令和6年度　老人保健事業推進費等補助金　老人保健健康増進等事業

認知症の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 報告書

2024

一般社団法人 日本認知症学会

令和7年（2025年）3月

令和６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８２

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

報 告 書

令和 7 年（2025 年）3 月
一般社団法人 日本認知症学会

令和６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８２

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

目　次

はじめに 1

Ⅰ　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事業検討委員会

1. 委員構成 5

2. 検討委員会開催実績 9

3. 事業の概要 15

4. 論点と主な意見（第 1 回～第 3 回検討委員会） 19

5. 提言 29

Ⅱ　調査研究報告

1. 2023 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 35

2. 2017～2023 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 141

3. 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開発 155

4. 被災地の調査について 161

(1) 災害の定義

(2) 一次調査報告

(3) 二次調査報告

1)　地震・津波（能登半島）

2)　風水害 1（茨城県）

3)　風水害 2（岡山県）

4)　支援チーム(DPAT)

5)　二次調査個票

5. 文献調査報告.....275
6. 認知症の人の支援マニュアル.....285
1) 作成経緯と必要性について
2) 本事業における改訂について
① 医療用マニュアル改訂のポイント
② 介護用マニュアル改訂のポイント

Ⅲ. 資料編

巻末資料 1 認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式（2022 年度分用）.....291
巻末資料 2 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手引き.....297
参考資料 3 被災地における認知症支援の実態調査：一次調査（依頼状/調査票）.....323
巻末資料 4 被災地における認知症支援の実態調査：二次調査（依頼状）.....329
巻末資料 5 災害時の認知症対応マニュアル.....333
貼付用チラシ 1
貼付用チラシ 2
被災した認知症の人と家族の支援マニュアル(介護用簡易版)
被災した認知症の人と家族の支援マニュアル（介護用詳細版）
被災した認知症の人と家族の支援マニュアル（医療用）
巻末資料 6 検討委員会議事録（全 3 回）.....403

はじめに

令和 6 年度老人保健健康増進等事業「認知症の背景疾患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事業」では、「認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立」と「被災地認知症支援マニュアルの作成」という２つの課題に取り組みました。

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、今日では「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。しかし、この事業は発足当初から「事業の質をいかにして確保するか」が課題とされ、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・分析し公表するというプロセスをとってまいりました。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課題があることが判明しました。そこで本研究事業では「データ集計・分析ワーキンググループ」を設置して、課題解決に向けた新たなシステム開発に着手するとともに、今後のシステム開発と管理体制の在り方について提言することにいたしました。また、前年度分の実績データの分析とともに、過去 7 年間のデータの縦断的分析を行い認知症疾患医療センターの実績の時代的変化について報告しております。

被災地の認知症支援マニュアルについては、日本認知症学会が 2011 年の東日本大震災の際に支援マニュアルを作成しており、2024 年 1 月 1 日の能登半島地震においても避難所等で活用してもらえるよう被災地自治体等にマニュアルを送付することにいたしました。しかし、内容がすでに時代にそぐわないものとなっていたため、急遽補遺版を作成して被災地にお送りいたしました。本研究事業では、日本認知症学会社会対応委員会の中に新たに「被災地認知症支援マニュアル作成ワーキンググループ」を設置して、今日の時代に合った被災地認知症支援マニュアルの改訂版を作成しております。また、避難所においても使い勝手のよいツールとなるよう、簡易版のマニュアルや壁に貼付できるポスター等も作成しました。さらに、地震・津波・洪水など近年に自然災害を経験した複数の被災地の自治体・医療機関・介護保険事業所等を対象に災害時の認知症支援に関する調査を実施し、その結果を踏まえて災害時の認知症支援に関する提言を行うこととしました。

本報告書とともに、本事業で作成した被災地支援マニュアル等のツールが、今後の認知症医療・介護の発展に寄与することを願っております。

認知症の背景疾患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事業
検討委員会委員長　粟田主一

I. 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事業検討委員会

1. 委員構成

検討委員会委員（〇印：委員長）

〇粟田　主一	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・センター長
石井　伸弥	医療法人社団知仁会メープルヒル病院・院長
内海　久美子	砂川市立病院認知症疾患医療センター・センター長
枝広　あや子	東京都健康長寿医療センター研究所・研究副部長
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
田中　稔久	三重大学医学部神経・筋病態学講座・教授
冨本　秀和	三重県済生会明和病院・院長、三重大学大学院医学系研究科・特定教授
中西　亜紀	大阪公立大学大学院生活科学研究科・教授
新美　芳樹	東京大学医学部・医学部附属病院早期探索開発推進室・特任講師
藤本　直規	医療法人藤本クリニック・院長
古田　光	東京都健康長寿医療センター認知症疾患医療センター・センター長
秋山　治彦	横浜市立脳卒中・神経脊椎センター臨床研究部・部長
新井　哲明	筑波大学附属病院精神神経科・教授
和田　健二	川崎医科大学医学部認知症学教室・教授　（マニュアル作成 WG）
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

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

山本　英里	一般社団法人　日本認知症学会

データ集計・分析ワーキンググループ（○印：座長）

○粟田　主一	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・センター長
枝広　あや子	東京都健康長寿医療センター研究所・研究副部長
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

被災地認知症支援マニュアル作成ワーキンググループ（○印：座長）

粟田　主一	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・センター長
○中西　亜紀	大阪公立大学大学院生活科学研究科・教授
秋山　治彦	横浜市立脳卒中・神経脊椎センター臨床研究部・部長
新井　哲明	筑波大学附属病院精神神経科・教授
和田　健二	川崎医科大学医学部認知症学教室・教授

2. 検討委員会開催実績

令和 6 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）テーマ番号 82
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事業
第 1 回検討委員会（オンライン）
2024 年 8 月 10 日（水） 16 時 00 分～18 時 00 分

議事次第

1. 委員紹介
2. 厚生労働省挨拶
3. 事業の概要について
4. フリーディスカッション
   ① 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立について
   ② 災害時の認知症対応マニュアルについて
   ③ DMT 導入を踏まえた医療提供体制の実態調査（フォローアップについて）
   ④ その他

【配布資料】
資料 1：議事次第
資料 2：検討委員会設置要綱
資料 3：事業の概要について
参考資料 1：認知症疾患医療センターにおける事業実施状況の報告について（事務連絡）
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(R5 用)
参考資料 3：認知症疾患医療センター事業実績報告クラウドシステム
参考資料 4：Html, PHP ファイル構成
参考資料 5：被災した認知症の人と家族の支援マニュアル（医療用）
参考資料 6：被災した認知症の人と家族の支援マニュアル（介護用）
参考資料 7：被災した認知症の人と家族の支援マニュアル医療用第 2 版補遺
参考資料 8：被災した認知症の人と家族の支援マニュアル介護用第 2 版補遺
参考資料 9：避難所での認知症の人と家族支援ガイド（家族用）
参考資料 10：避難所での認知症の人と家族支援ガイド（支援者用）
参考資料 11：認知症医療提供体制の課題に関する調査結果の概要
参考資料 22：認知症医療提供体制のあり方に関する提言とその後の動き
参考資料 13：認知症疾患医療センター運営事業実施要綱（令和 6 年 3 月 19 日一部改正）

令和 6 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）テーマ番号 82
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事業
第 2 回検討委員会（オンライン）
2025 年 1 月 19 日（日） 18 時 00 分～20 時 00 分

議事次第

5. 厚生労働省挨拶
6. 事業の概要について
7. 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立について
＜データ集計・分析 WG からの報告＞
1) 認知症疾患医療センター運営事業実績評価の経緯と縦断的分析（暫定版）
2) 令和 5 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（速報）
3) 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改良
8. 災害時の認知症対応マニュアルについて
＜マニュアル WG からの報告＞
1) アンケート調査の進捗状況について
2) 被災地認知症支援マニュアル改訂版（案）について
3) 避難所用貼付用チラシ（案）について
4) 文献調査について
9. その他

【配布資料】
資料 1：議事次第
資料 2：検討委員会設置要綱
資料 3：事業の概要について
資料 4：認知症疾患医療センター運営事業実績評価の経緯と縦断的分析（暫定版）
資料 5：令和 5 年度分認知症疾患医療センター実績報告書の集計（速報）
資料 6：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・プロトタイプ
資料 7：プロトタイプの改良
資料 8：アンケート調査鑑文
資料 10：被災地アンケート調査票
資料 11：アンケート送付先一覧
資料 12：貼付用チラシ（案）
資料 13：被災地認知症支援医療マニュアル改訂版（案）
資料 14：文献調査（2025-01-15 版）

令和 6 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）テーマ番号 82
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事業
第 3 回検討委員会（オンライン）
2025 年 3 月 14 日（金） 18 時 00 分～20 時 00 分

議事次第

10. 厚生労働省挨拶
11. 事業の概要について
12. データ集計・分析 WG からの報告
    1) 令和 5 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結果
    2) 認知症疾患医療センター運営事業実績評価の経緯と縦断的分析
    3) 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開発
13. 被災地認知症支援マニュアル WG からの報告
14. その他

【配布資料】
資料 1：議事次第
資料 2：検討委員会設置要綱
資料 3：事業の概要について
資料 4：報告書の表紙と目次（案）
資料 5：令和 5 年度分認知症疾患医療センター実績報告書集計分析結果（報告書原稿）
資料 6：認知症疾患医療センター運営事業実績評価の経緯と縦断的分析
資料 7：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開発（報告書原稿）
資料 8：被災地支援マニュアル WG からの報告書案
資料 9：二次調査依頼文
資料 10：二次調査一覧
資料 11：避難所掲示用チラシ　こんなときどうしよう　案
資料 12：避難所掲示用チラシ　認知症の方のご家族へ　案
資料 13：被災地認知症支援医療マニュアル改訂案
資料 14：被災地認知症支援マニュアル（介護用詳細版）改訂案
資料 15：介護用簡易版　案
資料 16：認知症の人と家族の支援マニュアル（介護用簡易版）案

3. 事業の概要

1. 目的

1.1. 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立

認知症疾患医療センター運営事業の質の確保を目的とする一連の老人保健健康増進等事業において、全国の認知症疾患医療センターで毎年新たに診断されている認知症疾患の診断名別件数（約 10 万件／年）を含む事業実績のデータを、2017（平成 29）年度分より老人保健健康増進等事業において継続的に集計・分析し、センターの機能状態を経年的に評価してきた。本研究ではこれまでに蓄積されてきたデータを縦断的に分析し、認知症疾患医療センターの機能の経年的変化を明らかにするとともに、今後も認知症疾患医療センター運営事業の実績データを継続的に収集・管理・集計・分析して認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた施策に反映させていくための方法を示し、その体制整備に向けた政策提言を行う。

1.2. 被災地認知症支援マニュアルの作成

日本認知症学会では、2011 年の東日本大震災の際に、医療職及び介護職向けの「災害時における認知症の本人・家族等への対応マニュアル」を作成し、学会のホームページ上に公開している。2024 年 1 月に発災した能登半島地震においても同マニュアルが活用されているが、作成時より 12 年の歳月を経ており、この間に認知症の医療やケアのあり方、防災対策のあり方も大きく変容している。本研究では、現在のマニュアルを改訂するとともに、認知症の背景疾患等を考慮した支援方法やリロケーションダメージへの対策なども含む実用性の高い支援マニュアルを専門的見地から作成し、広く活用していくための体制整備と政策提言を行う。

2. 方法

2.1. 検討委員会の設置と政策提言に向けた検討

日本認知症学会社会対応委員会委員及び認知症支援に関わる多職種によって構成される「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事業」検討委員会を設置し、①認知症疾患医療センター運営事業実績データを継続的に収集・管理・集計・分析・活用するための方策を検討して政策提言を行うとともに、②「災害時の認知症対応マニュアル」のあり方を検討し、それを広く活用していくための政策提言を行う。

2.2. 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立

「データ集計・分析ワーキンググループ」を設置し、過去 7 年分（2017 年度～2023 年度）のデータ統合と縦断的分析を行うとともに、検討委員会での意見を踏まえて、将来的に認知

症疾患医療センター運営事業の実績データを継続的に収集・管理・集計・分析・活用するための体制を考案する。尚、電子ファイルで収集されるデータを統合して集計・分析するシステムを試行的に構築し、その実用性を検証して手引きを作成する。

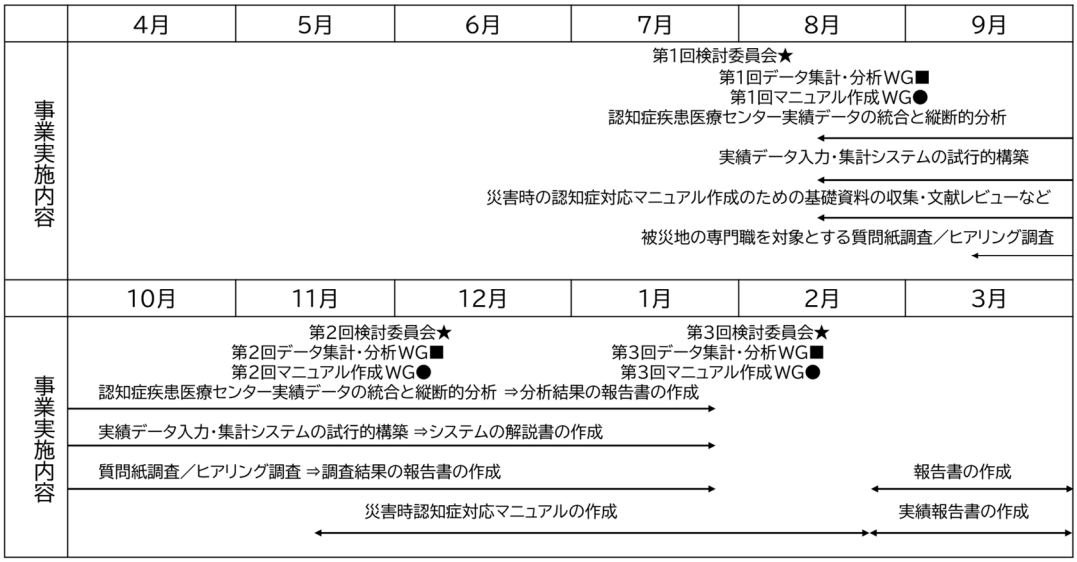
2.3. 被災地認知症支援マニュアルの作成

「被災地認知症支援マニュアル作成ワーキンググループ」を設置し、検討委員会の意見を踏まえて、マニュアル作成のための基礎資料の収集、文献レビュー、被災地において認知症支援に携わってきた専門職等を対象とするヒアリング調査を行い、それらに基づいて電子版及び冊子体のマニュアルを作成する。

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表



4.　論点と主な意見（第 1 回～第 3 回検討委員会）

第 1 回検討委員会における論点と主な意見

1. 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立について

○ 認知症疾患医療センター運営事業の質の確保を目的とする一連の老人保健健康増進等事業において、全国の認知症疾患医療センターで毎年新たに診断されている認知症疾患の診断名別件数（約 10 万件／年）を含む実績データを、2017（平成 29）年度分より老人保健健康増進等事業において継続的に集計・分析し、センターの機能状態を可視化させてきた。

○ 現在は、EXCEL ファイルで作成されている実績報告書の様式に、各センターで実績データを入力し、それを都道府県が回収し、都道府県が EXCEL ファイル上でそれを統合することによって、EXCEL ファイル上の関数を使ってデータセットが自動的に作成できるようになっている。それらを一式揃えて厚労省に提出することとしている。

○ しかし、このプロセスの中で、さまざまな問題が生じている。例えば、「各センターに ID がふられていないので経年データを見ることが出来ない」、「病院名で突き合わせてようとしたら病院名が変更になることがある」、「様式を勝手に変更してデータが入力されたりすることがある」、「欠損値があると、それが 0 を意味するのか、欠損を意味するのか判断不能で、集計処理が困難になる」、「厚労省の担当者が変わるとデータセットがうまく作れなくなったりする」など。

○ こうした問題を克服するために、クラウド上でデータを収集・共有できるシステムを開発する必要があると考え、そのプロトタイプの開発に着手した。しかし、誰がそれを管理するかという問題が残されている。この問題は厚生労働省マターであり、今後検討していく必要がある課題であろう。

2. 災害時の認知症対応マニュアルの作成について

○ マニュアルのあり方にはついては、紙媒体と電子媒体の両者を検討する必要がある。分量が多くならないように注意する必要がある。電子版で細かく切り取って見られるような方法も考慮に入れてはどうか。

第2回検討委員会における論点と主な意見

1. 認知症疾患医療センター実績報告書集計結果（速報）について

○ 2023年の段階で診断後支援の相談支援がほぼ100%に達している。認知症疾患医療センターの診断後支援は、それに関わる相談員の人件費が補助金の積算根拠になっていることも影響して、かなり浸透してきているものと推察される。

○ 一方、ピアサポートについては、現段階では4割程度である。ピアを募ってもなかなか集まらないことや、認知症が進行してピアの対象でなくなるといった問題もある。ピアサポートをセンターで行う意味がどれほどあるのか。認知症カフェや介護予防でやってはいかがかという意見がある。

○ ピアサポートを医療機関で行うことに意味はある。そこにいることが気持ち的に楽になるということがある。進行とともに他の場所へ移行する時期はあるが、今必要な居場所はどこかを考えて判定する場所としても医療機関でピアサポートを行う意味がある。

○ 精神科の認知症疾患医療センターでは抗Aβ抗体薬にはほとんど対応できていない。最適使用推進ガイドラインに示されているのであるから、認知症疾患医療センターは抗Aβ抗体薬の紹介機関や継続投与機関にしっかり関わるようにすべきではないか。

○ このたびの最新データは2023年度分のデータであるため、抗Aβ抗体薬が導入されてから間もないものである。この段階では、精神科病院への普及はかなり難しいのではないか。次年度以降の推移を見る必要がある。

2. 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立について

○ 第1回検討委員会で紹介したクラウドシステムのプロトタイプについて以下の6項目の改良点を加えたものを作成した。

- トップ画面に「IDのない方」、「IDを登録済みの方」のボックスを追加した。実績報告をする方でまだIDを取得してない新規の方はこちら、登録済みの方はこちらから入るというようにした。

- 昨年と同じメールアドレスで登録した場合は、ログインすると昨年登録した実績データが表示され、それを修正して保存できるように改良した。認証するために電子メール

アドレスを用いているので、毎年登録をお願いして、メールアドレスが昨年と同じ場合には昨年登録したデータを表示するようにした。初年度の場合はそれができないので、初年度は全て空の状態から入力してもらうことになっている。

- 都道府県担当者画面に「確認する年度」の項目を追加した。都道府県担当者にどのような機能が必要かと考え、都道府県担当者には前年度のデータを見るなど継続性も必要であろうということで、クラウド上で確認する機能を追加した。都道府県担当者の ID であるメールアドレスとパスワードは翌年度でも利用できるようにしている。1 回登録したデータは、翌年度は、担当者名を変更しても利用できる。メールアドレスを変更する場合には再度申請が必要だが、メールアドレスを変更しない限りずっと継続して確認できる。

- 各センターで確認したい年度を入力するとその年度のデータを見ることができる。都道府県においても、確認したい年度を入力すると、その年度の都道府県内のデータのダウンロードができる。都道府県担当者はここで該当する施設のデータの確認・修正もできる。確認すると、電子メールアドレスを登録した際、いっしょに登録した都道府県等担当者の名前と部署名と電話番号がデータの中に入り保存するとそれがデータとして登録される。それ以外に、登録完了報告機能というのも追加した。都道府県担当者が責任を持って認知症疾患医療センターのデータがアップロードされてるのを確認し、それをクラウドシステム管理者に報告し完了年度を入力するという機能を追加した。

- 各センターの実績報告終了画面で各項目の登録不備情報を表示するようにした。必要なデータが入ってない状態で保存すると、それを入力して下さいというメッセージが出る。この注意事項は都道府県担当者のほうの画面でも出るので、都道府県担当者も保存すると、このデータはこういうふうな注意事項が出てるのだということが都道府県担当者にも分かる。

- クラウドシステムの管理者画面に年度別の報告データのダウンロード機能以外に全年度報告データのダウンロード機能を追加した。また、登録完了報告確認画面を追加した。クラウドシステム管理者画面にログインする時に、確認・修正する年度を登録して、選択した年度の報告データの確認やダウンロードができるという仕様になっている。

3. 災害時の認知症対応マニュアルの作成について

○　調査にあたって、この老健事業ではどのような災害を取り扱うかという問題がある。最近の日本では、地震、津波、洪水、地滑りが多いので、地震・津波・風水害に焦点

をあてて、地震と津波で能登半島、風水害については岡山県の倉敷市、茨城県の常総市を選択し、自治体 54 カ所、病院 354 カ所、地域包括 262 事業所、その他団体から介護老健施設、介護老人福祉施設、特養、グループホーム。DPAT 等の支援チームという形で 11 月にアンケートを発送した。

○　認知症学会のマニュアルは東日本大震災の時に作られ、2 回改訂がなされているが、能登半島の地震の時に補遺版を作って挟み込みをするという形で改訂された。現在、厚労科研の特別研究班で BPSD の対応マニュアル・ガイドラインを作成しているので、それとの整合性を図りつつ今後最終的な調整に行う。

○　現在のバージョンは 18 頁のマニュアルとなっているが、避難所のばたばたしたところでは 18 ページも読めない。目次に症状を示し、例えばせん妄と書いてあったらせそのページにすぐ行けるようなショートバージョン作ってはどうか。県庁や大きな調整本部で見る完全版と、避難所のような現場で見る簡略版という 2 バージョンを作成してはどうか。

○　デジタルのファイルにすれば、クリックして読みたいところに飛べる。各種情報のリンクを検討しては、どうか。

○　どのフェーズでどの場で誰が使うかということで、しっかりしたものとショートバージョンと 2 種類あるのが理想的であろう。

第3回検討委員会における論点と主な意見

1. 認知症疾患医療センター実績報告書集計（縦断分析）の結果について

○ 2017年～2023年の7年間に、認知症疾患医療センターは422から505に増えており、2012年のオレンジプラン以来の目標設置件数（500件）をクリアしている。特に一般病院のセンターが増えていることが目立つ。

○ 専門医療機関の要件と機能については、診断後等支援の「相談員による診断後の相談支援」が46%からほぼ100%に、「ピアサポート、ピアカウンセリングや交流会」が15%から約4割に達しており、鑑別診断ではMCIの診断件数・構成比が全年齢及び65歳未満のいずれのケースにおいても増加傾向にある。認知症の超早期段階でのサービスへのアクセスが増えてきている様子が窺える。

○ 身体合併症に対する救急医療の要件と機能については、救急医療機関指定等については大きな変化は見られないものの、一般病院のセンターの増加とも関連して、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やリエゾンチーム配置の割合が少しずつ増えている。

○ 地域連携推進機関としての要件と機能では、半分以上の認知症疾患医療センターが認知症初期集中支援チームにチーム員として関与し、6割ぐらいが後方支援に対応していることから、認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームとの関係が次第に強化されてきている様子が窺える。

○ 実績報告書の縦断的分析によって、認知症疾患医療センターの実績の変遷だけではなく、認知症の専門医療に求められているニーズに関する重要な情報が得られることがわかる。しかし、縦断分析を通して、改めて、現在の実績報告書の収集・管理・集計・分析体制に不備があることが再認識された。

2. 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立について

○ 本研究事業では、①各センターでの実績データの入力、②都道府県・国への提出、③データセットの作成とデータクリーニング、④集計・分析のプロセスを、より効率的かつ正確に実施できるようにするために、クラウド上でのデータ収集システムとして、「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」のプロトタイプを作成した。また、このプロトタイプシステムの仕様検討を行い、運用が行えるよう、さくらインターネットのサーバに実装した。

○　報告書には、システムソフトウエアの構成等でプロトタイプシステムの構成とソフトウエア構成を記述し、運用システムの方で、さくらレンタルサーバのサーバ上で、アプリケーションソフトのバージョンを記述した。また、機能解説とフローチャートでは、事業実績報告者用の利用画面での機能の解説とフローチャートの説明をし、都道府県等の担当者の画面での機能の解説とフローチャートの説明をした。最後にクラウドシステム管理者用画面で、機能の解説とフローチャートの説明図を加えた。

○　最終的な運用システム上でのセキュリティ設定として、メンテナンス用の FTP サーバとか、システムの送受信用メールアドレスは DCnet、認知症介護研究・研修東京センターの電子メールアドレスから送・受信する内容とし、定期的なバックアップ機能を装備する形にしている。システムの手引、システムマニュアル_管理者編も用意した。

○　但し、誰がこのシステムを管理するのか、誰がデータを管理するのかということがまだ明確になっていない。これについては次年度以降の検討課題となるであろう。

3.　災害時の認知症対応マニュアルの作成について

○　能登半島のヒアリング調査から、以下のような情報が得られている。

- 被災地から離れた施設で避難者の受け入れをしていると、その後本人が元いた場所に帰れなくなってしまうことがある。最初は本人も帰りたいって言っていても、長期化するとそこになじんでしまう。施設としてはお返ししたいと考えても、それを指揮・調整するところがない。

- 災害によってニーズが異なるので過去の経験が役立たない部分がある。能登半島でも東日本の経験があまり役に立たなかったのではないか。東日本の時も阪神の経験が役に立たなかったのではないか。被災者個人を見ても受けている被害がかなり違う。

- DPAT や福祉系の支援チームが直接診察や介助ができないという問題が生じた。何か法的な問題があるらしいがそれはいかがなものかという意見が聞かれた。例えば入浴介助が必要であっても、利用者に触れられないと言われたと。この辺は特に厚生労働省のほうにはお伝えしておかなければいけない。

- 市町村越えの避難の問題で、例えばある市町村で介護保険未利用の状態で避難してきたとき、その人が介護保険を使おうとしてもうまく使えないらしい。避難を受け入れた側の市町村側が介護保険の申請や様々な調整を全部負担してやらなければならないかということも指摘された。

- 見取り期に入ってしまった場合の避難先の負担が大きい。特に独居高齢者について課題があるという指摘が複数あった。

- 認知症学会のマニュアルはほとんど知られていなかった。そういう資料があるというのは喜ばれていたが、その効果がどの程度あったのかは分からない。

- 避難所には貼り紙が非常に多い。その中で必要な情報を見つけれるかどうかが分からない。ある程度目立つものにしなければいけないのか。QR によるリンクや、厚生労働省からの初期の通知とかにうまく活用していく必要があるのではないか。

○ 茨城県（風水害）のヒアリング調査から以下のような情報が得られている。

- 避難所で認知症の人が、他者の物を勝手に食べてしまう、人の物と他の方の物との区別がつかない、トイレでないところで排せつする、うろうろされるというようなクレームもあった。

- 水没すると医療機関等も活動ができない状況だったが、認知症疾患医療センターは非常に活躍して貢献された。

- 在宅酸素などについては、関係者がしっかりと臨機応変な対応をしてくれた。

- 水没してカルテが参照できないということもあったというが、その後「電子@連絡帳」を作ったとのこと。被災地が行った工夫で有効であったことを全国に伝える必要がある。

○ 作業部会で、1 枚物の避難所に掲示するチラシを 2 部作った。1 つは認知症と診断されていても、されてなくても、困ったという症状があった時に、ちょっと考えてみてくださいというチラシ。「眠れない」とか、避難所で困りそうな症状を主にピックアップしている。非常に簡単なことだけを書いており、詳しい認知症のマニュアルのほうに QR コードでつなぐということにした。もう一つは、認知症と分かってる方ご家族向けのもの。家族が、家族だけで何とかしなければいけないと思いやすいので、介護施設、福祉避難所等への案内という意味で作成した。こちらも QR につなげる。

○ これまでの介護用マニュアルは、文字が多いと指摘されていた。字数を減らして絵を入れて要点を記載した。「不安」「いらいら」「幻覚・妄想」「落ち着かず歩きまわる」「アパシー・抑うつ」「不眠」「排泄」「お役立ち情報へのアクセス」ということでまとめた。平易なわかりやすい言葉を用いるよう配慮した。

○　能登半島地震の時に、厚生労働省が「被災された地域における認知症の方やご家族、その周囲の方へ」と、認知症の方への配慮のお願いを通知したのが 1 月 2 日だった。認知症の人への初期支援が求められるのが 3 日といわれているが、その初期の 3 日以内に通知が出せるのは厚生労働省しかない。厚生労働省が出す通知に、少なくとも 1 枚物のチラシを貼ってもらう、あるいは、リンクを載せてもらってはどうか。そのリンクにこのマニュアルがつながっていたら自治体等がそこからダウンロードができる。それを厚生労働省にお願いしたい。この委員会として提言してはどうか。

