

令和5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

認知症の医療提供体制に関する調査研究  
報告書

令和6(2024)年3月

公益社団法人 全日本病院協会



## 目次

I	事業目的	1
II	事業実施体制	3
III	主な調査結果と考察	4
1	主な調査結果	4
1-1	都道府県・指定都市調査	4
1-2	認知症疾患医療センター調査	5
2	考察	8
IV	アンケート調査	15
1	調査概要	15
1-1	調査目的	15
1-2	調査の設計	15
1-3	報告書の見方	15
2	調査結果：都道府県・指定都市調査	16
2-1	回収結果	16
2-2	回答者について	16
2-3	認知症疾患医療センターの状況	17
2-4	都道府県認知症疾患医療連携協議会（都道府県のみ回答）	21
2-5	認知症疾患医療センター運営事業の評価等	29
2-6	研修・人材育成	40
3	調査結果：認知症疾患医療センター調査	43
3-1	回収結果	43
3-2	センターの基本情報	43
3-3	専門的医療機能	54
3-4	地域連携拠点機能	74
3-5	診断後等支援機能	83
3-6	運営に関する事項や課題等	89
3-7	自由記述	99
V	インタビュー調査	119
1	調査概要	119
1-1	調査目的	119
1-2	調査の設計	119
2	調査結果	120
2-1	インタビュー調査から得られたポイント	120
2-2	三重県	121
2-3	A病院	128
2-4	B病院	130
VI	資料編（調査票）	134



# I 事業目的

認知症疾患医療センター運営事業の目的は、「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者等への研修を行い、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」となっており、その果たすべき役割は広範囲にわたっている。

認知症患者の増加しつつある現在、軽度認知障害をはじめ認知症患者の初期対応が重要であり、認知症疾患医療センターには、これらの患者の鑑別および治療はもちろん、患者や家族が受診しやすい環境づくりをすることが必要である。また、認知症患者の周辺症状の悪化や身体合併症に対して適切な入院医療提供体制を構築しておくことも望まれる。このように、認知症疾患医療センターは、行政やかかりつけ医、介護サービス事業所、連携医療機関などと有機的に連携することで、認知症患者・家族が住み慣れた地域で暮らせるように支援することが求められる。

しかし、認知症診療体制には地域格差があり、脳神経内科や精神神経科の専門医が少ないなど、医圏域内に認知症疾患医療センターの要件を満たす医療機関を設置することが困難な地域もある。また、認知症に関心が薄い診療科の医師、かかりつけ医への啓発に関する課題、あるいは関係者の情報交換の機会が少なく、互いに現状が見えないという問題をかかえる地域もある。

今回、認知症疾患医療センターの実態を調査することで、認知症疾患医療センターが抱える課題を浮き彫りにし、求められる機能を再発見する。さらに、認知症疾患医療センターがそれぞれの地域の実情に応じた効果的な運用と質のあり方、必要な措置について検討し、提言する。

さらに、総務省が実施した「認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査 - 早期対応を中心として -」の結果に基づき、認知症疾患医療センター運営事業の目的に即した評価の推進について、「①都道府県等による各医療センターの事業内容の評価の要否を検討すること」「②圏域ごとや都道府県全体で医療センターの医療提供に関する機能及び体制を評価することを実施要綱に明確に位置付けること。医療センターの実績報告書の鑑別診断件数などの計上方法が区々とならないよう改善方策を講ずること。」といった勧告が厚生労働省に対し令和2年5月12日に行われ、厚生労働省より、令和3年12月16日に「医療センターの事業について、実施要綱等において、都道府県等が、協議会（都道府県内の保健医療関係者等で組織）を活用して実施状況を評価し、必要な課題等を抽出、問題解決に向けた取組等を検討すること、また、その評価は都道府県域における機能・体制の評価であることを明確化（令和3年3月）」「医療センターの実績報告書の記載内容について、データ入力のルールの一斉・明確化、記載に関する留意事項の見直し等を実施（令和3年1月）」との改善措置状況が回答された。総務省が実施した「認知症高齢者等への地域支援に関する実態調査 - 早期対応を中心として -」の調査や、令和2年度老健事業「認知症疾患医療センターの事業評価および質の管理に関する調査研究事業」や、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」等も活用し、厚生労働省が回答した改善措置が適切に実施されているか、また、都道府県等が認知症疾患医療センターの運

営に必要な課題の抽出や、問題解決が実施され、認知症疾患医療センターが担うべき役割を果たしているかも明らかとする。

## Ⅱ 事業実施体制

本事業では、認知症疾患医療センターの運営や地域の認知症支援ネットワークに関与する者を複数含む以下の委員から構成される事業検討委員会を設置し、調査設計や分析、結果の考察に関する議論を通して報告書を取りまとめた。

### 【事業検討委員会】

委員長	美原 盤	公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 院長
副委員長	進藤 晃	医療法人財団利定会 大久野病院 理事長
委員	江澤 和彦	倉敷スイートホスピタル 理事長
委員	木下 毅	医療法人愛の会 光風園病院 理事長
委員	田中 圭一	医療法人笠松会 有吉病院 理事長
委員	土屋 繁之	医療法人慈繁会 土屋病院 理事長・院長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 理事長
委員	中村 万理	医療法人財団正友会 中村記念病院 院長補佐
委員	本庄 弘次	医療法人弘生会 本庄内科病院 理事長・院長
特別委員	栃本 一三郎	放送大学 客員教授

### 【業務一部委託先】

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社  
星芝 由美子  
伊與田 航  
大西 徹郎

### 【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下 友和  
山崎 奈々  
飯村 栄美子

### 【事業検討委員会開催日時】

第1回	2023年8月30日(水)	16時00分～18時00分
第2回	2023年10月6日(金)	15時00分～17時00分
第3回	2023年10月20日(金)	15時00分～16時00分
第4回	2024年1月23日(火)	17時00分～19時00分
第5回	2024年3月18日(月)	18時00分～20時00分
第6回	2024年3月29日(金)	13時00分～15時00分

## Ⅲ 主な調査結果と考察

### 1 主な調査結果

#### 1-1 都道府県・指定都市調査

##### 1-1-1 認知症疾患医療センターの状況

- 二次医療圏域ごとの認知症疾患医療センター(以下 センターとする)の設置状況について、「二次医療圏域ごとの設置あり」は、都道府県で84.8%、指定都市で94.7%であった。(Q5)
- 管内のセンターの充足状況について、「充足している」は、都道府県で78.3%、指定都市で73.7%であった。「不足している」は、都道府県で15.2%、指定都市で5.3%であった。(Q6)
- センターが未設置による問題点について、「別の医療機関や地域連携の体制があるため、特に困ることはない」が71.4%で最も割合が高かった。(Q8)

##### 1-1-2 都道府県認知症疾患医療連携協議会

- 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置状況について、「設置している」が80.4%、「設置していない」が19.6%であった。(Q9)
- 協議会で扱っている議題について、「センターの事業実績報告(集計結果の共有)」が83.8%で最も割合が高く、次いで「認知症に関する国や都道府県等の制度・取組の紹介」が75.7%、「センターの運営のあり方や課題の検討」が59.5%であった。(Q12)
- 協議会において具体的な対応や解決につながった事項について、「具体的な対応・解決につながった事項がある」が35.1%、「具体的な対応につながった事項はない」が27.0%、「具体的な対応を計画している事項がある」が24.3%であった。(Q14)

##### 1-1-3 事業評価

- 事業評価の方法について、都道府県では、「各センターの事業実績報告書の確認」が97.8%で最も割合が高く、次いで「各センターの事業実績報告書の都道府県・指定都市単位での集計」が65.2%であった。一方で「集計したデータの分析・考察」、「センターへの個別ヒアリング」などは3割以下であった。(Q17)
- 実施している事業評価の視点について、都道府県、指定都市ともに「個別のセンターの運営状況に関する実態把握・課題整理」が最も割合が高かった。都道府県では「二次医療圏域単位の認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理」は21.7%、「都道府県域における認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理」は41.3%に留まっている。(Q18)
- 抽出された課題の内容について、都道府県、指定都市ともに、「センターと関係機関の連携に関する事項」、「センターの機能に関する事項」の割合が高かった。(Q19)
- 「手引書」の活用状況について、都道府県、指定都市ともに、「手引書を知っているが、活用していない」の割合が最も高く、5～6割であった。また、「手引書を知らない」の割合も2割以上であった。(Q22)



- 事業実績報告書の入力ルールの一貫化・明確化について、都道府県、指定都市ともに、「入力ルールは明確で統一されていると思う」が8割以上であった。(Q23-①)
- 事業実績報告書の記入漏れについて、都道府県、指定都市ともに、「記入漏れは特に生じていないと思う」が9割前後であった。(Q23-②)
- センターに特に求める機能について、都道府県では、「鑑別診断」が91.3%で最も割合が高く、次いで「早期発見」が65.2%、「家族介護者への情報提供・サポート」が54.3%であった。指定都市では、「鑑別診断」が100.0%で最も割合が高く、次いで「家族介護者への情報提供・サポート」が68.4%、「認知症に対する外来診療」「特にBPSDに対する外来診療」「BPSDに対する緊急的な入院医療」が47.4%であった(Q25)

#### 1-1-4 研修・人材育成

- 研修・事例検討等の実施状況について、都道府県では、「1年に1度ほど、企画・開催している」が43.5%で最も割合が高かった。指定都市では、「企画・開催はしていない」が63.2%で最も割合が高かった。(Q26)

## 1-2 認知症疾患医療センター調査

### 1-2-1 基本情報

- 医療機関種別について、センターの類型別にみると、基幹型ⅠⅡでは「大学病院」の割合が80.0%であった。地域型では「精神科病院」の割合が55.4%、「総合病院」の割合が20.2%であった。連携型では「無床診療所」の割合が35.3%、「精神科病院」の割合が29.4%、「一般病院」の割合が23.5%であった。(Q4)
- 活動圏域の人口について、センターの類型別にみると、地域型では「10万人～30万人未満」の割合が高いが、「10万人未満」、「30万人～50万人未満」、「50万人～100万人未満」の割合はそれぞれ同程度であった。連携型では「10万人未満」の割合が41.2%、「10万人～30万人未満」の割合が29.4%であった。(Q6)

### 1-2-2 専門的医療機能

- 内容別の相談頻度について、医療機関種別にみると、精神科病院で「BPSDに対する緊急的な入院希望」の割合が他の種別と比べて高かった。(Q13)
- 初診までの待機期間について、センターの類型別にみると、連携型では「14日未満」が6割以上であったが、基幹型ⅠⅡと地域型では「14日未満」から「1か月～3か月未満」まで回答が分散していた。(Q14)
- かかりつけ医からの紹介については、「必須としている」が32.3%、「紹介がなくても受診が可能」が63.1%であった。センターの類型別にみると、基幹型ⅠⅡでは「必須としている」の割合が80.0%、地域型では33.7%、連携型では13.7%であった。なお、かかりつけ医からの紹介を「必須としている」と回答したセンターでは、初診までの待機期間が「1か月～3か月未満」の割合が32.1%であり、「紹介がなくても受診が可能」と回答したセンタ

ーと比べてやや高かった。(Q17)

### 1-2-3 地域連携拠点機能

- 情報交換会等の実施頻度について、「地域包括支援センター」「行政機関」では「月に1回以上」から「年に1回程度」まで回答が分散していた。「ケアマネジャー・介護サービス事業所」、「医療機関（かかりつけ医等）」、「地域の支援団体・ボランティア等」では「実施していない」の割合が高かった。(Q25)
- 協議会等への参加状況について、「2次医療圏単位の協議会等（認知症疾患医療センター地域連携会議を含む）」が65.4%で最も割合が高く、「都道府県単位の協議会等（都道府県認知症疾患医療連携協議会を含む）」と「市区町村単位の協議会等（在宅医療介護連携推進事業等の枠組みも含む）」が54.2%であった。センターの類型別にみると、地域型と連携型で「市区町村単位の協議会等（在宅医療介護連携推進事業等の枠組みも含む）」の割合が基幹型ⅠⅡと比べて高かった。(Q27)
- 市町村単位の協議会等への参加状況について、「センターの活動圏域内のすべての市区町村の協議会に参加している」が17.7%、「センターの活動圏域内の一部の市区町村の協議会に参加している」が66.0%であった。(Q27)
- 相談・受診時の連携状況として、かかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー・介護サービス事業所は、「十分している」と「ある程度している」の合計が9割程度であった。一方で「認知症初期集中支援チーム」との連携は「あまりしていない」と「ほとんどしていない」の合計が3割程度みられた。(Q28)

### 1-2-4 診断後等支援機能

- 診断後相談の相談元について、「本人・家族」、「地域包括支援センター」、「ケアマネジャー・介護サービス事業所」では、「よくある」と「たまにある」の合計が6割前後であったが、「医療機関（かかりつけ医等）」は「あまりない」の割合が38.8%と最も高かった。(Q32)
- 診断後の相談内容について、「よくある」の割合が高い項目として、「症状増悪（BPSD）に関すること」、「介護保険サービスの利用に関すること」などがみられた。医療機関種別に「よくある」の割合をみると、精神科病院で「症状増悪（BPSD）に関すること」の割合が他の種別と比べて高かった。(Q33)
- 当事者等によるピア活動や交流会等の実施状況について、「貴センターでは実施していないが、地域の方を紹介している」が54.6%で最も割合が高く、次いで「認知症カフェを実施している」が27.3%、「家族の交流会を実施している」が25.0%であった。(Q34)

### 1-2-5 運営に関する事項や課題等

- センターの役割認識について、「とても役割を担っている」の割合が高い項目として、「鑑別診断」、「認知症に対する外来診療」、「特にBPSDに対する外来診療」がみられた。医療機関種別に「とても役割を担っている」の割合をみると、大学病院、総合病院、一般病院で「特に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」、精神科病院で「特

に BPSD に対する外来診療」、「BPSD に対する緊急的な入院医療」が他の種別と比べて高かった。(Q35)

- 活動圏域における各機能の充足状況について、「とても充足している」の割合が高い項目として、「鑑別診断」、「認知症に対する外来診療」、「特に BPSD に対する外来診療」などがみられた。「やや不足している」と「とても不足している」の割合が高い項目として、「当事者のピアサポート・交流会」、「困難ケースのアウトリーチ支援」、「身体合併症に対する入院医療」、「通い・社会参加の場」などがみられた。医療機関種別に「やや不足している」と「とても不足している」の合計をみると、一般病院で「特に BPSD に対する外来診療」、精神科病院で「特に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」の割合が他の種別と比べて高かった。(Q36)
- 活動圏域における課題について、「若年性認知症の人の支援体制が十分でない」が 64.2%で最も割合が高く、次いで「ピアサポート活動や家族交流会などの場がない・少ない」が 51.2%、「BPSD に対応可能な専門医療機関がない・少ない」が 43.8%、「同じ圏域の中でも地域によって関係機関と連携状況に差がある」が 43.1%であった。活動圏域の人口別でみると、小規模であるほど「BPSD に対応可能な専門医療機関がない・少ない」、大規模であるほど「同じ圏域の中でも地域によって関係機関と連携状況に差がある」の割合が高かった。(Q37)

## 2 考察

### 量の整備から圏域における連携の深化へ

- 今回の調査では、約9割の都道府県・指定都市が「二次医療圏域ごとに認知症疾患医療センターを設置している」と回答した。また、管内にセンターが不足していると認識する都道府県・指定都市は2割未満であったほか、未設置の圏域がある都道府県・指定都市のうち、7割以上は「別の医療機関や地域連携の体制があるため、特に困ることはない」と回答した。地域によって差がある点は留意が必要であるが、全国単位で見れば、センターの量的な整備は一定の進捗があったと考えられる。
- ただし、地域特性を踏まえた量的な整備に課題が残る。地域型では、活動圏域の人口が「10万人未満」から「100万人以上」と幅広く回答していた。センターに対するインタビュー調査によると、活動圏域内であってもアクセスの観点から対応が不十分な地域があることがうかがわれた。アンケートの自由記述においても、早期発見・早期受診に繋がる連携を課題に挙げる回答が見られた。センターへの距離が遠く、外来受診等に係る患者の負担が大きい地域では、早期発見・早期受診につながりにくい可能性がある。こうした地域の住民・関係者に対してセンターに関する周知を進めるとともに、地域のかかりつけ医とセンターがいっそう連携を深めることで、住み慣れた地域で適切な支援を受けつつ、必要なタイミングでセンターとつながることのできる環境づくりを進める必要がある。
- また、都道府県・指定都市によるセンターの事業評価を通して抽出された課題は、「センターと関係機関の連携に関する事項」の割合が最も高かった。こうした状況をふまえると、認知症疾患医療センター運営事業においては、各圏域の地域特性や医療・介護サービス資源の状況等を踏まえ、圏域単位で関係機関が連携して認知症の人の支援体制の質を高めていく重要性が高まっており、都道府県・指定都市による施策の役割も量的整備から質の向上への支援と変化してきていると考えられる。

### 地域の状況を踏まえた認知症医療の提供体制を

#### ■「実態的な機能」に基づいた整理の必要性

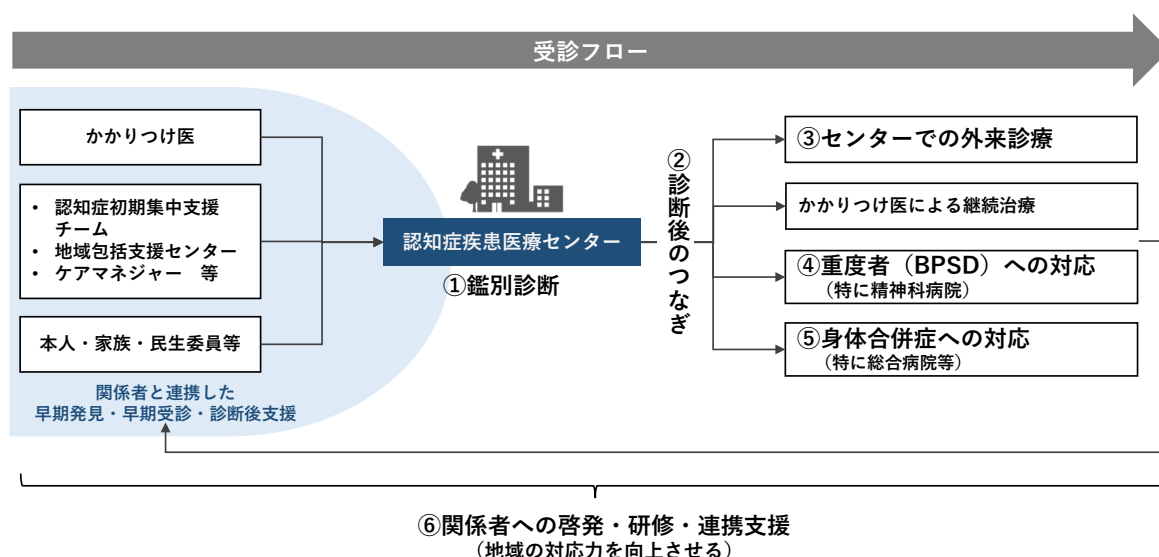
- 認知症疾患医療センターには基幹型Ⅰ・Ⅱ、地域型、連携型といった国が定める分類があり、それぞれのセンターが基準に応じた体制を有している。これらの分類基準は、職員体制や検査体制、BPSDと身体合併症への対応体制といったストラクチャーによる区分が中心となっており、活動圏域の中で各センターが担う実態的な機能を表したものではない。
- アンケート調査では、基幹型センターの多くが大学病院による運営であるのに対して、地域型や連携型では精神科病院、総合病院、一般病院、診療所など様々な主体により運営されていることが確認された。また、全センターの約8割を占める地域型の状況をみると、活動圏域の人口は「10万人未満」から「100万人以上」まで多様であり、同じ類型であってもセンターの性質は多様である状況がうかがわれた。

- 国の分類において基幹型と地域型に求められている BPSD と身体合併症への対応体制について、そのいずれかは他の医療機関との連携により確保することが認められている。アンケート調査では、精神科病院が運営するセンターでは「BPSD に対する外来診療」や「BPSD に対する緊急的な入院医療」について「とても担っている」の割合が高く、総合病院等が運営するセンターでは「身体合併症に対する外来診療」や「身体合併症に対する入院医療」の割合が高く、実際の相談状況もそれに応じた実績が確認された。こうした状況を踏まえると、センターの機能は、類型や医療機関種別を問わず共通する相談や検査、診断などの機能に加え、BPSD や身体合併症への対応のように医療機関種別に応じて他機関との連携を前提した機能に分けられるものと考えられる。
- このように、同じ類型であってもセンターを運営する医療機関種別の違いなどによって、センターが自前で提供可能な機能、他機関との連携によって提供可能な機能、そして、地域で担っている実態的な役割には違いがある。したがって、各地域の認知症医療提供体制の構築状況や課題を把握し、有効な解決策を検討するにあたっては、ストラクチャーに基づいた類型ではなく、実態としてセンターが果たしている「機能」に基づいた整理を行う視点が重要ではないか。
- センターへのインタビュー調査では、圏域内に医療機関種別の異なるセンターが設置され、それらの機関が連携を行うことで、BPSD や身体合併症の対応力が向上するのではないかという声も聞かれた。都道府県・指定都市の担当者がセンターの新規整備や連携強化を進めるにあたっては、こうした実態的な機能に着目した整理を行うことで当該圏域に不足している機能や取り組むべき課題が見えてくる可能性がある。なお、不足する機能については、必ずしもセンターがすべての役割を担う必要はなく、地域の関係者と連携して補完するなど、圏域として認知症医療提供体制を構築していくことが求められる。

## ■認知症疾患医療センターの実態的な機能

- アンケート調査において、センターが「とても役割を担っている」と回答した機能は、「鑑別診断」「外来診療」「早期発見」「BPSD に対する外来診療・入院医療」「家族介護者のサポート」の順に割合が高い結果であり、こうした機能を中心に役割提供がされている実態が確認された。
- 認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱では、センターの役割として「認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築」が求められている。こうした点やアンケート調査・インタビュー調査から確認されたセンターの実態に加え、認知症疾患医療センターの運営や地域の認知症支援ネットワークに関与する事業検討委員の意見等を総合的に勘案し、センターに期待される中核的な機能を次の6つに整理した。

図表 1 認知症疾患医療センターの機能



### ①鑑別診断

- まずは認知症の疑いのある患者に対して適切な検査を実施したうえで、認知症の有無や原因疾患、重症度などを見極めるための鑑別診断の機能があげられる。鑑別診断の実施にはMRI検査やSPECT検査などの検査体制の整備が求められる。
- アンケート調査では、MRI検査やSPECT検査を自前で実施可能な体制を有するのは、その多くが大学病院や総合病院であったが、精神科病院においても他機関との連携による検査体制を有するケースが多く、それらを含めれば精神科病院が運営するセンターの8割以上で検査の実施体制が整備されている状況であった。また、どの医療機関種別においても鑑別診断は「とても役割を担っている」の回答割合が8～9割であることを踏まえれば、鑑別診断がセンターの実態的な役割の1つであることは明白であろう。
- なお、PET検査を自前で実施可能なセンターは13.5%、他機関との連携で実施可能なセンターは34.6%に留まったが、新たなアルツハイマー治療薬の開発に伴い、正確な診断が求められるケースが増えると予想され、今後必要度が高まる可能性がある。

- 一方で、初診までの待機期間が「14日未満」と回答したセンターは全体で43.8%であるのに対して、大学病院では16.0%、総合病院では26.1%であり、センターによって差があることが確認された。インタビュー調査では、待機期間中の進行防止や速やかな対応につなげるため、通常の外來診療の予約枠とは別に対応しているセンターもみられた。

#### ②診断後のつなぎ

- 次に、診断を行った患者について、患者の状態に応じてその後の治療方針を定め、しかるべき機関に引き継ぐ「診断後のつなぎ」の機能があげられる。アンケート調査では、診断後の対応として「自センターでの外來治療」に次いで「かかりつけ医への継続治療の依頼」の割合が高かった。また、受診後に特に連携の必要性を感じる関係機関としては、「かかりつけ医」、「地域包括支援センター」、「ケアマネジャー」の割合が高かった。自由記述では、地域での継続治療や介護保険サービスの利用、症状増悪時にセンターに相談が入るような体制づくりに向けて、こうした関係機関との連携を重要視する意見が多数みられた。

#### ③センターでの外來診療

- 診断を受けた患者に対して、認知症の専門医療機関として適切な医療を提供することは、センターが果たす機能の1つであると考えられる。アンケート調査において「外來診療」は、類型や医療機関種別に関わらず「鑑別診断」に次いで「とても担っている」の回答割合が多かった。
- BPSDや身体合併症を有する患者への対応は、センターを運営する医療機関種別によって対応体制が異なるため、他のセンターや医療機関との連携が重要であり、別項として記載した。

#### ④重度者（BPSD）の対応

- 精神科病院が運営するセンターでは、「BPSDに対する外來診療」や「BPSDに対する緊急的な入院医療」について「とても担っている」の割合が8割前後であり、これは総合病院等が回答した割合を大きく上回る。また、「BPSDに対する緊急的な入院希望」に関する相談についても、精神科病院で「よくある」の割合が高かった。センターへのインタビュー調査では、総合病院等が運営するセンターではBPSDへの対応が難しく、近隣の精神科病院が運営するセンターと連携した対応を求める声が聞かれた。
- こうした点を踏まえると、特に精神科病院が運営するセンターに期待される機能として、診断後の症状増悪に対する関係機関と連携した対応を含む、「重度者（BPSD）への対応」があげられる。
- 一方、アンケートの自由記述では、「BPSDに対応可能な医療機関が少なく、圏域外への紹介や施設入所になってしまう」や「BPSDに対応可能な入院先の待機期間が長い」といった意見が複数みられ、BPSDに対応可能な医療機関が不足している状況がうかがわれた。

#### ⑤身体合併症への対応

- 総合病院等が運営するセンターでは、「身体合併症に対する外來診療」や「身体合併症に対する入院医療」について「とても担っている」の割合が4～5割であり、精神科病院よりも高い割合であった。センターへのインタビュー調査では、精神科病院が運営するセンターでは身体合併症への対応に苦慮しており、総合病院等との連携を求める声が聞かれた。

- こうした点を踏まえると、特に総合病院等が運営するセンターに期待される機能として、「身体合併症への対応」があげられる。一方、アンケートの自由記述では、「認知症があるために身体疾患を診てもらえない」や「身体合併症に対応できる医療機関が少ないことが原因で入院期間が延長されるケースがある」といった意見がみられた。認知症疾患医療センター以外の総合病院等においても、身体合併症を有する認知症患者が受診できる環境づくりを地域で進めていくことが期待される。

#### ⑥関係者への啓発・研修・連携支援

- 前述した①～⑤は認知症疾患医療センターに期待される医療面の機能が中心であったが、実際に認知症の患者が安心して医療を受けられるようにするためには、認知症の疑いのある患者を早期発見し、早期受診につなげ、診断後に地域で継続治療を受けられる仕組みを患者の視点に立って検討することが重要である。そのためには、センターのみではなくかかりつけ医や認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター、ケアマネジャー等の関係者が認知症医療について理解を深め、普段の業務の中で効果的に連携できるようになることが重要である。地域の認知症医療をけん引する立場として、「⑥関係者への啓発・研修・連携支援」等を推進することもセンターに期待される機能の1つであると考えられる。
- その他として、アンケート調査では、いずれの類型でも「当事者のピアサポート・交流会」、「困難ケースのアウトリーチ支援」が不足していると回答したセンターが多かった。ピアサポート・交流会の活動は診断後の支援として重要であるが、センター単独ではノウハウが限られていると考えられ、行政や地域包括支援センターなど地域の関係者と連携して実現していくことが期待される。

## 都道府県・指定都市は実態的な機能を踏まえた評価と働きかけを

### ■事業評価について

- 地域の状況に応じたセンターの運営向上を図るためには、都道府県がセンターの事業評価を適切に実施し、PDCAを回していくことが求められる。しかし、事業評価の方法として「各センターの事業実績報告書の確認」はほとんどの都道府県が実施しているものの、「各センターの事業実績報告書の都道府県・指定都市単位での集計」は約6割、「集計したデータの分析・考察」、「センターへの個別ヒアリング」は3割以下であることが明らかになった。
- また、事業評価を行う際の視点として「個別のセンターの運営状況に関する実態把握・課題整理」と回答した都道府県・指定都市は約8割であったが、「都道府県域における認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理」は約4割、「二次医療圏域単位の認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理」は約2割に留まっている。
- 地域の状況を踏まえ、圏域として認知症医療の提供体制を構築していくためには、センターの運営状況を個別に確認しているだけでは十分でなく、各圏域の中でセンターが置かれている状況、求められている役割などをより俯瞰的な視点で把握し、フィードバックすることが重要である。前述した①～⑥の実態的な機能の充足・不足状況や関係者の連携状況



を把握し、各圏域の認知症医療提供体制において、どのような部分に不足や課題があるのかを検討したうえで、不足する機能を補完し課題を解決する視点を持ってセンターの整備や質の向上を図っていくことが求められる。

- 一方で都道府県担当者へのインタビュー調査では、標準化された事業評価の手法がないことについて言及があった。現状、各センターが提出する事業実績報告書やそれらの集計ツールは用意されているが、提出・集計されたデータの活用方法等は各都道府県・指定都市に任されており、担当者は具体的な評価手法等に関する情報がない中で試行錯誤している状況がうかがわれた。なお、認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた手引書が発行されているが、アンケートでは「手引書を知っているが活用していない」が約5割、「手引書を知らない」が約2割であった。
- インタビュー調査を行った三重県では、過去の調査事業報告書等をもとにして、センターの自己評価分析シートを独自で作成し、管内のセンターに実施依頼をしていた。センターに期待される役割に対して、どの程度取り組んでいるかを自己評価する内容であり、自己評価の内容を他センターと共有することによって相対的な評価にもつなげる工夫が施されたものであった。
- 都道府県・指定都市の担当者が有効な事業評価を行えるようにするため、国がデータの活用や事業評価の実施事例等の情報を充実させ、周知することが必要ではないか。例えば、事業実績報告書のデータから圏域人口あたりの相談件数が多いセンターについて、相談経路の傾向を分析するなど、都道府県・指定都市が他のセンターにも参考になる情報を整理して提供することなどが考えられる。ただし、前述のとおり、認知症医療に関する資源や課題等は地域によって異なり、各地域の実情に応じた施策が求められる。そうした観点では全国一律の事業評価手法や好事例の横展開のみではなく、都道府県・指定都市担当者や専門家等が連携して、個別の圏域ごとに実態にもとづいた課題整理や解決策の検討を行うことも有効と考えられる。

## ■協議会について

- 都道府県認知症疾患医療連携協議会で扱っている議題について、「センターの事業実績報告（集計結果の共有）」や「認知症に関する国や都道府県等の制度・取組の紹介」を挙げた都道府県は7～8割であった。その一方で、「センターの運営のあり方や課題の検討」や「都道府県域における認知症医療の提供体制のあり方や課題の検討」は5～6割、「課題解決に向けた具体的な取組の検討」は3割強に留まった。また、協議会での検討を通して、「具体的な対応・解決につながった事項がある」と回答した都道府県は35.1%であるが、「具体的な対応につながった事項はない」との回答も27.0%であった。
- 都道府県単位の協議会では事務的な実績報告のみではなく、管内のセンターが集合するのであれば、各センターが抱える課題を共有し、同じ立場から助言を行うなど、課題解決につながるような連続性のある協議会運営が望まれる。特に前述の実態的な機能について、取組が十分にできていないセンターに対しては、改善に向けて協議を行う必要がある。また、都道府県域で共通した課題が生じた場合、それは都道府県としての認知症医療提供体

制に関する課題であり、行政が主導して施策検討を進めていくことが求められる。

- 一方で、地域の状況に応じた認知症医療の提供体制を構築する観点では、二次医療圏をはじめとしたセンターの活動圏域において、自治体や地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム等が連携に向けた具体的な相談・調整などを行う場の重要性は高い。アンケート調査では、相談・受診時の認知症初期集中支援チームとの連携は「あまりしていない」と「ほとんどしていない」の合計が約3割であり、他の関係機関と比べて連携が進んでいない様子がうかがわれた。また、2次医療圏単位の協議会等に参加しているセンターはどの類型でも6割ほどであったが、こうした身近な地域における関係者との連携をさらに深めていく必要があると考える。
- また、市区町村単位の協議会等へ参加しているセンターは54.2%であった。ただし、そのうち活動圏域内のすべての市区町村の協議会に参加しているセンターは17.7%に留まった。活動圏域の課題としても、人口規模が大きくなるほど「同じ圏域の中でも地域によって関係機関と連携状況に差がある」という回答の割合が高かった。センターに対するインタビュー調査においても、センターからの距離やアクセス手段が乏しいことなどから、同じ圏域内でも連携状況に差が生じている様子がうかがわれた。
- 都道府県による市町村への支援としては、認知症に関する制度や取組事例についての情報提供もあげられる。例えば、運転免許証の返納に関する取扱いや返納後の支援については、アンケートの自由記述においても課題としてあげられていた。このようないずれの地域でも共通の課題となっている事項について、解決に向けた具体的な取組を検討していくことが求められる。
- さらに、地域型の認知症疾患医療センターは、二次医療圏に1か所配置する政策を行ってきたことから、指定を受けたセンターは当然担っている機能に差異を生ずることになる。そのため、都道府県・指定都市が俯瞰的な視点を持ち、管内における認知症医療提供体制の地域差やバランスを確認し、新規整備や既存資源の連携強化をはじめ、課題解決に向けた支援を行うことが重要である。

## IV アンケート調査

### 1 調査概要

#### 1-1 調査目的

認知症疾患医療センターの運営実態を把握・整理するとともに、認知症の進行予防から地域生活の維持に必要な医療を提供できる機能体制の構築状況や課題を明らかにする。

都道府県域における機能・体制の評価や問題解決に向けた取組の検討をはじめ、認知症疾患医療センター運営事業における都道府県・指定都市の取組状況を把握・整理し、事業実施上の課題や地域の実情に応じた効果的な運用のあり方について明らかにする。

#### 1-2 調査の設計

- |       |   |
|-------|---|
| ①調査対象 | <都道府県・指定都市調査><br>都道府県・指定都市（悉皆）：67 自治体<br><認知症疾患医療センター調査><br>令和5年10月時点で運営が確認された全国の認知症疾患医療センター（悉皆）：503 か所 |
| ②調査方法 | 郵送配布・郵送回収   |
| ③調査時期 | 令和5年11月～12月   |

#### 1-3 報告書の見方

- 比率はすべてパーセントで表し、小数点以下第2位を四捨五入して算出している。そのためパーセントの合計が100にならないことがある。
- 複数回答が可能な質問の場合は、その項目を選んだ人が、回答者全体のうち何%なのかという見方をしている。そのため、各項目の比率の合計は通常100%を超える。
- クロス集計の図表で表側となる設問に「無回答」がある場合は、これを表示していない。ただし、全体の件数に含めているため、各分析項目の件数の合計が、全体の件数と一致しないことがある。
- 本報告書中の表、グラフ等の見出しでの回答選択肢は、本来の意味を損なわない程度に省略して掲載している場合がある。

## 2 調査結果：都道府県・指定都市調査

### 2-1 回収結果

都道府県・指定都市調査の回収結果は以下のとおりであった。

送付件数	回収数	有効回収数	有効回収率
67 件	66 件	65 件	97.0%

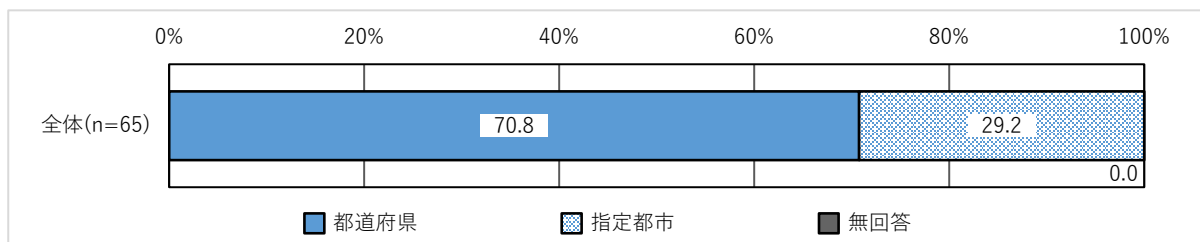
※無効票 1 件は認知症疾患医療センター運営事業を実施していない指定都市

### 2-2 回答者について

#### 2-2-1 自治体

「都道府県」が 70.8%、「指定都市」が 29.2%であった。

図表 2 自治体:単数回答 (Q1)

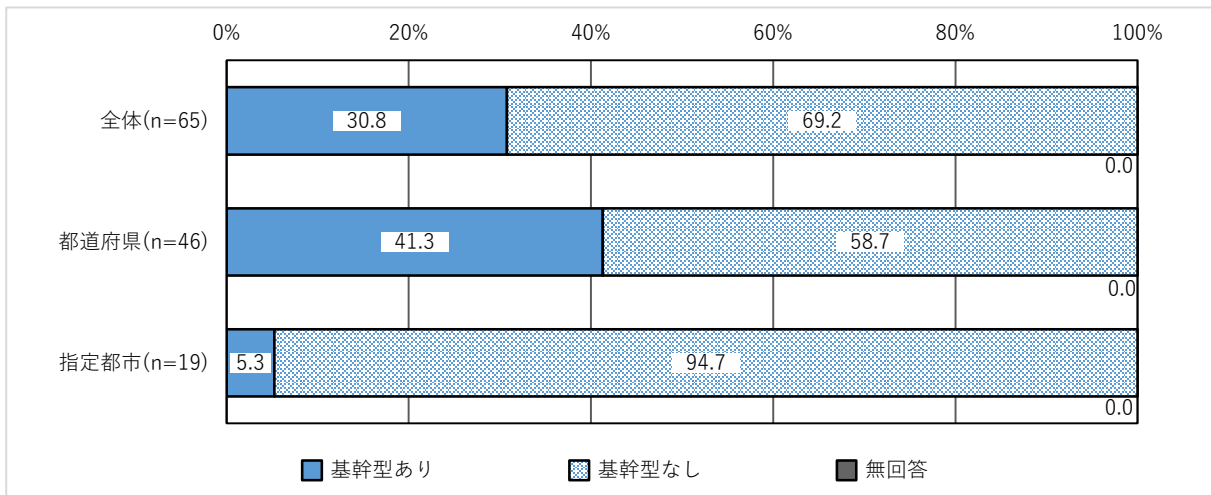


## 2-3 認知症疾患医療センターの状況

### 2-3-1 基幹型センター（ⅠⅡ）の有無

「都道府県」では、「基幹型あり」が41.3%、「基幹型なし」が58.7%であった。  
 「指定都市」では、「基幹型あり」が5.3%、「基幹型なし」が94.7%であった。

図表 3 基幹型センター（ⅠⅡ）の有無:単数回答（Q28）



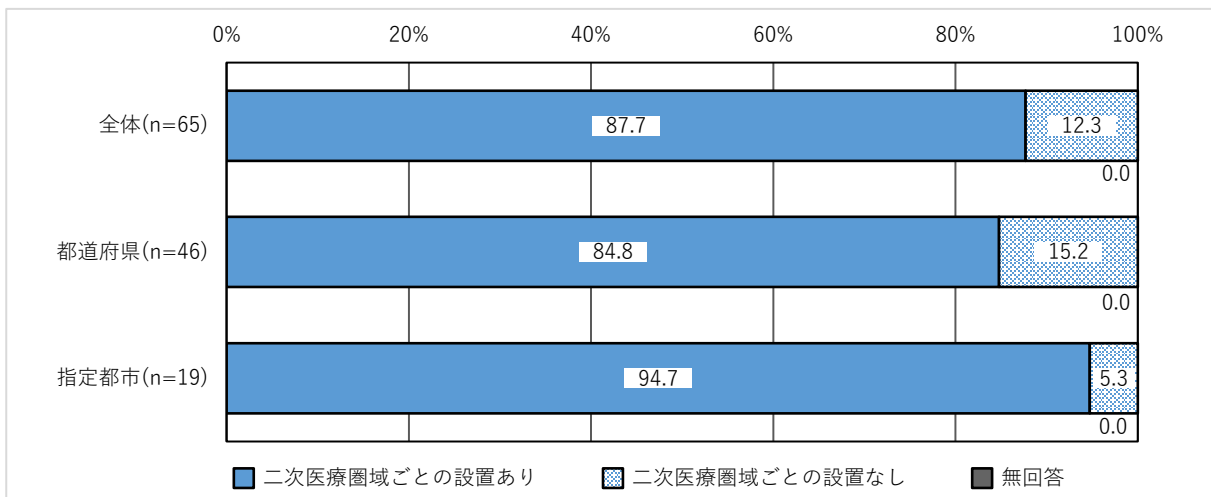
### 2-3-2 国の分類以外の独自の分類（自由記述）

- 地域型を「地域拠点型」とし、専門医療相談に係る人員に上乘せして、診断後支援機能の相談員を配置している。基幹型Ⅱを「中核型」とし、地域型センターを統括する機能をもたせている。（群馬県）

