0	0	54

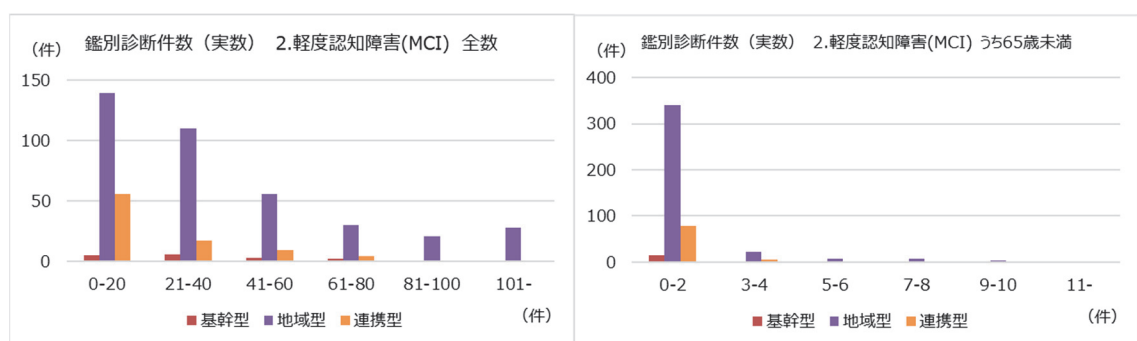


図 20 類型別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (左: 全数、右: うち 65 歳未満)

表 78 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	231	48.6	50.6	33	0	367
	精神科病院	219	27.8	28.1	21	0	186
	診療所	38	35.9	57.5	22	0	354
	合計	488	38.3	43.8	26	0	367
		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	231	1.5	4.1	1	0	54
	精神科病院	219	0.5	1.2	0	0	10
	診療所	38	1.6	3.6	0	0	17
	合計	488	1.1	3.1	0	0	54

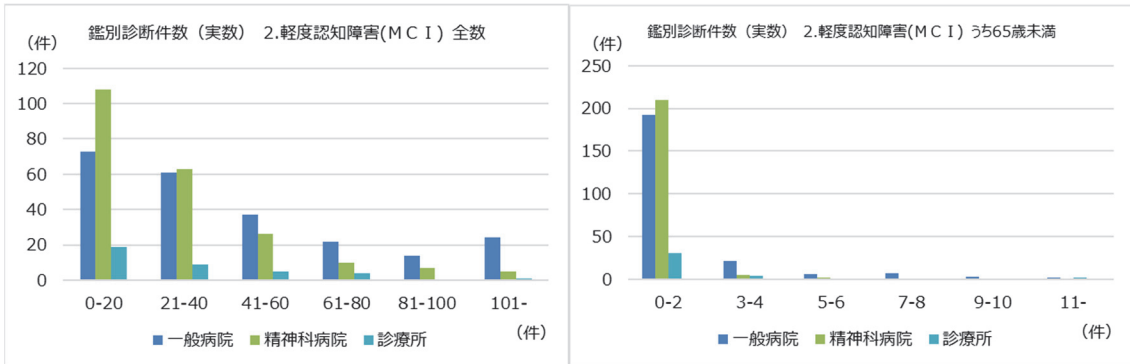


図 21 医療機関種別 軽度認知障害 (MCI) の鑑別診断件数 (左: 全数、右: うち 65 歳未満)

3) アルツハイマー型認知症 (G30、F00) : 類型別 (表 79、図 22)、医療機関種別 (表 80、図 23) に、アルツハイマー型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型および精神科病院における鑑別診断件数が多かった。認知症疾患医療センターにおける 65 歳未満のアルツハイマー型認知症の鑑別診断件数 (中央値) は、一年間におおむね 1 名以上であった (最小値 0~最大値 38 名)。

表 79 類型別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数 (上段: 全数、下段: うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数 (実数) 3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	56.6	44.0	39	13	149
	地域型	384	121.8	96.3	95	6	598
	連携型	87	73.7	84.1	51	0	554
	合計	488	111.0	95.2	88	0	598
		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	17	2.2	2.2	1	0	8
	地域型	384	1.8	3.0	1	0	38
	連携型	87	1.2	2.5	0	0	14
	合計	488	1.7	2.9	1	0	38

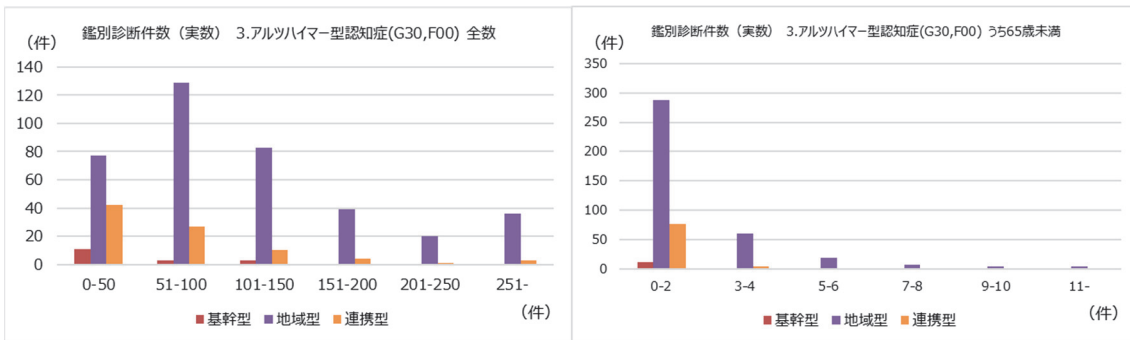


図 22 類型別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数 (左: 全数、右: うち 65 歳未満)

表 80 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	231	105.2	95.0	80	0	598
	精神科病院	219	121.9	94.1	100	3	528
	診療所	38	82.5	95.9	57	7	554
	合計	488	111.0	95.2	88	0	598
		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	231	1.9	3.6	1	0	38
	精神科病院	219	1.4	2.0	1	0	13
	診療所	38	1.7	3.3	0	0	14
	合計	488	1.7	2.9	1	0	38

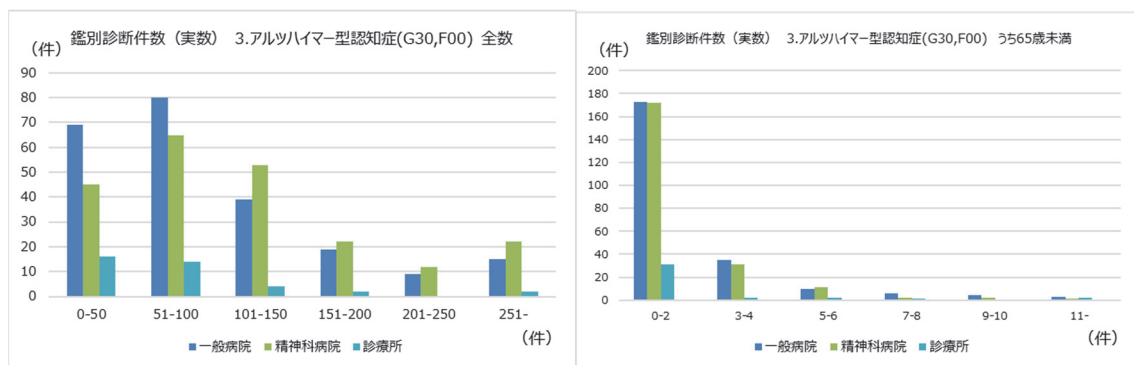


図 23 医療機関種別 アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

4) 血管性認知症 (F01)：類型別 (表 81、図 24)、医療機関種別 (表 82、図 25) に、血管性認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値では地域型および一般病院、精神科病院の鑑別診断件数が多かった。認知症疾患医療センターにおける 65 歳未満の血管性認知症の鑑別診断件数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 4 名/年であった。

表 81 類型別 血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 4.血管性認知症(F01) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	7.3	9.8	4	0	37
	地域型	384	14.7	15.4	10	0	113
	連携型	87	7.4	6.7	5	0	30
	合計	488	13.2	14.4	9	0	113
		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	17	0.3	0.6	0	0	2
	地域型	384	0.3	0.7	0	0	4
	連携型	87	0.2	0.5	0	0	2
	合計	488	0.3	0.7	0	0	4

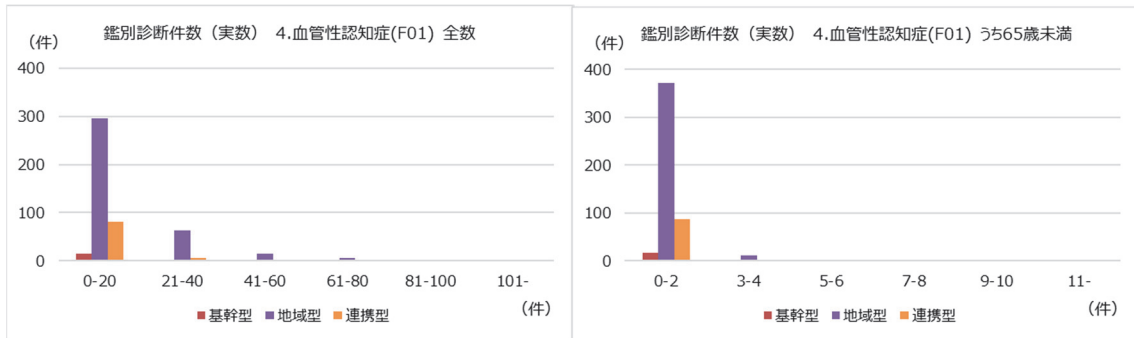


図 24 類型別 血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 82 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	231	13.6	15.3	9	0	113
	精神科病院	219	13.8	14.1	9	0	88
	診療所	38	6.6	5.9	5	0	29
	合計	488	13.2	14.4	9	0	113
		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	231	0.3	0.6	0	0	3
	精神科病院	219	0.3	0.7	0	0	4
	診療所	38	0.1	0.4	0	0	2
	合計	488	0.3	0.7	0	0	4

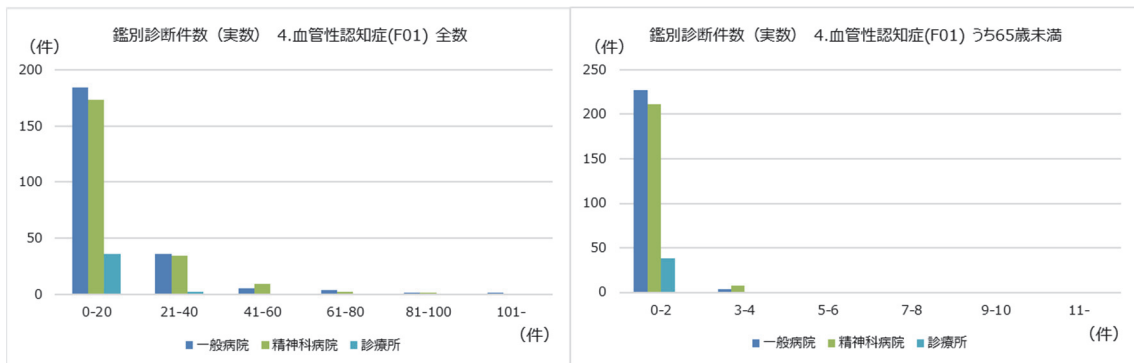


図 25 医療機関種別 血管性認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

5) レビー小体型認知症（G31、F02）：類型別（表 83、図 26）、医療機関種別（表 84、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精神科病院での鑑別診断件数が多かった。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 15 名/年であった。

表 83 類型別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	6.6	4.3	5	1	15
	地域型	384	13.7	18.6	8	0	198
	連携型	87	7.6	9.9	5	0	47
	合計	488	12.4	17.2	8	0	198

		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	17	0.4	0.7	0	0	2
	地域型	384	0.2	1.1	0	0	15
	連携型	87	0.1	0.3	0	0	2
	合計	488	0.2	1.0	0	0	15

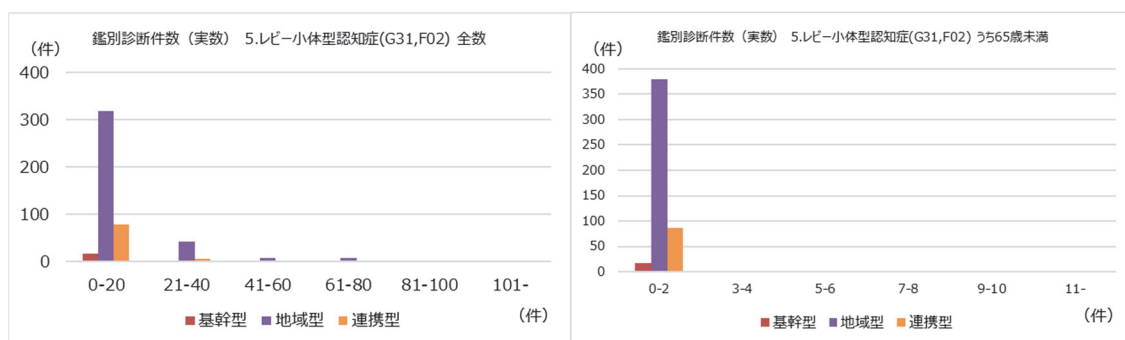


図 26 類型別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 84 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	231	13.0	20.2	7	0	198
	精神科病院	219	12.2	14.6	8	0	94
	診療所	38	9.8	11.3	6	0	47
	合計	488	12.4	17.2	8	0	198

		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	231	0.3	1.4	0	0	15
	精神科病院	219	0.1	0.5	0	0	5
	診療所	38	0.1	0.4	0	0	2
	合計	488	0.2	1.0	0	0	15

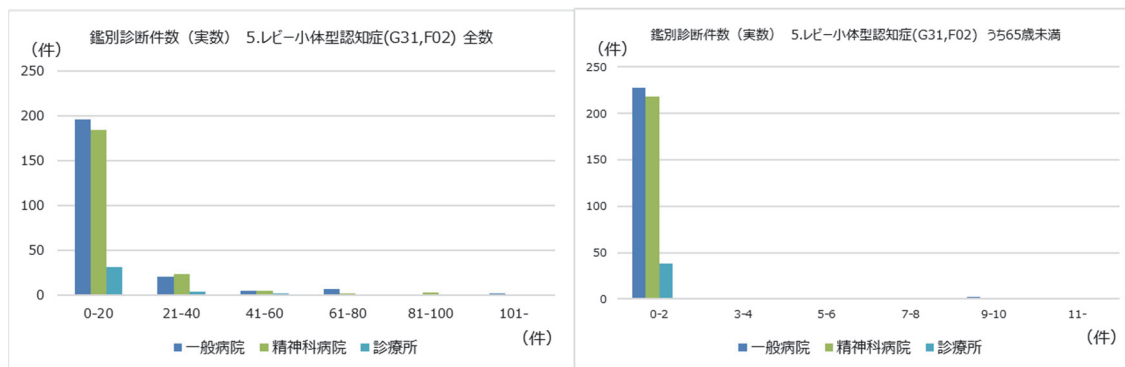


図 27 医療機関種別 レビー小体型認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

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 85、図 28)、医療機関種別(表 86、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が多く、医療機関種別では差がなかった。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 4 名/年であった。

表 85 類型別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数(上段：全数、下段：うち 65 歳未満)

		鑑別診断件数(実数) 6.前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	4.7	7.9	3	0	34
	地域型	384	4.3	6.2	2	0	65
	連携型	87	2.0	2.9	1	0	16
	合計	488	3.9	5.9	2	0	65
		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	17	0.7	0.8	1	0	2
	地域型	384	0.3	0.7	0	0	4
	連携型	87	0.1	0.3	0	0	2
	合計	488	0.3	0.7	0	0	4

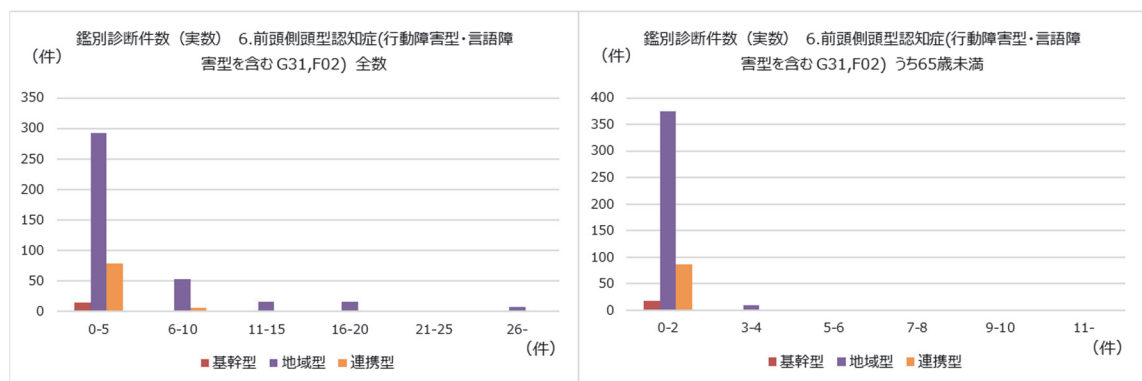


図 28 類型別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数(左：全数、右：うち 65 歳未満)

表 86 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	231	3.9	6.2	2	0	65
	精神科病院	219	4.1	5.8	2	0	36
	診療所	38	3.1	3.8	2	0	16
	合計	488	3.9	5.9	2	0	65
		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	231	0.4	0.7	0	0	4
	精神科病院	219	0.3	0.6	0	0	3
	診療所	38	0.1	0.4	0	0	2
	合計	488	0.3	0.7	0	0	4

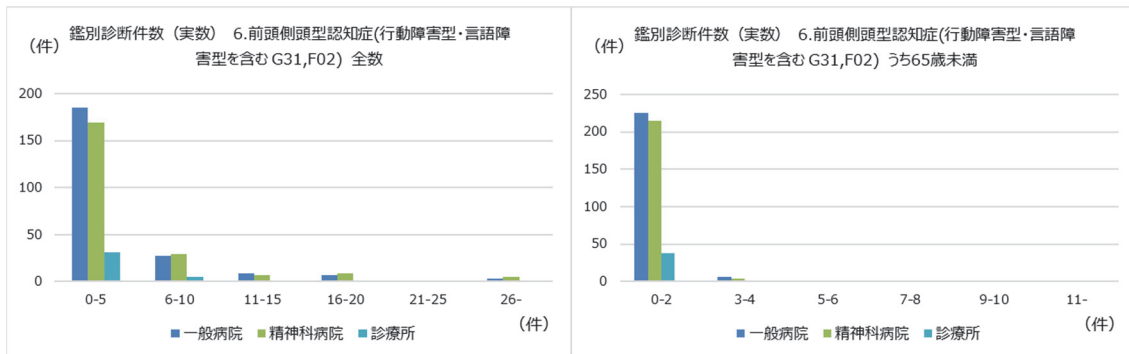


図 29 医療機関種別 前頭側頭型認知症の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

7) 外傷性脳損傷による認知症(S06、F02)：類型別 (表 87、図 30)、医療機関種別 (表 88、図 31) に、正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。鑑別診断件数は、全数ではいずれの類型でも中央値 0 名/年、最大値 19 件であった。65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年、最大値 9 名/年であった。

表 87 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	17	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	384	0.4	1.2	0	0	19
	連携型	87	0.4	1.7	0	0	15
	合計	488	0.4	1.3	0	0	19
		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	17	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	383	0.0	0.5	0	0	9
	連携型	87	0.1	0.9	0	0	8
	合計	487	0.1	0.6	0	0	9

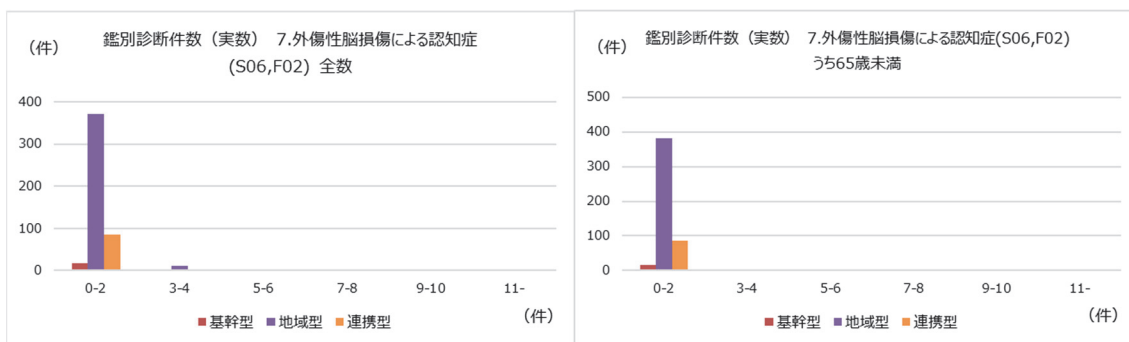


図 30 類型別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

表 88 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	231	0.3	0.6	0	0	3
	精神科病院	219	0.4	1.5	0	0	19
	診療所	38	0.6	2.5	0	0	15
	合計	488	0.4	1.3	0	0	19
		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	230	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	219	0.1	0.6	0	0	9
	診療所	38	0.2	1.3	0	0	8
	合計	487	0.1	0.6	0	0	9

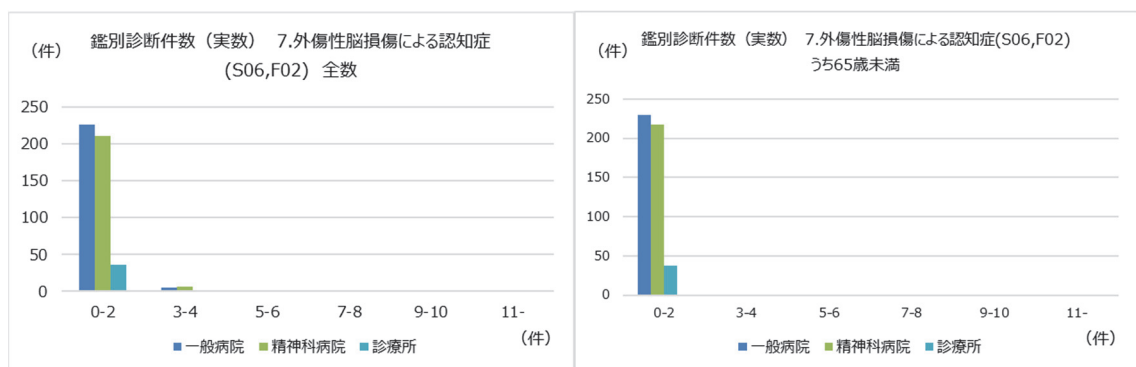


図 31 医療機関種別 外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

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 89、図 32）、医療機関種別（表 90、図 33）に、物質・医薬品誘発性による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。鑑別診断件数は、全数では中央値で 1 名/年、最大値 54 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 14 名/年であった。

表 89 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	17	0.5	0.6	0	0	2
	地域型	384	1.8	4.4	1	0	54
	連携型	87	0.8	1.3	0	0	7
	合計	488	1.6	3.9	0	0	54
		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	17	0.1	0.2	0	0	1
	地域型	384	0.2	1.0	0	0	14
	連携型	87	0.1	0.3	0	0	2
	合計	488	0.2	0.9	0	0	14

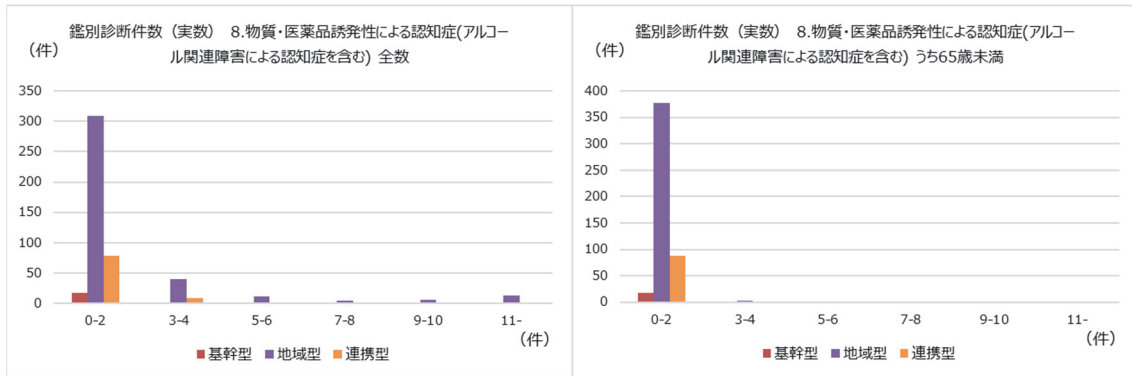


図 32 類型別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 90 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	231	2.0	5.2	1	0	54
	精神科病院	219	1.3	2.4	0	0	16
	診療所	38	0.9	1.3	0	0	4
	合計	488	1.6	3.9	0	0	54
		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	231	0.3	1.1	0	0	14
	精神科病院	219	0.1	0.5	0	0	6
	診療所	38	0.1	0.3	0	0	1
	合計	488	0.2	0.9	0	0	14

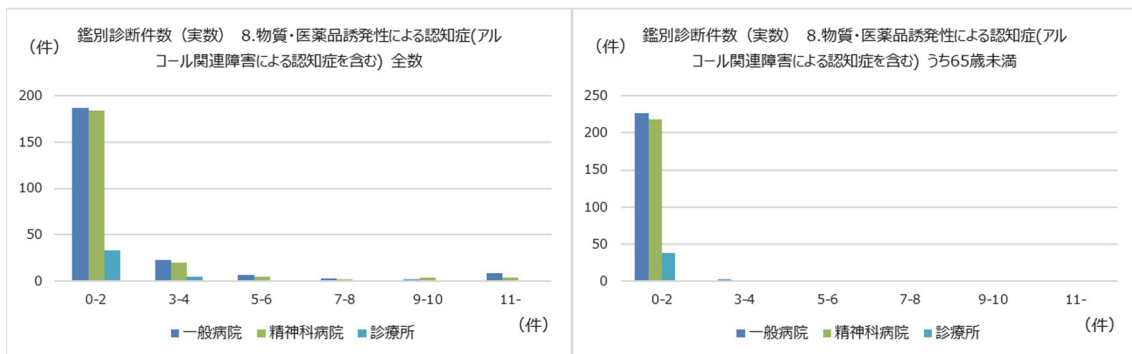


図 33 医療機関種別 物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

9) HIV 感染による認知症(B20、F02)：類型別（表 91、図 34）、医療機関種別（表 92、図 35）に、HIV 感染による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値ではいずれの類型でも 0 名/年、最大値で 1 名/年の鑑別診断件数であった。

表 91 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	17	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	384	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	87	0.0	0.1	0	0	1
	合計	488	0.0	0.1	0	0	1

		鑑別診断件数（実数） 9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	383	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	87	0.0	0.0	0	0	0
	合計	487	0.0	0.0	0	0	1

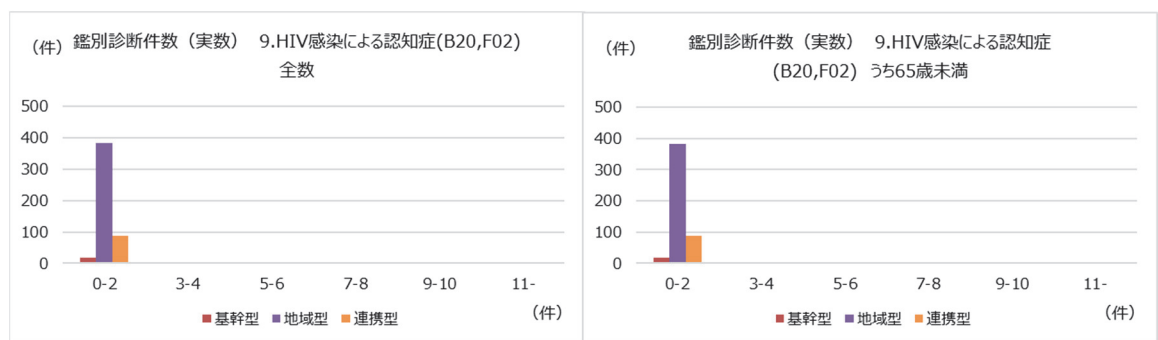


図 34 類型別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 92 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	231	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	219	0.0	0.0	0	0	0
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	488	0.0	0.1	0	0	1

		鑑別診断件数（実数） 9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	230	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	219	0.0	0.0	0	0	0
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	487	0.0	0.0	0	0	1

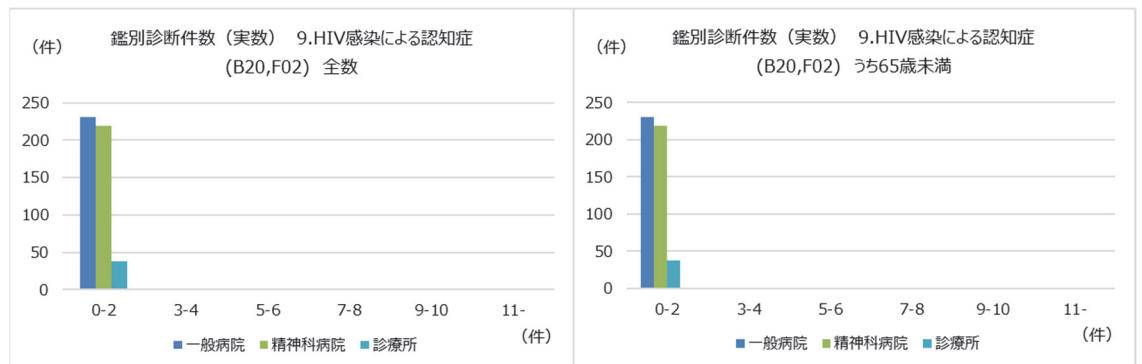


図 35 医療機関種別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

10) プリオン病による認知症(A81、F02)：類型別（表 93、図 36）、医療機関種別（表 94、図 37）に、プリオン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であり、最大値 3 名/年であった。うち 65 歳未満は最大値 2 名/年の鑑別診断件数であった。

表 93 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	17	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	384	0.1	0.4	0	0	3
	連携型	87	0.0	0.1	0	0	1
	合計	488	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	17	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	383	0.0	0.1	0	0	2
	連携型	87	0.0	0.0	0	0	0
	合計	487	0.0	0.1	0	0	2

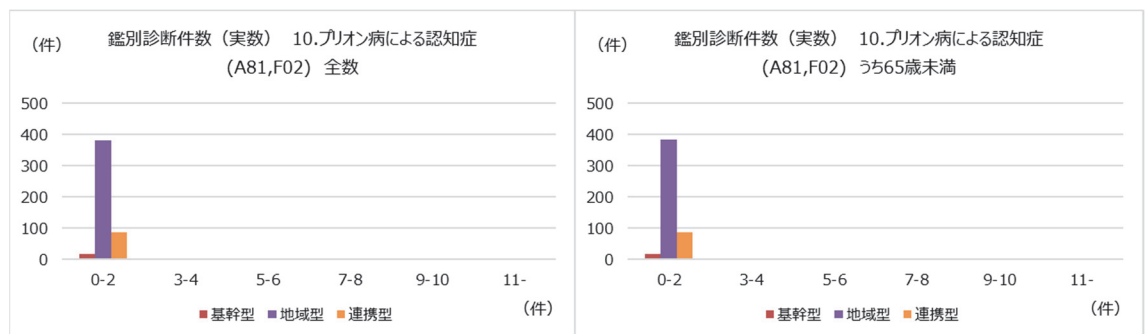


図 36 類型別 プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 94 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	231	0.1	0.4	0	0	3
	精神科病院	219	0.0	0.3	0	0	3
	診療所	38	0.0	0.2	0	0	1
	合計	488	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	230	0.0	0.2	0	0	2
	精神科病院	219	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	487	0.0	0.1	0	0	2

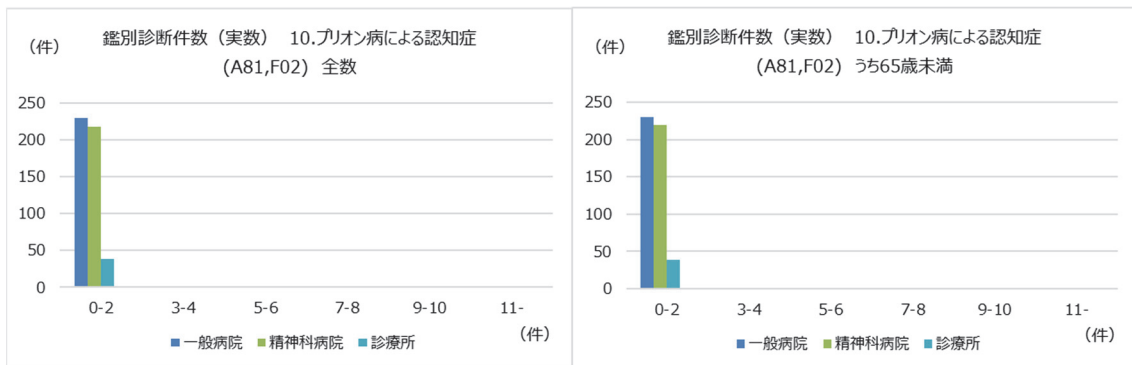


図 37 医療機関種別 プリオン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

11) パーキンソン病による認知症(G20、F02)：類型別（表 95、図 38）、医療機関種別（表 96、図 39）に、パーキンソン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった。最大値は 12 名/年であった。うち 65 歳未満では最大値 5 名/年の鑑別診断件数であった。

表 95 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	17	0.6	1.1	0	0	3
	地域型	384	0.8	1.5	0	0	12
	連携型	87	0.5	1.3	0	0	10
	合計	488	0.7	1.5	0	0	12
		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	17	0.1	0.2	0	0	1
	地域型	384	0.0	0.3	0	0	5
	連携型	87	0.0	0.1	0	0	1
	合計	488	0.0	0.3	0	0	5

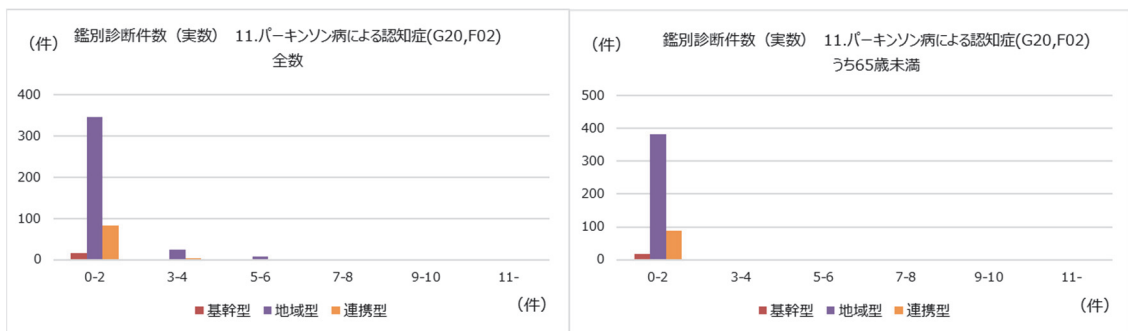


図 38 類型別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 96 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	231	0.9	1.7	0	0	12
	精神科病院	219	0.6	1.2	0	0	10
	診療所	38	0.5	0.9	0	0	4
	合計	488	0.7	1.5	0	0	12
		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	231	0.1	0.4	0	0	5
	精神科病院	219	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	488	0.0	0.3	0	0	5

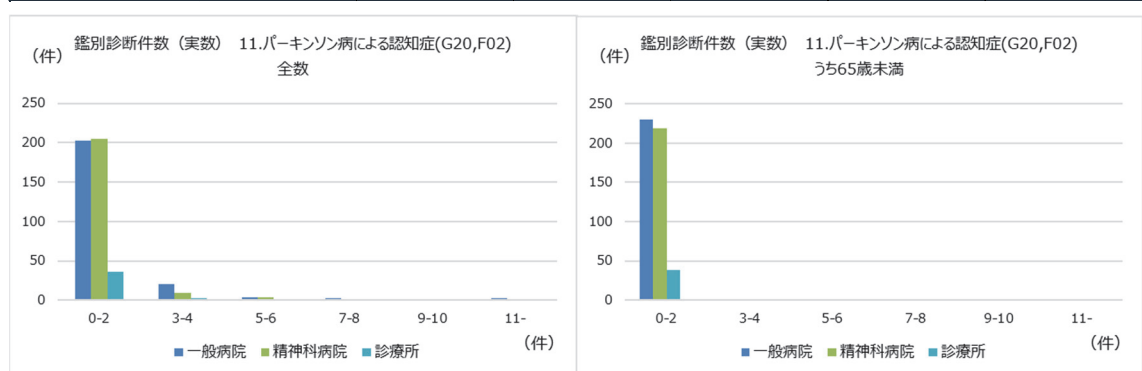


図 39 医療機関種別 パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

12) ハンチントン病による認知症(G10、F02)：類型別（表 97、図 40）、医療機関種別（表 98、図 41）に、ハンチントン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった。最大値は 4 名/年であった。

表 97 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	17	0.1	0.2	0	0	1
	地域型	384	0.0	0.3	0	0	4
	連携型	87	0.1	0.3	0	0	2
	合計	488	0.0	0.3	0	0	4
		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	17	0.1	0.2	0	0	1
	地域型	384	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	87	0.0	0.2	0	0	1
	合計	488	0.0	0.1	0	0	1

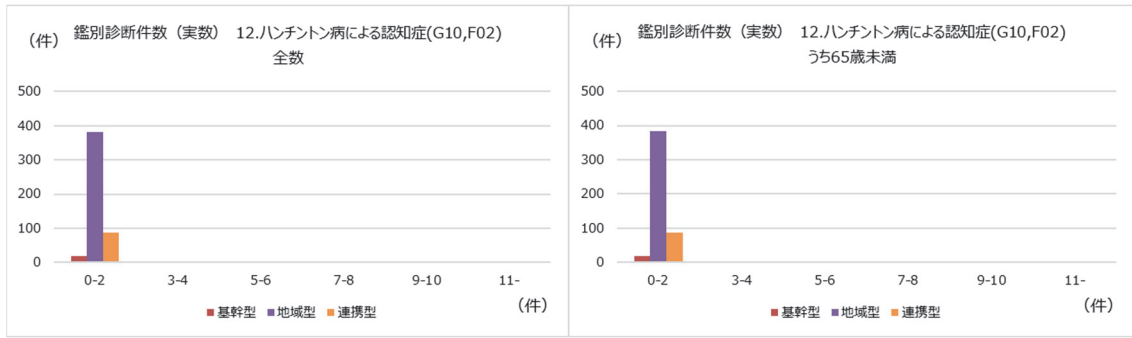


図 40 類型別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

表 98 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	231	0.0	0.3	0	0	4
	精神科病院	219	0.0	0.2	0	0	2
	診療所	38	0.1	0.2	0	0	1
	合計	488	0.0	0.3	0	0	4
		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	231	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	219	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	38	0.0	0.2	0	0	1
	合計	488	0.0	0.1	0	0	1

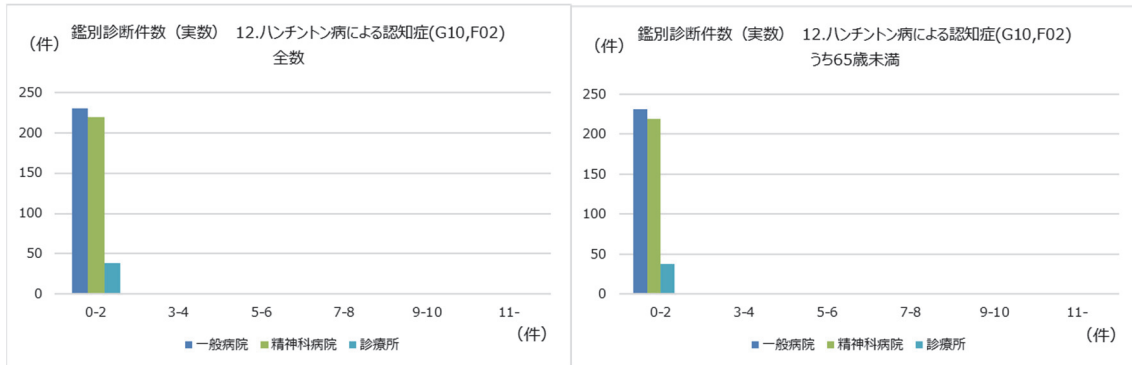


図 41 医療機関種別 ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

13) 正常圧水頭症(G91)：類型別 (表 99、図 42)、医療機関種別 (表 100、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。基幹型で中央値 1 名/年であったが、最小値 0 名/年、最大値 103 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いことが伺われた。うち 65 歳未満の鑑別診断件数はいずれの類型でも中央値 0 名/年、最大値 4 名/年であった。

表 99 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	17	1.6	4.3	1	0	18
	地域型	384	1.6	6.2	0	0	103
	連携型	87	0.8	2.5	0	0	18
	合計	488	1.5	5.6	0	0	103
		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	17	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	384	0.0	0.3	0	0	4
	連携型	87	0.0	0.1	0	0	1
	合計	488	0.0	0.3	0	0	4

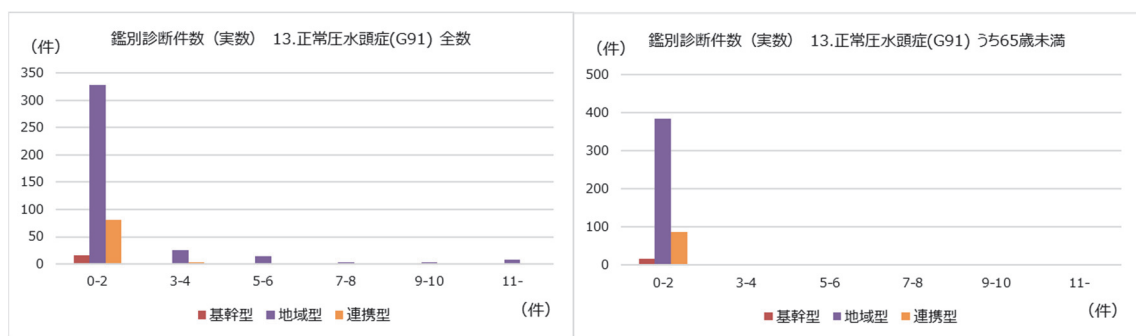


図 42 類型別 正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 100 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	231	1.9	7.4	0	0	103
	精神科病院	219	1.1	3.3	0	0	38
	診療所	38	1.3	3.5	0	0	18
	合計	488	1.5	5.6	0	0	103
		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	231	0.1	0.3	0	0	4
	精神科病院	219	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	488	0.0	0.3	0	0	4

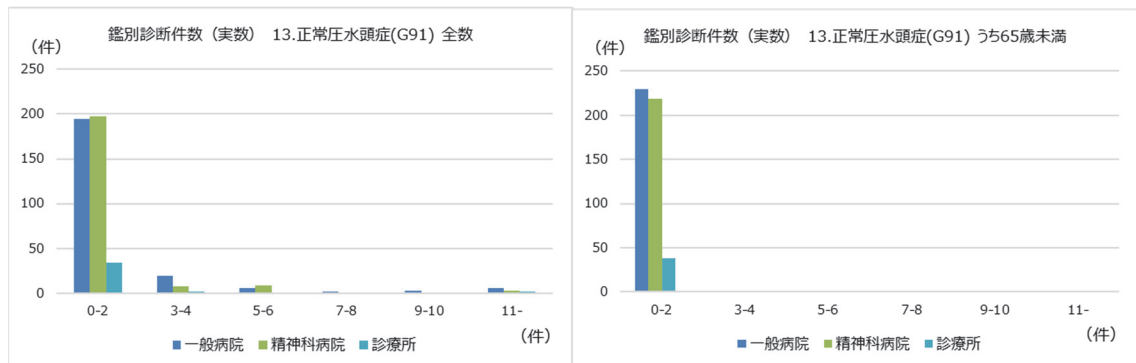


図 43 医療機関種別 正常圧水頭症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

14) 他の医学的疾患による認知症(F02)：類型別（表 101、図 44）、医療機関種別（表 102、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。全数の中央値は 1 名/年、最大値 61 名/年、うち 65 歳未満では中央値 0 名/年、最大値 4 名/年であった。

表 101 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	17	2.0	2.3	1	0	8
	地域型	384	2.5	5.8	1	0	61
	連携型	87	1.2	2.2	0	0	13
	合計	488	2.2	5.3	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	17	0.4	0.7	0	0	2
	地域型	383	0.1	0.5	0	0	4
	連携型	87	0.1	0.2	0	0	1
	合計	487	0.1	0.4	0	0	4

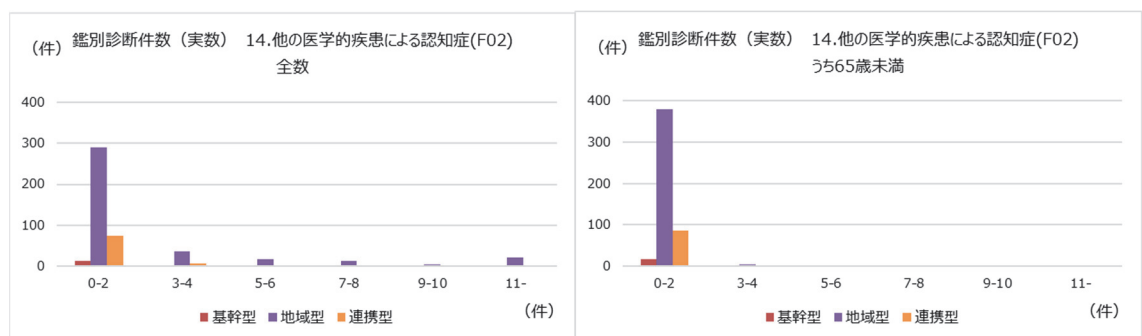


図 44 類型別 他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 102 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	231	3.0	6.3	1	0	61
	精神科病院	219	1.5	4.1	0	0	44
	診療所	38	2.0	3.0	1	0	13
	合計	488	2.2	5.3	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	230	0.2	0.6	0	0	4
	精神科病院	219	0.0	0.3	0	0	3
	診療所	38	0.1	0.3	0	0	1
	合計	487	0.1	0.4	0	0	4

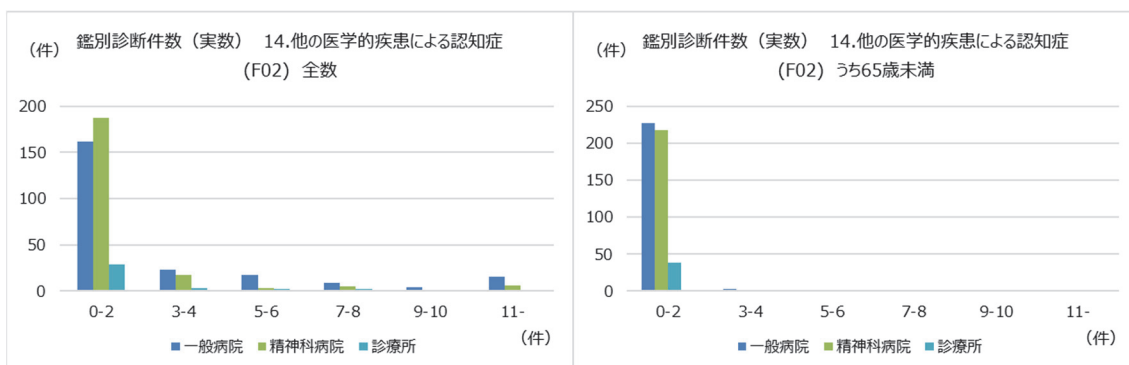


図 45 医療機関種別 14.他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

15) 複数の病因による認知症(F02)：類型別 (表 103、図 46)、医療機関種別 (表 104、図 47) に、複数の病因による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。地域型および一般病院で多い傾向があった。

表 103 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	17	7.9	10.0	4	0	36
	地域型	384	12.1	19.2	5	0	155
	連携型	87	7.6	12.8	2	0	72
	合計	488	11.1	18.0	5	0	155

		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	17	0.1	0.3	0	0	1
	地域型	383	0.1	0.4	0	0	4
	連携型	87	0.1	0.3	0	0	1
	合計	487	0.1	0.4	0	0	4

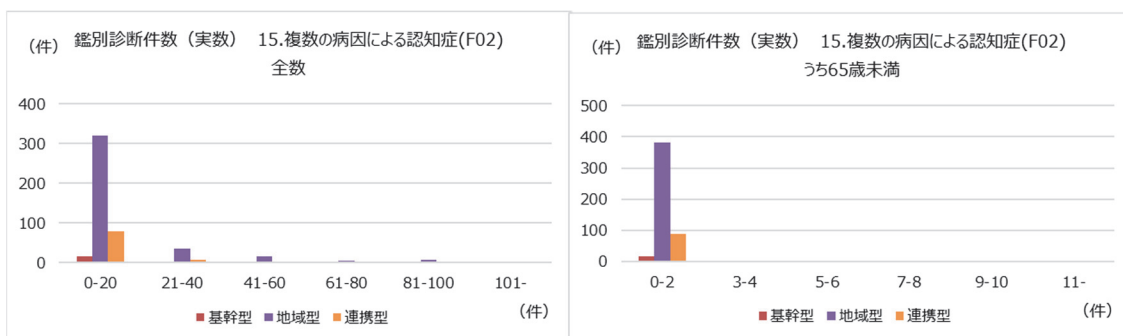


図 46 類型別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

表 104 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	231	11.7	17.8	6	0	155
	精神科病院	219	10.7	18.8	4	0	95
	診療所	38	10.3	15.1	5	0	72
	合計	488	11.1	18.0	5	0	155
		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	230	0.1	0.5	0	0	4
	精神科病院	219	0.1	0.2	0	0	1
	診療所	38	0.2	0.4	0	0	1
	合計	487	0.1	0.4	0	0	4

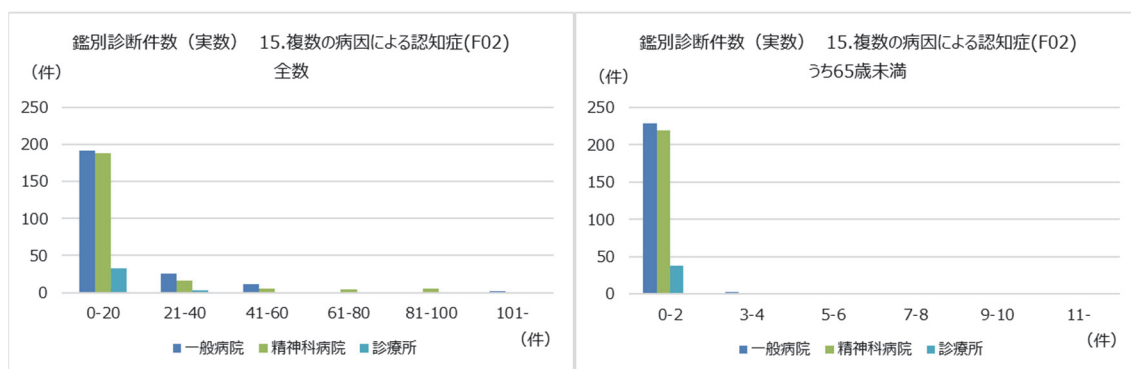


図 47 医療機関種別 複数の病因による認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

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 105、図 48)、医療機関種別 (表 106、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 105 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	17	2.8	3.0	2	0	10
	地域型	384	9.8	19.3	2	0	161
	連携型	87	4.4	13.7	0	0	118
	合計	488	8.6	18.2	2	0	161
		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	17	0.4	0.8	0	0	3
	地域型	383	0.1	0.6	0	0	7
	連携型	87	0.1	0.5	0	0	4
	合計	487	0.1	0.6	0	0	7

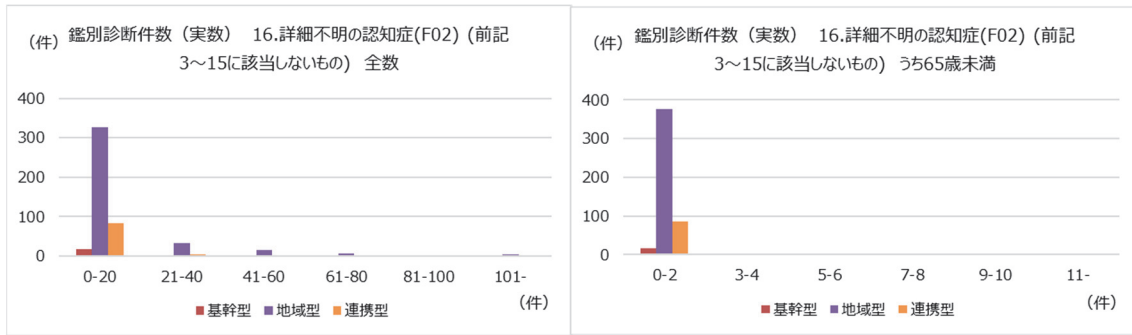


図 48 類型別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 106 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	231	6.8	16.2	1	0	118
	精神科病院	219	11.6	21.0	4	0	161
	診療所	38	2.4	5.3	0	0	22
	合計	488	8.6	18.2	2	0	161
		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	230	0.2	0.7	0	0	7
	精神科病院	219	0.1	0.6	0	0	5
	診療所	38	0.1	0.2	0	0	1
	合計	487	0.1	0.6	0	0	7

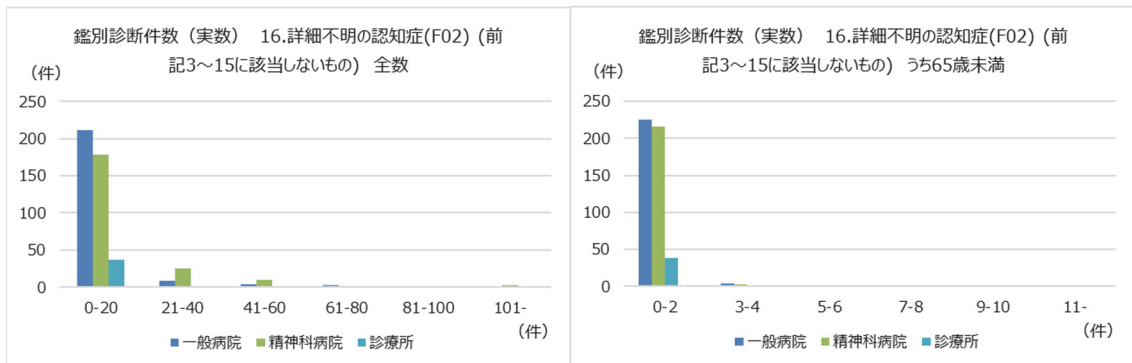


図 49 医療機関種別 詳細不明の認知症の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

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 107、図 50）、医療機関種別（表 108、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 107 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	17	3.5	6.7	1	0	24
	地域型	384	3.3	8.6	1	0	103
	連携型	87	1.9	7.1	0	0	62
	合計	488	3.0	8.3	0	0	103
		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	17	1.4	3.7	0	0	15
	地域型	383	0.3	1.6	0	0	18
	連携型	87	0.2	0.9	0	0	6
	合計	487	0.3	1.7	0	0	18

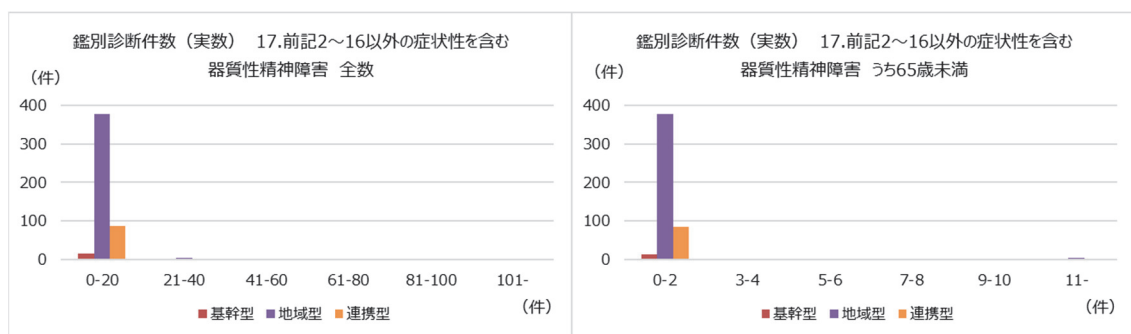


図 50 類型別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数 (左:全数、右:うち 65 歳未満)

表 108 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	231	2.2	6.2	0	0	62
	精神科病院	219	4.2	10.4	1	0	103
	診療所	38	1.0	2.5	0	0	12
	合計	488	3.0	8.3	0	0	103
		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	230	0.4	1.9	0	0	18
	精神科病院	219	0.3	1.5	0	0	17
	診療所	38	0.0	0.2	0	0	1
	合計	487	0.3	1.7	0	0	18

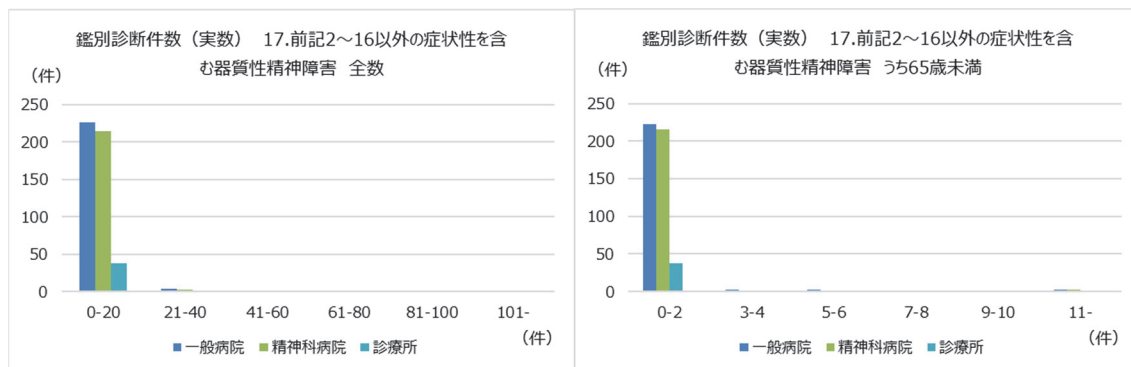


図 51 医療機関種別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数 (左:全数、右:うち 65 歳未満)

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 109、図 52）、医療機関種別（表 110、図 53）に、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。鑑別診断件数の中央値は地域型、精神科病院に多い傾向があった。

表 109 類型別 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	2.8	7.3	1	0	31
	地域型	384	6.6	31.5	2	0	547
	連携型	87	3.9	6.8	1	0	33
	合計	488	6.0	28.2	2	0	547
		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	17	1.5	6.1	0	0	25
	地域型	384	1.8	15.7	0	0	256
	連携型	87	0.9	2.8	0	0	16
	合計	488	1.7	14.0	0	0	256

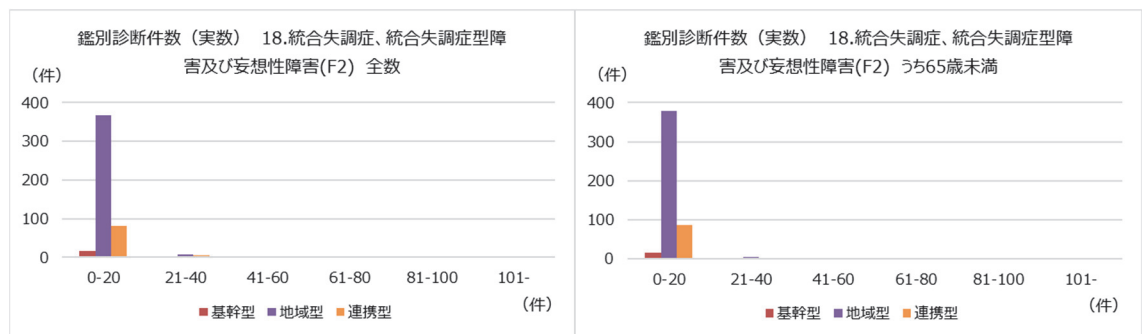


図 52 類型別 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 110 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	231	6.0	38.0	1	0	547
	精神科病院	219	6.3	15.5	3	0	181
	診療所	38	4.3	7.0	2	0	28
	合計	488	6.0	28.2	2	0	547
		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	231	2.2	18.0	0	0	256
	精神科病院	219	1.3	9.7	0	0	133
	診療所	38	0.4	1.2	0	0	5
	合計	488	1.7	14.0	0	0	256

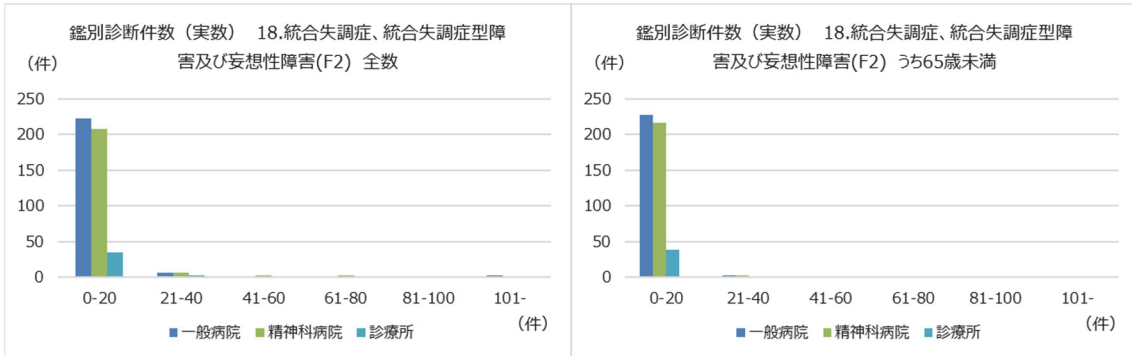


図 53 医療機関種別 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

19) 気分(感情)障害(F3)：類型別（表 111、図 54）、医療機関種別（表 112、図 55）に、気分(感情)障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では基幹型、地域型および精神科病院に多かった。

表 111 類型別 気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 19.気分(感情)障害(F3) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	8.2	18.1	4	0	76
	地域型	384	10.9	48.6	3	0	820
	連携型	87	8.1	17.1	1	0	102
	合計	488	10.3	43.8	3	0	820
		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	17	4.6	13.0	2	0	55
	地域型	384	4.4	36.6	0	0	631
	連携型	87	3.4	12.5	0	0	88
	合計	488	4.2	32.9	0	0	631

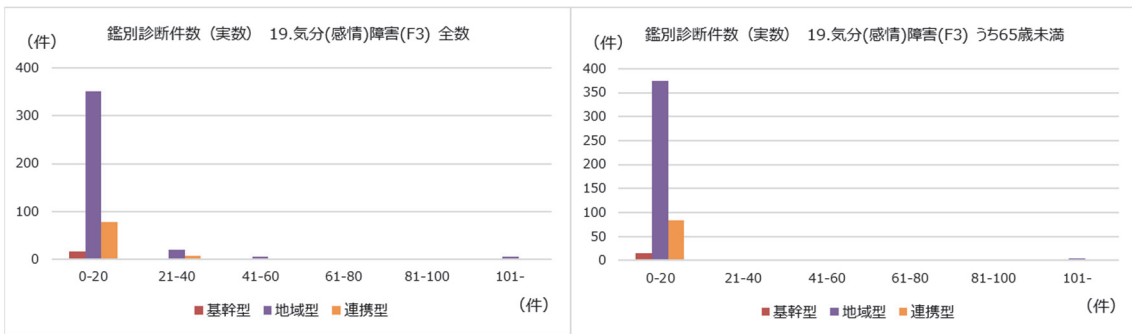


図 54 類型別 気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 112 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	231	8.5	30.9	2	0	366
	精神科病院	219	12.6	57.1	4	0	820
	診療所	38	8.2	12.0	3	0	56
	合計	488	10.3	43.8	3	0	820
		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	231	3.9	21.6	0	0	242
	精神科病院	219	4.9	43.9	0	0	631
	診療所	38	2.1	7.6	0	0	44
	合計	488	4.2	32.9	0	0	631

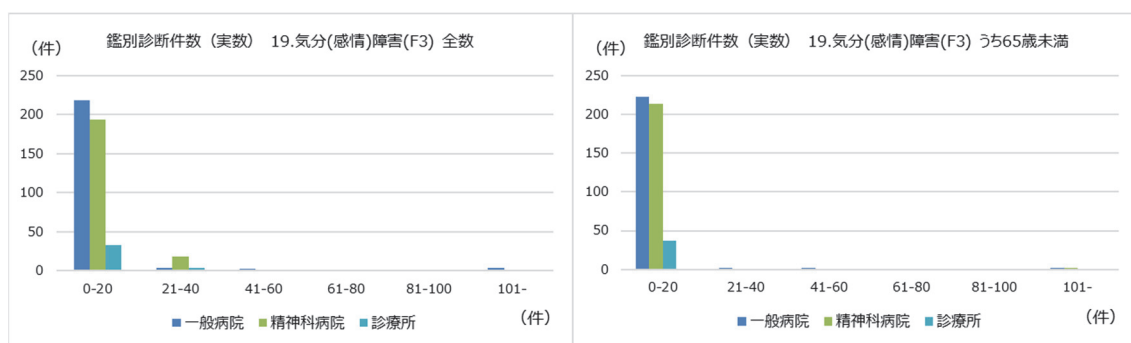


図 55 医療機関種別 気分(感情)障害の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

20) てんかん(G47)：類型別（表 113、図 56）、医療機関種別（表 114、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。鑑別診断件数の中央値はいずれも 0 名/年であるが、全数の最大値 752 名/年であり、65 歳未満でも最大値 349 名/年と、医療機関の特性によって鑑別診断件数に差があると考えられた。

表 113 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	17	0.9	2.4	0	0	10
	地域型	384	3.3	38.7	0	0	752
	連携型	87	1.4	3.9	0	0	27
	合計	488	2.9	34.4	0	0	752
		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	17	0.6	2.2	0	0	9
	地域型	384	1.5	18.2	0	0	349
	連携型	87	0.4	2.0	0	0	18
	合計	488	1.3	16.2	0	0	349

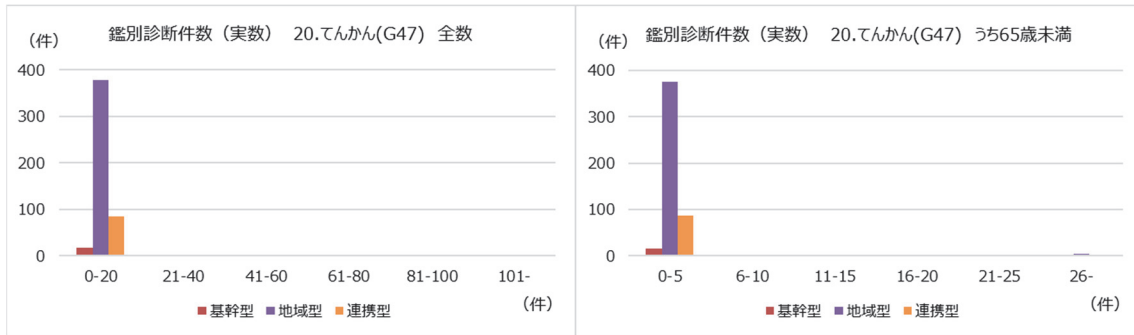


図 56 類型別 てんかんの鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

表 114 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	231	5.2	49.9	0	0	752
	精神科病院	219	0.7	2.4	0	0	31
	診療所	38	1.4	4.4	0	0	27
	合計	488	2.9	34.4	0	0	752
		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	231	2.5	23.4	0	0	349
	精神科病院	219	0.2	1.7	0	0	23
	診療所	38	0.1	0.3	0	0	1
	合計	488	1.3	16.2	0	0	349

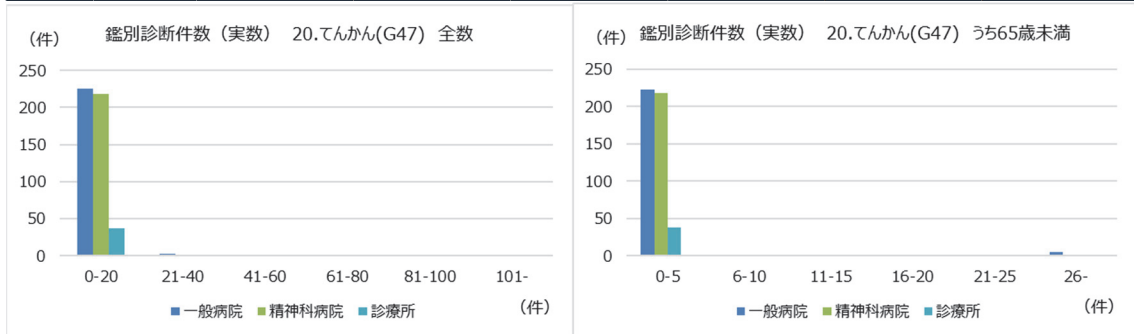


図 57 医療機関種別 てんかんの鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

21) 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9): 類型別 (表 115、図 58)、医療機関種別 (表 116、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鑑別診断件数に大きく差があると考えられた。

表 115 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	17	2.8	9.2	0	0	38
	地域型	384	3.0	17.1	0	0	260
	連携型	87	2.5	8.8	0	0	70
	合計	488	2.9	15.7	0	0	260
		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	17	2.5	8.7	0	0	36
	地域型	384	2.2	15.7	0	0	234
	連携型	87	2.1	8.8	0	0	70
	合計	488	2.2	14.5	0	0	234

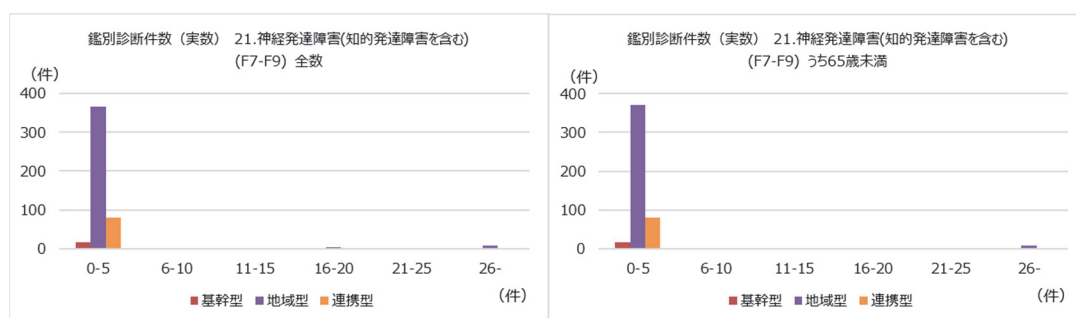


図 58 類型別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

表 116 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	231	2.3	9.5	0	0	91
	精神科病院	219	3.7	21.3	0	0	260
	診療所	38	1.4	3.9	0	0	23
	合計	488	2.9	15.7	0	0	260
		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	231	1.8	8.7	0	0	88
	精神科病院	219	2.9	19.7	0	0	234
	診療所	38	1.0	3.8	0	0	23
	合計	488	2.2	14.5	0	0	234

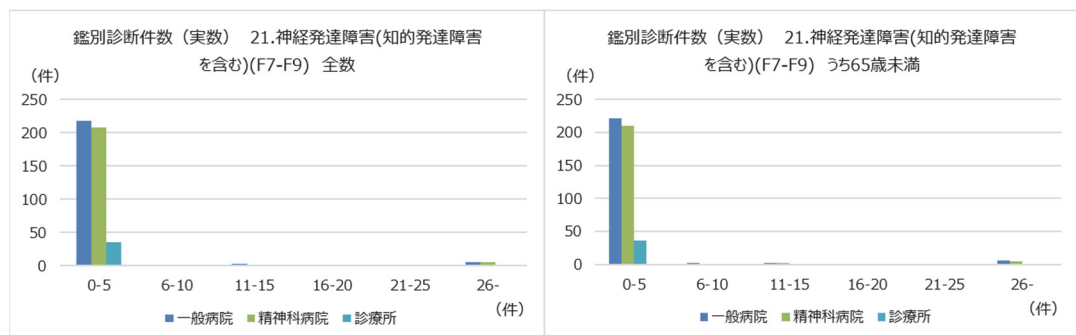


図 59 医療機関種別 神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

22) 前記のいずれにも含まれない精神疾患: 類型別(表 117、図 60)、医療機関種別(表 118、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鑑別診断件数に差があった。