○　このたびの調査で認知症疾患医療センターが非常に役立ったという意見が聞かれた。災害支援に関する認知症疾患医療センターの役割についても提言してはどうか。この調査では災害時に認知症支援の司令塔として役割を果たしていると考えられた。災害時においても、地域の認知症医療・介護の中核的拠点としての役割を果たすことを提言してはどうか。

5.　提言

「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」検討委員会

1. 認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立について

2017 年以降、過去 7 年間にわたって、認知症疾患医療センター運営事業の質の確保を目的に、認知症疾患医療センターの実績を所定の様式の EXCEL ファイルに入力し、これを都道府県で集約して国に提出し、老人保健健康増進等事業において集計・分析して報告するという仕組みがつくられてきた。しかし、この方法では、各認知症疾患医療センター・都道府県・国の間での EXCEL ファイルの受け渡し作業やデータ集約作業に多大の時間と手間を要し、さらに誤入力をチェックするなどデータクリーニングに関するメカニズムが働かないことが明らかにされている。この問題を解決するために、2024 年度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」検討委員会では、円滑なデータ集約と信頼できる集計・分析を継続的に実施できるようクラウド上でデータを入力・収集・共有してデータセットを作成できるシステムを開発するとともに、データクリーニングを含むデータ管理体制とシステム管理体制を確立することを提言する。

2. 災害時の認知症支援について

近年頻発している地震・津波・洪水等の自然災害に際して、避難所等に避難する認知症の人への支援にあたっては、ニーズに応じた支援を行うための情報が十分に提供されていないことが明らかにされてきている。日本認知症学会では、2011 年の東日本大震災の際に、被災地の認知症支援マニュアル（介護用、医療用）を作成したが、その内容も古くなったことから、2024 年度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」において改訂版を作成した。また、同事業では、避難所において認知症支援に必要な情報が被災の初期段階に伝えられていないこと、マニュアルの周知が図られていないこと、認知症疾患医療センターが災害時の認知症医療・介護について重要な役割を果たしていることなども明らかにされた。そこで本事業の検討委員会では、災害時の認知症支援について以下の 3 つの事項を提言することとした。

① 災害初期段階に被災地自治体に向けて政府より発出される通知によって、避難所に貼付できる認知症支援に関する情報ツール（ポスターなど）の周知が図られること。

② 上記の通知やポスターなどに QR コードをつけて、そこから被災地の認知症支援に関するマニュアルにもつなげ、各種情報に迅速にアクセスできるようにすること。

③ 認知症疾患医療センターが、災害時において被災地の認知症支援の司令塔（あるいは認知症医療介護の中核的拠点）として機能できるように平時において果たすべき役割を明らかにしておくこと。

付記

末筆になりますが、被災地の一日も早い復旧ならびに復興を願うとともに、今回の調査にご協力いただいた多くの方々にこころから感謝申し上げます。

II. 調査研究報告

1. 2023 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. 研究目的

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協議書兼実績報告書―以下、実績報告書）を用いて、前年度一年間の実績を都道府県・指定都市に報告することが義務付けられている。この実績報告書は、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に沿って事業実態を把握し、質の評価が可能となるように設計されており、適宜様式の変更を経て令和 5 年度実績報告書の項目が決定されている。

本研究の目的は、この実績報告書を用いて、2023 年度一年間の認知症疾患医療センターの事業実績を分析することにある。尚、2022 年度より基幹型は基幹型ⅠとⅡに類型化されている。

2. 研究方法

対象は、2024 年 3 月 31 日現在で認知症疾患医療センターに指定され、実績報告書（Excel データ）の提出があった全国の 505 施設（基幹型Ⅰ 17、基幹型Ⅱ 4、地域型 386、連携型 98）である（悉皆調査）。実績報告書の内容を基に結果に示す項目を分析対象にした（巻末資料 1：認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式を参照）。Excel 上の様式統合が可能な書式によって、都道府県指定都市単位でデータセット化したものを統合して、全国データとした。各項目については、クロス集計表を用いて、類型別・医療機関種別に分析した。

3. 研究結果

Ⅰ．医療機関基本情報

Ⅰ-1. 対象の類型と医療機関種、設置主体

対象となる認知症疾患医療センターを類型別・医療機関種別（表 1、図 1）に示す。 基幹型ⅠおよびⅡはすべて一般病院であり、地域型では 45.9%が一般病院、54.1%が精神科病院であった。連携型は診療所が 42.9%を占めた。類型別の設置主体（表 2）を示す。基幹型Ⅰは 52.9%が国立、23.5%が都道府県・指定都市立、5.9%が市区町村立であり、あわせて 82.4%が公立の医療機関であった。一方基幹型Ⅱでは 75.0%が国立、25.0%が都道府県・指定都市立と、あわせて 100%が公立の医療機関であった。地域型、連携型では医療法人が 57.3%、57.0%と最も多くを占めた。

表 1　類型別・医療機関種別内訳

		医療機関種別			
		一般病院	精神科病院	診療所	合計
類型	基幹型Ⅰ	17	0	0	17
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	0	4
		100.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	177	209	0	386
		45.9%	54.1%	0.0%	100.0%
	連携型	30	26	42	98
		30.6%	26.5%	42.9%	100.0%
	合計	228	235	42	505
		45.1%	46.5%	8.3%	100.0%

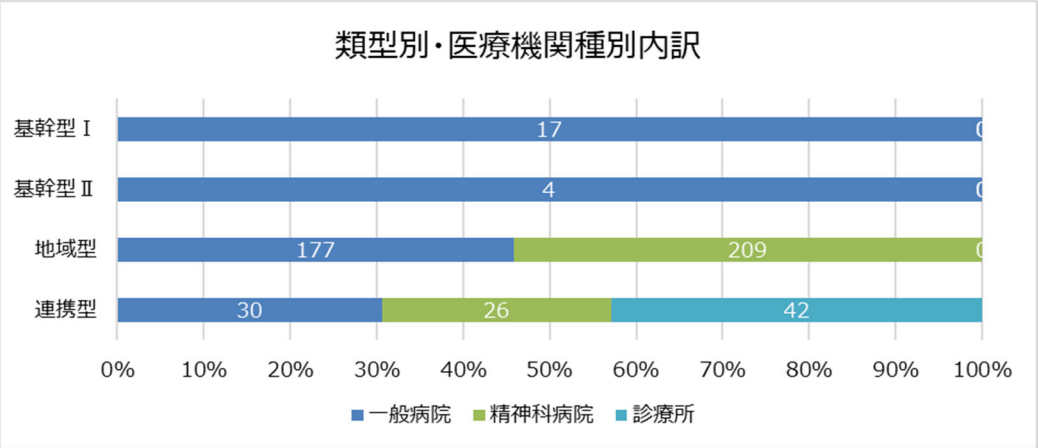


図 1　類型別・医療機関種別内訳（再掲）

表 2　類型別　設置主体

		設置主体									
		学校法人	国	都道府県・指定都市	市町村	公益法人	医療法人	組合および連合会	個人	その他	合計
類型	基幹型Ⅰ	1	9	4	1	0	1	0	0	1	17
		5.9%	52.9%	23.5%	5.9%	0.0%	5.9%	0.0%	0.0%	5.9%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	3	1	0	0	0	0	0	0	4
		0.0%	75.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	22	21	33	22	30	221	12	3	22	386
		5.7%	5.4%	8.5%	5.7%	7.8%	57.3%	3.1%	0.8%	5.7%	100.0%
	連携型	1	2	8	6	4	66	3	3	5	98
		1.0%	2.0%	8.2%	6.1%	4.1%	67.3%	3.1%	3.1%	5.1%	100.0%
	合計	24	35	46	29	34	288	15	6	28	505
		4.8%	6.9%	9.1%	5.7%	6.7%	57.0%	3.0%	1.2%	5.5%	100.0%

Ⅰ-2. 病床数

1) 一般病床：類型別（表 3)、医療機関種別（表 4）に一般病床数を示す。基幹型Ⅰ、Ⅱおよび一般病院の一般病床が多く、診療所の多い連携型では一般病床数が少なかった。

表 3　類型別　一般病床数

		病床数　一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	652.6	168.6	649	322	932
	基幹型Ⅱ	4	666.5	73.9	652	602	760
	地域型	386	159.7	255.1	0	0	1226
	連携型	98	49.7	96.5	0	0	400
	合計	505	159.0	255.0	0	0	1226

表 4　医療機関種別　一般病床数

		病床数　一般病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	344.2	284.5	283	0	1226
	精神科病院	235	7.4	23.6	0	0	155
	診療所	42	1.5	4.9	0	0	19
	合計	505	159.0	255.0	0	0	1226

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

表 5　類型別　精神病床数

		病床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	48.2	25.4	41	20	108
	基幹型Ⅱ	4	40.0	0.0	40	40	40
	地域型	386	185.7	158.2	180	0	808
	連携型	98	61.4	107.6	0	0	420
	合計	505	155.8	155.8	129	0	808

表 6　医療機関種別　精神病床数

		病床数　精神病床					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	66.8	116.0	30	0	756
	精神科病院	235	269.9	118.8	256	0	808
	診療所	42	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	155.8	155.8	129	0	808

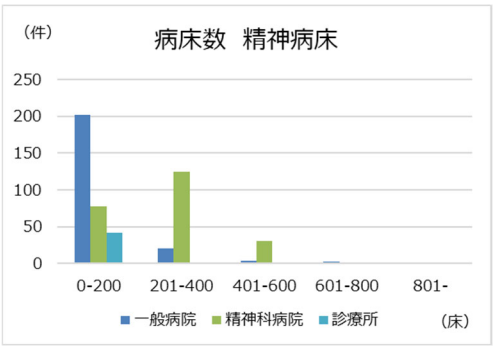


図 2　医療機関種別　精神病床数

3) 全病床数：類型別（表 7)、医療機関種別（表 8、図 3）に全病床数を示す。一般病床を含むと基幹型Ⅰ、Ⅱ及び一般病院で病床数が多い傾向があった。ヒストグラムから、精神科病院及び一般病院に 201-400 床規模の医療機関が多かった（注：令和 4 年度より「その他病床」と「療養病床」の項目は削除された)。

表 7　類型別　全病床数

		全病床数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	713.4	178.4	697	396	1000
	基幹型Ⅱ	4	707.0	73.3	692	644	800
	地域型	386	354.9	217.2	309	0	1267
	連携型	98	122.9	131.5	100	0	434
	合計	505	324.7	235.1	282	0	1267

表 8　医療機関種別　全病床数

		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
医療機関種別	一般病院	228	438.8	262.7	395	39	1267
	精神科病院	235	271.9	133.6	256	0	898
	診療所	42	1.5	5.0	0	0	19
	合計	505	324.7	235.1	282	0	1267

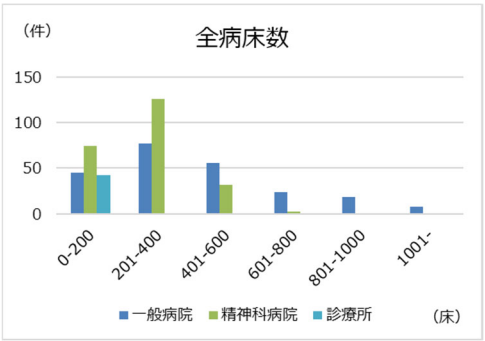


図 3　医療機関種別　全病床数

※令和 4 年度実績報告書より「その他病床」と「療養型病床」の項目は削除された。

※令和 4 年度実績報告書より診療科の項目は削除された。

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（新規）

令和5年度実績報告書より「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」の項目が設けられた。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）」が選択される。類型別（表9、図4）、医療機関種別（表10、図5）に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を示す。初期投与の実施は基幹型Ⅰで70.6%、基幹型Ⅱで100.0%であった。一方、地域型や連携型では、対応していないが75.7%、87.5%と大半を占めた。医療機関種別では一般病院の39.0%が初期投与に対応、4.0%が継続投与に対応していたが57.0%は対応しておらず、また精神科病院の93.0%、診療所の82.9%は対応していなかった。

表9　類型別　自院における抗Aβ抗体薬治療の実施

		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
類型	基幹型Ⅰ	12 70.6%	0 0.0%	5 29.4%	17 100.0%
	基幹型Ⅱ	4 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	74 19.7%	17 4.5%	284 75.7%	375 100.0%
	連携型	6 6.3%	6 6.3%	84 87.5%	96 100.0%
	合計	96 19.5%	23 4.7%	373 75.8%	492 100.0%

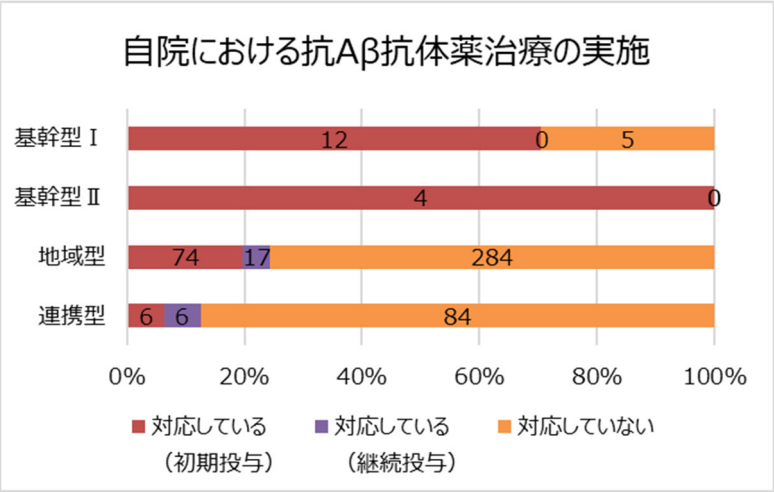


図4　類型別　自院における抗Aβ抗体薬治療の実施（再掲）

表 10　医療機関種別　自院における抗Ａβ抗体薬治療の実施

		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
医療機関種別	一般病院	87	9	127	223
		39.0%	4.0%	57.0%	100.0%
	精神科病院	7	9	212	228
		3.1%	3.9%	93.0%	100.0%
	診療所	2	5	34	41
		4.9%	12.2%	82.9%	100.0%
	合計	96	23	373	492
		19.5%	4.7%	75.8%	100.0%

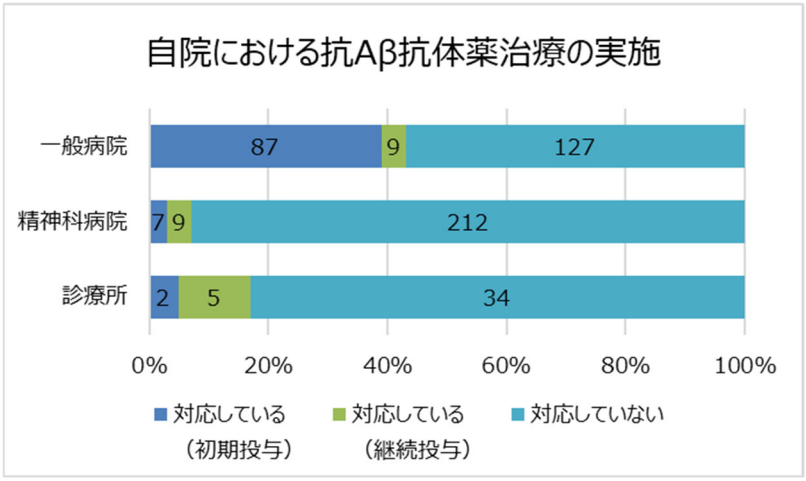


図 5　医療機関種別　自院における抗Ａβ抗体薬治療の実施（再掲）

Ⅱ．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

Ⅱ-1．稼働状況および人員配置

1）稼働日数：類型別の稼働日数（表 11、図 6）、医療機関種別の稼働日数（表 12、図 7）をそれぞれ示す。基幹型の稼働日数が多く、地域型と連携型の間には差はなかった。医療機関種別では診療所の稼働日数が多い傾向があった。

表 11　類型別　稼働日数（上段：週、下段：年）

		稼働日数　週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	5.8	1.0	5	5	7
	基幹型Ⅱ	4	5.0	0.0	5	5	5
	地域型	386	5.2	0.5	5	2	7
	連携型	98	5.2	0.7	5	1	7
	合計	505	5.3	0.6	5	1	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	17	293.6	61.7	246	240	366
	基幹型Ⅱ	4	244.0	0.8	244	243	245
	地域型	386	256.8	28.3	245	93	366
	連携型	98	253.5	38.5	244	48	365
	合計	505	257.3	32.6	245	48	366

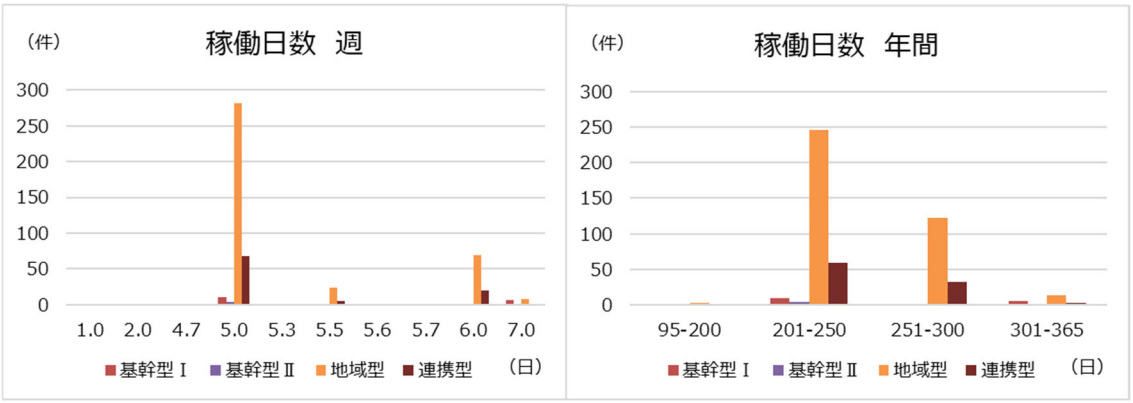


図 6　類型別　稼働日数（左図：週、右図：年）

表 12　医療機関種別　稼働日数（上段：週、下段：年）

		稼働日数 週					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	5.2	0.6	5	1	7
	精神科病院	235	5.3	0.6	5	2	7
	診療所	42	5.4	0.5	5	5	6
	合計	505	5.3	0.6	5	1	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	228	255.0	35.0	244	48	366
	精神科病院	235	258.9	31.4	245	93	366
	診療所	42	261.3	24.6	248	237	345
	合計	505	257.3	32.6	245	48	366

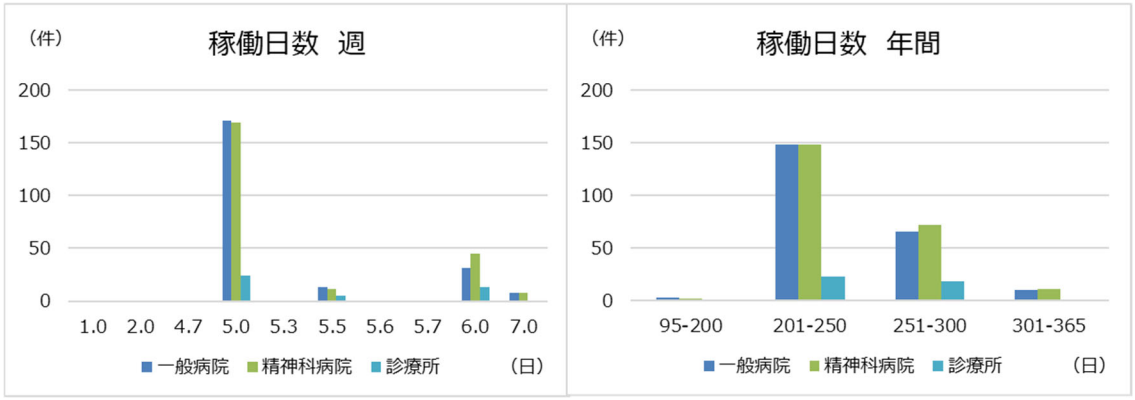


図 7　医療機関種別　稼働日数（左図：週、右図：年）

2）医師配置状況：類型別医師配置状況（表 13、14、15、図 8）、医療機関種別医師配置状況（表 16、17、18、図 9）をそれぞれ示す。実績報告書上で数値入力項目の空欄は集計データ上で「0」とされ、集計に含まれることに留意が必要である。すべての認知症疾患医療センターに専門医（日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医）または専門医以外の医師（認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5 年以上の臨床経験を有する医師）のいずれかが配属されていた。類型別では専門医の配置人数は基幹型Ⅰで中央値 2 名、基幹型Ⅱで中央値 3 名であり。地域型、連携型では中央値 1 名であった。専門医以外の医師は、基幹型Ⅱ以外は中央値 1 名であった。医療機関種別では専門医はいずれも中央値 1 名であった。

表 13　類型別　医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師いずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	0	386	386
		0.0%	100.0%	100.0%
	連携型	0	98	98
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	0	505	505
		0.0%	100.0%	100.0%

表 14　類型別　医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは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	17	2.2	1.4	2	0	5
	基幹型Ⅱ	4	2.8	1.3	3	1	4
	地域型	386	1.3	1.5	1	0	14
	連携型	98	0.7	0.8	1	0	3
	合計	505	1.2	1.5	1	0	14

表 15　類型別　医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.8	2.1	1	0	8
	基幹型Ⅱ	4	1.0	2.0	0	0	4
	地域型	386	2.1	2.5	1	0	23
	連携型	98	1.6	1.5	1	0	10
	合計	505	2.0	2.3	1	0	23

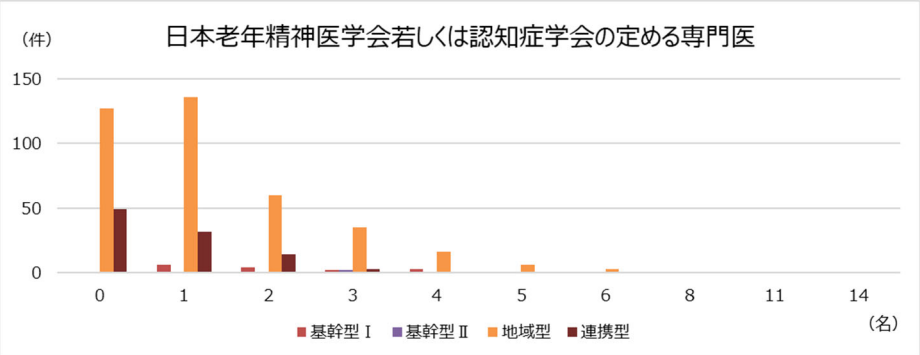


図 8　類型別　専門医配置状況

表 16　医療機関別　医師配置状況（専門医または専門医以外の医師）

		専門医または専門医以外の医師いずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	0	228	228
		0.0%	100.0%	100.0%
	精神科病院	0	235	235
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	42	42
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	0	505	505
		0.0%	100.0%	100.0%

表 17　医療機関種別　医師配置状況（専門医）

		日本老年精神医学会若しくは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	228	1.5	1.8	1	0	14
	精神科病院	235	1.1	1.1	1	0	6
	診療所	42	0.8	0.9	1	0	3
	合計	505	1.2	1.5	1	0	14

表 18　医療機関種別　医師配置状況（専門医以外の医師）

		上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした５年以上の臨床経験を有する医師					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.0	2.5	1	0	23
	精神科病院	235	2.1	2.3	1	0	13
	診療所	42	1.3	1.2	1	0	5
	合計	505	2.0	2.3	1	0	23

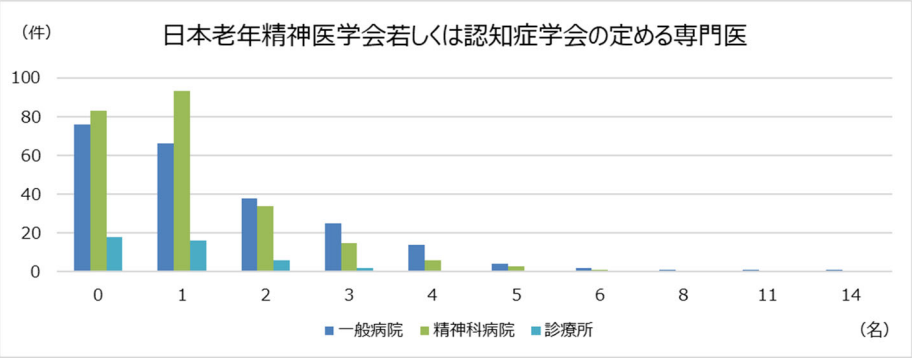


図 9　医療機関種別　専門医配置状況

3）精神保健福祉士配置状況：類型別精神保健福祉士配置状況（表 19、20、21）、医療機関種別精神保健福祉士配置状況（表 22、23、24）をそれぞれ示す。実績報告書上での数値入力欄の空欄は集計データ上「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかで 88.9%の医療機関に精神保健福祉士が配置されており、昨年度と同等であった。

表 19　類型別　精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	1	16	17
		5.9%	94.1%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	18	368	386
		4.7%	95.3%	100.0%
	連携型	37	61	98
		37.8%	62.2%	100.0%
	合計	56	449	505
		11.1%	88.9%	100.0%

表 20　類型別　精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.9	0.5	1	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.8	0.5	1	0	1
	地域型	386	0.9	0.5	1	0	6
	連携型	98	0.2	0.4	0	0	1
	合計	505	0.7	0.6	1	0	6

表 21　類型別　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.5	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	386	1.2	1.4	1	0	12
	連携型	98	0.9	1.2	1	0	5
	合計	505	1.1	1.3	1	0	12

表 22　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況

		精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	29	199	228
		12.7%	87.3%	100.0%
	精神科病院	5	230	235
		2.1%	97.9%	100.0%
	診療所	22	20	42
		52.4%	47.6%	100.0%
	合計	56	449	505
		11.1%	88.9%	100.0%

表 23　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況（専従）

		精神保健福祉士　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.8	0.7	1	0	6
	精神科病院	235	0.8	0.4	1	0	2
	診療所	42	0.2	0.4	0	0	1
	合計	505	0.7	0.6	1	0	6

表 24　医療機関種別　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.9	1.4	1	0	12
	精神科病院	235	1.4	1.2	1	0	7
	診療所	42	0.6	1.1	0	0	5
	合計	505	1.1	1.3	1	0	12

4）保健師配置状況：類型別保健師配置状況（表 25、26、27）、医療機関種別保健師配置状況（表 28、29、30）をそれぞれ示す。数値入力項目の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかで保健師の配置がされているのは 11.9%であった。いずれの認知症疾患医療センターでも専従保健師の配置人数は中央値 0 名での配置であったが、一方最大で 2 名の配置があった。

表 25　類型別　保健師の配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	13	4	17
		76.5%	23.5%	100.0%
	基幹型Ⅱ	1	3	4
		25.0%	75.0%	100.0%
	地域型	342	44	386
		88.6%	11.4%	100.0%
	連携型	89	9	98
		90.8%	9.2%	100.0%
	合計	445	60	505
		88.1%	11.9%	100.0%

表 26　類型別　保健師配置状況（専従）

		保健師　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.2	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	0.1	0.3	0	0	2
	連携型	98	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.1	0.3	0	0	2

表 27　類型別　保健師配置状況（兼務）

		保健師　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.2	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	386	0.1	0.2	0	0	1
	連携型	98	0.1	0.2	0	0	1
	合計	505	0.1	0.3	0	0	1

表 28　医療機関別　保健師配置状況

		保健師の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	192	36	228
		84.2%	15.8%	100.0%
	精神科病院	217	18	235
		92.3%	7.7%	100.0%
	診療所	36	6	42
		85.7%	14.3%	100.0%
	合計	445	60	505
		88.1%	11.9%	100.0%

表 29　医療機関種別　保健師配置状況（専従）

		保健師　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.3	0	0	2
	精神科病院	235	0.1	0.3	0	0	2
	診療所	42	0.1	0.3	0	0	1
	合計	505	0.1	0.3	0	0	2

表 30　医療機関種別　保健師配置状況（兼務）

		保健師　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.3	0	0	1
	精神科病院	235	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	42	0.1	0.3	0	0	1
	合計	505	0.1	0.3	0	0	1

5）臨床心理技術者配置状況：類型別臨床心理技術者配置状況（表 31、32、33）、医療機関種別臨床心理技術者配置状況（表 34、35、36）をそれぞれ示す。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかの臨床心理技術者は 86.3%の医療機関に配属されており、昨年度と比較すると 1.1 ポイント減であった。臨床心理技術者は専従の者は少なく最大 5 名、兼務の者では最大 7 名の配置があった。