### 2-3-3 二次医療圏域ごとの認知症疾患医療センターの設置状況

「二次医療圏域ごとの設置あり」は、「都道府県」で84.8%、「指定都市」で94.7%であった。

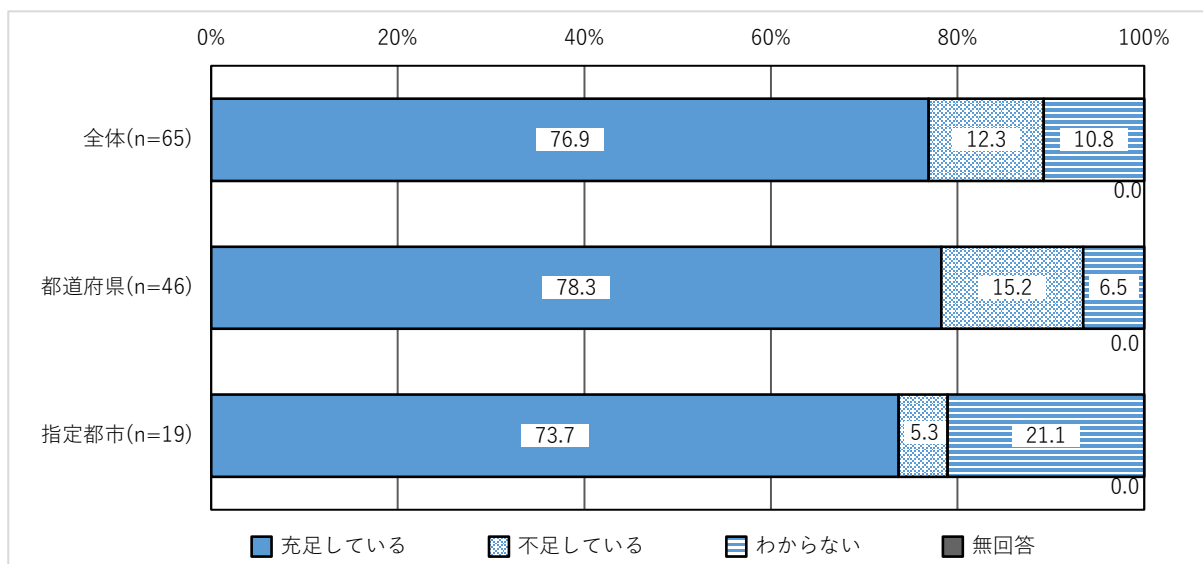
図表 4 二次医療圏域ごとの認知症疾患医療センターの設置状況:単数回答（Q5）



### 2-3-4 管内の認知症疾患医療センターの充足状況

「充足している」は、「都道府県」で78.3%、「指定都市」で73.7%であった。

図表 5 管内の認知症疾患医療センターの充足状況：単数回答（Q6）

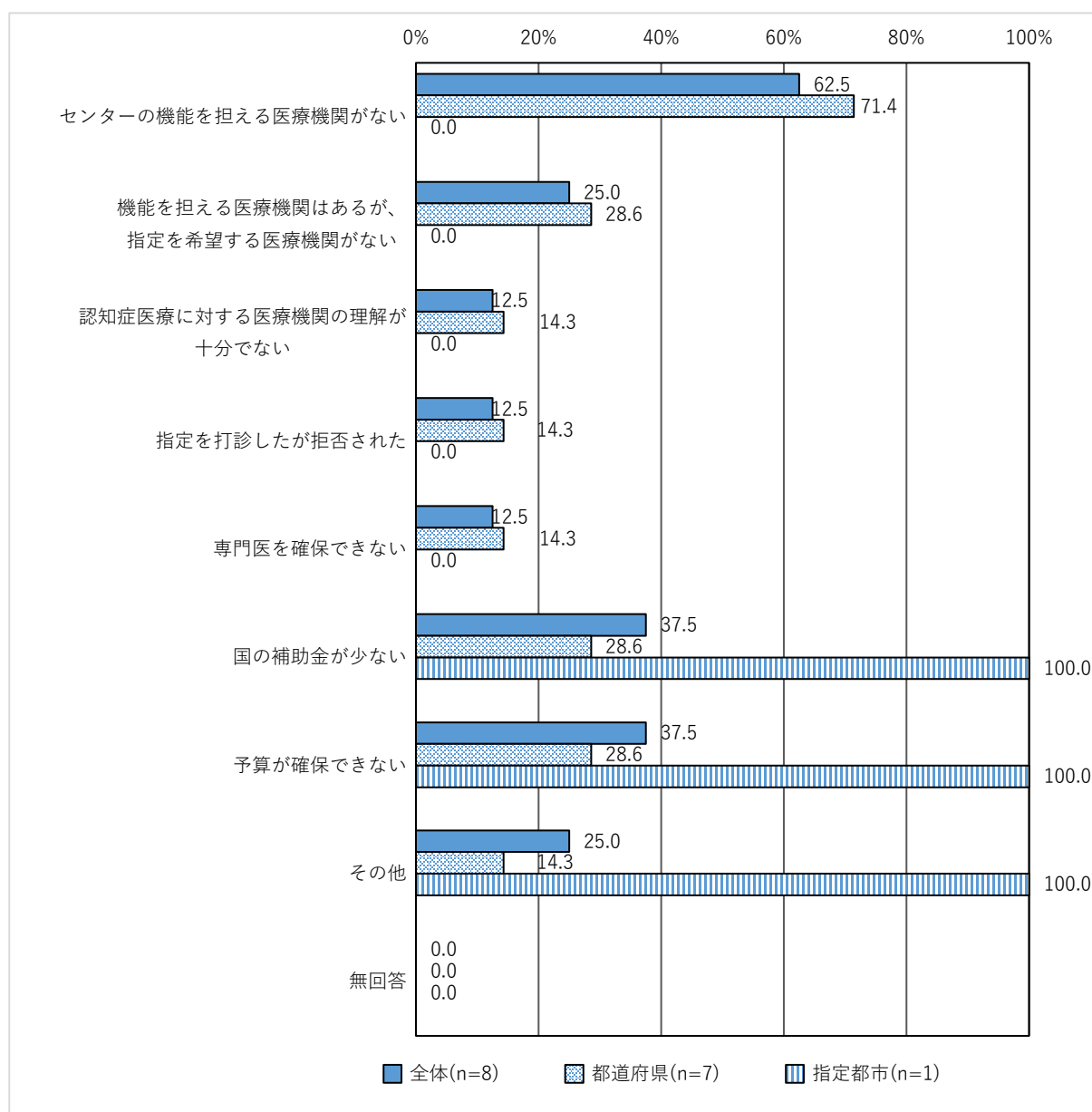


## 2-3-5 認知症疾患医療センターの整備が進まない理由

※Q6で「不足している」と回答した場合のみ

「センターの機能を担える医療機関がない」が62.5%で最も割合が高かった。

図表 6 認知症疾患医療センターの整備が進まない理由：複数回答（Q7）

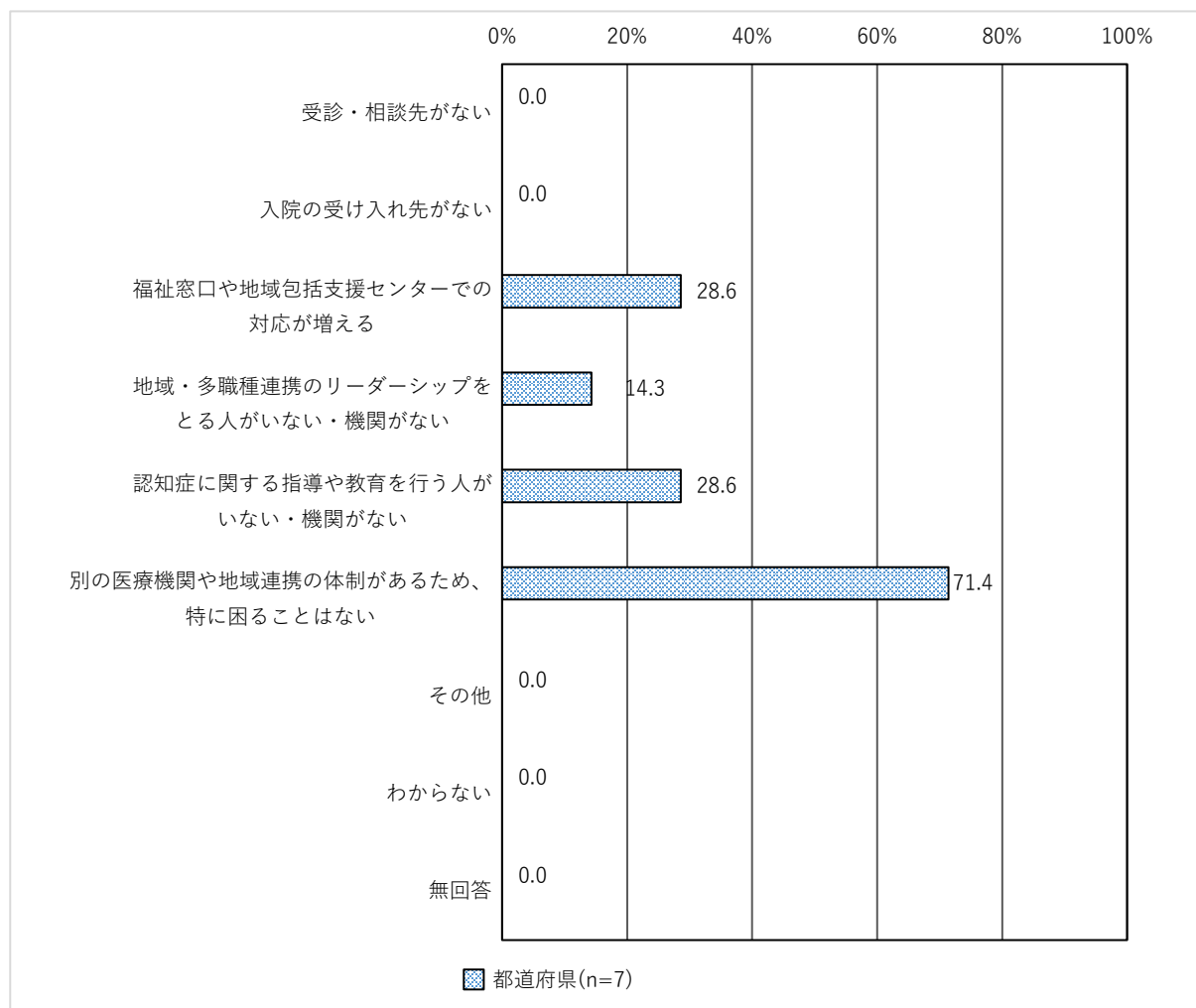


### 2-3-6 認知症疾患医療センターが未設置による問題点

※センター未設置の二次医療圏域がある自治体のみ

「別の医療機関や地域連携の体制があるため、特に困ることはない」が71.4%で最も割合が高かった。

図表 7 認知症疾患医療センターが未設置による問題点:複数回答 (Q8)



### 2-3-7 認知症疾患医療センターの整備が進まない理由 (自由記述)

- 指定都市の圏域の疾患医療センターが不足しているが、他の医療機関が役割を果たしているため課題を持っていない。
- 段階的にセンター設置を行っている。

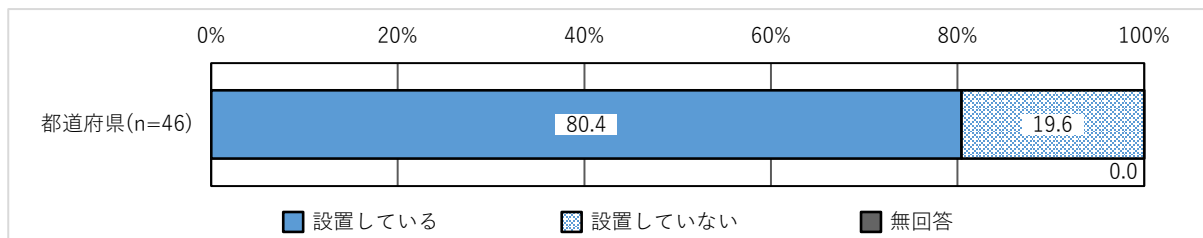


## 2-4 都道府県認知症疾患医療連携協議会（都道府県のみ回答）

### 2-4-1 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置状況

「設置している」が80.4%、「設置していない」が19.6%であった。

図表 8 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置状況：単数回答（Q9）



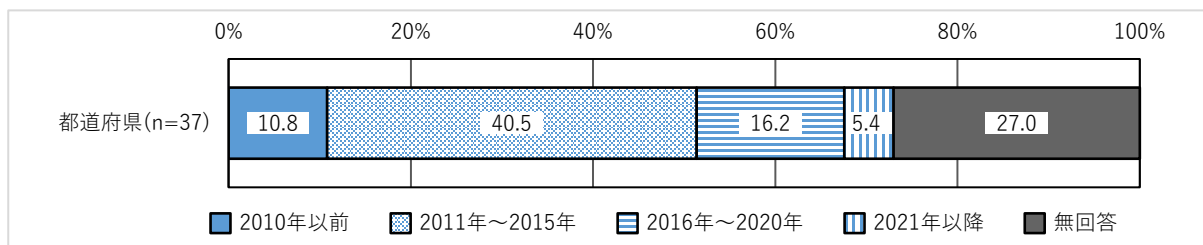
### 2-4-2 協議会未設置の理由（自由記述）

- 認知症施策推進会議（認知疾患医療センター指定選考委員会兼ねる）を設置している。
- 保健医療関係者や有識者等が出席する、認知症疾患医療を含む高齢者保健福祉に関する会議があり、また圏域内の認知症疾患医療センターの取り組み状況の共有や、課題解決に向けた取組の検討等を行う、連絡会議を開催している。
- H29年度までは若年性認知症のネットワーク会議を全県版として開催していたが、現在は二次医療圏毎のネットワーク会議に変更し開催している。全県版の会議を実施するための予算、マンパワーが不足している。
- 認知症疾患医療センター連絡協議会という名称で、疾患医療センターと県医師会、政令市と情報交換会を行っているが、介護の関係者が出席していないことから、協議会とは言えない。
- 今後、医療計画のワーキンググループ等の類似している会議体との併設を検討していく。
- 県、県医師会、センターによる合同会議を実施している。
- 認知症対策推進会議や認知症疾患センター連絡会などを活用して事業の共有や検討を行っているため。
- 各圏域で課題や状況が異なり、各圏域にあるセンターごと設置しているため。
- H30年、R元年は開催していたが、コロナ禍での中止に加え認知症疾患医療センターの具体的な評価方法が示されず評価が困難なことから中止となっている（センターの担当者会議は県主催で開催している）。

### 2-4-3 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置時期

「2011年～2015年」が40.5%で最も割合が高く、「2016年～2020年」が16.2%であった。

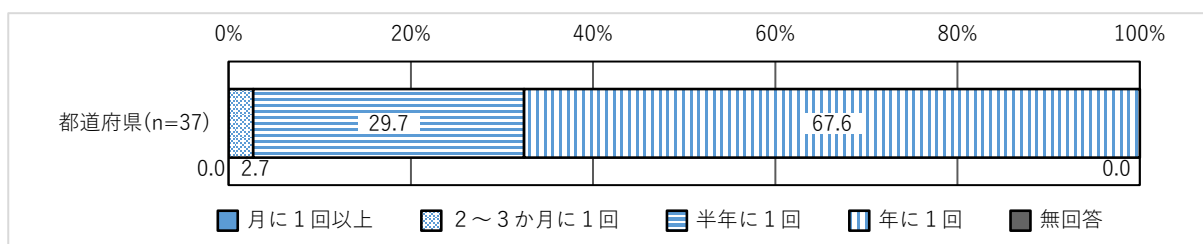
図表 9 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置時期:単数回答 (Q9)



### 2-4-4 開催頻度

「年に1回」が67.6%で最も割合が高く、次いで「半年に1回」が29.7%であった。

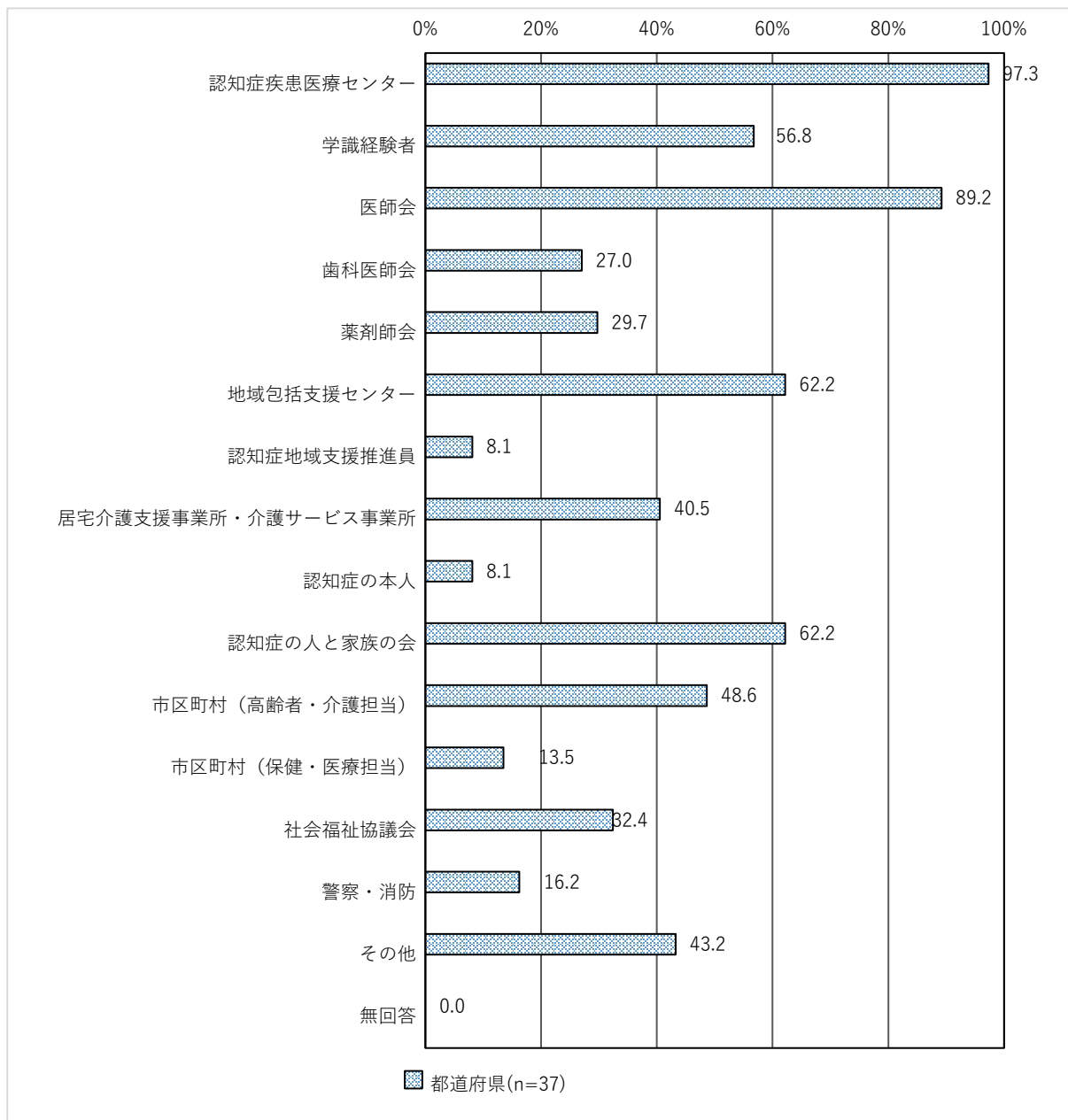
図表 10 開催頻度:単数回答 (Q10)



## 2-4-5 協議会の構成メンバー

「認知症疾患医療センター」が97.3%で最も割合が高く、次いで「医師会」が89.2%、「地域包括支援センター」「認知症の人と家族の会」が62.2%であった。

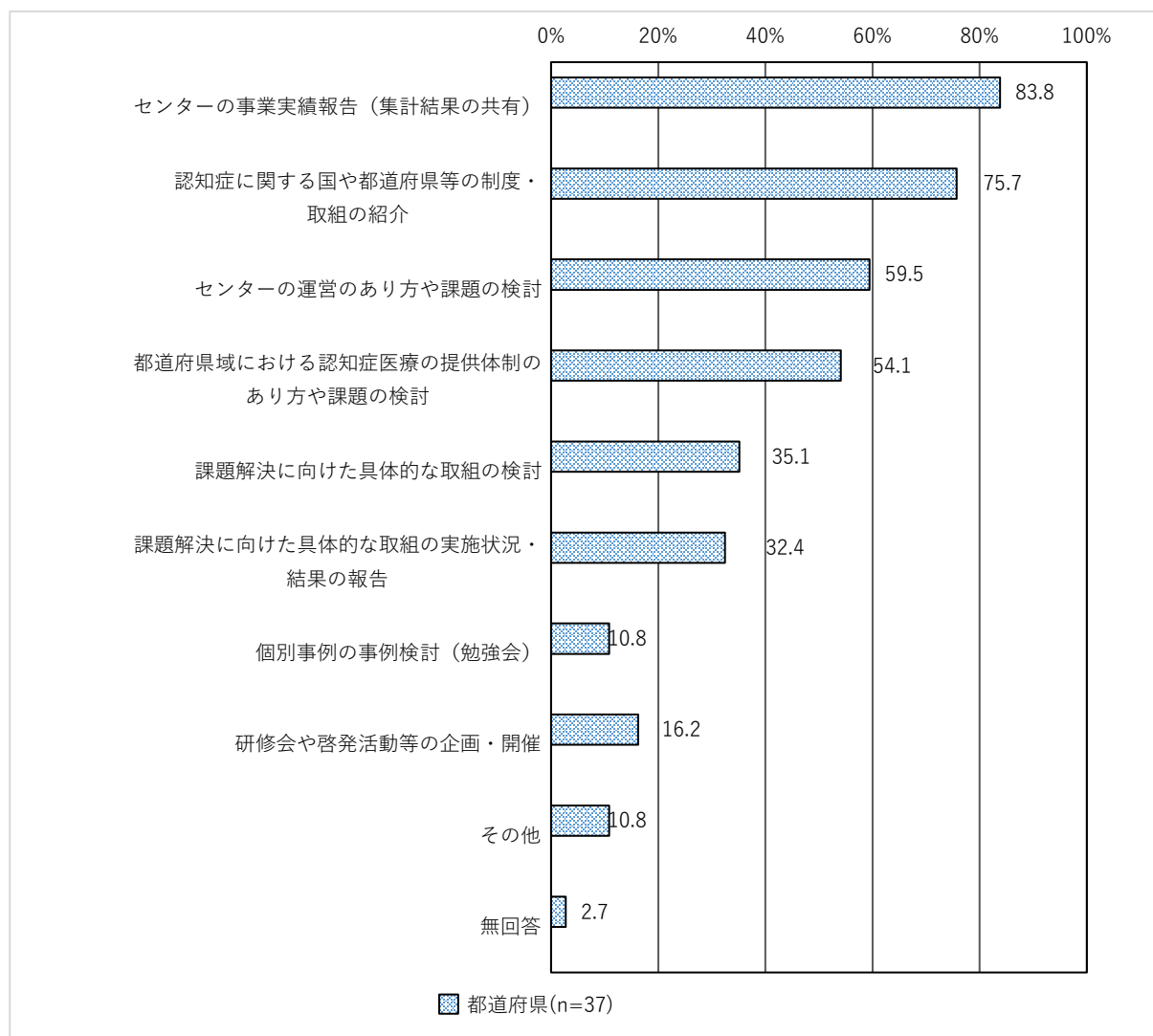
図表 11 協議会の構成メンバー：複数回答（Q11）



## 2-4-6 協議会で扱っている議題

「センターの事業実績報告（集計結果の共有）」が83.8%で最も割合が高く、次いで「認知症に関する国や都道府県等の制度・取組の紹介」が75.7%、「センターの運営のあり方や課題の検討」が59.5%であった。

図表 12 協議会で扱っている議題:複数回答 (Q12)



## 2-4-7 協議会の議論を通してあがった課題の内容（自由記述）

### 【専門職の理解促進・質の向上】

- 認知症サポート医に関する住民等への周知、活動の促進が一層必要。島しょ地域等の認知症疾患医療センター未設置地域への支援システムについて、ヒアリングし評価等を行う必要がある。
- 全二次医療圏域に設置が完了。今後はより一層センターの質の向上が必要。
- 認知症に関する周知・啓発の充実。権利擁護や虐待防止に関する研修等の充実。初期集中支援チームの周知・啓発の充実。

- 医療従事者等の認知症対応力向上研修の参加者が少ない。国のカリキュラムが変わらないため、いつも同じような内容になる。認知症初期集中支援チームの活動実績が少ないなど。
- 認知症ケアパスの周知の必要性。認知症疾患修飾薬への早期体制整備。認知症対応力向上研修受講後のフォローアップ。地域支援体制の強化（見守り、チームオレンジ）。
- 認知症サポート医やかかりつけ医認知症対応力向上研修受講後のフォローがなく、質の担保のためには研修のあり方の見直しが必要。

#### 【早期発見・早期受診】

- 認知症検診事業の見直しについて。

#### 【関係機関の連携】

- 病診連携、地域連携体制の強化。コロナ禍での意見共有方法。管轄医療圏内における市町村ごとの距離感の差。
- 市町村が作成した認知症ケアパスのセンターへの共有。

#### 【診断後支援・ピアサポート】

- 診断後支援に係る環境整備。初期集中支援チームと自治体との連携。本人ミーティングや認知症カフェの周知・啓発。
- 開業医やもの忘れ外来で認知症の診断を受けた後、必要な支援、フォローが入らず、状況がかなり悪化してから相談に来る人が増えている。どこに課題があったのか、点検する必要がある。また、開業医やもの忘れ外来でも診断後のフォローを行ってほしい。
- 1. 診断後支援の取組の推進。 2. 認知症疾患医療センターの周知啓発。

#### 【センターの配置・人員】

- 医療圏の担当エリアと受診患者の居住地の分布や生活圏が異なる。コロナ禍の影響下でのセンター運営。診断後等支援の取組内容。地域の関係機関との連携に関すること。
- 感染症対策について。人員不足による鑑別診断等の調整について。
- センターの増設などを含めたセンターのあり方について。

#### 【事務手続き関係】

- センターの事業実績報告（個別）の共有と評価について議論したものの、記載内容の入力のルールが統一されていないため、評価するまでには至っていない。
- 国と県の実績報告書の様式が異なるため、実績報告書を2回記入する必要があり、手間になっている。

#### 【その他】

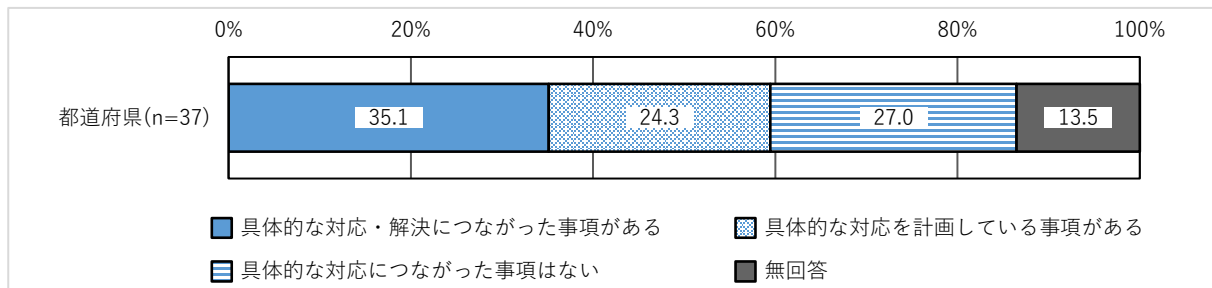
- 今年度は主に県の計画策定について、議論を行っている。
- 重度認知症の方への歯科診療。
- 若年性認知症の方をどう支援していくか。
- MCI の診断基準を平準化する必要がある。まずはセンター間で Dr. による意見交換、情報交換の場をもつ必要がある。MCI の診断後支援について。
- 改正道路交通法（高齢運転者対策の見直し）について。医療と介護の連携のあり方について。若年性認知症支援の課題・連携について。認知症疾患医療センターと関係機関の連携について等。

- 認知症治療薬等に関する情報提供。
- 認知症新薬についてのとり扱いと診断のタイミングが大きく変更になるなどについて。
- 高齢者の運転免許返納について、各市町村での認知症施策の共有、認知症施策の取組実績の報告。

### 2-4-8 協議会において具体的な対応や解決につながった事項

「具体的な対応・解決につながった事項がある」が35.1%、「具体的な対応につながった事項はない」が27.0%、「具体的な対応を計画している事項がある」が24.3%であった。

図表 13 協議会において具体的な対応や解決につながった事項:単数回答 (Q14)



### 2-4-9 協議会において具体的な対応や解決につながった事項の内容 (自由記述)

#### 【研修等の実施】

- センター職員を対象とした研修の実施。若年性認知症支援コーディネーターなどとの連携。
- コロナ禍の研修のありかた。遠隔地の市町村への関わり。待機日数。鑑別診断のあり方。
- 各センターでの感染症対策に対する取組等の情報を共有するとともに、県が作成した高齢者施設等における感染者発生対応マニュアルについて紹介し、センター職員の研修等に活用してもらえよう提供した。
- 認知症初期集中支援チームについての研修会を検討している。
- 各センターの自己評価及びヒアリング結果を踏まえ、研修会の内容を検討。
- 来年度のかかりつけ医認知症対応力向上研修において、課題点を共有、専門医療機関へのつなぎ等を講義の一部に含めることを検討。
- 認知症サポート医及びかかりつけ医認知症対応力向上研修受講者を対象としたフォローアップ研修をR3より開催。R5からオンデマンド受講を導入し、受講しやすい環境を整備した。
- 認知症施策総合推進会議検討部会や市町担当者会議等を開催し検討していく。
- オレンジカフェの利用促進について、先進事例を共有することで、現在の資源でできる取組みを考え、利用向上へつながった。

#### 【資源・人員の整備】

- 専門職相談員を配置し、診断後支援の機能の強化を図った。

#### 【関係機関の連携】

- 認知症疾患医療センターの統括的な役割を担うセンターが必要ということで、基幹型の認知症疾患医療センターの設置につながった。
- 相談員連絡会の立上げ。

#### 【啓発・広報】

- 認知症サポート医に関する周知ポスターの作成・配布、ホームページで公開している認知症サポート医名簿の記載項目を充実。島しょ地域等の医療介護従事者、行政職員等にヒアリングを行い、支援内容の見直し等を検討。
- 9月のアルツハイマー月間に合わせて、市町村や認知症の人と家族の会等と協力しながら講演会や各種イベント、ライトアップなど周知・啓発を行ってきた。
- 認知症疾患医療センターのPRポスター、チラシを作成し、県の公報、フリーペーパーへの掲載、コンビニ等で配架した。

#### 【その他】

- 県の実績報告書の様式を国の様式に合わせた。
- MCIの診断後支援体制の具体的検討。
- 各センターで感じている課題を共有し、他のセンターでの対応方法など好事例の共有をしている。
- 課題について、認知症施策推進計画に反映させ、具体的な施策につなげる予定。
- 県にてとりまとめの上で各センター及び医師会へ提供。
- 認知症理解促進・普及啓発についての方法をアドバイスいただいた。(認知症患者の心理を基に)。



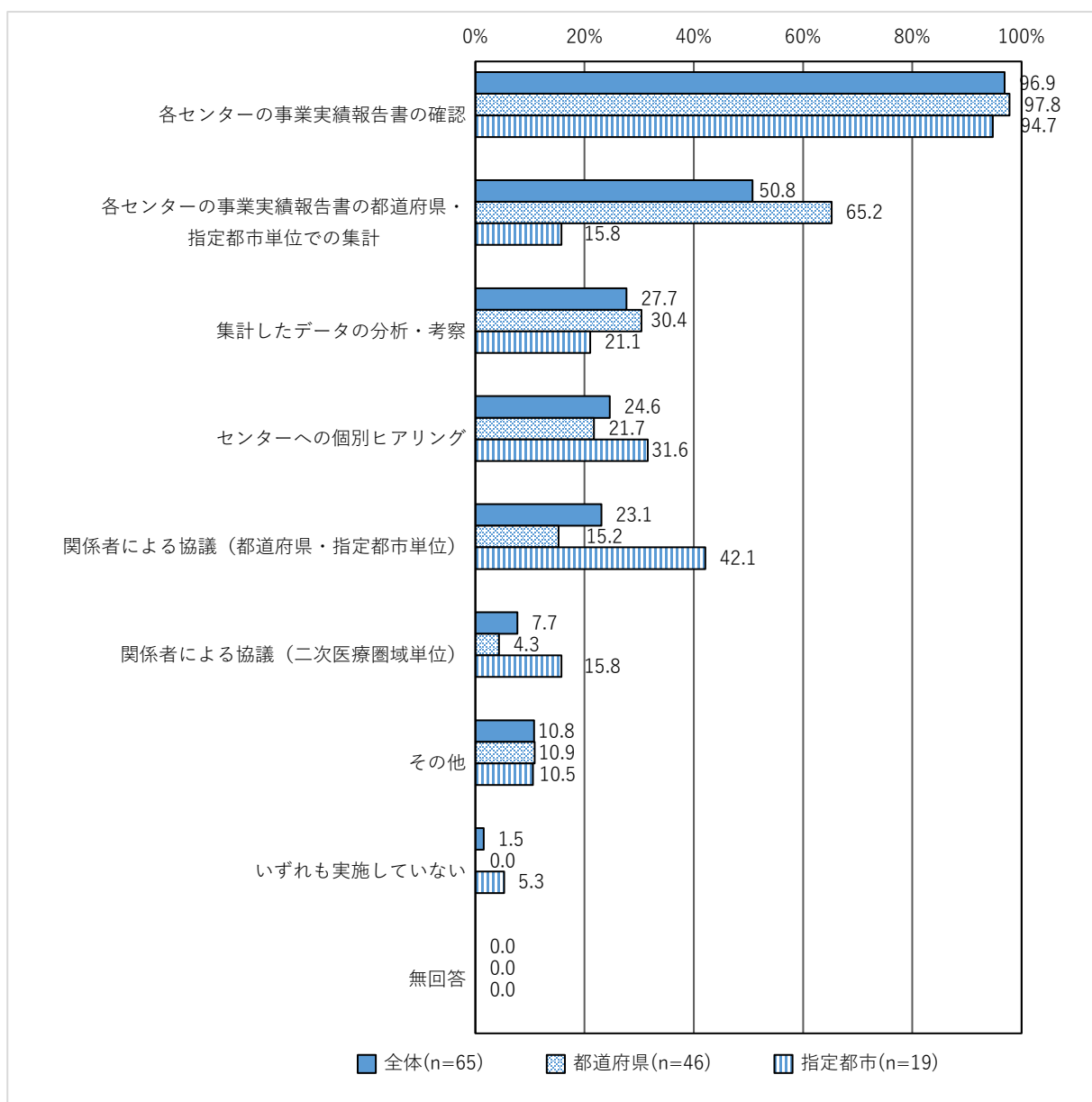
## 2-5 認知症疾患医療センター運営事業の評価等

### 2-5-1 事業評価の方法

「都道府県」では、「各センターの事業実績報告書の確認」が97.8%で最も割合が高く、次いで「各センターの事業実績報告書の都道府県・指定都市単位での集計」が65.2%、「集計したデータの分析・考察」が30.4%であった。

「指定都市」では、「各センターの事業実績報告書の確認」が94.7%で最も割合が高く、次いで「関係者による協議（都道府県・指定都市単位）」が42.1%、「センターへの個別ヒアリング」が31.6%であった。

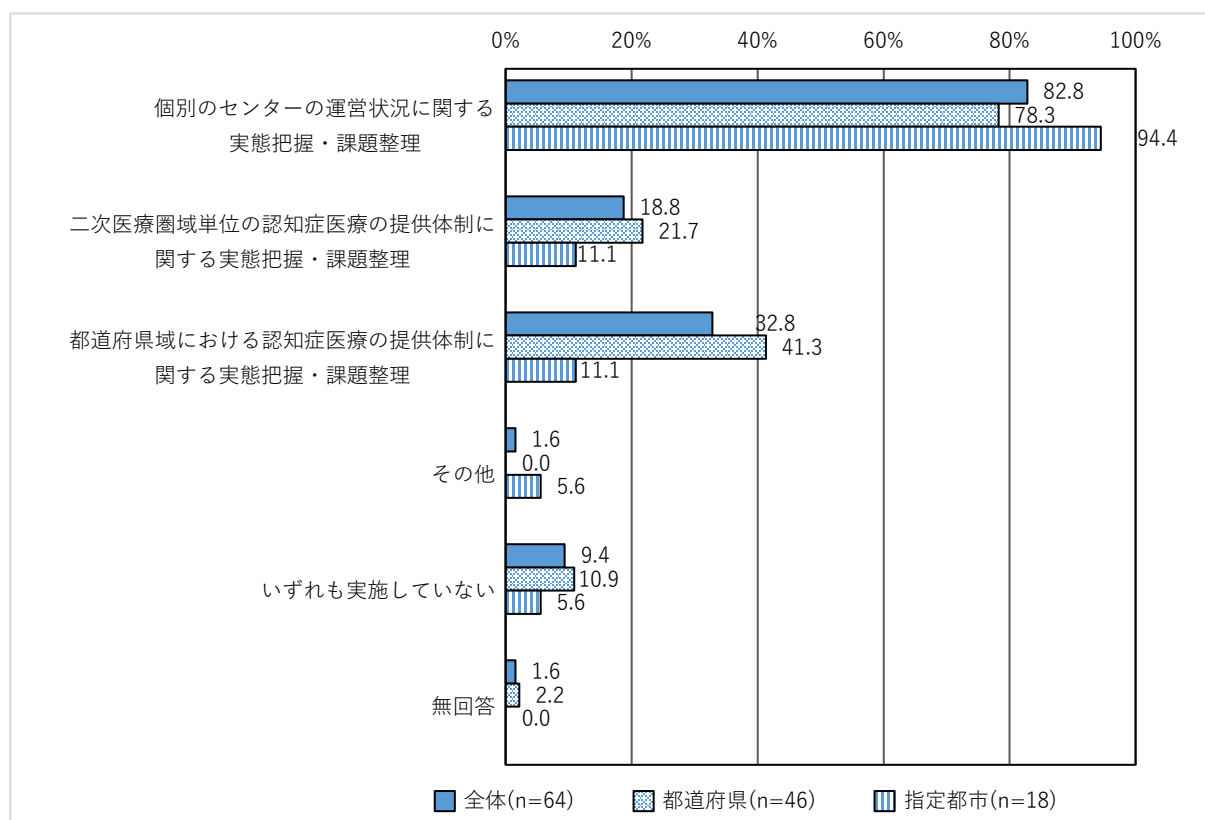
図表 14 事業評価の方法:複数回答 (Q17)



## 2-5-2 実施している事業評価の視点

「都道府県」「指定都市」ともに「個別のセンターの運営状況に関する実態把握・課題整理」が最も割合が高かった。都道府県において「二次医療圏域単位の認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理」は21.7%、「都道府県域における認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理」は41.3%に留まっていた。

図表 15 実施している事業評価の視点:複数回答 (Q18)

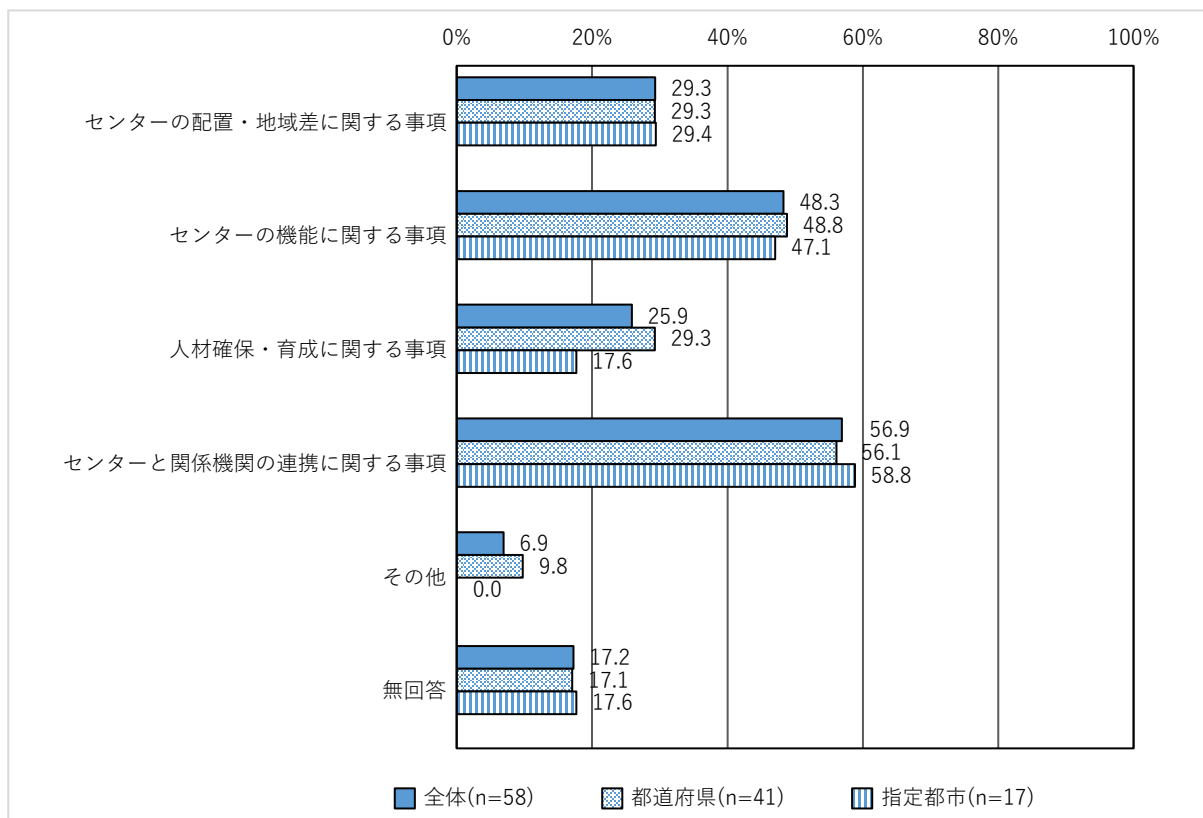


### 2-5-3 抽出された課題の内容

※Q18で「いずれも実施していない」以外を回答した場合のみ

「都道府県」「指定都市」とともに、「センターと関係機関の連携に関する事項」、「センターの機能に関する事項」の割合が高かった。

図表 16 抽出された課題の内容:複数回答 (Q19)



### 2-5-4 評価を通して抽出された課題の内容 (自由記述)

#### 【センターの機能】

- 症状が重くなってからの受診が多く、早期発見が難しい。若年性認知症の事例が少なく、対応方法がよくわからない。

#### 【センターと関係機関の連携】

- 若年性認知症の本人・家族介護者への支援力向上が必要。地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需や助言等、地域のステークホルダーらは認知症疾患医療センターに非常に高く期待している。
- 他患の場合、連携を拒まれる。対応してくれるまでに時間がかかる。
- 認知症疾患医療センターが圏域の医療・介護の拠点となって、医療・介護・福祉分野の専門職の認知症対応力の向上に寄与する取組を通じて関係機関とネットワーク構築を図る。
- 医師会とセンターの連携を強化する必要がある。センターの知名度が足りていない。センターの整備体制について。

- 地域のかかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター、介護事業所等との連携の推進（地域全体で支援する体制づくり）。専門医など人材確保・育成（働き手の高齢化、人材不足）。
- 地域包括支援センターや医療機関等との連携体制。
- 地域の関係機関とのネットワークづくりが必要。
- 一刻の猶予もない状況で相談してもすぐの受け入れが難しく、何件も問い合わせたり、断られて困ることが多い。初期受診までの効率化・迅速化。
- 各センターは精神科の病院ということもあり、受診の敷居が高くなってしまっていることが考えられる。市町村や関係機関とセンターとの連携が必要。
- 認知症疾患医療センターは、地域の認知症に関する医療提供体制の中核となっており、付加された診断後等支援機能が有効に機能するために、引き続きかかりつけ医や地域の相談機関との連携を進めることが重要である。
- R2年度から2区に1か所体制となり、設置期間が短いセンターは特に地域の連携体制が十分ではない。また、市内9センターの相談件数、鑑別診断件数等についても、バラつきがみられる。認知症疾患医療センターの機能や役割、実際にセンターとして取り組んでいる事について周知が十分ではなく、どのように連携したら良いか分からない、とする関係機関もある様。
- かかりつけ医、認知症サポート医と地域との連携体制の強化。

#### 【圏域としての課題・地域差】

- 医療圏の人口に対し、対応可能な病床が少なく地域のニーズに応えることができているか評価が困難。困難ケースの入院受入れを求められることが多いが、（総合病院のため）精神病床が少なく調整が困難。
- センターが市内北部に設置されており、南部地域からの相談が少ない。
- 高齢者人口が多い市内北部地域にセンターがなく、令和5年10月以前は、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状況があった。
- 圏域ごとに人口差が大きく、相談支援件数などに差が生じる。かかりつけ医から基幹型センターへ直接紹介されることが多く、かかりつけ医と地域型センターの連携を強化することが重要。
- 病院の機能の違い（大学病院・地域の総合病院、精神科単科の病院等）による取り組みの差。地域の関係機関との連携強化。
- 鑑別診断の精度、地域との連携体制、診断後支援のあり方等、センターごとの専門性や経験値により、格差がある。
- 地域連携拠点機能としての、関係者への研修会の開催が、地域差・人材不足によってバラつきがある。人員配置についても同様。
- 受診者数がセンターによって大きく違う。
- 地域連携推進機関としての活動状況についてセンター毎にばらつきがある。診断後支援機能にばらつきがある。
- 各疾患医療センターにおいて、実績等に差がある。

- 市内のセンター配置に偏りがある。センターと距離の離れた地域包括支援センター等との連携が不十分である。
- 診断後等支援機能について、市で指定する4つの認知症疾患医療センター間で実施体制に差がある。

#### 【その他】

- 本県では各センターにおいて取組を振り返り、改善につなげる一助とするものとして事業評価を位置づけており、個々のセンターによって課題は異なる。
- 前述の疾患医療センター連絡協議会において、全センターの実績報告書の共有、比較検討を行っているが、情報共有に留まっており、センターの運営事業の質の向上につながっていない。
- 外来待機解消のための取組み（地域のかかりつけ医等との連携）・認知症初期集中支援事業との連携・若年性認知症患者への対応（障がい福祉サービスとの連携）・自動車運転免許関係（自主返納後の支援）・地域関係機関との連携。
- 各センター開催の研修会への認知症サポート医の参加率が低調。社会資源との連携について、各センターによってばらつきがある。
- 一般向け普及啓発。独居・高齢者のみ世帯への支援。診断後支援の強化。早期・軽度の方に対する支援方法。
- 補助金事務や事業実績報告に伴うセンター事務について判断に困った事例への対応について。
- 診察を受ける中で入院の要否を検討するのではなく、受診前から入院を希望するケースが増加している。外来受診の待機期間が長く、相談者自身が忘れる、状況悪化によりキャンセルとなる。
- 実施把握は行っているが、課題整理には至っていない。
- センターごとに実績に偏りがあることについて質の部分における検証（充足しているか、周知不足か等）。コロナにより休止していた研修会や協議会の再開。
- MCI 正常の人が増加しており、かかりつけ医に戻した後のフォロー。
- 入院の受け入れ体制の確保。認知症新薬への対応。若年性認知症患者への対応。本人・家族等が参加できるサロン等ピアサポートの充実。認知症専門医の確保。地域包括支援センターとの連携。

### 2-5-5 課題への対応のための取組内容（自由記述）

#### 【研修等の実施】

- 若年性認知症の方の支援など、ニーズに応じた研修会の開催。各センターの活動状況についての情報共有。
- 若年性認知症相談支援センターとの連携強化に向けてセンター連絡会等で連携の好事例発表等を実施。困難となりやすい事例を用いた事例検討（グループディスカッション）を認知症疾患医療センター職員研修で実施。
- 関係機関との連携体制の好事例の共有。
- 関係機関の連携促進や人材育成等に向けた取組み（事例検討会等）の推進。

- 今年度から認知症疾患医療センターの職員に向けた研修を実施。今年度は地域連携をテーマとして実施した。また、例年行っている各センターでの自己評価に加え、関係機関への外部評価を実施（10～12月）。自己評価も合わせて事業評価を行い、結果を9センターにフィードバックする。
- 研修内容への反映。
- かかりつけ医やサポート医等との役割分担。
- 認知症初期集中支援チームへの研修、会議・障がい福祉サービス事業所への研修。
- 各センターにおける好事例を横展開するような研修会を開催。
- 医療職や介護専門職対象に研修を実施。
- センター職員を対象とした研修の実施。