表 117 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	17	11.6	33.8	1	0	137
	地域型	384	11.3	59.8	2	0	960
	連携型	87	6.9	17.7	0	0	113
	合計	488	10.5	53.9	2	0	960
		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	17	3.6	10.2	0	0	42
	地域型	383	5.3	49.5	0	0	820
	連携型	87	3.7	13.0	0	0	85
	合計	487	5.0	44.3	0	0	820

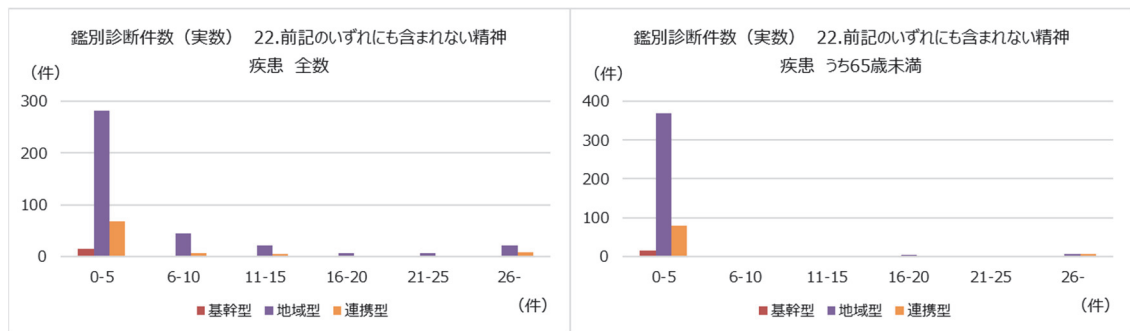


図 60 類型別 前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数(左: 全数、右: うち 65 歳未満)

表 118 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	231	7.1	28.0	1	0	353
	精神科病院	219	15.1	74.9	3	0	960
	診療所	38	4.7	9.7	0	0	40
	合計	488	10.5	53.9	2	0	960
		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	230	3.3	21.0	0	0	283
	精神科病院	219	7.4	62.4	0	0	820
	診療所	38	1.3	4.5	0	0	27
	合計	487	5.0	44.3	0	0	820

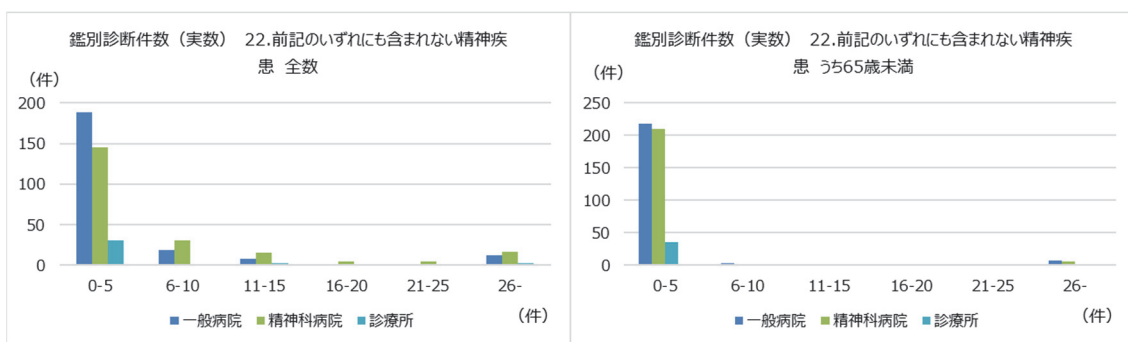


図 61 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

23) 前記のいずれにも含まれない神経疾患：類型別（表 119、図 62）、医療機関種別（表 120、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 119 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	17	7.2	17.2	1	0	69
	地域型	384	5.2	25.3	1	0	303
	連携型	87	5.1	20.9	0	0	126
	合計	488	5.2	24.3	0	0	303
		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	17	3.4	12.3	0	0	51
	地域型	383	2.2	15.8	0	0	172
	連携型	87	2.4	12.2	0	0	93
	合計	487	2.2	15.1	0	0	172

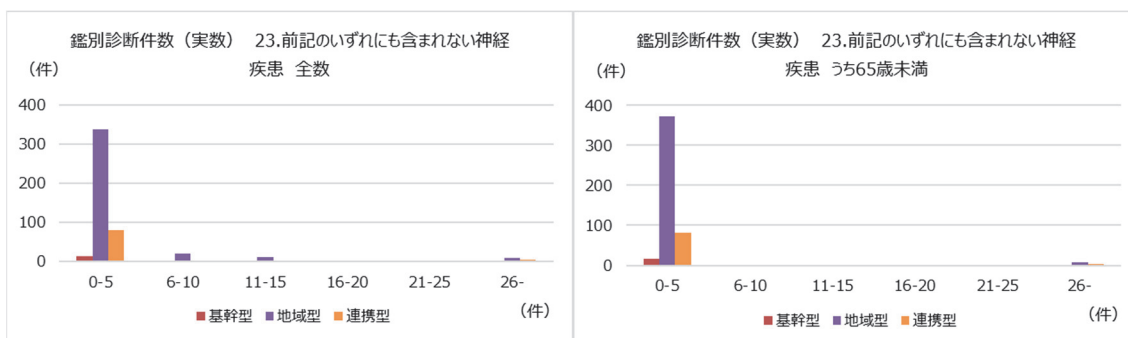


図 62 類型別 前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 120 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	231	7.7	31.2	1	0	303
	精神科病院	219	2.8	14.5	0	0	207
	診療所	38	4.3	20.4	0	0	126
	合計	488	5.2	24.3	0	0	303
		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	230	3.8	19.7	0	0	172
	精神科病院	219	1.0	9.5	0	0	136
	診療所	38	0.4	1.8	0	0	11
	合計	487	2.2	15.1	0	0	172

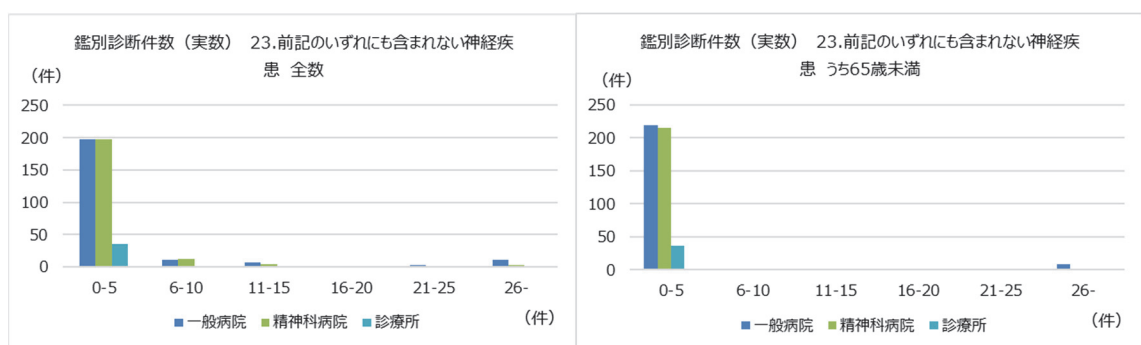


図 63 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

24) 前記のいずれにも含まれない疾患：類型別（表 121、図 64）、医療機関種別（表 122、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 121 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	17	2.6	4.3	1	0	17
	地域型	384	5.8	54.2	1	0	1046
	連携型	87	1.5	2.6	0	0	13
	合計	488	4.9	48.1	1	0	1046
		鑑別診断件数（実数） 24.前記のいずれにも含まれない疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	0.8	2.2	0	0	9
	地域型	383	2.1	24.9	0	0	463
	連携型	87	0.3	1.0	0	0	7
	合計	487	1.7	22.1	0	0	463

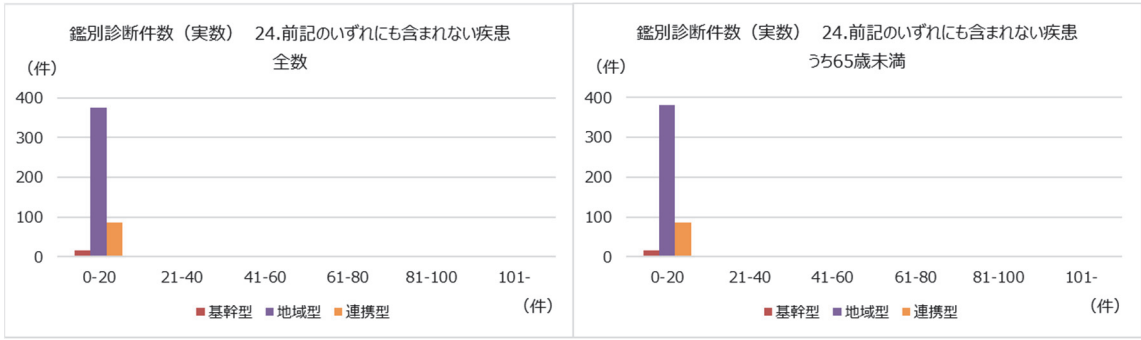


図 64 類型別 前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

表 122 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	231	7.5	68.9	1	0	1046
	精神科病院	219	2.9	12.3	0	0	143
	診療所	38	1.3	2.3	1	0	12
	合計	488	4.9	48.1	1	0	1046
		鑑別診断件数 (実数) 24.前記のいずれにも含まれない疾患 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	230	2.5	30.5	0	0	463
	精神科病院	219	1.2	10.2	0	0	120
	診療所	38	0.1	0.4	0	0	2
	合計	487	1.7	22.1	0	0	463

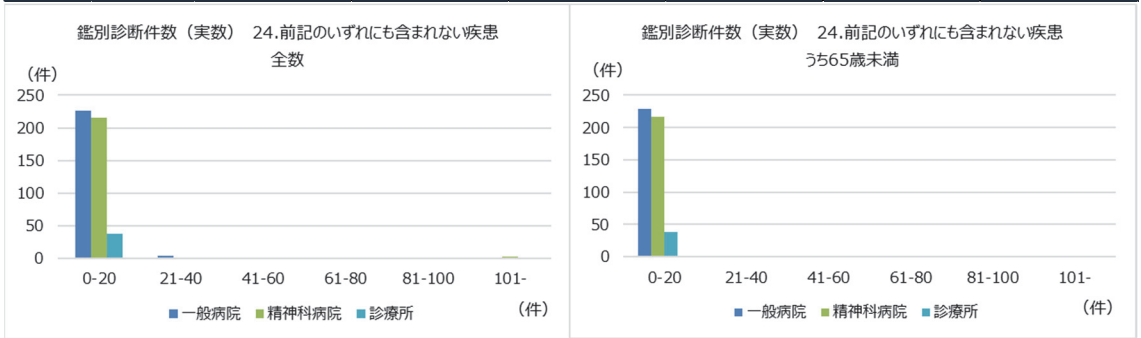


図 65 医療機関種別 前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数 (左：全数、右：うち 65 歳未満)

25) 診断保留：類型別 (表 123、図 66)、医療機関種別 (表 124、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 123 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	17	10.2	11.2	8	0	44
	地域型	384	7.9	18.7	1	0	194
	連携型	87	5.3	12.6	0	0	96
	合計	488	7.5	17.6	1	0	194

		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	17	2.4	4.6	1	0	19
	地域型	383	0.5	1.8	0	0	24
	連携型	87	0.3	0.8	0	0	5
	合計	487	0.5	1.9	0	0	24

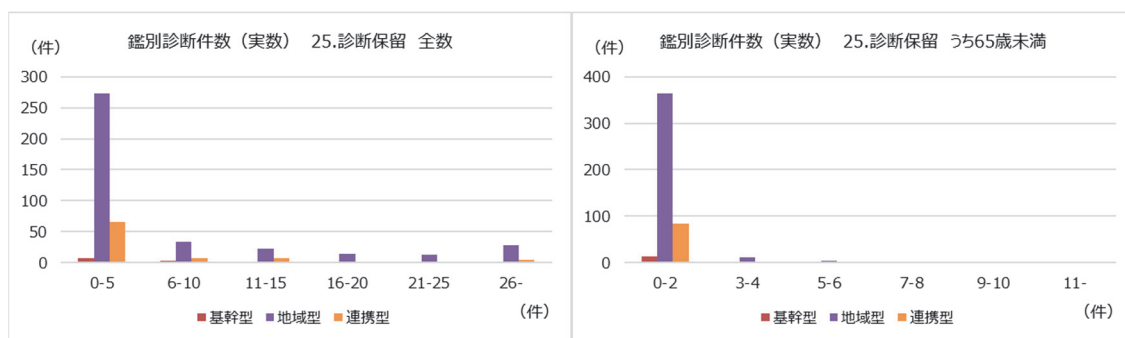


図 66 類型別 診断保留件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 124 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	231	9.8	21.2	2	0	194
	精神科病院	219	5.1	12.5	1	0	137
	診療所	38	7.0	17.6	1	0	96
	合計	488	7.5	17.6	1	0	194

		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	230	0.8	2.6	0	0	24
	精神科病院	219	0.3	0.8	0	0	5
	診療所	38	0.2	0.6	0	0	3
	合計	487	0.5	1.9	0	0	24

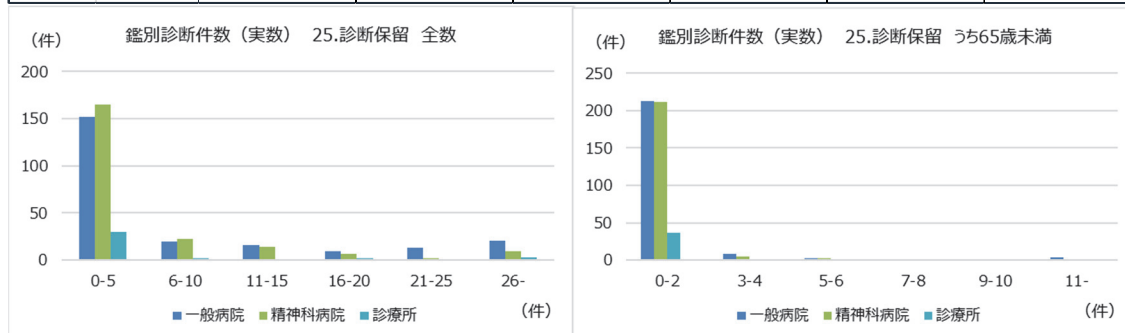


図 67 医療機関種別 診断保留件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

26) 全鑑別診断件数：類型別（表 125、図 68）、医療機関種別（表 126、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 歳未満のもの中央値では基幹型および一般病院が多かった。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 127、図 70、図 71）。

表 125 類型別 全鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数） 合計 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	191.2	136.9	133	63	542
	地域型	384	296.1	297.0	223	14	3073
	連携型	87	177.7	162.2	142	3	1122
	合計	488	271.4	277.4	208	3	3073
		鑑別診断件数（実数） 合計 うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	30.0	69.2	13	5	297
	地域型	384	26.7	133.6	5	0	1796
	連携型	87	17.4	41.8	3	0	196
	合計	488	25.2	120.5	5	0	1796

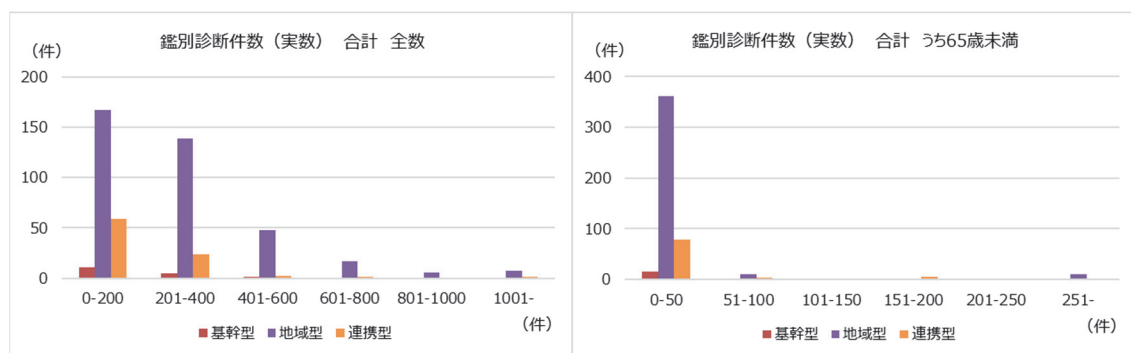


図 68 類型別 全鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 126 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	231	288.2	295.4	216	19	2648
	精神科病院	219	266.2	270.0	208	3	3073
	診療所	38	198.8	183.1	165	27	1122
	合計	488	271.4	277.4	208	3	3073
		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	231	29.4	113.5	8	0	1391
	精神科病院	219	23.2	136.8	3	0	1796
	診療所	38	11.0	18.7	4	0	92
	合計	488	25.2	120.5	5	0	1796

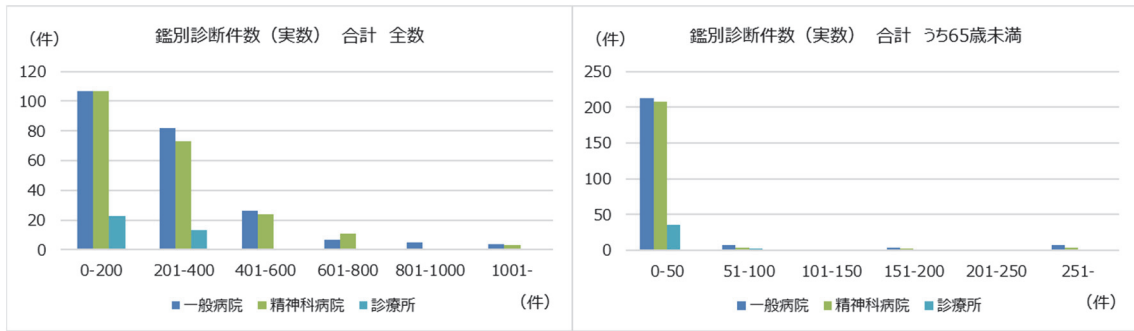


図 69 医療機関種別 全鑑別診断件数（左：全数、右：うち 65 歳未満）

表 127 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (左:全数、右うち65歳未満)

診断名	認知症関連疾患 全数		65歳未満の認知症関連疾患	
	全鑑別診断患者数	構成比A	うち65歳未満患者数	構成比B
軽度認知障害(MCI)	18685人	19.9%	530人	25.0%
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	54149人	57.8%	822人	38.8%
血管性認知症(F01)	6420人	6.9%	129人	6.1%
レビー小体型認知症(G31,F02)	6048人	6.5%	102人	4.8%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含むG31,F02)	1923人	2.1%	151人	7.1%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	187人	0.2%	26人	1.2%
物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	779人	0.8%	98人	4.6%
HIV感染による認知症(B20,F02)	2人	0.0%	1人	0.0%
プリオン病による認知症(A81,F02)	33人	0.0%	5人	0.2%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	347人	0.4%	20人	0.9%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	19人	0.0%	4人	0.2%
正常圧水頭症(G91)	723人	0.8%	19人	0.9%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1097人	1.2%	56人	2.6%
複数の病因による認知症(F02)	5441人	5.8%	46人	2.2%
詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)	4205人	4.5%	73人	3.4%
合計A (軽度認知障害を含む)	100058人	100.0%	2082人	100.0%
合計B (軽度認知障害を含まない)	81373人	-	1552人	-
				100.0%

令和3年度 認知症関連疾患鑑別診断件数（構成比Aによる）

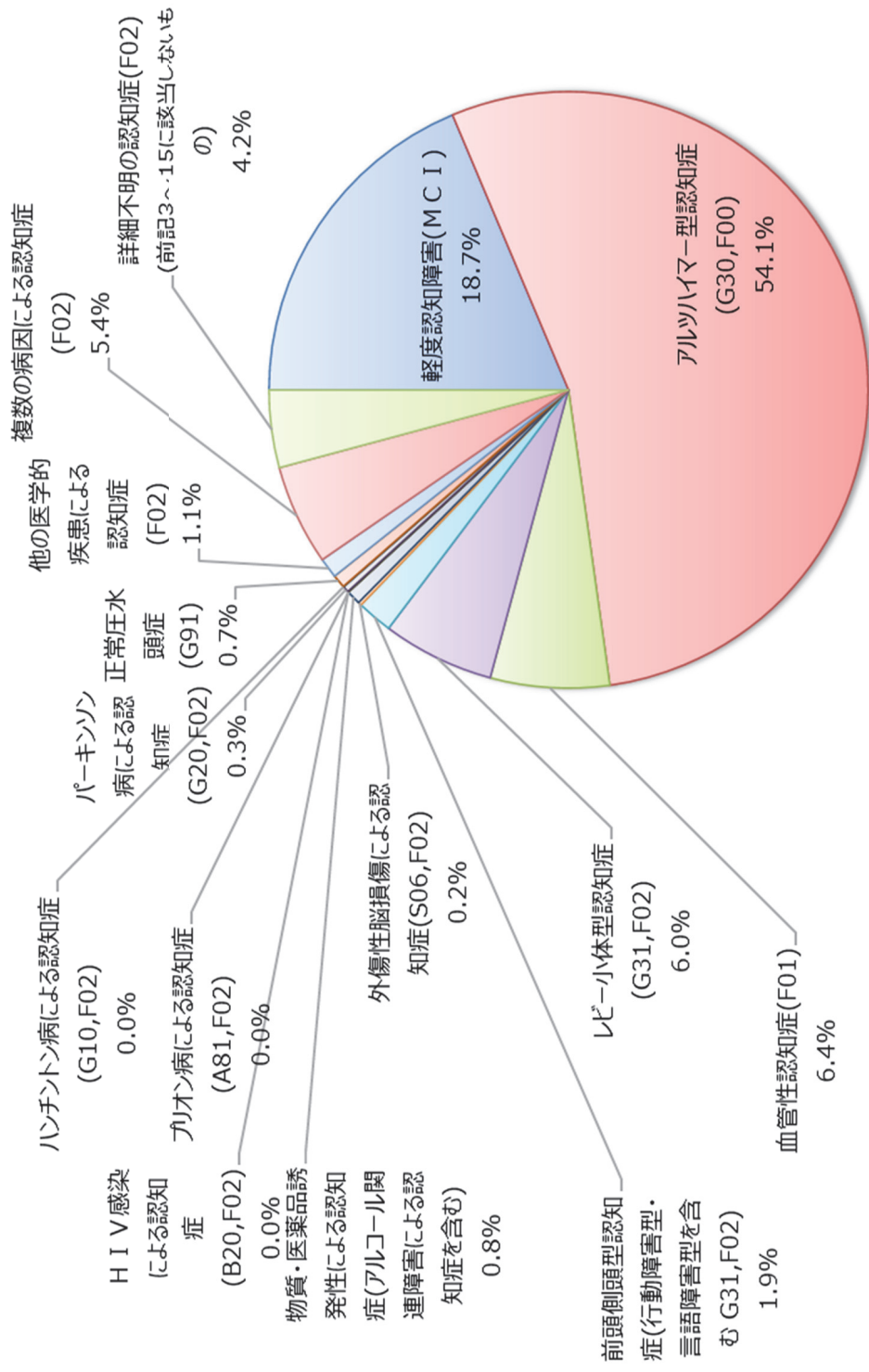


図 70 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (MCIを含む構成比 A による)

令和3年度 認知症関連疾患鑑別診断件数（構成比Bによる）

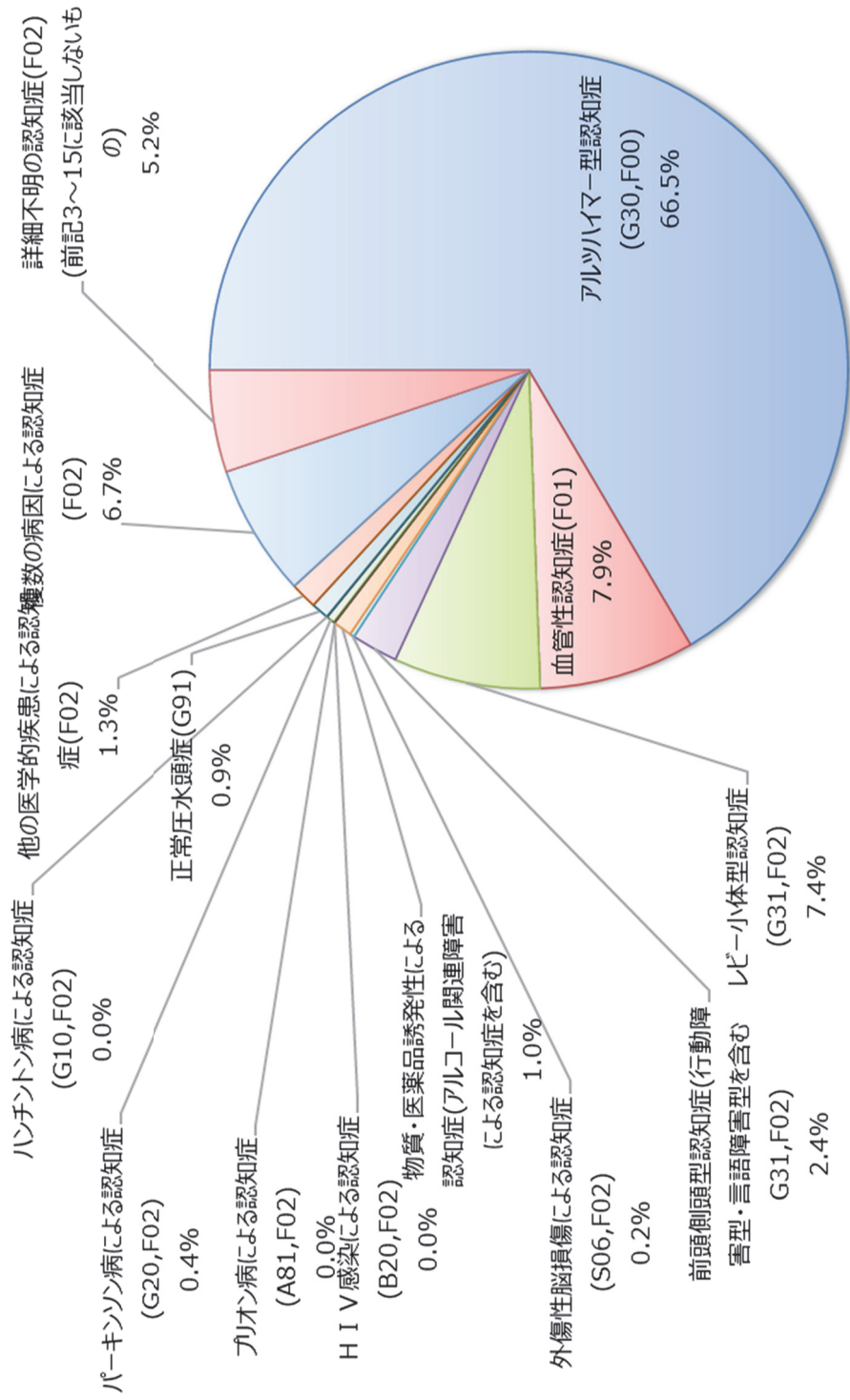


図 71 認知症関連疾患鑑別診断件数 構成比 (MCI を含まない構成比 B による)

II-5. 初診までの待機日数

類型別（表 128、図 72）、医療機関種別（表 129、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 41.2%は 15 日～1 か月未満の待機日数であり、地域型の 45.5%、連携型の 72.9%が 14 日未満の待機日数であった。また、医療機関種別では、一般病院の 42.9%、精神科病院の 52.1%、診療所の 75.7%が 14 日未満の待機日数であった。

表 128 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	239 49.6%	147 30.5%	94 19.5%	2 0.4%	0 0.0%	482 100.0%	
類型	基幹型	4 23.5%	7 41.2%	6 35.3%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
	地域型	173 45.5%	124 32.6%	81 21.3%	2 0.5%	0 0.0%	380 100.0%
	連携型	62 72.9%	16 18.8%	7 8.2%	0 0.0%	0 0.0%	85 100.0%

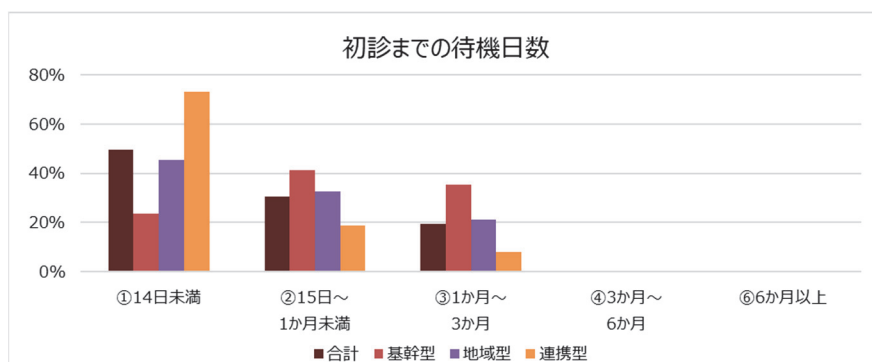


図 72 類型別 初診までの待機日数（再掲）

表 129 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	239 49.6%	147 30.5%	94 19.5%	2 0.4%	0 0.0%	482 100.0%	
医療機関 種別	一般病院	97 42.9%	74 32.7%	54 23.9%	1 0.4%	0 0.0%	226 100.0%
	精神科病院	114 52.1%	67 30.6%	37 16.9%	1 0.5%	0 0.0%	219 100.0%
	診療所	28 75.7%	6 16.2%	3 8.1%	0 0.0%	0 0.0%	37 100.0%

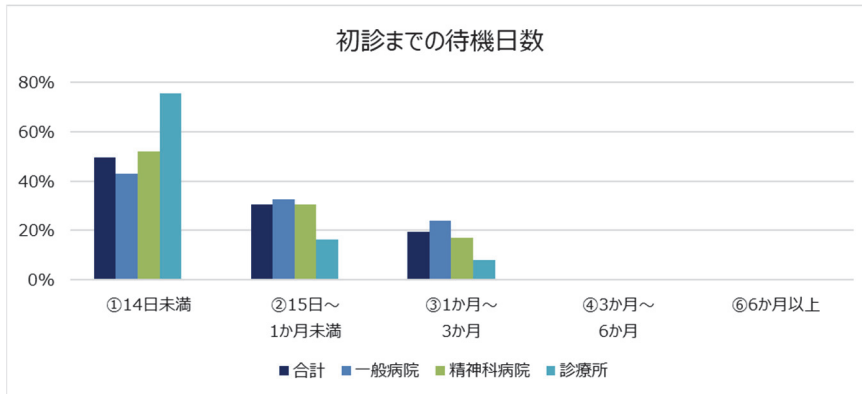


図 73 医療機関種別 初診までの待機日数（再掲）

II-6. 診療報酬

1) 認知症専門診断管理料：認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定について類型別（表 130）、医療機関種別（表 131）に示す。空欄であった 8 件は欠損値とした。基幹型は 94.1%、地域型は 74.1%が算定していたが、連携型は 56.5%の算定であった。医療機関種別では大きな差はみられなかった。鑑別診断や療養計画等を通じた、かかりつけ医等の他の医療機関との連携関係の有無によって算定に差があると考えられる。

表 130 類型別 認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料 1または2 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
類型	基幹型	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	280	98	378
		74.1%	25.9%	100.0%
	連携型	48	37	85
	56.5%	43.5%	100.0%	
合計	344	136	480	
	71.7%	28.3%	100.0%	

表 131 医療機関種別 認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料 1または2 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
医療機関種別	一般病院	170	57	227
		74.9%	25.1%	100.0%
	精神科病院	144	71	215
		67.0%	33.0%	100.0%
	診療所	30	8	38
	78.9%	21.1%	100.0%	
合計	344	136	480	
	71.7%	28.3%	100.0%	

2) 認知症専門診断管理料1：類型別の認知症専門診断管理料1算定の有無（表132）、年間算定件数（表133）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134）、年間算定件数（表135）を示す。算定の有無が空欄であった8件は欠損としたが、認知症専門診断管理料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。実績報告書上で数値入力欄が空欄であるケースは集計データ上「0」となることに留意が必要である。算定が有で年間算定件数が0件または空欄であった報告が17件あったが、年間算定件数の集計に含めた。基幹型の94.1%、地域型の73.5%、連携型の54.1%が算定しており、算定件数の中央値では地域型が多かった。また、医療機関種別では、一般病院の74.4%、精神科病院の66.5%、診療所の73.7%が算定しており、算定回数の中央値では一般病院が多かった。

表132 類型別 認知症専門診断管理料1 算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	278	100	378
		73.5%	26.5%	100.0%
連携型	46	39	85	
	54.1%	45.9%	100.0%	
合計		340	140	480
		70.8%	29.2%	100.0%

表133 類型別 認知症専門診断管理料1 年間算定件数

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	36.4	54.6	20	0	222
	地域型	278	82.3	96.2	53	0	665
	連携型	46	24.5	33.5	13	0	172
	合計	340	72.4	91.1	39	0	665

表134 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	169	58	227
		74.4%	25.6%	100.0%
	精神科病院	143	72	215
		66.5%	33.5%	100.0%
診療所	28	10	38	
	73.7%	26.3%	100.0%	
合計		340	140	480
		70.8%	29.2%	100.0%

表 135 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	169	83.6	92.5	53	0	455
	精神科病院	143	68.0	93.9	35	0	665
	診療所	28	27.0	38.9	13	0	172
	合計	340	72.4	91.1	39	0	665

3) 認知症専門診断管理料 2 : 類型別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無 (表 136)、年間算定件数 (表 137) 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 138)、年間算定件数 (表 139) を示す。空欄であった 10 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。算定が有であるが年間算定件数が 0 件または空欄であった報告が 32 件あるが、年間算定件数の集計に含めた。基幹型の 52.9% が算定しており、一方で地域型の 52.4%、連携型の 92.8% は算定していなかった。算定件数の中央値では地域型が多かった。また、医療機関種別では、一般病院の 52.9%、精神科病院の 61.4%、診療所の 86.1% が算定していなかった。算定回数
の中央値では精神科病院が多かった。

表 136 類型別 認知症専門診断管理料 2 算定の有無

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	9	8	17
		52.9%	47.1%	100.0%
	地域型	180	198	378
		47.6%	52.4%	100.0%
	連携型	6	77	83
		7.2%	92.8%	100.0%
合計	195	283	478	
	40.8%	59.2%	100.0%	

表 137 類型別 認知症専門診断管理料 2 年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	9	7.1	6.8	7	0	16
	地域型	180	25.0	41.4	11	0	275
	連携型	6	7.0	16.2	1	0	40
	合計	195	23.6	40.2	10	0	275

表 138 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	107 47.1%	120 52.9%	227 100.0%
	精神科病院	83 38.6%	132 61.4%	215 100.0%
	診療所	5 13.9%	31 86.1%	36 100.0%
	合計	195 40.8%	283 59.2%	478 100.0%

表 139 医療機関種別 認知症専門診断管理料2 年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	107	21.6	40.0	9	0	275
	精神科病院	83	27.1	41.2	14	0	227
	診療所	5	8.2	17.8	0	0	40
	合計	195	23.6	40.2	10	0	275

4) 認知症ケア加算：認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定について、類型別（表 140）、医療機関種別（表 141）に示す。すべて空欄の 14 件は欠損としたが、認知症ケア加算いずれか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。いずれかの算定があったのは基幹型 52.9%、地域型 39.6%、連携型 26.5%であった。一般病院は 73.1%の算定であったが精神科病院および診療所の算定は少なかった。算定要件や病棟の有無が影響していると考えられる。

表 140 類型別 認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算 1または2または3 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
類型	基幹型	9 52.9%	8 47.1%	17 100.0%
	地域型	148 39.6%	226 60.4%	374 100.0%
	連携型	22 26.5%	61 73.5%	83 100.0%
	合計	179 37.8%	295 62.2%	474 100.0%

表 141 医療機関種別 認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算 1または2または3 いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
医療機関 種別	一般病院	166 73.1%	61 26.9%	227 100.0%
	精神科病院	13 6.2%	198 93.8%	211 100.0%
	診療所	0 0.0%	36 100.0%	36 100.0%
	合計	179 37.8%	295 62.2%	474 100.0%

5) 認知症ケア加算 1：類型別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 142）、年間算定件数（表 143）および医療機関種別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 144）、年間算定件数（表 145）を示す。空欄であった 16 件は欠損としたが、認知症ケア加算 1 の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。算定が有で算定件数が 0 件または空欄であった 4 件は年間算定件数の集計に含めた。基幹型の 52.9%、地域型の 74.7%、連携型の 96.4%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 56.2%、精神科病院の 97.1%、診療所の 100%が算定しておらず、算定している医療機関でもそれぞれ大きな差があった。

表 142 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	8	9	17
		47.1%	52.9%	100.0%
	地域型	94	278	372
		25.3%	74.7%	100.0%
	連携型	3	80	83
		3.6%	96.4%	100.0%
	合計	105	367	472
		22.2%	77.8%	100.0%

表 143 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	8	2098.4	1375.2	1839	0	4263
	地域型	94	6568.7	7869.5	5004	0	57462
	連携型	3	21701.0	20770.8	11614	7900	45589
	合計	105	6660.5	8481.5	4658	0	57462

表 144 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	99	127	226
		43.8%	56.2%	100.0%
	精神科病院	6	204	210
		2.9%	97.1%	100.0%
	診療所	0	36	36
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	105	367	472
		22.2%	77.8%	100.0%

表 145 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	99	6817.2	8653.7	4658	0	57462
	精神科病院	6	4073.8	4469.3	3138	0	9629
	診療所	0					
	合計	105	6660.5	8481.5	4658	0	57462

6) 認知症ケア加算 2 : 類型別の認知症ケア加算 2 算定の有無 (表 146)、年間算定件数 (表 147) および医療機関種別の認知症ケア加算 2 算定の有無 (表 148)、年間算定件数 (表 149) を示す。空欄であった 17 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も件数が 0 件または空欄の報告 4 件は年間算定件数の集計に含めた。基幹型の 88.2%、地域型の 88.7%、連携型の 89.2% 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 78.2%、精神科病院の 98.1%、診療所の 100% が算定しておらず、算定している医療機関でもそれぞれ大きな差があった。

表 146 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	15	17
		11.8%	88.2%	100.0%
	地域型	42	329	371
		11.3%	88.7%	100.0%
	連携型	9	74	83
		10.8%	89.2%	100.0%
	合計	53	418	471
		11.3%	88.7%	100.0%

表 147 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	32101.0	38694.3	32101	4740	59462
	地域型	42	11084.0	14346.1	6545	0	77449
	連携型	9	9680.3	9219.6	8240	687	26394
	合計	53	11638.8	14871.5	7262	0	77449

表 148 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	49	176	225
		21.8%	78.2%	100.0%
	精神科病院	4	206	210
		1.9%	98.1%	100.0%
	診療所	0	36	36
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	53	418	471
		11.3%	88.7%	100.0%

表 149 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	49	12409.0	15192.8	8240	0	77449
	精神科病院	4	2203.3	3450.8	776	0	7262
	診療所	0					
	合計	53	11638.8	14871.5	7262	0	77449

7) 認知症ケア加算 3：類型別の認知症ケア加算 3 算定の有無（表 150）、年間算定件数（表 151）および医療機関種別の認知症ケア加算 3 算定の有無（表 152）、年間算定件数（表 153）を示す。空欄であった 18 件は欠損としたが、認知症ケア加算 3 の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。また算定が有で年間算定件数が 0 件または空欄の報告 4 件は年間算定件数の集計に含めた。基幹型の 5.9%、地域型の 7.0%、連携型の 12.0%が算定しており、算定件数にはそれぞれに大きな差があった。また、医療機関種別では、一般病院の 13.3%、精神科病院の 3.3%が算定していたが、診療所の算定は 0.0%であり、全体としては件数は増えているものの医療機関ごとに大きな差があった。

表 150 類型別 認知症ケア加算 3 算定の有無

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	1	16	17
		5.9%	94.1%	100.0%
	地域型	26	346	372
		7.0%	93.0%	100.0%
	連携型	10	73	83
		12.0%	88.0%	100.0%
	合計	37	435	472
		7.8%	92.2%	100.0%

表 151 類型別 認知症ケア加算 3 年間算定数

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	1	0.0		0	0	0
	地域型	26	10326.3	10607.4	7859	0	36905
	連携型	10	11811.1	11588.3	7292	498	30424
	合計	37	10448.5	10736.3	7292	0	36905

表 152 医療機関種別 認知症ケア加算3 算定の有無

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	30 13.3%	196 86.7%	226 100.0%
	精神科病院	7 3.3%	203 96.7%	210 100.0%
	診療所	0 0.0%	36 100.0%	36 100.0%
	合計	37 7.8%	435 92.2%	472 100.0%

表 153 医療機関種別 認知症ケア加算3 年間算定数

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	30	11665.4	11369.7	8528	0	36905
	精神科病院	7	5233.1	5259.7	6111	0	12948
	診療所	0					
	合計	37	10448.5	10736.3	7292	0	36905

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 154、155、図 74）

地域包括支援センターからの受診は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。数値入力欄に文字入力のあった 2 件は欠損値としたが、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。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり、集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 286 件/年と開きがあった。

表 154 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	17	8.1	27.5	0	0	114
	地域型	382	20.3	30.3	12	0	286
	連携型	87	10.6	11.1	7	0	52
	合計	486	18.2	28.0	10	0	286

表 155 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	229	15.0	28.8	5	0	286
	精神科病院	219	22.2	28.7	13	0	273
	診療所	38	13.7	12.4	11	0	52
	合計	486	18.2	28.0	10	0	286

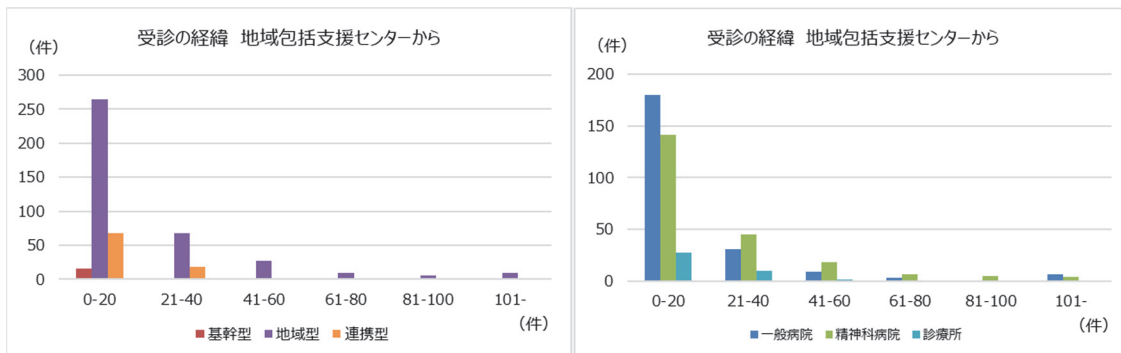


図 74 地域包括支援センターからの受診（再掲）

2) 医療機関（かかりつけ医等）から（表 156、157、図 75）

医療機関（かかりつけ医等）からの受診は、中央値では基幹型および一般病院が多かった。数値入力項目に文字入力をしたケースはなかった。数値入力欄の空欄は集計データ上「0」となり、集計に含まれることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 1494 件/年と大きな開きがあった。

表 156 類型別 医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯 医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	146.0	96.2	133	43	357
	地域型	384	170.4	197.9	114	0	1494
	連携型	87	58.4	50.5	48	0	268
	合計	488	149.6	182.7	100	0	1494

表 157 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	231	172.5	197.3	121	0	1494
	精神科病院	219	141.0	176.3	93	0	1408
	診療所	38	59.4	49.1	52	0	190
	合計	488	149.6	182.7	100	0	1494

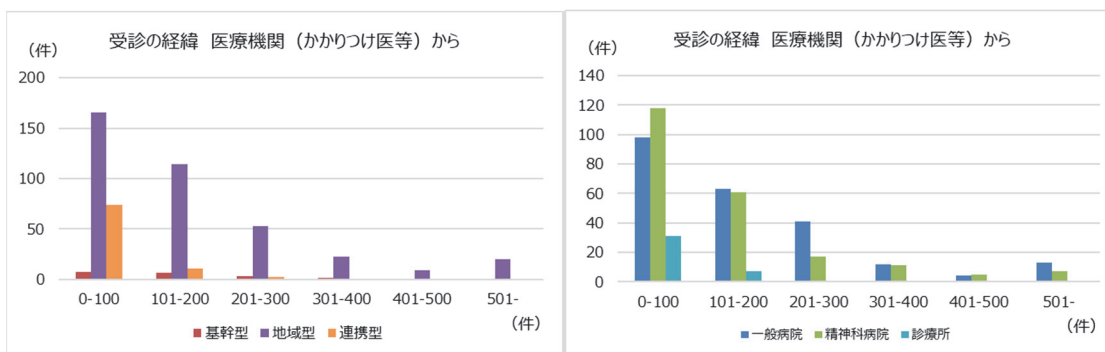


図 75 医療機関（かかりつけ医等）からの受診（再掲）

3) 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から（表 158、159、図 76）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。数値入力欄に文字入力のあった 2 件は欠損値としたが、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。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 555 件/年と大きな開きがあった。

表 158 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	17	1.9	4.7	0	0	16
	地域型	382	37.4	61.8	18	0	555
	連携型	87	16.0	21.9	7	0	117
	合計	486	32.3	56.4	15	0	555

表 159 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	229	17.2	39.9	5	0	453
	精神科病院	219	51.0	68.7	33	0	555
	診療所	38	15.8	19.6	7	0	65
	合計	486	32.3	56.4	15	0	555

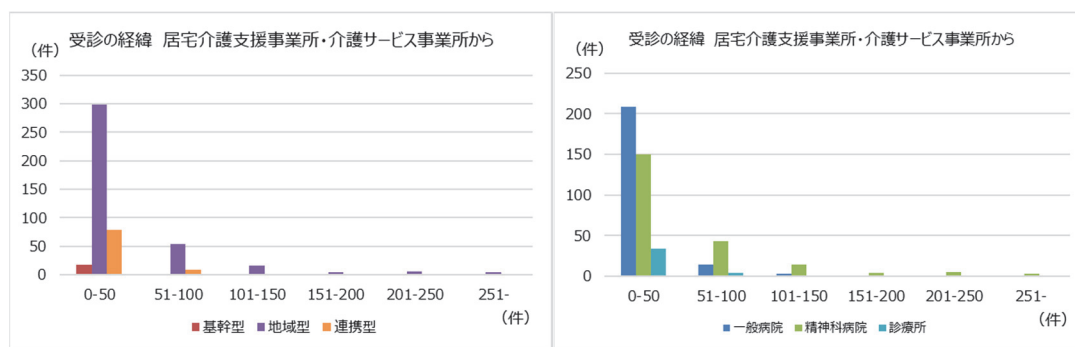


図 76 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診（再掲）

4) 行政機関から（表 160、161、図 77）

行政機関からの受診は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。数値入力欄に文字入力のあった 2 件は欠損値としたが、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。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 224 件/年であった。

表 160 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	17	1.1	1.5	0	0	5
	地域型	382	8.3	17.6	3	0	224
	連携型	87	3.7	5.8	2	0	35
	合計	486	7.3	15.9	2	0	224

表 161 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	229	6.2	13.5	1	0	107
	精神科病院	219	8.9	19.1	3	0	224
	診療所	38	4.1	5.4	3	0	27
	合計	486	7.3	15.9	2	0	224

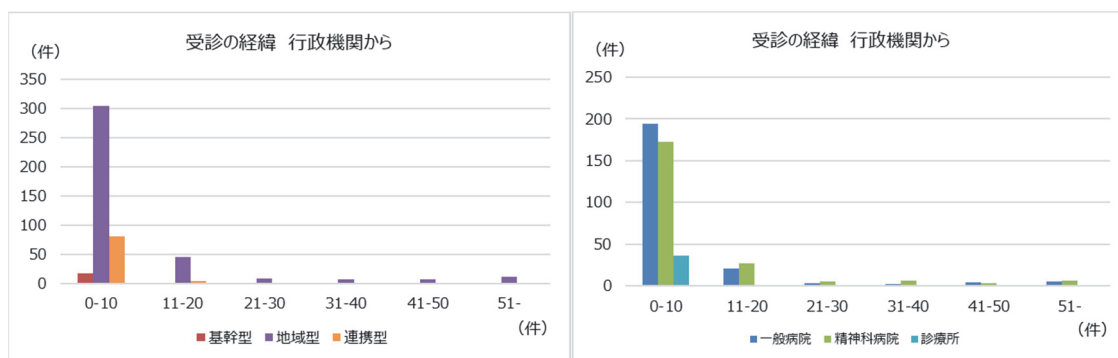


図 77 行政機関からの受診 (再掲)

5) その他 (表 162、163、図 78)

その他からの受診は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。数値入力欄に文字入力のあった 2 件は欠損値としたが、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。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 1252 件/年と大きな開きがあった。

表 162 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	17	34.8	98.2	3	0	408
	地域型	382	50.9	128.4	8	0	1252
	連携型	87	23.8	56.0	2	0	343
	合計	486	45.4	118.1	5	0	1252

表 163 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	229	43.8	131.8	3	0	1252
	精神科病院	219	50.8	110.3	9	0	833
	診療所	38	24.1	58.4	1	0	265
	合計	486	45.4	118.1	5	0	1252

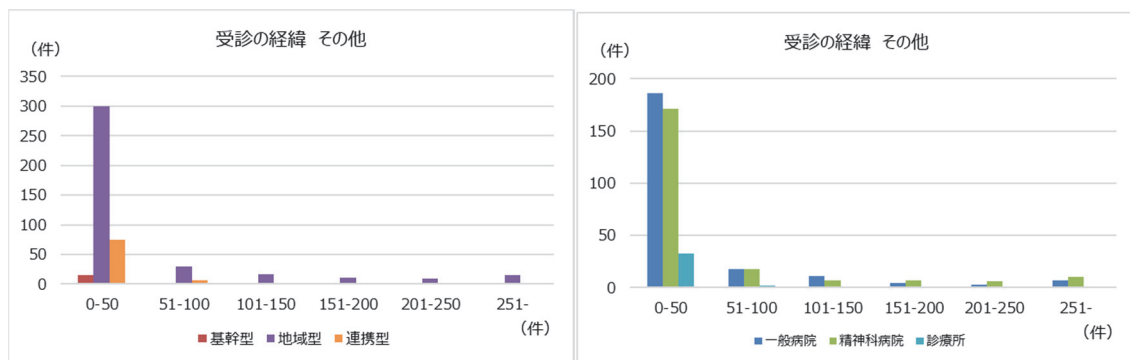


図 78 その他からの受診（再掲）

II-8. 認知症疾患医療センター受診後の情報提供

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

1) 地域包括支援センターへの情報提供（表 164、165、図 79）

地域包括支援センターへの情報提供は、中央値では地域型および精神科病院が多かった。数値入力欄に文字入力のあった 7 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 647 件/年と大きな開きがあった。

表 164 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	16	38.3	95.3	5	0	375
	地域型	378	28.5	51.6	13	0	647
	連携型	87	14.8	22.8	7	0	133
	合計	481	26.4	50.0	11	0	647

表 165 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	226	30.0	65.0	10	0	647
	精神科病院	217	23.7	31.6	12	0	205
	診療所	38	20.3	27.7	9	0	133
	合計	481	26.4	50.0	11	0	647

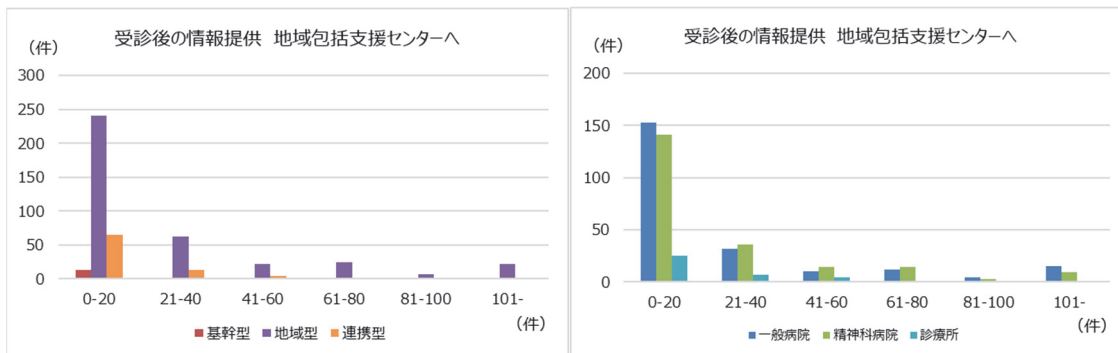


図 79 地域包括支援センターへの情報提供（再掲）

2) 医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（表 166、167、図 80）

医療機関（かかりつけ医等）への情報提供は、中央値で地域型および一般病院が多かった。数値入力欄に文字入力のあった 2 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。全体数は昨年度と比較し増えているものの、最小値は 0 件/年、最大値は 1669 件/年と大きな開きがあった。

表 166 類型別 医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供 医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	188.1	245.3	105	10	1024
	地域型	383	167.9	188.0	110	0	1669
	連携型	87	73.5	87.4	54	0	542
	合計	486	151.7	180.0	98	0	1669

表 167 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	229	167.4	178.7	109	0	1024
	精神科病院	219	147.1	189.2	95	0	1669
	診療所	38	83.7	102.6	62	0	542
	合計	486	151.7	180.0	98	0	1669

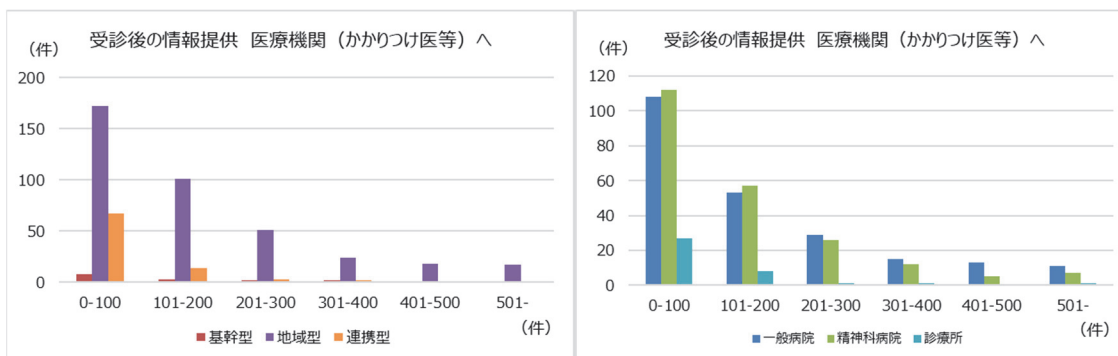


図 80 医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（再掲）

3) 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（表 168、169、図 81）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供は、中央値で地域型および精神科病院で特に多かった。数値入力欄に文字入力があった 7 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。昨年度と比較し全体数は増えているものの最小値は 0 件/年、最大値は 957 件/年と大きな開きがあった。

表 168 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	16	56.9	141.4	4	0	491
	地域型	378	48.4	105.9	17	0	957
	連携型	87	24.2	43.3	5	0	255
	合計	481	44.3	99.3	14	0	957

表 169 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	226	35.1	87.1	8	0	662
	精神科病院	217	56.4	115.6	26	0	957
	診療所	38	29.9	46.0	7	0	152
	合計	481	44.3	99.3	14	0	957

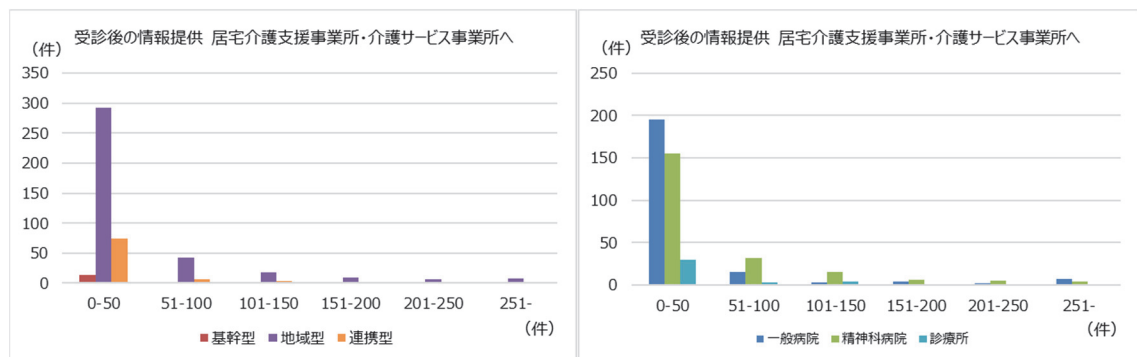


図 81 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（再掲）

4) 行政機関への情報提供（表 170、171、図 82）

行政機関への情報提供は、中央値で基幹型、地域型および精神科病院で多かった。数値入力欄に文字入力があった 7 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。昨年度と比較し全体数は増えており、最小値は 0 件/年、最大値は 217 件/年であった。

表 170 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	16	11.3	26.7	2	0	88
	地域型	377	8.6	18.9	2	0	155
	連携型	87	6.9	24.3	1	0	217
	合計	480	8.4	20.2	2	0	217

表 171 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	226	8.2	21.9	1	0	217
	精神科病院	216	8.9	19.7	3	0	155
	診療所	38	6.6	11.1	1	0	55
	合計	480	8.4	20.2	2	0	217

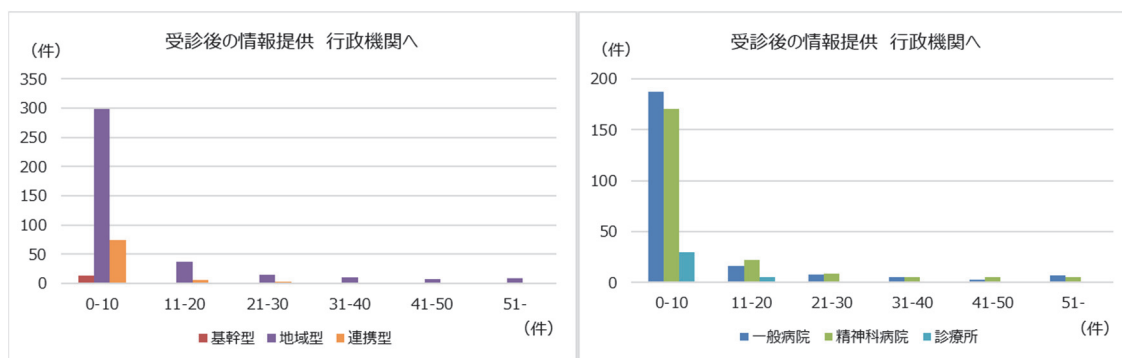


図 82 行政機関への情報提供（再掲）

5) その他への情報提供（表 172、173、図 83）

その他への情報提供は、中央値で基幹型および診療所で多かった。数値入力欄に文字入力のあった 7 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。昨年度と比較し全体数は増えているものの、最小値は 0 件/年、最大値は 2824 件/年と大きな開きがあった。

表 172 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	16	56.9	147.8	3	0	527
	地域型	378	45.6	199.0	1	0	2824
	連携型	87	24.4	59.0	1	0	336
	合計	481	42.1	180.2	1	0	2824

表 173 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	226	42.4	216.7	1	0	2824
	精神科病院	217	43.5	149.7	2	0	1568
	診療所	38	32.5	69.8	0	0	336
	合計	481	42.1	180.2	1	0	2824

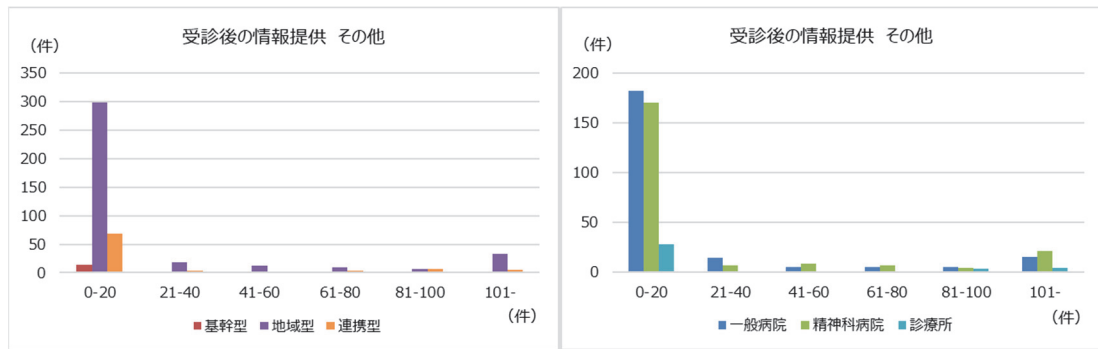


図 83 その他への情報提供 (再掲)

Ⅲ. 身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能

Ⅲ-1. 指定状況

1) 救急医療機関の指定：救急医療機関の指定の有無について類型別（表 174）、および医療機関種別（表 175）に示す。空欄であった 11 件は欠損としたが、救急医療機関の指定を確認していないか、あるいは指定されていない可能性がある。基幹型の 100%、一般病院の 67.7%が指定されていたが、地域型の 65.7%、連携型の 75.0%、精神科病院の 95.3%、診療所の 94.6%は指定されていなかった。

表 174 類型別 救急医療機関の指定の有無

		1救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	129	247	376
		34.3%	65.7%	100.0%
	連携型	21	63	84
25.0%		75.0%	100.0%	
合計	167	310	477	
		35.0%	65.0%	100.0%

表 175 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	155	74	229
		67.7%	32.3%	100.0%
	精神科病院	10	201	211
		4.7%	95.3%	100.0%
	診療所	2	35	37
5.4%		94.6%	100.0%	
合計	167	310	477	
		35.0%	65.0%	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 176）、および医療機関種別（表 177）に示す。空欄であった 11 件は欠損としたが、高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定を確認していないか、指定されていない可能性がある。基幹型の 64.7%は指定されていたが、地域型の 87.5%、連携型の 100%、一般病院の 74.7%、精神科病院と診療所の 100%が指定されていなかった。

表 176 類型別 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	11	6	17
		64.7%	35.3%	100.0%
	地域型	47	329	376
		12.5%	87.5%	100.0%
連携型	0	84	84	
	0.0%	100.0%	100.0%	
合計		58	419	477
		12.2%	87.8%	100.0%

表 177 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	58	171	229
		25.3%	74.7%	100.0%
	精神科病院	0	211	211
		0.0%	100.0%	100.0%
診療所	0	37	37	
	0.0%	100.0%	100.0%	
合計		58	419	477
		12.2%	87.8%	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 178、図 84）、および医療機関種別（表 179、図 85）に示す。有無に関し、空欄であった 14 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。全体の 85.4%が身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援を行っていた。

表 178 類型別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援 (相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など)の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	323	49	372
		86.8%	13.2%	100.0%
連携型	65	20	85	
	76.5%	23.5%	100.0%	
合計		405	69	474
		85.4%	14.6%	100.0%

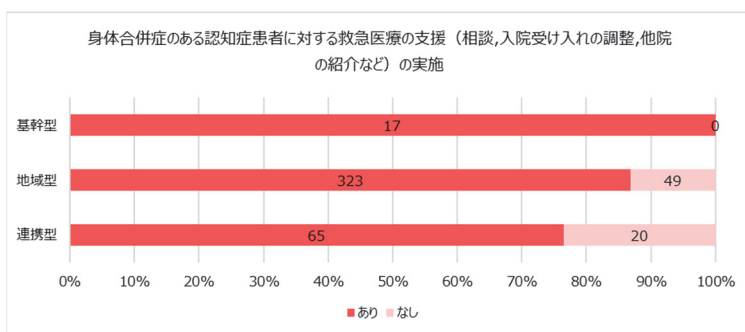


図 84 類型別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

表 179 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	210	16	226
		92.9%	7.1%	100.0%
	精神科病院	166	45	211
		78.7%	21.3%	100.0%
診療所	29	8	37	
		78.4%	21.6%	100.0%
	合計	405	69	474
		85.4%	14.6%	100.0%

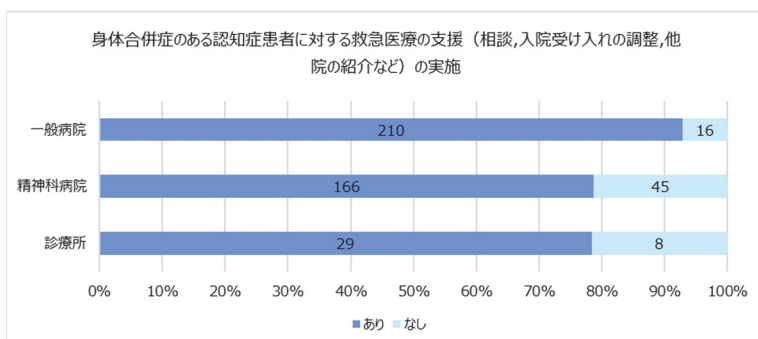


図 85 医療機関別 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

2)一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神的ケースワークの実施：類型別（表 180、図 86）、および医療機関種別（表 181、図 87）に示す。空欄であった 28 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。基幹型の 94.1%、一般病院の 63.4%が一般病床に入院する認知症患者への精神的ケースワークを実施しており、全体では昨年度と比較し漸増した。地域型の 59.3%、連携型の 84.5%、精神科病院の 84.9%、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 180 類型別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	146	213	359
		40.7%	59.3%	100.0%
連携型	13	71	84	
	15.5%	84.5%	100.0%	
合計		175	285	460
		38.0%	62.0%	100.0%

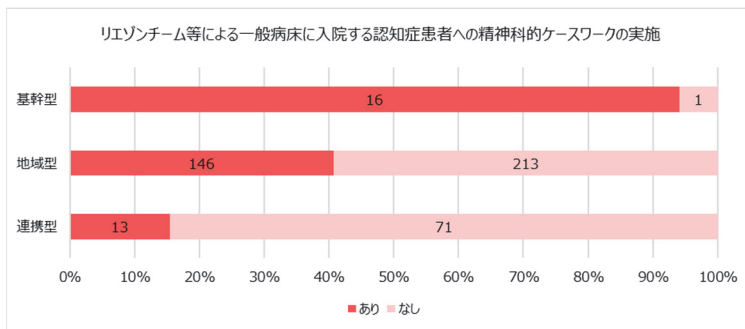


図 86 類型別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施 (再掲)

表 181 医療機関種別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	142	82	224
		63.4%	36.6%	100.0%
	精神科病院	30	169	199
		15.1%	84.9%	100.0%
診療所	3	34	37	
	8.1%	91.9%	100.0%	
合計		175	285	460
		38.0%	62.0%	100.0%

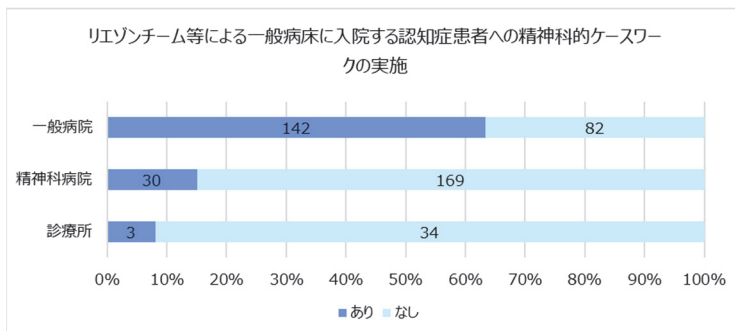


図 87 医療機関種別 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施 (再掲)

3) 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施：類型別（表 182、図 88）、および医療機関種別（表 183、図 89）に示す。空欄であった 22 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。類型別で特別な傾向は見られず、全体の 65.5%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 75.1%、精神科病院の 57.4%が実施しており、認知症に関する情報提供の必要な他科の存在の有無により、研修会の実施の有無が影響されていたかもしれない。

表 182 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	13 76.5%	4 23.5%	17 100.0%
	地域型	245 67.3%	119 32.7%	364 100.0%
	連携型	47 55.3%	38 44.7%	85 100.0%
	合計	305 65.5%	161 34.5%	466 100.0%

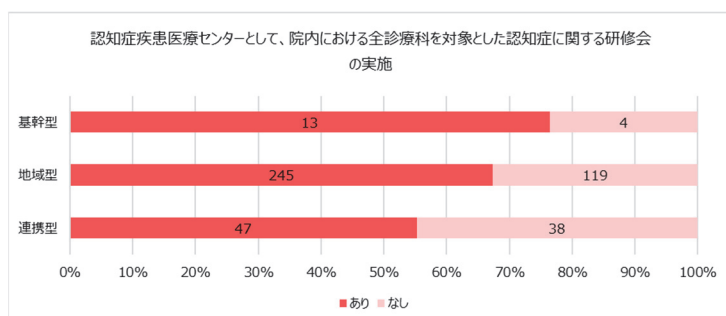


図 88 類型別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

表 183 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	169 75.1%	56 24.9%	225 100.0%
	精神科病院	117 57.4%	87 42.6%	204 100.0%
	診療所	19 51.4%	18 48.6%	37 100.0%
	合計	305 65.5%	161 34.5%	466 100.0%

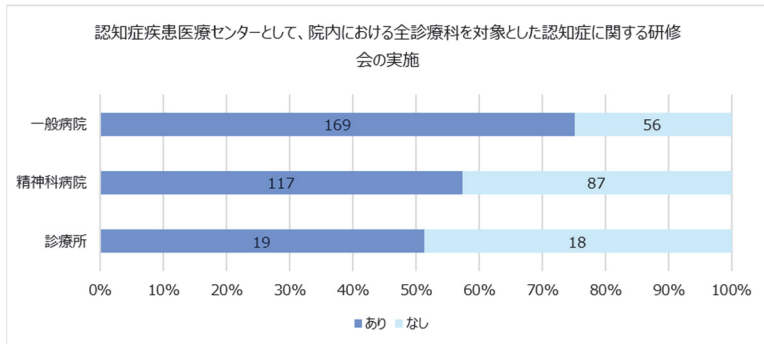


図 89 医療機関種別 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施 (再掲)

4) 休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保：類型別 (表 184、図 90)、および医療機関種別 (表 185、図 91) に示す。空欄であった 31 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。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 40.6%、連携型の 30.1%も同様の空床を確保していた。医療機関種別では一般病院の 58.7%、精神科病院の 52.7%、診療所の 97.2%は確保していなかった。

表 184 類型別 休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者対応する空床確保

		休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	145	212	357
		40.6%	59.4%	100.0%
連携型	25	58	83	
	30.1%	69.9%	100.0%	
合計		187	270	457
		40.9%	59.1%	100.0%

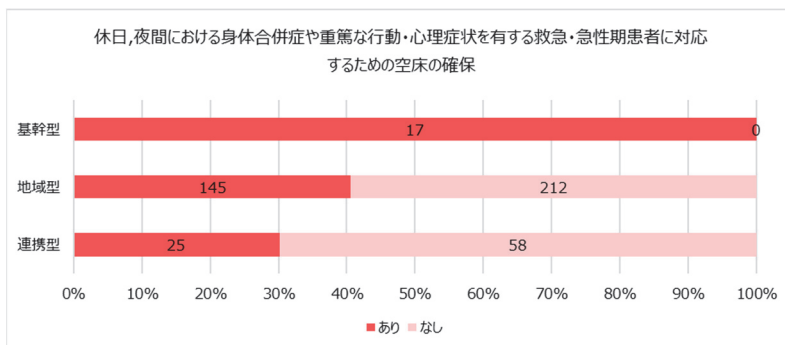


図 90 類型別 休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保 (再掲)

