

令和7年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）（区分番号）第84

認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究

報告書

令和7年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）（区分番号）第84
認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究

報告書

令和8年3月

令和8年（2026年）3月

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

令和7年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)(区分番号)第84

認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究

報告書

令和8年(2026年)3月

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究

目次

はじめに 1

I 認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究検討委員会

1. 委員構成 5

2. 検討委員会開催実績 9

3. 事業の概要 15

4. 論点と主な意見 21

5. 提言 27

II 調査研究報告

1. 認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステムの有用性に関する調査 33

2. 改良版の認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステムについて 53

3. 令和6(2024)年度分認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析 63

4. 2017~2024年度の認知症疾患医療センター運営事業実績の経年的変化 127

III 資料編

巻末資料1 「認知症疾患医療センター事業実施状況の報告」の様式(令和6年度分用) 141

巻末資料2 「認知症疾患医療センター事業実施状況の報告」の様式(令和7年度分用) 151

巻末資料3 第1回検討委員会議事録 161

巻末資料4 第2回検討委員会議事録 195

巻末資料5 第3回検討委員会議事録 221

2008年に創設された認知症疾患医療センター運営事業は、時代の要請とともにその目的も変化してきています。今日の認知症疾患医療センター運営事業の目的は、「都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センターを設置することにより、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされていますが、このような目的に沿って「事業が適切に稼働しているか」を評価することは創設当初からの課題でありました。

2018年度以降、各センターは毎年所定の様式で前年度分の実績を報告し、都道府県・指定都市がそれを集計・分析して事業評価を行い、国が全国のデータを集約し、老人保健健康増進等事業において集計・分析を行い公表するという事業が実施されるようになりました。しかし、その作業の中で、データの収集・管理・集計・分析のプロセスに数多くの問題があることが判明しました。そこで昨年度(2024年度)の老人保健健康増進等事業「認知症の背景疾患等の実態ならびに専門的対応マニュアルに関する調査研究」では、この問題の解決に向けて、各センターがクラウドシステムに直接データを入力し、都道府県・指定都市及び国が直接システム上でデータを閲覧できるようにするとともに、CSVファイルを自動的に作成するシステムのプロトタイプを作成しました。本年度(2025年度)の老人保健健康増進等事業では、このプロトタイプのシステムを実際に北海道、茨城県、東京都、愛知県、大阪府の認知症疾患医療センターと都道府県・指定都市の担当部署で使用していただき、その有用性を調査した上で、その結果を踏まえた改良版のシステムを開発することを目的としました。あわせて、令和6(2024)年度分の全国の認知症疾患医療センターの実績報告データを従来の方法で集計・分析するとともに、過去8年間のデータを縦断的に分析しました。

抗Aβ抗体薬治療の導入、ピアサポート活動を含む認知症の診断後支援の推進など、今日の認知症疾患医療センターには、従来とは異なる新たな認知症医療のサービス提供体制を地域に構築していく役割を担うことが期待されています。国や都道府県・指定都市が、認知症疾患医療センターを地域の認知症医療提供体制を構築する拠点として機能できるようにするための効果的な政策を立案することができるよう、また、各認知症疾患医療センターが自施設の機能状態を認識し、質の向上に向けた取り組みを進めることができるように、正確かつ実用的な事業評価システムの開発を進めることが求められています。

認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究事業
 検討委員会委員長 栗田主一

I. 認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査
研究検討委員会

1. 委員構成

検討委員会委員（○印：委員長）

○栗田圭一	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センター・センター長
新井哲明	筑波大学附属病院精神神経科・教授（基幹型認知症疾患医療センター）
数井裕光	高知大学精神科・教授（基幹型認知症疾患医療センター）
武田章敬	国立長寿医療研究センターもの忘れセンター・センター長（地域型認知症疾患医療センター）
大辻誠司	砂川市立病院認知症疾患医療センター・相談員（地域型認知症疾患医療センター）
井藤佳恵	東京都健康長寿医療センター・認知症支援推進センター・センター長（地域型認知症疾患医療センター）
中西亜紀	大阪公立大学大学院生活科学研究科・教授
藤本直規	医療法人藤本クリニック・院長（連携型認知症疾患医療センター）
江澤和彦	日本医師会・常任理事
瀧野勝弘	日本精神科病院協会・常務理事
並木敬之	東京都福祉保健局高齢者施策推進部認知症施策推進担当課長
新谷豪志	大阪市福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課係長兼大阪市弘済院管理課（附属病院）担当係長
新川智之	北海道庁保健福祉部福祉局高齢者保健福祉課（地域支援係）・主査
三宅秀行	茨城県保健医療部健康推進課・室長補佐
石田洋子	愛知県福祉局高齢福祉課地域包括ケア・認知症施策推進室・主任
オブザーバー	
江川斉宏	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
吉松直樹	厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課
事務局	
鈴木伸亮	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研究東京センター運営部総務課・係長

システム開発ワーキンググループ（○印：座長）

○栗田圭一	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修センター・センター長
高橋智哉	社会福祉法人浴風会浴風会病院・認知症疾患医療センター・医療相談支援課長
森澤拓	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修センター 研究員
川越雅弘	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修センター 研究員
川端敦史	社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修センター 研究員
枝広あや子	東京都健康長寿医療センター研究所・副研究部長
畠山啓	東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター・係長
大辻誠司	砂川市立病院・認知症疾患医療センター・相談員（地域型認知症疾患医療センター）

2. 検討委員会開催実績

令和7年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号84）
認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究
第1回検討委員会資料
（2025年8月26日）オンライン

次 第

1. 厚生労働省挨拶
2. 事業概要についての説明
3. 調査についての説明
 - ① 認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの有用性に関する調査
 - ② 令和6年度分認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析
4. 討議
5. その他
6. 事務連絡

<配布資料>

- 資料1 次第
資料2 事業概要
資料3 認知症疾患医療センター運営事業報告クラウドシステムマニュアル（研究用）
資料4 認知症疾患医療センター担当者向け調査協力依頼文（案1）
資料5 認知症疾患医療センター担当者向け調査協力依頼文（案2）
資料6 都道府県・指定都市担当者向け調査協力依頼文
資料7 アンケート質問票
参考資料1 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
参考資料2 認知症疾患医療センター事業実施状況報告書様式
参考資料3 認知症疾患医療センター運営事業の実績の推移

令和 7 年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 84）
認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究
第 2 回検討委員会資料
(2025 年 12 月 16 日)オンライン

次 第

1. 厚生労働省挨拶
2. 事業概要について
3. 調査結果とクラウドシステム開発の進捗状況について
- ① 認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの有用性に関する調査
- ② クラウドシステム開発の進捗状況
4. 討議
5. その他
6. 事務連絡

<配布資料>

資料 1 次第

資料 2 事業概要と全体の進捗状況

資料 3 アンケートの結果（4 件法のアンケート調査）

資料 4 アンケートの結果（自由記述）

資料 5 アンケート結果詳細

資料 6 アンケート質問票

参考資料 1 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料 2 認知症疾患医療センター事業実施状況報告書様式

参考資料 3 認知症疾患医療センター運営事業の実績の推移

参考資料 4 認知症疾患医療センター整備状況（令和 7 年 11 月現在）

令和 7 年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 84）
認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究
第 3 回検討委員会資料
(2026 年 3 月 3 日)オンライン

次 第

1. 厚生労働省挨拶
2. 事業概要について
3. クラウドシステムの有用性を評価するための調査とシステム改良に向けて
4. 令和6年度認知症疾患医療センター運営事業の実績
5. 討議
6. その他
7. 事務連絡

<配布資料>

資料 1 次第

資料 2 事業概要

資料 3 クラウドシステムの有用性を評価するための調査とシステムの改良

資料 4 令和7年度認知症疾患医療センター事業実績報告の様式

資料 5 令和6年度認知症疾患医療センター事業実績の概要

参考資料1 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱

参考資料2 認知症疾患医療センター事業実施状況報告書様式（令和6年度様式）

参考資料3 認知症疾患医療センター整備状況（令和 7 年11月現在）

3. 事業の概要

1. 背景と目的

認知症疾患医療センターは、2008年度の発足当初から、「事業の質の確保」という観点から、毎年、前年度分1年間の実績を各センターが所定の様式を用いて都道府県・指定都市に報告し、都道府県・指定都市はこれらを取りまとめて国に提出することとされてきた。在の様式は、2016年度老健事業で作成され、2017年度より活用されているものである。

しかし、当初は各センターより紙媒体で報告書が提出されていたため、データの入力作業など、データの収集・集計・分析に至るまでに多くの手間と時間を要した。そこで、2021年度老健事業において、各センターが所定の様式のEXCELファイルにデータを入力し、これを都道府県・指定都市が収集してファイルを結合させ、結合したファイルを国に提出する方式がとられるようになった。

これによって集計のためのデータ入力の労力は減じられたが、しかし、この方法では、「各センターでのデータ入力」→「都道府県・指定都市でのEXCELファイルの結合」→「国への提出」という経路の中で、①誤入力、②様式の勝手な変更、③都道府県・指定都市レベルでファイル結合作業の手間と作業中でのミス、④国レベルでのデータセット作成・集計作業に手間と時間がかかり不効率であること、⑤データクリーニングのプロセスが無いためにデータの信頼性が低いことが明らかになった。

この問題を克服するために、2024年度老健事業において、各センターがクラウドシステムに直接データを入力し、都道府県・指定都市及び国が直接システム上でデータを閲覧できるようにするとともに、CSVファイルを自動的に作成するシステムのプロトタイプを開発した。2025年度老健事業の目的は、このシステムの実用性を評価するための調査研究を行い、かつ、そこで得られた所見を踏まえて改良版を完成させ、その運用体制を確立することにある。

2. 方法

2.1. 認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方に関する検討委員会の設置と提言

都道府県・指定都市の担当者、基幹型・地域型・連携型認知症疾患医療センター担当者、認知症疾患医療センター運営事業に係る団体関係者、システム開発／管理及びデータ管理に関する有識者等で構成される検討委員会を設置し、①今後の認知症疾患医療センター運営事業の実績報告の在り方及びそれを踏まえた事業の質の改善に向けた取り組みについて討議するとともに、②実績報告クラウドシステムの実用性を確認するための調査研究の妥当性及びシステム運用のあり方について検討し、③今後の実績報告のあり方とシステム運用のあり方について提言する。

2.2. システム開発ワーキンググループの設置：調査の実施、改良版システムの開発

システム開発／管理及びデータ管理に関する有識者、調査研究の実施に関わる実務者で構成されるワーキンググループ（WG）を設置し、①国・都道府県・指定都市・認知症疾患医療センターの協力を得てリアルワールドでシステムの実用性を評価するための調査研究（調査1）を実施し、②その結果を踏まえて、システム開発会社の協力を得て改良版システムを開発する。また、③上記で開発したシステムを運用するためのデータ管理及びシステム管理のあり方を検討して、「認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステム運用マニュアル」（仮称）を作成する。④上記作業とは別に、従来の方法でR6年度分の実績報告書の集計・分析作業を実施し（調査2）、例年と同様の方法で報告書を作成する。

調査1: 認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの実用性に関する調査

- 調査対象（候補）地区：
 - 北海道、茨城県、東京都、愛知県、大阪市
- 調査対象者：
 - 都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター運営事業担当者：N=10人程度
 - 圏域内の認知症疾患医療センターの実績報告担当者：N=50か所程度
- 調査方法
 - 一次調査（オンラインによる質問紙調査）：協力の得られる都道府県・指定都市及び（基幹型）認知症疾患医療センターに文書と口頭でクラウドシステムについて事前に説明し、都道府県・指定都市内のセンターに2024年度分の実績データを入力する作業を実施してもらう。作業完了後に都道府県・指定都市及び調査実施主体の管理者が各センターの実績報告を閲覧するとともに、CSVのダウンロード作業を行う。この作業プロセスの実用性及び課題についてオンライン調査を行う。
 - 二次調査（オンラインまたはメール・電話・訪問によるヒアリング調査）：一次調査の結果を踏まえて、システムを活用する場合の課題と改良すべき点について深堀調査を行う。また、システム改良版の作成を進める過程において、必要に応じて対象者に意見を求める。
- 主要集計項目
 - 一次調査：基本情報、入力／閲覧／データセット作成の利便性、全体的な実用性と全体的使用感、クラウドシステム（プロトタイプ）の課題及び改良すべき点
 - 二次調査：クラウドシステム（プロトタイプ）の課題及び改良すべき点

調査2：令和6年度分認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析

- 調査対象：
 - 全国の認知症疾患医療センターの実績報告書（令和7年3月31日現在で認知症疾患医療センターに指定されている医療機関：N=509）

- 調査方法
 - 厚生労働省において集約されているが全国の認知症疾患医療センターの実績報告書データ（EXCEL ファイル）を結合して統合データセットを作成し、WGにおいて従来方式で集計・分析を行う。
- 主要集計項目
 - 【基本情報】
 - 地域別・類型別・医療機関種別・設置件数
 - 【専門的医療機関及び診断後支援機能】
 - 人員配置状況／診断後等支援機能に関する業務内容／検査体制／保有機器／相談件数／認知症疾患の診断名別件数／初診までの待機日数等
 - 【身体合併症に対する救急医療機関としての機能】
 - 救急医療機関指定状況等
 - 【地域連携推進機関としての機能】
 - 認知症疾患医療連携協議会の開催数／研修会の開催／地域への情報発信／普及啓発／他の主体が実施する研修会への協力／認知症初期集中支援チームへの関与等

3. 事業年間スケジュール

事業は下記のスケジュールで進めた。

事業実施年間スケジュール

	令和7年4月	5月	6月	7月	8月	9月	
事業実施内容			検討委員会委員の依頼・日程調整		●第1回検討委員会		
			協力自治体とセンターの選定／協力自治体とセンターへの説明			一次調査	
			調査プロトコルの作成と調査の準備／システム改良版の開発に向けた準備				
		10月	11月	12月	令和8年1月	2月	3月
			●第2回検討委員会			●第3回検討委員会	
		一次調査	二次調査				
	クラウドシステム改良版の開発						
				管理運用マニュアルの作成			
		R6年度分事業実績報告書の集計・分析・報告書の作成				報告書の作成	
						実績報告書の作成	

4. 論点と主な意見

1. クラウドシステムの導入にあたって

- 実用性調査においてクラウドシステムへの入力作業を行ったが、入力作業については、それほど手間はかからなかった。しかし、入力するための数値を導き出すプロセスはこれまでと同じなので、その苦労はかわらない。分業体制で数値をだす作業をしているので、全体を集約する人の手間も同じである（入力担当者からの意見）。
- 調査に参加した認知症疾患医療センターからも、クラウドシステムへの入力に関する意見は自治体も受けていない。しかし、連携型（診療所）の参加率が低くなった（自治体からの意見）。
- 診療所などマンパワーのないところで数値を出して入力する作業はかなりたいへん。また、クラウドシステムへの入力そのものに慣れていない診療所もある。
- 電子カルテを導入していない医療機関もあり、不慣れのためにクラウドシステムへの導入に抵抗を感じる場合がある。それにどう対応するか検討が必要である。
- 従来方式においても各センターが実績評価を提出する負担はそれなりに大きい。クラウドシステムの導入を契機に、自治体としてもその負担を軽減するための対策を検討したいと思う（自治体からの意見）。

2. 項目の定義や数値の意義をマニュアルやシステムの中で示す必要性について

- たとえば相談件数など、均一の基準がないので医療機関によって数え方が異なり、単純に数値を比較できないという問題がある。何を「相談」としてカウントするか、という問題がある。カウントする「相談」とは何かをマニュアルの中で明示してはどうか。
- 鑑別診断件数についても、病院全体のレセプト上の保険病名を計上してとてつもなく大きな数値を記載してくる医療機関もある。クラウドシステムへの入力マニュアルに、認知症疾患医療センターとして指定されている診療科の外来を初診した患者の診断名別件数を記載することなど、厚労省と相談しながらマニュアルに記載してはどうか。
- 項目の定義や基準を明確にしていく作業も現場の声を聴きながら進めていきたいと思うので、国としても何かわかりやすいものを作っていただけると助かる（自治体から

の意見)。

- この項目は何を目的とした数値なのか、そういうことがわかると現場で入力する人のモチベーションもあがる。マニュアルなどで、経時的な統計データなどを示して、何がわかるのかを示すことができればよい。
- この統計がどのように役立つのかということがわかるようにすると、入力に前向きになれるのではないか。
- 項目の数値には、センターを設置している行政側が求めている数値（行政的な価値）と診療をしている側が求めている数値（医学的な価値）の両方があるので、その双方の視点で意義を示す必要がある。それをマニュアルやクラウドシステム上でわかるようにしてはどうか。
- 項目そのものの見直しをする機会も必要ではないか。その中で作業を進めながら、マニュアルの中で項目の意味を示すことが必要ではないか。
- ソフトウェアのプログラムを活用して、自分の施設の実績の経時的変化をグラフ化して見られるにしてはどうか。

3. システム管理体制とデータ管理体制の確立について

- システム管理は民間会社に委託する予定であるが、データ管理（データクリーニングを含めて）はこのデータの学術的な意味も含めて理解しているところが行う必要がある。どこがそれを行うべきかについて検討する必要がある。

4. 自治体における実績評価の活用について

- 認知症疾患医療センター運営事業の目的は、圏域の認知症医療提供体制を確保していくことにあるので、一医療機関の実績だけを評価するものではない。県内全体の認知症疾患医療センターの実績を分析しながら、県内全体の医療提供体制を検討せねばならないが、そういう視点が不足していた（自治体からの意見）。
- 自治体の認知症疾患医療センターの担当部署は福祉を担っている担当課である場合が多いので、病院の実態把握や医療提供体制の検討についてよくわからない場合が多い。このたびのクラウドシステムの導入によって、医療担当の部署との情報共有がし

やすくなるのではないか。

- 全国の実績の推移のデータを見せていただき、この実績評価がいろいろと活用できるということがわかった。これまでのセンターの自己評価をフィードバックするということが活用していたが、これから県全体の分析を行い、地域全体の状態を確認していくことで活用していきたい（自治体からの意見）。
- 今の評価項目の中に、身体科の病院と精神科の病院がうまく連携できているかどうかを評価する項目がないのが気にかかる。認知症に対して、身体合併症についても、BPSDについても、地域の医療提供体制がカバーできているのか、その現状が見えるような評価が必要ではないか。
- そのような体制づくりを進めるにあたっては、認知症疾患医療センター側からあゆみよっていく必要がある（認知症疾患医療センター側から圏域の医療機関にアプローチしていく必要がある）。
- 基幹型認知症疾患医療センターの役割は、都道府県全域の認知症医療提供体制を確保していくために、都道府県に助言しながら、都道府県と協働していくことであろう。
- 数値データだけではなく、例えば診断後等支援機能ではどのようなことを実際にやっているのかとか、研修会ではどのような人が参加しているのかとか、そのようなことを見えるようにしていくことが質の向上につながるのではないか。

5. その他

- 認知症専門診断管理料の算定にあたって、かかりつけ医からの紹介の段階で診断名が「認知症」になっていると管理料が切られてしまうという問題がある。すでに診断がついているのに改めて診断する必要があるのか、という理屈である。実際は、認知症疾患医療センターでは、アルツハイマー型とか、レビー小体型認知症とか、前頭側頭型認知症とかを鑑別診断しているのに、それが算定できないというのはおかしい。
- 認知症の身体合併症やBPSDはどこで対応するのかということが、地域医療構想や精神保健医療提供体制の議論の中で進んでいる。認知症疾患医療センターから好事例を発信していただければと思う。
- 抗Aβ抗体薬の導入によって、MCIが医療の対象とされるようになった。MCIの医療提

供体制をどうするかということも、地域の認知症医療提供体制を考える上での新たな課題となっている。このテーマについても引き続き検討していく必要がある。

5. 提言

提 言

令和7年度老人保健健康増進等事業において、5都道府県・指定都市の担当者および認知症疾患医療センター94施設の協力を得て、「認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステム（プロトタイプ）」の実用性評価を行い、概ね良好な評価結果を得た。また、クラウドシステムの改良についての意見を聴取し、それを踏まえた改良版のシステムを開発した。さらに、検討委員会での意見を踏まえ、入力項目の一部を修正した。

- 令和8年度はこの改良版のシステムを全国規模で活用して実用性の再評価を行うとともに、さらなる改良を加えたシステム開発を進め、令和9年度に「認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステム」として社会実装すべきである。
- 上記のクラウドシステムの開発と並行してクラウドシステム活用マニュアルを作成し、そこに各入力項目の定義や基準を示すとともに、その項目を入力して集計・分析することの意義がわかるように、マニュアルやクラウドシステムの中で可視化されるよう工夫すべきである。
- 都道府県・指定都市においては、クラウドシステムの社会実装を契機に、認知症疾患医療センター事業実施状況報告データの集計・分析結果を圏域全体の認知症医療提供体制を検討するための資料として活用できるようにすべきである。
- 都道府県・指定都市・市町村自治体は、認知症の身体合併症、BPSD、MCI、抗A β 抗体薬の医療提供体制の確保も含めた認知症医療提供体制の整備を、認知症疾患医療センター等と連携して継続的に進める必要がある。

II 調查研究報告

1. 認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステムの有用性に関する調査

1.1 概要

システム開発／管理及びデータ管理に関する有識者、調査研究の実施に関わる実務者で構成されるワーキンググループ（WG）を設置する。WG は、国・都道府県・政令指定都市・認知症疾患医療センターの協力を得てリアルワールドでシステムの実用性を評価するための調査研究を行う。

1.2 調査方法

調査対象地区

北海道、茨城県、東京都、愛知県、大阪市：5 地域

調査対象者

都道府県・政令指定都市の認知症疾患医療センター事業担当者：N=6 人程度

圏域内の認知症疾患医療センターの実施状況報告担当者：N=100 か所程度

オンラインによるアンケート調査

協力の得られる都道府県・政令指定都市及び（基幹型）認知症疾患医療センターに文書と口頭（Zoom 会議）でクラウドシステムについて事前に説明し、都道府県・政令指定都市内のセンターに 2024 年度分の実績データを入力する作業を実施してもらう。作業完了後に都道府県・政令指定都市及び調査実施主体の管理者が各センターの実施状況報告を閲覧するとともに、CSV のダウンロード作業を行ってもらう。この作業プロセスの実用性及び課題についてオンラインのアンケート調査を実施する。オンライン調査ができない場合は、オフラインで調査を実施した。

調査の手順

- (1) 各認知症疾患医療センターの実施状況報告書データ（すでに提出済みのデータ）を、各センターの担当者がクラウドシステムに入力する。
⇒入力完了後、オンラインのアンケート調査に回答する。
- (2) 各センターでの入力が完了した後に、①都道府県・政令指定都市担当者は各センターの入力データを確認し、②都道府県・政令指定都市圏域内のセンターの実績データ CSV ファイルのダウンロードを行う。
⇒CSV ファイルダウンロード後に、オンラインのアンケート調査に回答する。
- (3) 各センターでのアンケート入力が完了した後に、①認知症介護研究・研修東京センターは、全ての入力データを確認し、②入力した全てのセンター分の CSV ファイルをダウンロードする。

1.3 調査及びシステムの改良で期待されること

各認知症疾患医療センターレベルで、

- ① 入力ミス/入力忘れが減少する。
- ② ログイン情報を共有すれば複数の担当者が役割分担してデータを入力することができる。

都道府県・政令指定都市レベルで、

- ① EXCEL ファイルデータを集約する作業や国への提出業務がなくなる。
- ③ システム上でいつでも各センターの実績状況が確認できる。
- ④ CSV ファイルが自動的に作成されるので、圏域内のセンターの実績データの集計・分析作業が簡単になる。

国レベルで、

- ① システム上でいつでも各センターの実績状況を確認できる。
- ② CSV ファイルが自動的に作成されるので全国のセンターの実績データの集計・分析作業が簡単になる。

さらになるシステムの改良に向けて

- ① 都道府県・政令指定都市が実施している報告体制を考慮したシステム設計を検討することができる。
- ② 単純集計やグラフ作成ツールを搭載することができる。
- ③ 全国の集計結果を各センターや都道府県・政令指定都市が閲覧できるようにすることができる。

1.4 アンケート調査内容

認知症疾患医療センター担当者用と都道府県・政令指定都市担当者用の「認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステムの実用性に関するアンケート」内容を、3 から 5 ページに記述する。オフラインでの回答を希望した担当者には、本内容に回答していただき、電子メールで送付していただいた。

認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステム の実用性に関するアンケート

認知症疾患医療センター用

① 認知症疾患医療センター担当者トップ画面について：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
画面の見やすさ・デザイン	○	○	○	○
操作のしやすさ	○	○	○	○

気になった点・改善点(自由記述)

② ログイン情報の申請について：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
画面の見やすさ・デザイン	○	○	○	○
操作のしやすさ	○	○	○	○

気になった点・改善点(自由記述)

③ 実施状況報告データの入力・修正について：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
画面の見やすさ・デザイン	○	○	○	○
入力のしやすさ	○	○	○	○
修正のしやすさ	○	○	○	○

気になった点・改善点(自由記述)

④ 認知症疾患医療センター担当者用マニュアルについて：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
見やすさ・デザイン	○	○	○	○
わかりやすさ	○	○	○	○

気になった点・改善点(自由記述)

⑤ システム全体について

1. システムのセキュリティについてどう感じますか？

- とても安心できる - 安心できる - やや不安 - 不安がある

気になった点・改善点(自由記述)

(注記) 現在の認知症疾患医療センター担当者向けのシステムのセキュリティは、パスワードが設定されていることで、パスワードを知らない人が登録内容を変更できなくなっています。また、パスワードを入手する際、名前と電話番号を登録しないと入手できないことで、正しい登録者のデータか判断することができます。

2. 利用中にトラブルやエラーが発生したことはありますか？

- はい(→ 内容を記述ください) - いいえ

トラブルやエラーの内容(自由記述)

3. 今後、追加してほしい機能や改善してほしい点があればご記入ください:

ご協力ありがとうございました。

認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステム の実用性に関するアンケート

都道府県・政令指定都市担当者用

① 都道府県・政令指定都市担当者トップ画面について：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
画面の見やすさ・デザイン	○	○	○	○
操作のしやすさ	○	○	○	○

気になった点・改善点(自由記述)

② ログイン情報の申請について：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
画面の見やすさ・デザイン	○	○	○	○
入力内容の確認のしやすさ	○	○	○	○

気になった点・改善点(自由記述)

③ センターからの報告データの確認等について：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
画面の見やすさ・デザイン	○	○	○	○
操作のしやすさ	○	○	○	○

気になった点・改善点(自由記述)

④ 表・グラフ作成およびダウンロード機能について：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
表・グラフの使いやすさ	○	○	○	○
ダウンロードのしやすさ	○	○	○	○

表・グラフ作成およびダウンロード機能について気になった点・改善点(自由記述)

⑤ 都道府県・指定都市担当者向けマニュアルについて：該当する項目をチェックして下さい

項目	とても良い	良い	あまり良くない	悪い
見やすさ・デザイン	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
わかりやすさ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

気になった点・改善点(自由記述)

⑥ システム全体について

1. システムのセキュリティについてどう感じますか？

- とても安心できる - 安心できる - やや不安 - 不安がある

気になった点・改善点(自由記述)

(注記)現在の都道府県・政令指定都市担当者向けのシステムのセキュリティは、パスワードを入手するための申請を行い、クラウドシステム管理者が名前、所属、電話番号を確認して承認しないと、利用するためのパスワードを入手できません。

2. 利用中にトラブルやエラーが発生したことはありますか？

- はい(→内容を記述ください) - いいえ

トラブルやエラーの内容(自由記述)

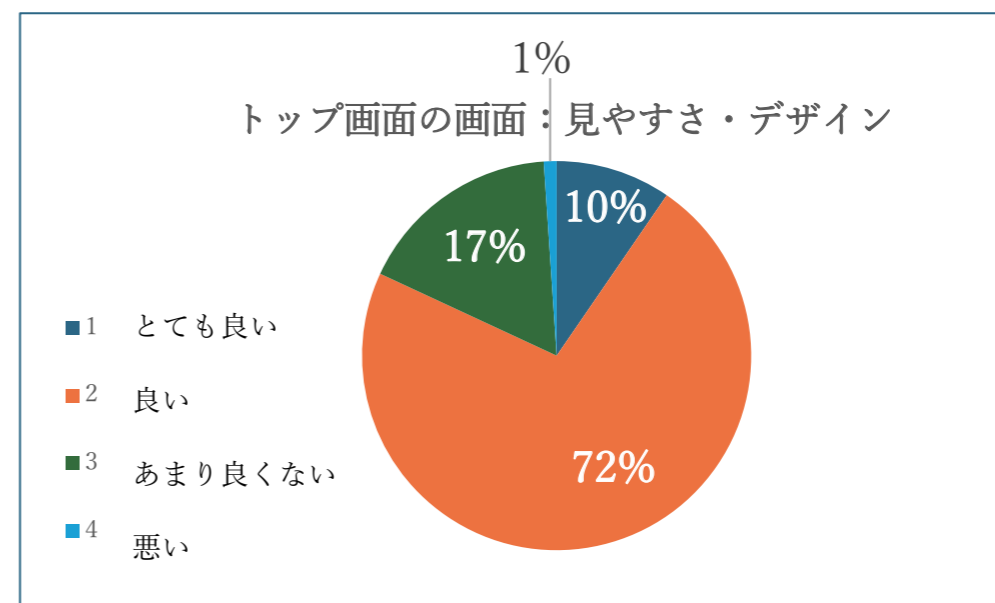
4. 今後、追加してほしい機能や改善してほしい点があればご記入ください:

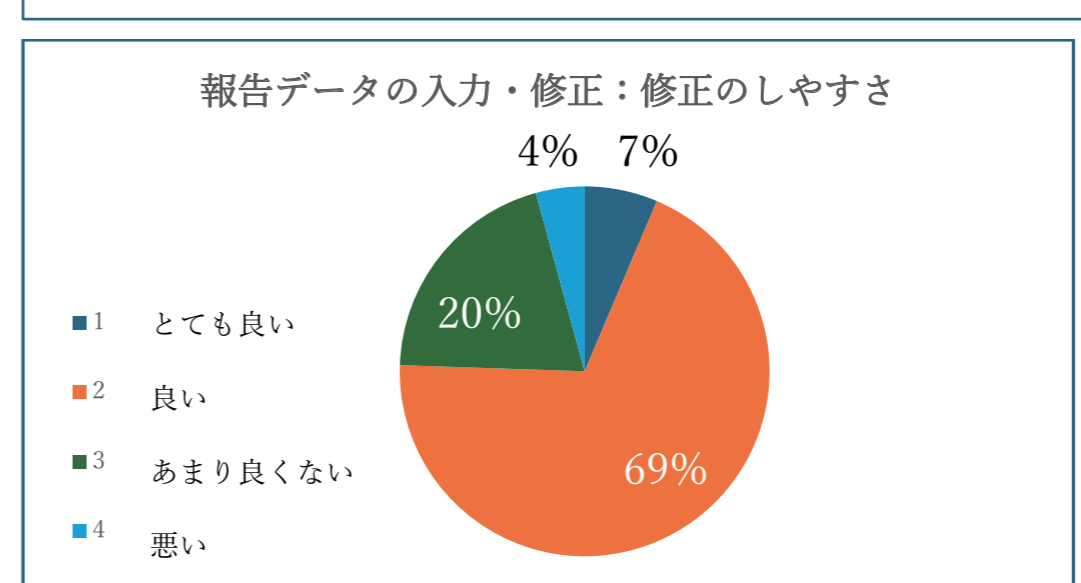
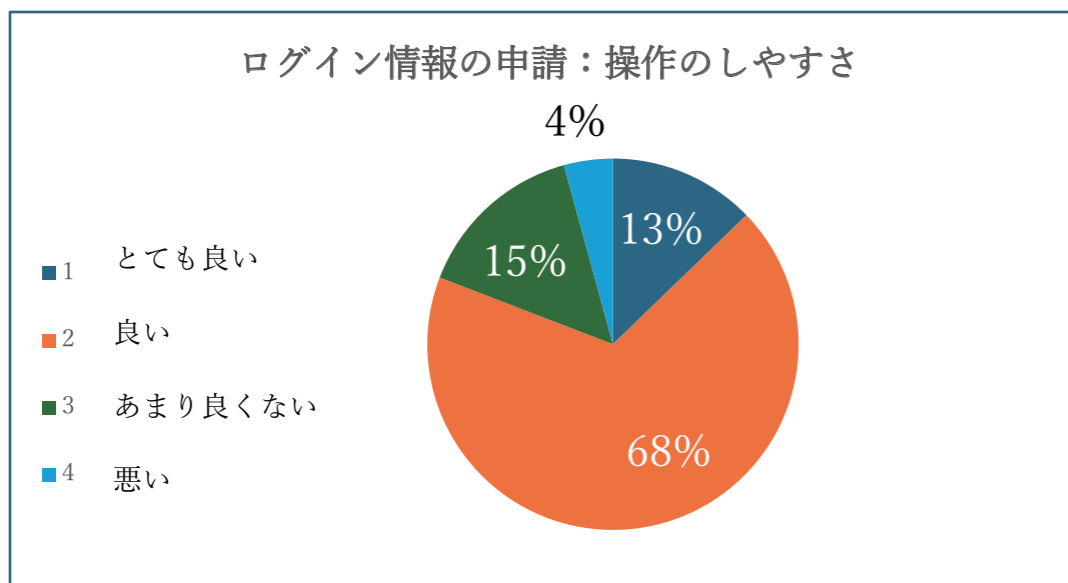
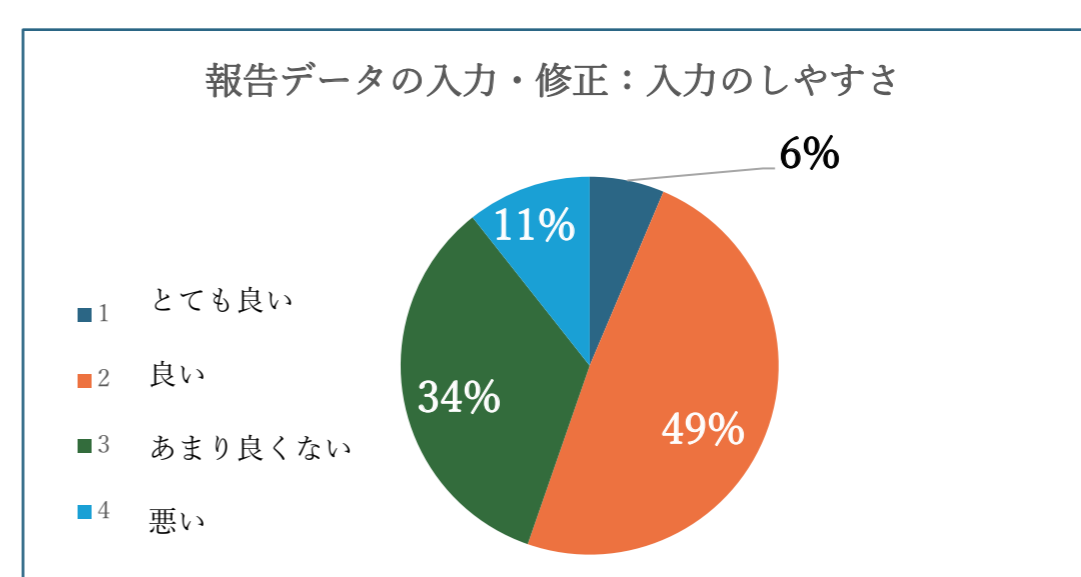
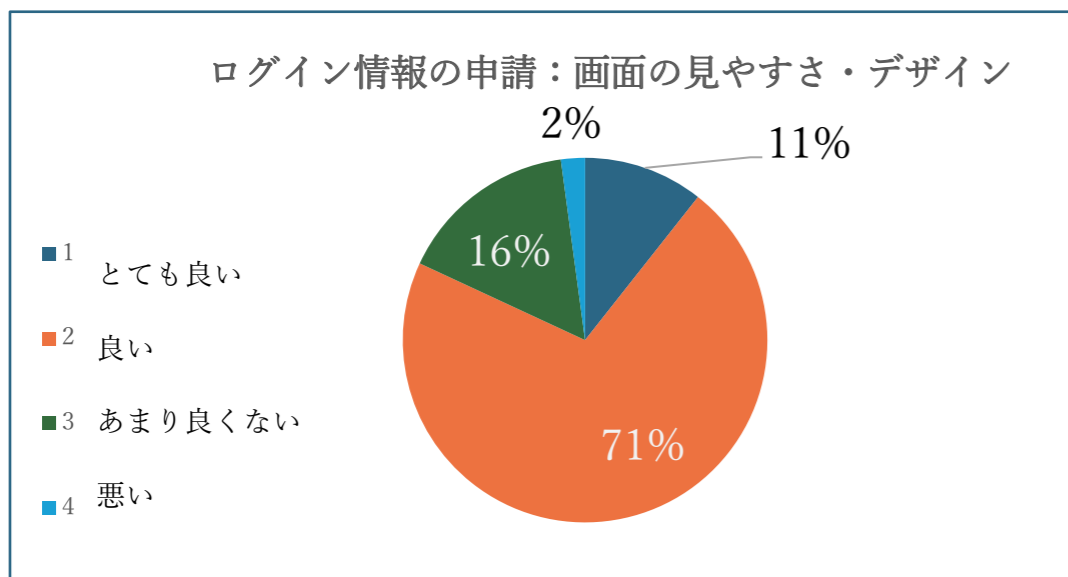
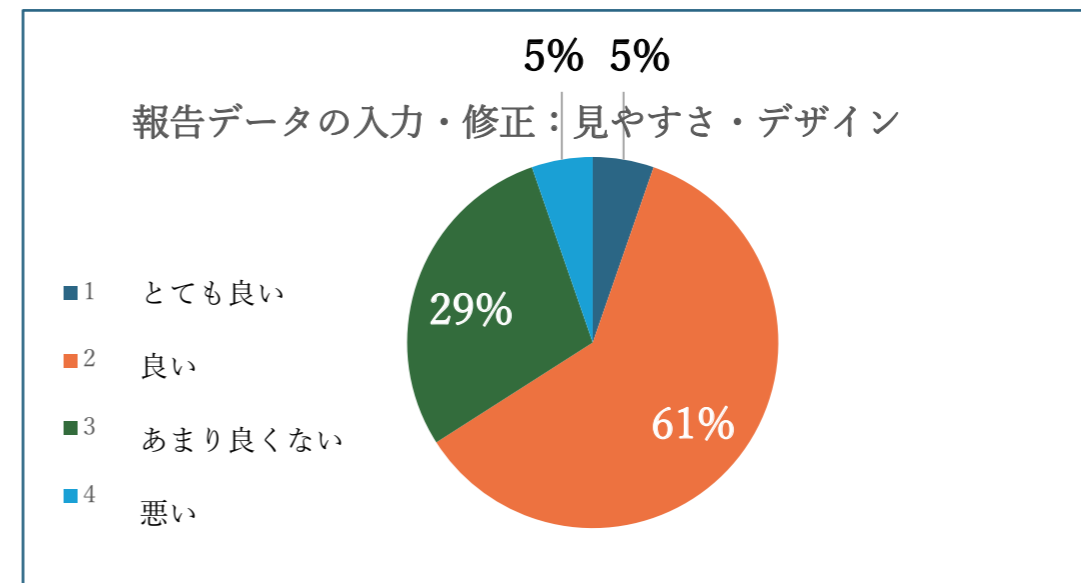
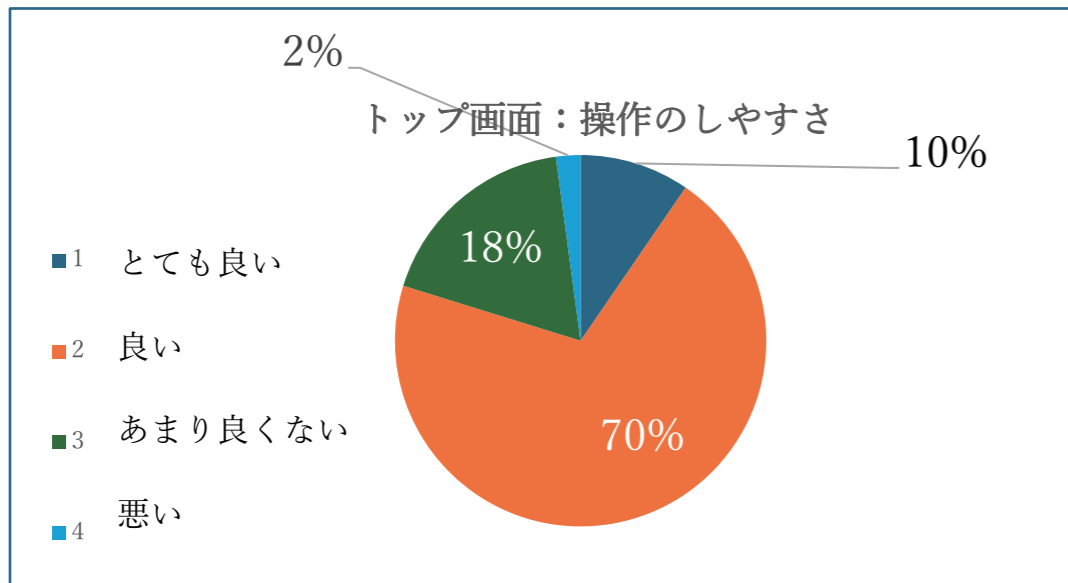
ご協力ありがとうございました。

1.5 実施状況報告提出状況、アンケート調査回答状況、4件法アンケート調査結果

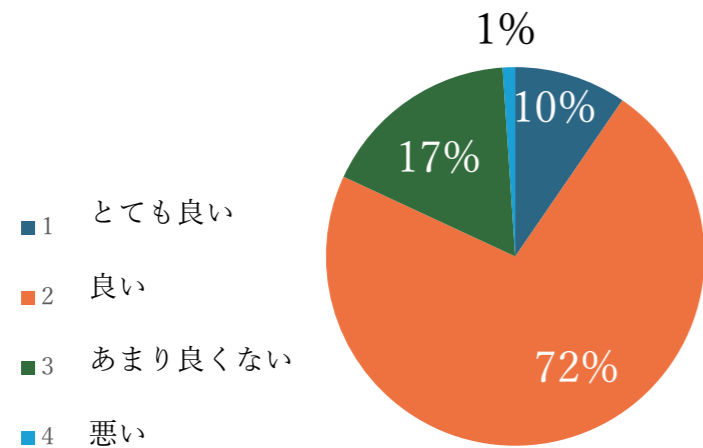
- ① クラウドシステムを用いた実施状況報告の提出状況
調査対象 108 センター中 98 センター (90.7%)
- ② 認知症疾患医療センター アンケート調査回答状況
調査対象 108 センター中 94 センター (87.0%)
- ③ 都道府県・政令指定都市 アンケート調査回答状況
調査対象 5 地区中 8 件 (東京都から 4 人回答)
- ④ 4 件法アンケート調査結果

[認知症疾患医療センター向け 4 件法アンケート調査結果]

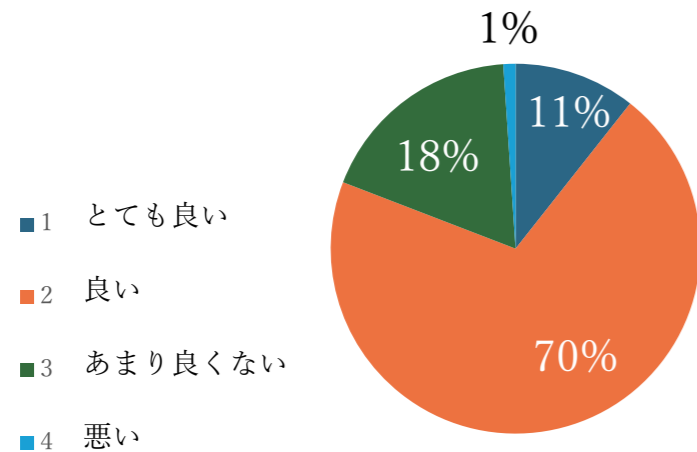




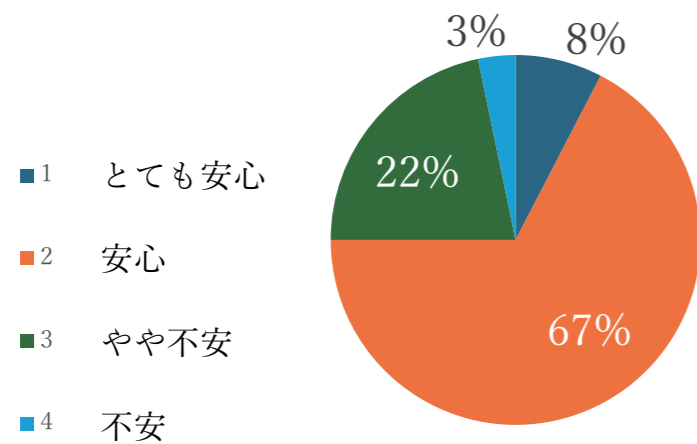
マニュアル：見やすさ・デザイン



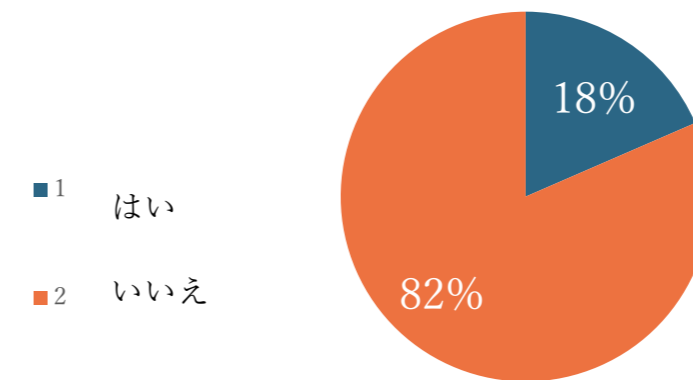
マニュアル：わかりやすさ



システムのセキュリティについて

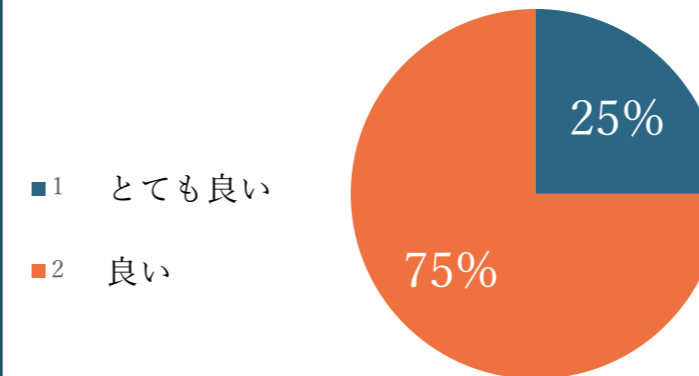


トラブルやエラーが発生しましたか

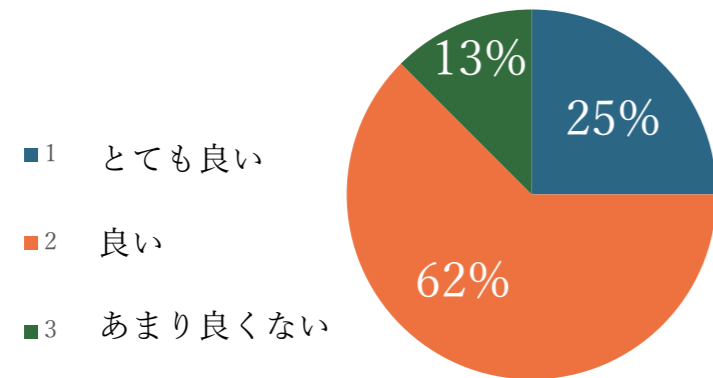


[都道府県・政令指定都市担当者向け 4 件法アンケート調査結果]