表 31　類型別　臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	16	370	386
		4.1%	95.9%	100.0%
	連携型	53	45	98
		54.1%	45.9%	100.0%
	合計	69	436	505
		13.7%	86.3%	100.0%

表 32　類型別　臨床心理士技術者配置状況（専従）

		臨床心理技術者　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.4	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.2	0.6	0	0	5
	連携型	98	0.1	0.3	0	0	2
	合計	505	0.2	0.5	0	0	5

表 33　類型別　臨床心理士技術者配置状況（兼務）

		臨床心理技術者　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.8	0.5	1	0	2
	基幹型Ⅱ	4	1.0	0.0	1	1	1
	地域型	386	1.1	0.8	1	0	7
	連携型	98	0.6	0.8	0	0	4
	合計	505	1.0	0.8	1	0	7

表 34　医療機関別　臨床心理士技術者配置状況

		臨床心理技術者の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	24	204	228
		10.5%	89.5%	100.0%
	精神科病院	22	213	235
		9.4%	90.6%	100.0%
	診療所	23	19	42
		54.8%	45.2%	100.0%
	合計	69	436	505
		13.7%	86.3%	100.0%

表 35　医療機関種別　臨床心理技術者配置状況（専従）

		臨床心理技術者　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.2	0.7	0	0	5
	精神科病院	235	0.1	0.3	0	0	1
	診療所	42	0.1	0.4	0	0	2
	合計	505	0.2	0.5	0	0	5

表 36　医療機関種別　臨床心理技術者配置状況（兼務）

		臨床心理技術者　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	1.1	0.9	1	0	7
	精神科病院	235	1.0	0.6	1	0	4
	診療所	42	0.5	0.7	0	0	2
	合計	505	1.0	0.8	1	0	7

6) 連携推進補助員配置状況：　類型別連携推進補助員配置状況（表 37、38、39）、医療機関種別連携推進補助員配置状況（表 40、41、42）をそれぞれ示す。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかの連携推進補助員が配置されている医療機関は 10.1%であった。中央値ではいずれも 0 名の配置であり、最大で専従 2 名、兼務 5 名の配置であった。

表 37　類型別　連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	13	4	17
		76.5%	23.5%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	353	33	386
		91.5%	8.5%	100.0%
	連携型	84	14	98
		85.7%	14.3%	100.0%
	合計	454	51	505
		89.9%	10.1%	100.0%

表 38　類型別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.2	0.4	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.2	0	0	2
	連携型	98	0.0	0.1	0	0	1
	合計	505	0.0	0.2	0	0	2

表 39　類型別　連携推進補助員配置状況（兼務）

		連携推進補助員　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.2	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.1	0.4	0	0	5
	連携型	98	0.2	0.7	0	0	5
	合計	505	0.1	0.5	0	0	5

表 40　医療機関別　連携推進補助員配置状況

		連携推進補助員の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	198	30	228
		86.8%	13.2%	100.0%
	精神科病院	220	15	235
		93.6%	6.4%	100.0%
	診療所	36	6	42
		85.7%	14.3%	100.0%
	合計	454	51	505
		89.9%	10.1%	100.0%

表 41　医療機関種別　連携推進補助員配置状況（専従）

		連携推進補助員　専従					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.2	0	0	2
	精神科病院	235	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	42	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.2	0	0	2

表 42　医療機関種別　連携推進補助員配置状況（兼務）

		連携推進補助員　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.4	0	0	2
	精神科病院	235	0.1	0.6	0	0	5
	診療所	42	0.2	0.6	0	0	2
	合計	505	0.1	0.5	0	0	5

7)　診断後等支援のための相談員の配置状況：　類型別・診断後等支援のための社会福祉士配置状況（表 43、44、45)、医療機関種別・診断後等支援のための社会福祉士配置状況（表 46、47、48)、類型別・診断後等支援のための精神保健福祉士配置状況（表 49、50、51)、医療機関種別・診断後等支援のための精神保健福祉士配置状況（表 52、53、54）をそれぞれ示す。数値入力欄の空欄は集計データ上で「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。専従・兼務のいずれかの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 12.3%（1.3 ポイント減)、精神保健福祉士 49.5%（4.4 ポイント増）であった。中央値ではいずれも 0 名ではあるが、最大値では、地域型および一般病院で診断後等支援のための社会福祉士の配置が多く（兼務最大値 9 名)、地域型および一般病院、精神科病院で診断後等支援のための精神保健福祉士の配置が多かった（地域型の専従最大値 5 名、兼務最大値 12 名、精神科病院の兼務中央値 1 名)。そのほかの職種は、看護師（認知症看護認定看護師・老年看護認定看護師含む)、保健師、臨床心理技術者、公認心理士、介護支援専門員、介護福祉士、作業療法士、言語聴覚士、理学療法士、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、認知症ケア上級専門士、若年性認知症支援コーディネータ、音楽療法士および認知症当事者（経験専門家）などが配置されていた。

表 43　類型別　診断後等支援のための相談員　社会福祉士配置状況（専従または兼務のいずれか）

		診断後等支援のための相談員　社会福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	14 82.4%	3 17.6%	17 100.0%
	基幹型Ⅱ	4 100.0%	0 0.0%	4 100.0%
	地域型	345 89.4%	41 10.6%	386 100.0%
	連携型	80 81.6%	18 18.4%	98 100.0%
	合計	443 87.7%	62 12.3%	505 100.0%

表 44　類型別　診断後等支援のための相談員　社会福祉士配置状況（専従）

		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
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.2	0	0	1
	連携型	98	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.0	0.2	0	0	1

表 45　類型別　診断後等支援のための相談員　社会福祉士配置状況（兼務）

		診断後等支援のための相談員の配置　社会福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.2	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.2	0.8	0	0	9
	連携型	98	0.2	0.5	0	0	3
	合計	505	0.2	0.7	0	0	9

表 46　医療機関種別　診断後等支援のための相談員　社会福祉士配置状況（専従または兼務のいずれか）

		診断後等支援のための相談員　社会福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	187	41	228
		82.0%	18.0%	100.0%
	精神科病院	222	13	235
		94.5%	5.5%	100.0%
	診療所	34	8	42
		81.0%	19.0%	100.0%
	合計	443	62	505
		87.7%	12.3%	100.0%

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

		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
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.2	0	0	1
	精神科病院	235	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.0	0.2	0	0	1

表 48　医療機関種別　診断後等支援のための相談員　社会福祉士配置状況（兼務）

		診断後等支援のための相談員の配置　社会福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.3	1.0	0	0	9
	精神科病院	235	0.1	0.3	0	0	2
	診療所	42	0.2	0.5	0	0	2
	合計	505	0.2	0.7	0	0	9

表 49　類型別　診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士配置状況（専従または兼務のいずれか）

		診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
類型	基幹型Ⅰ	9	8	17
		52.9%	47.1%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	179	207	386
		46.4%	53.6%	100.0%
	連携型	64	34	98
		65.3%	34.7%	100.0%
	合計	255	250	505
		50.5%	49.5%	100.0%

表 50　類型別　診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士配置状況（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	17	0.2	0.4	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	0.3	0.5	0	0	5
	連携型	98	0.1	0.2	0	0	1
	合計	505	0.2	0.5	0	0	5

表 51　類型別　診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		診断後等支援のための相談員の配置　精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.3	0.5	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	0.7	1.3	0	0	12
	連携型	98	0.5	1.0	0	0	5
	合計	505	0.7	1.2	0	0	12

表 52　医療機関別　診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士配置状況（専従または兼務のいずれか）

		診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士の専従または兼務のいずれか		
		配置なし	配置あり	合計
医療機関種別	一般病院	126	102	228
		55.3%	44.7%	100.0%
	精神科病院	96	139	235
		40.9%	59.1%	100.0%
	診療所	33	9	42
		78.6%	21.4%	100.0%
	合計	255	250	505
		50.5%	49.5%	100.0%

表 53　医療機関別　診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士配置状況（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	228	0.2	0.5	0	0	5
	精神科病院	235	0.2	0.4	0	0	2
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.2	0.5	0	0	5

表 54　医療機関別　診断後等支援のための相談員　精神保健福祉士配置状況（兼務）

		診断後等支援のための相談員の配置　精神保健福祉士　兼務					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.5	1.2	0	0	12
	精神科病院	235	0.9	1.3	1	0	9
	診療所	42	0.3	0.8	0	0	3
	合計	505	0.7	1.2	0	0	12

8) 診断後等支援機能に関する業務内容

相談員による診断後の相談支援、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施、その他の日常生活支援業務の実施を類型別・医療機関種別に示す（表 55、56、図 10、11)。空欄の報告は昨年同様で、相談員による診断後の相談支援には空欄 2 件であったが、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 71 件の空欄、その他の活動は 49 件の空欄があり、欠損値として扱った。相談員による診断後の相談は全体で 97.2%が実施しており、昨年度と実施率に大きな差はなかった。ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は全体で 45.6%が実施しており（4.8 ポイント増)、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。その他の内容は認知症の人や家族介護者を対象とした相談会・講座の開催等による支援、認知症カフェや本人家族の交流会（本人ミーティング、ピアカウンセリング含む)、若年性認知症本人の会、男性介護者家族の会などピアサポートの開催や案内、受療前相談、福祉サービス等の社会資源の利用援助や面接同行、自宅訪問による援助、通院継続のための支援、コグニサイズ、スローショッピングやコーラスグループ等の非薬物療法、認知症関連書籍紹介、他団体が主催する活動への運営協力など多彩な内容が挙げられた。

経年的な比較は結果の末尾に記載する（付表 1～4)。

表 55　類型別　診断後等支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
合計		489	198	189
		97.2%	45.6%	41.4%
類型	基幹型Ⅰ	17	7	8
		100.0%	41.2%	50.0%
	基幹型Ⅱ	4	1	1
		100.0%	25.0%	25.0%
	地域型	374	155	140
		97.4%	47.1%	40.8%
	連携型	94	35	40
		95.9%	41.7%	43.0%

表 56　医療機関種別　診断後等支援機能に関する業務内容

		相談員による診断後の相談支援	ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施	その他
		あり	あり	あり
医療機関種別	合計	489	198	189
		97.2%	45.6%	41.4%
	一般病院	221	94	94
		97.4%	49.5%	45.6%
	精神科病院	227	84	67
		97.0%	39.4%	32.2%
	診療所	41	20	28
		97.6%	64.5%	66.7%

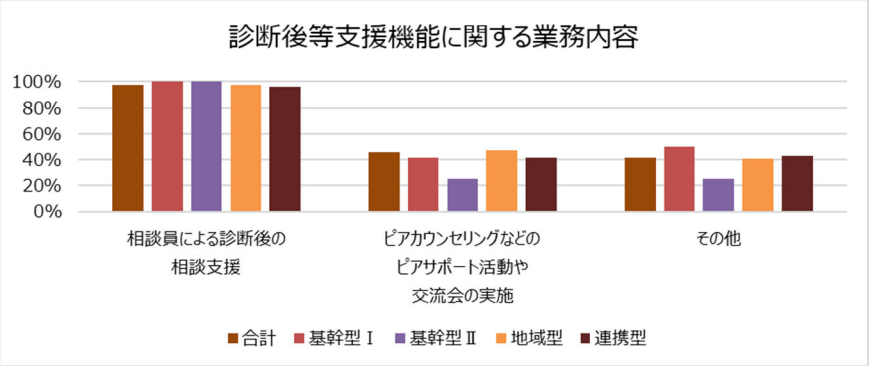


図 10　類型別　診断後等支援機能に関する業務内容(再掲)

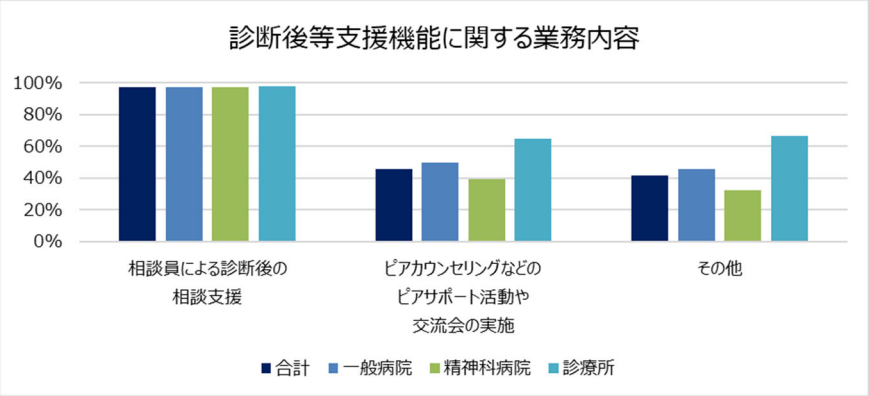


図 11　医療機関種別　診断後等支援機能に関する業務内容（再掲）

Ⅱ-2. 検査体制

類型別検査体制（表 57、58、59、図 12、13）、医療機関種別検査体制（表 60、61、62、図 14、15）をそれぞれ示す。PET 検査と髄液検査は令和 4 年度実績報告書より追加された項目である。令和 4 年度と比較すると基幹型 I の傾向は概ね不変であるが、基幹型Ⅱでは髄液検査が 75%整備から 100%整備になった。自施設で画像検査が困難なケースは、連携医療機関における検査設備を活用していると考えられるが、自施設と連携先のどちらかに検査体制があるとの回答は全体で PET 検査 51.3%、髄液検査 64.0%と令和 4 年度に比較しやや上昇した。医療機関種別にみても、CT 検査の整備率は高いものの、診療所で CT 検査が自院で可能なものは 40.5%であった。類型別同様、自施設で検査が困難な医療機関は、連携医療機関における画像検査設備を活用していると考えられ、特に診療所では、自施設と連携先のいずれかに髄液検査設備がある診療所は令和 4 年度と比較すると 28.2 ポイント増加した。

表 57　類型別　自施設検査体制

		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		468	259	140	68	167
		92.7%	51.3%	27.7%	13.5%	33.1%
類型	基幹型 I	17	16	17	13	14
		100.0%	94.1%	100.0%	76.5%	82.4%
	基幹型 Ⅱ	4	4	4	3	4
		100.0%	100.0%	100.0%	75.0%	100.0%
	地域型	383	202	108	49	134
		99.2%	52.3%	28.0%	12.7%	34.7%
	連携型	64	37	11	3	15
		65.3%	37.8%	11.2%	3.1%	15.3%

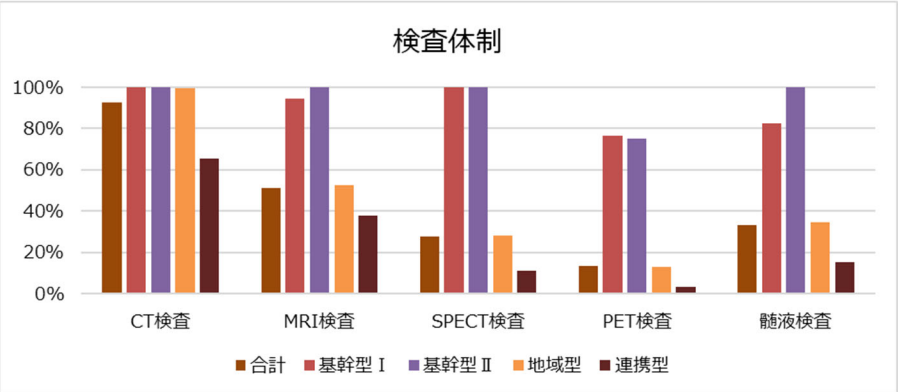


図 12　類型別　自施設検査体制(再掲)

表 58　類型別　連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり
合計		95	259	360	193	164
		18.8%	51.3%	71.3%	38.2%	32.5%
類型	基幹型Ⅰ	0	0	0	3	1
		0.0%	0.0%	0.0%	17.6%	5.9%
	基幹型Ⅱ	0	0	0	1	0
		0.0%	0.0%	0.0%	25.0%	0.0%
	地域型	47	192	275	142	115
		12.2%	49.7%	71.2%	36.8%	29.8%
	連携型	48	67	85	47	48
		49.0%	68.4%	86.7%	48.0%	49.0%

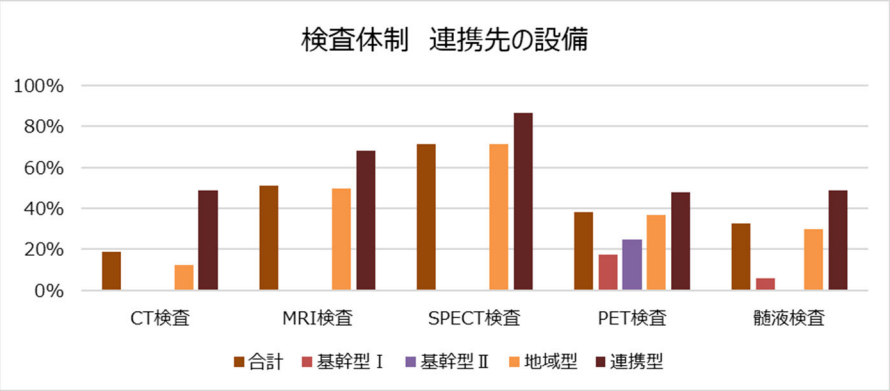


図 13　類型別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 59　類型別　自施設または連携先の検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり
合計		502	496	494	259	323
		99.4%	98.2%	97.8%	51.3%	64.0%
類型	基幹型Ⅰ	17	16	17	16	14
		100.0%	94.1%	100.0%	94.1%	82.4%
	基幹型Ⅱ	4	4	4	4	4
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	地域型	385	380	378	191	244
		99.7%	98.4%	97.9%	49.5%	63.2%
	連携型	96	96	95	48	61
		98.0%	98.0%	96.9%	49.0%	62.2%

表 60　医療機関種別　自施設検査体制

		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		468	259	140	68	167
		92.7%	51.3%	27.7%	13.5%	33.1%
医療機関種別	一般病院	227	195	132	67	144
		99.6%	85.5%	57.9%	29.4%	63.2%
	精神科病院	224	54	6	0	21
		95.3%	23.0%	2.6%	0.0%	8.9%
	診療所	17	10	2	1	2
		40.5%	23.8%	4.8%	2.4%	4.8%

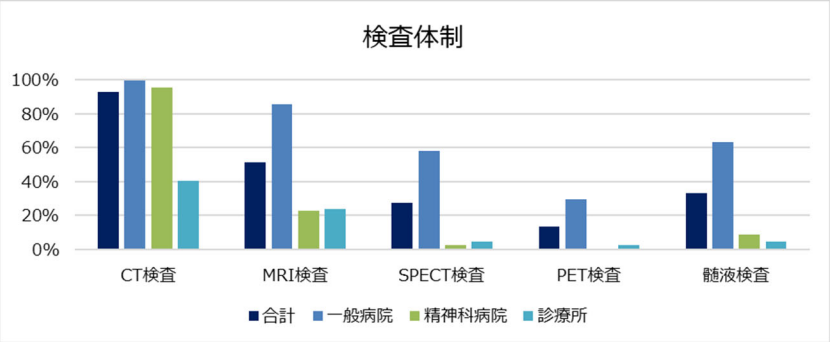


図 14　医療機関種別　自施設検査体制(再掲)

表 61　医療機関種別　連携先の画像検査設備

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり	連携先にあり
合計		95	259	360	193	164
		18.8%	51.3%	71.3%	38.2%	32.5%
医療機関種別	一般病院	16	43	96	67	36
		7.0%	18.9%	42.1%	29.4%	15.8%
	精神科病院	50	183	226	101	101
		21.3%	77.9%	96.2%	43.0%	43.0%
	診療所	29	33	38	25	27
		69.0%	78.6%	90.5%	59.5%	64.3%

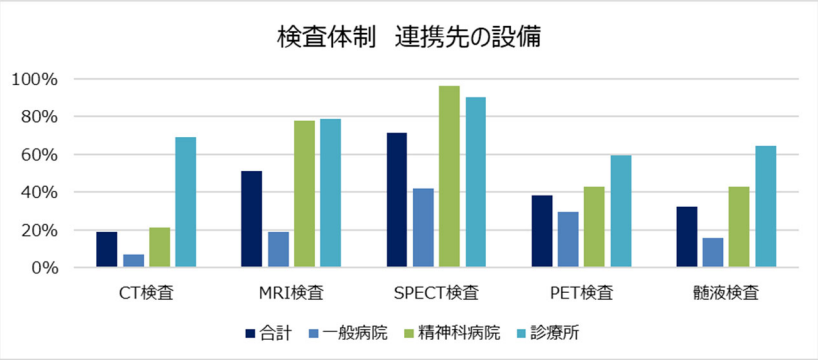


図 15　医療機関種別　連携先の画像検査設備（再掲）

表 62　医療機関種別　自施設または連携先の検査体制

		CT検査	MRI検査	SPECT検査	PET検査	髄液検査
		自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり	自施設または連携先にあり
合計		502	496	494	259	323
		99.4%	98.2%	97.8%	51.3%	64.0%
医療機関種別	一般病院	227	225	225	133	176
		99.6%	98.7%	98.7%	58.3%	77.2%
	精神科病院	235	231	230	101	119
		100.0%	98.3%	97.9%	43.0%	50.6%
	診療所	40	40	39	25	28
		95.2%	95.2%	92.9%	59.5%	66.7%

Ⅱ-3. 相談件数

1）相談方法：類型別相談件数（表 63、図 16）、医療機関種別相談件数（表 64、図 17）をそれぞれ示す。相談件数の数値入力欄が空欄となっていた医療機関では、訪問相談件数を確認していない、あるいは当該方法による相談を行っていない可能性があるが、集計データ上では「0」となり集計に含まれていることに注意が必要である。平均相談件数は、基幹型Ⅱの面接相談件数が少なく、地域型で電話・面接・訪問相談件数が多く、連携型でオンライン・その他相談件数が多いが、ともに医療機関ごとのばらつきが非常に大きいことが伺われた。医療機関種別では平均の電話相談件数は精神科病院で多く、面接相談件数は一般病院で多く、訪問・オンライン相談件数は診療所において多かった。

表 63　類型別　相談件数（上から電話相談、面接相談、訪問相談、オンライン、その他）

		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	17	609.4	538.8	496	44	2002
	基幹型Ⅱ	4	211.8	148.0	189	82	388
	地域型	386	978.8	1335.8	558	9	14673
	連携型	98	397.8	615.9	172	1	3648
	合計	505	847.6	1226.0	474	1	14673

		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	17	253.5	319.0	165	4	1209
	基幹型Ⅱ	4	161.3	183.4	82	49	433
	地域型	386	365.1	558.0	169	0	5257
	連携型	98	180.7	381.8	31	0	2345
	合計	505	323.9	524.4	132	0	5257

		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	17	1.2	2.5	0	0	8
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	15.8	103.9	0	0	1973
	連携型	98	14.7	51.4	0	0	464
	合計	505	15.0	93.6	0	0	1973

		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	17	0.2	0.7	0	0	3
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	1.5	10.1	0	0	137
	連携型	98	5.7	36.3	0	0	350
	合計	505	2.2	18.3	0	0	350

		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	17	56.1	153.1	2	0	639
	基幹型Ⅱ	4	35.8	52.9	16	0	112
	地域型	386	45.5	200.4	0	0	2666
	連携型	98	107.5	629.3	0	0	5005
	合計	505	57.8	329.0	0	0	5005

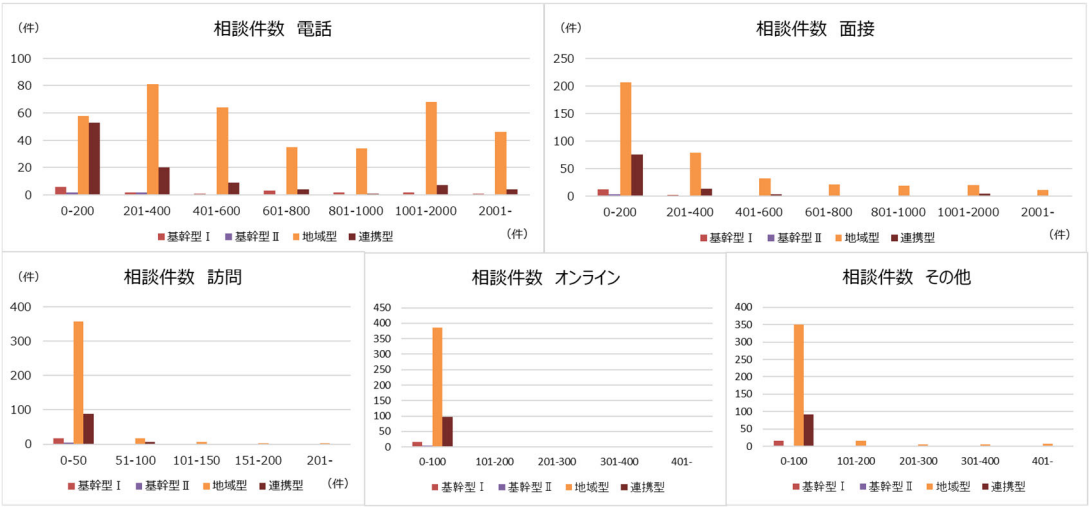


図 16　類型別　相談件数（上から電話相談、面接相談、訪問相談、オンライン、その他）

表 64　医療機関種別　相談件数（上から電話相談、面接相談、訪問相談、オンライン、その他）

		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	228	834.3	1196.8	435	2	8788
	精神科病院	235	916.3	1310.5	558	14	14673
	診療所	42	534.7	784.5	275	1	3648
	合計	505	847.6	1226.0	474	1	14673

		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	228	429.8	671.2	166	0	5257
	精神科病院	235	237.0	314.1	111	0	2386
	診療所	42	235.1	457.6	41	0	2345
	合計	505	323.9	524.4	132	0	5257

		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	228	7.9	24.9	0	0	198
	精神科病院	235	19.6	131.0	0	0	1973
	診療所	42	27.6	75.4	1	0	464
	合計	505	15.0	93.6	0	0	1973

		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	228	1.5	8.8	0	0	94
	精神科病院	235	1.6	10.8	0	0	137
	診療所	42	10.4	54.4	0	0	350
	合計	505	2.2	18.3	0	0	350

		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	228	60.2	251.7	0	0	2666
	精神科病院	235	25.6	81.4	0	0	698
	診療所	42	224.9	952.6	1	0	5005
	合計	505	57.8	329.0	0	0	5005

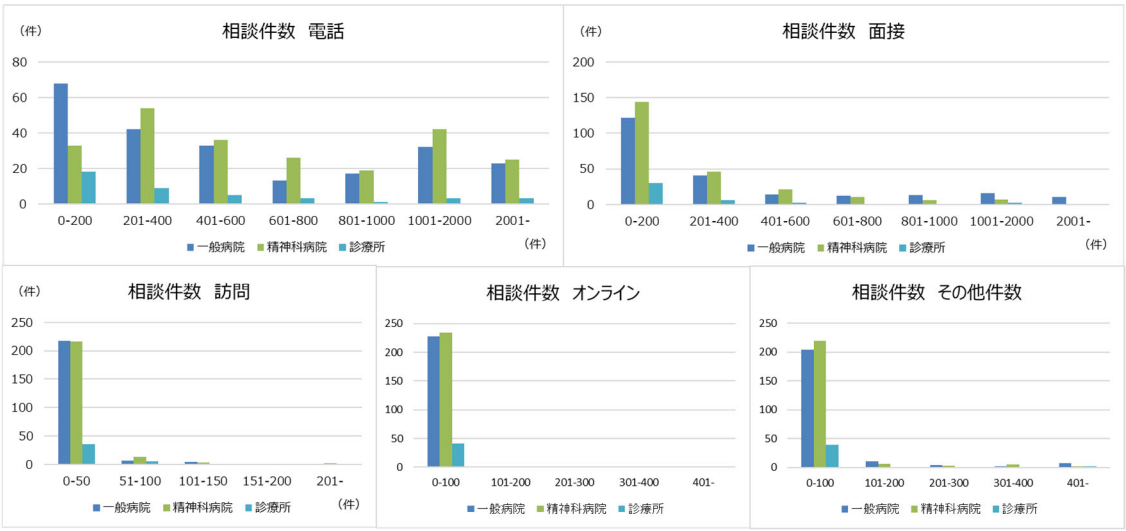


図 17　医療機関種別　相談件数（電話相談、面接相談、訪問相談、オンライン、その他）

2）相談元：相談件数の相談元の主な内訳について、本人からの相談（表 65、66）、家族等の介護者からの相談（表 67、68）、地域包括支援センターからの相談（表 69、70）、医療機関（かかりつけ医等）からの相談（表 71、72）、居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談（表 73、74）、行政機関からの相談（表 75、76）、院内の他科からの相談（表 77、78）を示す。「本人・家族」からの相談は「家族等の介護者」からの相談に統合し、地域包括支援センターは行政機関には含めないなど、重複集計のないように取り計らった。実績報告書上で数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれることに留意が必要である。本人からの相談は基幹型Ⅱで少なく、診療所で多かった。家族等介護者からの相談は地域型および一般病院で多かった。地域包括支援センターからの相談は地域型および診療所で多く、医療機関（かかりつけ医等）からの相談は基幹型Ⅰ、地域型および精神科病院で多く、居宅介護事業所・介護サービス事業所からの相談および行政機関からの相談は、ともに地域型および精神科病院、診療所で多かった。院内の他科からの相談は地域型および一般病院で多かったが、院内他科のない単科病院・診療所が（実績報告書上空欄であっても）母数に含まれていることに留意が必要である。