表 185 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	90 41.3%	128 58.7%	218 100.0%
	精神科病院	96 47.3%	107 52.7%	203 100.0%
	診療所	1 2.8%	35 97.2%	36 100.0%
	合計	187 40.9%	270 59.1%	457 100.0%

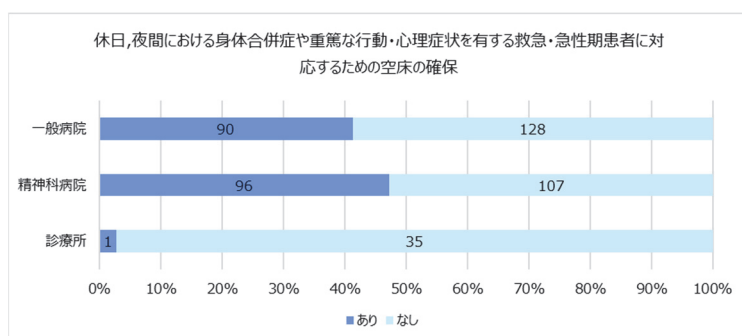


図 91 医療機関種別 休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保 (再掲)

5) 確保している空床数：空床数について一般病床、精神病床、その他の病床の順に、類型別（表 186、図 92、93、94）、および医療機関種別（表 187、図 95、96、97）に示す。数値入力欄に文字入力が入っていた、一般病床の 2 件、精神病床 4 件、その他 2 件については集計上欠損値としたが、確保している空床数について確認していない可能性がある。数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上の「0」となり、集計に加えられていることに留意が必要である（昨年度集計と大幅に異なる理由は、空欄が「0」と集計されていることが大きく関与していると考えられる）。確保している病床の中央値では基幹型で精神病床 1 床であったがそれ以外では中央値 0 床であった。

表 186 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	17	0.2	0.4	0	0	1
	地域型	382	3.5	41.7	0	0	776
	連携型	87	0.2	0.8	0	0	5
	合計	486	2.8	37.0	0	0	776
		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	17	0.8	0.4	1	0	1
	地域型	380	3.8	36.8	0	0	600
	連携型	87	0.2	0.6	0	0	4
	合計	484	3.0	32.6	0	0	600
		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	17	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	382	0.3	5.7	0	0	112
	連携型	87	0.0	0.1	0	0	1
	合計	486	0.2	5.1	0	0	112

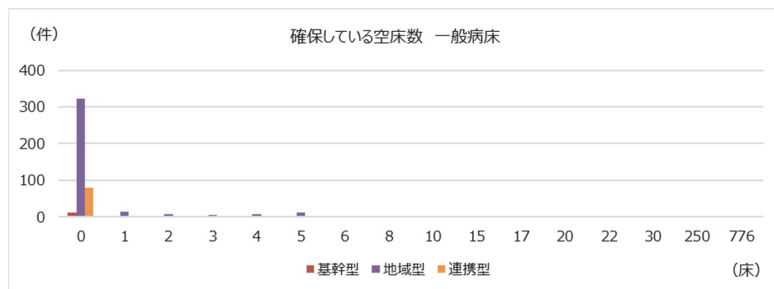


図 92 類型別 確保している空床数（一般病床）



図 93 類型別 確保している空床数（精神病床）

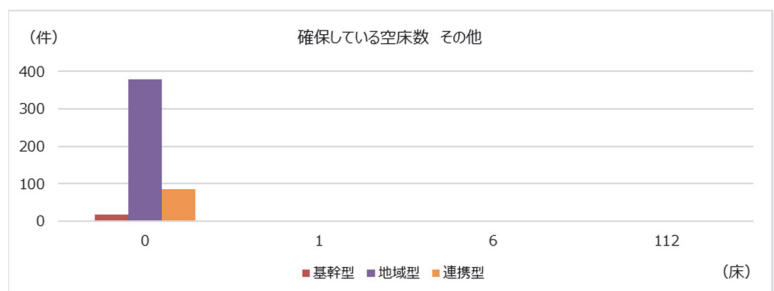


図 94 類型別 確保している空床数（その他）

表 187 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	229	5.8	53.8	0	0	776
	精神科病院	219	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	38	0.0	0.2	0	0	1
	合計	486	2.8	37.0	0	0	776
		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	228	0.6	3.2	0	0	46
	精神科病院	218	6.1	48.4	0	0	600
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	484	3.0	32.6	0	0	600
		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	229	0.5	7.4	0	0	112
	精神科病院	219	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	38	0.0	0.0	0	0	0
	合計	486	0.2	5.1	0	0	112

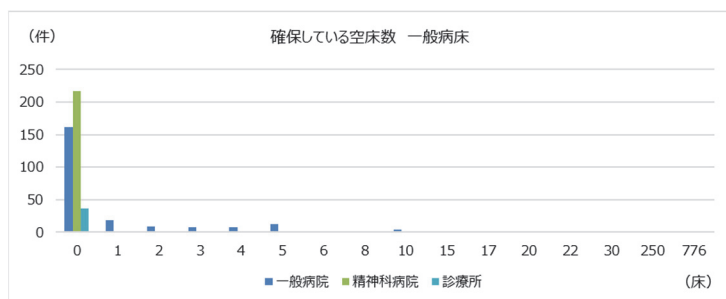


図 95 医療機関種別 確保している空床数（一般病床）

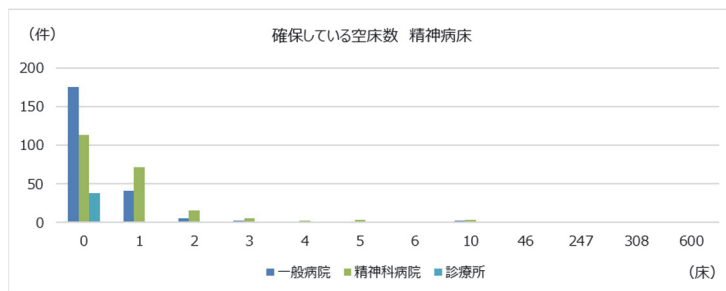


図 96 医療機関種別 確保している空床数（精神病床）

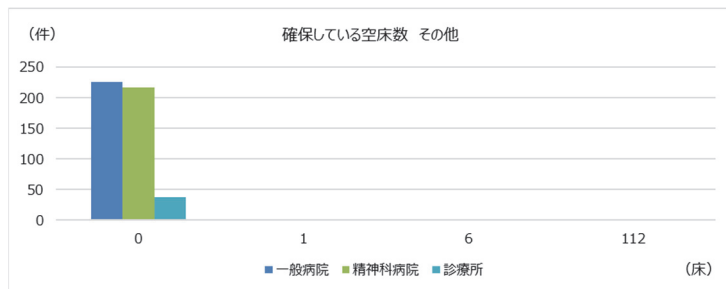


図 97 医療機関種別 確保している空床数（その他）

IV. 地域連携推進機関としての要件と機能

IV-1. 認知症疾患医療連携協議会

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 188、図 98）、および医療機関種別（表 189、図 99）に示す。空欄であった 4 件は欠損としたが、認知症疾患医療連携協議会の開催形態について確認していないか、不明である可能性がある。全体の 62.8%が自院で主催であり、連携型の 42.5%、診療所の 57.9%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全体の 13.8%であった。

表 188 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				合計
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	不明	
類型	基幹型	14	2	1	0	17
		82.4%	11.8%	5.9%	0.0%	100.0%
	地域型	256	49	75	0	380
		67.4%	12.9%	19.7%	0.0%	100.0%
連携型	34	16	37	0	87	
		39.1%	18.4%	42.5%	0.0%	100.0%
	合計	304	67	113	0	484
		62.8%	13.8%	23.3%	0.0%	100.0%

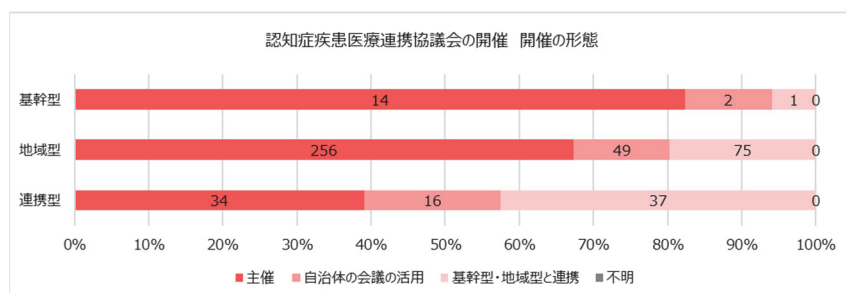


図 98 類型別 認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

表 189 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				合計
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	不明	
医療機関種別	一般病院	152	27	50	0	229
		66.4%	11.8%	21.8%	0.0%	100.0%
	精神科病院	144	32	41	0	217
		66.4%	14.7%	18.9%	0.0%	100.0%
診療所	8	8	22	0	38	
		21.1%	21.1%	57.9%	0.0%	100.0%
	合計	304	67	113	0	484
		62.8%	13.8%	23.3%	0.0%	100.0%

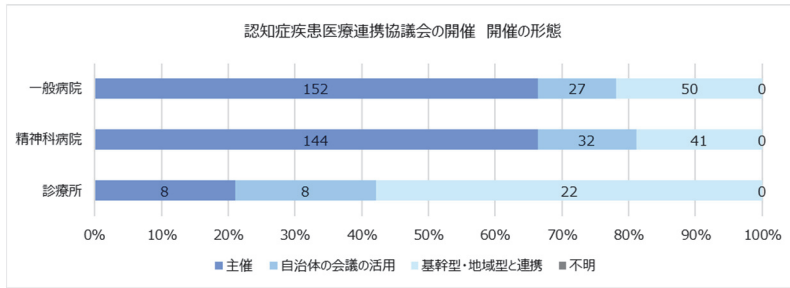


図 99 医療機関種別 認知症疾患医療連携協議会の開催形態（再掲）

2) 認知症疾患医療連携協議会の開催回数：認知症疾患医療連携協議会の開催回数を類型別（表 190、図 100）、および医療機関種別（表 191、図 101）に示す。数値入力欄に文字入力のあった 4 件は欠損としたが、認知症疾患医療連携協議会の開催回数を確認していないか、開催していない可能性がある。開催回数の数値入力欄が 0 または空欄であった 22 件は集計データ上すべて「0 回」として集計に含まれていることに留意が必要である。中央値では、すべての類型、一般病院、精神科病院では 1 回/年の開催であったが、診療所では 2 回/年であった。平均の開催回数は、昨年度から 0.2 ポイント増加した。

表 190 類型別 認知症疾患医療連携協議会の開催回数

		認知症疾患医療連携協議会の開催 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	17	1.6	0.9	1	1	4
	地域型	380	1.7	1.4	1	0	14
	連携型	87	1.7	1.4	1	0	11
	合計	484	1.7	1.4	1	0	14

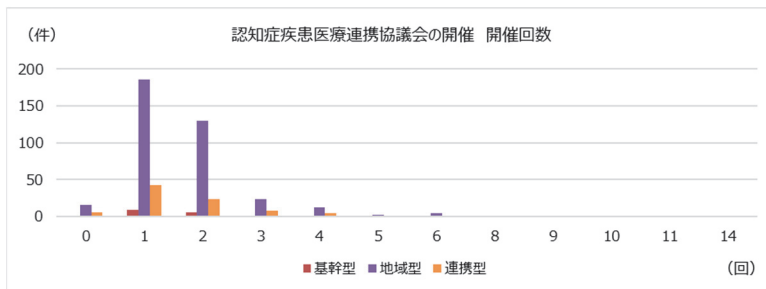


図 100 類型別 認知症疾患医療連携協議会の開催回数

表 191 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	229	1.7	1.4	1	0	11
	精神科病院	217	1.7	1.5	1	0	14
	診療所	38	1.7	0.9	2	0	4
	合計	484	1.7	1.4	1	0	14

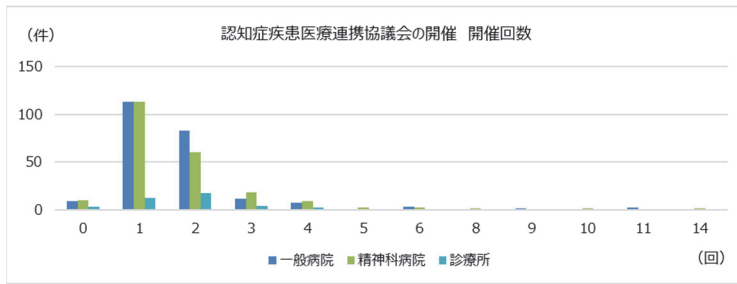


図 101 医療機関種別 認知症疾患医療連携協議会の開催回数

IV-2. 研修会開催

1) 医療従事者対象:医療従事者対象の研修会について類型別の開催の有無(表 192、図 102)と開催回数(表 193、図 103)、および医療機関種別の開催の有無(表 194、図 104)と開催回数(表 195、図 105)を示す。回数について空欄であった医療機関はなかったが、開催有にもかかわらず開催回数の数値入力欄が 0 または空欄の報告が 5 件あり、開催実態は不明であるもののすべて集計データ上「0 回」として集計されたことに留意が必要である。全体で 80.3%が開催しており、昨年度と比較して 7.7 ポイント増加した。回数の中央値では基幹型および一般病院は 2 回/年、それ以外は 1 回/年の開催であった。最大実施回数は 27 回/年であった。全体の平均回数では昨年度から 0.2 ポイント増加した。

表 192 類型別 医療従事者対象の研修会の開催の有無

類型	研修会の開催 医療従事者対象 開催の有無		
	あり	なし	合計
基幹型	15	2	17
	88.2%	11.8%	100.0%
地域型	316	68	384
	82.3%	17.7%	100.0%
連携型	61	26	87
	70.1%	29.9%	100.0%
合計	392	96	488
	80.3%	19.7%	100.0%

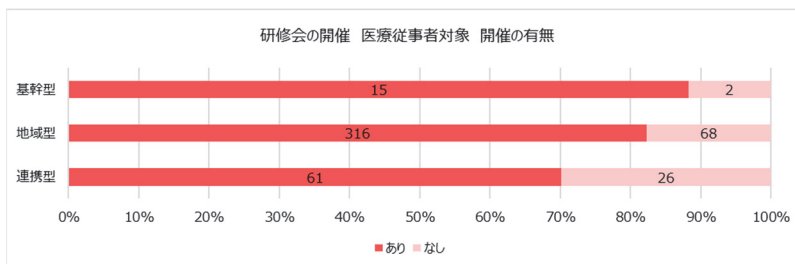


図 102 類型別 医療従事者対象の研修会の開催の有無 (再掲)

表 193 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	3.5	3.7	2	1	12
	地域型	314	2.5	3.1	1	0	27
	連携型	61	1.9	2.1	1	0	12
	合計	390	2.4	3.0	1	0	27

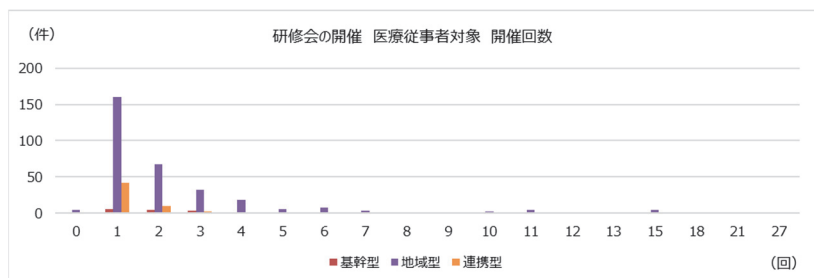


図 103 類型別 医療従事者対象の研修会の開催回数

表 194 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	195	36	231
		84.4%	15.6%	100.0%
	精神科病院	171	48	219
		78.1%	21.9%	100.0%
	診療所	26	12	38
		68.4%	31.6%	100.0%
	合計	392	96	488
		80.3%	19.7%	100.0%

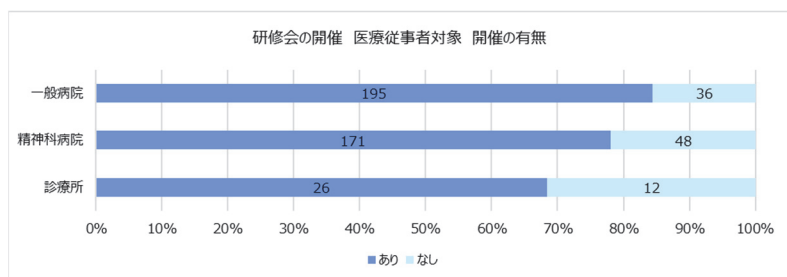


図 104 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催の有無 (再掲)

表 195 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	194	2.8	3.5	2	0	27
	精神科病院	170	2.0	2.3	1	0	15
	診療所	26	2.2	2.5	1	1	12
	合計	390	2.4	3.0	1	0	27

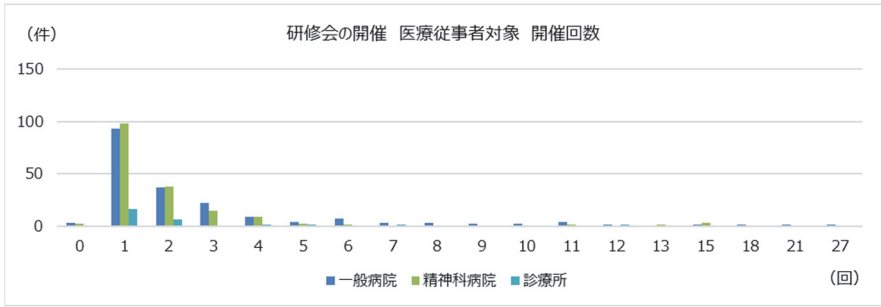


図 105 医療機関種別 医療従事者対象の研修会の開催回数

2) 医療従事者対象のうち、かかりつけ医対象：医療従事者対象の研修会のうち、かかりつけ医対象のものについて類型別の開催の有無（表 196、図 106）と開催回数（表 197、図 107）、および医療機関種別の開催の有無（表 198、図 108）と開催回数（表 199、図 109）を示す。回数について空欄であった医療機関はなかったが、開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 11 件あり、開催実態が不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されたことに留意が必要である。全体で 59.6%が開催しており、回数の中央値では 1 回/年の開催、最大実施回数は 11 回/年であった。昨年度と比較して全体での開催「あり」数は増えたが平均回数に変化はなかった。

表 196 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	13	4	17
		76.5%	23.5%	100.0%
	地域型	238	146	384
		62.0%	38.0%	100.0%
連携型	40	47	87	
	46.0%	54.0%	100.0%	
合計		291	197	488
		59.6%	40.4%	100.0%

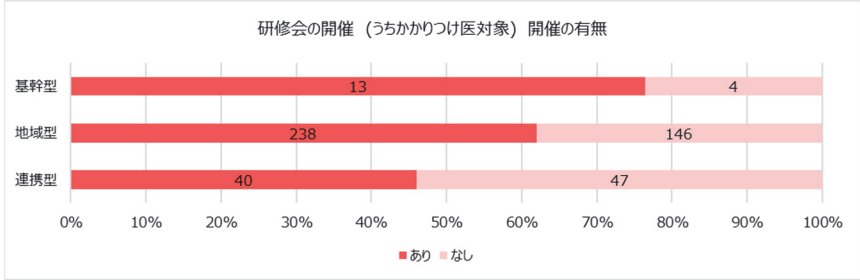


図 106 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 197 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	13	3.2	3.3	2	1	12
	地域型	238	1.5	1.2	1	0	11
	連携型	40	1.8	2.1	1	0	12
	合計	291	1.6	1.6	1	0	12

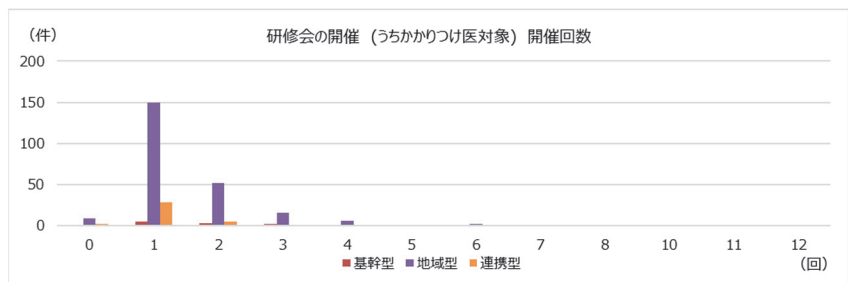


図 107 類型別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

表 198 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	144	87	231
		62.3%	37.7%	100.0%
	精神科病院	126	93	219
		57.5%	42.5%	100.0%
	診療所	21	17	38
		55.3%	44.7%	100.0%
	合計	291	197	488
		59.6%	40.4%	100.0%

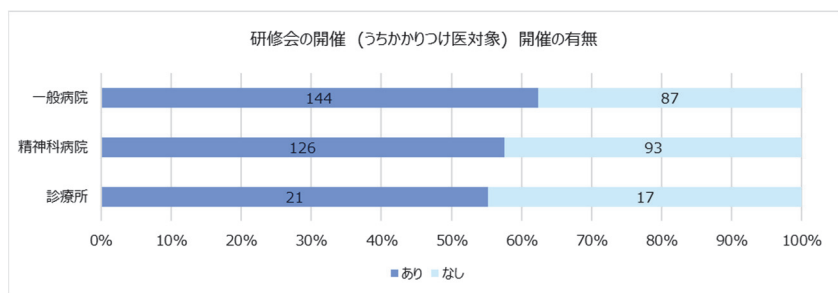


図 108 医療機関種別 かかりつけ医対象研修会の開催の有無（再掲）

表 199 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	144	1.8	1.7	1	0	12
	精神科病院	126	1.4	1.1	1	0	10
	診療所	21	2.1	2.7	1	0	12
	合計	291	1.6	1.6	1	0	12

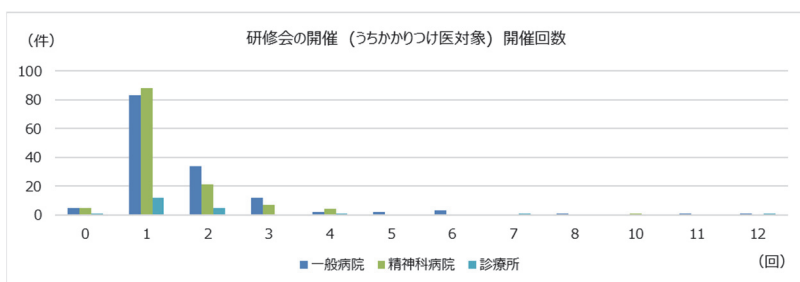


図 109 医療機関種別 かかりつけ医対象研修会の開催回数

3) 地域包括支援センター職員等対象：地域包括支援センター職員等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 200、図 110）と開催回数（表 201、図 111）、および医療機関種別の開催の有無（表 202、図 112）と開催回数（表 203、図 113）を示す。回数について空欄であった医療機関はなかったが、開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 9 件あり、開催実態不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されていることに留意が必要である。全体で 68.6%が開催しており昨年度と比較して 4 ポイント増加した。回数の中央値では基幹型は 2 回/年、その他は 1 回/年の開催、最大実施回数は 43 回/年であった。昨年度と比較して全体の平均実施回数は 0.5 ポイント増加した。

表 200 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		開催の合計
		あり	なし	
類型	基幹型	12 70.6%	5 29.4%	17 100.0%
	地域型	272 70.8%	112 29.2%	384 100.0%
	連携型	51 58.6%	36 41.4%	87 100.0%
	合計	335 68.6%	153 31.4%	488 100.0%

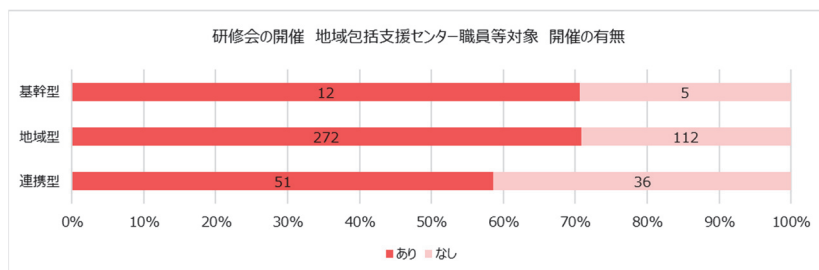


図 110 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無（再掲）

表 201 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	12	3.5	3.5	2	1	12
	地域型	272	2.3	4.0	1	0	43
	連携型	51	2.6	3.8	1	0	20
	合計	335	2.4	3.9	1	0	43

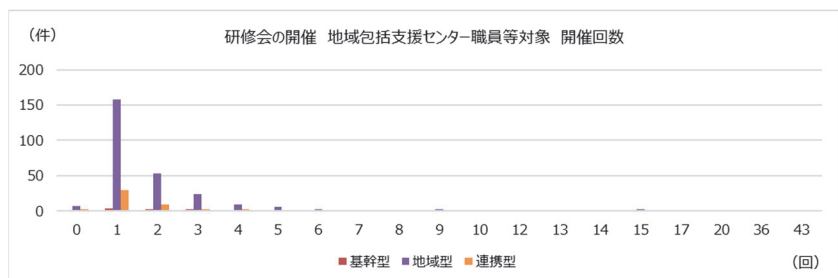


図 111 類型別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

表 202 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	156	75	231
		67.5%	32.5%	100.0%
	精神科病院	154	65	219
		70.3%	29.7%	100.0%
診療所	25	13	38	
	65.8%	34.2%	100.0%	
合計	335	153	488	
	68.6%	31.4%	100.0%	

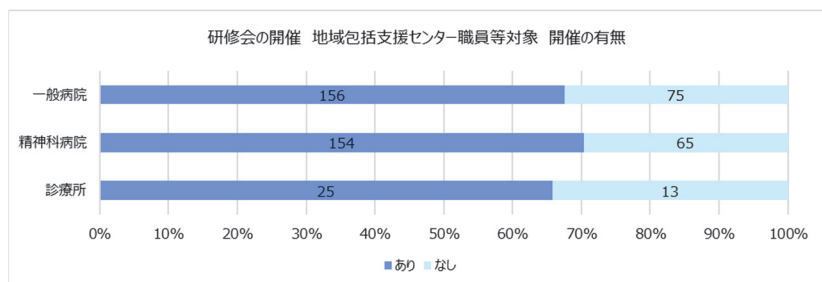


図 112 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無 (再掲)

表 203 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	156	2.1	2.3	1	0	15
	精神科病院	154	2.4	4.9	1	0	43
	診療所	25	4.1	5.1	2	0	20
	合計	335	2.4	3.9	1	0	43

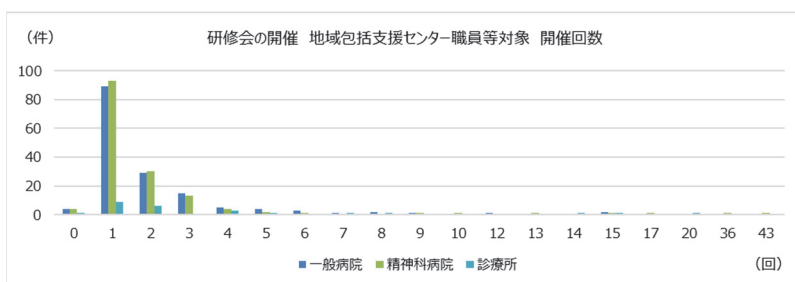


図 113 医療機関種別 地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

4) 家族・地域住民等対象：家族・地域住民等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 204、図 114）と開催回数（表 205、図 115）、および医療機関種別の開催の有無（表 206、図 116）と開催回数（表 207、図 117）を示す。回数について数値入力欄に文字入力であった 1 件は回数の集計では欠損としたが、開催回数について確認していないか、あるいは不明である可能性がある。また開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 16 件あり、開催実態不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されていることに留意が必要である。全体で 52.7%が開催しており（昨年度から 3.1 ポイント増加）、特に診療所が 60.5%と多く実施していた。回数の中央値では多くは 1 回/年の開催、連携型および診療所で中央値が 2 回/年で、全体の最大実施回数は 35 回/年であった。

表 204 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	9	8	17
		52.9%	47.1%	100.0%
	地域型	208	176	384
		54.2%	45.8%	100.0%
連携型	40	47	87	
	46.0%	54.0%	100.0%	
合計		257	231	488
		52.7%	47.3%	100.0%

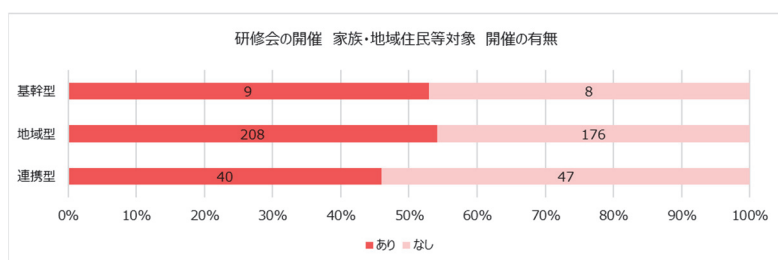


図 114 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無（再掲）

表 205 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	9	2.1	2.1	1	0	7
	地域型	207	3.0	4.7	1	0	35
	連携型	40	3.5	4.5	2	0	18
	合計	256	3.1	4.6	1	0	35

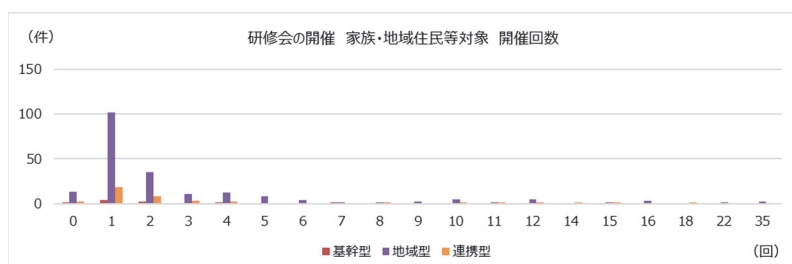


図 115 類型別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

表 206 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	123	108	231
		53.2%	46.8%	100.0%
	精神科病院	111	108	219
		50.7%	49.3%	100.0%
	診療所	23	15	38
		60.5%	39.5%	100.0%
	合計	257	231	488
		52.7%	47.3%	100.0%

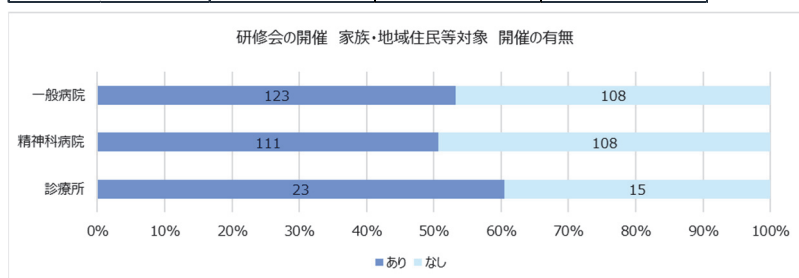


図 116 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催の有無 (再掲)

表 207 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	123	2.8	5.0	1	0	35
	精神科病院	110	3.0	3.9	1	0	22
	診療所	23	4.6	5.3	2	0	18
	合計	256	3.1	4.6	1	0	35

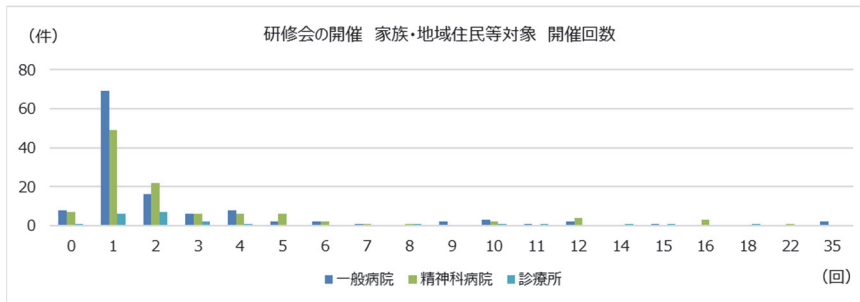


図 117 医療機関種別 家族・地域住民対象研修会の開催回数

IV-3. 情報発信・普及啓発

1) 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無：地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無について類型別（表 208、図 118）、および医療機関種別（表 209、図 119）に示す。空欄は 2 件あり欠損値とした。全体で 95.3%が情報発信の取り組みを行っており、基幹型では 100%が取り組みをしていた。全体として昨年度から 1.6 ポイント増加した。

表 208 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	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	369	14	383
		96.3%	3.7%	100.0%
	連携型	77	9	86
合計	463	23	486	
		95.3%	4.7%	100.0%

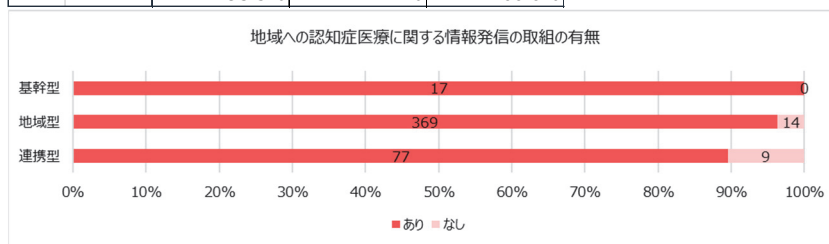


図 118 類型別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

表 209 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	220	10	230
		95.7%	4.3%	100.0%
	精神科病院	209	10	219
		95.4%	4.6%	100.0%
	診療所	34	3	37
合計	463	23	486	
		95.3%	4.7%	100.0%

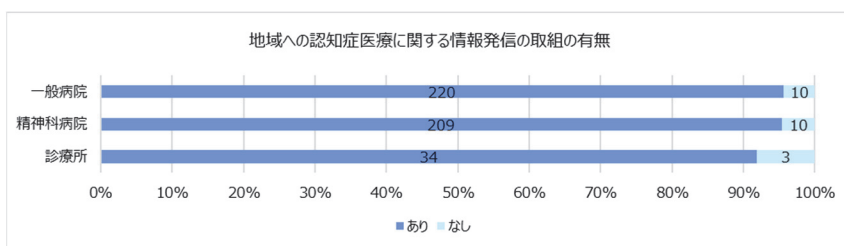


図 119 医療機関種別 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

2) 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無：地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無について類型別（表 210、図 120）、および医療機関種別（表 211、図 121）に示す。空欄は 2 件あり欠損値とした。全体で 88.9%が普及啓発の取り組みを行っていた。

表 210 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	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	343	40	383
		89.6%	10.4%	100.0%
	連携型	67	19	86
		77.9%	22.1%	100.0%
	合計	427	59	486
		87.9%	12.1%	100.0%

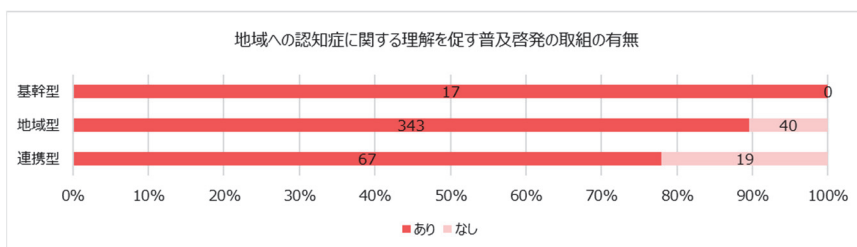


図 120 類型別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

表 211 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	204	26	230
		88.7%	11.3%	100.0%
	精神科病院	193	26	219
		88.1%	11.9%	100.0%
	診療所	30	7	37
		81.1%	18.9%	100.0%
	合計	427	59	486
		87.9%	12.1%	100.0%

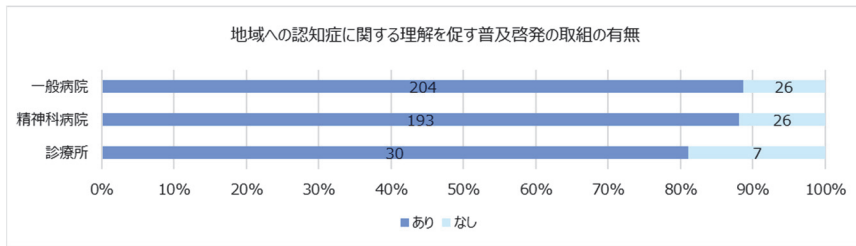


図 121 医療機関種別 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

3) 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無：他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無について、類型別の有無（表 212、図 122）と回数（表 213、図 123）および医療機関種別の有無（表 214、図 124）と回数（表 215、図 125）をそれぞれ示す。有無に関して空欄は 1 件であり欠損としたが、派遣回数について確認していないか、あるいは不明である可能性がある。また研修会協力が「あり」であっても回数欄が 0 または空欄であった 10 件は集計データ上「0 回」となるため、集計に含まれることに留意が必要である。全体で 85.0%が協力・講師派遣を行っており（昨年度から 4.5 ポイント増加）、回数の中央値では基幹型が 5 回/年と多く、最大値は地域型の 66 回/年であった。平均回数も昨年度から増加が見られた。

表 212 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	331	52	383
		86.4%	13.6%	100.0%
	連携型	67	20	87
		77.0%	23.0%	100.0%
	合計	414	73	487
		85.0%	15.0%	100.0%

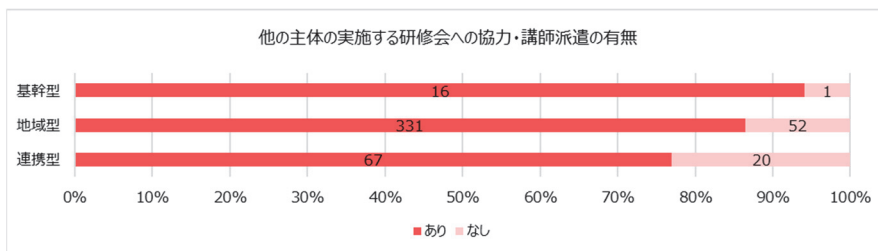


図 122 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無（再掲）

表 213 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型	16	11.1	16.1	5	1	55
	地域型	331	8.2	10.4	4	0	66
	連携型	67	6.6	8.0	3	0	44
	合計	414	8.0	10.3	4	0	66

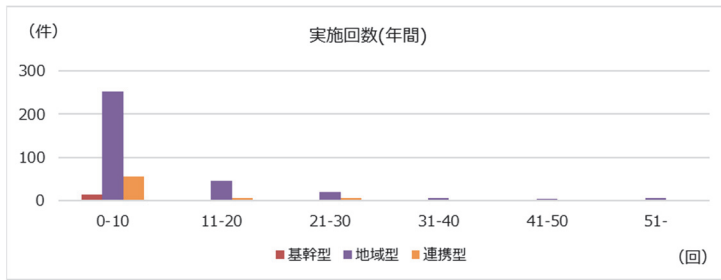


図 123 類型別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

表 214 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	196 84.8%	35 15.2%	231 100.0%
	精神科病院	184 84.4%	34 15.6%	218 100.0%
	診療所	34 89.5%	4 10.5%	38 100.0%
	合計	414 85.0%	73 15.0%	487 100.0%

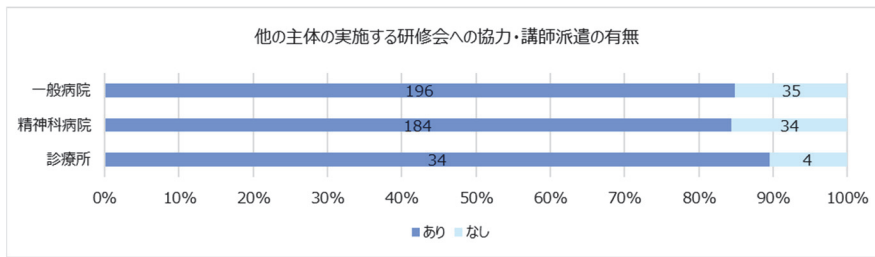


図 124 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無 (再掲)

表 215 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	196	7.5	9.6	4	0	55
	精神科病院	184	8.6	11.4	4	0	66
	診療所	34	7.8	8.9	5	1	44
	合計	414	8.0	10.3	4	0	66

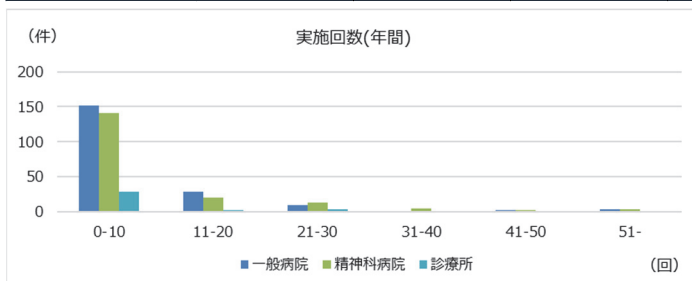


図 125 医療機関種別 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

IV-4. 初期集中支援チームへの関与

1) センター内に初期集中支援チームを設置(受託) : 初期集中支援チームへの関与について、センター内に初期集中支援チームの設置(受託)について、類型別(表 216、図 126) および医療機関種別(表 217、図 127) にそれぞれ示す。自院内に初期集中支援チームを設置しているのは類型別では地域型の 19.3%と連携型の 24.1%、医療機関種別では一般病院の 13.0%、精神科病院の 24.2%、診療所の 31.6%であった。

表 216 類型別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与 センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	74	310	384
		19.3%	80.7%	100.0%
連携型	21	66	87	
	24.1%	75.9%	100.0%	
合計		95	393	488
		19.5%	80.5%	100.0%

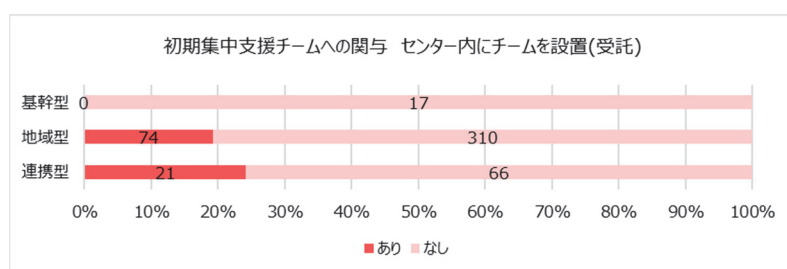


図 126 類型別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託) (再掲)

表 217 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	30	201	231
		13.0%	87.0%	100.0%
	精神科病院	53	166	219
		24.2%	75.8%	100.0%
診療所	12	26	38	
	31.6%	68.4%	100.0%	
合計		95	393	488
		19.5%	80.5%	100.0%

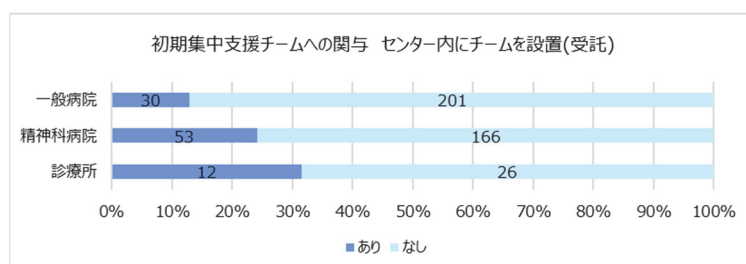


図 127 医療機関種別 センター内に初期集中支援チームを設置(受託) (再掲)

2) 初期集中支援チーム員として参加：初期集中支援チームへの関与について、初期集中支援チーム員としての参加を、類型別(表 218、図 128) および医療機関種別(表 219、図 129) にそれぞれ示す。類型別では地域型の 51.6%、連携型の 46.0%が、医療機関種別では精神科病院の 57.1%、診療所の 52.6%が初期集中支援チーム員として参加していた。

表 218 類型別 初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与 チーム員として参加		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	3 17.6%	14 82.4%	17 100.0%
	地域型	198 51.6%	186 48.4%	384 100.0%
	連携型	40 46.0%	47 54.0%	87 100.0%
	合計	241 49.4%	247 50.6%	488 100.0%

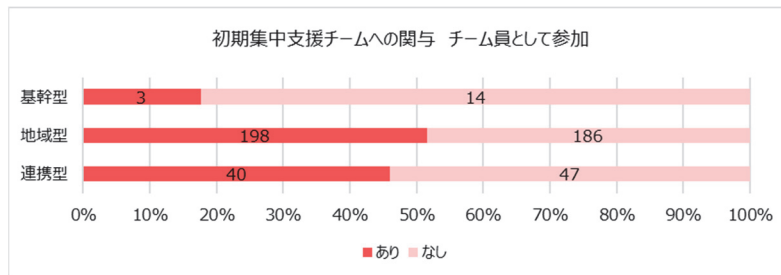


図 128 類型別 初期集中支援チーム員として参加 (再掲)

表 219 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	96 41.6%	135 58.4%	231 100.0%
	精神科病院	125 57.1%	94 42.9%	219 100.0%
	診療所	20 52.6%	18 47.4%	38 100.0%
	合計	241 49.4%	247 50.6%	488 100.0%

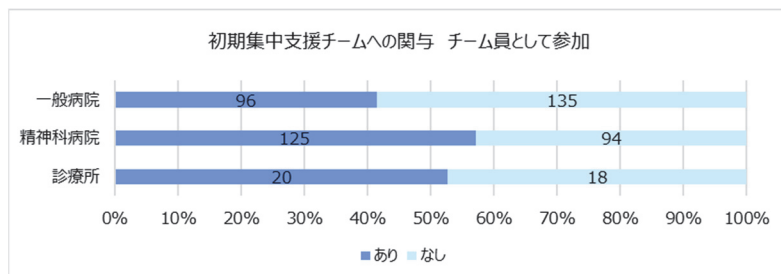


図 129 医療機関種別 初期集中支援チーム員として参加 (再掲)

3) 初期集中支援チームへの後方支援：初期集中支援チームへの関与について、初期集中支援チームへの後方支援を、類型別（表 220、図 130）および医療機関種別（表 221、図 131）にそれぞれ示す。後方支援は類型では地域型に多く、医療機関種別では一般病院、精神科病院に多かった。

表 220 類型別 初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与 後方支援		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	9 52.9%	8 47.1%	17 100.0%
	地域型	223 58.1%	161 41.9%	384 100.0%
	連携型	45 51.7%	42 48.3%	87 100.0%
	合計	277 56.8%	211 43.2%	488 100.0%

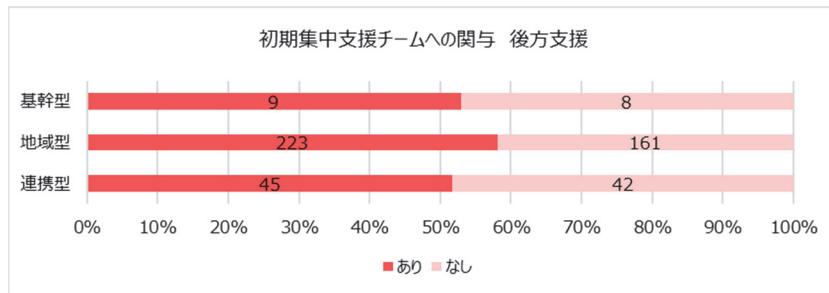


図 130 類型別 初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

表 221 医療機関種別 初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与 後方支援		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	133 57.6%	98 42.4%	231 100.0%
	精神科病院	127 58.0%	92 42.0%	219 100.0%
	診療所	17 44.7%	21 55.3%	38 100.0%
	合計	277 56.8%	211 43.2%	488 100.0%

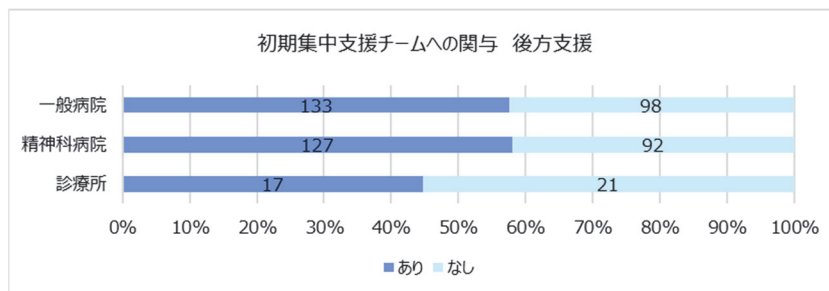


図 131 医療機関種別 初期集中支援チームへの後方支援（再掲）

V. 医療サービス等提供状況

V-1. サービス提供状況

1) 介護保険主治医意見書への記載：サービス提供状況のうち、介護保険主治医意見書への記載について、類型別（表 222、図 132）および医療機関種別（表 223、図 133）にそれぞれ示す。全体の 98.0%が通常業務として実施していた。

表 222 類型別 介護保険主治医意見書への記載の実施

		1.介護保険主治医意見書への記載			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	16	1	0	17
		94.1%	5.9%	0.0%	100.0%
	地域型	375	9	0	384
		97.7%	2.3%	0.0%	100.0%
	連携型	87	0	0	87
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	合計	478	10	0	488
		98.0%	2.0%	0.0%	100.0%

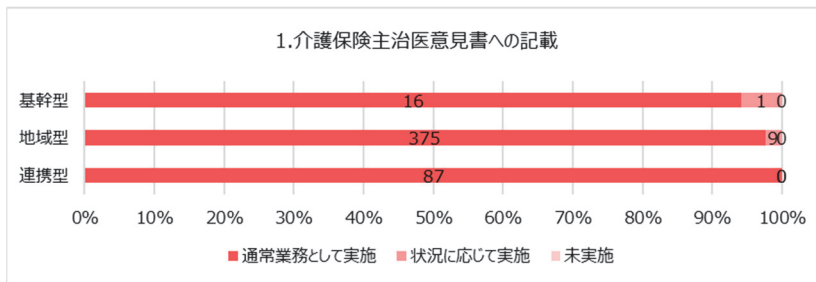


図 132 類型別 介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

表 223 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	225	6	0	231
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
	精神科病院	215	4	0	219
		98.2%	1.8%	0.0%	100.0%
	診療所	38	0	0	38
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	合計	478	10	0	488
		98.0%	2.0%	0.0%	100.0%

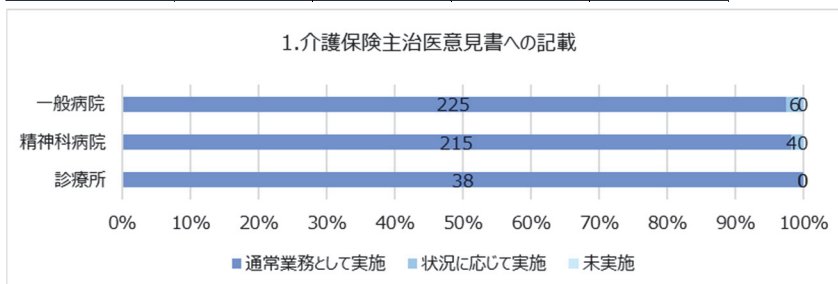


図 133 医療機関種別 介護保険主治医意見書への記載の実施（再掲）

2) 合併する身体疾患に対する通院医療：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する通院医療について、類型別（表 224、図 134）および医療機関種別（表 225、図 135）をそれぞれ示す。基幹型では 100%が通常業務として実施していたが、地域型では 58.3%、連携型では 65.5%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 224 類型別 合併する身体疾患に対する通院医療の実施

		2.合併する身体疾患に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	17	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	224	139	21	384
		58.3%	36.2%	5.5%	100.0%
	連携型	57	25	5	87
		65.5%	28.7%	5.7%	100.0%
	合計	298	164	26	488
		61.1%	33.6%	5.3%	100.0%

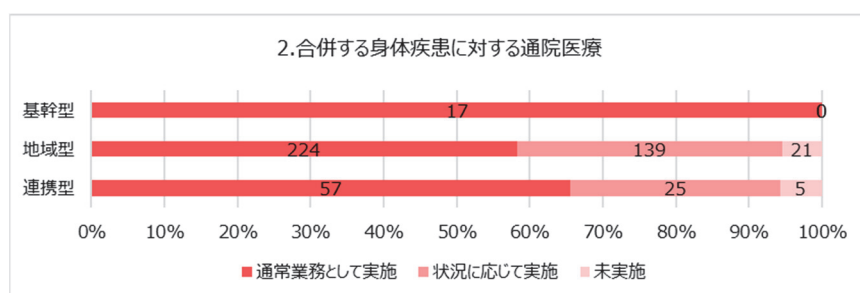


図 134 類型別 合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

表 225 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	198	32	1	231
		85.7%	13.9%	0.4%	100.0%
	精神科病院	75	120	24	219
		34.2%	54.8%	11.0%	100.0%
	診療所	25	12	1	38
		65.8%	31.6%	2.6%	100.0%
	合計	298	164	26	488
		61.1%	33.6%	5.3%	100.0%

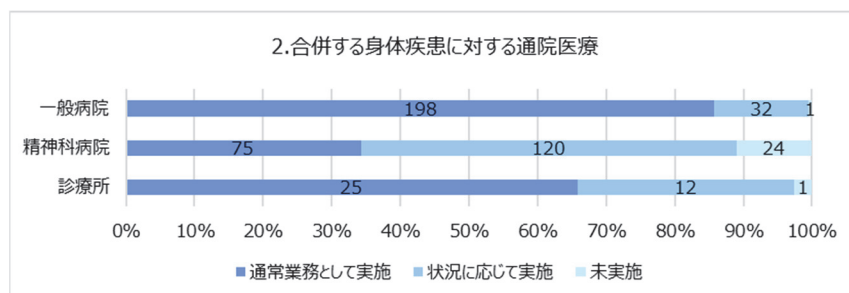


図 135 医療機関種別 合併する身体疾患に対する通院医療の実施（再掲）

3) 合併する身体疾患に対する入院医療：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する入院医療について、類型別（表 226、図 136）および医療機関種別（表 227、図 137）にそれぞれ示す。通常業務としての実施は基幹型では 88.2%、地域型では 52.3%、連携型では 31.0%であった。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 226 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 88.2%	2 11.8%	0 0.0%	17 100.0%
	地域型	201 52.3%	147 38.3%	36 9.4%	384 100.0%
	連携型	27 31.0%	21 24.1%	39 44.8%	87 100.0%
	合計	243 49.8%	170 34.8%	75 15.4%	488 100.0%

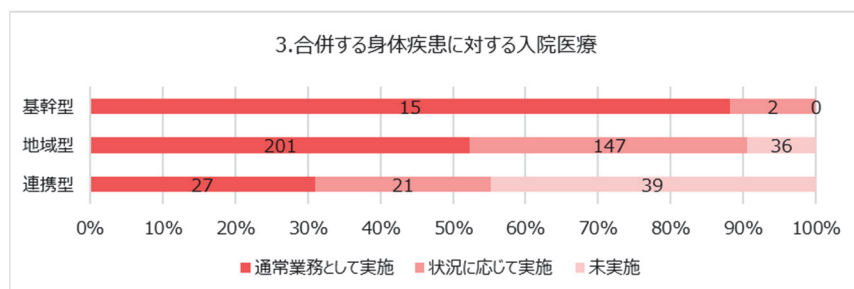


図 136 類型別 合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

表 227 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	187 81.0%	43 18.6%	1 0.4%	231 100.0%
	精神科病院	55 25.1%	125 57.1%	39 17.8%	219 100.0%
	診療所	1 2.6%	2 5.3%	35 92.1%	38 100.0%
	合計	243 49.8%	170 34.8%	75 15.4%	488 100.0%

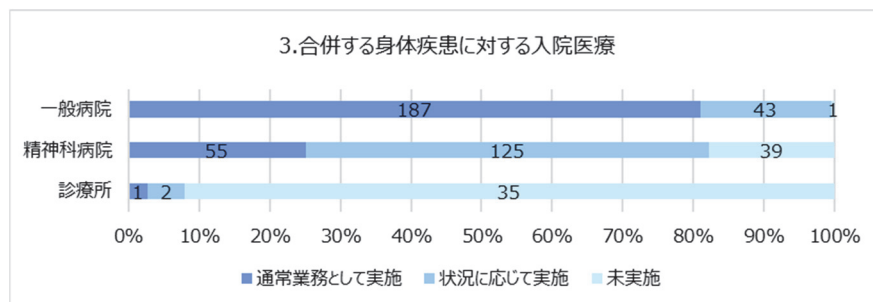


図 137 医療機関種別 合併する身体疾患に対する入院医療の実施（再掲）

4) 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する救急医療について、類型別（表 228、図 138）および医療機関種別（表 229、図 139）をそれぞれ示す。基幹型では 82.4%が通常業務として実施していたが、地域型では 29.2%、連携型では 27.6%が通常業務として実施していた。医療機関種別では精神科病院、診療所で通常業務としての実施が少なく、救急体制の有無が関係している可能性があった。

表 228 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)			合計
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	
類型	基幹型	14	3	0	17
		82.4%	17.6%	0.0%	100.0%
	地域型	112	101	171	384
		29.2%	26.3%	44.5%	100.0%
連携型	24	16	47	87	
	27.6%	18.4%	54.0%	100.0%	
合計	150	120	218	488	
	30.7%	24.6%	44.7%	100.0%	

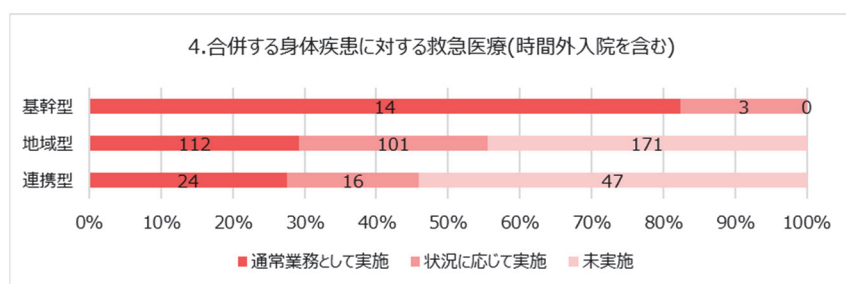


図 138 類型別 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 229 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)			合計
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	
医療機関種別	一般病院	136	60	35	231
		58.9%	26.0%	15.2%	100.0%
	精神科病院	9	54	156	219
		4.1%	24.7%	71.2%	100.0%
診療所	5	6	27	38	
	13.2%	15.8%	71.1%	100.0%	
合計	150	120	218	488	
	30.7%	24.6%	44.7%	100.0%	

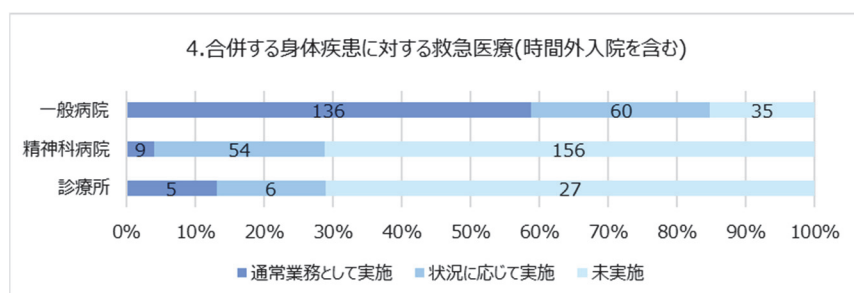


図 139 医療機関種別 合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

5) 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療：サービス提供状況のうち、合併する身体疾患に対する往診または訪問診療について、類型別（表 230、図 140）および医療機関種別（表 231、図 141）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 18.4%、地域型の 4.7%で、基幹型では 0%であった。医療機関種別では診療所の 31.6%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 230 類型別 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施

		5.合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	0	0	17	17
		0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	18	57	309	384
		4.7%	14.8%	80.5%	100.0%
	連携型	16	28	43	87
18.4%		32.2%	49.4%	100.0%	
合計	34	85	369	488	
		7.0%	17.4%	75.6%	100.0%

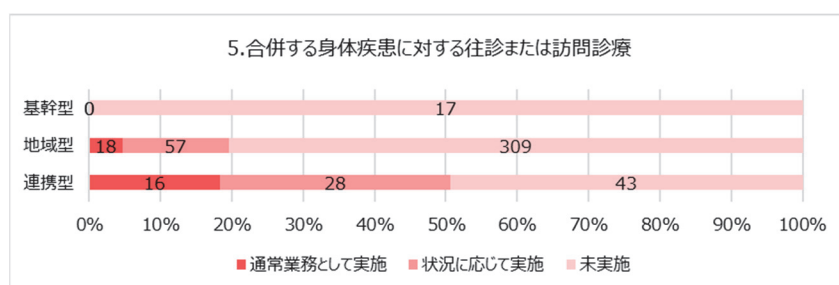


図 140 類型別 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 231 医療機関種別 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施

		5.合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	20	44	167	231
		8.7%	19.0%	72.3%	100.0%
	精神科病院	2	25	192	219
		0.9%	11.4%	87.7%	100.0%
	診療所	12	16	10	38
合計	34	85	369	488	
		7.0%	17.4%	75.6%	100.0%

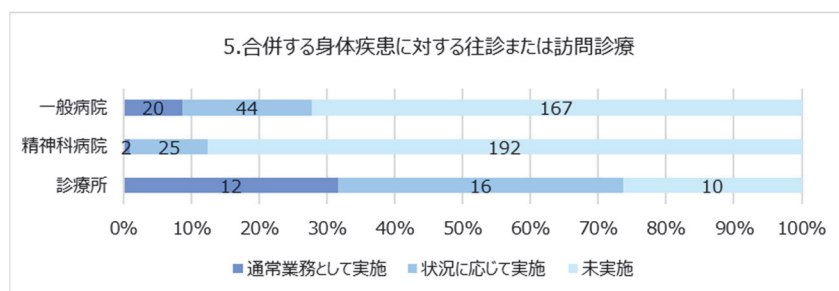


図 141 医療機関種別 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

6) 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療について、類型別（表 232、図 142）および医療機関種別（表 233、図 143）にそれぞれ示す。基幹型は 100%、地域型 93.2%、連携型 82.8%が通常業務として実施しており、全体の 91.6%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 232 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施

		6.随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	17	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	358	25	1	384
		93.2%	6.5%	0.3%	100.0%
	連携型	72	11	4	87
		82.8%	12.6%	4.6%	100.0%
	合計	447	36	5	488
		91.6%	7.4%	1.0%	100.0%

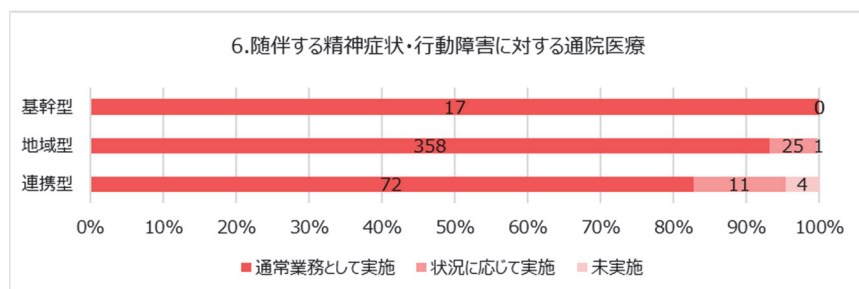


図 142 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

表 233 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	197	31	3	231
		85.3%	13.4%	1.3%	100.0%
	精神科病院	215	3	1	219
		98.2%	1.4%	0.5%	100.0%
	診療所	35	2	1	38
		92.1%	5.3%	2.6%	100.0%
	合計	447	36	5	488
		91.6%	7.4%	1.0%	100.0%

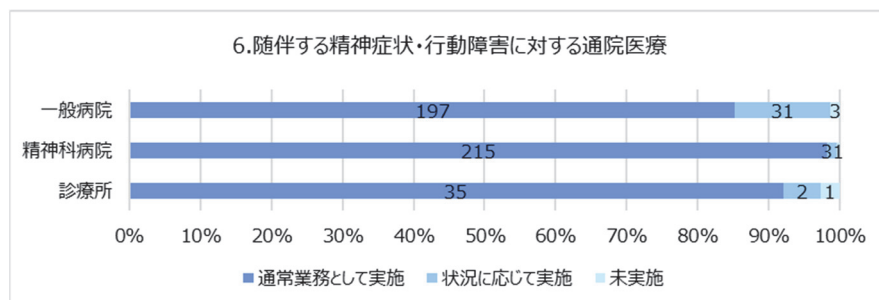


図 143 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療の実施（再掲）

7) 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療について、類型別（表 234、図 144）および医療機関種別（表 235、図 145）にそれぞれ示す。基幹型は 94.1%、地域型 75.8%と全体の 69.7%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 95.9%と多く、精神病床の有無が影響している可能性があった。

表 234 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	1	0	17
		94.1%	5.9%	0.0%	100.0%
	地域型	291	61	32	384
		75.8%	15.9%	8.3%	100.0%
連携型	33	7	47	87	
	37.9%	8.0%	54.0%	100.0%	
合計		340	69	79	488
		69.7%	14.1%	16.2%	100.0%

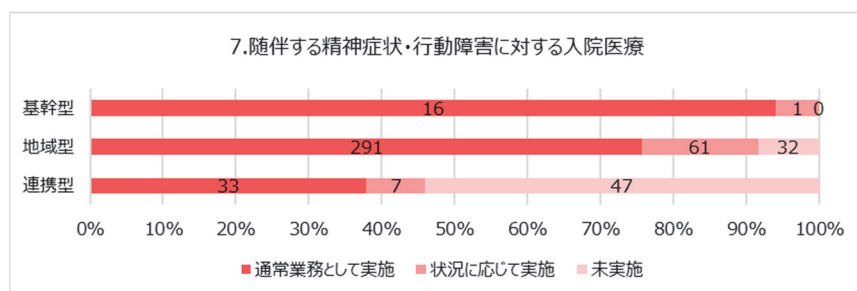


図 144 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

表 235 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施

		7.随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
医療機関種別	一般病院	129	61	41	231
		55.8%	26.4%	17.7%	100.0%
	精神科病院	210	7	2	219
		95.9%	3.2%	0.9%	100.0%
診療所	1	1	36	38	
合計		340	69	79	488
		69.7%	14.1%	16.2%	100.0%

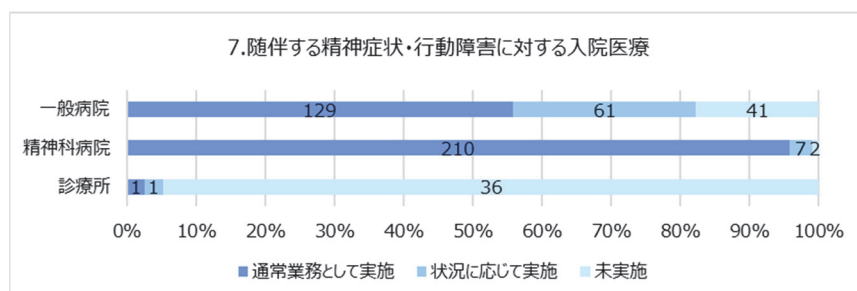


図 145 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療の実施（再掲）

8) 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療について、類型別（表 236、図 146）および医療機関種別（表 237、図 147）にそれぞれ示す。基幹型は 82.4%が通所業務として実施していたが、地域型では 43.8%、連携型では 24.1%の実施であった。医療機関種別では精神科病院の通常業務としての実施が多く、精神科救急体制の有無が影響している可能性があった。

表 236 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	14 82.4%	2 11.8%	1 5.9%	17 100.0%
	地域型	168 43.8%	138 35.9%	78 20.3%	384 100.0%
	連携型	21 24.1%	26 29.9%	40 46.0%	87 100.0%
	合計	203 41.6%	166 34.0%	119 24.4%	488 100.0%

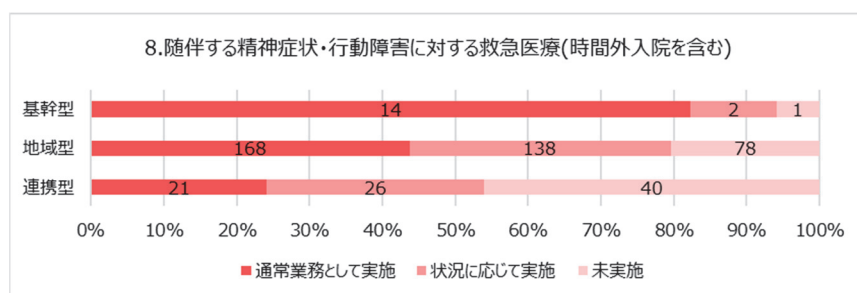


図 146 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

表 237 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	85 36.8%	78 33.8%	68 29.4%	231 100.0%
	精神科病院	113 51.6%	81 37.0%	25 11.4%	219 100.0%
	診療所	5 13.2%	7 18.4%	26 68.4%	38 100.0%
	合計	203 41.6%	166 34.0%	119 24.4%	488 100.0%

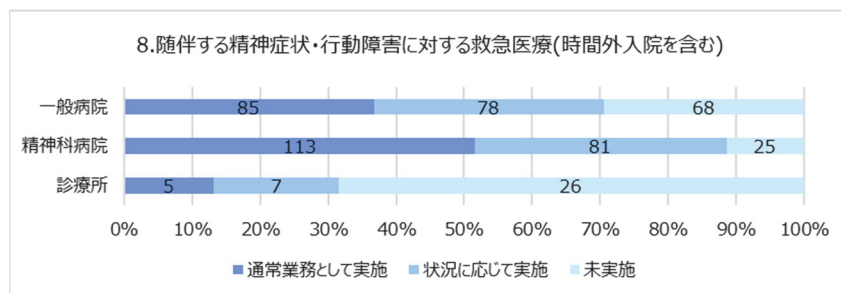


図 147 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）の実施（再掲）

9) 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療：サービス提供状況のうち、随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療について、類型別（表 238、図 148）および医療機関種別（表 239、図 149）にそれぞれ示す。空欄であった 1 件は欠損としたが、随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施について確認していない可能性がある。連携型は 23.0%、地域型では 8.6%が通常業務として実施していたが、全体としては状況に応じての実施を含めても 37.6%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 238 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 0.0%	0 0.0%	17 100.0%	17 100.0%
	地域型	33 8.6%	106 27.7%	244 63.7%	383 100.0%
	連携型	20 23.0%	24 27.6%	43 49.4%	87 100.0%
	合計	53 10.9%	130 26.7%	304 62.4%	487 100.0%

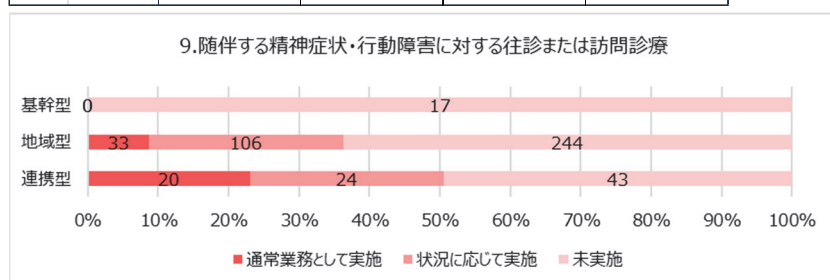


図 148 類型別 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

表 239 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 4.3%	45 19.6%	175 76.1%	230 100.0%
	精神科病院	28 12.8%	74 33.8%	117 53.4%	219 100.0%
	診療所	15 39.5%	11 28.9%	12 31.6%	38 100.0%
	合計	53 10.9%	130 26.7%	304 62.4%	487 100.0%