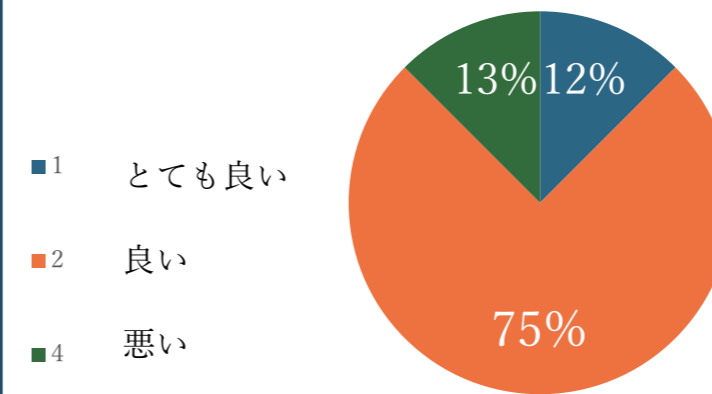
都道府県・政令指定都市
トップ画面：見やすさ・デザイン



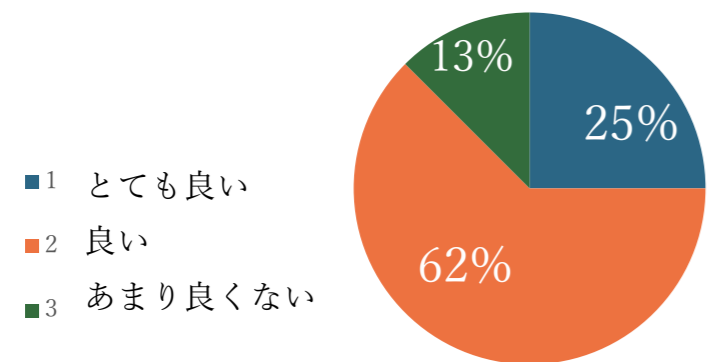
都道府県・政令指定都市
トップ画面：操作のしやすさ



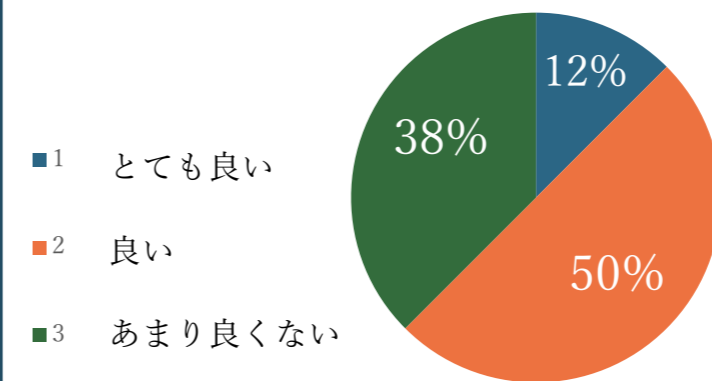
都道府県・政令指定都市
報告データの確認：見やすさ・デザイン



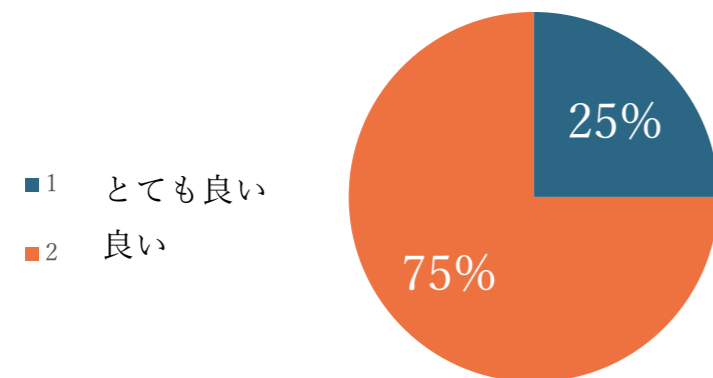
都道府県・政令指定都市
ログイン情報の申請：見やすさ・デザイン



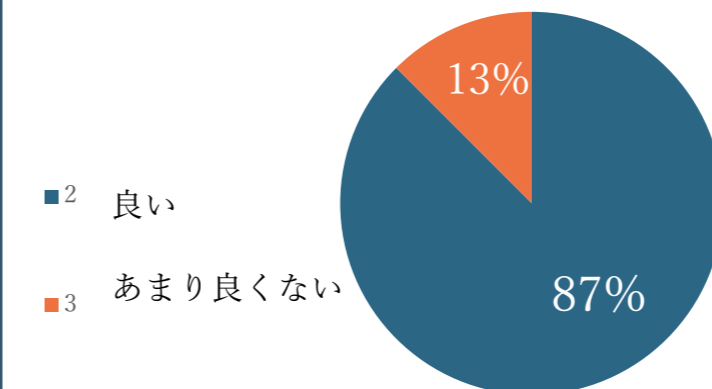
都道府県・政令指定都市
報告データの確認：操作のしやすさ



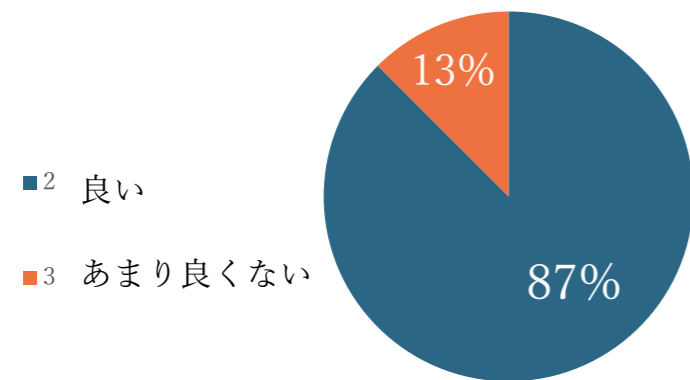
都道府県・政令指定都市
ログイン情報の申請：操作のしやすさ



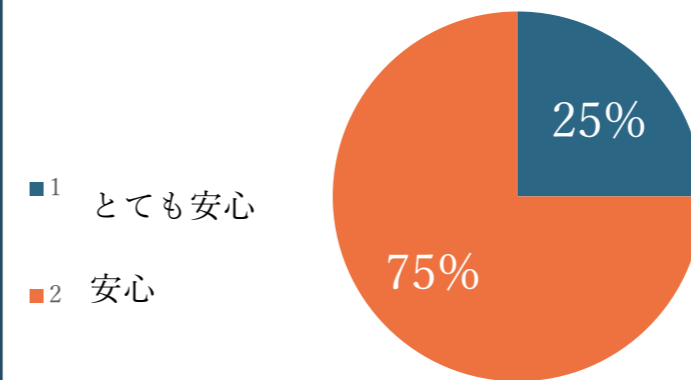
都道府県・政令指定都市
表・グラフ：つかいやすさ



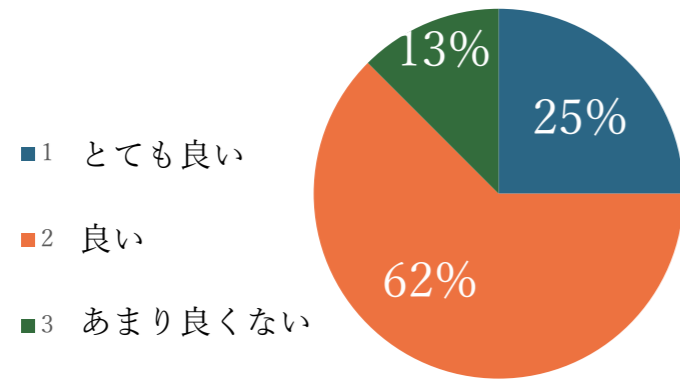
都道府県・政令指定都市
ダウンロード：しやすさ



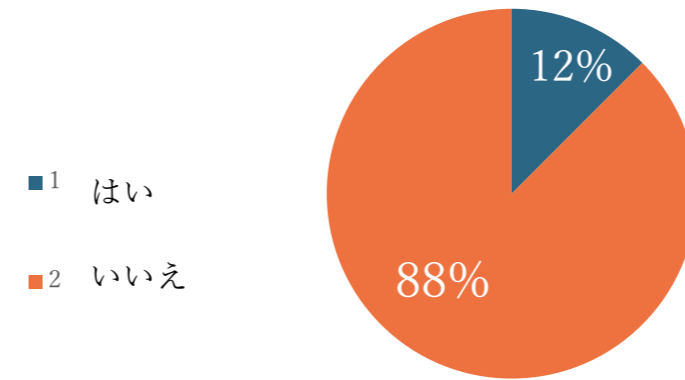
都道府県・政令指定都市
システムのセキュリティについて



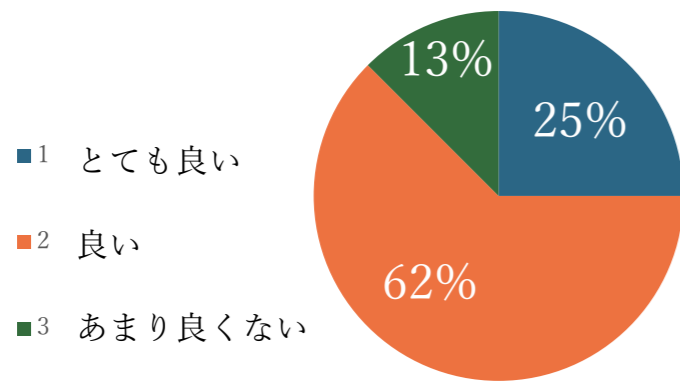
都道府県・政令指定都市
マニュアル：見やすさ・デザイン



都道府県・政令指定都市
トラブルやエラーが発生しましたか



都道府県・政令指定都市
マニュアル：わかりやすさ



1.6 自由記述アンケート調査結果と改良項目

アンケート自由記述のうち、重複していると思われる要望をまとめて116項目があった。本要望を検討委員会で検討し、「システム開発会社が改良を実施する項目」と「認知症介護研究・研修東京センターで改良を実施する項目」を決めて改良を行った。

(1) システム開発会社が改良を実施する項目

- 1) クラウドシステムの操作画面において、デザインを改良する。
- 2) 出力するPDFファイルのデザインを改良する。
- 3) 情報セキュリティ向上のため、認知症疾患医療センター担当者画面と都道府県担当者画面にBasic認証機能を追加する。
- 4) 認知症疾患医療センター「担当者名あるいは所属名」や「パスワード」を変更した際、電子メールを送信するよう改良する。
- 5) 実施状況報告の登録画面において、「Enter」キーを押しても画面が進まないよう改良する。
- 6) 登録画面において、入力された全角数字は、登録した際半角数字に強制変換するよう改良する。
- 7) 登録画面において、入力項目の注釈は、吹き出し表示を行うよう改良する。
- 8) 登録画面において、都道府県名と都道府県番号は、選択肢の中から選択できるよう改良する。
- 9) 前年度と同じIDで登録する場合、前年度の基礎情報を引き継ぐよう改良する。
- 10) 認知症疾患医療センター担当者向けマニュアルについて、見やすさなどを改良する。
- 11) 都道府県・政令指定都市用の表やグラフ機能において、経年変化を示すものを追加する。
- 12) 都道府県・政令指定都市用で、認知症疾患医療センター別の表やグラフ機能において数値の高い順だけでなく、任意の順番に表示する機能を追加する。
- 13) 実施状況報告項目について37項目を追加し、11項目を削除する。

[追加する実施状況報告項目37項目の詳細]

- a) 【医療機関基本情報】「自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬（抗Aβ抗体薬）に係る治療の実施」については、「対応している（初期投与）」「対応している（継続投与）」「対応してない」の3択でした。しかし、初回投与と継続投与を両方行っている場合、この3択ではそのことを示すことができないので、「初期投与（初回投与～6か月までの投与）」と「継続投与（初回投与6か月後からの投与）」の2つの項目に分け、それぞれについて「実施している」「実施していない」の2択に変更する。
- b) 【医療機関基本情報】連携病院名①から⑩の「連携内容（設置要件等）」「抗Aβ抗体薬」については、「初期投与連携」「継続投与連携」「×」の3択でした。しかし、初回投与と継続投与の両方を連携している場合、この3択ではそのことを示すことができないので、「抗Aβ抗体薬（初期投与）」と「抗Aβ抗体薬（継続投与）」の2つの項目に分け、各々「○」「×」の2択に変更する。
- c) 【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】「医師以外の人員配置」において、

「その他」の「（職種）」、「専従」、「兼務」の記入欄は、各々2つでした。しかし、「その他」の記入欄が足りなくなる場合がありますので、それに対応できるよう、各々4つに変更する。

- d) 【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】「医師以外の人員配置（診断後等支援のための相談員の配置）」において、「その他」の「（職種等）」、「専従」「兼務」の記入欄は、各々2つでした。しかし、「その他」の記入欄が足りなくなる場合がありますので、それに対応できるよう、各々4つに変更する。
- e) 【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】「相談件数」「上記の相談件数の相談元の内訳」において、相談元がここに示されている選択肢以外である場合もあることから、新たに「8. その他」の「件数」を追加する。
- f) 【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】「認知症疾患医療センターへの受診の経路」において、受診の経路が認知症初期集中支援チームからである場合も少なくないことから、新たに「5. 認知症初期集中支援チームから」の「件数」を追加する。
- g) 実施状況報告の登録を全て完了したことを示す項目を追加する。

(2) 認知症介護研究・研修東京センターで改良を実施する項目

- 1) 認知症疾患医療センター担当者や都道府県・指定都市担当者が実施状況報告の登録を行った際、「登録・修正画面」に戻るボタンを追加する。
- 2) 都道府県・指定都市担当者が実施状況報告の登録や、表やグラフ作成を行った際、「操作選択画面」に戻るボタンを追加する。
- 3) 都道府県・指定都市担当者用の地域の認知症疾患医療センター一覧画面において、表示順を任意の順番に変更する機能を追加する。
- 4) 都道府県・指定都市担当者向けマニュアルについて見やすさなど改良する。

1.7 実用性評価の考察

5 地域の都道府県・政令指定都市担当者と 100 施設近い認知症疾患医療センター担当者により、試験運用を行っていただくことができ、評価が行えるアンケート調査を実施することができた。4 件法によるアンケートの結果では、「とても良い」と「良い」を合わせると 70%以上になる項目が多く、プロトタイプシステムでも一定以上の評価があったと思われる。

一方、自由記述のアンケート回答については多岐にわたる要望事項があり、最新のクラウドシステムの利便性のレベルには達していない点多かったと思われる。そのため、最新のクラウドシステムの利便性のレベルに達するよう本アンケート調査の多くの要望に対応し、改良を実施することとした。

2. 改良版の認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステムについて

クラウドシステムの実用性に関する調査の結果を踏まえて、システム開発会社の協力を得て改良版システムの開発を行った。改良版システムについては、報告書作成時点でまだ開発・デバッグ中である。そのため、改良した画面デザインと、現時点における考察のみ報告する。報告する画面デザインは、まだ暫定版である。

2.1 改良した画面デザイン

認知症疾患医療センター担当者用画面

トップページ画面



実施状況報告の登録・修正画面 ①

ログイン情報の新規申請画面

実施状況報告の登録・修正画面 ②

ログイン情報の変更画面

都道府県・政令指定都市担当者用画面

都道府県・政令指定都市担当者のトップページ画面



都道府県・政令指定都市担当者のログイン情報の新規申請画面



都道府県・政令指定都市の選択画面

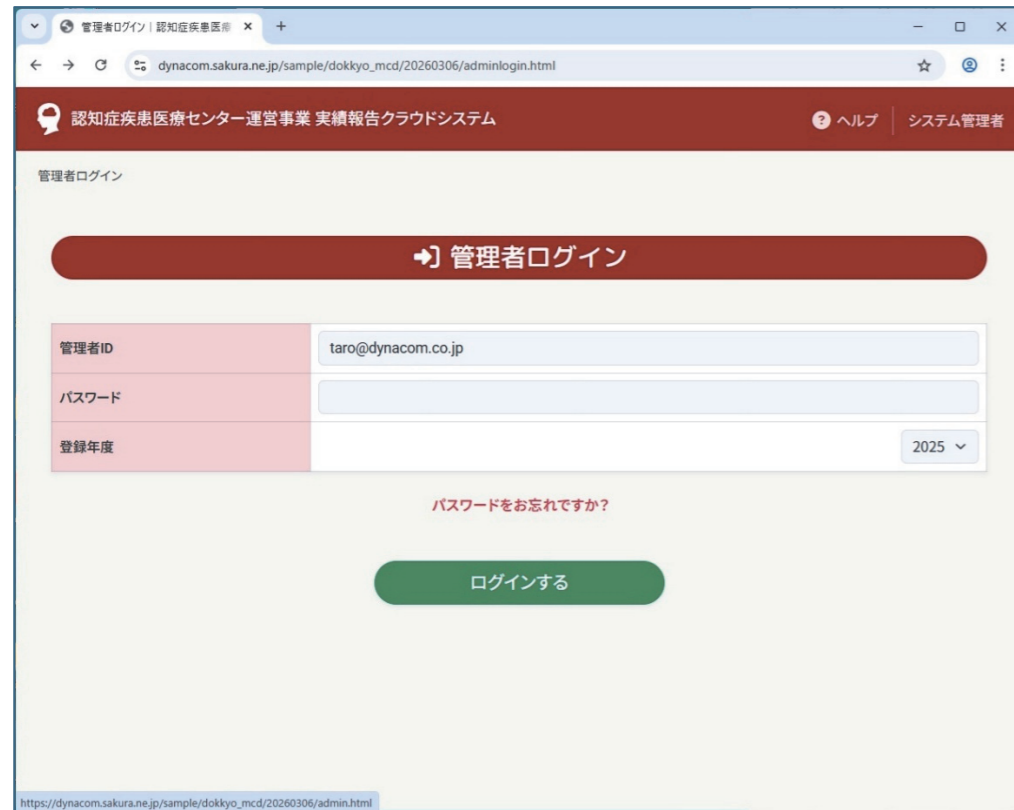


都道府県・政令指定都市担当者の操作選択画面

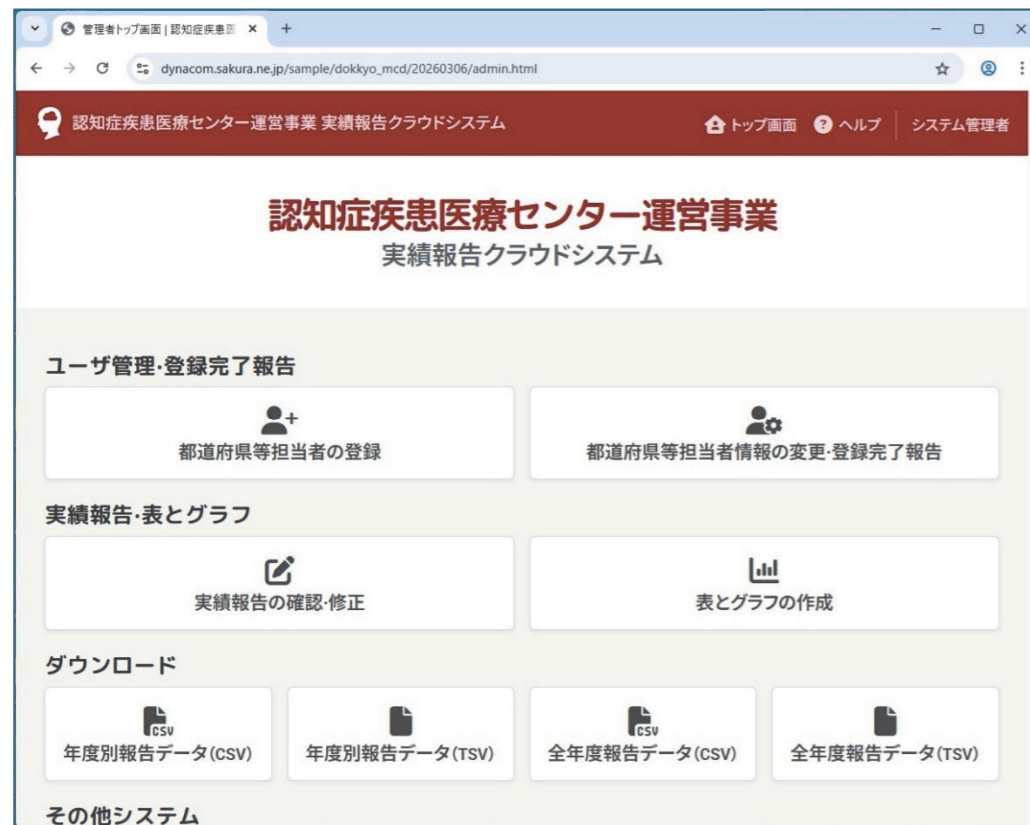


クラウドシステム管理者画面

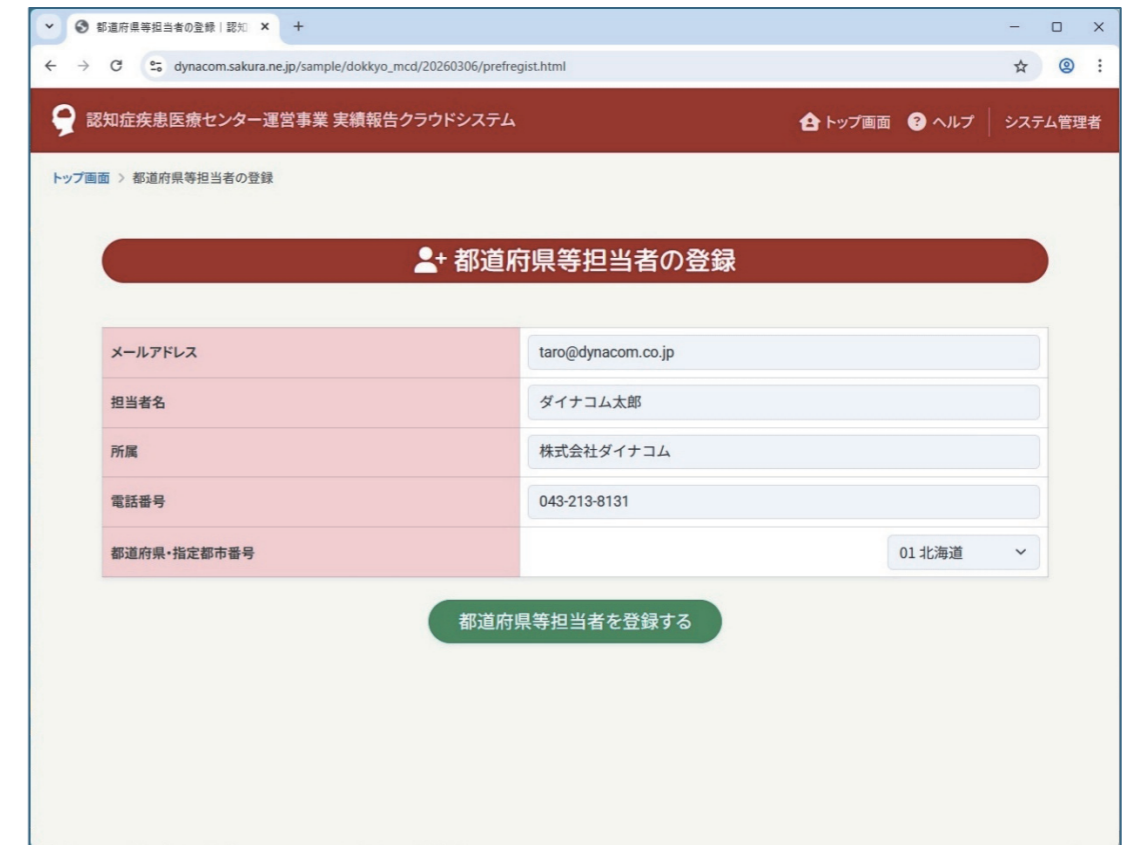
システム管理者のトップページ画面



システム管理者の操作選択画面



システム管理者の都道府県等担当者の登録画面



システム管理者の表とグラフの作成画面



2.2 考察

本システム改良により、認知症疾患医療センター事業実施状況報告クラウドシステムは、最新のクラウドシステムの利便性のレベルに達したと思われる。しかしながら、Excel ファイルを電子メールファイルで送信して報告する現行の手順より利便性が向上したかについては、さらなる機能追加が必要なことも懸念される。利便性についてさらに評価を行うには、全国の認知症疾患医療センター及び都道府県・政令指定都市に利用していただき、動作を確認していただく必要があると思われる。

また、最新のクラウドシステムの利便性に達するようシステム改良を行った結果、クラウドシステムは複雑化し巨大化することになった。実運用を開始した際は、システムのメンテナンスに一定の作業負担や予算がかかることが懸念される。

3. 令和6(2024)年度分認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計分析

1. 目的

認知症疾患医療センター運営事業は都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センターを設置することにより、保健医療・介護機関と連携を図りながら、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とする事業である。

各認知症疾患医療センターは、所定の様式（「認知症疾患医療センター事業実施状況の報告」、以下「事業実施状況の報告」）を用いて、前年度1年間の実績を都道府県・指定都市に報告することが義務づけられている。この実績報告書は、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に沿って事業の実態を把握することができるように設計されている。

本調査の目的は、この報告書を用いて、令和6（2024）年度一年間の認知症疾患医療センターの事業実績を把握することにある。

2. 方法

調査の対象は、2025年3月31日現在で認知症疾患医療センターに指定され、事業実施状況の報告（Excelファイルデータ）の提出があった全国509施設（基幹型Ⅰ 16、基幹型Ⅱ 5、地域型 388、連携型 100）である（悉皆調査）。「事業実施状況の報告」（巻末資料1を参照）の各項目について、クロス集計表を用いて、認知症疾患医療センターの類型別・医療機関種別に分析した。

3. 結果

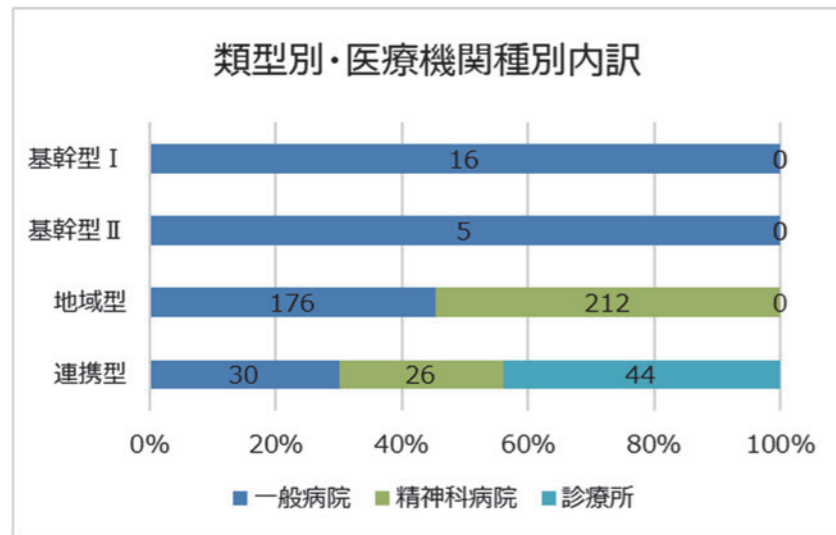
I. 基本情報

I-1. 類型別、医療機関種別設置数

認知症疾患医療センターの類型別・医療機関種別の内訳を表1、図1に示す。基幹型Ⅰ及びⅡはすべて一般病院であり、地域型は45.4%が一般病院、54.6%が精神科病院、連携型は30.0%が一般病院、26.0%が精神科病院、44.0%が診療所であった。類型別・設置主体別の内訳を表2に示す。基幹型Ⅰは50.0%が国立、25.0%が都道府県・指定都市立、6.3%が市町村立であり、合わせて81.3%が公立の医療機関であった。基幹型Ⅱは、60.0%が国立、20.0%が都道府県・指定都市立であり、合わせて80.0%が公立の医療機関であった。地域型は54.0%、連携型は67.0%が医療法人であった。

図表1 類型別・医療機関種別内訳

		医療機関種別			
		一般病院	精神科病院	診療所	合計
類型	基幹型 I	16	0	0	16
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	5	0	0	5
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	176	212	0	388
	45.4%	54.6%	0.0%	100.0%	
連携型	30	26	44	100	
	30.0%	26.0%	44.0%	100.0%	
合計	227	238	44	509	
	44.6%	46.8%	8.6%	100.0%	



図表 2 類型別：設置主体別内訳

		設置主体									合計
		学校法人	国	都道府県・指定都市	市町村	公益法人	医療法人	組合および連合会	個人	その他	
類型	基幹型 I	1	8	4	1	0	1	0	0	1	16
		6.3%	50.0%	25.0%	6.3%	0.0%	6.3%	0.0%	0.0%	6.3%	100.0%
	基幹型 II	1	3	1	0	0	0	0	0	0	5
		20.0%	60.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	21	21	36	22	31	221	12	2	22	388
	5.4%	5.4%	9.3%	5.7%	8.0%	57.0%	3.1%	0.5%	5.7%	100.0%	
連携型	1	2	8	7	4	67	3	4	4	100	
	1.0%	2.0%	8.0%	7.0%	4.0%	67.0%	3.0%	4.0%	4.0%	100.0%	
合計	24	34	49	30	35	289	15	6	27	509	
	4.7%	6.7%	9.6%	5.9%	6.9%	56.8%	2.9%	1.2%	5.3%	100.0%	

I-2. 病床数

1) 一般病床：類型別（表 3）、医療機関種別（表 4）に一般病床数を示す。一般病床数は類型別では基幹型 I、II、医療機関種別では一般病院に多い。

図表 3 類型別：一般病床数

		病床数 一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	638.9	165.7	620.0	322	932
	基幹型 II	5	694.0	88.7	691.0	602	804
	地域型	388	163.7	254.8	18.0	0	1226
	連携型	100	49.2	96.0	0.0	0	400
	合計	509	161.3	254.1	0.0	0	1226

図表 4 医療機関種別：一般病床数

		病床数 一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	349.9	280.5	295.0	0	1226
	精神科病院	238	11.0	43.2	0.0	0	448
	診療所	44	1.4	4.8	0.0	0	19
	合計	509	161.3	254.1	0.0	0	1226

2) 精神病床：類型別（図表 5）、医療機関種別（図表 6）に精神病床数を示す。精神病床数は類型別では地域型、医療機関種別では精神科病院に多い。

図表 5 類型別：精神病床数

		病床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	47.4	26.5	40.0	20	108
	基幹型 II	5	32.0	17.9	40.0	0	40
	地域型	388	182.9	157.4	179.5	0	808
	連携型	100	61.0	107.9	0.0	0	420
	合計	509	153.2	155.0	120.0	0	808

図表 6 医療機関種別：精神病床数

		病床数 精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	62.3	103.9	30.0	0	744
	精神科病院	238	268.2	125.0	250.0	0	808
	診療所	44	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	509	153.2	155.0	120.0	0	808

3) 全病床数：類型別全病床数を図表 7、医療機関種別全病床数を図表 8 に示す。全病床数の中央値は、類型別では基幹型 II、基幹型 I、地域型の順で、医療機関種別では一般病院、精神病院の順で多かった。

図表 7 類型別：全病床数

類型	全病床数					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
基幹型 I	16	699.6	176.8	691.0	396	1000
基幹型 II	5	726.4	76.9	731.0	644	804
地域型	388	353.9	217.4	308.5	0	1267
連携型	100	120.8	130.7	100.0	0	434
合計	509	322.6	234.8	282.0	0	1267

図表 8 医療機関種別：全病床数

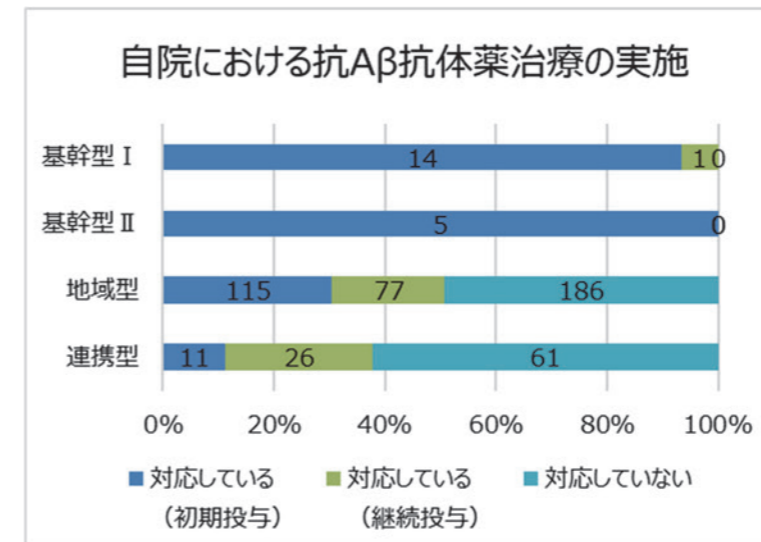
医療機関種別	病床数 全病床数					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
一般病院	227	436.2	259.0	388.0	0	1267
精神科病院	238	273.7	142.5	256.0	0	898
診療所	44	1.5	4.9	0.0	0	19
合計	509	322.6	234.8	282.0	0	1267

I-3. 自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬（抗Aβ抗体薬）に係る治療の実施状況

類型別（図表 9）、医療機関種別（図表 10）に自院におけるアルツハイマー病の抗Aβ抗体薬に係る治療の実施状況を示す。初期投与の実施は、類型別では基幹型 I で 93.3%、基幹型 II で 100.0%、地域型で 30.4%、連携型で 11.2%、医療機関種別では一般病院で 57.5%、精神科病院で 7.3%、診療所で 4.5%であった。継続投与の実施は、類型別では基幹型 I で 6.7%、基幹型 II で 0.0%、地域型で 20.4%、連携型で 26.5%、医療機関種別では一般病院で 11.9%、精神科病院で 25.8%、診療所で 40.9%であった。なお、初期投与と継続投与のいずれにも対応している場合には、「対応している（初期投与）」とし、継続投与のみに対応している場合は「対応している（継続投与）」として計上している。

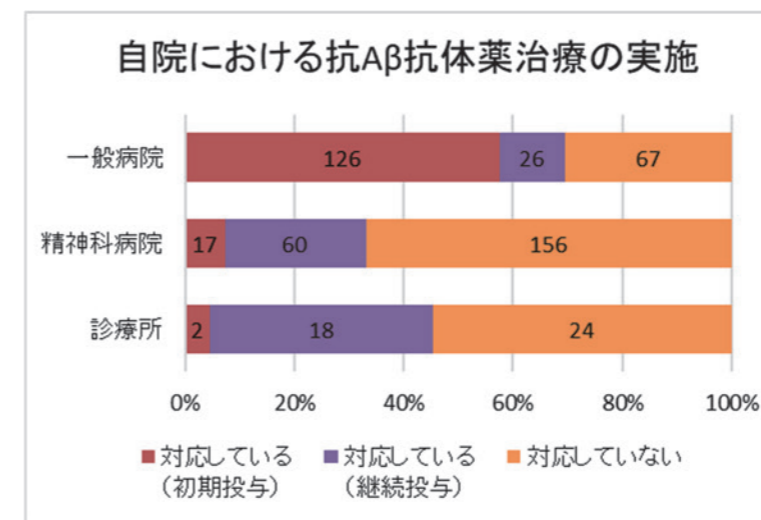
図表 9 類型別：自院における抗Aβ抗体薬治療の実施

類型	自院における抗Aβ抗体薬治療の実施			
	対応している （初期投与）	対応している （継続投与）	対応していない	合計
基幹型 I	14	1	0	15
	93.3%	6.7%	0.0%	100.0%
基幹型 II	5	0	0	5
	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
地域型	115	77	186	378
	30.4%	20.4%	49.2%	100.0%
連携型	11	26	61	98
	11.2%	26.5%	62.2%	100.0%
合計	145	104	247	496
	29.2%	21.0%	49.8%	100.0%



図表 10 医療機関種別：自院における抗Aβ抗体薬治療の実施

医療機関種別	自院における抗Aβ抗体薬治療の実施			
	対応している （初期投与）	対応している （継続投与）	対応していない	合計
一般病院	126	26	67	219
	57.5%	11.9%	30.6%	100.0%
精神科病院	17	60	156	233
	7.3%	25.8%	67.0%	100.0%
診療所	2	18	24	44
	4.5%	40.9%	54.5%	100.0%
合計	145	104	247	496
	29.2%	21.0%	49.8%	100.0%



II. 専門医療機関としての要件と機能、診断後等支援機能

II-1. 稼働状況および人員配置

実施要綱では、平日、週5日の稼働を原則とし、専門医、臨床心理技術者、精神保健福祉士又は保健師等の人員配置が定められている。

1) 稼働日数：類型別の稼働日数（図表11）、医療機関種別の稼働日数（図表12）をそれぞれ示す。類型別では基幹型Ⅰの稼働日数が相対的に多く、医療機関種別では診療所の稼働日数が相対的に多かった。

図表11 類型別：稼働日数

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	5.9	1.0	5.0	5.0	7
	基幹型Ⅱ	5	5.1	0.2	5.0	5.0	6
	地域型	388	5.2	0.5	5.0	2.0	7
	連携型	100	5.2	0.8	5.0	1.0	7
	合計	509	5.2	0.6	5.0	1.0	7
		稼働日数 年間					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	296.6	62.3	246.5	240	365
	基幹型Ⅱ	5	249.4	11.6	244.0	243	270
	地域型	388	256.2	30.4	245.0	21	365
	連携型	100	250.5	46.0	245.0	48	365
	合計	509	256.3	35.9	245.0	21	365

図表12 医療機関種別：稼働日数

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	5.2	0.6	5.0	1.0	7
	精神科病院	238	5.3	0.6	5.0	2.0	7
	診療所	44	5.4	0.5	5.0	5.0	6
	合計	509	5.2	0.6	5.0	1.0	7
		稼働日数 年間					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	254.4	40.2	244.0	21	365
	精神科病院	238	257.1	33.5	245.0	57	365
	診療所	44	261.5	22.3	250.0	237	312
	合計	509	256.3	35.9	245.0	21	365

2) 医師配置状況：医師配置状況を類型別（図表13、14、15）、医療機関種別（図表16、17、18）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。「日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医」または「認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師」は連携型の1施設、一般病院の1施設をのぞくすべての認知症疾患医療センターに配属されていた。上記の要件のうち、「日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医」を満たす医師の配置人数の平均値は基幹型及び一般病院で相対的に高く、連携型及び診療所で相対的に低かった。

図表13 類型別：医師の配置状況

類型	「日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医」または「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」	いずれかの医師		合計
		配置なし	配置あり	
類型	基幹型Ⅰ	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	5	5
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	0	388	388
	0.0%	100.0%	100.0%	
連携型		1	99	100
		1.0%	99.0%	100.0%
合計		1	508	509
		0.2%	99.8%	100.0%

図表14 類型別：「日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医」の配置状況

		日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	1.9	1.2	1.5	0	4
	基幹型Ⅱ	5	2.6	1.3	2.0	1	4
	地域型	388	1.3	1.5	1.0	0	15
	連携型	100	0.7	0.8	0.0	0	3
	合計	509	1.2	1.4	1.0	0	15

図表15 類型別：「認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師」の配置状況

		認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	2.4	2.9	2.0	0	12
	基幹型Ⅱ	5	2.2	3.3	1.0	0	8
	地域型	388	2.1	2.4	1.0	0	16
	連携型	100	1.6	1.6	1.0	0	10
	合計	509	2.0	2.3	1.0	0	16

図表 16 医療機関種別：医師の配置状況

医療機関種別		いずれかの医師		合計
		配置なし	配置あり	
「日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医」または「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」	一般病院	1	226	227
		0.4%	99.6%	100.0%
	精神科病院	0	238	238
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	44	44
		0.0%	100.0%	100.0%
合計		1	508	509
		0.2%	99.8%	100.0%

図表 17 類型別：「日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医」の配置状況

医療機関種別		日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.4	1.6	1.0	0	15
	精神科病院	238	1.1	1.2	1.0	0	6
	診療所	44	0.9	0.9	1.0	0	3
	合計	509	1.2	1.4	1.0	0	15

図表 18 類型別：「認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師」の配置状況

医療機関種別		認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.9	2.0	1.0	0	12
	精神科病院	238	2.3	2.6	1.0	0	16
	診療所	44	1.3	1.4	1.0	0	5
	合計	509	2.0	2.3	1.0	0	16

3) 精神保健福祉士配置状況：精神保健福祉士配置状況を類型別（表 19、20、21）、医療機関種別（表 22、23、24）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。専従または専任のいずれかの精神保健福祉士は、全センターの 88.8%で配置されているが、連携型及び診療所でその配置率が相対的に低くなっている。

図表 19 類型別：精神保健福祉士の配置状況

医療機関種別		精神保健福祉士		合計
		配置なし	配置あり	
類型	基幹型 I	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型 II	0	5	5
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	18	370	388
		4.6%	95.4%	100.0%
	連携型	39	61	100
		39.0%	61.0%	100.0%
合計		57	452	509
		11.2%	88.8%	100.0%

図表 20 類型別：精神保健福祉士の配置状況（専従）

医療機関種別		精神保健福祉士 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.8	0.6	1.0	0	2
	基幹型 II	5	0.8	0.4	1.0	0	1
	地域型	388	0.9	0.5	1.0	0	6
	連携型	100	0.2	0.4	0.0	0	2
	合計	509	0.7	0.6	1.0	0	6

図表 21 類型別：精神保健福祉士の配置状況（専任）

医療機関種別		精神保健福祉士 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.6	0.5	1.0	0	1
	基幹型 II	5	0.6	0.5	1.0	0	1
	地域型	388	1.2	1.3	1.0	0	11
	連携型	100	0.8	1.0	0.5	0	4
	合計	509	1.1	1.3	1.0	0	11

図表 22 医療機関種別：精神保健福祉士の配置状況

医療機関種別		精神保健福祉士		合計
		配置なし	配置あり	
医療機関種別	一般病院	28	199	227
		12.3%	87.7%	100.0%
	精神科病院	5	233	238
		2.1%	97.9%	100.0%
	診療所	24	20	44
		54.5%	45.5%	100.0%
合計		57	452	509
		11.2%	88.8%	100.0%

図表 23 医療機関種別：精神保健福祉士の配置状況（専従）

		精神保健福祉士 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.7	0.7	1.0	0	6
	精神科病院	238	0.8	0.4	1.0	0	2
	診療所	44	0.2	0.4	0.0	0	2
	合計	509	0.7	0.6	1.0	0	6

図表 24 医療機関種別：精神保健福祉士の配置状況（専任）

		精神保健福祉士 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.9	1.4	1.0	0	11
	精神科病院	238	1.4	1.1	1.0	0	7
	診療所	44	0.5	0.8	0.0	0	3
	合計	509	1.1	1.3	1.0	0	11

4) 保健師配置状況：保健師配置状況を類型別（図表 25、26、27）、医療機関種別（図表 28、29、30）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。専従・専任のいずれかで保健師の配置がされているのは全センターの 10.8%であったが、専従・専任の配置人数は中央値 0 名であり、配置率・配置数はともに低い。

図表 25 類型別：保健師の配置状況

類型		保健師		合計
		配置なし	配置あり	
類型	基幹型 I	11	5	16
		68.8%	31.3%	100.0%
	基幹型 II	2	3	5
		40.0%	60.0%	100.0%
地域型	349	39	388	
	89.9%	10.1%	100.0%	
連携型	92	8	100	
	92.0%	8.0%	100.0%	
合計	454	55	509	
	89.2%	10.8%	100.0%	

図表 26 類型別：保健師の配置状況（専従）

		保健師 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.3	0.6	0.0	0	2
	基幹型 II	5	0.2	0.4	0.0	0	1
	地域型	388	0.1	0.3	0.0	0	2
	連携型	100	0.1	0.2	0.0	0	1
	合計	509	0.1	0.3	0.0	0	2

図表 27 類型別：保健師の配置状況（専任）

		保健師 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.1	0.3	0.0	0	1
	基幹型 II	5	0.4	0.5	0.0	0	1
	地域型	388	0.1	0.3	0.0	0	3
	連携型	100	0.0	0.2	0.0	0	1
	合計	509	0.1	0.3	0.0	0	3

図表 28 医療機関種別：保健師の配置状況

		保健師		合計
		配置なし	配置あり	
医療機関種別	一般病院	195	32	227
		85.9%	14.1%	100.0%
	精神科病院	221	17	238
		92.9%	7.1%	100.0%
	診療所	38	6	44
		86.4%	13.6%	100.0%
合計	454	55	509	
	89.2%	10.8%	100.0%	

図表 29 医療機関種別：保健師の配置状況（専従）

		保健師 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.1	0.3	0.0	0	2
	精神科病院	238	0.1	0.3	0.0	0	2
	診療所	44	0.1	0.3	0.0	0	1
	合計	509	0.1	0.3	0.0	0	2

図表 30 医療機関種別：保健師の配置状況（専任）

		保健師 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.1	0.3	0.0	0	3
	精神科病院	238	0.0	0.2	0.0	0	2
	診療所	44	0.0	0.2	0.0	0	1
	合計	509	0.1	0.3	0.0	0	3

5) 臨床心理技術者配置状況：臨床心理技術者の配置状況を類型別（図表 31、32、33）、医療機関種別（図表 34、35、36）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。専従・専任のいずれかの臨床心理技術者が配置されているのは全センターの 86.1%であったが、専従の配置人数は中央値 0 名、専任の配置人数の中央値は 1 であった。多くのセンターは臨床心理技術者を兼務体制で配置している。

図表 31 類型別：臨床心理技術者の配置状況

類型	基幹型 I	臨床心理技術者		合計
		配置なし	配置あり	
	基幹型 I	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型 II	0	5	5
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	15	373	388
		3.9%	96.1%	100.0%
	連携型	56	44	100
		56.0%	44.0%	100.0%
合計	71	438	509	
	13.9%	86.1%	100.0%	

図表 32 類型別：臨床心理技術者の配置状況（専従）

		臨床心理技術者 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.3	0.6	0.0	0	2
	基幹型 II	5	0.2	0.4	0.0	0	1
	地域型	388	0.2	0.6	0.0	0	7
	連携型	100	0.1	0.5	0.0	0	3
	合計	509	0.2	0.6	0.0	0	7

図表 33 類型別：臨床心理技術者の配置状況（専任）

		臨床心理技術者 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.9	0.6	1.0	0	2
	基幹型 II	5	0.8	0.4	1.0	0	1
	地域型	388	1.1	0.8	1.0	0	7
	連携型	100	0.5	0.7	0.0	0	4
	合計	509	1.0	0.8	1.0	0	7

図表 34 医療機関別：臨床心理技術者の配置状況

医療機関種別		臨床心理技術者		合計
		配置なし	配置あり	
医療機関種別	一般病院	23	204	227
		10.1%	89.9%	100.0%
	精神科病院	26	212	238
		10.9%	89.1%	100.0%
	診療所	22	22	44
		50.0%	50.0%	100.0%
合計	71	438	509	
	13.9%	86.1%	100.0%	

図表 35 医療機関別：臨床心理技術者の配置状況（専従）

		臨床心理技術者 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.3	0.8	0.0	0	7
	精神科病院	238	0.1	0.3	0.0	0	1
	診療所	44	0.2	0.7	0.0	0	3
	合計	509	0.2	0.6	0.0	0	7

図表 36 医療機関別：臨床心理技術者の配置状況（専任）

		臨床心理技術者 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.1	1.0	1.0	0	7
	精神科病院	238	1.0	0.6	1.0	0	3
	診療所	44	0.5	0.7	0.0	0	2
	合計	509	1.0	0.8	1.0	0	7

6) 連携推進補助員の配置状況：連携推進補助員の配置状況を類型別（図表 37、38、39）、医療機関種別（図表 40、41、42）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。専従・専任のいずれかの連携推進補助員が配置されているのは全センターの 11.4%であったが、専従・専任ともに配置人数は中央値 0 名であった。連携推進補助員の配置率・配置人数はともに低い。

図表 37 類型別：連携推進補助員の配置状況

類型	基幹型 I	連携推進補助員		合計
		配置なし	配置あり	
		14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	基幹型 II	5	0	5
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	346	42	388
		89.2%	10.8%	100.0%
	連携型	86	14	100
		86.0%	14.0%	100.0%
合計		451	58	509
		88.6%	11.4%	100.0%

図表 38 類型別：連携推進補助員の配置状況（専従）

類型		連携推進補助員 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	基幹型 I	16	0.1	0.3	0.0	0	1
	基幹型 II	5	0.0	0.0	0.0	0	0
	地域型	388	0.0	0.2	0.0	0	2
	連携型	100	0.0	0.1	0.0	0	1
	合計	509	0.0	0.2	0.0	0	2

図表 39 類型別：連携推進補助員の配置状況（専任）

類型		連携推進補助員 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	基幹型 I	16	0.1	0.3	0.0	0	1
	基幹型 II	5	0.0	0.0	0.0	0	0
	地域型	388	0.1	0.5	0.0	0	5
	連携型	100	0.2	0.6	0.0	0	4
	合計	509	0.1	0.5	0.0	0	5

図表 40 医療機関種別：連携推進補助員の配置状況

医療機関種別		連携推進補助員		合計
		配置なし	配置あり	
医療機関種別	一般病院	197	30	227
		86.8%	13.2%	100.0%
	精神科病院	218	20	238
		91.6%	8.4%	100.0%
	診療所	36	8	44
		81.8%	18.2%	100.0%
合計		451	58	509
		88.6%	11.4%	100.0%

図表 41 医療機関種別：連携推進補助員の配置状況（専従）

医療機関種別		連携推進補助員 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	一般病院	227	0.1	0.2	0.0	0	2
	精神科病院	238	0.0	0.1	0.0	0	1
	診療所	44	0.0	0.0	0.0	0	0
	合計	509	0.0	0.2	0.0	0	2

図表 42 医療機関種別：連携推進補助員の配置状況（専任）

医療機関種別		連携推進補助員 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
	一般病院	227	0.1	0.4	0.0	0	2
	精神科病院	238	0.1	0.6	0.0	0	5
	診療所	44	0.2	0.5	0.0	0	2
	合計	509	0.1	0.5	0.0	0	5

7) 診断後等支援のための相談員の配置状況：診断後等支援のための社会福祉士配置状況を類型別（図表 43、44、45）、医療機関種別（図表 46、47、48）に示す。また、診断後等支援のための精神保健福祉士配置状況を類型別（図表 49、50、51）、医療機関種別（図表 52、53、54）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。

専従・兼務のいずれかの診断後等支援のための相談員が配置されている医療機関は、社会福祉士 12.8%、精神保健福祉士 49.3%であった。相談員の配置人数の中央値は、類型別ではいずれも 0 名、医療機関別では精神科病院における精神保健福祉士（専任）が 1 名でそれ以外は 0 名であった。

そのほかの職種としては、看護師（認知症看護認定看護師を含む）、保健師、臨床心理技

術者（臨床心理士、公認心理士を含む）、作業療法士、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター、介護支援専門員、介護福祉士、言語聴覚士、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、認知症ケア専門士、音楽療法士、認知症当事者（経験専門家）、事務員などが配置されていた。

