

令和2年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症地域医療における連携体制のあり方
に関する調査研究事業
報 告 書

令和3年（2021年）4月



みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社

目 次

第 1 章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景	3
2. 調査研究の目的	5
3. 検討会議の設置	5

第 2 章 認知症地域医療に関する実態調査

I 調査方法	9
1. 目的	9
2. 方法	9
3. 回収結果	10
II — 1 調査結果（医療機関票）	11
1. 医療機関属性等	11
2. 認知症の相談・診断について	21
3. 認知症の治療方針の決定過程等について	29
4. 認知症、認知症に伴う行動・心理症状に対する治療について	36
5. 身体合併症の治療状況	42
6. 医療・介護連携について	51
7. 研修等に関する要望	62
II — 2 調査結果（地域包括支援センター票）	64
1. 基本情報	64
2. 本人・家族等からの認知症医療に関する相談対応	67
3. 認知症の鑑別診断後の支援過程	70
4. 認知症および認知症に伴う行動・心理症状の治療	75
5. 身体合併症の治療	80
6. 医療・介護連携について	83
7. 研修等に関する要望	90

第3章 先進事例調査

1. 方法	95
2. 事例調査の結果	97

第4章 まとめ・考察

1. 調査結果のまとめ：医療機関調査票	113
2. 調査結果のまとめ：地域包括支援センター票	119
3. 考察	125

第 1 章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景

【認知症施策推進大綱】

令和元年6月に認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱」（以下、大綱）がとりまとめられた。認知症は、だれもがなりうるものであり、多くの人にとって身近なものとなっている。今後、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごすことができる社会を実現することを目指し、「共生」と「予防」を車輪の両輪として、施策を推進していくことが示された。大綱の対象期間は、団塊の世代が75歳以上となる2025年としており、今後、多様な機関、業界等が、それぞれの枠を超えて課題を共有化し、積極的な取組みを創出していくことがねらいとなっている。

大綱には、1)普及啓発・本人発信支援、2)予防、3)医療・ケア・介護サービス・介護者への支援、4)認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、5)研究開発・産業促進・国際展開の5つの柱に沿って、今後取り組むべき施策が体系的に示されている。

「医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」では、1)本人主体の医療・介護の原則に基づき、認知症の人の置かれた環境の下で、認知症の類型や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを徹底し、医療・介護等の質向上を図ること。2)一人暮らしの認知症高齢者における、身元保証人不在時の医療・ケア提供方策、消費者被害防止、孤独死の危険性回避等の対応方法の検討を行うこと。3)認知機能低下のある人、認知症の人の早期発見、早期対応を行うことができる、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質向上と連携強化を図ること等の基本方針が示された。

さらに、早期発見・早期対応、医療体制の整備に向けて、1)地域包括支援センター、かかりつけ医等の医療機関は、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いのある人に早期に気づき、本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人、家族等に対する支援につなげるように努めること。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行うことが取組み課題とされた。

【認知症初期集中支援チームの役割】

認知症初期集中支援チームは、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる多職種チームを配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的として活動している。複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、相談、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行う。現在、ほぼ全市町村に配置されている（配置先は、本庁舎、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等）。

今後、認知症の診断を受けた直後から、社会からの孤立を避け、できる限りこれまでの生活が続けることができるよう、医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組みを強化していくことが課題となっている。

【認知症疾患医療センターの役割】

認知症疾患医療センターは、認知症に関する鑑別診断とその初期対応、身体合併症の急性期治療の提供を行っている。また、退院する患者が必要とする介護サービス、地域における見守り等の日常生活面の支援や、家族を対象とした相談支援等に適切につながるよう、地域包括支援センターや介護支援専門員等への連絡調整を含め、個々の患者に対する相談を行う機能を有している。地域での認知症医療提供体制の拠点として、地域の関係機関と連携し、支援体制の構築を推進する役割を担っている。認知症疾患医療センターは、二次医療圏を単位として、医療計画との整合性を図りながら計画的整備が進められている。

今後、認知症の人、家族等からの相談・診断等の対応を効果的、効率的に提供していくためには、認知症疾患医療センターには、地域の医療機関、地域包括支援センター等の相談機関との間をつなぐ、司令塔機能が強化されることが期待されている。具体的には、専門的な鑑別診断、診断後の本人や家族等への支援、症状が進行した場合、身体合併症への対応を地域の関係機関と共同して提供する体制づくりを進めることである。さらに、当事者活動を支援し、診断直後の認知症の人、家族等をそのサポート活動につなげること、社会参加に向けた支援等も重要な課題となっている。

2. 調査研究の目的

本調査研究事業は、認知症地域医療における連携体制のあり方を検討するべく、かかりつけ医機能等を有する地域の医療機関および地域包括支援センターからみた、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターとの連携状況、今後の取組み課題について明らかにすることを目的に実施した。

具体的には、以下の3点について調査研究を実施した

- 1) 全国の病院、一般診療所を対象とした認知症地域医療に関する実態調査(アンケート調査)
- 2) 全国の地域包括支援センターを対象とした認知症地域医療に関する連携状況等調査(アンケート調査)
- 3) 先進的連携事例調査

3. 検討会議の設置

(1) 設置目的・委員構成

本調査研究の実施にあたっては、認知症地域医療に関わる臨床医、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターで相談援助にあたっている専門職で構成する検討会議を設置し、調査方法、調査結果の検討、考察等について助言、指導を受けた。

図表 委員構成

(五十音順・敬称略)

氏 名	所 属
天 野 英 介	一般財団法人天誠会 武蔵境病院 理事長
岡 田 眞 理	医療法人社団更生会草津病院 広島市西部認知症疾患医療センター 相談員
神 戸 泰 紀	医療法人社団こだま会こだまクリニック 院長
木 村 哲 也	聖路加国際病院 神経内科部長
庄 司 幸 江	武蔵野赤十字在宅介護・地域包括支援センター センター長

【オブザーバー】

厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐 田中稔久
厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 主査 唐川祐一

【事務局】

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部 山本 眞理
みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部 羽田 圭子
みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部 嘉藤 曜子

（２）開催経過

全３回の検討会議を開催した。各回の検討内容は以下の通りであった。

また、第２回、第３回調査検討会議の間に、先進的連携事例調査を目的に（第３章参照）会議を開催し、事例紹介、ディスカッションを行った。

図表 検討会議の開催経過

開催日時		検討事項
第 １ 回	令和２年１２月１０日（木） １７：３０～１９：３０ オンライン会議	・先行研究に基づく認知症地域医療の連携体制に関する課題 ・アンケート調査項目案の検討
第 ２ 回	令和２年１２月２３日（水） １７：３０～１９：３０ オンライン会議	・調査票に関する検討 ・事例調査の進め方について
第 ３ 回	令和３年３月２４日（木） １７：００～１９：００ オンライン会議	・報告書案について

【事例調査】

- ①身体合併症の治療を目的とした連携事例
- ②行動・心理症状の治療を目的とした連携事例
- ③医療機関との連携による自宅での生活継続の支援体制を構築した事例

第 2 章 認知症地域医療に関する実態調査

I 調査方法

1. 目的

本調査では、地域の医療機関および地域包括支援センターを対象にアンケート調査を実施した。その目的は、かかりつけ医機能等を有する地域の医療機関における、認知症医療に関する取組み状況、認知症疾患医療センター、地域の他の医療機関および地域包括支援センターとの連携状況および課題について実態把握を行うことであった。また、地域包括支援センターから見た、認知症地域医療の状況、認知症の人の相談援助にあたっての医療機関との連携に関する課題等について調査を行った。

これらの結果を踏まえ、今後の認知症地域医療における連携体制のあり方を検討するための資料を得ることを目指した。

2. 方法

(1) 対象・調査方法

①病院・一般診療所を対象としたアンケート調査（医療機関票）

調査対象	・全国の病院、一般診療所より無作為抽出。 【調査対象施設数】 ・病院 2,659 施設、一般診療所 3,042 施設、合計 5,701 施設 【抽出方法】 ・地域包括ケア病棟入院料の施設基準の届出がある病院。 ・地域包括診療料、地域包括診療加算の施設基準の届出がある一般診療所。 ・抽出にあたっては、地方厚生局の医療機関届出情報に基づき株式会社ケアレビューが医療介護情報局(http://caremap.jp/)において提供するデータベースを購入し使用。
調査方法	・Web 方式による自記式アンケート調査。 ・郵送により依頼状、調査票、Web アンケート調査画面へのアクセス ID 等を送付の上、回答を求めた。

②地域包括支援センターを対象としたアンケート調査（地域包括支援センター票）

調査対象	・全国の 1,741 市区町村。 ・高齢者福祉所管課を通じて、基幹型もしくは、いずれか一つの地域包括支援センターを対象に回答を依頼。
調査方法	・Web 方式による自記式アンケート調査。 ・郵送により依頼状、調査票、Web アンケート調査画面へのアクセス ID 等を送付の上、回答を求めた。

(2) 調査項目

①病院・一般診療所を対象としたアンケート調査

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・医療機関属性(開設者、標榜診療科、職員配置、外来患者数、病床の状況)・認知症に関わる相談・診断について・認知症の治療方針の決定過程等について・認知症、認知症に伴う行動・心理症状に対する治療について・身体合併症の治療について・医療・介護連携について・研修等に関する要望 |
|--|

②地域包括支援センターを対象としたアンケート調査

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・地域属性(認知症疾患医療センターの所在状況、要介護認定者数等)・本人・家族等からの認知症医療に関する相談対応・医療・介護連携に関する取組み・研修等に関する要望 |
|---|

3. 回収結果

調査対象ごとの回収数は、それぞれ以下の通りであった。

	発送数	回収数(有効回収率)
医療機関票	5,701 件	1,236 件(21.7%)
地域包括支援センター票	1,741 件	745 件(42.8%)

Ⅱ－１ 調査結果（医療機関票）

１．医療機関属性等

【開設者】

回答医療機関の開設者についてみると、「医療法人」（60.6%）、「個人」（16.7%）、「公立」（9.9%）、「その他」（5.4%）の順であった。

図表 開設者

（単位：％）

	件数	国	公立	公的	社会保険関係団体	医療法人	個人	学校法人	社会福祉法人	その他
全体	1,236	1.1	9.9	3.9	0.7	60.6	16.7	0.4	1.4	5.4
病床数	病床なし	608	0.0	2.1	0.5	0.0	64.5	31.4	0.0	0.2
	20床未満	78	1.3	1.3	0.0	0.0	85.9	10.3	0.0	0.0
	20～200床未満	382	1.0	18.1	4.5	0.8	61.0	1.0	0.5	2.9
	200～400床未満	124	4.0	21.8	16.1	4.0	35.5	0.8	2.4	3.2
	400床以上	35	5.7	25.7	22.9	2.9	25.7	2.9	0.0	2.9

【標榜診療科】

標榜診療科についてみると、「内科」（92.6%）が最も多く、次いで「消化器内科（胃腸内科）」（48.4%）、「外科」（48.1%）であった。

図表 標榜診療科(複数回答)

(単位: %)

	件数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科 (胃腸内科)	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科 (代謝内科)	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科
全体	1,237	92.6	30.0	46.6	48.4	12.0	22.0	19.2	7.0	29.2	5.8	11.4
病床数	病床なし	608	92.4	15.1	28.5	38.0	3.1	7.6	7.9	1.5	10.5	3.3
	20床未満	78	85.9	23.1	38.5	43.6	7.7	10.3	11.5	0.0	10.3	9.0
	20~200床未満	383	96.3	41.0	60.8	54.3	16.2	30.3	26.9	6.8	41.3	16.4
	200~400床未満	124	88.7	62.1	85.5	74.2	32.3	54.0	46.0	25.0	76.6	29.8
	400床以上	35	82.9	68.6	77.1	77.1	54.3	88.6	54.3	51.4	88.6	28.6

	件数	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳腺外科	気管食道外科	消化器外科 (胃腸外科)	泌尿器科
全体	1,237	0.6	35.1	11.8	6.0	48.1	6.3	7.6	7.8	0.5	14.1	26.4
病床数	病床なし	608	0.5	30.9	3.8	2.8	28.1	0.3	1.0	1.6	0.2	4.3
	20床未満	78	0.0	20.5	2.6	2.6	25.6	1.3	2.6	0.0	12.8	11.5
	20~200床未満	383	0.3	32.9	12.8	8.9	68.9	5.0	8.4	8.9	0.5	39.7
	200~400床未満	124	0.8	60.5	33.9	12.1	86.3	28.2	25.8	28.2	1.6	83.9
	400床以上	35	2.9	74.3	77.1	17.1	82.9	57.1	60.0	48.6	2.9	82.9

	件数	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児外科	産婦人科	産科	婦人科
全体	1,237	11.2	22.8	45.6	9.8	0.6	21.0	18.3	3.2	9.7	1.1	10.2
病床数	病床なし	608	5.6	3.9	13.5	0.7	0.0	2.3	1.5	0.7	1.0	2.1
	20床未満	78	12.8	5.1	17.9	0.0	0.0	3.8	0.0	5.1	1.3	2.6
	20~200床未満	383	17.2	32.6	81.5	12.8	1.0	31.9	26.6	3.7	9.9	17.0
	200~400床未満	124	16.1	79.8	94.4	35.5	1.6	70.2	64.5	8.1	41.1	29.0
	400床以上	35	20.0	74.3	91.4	65.7	5.7	85.7	85.7	20.0	62.9	25.7

	件数	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科	その他
全体	1,237	47.4	28.1	22.6	5.3	4.6	5.8	5.8	0.5	0.2	7.0	8.6
病床数	病床なし	608	16.0	7.4	2.6	0.5	0.5	0.8	0.0	0.0	0.7	3.6
	20床未満	78	35.9	10.3	9.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7
	20~200床未満	383	81.7	41.3	32.6	2.1	5.2	8.9	0.5	0.5	6.5	10.4
	200~400床未満	124	86.3	81.5	79.8	22.6	16.1	23.4	16.9	0.0	29.8	24.2
	400床以上	35	94.3	82.9	80.0	65.7	31.4	51.4	31.4	8.6	54.3	22.9

【同一法人・関連法人が提供しているサービス・事業所等の状況】

同一法人・関連法人が提供しているサービス・事業所等の状況をみると、「訪問看護ステーション」(30.4%)が最も多く、次いで「居宅介護支援(介護予防支援)事業所」(29.4%)、「一般診療所」(24.8%)の順であった。

なお、「他に運営施設・事業所等はない」は36.6%であった。

図表 提供しているサービス・事業所等の状況(複数回答)

(単位: %)

		件数	病院 (貴施設以外)	一般診療所 (貴施設以外)	訪問看護 ステーション	介護老人 保健施設	介護老人 福祉施設	介護医療院	特定施設 (有料老人ホーム、 軽費老人ホーム、 サービス付き高齢者 向け住宅(該当する 場合))	特定施設 (有料老人ホーム、 軽費老人ホーム、 サービス付き高齢者 向け住宅(該当する 場合))
全体		1,206	20.6	24.8	30.4	19.6	5.9	3.4	9.0	
病床数	病床なし	589	4.2	25.6	9.2	5.4	2.0	0.7	3.7	
	20床未満	75	2.7	22.7	12.0	13.3	2.7	5.3	18.7	
	20~200床未満	379	40.4	24.3	57.3	37.7	10.3	6.6	14.0	
	200~400床未満	120	44.2	25.0	54.2	31.7	10.0	5.8	15.8	
	400床以上	35	40.0	22.9	48.6	28.6	8.6	2.9	2.9	

		件数	サービス 付き高齢者 向け住宅 (07を除く)	地域 包括 支援 センター	居宅 介護 支援 (介護 予防 支援) 事業所	認知 症 高齢 者 グル ープ ホーム	その 他の 介護 保険 サー ビス	その 他	他に 運営 施設 ・ 事業 所等 はない
全体		1,206	5.5	10.4	29.4	9.5	15.8	4.2	36.6
病床数	病床なし	589	2.7	3.6	11.7	6.8	8.0	3.1	58.6
	20床未満	75	8.0	4.0	26.7	14.7	33.3	0.0	29.3
	20~200床未満	379	10.3	19.5	54.6	12.9	26.9	5.0	11.3
	200~400床未満	120	3.3	15.0	40.0	10.0	11.7	7.5	17.5
	400床以上	35	0.0	17.1	20.0	2.9	8.6	14.3	22.9

【職員配置】

職員配置は以下の通りであった。

図表 職員配置

認知症専門医（実人数）		（単位：人）			
		件数	平均値	最小値	最大値
全体		970	0.6	0.0	22.0
病床数	病床なし	521	0.2	0.0	20.0
	20床未満	66	0.2	0.0	2.0
	20～200床未満	252	0.6	0.0	9.0
	200～400床未満	99	1.7	0.0	22.0
	400床以上	28	4.6	0.0	20.0
認知症サポート医（実人数）		（単位：人）			
		件数	平均値	最小値	最大値
全体		1,053	0.6	0.0	9.0
病床数	病床なし	571	0.5	0.0	4.0
	20床未満	71	0.5	0.0	2.0
	20～200床未満	276	0.7	0.0	6.0
	200～400床未満	102	0.8	0.0	9.0
	400床以上	27	1.1	0.0	4.0
認知症認定看護師（実人数）		（単位：人）			
		件数	平均値	最小値	最大値
全体		990	0.3	0.0	9.0
病床数	病床なし	512	0.0	0.0	2.0
	20床未満	63	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	272	0.5	0.0	9.0
	200～400床未満	107	0.8	0.0	7.0
	400床以上	31	1.1	0.0	3.0
精神保健福祉士（実人数）		（単位：人）			
		件数	平均値	最小値	最大値
全体		954	0.3	0.0	10.0
病床数	病床なし	510	0.0	0.0	4.0
	20床未満	64	0.0	0.0	1.0
	20～200床未満	248	0.4	0.0	4.0
	200～400床未満	98	1.0	0.0	7.0
	400床以上	31	2.6	0.0	10.0
MSW（社会福祉士等）（実人数）		（単位：人）			
		件数	平均値	最小値	最大値
全体		1,105	1.6	0.0	17.0
病床数	病床なし	517	0.2	0.0	10.0
	20床未満	64	0.4	0.0	10.0
	20～200床未満	362	2.5	0.0	8.0
	200～400床未満	123	4.1	0.0	10.0
	400床以上	32	6.2	0.0	17.0

注：記入のあった施設（0人を含む）を対象に集計を行った結果を示している。

【1日の平均的な外来患者数の規模】

1日の平均的な外来患者数の規模をみると、「50人未満」（30.6%）と最も多く、次いで「50人～100人未満」（29.4%）、「100人～200人未満」（17.6%）であった。

図表 外来患者数

(単位：%)

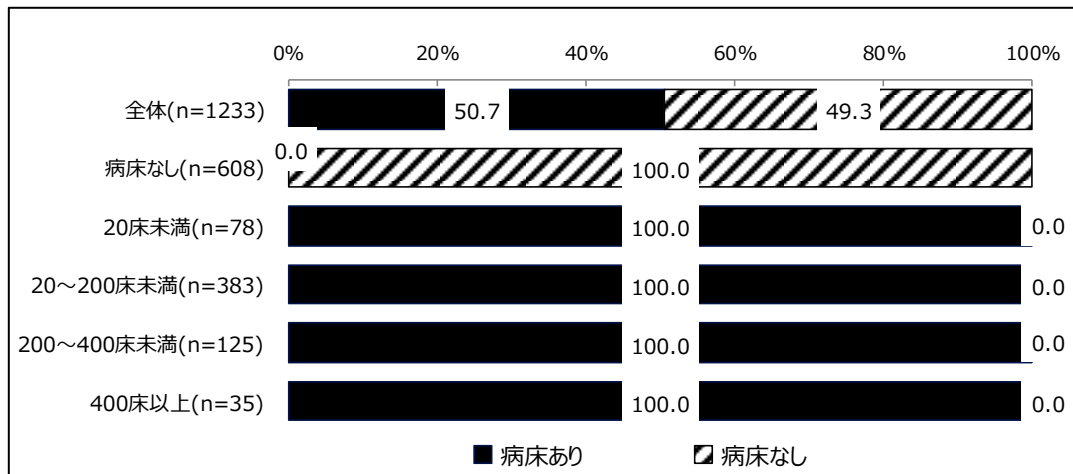
	件数	50人未満	50人～100人未満	100人～200人未満	200人～300人未満	300人～400人未満	400人以上
全体	1,234	30.6	29.4	17.6	7.3	4.1	4.1
病床数	病床なし	608	50.7	38.7	7.6	1.3	0.2
	20床未満	78	33.3	51.3	14.1	1.3	0.0
	20～200床未満	381	10.2	21.3	37.0	16.5	5.2
	200～400床未満	124	2.4	4.0	12.1	12.9	15.3
	400床以上	35	2.9	2.9	5.7	0.0	5.7

	件数	50人未満	50人～100人未満	100人～200人未満	200人～300人未満	300人～400人未満	400人以上
全体	1,234	2.3	1.4	1.0	1.1	0.5	0.8
病床数	病床なし	608	0.7	0.0	0.2	0.0	0.3
	20床未満	78	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	381	1.8	0.5	0.3	0.3	0.0
	200～400床未満	124	12.1	10.5	2.4	4.0	1.6
	400床以上	35	5.7	5.7	20.0	17.1	11.4

【病床の有無】

回答医療機関の病床の有無をみると、「病床あり」が 50.7%、「病床なし」が 49.3%であった。

図表 病床の有無



【許可病床数】

許可病床数の平均値は、次の通りであった。

図表 許可病床数

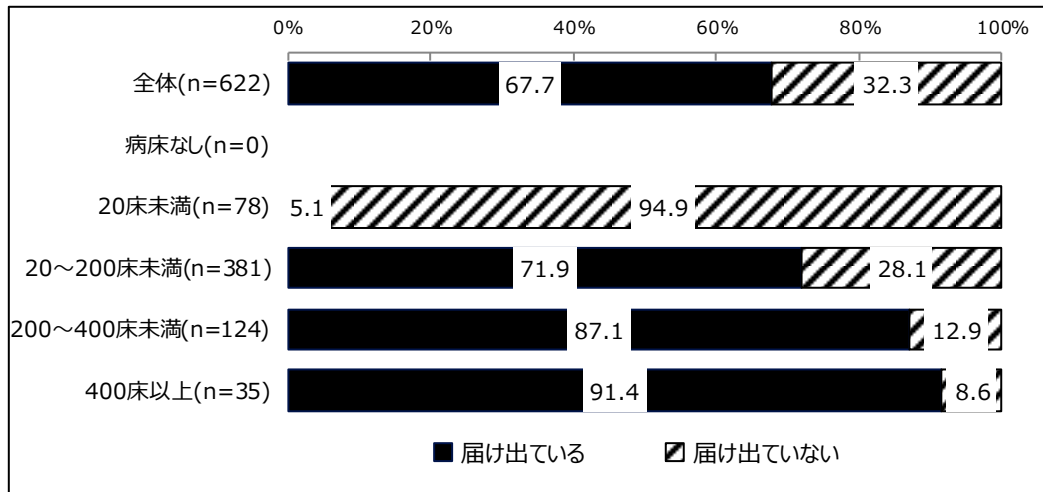
(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		621	164.6	1.0	1,086.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	78	16.4	1.0	19.0
	20～200床未満	383	121.5	25.0	199.0
	200～400床未満	125	285.4	200.0	399.0
	400床以上	35	534.6	400.0	1,086.0

【「認知症ケア加算」の届出状況】

「病床あり」と回答した医療機関の「認知症ケア加算」の届出状況についてみると、「届け出ている」が67.7%、「届け出していない」が32.3%であった。

図表 「認知症ケア加算」の届出状況



【入院基本料別の許可病床数】

入院基本料別の許可病床数は、次の通りであった。

図表 入院基本料別の許可病床数

一般病棟入院基本料		(単位：床)			
		件数	平均値	最小値	最大値
全体		560	118.3	0.0	1,036.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	47	6.9	0.0	100.0
	20～200床未満	356	76.8	0.0	270.0
	200～400床未満	120	212.4	0.0	395.0
	400床以上	34	368.9	28.0	1,036.0

療養病棟入院基本料		(単位：床)			
		件数	平均値	最小値	最大値
全体		328	40.9	0.0	201.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	42	1.3	0.0	19.0
	20～200床未満	221	44.2	0.0	199.0
	200～400床未満	51	55.0	0.0	201.0
	400床以上	14	55.7	0.0	144.0

結核病棟入院基本料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		174	1.5	0.0	58.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	91	0.5	0.0	41.0
	200～400床未満	32	4.8	0.0	58.0
	400床以上	12	5.8	0.0	24.0

精神病棟入院基本料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		194	16.0	0.0	360.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	97	5.1	0.0	147.0
	200～400床未満	37	22.6	0.0	124.0
	400床以上	20	86.4	0.0	360.0

特定機能病院入院基本料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		175	4.1	0.0	200.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	97	3.2	0.0	80.0
	200～400床未満	32	12.6	0.0	200.0
	400床以上	7	0.0	0.0	0.0

専門病院入院基本料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		166	1.6	0.0	244.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	91	0.0	0.0	0.0
	200～400床未満	29	0.0	0.0	0.0
	400床以上	7	37.7	0.0	244.0

障害者施設等入院基本料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		209	16.1	0.0	215.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	119	15.4	0.0	111.0
	200～400床未満	39	24.5	0.0	150.0
	400床以上	12	49.1	0.0	215.0

有床診療所入院基本料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		193	4.4	0.0	19.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	66	12.8	0.0	19.0
	20～200床未満	91	0.0	0.0	0.0
	200～400床未満	29	0.0	0.0	0.0
	400床以上	7	0.0	0.0	0.0

有床診療所療養病床入院基本料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		172	0.6	0.0	18.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	45	2.4	0.0	18.0
	20～200床未満	91	0.0	0.0	0.0
	200～400床未満	29	0.0	0.0	0.0
	400床以上	7	0.0	0.0	0.0

うち 回復期リハビリテーション病棟入院料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		282	30.2	0.0	206.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	1.2	0.0	19.0
	20～200床未満	159	30.6	0.0	183.0
	200～400床未満	66	39.3	0.0	117.0
	400床以上	18	55.8	0.0	206.0

うち 地域包括ケア病棟入院料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		544	33.3	0.0	132.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	357	30.8	0.0	101.0
	200～400床未満	115	49.0	0.0	132.0
	400床以上	31	45.5	0.0	80.0

うち 精神療養病棟入院料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		174	3.1	0.0	214.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	94	1.0	0.0	50.0
	200～400床未満	32	3.4	0.0	60.0
	400床以上	9	38.2	0.0	214.0

うち 認知症治療病棟入院料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		170	3.8	0.0	240.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	93	0.1	0.0	10.0
	200～400床未満	30	11.8	0.0	240.0
	400床以上	8	36.1	0.0	240.0

うち 地域移行機能強化病棟入院料

(単位：床)

		件数	平均値	最小値	最大値
全体		168	0.0	0.0	0.0
病床数	病床なし	0	0.0	0.0	0.0
	20床未満	39	0.0	0.0	0.0
	20～200床未満	92	0.0	0.0	0.0
	200～400床未満	30	0.0	0.0	0.0
	400床以上	7	0.0	0.0	0.0

2. 認知症の相談・診断について

(1) 患者、家族等からの相談への対応状況

認知症が疑われる患者、家族等からの相談への対応状況をみると、「診察時間中に医師が相談に応じている」が91.9%、「地域の認知症専門医が所属する医療機関を紹介している」は36.6%、「地域の認知症サポート医が所属する医療機関を紹介している」10.1%、「地域の精神科を標榜している医療機関を紹介している」29.7%、「地域包括支援センターを紹介している」29.7%、「認知症の人と家族の会を紹介している」4.8%であった。

図表 認知症が疑われる患者、家族等からの相談への対応状況(複数回答)

(単位: %)

	件数	診察時間中に医師が相談に応じる	地域の認知症専門医が所属する医療機関を紹介している	地域の認知症サポート医が所属する医療機関を紹介している	地域の精神科を標榜している医療機関を紹介している	地域包括支援センターを紹介している	認知症の人と家族の会を紹介している	その他
全体	1,231	91.9	36.6	10.1	25.4	29.7	4.8	1.7
病床数								
病床なし	608	97.2	37.5	7.4	17.8	21.2	2.3	1.0
20床未満	78	93.6	44.9	7.7	17.9	16.7	3.8	1.3
20～200床未満	380	86.6	36.6	12.6	33.9	38.2	5.8	2.4
200～400床未満	122	84.4	34.4	18.0	43.4	50.8	10.7	1.6
400床以上	34	76.5	17.6	5.9	20.6	32.4	14.7	8.8

(2) 診断に関わる検査等の実施状況

認知症の診断に関わる検査等の実施状況をみると、入院患者では、面談（51.3%）、「画像検査」（47.6%）、「一般身体検査」（46.6%）、「神経心理学検査」（39.3%）の順であった。なお、「診断のための検査等を行っていない」が40.6%であった。

外来患者においては、面談（81.7%）、「一般身体検査」（77.9%）、「神経心理学検査」（59.2%）、「画像検査（CT, MRI 等）」（49.0%）の順であった。「診断のための検査等を行っていない」は9.0%であった。

図表 診断に関わる検査について（複数回答）

入院患者		(単位：%)					
		件数	面談	一般身体検査	神経心理学検査	（画像検査、CT、MRI等）	行診のための検査等は
全体		951	51.3	46.6	39.3	47.6	40.6
病床数	病床なし	350	11.7	8.0	6.6	4.3	87.7
	20床未満	72	79.2	72.2	41.7	38.9	18.1
	20～200床未満	371	71.4	67.4	55.3	75.7	12.9
	200～400床未満	119	78.2	69.7	72.3	80.7	10.1
	400床以上	33	78.8	72.7	78.8	81.8	18.2
外来患者		(単位：%)					
		件数	面談	一般身体検査	神経心理学検査	（画像検査、CT、MRI等）	行診のための検査等は
全体		1,207	81.7	77.9	59.2	49.0	9.0
病床数	病床なし	604	89.1	84.6	59.3	24.0	6.1
	20床未満	78	87.2	80.8	44.9	39.7	10.3
	20～200床未満	366	69.7	66.7	54.4	75.4	13.4
	200～400床未満	118	75.4	74.6	74.6	87.3	9.3
	400床以上	34	88.2	82.4	91.2	91.2	8.8

他院からの紹介患者

(単位：%)

		件数	面談	一般身体検査	神経心理学検査	画像検査 (CT、MRI等)	診断のための検査等は
全体		969	63.3	60.3	48.4	46.0	28.4
病床数	病床なし	431	60.6	56.1	42.7	19.3	36.4
	20床未満	68	75.0	61.8	35.3	36.8	22.1
	20～200床未満	331	59.8	60.1	47.7	66.2	26.3
	200～400床未満	103	68.9	68.0	68.9	83.5	12.6
	400床以上	32	87.5	84.4	90.6	90.6	9.4

(3) 認知症の診断を目的とする他医療機関への紹介状況

患者に認知症の疑いがある場合、認知症の診断を受けることを目的とした、他の医療機関への紹介状況をみると以下の通りであった。

画像検査を目的とした紹介では、「認知症専門医が所属する医療機関」(36.9%)、「精神科のある医療機関」(24.2%)、「認知症疾患医療センター」(23.6%)の順であった。なお、「紹介を行うことはない」は27.1%であった。

神経心理学的検査を目的とした紹介においては、「認知症専門医が所属する医療機関」(37.3%)、「精神科のある医療機関」(30.1%)、「認知症疾患医療センター」(23.4%)の順であった。「紹介を行うことはない」は33.6%であった。

詳細な面談についてみると、「認知症専門医が所属する医療機関」(38.8%)、「精神科のある医療機関」(34.1%)、「認知症疾患医療センター」(24.7%)の順であった。「紹介を行うことはない」は29.2%であった。

専門的知見を得るためでは、「認知症専門医が所属する医療機関」(44.4%)、「精神科のある医療機関」(40.8%)、「認知症疾患医療センター」(30.7%)の順であった。「紹介を行うことはない」は16.4%であった。

図表 認知症の診断を目的とする他医療機関への紹介状況(主なもの2つまで)

画像検査を目的として紹介する

(単位：%)

		件数	精神科のある医療機関 (2、3、4以外)	認知症サポート医が 所属する医療機関	認知症専門医が 所属する医療機関	認知症疾患医療センター	その他	紹介を行うことはない
全体		1,112	24.2	8.7	36.9	23.6	16.1	27.1
病床数	病床なし	581	25.8	12.2	49.7	30.8	20.8	8.1
	20床未満	73	31.5	4.1	43.8	20.5	16.4	20.5
	20～200床未満	319	25.1	6.3	21.6	16.3	11.0	47.0
	200～400床未満	100	11.0	3.0	16.0	11.0	8.0	62.0
	400床以上	32	9.4	0.0	9.4	6.3	9.4	75.0

神経心理学検査

(単位：%)

		件数	(2、3、4以外)	精神科のある医療機関	認知症サポート医が所属する医療機関	認知症専門医が所属する医療機関	認知症疾患医療センター	その他	紹介を行うことはない
全体		1,078	30.1	8.3	37.3	23.4	4.0	33.6	
病床数	病床なし	546	30.0	10.6	50.9	30.2	3.7	20.5	
	20床未満	70	42.9	4.3	40.0	21.4	8.6	20.0	
	20～200床未満	323	34.7	7.4	24.8	17.6	4.3	42.7	
	200～400床未満	100	15.0	4.0	15.0	11.0	3.0	65.0	
	400床以上	32	6.3	0.0	0.0	6.3	0.0	90.6	

詳細な面談

(単位：%)

		件数	精神科のある医療機関 (2、3、4以外)	認知症サポート医が 所属する医療機関	認知症専門医が 所属する医療機関	認知症疾患医療センター	その他	紹介を行うことはない
全体		1,091	34.1	8.8	38.8	24.7	2.9	29.2
病床数	病床なし	546	32.2	11.5	51.3	30.8	2.4	18.1
	20床未満	70	42.9	4.3	44.3	22.9	8.6	17.1
	20～200床未満	328	41.8	7.3	27.4	19.8	3.0	36.6
	200～400床未満	105	21.0	5.7	20.0	14.3	2.9	52.4
	400床以上	34	11.8	0.0	0.0	8.8	0.0	85.3

専門的知見を得るため

(単位：％)

		件数	(2、3、4以外) 精神科のある医療機関	認知症サポーター 所属する医療機関	認知症専門医療機関 所属する医療機関	認知症疾患医療センター	その他	紹介を行うことはない
全体		1,167	40.8	8.7	44.4	30.7	3.6	16.4
病床数	病床なし	572	34.1	10.5	58.6	36.5	2.8	8.9
	20床未満	73	41.1	2.7	46.6	31.5	9.6	8.2
	20～200床未満	362	54.1	9.4	32.6	25.4	3.9	19.1
	200～400床未満	120	38.3	5.0	25.0	23.3	3.3	32.5
	400床以上	33	21.2	0.0	0.0	6.1	3.0	72.7