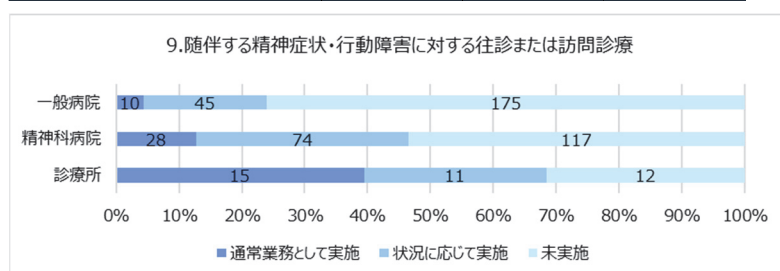


図 149 医療機関種別 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療の実施（再掲）

10) せん妄に対する医療の提供：サービス提供状況のうち、せん妄に対する医療の提供について、類型別（表 240、図 150）および医療機関種別（表 241、図 151）にそれぞれ示す。基幹型で 100%、地域型で 91.1%、連携型は 81.6%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 99.2%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 240 類型別 せん妄に対する医療の提供の実施

		10.せん妄に対する医療の提供			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	17 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	17 100.0%
	地域型	350 91.1%	33 8.6%	1 0.3%	384 100.0%
	連携型	71 81.6%	13 14.9%	3 3.4%	87 100.0%
	合計	438 89.8%	46 9.4%	4 0.8%	488 100.0%

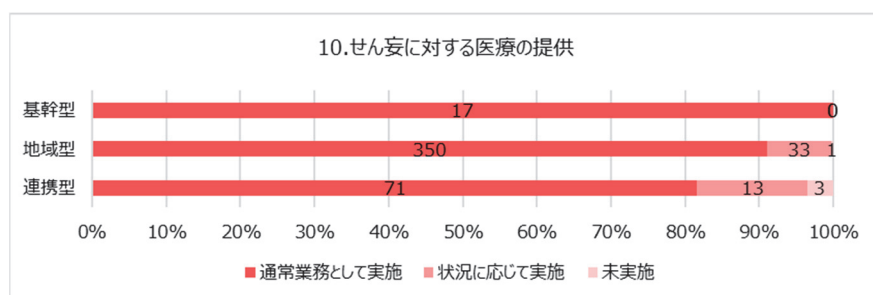


図 150 類型別 せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

表 241 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	198 85.7%	31 13.4%	2 0.9%	231 100.0%
	精神科病院	208 95.0%	9 4.1%	2 0.9%	219 100.0%
	診療所	32 84.2%	6 15.8%	0 0.0%	38 100.0%
	合計	438 89.8%	46 9.4%	4 0.8%	488 100.0%

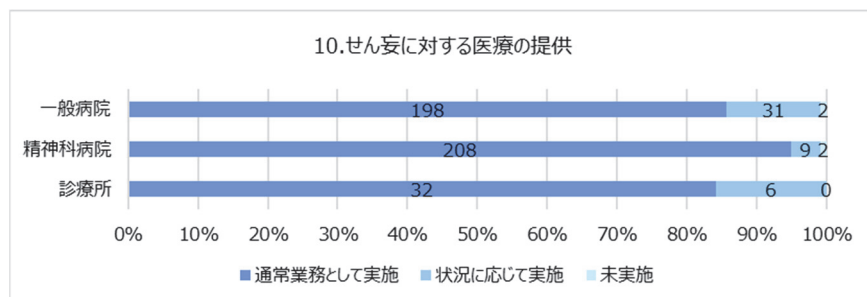


図 151 医療機関種別 せん妄に対する医療の提供の実施（再掲）

11) 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療：サービス提供状況のうち、介護保険施設・事業所への往診または訪問診療について、類型別（表 242、図 152）および医療機関種別（表 243、図 153）にそれぞれ示す。連携型の 36.8%が通常業務として実施していたが、基幹型は 11.8%、地域型で 22.4%の実施に留まった。全体としては 58.0%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 242 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	0	15	17
		11.8%	0.0%	88.2%	100.0%
	地域型	86	66	232	384
		22.4%	17.2%	60.4%	100.0%
連携型	32	19	36	87	
	36.8%	21.8%	41.4%	100.0%	
合計		120	85	283	488
		24.6%	17.4%	58.0%	100.0%

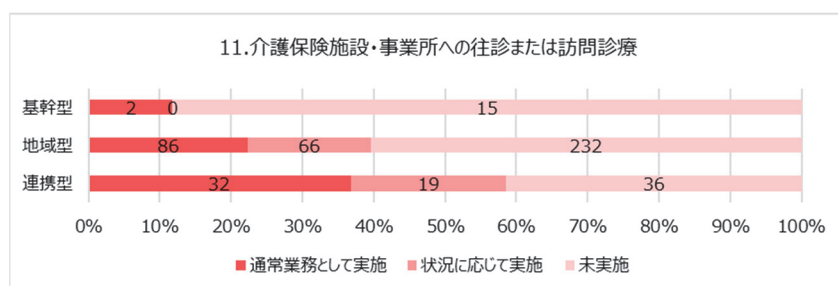


図 152 類型別 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

表 243 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	42	29	160	231
		18.2%	12.6%	69.3%	100.0%
	精神科病院	57	47	115	219
		26.0%	21.5%	52.5%	100.0%
診療所	21	9	8	38	
	55.3%	23.7%	21.1%	100.0%	
合計		120	85	283	488
		24.6%	17.4%	58.0%	100.0%

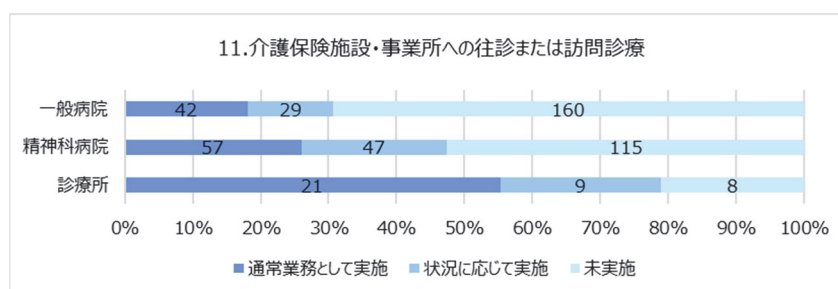


図 153 医療機関種別 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療の実施（再掲）

12) 行政機関への助言・連携：サービス提供状況のうち、行政機関への助言・連携について、類型別（表 244、図 154）および医療機関種別（表 245、図 155）にそれぞれ示す。基幹型は 88.2%、地域型の 88.3%、連携型の 88.5%が通常業務として実施しており、全体としては 88.3%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の 94.7%が通常業務として実施していた。

表 244 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			合計
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	
類型	基幹型	15 88.2%	2 11.8%	0 0.0%	17 100.0%
	地域型	339 88.3%	45 11.7%	0 0.0%	384 100.0%
	連携型	77 88.5%	9 10.3%	1 1.1%	87 100.0%
	合計	431 88.3%	56 11.5%	1 0.2%	488 100.0%

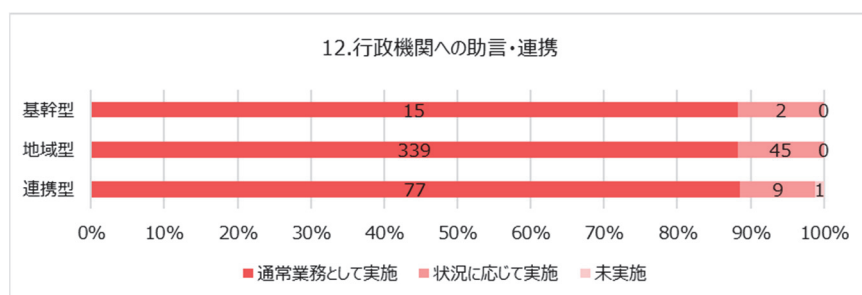


図 154 類型別 行政機関への助言・連携の実施（再掲）

表 245 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			合計
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	
医療機関種別	一般病院	199 86.1%	32 13.9%	0 0.0%	231 100.0%
	精神科病院	196 89.5%	22 10.0%	1 0.5%	219 100.0%
	診療所	36 94.7%	2 5.3%	0 0.0%	38 100.0%
	合計	431 88.3%	56 11.5%	1 0.2%	488 100.0%

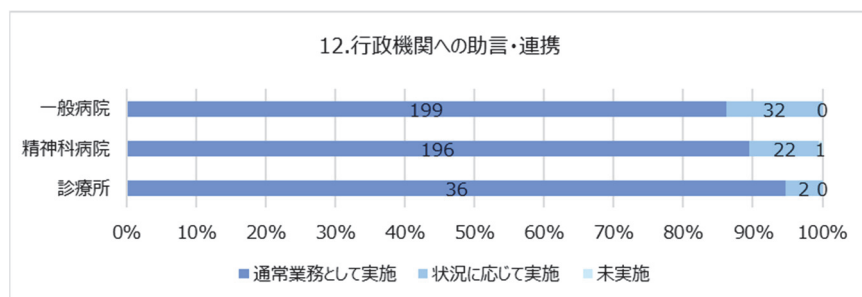


図 155 医療機関種別 行政機関への助言・連携の実施（再掲）

13) 地域包括支援センター職員への助言・連携：サービス提供状況のうち、地域包括支援センター職員への助言・連携について、類型別(表 246、図 156) および医療機関種別(表 247、図 157) にそれぞれ示す。基幹型は 88.2%、地域型の 91.4%、連携型の 90.8%が通常業務として実施しており、全体としては 91.2%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の 94.7%が通常業務として実施していた。

表 246 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 88.2%	1 5.9%	1 5.9%	17 100.0%
	地域型	351 91.4%	33 8.6%	0 0.0%	384 100.0%
	連携型	79 90.8%	8 9.2%	0 0.0%	87 100.0%
	合計	445 91.2%	42 8.6%	1 0.2%	488 100.0%

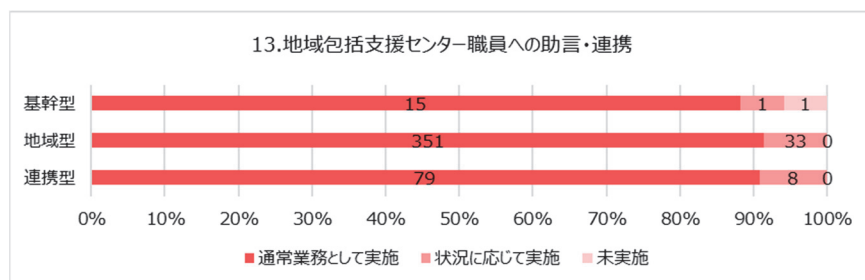


図 156 類型別 地域包括支援センター職員への助言・連携の実施 (再掲)

表 247 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	209 90.5%	21 9.1%	1 0.4%	231 100.0%
	精神科病院	200 91.3%	19 8.7%	0 0.0%	219 100.0%
	診療所	36 94.7%	2 5.3%	0 0.0%	38 100.0%
	合計	445 91.2%	42 8.6%	1 0.2%	488 100.0%

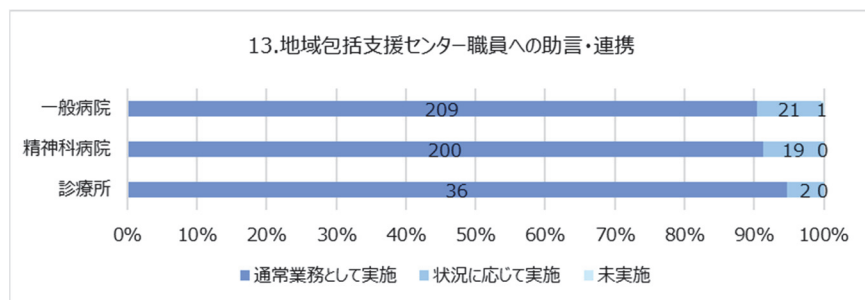


図 157 医療機関種別 地域包括支援センター職員への助言・連携の実施 (再掲)

14) 介護支援専門員への助言・連携：サービス提供状況のうち、介護支援専門員への助言・連携について、類型別（表 248、図 158）および医療機関種別（表 249、図 159）にそれぞれ示す。基幹型は 82.4%、地域型の 90.9%、連携型の 88.5%が通常業務として実施しており、全体としては 90.2%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の 97.4%が通常業務として実施していた。

表 248 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			合計
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	
類型	基幹型	14	2	1	17
		82.4%	11.8%	5.9%	100.0%
	地域型	349	35	0	384
		90.9%	9.1%	0.0%	100.0%
	連携型	77	10	0	87
		88.5%	11.5%	0.0%	100.0%
合計	440	47	1	488	
		90.2%	9.6%	0.2%	100.0%

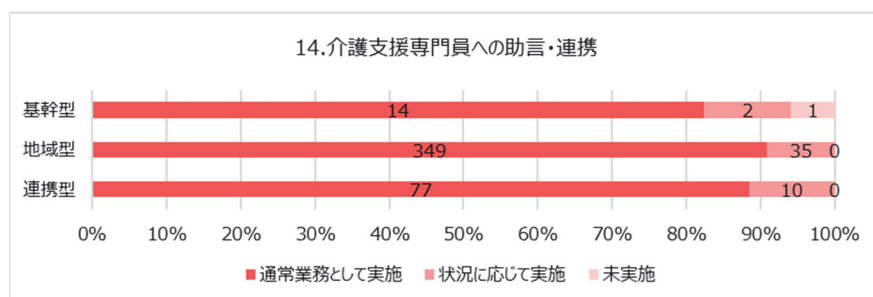


図 158 類型別 介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

表 249 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			合計
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	
医療機関種別	一般病院	205	25	1	231
		88.7%	10.8%	0.4%	100.0%
	精神科病院	198	21	0	219
		90.4%	9.6%	0.0%	100.0%
	診療所	37	1	0	38
		97.4%	2.6%	0.0%	100.0%
合計	440	47	1	488	
		90.2%	9.6%	0.2%	100.0%

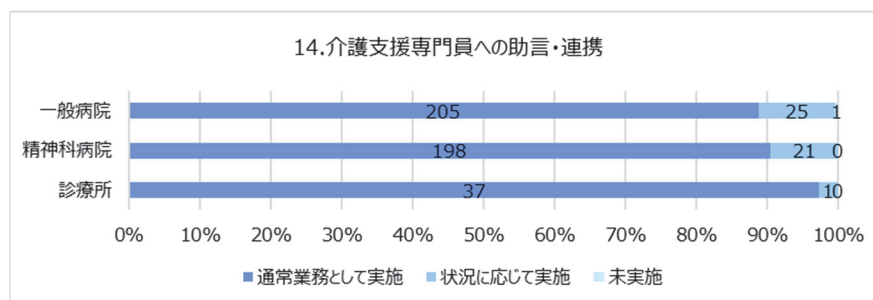


図 159 医療機関種別 介護支援専門員への助言・連携の実施（再掲）

15) 介護保険施設・事業所職員への助言・連携：サービス提供状況のうち、介護保険施設・事業所職員への助言・連携について、類型別（表 250、図 160）および医療機関種別（表 251、図 161）にそれぞれ示す。基幹型は 76.5%、地域型の 89.1%、連携型の 87.4%が通常業務として実施しており、全体としては 88.3%が通常業務として実施していた。医療機関種別では診療所の 94.7%が通常業務として実施していた。

表 250 類型別 介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施

		15.介護保険施設・事業所職員への助言・連携			
		通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施	合計
類型	基幹型	13	2	2	17
		76.5%	11.8%	11.8%	100.0%
	地域型	342	41	1	384
		89.1%	10.7%	0.3%	100.0%
	連携型	76	11	0	87
87.4%		12.6%	0.0%	100.0%	
合計	431	54	3	488	
		88.3%	11.1%	0.6%	100.0%

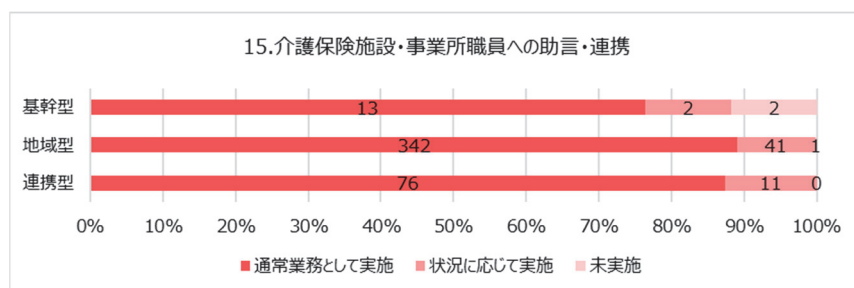


図 160 類型別 介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲）

表 251 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	199	29	3	231
		86.1%	12.6%	1.3%	100.0%
	精神科病院	196	23	0	219
		89.5%	10.5%	0.0%	100.0%
	診療所	36	2	0	38
合計	431	54	3	488	
		88.3%	11.1%	0.6%	100.0%

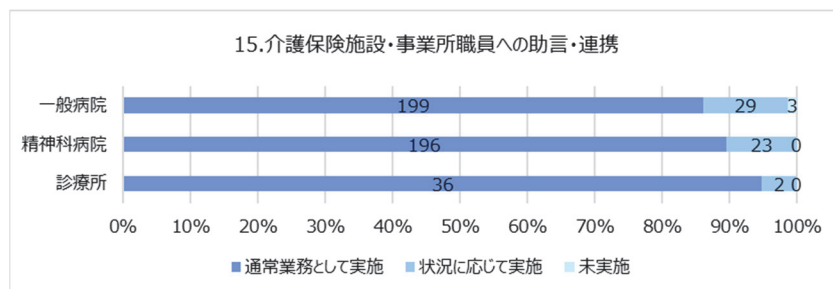


図 161 医療機関種別 介護保険施設・事業所職員への助言・連携の実施（再掲） n

VI. 事業の着実な実施に向けた取組の推進機能

1) 都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進：事業の着実な実施に向けた取組の推進機能のうち、都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進について、類型別（表 252、図 162）および医療機関種別（表 253、図 163）にそれぞれ示す。空欄であった 50 件は欠損値として扱ったが、新規項目であったことが影響した可能性がある。基幹型は 94.1%が実施していたが、地域型では 31.8%、連携型では 16.7%の実施であった。医療機関種別では大きな差はなかった。

表 252 類型別 都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進

		1.都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	地域型	109	234	343
		31.8%	68.2%	100.0%
連携型	13	65	78	
		16.7%	83.3%	100.0%
合計		138	300	438
		31.5%	68.5%	100.0%

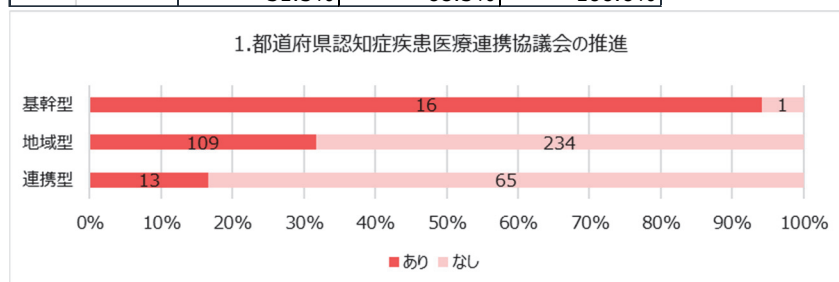


図 162 類型別 都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進（再掲）

表 253 医療機関種別 都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進

		1.都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	67	134	201
		33.3%	66.7%	100.0%
	精神科病院	63	140	203
		31.0%	69.0%	100.0%
診療所	8	26	34	
		23.5%	76.5%	100.0%
合計		138	300	438
		31.5%	68.5%	100.0%

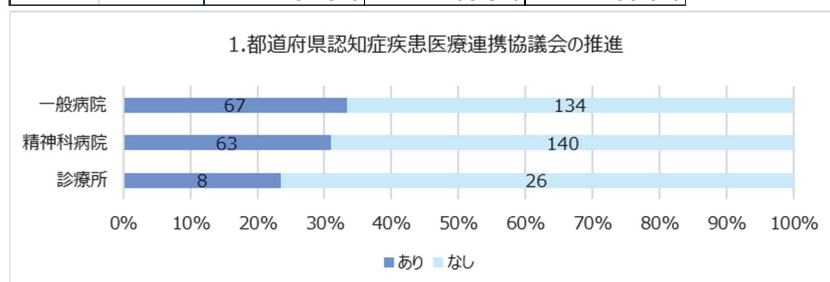


図 163 医療機関種別 都道府県認知症疾患医療連携協議会の推進（再掲）

2) 事業の取組に関する評価等の推進：事業の着実な実施に向けた取組の推進機能のうち、事業の取組に関する評価等の推進について、類型別（表 254、図 164）および医療機関種別（表 255、図 165）にそれぞれ示す。空欄であった 58 件は欠損値として扱ったが、新規項目であったことが影響した可能性がある。基幹型は 70.6%の実施であったが、地域型では 22.6%、連携型では 17.1%の実施であった。医療機関種別では大きな差はなかった。

表 254 類型別 事業の取組に関する評価等の推進

		2.事業の取組に関する評価等の推進		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	12 70.6%	5 29.4%	17 100.0%
	地域型	76 22.6%	261 77.4%	337 100.0%
	連携型	13 17.1%	63 82.9%	76 100.0%
	合計	101 23.5%	329 76.5%	430 100.0%

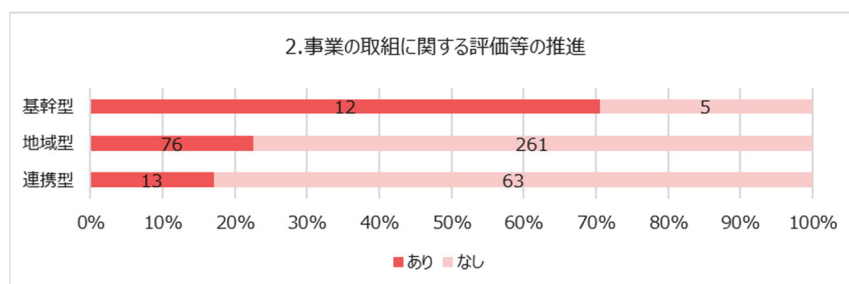


図 164 類型別 事業の取組に関する評価等の推進（再掲）

表 255 医療機関種別 事業の取組に関する評価等の推進

		2.事業の取組に関する評価等の推進		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	52 26.3%	146 73.7%	198 100.0%
	精神科病院	41 20.7%	157 79.3%	198 100.0%
	診療所	8 23.5%	26 76.5%	34 100.0%
	合計	101 23.5%	329 76.5%	430 100.0%

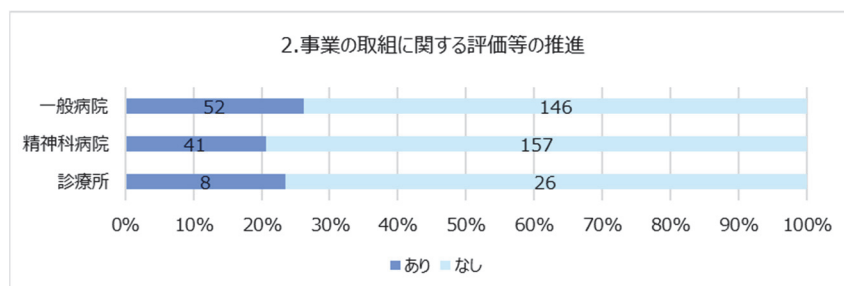


図 165 医療機関種別 事業の取組に関する評価等の推進（再掲）

3) センター事業の携わる職員の研修等の推進：事業の着実な実施に向けた取組の推進機能のうち、センター事業の携わる職員の研修等の推進について、類型別（表 256、図 166）および医療機関種別（表 257、図 167）にそれぞれ示す。空欄であった 49 件は欠損値として扱った。基幹型は 82.4%の実施であったが、地域型は 28.2%、連携型は 26.9%の実施であった。

表 256 類型別 センター事業の携わる職員の研修等の推進

		3.センター事業に携わる職員の研修等の推進		
		あり	なし	合計
類型	基幹型	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	地域型	97	247	344
		28.2%	71.8%	100.0%
連携型	21	57	78	
	26.9%	73.1%	100.0%	
合計		132	307	439
		30.1%	69.9%	100.0%

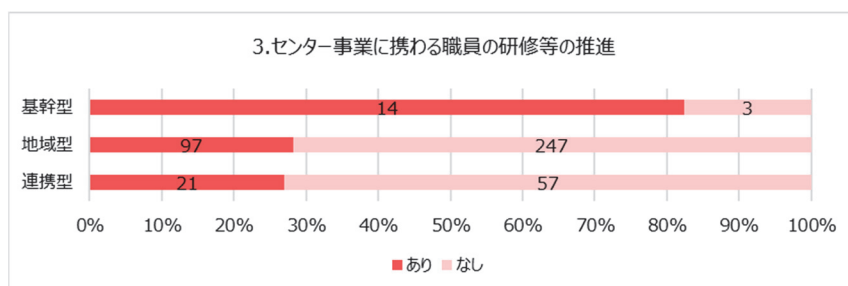


図 166 類型別 センター事業の携わる職員の研修等の推進（再掲）

表 257 医療機関種別 センター事業の携わる職員の研修等の推進

		3.センター事業に携わる職員の研修等の推進		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	66	136	202
		32.7%	67.3%	100.0%
	精神科病院	53	150	203
		26.1%	73.9%	100.0%
診療所	13	21	34	
	38.2%	61.8%	100.0%	
合計		132	307	439
		30.1%	69.9%	100.0%

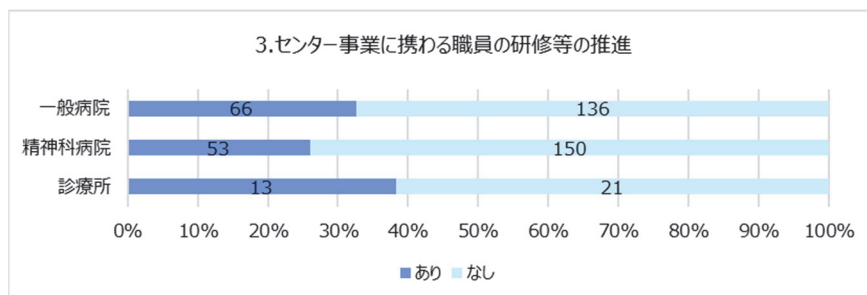


図 167 医療機関種別 センター事業の携わる職員の研修等の推進（再掲）

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。

全国の実績報告書の集計方法について、本報告で実施された集計方法は、昨年度の令和2年度実績報告書分析での方法と異なる点がある。令和2年度までは指定権者（都道府県指定都市）による集計がなされない状態（医療機関単位）での提出であったが、令和3年度実績報告書からは、実績報告書の書式が変更され Excel 上の様式統合が可能な書式となり、都道府県指定都市単位で簡易かつ確実にデータセット作成が可能になった。この方法をもって、都道府県指定としてデータセットとなったものが国に提出されることとなり、これを統合して、全国集計データとした。しかしながらこの方法では、特に実績報告書上の数値入力欄における「空欄」が、自動的にデータセット上の「0」となる方法であり、全国集計データ上で「0」と空欄の区別が困難になるため、全国集計結果において欠損値と「0」が混同されている可能性がある。数値入力項目は鑑別診断件数や病床数、算定件数、相談等実施件数にあり、昨年度集計では空欄は欠損値として母集団に含めない方法がとられていたが、今年度は上記の理由で空欄も集計の母集団に含まれている。そのため項目によっては平均値や中央値が昨年度と比較して低値になっている可能性があることを勘案しながら結果を読む必要がある。一方で、実績報告書の選択項目（「ある・ない」など）に関しては、実績報告書の空欄はデータセット上では空欄として反映されるため、結果では欠損値として扱った。

Ⅱ. 専門医療機関としての要件と機能：Ⅱ-1-7) 日常生活支援のための相談員の配置に関して令和3年度実績報告書では、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 11.9%、精神保健福祉士は全体で 40.0%であった。これは昨年度集計での社会福祉士は全体で 8.4%、精神保健福祉士は 29.1%であったことと比較し増員がみられた。

また、Ⅱ-1-8) 日常生活支援機能に関して令和3年度実績報告書では、相談員による診断後の相談は全体で 97.1%が実施しており、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は全体で 38.9%が実施していた。これに関して令和元年度から令和2年度の増加は、相談員による診断後の相談は全体で 46.2%、72.6%と推移し、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%、21.5%と推移していた。特に病院内で個別に実施できる日常生活支援の実施率の増加がみられた。一方で、昨年度集計では集合型開催を中止した旨の報告が多く挙がっていたが、令和3年度実績報告書ではコーラスグループなど集合型開催の活動も上がり、新型コロナウイルス感染拡大の影響が緩和されていることが示唆された。

同、Ⅱ-3-2) 相談件数相談元に関して、令和3年度実績報告書から本人からの相談と家族等の介護者からの相談、院内の他科からの相談件数が追加になった。本人からの相談件数は全体の平均で 154.2 件、家族等の介護者からの相談件数は全体の平均で 523.1 件であっ

た。地域包括支援センターからの相談は全体平均で 93.6 件、医療機関（かかりつけ医等）からの相談は全体平均で 143.6 件であり、昨年度集計と大きな変化はなかったことを考慮すると、認知症疾患医療センターは本人家族等からの相談対応に対して多大な人材資源が必要であることが明らかになった。

同、Ⅱ-4. 鑑別診断件数に関して、表 127 では認知症関連疾患（MCI～詳細不明の認知症）の全数は 100058 人、65 歳未満の認知症関連疾患の鑑別診断件数の全数は 2082 人であった。令和元年度から令和 2 年度実績報告書の増加は全数 98371 人、93710 件と推移し、うち 65 歳未満は 2167 人、2120 人と推移したことから、全数は漸増し 65 歳以上の鑑別診断件数が漸減しているといえる。令和 2 年度実績報告書では新型コロナウイルス感染拡大防止のための受診控えが影響した可能性があったが、令和 3 年度実績報告書では同影響は軽減された可能性がある。

同、Ⅱ-5. 初診までの待機日数は 14 日未満であるのは全体で 49.6%であり、昨年度集計と比較すると 5.8 ポイント減少しており、類型別にみると基幹型は変化がないが地域型では 6.5 ポイント、連携型では 4.9 ポイント減であって、鑑別診断件数の結果を考慮に入れると受診患者数の増加が影響した可能性がある。

Ⅳ. 地域連携推進機関としての要件と機能：Ⅳ-2. 研修会開催において、認知症疾患医療連携協議会の開催形態については前年と大きな差がなかったが、医療従事者対象の研修会開催有は 80.3%で 7.7 ポイント増（令和 2 年度 72.6%、令和元年度 85.6%）、かかりつけ医対象の研修会開催有は 59.6%と 8.3 ポイント増（令和 2 年度 51.3%、令和元年度 65.9%）、地域包括支援センター職員等対象の研修会開催有は 68.6%と 4.4 ポイント増（令和 2 年度 64.2%、令和元年度 76.4%）、家族・地域住民等対象の研修会開催有は 52.7%と 3.1 ポイント増（令和 2 年度 49.6%、令和元年度 76.8%）であった。昨年度集計での新型コロナウイルス感染拡大防止のために集合型開催を控えていたこと、また対象がオンライン会議ツールの活用困難な状況があったことを考慮すると、若干の回復があったと考えられる。Ⅳ-3. 情報発信・普及啓発でも同様の傾向がみられた。

また令和 3 年度実績報告書からは事業の着実な実施に向けた取組の推進機能について項目が追加された、空欄が多かったことに関しては、今後の課題である。

限界として、本集計では空欄の取り扱いという点で結果が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を明らかにすることができる。

2. 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査

1. 研究目的

令和元（2019）年度に閣議決定された認知症施策推進大綱によって、認知症疾患医療センターは令和2（2020）年度末までに全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標（KPI）が設定された。令和4（2022）年10月現在で認知症疾患医療センターは全国に499カ所（基幹型Ⅰが17、基幹型Ⅱが4、地域型が382、連携型が96）設置され、335の二次医療圏のうち318二次医療圏で設置が完了している（設置率94.9%）。本年度は認知症施策推進大綱の中間見直しの年であり、今後の認知症疾患医療センターの「役割」や「整備方針」について改めて検討しなおす必要がある。本研究では、今後の認知症疾患医療センターの整備方針を検討するための基礎資料を得るために、都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、日本認知症学会及び日本老年精神医学会専門医を対象にアンケート調査を実施した。

2. 研究方法

2-1. 調査対象

以下の方法で調査対象を設定した。

- A. 都道府県・指定都市 66カ所（悉皆）
- B. 認知症疾患医療センター 496カ所（2022年5月に設置されているセンター）（悉皆）
- C. 日本認知症学会及び日本老年精神医学会専門医 2,976人（悉皆）

2-2. 調査方法

作業部会において、以下のテーマに関わる質問項目で構成される質問票を作成し、2022年9月28日～2022年10月12日に郵送法による自記式アンケート調査を実施した。

<調査項目>

- 1) 認知症疾患医療センターの現在の整備方針
- 2) センター未設置の二次医療圏
- 3) 二次医療圏内のセンターの複数設置
- 4) 僻地における認知症の医療サービス提供体制
- 5) 認知症疾患医療センターの今後の整備方針
- 6) 認知症医療提供体制の整備にあたって今後重点的に取り組むべき課題
- 7) 現在の認知症疾患医療センターに備わっている機能、圏域に不足している機能

3. 調査結果

3-1. 回収率

都道府県・指定都市 $57/66 = 86\%$

認知症疾患医療センター $219/496 = 44\%$

日本認知症学会・日本老年精神医学専門医 $887/2,976 = 30\%$

3-2. 回答者の基本情報

都道府県・指定都市調査では、回答者は都道府県 45、指定都市 12 であり、地方別に見ると北海道・東北～九州・沖縄までほぼ均一に分布していた。認知症疾患医療センター調査では、回答者の分布を地方別に見ると関東が最も多く、近畿がこれに次いだ。また、類型別では地域型が最も多く、医療機関種別では精神科病院が最も多く約半数を占めた。専門医調査では、地方別に見ると関東が最も多く、専門医種別では日本認知症学会専門医が約 8 割であり、認知症疾患医療センターに勤務しているのは約 3 割であった。

表 1. 回答者の基本情報

都道府県・指定都市調査		
基本情報	回答者数	割合
<自治体の種別>		
都道府県	45	78.9%
指定都市	12	21.1%
計	57	100.0%
<地方別>		
北海道・東北	8	14.0%
関東	9	15.8%
中部	10	17.5%
近畿	9	15.8%
中国・四国	11	19.3%
九州・沖縄	10	17.5%
計	57	100.0%

認知症疾患医療センター調査			専門医調査		
基本情報	回答者数	割合	基本情報	回答者数	割合
<地方別>			<地方別>		
北海道・東北	28	12.8%	北海道・東北	106	12.0%
関東	58	26.5%	関東	286	32.2%
中部	34	15.5%	中部	142	16.0%
近畿	40	18.3%	近畿	163	18.4%
中国・四国	28	12.8%	中国・四国	104	11.7%
九州・沖縄	30	13.7%	九州・沖縄	85	9.6%
無回答・無効回答	1	0.5%	無回答・無効回答	1	0.1%
計	219	100.0%	計	887	100.0%
<類型別>			<専門医種別(複数回答)>		
基幹型	9	4.1%	日本老年精神医学会専門医	264	29.8%
地域型	169	77.2%	日本認知症学会専門医	697	78.6%
連携型	40	18.3%	無回答・無効回答	7	0.8%
無回答・無効回答	1	0.5%	<認知症疾患医療センターへの勤務状況>		
合計	219	100.0%	1. 勤務している	280	31.6%
<医療機関種別>			2. 勤務していない	598	67.4%
大学病院	21	9.6%	無回答・無効回答	9	1.0%
一般病院	66	30.1%	合計	887	100.0%
精神科病院	106	48.4%			
診療所	20	9.1%			
その他	5	2.3%			
無回答・無効回答	1	0.5%			
合計	219	100.0%			

3-3. 認知症疾患医療センターの現在の整備方針について

都道府県・指定都市で、現在認知症疾患医療センターの整備方針が定められていると回答したのは、都道府県・指定都市調査では 54%、認知症疾患医療センター調査では 71%、専門医で 32%であった。都道府県・指定都市の約 4 割が「定められていない」と回答しているが、「国が定める方針に準拠している（県独自で定めていない）」という意味も含まれているものと思われる。尚、専門医の約 6 割が「わからない」という回答であった（表 2）。

「整備方針が定められている」と回答した方に、該当する整備方針を問うたところ、都道府県・指定都市調査では「二次医療圏に 1 ヶ所設置」が最も多く 8 割以上を占め、「高齢者人口 6 万人に 1 ヶ所設置」もこれに次いで多く約 3 割を占めた。認知症疾患医療センター調査、専門医調査においても、「二次医療圏に 1 ヶ所設置」が最も多く 7 割以上を占めた（表 3）。

表 2. 認知症疾患医療センターの整備方針は定められているか

都道府県・指定都市		
選択肢	件数	割合
1. 整備方針が定められている	31	54%
2. 整備方針は定められていないが計画中である	0	0%
3. 整備方針は定められていない	24	42%
4. その他	2	4%
無回答・無効回答	0	0%
合計	57	100%
認知症疾患医療センター		
選択肢	件数	割合
1. 整備方針が定められている	156	71%
2. 整備方針は特に定められていない	4	2%
3. わからない	57	26%
4. その他	0	0%
無回答・無効回答	2	1%
合計	219	100%
専門医		
選択肢	件数	割合
1. 整備方針が定められている	285	32%
2. 整備方針は特に定められていない	36	4%
3. わからない	507	57%
4. その他	1	0%
無回答・無効回答	58	7%
合計	887	100%

表 3. 定められていると回答した方へ：どのような整備方針か（複数回答）

都道府県・指定都市		
選択肢	件数	割合
1. 二次医療圏に1カ所設置	26	84%
2. 人口30万人に1カ所設置	0	0%
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置	10	32%
4. 市区町村に1カ所設置	1	3%
5. その他	1	3%
無回答・無効回答	0	0%
回答者数	31	100%
認知症疾患医療センター		
選択肢	件数	割合
1. 二次医療圏に1カ所設置	115	74%
2. 人口30万人に1カ所設置	10	6%
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置	11	7%
4. 市区町村に1カ所設置	15	10%
5. その他	17	11%
無回答・無効回答	3	2%
回答者数	156	100%
専門医		
選択肢	件数	割合
1. 二次医療圏に1カ所設置	213	75%
2. 人口30万人に1カ所設置	18	6%
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置	7	2%
4. 市区町村に1カ所設置	32	11%
5. その他	32	11%
無回答・無効回答	7	2%
回答者数	285	100%

現在の設置状況については、都道府県・指定都市調査では約 8 割が「すべての二次医療圏に設置されている」と回答しており、約 3 割が「高齢者人口 6 万人に 1 カ所設置されている」と回答した（表 4）。また、認知症疾患医療センター及び専門医に対して「望ましい」と思われる整備方針について問うたところ、いずれも約 4 割が「すべての二次医療圏に設置する」と回答した（表 5）。

表 4. 現在の認知症疾患医療センターの設置状況は

都道府県・指定都市		
選択肢	件数	割合
1. すべての二次医療圏に設置されている	44	77%
2. 人口30万人に1カ所設置されている	8	14%
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置されている	16	28%
4. すべての市区町村に設置されている	1	2%
5. 上記のいずれでもない	10	18%
無回答・無効回答	0	0%
回答者数	57	-

表 5. 望ましいと思われる整備方針は

認知症疾患医療センター		
選択肢	件数	割合
1. すべての二次医療圏に設置する	94	43%
2. 人口30万人に1カ所設置する	15	7%
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置する	21	10%
4. すべての市区町村に設置する	30	14%
5. わからない	36	16%
6. その他	6	3%
無回答・無効回答	17	8%
合計	219	100%
専門医		
選択肢	件数	割合
1. すべての二次医療圏に設置する	317	36%
2. 人口30万人に1カ所設置する	85	10%
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置する	143	16%
4. すべての市区町村に設置する	76	9%
5. わからない	126	14%
6. その他	28	3%
無回答・無効回答	112	13%
合計	887	100%

3-4. 認知症疾患医療センター未設置の二次医療圏について

都道府県・指定都市に認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏が「ある」と回答したのは、都道府県・指定都市調査では 14%、認知症疾患医療センター調査では 16%、専門医調査では 11%であった。専門医調査では「わからない」という回答が最も多かった（表 6）。「ある」と回答した方に、未設置の二次医療圏がある理由を問うたところ、都道府県・指定都市調査、認知症疾患医療センター調査、専門医調査のいずれも、「認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関がない」という回答が最も多かった（表 7）。専門医調査では、「専門医を確保できない」という回答がこれに次ぎ、約半数の専門医によって回答された（表 7）。さらに、「ある」と回答した方に、「それを補完する対策は実施されているか」を問うたところ、都道府県・指定都市調査では約 6 割が、認知症疾患医療センター調査では約 3 割が「されている」と回答した（表 8）。

表 6. 都道府県・指定都市に認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏はあるか

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. ある	8	14%	35	16%	100	11%
2. ない	49	86%	152	69%	320	36%
3. わからない	-	-	30	14%	400	45%
無回答・無効回答	0	0%	2	1%	67	8%
合計	57	100%	219	100%	887	100%

あなたの都道府県・指定都市に認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏域はありますか。

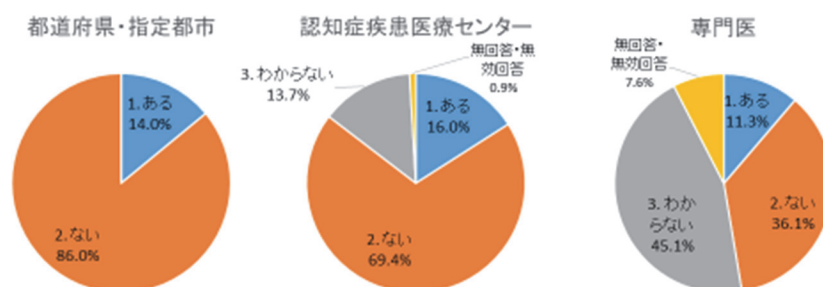


表 7. 「ある」と回答した方へ：未設置の二次医療圏がある理由

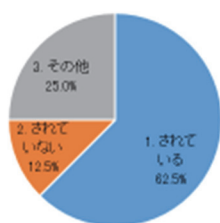
選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. 認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関がない	6	75%	21	60%	49	49%
2. 認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関はあるが指定できない	2	25%	4	11%	12	12%
3. 専門医を確保できない	2	25%	8	23%	46	46%
4. 国の補助金が少ない	2	25%	3	9%	18	18%
5. 予算が確保できない	0	0%	9	26%	16	16%
6. その他	0	0%	2	6%	7	7%
無回答・無効回答	0	0%	0	0%	2	2%
回答者数	8	100%	35	100%	100	100%

表 8. 「ある」と回答した方へ：未設置を補完する対策が実施されているか

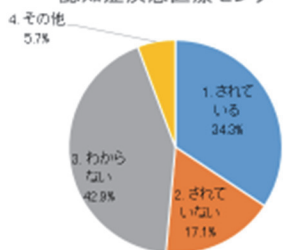
選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. されている	5	63%	12	34%	15	15%
2. されていない	1	13%	6	17%	24	24%
3. わからない	-	-	15	43%	53	53%
4. その他	2	25%	2	6%	3	3%
無回答・無効回答	0	0%	0	0%	5	5%
合計	8	100%	35	100%	100	100%

「ある」と回答した方：未設置の二次医療圏域に対して、それを補完する対策はなされていますか？

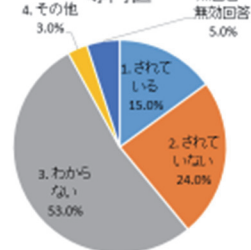
都道府県・指定都市



認知症疾患医療センター



専門医



「されている」と回答した都道府県・指定都市に対して、対策の概略を問うたところ、以下のような回答が得られた。

- 未設置の二次保健医療圏（島しょ保健医療圏）については、認知症支援推進センターが、地域特性に応じた認知症支援の知識等に関する研修を実施するほか、認知症の診断及び治療等に係る相談支援や認知症初期集中支援チームの活動支援を実施する等、認知症支援体制の構築を支援している。
- 圏域内の市と認知症サポート医、かかりつけ医が連携し、認知症の方や家族等への支援が行われている。また、診断や研修等についても、近隣の認知症疾患医療センター等が協力している。
- 県及び近隣の医療センターが機能を補完している。
 - ・ 県→連携協議会を開催、研修等に関する情報提供
 - ・ 医療センター→未設置圏域の住民の相談、診断等に対応
- 県内の行政区域は、嶺北・嶺南に二分されており、既設置の2センターにより、未整備圏域の対応を行っている、嶺北センター連携協議会には嶺北全域が参加し、地域での連携を図っている。
- 二次医療圏域での連携

「されていない」と回答した都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、専門医に、都道府県・指定都市として今後何らかの対策を実施する計画はあるかと問うたところ、都道府県・指定都市では1カ所（100%）が「ある」と回答した。認知症疾患医療センター及び専門医の7割は「わからない」という回答であった（表9）。

表9. 「されていない」と回答した方へ：都道府県・指定都市として今後何らかの対策を実施する計画はあるか。

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. ある	1	100%	0	0%	2	8%
2. ない	0	0%	2	33%	4	17%
3. わからない	0	0%	4	67%	17	71%
4. その他	0	0%	0	0%	1	4%
無回答・無効回答	0	0%	0	0%	0	0%
合計	1	100%	6	100%	24	100%

3-5. 二次医療圏内のセンターの複数設置について

同一の二次医療圏域で認知症疾患医療センターが複数設置されている圏域が「ある」と回答したのは、都道府県・指定都市調査では77%、認知症疾患医療センター調査では68%、専門医調査では36%であった（表10）。「ある」と回答した方に複数設置している理由を問うたところ、都道府県・指定都市調査、認知症疾患医療センター調査、専門医調査のいずれにおいても、「人口規模が大きいため」が最も多く、「高齢者人口が多いため」がこれに次いだ（表11）。

表10. 認知症疾患医療センターが複数設置されている二次医療圏があるか

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. ある	44	77%	148	68%	319	36%
2. ない	13	23%	55	25%	182	21%
3. わからない	-	-	13	6%	315	36%
無回答・無効回答	0	0%	3	1%	71	8%
合計	57	100%	219	100%	887	100%

同一の二次医療圏域で認知症疾患医療センターが複数設置されている圏域はありますか？

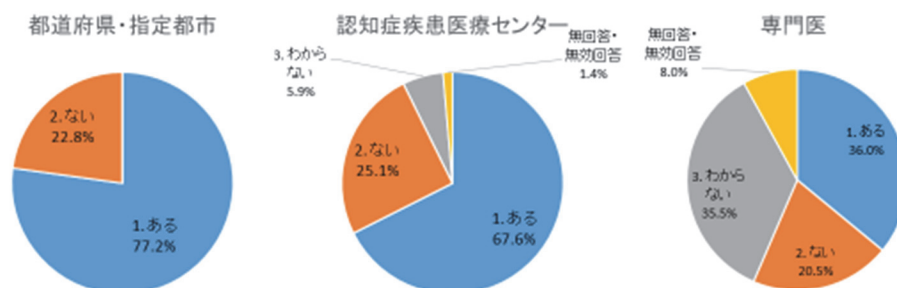


表 11. 同一の二次医療圏に認知症疾患医療センターを複数設置している理由

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. 人口規模が大きいため	25	57%	91	61%	218	68%
2. 高齢者人口が多いため	20	45%	56	38%	100	31%
3. 面積が広大なため	10	23%	45	30%	68	21%
4. 複数の市区町村があるため	9	20%	42	28%	51	16%
5. 1か所だけ指定することが困難なため	6	14%	12	8%	47	15%
6. わからない	-	-	11	7%	28	9%
7. その他	10	23%	14	9%	24	8%
無回答・無効回答	0	0%	1	1%	0	0%
回答者数	44	-	148	-	319	-

都道府県・指定都市調査において、「その他」と回答した方の自由記述による説明を見ると、以下のような回答があった。

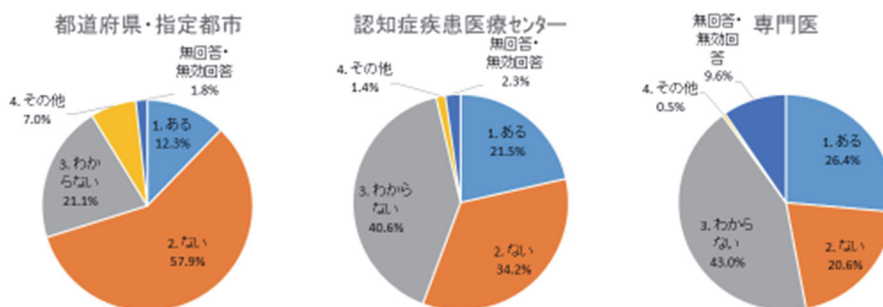
- 高齢者人口 6 万人に 1 か所設置することとしているため。
- 岡山市と岡山県でそれぞれ設置しているため。
- 二次医療圏域ごとに地域型を 1 か所設置しているが、それとは別に。
- 県全域を統括する基幹型を含むため。
- 大分市内に「地域型」と「連携型」を設置している。
- センター未設置圏域に対応する医療機関として、隣接する二次医療圏に所在する医療機関を新規指定したため。
- 基幹型と地域型の 2 か所をそれぞれ 1 か所ずつ設置。
- 京都市内に、京都府が指定した基幹型が 1 ケ所設置されている。京都市が指定しているのは地域型 1 ケ所。
- 基幹型センターを設置しているため、もう一カ所地域型センターを設置している。
- 基幹型 1 カ所、地域型 1 カ所であり、役割や機能分化している。

圏域の人口規模が大きいために、認知症疾患医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏域があると回答したのは、都道府県・指定都市調査で 12%、認知症疾患医療センター調査では 21%、専門医調査では 26%であった（表 12）。

表 12. 人口規模が大きいためセンターの設置数を今後増やす必要がある二次医療圏の有無

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. ある	7	12%	47	21%	234	26%
2. ない	33	58%	75	34%	183	21%
3. わからない	12	21%	89	41%	381	43%
4. その他	4	7%	3	1%	4	0%
無回答・無効回答	1	2%	5	2%	85	10%
合計	57	100%	219	100%	887	100%

あなたの都道府県・指定都市において、圏域の人口規模が大きいために、認知症患者医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか？



なお、都道府県・指定都市調査で「その他」と回答された方の自由記述による回答には以下のようなものがあった。

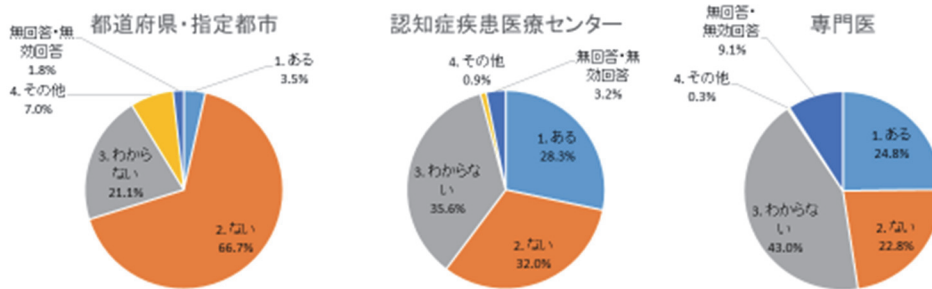
- 人口規模が大きい医療圏はあるが、センターを今後増やす予定は現在においてははない。
- 設置数の増について、現時点で未検討
- 今後検討が必要
- 都では、東京都認知症施策推進会議における外部委員等の議論を踏まえて整備方針を定めているため、現時点では判断できない。

圏域の面積が広大なために、認知症患者医療センターの設置数を増やす必要があると思われる二次医療圏域があると回答したのは、都道府県・指定都市調査では 4%、認知症患者医療センター調査では 28%、専門医調査では 25%であった。

表 13. 面積が広大なためセンターの設置数を今後増やす必要がある二次医療圏の有無

選択肢	都道府県・指定都市		認知症患者医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. ある	2	4%	62	28%	220	25%
2. ない	38	67%	70	32%	202	23%
3. わからない	12	21%	78	36%	381	43%
4. その他	4	7%	2	1%	3	0%
無回答・無効回答	1	2%	7	3%	81	9%
合計	57	100%	219	100%	887	100%

あなたの都道府県・指定都市において、圏域の面積が広大なために、認知症患者医療センターの設置数を増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか？



なお、都道府県・指定都市調査で「その他」と回答された方の自由記述による回答には以下のようなものがあつた。

- 喫緊で増やす必要はないが、今後の状況により検討する必要がある。
- 設置数の増について、現時点で未検討。
- 今後検討が必要。
- 都では、東京都認知症施策推進会議における外部委員等の議論を踏まえて整備方針を定めているため、現時点では判断できない。

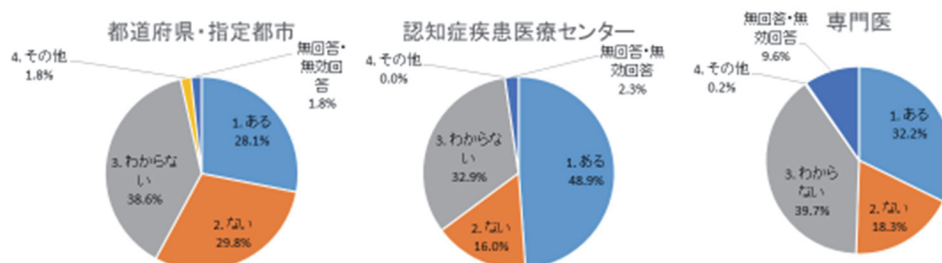
3-6. 僻地における認知症の医療サービス提供体制について

僻地等（人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大など）のために認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域があると回答したのは、都道府県・指定都市調査では28%、認知症疾患医療センター調査では49%、専門医調査では32%であった。

表 14. 僻地等のために認知症のための医療サービス提供体制に課題がある地域

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. ある	16	28%	107	49%	286	32%
2. ない	17	30%	35	16%	162	18%
3. わからない	22	39%	72	33%	352	40%
4. その他	1	2%	0	0%	2	0%
無回答・無効回答	1	2%	5	2%	85	10%
合計	57	100%	219	100%	887	100%

あなたの都道府県・指定都市において、僻地等（人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大など）のために認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域はありますか。



課題の概要に関する都道府県・指定都市の自由記述の回答には、以下のようなものがあった。

- 島しょ地域においては、認知症の専門医療を提供できる医療機関や人材の確保が厳しい。
- 医療サービスにアクセスするための交通手段に乏しい。
- 過疎地域かつ少子高齢化が進む地域では、医療機関の新規開設が見込めない。また、認知症に関する診療を行う医師（精神科）が不足している。
- 公共交通機関がない又は少ないため、通院が難しい地域がある。

- 山間部など交通の便が悪い地域において、送迎等がないと医療機関の受診が困難な場合がある。
- 山間部においては、医療機関が少ない上に面積が広大であり、冬期の豪雪により受診が容易でない。
- 山間部に関してはもともと医療体制の問題があり、自宅の身近なところで鑑別診断を受けることが難しい。隣接している他市の医療機関が近い場合もある。
- 山間部の医療圏においては、医療資源が少なく、認知症疾患医療センターの指定が困難となっている。
- 小規模離島等の市町村において、鑑別診断の遅れ、初期対応の遅れ、マンパワー不足（一人でいくつもの業務を担当）。
- 人口規模が小さい地域において、認知症医療を提供できる医療機関が少なく、専門医療機関等が都市部にあることからアクセスが困難。
- 人口規模の少なさから、認知症の診断件数等が少なく、支援のノウハウがなく、介護保険以外につなげるサービスがない。
- 秩父圏域においては、連携型の指定となり、病床がないため、中等度から重症の患者を入院させる場合、遠方の精神科を併設した医療機関を紹介、対応調整しなければならない。
- 僻地等のために、専門医への受診が困難であったり、受診継続に負担が大きい地域はあると思う。
- 離島が多く、離島圏域では高齢化率が特に高くなっているが、病院数や医師数が限られることなどが課題。
- 過疎化・高齢化がさらに進んでいく地域は医療機関も少ない。疾患医療センターでの鑑別診断までにも時間がかかっている。しかし新しく疾患医療センターの機能を担える医療機関もない。
- 人口規模が小さく、医療機関が少ない二次医療圏域がある。

課題解決に向けた取り組みの概略に関する都道府県・指定都市調査の自由記述の回答には以下のようなものがあった。

- 認知症支援推進センターが、地域特性に応じた認知症支援の知識等に関する研修を実施するほか、認知症の診断及び治療等に係る相談支援や認知症初期集中支援チームの活動支援を実施する等、認知症支援体制の構築を支援している（再掲）。
- 山間部などの診療所に出向き、認知症診療を受けることが困難な方を対象に認知症診断、治療を継続的に行っている認知症疾患医療センターがある。
- 疾患センターとそれ以外の医療機関やかかりつけ医等の医療連携が必要と思う。疾患センターの医師を講師として地域毎に研修会を開催し、グループワークを入れる等して関係づくりの場を設けている（コロナにより、現在は開催方法を変えている）。

- 地域のクリニック等でご対応頂いている。
- 秩父圏域内に病床を有する精神科病院はないため、圏域周辺の病棟を有する病院との連携を強化する。
- 認知症疾患医療センター連携協議会やその他会議等において、情報交換の場を提供したり、認知症の当事者から直接意見を聞く機会をつくっている。
- 離島圏域にも認知症疾患医療センターを設置しており、地域の行政や関係機関、島外の医療機関等と連携をとりながら対応している。
- 隣接する医療圏の医療機関が専門医を派遣するなどして診療体制が整備されている。
- 隣接圏域との医療連携強化について検討中。
- 認知症サポート医の養成、かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施。

3-7. 認知症疾患医療センターの今後の整備方針について

3-7-1. 認知症疾患医療センターをさらに「増やす」必要性について

現在の認知症のための医療提供状況全体を見渡してみても、今後認知症疾患医療センターの数をさらに増やす必要が「ある」と回答したのは、都道府県・指定都市調査では19%、認知症疾患医療センター調査では26%、専門医調査では39%であった（表15）。

増やす必要が「ある」理由について、都道府県・指定都市調査では以下のような自由記述の回答があった。

- 二次医療圏に1ヶ所では市民からすると病院へのアクセスが悪い。
- 埼玉県では、全ての二次医療圏において1か所ずつの設置となっている。地域包括支援センターへ実施したアンケート結果によると、認知症疾患医療センターを利用していない理由について、約半数が「認知症疾患医療センターの場所が遠く、紹介できない」と回答している。圏域によっては、管轄する面積や市町村数が多く、連携が不十分になっている。
- 本市の高齢者人口から考えると今後も認知症疾患医療センターの増設が必要である。
- 国の「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に示されるセンターの設置基準に対して不足しているため。
- 人口規模、高齢者人口の増が見込まれるため。
- 本市北部地域は、高齢者人口及び認知症高齢者人口が多いこと、既存のセンターにおいて、診察・鑑別診断までの待機期間が1か月程度となっていることから、同地域において新たにセンターを設置する必要がある。
- 将来的に高齢者人口が30万人（現在約26万人）に達する時期には1ヶ所増やす事を検討する必要がある。
- センター未設置圏域があるため。
- 指定医療機関により、特徴が様々であり、また地域との連携を強化するにあたっては、一定数を増やす必要性について検討を要する。
- 人口規模が多いが、設置が1カ所の二次医療圏において、診療を希望する住民が、疾患医療センターを受診するのに時間を要する。
- 二次医療圏域に一つのセンターを整備するため。

表 15. 今後認知症疾患医療センターの設置数を増やす必要性

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. ある	11	19%	57	26%	348	39%
2. ない	25	44%	74	34%	211	24%
3. わからない	21	37%	85	39%	247	28%
無回答・無効回答	0	0%	3	1%	81	9%
合計	57	100%	219	100%	887	100%

3-7-2. 認知症疾患医療センターの設置を「増やす」場合の設置件数について

増やす必要が「ある」と回答した方へ、現時点で認知症疾患医療センターをさらに何件追加して設置する必要があるか「想定することができるか」について問うたところ、都道府県・指定都市調査では 82%、認知症疾患医療センター調査では 48%、専門医調査では 33%の回答者が「想定できる」と回答した（表 16）。「想定できる」と回答した方へ、追加する必要がある設置件数を回答してもらったところ、都道府県・指定都市調査と専門医調査では 1 件が最も多く、認知症疾患医療センター調査では 2 件が最も多かった（表 17）。

表 16. 何件追加して設置する必要があるか想定できるか

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1. 想定できる	9	82%	31	53%	116	33%
2. 想定できない	2	18%	23	40%	219	63%
無回答・無効回答	0	0%	4	7%	14	4%
合計	11	100%	58	100%	349	100%

表 17. 追加する必要がある設置件数

選択肢	都道府県・指定都市		認知症疾患医療センター		専門医	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合
1件	5	56%	4	13%	27	23%
2件	1	11%	8	26%	15	13%
3件	0	0%	2	6%	9	8%
4件	0	0%	1	3%	2	2%
5件	1	11%	2	6%	3	3%
6件	0	0%	0	0%	3	3%
7件	1	11%	2	6%	1	1%
8件以上	1	11%	1	3%	11	9%
無回答・無効回答	0	0%	11	35%	45	39%
合計	9	100%	31	100%	116	100%

3-7-3. 認知症疾患医療センターの今後の整備方針に関する自由意見

認知症疾患医療センターの今後の整備方針について自由記述による意見を求めたところ、都道府県・指定都市調査では以下のような意見が得られた。

- センターの整備方針については各地域の実情に応じて定めることが望ましいものであり、必ずしも二次医療圏域内に一カ所の設置が必要とされないケースや基幹型のセンターの設置が困難な状況もあると考えられることから、全国一律の基準を設けることを前提とするのではなく、地域の実情に応じて柔軟に検討ができる制度となることが望ましい。
- 認知症疾患医療センターの整備方針は、各都道府県がそれぞれの特性を踏まえた検討が可能となるよう、地域の実情に配慮した方針としてほしい。
- 診断後支援機能の強化に向けた取組については、センター毎にばらつきがあり、平準化が課題となっている。
- 他都市の整備方針について共有をお願いしたい。

- 認知症の適切な鑑別診断ができる医師が現状とても少ないと感じています。統一的なスキルアップができるよう e-ランニング等都道府県以外での専門的な研修等も進めていただけるとありがたいです。
- 認知症疾患医療センターの体制整備及び安定した運営の確保のためには、実態に見合った財源（国庫補助）が必要である。
- 今後の整備、支援の質の向上に向けては、人材の確保が重要であり、国における財政支援の拡充を期待する。
- 指定に係る事務手続きについて作業量も多く負担でもある為、期間を 5 年程度としていただければありがたいと思います。
- 現状の整備状況で十分だと考えています。
- 政令市に基幹型が 1 カ所設置されているが、人口規模及び受診しやすさを考慮し、県としてはさらに政令市以外の市町に 1 カ所設置したいが、適当な医療機関がなく苦慮している。

同様に、認知症疾患医療センター調査では以下のような意見が得られた。

- センターでの取り組みは各機関に任せられており、バラつきがある。又、自治体の方針もあり運営に難しさを感じることもある。
- 当事者の希望を取り入れたものになって欲しい。
- センターの数としてはほぼ目標に達していると思っています。今後は、地域への啓発など、実際に市民に身近な所での活動がより求められると思います。
- 型の名称を改めるべきである。類型として、①総合病院型、②精神科単科型。所在として①大都市型、②都市型、③それ以外。治療（含む治験）を目指した体制づくりをするべきである→一般（総合）病院のより多くの参加を（これまでは BPSD 管理ということで精神科単科の病院がたいへん貢献してきたことは事実であるが）思います。
- 今後も研修で先行事例をおしえて下さい。地域力をうけるため急性期病院として同じ背景のデータ比較ができるよう支援がほしい。
- 身体合併症への対応を単一機関で行える基準にすべき。合併症患者の行場がなくなる。高齢者世帯、独居世帯などでは車を手放している世帯も多い。疾患医療センターが遠くにあると中々繋がらない。
- BPSD のある方の入院を、連携して引き受けて下さる精神病院に何らかのメリットがあるとよいのかもしれませんが。ベッドがない→ということで苦慮しています。ベッドがないので入院の可能性のある方の外来の引き受けも難しい時があります。
- このような調査は、認知症疾患医療センターを指定する立場である行政を対象に実施すべきと考えます。
- センターでなければ地域医療に貢献できないことはない。そもそも認知症理解を広く国民に知らせる事業の方が必要と考えます。

- センターの設置に偏りがあり、二次医療圏内に複数のセンターがあると補助金を折半しなければならない。役割が多いわりに補助金も少ないので病院も積極的に手挙げしないのではないかと（人材確保もちろん困難でしょう）。
- センター数を増やすよりセンターへの支援（人的・財制 etc）を手厚くしてほしい。
- センター設置よりかかりつけ医での follow up が増える方が現実的。併診を継続することでかかりつけ医の実力もかなり up してきていますので以前より改善していると感じています。
- 医療過疎の地域に対する人的支援が増える施策が必要。
- 各認知症疾患医療センターの質の向上に向けて、支援の充実を図る。
- 既に整備方針は達成されてはいるが達成後の評価など県の方で取りまとめていただき、各センターにフィードバックいただきたいと思います。また住民へのセンターの周知に関しても、行政主体で力を注いでいただきたい。
- 県からの補助金では人件費としては不足しています。
- 現在の山梨県では4ヶ所のセンターでバランスが取れているのではないかと考える。一方、治療が必要な身体合併症を持った、重度の認知症患者を対応できる病床は少ない印象がある。
- 高度な診断、診断後支援の充実を求められているが、ハード面、ソフト面共に予算が足りない。せめて人員増員できるよう検討して頂きたいです。
- 今は診療科で設置させていただいていますが、診療所で今後も継続するのは人的時間的に負担が大きく困難です。
- 若年性認知症の支援をセンターにも求めるくせに、補助金で研修を受けさせてもらえない。勉強の機会は与えず、クオリティだけ求められても困る。ピアサポートや交流会をやれと言うが、対象者はどこにいるのか？本当にそれを望んでる方はどれほどいるのか？一部の声が大きな方々の意見で事業ばかり増やされて困る。どこも対象者がいないのに実績を求められる。もう少し現実を見て下さい！！ピアや交流会に来れる方は人生も楽しんでいて忙しい。認知症が進行してしまっている方は介護保険サービスで対応可能。こんなムダな事業に費やす時間を他の困難ケースをていねいに対応する方に使わせて下さい！！
- 若年層や超早期診断については、検査上（ハード面など）基幹型に頼らざるを得ない。地域拠点型で検査が可能となれば、外来で密なフォローが必要とされるため、患者1人に対する医師の負担が大きくなる。
- 診断後生活支援機能がより充実していけるような方針（バックアップ）が必要。
- 診療に必要な医療機器への補助。
- 身体科の病院（一般病院）のセンターが今後増えると良いと思います。精神科病院とは違った地域支援のアプローチが生まれると考えられるためです。また例えば当県のMCI デイケアの取り組みが精神科デイケアを持つ精神科病院による実施を想定されて

いるように、センターの精神科病院の割合が偏っていることで、事業の形自体が固定化されやすいと感じています。

- 人、金銭的バックアップ、自治体の協力。
- 人員の確保が課題。診療報酬の面などが少しでも充実させることができれば確保しやすくなるかも。
- 人口 20 万人以上の市には 1 ヶ所ずつ増やしていく必要がある。
- 人口密度で決定する。
- 整備するためのコスト（機器・人員）は各自ではまかなえませんので補助をお願いします。
- 精神科（病院）での設置が医療介護サービス上、望ましい。
- 早期診断、鑑別診断、研修等はセンターの役割として重要です。中等症で BPSD が激しかったり、終末期でも介護抵抗の強い人は、誰がどこでみるのでしょうか。中期・後期の施策も必要と考えます。
- 相談員の日々の対応業務には膨大な時間がかかるため、相談 1 件ごとの加算がつくとやりがいにつながる。また上記でも記したが、精神科医でないと薬調整が難しい現状あり。総合診療医精神科医をもっと増やし、新しい医療体制を築いてほしい。
- 担当医の高齢化により、センター機能の移管が必要となる。
- 長崎県における整備は完了していると思います。後は、病院だけでは対応できない問題（金銭管理、身よりなし、交通手段）等について、県、市町村で方針を決めていただきたいです。
- 当センターは政令市なので市単位だが、他の圏域は二次医療圏に 1 つなのでセンターがある市以外との連携が後回しになったり、やりにくいと聞いている。市に 1 つ（地域型でもいいので）はあるといいと思う。
- 当院は県境に位置しているため、県域をまたいだ新たな圏域となれば関わるスタッフ不足の中でも隣県のセンターと連携し、対応を分担できるのではないかと思います。
- 同一圏域にセンターが複数ある場合、各センターがスムーズに連携でき、会議や研修会等が共同で行えるよう、整備してもらいたい。その方が参加者の負担も軽減されると思われるため。
- 認知症センターという枠にとらわれずに、日常の診療業務を手厚くできるようなものがあれば（保険の加算など）嬉しい。
- 認知症の人が地域で安心して暮し続けられるために「医療機関ができること、リーダーシップをとっていくことが、少しずつ薄らいでいく」ことが、地域づくりにつながっていると思います。専門医療機能や、その人材として機能できることもその機関により個別性があると感じています。
- 認知症を診療する医師の数はもっと必要。
- 認知症疾患医療センターで勤務する常勤の専門医の確保が課題になると考えます。

- 認知症疾患医療センターとかかりつけ医との連携が今後とも必要だと考えます。
- 認知症疾患医療センターの機能に関して、市区町村の認知症施策への参画の義務化をして頂くと、国の施策の浸透、実施が徹底すると思います。
- 認知症疾患医療連携協議会を負担に感じています。これは各県庁や振興局で組織すべきものではないでしょうか。
- 補助金が少なく人件費1人分も確保できない。
- 補助金を増やしたり、スタッフの増員に何らかの優遇を行ってほしい。
- 北海道は、政令指定都市の札幌市が設置しないという考え方なので、大都市に未設置としているのは、札幌市だけかと思います。北海道で整備方針について大きな課題はこれしかないでしょう。これは国と札幌市が協議しないと進まないレベルだと思います。また、合わせて、北海道に基幹型がありません。基幹型といえば、大学病院になると考えますが、札幌医大、北大、旭川医大の中から認知症専門医のおられる大学病院に指定をしていただくことがよいかと思いますが、一番の近道は旭川医大だと想像します。また立地としても北海道の中心であり、基幹型と既存のセンターとの連携もしやすいと思いますし、旭川医大が基幹型になれば、先ほどから申している、道北地域のセンター指定にも大きく貢献できるのではないかと思います。（旭川医大と連携している医療機関は道北に多いことから）。
- 模範事例の実態についてDVD等でまとめた資料をご作成頂けますと各職種で研修させて頂けます。よろしくお願い致します。
- 予算を増やしてメリハリをつけるため、機能チェックがなされるべきである。
- 予防の取り組みや早期診断などもっと丁寧に行いたいですが人員が十分に配置できない。
- 連携型、診療所型が増えると良いかもしれない（積極的に認知症診療を行うサポート医の先生がいる診療所）。
- 連携型などの機関が増えたら良いと思う。
- 老いや認知機能低下に対するスピリチュアル・ケアが不十分と思えます。
- 疾患センターのレベルアップは大切ですが、他の医療機関（神経内科か●●専門医のいる病院）の診断後支援のレベルアップとかかりつけ医との密な連携が必要と考えます。

3-8. 認知症医療提供体制の整備にあたって今後重点的に取り組むべき課題

都道府県・指定都市を対象に、認知症医療提供体制の整備にあたって今後重点的に取り組むべきと思われる課題について問うたところ、①若年性認知症の診断、継続医療、診断後支援（75%）、②認知症である当事者のピアサポートや交流会（84%）、③地域包括支援センター等からの困難事例への対応（40%）、④軽度認知障害への対応（35%）、⑤独居認知症高齢者等の診断後支援（33%）、⑥認知症の行動・心理症状への対応（32%）、が上位の項目にあった（表18）。