#### 【資源・人員の整備】

- 令和5年10月に市内北部地域に3か所目となるセンターを追加配置したところである。
- センターの追加指定。
- センターの再公募による見直しを検討している。

#### 【関係機関の連携】

- 地域関係機関との顔の見える関係づくり。
- 課題解決や目標の実現のための取組検討を含めた情報交換会の実施。
- センターで認知症疾患医療連携協議会部会を開催し、市町村の実務担当者や関係機関と顔を合わせる機会や実際行っていることの情報共有や連携促進に向けた機会としている。
- 認知症疾患医療センター連携協議会における取組状況の共有などにより、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として機能するよう、引き続き地域連携体制の推進を図る。
- センターの他の関係機関が実施する研修への協力参加や、センターの認知症疾患医療連絡協議会の開催により、認知症サポート医や地域包括支援センター、医療機関、介護施設、行政等との情報共有や連携促進を図っている。
- 今後、センター事業評価方法の検討を進め、機能として不足している部分については、センターの追加指定や他機関との連携強化を行う必要があると感じている。
- かかりつけ医との連携強化を目指し、関係機関への研修会の開催や啓発を行っている。
- 疾患センター連絡会（事業内容の共有や検討）の開催。認知症地域支援推進員連絡会や若年性認知症支援関係者研修会等を案内し、地域の支援者と顔のみえる関係づくりに努めている。
- センター間の情報交換、ネットワークづくり、センター職員のニーズや県施策を踏まえた研修企画、多角的な研修機会の提供。
- 基幹型を中心としたセンター間の連携強化のための研修会の開催。
- 2カ月に一度開催している、センター間連携連絡会議において状況を確認している。
- センターの連絡会議において取りくみ内容の共有や、困難事例の検討などを実施。
- 認知症疾患医療センター間や、地域包括支援センターとの連絡・連携を強化するため、代表者が集まる会議を開催する。

- 受診前から入院を希望するケースが増加していることについて、行政（地域包括支援センター）やケアマネジャー等がケースを抱えこんでいることが要因でないかと思われ、普段から所属内部、他市町、他職種と相談できるようつながりが必要であると考えているが、具体的な取組みにまではつながっていない。

**【啓発・広報】**

- 医師会とセンターの間で情報共有を密に行う。センターの知名度を上げるため、広報活動や親しみやすい名称を付けることなどに、力を入れる。センターの追加指定や、整備体制の見直し。
- センター周知の強化。

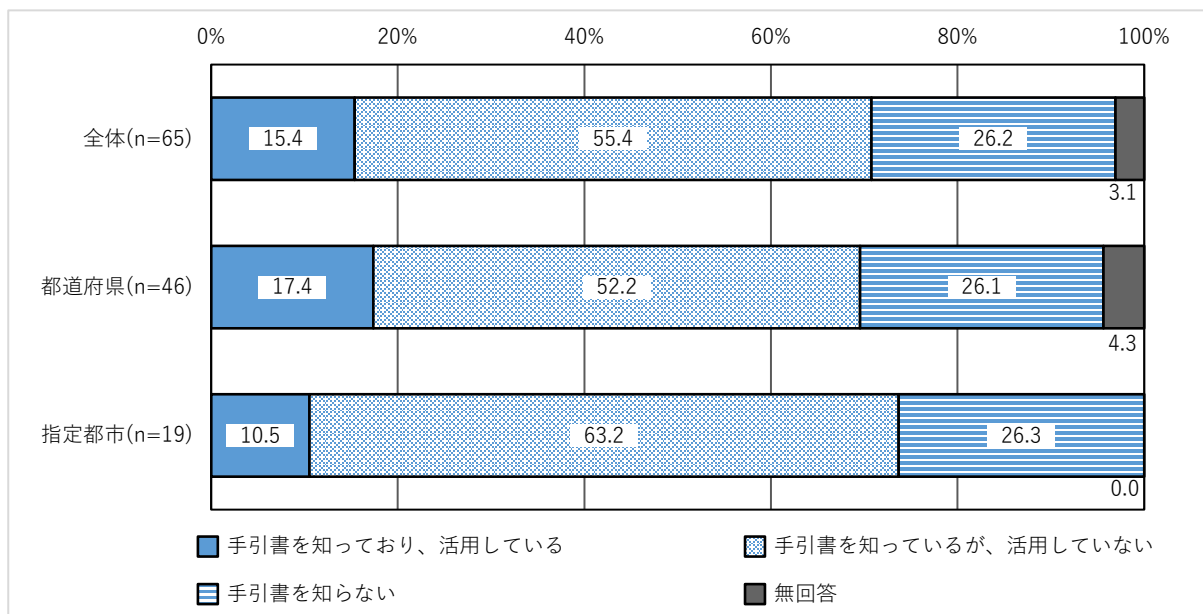
**【その他】**

- 地域包括支援センターへのアンケート調査の実施、認知症疾患医療センターに期待される取組について、会議（協議会）で報告し、各圏域で果たすべき役割や方向性を共有した。
- 報告会や研修を圏域ごとに実施し、センターの役割などについて、改めて、情報共有等を図る。
- 今後の課題であるが、評価の方法について検討したい。
- センターの連携担当者と県担当者による担当者会議を年1回開催し、情報共有や課題等の意見交換の場を設けている。

### 2-5-6 「手引書」の活用状況

「都道府県」「指定都市」ともに、「手引書を知っているが、活用していない」の割合が最も高く、「手引書を知らない」の割合も2割以上であった。

図表 17 「手引書」の活用状況:単数回答 (Q22)

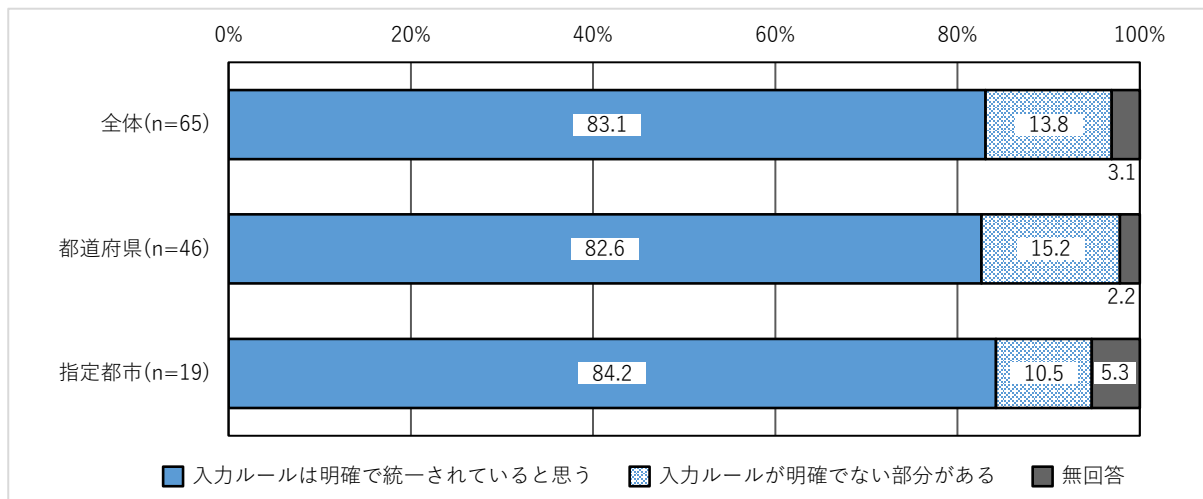




### 2-5-7 事業実績報告書の記載内容\_入力ルールの一斉化・明確化

「都道府県」「指定都市」ともに、「入力ルールは明確で統一されていると思う」が8割以上であった。

図表 18 事業実績報告書の記載内容\_入力ルールの一斉化・明確化:単数回答 (Q23-①)



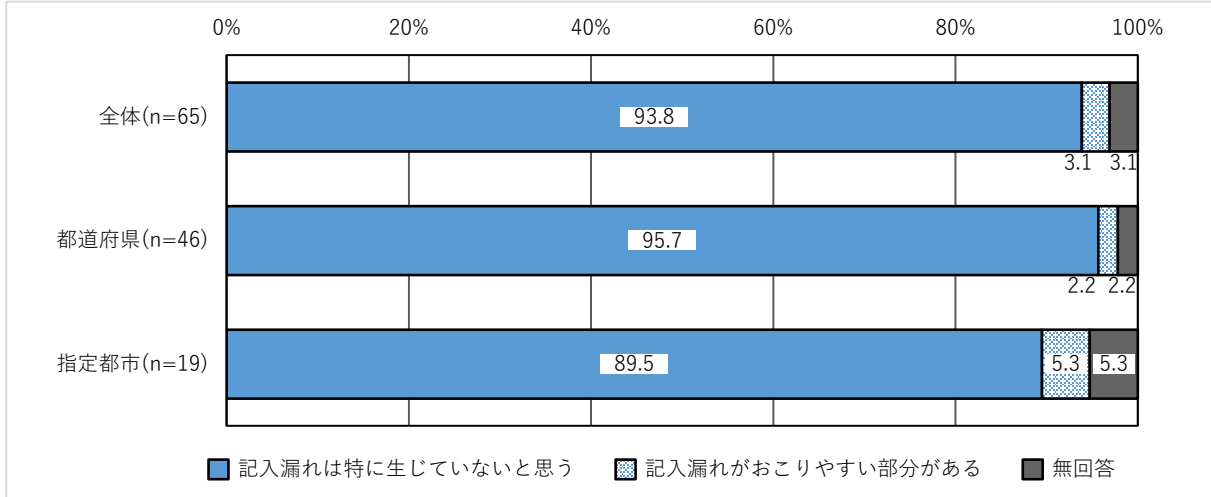
### 2-5-8 明確でない入力ルールの具体的な内容 (自由記述)

- 相談件数の計上の仕方に差がある。例) 新規のみ、認知症の症状のみ、他の症状を含めた全てを計上。
- 事業実績報告書における入力ルール等は明確だが、事業実施状況の報告においては、センターから記入にあたっての疑義照会がある。
- 相談件数や鑑別診断の数の計上方法がセンターによって考え方が異なる。
- 相談件数の数え方がセンターによって異なる。
- 国庫補助所要領積算内訳。
- 相談件数カウントの考え方。
- 相談件数の数え方 (服薬のアドバイス、予約時に少し状況を聞いただけでもカウント?など)。
- 相談等の件数のカウント方法。

### 2-5-9 事業実績報告書の記載内容\_記入漏れ防止

「都道府県」「指定都市」ともに、「記入漏れは特に生じていないと思う」が9割前後であった。

図表 19 事業実績報告書の記載内容\_記入漏れ防止:単数回答 (Q23-②)



### 2-5-10 記入漏れが生じやすい部分の具体的な内容 (自由記述)

- 実績報告書の項目が変化した時に改めて数等の確認が必要になってしまう。
- 相談等の件数について、後日修正が生じることがある

### 2-5-11 認知症疾患医療センター運営委事業に係る担当職員の体制・業務量

図表 20 認知症疾患医療センター運営委事業に係る担当職員の体制 (人):数量 (Q24)

	回答件数	合計	平均	標準偏差
担当職員数 (専任)	55	7.0	0.1	0.3
担当職員数 (兼務)	55	70.0	1.3	0.8

図表 21 認知症疾患医療センター運営委事業に係る担当職員の業務量 (時間/週):数量 (Q24)

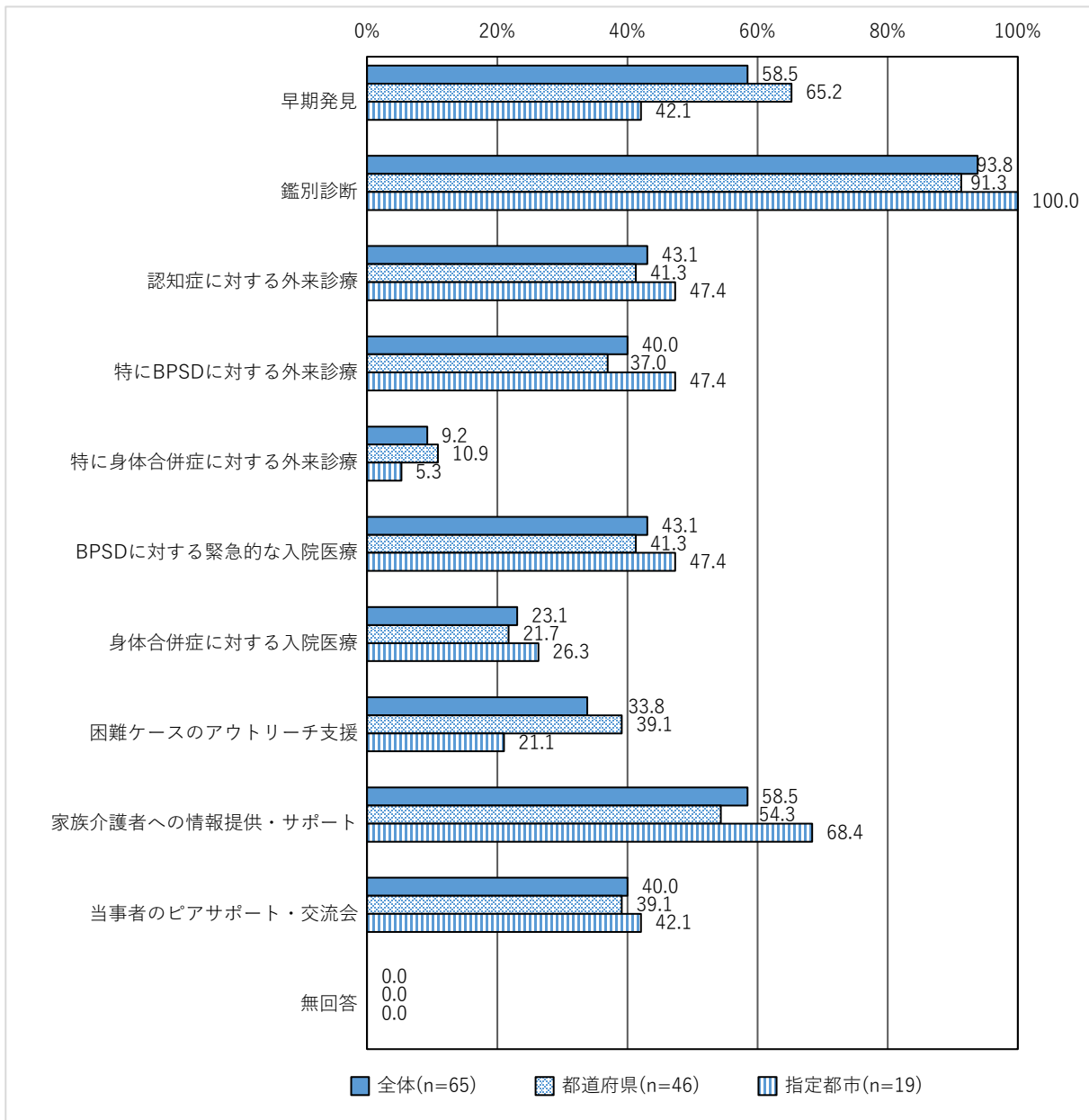
	回答件数	合計	平均	標準偏差
業務投入時間 (週)	53	278.4	5.3	5.2

### 2-5-12 認知症疾患医療センターに特に求める機能

「都道府県」では、「鑑別診断」が91.3%で最も割合が高く、次いで「早期発見」が65.2%、「家族介護者への情報提供・サポート」が54.3%であった。

「指定都市」では、「鑑別診断」が100.0%で最も割合が高く、次いで「家族介護者への情報提供・サポート」が68.4%、「認知症に対する外来診療」「特にBPSDに対する外来診療」「BPSDに対する緊急的な入院医療」が47.4%であった。

図表 22 認知症疾患医療センターに特に求める機能：複数回答（5つまで回答）（Q25）

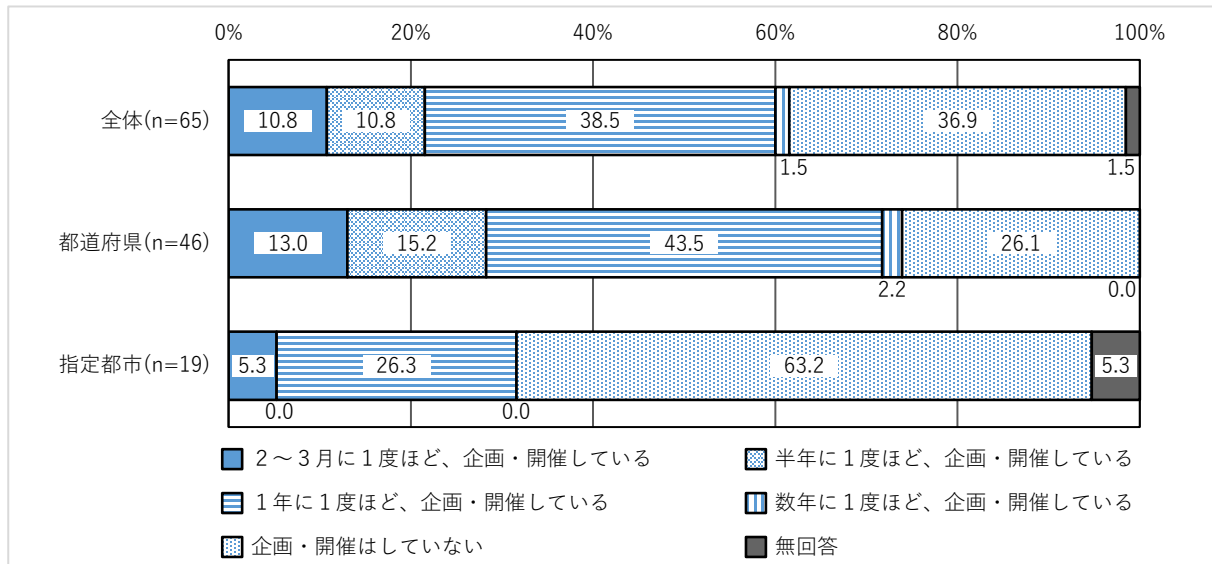


## 2-6 研修・人材育成

### 2-6-1 研修・事例検討等の実施状況

「都道府県」では、「1年に1度ほど、企画・開催している」が43.5%で最も割合が高かった。  
 「指定都市」では、「企画・開催はしていない」が63.2%で最も割合が高かった。

図表 23 研修・事例検討等の実施状況：単数回答（Q26）

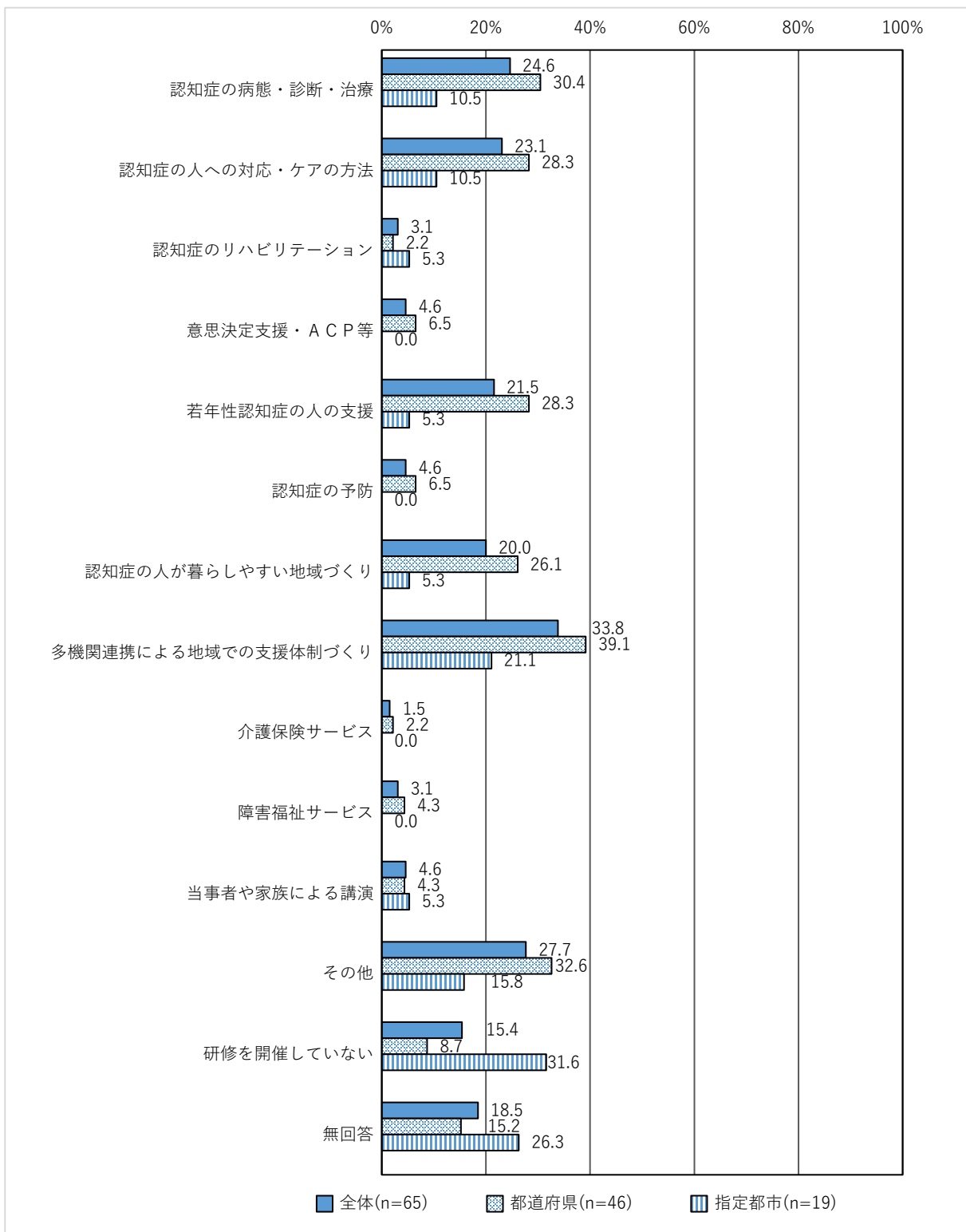


## 2-6-2 実施している研修のテーマ

「都道府県」では、「多機関連携による地域での支援体制づくり」が39.1%で最も割合が高く、次いで「認知症の病態・診断・治療」が30.4%であった。

「指定都市」では、「研修を開催していない」が31.6%で最も割合が高いが、実施しているテーマとしては「多機関連携による地域での支援体制づくり」が21.1%で最も割合が高かった。

図表 24 実施している研修のテーマ:複数回答 (Q27)



### 3 調査結果：認知症疾患医療センター調査

#### 3-1 回収結果

認知症疾患医療センター調査の回収結果は以下のとおりであった。

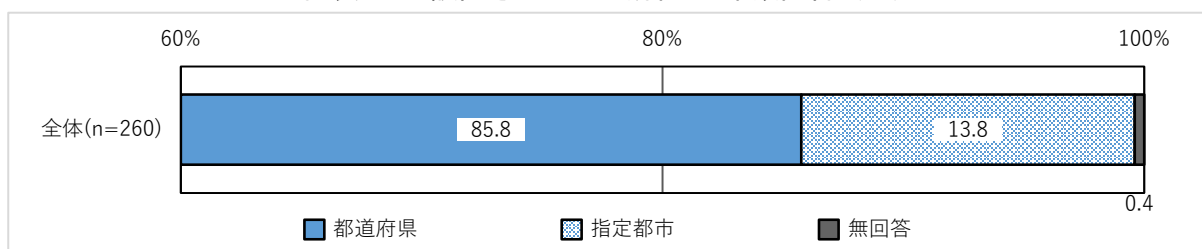
送付件数	回収数	有効回収数	有効回収率
503 件	260 件	260 件	51.7%

#### 3-2 センターの基本情報

##### 3-2-1 設置されている所在地

「都道府県」が85.8%、「指定都市」が13.8%であった。

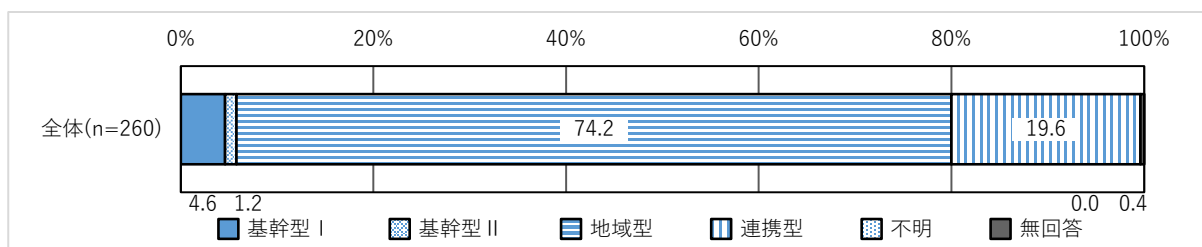
図表 25 設置されている所在地：単数回答（Q1）



##### 3-2-2 類型（国の類型）

「地域型」が74.2%で最も割合が高く、次いで「連携型」が19.6%、「基幹型Ⅰ」が4.6%、「基幹型Ⅱ」が1.2%であった。

図表 26 類型（国の類型）：単数回答（Q2）



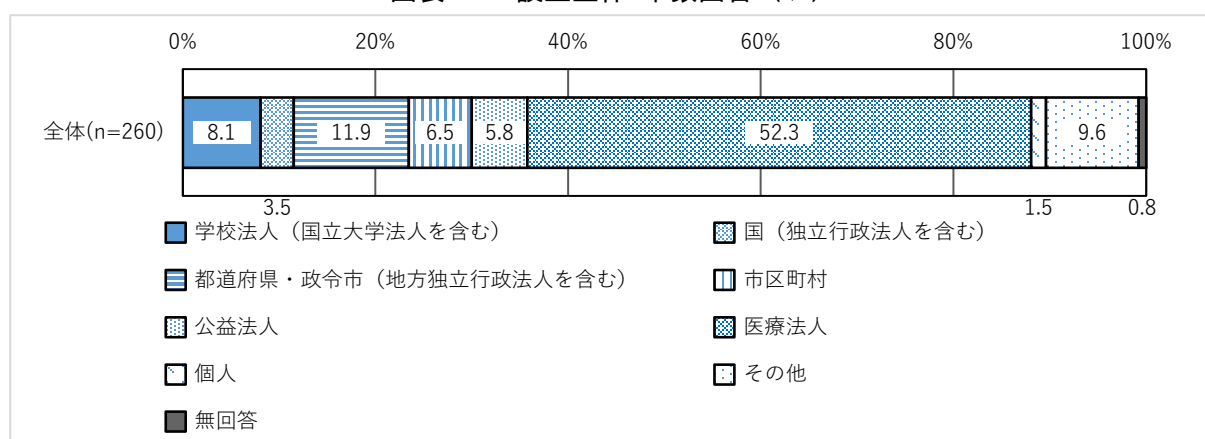
図表 27 【クロス集計】類型（国の類型）：単数回答（Q2）

上段：実数 下段：%		合計	基幹型 I	基幹型 II	地域型	連携型	無回答
全体		260 100.0	12 4.6	3 1.2	193 74.2	51 19.6	1 0.4
医療機関種別	大学病院	25 100.0	9 36.0	3 12.0	12 48.0	0 0.0	1 4.0
	総合病院	46 100.0	3 6.5	0 0.0	39 84.8	4 8.7	0 0.0
	一般病院	46 100.0	0 0.0	0 0.0	34 73.9	12 26.1	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	0 0.0	0 0.0	107 87.7	15 12.3	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	18 100.0	0 0.0
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	0 0.0	0 0.0	27 56.3	21 43.8	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	0 0.0	0 0.0	68 81.9	15 18.1	0 0.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	3 7.9	1 2.6	28 73.7	6 15.8	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	3 7.3	1 2.4	32 78.0	5 12.2	0 0.0
	100万人以上	20 100.0	5 25.0	1 5.0	14 70.0	0 0.0	0 0.0

### 3-2-3 設立主体

「医療法人」が52.3%で最も割合が高く、他は様々な設立主体に回答が分散していた。

図表 28 設立主体：単数回答（Q3）



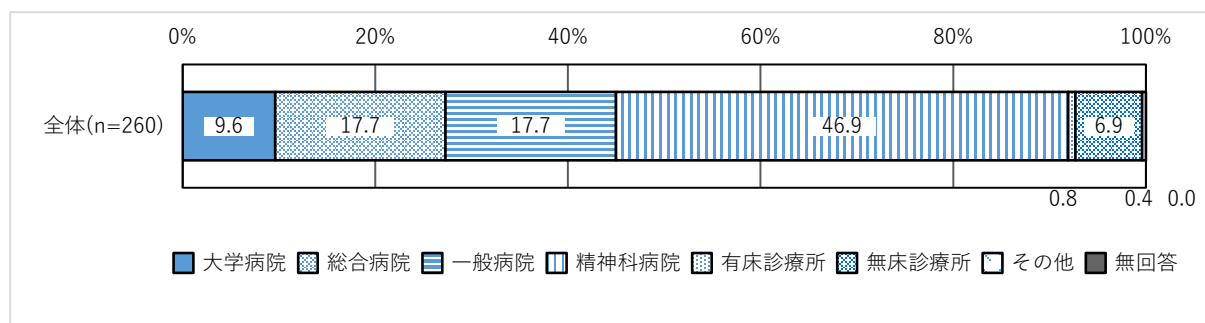


### 3-2-4 医療機関種別

「精神科病院」が46.9%で最も割合が高く、次いで「総合病院」「一般病院」が17.7%であった。

センターの類型別にみると、基幹型ⅠⅡでは「大学病院」、地域型では「精神科病院」の割合が最も高かった。また、連携型は「無床診療所」、「精神科病院」、「一般病院」に分散していた。

図表 29 医療機関種別：単数回答（Q4）



図表 30 【クロス集計】医療機関種別：単数回答（Q4）

上段：実数 下段：%		合計	大学病院	総合病院	一般病院	精神科病院	有床診療所	無床診療所	その他	無回答
全体		260 100.0	25 9.6	46 17.7	46 17.7	122 46.9	2 0.8	18 6.9	1 0.4	0 0.0
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	12 80.0	3 20.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	地域型	193 100.0	12 6.2	39 20.2	34 17.6	107 55.4	0 0.0	0 0.0	1 0.5	0 0.0
	連携型	51 100.0	0 0.0	4 7.8	12 23.5	15 29.4	2 3.9	18 35.3	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	0 0.0	5 10.4	13 27.1	24 50.0	0 0.0	6 12.5	0 0.0	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	0 0.0	16 19.3	18 21.7	42 50.6	0 0.0	6 7.2	1 1.2	0 0.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	5 13.2	7 18.4	5 13.2	17 44.7	0 0.0	4 10.5	0 0.0	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	8 19.5	5 12.2	6 14.6	20 48.8	1 2.4	1 2.4	0 0.0	0 0.0
	100万人以上	20 100.0	8 40.0	5 25.0	1 5.0	6 30.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

### 3-2-5 病床数

病床数の平均は、「一般病床」が 173.3 床、「療養病床」が 12.6 床、「精神病床」が 148.7 件、「感染症病床・結核病床」が 3.5 床であった。

図表 31 病床数（床）：数量回答（Q5）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
一般病床	253	43,848.0	173.3	267.6	51.3%
療養病床	253	3,177.0	12.6	36.3	3.7%
精神病床	253	37,627.0	148.7	153.0	44.0%
感染症病床・結核病床	253	876.0	3.5	35.8	1.0%

※構成比は回答のあった病床数（全体）の合計に占める各病床の割合

図表 32 【基幹型 I・II】病床数（床）：数量回答（Q5）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
一般病床	15	10,614.0	707.6	210.7	88.4%
療養病床	15	0.0	0.0	0.0	0.0%
精神病床	15	742.0	49.5	25.6	6.2%
感染症病床・結核病床	15	656.0	43.7	144.4	5.5%

図表 33 【地域型】病床数（床）：数量回答（Q5）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
一般病床	191	30,102.0	157.6	247.2	45.8%
療養病床	191	2,602.0	13.6	38.7	4.0%
精神病床	191	32,838.0	171.9	154.1	50.0%
感染症病床・結核病床	191	186.0	1.0	5.2	0.3%

図表 34 【連携型】病床数（床）：数量回答（Q5）

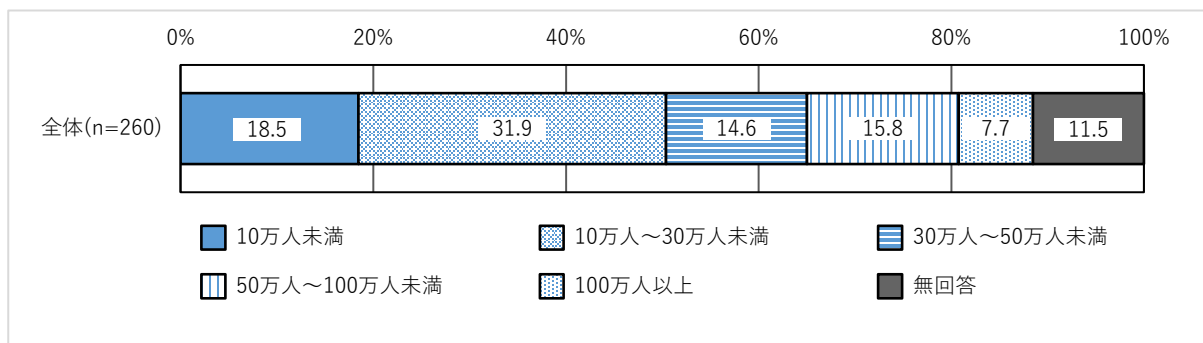
	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
一般病床	46	2,558.0	55.6	124.2	35.5%
療養病床	46	575.0	12.5	31.4	8.0%
精神病床	46	4,047.0	88.0	144.2	56.1%
感染症病床・結核病床	46	34.0	0.7	3.3	0.5%

### 3-2-6 活動圏域の人口

「10万人～30万人未満」が31.9%で最も割合が高く、次いで「10万人未満」が18.5%であった。

センターの類型別にみると、基幹型ⅠⅡでは「100万人以上」、地域型では「10万人～30万人未満」、連携型では「10万人未満」の割合が最も高かったが、同じ類型においてもばらつきがみられた。

図表 35 活動圏域の人口:数量回答 (Q6)



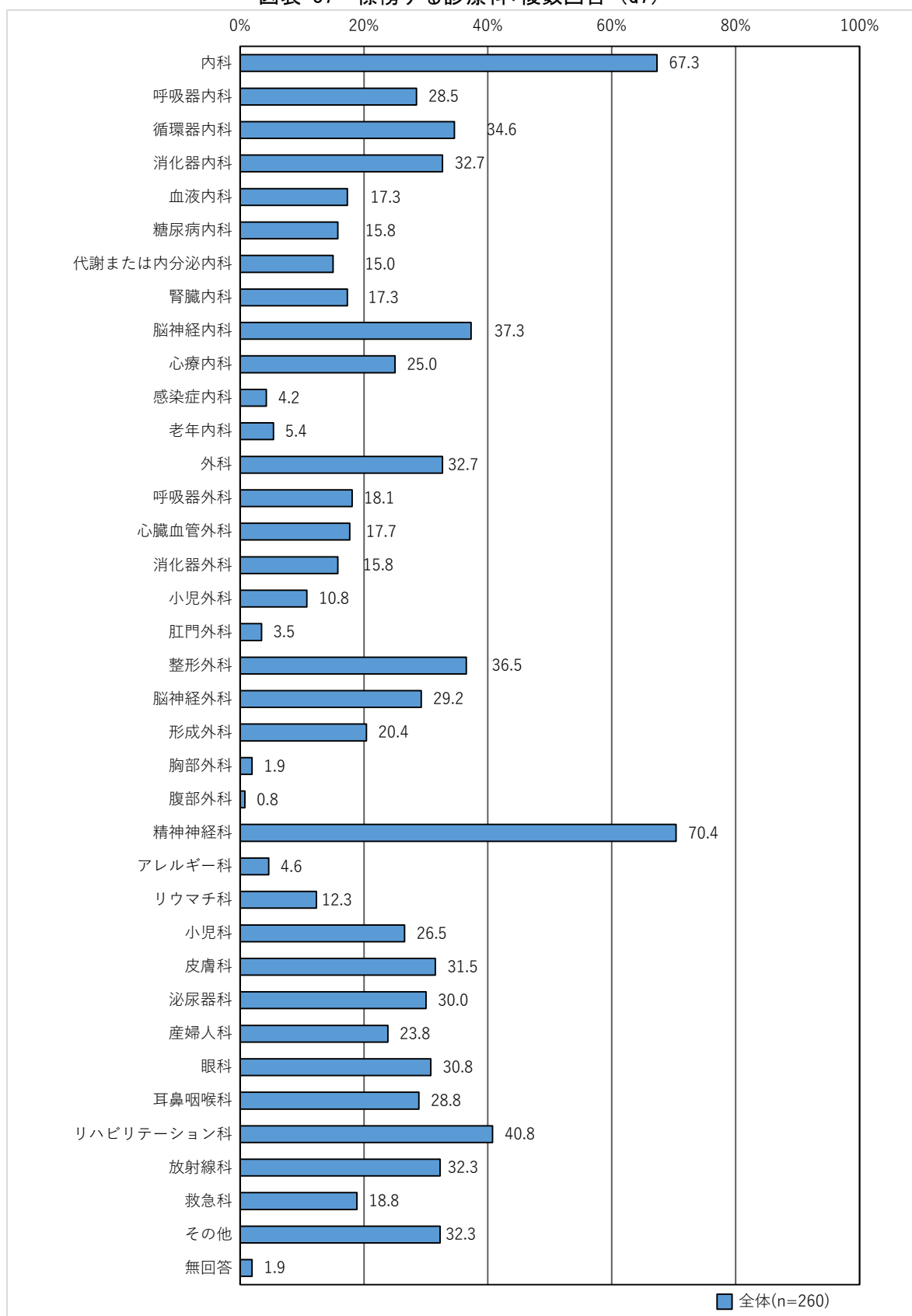
図表 36 【クロス集計】活動圏域の人口：数量回答（Q6）

上段：実数 下段：%		合計	10万人未満	10万人～30万人未満	30万人～50万人未満	50万人～100万人未満	100万人以上	無回答
全体		260 100.0	48 18.5	83 31.9	38 14.6	41 15.8	20 7.7	30 11.5
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	0 0.0	0 0.0	4 26.7	4 26.7	6 40.0	1 6.7
	地域型	193 100.0	27 14.0	68 35.2	28 14.5	32 16.6	14 7.3	24 12.4
	連携型	51 100.0	21 41.2	15 29.4	6 11.8	5 9.8	0 0.0	4 7.8
医療機関種別	大学病院	25 100.0	0 0.0	0 0.0	5 20.0	8 32.0	8 32.0	4 16.0
	総合病院	46 100.0	5 10.9	16 34.8	7 15.2	5 10.9	5 10.9	8 17.4
	一般病院	46 100.0	13 28.3	18 39.1	5 10.9	6 13.0	1 2.2	3 6.5
	精神科病院	122 100.0	24 19.7	42 34.4	17 13.9	20 16.4	6 4.9	13 10.7
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	1 50.0
	無床診療所	18 100.0	6 33.3	6 33.3	4 22.2	1 5.6	0 0.0	1 5.6
	その他	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

### 3-2-7 標榜する診療科

「精神神経科」が70.4%で最も割合が高く、次いで「内科」が67.3%であった。

図表 37 標榜する診療科:複数回答 (Q7)



### 3-2-8 職員配置の状況

職員配置の状況は以下のとおりであった。センターの類型別にみると、「専門医」の配置は基幹型Ⅰ・Ⅱで平均2.0人であり、他の類型と比べて多かった。「臨床経験を有する医師」の配置は地域型で平均2.1人、連携型で平均1.9人であり、基幹型Ⅰ・Ⅱと比べて多かった。

図表 38 職員配置の状況（人）：数量回答（Q8-9）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
専門医	254	379.0	1.5	1.9
臨床経験を有する医師	254	507.0	2.0	2.4
精神保健福祉士・社会福祉士：専従	253	254.0	1.0	1.7
精神保健福祉士・社会福祉士：兼務	253	300.0	1.2	1.8
公認心理師：専従	227	46.0	0.2	0.7
公認心理師：兼務	227	214.0	0.9	1.1
臨床心理士：専従	164	10.0	0.1	0.3
臨床心理士：兼務	164	76.0	0.5	1.1
保健師・看護師：専従	208	218.0	1.0	9.8
保健師・看護師：兼務	208	295.0	1.4	7.7
リハビリ専門職：専従	164	35.0	0.2	1.6
リハビリ専門職：兼務	164	112.0	0.7	4.8
その他職員：専従	172	208.0	1.2	14.0
その他職員：兼務	172	259.0	1.5	12.4

図表 39 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】職員配置の状況（人）：数量回答（Q8-9）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
専門医	15	30.0	2.0	1.3
臨床経験を有する医師	15	17.0	1.1	1.6
精神保健福祉士・社会福祉士：専従	15	13.0	0.9	0.5
精神保健福祉士・社会福祉士：兼務	15	7.0	0.5	0.5
公認心理師：専従	15	5.0	0.3	0.5
公認心理師：兼務	15	8.0	0.5	0.5
臨床心理士：専従	11	0.0	0.0	0.0
臨床心理士：兼務	11	2.0	0.2	0.4
保健師・看護師：専従	13	8.0	0.6	0.9
保健師・看護師：兼務	13	10.0	0.8	1.4
リハビリ専門職：専従	11	2.0	0.2	0.4
リハビリ専門職：兼務	11	2.0	0.2	0.6
その他職員：専従	12	5.0	0.4	0.5
その他職員：兼務	12	8.0	0.7	1.2

図表 40 【地域型】職員配置の状況（人）：数量回答（Q8-9）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
専門医	188	303.0	1.6	2.0
臨床経験を有する医師	188	393.0	2.1	2.5
精神保健福祉士・社会福祉士：専従	191	214.0	1.1	1.8
精神保健福祉士・社会福祉士：兼務	191	252.0	1.3	1.9
公認心理師：専従	172	32.0	0.2	0.7
公認心理師：兼務	172	185.0	1.1	1.1
臨床心理士：専従	118	9.0	0.1	0.3
臨床心理士：兼務	118	61.0	0.5	1.1
保健師・看護師：専従	151	54.0	0.4	0.5
保健師・看護師：兼務	151	218.0	1.4	9.0
リハビリ専門職：専従	119	18.0	0.2	1.3
リハビリ専門職：兼務	119	89.0	0.7	5.6
その他職員：専従	121	17.0	0.1	0.4
その他職員：兼務	121	225.0	1.9	14.7

図表 41 【連携型】職員配置の状況（人）：数量回答（Q8-9）

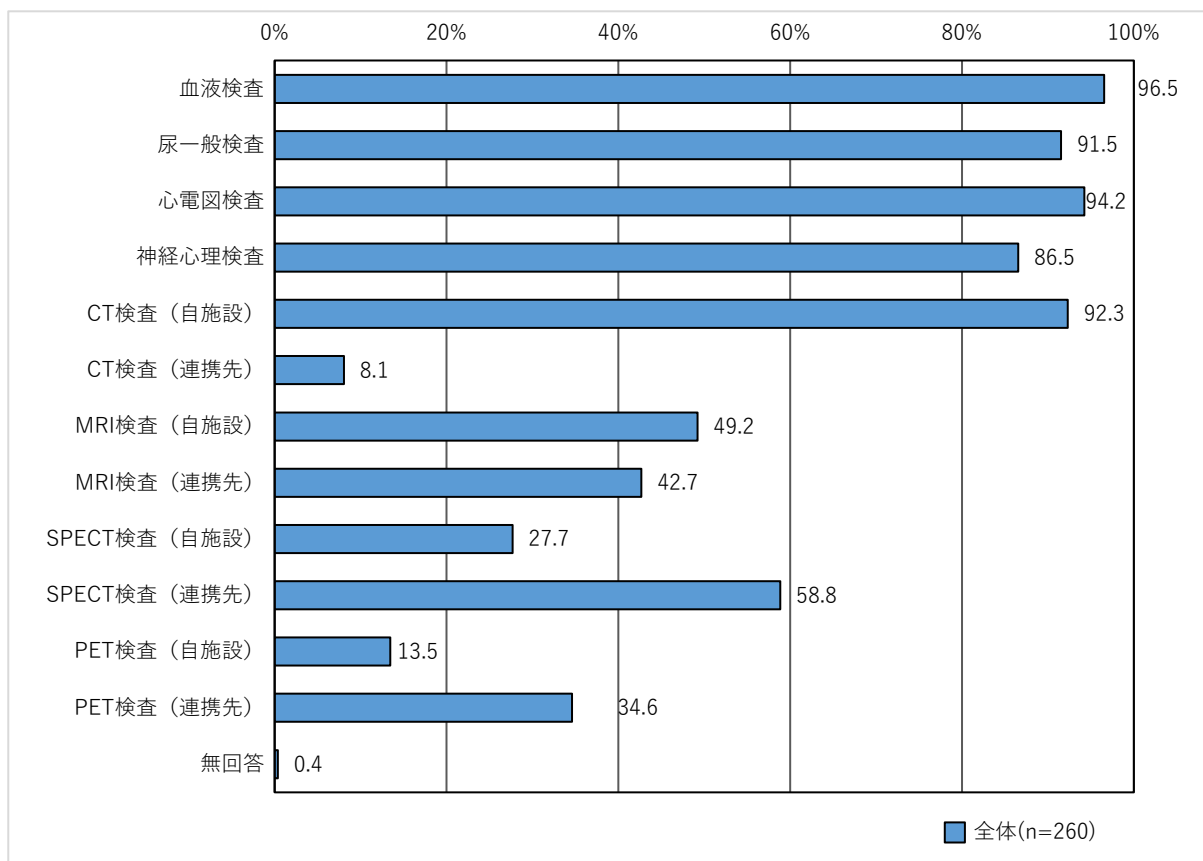
	回答件数	合計	平均	標準偏差
医師の配置状況_専門医	50	44.0	0.9	1.4
医師の配置状況_臨床経験を有する医師	50	95.0	1.9	1.9
精神保健福祉士・社会福祉士：専従	46	27.0	0.6	1.4
精神保健福祉士・社会福祉士：兼務	46	39.0	0.8	1.0
公認心理師：専従	39	9.0	0.2	0.9
公認心理師：兼務	39	19.0	0.5	0.6
臨床心理士：専従	34	1.0	0.0	0.2
臨床心理士：兼務	34	11.0	0.3	1.0
保健師・看護師：専従	43	156.0	3.6	21.5
保健師・看護師：兼務	43	65.0	1.5	1.5
リハビリ専門職：専従	34	15.0	0.4	2.6
リハビリ専門職：兼務	34	21.0	0.6	1.4
その他職員：専従	39	186.0	4.8	29.5
その他職員：兼務	39	26.0	0.7	1.2