表 65　類型別　本人からの相談件数

		本人からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	148.4	158.1	93	0	463
	基幹型Ⅱ	4	39.0	24.9	46	5	59
	地域型	386	161.2	284.4	57	0	2126
	連携型	98	138.4	372.3	21	0	2504
	合計	505	155.3	299.1	49	0	2504

表 66　医療機関種別　本人からの相談件数

		本人からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	190.4	314.5	63	0	1961
	精神科病院	235	104.4	204.2	39	0	2126
	診療所	42	250.3	532.0	28	0	2504
	合計	505	155.3	299.1	49	0	2504

表 67　類型別　家族等の介護者からの相談件数

		家族等の介護者からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	399.1	289.5	296	7	918
	基幹型Ⅱ	4	203.8	106.7	188	100	339
	地域型	386	587.6	714.1	347	0	6535
	連携型	98	307.9	529.6	110	0	3895
	合計	505	523.9	678.0	299	0	6535

表 68　医療機関種別　家族等の介護者からの相談件数

		家族等の介護者からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	591.5	842.6	319	0	6535
	精神科病院	235	481.1	500.9	308	0	2471
	診療所	42	396.5	485.6	176	3	1781
	合計	505	523.9	678.0	299	0	6535

表 69　類型別　地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	60.2	66.6	48	0	234
	基幹型Ⅱ	4	19.8	18.4	16	5	43
	地域型	386	85.8	104.5	50	0	755
	連携型	98	47.3	91.0	14	0	604
	合計	505	77.0	101.7	40	0	755

表 70　医療機関種別　地域包括支援センターからの相談件数

		地域包括支援センターからの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	72.1	104.6	31	0	755
	精神科病院	235	81.6	93.6	51	0	562
	診療所	42	77.7	127.7	24	0	604
	合計	505	77.0	101.7	40	0	755

表 71　類型別　医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	159.6	200.7	91	1	608
	基幹型Ⅱ	4	81.5	71.3	76	4	170
	地域型	386	154.5	239.0	74	0	1941
	連携型	98	67.6	124.6	22	0	778
	合計	505	137.2	221.7	61	0	1941

表 72　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）からの相談件数

		医療機関（かかりつけ医等）からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	149.6	271.3	50	0	1941
	精神科病院	235	136.2	171.6	74	0	1179
	診療所	42	76.0	154.8	18	0	778
	合計	505	137.2	221.7	61	0	1941

表 73　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護事業所･介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	76.3	92.8	32	0	334
	基幹型Ⅱ	4	20.0	23.6	11	4	55
	地域型	386	184.2	250.1	93	0	1620
	連携型	98	134.5	448.4	21	0	3976
	合計	505	169.6	296.0	73	0	3976

表 74　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの相談件数

		居宅介護事業所･介護サービス事業所からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	131.8	226.1	39	0	1145
	精神科病院	235	196.0	243.7	114	0	1620
	診療所	42	226.8	663.1	40	0	3976
	合計	505	169.6	296.0	73	0	3976

表 75　類型別　行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	18.5	29.6	4	0	109
	基幹型Ⅱ	4	24.8	42.9	4	2	89
	地域型	386	34.1	56.3	11	0	317
	連携型	98	21.5	59.7	3	0	396
	合計	505	31.0	56.3	8	0	396

表 76　医療機関種別　行政機関からの相談件数

		行政機関からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	25.4	47.4	6	0	284
	精神科病院	235	36.0	58.8	10	0	317
	診療所	42	34.2	80.8	5	0	396
	合計	505	31.0	56.3	8	0	396

表 77　類型別　院内の他科からの相談件数

		院内の他科からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	58.3	104.4	11	0	410
	基幹型Ⅱ	4	19.5	23.3	14	0	51
	地域型	386	98.5	516.4	0	0	5960
	連携型	98	32.7	243.5	0	0	2390
	合計	505	83.8	465.0	0	0	5960

表 78　医療機関種別　院内の他科からの相談件数

		院内の他科からの相談					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	165.0	664.1	8	0	5960
	精神科病院	235	9.2	43.8	0	0	466
	診療所	42	60.0	368.6	0	0	2390
	合計	505	83.8	465.0	0	0	5960

Ⅱ-4. 鑑別診断件数

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

1）正常または健常：類型別（表 79）、医療機関種別（表 80）に、正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では基幹型Ⅱおよび一般病院で多く、連携型および精神科病院で少ない傾向があった。65 歳未満の者では、基幹型Ⅱおよび一般病院で多い傾向があった。

表 79　類型別　正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	12.4	12.1	8	0	37
	基幹型Ⅱ	4	16.3	14.9	15	0	35
	地域型	386	12.8	18.9	6	0	137
	連携型	98	11.9	32.3	4	0	264
	合計	505	12.6	21.9	6	0	264

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	3.0	5.3	1	0	22
	基幹型Ⅱ	4	3.3	2.4	4	0	5
	地域型	386	1.6	3.8	0	0	37
	連携型	98	0.7	1.5	0	0	10
	合計	505	1.5	3.5	0	0	37

表 80　医療機関種別　正常または健常の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	19.9	27.1	12	0	264
	精神科病院	235	5.5	9.7	2	0	70
	診療所	42	13.2	27.0	6	0	166
	合計	505	12.6	21.9	6	0	264

		鑑別診断件数（実数）　1.正常または健常　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.7	4.7	1	0	37
	精神科病院	235	0.4	1.6	0	0	18
	診療所	42	1.1	2.0	1	0	10
	合計	505	1.5	3.5	0	0	37

2) 軽度認知障害（MCI）：類型別（表 81）、医療機関種別（表 82）に、軽度認知障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では基幹型Ⅰ、地域型および一般病院で多かった。65 歳未満では基幹型Ⅰ、Ⅱ及び一般病院に多い傾向があった。全体の平均値では昨年度から約 3 名/年増加した。

表 81　類型別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	41.0	28.2	34	11	112
	基幹型Ⅱ	4	41.8	56.7	19	3	126
	地域型	386	46.4	49.2	33	0	352
	連携型	98	26.1	40.1	17	0	347
	合計	505	42.2	47.6	29	0	352
		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	2.8	2.0	3	0	7
	基幹型Ⅱ	4	1.5	1.3	2	0	3
	地域型	386	1.4	3.4	0	0	53
	連携型	98	0.9	3.0	0	0	23
	合計	505	1.3	3.3	0	0	53

表 82　医療機関種別　軽度認知障害（MCI）の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	54.4	56.3	38	0	352
	精神科病院	235	31.6	31.6	23	0	198
	診療所	42	36.3	55.6	21	0	347
	合計	505	42.2	47.6	29	0	352
		鑑別診断件数（実数）　2.軽度認知障害(MCI) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	1.9	4.2	1	0	53
	精神科病院	235	0.7	1.5	0	0	9
	診療所	42	1.7	4.4	0	0	23
	合計	505	1.3	3.3	0	0	53

3) アルツハイマー型認知症（G30、F00）：類型別（表 83）、医療機関種別（表 84）に、アルツハイマー型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型および精神科病院における鑑別診断件数が多かった。昨年度と比較すると全数では平均値で約 6 名/年増加した。65 歳未満の中央値は基幹型Ⅱで多く、おおむね 1～4 名/年鑑別診断されていた（最小値 0～最大値 76 名）。

表 83　類型別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	57.6	37.7	44	15	145
	基幹型Ⅱ	4	37.0	36.0	20	17	91
	地域型	386	128.5	130.2	101	1	1819
	連携型	98	74.8	81.7	49	0	556
	合計	505	115.0	122.1	86	0	1819

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	2.8	2.1	2	0	8
	基幹型Ⅱ	4	3.3	2.4	4	0	5
	地域型	386	2.3	5.2	1	0	76
	連携型	98	0.9	1.9	0	0	11
	合計	505	2.0	4.6	1	0	76

表 84　医療機関種別　アルツハイマー型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	109.9	143.8	79	1	1819
	精神科病院	235	124.0	98.4	103	3	588
	診療所	42	91.7	111.1	55	0	556
	合計	505	115.0	122.1	86	0	1819

		鑑別診断件数（実数）　3.アルツハイマー型認知症(G30,F00) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.6	6.5	1	0	76
	精神科病院	235	1.5	2.0	1	0	13
	診療所	42	1.7	2.5	1	0	11
	合計	505	2.0	4.6	1	0	76

4）血管性認知症（F01）：類型別（表 85）、医療機関種別（表 86）に、血管性認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値で地域型および精神科病院の鑑別診断件数が多かった。 65 歳未満はいずれの類型においても中央値で 0 名/年であり、最大値で 5 名/年であった。

表 85　類型別　血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	6.5	7.4	4	0	29
	基幹型Ⅱ	4	4.5	4.4	4	0	10
	地域型	386	15.4	18.0	10	0	164
	連携型	98	7.5	7.7	6	0	49
	合計	505	13.5	16.5	8	0	164

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.2	0.5	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.5	1.0	0	0	2
	地域型	386	0.3	0.6	0	0	5
	連携型	98	0.1	0.4	0	0	3
	合計	505	0.2	0.6	0	0	5

表 86　医療機関種別　血管性認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	13.5	17.5	8	0	164
	精神科病院	235	14.4	16.4	10	0	106
	診療所	42	7.5	8.2	6	0	49
	合計	505	13.5	16.5	8	0	164

		鑑別診断件数（実数）　4.血管性認知症(F01) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.3	0.6	0	0	3
	精神科病院	235	0.2	0.6	0	0	5
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.2	0.6	0	0	5

5) レビー小体型認知症（G31、F02）：類型別（表 87）、医療機関種別（表 88）に、レビー小体型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では基幹型Ⅰ、地域型および一般病院、精神科病院での鑑別診断件数が多かった。65 歳未満はいずれの類型でも中央値で 0 名/年、最大値で 8 名/年であった。

表 87　類型別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	8.1	4.8	9	2	15
	基幹型Ⅱ	4	4.8	5.5	2	2	13
	地域型	386	13.4	19.4	8	0	190
	連携型	98	7.4	10.4	4	0	65
	合計	505	12.0	17.7	7	0	190

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.2	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.2	0.7	0	0	8
	連携型	98	0.0	0.1	0	0	1
	合計	505	0.2	0.7	0	0	8

表 88　医療機関種別　レビー小体型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	12.4	20.4	7	0	190
	精神科病院	235	12.0	15.6	7	0	116
	診療所	42	9.8	13.1	5	0	65
	合計	505	12.0	17.7	7	0	190

		鑑別診断件数（実数）　5.レビー小体型認知症(G31,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.2	0.9	0	0	8
	精神科病院	235	0.1	0.4	0	0	3
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.2	0.7	0	0	8

6）前頭側頭型認知症（行動障害型・言語障害型を含む G31、F02）：類型別（表 89）、医療機関種別（表 90）に、前頭側頭型認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では基幹型Ⅱが多かった。65 歳未満の中央値は、基幹型Ⅰで 1 名/年、基幹型Ⅱで 2 名/年であり、最大値は地域型の 6 名/年であった。

表 89　類型別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	3.6	4.8	2	0	21
	基幹型Ⅱ	4	6.8	3.3	7	3	10
	地域型	386	4.3	7.3	2	0	73
	連携型	98	1.6	2.1	1	0	12
	合計	505	3.7	6.6	2	0	73

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.7	0.7	1	0	2
	基幹型Ⅱ	4	1.8	1.0	2	1	3
	地域型	386	0.3	0.7	0	0	6
	連携型	98	0.1	0.3	0	0	2
	合計	505	0.3	0.7	0	0	6

表 90　医療機関種別　前頭側頭型認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	4.0	8.2	2	0	73
	精神科病院	235	3.7	5.3	2	0	37
	診療所	42	2.1	2.7	1	0	12
	合計	505	3.7	6.6	2	0	73

		鑑別診断件数（実数）　6.前頭側頭型認知症(行動障害型･言語障害型を含む G31,F02）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.4	0.8	0	0	6
	精神科病院	235	0.2	0.6	0	0	4
	診療所	42	0.1	0.5	0	0	2
	合計	505	0.3	0.7	0	0	6

7) 外傷性脳損傷による認知症(S06、F02)：類型別（表 91）、医療機関種別（表 92）に、正常または健常と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。鑑別診断件数は、全数ではいずれの類型でも中央値 0 名/年、最大値 30 名/年であった。65 歳未満ではいずれの類型でも中央値 0 名/年、最大値 11 名/年であった。

表 91　類型別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.2	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.5	1.0	0	0	2
	地域型	386	0.4	1.0	0	0	8
	連携型	98	0.6	3.1	0	0	30
	合計	505	0.5	1.6	0	0	30
		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.2	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.3	0	0	4
	連携型	98	0.1	1.1	0	0	11
	合計	505	0.1	0.5	0	0	11

表 92　医療機関種別　外傷性脳損傷による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.4	0.8	0	0	6
	精神科病院	235	0.4	1.1	0	0	8
	診療所	42	1.2	4.7	0	0	30
	合計	505	0.5	1.6	0	0	30
		鑑別診断件数（実数）　7.外傷性脳損傷による認知症(S06,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.0	0.3	0	0	4
	精神科病院	235	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	42	0.3	1.7	0	0	11
	合計	505	0.1	0.5	0	0	11

8) 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む) : 類型別（表 93)、医療機関種別（表 94）に、物質・医薬品誘発性による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。鑑別診断件数は、全数の中央値では基幹型Ⅱで 2 名/年、最大値 27 名/年であった。65 歳未満では基幹型Ⅱで中央値 1 名/年、そのほかでは 0 名/年であり、最大値 9 名/年であった。

表 93　類型別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.0	1.4	0	0	4
	基幹型Ⅱ	4	2.3	1.3	2	1	4
	地域型	386	1.7	3.2	1	0	27
	連携型	98	0.9	1.5	0	0	7
	合計	505	1.5	2.9	0	0	27

		鑑別診断件数（実数）　8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.3	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.8	1.0	1	0	2
	地域型	386	0.2	0.8	0	0	9
	連携型	98	0.1	0.3	0	0	2
	合計	505	0.2	0.8	0	0	9

表 94　医療機関種別　物質・医薬品誘発性による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む）全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	1.8	3.5	1	0	27
	精神科病院	235	1.4	2.4	0	0	17
	診療所	42	1.0	1.6	0	0	7
	合計	505	1.5	2.9	0	0	27

		鑑別診断件数（実数）　8.物質･医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む）うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.3	0.9	0	0	9
	精神科病院	235	0.1	0.6	0	0	8
	診療所	42	0.1	0.3	0	0	1
	合計	505	0.2	0.8	0	0	9

9) HIV 感染による認知症(B20、F02)：類型別（表 95）、医療機関種別（表 96）に、HIV 感染による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値ではいずれの類型でも 0 名/年、最大値で 1 名/年の鑑別診断件数であった。

表 95　類型別 HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	98	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.0	0	0	1

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	98	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.1	0	0	1

表 96　医療機関種別　HIV 感染による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.0	0.0	0	0	0
	精神科病院	235	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	42	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.0	0	0	1

		鑑別診断件数（実数）　9.HIV感染による認知症(B20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	235	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	42	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.1	0	0	1

10) プリオン病による認知症(A81、F02)：類型別（表 97）、医療機関種別（表 98）に、プリオン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であり、最大値 4 名/年であった。うち 65 歳未満は最大値 1 名/年の鑑別診断件数であった。

表 97　類型別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.1	0.3	0	0	4
	連携型	98	0.0	0.1	0	0	1
	合計	505	0.0	0.3	0	0	4

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.1	0	0	1
	連携型	98	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.0	0	0	1

表 98　医療機関種別　プリオン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.4	0	0	4
	精神科病院	235	0.0	0.2	0	0	2
	診療所	42	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.3	0	0	4

		鑑別診断件数（実数）　10.プリオン病による認知症(A81,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.0	0.1	0	0	1
	精神科病院	235	0.0	0.0	0	0	0
	診療所	42	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.0	0	0	1

11) パーキンソン病による認知症(G20、F02) : 類型別（表 99）、医療機関種別（表 100）に、パーキンソン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった。最大値は 68 名/年であった。うち 65 歳未満では最大値 4 名/年の鑑別診断件数であった。

表 99　類型別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.4	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.8	1.5	0	0	3
	地域型	386	1.2	4.8	0	0	68
	連携型	98	0.2	0.6	0	0	3
	合計	505	1.0	4.2	0	0	68

		鑑別診断件数（実数）　11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.2	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.3	0	0	4
	連携型	98	0.0	0.1	0	0	1
	合計	505	0.0	0.3	0	0	4

表 100　医療機関種別　パーキンソン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	1.6	6.2	0	0	68
	精神科病院	235	0.5	1.0	0	0	6
	診療所	42	0.2	0.5	0	0	2
	合計	505	1.0	4.2	0	0	68

		鑑別診断件数（実数）　11.パーキンソン病による認知症(G20,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.4	0	0	4
	精神科病院	235	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.0	0.3	0	0	4

12) ハンチントン病による認知症(G10、F02)：類型別（表 101）、医療機関種別（表 102）に、ハンチントン病による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数では中央値でいずれの類型でも 0 名/年であった。最大値は 30 名/年であった。うち 65 歳未満では最大値 2 名/年の鑑別診断件数であった。

表 101　類型別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型Ⅱ	4	0.5	1.0	0	0	2
	地域型	386	0.1	1.8	0	0	30
	連携型	98	0.0	0.1	0	0	1
	合計	505	0.1	1.6	0	0	30

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.0	0.0	0	0	0
	基幹型Ⅱ	4	0.5	1.0	0	0	2
	地域型	386	0.0	0.0	0	0	0
	連携型	98	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.1	0	0	2

表 102　医療機関種別　ハンチントン病による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.2	2.0	0	0	30
	精神科病院	235	0.1	1.2	0	0	18
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.1	1.6	0	0	30

		鑑別診断件数（実数）　12.ハンチントン病による認知症(G10,F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.0	0.1	0	0	2
	精神科病院	235	0.0	0.0	0	0	0
	診療所	42	0.0	0.0	0	0	0
	合計	505	0.0	0.1	0	0	2

13) 正常圧水頭症(G91)：類型別（表 103)、医療機関種別（表 104）に、正常圧水頭症による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。基幹型Ⅱで中央値 1 名/年であったが、地域型では中央値 0 名/年、最小値 0 名/年、最大値 115 名/年と、医療機関の専門性による鑑別診断件数の差が大きいことが伺われた。うち 65 歳未満の鑑別診断件数はいずれの類型でも中央値 0 名/年、最大値 4 名/年であった。

表 103　類型別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.6	3.9	0	0	16
	基幹型Ⅱ	4	1.5	1.9	1	0	4
	地域型	386	1.7	7.2	0	0	115
	連携型	98	0.8	1.7	0	0	11
	合計	505	1.5	6.3	0	0	115

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.2	0.6	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.0	0.2	0	0	4
	連携型	98	0.0	0.1	0	0	1
	合計	505	0.0	0.2	0	0	4

表 104　医療機関種別　正常圧水頭症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.2	8.6	0	0	115
	精神科病院	235	0.9	3.6	0	0	50
	診療所	42	1.1	2.1	0	0	11
	合計	505	1.5	6.3	0	0	115

		鑑別診断件数（実数）　13.正常圧水頭症(G91) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.3	0	0	4
	精神科病院	235	0.0	0.1	0	0	1
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.0	0.2	0	0	4

14) 他の医学的疾患による認知症(F02)：類型別（表 105）、医療機関種別（表 106）に、他の医学的疾患による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。昨年度と比較して、全数の中央値は基幹型Ⅰで 1 名/年、基幹型Ⅱで 3 名/年、全体で最大値 52 名/年の鑑別診断件数であった。うち 65 歳未満では最大値 4 名/年であった。

表 105　類型別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.8	1.8	1	0	5
	基幹型Ⅱ	4	5.5	7.8	3	0	17
	地域型	386	2.8	6.3	0	0	52
	連携型	98	2.2	4.7	0	0	32
	合計	505	2.7	5.9	0	0	52

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.5	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	1.3	1.9	1	0	4
	地域型	386	0.1	0.4	0	0	4
	連携型	98	0.1	0.3	0	0	1
	合計	505	0.1	0.4	0	0	4

表 106　医療機関種別　他の医学的疾患による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	3.6	7.2	1	0	52
	精神科病院	235	1.7	4.0	0	0	39
	診療所	42	3.0	6.1	1	0	32
	合計	505	2.7	5.9	0	0	52

		鑑別診断件数（実数）　14.他の医学的疾患による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.2	0.5	0	0	4
	精神科病院	235	0.0	0.2	0	0	1
	診療所	42	0.1	0.3	0	0	1
	合計	505	0.1	0.4	0	0	4

15) 複数の病因による認知症(F02)：類型別（表 107）、医療機関種別（表 108）に、複数の病因による認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値では基幹型Ⅰ、地域型、一般病院で多い傾向があった。

表 107　類型別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	9.9	10.3	8	0	35
	基幹型Ⅱ	4	5.5	9.0	2	0	19
	地域型	386	12.2	17.6	6	0	154
	連携型	98	10.5	23.2	3	0	179
	合計	505	11.8	18.6	5	0	179

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.1	0.3	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	0.1	0.4	0	0	3
	連携型	98	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.1	0.4	0	0	3

表 108　医療機関種別　複数の病因による認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	13.9	21.5	8	0	179
	精神科病院	235	9.8	15.0	4	0	119
	診療所	42	11.1	18.7	5	0	87
	合計	505	11.8	18.6	5	0	179

		鑑別診断件数（実数）　15.複数の病因による認知症(F02) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.1	0.4	0	0	3
	精神科病院	235	0.1	0.4	0	0	2
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	0.1	0.4	0	0	3

16) 詳細不明の認知症(F02)（前記の 3)～15)に該当しないもの）：類型別（表 109)、医療機関種別（表 110）に、詳細不明の認知症と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。昨年度と比較して、全数の平均値で 5.1 人増加しており、全体的な増加があった。全数で最小値 0 名/年、最大値 2155 名/年と大きな開きがあった。

表 109　類型別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	2.9	4.2	1	0	15
	基幹型Ⅱ	4	3.0	4.1	2	0	9
	地域型	386	18.1	111.9	3	0	2155
	連携型	98	7.6	22.9	1	0	193
	合計	505	15.4	98.4	2	0	2155
		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.4	0.7	0	0	2
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	0.8	11.4	0	0	224
	連携型	98	0.3	2.2	0	0	22
	合計	505	0.7	10.0	0	0	224

表 110　医療機関種別　詳細不明の認知症の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	16.4	142.9	1	0	2155
	精神科病院	235	15.8	29.6	4	0	234
	診療所	42	7.9	30.1	0	0	193
	合計	505	15.4	98.4	2	0	2155
		鑑別診断件数（実数）　16.詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	1.1	14.8	0	0	224
	精神科病院	235	0.2	0.8	0	0	7
	診療所	42	0.6	3.4	0	0	22
	合計	505	0.7	10.0	0	0	224

17）前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害：類型別（表 111）、医療機関種別（表 112）に、前記 2)~16)以外の症状性を含む器質性精神障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では基幹型Ⅱ、地域型、精神科病院に多い傾向があった。

表 111　類型別　前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	3.6	9.4	0	0	39
	基幹型Ⅱ	4	5.5	9.7	1	0	20
	地域型	386	3.2	7.7	1	0	105
	連携型	98	1.0	1.8	0	0	9
	合計	505	2.8	7.1	1	0	105
		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.4	0.5	0	0	1
	基幹型Ⅱ	4	0.8	1.5	0	0	3
	地域型	386	0.2	1.1	0	0	15
	連携型	98	0.1	0.3	0	0	1
	合計	505	0.2	1.0	0	0	15

表 112　医療機関種別 前記 2)～16)以外の症状性を含む器質性精神障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.0	4.7	0	0	39
	精神科病院	235	3.9	9.1	1	0	105
	診療所	42	0.8	1.7	0	0	9
	合計	505	2.8	7.1	1	0	105
		鑑別診断件数（実数）　17.前記2～16以外の症状性を含む器質性精神障害　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.2	0.9	0	0	10
	精神科病院	235	0.2	1.1	0	0	15
	診療所	42	0.1	0.3	0	0	1
	合計	505	0.2	1.0	0	0	15

18) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)：類型別（表 113)、医療機関種別（表 114）に、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。鑑別診断件数の中央値では精神科病院に多い傾向があった。

表 113　類型別　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	3.8	9.0	1	0	38
	基幹型Ⅱ	4	1.0	1.4	1	0	3
	地域型	386	5.9	25.2	1	0	388
	連携型	98	4.9	13.2	1	0	113
	合計	505	5.6	22.8	1	0	388
		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	2.1	7.0	0	0	29
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	1.9	18.8	0	0	331
	連携型	98	1.1	6.0	0	0	57
	合計	505	1.7	16.7	0	0	331

表 114　医療機関種別　統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	5.6	30.6	1	0	388
	精神科病院	235	6.0	14.4	2	0	175
	診療所	42	3.5	5.2	1	0	19
	合計	505	5.6	22.8	1	0	388
		鑑別診断件数（実数）　18.統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.6	23.3	0	0	331
	精神科病院	235	1.1	8.6	0	0	123
	診療所	42	0.3	1.1	0	0	7
	合計	505	1.7	16.7	0	0	331

19) 気分(感情)障害(F3)：類型別（表 115）、医療機関種別（表 116）に、気分(感情)障害と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型および精神科病院に多かった。全数で鑑別診断件数 0～856 名/年、65 歳未満で 0～689 名/年と大きな開きがあった。

表 115　類型別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　19.気分(感情)障害(F3)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	7.4	20.7	2	0	87
	基幹型Ⅱ	4	2.3	2.9	2	0	6
	地域型	386	11.5	49.2	3	0	856
	連携型	98	10.7	37.3	1	0	350
	合計	505	11.1	46.2	3	0	856
		鑑別診断件数（実数）　19.気分(感情)障害(F3)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	4.2	15.4	0	0	64
	基幹型Ⅱ	4	1.0	1.4	1	0	3
	地域型	386	4.3	38.3	0	0	689
	連携型	98	4.7	25.0	0	0	235
	合計	505	4.4	35.3	0	0	689

表 116　医療機関種別　気分(感情)障害の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　19.気分(感情)障害(F3)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	8.3	32.2	1	0	350
	精神科病院	235	14.6	59.5	5	0	856
	診療所	42	7.0	12.7	2	0	69
	合計	505	11.1	46.2	3	0	856
		鑑別診断件数（実数）　19.気分(感情)障害(F3)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	3.7	21.1	0	0	235
	精神科病院	235	5.5	47.4	0	0	689
	診療所	42	1.8	7.4	0	0	48
	合計	505	4.4	35.3	0	0	689

20）てんかん(G47)：類型別（表 117）、医療機関種別（表 118）に、てんかんと診断されたものの鑑別診断件数について､それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値は、基幹型Ⅱは 1 名/年、それ以外は 0 名/年であるが、全数の最小値～最大値は 0～450 名/年であり、65 歳未満でも 0～310 名/年と、医療機関の特性によって鑑別診断件数に差があると考えられた。

表 117　類型別　てんかんの鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.4	3.1	0	0	12
	基幹型Ⅱ	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	386	2.7	24.1	0	0	450
	連携型	98	1.9	7.2	0	0	52
	合計	505	2.5	21.3	0	0	450
		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.9	2.3	0	0	9
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	1.2	16.0	0	0	310
	連携型	98	0.7	3.7	0	0	29
	合計	505	1.1	14.1	0	0	310

表 118　医療機関種別　てんかんの鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47) 全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	4.3	31.3	0	0	450
	精神科病院	235	0.8	4.0	0	0	59
	診療所	42	1.5	4.4	0	0	23
	合計	505	2.5	21.3	0	0	450
		鑑別診断件数（実数）　20.てんかん(G47) うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.2	20.9	0	0	310
	精神科病院	235	0.2	1.5	0	0	21
	診療所	42	0.3	1.4	0	0	9
	合計	505	1.1	14.1	0	0	310