(4) 紹介を行う際の問題点

紹介を行う際の問題点をみると、「予約日が先になる（待ち期間が長い）」がいずれの医療機関においても最も割合が高くなっていた。精神科のある医療機関（57.1％）、認知症疾患医療センター（55.3％）で多くなっていた。

図表 紹介を行う際の問題点(主なもの2つまで)

精神科のある医療機関

(単位：％)

		件数	予約日が先になる (待ち期間が長い)	診療情報を共有することに 手間がかかる	患者の日常生活の状況を伝える ことが難しい	介護サービスの利用状況が 把握できていない	(逆紹介の対応に関する課題) 紹介後の診断結果の連絡、 フォローアップが不十分である	その他	特に問題はない
全体		606	57.1	13.7	12.7	3.5	11.1	2.3	30.5
病床数	病床なし	278	55.8	14.7	12.9	5.8	11.2	1.1	31.7
	20床未満	44	43.2	9.1	22.7	4.5	9.1	0.0	40.9
	20～200床未満	217	61.3	13.8	12.9	0.5	12.0	4.1	26.7
	200～400床未満	56	55.4	12.5	5.4	0.0	10.7	3.6	32.1
	400床以上	9	88.9	11.1	0.0	22.2	0.0	0.0	11.1

認知症サポート医が所属する医療機関

(単位：％)

		件数	予約日が先になる （待ち期間が長い）	診療情報を共有することに 手間がかかる	患者の日常生活の状況を伝える ことが難しい	介護サービスの利用状況が 把握できていない	（逆紹介の対応に関する課題）	紹介後の診断結果の連絡、 フォローアップが不十分である	その他	特に問題はない
全体		162	40.7	22.8	17.9	5.6	9.9	0.6	36.4	
病床数	病床なし	108	36.1	23.1	16.7	5.6	8.3	0.0	41.7	
	20床未満	6	33.3	0.0	16.7	16.7	16.7	16.7	33.3	
	20～200床未満	38	47.4	21.1	23.7	5.3	10.5	0.0	28.9	
	200～400床未満	10	70.0	40.0	10.0	0.0	20.0	0.0	10.0	
	400床以上	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

認知症専門医が所属する医療機関

(単位：％)

		件数	予約日が先になる （待ち期間が長い）	診療情報を共有することに 手間がかかる	患者の日常生活の状況を伝える ことが難しい	介護サービスの利用状況が 把握できていない	（逆紹介の対応に関する課題） 紹介後の診断結果の連絡、 フォローアップが不十分である	その他	特に問題はない
全体		585	48.0	12.6	14.0	5.1	11.1	0.9	37.4
病床数	病床なし	384	47.7	12.0	13.0	6.0	11.5	0.5	37.5
	20床未満	42	35.7	14.3	26.2	9.5	9.5	0.0	42.9
	20～200床未満	126	57.1	13.5	13.5	2.4	9.5	2.4	32.5
	200～400床未満	30	33.3	16.7	13.3	0.0	13.3	0.0	46.7
	400床以上	2	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	50.0

(单位:%)

(5) 紹介を行わない理由

図表 紹介を行わない理由(主なもの3つまで)

27

（６）認知症の診断に関わる医療機関間の連携に関する課題

【病 院】

- ・行動・心理症状が強く、自宅で生活することができない患者の紹介先を探すことが難しい。
- ・かかりつけ医においては、診断を行うことは難しいため、専門医療機関を紹介されるが、外来待機期間が長く確定診断に時間がかかる。
- ・コメディカル間の連携はスムーズであるが、医師間での連携はそれほど進んでいない。
- ・医療圏内で認知症疾患医療センターが 1 ヶ所しかなく、予約日が先になるため早期治療に繋がらない。
- ・院内には専門医が不在のため、他院に頼らなければいけない。そのため、タイムリーに診断までたどり着かず、結果退院後地域に依頼することになる。家族や地域の協力が不十分な場合はうまく展開できないことがある。
- ・重度認知症の受入機関が少ない。
- ・紹介状のやり取りはスムーズだが、それ以上の情報交換までには至っていない。また入院治療を希望して紹介しても、入院の必要性がないと断られることもあり、治療ケアに困るケースがある。
- ・精神科の場合なかなか予約が取れない状況があり早期対応が困難なことが多い。
- ・内科的疾患、認知症の周辺症状を合併している場合、受け入れてもらえないことが多い。
- ・認知症により入院治療を継続して行なうことが困難な場合の連携がスムーズに行えない。

【診療所（無床）】

- ・どの医療機関に紹介すればよいか情報が不足している。
- ・予約が取りにくく連携がスムーズにいかない。
- ・画像診断等は実施してもらえるがその後のフォローや相談対応を実施するところは少ない。
- ・各々が独立して診療に当たっている事が多くあまり連携は進んでいないと感じる。
- ・患者の紹介、加療後の病状経過を伝えたり共有するのがなかなか難しい事がある。
- ・急に認知症症状が悪化し、自宅（特に高齢夫婦のみの世帯や一人暮らし世帯）での生活が困難になった際に入院が必要な時などなかなか紹介先が難しい
- ・市内に精神科病院がなく、最も近くても車で 30 分以上かかる。独居や高齢世帯の患者が多く、受診の付き添いや移送方法に困る。
- ・紹介しても受診に結びつくまでの期間が長い、薬の処方のみで指導がない。
- ・地域に専門医が少ない。
- ・認知症専門機関によって対応が異なる。

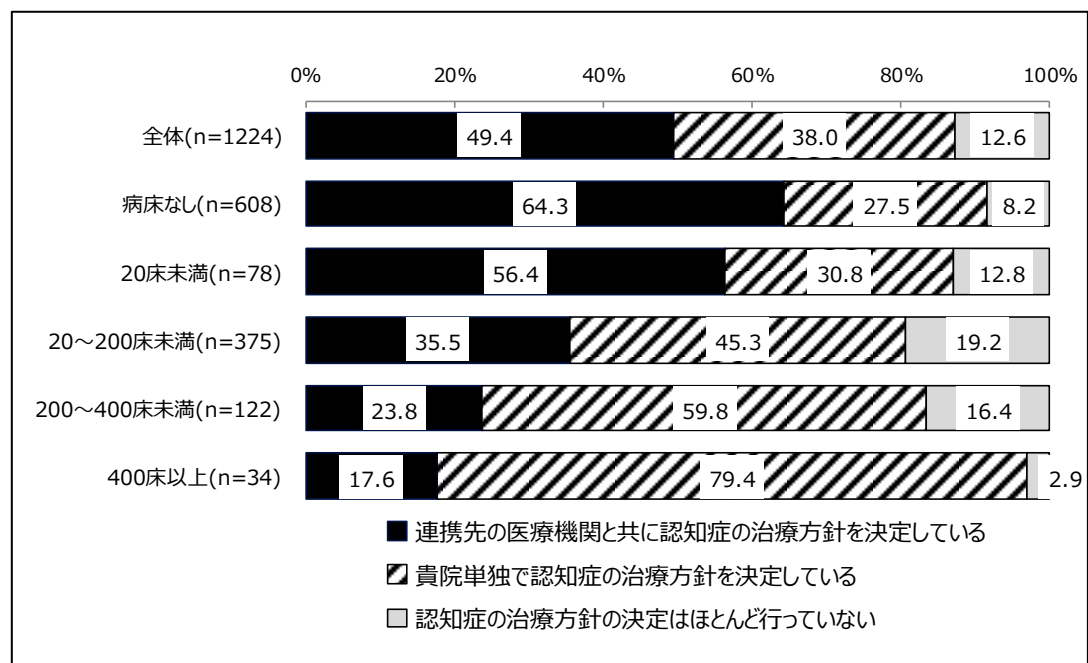
3. 認知症の治療方針の決定過程等について

(1) 認知症の治療方針を決める際の対応等

認知症の治療方針を決める際の対応をみると、「連携先の医療機関と共に認知症の治療方針を決定している」(49.4%)が最も多く、次いで「貴院(回答医療機関)単独で認知症の治療方針を決定している」(38.0%)であった。なお、「認知症の治療方針の決定はほとんど行っていない」は12.6%であった。

病床数別では20床以上で、「貴院単独で認知症の治療方針を決定している」が最も多かった。

図表 認知症の治療方針を決める際の対応

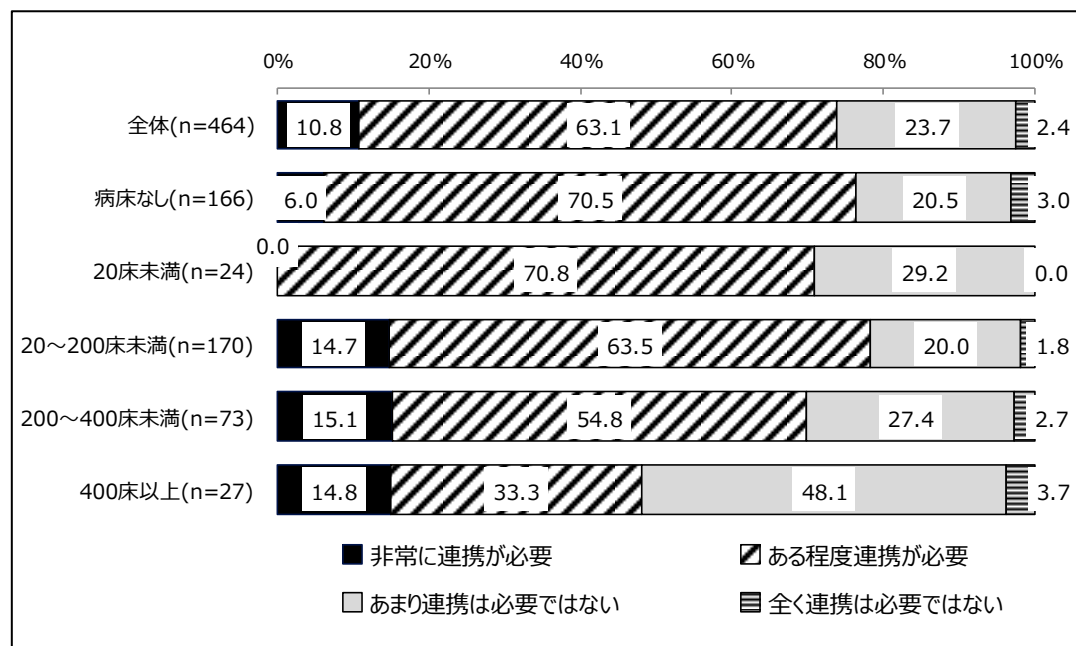


「貴院（回答医療機関）単独で認知症の治療方針を決定している」と回答した医療機関を対象に、治療方針の決定にあたって、本来は他の医療機関と連携することが必要か否かについて尋ねた。

その結果、連携が必要（「非常に連携が必要」（10.8%）、「ある程度連携が必要」（63.1%）の合計）とした割合が、7割超を占めた。

また、他の医療機関との連携の必要性で「非常に連携が必要」または「ある程度連携が必要」と回答した医療機関に、現時点で医療機関単独で治療方針を決定している理由を尋ねたところ、「紹介先の医療機関を受診できるまでに期間を要するため（待ちの患者数が多い等）」（50.1%）が最も多く、次いで「患者が希望しない」（41.8%）、「家族が希望しない」（37.4%）の順に多くなっていた。

**図表 他の医療機関との連携の必要性
（認知症の治療方針を決める過程）**



図表 単独で治療方針を決定している理由(主なもの3つまで)

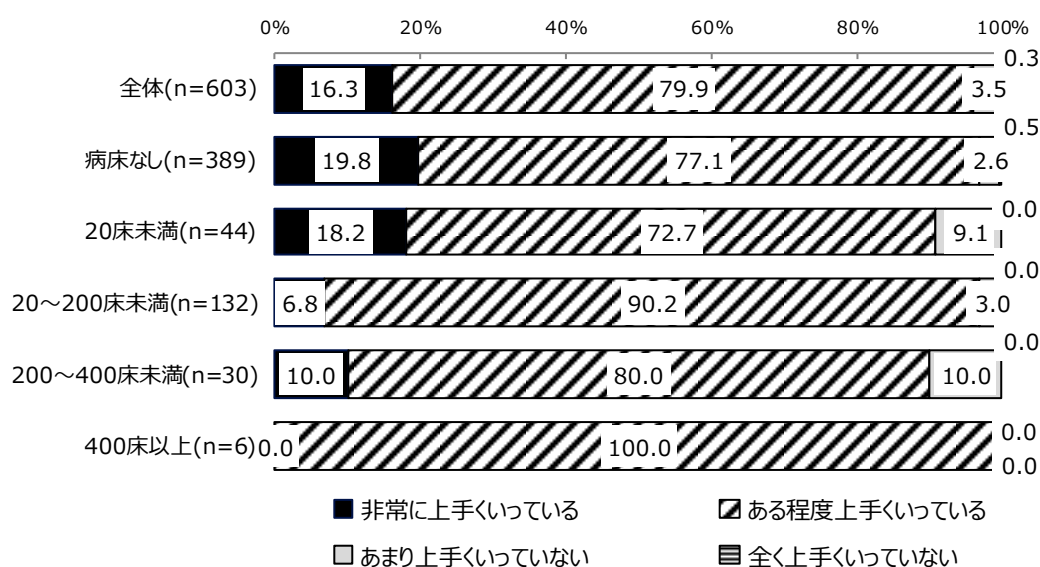
(単位：%)

	件数	医療機関の認知症を専門とする	地域の認知症を専門とする	知らないため関係にある医師を	顔の見える関係にある医師を	(待ちの患者数が多い等)	紹介先の医療機関を受診できる	患者が希望しない	家族が希望しない	その他
全体	337	6.8	20.8	50.1	41.8	37.4	21.1			
病床数	病床なし	126	7.1	21.4	48.4	54.8	36.5	15.1		
	20床未満	17	0.0	23.5	52.9	29.4	47.1	11.8		
	20～200床未満	131	6.9	17.6	54.2	38.9	42.7	22.9		
	200～400床未満	48	4.2	25.0	52.1	25.0	25.0	29.2		
	400床以上	13	23.1	23.1	23.1	15.4	15.4	46.2		

(2) 現在の連携状況に対する評価

「連携先の医療機関と共に認知症の治療方針を決定している」と回答した医療機関を対象に、認知症の治療方針を決める過程における、現在の連携状況の評価について尋ねたところ、上手くいっている(「非常に上手くいっている」(16.3%)、「ある程度上手くいっている」(79.9%))が、9割超を占めた。

図表 現在の連携状況に対する評価



(3) 連携が上手くいっていない理由

前問で、認知症の治療方針を決める過程において、連携が上手くいっていない（「あまり上手くいっていない」、「全く上手くいっていない」と回答した施設に、その理由を尋ねた結果は以下の通りであった。

【病 院】

- ・病状は短期間で変化するため、連携受診で間に合わない。
- ・精神症状のコントロールをしていただきたい方を紹介するも様子観察のケースが多く問題解決に至らないことがある。また、ご家族も納得されてないケースがある。
- ・専門医が在籍していないため、タイムリーに診断、治療できない事が多く、診察日まで待たないといけないこともある。適宜、提携医と連絡は取れるが、困難な状況を見てもらうことが難しい場合もある。

【診療所（無床）】

- ・紹介先での診断でほぼ治療方針は決定されているため、連携しているという関係にはなっていない。その後の再診状況等についての報告もなく、結局本人や家族からの情報のみとなる。
- ・患者の変化時、特に問題行動が出現した場合対応してもらいにくい。
- ・確定診断のための紹介が主となることが多く、サポート目的で再紹介することが少ないため。
- ・患者情報の共有が困難である。

(4) 情報交換を行っている介護等関連機関

「連携先の医療機関と共に認知症の治療方針を決定している」または「貴院（回答医療機関）単独で認知症の治療方針を決定している」と回答した医療機関を対象に、認知症の治療方針の決定にあたり情報交換を行っている介護等関連の機関について尋ねたところ、「地域包括支援センター」（78.0%）が最も多く、次いで「訪問看護ステーション」（68.0%）、「居宅介護支援事業所」（67.6%）の順であった。

なお、「特にない」が10.0%みられた。

図表 情報交換を行っている介護等関連の機関(複数回答)

(単位：%)

		件数	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	訪問看護ステーション	介護保険施設	民生児童委員	成年後見人	その他	特にない
全体		1,047	78.0	67.6	68.0	43.8	8.0	17.9	4.2	10.0
病床数	病床なし	553	77.6	62.2	71.2	37.1	7.4	11.9	2.7	8.3
	20床未満	67	65.7	58.2	46.3	34.3	6.0	16.4	4.5	16.4
	20～200床未満	292	82.2	80.1	70.5	54.1	8.9	25.3	4.1	9.6
	200～400床未満	98	79.6	68.4	58.2	53.1	9.2	25.5	10.2	14.3
	400床以上	31	67.7	64.5	64.5	54.8	9.7	32.3	9.7	19.4

(5) 認知症の治療方針の決定過程における課題

「連携先の医療機関と共に認知症の治療方針を決定している」または「貴院（回答医療機関）単独で認知症の治療方針を決定している」と回答した医療機関を対象に、認知症の治療方針の決定過程における課題について尋ねたところ、「本人と家族の意向を調整すること」（80.6%）が最も多く、次いで「日常生活の状況を把握している介護事業所等との情報交換」（57.4%）、「家族に意向を把握すること」（55.3%）、「本人の意向を把握すること」（55.0%）の順であった。

図表 認知症の治療方針の決定過程における課題（複数回答）

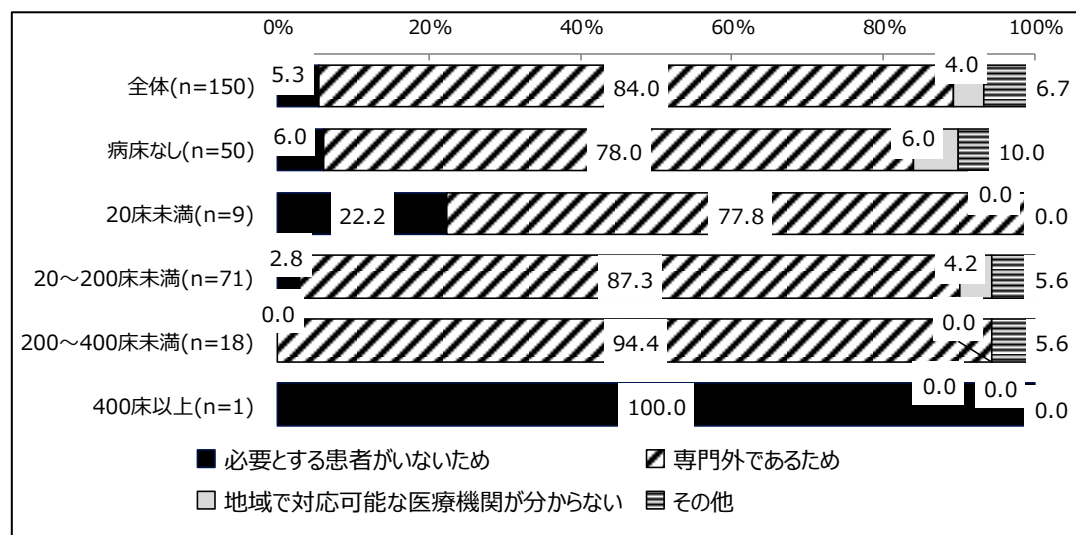
（単位：％）

		件数	こ と 本 人 の 意 向 を 把 握 す る	こ と 家 族 の 意 向 を 把 握 す る	調 本 整 人 と 家 族 の 意 向 を	と し 日 常 生 活 の 情 報 交 換 事 業 所 等 を 把 握	そ の 他
全体		1,037	55.0	55.3	80.6	57.4	2.1
病床数	病床なし	548	50.7	56.4	80.8	58.9	1.5
	20床未満	66	53.0	60.6	71.2	47.0	4.5
	20～200床未満	290	59.3	51.7	84.1	56.6	2.8
	200～400床未満	95	63.2	57.9	77.9	61.1	2.1
	400床以上	32	65.6	53.1	68.8	50.0	3.1

（６）認知症の治療方針の決定を行っていない理由

前問（３．（１））で「認知症の治療方針の決定はほとんど行っていない」と回答した医療機関に、その理由を尋ねたところ、「専門外であるため」（８４．０％）が最も多かった。

図表 認知症の治療方針の決定をほとんど行っていない理由



4. 認知症、認知症に伴う行動・心理症状に対する治療について

(1) 治療の実施状況

認知症、認知症に伴う行動・心理症状に対する治療の実施状況についてみると、「入院医療を行っている」(18.1%)、「外来治療を行っている」(63.6%)であった。また、「連携先の医療機関に紹介している」(58.3%)であった。なお、「いずれも行っていない」は11.0%であった。

図表 認知症、認知症に伴う行動・心理症状に対する治療について(複数回答)

(単位: %)

		件数	入院治療を行っている	外来治療を行っている	連携先の医療機関に紹介している	いずれも行っていない
全体		1,224	18.1	63.6	58.3	11.0
病床数	病床なし	606	2.0	68.8	55.6	10.9
	20床未満	78	14.1	59.0	59.0	14.1
	20～200床未満	374	36.1	55.6	60.7	11.8
	200～400床未満	124	35.5	61.3	64.5	8.1
	400床以上	34	50.0	79.4	52.9	5.9

(2) 実施している治療内容

「入院治療を行っている」または「外来治療を行っている」と回答した医療機関を対象に、実施している治療内容について尋ねたところ、薬物療法では「認知症治療薬」(97.4%)、「漢方薬」(79.5%)、「抗うつ薬」(67.0%)、「抗精神薬」(66.9%)、「脳循環改善薬」(52.3%)、「抗血小板薬」(30.9%)の順であった。

非薬物療法では「運動療法」(27.9%)、「通いの場の紹介(認知症カフェ等)」(21.4%)、「趣味活動」(15.9%)の順であった。

図表 実施している治療内容(複数回答)

【薬物療法】		(単位：%)							
	件数	認知症治療薬	脳循環改善薬	漢方薬	抗うつ薬	抗精神薬	抗血小板薬	その他	
全体	813	97.4	52.3	79.5	67.0	66.9	30.9	2.0	
病床数	病床なし	415	98.6	49.4	83.9	63.4	62.4	33.5	1.2
	20床未満	47	93.6	48.9	70.2	53.2	53.2	27.7	4.3
	20～200床未満	230	96.5	56.1	73.0	73.9	68.3	30.4	1.3
	200～400床未満	88	97.7	60.2	80.7	72.7	81.8	22.7	4.5
	400床以上	28	92.9	39.3	75.0	64.3	92.9	17.9	3.6

【非薬物療法として貴院が実施している事項】		(単位：%)									
	件数	回想療法	園芸療法	音楽療法	運動療法	趣味活動	学習療法	ピアサポート活動・ボランティア活動	通いの場の紹介(認知症カフェ等)	社会参加活動(就労・ボランティア等)	その他
全体	813	8.5	3.7	7.5	27.9	15.9	7.1	1.8	21.4	5.2	6.4
病床数	病床なし	415	3.9	1.4	3.1	18.8	10.6	0.7	20.5	5.8	5.3
	20床未満	47	10.6	2.1	6.4	29.8	12.8	0.0	17.0	4.3	4.3
	20～200床未満	230	12.2	5.7	12.2	39.1	19.6	2.2	22.2	3.5	5.7
	200～400床未満	88	18.2	9.1	14.8	40.9	27.3	9.1	19.3	6.8	12.5
	400床以上	28	14.3	7.1	14.3	28.6	35.7	10.7	14.3	7.1	10.7

【非薬物療法として他機関に紹介・依頼している事項】		(単位：%)									
	件数	回想療法	園芸療法	音楽療法	運動療法	趣味活動	学習療法	ピアサポート活動・ボランティア活動	通いの場の紹介(認知症カフェ等)	社会参加活動(就労・ボランティア等)	その他
全体	813	3.1	2.2	4.4	13.5	9.3	5.0	5.2	21.4	10.9	3.9
病床数	病床なし	415	1.9	1.4	3.9	16.1	10.4	4.1	21.7	10.8	2.4
	20床未満	47	10.6	4.3	8.5	21.3	12.8	6.4	10.6	8.5	4.3
	20～200床未満	230	3.5	2.6	4.8	8.7	7.8	5.7	20.9	10.0	4.8
	200～400床未満	88	1.1	0.0	1.1	6.8	4.5	0.0	23.9	10.2	10.2
	400床以上	28	10.7	14.3	14.3	25.0	17.9	14.3	35.7	28.6	0.0

(3) 主な紹介先

「連携先の医療機関に紹介している」と回答した医療機関に、主な紹介先を尋ねたところ、「地域の認知症専門医が所属する医療機関を紹介している」(63.6%) が最も多く、次いで「地域の精神科を標榜している医療機関を紹介している」(61.4%) であった。

図表 主な紹介先(複数回答)

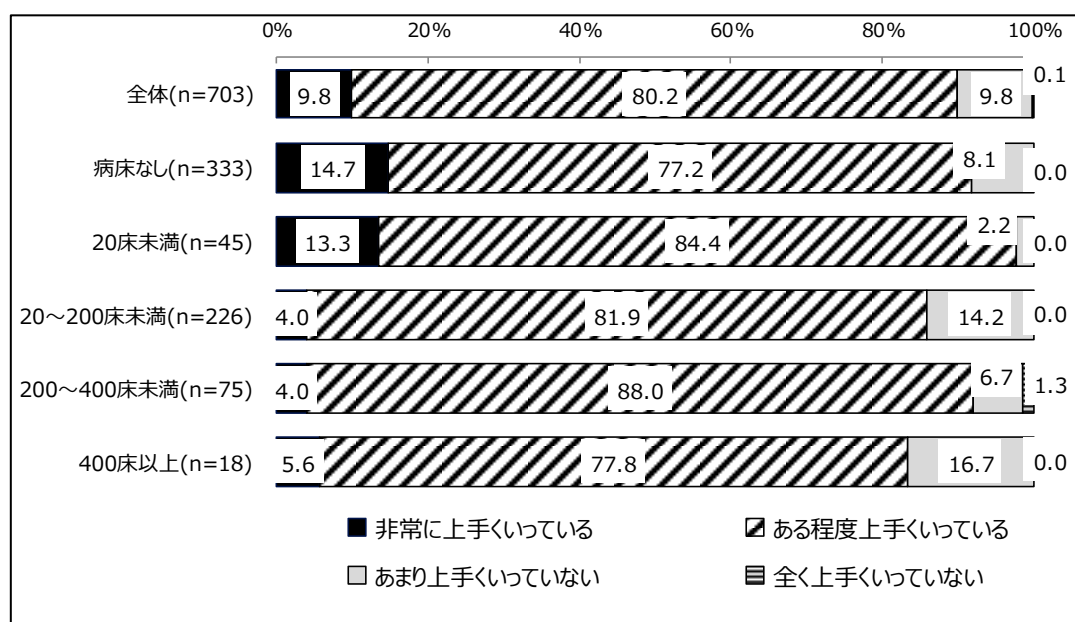
(単位：％)

		件数	医療機関の認知症専門医が所属する	地域の認知症サポート医が所属する	（1、2以外） 医療機関を紹介している	地域の精神科を標榜している	認知症疾患医療センターを紹介している	その他
全体		708	63.6	20.8	61.4	40.5	2.4	
病床数	病床なし	336	73.2	21.4	51.5	41.4	1.2	
	20床未満	45	73.3	15.6	55.6	28.9	4.4	
	20～200床未満	225	55.6	20.9	75.6	41.3	2.2	
	200～400床未満	78	52.6	21.8	62.8	39.7	3.8	
	400床以上	18	16.7	5.6	77.8	38.9	11.1	

(4) 入院治療時の連携状況の評価

「連携先の医療機関に紹介している」と回答した医療機関を対象に、認知症の入院治療に関する連携の評価について尋ねたところ、上手くいっている（「非常に上手くいっている」9.8%、「ある程度上手くいっている」80.2%）が9割を占めた。

図表 認知症の入院治療に関する連携の評価



(5) 連携が上手くいっていない理由

前問で連携が上手くいっていない（「あまり上手くいっていない」、「全く上手くいっていない」）と回答した施設に、その理由を尋ねた結果は以下の通りであった。

【病 院】

- ・直ぐに見てほしいが予約枠が先しかない。入院ベッドに空きがない。
- ・身体合併症があるため入院を断られることが多い。
- ・認知症の治療を目的に入院しようとしても、自傷他害の恐れがない場合、入院先を確保することは難しい。
- ・入院後に初めて認知症であることが判明した場合の対応が極めて困難である。身体的治療が完了した後、精神科病院への入院を依頼をするか、もしくは、専門医に診療依頼を行うことが多い。

【診療所（無床）】

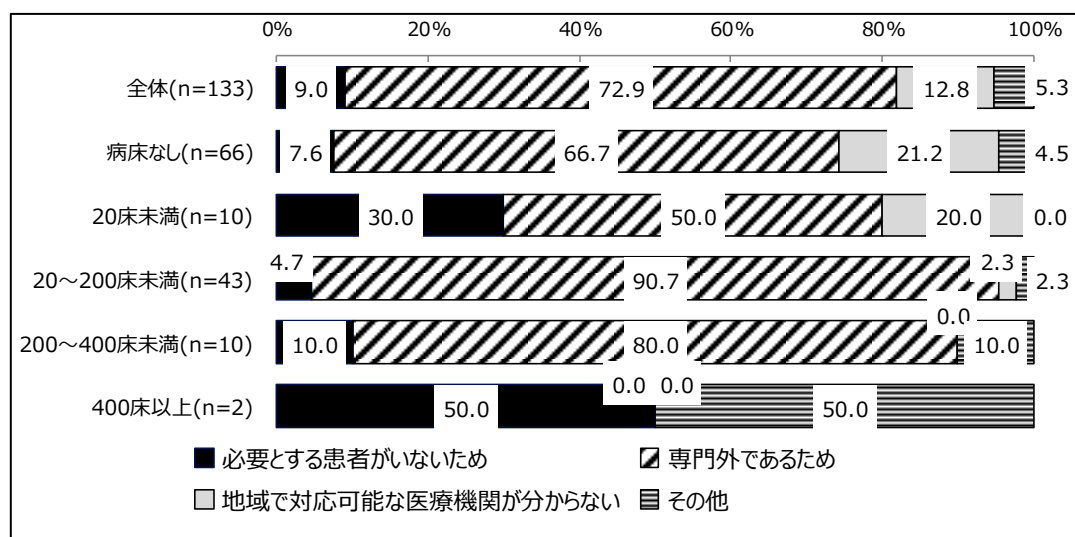
- ・地域に認知症患者の入院先がない。
- ・紹介先の医療機関では、入院治療が不要と判断されることが多い。
- ・認知症患者が、入院適応になるケースは、周辺症状がみられ、本人に説得しても対応が難しい場合や、薬物治療を行ってもコントロールが難しい場合である。但し、

入院先としては、精神科病院以外はない。受け入れ先を探すためにかなりのエネルギーを必要とする。

（６）認知症、認知症の行動・心理症状に対する治療を行っていない理由

認知症の治療、認知症の行動・心理症状に対する治療について、「いずれも行っていない」と回答した医療機関を対象に、その理由を尋ねたところ、「専門外であるため」(72.9%)が最も多く、次いで「地域で対応可能な医療機関が分からない」(12.8%)の順であった。

図表 認知症、認知症の行動・心理症状に対する治療を行っていない理由



（７）医療機関間の連携に関する課題

（認知症、認知症に伴う行動・心理症状の治療過程）

【病 院】

- ・行動・心理症状が顕在化しているものの、入院適応まで行かないため、外来患者のかかりつけ医と連携する際に、精神症状の対応ができるかかりつけ医を見つけることに難渋している。
- ・MSWとPSWの交流の場が少ない。
- ・より専門的に対応できる医療機関の情報が乏しい。
- ・緊急性のあるケースであるにも関わらず、受診までに時間を要することがある。
- ・行動・心理症状が強く、精神科による専門治療が必要であっても、身体的問題から受入れ困難と言われる事が多い。
- ・合併症を含めた治療が必要な患者は、受入れ先がない。
- ・専門医、専門医療機関が少ない。
- ・転入院時において、患者の行動・心理症状がコントロールされておらず、不穏状態のままで受け入れることがある。
- ・身体疾患の治療目的に入院した患者が、精神症状の悪化を来した場合、迅速に転院先を確保し、治療を行うことが難しい。

【診療所（無床）】

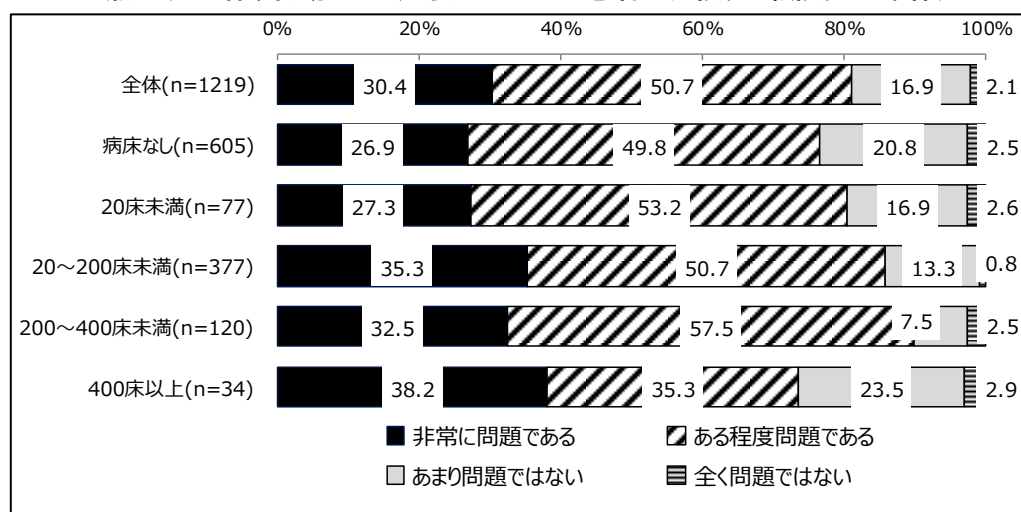
- ・行動・心理症状に対する入院対応が出来る医療機関が限られている。
- ・医療機関同士で患者等の情報交換を行うことができるツールが不足している。
- ・一度専門医療機関に紹介したが、その後どのように治療され、症状がどうなったのか把握できなかったことがある。
- ・外来診療については、ほぼどこの医療機関でも依頼することができるが、入院治療は非常に敷居が高く、また近隣に受入れ可能な病院がないため、遠方まで出向く患者もある。
- ・逆紹介された際に、当院での継続治療が困難な場合がある。
- ・緊急時の受け入れ先が見つかりにくいことがある。
- ・本人が受診拒否状態であったり、本人も家族も複数の医療機関を受診することが難しいことが少なからずあるため、当院でできる限り治療を行う必要があると考えている。
- ・専門医が少ない。対応する医療機関が近くにない。
- ・認知症の確定診断を行った医療機関、連携先の診療所等、それぞれがどのような役割を果たすのか、体制があやふやである。
- ・精神科でないと対応出来ない認知症患者を精神科に紹介しても、精神科医師が内科で診療出来ると判断した場合、患者の行き場が無くなる。