図表 43 類型別：診断後等支援のための相談員の配置状況（社会福祉士）

類型	社会福祉士	社会福祉士		合計
		配置なし	配置あり	
基幹型 I	13	3	16	
	81.3%	18.8%	100.0%	
	基幹型 II			
	5	0	5	
地域型				
344	44	388		
88.7%	11.3%	100.0%		
連携型				
82	18	100		
82.0%	18.0%	100.0%		
合計	444	65	509	
	87.2%	12.8%	100.0%	

図表 44 類型別：診断後等支援のための相談員の配置状況（社会福祉士／専従）

類型	診断後等支援のための相談員の配置 社会福祉士 専従					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
基幹型 I	16	0.2	0.4	0.0	0	1
基幹型 II	5	0.0	0.0	0.0	0	0
地域型	388	0.0	0.2	0.0	0	2
連携型	100	0.0	0.2	0.0	0	2
合計	509	0.0	0.2	0.0	0	2

図表 45 類型別：診断後等支援のための相談員の配置状況（社会福祉士／専任）

類型	診断後等支援のための相談員の配置 社会福祉士 専任					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
基幹型 I	16	0.0	0.0	0.0	0	0
基幹型 II	5	0.0	0.0	0.0	0	0
地域型	388	0.2	0.8	0.0	0	9
連携型	100	0.2	0.6	0.0	0	3
合計	509	0.2	0.7	0.0	0	9

図表 46 医療機関種別：診断後等支援のための相談員の配置状況（社会福祉士）

医療機関種別	社会福祉士	社会福祉士		合計
		配置なし	配置あり	
一般病院	183	44	227	
	80.6%	19.4%	100.0%	
	精神科病院			
225	13	238		
94.5%	5.5%	100.0%		
診療所				
36	8	44		
81.8%	18.2%	100.0%		
合計	444	65	509	
	87.2%	12.8%	100.0%	

図表 47 医療機関種別：診断後等支援のための相談員の配置状況（社会福祉士／専従）

医療機関種別	診断後等支援のための相談員の配置 社会福祉士 専従					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
一般病院	227	0.1	0.3	0.0	0	2
精神科病院	238	0.0	0.1	0.0	0	1
診療所	44	0.1	0.3	0.0	0	2
合計	509	0.0	0.2	0.0	0	2

図表 48 医療機関種別：診断後等支援のための相談員の配置状況（社会福祉士／専任）

医療機関種別	診断後等支援のための相談員の配置 社会福祉士 専任					
	度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
一般病院	227	0.3	1.0	0.0	0	9
精神科病院	238	0.1	0.3	0.0	0	2
診療所	44	0.2	0.4	0.0	0	2
合計	509	0.2	0.7	0.0	0	9

図表 49 類型別：診断後等支援のための相談員の配置状況（精神保健福祉士）

類型	精神保健福祉士	精神保健福祉士		合計
		配置なし	配置あり	
基幹型 I	8	8	16	
	50.0%	50.0%	100.0%	
基幹型 II	4	1	5	
	80.0%	20.0%	100.0%	
地域型	185	203	388	
	47.7%	52.3%	100.0%	
連携型	61	39	100	
	61.0%	39.0%	100.0%	
合計	258	251	509	
	50.7%	49.3%	100.0%	

図表 50 類型別：診断後等支援のための相談員の配置状況（精神保健福祉士／専従）

		診断後等支援のための相談員の配置 精神保健福祉士 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.2	0.4	0.0	0	1
	基幹型Ⅱ	5	0.2	0.4	0.0	0	1
	地域型	388	0.2	0.5	0.0	0	5
	連携型	100	0.1	0.4	0.0	0	2
	合計	509	0.2	0.5	0.0	0	5

図表 51 類型別：診断後等支援のための相談員の配置状況（精神保健福祉士／専任）

		診断後等支援のための相談員の配置 精神保健福祉士 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	0.4	0.5	0.0	0	1
	基幹型Ⅱ	5	0.2	0.4	0.0	0	1
	地域型	388	0.7	1.3	0.0	0	11
	連携型	100	0.5	0.9	0.0	0	4
	合計	509	0.7	1.2	0.0	0	11

図表 52 医療機関種別：診断後等支援のための相談員の配置状況（精神保健福祉士）

医療機関種別		精神保健福祉士		合計
		配置なし	配置あり	
医療機関種別	一般病院	128	99	227
		56.4%	43.6%	100.0%
	精神科病院	99	139	238
		41.6%	58.4%	100.0%
	診療所	31	13	44
		70.5%	29.5%	100.0%
合計	258	251	509	
	50.7%	49.3%	100.0%	

図表 53 医療機関種別：診断後等支援のための相談員の配置状況（精神保健福祉士／専従）

		診断後等支援のための相談員の配置 精神保健福祉士 専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.2	0.5	0.0	0	5
	精神科病院	238	0.2	0.4	0.0	0	2
	診療所	44	0.1	0.3	0.0	0	2
	合計	509	0.2	0.5	0.0	0	5

図表 54 医療機関種別：診断後等支援のための相談員の配置状況（精神保健福祉士／専任）

		診断後等支援のための相談員の配置 精神保健福祉士 専任					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	0.5	1.1	0.0	0	11
	精神科病院	238	0.9	1.4	1.0	0	9
	診療所	44	0.4	0.8	0.0	0	3
	合計	509	0.7	1.2	0.0	0	11

8) 診断後等支援機能に関する実施状況

診断後等支援機能について、実施要綱では、「認知症の人や家族が、診断後であっても、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるとともに円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関の他、介護支援専門員等地域の介護に関する関係機関、地域包括支援センター等との連携の推進を図るため、センターは地域の実情や必要に応じて、以下①・②のいずれか又はその両方の取組を行う。① 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援（かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等の地域の関係機関と連携の上、地域の実情や必要に応じて、診断後や症状増悪時において、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、必要な相談支援を実施）、② 当事者等によるピア活動や交流会の開催（既に認知症と診断された認知症の人やその家族による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施）」と記されている。診断後等支援機能の実施状況を類型別（図表55）、医療機関種別（図表56）に示す。相談員等による診断後等の相談支援は全体で98.0%が実施しており、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は全体で46.3%が実施していた、地域型および診療所での実施が多く、次いで一般病院が多く実施していた。

図表 55 類型別：診断後等支援機能の実施状況

		相談員等による診断後等の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
合計		497	206	205
		98.0%	46.3%	43.4%
類型	基幹型 I	16	6	5
		100.0%	37.5%	33.3%
	基幹型 II	5	1	1
		100.0%	25.0%	25.0%
	地域型	379	161	154
		98.2%	47.4%	42.9%
	連携型	97	38	45
		97.0%	44.7%	47.9%

図表 56 医療機関種別：診断後等支援機能の実施状況

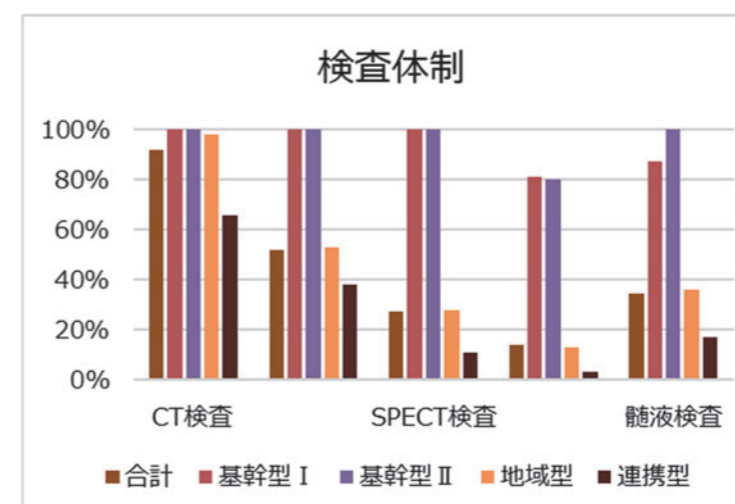
		相談員による診断後の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
医療機関種別	合計	497	206	205
		98.0%	46.3%	43.4%
	一般病院	222	98	99
		98.7%	51.6%	46.7%
	精神科病院	232	86	75
		97.5%	38.7%	34.7%
	診療所	43	22	31
		97.7%	66.7%	70.5%

II-2. 検査体制

検査体制を類型別（図表 57、58、59）、医療機関種別（図表 60、61、62）に示す。類型別では、CT、MRI、SPECT は基幹型では 100%自施設で可能であるが、MRI が自施設で可能なのは地域型 53.1%、連携型 38.0%、SPECT が自施設で可能なのは地域型 27.8%、連携型 11.0%であった。PET、髄液検査は基幹型では 80%以上が自施設で可能であるが、PET が自施設で可能なのは地域型では 13.1%、連携型では 3.0%、髄液検査が自施設で可能なのは地域型 36.1%、連携型 17.0%であった。一方、医療機関種別で見ると、MRI が自施設で可能なのは、精神科病院 24.8%、診療所 22.7%、SPECT が自施設で可能なのは精神科病院 2.9%、診療所 2.3%、PET が自施設で可能なのは精神科病院 0%、診療所 2.3%、髄液検査が自施設で可能なのは精神科病院 9.2%、診療所 4.5%であった。精神科病院および診療所の 90%以上が自施設または連携先で CT、MRI、SPECT の検査体制を確保し、50%以上が PET、髄液検査の検査体制を確保していた（図表 62 参照）。

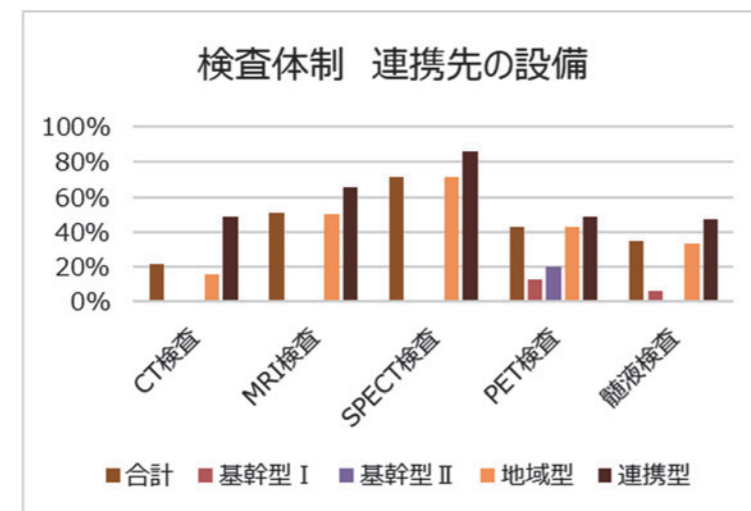
図表 57 類型別：自施設でカバーされている検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		あり	あり	あり	あり	あり
合計		469	265	140	71	176
		92.1%	52.1%	27.5%	13.9%	34.6%
類型	基幹型 I	16	16	16	13	14
		100.0%	100.0%	100.0%	81.3%	87.5%
	基幹型 II	5	5	5	4	5
		100.0%	100.0%	100.0%	80.0%	100.0%
	地域型	382	206	108	51	140
		98.5%	53.1%	27.8%	13.1%	36.1%
	連携型	66	38	11	3	17
		66.0%	38.0%	11.0%	3.0%	17.0%



図表 58 類型別：連携先でカバーされている検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある
合計		109	261	364	218	178
		21.4%	51.3%	71.5%	42.8%	35.0%
類型	基幹型 I	0	0	0	2	1
		0.0%	0.0%	0.0%	12.5%	6.3%
	基幹型 II	0	0	0	1	0
		0.0%	0.0%	0.0%	20.0%	0.0%
	地域型	60	195	278	166	130
		15.5%	50.3%	71.6%	42.8%	33.5%
	連携型	49	66	86	49	47
		49.0%	66.0%	86.0%	49.0%	47.0%

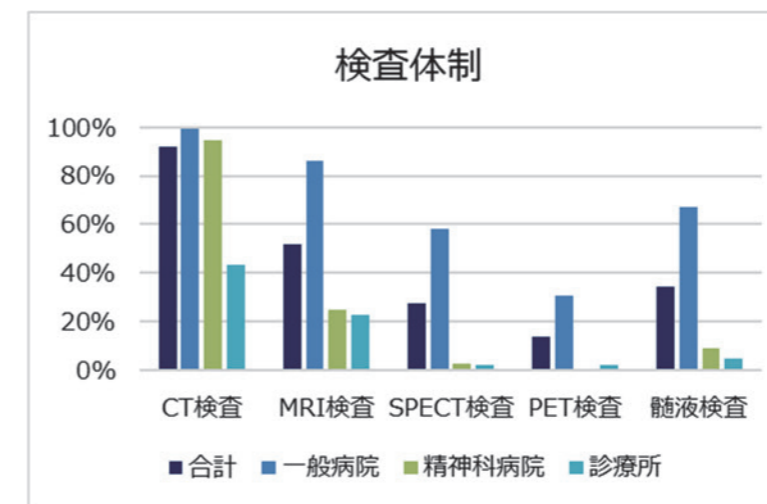


図表 59 類型別：自施設または連携先でカバーされている検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある
類型	基幹型 I	16	16	16	15	14
		100.0%	100.0%	100.0%	93.8%	87.5%
	基幹型 II	5	5	5	5	5
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	地域型	385	382	381	216	262
		99.2%	98.5%	98.2%	55.7%	67.5%
	連携型	98	96	96	50	63
		98.0%	96.0%	96.0%	50.0%	63.0%
合計		504	499	498	286	344
		99.0%	98.0%	97.8%	56.2%	67.6%

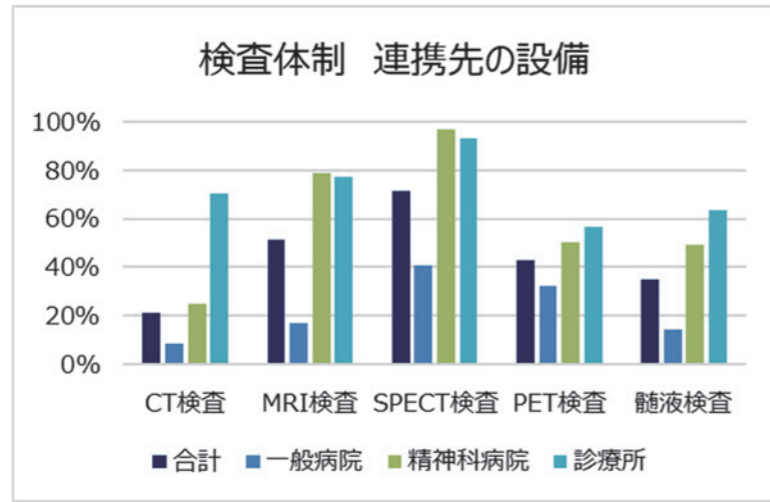
図表 60 医療機関種別：自施設でカバーされている検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		あり	あり	あり	あり	あり
合計		469	265	140	71	176
		92.1%	52.1%	27.5%	13.9%	34.6%
医療機関種別	一般病院	225	196	132	70	152
		99.1%	86.3%	58.1%	30.8%	67.0%
	精神科病院	225	59	7	0	22
		94.5%	24.8%	2.9%	0.0%	9.2%
	診療所	19	10	1	1	2
		43.2%	22.7%	2.3%	2.3%	4.5%



図表 61 医療機関種別：連携先でカバーされている検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある	連携先にある
合計		109	261	364	218	178
		21.4%	51.3%	71.5%	42.8%	35.0%
医療機関種別	一般病院	19	39	93	73	33
		8.4%	17.2%	41.0%	32.2%	14.5%
	精神科病院	59	188	230	120	117
		24.8%	79.0%	96.6%	50.4%	49.2%
	診療所	31	34	41	25	28
		70.5%	77.3%	93.2%	56.8%	63.6%



図表 62 医療機関種別：自施設または連携先でカバーされている検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
医療機関種別	一般病院	225 99.1%	223 98.2%	222 97.8%	141 62.1%	178 78.4%
	精神科病院	237 99.6%	235 98.7%	235 98.7%	120 50.4%	136 57.1%
	診療所	42 95.5%	41 93.2%	41 93.2%	25 56.8%	30 68.2%
合計		504 99.0%	499 98.0%	498 97.8%	286 56.2%	344 67.6%

II-3. 相談件数

1) 相談方法別に見た相談研修

相談方法別に見た相談件数を類型別（表 63）、医療機関種別（図表 64）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。電話、面接、訪問による相談件数の平均値は、類型別ではいずれも地域型が多かったが、医療機関種別では、面接による相談件数は一般病院で多く、訪問による相談件数は診療所で多かった。オンラインによる相談件数は連携型及び診療所で多かった。

図表 63 類型別：相談方法別に見た相談件数

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	560.4	466.9	538.5	39	1448
	基幹型 II	5	405.6	432.1	148.0	99	1108
	地域型	388	962.5	1345.9	543.0	0	12678
	連携型	100	404.1	596.5	158.0	0	3321
	合計	509	834.7	1229.0	468.0	0	12678
		相談件数 面接					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	260.5	271.4	164.5	15	1004
	基幹型 II	5	239.4	269.4	107.0	52	707
	地域型	388	369.5	551.3	164.5	0	4678
	連携型	100	181.5	340.2	29.0	0	1661
	合計	509	327.9	512.5	137.0	0	4678
		相談件数 訪問					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.9	3.0	0.0	0	12
	基幹型 II	5	0.0	0.0	0.0	0	0
	地域型	388	16.9	135.6	0.0	0	2618
	連携型	100	14.3	54.6	0.0	0	484
	合計	509	15.7	120.8	0.0	0	2618
		相談件数 オンライン					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	3.9	15.0	0.0	0	60
	基幹型 II	5	0.0	0.0	0.0	0	0
	地域型	388	1.3	10.4	0.0	0	141
	連携型	100	6.8	46.5	0.0	0	448
	合計	509	2.4	22.7	0.0	0	448
		相談件数 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	94.6	291.2	3.5	0	1181
	基幹型 II	5	59.8	100.4	1.0	0	232
	地域型	388	44.0	181.1	0.0	0	2577
	連携型	100	133.6	822.8	0.0	0	5933
	合計	509	63.4	401.0	0.0	0	5933

図表 64 医療機関種別：相談方法別に見た相談件数

		相談件数 電話					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	805.6	1205.1	393.0	0	9156
	精神科病院	238	917.5	1312.5	543.0	5	12678
	診療所	44	536.9	764.5	239.0	0	3321
	合計	509	834.7	1229.0	468.0	0	12678
		相談件数 面接					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	443.0	661.2	178.0	0	4678
	精神科病院	238	241.5	320.9	107.0	0	2220
	診療所	44	201.2	330.3	40.5	0	1390
	合計	509	327.9	512.5	137.0	0	4678
		相談件数 訪問					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	7.7	26.6	0.0	0	207
	精神科病院	238	21.5	171.4	0.0	0	2618
	診療所	44	25.6	78.5	0.0	0	484
	合計	509	15.7	120.8	0.0	0	2618
		相談件数 オンライン					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	1.6	10.9	0.0	0	141
	精神科病院	238	1.1	9.3	0.0	0	135
	診療所	44	13.5	69.5	0.0	0	448
	合計	509	2.4	22.7	0.0	0	448
		相談件数 その他件数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関 種別	一般病院	227	63.7	237.7	0.0	0	2577
	精神科病院	238	23.0	73.7	0.0	0	525
	診療所	44	280.0	1231.2	0.0	0	5933
	合計	509	63.4	401.0	0.0	0	5933

2) 相談元別に見た相談件数

相談元別に見た相談件数を、類型別（図表 65）、医療機関種別（図表 66）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。類型別に見ると、本人からの相談件数の平均値、地域包括支援センターからの相談件数の平均値、居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数の平均値は基幹型Ⅱで低く、地域型や連携型で高かった。医療機関種別で見ると、本人から相談は診療所で多くから、家族からの相談はすべての種別の医療機関のいずれでも多く、かかりつけ医からの相談は一般病院で多く、居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談は診療所で多く、院内他科からの相談は一般病院が多かった。行政機関からの相談件数については医療機関種別で差は見られなかった。

図表 65 類型別：相談元別に見た相談件数

		本人からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	159.9	138.1	109.0	6	456
	基幹型Ⅱ	5	75.2	42.0	83.0	23	126
	地域型	388	168.3	295.6	60.0	0	2688
	連携型	100	125.4	294.0	19.5	0	1835
	合計	509	158.7	290.4	53.0	0	2688
		家族等の介護者からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	391.6	248.2	312.0	36	865
	基幹型Ⅱ	5	423.0	480.4	172.0	91	1215
	地域型	388	582.9	701.2	346.5	0	5675
	連携型	100	328.0	529.2	118.0	0	2857
	合計	509	525.3	666.1	298.0	0	5675
		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	56.9	64.9	40.5	2	257
	基幹型Ⅱ	5	14.6	13.1	12.0	0	33
	地域型	388	84.1	108.1	47.5	0	854
	連携型	100	44.6	91.6	12.0	0	569
	合計	509	74.8	104.7	38.0	0	854
		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	163.9	199.8	89.0	2	597
	基幹型Ⅱ	5	119.4	120.5	87.0	9	276
	地域型	388	156.1	242.8	75.5	0	2178
	連携型	100	64.4	130.9	19.0	0	899
	合計	509	137.9	225.6	59.0	0	2178
		居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	52.6	52.7	49.0	1	191
	基幹型Ⅱ	5	11.4	15.1	3.0	0	34
	地域型	388	178.1	241.7	89.0	0	1339
	連携型	100	145.7	560.1	17.0	0	4538
	合計	509	166.2	326.4	72.0	0	4538
		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	18.3	32.9	4.5	0	117
	基幹型Ⅱ	5	34.8	69.0	5.0	0	158
	地域型	388	35.1	60.6	11.0	0	401
	連携型	100	16.5	40.5	3.0	0	322
	合計	509	30.9	57.0	9.0	0	401
		院内の他科からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	57.7	102.9	18.5	0	379
	基幹型Ⅱ	5	24.0	29.7	5.0	3	69
	地域型	388	92.9	449.0	0.0	0	5342
	連携型	100	33.7	258.9	0.0	0	2576
	合計	509	79.5	409.3	0.0	0	5342

図表 65 医療機関種別：相談元別に見た相談件数

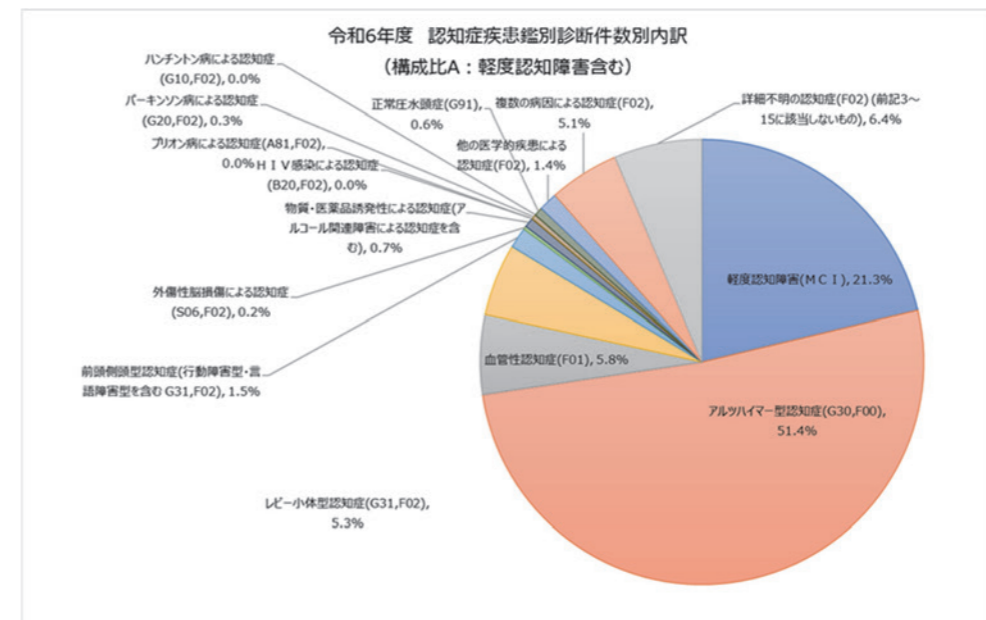
		本人からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	199.0	316.8	70.0	0	1805
	精神科病院	238	111.1	225.5	42.0	0	2688
	診療所	44	208.6	405.9	28.0	0	1835
	合計	509	158.7	290.4	53.0	0	2688
		家族等の介護者からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	596.2	822.3	321.0	0	5675
	精神科病院	238	476.0	489.0	296.0	0	2348
	診療所	44	425.7	565.4	164.5	7	2384
	合計	509	525.3	666.1	298.0	0	5675
		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	69.4	110.1	30.0	0	854
	精神科病院	238	80.3	94.0	47.5	0	555
	診療所	44	72.7	129.2	15.0	0	569
	合計	509	74.8	104.7	38.0	0	854
		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	147.4	274.6	46.0	0	2178
	精神科病院	238	139.7	175.2	82.5	0	1129
	診療所	44	79.1	178.5	15.5	0	899
	合計	509	137.9	225.6	59.0	0	2178
		居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	123.3	231.6	37.0	0	1339
	精神科病院	238	192.5	221.8	110.0	0	1239
	診療所	44	245.0	828.2	18.5	0	4538
	合計	509	166.2	326.4	72.0	0	4538
		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	26.6	51.0	8.0	0	300
	精神科病院	238	36.1	61.9	10.0	0	401
	診療所	44	25.6	56.7	3.0	0	322
	合計	509	30.9	57.0	9.0	0	401
		院内の他科からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	159.6	578.8	7.0	0	5342
	精神科病院	238	6.3	28.0	0.0	0	296
	診療所	44	62.2	388.1	0.0	0	2576
	合計	509	79.5	409.3	0.0	0	5342

II-4. 鑑別診断件数

令和6（2024）年度の全センターにおける鑑別診断件数の総数は143,042人（うち65歳未満は10,604人）であった。このうち認知症関連疾患は113,137人（1センターあたり平均222人）、うち65歳未満の若年性認知症関連疾患は2,822人（1センターあたり平均5.5人）であった。認知症関連疾患の診断名別人数と構成比を（図表66）に示す。最も多い診断名はアルツハイマー型認知症（51.4%）で、軽度認知障害（21.3%）がこれに次いだ。65歳未満におでも、最も多いのがアルツハイマー型認知症（36.3%）で、軽度認知障害（28.0%）がこれに次いだ。

図表 66 認知症関連疾患の診断名別件数

診断名	認知症関連疾患 全数			65歳未満の認知症関連疾患		
	全鑑別診断患者数	構成比A	構成比B	うち65歳未満患者数	構成比A	構成比B
軽度認知障害(MCI)	24086人	21.3%	-	789人	28.0%	-
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	58105人	51.4%	65.2%	1024人	36.3%	50.4%
血管性認知症(F01)	6506人	5.8%	7.3%	115人	4.1%	5.7%
レビー小体型認知症(G31,F02)	5940人	5.3%	6.7%	88人	3.1%	4.3%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	1717人	1.5%	1.9%	143人	5.1%	7.0%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	277人	0.2%	0.3%	40人	1.4%	2.0%
物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	781人	0.7%	0.9%	110人	3.9%	5.4%
HIV感染による認知症(B20,F02)	0人	0.0%	0.0%	0人	0.0%	0.0%
プリオン病による認知症(A81,F02)	22人	0.0%	0.0%	2人	0.1%	0.1%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	392人	0.3%	0.4%	14人	0.5%	0.7%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	14人	0.0%	0.0%	6人	0.2%	0.3%
正常圧水頭症(G91)	714人	0.6%	0.8%	21人	0.7%	1.0%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1535人	1.4%	1.7%	82人	2.9%	4.0%
複数の病因による認知症(F02)	5789人	5.1%	6.5%	63人	2.2%	3.1%
詳細不明の認知症(F02)（前記3～15に該当しないもの）	7259人	6.4%	8.2%	325人	11.5%	16.0%
合計A（軽度認知障害を含む）	113137人	100.0%	-	2822人	100.0%	-
合計B（軽度認知障害を含まない）	89051人	-	100.0%	2033人	-	100.0%

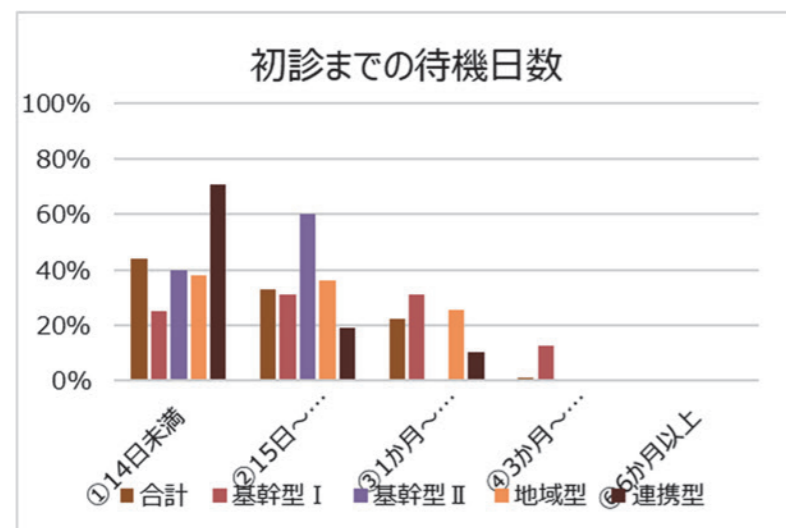


II-5. 初診までの待機日数

初診までの待機日数を類型別（図表 67）、医療機関種別（図表 68）に示す。なお、実施状況報告書のエクセルシートで数値入力項目の空欄は集計データでは「0」と計上されている点に注意する必要がある。全体では 76.9%（基幹型Ⅰの 56.3%、基幹型Ⅱの 100%、地域型の 74.2%、連携型 89.9%；一般病院の 74.0%、精神科病院 77.8%、診療所の 88.6%）が 1 か月未満の待機日数となっていた。一方、待機日数が 1 カ月以上となっているのは 23.1%であり、特に基幹型Ⅰでは 12.5%が待機日数 3 カ月以上となっている。

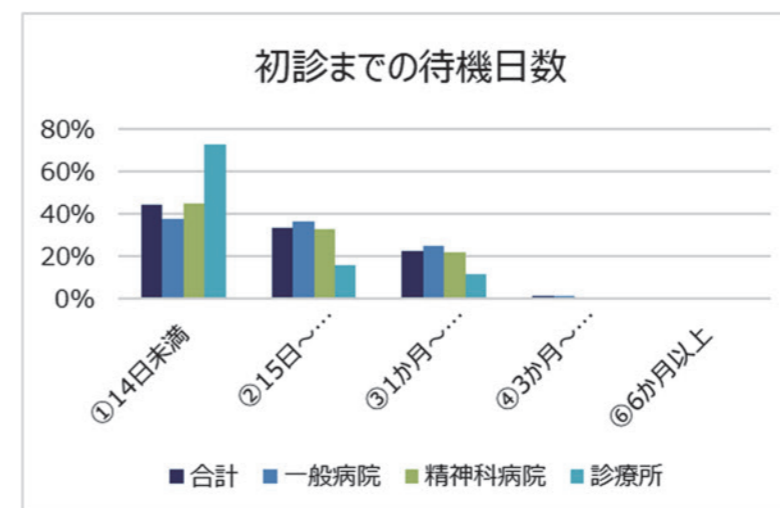
図表 67 類型別：初診までの待機日数

		初診までの待機日数					合計
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	
合計		223	167	113	4	0	507
		44.0%	32.9%	22.3%	0.8%	0.0%	100.0%
類型	基幹型Ⅰ	4	5	5	2	0	16
		25.0%	31.3%	31.3%	12.5%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	3	0	0	0	5
		40.0%	60.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	147	140	98	2	0	387
	38.0%	36.2%	25.3%	0.5%	0.0%	100.0%	
連携型	70	19	10	0	0	99	
	70.7%	19.2%	10.1%	0.0%	0.0%	100.0%	



図表 68 医療機関種別：初診までの待機日数

		初診までの待機日数					合計
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	
合計		223	167	113	4	0	507
		44.0%	32.9%	22.3%	0.8%	0.0%	100.0%
医療機関種別	一般病院	84	82	56	3	0	225
		37.3%	36.4%	24.9%	1.3%	0.0%	100.0%
	精神科病院	107	78	52	1	0	238
	45.0%	32.8%	21.8%	0.4%	0.0%	100.0%	
診療所	32	7	5	0	0	44	
	72.7%	15.9%	11.4%	0.0%	0.0%	100.0%	



II-6. 診療報酬

1) 認知症専門診断管理料

認知症専門診断管理料 1 の算定状況を類型別（図表 69）、医療機関種別（図表 70）、認知症専門診断管理料 2 の算定状況を類型別（図表 71）、医療機関種別（図表 72）に示す。全体では 67.3%（基幹型Ⅰの 87.5%、基幹型Ⅱの 80.0%、地域型の 71.5%、連携型の 47.0%；一般病院の 73.3%、精神科病院の 63.9%、診療所の 54.5%）が認知症専門診断管理料 1 を算定しており、全体の 42.2%（基幹型Ⅰの 50.0%、基幹型Ⅱの 60.0%、地域型の 48.6%、連携型の 15.2%；一般病院の 45.3%、精神科病院の 44.3%、診療所の 14.0%）が認知症専門診断管理料 2 を算定していた。認知症専門診断管理料の算定件数は地域型、一般病院で多く、認知症専門診断管理料 2 の算定件数は地域型、精神科病院で多かった。

認知症専門診断管理料 1 または 2 の算定状況を類型別（図表 73）、医療機関種別（図表 74）に示す。全体では 67.9%がいずれかを算定しており、算定率は基幹型および一般病院で相対的に高かった。

図表 69 類型別：認知症専門診断管理料 1 の算定状況

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	基幹型 II	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	276	110	386
71.5%		28.5%	100.0%	
連携型	47	53	100	
	47.0%	53.0%	100.0%	
合計		341	166	507
		67.3%	32.7%	100.0%

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	14	52.8	66.9	26.5	0	203
	基幹型 II	4	78.8	78.9	55.0	12	193
	地域型	275	85.5	102.6	60.0	0	739
	連携型	47	36.8	44.4	17.0	0	173
	合計	340	77.3	96.5	49.0	0	739

図表 70 医療機関種別：認知症専門診断管理料 1 の算定状況

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	165	60	225
		73.3%	26.7%	100.0%
	精神科病院	152	86	238
		63.9%	36.1%	100.0%
	診療所	24	20	44
54.5%		45.5%	100.0%	
合計		341	166	507
		67.3%	32.7%	100.0%

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	165	91.3	102.9	61.0	0	589
	精神科病院	151	68.0	92.2	40.0	0	739
	診療所	24	39.7	53.8	15.0	0	173
	合計	340	77.3	96.5	49.0	0	739

図表 71 類型別：認知症専門診断管理料 2 の算定状況

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	8	8	16
		50.0%	50.0%	100.0%
	基幹型 II	3	2	5
		60.0%	40.0%	100.0%
	地域型	187	198	385
48.6%		51.4%	100.0%	
連携型	15	84	99	
	15.2%	84.8%	100.0%	
合計		213	292	505
		42.2%	57.8%	100.0%

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	8	8.5	7.7	8.0	0	23
	基幹型 II	3	4.3	1.5	4.0	3	6
	地域型	186	29.5	62.6	10.0	0	525
	連携型	15	7.2	11.2	3.0	1	39
	合計	212	26.8	59.2	9.0	0	525

図表 72 医療機関種別：認知症専門診断管理料 2 の算定状況

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	102	123	225
		45.3%	54.7%	100.0%
	精神科病院	105	132	237
		44.3%	55.7%	100.0%
	診療所	6	37	43
14.0%		86.0%	100.0%	
合計		213	292	505
		42.2%	57.8%	100.0%

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	102	22.8	51.7	7.0	0	443
	精神科病院	104	32.0	67.0	11.0	0	525
	診療所	6	4.3	3.6	3.5	1	11
	合計	212	26.8	59.2	9.0	0	525

図表 73 類型別：認知症専門診断管理料 1、2 のいずれかの算定状況

		認知症専門診断管理料1、2 のいずれかの算定		合計
		あり	なし	
類型	基幹型 I	14	2	16
		87.5%	12.5%	100.0%
	基幹型 II	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	278	108	386
		72.0%	28.0%	100.0%
	連携型	48	52	100
		48.0%	52.0%	100.0%
合計		344	163	507
		67.9%	32.1%	100.0%

図表 74 医療機関種別：認知症専門診断管理料 1、2 のいずれかの算定状況

		認知症専門診断管理料1、2 のいずれかの算定		合計
		あり	なし	
医療機 関種別	一般病院	166	59	225
		73.8%	26.2%	100.0%
	精神科病院	154	84	238
		64.7%	35.3%	100.0%
	診療所	24	20	44
		54.5%	45.5%	100.0%
合計		344	163	507
		67.9%	32.1%	100.0%

2) 認知症ケア加算

認知症ケア加算 1 の算定状況を類型別（図表 75）、医療機関種別（図表 76）、認知症ケア加算 2 の算定状況を類型別（図表 77）、医療機関種別（図表 78）、認知症ケア加算 3 の算定状況を類型別（図表 79）、医療機関種別（図表 80）に示す。認知症ケア加算 1 については、全体センターの 22.9%（基幹型 I の 43.8%、基幹型 II の 40.0%、地域型の 26.0%、連携型の 7.0%；一般病院の 48.7%、精神科病院の 2.1%、診療所の 2.3%）、認知症ケア加算 2 については全体センターの 11.5%（基幹型 I の 20.0%、基幹型 II の 20.0%、地域型の 11.2%、連携型の 11.0%；一般病院の 23.2%、精神科病院の 2.5%、診療所の 0%）、認知症ケア加算 3 については、全センターの 7.5%（基幹型 I の 6.7%、基幹型 II の 0%、地域型の 7.0%、連携型の 10.0%；一般病院の 13.3%、精神科病院の 3.4%、診療所の 0%）で算定していた。

認知症ケア加算 1、2、3 のいずれかの算定状況を類型別（図表 81）、医療機関種別（図表 82）に示す。全体センターの 39.6%（基幹型 I の 62.5%、基幹型 II の 60.0%、地域型の 41.7%、連携型の 27.0%；一般病院の 79.7%、精神科病院の 8.1%、診療所の 2.3%）がいずれかのケア加算を算定していた。加算の算定率は一般病院が群を抜いて高い。一般病院の認知症疾患医療センターが、身体合併症で他診療科に入院中の認知症患者に対するチームケアのサービスを提供する役割が期待されていることを示唆している。

図表 75 類型別：認知症ケア加算 1 の算定状況

		認知症ケア加算1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	7	9	16
		43.8%	56.3%	100.0%
	基幹型 II	2	3	5
		40.0%	60.0%	100.0%
	地域型	100	285	385
26.0%		74.0%	100.0%	
連携型	7	93	100	
	7.0%	93.0%	100.0%	
合計		116	390	506
		22.9%	77.1%	100.0%

		認知症ケア加算1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	7	4464.9	3167.7	3728.0	947	10242
	基幹型 II	2	13336.5	14420.0	13336.5	3140	23533
	地域型	100	10147.4	14516.7	6042.0	0	93479
	連携型	7	13049.3	15997.2	5687	1450	47186
	合計	116	10034.6	14133.0	5765.5	0	93479

図表 76 医療機関種別：認知症ケア加算 1 の算定状況

		認知症ケア加算1 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	110	116	226
		48.7%	51.3%	100.0%
	精神科病院	5	231	236
		2.1%	97.9%	100.0%
	診療所	1	43	44
2.3%		97.7%	100.0%	
合計		116	390	506
		22.9%	77.1%	100.0%

		認知症ケア加算1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	110	10187.2	14452.4	5662.0	0	93479
	精神科病院	5	8193.6	5615.9	8102.0	545	16376
	診療所	1	2452.0		2452.0	2452	2452
	合計	116	10034.6	14133.0	5765.5	0	93479

図表 77 類型別：認知症ケア加算 2 の算定状況

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	3	12	15
		20.0%	80.0%	100.0%
	基幹型 II	1	4	5
		20.0%	80.0%	100.0%
	地域型	43	341	384
11.2%		88.8%	100.0%	
連携型	11	89	100	
	11.0%	89.0%	100.0%	
合計		58	446	504
		11.5%	88.5%	100.0%

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	3	19567.0	33799.3	106.0	0	58595
	基幹型 II	1	10093.0		10093.0	10093	10093
	地域型	43	11664.1	14612.6	7160.0	0	76315
	連携型	11	12464.8	10397.1	11454.0	1338	34699
	合計	58	12197.6	14817.2	7563.0	0	76315

図表 78 医療機関種別：認知症ケア加算 2 の算定状況

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	52	172	224
		23.2%	76.8%	100.0%
	精神科病院	6	230	236
		2.5%	97.5%	100.0%
	診療所	0	44	44
0.0%		100.0%	100.0%	
合計		58	446	504
		11.5%	88.5%	100.0%

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	52	12605.5	15490.0	7403.0	0	76315
	精神科病院	6	8662.3	6224.5	8809.0	367	18188
	診療所	0					
	合計	58	12197.6	14817.2	7563.0	0	76315

図表 79 類型別：認知症ケア加算 3 の算定状況

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	1	14	15
		6.7%	93.3%	100.0%
	基幹型 II	0	5	5
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	27	358	385
		7.0%	93.0%	100.0%
連携型	10	90	100	
	10.0%	90.0%	100.0%	
合計		38	467	505
		7.5%	92.5%	100.0%

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	1	2927.0		2927.0	2927	2927
	基幹型 II	0					
	地域型	27	8260.5	11759.3	3607.0	0	52353
	連携型	10	12439.3	12523.1	7415.5	346	40379
	合計	38	9219.8	11826.3	4428.5	0	52353

図表 80 医療機関種別：認知症ケア加算 3 の算定状況

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	30	195	225
		13.3%	86.7%	100.0%
	精神科病院	8	228	236
		3.4%	96.6%	100.0%
	診療所	0	44	44
0.0%		100.0%	100.0%	
合計		38	467	505
		7.5%	92.5%	100.0%

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	30	10482.3	12908.3	4035.5	43	52353
	精神科病院	8	4485.8	4064.1	5190.5	0	11267
	診療所	0					
	合計	38	9219.8	11826.3	4428.5	0	52353

図表 81 類型別：認知症ケア加算 1、2、3 のいずれかの算定状況

		認知症ケア加算1、2、3 のいずれかの算定		合計
		あり	なし	
類型	基幹型 I	10	6	16
		62.5%	37.5%	100.0%
	基幹型 II	3	2	5
		60.0%	40.0%	100.0%
	地域型	161	225	386
		41.7%	58.3%	100.0%
連携型	27	73	100	
	27.0%	73.0%	100.0%	
合計		201	306	507
		39.6%	60.4%	100.0%

図表 82 医療機関種別：認知症ケア加算 1、2、3 のいずれかの算定状況

		認知症ケア加算1、2、3 のいずれかの算定		合計
		あり	なし	
医療機関種別	一般病院	181	46	227
		79.7%	20.3%	100.0%
	精神科病院	19	217	236
		8.1%	91.9%	100.0%
診療所	1	43	44	
	2.3%	97.7%	100.0%	
合計		201	306	507
		39.6%	60.4%	100.0%

II-7. 認知症疾患医療センターへの受診経路

認知症疾患医療センターへの受診経路について、それぞれの経路ごとの件数を類型別（図表 83）および医療機関種別（図表 84）に示す。

1 センターあたりの件数の平均値及び中央値を医療機関種別に比較すると、医療機関（かかりつけ医等）からの受診が一般病院のセンターに多く、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護サービス事業所・行政機関からの受診が精神科病院で多いことがわかる。このことは、地域の医療機関（かかりつけ医等）とのつながりは一般病院で強く、介護事業所や行政とのつながりは精神科病院で強いことが窺われる。特に後者は、BPSD などの精神症状を認めるケースを精神科病院に紹介する機会が多いことを示しているのではないと思われる。

図表 83 類型別：認知症疾患医療センターへの受診経路

		地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	4.6	12.2	0.0	0	49
	基幹型 II	5	2.8	6.3	0.0	0	14
	地域型	388	19.8	30.1	11.0	0	321
	連携型	100	9.5	13.4	4.0	0	80
	合計	509	17.1	27.5	9.0	0	321
		医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	174.5	93.6	152.5	37	374
	基幹型 II	5	176.0	86.6	156.0	112	324
	地域型	388	174.5	189.1	122.0	0	1497
	連携型	100	66.4	75.9	52.0	0	551
	合計	509	153.3	174.8	104.0	0	1497
		居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	5.9	16.0	0.0	0	64
	基幹型 II	5	2.2	4.4	0.0	0	10
	地域型	388	37.3	62.4	16.0	0	642
	連携型	100	15.0	19.7	8.0	0	124
	合計	509	31.6	56.2	13.0	0	642
		行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	0.6	1.2	0.0	0	4
	基幹型 II	5	2.2	4.4	0.0	0	10
	地域型	388	7.4	17.4	2.0	0	196
	連携型	100	4.1	7.5	1.0	0	49
	合計	509	6.5	15.7	2.0	0	196
		その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	13.3	19.9	2.0	0	62
	基幹型 II	5	29.8	50.7	10.0	0	120
	地域型	388	58.6	360.3	4.0	0	6821
	連携型	100	16.5	42.4	2.0	0	317
	合計	509	48.7	315.6	4.0	0	6821

図表 84 医療機関種別：認知症疾患医療センターへの受診経路

		地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	11.5	26.2	3.0	0	321
	精神科病院	238	23.3	29.4	13.0	0	198
	診療所	44	12.2	13.3	9.0	0	63
	合計	509	17.1	27.5	9.0	0	321
		医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	185.9	195.1	133.0	0	1497
	精神科病院	238	137.8	158.4	89.0	0	1373
	診療所	44	68.9	90.1	51.0	2	551
	合計	509	153.3	174.8	104.0	0	1497
		居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	15.6	38.6	3.0	0	443
	精神科病院	238	50.1	68.2	34.0	0	642
	診療所	44	14.3	16.2	7.5	0	61
	合計	509	31.6	56.2	13.0	0	642
		行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	4.7	9.6	1.0	0	57
	精神科病院	238	8.3	20.4	3.0	0	196
	診療所	44	5.8	9.4	2.0	0	49
	合計	509	6.5	15.7	2.0	0	196
		その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	30.0	82.4	3.0	0	818
	精神科病院	238	71.4	453.1	5.0	0	6821
	診療所	44	21.7	60.3	2.0	0	317
	合計	509	48.7	315.6	4.0	0	6821

II-8. 認知症疾患医療センター受診後の情報提供

認知症疾患医療センター受診後の認知症疾患医療センターからの情報提供について、それぞれの情報提供先ごとの件数を、類型別（図表 85）および医療機関種別（図表 86）に示す。1センターあたりの件数の平均値・中央値を医療機関種別に比較すると、地域包括支援センターや行政機関への情報提供の件数には大きな差異は認めず、医療機関（かかりつけ医等）への情報提供の件数は一般病院、精神科病院で多く、居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供は精神科病院で多かった。いずれの認知症疾患医療センターの地域包括支援センターとの連携は密であり、介護サービス事業所は精神科病院との連携が相対的に強いかもしれない。

図表 85 類型別：認知症疾患医療センター受診後の情報提供

		受診後の情報提供 地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	28.3	66.1	2.0	0	257
	基幹型 II	5	6.6	9.9	1.0	0	23
	地域型	388	26.8	51.3	12.0	0	643
	連携型	100	19.9	57.1	4.0	0	433
	合計	508	25.3	52.7	9.0	0	643
		受診後の情報提供 医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	172.6	110.5	144.0	2	375
	基幹型 II	5	142.2	115.8	131.0	0	315
	地域型	388	185.2	215.4	132.0	0	2342
	連携型	100	73.4	89.2	48.5	0	523
	合計	508	162.4	198.5	114.0	0	2342
		受診後の情報提供 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	23.3	38.4	2.0	0	113
	基幹型 II	5	7.6	8.3	6.0	0	21
	地域型	388	46.8	108.5	15.0	0	1244
	連携型	100	20.7	35.2	7.0	0	252
	合計	508	40.6	97.0	12.0	0	1244
		受診後の情報提供 行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	9.3	20.7	2.0	0	79
	基幹型 II	5	2.6	4.7	1.0	0	11
	地域型	388	9.1	23.3	1.0	0	195
	連携型	100	4.9	12.6	0.0	0	87
	合計	508	8.2	21.4	1.0	0	195
		受診後の情報提供 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	15	62.9	199.5	2.0	0	780
	基幹型 II	5	38.2	79.4	0.0	0	180
	地域型	388	47.2	376.3	1.0	0	7050
	連携型	100	9.6	24.2	1.0	0	171
	合計	508	40.2	331.0	1.0	0	7050

図表 86 医療機関種別：認知症疾患医療センター受診後の情報提供

		受診後の情報提供 地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	27.4	67.4	6.0	0	643
	精神科病院	238	23.3	32.8	12.5	0	230
	診療所	44	24.9	54.8	9.0	0	310
	合計	508	25.3	52.7	9.0	0	643
		受診後の情報提供 医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	187.1	189.4	128.5	0	1256
	精神科病院	238	153.2	215.2	103.5	0	2342
	診療所	44	85.3	108.1	38.0	0	523
	合計	508	162.4	198.5	114.0	0	2342
		受診後の情報提供 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	27.9	93.9	5.0	0	1244
	精神科病院	238	55.0	104.9	22.5	0	824
	診療所	44	27.4	43.9	11.5	0	252
	合計	508	40.6	97.0	12.0	0	1244
		受診後の情報提供 行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	8.8	22.4	1.0	0	162
	精神科病院	238	8.0	21.5	1.0	0	195
	診療所	44	6.8	15.3	0.0	0	87
	合計	508	8.2	21.4	1.0	0	195
		受診後の情報提供 その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	226	25.2	99.4	1.0	0	944
	精神科病院	238	59.6	473.4	1.5	0	7050
	診療所	44	12.6	32.1	1.0	0	171
	合計	508	40.2	331.0	1.0	0	7050