21) 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9) : 類型別（表 119）、医療機関種別（表 120）に、神経発達障害(知的発達障害を含む)と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。中央値はいずれも 0 名/年であるが、医療機関の特性によって鑑別診断件数に大きく差があると考えられた。

表 119　類型別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	4.2	13.7	0	0	57
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	3.0	17.0	0	0	219
	連携型	98	3.1	12.5	0	0	87
	合計	505	3.0	16.1	0	0	219
		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	3.5	12.5	0	0	52
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	2.2	16.1	0	0	211
	連携型	98	2.2	11.1	0	0	84
	合計	505	2.2	15.0	0	0	211

表 120　医療機関種別　神経発達障害(知的発達障害を含む)の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.5	11.5	0	0	110
	精神科病院	235	3.8	20.6	0	0	219
	診療所	42	1.5	4.4	0	0	28
	合計	505	3.0	16.1	0	0	219
		鑑別診断件数（実数）　21.神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	1.8	10.6	0	0	107
	精神科病院	235	2.8	19.4	0	0	211
	診療所	42	1.0	4.0	0	0	26
	合計	505	2.2	15.0	0	0	211

22) 前記のいずれにも含まれない精神疾患：類型別（表 121）、医療機関種別（表 122）に、前記のいずれにも含まれない精神疾患と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の鑑別診断件数は 0～1010 名/年、65 歳未満で 0～873 名/年と大きく開きがあり、医療機関の特性によって鑑別診断件数に差があった可能性がある。

表 121　類型別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	11.6	39.4	1	0	164
	基幹型Ⅱ	4	2.3	4.5	0	0	9
	地域型	386	9.8	56.9	2	0	1010
	連携型	98	5.3	11.3	1	0	78
	合計	505	8.9	50.5	2	0	1010
		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	2.9	9.1	0	0	38
	基幹型Ⅱ	4	1.0	2.0	0	0	4
	地域型	386	4.6	48.2	0	0	873
	連携型	98	1.8	7.6	0	0	61
	合計	505	4.0	42.3	0	0	873

表 122　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない精神疾患の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	5.7	23.7	1	0	302
	精神科病院	235	13.1	70.1	3	0	1010
	診療所	42	2.8	5.4	1	0	27
	合計	505	8.9	50.5	2	0	1010
		鑑別診断件数（実数）　22.前記のいずれにも含まれない精神疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.1	16.3	0	0	234
	精神科病院	235	6.4	59.9	0	0	873
	診療所	42	0.4	0.9	0	0	4
	合計	505	4.0	42.3	0	0	873

23) 前記のいずれにも含まれない神経疾患：類型別（表 123）、医療機関種別（表 124）に、前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。昨年度と比較して、全数の平均値で 1.1 人増加した。全数の鑑別診断件数は 0～578 名/年と大きく開きがあり、医療機関の特性によって鑑別診断件数に差があった可能性がある。

表 123　類型別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	13.2	34.5	1	0	124
	基幹型Ⅱ	4	2.5	1.9	3	0	4
	地域型	386	6.3	38.1	1	0	578
	連携型	98	2.5	13.1	0	0	116
	合計	505	5.8	34.4	0	0	578
		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	8.7	25.3	0	0	98
	基幹型Ⅱ	4	0.3	0.5	0	0	1
	地域型	386	1.7	13.8	0	0	197
	連携型	98	1.3	10.2	0	0	100
	合計	505	1.8	13.7	0	0	197

表 124　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない神経疾患の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	7.3	43.6	1	0	578
	精神科病院	235	4.6	25.4	0	0	298
	診療所	42	3.7	17.9	0	0	116
	合計	505	5.8	34.4	0	0	578
		鑑別診断件数（実数）　23.前記のいずれにも含まれない神経疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.2	14.0	0	0	133
	精神科病院	235	1.4	13.1	0	0	197
	診療所	42	2.6	15.4	0	0	100
	合計	505	1.8	13.7	0	0	197

24）前記のいずれにも含まれない疾患：類型別（表 125）、医療機関種別（表 126）に、前記のいずれにも含まれない疾患と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の鑑別診断件数は 0～947 名/年、65 歳未満で 0～477 名/年と大きく開きがあり、医療機関の特性によって鑑別診断件数に差があった可能性がある。

表 125　類型別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	3.0	8.9	1	0	37
	基幹型Ⅱ	4	2.5	2.6	2	0	6
	地域型	386	5.2	48.4	1	0	947
	連携型	98	2.0	5.0	0	0	37
	合計	505	4.5	42.4	1	0	947

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.4	4.1	0	0	17
	基幹型Ⅱ	4	0.5	0.6	1	0	1
	地域型	386	1.8	24.5	0	0	477
	連携型	98	0.4	2.2	0	0	20
	合計	505	1.5	21.5	0	0	477

表 126　医療機関種別　前記のいずれにも含まれない疾患の鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	7.5	62.8	1	0	947
	精神科病院	235	2.2	6.2	0	0	79
	診療所	42	0.8	1.5	0	0	7
	合計	505	4.5	42.4	1	0	947

		鑑別診断件数（実数）　24.前記のいずれにも含まれない疾患　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	2.8	31.6	0	0	477
	精神科病院	235	0.5	4.4	0	0	67
	診療所	42	0.0	0.2	0	0	1
	合計	505	1.5	21.5	0	0	477

25) 診断保留：類型別（表 127）、医療機関種別（表 128）に、前記のいずれにも含まれない神経疾患と診断されたものの鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値で基幹型Ⅱ、一般病院に多く、医療機関の特性によって件数に差があった可能性がある。

表 127　類型別　診断保留件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	6.5	7.0	3	0	21
	基幹型Ⅱ	4	12.3	10.7	12	0	25
	地域型	386	7.0	18.4	1	0	213
	連携型	98	12.2	50.6	0	0	421
	合計	505	8.0	27.5	1	0	421
		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.4	3.9	0	0	16
	基幹型Ⅱ	4	3.3	2.9	3	0	7
	地域型	386	0.5	2.1	0	0	34
	連携型	98	0.3	1.0	0	0	7
	合計	505	0.5	2.1	0	0	34

表 128　医療機関種別　診断保留件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	9.9	22.8	2	0	213
	精神科病院	235	3.7	7.9	0	0	77
	診療所	42	22.1	75.9	0	0	421
	合計	505	8.0	27.5	1	0	421
		鑑別診断件数（実数）　25.診断保留　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	0.8	2.8	0	0	34
	精神科病院	235	0.3	0.9	0	0	9
	診療所	42	0.5	1.3	0	0	7
	合計	505	0.5	2.1	0	0	34

26) 全鑑別診断件数：総数（表 129)、類型別（表 130)、医療機関種別（表 131）に、全ての鑑別診断件数について、それぞれ全数およびそのうちの 65 歳未満の者の件数を示す。全数の中央値では地域型および一般病院が、65 歳未満のものの中央値では基幹型Ⅱおよび一般病院が多かった。

また認知症関連疾患（上記 1）～16)）の鑑別件数の構成比について、構成比 A（MCI を含む)、構成比 B（MCI を含まない）を示す（表 132、図 18、図 19)。

表 129　全鑑別診断件数　総数

	合計　全数	合計　うち65歳未満
鑑別診断件数（実数）総数	144298	12223

表 130　類型別　全鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　合計　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	201.5	147.6	143	67	661
	基幹型Ⅱ	4	159.5	118.7	106	90	337
	地域型	386	313.6	351.1	238	8	4368
	連携型	98	195.7	211.2	133	0	1495
	合計	505	285.7	325.7	218	0	4368
		鑑別診断件数（実数）　合計　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	36.2	82.6	15	1	352
	基幹型Ⅱ	4	20.0	4.4	20	15	25
	地域型	386	25.8	133.9	5	0	1943
	連携型	98	16.0	50.4	3	0	409
	合計	505	24.2	120.1	5	0	1943

表 131　医療機関種別　全鑑別診断件数（上段：全数、下段：うち 65 歳未満）

		鑑別診断件数（実数）　合計　全数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	307.4	379.4	236	14	4368
	精神科病院	235	274.7	274.3	214	8	3238
	診療所	42	229.7	266.4	182	0	1495
	合計	505	285.7	325.7	218	0	4368
		鑑別診断件数（実数）　合計　うち65歳未満					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	28.3	109.2	8	0	1301
	精神科病院	235	22.3	138.9	4	0	1943
	診療所	42	12.8	30.9	5	0	195
	合計	505	24.2	120.1	5	0	1943

表 132　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（左：全数、右うち 65 歳未満）

令和5年度　認知症関連疾患鑑別診断件数（MCD　505件）

	認知症関連疾患　全数			65歳未満の認知症関連疾患		
診断名	全鑑別診断患者数	構成比A	構成比B	うち65歳未満患者数	構成比A	構成比B
軽度認知障害(ＭＣＩ)	21336 人	19.1%	-	666 人	25.0%	-
アルツハイマー型認知症(G30,F00)	58062 人	52.0%	64.4%	1023 人	38.4%	51.3%
血管性認知症(F01)	6795 人	6.1%	7.5%	118 人	4.4%	5.9%
レビー小体型認知症(G31,F02)	6061 人	5.4%	6.7%	87 人	3.3%	4.4%
前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)	1886 人	1.7%	2.1%	146 人	5.5%	7.3%
外傷性脳損傷による認知症(S06,F02)	235 人	0.2%	0.3%	27 人	1.0%	1.4%
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)	771 人	0.7%	0.9%	108 人	4.1%	5.4%
ＨＩＶ感染による認知症(B20,F02)	1 人	0.0%	0.0%	2 人	0.1%	0.1%
プリオン病による認知症(A81,F02)	22 人	0.0%	0.0%	1 人	0.0%	0.1%
パーキンソン病による認知症(G20,F02)	483 人	0.4%	0.5%	17 人	0.6%	0.9%
ハンチントン病による認知症(G10,F02)	59 人	0.1%	0.1%	2 人	0.1%	0.1%
正常圧水頭症(G91)	770 人	0.7%	0.9%	17 人	0.6%	0.9%
他の医学的疾患による認知症(F02)	1350 人	1.2%	1.5%	49 人	1.8%	2.5%
複数の病因による認知症(F02)	5947 人	5.3%	6.6%	56 人	2.1%	2.8%
詳細不明の認知症(F02) (前記3～15に該当しないもの)	7775 人	7.0%	8.6%	343 人	12.9%	17.2%
合計A（軽度認知障害を含む）	111553 人	100.0%	-	2662 人	100.0%	
合計B（軽度認知障害を含まない）	90217 人	-	100.0%	1996 人	-	100.0%

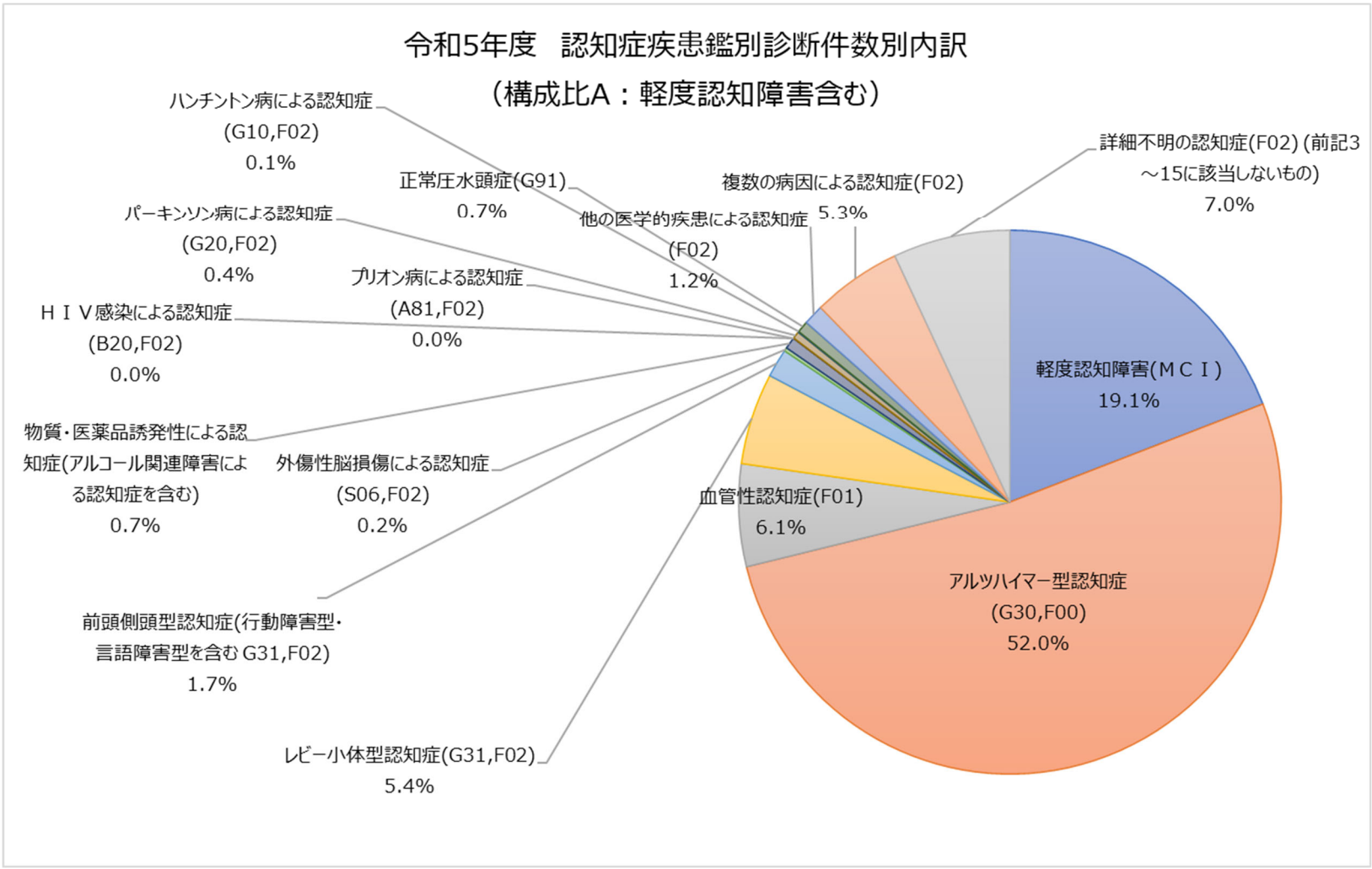


図 18　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含む構成比 A による）

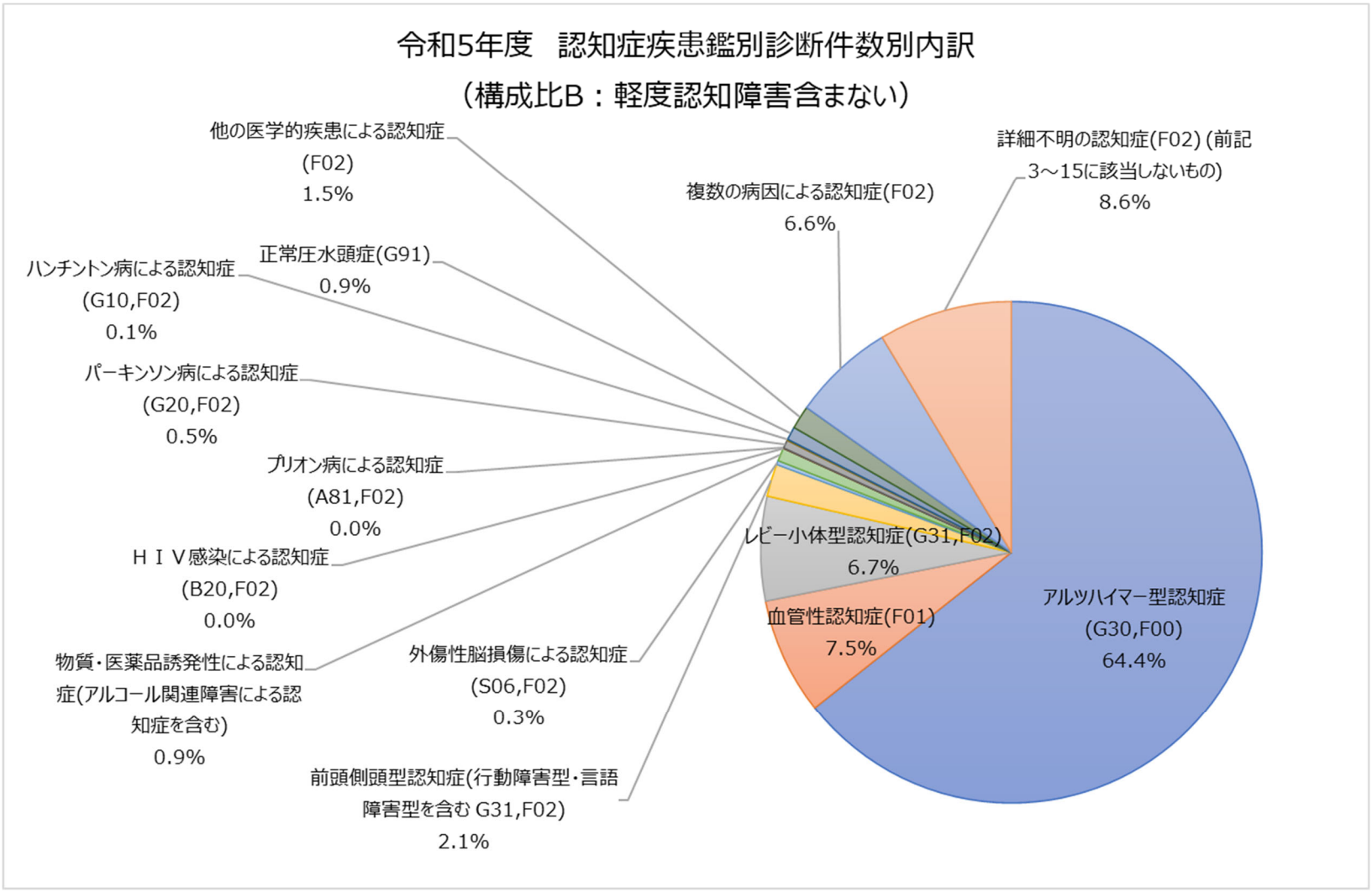


図 19　認知症関連疾患鑑別診断件数　構成比（MCI を含まない構成比 B による）

Ⅱ-5. 初診までの待機日数

類型別（表 133、図 20）、医療機関種別（表 134、図 21）に、初診までの待機日数を示す。空欄であった 2 件は欠損としたが、待機日数を確認していない可能性がある。基幹型Ⅰの 41.2%、基幹型Ⅱの 75.0%が 15 日～1 か月未満の待機日数であり、地域型の 39.0%、連携型の 70.1%が 14 日未満の待機日数であった。また、医療機関種別では、一般病院の 37.4%、精神科病院の 44.7%、診療所の 75.6%が 14 日未満の待機日数であった。昨年度と比較して、基幹型Ⅱの待機日数 14 日未満の割合が増加した。

表 133　類型別　初診までの待機日数

		初診までの待機日数					
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	合計
合計		221	166	112	4	0	503
		43.9%	33.0%	22.3%	0.8%	0.0%	100.0%
類型	基幹型Ⅰ	2	7	7	1	0	17
		11.8%	41.2%	41.2%	5.9%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	1	3	0	0	0	4
		25.0%	75.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	地域型	150	135	97	3	0	385
		39.0%	35.1%	25.2%	0.8%	0.0%	100.0%
	連携型	68	21	8	0	0	97
		70.1%	21.6%	8.2%	0.0%	0.0%	100.0%

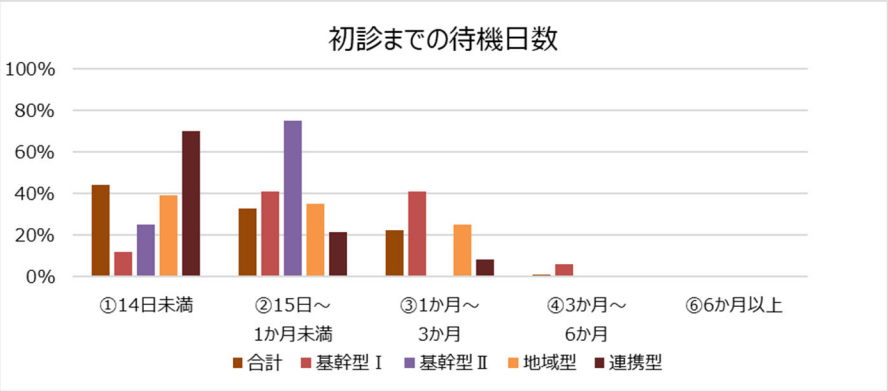


図 20　類型別　初診までの待機日数（再掲）

表 134　医療機関種別　初診までの待機日数

		初診までの待機日数					
		①14日未満	②15日～1か月未満	③1か月～3か月	④3か月～6か月	⑥6か月以上	合計
合計		221	166	112	4	0	503
		43.9%	33.0%	22.3%	0.8%	0.0%	100.0%
医療機関種別	一般病院	85	79	60	3	0	227
		37.4%	34.8%	26.4%	1.3%	0.0%	100.0%
	精神科病院	105	80	49	1	0	235
		44.7%	34.0%	20.9%	0.4%	0.0%	100.0%
	診療所	31	7	3	0	0	41
		75.6%	17.1%	7.3%	0.0%	0.0%	100.0%

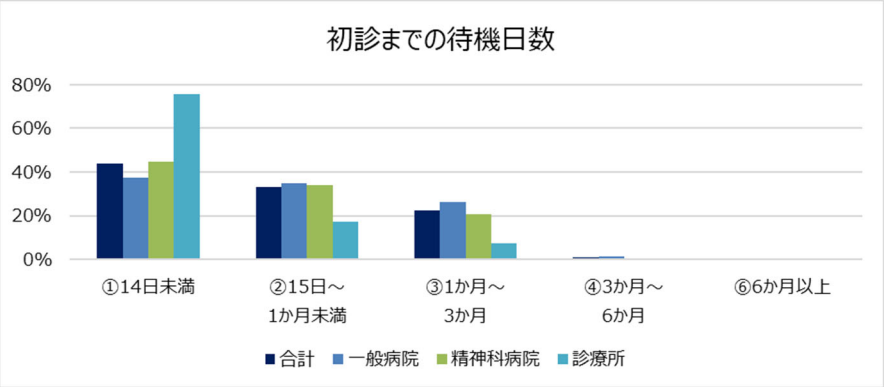


図 21　医療機関種別　初診までの待機日数（再掲）

Ⅱ-6. 診療報酬

1）認知症専門診断管理料：認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定について類型別（表 135）、医療機関種別（表 136）に示す。いずれも空欄であった 2 件は欠損値とした。基幹型Ⅰの 82.4%、基幹型Ⅱの 100%、地域型の 72.4%が算定していたが、連携型は 46.9%の算定であった。医療機関種別では大きな差はみられなかった。

表 135　類型別　認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料　1または2　いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	278	106	384
		72.4%	27.6%	100.0%
	連携型	46	52	98
		46.9%	53.1%	100.0%
	合計	342	161	503
		68.0%	32.0%	100.0%

表 136　医療機関種別　認知症専門診断管理料 1 または 2 のいずれかの算定の有無

		認知症専門診断管理料　1または2　いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
医療機関種別	一般病院	163	63	226
		72.1%	27.9%	100.0%
	精神科病院	153	82	235
		65.1%	34.9%	100.0%
	診療所	26	16	42
		61.9%	38.1%	100.0%
	合計	342	161	503
		68.0%	32.0%	100.0%

2) 認知症専門診断管理料 1：類型別の認知症専門診断管理料 1 算定の有無（表 137）、年間算定件数（表 138）および医療機関種別の認知症専門診断管理料 1 算定の有無（表 139）、年間算定件数（表 140）を示す。算定の有無が空欄であった 2 件は欠損としたが、認知症専門診断管理料 1 の算定の有無について確認していないが、あるいは算定していない可能性がある。実績報告書上で数値入力欄が空欄であるケースは集計データ上「0」となることに留意が必要である。算定が有で年間算定件数が 0 件または空欄であった報告が 17 件あったが、年間算定件数の集計に含めた。基幹型Ⅰの 82.4%、基幹型Ⅱの 100%、地域型の 71.6%、連携型の 43.9%が算定しており、算定件数の中央値では地域型が多かった。また、医療機関種別では、一般病院の 71.2%、精神科病院の 63.8%、診療所の 59.5%が算定しており、算定回数の中央値では一般病院が多かった。

表 137　類型別　認知症専門診断管理料 1　算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	275	109	384
		71.6%	28.4%	100.0%
	連携型	43	55	98
		43.9%	56.1%	100.0%
	合計	336	167	503
		66.8%	33.2%	100.0%

表 138　類型別　認知症専門診断管理料 1　年間算定件数

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	14	60.7	71.4	47	1	223
	基幹型Ⅱ	4	40.8	34.6	34	8	88
	地域型	275	86.2	100.5	60	0	667
	連携型	43	38.7	51.2	19	0	205
	合計	336	78.5	95.3	49	0	667

表 139　医療機関種別　認知症専門診断管理料 1　算定の有無

		認知症専門診断管理料1 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	161	65	226
		71.2%	28.8%	100.0%
	精神科病院	150	85	235
		63.8%	36.2%	100.0%
	診療所	25	17	42
		59.5%	40.5%	100.0%
	合計	336	167	503
		66.8%	33.2%	100.0%

表 140　医療機関種別　認知症専門診断管理料 1　年間算定件数

		認知症専門診断管理料1 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	161	90.7	101.7	61	0	518
	精神科病院	150	70.6	91.0	44	0	667
	診療所	25	47.5	63.1	19	0	205
	合計	336	78.5	95.3	49	0	667

3) 認知症専門診断管理料 2：類型別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無（表 141）、年間算定件数（表 142）および医療機関種別の認知症専門診断管理料 2 算定の有無（表 143）、年間算定件数（表 144）を示す。空欄であった 6 件は欠損としたが、認知症専門診断管理料 2 の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。算定が有であるが年間算定件数が 0 件または空欄であった報告が 20 件あるが、年間算定件数の集計に含めた。昨年度と比較して、算定ありは 1.3 ポイント増加した。基幹型Ⅰの 47.1%、基幹型Ⅱの 100%が算定しており、一方で地域型の 50.5%、連携型の 88.5%は算定していなかった。算定件数の中央値では地域型が多かった。また、医療機関種別では、一般病院の 54.2%、精神科病院の 55.6%、診療所の 87.5%が算定していなかった。算定回数の中央値では精神科病院が多かった。

表 141　類型別　認知症専門診断管理料 2　算定の有無

		認知症専門診断管理料2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	8	9	17
		47.1%	52.9%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	189	193	382
		49.5%	50.5%	100.0%
	連携型	11	85	96
		11.5%	88.5%	100.0%
	合計	212	287	499
		42.5%	57.5%	100.0%

表 142　類型別　認知症専門診断管理料 2　年間算定件数

		認知症専門診断管理料2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	8	10.9	8.6	10	0	27
	基幹型Ⅱ	4	5.0	6.1	3	1	14
	地域型	189	26.2	49.9	11	0	501
	連携型	11	11.4	16.9	3	0	53
	合計	212	24.5	47.6	10	0	501

表 143　医療機関種別　認知症専門診断管理料 2　算定の有無

		認知症専門診断管理料2　算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	103	122	225
		45.8%	54.2%	100.0%
	精神科病院	104	130	234
		44.4%	55.6%	100.0%
	診療所	5	35	40
		12.5%	87.5%	100.0%
	合計	212	287	499
		42.5%	57.5%	100.0%

表 144　医療機関種別　認知症専門診断管理料 2　年間算定件数

		認知症専門診断管理料2　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	103	23.0	55.7	7	0	501
	精神科病院	104	26.8	39.3	14	0	250
	診療所	5	6.6	10.4	3	0	25
	合計	212	24.5	47.6	10	0	501

4) 認知症ケア加算：認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定について、類型別（表 145)、医療機関種別（表 146）に示す。すべて空欄の 7 件は欠損としたが、認知症ケア加算いずれかの算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。いずれかの算定があったのは基幹型Ⅰの 58.8%、基幹型Ⅱの 50.0%、地域型の 39.5%、連携型の 29.5%であった。一般病院は 76.3%の算定であったが精神科病院および診療所の算定は少なかった。

表 145　類型別　認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算　1または2または3　いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	10	7	17
		58.8%	41.2%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	151	231	382
		39.5%	60.5%	100.0%
	連携型	28	67	95
		29.5%	70.5%	100.0%
	合計	191	307	498
		38.4%	61.6%	100.0%