5. 身体合併症の治療状況

(1) 入院治療の過程で生じる問題

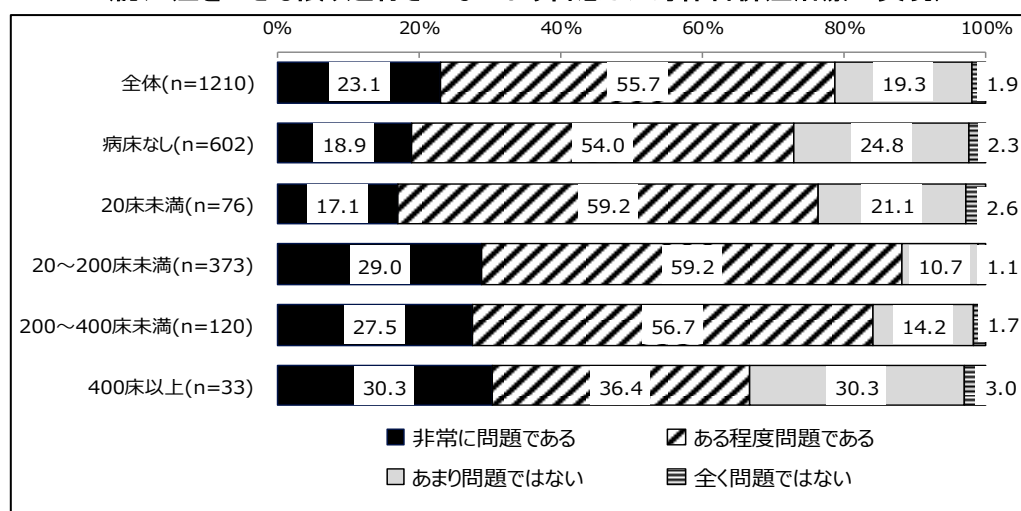
回答医療機関が所在する地域での、認知症（疑い含む）患者の身体合併症の入院治療を行う場合の問題をみると、認知症に伴う行動・心理症状がみられる患者の入院先・転院先の確保」は、あてはまる（「非常に問題である」（30.4%）、「ある程度問題である」（50.7%）の合計）が8割超であった。

図表 身体合併症の入院治療を行う場合の問題
(認知症に伴う行動・心理症状がみられる患者の入院先・転院先の確保)



認知症をできる限り進行させないように留意した身体合併症治療の実現についてみると、あてはまる（「非常に問題である」（23.1%）、「ある程度問題である」（55.7%）の合計）が8割であった。

図表 身体合併症の入院治療を行う場合の問題
(認知症をできる限り進行させないように留意した身体合併症治療の実現)

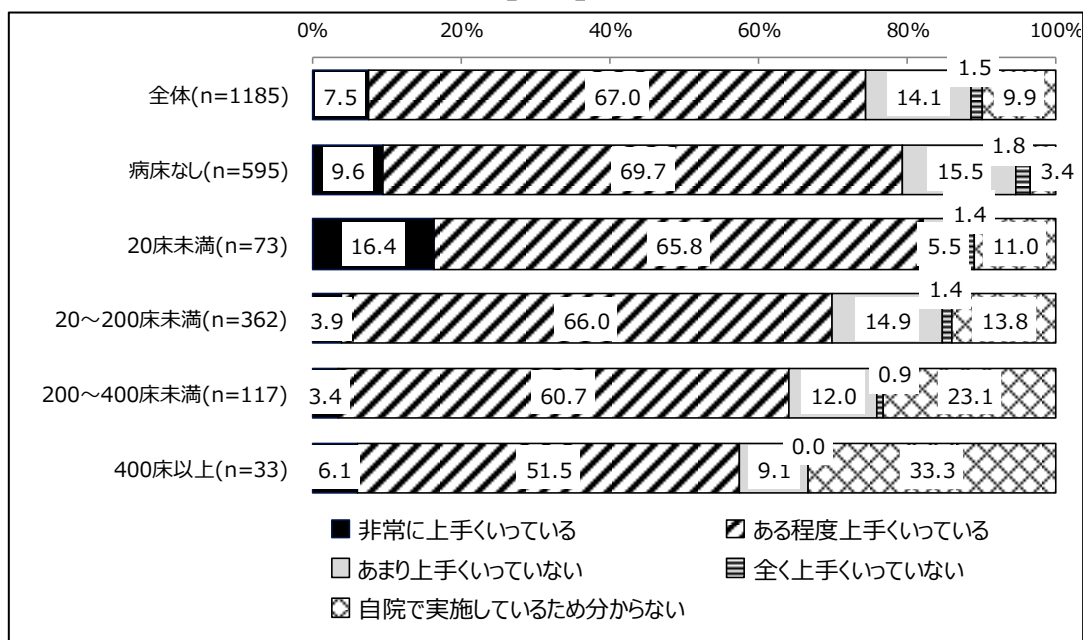


(2) かかりつけ医（医療機関）と身体合併症の治療を行う医療機関の連携状況

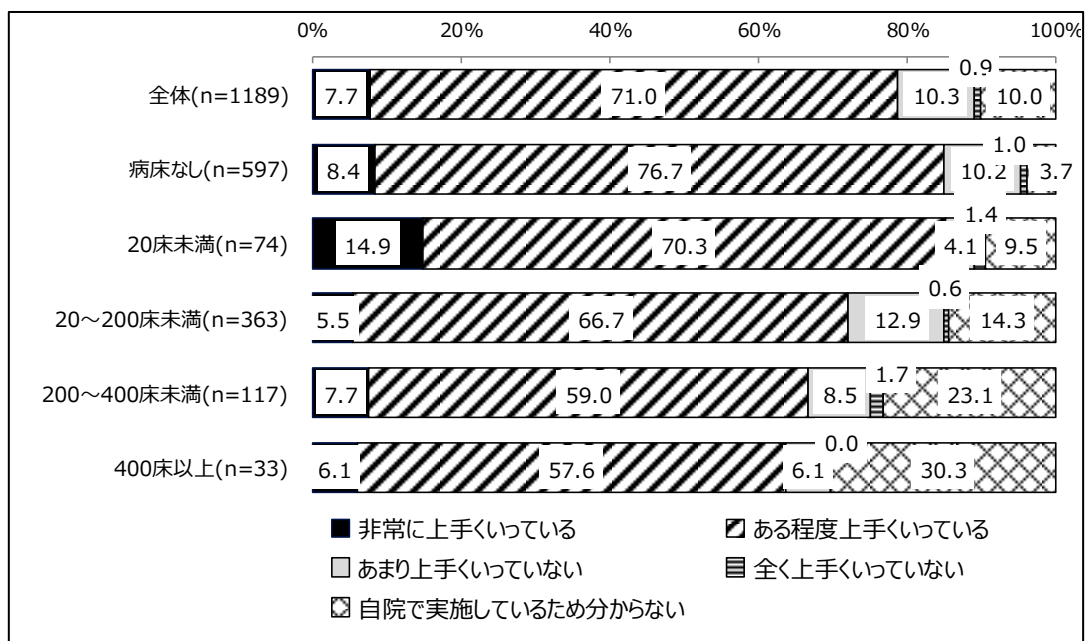
回答医療機関が所在する地域での認知症（疑い含む）患者の身体合併症治療における、かかりつけ医（医療機関）と身体合併症の治療を行う医療機関の連携状況について、上手くいっている（「非常に上手くいっている」、「ある程度上手くいっている」の合計）の割合をみた。

その結果、がん（それぞれ 7.5%、67.0%）、脳血管疾患（それぞれ 7.7%、71.0%）、糖尿病（それぞれ 6.0%、64.7%）、心疾患（それぞれ 7.7%、67.1%）、神経・筋疾患（それぞれ 5.8%、64.9%）、整形外科系疾患（それぞれ 6.1%、64.4%）と回答が得られ、7 割から 8 割が、上手くいっているとの回答であった。

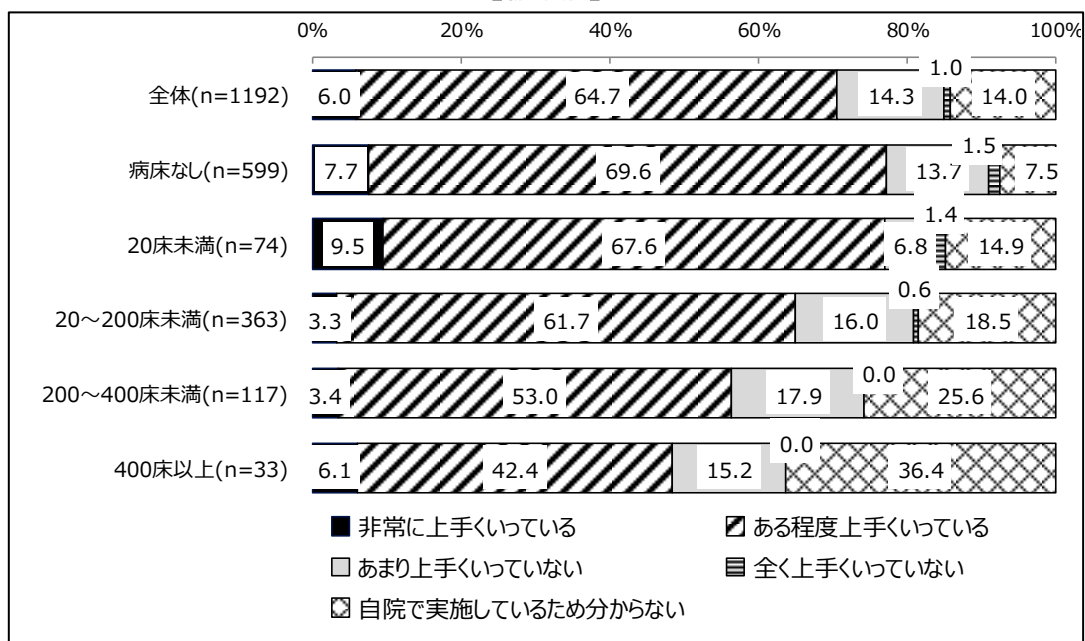
図表 かかりつけ医(医療機関)と身体合併症の治療を行う医療機関の連携状況
【がん】



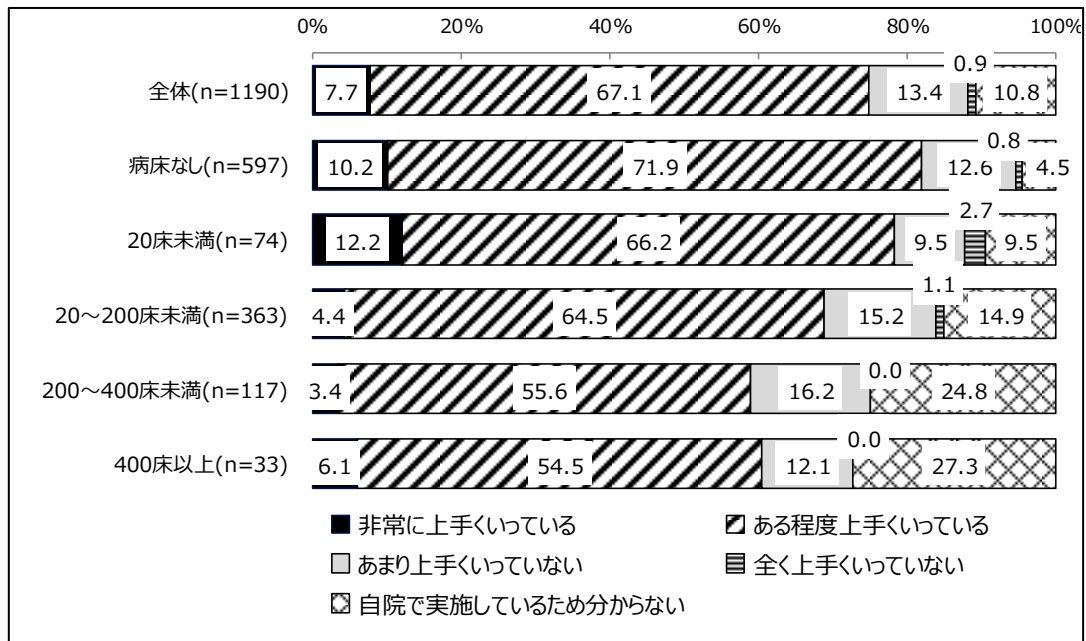
【脳血管疾患】



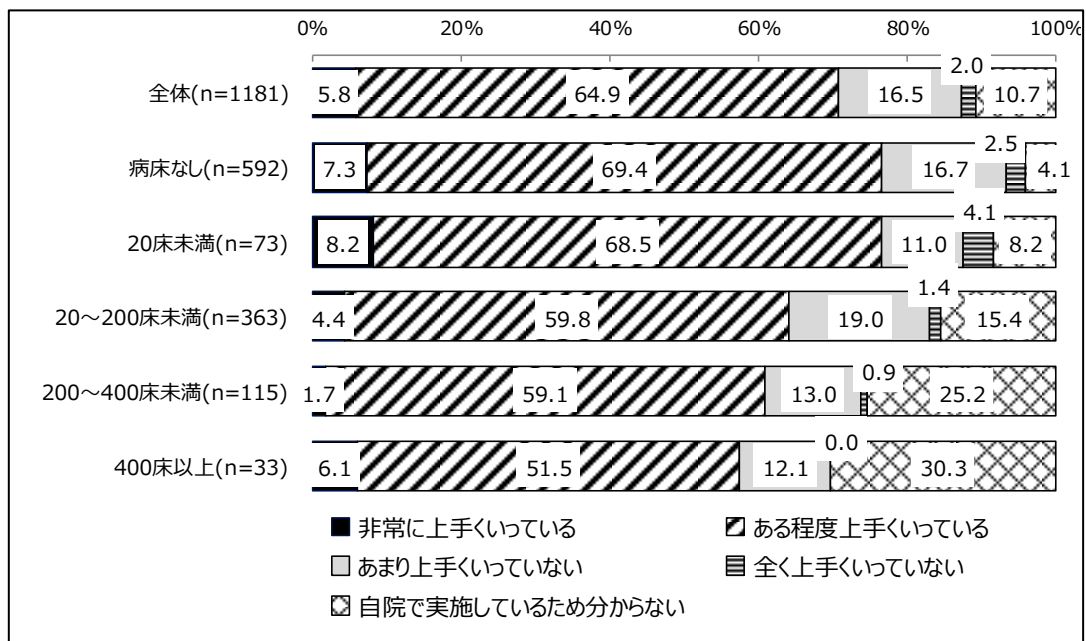
【糖尿病】

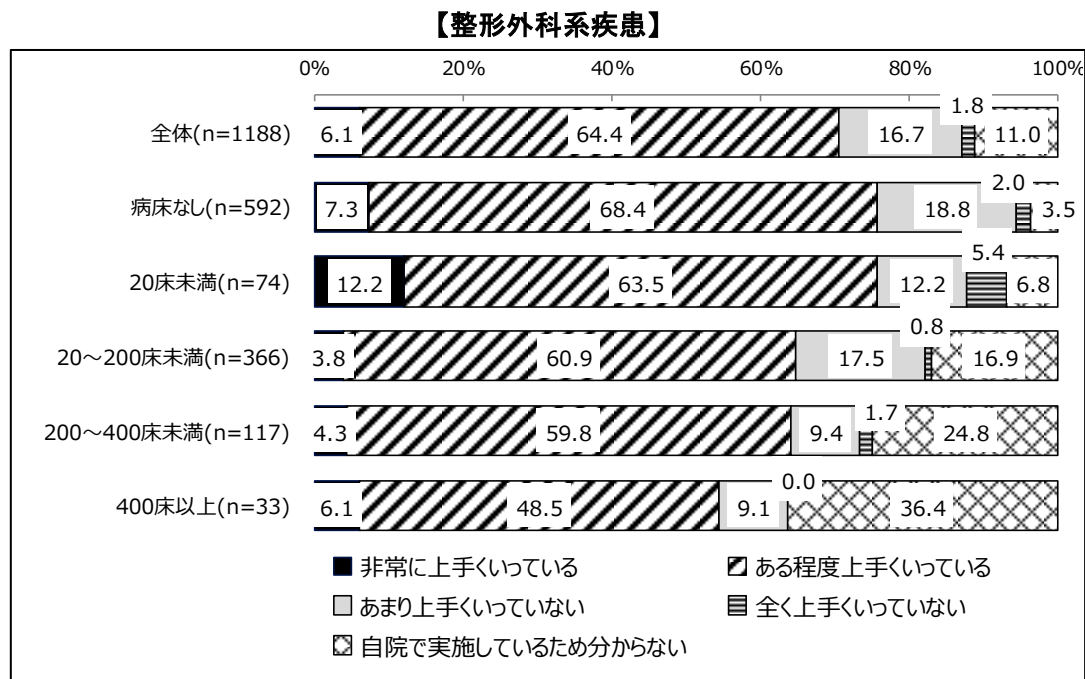


【心疾患】



【神経・筋疾患】





(3) かかりつけ医（医療機関）と身体合併症の治療を行う医療機関の連携に関する課題

【病 院】

- ・行動・心理症状がみられる患者の身体合併症の治療、対応ができる医療機関は限られている。
- ・かかりつけ医から伝えられる診療情報が、非常に少ない。
- ・原疾患の治療が終わっても、認知機能の低下によって在宅に戻れない患者が多い。そのため、かかりつけを受診することができなくなることも多い。
- ・身体合併症の治療を行う医療機関では、その疾病のみに着目して治療をする傾向があるため、全人的視点をもった治療を行って欲しい。
- ・身体合併症の治療を行うことができる医療機関は、精神科医が不在もしくは数が少ないことが多い。
- ・身体合併症の治療を目的として紹介を受けたが、認知症の症状が重く治療の継続が困難であったことがあった。
- ・身体合併症を診ることができる地域の医療体制が不十分である。せん妄、行動・心理症状がみられると、すぐに精神科へに紹介・依頼を受けるが、身体症状が軽症のケースが多々ある。
- ・医療での連携は、なかなか進んでいないと感じる。治療が、それぞれの医療機関で別々に行われていると感じる。
- ・病院とかかりつけ医の間に、認知症患者への介入方針に温度差を感じる。

【診療所（無床）】

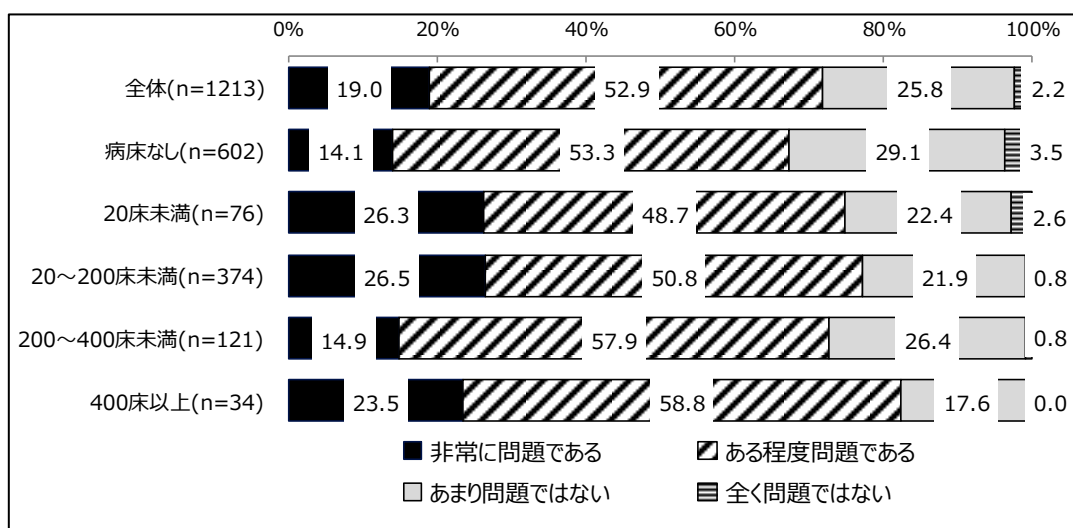
- ・かかりつけ医と病院との細かな連携が取れていない。
- ・せん妄状態により入院継続が困難となり、退院となった患者がいた。入院治療が必要な認知症患者をどこの医療機関に紹介すべきかわからない。
- ・各々の治療に関して、医療者間で治療方針の擦り合わせを行うことが不十分である場合がある。
- ・近隣の比較的大きな病院や大学病院からの情報提供は皆無である。かかりつけ医として認知症の患者の紹介を受けるが、先方の医療機関から提供される情報が不十分であり、受け入れ時に状況把握に難渋している。
- ・身体合併症の治療を目的とした紹介先確保は難しいと感じている。精神科がない病院であると、入院対応は困難だとも感じる。
- ・整形外科疾患（骨折など）と認知症があると紹介先を確保しづらいことがある（紹介先に専門医がいないため）。
- ・地域に専門医のいない科で治療を必要とする疾患を発症した場合、地域外の病院に紹介することになるが、認知症患者の受け入れハードルは非常に高い。
- ・認知症の重症度によっては、身体合併症の治療が消極的になることも否めない。
- ・急性期医療機関は、認知症対応が弱い側面がある。

(4) 身体合併症の入院治療を終えて退院する際の問題点

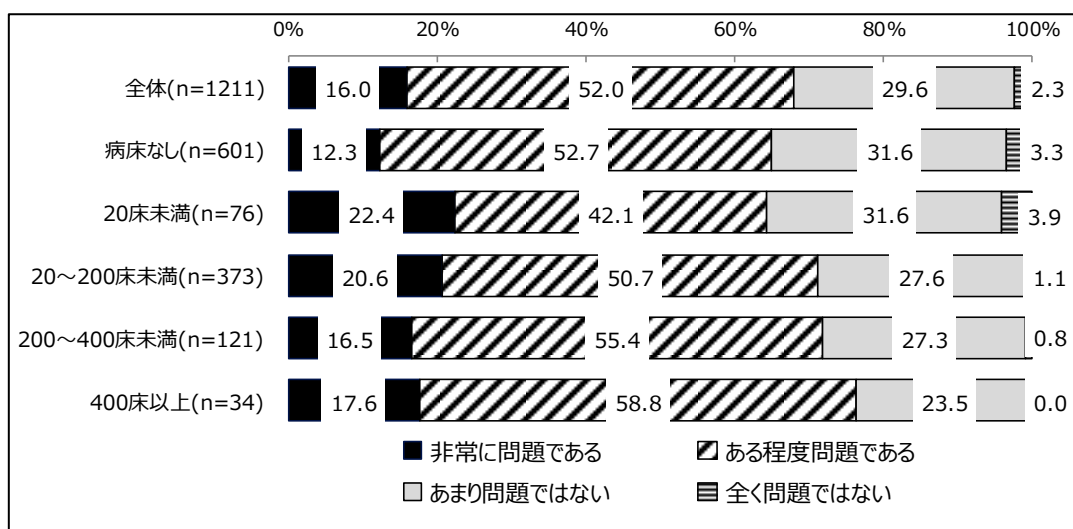
回答医療機関が所在する地域において、認知症（疑い含む）患者が、身体合併症の入院治療を終えて退院する際の問題をみると、問題である（「非常に問題である」、「ある程度問題である」の合計）の割合については以下の通りであった。

在宅復帰の過程が（それぞれ 19.0%、52.9%）、退院後の継続的な病状把握と対応（服薬管理、再発時の対応）（それぞれ 16.0%、52.0%）であり、7 割前後が問題ありと回答していた。

**図表 認知症（疑い含む）患者が、身体合併症の入院治療を終えて退院する際の問題
（在宅復帰の過程）**



**図表 認知症（疑い含む）患者が、身体合併症の入院治療を終えて退院する際の問題
（退院後の継続的な病状把握と対応（服薬管理、再発時の対応））**



(5) 具体的な問題点

「非常に問題である」または「ある程度問題である」と回答した医療機関に、具体的な問題を尋ねたところ、在宅復帰の過程では、「退院後の生活を想定した準備が、入院中から行うことができていない」(56.6%)、「かかりつけ医（医療機関）との連携が不十分である」(37.8%)の順に多くなっていた。

退院後の継続的な病状把握と対応（服薬管理、再発時の対応）においても、「退院後の生活を想定した準備が、入院中から行うことができていない」(55.2%)、「かかりつけ医（医療機関）との連携が不十分である」(42.7%)の順に多くなっていた。

図表 具体的な問題(複数回答)
(在宅復帰の過程)

(単位：%)

		件数	てい ない	退 院 後 の 生 活 を 想 定 し た 準 備	連 携 が 不 十 分 で あ る	か かり つ け 医 （ 医 療 機 関 ） と の	と の 連 携 が 不 十 分 で あ る	自 治 体 、 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	居 宅 介 護 支 援 事 業 所 と の 連 携 が 不 十 分 で あ る	そ の 他
全体		845	56.6	37.8	26.7	23.8	20.7			
病床数	病床なし	395	64.6	49.4	31.6	30.1	9.1			
	20床未満	54	83.3	31.5	16.7	14.8	5.6			
	20～200床未満	279	47.7	24.0	21.5	16.8	34.4			
	200～400床未満	86	37.2	33.7	29.1	25.6	32.6			
	400床以上	27	37.0	37.0	22.2	11.1	37.0			

図表 具体的な問題(複数回答)
(退院後の継続的な病状把握と対応(服薬管理、再発時の対応))

(単位：％)

		件数	退院後の生活を行うことが準備でき	かかりつけ医(医療機関)との連携が不十分である	自治体、地域包括支援センターとの連携が不十分である	居宅介護支援事業所との連携が不十分である	その他
全体		797	55.2	42.7	27.5	26.5	16.1
病床数	病床なし	380	62.4	51.3	33.2	31.8	7.4
	20床未満	48	83.3	35.4	14.6	16.7	4.2
	20～200床未満	254	46.5	31.9	20.9	21.7	25.2
	200～400床未満	86	38.4	36.0	29.1	24.4	31.4
	400床以上	25	36.0	56.0	28.0	16.0	24.0

6. 医療・介護連携について

(1) 認知症初期集中支援チームへの参加状況

認知症初期集中支援チームへの参加状況についてみると、「認知症初期集中支援チームに参加している」が19.0%、「認知症初期集中支援チームの発動を要請したことがある」13.7%であった。なお、「認知症初期集中支援チームを知らない」が48.3%を占めた。

図表 認知症初期集中支援チームへの参加状況(複数回答)

(単位：%)

		件数	認知症初期集中支援チームに参加している	認知症初期集中支援チームの発動を要請したことがある	その他	認知症初期集中支援チームを知らない
全体		1,187	19.0	13.7	21.2	48.3
病床数	病床なし	594	18.2	15.7	14.6	53.4
	20床未満	75	10.7	12.0	13.3	66.7
	20～200床未満	363	17.9	11.0	28.7	43.5
	200～400床未満	115	24.3	13.9	32.2	34.8
	400床以上	33	48.5	12.1	33.3	15.2

(2) 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所からの依頼事項

地域包括支援センター、居宅介護支援事業所からの認知症患者に関する依頼事項としては、「認知症の専門医療機関との連携依頼への対応」(67.1%)が最も多く、次いで「認知症の専門的検査の依頼への対応」(57.4%)、「サービス担当者会議への参加(介護保険制度に基づく)」(52.5%)であった。なお、「いずれも行っていない」は10.0%みられた。

図表 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所から、
患者に関して要望があった場合の対応(複数回答)

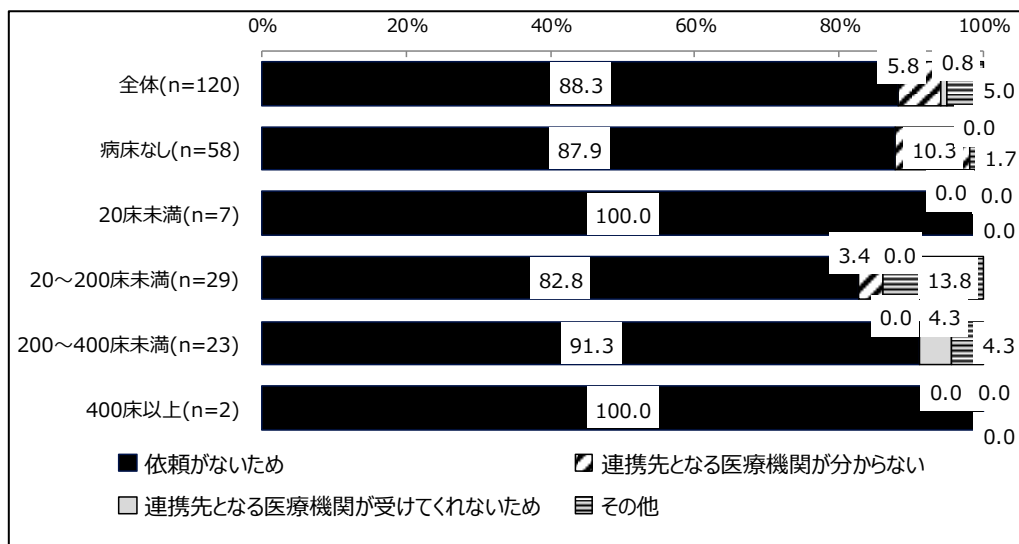
(単位: %)

		件数	依頼への対応 認知症の専門医療機関との連携	認知症の専門的検査の依頼への対応	地域ケア会議への参加 (地域包括支援センター主催)	サービス担当者会議への参加 (介護保険制度に基づく)	その他	いずれも行っていない
全体		1,224	67.1	57.4	49.2	52.5	2.3	10.0
病床数	病床なし	604	73.7	60.9	44.5	48.3	1.7	9.6
	20床未満	78	69.2	48.7	42.3	48.7	1.3	9.0
	20～200床未満	377	61.5	52.8	57.3	62.6	2.7	7.7
	200～400床未満	123	55.3	55.3	52.8	43.1	4.1	19.5
	400床以上	34	52.9	73.5	52.9	55.9	5.9	8.8

(3) 対応をしていない場合の理由

「いずれも行っていない」と回答した医療機関に、その理由について尋ねたところ、「依頼がないため」(88.3%) が最も多かった。

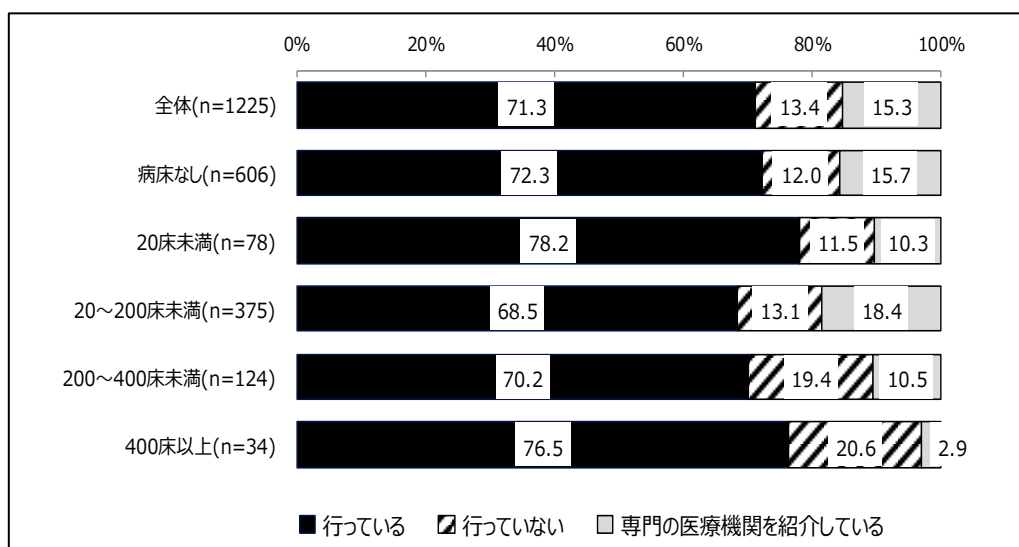
図表 対応を行っていない理由



(4) 介護関係機関へのアドバイスの実施状況

認知症(疑い含む)の人が、日常生活の中で困っていることへの対応方法について、回答医療機関から、介護関係機関に対するアドバイスの実施状況をみると、「行っている」が 71.3%、「専門の医療機関を紹介している」(15.3%) の順に多くなっていた。なお、「行っていない」が 13.4%であった。

図表 介護関係機関に対してのアドバイスの実施状況



(5) 具体的なアドバイスの内容

アドバイスを「行っている」と回答した医療機関に、具体的な内容を尋ねたところ、「服薬」(90.6%)が最も多く、次いで「睡眠」(72.6%)、「食事」(70.6%)の順に多くなっていた。

「専門の医療機関を紹介している」と回答した医療機関に、具体的な内容を尋ねたところ、「幻視・幻覚・妄想」(84.7%)が最も多く、次いで「暴言・暴行」(79.1%)、「無気力・うつ的傾向」(58.2%)の順に多くなっていた。

図表 行っている具体的なアドバイス内容(複数回答)

(単位: %)

	件数	排泄	食事	入浴	睡眠	服薬	金銭管理・消費者被害	幻視・幻覚・妄想	昼夜逆転	暴言・暴行	無気力・うつ的傾向	その他
全体	871	66.2	70.6	62.6	72.6	90.6	44.8	67.6	67.6	64.6	55.0	2.3
病床数												
病床なし	437	58.4	63.8	57.9	69.8	89.5	38.2	68.2	66.1	63.2	52.9	2.1
20床未満	61	62.3	72.1	59.0	65.6	85.2	27.9	55.7	52.5	52.5	45.9	0.0
20～200床未満	255	78.0	80.4	70.2	76.5	93.3	52.9	64.7	69.0	65.1	57.3	2.4
200～400床未満	87	75.9	79.3	69.0	78.2	94.3	58.6	75.9	77.0	74.7	63.2	3.4
400床以上	26	61.5	61.5	61.5	80.8	84.6	69.2	88.5	84.6	84.6	69.2	3.8

図表 専門の医療機関を紹介した際の具体的なアドバイス内容(複数回答)

(単位: %)

	件数	排泄	食事	入浴	睡眠	服薬	金銭管理・消費者被害	幻視・幻覚・妄想	昼夜逆転	暴言・暴行	無気力・うつ的傾向	その他
全体	177	26.0	22.0	16.4	33.3	41.2	34.5	84.7	52.5	79.1	58.2	0.6
病床数												
病床なし	91	25.3	17.6	15.4	38.5	37.4	29.7	86.8	54.9	76.9	56.0	0.0
20床未満	8	37.5	37.5	25.0	25.0	50.0	62.5	75.0	50.0	87.5	87.5	0.0
20～200床未満	65	27.7	27.7	16.9	27.7	41.5	38.5	83.1	50.8	87.7	58.5	1.5
200～400床未満	11	9.1	9.1	9.1	27.3	54.5	27.3	81.8	45.5	45.5	45.5	0.0
400床以上	1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0

（６）自治体や地域の専門機関への紹介状況について

認知症の人の就労、社会参加（居場所への参加）に関して、本人や家族からの相談を受けた経験等について尋ねたところ、「相談を受けたことがある」39.4%が最も多かった。