Ⅲ. 身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能

Ⅲ-1. 救急医療機関及び高度救命救急センターの指定状況

救急医療機関、高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定状況を類型別（図表 87）、医療機関種別（図表 88）に示す。類型別に見ると、救急医療機関の指定は基幹型Ⅰは100%、基幹型Ⅱでは80.0%、地域型では34.0%であり、高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定は基幹型Ⅰで68.8%、基幹型Ⅱで80.0%、地域型で12.6%であった。医療機関種別にみると、救急医療機関の指定は一般病院で70.0%、精神科病院で5.0%、高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定は一般病院で28.2%、精神科病院で0%であった。認知症患者に対する身体合併症救急医療が、救急指定を受けている一般病院の認知症疾患医療センターに期待されている。

図表 87 類型別：救急医療機関及び高度救命級センターの指定状況

		救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	132	256	388
		34.0%	66.0%	100.0%
連携型	20	79	99	
	20.2%	79.8%	100.0%	
合計	172	336	508	
	33.9%	66.1%	100.0%	
		高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	11	5	16
		68.8%	31.3%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	49	339	388
		12.6%	87.4%	100.0%
連携型	0	99	99	
	0.0%	100.0%	100.0%	
合計	64	444	508	
	12.6%	87.4%	100.0%	

図表 88 医療機関種別：救急医療機関及び高度救命級センターの指定状況

		救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	159	68	227
		70.0%	30.0%	100.0%
	精神科病院	12	226	238
		5.0%	95.0%	100.0%
診療所	1	42	43	
	2.3%	97.7%	100.0%	
合計	172	336	508	
	33.9%	66.1%	100.0%	
		高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	64	163	227
		28.2%	71.8%	100.0%
	精神科病院	0	238	238
		0.0%	100.0%	100.0%
診療所	0	43	43	
	0.0%	100.0%	100.0%	
合計	64	444	508	
	12.6%	87.4%	100.0%	

Ⅲ-2. 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など）の実施状況を類型別（図表 89）、医療機関種別（図表 90）に示す。全センターの 81.2%が身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援を実施していた。支援の実施率は、一般病院で相対的に高いが、精神科病院の 75.4%、診療所の 62.8%が実施しており、それぞれの医療機関特性に応じた身体合併症の救急医療支援が行われていることが窺える。

図表 89 類型別：身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援の実施状況

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など）の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	321	64	385
		83.4%	16.6%	100.0%
連携型	69	30	99	
	69.7%	30.3%	100.0%	
合計	410	95	505	
	81.2%	18.8%	100.0%	

図表 90 医療機関種別：身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援の実施状況

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など）の実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	205	21	226
		90.7%	9.3%	100.0%
	精神科病院	178	58	236
		75.4%	24.6%	100.0%
	診療所	27	16	43
62.8%		37.2%	100.0%	
合計	410	95	505	
	81.2%	18.8%	100.0%	

Ⅲ-3. 一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワーク

一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施状況を類型別（図表 91）、医療機関種別（図表 92）に示す。類型別では、基幹型Ⅰの 100%、基幹型Ⅱの 60.0%、地域型の 41.7%が実施しており、医療機関種別では、一般病院の 69.0%、精神科病院の 15.7%が実施していた。精神科のある一般病院の認知症疾患医療センターに期待される重要な機能である。

図表 91 類型別：一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施状況

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	2	5
		60.0%	40.0%	100.0%
	地域型	160	224	384
		41.7%	58.3%	100.0%
連携型	17	82	99	
	17.2%	82.8%	100.0%	
合計	196	308	504	
	38.9%	61.1%	100.0%	

図表 92 医療機関種別：一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施状況

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	156	70	226
		69.0%	31.0%	100.0%
	精神科病院	37	198	235
		15.7%	84.3%	100.0%
	診療所	3	40	43
7.0%		93.0%	100.0%	
合計	196	308	504	
	38.9%	61.1%	100.0%	

Ⅲ-4. 院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会

認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会は、認知症疾患医療センターのある医療機関のすべての診療科の認知症医療の質を向上させることを目的としたものである。研修会の実施状況を類型別（図表 93）、医療機関種別（図表 94）に示す。全センター59.5%が研修会を実施しており、類型別では基幹型Ⅰの81.3%、基幹型Ⅱの80.0%、地域型の62.4%、連携型の43.4%、医療機関種別では一般病院の77.1%、精神科病院の47.9%、診療所の30.2%で実施していた。特に複数の診療科がある一般病院で研修会が広く開催されることが期待される。

図表 93 類型別：院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施状況

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	13	3	16
		81.3%	18.8%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	241	145	386
		62.4%	37.6%	100.0%
連携型	43	56	99	
	43.4%	56.6%	100.0%	
合計	301	205	506	
	59.5%	40.5%	100.0%	

図表 94 医療機関種別：院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施状況

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	175	52	227
		77.1%	22.9%	100.0%
	精神科病院	113	123	236
		47.9%	52.1%	100.0%
	診療所	13	30	43
30.2%		69.8%	100.0%	
合計	301	205	506	
	59.5%	40.5%	100.0%	

Ⅲ-5. 休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対する空床の確保

休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保の実施状況を類型別（図表 95）、医療機関種別（図表 96）に示す。類型別では、基幹型Ⅰの100%、基幹型Ⅱの20.0%、地域型の40.6%、連携型の23.2%、医療機関種別では、一般病院の42.9%、精神科病院の41.7%、診療所の2.3%で確保していた（但し、空床確保を認知症のためだけに行うのは現実的ではないので、この機能については見直しが必要ではないかという議論がある）。

図表 95 類型別：休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対する空床の確保の実施状況

		休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	1	4	5
		20.0%	80.0%	100.0%
	地域型	156	228	384
		40.6%	59.4%	100.0%
連携型	23	76	99	
	23.2%	76.8%	100.0%	
合計	196	308	504	
	38.9%	61.1%	100.0%	

図表 96 医療機関種別：休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対する空床の確保の実施状況

		休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	97	129	226
		42.9%	57.1%	100.0%
	精神科病院	98	137	235
		41.7%	58.3%	100.0%
	診療所	1	42	43
2.3%		97.7%	100.0%	
合計	196	308	504	
	38.9%	61.1%	100.0%	

IV. 地域連携推進機関としての要件と機能

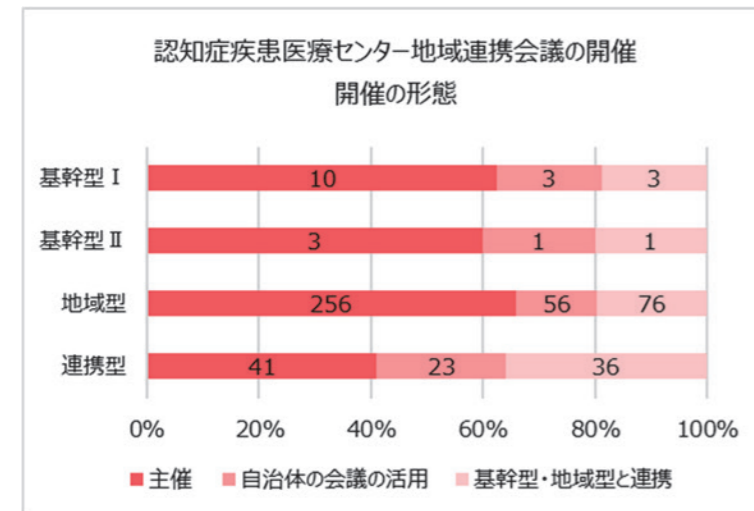
IV-1. 認知症疾患医療センター地域連携会議

認知症疾患医療センター地域連携会議の開催状況を類型別（図表 97）、医療機関種別（図表 98）に示す。3つの開催の形態（主催、自治体の会議の活用、基幹型・地域型との連携）をすべて含めると、認知症疾患医療センター地域連携会議は全センターで行われている。開催回数は平均 1.9 回であり、多くのセンターが年 2 回開催していた。

図表 97 類型別：認知症疾患医療センター地域連携会議の開催状況

		認知症疾患医療センター地域連携会議の開催 開催の形態			
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	合計
類型	基幹型 I	10	3	3	16
		62.5%	18.8%	18.8%	100.0%
	基幹型 II	3	1	1	5
		60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
	地域型	256	56	76	388
	66.0%	14.4%	19.6%	100.0%	
	連携型	41	23	36	100
		41.0%	23.0%	36.0%	100.0%
	合計	310	83	116	509
		60.9%	16.3%	22.8%	100.0%

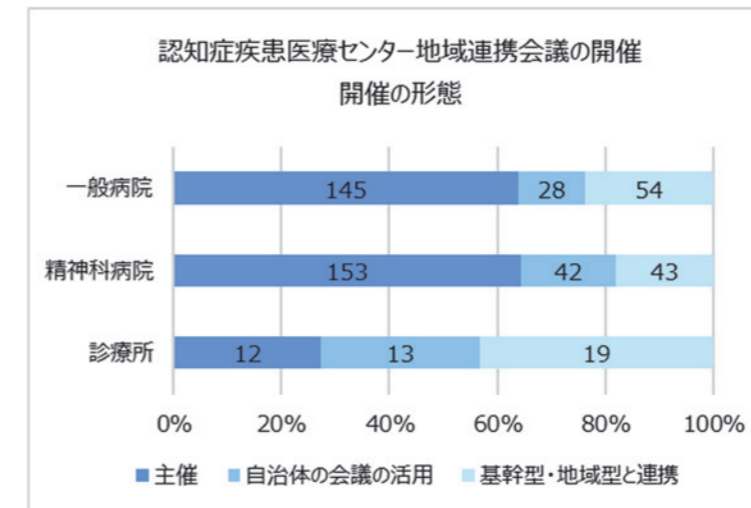
		認知症疾患医療センター地域連携会議の開催 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	1.8	0.9	1.5	1	4
	基幹型 II	5	1.4	0.5	1.0	1	2
	地域型	388	1.9	2.1	1.0	0	24
	連携型	100	1.5	0.9	1.0	0	4
	合計	509	1.9	1.9	1.0	0	24



図表 98 医療機関種別：認知症疾患医療センター地域連携会議の開催状況

		認知症疾患医療センター地域連携会議の開催 開催の形態			
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	合計
医療機関種別	一般病院	145	28	54	227
		63.9%	12.3%	23.8%	100.0%
	精神科病院	153	42	43	238
		64.3%	17.6%	18.1%	100.0%
	診療所	12	13	19	44
		27.3%	29.5%	43.2%	100.0%
	合計	310	83	116	509
		60.9%	16.3%	22.8%	100.0%

		認知症疾患医療センター地域連携会議の開催 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.7	1.4	1.0	0	12
	精神科病院	238	2.0	2.4	1.0	0	24
	診療所	44	1.8	0.9	2.0	0	4
	合計	509	1.9	1.9	1.0	0	24



IV-2. 研修会開催

1) 医療従事者対象とする研修会

医療従事者対象の研修会の開催の有無及び開催回数を類型別(図表 99)、医療機関種別(図表 100)に示す。全センターの 83.5%が開催しており、開催回数の平均は 2.4 回、中央値は 1 回であった。

図表 99 類型別：医療従事者を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 医療従事者対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	5	0	5
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	332	56	388
		85.6%	14.4%	100.0%
連携型	72	28	100	
	72.0%	28.0%	100.0%	
合計	425	84	509	
	83.5%	16.5%	100.0%	

		研修会の開催 医療従事者対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	3.1	3.8	1.5	0	13
	基幹型 II	5	2.0	1.2	2.0	1	4
	地域型	331	2.5	3.2	2.0	0	40
	連携型	72	1.7	1.3	1.0	0	8
	合計	424	2.4	2.9	1.5	0	40

図表 100 医療機関種別：医療従事者を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 医療従事者対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	199	28	227
		87.7%	12.3%	100.0%
	精神科病院	195	43	238
		81.9%	18.1%	100.0%
	診療所	31	13	44
		70.5%	29.5%	100.0%
合計	425	84	509	
	83.5%	16.5%	100.0%	

		研修会の開催 医療従事者対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	199	2.8	3.8	2.0	0	40
	精神科病院	194	2.1	1.8	1.0	0	17
	診療所	31	2.0	1.6	2.0	0	8
	合計	424	2.4	2.9	1.5	0	40

2) 医療従事者対象のうち、かかりつけ医を対象とする研修会

医療従事者対象の研修会のうち、かかりつけ医対象の研修会の開催の有無及び開催回数を類型別(図表 101)、医療機関種別(図表 102)に示す。全センターの 62.5%が開催しており、開催回数の平均は 1.9 回、中央値は 1 回であった。

図表 101 類型別：かかりつけ医を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 (うちかかりつけ医対象) 開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	13	3	16
		81.3%	18.8%	100.0%
	基幹型 II	5	0	5
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	254	134	388
		65.5%	34.5%	100.0%
連携型	46	54	100	
	46.0%	54.0%	100.0%	
合計	318	191	509	
	62.5%	37.5%	100.0%	

		研修会の開催 (うちかかりつけ医対象) 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	13	3.5	4.0	2.0	0	13
	基幹型 II	5	1.4	0.5	1.0	1	2
	地域型	253	1.8	1.5	1.0	0	12
	連携型	46	1.7	1.5	1.0	0	10
	合計	317	1.9	1.7	1.0	0	13

図表 102 医療機関種別：かかりつけ医を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 (うちかかりつけ医対象) 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	155	72	227
		68.3%	31.7%	100.0%
	精神科病院	145	93	238
		60.9%	39.1%	100.0%
	診療所	18	26	44
		40.9%	59.1%	100.0%
合計	318	191	509	
	62.5%	37.5%	100.0%	

		研修会の開催 (うちかかりつけ医対象) 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	155	2.0	2.1	1.0	0	13
	精神科病院	144	1.7	1.1	1.0	0	9
	診療所	18	2.3	2.1	2.0	0	10
	合計	317	1.9	1.7	1.0	0	13

3) 地域包括支援センター職員等を対象とする研修会

地域包括支援センター職員等を対象とする研修会の開催の有無及び開催回数を類型別（図表 103）、医療機関種別（図表 104）に示す。全センターの 78.2%が開催しており、開催回数の平均は 2.3 回、中央値は 1 回であった。

図表 103 類型別：地域包括支援センター職員等を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	12	4	16
		75.0%	25.0%	100.0%
	基幹型 II	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	315	73	388
		81.2%	18.8%	100.0%
連携型	67	33	100	
	67.0%	33.0%	100.0%	
合計		398	111	509
		78.2%	21.8%	100.0%

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	12	3.8	4.2	2.0	1	13
	基幹型 II	4	1.5	0.6	1.5	1	2
	地域型	315	2.4	3.3	1.0	0	36
	連携型	67	1.7	1.8	1.0	0	11
	合計	398	2.3	3.1	1.0	0	36

図表 104 医療機関種別：地域包括支援センター職員等を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	179	48	227
		78.9%	21.1%	100.0%
	精神科病院	191	47	238
		80.3%	19.7%	100.0%
	診療所	28	16	44
		63.6%	36.4%	100.0%
合計		398	111	509
		78.2%	21.8%	100.0%

		研修会の開催 地域包括支援センター職員等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	179	2.2	2.3	1.0	0	14
	精神科病院	191	2.4	3.8	1.0	0	36
	診療所	28	2.5	2.6	1.5	0	11
	合計	398	2.3	3.1	1.0	0	36

4) 家族・地域住民等対象

家族・地域住民等を対象とする研修会の開催の有無及び開催回数を類型別（図表 105）、医療機関種別（図表 106）に示す。全センターの 70.9%が開催しており、開催回数の平均は 3.5 回、中央値は 1 回であった。

図表 105 類型別：家族・地域住民等を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	11	5	16
		68.8%	31.3%	100.0%
	基幹型 II	5	0	5
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	281	107	388
		72.4%	27.6%	100.0%
連携型	64	36	100	
	64.0%	36.0%	100.0%	
合計		361	148	509
		70.9%	29.1%	100.0%

		研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	11	2.2	2.3	1.0	0	7
	基幹型 II	5	1.2	0.4	1.0	1	2
	地域型	280	3.8	7.0	1.0	0	60
	連携型	64	2.6	3.0	1.0	0	15
	合計	360	3.5	6.3	1.0	0	60

図表 106 医療機関種別：家族・地域住民等を対象とする研修会の開催状況

		研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	170	57	227
		74.9%	25.1%	100.0%
	精神科病院	161	77	238
		67.6%	32.4%	100.0%
	診療所	30	14	44
		68.2%	31.8%	100.0%
合計		361	148	509
		70.9%	29.1%	100.0%

		研修会の開催 家族・地域住民等対象 開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	170	3.6	6.8	1.0	0	48
	精神科病院	160	3.5	6.3	1.0	0	60
	診療所	30	2.8	2.7	2.0	0	12
	合計	360	3.5	6.3	1.0	0	60

IV-3. 情報発信・普及啓発

1) 地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無を類型別（図表 107）、医療機関種別（図表 108）に示す。全体の 96.5%が情報発信の取組を行っていた。

図表 107 類型別：地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	基幹型 II	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	378	10	388
		97.4%	2.6%	100.0%
連携型	94	6	100	
	94.0%	6.0%	100.0%	
合計		491	18	509
		96.5%	3.5%	100.0%

図表 108 医療機関種別：地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	217	10	227
		95.6%	4.4%	100.0%
	精神科病院	230	8	238
		96.6%	3.4%	100.0%
	診療所	44	0	44
		100.0%	0.0%	100.0%
合計		491	18	509
		96.5%	3.5%	100.0%

2) 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無を類型別（図表 109）、医療機関種別（図表 110）に示す。全センターの 91.0%が普及啓発の取組を行っていた。

図表 109 類型別：地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	15	1	16
		93.8%	6.3%	100.0%
	基幹型 II	4	1	5
		80.0%	20.0%	100.0%
	地域型	358	30	388
		92.3%	7.7%	100.0%
連携型	86	14	100	
	86.0%	14.0%	100.0%	
合計		463	46	509
		91.0%	9.0%	100.0%

図表 110 医療機関種別：地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無

		地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	210	17	227
		92.5%	7.5%	100.0%
	精神科病院	213	25	238
		89.5%	10.5%	100.0%
	診療所	40	4	44
		90.9%	9.1%	100.0%
合計		463	46	509
		91.0%	9.0%	100.0%

3) 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無と回数を類型別（図表 111）、医療機関種別（図表 112）に示す。全センターの 92.7%が他の主体が実施する研修会への協力・講師派遣を行っており、その回数の平均値は 11.7 回、中央値は 6.0 回であった。

図表 111 類型別：他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	16	0	16
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	5	0	5
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	368	20	388
	94.8%	5.2%	100.0%	
	連携型	83	17	100
		83.0%	17.0%	100.0%
	合計	472	37	509
		92.7%	7.3%	100.0%

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型 I	16	16.0	23.0	7.5	0	87
	基幹型 II	5	9.4	11.9	4.0	0	29
	地域型	368	12.3	19.0	6.0	0	185
	連携型	83	8.4	10.1	4.0	0	58
	合計	472	11.7	17.9	6.0	0	185

図表 112 医療機関種別：他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無

		他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	211	16	227
		93.0%	7.0%	100.0%
	精神科病院	219	19	238
		92.0%	8.0%	100.0%
	診療所	42	2	44
		95.5%	4.5%	100.0%
	合計	472	37	509
		92.7%	7.3%	100.0%

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	211	10.2	12.8	6.0	0	87
	精神科病院	219	13.4	22.6	6.0	0	185
	診療所	42	10.5	10.0	8.5	0	40
	合計	472	11.7	17.9	6.0	0	185

IV-4. 認知症初期集中支援チームへの関与

1) センター内に認知症初期集中支援チームを設置(受託)

センター内の認知症初期集中支援チームの設置の有無を類型別（図表 113）、医療機関種別（図表 114）に示す。自院内に認知症初期集中支援チームを設置しているのは全センターの 18.9%であった。類型別では地域型及び連携型の約 2 割が設置しており、医療機関種別では一般病院の 12.3%、精神科病院の 22.7%、診療所の 31.8%が設置していた。

図表 113 類型別：センター内の認知症初期集中支援チームの設置

		初期集中支援チームへの関与 センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	0	16	16
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型 II	0	5	5
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	76	312	388
	19.6%	80.4%	100.0%	
	連携型	20	80	100
		20.0%	80.0%	100.0%
	合計	96	413	509
		18.9%	81.1%	100.0%

図表 114 医療機関種別：センター内の認知症初期集中支援チームの設置

		初期集中支援チームへの関与 センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	28	199	227
		12.3%	87.7%	100.0%
	精神科病院	54	184	238
		22.7%	77.3%	100.0%
	診療所	14	30	44
		31.8%	68.2%	100.0%
	合計	96	413	509
		18.9%	81.1%	100.0%

2) 認知症初期集中支援チーム員としての参加

認知症初期集中支援チーム員としての参加の状況を類型別（図表 115）、医療機関種別（図表 116）に示す。全センターの 49.5%がチームとして参加していた。類型別では、基幹型Ⅰの 12.5%、基幹型Ⅱの 40.0%、地域型の 50.3%、連携型の 53.0%が参加しており、医療機関種別では、一般病院の 40.5%、精神科病院の 56.7%、診療所の 56.8%が参加していた。

図表 115 類型別：認知症初期集中支援チーム員としての参加状況

		初期集中支援チームへの関与 チーム員として参加		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	2	14	16
		12.5%	87.5%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	3	5
		40.0%	60.0%	100.0%
	地域型	195	193	388
		50.3%	49.7%	100.0%
連携型	53	47	100	
	53.0%	47.0%	100.0%	
合計		252	257	509
		49.5%	50.5%	100.0%

図表 116 医療機関種別：認知症初期集中支援チーム員としての参加状況

		初期集中支援チームへの関与 チーム員として参加		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	92	135	227
		40.5%	59.5%	100.0%
	精神科病院	135	103	238
		56.7%	43.3%	100.0%
	診療所	25	19	44
56.8%		43.2%	100.0%	
合計		252	257	509
		49.5%	50.5%	100.0%

3) 認知症初期集中支援チームへの後方支援

認知症初期集中支援チームへの後方支援による関与の有無を類型別（図表 117）、医療機関種別（図表 118）に示す。全センターの 56.0%が認知症初期集中支援チームの後方支援を行っていた。類型別では、基幹型Ⅰの 68.8%、基幹型Ⅱの 40.0%、地域型の 57.7%、連携型の 48.0%、医療機関種別では、一般病院の 55.5%、精神科病院の 59.2%、診療所の 40.9%が後方支援を行っていた。

図表 117 類型別：認知症初期集中支援チーム員への後方支援

		初期集中支援チームへの関与 後方支援		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	11	5	16
		68.8%	31.3%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	3	5
		40.0%	60.0%	100.0%
	地域型	224	164	388
		57.7%	42.3%	100.0%
連携型	48	52	100	
	48.0%	52.0%	100.0%	
合計		285	224	509
		56.0%	44.0%	100.0%

図表 118 医療機関種別：認知症初期集中支援チーム員への後方支援

		初期集中支援チームへの関与 後方支援		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	126	101	227
		55.5%	44.5%	100.0%
	精神科病院	141	97	238
		59.2%	40.8%	100.0%
	診療所	18	26	44
40.9%		59.1%	100.0%	
合計		285	224	509
		56.0%	44.0%	100.0%

4. 2017～2024 年度の認知症疾患医療センター運営事業実績の経年的変化

1. 研究背景

認知症疾患医療センター（以下、センター）は、2008年度の発足当初から、毎年、前年度分1年間の実績を所定の様式で都道府県・指定都市に報告し、都道府県・指定都市はこれらを取りまとめて国に提出することとされてきた。現在の実績報告書の様式の原型は、2012年度の厚生労働科学研究で作成された「機能評価のための項目案」を基礎にして、2015～2016年度の老健事業において「認知症疾患医療センター運営事業の質の管理」という観点から作成され、2017年度分の報告から実用化されたものである。しかし、当初は紙媒体で報告書が提出されていたため、データの収集・集計・分析に至るまでに多くの手間と時間を要した。そこで、2021年度の老健事業において各センターが所定の様式のEXCELファイルにデータを入力し、これを都道府県・指定都市に提出し、都道府県・指定都市でそれらを結合したファイルを作成し、様式に埋め込まれている関数を用いて自動的にデータセットを作成できるようにした。また、このファイルを国に提出することによって、国レベルでも全国のデータセットを自動的に作成し集計できるようにした（下表を参照）。

西暦年	認知症疾患医療センター事業実績評価の経緯
2012	厚生科研(分担研究)において全国の認知症疾患医療センターの実態調査を行い、機能評価のための項目案を作成
2015	2015年度老健事業「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」において、2012年厚生科研で作成した項目案を参考に「認知症疾患医療センター運営事業協議書(医療機関別)の様式案」と「認知症疾患医療センター先進事例集」を作成。「認知症疾患医療センターの今後のあり方」について提言。
2016	2016年度老健事業「認知症疾患医療センターの機能評価に関する調査研究事業」において2015年度に作成した様式案に基づいて、2016年4月1日現在に指定されている全国のセンター(N=345)を対象に匿名調査(回収率58.3%)。事業評価のための手引き「都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター事業評価に向けて」を作成。
2017	2017年度分より2015～2016年度に作成した様式で認知症疾患医療センター事業実績報告書の提出が義務化。
2018	2018年度老健事業「認知症疾患医療センターの効果的、効率的な機能や地域との連携に関する調査研究事業」において、2017年度分の全国のセンター(N=422)の実績報告書の集計・分析を実施(回収率100%)。
2019	2019年度老健事業「認知症疾患医療センターの質の管理及び地域連携のあり方に関する調査研究事業」において、2018年度分の全国のセンター(N=440)の実績報告書の集計・分析を実施(回収率100%)。「都道府県認知症疾患医療連携協議会と認知症疾患医療センターで実施されている診断後支援の事例集」を作成。
2020	2020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」において、2019年度分の全国のセンター(N=457)の実績報告書の集計・分析を実施(回収率100%)。「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」を作成。
2021	2021年度老健事業「認知症疾患医療センター運営事業の質の評価のあり方に関する調査研究事業」において、2020年度分の全国のセンター(N=478)の実績報告書の集計・分析を実施(回収率100%)。「認知症医療の機能体制の構築に関する先進事例集」を作成。
2022	2022年度老健事業「認知症疾患医療センター整備方針に関する調査研究事業」において、2021年度分の全国のセンター(N=488)の実績報告書の集計・分析を実施(回収率100%)。「認知症疾患医療センターの今後の整備方針」について提言。
2023	2023年度老健事業「認知症疾患医療センター整備方針に関する調査研究事業」において、2022年度分の全国のセンター(N=499)の実績報告書の集計・分析を実施(回収率100%)。「今後の認知症医療提供体制のあり方」について提言。
2024	2024年度老健事業「認知症の背景疾患等の実態ならびに専門的対応マニュアルに関する調査研究」において、2023年度分の全国のセンター(N=505)の事業実施状況報告書の集計・分析(回収率100%)、2017年度分～2023年度分の縦断分析を実施。

2. 研究目的

本研究の目的は、上記のような経緯で経年的に集積されてきたセンターの実績報告のデータを縦断的に分析して、センターの事業実績の経年的変化を明らかにすることにある。

3. 研究方法

対象はそれぞれ提出時現在で認知症疾患医療センターに指定され、かつ、実績報告書の提出があった全国の医療機関である（悉皆調査）。各年に提出された実績報告書（EXCEL ファイル）を統合した全国レベルのデータセット（2017年度分～2024年度分）の集計データを統合して、経年変化を分析した。

4. 研究結果

4.1 基本情報

2017年度～2024年度の8年間に認知症疾患医療センター（以下、センター）の設置数は422件から509件に増加した。類型別では、2022年度より基幹型がⅠとⅡに分類されたがそれらを合わせて計算すると、基幹型が16件から21件、地域型が355件から388件、連携型が51件から100件に増加した。医療機関種別では、一般病院が163件から227件、精神科病院が210件から238件、診療所が33件から44件に増加した。病床数は一般病床数、精神科病床数のいずれも減少傾向にある。2024年度より自院における抗Aβ抗体薬治療の実施状況が報告されており、2023年度分と2024年度分のデータを比較すると、初期投与に対応しているセンターが19.0%から29.2%へ、継続投与に対応しているセンターが4.6%から21.0%に増加した（表1）。

表1. 認知症疾患医療センターの基本情報の推移

I. 基本情報		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
設置数	認知症疾患医療センター設置数	422	440	457	478	488	499	505	509
類型別設置数	基幹型Ⅰ	16	16	16	17	17	16	17	16
	基幹型Ⅱ	-	-	-	-	-	4	4	5
	地域型	355	365	368	378	384	380	386	388
	連携型	51	59	73	83	87	99	98	100
医療機関種別設置数	一般病院	163	187	193	226	231	227	228	227
	精神科病院	210	220	227	214	219	233	235	238
	診療所	33	33	37	38	38	39	42	44
	その他	14	0	0	0	0	0	0	509
病床数	一般病床数(平均)	270.9	258.8	257.1	208.3	161.1	157.3	159.0	161.3
	精神科病床数(平均)	194.6	194.7	187.0	173.1	156.2	156.3	155.8	153.2
	その他病床(平均)	35.3	32.9	32.1	20.7	14.9	-	-	-
	うち療養病床(平均)	36.7	36.0	33.0	19.9	13.0	-	-	-
	全病床数(平均)	347.0	341.6	334.6	333.2	332.1	324.3	324.7	322.6
自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬(抗Aβ抗体薬)に係る治療の実施	対応している(初期投与)(割合%)	-	-	-	-	-	-	19.0	29.2
	対応している(継続投与)(割合%)	-	-	-	-	-	-	4.6	21.0
	対応していない(割合%)	-	-	-	-	-	-	73.9	49.8

4.2 専門医療機関としての要件と機能

専門医療機関としての要件と機能に関しては、稼働日数の平均は週5日、年257日前後で一定しており、専門医または5年以上の認知症医療経験のある医師が2019年度以降ほぼすべてセンターに配置されていることが確認できる。医師以外の人員配置については、精神保健福祉士が約90%、保健師が約11%、連携推進補助員が約10%のセンターに配置されており大きな変化は認めないが、臨床心理技術者については91%から86%へと減少傾向が認められる（表2）。

表2. 稼働日数、医師配置状況、医師以外の人員配置の推移

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
稼働日数	稼働日数(週平均)	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.3	5.2
	稼働日数(年平均)	258.7	258.7	258.4	258.9	257.4	257.8	257.3	256.3
医師配置状況	学会専門医(平均)	1.4	1.4	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2
	5年以上の認知症医療経験のある医師(平均)	2.4	2.4	2.1	2.2	2.1	2.0	2.0	2.0
	医師配置数いずれか(有%)	-	-	100.0	100.0	99.6	99.8	100.0	99.8
医師以外の人員配置	精神保健福祉士(専従, 平均)	1.0	1.0	0.8	0.9	0.8	0.7	0.7	0.7
	精神保健福祉士(兼務, 平均)	1.3	1.5	1.2	1.4	1.2	1.1	1.1	1.1
	精神保健福祉士いずれか(有%)	-	-	91.0	89.7	88.5	89.2	88.9	88.8
	保健師(専従, 平均)	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	保健師(兼務, 平均)	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	保健師いずれか(有%)	-	-	11.6	11.7	11.3	11.4	11.9	10.8
	臨床心理技術者(専従, 平均)	0.6	0.6	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2
	臨床心理技術者(兼務, 平均)	1.2	1.3	1.0	1.1	1.0	1.0	1.0	1.0
	臨床心理技術者いずれか(有%)	-	-	91.0	89.3	88.9	87.4	86.3	86.1
	連携推進補助員(専従, 平均)	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	連携推進補助員(兼務, 平均)	0.5	0.5	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1
連携推進補助員いずれか(有%)	-	-	10.3	10.5	9.2	9.0	10.1	11.4	

2019年度より診断等支援のための相談員配置の予算措置がなされている関係でその人数が報告されるようになってきている。この間に診断後支援のための社会福祉士の配置が3.7%から12.8%、精神保健福祉士の配置が19.0%から49.3%のセンターでなされるようになってきている（表3）。また、診断後等支援の実施状況については、相談員による診断後の相談支援が46.2%から98.0%、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施が14.7%から46.3%に増加している。

表3. 診断後等支援のための相談員の配置と診断後等支援の実施状況の推移

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
診断後等支援のための相談員の配置	社会福祉士(専従, 平均)	-	-	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	社会福祉士(兼務, 平均)	-	-	0.4	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2
	社会福祉士いずれか(有%)	-	-	3.7	8.4	11.9	13.6	12.3	12.8
	精神保健福祉士(専従, 平均)	-	-	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
	精神保健福祉士(兼務, 平均)	-	-	1.0	0.8	0.6	0.6	0.7	0.7
診断後等支援機能に関する業務内容	精神保健福祉士いずれか(有%)	-	-	19.0	29.1	40.0	45.1	49.5	49.3
	相談員による診断後の相談支援(有%)	-	-	46.2	72.6	94.9	97.6	96.8	98.0
	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施(有%)	-	-	14.7	21.5	29.9	33.9	39.2	46.3
	その他(有%)	-	-	19.0	26.4	31.4	34.7	37.4	43.4

検査体制については、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査はほぼ100%のセンターで実施されていることから2022年度分より報告書の項目から削除された。自施設で実施される神経画像検査については、CTが94.3%~92.1%に若干減少しているが、MRIは50.5%~52.1%でやや増加、SPECTは約28%で不変である。2022年度よりPET及び髄液検査の項目が加わっており、それぞれ自施設で可能なセンターが12.6%から13.9%、29.5%から34.6%と緩徐に増加する傾向が認められている(表4)。

表4. 検査体制の推移

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
検査体制	血液(自施設で可能%)	99.8	99.8	99.1	99.4	99.6	-	-	-
	尿一般(自施設で可能%)	99.8	99.8	98.9	99.0	98.8	-	-	-
	心電図(自施設で可能%)	100.0	100.0	99.6	99.0	99.4	-	-	-
	神経心理(自施設で可能%)	99.8	100.0	99.1	97.1	99.0	-	-	-
	CT(自施設で可能%)	94.3	94.3	93.2	92.1	92.8	92.4	92.7	92.1
	MRI(自施設で可能%)	50.5	50.7	51.2	51.0	51.2	51.3	51.3	52.1
	SPECT(自施設で可能%)	27.5	27.0	26.7	27.2	27.0	28.9	27.7	27.5
	PET(自施設で可能%)	-	-	-	-	-	12.6	13.5	13.9
	髄液(自施設で可能%)	-	-	-	-	-	29.5	33.1	34.6
保有機器	CT(平均)	1.5	1.5	1.4	1.5	1.5	-	-	-
	MRI(平均)	1.2	1.2	0.9	1.1	0.9	-	-	-
	SPECT(平均)	0.6	0.6	0.4	0.5	0.4	-	-	-

1センターあたりの平均の相談件数は、電話は800件~900件の間で大きな変化はないが、面接は422.1件から327.9件、訪問は23.6件から15.7件と減少傾向にある。2022年度よりオンライン相談の件数が報告されており、実施しているセンターは数少ないが、1センターあたりの相談数の平均は2~3件となっている。相談元の主な内訳では家族等からの介護者からの相談が最も多いのは不変である。相談元別の相談件数の平均では、院内他科からの相談が95.0件から79.5件とやや減少しているが、それ以外では目立った変化は認められなかった(表5)。

表5. 相談件数の推移

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
相談件数	電話(平均)	881.2	1147.0	842.9	881.2	899.6	911.6	847.6	834.7
	面接(平均)	422.1	536.9	368.0	326.8	319.7	329.6	323.9	327.9
	訪問(平均)	23.6	29.9	20.0	14.6	15.4	12.7	15.0	15.7
	オンライン(平均)	-	-	-	-	-	2.5	2.2	2.4
	相談元	-	-	-	-	-	-	-	-
相談元の主な内訳	本人から(平均)	-	-	-	-	154.2	158.7	155.3	158.7
	家族等の介護者から(平均)	-	-	-	-	523.1	534.9	523.9	525.3
	地域包括支援センターから(平均)	-	-	85.2	88.0	93.6	85.6	77.0	74.8
	医療機関(かかりつけ医等)から(平均)	-	-	155.8	154.8	143.6	151.4	137.2	137.9
	居宅介護事業所・介護サービス事業所から(平均)	-	-	169.7	182.8	175.3	183.4	169.6	166.2
	行政機関から(平均)	-	-	32.2	34.4	33.6	34.9	31.0	30.9
	院内他科から(平均)	-	-	-	-	95.0	103.2	83.8	79.5

認知症関連疾患の診断件数(全年齢)は合計93,781件から113,109件に増加している。診断名別ではMCIが15,228~24,086件と1.6倍に増加しているのが目立つ(表6)。診断時65歳未満の若年性認知症についても、診断件数は2,366件から2,822件に増加しており、診断別ではMCIが519件から789件と1.5倍増加しているが、血管性認知症は153件から115件に減少している(表7)。

表6. 鑑別診断件数の推移(全年齢)

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
認知症関連疾患の診断別件数(全年齢)	軽度認知障害(MCI)	15228	16415	17314	16614	18685	19635	21336	24086
	アルツハイマー型認知症	53124	54010	54498	51193	54149	54248	58062	58105
	血管性認知症	6252	6311	6151	6171	6420	6527	6795	6478
	レビー小体型認知症	5967	6031	5955	5944	6048	6205	6061	5940
	前頭側頭型認知症	2078	2112	1960	1857	1923	1781	1886	1717
	外傷性脳損傷による認知症	390	270	232	247	187	249	235	277
	物質・医薬品誘発性による認知症	762	747	795	787	779	820	771	781
	HIV感染による認知症	4	2	4	7	2	5	1	0
	プリオン病による認知症	36	55	28	27	33	22	22	22
	パーキンソン病による認知症	338	505	404	302	347	392	483	392
	ハンチントン病による認知症	13	20	41	54	19	8	59	14
	正常圧水頭症	759	764	847	670	723	757	770	714
	他の医学的疾患による認知症	1164	1122	1204	1072	1097	1363	1350	1535
	複数の病因による認知症	4592	4651	4905	4971	5441	5955	5947	5789
	詳細不明の認知症	3074	3842	4033	3794	4205	5167	7775	7259
	合計	93781	96857	98371	93710	100058	103134	111553	113109

表7. 鑑別診断件数の推移(65歳未満)

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
認知症関連疾患の診断別件数(65歳未満)	軽度認知障害(MCI)	519	534	563	503	530	558	666	789
	アルツハイマー型認知症	976	903	885	903	822	940	1023	1024
	血管性認知症	153	153	129	141	129	127	118	115
	レビー小体型認知症	83	112	101	98	102	109	87	88
	前頭側頭型認知症	142	155	140	135	151	116	146	143
	外傷性脳損傷による認知症	133	39	15	30	26	32	27	40
	物質・医薬品誘発性による認知症	137	123	100	81	98	119	108	110
	HIV感染による認知症	4	1	0	1	1	1	2	0
	プリオン病による認知症	8	2	2	7	5	5	1	2
	パーキンソン病による認知症	15	45	14	16	20	22	17	14
	ハンチントン病による認知症	5	6	3	12	4	4	2	6
	正常圧水頭症	19	9	16	20	19	20	17	21
	他の医学的疾患による認知症	62	67	82	55	56	59	49	82
	複数の病因による認知症	43	42	40	42	46	56	56	63
	詳細不明の認知症	67	76	77	76	73	121	343	325
	合計	2366	2267	2167	2120	2082	2289	2662	2822

初診までの平均待機日数の日数区分別割合は、14日未満が50.7%から44.0%に減少する一方、15日~1か月未満が25.1%から32.9%に増加している。認知症専門診断管理料1の算定率は72.0%から一時減少していたが、2024年は77.3%に増加している。認知症ケア加算1の算定率は17.8%から22.9%に増加しており、1センターあたりの算定件数も2,099.4件から10,034.6件と4.8倍増加している(表8)。

表 8. 初診までの待機日数と診療報酬算定状況の推移

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
紹介・逆紹介	紹介(平均)	172.7	178.5	-	-	-	-	-	-
	逆紹介(平均)	102.9	109.3	-	-	-	-	-	-
初診までの平均(年間)待機日数	14日未満(割合%)	50.7	51.1	52.5	54.4	49.0	45.7	43.8	44.0
	15～1か月未満(割合%)	25.1	26.6	27.1	25.5	30.1	32.3	32.9	32.9
	1か月～3か月未満(割合%)	20.4	20.7	17.9	17.8	19.3	20.4	22.2	22.3
	3か月～6か月未満(割合%)	0.9	0.7	0.9	0.4	0.4	0.6	0.8	0.8
	6か月以上(割合%)	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
診療報酬	認知症専門診断管理料1(算定有%)	72.0	73.0	70.5	69.9	69.7	66.1	66.5	77.3
	認知症専門診断管理料1算定件数(平均)	64.2	64.6	73.4	68.0	72.4	76.8	78.5	67.3
	認知症専門診断管理料2(算定有%)	42.7	41.4	40.7	39.5	40.0	40.9	42.0	42.2
	認知症専門診断管理料2算定件数(平均)	14.4	15.4	24.0	22.4	23.6	24.3	24.5	26.8
	認知症ケア加算1(算定有%)	17.8	19.8	22.5	21.8	21.5	22.0	22.0	22.9
	認知症ケア加算1算定件数(平均)	2099.4	2362.9	6031.7	6601.7	6660.5	7832.7	9854.1	10034.6
	認知症ケア加算2(算定有%)	13.3	16.4	15.8	9.6	10.9	11.8	10.7	11.5
	認知症ケア加算2算定件数(平均)	3031.5	4085.9	9747.1	10795.7	11638.8	11123.5	11518.1	12197.6
	認知症ケア加算3(算定有%)	-	-	-	7.7	7.6	7.6	7.1	7.5
	認知症ケア加算3算定件数(平均)	-	-	-	8396.0	10448.5	9156.5	10909.2	9219.8

認知症疾患医療センターへの受診経路は医療機関(かかりつけ医等)からが最も多く、受診後の情報提供も医療機関(かかりつけ医等)へが最も多い。いずれも8年間で漸増している状況が窺える。地域包括支援センターからの受診は平均17～18件であり、受診後の地域包括支援センターへの情報提供は平均24件～29件の間で変動している(表9)。

表 9. 受診経路と受診後の情報提供先の推移

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
認知症疾患医療センターへの受診の経路	地域包括支援センターから(平均)	-	-	18.2	18.9	18.2	18.5	17.4	17.1
	医療機関(かかりつけ医等)から(平均)	-	-	141.5	138.3	149.6	151.0	151.5	153.3
	居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から(平均)	-	-	35.0	36.5	32.3	32.6	34.0	31.6
	行政機関から(平均)	-	-	7.9	8.6	7.3	7.2	9.6	6.5
	その他(平均)	-	-	48.8	49.6	45.4	32.8	43.8	48.7
認知症疾患医療センター受診後の情報提供	地域包括支援センターへ(平均)	-	-	23.9	27.0	26.4	28.8	26.8	25.3
	医療機関(かかりつけ医等)へ(平均)	-	-	144.7	137.3	151.7	155.6	154.0	162.4
	居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ(平均)	-	-	35.6	46.1	44.3	46.4	43.4	40.6
	行政機関へ(平均)	-	-	7.8	8.5	8.4	8.8	9.6	8.2
	その他(平均)	-	-	20.0	33.3	42.1	32.1	44.3	40.2

4.3. 身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能の推移

身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能については、救急医療機関の指定の割合は約3割、救命救急センターまたは高度救命救急医療センターの指定の割合は約1割で大きな変化は見られない。身体合併症のある認知症患者に対する救急医療への支援も約8割で一定であるが、一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神的ケースワークを実施しているセンターの割合は32.0%から38.9%に増加している。院内における全診療科を対象とする認知症に関する研修会は約6割で一定しており、休日・夜間における身体合併症や重篤なBPSDに対応するための空床確保は35%～39%の範囲内で変動している(表10)。

表 10. 身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
指定状況	救急医療機関の指定(有%)	32.2	33.0	33.9	34.5	34.2	33.7	33.9	33.9
	高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定(有%)	11.1	10.9	10.7	11.9	11.9	12.4	12.5	12.6
身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など)の実施(有%)		78.7	82.0	82.1	81.6	83.0	81.0	82.2	81.2
一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神的ケースワークの実施(有%)		32.0	34.1	34.4	35.8	35.9	37.1	38.4	38.9
認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施(有%)		58.8	62.5	65.4	61.7	62.5	60.5	58.6	59.5
休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床確保(有%)		35.1	37.7	38.7	39.1	38.3	37.1	37.8	38.9
確保している空床数	一般病床(平均)	2.4	2.0	7.3	1.0	2.8	-	-	-
	精神科病床(平均)	3.1	1.0	2.2	0.7	3.0	-	-	-
	その他(平均)	0.1	0.1	0.1	0.0	0.2	-	-	-

4.4. 地域連携推進機関としての要件と機能の推移

認知症疾患医療センター地域連携会議は、「主催」「自治体の会議の活用」「基幹型・地域型と連携」という3つの形態で実施されているが、いずれかの形態で実施されている割合はほぼ100%で一定しており、開催回数の平均も年2回程度で一定している。研修会の開催については、全般に2020年度の新型コロナウイルス感染症拡大期には一時的に減少しているが、その後次第に実施率は回復してきており、医療従事者を対象とする研修会は約8割、そのうちかかりつけ医対象の研修会は約6割、地域包括支援センターを対象とする研修会は7～8割、家族・地域住民を対象とする研修会が約7割で実施されている。認知症初期集中支援チームをセンター内に設置しているセンターは約2割で経年的変化は見られないが、チーム員として参加しているセンターは43.8%から49.5%へ、後方支援を行っているセンターは51.7%から56.0%へと増加傾向が認められている(表11)。

表 11. 地域連携推進機関としての要件と機能の推移

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
認知症疾患医療センター地域連携会議の開催	主催(割合%)	67.8	65.9	65.0	62.8	62.3	60.1	59.8	60.9
	自治体の会議の活用(割合%)	12.1	15.2	14.7	12.3	13.7	16.4	15.0	16.3
	基幹型・地域型と連携(割合%)	19.2	18.0	19.3	22.0	23.2	22.0	24.2	22.8
	不明(割合%)	0.9	0.9	1.1	2.9	0.8	1.4	1.0	0.0
	開催回数(平均)	2.0	2.0	1.7	1.5	1.7	1.7	1.9	1.9
	医療従事者対象(開催有%)	90.3	92.3	85.6	72.6	80.3	79.8	83.4	83.5
研修会の開催	医療従事者対象開催回数(平均)	3.3	3.3	3.1	2.2	2.4	2.4	2.4	2.4
	うちかかりつけ医対象(開催有%)	70.6	71.8	65.9	51.3	59.6	59.9	60.2	62.5
	うちかかりつけ医対象開催回数(平均)	2.0	2.0	2.0	1.6	1.6	1.8	1.8	1.9
	地域包括支援センター職員等対象(開催有%)	82.0	81.8	76.4	64.2	68.6	71.5	77.6	78.2
	地域包括支援センター職員等対象開催回数(平均)	3.2	2.8	2.8	1.9	2.4	2.5	2.4	2.3
	家族・地域住民等対象(開催有%)	76.3	77.0	76.8	49.6	52.7	56.9	67.5	70.9
	家族・地域住民等対象開催回数(平均)	5.0	4.7	4.2	2.5	3.1	3.4	3.4	3.5
	地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無(有%)	95.5	95.5	96.5	93.7	94.9	95.0	96.0	96.5
	地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無(有%)	91.2	91.6	93.9	88.9	87.5	87.0	89.1	91.0
	他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無(有%)	94.3	94.8	92.8	80.5	84.8	87.2	89.7	92.7
	他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無実施回数(平均)	12.4	12.2	10.2	5.3	8.0	9.2	11.4	11.7
初期集中支援チームへの関与	センター内にチームを設置(有%)	19.7	19.5	20.4	20.9	19.5	19.6	18.4	18.9
	チーム員として参加(有%)	43.8	47.5	47.3	47.3	49.4	49.3	51.7	49.5
	後方支援(有%)	51.7	55.7	55.4	55.9	56.8	57.7	58.2	56.0

5. 考察

5.1. 認知症疾患医療センターの7年間の事業実績の変化について

8年間の事業実績の縦断的分析によって、認知症疾患医療センターの設置件数が経年的に増加し、2012年度の認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）で設定され、2015年度の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）、2019年度の認知症施策推進大綱において踏襲されてきた目標設置件数500件が、2023年度になって漸く達成された状況を確認することができる。この間に、基幹型が基幹型Ⅰ、Ⅱに区分され、診療所型が連携型に名称を変えてその要件も緩和されており、そのような要件の変更とも関連して、特に一般病院のセンターが増加し、精神科病院と一般病院のセンター数がほぼ同数になってきていること、1センターあたりの病床数も緩徐ながら減少してきていることが特筆すべきことではないかと思われる。