### 3-2-9 検査体制

「血液検査」「尿一般検査」「心電図検査」「CT検査（自施設）」の割合は90%以上であった。MRI検査は自施設と連携先が概ね同じ割合で、SPECT検査とPET検査は連携先の割合が高かった。

センターの類型別にみると、地域型と連携型では「SPECT検査（連携先）」、「PET検査（連携先）」の割合が高かった。

図表 42 検査体制:複数回答 (Q10)





図表 43 【クロス集計】検査体制:複数回答 (Q10)

上段:実数 下段:%		合計	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)	CT検査(連携先)	MRI検査(自施設)	MRI検査(連携先)	SPECT検査(自施設)	SPECT検査(連携先)	PET検査(自施設)	PET検査(連携先)	無回答
全体		260 100.0	251 96.5	238 91.5	245 94.2	225 86.5	240 92.3	21 8.1	128 49.2	111 42.7	72 27.7	153 58.8	35 13.5	90 34.6	1 0.4
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	15 100.0	14 93.3	14 93.3	15 100.0	15 100.0	1 6.7	15 100.0	2 13.3	15 100.0	1 6.7	8 53.3	2 13.3	0 0.0
	地域型	193 100.0	188 97.4	178 92.2	184 95.3	174 90.2	191 99.0	5 2.6	94 48.7	85 44.0	52 26.9	117 60.6	26 13.5	68 35.2	1 0.5
	連携型	51 100.0	47 92.2	45 88.2	46 90.2	35 68.6	33 64.7	15 29.4	18 35.3	24 47.1	4 7.8	35 68.6	1 2.0	20 39.2	0 0.0
医療機関種別	大学病院	25 100.0	24 96.0	22 88.0	22 88.0	24 96.0	24 96.0	2 8.0	24 96.0	3 12.0	24 96.0	2 8.0	15 60.0	2 8.0	1 4.0
	総合病院	46 100.0	45 97.8	40 87.0	43 93.5	43 93.5	46 100.0	0 0.0	45 97.8	1 2.2	34 73.9	10 21.7	16 34.8	13 28.3	0 0.0
	一般病院	46 100.0	44 95.7	43 93.5	44 95.7	37 80.4	46 100.0	2 4.3	33 71.7	12 26.1	10 21.7	30 65.2	3 6.5	19 41.3	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	118 96.7	113 92.6	116 95.1	107 87.7	116 95.1	9 7.4	21 17.2	85 69.7	4 3.3	96 78.7	1 0.8	49 40.2	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	2 100.0	2 100.0	2 100.0	1 50.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	17 94.4	17 94.4	17 94.4	12 66.7	6 33.3	7 38.9	5 27.8	7 38.9	0 0.0	12 66.7	0 0.0	4 22.2	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	45 93.8	43 89.6	44 91.7	36 75.0	40 83.3	9 18.8	16 33.3	26 54.2	4 8.3	34 70.8	1 2.1	16 33.3	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	80 96.4	76 91.6	78 94.0	72 86.7	80 96.4	3 3.6	38 45.8	35 42.2	18 21.7	53 63.9	6 7.2	30 36.1	0 0.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	36 94.7	35 92.1	36 94.7	34 89.5	34 89.5	5 13.2	19 50.0	17 44.7	11 28.9	22 57.9	6 15.8	12 31.6	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	41 100.0	37 90.2	38 92.7	36 87.8	38 92.7	3 7.3	25 61.0	15 36.6	16 39.0	21 51.2	9 22.0	19 46.3	0 0.0
	100万人以上	20 100.0	20 100.0	20 100.0	20 100.0	20 100.0	20 100.0	1 5.0	16 80.0	5 25.0	13 65.0	6 30.0	8 40.0	2 10.0	0 0.0

### 3-3 専門的医療機能

#### 3-3-1 相談件数

1月あたりの相談件数の平均は、電話が76.8件、面接が31.0件、訪問が1.5件であった。相談方法の構成比は、電話による相談が65.8%、面接による相談が25.6%であった。センターの類型別にみると、地域型と連携型では基幹型Ⅰ・Ⅱと比べて、面接による相談の割合が多かった。

図表 44 相談件数（件／月）：数量回答（Q11）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
電話	255	19,583.0	76.8	113.2	65.8%
面接	246	7,636.0	31.0	57.8	25.6%
訪問	228	349.0	1.5	4.7	1.2%
その他	217	2,212.0	10.2	44.3	7.4%

※構成比は回答のあった相談件数（全体）の合計に占める各相談形式の割合  
 ※無回答は除外して集計しているため、回答件数は各相談形式で差異がある

図表 45 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】相談件数（件／月）：数量回答（Q11）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
電話	15	1,251.0	83.4	163.8	80.5%
面接	15	285.0	19.0	26.7	18.3%
訪問	15	0.0	0.0	0.0	0.0%
その他	13	19.0	1.5	2.2	1.2%

図表 46 【地域型】相談件数（件／月）：数量回答（Q11）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
電話	189	15,792.0	83.6	118.0	66.8%
面接	183	6,321.0	34.5	63.3	26.7%
訪問	167	267.0	1.6	3.8	1.1%
その他	160	1,262.0	7.9	30.8	5.3%

図表 47 【連携型】相談件数（件／月）：数量回答（Q11）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
電話	50	2,500.0	50.0	65.8	55.2%
面接	47	1,016.0	21.6	39.0	22.4%
訪問	45	82.0	1.8	7.7	1.8%
その他	44	931.0	21.2	78.7	20.6%

### 3-3-2 相談元の内訳

1月あたりの相談元の構成比は、「家族等の介護者」からの相談が42.3%、「ケアマネジャー等」が13.4%、「本人」が13.3%であった。センターの類型別で明らかな差はみられなかった。

図表 48 相談元の内訳（件／月）：数量回答（Q12）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	241	3,801.0	15.8	28.0	13.3%
家族等の介護者	252	12,070.0	47.9	64.2	42.3%
地域包括支援センター	242	1,799.0	7.4	9.7	6.3%
医療機関	241	3,018.0	12.5	22.1	10.6%
ケアマネジャー等	240	3,814.0	15.9	27.4	13.4%
行政機関	224	645.0	2.9	5.2	2.3%
院内の他科	209	1,623.0	7.8	44.0	5.7%
その他	215	1,733.0	8.1	23.3	6.1%

※構成比は回答のあった相談件数（全体）の合計に占める各相談元の割合  
 ※無回答は除外して集計しているため、回答件数は各相談元で差異がある

図表 49 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】相談元の内訳（件／月）：数量回答（Q12）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	15	251.0	16.7	35.3	16.3%
家族等の介護者	15	717.0	47.8	90.3	46.5%
地域包括支援センター	14	105.0	7.5	8.4	6.8%
医療機関	15	254.0	16.9	35.8	16.5%
ケアマネジャー等	14	87.0	6.2	6.3	5.6%
行政機関	13	28.0	2.2	3.5	1.8%
院内の他科	11	24.0	2.2	3.4	1.6%
その他	14	76.0	5.4	15.3	4.9%

図表 50 【地域型】相談元の内訳（件／月）：数量回答（Q12）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	182	2,846.0	15.6	24.9	12.8%
家族等の介護者	187	9,436.0	50.5	62.0	42.4%
地域包括支援センター	183	1,443.0	7.9	10.2	6.5%
医療機関	182	2,498.0	13.7	22.7	11.2%
ケアマネジャー等	182	3,060.0	16.8	20.6	13.7%
行政機関	171	485.0	2.8	4.8	2.2%
院内の他科	160	1,312.0	8.2	48.7	5.9%
その他	163	1,200.0	7.4	21.1	5.4%

図表 51 【連携型】相談元の内訳（件／月）：数量回答（Q12）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	43	698.0	16.2	37.3	15.1%
家族等の介護者	49	1,878.0	38.3	64.4	40.6%
地域包括支援センター	44	247.0	5.6	7.8	5.3%
医療機関	43	265.0	6.2	9.1	5.7%
ケアマネジャー等	43	666.0	15.5	49.0	14.4%
行政機関	39	131.0	3.4	7.3	2.8%
院内の他科	37	285.0	7.7	26.5	6.2%
その他	38	457.0	12.0	32.8	9.9%

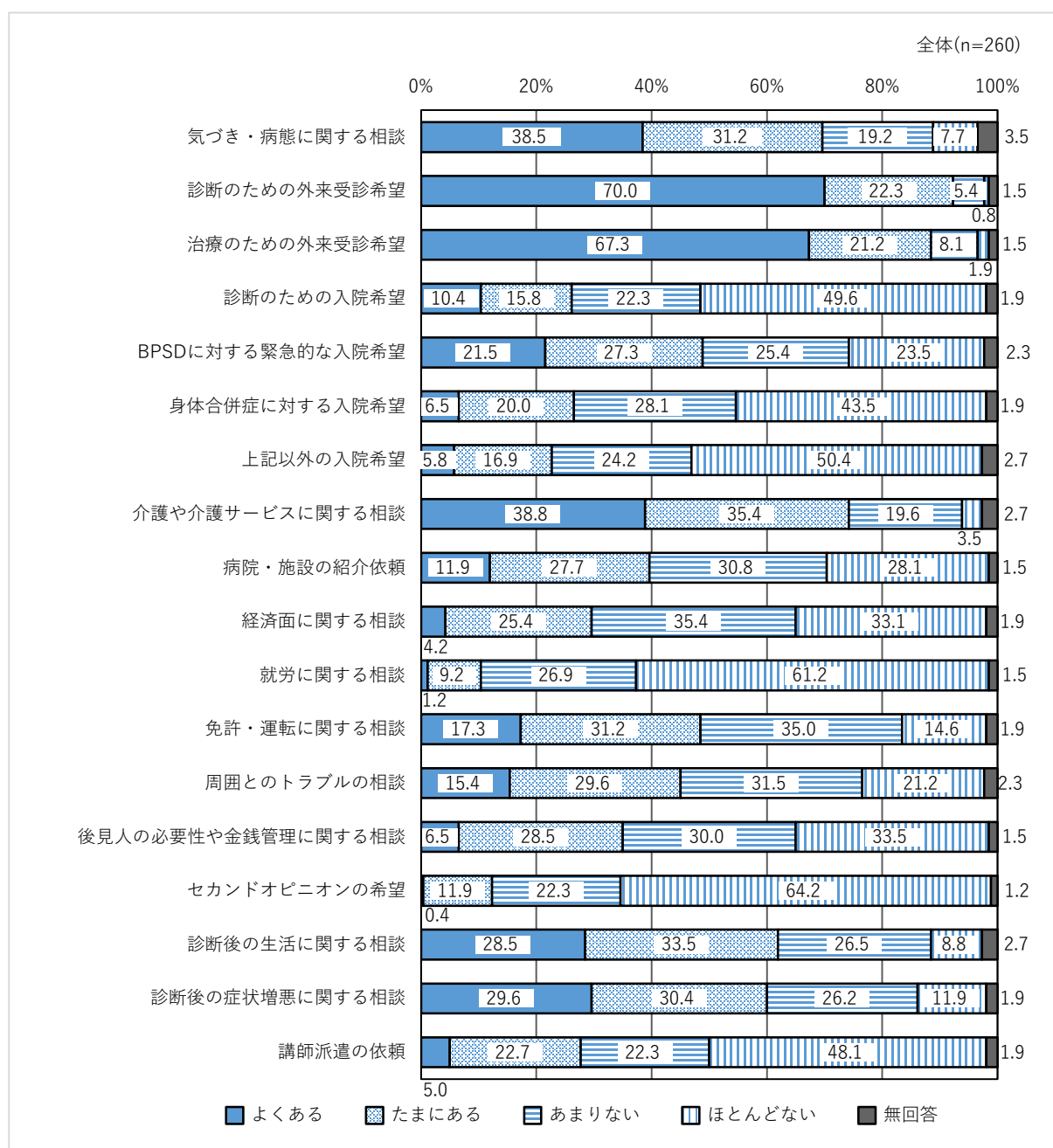
### 3-3-3 内容別の相談頻度

「よくある」の割合が高い項目として、「診断のための外来受診希望」、「治療のための外来受診希望」、「介護や介護サービスに関する相談」、「気づき・病態に関する相談」などがみられた。

「ほとんどない」の割合が高い項目として、「セカンドオピニオンの希望」、「就労に関する相談」、「診断のための入院希望」、「身体合併症に関する入院希望」などがみられた。

医療機関種別にみると、精神科病院で「BPSD に対する緊急的な入院希望」、「治療のための外来受診希望」、「診断のための外来受診希望」の割合が他の種別と比べて高かった。

図表 52 内容別の相談頻度：単数回答（Q13）



図表 53 【クロス集計】内容別の相談頻度「よくある」：単数回答（Q13）

上段：実数 下段：%		合計	気づき・病態に関する相談	診断のための外来受診希望	治療のための外来受診希望	診断のための入院希望	認知に対する緊急的な入院希望	身体合併症に対する入院希望	その他の入院希望	介護や介護サービスに関する相談	病院・施設の紹介依頼	経済面に関する相談	就労に関する相談	免許・運転に関する相談	周囲とのトラブルの相談	後見人の必要性や金銭管理に関する相談	セカンドオピニオンの希望	診断後の生活に関する相談	診断後の症状増悪に関する相談	講師派遣の依頼
全体		260 100.0	100 38.5	182 70.0	175 67.3	27 10.4	56 21.5	17 6.5	15 5.8	101 38.8	31 11.9	11 4.2	3 1.2	45 17.3	40 15.4	17 6.5	1 0.4	74 28.5	77 29.6	13 5.0
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	5 33.3	8 53.3	7 46.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 26.7	1 6.7	0 0.0	0 0.0	1 6.7	1 6.7	0 0.0	0 0.0	2 13.3	1 6.7	0 0.0
	地域型	193 100.0	76 39.4	143 74.1	140 72.5	25 13.0	53 27.5	14 7.3	11 5.7	78 40.4	27 14.0	11 5.7	2 1.0	39 20.2	33 17.1	15 7.8	1 0.5	60 31.1	65 33.7	11 5.7
	連携型	51 100.0	18 35.3	30 58.8	27 52.9	2 3.9	3 5.9	2 3.9	4 7.8	18 35.3	3 5.9	0 0.0	1 2.0	5 9.8	6 11.8	2 3.9	0 0.0	11 21.6	10 19.6	2 3.9
医療機関種別	大学病院	25 100.0	10 40.0	15 60.0	15 60.0	1 4.0	1 4.0	2 8.0	0 0.0	9 36.0	6 24.0	2 8.0	1 4.0	3 12.0	3 12.0	1 4.0	0 0.0	6 24.0	5 20.0	1 4.0
	総合病院	46 100.0	17 37.0	27 58.7	25 54.3	2 4.3	4 8.7	1 2.2	1 2.2	19 41.3	6 13.0	3 6.5	1 2.2	13 28.3	5 10.9	5 10.9	0 0.0	15 32.6	14 30.4	2 4.3
	一般病院	46 100.0	20 43.5	32 69.6	30 65.2	7 15.2	8 17.4	6 13.0	4 8.7	18 39.1	5 10.9	2 4.3	0 0.0	10 21.7	7 15.2	1 2.2	1 2.2	15 32.6	14 30.4	3 6.5
	精神科病院	122 100.0	44 36.1	95 77.9	94 77.0	17 13.9	43 35.2	7 5.7	9 7.4	48 39.3	13 10.7	4 3.3	1 0.8	19 15.6	22 18.0	8 6.6	0 0.0	32 26.2	38 31.1	6 4.9
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	2 100.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	8 44.4	11 61.1	8 44.4	0 0.0	0 0.0	1 5.6	0 0.0	6 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 11.1	1 5.6	0 0.0	5 27.8	5 27.8	1 5.6
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	21 43.8	29 60.4	27 56.3	3 6.3	6 12.5	2 4.2	3 6.3	20 41.7	7 14.6	1 2.1	1 2.1	7 14.6	8 16.7	4 8.3	0 0.0	17 35.4	17 35.4	2 4.2
	10万人～ 30万人未満	83 100.0	23 27.7	57 68.7	52 62.7	5 6.0	14 16.9	4 4.8	4 4.8	23 27.7	3 3.6	1 1.2	0 0.0	15 18.1	10 12.0	3 3.6	0 0.0	15 18.1	14 16.9	4 4.8
	30万人～ 50万人未満	38 100.0	17 44.7	27 71.1	27 71.1	7 18.4	9 23.7	3 7.9	3 7.9	15 39.5	3 7.9	4 10.5	0 0.0	10 26.3	7 18.4	4 10.5	0 0.0	13 34.2	17 44.7	3 7.9
	50万人～ 100万人未満	41 100.0	14 34.1	30 73.2	30 73.2	7 17.1	13 31.7	5 12.2	3 7.3	20 48.8	9 22.0	3 7.3	2 4.9	6 14.6	11 26.8	2 4.9	1 2.4	14 34.1	13 31.7	2 4.9
	100万人以上	20 100.0	10 50.0	17 85.0	16 80.0	0 0.0	6 30.0	0 0.0	0 0.0	6 30.0	2 10.0	1 5.0	0 0.0	2 10.0	1 5.0	2 10.0	0 0.0	4 20.0	4 20.0	1 5.0

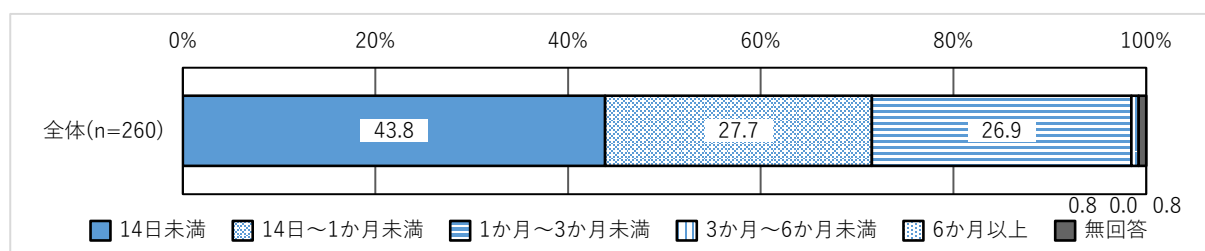
### 3-3-4 初診までの待機期間

「14日未満」が43.8%で最も割合が高く、次いで「14日～1か月未満」が27.7%、「1か月～3か月未満」が26.9%であった。

センターの類型別にみると、連携型では「14日未満」が6割以上であったが、基幹型ⅠⅡと地域型では「14日未満」から「1か月～3か月未満」まで回答が分散していた。

かかりつけ医からの紹介別にみると、「必須としている」と回答したセンターでは、「1か月～3か月未満」の割合が「紹介がなくても受診が可能」と比べてやや高かった。

図表 54 初診までの待機期間：単数回答（Q14）



図表 55 【クロス集計】初診までの待機期間：単数回答（Q14）

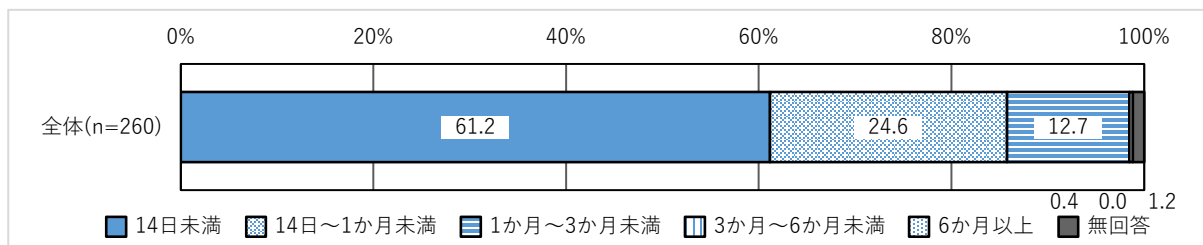
上段：実数 下段：%		合計	1 4 日未 満	1 5 日～ 1 か 月未 満	1 か 月～ 3 か 月未 満	3 か 月～ 6 か 月未 満	6 か 月 以上	無 回 答
全体		260 100.0	114 43.8	72 27.7	70 26.9	2 0.8	0 0.0	2 0.8
セン ター 類 型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	3 20.0	8 53.3	4 26.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	地域型	193 100.0	77 39.9	51 26.4	62 32.1	2 1.0	0 0.0	1 0.5
	連携型	51 100.0	34 66.7	13 25.5	4 7.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0
医 療 機 関 種 別	大学病院	25 100.0	4 16.0	13 52.0	7 28.0	0 0.0	0 0.0	1 4.0
	総合病院	46 100.0	12 26.1	15 32.6	17 37.0	1 2.2	0 0.0	1 2.2
	一般病院	46 100.0	25 54.3	8 17.4	13 28.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	58 47.5	31 25.4	32 26.2	1 0.8	0 0.0	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	15 83.3	3 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活 動 圏 域 の 人 口	10万人未満	48 100.0	26 54.2	14 29.2	8 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	39 47.0	16 19.3	25 30.1	2 2.4	0 0.0	1 1.2
	30万人～50万人未満	38 100.0	14 36.8	12 31.6	12 31.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	18 43.9	10 24.4	13 31.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	100万人以上	20 100.0	5 25.0	12 60.0	3 15.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
の 紹 介 か か り つ け 医 か ら	必須としている	84 100.0	31 36.9	26 31.0	27 32.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	紹介がなくても受診が 可能	164 100.0	77 47.0	44 26.8	39 23.8	2 1.2	0 0.0	2 1.2
	その他	10 100.0	5 50.0	2 20.0	3 30.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0



### 3-3-5 検査から診断結果が出るまでの所要期間

「14日未満」が61.2%で最も割合が高く、次いで「14日～1か月未満」が24.6%、「1か月～3か月未満」が12.7%であった。

図表 56 検査から診断結果が出るまでの所要期間:単数回答 (Q15)



図表 57 【クロス集計】検査から診断結果が出るまでの所要期間:単数回答 (Q15)

上段:実数 下段: %		合計	1 4 日 未 満	1 5 日 ～ 1 か 月 未 満	1 か 月 ～ 3 か 月 未 満	3 か 月 ～ 6 か 月 未 満	6 か 月 以 上	無 回 答
全体		260 100.0	159 61.2	64 24.6	33 12.7	1 0.4	0 0.0	3 1.2
センター 類型	基幹型 I II	15 100.0	5 33.3	4 26.7	5 33.3	0 0.0	0 0.0	1 6.7
	地域型	193 100.0	126 65.3	44 22.8	20 10.4	1 0.5	0 0.0	2 1.0
	連携型	51 100.0	28 54.9	15 29.4	8 15.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
医療機 関種 別	大学病院	25 100.0	8 32.0	7 28.0	8 32.0	1 4.0	0 0.0	1 4.0
	総合病院	46 100.0	19 41.3	16 34.8	10 21.7	0 0.0	0 0.0	1 2.2
	一般病院	46 100.0	28 60.9	11 23.9	6 13.0	0 0.0	0 0.0	1 2.2
	精神科病院	122 100.0	93 76.2	23 18.9	6 4.9	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	9 50.0	7 38.9	2 11.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動 圏 の 人 口	10万人未満	48 100.0	32 66.7	12 25.0	4 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	51 61.4	23 27.7	8 9.6	0 0.0	0 0.0	1 1.2
	30万人～50万人未満	38 100.0	28 73.7	9 23.7	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	21 51.2	9 22.0	8 19.5	1 2.4	0 0.0	2 4.9
	100万人以上	20 100.0	9 45.0	4 20.0	7 35.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

### 3-3-6 1週間あたりの認知症等の専門外来（診察）の日数

1週間あたりの認知症等の専門外来（診察）の日数の平均は、基幹型Ⅰ・Ⅱで2.2日、地域型で3.5日、連携型で3.3日であった。

図表 58 1週間あたりの認知症等の専門外来（診察）の日数（日）：数量回答（Q16）

		回答件数	合計	平均	標準偏差
1週間あたりの認知症等の専門外来（診察）の日数		253	853.5	3.4	1.7
センター 類型	基幹型Ⅰ・Ⅱ	14	31.0	2.2	1.2
	地域型	188	655.8	3.5	1.7
	連携型	50	164.8	3.3	1.8

※認知症疾患医療センターとして実施している外来診察の日数

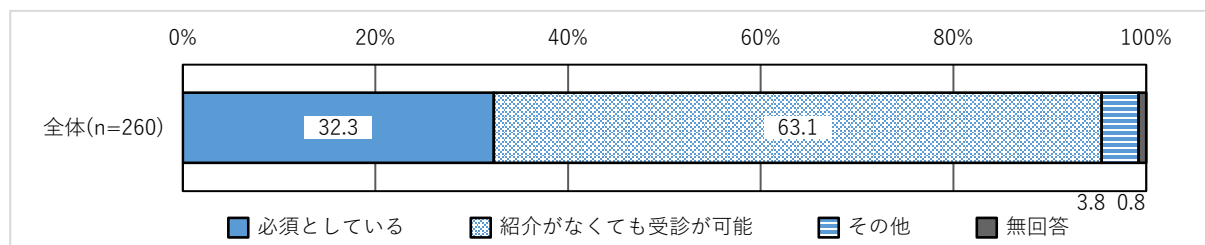
※半日を0.5として記入

### 3-3-7 かかりつけ医からの紹介の有無

「必須としている」が32.3%、「紹介がなくても受診が可能」が63.1%であった。

センターの類型別にみると、基幹型ⅠⅡでは「必須としている」の割合が最も高く、地域型と連携型では「紹介がなくても受診が可能」の割合が高かった。

図表 59 かかりつけ医からの紹介の有無:単数回答 (Q17)



図表 60 【クロス集計】かかりつけ医からの紹介の有無:単数回答 (Q17)

上段:実数 下段: %		合計	必須としている	紹介がなくても受診が可能	その他	無回答
全体		260 100.0	84 32.3	164 63.1	10 3.8	2 0.8
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	12 80.0	3 20.0	0 0.0	0 0.0
	地域型	193 100.0	65 33.7	118 61.1	9 4.7	1 0.5
	連携型	51 100.0	7 13.7	42 82.4	1 2.0	1 2.0
医療機関種別	大学病院	25 100.0	17 68.0	8 32.0	0 0.0	0 0.0
	総合病院	46 100.0	14 30.4	26 56.5	5 10.9	1 2.2
	一般病院	46 100.0	13 28.3	32 69.6	0 0.0	1 2.2
	精神科病院	122 100.0	38 31.1	79 64.8	5 4.1	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	1 5.6	17 94.4	0 0.0	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	12 25.0	34 70.8	1 2.1	1 2.1
	10万人～30万人未満	83 100.0	23 27.7	53 63.9	7 8.4	0 0.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	7 18.4	29 76.3	1 2.6	1 2.6
	50万人～100万人未満	41 100.0	22 53.7	19 46.3	0 0.0	0 0.0
	100万人以上	20 100.0	8 40.0	12 60.0	0 0.0	0 0.0

### 3-3-8 受診経緯の件数内訳

1月あたりの受診件数の平均を受診経緯別にみると、「家族等の介護者が受診推奨」が14.3件、「医療機関（かかりつけ医）」が12.9件であった。受診件数の構成比は、「家族等の介護者が受診推奨」が35.6%、「医療機関（かかりつけ医）」が33.4%であった。センターの類型別にみると、基幹型Ⅰ・Ⅱでは「医療機関（かかりつけ医等）」の割合が地域型や連携型と比べて高かった。

図表 61 受診経緯の件数内訳（件／月）：数量回答（Q18）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	211	797.0	3.8	9.7	8.6%
家族等の介護者が受診推奨	231	3,292.0	14.3	22.3	35.6%
地域包括支援センター	215	401.0	1.9	3.0	4.3%
医療機関（かかりつけ医等）	240	3,092.0	12.9	15.6	33.4%
認知症初期集中支援チーム	198	39.0	0.2	0.6	0.4%
ケアマネジャー・介護サービス事業所	215	867.0	4.0	6.1	9.4%
（若年性）認知症コールセンター	197	57.0	0.3	3.6	0.6%
行政機関	207	144.0	0.7	2.1	1.6%
院内の他科	212	357.0	1.7	5.5	3.9%
その他	199	213.0	1.1	5.3	2.3%

※構成比は回答のあった受診件数（全体）の合計に占める各内訳項目の割合

※無回答は除外して集計しているため、回答件数は各内訳項目で差異がある

図表 62 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】受診経緯の件数内訳（件／月）：数量回答（Q18）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	12	33.0	2.8	5.0	6.8%
家族等の介護者が受診推奨	13	105.0	8.1	13.6	21.5%
地域包括支援センター	11	3.0	0.3	0.5	0.6%
医療機関（かかりつけ医等）	15	238.0	15.9	12.0	48.8%
認知症初期集中支援チーム	11	2.0	0.2	0.6	0.4%
ケアマネジャー・介護サービス事業所	10	4.0	0.4	1.0	0.8%
（若年性）認知症コールセンター	10	0.0	0.0	0.0	0.0%
行政機関	10	1.0	0.1	0.3	0.2%
院内の他科	14	101.0	7.2	9.8	20.7%
その他	10	1.0	0.1	0.3	0.2%

図表 63 【地域型】受診経緯の件数内訳（件／月）：数量回答（Q18）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	159	627.0	3.9	10.8	8.3%
家族等の介護者が受診推奨	171	2,632.0	15.4	21.8	34.7%
地域包括支援センター	165	351.0	2.1	3.2	4.6%
医療機関（かかりつけ医等）	180	2,581.0	14.3	17.1	34.0%
認知症初期集中支援チーム	150	31.0	0.2	0.6	0.4%
ケアマネジャー・介護サービス事業所	164	759.0	4.6	6.7	10.0%
（若年性）認知症コールセンター	149	57.0	0.4	4.1	0.8%
行政機関	157	120.0	0.8	2.3	1.6%
院内の他科	158	245.0	1.6	5.4	3.2%
その他	154	190.0	1.2	6.0	2.5%

図表 64 【連携型】受診経緯の件数内訳（件／月）：数量回答（Q18）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
本人	40	137.0	3.4	5.1	11.8%
家族等の介護者が受診推奨	46	551.0	12.0	25.7	47.4%
地域包括支援センター	39	47.0	1.2	1.5	4.0%
医療機関（かかりつけ医等）	44	263.0	6.0	4.7	22.6%
認知症初期集中支援チーム	37	6.0	0.2	0.6	0.5%
ケアマネジャー・介護サービス事業所	41	104.0	2.5	2.9	8.9%
（若年性）認知症コールセンター	38	0.0	0.0	0.0	0.0%
行政機関	40	23.0	0.6	1.2	2.0%
院内の他科	39	10.0	0.3	0.5	0.9%
その他	35	22.0	0.6	1.9	1.9%

### 3-3-9 患者数等

1月あたりの受診者数の平均は153.8人、入院者数の平均は11.4人、自動車運転免許更新・違反に関する診断書作成数の平均は1.1人であった。

図表 65 患者数等（実人数／月）：数量回答（Q19）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
受診者数	238	36,612.0	153.8	265.5
入院者数	236	2,701.0	11.4	26.3
自動車運転免許更新・違反に関する診断書作成数	222	249.0	1.1	1.7

図表 66 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】患者数等（実人数／月）：数量回答（Q19）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
受診者数	15	2,525.0	168.3	287.8
入院者数	14	97.0	6.9	13.0
自動車運転免許更新・違反に関する診断書作成数	13	12.0	0.9	1.2

図表 67 【地域型】患者数等（実人数／月）：数量回答（Q19）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
受診者数	176	27,082.0	153.9	278.2
入院者数	174	2,166.0	12.4	26.8
自動車運転免許更新・違反に関する診断書作成数	165	190.0	1.2	1.8

図表 68 【連携型】患者数等（実人数／月）：数量回答（Q19）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
受診者数	46	6,968.0	151.5	209.8
入院者数	47	438.0	9.3	27.9
自動車運転免許更新・違反に関する診断書作成数	44	47.0	1.1	1.8

### 3-3-10 紹介の状況

1月あたりの診療情報提供書持参数の平均は14.4件、診療情報提供書作成数の平均は8.6件であった。センターの類型別にみると、基幹型Ⅰ・Ⅱと地域型では明らかな差はみられなかったが、連携型では診療情報提供書持参数と診療情報提供書作成数が、基幹型Ⅰ・Ⅱや地域型と比べて少なかった。

図表 69 紹介の状況（実人数／月）：数量回答（Q20）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
診療情報提供書持参数	242	3,477.0	14.4	13.1
診療情報提供書作成数	215	1,859.0	8.6	11.7

図表 70 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】紹介の状況（実人数／月）：数量回答（Q20）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
診療情報提供書持参数	15	265.0	17.7	14.4
診療情報提供書作成数	14	128.0	9.1	10.7

図表 71 【地域型】紹介の状況（実人数／月）：数量回答（Q20）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
診療情報提供書持参数	177	2,866.0	16.2	13.6
診療情報提供書作成数	157	1,557.0	9.9	12.7

図表 72 【連携型】紹介の状況（実人数／月）：数量回答（Q20）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
診療情報提供書持参数	49	342.0	7.0	6.8
診療情報提供書作成数	43	170.0	4.0	6.5

### 3-3-11 鑑別診断件数

1月あたりの鑑別診断件数の平均は、基幹型Ⅰ・Ⅱが14.1件、地域型が24.2件、連携型が14.4件であった。

図表 73 鑑別診断件数（実人数・1月あたり）：数量回答（Q21）

		回答件数	合計	平均	標準偏差
鑑別診断件数		247	5,342.0	21.6	26.1
センター 類型	基幹型Ⅰ・Ⅱ	15	212.0	14.1	11.8
	地域型	183	4,424.0	24.2	28.5
	連携型	48	691.0	14.4	16.6

### 3-3-12 検査件数

1月あたりの検査件数の平均は、「CT 検査」が 17.7 件、「MRI 検査」が 16.0 件、「SPECT 検査」が 3.7 件、「PET 検査」が 0.2 件であった。

図表 74 検査件数（件／月）：数量回答（Q22）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
CT 検査	209	3,704.0	17.7	34.4	49.4%
MRI 検査	193	3,081.0	16.0	63.2	41.1%
SPECT 検査	185	682.0	3.7	10.0	9.1%
PET 検査	177	37.0	0.2	2.6	0.5%

※構成比は回答のあった検査件数（全体）の合計に占める各検査の割合

※無回答は除外して集計しているため、回答件数は各検査で差異がある

図表 75 【基幹型 I・II】検査件数（件／月）：数量回答（Q22）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
CT 検査	11	57.0	5.2	8.3	18.2%
MRI 検査	12	178.0	14.8	16.0	56.7%
SPECT 検査	12	77.0	6.4	4.0	24.5%
PET 検査	11	2.0	0.2	0.4	0.6%

図表 76 【地域型】検査件数（件／月）：数量回答（Q22）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
CT 検査	155	3,136.0	20.2	35.8	56.6%
MRI 検査	142	1,780.0	12.5	30.2	32.1%
SPECT 検査	135	590.0	4.4	11.4	10.6%
PET 検査	130	34.0	0.3	3.0	0.6%

図表 77 【連携型】検査件数（件／月）：数量回答（Q22）

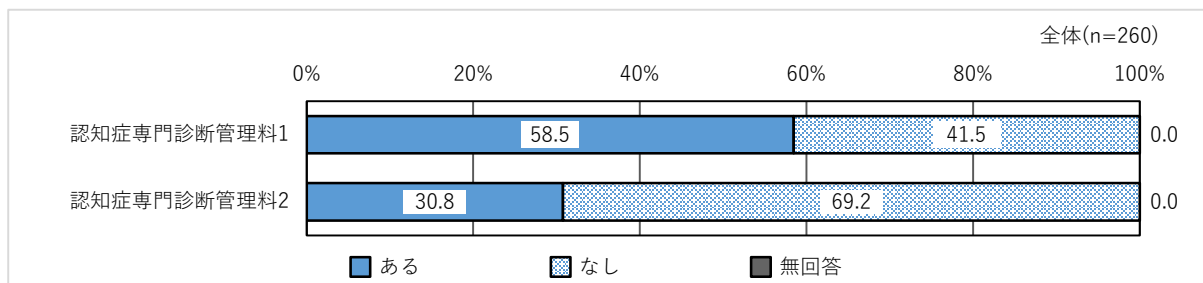
	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
CT 検査	43	511.0	11.9	32.5	31.0%
MRI 検査	39	1,123.0	28.8	128.5	68.1%
SPECT 検査	38	15.0	0.4	1.5	0.9%
PET 検査	36	1.0	0.0	0.2	0.1%



### 3-3-13 認知症専門診断管理料の算定

「ある」の割合は、認知症専門診断管理料1が58.5%、認知症専門診断管理料2が30.8%であった。

図表 78 認知症専門診断管理料の算定：単数回答（Q23）



図表 79 【クロス集計】認知症専門診断管理料1の算定：単数回答（Q23）

上段：実数 下段：%		合計	ある	なし	無回答
全体		260 100.0	152 58.5	108 41.5	0 0.0
センター 類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	12 80.0	3 20.0	0 0.0
	地域型	193 100.0	120 62.2	73 37.8	0 0.0
	連携型	51 100.0	20 39.2	31 60.8	0 0.0
医療機 関種別	大学病院	25 100.0	14 56.0	11 44.0	0 0.0
	総合病院	46 100.0	36 78.3	10 21.7	0 0.0
	一般病院	46 100.0	24 52.2	22 47.8	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	71 58.2	51 41.8	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	5 27.8	13 72.2	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
活動 圏域の 人口	10万人未満	48 100.0	23 47.9	25 52.1	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	50 60.2	33 39.8	0 0.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	24 63.2	14 36.8	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	24 58.5	17 41.5	0 0.0
	100万人以上	20 100.0	15 75.0	5 25.0	0 0.0

図表 80 【クロス集計】認知症専門診断管理料 2 の算定:単数回答 (Q23)

上段：実数 下段：%		合計	ある	なし	無回答
全体		260 100.0	80 30.8	180 69.2	0 0.0
センター 類型	基幹型 I II	15 100.0	7 46.7	8 53.3	0 0.0
	地域型	193 100.0	63 32.6	130 67.4	0 0.0
	連携型	51 100.0	10 19.6	41 80.4	0 0.0
医療機関 種別	大学病院	25 100.0	9 36.0	16 64.0	0 0.0
	総合病院	46 100.0	18 39.1	28 60.9	0 0.0
	一般病院	46 100.0	17 37.0	29 63.0	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	33 27.0	89 73.0	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	2 11.1	16 88.9	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域 の人口	10 万人未満	48 100.0	13 27.1	35 72.9	0 0.0
	10 万人～30 万人未満	83 100.0	26 31.3	57 68.7	0 0.0
	30 万人～50 万人未満	38 100.0	11 28.9	27 71.1	0 0.0
	50 万人～100 万人未満	41 100.0	15 36.6	26 63.4	0 0.0
	100 万人以上	20 100.0	7 35.0	13 65.0	0 0.0

### 3-3-14 認知症専門診断管理料の算定件数

1月あたりの認知症専門診断管理料の算定件数の平均は、「認知症専門診断管理料1」が6.7件、「認知症専門診断管理料2」が2.3件であった。センターの類型別にみると、地域型で算定件数が多い傾向がみられた。

図表 81 認知症専門診断管理料の算定件数（件／月）：数量回答（Q23）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
認知症専門診断管理料1	148	998.0	6.7	8.2
認知症専門診断管理料2	78	176.0	2.3	3.8

図表 82 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】認知症専門診断管理料の算定件数（件／月）：数量回答（Q23）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
認知症専門診断管理料1	12	58.0	4.8	4.7
認知症専門診断管理料2	7	5.0	0.7	0.8

図表 83 【地域型】認知症専門診断管理料の算定件数（件／月）：数量回答（Q23）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
認知症専門診断管理料1	117	875.0	7.5	8.8
認知症専門診断管理料2	61	161.0	2.6	4.1

図表 84 【連携型】認知症専門診断管理料の算定件数（件／月）：数量回答（Q23）

	回答件数	合計	平均	標準偏差
認知症専門診断管理料1	19	65.0	3.4	4.3
認知症専門診断管理料2	10	10.0	1.0	2.2

### 3-3-15 診断後の対応の件数内訳

1月あたりの診断後の対応件数の平均は、「貴センターでの外来治療」が17.0件、「かかりつけ医への情報提供・継続治療の依頼」が10.6件、「経過観察」が6.5件であった。対応件数の構成比は、「貴センターでの外来治療」が35.9%、「かかりつけ医への情報提供・継続治療の依頼」が22.7%、「経過観察」が11.6%であった。

図表 85 診断後の対応の件数内訳（件／月）：数量回答（Q24）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
貴センターへ入院	213	700.0	3.3	5.7	6.8%
地域の医療機関へ入院	189	54.0	0.3	0.8	0.5%
貴センターでの外来治療	216	3,676.0	17.0	32.7	35.9%
かかりつけ医への情報提供・継続治療の依頼	220	2,330.0	10.6	10.9	22.7%
地域包括支援センターへ情報提供	209	569.0	2.7	5.9	5.6%
介護保険サービスの利用案内	205	1,126.0	5.5	8.6	11.0%
障害福祉サービスの利用案内	176	98.0	0.6	2.3	1.0%
認知症カフェ・ピア活動・家族交流会などの紹介	183	509.0	2.8	8.6	5.0%
経過観察	184	1,189.0	6.5	17.3	11.6%

※構成比は回答のあった対応件数（全体）の合計に占める各内訳項目の割合

※無回答は除外して集計しているため、回答件数は各内訳項目で差異がある

図表 86 【基幹型Ⅰ・Ⅱ】診断後の対応の件数内訳（件／月）：数量回答（Q24）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
貴センターへ入院	13	44.0	3.4	9.0	6.5%
地域の医療機関へ入院	12	6.0	0.5	1.4	0.9%
貴センターでの外来治療	14	276.0	19.7	19.3	40.5%
かかりつけ医への情報提供・継続治療の依頼	13	165.0	12.7	11.0	24.2%
地域包括支援センターへ情報提供	13	28.0	2.2	5.2	4.1%
介護保険サービスの利用案内	12	56.0	4.7	6.6	8.2%
障害福祉サービスの利用案内	11	9.0	0.8	2.4	1.3%
認知症カフェ・ピア活動・家族交流会などの紹介	12	21.0	1.8	5.4	3.1%
経過観察	13	77.0	5.9	13.9	11.3%

図表 87 【地域型】診断後の対応の件数内訳（件／月）：数量回答（Q24）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
貴センターへ入院	161	571.0	3.5	5.4	7.3%
地域の医療機関へ入院	144	36.0	0.3	0.7	0.5%
貴センターでの外来治療	160	2,691.0	16.8	34.8	34.4%
かかりつけ医への情報提供・継続治療の依頼	169	1,931.0	11.4	11.3	24.7%
地域包括支援センターへ情報提供	156	433.0	2.8	6.2	5.5%
介護保険サービスの利用案内	152	928.0	6.1	9.5	11.9%
障害福祉サービスの利用案内	133	81.0	0.6	2.5	1.0%
認知症カフェ・ピア活動・家族交流会などの紹介	136	363.0	2.7	8.5	4.6%
経過観察	134	789.0	5.9	13.2	10.1%