表 18. 都道府県・指定都市が考える今後重点的に取り組むべき課題（頻度が高い順に整列）

選択肢	件数	割合
4) 若年性認知症の診断, 継続医療, 診断後支援	43	75%
8) 認知症である当事者のピアサポートや交流会	31	54%
9) 地域包括支援センター等からの困難事例への対応	23	40%
7) 軽度認知障害への対応	20	35%
5) 独居認知症高齢者等の診断後支援	19	33%
2) 認知症の行動・心理症状への対応	18	32%
11) 認知症初期集中支援チームの後方支援が行える医療サービスの整備	17	30%
3) 認知症の身体合併症への対応	14	25%
1) 認知症疾患の鑑別診断	13	23%
10) 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチ支援	13	23%
12) 認知症高齢者への在宅医療	13	23%
13) 市区町村の認知症施策を支援できる医療サービス	11	19%
14) 都道府県・指定都市の認知症施策を支援できる医療サービス	9	16%
15) その他	9	16%
6) 高齢者の自動車運転に関する相談や運転免許更新に係る診断書の作成	7	12%
無回答・無効回答	0	0%
回答者数	57	-

3-9. 現在の認知症疾患医療センターに備わっている機能、圏域に不足している機能

3-9-1. 認知症疾患医療センターを対象とする調査

認知症疾患医療センターに期待されている機能に関する 31 項目のリストをつくり、認知症疾患医療センターを対象に、各項目について、現在の「貴センターに備わっている機能」と、管轄する医療圏域の医療資源全体を見渡してみても現時点で「圏域に不足している」と思われる機能を選択してもらった。その結果、認知症疾患医療センターに備わっている割合が相対的に低い機能（60%以下）は、専門的医療機能では、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」（54%）、「身体合併症に対する入院医療」（57%）、「身体合併症に対する救急対応」（43%）、診断後等支援機能では、「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」（37%）、地域連携拠点機能では、「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」（52%）、「認知症サポート医の研修」（51%）であった。一方、圏域に不足している割合が相対的に高い機能（30%以上）は、専門的医療機能では、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応機能」（38%）、「身体合併症に対する救急対応機能」（32%）、診断後等支援機能では、「若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援」（33%）、「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」（49%）、地域連携拠点機能では「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」（32%）であった（表 19）。

表 19. 認知症疾患医療センターにわたっている機能、圏域に不足している機能：認知症疾患医療センターを対象とする調査

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	センターに備わっている		圏域に不足している	
		件数	割合	件数	割合
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断	218	100%	16	7%
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	212	97%	21	10%
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	146	67%	65	30%
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	119	54%	83	38%
	5. 身体合併症に対する外来診療	140	64%	43	20%
	6. 身体合併症に対する入院医療	124	57%	62	28%
	7. 身体合併症に対する救急対応	95	43%	69	32%
	8. 若年性認知症の精査と診断	187	85%	44	20%
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート	210	96%	29	13%
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート	212	97%	27	12%
	11. かかりつけ医との連携	209	95%	17	8%
	12. 主治医意見書の記載	215	98%	4	2%
	13. 介護保険サービスの利用支援	214	98%	4	2%
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	152	69%	51	23%
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	191	87%	24	11%
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	210	96%	18	8%
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	161	74%	72	33%
	18. 若年性認知症に対する継続医療	181	83%	47	21%
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	214	98%	21	10%
20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ	184	84%	37	17%	
21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	81	37%	107	49%	
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	210	96%	16	7%
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	115	53%	71	32%
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援	192	88%	22	10%
	25. かかりつけ医の研修	144	66%	43	20%
	26. 認知症サポート医の研修	111	51%	52	24%
	27. 地域包括支援センター職員の研修	164	75%	28	13%
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修	163	74%	27	12%
	29. 多職種連携を目的とした研修	158	72%	33	15%
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画	195	89%	21	10%
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画	166	76%	32	15%
無回答・無効回答		1	0%	55	25%
回答者数		219	-	219	-
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない機能(チェックされている割合が60%未満の項目)				
	圏域に不足していると思われる機能(チェックされている割合が30%以上の項目)				
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない、かつ、圏域に不足している機能				

3-9-2. 専門医を対象とする調査

専門医を対象に、勤務地の二次医療圏に認知症疾患医療センターが設置されているかと問うたところ、721人（81%）が「設置されている」と回答した（表20）。3-9-1に示した認知症疾患医療センターに期待されている機能リストを用いて、「設置されている」と回答した専門医を対象に、勤務先に最も近い認知症疾患医療センターに「備わっている」機能を選択してもらうとともに、勤務地の医療圏域の医療資源全体を見渡してみて現時点で「圏域に不足している」と思われる機能を選択してもらった。その結果、認知症疾患医療センターに備わっている割合が相対的に低い機能（60%以下）は、専門的医療機能では、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」（44%）、「身体合併症に対する外来診療」（51%）、「身体合併症に対する入院医療」（43%）、「身体合併症に対する救急対応機能」（38%）、診断後等支援機能では、「独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討」（55%）、「若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援」（54%）、「若年性認知症に対する継続医療」（55%）、「軽度認知障害の定期的フォローアップ」（56%）、「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」（40%）、地域連携拠点機能では、「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」（47%）、「認知症初期集中支援チームの後方支援」（55%）、「かかりつけ医の研修」（52%）、「認知症サポート医の研修」（51%）、「地域包括支援センター職員の研修」（51%）、「介護保険サービス事業所職員の研修」（48%）、「多職種連携を目的とした研修」（52%）、「地域住民向けの講演会の開催または参画」（54%）、「市区町村の認知症施策への助言または参画」（52%）であった。一方、圏域に不足している割合が相対的に高い機能（30%以上）は、専門的医療機能では、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」（42%）、「身体合併症に対する外来診療」（31%）、「身体合併症に対する入院診療」（41%）、「身体合併症に対する救急対応」（45%）、診断後等支援機能では、「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」（35%）、地域連携拠点機能では「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」（30%）であった（表21）。

表 20. 専門医の勤務する医療圏に認知症疾患医療センターは設置されているか

選択肢	件数	割合
1. 設置されている	721	81%
2. 設置されていない	63	7%
無回答・無効回答	103	12%
合計	887	100%

表 21. 認知症疾患医療センターに備わっている機能、圏域に不足している機能：専門医を対象とする調査

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	センターに備わっている		圏域に不足している	
		件数	割合	件数	割合
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断	572	79%	85	12%
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	560	78%	77	11%
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	459	64%	188	26%
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	318	44%	305	42%
	5. 身体合併症に対する外来診療	369	51%	222	31%
	6. 身体合併症に対する入院医療	312	43%	293	41%
	7. 身体合併症に対する救急対応	272	38%	325	45%
	8. 若年性認知症の精査と診断	472	65%	155	21%
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート	481	67%	121	17%
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート	478	66%	131	18%
	11. かかりつけ医との連携	512	71%	98	14%
	12. 主治医意見書の記載	531	74%	55	8%
	13. 介護保険サービスの利用支援	533	74%	57	8%
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	397	55%	160	22%
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	448	62%	118	16%
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	446	62%	116	16%
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	387	54%	191	26%
	18. 若年性認知症に対する継続医療	396	55%	187	26%
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	473	66%	98	14%
20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ	405	56%	167	23%	
21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	291	40%	249	35%	
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	445	62%	137	19%
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	336	47%	215	30%
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援	394	55%	166	23%
	25. かかりつけ医の研修	372	52%	190	26%
	26. 認知症サポート医の研修	369	51%	187	26%
	27. 地域包括支援センター職員の研修	368	51%	168	23%
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修	347	48%	174	24%
	29. 多職種連携を目的とした研修	372	52%	177	25%
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画	391	54%	172	24%
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画	372	52%	182	25%
無回答・無効回答		81	11%	196	27%
回答者数		721	-	721	-
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない機能(チェックされている割合が60%未満の項目)				
	圏域に不足していると思われる機能(チェックされている割合が30%以上の項目)				
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない、かつ、圏域に不足している機能				

4. 考察

4-1. 認知症疾患医療センター未設置の二次医療圏について

都道府県・指定都市の14%が「センター未設置の二次医療圏がある」と回答しており、その主たる理由は「センターの機能を担える医療機関がないこと」「専門医が確保できないこと」によるものであった。「国の補助金が少ない」「機能を担える医療機関はあるが指定できない」という理由も少なからずあった。都道府県・指定都市によっては、センター未設置の二次医療圏に対して、特定の機関で支援する仕組みをつくったり、隣接する医療圏の認知症疾患医療センターが支援したり、圏域内の認知症サポート医やかかりつけ医が連携して対応するなどの対策が試みられている。

4-2. 二次医療圏内のセンターの複数設置について

都道府県・指定都市の77%において、同一の二次医療圏内にセンターを複数設置している二次医療圏があると回答され、その主たる理由は「人口規模が大きいこと」「高齢者人口が多いこと」とされていた。「人口規模が大きいために」または「圏域の面積が広大なために」今後認知症疾患医療センターを増やす必要があると回答した割合は、都道府県・指定都市の12%及び4%であったが、認知症疾患医療センターでは22%及び28%、専門医では26%及び25%であった。二次医療圏内のセンターのさらなる設置については、行政と医療現場との間に意識の乖離があるのかもしれない。ただし、現在検討中であるため、現段階では「わからない」と回答せざるを得なかった都道府県・指定都市も少なくないであろう。

4-3. 僻地における認知症の医療サービス提供体制について

都道府県・指定都市の28%が、僻地等（人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大など）のために認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域があると回答していた。一方、認知症疾患医療センターの49%が、僻地等（人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大など）のために認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域があると回答していた。離島、山間部、小規模自治体では、医療資源や医師が不足しがちであり、交通の便の悪さ、豪雪などの自然環境の問題のために医療サービスへのアクセシビリティが不良になりやすい。都道府県・指定都市によっては、この問題を解決するために、特定の機関で離島などの僻地支援を行う仕組みをつくったり、隣接する医療圏との連携体制を構築したり、地域内の診療所で対応するなど、地域の実情に応じた多様な対策を試している。

4-4. 今後の認知症疾患医療センターの整備方針について

現在の認知症のための医療サービス提供状況全体を見渡してみても、今後認知症疾患医療センターの数をさらに増やす必要が「ある」と回答したのは、都道府県・指定都市調査では19%、認知症疾患医療センター調査では26%、専門医調査では39%であった。その理由としては、認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏があること、高齢者人口6万人に1件の要件が満たされていないこと、圏域の面積が広大であること、交通のアクセスが不良であること、基幹型が未設置であること、今後の高齢者人口の増加が見込まれることなどがあげられていた。

自由意見としては、今後の整備方針は、「各都道府県・指定都市の特性、地域の実情に応じて定められるようにする必要があるのではないか」「センターの診療を担う医師（専門医）が不足している。都道府県以外での専門的研修の体制整備が必要ではないか」「センター職員の人員不足と負担増がある。人的支援・財政支援の拡充が必要ではないか」

「他都市の整備方針を共有できるようにすべきではないか」「診断後支援機能の平準化や強化が必要ではないか」「基幹型の整備が必要ではないか」「連携型を増やす必要があるのではないか」といった意見が複数見られた。

3. 認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト

認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト

1. はじめに

認知症疾患医療センターの整備方針や事業運営のあり方を地域の実情を勘案して検討していくためには、現在の認知症疾患医療センターが果たしている機能を確認するとともに、圏域の認知症医療提供体制において不足している機能を把握する必要がある。これらを同時にチェックするためのツールとして、「認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト」を作成した。以下に、このチェックリストの作成プロセス、チェックリストを用いた実態調査の結果、調査結果の解釈の仕方、チェックリストの活用方法について解説する。

2. チェックリストの作成プロセス

2-1. チェックリストの候補項目の作成

令和 3 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業」において実施した「認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査」の作業部会において、認知症疾患医療センターに期待されていると想定される 53 項目の役割リストを作成した。このリストを用いて、はじめに、全国の認知症疾患医療センター（悉皆）を対象に、各項目について、「自施設の認知症疾患医療センターが地域から期待されていると思われる程度」（期待度）を 4 件法（1.期待されていない、2.やや期待されている、3.まあまあ期待されている、4.とても期待されている）で評価してもらい、次に、全国の地域包括支援センター（抽出）、居宅介護支援事業所（抽出）、市区町村（悉皆）、認知症サポート医（悉皆）のうち、認知症疾患医療センターとの連携経験があると回答した者を対象に、各項目について、「認知症疾患医療センターに期待している程度」（期待度）を 4 件法（1.期待していない、2.やや期待している、3.まあまあ期待している、4.とても期待している）で評価してもらった。期待度の平均点が 3 点以上の項目を「期待されている」または「期待している」機能とみなした。その結果、すべての種類の認知症疾患医療センターが自施設に「期待されている」と認識している機能は 22 項目、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、市区町村のすべてが認知症疾患医療センターに「期待している」機能は 22 項目、認知症サポート医が認知症疾患医療センターに「期待している」機能は 21 項目であった。さらに、すべての種類の認知症疾患医療センターが「期待されている」と認識し、かつ、すべての外部機関が認知症疾患医療センターに「期待している」機能は 12 項目であった。以上のプロセスを経て抽出された項目から、認知症疾患医療センターが「期待されている」と認識している機能と外部機関が認知症疾患医療センターに「期待している」機能を可能な限り網羅した 31 項目の機能リストを作成した。

2-2. チェックリストの作成

上記で抽出された 31 項目の機能リストを用いて、認知症疾患医療センターが、①自施設に備わっている機能と、②圏域に不足している機能を評価するためのチェックリスト（認知症疾患医療センター用）を作成した（表 1）。また、同時にこのリストを用いて、認知症疾患医療センター以外の外部機関が、①近隣の認知症疾患医療センターに備わっている機能と、②圏域に不足している機能を評価するためのチェックリスト（外部評価用）を作成した（表 2）。

3. チェックリストを用いた実態調査

令和 4 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業」において、わが国の認知症疾患医療センターが果たしている機能と圏域に不足していると思われる機能を確認するために、第一に、全国の認知症疾患医療センターを対象に認知症疾患医療センター用のチェックリストを用いた郵送調査を行い（悉皆）、第二に、日本認知症学会・日本老年精神医学会専門医を対象に外部機関用のチェックリストを用いた郵送調査を行った（悉皆）。

その結果、認知症疾患医療センターを対象とする調査では、①センターに備わっていると回答された割合が 60%未満の機能が 6 項目（これを「センターに十分備わっていない機能」とした）、②圏域に不足していると回答された割合が 30%以上の項目が 6 項目（これを「圏域に不足していると思われる機能」とした）、③センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能が 4 項目あった。すなわち、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」「身体合併症に対する救急対応」「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」は、認知症疾患医療センター側から見て、「センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能」ということになる（表 3）。

一方、専門医を対象とする調査では、①センターに備わっていると回答された割合が 60%未満の機能が 18 項目（＝「センターに十分備わっていない機能」）、②圏域に不足していると回答された割合が 30%以上の項目が 6 項目（＝「圏域に不足していると思われる機能」）、③センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能が 6 項目あった。すなわち、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」「身体合併症に対する外来診療」「身体合併症に対する入院医療」「身体合併症に対する救急対応」「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」は、専門医側から見て、「センターに十分備わっていない、かつ、圏域に不足していると思われる機能」ということになる（表 4）。

4. 調査結果の解釈の仕方

上記の調査は全国の認知症疾患医療センターと専門医を対象とする調査であることから、全国の認知症疾患医療センターが備えている機能と各圏域の認知症医療提供体制の平均的な状況をおおまかに把握したものと解釈することができる。認知症疾患医療センターを対象とする調査結果と専門医を対象とする調査結果で共通している点は、「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」「身体合併症に対する救急対応」「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援」に関する機能が、認知症疾患医療センターにおいても、各圏域においても「押しなべて十分ではない」ということになるであろう。

一方、認知症疾患医療センターを対象とする調査と専門医を対象とする調査では、調査結果に乖離が見られた。すなわち、専門医（67%が認知症疾患医療センターに勤務していない）は、認知症疾患医療センターよりも、センターの機能をより不十分であると認識しており、圏域の医療提供体制において不足している機能はより多いと認識していることがわかった。特に、センターの専門的医療機能については、身体合併症救急対応のみならず、外来診療や入院医療の機能も不十分であると認識されている場合が多く、診断後等支援機能については、独居認知症高齢者、若年性認知症、軽度認知障害への対応、地域連携拠点機能については、認知症初期集中支援チームの後方支援、かかりつけ医・認知症サポート医・地域包括支援センター・介護保険サービス事業所職員の研修、多職種連携を目的とした研修、住民向けの講演会、市区町村の認知症施策への助言または参画に関する機能も不十分であると認識されている場合が多かった。このような乖離は、認知症疾患医療センターの内部と外部から見える機能状態の差異を示している可能性がある。機能評価にあたっては、内部評価と外部評価を併用することの重要性を示している。

5. チェックリストの活用方法

このチェックリストは、都道府県、二次医療圏、市区町村など、特定の圏域にある認知症疾患医療センターの機能を確認するとともに、圏域に不足している機能を把握するために活用することが期待される。また、その際には、認知症疾患医療センターと関係する外部機関（自治体、地域包括支援センター、認知症サポート医、介護保険サービス事業所など）の両者を対象にして同時調査を行い、機関ごとに集計して、各機関で認識されている機能状態の比較分析することが有用である。この結果に基づいて、圏域における認知症医療提供体制の重要課題を把握するとともに、今後の認知症医療センターの整備方針を地域全体の役割分担を踏まえて検討していくことが可能になる。なお、参考資料として、令和4年度老人保健健康増進等事業の調査において把握された都道府県・指定都市が「今後重点的にとりくむべきと思われる課題」の項目別頻度を表5に示す。

表 1. 認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト（認知症疾患医療センター用）

問：下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、あなたが勤務する「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足していると思われる機能」を選択して、右の該当する欄に○をつけてください。		貴センターに備わっている機能	圏域に不足している機能
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断		
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	5. 身体合併症に対する外来診療		
	6. 身体合併症に対する入院医療		
	7. 身体合併症に対する救急対応		
	8. 若年性認知症の精査と診断		
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート		
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート		
	11. かかりつけ医との連携		
	12. 主治医意見書の記載		
	13. 介護保険サービスの利用支援		
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援		
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成		
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援		
	18. 若年性認知症に対する継続医療		
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成		
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ		
	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会		
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需		
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援		
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援		
	25. かかりつけ医の研修		
	26. 認知症サポート医の研修		
	27. 地域包括支援センター職員の研修		
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修		
	29. 多職種連携を目的とした研修		
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画		
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画		

表 2. 認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリスト（外部機関用）

問：下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、近隣にある「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足していると思われる機能」を選択して、右の該当する欄に○をつけてください。		近隣のセンターに備わっている機能	圏域に不足している機能
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断		
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	5. 身体合併症に対する外来診療		
	6. 身体合併症に対する入院医療		
	7. 身体合併症に対する救急対応		
	8. 若年性認知症の精査と診断		
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート		
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート		
	11. かかりつけ医との連携		
	12. 主治医意見書の記載		
	13. 介護保険サービスの利用支援		
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援		
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成		
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援		
	18. 若年性認知症に対する継続医療		
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成		
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ		
	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会		
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需		
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援		
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援		
	25. かかりつけ医の研修		
	26. 認知症サポート医の研修		
	27. 地域包括支援センター職員の研修		
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修		
	29. 多職種連携を目的とした研修		
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画		
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画		

表3. 認知症疾患医療センターから見た「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足している機能」

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	センターに備わっている		圏域に不足している	
		件数	割合	件数	割合
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断	218	100%	16	7%
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	212	97%	21	10%
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	146	67%	65	30%
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	119	54%	83	38%
	5. 身体合併症に対する外来診療	140	64%	43	20%
	6. 身体合併症に対する入院医療	124	57%	62	28%
	7. 身体合併症に対する救急対応	95	43%	69	32%
	8. 若年性認知症の精査と診断	187	85%	44	20%
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート	210	96%	29	13%
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート	212	97%	27	12%
	11. かかりつけ医との連携	209	95%	17	8%
	12. 主治医意見書の記載	215	98%	4	2%
	13. 介護保険サービスの利用支援	214	98%	4	2%
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	152	69%	51	23%
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	191	87%	24	11%
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	210	96%	18	8%
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	161	74%	72	33%
	18. 若年性認知症に対する継続医療	181	83%	47	21%
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	214	98%	21	10%
20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ	184	84%	37	17%	
21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	81	37%	107	49%	
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	210	96%	16	7%
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	115	53%	71	32%
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援	192	88%	22	10%
	25. かかりつけ医の研修	144	66%	43	20%
	26. 認知症サポート医の研修	111	51%	52	24%
	27. 地域包括支援センター職員の研修	164	75%	28	13%
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修	163	74%	27	12%
	29. 多職種連携を目的とした研修	158	72%	33	15%
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画	195	89%	21	10%
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画	166	76%	32	15%
無回答・無効回答		1	0%	55	25%
回答者数		219	-	219	-
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない機能(チェックされている割合が60%未満の項目)				
	圏域に不足していると思われる機能(チェックされている割合が30%以上の項目)				
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない、かつ、圏域に不足している機能				

表 4. 専門医から見た「認知症疾患医療センターに備わっている機能」と「圏域に不足している機能」

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	センターに備わっている		圏域に不足している	
		件数	割合	件数	割合
専門的医療機能	1. 認知症疾患の鑑別診断	572	79%	85	12%
	2. 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	560	78%	77	11%
	3. 認知症の行動・心理症状に対する入院医療	459	64%	188	26%
	4. 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	318	44%	305	42%
	5. 身体合併症に対する外来診療	369	51%	222	31%
	6. 身体合併症に対する入院医療	312	43%	293	41%
	7. 身体合併症に対する救急対応	272	38%	325	45%
	8. 若年性認知症の精査と診断	472	65%	155	21%
診断後等支援機能	9. 本人への情報提供と心理的サポート	481	67%	121	17%
	10. 家族介護者への情報提供と心理的サポート	478	66%	131	18%
	11. かかりつけ医との連携	512	71%	98	14%
	12. 主治医意見書の記載	531	74%	55	8%
	13. 介護保険サービスの利用支援	533	74%	57	8%
	14. 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討	397	55%	160	22%
	15. 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援	448	62%	118	16%
	16. 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成	446	62%	116	16%
	17. 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援	387	54%	191	26%
	18. 若年性認知症に対する継続医療	396	55%	187	26%
	19. 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成	473	66%	98	14%
	20. 軽度認知障害の定期的フォローアップ	405	56%	167	23%
	21. 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会	291	40%	249	35%
地域連携拠点機能	22. 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需	445	62%	137	19%
	23. 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	336	47%	215	30%
	24. 認知症初期集中支援チームの後方支援	394	55%	166	23%
	25. かかりつけ医の研修	372	52%	190	26%
	26. 認知症サポート医の研修	369	51%	187	26%
	27. 地域包括支援センター職員の研修	368	51%	168	23%
	28. 介護保険サービス事業所職員の研修	347	48%	174	24%
	29. 多職種連携を目的とした研修	372	52%	177	25%
	30. 地域住民向けの講演会の開催または参画	391	54%	172	24%
	31. 市区町村の認知症施策への助言または参画	372	52%	182	25%
無回答・無効回答		81	11%	196	27%
回答者数		721	-	721	-
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない機能(チェックされている割合が60%未満の項目)				
	圏域に不足していると思われる機能(チェックされている割合が30%以上の項目)				
	認知症疾患医療センターに十分に備わっていない、かつ、圏域に不足している機能				

表 5. 都道府県・指定都市が回答した今後重点的に取り組む課題（頻度が高い順）

選択肢	件数	割合
若年性認知症の診断, 継続医療, 診断後支援	43	75%
認知症である当事者のピアサポートや交流会	31	54%
地域包括支援センター等からの困難事例への対応	23	40%
軽度認知障害への対応	20	35%
独居認知症高齢者等の診断後支援	19	33%
認知症の行動・心理症状への対応	18	32%
認知症初期集中支援チームの後方支援が行える医療サービスの整備	17	30%
認知症の身体合併症への対応	14	25%
認知症疾患の鑑別診断	13	23%
行政と連携した困難事例に対するアウトリーチ支援	13	23%
認知症高齢者への在宅医療	13	23%
市区町村の認知症施策を支援できる医療サービス	11	19%
都道府県・指定都市の認知症施策を支援できる医療サービス	9	16%
高齢者の自動車運転に関する相談や運転免許更新に係る診断書の作成	7	12%
その他	9	16%
無回答・無効回答	0	0%
回答者数	57	-

4. 検討委員会議事録（全3回）

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第1回検討委員会議事録

日時：2022年9月8日（木）18時～20時（オンライン）

栗田：では皆さん、時間になりましたので早速「令和4年度老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業」の第1回の検討委員会を始めさせていただきます。皆さん、本当にご多忙の中、ご出席いただきありがとうございます。私は本委員会の委員長を務めさせていただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

最初に私の方で資料を確認させていただきますので、まずはお手元の資料をご確認いただければと思います。資料は1から7までございまして、資料1が本日の議事次第と、資料2が検討委員会の名簿、それから資料3が検討委員会の設置要綱、資料4が認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業の概要と。それから資料5が都道府県指定都市用の調査票、資料6が認知症疾患医療センター用の調査票、資料7が専門医用の調査票というふうになっております。

それから参考資料が4つございまして、参考資料1が認知症疾患医療センター運営事業の概要、参考資料2が認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱、参考資料3が認知症疾患医療センターの整備状況、そして参考資料4、これは済みません。後で追加して送らせていただいたんですが、これがアルツハイマー病疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関する調査の案ということになっております。

いいでしょうか、皆さん。お手元の資料で不足分ございましたら、チャットの機能など使って事務局に連絡していただければと思います。よろしいでしょうか。

本日この検討委員会は、議事録作成のため録音させていただきますので、その点ご了承いただければと思います。

では初めに委員の自己紹介をお願いできればと思うんですが、一応名簿順に簡単な自己紹介をしていただければと思います。

最初は私ですが、先ほど申し上げましたが東京都健康長寿医療センター研究所の副所長をしております栗田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは続いて、今村先生からよろしくお願いいたします。

今村：日本医師会常任理事の今村です。今年から常任理事になりましたので、どうかよろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。洲野先生、お願いたします。

洲野：日本精神科病院協会の常務理事をします洲野です。この認知症疾患センターのこういふ会議の方は最初から出ておられます、一番長くなってきたんじゃないかなというふうに思っております。よろしくお願いいたします。

栗田：よろしくお願いたします。小川先生はまだ入られていないですかね。小川先生は後ほどということで。富本先生、よろしくお願いたします。

富本：私この3月まで三重大学の神経内科に勤めておりました。4月から三重大学、同じく特定教授兼済生会明和病院の院長という形で仕事をさせていただきます。この認知症に關するこういった疾患医療センターのことは、かなりいろいろと取り組んで、ライブワーク的に勉強させていただいています。よろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。石井先生、お願いたします。

石井：よろしくお願いたします。老年医学会から認知症対策小委員会委員ということで出席させていただきますました。私自身認知症疾患医療センターでは外来を担当させていただいております。この事業ではしっかり貢献させていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。山田先生、お願いたします。

山田：皆さん、こんばんは、九段坂病院の山田です。私は今回は日本神経学会の認知症セクションのチーフという立場で参加させていただいています。私は昨年まで北陸の金沢大学におりまして、20年です。約20年間北陸で認知症に取り組んできました。で、昨年からは都心の九段坂に参っております。で、都心で認知症に取り組み始めてるところであります。どうぞよろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。西川委員、よろしくお願いたします。

西川：皆さん、こんばんは。東京都福祉保健局で認知症対策担当課長をしております西川と申します。よろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。中村委員、よろしくお願いたします。

中村：北海道庁の高齢者保健福祉課の中村と申します。どうぞよろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。杉山委員はまだ入ってないですかね。

杉山：はい。入っております。大阪市福祉局の杉山と申します。どうぞよろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。ありがとうございます。数井委員はまだ入ってないですね。内海委員、よろしくお願いたします。

内海：北海道の砂川市立病院認知症疾患医療センターの内海でございます。精神科医でございます。よろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。では藤本委員、よろしくお願いたします。

藤本：よろしくお願いたします。診療所型の疾患医療センター藤本クリニックの藤本と申します。1990年に県立病院でもの忘れ外来を始め、アウトリーチとか診断後支援とか若年対策とかをしようとして地域に出て、現在まで活動しております。よろしくお願いたします。

栗田：それから今日は作業部会からは新美先生だけですかね。新美先生、簡単にご紹介お願いたします。

新美：東京大学の新美でございます。日本認知症学会の社会対応委員ということでワーキン

グループに関わらせていただいております。どうぞよろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。

武田：済みません。

栗田：ごめんなさい。武田委員。

武田：済みません。

栗田：申し訳ないです。

武田：国立長寿医療センターの武田と申します。どうぞよろしくお願いたします。

栗田：よろしくお願いたします。武田先生もワーキンググループということで参加していただいております。ありがとうございます。それではこの後は厚労省の方から、中西先生でよろしいですかね。中西専門官が来ておりますので、ごあいさついただければと思います。

事務局：先生、田中先生も画面で映っております。

栗田：済みません。田中先生、申し訳ない。田中先生も作業部会からということで、田中先生、済みません。

田中：済みません。昨年度まで厚生労働省老健局に在籍して、現在三重大学医学部 神経・筋病態学講座に属している田中といいます。よろしくお願いたします。この事業の起案を昨年度末に書いたのは私です。責任を取って手伝えということで、手伝えさせていただきます。よろしくお願いたします。

栗田：ありがとうございます。思い出しました。ありがとうございます。では、厚労省から中西先生、よろしくお願いたします。

中西：こんばんは厚生労働省老健局の中西でございます。田中先生の後任ということで、4月から着任しております。昨年までは委員の立場で大阪布から参加しておりましたので、少し面はゆい心地でございます。現在は夕方遅い時間に皆さまお集まりいただきまして、ありがとうございます。現在の認知症疾患医療センター運営事業は、平成20年度に創設されたもので、その歴史の詳細につきましては、後ほど栗田先生からご説明がいただくと存じます。この事業は現在の認知症施策推進大綱の3つ目の柱である医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の中に位置付けられておりまして、2020年度末までに全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上の設置が目標として掲げられてまいりました。

本年はちょうど認知症施策推進大綱の中間年に当たって、ちょうどその見直しの年となっております。現在認知症疾患医療センターは5月現在で、全国496カ所の設置が進んでおり、KPIはおおむね達成しつつあります。さらに認知症疾患修飾薬の上梓の可能性も聞かれる中、今後の認知症疾患医療センターのあり方の検討というのは、認知症施策において非常に重要な課題と認識しております。本日スタートするこの研究事業で、ぜひ活発なご議論をいただき、認知症施策をより充実したものに進めていくことができたらと考えております。どうぞよろしくお願申し上げます。

栗田：ありがとうございます。それでは早速私の方から本研究事業の概要と資料の説明をさせていただきますと思います。委員の中には既に聞いたという方もありますが、

繰り返しになりますけど、ご了承ください。

ではまず資料を私の方で共有させていただきます。皆さん資料4をご覧いただければと思います。皆さん見えますかね。ではこれで説明させていただきます。認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究ということでございますけれども、背景としては今の中西専門官からも説明いただきましたが、認知症施策推進大綱では2020年度末までに認知症疾患医療センターを全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標が設定されているわけでございますが、2022年の5月現在で認知症疾患医療センターは全国に496カ所設置されており、目標は概ね達成されているということでございます。また今年度は認知症施策推進大綱の中間見直しの年でありまして、今後の認知症疾患医療センターの「役割」と「整備方針」をどうすべきかについて検討しておく必要があるということでございます。

ということでこの事業では、認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業検討委員会を設置いたしました。今後の認知症疾患医療センターの整備方針あるいは整備目標のあり方について、広く議論していただきまして、これを政策の提言につなげていくということでございます。

またこの委員会と並行いたしました。都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、認知症専門医を対象に認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査を行いまして、今後の整備方針を検討するための基礎資料を得ようということでございます。

検討委員会は3回開催として、本日は第1回でございますが、認知症疾患医療センターの整備方針、現状、課題、調査方法、あるいは今後の進め方などについて広く議論させていただきます。論点については後ほどお話しさせていただきますが、大きく分けて2つの論点1つは現在の認知症疾患医療センターの整備方針と整備目標、それからもう一つは認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査ということになります。

第2回は12月開催予定でございますが、この頃には調査結果が出ておりますので、調査結果を踏まえた今後の整備方針のあり方について、まずは調査結果で何が明らかかと言われるかということを議論させていただきます。それを踏まえて今後の国および都道府県・指定都市の整備方針の考え方について討議させていただきます。それを踏まえて、提言作成の方針をここで議論させていただきます。その提言の内容についてコンセンサスが得られればというふう考えているところでございます。

調査の方は今後の認知症疾患医療センターの整備方針を検討するための基礎資料を得ようということで、都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、日本認知症学会と日本老年精神医学会専門医を対象に悉皆調査をやらせていただきます。

調査方法は郵送法、無記名自記式アンケート調査ということで、調査期間は今のところ9月23日から10月12日の20日間を予定しております。右側に細かいスケジュールが書いてあります。事務局の内山さんがこんな感じだというのを作ってもらったものを、そのまま

ベタ打ちしたものですけれど、こんな感じで進めさせていたのだと思います。

その整備方針に関する調査の調査項目ですが、これは後程詳しく説明させていただきますが、基本的には同じような構造で、ただし対象によってちよっと聞き方を変えなければいけない部分がありますので、それを踏まえて、一応質問票を作成しております。簡単に言いますと、基本情報を聞いて、現在のセンターの整備方針についてお聞きしまして、そしてセンターの現在の整備状況について、特に3つの観点から、未設置の二次医療圏域における認知症医療提供の状況でありますとか、課題でありますとか今後の方針。それから人口の多い二次医療圏域における認知症医療提供の状況・課題・今後の方針。そして僻地など人口の多模が小さく交通の便が悪く、あるいは圏域の面積が広大な地域の認知症医療提供の状況課題、今後の方針についてお聞きしております。

そして4番目は、これは対象によってかなり聞き方が違うんですけども、都道府県・指定都市には認知症疾患医療センターに限らず、都道府県・指定都市の認知症医療提供体制の課題として、今後重点的に取り組むべきというふうに考えていることは何かということをお聞かせいただくような質問になっております。

そして認知症疾患医療センターの方は個々のセンターについて、現在そのセンターが持っている機能はどういうものなのかというのを調査させていただいて、そのうえで各センターが管轄している圏域の医療提供体制の課題についてお聞きするというようなことになっております。認知症専門医を対象とする調査ではこの手の質問は一応省略しています。

最後にセンターの今後の整備方針ということで、これは三者共通に質問をさせていただいておられます。そして認知症疾患医療センターについては、一応参考ということで、アルツハイマー病疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題についてお聞きする質問票を作っております。こちらの方は、日本認知症学会の調査研究ということでやらせていただくのですが、この老健事業の調査と一緒に、同時にやらせていただくということになります。

これが全体のスケジュールでございますまして、本日が9月8日で、第1回の検討委員会を開かせていただきますまして、今日の議論の結果を踏まえて、9月の半ばから調査を開始して、10月の半ばには調査を終えて、その後、集計・分析をいたしまして、こちらのワーキンググループの方でやらせていただきますが、検討委員会の資料を作成して、12月上旬の第2回の検討委員会で、それを踏まえた議論をさせていただこうと思います。

そしてそれを踏まえて、12月から提言書の文案の作成に入りまして、そして2月に第3回委員会を開いて、コンセンサスを得るという流れでございます。

既にご存知の委員も多いとは思いますが、認知症疾患医療センター運営事業のこれまでの経緯を少し説明させていただきますと、認知症疾患医療センターは、そもそも平成元年（1989年）の老人性痴呆疾患センター運営事業から出発しています。これがオリジンになるわけでございまして、この老人性痴呆疾患センター運営事業は、2006年の厚生労働科学研究で活動状況調査であまり機能していないという結果が出まして、そんなことも

一因となりまして、2007年に国庫補助がいったん廃止になったところであります。しかし、この間にいろいろ調査をさせていただきまして、2008年には現在の認知症疾患医療センター運営事業として復活しております。

その後、基幹形・地域型というものができまして、2012年のオレンジプランの時に2017年度末までに500カ所設置という目標が設定されました。その後診療所型が創設されて2015年の新オレンジプランの時にもこの目標は踏襲されました。そして2019年の認知症ふうにな前を変えて、病院でも構わないというふうになりました。少し期限が先延ばしになりましたが、500カ所設置、二次医療圏に1カ所以上という目標が設定されました。

この500カ所という数字がどのようになっているかといいますと、これは2008年度の厚生労働科学研究所で、ちよと現在の認知症疾患医療センターが復活する時に実施した研究なのですが、認知症疾患医療センターに求められていると思われる機能をリストアップし、日本老年精神医学会の専門医を対象に、これらのうち認知症疾患医療センターに必要と思われる機能、もの忘れ外来に必要と思われる機能を選択してもらい、両者を対比したものが向かって左側のグラフです。各機能について、緑が認知症疾患医療センターに求められると回答された割合、橙色がもの忘れ外来に求められると回答された割合を示しますが、この中で、60%以上の専門医が認知症疾患医療センターに必要だと回答した項目を右側に並べたのがこの図でございます。これが当時の認知症疾患医療センターに求められている機能であろうと結論したわけですが、その上で、それではこの機能を持った認知症疾患医療センターが、どのくらいの件数が必要なのか、当時は高齢化率20%でありましたので、仮に高齢化率を20%とした場合、このような機能をもつ専門医療機関は人口何万人当たり1件必要と考えるかというふうな質問をさせていただきまして、その結果、認知症疾患医療センターについては、中央値が人口30万人に1件ということになったことから、高齢化率20%であるということから計算しますと、高齢化人口6万人に1件、そして高齢者人口が3,000万人であることとすれば、全国に500件必要だろうということで、この500件という数値が出てきたということでございます。

さらに、認知症疾患医療センター運営事業の2008年の実施要綱ではこのようになっていたのですが、これは大凡ほどの調査の結果と一致したものとなっているのですが、しかし、その後、求められる機能は時代とともにだんだん変わってきてまして、直近の2021年3月29日に改定された実施要綱では、従来の認知症疾患医療センターの機能と考えられてきた専門的医療機能、地域連携拠点機能に加えて、診断後等支援機能と事業の着実な実施に向けた取組の推進という2つの機能が加わったというわけでありました。

その背景でございまして、診断後等支援機能については、認知症疾患医療センターでは、相談室の相談員がこれまでも認知症と診断された本人、家族が安定的な生活を送れるように、多様な相談支援を実際にやっていること、しかしながら、そのことは実施要綱の事業内容に明記されていなかったため、適切な評価を受けていなかったと。つまりそのような業務

を担っている相談員の人件費が適正に算定されていないということ、改めて実施要綱に明記させていただき、予算措置も一緒にさせていただこうということをございました。

それからもう一つの事業の着実な実施に向けた取組の推進というのは、認知症疾患医療センターの質の確保の問題というのは、実は2008年に認知症疾患医療センターが復活して以来の、あるいは復活する前からの大問題でございまして、どうやって機能を確保していくかということに関して、先ほど瀬野先生もおっしゃっていらっしゃいます。この数年間にわたって老健事業の中で議論してきたわけでございます。それを踏まえまして、昨年度の実施要綱改定の時に、事業の着実な実施に向けた取組の推進という項目が加わりまして、具体的には基幹型が存在する場合には基幹型が中心になって、存在しない場合には地域型・連携型が連携することなどにより、都道府県の責務の3事業を支援するということになったわけでございます。

この都道府県の責務の3事業というのがこの3つでありますが、これは認知症疾患医療センター運営事業の質を確保するための3つの柱というふうな意味合いがございまして、そのうちの1つが都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催の設置・運営ということで、ここで現在の認知症疾患医療センターの機能をきちんと評価して、関係者で協議して、今後の改善に向けての話し合いができるように、いわゆるPDCAが回せるようにしようということでございます。そのためには事業評価が必要でございまして、2つ目が事業の取組に関する評価となっており、そして検討結果を反映させるためには、センター職員の研修が必要であろうということで3つ目を職員研修とし、この3本柱を都道府県の責務にしたということでございます。

これに沿って、基幹型の役割についても、この実施要綱の中に、都道府県と連携して、都道府県の責務に関連する事業の着実な実施に向けた取組の推進に協力することという内容が盛り込まれているわけでございます。こういった経緯の中で、認知症疾患医療センター運営事業の目的も、少しずつ表現が変わってきておりました。2008年の設立当初の時には保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図るということが目的であったわけでありまして、現在では表現が変わりまして、地域において認知症の進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図るということになっております。

つまり簡単に言いますと、認知症医療の提供体制を、その地域で確立していくということが、認知症疾患医療センター運営事業の目的になったということでございます。さらに広く言えば、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの実現に寄与していくことになるんだと思います。そのように表現が変わってきたということです。

この後の調査票に関係しますので、昨年度の老健事業で実施しました、現在の認知症疾患医療センターに求められている基本的機能は何なのか、という調査の結果についても簡単に

説明させていただきました。この調査の目的は、今日の認知症疾患医療センターに求められている基本機能と同時に事業の質を評価するための指標(QI)を明らかにすることにありました。方法としては認知症疾患医療センターに期待されていると予測される53項目の役割リスト。これは左側にありますが、これを作りまして、認知症支援に関わる地域の関係機関、具体的には地域包括支援センター、基礎的自治体、これは認知症施策の担当部署、そして認知症サポート医を対象に、それぞれの項目について、認知症疾患医療センターに期待している程度を4点満点で採点していただきました。

4点が「とても期待している」で一番高い得点です。また同時に認知症疾患医療センター自身にも自分のところのセンターが期待されている程度を4点満点で付けていただきました。こちら4点が「とても期待されている」ということで一番高い評価点になります。そして全ての地域関係機関および認知症疾患医療センターが全て平均点3点以上に評価した項目を「基本機能」あるいは「QIの候補項目」と考えようという、そういうロジックで評価させていただきました。

その結果、色付けしたところが地域包括支援センター、市区町村・認知症サポート医のそれぞれ全てが平均点3点以上を付けたところで、具体的には専門的医療機能については8項目、診断後等支援機能については10項目、地域連携拠点機能については12項目、事業の着実な推進については1項目の31項目ございました。

この31項目について、さらに認知症疾患医療センター自身も期待されていると認識しているもの、これも平均3点以上の項目を色付けさせていただきました。これは類型ごとに色付けしたのですけれども、そうすると認知症疾患医療センター側から見ると、基幹型、地域型、連携型で、全ての類型で共通に自分自身が期待されている項目もあれば、基幹型と地域型で感じている項目、地域型と連携型で感じている項目、あるいはそれぞれの類型のみで期待されている認識されている項目もございまして、こういったベン図ができて、この①②③④⑤⑥⑦について、全て項目をリストアップしてみると、こんなふうなことが出てくると。これが①になりますので、全ての類型の認知症疾患医療センターが、自分達も期待されていると強く感じている項目でございまして。さらにこれは2つの累計で、共通に強く期待されていると思われる項目、ちなみに基幹型と連携型で共通するものは1つもなかったんですけども、こんなふうになる。最後にそれぞれの類型のみで、単独に期待されていると認識された項目、さっきの31項目のうちですが、こんなふうなリストアップされるわけでありまして。

これを全てまとめるとこんな表ができてまして、つまり基幹型について、外部の機関からも強く期待されていて、かつ基幹型自身も強く期待されていると認識しているという項目がこれだけ出てきます。地域型についてもこれだけ出てきて、連携型はこういうふうな形になります。この黒字で書いてある部分は、3つの類型共通のものでございます。赤字が基幹型のみが期待されている、茶色が地域型のみ、紫色が連携型のみ、青は基幹型と地域型共通です。そしてこの緑が地域型と連携型が共通して期待されていると認識されている項目です。

こんふふうに分類すると、個々の類型ごとに、どういうことが外からも期待されていると認識されているか分かんんですが、これは実は全国レベルでやっただけなんですけれども、これ都道府県レベルでも同じことができますし、さらには一つの認知症疾患医療センターについても、外部から期待されている役割と、自分が期待されていると認識している役割はどこが共通なんだということも、一応分析できるといって、こういってこたから、この調査結果から、今後の認知症疾患医療センターの整備方針の示唆としては、まずはやっぱりこの都道府県・指定都市、あるいは市区町村において、それぞれの地域において、今日の認知症医療センターに求められている役割は何かということを分析して、それぞれの地域において、認知症の進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制、つまり認知症医療の提供体制を構築するための方向性みたいなものを検討していく必要があるのではないかと考えた次第です。

その上で都道府県指定都市は今後の認知症疾患医療センターの役割と整備方針を、それぞれの地域性を考慮して、考えて、そして都道府県指定都市における認知症医療提供体制の整備計画を立てていく必要があるのではないかと。そして国はそれを可能とする認知症疾患医療センターの整備方針を考案する必要があるのではないかと、いわゆるポトムアップ型の考え方が必要ではないかということ、このようなデータを出させていたいただいけであります。

それで一応ここまでで概要の説明が終わりでございますけれども、ここからは討議に入りたいと思うのですが、討議に先立ちまして、今の説明について何か質問があれば、先にお受けしておきたいと思うのですが、いかがでしょうか。何か質問とかはございますでしょうか。よろしいでしょうか。では早速ですね。小川先生どうもありがとうございます。さつき全員自己紹介が終わっちゃったんで、済みません。小川先生、自己紹介お願いできればと思います。

小川：済みません。ちょっと遅れまして、URLを探し回っていたら遅くなってしまいました。初めまして。私全日本病院協会、病院団体の代表でここに派遣されております。病院急性期、東京都の地域密着型の83床の急性期の病院の理事長をしております。高齢者の方々を日々みんなで一生懸命診ている中で、いかに抑制しないで、せん妄を起こさせないで、BPSDを起こさせないで、元気に早くお家に返すかということに奮闘しております。大変この会に興味を持っております。どうぞよろしくお願いたします。

栗田：ありがとうございます。どうぞよろしくお願いたします。

それでは早速討議に入らせていただこうと思うのですが、もう一度論点をちよつと出させていただきます。

今日は先ほど申し上げましたように、大きく2つの論点について皆さんから活発なご意見をいただければと思っておりますが、1つ目は現在の認知症疾患医療センターの整備方針と整備目標について、2つ目は認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査についてですが、最初に論点1の現在の認知症疾患医療センターの整備目標と整備目標に関連しま

して、一応4つの具体的な小さな論点も立てておきましたので、ちよつとこれを踏まえて議論していただければと思うのですが。まずは都道府県によっては、センター未設置の二次医療圏域が残っている所がございますので、こういう所の認知症医療提供体制の課題はどくなっているかと、あるいは今後どうするべきかということをご発言いただければなと思っております。

それからもう一つは、人口規模の大きい二次医療圏域の認知症医療提供体制に、ここにも何か課題があるかと、あれば今後どういうふうな課題解決に向けて考えていく必要があるかと。それから3番目が僻地等ということで、人口規模が小さく、交通の便が悪く、あるいは面積も広域な、広大な所について、この認知症医療提供体制について、今どんな課題があるか。あるいはその課題解決に向けて、今後どういうふうなことを考えていくべきか。

そして4つ目が現在の類型に基づく整備のあり方についてということ、一番考えやすいのはこの基幹型なのかと思うのですが、基幹型というのがその都道府県あるいは指定都市と連携して、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やっていくということが、今回実施要綱にも明示されているのですが、そういうことを踏まえると、まだ基幹型がない都道府県もたくさんあるのですが、この基幹型の設置をどう考えるか。

あるいは先ほど類型ごとの役割なんかを出させていたのですが、例えば連携型なんかは小回りが非常にいいということもあると思うのですが、アウトリーチが非常に外部からも高く期待されているし、自分の所も期待されていると認識していると答えているところがたくさんあるのですが、今後はこういったことも考えながら、類型というものを整備方針の中でどう考えるかということも検討すべきかと思われまして、こういったことについて、自由にご発言いただければと思っております。

もちろんこの4つだけに限らず、それ以外のことでも構いませんので、広く皆さんからご意見をいただければと思っております。

一応私の方でZoomで皆さんの顔は全部見えるようにしておきましたので、発言する場合には、下にあったリアクションボタンを使っていたいただいても構いませんし、あるいは手を上げていただいても構いませんので、ご自由に発言いただければと思います。いかがでしょうか。まず自由ということにしたいと思いますが、何か。誰かから口火を切っていたければと思います。

湖野：湖野ですけど。

栗田：湖野先生どうぞ。

湖野：手を上げてみましたけど。

栗田：ごめんなさい。ちよつと手が見えないです。

湖野：済みません。口火ということでちよつと話させていただきたいんですけども、済みません。センターに期待されている基本機能という、先生が研究された所を少し共有していただければ。

栗田：はい。ちよつとお待ちくださいわね。

瀧野：はい。この認知症患者センター事業、私実は令和元年の時からやっております、一時中断しましたが、今年で30年以上になります。で、一番最初の時からやっておりますけれども、最初の時のこのセンターの役割と今の期待される役割は、もう全く違うと言っていいぐらい変わってきております。500カ所ありますけれども、8割がこの地域型です。今見ましたら、地域型はほとんど入院医療というか、BPSDの入院だとかせん妄に対する入院ということがえらい期待されているということになっていきますけれども、まあこれは精神科病院が、約半数が地域型を持っておりまして、入院ということには対応できてるんだなというふうに思いました。

ただ当時は身体合併症のことも言われてて、基幹型にやはりその機能をということであったんですが、実際問題はまあそれが十分できてなかったということもありますし、それは大学系が多かったもので、なかなか難しいんだというふうふうに解釈しました。それでそのうちに連携型ができてきてまして、非常に地域との連携が密になってきたということ、非常に役割がどんどん広がってきて、何かうまい分け方ができなくなってきたような気がします。

最初からこんな案を言うのも変なんですけれども、私としては当初の目標、2年ほど遅れましたけど、大体500カ所になったと。国の数値目標は達したわけ、その後どうするかということなんですけど、かなり三類型によって、あるいは同じ類型でも役割が違うので、そのような違いがあるので、各都道府県でこの認知症患者センターの運営を任せていったらどうなんだろうかと。

大綱が2025年まで。その後、まあ今年、来年あたりには認知症の基本法も成立されるかと思うんですけど、ぜひ都道府県にしっかりと役割を担うということ、やっていただきたい、もう国の補助はそろそろおしまいに、都道府県でしっかりとやっていただくというふうなことが法律で定められれば一番いいのかなというふうなことを思っております。以上です。

栗田：ありがとうございます。役割と整備方針ということに関して、もう都道府県が主体的に考えて決めてやっていく方向なんじゃないかなとかという瀧野先生のご意見だと思いますが、いかがでしょうか。その他に何かご意見ございますでしょうか。どうぞ、小川先生、どうぞ。

小川：はい。東京に関して、特に我々は医療してる提供の場所に対して、東京都が主体になっても、国がなってもどちらでもいいんですけど、やっぱり医療提供者側の視点でしか、これ今見えてなくて、結局その、じゃあ10年先の、特に東京は、たぶん今のままだと崩壊すると思います。なぜならば、後期高齢者の人口がまだまだこれから増えるので、今の医療提供体制だともたない。

その中で高齢者の認知症の方が増えたときに、今の体制で問題ないのか、問題あるのか、それが地域包括の視点で問題あるのかとか、あるいは診療所、それから地域密着の病院、顧客の視点から今どうなっている、じゃあこうなった時にこういうことが心配だみたいな

のが見えるように、要は危機意識の見える化ということをしたほうがいいんじゃないかと。

それからあとは拠点型の病院とはいえ、どうしてもやっぱりそこにいる人々にマナメジメント能力がやっぱり、よってちがはぐになる感じがしております。我々医療者も研修を主催するのはたぶん得意なんですけど、本当に地域で認知症の方をどうやって見ていくかという視点でマネジメントするのはあまり得意ではないと思うので、何かその辺は、こういう数字をこの表に当てはめたら、たぶんこの辺を少し整備する方向で働きかけたほうがいいよとか、地域でどういいう見方をしてますかっていう、その辺の筋立てというか、アクションカードと云ったらいいんですかね。そういうのを渡していただいて、それに合わせて地域が自分たちの欠けている所をどうしていくかってやらないと、研修は大変していただいていると。ナースなんか、でも結局それって患者さんちゃんと見れてるのかなってというのがちょっとよく分からない感じがして、バックキャストで10年後の危機に対して準備するというアクションを起こせてないことを何とかしたほうがいいんじゃないかなと思います。

栗田：ありがとうございます。非常に重要なご意見だなというふうに思っております。一つは危機意識ということなんですけれども、今まで2025年というのがありますけど、これからは2040年問題というのが出てきて、この2040年に向けて、85歳以上の認知症高齢者がものすごく増えていくんですね。実は東京がすごく増えるということで、しかも独居者が非常に増えるって、こういう問題の危機意識をちゃんと可視化させて考えていく必要があるんじゃないかということなんですけれども、全くその辺が、ちょっと不足しているんじゃないかと私も感じてるので。

それから拠点型というのは東京都独特の類型なんですけども、先生おっしゃったのはそれこそ今の医療圏域の中で、何が欠けているのかっていうことを、医療提供者だけの目線じゃなくて、実際にユーザーの目線とか、そういったさまざまな視点で、そこをまず検討して、そこを補うためにはどうすればいいかという、そういうプロセスが必要なんじゃないかというお話だっただけなんですけども、なるほどなと思います。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。では山田先生、どうぞ。山田先生、ミュート入っております。

山田：済みません。山田です。ありがとうございます。ミュート外しました。先生おっしゃるように、今回認知症患者センターの現状を調査して、問題点や課題を明らかにするということは、非常にこれは意味のあることだと思います。これは東京は非常に複雑なところがあるんですけども、私が長く経験してきた北陸を考えますと、認知症患者センターに指定されているのは、大体精神科の単科病院ですね。

で、認知症患者センター、地域での認識としては認知症患者センターは認知症医療の一部をやっている。認知症患者のいろいろなステージとかいろいろ側面については、地域のいろいろ医療機関、例えば総合病院とか大学病院とか、そういうところで分担してるというのがやっぱり現状であって、皆さんそれを認識してるんじゃないかというふうに思います。

これは精神科の病院に精神科の先生いらっしやるわけですけども、時々非常勤で脳神経

内科医とか行くとか、そういうことももちろんありますけども、やっぱりこれはもう無理なわけで、やっぱりこの質を確保するという観点からすると、すごく例外的な地域で、専門診療科とか、関連するいろいろなチームがあって、本当に連携して取り組んでいる機関、本当の意味での基幹的なスーパーマン的な認知症疾患医療センターを持つて地域もあるんでしようけども、恐らくすごく例外的で、ほとんどないんじゃないかなというふうにたぶん思っています。

だから質を確保するという意味からすると、これはもう例えばここは精神科の先生方がBPSDのことが非常に得意としてるとか、ここは脳神経内科の先生方がいてとか、認知症疾患医療センターの機能を分担していくような形に現実にはなっているんじゃないかと。それは何と呼ぶかとか、いろいろ何かサポートが付いているかとか、そういうことは別として、現実にはそうなっているんじゃないかなというふうに思っています。

特にどっかの資料に、今回いただいた資料にありましたが、早期のADに対して、疾患修飾薬とかそういうことになりましたと、特に腰椎穿刺とかPETによる診断とかあと抗体薬を投与して副作用のコントロール、パルスをやるとか、そういうの精神科の先生にお願いするのは当然経験的に無理だって面もあると思うんで、ぜひやっぱりこれはそういう何といううか、分担をうまくやって質を確保するという方向が一番現実的なんじゃないかなというふうに、私は感じています。以上です。

栗田：ありがとうございます。非常に分かりやすい。そのとおりですよね。ありがとうございます。藤本先生、どうぞ。

藤本：山田先生の意見とか淵野先生の意見ともかぶるんですけど、疾患センターは滋賀県に7カ所あるんですけど、3週間ほど前に疾患センター全体で若年性認知症をテーマにした話し合いを行いました。昨日は同じ若年性認知症のテーマで相談員同士での診断後支援の共有化をしました。うちは連携型ですから、若年の人はアセスはしやすいし、診断後の支援をある程度診療所としてやることはできるんですけど、今もう若年の人って診断後十何年以上頑張りはりますよね。経過は長いんですね。そうすると、どこか途中でBPSDが出たり、場合によっては、入院の治療が必要になたりする。

初期の支援はなかなか数が増えないんだけど、その後の大事な長い経過の中の支援は、たくさん地域型でされておられると思います。どうも今若年性認知症という就業継続支援だとか、大事ではあるんだけど、初期のことが大きく取り上げられていて、同じように大事なその後の長い経過のことを支えておられる部分が見えにくくなってきているような気がするんですね。

そうすると、今日の資料もありましたが、例えば基幹型、地域型が若年の診断という役割があるということがありましたが、連携型はそこに入ってなかったですね。今後は、例えばアセスしやすい連携型が、そういう診断の部分も役割担っても構わないと思ったりします。

それから山田先生のお話しに絡むんですけど、病院職員の認知症対応力向上研修が始ま

った少し前から、大きな病院の神経内科の専門医にたくさん集まってもらって、かかりつけ医との連携の勉強会を何度もしたんです。そうすると認知症の診断能力は高いんだけど、地域とはなかなかつながれない。神経内科というのは脳卒中の救急やったりとか、神経難病の支援をしますから非常に多忙ですよね。そうすると、神経内科は診断して、その後ちゃんと経過を追わないみたいな評価も少なくありません。ちょっとネガティブに過ぎる評価かもしれないですけど、そこをなくそうとして勉強会をしたんですね。

そうしたらその基幹型病院の神経内科の専門医は、地域連携室と心理士などの協力を得て地域とつながってくれるようになった。それから疾患センターだけがかかりつけ医の研修とかをしてたんですけど、地域の視点を持った基幹型の病院の神経内科の専門医、疾患センターではない専門医が、その辺はかなり担ってくださったんですね。

そうすると逆に疾患センターの負担も、7つの疾患センターでその研修を全部やっていたんで、なかなか大変だったんですけど、そうすると、ちょっと違った視点を持った専門医が、その分野を担ってくださったり、そこで交わったりできるの、何か認知症医療全体の再構築というか、疾患センターは当然大事なんですけど、自分達のやることが整理するために、もっと地域のその他の医療資源、かかりつけ医も含めて協力することが必要ですよね。

かかりつけ医と一緒に活動すると、多くの役割を担ってくださいます。滋賀県では若年認知症の企業啓発研修は全部かかりつけ医がやっていたんですけど、サポート医です。そういう何か、もう少し広い視点で認知症医療の役割分担の再構築みたいなのがいるのかなと思ったりもしています。以上です。

栗田：ありがとうございます。今の藤本先生、山田先生、小川先生の意見は非常に共通した観点かなというふうに思っています。聞かせていただきました。どうぞ、石井先生、どうぞ。

石井：ありがとうございます。石井です。先生方の議論を拝聴いたしました。やはり認知症疾患医療センター、まあ地域から非常に多様な役割が期待されていて、そうしたニーズにどのような形で答えていくかということで、今後の整備方針がある程度決まってくるのかなというふうに思いました。なので、需要をどういうふうに考えて、それに答えていくのかというところが重要になるかと思うんですけども。

ただそこでそうしますと、ちょっとここで少し振り返りというものがやっぱり必要なのかなどと思いついて、もう先ほどこれまで500カ所という目標が設定されていて、それがほぼ達成されたから、じゃあ次にいこうということ、新しい整備方針、数の目標決めていくということが今回の議論の目標だということに理解しておりますけれども。

じゃあこの500カ所というものが達成されて、じゃあ認知症疾患医療センターに期待されている役割の中で、どの部分が充足されたのかについて、そういう視点も必要なのかなというふうに感じました。つまりこの500カ所が設定された当時、先ほど栗田先生にご紹介いただいて、老年精神医学会の専門医を対象としたアンケートの結果、あとは事業実施要綱の内容ですね。そういったものに基づいて500カ所という数字が出てきたというご説明いただきましたけれども、曲がりなりにもこの500カ所という数字が達成された以上、当初

想定されていた認知症疾患医療センターの少なくとも役割のなごしの部分は充足されたというふうな総括が必要で、その総括の上に乗っかって、じゃあ今後はここは足りないから、しっかりと進めていこうというそういう観点も必要なのではないかと思われました。

私さまざまな立場で、このセンターの老健事業には参加させていただいておりまして、その関係もあって、ちよつと過去の老健事業の報告書も目を通させていただく機会もあったんですけども、ちよつとそうした観点が少し弱かったのかなというふうな気もいたしまして、ちよつとそうした総括的な部分、どういった部分が充足していてという、そういった部分も今回の調査から出てくるというのではないかなと期待しております。ありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。石井先生、よく分かりました、総括という観点ですよね。総括ということになると、いったん全国レベルで認知症疾患医療センター運営事業がどのぐらい当初予定されていた機能が充足できているのかという、そういう観点になるんだと思うんですけども、確かに大昔そういう観点が機能評価を2回ぐらいいやあって、1回目がメタメタで、2回目が少し良くなったということがあったのですが、それ以来は全くやっていません。一方で先ほど来話に出ているのは、それぞれの地域の圏域の中で、ある意味では連携体制、ネットワーク体制の中の医療提供体制を検討していく必要があるということがあるけれども、もう一方でこれまでの認知症疾患医療センター運営事業の総括をしておく必要があると、そういうような感じでしょうか。石井先生、私の理解はそんな。

石井：おっしゃるとおりです。今後の方針考えていくうえで、少なくともここで何ができていたのかというの、ある程度基本的な同意としてコンセンサスをつくっておいて、そのうえで今後の方針考えていくという観点も必要なのかなと思つた次第です。

栗田：ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。

内海：内海ですけれども。

栗田：済みません。バックが明るくてちよつと気が付きませんでした。内海先生どうぞ。

内海：内海ですけどよろしいでしょうか。

栗田：はい、どうぞ。

内海：今回の論点の1つ目の、ちよつとスライドを共有していただければと思います。

栗田：はい。

内海：この1番の二次医療圏における整備、今後どうあるべきかということ。人口規模の大きい小さい所、小さい所というところがございまして、実際平成20年の先生の調査の中で、人口規模30万、あるいは高齢者人口6万人、もしくは二次医療圏に1カ所という基準が示されまして、それで計算したら全国で500カ所がKPIということなんですけれども、例えば北海道で二次医療圏に4カ所も5カ所もある、実はセンターの地域があるんですね。ですからその目標値で1カ所ずつできていて、そして500カ所の数値に近付いたからいいんだということでは、そういう地域もあるのかなと。これは北海道だけが特殊なの

かもしれないんですけども、そういうのがあるのかなと。

そうすると現在のセンターの設置の中で、本来の二次医療圏もしくは高齢者人口6万人であるのに、そこに配置され、センターが設置されていない所というのは、実際にどれだけあるのかということは、これは把握できているのかどうかなのかなと思うんですけどね。これは都道府県それぞれに聞かなければ、まだ実際つかめていない未設置の所ですね。その目標値に対して。

そしてその規模でセンターが1カ所できている地域は、きちんと本来のセンターの役割を十全に実施できているのかどうか。すなわち1カ所だけけれども、実際にはとてもこういう点で手が回らないとか、十分な活動ができているかどうか、今後今整備方針を決めなさいやしない中に、どれぐらいの、果たして二次医療圏に1カ所でのいいのか、高齢者人口6万人で1カ所で、それが活動を保障するぐらいの規模であるのかということを考えていかなければならないので、そうしますと、今の496カ所の中で、その基準に添じた地域のセンター一では、まあまあこれぐらいの規模だったらできるよ、できてよというんであれば、今後の今回示さなさいやしないセンターの設置規模、数、そういうもの、そして質を確保するという部分で参考になるのかなと思うんですけども、そういうデータの取り方というのは、実は今回のアンケート調査の中でもいろいろな設問項目がありますけれども無記名なので。

栗田：無記名というか、都道府県名は分かるんで、都道府県名、指定……。

内海：都道府県ごとだけは分かるけれども、適正な配置のまあ1カ所の選択をして、自分の範囲の中ではこれぐらいが適切で、まあこういうことはちゃんとできます。これについては二次医療圏であってもなかなか難しいですとか、そういうような結果が出れば、次の発言へと結びつけられるのかなと思うんですけども、なかなかちよつとそこまではいかないので。

実際にでも本当に、まあ二次医療圏で未設置の所というのは、たぶん出せるかなとは。各都道府県のデータをもたえればどれぐらいあって、そしてそこで何が課題となって残っていくのかということとは分かるとは思いますが、そういう今までの事業のセンターの設置の仕方の中で、何が課題となって残っているのかというのが、今回アンケート調査の中でちよつとそういう振り分けが分かれば、適正な数とかそういうものにもつながっていくのかなって、ちよつと思いました。以上です。

栗田：ありがとうございます。実は二次医療圏で認知症疾患医療センターが設置されていないのはどこかというの、全てもう分かっております、参考資料の1には、都道府県別にまず二次医療圏で1カ所という条件を満足していない都道府県が全部リストアップされておりまして、そこから認知症疾患医療センターがどこに配置されているのかというの分かるので、実は全部調べ上げることができるとは思いますが。

それが調べることができるとは思いますが、今回アンケート調査の中でも各都道府県でそういう所があるかないかをまず回答してもらって、ある場合にはそこについての課題を一応

回答してもらおうというようにならなっております。ただたぶん北海道にはそういう所が複数あるので、どここの二次医療圏を言ってるのかということまでは分らないとは思いますが、どここの二次医療圏を言ってるのかと、ちょっと全国規模のアンケート調査としてはちょっときついかいなというふうに思いますが、そこまではやらないですけれども、でも先生、せっかくこの論点で言っていたので、これは本当に都道府県によって状況が全く違うと思うので、この辺のところについて、実は今日も議論できればなというふうに思っています。

ここで自治体の皆さんを指すのはなかなか大変だと思うんですけど、せっかくなので率直なご意見を言っていたらいいと思いますけども、北海道の中村さん、何か今の内海先生のご質問を受けて何かございませんでしょうか。中村さん、ミュートが入ってます。

中村：どうも済みません。北海道の中村でございます。今内海先生の方からご指摘があったんですけども、北海道の方では二次医療圏が21ございます。それの中でセンターができてくるのが14ということで、残り7個の二次医療圏ではできていないという状況でございます。そのできていない二次医療圏について、先ほど人口ですとかの一つの基準というのがありましたが、ちなみに申し上げますと、できていない7の一番小さい南松山という二次医療圏ありますけれども、こちらのほうは総人口が2万1,529で、65歳以上が8,999というような状況でございます。他の医療圏につきましても北海道で広大な所で人口密度も非常に薄いところと、また医療の資源も限られているという状況がございます。二次医療圏の中で完結をしてセンターを設置するというのがなかなか難しいという状況が実際問題としてございます。今現状では、もともと北海道では三次医療圏を中心にもともと設置を進めてきているところがございますので、この未設置の二次医療圏につきましても、一応三次医療圏の枠の中で面倒といたしますか、そういう形でフォローしているという状況ではございます。

今先生方がお話しした中で、500カ所ということで言われていると、北海道としてはなかなか厳しいものがあるという現状ではございます。以上でございます。

栗田：ありがとうございます。たぶんこの論点の1の中の3つ目のポツの問題が北海道は大きいだろうなというふうに思われますので、この辺のところでも現在抱えている課題は何か、今後どうあるべきかという観点で、まあアンケート調査、そんなふうに出てくると思いますので、ぜひ回答していただければというふうに思っています。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。

せっかくなので各自自治体。東京都と大阪市の方にも、まあどんな観点でも構いませんので、特にこの3つの観点です。これでちょっと何かご発言いただければと思いますけど、西川委員、どうぞよろしく。はい、どうぞ。

西川：東京都の西川です。まず東京都の状況を説明しますと、栗田先生もよくご存じだと思いますけれども、基本的に二次医療圏単位で見ると、疾患医療センターを整備できていないのは島しょ地域なんです。整備方針としては二次医療圏ごとに地域拠点型というのを

設置して、さらに区市区町村単位です。区市区町村に1疾患医療センターを整備するという方針で今整備をしています。

ただ未設置地域で言うと、島しょ地域とあと檜原村が1つだけ整備されていないという状況になっています。これについては、東京都の場合基幹型というのを整備していないんですけども、それにある意味代わるものとして、東京都全体の人材の育成とか、こういう未設置地域の支援をするために、認知症支援推進センターというのを設置してまして、これ健康長寿医療センターにお願しているんですけども、そこが未設置地域の支援とか、あるいは東京都全体の人材育成みたいなところを支えるというようになんか思っています。

そういう意味では、二次医療圏ごとの整備という意味では、まあ島しょ地域等を除けば整備できていますし、未設置地域へのフォローというのはできてはいるんですけども、やっぱり東京都も地域によってかなり人口の密度というのは大きく違うので、高齢者人口6万人単位で全て整備できているかというと、まあそうでもなくて、格差は結構あるというような状況ですね。

先ほど委員の皆さんから問題の可視化とか危機感の可視化というようご提案いただいていますけれども、そういう意味でも今回のこの調査で本当に各疾患医療センターとか専門医の方とか、どういう意識でおられるのかというのが明らかになると思っていますので、そういうものも参考に今後の整備方針というのは考えていきたいなと思っています。以上でございます。

栗田：ありがとうございます。後で調査票のことも出しますんで。

西川：そうです。

栗田：ご発言いただけるといいと思います。

西川：はい。

栗田：じゃあ杉山さん。大阪市の杉山委員、いかがでしょうか。ミュートが入って、声がちょっと聞こえないんですけど。ミュートが外れないですね。まだ、大丈夫ですね。

杉山：すみません。

栗田：はい、大丈夫です。

杉山：機器が少し不安定で、出たり入ったりになってしまいましたすみませんでした。

大阪市の場合は大阪府の中で人口260万人程度となっており、本市が二次医療圏となっております。当時設置するときに、本市が疾患医療センターを置く時に二次医療圏で1つとなると、あまりに大きすぎること、当時厚労省とも協議しまして、80万人規模で1つというよう形で整備をしております。

行政の担当から率直に申し上げますと、今ほとんど疾患医療センターに実施していただく業務内容のわりに国からいただける補助金が少ないというのには本音のところはあります。先ほど私もそろそろ自治体に任せてはどうかという声もあつたんですが、私の立場から言うと、もう少し助けて欲しいなところですね。というのは率直なところなんです。

それと疾患医療センターの設置目標 500 は達成しておりますが、個人的にはもう少し少ないかなと思っております。先ほどありました連携型のアウトリーチ、フットワークが軽いというのは、初期集中のチーム員からも求められている大きな役割だとは思っております。

疾患医療センターだけでなく、地域にある認知症施策全般の事業に関わる中核的な機能を果たせるといふ意味で言うと、非常に重要なセンターだと思っております。なので皆さまからの期待される役割というのも見ておると、多岐にわたっているなと。

一方、大阪府で課題になっているのは、大阪府域に精神科の病院が少ないということも課題となっており、さらに今後増やしていくとすね、なかなか病院にお願いした場合に、行政の仕事を受けると、受けた時より後からどンドン、業務も乗せられて、あと委託料もなかなか増えにくいと利益もでないしというところもあったりすね。なかなか病院側のサイドに立ちますと、受けるメリットというところもあつたりすね。行政としてもなかなか国からの補助金を確認して、予算を組み立てていくところもありまして、いろいろしんどいところもあるというのが実際のところす。以上です。