2008年に創設された当初の認知症疾患医療センターに期待された役割は、認知症の診断とともに、身体合併症やBPSDに対する急性期医療（特に入院医療）であったが、今日では質の高い早期診断と診断後支援、地域連携、圏域における認知症の医療サービス提供体制の構築を進める拠点機能が期待されるようになってきている。こうしたことから、新型コロナウイルス感染症拡大期に一時的に事業実績が低下した項目はあるものの、鑑別診断数（特にMCIの診断数）、診断後支援の実施率、かかりつけ医との連携数、行政機関との連携数、認知症初期集中支援チームへの参加や後方支援等が増加傾向に、その期待が反映されてきているものと推察される。

2023年12月より抗Aβ抗体薬が導入されたが、こうした動きを考慮して、2022年度の検査体制にPETと髄液検査の実施状況、2023年度分より抗Aβ抗体薬の実施状況に関する項目を加えている。

今日の認知症疾患医療センターの目的は実施要綱において「地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされているが、そのような共通の目的はあるものの、実際には類型、医療機関種別、地域特性等によって、個々のセンターが果たしている役割は多様である。センターの質の確保という観点からも、都道府県・指定都市単位で、個々のセンターが果たす役割を検討しながら、その実績を経年的に評価できるように体制整備を進める必要があろう。

5.2. 結果を解釈する上での問題について

このたびの分析結果を解釈するにあたっては、2017年度分から2023年度分までの実績報告書の様式及び集計方法が一定ではないことに注意する必要がある。すなわち、冒頭で説明したように、2021年度分の実績報告から、都道府県・指定都市においてEXCEL上で自動的にデータセットが作成される様式を使用し、これを用いて全国レベルのデータセットを作成して集計できるようにしている。しかし、この方法では、実績報告書上の数値入力項目における「空欄」が、自動的にデータセット上で「0」となり、集計で「0」と空欄の区別が困難になるため、集計結果において欠損値と「0」が混同されてしまう問題があることが判明した。具体的には、鑑別診断件数、病床数、算定件数、相談等実施件数等の数値入力項目では、2020年度分までの集計では空欄を欠損値とみなし母数に含めないで平均値を計算していたが、2021年度分からは上記の理由で空欄も0と見なしてしまい集計の母数に含めているため、項目によっては平均値や中央値が2020年度以前と比較して低値になっている可能性がある。一方、実績報告書の選択項目（「ある・ない」など）に関しては、実績報告書の空欄はデータセット上では空欄として反映されるため、結果では欠損値として取り扱われている。

5.3. データの収集・集計・分析プロセスに関する問題について

上記の問題以外にも、現在の実績報告書データの収集・集計・分析プロセスには数多くの問題があることを指摘しておかねばならない。

現在の方法は、各センターで所定の様式のEXCELファイルにデータを入力し、これを都道府県・指定都市に提出し、都道府県・指定都市においてこれらを統合して国に提出するというプロセスを経ているが、その中で、①誤入力、②ファイルの様式の勝手な変更、③都道府県・指定都市レベルでデータ結合のミス等の問題が生じること、そしてそのような誤入力等の問題をチェックするメカニズムがなく、データクリーニングを行うことが事実上不可能

な状況にあるということである。この問題を克服するために、2024 年度老健事業において、各センターがクラウド上でデータを入力し、都道府県・指定都市は直接クラウド上でデータを閲覧するとともに CSV ファイルを自動的に作成し、国もクラウド上で直接全国のデータを閲覧し、全国データの CSV ファイルを自動的に作成できるシステムのプロトタイプを開発した。また、2025 年度老健事業では、これを 5 つの都道府県・指定都市の認知症疾患医療センターで実際に活用しながら、実用性に関する調査を行い、改良版のクラウドシステムを開発した。さらに、2026 年度には、この改良版のシステムを全国規模で実際に活用し、認知症疾患医療センター、都道府県においても活用できる利便性の高いシステムを開発する予定である。

6. 結論

センターの 8 年間の事業実績の縦断的分析によって、センターの設置要件や期待される役割の変化及び社会状況の変化が、実績値の変化として現れることが確認された。また、7 年間にわたる集計・分析作業を通して、今日のセンター実績報告データの収集・集計・分析システムの問題点が明らかにされた。

今後は、都道府県・指定都市において、地域の実情に応じたセンターの役割を検討し、実績データの経年的分析を進めて事業の質の評価していくことが求められよう。そのためには、実用性が高く、かつ精度の高い信頼できるデータの収集・集計・分析システムを確立する必要がある。クラウドシステムの開発と導入がこの問題の解決に寄与するものと考えられる。

III 資料編

卷末資料 1

「認知症疾患医療センター事業実施状況の報告」の様式（令和 6 年度分用）

認知症疾患医療センター事業実施状況の報告

**認知症施策等総合支援事業
認知症疾患医療センター運営事業**

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

【医療機関基本情報】

医療機関名	種類
設置法人名	設置主体(注1)
指定年月日	年 月 日 次回更新予定日
更新年月日①	年 月 日 更新年月日②
郵便番号	住所
二次医療圏域名	
医療機関種別(注2)	
病床数	全病床数 一般病床 精神病床

自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬(抗Aβ抗体薬)に係る治療の実施(注3)

連携病院名①(注4)	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名②	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名③	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名④	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名⑤	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名⑥	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名⑦	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名⑧	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名⑨	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						
連携病院名⑩	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬
	連携内容(その他)						

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

稼働日数(注5)	週	日	年間	日		
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医				名	
	上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師				名	
医師以外の 人員配置(注6)	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名	
	保健師	専従	名	兼務	名	
	臨床心理技術者	専従	名	兼務	名	
	連携推進補助員	専従	名	兼務	名	
	その他	(職種)	専従	名	兼務	名
医師以外の 人員配置 (診断後等支援 のための相談員の 配置)(注7)	社会福祉士	専従	名	兼務	名	
	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名	
	その他	(職種等)	専従	名	兼務	名
		(職種等)	専従	名	兼務	名
		(職種等)	専従	名	兼務	名
診断後等支援機能 に関する業務内容(注8)	1. 相談員等による診断後等の相談支援					
	2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施					
	3. その他(内容を下欄に自由記載)					
検査体制(注9)	CT検査	自施設	連携先	MRI検査	自施設	連携先
	SPECT検査	自施設	連携先	PET検査	自施設	連携先
	髄液検査	自施設	連携先			
相談件数(注10)	電話	件	面接	件	訪問	件
	オンライン	件	その他	件		
上記の 相談件数の 相談元の 主な内訳	1. 本人からの相談					件
	2. 家族等の介護者からの相談					件
	3. 地域包括支援センターからの相談					件
	4. 医療機関(かかりつけ医等)からの相談					件
	5. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談					件
	6. 行政機関からの相談					件
	7. 院内の他科からの相談					件

鑑別診断件数(実数)(注11)	全数	内、65歳未満		
1. 正常または健常	件	件		
2. 軽度認知障害(MCI)	件	件		
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)	件	件		
4. 血管性認知症(F01)	件	件		
5. レビー小体型認知症(G31,F02)	件	件		
6. 前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	件	件		
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)	件	件		
8. 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	件	件		
9. HIV感染による認知症(B20,F02)	件	件		
10. プリオン病による認知症(A81,F02)	件	件		
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)	件	件		
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)	件	件		
13. 正常圧水頭症(G91)	件	件		
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)	件	件		
15. 複数の病因による認知症(F02)	件	件		
16. 詳細不明の認知症(F03)(上記3~15に該当しないもの)	件	件		
17. 上記2~16以外の症状性を含む器質性精神障害	件	件		
18. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)	件	件		
19. 気分(感情)障害(F3)	件	件		
20. てんかん(G40)	件	件		
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)	件	件		
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患	件	件		
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患	件	件		
24. 上記のいずれにも含まれない疾患	件	件		
25. 診断保留	件	件		
合計	0 件	0 件		
初診までの平均(年間)待機日数(注12)				
診療報酬(注13)	認知症専門診断管理料1	算定の有無	算定件数(年間)	件
	認知症専門診断管理料2	算定の有無	算定件数(年間)	件
	認知症ケア加算1	算定の有無	算定件数(年間)	件
	認知症ケア加算2	算定の有無	算定件数(年間)	件
	認知症ケア加算3	算定の有無	算定件数(年間)	件
認知症疾患医療 センターへの 受診の経路(注14) ※複数回答可	1. 地域包括支援センターから	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)から	件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から	件	4. 行政機関から	件
	5. その他	件		
		件		
		件		
認知症疾患医療 センター受診後の 情報提供(注15) ※複数回答可	1. 地域包括支援センターへ	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)へ	件
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ	件	4. 行政機関へ	件
	5. その他	件		
		件		
		件		

【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

指定状況	1 救急医療機関の指定(注16)	2 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定
------	------------------	----------------------------

* 以下は救急医療機関の指定を受けていない医療機関についても記入

身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など)の実施	
一般病棟に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神的ケースワークの実施(注17)	
認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施(注18)	
休日・夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための、空床の確保	

【地域連携推進機関としての要件と機能】

認知症疾患医療センター地域連携会議の開催(注19)	開催の形態		開催回数	年間	回
研修会の開催(注20)	医療従事者対象	開催の有無	開催回数	年間	回
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無	開催回数	年間	回
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無	開催回数	年間	回
	家族・地域住民等対象	開催の有無	開催回数	年間	回
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無(注21)					
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無(注22)					
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無(注23)			実施回数	年間	回
初期集中支援チームへの関与(注24)	センター内にチームを設置(受託)		チーム員として参加		後方支援

記入上の留意事項

別紙

※「認知症疾患医療センター」は「疾患センター」と略して記載

【全般的な留意事項】

実績等については、「疾患センター」として定義する部署において実施するものについてカウントすること。 ※病院全体の実績を記入するものではない。
・黄色のセルへの入力、プルダウンより選択して行ってください。
・青色のセルへの入力、実績なしの場合は「0」を入力してください。
・橙色のセルは、該当の内容がない場合は「なし」を入力してください。
・紫色のセルは、該当の内容がある場合に入力してください。
・緑色のセルには、計算式が入っています。
・「黄色」「青色」「橙色」のセルが空白の場合は、上記の留意事項を確認の上、必要事項を入力してください。
・令和4年度の実績を記入してください。
・医療機関基本情報の連携病院記入欄が足りない場合、別途一覧(任意様式)を添付してください。

【医療機関基本情報】

注 1	設置主体	国	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人地域医療機能推進機構を含む。
		都道府県・指定都市	都道府県を設置団体とする公立大学法人および地方独立行政法人を含む。
		市町村	市を設置団体とする公立大学法人を含む。
		公益法人	一般社団(財団)法人立又は公益社団(財団)法人立の病院。
		医療法人	特定医療法人、社会医療法人を含む。
		学校法人	私立大学医学部等の附属病院を含む。
		組合および連合会	公務員共済組合及びその連合会、健康保険組合及びその連合会、学校共済組合、協同組合連合会を含む。
		個人	個人立病院
		その他	上記に含まれないもの。
注 2	医療機関種別	一般病院	「精神科病院」「診療所」以外に該当するもの
		精神科病院	精神病床のみを有する病院
		診療所	患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するもの
注 3	自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬(抗Aβ抗体薬)に係る治療の実施	アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬(抗Aβ抗体薬)に係る治療の実施について、自院にて初回投与を行っている場合は「対応している(初期投与)」を選択し、6ヶ月以降の継続投与のみ対応している場合には「対応している(継続投与)」を、対応していない場合は「対応していない」を選択すること。初期投与と継続投与いずれも対応している場合には、「対応している(初期投与)」を選択すること。	

注 4	連携病院名、連携内容(設置要件等)、連携内容(その他)	①連携病院名…連携先の病院名を記入 ②連携内容(設置要件等)…要綱上の設置要件等に係る項目について、該当するものは「○」を選択。 ※「抗Aβ抗体薬」の欄について (記入例:連携しているA病院について、 A病院が初期投与を実施している場合⇒「初期投与連携」を選択 A病院が継続投与を実施している場合⇒「継続投与連携」を選択 A病院が初期投与・継続投与いずれも実施している場合⇒「初期投与連携」を選択 ③上記②以外の連携内容について記載 ④連携病院の欄が不足する場合には、別紙に入力して提出すること。Excelの行の追加
-----	-----------------------------	--

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

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

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

【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

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

【地域連携推進機関としての要件と機能】

注 19	認知症疾患医療センター地域連携会議の開催	主催	自疾患センターが独自に開催している場合。(他疾患センターとの共催により企画、運営に主体的に参画している場合も含む。)
		自治体の会議の活用	都道府県または指定都市において同様の機能を有する会議等を設置、運営しており、その会議を活用して認知症疾患医療センター地域連携会議とし、それに参加している場合。
		基幹型・地域型と連携	基幹型または地域型疾患センターとの連携体制の確保により機能を果たしている場合。(基幹型、地域型が開催する会議に参加している場合等。)
注 20	研修会の開催	・地域連携推進のために行った研修会について、自疾患センターが主催(主体的に実施)したものを対象別に計上する。他疾患センター、行政、医師会等との共催は含む。 ・医療従事者、地域包括支援センター職員等を含む多職種向けに研修会を行った際は、それぞれの開催回数に計上してよい。 ・家族・地域住民等対象の研修会は、広く一般住民を対象としたものをいう。 ・講師派遣のみ、当日の研修の運営の手伝いのみ、企画にあたってのアドバイザー等、企画・開催に主体的に関与しないものは、下記の「他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無」に計上する。 ・院内の医療従事者向けの研修会については「注17」に計上する。	
注 21	地域への認知症医療に関する情報発信	・自疾患センターが主体的に作成した、疾患センターであることを示すリーフレットの作成・配付やインターネットホームページ等への掲載を含む。	

注 22	地域への認知症に関する理解を促す普及啓発	・自疾患センターが主体的に作成した、一般、自治体、公共団体向けリーフレットや書籍等の作成、または他機関が作成する普及啓発を目的とした配付物・書籍等の監修などの協力を含む。	
注 23	他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県内で開催された研修会に指導的役割で協力した場合や講師派遣した場合のみ「あり」を選択する。地域ケア会議や地域連携会議への参加も含む。 ・企業の主催・共催による研修会はここに含める。 ・指導的役割とは他の主体が開催する認知症に係る研修等に、協力(企画にあたってのアドバイザー、当日の運営の手伝い等)するものをいう。 ・講師派遣とは、他の主体が開催する認知症に係る研修等に、講師・ファシリテーター等の役割で協力・支援することをいう。 ※研修の受講は含まない。	
注 24	初期集中支援チームへの関与	複数市町村のチーム活動に関与している場合でも、該当すれば「○」を選択。	
		センター内にチームを設置(受託)	市町村からの業務委託を受け、疾患センターにチームを設置している場合。
		チーム員として参加	市町村が地域包括等に設置するチームに、チーム員として参加している場合。
		後方支援	チーム員ではないものの、チーム員会議での助言等、専門機関としての後方支援を行っている場合。

巻末資料 2

「認知症疾患医療センター事業実施状況の報告」の様式（令和7年度分用）

認知症疾患医療センター事業実施状況の報告

認知症施策等総合支援事業
認知症疾患医療センター運営事業

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

【医療機関基本情報】

医療機関名											種類	
設置法人名											設置主体 ^(注1)	
指定年月日	年	月	日	次回更新予定日	年	月	日					
更新年月日 ^①	年	月	日	更新年月日 ^②	年	月	日					
郵便番号	住所											
二次医療圏域名												
医療機関種別 ^(注2)												
病床数	全病床数		一般病床		精神病床							
自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬(抗Aβ抗体薬)に係る治療の実施 ^(注3)				初期投与(初回投与～6か月までの投与)				継続投与(初回投与6か月後からの投与)				
連携病院名 ^{①(注4)}	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^②	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^③	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^④	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^⑤	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^⑥	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^⑦	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^⑧	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^⑨	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											
連携病院名 ^⑩	連携内容(設置要件等)	CT	MRI	SPECT	身体入院	精神入院	抗Aβ抗体薬(初期投)	抗Aβ抗体薬(継続投)				
	連携内容(その他)											

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

稼働日数(注5)	週	日	年間	日		
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医				名	
	上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師				名	
医師以外の 人員配置(注6)	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名	
	保健師	専従	名	兼務	名	
	臨床心理技術者	専従	名	兼務	名	
	連携推進補助員	専従	名	兼務	名	
	その他	(職種)	専従	名	兼務	名
		(職種)	専従	名	兼務	名
		(職種)	専従	名	兼務	名
		(職種)	専従	名	兼務	名
医師以外の 人員配置 (診断後等支援 のための相談員の 配置)(注7)	社会福祉士	専従	名	兼務	名	
	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名	
	その他	(職種等)	専従	名	兼務	名
		(職種等)	専従	名	兼務	名
		(職種等)	専従	名	兼務	名
(職種等)		専従	名	兼務	名	
診断後等支援機能に 関する業務内容(注8)	1. 相談員等による診断後等の相談支援					
	2. ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施					
	3. その他(内容を下欄に自由記載)					
検査体制(注9)	CT検査	自施設	連携先	MRI検査	自施設	連携先
	SPECT検査	自施設	連携先	PET検査	自施設	連携先
	髄液検査	自施設	連携先			
相談件数(注10)	電話	件	面接	件	訪問	件
	オンライン	件	その他	件		
上記の 相談件数の 相談元の 主な内訳	1. 本人からの相談				件	
	2. 家族等の介護者からの相談				件	
	3. 地域包括支援センターからの相談				件	
	4. 医療機関(かかりつけ医等)からの相談				件	
	5. 居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談				件	
	6. 行政機関からの相談				件	
	7. 院内の他科からの相談				件	
	8. その他				件	

鑑別診断件数(実数) (注11)	全数	内、65歳未満			
1. 正常または健常	件	件			
2. 軽度認知障害(MCI)	件	件			
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)	件	件			
4. 血管性認知症(F01)	件	件			
5. レビー小体型認知症(G31,F02)	件	件			
6. 前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	件	件			
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)	件	件			
8. 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)	件	件			
9. HIV感染による認知症(B20,F02)	件	件			
10. プリオン病による認知症(A81,F02)	件	件			
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)	件	件			
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)	件	件			
13. 正常圧水頭症(G91)	件	件			
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)	件	件			
15. 複数の病因による認知症(F02)	件	件			
16. 詳細不明の認知症(F03)(上記3~15に該当しないもの)	件	件			
17. 上記2~16以外の症状性を含む器質性精神障害	件	件			
18. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)	件	件			
19. 気分(感情)障害(F3)	件	件			
20. てんかん(G40)	件	件			
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)	件	件			
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患	件	件			
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患	件	件			
24. 上記のいずれにも含まれない疾患	件	件			
25. 診断保留	件	件			
合計	0 件	0 件			
初診までの平均(年間)待機日数(注12)					
診療報酬(注13)	認知症専門診断管理料1	算定の有無	算定件数(年間)	件	
	認知症専門診断管理料2	算定の有無	算定件数(年間)	件	
	認知症ケア加算1	算定の有無	算定件数(年間)	件	
	認知症ケア加算2	算定の有無	算定件数(年間)	件	
認知症疾患医療 センターへの 受診の経路(注14) ※複数回答可	1. 地域包括支援センターから	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)から	件	
	3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から	件	4. 行政機関から	件	
	5. 認知症初期集中支援チームから	件	6. その他	件	
	認知症疾患医療 センター受診後の 情報提供(注15) ※複数回答可	1. 地域包括支援センターへ	件	2. 医療機関(かかりつけ医等)へ	件
		3. 居宅介護支援事業所・介護サービス事業所へ	件	4. 行政機関へ	件
5. その他		件			

※「認知症疾患医療センター」は「疾患センター」と略して記載

【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

指定状況	1 救急医療機関の指定(注16)	2 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定
------	------------------	----------------------------

* 以下は救急医療機関の指定を受けていない医療機関についても記入

身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援(相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など)の実施	
一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施(注17)	
認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施(注18)	
休日・夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための、空床の確保	

【地域連携推進機関としての要件と機能】

認知症疾患医療センター地域連携会議の開催(注19)	開催の形態		開催回数	年間	回
研修会の開催(注20)	医療従事者対象	開催の有無	開催回数	年間	回
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無	開催回数	年間	回
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無	開催回数	年間	回
	家族・地域住民等対象	開催の有無	開催回数	年間	回
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無(注21)					
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無(注22)					
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無(注23)			実施回数	年間	回
初期集中支援チームへの関与(注24)	センター内にチームを設置(受託)		チーム員として参加		後方支援

記入上の留意事項

【全般的な留意事項】

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

- ・黄色のセルへの入力、プルダウンより選択して行ってください。
- ・青色のセルへの入力、実績なしの場合「0」を入力してください。
- ・橙色のセルは、該当の内容がない場合は「なし」を入力してください。
- ・紫色のセルは、該当の内容がある場合に入力してください。
- ・緑色のセルには、計算式が入っています。
- ・「黄色」「青色」「橙色」のセルが空白の場合は、上記の留意事項を確認の上、必要事項を入力してください。
- ・令和4年度の実績を記入してください。
- ・医療機関基本情報の連携病院記入欄が足りない場合、別途一覧(任意様式)を添付してください。

【医療機関基本情報】

注 1	設置主体	国	独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人地域医療機能推進機構を含む。
		都道府県・指定都市	都道府県を設置団体とする公立大学法人および地方独立行政法人を含む。
		市町村	市を設置団体とする公立大学法人を含む。
		公益法人	一般社団(財団)法人立又は公益社団(財団)法人立の病院。
		医療法人	特定医療法人、社会医療法人を含む。
		学校法人	私立大学医学部等の付属病院を含む。
		組合および連合会	公務員共済組合及びその連合会、健康保険組合及びその連合会、学校共済組合、協同組合連合会を含む。
		個人	個人立病院
		その他	上記に含まれないもの。
注 2	医療機関種別	一般病院	「精神科病院」「診療所」以外に該当するもの
		精神科病院	精神病床のみを有する病院
		診療所	患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するもの
注 3	自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬(抗Aβ抗体薬)に係る治療の実施	アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬(抗Aβ抗体薬)に係る治療の実施について、自院にて初期投与(初回投与～6か月までの投与)を行っている場合は「実施している」を選択し、行っていない場合「実施していない」を選択すること。継続投与(初回投与6か月後からの投与)を行っている場合には「実施している」を、行っていない場合は「実施していない」を選択すること。	

注 4	連携病院名、連携内容(設置要件等)、連携内容(その他)	①連携病院名…連携先の病院名を記入 ②連携内容(設置要件等)…要綱上の設置要件等に係る項目について、該当するものは「○」を選択。 ※「抗Aβ抗体薬(初期投与)」「抗Aβ抗体薬(継続投与)」の欄について(記入例:連携しているA病院について、A病院が初期投与を実施している場合⇒「抗Aβ抗体薬(初期投与)」の欄に「○」を選択 A病院が継続投与を実施している場合⇒「抗Aβ抗体薬(継続投与)」の欄に「○」を選択 ③上記②以外の連携内容について記載 ④連携病院の欄が不足する場合には、別紙に入力して提出すること。Excelの行の追加
-----	-----------------------------	---

【専門的医療機関及び診断後等支援機能としての要件と機能】

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

注 11	鑑別診断件数	・令和4年度実績を記入する。(総合病院等で疾患センターを一部の診療科に位置づけているなど、病院内にセンターを設置している場合は、病院全体ではなく、疾患センターの鑑別診断件数を計上すること。) ・主たる病名を選択し、重複しないようにする。 ※1～24の中で重複がある場合は、2～16の分類を優先してカウントすること。なお、3～16の中で重複がある場合は、原則15にカウントすること。 ・25診断保留については、当該年度において変更となった場合、1～24のうち最初の鑑別診断結果に計上し、25から差し引くものとする。
注 12	初診までの待機日数	緊急枠や特別枠を除き、4月1日～3月31日時点での待機日数の平均をプルダウンで選択する。待機日数とは予約受付時から自疾患センターでの初診までの日数をいう。
注 13	診療報酬	認知症専門診断管理料1、2及び認知症ケア加算1、2、3の請求件数をカウントする。
注 14	疾患センターへの受診の経路	疾患センターへの受診の経緯について、1～6の紹介元ごとに件数を記入する。複数の紹介元がある場合は、その全てに計上する。ただし、例えば「市町村直営の地域包括支援センター」のように、選択肢が重複する場合は(例の場合は1と4)、若い番号に計上する。紹介元がない場合(自らの判断で受診、家族の勧めで受診等)は計上しない。
注 15	疾患センター受診後の情報提供	・疾患センター受診後の情報提供先について、1～5の情報提供先ごとに件数を記入する。複数の情報提供先がある場合は、その全てに計上する。ただし、例えば「市町村直営の地域包括支援センター」のように、選択肢が重複する場合は(例の場合は1と4)、若い番号に計上する。 ・「情報提供」とは、診療情報に限らず、受診後に何らかの情報(転院や入院にかかる情報、必要なサービスに関する情報等)を関係機関に提供することをいう。なお、情報提供の手段は問わない。 ・医師に限らず、疾患センターの相談員による情報提供もカウントする。

【身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能】

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

【地域連携推進機関としての要件と機能】

注 19	認知症疾患医療センター地域連携会議の開催	主催	自疾患センターが独自に開催している場合。(他疾患センターとの共催により企画、運営に主体的に参画している場合も含む。)
		自治体の会議の活用	都道府県または指定都市において同様の機能を有する会議等を設置、運営しており、その会議を活用して認知症疾患医療センター地域連携会議とし、それに参加している場合。
		基幹型・地域型と連携	基幹型または地域型疾患センターとの連携体制の確保により機能を果たしている場合。(基幹型、地域型が開催する会議に参加している場合等。)
注 20	研修会の開催	・地域連携推進のために行った研修会について、自疾患センターが主催(主体的に実施)したものを対象別に計上する。他疾患センター、行政、医師会等との共催は含む。 ・医療従事者、地域包括支援センター職員等を含む多職種向けに研修会を行った際は、それぞれの開催回数に計上してよい。 ・家族・地域住民等対象の研修会は、広く一般住民を対象としたものをいう。 ・講師派遣のみ、当日の研修の運営の手伝いのみ、企画にあたってのアドバイザー等、企画・開催に主体的に関与しないものは、下記の「他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無」に計上する。 ・院内の医療従事者向けの研修会については「注17」に計上する。	
注 21	地域への認知症医療に関する情報発信	・自疾患センターが主体的に作成した、疾患センターであることを示すリーフレットの作成・配付やインターネットホームページ等への掲載を含む。	

注 22	地域への認知症に関する理解を促す普及啓発	・自疾患センターが主体的に作成した、一般、自治体、公共団体向けリーフレットや書籍等の作成、または他機関が作成する普及啓発を目的とした配付物・書籍等の監修などの協力を含む。	
注 23	他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県内で開催された研修会に指導的役割で協力した場合や講師派遣した場合のみ「あり」を選択する。地域ケア会議や地域連携会議への参加も含む。 ・企業の主催・共催による研修会はここに含める。 ・指導的役割とは他の主体が開催する認知症に係る研修等に、協力(企画にあたってのアドバイザー、当日の運営の手伝い等)するものをいう。 ・講師派遣とは、他の主体が開催する認知症に係る研修等に、講師・ファシリテーター等の役割で協力・支援することをいう。 ※研修の受講は含まない。	
注 24	初期集中支援チームへの関与	複数市町村のチーム活動に関与している場合でも、該当すれば「○」を選択。	
		センター内にチームを設置(受託)	市町村からの業務委託を受け、疾患センターにチームを設置している場合。
		チーム員として参加	市町村が地域包括等に設置するチームに、チーム員として参加している場合。
		後方支援	チーム員ではないものの、チーム員会議での助言等、専門機関としての後方支援を行っている場合。

巻末資料 3

第 1 回検討委員会議事録

令和7年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号84）

認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究

第1回検討委員会

開催日：令和7年8月26日(火)

1. 委員紹介・厚生労働省挨拶

栗田 では、時間になりましたので早速始めたいと思います。

議事に入ります前に、資料の確認をさせていただきたいと思います。次第の一番下に資料一覧がありますが、確認ですけれども、資料1が次第で資料2が事業概要、資料3が認知症疾患医療センター運営事業報告クラウドシステムマニュアル、資料4が認知症疾患医療センター担当者向け調査協力依頼文、案1としたのですが、実は事前レクでいろいろお話しいただきながら、案2もいけるのではないかと考えて案2をつくりました。これは後で理由を説明いたします。それから、資料6が都道府県・指定都市担当者向け調査協力依頼文、資料7がアンケート質問票。

参考資料が3つですが、参考資料1が最新版の認知症疾患医療センター運営事業実施要綱です。それから、参考資料2が認知症疾患医療センター事業実施状況報告書様式、現在使っているものです。参考資料3が認知症疾患医療センター運営事業の実績と推移と書いてあるのですが、これは昨年度の老健事業の中で過去7年分、2017年度分からの全データの集計をいたしました。これは一応、集計結果をグラフにして示してありますので、参考にしていただければと思います。時間があったら説明いたしますけれども、まずは参考ということでつけさせていただきました。

不足している資料がございましたら、チャットで御連絡いただければ事務局からお送りさせていただきます。

よろしいでしょうか。先ほど鈴木係長から話がありましたけれども、この検討委員会の議事録を作成する関係で音声を録音させていただきますので、何とぞ御了承のほどよろしく願います。

それでは、早速始めたいと思うのですが、事前レクで私は皆様とお会いしているのですが、委員同士は今回初めてという方もたくさんいらっしゃるかと思います。最初に各委員の簡単な自己紹介をお願いしたいと思うのですが、資料2の事業概要の7ペ

ージ目に名簿があります。私が名簿順に名前を呼びますので、一言自己紹介いただければと思います。

最初は私からですがけれども、私は現在、東京都健康長寿医療センター・認知症未来社会創造センターと、認知症介護研究・研修東京センターに勤めております粟田と申します。

この調査研究事業の、一応、代表責任者ということになっています。どうぞよろしく願いいたします。

では、続いて新井先生ですがけれども、新井先生はまだ入っていらっしゃらないということです。敷井先生は今日急用で来られなくなりましたので、次、武田先生からお願いいたします。

武田 愛知県にあります国立長寿医療研究センター、もの忘れセンターの武田と申します。どうぞよろしく願いいたします。

粟田 ありがとうございます。では、大辻委員、お願いいたします。

大辻 北海道の砂川市立病院認知症疾患医療センターの大辻と申します。よろしく願いいたします。

粟田 ありがとうございます。それでは、井藤委員、お願いします。

井藤 東京都健康長寿医療センターの井藤と申します。よろしく願いいたします。

粟田 ありがとうございます。それでは、藤本委員、お願いいたします。

藤本 連携型疾患医療センターの藤本と申します。よろしく願いいたします。

粟田 よろしく願いいたします。続きまして、中西委員、お願いいたします。

中西 昨年から大阪公立大学に来ております中西と申します。現在、元の弘済院附属病院という疾患医療センターで診療を行っているところになります。どうぞよろしく願い申し上げます。

粟田 よろしく願いいたします。では、続いて江澤委員、お願いいたします。

江澤 日本医師会の江澤でございます。よろしく願いいたします。

粟田 よろしく願いいたします。では、淵野委員、お願いいたします。

淵野 日本精神科病院協会の常務理事をしております淵野でございます。認知症疾患センターは、もう国の最初のモデル事業のときから参加させていただいて、大変長くなっております。今後ともよろしく願いいたします。

粟田 よろしく願いいたします。では、並木委員、お願いいたします。

並木 東京都認知症担当課長をしています並木と申します。どうぞよろしく願いしま

す。

粟田 よろしく願いいたします。では、新谷委員、お願いいたします。

新谷 大阪市福祉局高齢者施策部、地域包括ケア推進課担当係長で、中西委員にも来ていただいております大阪市立弘済院附属病院、地域型の認知症疾患医療センターの指定を受けております、そちらの担当係長をしております新谷です。どうぞよろしく願いいたします。

粟田 よろしく願いいたします。では、新川委員、お願いいたします。

新川 北海道の新川でございます。どうぞよろしく願いいたします。

粟田 よろしく願いいたします。では、三宅委員、お願いいたします。

三宅 茨城県健康推進課の三宅と申します。よろしく願いいたします。

粟田 よろしく願いいたします。では、石田委員、お願いいたします。

石田 愛知県福祉局高齢福祉課の石田と言います。よろしく願いいたします。

粟田 よろしく願いいたします。では、早速次第に従って始めたいと思うのですが、初めに厚生労働省より御挨拶をお願いいたします。江川先生、よろしいですか。

江川 はい。皆様、大変お忙しい中お集まりいただきまして誠にありがとうございます。厚労省老健局、認知症施策推進課の江川と申します。どうぞよろしく願いいたします。

本事業は認知症疾患医療センターの運営事業実績報告を、これまではエクセルファイルで各自自治体の担当の方々に御送付いただきました。大変な御尽力をいただいた中で、ぜひこの実績報告書をクラウドシステムに落とし込んで、今後何らかの形で、システム上でこういったデータの活用も含めて、将来的には質の向上を含めて実施していただきたいと思っております。この老健事業で皆様に御議論いただきたいと思っております。

既に粟田先生をはじめ、プロトタイプシステムが稼働しているということで、実際、今年度は入力してみて、各自自治体の担当者の方々からの忌憚のない御意見、実際それが運営する上で堪え得るのかどうかという、システム上の不備も含めて御議論いただけたらと思っております。

最終的には、こういったデータをうまく活用していくということで、来年度に向けて考えていけたらと思います。今年度は実用性の課題についての御議論、そして来年度以降は、それを活用した御議論をいただけたらと思いますので、どうかよろしく願いいたします。ありがとうございます。

2. 事業概要についての説明

【資料2】【資料3】

栗田 ありがとうございます。では、早速、私から事業概要についてスライドを共有してお話しさせていただくのですが、まずは共有いたします。

これは、既に事前レクで皆さんにお話しさせていただいたので、今回、私から簡単に説明させていただこうと思うのですが、この事業の背景と目的を細かく事前レクで皆さんにお話ししましたので、簡単に目的だけお話しさせていただきます。既に江川先生からお話しいただきましたように、昨年度に認知症疾患医療センター運営事業の実績報告クラウドシステムのプロトタイプをつくりましたので、今年度はこれをリアルワールドで実際に使ってもらって実用性を評価しようということでございます。その所見を踏まえて改良版を完成させて、実際に社会実装したときの運用体制も確立させていこうということでございます。

そのために2つの会議体を設置してということで、一つはこの会議でございますが検討委員会を設置いたしまして、これからお話しいたしますこのクラウドシステムの実用性の調査方法について、皆さんから忌憚のない御意見をいただくとともに、せっかくこの検討委員会を開きますので、そもそも認知症疾患医療センターの実績報告の在り方などについて、これでよいのかという御議論もいただければと考えております。

それから、もう一つはワーキンググループですが、こちらはこの検討委員会の意見を踏まえて実際に調査を行うということと、その結果を踏まえて、改良型のシステムを開発するという、そして最終的には管理運用マニュアルをつくるということでございます。これと同時に、例年と同じように認知症疾患医療センターの実績報告を集計・分析して報告書を作成するというところでございます。

これが調査の内容ですが、これもこの間説明しましたので本当に簡単に、今回は北海道、茨城県、東京都、愛知県、大阪市に御協力いただいて、実際に圏域の認知症疾患医療センターの方にデータを入力していただくとともに、この都道府県・指定都市の担当者の方にそれを実際に使っていただいて、その実用性をアンケート調査とヒアリング調査で見たいということでございます。

これは従来どおり、厚生労働省から昨年度分のエクセルファイルのデータを全部こちらのワーキンググループにいただいて、集計・分析して報告しようということでございます。

スケジュールはこんな感じなのですが、早速9月から一次調査に着手できるようにしていこうと考えております。大体、第2週ぐらいに始めることになるのではないかと思います。そんなスケジュールでスタートしていきたいと考えております。

これは検討委員会のメンバーで、これがワーキンググループのメンバーです。

これも前回お示ししましたとおりでございます。これは全く同じでございます。3段階ということで、まずは認知症疾患医療センターに令和6年分の実績報告書データを入力してもらって、次に都道府県・指定都市で見えていただくとともにCSVをダウンロードしてもらって、最後に厚生労働省と私ども研究機関で全てのデータを確認してCSVをダウンロードする、こういう3段階でございます。それぞれの段階ごとにアンケート調査をやっただいて、最後にヒアリングもやろうということでございます。

これは省略いたしますが、このクラウドシステムを導入すると、こういういいことがありますよということです。

3. 調査についての説明

【資料4】【資料5】【資料6】【資料7】

栗田 ここからなのですが、案1、案2の調査の流れをつくりました。この案1は事前レクで説明させていただいたとおりでございます。②③の段階で、研究機関及び都道府県・指定都市担当者から圏域の認知症疾患医療センターに調査協力の依頼を文書で行って、その文書に対して、各センターにデータ入力担当者を指定してもらうような回答文をいただくという、このプロセスからスタートすると書いたのですが、よくよく考えてみると、これは5番目なのではないかという、次のところと一緒にできるのではないかと考えまして、ここを少し簡単に行ってみました。

丸のところですけども、研究機関から都道府県・指定都市担当者からの依頼文を添えて、圏域の全ての認知症疾患医療センターに調査協力依頼文書とシステムへのデータ入力方法のマニュアルを送る。送れば、それを見て、やるかやらないかは各センターの自由なのですが、やっていただけるようであればというか、これと同時に都道府県にも送らなければいけないので、都道府県にも研究機関から都道府県・指定都市担当者に調査協力依頼文書とシステムへのデータ入力方法のマニュアルを両方送りますけれども、これだけやっておけば、④以降はセンター担当者が令和6年度分の実績報告書データを入力するという

作業に直接入っていけるのではなかろうかと考えたわけです。

ただ、どのぐらいこのやり方で反応してくれるか分からないのですが、ここから先はなるべく多くのセンターに協力してもらえるように、場合によっては、例えば私は東京都のセンターをかなり知っていますので、後押しする等いろいろなことができるかと思えますので、プロセスとしては依頼文を1回送るだけで、すぐ調査に入れるようにしたほうがスムーズなのではないかなと考えた次第です。

これは案1でいくか案2でいくか決めなければいけないので、後で討議のときに御意見をいただきたいと思えます。これは後で検討事項ということですが、これに併せて依頼文も案2をつくりましたので、共有させていただこうと思えます。

これが今言った1回で依頼が終えられるのではないかと思って考えた依頼文でございまして、これも研究機関から認知症疾患医療センターにお送りする調査協力のお願い文でございしますが、せつかくなので読ませていただきます。

『謹啓、時下、ますます御清祥のことと拝察申し上げます。さて、このたびは、令和7年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において表記の調査を実施することとなりました。

認知症疾患医療センター運営事業では、2008年の創設当初から、「事業の質の確保」という観点から、毎年、各センターにおいて前年度1年分の実績報告を行ってまいりました。しかし、データの入力・収集・提出・集計作業に多くの手間がかかり、入力ミスなどのヒューマンエラーも目立つことから、2024年度老健事業において、データの入力・収集・提出・CSVファイルの作成を一元的に行えるクラウドシステムのプロトタイプを開発しました。本調査は、このシステムを認知症疾患医療センター及び都道府県・指定都市担当者に実際に使用していただき、その実用性について御意見をいただくとともに、それを踏まえた改良版のシステムを開発することを目的としています。調査の具体的な方法は別紙のとおりです。

認知症疾患医療センター運営事業の実績報告に係る負担を軽減しつつ、より信頼性の高い実績データを効率的に集計・分析できるようにすることを目指した調査研究です。御多忙のところ誠に恐縮ですが、何とぞ、御協力いただけますようよろしくお願い申し上げます。』

こういう感じの依頼文で、調査の流れ、方法を別紙に書かせていただいて、調査対象は認知症疾患医療センターの担当者と都道府県・指定都市担当者と、これは認知症疾患医療センター担当者用の依頼文の中身ですが、調査方法は同封のマニュアルを参照して、

試験用のログインID・パスワードを申請して、令和6年度分の認知症疾患医療センターの実績（既に提出済みの昨年度分データ）をシステムに入力してください。その後、ウェブアンケートの回答方法を参照してアンケートに御回答くださいということでございます。

一応、謝礼は出す必要があるかなということで、御回答いただいた方には、後日、5,000円相当のQUOカードをお送りいたしますというインセンティブをつけさせていただきました。問合せ先は分からないことがあったら何でも聞いていただくようにしまして、このアンケートの方法は同じですが、ここから入っていただければこれが出てきますので、まずはこの中でログイン情報を新規に申請していただいて、申請したらすぐパスワードが来ますから、パスワードが来たらこの中の2.1というボタンを押していただいて、そうするとすぐアンケートに回答できる画面が出てきます、という説明でございます。

これでいけるのではと思っているのですが、分からないことがあったら、何でも電話かメールで聞いてほしいというようにいたしました。こんな感じでやれば、すぐに始められるのではなかろうかと考えたところでございます。

ここまでで事業概要についての説明と調査についての説明が終わりでございます、ここからは自由に、既に事前レクで皆さんに詳しく説明したところなので、なるべく長い時間、討議の時間を取ったほうがいいのかと思えますので、早速、質疑応答とディスカッションに入らせていただきたいと思えます。

調査の説明を一気にさせていただいたのですが、まず、今回この中で議論しておかなければいけないことをもう一回共有しますが、この検討委員会で議論しておかなければいけないのがこの5つ。最後はその他ということですが、まず、今の説明のような調査の在り方でよろしいかということで、皆さんから御質問をいただきながら方向性を決められればと思います。

それから、システムを社会実装する場合の管理運用体制の在り方、これは大変重要な問題でございます、これについても御意見をいただければと思っております。

クラウドシステム関係は以上でございます、大体今日は1だけ確定できればいいかと思っておりますので、以下はフリーディスカッションのような感じで、実績報告の項目は現在のままでよいのかということで、これは今回、参考資料に現在の実績報告の様式と、これを使った過去7年間の推計結果をグラフでまとめたものを添付しましたので、それを見ていただきながら御意見をいただければと思っております。

実際、ここで得られたデータをどんなふうにするかということも議論していただければ。

あとはその他、何でも議論していただければと思うのですが、ちなみに、ここでセンターが国民に周知されていないのではないかというのは、瀧野先生からいただいた御意見でございますので、これも場合によっては議論していただいてもよろしいかと考えております。以上が私からの説明でございます。

4. 討議

栗田 引き続き司会進行も私のほうで進めさせていただきたいと思うのですが、まずはただいまのクラウドシステムの調査の流れや方向につきまして、御質問あるいは御意見がございましたら自由に御発言いただければと思うのですが、いかがでしょうか。マニュアルや調査の中身、それから依頼文の中で、事前レクでいただいた内容はほぼほぼ全て反映できるようにしてあります。何か御質問はございますか。

では、私から、先ほどの調査方法で、途中の②③のところ、一旦、認知症疾患医療センター担当者のお名前をいただいて同意を得るみたいなプロセスなく、飛ばして最初から依頼をお送りして協力を求めるという、そのようなやり方でよろしいか、問題があるかという、これについて御意見をいただければと思います。これは認知症疾患医療センター側と都道府県・指定都市担当者側、両方からの御意見が必要かと思うのですが、まず認知症疾患医療センター側からということで、武田先生、よろしくをお願いします。

武田 恐らく、今回愛知県からも参加いただいているのですけれども、愛知県さんから各疾患医療センターに一声かけてもらっておく、その後で送ってもらうという形が一番スムーズではないかと思うのです。感覚的にはそう思うのですが。事前に声をかけてもらった上で、あとは直接送ってもらってオーケーではないかという気がするのですが、どうでしょうか。

栗田 では、石田委員、よろしくお願ひいたします。

石田 私の立場からですと、楽な方法としては調査の流れの案2のほうなのですが、今、武田先生が言われたように、県から一言事前にとかメールなりで調査依頼をしたほうが、愛知県として調査に協力していただけるのではないかとはいも思います。

武田 もう一点。実際に入力する人が、事前のレクでもお話ししたのですけれども、多分、いろいろ分担を決めて何人かで入力すると思うのです。そうしたときに、謝礼があるのかえってややこしいなという。ないほうが、実はむしろやりやすい。5,000円がちょ

っとややこしいなという。

栗田 ないほうがいいという考え方もありますかね。

武田 僕はないイメージでいて、ボランティアみたいな感じのほうが割り振りやすいかなという気がするのですが、どうですかね。1人に行く場合ですとやりやすいのですけれども、何人かで分担して、ここからここは誰々さんね、ここからここは誰々さんねと入力してもらって、それぞれからアンケートに答えてもらうというのが、僕が最初に構想していたやり方なのでもういいのですけれども。

栗田 なるほど、そうですね。私も最初はそうかなと思ったのですけれども、それにしても面倒だから、多少インセンティブが必要かなと思ってやったのですが、ないほうがやりやすいという考え方もあり得ますよね。とてもいい御質問だと思うのですが、この2つのことについて、これはぜひ皆さんから意見を聞きたいので、順番も何もないのですが、中西先生、今の2つのこと。1つは事前に大阪市から一言連絡を入れてもらってはいかがかというのと、武田先生がおっしゃったように、インセンティブはないほうがやりやすいのではなからうかという、この2つですけれども、全く中西先生の勘でいいのですけれども、何か御意見はありますか。

中西 ありがとうございます。大阪市からの通知と一緒にいったほうが、より強い依頼になるのかなというのは感覚的には思います。それでも書かない人は書かないかもしれない。インセンティブについては、私はずっと公立病院だったので、そもそも受け取れるのかなという、その辺りの対応がどうなのかなと。

栗田 確かにそうですね。なるほど、最近、独立行政法人化したから、皆民間みたいになったかと思ったら、そうでもないですね。

中西 だから、その辺は民間病院さんと公立との、あるいは地方と都市部でも違うかもしれないのですが、どうかなというのは。謝礼を受け取れませんという回答取得が必要なところもあるのではないかと。

栗田 そうですね。それから、あとは最初のほうなのでもういいのですけれども、武田先生は事前に連絡してもらったほうがいいと言ったけれども、中西先生は同時のほうがいいという感じですか。

中西 同時でいいのではないかなと。別に来ると別のもののような感じがしちゃったりしないかしらという気もしました。

栗田 分かりました。ありがとうございます。新谷委員、いかがでしょうか。

新谷 今のお話を伺ってしまして、同時にというのは、行政からの通知と共に各センターに依頼するほうがいいだろうなとは思いました。そのほうが流れもいいでしょうし、何かあったときの問合せは東京センターのほうに行くということでもいいとは思うのですけれども、これは必要があるのかどうか分からないのですが、依頼する側としてはどういう回答をしたのかというのは、こちらとしては知っておきたいなという気がします。ですので、がちがちに管理しようということは何もないのですけれども、流れとしてはこちらも携わっておいたほうがありがたいなと。責任を持ってやる以上は、そのほうが望ましいと思いました。

もう一つの謝礼については、私のほうも公立ですので、こちらは一元的には受け取れない。大阪市は受け取れない。一方で、大阪市内の疾患医療センター、民間も大学も含めてあるのですけれども、そちらがどうなのかというと、すみませんが各疾患医療センターが何人で分担してやっているのか、そこまで把握はできていないです。ですので、もしかして人数がすごくたくさんいらっしゃる病院だったら、先生が何人もいて入れているとかあれば、何人に払うのかという話になってくるので、それは私が心配するところではないかもしれないのですけれども、入れましたという人、全員に払うのか、もしくは組織に払うのか、その辺も整理の上でがよいのか、一元的には払わないほうがよいのではないかな。こういう調査も含めて、認知症疾患医療センターの今後に資することであるので御協力をお願いしますという形で依頼してもらったら、それなりには回答は得られるのではないかなとは思っています。

栗田 ありがとうございます。大辻委員、どうですか。

大辻 北海道の場合、北海道認知症疾患医療センター懇話会という任意の会があるので、2 手間かけたいと思います。北海道がこのように今回の調査に選ばれたよ、だから皆さん協力してねという、まず1つメールを私から送って、改めて広報からもよろしくという、2 手間かけると効率が上がるのではないかな、そのようにやってみたいなというのは。

栗田 北海道の場合はそうでした。懇話会がありましたよね。それから、大辻委員、答えにくいかもしれませんが、インセンティブのことはどう思いますか。

大辻 例えば、もらう・もらわないをチェックする項目を入れるといいのかなと今ふと思いましたけれども、今までもらったことがないので、皆さん調査が来たら協力すると思います。

栗田 ありがとうございます。新川委員、いかがでしょうか。

新川 先ほど大辻委員がおっしゃったように、医療機関のほうは唐突感がありますので、懇話会等からのコミットメントがあったほうがスムーズに行くのではないかと考えております。

栗田 ありがとうございます。では、井藤委員、どうですか。

井藤 謝金につきましては先ほどから出ているように、勤務時間内の業務の謝金をもらうことは独法化していてもやはり難しく、多分、相談室全体で5,000円もらってお茶代にするとか、そういうことができたりできなかったりするのではないかなと思うので、作業した人がもらったという気持ちになるかどうかは分からないなと思いました。

どのように回収率を上げるかに関しては、やはり都道府県事業なので、東京都の場合は東京都からの手紙が1枚入っているというのが回収率を上げるだろうと思いますし、本当にもし可能でしたら、封筒の段階で結構捨てられてしまうなと思うので、東京都の封筒で行ったものは、皆さん一応は開けてくださるというのは実感としてあります。

栗田 おっしゃるとおりですね。では、並木委員、いかがでしょうか。

並木 ありがとうございます。東京都も認知症疾患医療センターが52か所ありますので、今回なるべく多くのセンターさんに協力していただきたいと思っております、事前に都としても各センターにこういう調査があるので協力してほしいということは、アナウンスしようとは思っていました。