図表 88 【連携型】診断後の対応の件数内訳（件／月）：数量回答（Q24）

	回答件数	合計	平均	標準偏差	構成比
貴センターへ入院	39	85.0	2.2	5.5	5.1%
地域の医療機関へ入院	32	11.0	0.3	0.7	0.7%
貴センターでの外来治療	41	672.0	16.4	28.7	40.0%
かかりつけ医への情報提供・継続治療の依頼	38	234.0	6.2	7.5	13.9%
地域包括支援センターへ情報提供	39	104.0	2.7	4.8	6.2%
介護保険サービスの利用案内	40	139.0	3.5	3.8	8.3%
障害福祉サービスの利用案内	32	8.0	0.3	0.7	0.5%
認知症カフェ・ピア活動・家族交流会などの紹介	35	125.0	3.6	10.0	7.4%
経過観察	36	301.0	8.4	28.9	17.9%

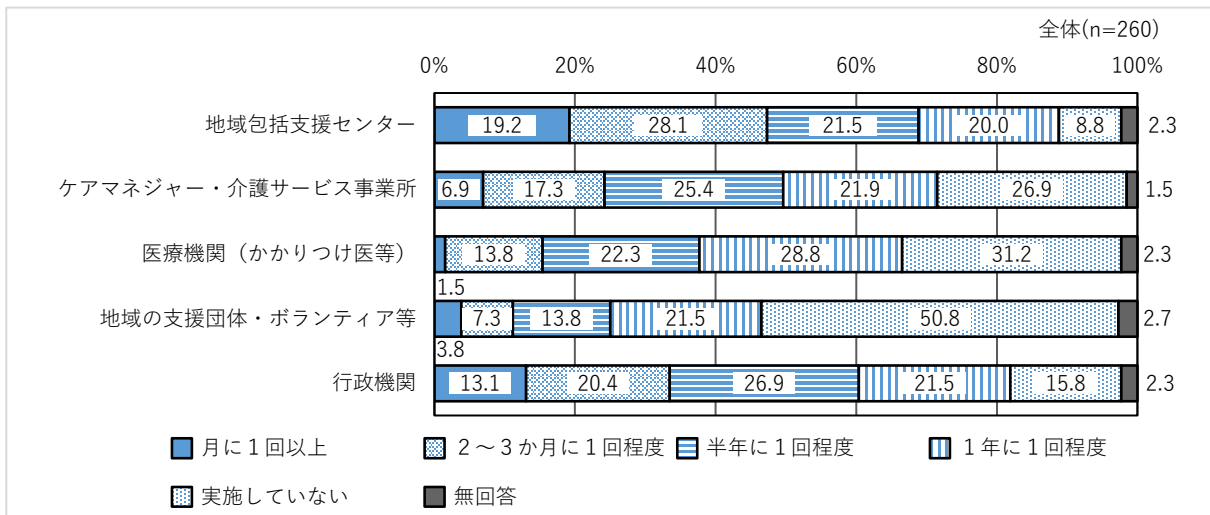
### 3-4 地域連携拠点機能

#### 3-4-1 情報交換会等の実施頻度

情報交換会等の実施頻度について、「地域包括支援センター」「行政機関」では「月に1回以上」から「年に1回程度」まで回答が分散していた。「ケアマネジャー・介護サービス事業所」、「医療機関（かかりつけ医等）」、「地域の支援団体・ボランティア等」では「実施していない」の割合が高かった。

センターの類型別に情報交換会等の頻度が「半年に1回以上」の割合をみると、地域型や連携型で「ケアマネジャー・介護サービス事業所」、「医療機関（かかりつけ医等）」の割合が基幹型ⅠⅡと比べてやや低かった。

図表 89 情報交換会等の実施頻度：単数回答（Q25）



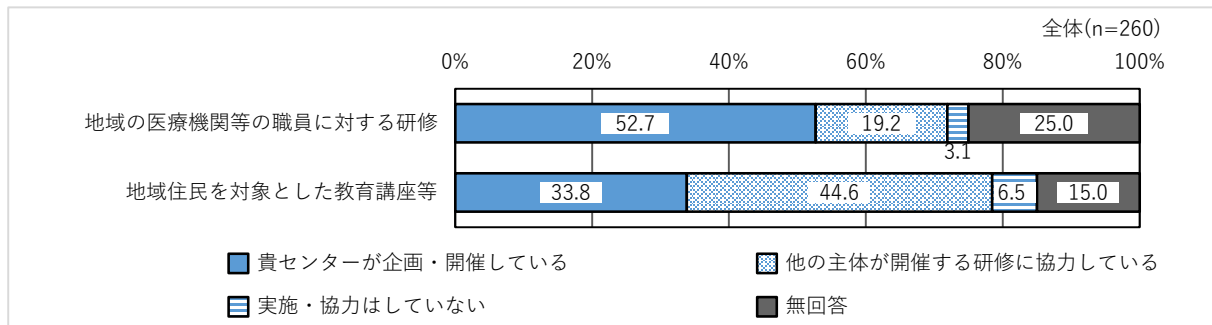
図表 90 【クロス集計】情報交換会等の実施頻度「半年に1回以上」：単数回答（Q25）

上段：実数 下段：%		地域包括支援センター	ケアマネジャー・介護サービス事業所	医療機関（かかりつけ医等）	地域の支援団体・ボランティア等	行政機関
全体		179 68.8	129 49.6	98 37.7	65 25.0	157 60.4
センター類型	基幹型ⅠⅡ	10 66.7	9 60.0	10 66.7	5 33.3	13 86.7
	地域型	135 69.9	100 51.8	73 37.8	50 25.9	114 59.1
	連携型	33 64.7	19 37.3	15 29.4	10 19.6	29 56.9
医療機関種別	大学病院	17 68.0	14 56.0	17 68.0	8 32.0	21 84.0
	総合病院	32 69.6	25 54.3	18 39.1	13 28.3	29 63.0
	一般病院	30 65.2	16 34.8	12 26.1	12 26.1	26 56.5
	精神科病院	86 70.5	64 52.5	45 36.9	27 22.1	68 55.7
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0	2 100.0
	無床診療所	11 61.1	9 50.0	5 27.8	5 27.8	10 55.6
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0
活動圏域の人口	10万人未満	36 75.0	25 52.1	15 31.3	12 25.0	27 56.3
	10万人～30万人未満	57 68.7	39 47.0	23 27.7	20 24.1	46 55.4
	30万人～50万人未満	24 63.2	18 47.4	15 39.5	9 23.7	26 68.4
	50万人～100万人未満	22 53.7	14 34.1	15 36.6	9 22.0	24 58.5
	100万人以上	17 85.0	15 75.0	12 60.0	8 40.0	17 85.0

### 3-4-2 医療機関等の職員や住民を対象とした研修

「地域の医療機関等の職員に対する研修」では「貴センターが企画・開催している」が52.7%で最も割合が高く、「地域住民を対象とした教育講座等」では「他の主体が開催する研修に協力している」が44.6%で最も割合が高かった。

図表 91 医療機関等の職員や住民を対象とした研修：単数回答（Q26）

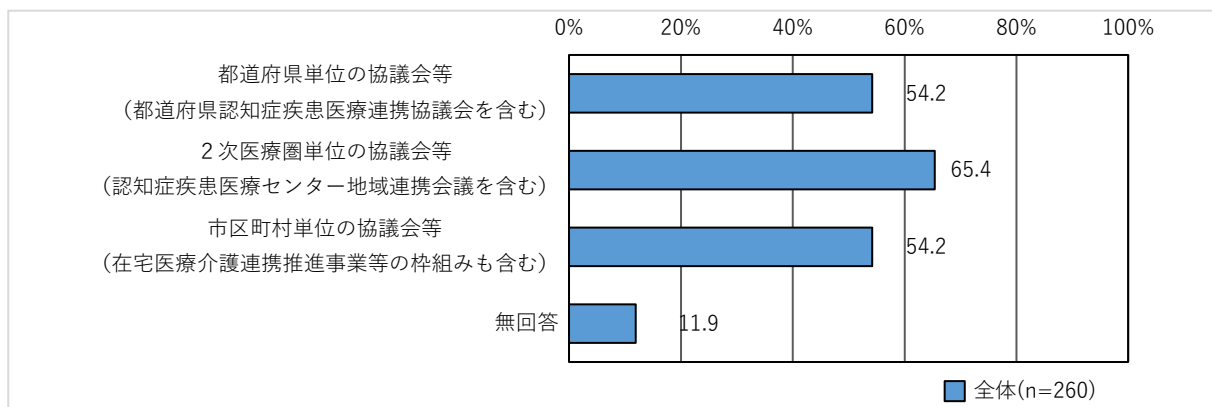


### 3-4-3 協議会等への参加状況

「2次医療圏単位の協議会等（認知症疾患医療センター地域連携会議を含む）」が65.4%で最も割合が高く、「都道府県単位の協議会等（都道府県認知症疾患医療連携協議会を含む）」と「市区町村単位の協議会等（在宅医療介護連携推進事業等の枠組みも含む）」が54.2%であった。

センターの類型別にみると、地域型と連携型で「市区町村単位の協議会等（在宅医療介護連携推進事業等の枠組みも含む）」の割合が基幹型ⅠⅡと比べて高かった。

図表 92 協議会等への参加状況：複数回答（Q27）





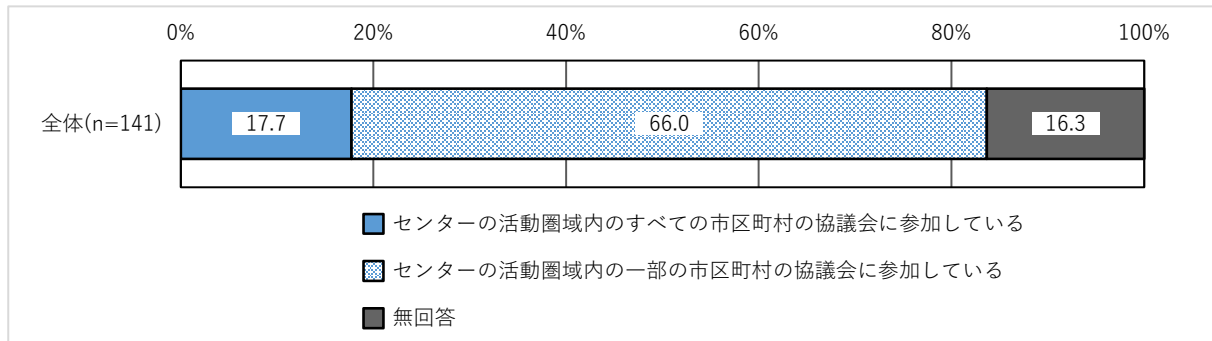
図表 93 【クロス集計】協議会等への参加状況：複数回答（Q27）

上段：実数 下段：%		合計	都道府県単位の協議会等 (都道府県認知症疾患医療連携協議会を含む)	2次医療圏単位の協議会等 (認知症疾患医療センター―地域連携会議を含む)	市区町村単位の協議会等 (在宅医療介護連携推進事業等の枠組みも含む)	無回答
全体		260 100.0	141 54.2	170 65.4	141 54.2	31 11.9
センター類型	基幹型 I II	15 100.0	10 66.7	9 60.0	4 26.7	3 20.0
	地域型	193 100.0	105 54.4	128 66.3	106 54.9	24 12.4
	連携型	51 100.0	26 51.0	33 64.7	31 60.8	3 5.9
医療機関種別	大学病院	25 100.0	14 56.0	14 56.0	9 36.0	5 20.0
	総合病院	46 100.0	21 45.7	32 69.6	22 47.8	8 17.4
	一般病院	46 100.0	26 56.5	34 73.9	27 58.7	4 8.7
	精神科病院	122 100.0	72 59.0	77 63.1	68 55.7	13 10.7
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	7 38.9	13 72.2	13 72.2	1 5.6
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	31 64.6	34 70.8	27 56.3	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	43 51.8	53 63.9	49 59.0	11 13.3
	30万人～50万人未満	38 100.0	18 47.4	24 63.2	22 57.9	6 15.8
	50万人～100万人未満	41 100.0	23 56.1	28 68.3	15 36.6	6 14.6
	100万人以上	20 100.0	14 70.0	13 65.0	10 50.0	3 15.0

### 3-4-4 市町村単位の協議会等

「センターの活動圏域内のすべての市区町村の協議会に参加している」が17.7%、「センターの活動圏域内の一部の市区町村の協議会に参加している」が66.0%であった。

図表 94 市町村単位の協議会等：単数回答（Q27）

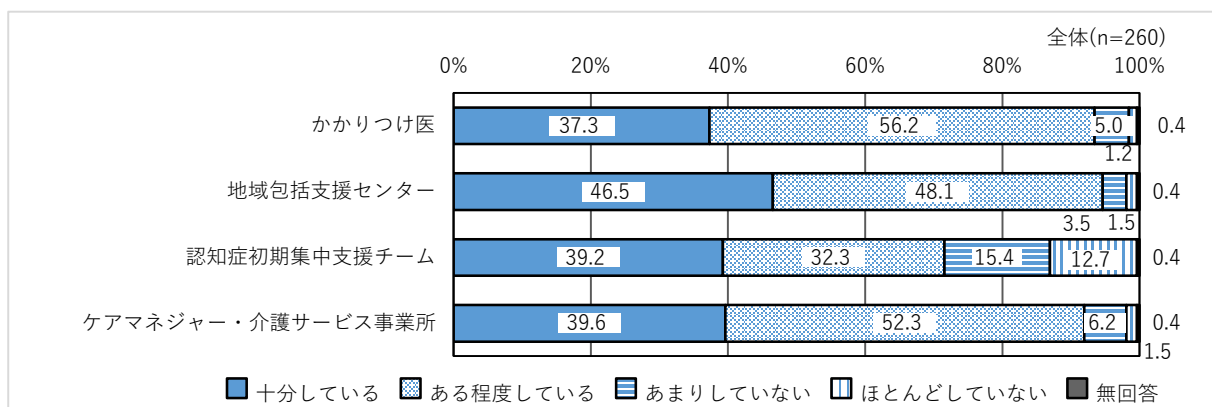


### 3-4-5 連携状況（相談・受診時）

「かかりつけ医」「地域包括支援センター」「ケアマネジャー・介護サービス事業所」は「十分している」と「ある程度している」の合計が9割程度であった。一方で「認知症初期集中支援チーム」との連携は「あまりしていない」と「ほとんどしていない」の合計が3割程度みられた。

センターの類型別に「十分している」の割合をみると、基幹型ⅠⅡでは「かかりつけ医」、地域型と連携型では「地域包括支援センター」、「認知症初期集中支援チーム」、「ケアマネジャー・介護サービス事業所」の割合が他の類型と比べて高かった。

図表 95 連携状況（相談・受診時）：単数回答（Q28）



図表 96 【クロス集計】連携状況（相談・受診時）「十分している」：単数回答（Q28）

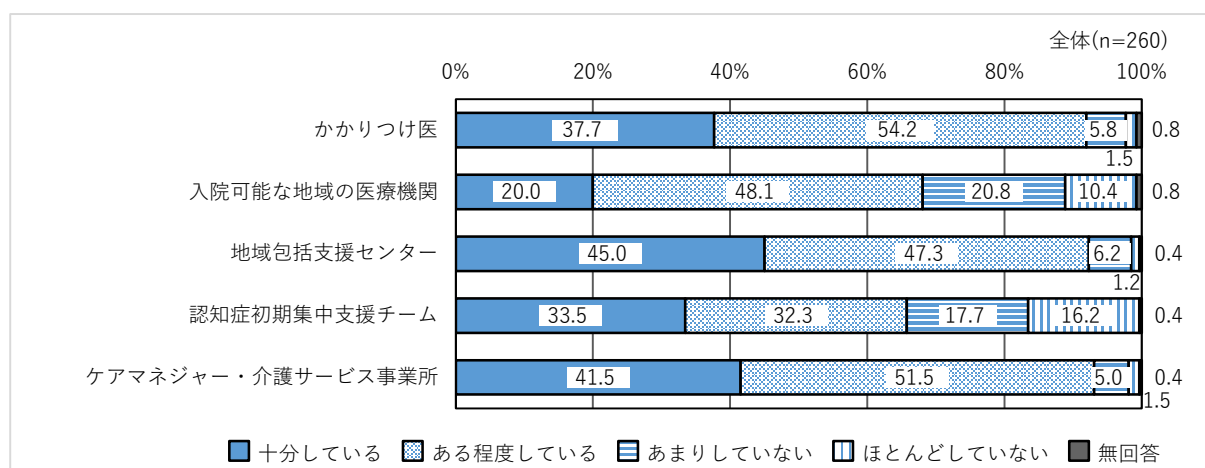
上段：実数 下段：%		合計	かかりつけ医	地域包括支援センター	認知症初期集中支援チーム	ケアマネジャー・介護サービス事業所
全体		260 100.0	97 37.3	121 46.5	102 39.2	103 39.6
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	8 53.3	3 20.0	2 13.3	3 20.0
	地域型	193 100.0	72 37.3	95 49.2	78 40.4	81 42.0
	連携型	51 100.0	16 31.4	23 45.1	21 41.2	19 37.3
医療機関種別	大学病院	25 100.0	12 48.0	6 24.0	8 32.0	8 32.0
	総合病院	46 100.0	24 52.2	19 41.3	15 32.6	15 32.6
	一般病院	46 100.0	13 28.3	21 45.7	20 43.5	19 41.3
	精神科病院	122 100.0	43 35.2	65 53.3	50 41.0	53 43.4
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	2 100.0	1 50.0	1 50.0
	無床診療所	18 100.0	4 22.2	8 44.4	8 44.4	7 38.9
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	13 27.1	25 52.1	22 45.8	21 43.8
	10万人～30万人未満	83 100.0	34 41.0	40 48.2	35 42.2	34 41.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	14 36.8	15 39.5	14 36.8	12 31.6
	50万人～100万人未満	41 100.0	15 36.6	18 43.9	11 26.8	13 31.7
	100万人以上	20 100.0	10 50.0	8 40.0	8 40.0	8 40.0

### 3-4-6 連携状況（受診・診断後）

「かかりつけ医」「地域包括支援センター」「ケアマネジャー・介護サービス事業所」は「十分している」と「ある程度している」の合計が9割程度であった。「入院可能な地域の医療機関」「認知症初期集中支援チーム」は「あまりしていない」と「ほとんどしていない」の合計が3割程度みられた。また、「入院可能な地域の医療機関」は他の機関と比べて「十分にしている」の割合が低かった。

センターの類型別にみると、相談・受診時（Q28）と概ね同様の傾向がみられた。

図表 97 連携状況（受診・診断後）：単数回答（Q29）



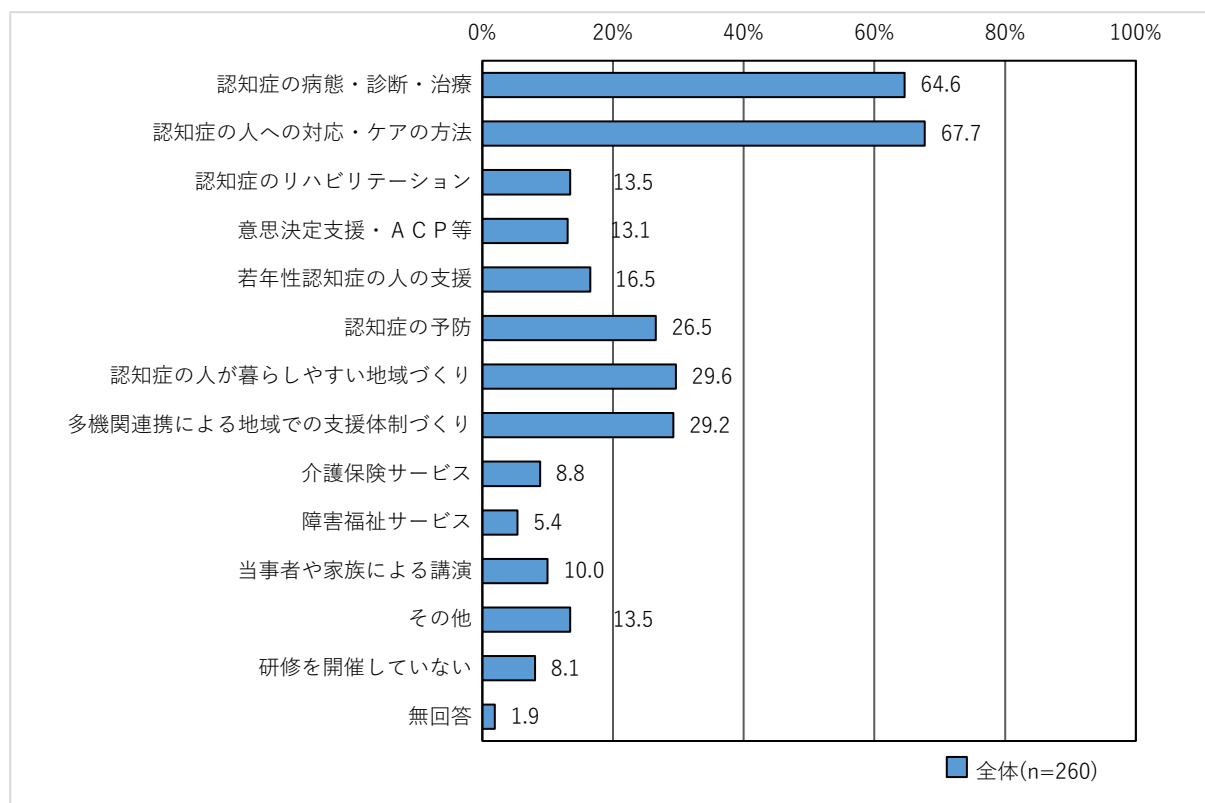
図表 98 【クロス集計】連携状況（受診・診断後）「十分している」：単数回答（Q29）

上段：実数 下段：%		合計	かかりつけ医	入院可能な地域の医療機関	地域包括支援センター	認知症初期集中支援チーム	ケアマネジャー・介護サービス事業所
全体		260 100.0	98 37.7	52 20.0	117 45.0	87 33.5	108 41.5
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	9 60.0	4 26.7	4 26.7	2 13.3	4 26.7
	地域型	193 100.0	75 38.9	42 21.8	90 46.6	66 34.2	83 43.0
	連携型	51 100.0	13 25.5	6 11.8	23 45.1	18 35.3	21 41.2
医療機関種別	大学病院	25 100.0	13 52.0	7 28.0	8 32.0	7 28.0	9 36.0
	総合病院	46 100.0	22 47.8	14 30.4	19 41.3	16 34.8	17 37.0
	一般病院	46 100.0	12 26.1	9 19.6	23 50.0	16 34.8	18 39.1
	精神科病院	122 100.0	45 36.9	21 17.2	57 46.7	40 32.8	53 43.4
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	0 0.0	2 100.0	1 50.0	1 50.0
	無床診療所	18 100.0	4 22.2	1 5.6	7 38.9	7 38.9	9 50.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	13 27.1	11 22.9	24 50.0	19 39.6	21 43.8
	10万人～30万人未満	83 100.0	30 36.1	13 15.7	40 48.2	28 33.7	36 43.4
	30万人～50万人未満	38 100.0	12 31.6	8 21.1	14 36.8	12 31.6	14 36.8
	50万人～100万人未満	41 100.0	17 41.5	11 26.8	17 41.5	8 19.5	17 41.5
	100万人以上	20 100.0	12 60.0	3 15.0	6 30.0	8 40.0	6 30.0

### 3-4-7 地域の医療・介護専門職等を対象とした研修のテーマ

「認知症の人への対応・ケアの方法」が67.7%で最も割合が高く、次いで「認知症の病態・診断・治療」が64.6%であった。

図表 99 地域の医療・介護専門職等を対象とした研修のテーマ:複数回答 (Q30)

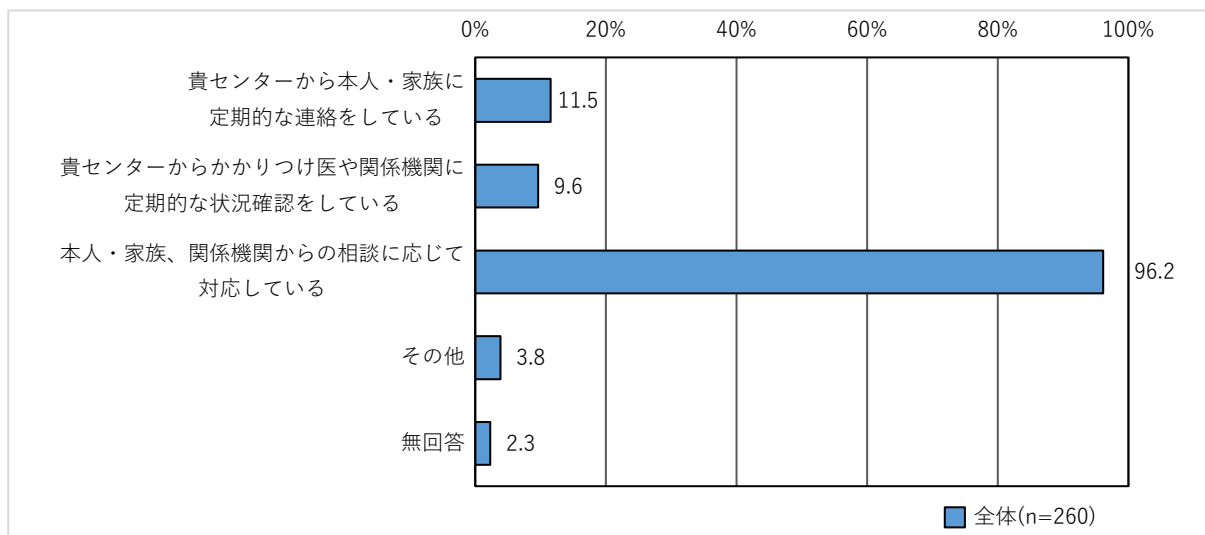


### 3-5 診断後等支援機能

#### 3-5-1 診断後の相談対応の状況

「本人・家族、関係機関からの相談に応じて対応している」が96.2%で最も割合が高かった。

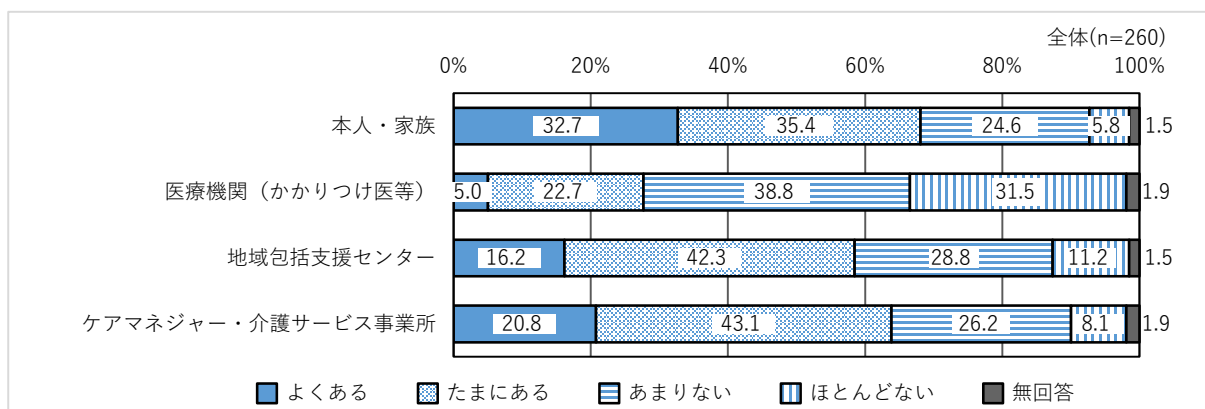
図表 100 診断後の相談対応の状況:複数回答 (Q31)



#### 3-5-2 診断後相談の相談元

「本人・家族」「地域包括支援センター」「ケアマネジャー・介護サービス事業所」では、「よくある」と「たまにある」の合計が6割前後であったが、「医療機関（かかりつけ医等）」は2割程度であった。

図表 101 診断後相談の相談元:単数回答 (Q32)



図表 102 【クロス集計】診断後相談の相談元「よくある」：単数回答（Q32）

上段：実数 下段：%		合計	本人・家族	医療機関（かかりつけ医等）	地域包括支援センター	ケアマネジャー・介護サービス事業所
全体		260 100.0	85 32.7	13 5.0	42 16.2	54 20.8
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	5 33.3	0 0.0	1 6.7	2 13.3
	地域型	193 100.0	66 34.2	13 6.7	34 17.6	43 22.3
	連携型	51 100.0	13 25.5	0 0.0	7 13.7	9 17.6
医療機関種別	大学病院	25 100.0	9 36.0	0 0.0	3 12.0	4 16.0
	総合病院	46 100.0	13 28.3	3 6.5	11 23.9	12 26.1
	一般病院	46 100.0	15 32.6	4 8.7	5 10.9	7 15.2
	精神科病院	122 100.0	37 30.3	6 4.9	17 13.9	24 19.7
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	0 0.0	2 100.0	1 50.0
	無床診療所	18 100.0	9 50.0	0 0.0	4 22.2	6 33.3
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	19 39.6	3 6.3	10 20.8	13 27.1
	10万人～30万人未満	83 100.0	16 19.3	1 1.2	11 13.3	12 14.5
	30万人～50万人未満	38 100.0	17 44.7	2 5.3	8 21.1	9 23.7
	50万人～100万人未満	41 100.0	14 34.1	4 9.8	5 12.2	8 19.5
	100万人以上	20 100.0	10 50.0	1 5.0	3 15.0	5 25.0



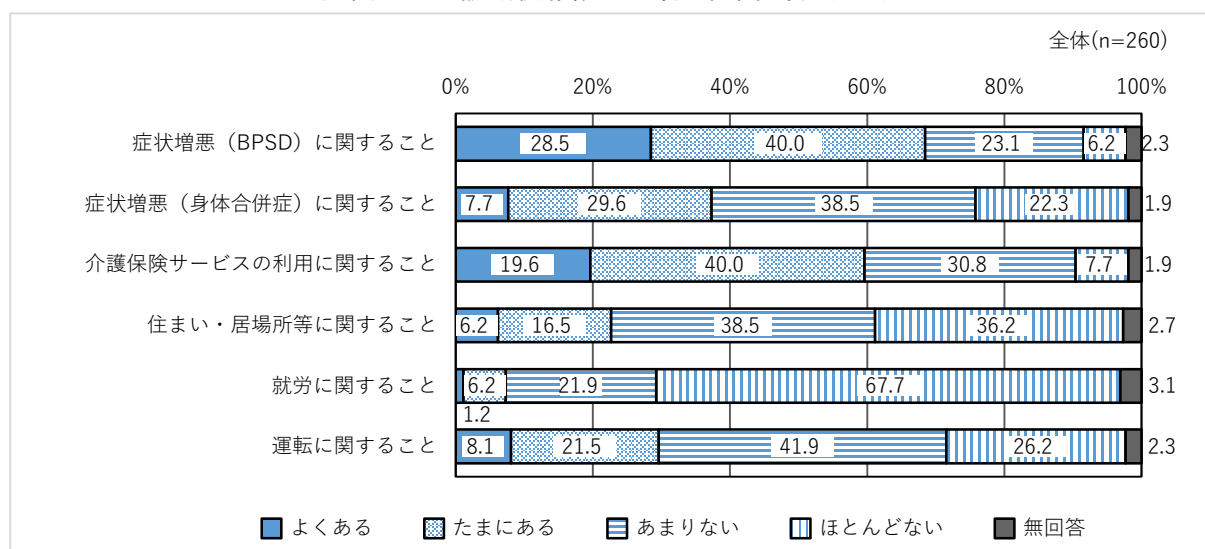
### 3-5-3 診断後相談の内容

「よくある」の割合が高い項目として、「症状増悪（BPSD）に関すること」、「介護保険サービスの利用に関すること」などがみられた。

「ほとんどない」の割合が高い項目として、「就労に関すること」、「住まい住居等に関すること」などがみられた。

医療機関種別に「よくある」の割合をみると、精神科病院で「症状増悪（BPSD）に関すること」の割合が他の種別と比べて高かった。

図表 103 診断後相談の内容:単数回答 (Q33)



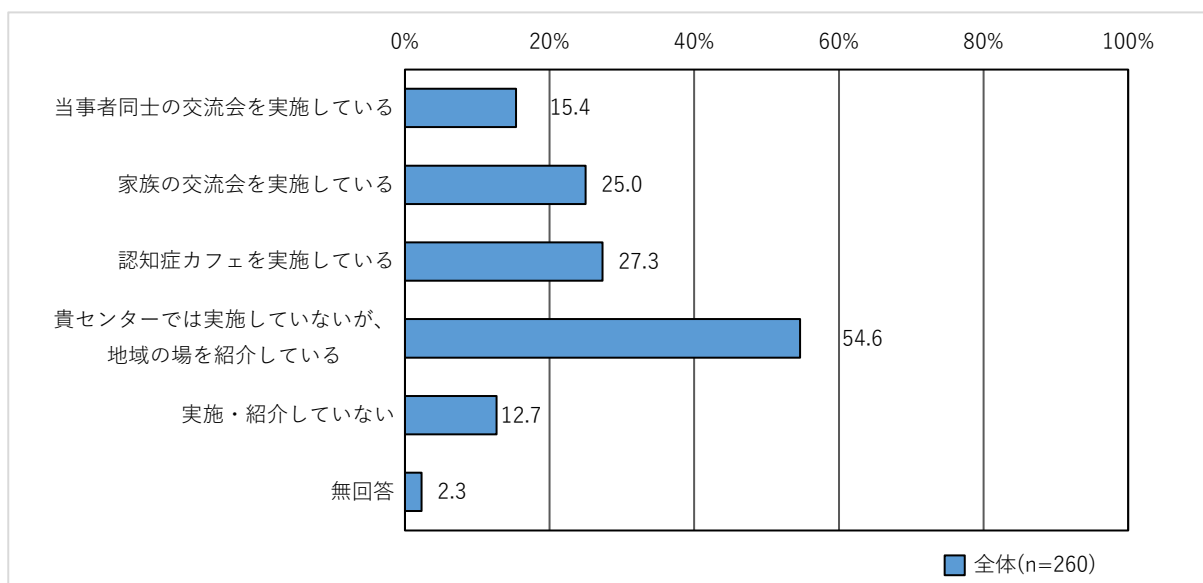
図表 104 【クロス集計】診断後相談の内容「よくある」：単数回答（Q33）

上段：実数 下段：%		合計	症状増悪 (BPSDに関する こと)	症状増悪 (身体合併症) に関する こと	介護保険サ ービスの利 用に関する こと	住まい・居 場所等に関 する こと	就労に関 する こと	運 転 に 関 する こ と
全体		260 100.0	74 28.5	20 7.7	51 19.6	16 6.2	3 1.2	21 8.1
センター 類型	基幹型 I II	15 100.0	2 13.3	0 0.0	3 20.0	2 13.3	0 0.0	0 0.0
	地域型	193 100.0	64 33.2	16 8.3	41 21.2	12 6.2	3 1.6	21 10.9
	連携型	51 100.0	7 13.7	3 5.9	7 13.7	2 3.9	0 0.0	0 0.0
医療機 関種別	大学病院	25 100.0	5 20.0	2 8.0	6 24.0	4 16.0	1 4.0	1 4.0
	総合病院	46 100.0	10 21.7	4 8.7	11 23.9	4 8.7	2 4.3	7 15.2
	一般病院	46 100.0	8 17.4	4 8.7	9 19.6	3 6.5	0 0.0	4 8.7
	精神科病院	122 100.0	45 36.9	7 5.7	22 18.0	5 4.1	0 0.0	9 7.4
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	6 33.3	3 16.7	3 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動 圏域の 人口	10万人未満	48 100.0	14 29.2	6 12.5	10 20.8	2 4.2	0 0.0	4 8.3
	10万人～30万人未満	83 100.0	20 24.1	2 2.4	7 8.4	1 1.2	0 0.0	4 4.8
	30万人～50万人未満	38 100.0	14 36.8	3 7.9	8 21.1	1 2.6	0 0.0	3 7.9
	50万人～100万人未満	41 100.0	15 36.6	4 9.8	14 34.1	6 14.6	2 4.9	3 7.3
	100万人以上	20 100.0	3 15.0	1 5.0	7 35.0	3 15.0	0 0.0	2 10.0

### 3-5-4 当事者等によるピア活動や交流会等の実施状況

「貴センターでは実施していないが、地域の方を紹介している」が54.6%で最も割合が高く、次いで「認知症カフェを実施している」が27.3%、「家族の交流会を実施している」が25.0%であった。

図表 105 当事者等によるピア活動や交流会等の実施状況：複数回答（Q34）



図表 106 【クロス集計】当事者等によるピア活動や交流会等の実施状況:複数回答 (Q34)

上段：実数 下段：%		合計	当事者 同士の 交流会を 実施して いる	家族の 交流会を 実施して いる	認知症 カフェを 実施して いる	貴セン ターでは 実施して いないが、 地域の場 を紹介して いる	実施・ 紹介して いない	無回 答
全体		260 100.0	40 15.4	65 25.0	71 27.3	142 54.6	33 12.7	6 2.3
セン ター 類 型	基幹型 I II	15 100.0	0 0.0	1 6.7	2 13.3	12 80.0	1 6.7	0 0.0
	地域型	193 100.0	31 16.1	50 25.9	47 24.4	108 56.0	23 11.9	5 2.6
	連携型	51 100.0	9 17.6	14 27.5	22 43.1	21 41.2	9 17.6	1 2.0
医 療 機 関 種 別	大学病院	25 100.0	5 20.0	4 16.0	3 12.0	16 64.0	1 4.0	2 8.0
	総合病院	46 100.0	9 19.6	14 30.4	10 21.7	24 52.2	5 10.9	3 6.5
	一般病院	46 100.0	6 13.0	14 30.4	19 41.3	21 45.7	7 15.2	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	14 11.5	24 19.7	26 21.3	73 59.8	18 14.8	1 0.8
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	1 50.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	6 33.3	8 44.4	11 61.1	7 38.9	2 11.1	0 0.0
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0
活 動 圏 域 の 人 口	10 万人未満	48 100.0	7 14.6	7 14.6	12 25.0	30 62.5	9 18.8	0 0.0
	10 万人～30 万人未満	83 100.0	10 12.0	22 26.5	28 33.7	37 44.6	12 14.5	3 3.6
	30 万人～50 万人未満	38 100.0	5 13.2	8 21.1	11 28.9	27 71.1	1 2.6	1 2.6
	50 万人～100 万人未満	41 100.0	9 22.0	11 26.8	6 14.6	22 53.7	6 14.6	2 4.9
	100 万人以上	20 100.0	5 25.0	8 40.0	5 25.0	12 60.0	1 5.0	0 0.0

## 3-6 運営に関する事項や課題等

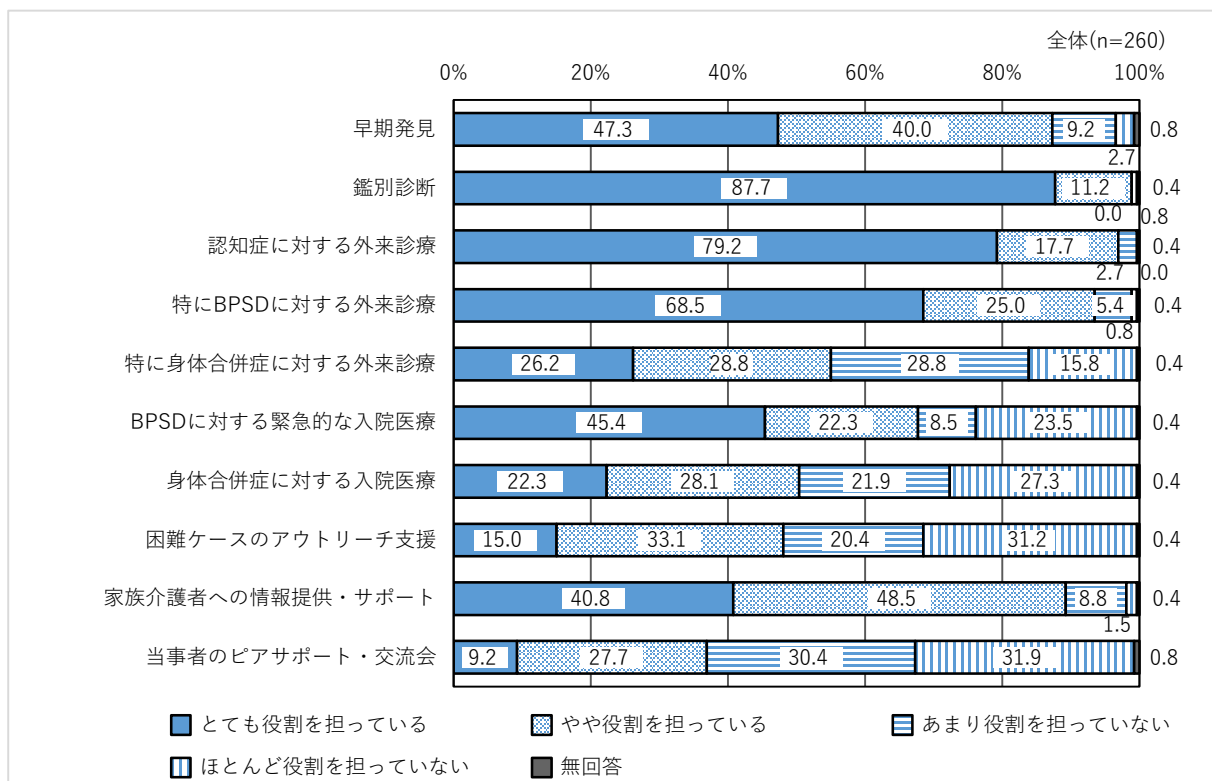
### 3-6-1 自センターの役割認識

「とても役割を担っている」の割合が高い項目として、「鑑別診断」、「認知症に対する外来診療」、「特にBPSDに対する外来診療」がみられた。「特に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」、「BPSDに対する緊急的な入院医療」、「困難ケースのアウトリーチ支援」などは「とても役割を担っている」から「ほとんど役割を担っていない」まで回答が分散していた。

センターの類型別に「とても役割を担っている」の割合をみると、基幹型ⅠⅡでは「早期発見」「特に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」、地域型では「認知症に対する外来診療」、「特にBPSDに対する外来診療」、「BPSDに対する緊急的な入院医療」が他の類型と比べて高かった。

医療機関種別に「とても役割を担っている」の割合をみると、大学病院、総合病院、一般病院で「特に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」、精神科病院で「特にBPSDに対する外来診療」、「BPSDに対する緊急的な入院医療」が他の種別と比べて高かった。

図表 107 自センターの役割認識:単数回答 (Q35)



図表 108 【クロス集計】自センターの役割認識「とても役割を担っている」：単数回答（Q35）

上段：実数 下段：%		合計	早期発見	鑑別診断	認知症に対する外来診療	特にBPSDに対する外来診療	特に身体合併症に対する外来診療	BPSDに対する緊急的な入院医療	身体合併症に対する入院医療	困難ケースのアウトリーチ支援	家族介護者への情報提供・サポート	当事者のピアサポート・交流会
全体		260 100.0	123 47.3	228 87.7	206 79.2	178 68.5	68 26.2	118 45.4	58 22.3	39 15.0	106 40.8	24 9.2
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	10 66.7	14 93.3	10 66.7	6 40.0	6 40.0	1 6.7	6 40.0	1 6.7	5 33.3	0 0.0
	地域型	193 100.0	88 45.6	174 90.2	160 82.9	142 73.6	52 26.9	101 52.3	45 23.3	27 14.0	83 43.0	20 10.4
	連携型	51 100.0	24 47.1	39 76.5	35 68.6	30 58.8	10 19.6	16 31.4	7 13.7	10 19.6	17 33.3	4 7.8
医療機関種別	大学病院	25 100.0	18 72.0	24 96.0	17 68.0	13 52.0	12 48.0	1 4.0	9 36.0	6 24.0	13 52.0	2 8.0
	総合病院	46 100.0	22 47.8	42 91.3	33 71.7	26 56.5	21 45.7	13 28.3	19 41.3	4 8.7	15 32.6	4 8.7
	一般病院	46 100.0	26 56.5	42 91.3	37 80.4	23 50.0	16 34.8	9 19.6	15 32.6	8 17.4	16 34.8	4 8.7
	精神科病院	122 100.0	45 36.9	103 84.4	103 84.4	102 83.6	14 11.5	92 75.4	13 10.7	14 11.5	50 41.0	12 9.8
	有床診療所	2 100.0	2 100.0	2 100.0	2 100.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	9 50.0	14 77.8	13 72.2	12 66.7	5 27.8	3 16.7	2 11.1	6 33.3	10 55.6	2 11.1
	その他	1 100.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	21 43.8	38 79.2	36 75.0	30 62.5	10 20.8	21 43.8	9 18.8	11 22.9	18 37.5	4 8.3
	10万人～30万人未満	83 100.0	36 43.4	75 90.4	69 83.1	57 68.7	18 21.7	39 47.0	17 20.5	5 6.0	28 33.7	10 12.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	23 60.5	35 92.1	34 89.5	29 76.3	12 31.6	19 50.0	9 23.7	6 15.8	18 47.4	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	17 41.5	34 82.9	27 65.9	30 73.2	15 36.6	17 41.5	11 26.8	2 4.9	20 48.8	5 12.2
	100万人以上	20 100.0	10 50.0	20 100.0	17 85.0	12 60.0	6 30.0	8 40.0	7 35.0	5 25.0	7 35.0	2 10.0