栗田 ありがとうございます。率直な本音の意見が聞けてよかったです。ありがとうございます。

今村：ありがとうございます。まあいろいろなお話を聞いて、やはり1つは地域によってかなり状況が違うんだろうということと、初めに山田先生でしたでしょうか。現在認知症についてはいろいろなケアをする施設とか、方法が出てきて、結果的にそういう中で認知症疾患医療センターがやらなければいけない役割というのが、なかなか見えにくもなっているかなと。そうすると他のいろいろな認知症を見たらっしゃるいろいろな施設との関係性とかという部分もはつきりしていく必要があるのかなと。そういう中で将来の認知症疾患医療センターに求められるものというところかなというのを今までのお話の中から感じるところです。

栗田：ありがとうございます。ここからちよつと調査票の議論に移りたいと思っておりますけれども、この認知症疾患医療センターの目的というのが、専門的医療を提供するということだけじゃなくて、医療の提供体制を地域につくるというのが目標なので、そこに向かって各認知症疾患医療センターが動いているかどうかというのは、これは大問題であつて、僕ら全体については言えないけど、あまり動いていないんだらうなというふうな気がしております。そこそこちよつと大きな課題だらうなうな思われまして。

それとちよつと具体的なこと、調査票についてちよつと皆さんからご意見いただければと思いますので、調査票を簡単に共有させていただきましますのでお待ちください。一番たぶん恐らく重要なのが、都道府県・指定都市用の調査票でありますので、これについて少し簡単に私のほうから説明させていただこうと思っておりますが、皆さん、見えますでしょうか。

一応最初にちよつと書いておいたんですけども、都道府県の認知症疾患医療センター運営事業の担当者については、当該都道府県内に指定都市がある場合には、一応指定都市以外の都道府県の状況について回答してもらおうと。指定都市についてはその指定都市のこと

だけ書いてもらおうということに一応してあります。

最初は基本情報ということで、一応都道府県指定都市を記入していただこうということでありす。そのうえで、センターの整備方針が今どうなっているのかなということ、あなただの都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの整備方針について、最初に決められているのか、決められていないのかと、そもそもそういうものはあるのかどうかということから聞かせていただきます。

一応整備方針があるという場合には、どんな整備方針なのかということ、一応複数回答でありますけども、選択肢を作らせていただいて、さらにその他ということで、自由記述で済みません。自由記述の括弧を書くのを忘れましてけど、自由記述で書いてもらおうということでありす。

そして次が、ではセンターの現在の整備状況はどういうふうになつてますかということ、これは先ほどの整備方針と同じ選択肢ですけど、要するにこれが満足されているのか、されてないのかというのを書いてもらおうということす。

そしてさらに、ここからが先ほど来申し上げている細かいことなんですけども、都道府県・指定都市内にセンター未設置の二次医療圏域がまずあるか、ないかということをお聞きして、あると回答した場合には、そこに認知症疾患医療センターが設置できない理由を、ここに書いていただこうというふうになつております。

また設置できない理由があるにしても、何かそれを補完するような対策が実施されているとか、されてないのか、について丸を付けてもらつて、実施されている場合には、それはどういう補完対策なのかということとを、概略書いていただこうというふうなことでございす。

それから次に補完する対策がなされていないというふうに回答した所に対しては、今後何かする計画があるかということを書いてもらおうということでありす。そうすね。今後何かする対策があるかということのあるなしを聞いて、ある場合にはそれを書いてもらおうということす。

次に同一の二次医療圏域で認知症疾患医療センターが複数設置されている圏域があるかどうかについて、何をちよつとお聞かせたいか、あるつていう場合には、なぜ複数設置しているのかということをお聞きしようということでありす。

それから今度は圏域の人口規模が大きいために、認知症疾患医療センターの設置等を今後増やす必要があると思われ二次医療圏域があるかどうかということも聞いて、あるつていう場合には、そうすね。まずはあるかどうかをお聞きしようということすね。

それから今度は都道府県・指定都市によって圏域の面積が広大なために、認知症疾患医療センターの設置等を増やす必要がある二次医療圏域があるかどうかと。まあ人口規模と面積で、一応2つ聞かせていただいております。

それから今度僻地すね。僻地ということ、人口規模が小さいし、交通の便が悪いし、大体面積広大なんだと思つてすけど、面積が広大なために、認知症の医療サービス提供体

制に問題があると思われる地域があるかということ、これはちよつと広く、問題があるかどうかということ聞かせていただいで、あるという場合には、どういふ問題があるのかということをお返しいたごうと。

これは特に、もちろん東京もあるんですけど、北海道なんかはこの辺のところがあるところとたくさんあるんではなからうかというふうに思うんですが、それに対して、問題があるんですけど、その問題解決に向けた取組があれば概略を記述していただこうということあります。

さらにここからはもう広い設問でございまして、これは認知症疾患医療センターうんぬんという話ではなくて、あなたの都道府県・指定都市の認知症医療提供体制の整備にあたって、今後重点的に取り組むべきと思われる課題が何かということ、まずは一応選択肢を用意させていただきまして、その他という自由記述ですね。用意させていただきまして。

実はこの項目リストは、先ほど認知症疾患医療センターに期待される役割と内容は一致しております。済みません。完全一致ではなくて在宅医療というのをちよつと加えておきました。これは実はアウトリーチの問題もさることながら、在宅医療ですね。例えば大阪なんかもそう思うんですけど、東京、大阪はこれからは危険の大問題じゃないかと思われるので、ちよつと入れときました。

それからセンターの今後の整備方針ということで、あなたの都道府県・指定都市の認知症の医療状況全体を見渡して、今後の認知症疾患医療センターの数をさらに増やす必要があると思うかどうかということについて回答していただいで、「ある」、「ない」、「わからない」とお聞きし、いずれにしても理由を聞かせいただこうかということです。さらにあるって回答した所については、認知症疾患医療センターをさらに何件追加して設置する必要があるかと、まず現時点で想定することができるといふことを聞かせていただいで、想定できるといふふうにお返しいたごう場合には、何件ぐらい必要なのかということを書いていただいで、もし可能であるならば、類型ごとに書いてもらおうということになります。

で、最後の設問 23 は、もう自由記述でありまして、認知症疾患医療センターの今後の整備方針について、意見があれば自由に回答してもらおうということになります。

次に認知症疾患医療センター用の調査票を共有いたしますが、認知症疾患医療センター用も、基本的には同じような内容になっていまして、基本情報については、やはり都道府県指定都市を書いてもらおうと。次にまずは類型を選択してもらおう。次に医療機関種別。これも結構重大なことなんです、大学病院、一般病院精神科病院、診療所、その他ということでも書いていただいで、そのうえでこの認知症疾患医療センターが当該の都道府県・指定都市の整備方針を知らない所もある可能性があるんですけども、一応お聞きしよう。整備方針は定められているか、定められていないか、あるいはわからないか、そういうことを聞かせていただいで、これから先は都道府県・指定都市と全く同じでございまして、整備方針

が定められている場合にはどういふ整備方針なのか。

それからここはちよつと聞き方変えてあるんですけども、現在それが満足されているかじゃなくて、この整備方針はともかくとして、以下の整備方針としてここにあるものは望ましいと思われようかということ聞かせていただいで、あるいは望ましいというふうな、思われるほかその他の考え方があれば記載していただこうとということあります。

それから設問の 7以降は、現在の整備状況ということで、これは基本的に都道府県指定都市と同じような書き方になっております。認知症疾患医療センターが都道府県・指定都市全体の状況を知っているか、知らないか分からないんですけども、「わからない」という選択肢も入れるとい、同じ質問をさせていただいております。

この辺はすべて全く同じでございまして、で、これから、設問 20 から、先ほどの都道府県・指定都市対象は、その都道府県・指定都市の医療提供体制についてお聞きしたんですけども、ここは現在の、貴センターが管轄している医療圏域を書いていただいで、認知症疾患医療センターに期待されている機能のうち、貴センターに備わっているとされる機能に丸を付けてもらおうと。非常に単純な調査なんですけど、これは先ほどの昨年度の調査に出てきた認知症疾患医療センターに期待されている役割を一応ピックアップして作成しております。

実は、これは 3 類型共通だけじゃなくて、個々の類型に特徴的な機能も入っております、実は先ほどの 3 類型、期待されている役割の中に、身体合併症の入院とかが入っていないんですね。これなんが入っていないかということ、今や認知症サポート医は、そんなに期待してないということになってしまつて、要するに 3 点以下、平均点 3 点以下ということ、期待しているという人と期待していないという人が、そこそと同じぐらいいるような、そういうような数値になってるんで外れてるんですけども、とはいえこの認知症疾患患者さんの身体合併症問題というのは、地域によっては重大な問題である可能性があるんで、一応入れさせていただいでおります。

こういつたことで、自分とこのセンターに備わっているかどうかということと、圏域に不足しているかどうかということと同時に聞かせていただいでいるということでもあります。整備方針については、都道府県・指定都市と全く同じでございます。

専門医に対する質問については、この貴センターの整備状況というのは、専門医は認知症疾患医療センターに勤務しているとは限らないので、これは全部なくしております。ただ最後の所は同じ聞き方に、最後というのはこれですね。今後のセンターの整備方針については、全く同じような聞き方をしております。

ちなみに専門医で認知症疾患医療センターに勤務されていて、こちらの質問に回答した方については、重複しないように専門医の調査票のほうに、認知症疾患医療センターの調査票に回答したかどうかを最初に聞かせていただいで、回答した方は以下答えなくていいというふうにしてあります。ただ一応そういう人たちにも、専門医の調査票は返送していただこうというふうに考えています。これは回収率を計算するためにそういうふうにさせてい

ただこうということです。

以上がこの調査票の構造なんですけども、この調査票について何かご意見とかいいたければというふうに思うんですけど、いかがでしょうか。何か。

池田先生、来られたみたいなので、先生、ちよつと一言。

池田：済みません。ちよつと神経心理学会が長引いて遅くなりました。申し訳ありません。札幌におります。

栗田：そうですか。よろしく願いました。教井先生は入ってないですね。

池田：教井先生も会場にいましたんで。

栗田：ですよね、そうですね。

いかがでしょうか。今も調査票の具体的な項目に入ってきたんですけど、何かご質問ございませんでしょうか。特に回答するのが、都道府県・指定都市とそれから認知症患者医療センターの方で回答してもらわなきゃいけないので、こういう質問で回答できるか、できそうかどうかという、これが一番重要なことだと思ってるんですけども、西川委員あたりから何かご意見いただければと思うんですが、いかがでしょうか。

西川：ちよつと何点が確認したいことがあったので、済みません。お願いします。まずちよつと事務的なところになるかもしれないんですけど、設問 15 で。

栗田：ちよつと共有しますね。設問 15 ですか。

西川：設問 15 ですね。僻地等でサービス提供体制に問題があると思われる地域ってことなんですけど、東京都の場合、これたぶん島しょ地域が該当するとは思ってますけど、ただ認知症支援センターみたいな所がフォローというか支援を今しているような状況の場合には、ここではどういうふうに答えるのが正しいのかなというのをちよつと確認したかったんですけど。

栗田：設問 17 に対しては、済みません。私がここで回答するのも何なんですけど、今でも島しょ部はいろいろと課題がたくさんございまして、診断を受けるためにはやはり本土まで来ないと、診断受けられないという大問題があって、例えば小笠原なんかは、本土に来るためには 24 時間かけて船でやって来て、いったん東京に来たら 1 週間帰れないというようなこととして、いろんな問題がまだ残されていると思うので、私が答えるのも何ですけど、あるじゃないかというふうに思うんですけども。

西川：なるほど。で、まあやってることはやっておりますこととして順番に書く感じですかね。

栗田：そうですね。はい。

西川：分かりました。あと済みません。13 とか 14 のあたり。面積の話とか人口規模の話で、今後増やす必要があるかどうかというところが、なかなかちよつと行政としては答えるににくいという部分があるんですけど、このあたりはどういうふうにか考えればよろしいですか。

栗田：これは答えにくいだろうなと思って、私も作りました。行政として答えにくいだろう

なということ、たぶん「わからない」という回答が増えるだろうなというふうに思いました。

西川：やっぱりその整備方針があって、それを満たしていない所は答えやすいと思うんですけど、そうでなくて、一応整備方針を満たしている中での回答になると、なかなか増やすべきかと聞かれちゃうと、なかなかちよつと答えにくいなというのは。

栗田：答えにくいですね。

西川：ええ。ありますね。

栗田：そう思います。多くの自治体はそうじゃないかなというふうに僕も思ってるんですけども、中には、例えば大阪市なんかはさっき増やすべきだというふうに言っていたので。西川：ああ、そうですね。

栗田：回答する自治体もあるんじゃないかなという、思っております。で、一応こういう設問にいたしました。ただこれ多くの自治体は「わからない」になるだろうなというようになことでもあります。

今回整備方針について、数値目標を出すことが最終目標ではないんですけども、一応 500 カ所ということで、打ち止めというわけにはたぶんいかならんだろうなということもあって、増やしたいという所があれば、一応それは拾えるようにしようかなということでもあります。

西川：分かりました。ありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。他に北海道の中村委員、いかがでしょうか。何か質問のこと何かございませうでしょうか。調査票のこと。

中村：今言われたことですね。設問の 14 とか 15 になりましたんですけども、北海道の場合、当然積込でもありますが、僻地ということも当然ございまして、重なる部分はかなりあるからとは思いますが、北海道の場合、今後まだ二次医療圏を全て達成しているわけではないので、それについては当然増やしていかないといけないというふうには考えてございます。

あとは特にあれなんですけど、センターの方の調査票の中で、先ほどちよつと大阪市さんのほうからお話はあったんですけども、実際に今の北海道もそうなんですけれども、補助金の関係ですね。その辺だとかは特に聞く必要はないですかね。

栗田：補助金に関する設問ですか。

中村：ええ。そういった設問を設ける必要はなかったでしょうかね。

栗田：なるほど。済みません。整備方針に関連しては、予算が足りないという選択肢はあるんですけど。設問 6 に二次医療圏に限った質問になってはいるんですけども、予算が確保できないという一応選択肢は書きたいんですけど、ただ大阪市さんが言っていたことはちよつとまた違う意味での予算確保の問題ですよね。確かにね。これ何か杉山さん、何か、ちよつと今ご指名があったので、大阪市から何かございませんか。

杉山：先ほど増やすべきというのは、私の個人的感覚なんです、全然組織的というわけでは

ないので、申し訳ございません。それと調査票についてなんですけど、自治体も行政が答えるところとどこかで言いますと、問の2とか最初の部分でも「わからない」という設問に行政が初めから整備方針が「ある」、「ない」、「ない」とか、ここで「わからない」というのはいらないのかなと、ちょっと個人的に思ってたんです。

整備方針が定められてる、定められていないというのと、計画で、いつ頃策定予定みたいななのが問2であれはいいのかなと思います。それがあればなと。

栗田：なるほど。計画でという選択肢があるよと。

杉山：はい。それを聞いてあげたほうが、まあ考えている所もあるのかなと思います。あと次の設問なんですけども、整備方針がこの1から4の記載に限らず、その他の場合があるので、その他はここにボックスを作っておいてあげて。

栗田：そうですね。ボックス忘れませんでした。ボックス作ります。

杉山：はい。

栗田：済みません。申し訳ないです。

杉山：次の、満足していますか、の所も、5の所のいずれでもない場合も、ボックスがあれば。

栗田：ここでも何か書けるようにしたい方がいいということですね。

杉山：はい。

栗田：分かりました。

杉山：で、設問の7ですかね。設問7ここでされていない時の理由をここで聞いておいてほしいかなと、ちょっと思っています。

栗田：ああ、設問7でされていないという時の。

杉山：はい。

栗田：設問7ですね。ああ、その理由が必要ということですね。

杉山：行政なんです、あんまり簡単にし過ぎるとよくないのかなと思って、いろいろ聞いて。

栗田：分かりました。

杉山：はい。と思います。

栗田：ありがとうございます。大変参考になりました。済みません、中村委員、さっきの予算規模が小さいという問題ですね。さっきおっしゃってたのはですね。この問題を整備方針の中でどつかに設問を作った方がいいんじゃないかというようなご意見だったと思うんですけど、ちょっと今すぐどういうふうな設問をしていいか思いつかないんですが、もし後でアイデアがあったらお教えいただければと思います。ありがとうございます。ありがとうございます。山田先生、どうぞ。

山田：ありがとうございます。いろいろな種類の調査票を作っていたら、ありがとうございます。一つぜひ専門医の調査票の中に、その地域に認知症疾患医療センターが設置されている場合ですね。

栗田：ええ、設置されている。

山田：認知症疾患医療センターがどういふ役割を果たしているというふうにかつていふのを入れていただければいいと思うんですね。

栗田：つまりその専門医が勤務している所属圏域の認知症疾患医療センターについて。

山田：どういふような役割を果たしているかというふうに見えてくるかというふうな。

栗田：なるほど。

山田：いいと思うんですね。一方で認知症疾患医療センターのほうに対しては、どういふような機能を備えてやっていると聞いてますから、それが一致しているのか、全く。

栗田：基本的に同じ選択肢で聞いたこととことですね。

山田：それは非常に興味深いと思いました。

栗田：分かりました。じゃあこれは追加させていただきました。他には何かございますでしょうか。認知症疾患医療センターの立場から何かご意見いただけるといいかなと思うんですけども、どこかあれですね。

武田：済みません。栗田先生。

栗田：どうぞ、どうぞ。

武田：済みません。これ基本的には先ほど内海先生のお話にもありましたけども、疾患医療センターは自分の医療圏域を書くので、ほぼ記名に近い状況にはなるんですね。

栗田：そうですね。

武田：ですよね。それで先ほどの山田先生のお話にもあったんですけど、自分の地域での疾患医療センターの果たしている役割について書くこととすると、その専門医の先生にもあれをしないと突き合わせができませんよね。要するに都道府県だけ答えてもらっても、栗田：なるほど。

武田：というところがちょっと気になったんですけど。要するに何県何市にあたっていかということと言わないと、自分の地域のをやった場合に、その県全体のものではないんだというふうから、自分の働いている地域の二次医療圏域の疾患医療センターがどういふ評価になると思うんですね。

栗田：あれですね。そうしたら。

武田：そうすると専門医の先生にも、ちょっとそれを答えてもらわないと。

栗田：突き合わせができるようにした方がいいってことですね。そうするとね。

武田：県全体だとやっぱりちょっとあれですね。

栗田：ええ。県全体だったら。

武田：もやっとしちゃいますもんね。

栗田：そうですね。県全体というか、回答してもらう所はあれなんですけど、自分の圏域ってことにはなってるんですけど、どこの圏域か分からんという。

武田：それが分らないですね。

栗田：そうですね。

武田：愛知県と言ったら愛知県で、どこの。

栗田：愛知県のどこだか分からない。
武田：ええ、分からないので。
栗田：ちよつと突き合わせるということになると、そういうふうにしなないと確かに。
武田：そうですよね。
栗田：ということはあれですよね。先ほどの認知症疾患医療センターの基本情報と同じように、専門医の勤務地の医療圏について名称を書いていただくということですね。同じような形式で。
武田：そうですね。県、市とか市区町村まで書いてもらったほうがいいのかもしれないなという。
栗田：あ、市区町村ですね。
武田：ええ。そうすると分かれますよね。なかなか。
栗田：圏域というより。そうか、そうか。
武田：二次医療圏を書くのは難しいかもしれないので。
栗田：確かに。おっしゃるとおり市区町村ですね。
武田：ええ。
栗田：市区町村の名称を書いてもらうと。
武田：ほうが突き合わせができるかなという、思ったんですけど。
栗田：分かりました。それは確かに確実。圏域の名称で確かに分からん所あるかもしないですよね。了解しました。市区町村ですね。おっしゃるとおりです。
武田：おっしゃるとおりだと思います。ありがとうございます。
栗田：了解しました。じゃあそういうふうにごさせていただけます。
栗田：了解してください、いいですか。
栗田：栗田先生、どうぞ、どうぞ。
栗田：栗田先生、どうぞ、どうぞ。今共有してるところでちよつと質問ですけれども、例の認知症疾患医療センターの設備基準のところの専門医の話ですけれども、認知症学会の専門医と老年の専門医という2つになってしまってるみたいですので、実は5年以上認知症の診療に勤務したという項目がありますけれども、その人たちが全体の7割も8割もいるんで、そこ、そういうふうに掲載されますか。
栗田：これですね。これは専門医対象の調査票なので。
栗田：ああ。
栗田：日本老年精神医学会と日本認知症学会の専門医しかこの調査票は行かないんです。
栗田：行かないんですね。
栗田：ええ。
栗田：じゃあセンターの中にはこれはなかったんですね。
栗田：そうセンターにはこれはないんですね。センターは誰が答えるか一応分らないというところで、本当は専門医に答えてもらいたいんですね、そうですね。そこるところも

ちよつと悩んだとこなんですけど、センターの専門医に回答してもらおうというふう指定したら、先生おっしゃったように3つ書かなきゃいけないんですね。
栗田：そうですね。
栗田：それの方がいいんでしょうかね。専門医に書いてもらおうというふうにしましょうか。それはできますよね。
栗田：認知症の専門医、老年の専門医というのは確かにいるわけですけども、全体的には2~3割しかいないんですね。
栗田：そうですね。5年以上の経験のある専門医ですよね。分かりました。ちよつとそれはじゃあちよつと。
栗田：検討していただければ。
栗田：了解しました。
栗田：それと済みません。ちよつと外れるかもしれないんですけど、認知症疾患センター、この頃の傾向を見ますと、まあ私が精神科医ということもあるんですけども、センターからの精神科病院依頼がえらい多いんです。
栗田：センターからの精神科病院。ああ、なるほど。了解しました。
栗田：それと精神科の救急、今日も救急当番やっていますけれども、非常に高齢者の認知症のBPSDで興奮して、警察に保護されるケースがこの頃増えてるんですね。センターというのがあれば、当然世の中の人は、センターはそういうところ見てくれるよねという話にはなるのかなと思うんですけど、その認識はたぶんお持ちでないだろうなと思うんですけど、せっかく皆さんいらっしゃるんで、そういうふうにごこの医療、認知症の医療なんですけれども、センターとの関係性もありますけど、ご意見ちよつと聞きたいなと思うんですけども、いかがでしょうか。
栗田：いかがでしょうか。何か池田先生、せっかく来たので、池田先生、何か一言しゃべっててもらいたいと思いますよ。
池田：分かりました。いやいや、非常に重要なお指摘だと思います。それで私もしたら、今日お集まりの先生方や行政の方々にもご協力いただいたかもしれないんですけど、初期集中支援チームの全国調査を2年にわたってさせていただいた時に、かなりの数の、1,000以上の所から回答があったと思うんですけど、精神科医が、あるいは精神医療の関係者がチームにいると答えてくださった方は大体45%ぐらいで、一般の内科医の先生方とほぼ同数だったんですね。それで非常に精神科医が関わっているのが多いのにびっくりしたのと、それからもう一つは精神科病院との連携という項目は、おしなべて非常に精神科病院は協力的で、連携はうまくいってると。それに対して保健所との関係が非常に難しいというふう初期集中支援チームの方々は答えていらつしやいました。
栗田：ですから初期集中支援チームの先生方も精神科病院との連携は非常に重視されていて、しかもそれがスムーズに行ってると思っていらつしやるので、そういう背景もあって、恐らく今ご指摘があったように、精神科病院、栗田先生の所の精神科病院なんかにも、さまざま

な依頼が来るのかなど。対応が非常に早いという回答がありました。

瀧野：いいですか。ありがとうございます。私も精神科ですから、当然受け入れられることは問題はないんですけど、早くやっばり出したいんですね。で、早く出そうということで、今とつても早くなりました。確かに、3カ月ぐらいで半分以上出しています。

ただ今度受ける側が、地域の受ける側が受けてくれないんですね。これを何とかしないと、まあいつも精神科患者になっちゃうところがあるんじゃないかと思っただけで、地域で支えるシステムを、ぜひ認知症を支えるシステムをきちんと構築していただいでくれないと、我々の中にずっと長期で入院が縮くということになってしまいますんで、これは一番よくないことだなというふうに思っております。

済みませんが、ちょっと違う話でただけでよろしくお願ひいたします。

栗田：ありがとうございます。ただこれは関係ない話ではなくて、やっばり認知症患者医療センター運営事業の目的は、先ほど申し上げましたように必要な認知症医療の提供体制、あるいは医療だけじゃなくて、生活も支えることを含めたシステムの構築が最終的な目標なので、そういうことができるように、政策的にも行政的にも動いていないといかんというところで、とても大事なことだなというふうに思いました。

池田：だから場合によっては、栗田先生、初期集中支援チームとの連携みたいな質問も、疾患センターの側から。

栗田：一応それ入れて。

池田：も回答していただいで。

栗田：そうですよね。それは一応認知症患者医療センターの質問項目には。

池田：ありがとうございます。

栗田：あります。それからちよつと、そうですね。小川先生、どうぞ。

小川：はい。済みません。瀧野先生のおっしゃったの、非常に私も共感して、私は一般内科医で地域密着のかかりつけ医。病院の外来ですけれども、診療所と大きい病院の間みたいな所と、あとサポーター医を一応持っているですけれども、やっばりこれから「先、今、前よりもコモディージーズになってきたなと思っっていて、軽い例えばアルツハイマーの方とかは、私たちの病院は割とみんな診てるんですけど、MRI もありますので、診療所の先生たちがどれぐれい診ておられるのか、その方々の診断を前みたいにセンターにもう2カ月、3カ月待って、診断をしていただかないと診ていけないのか、もうそういう診断なしにお薬を出しているのかとか。で、今の人数だったらそれでもいいとして、これからじゃあ10年先、爆発的に後期高齢者が増える東京で、今もかかりつけ医で診されるのかというあたりがやっばり知りたいですね。

精神科の、私たちの地域、病院結構多くて、やっばり本当に困った、もうごみ屋敷みたいな方とか、BPSDがひどい人は、やっばり精神科の病院のほうにケアマネージャーさんの方も連れて行かれてるという状況で、全くセンターはたぶん知らないだろうなという感じが、地域でして仕事をして感じます。

むしろ地域包括の方々のほうがうまく使っている。だからどういうふうに使っているのかって、一番見えているのは、実は地域包括なんじゃないかなって思っっておりまして、やっばりそこは見えてほしいな。で、それは誰がやるんですかっていうあたりがセンターはちよつと厳しい。東京はちよつとやっばり学問のほう为主だと思っただ、たぶんそういうのって事務力がなくて、データがたぶん出せないと思っただけで、なので、当院はやっばり地域密着なので、事務のほうがわつとデータを出してくれるので、私たちある程度見えてるんですけど、地域全体をとなると、行政なのか、誰がそこを出すのかという。かかりつけ医の人はどういことを見ているのか。それからかかりつけ医の中にも専門医がいるんですけど、その専門医の先生はひたすら、ひたすら、自分の所に患者さん集めて診ていて、じゃあ地域のために何かしてくれてるかって、たぶんあんまりしてないとか、そんなこともやっばり現実にはあるですね。

でもそういうのを否定してはみんな力で合わせられないので、たぶんうまくそこは包括、あるいはケアマネージャーさんがうまく使い分けて、私たちを医師を、いるんじゃないかなと思っただけ。

あとは先ほどのアンケートの所も、人口規模なのか、高齢者人口も65歳以上なのか、75歳以上なのか、85歳以上なのかで、全然話の見え方が違ってくるのかなと思っただけです。ここはもうフリーでいいのかということと、あとは独居人口規模。ここがたぶん一番困ることで、増えている、やっばり精神科の病院さんに、こういう困った患者さんは、みんなお願ひしますという感じが非常にしています。

なので、帰ってくるのを受け止めるのは、じゃあどこなのか。かかりつけ医が結局介護保険申請を書く人がたぶんその後引き受けるんだと思うんで、介護保険申請は、じゃあ誰がどれぐれいの割合で、どこのカテゴリーが見えているのか。そういう数字を見せてくれるような、このアンケートとはちよつと違うのかもしれないですけども、疾患センターがもし地域機能の構築していく役割がもしあるんであれば、そういう数字を把握するということが必要ということと、例えばアンケートで質問して、ああ、知らない、知らないということもありかと思っただ、やっばり大学病院クラス、東京は疾患センターなので、そこはちよつと事務力という意味では大きい病院は、事務と医療提供者が違いと思うので、かなり難しい問題があるなというふうに、現実的には感じました。以上です。

栗田：ありがとうございます。藤本先生、どうぞ。

藤本：今の救急の話なんです。連携型ですから、入院の治療はできませんので、他の7カ所の地域型にお願ひするんですけど、1つはBPSDが出たときに、緊急で連絡はしていただくように、かかりつけ医とそれから包括、ケアマネなどには頼んでいきます。緊急受診のBPSDの人は、ほぼ当日診ます。時間外であろうが、何であろうか。ということでも最初のフェーストコンタクトはして、ある程度の方向付けはする。

で、それでうまくいく場合もあります。それから必要があれば自宅へ往診して最初の関りをします。それでも難しい場合は、地域型に入院をお願ひすることになるんですけど、夜間

帯は少し難しいところもあって、2~3日の間は、夜間でも、少し乗を変更出したり、家族を支援したりして、そういう形で少しでもこの入院が減ればなと思います。

ただそういう関わりをしても、包括支援センターのその後の関わり方によっては、最初のロタクトはうまくいくんだけど、後のフォローが少し足りなくて、結局最終的には入院が必要ということもあるんで、入院に流れないような形でどう支援するかを、一緒に考えないかなと思います。

それからかかろうつけ医の先生は、診断のための紹介だけじゃなくて、やっぱり何かあれば取りあえずいったんうちへ紹介してもらって、そこからトリアージするという形になるので、連携型というのは例えば福島の小林先生もそうですけど、アクセスをすごくよくしなくて、夜間でも診るといいう形は、われわれの役割かなと思います。

栗田：ありがとうございます。時間がちよつと来てしまっただんで、そろそろあれなんですかと、さっきのそうですね。小川先生の、どこが主体になって、その地域の認知症の医療提供体制の問題を検討するんだってという問題。これは大問題であって、実は仕組み的には、認知症施策は今市町村事業になっていて、市町村の中に認知症施策を検討するための会議体というのは大体あるんですよね。関係者が集まって。

ところがここは医療提供についての検討があまりうまくできてない所が多いだろうと。一方認知症疾患医療センターは認知症疾患医療センター地域連携会議というのを開催しなければいけないので、ここは認知症疾患医療センターが主体になって、地域の認知症のための医療連携体制の構築について話し合う場にはなっているはずなのですが、小川先生おっしゃるように、それぞれの認知症疾患医療センターの考え方にすごく影響されるので、そういう話し合いがほとんどできない地域連携会議もあるだろうと推測されます。会議体があるにもかかわらず、一つは事業主体が全然違うという問題もあって、全体として認知症医療の提供体制の問題を検討できるような、確実な会議体は先生がおっしゃるようには確かにないんですよね。

さっきの地域包括支援センターが一番よく分かっているだろうという話になると、これ市町村になるので、市町村の認知症施策に関する協議会なり連絡会なりがそういう問題を本来議論すべきなんですけど、もし仮に議論されたとしても、それが認知症疾患医療センターや医療サイドに果たして届くかどうかは全くこれは分からない。縦割りの壁があって、その問題を、本当は今後は市町村なり、あるいは都道府県が、音頭取って考えていかなきゃいけない問題なんだろうなと思います。

それからさつき池田先生の保健所の問題もなるほどだと思いますけど、認知症初期集中支援チームって、実は精神障害の人を結構発見していて、支援しなければいけない場合も多いのですが、その時には通常保健所と連携することになってきますが、初期集中支援チームと精神障害の精神保健相談事業の間には大きな縦割りの壁があるので、恐らく僕も保健所はあまり初期集中支援チームのことは相手にしないだろうなという感じがします。でも精神科病院との間にはそのような行政的な壁はありませんので、その辺の所はもう非

常に柔軟で、すぐに受けてくれるんだらうなという感じがしますね。

だからその辺のところの、本当は調和を取らなければいけないんだけど、そうするとやっぱり自治体がそういうことに対して音頭取らないとできないということになるんで、この問題はやはり都道府県・市町村の連携の中で考えていかなきゃいけない問題なんだろうなというふうに思いました。

ありがとうございます。今回の調査でそこまで深掘りするところはちょっと難しいかと思うんですが、今後考えなきゃいけないところなんだろうなっていうのは思いました。ありがとうございます。

時間になりましたので、本当に皆さん貴重なご意見、本当にありがとうございます。この後、今日の意見を参考にしまして、調査票をこれからブラッシュアップして修正いたします。修正版につきましては、でき次第、皆さん検討委員の方に回しますんで、最後ご確認いただいて、また必要に応じてご意見いただければと思います。先ほどスケジュールで言いましたように、9月14日までに何とか調査票を確定したいと考えておりますので、よろしくお願いたします。最後に厚労省から、中西先生、何かございますでしょうか。

中西：ありがとうございます。非常に活発なご議論をいただきました。勉強になりました。入ってないですか。済みません。

済みません、厚生労働省です。本日非常に活発なご議論ありがとうございます。地理的課題であったり、多様なリソースとか他事業との兼ね合いと、現実的な兼ね合いといった横断的な課題に加えて、今後予想される変化への将来を見据えた戦略的な課題といった縦の時系列の課題であったり、あるいはちよつと厚労省としては耳痛い、どこが主体で検討するのかといった、そういう課題であったり、さまざまな課題を勉強させていただきましたので、今後またアンケートの分析を踏まえて、今後認知症疾患医療センターがこの目的に対してどういう方向性を取っていくべきなのかということを検討できればと思います。今後ともどうぞよろしくお願いたします。ありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。それではよろしいでしょうか。谷内さん、何かありますか。よろしいですか。

谷内：はい。特にございません。どうもありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。ではこれをもちまして、第1回の検討委員会を終了させていただきます。どうも皆さん、活発なご議論、ありがとうございます。

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第2回検討委員会議事録

日時：2022年12月19日（月） 18時30分～20時30分（オンライン）

栗田：それでは皆さん、第2回の検討委員会、始めさせていただきます。皆さん、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。まず、資料の確認をさせていただきますたいと思います。お手元の次第の下にリストが書いてありますので、一緒にご確認くださいねばと思います。

最初は、資料1ということで、本日の委員会の議事次第でございます。資料2がこの検討委員会の委員名簿。資料3が検討委員会の設置要項。資料4が認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業の概要ということで、この研究事業の概要をコンパクトにまとめてあります。資料5は、これが今日のメインですけれども、認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査結果でございます。資料6、資料7、資料8が、この調査に使った調査表でございます。

それから、参考資料が9つあるのですが、参考資料1が認知症疾患医療センター運営事業の概要。2が整備状況。3が認知症疾患医療センターと地域包括支援センター等の連携等についてという厚労省の通知ですが、この3本は全て厚労省のホームページから取ってきたものでございます。参考資料4が、認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱。参考資料5は、これは第1回の検討委員会で私が説明をさせてもらったものですが、認知症疾患医療センター運営事業のこれまでの経緯でございます。参考資料6が認知症疾患医療センター先進事例集ということで、これは私どもが以前の老健事業の中で作成したものです。参考として付けていただきました。参考資料7も、これも私どもが老健事業でこれまでに作ってきたものですが、「認知症疾患医療センターの事業評価に向けて」という都道府県・指定都市向けの手引き書でございます。参考資料8は、認知症疾患医療センターの診断後支援の事例集ということで、これは認知症介護研究・研修仙台センターで作成したものでございます。最後に、参考資料9ということで、認知症疾患医療センターに期待されている役割に関する分析結果です。これは、昨年度の老健事業で私どもが実施させていただいた調査結果でございますが、これは第1回の検討委員会でお示したものでございます。以上が資料の全部でございますが、もし足りないものがあれば、チャットで言っていただければ、事務局のほうからメールでお送りさせていただきます。

では、早速次第に従って始めたいと思います。初めに厚労省の挨拶ということで、中西先生一言ご挨拶頂ければと思います。

中西：すいません。厚労省、中西です。いつもお世話になります。今日は、今、栗田先生のほうからご説明いただいたように、前回の調査結果が出るということで、この調査結果を踏まえて、前回は引き続き、認知症疾患医療センターの今後の方向性を検討していただくこと

になるような、重要な検討の場と認識しております。ぜひ、夜遅い時間でお疲れのところとは思いますが、忌憚（きたん）のないご意見を頂ければと思いますので、どうぞよろしくお願ひ申し上げます。

栗田：ありがとうございます。では、早速本題に入りたいと思うのですが、最初に、資料を共有してからお話ししようと思います。これは前回の復習ですけれども、この事業の概要だけ簡単におさらいだけさせていただきます。

認知症施策推進大綱では2020年度末までに認知症疾患医療センターを全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標、KPIが設定されたわけですが、最も直近のデータで、2022年10月現在の全国の設置件数は499カ所。基幹型Ⅰが17、基幹型Ⅱが4、地域型が96であり、二次医療圏設置率は94.9%に達しております。これは、参考資料1と参考資料2に提示させていただきましたので、お時間のあるときにご確認いただければと思います。

本年度は、この認知症施策推進大綱の中間見直しの年でございます。今後の認知症疾患医療センターの「役割」、「整備方針」をどうすべきかについて、改めて検討しなおす必要があるということで、この事業では2つの目的を設定しています。1つは、「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業検討委員会」を設置しまして、今後の認知症疾患医療センターの整備方針・整備目的のあり方について検討し、政策提言を行うということ。そして2つ目が、都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、認知症専門医を対象に、「認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査」を行い、今後の整備方針を検討するための基礎資料を得るということです。

今日は第2回ということでございますので、調査結果を踏まえた今後の整備方針のあり方について論点を設定させていただきました。これは後でまた改めて説明させていただきます。これは、調査票の調査項目のリストでございます。これについても後ほど、結果ともにお話させていただきます。これは事業計画で、一応、計画どおりに進んでいるという状況でございます。これは参考でございます。これが以上でございますが、早速、調査結果の説明を、私の方からさせていただきますと思います。

では、整備方針に関する調査の結果でございますが、まず調査の概要でございます。調査の目的はここに書いてあるとおりでございまして、対象は、都道府県・指定都市66カ所、認知症疾患医療センター496カ所、日本認知症学会・日本老年精神医学会専門医2,976名となっております。悉皆調査でございます。調査方法は、郵送法で、自記式質問紙調査。調査期間は、9月28日から10月12日ということでございます。回収率は、都道府県・指定都市が86.4%。認知症疾患医療センターは44%。日本認知症学会・日本老年精神医学会専門医は約30%ということ。認知症疾患医療センターの回収率がちよつと低くて残念だったのですが、そういう結果でございます。

まず、基本情報ですが、都道府県・指定都市別では、都道府県が79%、指定都市が21%。

地域別では、おおむね日本全域にまんべんなく回答をいただいているかと思えます。それから、これは認知症疾患医療センターの類型別構成割合ですが、地域型が77%、連携型が18%、基幹型が4%ということです。医療機関種別では、一般病院が30%、精神科病院が48%。ただし、一般病院に大学病院を含めると40%超えますので、だいたい近い割合。診療所が約1割ということです。それから、日本認知症学会・日本老年精神医学会専門医は、認知症学会専門医が697名、日本老年精神医学会専門医は264名ございますが、両方の専門医という方もいらっしゃいますので、これは重複があるということになります。この専門医が認知症疾患医療センターに勤務しているかどうかについては、このうちの8割が勤務しているということです。

ここから、まずはこの三者に対して、共通の調査項目がございますので、これについて、1つ1つご報告したいと思います。まずは「あなたの認知症疾患医療センターの整備方針についてですが、これは「あなたの都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの整備方針はどうか」という質問で、都道府県・指定都市の回答では、54%が「定められている」、42%が「定められていない」、「その他」が3.5%。認知症疾患医療センターの方では、71%が「定められている」と回答し、専門医は、「わからない」が一番多いということでございます。都道府県・指定都市の「その他」の回答を見ても、二次医療圏に1カ所、高齢者人口6万人に1カ所を基本に、各圏域の状況や国の動向等を勘案しながら、センターの整備方針について検討している」という回答とか。あるいは、「国が定める整備方針に準拠して、独自で定めていない」という回答がございました。ということは、42%の都道府県・指定都市が「整備方針を定めていない」というふうに戻しているのですけれども、これは、「国が定める方針に準拠しており県独自で定めていない」という意味が含まれている場合も多いのかなというふうに考えてはおります。

それから、その「整備方針が定められている」と回答した方で、「該当する整備方針は」という質問ですが、これについては都道府県・指定都市では、二次医療圏に1カ所。あるいは、高齢者人口6万人に1カ所ということ、これは国が示している指針のとおりでございます。これがほとんどでございます。これは、認知症疾患医療センター、専門医もだいたい似たようなことになっております。「その他」ですけれども、「二次医療圏に1カ所以上。人口の多い二次医療圏では、おおむね65歳以上人口6万人に1カ所程度」という整備方針であるという記載もございました。

それから、現在の設置状況は、以下の条件を満足しているかという質問ですが、都道府県・指定都市では、77.2%、おおむね8割が二次医療圏に設置されているという条件は満足していることとございました。高齢者人口6万人に1カ所に設置されているというところも30%近くございました。一方、認知症疾患医療センターと専門医に対しては、望ましいと思われる整備方針を選んでもらったのですが、これも、「二次医療圏に1つ」が望ましいというものが、回答としては一番多かったということとございます。それから、都道府県・指定都市の回答で、「上記のいずれでもない」という回答もございまして、「二次医療圏11カ所のうち10カ

所設置されている」というような自由記載を頂いています。これは、確かに、「いずれでもない」という回答になるのかと思えます。

それから、このセンター未設置の二次医療圏の状況、取り扱いについてなのですが、まずは「あなたの都道府県・指定都市に認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏領域はありますか」という質問に対して、都道府県・指定都市は、14%が「ある」というふうに戻っております。これは、だいたい他の認知症疾患医療センターと専門医も、だいたい同じでございます。その未設置の二次医療圏領域がある理由については、最も多いのが、「認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関がない」という回答でございます。あとは、それぞれ限られてはおりますけれども、「担える医療機関はあるが指定できない」とか、「専門医を確保できない」。あるいは、「補助金が少ない」という回答も、それなりにございます。ちよつと特徴的なのは、専門医の回答で、「専門医を確保できない」という、そういう回答が専門医から数多く出ておまして。確かに、こういう側面も、あるかとは思いますが。

それから、未設置の二次医療圏領域に対して、それを補完する対策はあるかということで、都道府県・指定都市では、60%以上のごとで、「されている」というふうに戻されています。ここも特徴的なのは、「されている」という回答が、認知症疾患医療センターでは8割、専門医では15%に下がってしまっています。「されている」という回答をしたところの自由記述を見ると、例えば東京都では、「未設置の二次保健医療圏、特に島しょの保健医療圏については、認知症支援推進センターという特別の機関を設置して、地域特性に応じた認知症支援の知識等に関する研修を実施する他、認知症の診断及び治療に係る相談支援や認知症初期集中支援チームの活動を実施する等、認知症支援体制の構築を支援している」というふうに記載されています。

以上の結果をまとめますと、都道府県・指定都市の14%が「センター未設置の二次医療圏がある」と回答しており、その主たる理由は、「センターの機能を担える医療機関がないこと」と、「専門医が確保できないこと」であると。あと、「補助金が少ない」とか、「機能を担える医療機関はあるが指定できない」という理由も、少なからずあります。それから、「都道府県・指定都市によっては、センター未設置の二次医療圏に対して、特定の機関やセンターで支援する仕組みを作ったり、隣接する医療圏のセンターで支援したり、圏域内の認知症サポーター医やかかりつけ医が連携して対応するなどの対策」がとられているというふうなこととございます。

次に、二次医療圏内のセンターの複数設置についてでございますけれども、「同一の二次医療圏で認知症疾患医療センターが複数設置されている圏域はあるか」という質問に対して、都道府県・指定都市では、77%が「ある」と回答しております。その「ある」と回答した方に、複数設置している理由をお聞きしましたところ、一番多いのは、やはり「人口規模が大きい」ということとございます。あるいは、「高齢者人口が多いため」である。この2つの理由が、一番多いということとございます。

「その他」という回答もあつたので、これは、それぞれの地域ごとに、それぞれ独

自の理由、考え方によって複数設置しているということが書いてありますが。例えばですけど、三重県もそうですが、基幹型、地域型を1カ所ずつ設置して役割分担している。秋田県もそうですが、京都市もそうですね。そういうところが、徳島県もそうですね。そういうところが、割と多いように思われます。それから、「あなたの都道府県・指定都市において、県域の人口規模が大きいために、認知症疾患医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏域があるか」という質問に対しては、都道府県・指定都市では、1割ぐらいですね。12.3%が、そういうところが「ある」というふうにご回答しております。「その他」の回答については、「人口規模が大きい医療圏はあるが、センターを今後増やす予定は現在においてははない」とか、現在検討中であるとかですね。それから、東京都などの場合には、東京都認知症施策推進会議、外部委員の議論を踏まえて整備方針を定めているので、今のところ、判断できないというふうな回答になっております。それから、「面積が広大なために二次医療圏で複数設置する必要があると思われる」というところがあるか」ということなんですが、これは、非常に少なくなつて、都道府県・指定都市では、3.5%のところまで「ある」という回答でございます。」「その他」についても、今後検討する必要があるというふうな内容が主であるかと思えます。

まとめますと、「都道府県・指定都市の77%において、センターを複数設置している二次医療圏がある」と。その主たる理由は、「人口規模が大きいこと」と、「高齢者人口が多いこと」。「都道府県・指定都市の12%が、圏域の人口規模が大きいために、センターの設置数を増やす必要がある」と考えている」と。また、「4%が、圏域の面積が広大なために、センターの設置件数を増やす必要がある」と考えている」ということでございます。ただし、上記のいずれについても、認知症疾患医療センターや専門医の、実は、2〜3割が、センターの設置件数を増やす必要があるというふうにご回答しております。これは、何とも解釈が難しいのですが、ひよつとしたら、「行政と医療機関との間に意識の乖離があるのかもしれない」ということかと思われました。

ただし、上記のいずれについても現在検討中と回答している都道府県・指定都市が複数ございますので、なかなか、答えづらい質問なのであるというふうにご回答しております。

それから、「僻地等地における認知症の医療サービス提供体制についてですが、僻地等、人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大ななどのために、認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域はあるか」という質問に対しては、都道府県・指定都市の3割、認知症疾患医療センターの約半分が、「ある」と回答しております。「その他」の回答については、「今後人口減少が進み医療サービスの提供が難しい地域が出てくる可能性がある」ということで、「その他」というふうにご回答しいるところもあります。課題の概要です。たくさん書いていただいたのですが、内容は後程まとめさせていただきます。

ここまでのまとめですが、「都道府県・指定都市の28%が、僻地等、人口規模が小さい、交通の便が悪いために、認知症のための医療サービスの提供体制に課題があると思われる地域があると回答」していて、一方、認知症疾患医療センターの49%が「課題がある」と

いう回答。ちよつと課題があるということですね。「離島、山間部、小規模自治体では医療資源や医師が不足しがちであり、交通の便の悪さ、豪雪などの自然環境の問題のために、医療サービスへのアクセスが不良になりやすい」と。対策については、「都道府県・指定都市によっては、この問題を解決するために、特定の機関やセンターで、離島などの僻地支援を行う仕組みを作ったり、隣接する医療圏との連携体制を構築したり、地域内の診療所に対峙するなど、地域の実情に応じた多様な対策を試みている」という状況でございます。

今後の認知症疾患医療センターの整備方針についてですが、「あなたの都道府県・指定都市の認知症の医療状況全体を見渡してみても、今後、認知症疾患医療センターの数をさらに増やす必要があるか」という質問なんですが、これも、都道府県・指定都市は、回答しにくいだろうなというふうにご回答の思ったのですが、2割のところは、増やす必要が「ある」というふうにご回答しております。そして44%が「ない」、37%が「わからない」という回答でございます。これも、それぞれについて、理由を自由記述で書いていただいております。これは、全部理由を見ていただきたいんですが、後でまとめの話はしますが、「ある」と回答した方へは、認知症疾患医療センターをさらに何件追加して設置する必要があるか、現時点で想定することができるといふふうにお聞きしましたところ、8割以上が、Nは11ですが、「想定できる」ということでした。そしてその数値は、都道府県・指定都市の回答では1件というのが一番多いのですが、8件以上というふうな回答もございました。認知症疾患医療センターでは2件というのが一番多く、専門医は1件という意見が、一番多かったということでございます。

「想定できる」と回答した方へ、「可能であればセンターの類型ごとに大まかな数を記入してください」という質問しましたところ、都道府県・指定都市では、地域型、連携型が増やす必要があるという回答があり、認知症疾患医療センターでは、基幹型も含めて、すべての類型で増やす必要があるという回答があり、専門医は基幹型が一番多い回答でしたが、基幹型、地域型、連携型、それぞれ増やす必要があるという回答がございました。それで、「認知症疾患医療センターの今後の整備方針について、ご意見がありましたら自由記述してください」という質問に対しては、これも全部並べてお示ししましたが、後でカテゴリ分けするために色分けしておきました。要するに、どういふことかということ、自由記述の内容を要約してみますと、「センターの整備方針は、各都道府県・指定都市の特性、地域の実情に応じて定める必要がある」といった趣旨の回答がそれなりにあったということです。

それから、センターの診療を担う医師、専門医が不足しているの、その都道府県以外の専門的研修の体制整備が必要ではないかと。要するに、医師の人材育成ですね。これが必要じゃないかという回答です。それから、これは、濃い緑色ですけど、これは、医師以外のセンター職員でございますが、センター職員の人員不足、負担増があると。人的支援、財政支援の拡充が必要ではないかと。その次は、他都市の整備方針を共有できるような、そういう仕組みが欲しいと、そういうような意見もございました。それから、今後は診断後支援機能の強化が必要ではないかと。それから、基幹型の整備が必要ではないか。連携型が増やす

必要がある。こういった意見が、自由記述の中にそれなりの数を拾うことができました。

それから、「認知症医療提供体制の整備にあたって」ですが、今後重点的に取り組むべき課題は何かという質問で、これは、都道府県・指定都市だけの、実は、質問なのですけれども、30%以上の都道府県・指定都市が、必要だというふうに回答したところを赤字で示させていただきました。一番多いのが、若年性認知症の診断、継続医療、診断後支援。これは75.4%を占めました。その後は、認知症である当事者のピアサポート、交流会でありまして、地域包括支援センター等からの困難事例への対応でありまして、MCI の対応でありますとか、それが、独居認知症高齢者等の診断後支援でありますとか、BPSD 対応。こういったことが挙げられております。

それから、「認知症医療センターに期待されている機能のうち、貴センターに現在備わっている機能、現時点で圏域に不足していると思われる機能」ですね。両方回答していただいたものなのですが、この結果というのは、ある意味で、第1回検討委員会で、石井委員から、現在の認知症医療センターの機能の状態について、総括しておく必要があるのではないかとのご意見と関連しているのではないかと思うのですが、認知症医療センターの、これは、認知症医療センター側の主観的な評価ではありませんけれども、この緑色のところが、備わっているというふうにご回答した認知症医療センターの割合でございます。ちなみに、鑑別診断については約100%になってますが、これを中心に、緑のところは備わっているというふうにご回答していただいているところがございます。

それから、だいたい色のところは、センターじゃなくて、そのセンターが所属している圏域ですね。圏域で不足しているものは何かということでご回答していただいたものなんです。これについては、80%以上のセンターで、不足しているというふうにご回答したところは、赤字で書かせていただきました。これを見ますと、一番多いのが、認知症である当事者のピアサポートまたは交流会が一番多く、それから BPSD での救急対応でありますとか。それから、身体合併症の救急対応。そして、若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援。それから、行政と連携した困難事例に対する、アウトリーチの支援。これが足りないというふうに、認知症医療センターでは回答しているものがございます。

それから、ちなみに、これは山田委員から、前回検討委員会でご意見頂いたところなんです。専門医に対しても同じような質問ができないかということで、専門医のほうにも、まず専門医による圏域に認知症医療センターがあるかという質問をさせていただいた上で、そのセンターに、ここにある機能は備わっているか。それから、その圏域で不足している機能は何かという質問を同じ形式で回答していただいております。実は、ここには出さなかったのですが、量が多くなってしまふのでちょっと少なくさせてもらったんですが、一言で言うと、この緑色のグラフがだいたい7割から8割掛けぐらいで低くなります。それから、だいたい色のところが、こちらも1.5倍近く増えるという傾向が。全体的に、認知症医療センターの評価がちょっと低くて、圏域で不足しているという評価が高くなる傾向がございます。ただ、この山の感じは、ほぼ同じ感じが出てきております。

ここまでのまとめですが、都道府県・指定都市の認知症医療提供体制の整備にあたって、今後重点的に取り組むべきと思われる課題としては、「若年性認知症の診断、継続医療、診断後支援」「認知症である当事者のピアサポートや交流会」「地域包括支援センター等からの困難事例への対応」「軽度認知障害への対応」「独居認知症高齢者等の診断後支援」「認知症の行動・心理症状への対応」の順に多いということでございます。

認知症医療センターに期待されている役割のうち、圏域に不足している認知症医療センターが感じているのは、「認知症である当事者のピアサポートまたは交流会」「認知症の行動・心理症状に対する救急対応」「若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援」「行政と連携した困難事例に対するアウトリーチ支援」「身体合併症に対する救急対応」の順に多いということです。この2つ、まとめてみますと、共通点がたくさんございまして、キーワードだけで拾いますと、若年性認知症、ピアサポート、独居認知症高齢者、軽度認知障害、診断後支援、BPSD や身体合併症に対する救急対応ということかなというふうに分けられました。

ということで、一応、大急ぎでお話させていただきましたが、これが、今回の調査の概要でございます。全てのデータをお示ししているわけではないのですが、一応、自由記述はものすごい量になりますので、後で、すいません。事前にお送りすればよかったのですが、後で、全ての調査票の全ての結果を集計した結果をお送りさせていただきますと思います。それから、あともう1つだけ。山田委員の方から、前回、専門医と認知症医療センターの、先ほど、備わっている機能に関して、突合、地域別の突合ができるのではないかとのご意見がございましたが、理論的には可能なのですが、これは大変な作業でございます。ちょっと今回は省略させていただきます。

以上が今回の調査結果の説明でございます。1回、共有をさせていただきまします。こちらディスプレイの時間にしたいと思いますと思うのですが、ちょっと、論点をもう1回お示ししておきたいと思うのですが、一応、皆さんの次第に書いてありますように、4つの論点をお示しさせていただきます。調査結果より何が明らかになったのか。今後の国及び都道府県・指定都市の整備方針の考え方について。それから、認知症医療センターの運営事業が今後目指すべき方向性について。提言作成の方針について。この4点について議論したいと思うのですが、4番目は最後に議論させていただきたいと思っております。

まずは、調査についてご質問がありましたら、お受けしたいと思います。もちろん、質問などは後でも構いませんが、今、この時点で聞いておきたいということがございます。答えられる範囲でお答えしたいと思います。それから、一応、発言のルールでございますが、これはいつもと同じように、リアクションボタンで手を挙げていただいても構いませんし、あるいは、実際にビデオで顔を見せていただいて、手を挙げていただいても構いません。可能であれば、皆さん、ビデオで顔を見せていただきますと、議論しやすんじゃないかなと思います。よろしくお願いたします。まずは、質問、何かございましてらお受けしようと思いますが、何かご質問ございませんでしょうか。洲野先生、どうぞ。

栗田：よろしいですか。刈野です。どうも、お世話になります。今の栗田先生の説明の中に、専門医のこともあったかと思うんですが。認知症疾患医療センターで働いている人が、何か、3割ぐらいですか。実は私も、ずっと、認知症疾患医療センターのいろいろな統計とか取ってますけれども、認知症疾患医療センター、500近くあって、ほとんどが専門医というよりも、5年以上の認知症の経験を持つ人っていうのは7割ぐらいいたんですね。だから、考えれば専門医さんが3割っていうのは、そういうところかなっていうふうにも思いました。ただ、その3割の方々は、あんまり認知症疾患医療センターのことをご存じでないのかもしれないですね。だから、少し質問事項が、何かちよつと、都道府県とかセンターの人の人とは、ちよつと違ったようなところもあったんですね。

栗田：そうですね。

刈野：その辺、どういう解釈になるのかなと思って。

栗田：すいません。ちよつと待ってくださいね。もう1回、データを確認します。そうですね。先生がおっしゃるとおり、3割ですね。認知症疾患医療センターに勤務している専門医は3割ということで。勤務していないって回答した7割は、知らない方が、多分、大部分だろうも。少なくとも、勤務していないって回答した7割は、知らない方が、多分、大部分だろうなというふうにも思います。そのことが、先ほどの調査結果にも反映されているのだと思います。「わからない」という回答が、非常に多かったっていうのが特徴でございます。多分そうだろうなと、予想どおりの結果なのですが、一応、今後の認知症疾患医療センター、例えば、人材育成なんっていうことを考えたときに、この専門医が、それなりに、認知症疾患医療センターのことを知っておいていただくことはとても重要だろうなというふうにも思ってます。今回、学会の専門医全員に対して、調査をさせていただいたということもございまして。ありがとうございます。他に何か。

刈野：どうもありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。他に何かご質問、ございますでしょうか。石井先生、どうぞ。

石井：すいません、よろしいでしょうか。

栗田：どうぞ。お願いします。

石井：先ほどの刈野先生のご質問にもちよつと関連するんですけども、認知症疾患医療センターに勤務すると回答された専門医が、約3割ということだったんですけど。もしかしたら、この3割の先生方って、センター対象の質問票にも回答されたんじゃないかなというのを、ちよつと思ったんですね。

栗田：それは質問票のところで、センター宛ての質問票がきたときにはそちらに答えてくれていうふうには、専門医の調査表に書いてあります。こちらには回答しないっていうか、名前と基本情報だけ書いて返送してくれているように、一応、最初の見出しのところに。

石井：そうですね。それ、前回の会議で、それは話し合いましたね。

栗田：はい、話し合いました。

石井：すいません。私、それ、すっかり忘れて、両方に回答してます。

栗田：そうですね。そういう専門医も、何人がはいるだろうと。

石井：大変申し訳ないです。失礼しました。

栗田：富本先生、どうぞ。

富本：すいません。専門医の認知症学会ですけど、専門医制度委員長やりますので、だいたい内情はよく分かってるんですが。その、少なくとも専門医の試験の中には、認知症疾患医療センターに関する教育設問が入ってます。それから、臨床教育セミナーですね。あれでは、認知症疾患医療センターに関する講習もやっています。その、専門医は全然認知症疾患医療センターのことを知らないという現実はないと思うんですね。

ただ、一方では、意外に、専門医でクリニックベースの先生も、結構いらっしやっていますね。そうすると、ちよつとその、あまりこの認知症疾患医療センターに、クリニックで指定されてるところもありますけども、それはごく一部です。そうすると、その辺りは、その意識があまりそちらのほうにいてないということは、あるかもしれません。そんなところで、多少の乖離はあると思うんですが、全然知らないということは、合格しないはずなので、ということなんです。

栗田：先生のおっしゃるとおりだと思います。ただ、このことと、知ってる、知らないじゃなくて、専門医が不足していて、認知症疾患医療センターを指定したいにも関わらず、指定できないって回答している都道府県・指定都市が、それなりにあるってことが、大きな問題かなと思っっています。専門医が不足しているっていうのは、不足しているかどうかはともかくとして、確かに、地域偏在の問題とか、いろいろあるんじゃないかっていうふうにも思っています。学会としても、この認知症疾患医療センターのことを考えて、専門医を増やしていくとか、地域偏在なくしていくとか、そういうことが、今後必要なのかなという気がいたしました。ちよつと私の感想でございます。すいません。ありがとうございます。他に何か、ご質問、ございますでしょうか。石井先生、どうぞ。

石井：ありがとうございます。今回の都道府県とあと指定都市とから、回答いただいておりますけれども、都道府県と指定都市って、回答はどれぐらい一致しているとか、あるいは乖離があったっていうような、そういうところは見えていらっしやるんでしょうか。

栗田：今回、都道府県に対しては、指定都市を除く都道府県について回答してくれているふうにお願いたしました。指定都市に対しては、指定都市のことだけ回答して、県のことだけ回答しないでくれって、最初一応、説明はしてあるんですけど、ちゃんと読んでくれるかどうか、わかんないんですけど、一応、そういうことにはなっている。中には、一致、不一致の問題、あるかもしれないんですけど、おおむね、別々に独立して回答していただいているふうにも考えて、よろしいんじゃないかなというふうにも思っています。

石井：ありがとうございます。

栗田：他にはよろしいでしょうか。それでは、ここから、先ほどの論点に沿って、少し具体的なことをお話しさせていただきます。まず、今回の調査結果から何が明らかになったかっていうことで、これ、なかなか一言では言えないんですけども。ただ、これまで

いろんな委員会で議論してきましたように、1つは、地域によって実情が全く違うということが、再び明らかになったのではないかと考えています。特に、人口規模の大きいところと小さいところは、決定的に違うというようなこともなとに思っています。

それから、あと、これも地域の違い等も深く関係するんですけども、その地域にある認知症疾患医療センターが、一般病院であるか精神科病院であるか、はたまたま大学病院であるかによっても、全く機能が違う。あるいは診療所であるかによっても、機能が違うということも、全くと考えて、医療提供体制を考えていかないといいなところかと思っております。改めてわかってきたというようなところかと思っております。

それから、ここからは整備方針の考え方なんですけども、数を増やしたいと考えていることも、一定数あるということ。それからその、検討中であると。検討するにあたっては、いろいろと、評価委員会でのいろいろなところ検討しないとわかんないという声もあります。検討中であるということも、いろいろあるということもございまして。そういった多様性が非常にあるということが、わかったのではないかと。

それから、前回、石井先生がおっしゃっていた、一応、現段階では、認知症疾患医療センターの機能については充足したということ、ここで総括しておかなければいけないんじゃないかということ。足りない部分、たくさんあるのですが、少なくとも今回、回答していただいた認知症疾患医療センターについては、3つの事業内容について、おおむね全般的に、自己評価でありまして、機能できているというようなことであつたのかと思っております。ということで、それを踏まえて、今後の国、あるいは都道府県・指定都市の整備方針を、どういうふうにご考えていくかということ、提言に結びつけるように、ぜひ議論していただきたいと思うのですが。ただ、この問題は、今後、認知症疾患医療センター運営事業が何を指すのかと、どういう方向性に行くのかということも関係してくるかと思っております。そのあたりを、自由にご発言いただければというふうに思っております。

それから、最後のところの提言作成の方針についても、言ってしまおうかと思うんですが、一応、第1回の検討委員会と今回の検討委員会の議論を踏まえて、議事録を全部反訳して、皆さんに共有させていただきませんが、それに基づいて、一応、その提言の文案を作成させていただきまして、あとは、ちよつとメールでやりとりさせていただきまして、文章の調整などをしながら、最終案を作つて、第3回の検討委員会で決定というような方向で、進めさせていただければというふうに思っております。

ということで、私からの説明は以上でございますが、ここから、皆さん、自由にご発言いただければと思います。いかがでしょうか。では、最初に、ちよつと私から、またちよつとご指名させていただきたいと思うのですが。今回、この地域の特性についてに関しては、東京都と北海道と大阪の方、いらつしやいますので、それぞれの実情で構わないと思うのですが、今回の調査結果を踏まえて、補足していただけると助かります。まず、東京都の西川

課長、東京都は島しょ部があるという大きな特徴がございますので、その辺のところを踏まえて、認知症の医療提供体制について、お考えのことがあれば、あるいは整備方針について考えがあれば、少しご発言いただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

西川：東京都の認知症対策担当課長の西川です。この調査結果、非常に興味深く読ませていただきました。特に、疾患医療センターや専門医の方の回答についての、今後、われわれが整備方針等考える上で、非常に重要ななと思っております。ただ、状況が地域によって大きく違うので、できれば、東京都分の集計結果をいただければより参考になるかなというのを、ちよつと感じるところです。

栗田：なるほど、なるほど。

西川：その地域によって、その疾患医療センターと専門医の方も、だいぶ状況が違うから、回答内容も大きく違うのかなという気がしているのです。そこはちよつと感じたところで、東京都の場合、皆さん、ご存じだと思ふんですけど、区市町村ごとに1つセンターを設置するというのを整備方針にしています。二次保健医療圏ごとには、人材育成機能を強化した地域拠点型を設置していますけど、基本的には区市町村単位に1つなので。区市町村との連携についてのは、結構しやすい状況なのかなというのは、感じているところなんです。

ただ、今回のアンケートも回答しましたが、一部の村と島しょ地域は、まだ整備ができていなくて。そこは、なかなか、医療資源がなかったり担える医療機関がなくて。今回もアンケートに回答するに当たつて、島しょ部で一番大きな病院を持つ村にも改めてヒアリングしたんですけど、やっぱり、人の問題というのは、そのヒアリングの中でも出てきて、なかなか、疾患医療センターの指定というのは難しいというのが、変わらない状況ですね。

ただ、一応、東京都には基幹型というのはないんですけども、それに代わるようなものとして、認知症支援推進センターというのを、健康長寿医療センター、栗田先生の所轄するところをお願いしています。島しょ地域には、訪問して研修をしたり、診断や治療等に関する相談支援を行っていますので、その体制で何とかやっているといるということですね。なので、今後、センターの設置というのはなかなか難しいにしても、その辺の支援をどこまで強化してあげたいのかとか、そのあたりは、検討していく必要があるかなというふうには思っています。

栗田：ありがとうございます。東京都といえど、東京都の中で、やっぱり、地域性は非常に大きくて。23区と、それこそ多摩と島とは、全然違うというようなことがあるんですけども。それぞれの圏域の認知症医療の状況とかを、東京都としては、どうやって吸い上げる仕組みがあるのかどうか、ちよつとお聞きしたいと思つてんでんですけども。先ほど、島はヒアリングをしたというふうにおっしゃっていましたが。

西川：基本的には、認知症施策推進会議のほうに、栗田先生もご存じだと思ふんですけども、実績というのを報告させていただいています。また、年に数回、拠点型のセンターとか連携型含めて、相談員の方との連絡会というのをやっていますので。個別の課題というの

そのあたりで吸い上げている。区市町村との連絡会というのも、年に数回行っていますので、そういう機会を通じて、疾患医療センターとの連携についての問題点とか課題というのは、吸い上げていくというのが、基本的な考え方ですね。

栗田：ありがとうございます。私、東京都などでよく知ってるんであれなんですけど、東京都は、ほとんどの区市町村に認知症対策に関する会議体があって、さらに二次医療圏単位に認知症医療介護の連携協議会があって、そして都道府県の、都にもあるということなので、そういうところで、それぞれの圏域の、あれですね。医療の状況などを共有しながら、課題を都のほうに上げていくっていうようなことができれば、全ての地域の状況はわかってくるのかなというような気がいたしました。ありがとうございます。それでは、続きまして、北海道の中村委員。北海道の状況などを踏まえてコメント頂ければと思います。

中村：こんにちは。北海道中村でございます。よろしく申し上げます。

栗田：お願いします。

中村：北海道のことなんですけれども、今回の調査結果の中では、僻地とかというところ で該当になってくるかと思うんですけども。皆さんご存じのとおり、北海道、広い地域 でございます。北海道の中に、今、二次医療圏で 21 ございます。21 あるんですけど、ほとんどの圏域は、本州の県よりも大きい二次医療圏です。その中で、人口が非常に薄いとこ ろにありますので、当然、医療資源も非常に薄いところがあります。

そういうこともございまして、北海道 21 圏域の中で、整備できているのが 14 というこ とで、7 の医療圏域については整備ができていないという状況です。整備できていない医療圏 域につきましては、連携する圏域ということで、三次医療圏域を中心として、未整備の圏域 についてはサポートするよう形にはなっておりますが、いずれにしても、どうしても、 どうしても、北海道の場合、このまともの中でもありますけれども、どうしても医療資源の課題というの がありますし、当然、今、北海道も雪が降っていますので、当然、雪だとか交通の便という のも、当然ございます。そういった中で、なかなか、地域の医療資源を守ること、地域の医 療資源も守られるというのがあるのかもしれないし、その逆のほうで、頑張って医療資源 を守らなければならないというの、あるんだとは思っています。

そういった形で、北海道としては、一応、21 医療圏域は全てに疾患医療センターをつな げたということ、整備方針を立ててはいるんですけども、なかなか、実情として、ほ んとにそれができるのか、ほんとにそれを担うだけの医療機関があるのかというと、なか なか難しいという現状の中にある。そういった意味では、やはり地域の実情に応じた整備と いうことで、お願いはできないかということでは考えてございます。以上でございます。

栗田：ありがとうございます。北海道独特の広域の医療提供体制を、考えていかなきゃいけ ないという状況であるかと思えます。ありがとうございます。それでは続きまして、 大阪市の杉山委員、よろしく申し上げます。

杉山：いつもお世話になっております。大阪市の福祉局の地域包括ケア推進課の杉山と申し

ます。大阪市の状況ですけれども、先ほどの資料 5 の 1 の、現在の認知症疾患医療センタ ーの整備方針についてというところの、一番最後のページについて、記載が大阪府となっ ています。これが大阪市になっておりました。大阪市の場合、人口約 270 万人で 1 つの二 次医療圏となっておりまして、平成 21 年度当初、厚労省と協議させていただきまして、ま ず、地域型 3 カ所を設置しております。その後、平成 29 年度に、同エリアに連携型を 1 つ ずつ設置としまして、現在もそのまま、大阪市の 1 つの二次医療圏域の中に、地域型 3 つ と連携型 3 つ、計 6 つの疾患医療センターを設置しております。

また、幸いなことに、都市部でほとんどに小さな面積の中で、24 区に分けておられますので、 今後の認知症の受療動向でありますとか、各疾患医療センターの患者さまの待機状況など も踏まえながら、今後、検討していくこうとしていくところ、明確に、今後どうしていこう というような計画はありません。そういう状況です。以上です。

栗田：ありがとうございます。すいません。私、ちよっと見直しを、ちよっとしてなかつ たので。大阪府、大阪市の間違いがございました。ありがとうございます。前回の、第 1 回 の検討委員会で、小川委員から発言があったことなんですけれども。今後の圏域の、認知症の 医療提供体制を考えていく上で、例えばその、認知症高齢者がどのぐらいいるんだとか、ど のぐらい増えるんだとか、1 人暮らしの認知症の方、どのぐらいいるんだとか、現在のかか りつけ医体制でほとんどに大丈夫なのかと。そういう数値的なことの検討を、圏域でやるべき ではないかということ、小川委員から発言がありました。

しかし、そんなことはどこがやれるんだっていう、どこでそれがやれるんだっていう発言 がございます。これを、認知症疾患医療センターでやってくればいいのかということ もあったかと思うんですが、もちろん、認知症疾患医療センターだけではとてできないこ とだと思うんですが、自治体と連携して、そういった数値データに基づいて、今後の圏域の 体制整備どうするかっていう計画を立てるっていうことも、今後重要な課題なのかなとい うふうに思いました。

多分、大阪市なんかは、中西先生のお膝元だからやってみるんじゃないかって、ちよっと思 ったりしてませんか。何かまたご意見があれば、頂ければ、ありがとうございます。 いかげんかですか。その他のことで、皆さんから、また何か、自由にご発言いただければと 思うんですが、では、私のほうからちよっと、また指してしまっても何なんですか。今、 大阪市のご意見があったんですが、それぞれの圏域に基づいて話していることが、まず中 心になるかと思うんですけど、今日は池田委員、出席されてると思いますので。池田先生は 大阪府全体のことが、少しご存じじゃないかと思えます。今後の大阪府の、例えば、 認知症医療提供体制についてはどういうふうにご考えていくの、何かご意見頂 ければと思います。