**図表 認知症の人の就労、社会参加（居場所への参加）に関する、
本人や家族からの相談に対しての、自治体や地域の専門機関への紹介について（複数回答）**

(単位：％)

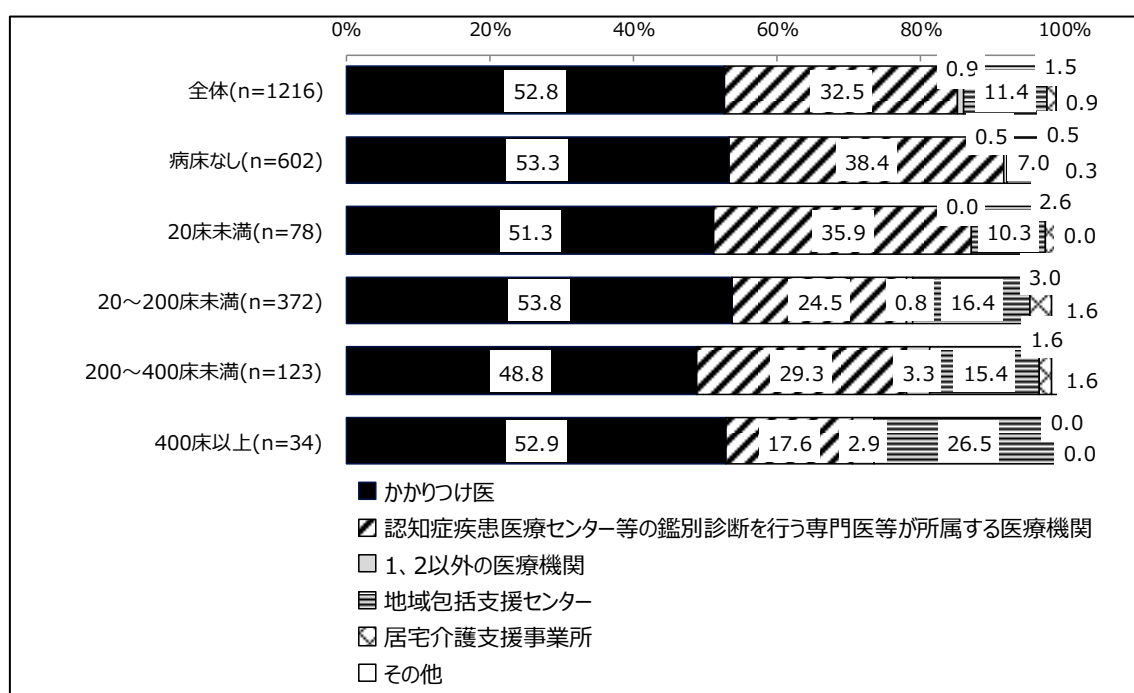
		件数	相談を受けたことがある	行ったことがある	地域の専門機関を紹介を	その他	特にない
全体		1,221	39.4	30.7	0.7	47.3	
病床数	病床なし	604	40.1	29.5	0.5	47.2	
	20床未満	78	37.2	21.8	0.0	55.1	
	20～200床未満	376	37.2	30.9	0.5	49.5	
	200～400床未満	122	41.8	39.3	2.5	39.3	
	400床以上	34	50.0	44.1	0.0	35.3	

(7) 各支援場面でイニシアティブをとるべきと考えるべき機関

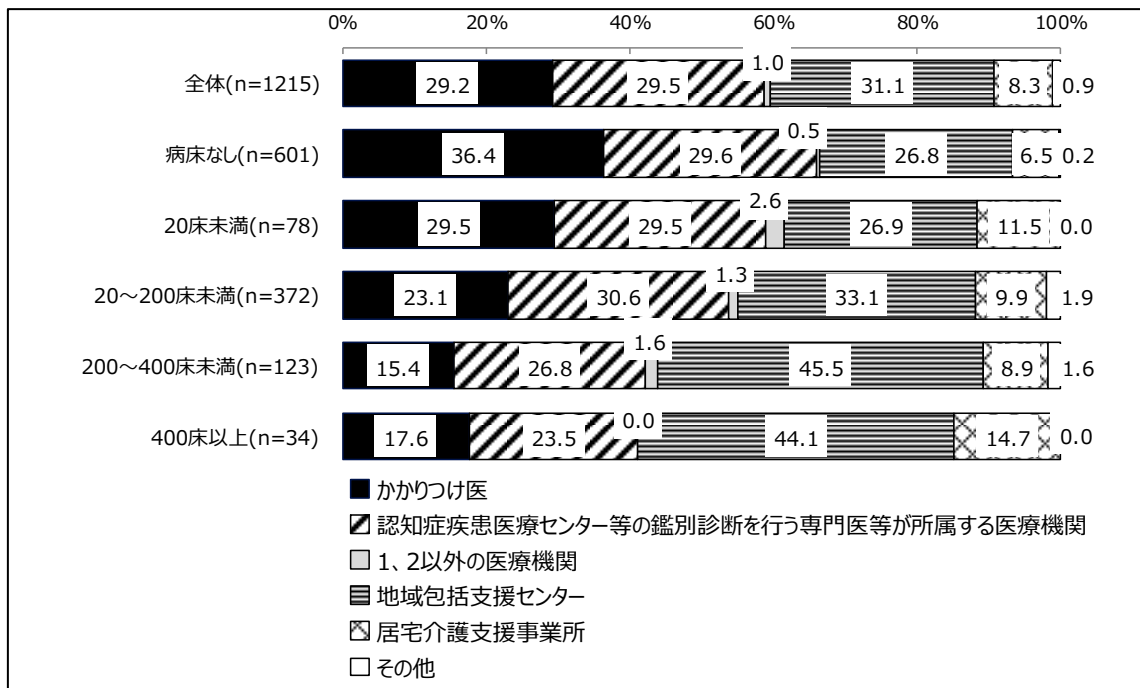
支援場面ごとに、イニシアティブをとるべきと考える機関について尋ねた。

その結果、各過程で最も多かった機関をみると、鑑別診断を受けるまでの過程では、「かかりつけ医」(52.8%)、鑑別診断後の相談・支援の過程は、「地域包括支援センター」(31.1%)、認知症治療、行動・心理症状の治療過程においては、「認知症疾患医療センター等の鑑別診断を行う専門医等が所属する医療機関」(59.9%)、および身体合併症の治療過程は、「かかりつけ医」(61.9%)であった。

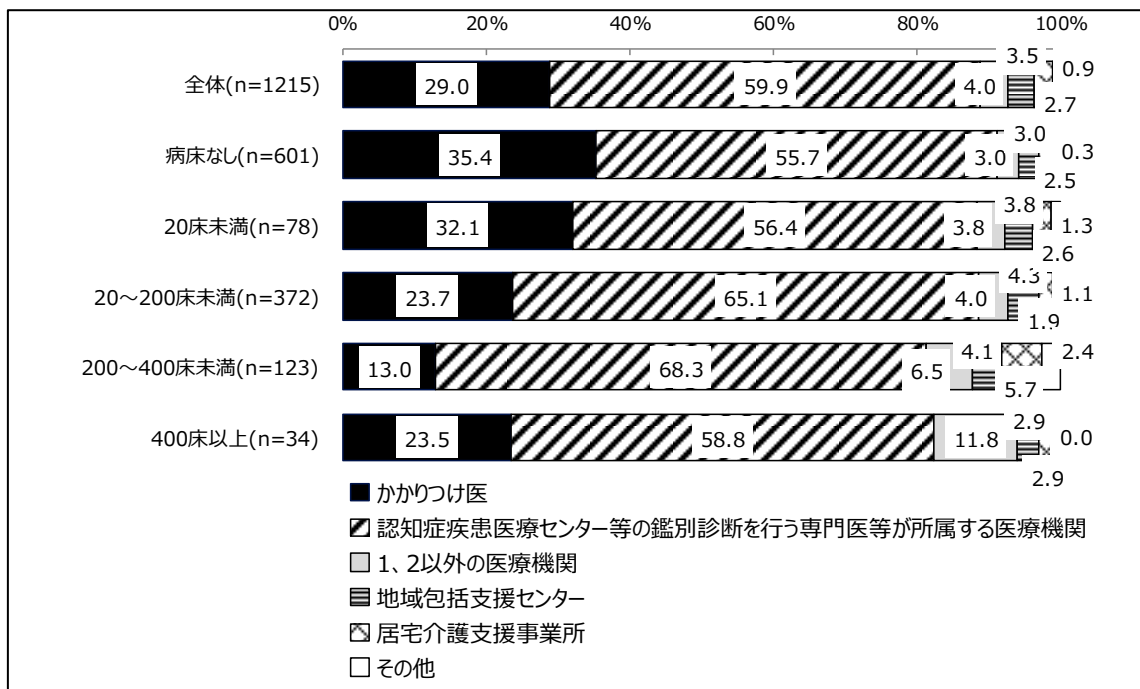
**図表 支援の場面ごとに主にイニシアティブをとるべき妥当な機関
(鑑別診断を受けるまでの過程)**



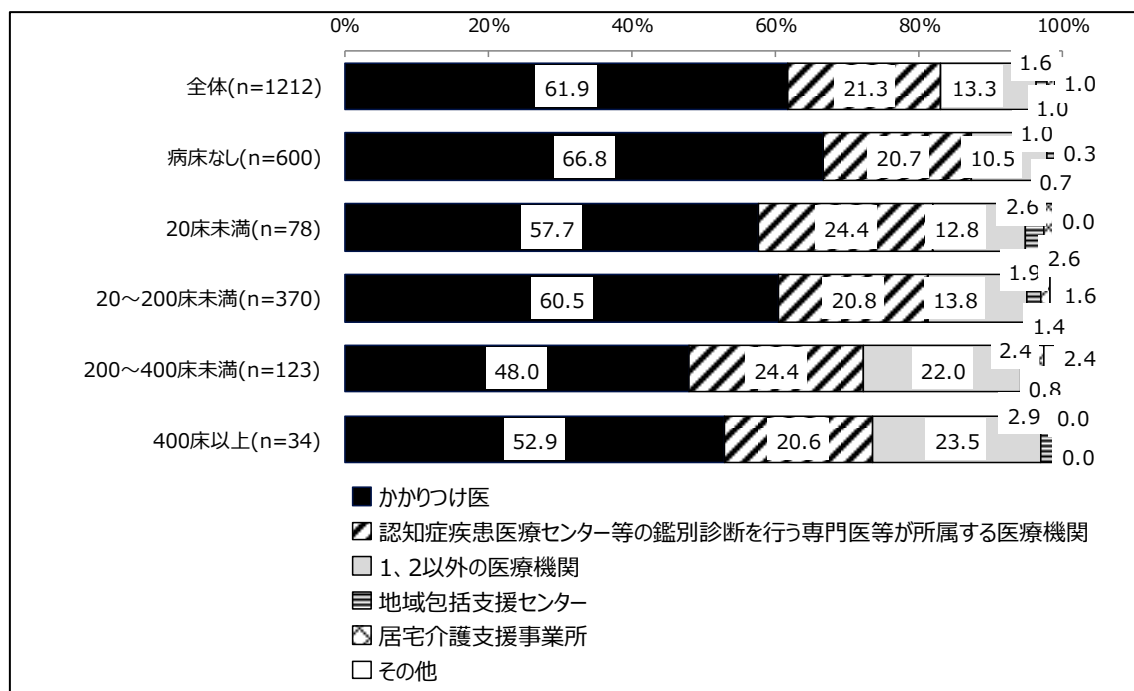
図表 支援の場面において、主にイニシアティブをとるべき妥当な機関
(鑑別診断後の相談・支援の過程)



図表 支援の場面において、主にイニシアティブをとるべき妥当な機関
(認知症治療、行動・心理症状の治療過程)



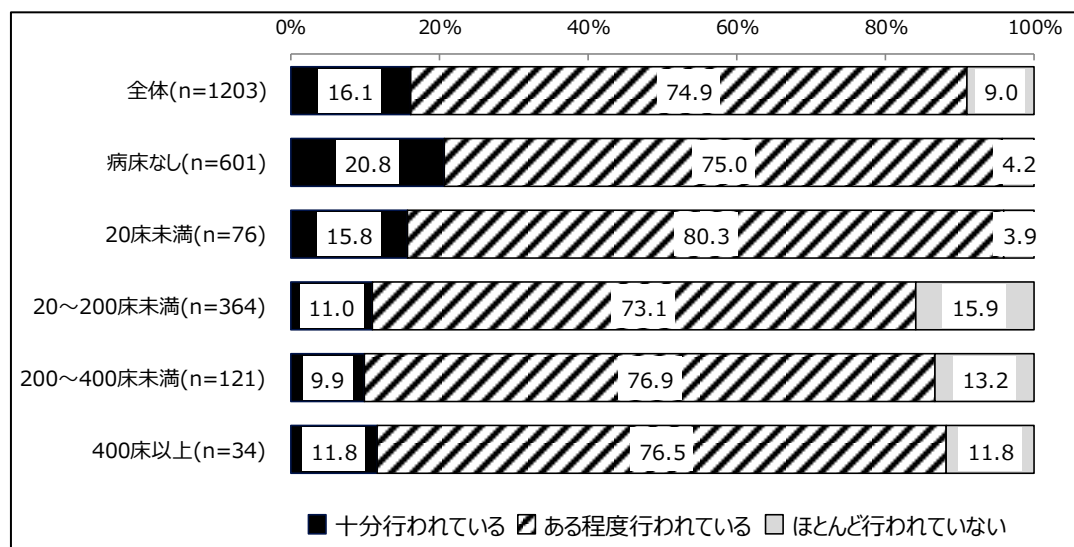
図表 支援の場面において、主にイニシアティブをとるべき妥当な機関
(身体合併症の治療過程)



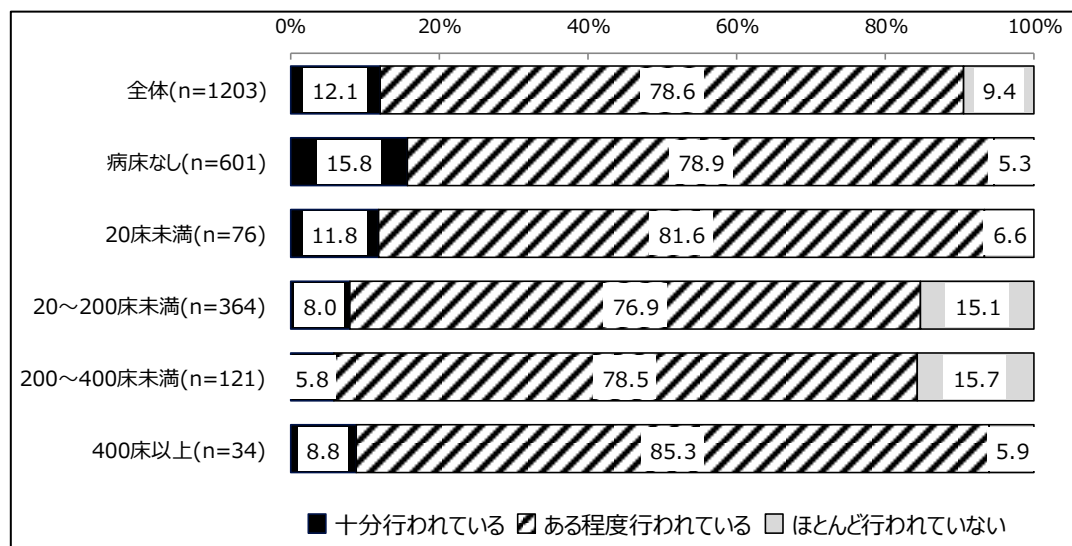
(8) イニシアティブをとるべき機関の現状の取組み状況

イニシアティブをとるべきと考える各機関の現状における取組み状況をみると、いずれの過程において、「ある程度行われている」が8割前後を占めた。

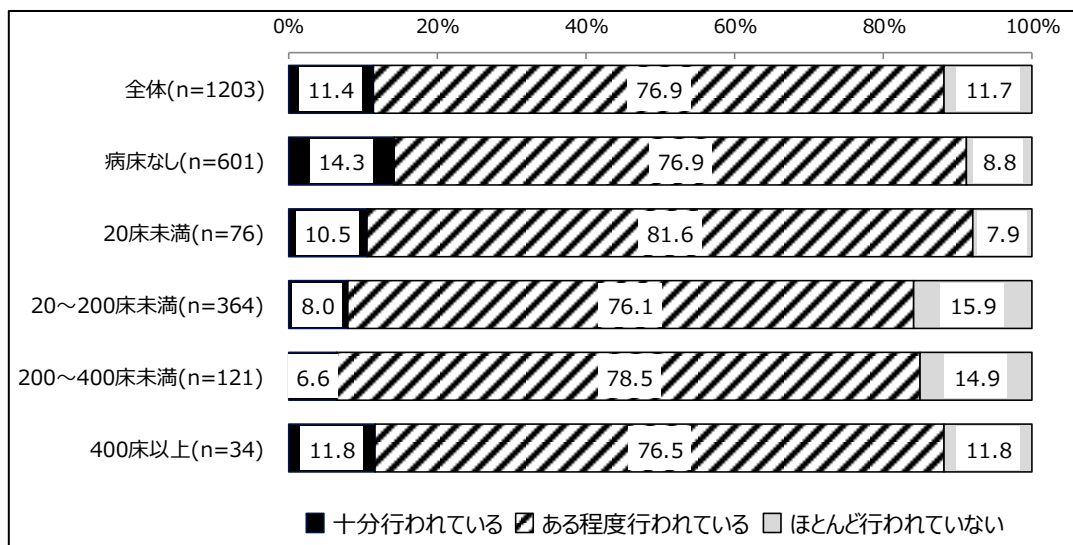
**図表 イニシアティブをとるべきと考える機関の現状での取組み状況
(鑑別診断を受けるまでの過程)**



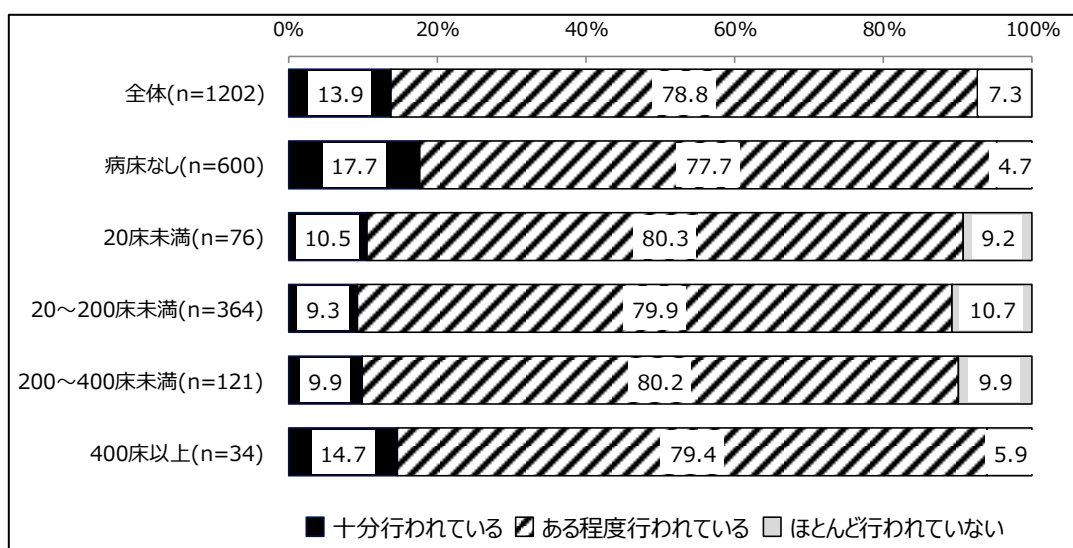
**図表 イニシアティブをとるべきと考える機関の現状での取組み状況
(鑑別診断後の相談・支援の過程)**



図表 イニシアティブをとるべきと考える機関の現状での取り組み状況
(認知症治療、行動・心理症状の治療過程)



図表 イニシアティブをとるべきと考える機関の現状での取り組み状況
(身体合併症の治療過程)



(9) 医療・介護連携に関する課題

医療・介護連携に関する課題についてみると、「家族介護者の相談・支援体制づくり」(58.3%)が最も多く、次いで「介護負担軽減策の検討、家族間の意見・意向の相違に対する調整」(50.2%)、「地域で生活することを前提とした支援体系づくり」(47.1%)の順に多くなっていた。

図表 医療・介護連携により取組んでいべきと考える課題(主なもの5つまで)

(単位：%)

		件数	ケアプランの作成、助言、方法の支援	家族間の意見・意向の相違に	介護負担軽減策の検討、	役割分担と連携の在り方を共有	本人の状態変化をつなぐための	地域で生活することの前提	アウトリーチ支援の強化により	家族介護者の相談・	市民、地域社会の認知・理解の
全体		1,218	34.4	50.2	41.2	47.1	19.0	58.3	29.3		
病床数	病床なし	600	42.7	54.2	38.2	44.8	13.7	61.3	26.2		
	20床未満	78	43.6	56.4	41.0	34.6	10.3	66.7	24.4		
	20～200床未満	374	27.3	47.9	43.0	52.7	28.1	55.3	31.6		
	200～400床未満	125	15.2	40.0	48.8	50.4	21.6	49.6	40.8		
	400床以上	33	18.2	33.3	42.4	39.4	18.2	48.5	33.3		

		件数	多職種協働による支援の在り方の検討	地域における医療・介護・福祉の社会資源に関する情報共有	地域包括支援センターとの密接な相互連携の在り方	認知症カフェ、就労を含む社会参加への支援	様々な場面での本人の意思決定支援の推進	当事者発信の機会の創出、	増加と診断に基づく支援へのつなぎ	認知機能のチェックの機会の	その他
全体		1,218	39.8	32.5	31.7	19.5	10.9	20.5	0.8		
病床数	病床なし	600	38.8	27.7	33.8	17.3	6.5	18.5	1.3		
	20床未満	78	38.5	32.1	24.4	11.5	6.4	21.8	0.0		
	20～200床未満	374	40.4	37.4	29.7	22.5	14.7	22.5	0.5		
	200～400床未満	125	39.2	39.2	32.0	20.8	20.0	24.8	0.0		
	400床以上	33	57.6	39.4	39.4	36.4	21.2	15.2	0.0		

7. 研修等に関する要望

(1) 認知症地域医療に関する研修への参加状況

認知症地域医療に関する研修への参加状況についてみると、「地域医師会による研修」(63.6%)が最も多く、次いで「かかりつけ医機能向上研修」(57.2%)、「学会主催の研修」(28.6%)の順に多くなっていた。

図表 認知症地域医療に関する研修への参加状況(複数回答)

(単位：％)

		件数	研修 かかりつけ 医機能向上	地域 医師会による 研修	学会主催の 研修	認知症疾患 医療連携 協議会の研修	その他	特に参加 していない
全体		1,213	57.2	63.6	28.6	21.5	5.6	12.9
病床数	病床なし	604	84.9	78.5	21.2	20.7	1.8	5.0
	20床未満	78	76.9	76.9	26.9	17.9	3.8	2.6
	20～200床未満	369	22.2	45.3	33.3	20.9	9.2	24.9
	200～400床未満	123	20.3	40.7	43.9	26.8	9.8	22.8
	400床以上	34	35.3	55.9	55.9	35.3	17.6	11.8

(2) 今後希望する研修内容

今後希望する研修内容についてみると、「社会的困難事例への対応方策（独居、生活困窮者等）」（62.8%）が最も多く、次いで「認知症に伴う行動・心理症状への対応方法」（61.2%）、「薬物療法に関する情報」（55.5%）の順に多くなっていた。

図表 今後希望する研修内容(複数回答)

(単位：%)

		件数	薬物療法に関する情報	非薬物療法に関する情報	社会的困難事例への対応方策（独居、生活困窮者等）	鑑別診断・初期対応について	認知症に伴う行動・心理症状への対応方法	身体合併症への対応について
全体		1,187	55.5	48.1	62.8	39.8	61.2	32.9
病床数	病床なし	597	64.0	51.8	60.8	41.7	63.5	30.5
	20床未満	77	58.4	44.2	48.1	40.3	57.1	32.5
	20～200床未満	359	46.5	43.7	68.5	39.8	62.1	37.3
	200～400床未満	120	40.0	45.0	60.8	29.2	52.5	28.3
	400床以上	30	46.7	50.0	76.7	36.7	46.7	43.3

		件数	（民間）社会参加、認知症の人との共生に向けた支援方法の活用等	家族支援の方法	ピアサポート活動、本人支援等について	人生会議（アドバンスケア・プランニング）について	介護保険制度についての情報	その他
全体		1,187	38.9	48.3	17.1	32.6	19.0	2.2
病床数	病床なし	597	33.2	44.6	11.7	24.6	16.4	1.3
	20床未満	77	19.5	35.1	6.5	14.3	22.1	5.2
	20～200床未満	359	45.4	53.8	20.6	43.2	20.9	1.9
	200～400床未満	120	55.8	55.0	29.2	48.3	22.5	4.2
	400床以上	30	56.7	56.7	56.7	43.3	26.7	6.7

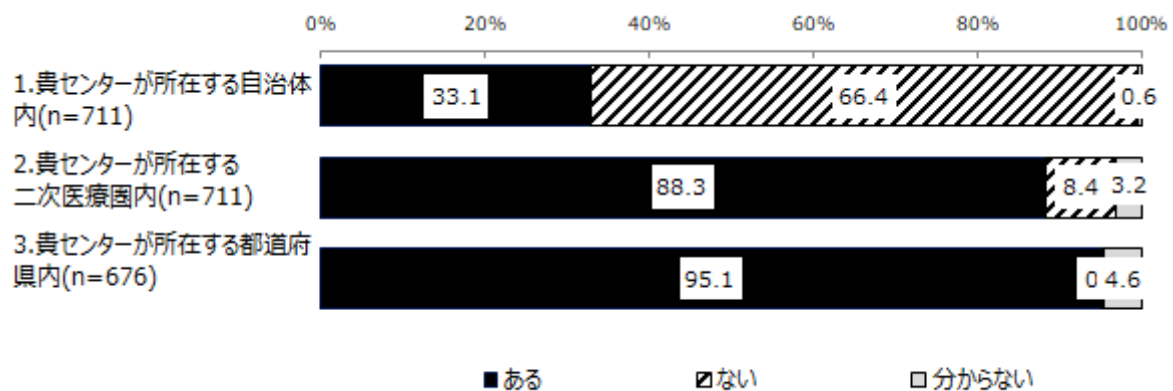
Ⅱ－２ 調査結果（地域包括支援センター調査票）

１．基本情報

（１）認知症疾患医療センターの所在状況

回答した地域包括支援センターが所在する地域に、認知症疾患医療センターがあるかどうか尋ねたところ、所在する自治体内では「認知症疾患医療センターがない」が66.4%、所在する二次医療圏内と所在する都道府県内では「地域型認知症疾患医療センターがある」がそれぞれ88.3%、95.1%であった。

図表 認知症疾患医療センターがある地域



(2) 専門的医療を提供する医療機関情報の把握状況

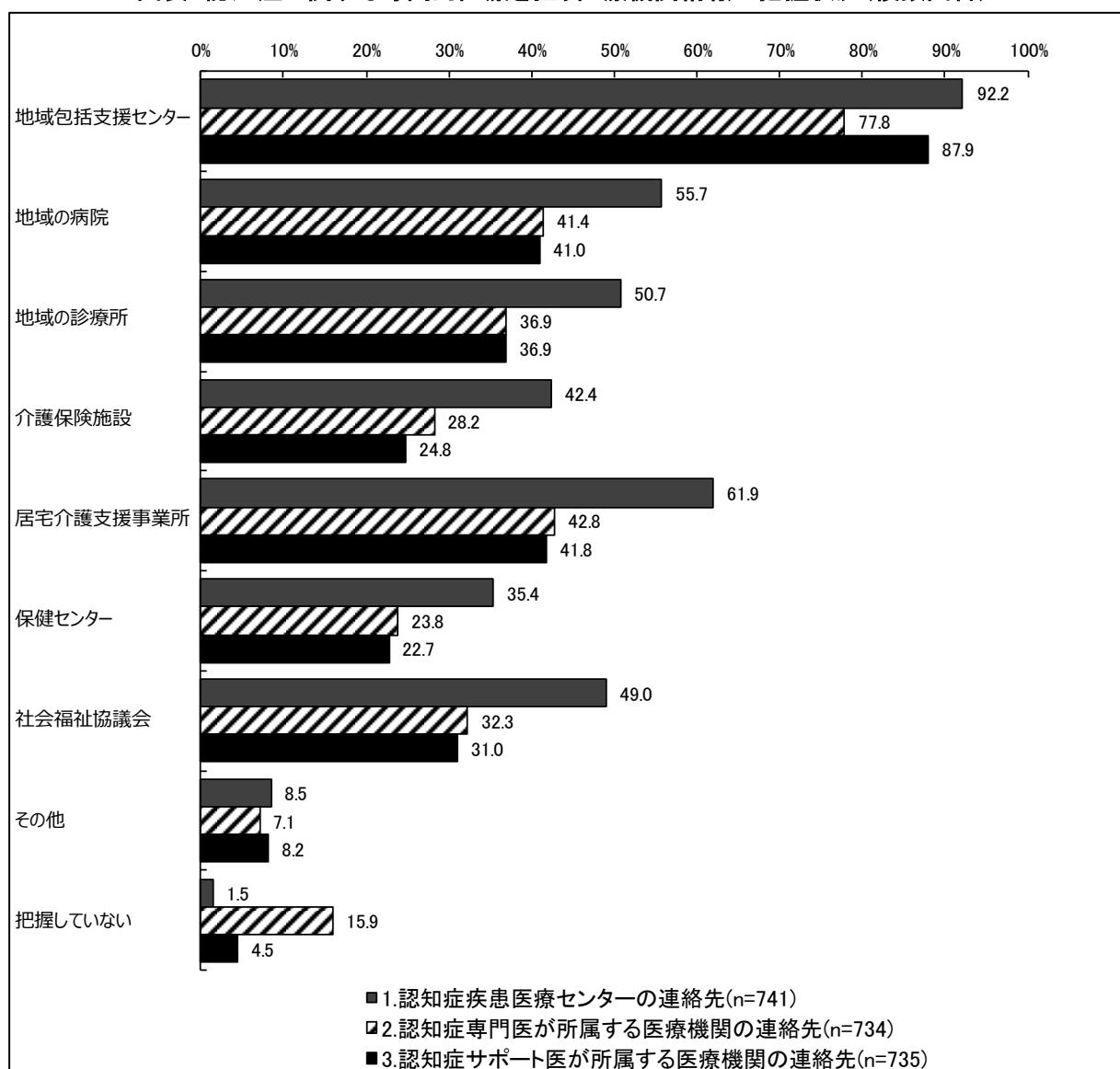
認知症に関する専門的医療を提供する医療機関情報の把握状況を尋ねた。

その結果、認知症疾患医療センターの連絡先について、把握している割合が低い機関をみると、「保健センター」(35.4%)、「介護保険施設」(42.4%)、「社会福祉協議会」(49.0%)、「地域の診療所」(50.7%)の順であった。

認知症専門医が所属する医療機関の連絡先では、「保健センター」(23.8%)、「介護保険施設」(28.2%)、社会福祉協議会(32.3%)、「地域の診療所」(36.9%)の順であった。

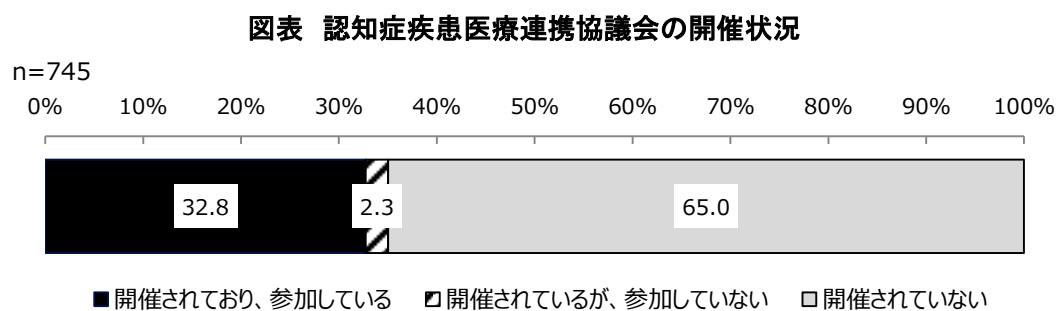
認知症サポート医が所属する医療機関の連絡先については、「保健センター」(22.7%)、「介護保険施設」(24.8%)、「社会福祉協議会」(31.0%)、「地域の診療所」(36.9%)の順であった。

図表 認知症に関する専門的医療を担う医療機関情報の把握状況(複数回答)



(3) 認知症疾患医療連携協議会の開催状況

地域包括支援センター（もしくは自治体）による、認知症疾患医療連携協議会の開催状況をみると、「開催されており、参加している」（32.8%）、「開催されているが、参加していない」（2.3%）であった。なお、「開催されていない」65.0%を占めた。