### 3-6-2 活動圏域における各機能の充足状況

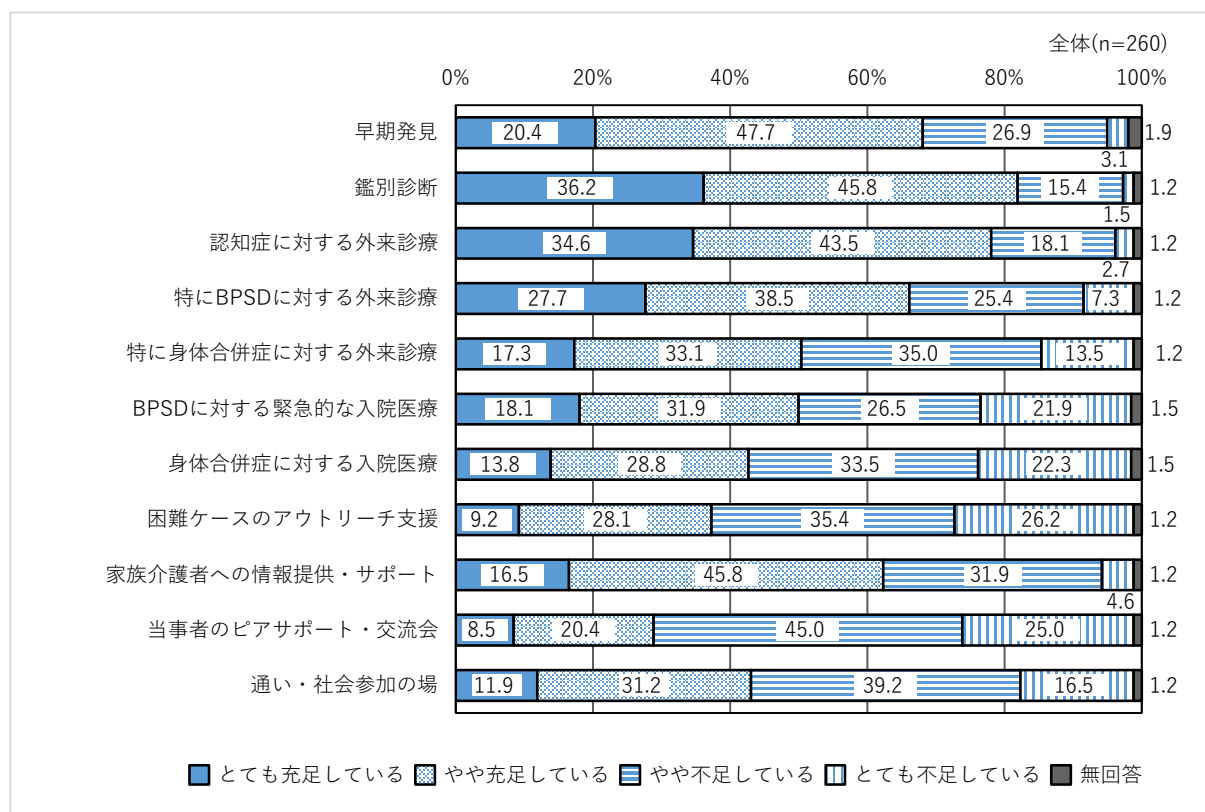
「とても充足している」の割合が高い項目として、「鑑別診断」、「認知症に対する外来診療」、「特にBPSDに対する外来診療」がみられた。

「やや不足している」と「とても不足している」の割合が高い項目として、「当事者のピアサポート・交流会」、「困難ケースのアウトリーチ支援」、「身体合併症に対する入院医療」、「通い・社会参加の場」などがみられた。なお、「BPSDに対する緊急的な入院医療」「身体合併症に対する入院医療」などは「とても充足している」から「とても不足している」まで回答が分散していた。

センターの類型別に「やや不足している」と「とても不足している」の合計をみると、連携型で「鑑別診断」、「BPSDに対する緊急的な入院医療」の割合が他の類型と比べて高かった。「困難ケースのアウトリーチ支援」、「当事者のピアサポート・交流会」、「通い・社会参加の場」はどの類型においても共通して割合が高かった。

医療機関種別に「やや不足している」と「とても不足している」の合計をみると、一般病院で「特にBPSDに対する外来診療」、精神科病院で「特に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」の割合が他の種別と比べて高かった。

図表 109 活動圏域における各機能の充足状況:単数回答 (Q36)



図表 110 【クロス集計】活動圏域における各機能の充足状況「やや不足している」と「とても不足している」の合算:単数回答 (Q36)

上段:実数 下段:%		合計	早期発見	鑑別診断	認知症に対する外来診療	特にBPSDに対する外来診療	特に身体合併症に対する外来診療	BPSDに対する緊急的な入院医療	身体合併症に対する入院医療	困難ケースのアウトリーチ支援	家族介護者への情報提供・サポート	当事者のピアサポート・交流会	通い・社会参加の場
全体		260 100.0	78 30.0	44 16.9	54 20.8	85 32.7	126 48.5	126 48.5	145 55.8	160 61.5	95 36.5	182 70.0	145 55.8
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	5 33.3	2 13.3	5 33.3	6 40.0	7 46.7	6 40.0	7 46.7	8 53.3	5 33.3	11 73.3	7 46.7
	地域型	193 100.0	53 27.5	29 15.0	33 17.1	58 30.1	92 47.7	87 45.1	106 54.9	126 65.3	68 35.2	138 71.5	111 57.5
	連携型	51 100.0	20 39.2	13 25.5	16 31.4	20 39.2	27 52.9	32 62.7	32 62.7	26 51.0	22 43.1	32 62.7	26 51.0
医療機関種別	大学病院	25 100.0	7 28.0	4 16.0	7 28.0	11 44.0	11 44.0	11 44.0	12 48.0	13 52.0	9 36.0	17 68.0	17 68.0
	総合病院	46 100.0	8 17.4	4 8.7	6 13.0	15 32.6	12 26.1	23 50.0	16 34.8	27 58.7	14 30.4	30 65.2	25 54.3
	一般病院	46 100.0	19 41.3	9 19.6	9 19.6	18 39.1	19 41.3	30 65.2	23 50.0	28 60.9	19 41.3	31 67.4	28 60.9
	精神科病院	122 100.0	37 30.3	21 17.2	25 20.5	34 27.9	75 61.5	47 38.5	81 66.4	80 65.6	45 36.9	90 73.8	65 53.3
	有床診療所	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	7 38.9	6 33.3	7 38.9	7 38.9	9 50.0	14 77.8	12 66.7	10 55.6	7 38.9	12 66.7	9 50.0
	その他	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0	1 100.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	21 43.8	10 20.8	11 22.9	17 35.4	23 47.9	25 52.1	24 50.0	25 52.1	22 45.8	36 75.0	24 50.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	28 33.7	16 19.3	15 18.1	24 28.9	43 51.8	44 53.0	52 62.7	60 72.3	32 38.6	58 69.9	51 61.4
	30万人～50万人未満	38 100.0	8 21.1	6 15.8	9 23.7	14 36.8	17 44.7	18 47.4	18 47.4	25 65.8	9 23.7	28 73.7	21 55.3
	50万人～100万人未満	41 100.0	12 29.3	7 17.1	11 26.8	13 31.7	21 51.2	17 41.5	26 63.4	25 61.0	14 34.1	30 73.2	21 51.2
	100万人以上	20 100.0	4 20.0	2 10.0	5 25.0	10 50.0	12 60.0	12 60.0	15 75.0	14 70.0	10 50.0	14 70.0	16 80.0

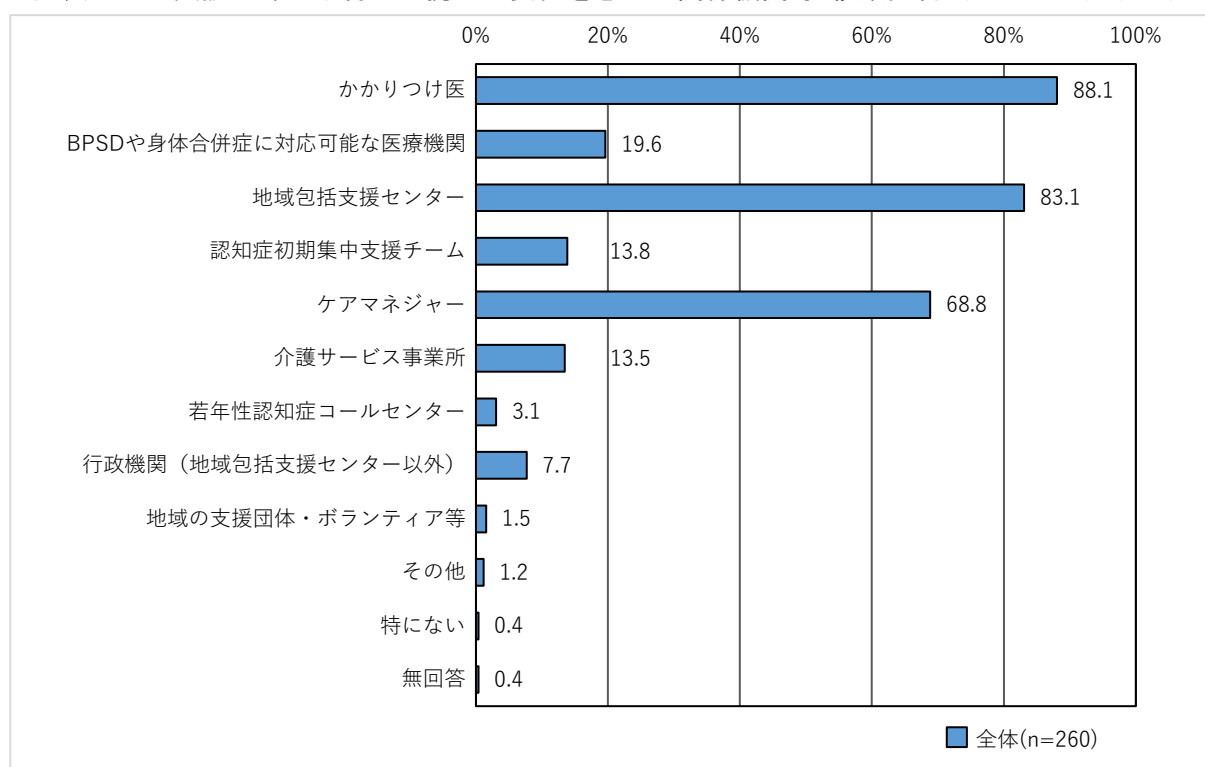


### 3-6-3 受診にあたり特に連携の必要性を感じる関係機関等

「かかりつけ医」が88.1%で最も割合が高く、次いで「地域包括支援センター」が83.1%、「ケアマネジャー」が68.8%であった。

センターの類型別にみると、連携型で「BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関」の割合が高かった。医療機関種別にみると、精神科病院で「ケアマネジャー」の割合が高かった。

図表 111 受診にあたり特に連携の必要性を感じる関係機関等：複数回答（3つまで）（Q37）



図表 112 【クロス集計】受診にあたり特に連携の必要性を感じる関係機関等：複数回答（3つまで）(Q37)

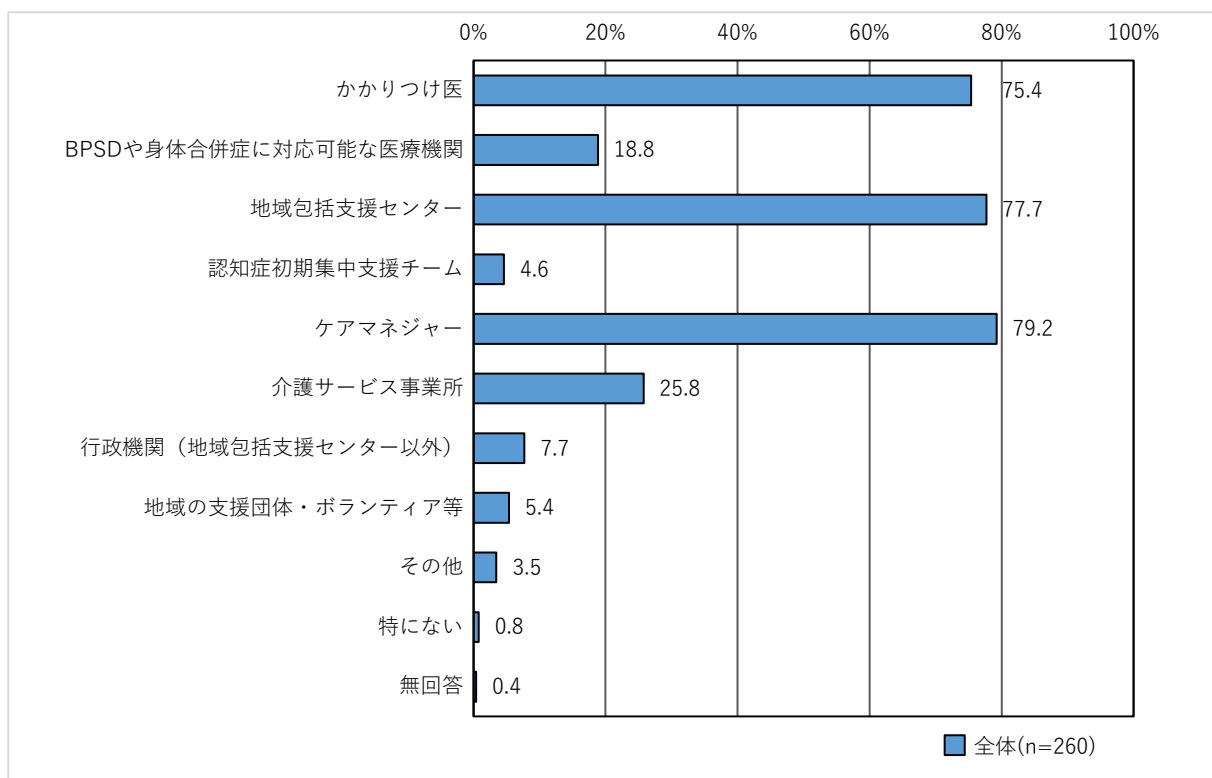
上段：実数 下段：%		合計	かかりつけ医	BPSDや身体合併症に対応可能な医療機関	地域包括支援センター	認知症初期集中支援チーム	ケアマネジャー	介護サービス事業所	若年性認知症コールセンター	行政機関（地域包括支援センター以外）	地域の支援団体・ボランティア等	その他	特にない	無回答
全体		260 100.0	229 88.1	51 19.6	216 83.1	36 13.8	179 68.8	35 13.5	8 3.1	20 7.7	4 1.5	3 1.2	1 0.4	1 0.4
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	14 93.3	3 20.0	9 60.0	4 26.7	9 60.0	0 0.0	3 20.0	2 13.3	1 6.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	地域型	193 100.0	172 89.1	31 16.1	170 88.1	26 13.5	136 70.5	29 15.0	4 2.1	13 6.7	2 1.0	2 1.0	0 0.0	0 0.0
	連携型	51 100.0	42 82.4	17 33.3	36 70.6	6 11.8	33 64.7	6 11.8	1 2.0	5 9.8	1 2.0	1 2.0	1 2.0	1 2.0
医療機関種別	大学病院	25 100.0	23 92.0	5 20.0	17 68.0	5 20.0	13 52.0	2 8.0	4 16.0	3 12.0	2 8.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	総合病院	46 100.0	41 89.1	8 17.4	42 91.3	12 26.1	27 58.7	4 8.7	3 6.5	1 2.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	一般病院	46 100.0	39 84.8	14 30.4	39 84.8	9 19.6	29 63.0	4 8.7	1 2.2	5 10.9	2 4.3	1 2.2	0 0.0	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	109 89.3	17 13.9	101 82.8	9 7.4	97 79.5	24 19.7	0 0.0	8 6.6	0 0.0	2 1.6	0 0.0	1 0.8
	有床診療所	2 100.0	2 100.0	1 50.0	2 100.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	14 77.8	6 33.3	14 77.8	1 5.6	11 61.1	1 5.6	0 0.0	3 16.7	0 0.0	0 0.0	1 5.6	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	40 83.3	11 22.9	39 81.3	13 27.1	36 75.0	10 20.8	0 0.0	4 8.3	2 4.2	1 2.1	0 0.0	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	76 91.6	20 24.1	71 85.5	7 8.4	53 63.9	6 7.2	2 2.4	7 8.4	0 0.0	2 2.4	0 0.0	0 0.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	34 89.5	2 5.3	34 89.5	2 5.3	27 71.1	6 15.8	2 5.3	3 7.9	1 2.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	33 80.5	9 22.0	31 75.6	5 12.2	27 65.9	7 17.1	2 4.9	3 7.3	1 2.4	0 0.0	1 2.4	1 2.4
	100万人以上	20 100.0	20 100.0	3 15.0	17 85.0	6 30.0	11 55.0	1 5.0	2 10.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

### 3-6-4 受診後、特に連携の必要性を感じる関係機関等

「ケアマネジャー」が79.2%で最も割合が高く、次いで「地域包括支援センター」が77.7%、「かかりつけ医」が75.4%であった。

センターの類型別にみると、連携型で「BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関」の割合が高かった。医療機関種別にみると、精神科病院で「ケアマネジャー」、一般病院で「BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関」の割合が高かった。

図表 113 受診後、特に連携の必要性を感じる関係機関等:複数回答(3つまで)(Q39)



図表 114 【クロス集計】受診後、特に連携の必要性を感じる関係機関等：複数回答（3つまで）（Q39）

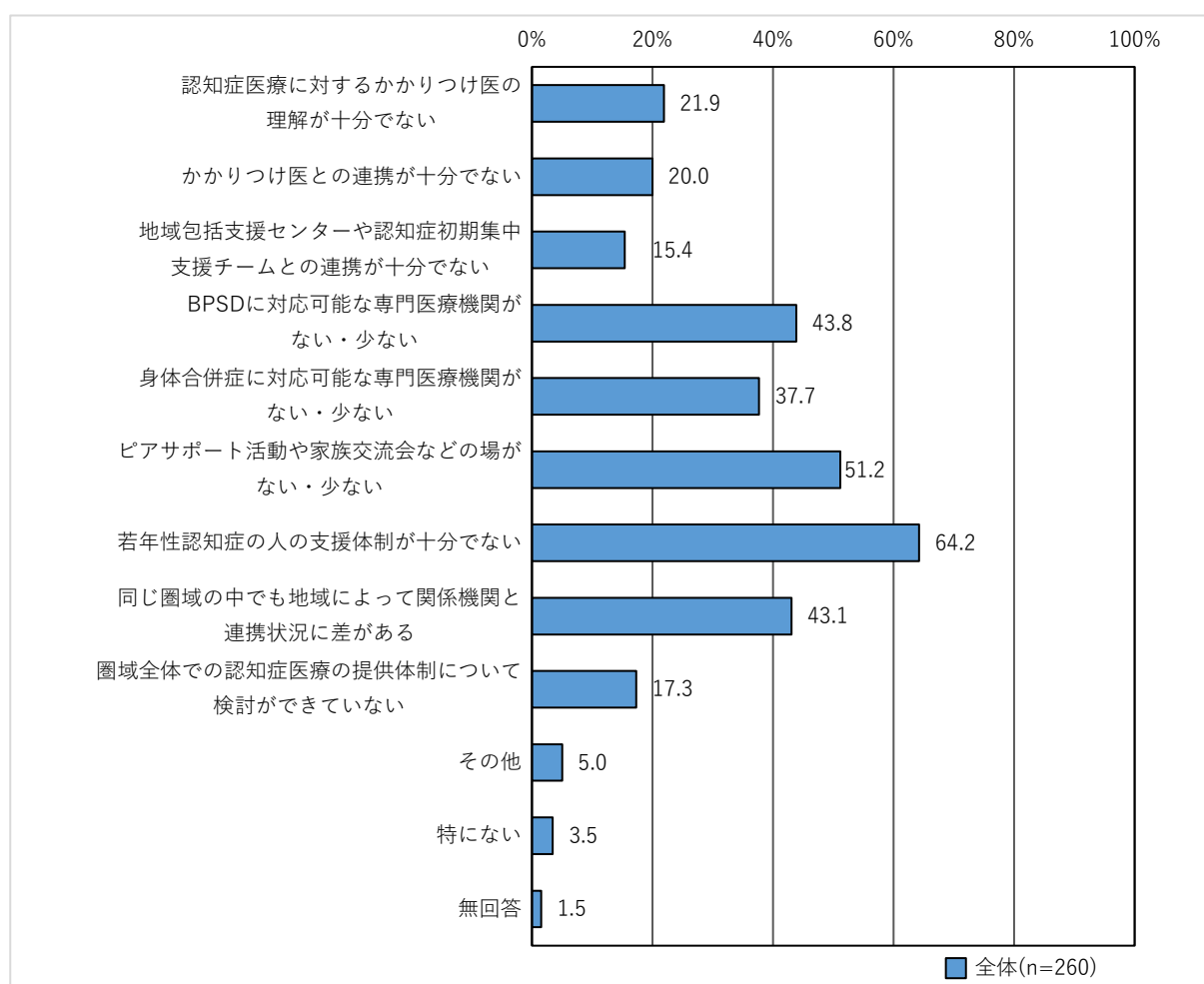
上段：実数 下段：%		合計	かかりつけ医	BPSDや身体合併症に対応可能な医療機関	地域包括支援センター	認知症初期集中支援チーム	ケアマネジャー	介護サービス事業所	行政機関（地域包括支援センター以外）	地域の支援団体・ボランティア等	その他	特にない	無回答
全体		260 100.0	196 75.4	49 18.8	202 77.7	12 4.6	206 79.2	67 25.8	20 7.7	14 5.4	9 3.5	2 0.8	1 0.4
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	13 86.7	4 26.7	10 66.7	2 13.3	10 66.7	1 6.7	1 6.7	0 0.0	1 6.7	0 0.0	0 0.0
	地域型	193 100.0	145 75.1	24 12.4	154 79.8	7 3.6	160 82.9	56 29.0	15 7.8	10 5.2	7 3.6	1 0.5	1 0.5
	連携型	51 100.0	37 72.5	21 41.2	37 72.5	3 5.9	35 68.6	10 19.6	4 7.8	4 7.8	1 2.0	1 2.0	0 0.0
医療機関種別	大学病院	25 100.0	21 84.0	4 16.0	17 68.0	2 8.0	17 68.0	6 24.0	1 4.0	0 0.0	1 4.0	0 0.0	1 4.0
	総合病院	46 100.0	37 80.4	7 15.2	37 80.4	2 4.3	36 78.3	10 21.7	3 6.5	4 8.7	4 8.7	1 2.2	0 0.0
	一般病院	46 100.0	31 67.4	13 28.3	36 78.3	3 6.5	35 76.1	10 21.7	6 13.0	4 8.7	1 2.2	0 0.0	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	92 75.4	15 12.3	97 79.5	5 4.1	105 86.1	37 30.3	8 6.6	5 4.1	3 2.5	0 0.0	0 0.0
	有床診療所	2 100.0	2 100.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	2 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	12 66.7	10 55.6	12 66.7	0 0.0	10 55.6	4 22.2	2 11.1	1 5.6	0 0.0	1 5.6	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	31 64.6	12 25.0	39 81.3	5 10.4	38 79.2	16 33.3	3 6.3	2 4.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	64 77.1	16 19.3	68 81.9	0 0.0	66 79.5	20 24.1	10 12.0	4 4.8	4 4.8	0 0.0	0 0.0
	30万人～50万人未満	38 100.0	32 84.2	5 13.2	30 78.9	0 0.0	31 81.6	8 21.1	3 7.9	2 5.3	2 5.3	0 0.0	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	27 65.9	8 19.5	26 63.4	4 9.8	31 75.6	14 34.1	1 2.4	2 4.9	1 2.4	2 4.9	1 2.4
	100万人以上	20 100.0	18 90.0	3 15.0	16 80.0	2 10.0	15 75.0	2 10.0	0 0.0	0 0.0	1 5.0	0 0.0	0 0.0

### 3-6-5 活動圏域における課題

「若年性認知症の人の支援体制が十分でない」が64.2%で最も割合が高く、次いで「ピアサポート活動や家族交流会などの場がない・少ない」が51.2%、「BPSD に対応可能な専門医療機関がない・少ない」が43.8%、「同じ圏域の中でも地域によって関係機関と連携状況に差がある」が43.1%であった。

センターの類型別にみると、連携型で「BPSD に対応可能な専門医療機関がない・少ない」、「若年性認知症の人の支援体制が十分でない」の割合が他の類型と比べて高かった。活動圏域の人口別でみると、小規模になるほど「BPSD に対応可能な専門医療機関がない・少ない」、大規模になるほど「同じ圏域の中でも地域によって関係機関と連携状況に差がある」の割合が高かった。

図表 115 活動圏域における課題:複数回答 (Q41)



図表 116 【クロス集計】活動圏域における課題:複数回答 (Q41)

上段: 実数 下段: %		合計	認知症医療に対するかかりつけ医の理解が十分でない	かかりつけ医との連携が十分でない	地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームとの連携が十分でない	BPSDに対応可能な専門医療機関がない・少ない	身体合併症に対応可能な専門医療機関がない・少ない	ピアサポート活動や家族交流会などの場がない・少ない	若年性認知症の人の支援体制が十分でない	同じ圏域の中でも地域によって関係機関と連携状況に差がある	圏域全体での認知症医療の提供体制について検討ができていない	その他	特にない	無回答
全体		260 100.0	57 21.9	52 20.0	40 15.4	114 43.8	98 37.7	133 51.2	167 64.2	112 43.1	45 17.3	13 5.0	9 3.5	4 1.5
センター類型	基幹型ⅠⅡ	15 100.0	3 20.0	2 13.3	4 26.7	4 26.7	7 46.7	6 40.0	7 46.7	7 46.7	2 13.3	0 0.0	2 13.3	1 6.7
	地域型	193 100.0	39 20.2	36 18.7	28 14.5	81 42.0	72 37.3	99 51.3	121 62.7	87 45.1	32 16.6	12 6.2	5 2.6	3 1.6
	連携型	51 100.0	14 27.5	14 27.5	8 15.7	29 56.9	19 37.3	28 54.9	38 74.5	18 35.3	11 21.6	1 2.0	2 3.9	0 0.0
医療機関種別	大学病院	25 100.0	5 20.0	3 12.0	7 28.0	6 24.0	10 40.0	10 40.0	17 68.0	12 48.0	3 12.0	0 0.0	3 12.0	2 8.0
	総合病院	46 100.0	8 17.4	4 8.7	4 8.7	23 50.0	12 26.1	24 52.2	29 63.0	23 50.0	8 17.4	2 4.3	0 0.0	0 0.0
	一般病院	46 100.0	9 19.6	8 17.4	8 17.4	24 52.2	15 32.6	23 50.0	28 60.9	15 32.6	8 17.4	3 6.5	1 2.2	0 0.0
	精神科病院	122 100.0	28 23.0	29 23.8	19 15.6	50 41.0	54 44.3	64 52.5	77 63.1	55 45.1	22 18.0	8 6.6	3 2.5	2 1.6
	有床診療所	2 100.0	1 50.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	1 50.0	0 0.0	2 100.0	1 50.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
	無床診療所	18 100.0	5 27.8	7 38.9	2 11.1	11 61.1	6 33.3	11 61.1	13 72.2	6 33.3	4 22.2	0 0.0	2 11.1	0 0.0
	その他	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 100.0	1 100.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
活動圏域の人口	10万人未満	48 100.0	12 25.0	14 29.2	9 18.8	28 58.3	16 33.3	27 56.3	34 70.8	16 33.3	12 25.0	5 10.4	0 0.0	0 0.0
	10万人～30万人未満	83 100.0	21 25.3	19 22.9	10 12.0	40 48.2	33 39.8	43 51.8	55 66.3	29 34.9	17 20.5	5 6.0	1 1.2	2 2.4
	30万人～50万人未満	38 100.0	4 10.5	5 13.2	9 23.7	15 39.5	12 31.6	24 63.2	24 63.2	18 47.4	4 10.5	1 2.6	3 7.9	0 0.0
	50万人～100万人未満	41 100.0	9 22.0	7 17.1	8 19.5	11 26.8	19 46.3	20 48.8	27 65.9	22 53.7	4 9.8	0 0.0	3 7.3	1 2.4
	100万人以上	20 100.0	4 20.0	3 15.0	3 15.0	10 50.0	9 45.0	8 40.0	10 50.0	12 60.0	5 25.0	0 0.0	1 5.0	1 5.0

## 3-7 自由記述

### 3-7-1 受診時に求められる具体的な連携内容 (Q37)

#### 【全般】

- 認知症の早期発見につながるよう連携が必要。本人のみならず、介護者へもケアを広げられるような連携も必要と考えます。(地域型・精神科病院)
- 住民から最初に相談を受ける機関の相互連携を更に深め、早期対応につなげる。(連携型・一般病院)
- 相互に顔のみえる連携・信頼関係を基盤とした支援体制があると感じている。(地域型・一般病院)
- ケースに応じた個別対応。関係機関どうしの日々の連携つながり。受診拒否や困難事例の場合は、特に地元支援者とセンターとの信頼関係、もともとのつながりが大切となると感じます。(連携型・一般病院)
- 相談が入った際、身体面の悪い方の相談を受けることも少なくない。本人の状態によっては当センターの受診よりも身体科への受診を優先した方が良いケースもある。本人の状態を把握し、本人や家族が適切な治療を受けられるよう、関係機関との連携は大切であると考えます。(連携型・一般病院)
- 情報共有を行い、身体状態や治療等の医療情報に加え、家族情報や性格、生活歴や生活状況、ご本人やご家族の思いを聞くことで診療や支援に役立てている。(連携型・一般病院)
- 包括やケアマネが見い出した支援を必要とする方々を、まずかかりつけ医につなぎ、その後当院で精査・薬剤調整し、ケアマネがケアプランを作成して住み慣れた地域で生活し続けられるよう支援していくことが重要と考えます。(基幹型・精神科病院)

#### 【かかりつけ医】

- かかりつけ医とこれまでの病状など把握するうえで連携が必要。また、受診を促すうえで信頼関係のあるかかりつけ医からの助言やサポートが必要。(地域型・精神科病院)
- かかりつけ医で早期に認知症を発見していただけると、受診時に早期に治療が始められる可能性が高くなる。(地域型・一般病院)
- かかりつけ医については、これまでの治療経過等の情報収集の他、認知症疑いの方(特に家族等が困っているケース)について、上手くセンターを案内してもらおうという点で連携が重要。(地域型・一般病院)
- かかりつけ医の先生には、本人の今までの治療状況等の経過を含む診療情報をいただきたい。(連携型・一般病院)
- かかりつけ医には、認知症・BPSD 症状出現時に、認知症医療センターや認知症サポート医につないでほしい。(連携型・一般病院)
- BPSD がかなり増悪してからの相談が多いが、中には兆候から早めに相談してくれる機関もあり、より早い段階でのBPSD 介入が当センターでもできる様になるため、情報があることがありがたい。(基幹型・一般病院)

- かかりつけ医に関しては、当センターで検査後に戻し、かかりつけ医で認知症治療を継続される方、すでにかかりつけ医で治療されている方々等も多い。しかし、家族のフォローについてはなされていないケースも多い印象。(連携型・一般病院)
- 診療情報のやりとり・早期受診のための連携が必要。(連携型・精神科病院)
- 今までの治療歴・処方内容、支援内容・家族の情報などの共有が必要。(連携型・一般病院)
- 認知症の方を支える機関とのスムーズな連携を図るため、かかりつけ医や地域包括支援センターへ速やかに情報提供を行い、地域全体で支援していく体制を強化する必要がある。(基幹型・一般病院)
- 医療情報(身体疾患の有無など)家族情報、これまでの経過、(入院希望の場合)退院先についての情報などが必要。(連携型・一般病院)
- BPSDなど認知症状の程度や頻度についての情報提供・本人や家族の意向なども聞いていただきたい。予約取得から受診まで期間を要することもあり、その間の状態の変化や受診のキャンセルなど受診前までに情報をいただきたい。(基幹型・一般病院)
- かかりつけ医とは、診断後連携が必要。患者は近所のかかりつけ医を信頼していて、風邪などの症状や定期受診にはかかりつけ医へ相談をするので。(地域型・精神科病院)
- 受診にあたっては、かかりつけ医から情報提供書がもらえるよう家族や包括職員、ケアマネに依頼をする。また、受診前のある程度の情報を得ておき、診察やケア計画に役立てる。(連携型・精神科病院)
- 早期発見の必要性を本人・家族に情報提供し、必要な際には受診を促す、つなげるなどで連携できるとよい。(連携型・精神科病院)
- 身体合併症の情報提供は必要である。(連携型・精神科病院)
- かかりつけ医からの初期症状での紹介や受診勧奨・内科合併での連携が重要です。(連携型・一般病院)
- 地域医療支援病院として、かかりつけ医との連携をしている。本人家族が当センターの受診を希望された場合に、必要に応じてご本人が安心して受診いただけるようなかかわりに関係機関にさせていただいたり、把握している情報の共有を行っている。(基幹型・一般病院)
- 本人の生活状況、身体機能および家族等の関わり の程度など、また、認知症や他の精神科的な疾病が疑われるようになった時期や身体疾患の治療状況などの情報共有。(連携型・一般病院)
- 一番本人の経過・状態を把握しているかかりつけ医や、包括、CMからの現状の情報提供、センターに求める医療についての詳細などの情報が必要。(連携型・一般病院)
- 診療情報提供書での情報共有。かかりつけ医からの情報提供内容がしっかりしていると、診断・今後の支援方針の検討において適切な判断がしやすい。施設での様子の把握をしっかりと家族が分からない本人の状況把握ができ、有用である。(連携型・一般病院)
- かかりつけ医やケアマネとの連携を図るシステムが不十分である。(地域型・精神科病院)
- 直近の診療状況の確認する(診療情報提供書を依頼)。(連携型・一般病院)
- 初診時には、事前にかかりつけ医からは診療情報提供書を、地域包括支援センターやケアマネジャーからは介護関連情報を送っていただくよう依頼している。(基幹型・一般病院)



- 支援介入先の当人及び同居家族や親族など認知症疑いの方に対し受診勧奨を行う。(連携型・精神科病院)
- 早期にももの忘れやBPSDの変化に気づいた場合、センターへ(かかりつけ医)受診し、必要な対応をすばやくできるようにする。(連携型・精神科病院)
- 当院では、身体合併症の有無やこれまでの生活状況の確認が必要と考えており、原則かかりつけ医からの紹介とし、患者の普段の状態を知る方からの聞き取りを実施している。(基幹型・一般病院)
- かかりつけ医から合併症の有無、検査データ、認知症の治療状況の情報提供。(連携型・一般病院)
- 患者、家族が気づかない病状や家族が言いにくい症状の情報提供がほしい。今後家族支援やBPSDの悪化につながりそうな情報提供もほしい。(地域型・一般病院)
- 診断の為に診断後支援のことも、かかりつけ医の診療情報(身体的なことも含め)が重要。(連携型・一般病院)
- 精神科で対応しているため、今の困りだけでなく、調子のよい時や若い頃のご様子も聞きとり行うので、これまでの生活・本人様の人となりを知るために連携を図っています。(地域型・一般病院)

#### 【センター以外の医療機関】

- BPSDの増悪等の困難事例の事前の情報共有。受診を拒否している患者を受診に繋げるため。(基幹型・一般病院)
- 疾患センター受診にあたり、事前に情報共有できれば、受診後や診断後支援に向けて、相談はしやすいと感じます。(基幹型・一般病院)
- 当院で入院が出来ない場合(空床がない等)緊急で受入れてくれる施設や医療機関があると助かります。(地域型・一般病院)
- 緊急対応の場合、特に感じている。精神科が主な診療の為、身体的治療が難しい為身体の異常を診察してもらってから受診を勧めているが、精神症状を有している方の場合内科での診療は難しいとされる。医師他で連携をとり、たらい回しにならない様にしたい。(連携型・一般病院)
- 若い世代の受診も増加している。診断後、若年性認知症であれば、早期な支援が必要となる。若年性相談支援コーディネーターとの連携が必要。(基幹型・一般病院)
- 医療機関ではBPSDによる精神科病院入院が必要。(連携型・精神科病院)
- 疾患センター受診前後の継続的な連携。(連携型・一般病院)
- 当センターへの早期受診につなげるため。また、早期発見から支援の早期介入には重要な役割を担う機関であるため。ある程度の見通しをもった連携を行っていききたい。(基幹型・大学病院)

#### 【地域包括支援センター】

- 連絡がスムーズな包括・ケアマネジャーが気軽に相談できる。センター側が包括・ケアマネジャーに支援依頼をするのがスムーズだと思う。(地域型・一般病院)

- 受診拒否がある場合は地域包括支援センターへ相談されることが多く、職員の介入が必要になる。同様にかかりつけ医の協力で上手くいくこともある。(基幹型・一般病院)
  - 地域の中の困っている人を見つけるために、地域包括支援センターとの連携が必要。(地域型・一般病院)
  - 地域の見守り活動から介護保険申請に至るまでの連携。単身独居の方が多いため、地域包括支援センター、行政に依頼することがある。(連携型・一般病院)
  - かかりつけ医等の医療機関だけでなく、地域包括支援センターや介護サービス事業所といった、患者と近い立場にある関係機関との情報共有が求められる。その中で、医療者以外からの入院調整といった課題が生じてきている。(基幹型・一般病院)
  - 地域包括支援センターからの事前情報が欲しい。背景などが不明で、とにかく医療につなげて終わりという印象がある。(連携型・一般病院)
  - 医療機関だけでは把握しきれない細やかな生活状況や家族関係等を情報提供して頂ける。運転免許返納の困難ケース対応も地域包括支援センターの存在・対応は大変心強い。(基幹型・一般病院)
  - 社会的背景に様々な課題を抱えるケースへの対応で連携が必要。(連携型・精神科病院)
  - 高齢者世帯が多い地域のため、キーパーソンが近くにいなかったり、キーパーソンも高齢で客観的情報が得られず、生活の実態がつかめないケースも多い。関係機関が支援することで、受診までの情報整理、情報提供、家族調整をお願いできたり、鑑別診断後もサービス調整を含む経過観察（アフターフォロー）ができる。(連携型・一般病院)
  - 診察場面のみでは、患者様の普段のご様子がわかりづらい事が多いため、普段の様子を教えてほしい。身体面（内科的）の治療、内服状況が知りたい。(連携型・一般病院)
  - 地域包括支援センターの受診の同席や受診勧奨など。(連携型・一般病院)
  - 包括や初期集中支援チームの協力で受診につながるケースも多く、受診状況をお伝えしてその後の生活環境調整がスムーズに行われることも多い。(基幹型・一般病院)
  - 本人や家族の「困った」に対する状況整理、これからの生活づくりを伴走してほしい（「困ったら病院」ではない支援を考えてほしい）。(連携型・一般病院)
  - 地域包括支援センター・ケアマネジャーに対しては、本人との関わりの有無や日常生活の様子等の情報共有をしてもらいたい。(地域型・一般病院)
  - センターの役割の周知が重要。包括は特に職員が入れ替わると、周知が継続的にできていないと感じる。(連携型・一般病院)
  - 受診につながりにくいケース、病識や問題を捉えられない場合などにおいては、必要に応じ早期に地域と連携した対応が必要になる。(地域型・一般病院)
  - 地域で様々な問題をかかえる困難ケースについては、事前に相談をうけることで当日のスムーズな受診が可能になる。(連携型・一般病院)
  - 包括との連携は診断後支援等フォローアップに必須。(連携型・精神科病院)
- 【ケアマネジャー】**
- 受診に至るまでの経緯や病状、受診時の本人の状態の情報共有の場合によっては受診同伴など。(連携型・一般病院)

- ADL や日常の様子に細かく気づけるのはケアマネジャーだと思うため、早期発見のために連携が必要。(地域型・一般病院)
- ケアマネジャーは、生活の様子や、本人、家族の状況をよくご存じかと思しますので、受診の際には連携の強化を希望する。(連携型・一般病院)
- 生活状況の確認や、治療（特に内服管理）安定化のためのアプローチ、および、その他患者やその家族の生活障害への支援等において、ケアマネや包括とは密に連携する必要性を感じる。(地域型・一般病院)
- 患者さんについて、認知症以外の疾病等についての情報・生活状況・困り事等について情報提供・共有。(連携型・一般病院)
- 認知症の症状や経過、他疾患の受診状況など生活歴（今までの生活で何を大切にされてきたかなど）・家族歴（家族の理解や支援体制など）。(基幹型・一般病院)
- 日常生活の様子を本人や家族以外の視点での情報をいただきたい。(地域型・一般病院)
- センター受診前の生活の様子、物忘れや周辺症状の生活への影響などについて、具体的な情報が得られると良い。また、センター受診の目的についても事前に相談できるとよい。(地域型・一般病院)
- 本人の病態把握、本人への説明、家族状況、社会資源の確認。(連携型・一般病院)
- 本人の状況や家庭環境をよく把握出来ているから。(基幹型・精神科病院)
- センター受診前に、患者様の生活状況や、症状について、詳しく把握する事が出来る。また、家族の状況についても、検査後に活かせるため。(基幹型・大学病院)
- 特に独居の方や高齢者のみで生活をされている方では、生活の様子が見えづらく困りごとがわからないことが多いため、普段の生活状況を知っているケアマネジャーからの情報や、地域包括支援センターとの情報共有・連携が必要と思われる。自施設において受診システムや受診日時について柔軟な対応が必要と感じる。(基幹型・一般病院)
- ケアマネジャーは、BPSD 等の早期治療のため、問題が大きくなる前の相談と日常的な情報共有。(連携型・一般病院)
- 身体疾患や服薬状況に関する共有。独居生活者の来院サポートや状況共有。(連携型・一般病院)
- ケアマネジャー・包括による介護保険サービスの調整や家族支援・情報共有。(連携型・一般病院)
- 認知症ではない疾患の場合や薬の副作用の場合等も考えられ、かかりつけ医からの情報や普段の様子を知っているケアマネジャー等との連携は必要。(連携型・一般病院)

#### 【行政機関等】

- 役所との連携では身寄りがないケースや生活保護のケースにおいて必要となる。(連携型・一般病院)
- 行政・ケアマネ等支援者の具体的な関わりの状況を確認。(連携型・一般病院)
- 認知症地域支援推進員の配置基準は各市町村で異なっている。当センターの活動圏域では行政の中に配置され、地域包括支援センターなどとは別に認知症に関する相談について集約されるため、推進員さんと連携を図ることが多くなっている。(地域型・一般病院)

#### 【その他】

- 各機関との連携については充足しているが、若年認知症の本人・家族への介入が今後の課題。コールセンターとは本部・支部と関係を今後つくっていききたい。(基幹型・一般病院)
- 診断前と診断後でどう変化したか、お互いに状態の把握が出来たらよいと思う。(地域型・一般病院)
- 本人、家族の意向に寄り沿い住み慣れた地域、自宅で、必要なサービス、家族支援も含めての地域の資源を作っていく(相談できる居場所、認カフェ、家族会など)。(連携型・精神科病院)
- 受診時に受診理由が漠然としすぎていたり、ただ受診した方が良く案内され、本人・家族が必要を感じていないことも多いため、もう少し具体的な目的を伝えてもらえる様、事前の情報共有などができると良い。(連携型・精神科病院)
- 単身者、身寄りがいない方の生活歴・病歴の情報共有がスムーズに出来ればと思います(当事者の同意前提ですが)。(連携型・一般病院)
- 介護施設で対応困難になった方を、情報提供なくセンターに受診促し、施設はすでに退所させられていることがある。入所を切る前に受診させてほしい。(連携型・一般病院)
- これまでの本人の様子や既往歴、生活歴などがわからないとうまく診断につなげられないと感じるため、それらを知っている人との連携が必要。(連携型・一般病院)
- 認知症の疑いがある方の早期発見。受診の動機付けや予約・同行支援し、受診につなげる。また生活状況や家族状況、困り事、症状等を把握して情報提供いただくことで適切な判断に繋がると考えます。(地域型・一般病院)