都としても、どのセンターに協力していただけるかというのも把握しておきたいと思っておりますし、場合によっては働きかけというか、もう少しやってもらえないかというところもやりたいなと思っていたので、事前に周知させていただくのと、先ほど別の委員からもありましたけれども、その後、センターさんから行く通知が、都が言っていた調査と一致しているものなのかというのが分からなくなったりもあったりするのかなと思うと、都からの依頼の時点で、改めてこういうセンターからこういう依頼文、こういうものが行きますのでということ、都の名前の通知文と一緒に最初にまず送らせていただいて、各センターに協力を仰いでいきたいなと。そういうことをやっていきたいなと思っておりますので、各センターさんの負担軽減を図っていただいている部分はありがたいところはあるのですけれども、しっかりと都道府県として一緒にやっていくというところでお示しできたらなと考えております。

インセンティブのところは、多分、病院さんでは金額は置いておいても、考えていただくことはありがたいかなと思いつつ、辞退しなければいけないという、それは一つの手

間になってしまうのかなと思うと、将来的にはそれ以上の価値が生まれるわけなので、そこは御協力いただける部分なのかなと個人的には思います。以上です。

栗田 ありがとうございます。それから、並木委員、もう一つ、井藤先生から東京都の封筒で送ると効果的ではないかという御意見があったのですが、これはいかがですか。

並木 そこはできる限りの協力はさせていただきます。

栗田 分かりました。これは本当にそのとおりだと思います。その場合には、恐らく研究機関側からの依頼文をPDFか何かでeメールで東京都に送らせていただいて、東京都の封書に入れていただいて、東京都の依頼文も一緒に入れていただいて送るという流れになるので、その分、東京都さんには御負担になるところが出てくるのですけれども、その辺のところをお許しいただければということかと思います。

この方式でよろしいかどうか。インセンティブのことは後で再確認しますけれども、まず、都道府県担当者の依頼の仕方として、今言った並木委員のやり方でほかの都道府県はよいか、あるいは変えたほうがいいのかという、この辺のところ御意見をいただければと思うのですが、大阪市の新谷委員、いかがですか。

新谷 行政から併せて送らせていただくのが一番望ましいかなと思います。たまたま明後日大阪市の連携協議会がありますので、これはまた後で相談しようかなと思っていたのですが、そういった場でもこういう依頼をさせていただこうかと思っておりますという場がもしあるのであれば、ちょうどいいかなと思います。

栗田 新川委員、いかがですか。

新川 今おっしゃっていただいた方式で全く異存ございませんし、道としても最大限の協力をしてまいりたいと考えております。

栗田 封筒も北海道の封筒でお送りいただいてもよろしいですか。

新川 全く問題ございません。

栗田 そうですか。大阪市もそれでよろしいですか。

新谷 はい。大阪市も大阪市の封筒で送りますし、何でしたら僕からメールも送ろうと思います。

栗田 ありがとうございます。愛知県もそれでよろしいでしょうか。

石田 はい。愛知県の封筒でお送りすることも御協力したいと思いますし、もともと事前にお知らせしてよろしければ、愛知県の場合、今週の木曜日にセンターが集まる研修会がありますので、そこでアナウンスしてもいいということであれば、少しお知らせしたい

なと思っています。

栗田 ありがとうございます。この件に関して最後に1つだけなのですが、都道府県・指定都市から出す依頼文の文案は、それぞれの都道府県・指定都市にお任せするというところでよろしいかどうかということなのですが、そんなことでいいでしょうか。こちらから出す研究機関の文案に合わせて、それぞれの都道府県・指定都市用に調整していただくということになるかと思うのですが、よろしいでしょうか。三宅委員、いいですか。

三宅 意見は皆さん出尽くした感じはあるのですが、やはり行政から県宛てに依頼文をいただいて、県からお送りするという形が一番いいのかなと思っております。その前にメールでこういうものがあるというのを、事前に各センターには依頼しておくという形でやりたいと思います。

栗田 この間、細かいところまで御意見を皆さんからいただいたのですが、実際に各センターに依頼文を送るときに、それぞれの都道府県の封筒で都道府県からの依頼文を入れて送るのがいいのではないかとこのところで、大体4つのところはそれで一致したのですけれども。

三宅 そうですか。それであれば、その形で異存ありません。

栗田 それでは、そのようにして、一つは確かに事前に、三宅委員がおっしゃったように、研究機関から正式に都道府県に依頼を送りますので、それを踏まえて、都道府県から各センターに依頼するのでありますが、それに当たって研究機関側からの依頼文はPDFで皆さんのところにお送りいたしますので、それを入れていただいて、同封して送っていただくというふうにしたいと思います。

厚生労働省にもおもしろいと思ったのですが、そうすると都道府県・指定都市側に我々が依頼文を送るのですが、そこに厚労省からの依頼文があったらさらにいいかなと思うのですが、江川先生、いかがですか。

江川 はい。今後運営するに当たっては、各都道府県からお願いしていく流れになるのかなとは思っています。もちろん、今回、どうでしょう。吉松さんのほうが。

吉松 吉松です。我々から依頼文をつくるということは可能かと思っておりますので、そこはまた御相談させていただきなうらと思っております。

栗田 ありがとうございます。この検討委員会の委員にも厚労省のOBが複数おりますので力強いと思うのですが、よろしく願いいたします。

そういうことで、では、一応このクラウドの調査の流れはそんな感じでやらせていただ

きたいと思います。

そのほか、調査関係で確認しておきたいことはございますか。もしあれば、問合せ先を書いておきましたので、もちろん私にダイレクトに聞いていただいても構いませんけれども、何かありましたら確認していただければと思います。

では、9月の第1週に都道府県・指定都市宛てに、第1週の初めぐらいに届くように指定都市宛てに正式な依頼文を送って、第2週から調査が始められるという流れでいきたいと思いますので、そんなスケジューリングでよろしく願いいたします。

この後、自由に討議していただくのですが、せっかくこれまでの過去7年間の実績評価の推移をまとめましたので、それを供覧していただきながら、項目はこれでよろしいのかどうかという御意見をいただければと思っております。

これは参考資料3であります。それで、認知症疾患医療センター運営事業の実績の推移ということで、昨年の老健事業でまとめさせていただいたのですが、認知症疾患医療センターの事業内容は今のところ1、2、3、4、5になっております。5は都道府県・指定都市と共同して、事業の着実な実施に向けた取組をしましょうということなので、これは特に実績評価の中で評価されていませんが、1から4までの項目が評価できるようにデザインされております。

まず基本情報ですが、認知症疾患医療センターがこの7年間でどう変化したかということで、2017年度から2023年ですけれども、422から505件ということで、80件以上増えたということがございます。地域型も連携型も増えているのですけれども、基幹型はあまり増えないという、7年間やってもあまり増えないということがございます。

それから、これは医療機関の種別なのですけれども、一般病院、精神科病院、両方増えているのですが、一般病院の伸びが大きいかなということで、推移グラフの緑ですね。今はもう一般病院と精神科病院はほぼ同じ数になっているということです。

専門的医療機能ですけれども、こういう3つの機能があるのですが、まずは検査体制。しっかり検査できる体制があるということで、CTは自施設で持っているのが90%以上、MRIは50%、これはもう7年間変わらないということでもあります。2022年以降にPETと髄液検査が入ってきましたので、抗Aβ抗体薬は2023年12月からですから、これは出だしの段階ですけれども、PETは12~13%、髄液検査は3割ぐらいのところで行っているということがございます。

これは専門医療相談ということですが、方法別に見ているものです。2018年だけ

なぜか多いのはよく分からないのですが、あとは大体同じで、1センター当たり電話は900件ぐらい受け入れたと。実際に面接が300件から400件の範囲で受けて、これも変わらないということです。

相談元別というのがどうなのかと疑問に思っているところではありますが、2021年から家族からというのが出ているのですが、家族が一番多いということで、あとはいろいろな機関別の相談件数、1センター当たりの平均が出ております。これも大きく変わらないという感じかと思えます。

受診経路別というのも結構実は各センターが苦勞しているのではなかろうかと思うのですが、かかりつけ医からが圧倒的に多いということが分かるデータでございます。

これは受診後の情報提供ですけれども、これも当然ですがかかりつけ医の診療情報提供が最も多いということです。ただ、1センター当たりの平均ですが、これもあまり、最近ちょっと増えていると言っているのでしょうか。140から150ぐらいということです。

これは認知症関連疾患の診断名別件数、2017年以降ですが、2017年以降の診断部類は、まだこれはICD-10の時代で、ICD-10とDSM-IVをうまく統合してつくっているもので、全ての疾患がICDでもDSM-IVでも当てはまるようになっていまして、時代はICD-11とDSM-Vの時代なので、ひょっとしたら考え直さなければいけないのかもしれないです。ただ、基本的にはこんな感じでやっていて、これは前回にもお話ししましたが、MCIが増えてきているというのが特徴でございます。ただ、抗Aβ抗体薬が2023年からですから、2024年以降どうなるかというのが気になるところであります。

平均待機日数は、この一番短い14日未満がだんだん減ってきて15~1か月がだんだん増えてきているということで、これは患者数が増えているということかと思えます。

BPSDと身体合併症の急性期対応実施状況はこんな感じにして、これもざっと見たところ、経年的に実施しているところ、これは算定と書いてあるのは実施です。実施しているところは大体同じ割合だということで、身体合併症に対する救急医療も8割、リエゾン是一般病院だけなので減ると思うのですが、院内の全診療科を対象とした研修会が大体6割、夜間・休日における身体合併症や重篤なBPSD対応が4割ぐらいということで、これも一定しているということでもあります。

これはセンター類型別ですけれども、基幹型Iは全てやっているというのが非常に多いのですが、これはインフラの問題がありますから連携型ではこんな感じ。ただ、身体合併症に対する救急医療は相談とか他院紹介もありますので、連携型もかなりよくやっている

ということです。

こちらは病院種別ということで、身体合併症に対する救急医療は、当然、一般病院が多いのですけれども、精神科病院でも診療所でも今言ったように相談とかがありますから、7割から8割ぐらいはやっているということです。休日・夜間の身体合併症とBPSDは薄いだいだい色ですけれども、一般病院も精神科病院も大体4割ということで、当然、精神科病院はBPSDの対応で一般病院は身体合併症の対応が多いと思いますけれども、大体こんな数字だということです。

それから、専門診断料加算とケア加算ですけれども、専門診断料加算はよくよく見ると少しずつ下がってきているという感じが、算定率が下がってきている感じです。それから、ケア加算はこの辺りから変わらないということでありませう。

これは今の所見をまとめたものでございます。

地域連携拠点機能というのは地域連携会議と研修会であります。地域連携会議は各センターでいろいろな形態がありますので、ただ、ほぼ100%でやっているということです。

それから研修の実施ですけれども、医療従事者対象の研修とかかりつけ医研修が青と橙色ですが、こんな感じでやっているのですけれども、2020年に少し下がっているのはコロナの影響で下がっているということで、だんだん盛り返してきているということでありませう。

それから、初期集中の関与状況については、これはチーム員としての参加が少しずつ増えてきているという感じが分かります。後方支援もだんだん増えてきているということで、初期集中支援チームに関与する認知症疾患医療センターが少しずつ増えているのだなということです。

これはまとめ。診断後等支援機能は相談支援とピア活動と交流会ですけれども、これは2019年からスタートするのですが、2019年から見てみると、これは人員配置ですね。これは予算措置されておりますので、診断後支援のための人員配置は主としてPSWですけれども、今や5割に達したということです。

実施状況についても相談員による診断後の相談支援というのは年々増えていて、今ではもうほぼ100%やっているということです。ピアカウンセリングやピアサポート活動、交流会についても、これも年々増えているというデータになっていて、今は4割やっているということになっております。

これは類型別ですけれども、相談は全部のところと同じようにやっていますが、ピアカ

ウンセリングとピアサポートは、基幹型Ⅱ以外は4割ぐらいのところではやっているということです。

それから、これは病院種別ですけれども、病院種別で見ると一般病院と診療所がピアサポートやピアカウンセリングを割とよくやっている。4割がやっているということになります。これがそうですね。

あとは抗アミロイドβ抗体薬に関する治療・相談支援ですけれども、これは相談、医療連携、治療、診断後支援、いろいろありますが、抗Aβ抗体薬の初期投与に対応しているのが2023年度の段階で19%、継続投与だけに対応しているのが5%ということで、いずれにしてもこの段階では4分の1ぐらいのセンターが抗Aβ抗体薬の投与に関与しているということがございます。これは本当に抗Aβ抗体薬が入った年ですのでこんな感じですが、これは確実に増えているかなという印象はあります。まだこれはデータを見ないと分からないので。

類型別ですけれども、基幹型が一番初期投与に関与しているということでありませう。

病院種別では一般病院がやはり多いだろうということです。

これが最後です。こんな感じで、全部のデータを出しているわけではありませうが、こういったことが分かるということでありませう。

ちなみに、現段階の様式も供覧しておきますけれども、これは中西先生の時代に確かに大分減らしていただいています。減らしていただいて、こういう状況になっているというデータを供覧しておきます。

これが現在の様式でございまして、最初のほうには医療機関の基本情報というのが書いてありまして、連携病院がどういう役割を持って連携しているかというのと、順番に専門的医療機関と診断後等支援機能というので、最初は人員配置から始まるのですけれども診断後等支援機能の業務内容、それから検査体制、相談件数、相談元の内訳件数、そして診断名別の件数。これは全数と65歳未満、いわゆる若年性認知症の数も分かるようになっております。それから、診療報酬関係と受診の経路、受診後の情報提供先、身体合併症に対する救急医療の要件ということなのですけれども、地域連携機関としての要件と。この研修会も回数まで書かなければいけないので結構大変だろうと思うのですが、こういう感じになっているということがございます。

ということで、これについても検討委員会のほうで少し議論したほうがいいのかと思いますので、今日はもちろん資料をお配りしたばかりなので十分意見は出ないかと思いま

すが、こういう実績報告の在り方などについて、あるいはこれをどうやって使うかとか、そういうことについても、実は事前レクでも少しは御意見をいただいたのですけれども、その辺のところ、皆さんからまた自由に御発言いただければと思います。

まずこれは現場の方でどんな感じが聞きたいのですが、これは長年これに取り組まれている藤本先生から聞きたいと思うのですが、いかがでしょうか。先生の診療所の実績を出すのは本当に大変だと思うのですけれども。

藤本 実績報告を出すこともそうなのですけれども、データの整理ですよ。毎日の相談件数や、いろいろなことを正の字で書いていくのですけれども、拾い方によっては何千件になりますし、括ると少なくなるのですが、それはどちらがいいのかよく分からないという。

それから、先ほどのインセンティブの話をお返しすれば、日頃やっていることも大変なので、モデル事業も大変データ量が多いのでしょうかけれども日頃のことを入力しているので、それはなしで皆さん入力していると思うので、関係ない立場ですけれどもそうではないのかなと。日頃、皆自分たちの使命感でやっているわけですから、ないだろうとは思いますが。

栗田 ありがとうございます。藤本先生、事前レクでも項目の解釈の仕方によって数値がいかによくなるというのがあるので、これはどうしたものかというのがありましたよね。

藤本 そう。だから、連携協議会を毎年やっていて毎年出る議題なのですが。県のほうで何とかしてくださいというのですけれども、県もそれはできないと。選び方まで指導はできない、それぞれの施設での考え方で出すものだろうという解釈なのです。そうすると相談内容のどれを選ぶかも変わって、これも仕方がないのか、それとも国から言ってもらったほうがいいのか、ずっと数年来の課題なのです。そのため数の差があって、活動量はそれぞれ変わっていないと思うのですが、足す数はかなり差があります。そこは実際ちゃんとやっているからいいのか、数字だけで比べると差が出てしまいますね。

栗田 そうですよ。これはいろいろな項目であるのですけれども、実は私のところで集計しているからよく分かっているのですが、例えば鑑別診断の診断件数ですよ。診断件数でとてつもない数が出てくる医療機関が時々あるのです。そんなに診られるわけがないだろうという数が出てくることがあるので、その病院は大病院なのですが、大病院のレセプトの診断名をそのまま入れているのだろうなという感じがするので、別に認知症疾患医療センターで診断しているのではなくて、1年分のレセプトの診断名をいっ

ぺんに入れているのだなという感じがあるところがあるので、そのようにしてはいけないという。

藤本 それと保険病名が入ってしまいますよね。

栗田 保険病名が入っています。診療報酬上の保険病名がただ入ることなので、それは鑑別診断ではないという。もし本当に診断名についてちゃんと精度を高めるということであれば、これは国のほうで認知症疾患医療センターとして指定されている外来で新患受診した人の診断名を入れることみたいな明確な指示をしないと駄目だと。ただ、これは指示しても認知症疾患医療センターの現場まで伝わらない場合があるので、実はこれは都道府県・指定都市でさらにもう一回念押ししなければいけないということで、都道府県・指定都市がデータを見ておかしいと気づけないとおかしいと言えないので、ここは一つの壁かなということでもあります。

これはデータセンターをつくったところで、データセンターからおかしいだろうというのは少し厳しいかなと思うので、その問題は確かに残るのです。これをどうするか考えなければいけないかなと。中西先生、どうぞ。

中西 それは私も大阪市のときにすごく大きな課題だと思っていましたし、厚労省のときも見てるとそういう差が歴然としてくるので、例えばですけれども LIFE のシステム入力の手引と一緒に、今回のクラウドシステムができたときの入力の手引みたいな形で厚労省と一緒に、そこに鑑別診断というのは、あくまで疾患医療センターの要綱でうたわれているもの、鑑別診断によって行われたものであるというような一文を書けばいいのかと個人的には思っています。だから今回がチャンスなのではないかなと思います。

あとは紹介元ということもそうなのですけれども、実際に紹介しているのはコーディネーターや包括なのに、受診に当たってお金をクリアするためにかかりつけ医の紹介をもらうから、そうすると大学病院が 100%かかりつけ医からですということになってしまうのです。ほぼほぼ 100 と。そうすると、本当に誰が紹介しているのか全く分からないので、そこをどうするかという定義が要るのかなと。これは私も厚労省時代にできていないところなのですけれども、そういった課題が幾つか、特に大きく思っているのはそうです。

あと、連携型の機能の先ほど報告いただいたところでも、連携型と言っても病院もあるクリニックもあるので、そこはクロスがかけられるようにしておかないと。連携型でも、例えば大阪でも済生会病院さんとかもあって、そういうところは当然いろいろなものを持っているので、そういうクロスをかけられるようにしなければいけない項目と、

コメントを入れるとか、定義づけを考えなければいけないところが検討できて、特にクラウドシステムと関連してくるところは、今回考えなければいけないのかなと感じました。以上です。

栗田 ありがとうございます。これは事前レクの中でも、各項目が何のための項目なのかということを示してほしいという意見もあって、それとも絡みますので、何のためにこれを行っているのかということ、どういうふうにして算出するというか、出す数なのかということ、そういうのもせつかなのでクラウドシステムのマニュアルをつくるときに厚労省さんと一緒につくるという方向は確かに考えられますね。ありがとうございます。

栗田 栗田先生、いかがでしょうか。栗田先生も現場で長年このことをやっていますが。

栗田 幾つかあるのですけれども、確かに地域型でも大病院から精神科の単科とか、非常にバラエティーに富んでいまして、意外に実績をと言われると、かなり差が出るのは言われていたこと。だから、その辺を今度クラウド化するのであれば一番いいチャンスだと思うので、その辺も少しやるべきだと思っています。

栗田 気になるのは、実は認知症専門診断管理料とか、いわゆる認知症疾患センターの鑑別診断のところがあるのですけれども、この認知症専門診断管理料の1は、初診のときに認知症の疑いでなければいけないので、かかりつけ医さんは認知症と書いてくるのです。要するに、自分のところで既に認知症という診断をつけて薬を既に出していますので、そうしますと今は診療報酬も突合できるようになりまして、診療所が診断を既につけていると。それなのにセンターに来る必要があるのかと言われて、私のところの認知症専門診断管理料は駄目だと言われて取れていないのです。だから、これは今日厚労省の方がいらっしゃるのだけれども、青本にちゃんと疑いと書いてあります。認知症の人は駄目なのです。

栗田 診断されてしまうと駄目ということですね。

栗田 駄目なのです。ここを変えないといけない。

栗田 それは変な話ですよ。確かにそうですね。レセプト上でかかりつけ医の段階でつけてしまいますよね。認知症の診断。なるほど。

栗田 これがあるから私もこの頃困ってまして。

栗田 なるほど。藤本先生、どうぞ。

栗田 同じようなことがあります。管理料ができたとき、連携型ができたときに管理料をもらうようになったから、そのときに近畿厚生局とか、何度も聞きました。何が対象になるのか。そのときは、MCI は疑いだから来たら診断すべきだからいいと言って、最近そ

こも怪しくなっていて、今栗田先生がおっしゃるみたいに認知症と書いてあって、でも診断は実際ついていない。鑑別診断が要ると書いていてもレビーだったりFTDだったりするのです。これは役に立っていると思うので、うっかりと管理料を取ったのです。するとすごいことに、スパッと切ってきました。診断がついてきた。今までこれはなかったと。最近すごく厳しいです。だから、なかなか自由にお願ひできないというか、そのうちMCIも切られるのではないかとかね。本当に何度もやり取りしました。当時の国の担当者の方も入れてね。最近ちょっと変わってきています。今の栗田先生のお話を聞いたら、滋賀県だけではなくと思った。今ちょっと恐々としていますよ。

栗田 これは認知症専門診断管理料の立てつけがひょっとしたら悪い気がしたのですけれども、立てつけの悪さは、私は武田先生と一緒に立てつけが悪い、悪いとずっと言っていたのです。現在の認知症専門診断管理料の立てつけがどうもよろしくないようだという話は、それ自体については江川先生の耳に入れておくしかないと思うのですが、実は認知症専門診断管理料は本当に算定しにくい診療報酬だと出来たときから言っていて、年々下がってきているというのはいろいろな理由があると思うのですが、あまり取るのが面倒なのですね。ということで、違ったものを考えたほうがいいのではないかなという感じがいたします。

栗田 本当に厳しくなっています。

栗田 ええ。今のは重要な情報であります。私もよく知らなかったです。MCIの話は初めて知って、もう時代遅れもいいところというか、時代錯誤もいいところみたいな話なので、ありがとうございます。

栗田 ほかはいかがでしょうか。この検討委員会は、もう長い先生方がたくさんいらっしゃいますけれども、この検討委員会は全部議事録に残して毎回の論点を整理して、最後の提言のときに必要な場合には入れていきますので、ぜひ何でも言っていただいたほうがよろしいかと思っておりますので、よろしくお願ひします。江澤先生、認知症疾患医療センター関係のことで何かございますか。

江澤 ありがとうございます。長年の御尽力、本当にありがとうございます。今の診療報酬上の問題は、また中医協の平場というよりは打合せの中でいろいろ議論できればと思います。大体、介護サービスを使っていると、漠然と認知症をつけている方が多くて、アリセプトとか何かを処方されてしまうと保険病名をつけざるを得ないので、突合すると今の保険診療の既定だとなかなか算定が厳しくなるのも十分そういう状況かと察します。

ただ、一方でいろいろな調査がありますけれども、アルツハイマーとかレビーとか、認知症の中の鑑別というのは、あまりついていないという指摘がいろいろ出ています。もちろん、特にレビーなんかでも認知症ケアに結構応用できることがたくさんありますし、日内変動とか脱水に気をつけるとか、いろいろできるわけで、そういうところをどう評価するのかなどというのはちょっと気になっています。単なる認知症という保険病名がすごく多くて、認知症のタイプに特化した保険病名はあまりついていないのではないかなという、そこをどう考えるかというのは、今後どうするかなというところではあるかと思います。

それから、もう一点は、一般的には結構、二次医療圏ごとにステッチしたものですから、当然、病院のタイプも様々で、特に身体合併症をどこでどう担保するかというのは大事な視点で、特に今、総合病院の精神科というのが診療報酬の兼ね合い、急性期充実体制加算を創設したこともあり、かなり激減しています。本来なら急性期拠点機能の病院での治療が望ましいですけれども、なかなか転院して初めて認知症の方とか精神疾患の方を受け入れて、手術なり化学療法ができるかという、なかなか厳しい状況も多々あるのが現実です。

その辺り、各都道府県で有識者と医師会の担当者等が入って、2年ごとに新規と更新の会議をしていますけれども、その中で身体合併症はここと連携するというを課した上で、更新や認可するみたいな感じになっているところも結構あるかと思います。先ほどの3つの機能というのは結構力を入れてきているかなと思っていますので、特に身体合併症をどこでどうするか。今まさに新たな地域医療構想でもそういったところが、あるいは精神保健医療の提供体制の議論も進んでおりまして、そこは結構いつも論点になっていますので、ぜひ認知症疾患医療センターには好事例をどんどん発信していただければと思っています。

栗田 江澤委員の今の御指摘は本質的な非常に重要なことで、実は認知症疾患医療センター運営事業の目的自体、認知症疾患医療センターを設置することによって、地域の認知症医療のあらゆるステージの医療が提供できる体制をつくるということです。ただ認知症疾患医療センターを設置すればいいという話ではなくて、その圏域の認知症医療提供体制がちゃんとできているかどうかということが、都道府県・指定都市の責務としてやっつけなければいけないことなのです。そのために実績評価というものをやるわけであって、それを見てその地域の医療提供体制がきちんと整備されているのだろうかというところまで考えていくような使われ方をしないと、本来はこの事業の目的に沿っていないので、一

医療機関が機能しているか、機能していないかという話ではないということなのです。

身体合併症をやれるところはどうか、BPSDをやれるところはどうか、入院をやれるところはどうかということを考えながらつくっていかなければいけないということなのです。

江澤 ですから、今ちょうど精神医療の提供体制を議論しているので、認知症と別々に考えるのではなくて、認知症も精神疾患の中の疾患ですから、医療提供体制の一環としてどこでどう対応するのかということや、今私も平場で何度か申し上げているのは、認知症初期集中支援チームのアウトリーチ機能というのが大分確立してきています。一方で、市町村によっては、初期集中支援チームの介入件数が激減してきたりしていて、これはいい悪いではなくて、我が国には確固たる皆保険制度があって、かかりつけ医もケアマネジャーも身近にいるということなので、別に不具合ということではないと思っています。

そういった中で、認知症初期集中支援チームは、認知症以外の診断になった瞬間に介入が建前上は止まります。実際、現場は職員が関わっているから、それでさようならというわけにいかない、ボランティアで関わっているケースが多いと思いますけれども、これは認知症のみならず、せっかくできた仕組みなので、精神障害や精神疾患、障害者にも、実際、精神疾患や障害者のケースが結構ありますから、そういうこともできないかということは平場で申し上げます。以上です。

栗田 おっしゃるとおりで、まさにその縦割りの壁を越えた提供体制を考えるということが必要な時代なので、ありがとうございます。

今回の検討委員会でもう一つ議論しておかなければいけないのが、今の江澤委員や渕野委員の話とも関係するのですけれども、都道府県・指定都市でこの実績評価をどう扱うかということもあるかと思うのですが、せっかく今回5人の自治体の担当の方が来ているので御意見をいただきたいと思います。私は東京都については把握していますが、どんなふうに実績評価のデータが使われているか、あるいは使う方向がいいのかという、これは並木委員から少しお話しいただければと思うのですが、東京都はどうしているかという話ですね。

並木 ありがとうございます。栗田先生、まず集計・分析、あとは御説明をありがとうございました。非常に分かりやすかったです。恥ずかしながら私もここまでしっかりと分析したことはなくて、非常に勉強になりました。改めて我々も東京都として、いただいた実績報告をしっかりと確認しなければいけないなと思っています。ところでございます。

ふだんの使い方としましては、特に東京都の場合、52のセンターがございまして、先生

がおっしゃったようにセンターを設置するだけではないというところで、そもそもセンターの皆さんの日頃の活動も含めて、各医療提供体制がしっかり整っているかというのは、東京都の場合、二次保健医療圏ごとに拠点型と、あとは区市町村ごとにセンターも設置しておりますので、その各圏域のつながりや連携、医療資源がどうなっているかとか、そういったところも確認させていただいている、そういった指標として使わせていただいているところがございます。

ただ、実際、各拠点型12か所によるヒアリングをしたりしているのですけれども、相当御負担が大きいというのは、皆さんから本当に御意見をいただいたところでして、さらに東京都の場合、財政的に委託料を金額的には大きく積み増しているところもございまして、財政当局から成果を求められているところですので、実は3か月に1回、実績報告をいただいているところが現状でございます。ただ、今回、改めて各拠点型を回らせていただくと、かなりの御負担になっているなどおっしゃっておりますので、今後、クラウド化というのも一つのきっかけになってくると思っていますけれども、各センターのこういった実績報告の作業が負担軽減につながっていくことについては、都としても一生懸命、一緒に考えさせていただきたいと思っています。

質問項目の精査につきましても、この場でどの項目がというのは、なかなか今の時点でアイデアが浮かばない部分もあるのですけれども、しっかり整理させていただきつつ、必要なものはしっかりと残してトレンドを取っていただく。トレンドを取っていく重要性があるものもあると思っていますので、そこはめり張りをつけて一緒に検討させていただければと思っています。

あとは、かなりセンターと東京都、それから東京都が集計した後も厚労省さんとのやり取りというか、エラーについて、ミスのところをお互いに直していくという作業に非常に追われているところがございますので、定義を明確にしていくというのは非常に大きいかなと思います。そこは現場のお声も聞き取っていただきながら、都としてもサポートさせていただきますので、国としても何か分かりやすいものをつくっていただけるとありがたいと思っています。

やり取りだけでも減ると大分楽になるかなというのと、クラウド化されるといいところは、データを瞬時に把握できて、こちらとして東京都の、例えばクロス集計や、この圏域はどうかとか、そういう分析もできていくかなと思います。必要な資源が何かないかなとか、あるいは、うまくいっているところは、そのセンターさんに状況を聞いて、ほかのセ

ンターに好事例を展開するとか、さらに機能的になっていくのかなと思っていますので、センターの負担を軽減しつつ、できるところをもっと工夫してやっていきたいと思っています。説明になっていますかね。以上です。

栗田 よく分かりました。東京都のことはよく知っているのですが、どう扱うか知っているのですけれども、後半のところは確かに国とのやり取りの中で、今までのエクセルファイルを送るというやり方をすると、それを国が確認するまでにまず時間がかかるのです。物すごい時間がかかって、やり取りするのも大分後になってからやり取りしなければいけないということになるので、その負担も確かに大きいですね。クラウド化しておく、まず瞬時に分かるということになって、いろいろな仕組みで変な数値を入れないようにとかもできるので、ありがとうございます。その辺のところも対応できるかと思えます。

井藤先生、何かありますか。東京都のことで、井藤先生の認知症支援推進センターというのは、東京都全域の認知症疾患医療センターのクオリティーコントロールもやらなければいけないところですので。

井藤 度々お話に出ているとおおり、あり得ない数値をどうやって扱っていくのかとか、見かけ上、数値が多いと目標が達成されているように見えるけれども、明らかに実情と違うというのを皆が分かっているのですが、一つはほかのセンターがどういう数値を出しているのか知る機会がなかったということもあると思うので、今回クラウド化されて入力するときに、うちはすぐ違うというのを入力する人たちが気づけるようになることで、少しコントロールされるのかなと期待しております。

栗田 そうですね。そういうことはありますね。同じ大都市の大阪市のほうでは、今どんな感じで使われているとか、新谷委員、いかがですか。

新谷 恐れ入ります。御説明いただきありがとうございます。大阪市では、こうして集計させていただいたものについては、定期的に認知症疾患医療センターの連携協議会で実績を共有して、大阪市の高齢者福祉専門分科会でも認知症施策部会というのがありまして、そこで報告して共有するという形を取らせてもらっています。その中で、主要な議論をするというところと言うと連携協議会の場になると思うのですけれども、これもどれだけ議論できているかという、どれだけかなと正直今思うと少し疑問に思うところがあります。

と思いましたが、先ほど栗田先生がおっしゃってましたとおおり、疾患医療センターは自治体の医療提供体制をつくるのが責務だと。一医療機関の状況を見ることだけが本来の目的ではないのだとおっしゃってましたので、そういった観点も思いますと、各

疾患医療センターの実績報告を受けて、そこで突き合わせることができるのですけれども、大阪市全体としてどうなのかということまで見ると、もう少し違った数字もあって、総合的に見ないといけないのだろうなとは思いました。その視点を持って見るということが、分析するという立場でできていたかどうかという、そこは見直さないといけないなと思ったところです。

一方、どう使うかということですが、大阪市の中でも実施主体が様々でありまして、ただ相談件数を取るにしても、かなり差があります。3,000 件も相談を受けているところもあれば、その半分、もしくはそれ以下のところもあるということがありまして、いつも実施主体ごとの違いが大きいので、どう見ていいのかということが何とも、それ以上議論ができなくなってしまうところもありまして、そこは議論が深まっていかない側面の一つかなと思うのです。

そこは一つの基準を示していただくということがあればありがたいと思うところでもありますけれども、なかなかいろいろな実施主体があって、その自由さというか、各現場に任されてやっているところもあると思います。どこまで厳密に線を引いて基準を明らかにできるのかというのは難しいのかもしれないですが、やはり数値を取る以上は何を目的に取るのかということがあってのものだと思いますので、この数値を取る目的を持った上で、どういう数字を出してほしいというふうに出すのかというのは、今回の検討の一つの観点なのかなとは思ったところです。

栗田 ありがとうございます。年間 3,000 件という診断件数のことをおっしゃっているので、どういうことかという、私はこの仕事をもう 30 年以上やっているから分かるのですけれども、3000 人の新患患者を診るとするのは、週 5 日稼働で 1 日 15 人の新患を診て認知症関連疾患の診断をしているということになるので、それが本当に可能なのかという数値なのです。レセプトであればいけるのでしょうか。

新谷 私の申し上げた 3,000 件というのは相談件数のほうです。診断はそんなにいいです。

栗田 分かりました。相談ならあり得ますね。ありがとうございます。中西先生、何かございますか。

中西 ありがとうございます。いろいろな先生方の御意見を拝聴していて、本当にそのとおりだなと思っていて、やはり先ほど申しましたように、入力基準というものを今回きっちりつくっていくということは非常に重要で、日本に認知症をしっかりと鑑別し

ているデータというのは、この疾患医療センターのデータしかないというのが現状ですので、大切に育てなければいけないのかなと思っています。

先ほどの自治体でどう分析するか、ですけれども、他の都道府県、他の政令市の状況が分かるということが非常に重要だと思います。大阪市ですと、大阪市は非常に大きな都市ですけれども、近隣に同じような政令市はないわけですので、例えば関東のほうでどうなのかとか、そういうことがよく分かるということは、自治体側にとっても重要なことではないかなと思います。

もう一つの点は、先ほど江澤先生からいろいろ医療に関する情報のお話がありましたけれども、この事業を管轄しているのが福祉系の部署になりますので、なかなか医療計画との整合性や医療の実態との関係性というのが分からないのです。ずっと福祉を担っている方々に、では、この病院の個々の実態についてでも、どう考えていいのかよく分からないというのは本当のところだと思いますので、そういう意味で今回こういうシステムができたなら、それを医療担当の部署にも情報提供しやすくなるのかなと考えたりしておりました。以上です。

栗田 ありがとうございます。そのとおりでございまして、これは厚労省から全部、縦割りですけれども福祉系ですよ。ありがとうございます。

石田委員、愛知県ではどんな感じで使われていますでしょうか。

石田 ありがとうございます。先ほどの実績の推移をお聞きして、いろいろな活用が実際はできるのだなというのは、すごく分かりました。実際、愛知県では国の実績報告の項目全部ではないのですけれども、これを参考にして、県独自でセンターの事業評価を毎年やっておりまして、その事業評価の項目にこちらの項目を使っている部分もあります。センターごとに評価委員会という委員の先生方に評価をしていただいて、センターの自己評価も含めて、それをまとめてセンターにフィードバックを毎年しているという、それでは活用させていただいているのですけれども、愛知県全体としてという分析や、それを活用して地域全体の状況を確認していくところまではまだやれていないので、その辺りは今後の課題だと思いました。

栗田 ありがとうございます。愛知県も、東京もそうなのですが、基幹型というのは存在していないのですけれども、多分、武田先生のところは基幹型が期待されていると思うのですが、武田先生、いかがでしょうか。

武田 地域型でさせていただいていますけれども、今、愛知県さんにお話しいただいた

ほかに、若年性認知症の自立支援ネットワーク会議というのをやっています、そのワーキンググループで愛知県内の認知症疾患医療センターが集まって、いろいろとディスカッションするという会議をやって、それは非常によかったと思います。

あと、今日おまとめいただいた資料を見まして、非常に中身が濃くていいなと思ったのですが、どれかを省いていいと思うのはほとんどないと思いました。恐らく、先生が平成元年からされていた老人性痴呆疾患センターのときには、こういうものは報告する義務がなかったのですよね。

粟田 2項目ぐらいですね。結構適当な項目でした。何てことないような項目を2つだけ聞くみたいなのがあったですね。

武田 この事業報告が質を担保する上で重要な役割を果たしているのではないかなという印象は受けるのです。前に厚労科研でやられていたときは、鑑別診断数も年間100件とかでしたよね。それに比べると、すごくよくなっているなと思いますし、これは疾患医療センターの質の向上には、とても欠くべからざるものかなと考えます。地域におけるあれを考えた場合に、うちも精神科病床がないので地域型なのですけれども、そうしたときに精神科病院さんと連携してやっているのですが、これも評価するというか、あれがこの中にはないのです。ですので、本当に名ばかりになっているのか、きちんと連携して地域の身体科の病院と精神科の病院がうまく連携できているかどうかを評価できる状況になっていないようなことは、ちょっと気にはなっております。

本当に名ばかりになっていないだろうかという、連携の協議書の際にですね。ことだけになっていないだろうかということは大変気になって、やはり地域づくりということを考えた場合に、手前みそなのですが、うちは年間2回、地域の連携機関と話合いの場を持っていて、必ずしも認知症に限らず、統合失調症の人でも身体合併症になったらこちらで診るとか、そういった連携。逆にBPSDで非常に困った場合はお世話になったりしているのですけれども、そういった辺りによって、地域がきちんと認知症に対して、身体合併症についてもBPSDについてもカバーできるという体制が見えてくるようになっていだろうかということは気になりました。以上です。

粟田 先生、ちょっと聞きたいのですけれども、そういう連携の仕組みづくりというのは武田先生のところが中心になってつくのですか。

武田 これは愛知県というよりも、長寿医療センターのある地域で昔からやっている、疾患医療センターが設立されたときから精神科病院さんと定期的な会を持って、連携協議

会とは別にですね。連携協議会はいろいろな方が来られるので、本当に差しで話し合いをするというような会を。いろいろとうまく連携がいないところでクレームをいただいたりして。

粟田 分かりました。藤本先生のところもそういうことをなさっていましたよね。

藤本 やっていましたが、それから今度の連携の件で、疾患センターがうちの保健所圏域にある4か所と連携しなければいけないというのを各病院に言って、後輩のレベルの人たちですから「連携しないとやばいよ」みたいにちょっと脅かして、先生の連携の協議書も使って連携を結んで、時々連絡を取り合ったのです。そうすると各病院の中がよく分かるので、これはきっかけに。なかなか大きな病院に診療所が入っていきませんので、一応疾患センターとして把握しなければ駄目とか、しなければそっちもやばいですよみたいな話をする、やり取りが割とスムーズで、これはいいチャンスかなと。つながらなければいけないという法的な縛りができたので、それを使えば、それまでフリーでやってきたつながりもいいのですけれども、大きな病院はなかなかつながってもらえませんが、これを利用すれば疾患センターから歩み寄っていけるみたいに思っています。

粟田 ありがとうございます。三宅委員にお聞きしたいのですけれども、今日のこの検討委員会の中で、基幹型の認知症疾患医療センターがしっかりあるのは、この委員会の中では茨城県だけかなと思うのですが、基幹型認知症疾患医療センターは一応県と共同して、圏域の認知症疾患医療センターの質の管理を一緒にやっていくという責務があると実施要綱にも書いてあるのですけれども、茨城県はどんな感じでなさっているのかお聞きしたいなと思って。

三宅 今日は基幹型の新井先生が出席しておりませんが、レカネマブ導入のときには筑波大が率先して、県で初期投与の施設を早く公表すべきだろうということで協力いただいて、逆に新井先生が強くプッシュされまして、県としてもできるだけ早く公表しようということで、初期投与の医療機関に対して、筑波大の情報を基に県で調査して、それからかかりつけの先生も認知症についてなかなか分からないところもあるだろうということで、県の医師会と筑波大と茨城県で共同して、公表前に研究会を開催しています。新井先生にそこで講演いただいて、認知症を分かりやすく講義してもらったということで、スムーズな公表を国内では早い段階で、今年の7月31日に公表したということで、割と国内では早い段階で公表したということでもあります。

そういうところを見ても、継続投与の施設・機関以外では12の地域型がありますけれど

も、そういうところに積極的に継続投与を呼びかけて勉強会等もやっております、やはり足並みをそろえて県内の各医療圏でも同じレベルの医療提供をしていこうということで、県と協力してやっている状況でございます。

栗田 ありがとうございます。恐らく、基幹型に求められている役割はそういうことで、県全域の認知症医療提供体制を確保していくために、県にいろいろと助言などしながらやっていくという、そういうセンターを設置すべきではないかという議論を、随分この検討委員会の中でもしてまいりましたけれども、茨城県は一つのモデルかなと思っています。ありがとうございます。

あとは北海道ですが、北海道は非常に特殊なやり方でこれまでやってきたということで、内海先生からいろいろ聞いていますが、北海道は認知症疾患医療センターの実績をどのように取扱っているのか、新川委員にお教えいただきたいと思うのですが。

新川 北海道でございます。これまで議論がありましたけれども、入力、質のコントロールといったところも重要なのですが、役所側としてはアセットをどれぐらい有効に活用していくかといったところが重要だと思っております、北海道は広域ですので、全ての二次医療圏で提供体制が整っているわけではありません。今プロモーションしているところなのですが、全体的な相場観というか、メルクマールをしっかりとレポートというか、今回見せていただいたようなレポートとしてお見せしていくことで、認知症疾患医療センターというのはこういうものだということで、理解が得られるのではないかと考えております。ただ、担っていただいている医療機関にとっても、こういったレポートとして返していくことで、すごく参考になるのではないかと考えております。

栗田 ありがとうございます。大辻委員、何かございますか。

大辻 北海道はなかなか認知症疾患医療センターが増えなくて、たしか今や全国で各都道府県別に分けたときに、一番設置率が低いではなかったかなと思うのですが、なかなか増えません。新川さんがおっしゃったとおり、何とか増やしたいと道庁も頑張っているんですけども、片や同じ町に3か所もあるとか、電車1本で隣に渡ったらセンターがあるみたいな、適材適所にはなっていないという現実もあって、必要などころになくて過密になっているところもあるというのが現実です。

北海道だけ見て数字が出てきたときに、何か比べるものは本当にあるのだろうかという一方では疑問もあるのですが、私個人としては出てきた数字ばかりではなくて、例えば診断後支援機能として具体的にどんなことをやっているかとか、研修会を1本やった

ときにどんな先生を呼んでどんな反響があったとか、そういったところを共有したいなと思っているのです。そのことによってお互い質を上げていこうというふうに持っていかないと考えていました。

栗田 ありがとうございます。北海道は面積が広大で人口密度は極端に低いというところがありますから、なかなか認知症疾患医療センターで医療提供するのは難しいという現実があるので、これをどうやってそれなりに確保していくか。要するに医療提供体制をつくっていくかというのが、これは北海道の大変大きな課題だと思うのですが、それに対して認知症疾患医療センターが様々なアイデアを出しながら一緒に考えるというふうにしていけると、本来のこの事業の目的に沿っているのかなという感じがいたしますね。ありがとうございました。

本当に皆さん深いいろいろな意見をいただいてありがとうございます。ほかに付け加えて御発言したいことがあれば、御自由に御発言いただければと思います。淵野委員、どうぞ。

淵野 やはり MCI が医療の対象になったということが大変大きな問題です。問題ということはない、いいことなのですけれども、認知症疾患医療センターをつくったとか、いろいろときには MCI のことなんか全然考えてもなくて、認知症の疾患診療ガイドラインを神経学会なんかもいっばいつくっていますけれども、MCI は医療でない、除外と。それがやはり抗アミロイド β 抗体薬が出てきたことによって医療の仲間入りをしてしまった。そうすると、診断後支援の方々というのは介護保険にかからない。これは認知症疾患センターだけではなくて、医療の中でこの超早期の人たちの対応を考えていかないと、これはまずいだろうと思うのですが、この辺どうなのでしょう。

栗田 まさにそのとおりであって、MCI の問題が医療サービスの中に入ってきたもので、それに対してどう医療提供体制をつくっていくかということは、圏域ごとに考えていかなければいけないテーマになったのです。特に過疎地域なんていうのは本当にそれどころではないという状況の中で、日本全国均等に考えなければいけないからどうするかという話になってくるのですが、これは認知症疾患医療センターだけで考えるのは不可能ですので、認知症疾患医療センターと共にそれぞれの圏域をどうしていけばいいのだろうかということ、都道府県・指定都市の責務として考えていくというのが、この認知症疾患医療センター運営事業の新たな課題でもあるということかと思えます。

この間、日本精神科病院協会でそんな話をさせていただいたかと思うのですが、まさに

MCI 問題で新たな時代がやってきたということでございます。この検討委員会の中でもせっかくなのでいろいろ議論していただいて、もし提言できることがあれば提言してもいいかなと思っておりますので、引き続き渕野先生、よろしく御助言いただければと思います。

渕野 よろしくお願いたします。

栗田 ありがとうございます。ほかに何かございますか。よろしいでしょうか。本日の検討委員会はこれで終わりにさせていただきまして、今日の検討委員会の皆さんの御意見を反映させた形で、早速調査を始める方向で準備させていただきたいと思っております。

確認ですが、インセンティブはなしという方向で調査を進めるということにしたいと思っております。

それでは、これをもちまして本日の委員会は終了とさせていただきたいと思っております。

皆さん、長い時間どうもありがとうございました。

(了)

巻末資料 4

第 2 回検討委員会議事録

1. 厚生労働省挨拶

栗田 では、予定のメンバーが全てそろいましたので、第2回の老健事業84の検討委員会を始めさせていただきます。最初に、厚生労働省から御挨拶をいただければと思いますが、吉松さん、お願いしてよろしいですか。江川先生の顔が端に見えました。すみません。江川先生、お願いいたします。

江川 皆様、大変お忙しい中ありがとうございます。厚生労働省老健局の認知症施策地域介護推進課の江川と申します、よろしく申し上げます。本事業の第2回の会議ということで、第1回会議に引き続いて、御協力いただいている各自治体の担当者の方に、このクラウドシステムに実際入力いただいて、その感触とアンケート調査の結果ということで期待しております。KPIの数値等も鑑別診断の件数等も、こういったクラウドシステムを介して、集計することになるかと思っておりますので、今回も非常に重要な会議になるかと思いますが、引き続き御尽力のほど、よろしくお願いいたします。

2. 事業概要について

【資料2】

栗田 江川先生、どうもありがとうございます。

まず皆さん、本当にこのたびの調査に御協力を頂きまして、ありがとうございます。大変意味のある重要な結果が得られました。進捗等については後ほどお話しさせていただくのですが、最初に復習ということで、今回の調査研究の目的や流れを改めて私から説明させていただければと思います。データを共有いたします。これで説明させていただきます。

今回は、認知症疾患医療センター運営事業実績報告のクラウドシステムの在り方の調査研究ということで書いてあるのですが、一応復習ということでお話しさせていただきます。認知症疾患医療センターは2008年に発足したのですが、事業の質の確保

という観点から毎年、前年度分 1 年間の実績を、各センターが所定の様式を用いて都道府県・指定都市に報告して、都道府県・指定都市がこれを取りまとめて、国に提出するというようにしてきました。現在の様式は 2016 年度の老健事業でつくったものですが、もともとこれは紙媒体で報告していたために、データの入力作業から収集、集計、分析に至るまでに大変な時間を要したということで、2021 年度の老健事業において、各センターが所定の様式の Excel ファイルにデータを入力して、これを都道府県・指定都市が収集して、ファイルを結合させて国に提出する方式が取られるようになったという経緯があります。

ところが、これによって確かに集計のためのデータ入力の労力はなくなりましたが、このプロセスの間に多くの問題が起こるということが分かりまして、典型的なものは誤入力とか、様式の勝手な変更とか、都道府県・指定都市レベルでファイル結合作業の手間と作業の失敗と、それから国レベルでのデータセットの作成、集計作業に非常に時間がかかって効率が悪いと。さらにデータクリーニングのプロセスがないために、データの信頼性が非常に悪いということがありましたので、この問題を克服するために、2024 年度の老健事業において、各センターがクラウドシステムに直接データを入力して、都道府県・指定都市・国が直接システム上でデータを閲覧できるようにするとともに、その段階で CSV ファイルを、自動的に作成するシステムのプロトタイプを開発しました。2025 年度老健事業では、このシステムの実用性を評価するために、実際に使っていただいて、いろいろ御意見をいただいて、改良版をつくっていただくということでございます。

これが説明でございまして、2 つの委員会とワーキンググループをつくって、進めているということでございます。スケジュールですが、一次調査を 10 月の時点で終了いたしましたして、その後、幾つかのところヒアリングをしながら同時に業者に委託して、クラウドシステム改良版の開発を進めているところです。それと同時に、昨年度の事業実績報告書は例年どおり現在集計・分析、そして報告書作成を進めております。ということで、おおむね予定どおり進んでいるということでございます。