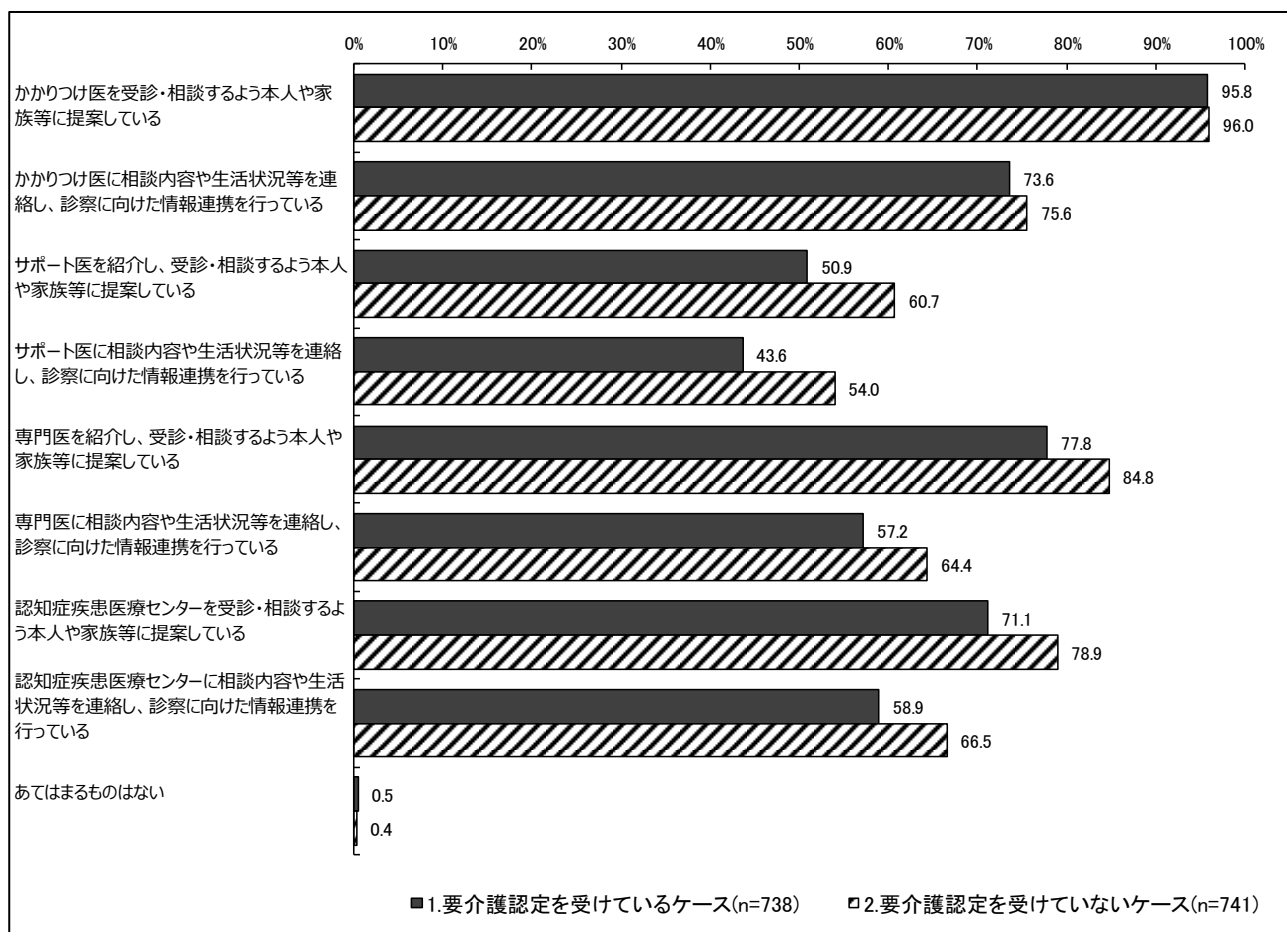
2. 本人・家族等からの認知症医療に関する相談対応

(1) 受診支援の実施状況

認知症が疑われることから、医療機関の受診を支援する際、実施率が低いものをみると、要介護認定を受けているケースでは、「サポート医に相談内容や生活状況等を連絡し、診察に向けた情報連携を行っている」(43.6%)、「サポート医を紹介し、受診・相談するよう本人や家族等に提案している」(50.9%)の順であった。

要介護認定を受けていないケースにおいても、「サポート医に相談内容や生活状況等を連絡し、診察に向けた情報連携を行っている」(54.0%)、「サポート医を紹介し、受診・相談するよう本人や家族等に提案している」(60.7%)の順であった。

図表 医療機関の受診についての対応(複数回答)

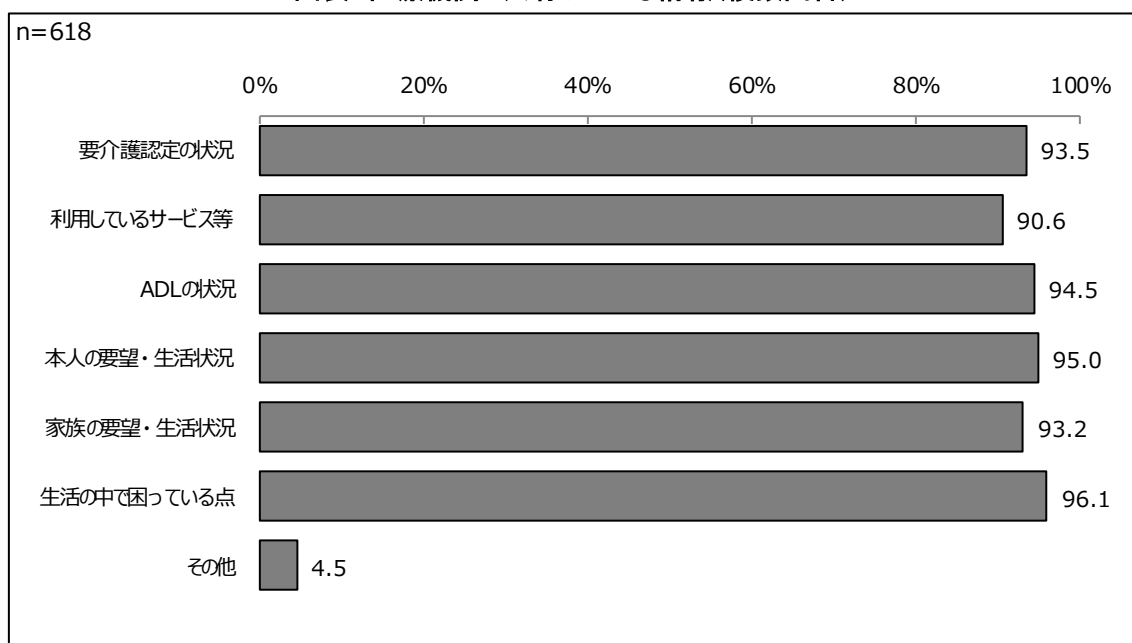


(2) 医療機関と共有している情報

前問で、医療機関と情報連携を行っている（「かかりつけ医に相談内容や生活状況等を連絡し、診察に向けた情報連携を行っている」、「サポート医に相談内容や生活状況等を連絡し、診察に向けた情報連携を行っている」、「専門医に相談内容や生活状況等を連絡し、診察に向けた情報連携を行っている」、「認知症疾患医療センターに相談内容や生活状況等を連絡し、診察に向けた情報連携を行っている」）と回答したセンターを対象に、医療機関と共有している情報について尋ねた。

その結果、「生活の中で困っている点」（96.1％）が最も多く、次いで「本人の要望・生活状況」（95.0％）、「ADL の状況」（94.5％）といずれの情報も9割を超える状況にあった。

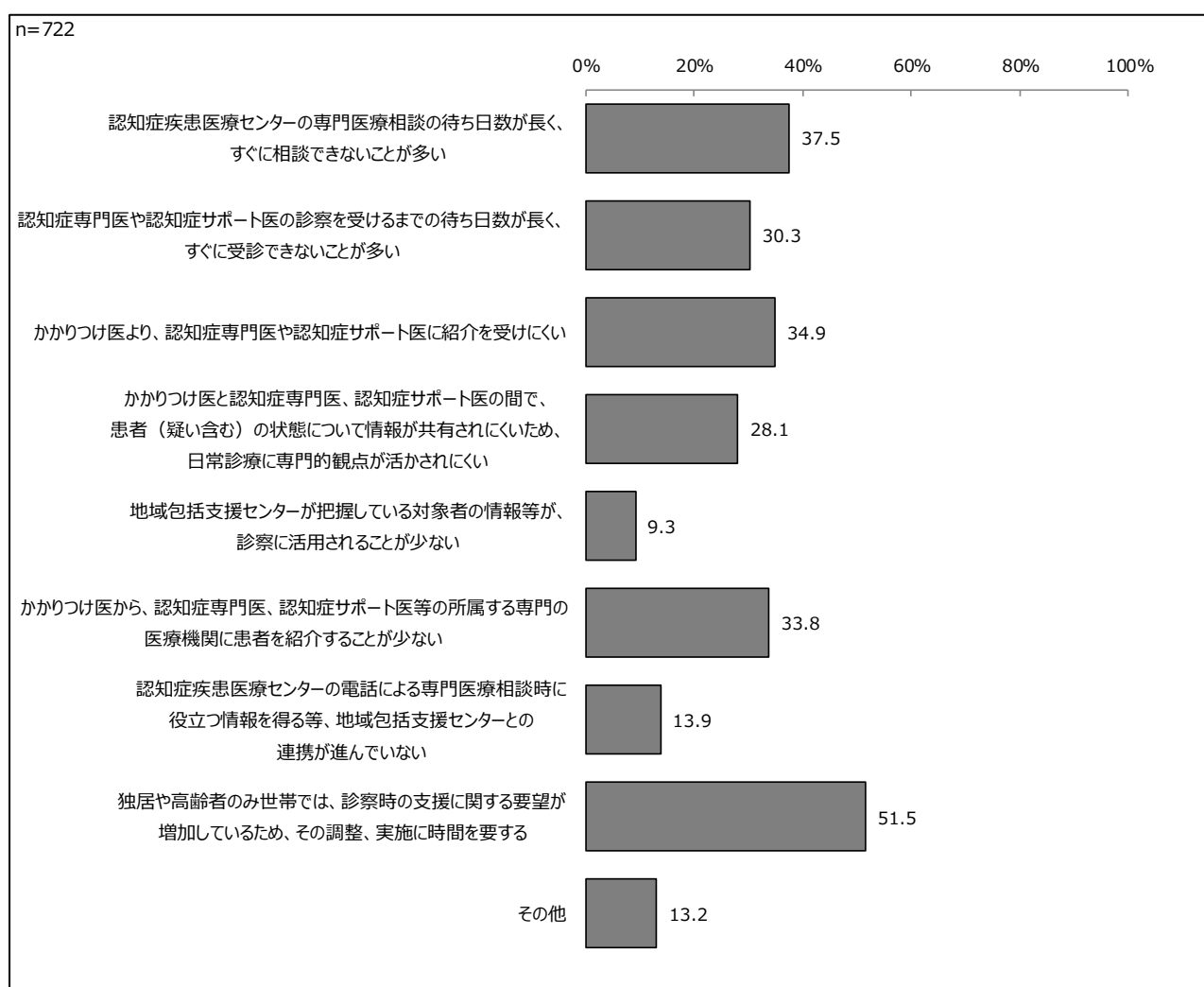
図表 医療機関と共有している情報（複数回答）



(3) 医療機関を受診する際の問題点

当該地域包括支援センターが所在する地域において、医療機関を受診する際の問題点について尋ねた。その結果、「独居や高齢者のみ世帯では、診察時の支援に関する要望が増加しているため、その調整、実施に時間を要する」(51.5%)が最も多く、次いで「認知症疾患医療センターの専門医療相談の待ち日数が長く、すぐに相談できないことが多い」(37.5%)、「かかりつけ医より、認知症専門医や認知症サポート医に紹介を受けにくい」(34.9%)の順に多くなっていた。

図表 医療機関を受診する際の地域での問題点(複数回答)



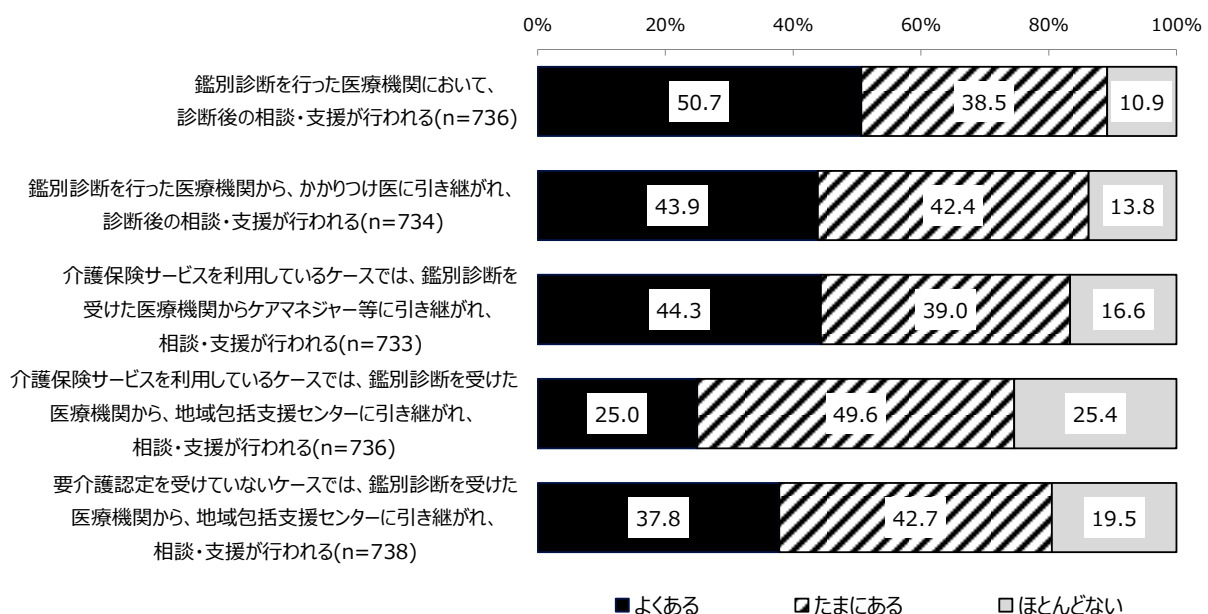
3. 認知症の鑑別診断後の支援過程

(1) 鑑別診断後の相談・支援の状況

鑑別診断を受けた後の相談・支援の一般的な状況をみると以下の通りであった。

「鑑別診断を行った医療機関において、診断後の相談・支援が行われる」については、「よくある」が50.7%を占めた。鑑別診断を行った医療機関から、かかりつけ医に引き継がれ、診断後の相談・支援が行われる」については、「よくある」が43.9%、「たまにある」42.4%でほぼ同じ割合であった。「介護保険サービスを利用しているケースでは、鑑別診断を受けた医療機関からケアマネジャー等に引き継がれ、相談・支援が行われる」については、「よくある」が44.3%であった。「介護保険サービスを利用しているケースでは、鑑別診断を受けた医療機関から、地域包括支援センターに引き継がれ、相談・支援が行われる」は、「たまにある」が49.6%を占めた。「要介護認定を受けていないケースでは、鑑別診断を受けた医療機関から、地域包括支援センターに引き継がれ、相談・支援が行われる」は、「たまにある」が42.7%を占めた。

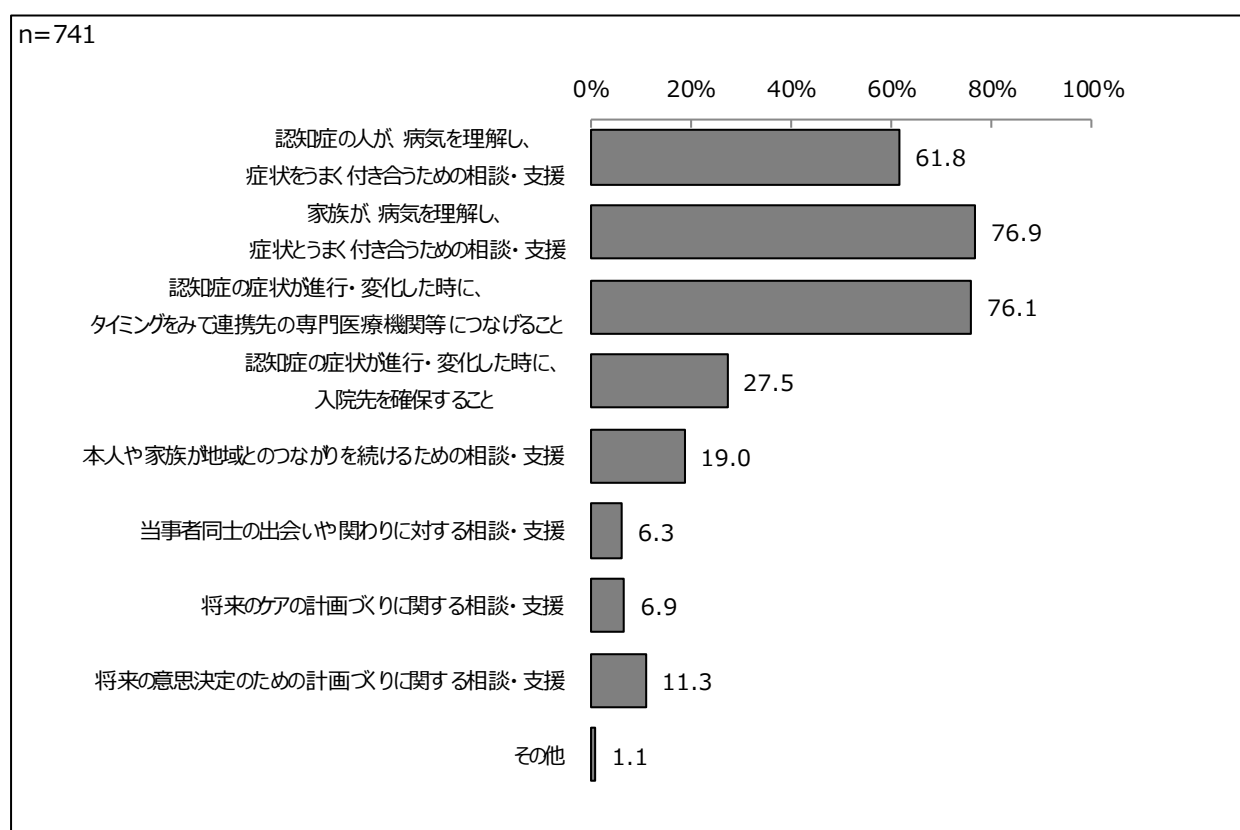
図表 鑑別診断後の相談・支援の一般的な状況



（２）鑑別診断後の相談・支援にあたって地域の医療機関（かかりつけ医等）の関与を期待すること

鑑別診断後の相談・支援にあたって、地域の医療機関（かかりつけ医等）が、今後一層の関与を期待する事項をみると、「家族が、病気を理解し、症状とうまく付き合うための相談・支援」（76.9%）が最も多く、次いで「認知症の症状が進行・変化した時に、タイミングをみて連携先の専門医療機関等につなげること」（76.1%）、「認知症の人が、病気を理解し、症状とうまく付き合うための相談・支援」（61.8%）の順に多くなっていた。

図表 地域の医療機関（かかりつけ医等）が、現在よりも一層関与することを、期待する事項（3つまで選択）



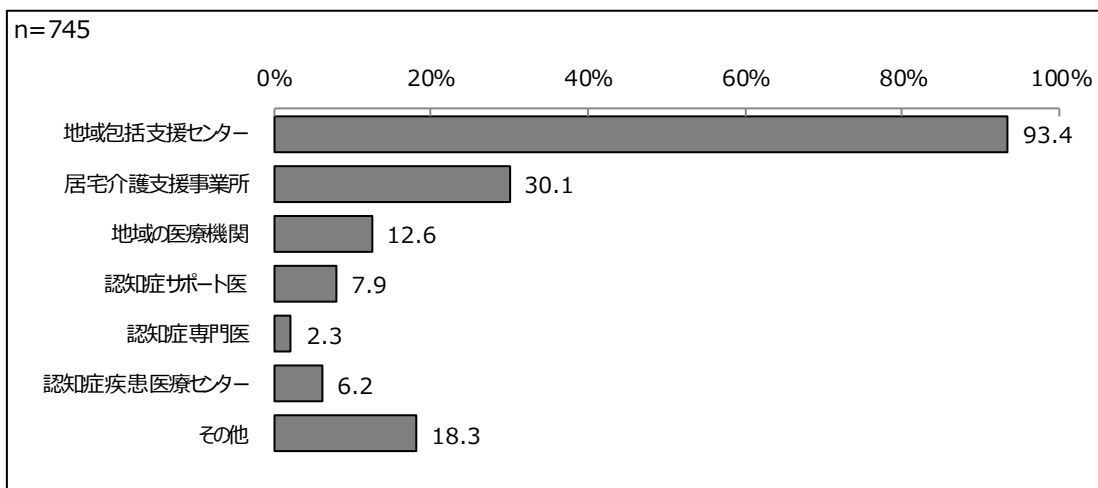
(3) 地域の医療機関（かかりつけ医等）に対する要望、課題

- ・ 本人が専門的治療を継続的に受けることを拒否した場合、地域の医療機関が、根気強く家族と本人に対して、専門的治療の必要性を説明して欲しい。
- ・ 薬剤管理や服薬管理の連携を強化したい。
- ・ 家族等に地域包括支援センターの紹介を積極的にお願いしたい。
- ・ 鑑別診断を行った医療機関との連携。
- ・ 症状の進行や変化があった時の連携。
- ・ 地域の相談支援機関（地域包括支援センターや居宅介護支援事業所）との連携強化。
- ・ 鑑別診断後も症状の進行等によっては、専門医からかかりつけ医等に助言が必要な場面があると思われるが、診断後も連携が取れているかかりつけ医等が非常に少なく、医師同士の連携を強化して頂きたい。
- ・ 行動・心理症状が強いケースの対応や入院先の紹介先を依頼したい。
- ・ 本人、家族が認知症を理解し、受容できるよう相談支援を実施して欲しい。介護保険サービス等を含めた、サービス利用につなげるための、相談支援を活用することを積極的に勧めてほしい（医療と介護の連携強化）。
- ・ 初回の連携は機能しているが、長期間となると、連携が希薄になる。

(4) 認知症初期集中支援チームの発動要請する機関

当該地域において、認知症初期集中支援チームの発動要請をする機関をみると、「地域包括支援センター」(93.4%) が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」(30.1%) であった。

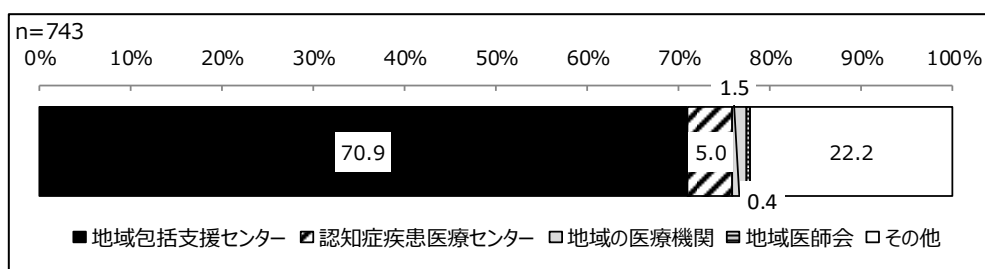
図表 認知症初期集中支援チームの発動要請する機関(主なもの3つまで)



(5) 認知症初期集中支援チームの発動を決定する機関

認知症初期集中支援チームの発動を決定する機関をみると、「地域包括支援センター」(70.9%) が最も多かった。

図表 認知症初期集中支援チームの発動の決定機関



(6) 認知症初期集中支援チームの活動にあたって医療機関に期待すること・課題

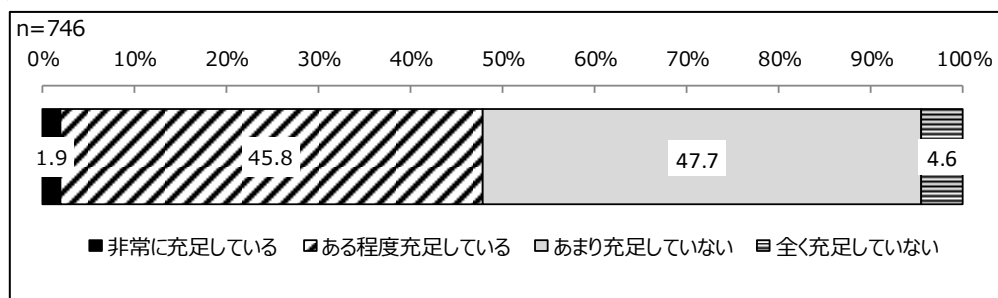
- ・タイムリーに治療につながることで、同行訪問や往診ができること。
- ・かかりつけ医で本人や家族が認知機能の低下について相談しても「年齢相応」と、取り合ってもらえないことから状況が悪化することがある。相談を受けたら、専門医を紹介等して欲しい。
- ・MC I、軽度認知症の方を地域包括支援センターにつなげて欲しい（チームに関する情報提供を行政、地域包括支援センターからもさらに行っていく必要がある）。
- ・アウトリーチによる支援。
- ・かかりつけ医から、認知症疾患医療センター等への専門医療機関に紹介してもらうこと。かかりつけ医が対応できる範囲を超えた場合は専門医につなげてもらうと、本人も家族も安心し症状も落ち着くことが多いと考える。
- ・サポート医とかかりつけ医の連携強化。かかりつけ医へのチーム員活動の周知強化。
- ・チームの存在、役割を知ってもらい、チーム医との連携を柔軟に行って欲しい。
- ・チーム員やMSWがいる医療機関の場合は連携が取りやすいが、それ以外や地域外の医療機関の場合連携が取りにくいと感じる。
- ・チーム員活動の理解。チーム員会議が円滑に行えるよう、チーム医の確保・定期的な会議開催に協力頂きたい。
- ・受診拒否をするケースへの受診勧奨支援。

4. 認知症および認知症に伴う行動・心理症状の治療

(1) 認知症および行動・心理症状の治療を担う医療提供体制の充足状況

認知症および、行動・心理症状に対する治療を担う医療提供体制の充足状況をみると、充足している（「非常に充足している」(1.9%)、「ある程度充足している」(45.8%)の合計）、「充足していない（「あまり充足していない」(47.7%)、「全く充足していない」(4.6%)の合計）が5割前後であった。

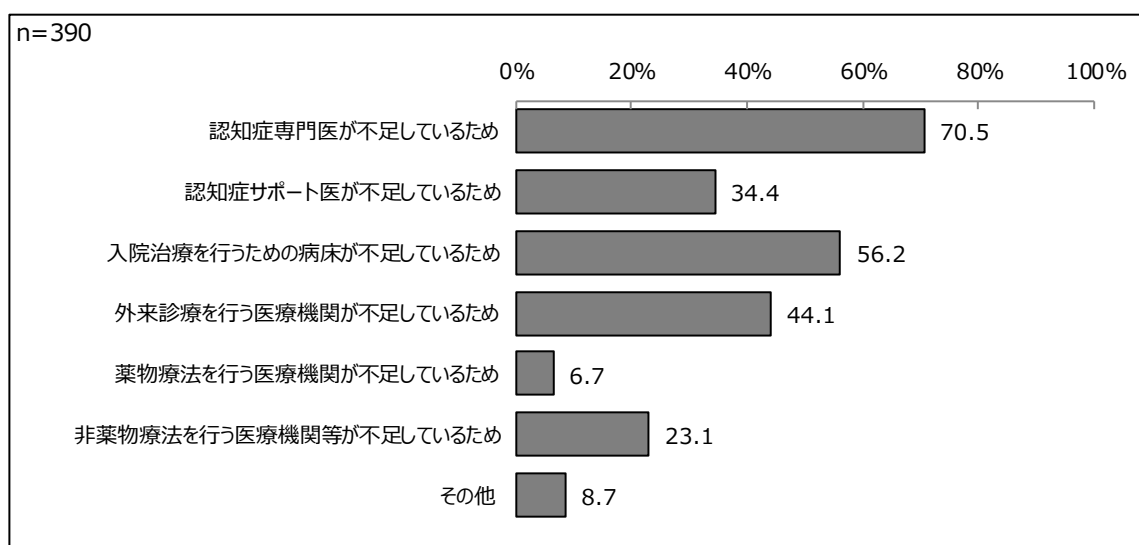
図表 認知症の治療、行動・心理症状に対する治療を行うための医療提供体制の充足状況



(2) 充足していない理由

前問で「あまり充足していない」または「全く充足していない」と回答した地域包括支援センターを対象に充足していない理由についてみると、「認知症専門医が不足しているため」(70.5%)が最も多く、次いで「入院治療を行うための病床が不足しているため」(56.2%)、「外来診療を行う医療機関が不足しているため」(44.1%)の順に多くなっていた。

図表 充足していない理由(主なもの3つまで)



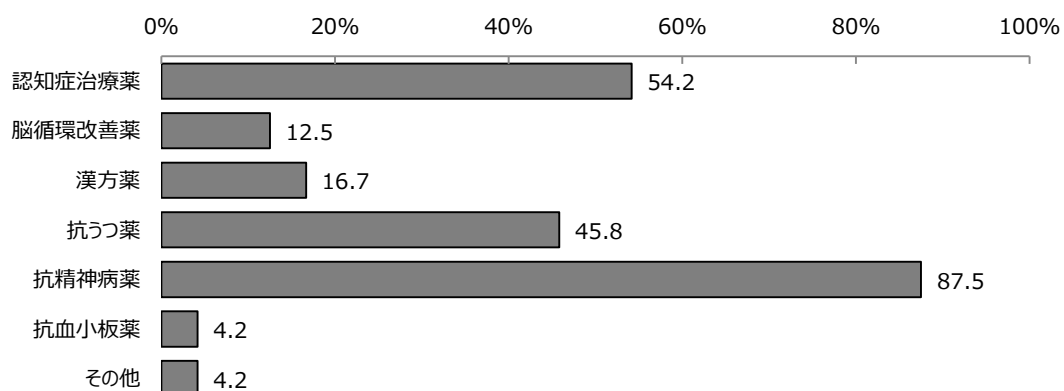
(3) 不足している治療内容

【薬物療法】

前問で「薬物療法を行う医療機関が不足しているため」と回答した地域包括支援センターを対象に不足していると考えられる治療内容を尋ねた。その結果、「抗精神病薬」(87.5%)が最も多く、次いで「認知症治療薬」(54.2%)、「抗うつ薬」(45.8%)の順に多くなっていた。

図表 不足している治療内容(複数回答)
(「薬物療法を行う医療機関が不足しているため」を回答した場合)

n=24

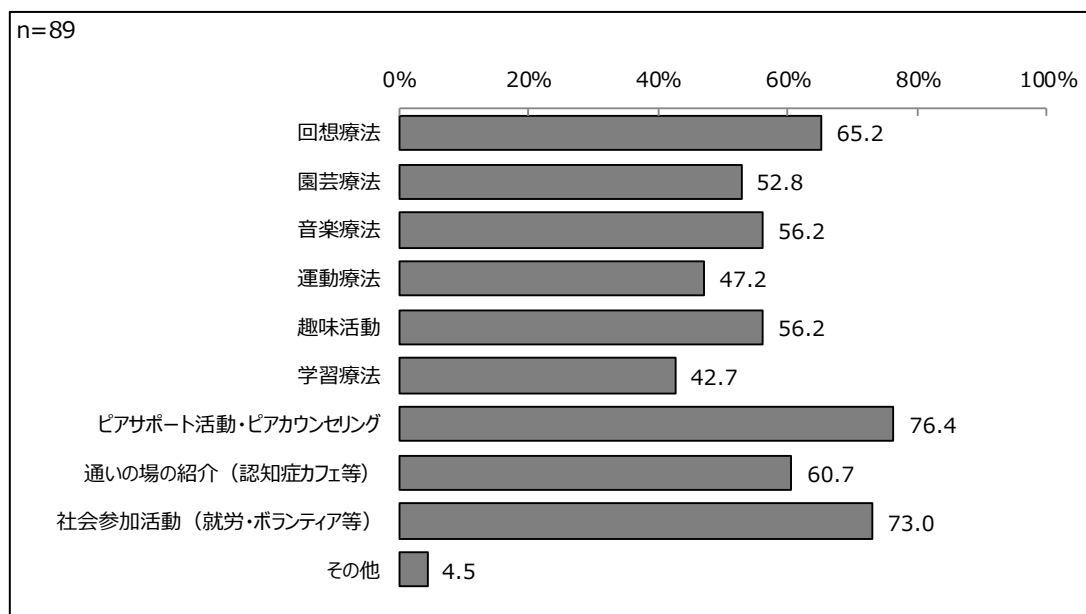


【非薬物療法】

前問で非薬物療法を行う医療機関等が不足しているためと回答した地域包括支援センターを対象に不足していると考えられる治療内容を尋ねた。

その結果、「ピアサポート活動・ピアカウンセリング」(76.4%)が最も多く、次いで「社会参加活動(就労・ボランティア等)」(73.0%)、「回想療法」(65.2%)の順に多くなっていた。

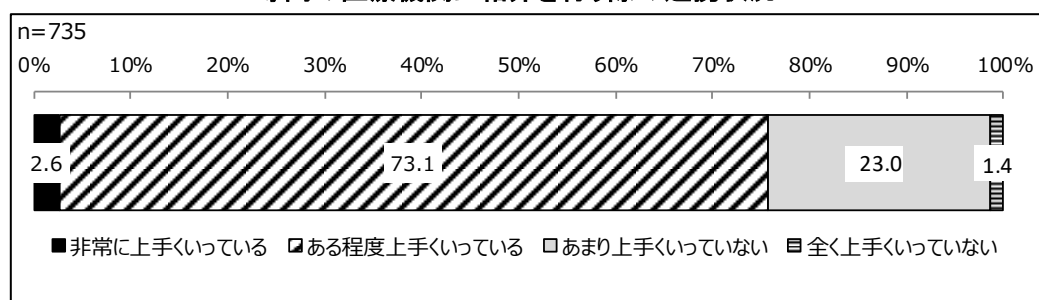
図表 不足していると考えられる治療内容(複数回答)
(「非薬物療法を行う医療機関等が不足しているため」を回答した場合)



(4) かかりつけ医（医療機関）から専門の医療機関に紹介を行う際の連携状況

かかりつけ医（医療機関）から、認知症、行動・心理症状に対する治療を行う専門の医療機関に紹介を行う際の連携状況をみると、上手くいっている（「非常に上手くいっている」（2.6%）、「ある程度上手くいっている」（73.1%）の合計）が、8割弱を占めた。

図表 かかりつけ医（医療機関）から、認知症、行動・心理症状に対する治療を行う専門の医療機関に紹介を行う際の連携状況



(5) 連携が上手くいっていない理由

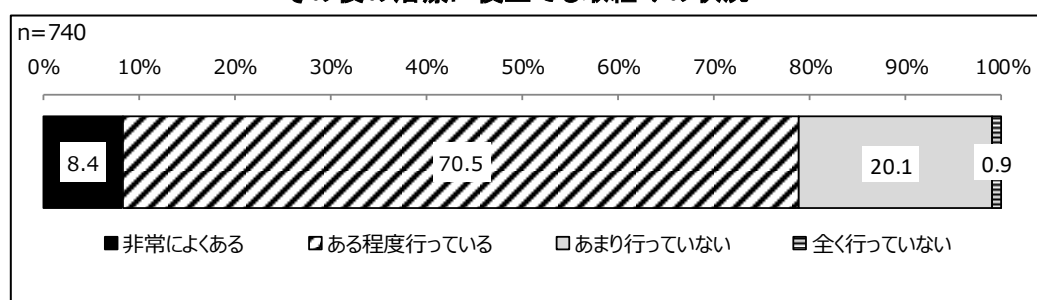
前問で「あまり上手くいっていない」、「全く上手くいっていない」と回答した地域包括支援センターを対象に、上手くいっていない理由を自由回答で尋ねた。その結果は以下の通りであった。

- ・ 認知症の B P S D に対する治療を行う医療機関がそもそも少ないため、連携がうまくいかない。
- ・ かかりつけ医から積極的に紹介してもらうケースが少ない。
- ・ かかりつけ医から専門医療機関につなぐケースは少なく、困った家族が地域包括支援センターやケアマネジャーに相談し、専門の医療機関につながるケースが多い。
- ・ 鑑別診断を受けないまま内科医の受診・処方が継続されているケースが多い。
- ・ 専門の医療機関が少なく受け入れが進まない。
- ・ 独居や高齢世帯の場合、受診自体が困難。かかりつけ医は受診が必要だと思われるも、本人、家族が希望しないこともある。また、専門医を受診した後、かかりつけ医に戻るまで継続した通院が困難であったり、本人の理解が得られないなどで難しい。
- ・ 本人や家族が専門医療機関の受診に抵抗感があったり、自宅から遠方にあるために受診しづらい等によりスムーズに受診につながらないケースがある。