池田：池田です。よろしくお願いたします。僕は、全体を把握してるわけでは、全然ない んですけども。東京都と同じように、大阪府も、やっぱり、その大阪府を中心とした都市 部とその周辺地域としては、全く現状が違うということはありません。例えば、私がいる大学

の周辺でも、少し山のほうに行くともうほとんどにその山間部に入っって、非常に資源も少ないところになります。ちよつと大阪市寄りに行くとも、もう大きな総合病院が幾つもあるという感じになるので。先ほども話題に出ましたけど、やっぱり、かなり地域に分けた解析というのが必要かなというのと。

それから、東京都の方もおっしゃってましたように、調査の結果を、その地域別に還元していただいたら、どんなニーズがあったらどういう目標が設定できるのかっていうのが、わかりやすくなるのかなという感じはします。それから、大阪府の場合は、もちろんその、大阪府は、当然、今お話があったように、きちつと独自に疾患センターのネットワークはあります。それから、堺市というところにも、またネットワークがあつて。大阪も全体に大阪府のネットワークがあるので。その辺は、大阪に限らず、多分、北海道の札幌と他の地域とか、福岡県と福岡市の関係とか、そういうところをどう連携させていくかっていうのも、大きな中核的な大都市を抱えてるところの地域では、大きなテーマになるのかなと。当然その中核的なところには、ものすごく人口も集中してますし、それから医療資源も集中してるはずなので、そのバランスをどうしていくのかなというの、とても大事なポイントになるのかなと思つています。以上です。

栗田：ありがとうございます。先生、おっしゃるとおりで。政令指定都市と県という関係だと思ふんですけど、基幹型は、なかなか、政令指定都市であれば、それに該当する病院、あると思ふんですけど。指定都市以外だと、都市部を外れると、なかなか基幹型ということも難しいのかなと。あと、それから前回の会議で、山田委員からお話ありましたけど、これから疾患修飾薬ですね。疾患修飾薬のことを考えると、単なる認知症疾患医療センターの類似だけじゃなくて、そういうことができる医療機関との連携体制なんかも、今後、考えていかなくはないということがあるんで。そういうことを踏まえた都市部と、それから農村部等々との連携体制なども、今後考えていかなきゃいけないんだろうなと。それをどこが考えるかっていうのが、非常に重要になってくるのかなと思つてました。ありがとうございます。

池田：ありがとうございます。

栗田：内海委員、いかがでしょうか。

内海：北海道の内海でございます。

今回のアンケート調査、都道府県・指定都市の回答と、確かに、センター専門医の回答があつて、同じ質問の中で、やはり都道府県ごとにどういうところに乖離があるのかとか、そういうの、非常に興味がございます。国全体での、その、センターはどうあるべきかという方針の立て方と、やはり、地域の実情に応じてやっていくべきだというご意見が、非常に多かつたわけですので。その地域の実情というところにおきましては、例えば北海道は、専門医の回答、センターの回答、そして道の回答。こちら辺が、どこに乖離があるのかということをお話していただければ、今度は北海道は北海道なり、そのセンターの整備状況を考えたかなきゃいけないというふうに、今回のアンケート調査、非常に意味のあることだなと思つてました。

例えば、センター、これからの整備方針を考えると、数を増やすのか増やさないのか、今、500という数値目標がほぼ達成できている。その増やさないか増やさない地域もあれば、もう充足しているという都道府県もあろうかなというふうに思つております。ですから、やはり、まず地域の実情に応じた方針が立てられるというのが、まず基本の基の字かなというふうに思いました。

また、都道府県と指定都市の回答の中で、今後増やしたほうがいい数、基幹型、類型別に書いていただきましたけれども、それがセンターと専門医との意見の、やはり乖離があるということ、やはり、その行政側が捉えている認知症医療の現状というのが、やはり、ちよつと現実には、ちよつとそぐわない結果なのかなというふうに考えております。例えば、基幹型っていうのは、今後増やすのは、都道府県、ゼロとなつていました。全国の。しかし、センターも専門医も、基幹型を増やしてほしいというの、3割前後、確かあつたと思ふんですけども。やはり、その政策提言、その地域の実情に応じてということを考えていく、基幹型のような、海道なら北海道はどうあるべきか、ということを考えると、活動を持って、人材育成から何か1つグローバルに施策提言できるような視点を持って、活動を持って、人材育成から何かやれるようなところが、やはり、都道府県に1カ所なければ、本来の地域の実情に応じたということができにくいのではないかとこのように感じました。以上です。

栗田：ありがとうございます。先ほど来出ている、あれですよね。都道府県別のデータが分析されてると、資料として役立つなというご意見も頂きました。ちよつと今、数、数えてみたんですけど、今回、56都道府県・指定都市から回答していただいておりますので。仮に、57か、この57都道府県・指定都市ごとのデータをまとめるとしたら、作業はともかくとして、するとしたら、各地域ごとに、認知症疾患医療センターが3から4件、それから専門医がほしい16人ぐらいですかね。それぐらいずつのサンプル数のデータをまとめると、やりたい16人ぐらいですかね。もちろん、これ、できないわけじゃなくて、やれる可能性はもちろんなるんですけど。確かに、そういうデータがあると、あれですよね。地域の実情に応じたということを考える上では、役立つ可能性があることですね。ありがとうございます。ちよつと検討してみたいというふうに思います。ありがとうございます。それでは、他にいかがでしょうかね。山田委員、いかがでしょうか。

山田：九段坂病院の山田です。いつもお世話になってます。ありがとうございます。今回のアンケートの結果ですね。私が要望しました、その地域で、認知症疾患医療センターにいない専門医の方が、認知症疾患医療センターをどう見ているのかっていうのを加えてくださいます、ありがとうございます。

そこで今、地域ごとのデータ、まだ出てませんが、全体的に見ると、認知症疾患医療センター以外の専門医から見ると、確かに、認知症疾患医療センターに備わっている機能を、ちゃんと認知症疾患医療センターが果たしているというの、7~8割に減つて、一方、不足している、その地域の認知症疾患医療センターでは不足しているというの、1.5倍に増えるというところを、栗田先生、まとめていただきたましまして、ありがとうございます。ちよつぱりそう

だと思っんです。多分これは、地域ごとにものごく差があって、もしかしたら、ある地域ではすぐ認知症疾患医療センターは、もう何て言うか、顔面どおり、ちゃんとその備えるべき機能を果たしてるところもあるかもしれないし、ある地域では、全く果たせてないみたい。かなり差があるんじゃないか。こういうふうには思います。

具体的に言えば、例えば、ある地域で、ある県で、2~3の認知症疾患医療センターがあるけれども、もうそこでやっていると、その地域の専門医の先生方から見れば、そこには期待しなり限定的になってしまっていて、認知症診療というのは、どういう認知症診療か、かでないみたい。そんな実態が起きている。認知症疾患医療センターにいらっしやる先生方から見れば、それは認知症疾患医療センターの指定を受けてますから、これは機能が備わってやっていると、それを得ないみたい。そういうふうな、何て言うんですしうかね。無理が生じてしまっんじゃないかなと思います。

私、栗田先生も委員でいらっしやいますけど、ちよっともう手に負えないようなご意見がいくつかあって、僕は今年のアンケート調査で驚いたのは、認知症疾患医療センター、もうほとんど機能不全に陥っているみたいなのがいっぱい来て、診療向上委員会が、診療報酬改定とかそういう部分をやりますけど、ちよっともう手に負えないようなご意見がいっぱい来てしまっ、ちよっつとびびりしたんです。そういう面を、今回の結果にも表れているのかなというふうに思います。ですから、今回、認知症疾患医療センターの整備方針を見直す、検討するっていうことは、非常に意義がある、タイムリーな検討会じゃないかなというふうに、改めて思いました。

ですから、単に、今、うまくいっていない場所があるから数を増やすっていう問題じゃないんだってことは、僕はもう明らかだと思います。これ、地域ごとについていうと、非常に、行政的にはめんどくさいことになるかもしれませんが、少なくとも、ある地域においては、認知症疾患医療センターが備えるべき機能としての、分散させて、設置基準を変えてしまっ整備しないと、認知症疾患医療センターが備えるべき機能を、ちゃんとそれがやってるっていうことを、達成できないんじゃないかなと思っんです。だから、数の問題じゃないと。何か、その機能のその備え方の、その地域でどういうふう配置するかっていう問題にまで、やっばり行き着かないと、すっきりはしないように思いました。以上です。

栗田：ありがとうございます。ちなみに、今、山田先生がおっしゃった、認知症疾患医療センターに備わっている機能のこのリストなんですけども、これは、昨年度の老健事業で、認知症疾患医療センターに期待されている役割調査っていうのをやっついて、全ての類型に強く期待されている役割のリストなんです。ほぼね。

ということで、1つはこれ、実は、今後認知症疾患医療センターの質をどうやっ確保するかっていうことで、機能評価しなきゃいけないことと、これ、自己評価をしてもらった結果なんですけど、外部評価をすると、そこに乖離が生じるっていうこと、今回の調査でよくわかりましたので。機能評価の仕方としては、自己評価と一緒に外部評価が、同じ項目で外部評価していくっていうことが、一つの方法論として、成り立つっていうか、重要な

だろうと、改めて、先生のご意見をおかげでさせていただきました。ありがとうございます。

その上で、あれですよね。地域全体でどういうような体制を考えていくかということ、これから考えていかなきゃいかんということかと。ありがとうございます。せつかくでするので、武田委員も何か、ご発言いただければ。

武田：ありがとうございます。長寿医療研究センターの武田でございます。まず、1つ考えたのは、私、アンケート答えていて、自分の長寿医療研究センター、愛知県の知多半島の根元にあるんですけども、自分のところに来ている患者さんの、どっから来てるかっていうのを調査すると、知多半島の先っぽからは、あんまり来られてないんですね。

割と少ないんです。なぜかなと思ってみると、やはり知多半島、割と一生懸命やってる病院があっ。そこが、割と勉強会とかも一生懸命やっておられるところがあるんですね。このアンケートでは、僕は知多半島にもう1カ所あったほうがいいんじゃないかっってことで、もう1カ所したほうがいいんじゃないかと思っただけなんですけども、ふと考えるのは、その病院は一生懸命やっ、診療も、研究会とかいろいろやっ、さらに疾患医療センターとして指定する意味があるんだらうか、ないんだらうかっ、ちよっともうそこが気にはなりませんでした。ですんで、疾患医療センターと指定したからといって、何かすごく良くなるわけでもないかもしれないし、っっていうところは、ちよっつとあっ。しっかりやってるところがあるんであれば、もうそれでいいのかもしれないっ。そういうところ、ちよっつと悩ましいところ。何を指すかっというところだと思っんですけども。

あと、先ほど、確かに市町村との連絡会議とかでニーズを調べたりとかするっというのは、あっなんですけども。あと、待機期間とかいうのがあったんですけども、待機期間っていうのは、おそらく、鑑別診断機能についてっというふうなことになるっと思っんですけども。それだけじゃなくて、そういう地域包括支援センターからの困難事例の対応っということとを考えると、例えば、市町村との連絡会議とか、それから地域包括支援センターとの連絡会議で、ほんとに疾患医療センターができてくるかどうか、そういう機能を果たしてることと、うかっということも、各地域ごとに調査をすることによって、ほんとに足りないかどうか、そういう機能に関して足りないかどうかっということとを、ニーズごとに把握してっいっくこととができるのかな、っというふうには思いました。以上です。

栗田：ありがとうございます。前回、小川委員が、地域のことを一番よく知ってるのは、地域包括支援センターだっって言ってましたので。そうすよね。地域包括支援センターの方の意見も、ちゃんと聞くっという、そういうふうな仕組み作りも必要かと思っます。ありがっうございます。せつかくなんです、今日来てる方、いろんな方からご意見頂ければと思っんです。田中先生、何かご意見ございませんでしようか。

田中：ご指名ありがとうございます。三重大学の田中です。今回の調査で、疾患医療センターに備わっっているかどうかに関っしての、いろいろな機能に関っしての評価をされたと思っんですけれども、疾患医療センターの設立の歴史としては、地域の要になって、BPSDとか、身体合併症を見れるような病院を広範に指定したっというところが成り立っっている、

そのあれを引きずっている関係上、それに関する基本的なことは、皆さんあつたかもしれないけど、その前に進めてないところがある現状だと考えますけれども。その時に、その、いかにゾフィステイクエータされたというか、ファイブな機能をバリエーションそろえるかということ、今後の課題であり、かつ、また疾患修飾薬をどう受け止めるかに関する課題もあるんだろうと思っております。

なので、今回そのテーマで、その数が足りてるかどうかというのは、ほんとに、ちょっとその、問いとして難しいところがあったんだろうと思うんですが、それはどういう意味での、疾患医療センターがなほあつたというので、問いは完結するんでしょうけど、あんなまりそれを否定せずに、ぼんやり疾患医療センターという名前の下で、足りてるか足りないかという議論をするところ、ちょっと、それはやむを得ないかもしれないんですけど、難しいところがあるんだろうと思います。

というところで、今回のその議論の流れとしては、そういうふうに、きめ細やかにファイブにされたその機能を、どのように疾患医療センターに、足らないと思うところには見つけていただくか。逆に言うと、困難事例がどうのこうのというのは、手間はかかるけれども、手間かかるから、時間かかるからやってくるんだと思うんですけど、何か、できないと否定されたセンターに関しては、どういう意味でできてないのかって、方法が足りないのかって、いろんなことをもうちょっと調査する必要があるんじゃないかとは、今後に関しては思いました。

ただ、栗田先生もたくさん仕事されてますけれども、いろいろな機能に関してどうあるべきかというような、老健事業がたくさん今まで組まれてますんで、それに関して、実は、報告書はたくさんあると思うんですけど、それが実地の現場で上手に活用されてるかどうか、ちょっと怪しいと、僕は個人的に思いましたので、そういうことも含めて、今後のセンターの、洗練化されたセンターのあり方に向けて、議論は進めていかれたらいいのじゃないかと思えました。以上です。

栗田：田中先生のご指摘のとおりだと思います。老健事業、さんざんやってきましたけど、一体何に反映されてるのか、よくわかんないっていうところも、たくさんあります。ありがたいと思っております。

田中：この老健事業の資料って、結構、駄目なものもあるかもしれないんですけど、結構情報が詰まっているものもあると思います。何かその、誰かが伝道師になって、きちつと、何か共有するような、場を設けるようなシステムが、今後、せつかくここでやつたんですから、いるような時代かなとも思ってますけど、どうなんですかね。

栗田：それは私から聞きたいぐらいなんですけど。

田中：厚労省に聞いたほうがいいんですね。

栗田：ありがたいです。田中先生がおっしゃいましたように、確かに、今後の認知症疾患医療センターのあり方とか方向性とかを、ぼんやりしたまま調査してらるっていう、そういう現実もあるんですけど。ほんとに、そこをもうちょっと繊細に詰める作業をしなきゃい

けないということもあって。それでも数年前に比べれば、だいぶ議論が深まってきたかなというふうには思っているんですけども。そのことも含めまして、今村先生、何かご意見頂ければと思うんですが、いかがでしょうか。今村先生、聞こえますか。今村先生、席外していただくかわからないですね。

B：恐れ入ります。日本医師会事務局です。ちょっと所要のため、今、席外してしまっております。申し訳ありません。

栗田：わかりました。じゃあ戻られましたら、お願いいたします。それでは高知大学の藤戸さん、何かご意見頂ければと思いますが、いかがでしょうか。

藤戸：すいません、お世話になっております。聞こえますでしょうか。

栗田：はい、聞こえることは聞こえるんですけど、ちょっとボリューム小さいので、少し大きい声でお話いただければ。

藤戸：すいません。これぐらいの声で大丈夫でしょうか。

栗田：大丈夫です。

藤戸：私、今日、数井の代理で出席させていただきました。地域の実情に合わせたというところでお話が、課題があるとあつたと思うんですけども。確かに、高知県で言うと、横から横まで面積が広いので、時間がたつても車でもかなり何時間もかかる地域柄です。あと、都市部ということ、ほとんどない、ほとんど農村部というか、山間部がかなり多くて。やっぱりこう、かなり東京都とか大阪と比べると、かなり実態が違ふと思います。むしろ認知症疾患センターにつながるだけでもまだ、恵まれたほうかなという感じで。実際、山間部なんかで困っている患者さんの受診に至るまでが、そもそも、ちよつとこう難しかったりっていうような実情があるかと思えますので。やっぱり地域ごとの検討っていうのは、すごく大事だとなっているのを、話聞いて感じてました。

栗田：ありがたいです。高知県も北海道とまではいかなですけど、かなり、あれですよ。交通の便の悪いところが。

藤戸：そうですね。やっぱり端のほうになると、もう3時間以上車でかかるような、もう車でしか来れなかつたりするような地域が多いので、受診につながることに自体に、ハードルがあるというような現状です。

栗田：そうですね。ありがたいです。高知県は高知大学が、数井先生のところは基幹型で、全体を見渡しながらなさっているっていうようなことで、おそらく、多分、今後、先ほど言いましたけど、数値目標なんか出しながら、地域ごとに考えていくっていうことができる県んじゃないかなというふうに思います。ありがたいです。

藤戸：ありがたいです。

栗田：あとは、新美先生、何かございますか。

新美：ありがたいです。私、ワーキングの委員という、ワーキングをさせていただいておるので、具体的な委員というわけではございませんけれども。今、皆さんの、先生方のお話を伺いまして、やはり地域ごとに応じたあり方が考えられるべきである。田中先生が

おっしゃったみたいに、元々の設置の段階で考えていた役割そのものも、医療の発展等々につきまじり、また専門医の方、疾患医療センター以外で増えているということも踏まえた、実情に応じた新たなあり方を考えなければいけないかな、っていうことは、もうおっしゃるとおりだなと思います。

私の意見でございませうけれども、こういった点で、じゃあ地域の、じゃあ実情は、誰がどのように把握して、それを誰が共有するかということの議論はどこにあるかということと、これが果たして、ほんとの地域のニーズと見るか。先ほど、地域包括のお話、ございましたけど、やはりニーズの調査ではこれは提供側の調査のことを考えますと、やはり、ニーズをどこかで正確に拾い上げて、関係者が共有できるようにしておかなければ、議論というのが上滑りするんではないかなということの危惧を、私、ちょっと意見として感じたので、ここでご意見として述べさせていただきます。

栗田：ありがとうございます。おっしゃるとおりです。これ、難しいです。例えば当事者のニーズっていうのを、きちんと把握するっていうの、やっぱり、何て言うんですしよ。基本原則だということに思うんですけど、その辺のとこっていうことはありますよ。

新美：はい、やはり、今後当事者が参画した認知症施策、あるいはその大綱を見直すところとが、やはり主流になってくると考えますと、各々の施策がそれを反映できてるかということと、やはり問われてくる可能性があるんじゃないかなというふうに、私も思っているところと、やはり、もし見直しを考える場合には、そういうものが反映できるよくなデータなり、水の吸い上げができるようなものも、ある程度していく必要があるのではないかなというふうに思っています。ありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。方法的な問題もあるんで、あれです。ステップ・バイ・ステップで進んでいくようなことを、考えていく必要があるかと思えます。ありがとうございます。もう少しだけ、ちよつと、せつかくなんで、一言ずつ意見頂ければ、古田委員、何かございませうか。ちよつと聞こえないかな。枝広委員、何かございませうか。今回の調査のデータの分析をしてもらってるんですけど、ちよつと聞こえないです。ちよつと聞こえないので、不在かもしれないですね。今村先生、いらっしゃいますか。まだでしょうか。今村先生、まだですか。

それでは、一応一通りはご発言いただいたんですけど、まだ少しだけ、ちよつと時間あるんですけども。今後の認知症疾患医療センター運営事業の方向性という観点から、何かご発言いただければと思うんですが、いかがでしょうか。これは、あれです。以前、田中委員がちよつと話ありましたけど、もう認知症疾患医療センター運営事業がスタートしてから、瀬野委員からも出た意見でございませうけど、平成元年です。30年以上もたっているということ。当初とはずいぶん違ってくる。目的が、目標、違ってくる。確かに、実施要項上、目的は変わってはきてるんですけど、今後の方向性という観点では、どういうことを考えるべきか。何かご発言いただければと思うんですが、いかがでしょうか。

内海：内海です。よろしいでしょうか。

栗田：どうぞ。

内海：ちよつと先ほどのテーマに戻って、思ったことなんでしょう。例えば、センターに指定されますと、やはり、ずーっと継続的に、指定を受けているというのが実情、北海道の場合は実情でございませう。その、先ほど山田先生からのご意見で、そのセンターの本来の機能さえやっていないんじゃないかなというふうな、厳しい外部の評価というものがございませう。そういうセンターもあると思うんですね。誰が、そのセンターの機能をきちんとやっていると、外部評価しているのは、とてもすごく大切で。以前、この栗田先生が老健事業で、全国の7つの地域だったでしようか。外部評価ということで、地域包括と、それから医療機関ということ、お宅のセンターに対してどうかという評価をやったと思うんですね。そういう、各自自治体が、その地域の実情で、一体何なのか。

ほんとにこここのセンターを継続して指定していいのかわからないことを考えていくにあたっては、私は、その各自自治体が、センターの圏域の、本来は当事者が入ればよろしいんでしょうけれども、そこら辺はなかなか難しいので、せめて地域包括なり、各医療機関なり、センターとどうやって連携してるのか、こういうところで困ってないか、みたいな。全国調査というよりも、各自自治体で責任を持ってセンターをやっていて、それから、やるべきではないかなというふうな、きちんと、やっぱり外部評価というものを、きちんとやったり。そして、その地域の実情、センターの評価、継続していくかどうか。そういうことをやっていくのは、やはり、各自自治体の、認知症を担う行政の役割ではないかなというふうに、ちよつと感じております。

栗田：ありがとうございます。これは非常に重要な発言だと思います。要するに、都道府県・指定都市のガバナンスに関わる問題で、質の確保っていうか、非常に重要なことだと思うんですが、ここで指すのもちよつとあれなんですけど、東京都の西川委員、何かご発言ございませうか。

西川：今のご意見、ほんとに重要なことだと、われわれも思っています。現状で言いますと、3年に1度、指定更新の時期がございませう。その際には、区市町村にヒアリングをしております。中には、ちよつと期待している機能を満たしてないと回答している自治体も、実はあります。その際には、指定更新にあたっては、必ず、そういったご意見をセンターのほうにもフィードバックして、問題となってる課題なども、具体的に話し合いなどしております。これまでもやっております。一部ありますけども、今のご意見で、例えば、他の医療機関にもご意見を聞くようなお話、ありましたけども、こういったことも、今後、地域の連携強化っていう意味では、そういったところも含めて、十分にヒアリングした上で、問題があれば、地域で解決できるようにしていくっていうのは、取り組んでいきたいなと思っております。ありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。他の自治体に聞くのもちよつとあれなんですけど、大阪市さんは、何かそれに関連すること、何か取り組み、ございませうか。

杉山：大阪市の杉山です。大阪市では、社会福祉審議会の下に、認知症施策部会という部会

を設置しております。本市の認知症施策の事業の進捗について、年 2 回やっておりますけれども、1 回目では有識者の方、大学教授の先生、医師会の先生から、認知症事業に携わっていただいている介護事業所の施設の方等も入っていただきました。疾患医療センターも含めて、そこで評価をしていただいております。

また、先ほど出ました、質の担保という方法で言いますと、これまで中西先生もいらした。やったということで、連携協議会の他に、疾患医療センターの医師の方だけでやっていた。だいたい連携会議でありますとか、昨年、要綱に追記された、センターの事業に携わる職員の研修ですね。相談員さんに向けた研修を、昨年、大阪で言いますと、大阪市で大阪府域の疾患医療センターの相談員さんを、全て声掛けさせていただきました。堺市の浅香山病院にお勤めの社会福祉士の方をお願いしまして、講師となっていた。相談員の役割についてご講義いただいて、府域の疾患医療センターの相談員の方でグループワークをしていただいて、日頃の困り事等を共有していただくというようなこともやっております。

話が少しそれたかもしれないんですけど、契約の話で言いますと、大阪市も、東京都さんと同じように、3 年に 1 度更新という形で契約はさせていただいております。これまでも 3 年に 1 度、そのまま医療機関さんを更新しているようなことにはなっていないんですけれども。直近で言いますと、1 つ、医療機関のほうで、連携型で、廃院になるっていうことで、急ぎよ、昨年公募しまして、連携型は 1 つ更新してらるんですけども。そういうことをやっております。

なかなかその、行政の中で病院さんに対して、医療提供についての評価を行うっていうのは、行政にドクターがいてるとやりやすいとは思いますが、連携型で、行政の事務方だけでは、認知症施策の先生のプロに対して、評価をするっていうのは、正直、少し難しいのではないかなと思います。いろいろしやべつてしまっています。以上です。

栗田：よくわかります。北海道の中村委員、淵野先生、どうぞ。

淵野：いいですか。北海道の更新のことよくわかんない、聞きたいんですけども。実は、センターの更新について、全国でも、もうセンター降りるというような医療機関もあるということを聞いたんですけども、その辺のことを知ってらっしゃる、いらっしやいますか？

栗田：これはちよつとわかりません。厚労省のほうから何かございますか。

中西：すいません、中西です。厚労省として、全体は把握してないんですけども、代わってるところはあります。それから、大阪に関しまして言えば、過去に府下で大学病院が 1 つ辞退しているのと、大阪市が昨年 1 つ、これは辞退というか、ちよつと事情があったてまっています。前、四国のほうから、そういう話が聞いたような気がします。すいません。曖昧な回答で申し訳ありません。

栗田：すいません。私、ちよつとそのこの聞いたのは、やっぱ、それだけ認知症疾患医療センター、要するに補助費も安いと。それから、いろんな機能を押し付けられると。新たな機能がどんどん出てくると。そんなことはやられてられないんという医療機関も、あると思

うんです。だから、今日、話、ずつと出てきたけれども、この認知症疾患医療センター、平成 20 年、確かに新しく、要するに、事業としてまた再始動しましたけれども、もう 15 年たちますので。その当時の、いわゆる役割と今は、もう全然違っているような気がします。

だから、その前の、いわゆる民営事業ではなくて、ここで、もしほんとにするんであれば、新しい役割を考えるべきだなという時期と。それと、もし考えるなら、先ほど来言っているように、都道府県で相当違うわけで、それだったら、もう国が指導していくというよりも、都道府県にお任せしたほうがいいんじゃないかなと。そのほうが、実情に合ったものができるんじゃないかなというふうには、ずつと聞いてたんです。

やはり、こういう事業は、本人、あるいは家族が何を期待するかという、そこにやっぱ焦点を持っていかないと、われわれ医者がどうのとか、行政がどうのじゃなくて、本人たちが一番期待する、何か、ものであってほしいというふうに、僕は思っている。ぜひその、もうお金もいらないところもあるかもしれないし、もう国という、国が最後のコントロールはすべきだとは思いますが、あとは都道府県で何とかしなさいよというふうなことでも、まあいいのかななんて、ちよつと荒っぽい言葉ですけど、すいません。

栗田：ありがとうございます。今の意見は第 1 回の検討委員会でも冒頭にお話しいただいたことで、それに対して大阪市としては、もう少しお金が欲しいというふうに言っていたのをよく覚えております。ありがとうございます。確かに、負担が非常に大きいことは間違いないです。財政的、人的ですね。支援がもつと必要だという意見は、結構多いことは間違いないですね。ありがとうございます。さつき、ちよつとあてかけたんですけど、北海道の中村委員。このようなことも含めまして、何かございますでしょうか。

中村：すいません。先ほど内海先生からおっしゃっていただいたとおりに、北海道のほうでも、センターの指定をしてございます。5 年の更新ということなんですけれども。基本的には、要件を満たしたものは、そのまま更新するというところで、質の評価といたしますが、そういうことについてのは、やはり、大阪市もおっしゃってたとおり、なかなか行政の立場として、疾患医療センターをなかなか評価するっていうのは、かなり難しい状況だと思います。そういう更新が必要というのであれば、ある程度そういうった、国の、厚労省さんのほうの考え方も、当然あるかと思えますけれども、それはやはり、そういうった枠組みといたしますが、やはり必要になってくるのかとは思いますが、ちよつと北海道としてそれに取り組むというのは、なかなか厳しい状況だと思います。

北海道としては、なるべく地域の方のために、地域のためにといいますか、当然当事者の方のための疾患医療センターというふうには思っていますので、そういう面から、地域で何とか頑張っていた方がいいな形をお願いをしているという立場でございますので、何とかお願いをしたいということでございます。以上です。

栗田：ありがとうございます。今後の方向性としては、数ということよりも、ちゃんとそれぞれの地域のニーズに合った質を確保していくことであらうということでは、おおむね、皆さん、コンセンサスは得られてるんじゃないかと思うんですけど、問題は、どうやっ

て質を確保するかという問題が残されているわけですが、実は、参考資料の7に、「認知症疾患医療センターの事業評価に向けて」という手引きを作ったのはあるんですけども。実は、このときに、認知症疾患医療センターの運営事業の実施要綱にも、質を確保するための、一応その3本柱ということで、都道府県の責務というところで、3つのことをやりますよと。1つは、認知症疾患医療連携協議会をちゃんと開いて、情報を共有しましょうと。それから2つ目は、事業評価をしましょうと。それから3つ目は、ちゃんと職員の研究をしましょうと。この3本柱は、最低限の質を確保するためのメカニズムの基本であろうということで、そういうのを出させていただけだと思っています。まずは、それをきちんとやることが、前提であろうかと思っています。

ただ、では、じゃあどうやってその、この3本柱を、例えば事業評価を質の確保へ、ほんとならなっていくのかとか。そういうところは、確かに課題として残されているわけですが、いまして、事業評価のやり方も、これでいいのかわからない、そういうところまで考えていかなきゃいけないという問題がございまして。これは、なかなか答えが出ない大問題なんですけれども。ただこれは、なかなか、全国一律の評価方法だけでは、地域の実用に応じた評価ってのはできないので、ある程度、それぞれの地域の中で、地域の実用に応じた評価方法、考えなきゃいけないのかなって。だいたいこれまでの基本では、そんなところで落ちているのかなと思います。

ただ、それにしても、枠組みがあったほうがいいんじゃないかと思うので、今回も、認知症疾患医療センターに期待されている役割の機能体制に関するリストを作らせていた、だいたいですけど、そういうのもで評価してみるか。あるいは外部評価もしてみるか。そういうようなことが、多分、今後求められてくるのかなというふうに考えているところなんです。他にいかがでしょうか。何かございますでしょうか。ご意見やご発言、ございましたらどうか。よろしいでしょうか。だいたい検討委員の皆さんには、一通りお話しただけだと思います。

それでは、ちょっと時間早いですけども、早めに終わっても構わないかと思っております。一応、今日の議事録も反訳いたしましたので、皆さんにご確認をとらせていただきます。そして第1回検討委員会、第2回検討委員会、それから調査結果踏まえて、私のほうで提言の文案を作らせていただきます。皆さんのほうに、なるべく早く、送らせていただきたいと思っています。

こちらから先は、しばらくメールのやりとりという形で、皆さんのご意見を拾い上げるといいう形にさせていただきます。最終的な文案を作るといいうふうなやり方で、やらせていただきますというふうに考えています。

淵野： 栗田先生。

栗田： どうぞ。

淵野： さいません。最後にまた1つだけ質問があるんですけども。ずっと前から思ってたことなんですけど、認知症の診断率っていう%ですけど。先生の報告書の中に、日本はだいた

いセンターだけでですけども、30%というのが出てたような気がするんですけども。多分、イギリスなんかでは60%とかいろいろ報告はあるんだけれども、どういうふうにして取ってるのかが、定かでないんですけど。あんまりこの、国際的にはこの診断率っていうのは、あまり意味がないんですか。それとも大事なことでないでしょうか。ちょっと教えていただければと思います。

栗田： これは、ヨーロッパ中心にして使われている重要な政策指標でありまして、石井先生が詳しいかわからないんですけど。確か、英国は、50%が目標だったんじゃないかな。目標値で。スコットランドが一番最初に50%に達して、英国は達してなかったような気がしたんですけれど。ちょっと、後で石井先生のコメント、頂ければと思うんですけども。それから、さっき言った30%という数値は、これは東京都板橋区高島平地区っていうところで、私どもが疫学調査をやりましたので。実際に訪問して、間違いなく認知症だっていう人たちを拾い上げて、その人が、かつて診断されていたかどうかというのを、1人1人調べたんです。ベースラインは1万人近いところから、調べているんですけど。その時に、認知症とされたことがあるっていう人が4割で、ちゃんと認知症疾患まで診断された人は3割だったという、そういう数値でございます。多分、日本ではこれしかないんじゃないかなっていうふうに思っております。これは論文で報告されています。

淵野： これについては、あまり、そのセンターの話とか、いっぱいありますし、割と日本という国は、その認知症、認知症だと、割と一生懸命やってるような国だとは思いますが。診断率っていうことに関してのみが、ちょっと何か、遅れてるといいうか、あんまり話題にもしないのは、なぜなのでしょう。

栗田： 方法的に、非常に難しいからなんです。お金がかかる。ただ、要介護認定を受ける人については、一応、方法論としてはあるんですが、要介護認定上認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上の人で、ほんとに医療機関で診断される人は何%かというデータは、実はうちの地域にもあるんですけども。私もある区で持っているんですけども。それも、だいたい3割から4割ぐらいというデータでございまして。これは地域の人ですね。施設だとのぐらいいか、よくわかんないんですけども。でも、これは、だいぶ前なので、今どうなってるかについては、ちょっとよくわかんないんですけど。ただ、難しいことは難しいです。

淵野： 難しい。そういうことから、あまり日本では、そのことにあんまり触れないといいたすか、しないんです。

栗田： そうですね。これ、石井先生、何か追加でご発言いただけると。

石井： ありがとうございます。診断率というか捕捉率に関しては、まさに栗田先生がおっしゃったとおり、少なくとも国際的な部分に関しては、おっしゃったとおりで、おっしゃったように、私も理解しております。

イギリスの達成状況ですけども、ちょっと私も、数字は完全に記憶頼りなんですけれども、50を超えたところも超えてないところもあって、ちょっとまちまちというふうな状況だったというふうには、理解しております。日本での捕捉率が、認知症の捕捉率がどれぐらい

なのかということに関しては、ちよつとなかなかあまりデータがなくて、地域で行われているコホートで診断と、あと、疫学調査による認知症の診断と、あと、もうそれまでに診断されたかどうかということと比較されたような研究が、栗田先生が実施された高島平のもの以外にも、小さいものが、確か私、あったように記憶しておりますけれども、ちよつとどこのものか、すいません。思い出せません。思い出せませんが、ただ、それは30ぐらいの数字だったというふうに記憶しております。

私、レセデータを見たこともあるんですけども、レセデータになってくると、もうレセ病名とかもあっても、ぐちゃぐちゃになってしまっただけがわからないうような状況です。あと、厚労省の患者調査というものもありますけれども、これも、主に主病名を見てるということもあって、ちよつと、どの程度、実際に認知症が把握されているのかについては、ちよつと、なかなか分かりにくい状況だったというふうに理解しております。

あともう1点は、介護保険で日常自立度Ⅱ以上が主に認知症に相当するんじゃないかというところで、認知症の、これまでの全国調査とか、そうしたもののから推計されている、認知症の方の人数と、あとは日常自立度Ⅱ以上の人数を比較したものであるのが、これ、確か厚労省から出ている資料としては、結構古い、10年ぐらい前のものがあって、その後厚労省から数字、出ていないような気がするんですが、ただ、その後の大綱を作るときの資料で、またちよつと形を変えて切り出しているというふうに、記憶しております。

ただ、それで見ると、かなり捕捉率といってしまうか、認知症の方と、あと、自立度Ⅱ以上の方の比率については、だいぶ上がってきていて、確か6割、7割ぐらいまでできていたんじゃないかというふうに、記憶しております。なので、そういう意味で、診断を受けていないけれども、周りの方から見ると、認知症があるだろうというところで、介護を受けてる方々のほうは増えてきているということ。そういう意味で、認知症の方のニーズを満たすような形で、介護のほうで対応はとられてる方々のほうは、国際的に見ても、決して悪い状況ではなくなりつつあるのではないかというのが、私の実感です。すいません。何か私がいい加減なことを言ってる間に、中西先生が手を挙げられているので、もう中西先生にお譲りしたいと思います。

栗田：じゃあ中西先生、よろしくお願ひします。全体のあれですね。含めてですね。

中西：すいません。ちよつと捕捉率の話は、ちよつと、全然あれで、患者調査で言うとはんとに少なくて、平成29年で70.4万人しかカウントされていないのが、現状かなと思います。ちよつとこれは今、たまたま見ただけですけども、すいません。別な話にいうよりいいでしょうか。

それから、今回の話題で、厚労省としては、KPIについては、特にその数を増やすということは必要だと全く考えてなくて、やはり、新たな時期が来ているんだらうというふうには認識しています。なので、ぜひ今日の議論を進展させていただければと思います。それから、田中先生のほうから、老健事業の活用についてご指摘があった。これは本当に大事なことで、そのとおりでと思います。今日の委員会にも、厚労省の先輩がたくさん並んでら

つしゃるので、むしろこういう活用をしたらいんじゃないやないっていうアイデアを頂けたら、すごくいいのかなと思いますので、すいません。ここで言う話でもないのかもすいません。すけれども、またご連絡頂けたらうれしく思います。

あと、すいません。認知症疾患医療センターに対してのニーズの問題なんですけれども、いろんなアンケート上出てきている、疾患医療センターにいきたいって言う問題と、他方で、先ほど淵野先生が、辞退するセンターのことをちよつと触れていたんですけども、金銭的な問題じゃあ、事実上運営していくにあたって、例えば、私、前職の自治体の立場で考えたら、本当にその期待ってあったりということ、例えば、私、前職の自治体の立場で考えたら、本当にその期待っていうものを目指すには何が問題なのかというところを、やっぱり考えていかなきやないのかかと。

例えば、処遇困難の症例を見なさいと言っても、やっぱり一定数限界があって、経営上の管理者との関係とか、いろんな視点があるのかなどと思いますので。理想と、その理想を目標せない障壁があるなら、それが何なのかという整理も、今後も、われわれも含めて考えていかなきやないのかということ、今日、改めて感じ取りました。ちよつと私のほうからも、まとまらなく何点かお話しさせていただきましたけれども、大変勉強になりました。どうもありがとうございます。捕捉率については、すいません。栗田先生、またご指導いただけたらと思います。よろしくお願ひします。

栗田：ありがとうございます。中西先生の最後のコメント、非常に示唆に富むようなお話であつたと思います。ありがとうございます。それでは、一応時間でございますので、これで終わりにしたいと思います。その他ということですが、何か最後にご発言しておきたいことがあればお受けしたいと思いますか、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。よろしいでしょうか。あと、事務局のほうから、何か事務連絡、ございますでしょうか。

事務局：大丈夫です。ありがとうございます。

栗田：大丈夫ですか。ありがとうございます。それでは、本日の委員会はこれで終了とさせていただきます。ありがとうございます。どうぞ皆さん、長い間、ご協力ありがとうございました。

令和4年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
第3回検討委員会議事録

日時：2023年3月9日（木）18時00分～20時00分（オンライン）

栗田：時間になりましたので、予定どおり委員会始めさせていただきますと思います。お忙しいところ、ご出席いただきまして、ありがとうございます。今日は今年度の最後の検討委員会ということで、この研究事業の最終的な成果物であります「今後の認知症疾患医療センターの整備方針に関する提言」について特に議論していただきたいと思っております。最初に資料の確認ですが、皆さまの資料1に次第がございますので、その下のほうに資料一式のリストがございますので、これを確認していただいても構いませんので、言っていただければ、いつでも構わないですし、声を出していただいても構いませんので、言っていただければ、不足分を送るといったことにさせていただきますと思います。よろしいでしょうか。では、早速、次第に従って進めさせていただきますと思いますが、最初に厚労省からご挨拶いただければ幸いです。

中西：皆さん、こんにちは。厚生労働省、中西です。いつもお世話になります。本事業もあとという間に3月を迎えてしましました。認知症施策推進大綱において認知症疾患医療センターにおいてもKPIが設定されています。二次医療圏への設置、目標数500箇所ということで、現在499の設置をおおむね数的には目標値に近づいている現状ではあります。しかし、今年度のこの委員会につきましては、今後この事業がどのような方向に向いていくのかということを検討していく非常に重要な研究事業と認識しております。今日は栗田先生のほうで様々な資料をご準備いただいていると同っておりますが、さらに忌憚（きたん）のないご意見を頂けましたらとさせていただきます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

栗田：中西先生、ありがとうございます。それでは、早速、私のほうで資料を共有させていただきます。まず認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究の概要について、これ復習でございますが、まずはそこからお話しさせていただきますと思います。

この資料は前回の第2回の検討委員会でお示しした資料と全く同じものですが、ざっと流させていただきます。この事業では今後の認知症疾患医療センターの整備方針・整備目標のあり方について検討して政策提言を行うこと、それと同時に、今後の整備方針に関する調査をさせていただきますこととなります。本日は第3回になりますので、政策提言の内容について議論することになります。あと少し細かいこともあるのですが、本日はこのことを中心にご意見を頂ければと思います。ただこの第3回の委員会が3月になってしまは、おおむねこのとおりに進んでいきますが、それから、実績報告書の集計分析は先ほど皆さんに資料送ったことで少し遅れています。それから、実績報告書の集計分析は先ほど皆さんに資料送ったのですが、ざりざりで全て終わったということになります。

本日の討議事項については、最初の論点1から始めたいと思いますが、全体として1か

ら3までは全て関係しておりますので、まず討議事項の1から3について、私のほうからまとめて説明させていただいて、その後、ディスカッションの時間を設けさせていただきますと思います。では、資料を共有いたします。

まず報告書の構成案を最初に説明させていただきます。これは皆さんの資料の5にありますが、これが目次ということで、大きく分けて2部に分かれております。第1部が認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査検討事業検討委員会で議論されたことを論点整理するという形でまとめさせていただきます、それに基づいて提言の文章を掲載する予定でございます。

2部が資料編でございます。令和3年度認知症疾患医療センターの実績報告書集計分析結果と、後程説明いたしますが、このたび認知症疾患医療センターの機能を簡便に確認していくためのチェックリスト作りしましたので、その解説を資料として掲載させていただきます。そして、最後にこの検討委員会の3回の議事録全てを反訳したものを掲載させていただきますことによりと思っております。これによって最終的にはこの議事録を見れば、どういった議論がされてこの提言に至ったかということが分かるようにしてあります。これが構成案でございます。

次に資料6の論点整理を説明させていただきますと思うのですが、ここでは提言に取れんするよう、これまでの2回の検討委員会の議論を私のほうで整理させていただきます。基本的には皆さんの意見が集約されるように整理されておりますので、これを私のほうで読み上げさせていただきます、ご確認いただければと思います。

では、最初から読み上げますが、まずは「はじめに」ということで、歴史的なことから書かせていただきます。「認知症疾患医療センター運営事業は、平成元年度に創設された老人性痴呆疾患医療センター運営事業がその始まりである。平成19年度にいったん国庫補助が廃止されたが、平成20年度に認知症疾患医療センター運営事業として新たに再開した。平成24年度に策定された認知症施策推進5カ年計画では、平成29年度末までに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が立てられ、平成27年度の認知症施策推進総合戦略においてもその目標は継承された。しかし、平成29年度末の時点ではその目標は達成されず、令和元年度に閣議決定された認知症施策推進大綱において、令和2年度末までに認知症疾患医療センターを全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するというKPIが新たに設定された。令和4年10月現在の全国の設置件数は499カ所、335

の二次医療圏のうち318の二次医療圏で設置が完了している。二次医療圏設置率は94.9%。本年度は認知症施策推進大綱の中間見直しの年であり、今後の認知症疾患医療センターの役割や整備方針について改めて検討し直す必要がある。この課題に対応するために、令和4年度老人保健健康増進等事業、認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業において、認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業検討委員会を設置し、今後の認知症疾患医療センターの整備方針および整備目的のあり方について検討した。

また同時に、都道府県・指定都市、認知症疾患医療センター、日本認知症学会・日本老年精

神医学会の専門医を対象に、認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査を行い、今後の整備方針を検討するための基礎資料を得た。以下に検討会議の論点整理を行い、今後の認知症疾患医療センターの整備方針について提言する」としておりす。

次が全体的な考え方を要約させていただいたものであります。「平成元年以降の30年以上に及び認知症疾患医療センター運営事業の歴史の中で、認知症疾患医療センターに求められる役割は大きく変化してきている。事業設立当初は、認知症である人が認知症の医学的診断を受けられるようにすること、認知症に関する地域の保健医療水準を高めることなどが目的であったが、今日では、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現という文脈の中で、認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制を構築することがその目的とされている。また、これまでの高齢者施策では、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年問題がクローズアップされてきたが、これからは85歳以上の認知症高齢者、特に独居の認知症高齢者が急増する2040年問題を視野に入れ、危機意識を持って体制整備のあり方を考える必要がある。認知症疾患医療センターに求められる役割の時代的变化の中で、平成22年には基幹型と地域型、平成26年には診療所型が創設され、平成29年には診療所型が連携型に改称され、診療所に限らず病院内に対しても連携型の認知症疾患医療センターを指定することができるようになった。各類型については、それぞれ期待される役割に応じた設置基準が定められているが、一方、今日では、同じ類型であっても果たしている機能は地域によって大きく異なることが明らかになってきている。例えば、その地域にある認知症疾患医療センターが一般病院であるか、精神科病院であるか、大学病院であるか、診療所であるかによって、認知症疾患医療センターが果たしている機能は異なる。基幹型は大学病院である場合が多く、高度の診断機能を有しているが、認知症支援のマネジメントのスキルが必ずしも高いとは言えない。認知症の行動・心理症状や複雑困難な課題があるために、かかりつけ医や一般病院では対応できない独自の認知症高齢者が増え、精神科病院への認知症患者の紹介が増えているという意見もある。連携型の診療所では入院はできないが、何かあった時にまずは連携型につなぎ、そこでトリアージし、地域包括支援センターと連携したり、往診したりしながら、なるべく入院によらない方法を検討することもできるとする意見もある。人口規模や人口密度、圏域の面積、交通の便などの地域特性によっても、認知症疾患医療センターに期待される役割は異なってくる。これからはそれぞれの地域の実情に応じて、それぞれの認知症疾患医療センターの特性、求められる役割などを考慮し、今後の整備方針を都道府県・指定都市単位で、あるいは二次医療圏単位で検討していく必要がある」としている。

ここまでは全体的な考え方ですが、ここから各論で、まずは認知症に対する医療の役割分担を地域ベースで考える必要性というテーマでまとめさせていただきました。「地域から見た認知症疾患医療センターというものは、認知症に対する医療の一部を担っているに過ぎない。認知症に対する医療は、そのステージによってさまざまな医療資源が必要となる。今後、アルツハイマー病疾患修飾薬等が導入された場合には、腰椎穿刺やPETなどが行える

医療機関も必要となる。認知症に対する医療を分担して、地域全体で認知症の医療の質を高めていくことが求められる。例えば、認知症疾患医療センターがかかりつけ医や認知症サポート医と勉強会を行うことよって、認知症サポート医が若年性認知症の企業啓発研修を担えるようになってきたとする地域もある。地域の中で認知症支援に関わるさまざまな事業や施設との関連の中で、認知症疾患医療センターに求められている役割を考え、広い視点に立って認知症に対する医療の役割分担を地域全体で再構築する必要がある」。

次が現在の認知症疾患医療センターが果たしている役割を総括する必要性について、「現在の認知症疾患医療センターによつて、認知症に対する医療のどのような部分が充足されたのか、どのような部分が不足しているのかについて総括も必要である。今後の整備方針を考えていく上で、少なくとも何ができていたのかというコンセンサスをつくっておくことも重要である。それぞれの地域における認知症に対する医療提供体制の現状をどこが主体となって把握するのかという問題もある。認知症疾患医療センターが地域の認知症医療提供体制の全体を把握しているとは限らない。地域包括支援センターやケアマネジャーのほうで認知症の方の現状をよく把握しているということもある。今日では、市区町村単位で認知症支援に関わる関係者が一堂に会して、地域の認知症施策や認知症支援の現状を共有する会議体を持つ自治体も増えてきている。そのような場で地域の認知症のための医療提供体制や支援体制のあり方を検討していくことも可能である。認知症疾患医療センター地域連携会議などで、二次医療圏単位で何ができてきているのか、何が足りないかを明らかにしていくことも重要である。それによつて、二次医療圏単位でのこれからの整備方針を検討していくことが可能になる。

ここからが未設置の問題についてです。まずは認知症疾患医療センターが設置されていない二次医療圏についてということで、「整備方針に関する調査によれば、回答が得られた都道府県・指定都市の14%において、認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏があると回答されていた。その理由としては、認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関がないが75%を占め、認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関があっても指定できない、専門医を確保できない、国の補助金が少ないがこれに次ぎ、それぞれ25%であった。一方、都道府県・指定都市によつては、認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏に対して、特定の機関がその地域を支援する仕組みをつくったり、隣接する医療圏の認知症疾患医療センターが支援したり、圏域内の認知症サポート医やかかりつけ医が連携して対応するなどの対策を試みているところもある。認知症疾患医療センターが設置されていない二次医療圏については、今どのようなことが課題になっているかを把握し、地域の実情に応じた課題解決の方策を都道府県・指定都市において講じていく必要がある」としています。

次に、僻地の認知医療・ケア提供体制について、「さらに、整備方針に関する調査では、回答のあった都道府県・指定都市のうちの28%において、僻地等、人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大などのために認知症のための医療サービス提供体制に課題がある地域があると回答されていた。離島、山間部、小規模自治体では、医療資源や医師が不足し

がらであり、交通の便の悪さ、豪雪などの自然環境の問題などのために医療サービスへのアクセスが不良になりやすい。都道府県・指定都市によっては、この問題を解決するために、特定の機関や認知症疾患医療センターで離島などの僻地支援を行う仕組みをつくったり、隣接医療圏との連携体制を構築したり、地域内の診療所に対応するなど、地域の実情に応じた多様な対策が試みられている。例えば、北海道には二次医療圏が21あるが、そのうち7つの二次医療圏には認知症疾患医療センターが設置されていない。北海道は広域分散型の地域特性を有しており、都市部を除く多くの二次医療圏は人口規模が小さく、かつ面積が広大であるため、人口密度は希薄である。地域の医療資源に限られていることから、全ての二次医療圏の中で完結することは難しく、未設置の二次医療圏については三次医療圏で支援する体制を取っている。東京都の場合は、二次医療圏単位で地域拠点型、市区町村単位に地域連携型の認知症疾患医療センターを設置するという東京都独自の考え方で整備を進めている。しかし、それでも島嶼部など、認知症疾患医療センターを設置することができない二次医療圏がある。これに対しては、東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センターという機関を設置して、島嶼地域の認知症支援体制づくりをサポートする体制を取っている。しかし、そのような支援体制づくりをしても問題が解決したわけではなく、人の確保が難しいという問題は続いている。現在行っている支援体制を今後さらにもどの程度強化していく必要があるかといったことが検討課題として残されている。都道府県内には人口が集中して医療資源が豊富な大都市と、人口が希薄で医療資源が不足している周辺地域がある。そこがどのようにして連携していくかということも今後の課題となるであろう」としてあります。

次、人口規模大きな大都市の問題ですが、「整備方針に関する調査では、回答のあった都道府県・指定都市のうち77%において、同一の二次医療圏に認知症疾患医療センターを複数設置している二次医療圏があると回答されていた。その理由としては、人口規模が大きいため、また高齢者人口が多いためが大半を占め、面積が広大なため、複数の市町村があるためがそれに次いだ。また、同調査では、回答のあった都道府県・指定都市のうちの12%、認知症疾患医療センターの22%、専門医の26%において、人口規模が大きいために認知症疾患医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏があると回答されていた。人口規模の大きい大都市の中には、認知症疾患医療センターを複数設置し、それぞれの認知症疾患医療センターが地域の認知症施策全般の事業に関わる中核的センターとして機能しているところもあるとのことであるが、期待されている役割が多岐にわたるため、負担は大きいという。自治体としては、もう少し認知症疾患医療センターの数を増やす必要があると考えているが、補助金が限られているので、新たな指定が難しいという問題もあるという意見もあった」としてあります。

ここから都道府県・指定都市が地域の実情を把握するための仕組みをつくる必要があるということについて、「今後の整備方針を考えるに当たっては、都道府県・指定都市がそれぞれの地域の実情を把握するということが基本となる。それに当たっては、グローバルに政

策提言できるような視点を持って活動することができ、かつ人材育成なども担える基幹型のような機関を都道府県に1カ所設置する必要があるのではないかという意見もある。都道府県の全体会議として開催される都道府県認知症疾患医療連携協議会が、認知症疾患医療センター地域連携会議などを通して、地域の課題を吸い上げる仕組みをつくるという考え方もある。今日では多くの市区町村に認知症施策に関する会議体があり、そこで関係者が一堂に会して認知症施策の状況を共有することができるので、そのような会議体の情報を収集して都道府県が課題を吸い上げていくという方法もあるかもしれない。市区町村単位の会議体では、例えば困難事例への対応に直面している地域包括支援センターの意見を吸い上げる仕組みも必要である。サービス提供者側だけではなく、サービスを利用する当事者の意見も吸い上げる仕組みを検討する必要がある。なお、地域の認知症医療提供体制の機能状況に関する評価については、例えば認知症疾患医療センターに勤務する専門職と、認知症疾患医療センターに勤務していない専門職との間で乖離(かいり)が生じる場合があることが、本研究事業の調査においても明らかにされている」としてありますが、この文については具体的にどのような乖離があるかについて注釈を付けていただきました。ちょっと注釈には、今回の調査研究事業で、認知症疾患医療センターを対象とする調査と、日本認知症学会・日本老年精神医学会の専門医を対象とする調査では、認知症疾患医療センターに備わっている機能・圏域に不足している機能について、結果に乖離が見られており、簡単に言うと、認知症疾患医療センターに勤務している専門職よりも、大半が認知症疾患医療センターに勤務していない専門医の方が、現在の認知症疾患医療センターの機能がより不十分であると認識しており、かつ圏域の医療提供体制に不足している機能はより多いと認識していることが明らかにされています。後程データもお示しいたします。そういうことで、「従って認知症医療提供体制の全体像と課題の把握には多様な視点からの評価が必要であり、その結果を市区町村レベル、二次医療圏レベル、都道府県・指定都市レベルで共有できる仕組みづくりが必要である」としてあります。

9番目に認知症疾患医療センター運営事業の質の確保について、今後の大きなテーマであるうと思われまのでまとめさせていただきます。「認知症疾患医療センター運営事業では、単に認知症疾患医療センターを設置するだけではなく、事業の質の確保をするという観点強化する必要がある。事業の質の確保に当たっては、認知症疾患医療センターに備わっている機能とともに、圏域に不足している機能を把握することが重要である」として、注2に先ほど述べましたツールのことを記載させていただきました。「その際には、認知症疾患医療センターからだけでなく、認知症疾患医療センター以外の他の関係機関からの情報収集も必要である。それらの結果を踏まえて、地域の実情に応じた整備方針や職員研修のあり方などを検討することが必要である。機能していない認知症疾患医療センターについては、指定を更新しないという視点も必要である。3年ごとに認知症疾患医療センターの指定更新を行い、その際に市区町村へのヒアリングを行い、あまり機能していないという意見がある場合には、当該認知症疾患医療センターにそれをフィードバックして、問題点を具体的に話

し合うようにしている都道府県もある。一方、行政の立場で医療機関を評価するのは難しいと自治体もある。行政の立場で認知症疾患医療センターを評価するためには、国のほうでその枠組みを示す必要があるとする意見もある。これまでの老人保健健康増進等事業で、認知症医療の機能向上や質の確保に向けて数多くの資料が作成されてきたが、それらが十分に活用されていないという指摘もある。これらを活用していく仕組みづくりも必要であろう」ということで、ここまですべてが論点なのですが、これを踏まえて提言の文章を作成していきます。提言に入る前に、今回の事業で作成しました認知症疾患医療センターの機能を確認するためのチェックリストを紹介させていただきます。

資料 8 に、チェックリストの目的、作成のプロセス、チェックリストを用いた実態調査の結果をお示しいたしまして、さらに、結果の解釈の仕方、活用方法について説明してあります。簡単にチェックリストだけお見せしますが、今回の調査で使ったものをそのまま活用して、少し成形しまして、このような感じのチェックリストになっています。認知症疾患医療センター用と外部機関用と 2 種類を作っておりますが、項目は全て同じです。認知症疾患医療センター用では、「下記に示す認知症の医療に関する機能のうち、あなたが勤務する認知症疾患医療センターに備わっている機能と圏域に不足していると思われる機能を選択して、右の該当する欄に丸を付けてください」と教示しております。これらの機能は認知症疾患医療センターの機能を中心に考えておりますので、認知症疾患医療センターの 3 つの事業内容に沿ってカテゴリー化してあります。それから、これを用いて認知症疾患医療センター以外の外部機関にも同じように、近隣の認知症疾患医療センターに備わっている機能と、圏域で不足している機能に丸を付けてもらうようになっています。

これを用いて今回全国調査でやらせていただきましたので結果を紹介いたしますと、まず認知症疾患医療センターを対象とする調査結果ですとこのようになります。色分けしてあるのは、認知症疾患医療センターが自分自身のセンターに備わっていると回答した割合が 60%未満は緑色にし、圏域に不足していると思うと回答した割合が 30%以上の機能を橙色に色付けしてあります。そして、両者が重なる部分は青くしておりますが、青い所は自分のセンターにも備わっていないし、圏域にも不足していると思われている割合が高いところであることを示しています。そうすると、この場合には 4 つの機能が自分の所にも不足しているし、圏域にも不足しているということになります。それは、「BPSD の救急対応」と「身体合併症に対する救急対応」、そして「認知症の当事者であるピアサポーターまたは交流会」、いわゆる困難事例に対するアウトリーチ」ということになります。橙色の所はセンターにはあるけれども、圏域には不足していると感じている機能であり、緑色の所はセンターには十分ないけれども、圏域にはまあまああると認識されているものかと思われまます。これは認知症疾患医療センターが自分自身で評価した結果ということになりますが、一方、学会の専門医に同じ調査をすると、このような認知症疾患医療センターに備わっていない、圏域に不足している、とされる機能がこんなふうに加えてしまっているのがわかります。青い部分を

見てみると、「BPSD の救急対応」とともに、身体合併症については外来、入院、救急のすべてが不足している、あるいは十分ではないと判断しているようです。それから、やはりピアサポーターと困難事例の対応に関しては、認知症疾患医療センターと同じような認識で、センターにも十分ないし、圏域にも十分ないと考えているということがわかります。専門医の認識では、特に認知症疾患医療センターに十分備わっていないものが多く出てくるのですが、そこには「独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討」とか、「若年性認知症のための福祉サービスの利用支援」、「若年性認知症に対する継続医療」、「MCI に対する定期的フォローアップ」などがあります。それから地域連携拠点機能については、これセンターにおいてとても重要な機能かと思いますが、「初期集中支援チームの後方支援」、「かかりつけ医の研修」、「サポーター医の研修」、「地域包括支援センター職員の研修」、「介護保険サービス事業所職員の研修」、「多職種連携を目的とした研修」、「地域住民の講演会の開催または参画」、「市町村の認知症施策の助言または参画」など、いずれも厳しい評価をされていることが分かります。

ただ、これは全国の平均でありますので、これはこの後の提言にも関係しますが、この 31 項目の機能すべてが十分備わっている認知症疾患医療センターは日本全国を見渡してみても、まずないだろうと考えたほうがよいかかと思えます。それらを平均してみると、このような結果になったということですので、一概に全国の認知症疾患医療センターにこれが足りないという意味ではありません。ということで、このチェックリストの使い方としては、実際には圏域単位で使ってもらうことが大事で、都道府県・指定都市、あるいは二次医療圏単位で使ってもらうのがよいかかと考えております。例えば、これはただチェックするだけで、認知症疾患医療センター 1カ所でも構わないということですね。認知症疾患医療センター 1カ所に備わっている機能と、その圏域に不足している機能をチェックしてくれば、その圏域でこれから何をつくっていくかなければならないか、考えていかなければならないかということが一目瞭然になります。簡単に使えるチェックリストであるかと考えております。さらに、これ 31 項目に絞ったプロセスが記載しておきました。もともとは 53 項目の候補リストから絞って、あまり負担にならないように 31 項目にしてありますので、自治体によって候補項目増やしてもらってもかまいません。

最後に、以上の議論を踏まえて、提言を少し短めにまとめました。ちょっと読ませていただきます。「認知症疾患医療センターの今後の整備方針に関する提言」ということで、「今日の認知症疾患医療センター運営事業は、地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現という文脈の中で、認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制を構築することを共通の目的としている。この目的を達成するために、地域の実情に応じて、医療・介護関係機関との連携や役割分担などを踏まえて、都道府県・指定都市や二次医療圏において認知症疾患医療センターに求められる役割を明確にし、整備方針を定めていく必要がある」、これはまさに地域包括ケアシステムの趣旨に通じるものかと思えます。「そのためには、都道府県・指定都市は、現在の認知症疾患医療センター

患修飾葉が出てきた時に、じゃあそれを誰が認知症疾患医療センターの中で対応ができるのか。これは医者の問題だけではないので、そのあたりもやっぱり少し考えていく必要があるかなと思っただけです。以上です。

栗田：ありがとうございます。後半について、確かに今回あんまり人材育成、職員研修のことは出てこなかったのですが、先生もよくご存じのように、これまでの老健事業の委員会の中で認知症疾患医療センターの質の確保といえ、この3本柱であるという中で実施要綱にも載せてきた経緯があったので、事業の質の確保という観点からいうと、この3つを触れないわけにはいかないかなというところで書かせていただいた次第です。確かにこの2回の検討委員会ではあんまりディスカッションされてなかったので、ちよつと唐突感がありますね。論点整理というか、おっしゃるとおりで、論点整理にも出てないですね。了解しました。でも、今回の第3回の委員会の討議内容をまた論点整理に反映させていただければと思いますので、ありがとうございます。それから、あとDMTに関してもなんですが、実は認知症学会で実施した今回のDMTのデータについては、これを公開するかどうかっていうことが今ちよつと問題になっていて、簡単に引用できない状況になっているんですね。その辺のところは今日ワーキンググループとして来てくれたるので、新美先生、ちよつとだけ現状をお話だけさせていただきます。

新美：ありがとうございます。ワーキングの新美でございます。このたび、認知症学会の社対応委員会のほうは疾患医療センターに関して、今現在お示しいただいたような疾患修飾葉を行うに当たったの準備等について、アンケート調査という形でさせていただいておられます。全部の認知症疾患医療センターのほうから回答が得られているわけではございませんので、今現在、得られた回答などをまとめて、まずは学会誌等でサイエンティフィックというか、学会の問題として学会誌のほうにこの結果というものを皆さまに知っていただくために載せていく方向で考えてはどうかということで、レターをまとめたつもりというところで実行しているところでございます。

栗田：ありがとうございます。これは学会のほうの岩坪理事もいろいろと頭を悩めているところではあるのですが、社会的なインパクトが非常に大きい調査結果なので、出し方については学会のほうの理事会も通して、その方法を定めてから出させていたかどうかと考えております。ただ、この老健事業の報告には間に合わないかと思えますので、ちよつと引用は難しいと思うのですが、先ほどの山田先生のような観点は十分考える必要があるかなと思っております。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。何かご意見ございますか。 栗野先生、どうぞ。

栗野：どうもすいません。栗野です。こんばんは。確かに皆さん方が言うことはよく理解できるんですが、今回、認知症疾患センターの整備方針に関する調査研究で、やはり多くのセンターのいろいろな機能の違いについても分かってくるわけなので、非常に多くの違いがある中で、新しい修飾葉の話をしてちよつと混乱するような気がします。今回はさまざまな地域型、基幹型、連携型の機能の違いをより明らかにして、やはり秀でて、センターでも

得意とする機能っていうのがあると思うんです。そういうものをきちんと表に出すことによつて、いわゆる国民が分りやすそうというところにあることができるようになつていうふうに、センターの役割を変えていったらどうかというふうに思っています。

栗田：ありがとうございます。重要なお意見だと思います。いかがでしょうか。私のほうからちよつと問いかけての形で皆さんにご意見をお聞きしたいと思っておりますが、実は今回、厚労省側にもいろいろと問い合わせなどが来ているところらしいのですが、認知症疾患医療センターを指定するに当たって、専従の職員を確保するということが壁になっていたり、それから、専門医ですとかね、確保することが困難になっているのだけども、例えば僻地などが中心になると思うのですが、非常勤で来てもらうことで連携型の指定を可能にするようなことは考慮できないかという問い合わせがあるようです。これについて議論しとかなければいけないかと思いますが、中西先生、この点について少しだけ補足していただけますでしょうか。

中西：お世話になります。厚労省です。直接連携型で良いかという連携型についてという言い方とは限らないのですが、専門医の確保ができなくなつたので、認知症疾患医療センターを返納しなければいけないのか、あるいは非常勤体制であれば組めるので、何らかの形で認知症疾患医療センターを継続することはできないだろうかという質問などがございます。実際、返納の話はちよつと聞いております。やはり現在の未設置領域の問題も含めてですけれども、例えばどこかの医療機関、例えば基幹型であるとか、県庁所在地などの都道府県中央の地域型であったり、大学病院等と連携するような方法で、その機能を維持することを認められないのかという意味のご質問に関して、今後どう考えていくとよいのかということとを少しご議論いただけたら、ありがたいなと思っております。栗田先生、そんな感じでしょうか。

栗田：ありがとうございます。いかがでしょうか。この問題につきまして。

栗野：いいですか。すいません。

栗田：どうぞ。

栗野：栗野ですけど、今の問題、ちよつと中西さんに質問なんですが、センターを既にできてたところでいわゆる専門医がいなくなつたから、どうしようかという話でしょうか。あるいは新たに地域でつくりたいと。その時に専門医がいらないんだけど、どうだろうかという、どちらのほうが多いんでしょうか。

中西：既存の施設が医師確保できなくなつたので、返納したい、もしくは非常勤で連携体制で可能なかという質問を聞いております。

栗野：センターの設置のところは5年以上の認知症の経験を有するっていうのは残っていると思うんで、僕は専門医とかではなくても5年以上の臨床経験があれば、よろしいっていうふうに解釈してらんで、どなたかのお医者さんでそういう方だったら見つかると可能性、多量じゃないでしょうか。

中西：ありがとうございます。そういう考え方もありますし、一方で非常に経験の豊かな先

生ですけれども、例えばA先生が週2、B先生が週2というような、2日か、3日かとは分らないですが、そういう形で確保ができるということもあります。だから、本当にそういうものを一切駄目としていくと、今後、過疎地で医療提供ができなくなるという問題があるので、どういう方向性を持つべきか検討が必要と考えるところです。

荏野：すいません。ちよつと、じゃあもう一言だけ。訪問看護、いわゆるこの認知症疾患センターは医療機関ですので、当然、訪問看護とかもやって僕はいいたいと思うんですが、実はこれは診療報酬上の問題ですけど、精神科の訪問看護は認知症、主病名だと行けないという今、弊害があります。だから、認知症、精神科のほうの訪問看護で認知症に行けるというふうなことをすると、今のような地域でも看護師さんが訪問看護に出たりすることによって、地域での生活を維持できる、支えるっていうことは可能になるのかなっていうふうな今ふと思いました。以上です。

栗田：この委員会には僻地の問題に詳しい委員がたくさんいらっしゃるので、富本先生、どうぞ。

富本：すいません。1つ前の、要するに返納の話ですけども、ちよつと話が、筋が違っていて、でもかなり似たものとして、今の地方の僻地の医師不足地域の研修制度の問題があって、内科学会が特別連携施設制度っていうのを作って、そこはそういう内科の基本的な例えれば神経内科の専門医がいなくて、そうすると、神経内科の医者はそこでは育たないことになっちゃうんですけども、特別連携施設制度っていう形で非常勤で専門医が行けば、内科の例えれば専門医がいるとどこだったら、非常勤で神経内科の専門医が行けば、神経内科の研修歴が取れると。そういうふうでかなり弾力的にやることで、そういうちよつとやっばり地方の人、人材が、マンパワーが減ってきてる状況の中では、紋切り型にやると、もうだんだんとそういうネットワークが短縮してくるので、そういう形で維持して、実際に医師不足地域でそういった専門医の育成が維持できてますので。そういう置き換えて疾患医療センターの場合も、やっばり維持はできなくなっちゃったから返納すると、そこでのそういう専門医がまた確保できるような非常にレバレッジが維持し、そうすると、もう環境がもし仮に人材がまた確保できるような非常にセンター自体が維持する体力自体なくなってしまうので、そういう弾力的な対応っていうのが、具体的に言うと、非常勤でも可とか。そこで非常勤医が他そこにいる例えれば若い5年未満の医師をきちんと指導するとか、そういう形であれば、可能じゃないかなと思います。以上です。

栗田：富本先生、それは特に僻地だと地方とか、そういう地域性を考慮してそれを許容しているのか、それとも。

富本：地域性を考慮しています。

栗田：地域性を考慮してということですね。

富本：ええ。少なくとも当初はそういう制度設計だったんですね。

栗田：分かりました。他にはいかがでしょうか。私からちよつと指名して話を聞きたいのは、荏野先生、高知県も大変な状況だろうって思うんですけど、いかがでしょうか。何かご意見

ないでしょうか。

荏井：同じで非常勤でも許容していただけたら、ありがたいなって思っています。今は高知県では何とか1人ずつはいるんですけども、確かに高齢になってきて、どの分野でもそうなんですけど、今活躍されている方が多いと、続かない医療っていうのはいろんなところにあるって、認知症も確かにそうなんです。これはどこでもそうだと思いますが、若い先生方も結婚されたら、お子さんがおられる前は僻地、頑張るとおっしゃっていただくんですが、いざお子さんができて教育の問題になると、やはり都市部でないと、先生方が望む教育の環境っていうのが得られなくて、そこではどうしても戻りたいっていうふうなことになって断念するっていうこともあるんですね。ですから、その後にまた戻っていたくようなこともあるんですけども、その時に一度欠けてしまうと、なかなか帰かないので、少し柔軟に続きやすいような制度があるほうがありがたいです。以上です。

栗田：ありがたいです。それから、あともう一人、ちよつと私のほうから聞きたいんですけど、石井先生、いかがでしょうか。石井先生のところも離島とか山間部があるんで、いろいろ問題あるかと思うんですが。

石井：ありがたいです。私も弾力的に運用してなるべく維持していく方向性に賛成いたします。やはり僻地のほうでは非常に人材の確保は厳しい状況になっておりまして、ここでしやくし定規なのは難しいというより、私、すいません。この議論に今、非常勤はどうなのかとか、例えば週に2日はA先生、残りはB先生はどうかとか。そういう議論っていうふうには理解しておりますけれども、ただ、現実、そういう形で運用しているセンターがあると聞いておりますので、なので、そういうたまたま実際問題としてそうじゃないと、維持できないところがありますので、もう今後そういう方向性を許容していただく。ただ、そうすることによって、やはり先ほどちよつと質の話も出ましたけれども、質がどのように担保されるのか。やはり複数の先生で分担することによって、センターとしての方向性が曖昧にならないかとか、あるいは中心的に質の確保を担当される先生がいらないかとか、そういう必要っていうか、もう現実的に必要になってくるのではないかなと考えております。ありがたいです。