これが委員で、これがワーキンググループであります。これは調査方法をいろいろ書きましたけれど、簡単に言いますと、4 つの自治体で、都道府県・指定都市経由で、その圏域の認知症疾患医療センターに、データ入力のマニュアルや協力依頼や、アンケート調査のをお願いしていただいたということがございます。それと同時に、都道府県・指定都市の方にもデータ閲覧してもらったり、CSV をダウンロードしてもらったり、

その感触をアンケートで答えてもらったりということをやっております。

以上でございますが、ここからはこの作業を私どもの研究所で担当してくれた森澤から、実際のアンケート調査の結果と、それを踏まえて、今、株式会社ダイナコムと連携しながら、クラウドシステムの改良版の作成を、進めているところでございますので、経緯などについて説明していただこうと思います。今日はこれがメインなので、少し丁寧に説明していただければと思います。よろしく申し上げます。

3. 調査結果とクラウドシステム開発の進捗状況について

【資料 3】【資料 4】【資料 5】【資料 6】

森澤 まず情報の共有からさせていただこうと思います。認知症介護研究・研修東京センターの森澤です、よろしくお願ひいたします。プロトタイプシステム利用のアンケート結果、及び認知症介護研究・研修東京センターの栗田先生と川端先生、森澤とともに、改良をお願いすることになった業者の、株式会社ダイナコムとの間で検討した、プロトタイプシステムの改良方針について説明いたします。画面を共有したのは、配布資料 3 のアンケート結果概要と 4 件法アンケートになります。1 枚目にスライドの表題がありまして、2 枚目に目的・対象・調査方法を記載しております。

目的については重複しますが、認知症疾患医療センターの運営事業の報告書の様式は、2017 年度分の実績報告から活用しているものですが、データの入力・収集・提出・集計作業に多くの手間がかかり、入力ミスなどのヒューマンエラーも目立ちます。2024 年度の老健事業において、データ入力の収集・提出・CSV ファイルを、一元的に行えるクラウドシステムのプロトタイプを開発しました。本調査は、このシステムを認知症医療センター及び都道府県・指定都市担当者に実際に使用していただいて、実用性について御意見を頂くとともに、それを踏まえた改良版のシステムを、開発することを目的としています。

対象は、調査に御協力いただける認知症疾患医療センター担当者、都道府県・指定都市担当者です。認知症疾患医療センター担当者に対する調査方法は、マニュアルを参照していただき、試験用のログイン ID、パスワードを申請していただきます。令和 6 年度の認知症疾患医療センターの実績を、システムに入力することをお願いして、その後、Web アンケートの回答方法を参照して、アンケートの回答をお願いしております。また、

都道府県・指定都市担当者に対する調査方法は、マニュアルを参照し、試験用のログインID・パスワードを申請していただき、各センターが入力した令和6年度の実績データを確認・登録するとともに、CSV ファイルをダウンロードしていただくことをお願いして、その他、グラフ機能などについても活用をお願いしております。その後、Web アンケートの回答方法を参照していただき、アンケートの回答をお願いしております。

3 ページ目に、アンケート調査の回答率を記載しております。運営事業報告の提出状況については、北海道が81%、東京都が96%、茨城県が92%、愛知県が100%、大阪府が50%で全体が91%になっております。アンケートの回答状況については、北海道が77%、東京都が94%、茨城県が77%、愛知県が100%、大阪府が50%、全体は87%です。全体で94件のアンケートの回答を頂きました。ありがとうございました。全体の半分以上は、49件が東京都の認知症疾患医療センターによる回答ということで、回答の分析としては、東京都における運用の影響も受けている可能性もあります。さらに都道府県担当者のアンケート回答率は、5都道府県をお願いして5件で、全て100%の回答を頂いておりまして、東京都については、さらに担当者4名がアンケート回答をしてくださり、全体として8件のアンケート内容を集計しております。

3 ページ目以降に、4 件法アンケート調査の結果を、円グラフで記載しております。認知症疾患医療センター担当者によるアンケートでは、クラウドシステムのトップ画面の見やすさ・デザイン、また操作のしやすさについては、「とてもよい」と「よい」を合わせると80%を超えています。さらにログイン情報の申請については、画面の見やすさ・デザイン、また操作のしやすさについて「とてもよい」と「よい」を合わせると80%を超えています。ただ、報告データの入力・修正については、画面の見やすさ・デザイン、操作のしやすさは、「とてもよい」と「よい」を合わせると70%を下回っています。修正のしやすさは70%を超えています。マニュアルについては、見やすさ・デザイン、分かりやすさについては、「とてもよい」「よい」を合わせると80%を超えています。システムのセキュリティーについては、「とても安心」と「安心」を合わせると75%を超えていますが、「やや不安」と「不安」が25%もあると評価できます。トラブルやエラーが発生しましたか、については、発生したと回答したのが18%です。その多くがエンターキーを押したら、保存完了の画面になってしまったという内容で、後で説明しますが、プログラム修正で対応を行いたいと考えております。

次に、都道府県の担当者においてアンケートの結果を御説明いたします。回答は8件

ですので、1 件が25%という感じになってしまうのですが、考慮の上ご確認願います。全体的に「とてもよい」と「よい」を合わせた数字が、認知症疾患医療センター担当者によるアンケートよりも高いです。ログイン情報の申請の見やすさ・デザインのところに2 だけが入っていますが、25%の間違いで、修正版が送れたら皆さんに送りたいと思っています。ただその中で、報告データの確認操作のしやすさについては、「あまりよくない」が38%もありまして目立っております。現状においては、報告データの保存が完了した後、他の認知症疾患医療センターの運営報告データを確認したいときに、毎回IDとパスワードを入力する必要があることから、この評価になっている可能性が高いので、後で説明しますが、プログラム修正で対応を行いたいと考えております。4 件法のアンケート結果については以上になります。

続けて次のファイルの、アンケート結果の自由記述の画面を共有させていただきます。アンケート結果の自由記述のうち、重複している内容をまとめた項目は、全部で116 個ありました。そのうち改良を実施する項目42 項目と、改良を行わない理由を記載した8 項目、検討委員会でちょっと検討していただきたいと思っている4 項目を合わせて、54 項目を本資料にお示ししております。残りの項目も、配布の資料5 アンケート結果詳細に記載しております。

この画面の項目には通し番号をつけて、事務局で、改良の優先度で二重丸、丸、三角、バツ、ハイフンをつけております。要望項目と優先度について、改良をお願いする業者の株式会社ダイナコムに見ていただき、改良の実施の欄に改良するかどうかを記入していただきました。ただ、二重丸と丸のみを改良するにしても、ちょっと予算オーバーしてしまうということで、一部認知症介護研究・研修東京センターでも、改良を実施する項目を入れまして、改良の実施を示した資料では、改良の有無の欄に丸をつけております。

株式会社ダイナコムという会社は、バイオインフォマティクス関連のシステム開発や、遺伝子検査などのデータ処理受託、そして Web システム開発などを行っている会社です。統計計算ソフトウェアの開発実績もあることから、本クラウドシステムの改良には、Web システムと合わせて適切な業者であると考えております。

54 項目の全てを解説すると時間が足りないので、ピックアップして説明することをお許してください。最後のほうで、説明が終わりましたら御要望等をお聞かせください。

まず、2 番目の項目は先ほどの、エンターキーを押したら保存完了画面になってしま

ったので、改良してほしいという要望です。2 番目の項目ですけれども、エンターキーを押しても何も起きないような改良を実施いたします。3 番目の項目は、PC、E メールアドレスともに個人用ではなく、部署ごとにあるだけなので、対応しきれないという内容になっております。個人の名前以外に部署の名前でも、ログイン情報の申請を認める運用に変更し、マニュアルを修正いたします。クラウドシステムにおいて、同じアドレスを複数の人が利用する場合の注意点も、マニュアルに記載を追加いたします。

5 番目の項目は、入力画面のデザイン等に関する要望です。認知症疾患医療センター担当者の、報告データの入力しやすさの「あまりよくない」と「よくない」を合わせると 44%になっている主要な原因は、デザインがよくないという感じで原因になっているようです。プログラム作業量が多い修正になりますが、ダイナコムという業者に改良をお願いすることになっております。6 番目の項目は、入力時に一々全角・半角の切替えをしなくてもすむようにしてほしいという内容です。主に数字入力の場合でこの不具合を感じられるようで、数字入力の場合は、全角入力した内容は全て強制的に半角に変更して保存するという修正をいたします。

7 番目の項目は、元データから自動的に反映されて、入力項目が少ないほうがよいという内容で、この要望に対しては、前年度と同じ ID の場合は同じパスワードでログインすることを可能にし、前年度データの基本情報等を引き継ぐ改良を行います。全ての情報を引き継ぐと、修正忘れが発生する可能性がありますので、基本情報だけにしたいと思いますが、どこまでが基本情報になるかについては、御助言等があればよろしくお願いいたします。8 番目の項目は、途中保存すると再度ログインしなければいけないのが不便、念のために保存しておきたいだけなのでロスになるという内容で、ID とパスワードを入力せずに、登録修正画面に戻れるように改良いたします。

この後は全部改良するという項目なので、ちょっと飛ばしていきまして、18 番目の項目は、これまでどおり四半期ごとの報告をするという想定と当センターでの集計方法を踏まえ以下気になった点になりますとあるのですが、東京都の集計方式を踏まえた要望となっているようです。18 番目の項目の要望の最後の行に、これまで使用してきた運営事業実績報告書 Excel データを、アップロードすることで自動集計される機能を要望された内容です。要望どおり Excel ファイルを用いる機能を追加すると、従来と同じようにファイルに電子メールで送付する方法も、併用させてほしいと要望されてしまう可能性があります。そうすると、取りまとめ作業が増加してしまうことが懸念されます。ま

た、Excel ファイルを用いたシステムは、バグが発生することが多く、修正することも困難が多いので、これに関しては、機能追加の改良を見送らせていただきたいと思います。

19・20・21 番目の項目は、検討委員会に優先度等について確認させていただきたい項目になります。相談元の内訳について「その他」があるほうがよい。受診後の情報提供について「オレンジチーム」もあるほうがよい。構成員の職種が多いため、行数を増やせると助かります。相談対応の件数入力画面に、氏名の項目があるが必要か。相談件数と関連機関、連携先だけでいいのではないかと、なっております。具体的にどのような項目を追加、削減すべきが、御助言を頂きますとありがたいです。

マニュアルに関する項目は、その多くについて改良実施いたします。31 番目の項目は、配布されたパスワードを利用開始するが、初回ログオン時に変更がない点になります。この項目については、要望が 1 件だけだったということと、これをやると改良した場合に、登録者にひと手間増えるということを考えて、機能追加については改良を見送らせてください。

次に 34 番目の項目は、過去に発表された認知症疾患医療センターに関する老健事業の報告資料のほか、今後老健事業で発表される資料など、様々な情報をこのページのどこかに集積いただけると、自治体担当者としても、センターの担当者としてもとてもありがたいと思います、という内容になっております。認知症疾患医療センターのポータルサイトというような役割で、サイト構築ができればということで、改良を行いたいと思っております。

36 番目の項目は、病院の報告を確認し、最下部の「都道府県等担当者画面に戻ります」をクリックすると最初のトップ画面に戻ってほしい。再度 ID 等を入力しないと行けないため、やや手間を感じました。医療機関一覧に戻ったり、一度ログイン後はログアウトするまで維持できたりすると便利かなと思います、なっております。対応としては、ログインした画面を作成して、その画面に戻る機能や、医療機関一覧画面に戻る機能を作成して改良いたします。

41 番目の項目は、センターが、入力途中に一時保存したのも閲覧できてしまうため、入力途中なのかが分かりません。センターが県への入力送信するまで、県側では閲覧できないほうがすっきりするかと思います、というような要望になっております。この改良方法として、医療センター担当者が入力する項目の中に、登録完了という項目や、自

動判断による未入力なしの新規項目を作成しても、登録完了フラグの登録を忘れるとか、未入力なしになっても、最終的な確認が足りていないなどの修正の必要がある場合が発生しますので、問題が残ってしまうと思われます。そのため、機能追加の改良を見送らせていただきたいと思います。

48番目の項目は、グラフでの経年比較の機能なども入れてほしい、という内容になります。この要望に対しては、自治体内での平均値と中央値の経年変化を、グラフ化する改良を行いたいと思っております。50番目の項目は、都道府県担当者の要望項目ではないかもしれませんが、検討委員会で御確認いただければという項目になります。実績報告の項目の、自院におけるアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬にかかる治療の実施や連携の回答項目について、初期投与及び継続投与の場合は、初期投与を選択することになっているが、実際は初期投与のみ、継続投与のみ、初期・継続両方の内容で各センターには確認し、会議やセンター指定更新審査等の資料として作成しています。回答項目の検討をしていただけるとよいという要望になっていまして、ちょっとこの項目については、検討委員会で御確認いただいて、御助言いただければと思っております。

51番目の項目は、Basic認証を、認知症疾患医療センター担当者画面及び都道府県担当者画面にも設定するという内容になっておりまして、事務局要望になるのですが、業者の助言もあり、手間が増えてしまうのですが、セキュリティ向上のために、よければトップ画面のアクセスに、全センターと全都道府県共通のIDとパスワードを、追加させていただきたいと考えております。54番目の項目は、実績登録の項目のうち、2から10個の項目を削除するという内容になっておりまして、これも事務局要望ですが、検討委員会等で要望の優先度を確認した項目で、削除や追加について要望があった場合には、その改良を行いたいと思っております。

配布している資料4の説明は以上になりまして、配布している資料5のアンケート結果詳細においては、個人情報削除したアンケート回答の生データや、株式会社ダイナムと、認知症介護研究・研修東京センターの役割分担みたいなものについても、詳細を記載しております。説明は割愛させていただきますようお願いいたします。森澤からの説明は以上になります。

4. 討議

栗田 森澤さん、どうもありがとうございました。事務的なことを先にやろうと思うのですが、検討委員会で検討してもらいたいという質問の中の的外れのものがあったので確認しておきたいのですが、21番を見ていただけますか。21番に、相談対応の件数入力画面に氏名の項目があるが必要か、相談件数と関連機関、連携先だけでいいのではないかと、ということですが、今、私が様式を見て確認しているのですが、氏名を書く欄というものは見当たらないですね。相談件数と相談元の内訳があって、そこに件数を書くのですが、この氏名というのは何を言っているかが分からないということがございますので、何か間違っているのではないかと思います。様式を今共有してもいいのですが、後で共有することにして、19番の相談元の内訳について、「その他」があるといいということで、これは確かに技術的には全然難しくはないと思っております、よろしいかなど。また、構成員と言っているのは、医師以外の配置のことを言っているのかもしれませんが、後でたくさんつくると大変なのかという感じがするのですが、社会福祉士と精神保健福祉士とその他というのがあって、その他の職種が2つだけ、その他で入れられるのは2つだけということなので、確かにトータルで入れようとしても、その他に2人しか入らないので、ここを増やせということかもしれないのですが、技術的には難しくはないのかなという感じがしております。あと下に50番。これは皆さんに議論していただきたいですが、言っていることはよく分かります。ということで、先に私から様式を共有しますので、今の18・19・20辺りは簡単なことなので、そこだけ共有した上で議論したいと思っております。森澤さん、ありがとうございました。

では、私のほうで様式の共有をいたします。Excelファイルで共有されているのですが、ざっと入力するところはこんな感じですが、今言った相談のところというのは、ここにある「相談件数」のところですが、皆さん見えますか。「相談件数」というところに電話・オンライン・面接・その他訪問の件数と、それから相談元の内訳で件数を書くようになっているのですが、ここに氏名を書く欄はどこにもないので、21番はちょっとよく分からないという感じがですね。確かにここに「その他」を加えるのは、それほど難しい問題ではないので、対応できないことはないと思っております。また、相談元はともかくとして、受診後の情報提供というところで、先ほどのチームオレンジを入れてくれないかというところですが、入れてもいいかもしれないですね。そのようなことで、

今の 18・19・20 に関しては、技術的にはそんな難しいことではない。21 はちょっと変だと。

あと、抗 Aβ 抗体薬については、Excel ファイルの 20 行のところにあるのですが、皆さんの資料でも参考資料 3 辺りにあるのですが、確かに自院における抗 Aβ 抗体薬にかかる治療をやっているかということで、初回治療をやっている場合に入れてほしいということは、たしかどこかに教示が書いてあります。ということで、確かに初回治療をやっているところと、初回治療と継続医療をやっているところと、継続医療だけをやっていところがあるので、初回治療をやっているかということと、継続医療をやっているかという 2 つをつくっておけば、両方に丸をつければ両方やっていることになるし、継続治療しかやっていないときは、そこだけ丸をつけることになるので、もっともだという感じがいたしました。

皆さんのお手元にも参考資料 2 に様式がございますので、それを見ながらディスカッションできればいいと思うのですが、森澤さんの説明は非常に盛りだくさんで、どこから議論するのかということも難しいところがありますが、何か気づいたことがありますたら御質問なり御意見を言っていただければと思います。中西先生、どうぞ。

中西 大阪の中西です。多分 19 番のオレンジチームというのは、大阪市が書いていて、大阪市の病院が書いていると思うのです。実は、チームオレンジができる前に、初期集中のことをうちでオレンジチームと言っているのです、だから、多分初期集中を入れてほしいという意味だと思います。

栗田 了解しました。そうすると、初期集中支援チームだと相談先ではなくて、つなぎ先ではなくて、きっと相談元ですよ。

中西 はい、だから初期集中からの依頼が結構あるので、それを入れてくれと言っているのだと思います。

栗田 了解しました。これはたしか入っていなかったのですね。もう 1 回見てみます。相談元のほうに、確かにないですね。初期集中支援チームはないですね。

中西 大阪市の書式には出しているのです。

栗田 分かりました。何か、チームオレンジというのがすごくややこしいですね。

中西 すみません、多分彼らは、それが本名だと思い込んでいるのだと思います。

よろしくお願いします。あったほうがいいような気がしています。

栗田 そういう細かいところは、多分対応できると思います。ありがとうございます

た。ほかに何か細かい御意見とかはございますか。

それでは私から、議論しなければいけないことが 1 つあるので先に言おうかと思いますが、実は今日、並木さんがいないのですが、東京都は 4 期に分けて、Excel ファイルを年 4 回提出するというやり方をしているのですね。最後は、たしか 1 年分を Excel ファイルで報告するという形だったと思います。ということで、皆が Excel ファイルを年 4 回つくって送るというやり方をしているのです、ただ入力するというやり方だと、1 つはそれに対応できないということと、Excel ファイルをいろいろな部署で分担して、記入して送るというやり方を長年やっているのです、その方式に慣れているということと、もしこれをやると、Excel ファイルから結局転記しなければいけないことになるので、むしろ手間になるというようなことがあって、東京都の認知症疾患医療センター側からは、先ほどのような要望が出ているということです。

東京都にとっては、Excel ファイルに入力してもらえれば一番楽だろうと思うのですが、各センターのやり方としてそうしてもらえないかという意見が出ているということで、確かにローカルな様々なやり方があるかと思うので、並木さんが今日は不在なので意見は聞けないのですが、ほかの自治体で、今まで Excel ファイルで提出してもらうというやり方をしていたのだけれども、直接クラウドに入力することによって生じる不便さ、あるいは問題があり得るのかどうか御意見を聞きたいと思ったのですが、今日は自治体の担当者が 4 人いらっしゃるのです、石田さんから何か御意見あれば。

石田 特にセンターからは何も聞いておりませんし、Excel ファイルではなくて、直接入力してもらったのを確認するというので、特に予想される問題は、今のところ愛知県としてはありません。

栗田 ありがとうございます。大阪市は何かございますか。

新谷 お答えいたします。大阪市は結果を見ても 50% になっていて、それについては、低くなって申し訳ないなと思っているところですけど、一方では、回答が低かったところは、連携型のほうだろうと思うのですね。基本的にはドクターの実務体制が、勤務医がいないところとかが、やはり難しかったのかなと思われます。だから、Excel だったら回答しやすい、クラウドだったら回答しやすい、そこはドクターだからどうかで、あまり明確ではありませんが、慣れというか、こういうクラウドのほうの方がやりやすいと思う人と、Excel のほうが日頃使うものとしては扱っている頻度が高いでしょうから、そういう違いはあるやもしれないなと思います。

栗田 なるほど。よく分かりました。ありがとうございます。茨城県の三宅さん、いかがでしょうか。

三宅 お世話になっております。茨城県も入力しづらいとか、そういうことは特段ございません。ちょっと茨城県から提案した内容で、先ほど保留というか対応は難しいだろうということでしたが、アンケート結果の 41 番のところで、こちらについて、センターからの意見として上がってきたので――センターではなくて県側ですね。県内の閲覧の部分で、入力した内容が一時保存のものかどうかというのが分からないということでした。ただ、これは実際に改良できるかどうかについては、もう回答も出ているのですけれども、いろいろな問題もあるということも分かりましたので、こういう点がもし今後大幅改良があるとするれば、可能になればもっと便利になるかなと思って書かせていただきました。以上です。よろしくをお願いします。

栗田 森澤さん、僕もこれはちょっと意味がよく分かっていなかったのですけれど、そもそも質問の内容がよく分かっていなかったのですけれど、これはどういうことなのか。

森澤 一旦画面を共有させていただきます。

41 番の項目ですけれども、センターが入力途中で一時保存したのも閲覧できてしまうため、入力漏れなのか、入力途中なのかが分かりませんという内容で、ここで、例えばセンター側に、入力が終わったときに、初めて入力完了というフラグを立てたとしても、それを入れ忘れるみたいなことが、今度は起きてしまうのではないかということがあって、それ以外に、全項目を入れたら入力完了であると自動判断してしまうと、修正途中であって、途中でも入力してしまっている可能性があるときに、入力完了フラグとして認識されてしまうかもしれないということで、センターが確実に入力を完了したというものを、どうやって都道府県にお伝えすればいいのかがよく分からなかったということです。システムとしてどういうアイデアがあるのか、ちょっと私もアイデアがなかったということです。

栗田 そういうことですか。でも、よく登録完了ボタンというものがありますよね。私も科研費関係でこういうことをやっていて、最後に登録完了というボタンを押すと、押してしまったという感じがあるのだけれど、そういうボタンが最後に大体あったりしますが、それがあると、かえってまずいだろうということがあるのでしょうか。

森澤 登録完了ボタンを入れ忘れてしまうと、登録完了しているのに、それが都道府

県側に伝わらなくなることになってしまうかと思うのですけれども。

栗田 例えば、登録完了しているかどうか、つまり登録完了のボタンを押しているかどうかということが、都道府県側に分かれば、そのセンターに登録完了していますかと、問い合わせることができるのではないですか。

森澤 では、その画面を見られて、登録完了フラグを見られて、それだけで十分だということならば、そのようなフラグを設けて、都道府県担当者用の画面で、そのようなフラグが見えるようにすることは可能ですので、改良を行います。それはあったほうがよろしいということでもよろしいですか。

栗田 そうですね。大体、何か直接データ入力というか、最近が一番仕事が多くて困っているのが、厚労科研費の登録等ですけれども、必ず最後に一時保存というボタンと登録完了というボタンが必ずあるので、あるのが普通なのかなと思ったのです。

森澤 では、そのような形で改良するようにいたします。その項目を設けるということで。その項目が都道府県担当者の画面でどのように見えるかについては、ちょっとこちらの判断で。

栗田 そうですね。ダイナコムさんと相談していただくということでいいと思います。三宅さん、そんな感じであれば、この質問に対する対応になりますか。

三宅 はい、ありがとうございます。県側で今どの段階かということが分かる、完了なのかということが分かれば、内容的に完了ではないなという点があれば、問い合わせることもできると思いますので、そういうフラグが出るということは、非常にありがたいと思いますので、よろしく願いいたします。

栗田 ありがとうございます。では、あともう 1 人、北海道の新川さん、よろしくお願いします。

新川 北海道でございます。今まで Excel で我々のほうでまとめていたときは、リアルタイムで提出状況とか、質が手元で分かっていたので、医療機関に、出ていないですよというようなインフォメーションがしやすかったのですけれども、今回はクラウド上で、我々も慣れていなかったもので、リアルタイムで進捗状況を把握するといったところが、ちょっと手薄になってしまって、100%まではコントリビューションができなかったところもあったとっております。クラウドから、例えば担当者に進捗状況のアラートとか、そういうものももしできるのであれば、我々だったり、あとセンター側の担当者が変わったときも、分かりやすいのかなと思いました。

栗田 つまり中央のシステムというか、データ管理センターでチェックしてもらえないかというような感じですか。新川さん。

新川 ちょっとそこまで行ってしまうと、またシステムにすごく投資しなければいけないかもしれないので、そこはマニュアルで補強するのか、システムなのか、ちょっと予算との兼ね合いなのかもしれないです。

栗田 了解しました。森澤さん、何かありますか。

森澤 ちょっと今の御意見を、改良の業者と相談はしてみます。いい解決案が、予算の範囲内でできるかどうかも含めて、御相談させていただければと思います。

栗田 ありがとうございます。主要な各自治体の担当の方から御意見をいただいたのですが、ほかに皆さん、自由にどんな切り口でも構いませんので、御発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。

江川 すみません、ありがとうございます。江川です。

栗田 江川先生、どうぞ。

江川 完了ボタンを押して、それが分かれば未完了も分かりますし、解除も自由にできるような形でやっていただいたらいいのかなと思いますので、またシステムのほうにお伝えいただければと思います。

森澤 分かりました。

栗田 そうですね。おっしゃるとおりです。ほかには何かございますか。新井先生、新井先生のところも医療機関が大きいので、データ入力するときは、分担してデータ入力ということになるかと思うのですが、それにあたって、もしシステムに直接入力することになった場合には、どういうやり方でやることになりますか。メールの登録とパスワードの登録は、複数の人間ができるようになりますが。

新井 すみません、今は基幹型も地域型も、各センターExcel でつくっていますけれど、それぞれの施設でクラウドに入れる、データ入力するわけではなくなるのですか。

栗田 いや、それぞれの施設で入れることになるのです。

新井 それぞれの施設で入れるのであれば、特にあまり問題はないかなと思っていたのですが。

栗田 私が気になったのは、対応できるかどうかは分かりませんが、今まで Excel で入れていたというのはいいこともあって、Excel をためておけば、後で縦断的な分析が1つの医療機関でできるという利点があります。ただしダイレクトでシステムに入力

したときに、そのデータを使って縦断的な評価をしようと1つの医療機関がやろうとしたときには、どういうふうにするのか私はピンとこなくて。例えば、ここに入力したデータを、1つの医療機関でも Excel ファイルのような形で吐き出すことができるのかということですが。

森澤 今の構成ですと、PDF 吐き出しという機能がありますので、PDF をお使いの Acrobat があれば Excel 保存ができますので。

栗田 そうですね、今は Excel に変換できますね。

森澤 PDF でパソコンに保存した内容を Excel 保存して、それを各年度で、Excel で持っておいていただければと思っているのです。

栗田 なるほど。確かに、Adobe Acrobat の機能がともしっかりしていれば、ちゃんと Excel に変換できるのかもしれないですね。やったことがないので、私は分かりませんが、そうですね。もしやるとすればそんな感じですかね。ありがとうございます。ほかに何か御質問・御意見はございますか。武田先生のところも大規模病院ですが、何かございますか。

武田 では、すみません。12件中12件なので、今回うちも答えているのではないかと思うのですが、私のところに話が来なかったのですね。去年のデータなので、多分もう担当者が気を利かして全部入力してくれて、それで終わってしまった可能性もあるなというところではあって、すみません、僕自身が進捗状況を把握できていなかったの、大変申し訳ありません。

栗田 優秀な部下がそろっているということですね。

武田 いやいや。けれども、大抵は毎年、先ほどの新井先生のところと一緒に、恐らく大抵去年はこういうふうには回答していますというものと一緒に、Excel が回って来ることが多かったのですね。回ってくるものは、Excel でなくても PDF でも構わないのですが、ただ、担当者がそれをやらないと、去年はどう答えたかというものは全然なしで、またさらに答えなくてはいけないところが出てくるかもしれない。多分皆さん、やり方は去年のものを参考にしつつ、今年のものを入れていくのではないかとこのところがあるので、それがマニュアルとしてあれば見えるようにしておいてもらおうと、皆も仕事しやすいのではないかなと思いました。

栗田 確かにそうですね。先ほどシステム上で基本情報だけでも、というものがあつたけれど、全体のデータが紙でも PDF でもいいので、何かあつたほうがいいですね。

ありがとうございます。数井先生、いかがですか。

数井 ありがとうございます。うちも Excel でしていて、多分これを使うときには、今も Excel があるのでそれに追加を、普通に書いていって、それをこれに転記するのではないかと思いますね。それは二度手間とも言えるので、今話題になっていますけれど、アンケートにありましたかね、CSV ファイルに落ちていくのだったら、そこからまた Excel にできると思うので、何か行ったり来たりすることができると思いますけれど、PDF が出てきたら、ちょっと大分手間だなとは感じますね。

栗田 そうですね。高知県全体のデータは CSV で出ますが、高知大学など一医療機関のデータは CSV というわけにはいかないのです。

数井 そうなのですね。それが出れば確かにいいとは思いますが、多分それぞれの施設で、Excel で整理しているものにまずは入れて、それを見ながら、これは Web がつながっていないと駄目なので、普通の Excel だったらセンター内のどのパソコンでもできますよね。でも、これは Web がつながっていないといけないので、そこには誰かが入力すると思います。

栗田 確かにそうですね。各センター単位で考えると、そういうことになる可能性が高いですね。高知県の場合は、数井先生のところ、高知県全体の認知症疾患医療センターの、毎年のデータの集計をしていますよね。先生のところから報告書が毎年届いておりますので。今回は県で全部自動的に CSV でデータセットをつくるようになります。

数井 ということですね。それは助かります。

栗田 それは楽だと思いますね。井藤先生、何かございますか。

井藤 Excel を使いなれた人たちが、これを使うことの最初の心理的な抵抗はもちろんあると思うのですが、Excel が最初評判よかったわけではないので、新しいシステムに移行して、それに慣れていく。それは疾患医療センターの職員も、その提出を受ける自治体も、新しいシステムに慣れていくということで、あまり前のものも使えるように、でも、新しいほうに移行していきたいという形を取り過ぎると、結局どちらにも慣れなくて、Excel が CSV ファイルに出せるということはいいと思うのですけれども、一度違う形式で出したままの設定にしてしまって、次の保存がうまくいかないとか、結局同じシステムで、同じ医療機関の中でもかなりたくさんの方が、自分の分を順番に入力していたりと思うので、これはこうですという、あまりそういうことはやらないのか

もしれないですけども、新しいほうに移行してしまうのもありかなと、私は思います。

栗田 井藤先生のところは、東京都の 52 の認知症疾患医療センターの元締めのようなところなので、今、東京都のデータは東京都で管理しているのですけれど、これができれば、東京都健康長寿医療センターは、東京都と一緒に基幹型と同じような機能になっているので、東京都全域のデータをいろいろと集計・分析する作業を、健康長寿でやるということが可能になるというか、非常に簡単になってくるので、そういう意味ではプラスになるかなと思います。ありがとうございました。

余計な話ですけど、電カルが入ってきたときは、井藤先生がまだ学生だったと思うのですけれども、電カルが入ってきたときは私が勤務していた某大学病院の精神科は、電カル大反対運動をしたという、医局を挙げて反対したという恥ずかしい歴史があるので、そうですね、新しいものが入ってくるのは、なかなか抵抗があるということはあるですね。ありがとうございます。

あと、藤本先生のところは携帯型なので、恐らく 1 人でやっているのではないかなと思います。

藤本 そうですね。担当が 1 人でやっています。

栗田 どうですか。別にシステムに入力するという方法と、Excel に入力して Excel データを送るという方法の、何ていうか、不便さ、利便さという点では何か問題がありますか。

藤本 どうですかね、自分でやっていないから。担当がやっているものですから。あまり変わらない。データの全体量がそんなに多くないものですから、大丈夫だと思いますけれども、ただ、毎年 1 回か 2 回、疾患医療センターが全部集まって連携協議会というので、全データを県庁が整理していろいろなデータを出すのです。だから、それも今やっていますから、新しいシステムになってもやるのだと思いますけれど、自分がやろうとしたことがないものですから、職員がまとめるのだと思います。

それと、それこそまだ県内では解決していない問題で、相談件数をどうあげるかみたいなことで、何を相談件数というか、まだあまりはっきりしていないのですよね。県のほうは、自分たちで考えなさいといつも言うのです。今度 25 日に、相談員が集まって会議をするのですけれども、そういう話題が必ず出てきますよね。聞いていると、相談件数の在り方が違うのです。国からもそういう指示が出ていないので、県で考えてくださいと言うと、県は、自分たちで考えなさいと言うのですよね。だから、あまり統一さ

れていなくて、その辺のところは、患者さんの数は、全然バイアスはかからないと思いますけれど、その辺がちょっと違うので、統一されるといいのにというのは、データの精度ということを考えると、それはいつも思います。以上です。

栗田 そうですね。これがずっと懸案として残っているテーマであって、項目の定義がはっきりしていないという問題があって、何とかしないとイケないなとも思っております。ありがとうございます。今後の課題ですね。

この中で、実際に入力したのは大辻さんだけかもしれないので、大辻さんより御意見をいただければと思います。

大辻 私もいい経験をしました。先ほどの森澤さんのお話の、2番目のものを私は経験したのです。タブを押せば次に行くけれど、間違えてエンターを押すと全画面が消えてしまって、あっと思って、これは経験しましたが、やはりよくよくやるとまた元に戻ったのです。そんな程度のこと、ほぼ全体の入力作業は非常にスムーズに行ったし、円グラフのアンケートのとおり、デザインとか分かりやすさとか、トラブルエラーもそんなになかったの、私はとても満足度が高かったです。

栗田 ありがたい御意見をありがとうございます。デザインは森澤さんのデザインですけれど、褒めていただきありがとうございます。今度はプロフェッショナルに、森澤さんもプロはプロなのですけれど、今度は業界のプロにデザインもしてもらいますので、さらによくなるかと思っております。ありがとうございます。中西先生、いかがでしょうか。

中西 今回初めて気がついたのですけれど、もしかするとまだ電子カルテになっていないクリニックさんがあるのかなと。こういったことに慣れていない先生が、それを理由に御辞退されても困るので、その辺をどうフォローしたらいいのかなと、この間考えながら参加しておりました。少数とはいえ、まだ多分電カル導入まで5年ぐらいはあると思うのですけれど。

栗田 これは都道府県の悩みですね。確かに悩みの種になりますね。ありがとうございました。やりながら考えるしかないですかね。ありがとうございます。皆さん、大変貴重な意見をありがとうございます。

ほかに全体を通して何かございますか。この委員会は、特にクラウドシステムのことだけではなくて、認知症疾患医療センターの在り方全体について御意見を頂いてもよろしいかと思うのですが、何かございますか。

では、ちょっと今後のスケジュールのことで、江川先生とも相談しながら進めたいと

思っているところがあるのですが、今年度はこういう形で、皆さんの意見を反映したクラウドシステムの開発をゴールにやっていくのですが、それとともに運用に関するマニュアル作りを進めようと思っているのですけれども、実際に社会実装ということに関しては、まだ来年度は無理だろうなと思っておりますので、今回作り上げたものを来年度どうするかということを検討した上で、直近でも社会実装は再来年度になるだろうという感じがしますが、厚労省的には、どんなスケジュール感なのかなということをお聞きしたいと思ったのですけれど、江川先生、よろしいですか。

江川 ありがとうございます。もしも私の認識が間違っていたら、吉松さん、よくデータをつかんでいるので、修正してもらいたいのですけれども、確かに並行して来年度はやっていただいて、その辺り実際に稼働できるのかというステップは必要かなと思っています。少なくとも来年度は並行してやる事業を立ち上げる必要があるのかなと思っています。

栗田 ありがとうございます。やはり来年度いきなりというわけにはいかないと思うので、場合によっては今年度のやり方の連続線上で来年度は全国規模で試してもらおう等、そのような感じかもしれませんね。

ダイナコムさんには、引き続き関わってもらうことになるので、さらなる改良が必要な場合には改良をすとか、あとは、追加の機能として一応グラフ機能とかいろいろなものを搭載しているの、その辺も充実させるとか、さらに全国の集計結果と比較できるようにしたいということ。また、これはクラウドシステムとは直接関係ないのですが、オンライン上で全国データを見えるように、集計データを見えるようにすとか、集計データがただ見えるだけではなくて、都道府県別の集計データのExcelファイルが取れるようにしたりすると、データの利活用という点ではいいのかもしれないです。ただ、病院ごとのデータを公開するわけにはいかないと思いますし、都道府県ごとのデータを出していいかどうかという問題もございますが、例えば国レベルのデータでもいいのですが、国レベルの集計データをExcelでダウンロードできるようにすとか、そういうことも場合によっては来年度に検討してもいいと思っております。

もう1つは、今日は東京都が欠席されていますが、ダイナコムさんと個人的に相談させてもらったのですが、都道府県版ということで、もしも都道府県が独自にダイナコムさんと契約を結んで、都道府県版のカスタマイズをして、かつ国のデータとして共有できるような仕組みをつくれるのかといたら、出来そうなこととおっしゃっているので、

こればかりは我々はもう関与できない。これは都道府県単位で、もしもそういうことが必要だった場合には、都道府県の予算でやってもらうしかないと思っているのです。そのような可能性も秘めていると思われます。

大体こんなところですけど、江澤先生、いらっしゃいました。

江澤 大変勉強になりました。ちょっと気になったのが、疾患医療センターの電子カルテの導入率とかのデータはあるのですか。この間も中医協で、精神科の15対1、18対1の病棟のデータ提出加算をどう進めるかという議論があったのですが、私も申し上げましたが、やはり電カルがまだ入っていないから、なかなかデータ提出が進まないのではないかという。だから、結構二次医療圏ごとに配置しましたから中小病院も結構入っていらっしゃるので、その辺とこういうシステムとの連動がどうかと、今日聞いていてちょっと気になったところです。もちろんシステムの入力の簡略化というのは絶対必要だけれど、前提のDXというか、電カル自体がちょっとまだまだ、特に精神科分野は遅れている——遅れているは失礼ですけど、まだ導入が少ないかもしれないので一度調べてみていいかなと思って今日伺っていました。

栗田 確かに可能性がありますね。余計な話ですけど、数十年前に大反対したのは精神科でしたので、そんな動きがある可能性はあるということですよ。

江澤 先生、それは病院全体で反対されたのですか。

栗田 いや、精神科だけで反対したのです。ありがとうございます。もちろん何パーセントか、何割が電カルに移動していないとか、データはないと思いますけれど、印象ですが、藤本先生、何かありますか。やはり連携型で電カルが入っていないところは、それなりにありそうな気配がありますか。

藤本 でも、連携型は滋賀県ではうちしかないのです。

栗田 そうですよ。滋賀県のことしか分からないですね。

藤本 入れていますよね。ただ、入っていないところは、精神科診療所協会というのがあって、24か所くらい滋賀県にあるのですが、全部が入っているわけではないですね。やはりドクターが1人でやっているところは違いますね。

栗田 そうですよ。ありがとうございます。では、大体今日の議論は、こんなところでよいかと思いましたので。

江澤 栗田先生、1点だけいいですか。

栗田 江澤先生、どうぞ。

江澤 連携型は診療所とかも入るかと思うのですが、その辺の対応は大丈夫というか、うまくいっているのですか。

栗田 対応というのは、今回のクラウドシステムに関してですか。今回のクラウドシステムのことで、特に連携型の診療所側からネガティブな意見はなかったと思いますが、森澤さん、何か印象はありますか。

森澤 インターネット自体、パソコンでインターネットにアクセスすること自体が、できないというようなことはなかったかと思います。うちではそういうことはできません、みたいな反応があったところはなかったと思います。

江澤 データ集計がなかなか診療所で必ずしもできないところもあるので、先生、またフォローアップしてあげてください。

栗田 はい。

藤本 いいですか。

栗田 藤本先生、どうぞ。

藤本 連携型です。うちは恐らく連携型の中でも一番小粒な連携型ですけども、この間の認知症学会で、最後のセッションで認知症専門診療所のセッションがありまして、私が座長をしてしゃべったのですけれど、そこは今まで出てきた小林先生とか、連携型の人ではない人、連携型で入っていない先生方の診療所が出ていたのですよ。そこを見ていると、やはりアクティビティはかなり高い診療所でやっていると。だから、ほかを見ている、知っている診療所型のところも、かなりアクティビティは高いので、今の話はクリアするのではないかと、個人的には思っています。

江澤 ありがとうございます。

栗田 先生、どうぞ。

藤本 疾患医療センターのことをシンポジウムでしゃべったことがあって、500か所全部ホームページを僕が調べたのです。三、四年前ですけど、それぞれの活動内容を調べたのですが、かなりアクティビティは高かったと思います。だから、そこはあまり心配ないような気がします。

江澤 藤本先生、貴重な情報をありがとうございます。先生、連携型のところは、結構、日精神に入っているところが多いですか。

藤本 そうですね。知っている限りは入っていると思います。診療所協会ですね。診療所協会も今は学会をつくったりしていますよね。だから、アクティビティを上げよ

うとしていますね。国に負けるな、みたいな感じで。

江澤 そうですね。今、内保連に入るために学会もつくられているものですから。

藤本 やっているよね。そう思います。

江澤 どうもありがとうございました。

栗田 ありがとうございます。今の実績報告書を Excel で報告してもらったのですが、一応回収率は 100%なので、少なくとも PC は持っているということですね。インターネットにつながっているかどうかまで調べられないですけど、インターネットにつながるのとはそんなに大変なことではないので。

藤本 メーリングリストが流れますから、皆持っていると思いますよ。

栗田 そうですね。メーリングリストに流れるから、そうですね。ありがとうございます。では、そんなところで大体よろしいですか。全体としてよろしいでしょうか。全員から御意見を頂きましたので、また最後に厚労省からということで、お言葉をいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

江川 大変遅い時間までありがとうございました。抗アミロイドβ抗体薬の件はまた次回ということで。

栗田 そうですね。幾つか様式の変更に関わる意見が、先ほどのアンケート調査の結果にも出ましたので、一通り全部採用できるのではないかと考えているのですが、中西先生、何かございますか。抗 Aβ 抗体薬の欄をつくったのは、たしか中西先生だと思ったので。

中西 つくりました。

栗田 要するに、初期投与医療機関と継続投与医療機関という 2 つの枠組が明確に分かるようにしたほうがいいのかという意見だと思うので、現在は 1 つしかないのですよね。要するに、初期投与をやっていればつけてください、みたいな感じだったと思うので、初期投与だけして継続はやっていないのか、継続もやっているのかがわからないということになるので、分かるようにしたほうがいいのかということです。

中西 そうですね。初期投与、継続投与の両方をまずつけられるようにしておくのか、あと、今後その他も要るかもしれないし。どうなるのでしょうか。また違う薬が出てきたときには、また直さなければならないかもしれないなど。

栗田 違う薬が出てきたらということは想定していなかったけれど、直近では皮下注が出そうですね。

中西 そうです。それがどういう条件になるのか、まだ知らないですけど。

栗田 この中で一番詳しい可能性があるのは江川先生ですが、情報はありますか。専門は江川先生なので、江川先生、何か。

江川 皮下注もかなり当初よりも早く承認が進む勢いですので、恐らく少なくとも早く次年度ですね。ですから、RQ には点滴ではないということは、含めないといけないのかなとは思っておりますので、ちょっとまた、確かに初回投与、継続の両方をやっているところもありますし、実際に処方して自宅でやっていくという形のところも増えてくると思うので、ちょっとそのもののフォーム自体を、変えないといけないような感じもあるかなと思いますので、また引き続き来年度御議論いただけたらと思っています。

栗田 そうですね。これは最適使用推進ガイドラインに出てくるのですかね。今の段階では分からないですね。

江川 そうですね。OUG も何か変わるという話を聞いておりますので。

栗田 そうですね。ありがとうございました。では、今回は抗 Aβ 抗体薬については、初期投与と継続投与を明確にするというところだけで、対応していきたいと思います。

では、本日のところはこのぐらいにして、早速新しい改良版の開発を進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。次回の第 3 回委員会ですけれども、2 月に計画はしていますが、システムの開発状況によって、日程を決めたいと思いますが、3 月にずれ込む可能性があります。その際にはまたご連絡いたしますので、よろしく願いいたします。今日は本当に遅い時間まで、皆さん、ありがとうございました。では、これもちまして終了とさせていただきます。

一同 ありがとうございました。

栗田 失礼します。

(了)

卷末資料 5

第 3 回検討委員会議事録

令和7年度老人保健健康増進等事業
認知症疾患医療センター運営事業実績報告クラウドシステムの在り方の調査研究
第3回検討委員会

開催日：令和8年3月3日(火)

1.厚生労働省挨拶

栗田 それでは第3回の検討委員会を始めさせていただきます。皆さんに資料5を速報版として送りましたので、後でプレゼンをいたします。

では、早速次第に従って始めたいと思いますが、最初に厚生労働省から一言御挨拶ということで、吉松さん、お願いしてよろしいですか。

吉松 厚生労働省の吉松と申します。皆さん、遅い時間にお集まりいただきありがとうございます。クラウドシステムの老健事業、今回で最後になるかと思いますが、これまでの検討会を踏まえて、内容を見直してきている部分等がありますので、そういった点を改めて確認できればと思っております。また今後、実際の運用に向けて、より詰めていくところや課題も整理できればと思っておりますので、皆さん、どうぞよろしく願いいたします。

2.事業概要について

【資料2】

栗田 ありがとうございます。では、早速私のほうで資料を共有しながらお話させていただきます。資料2 事業概要の資料から簡単にお話しさせていただきます。画面共有いたします。

この資料はこれまでの委員会に出したものが基本ですが、少しだけモディファイしております。ただ、同じ部分は割愛しますので、これを使って説明させていただきます。

まず、この事業の背景と目的、概要は省略させていただきます。

2つの調査を行いました。1つは、認知症疾患医療センター運営事業の実績報告のクラウドシステムというもの、プロトタイプをまずは使ってもらって、その使い心地を調査させていただいて、ダイナコムという会社をお願いして、その改良版をつくるということをし

せていただきました。

もう1つは、毎年やっている令和6年分の認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の集計・分析を行いました。大体はもう終わっているのですが、まだプレゼンできるようにきれいに整形しておりませんので、今日は速報版ということで、特に2024年度分のデータで特徴的なところだけ御報告させていただこうと思います。

年間スケジュールはこのようになっておりまして、今日は3月ということで、第3回検討委員会は2月の予定を少し越えましたが、今日は最後の検討委員会ということです。

これは検討委員会のメンバーで、これはワーキンググループのメンバーです。

今日いろいろと討議しなければいけないことがたくさんあるので、3つに絞りました。

この後、クラウドシステムの実用性に関する調査結果について説明するのですが、この調査の中でもいろいろな御意見をいただき、その後もいろいろな御意見をいただいておりますので、それを踏まえてこのクラウドシステムをどうやっていくのか、皆さんと一緒に議論させていただきたいと思います。

実際にこれを運用する場合には、2ですが、管理運用体制を確立しなければいけないので、この話も議論させていただきたいと思います。

3.令和6年度認知症疾患医療センター運営事業の実績

【資料5】

それから、今後の課題と次年度の計画、ここも非常に重要でありまして、今回の令和6年度の実績報告の集計結果を先に説明させていただこうと思います。非常に重要な所見が出ておりますので、これを踏まえて今後も認知症疾患医療センターの実績は必ずモニターしなければいけないだろうということがありますので、今日お話しさせていただこうと思います。

まずは、これで資料の説明は終わりなのですが、今申し上げたように、先に速報版の紹介からさせていただきます。

令和6年度分の実績報告をしているのですが、昨年度7年間の縦断分析をしていますので、その続きで8年分の縦断分析ができますので、コンパクトに縦断的な経緯を見ていただくのがよいと思ひまして、このようにさせていただきました。

これは、これまでの認知症疾患医療センターの事業実績評価をどのようにつくり上げて

きたかという歴史ですので、省略です。

まずは表なのですが、これは認知症疾患医療センターの実績値の経年変化Iとして、基本情報の数値を表しています。2024年度分は一番右に書いてありますが、まず簡単にグラフでお話ししようと思います。

設置件数は着実に右肩上がりが増えてきて、2024年段階では509か所分の実績報告をもらっております。現段階は514か所にまた増えていると思いますが、そういう状況です。

これが類型別の推移なのですが、割合で表してあります。特徴的なのは、基幹型が少しずつ増えてきているということと、連携型がそこそこ増えてきているところが特徴かと思ひます。

医療機関種別です。割合は大きく変わっていないのですが、一般病院と精神科病院がずっとほぼ同じ割合で推移しています。細かいことをいうと、精神科病院のほうが1か所多いのですが、ほぼ同じです。

また、これが1つ気になっていたデータで、自分のところで抗Aβ抗体薬治療に対応しているセンターがどのくらい増えてきているかということです。2023年はまさに抗Aβ抗体薬が導入された年度ですのでこんなものだろうと、2024年度以降は増えるだろうということです。

まずは初回投与が水色で、継続投与のみをしているところが橙色にしてあるのですが、いずれか、抗Aβ抗体薬の治療を自院でやっているところが、認知症疾患医療センターの5割に達しました。これは2024年の段階であります。2025年の段階はもちろんこれから集めなければいけないのですが、私の印象では増えているという感じですよ。