（６）地域包括支援センターが把握した行動・心理症状を、かかりつけ医（医療機関）に伝え、その後の治療に役立てる取組み

地域包括支援センターが把握した行動・心理症状を、かかりつけ医（医療機関）に伝え、その後の治療に役立てる取組みの実施状況をみると、よくある（「非常によくある」（8.4％）と「ある程度行っている」（70.5％）の合計）が8割弱を占めた。

図表 把握した行動・心理症状を、かかりつけ医（医療機関）に伝え、その後の治療に役立てる取組みの状況



（７）地域包括支援センターと医療機関との連携活動として強化すべき点

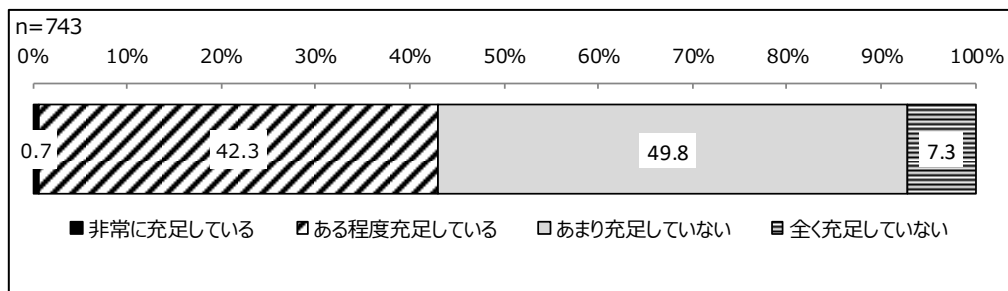
- ・ かかりつけ医への相談を勧め、必要時専門医へ紹介推進する体制の構築。
- ・ 診療場面では把握できないような日常生活の様子の情報提供、地域包括支援センター等地域で行っている事業等の情報提供。
- ・ 特に若年性認知症の人への支援や認知症の本人の社会参加、活躍の場の創出に向けた取組みにおいて連携が必要。
- ・ 行動・心理症状、原因となる生活状況を把握し、医療機関に情報提供し、スムーズな連携を図ることが必要である。
- ・ ICTを活用した、患者の医療や生活状況などの情報の共有。
- ・ かかりつけ医から専門医への連携がスムーズにいくよう、かかりつけ医に専門医の医療機関リスト等共有し、調整を行うこと。
- ・ かかりつけ医との日常的な情報共有と協議の場の設定。
- ・ ケースを支援するためのチーム員会議を、地域包括支援センターを交えて積極的に行っていくこと。
- ・ ケースに適した医療、介護、インフォーマルサービスに関する情報提供や見守りが実施されるように情報共有を行うこと。
- ・ タイムリーな受診、診断、治療および、地域でのアウトリーチや住民への正しい知識の啓発等への支援。

5. 身体合併症の治療

(1) 入院医療体制の充足状況

認知症患者に対する身体合併症の治療を行うための入院医療体制の充足状況を見ると、充足していない（「あまり充足していない」（49.8%）、「全く充足していない」（7.3%）の合計）が、6割弱を占めた。

図表 認知症患者に対する身体合併症の治療を行うための入院医療体制の充足状況

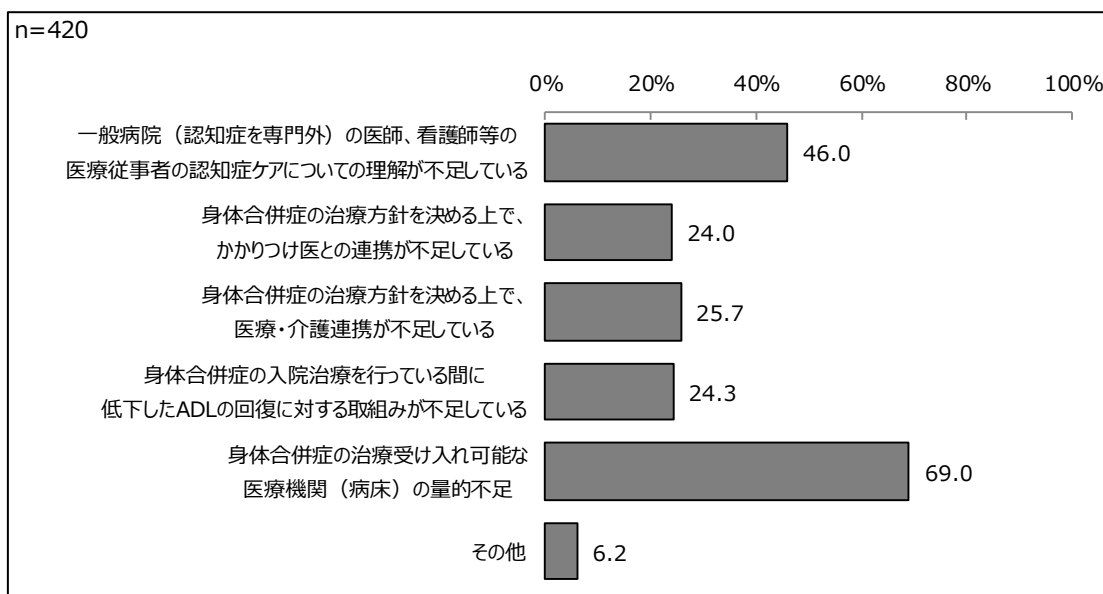


(2) 充足していない理由

前問で「充足していない」または「全く充足していない」と回答した地域包括支援センターを対象に、認知症患者の身体合併症治療を行う入院医療体制が充足していない理由を尋ねた。

その結果、「身体合併症の治療受け入れ可能な医療機関（病床）の量的不足」（69.0%）が最も多く、次いで「一般病院（認知症を専門外）の医師、看護師等の医療従事者の認知症ケアについての理解が不足している」（46.0%）の順に多くなっていた。

図表 充足していない理由（主なもの3つまで）

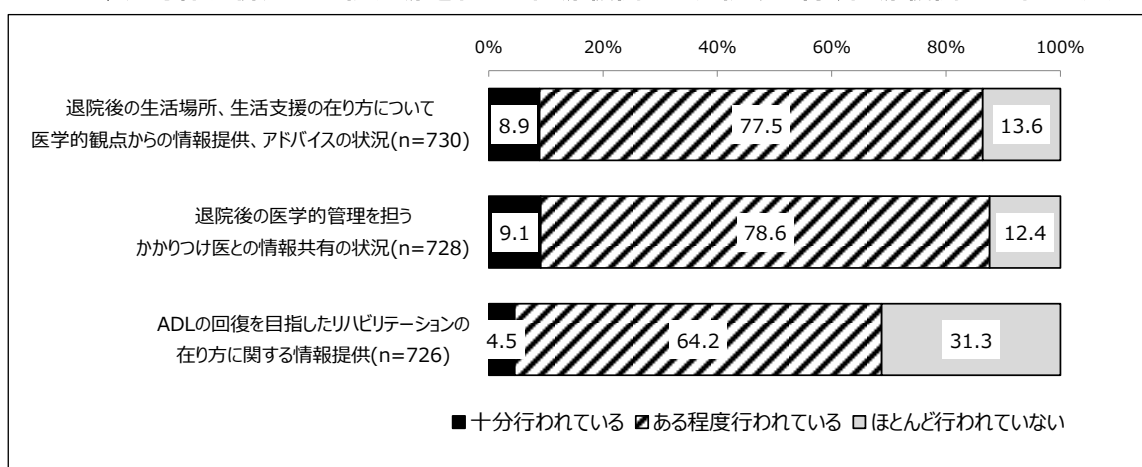


（３）退院時における医療機関の取組み事項

身体合併症の入院治療を行った医療機関から退院する際の、医療機関の取組み事項について、行われている（「十分行われている」、「ある程度行われている」の合計）割合をみた。その結果、「退院後の生活場所、生活支援の在り方について医学的観点からの情報提供、アドバイス」、「退院後の医学的管理を担うかかりつけ医との情報共有」は９割弱を占めた（それぞれ 8.9%、77.5%、9.1%、78.6%）。

「ADL の回復を目指したリハビリテーションの在り方に関する情報提供」については、７割弱（それぞれ 4.5%、64.2%）であった。

図表 身体合併症の入院治療を行った医療機関から退院する際、医療機関の取組み状況



（４）居宅介護支援事業所から寄せられる相談事項

身体合併症の入院治療を終えて退院する際、居宅介護支援事業所から地域包括支援センターに寄せられる相談事項について、自由回答を求めた結果は以下の通りであった。

- ・退院決定日から退院するまでの期間が短く、関係者でのカンファレンスが実施できなかったり、在宅での支援体制が整わない。
- ・ADLの低下と認知機能の低下により、家庭生活が送れなくなったという相談が多い。
- ・行動・心理症状がみられるケースでは、入院中も家族の付き添いが必要となる場合があるため家族の負担が重い。また、行動・心理症状がみられるにも関わらず、必要以上に早く退院し、自宅に戻ると家族の負担は大きい。
- ・かかりつけ医に認知症専門医受診のための相談を行っても、紹介をしてもらえないことが多い。
- ・医療と介護が連携し支援に当たる際に、誰が窓口となり主に動いていけばよいのか、

分からないという相談が多い。

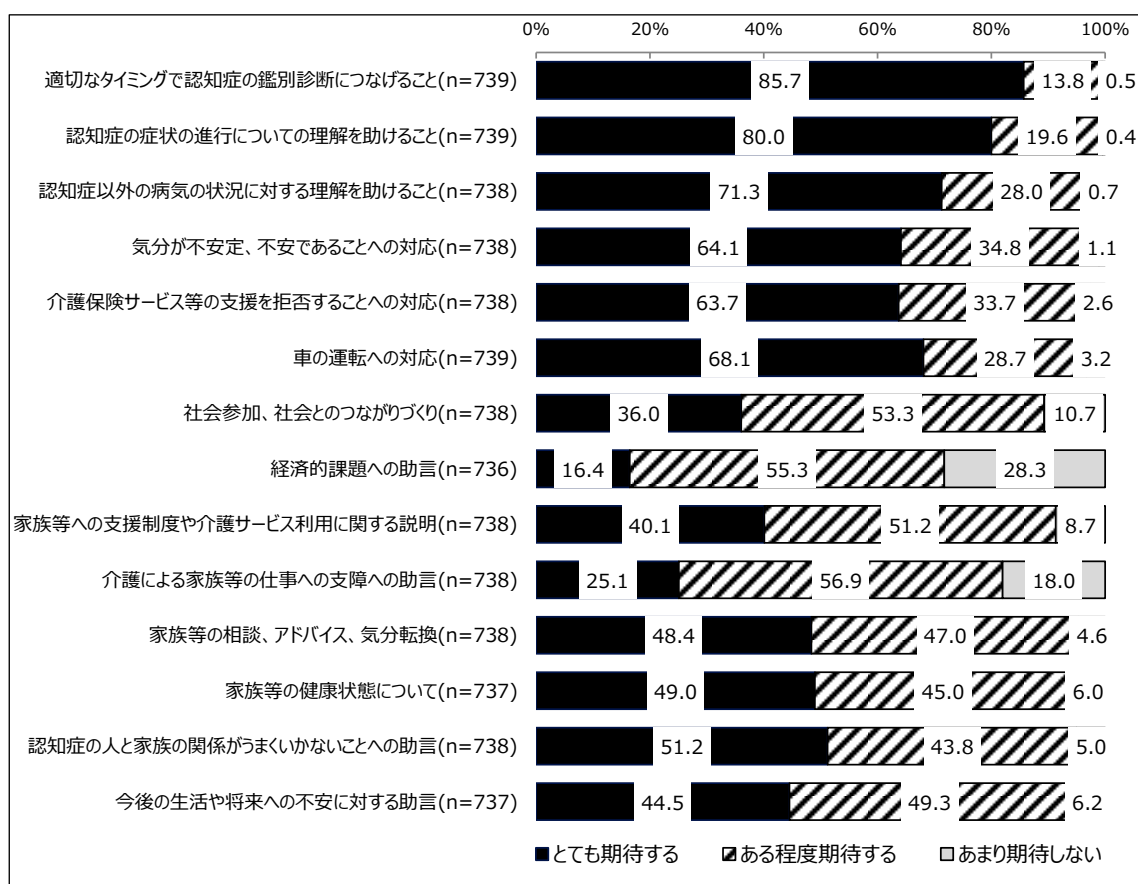
- ・ 家族の認知症への理解不足や経済的課題について。
- ・ 施設入所、生活困窮、成年後見制度など。
- ・ 身寄りがいない、キーパーソンがいないので医療介入やその後の地域への連携に支障がある。
- ・ 身体合併症と認知症を一緒に診てもらえる医療機関の情報について。
- ・ 服薬管理や通院継続方法。

6. 医療・介護連携について

(1) かかりつけ医（医療機関）、専門の医療機関に期待すること

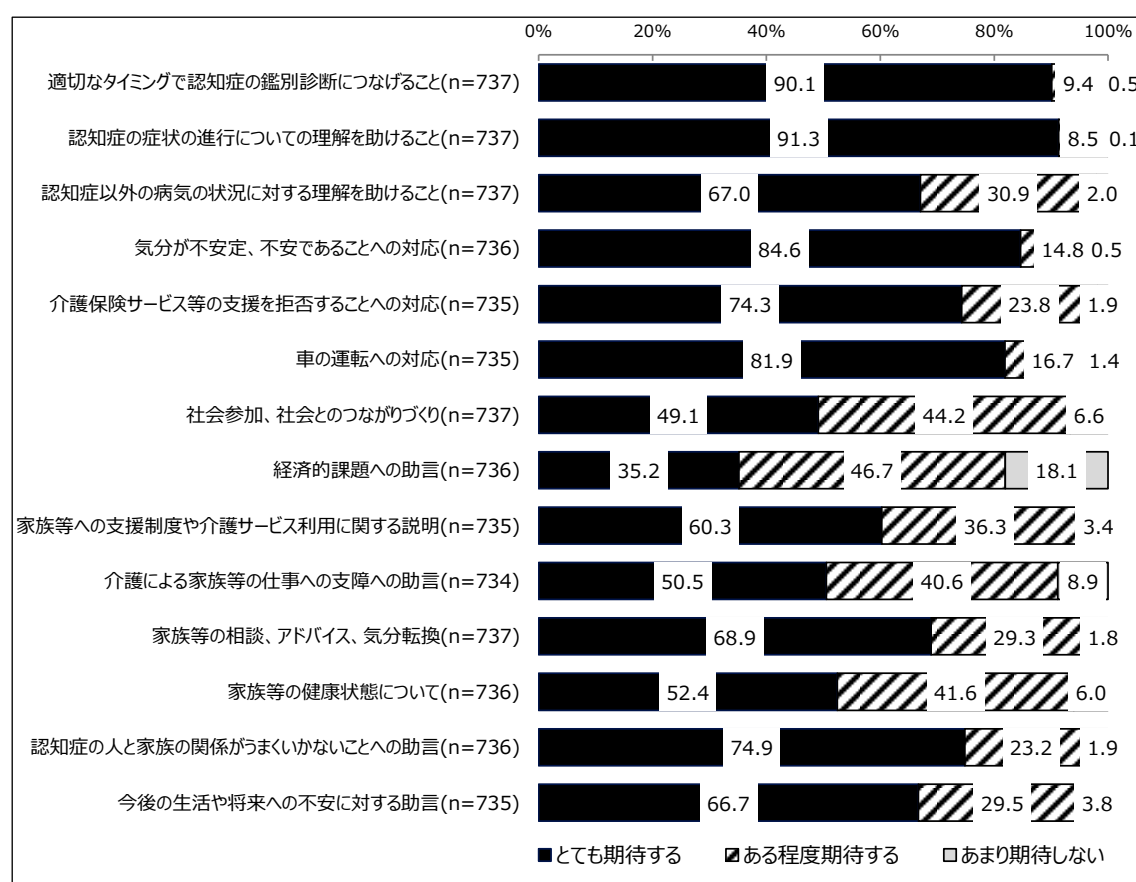
地域包括支援センターが、かかりつけ医（医療機関）に対して「とても期待すること」についてみると、「適切なタイミングで認知症の鑑別診断につなげること」（85.7%）、「認知症の症状の進行についての理解を助けること」（80.0%）、「認知症以外の病気の状況に対する理解を助けること」（71.3%）、「車の運転への対応」（68.1%）、「気分が不安定、不安であることへの対応」（64.1%）、「介護保険サービス等の支援を拒否することへの対応」（63.7%）の順に多くなっていた。

図表 かかりつけ医（医療機関）、専門の医療機関に対して期待すること
（かかりつけ医（医療機関））



地域包括支援センターが、認知症疾患医療センターを含む専門の医療機関に対して「とても期待すること」についてみると、「認知症の症状の進行についての理解を助けること」(91.3%)、「適切なタイミングで認知症の鑑別診断につなげること」(90.1%)、「気分が不安定、不安であることへの対応」(84.6%)、「車の運転への対応」(81.9%)、「認知症の人と家族の関係がうまくいかないことへの助言」(74.9%)、「介護保険サービス等の支援を拒否することへの対応」(74.3%)、「家族等の相談、アドバイス、気分転換」(68.9%)の順に多くなっていた。

**図表 専門の医療機関に対して、今後一層期待すること
(認知症疾患医療センターを含む専門の医療機関)**



(2) 各支援場面でイニシアティブをとるべきと考える機関

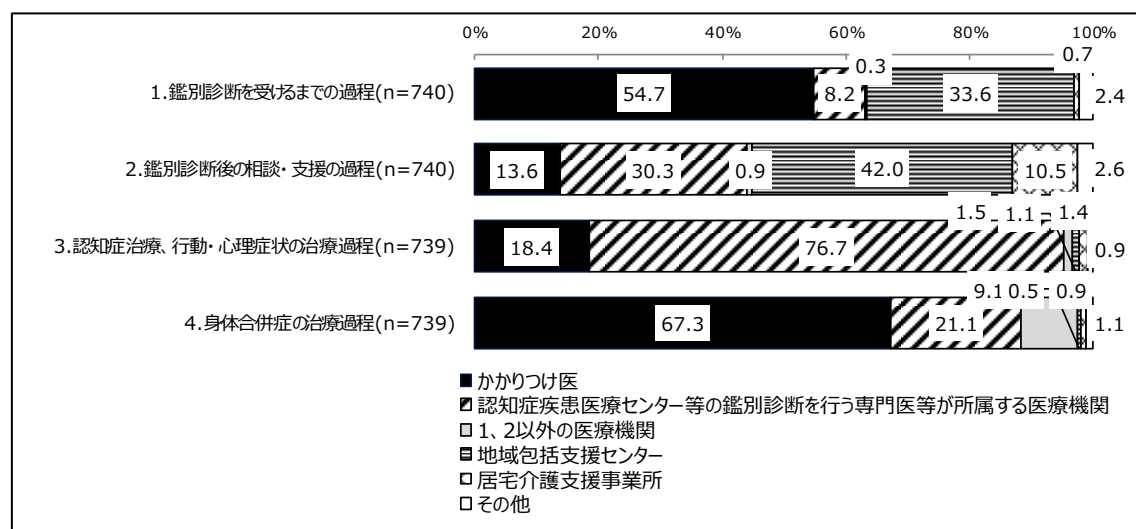
地域包括支援センターに対して、支援場面ごとにイニシアティブをとるべきと考える機関を尋ねた。「鑑別診断を受けるまでの過程」については、「かかりつけ医」が54.7%、「地域包括支援センター」が33.6%の順であった。

「鑑別診断後の相談・支援の過程」は、「地域包括支援センター」が42.0%、「認知症疾患医療センター等の鑑別診断を行う専門医等が所属する医療機関」30.3%の順に多くなっていた。

「認知症治療、行動・心理症状の治療過程」は、「認知症疾患医療センター等の鑑別診断を行う専門医等が所属する医療機関」が76.7%を占めた。

「身体合併症の治療過程」については、「かかりつけ医」が67.3%を占めた。

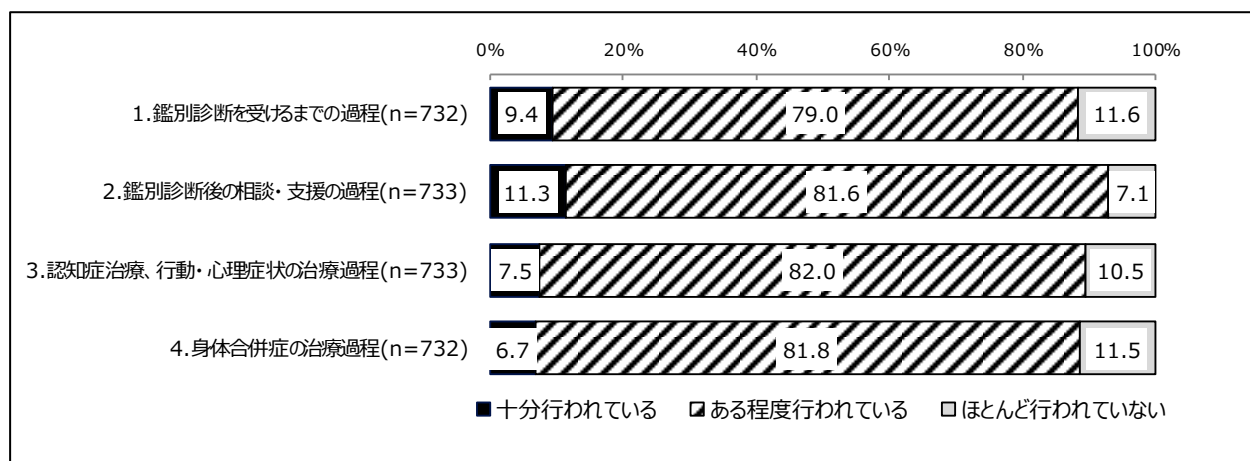
図表 支援の場面ごとに主にイニシアティブをとるべき妥当な機関



(3) イニシアティブをとるべき機関の現在の取組み状況

地域包括支援センターに対して、所在する地域における、認知症に関わる支援場面ごとの現状での取組み状況を尋ねた。その結果、いずれの過程において、行われている（「十分行われている」、「ある程度行われている」の合計）が、9割前後を占めた。

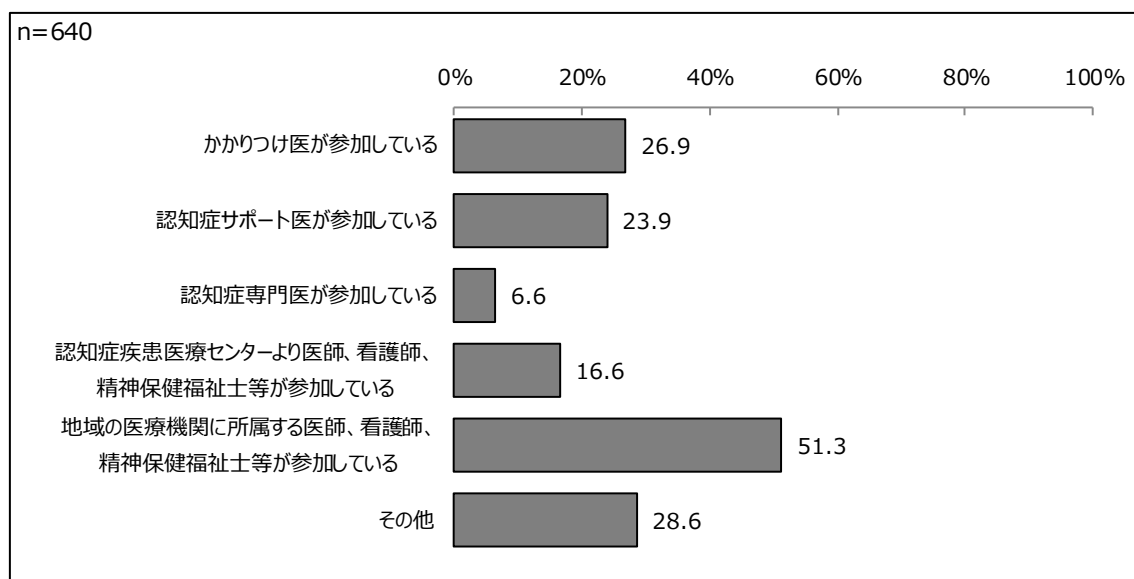
図表 イニシアティブをとるべきと考える機関の現状での取組み状況



(4) 地域ケア会議への医師、看護師、精神保健福祉士等の参加状況

地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に、医師、看護師、精神保健福祉士等が参加しているか尋ねたところ、「地域の医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等が参加している」(51.3%)が、最も多くなっていた。

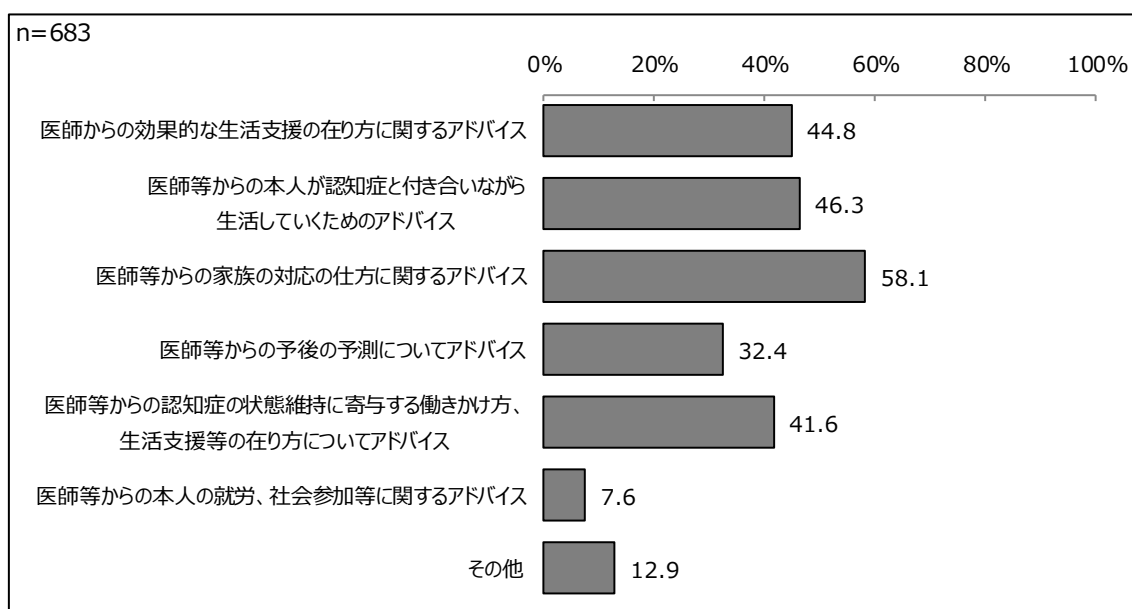
図表 認知症地域医療に関わる医師、看護師、精神保健福祉士等の地域ケア会議の参加状況
(複数回答)



（５）認知症地域医療に関する要望

地域包括支援センターが主催する地域ケア会議において、認知症地域医療に関する要望として挙げた議題を尋ねた。その結果、「医師等からの家族の対応の仕方に関するアドバイス」（58.1%）が最も多く、次いで「医師等からの本人が認知症と付き合いながら生活していくためのアドバイス」（46.3%）、「医師からの効果的な生活支援の在り方に関するアドバイス」（44.8%）、「医師等からの認知症の状態維持に寄与する働きかけ方、生活支援等の在り方についてのアドバイス」（41.6%）の順に多くなっていた。

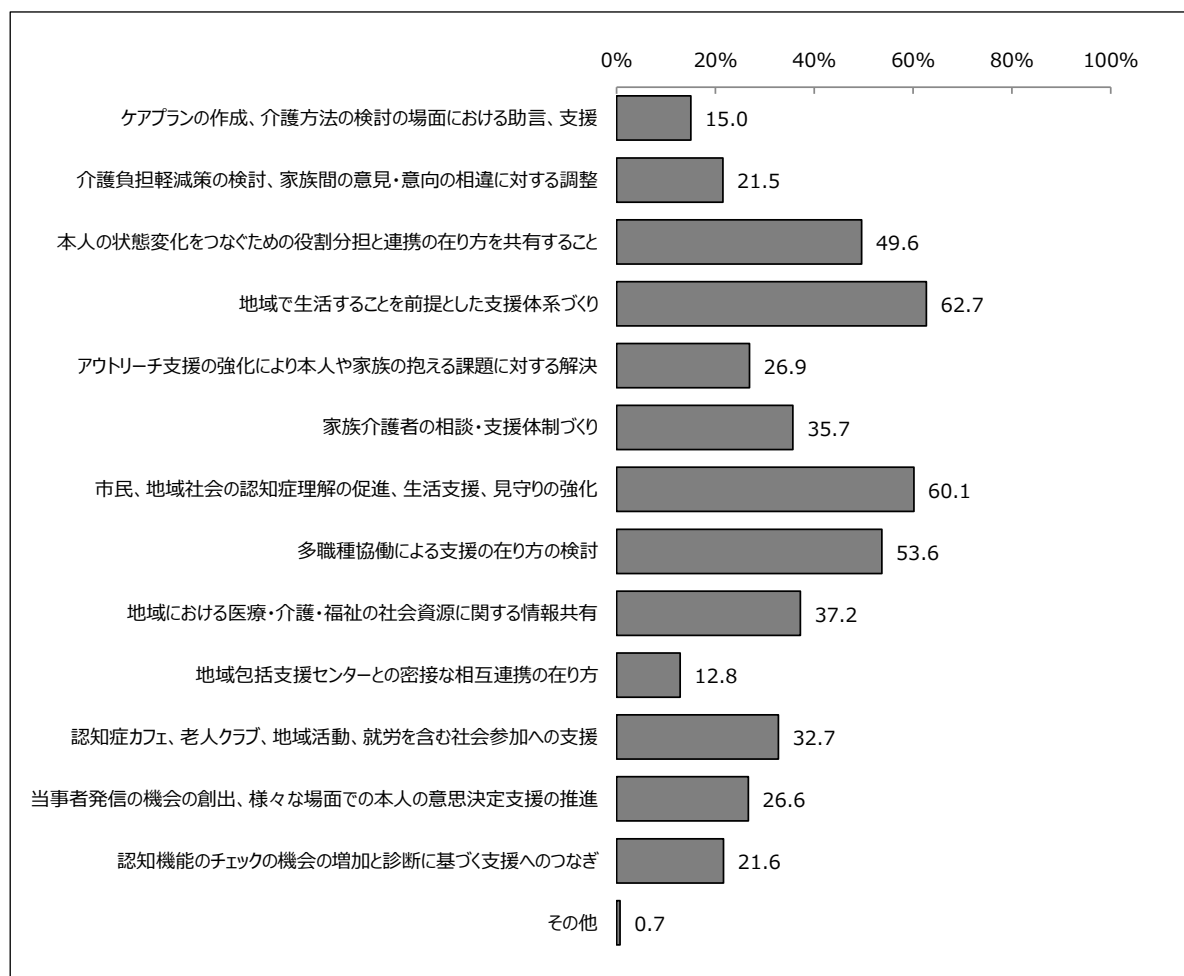
図表 認知症地域医療に関する要望(3つまで回答)



（６）医療・介護連携により取組んでいくべき課題

医療・介護連携により取組んでいくべき課題について尋ねたところ、「地域で生活することを前提とした支援体系づくり」（62.7％）が最も多く、次いで「市民、地域社会の認知症理解の促進、生活支援、見守りの強化」（60.1％）、「多職種協働による支援の在り方の検討」（53.6％）の順に多くなっていた。

図表 医療・介護連携により取組んでいくべきとお考えの課題(主なもの5つまで)

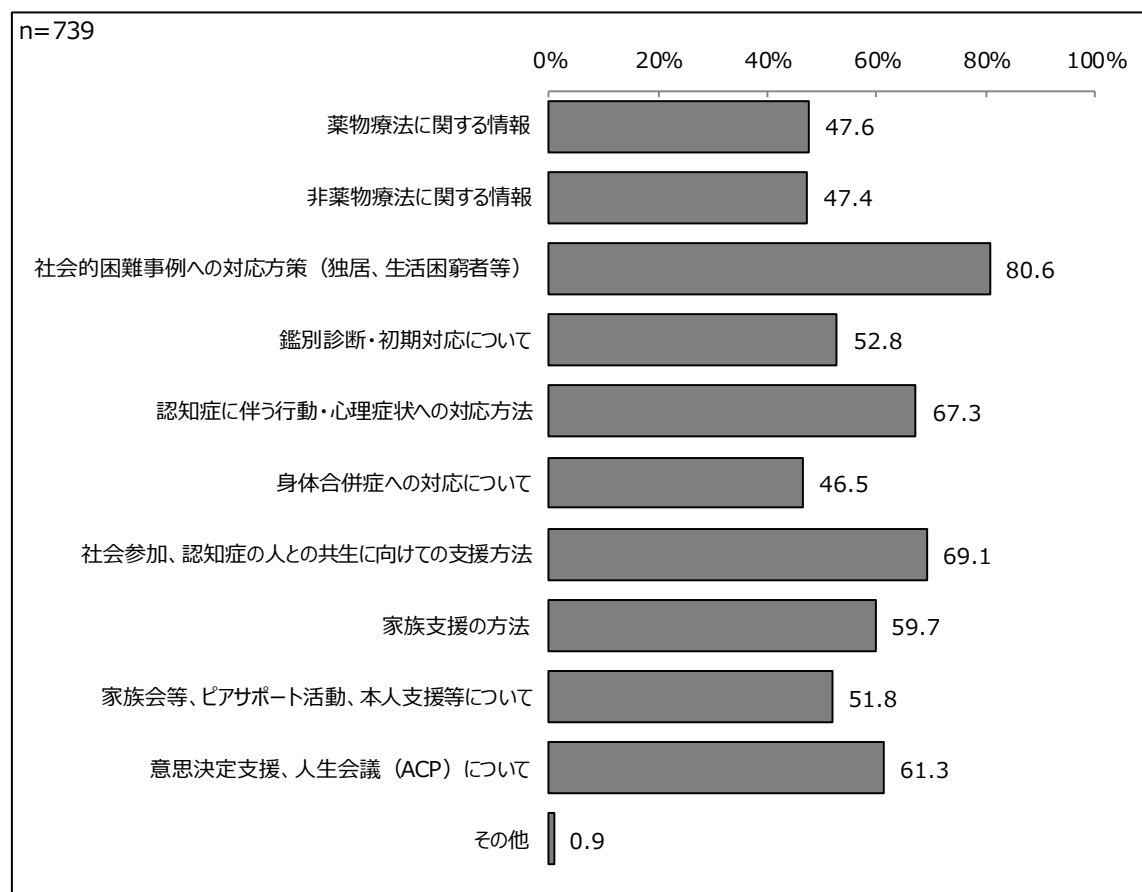


7. 研修等に関する要望

(1) 認知症地域医療に関する研修内容

地域包括支援センターおよび地域の介護事業所に所属する専門職を対象とした、認知症地域医療に関わる研修内容として希望するものについて尋ねた。その結果、「社会的困難事例への対応方策（独居、生活困窮者等）」（80.6%）が最も多く、次いで「社会参加、認知症の人との共生に向けての支援方法」（69.1%）、「認知症に伴う行動・心理症状への対応方法」（67.3%）、「意思決定支援、人生会議（ACP）について」（61.3%）の順に多くなっていた。