### 3-7-2 受診後に求められる具体的な連携内容 (Q39)

#### 【全般】

- 受診後の様子や病状に関する情報共有。悪化時、早期受診につなげるための連携。(連携型・一般病院)
- 定期的な連携会議が必要です。(連携型・一般病院)
- 診断後の経過観察。独居や老々世帯の生活を維持するため。症状増悪時に再受診を促す体制づくり。(基幹型・一般病院)
- 診断結果に応じた必要な支援体制の整備。(連携型・精神科病院)
- BPSDを予防する環境調整の大切さ。介護側が薬物療法に期待され、肺炎、転倒による再入院がつづく事例もある。(基幹型・一般病院)
- 何らかの活動の場や同じ仲間と出会う場(ピアカウンセリングの場)になるべく早くつなげる。インフォーマルの社会資源や地域の受け皿の拡大、それらの情報の一元化も必要。(連携型・一般病院)
- 地域での生活状況や日常生活での変化等、各機関からの情報提供という連携が必要。(基幹型・一般病院)
- 事例に介入している関係機関にもれないよう丁寧に連絡を行い診察結果、今後の対応、支援の方向性について認知症療養計画書や認知機能検査の結果等含めた情報提供を行っています。(連携型・一般病院)

- 受診後の本人や家族の心情や状態の変化、意向等を情報共有して、本人や家族が安心した生活を送ることができるように支援していく。(連携型・一般病院)
- 本人の状態に応じて、必要な介護等サービスにつなげる。関係機関と情報共有を行う。(連携型・一般病院)
- 個人情報保護に留意しながら情報共有を行っていく。(連携型・一般病院)
- 受診結果に加え、対応方法、またサービス導入を含めた支援体制、環境調整、見守りや変化が見られた時の受診勧奨や連絡調整をしている。(連携型・一般病院)
- BPSD悪化時等素早い対応ができるような関係づくり。(連携型・一般病院)
- 今までの支援経過をふまえた現状の情報共有と、今後の支援体制や内容の共有をする。(基幹型・大学病院)
- 支援方針のすり合わせ、役割分担の確認。(連携型・精神科病院)
- 診断後のフォローで医療だけでなく、生活や予防、サービス等の情報共有シートが必要。(連携型・精神科病院)

#### 【かかりつけ医】

- かかりつけ医には、経過観察をしていただき、再受診のみきわめをしっかりと行っていただきたい。(地域型・一般病院)
- かかりつけ医に関しては、最終的な逆紹介先として、認知症も含めた包括的な本人の治療者としての役割が大きく、連携が重要だと考えられる。(地域型・一般病院)
- 当院が精神科の単科の病院であるため、かかりつけ医や身体合併症を診察ができる病院との連携が必要不可欠であるため。(連携型・一般病院)
- 9割を紹介元に返すので、特に連携の必要性を感じている。(基幹型・一般病院)
- かかりつけ医との連携が必要であるが、現実として紹介状持参時には返信にて情報提供を行うことできるが、紹介状の無い場合、口頭で情報提供が、包括やケアマネとの連携と異なりできにくい状況あり。(連携型・一般病院)
- 当センターにて鑑別診断後に介護保険申請をすすめている場合があり、高齢者世帯の際はかかりつけ医、地域包括へ連絡し申請のサポートをお願いしている。(基幹型・大学病院)
- かかりつけ医へ診断後のフォローを依頼。介護保険の申請、サービスの相談・入院加療が必要な方の対応。(地域型・一般病院)
- かかりつけ医とは、診断後連携が必要。患者は近所のかかりつけ医を信頼していて、風邪などの症状や定期受診にはかかりつけ医へ相談をするので。(地域型・精神科病院)
- かかりつけ医から専門医療機関につなげることで早期診断・治療開始ができる。在宅生活を支援する為の介護サービスや地域の社会資源(地域の居場所や認知症カフェ、家族会)につなぐことで、認知症の予防と共生につなげる事ができる。(連携型・精神科病院)
- 病状の変化等を早期にとらえて、再受診につなげる事。(連携型・一般病院)
- 処方内容、今後の通院の必要性をお伝えしたい。特に処方開始になった場合、異常時すぐに知らせてほしい。(連携型・一般病院)
- 受診後は、紹介元に戻るため、かかりつけ医での対応となる。当院受診は基本的に終了となるため、受診後の支援方針やサービス調整等の相談をしている。また、支援者からみての様子と、

当院で家族・本人から聞き取った情報と異なることがあるため、情報共有の大切さを感じることもあります。(基幹型・一般病院)

- 医療での診断後の治療フォロー。(連携型・一般病院)
- 部会、定例会の開催及び参加。情報提供書の作成。(基幹型・精神科病院)
- かかりつけ医との情報のやりとり、認知症療養計画書の作成など。(連携型・一般病院)
- 受診した全患者を全て当院で対応することは不可能のため、積極的にかかりつけ医に戻りたいが、認知症は診れないと言われることもある。BPSD 対応が主に困難と感ずるため増悪時にはセンター受診がスムーズにいく様な連携が必要。(連携型・精神科病院)
- かかりつけ医との連携において、症状悪化時や、半年、1 年後フォローなど、再度当院を受診される際、家庭環境や治療内容、症状の変化など詳しく情報交換できるとよい。(基幹型・一般病院)
- 診断後、特に BPSD が無い状況では内服継続と進行予防のための生活環境向上のためかかりつけ医での経過フォローや地域での社会資源活用などについての連携。(基幹型・一般病院)
- 認知症の診断後、書面で情報提供するが、その情報がかかりつけ医にどう活用されているかが不明になることがある。(地域型・精神科病院)
- BPSD の治療に関する情報共有。(連携型・一般病院)
- かかりつけ医に患者様のことをより知ってもらうことで本人・家族への支援の質の向上につながる。(連携型・一般病院)
- 診断後は患者の状態に応じ、紹介元のかかりつけ医に通院することになるため、その後の患者の状態を把握しにくい。(地域型・精神科病院)
- かかりつけ医との当院での鑑別診断の結果の共有。(地域型・一般病院)
- BPSD が落ち着いた後にかかりつけ医へ対応いただく際に再度紹介いただくタイミングや症状などについて、かかりつけ医やケアマネなどの関係機関との情報を共有する。(連携型・一般病院)
- 当センターでは鑑別診を中心に行っているため、診断後の診療をかかりつけ医へ依頼。診断結果や今後の経過・対応など。介護保険未申請の方など、在宅支援のため、包括へ、かかりつけ医と同様に、診断結果や生活状況等伝え連携。各市町の支援団体の把握・受診者へ紹介やつなぎ。(基幹型・一般病院)
- かかりつけ医との診療情報の提供。(連携型・精神科病院)
- 確定診断後は、地域で認知症の方を支える方針で支援しており、かかりつけ医、地域包括支援センター等と情報を共有し、在宅支援について相談することが多い。また、症状によっては BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関への紹介もおこなっている。(基幹型・一般病院)
- かかりつけ医での抗認知症薬の処方、症状悪化時の連携。(連携型・一般病院)
- 受診後本人の様子を把握していく必要があるのであれば、服薬状況も含めて情報共有。(連携型・一般病院)
- 日常診療の中で、医療・生活情報の共有。(地域型・一般病院)

- 当センター初診の方には、困難ケースと思われる場合もあり、その場合には包括へつなげることもあり、連携は重悪。身体合併症の方もおり、当センターは精神科であり、かかりつけ医との連携は必須。(連携型・一般病院)
- 診察の結果等を共有し、サービス導入や必要な生活支援につなげる。実際の治療を担っていただく、また継続的に状況を把握して必要時再受診につなげていただく等。(地域型・一般病院)
- サービスなど必要な支援の導入や、受診後の逆紹介には欠かせない機関であるため。(基幹型・大学病院)

#### 【センター以外の医療機関】

- 継続的な医療の提供が必要だから。(基幹型・総合病院)
- 精神科のない病院のセンターなので精神科クリニックとの連携を図りたい。(地域型・精神科病院)
- 連携後、医療の必要性(処方薬管理等)診断後カンファレンス、介護サービスの必要性(家族の介護力も含む)。(基幹型・総合病院)
- 大学病院のため、身体合併症の対応が必要となってくる。当院の精神科も満床で入院が困難な場合があるため、単科の精神科病院も身体合併症を診ていただけるよう希望する。(基幹型・一般病院)
- 認知症診断において、地域の専門外来やかかりつけ医、在宅療養支援診療所等間の医療連携を構築するために、臨床症例検討会や事例検討会を開催している。(基幹型・一般病院)
- BPSD で入院した場合、退院後の方向性について、速やかな連携が必要となります。(退院先など)通院の場合は、介護サービスの支援の方法を検討する必要があります。(連携型・一般病院)
- BPSD の強い方の入院治療。骨折など身体的合併症は自院で対応可能。(地域型・一般病院)

#### 【地域包括支援センター】

- 在宅での支援にむけて包括やケアマネと受診の情報や自宅での様子など情報交換を行い、スムーズな介入や何かあった際の早期対応できるよう連携が必要。(地域型・精神科病院)
- 地域包括支援センターと密に情報交換を行い、地域で安心して暮らしていけるように見守っていただく必要がある。(地域型・一般病院)
- 包括やケアマネに関しては内服管理不良含め生活障害や家族支援のためのサポート役としての役割が非常に大きいため、連携は必須だと考えている。(地域型・一般病院)
- 地域包括支援センターの出来ること出来ないことを知りたい(具体的なこと尋ねても教えてくれない)。地域包括支援センターと連携が大事なのに情報をもらえない。(連携型・一般病院)
- 認知機能の低下により、日常生活に支障が出る状態であれば地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連携し、介護サービス導入を検討していく。(基幹型・一般病院)
- 特に単身で受診されている方など受診継続が続けられるよう支援について連携。(連携型・一般病院)
- 診断後に予防事業や介護保険サービス等をスムーズに利用できるよう、地域包括支援センターやケアマネジャーとご本人ご家族が直接相談できる体制をつくるようにしている。(地域型・一般病院)

- 地域包括支援センターへ受診患者の情報提供を行う。検査結果や介護保険の利用希望の有無を伝える。(地域型・一般病院)
- 当院で鑑別診断をした後、介護保険の申請や介護サービスの調整を早期に導入するため、担当する包括やケアマネに情報提供と手続きの依頼をする。(連携型・精神科病院)
- 医療と介護の連携の中心となっていく機関であるから、認知機能悪化防止、介護者の介護負担軽減の為の支援の情報共有をしてほしい。(基幹型・精神科病院)
- 包括は、介護保険未申請の方への訪問。(連携型・一般病院)
- 包括との医療・介護連携による対象者の把握やフォロー・ケアマネジャーとの具体的な対応方法の共有。(連携型・一般病院)
- 受診する当事者と家族介護者の多様なニーズと希望を引き出すには、医療機関だけでなく、生活する場で話を聞くことが第一歩となると思うので、特に地域包括支援センター、ケアマネジャーは要となる重要な存在。(地域型・一般病院)
- 若年性認知症の鑑別診断が多く、若年性認知症コーディネーターや地域包括支援センターとの連携が望まれる。(基幹型・総合病院)
- 各関係機関へ診断結果を伝えること。家族の協力体制によっては、包括支援センター等に情報提供すること。(連携型・一般病院)
- 包括支援センターは、診断結果によって、介護保険の申請等の依頼、見守りが必要であればその旨の情報共有。(地域型・一般病院)
- 診断後支援につなげる為、診断内容、対応方法、利用できるとよりサービスなどセンターから情報提供。(連携型・一般病院)
- 地域における支援体制の確認。(地域型・精神科病院)
- 鑑別診断後の支援で、介護認定で非該当になるような、軽度の認知症者、若年性認知症者の支援システム構築と受け皿づくり。(基幹型・一般病院)
- 住み慣れた地域でできるだけ長く過ごせるよう地域医療や日々の生活の支援をされる上記の関係機関との連携は重要だと感じている。(地域型・一般病院)
- 包括とは予防及び診断後支援にて中核的存在。(連携型・精神科病院)
- 当院では認知症が比較的進行した方の受診の方が多いですが、運転に関する診断書目的の受診では、すぐ介護サービスにつながる状態ではない方がおられます。そういった方へ、地域包括支援センターの紹介、当院から包括センターへの情報提供、地域の団体へつないで進行予防を図りたいと考えています。(地域型・一般病院)
- 薬の飲み合わせにより、体調変化をきたす場合がある。介護サービスを使い、生活環境を整えることが認知症ケアに必要。(連携型・精神科病院)
- 受診後の自宅や地域での生活維持に向けて、認知症療養計画等に基づき関係機関との情報共有を密に行うことが求められる。(基幹型・一般病院)
- 万が一通院が中断しても本人を見守ってくれる社会資源があると良い。(連携型・一般病院)

#### 【ケアマネジャー】

- 介護保険サービスの利用。症状の変化時等の連絡・相談。(連携型・一般病院)



- 独居の場合や、グループホーム入居中の方の治療に協力が必要になってくる。(基幹型・一般病院)
- ケアプランを本人・家族の適したものにしてもらうためには、ケアマネの病状・ケアの知識が不可欠である。(地域型・一般病院)
- 治療の継続。方向性を共有し、ケアマネを中心に本人・家族をどれだけ支援できるか。(連携型・一般病院)
- 基本的にはかかりつけ医での診療となるため生活障害の対応や支援などケアマネジャーへお願いする。(基幹型・一般病院)
- ケアマネジャーや地域包括支援センターは、本人と家族の身近な相談先として、診断結果や支援のための情報を共有する必要がある場合がある。介護保険を使用できない・BPSD コントロールで重症認知症デイケアを活動の場として提案し紹介している。(基幹型・一般病院)
- 状態変化の情報共有、家族の負担度の確認。(連携型・精神科病院)
- ケアマネとの診断後の生活環境（サービス支援）整備。(連携型・一般病院)
- ケアマネジャーとの具体的な対応方法の共有。(連携型・一般病院)
- 身体面での治療・介護保険サービスの導入について。入院方向となれば、より詳細な情報（家族関係、環境、金銭面他）。(連携型・一般病院)
- 受診後の本人の様子の情報共有。(基幹型・一般病院)
- 独居の方などの服薬の支援について情報共有・継続して通院できるような支援体制の確保・支援者が不在の場合の緊急時の対応。(基幹型・一般病院)
- ケアマネジャーとの診察時の様子や診断結果の共有、必要と考えられるサービスの提案。(地域型・一般病院)
- 症状増悪時の情報共有。介護保険申請やサービス利用につながったかの情報共有。進行予防に関するサービス利用や生活状況についての情報共有。(連携型・一般病院)
- 受診後の本人の状態に関する情報共有。サービス利用調整時の情報共有。(連携型・一般病院)
- ケアマネによってはセンターからの電話連絡を待っている方もいる。お互いに積極的に情報提供や話し合いが出来るようにしたい。介護サービス利用が必要であっても本人、家族が必要と思っておらず、サービスにつながらないケースがある。希望がなければ無理に利用はすすめられないが、多職種で連携できれば良いと思う。(地域型・一般病院)

#### 【介護施設・事業所】

- 事業所によって対応差があり、できるだけ統一した対応のシステム作りを望みたい。(基幹型・一般病院)
- 認知症の診断後、治療のみならず、生活介護、リハビリテーション等を実施することで、認知機能の低下が進行しないよう介護サービスを実施する各機関との連携が必要とされるため。(連携型・一般病院)
- 状態悪化時のイメージを支援者や施設が持ち続けており、退院をしづられることがある。ケース会議などで話をするが受け入れ側の意識も変わってほしい。(連携型・一般病院)

#### 【行政機関等】

- 地域の見守り活動。当院受診をきっかけに認知症の確定診断が出るが、介護保険の認定を持っていない。有効期限切れのケースが多く、クライアントが日常生活に支障をきたしていることが多い。 (連携型・一般病院)
- 診断後の支援として、公的サービスだけでは補えないものがあり、現在充足はしていないが地域支援団体・ボランティアとの連携が重要と感じる。 (基幹型・一般病院)
- サポーター養成講座などを通して潜在的支援者の発掘。地域支援推進員、生活コーディネーター事業とのリンク、橋渡し家族会などとの情報共有、特に若年性認知症の支援の場合、多くの機関・就労継続支援などとの連携が多くなります。 (地域型・一般病院)

#### 【その他】

- 受診後については、かかりつけ医への定期的な受診、介護保険サービスの利用状況をケアマネや包括スタッフが訪問を通してモニタリングし、当事者や家族の意向を反映したケアプランを作成・実施していくことが重要と考えます。 (基幹型・精神科病院)
- 受診時の状況や情報を伝えることによって、必要なサービスを組み合わせられるし、悪化した時に、早めに受診しやすくなります。 (基幹型・一般病院)
- 精神病状により入院が必要になった際の受け入れ先・介護保険以外の支援 (居場所・就労など)。 (連携型・精神科病院)
- 症状増悪や、環境調整困難が続いている場合、精神科訪問看護対応によるリアルタイムの状況把握、服薬管理、入院の可否などの判断のためにとっても重要。 (基幹型・一般病院)
- 介護保険に限定しないとらえ方をした生活支援を考えてほしい。 (連携型・一般病院)
- 本人、家族の了解の元、診断の結果、今後配慮すべき点、利用し得る社会資源の情報提供・共有をしている。 (基幹型・一般病院)
- 介護体制の見直し、介護サービスにつながらない方への支援。 (基幹型・一般病院)
- 独居の方を支えるためには詳細な連携が必要。 (連携型・一般病院)
- MCI 対象者に対するフォロー体制が不十分。地域介護保険関連業務従事者と連携を図り本人・家族の困り感に対し適切な支援介入が行えるよう情報提供・共有を行う。 (連携型・精神科病院)

### 3-7-3 課題の具体的な内容 (Q41)

#### 【認知症に対応できる医療機関の不足】

- PSW 不足。理想はあるし、理念は分かるが、通常の外来業務をこなすのに精一杯。 (連携型・一般病院)
- 認知症の方の入院先が少ない。 (地域型・一般病院)
- 離島の問題点、共通課題・専門職不足、専門職の高齢化により、医療、介護サービスの提供が難しい (ヘルパーが高齢化により、介入できなくなり、退院できない、または調子を崩す)。 (連携型・一般病院)
- 現在のスタッフは比較的若い世代が多いが今後はリソース不足になることが予想される。 (連携型・精神科病院)
- 精神科医が常勤の総合病院が県内 2 ヶ所しかなく、転院先で困っています。 (連携型・一般病院)

- 圏域が広いと、当院へ受診が必要となる場合でもなかなか来院が難しく、また、地域によっては十分な医療が提供されていないなど、連携が難しいことがある。(連携型・一般病院)
- 地域内に精神科の病院が少なく常に予約が埋まっている状況。そのため家族や地域で問題が発生してからスムーズに受診につなげることが難しい。また圏域が広く郡部の地域との連携や実態の把握まで至らないのが現状。(基幹型・一般病院)

#### 【関係機関等との連携・ネットワーク（全般）】

- 圏域が2市にまたがっている。当院所在の市では行政や地域包括支援センター、ケアマネジャーと連携がはかれているが、もう一市については十分な連携がはかされていない。(地域型・一般病院)
- すべての医師というわけではないが理解が十分でない方もいる。(地域型・精神科病院)
- 2つの市を圏域としているが、センターから離れている地域になると十分に連携が取れていない。(連携型・精神科病院)
- まだまだ関連団体との交流が少ない。(基幹型・総合病院)
- 全てにおいて充足しているとは言えず、連携は思うようにできていない。市町村をまたぐと対応も異なってしまう。精神受診に対する敷居の高さ。遠方の方の再診の困難さ。(連携型・一般病院)
- 初期集中支援チーム会議で上がる件数が少なくなっている。(基幹型・一般病院)
- 地域差があり、早急な支援依頼を行っても理解を得ることが難しく、支援が遅れることがある。(基幹型・総合病院)
- 圏域が広いと、連携が取りにくい場面がある。(基幹型・一般病院)
- 圏域内でも遠方の地区であれば、隣接する地区のセンターとの連携をとっていることが多く、どのような形で連携をしていけるのか模索している。(連携型・一般病院)
- 圏域内に認知症治療病棟がない。圏域内での初期集中支援チームのまとまりがなくバラバラ。(地域型・一般病院)
- かかりつけ医を対象とした連絡会や協議会の開催について、センター内で検討がなされておらず、地域医師会へセンターについての周知もできていない。圏域内の市町村で初期集中支援チームの活動に課題があり、センターにつながるまでに至らないケースが多数ある。対象の把握から支援まで、センターも協力すれば、地域の課題も解決できるが、その場合、当センターではマンパワー不足。(連携型・一般病院)
- 地域包括支援センターも地域や行政区ごとに特徴があり、一部のセンターでは全く対応が異なっており依頼しにくい。(地域型・精神科病院)
- 診療情報でのやりとり、連携はあるが、地域での認知症診療に関する意見交換などできていない。ピアサポート活動に関するニーズの把握ができず、適切な提供ができていない。(基幹型・一般病院)
- 対応力向上研修が教科書のようなものでしか開催できないため、参加者（医師）が少ない。圏域全体で話し合っているようであり、まとまりがない。本音と建前を使いわけて会議されている。(連携型・精神科病院)

- かかりつけがあり、家族が専門医受診を希望しても紹介状の作成を断わられたり、言いづらい関係性になっている。本人、家族の情報や意向を把握できていない状況で医療機関へつなげる関係機関がある。(連携型・一般病院)
- 圏域内は、山間部、過疎部が多く市の中心部は在宅サービスがそれなりにあるが、山間部、過疎部では選択肢も量も少ないが、市の方での認識は薄い。(連携型・一般病院)

#### 【かかりつけ医との連携】

- 地域の開業医で認知症への無関心が強い。様々な発信（講演会、研修会）への医師の参加がない。(連携型・精神科病院)
- 圏域内に精神科病院は当院のみ。そのため、症状増悪の方の受診が集中する。入院治療が必要な緊急性の高い方の受入れを優先するため、軽度の方の予約が取りにくい。かかりつけ医でもう少し対応していただくとありがたい。社会資源については、あるのかもしれないが把握していない。(連携型・一般病院)
- かかりつけ医との顔の見える関係とはなっていない。医療・介護とともに地域の資源としてつどえる場所が少ない。共生社会・予防についての周知がもっと必要。(連携型・精神科病院)
- 紹介状を作成して頂けなかったり、地域で認知症のフォローをしようとせず処方も断るかかりつけ医がいる。当事者のサポート活動が少なく、介護サービス以外につなげられるものがない。(連携型・一般病院)
- 相談者（患者家族）から「かかりつけ医に紹介状を頼んだら機嫌を悪くされた」という声を聞くことがある。精神科へ急ぎの受診・入院相談をすることがあるが、受け入れまでの待機期間が長く患者家族が困られる。(地域型・一般病院)
- 診断後も通院となるケースが多く、もう少しかかりつけ医との連携ができれば、進行や症状悪化するまでの間の診察をお願いできるのではないかと考える。2市の圏域を担当していることもあり、生活拠点から当院までの距離があり、受診に来院しづらい方がおられるため、近隣の認知症の診察が可能な医療機関や本人の生活を支える家族・関係機関との連携は欠かせない。(連携型・一般病院)
- かかりつけ医の困り事や、知りたい情報など確認が必要（直接かかわりが少ないため)。(基幹型・一般病院)
- かかりつけ医をはじめ専門職の一部は認知症医療に対する理解が十分でなく、薬を飲んでも認知症が進行するためセンターを受診することに消極的（研修会を開催しても参加しない)。(連携型・一般病院)
- かかりつけ医に相談してから専門科へという周知がなされていない（当事者（家族）・かかりつけ医も、情報提供書の依頼に戸惑うところがある)。(連携型・一般病院)
- 数年前まで紹介数が上位であったかかりつけ医からの紹介がなくなっている。物忘れを訴えても紹介されないケースもある。二次医療圏での認知症の診断の多くを担っているが、件数の増加に対応出来ない可能性あり。(地域型・一般病院)
- 医療機関が少なく、専門医療機関がかかりつけ医の役割も背負っている現状である。(連携型・精神科病院)

- かかりつけ医から認知症疾患医療センターへの紹介がスムーズに行えない場合がある（かかりつけ医は検査の必要性を感じていない等）。もの忘れ外来のある医療機関や地域包括支援センターなど個々の活動はあるが、横のつながりやネットワークが十分ではない場合がある。（基幹型・大学病院）

#### 【地域包括支援センターとの連携】

- 地域包括支援センターと連絡をこまめにしているため連携はとれていると思う。（連携型・精神科病院）
- 窓口が決まっている地域もある。基本的には地域包括支援センターへ相談・情報提供をする。しかし、家族が必要とせず、つながらない。消極的でもあったりする。だいたいのケースは受診後に当院から担当者に情報共有の連絡をしている。また、関係機関への疾患センター周知不足していることも考えられる。（基幹型・一般病院）
- 包括に介護保険サービスを使うに至らない方（MCI～軽度認知症、経済面や複合課題を抱えた家族）の自宅訪問や見守りを依頼するが、どこかのタイミングで関りや社会とのつながりが途切れて状態悪化、場合によっては入院となることもある。（連携型・一般病院）

#### 【早期発見・早期受診】

- 住民意識が「困ったら相談する」のため介護レベルで初診が多い。早期発見の意識づけのための教育活動。（地域型・一般病院）
- 認知症早期発見、介入をすすめていきたいが、当センターが精神科配置となっていることもあってか、早期受診へつながらずBPSDでの介入となってしまう。早期への取り組みについて圏域全体での認識、取り組んでいかないと課題解決にならないと感じている。（基幹型・一般病院）
- 認知の機能低下が進んでから病院に相談されるケースが多く、早期発見・早期受診につながっていない印象を受ける。施設往診医でBPSDの薬物療法がうまくいかず、入院相談となるケースが多い。（連携型・一般病院）

#### 【BPSDに対応できる医療機関がない】

- 当院では、認知症、BPSDに対する入院治療を行っていない（連携医療機関との連携）。（地域型・一般病院）
- 認知症を診療する医療機関はあるがBPSDがあるとすぐにセンターに紹介してくるため、外来が増える一方（逆紹介もしているが追いつかない）。家族の対応に苦慮するいわゆる困難ケースもすぐにまわされてくる。（基幹型・一般病院）
- BPSDに対応可能な病院が少ないため、圏域外の病院を紹介するか施設入所になってしまう。（連携型・精神科病院）
- BPSDで困っている方がたらい回しになってしまうことがある。若年性認知症の方が少ない為、対応方法、支援体制が確立できていない。（地域型・一般病院）
- BPSDに対応した入院可能な専門医療機関がなく、他の圏域に依存している。（基幹型・精神科病院）
- 精神科入院対応可の病院が1ヵ所のみという地理的ハンデが大きくあり、BPSD悪化時の対応が困難、治療の選択肢が限られている。家族や介護支援者の負担が大きくなりがちとなる。（連携型・精神科病院）

- 入院対応可能な医療機関が当院しかなく、満床等の際受け入れ先を探すのに苦労している。(連携型・精神科病院)
- 当院は精神科が無く、他の医療機関との連携が必要となるが、予約が取りにくかったり、緊急対応が困難な場合があり、支援に難渋することがある。(基幹型・一般病院)
- 各機関内で完結しているところがあり、BPSD に対応可能な医療機関が少ない。(連携型・一般病院)
- BPSD の為入院先を探しても待機期間が生じる。(連携型・精神科病院)
- 市内に認知症病棟が当院のみであり、満床になることが多く、すぐに入院対応できないことがある。(連携型・一般病院)
- BPSD に限った課題ではないが、医師の診断を受けていない認知症患者の入院調整を受けるケースがある。スムーズに医師の診断を受け入院できるような体制整備を進める必要がある。(基幹型・一般病院)

#### 【身体合併症に対応できる医療機関がない】

- 身体合併症（特に透析など）がある患者の BPSD への対応力が不足。(連携型・一般病院)
- 認知症 BPSD に加えて、透析、癌、感染症の治療や入院受け入れに課題を感じます。(連携型・精神科病院)
- 当院が精神科のみであり、身体合併症への対応が充分にできない場合がある。(連携型・一般病院)
- 地域で困っている方を近医で受診や入院ができないこと。少しでも内科的な問題があると精神面での治療を断わられてしまうこと。(地域型・一般病院)
- 身体合併症があり身体的な面が優先される時、受け入れてくれる病院が少ない。(連携型・精神科病院)
- 精神症状のある透析患者等、身体合併症のある精神患者を受け入れられる医療機関、病床が少ない。(連携型・一般病院)
- 当センターの 2 次医療圏域で、認知症の中等度および身体合併に対応可能な医療機関が当センターのみである為、患者さんが当院に集中する。また、入院加療となった場合、退院後認知症と身体合併をフォローできる施設が少なく、入院期間が当初の治療計画より延長される場合があるため。(連携型・一般病院)
- 精神科と身体科の両方の科を持つ病院がない。(連携型・一般病院)
- 常勤の内科専門医が不在であり、身体合併症のある認知症患者を受入可能な医療機関が乏しい。(連携型・一般病院)
- 身体合併症の受け入れ可能な専門医療機関がほとんどない（あっても受け入れの件数が少ない）。単科の精神科で BPSD の治療をしたくても身体合併症を合わせて診れず断わるケースもある。(連携型・一般病院)
- 身体科の体制が医師、病院機能として不足しており身体的治療が必要なケースの受け入れが困難。早期に受診されるケースは多いわけではなく、症状が重症化してから受診する場合、支援やケアに難渋する。(地域型・一般病院)

- 透析が必要な認知症患者様の入院を受け入れる病院がない。認知症ということで入院受け入れが難しい一般科が多いが精神科単科の病院では、身体合併症の対応が難しい。(連携型・一般病院)
- 患者・家族・支援者等から「認知症がある為に身体疾患を見てもらえない」といった訴えを聞くことが時々あります。(地域型・一般病院)
- 認知症と身体疾患の両方を専門的に対応できる医療機関がない。(連携型・精神科病院)

#### 【MCI などの軽度者への対応、社会資源がない】

- 介護保険サービス以外のサービスが少なく、MCI の方に情報提供できるものが少ない。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症、比較的若年 (65~75) の MCI にふさわしい居場所が少ない。(基幹型・一般病院)
- MCI の方の受け入れが難しく、介護保険の利用まではいかない認知症予防やフレイルに特化した通所サービスがない。(基幹型・一般病院)

#### 【認知症の人の交流会・ピアサポートの場の不足】

- 当事者会や家族交流会の数は認知症カフェに比べ少ない。ただし、それらの性質上、カフェに比べ参加者の集客や開催のハードルが高いという点からしかたないのかもしれないとも思っている。(地域型・一般病院)
- ピアサポート活動や家族交流会を提案していかなければいけないと思っているが、できていない事が課題。(地域型・精神科病院)
- ピアサポート体制は全く無いと思われます。(連携型・精神科病院)
- 通いの場、カフェなどを開きたいが、公共交通機関がなく、送迎ができない。ボランティアさんも高齢化しており、ボランティアのなり手がいないため頼まれ事が集中してしまう。人材不足で定年後も継続して仕事し、役職についている人も多い。(連携型・一般病院)
- ピアサポート会などの継続が難しく協働しているが住民の正しい認知症理解・啓発の必要性が高い。(基幹型・一般病院)
- 市内のピアサポートの場が減ってしまったり、特に若年性認知症の方の居場所が必要。気軽に立ち寄れる場や移動手段が乏しい。(基幹型・一般病院)
- 田舎ということもあかなかピア活動ができにくい環境でもある。まだまだ知られたくないという方々も多くおられる印象も。(連携型・一般病院)
- 当事者や家族介護者の居場所やピアサポート活動が充分ではなく、今後の課題として包括が中心となり取り組んでいる。(基幹型・精神科病院)
- ピアサポートのシステムがないこともあり、病院レベルでの協力を求めることが難しい。(連携型・一般病院)
- 本人の活動機会が少なすぎる。(基幹型・一般病院)
- 診断後等支援機能として、当センター看護師がピアサポート活動や交流会 (市主催の本人ミーティング・認知症予防教室に参加協力) に参加しているが年数回の開催であったり、情報が周知されていなかったりする。当センターとしても周知等協力していきたい。(連携型・一般病院)
- 当事者がピアサポーターとして活動する場がない。(連携型・精神科病院)

- ピアサポーターの活動の場・ピアサポーターに対する専門職、市民の理解の促進。(連携型・一般病院)
- コロナ禍になり当事者の活動がかなり制限されそのままになっている。(連携型・精神科病院)

#### 【若年性認知症の人の居場所や社会資源等の不足】

- 本人・家族が集える場所が少ない。若年性認知症の方の退職後の居場所や再就職先が見つげにくく、支援してくれる企業や場が少ない。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の人が利用できる介護・障害サービスが少ない。病気に対する理解がまだ広まっていない。(連携型・一般病院)
- 若年に関する支援に関し連携を介護、障害とで検討をはじめたばかり。相談が入った際に、どこでどのように対応していくのがよいのか。また就労支援の体制整備など。設置の市町との連携は密だが、遠方の市町との連携をどうしていくのがよいか、検討中。(基幹型・一般病院)
- 通所先で同年代の利用者がいない。活動内容が合致しないことで逆に塞ぎ込んでしまったケースあり。希望大使の方より、「市役所内ではオレンジリングをよく見るが、地域でオレンジリングをつけている方をあまりみない。実際は地域で困ることの方が多い。是非地域でオレンジリングを付けて欲しい」と意見あり。(連携型・一般病院)
- 当院に受診される若年性認知症の患者さんが少ない。地域にはいるはず。(地域型・精神科病院)
- 若年認知症への支援が薄い。今後、R6年度には、本人・家族の会を設立し、オレンジドアの開設も考えている。(基幹型・一般病院)
- 若年性認知症の人の相談が少なく潜在的ニーズが把握できていない。若年者が利用しやすいサービス、居場所作りを今後進めていく必要がある。(基幹型・一般病院)
- 当院は高齢者の受診が多く、また受診は他の医療機関に行かれていること多く若年の方の支援体制が整っていない。(地域型・精神科病院)
- 若年性の方の活動の場が増えるとよい。(基幹型・一般病院)
- 若年性認知症の方への支援として、県若年性認知症総合支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しているものの、当院を受診されていない方への支援はできていないのが現状。(基幹型・一般病院)
- そう多くはないが、若年性認知症を支援してくれる機関が近場になく紹介しづらい。(連携型・精神科病院)
- 各地域でのイベント応募の本人・家族数が少なく圏域全体で開催できるように検討の場を持ちたい。まだまだ「若年性」に応じてくださる施設事業所が少ない。(基幹型・一般病院)
- 若年や初老期(特に男性)の認知症の人が好んで利用できる資源が不足している。(地域型・一般病院)
- 若年の方の通う場所。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の方が少ない為、対応方法、支援体制が確立できていない。(地域型・一般病院)
- 若年性認知症の割合が少なく、その人にあったサービスの提供が困難である。地域の理解も進んでいない。(基幹型・精神科病院)
- 若年性認知症の方が、継続した居場所が少なく感じます。外出機会が減少しがちで、自宅に居る事が多くなっているように思います。(基幹型・総合病院)



- 若年性認知症の方の地域で利用できるサービスが少なく、経済的、就労支援が課題。(基幹型・一般病院)
- 若年認知症の方の参加できる場が少ない。(高齢者ばかりの中ではなじみにくく、障害福祉サービスの作業所利用をする方もあるが、受入先が多くはない)。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の方についてサポートできる場も少ない。障害者施設での対応は可能だが受け入れた経験もない為課題である。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の方の数が少ないこともあり、十分に対応出来てないと思います(全体として)。個別には対応していますが。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の人が働いたり、ボランティアができる場が増えると良いと思う。(基幹型・一般病院)
- 特に若年性認知症の方の本人がつどう会がないので本人達のピアサポートの場の構築が課題です。家族会は熱心に活動しています。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の方の就労受け入れ事業所が少ない。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の普及啓発・住み慣れた地域で暮らし続けるための社会資源の充実。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症総合支援センターが介入してくれているが、地域の理解やリソースが不足している。当事者会や家族会も少ない。(連携型・一般病院)
- 介護サービス・障害福祉サービス両方の知識がある支援者が少ないことが、若年性認知症支援の課題と感じる。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の専門相談機関が少なく、遠方にあるため、相談しにくいと言われることが多い。(基幹型・一般病院)
- 若年性の方の支援の場合、障害福祉サービスの利用も選択肢にあがりますが、症状が進行する中で、対応ができない現状もあるようです。(基幹型・大学病院)
- 若年の方へは支援すること自体にむつかしさがある。(連携型・一般病院)
- 若年性認知症の方の支援が整っていない。(連携型・精神科病院)
- 地域支援推進員や若年性認知症支援コーディネーターが支援対応をされていますが、まだまだ資源は不足しているように思います。(地域型・一般病院)
- 若年に関しても、数が少ないのと、障害分野の理解が不十分で、利用できない、断られることも多い。当センターから距離のある地域からの受診が少ないため、連携が不十分で、病気や障害への理解に温度差を感じることもある。(基幹型・一般病院)

#### 【家族や介護者への支援】

- 精神的にも身体的にも家族や介護者のレスパイトでの受け入れ先が少ない。(連携型・精神科病院)
- コロナ禍より、家族交流会の参加が減っている。(地域型・一般病院)
- 介護している家族が高齢者になると集まること自体ができず、交通の便も地方だと非常に悪い。(基幹型・一般病院)
- 当事者と家族を一体的に支援できるようなシステムをつくる必要があると地域諸団体の協力を得る必要がある。(基幹型・一般病院)

- 各市町村に認知症カフェはあるが、当事者交流というよりは支援者同士のつながり、勉強会としての意味の方が強い様子。田舎ということもあり、「知られたくない」という家族の思いもあると聞いたことがあり、ピア、家族交流につながりにくいようである。(連携型・一般病院)
- 家族や当事者に対しての交流の場の提供が今一つできていない。(連携型・精神科病院)
- 当事者の会、家族会はないわけではないが、数が少ないため選択肢が限られ、つながりにくさがある。(基幹型・一般病院)

#### 【その他】

- 地域で支援していく具体的な目標やイメージがなく共有できない。行政は高齢者支援には理解は乏しく、医療関係者は相変わらず認知症は困った人扱い、介護関係も権利擁護や意見決定支援の必要性を理解せず、話し合の機会も乏しい。(地域型・一般病院)
- 地区内の地域包括支援センターのスタッフの経験年数や地域の特性の違いがあり似たケースの相談をしても関わり方や関わりの頻度、支援方法に違いがある。支援に正解がないのは理解している。(地域型・精神科病院)
- 初期集中支援チームは当センターが運営しているが、地域の医療・介護の認知症支援機関においてチームをほとんど活用出来ていないと感じている。(地域型・一般病院)
- 認知症の疑われる方の受診勧奨や紹介、受診後の情報共有。(連携型・精神科病院)
- 既存の社会資源は十分とはいえないまでも増えてきているが活用されていないように思う。しかし、専門職は、「資源が不足している。システムがない。」と言うことも多い。今あるものを有効に活用するための「感度」が専門職の方が低い印象がある。(連携型・一般病院)
- 認知症初期集中支援チームの活動が少ない(チームを立ちあげるまでに地域包括支援センターが動き、ある程度対応できている)。(連携型・一般病院)
- 活動圏域における住民の当院認知症疾患医療センターの認知度が低く感じられるため、アウトリーチも含めたPR。(連携型・一般病院)
- 認知症専門医がおらず、月1回の外来のみで認知症患者への医療の提供が不十分。(地域型・精神科病院)
- 公安提出用の診断書作成は増加傾向。多くの方は、運転をしない生活への不安を抱えている。代替となる交通手段の確保が出来れば、自主返納も増えるので、そのような社会資源の必要性もセンターとして声を挙げていくことは大事だと思う。(連携型・一般病院)
- BPSDで入院した方への対応、同意者(キーパーソン)がいない、入院した後は病院任せになり支援に時間を要す。(地域型・一般病院)
- 認知症の方への対応等、自治体の担当者によって変わる。(地域型・一般病院)

## V インタビュー調査

### 1 調査概要

#### 1-1 調査目的

認知症疾患医療センターが担うべき役割を果たせるように働きかけている都道府県にインタビューを行い、都道府県の責務である都道府県認知症疾患医療連携協議会の運営、認知症疾患医療センターの事業評価や質の管理、職員の研修等の推進について、効果的な取組や実態を明らかにする。

地域の実情に応じて運用している認知症疾患医療センターにインタビューを行い、専門的医療機能、地域連携拠点機能、診断後等支援機能について、課題が残る認知症疾患医療センターが解決する上で参考になる取組や実態を明らかにする。

#### 1-2 調査の設計

##### ①調査対象

##### <都道府県調査>

アンケート調査に回答した都道府県のうち、1か所

○アンケート回答内容をもとに、認知症疾患医療センターが担うべき役割を果たせるように働きかけている都道府県として、以下の観点から対象を抽出した。

- ・センターが二次医療圏に1つ以上整備されている
- ・都道府県認知症疾患医療連携協議会が開催されている
- ・センター運営事業の評価に前向きに取り組んでいる（集計したデータの分析・考察をしていると回答）
- ・課題の抽出、解決に向けた取組に向けて進めている（事業評価に関する自由記述の記載がある）

○抽出した対象のうち、インタビューの依頼に応じた三重県にインタビューを行った。

##### <認知症疾患医療センター調査>

アンケート調査に回答した認知症疾患医療センターのうち、2か所

○アンケート回答内容をもとに、地域の実情に応じて運用している認知症疾患医療センターとして、以下の観点から対象を抽出した。

- ・センターの基本的な機能が発揮されている（相談件数が一定以上ある）
- ・行政と協調して運営している（都道府県や市町村単位の協議会に参加している）
- ・地域連携に取り組んでいる（かかりつけ医と連携している）

- ・活動圏域における問題意識がある（活動圏域に関する課題に自由記述がある）
- ・基幹型でない

○抽出した対象のうち、インタビューの依頼に応じた一般病院1か所、精神科病院1か所にインタビューを行った。

- ②調査方法 オンライン会議システムを用いた個別聞き取り調査  
 ③調査時期 令和6年1月～2月

## 2 調査結果

### 2-1 インタビュー調査から得られたポイント

#### 2-1-1 都道府県調査

- ・ 事業評価について、分析や課題解決に向けて進めている都道府県は限られている。評価を進めている三重県であっても、試行錯誤しながらのようである。三重県は「令和3年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業報告書 2021（以下、「調査研究事業報告書 2021」と表記）」にある「認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査」を活用し、自己評価分析シートを独自で作成した。質問項目は調査研究事業報告書 2021 も自己評価分析シートも同じ 53 項目であるが、調査研究事業報告書 2021 では、「期待されている程度」を4段階で選択するが、自己評価分析シートでは、「取り組んでいる程度」を6段階（該当しないを含む）で選択する。
- ・ 自己評価分析シートを認知症疾患医療センターに回答してもらい、取組の進捗や課題等を都道府県認知症疾患医療連携協議会で共有し、解決に向けて議論している。自己評価分析シートの回答結果は、項目別に全センターの平均点を共有していたが、次回の協議会からは各センターの個別回答を共有することを予定しており、各センターの取組状況をより見える形にしようとしている。
- ・ 浮かび上がった具体的な課題として、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームからの相談後の対応、かかりつけ医・認知症サポート医等から認知症疾患医療センターへの早期連携体制の構築等が挙げられる。
- ・ 周知啓発等、解決に向けて取り組んでいるが、途中段階にある。他の都道府県における事例など、参考になる事業評価および取組の進め方を広く提供してほしいようだ。

#### 2-1-2 認知症疾患医療センター調査

- ・ 活動圏域であっても連携が不十分な市町村がある。認知症疾患医療センターは活動圏域のすべての市町村単位の協議会に参加できているとは限らない。個別の事例を具体的に話合っている市町村がある一方、認知症初期相談支援チームとの協議に留まっていたり、話し

合う場に参加ができていない市町村もあるようだ。

- また、センター同士の連携についても不十分なことが見受けられた。病院機能を踏まえた役割分担という観点からセンター同士の連携を深める必要がある。例えば、一般病院では BPSD の対応は精神科病院と連携したいと考えており、精神科病院では身体合併症の対応について、他の一般病院と連携したいと考えている。
- センターが広域であっても活動圏域内で鑑別診断等の機能を発揮するには、かかりつけ医や認知症サポート医といったセンター以外の医療機関とセンターとの連携強化が、より必要ようである。特に、重症化や BPSD が悪化してからの紹介では遅いと感じているセンターがあり、早期発見・早期連携をより推進する必要がある。
- 診断後等支援活動として、認知症カフェ等の取組は、参加者数の確保が課題となっている。

## 2-2 三重県

### 1 三重県の認知症医療提供体制の概要

認知症疾患医療センターの数	9 箇所
うち、基幹型	1 箇所
うち、地域型	4 箇所
うち、連携型	4 箇所
二次医療圏の数	4 箇所
二次医療圏数に対するセンター数	2.3
地域医療構想区域	8 箇所
地域医療構想区域に対するセンター数	1.1