表 146　医療機関種別　認知症ケア加算 1 または 2 または 3 のいずれかの算定の有無

		認知症ケア加算　1または2または3　いずれか		
		算定あり	算定なし	合計
医療機関種別	一般病院	174	54	228
		76.3%	23.7%	100.0%
	精神科病院	16	214	230
		7.0%	93.0%	100.0%
	診療所	1	39	40
		2.5%	97.5%	100.0%
	合計	191	307	498
		38.4%	61.6%	100.0%

5) 認知症ケア加算 1：類型別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 147）、年間算定件数（表 148）および医療機関種別の認知症ケア加算 1 算定の有無（表 149）、年間算定件数（表 150）を示す。空欄であった 9 件は欠損としたが、認知症ケア加算 1 の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。算定が有で算定件数が 0 件または空欄であったセンターはなかった。基幹型Ⅰの 58.8%、基幹型Ⅱの 75.0%、地域型の 74.5%、連携型の 93.7%が算定しておらず、算定している医療機関でも算定件数にはそれぞれに大きな差があった。また、医療機関種別でも全体の 77.6%が算定しておらず、算定している医療機関でも算定件数にそれぞれ大きな差があった。

表 147　類型別　認知症ケア加算 1　算定の有無

		認知症ケア加算1　算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	7	10	17
		41.2%	58.8%	100.0%
	基幹型Ⅱ	1	3	4
		25.0%	75.0%	100.0%
	地域型	97	283	380
		25.5%	74.5%	100.0%
	連携型	6	89	95
		6.3%	93.7%	100.0%
	合計	111	385	496
		22.4%	77.6%	100.0%

表 148　類型別　認知症ケア加算 1　年間算定件数

		認知症ケア加算1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	7	2598.1	1368.9	2061	1080	4919
	基幹型Ⅱ	1	3971.0		3971	3971	3971
	地域型	97	10138.3	13001.7	6308	90	85625
	連携型	6	14704.5	16689.1	10603	1084	47186
	合計	111	9854.1	12857.4	5548	90	85625

表 149　医療機関種別　認知症ケア加算 1　算定の有無

		認知症ケア加算1　算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	106	120	226
		46.9%	53.1%	100.0%
	精神科病院	5	225	230
		2.2%	97.8%	100.0%
	診療所	0	40	40
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	111	385	496
		22.4%	77.6%	100.0%

表 150　医療機関種別　認知症ケア加算 1　年間算定件数

		認知症ケア加算1　算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	106	9895.1	13087.6	5330	90	85625
	精神科病院	5	8984.8	6988.3	8690	551	19931
	診療所	0					
	合計	111	9854.1	12857.4	5548	90	85625

6）認知症ケア加算 2：類型別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 151）、年間算定件数（表 152）および医療機関種別の認知症ケア加算 2 算定の有無（表 153）、年間算定件数（表 154）を示す。空欄であった 12 件は欠損としたが、認知症ケア加算 2 の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。また算定が有であっても件数が 0 件または空欄の報告 5 件は年間算定件数の集計に含めた。全体で 89.0%が算定しておらず、算定している医療機関でも算定件数にはそれぞれに大きな差があった。

表 151　類型別　認知症ケア加算 2　算定の有無

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	3	14	17
		17.6%	82.4%	100.0%
	基幹型Ⅱ	1	3	4
		25.0%	75.0%	100.0%
	地域型	36	342	378
		9.5%	90.5%	100.0%
	連携型	14	80	94
		14.9%	85.1%	100.0%
	合計	54	439	493
		11.0%	89.0%	100.0%

表 152　類型別　認知症ケア加算 2　年間算定数

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	3	23075.3	35763.7	4935	17	64274
	基幹型Ⅱ	1	11787.0		11787	11787	11787
	地域型	36	11878.4	15372.1	7181	0	78202
	連携型	14	8095.6	8575.0	4676	0	24767
	合計	54	11518.1	15267.4	6898	0	78202

表 153　医療機関種別　認知症ケア加算 2　算定の有無

		認知症ケア加算2 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	50	174	224
		22.3%	77.7%	100.0%
	精神科病院	4	226	230
		1.7%	98.3%	100.0%
	診療所	0	39	39
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	54	439	493
		11.0%	89.0%	100.0%

表 154　医療機関種別　認知症ケア加算 2　年間算定数

		認知症ケア加算2 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	50	11982.7	15754.3	6681	0	78202
	精神科病院	4	5709.5	3940.5	6898	0	9043
	診療所	0					
	合計	54	11518.1	15267.4	6898	0	78202

7）認知症ケア加算 3：類型別の認知症ケア加算 3 算定の有無（表 155）、年間算定件数（表 156）および医療機関種別の認知症ケア加算 3 算定の有無（表 157）、年間算定件数（表 158）を示す。空欄であった 11 件は欠損としたが、認知症ケア加算 3 の算定の有無について確認していない、あるいは算定していない可能性がある。また算定が有で年間算定件数が 0 件または空欄の報告 6 件は年間算定件数の集計に含めた。全体の 92.7%が算定しておらず、また算定件数にはそれぞれ医療機関ごとの大きな差があった。

表 155　類型別　認知症ケア加算 3　算定の有無

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	26	352	378
		6.9%	93.1%	100.0%
	連携型	10	85	95
		10.5%	89.5%	100.0%
	合計	36	458	494
		7.3%	92.7%	100.0%

表 156　類型別　認知症ケア加算 3　年間算定数

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	0					
	基幹型Ⅱ	0					
	地域型	26	9980.9	14341.1	2239	0	50617
	連携型	10	13322.7	12182.8	9863	0	36928
	合計	36	10909.2	13688.5	3731	0	50617

表 157　医療機関種別　認知症ケア加算 3　算定の有無

		認知症ケア加算3 算定の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	29	195	224
		12.9%	87.1%	100.0%
	精神科病院	7	223	230
		3.0%	97.0%	100.0%
	診療所	0	40	40
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	36	458	494
		7.3%	92.7%	100.0%

表 158　医療機関種別　認知症ケア加算 3　年間算定数

		認知症ケア加算3 算定件数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	29	12886.0	14517.4	8235	0	50617
	精神科病院	7	2719.6	3515.8	294	0	7834
	診療所	0					
	合計	36	10909.2	13688.5	3731	0	50617

Ⅱ-7. 認知症疾患医療センターへの受診の経緯

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

1）地域包括支援センターからの受診（表 159、160、図 22）

地域包括支援センターからの受診は、中央値では地域型および精神科病院で多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり、集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 330 件/年と開きがあった。

表 159　類型別　地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯　地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	5.2	15.1	0	0	62
	基幹型Ⅱ	4	0.8	1.5	0	0	3
	地域型	386	19.8	28.9	11	0	330
	連携型	98	10.9	13.9	5	0	63
	合計	505	17.4	26.5	9	0	330

表 160　医療機関種別　地域包括支援センターからの受診

		受診の経緯　地域包括支援センターから					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	12.7	27.1	5	0	330
	精神科病院	235	22.5	26.6	12	0	162
	診療所	42	15.2	16.3	10	0	63
	合計	505	17.4	26.5	9	0	330

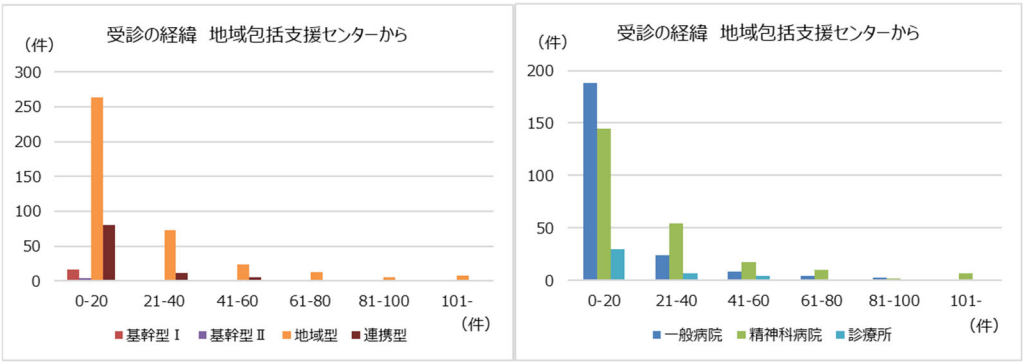


図 22　地域包括支援センターからの受診（再掲、左：類型別、右：医療機関種別）

2）医療機関（かかりつけ医等）から（表 161、162、図 23）

医療機関（かかりつけ医等）からの受診は、中央値では基幹型Ⅰ、Ⅱ、地域型および一般病院で多かった。数値入力欄の空欄は集計データ上「0」となり、集計に含まれることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 1394 件/年と大きな開きがあった。

表 161　類型別　医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯　医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	163.9	90.8	135	49	381
	基幹型Ⅱ	4	160.0	103.4	120	88	313
	地域型	386	171.6	172.7	122	0	1394
	連携型	98	70.1	81.4	54	1	597
	合計	505	151.5	161.2	103	0	1394

表 162　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）からの受診

		受診の経緯　医療機関（かかりつけ医等）から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	175.9	173.6	120	0	1087
	精神科病院	235	141.3	152.7	93	0	1394
	診療所	42	76.4	99.4	43	2	597
	合計	505	151.5	161.2	103	0	1394

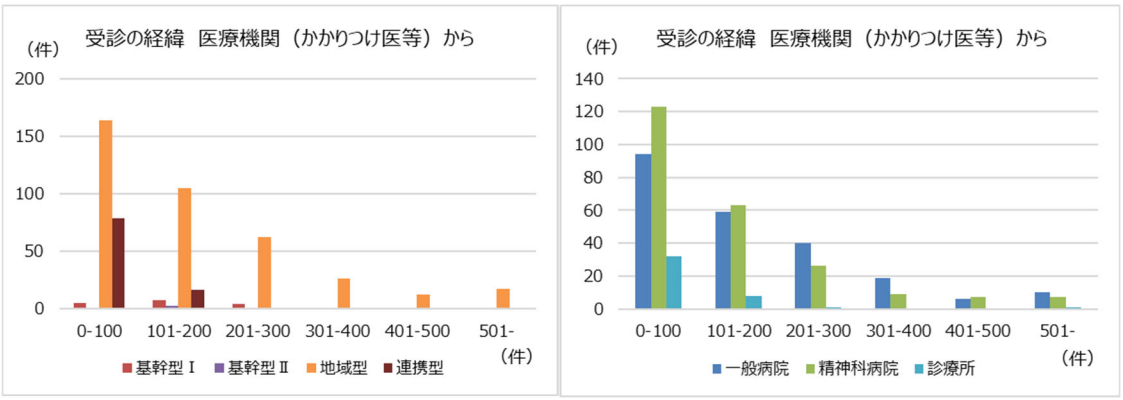


図 23　医療機関（かかりつけ医等）からの受診（再掲、左：類型別、右：医療機関種別）

3）居宅介護支援事業所・介護サービス事業所から（表 163、164、図 24）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診は、中央値では地域型および精神科病院で多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 566 件/年と大きな開きがあった。

表 163　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	9.2	32.8	0	0	136
	基幹型Ⅱ	4	0.0	0.0	0	0	0
	地域型	386	39.6	64.5	20	0	566
	連携型	98	17.6	22.9	9	0	145
	合計	505	34.0	58.5	14	0	566

表 164　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診

		受診の経緯　居宅介護支援事業所･介護サービス事業所から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	16.4	31.4	3	0	193
	精神科病院	235	54.1	74.8	33	0	566
	診療所	42	17.1	18.5	11	0	73
	合計	505	34.0	58.5	14	0	566

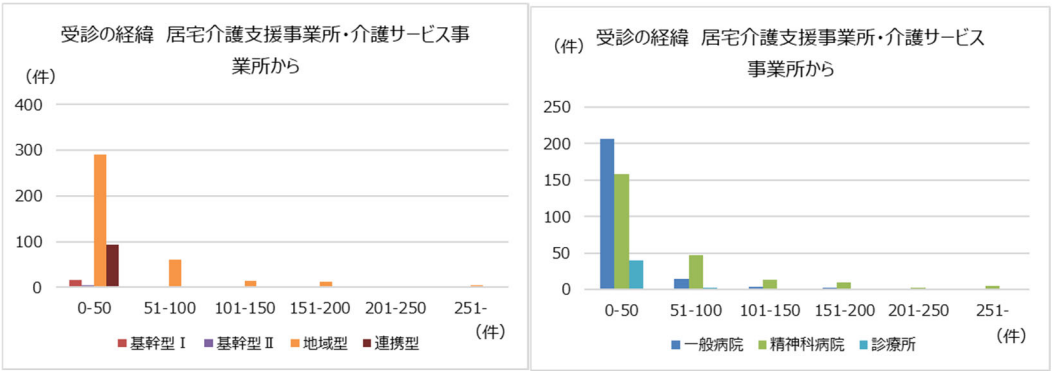


図 24　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所からの受診（再掲、左：類型別、右：医療機関種別）

4）行政機関から（表 165、166、図 25）

行政機関からの受診は、中央値では地域型および精神科病院で多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 1112 件/年と大きな開きがあった。

表 165　類型別　行政機関からの受診

		受診の経緯　行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	0.6	1.2	0	0	4
	基幹型Ⅱ	4	3.3	5.9	1	0	12
	地域型	386	11.0	59.3	3	0	1112
	連携型	98	5.9	10.8	2	0	55
	合計	505	9.6	52.1	2	0	1112

表 166　医療機関種別　行政機関からの受診

		受診の経緯　行政機関から					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	11.8	75.4	1	0	1112
	精神科病院	235	7.8	17.0	4	0	205
	診療所	42	8.5	13.5	2	0	55
	合計	505	9.6	52.1	2	0	1112

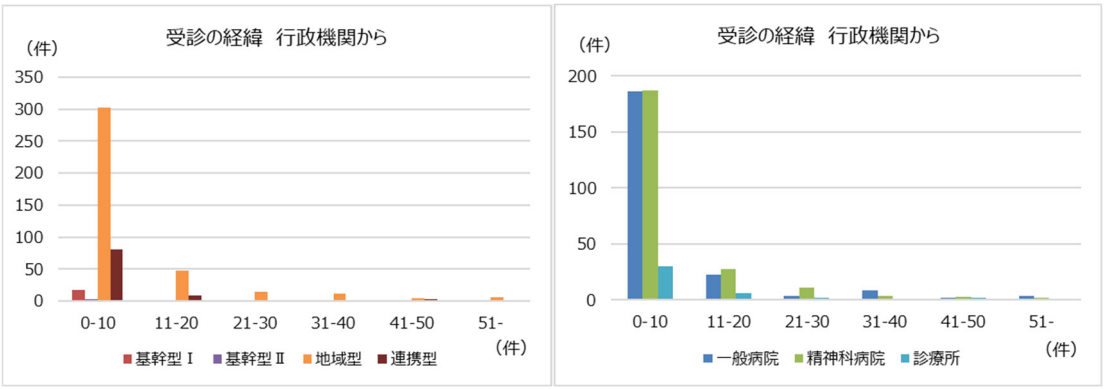


図 25　行政機関からの受診（再掲、左：類型別、右：医療機関種別）

5）その他（表 167、168、図 26）

その他からの受診は、中央値では基幹型Ⅰ、Ⅱおよび精神科病院で多かった。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 6685 件/年と大きな開きがあった。

表 167　類型別　その他からの受診

		受診の経緯　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	16.8	25.8	10	0	103
	基幹型Ⅱ	4	32.3	50.0	11	1	107
	地域型	386	50.3	347.4	4	0	6685
	連携型	98	23.3	51.4	3	0	356
	合計	505	43.8	304.7	4	0	6685

表 168　医療機関種別　その他からの受診

		受診の経緯　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	228	27.8	66.2	3	0	445
	精神科病院	235	62.2	440.8	5	0	6685
	診療所	42	27.6	67.5	4	0	356
	合計	505	43.8	304.7	4	0	6685

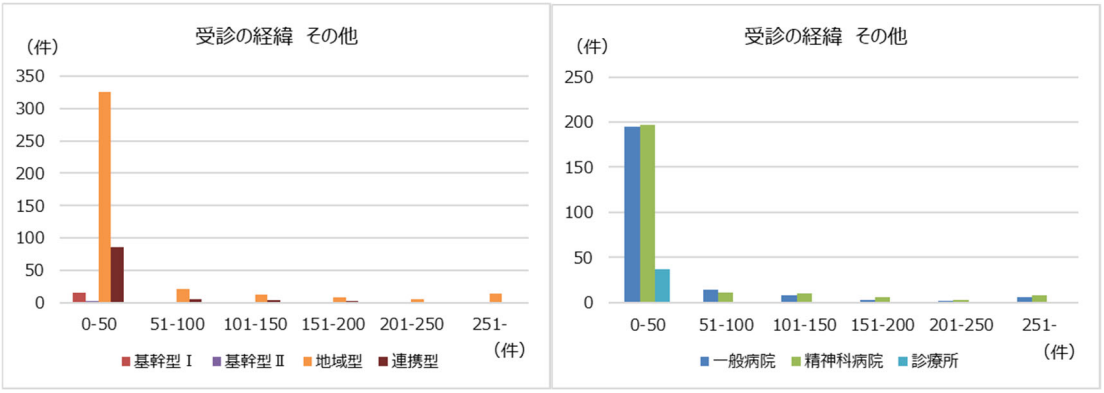


図 26　その他からの受診（再掲）

Ⅱ-8. 認知症疾患医療センター受診後の情報提供

認知症疾患医療センター受診後の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について類型別および医療機関種別に示す。

1）地域包括支援センターへの情報提供（表 169、170、図 27）

地域包括支援センターへの情報提供は、中央値では地域型および精神科病院で多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」とあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。中央値では地域型、診療所が多く、最小値は 0 件/年、最大値は 700 件/年と大きな開きがあった。

表 169　類型別　地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供　地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	29.8	59.4	5	0	234
	基幹型Ⅱ	4	11.8	12.2	6	5	30
	地域型	386	28.7	55.7	12	0	700
	連携型	98	19.3	40.4	3	0	290
	合計	504	26.8	53.0	10	0	700

表 170　医療機関種別　地域包括支援センターへの情報提供

		受診後の情報提供　地域包括支援センターへ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	28.4	67.6	8	0	700
	精神科病院	235	25.3	36.8	12	0	236
	診療所	42	26.7	38.4	14	0	188
	合計	504	26.8	53.0	10	0	700

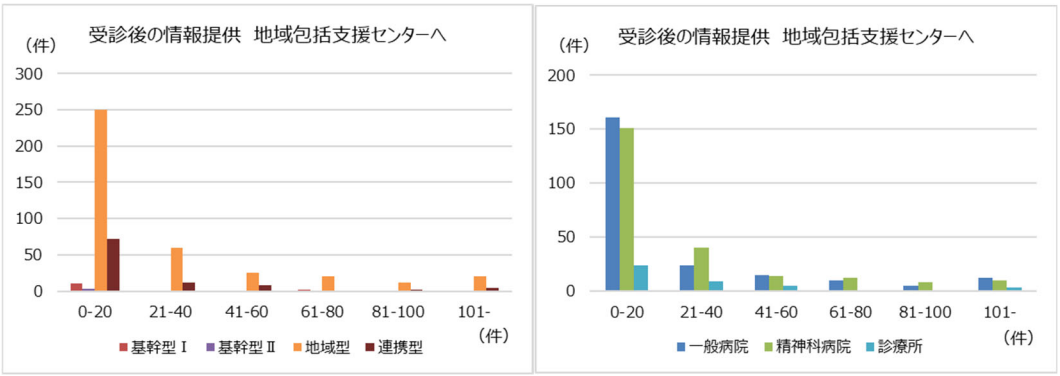


図 27　地域包括支援センターへの情報提供（再掲）

2）医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（表 171、172、図 28）

医療機関（かかりつけ医等）への情報提供は、中央値で地域型および一般病院で多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。昨年度と比較して、合計の平均値は同等で、中央値では基幹型Ⅰ、一般病院で多く、最小値は 0 件/年、最大値は 1641 件/年と大きな開きがあった。

表 171　類型別　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供　医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	177.1	93.9	161	17	341
	基幹型Ⅱ	4	134.8	129.3	115	0	310
	地域型	386	173.7	183.0	123	0	1641
	連携型	98	73.3	84.6	51	0	495
	合計	504	154.0	170.2	105	0	1641

表 172　医療機関種別　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供

		受診後の情報提供　医療機関（かかりつけ医等）へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	174.5	171.1	118	0	904
	精神科病院	235	147.3	175.7	101	0	1641
	診療所	42	80.3	98.1	44	0	495
	合計	504	154.0	170.2	105	0	1641

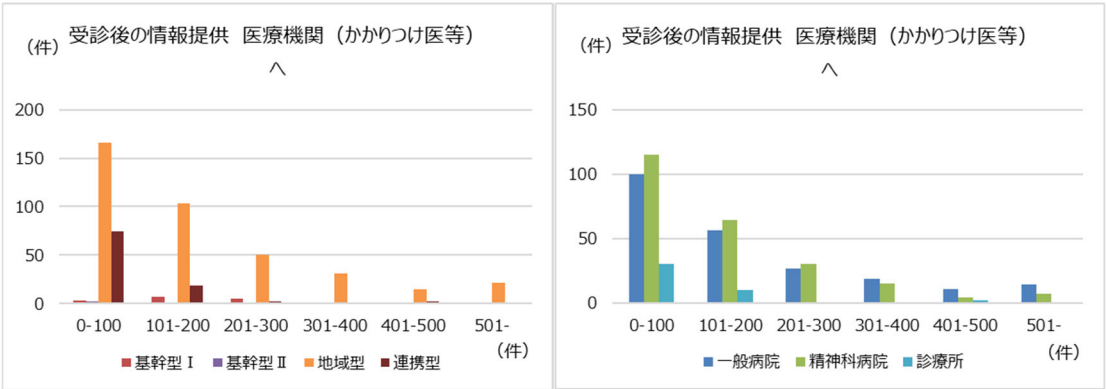


図 28　医療機関（かかりつけ医等）への情報提供（再掲）

3）居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（表 173、174、図 29）

居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供は、中央値で地域型および精神科病院で特に多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。中央値では地域型および精神科病院で多く、最小値は 0 件/年、最大値は 1529 件/年と大きな開きがあった。昨年度と比較して、合計の平均値で約 3 件減少した。

表 173　類型別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供 居宅介護支援事業所･介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	43.1	79.6	4	0	256
	基幹型Ⅱ	4	9.3	10.4	6	2	24
	地域型	386	48.5	111.9	16	0	1529
	連携型	98	25.0	40.2	7	0	199
	合計	504	43.4	100.9	13	0	1529

表 174　医療機関種別　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供

		受診後の情報提供 居宅介護支援事業所･介護サービス事業所へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	31.0	68.6	6	0	551
	精神科病院	235	57.5	129.0	22	0	1529
	診療所	42	31.5	41.4	12	0	155
	合計	504	43.4	100.9	13	0	1529

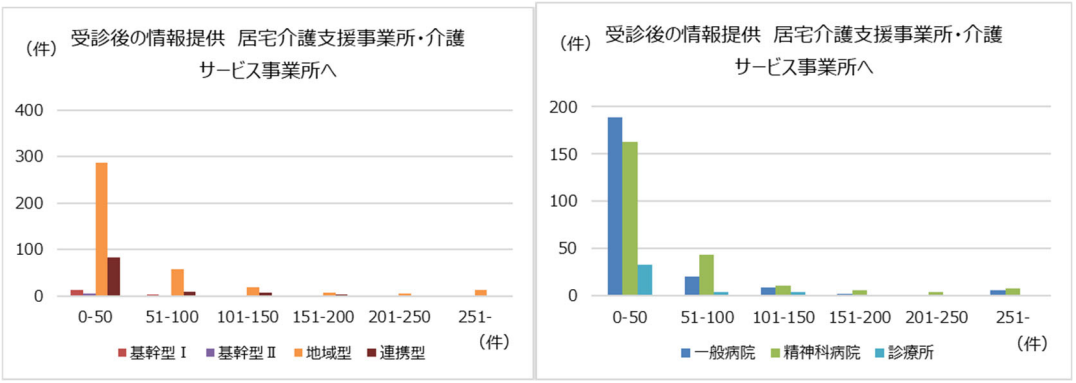


図 29　居宅介護支援事業所・介護サービス事業所への情報提供（再掲）

4）行政機関への情報提供（表 175、176、図 30）

行政機関への情報提供は、中央値で基幹型、地域型および精神科病院で多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。最小値は 0 件/年、最大値は 502 件/年であった。

表 175　類型別　行政機関への情報提供

		受診後の情報提供　行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	9.2	17.9	2	0	69
	基幹型Ⅱ	4	3.0	4.1	2	0	9
	地域型	386	9.2	22.4	2	0	167
	連携型	98	11.5	52.0	1	0	502
	合計	504	9.6	30.3	2	0	502

表 176　医療機関種別　行政機関への情報提供

		受診後の情報提供　行政機関へ					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	10.8	39.3	1	0	502
	精神科病院	235	8.2	20.5	2	0	158
	診療所	42	11.0	17.4	2	0	62
	合計	504	9.6	30.3	2	0	502

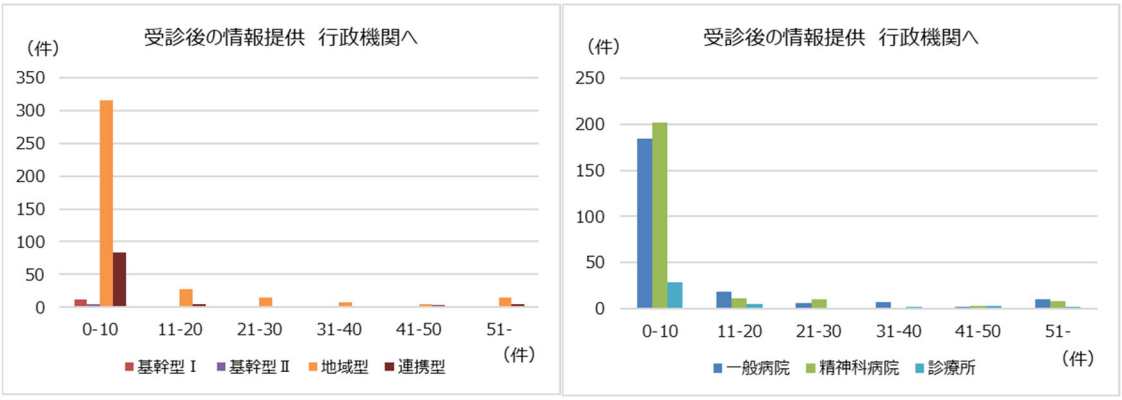


図 30　行政機関への情報提供（再掲）

5）その他への情報提供（表 177、178、図 31）

その他への情報提供は、中央値で基幹型および診療所で多かった。数値入力欄に文字入力「不詳」のあった 1 件は欠損値としたが、経緯別の集計が困難な状況であった可能性がある。また数値入力欄が空欄であったケースは集計データ上「0」となり集計に含まれていることに留意が必要である。中央値では基幹型Ⅱで多かった。最小値は 0 件/年、最大値は 7008 件/年と、医療機関ごとの大きな開きがあった。昨年度と比較して、合計の平均値で約 12 件増加した。

表 177　類型別　その他への情報提供

		受診後の情報提供　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	54.6	140.7	5	0	554
	基幹型Ⅱ	4	33.3	48.4	15	0	103
	地域型	386	51.9	387.1	1	0	7008
	連携型	98	13.4	35.7	1	0	239
	合計	504	44.3	340.2	1	0	7008

表 178　医療機関種別　その他への情報提供

		受診後の情報提供　その他					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	29.8	141.7	1	0	1749
	精神科病院	235	63.5	478.0	1	0	7008
	診療所	42	15.7	36.0	1	0	192
	合計	504	44.3	340.2	1	0	7008