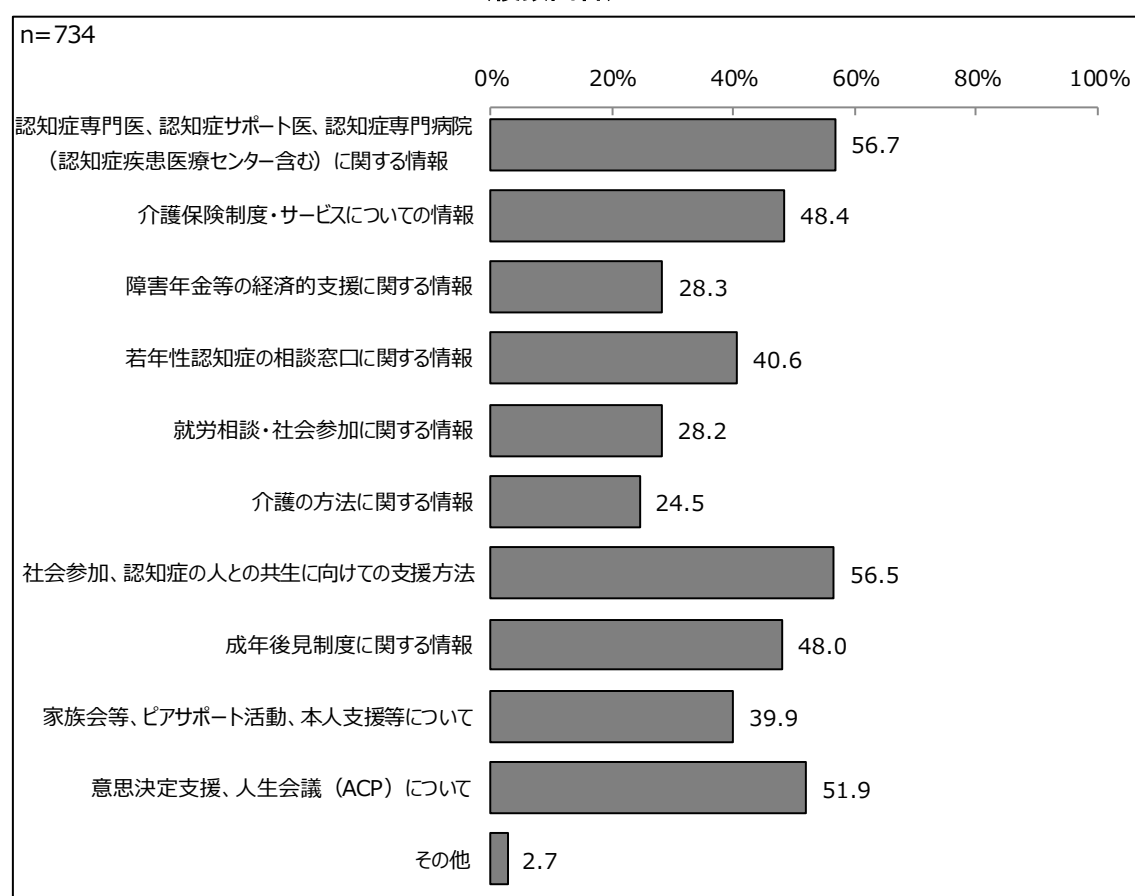
図表 受講を希望する認知症地域医療に関する研修内容（複数回答）



（２）かかりつけ医を含む地域の医療機関の想定される研修ニーズ

地域包括支援センターが考える、かかりつけ医を含む地域の医療機関の研修ニーズを尋ねた。その結果、「認知症専門医、認知症サポート医、認知症専門病院（認知症疾患医療センター含む）に関する情報」（56.7%）が最も多く、次いで「社会参加、認知症の人との共生に向けての支援方法」（56.5%）、「意思決定支援、人生会議（ACP）」（51.9%）の順に多くなっていた。

**図表 かかりつけ医を含む地域の医療機関において研修ニーズがあると考えられる内容
（複数回答）**



第 3 章 先進事例調査

1. 方法

(1) 目的

本章は、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の連携によって効果的に実施された、認知症地域医療に関わる提供事例調査の結果を示した。

事例調査を通じて、患者にとって必要な時期に医療が提供され、継続的な状況把握・支援が効果的、効率的に提供されるための、関係機関の役割分担の在り方、情報共有の方法・内容、連携上の工夫点、課題を具体的に調査し、全国における認知症地域医療体制の強化に向けた基礎資料を得ることを目的とした。

(2) 対象・方法

事例調査の対象は、以下の通りであった。当該事例の関係機関においてキーパーソンとして支援に関わった専門職にインタビュー方式により調査を実施した。インタビュー時は、事例に関与していない多職種の専門職も同席し、調査対象事例の連携上のポイントを協議しながら聞き取りを行った。実施にあたっては、感染防止を考慮して、オンライン会議方式により聞き取りと協議を行った。

図表 調査対象

事例1：鑑別診断を受ける過程において関係機関が連携した事例	・専門病院、地域包括支援センター、地域包括ケア病棟、居宅介護支援事業所、地域権利擁護推進センター、親族等、多数の支援者が役割分担をしながら連携して、高齢夫婦をそれぞれの支援へとつなげた事例
事例2：身体合併症治療、リハビリ支援において関係機関が連携した事例	・認知症、神経疾患、精神疾患をもつ方を中心に、幅広く内科疾患まで診療を行う在宅医療（訪問診療、往診、医療機関の紹介）のクリニックが関与した事例
事例3：認知症の行動・心理症状の治療、ケアにおいて関係機関が連携した事例	・認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、精神病院等が連携して、若年性認知症の治療・介護、生活支援、家族関係の再構築に関与した事例

(3) 実施時期

インタビュー調査は、2021 年 3 月に実施した。

(4) 調査項目

事例調査は、以下の項目について調査を行った。

I 症例の概要
①性別・年齢・要介護度・介護サービスの状況 ②認知機能状況(認知症高齢者の日常生活自立度, MMSE, 長谷川式認知症スケール(簡易版含む)) ③認知症の種類、身体合併症等 ④診断・治療開始前の居所・世帯属性・生活状況
II 受診の経緯
①相談、紹介の経緯 ②関係した医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 等 ③本人・家族の様子・意向 ④受診時の連携上の課題
III 診断・治療の経過
①診断・治療期間(入院／外来) ②(入院ケースの場合) ・退院時に情報共有や共同支援を行った医療機関等 ・情報共有の方法・内容 ・退院先 ・転帰 ・認知機能等の状況 ・治療方針や転院先に関する同意の状況(本人、家族等) ③退院時の関係機関の連携上の課題
IV 本事例から学ぶ認知症地域医療における連携上のポイント
①ポイント ②今後の取組み課題

2. 事例調査の結果

次ページ以降参照。

(1) 事例1：鑑別診断を受ける過程において関係機関が連携した事例

I-1. ヒアリングを実施した支援者の属性と業務、所属組織の概要

・1人目：地域包括支援センターのセンター長。在宅介護等に関する様々な相談、各種の介護支援サービスの情報提供・調整をする総合相談窓口。ソーシャルワーカーと看護師が種々の相談・介護についてのアドバイス、保健福祉サービスや介護用品を紹介する。来所、電話による相談、必要に応じて家庭訪問も行う。 ・2人目：病院の理事長（地域包括ケア病床、医療療養病床。介護老人保健施設および居宅介護事業所を併設）

I-2. 本人の転記

・かかりつけ医→A 病院→B 病院→在宅→A 病院→B 病院→B 病院併設の介護老人保健施設（在宅生活の継続が困難になったため）
--

II. 事例の状況

II-1. 本人の属性

・90 代、男性。60 年在住。戸建、持ち家に居住（隣家に親戚が居住）。 ・年金：本人 20 万／月 妻 6 万／月 ・病歴など：60 代 S 字結腸がん、90 代 圧迫骨折、脊髄炎

II-2. 発症から鑑別診断まで

本人(夫)	妻
・2019 年 12 月：自宅内で転倒を繰り返し、ガラスを割るなどしていたので、かかりつけ医から A 病院併設の地域包括支援センターに精査目的で紹介され受診。脊髄炎が見つかり入院。高齢の妻と二人暮らしだが、本人だけではなく、妻の方も認知症の疑いがある。一人暮らしが出来ないのではないかと懸念されるため、介入してほしいと A 病院の医療連携センターより依頼があった。 ・連携センターで転院先を B 病院に決定した。その他の選択肢として、精神科単科、療養型を検討した。 ・本人と病棟で面接。本人は風呂準備、掃除、洗濯を担っていたとのこと。妻の認知症についての理解は乏しいが、妻の食事の支度時火の不始末、家の戸締まりを心配していた。 ・在宅退院準備のため要介護認定を申請。年末年始は行政、医療機関、事業者も長期休	・本人の入院を契機として、妻の認知症も明らかになった。年末年始対応は近隣と親族に依頼。IADLの見極めを早急にする必要があった。 ・妻も介護保険申請が必要であった。

業になるため、同時に妻の年末年始対応の支援の検討も必要な事例であった。	
-------------------------------------	--

Ⅱ－３．診断後の医療・ケア

本人(夫)	妻
・ 2020 年 1 月、「在宅準備のリハ目的」で B 病院に転院。本人は、自己認識、現状把握が難しい。家屋評価のために病院PTと一時外出し、生活空間は 2 階から 1 階へ移すこととした。本人の家事分担はヘルパ―導入等で支援。生活破綻ぶりも垣間見える。治療後、在宅復帰が可能か危ぶまれた。	・ 高齢者のみ夫婦の場合、どちらかが入院したときに、生活が破綻していたことが明らかになる事例が少なくない。 ・ 金銭管理が難しいにも関わらず、第三者に委ねることを拒むことが多い。特殊詐欺被害にあうことも多い。
・ 2020 年 2 月、退院前カンファレンス。要介護 1。一時外出時の様子から在宅ケアプランを相談。2 階から 1 階への生活環境を変える必要性を本人が理解出来ずにいた。習慣的に禁忌食品を食べるかもしれないため、主治医より、服薬内容を変更するなど細かな配慮を行う。金銭管理は本人が行っていたため、入院費支払い未納。2 月末に退院。 ・ 入院、入所、サービス利用は全て契約となるため、入院時に、今後の見通しを B 病院、地域包括、ケアマネジャーで共有することが必要だった。	—
・ 2020 年 3 月、ケアプランに位置づけたサービスを拒否。介護ベッドは夜間方向が分からないと 1 週間で返却。毎日外出し、妻が、ついて行くので疲労困憊。また、転倒しガラスを割る。菓子パン、ヨーグルト、果物など甘いものしか食べない。通院もしない。再度転倒しガラスを割る。熱発のせいかふらつきがみられることから、入院レベルではないがかかりつけ医の紹介により、A 病院に再入院となる。	・ 妻も認知症があるために、本人(夫)の病状を説明しても理解が難しい。約束日時を忘れる、取り繕う、治療上の指示の理解が難しい。 ・ 支援者は、日頃から、かかりつけ医と状況把握、報告、受診同行などしておく。かかりつけ医からの相談スタートは変わらない。

Ⅱ－4. 診断後の医療・ケア(再入院)

本人(夫)	妻
・ 2020 年 3 月、転倒を繰り返し、L1 圧迫骨折。<u>A 病院</u>に再入院。せん妄が強く、本人の意思決定を期待出来ない状況。今後は在宅困難と思われた。<u>B 病院</u>が<u>有料老人ホーム</u>の選択肢を考える。 ・<u>アクシデントを繰り返す。夫婦以外の人間を信用出来ないため、社会福祉制度の活用が出来ない。</u> ・<u>地域権利擁護推進センター、成年後見制度活用、地域包括、親族、B 病院</u>が連携して解決にあたる。	・支払い、貯蓄、取引銀行のこと等、妻は理解しておらずキーパーソンが必要であった。 ・金銭管理の課題は解決のめどがつかない状況であった。
・ 2020 年 4 月、<u>B 病院の地域包括ケア病棟</u>に入院。60 日後の転帰、金銭管理、施設入所方向なら契約、妻の生活継続等、多数の課題があった。 ・本人は病識のないままであったが、ADL が改善し、歩行器で見守りがあれば歩行可能。	・妻は<u>親族</u>の協力に対して否定的。

Ⅱ－5. 診断後の医療・ケア(本人、妻も施設入所)

本人(夫)	妻
・ 2020 年 5 月、退院前カンファレンス。軽度右麻痺残存。制止がきかず動くため、今回の圧迫骨折部位が悪化する。 ・認知機能の低下(長谷川式 19 点)がみられ、金銭管理が困難になる。二人で安心できるところへの<u>入所を提案</u>するも、古い支度のイメージがわからず、だまされると拒否。 ・<u>成年後見制度</u>の利用を支援者は提案するも拒否。 ・2020 年 5 月末に自宅退院	—
・<u>デイサービス、訪問介護</u>を利用。書類、金銭管理が困難な本人、妻に<u>地域包括支援センター</u>と<u>ケアマネジャー</u>で、<u>成年後見人代行</u>を行い、理解を促す。 ・妻が <u>B 病院</u>に入院、本人は独居に。時間構わず妻の面会に来院。病院側が本人の栄養状態を心配して、有料で食事を提	・妻が <u>B 病院</u>に入院。その後、妻は<u>有料老人ホーム</u>に一人で入所。 ・本人が入居する<u>老人保健施設</u>の配慮で、有料老人ホームの妻に面会に行っていた。 ・2020 年末、妻逝去。

供しそれを本人が食べていた。 ・自宅内で転倒、救急搬送を繰り返し、系列老健への入所を勧められ入所して現在に至る。 ・2020 年 6 月、妻が退院後、有料老人ホームに入所したことをきっかけに、本人が成年後見制度の申し立てを行う。最初の入院から 1 年経過。時間を経るということが必要な事例であり、支援者は地域包括ケア病棟の地域での必要性を実感する。後見審判がくだる。本人は「ここ(老健)」にいて良かった、(妻が亡くなり)一人では…(生活が難しかった)」とのこと。地域権利擁護推進センター、地域包括、親族が連携。	
---	--

Ⅲ－1. 連携のポイント1(認知機能だけでなく家族関係等をふまえた意思決定支援)

・「高齢者のみ世帯」「認知世帯」「子供無・兄弟姉妹死亡」の事例が増えている。医療・ケアチームの一員となるべき家族も、高齢で心身機能が低下していて、家族自身の支援が必要な場合の意思決定支援の在り方が課題となっている。 ・入院費支払い、医療同意、身上監護、施設入所の支援はだれが行うか、人生会議をどのようにするか等、課題が多い。連携においても多数の関係機関が登場する。 ・特に、急性期病院入院後どこに退院するかが課題となる。行き先を決めることとともに、金銭管理が大きな課題となることから、成年後見制度の申し立ては年々増加している。

Ⅲ－2. 連携のポイント2(認知症医療、地域包括ケア病棟の在り方)

・転倒を繰り返す本人を診ていた主治医が、A 病院に専門的な診断を依頼してきたことが、夫婦二人の支援につながった。 ・地域包括ケア病棟は「時々入院、ほぼ在宅」の目的で創設された。「入院もできず、在宅も難しい」高齢者等が時間をかけて支援者と信頼関係を構築し、「行先」や成年後見制度の申請・決定・利用が決まるまで、心身状況に応じて利用することで、本人の生活の基盤の再構築につながった事例。 ・在宅支援者の困りごとが、「治療と服薬」で解決しなかったときでも、支援者は「医療者に相談にのって欲しい」と思っている。 ・鑑別診断が「解決」にはならない。解決策を支援者や家族は考えなければならない ・鑑別診断をどのような目的で使うのか、効果的な方法はまだ確立していない。現状は時間がかかること、本人が拒否することも多く、成年後見制度や 75 歳以上高齢者の運転免許制度などで利用することが多い。

Ⅲ－３．連携のポイント３（連携と情報共有の在り方）

- ・多数の関係機関が長期間にわたり、本人・家族を支援するために連携が必要となる。連携とは、それぞれの支援をつなぐことである。
- ・当該地域では、地域医師会が作成した、認知症地域医療連携のための、医療・介護の関係機関の連携イメージ図、情報共有のためのシートが作成されている。
- ・本人・家族の心身状況（認知機能を含む）、生活、親族関係、意思をよく知るためには、様々な支援者からなる医療・ケアチームをつくり、時間をかけて本人・家族の信頼を得て、支援につなげることが必要である。

以上

(2) 事例2：身体合併症治療、リハビリ支援において関係機関が連携した事例

I-1. ヒアリングを実施した支援者の属性と業務、所属組織の概要、多機関連携の状況

- ・訪問診療専門のクリニックの医師。24 時間電話対応を行っているが、在宅療養支援診療所の届出はしていない。
- ・関係機関との情報共有は、カンファレンス、診察時の同行訪問、電話等で行っている。

I-2. 本事例における関わりと他機関との連携の状況

- ・本事例については、2回/月訪問診療を実施。本人は、かつてはカテーテルの自己抜去、夜間外出等がみられたが、現在は落ち着いた生活を送っている。
- ・検査は、外来を実施しているクリニックで実施した。精神科デイケア、介護保険のデイケアに 3 回/週に通っていたが、デイでは趣味の将棋ができなかったため、有料老人ホームの事業者が、将棋仲間と出会える社会資源につなげた。
- ・有料老人ホームの職員は、外出につきあう等、本人の思いを形にしようとする姿勢で関わっている。

II. 事例の状況

II-1. 本人の属性

- ・傷病：2 型糖尿病、右中大脳動脈領域脳梗塞後（心原性脳塞栓症）／血管性認知症疑い、非弁膜症性心房細動、前立腺肥大症／神経因性膀胱／尿閉の既往、白内障
- ・既往歴：横紋筋融解症、褥瘡（仙骨、肘）、左 1-4 切断指（身体障がい手帳 4 級）
- ・介護保険 要介護3（訪問看護ステーションによる訪看）
- ・自立支援医療（精神科通院）利用中 [A クリニック]、[デイケア] 週三回
- ・2019 年まで独居生活を送っていた。現在は、住宅型有料老人ホームに入居し生活。
- ・連絡を取り合う家族はいない。
- ・献身的に動く人：[有料老人ホーム、居宅介護支援事業所の社長]
- ・本人は、やりたいことがあるというよりも、その時の気持ちで行動している印象。周囲から提案されたことであっても、嫌なことは断り、受け入れる時にも意思表示ははっきりしていた。

II-2. 発症から鑑別診断まで

- ・2019 年 8 月、意識障害や左半身麻痺で心原性脳塞栓症発症。[A 病院]にて血栓回収療法を施行され、軽度構音障害と軽度左半身麻痺が残存するのみで退院。MMSE24。[デイサービス]や[訪問介護]を利用しながら、在宅生活を継続していたが、身辺管理は困難であった。
- ・2020 年 4 月、[救急搬送]され横紋筋融解症、糖尿病管理のため入院。糖尿病についてはインスリン（ノボリン R4 単位 1 日 3 回毎食前＋グラルギン 7 単位眠前）を導入。退院に向けて内服薬への移行が検討され、ジャヌビア 50mg、グリミクロン 40mg、トレシーバ皮下注射 夕食前 4 単位/日に変更された。入院中の MMSE は 12 点、超音波で 1000ml の尿貯留と水腎症があったため尿道カテーテル留置となったこともあり、独居継続困難とされた。
- ・2020 年 5 月退院、[住宅型有料老人ホーム]に入居。

・2020 年 5 月 当診療所 を初診。ベッド上臥床で、自発語はなく発動性低下がみられたが、会話は可能。

Ⅱ－3. 診断後の医療・ケア(糖尿病)

- ・糖尿病治療のため入院中に、在宅生活の環境を想定し、退院後のトレシーバ皮下注施行については、糖尿病内分泌内科担当医より、「退院後はトレシーバを 1 回夕食前 7 単位で週 2 回の施行へ変更を」と提案される。
- ・2020 年 5 月、初診時にトレシーバ注射施行と血糖測定のための 訪問看護ステーションの管理者 と話し合い、週 2 回の施行について相談し、昼食前とした。施設での食事は入院時と同様の 1 日約 1400kcal。実際にはそれ以上となる現実を許容しながら、できる範囲で管理をしようと本人を交えて共有した。徐々にトレシーバは減量し中止としている。
- ・尿閉、尿道カテ留置については、入院中に泌尿器科担当医 より、「ADL が上がれば今後はカテーテル抜去可能」と診断される。退院後、シロドシン内服を開始し、カテーテル抜去を計画するもその前に自己抜去。以後は自尿が保たれているため経過観察としている。

Ⅱ－4. 血管性認知症、糖尿病性認知症の症状

- ・2020 年 5 月下旬より、ラーメン店に行こうと夜間外出し警察に保護された。以後も夜に外出してスタッフがついて回る状況が数回あった。外出する理由は「なじみのラーメン屋のラーメンを食べたい」(施設内で夜食を勧めても希望しない)、「パチンコをするためのお金を友人に借りに行く」等。外出先で体調不良となり救急搬送されることもあった。
- ・他医療機関 で施行した検査: 頭部 MRI (2020.7) 右中大脳動脈領域広範(基底核を含む)に血管障害後変化がみられた。
- ・2020 年 7 月、心理検査 HDS-R15/30, MMSE24/30, CES-D7/60, ADAS J-cog17/70。動揺性で注意機能障害がメインの認知機能低下が血管障害後より目立ち、血管性認知症と考えられる。糖尿病の影響の可能性もある。
- ・発動性低下、深悩みのなさ、他人からの心配に対する頓着のなさが目立つ。後先を考えずに気ままに外出して結局は人の助けを借りる事態が散発するが悪びれる様子はない。
- ・精神障害デイケア 利用(週 3 回、クリニック、週 1 回の 訪問看護 (血糖測定、インスリンの注射、便秘対応)、週 1 回の 近隣住民との将棋対局 を続ける。フルボキサミン 25 mg 内服によって、入居直後の衝動的でリスクに無頓着な行動は減少し、同時に ADL が向上した。
- ・安定した衣食住、生活リズムの確立、人との関係性の構築、外出を制限しない環境、などの複合的な要素の相乗効果があった。最近では、外出時に 施設スタッフ に声をかけて一緒に行くようになり、近隣のスーパー に一人で買い物に行くこともある。

Ⅱ－５. 介護保険の利用、リハビリテーションについて

- ・要介護２。今後も維持できる見込み。
- ・初診時、訪問看護ステーションの管理者が、訪問リハも実施していた。ベッドから起き上がれなかったのがリハを入れるかとの意見もあったが、自立歩行が次第にできる状態にもどった。生活リハでよいと考えている。

Ⅲ－１. 連携のポイント

- ・医師と有料老人ホーム事業者の社長と以前から面識があり、入居前に依頼があった。後方支援病院からクリニックへとつなぐ役目は、社長が献身的にうまくつないでくれたことが、本人の回復につながっている。
- ・有料老人ホーム職員は、本人に寄り添い柔軟性を持って、対応している。摂取カロリー数、外出状況を見守っており、介護職員としてできることについて、医師よりアドバイスを受ける等、医師、介護職間で相談できる関係がつくられている。
- ・ケアマネジャーからみると、認知症様と見える症状が何によって生じているのか分からず、また医療・ケアの介入によって状態が改善した場合、いずれの要因が効果を生んだのか、検証が難しいと感じることが多い。本事例では認知症のレベル、ADLの改善が顕著にみられた。
- ・本事例において、医師は、「人との関わり」が状態改善の鍵と評価していた。
- ・本事例において、日々の見守り、評価、観察は、住宅職員が行っているが、在宅生活であれば訪問看護にその役割が期待されるとの意見。

Ⅲ－２. 非薬物療法の活用

- ・医療・介護に加え、有料老人ホームへの住み替えにより、衣食住の改善、生活リズムの確立、人との良好な関係性の構築が得られたことで、本人の状態が改善した好事例。施設職員は、本人の状態改善や思いを実現することに、強い関心を寄せていることが重要。
- ・入院時に認知機能の低下が生じるケースは多い。認知症様に見えるが、加齢、飲酒等、原因は複合的で原因の特定は容易ではない。
- ・なお、フルボキサミン（前頭側頭対応の薬）を処方する等の対応する医師はそれほど多くない。本事例において、問題行動・症状が改善したことに何らかの影響を与えていることが想定された。
- ・薬物療法、ケア、非薬物療法を組み合わせ実施し、本人、支援者が話し合いながら対応方法を調整していく過程を経て、効果を上げた事例である。

以上

(3) 事例3：認知症の行動・心理症状の治療・ケアにおいて関係機関が連携した事例

I-1. ヒアリングを実施した支援者の属性と業務、所属組織の概要

- ・精神病院併設の認知症疾患医療センター（以下、センターと略）に相談員（2人配置）として勤務。電話相談、面談、訪問対応を担当する看護師。
- ・初期集中支援チームにチームメンバーとして参画。
- ・相談員が相談内容をふまえて、認知症疾患医療センターへの外来受診までの流れを作り、受診後、医師が緊急入院するか否かは、迅速に判断をして決める。

I-2. 所属組織の概要

- ・認知症疾患医療センターは、かかりつけ医・患者・家族・地域包括支援センター（以下、地域包括と略）・介護関係者・行政などからの相談を受ける。相談方法は電話が多い。内容は様々な医療相談が全体の約 1/3、鑑別診断のため受診予約が同じく 3/1、その他、入院相談等であり、その他受診が困難な人への支援をはじめ、必要な医療機関や介護事業所などへのつなぎを行っており、1ヶ月に約 80 件程度相談がある。
- ・鑑別診断の場合は、1回の相談で完了することもあるが、行動・心理症状の相談の場合は、受診までの間に居宅や施設でどう対応するかの相談も行っている。
- ・暴力・暴言等の行動・心理症状がある事例においては、緊急性を考慮するとともに、家族も支援対象者であるなど、客観的に状況を説明することが難しいので、なるべくケアマネジャー、地域包括からの聞き取りや受診同席を依頼している。

I-3. 多機関連携の状況

- ・センターは、地域包括とは、個別相談を通してのつながりと、区単位での研修会・事例検討会を開催し連携を図りやすい体制づくりをしている。個別で受診された場合も心配な場合は本人の了解を得て、地域包括につなげている。地域包括は本人が元気な時からの顔なじみである点が強みであり 3 職種が必要に応じて関わってくれる点が強み。
- ・地域のかかりつけ医から紹介を受けた場合は、原則として受診後・退院後に逆紹介をしているので良好な関係性が構築されてきている。センターの認知度もある程度高まりつつある。地域のかかりつけ医から、センターへの紹介状をもらえることが徐々に増えている。
- ・ケースを通じて、鑑別診断や入退院の流れができてくるとかかりつけ医・地域包括との連携がスムーズに行える。
- ・また、センターは、サポート医・オレンジドクターを対象とした研修を実施している。

II. 事例の状況

II-1. 発症から鑑別診断まで

- ・MMSE15 点、50 代、父と二人暮らし。
- ・50 代で、職場での段取り、人の顔と名前が一致しない等の状況が見られた。
- ・うつ病を疑い精神科クリニックを受診し、薬物療法を受けていたが、その後、同クリニックから認知症疾患医療センターを紹介された。
- ・車の運転中に物損事故を起こし、職場より休職を求められた。

・センターで鑑別診断を行いアルツハイマー型認知症の診断を受ける(MMSE26 点)。診断時、本人は強いショックを受けていた。認知症疾患医療センターより本人の同意を得て、地域包括支援センターの認知症地域支援推進員(以降、推進員と略)につなぐ。以後認知症疾患医療センターへ月 1 回の受診を続ける。推進員には、仕事や日常生活についての相談ができるようになった。

Ⅱ－2. 診断後の医療・ケア(受容)

・診断後、徐々に推進員と信頼関係が生まれ、今後の仕事や生活について悩んでいることを話すことができるようになった。また自分自身で認知症に関する本を購入し、今後の進行や症状について調べていた。主治医より、父親に本人の病気について説明したが、認知症であることの受け入れが難しい状況にあった。

・2018 年 6 月から、自宅近くにある小規模多機能型居宅介護事業所でのボランティアに参加することを、推進員が勧めた。特技である、手芸とお菓子づくりに参加。また、友人に認知症を発症したことを伝え、マラソンに参加したりと、前向きな生活を送っていた。

・2019 年 6 月より、センター併設の精神病院の精神科デイケアの中に、若年性認知症のグループをつくり、当事者主導のプログラムを行った。週1回参加して、音楽演奏、フラワーアレンジメントを楽しんだ。また、当事者と出合いにより、元気がわいていた。本人は、「自分たちができることをして楽しむのが認知症の進行に効果がある」という思いを抱き、リーダー的な存在として活動に参加していた。

・頭頂葉の委縮が確認され、レミニール 4mg で開始。その後 8mg 移行。

Ⅱ－3. 症状の悪化

・2020 年 11 月より、妄想、幻覚があることを述べる。この時期より、父親は、娘が認知症であることを理解するようになっていた。娘の物忘れ(服薬、生活状況等)等について、心配のあまり声かけをしていたが、本人にとっては強いストレスとなっていた。

・父親も心身機能の低下、疾患を発症していた。娘が認知症であることは、受け入れられない状態にあった。

・1 月から抑肝散(神経の高ぶりをおさえる漢方薬)を落ち着く薬として服薬開始。

・同じ時期から、金銭管理が難しくなっていた(金銭の振込や引き出し)。傷病手当、年金等の申請の支援、父親の相談に乗っていた推進員に対して、被害妄想が出現した。

・ボランティアとして参加していた小規模多機能型居宅介護への参加を拒むようになった。時間の管理が難しく、移動時のトラブル(バスカードの紛失)等があり、自信を失っていた。しかし、週 1 回の精神科デイケアには、電車を利用して参加を続けるなど、仲間に会うことを楽しみにしていた。本人の状況変化は、推進員とデイケアの職員が共有し、主治医に伝えていた。

・2020 年 3 月、レミニール朝夕各 8mg へ増量となる。しかし 4 月位から飲み忘れが増え服薬管理が難しくなってきたため、主治医に対し、センターより相談。自立支援医療の下、訪問看護を 1 回／週利用することを開始。本人にとっては、自宅での父親との関係性を調整役も果たしていた。

・同時に、介護保険の利用もすすめたが、高齢者のサービスであるとの理由で拒否した。

・ボランティアをやめたことにより、自宅で過ごす時間が多くなり、父親とのやりとりにより、

ストレスが増えた。週1回の「デイケア」、週1回の「訪問看護」の利用だけでは、生活のリズムを維持することが難しくなっていた。またデイケアまで電車移動することが難しくなっていた。

Ⅱ－4. 介護保険、成年後見制度の利用

- ・父との関係や生活改善をするべく、センターの医師から要介護認定の申請を薦め、要介護1との結果を得た。
- ・2020年8月頃、スケジュール管理が難しくなった。また父との生活が嫌だと語り、夜間に家を出てしまうこともみられた。また自分のお金がなくなる等の被害妄想が徐々に強くなり、週1回の精神科デイケアで困りごとを話し続けていた。
- ・関係者で話し合いを行い、生活のリズムづくりと生活の見守りのため「介護保険サービス」の利用を主治医よりすすめ、「送迎付きで小規模多機能型居宅介護」を利用することになった。
- ・同時にレミニールからイクセロンパッチに薬が変更になり、訪問看護・小規模多機能型ホーム・デイケアで薬を管理することになった。
- ・介護保険利用開始により、小規模多機能型居宅介護のケアマネジャーとの関係もでき日中職員の手伝いをしながらデイサービスで毎日過ごすようになる。
- ・1ヶ月に1回のセンターの受診はケアマネジャーの支援で継続したが、デイケアは終了となった。
- ・2020年10月、被害妄想がみられる中、金銭管理を目的に、成年後見の利用を提案し、本人が申し立てを行い、「司法書士が後見人」となった。
- ・父は本人の認知症の進行を理解しながらも、本人に対して強くあたると等、介護サービスを利用しても、父子同居による生活の継続は難しいとの判断を包括が行った。父からの虐待事案として対応が検討され、包括からの父親支援も開始となった。
- ・2020年11月より小規模多機能ホームを利用中、他の利用者に対するいら立ちが見られるようになり、感情の起伏が激しくなった。また訪問看護以外は自宅に人を入れたがらず、自宅が片付けられない状態で生活環境が悪化した。父親は娘に出来るだけ関わらないようにして過ごす状態。訪問看護を2回／週に増やした。また、小規模多機能ホームにおいて高齢者と一緒に関わることが難しくなってきた。
- ・2020年12月より、リスペリドン（抗精神病薬）を夜服用開始。父親によると夜間の不穏がなくなり眠れるようになった。小規模多機能ホームにおいても、穏やかな様子がみられたが、1カ月で効果が落ちてきた。また父親への暴言も続き、家を飛び出すことが増えたため、徘徊SOSの登録を包括で行った。また包括からは、本人の安全のため医療保護入院を提案をした。センターの主治医から、本人と話をし、「自宅が大事であること、父親が心配である」との本人の気持ちを尊重し、別の対応方法を検討した。

Ⅱ－5. 精神病院のストレスケア病棟に入院

- ・2021年1月に、センターの医師より、併設の「精神病院のストレスケア病棟」への入院を勧め、「体と脳を休めて、病気とつきあう状況」をつくろうと提案し、入院に同意した。
- ・困ったことがあるとき、すぐに誰かに頼れる環境で、穏やかに過ごせるようになった。
- ・入院中は、リスペリドン朝夕、メマンチン5ミリを服用。入院後、1ヶ月半、安定して生活し

ている。その結果、被害妄想、父との生活のストレスが軽減した。

- ・花が好きで、日記に花を写生する。得意な料理のレシピを携帯のインターネット検索で調べたりするようになった。花を生ける、刺し子を楽しむようになった。ストレスが軽減すると、まだできることがあることを専門職としても再認識した。自分の楽しみを見つけ、過ごしている。
- ・父には、娘が認知症を発症したことの受容と、今後の本人と父親の生活の在り方について具体的に考えることを勧めている。

Ⅱ－6. 今後について

- ・ストレスケア病棟の入院期間は3ヶ月が目安となっている。人のために何かしなくてはいけない、しっかりしなくてはいけないといった、本人の強い気持ちが和らぎ、また安心できる環境で、困った時には誰かに助けてもらうこともできるようになった。そのためか、表情が穏やかになり、自分の気持ちを表現しようとするようになった。
- ・本人は、退院後について悩んでいること、似た環境で過ごすことができるかとの質問を投げかけてきており、**サ高住、有老ホーム**での生活を提案することを検討している。
- ・頼れる身内がいらないため、後見人とこれからどうやって生活していきたいか、話あいをしている。
- ・父親にとっては、娘の入院期間が、自分の考えを整理する時間となっている様子である。父親にも本人の入所のメリットを説明している。別々に生活して、会いたい時には会いに行けるよう支援すると伝えている。