栗田：ありがたいです。いかがでしょうか。自由にご発言いただければと思うんですけど、他に何かございませんでしょうか。質の問題あるので、少しいろいろ考えなきゃいけないことあると思うんで、今回、提言に出せるかどうかちよつと分らないですけど、少なくとも、でも論点としては重要なポイントだと思うので。

石井：あと先生、藤本先生が挙手されていらっしやいました。

栗田：藤本先生、どうぞ。

藤本：すいません。どうも。今の問題、これ中西先生、確認なんですけど、荏野先生の質問と一緒にですけど、専門医が必須要件でしたっけ？ 5年以上とかついていうので実際、運営されているわけではないんですけど。

中西：専門医は日本認知症学会、もしくは日本老年精神医学会となっております。認知症の診療経験 5 年以上という方も認められております。ということになっておりますので、専門医でなければならぬのではないです。従いまして、経験はあるけれども、非常勤でどうなのか、つまり経験としては条件を満たす医師であっても常勤で確保できないということについてになります。

藤本：5 年以上の人でもずっとおれないので、そういうことですね。じゃないと駄目じゃないんですね。

中西：はい。だから、今の要件、もう一度申し上げますと、専任の日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医、また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 年以上の臨床経験のある医師が 1 名以上配置されているということが現在の要件になっております。

藤本：実際、疾患センターの人でも、それから、認知症を非常に深く診療してる人でも、学会の認定医持っていない人は割にいるんですね。取れよと思うんだけど、いろんな事情で持っていない。でも、臨床的には非常に確保できる人がいて、それはいいんですよね。

中西：それは OK です。いずれの条件でも常勤が確保できないという意味と存じます。

藤本：分かりました。ありがとうございます。

栗田：ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。じゃあ、ちよつと提言の文章に戻らせていただこうかと思うんですけども。今回、提言の中に盛り込まれていることで重要なことだっただけでいうふうな思っていたのは、圏域の認知症の医療提供体制を誰も把握してないみたいなことがあるために、そもそも誰がリーダーシップ取って整理しているんだっという大問題が、これは小川先生がこの問題、指摘されていたと思うんですけども、小川先生、何かご意見ございませんでしょうか。

小川：すいません。たぶん私、東京で医療しているもので、東京ってステークホルダーがものすごく多くて、あと対応しなきゃいけない患者さんの数とかケアのほうもそうだと思うんですけど、ほんとにいるんな人がいるので、なかなかリーダーシップ取って取りにくい地域だと思えます。なので、ちよつというんな意味で東京って違う問題が多くて、そうすると、そこで認知症疾患センターっていう役割って何なのかなっていうのが、先ほどの提言でも医療をメインにということですけど。実際は BPSD とかで困ったりとかしてると、ケアのほうの問題になったり、人材育成とか地域包括ケアシステムに絡んでくるということとを具体的にもうちよつと定義をして、そこに対してはいろんなパターンがあるっていうようにしないと、ちよつと東京はなかなか難しいなっていうのを感じてしまっているっていう意味で書かせていただきました。

栗田：ありがとうございます。先生のおっしゃっていることはよく分かります。私も東京にいますので、なかなか大変。ちなみに私の区には大学病院が 2 つあるんで、よく分かります。

小川：やっぱりアウトレットをしっかりと求めるっていうことにすると、そのアウトレットに

向かって何をすするかって、もうちよつと動きが変わるのちよつと分らないんですけども、そこは提言のほうでしよつと盛り込むと。ただ、そうすると、ちよつとハードルが上がってしまうのか分からないんですけども。

栗田：地域包括ケアシステムという文脈になると、やっぱり市区町村、自治体が責任主体になってくるんで、実際、市区町村にそういう会議体ができ始めてるんで、ただまだ弱いんで、全体を見渡せる力がないんですけども、そういうところにももうちよつと頑張ってもらえないかなっていうふうな思ったりはしているところ。いろいろなパターンがあるのは確かですが、いろいろあるっていうんじや提言にならないので、少し絞って書かなきゃいけないかと思うんですが、取りあえずそのあたりをもう少し検討して書かせてもらいます。他にいかがでしょうか。この間、皆さんからもいろいろのご意見をもらっておりますが、今村先生、何かございませんでしょうか。

今村：今、厚労省の中西さんからの部分については、必ずしもこの認知症疾患医療センターだけの問題じゃなくて、やっぱり今ドクターにしても、その他の医療スタッフにしてもかなり偏在が大きくなっておりまして、確かに今までのような形でしよつとし定規にすると、先ほどからお話があるような、抜けてしまっているか。下手すると、白紙に戻っちゃう所が出てくるんじゃないかな。かといって、やはり質が落ちてはいけないということでしょうから、何らかの質を担保しながら常勤でなくても済む仕組みは、これから考えていかなければいけないのではないかな。今後、オンライン診療っていうか、診療でなくてもオンラインでのいろいろな会議、今回の ZOOM 会議もそうですけども、コロナでこの辺のあり方が大きく変わりましたので、そういうことも利用ができるのであれば、そういうことも利用しながら考えていくという。いずれにしろ、今後の課題になるのではないでしょう。

栗田：ありがとうございます。今日のこの議論は必ず論点の中に含めさせていたいただきたいと思えます。今後の課題って言うことかと思えます。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

枝広：栗田先生。

栗田：どうぞ。

枝広：栗田先生が拳手されてます。

栗野：よろしいですか。

栗田：どうぞ。もちろんいいです。

栗野：ちよつと中西さんのほうにも聞きたいんですけど、若年性認知症の方の問題っていうのは重要なんだけれども、それこそ圏域、いわゆる介護保険だと、圏域で若年は圏域を越えてはいけないっていうんですか。そういうの以前からあったように思うんですけど、今はないんですか、その辺は。介護のサービスとかいろいろあるじゃないですか。そういうのを利用しようとした時に、若年っていうのはなかなかどこでも受け入れていただけないっていうのがあるんですけど、受け入れていただけの圏域以外の場合はどういふ

うにしてらっしゃるんでしょうか、今は。

栗田：中西先生、何かありますか。

中西：藤本先生が手を挙げてらっしゃいます。

栗田：藤本先生、どうぞ。

藤本：圏域越えてはいけないうつというの、地域密着型のデザイナーサービスのこと、認知症専門のデザイナーサービスが密着型なので、原則的には圏域を越えての利用はできません。ただ、圏域に若年者が利用できる事業所がないということであれば、圏域をまたいでのサービスの利用はできます。地域密着だけ、格段の理由があれば、市同士の話し合いで了解すれば受けられます。そういうことになってます。

栗野：そうですね。じゃあ、だんだんに若年性もあまり困らなくなってきたつあるんですね。

藤本：若年を積極的にケアしようとする介護事業所育成の事業を滋賀県がやっています、その研修を受けた事業所が県のホームページに掲載されています。そこを見れば若年者の受け皿が大体分かるようになっていきます。

栗野：どうなんでしょう。認知症疾患センターの大きな役割には若年性を診ていくつというのはあるかと思うんですが、認知症疾患センターが何らかのサービス、それは医療になつてしましますけれども、そういうのはできないんでしょうか。

藤本：昔、うちが開業した23年前は精神科デイケアでやってきました。

栗野：そう思います。

藤本：介護保険が始まってからそちらに移行したんです。同じ土俵に乗ったほうがいいかなつて思つたので。あとは今も精神科の医療機関は精神科デイケアないしは重度精神科デイケアですかね。そういう形はできると思います。ただ、若年の人の受診のしやすさつていうことを考えた時に、これちよつと意見の違いはあると思うんだけど、BPSDを中心につきつり診ていただいたり、医療機関に、若年者が受診しやすいかどうかの違う問題が出てくる。診療所のほうが受診しやすいつたり、一般病院の地域型のほうが受診しやすいつたりつていう別の問題が出てくるので、その辺はもう役割分担じゃないかと思うんですけど。もちろん、どつちがやってもいいんですけど。

栗野：分かりました。

栗田：ありがとうございます。少し自治体の方に提言全般についてご意見頂ければと思うんですが、まず北海道の中村委員、何かご意見とかございませんでしょうか。

中村：こんばんは。中村でございます。北海道のほう、先ほどから議論いただいている僻地といいますが、医療資源も偏在をしているところがございますので、先ほどご議論いただきましたある程度の弾力化だとかも含めてご検討いただけると、ありがたいというふうに考えております。以上でございます。

栗田：ありがとうございます。東京都の中島委員、何かございませんか。

中島：ありがとうございます。まず、チェックリストをお作りいただいている、非常に今、拝見して大変ありがたいなと思つております。このチェックリストですが、先ほどのお話の

中で二次医療圏ですとか、地域の中で活用を考えると、お話をいただきましたが、東京都としても使わせていただける内容だと思つた。認知症疾患医療センター、東京都だと、52カ所あるんですけども、それぞれの疾患医療センターにご回答いただいたり、あるいは圏域ずつ設置しておりますが、それらの疾患医療センターにご回答いただいたり、あるいは圏域内の区市町村の方にもご回答いただいたり、あとは東京都の場合ですと、サポート医の先生だったりとか、かかりつけ医の先生も多くいらっしゃるのと、そういう外部の方たちにもご確認いただけて比較していく。備わっているものと、圏域で不足しているものつていうのも見ていくことができるかなと。そういう形で活用できると思つた。提言自体につきましては、特段意見はないです。

栗田：東京都の場合、区市町村に1つあるんで、場合によっては市区町村単位で使えるかもしれないなと思つた。ありがとうございます。大阪市の杉山委員。

杉山：この提言と資料等、たくさんまもめていただけて、ありがとうございます。私も提言の自身について特に何もありません。少し話がそれますが、本日は本市の連携協議会があったんですが、日頃のかかりつけ医の先生と認知症サポート医の先生と、疾患医療センターの連携の日常の状況等を確認していただきました。本市では地域型の大病院や連携型の診療所などさまざまありまして、それぞれの機能でもって疾患医療センターの役割を担つてくださつている状況です。連携型の診療所の場合は紹介を受けるのがオレンジチームの方やケアマネにより直接相談が入る。また、主治医がいらっしゃらない状況では、身体はかかりつけ医の内科の先生に診ていただけて、認知症の症状は連携型の診療所のほうで診ていただくなど、そういう日頃の支援をしていただけている。地域型の大病院の場合は、鑑別診断等していただき、かかりつけ医の先生に戻していただいている。主治医の先生がいらっしゃらない場合は、地域の認知症サポート医の先生にお願いして主治医になっていただく等、かかりつけ医の先生と認知症サポート医の先生と、日頃から連携していただけて、またその中に初期集中のオレンジチームも一緒に主治医を探してもらつたりとか、さまざま活動していただけてるような状況を共有し議論をしていただくところでもあります。

今後も、本日の先生方によるたくさんの方の意見の中で役割がどんどん増えていってしまつたりとか、医師の配置の問題など、大阪市であっても発生する状況ではあるんですけども、要綱の改正でありますとか。本日作つていただいたようなチェックリストでありますとか、行政としても責任を持つて地域ケアシステムの推進も考えていかないといけないとかつていうところもありませんので、今後もまたこういう審議会のほうで行政に対する本日のチェックリストのようなご支援をいただけると、非常にありがたいなと思つて本日も参加させていただきます。以上です。

栗田：ありがとうございます。他にいかがでしょうか。自由にご発言いただければと思うんですが、提言に関連して一応、一通り全員からご意見頂ければと思うんですけども、池田先生、聞えますか。

池田：はい。すいません、遅れまして。

栗田：池田先生、広い視点からどうぞ。

池田：いや、そんな何もないんですけど、先生方がさまざまな視点でご指摘になったとおりでと思います。やっぱり一番いろいろな地域で苦勞されてるのは、先ほどディスカッションになったようなユーザーシップを誰が取るかっていうあたりが、誰かが取れればいいんですけど、誰も取れないところがまだ一部あるような感じで、非常に苦慮されてるなっていう感じはします。それから、若年性認知症の方の場合には、先ほど議論があったように、かなり特に中等度ぐらいまでの方は移動能力がおありになるので、あまり境界線を引かずにいろいろな行政の融通を利かせていただければ、ありがたいのかなと思います。やっぱり老年期の方とは全然違う視点が必要だと思うんです。老年期の方の場合はやはりきちんと従来から言われているように、かかりつけ医の先生をベースに専門医と連携しながら、地元でサポートしていくというのが非常に大事だとは思いますが、若年性の方の場合には専門医療機関がある程度偏在している移動ができるので、その意味では利用者の目線ですさまざまな行政の境界をなくしていただければ、ありがたいかなと思います。以上です。

栗田：ありがとうございます。まさにほんとにそのとおりですね。ありがとうございます。武田先生、何かございませんでしょうか。

武田：ありがとうございます。先生、提言、非常にしつかりまとめていただきました。骨子としては、今後は質を担保するっていうことと、それから、あと地域の実情に応じた指定っていうふうなことで、とても趣旨として大変いいかと思えます。基本的には先ほどの厚労省の中西先生の意見、問題提起にもあったように、地域としてしつかりと機能してくようなところを重視するっていう面で、融通を利かせるっていうことで皆さんと意見の一致するところで、例えば私の地域でもやっぱり一度もう指定を外れるって言うてしまおうと、指定するところがないっていうところも結構あって、そうなるので、地域として誰が責任持つのかっていうところも非常に厳しい状況になってくるので、指定はできるだけ外れないように。そういう意味で、提案には都道府県・指定都市が今後そういう機能してないことは指定しないこととありっていうことも書いてあるんですけども、実際にはそういうところも何とかお願いしてやってもらわなくちゃいけないところが多いのが実情じゃないかという。非常に資源が多い所はいいんですけど、資源がない所はやはり必ずしもそういう上から目線ではないところも、とつても多いんじゃないかっていうところも感じます。っていうことで、基本的にはそういうこと、あと若年性のこととあつたんですけども、若年性認知症と、それから、疾患医療センターっていうことを考えた場合には、やはり地域における二次医療圏とか、それよりもちょっと広くてもいいと思うんですけど、それにおける医療機関とか、あとサービス機関も含めた連携がとっても重要で、愛知県で見えますと、例えば一般病院がやってくる所は精神科病院と連携を持ってない駄目です。それから、精神科病院と疾患医療センターの場合は、その地域における診断をしつかりやってくる機関と連携をしないと、その地域の若年性認知症の人が非常に迷う。支援が十分行き届かないっていうことがありますので、その地域におけるやはり連携、二次医療圏、あるいはも

うちょっと広い地域における連携をやつてかなくちゃいけない。それはやっぱり疾患医療センターだけでは難しいっていうところだと思います。ただ、その連携をするための誰が指揮を執るかっていう部分っていうのは、ちょっと大変難しい問題だと思います。実際にはうまく指揮を執れていない。それがもし疾患医療センターがやるべきっていう話になると、必ずしもできているところ、ほとんどとは限らないっていう状況じゃないかと思えますし、その辺はとつても難しいと思います。すいません。長くなりましたけど、以上です。

栗田：ありがとうございます。田中先生、何かございませんでしょうか。
田中：田中です。聞かせてますよ。大丈夫。

栗田：聞かせてますよ。大丈夫。

田中：いろいろ大変貴重なご議論聞かせていただいてありがとうございます。この会議で話されたことが具現化するのには、たぶん厚労省の中で要綱改定を行って、各自治体に通達するものと思いますが、その段取りを進めやすいようにしておく方がよいのではないかと思えます。1つ目は疾患医療センターの資格要件のことで、専門医がいなくなったらどうするかとか、非常勤でもいいのかという議論もあつたかと思いますが、私の個人的な意見としては融通が利く方がよいと考えています。ただ、なぜ資格要件を外形事象で決めてるのかというのと、それは国が判断する際に簡単だからなので、非常勤でもいいとするのであれば、それの担保するような枠組みを一応決めておかないと、なかなか要綱改定まではしにくいのではないかと僕は思いましたけど、中西先生、どうでしょうか。

栗田：中西先生、どうぞ。

中西：今の時点でたぶんすぐ要綱改定にはならないと思いますが、課題として挙げていただき、資料を出していただくことがまず重要か思います。

田中：順番として、そういう資格要件を決める必要があるっていうこととぐらいまでこの提言書に書いておけば、後々、次年度以降に厚労省のほうで何か段取りを組んでいただくべきやしないかと思えます。それが老健事業なのか、有識者会議なのか分からないうちでも、そのようなプロセスが必要かと思って思えます。2つ目に提言書の最後のほうに書かれていた医療連携協議会と、認知症疾患医療センターの機能評価と人材育成にしていますが、連携協議会の責任主体は自治体であることは明確なのでいいと思いますが、機能評価に関して外形事象的な評価としては自治体として責任持つべきであるとはつきり書いておくべきだと思います。要はどこにお鉢が回ってくるのか分かるような提言をしておかないと、いいこと書いてあるねと流されてしまう可能性があると思います。文書全体はもちろろん国への提言ですけども、その中に誰にこういふこととしてほしいっていうのが分かるような具体的なにされたほうが後々ぐいいやすいかなとは思いました。3つ目に人材育成に関しては今回の事業では議論があまざりされてないということは事実だと思うんですけども、これを疾患医療センターに委託しようとする場合に、疾患医療センターの役割がスタート時より多くの役割を担うようになっているので財政的な面も今後は検討していく必要があるのではないかと思いました。最

後に先ほどの一番初めにあった疾患修飾薬の件ですけども、疾患修飾薬に関して、疾患医療センターがするかどうかというのはいろいろ議論があるかもしれないませんが、現時点ではまだ認可されないものの、認可された時点ではできるだけ国民全般が等しく使える権利を有するよう形にしないといけないというのはたぶん誰も反対することないと思います。その意味で疾患修飾薬の普及に関する各地域の現状の情報収集とか地域連携に関して、疾患医療センターにご協力いただきたいみたいなことは提言に書いてあっていいのかなと思います。

栗田：よく分かりました。ありがとうございます。非常に貴重なご意見だったと思います。政策提言なので、相手がきちんと決まっていなくて、政策提言にならないので、それは重要なことで、一義的には国ですけども、国に対する政策提言ですが、先ほどの最後のところなどの3本柱は基本的には都道府県・指定都市がやるということになっていて、その辺のところを少し明確に示したほうがいいんじゃないかとすね。ありがとうございます。それから、先ほどの非常勤でもいいじゃないかって話をこの政策提言に書き込むとしたらかなりちよっと考えて書かないと、難しいかなと。基本的には今後の課題というふうな書きぶりになるんだと思うんですけども。

田中：私としては個人的には融通を利かせていいのではないかと思います。進めるのであればこんな段取りですよという話ぐらいではないかと思いました。

栗田：これについてちよっと今回の委員会で議論が足らないんですけど、中西先生、今の件について何かご意見ありますか、厚労省として。

中西：田中先生のご発言全般ですか。

栗田：特に僻地問題。

中西：提言には書けなくても、議論として課題にまともていただくと、重要な一歩になると思っています。今回のこの事業の開始当初の計画書に今後の方針を検討すると書いていただいておりますので、そういう意味では、今日の議論ぐらい踏み込んでいただいたことはありがたいと思っております。

栗田：参考資料には確実に書くんですけども、田中先生は提言に書くべきだっていう、そういう意見ですが。

中西：提言、例えば先ほどの柔軟な対応が必要であるっていうようなことを挙げていただくことはこちらとしてはもちろんかまいません。皆さまが今日おっしゃっていただいたようなご意見と認識しております。

栗田：そういうふう感じ、提言の文章でよさそうだったっていうことでしょうか。田中先生、そんな感じですかね、先生のご意見。

田中：それで結構です。

栗田：柔軟な対応が必要であるぐらいかな。

田中：はい。

中西：厚労省の先輩がたくさんおいなので・・・なしです。

栗田：ふわつとした内容でよいかどうかどうにかっていうの、ちよっと僕も疑問なんですけど、提言とするとすからにはもう少し明確にしたほうがいいのかなっていう感じもするんですけど、分かりました。これは、じゃあ最終的にはこちらのほうで考えさせていただきます、皆さんに文章で最終的な意見をお聞きするっていう流れにしたいと思います。ありがとうございます。また、一応、ここまでで提言に関する議論、ちよっといったん締めさせていただきます。今日、もう一つだけ皆さんのご意見聞かなければいけない議題がありますので、進めさせていただきます。それは新しい実績報告書の様式に関してですが、その前に毎年この老健事業では現在の実績報告書に基づいて一応、集計・分析をこちらのほうでやっておいて、先ほど直前にお送りした資料が今回、令和3年度の実績報告書の集計・分析結果なのですが、とても分厚いのですが、今回も130ページに及ぶのですが、これについての詳細は説明しませんが、令和3年度分から調査の方法が変わっておりますので、その結果どうであったか実際に集計・分析に当たった枝広先生から少し説明してもらおうと思います。枝広先生、いいですか。

枝広：すいません。ワーキングメンバーの枝広です。参考資料5という名前の追加でお配りした資料ですけども、全部はお話しできませんので、考察の所にちよっと雑感を書いておきますのでお話ししたいと思います。様式が変わったというか、記入欄が変わったのではなくて、提出の仕方が変わったということ、それまでは令和2年度実績報告書は医療機関単位の記事を厚労省に全て提出するという形で、要は医療機関単位の報告書が478枚出てくるという状態で、そこから集計を始めていたわけですけども、令和3年度の実績報告書からは都道府県・指定都市、要は指定権者で確実、かつ簡易にデータセット化できるような仕組みにしました。その結果、数値を入力する欄が空欄だったら、自動的にゼロになってしまっているという仕組みになっています。これマクロでやっているので、エクセルの関数を入れてあるんですけど、そういうふうになってしまっているので、特に鑑別診断件数、病床数、診療報酬とかの算定件数と相談等の実績件数とか、そういう件数系の書く所が何も書かれてしまうと、勝手にゼロになってしまっていて、そうすると、集計の中で母集団に含まれてしまうという状態になりました。結果的に昨年度までのものと比較すると、平均値とか中央値とかがちよびつただけ減るんです。というのは母集団が増えたからですね。今まで空欄だった所がゼロになってしまったので、ちよっと減った感じになっておりますけども、そのことを理解した上で結果、見ていただければと思います。というのが提出の仕方が変わったという件です。あとは、データのには令和3年度実績報告書から追加されたのが相談元です。相談元の本人からの相談と、家族と介護者からの相談っていうのが追加されていて、これが実は今までなかったんですけど、包括からの相談が平均93.6件なんですけど、家族からの相談523件が平均なんです。なので、ご本人から154件っていうことで、相当のリソースがこのご本人とご家族に対する対応が必要とされているっていうことが新しい項目で分かったところなんです。以上です。

栗田：ありがとうございます。そういうことで数値を細かく見ると、いろいろ考えさせら

れることたくさんあるんですが、これは皆さん、じっくりまた改めて見ていただければと思います。全て報告書に載りますので、冊子体でも見ることができまして、学会のホームページにも出しますので、そこから見ただいたでもよろしいかと思えます。それから、あとそれに併せてなんですが、今回、実績報告書の記入する所が多過ぎて、なかなか負担が大きいという意見がございましたので、少しシンプルにしようっていうことで、こちらは厚労省と私たちのほうで少し相談しながら、新しい簡易版の実績報告書を作りました。これは私のほうでまず共有いたしますが、見えますでしょうか。何が変わったかっていうのを説明しようかと思うのですが、これは、中西先生、どうしますか？ 私のほうから説明しますか。

中西：お願いします。

栗田：分かりました。では、私のほうから説明させていただきます。何がなくなりましたかというところ、まずこの1ページ目がなくなったのが、医療機関にある診療科名をずらずらチェックしてもらった所があったのですが、これは全部削除しました。病院の診療科を全部書いてもらっても、実際に認知症疾患医療センターを何科が担当しているのかは分からないので。その代わり連携病院の欄を前は4つぐらあったのでですけど、今後いろいろ医療機関と連携する可能性もありますので増やささせていただきます。それから、中西先生、このページに同圏域内配置センター一名というのがありますが、同じ二次医療圏内に他の認知症疾患医療センターがあったら、それを書くっていう欄ですけど、これはなくしていい議論したかと思っただけですけど残っていますね。

中西：すいません。いいです。なくしていただいで、この用紙が把握していいことだと思います。町村側が把握していれば、自治体が把握していればいいことだと思います。

栗田：そうですね。

中西：すいません。削除、お願いします。

栗田：それから、2ページなんですけど、2ページ目は施設基準にある検査体制が、検査体制っていう所には血液検査、尿一般検査、心電図検査とかあったんですけど、血液検査や尿一般検査はあるに決まっているので書く必要ないだろうっていうことで削除し、神経画像検査中心にさせていたんですけど、今回、DMTの問題も出てくるので、PETを追加しました。PETについて自施設、すいません、連絡先になってますけど、連携先の誤りでしたね。これは誤字だと思いますので、PET について自施設と連携先ということに加えていただいでおります。それから、3ページ目は、これは基本的に同じでございます。4ページ目ですけれども、実はここには医療サービス提供状況について、15~16項目目ならず並べて「やってる」「やってない」というチェックリストのようなものがあつたんですけども、今回、先ほどお示しましたように、認知症疾患医療センターの機能を確認するチェックリストも作りましたので、それには31項目あるもので、実績報告書では省かせていただくことにしました。それから、あと事業の着実な実施に向けた取り組みの推進機能っていうのが3つあったんですけども、あれは英患医療センター自身がちよっと記入するような欄ではなくて、都道府県・指定都市が記入するようなものかなっていうふうに通ったので、今回の

集計結果も意味がよく分からない集計結果になってたなっていうことなんですけど、これは抜かせていただいたということ。こんな感じで少しシンプルにしたということがございます。今回も先ほど枝広先生から説明してもらいましたように、これをエクセルで入力すると、自動的に都道府県・指定都市単位で集計される。そういうフォーマットになっているんですけども、さっきの枝広先生の話で入力しないと、ゼロになるっていうパターンっていうのは、これはちよっと問題かなっていうふうに思うんですけど、これは何か改善しなければいけないかと思って思いますが、枝広先生、どう改善すればいいのかが意見ありますか。

枝広：ある、なしの所とか選択式の所は、空欄は空欄として反映されるんですけど、今の関係だと、フリーで数値を入れる所は先ほど申したとおりなんです。なので、ちよっと別の関係探しますけれども、なければ都道府県単位で徹底していただくっていうほうがリアルな気がします。

栗田：特に数値入力の所なんですよね、問題は、じゃあ。

枝広：数値の所です。例えばドクターの数とかもそうです。

栗田：だから、この今共有したのを見ると、水色の欄なんですよね。

枝広：そうですね。

栗田：水色の欄を空欄にすると、ゼロになっちゃうっていうこと。

枝広：はい。なので、都道府県・指定都市単位で集めた時点で空欄だったら、必ず入れてねっていうことはお願いをするっていう方向性のほうが数としてはいいんじゃないかなと。厚労省に来てからだと、もうお願いできなくなっちゃうので、都道府県・指定都市単位でお願いするほうがいいのかなと。

栗田：相談件数は、空欄にしてるってことは実質的に把握してないということですよ、きつと。数えてない。

枝広：あと数えてない。

栗田：数えてない。

枝広：数えてないか、書いた人が分かる立場じゃないか、あるいは書く欄、分かんなかったかですね。

栗田：そうですね。実際、だから書いている人が分かんないっていうやつが多いですよ、数値の場合は確かに。ありがとうございます。ただ、診断名については、空欄はたぶんゼロじゃないかなっていうふうな気もするんですけど、だからそういうことで欄によってちよっと意味が違うっていうふうな感じがして、これはどうすれば。

枝広：あと数字を書く欄に文字入力で測定不能とか、そういう言葉を入れてしまうと、それも全体のデータセット上では取り扱いきないものになります。それも都道府県単位で見ていただけるといいんじゃないのかなっていう気はします。

栗田：そうですね。よく分かりました。一言で言うてしまえば、これ都道府県・指定都市で1回集計されるんで、そこでデータクリーニングしてくれていいことですよ。了解しました。ありがとうございます。これについては、じゃあまた改めていいこと。

藪井：栗田先生、藪井ですけれど、ちよつとコメントいいでしょうか。

栗田：どうぞ。

藪井：この用紙の2ページ目の検査体制に、4つちよつとどきれいには並んでは追加しにくいかもしれないんですが、四国でPETが撮れる所はなくて、今度の疾患修飾薬の場合はみんなCSF検査になると見込んでるんです。だから、CSF検査、自施設、連携先っていうのがあったほうが、われわれ四国地方としてはありがたいと思います。

栗田：おっしゃるのとおりです。

藪井：もしまたこれから改定の可能性があるならばっていうことですが、コメントさせていただきます。

栗田：中西先生、いいですよ、まだ。では、これは髄液検査入れるっていう方向で修正したいと思いますので。

中西：はい。

池田：藪井先生。

藪井：どうぞ。

池田：近い将来も難しいんでしょうか、PETは。

藪井：今のところはどこからもまだ上がってはいきてないんです。

池田：分かりました。ありがとうございます。

栗田：これはまた別に考えなければならぬ問題ですね。

池田：大変なことがまた。ありがとうございます。

栗田：松村先生、どうぞ。

松村：すいません、話遮ってしまっています。むしろ本日、先生方の意見を踏まえた上でまた微修正しようと思っていたところですので、変更はまだ大丈夫です。あと、先ほど枝広さんからお教えくださった空欄エラーについても、どこかに注意書きを書くことである程度抑えられるのかなとは思っておりますので、そこもちよつと工夫させていただきたいなと思っております。注意書き入れても、入れてくれるところも出てきちゃうんですけど、ある程度抑えられるように注意書きなど検討したいと思えます。

栗田：ありがとうございます。よろしいでしょうか。それでは一応、今日の議題は全て。

栗田：どうぞ、中島委員。

中島：東京都の中島です。今ご紹介いただいた実績報告書の変更についてはなんでも、これは4年度の実績報告からこの様式ということですか。それとも5年度の実績報告からこの様式ということですか。

栗田：松村さん、どうぞですか。

松村：4年度分からと、想定しております。

中島：そうなんですよ。分かりました。

栗田：4年度分っていうのは、中島さん、入力はいつ頃してるんですか。

中島：これは4年度分っていうことは、今年度分の実績報告からということになるので、そう

すると、国のほうに提出するために、4月には作業を始める形だと思えます。

栗田：どちらにしても年度明けっていうことですね。

中島：はい。

栗田：了解しました。分かりました。では、そういう方向でお願いいたします。よろしいでしょうか。それでは一応、今日の議事はこれで全て終わったと思えますので、その他ということなんですが、新しい議事があるわけではないのですが、皆さんから何か追加発言があれば、お聞きしたいと思うんですけど、いかがでしょうか。何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。今後の予定ですが、本日の議論を踏まえまして、最終的な論点整理と提言書を作成させていただきます。それから、今回の議事録も大急ぎで反訳に回しますので、それを皆さんにいったんチェックしてもらおうというふうな形にさせていただきます。皆さんのほうにもう一度閲覧していただいてご意見を頂いて、最終的な提言書とさせていただきます。皆さんももう一息でございませうけど、年度末の慌ただしいところ、うと思っております。ということでもう一息でございませうけど、年度末の慌ただしいところ、誠に申し訳ございませんが、ご確認いただければと思います。ということ、本日の委員会はこれで終了させていただきます。皆さん、1年間ありがとうございます。ありがとうございました。

卷末資料

卷末資料 1

認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式（令和3年度分）

認知症疾患医療センター運営事業 協議書（医療機関別）

様式3

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			種類										
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	
診断後支援機能に 関する業務内容	1. 相談員等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	

【事業の着実な実施に向けた取組の推進機能】

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

【新規・更新協議の場合に必要な添付資料】

- 協議医療機関パンフレット
- 専門医療相談を行う組織の体制図
- (基幹型 I のみ) 二次救急・三次救急医療の体制図及び院内連携体制図
- (連携する医療機関がある場合) 連携する医療機関等の概要、位置関係及び連携に関する承諾書
- (認知症に係る経験が5年以上の医師を配置する場合) 医師の業務履歴
- (医療相談室に精神保健福祉士、保健師以外の者を配置する場合) 該当する者の業務履歴

【A.国庫補助所要額内訳(「診断後支援機能」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会議 の設置・運営 イ 情報発信や普及啓発等 ウ 研修会の開催			
合計		円	

【B.国庫補助所要額内訳(「診断後生活支援機能」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
相談員による相談支援 (診断後支援のための 相談員の配置) ※精算内訳に「常勤専従」「専 任」 の別を記載			
ピアサポート活動や交流会の実 施及びその他の診断後支援機 能に 関する業務			
合計		円	

【C.国庫補助所要額内訳(「事業の着実な実施に向けた取組の取組の推進」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
センター事業の着実な実施に向 けた取組の推進に関する業務			
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」を参考に記入すること。

- 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。
- 協議において報償費を含む場合は、各都道府県・指定都市の謝金規定に則った金額設定となっているか確認すること。

卷末資料 2

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査（依頼状/調査票）

令和4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整備方針に関する調査研究事業

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査ご協力をお願い
(都道府県・指定都市用調査票)

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

このたび、一般社団法人日本認知症学会では、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整備方針に関する調査研究事業」を受託して、全国の認知症疾患医療センターの整備状況と今後のあり方について調査することになりました。認知症施策推進大綱では、2020年度末までに、認知症疾患医療センターを全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標(KPI)が設定されておりますが、2022年9月現在、センターは全国に499カ所設置されており、目標は概ね達成されています。また、本年は認知症施策推進大綱の中間見直しの年であり、今後の認知症疾患医療センターの整備方針についても改めて検討する必要があります。そのようなことから、本調査は、今後の認知症疾患医療センターの整備方針を検討するための基礎資料を得ることを目的に実施させていただきます。本調査の結果の公表にあたり、個別の都道府県・指定都市を特定できる情報が公表されることはありません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査用紙に回答の上、令和4年10月12日までに、同封の返信用封筒で下記宛にご返送いただけますようお願い申し上げます。なお、ご回答は、都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター運営事業のご担当者様にお願いできればと思います。

謹白

令和4年9月28日

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
検討委員会委員長 栗田 圭一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12

新宿ラムダックスビル、(株)春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

jsdr-office01@shunkosha.com

内山知美

※問い合わせは9時~17時にお願い致します。

令和4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整備方針に関する調査研究事業

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査

(都道府県・指定都市用調査票)

- ★ 都道府県の認知症疾患医療センター運営事業のご担当者様は、当該都道府県内に指定都市がある場合は、指定都市以外の都道府県の状況についてご回答ください。
- ★ 指定都市の認知症疾患医療センター運営事業のご担当者様は、当該指定都市についてご回答ください。

【基本情報について】

設問1. あなたの都道府県・指定都市名を記入してください。

【センターの整備方針について】

設問2. あなたの都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの整備方針について該当する番号を1つ選択して○をつけてください。

1. 整備方針が定められている。 → 設問4へ
2. 整備方針は定められていないが計画中である。 → 設問4へ
3. 整備方針は定められていない。 → 設問4へ
4. その他 () → 設問4へ

設問3. 設問2で「整備方針が定められている」と回答した方へ、以下より該当する整備方針を選択して○をつけてください(複数回答可)。

1. 二次医療圏に1カ所設置
2. 人口30万人に1カ所設置
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置
4. 市区町村に1カ所設置
5. その他 ()

【センターの現在の整備状況について】

設問4. あなたの都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの現在の設置状況は、以下のいずれかの条件を満たしていますか、該当する番号を選択して○をつけてください(複数回答可)

1. すべての二次医療圏に設置されている。
2. 人口30万人に1カ所設置されている。
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置されている。
4. すべての市区町村に設置されている。
5. 上記のいずれでもない。()

設問5. あなたの都道府県・指定都市に認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏域はありますか、該当する番号を1つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問12へ

設問6. 設問5で「ある」と回答した方へ：認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏域がある理由を以下より選択して○をつけてください(複数回答可)。

1. 認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関がない
2. 認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関はあるが指定できない(指定できない理由：)
3. 専門医を確保できない
4. 国の補助金が少ない
5. 予算が確保できない
6. その他 ()

設問7. 設問5で「ある」と回答した方へ：センター未設置の二次医療圏域に対して、それを補完する対策は実施されていますか、該当する番号を1つ選択して○をつけてください。

1. されている
2. されていない → 設問9へ
3. その他 () → 設問12へ

設問8. 設問7で「されている」と回答した方へ：センター未設置を補完する対策について概略を記述してください。 → 設問12へ

設問 9. 設問 7 で「されていない」と回答した方へ：その理由について記述してください。

設問 10. 設問 7 で「されていない」と回答した方へ：都道府県・指定都市として今後何らかの対策を実施する計画はありますか。該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → [設問 12 へ](#)
3. わからない → [設問 12 へ](#)
4. その他 () → [設問 12 へ](#)

設問 11. 設問 10 で「ある」と回答した方へ：計画の概略を記述してください。

設問 12. あなたの都道府県・指定都市内において、同一の二次医療圏域で認知症患者医療センターが複数設置されている圏域はありますか。該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → [設問 14 へ](#)

設問 13. 設問 12 で「ある」と回答した方へ：複数設置している理由について該当する項目を選択して○をつけてください（複数回答可）。

1. 人口規模が大きいため
2. 高齢者人口が多いため
3. 面積が広大なため
4. 複数の市区町村があるため
5. 1カ所だけ指定することが困難なため
6. その他 ()

設問 14. あなたの都道府県・指定都市において、圏域の人口規模が大きいために、認知症患者医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか。該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない
4. その他 ()

設問 15. あなたの都道府県・指定都市において、圏域の面積が広大なために、認知症患者医療センターの設置数を増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか。該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない
4. その他 ()

設問 16. あなたの都道府県・指定都市において、僻地等（人口規模が小さい、交通の便が悪い、面積が広大ななど）のために認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域はありますか。該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → [設問 19 へ](#)
3. わからない → [設問 19 へ](#)
4. その他 () → [設問 19 へ](#)

設問 17. 設問 16 で「ある」と回答した方へ：課題の概要を記述してください。

設問 18. 設問 17 を回答した方へ：課題解決に向けた取り組みがあれば概略を記述してください。

【認知症医療提供体制の課題】

設問 19. あなたの都道府県・指定都市の認知症医療提供体制の整備にあたって、今後重点的にとりくむべきと思われる課題は何ですか、以下より、該当する項目を選択して○をつけてください(複数回答)。

- 1) 認知症疾患の鑑別診断
- 2) 認知症の行動・心理症状への対応
- 3) 認知症の身体合併症への対応
- 4) 若年性認知症の診断, 継続医療, 診断後支援
- 5) 独居認知症高齢者等の診断後支援
- 6) 高齢者の自動車運転に関する相談や運転免許更新に係る診断書の作成
- 7) 軽度認知障害への対応
- 8) 認知症である当事者のピアサポートや交流会
- 9) 地域包括支援センター等からの困難事例への対応
- 10) 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチ支援
- 11) 認知症初期集中支援チームの後方支援が行える医療サービスの整備
- 12) 認知症高齢者への在宅医療
- 13) 市区町村の認知症施策を支援できる医療サービス
- 14) 都道府県・指定都市の認知症施策を支援できる医療サービス
- 15) その他 ()

【センターの今後の整備方針について】

設問 20. あなたの都道府県・指定都市の認知症の医療状況全体を見渡してみても、今後認知症疾患医療センターの数をさらに増やす必要があると思いますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない

設問 21. 設問 20 の回答について、その理由を教えてください。

設問 22. 設問 20 で「ある」と回答した方へ：認知症疾患医療センターをさらに何件追加して設置する必要があるか現時点で想定することができずか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. 想定できる
2. 想定できない → 設問 24 へ

設問 23 設問 22 で「想定できる」と回答した方へ：追加する必要がある設置件数を記入してください。また、可能であればセンターの類型ごとに大まかな数を記入してください。

- ・ 追加する必要がある設置件数 () 件
- 基幹型 () 件
- 地域型 () 件
- 連携型 () 件

設問 24. 認知症疾患医療センターの今後の整備方針について、ご意見がありましたら以下に自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。
返信用封筒に入れて 10 月 12 日までに ご返函ください。

令和4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整備方針に関する調査研究事業

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査ご協力をお願い
(認知症疾患医療センター用調査票)

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

このたび、一般社団法人日本認知症学会では、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整備方針に関する調査研究事業」を受託して、全国の認知症疾患医療センターの整備状況と今後のあり方について調査することになりました。認知症施策推進大綱では、2020年度末までに、認知症疾患医療センターを全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標(KPI)が設定されておりますが、2022年9月現在、センターは全国に499カ所設置されており、目標は概ね達成されています。また、本年は認知症施策推進大綱の中間見直しの年であり、今後の認知症疾患医療センターの整備方針についても改めて検討する必要があります。そのようなことから、本調査は、今後の認知症疾患医療センターの整備方針を検討するための基礎資料を得ることを目的に実施させていただきます。本調査の結果の公表にあたり、個別の認知症疾患医療センターや医療機関を特定できる情報が公表されることはありません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査用紙に回答の上、令和4年10月12日までに、同封の返信用封筒で下記宛にご返送いただけますようお願い申し上げます。尚、ご回答は、認知症疾患医療センターの業務を把握している方をお願いできればと存じます。

謹白

令和4年9月28日

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
検討委員会委員長 栗田 主一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12

新宿ラムダックスビル、(株)春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

jsdr-office01@shunkosha.com

内山知美

※問い合わせは9時~17時をお願い致します。

令和4年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
認知症患者センターの整備方針に関する調査研究事業

認知症患者医療センターの整備方針に関する調査

(認知症患者医療センター用調査票)

★ 都道府県の指定されているセンターは当該都道府県の整備方針について、指定都市に指定されているセンターは当該指定都市の整備方針についてご回答ください。

【センターの基本情報について】

設問1. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市名と市区町村名を記入してください。

都道府県・指定都市名	市区町村名
------------	-------

設問2. 貴センターの類型を以下より1つ選択して○をつけてください。(注)以下のURLから貴センターの類型を確認することができます。 <https://www.mhlw.go.jp/content/000951906.pdf>

1. 基幹型, 2. 地域型, 3. 連携型

設問3. 貴センターの医療機関種別を以下より1つ選択して○をつけてください。

1. 大学病院, 2. 一般病院, 3. 精神科病院, 4. 診療所, 5. その他 ()

【センターの整備方針について】

設問4. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市では、認知症患者医療センターの整備方針が定められていますか、該当する番号を1つ選択して○をつけてください。

1. 整備方針が定められている → 設問6へ
2. 整備方針は特に定められていない → 設問6へ
3. わからない → 設問6へ
4. その他 () → 設問6へ

設問5. 設問4で「整備方針が定められている」と回答した方へ：以下より該当する整備方針を選択して○をつけてください。(複数回答可)。

1. 二次医療圏に1カ所設置
2. 人口30万人に1カ所設置
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置
4. 市区町村に1カ所設置
5. その他 ()

設問6. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市の認知症患者医療センターの整備方針について、以下のうち「望ましい」と思われるものを一つ選択して○をつけてください。

1. すべての二次医療圏に設置する。
2. 人口30万人に1カ所設置する。
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置する。
4. すべての市区町村に設置する。
5. わからない。
6. その他 ()

【センターの現在の整備状況について】

設問7. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市に、認知症患者医療センターが未設置の二次医療圏域はありますか、該当する番号を1つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問13へ
3. わからない → 設問13へ

設問8. 設問7で「ある」と回答した方へ：認知症患者医療センターが未設置の二次医療圏域がある理由として考えられるものを以下より選択して○をつけてください。(複数回答可)。

1. 認知症患者医療センターの機能を担える医療機関がない
2. 認知症患者医療センターの機能を担える医療機関はあるが指定できない(指定できない理由：
3. 専門医を確保できない)
4. 予算が確保できない
5. わからない
6. その他 ()

設問9. 設問7で「ある」と回答した方へ、センター未設置の二次医療圏域に対して、それを補完する対策は実施されていますか、該当する番号を1つ選択して○をつけてください。

1. されている
2. されていない → 設問11へ
3. わからない → 設問13へ
4. その他 () → 設問13へ

設問10. 設問9で「されている」と回答した方へ：センター未設置を補完する対策についてご存知の内容の概略を記述してください。 → 設問13へ

設問 11. 設問 9 で「されていない」と回答した方へ：都道府県・指定都市として今後何らかの対策を実施する計画はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問 13 へ
3. わからない → 設問 13 へ
4. その他 () → 設問 13 へ

設問 12. 設問 11 で「ある」と回答した方へ：計画の概略を記述してください。

設問 13. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市において、同一の二次医療圏域で認知症疾患医療センターが複数設置されている圏域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問 15 へ
3. わからない → 設問 15 へ

設問 14. 設問 13 で「ある」と回答した方へ：複数設置されている理由として考えられるものを以下より選択して○をつけてください（複数回答可）。

1. 人口規模が大きいため
2. 高齢者人口が多いため
3. 面積が広大なため
4. 複数の市区町村があるため
5. 1カ所だけ指定することが困難なため
6. わからない
7. その他 ()

設問 15. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市において、圏域の人口規模が大きいために、認知症疾患医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない
4. その他 ()

設問 16. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市において、圏域の面積が広大なために、認知症疾患医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない
4. その他 ()

設問 17. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市において、僻地等（人口規模小さい、交通の便が悪い、面積が広大など）のために認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問 20 へ
3. わからない → 設問 20 へ
4. その他 () → 設問 20 へ

設問 18. 設問 17 で「ある」と回答した方へ：課題の概要を記述してください。

設問 19. 設問 18 を回答した方へ：課題解決に向けた取り組みがあれば概略を記述してください。

【センターの機能と圏域の医療提供体制の課題について】

設問 20. 貴センターが管轄している医療圏域の名称と大凡の人口を記入してください。

圏域の名称：	大凡の人口：
--------	--------

設問 21. 次頁の表に示す「認知症疾患医療センターに期待されている機能」のうち、「**貴センターに備わっている**」機能をすべて選択し、表の該当部分に○をつけてください。また、貴センターが管轄している医療圏域の医療資源全体を見渡してみて、現時点で「**圏域に不足している**」と思われる機能をすべて選択し、表の該当部分に○をつけてください。

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	貴センターに備わっている	圏域に不足している
専門的医療機能	認知症疾患の鑑別診断 認知症の行動・心理症状に対する外来診療 認知症の行動・心理症状に対する入院医療 認知症の行動・心理症状に対する救急対応 身体合併症に対する外来診療 身体合併症に対する入院医療 身体合併症に対する救急対応 若年性認知症の精査と診断 本人への情報提供と心理的サポート 家族介護者への情報提供と心理的サポート かかりつけ医との連携 主治医意見書の記載 介護保険サービスの利用支援 独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討 成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援 成年後見制度の診断書・鑑定書の作成 若年性認知症のための福祉サービス等の利用支援 若年性認知症に対する継続医療 高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成 軽度認知障害の定期的フォローアップ 認知症である当事者のピアサポートまたは交流会 地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需 行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援 認知症初期集中支援チームの後方支援 かかりつけ医の研修 認知症サポート医の研修 地域包括支援センター職員の研修 介護保険サービス事業所職員の研修 多職種連携を目的とした研修 地域住民向けの講演会の開催または参画 市区町村の認知症施策への助言または参画		
診断等支援機能			
地域連携拠点機能			

【センターの今後の整備方針について】

設問 22. 貴センターが設置されている都道府県・指定都市の医療状況全体を見渡してみても、今後認知症疾患医療センターの数をさらに増やす必要があると思いますが、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない

設問 23. 設問 22 の回答について、その理由を教えてください。

設問 24. 設問 22 で「ある」と回答した方へ：認知症疾患医療センターをさらに何件追加して設置する必要があるか現時点で想定することができずか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. 想定できる
2. 想定できない → 設問 26 へ

設問 25. 設問 24 で「想定できる」と回答した方へ：追加する必要がある設置件数を記入してください。また、可能であればセンターの類型ごとに大まかな数を記入してください。

- 追加する必要がある設置件数 () 件
 - 基幹型 () 件
 - 地域型 () 件
 - 連携型 () 件

設問 26. 認知症疾患医療センターの今後の整備方針について、ご意見がありましたら以下に自由に記述してください。

ご協力ありがとうございました。
返信用封筒に入れて 10 月 12 日までにご投函ください。

アルツハイマー病疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関する調査
(認知症疾患医療センター用調査票)

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

近年、アルツハイマー病（AD）に対する疾患修飾薬の開発が進められています。2021年6月に米国で aducanumab が迅速承認されましたが、わが国においてもその承認については継続審議中となっています。今後、わが国でこのような AD 疾患修飾薬が承認される可能性を踏まえ、一般社団法人日本認知症学会では、認知症疾患医療センターにおける疾患修飾薬に関する医療提供体制等に関して調査させていただくことと致しました。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、以下の質問にご回答いただき、他の調査とあわせ、同封の返信用封筒にてご返送いただけますようお願い申し上げます。

なお、わが国で保険診療による AD 疾患修飾薬の承認がなされる場合には、何らかの条件が課される可能性があります。現時点では明らかではないため、この調査ではこれまでの治験等で採用されている条件に準じ、AD 疾患修飾薬の使用に際しては、適切な診断と安全な管理が必要であるという想定のもとに設問を設定しています。

ご回答は、認知症疾患医療センターにおいて診療業務に携わっている医師にお願いできればと存じます。調査票は、他の調査票とともに同封の返信用封筒に入れて、令和4年10月12日までに、下記宛にご返送いただけますよう宜しくお願い申し上げます。

謹白

令和4年9月28日

一般社団法人日本認知症学会
理事長 岩坪 威
社会対応委員会委員長 森 啓
社会制度 WG 座長 栗田 圭一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12

新宿ラムダックスビル、(株)春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

jsdr-office01@shunkosha.com

内山知美

※問い合わせは9時~17時にお願い致します。

アルツハイマー病疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の問題に関する調査

【AD 疾患修飾薬が導入された場合の診断体制について】

AD 疾患修飾薬を使用するには、アミロイドβ 病理の存在を確認する必要があると想定されています。現時点で想定される主なものには、アミロイド PET 検査と、脳脊髄液中のアミロイドβ またはリン酸化タウの測定があります。

設問 1. 認知症疾患医療センターがこれら AD 疾患修飾薬を使用するための検査を行う事について、以下より適切と思われる項目を一つ選択してください。

1. 認知症疾患医療センターは類型によらず、自施設において、または他施設との連携によって、上記いずれかの検査を行えるようにする必要がある
2. 基幹型、地域型の認知症疾患医療センターは、自施設において、または他施設との連携によって、上記いずれかの検査を行えるようにする必要がある
3. 基幹型の認知症疾患医療センターは、自施設において、または他施設との連携によって、上記いずれかの検査を行えるようにする必要がある
4. 基幹型 I の認知症疾患医療センターは、自施設において、上記いずれかの検査も行えるようにする必要がある
5. 必ずしも認知症疾患医療センターが診断体制を整備する必要はない
6. わからない
7. その他 (自由にご記載ください)

【アミロイド PET 検査について】

設問 2. 貴センターでは、アミロイド PET 検査は実施可能ですか

1. 可能である (連携施設で実施可能な場合も含む)
2. 可能ではない →設問 7へ
3. わからない →設問 7へ
4. その他 →設問 7へ

設問 3. 設問 2 で「1. 可能である」と回答した方へ：実施状況についてお答えください。

1. 自施設のみで実施可能である
2. 自施設のみでは実施不可能だが、他の施設と連携し実施可能である →設問 6へ
3. わからない →設問 6へ
4. その他 →設問 6へ (自由にご記載ください)

設問 4. 設問 3 で「1. 自施設のみで実施可能である」と回答した方へ：日本核医学会による PET 撮像施設認証 (診療用) を受けていますか

1. 受けている
2. 受けていない
3. わからない
4. その他 (自由にご記載ください)

設問 5. 設問 3 で「1. 自施設のみで実施可能である」と回答した方へ：日本核医学会による PET 薬剤製造施設認証を受けていますか

1. 受けている
2. 受けていない
3. 院内製造していない
4. わからない
5. その他 (自由にご記載ください)

設問 6. 設問 2 で「1. 可能である」と回答した方へ：アミロイド PET 適正使用ガイドラインでは、アミロイド PET 画像の読影については、適正な読影のために、「日本核医学会の核医学専門医または PET 核医学認定医の資格を有する医師が、当該 PET 薬剤または合成装置の販売等に責任を持つ企業が実施する読影トレーニングを受け、さらに日本核医学会が実施する当該 PET 薬剤についての「アミロイド PET 読影講習」を修了した者が行う」とされています。貴センターの実施状況についてお答えください。

1. 該当する読影者により自施設で読影を行っている
2. 該当する読影者による他施設での読影を依頼している
3. 回答 1.2 にはあてはまらないが、自施設の専門医または認定医が読影を行っている
4. 回答 1.2 にはあてはまらないが、他施設に読影を依頼している。
5. わからない
6. その他 (自由にご記載ください)

設問 7. 設問 2 で「1. 可能である」以外に回答をした方へ：今後の予定について、以下より該当する項目を選択してください

1. 自施設でのアミロイド PET 検査の導入を検討している
2. 他施設との連携によるアミロイド PET 検査の導入を検討している
3. 現時点では導入は検討していないが、必要があれば導入を検討できる
4. 現時点で導入は検討しておらず、今後も導入は困難である
5. わからない
6. その他 (自由にご記載ください)

【脳脊髄液検査について】

認知症に関する脳脊髄液・血液バイオマーカーの適正使用指針には、「脳脊髄液を採取する際には、ガラスやポリスチレンの容器は吸着が生じやすいため、ポリプロピレン製の採取容器を用いることが推奨される。検体採取後は速やかに測定を行う。採取後直ぐに測定できない場合は、密閉の上、凍結保存する（-80℃が望ましい）」とされています（以下、指針とします）。以下の質問にお答えください。

設問 8. 貴センターでは、アミロイド β またはリン酸化タウの測定を AD の診断補助として活用していますか。該当する項目を選択してください。

1. AD の診断に際し腰椎穿刺を行い、アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用している
2. AD の診断に際し腰椎穿刺を行うが、アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用していない → 設問 10 へ
3. AD の診断に際し腰椎穿刺を行っていない → 設問 12 へ
4. わからない → 設問 14 へ
5. その他 → 設問 14 へ
(自由にご記載ください)

設問 9. 設問 8 で「1. AD の診断に際し腰椎穿刺を行い、アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用している」と回答した方へ：貴センターでの指針の取り扱いについてお答えください。

1. 指針に沿って検査を行っている
2. 指針に沿った検査を完全には行っていないが、今後検討したい
3. 指針に沿った検査を完全には行っておらず、今後も完全に行う事は困難である
(想定される困難があれば自由にご記載ください)
4. わからない
5. その他
(自由にご記載ください)

→ 設問 14 へ

設問 10. 設問 8 で「2. AD の診断に際し腰椎穿刺を行うが、アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用していない」と回答した方へ：今後の予定についてお答えください。

1. アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用したい
2. アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用する予定はない
3. わからない
4. その他
(自由にご記載ください)

→ 1以外の回答の方は設問 14 へ

設問 11. 設問 10 で「1. アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用したい」と回答した方へ：貴センターでの指針の取り扱いについてお答えください。

1. 現状でも指針に沿って検査を行うことができる
2. 現状では指針に沿った検査を完全には行うことはできないが、今後検討したい
3. 現状では指針に沿った検査を完全には行うことはできず、今後も完全に行う事は困難である
4. わからない
5. その他 (自由にご記載ください)

→ 設問 14 へ

設問 12. 設問 8 で「3. AD の診断に際し腰椎穿刺を行っていない」と回答した方へ。AD 疾患修飾薬が導入された場合には、AD の診断に際し腰椎穿刺を行い、アミロイド β またはリン酸化タウの測定を診断補助として活用する予定はありますか

1. 予定している
2. 予定していないが検討したい
3. 予定しておらず、今後も考えていない
4. わからない
5. その他 (自由にご記載ください)

→ 1以外の回答の方は設問 14 へ

設問 13. 設問 12 で「1. 予定している」と回答した方へ：貴センターでの指針の取り扱いについてお答えください。

1. 現状でも指針に沿って検査を行うことができる
2. 現状では指針に沿った検査を完全には行うことはできないが、今後検討したい
3. 現状では指針に沿った検査を完全には行うことはできず、今後も完全に行う事は困難である
4. わからない
5. その他 (自由にご記載ください)

設問 14. アミロイド PET の保険収載についてお答えください

1. できるだけ速やかに収載する必要がある
2. 収載する必要があるが、AD 疾患修飾薬の承認状況次第である
3. 現状のままでよい
4. わからない
5. その他 (自由にご記載ください)

設問 15. 今後 AD 疾患修飾薬が使用可能となった場合に、アミロイド PET 撮像を行う施設の整備がどの程度必要と考えられるかお答えください。

1. 二次医療圏 (全国 340 区域) 毎
2. 三次医療圏 (概ね市町村単位) 毎
3. わからない
4. その他 (自由にご記載ください)

設問 16. 脳脊髄液アミロイドβ検査の保険収載についてお答えください

1. できるだけ速やかに収載する必要がある
2. 収載する必要があるが、AD 疾患修飾薬の承認状況次第である
3. 現状のままよい
4. わからない
5. その他 (自由にご記載ください)

設問 17. 末梢血中アミロイドβ測定保険収載についてお答えください

1. できるだけ速やかに収載する必要がある
2. 収載する必要があるが、AD 疾患修飾薬の承認状況次第である
3. 収載することは考慮されなければならないが、アミロイド PET 検査や脳脊髄液検査と同様の信頼性が確立される必要がある
4. 現状のままよい
5. わからない
6. その他 (自由にご記載ください)

【AD 疾患修飾薬が導入された場合の安全管理体制について】

AD 疾患修飾薬の使用においては、特にアミロイドを標的とする療法において、アミロイド関連画像異常 (Amyloid-related imaging abnormalities: ARIA) がみられることが知られています。多くは無症状とされていますが、治療薬投与後には、定期的に MRI 検査をおこない、専門医による読影が必要であるとされています。また、有症状の場合には、緊急での MRI 検査に加え月単位で MRI を実施、中程度で無症状の場合は投与をいったん中止し慎重な経過観察、重篤な症状あるいは高度 ARIA の場合は、さらにステロイド治療などを検討する、などの安全管理体制の構築が必要な可能性があります。

設問 18. 貴センターにおける上記安全管理体制についてお答えください

1. 自施設において体制を整備可能である → 設問 21 へ
2. 他施設との連携により体制整備が可能である
3. 体制整備は困難である → 設問 20 へ
4. わからない → 設問 21 へ
5. その他 → 設問 21 へ (自由にご記載ください)

設問 19. 設問 18 において「2. 他施設との連携により体制整備が可能である」と回答された方にお聞きします。自施設で行えない内容を選択してください (複数選択可)。

1. 定期的な MRI
2. 緊急 MRI
3. 専門医による読影
4. 中程度から高度の ARIA に対する安全管理体制の構築
5. わからない
6. その他 (自由にご記載ください) → 設問 21 へ

設問 20. 設問 18 において「3. 体制整備は困難である」と回答された方にお聞きします。理由についてあてはまるものを選択してください (複数選択可)。

1. 自施設の人的資源不足
2. 周辺で連携可能な施設がない
3. 必要性がない
4. わからない
5. その他 (自由にご記載ください)

設問 21. ARIA に関してご意見をおきかせください (複数選択可)。

1. 専門医による統一的な判定が必要であり、拠点を設置して遠隔での専門医による読影を可能とするような体制を整備する必要がある
2. ARIA が認められた場合に、経過観察とする基準など、その対応に関するガイドラインが必要である
3. 入院が必要な ARIA が認められた場合に、受け入れが可能な拠点の設置といった体制整備が必要である
4. その他 (自由にご記載ください)

設問 22. 認知症疾患医療センターがこれら AD 疾患修飾薬を使用するための安全管理体制を整備する事についてお聞かせください。

1. 認知症疾患医療センターは類型によらず、自施設において、または他施設との連携によって、体制を整備する必要がある
2. 基幹型、地域型の認知症疾患医療センターは、自施設において、または他施設との連携によって、体制を整備する必要がある
3. 基幹型の認知症疾患医療センターは、自施設において、または他施設との連携によって、体制を整備する必要がある
4. 基幹型 I の認知症疾患医療センターは、自施設において、体制を整備する必要がある
5. 必ずしも認知症疾患医療センターが安全管理体制を整備する必要はない
6. わからない
7. その他 (自由にご記載ください)

【AD 疾患修飾薬治療の実施体制について】

設問 23. 各地域で AD 疾患修飾薬を必要とされる対象者に提供するために、認知症疾患医療センターが果たすべき役割についてお聞かせください（複数選択可）。

1. 専門性の高い診断体制、安全管理体制が必要であり、認知症疾患医療センターが積極的に全ての実施主体となるべきである。
2. 投与が考慮される対象の数の多さを考慮すれば、認知症疾患医療センターのみで実施体制をまかなうことは困難であり、地域の医療機関において平時の投与を行い、治療導入と入院が必要となる ARIA への対応を連携して行うなど、専門性の高い部分のみを行う
3. 地域の医療資源の状況などを総合的に判断し、認知症疾患医療センターであるかどうかにかかわらず、各都道府県及び指定都市において整備する
4. 各施設の様相が異なるので、AD 疾患修飾薬治療の実施は個々の施設の判断にすべて任せるべきで、国や自治体の統括的なマネジメントは必要ない
5. わからない
6. その他
(自由にご記載ください)

設問 24. 現時点で近未来に想定される AD 疾患修飾薬の多くが早期 AD 以前を対象としており、早期診断の重要性が高まることが予想されます。また、この点に関して、ご意見をお寄せください（複数選択可）。

1. 認知症疾患医療センターは、早期診断が可能となる自施設の機器整備や、早期診断の重要性について普及啓発を行うなど、地域における体制整備も行うべきである
2. 末梢血中アミロイド B だけでなく、リン酸化タウなど血液バイオマーカーについては、できるだけ速やかに保険収載を目指す必要がある
3. 血液バイオマーカーが使用可能となった場合、健康診断に組み入れられることも考慮すると、その結果の解釈が適切にされるように、実施主体への協力をおこなうことも考慮される。
4. わからない
5. その他
(自由にご記載ください)

ご協力ありがとうございました。

他の調査票とともに返信用封筒に入れて 10 月 12 日までにご返函ください。

令和4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整備方針に関する調査研究事業

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査ご協力のお願い
(専門医用調査票)

謹啓 時下ますますご清祥のことと拝察申し上げます。

このたび、一般社団法人日本認知症学会では、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整備方針に関する調査研究事業」を受託して、全国の認知症疾患医療センターの整備状況と今後のあり方について調査することになりました。認知症施策推進大綱では、2020年度末までに、認知症疾患医療センターを全国で500カ所、二次医療圏ごとに1カ所以上設置するという目標(KPI)が設定されておりますが、2022年9月現在、センターは全国に499カ所設置されており、目標は概ね達成されています。また、本年は認知症施策推進大綱の中間見直しの年であり、今後の認知症疾患医療センターの整備方針についても改めて検討する必要があります。そのようなことから、本調査は、今後の認知症疾患医療センターの整備方針を検討するための基礎資料を得ることを目的に実施させていただきます。本調査の結果の公表にあたり、個別の専門医を特定できる情報が公表されることはありません。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、同封の調査用紙に回答の上、令和4年10月12日までに、同封の返信用封筒で下記宛にご返送いただけますようお願い申し上げます。

謹白

令和4年9月28日

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査研究事業
検討委員会委員長 栗田 圭一

問い合わせ先：

日本認知症学会事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12

新宿ラムダックスビル、(株)春恒社内

TEL03-5291-6231 FAX03-5291-2176

jsdr-office01@shunkosha.com

内山知美

※問い合わせは9時~17時をお願い致します。

令和4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整備方針に関する調査研究事業

認知症疾患医療センターの整備方針に関する調査

(専門医用調査票)

- ★ 認知症疾患医療センターに勤務しており、かつ認知症疾患医療センター用の調査票に回答されている方は、設問1～8のみに回答して調査票をご返送ください。
- ★ 勤務地が指定都市である方は当該指定都市の認知症疾患医療センターの整備方針について、それ以外の方は勤務地のある都道府県の認知症疾患医療センターの整備方針についてご回答ください。

【基本情報について】

設問1. あなたの勤務地の都道府県・指定都市名と市区町村名を記入してください。

都道府県・指定都市名	市区町村名
------------	-------

設問2. あなたの専門医資格について、該当する番号を以下より選択して○をつけてください。(複数回答可)。

1. 日本認知症学会専門医、
2. 日本老年精神医学会専門医

設問3. あなたは認知症疾患医療センターに勤務していますか、以下より該当する番号に○をつけてください。また、勤務している場合には認知症疾患医療センターの類型について該当する項目に○をつけてください。

1. 勤務している、
2. 勤務していない

【センターの整備方針について】

設問4. あなたの勤務地の都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの整備方針について該当する番号を1つ選択して○をつけてください。

1. 整備方針が定められている。
2. 整備方針は特に定められていない。 → 設問6へ
3. わからない → 設問6へ
4. その他 () → 設問6へ

設問5. 設問4で「整備方針が定められている」と回答した方へ：以下より該当する整備方針を選択して○をつけてください。(複数回答可)。

1. 二次医療圏に1カ所設置
2. 人口30万人に1カ所設置
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置
4. 市区町村に1カ所設置
5. その他 ()

設問6. あなたの勤務地の都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターの整備方針について、以下のうち「望ましい」と思われるものを一つ選択して○をつけてください。

1. すべての二次医療圏に設置する。
2. 人口30万人に1カ所設置する。
3. 高齢者人口6万人に1カ所設置する。
4. すべての市区町村に設置する。
5. わからない。
6. その他 ()

【センターの現在の整備状況について】

設問7. あなたの勤務地の都道府県・指定都市に認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問13へ
3. わからない → 設問13へ

設問8. 設問7で「ある」と回答した方へ：認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏域がある理由として考えられるものを以下より選択して○をつけてください(複数回答可)。

1. 認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関がない
2. 認知症疾患医療センターの機能を担える医療機関はあるが指定できない(指定できない理由：)
3. 専門医を確保できない
4. 予算が確保できない
5. わからない
6. その他 ()

設問9. 設問7で「ある」と回答した方へ：センター未設置の二次医療圏域に対して、それを補完する対策は実施されていますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. されている
2. されていない → 設問11へ
3. わからない → 設問13へ
4. その他 () → 設問13へ

設問10. 設問9で「されている」と回答した方へ：センター未設置を補完する対策について概略を記述してください。 → 設問13へ

設問 11. 設問 9 で「されていない」と回答した方へ：都道府県・指定都市として今後何らかの対策を実施する計画はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問 13 へ
3. わからない → 設問 13 へ
4. その他 () → 設問 13 へ

設問 12. 設問 11 で「ある」と回答した方へ：計画の概略を記述してください。

設問 13. あなたの勤務地の都道府県・指定都市において、同一の二次医療圏域で認知症医療センターが複数設置されている圏域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある → 設問 14 へ
2. ない → 設問 15 へ
3. わからない → 設問 15 へ

設問 14. 設問 13 で「ある」と回答した方へ：複数設置している理由として考えられるものを以下より選択して○をつけてください (複数回答可)。

1. 人口規模が大きいため
2. 高齢者人口が多いため
3. 面積が広大なため
4. 複数の市区町村があるため
5. 1カ所だけ指定することが困難なため
6. わからない
7. その他 ()

設問 15. あなたの勤務地の都道府県・指定都市において、圏域の人口規模が大きいために、認知症医療センターの設置数を今後増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない
4. その他 ()

設問 16. あなたの勤務地の都道府県・指定都市において、圏域の面積が広大なために、認知症医療センターの設置数を増やす必要があると思われる二次医療圏域はありますか。該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない
4. その他 ()

設問 17. あなたの勤務地の都道府県・指定都市において、僻地等 (人口規模小さい、交通の便が悪い、面積が広大ななど) のために認知症のための医療サービス提供体制に課題があると思われる地域はありますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. ある
2. ない → 設問 20 へ
3. わからない → 設問 20 へ
4. その他 () → 設問 20 へ

設問 18. 設問 17 で「ある」と回答した方へ：課題の概要を記述してください。

設問 19. 設問 18 を回答した方へ：課題解決に向けた取り組みがあれば概略を記述してください。

【センターの機能と圏域の医療提供体制の課題】

設問 20. あなたの勤務地の 2 次医療圏域内に認知症医療センターは設置されていますか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. 設置されている
2. 設置されていない

設問 21. 設問 20 で「設置されている」と回答した方へ：次頁の表に示す「認知症医療センター」に期待されている機能のうち、あなたの勤務先に最も近い認知症医療センターに「備わっている」機能をすべて選択し、表の該当部分に○をつけてください。また、あなたの勤務地の医療圏域の医療資源全体を見渡してみ、現時点で「圏域に不足している」と思われる機能をすべて選択し、表の該当部分に○をつけてください。

【センターの今後の整備方針について】

設問 22. あなたの勤務地である都道府県・指定都市の認知症の医療状況全体を見渡してきて、今後認知症疾患医療センターの数をさらに増やす必要があると思いますか、該当する番号を一つ選んで○をつけてください。

1. ある
2. ない
3. わからない

設問 23. 設問 22 の回答について、その理由を教えてください。

設問 24. 設問 22 で「ある」と回答した方へ：認知症疾患医療センターをさらに何件追加して設置する必要があるか現時点で想定することができずか、該当する番号を一つ選択して○をつけてください。

1. 想定できる
2. 想定できない → 設問 26 へ

設問 25. 設問 24 で「想定できる」と回答した方へ：追加する必要がある設置件数を記入してください。また、可能であればセンターの類型ごとに大まかな数を記入してください。

- ・ 追加する必要がある設置件数 () 件
 - 基幹型 () 件
 - 地域型 () 件
 - 連携型 () 件

設問 26. 認知症疾患医療センターの今後の整備方針について、ご意見がありましたら以下に自由に記述してください。

ご協力ありがとうございました。
返信用封筒に入れて 10 月 12 日までにご返願ください。

	認知症疾患医療センターに期待されている機能	近隣のセンターに備わっている	圏域に不足している
専門的医療機能	認知症疾患の鑑別診断		
	認知症の行動・心理症状に対する外来診療		
	認知症の行動・心理症状に対する入院医療		
	認知症の行動・心理症状に対する救急対応		
	身体合併症に対する外来診療		
	身体合併症に対する入院医療		
	身体合併症に対する救急対応		
	若年性認知症の精査と診断		
	本人への情報提供と心理的サポート		
	家族介護者への情報提供と心理的サポート		
	かかりつけ医との連携		
	主治医意見書の記載		
	介護保険サービスの利用支援		
	独居認知症高齢者等の生活支援のためのケース検討		
成年後見制度・日常生活自立支援事業の利用支援			
成年後見制度の診断書・鑑定書の作成			
若年性認知症のための福祉サービスの利用支援			
若年性認知症に対する継続医療			
高齢者の自動車運転免許に関する診断書作成			
軽度認知障害の定期的フォローアップ			
認知症である当事者のピアサポートまたは交流会			
地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談応需			
行政と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援			
認知症初期集中支援チームの後方支援			
かかりつけ医の研修			
認知症サポート医の研修			
地域包括支援センター職員の研修			
介護保険サービス事業所職員の研修			
多職種連携を目的とした研修			
地域住民向けの講演会の開催または参画			
市区町村の認知症施策への助言または参画			
地域連携拠点機能			