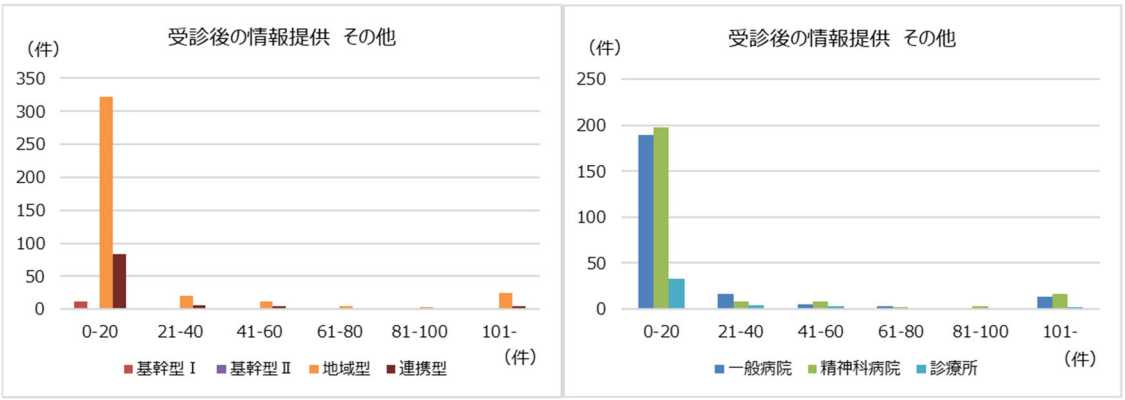


図 31　その他への情報提供（再掲）

Ⅲ．身体合併症に対する救急医療機関としての要件と機能

Ⅲ-1．指定状況

1）救急医療機関の指定：救急医療機関の指定の有無について類型別（表 179）、および医療機関種別（表 180）に示す。空欄であった 8 件は欠損としたが、救急医療機関の指定を確認していないか、あるいは指定されていない可能性がある。基幹型Ⅰ、基幹型Ⅱの 100%、一般病院の 69.3%が指定されていたが、地域型の 66.1%、連携型の 78.1%、精神科病院の 93.9%、診療所の 97.6%は指定されていなかった。昨年度と比較して、合計での指定あり割合は 0.5 ポイント増加した。

表 179　類型別　救急医療機関の指定の有無

		1救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	129	251	380
		33.9%	66.1%	100.0%
	連携型	21	75	96
		21.9%	78.1%	100.0%
	合計	171	326	497
		34.4%	65.6%	100.0%

表 180　医療機関種別　救急医療機関の指定の有無

		1救急医療機関の指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	156	69	225
		69.3%	30.7%	100.0%
	精神科病院	14	217	231
		6.1%	93.9%	100.0%
	診療所	1	40	41
		2.4%	97.6%	100.0%
	合計	171	326	497
		34.4%	65.6%	100.0%

2) 高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定：高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無について類型別（表 181）、および医療機関種別（表 182）に示す。空欄であった 11 件は欠損としたが、高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定を確認していないか、指定されていない可能性がある。基幹型Ⅰの 70.6%、基幹型Ⅱの 75.0%は指定されていたが、地域型の 87.4%、連携型の 100%、一般病院の 71.6%、精神科病院と診療所の 100%が指定されていなかった。

表 181　類型別　高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	12	5	17
		70.6%	29.4%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	48	332	380
		12.6%	87.4%	100.0%
	連携型	0	93	93
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	63	431	494
		12.8%	87.2%	100.0%

表 182　医療機関種別　高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定の有無

		2高度救命救急センターまたは救命救急センターの指定		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	63	159	222
		28.4%	71.6%	100.0%
	精神科病院	0	231	231
		0.0%	100.0%	100.0%
	診療所	0	41	41
		0.0%	100.0%	100.0%
	合計	63	431	494
		12.8%	87.2%	100.0%

Ⅲ-2. 支援・院内調整

1) 身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談、入院受け入れの調整、他院の紹介など）の実施：類型別（表 183）、および医療機関種別（表 184）に示し、併せて図で示す（図 32）。有無に関し、空欄であった 4 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。全体の 82.8%が身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援を行っていた。昨年度と比較して、合計での実施あり割合は 1.5 ポイント増加し、特に地域型および連携型、精神科病院で増加があった。

表 183　類型別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など）の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	323	60	383
		84.3%	15.7%	100.0%
	連携型	72	25	97
		74.2%	25.8%	100.0%
	合計	415	86	501
		82.8%	17.2%	100.0%

表 184　医療機関別　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援

		身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（相談,入院受け入れの調整,他院の紹介など）の実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	207	21	228
		90.8%	9.2%	100.0%
	精神科病院	178	53	231
		77.1%	22.9%	100.0%
	診療所	30	12	42
		71.4%	28.6%	100.0%
	合計	415	86	501
		82.8%	17.2%	100.0%

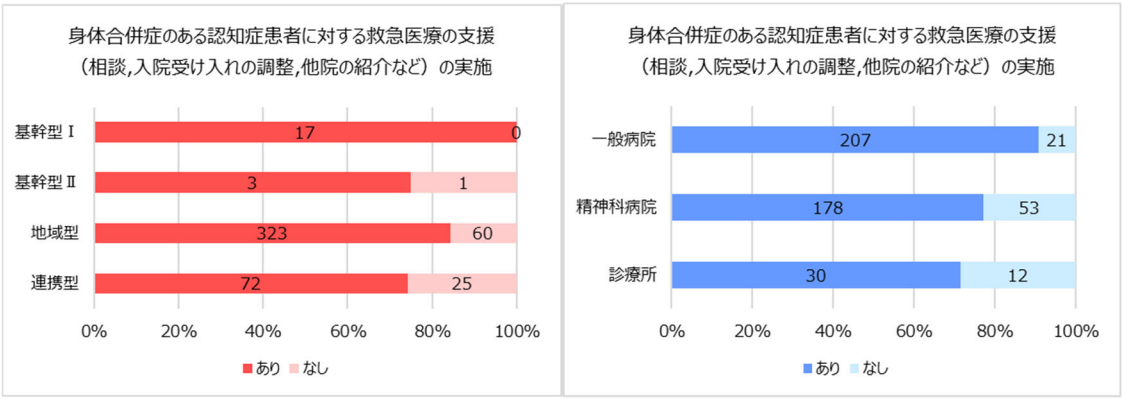


図 32　身体合併症のある認知症患者に対する救急医療の支援（再掲）

2)一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施：類型別（表 185）、および医療機関種別（表 186）に示し、併せて図で示す（図 33）。空欄であった 9 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。基幹型Ⅰの 100%、一般病院の 70.4%が一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークを実施していた。基幹型Ⅱの 50.0%、地域型の 58.6%、連携型の 81.3%、精神科病院の 85.6%、診療所の 95.1%が実施していなかったが、精神科や一般病床の有無の点で実施困難であることも理由と考えられるが、昨年度と比較して実施ありは 1.6 ポイント増加した。

表 185　類型別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	157	222	379
		41.4%	58.6%	100.0%
	連携型	18	78	96
		18.8%	81.3%	100.0%
	合計	194	302	496
		39.1%	60.9%	100.0%

表 186　医療機関種別　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施

		リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症患者への精神科的ケースワークの実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	159	67	226
		70.4%	29.6%	100.0%
	精神科病院	33	196	229
		14.4%	85.6%	100.0%
	診療所	2	39	41
		4.9%	95.1%	100.0%
	合計	194	302	496
		39.1%	60.9%	100.0%

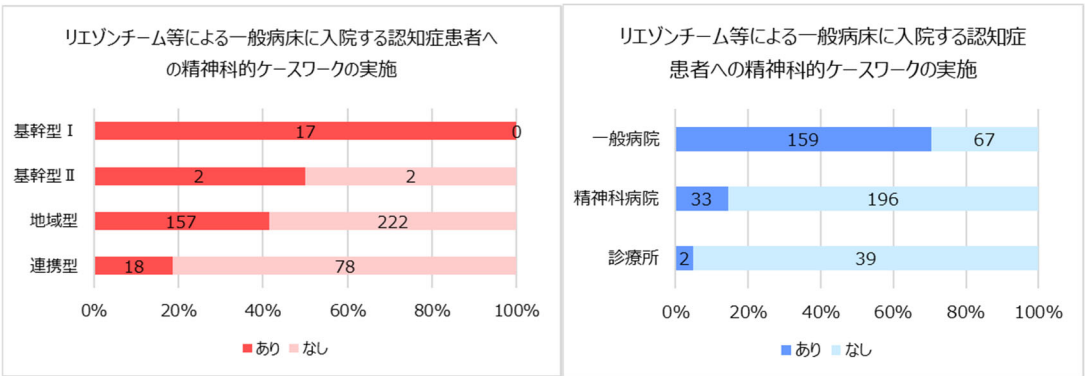


図 33　一般病床に入院する認知症患者へのリエゾンチーム等による精神科的ケースワークの実施（再掲）

3) 認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施：類型別（表 187）、および医療機関種別（表 188）に示し、併せて図に示す（図 34）。空欄であった 8 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。全体の 59.6%が院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会を実施していたが、昨年度と比較して実施あり割合は 1.5 ポイント減少していた。医療機関種別では一般病院の 75.6%、精神科病院の 48.7%、診療所の 33.3%が実施しており、認知症に関する情報提供の必要な他科の存在の有無により、研修会の実施の有無が影響されていた可能性がある。

表 187　類型別　認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	237	142	379
		62.5%	37.5%	100.0%
	連携型	42	55	97
		43.3%	56.7%	100.0%
	合計	296	201	497
		59.6%	40.4%	100.0%

表 188　医療機関種別　認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施

		認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	170	55	225
		75.6%	24.4%	100.0%
	精神科病院	112	118	230
		48.7%	51.3%	100.0%
	診療所	14	28	42
		33.3%	66.7%	100.0%
	合計	296	201	497
		59.6%	40.4%	100.0%

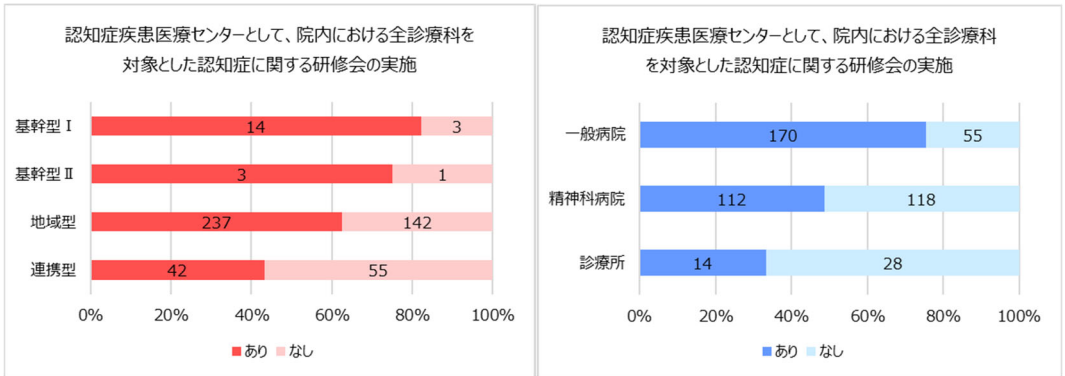


図 34　認知症疾患医療センターとして、院内における全診療科を対象とした認知症に関する研修会の実施（再掲）

4) 休日、夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保：類型別（表 189）、および医療機関種別（表 190）に示し、併せて図に示す（図 35）。空欄であった 7 件は欠損としたが、実施状況を確認していないか、実施していない可能性がある。基幹型 I では 100%が身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床を確保していた。一方で地域型の 39.5%、連携型の 24.7%も同様の空床を確保していた。医療機関種別では一般病院の 59.6%、精神科病院の 57.3%、診療所の 97.6%は確保していなかった。昨年度と比較して、合計の空床あり割合は 0.8 ポイント増加した。

表 189　類型別　休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者対応する空床確保

		休日,夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
類型	基幹型 I	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型 II	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	150	230	380
		39.5%	60.5%	100.0%
	連携型	24	73	97
		24.7%	75.3%	100.0%
	合計	191	307	498
		38.4%	61.6%	100.0%

表 190　医療機関種別　休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保

		休日,夜間における身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するための空床の確保		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	91	134	225
		40.4%	59.6%	100.0%
	精神科病院	99	133	232
		42.7%	57.3%	100.0%
	診療所	1	40	41
		2.4%	97.6%	100.0%
	合計	191	307	498
		38.4%	61.6%	100.0%

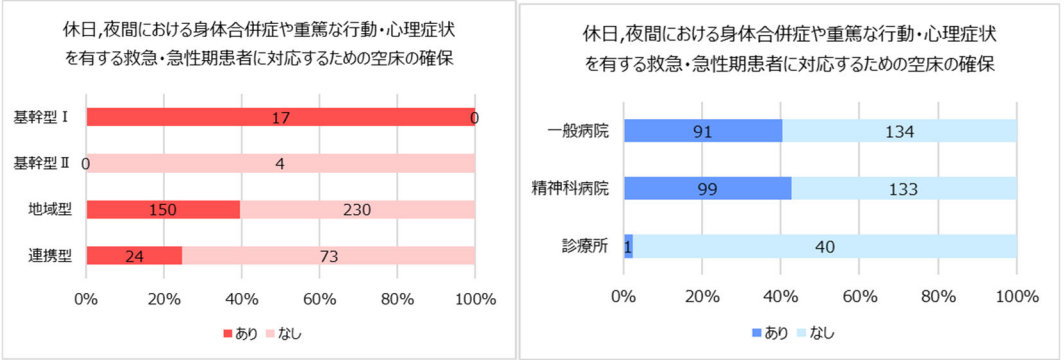


図 35　休日、夜間の身体合併症や重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応する空床確保（再掲）

※確保している空床数の項目は、令和 4 年度実績報告書より削除された。

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

1）認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態：開催形態を類型別（表 191）、および医療機関種別（表 192）に示し、合わせて図に示す（図 36）。空欄であった 5 件は欠損としたが、認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態について確認していないか、開催自体が不明である可能性がある。全体の 60.4%が自院で主催であった一方、全体の 15.2%は自治体の会議を活用しており、連携型の 40.2%、診療所の 47.6%は地域内の基幹型・地域型と連携して開催していた。昨年度と比較して、自治体の会議の活用は合計 1.5 ポイント減少し、基幹型・地域型と連携は 2.0 ポイント増加した。

表 191　類型別　認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催の形態			
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	合計
類型	基幹型Ⅰ	10	4	3	17
		58.8%	23.5%	17.6%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	0	1	4
		75.0%	0.0%	25.0%	100.0%
	地域型	251	52	79	382
		65.7%	13.6%	20.7%	100.0%
	連携型	38	20	39	97
		39.2%	20.6%	40.2%	100.0%
	合計	302	76	122	500
		60.4%	15.2%	24.4%	100.0%

表 192　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形態

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催の形態			
		主催	自治体の会議の活用	基幹型・地域型と連携	合計
医療機関種別	一般病院	144	25	58	227
		63.4%	11.0%	25.6%	100.0%
	精神科病院	147	40	44	231
		63.6%	17.3%	19.0%	100.0%
	診療所	11	11	20	42
		26.2%	26.2%	47.6%	100.0%
	合計	302	76	122	500
		60.4%	15.2%	24.4%	100.0%

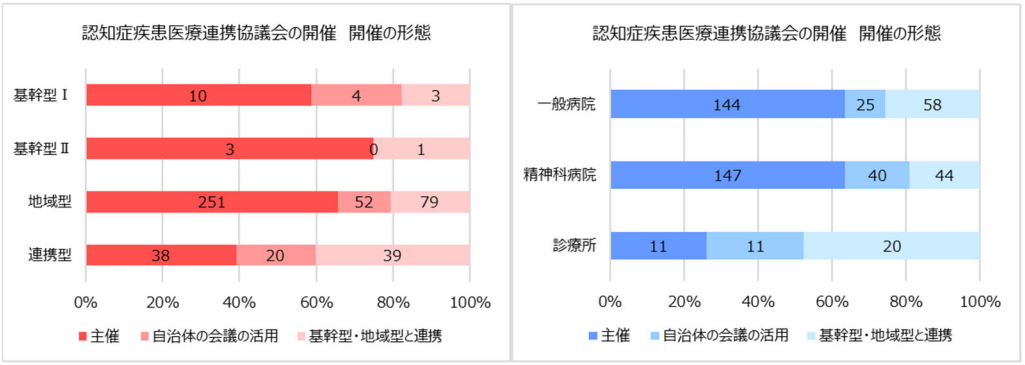


図 36　認知症疾患医療センター地域連携会議の開催形態（再掲）

2) 認知症疾患医療センター地域連携会議の開催回数：開催回数を類型別（表 193、図 37）、および医療機関種別（表 194、図 38）に示す。数値入力欄未記入の 5 件は欠損としたが、開催形態も空欄であったため開催していない可能性がある。開催回数の数値入力欄が 0 または空欄であったケースは集計データ上すべて「0 回」として集計に含まれていることに留意が必要である。中央値では、基幹型Ⅱおよび地域型、精神科病院、診療所が 2 回/年の開催であった。最大で 39 回/年の開催があったが、全体での平均の開催回数は、昨年度と不変であった。

表 193　類型別　認知症疾患医療センター地域連携会議の開催回数

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	1.6	0.9	1	1	4
	基幹型Ⅱ	4	1.5	0.6	2	1	2
	地域型	382	2.0	2.6	2	0	39
	連携型	97	1.6	1.0	1	0	4
	合計	500	1.9	2.3	2	0	39

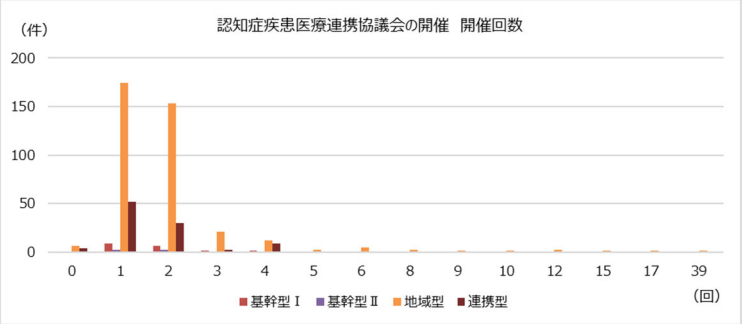


図 37　類型別　認知症疾患医療センター地域連携会議の開催回数

表 194　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回数

		認知症疾患医療連携協議会の開催　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	227	1.8	1.5	1	0	12
	精神科病院	231	2.0	3.0	2	0	39
	診療所	42	1.9	0.9	2	1	4
	合計	500	1.9	2.3	2	0	39

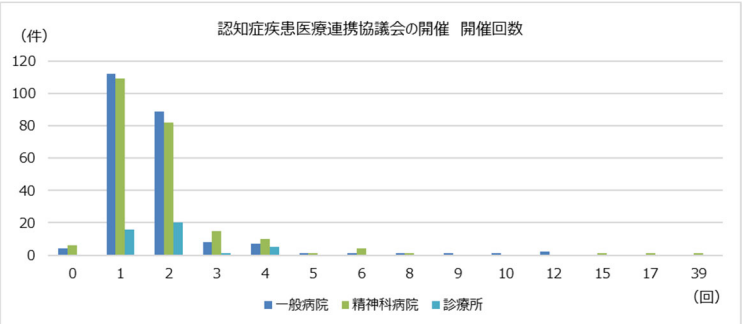


図 38　医療機関種別　認知症疾患医療センター地域連携会議の開催回数

Ⅳ-2. 研修会開催

1) 医療従事者対象：医療従事者対象の研修会について類型別の開催の有無（表 195）と開催回数（表 196、図 39）、および医療機関種別の開催の有無（表 197）と開催回数（表 198、図 40）を示す。開催有にもかかわらず回数について数値入力欄に文字入力「随時」と記載のあった 1 件は回数の集計では欠損としたが、開催回数について確認していないか、あるいは不明である可能性がある。また開催有で回数が 0 または空欄の報告が 7 件あり、開催実態は不明であるもののすべて集計データ上「0 回」として集計されたことに留意が必要である。全体で 83.5%が開催しており、昨年度と比較して割合としては 3.7 ポイント増加した。回数の中央値では基幹型Ⅰが 3 回/年であったが、それ以外は 1～2 回/年の開催であった。最大実施回数は 24 回/年であり、全体の平均回数では昨年度と不変であった。

表 195　類型別　医療従事者対象の研修会の開催の有無

		研修会の開催　医療従事者対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	328	57	385
		85.2%	14.8%	100.0%
	連携型	73	25	98
		74.5%	25.5%	100.0%
	合計	421	83	504
		83.5%	16.5%	100.0%

表 196　類型別　医療従事者対象の研修会の開催回数

		研修会の開催　医療従事者対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	16	4.3	4.4	3	0	13
	基幹型Ⅱ	4	2.0	0.8	2	1	3
	地域型	328	2.4	2.7	1	0	24
	連携型	73	2.0	2.5	1	0	19
	合計	421	2.4	2.8	1	0	24

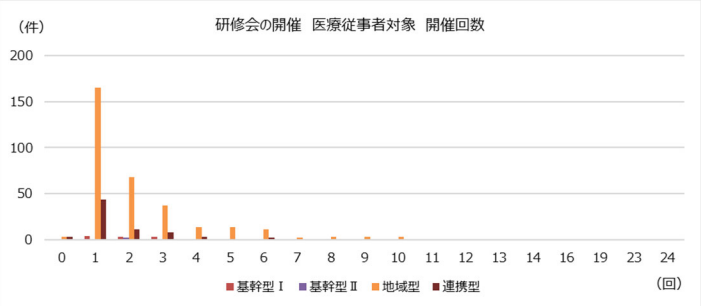


図 39　類型別　医療従事者対象の研修会の開催回数

表 197　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催の有無

		研修会の開催　医療従事者対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	205	23	228
		89.9%	10.1%	100.0%
	精神科病院	188	46	234
		80.3%	19.7%	100.0%
	診療所	28	14	42
		66.7%	33.3%	100.0%
	合計	421	83	504
		83.5%	16.5%	100.0%

表 198　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催回数

		研修会の開催　医療従事者対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	205	2.6	3.0	1	0	24
	精神科病院	188	2.1	2.2	1	0	23
	診療所	28	2.7	3.8	1	0	19
	合計	421	2.4	2.8	1	0	24

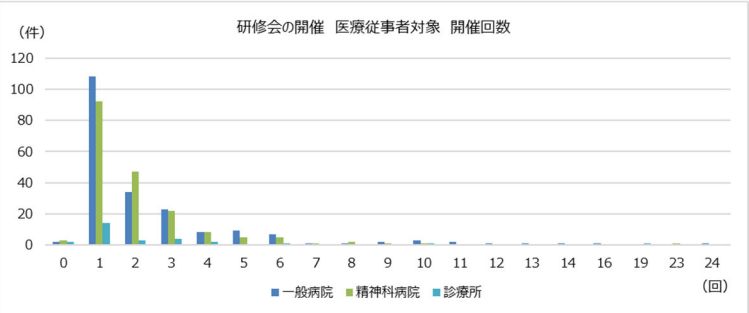


図 40　医療機関種別　医療従事者対象の研修会の開催回数

2) 医療従事者対象のうち、かかりつけ医対象：医療従事者対象の研修会のうち、かかりつけ医対象のものについて類型別の開催の有無（表 199）と開催回数（表 200、図 41）、および医療機関種別の開催の有無（表 201）と開催回数（表 202、図 42）を示す。開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 5 件あり、開催実態が不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されたことに留意が必要である。全体で 60.2%が開催しており、回数は全体の中央値として 1～2 回/年開催、最大実施回数は 13 回/年であった。昨年度と比較して、合計の開催あり割合はおおむね不変であった。

表 199　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	239	147	386
		61.9%	38.1%	100.0%
	連携型	47	51	98
		48.0%	52.0%	100.0%
	合計	304	201	505
		60.2%	39.8%	100.0%

表 200　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	14	3.7	4.2	2	0	13
	基幹型Ⅱ	4	1.5	0.6	2	1	2
	地域型	239	1.8	1.4	1	0	9
	連携型	47	1.6	1.5	1	0	10
	合計	304	1.8	1.7	1	0	13

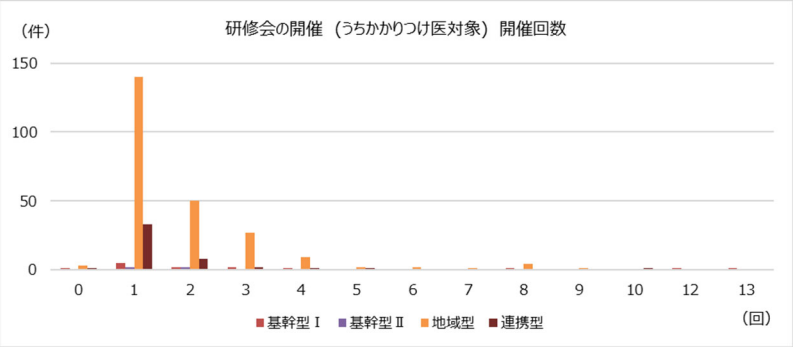


図 41　類型別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

表 201　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催の有無

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	148	80	228
		64.9%	35.1%	100.0%
	精神科病院	136	99	235
		57.9%	42.1%	100.0%
	診療所	20	22	42
		47.6%	52.4%	100.0%
	合計	304	201	505
		60.2%	39.8%	100.0%

表 202　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

		研修会の開催（うちかかりつけ医対象）開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	148	2.0	2.1	1	0	13
	精神科病院	136	1.6	1.0	1	0	6
	診療所	20	2.0	2.2	1	0	10
	合計	304	1.8	1.7	1	0	13

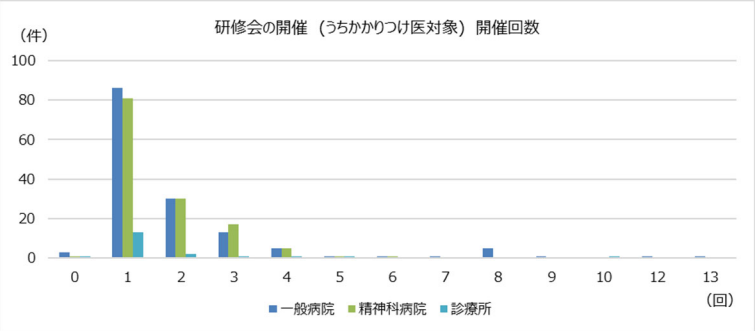


図 42　医療機関種別　かかりつけ医対象研修会の開催回数

3）地域包括支援センター職員等対象：地域包括支援センター職員等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 203）と開催回数（表 204、図 43）、および医療機関種別の開催の有無（表 205）と開催回数（表 206、図 44）を示す。開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 13 件あり、開催実態不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されていることに留意が必要である。全体で 77.6%が開催しており昨年度と比較して 6.1 ポイント増加した。回数の中央値では基幹型ⅠおよびⅡは 2 回/年、診療所が 2 回/年、その他は 1 回/年の開催で、最大実施回数は 36 回/年であった。

表 203　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	14	3	17
		82.4%	17.6%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	310	76	386
		80.3%	19.7%	100.0%
	連携型	65	33	98
		66.3%	33.7%	100.0%
	合計	392	113	505
		77.6%	22.4%	100.0%

表 204　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	14	4.0	4.7	2	0	15
	基幹型Ⅱ	3	1.7	0.6	2	1	2
	地域型	310	2.4	3.4	1	0	36
	連携型	65	2.4	3.9	1	0	25
	合計	392	2.4	3.5	1	0	36

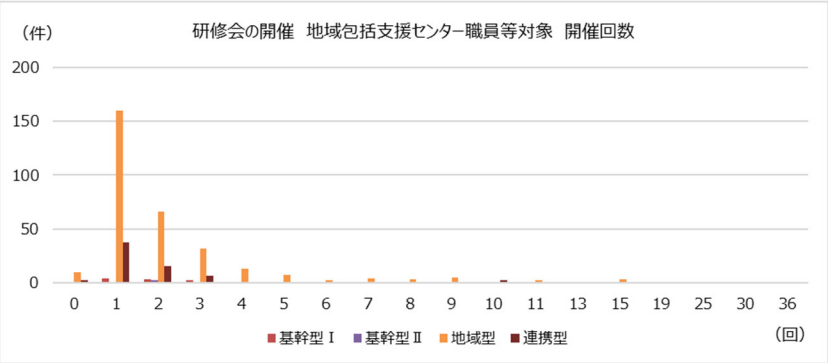


図 43　類型別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

表 205　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	184	44	228
		80.7%	19.3%	100.0%
	精神科病院	181	54	235
		77.0%	23.0%	100.0%
	診療所	27	15	42
		64.3%	35.7%	100.0%
	合計	392	113	505
		77.6%	22.4%	100.0%

表 206　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

		研修会の開催　地域包括支援センター職員等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	184	2.1	2.4	1	0	15
	精神科病院	181	2.5	4.0	1	0	36
	診療所	27	3.9	5.8	2	0	25
	合計	392	2.4	3.5	1	0	36