Ⅲ－1. 連携のポイント

- ・センターが包括につないだ事例であり、病状の進行とともに包括とセンターがタッグを組み、家族を含めた支援を実現した事例である。センターとしても、地域包括へ最大限のバックアップをしている。本事例のように、センターと地域包括の間に関係性ができると、成功事例となり、他の職員もセンターへ相談しようという動きにつながっていくことが語られた。若年性認知症への対応をはじめ、様々な研修開催が依頼されるようになった(連携実績がない地域包括からの研修依頼は少ないのが実態である)。
- ・本事例は、若年性認知症のケースであるが、活用できる社会資源を確認できる事例である。介護保険領域のみならず、精神科医療等の社会資源が活用されていることがポイントである。
- ・センターの医師によって、きめ細やかな服薬調整が行われているが、こうした事例は必ずしも多くない可能性がある。
- ・父親による本人へのストレスフルな行動(暴力等)は、高齢の父自身の不安が原因である可能性がある。父への支援と、本人の支援チームを分けることがポイントであった。
- ・本人は、今後、父の支援を誰が担うか気にしている。
- ・また、本人の成年後見をどのように進めていくか検討が必要である。おそらく周辺症状への対応、就労・社会参加、経済的支援が不可欠であろう。
- ・本事例において、精神科デイケアへの電車での通院が難しくなった時、地域の認知症専門医等につなげることも検討した。しかし、移動距離よりも医師との関係性を重視し、継続的に関わることを選択した。本人はセンターの主治医を信頼している様子である。

Ⅲ－２．非薬物療法の活用

- ・これまで、個別ケースを通じて、個人の役割創出、活動の場をつくってきた。これらの取り組みを拡げていくためには、センターの機能として、事例の発表を行い、さらに地域包括、ケアマネジャー、主治医に発信することが重要であるとする。
- ・若年性認知症の人の支援モデルを構築していくことが必要である。モデルができることで、連携の好事例を増やしていくことにつながると考える。
- ・本事例を通じて培った、診断後の支援の在り方について、センターとしてサポート医研修等で伝えていきたいと考える。

以上

第 4 章 まとめ・考察

1. 調査結果のまとめ：医療機関票

本調査研究を通じて、認知症患者の受け入れ実績が多いと想定された全国の医療機関（入院機能においては地域包括ケア病棟入院料、外来は、地域包括診療料（地域包括診療加算）の施設基準を届出ている医療機関）を対象に調査協力を依頼し、1,236施設から回答を得た。

回答機関における、認知症地域医療の実施状況等は、以下の通りであった。

（1）患者、家族等からの認知症の相談対応、診断を目的とした医療提供

①患者、家族等からの認知症の相談への対応

認知症が疑われる患者、家族等から認知症の相談があった場合、「診療時間中に医師が相談に応じている」割合が91.9%を占めた。なお、「地域の専門医が所属する医療機関」が36.6%、「地域の精神科を標榜している医療機関」25.4%と、相談の内容、また地域の医療機関が担っている役割に応じて、紹介している実態が伺われた。なお、医療機関において相談を受けた際の「地域包括支援センター」への紹介は29.7%であった。

②認知症の診断に関わる検査等の実施状況

本調査の回答機関における認知症の診断に関わる検査等の実施状況を尋ねたところ、入院患者については、「面談」、「一般身体検査」、「画像検査（CT、MRI等）」がそれぞれ5割、「神経心理学検査」は4割の医療機関で実施されていた。

同様に、外来患者では、「面談」、「一般身体検査」がそれぞれ8割、「神経心理学検査」6割、「画像検査（CT、MRI等）」が5割であった。

なお、自院の入院患者、外来患者を対象にこれらの診断の検査を行っていない医療機関の割合は、それぞれ4割、1割であり、他院からの紹介患者を対象とした場合は、3割が実施していなかった。

③認知症の診断を目的とする他医療機関への紹介状況

認知症の診断を目的とした他の医療機関への紹介状況について、無床診療所に着目して実態を調べた。その結果、画像検査、神経心理検査、詳細な面談、専門的知見を得るためのそれぞれの目的において、「認知症専門医が所属する医療機関」が5割（「専門的知見を得るため」は6割）で最も多く、次いで「認知症疾患医療センター」3割（「専門的知見を得るため」は4割）であった。

なお、紹介を行うことはないとした無床診療所は、神経心理学検査、詳細な面談において2割、画像検査、専門的な知見を得るためにそれぞれ1割みられた。

無床診療所が、紹介を行う際の問題点についてみると、精神科のある医療機関、認知症疾患医療センターへの紹介では、「予約日が先になる（待ち期間が長い）」が6割、認知症専門医が所属する医療機関が5割、認知症サポート医が所属する医療機関が4割と最も多くなっていた。

④認知症の診断に関わる医療機関間の連携に関わる課題

認知症の診断に関わる医療機関間の連携に関わる課題について、回答施設より自由回答により尋ねた。その結果、無床診療所では、紹介先の情報が不足している、地域に認知症の専門医が少ない、専門医療機関によって対応が異なる等の指摘があった。

また、病院からは、かかりつけ医より専門的診断を求めて紹介を受けるが、外来待機時間が長く確定診断に時間がかかる等が指摘された。

（２）認知症の治療方針の決定過程

①認知症の治療方針を決める際の対応

認知症の治療方針を決める際の対応について、回答機関全体の状況をみると、「連携先の医療機関と共に認知症の治療方針を決定している」が49.4%、「単独で治療方針を決定している」38.0%、「治療方針の決定はほとんど行っていない」12.6%の構成となっていた。

無床診療所では、6割超が「連携先の医療機関と共に認知症の治療方針を決定している」と回答していた。

なお、「単独で治療方針を決定している」と回答した医療機関を対象に、連携の必要性について尋ねたところ、7割超は、連携が必要（「非常に連携が必要」、「ある程度連携が必要」の合計）と回答していた。さらに、連携が必要であると考えながら単独で治療方針の検討を行っている理由をみると、「受診できるまでに期間を要する（待ちの患者数が多い等）」50.1%、「患者が希望しない」41.8%、「家族が希望しない」37.4%、「顔の見える関係にある医師を知らないため」20.8%となっていた。

認知症の治療方針の決定過程において連携が上手くいっていない理由について自由回答を求めたところ、無床診療所からは、紹介先での診断でほぼ治療方針が決定され、連携という関係になっていない、再診以降の情報を得る機会がないため、結局本人、家族からの情報のみで診察することになる等の回答が得られた。

また、病院からは、病状は短期間で変化するため、連携受診では間に合わない等があった。

②介護等関連機関との情報交換

認知症の治療方針の決定を行っている医療機関を対象に、情報交換を行っている介

護等関連機関のうち、情報交換を行っている先を尋ねた。「地域包括支援センター」が8割、「居宅介護支援事業所」、「訪問看護ステーション」がそれぞれ7割、「介護保険施設」5割、「成年後見人」2割であった。なお、特に連携している先がないと回答した割合は1割であった。

③認知症の治療方針の決定過程における課題

認知症の治療方針の決定を行っている医療機関を対象に、決定過程における課題を尋ねたところ、「本人と家族の意向を調整すること」が8割で最も多くなっていた。

(3) 認知症、認知症に伴う行動・心理症状の治療について

①治療の実施状況

認知症、認知症に伴う行動・心理症状に対する治療の実施状況をみると、「入院治療」が18.1%、「外来治療」63.6%、「連携先の医療機関に紹介している」58.3%であった。なお、いずれも行っていない割合は11.0%であった。

②実施している治療内容

入院もしくは外来治療を行っていると回答した医療機関に対し、実施している治療内容を尋ねた。その結果、薬物療法では、「認知症治療薬」が97.4%、「漢方薬」79.5%、「抗精神薬」66.9%、「脳循環改善薬」52.3%、「抗血小板薬」30.9%であった。

非薬物療法の領域では、「運動療法」27.9%、「通いの場の紹介（認知症カフェ）」21.4%の順に多くなっていた。

③入院治療時の連携状況に対する評価

入院治療にあたり連携先の医療機関に紹介していると回答した機関を対象に、連携状況の評価を求めたところ、上手くいっている（「非常に上手くいっている」、「ある程度上手くいっている」の合計）が9割を占めた。

一方、上手くいっていないと回答した1割弱の施設を対象に、その理由を尋ねたところ、無床診療所の回答としては、地域に入院先がない、入院先を探すためにはエネルギーを要する等が挙げられた。

また、病院からは、すぐに入院治療が必要な状況であっても、入院ベッドに空きがない、身体合併症があるため、入院を断られることが多い等であった。

④医療機関の連携に関する課題

認知症、認知症に伴う行動・心理症状に対する治療過程での、医療機関間の連携に

おける課題を尋ねたところ、無床診療所からは、行動・心理症状への入院対応ができる医療機関が限られている、緊急時に受け入れてくれる医療機関を見つけることが難しい、確定診断を行った医療機関、かかりつけ医それぞれがどのような役割を果たすのかあやふやである等が挙げられた。

また、病院からは、行動・心理症状が顕在化していても、入院適応には該当しないケースについて、精神症状の対応ができるかかりつけ医を探すことが難しい、行動・心理症状が強く、精神科による専門的治療が必要なケースであっても、身体合併症の問題から受入れ困難と言われることが多い等が挙げられた。

（４）身体合併症の治療状況

①入院治療を行う過程で生じる問題

身体合併症の入院治療過程について、評価を求めた。その結果、認知症に伴う行動・心理症状がみられる患者の入院先・転院先の確保、認知症をできる限り進行させないよう留意した身体合併症治療の実現のいずれも、８割が問題である（「非常に問題である」、「ある程度問題である」の合計）となっていた。

②かかりつけ医と身体合併症の治療を行う医療機関の連携状況

かかりつけ医と身体合併症の治療を行う医療機関の連携状況について、傷病別に評価を求めた。その結果、がん、脳血管疾患、糖尿病、心疾患、神経・筋疾患、整形外科系疾患のいずれも７～８割が上手くいっている（「非常に上手くいっている」、「ある程度上手くいっている」の合計）と回答していた。

なお、連携上の課題について自由回答を求めたところ、無床診療所では、近隣の病院から認知症の患者の紹介を受けるが、先方から提供される情報が不十分であること、認知症の重症度によっては身体合併症の治療が消極的になることがある等の意見が上がった。

また、病院からは、行動・心理症状がみられる患者の身体合併症の治療、対応ができる医療機関は限られている、かかりつけ医から伝えられる診療情報が非常に少ない、身体合併症の治療を行うことができる医療機関は、精神科医が不在もしくは少ないことが多い点等が挙げられた。

③退院時の問題点

認知症（疑いを含む）患者が、身体合併症の治療を終えて退院する際の問題について評価を求めた。その結果、問題である（「非常に問題である」、「ある程度問題である」の合計）の割合は、在宅復帰の過程、退院後の継続的な病状把握と対応（服薬管理、

再発時の対応)のいずれも7割を占めた。

また、問題であると回答した医療機関に、それぞれの具体的な問題点について自由回答を求めたところ、「退院後の生活を想定した準備が、入院中から行うことができている」がそれぞれ6割と最も多くなっていた。

(5) 医療・介護連携について

①認知症初期集中支援チームへの参加状況等

認知症初期集中支援チームに参加している割合は19.0%であり、「認知症初期集中支援チームを知らない」が5割を占めた。

②地域包括支援センター、居宅介護支援事業所からの依頼事項

地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等からの依頼事項について尋ねたところ、「認知症の専門医療機関との連携依頼への対応」が7割と最も多く、次いで「認知症の専門的検査の依頼への対応」が6割となっていた。

③介護関係機関へのアドバイスの実施状況

認知症の人が日常の中で困っていることへの対応方法に関する、介護関係機関に対するアドバイスの実施状況をみると、「行っている」が7割を占めた。

その具体的なアドバイスの内容についてみると、「服薬」90.6%が最も多く、次いで「睡眠」72.6%、食事70.6%の順に多くなっていた。また、専門の医療機関を紹介している場合の内容では、「幻視・幻覚・妄想」84.7%が最も多く、次いで「暴言・暴行」79.1%、「無気力・うつ傾向」58.2%の順となっていた。

④就労、社会参加に関する相談

認知症の人の就労、社会参加に関する相談を受けた経験を尋ねたところ、「相談を受けたことがある」が39.4%であった。

(6) 各支援場面でイニシアティブをとるべきと考える機関

支援場面ごとに、イニシアティブをとるべきと考える機関について尋ねた。

その結果は以下の通りであった。

- ・鑑別診断を受けるまでの過程：「かかりつけ医」52.8%、「鑑別診断を行う専門医等が所属する医療機関」32.5%。
- ・鑑別診断後の相談・支援の過程：「地域包括支援センター」31.1%、「鑑別診断を行う専門医等が所属する医療機関」29.5%、「かかりつけ医」29.2%。
- ・認知症治療、行動・心理症状の治療過程：「鑑別診断を行う専門医等が所属する医

- 療機関」59.9%、「かかりつけ医」29.0%。
- ・身体合併症の治療過程：「かかりつけ医」61.9%。

（９）医療・介護連携に関する課題

医療・介護連携に関する課題について尋ねたところ、「家族介護者の相談・支援体制づくり」58.3%、「介護負担軽減策の検討、家族間の意見・意向の相違に対する調整」50.2%の順に多くなっていた。

（１０）研修等に関する要望

医療機関として認知症地域医療に関する研修への要望をみると、「社会的困難事例への対応方策（独居、生活困窮者等）」62.8%、「認知症に伴う行動・心理症状への対応方法」61.2%、「薬物療法に関する情報」55.5%の順に多くなっていた。

2. 調査結果のまとめ：地域包括支援センター票

本調査研究を通じて、全国の地域包括支援センター745 件より回答を得た（市区町村の高齢者福祉所管課を通じて、各自治体の1ヶ所の地域包括支援センターより回答を求めた）。

（1）専門医療を担う医療機関の把握状況

認知症に関する専門的医療を提供する医療機関情報の把握状況について、把握している割合が小さかったところは以下の通りであった。

- ・認知症疾患医療センターの連絡先（把握している割合が低い機関）：
「保健センター」35.4%、「介護保険施設」42.4%、「社会福祉協議会」49.0%、「地域の診療所」50.7%の順に低くなっていた。
- ・認知症専門医が所属する医療機関の連絡先（把握している割合が低い機関）：
「保健センター」23.8%、「介護保険施設」28.2%、社会福祉協議会 32.3%、「地域の診療所」36.9%の順に低くなっていた。
- ・認知症サポート医が所属する医療機関の連絡先：
「保健センター」22.7%、「介護保険施設」24.8%、「社会福祉協議会」31.0%、「地域の診療所」36.9%の順に低くなっていた。

（2）認知症疾患医療連携協議会の開催状況

地域包括支援センター（もしくは自治体）による、認知症疾患医療連携協議会の開催状況をみると、「開催されているが、参加していない」が65.0%を占めた。

（3）本人・家族等からの認知症に関する相談対応

①受診支援の対応状況

認知症が疑われるため、受診支援の対応状況として実施率が低かったものは、「サポート医を紹介し、受診・相談するよう本人や家族等に提案している」（要介護認定を受けているケース 50.9%、認定を受けていないケース 60.7%）、「サポート医に相談内容や生活状況等を連絡し、診察に向けた情報連携を行っている」（要介護認定を受けているケース 43.6%、認定を受けてないケース 54.0%）の順であった。

②医療機関を受診する際の問題点

医療機関を受診する際の問題点についてみると、「独居や高齢者のみ世帯では、診察時の支援に関する要望が増加しているため、その調整、実施に時間を要する」51.5%が最も多く、次いで「認知症疾患医療センターの専門医療相談の待ち日数が長く、すぐに相談できないことが多い」37.5%、「かかりつけ医より、認知症専門医や認知症サポート医に紹介を受けにくい」34.9%の順に多くなっていた。

（３）鑑別診断後の相談・支援の過程

鑑別診断後の相談・支援にあたって、地域の医療機関（かかりつけ医等）が、今後一層の関与を期待する事項についてみると、「家族が、病気を理解し、症状とうまく付き合うための相談・支援」76.9%、「認知症の症状が進行・変化した時に、タイミングをみて連携先の専門医療機関等につなげること」76.1%、「認知症の人が、病気を理解し、症状をうまく付き合うための相談・支援」61.8%の順に多くなっていた。

また、地域の医療機関（かかりつけ医等）に対する要望について自由回答を求めたところ、専門的治療を拒む本人、家族に対して根気強く治療の必要性を説明して欲しい、鑑別診断を行った医療機関との連携、症状の進行や変化があった時の連携、地域の相談支援機関（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所）との連携強化等が挙げられた。

（４）認知症初期集中支援チームの発動要請等について

①発動要請、決定機関

認知症初期集中支援チームの発動の要請を行う機関をみると、「地域包括支援センター」93.4%が最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」30.1%であった。

一方、発動を決定する機関は、「地域包括支援センター」70.9%で最も多くなっていた。

②医療機関に期待すること

認知症初期集中支援チームの活動にあたって、医療機関に期待することを自由回答で求めた。その結果、タイムリーに治療につながることで、同行訪問や往診ができること、かかりつけ医に対して本人、家族からの相談があった場合、迅速に専門医を紹介して欲しい、受診を拒否するケースへの受診勧奨支援をして欲しい等が挙げられた。

（５）認知症、認知症に伴う行動、心理症状の治療

①医療提供体制の充足状況

認知症および、行動・心理症状に対する治療を担う医療提供体制の充足状況に対する評価を求めた。その結果、充足している（「非常に充足している」、「ある程度充足している」の合計）、充足していない（「あまり充足していない」、「全く充足していない」の合計）が半々であった。

また、充足していないと回答した地域包括支援センターを対象にその理由を尋ねた。その結果、「認知症専門医が不足しているため」70.5%、「入院治療を行うための病床が不足しているため」56.2%、「外来診療を行う医療機関が不足しているため」44.1%の順に多くなっていた。

②不足している治療内容

「薬物療法を行う医療機関が不足しているため」と回答した地域包括支援センターを対象に不足していると考えられる治療内容を尋ねたところ、「抗精神病薬」87.5%、「認知症治療薬」54.2%、「抗うつ薬」45.8%の順に多くなっていた。

一方、前問で非薬物療法を行う医療機関等が不足しているためと回答した地域包括支援センターを対象に不足していると考えられる治療内容を尋ねた。その結果「ピアサポート活動・ピアカウンセリング」76.4%、「社会参加活動（就労・ボランティア等）」73.0%、「回想療法」65.2%の順に多くなっていた。

（６）かかりつけ医（医療機関）から専門の医療機関に紹介を行う際の連携状況

かかりつけ医（医療機関）から、認知症、行動・心理症状治療の専門医療機関に紹介を行う際の連携状況をみると、上手くいっている（「非常に上手くいっている」、「ある程度上手くいっている」の合計）が、8割弱を占めた。

なお、上手くいっていないと回答した地域包括支援センターにその理由を自由回答で求めたところ、かかりつけ医から専門医療機関につなぐケースは少なく、困った家族が包括やケアマネジャーに相談し、専門の医療機関につながるケースが多い、独居や高齢世帯の場合、受診自体が困難、専門医を受診した後、かかりつけ医に戻るまで継続した通院が困難であったり、本人の理解が得られないなどで難しい等が挙げられた

（７）地域包括支援センターが把握した行動・心理症状を、かかりつけ医（医療機関）に伝え、その後の治療に役立てる取組み

地域包括支援センターが把握した行動・心理症状を、かかりつけ医（医療機関）に伝え、その後の治療に役立てる取組みの実施状況をみると、よくある（「非常によくある」と「ある程度行っている」の合計）が８割を占めた。

（８）地域包括支援センターと医療機関との連携活動として強化すべき事項

地域包括支援センターと医療機関との連携活動として強化すべき事項について自由回答を求めた。その結果、地域包括支援センターより、地域で行っている事業等の情報提供、行動・心理症状、原因となる生活状況を把握し、医療機関に情報提供し、スムーズな連携を図ること、かかりつけ医に専門医の医療機関リスト等共有し、調整を行うこと、ケースに適した医療、介護、インフォーマルサービス、とりわけ見守りに関する情報提供等が挙げられた。

（９）身体合併症の治療

①入院医療体制の充足状況

認知症患者に対する身体合併症の治療を行うための入院医療体制の充足状況の評価を求めた。その結果、充足していない（「あまり充足していない」、「全く充足していない」の合計）が、６割を占めた。

また、前問で「充足していない」または「全く充足していない」と回答した地域包括支援センターを対象に、認知症患者の身体合併症治療を行う入院医療体制が充足していない理由を尋ねたところ、「身体合併症の治療受け入れ可能な医療機関（病床）の量的不足」が 69.0%、「一般病院（認知症を専門外）の医師、看護師等の医療従事者の認知症ケアについての理解が不足している」46.0%の順に多くなっていた。

②退院時における医療機関の取組み事項

身体合併症の入院治療を行った医療機関から退院する際の、医療機関の取組み事項について尋ねた。その結果、「退院後の生活場所、生活支援の在り方について医学的観点からの情報提供、アドバイス」、「退院後の医学的管理を担うかかりつけ医との情報共有」は、それぞれ 9 割実施していた。

一方、「ADL の回復を目指したリハビリテーションの在り方に関する情報提供」については、7 割弱であった。

③居宅介護支援事業所から寄せられる相談事項

身体合併症の入院治療を終えて退院する際、居宅介護支援事業所から地域包括支援センターに寄せられる相談事項について、自由回答を求めた。その結果、退院決定日から退院するまでの期間が短く、関係者でのカンファレンスを実施できなかったり、在宅での支援体制が整わない、ADLの低下と認知機能の低下により、家庭生活が送れなくなったという相談が多い、かかりつけ医に認知症専門医受診のための相談を行っても紹介をしてもらえないことが多い等が挙げられた。

(10) 医療・介護連携について

①かかりつけ医（医療機関）、専門の医療機関に期待すること

地域包括支援センターが、かかりつけ医（医療機関）、専門の医療機関に対して「とても期待すること」についてみると、「適切なタイミングで認知症の鑑別診断につなげること」85.7%、「認知症の症状の進行についての理解を助けること」80.0%、「認知症以外の病気の状況に対する理解を助けること」71.3%、「車の運転への対応」68.1%、「気分が不安定、不安であることへの対応」64.1%、「介護保険サービス等の支援を拒否することへの対応」63.7%の順に多くなっていた。

一方、地域包括支援センターが、認知症疾患医療センターに対して、「とても期待すること」についてみると、「適切なタイミングで認知症の鑑別診断につなげること」90.1%、「認知症の症状の進行についての理解を助けること」91.3%、「気分が不安定、不安であることへの対応」84.6%、「車の運転への対応」81.9%、「認知症の人と家族の関係がうまくいかないことへの助言」74.9%、「介護保険サービス等の支援を拒否することへの対応」74.3%、「家族等の相談、アドバイス、気分転換」68.9%の順に多くなっていた。

(11) 各支援場面でイニシアティブをとるべきと考える機関

地域包括支援センターに対して、支援場面ごとにイニシアティブをとるべきと考える機関を尋ねた。その結果は、以下の通りであった。

- ・鑑別診断を受けるまでの過程：「かかりつけ医」54.7%、「地域包括支援センター」33.6%
- ・鑑別診断後の相談・支援の過程：「地域包括支援センター」42.0%、「認知症疾患医療センター等の鑑別診断を行う専門医等が所属する医療機関」30.3%
- ・認知症治療、行動・心理症状の治療過程：「認知症疾患医療センター等の鑑別診断を行う専門医等が所属する医療機関」76.7%
- ・身体合併症の治療過程：「かかりつけ医」67.3%

（１２）地域ケア会議への医師、看護師、精神保健福祉士等の参加状況

地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に、医師、看護師、精神保健福祉士等が参加しているかを尋ねたところ、「地域の医療機関に所属する医師、看護師、精神保健福祉士等が参加している」が 51.3%を占めた。

（１３）認知症医療に対する要望

地域包括支援センターが主催する地域ケア会議において、認知症地域医療に関する要望として挙げた議題を尋ねた。その結果、「医師等からの家族の対応の仕方に関するアドバイス」58.1%、「医師等からの本人が認知症と付き合いながら生活していくためのアドバイス」46.3%、「医師からの効果的な生活支援の在り方に関するアドバイス」44.8%、「医師等からの認知症の状態維持に寄与する働きかけ方、生活支援等の在り方についてのアドバイス」41.6%の順に多くなっていた。

（１４）医療・介護連携により取組んでいくべき課題

医療・介護連携により取組んでいくべき課題について尋ねたところ、「地域で生活することを前提とした支援体系づくり」62.7%、「市民、地域社会の認知症理解の促進、生活支援、見守りの強化」60.1%、「多職種協働による支援の在り方の検討」53.6%の順に多くなっていた。

（１５）研修等に関する要望

地域包括支援センターおよび地域の介護事業所に所属する専門職を対象とした、認知症地域医療に関わる研修内容として希望するものについて尋ねた。その結果、「社会的困難事例への対応方策（独居、生活困窮者等）」80.6%、「社会参加、認知症の人との共生に向けての支援方法」69.1%、「認知症に伴う行動・心理症状への対応方法」67.3%、「意思決定支援、人生会議（ACP）について」61.3%の順に多くなっていた。

3. 考察

実態調査の結果を踏まえ、認知症地域医療の充実に向け、関係機関の連携体制強化等の観点から今後取り組むべき論点を以下に示した。

（１）認知症の診断を目的とした他の医療機関への紹介時における課題

認知症地域医療を担っている医療機関では、本人、家族等からの相談応需、診断のための検査等を高い割合で実施していることが示された。

一方で、より専門的な診断を受けるために、他の医療機関への紹介も高い割合で実施していた。無床診療所が指摘した、診断を目的に他の医療機関に患者を紹介する際の問題点は、予約日が先になり、すぐに診察につながらないことであった。この点は、地域包括支援センターを対象とした調査結果からも同様の意見が上がっていた。

これらの点から、紹介を受けた医療機関でより短期間で診察が開始されるよう、紹介システムの効率化、地域内の医療機関間の役割分担等を進めることが求められているといえる。

なお、無床診療所からの回答として、紹介先の医療機関に関する情報の不足、さらに専門医の不足も指摘された。これらのことから、認知症地域医療の役割を担っている医療機関の情報を整備し、共有していく仕組みが求められていると考えられた。

（２）鑑別診断後の相談・支援の強化

地域包括支援センターを対象とした調査結果より、鑑別診断を受けた後、地域の医療機関の関与をより一層求める事項として、本人、家族が病気を理解し、症状とうまく付き合うための相談・支援の実施等が挙げられた。

これらの点から、鑑別診断後の課題として、医療機関が、本人、家族が認知症と共に生活を続けていく上で不可欠となる、病気に対する理解、症状と共に生活していくための支援に迅速かつ確実につなげるための体制づくりが求められていると考えられた。

（３）治療方針の決定過程における課題

医療機関の半数において、認知症や認知症に伴う行動・心理症状に対する治療方針の決定を行っていることが明らかになった。また、当該医療機関単独で決定している割合が、その内の４割を占めた。

一方で、単独で決定している医療機関のうち７割は、本来は、医療機関間の連携が必要であると回答していた。単独で決定している理由をみると、受診できるまでに時

間を要するため、本人、家族の同意が得られないため、知り合いの医師がいないためが挙げられた。

これらの点から、治療方針の決定過程においても、他機関連携のための仕組みづくりや、地域の医師同士がお互いを知る機会を創ることの必要性が伺われた。

（４）認知症の治療、行動・心理症状への治療における課題

認知症や行動・心理症状に対する入院治療を、連携先の医療機関に紹介して行っている医療機関は、その９割が連携状況がよいと評価していた。一方で、課題があると回答した医療機関では、地域に専門医療機関がない、ベッドの空きがない（特に緊急時）、身体合併症があると断られる等、入院先を探すことに課題がある様子が指摘された。自由回答からは、行動・心理症状がある場合の緊急時の入院先の確保は容易ではない実態も指摘されていた。

一方、地域包括支援センターは、地域の認知症や行動・心理症状に対する入院治療の体制について、充足している、不足していると回答した割合が、半々となっており、地域差があることが伺われた。また、その理由について、認知症専門医の不足、病床の不足、外来診療を行う医療機関の不足を挙げていた。さらに、不足している治療内容として、「抗精神病薬」、「認知症治療薬」、「抗うつ剤」を、非薬物療養では、「ピアサポート活動、ピアカウンセリング」、「社会参加活動（就労・ボランティア等）」、「回想療法」を多く挙げていた。

これらの点から、認知症の治療、行動・心理症状に関する課題として、地域資源が不足している地域が存在する可能性があること、入院治療のみならず、外来治療の中で行動・心理症状への対応ができる体制づくり、さらに治療内容やリハビリテーション、各種活動についても実施体制を充実させていくことの必要性がある可能性が推測された。

なお、地域包括支援センターからの指摘として、医療機関との連携活動として強化すべき点について、地域で行っている事業等の情報提供、行動・心理症状の原因となっている生活状況を把握し、医療機関に情報提供すること。かかりつけ医に専門医のリストを共有し調整することが挙げられた。これらの点から、認知症の人に対する相談、生活支援の過程で把握した情報を治療に活かしていくことの必要性や、医療機関間の連携を促す地域の医療情報のさらなる共有化の必要性を指摘しているものと考えられた。

（５）身体合併症の治療における課題

医療機関からの回答として、身体合併症の治療を目的とした入院先の確保、認知症をできる限り進行させないように留意した治療の実現のいずれにおいても、各地域で問題があるとした回答機関が８割を占めた。このことから、認知症地域医療の課題の中でも、強い関心が寄せられているテーマであることが伺われた。

さらに、身体合併症の治療における課題として、在宅復帰の過程、退院後の継続的な病状把握と対応が課題であるとした割合が７割を占める等、退院後の病状を連携して把握、管理していくことに課題があることが伺われた。

なお、医療機関からの指摘として、紹介、逆紹介時に医療機関から引き継がれる情報が不十分であること、身体合併症の治療を行う医療機関に精神科医がいないことがその理由として指摘されていた。これらの点から、各地域において、身体合併症の治療体制の充実が求められており、医療機関間の情報連携の在り方、とりわけ、在宅復帰後を見越した認知症を含む病状把握やケアにつながる体制づくりが課題であると考えられた。

地域包括支援センターも、身体合併症の治療体制について、６割が充足していないと回答した。その理由として、身体合併症の治療を担う医療機関（病床）の不足、一般病院の医療職が認知症ケアについて理解が不足している点を挙げていた。さらに、退院時の連携については、退院後の生活場所、生活支援の在り方について医学的観点からの情報提供、アドバイスが必要であること。入院治療を行った医療機関と、退院後の医学的管理を行うかかりつけ医間の情報共有を強化することの必要性が指摘された。さらに、退院後のADLの回復を目指したリハビリテーションの強化についても課題とされた。

（６）医療・介護連携に関する課題

医療機関の回答より、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所から、医療機関に対して、認知症の専門医療機関との連携することの依頼が多数寄せられていることが指摘された。また、医療機関は、介護関係機関に対し、服薬、睡眠、食事等について、医学的観点から直接アドバイスを行っている実態が示された。また、幻聴・幻覚・妄想、暴言・暴行、無気力・うつ傾向への対応については、専門の医療機関を紹介して、アドバイスを行っていることも示された。

これらの点から、認知症地域医療の現場において、医療・介護連携が実践されており、介護の立場から、生活支援の過程において必要となる医療機関からのアドバイス等を求め、ケアに活かそうとしている様子が伺われた。

今後の課題として、本人の治療拒否への対応、家族介護者の相談・支援体制づくり、

介護負担軽減策の検討、本人・家族間の意見・意向の相違に対する調整のニーズが指摘されていた。なお、地域包括支援センターを対象とした調査結果から、認知症を専門とする医療機関の連絡先について、保健センター、介護保険施設、社会福祉協議会、地域の診療所の認知度があまり高い可能性があると指摘されていた。一方で、地域包括支援センターは、認知症疾患医療連携協議会は開催されていることを知っているが、参加していないとの回答が7割を占める等、相互の情報交換をさらに強化することの必要性が伺われた。

さらに、地域包括支援センターが、本人、家族からの相談を受けて受診支援をする際、地域のサポート医を活用した取組みが少ない傾向にあることが伺われた。サポート医の地域の中での役割整理、その建付けの共有化についても今後検討が必要であると考えられる。

地域包括支援センターの回答によると、医療機関に期待することとして、適切なタイミングで認知症の鑑別診断につなげること、今後医療・介護連携により取り組んでいくべき課題として、地域で生活をしていくことを前提とした支援体系づくり、市民、地域社会の認知症の理解の促進、生活支援、見守り、多職種協働による支援の在り方等が指摘されていた。

なお、医療機関においても、認知症の人、家族等からの就労・社会参加について相談を受けている割合が4割存在することが指摘された。認知症の人の社会参加、地域共生を実現していく上で、医療・介護連携の重要なテーマの一つとして検討をしていくことが求められていると考えられる。

（7）認知症地域医療における関係機関の役割分担について

鑑別診断を受けるまでの過程、診断後の相談・支援、認知症治療および行動・心理症状の治療、さらに身体合併症治療といった、認知症地域医療の各過程においては、医療、介護関係機関が多数関与し、支援が展開されている。

そうした現状に対し、医療機関からは、確定診断を行った医療機関、かかりつけ医がそれぞれどのような役割を果たすべきか、あやふなな状態にあるとの自由回答があった。実際、医療機関、地域包括支援センターの回答をみると、認知症地域医療の各過程において、連携の核となり中心的に支援をリードしていくべきと考える機関は、かかりつけ医、鑑別診断を行う専門医師が所属する医療機関、地域包括支援センターのいずれが中心となるべきか、意見が分かれていることが指摘された。

認知症の状況に応じて、最適なタイミングで必要な医療、介護のケアが提供されるためには、各過程での支援リーダーが、情報や定期的見守り、判断のプロセスを確実にバトンタッチし、明示的に引き継いでいくことが必要であると考えられる。こうした観点から、地域における認知症地域医療を進めるための役割分担の在り方を、関係機関で協議し、ガイドラインとして整理する等、地域内で検討、共有化していくことが

求められているといえる。

（８）認知症地域医療の強化に向けて必要な研修テーマ

今後必要な研修テーマとしては、医療機関では、社会的困難事例への対応方策（独居、生活困窮者等）、認知症に伴う行動・心理症状への対応方法、薬物療法に関する情報が多くなっていた。

地域包括支援センターからの回答においては、社会的困難事例の対応策、社会参加、認知症の人との共生に向けての支援方法、行動・心理症状への対応、意思決定支援、人生会議が多くなっていた。

これらのテーマについて、認知症疾患医療センターや地域医師会等より、研修の機会が提供されることが期待される。

令和2年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)
認知症地域医療における連携体制のあり方に関する調査研究事業
報 告 書

令和3年(2021年)4月

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部
住 所: 〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3
電話番号: 03-5281-5277