一番気になるのは医療機関種別ですが、一般病院では6割ぐらいが初回投与をやっている、継続投与のみというところもありますが、初回投与が非常に多い。精神科病院もかなりやるようになってきて、継続投与まで入れると3分の1ぐらいはもうやるようになってきています。それから、診療所が結構頑張っておりまして、診療所はもう少しで5割のところ、継続投与も含めて抗Aβ抗体薬に対応しているという状況であります。

診断後支援に関する診断後等支援機能ですが、この指標も経時的に見ると考えさせられるところがたくさんありまして、この診断後支援に関する指標として一応5つを挙げてあります。この診断後支援のための社会福祉士を配置しているか。診断後支援のための精神保健福祉士の配置をしているか。診断後支援の1つである相談支援を行っているか。ピアサポートを行っているか。その他の支援を行っているか。

少し正確に言うと、相談員による診断後の相談支援と、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施、その他となっていますが、相談支援に関してはもうほぼ100%やっているということです。それから、ピアサポートがかなり増えてきておりまして、なかなかピアサポートをやるのは大変ですが、もう少しでセンターの50%がピアサポートをやっていると回答する状況になっております。

その他というのは様々で、これは自由記述なので整理していませんが、カフェや就労に関する支援など、様々なことをやっているようです。

これが診断名別の鑑別診断件数の8年間の推移であります。2024年はトータルで11万3,000件に増えております。この数値だけでも一番特徴的なのは、やっぱりMCIが増えているということでありまして、グラフにするとこんな感じなのですが、一番下の青い部分がMCIに相当するところでありまして、こんな感じでMCIの方、今2万人は超えていて24,086人ということですが、これは抗Aβ抗体薬と非常に関係あるのだらうと思いますが、MCIの診断が非常に多くなってきているということでもあります。

それから若年性認知症、65歳未満で限定してみると、実は2023、2024とすごく増えてきているのですが、こちらもやっぱり一番は、MCIの65歳未満の診断がかなりこの2年間で増えたというのがあります。

このMCIが多いところですが、一番上の詳細不明の認知症というのが若年性認知症の方に結構増えているのですが、これは詳細な調査をしていないからなのですが、かなり医療機関が偏っているのです。詳細不明の認知症という診断をする医療機関がすごく多いので、これはどういう意味かよく分からないのですが、トータルとすれば65歳未満の方がたくさん増えているということでもあります。

こんなところで、今回の速報はこのぐらいにしておこうと思うのですが、やっぱり2024年、予想していたようにMCIの人が非常に増えてきているということと、それに伴って患者数がかなり増えてきているということ、それから診断後等支援機能ということでピアサポートが果たして増えるのだらうかと思っていたのですが、それなりに増えているというようなことが分かってきたということです。

これで今回は終わりにさせていただきたいと思います。後で、説明が終わってからこういうことも含めてディスカッションできればと思っております。

ここからは認知症疾患医療センターのクラウドシステムの有用性に関する調査の説明に入りたいと思うのですが、これは私どもの森澤がこの領域の専門家なので、森澤さんのほ

うから説明をお願いできますか。

4.クラウドシステムの有用性を評価するための調査とシステム改良に向けて

【資料3】【資料4】

森澤 はい。それでは、資料を共有いたします。資料3、クラウドシステムの有用性を評価するための調査とシステム改良について説明いたします。

本資料は、本第3回検討委員会のために作成したと同時に、この老健事業の報告書の草案としても作成してありまして、そのため、1の概要や2の調査方法、3の調査及びシステムの改良で期待されること、アンケート調査内容、運営事業実績報告提出状況、アンケート調査回答状況、4件法アンケート調査結果については、第1回と第2回の検討委員会で配布した資料からの抜粋という形になります。第1回と第2回検討委員会資料からの抜粋については、重要な部分について再度説明させていただきます。

まず、概要としては、本調査は、ワーキンググループを設置して、国・都道府県・指定都市・認知症疾患医療センターの協力を得て、調査・改良を行ったものになります。

調査方法としては、調査対象地区、北海道、茨城県、東京都、愛知県、大阪市の担当者と、地域の認知症疾患医療センターの実績報告担当者に調査を行いました。都道府県・指定都市の担当者と地域内の認知症疾患医療センター担当者に、Zoom会議と資料でクラウドシステムについて説明を行いました。

地域内のセンターには2024年度分の実績データをクラウドシステムに入力する作業を実施していただき、作業完了後に都道府県・指定都市担当者に各センターの実績報告の閲覧等を行っていただきました。そして、システムの有用性及び課題についてオンラインのアンケート調査に回答をいただきました。オンラインの調査ができない場合はオフラインで回答していただきました。

アンケート調査の内容に飛んでいきまして、オンライン調査の内容としては、認知症疾患医療センター用トップ画面、ログイン情報の申請、実績報告データの入力と修正、マニュアル等について、見やすさ、デザイン、使いやすさについて4件法のアンケートを行いました。また、それぞれの項目について、気になった点等について自由記述のアンケート調査を行いました。都道府県担当者にも同様の近い内容について4件法アンケートと自由記述のアンケートを実施しました。

当初の計画では、二次調査としてオンラインまたは訪問によるヒアリング調査を行う予定でしたが、一次調査の自由記述内容が多岐にわたり、内容の検討やシステム業者との打合せに多くの時間がかかり、二次調査については実施できませんでした。

提出状況について、クラウドシステムを用いた運営事業実績報告については、調査対象108センター中98センターに提出していただき、また、認知症疾患医療センター担当者には、108センター中94センターからアンケート調査の回答を得ることができました。都道府県・指定都市アンケート調査では、調査対象5地区中8件、東京都からは4人回答をいただきました。

4件法のアンケート結果としては、都道府県・指定担当者より認知症疾患医療センター担当者のほうが「あまり良くない」「悪い」の割合が多くて、特に認知症疾患医療センター担当者の報告データの入力等について「あまり良くない」「悪い」の割合が比較的高いという結果になっております。

配布資料の実績報告の入力のしやすさについて、グラフの項目では空白の項目が削除されておらず、申し訳ありません。報告書のほうには修正したいと思っております。

次に、6番として、自由記述アンケート調査結果と改良項目は、第2回検討委員会の検討内容をシステム業者と検討いたしまして、それを踏まえて、システム開発会社が改良を実施する項目13項目、認知症介護研究・研修東京センターで改良する項目4項目の改良を行って、現在、認知症疾患医療センターで改良する項目については改良を終えております。この番号についても、配布資料で1、2、4、5となっていて、1、2、3、4で4項目が少し間違っていましたので、修正いたします。

システム開発会社が改良を実施する項目として、まず操作画面と、PDFファイルのデザインを改良することを行っております。ほかには、名前やパスワードを変更した際、電子メールを送信するよう改良すること、実績報告の登録画面において、「Enter」キーを押しても画面が進まないように改良すること、登録画面において、入力された全角数字は半角数字に強制変換するよう改良すること、認知症疾患医療センター担当者向けマニュアルを改良することなどです。

それ以外にも、3番ですが、Basic認証機能でセキュリティを高めるといった改良も実施いたします。都道府県・指定都市担当者向けには、表やグラフ機能において、経年変化を示すものを追加する、などを実施いたします。

また、検討委員会で検討していただきました実績報告項目について、37項目を追加し、

11項目を削除する改良を行っていただきます。37項目の紹介についてはこの資料に詳細を書いているのですが、本詳細については厚生労働省担当者に内容を確認していただき、御了解をいただいている内容になっております。

認知症介護研究・研修東京センターのほうで改良を実施する項目は、実績報告の登録を行った際、「登録・修正画面」に戻るボタンを追加すること、都道府県・指定都市担当者が実績報告の登録や、表やグラフの作成を行った際、「操作選択画面」に戻るボタンを追加すること、都道府県・指定都市担当者向けマニュアルを改良することなどになります。

そして、まとめとなりますが、実用性評価の考察と検討課題ということで、老健事業本取組についての実用性評価の部分について検討と今後について検討いたしました。5地域の都道府県・指定担当者と100施設近い認知症疾患医療センター担当者により、試験運用を行っていただき、実用性評価を行えるアンケート調査を実施することができて、実際の実用性アンケート評価を行うことに堪えられるアンケート調査ができたのではないかと考えております。

4件法によるアンケートの結果では、「とても良い」と「良い」を合わせると、全体を通して70%以上になる項目がとても多くて、プロトタイプシステムとしては一定以上の評価があったのではないかと考えております。

一方、自由記述のアンケート回答については多岐にわたる要望事項があったという印象で、最近のクラウドシステムの使い勝手のレベルには達していない部分もあったのか、それも多かったのかなと思われまます。そのため、最近のクラウドシステムの使い勝手に達するよう、本アンケートの要望事項にはできるだけそれを満たすように改良を実施することにしました。

しかしながら、最近のクラウドシステムの使い勝手に達したとしても、本調査研究をする前に想定した、「調査及び改良で期待されること」に対応し、現行のExcelファイルでの登録より入力の手間がかからなくなった等の評価になったかについては、クラウドシステムにおいてさらなる機能追加が必要だと言われることも一部懸念されます。より確かな実用性評価を行うには、全国の認知症疾患医療センター及び都道府県・指定都市に実際に利用していただき、要望等も確認する必要があるのかと思われまます。

また、最近のクラウドシステムの使い勝手に達するようシステム改良を行ったのですが、結果としてクラウドシステムは複雑化し巨大化するようになっております。実用性を実際開始した際は、システムのメンテナンスに一定の作業負担や予算がかかることが懸念され

ております。報告は以上になります。

5.討議

栗田 ありがとうございます。この後、少し質問をお受けします。追加なのですが、ここでいろいろな御意見をいただいて、改良したシステムの成果物は来週ぐらいですか。

森澤 そうですね。業者からはそういう御連絡をいただいています。

栗田 来週ですか。今日の時点では最終の成果物を皆さんにお見せすることができないのですが、今日はここで出てきた意見等を踏まえてディスカッションをして、最終版は出来たものを実際に触れていただいて、次年度に向けてということにしたいと思っております。

最初に質問をいただいて、その後、実際にこのシステムに触れてもいただいている大辻さん、畠山さんもいらっしゃって御意見をいただいている、都道府県・指定都市の方々は、自分たちも触っていますけれども、それぞれの地域のセンターからもいろいろな要望をいただいているかと思っておりますので、そんなことを踏まえて意見交換ができればと考えております。

まず、全体を通して今のうちに聞いておきたいことなどがありましたら御質問いただければと思いますが、いかがでしょうか。

大辻 大辻です。御苦労さまです。

栗田 大辻さん、どうぞ。

大辻 令和8年度はまだこれでスタートはしないのですね。

栗田 そうですね。まだ令和8年の段階では、実装は少し難しいかなと考えております。実際使ってみていただいた方から感想というか、御意見をいただければと思うのですが、今、大辻さんに口火を切っていただいたので、大辻さんからお願いできますか。

大辻 実際に打ち込んでみて、今までとそう遜色はなかったなという記憶で、全体の打ち込んでいく順番など今までと変わりはないので、そんなに違和感はなかったと思っていました。途中で打っていくときに全部1回ガバッと消えてしまったりしたことがあったので驚きましたけれども、要は使い方の問題であったようです。

総じて、特に先ほどのアンケートで使いづらいというようなことが認知症疾患医療センターの現場からは上がっていたとおっしゃいましたが、そんな感じはなかったと記憶して

おりますので、デモが出てきたときに少し触ってみたいなとも思いました。以上です。

栗田 ありがとうございます。では畠山さん、いいですか。

畠山 はい。健康長寿医療センター畠山です。私も大辻さんと同意見で、そんなに負担なく入力できたなという感想です。これとは関係ないのですが、入力する数値を導き出すほうがよほど大変で、その入力するところのストレスが減ってありがたいと思いましたので、入力作業を少し楽にさせていただいてありがたいと思っております。

栗田 そうですね。確かに数値を導き出すところが大変です。ありがとうございます。

では、都道府県・指定都市の方からいろいろと御意見があったかと思っておりますので、北海道の新川さん、いかがでしょうか。

新川 北海道です。ありがとうございます。プロジェクトをシームレスにやるということは、一定の役割を果たしたのではないかと思っております。医療機関のほうからは、その入力方法というよりは、この調査は何ですかというところで、こちらから大変意義のある取組なので御協力くださいということで、協力を得られた後は特に医療機関のほうから問合せはありませんでした。次年度以降も取り組まれることによって、意義ある取組になることを期待しております。

栗田 ありがとうございます。森澤さん、意見は109項目あったのでしょうか。

森澤 116項目です。自由記述による要望は、同じようなものをまとめてもそれぐらいありました。

栗田 トータルはそうですね。たくさん記入いただいたことは間違いなく、ただ全部は反映できないので、でもかなりの部分は反映したのではないかなと思います。実際出来上がったものを使って、また見ていただいてですね。ありがとうございます。では、自治体から順番ということできたいと思いますが、愛知県石田さん、お願いします。

石田 愛知県の石田です。よろしく申し上げます。特に調査後も、センターのほうからはこれに関しての問合せはほぼなかったです。説明のときに、実際に研究等で皆さん、センターさんが見えているときにこの調査の説明をさせていただいたので、問合せは特になかったのですが、1か所だけ、実際に入力するのはそんなに大変ではないのだけれども、先ほどお話があったように、その数字を出してくることや、あと、結局いろいろな担当が入れられるようになって、最終的にトータルで見る自分の大変さは変わらないというようなことは言われましたが、大きな調査についてとか、このクラウドシステムについての意見は特にありませんでした。以上です。

栗田 ありがとうございます。確かに入力するにしても、この数値は手分けして数値を出していかなければいけないので、医療機関の中での役割分担みたいな問題は課題として残りますね。では、これはまた後で議論できればと思います。ありがとうございます。

では、大阪市の新谷さん、お願いします。

新谷 先ほどの栗田先生から御質問いただいた件ですが、私のほうはこのアンケートや取組について、追加で現場のほうから問合せがあったということは特になかったのですが、今回、大阪市内で6件の認知症疾患医療センターがありまして、そのうちの連携型のところでお返事がなかったところがありましたので、そちらについてどんな状況か伺ってきました。その結果について、簡単に報告させていただきます。

入力がなかったことについてと、あといろいろと連携型のところが個人というか、先生中心にやっていたりしゃるクリニックですので、そういった体制もあるかと思いましたが、そういった点も踏まえて伺ってきました。

まず、その伺ったところの診療事務の体制なのですが、ほぼお医者自身がやっていたりしゃる、もしくは家族でやっていたりしゃるということで、かなり業務繁忙で大変だったと。カルテについても、1件のところは電子化しているけれども、もう1件のところは今も紙カルテを使っているということでした。何か研究などを行っていることについても、いつも手で数えている状況で、なかなか事務的な御負担はあるということでした。

また、クラウド化される方向性については、なかなか統計活用としてとてもよくなるのであれば望ましいと思う反面、現行のExcelの入力以上に手間がかかるということだったら、正直ちょっと大変という感想もありまして、できれば電カルの情報そのまま使えればありがたいというお話もありました。

一方で、パソコンが苦手で、クラウド化がどういうことか分からないという医療機関もあるかもしれませんので、そういったところだとかなり御負担に感じられるかもしれないという部分を教えていただいたところがありました。

今申し上げたのが今回の調査に回答いただけなかったところなのですが、それ以外のところで、回答をいただけたところについても伺ったことがありましたので、少しだけ報告させていただきます。

先ほど愛知県からお話がありましたが、いろいろなところの担当からいろいろと入力をして、それを総合的にまとめて事務方が報告書をまとめる状況になっていますので、その手間については今後も変わらないであろうから、そこについては引き受けていくしかな

いだろうというお話がありました。

もう1個は、これは入力の手間などではないと思うのですが、相談件数など、結構大阪市内でも取り方にどうも施設ごとに違いがあったりしまして、なかなか横並びで比較しても分かりにくい実態があるから、そこについては、うちは結構しっかりやっているつもりだけれども、ほかと比べて少なく見えてしまうとか、それはあくまで診療というより相談を受ける流れにあるとか、そういう事務連携等の体制によると思うのですが、そういったところの体制によって出てくる数字が変わったり、入力する人の数え方の、例えばこれだったら1点点数をあげるけれども、自分の考えではこれはあげないというふうな判断をされる方もありまして、そういったところの基準が明確であれば、もう少し均一な基準の上での統計だったらより参考になるのではないかというお話もありました。

それを伺いまして、どれだけこの統計を生かせるかというか、どのように各センターにとって役立つ統計が出てくるかということが、その入力に対して前向きに思ってもらえるかどうかということに影響してくるのかなと思ったところがありました。

栗田 ありがとうございます。重要なポイントが幾つかあったと思うのですが、1つは連携型ですね。診療所で、本当に人材のいないところでこの作業をやるのがかなり負担になるかどうかという問題ですね。もう1つは、連携型でなくてもそうなのですが、結局いろいろな部署で数値を出してきて、多分恐らくはExcelファイルに入れて、それをどこかに集約して、その人が入力するという作業になるのではないかということで、その手間は全く変わらないだろうということですね。

まずは連携型という観点ではどうなのかということで、藤本先生、何かありませんか。

藤本 先ほどの大阪の方とは前回もちょっとお話ししたと思うのですが、人の問題は確かにあります。ただ、確かに数字は取っているものですから、それを入れる手間がどのくらいかはちょっと分からないのですが、それが1つです。

それと、カウントの仕方、特に相談。何を相談と取るかですよね。例えば受診の相談で来たものを相談で取るのか、純粹に困り事があって相談に来たものを相談に取るのか。疾患センターで年2回集まって協議しているのですが、それぞれやっぱり数え方が違うのです。それと、それも県のほうに何か指針を出してくれと言うと、国からの指針がないので出せないという話になって、もうそれぞれの疾患センターに任されているという感じでした。

それはそれで構わないのですが、ただ、全国集計ができるようになると、比べられてど

うなのかですね。頑張っただけで、比べて少ないではないかと。先ほどの大阪の方と一緒に、そういうこともあり得るかなと、気をつけないとまずいかなと思います。

また、触っていないので分からないのですが、それプラスその地域とのつながり等いろいろなことの評価ですね。それがこういうことに反映されるのかどうかという、明後日20か所ぐらい集まって連携協議会をやるのですが、そういう議論が反映されるようなことが分かればいいなと思っています。以上です。

栗田 ありがとうございます。システムの問題を超えた問題ですね。普遍的な問題なのですが、1つは基準の問題と、それを活用していくということが、ちゃんと目に見えるようになっていくかどうかということ。あと1つは、医療機関評価ではないということなのですが、これは先ほど最初に概要をお見せしましたように、全国のトレンドを唯一把握できるデータなので、そういう意義なのだということなのです。医療機関評価というふうに単純に考えると誤った使い方になってしまうので、そうではないのだということはどうやって周知していくかという問題があります。

藤本 良いことだと思うのですが、そういうふうに思う人がいるのです。全国の比較もそうですが、県内の比較もありますよね。比較がなかったとしても、それは別にネガティブ評価ではないのですが、立ち位置で違うので、そういうふうに広く解釈しないと、偏った評価になりますね。

栗田 そういうことなのです。この問題は最初からずっとある問題ですね。ありがとうございます。

いろいろと論点は出てきたかと思うのですが、ただいまの新谷委員、藤本先生の御意見を踏まえて、自由にディスカッションをしていただければと思うのですが、何かありますでしょうか。刈野先生、どうぞ。

刈野 お世話になります。すみません、2回目に出なかったのが流れも十分分かっていなくて申し訳ないのですが、先ほど先生が示しましたように、やっぱり510何件あるうちの精神科病院というのがもう半分になって、多分この先、精神科病院よりも一般科が増えていくのだろうと、私は思っています。

そうするとどうなっていくかという、先ほどMCIの話がありましたが、MCIのあのデータは知りませんが、多分数が多いのは一般科ではないかなと、その診断をしているのは一般科のほうが圧倒的に多いのではないかなというイメージを持っています。それ

と、初期の抗Aβ抗体薬を行っているのも、やっぱり8割方一般科ではないだろうかなと。

この頃やっとならなくてというので、フォローする医療機関も少しずつ増えてはきたと。要するに数を、いわゆるクラウド化していろいろなことをやっていると、そういう数字が表面化するわけですが、藤本先生が仰るように、確かに差は出てくるわけです。

いわゆる基本の診療科の問題、母体の差があるということと、あるいは、東京長寿も国立長寿もやはり連携型を取っていらっしゃる。

栗田 地域型ですね。

刈野 地域型、地域型のレベルはどこまでないといけないのだろうという話が出るなど、比較がとて難しいかなと。どこを目指しているのかがまた分からなくなってしまうということ。

それと、クラウド化は反対ではないのですが、精神科病院の電カルの話をする、電カル自体が今、一般科もやっとならなくてという話にはなっていて、一般科のいわゆる電カル普及率というのは8割ぐらいあるのかなと思うのですが、精神科病院は半分もないのです。

それで、診療所のほうも合わせてそこで今クラウド化が進められ、一般科もクラウド化が進められるのだけれど、なかなか国の方針が定まらない。共通言語の話などもいろいろあるようで、日本のメーカーができるのだろうかなど、何かいろいろな問題が山積みのようなので、その辺もこの認知症のセンターのクラウド化というのはどうなのかなと、ふと思った次第です。以上です。

栗田 ありがとうございます。クラウド化の問題はなかなか、国レベルでやっていますが、うまくいかないところもあるようです。医療介護のところもなかなかうまくいっていないので、これは一筋縄ではいかないと思っています。そこで、せめて認知症疾患医療センターぐらいは何とかならないかという感じなのですが。

ちなみに、先生がおっしゃったように、MCIは一般病院でやっぱり多いですね。一応ヒストグラムをつくっているのですが、年間21~80ぐらいまでの件数は、一般病院と精神科病院は同じです。だけれども、80を超えると一般病院が圧倒的に多くなって、20以下になると精神科病院が多くなるということで、やっぱり差はありますね。だから、精神科病院の中でも様々な病院があるということなのだろうと思います。一般病院も実は0~20が50件ほどあり、あまりMCIで見えないところもやっぱりあるということですね。

刈野 そのMCIの話なのですが、やっぱりMCIの診断の問題だと思うのです。いわゆる

普通の今までの認知症疾患センターで、精神科レベルぐらいでMCIを診断しろというとなかなか難しく、多分内科的なものでいろいろな検査をしてという話になってくる。認知症疾患センターで診断したのではなくて、よその力を借りて当然やっていくわけですが、どちらかというと精神科領域にはやっぱり軽度の方が少なかったというのがある。

そこに大きな問題があって、中等度から重い人がもうほとんど来ているわけですし、そこをMCIの人をどんどん増やすということがなかなか難しい面もあるかなと思っています。

栗田 これはそのとおりであって、精神科病院の役割はどちらかというと主に精神病床で、重度のBPSDに対応するという役割があるので、それはそれでデータには出てきますので、MCIが唯一の問題ではないということです。ありがとうございます。

ほかに何かありますでしょうか。システムとは直接関係ないのですが、項目の定義・基準のことを一言考えなければいけないかと思いますが、これは確かに今ある各項目の、例えば相談件数にしても指針が統一されていないという問題があるのですが、これは吉松さん、国でそういう指針をつくったほうがいいのか何かありますか。先ほどの藤本委員や新谷委員としては、国としてつくってくれないと、都道府県としても何とも言えないみたいな回答が出てきてしまうということだったので、要望ということになります。

吉松 そうですね、確かにクラウドシステムで、クラウドでこういろいろな情報を集められるというふうになったときに、さらにその入力される情報の精度といいますか、そういったものがある程度担保されるといいのかなとは思いますが、ただ、私のほうでは確定的なことを言えず、申し訳ないのですが…。

今まである程度幅がある中で入力していただいていたというところがある中で、そこからある程度決まった形で入力してもらおうというのがいいことかなとは思いますが、そこが変わることについてはどうなのか、個人的に感じております。

栗田 吉松さんのおっしゃるとおりだと思いますが、実は東京都ではある程度の基準をつくった記憶があるのですが、これは我々と東京都で話し合いながらつくった経緯があるので、やはり現場の人間が絡まないと決められない。それこそ認知症疾患医療センターで実際に数値を数えている人たちと相談しないと基準を決められないので、東京都だからローカルルールなのですが、そこからスタートしていくしかないのではないかなと考えております。

畠山さん、その数え方について何か、多分恐らくローカルルールでやっているのだと思

います。

畠山 もうそのローカルルールのまま、したがって門外不出の院内マニュアルみたいなものがありまして、どこからどう、これはどういう場合にカウントする、こっちに入れる、あっちに入れるというのが、かなり事細かに書かれた手帳みたいなものがあります。それを基に誰が担当しても入れられるようにはしているのですが、それはあくまで東京都のルールに則って、今まで東京都さんのほうから指摘され修正し、指摘され修正みたいなもの、そういうルールでつくり上げてきたと。

栗田 そうですね。この仕事をずっと最初からやっているのですが、最初本当に何にもルールがなかったので、ひどいものでした。それこそ想像で数字を書いたなんて、そんな時代も正直いってあったのですが、今もあるかもしれないですが、それは良くないということで、ルールやマニュアルをつくったり、ローカルルールをつくったりしてやってきたという道のりがあるので、もし国で基準をつくるとしたら、現在あるそのローカルマニュアルを題材にして現場の人たちと一緒に作るしか方法はないだろうなという感じですかね。ありがとうございます。ほかに、新井先生は何かありますか。

新井 はい、ありがとうございます。いろいろ勉強になりました。前回のときも少しだけお話しさせていただいたのは、入れている人たちに聞いた意見としては、この項目の数値を何のために入れているのだというのを言われたのです。ですから、ある程度こういうことの解析、この数値はこういうことのためにやっているのだというのが、項目ごとに目的が分かると、現場の人も入れるときのモチベーションになると思うのです。そこは1つ。

栗田 なるほど。先ほどマニュアルの話が出たときなのですが、その入力のマニュアルのときに、例えば経時的なデータで重要なデータが出ているものがあるので、こういう意義があるのだということが分かるような統計データがちゃんと出ているといいですね。先ほど新谷委員が言ったように、統計的にどういう意味があるのかというのが分かれば、入力するモチベーションも湧くという話があったので、その辺が少し課題ですね。ありがとうございます。

ほかに何かありますか。中西先生、いかがですか。

中西 中西です。お世話になります。私は、昔は相談員さんではなくて自分でカウントしていた時期もあったので、大変さはある程度分かっているつもりなのですが、今、これを入力したときの意義は何なのかということなのですけれど、それはやっぱり国に決めてもらうというよりは、この価値を知っているのは我々ではないかなとは思っています。

というのは、私は国に行ったときに思ったのですが、この数字の大事さというのはむしろ私たちが国に言わなければいけないというのが現状かなと。要するに、国や自治体という行政側が欲しいデータと、医学的な価値というのは少し違うと思うのです。だから、その双方の視点で入力の意味というのをつくらなければいけないのかなと思います。設置して管理している側、それから例えば診断の内訳など、その辺りの必要性というのは本当に私たちが感じているところだと思うのです。

このデータしか日本にはないということだと思うので、だから医学的重要性や、この事業の運営上必要なところなど、その辺をグループ分けして検討してもいいのかなと、今回はちょっともう間に合わないですけど、という気がしております。以上です。

栗田 ありがとうございます。非常に明快な御意見だと思います。もちろん行政的なマネジメントということもあるけれども、学術的な意味も、こういう意味があるのだということが見えるようにしていくということですね。せっかくクラウドをつくるのだったら、クラウドシステム上でもある程度見えるようにしていくというようなことですかね。ありがとうございます。ほかには何かありますか。

では、全体的なところで、もう1回論点のスライドを共有させていただきます。

今後のことも踏まえてではあるのですが、まず管理・運用体制の話から入ってしまおうかと思います。実際これも今日決める必要はないのですが、一応システム管理のほうは、今回はダイナコムというところで今年度の完成版をつくってもらうので、システム管理は民間会社、今のところ候補はダイナコムになります。ただ、メンテナンスをしなくては行けないので、先ほど森澤さんが言ったように、メンテナンスの費用は考えていかなければいけないということで、この辺がどうなるかということこれからダイナコムさんと相談しながらやっていかなければと。

一方、全部民間企業だけにお願いするというわけにはいかなくて、やっぱりデータ管理を、先ほど言ったように学術的な意味などが分かっているところでやっていかないと、それこそデータクリーニング等々をやらなければいけないので、これをどこがやるかということも今後考えていかなければいけないということがあります。

今のデータ管理は私と私の部下がずっとやっていたので、その延長なのですが、いつまでもそうというわけにもいかないのではなからうかというのが正直なところですので、ここは本来どこでやるべきなのかということも考えなくては行けないのかなと思います。

これは今日決める必要はないのですが、何かもし意見があれば、誰か意見を出していた

だけるとありがたいなと思っているのですが、何か御意見がある方はいらっしゃいますか。

これは本当に何というか、属人的に行ってきたところがあり、私と、私の下にいた枝広先生がずっとやっていた作業で、過去のデータも全部私と枝広が持っているという変な話になっているのですが、そこはちゃんとデータ管理をできる仕組みをつくらなければいけないと思っています。ここでデータ管理をしましょうということを、これは吉松さんにごうか、厚労省に考えてもらうしかないですかね。吉松さん、何か御意見はありますか。

吉松 そうですね、そこは引き続きちょっと御相談させていただきたいというところになりますね。

栗田 そうですよ。江川先生もいらっしゃるから、江川先生、おられますか。

江川 はい、聞いております。貴重な御議論をありがとうございます。いろいろと議論は課の中でやっておりますけれども、あくまでも毎年それを確保できるかという、疾患医療センター事業の中で担保していくのか、それともセンター事業の中で確保していくのかというところは、まだ全然結論が出ていけませんので、ちょっとその辺りの整理は必要かなと思っています。

栗田 そうですね、お金がかかるので財源のところからですね。ありがとうございます。もちろんそれは今日答えが出ないので、今後議論していかなければいけないということがあります。

江川 はい。

栗田 最後は、今後の計画ということなのですが、今年度のシステムの完成版が出来ましたら、皆さんにURLをお伝えして触れるようにしておくというのが最初だと思います。その上で、来年度、老健事業はまだ公募が出ていませんが、先ほど森澤さんが言ったように、全国でやっていただこうかと考えております。

今回も100か所ぐらいやってもらったので、次年度は500か所になりますが、100%というわけにはいかないかもしれないけれども、なるべく全国的にやっていただいて、基本的にはその改良版を使ってもらいながら課題が出てくると思うので、その課題を抽出するというのでやっていきたいなと思っています。それを踏まえて、再来年度に実装する方向でいきたいと考えております。

この辺のところについて何か御意見などがあれば自由に御発言いただければと思うのですが、武田先生、何かありますか。

武田 スケジュールとしては、先生がおっしゃるとおり、1回500か所、全認知症疾患医

療センターで使ってもらって、ふだんの現行のものと同方やってもらうという感じでやってもらって…。ただ、先ほどから出ているような、データを出すということに関してはそんなに労力は変わらないと思いますので、あとはそれに関するアンケート調査の結果がどうかというところを見て、再来年から実装という形で、先生がおっしゃるとおりでよろしいのではないかと思います。

栗田 ありがとうございます。井藤先生、何かありますか。

井藤 特にはないのですが、中西先生がおっしゃっていたように、入力する人たちが何でもこれを入力しないといけないのか、何の役に立っているのかというのは、本当にあまり実感がないのだなと思っていて、報告しないといけないから報告しているので、数え方もそういうふうになってしまうところがあり、毎年メンバーが変わっていくのに、いつもそれが周知されているということは難しいと思いますけれども、簡単なマニュアルをつくるのだとしたら、初めに、これはこういうふうに大事なのだというのが書いてあるだけでも少し気持ちは違うのかなと思います。

栗田 ありがとうございます。私もそう思うのですが、そういうのをつくれるのはやはり現場でしかつくれなくて、これまで東京都健康長寿医療センターが大体そういうものをつくってきたという経緯があるので、どうやってつくるかということですよ。

多分畠山さんはこれをずっとやっているの一番詳しいかと思うのですが、畠山さん、やはり報告しなければいけないからということですかね。

畠山 今、先生方の議論を聞いていて、大分10年以上前のことを思い出していたのですが、今となっては何にもなくて、何にも感じず、ただただ報告しているのですが、確かに始めた頃は項目が増えるたびにどういうことに役立てるのかなというのは当時思っていたなと思います。今は、とにかく期日までに間に合わせなくてはいけなかったり、先ほど申し上げたように他部署からデータをもらわなければいけないのを、とにかく定期的にリマインドしたりしないと自動的に出してもらえないものですから、そういう作業などに追われて、何か出すことに精いっぱい、それがどうこうなんていうことはあまり、そういえば最初の頃は考えていたような気がします、最近は何かそんな感じになってしまいました。

栗田 正直な御意見ありがとうございます。本当にそうだと思います。どうぞ栗野先生。

栗野 いいですか。昔の話になって、確かに報告しろというから報告していたのですが、何年か前に報告の項目内容を変えるというか、診断のところなどを何かいろいろ触った経

緯があったような気もするのですが、あまり大きく変わってはいなかったかなと思って、確かにこれからはあれなら、やっぱり報告項目をもう一度見直すのも大事だなと思うし、いろいろ項目を追加したり削除したりしながら、そしてマニュアルみたいなものをつくって行って、これはこれだけ大事だというふうな、もう一度そこでやってみたらいかがかなと思いました。

栗田 そうですね。先生の今の話で思い出しましたが、今回の令和7年度版で様式が少し変わるのです。それは今回のこの委員会での意見など、主にこの委員会の意見を踏まえてです。そこだけ少し説明をしておこうと思いますが、実際に新しい様式をつくってくれたのは森澤さんなので、もし追加があったら森澤さんに回しますので、説明してもらえればと思います。

では、私のほうから少し説明いたします。今、栗野先生がおっしゃったように、マイナーチェンジではあるのですが、意見を反映したということで、実は毎年こんな感じのことをやってはいるのですが、今回は、最初のこの抗Aβ抗体薬のところ、初回投与をやっているところと継続投与をやっているところ、それぞれに実施しているか実施していないかを回答できるようになっています。

前回、昨年度まではなっていないのです。昨年は、この1個、抗Aβ抗体薬というところがあるだけで、そこに初期投与をやっているか、継続投与をやっているか、やっていないかという三択になっていたのですが、そうすると、継続投与にマルをつけているところは、継続投与だけをやっているのか、両方やっているのかが分からないということで、それぞれについてマル・バツをつけるようにしてあります。

それから、連携病院のほうで初期投与をやっている、継続投与をやっているとそれぞれありますので、連携病院のところにもこれをそれぞれ、初期投与と継続投与というふうにつけております。

それから、たしか医師以外の人員配置のところ、その他を少し増やせという意見があったので、その他の職種がそれぞれ、医師以外の人員配置のところ、2人、診断後等支援に関する職種についてもその他で2つ入っております。確かに今、例えば診断後等支援に関する相談員には心理系や作業療法士、理学療法士など、いろいろな人が入っているので、そういう人たちもちゃんと入れられるようにするということがあります。

また、連携のところ、認知症疾患医療センターの受診経路のところ、認知症初期集中支援チームから来ているという項目を入れるべきだということだったので、それも追加し

て入っております。森澤さん、何かほかにありましたか。

森澤 はい。相談件数についても、その他を追加してほしいという。

粟田 そうでした。相談件数の相談元でその他を入れてほしいというのがあったので、その他を入れたということでありました。ほかは変わっておりません。ただ、これはあまり変えると、体が慣れていたのがまた慣れなくなってしまうということもあるので、基本的にはこの形を踏襲しておいたほうが、削除するのはともかく、また新しくがらっと変えてしまうと結構大変かなという感じはしております。

いずれにしても、認知症疾患医療センター関係の老健事業は毎年度やっていますので、その中で議論して様式を変えたり、マニュアルをつくったりはできるようになっていますので、ぜひ今後もそれをやっていただくのがよろしいかなと思います。

刈野 すみません、刈野ですが、確かに少しマイナーチェンジしているようですが、今回、診断後支援等を割と中心にやっていただきたいということで予算、いわゆる加算がついているのですね。ただ、これは都道府県によって微妙に違いまして、加算がついていない県もあり、加算がついている県もある。

どういうことに加算がついているかという、大分県の場合は、診断後支援等にかかる分として何百万かつくのですが、いわゆる専従の職員を配置、先ほどありました。それから専任のところもあるのです。それから、ピアの方々の交流会、職員を入れない交流会をやったら幾らとか、抗Aβ抗体薬を実施していたら幾らとか、そういう加算があるのです。だから、こういう加算があるのは項目として入れておくのもいいのかなと。

粟田 これは基本的に入っているはずです。まず、診断後等支援機能に関しては、診断後等支援を行うための医師以外の人員配置ということで、社会福祉士、精神保健福祉士、またはその他の職種の人が入れば、そこに人件費をちゃんとつけるというふうになっております。たしか抗Aβ抗体薬についても、吉松さん、抗Aβ抗体薬は相談に関してもありましたか。

吉松 その機能強化の分については、相談支援などは基本的にやっていただくというところにはなるのですが、機能強化でも加算分として予算をつけているのですが、それは治療をやっていただくということが前提になっていて、それは仮に対象者がいなかったという場合でも、そういう治療ができるという体制を整えていればその分の加算はつけてもいいですよということになっています。

刈野 すみません、でも、実施したらで、しなければ駄目ですよという。だから、県によ

って非常に捉え方がばらばらで、県の方と話すことがあります、一切この話はないとか、こういう加算の話はないという県もあったのです。だから、その辺はばらばらなのだなど、周知がなかなかうまくできないのだなと思った次第です。

粟田 これは国の要綱をどう解釈しているかという問題ですよ。国の要綱を都道府県がどう解釈しているかという問題なので、これこそ現場から都道府県に物を言わなければいけないかもしれないですね。ありがとうございます。

吉松 すみません、よろしいですか。抗Aβ抗体薬の加算の分については、令和6年度から新たに入っている、昨年度はかなり問合せが非常にあって、その中で大分県のほうからあったかどうかは定かではないですが非常に多く寄せられていて、その都度対応はしているというところではありました。だんだんと今、今年度になってからは、同じような趣旨の相談というところでは問合せはあるのですが、件数としてはかなり減ってきているというところではあります。

粟田 ありがとうございます。結構重要な話ですね。加算の解釈は結構都道府県によってよく分からないところがあるので、ぜひ厚労省のほうに問い合わせ確認してもらいたいというふうにしたほうがよろしいですね。

中西 すみません。実績報告は、加算があるとかないとかではなくて、こういうことをどれだけやったかということでもいいのではないですか。

粟田 そうですね。

中西 だから、それはもう本当に都道府県によって違うし、令和6年の抗Aβ抗体薬は相談のことだったと思うのですが、そこまで私の担当だったので。

粟田 令和6年は相談で加算がつくのですか。

中西 相談だったと思います。認知症疾患医療センターは、診療報酬については加算していないと思うのです。だから、診療報酬で補填される部分については加算をしていなくて、診療報酬で面倒をもらえない部分の相談支援について加算をするという定義で、梅本補佐と送り出した記憶があります。なので、令和6年度のときの要綱を見ただければ、抗Aβ抗体薬の相談、恐らく疾患医療センターにこの薬はどういうことですかという問合せがいっぱい来るだろうから、それについて補填するという考え方で世の中には送り出したと思うのですが、多分その解釈がいろいろで、文書を読んだときに、実施していると読んだところがあったり、純粹に相談のところ区切って読んだりということがあったのは記憶しているところではあります。

今回の報告書のほうは、こちらは OUG 上で疾患医療センターと連携することというのが書かれているのだけれども、それをどこで担保するかというのが全くなかったので、疾患医療センター側で記載していただくということで、栗田先生と相談してこういう形になったというのがあったと思うのです。だから、自院で投与している、連携型でやっている、両方という考え方になったということだと思います。

栗田 そんな感じがしてきましたね。そうですね。

新井 すみません、ちょっと話がまた別の視点から、この意義の話、何でこんなことを入れるかという話なのですが、先ほど中西さんがおっしゃったように、我々医療的な面と行政的な面というのがあるのですが、やっぱり現場の質の向上というか、現場へのフィードバックに使えないと駄目だと思うのです。

実は今、私は大学院のほうで大学院生の研究の見える化というのをやっています、リサーチマップに大学院生のデータをそれに全部入れてもらって、それを Tableau (タブロー) という、パーッとすぐグラフ化できてダッシュボードをつくれるもので、いろいろな推移など、ダッシュボードでデータ化ができるのです。

例えばこれはその先の話なのですが、クラウドが出来たその後の話なのですが、そういう Tableau みたいな、ある程度こうデータが出たら実施のいろいろなレポートというか、待機日数がどれぐらいかとか、どことよく連携しているかとか、そういうものがパーッと見られる実質レポートみたいなものがそういうソフトを使って自動生成できるように、そうすると、入力したら、自分のところの施設のいろいろな推移、あるいは茨城県、県なら県全体のいろいろな推移が自分で簡単に解析できて見られるような、自分たちの成長や施設の状況が分かるような、そんなふうになっていくと結構みんな真面目に入れるのかなと。

栗田 個々の医療機関の活動の推移が見えるということですよ。

新井 実はいろいろな使い方ができて、個々の推移も見られるし、大きな、県としてどうか、国としてどうかというのも、そのソフトを使えばいろいろな見方ができるのですが、ただ、あまりそれを自由にやり過ぎてしまっても、いろいろまずいことが起こると思うのですが、ある程度のそういうセットをつくって、こういう解析はしていいですよと指定するといいのではないかなと思いました。

栗田 もともとこの実績評価の項目をつくる時には、平成 24 年の厚労科研で、認知症疾患医療センターの質をどう評価するかというところからスタートして、ストラクチャー

とプロセスを評価しようと。アウトプットは評価しているけれども、アウトカムは難しいかなと、構造化はされているのです。一応構造化はされているのですが、ただ、そういうふうにして、本当に意味があるという使われ方はできていないというのは確かなので。

新井 これは施設間の比較ではなくて、自分の施設の経時的ないろいろな変化も見られますから、それぞれの施設で、自分の視点でここはどうなったかなというのを使えるようにしてあげるといいのではないかなと思いました。

栗田 そうですね。それは、あとは各施設にお任せしてしまっているという感じなのです。一応マニュアルもつくったのです。平成 30 年ぐらいでしたか、認知症疾患医療センターの質の確保に向けてという、この実績評価表を使ってどうやって質を評価するかという、そういうマニュアルもつくったのです。ほとんど誰も見ていないというもので。

新井 自分たちで一から解析するのは大変なので、ある程度そういう Tableau みたいなもので解析して行って、そこをポンと押したらダッシュボードがつかれるようにしてただけると…。

栗田 そういうことですよ。その発想はなかったですね。

新井 今、とにかく見える化というのが大学でもいろいろ言われていて、この認知症疾患医療センターのこういうデータもいかに見える化するかと。それを楽にですね、みんなが苦労しないで。

栗田 これは次の世代の人たちにぜひやってもらいたいですね。

新井 まず、もちろんクラウドが出来てからの話ですけども。

栗田 この中で一番若いのは川端君なので、川端君、今の話をちょっと肝に銘じておいていただければと。

川端 承知しました。

栗田 ありがとうございます。非常に有意義な意見だと思います。

ほかに何かありますでしょうか。もうここからはフリーディスカッションで全然構いませんが。どうぞ、中西先生。

中西 すみません。先ほどの入力 of 報告書のところで、細かい話なのですが、初期集中を追加するというお話があったページを見せていただけますか。あそこで複数入力可という記載があったと思うのですが、初期集中とか、紹介がどこから来ましたかという話の。受診の経路ですね。複数回答可というのは、1 人の人について複数でもいいという意味でいいのです。

栗田 そうだと思います。複数回答ということなので、当然重複していいということなので。

中西 それをしないと、大阪市でも大分前にも問題になっていたのですが、大学病院等の受診のために、本当はかかりつけ医がいなかった人でも、お金をかけないためにかかりつけ医を誰かに書いてもらって受診をする。そうすると、本当の紹介元は初期集中だったとか、そういうことがよくあると思うので、この複数の意味が、この辺は1人の人に複数選んでもいいということが…。

栗田 注14、疾患医療センターの受診の経緯について、1～6の紹介元ごとに件数を記入する。複数の紹介元がある場合は、その全てに計上する。ただし、例えば「市町村直営の地域包括支援センター」のように、選択肢が重複する場合は（例の場合は1と4）、若い番号を計上する。紹介元がない場合は計上しない。複数の紹介元がある場合は——「紹介元」とやってしまうと、今の話だと、何か仮のかかりつけ医みたいなどころから来れば、そこに項目をつけてしまう可能性がありますよね。今のような具体的な一例だと。

中西 そうなのです。大学病院等が100%かかりつけ医から来ていますという報告が出たときに、そのことが気になって、そんなことはないはずだと。かかりつけ医の紹介状はついているのですが。

栗田 そういう細かいところについてのルールをつくらなければいけないですね。

中西 そうでないところは意味がなくて、本当に自由にアクセスできる病院はちゃんとこれが出てくるとは思うのですが、今のところすみません、気になるので。

栗田 多分恐らくこういう議論ができるのがこの会議だけなので。この会議以外でその議論はできないので、今の議論をここに反映できるかどうかというのはちょっとこの段階ではよく分かりませんが、今日参加している委員については、もちろん報告書には出てきますが、報告書を読むのは大変なので、記憶にとどめておいていただくしかないかなと思います。どうぞ、刈野先生。

刈野 かかりつけ医さんが認知症疾患センターを紹介して来ますと。先ほど来、何かMCIも増えているという話ですけれども、認知症という診断が既にかかりつけ医でついていて、前にも言ったかと思うのですが、センターのほうに認知症という診断で。

栗田 診断管理料ですね。

刈野 そうです。その管理料が、要するに請求できないということになっています。それを、あの文言を変えないといけないのだろうとは思いますが、当然みんな認知症とつけ

てくるのが多いのですが、診断管理料の書いているパーセントがとても低かったですよね。これはもうあまり意味がないのではないかと思うのですが、またそのことも考えておいていただきたいなと思います。

栗田 そうですね。意味がないのではないかという議論を武田先生としたような記憶があるのですが、武田先生、何かありますか。

刈野 MCIの人の返事はどうされているのですか。

武田 MCIの人も返事を書いて、取っています。認知症と診断された場合も、正常と診断された場合も、診療報酬上は、認知症と診断された場合は療養計画をつくって書かなくてはいけないと書いてあるので、MCIや正常の場合は、ただ返事として、あと評価した項目について報告書を出すという形で取れると思うのですが。で、取れた場合は、認知症と診断した場合は療養計画書を書いて、それにサインしていただいてというような手続が必要になると思います。

刈野 なるほど、要するに認知症の疑いということであれば、確かにあそこに書いてあります。

武田 確かに先生のおっしゃるとおり、認知症が疑われるものであって紹介された場合と書いてあるので、最初から認知症という、アルツハイマー病と診断できた場合はその辺が取れるかどうかというところが確かにありますよね。

刈野 実際、診療報酬上は取れないと言われる県もこの頃多いらしくて、だからもう最初から書かないということも多くなっているようでしたので、また検討ください。

栗田 そうですね、確かに診療報酬の話はこの委員会ではないのだけれど、刈野先生がおっしゃっていたように、この診断管理料をあまり取れていないのではないかという数値はここで明確に出てきます。認知症疾患医療センターが共有できるデータとしてですね。もちろん診療報酬なので、ほかのところでも出てきますが。

議論するのは我々なので、ここでどうするかという話ではないのですが、このやり方はこれでいいのだろうかということを考える上でも大事なデータであろうとは思いますが。課題として、ありがとうございます。

中西 今のことなのですが、私も刈野先生がおっしゃるとおりの理解で、武田先生のおっしゃるのはちょっと解釈が違って、MCIのときも療養計画書に一応丸をつけて書いてあげて、算定しないということにしていたと思うのですが、あと、いろいろな事情で紹介状がなくて管理が取れないとか、いろいろなケースがあると思うのですが、だから、

算定できないのと算定しないのがあるのかなと思うのです。

この辺はどこかで精査がいるのか、このクラウドシステムの中で議論するかどうかは別なのですが、何か取れない事情というのは、多分国からは見えない事情があるのかなと。

その他ケア加算やサポート医連携加算もそうなのですが、とは思っています。

栗田 これは認知症学会の診療報酬に関連する委員会で議論することになるかもしれないですね。そうすると、武田先生のところに自然と役割が回っていくので。

ほかに何かありますか。もしよろしければ今年度の委員会はこれで終わりということにさせていただいて、この後、我々としてはシステムを完成させるということと、それを踏まえて、システムが出来てから必要なマニュアル類を完成させて、報告書として出すという流れにさせていただきたいと思います。まずは報告書が出来上がりましたら皆さんのところに御連絡いたしますので、それを見ていただくということで、今年度はこれで終わりにさせていただきたいと思います。

どうも皆さん、本当に1年間いろいろと貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。また来年度、お声がけすることになる可能性が高いのですが、またどうぞよろしく願いいたします。

最後に、江川先生に何か御意見をいただきたいと思います。

江川 はい。お忙しい中、遅い時間まで御議論いただきまして、ありがとうございます。

本年度、この事業を通して、来年度から開始することも当初は想定しておりましたが、本日の御議論にありましたように、運用上の様々な課題や、予算の部分もまだ整理ができておりませんので、来年度も引き続き老健事業で、今回の議論をさらに充実して、具体的な運営につなげられるだろうと思っております。引き続きよろしく願いいたします。ありがとうございました。

栗田 では、本日はこれもちまして終了とさせていただきます。どうも皆さん、ありがとうございました。失礼いたします。

委員 ありがとうございました。

(了)

発行：社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1

TEL (代表) 03-3334-2173 <https://www.dcnet.gr.jp>