- 基幹型が県全体の認知症医療の拠点として機能している。
- 二次医療圏ごとに地域型が 1 箇所ずつ指定されている。
- 地域型がない地域医療構想区域に連携型を指定している。
- よって、各地域医療構想区域には地域型もしくは連携型のいずれか 1 箇所が指定されている。

#### ○経過

- 平成 25 年度に基幹型 1 箇所、地域型 4 箇所を指定。
- 平成 29 年度に連携型 4 箇所を指定。
- 令和 4 年度より、厚生労働省の「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に基づき、診断後等支援機能の強化を図っている。認知症の診断後に大きな不安を抱える認知症の人と家族の相談支援をはじめ、介護サービス等の利用に至るまでに生じる空白の期間の短縮を図っている。
- ①診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援、②当事者等によるピア活動や交流会の開催の両方に取り組んでいるのは 6 箇所、①のみに取り組んでいるのは 3 箇所である。

## 2 都道府県認知症疾患医療連携協議会の取組、課題

---

- ・都道府県認知症疾患医療連携協議会は、令和3年度に認知症疾患医療センター運営事業実施要綱改正に伴い、設置された。認知症疾患医療センター（9か所）、県医師会、看護協会、介護支援専門員協会、地域包括・在宅介護支援センター協議会、認知症の人と家族の会が参加している。
- ・事業の取組状況の共有等、県における事業の着実な実施に向けた取組に関する検討及び地域連携体制の推進を図っている。
- ・現在、基幹型認知症疾患医療センターと県が事務局となり、年2回協議会を開催している。基幹型認知症疾患医療センターと県は密に意見交換している。
- ・都道府県の協議会とは別で、二次医療圏域ごとに認知症疾患医療センターの会議を開催している。また、4つの連携型のみ横断的な会議も別で開催している。それぞれの取組を共有したりしている。
- ・県の地域特性として、地理的に南北に長く、人口等に地域差があるため、二次医療圏ごとに地域に合わせた支援を推進する必要がある。一方、都道府県の協議会の役割は地域ごとの課題や取組を、基幹型認知症疾患医療センターを含めて全県で共有、意見交換することに意義がある。
- ・県民を対象に実施したアンケート調査において、認知症疾患医療センターの周知度が低いという結果であった。県の公報等を活用し、周知啓発を行った。具体的には認知症疾患医療センターのPRポスター、チラシを用いて次の方法で実施した。
  - ①スーパー、コンビニにおいて掲示、配架を実施。
  - ②アルツハイマー月間である9月に発行される県内の各フリーペーパーに掲載。
  - ③アルツハイマー月間に、県立図書館において認知症疾患医療センターや、ケアパス等の認知症関連の情報を掲示。

## 3 認知症疾患医療センターの事業評価および都道府県全体での認知症疾患医療センターの医療提供に関する機能および体制の評価の実施状況

---

### ○事業評価

- ・令和4年度より、認知症疾患医療センター運営事業における事業評価の取組を始めた。各センターにおいて、自己評価分析シート（図表116）に沿って自己評価を行い、実績報告書とともに県へ提出を受けた。
- ・自己評価分析シートは、「令和3年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業報告書2021（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター発行）」を参考に県で作成した。
- ・評価項目は、『認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査』における期待スコア上位の項目を用いている。全部で53項目あり、それぞれの項目について、0点～5点の6区分を自己評価する。
- ・各取組について、自己評価を行うことにより、認知症疾患医療センターに期待される役割に対してどれくらい取り組んでいるかを客観的に振り返ることが出来た。

- ・事業評価の実施については、厚生労働省から「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（平成30年9月4日付け老推発第0904第2号）」において事業の評価実施が求められているが、評価指標は示されていないという認識である。そのため、どのように事業の評価を行うか検討した結果、上記の令和3年度の報告書を参照し、自己評価項目とした。
- ・他県に照会したところ、有識者を集めて事業評価委員会を設置し、客観的に事業に対する評価を受けているところもあった。一方で、多くの自治体が事業評価の実施をどのようにして取り組んだらよいか苦慮している状況があると感じる。
- ・地域の実情が様々であるため、厚生労働省が統一した類型ごとの評価指標を明示するのは難しいと考える。しかしながら、今後さらに役割が深化していく認知症疾患医療センターの事業運営について、期待する点などを明示していただくと良いと考える。
- ・事業評価は認知症疾患医療センターの役割の明確化、目指すべき姿をとらえた取組の実施につながると考える。

#### ○圏域ごとや県全体での評価

- ・地域型および連携型が圏域に1か所ずつの指定であるため、その自己評価の結果を圏域の評価と捉えている。
- ・県全体の評価は、基幹型が自己評価において、自センターの評価および県全域の取組を見渡しているが、今のところ県全体での体制の評価を実施しているところまでは至っていない。
- ・協議会において、各センターの自己評価分析を共有し、各分野の委員と意見交換する等を行い、県全体の認知症医療提供体制や運営事業の機能強化を推進していきたいと考えている。

#### ○評価で抽出された課題に対する具体的な対応や取組

- ・評価指標はセンターのタイプによって適合しない指標もあるが、自己評価分析をすることによって次のことがわかった。
- ①各センターの強みや特色、圏域の地域課題等がわかり、共有することができた。
  - ②自己評価の指標が、センターに期待される役割に関する調査において、期待スコア上位の項目を用いていることから、自己評価が高い項目はしっかりと取り組んだ取組みであるし、低かった項目は今後取組を強化していくところであると把握することができた。
  - ③自己評価結果を共有することにより、他のセンターの取組評価が高い項目に着目して、その取組のノウハウを聞いて実施にむけた検討が可能となる。好事例の展開を図ることにつながる。
- ・県が把握している課題として、例えば、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チーム等から相談があったときに、相談者の課題に応じた支援介入方法のレクチャーや、多職種に向けた研修の実施など、地域支援機関の人材育成、認知症対応力向上に資する支援が必要と認識している。
  - ・令和4年度は事業評価を開始した初年度であるため、今後は評価の実施を継続し、連携協議会での共有、有識者からの意見を聴取するなどして、運営事業の質の確保とさらなる取組強化につなげていく予定である。

4 センター事業に携わる職員の研修等の推進について、これまでの取組・課題であったこととその解決策、今後の課題

- ・基幹型認知症疾患医療センターに委託し、センター職員研修を令和3年度より、年1回実施している。

	テーマ	講師
令和3年度	若年性認知症患者への支援について	若年性認知症支援コーディネーター
令和4年度	“認知症疾患医療センターにおける地域の関係機関とも連携した診断後等の支援に関する調査”の結果報告について	県
	当院の地域連携について～精神科短期入院の試みを中心に～	連携型認知症疾患医療センター
令和5年度(予定)	身寄りのない方への支援	弁護士

- ・未定ではあるが、今後の研修の内容として、認知症疾患医療センターの職員同士の意見交換の場があればよいとも考えている。例えば、相談員同士が互いの現場の課題や取組を意見交換することを考えている。

5 認知症疾患医療センターの効果的な運用や質の確保のために、今後取組みたいと考えていること・今後の課題

○認知症診療体制づくり

- ・かかりつけ医と認知症専門医療機関の病診連携と、認知症疾患医療センター間の連携強化を図る。
- ・日頃の診療について、認知機能の悪化など気になる症状が出現した時に、かかりつけ医から認知症サポート医等を経て、専門医療を提供する認知症疾患医療センターに早期に繋がる体制の構築を推進していく。
- ・若年性認知症の対応について、ある調査では、認知症疾患医療センターで鑑別診断を受けている割合が高いとあった。かかりつけ医、産業医といった初期の治療に関わる関係機関には必ず認知症疾患医療センターに連携してもらうよう、周知啓発を行っている。

○認知症支援者の対応力向上を目的とした人材育成

- ・認知症疾患医療センターの質を確保するために認知症疾患医療センターのスタッフ向け研修に加え、医師やコメディカル、ケアマネジャー等の支援者の対応力水準が向上できるように地域に開かれた研修の仕組みづくりが構築されるよう、基幹型・地域型・連携型の各センターと役割分担をしながら仕組みづくりを考えていく。

○認知症疾患医療センターの質の確保の推進



- ・自己評価分析シートを活用して、類型ごとの特色や強みを発揮し、圏域での認知症医療提供体制の推進を図っていく。
- ・事業の質の確保に向け、医療保健福祉の関係機関（者）からの意見を聴取し、PDCA サイクルを意識した、各認知症疾患医療センター運営事業の取組の充実を図っていく。

## 6 国への要望

---

### ○適切な財政支援

- ・認知症疾患修飾薬による治療が開始され、認知症基本法の施行、認知症の正しい理解を深めることなど、社会全体が認知症に着目していくと思われる。
- ・認知症疾患医療センターの役割は、医療提供体制の構築、認知症予防から診断後支援、圏域の医療保健福祉の関係者の認知症対応力向上の取組みなど多岐にわたる。さらなる機能強化を図り、運営事業に取り組んでいく必要があると思われる。
- ・認知症疾患医療センターを支援する財源は国と県で半分ずつである。認知症疾患医療センターの求められる役割の変遷、認知症基本法の制定等があり、認知症疾患医療センターの担う役割が拡大していると感じている。国には財政支援をお願いしたい。

### ○好事例集等の提供

- ・認知症疾患医療センターの役割拡大や取組に繋がるような、事業評価を含めて、参考になる好事例集を国から提供してほしい。
- ・(再掲) 地域の実情が様々であるため、厚生労働省が統一した類型ごとの評価指標を明示するのは難しいと考える。しかしながら、今後さらに役割が深化していく認知症疾患医療センターの事業運営について、期待する点などを明示していただけると良いと考える。

図表 117 自己評価分析シート（三重県独自で作成）

令和5年度 認知症疾患医療センター 自己評価分析シート

【様式C】

( )認知症疾患医療センター

類 型:

名 称:

評 価	しっかり 取り組めた	取り組めた	取り組めたほう である	やや取組が 少ない	取組が少ない	類型等により該当 しない
点 数	5	4	3	2	1	0

A. 専門的医療機能	自己評価点数
(1) 認知症患者に関する受診前の相談応需	
(2) 認知症患者の生活状況に関するアセスメント	
(3) 認知症疾患の鑑別診断	
(4) 認知症の行動・心理症状に対する外来診療	
(5) 認知症の行動・心理症状に対する入院診療	
(6) 認知症の行動・心理症状に対する救急対応	
(7) せん妄に対する外来診療	
(8) せん妄に対する入院診療	
(9) せん妄に対する救急対応	
(10) 身体合併症に対する外来診療	
(11) 身体合併症に対する入院診療	
(12) 身体合併症に対する救急対応	

B. 診断後支援等機能	自己評価点数
(13) 本人への情報提供と心理的サポート	
(14) 家族介護者への情報提供と心理的サポート	
(15) かかりつけ医との連携(紹介・逆紹介・情報提供など)	
(16) 認知症サポート医との連携	
(17) 主治医意見書の記載	
(18) 介護保険サービスの利用支援	
(19) 独居認知症患者等の生活支援のための多職種によるケース検討	
(20) 成年後見制度・日常生活自立支援事業等の利用支援(情報提供など)	
(21) 成年後見制度診断書・鑑定書の作成	
(22) 若年性認知症のためのサービスの利用支援	
(23) 若年性認知症患者に対する継続医療の提供	
(24) 若年性認知症に関する精査	
(25) 認知症治療薬等の臨床試験の情報提供および実施	
(26) 軽度認知障害(MCI)患者に対するフォローアップ	
(27) 認知症の本人によるピアサポート	
(28) 家族介護者によるピアサポート	
(29) 認知症患者の将来の医療・ケアの選択の為の計画や話し合い	

C. 地域連携機能	自己評価点数
(30) 介護保険事業所職員からの相談の応需・助言・連携	
(31) 地域包括支援センター職員からの相談の応需・助言・連携	
(32) 介護支援専門員からの相談の応需・助言・連携	
(33) 行政・地域包括支援センター等からの困難事例に関する相談の応需・助言	
(34) 行政等と連携した困難事例に対するアウトリーチによる支援	
(35) 介護保険施設等への往診または訪問診療	
(36) 認知症専門医のいない一般病院等への往診	
(37) 認知症初期集中支援チームへの参画	
(38) 認知症初期集中支援チームの後方支援	
(39) かかりつけ医の研修	
(40) 認知症サポート医の研修	
(41) 地域包括支援センター職員の研修	
(42) 介護保険サービス事業所職員の研修	
(43) 看護師の研修	
(44) 歯科医師・歯科衛生士の研修	
(45) 薬剤師の研修	
(46) 多職種連携を目的とした研修	
(47) 地域住民向けの講演会の開催または参画	
(48) ホームページやパンフレットを用いた情報発信	
(49) 地域連携推進を目的とする会議の開催または参画	
(50) 市町の認知症施策への助言または参画	
(51) 都道府県の認知症施策への助言または参画	
(52) 高齢者の自動車の運転免許に関する診断書作成	
(53) 自動車運転に関する相談と支援	

< 個別自己評価 >

1. 自己のセンターの特性、固有の事情、所轄地域の特性・課題等について記載してください。
2. 地域の特性を踏まえ、自己のセンターが目指す将来像、地域で果たすべき役割について記載してください。

令和3年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

認知症疾患医療センター運営事業の事業評価のあり方に関する調査研究事業報告書2021

令和4年3月地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター発行

評価項目は、『認知症疾患医療センターに期待される役割に関する調査』における期待スコア上位の項目を用いている。

## 2-3 A 病院

### 1 認知症疾患医療センターの基本情報

医療機関設立主体	医療法人
医療機関種別、病床数	一般病院（一般病床 188 床、療養病床 143 床）
認知症疾患医療センターの類型、指定時期	連携型 令和 2 年 4 月 1 日から指定
認知症疾患医療センターの活動圏域人口	計 17 万人（2 市 1 町）
認知症疾患医療センターの特色、特徴	活動圏域が比較的小さく、市町との連携がとりやすい。一般病院であり、身体合併症を有する認知症患者を受け入れる役割等を担っている。

### 2 専門的医療機能について、これまでの取組・課題・解決策

#### ○相談件数

- ・ 1 か月間の相談件数は、電話で 20 件程度である。メール相談を開設しており、現在 12 件／月程度である。いずれの件数も増加傾向にある。
- ・ 認知症疾患医療センターの周知に関しては地道に取り組んでいるところである。

#### ○待機期間

- ・ 当センターは初診までの待機期間は 14 日未満である。通常の外来予約では診察までの期間が空いてしまうため、予約外診察で対応している。医師の負担にはなるが、待機中に認知症が進行しないよう、速やかな対応が必要と考え、初診は予約枠以外で対応している。
- ・ 他のセンターは予約枠に限定していると思われ、待機期間が長期化していると推し測る。

#### ○認知症初期集中支援チーム

- ・ 当院自身が認知症初期集中支援チームを配置して活動しており、院内連携はできている。
- ・ 他のチームについて、1 市 1 町とは毎月チームと協議会を開催しており、個別で話し合っている。この会は認知症初期支援チームの会である。一方、別の市との連携は手薄である。1 市 1 町には当院のチームが支援に行っているが、別の市には支援に行っていないことがある。

#### ○受診の経緯、紹介

- ・ 初診は予約外で柔軟に対応しているため、直接受診の割合が高い。
- ・ 当センターへの受診者のうち、3 割程度が医療機関（かかりつけ医等）からの紹介である。

- ・地域包括支援センターからの紹介が最近多くなっている。
- ・それぞれの紹介元別の受診者の特徴は詳しく調べていない。
- ・他の大規模の認知症疾患医療センターでは紹介患者の割合が高いと思う。当院では、内科診療等を兼務していることもあり、紹介の割合が低いかもしれない。

### 3 地域連携拠点機能について、これまでの取組・課題・解決策

---

#### ○2市1町の連携協議会

- ・年1回、開催しており、当院、医師会、市町の行政担当者、地域包括支援センター、患者の家族会、ケアマネジャーの代表等が参加している。
- ・協議会では主に、当センターの実績報告と参加者との意見交換を行っている。実績報告の内容は、患者の内訳、勉強会（患者向け、開業医向け、ケアマネジャー向け等）の実績報告等である。
- ・対応に困ったときの対策について、議論している。例えば、運転免許証に関する書類の情報共有について、具体的に解決に向けて話し合った。密に会議をしており、対面での情報共有という点でよいと感じている。
- ・地域において、具体的な事例や連携について、話し合われている。

#### ○都道府県の連携協議会

- ・年1回、オンラインで開催している。県内のすべての認知症疾患医療センターが参加している。
- ・事前に各センターに調査票が配付され、回答している。集計結果を協議会で共有し、センターを運営するにあたっての個別の課題や困りごとを情報共有している。他のセンターで解決した事例や経験がないか等を議論し、共有している。
- ・例えば、一般病院と精神病院の役割分担として、身体合併症は一般病院が担い、BPSDは精神病院が担う等、紹介し合うことが話し合われたことがある。また、連携型のセンターが地域型の指定を受けるにあたり、要件として不足している専従者をどう確保しているのか等が話し合われたことがある。
- ・なお、事前の調査票は認知症疾患医療センターに該当するものに回答する形式である。項目として、センターが直面する課題、地域連携の取組で困難なもの、センターが独自に取り組んでいる取組等がある。具体的には、職員不足、BPSDの受入、待機期間の長期化、若年性認知症の支援等について、それぞれ回答することになる。
- ・センター間の情報共有の場、センターの運営に関する議論の場としての側面が強い。

#### ○若年性認知症の連携協議会

- ・県として年2回開催されている。県内の認知症疾患医療センターが参加している。

#### ○市町単位の協議会（初期集中支援チームの会議）

- ・1市1町は、行政担当者、地域包括支援センター、当院の初期集中支援チーム、センター長が月1回参加している。

#### 4 診断後等支援機能について、これまでの取組・課題・解決策

- ・認知症疾患医療センターになってから介護者交流会や認知症カフェを始めた。現在、力を入れているところである。
- ・院内には地域包括支援センターを構えており、そこから各方面に情報共有してもらおう等、協力してもらい、参加者を集めている。参加者の数が少ないという課題に対し、地域包括支援センターや院内の各部署と連携して拡大を進めている。
- ・参加者としては対極する2つの視点があると思う。病院だから行ってみようという視点と、病院だからハードルが高いという視点である。両方のニーズを拾うために、院内で開催する介護者交流会と、院外の地域で開催する認知症カフェを運用している。
- ・介護者交流会は院内で開催することに意味を持たせていきたいと考えていて、認知症の家族会と協力して進めている。実際は苦勞が多い。
- ・認知症カフェは敷居の低い相談会として、地域にあるコミュニティ施設で運用している。
- ・数年の取組でしかなく、不慣れな部分があり、改善途中である。浸透度合いが遅れていると感じている。
- ・今後は認知症患者のケアや情報提供のためにも今の介護者交流会等を充実させていくことが第一と考えている。

#### 5 今後、取り組みたいと考えていること

- ・認知症の新しい治療薬であるレカネバブについて、対応できる患者を見つけ出していくことが当院の喫緊の役割と考えている。

#### 6 その他

- ・コメディカルの人員不足、特に、認定看護師の偏在が気になる。認定看護師を配置したいが、専門的知識を有する医療従事者の偏在について、是正する案を厚生労働省に提示してもらえると良いと思う。

## 2-4 B 病院

### 1 認知症疾患医療センターの基本情報

医療機関設立主体	医療法人
医療機関種別、病床数	精神科病院（精神病床 290 床）
認知症疾患医療センターの類型、指定時期	地域型 平成 25 年 3 月 1 日から指定
認知症疾患医療センターの活	計 75 万人（2つの二次医療圏）

動圏域人口	
認知症疾患医療センターの特色、特徴	<p>もともと主に、統合失調症の患者を対象とした病院であったが、平成 25 年に病院の建替えもし、認知症や気分障害、神経症等にも、対象領域を拡大し始めた。当初は BPSD の対応を求められることが多かったが、早期対応の啓発活動を進めている中で、近年は BPSD が進行する前に相談を受けることが増えている。</p> <p>同じ二次医療圏には、令和 5 年度から認知症疾患医療センターの指定を受けた病院がある。まだ指定を受けたばかりのため、役割分担等は検討中。</p>

## 2 専門的医療機能について、これまでの取組・課題・解決策

### ○早期相談、早期受診への啓発活動

- ・認知症が進行してから関わるより、軽度認知障害（MCI）の段階から介入する方が予後的にもよいと思う。啓発活動している中で、本人の状態、進行具合に合わせて、外来や入院対応など、今できることを家族が知ってもらうことが大事と考える。
- ・周知、広報するところは、家族に手厚くしたほうがよいと感じている。まだまだ十分ではないと感じている。入所施設、ヘルパーやケアマネジャー、地域包括支援センター等に周知は今後も必要と思う。

### ○初期集中支援チーム

- ・当院が所在する市の初期集中支援チームは他院が担当している。精神科医療が必要な場合に当院に相談がある。初期集中支援が関わるタイミングは、認知症発症の初期ではなく、認知症が進行し、BPSD があり、地域で見つかったからになるため、BPSD の初期に介入することが多い。あるいは介入の初期、という意味合いになっている感がある。
- ・活動圏域は広いが、関係者と対面で話し合えており、連携は取れているという印象である。しかし、全地域への対応が課題である。例えば、ある市では対応が必要な場合、隣接する他医療圏の専門医療機関に紹介される場合がある。

### ○認知症疾患医療センターの充足状況

- ・二次医療圏には認知症疾患医療センターが 2 つあるため、充足していると考ええる。特に、近隣は対応できている。
- ・北部に接する二次医療圏は距離の観点から当院だけでは補い切れていない部分があると思う。
- ・在宅療養者だけでなく、有料老人ホームも含めて入所者の相談は増えている。

### ○待機期間

- ・当院は待機期間が 14 日未満であり、短い。相談から対応までを迅速に対応しないといけないという考えから意識して待機期間短縮に取り組んでいる。病院の外来枠として、認知症の初診枠

を確保している。入院も含めて、3日に対応できることもある。

### 3 地域連携拠点機能について、これまでの取組・課題・解決策

---

#### ○二次医療圏単位の協議会

- ・2つの二次医療圏それぞれの協議会に参加している。当院が所在する二次医療圏では、地域での担当者の困りごとを議論している。例えば、新型コロナウイルス感染症に関する認知症の方の対応方法を共有していた。また、認知症に関する運転免許証の取り扱い等、制度変更の場合に意見交換し、一緒に勉強している。
- ・市町村単位の連携協議会は二次医療圏単位の協議会と同時開催している。この会議ではテーマ別での相談が多い。患者ごとの相談は個別対応としている。
- ・内容と各担当者の負担状況を考えると、年に1回程度の今の開催頻度がよいと思う。

#### ○市町村単位の会合

- ・定例で開催されている各市町村の協議会以外に、各市町村には当院職員が訪問して対応している。北部に接する二次医療圏の一部には対応できていない。ある市には初期集中支援チームについての会合のみ参加している等、市町村により対応状況が異なる。
- ・各市町村の会合は年に2～5回開催されている。研修会の検討等、市町村の施策や今後の見通しの検討がほとんどである。

#### ○都道府県の協議会

- ・都道府県の協議会について、設置当初のころは認知症疾患医療センター同士のディスカッションの場という位置づけであった。数年前からアンケート調査をするようになり、各施設の報告と情報共有に内容が変わってきた。
- ・現在の協議会はよい運用方法と思うが、アンケート調査票の記入について、細かな過去の実績を遡って回答する必要があるため、対応することに負担がある。

### 4 診断後等支援機能について、これまでの取組・課題・解決策

---

- ・当院では、当事者と家族も参加できる交流会やそれぞれ別で参加する交流会を月1回程度開催している。情報共有の場として開催している。
- ・今後は認知症カフェの充実化が課題と考えている。
- ・活動圏域が広域であるため、各地域で交流会の場が増えてほしいと思う。
- ・診断後の専門的なフォローという意味ではそれぞれ専門の医療機関に任せることになるが、家族への情報提供の観点では、地域ごとにあるとよいのかもしれない。
- ・当院に来院できない遠方の人については、当院では訪問看護で比較的広域に対応している。さらに遠い地域になれば、当院では対応できず、その地域の資源に任せている。
- ・課題としては、家族が車で当院に連れてくることも多いが、交通網が十分ではないので、介護タクシー等の交通手段の充実が必要になる。



## 5 今後、取り組みたいと考えていること

---

- ・精神科の単科病院なので、身体合併症の対応は難しい。対応できる総合病院はよいが、精神科医がいない総合病院などでは対応が難しく、どうすべきか苦慮する。
- ・身体合併症に対応できる総合病院に認知症疾患医療センターになってもらう等、県には推進してほしい。
- ・若年認知症の人は、提供しているプログラムに抵抗を感じておられる。高齢の認知症の人に向けたプログラムであるため、合致していない可能性があり、今後の課題である。
- ・アルツハイマー病に対する新薬が出てきているので、対応を検討しなければならない。

## 6 その他

---

- ・県では毎年アンケート調査がある。年度によって質問内容が変わる設問がある。事前に調査項目を教えてもらえたら負担が減るので、県には検討してもらいたい。
- ・また、認知症疾患医療センターの評価を受けるための各種レポートも同様である。後から遡ってデータを集計する負担があるため、事前に教えてもらいたい。

# VI 資料編 (調査票)

## 令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 認知症の医療提供体制に関する調査研究事業 【都道府県・指定都市調査】

### 1. 回答者の方について

Q1. 貴自治体について	1. 都道府県( 都・道・府・県 ) 2. 指定都市( 市 )
Q2. ご所属課	課

### 2. 認知症疾患医療センターについて

Q3. 貴都道府県・指定都市が指定している認知症疾患医療センターの場所	①基幹型 I ②基幹型 II ③地域型 ④連携型	か所 か所 か所 か所
Q4. Q3 の4分類の他に、貴都道府県・指定都市で独自に定義している類型等があれば、その内容を記載してください。(自由記述)		
Q5. 貴都道府県・指定都市の二次医療圏の数 ※指定都市を有する都道府県は、②は指定都市による設置も含めて回答してください。	①二次医療圏数 ②うち認知症疾患医療センターを設置済みの二次医療圏数	圏域 圏域
Q6. 貴都道府県・指定都市において、管内の認知症疾患医療センターの充足状況	1. 充足している 2. 不足している 3. わからない	
Q7. (Q6 で「2 不足している」を回答した方のみ回答) 認知症疾患医療センターの整備が進まない理由(複数回答可)	1. センターの機能を担える医療機関がない 2. 機能を担える医療機関はあるが、指定を希望する医療機関がない 3. 認知症医療に対する医療機関の理解が十分でない 4. 指定を打診したが拒否された 5. 専門医を確保できない 6. 国の補助金が少ない 7. 予算が確保できない 8. その他( )	
Q8. (Q5 でセンターを未設置の二次医療圏域がある場合のみ回答) 認知症疾患医療センターが未設置であることによる問題点(複数回答可)	1. 受診・相談先がない 2. 入院の受け入れ先がない 3. 福祉窓口や地域包括支援センターでの対応が増える 4. 地域・多職種連携のリーダーシップをとる人がいない・機関がない 5. 認知症に関する指導や教育を行う人がいない・機関がない 6. 別の医療機関や地域連携の体制があるため、特に困ることはない 7. その他( ) 8. わからない	

### 【このページは都道府県の方のみ回答してください】

#### 3. 都道府県認知症疾患医療連携協議会について

Q9. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の設置状況	1. 設置している→設置時期:西暦( )年 2. 設置していない→Q16へ
Q10. 開催頻度	1. 月に1回以上 2. 2~3か月に1回 3. 半年に1回 4. 年に1回
Q11. 協議会の構成メンバー(複数回答可)	1. 認知症疾患医療センター 2. 学識経験者 3. 医師会 4. 歯科医師会 5. 薬剤師会 6. 地域包括支援センター 7. 認知症地域支援推進員 8. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所 9. 認知症の本人 10. 認知症の人と家族の会 11. 市区町村(高齢者・介護担当) 12. 市区町村(保健・医療担当) 13. 社会福祉協議会 14. 警察・消防 15. その他( )
Q12. 協議会で扱っている議題(複数回答可)	1. センターの事業実績報告(集計結果の共有) 2. 認知症に関する国や都道府県等の制度・取組の紹介 3. センターの運営のあり方や課題の検討 4. 都道府県域における認知症医療の提供体制のあり方や課題の検討 5. 課題解決に向けた具体的な取組の検討 6. 課題解決に向けた具体的な取組の実施状況・結果の報告 7. 個別事例の事例検討(勉強会) 8. 研修会や啓発活動等の企画・開催 9. その他( )
Q13. 協議会の議論を通してあげた課題の内容(自由記述)	
Q14. 協議会であげられた課題に対して、具体的な対応や解決につながった事項はありますか。	1. 具体的な対応・解決につながった事項がある 2. 具体的な対応を計画している事項がある 3. 具体的な対応につながった事項はない
Q15. (Q14で「1」または「2」を回答した方のみ回答) 具体的な対応の内容(自由記述)	
Q16. (Q12で「2」を回答した方のみ回答)協議会を設置していない理由(自由記述)	

【以降は全員回答してください】

Q17. 認知症疾患医療センター運営事業の事業評価の方法(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>各センターの事業実績報告書の確認</li> <li>各センターの事業実績報告書の都道府県・指定都市単位での集計</li> <li>集計したデータの分析・考察</li> <li>センターへの個別ヒアリング</li> <li>関係者による協議(都道府県・指定都市単位)</li> <li>関係者による協議(二次医療圏単位)</li> <li>その他( )</li> <li>いずれも実施していない</li> </ol>
Q18. 実施している事業評価の視点(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>個別のセンターの運営状況に関する実態把握・課題整理</li> <li>二次医療圏単位の認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理</li> <li>都道府県域における認知症医療の提供体制に関する実態把握・課題整理</li> <li>その他( )</li> <li>いずれも実施していない</li> </ol>
Q19. Q18 で抽出された課題の内容(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>センターの配置・地域差に関する事項</li> <li>センターの機能に関する事項</li> <li>人材確保・育成に関する事項</li> <li>センターと関係機関の連携に関する事項</li> <li>その他</li> </ol>
Q20. Q19 で回答した課題の具体的な内容(自由記述)	
Q21. 課題を踏まえた具体的な取組の内容(自由記述)	(例)センターの追加指定、関係機関の連携促進に向けた啓発、研修内容へ反映など
Q22. 「認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた取組のための手引書」の活用状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>手引書を知っており、活用している</li> <li>手引書を知っているが、活用していない</li> <li>手引書を知らない</li> </ol>
Q23. 認知症疾患医療センターの事業実績報告書の記載内容の入力ルールの統一化・明確化、記入漏れ防止策の実施状況とその結果	<ol style="list-style-type: none"> <li>入力ルールは明確で統一されていると思う</li> <li>入力ルールが明確でない部分がある              具体的には: [ ]</li> </ol>
②記入漏れ防止	<ol style="list-style-type: none"> <li>記入漏れは特に生じていないと思う</li> <li>記入漏れがおこりやすい部分がある              具体的には: [ ]</li> </ol>

Q24. 認知症疾患医療センター運営に係る担当職員の体制・業務量	認知症疾患医療センター事業の担当職員数 ※0名の場合は「0」と記入してください。 認知症疾患医療センター事業への業務投入時間(年間平均) ※担当者が複数人の場合は合計時間を記入してください。	専任	名	兼務	名
Q25. 貴都道府県・指定都市が指	<ol style="list-style-type: none"> <li>早期発見</li> <li>鑑別診断</li> <li>認知症に対する外来診療</li> <li>特にBPSDに対する外来診療</li> <li>特に身体合併症に対する外来診療</li> <li>BPSDに対する緊急的な入院医療</li> <li>身体合併症に対する入院医療</li> <li>困難ケースのアウトリーチ支援</li> <li>家族介護者への情報提供・サポート</li> <li>当事者のピアサポート・交流会</li> </ol>	概ね1週間に_____時間			

5. 研修・人材育成等について

Q26. センター職員を対象とした研修・事例検討等の実施状況	<ol style="list-style-type: none"> <li>2~3月に1度ほど、企画・開催している</li> <li>半年に1度ほど、企画・開催している</li> <li>1年に1度ほど、企画・開催している</li> <li>数年に1度ほど、企画・開催している</li> <li>企画・開催はしていない</li> </ol>	設問	回答欄
Q27. 実施している研修のテーマ(複数回答可)	<ol style="list-style-type: none"> <li>認知症の病態・診断・治療</li> <li>認知症の人への対応・ケアの方法</li> <li>認知症のリハビリテーション</li> <li>意思決定支援・ACP等</li> <li>若年性認知症の人の支援</li> <li>認知症の予防</li> <li>認知症の人が暮らしやすい地域づくり</li> <li>多機関連携による地域での支援体制づくり</li> <li>介護保険サービス</li> <li>障害福祉サービス</li> <li>当事者や家族による講演</li> <li>その他( )</li> <li>研修を開催していない</li> </ol>		

アンケートは以上です。ご協力誠にありがとうございました。

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）  
認知症の医療提供体制に関する調査研究事業

【認知症疾患医療センター調査】

1. 貴センターの基本情報

Q1. 貴センターが設置されている都道府県または指定都市名	都道府県( ) 都・道・府・県 → 所在市区町村( ) 指定都市( ) 市
Q2. 貴センターの類型(国の類型) ※国の類型については、同封の「記入要領」をご確認ください。	1. 基幹型 I 2. 基幹型 II 3. 地域型 4. 連携型 5. 不明
その他都道府県ごとの独自類型	具体的に( )
Q3. 設立主体	1. 学校法人(国立大学法人を含む) 2. 国(独立行政法人を含む) 3. 都道府県・政令市(地方独立行政法人を含む) 4. 市区町村 5. 公益法人 6. 医療法人 7. 個人 8. その他( ) 9. 有床診療所 10. 無床診療所 11. その他( )
Q4. 貴センターの医療機関種別	1. 大学病院 2. 総合病院(「1」以外) 3. 一般病院(「1,2,4」以外) 4. 精神科病院
Q5. 病床数 ※「0」床の場合は「0」を記入してください。	①一般病床 床 ②療養病床 床 ③精神病床 床 ④感染症病床・結核病床 床
Q6. 貴センターの活動圏域の人口	約 人
Q7. 標榜する診療科(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. 脳神経内科 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. 精神神経科 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( )
Q8. 医師の配置状況 ※「0」名の場合は「0」を記入してください。	①日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医 名 ②上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師 名

Q9. 医師以外の人員配置 ※「0」名の場合は「0」を記入してください。	①精神保健福祉士・社会福祉士		②公認心理師	
	専従	兼務	専従	兼務
	名	名	名	名
	③臨床心理士(※②は除く)		④保健師・看護師	
	専従	兼務	専従	兼務
	名	名	名	名
Q10. 貴センターの検査体制(複数回答可)	⑤リハビリ専門職(PT・OT・ST)		⑥その他職員	
	専従	兼務	専従	兼務
	名	名	名	名
	1. 血液検査			
	2. MRI検査(自施設)			
	3. MRI検査(連携先)			
4. 心電図検査				
5. 神経心理検査				
6. CT検査(自施設)				
7. PET検査(連携先)				

2. 専門的医療機能								
Q11. 相談件数 ※令和5年9月の実績を記入してください。	電話	件	面接	件	訪問	件	その他	件
	①本人							
Q12. 上記の相談件数の相談元の主な内訳	②家族等の介護者							
	③地域包括支援センター							
	④医療機関(かかりつけ医等)							
	⑤ケアマネジャー・介護サービス事業所							
	⑥行政機関(※地域包括支援センターの場合は③に計上)							
	⑦院内の他科							
	⑧その他							
	※相談元の区分は問いません。 ※ここで「相談」は診療報酬のない相談やアセスメント等をいい、「受けたもの」と「発信したもの」の合計の延べ回数をカウントしてください。 ※同一の相談について重複カウントはしないうようにしてください。 ※(例)相談を「受けた」がその時に対応できず、折り返し「発信」した場合には、「受けたもの」のみに計上します。 ※電話、面接、訪問、その他の考え方は、事業実績報告書の記載ルールに準じてください。							



3. 地域連携拠点機能

Q25. 地域の関係機関との情報交換会や事例検討会の実施頻度(各項目で1つに○) ※複数の関係機関が集まって実施している場合も、各項目で回答してください。	月に1回以上	2,3か月1回程度	半年に1回程度	1年に1回程度	実施していない	
	①地域包括支援センター	1	2	3	4	5
Q26. 貴センターにおける研修等の実施状況(複数回答可)	②ケアマネジャー・介護サービス事業所	1	2	3	4	5
	③医療機関(かかりつけ医等)	1	2	3	4	5
Q27. 認知症の医療・介護等に関する協議会等への参加状況(複数回答可)	④地域の支援団体・ボランティア等	1	2	3	4	5
	⑤行政機関	1	2	3	4	5
Q28. 貴センターへの相談・受診時における、地域の関係機関との連携状況(各項目で1つに○)	①地域包括支援センターとの連携	1	2	3	4	5
	②地域包括支援センターとの連携	1	2	3	4	5
Q29. 貴センターでの受診・診断後における、地域の関係機関との連携状況(各項目で1つに○)	③認知症初期集中支援チームとの連携	1	2	3	4	5
	④ケアマネジャー・介護サービス事業所との連携	1	2	3	4	5
Q30. 貴センターが実施する地域の医療・介護専門職等を対象とした研修のテーマ(複数回答可) ※令和4年度の実績で回答してください。	①かかりつけ医との連携	1	2	3	4	5
	②入院可能な地域の医療機関との連携	1	2	3	4	5
Q31. 貴センターから本人・家族に定期的な連絡をしている	③地域包括支援センターとの連携	1	2	3	4	5
	④認知症初期集中支援チームとの連携	1	2	3	4	5
Q32. 貴センターからかかりつけ医や関係機関に定期的な状況確認をしている	⑤ケアマネジャー・介護サービス事業所との連携	1	2	3	4	5
	⑥その他( )	1	2	3	4	5

Q30. 貴センターが実施する地域の医療・介護専門職等を対象とした研修のテーマ(複数回答可)  
※令和4年度の実績で回答してください。

- 認知症の病態・診断・治療
- 認知症の人への対応・ケアの方法
- 認知症のリハビリテーション
- 意思決定支援・ACP等
- 若年性認知症の人の支援
- 認知症の予防
- 認知症の人が暮らしやすい地域づくり
- 多機関連携による地域での支援体制づくり
- 介護保険サービス
- 障害福祉サービス
- 当事者や家族による講演
- その他( )
- 研修を開催していない

4. 診断後等支援機能

Q31. 診断後の相談対応の状況(複数回答可)  
※貴センター外来受診者の受診時の相談は除く

Q32. 診断後の相談の相談元(各項目で1つに○)

＜頻度の目安＞  
「よくある」:週に3件以上  
「たまにある」:週に1~2件程度  
「あまりない」:月に数件程度  
「ほとんどない」:数か月に1件以下

Q33. 診断後の相談における、各相談内容の状況(各項目で1つに○)

＜頻度の目安＞  
「よくある」:週に3件以上  
「たまにある」:週に1~2件程度  
「あまりない」:月に数件程度  
「ほとんどない」:数か月に1件以下

Q34. 当事者等によるピア活動や交流会等の実施状況(複数回答可)

1. 貴センターから本人・家族に定期的な連絡をしている	よくある	たまにある	あまりない	ほとんどない
2. 本人・家族、関係機関からの相談に応じて対応している	1	2	3	4
3. 本人・家族、関係機関からの相談に応じて対応している	1	2	3	4
4. その他( )	1	2	3	4
①本人・家族	1	2	3	4
②医療機関(かかりつけ医等)	1	2	3	4
③地域包括支援センター	1	2	3	4
④ケアマネジャー・介護サービス事業所	1	2	3	4
①症状増悪(BPSD)に関すること	よくある	たまにある	あまりない	ほとんどない
②症状増悪(身体合併症)に関すること	1	2	3	4
③介護保険サービスの利用に関すること	1	2	3	4
④住まい・居場所等に関すること	1	2	3	4
⑤就労に関すること	1	2	3	4
⑥運転に関すること	1	2	3	4
1. 当事者同士の交流会を実施している	よくある	たまにある	あまりない	ほとんどない
2. 家族の交流会を実施している	1	2	3	4
3. 認知症カフェを実施している	1	2	3	4
4. 貴センターでは実施していないが、地域の場を紹介している	1	2	3	4
5. 実施・紹介していない	1	2	3	4

5. 運営に関する事項や課題等

Q35. 活動領域全体における貴センターの役割認識	役も担っている	役も担っている	やや役も担っている	あまり役も担っていない	ほとんど役も担っていない	
① 早期発見	1	2	3	4	4	
② 鑑別診断	1	2	3	4	4	
③ 認知症に対する外来診療	1	2	3	4	4	
④ 特にBPSDに対する外来診療	1	2	3	4	4	
⑤ 特に身体合併症に対する外来診療	1	2	3	4	4	
⑥ BPSD に対する緊急的な入院医療	1	2	3	4	4	
⑦ 身体合併症に対する入院医療	1	2	3	4	4	
⑧ 困難ケースのアウトリーチ支援	1	2	3	4	4	
⑨ 家族介護者への情報提供・サポート	1	2	3	4	4	
⑩ 当事者のピアサポート・交流会	1	2	3	4	4	
① 早期発見	1	2	3	4	4	
② 鑑別診断	1	2	3	4	4	
③ 認知症に対する外来診療	1	2	3	4	4	
④ 特にBPSDに対する外来診療	1	2	3	4	4	
⑤ 特に身体合併症に対する外来診療	1	2	3	4	4	
⑥ BPSD に対する緊急的な入院医療	1	2	3	4	4	
⑦ 身体合併症に対する入院医療	1	2	3	4	4	
⑧ 困難ケースのアウトリーチ支援	1	2	3	4	4	
⑨ 家族介護者への情報提供・サポート	1	2	3	4	4	
⑩ 当事者のピアサポート・交流会	1	2	3	4	4	
⑪ 通い・社会参加の場(認知症デイや地域の通いの場等)	1	2	3	4	4	
Q36. 活動領域全体における各機能の充足状況 ※貴センターが担う機能も含めた状況を回答してください。	1	2	3	4	4	
Q37. 貴センターへの受診にあたり、特に連携の必要性を感じる関係機関等(特に当てはまるもの3つまで)	1. かかりつけ医	2. BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関	3. 地域包括支援センター	4. 認知症初期集中支援チーム	5. ケアマネジャー	6. 介護サービス事業所
7. 若年性認知症コールセンター	8. 行政機関(地域包括支援センター以外)	9. 地域の支援団体・ボランティア等	10. その他( )	11. 特になし		

Q38. Q37. で回答した関係機関について、求められる連携の具体的な内容(自由記述)	1. かかりつけ医 2. BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関 3. 地域包括支援センター 4. 認知症初期集中支援チーム 5. ケアマネジャー	6. 介護サービス事業所 7. 行政機関(地域包括支援センター以外) 8. 地域の支援団体・ボランティア等 9. その他( ) 10. 特になし
Q39. 貴センター受診後において、特に連携の必要性を感じる関係機関等(特に当てはまるもの3つまで)	1. かかりつけ医 2. BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関 3. 地域包括支援センター 4. 認知症初期集中支援チーム 5. ケアマネジャー	6. 介護サービス事業所 7. 行政機関(地域包括支援センター以外) 8. 地域の支援団体・ボランティア等 9. その他( ) 10. 特になし
Q40. Q39. で回答した関係機関について、求められる連携の具体的な内容(自由記述)	1. かかりつけ医 2. BPSD や身体合併症に対応可能な医療機関 3. 地域包括支援センター 4. 認知症初期集中支援チーム 5. ケアマネジャー	6. 介護サービス事業所 7. 行政機関(地域包括支援センター以外) 8. 地域の支援団体・ボランティア等 9. その他( ) 10. 特になし
Q41. 貴センターの活動領域における課題(複数回答可)	1. 認知症医療に対するかかりつけ医の理解が十分でない 2. かかりつけ医との連携が十分でない 3. 地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームとの連携が十分でない 4. BPSD に対応可能な専門医療機関がない・少ない 5. 身体合併症に対応可能な専門医療機関がない・少ない 6. ピアサポート活動や家族交流会などの場がない・少ない 7. 若年性認知症の人の支援体制が十分でない 8. 同じ圏域の中でも地域によって関係機関と連携状況に差がある 9. 圏域全体での認知症医療の提供体制について検討ができていない 10. その他 11. 特になし	
Q42. Q41. で回答した課題の具体的な内容(自由記述)		

6. 回答者情報

貴センター名	
部署・役職	
電話番号(ハイフンなし)	

アンケートは以上です。ご協力誠にありがとうございました。

## 不許複製 禁無断転載

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）  
認知症の医療提供体制に関する調査研究  
報告書

発行日 2024年3月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区神田猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）