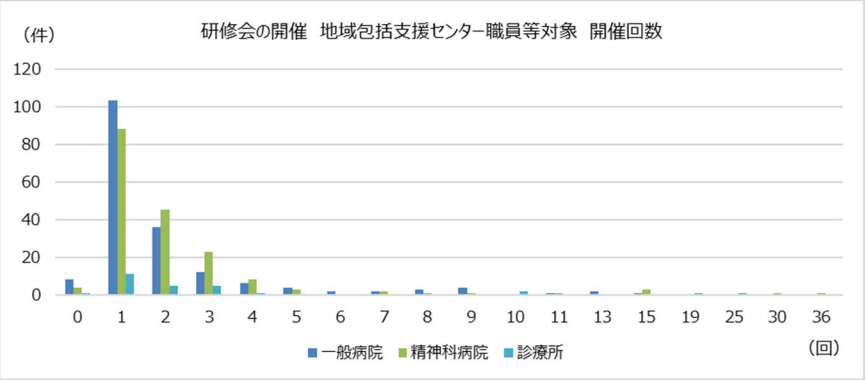


図 44　医療機関種別　地域包括支援センター職員等対象研修会の開催回数

4) 家族・地域住民等対象：家族・地域住民等を対象とした研修会について類型別の開催の有無（表 207）と開催回数（表 208、図 45）、および医療機関種別の開催の有無（表 209）と開催回数（表 210、図 46）を示す。回数について数値入力欄に文字入力「随時」と記載した 1 件は回数の集計では欠損としたが、開催回数について確認していないか、あるいは不明である可能性がある。また開催有にもかかわらず回数が 0 または空欄の報告が 13 件あり、開催実態不明であるものの、集計データ上「0 回」として集計されていることに留意が必要である。全体で 67.7%が開催しており（昨年度から 10.8 ポイント増加）、特に地域型、連携型、一般病院、精神科病院で増加していた。回数の中央値では基幹型Ⅱと診療所で 2 回/年、そのほかは 1 回/年の開催で、全体の最大実施回数は 47 回/年であった。

表 207　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　家族・地域住民等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	9	8	17
		52.9%	47.1%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	268	117	385
		69.6%	30.4%	100.0%
	連携型	62	36	98
		63.3%	36.7%	100.0%
	合計	341	163	504
		67.7%	32.3%	100.0%

表 208　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

		研修会の開催　家族・地域住民等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	9	1.8	1.9	1	0	6
	基幹型Ⅱ	2	1.5	0.7	2	1	2
	地域型	268	3.6	6.2	1	0	47
	連携型	62	3.0	3.4	1	0	15
	合計	341	3.4	5.7	1	0	47

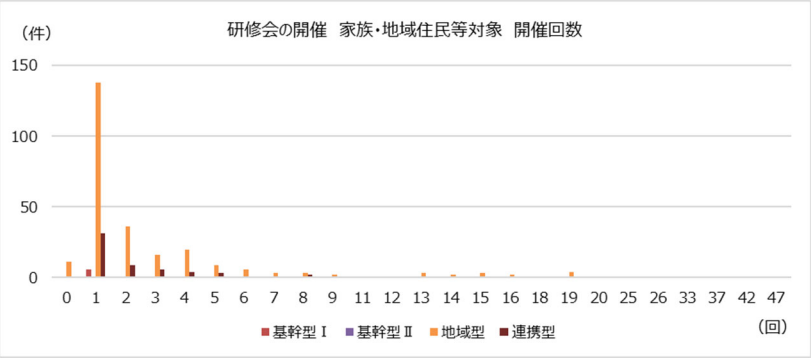


図 45　類型別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

表 209　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催の有無

		研修会の開催　家族･地域住民等対象　開催の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	154	74	228
		67.5%	32.5%	100.0%
	精神科病院	157	77	234
		67.1%	32.9%	100.0%
	診療所	30	12	42
		71.4%	28.6%	100.0%
	合計	341	163	504
		67.7%	32.3%	100.0%

表 210　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

		研修会の開催　家族･地域住民等対象　開催回数					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	154	3.5	6.6	1	0	47
	精神科病院	157	3.3	5.0	1	0	33
	診療所	30	3.9	4.3	2	1	15
	合計	341	3.4	5.7	1	0	47

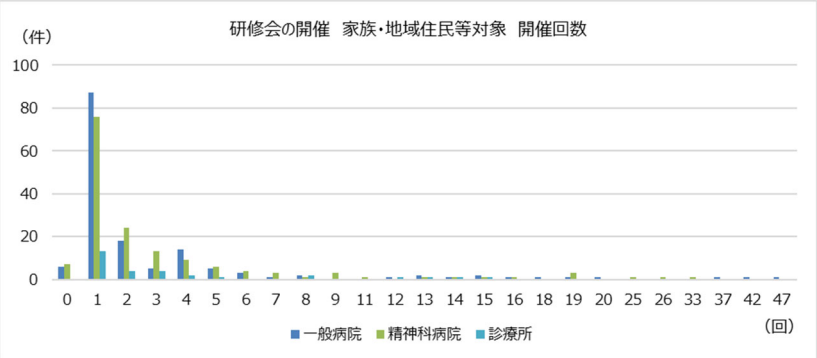


図 46　医療機関種別　家族・地域住民対象研修会の開催回数

Ⅳ-3. 情報発信・普及啓発

1）地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無：地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無について類型別（表 211）、および医療機関種別（表 212）に示し、併せて図に示す（図 47）。全体で 96.0%が情報発信の取り組みを行っていた。

表 211　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	16	1	17
		94.1%	5.9%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	376	10	386
		97.4%	2.6%	100.0%
	連携型	90	8	98
		91.8%	8.2%	100.0%
	合計	485	20	505
		96.0%	4.0%	100.0%

表 212　医療機関種別　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無

		地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	220	8	228
		96.5%	3.5%	100.0%
	精神科病院	224	11	235
		95.3%	4.7%	100.0%
	診療所	41	1	42
		97.6%	2.4%	100.0%
	合計	485	20	505
		96.0%	4.0%	100.0%

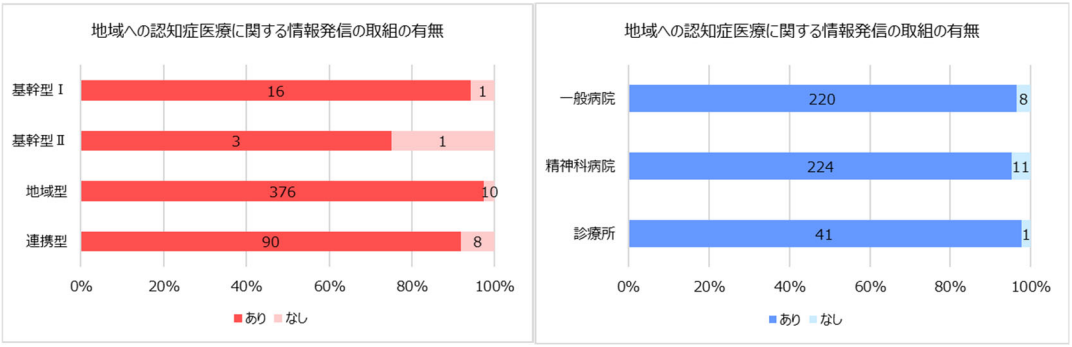


図 47　地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無（再掲）

2) 地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無：地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無について類型別（表 213）、および医療機関種別（表 214）に示し、併せて図に示す（図 48）。空欄の 1 件は欠損とした。全体で 89.3%が普及啓発の取り組みを行っていた。昨年度に比較して全体で 2.3 ポイント増加した。

表 213　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	2	17
		88.2%	11.8%	100.0%
	基幹型Ⅱ	3	1	4
		75.0%	25.0%	100.0%
	地域型	350	35	385
		90.9%	9.1%	100.0%
	連携型	82	16	98
		83.7%	16.3%	100.0%
	合計	450	54	504
		89.3%	10.7%	100.0%

表 214　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	206	21	227
		90.7%	9.3%	100.0%
	精神科病院	207	28	235
		88.1%	11.9%	100.0%
	診療所	37	5	42
		88.1%	11.9%	100.0%
	合計	450	54	504
		89.3%	10.7%	100.0%

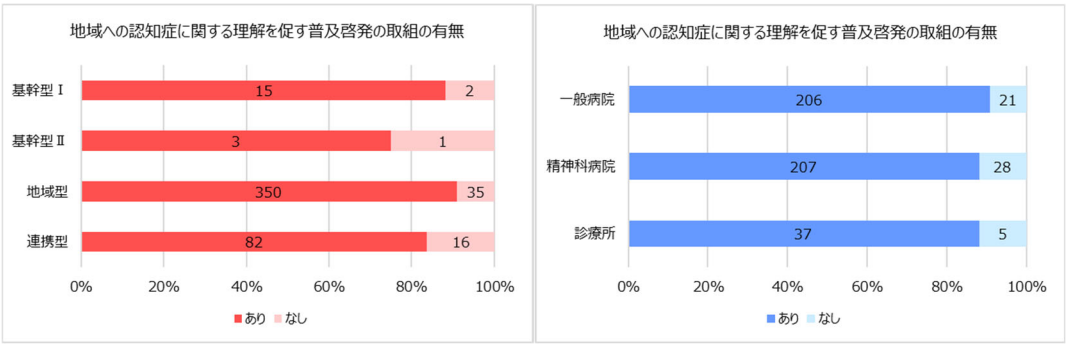


図 48　地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無（再掲）

3) 他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無：他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無について、類型別の有無（表 215）と回数（表 216、図 49）および医療機関種別の有無（表 217）と回数（表 218、図 50）をそれぞれ示す。有無の空欄はなかった。また研修会協力が「あり」であっても回数欄が 0 または空欄であった 8 件は集計データ上「0 回」となるため、集計に含まれることに留意が必要である。全体で 89.7%が協力・講師派遣を行っており（昨年度から 2.5 ポイント増加）、回数の中央値では基幹型Ⅰが 8 回/年、基幹型Ⅱが 10 回/年と多く、最大値は地域型の 149 回/年、全体で平均値 2.2 回の増加であった。

表 215　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	17	0	17
		100.0%	0.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	4	0	4
		100.0%	0.0%	100.0%
	地域型	353	33	386
		91.5%	8.5%	100.0%
	連携型	79	19	98
		80.6%	19.4%	100.0%
	合計	453	52	505
		89.7%	10.3%	100.0%

表 216　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
類型	基幹型Ⅰ	17	9.3	7.1	8	1	26
	基幹型Ⅱ	4	12.3	13.4	10	0	30
	地域型	353	12.3	18.0	6	0	149
	連携型	79	7.9	10.9	4	0	55
	合計	453	11.4	16.7	5	0	149

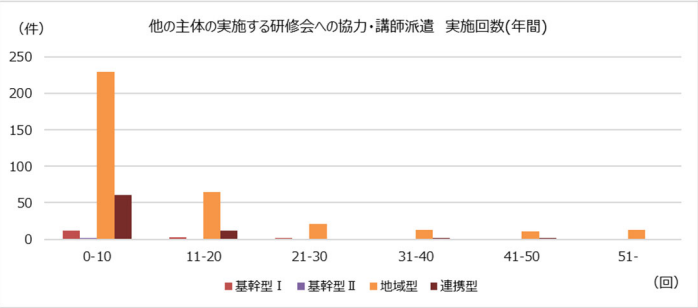


図 49　類型別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

表 217　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	201	27	228
		88.2%	11.8%	100.0%
	精神科病院	212	23	235
		90.2%	9.8%	100.0%
	診療所	40	2	42
		95.2%	4.8%	100.0%
	合計	453	52	505
		89.7%	10.3%	100.0%

表 218　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

		実施回数(年間)					
		度数	平均値	標準偏差	中央値	最小値	最大値
医療機関種別	一般病院	201	9.9	10.9	5	0	62
	精神科病院	212	13.1	21.1	5	0	149
	診療所	40	10.5	13.1	6	0	55
	合計	453	11.4	16.7	5	0	149

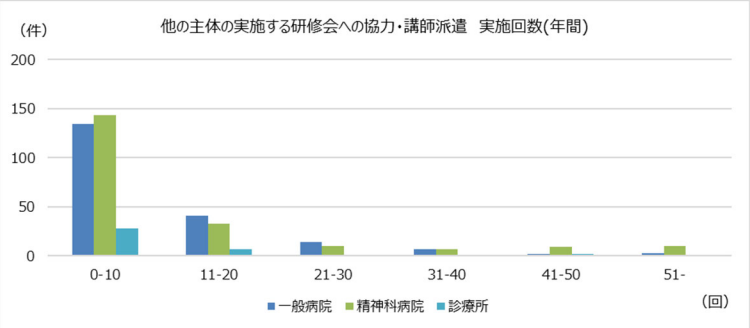


図 50　医療機関種別　他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の回数

Ⅳ-4. 初期集中支援チームへの関与

1) センター内に初期集中支援チームを設置(受託) ：初期集中支援チームへの関与について、センター内に初期集中支援チームの設置(受託)について、類型別（表 219）および医療機関種別（表 220）にそれぞれ示す。自院内に初期集中支援チームを設置しているのは全体では 1.2 ポイント減少しており、類型別では地域型の 18.9%と連携型の 20.4%、医療機関種別では一般病院の 13.2%、精神科病院の 21.3%、診療所の 31.0%がセンター内に初期集中支援チームを設置していた。

表 219　類型別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与　センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	0	17	17
		0.0%	100.0%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	73	313	386
		18.9%	81.1%	100.0%
	連携型	20	78	98
		20.4%	79.6%	100.0%
	合計	93	412	505
		18.4%	81.6%	100.0%

表 220　医療機関種別　センター内に初期集中支援チームを設置(受託)

		初期集中支援チームへの関与　センター内にチームを設置(受託)		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	30	198	228
		13.2%	86.8%	100.0%
	精神科病院	50	185	235
		21.3%	78.7%	100.0%
	診療所	13	29	42
		31.0%	69.0%	100.0%
	合計	93	412	505
		18.4%	81.6%	100.0%

2) 初期集中支援チーム員として参加：初期集中支援チームへの関与について、初期集中支援チーム員としての参加を、類型別（表 221）および医療機関種別（表 222）にそれぞれ示す。初期集中支援チーム員として関与していたのは全体では 51.7%で、類型別では基幹型Ⅰの 17.6%、地域型の 53.9%、連携型の 51.0%が、医療機関種別では一般病院の 43.4%、精神科病院の 59.1%、診療所の 54.8%が初期集中支援チーム員として参加していた。 昨年度と比較して、一般病院の参加あり割合が 4.2 ポイント増加していた。

表 221　類型別　初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与　チーム員として参加		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	3	14	17
		17.6%	82.4%	100.0%
	基幹型Ⅱ	0	4	4
		0.0%	100.0%	100.0%
	地域型	208	178	386
		53.9%	46.1%	100.0%
	連携型	50	48	98
		51.0%	49.0%	100.0%
	合計	261	244	505
		51.7%	48.3%	100.0%

表 222　医療機関種別　初期集中支援チーム員として参加

		初期集中支援チームへの関与　チーム員として参加		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	99	129	228
		43.4%	56.6%	100.0%
	精神科病院	139	96	235
		59.1%	40.9%	100.0%
	診療所	23	19	42
		54.8%	45.2%	100.0%
	合計	261	244	505
		51.7%	48.3%	100.0%

3) 初期集中支援チームへの後方支援：初期集中支援チームへの関与について、初期集中支援チームへの後方支援を、類型別（表 223）および医療機関種別（表 224）にそれぞれ示す。初期集中支援チームへの後方支援は全体では 58.2%が実施しており、類型では基幹型Ⅰの 64.7%、基幹型Ⅱの 50.0%、地域型の 59.6%、連携型の 52.0%が実施していた。医療機関種別では一般病院の 60.1%、精神科病院の 57.9%、診療所の 50.0%が後方支援を実施していた。

表 223　類型別　初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与　後方支援		
		あり	なし	合計
類型	基幹型Ⅰ	11	6	17
		64.7%	35.3%	100.0%
	基幹型Ⅱ	2	2	4
		50.0%	50.0%	100.0%
	地域型	230	156	386
		59.6%	40.4%	100.0%
	連携型	51	47	98
		52.0%	48.0%	100.0%
	合計	294	211	505
		58.2%	41.8%	100.0%

表 224　医療機関種別　初期集中支援チームへの後方支援

		初期集中支援チームへの関与　後方支援		
		あり	なし	合計
医療機関種別	一般病院	137	91	228
		60.1%	39.9%	100.0%
	精神科病院	136	99	235
		57.9%	42.1%	100.0%
	診療所	21	21	42
		50.0%	50.0%	100.0%
	合計	294	211	505
		58.2%	41.8%	100.0%

※医療サービス等提供状況、事業の着実な実施に向けた取組の推進機能の項目は、令和 4 年度実績報告書から削除された。

【付表】診断後等支援機能の経時推移

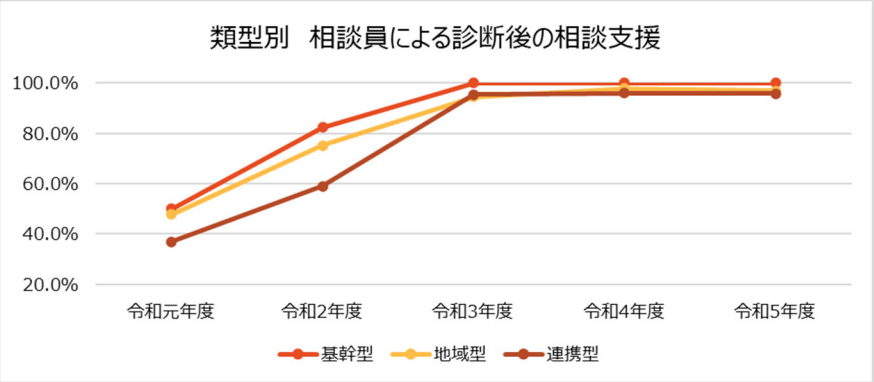
診断後等支援機能に関する業務内容（Ⅱ-1-8）は、令和元年度実績報告書より報告されており、実施割合の経年的な推移について再検討した（付表 1~4、付図 1～4）。

令和 3 年度、令和 4 年度、令和 5 年度実績報告書では Excel 書式による提出のため「空欄」は集計に含まれていなかった。そのため本再検討では「空欄」を「×（実施なし）」と解釈し、全数を集計に含めて実施割合を算出した。また図においては基幹型Ⅰ・Ⅱは基幹型全体として割合を表記した。

対象は、令和元年度　457 件、令和 2 年度　478 件、令和 3 年度 488 件、令和 4 年度 499 件、令和 5 年度 505 件である。特にピアサポート活動や交流会については、新型コロナウイルス感染症流行の影響があるものの、概ね増加傾向であった。

付表 1　類型別　相談員による診断後の相談支援の経時推移

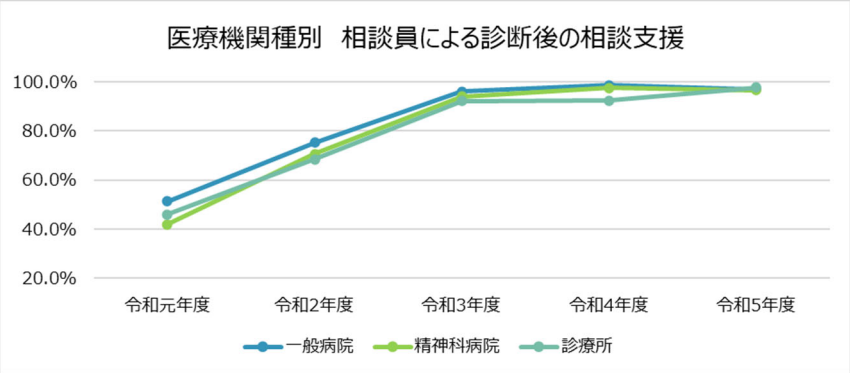
			相談員による診断後の相談支援				
			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
類型	基幹型	基幹型Ⅰ	8	14	17	16	17
			50.0%	82.4%	100.0%	100.0%	100.0%
		基幹型Ⅱ				4	4
						100.0%	100.0%
	地域型		176	284	363	372	374
			47.8%	75.1%	94.5%	97.9%	96.9%
	連携型		27	49	83	95	94
			37.0%	59.0%	95.4%	96.0%	95.9%
	合計		211	347	463	487	489
			46.2%	72.6%	94.9%	97.6%	96.8%



付図 1　類型別　相談員による診断後の相談支援の経時推移（再掲）

付表２　医療機関種別　相談員による診断後の相談支援の経時推移

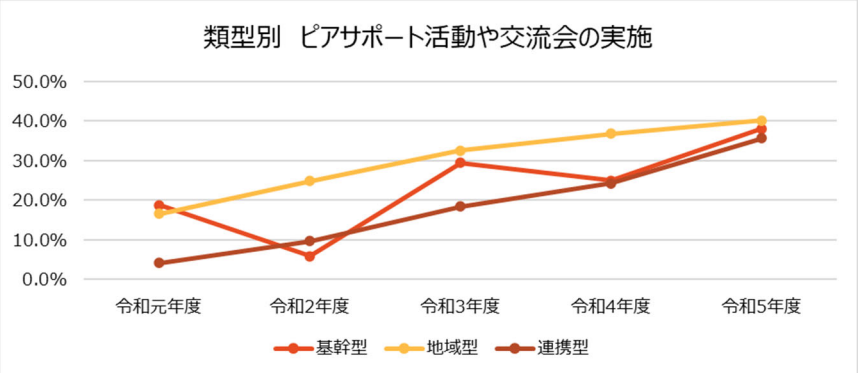
		相談員による診断後の相談支援				
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療機関種別	一般病院	99	170	222	224	221
		51.3%	75.2%	96.1%	98.7%	96.9%
	精神科病院	95	151	206	227	227
		41.9%	70.6%	94.1%	97.4%	96.6%
	診療所	17	26	35	36	41
		45.9%	68.4%	92.1%	92.3%	97.6%
	合計	211	347	463	487	489
		46.2%	72.6%	94.9%	97.6%	96.8%



付図２　医療機関種別　相談員による診断後の相談支援の経時推移（再掲）

付表３　類型別　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経時推移

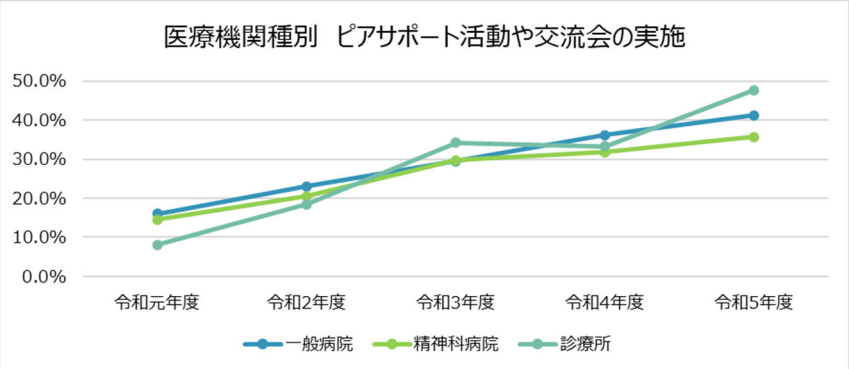
			ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施				
			令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
類型	基幹型	基幹型Ⅰ	3	1	5	4	7
			18.8%	5.9%	29.4%	25.0%	41.2%
		基幹型Ⅱ				1	1
						25.0%	25.0%
	地域型		61	94	125	140	155
			16.6%	24.9%	32.6%	36.8%	40.2%
	連携型		3	8	16	24	35
			4.1%	9.6%	18.4%	24.2%	35.7%
	合計		67	103	146	169	198
			14.7%	21.5%	29.9%	33.9%	39.2%



付図３　類型別　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経時推移（再掲）

付表 4　医療機関種別　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経時推移

		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				
		令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
医療機関種別	一般病院	31	52	68	82	94
		16.1%	23.0%	29.4%	36.1%	41.2%
	精神科病院	33	44	65	74	84
		14.5%	20.6%	29.7%	31.8%	35.7%
	診療所	3	7	13	13	20
		8.1%	18.4%	34.2%	33.3%	47.6%
	合計	67	103	146	169	198
		14.7%	21.5%	29.9%	33.9%	39.2%



付図 4　医療機関種別　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経時推移（再掲）

4. 考察

類型別、医療機関種別の検討によって全国の認知症疾患医療センターの事業実態が明らかになった。

全国の実績報告書の集計方法は 2021 年度実績報告書から変更されており、Excel 上の様式統合が可能な書式となっている。2023 年度実績報告書でもこの方法で、国に提出された都道府県・指定都市単位のデータセットを統合して、全国集計データとした。しかしながらこの方法では、特に実績報告書上の鑑別診断件数や算定件数、相談等実施件数にある数値入力欄における「空欄」が、自動的にデータセット上の「0」となり、全国集計データ上で「0」と空欄の区別が困難になるため、全国集計結果において欠損値と「0」が混同されている可能性がある。そのため、2020 年度実績報告書までは集計の際に空欄は欠損値として母数に含めない方法がとられていたが、2021 年度実績報告書以降は上記の理由で空欄も集計の母数に含まれている。したがって項目によっては平均値や中央値が昨年度と比較して低値になっている可能性があることを勘案しながら結果を読む必要がある。一方で、実績報告書の選択項目（「ある・ない」など）に関しては、実績報告書の空欄はデータセット上では空欄として反映されるため、結果では欠損値として扱った。付表とした診断後等支援機能の経時推移（付表 1～4）においては、空欄を「×（実施なし）」と解釈し再集計したことに留意が必要である。

Ⅰ．医療機関基本情報：令和 5 年度実績報告書より、医療機関基本情報の中に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」体制が追加された。初期投与の実施は基幹型Ⅰで 70.6%、基幹型Ⅱで 100.0%であった。一方、地域型や連携型では、対応していないが 75.7%、87.5%と大半を占めた。医療機関種別では一般病院の 39.0%が初期投与に対応、4.0%が継続投与に対応していたが、57.0%は対応しておらず、また精神科病院の 93.0%、診療所の 82.9%は対応していなかった。検査体制と比較すると、自施設に MRI 検査体制がある医療機関の 37.7%、SPECT 検査体制がある医療機関の 52.2%、PET 検査体制がある医療機関の 65.6%、髄液検査体制がある医療機関の 51.2%が初期投与に対応していた（図表掲載なし）。初期投与実施 19.5%の内訳および社会情勢を鑑み、認知症疾患医療センターにおける抗 Aβ抗体薬治療実施状況および関連する連携状況は今後の継続的な確認が必要であると考えられる。

Ⅱ．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：Ⅱ-1-8 および付表）診断後等支援機能に関して、本報告においては末尾に付表として 5 年間の経年変化を追記した。相談員による診断後の相談支援を経時的にみると、令和元年度では 50%未満であった実施率が令和 5 年度では 97.2%までに達した。またピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会の実施は、2022 年度実績報告書で空欄が 85 件、令和 5 年度実績報告書でも空欄 71 件あり、それらを実施なしと解釈すると、令和元年度では 14.7%であった実施率は令和 5 年度では 39.2%に達した（付表 3）。新型コロナウイルス感染拡大による集合型開

催の実施困難な時期を経て様々な活動が可能になった可能性があり、特に病院内で個別に実施できる相談支援の実施率の増加がみられた。具体的な活動内容はコーラスグループなど集合型開催の活動も増加していることが示唆された。

また、Ⅱ-2）検査体制に関して 2022 年度実績報告書より、PET 検査と髄液検査が追加された。自施設と連携先どちらかに検査体制があるとの回答は、PET 検査が 45.3%（令和 4 年度）→51.3%（令和 5 年度）、髄液検査が 56.1%（令和 4 年度）→64.0%（令和 5 年度）と増加したことが示された。特に診療所では、自施設と連携先のいずれかに PET 検査設備がある診療所は令和 4 年度と比較すると 18.5 ポイント増加、自施設と連携先のいずれかに髄液検査設備がある診療所は令和 4 年度と比較すると 28.2 ポイント増加した。検査体制に関する連携体制の構築の影響があった可能性がある。

同、Ⅱ-4。鑑別診断件数に関して、実績報告書に報告される鑑別診断の項目全ての総数は、全数で 144,298 人、うち 65 歳未満で 12,223 人であり（表 129）、認知症関連疾患（MCI～詳細不明の認知症）の総数は、全数で 111,553 人、うち 65 歳未満の認知症関連疾患の鑑別診断件数の総数は 2,662 人であった（表 132）。MCI 含む認知症関連疾患の鑑別診断件数の全数は令和 4 年度から 8,400 人余り増加し、うち 65 歳未満は 373 人増加していた。令和 3 年度以降では新型コロナウイルス感染拡大防止のための受診控えの影響は軽減された可能性があることに加え、早期受診の啓発が影響した可能性がある。

同、Ⅱ-5。初診までの待機日数は 14 日未満であるのは全体で 43.9%であり、令和 3 年度の 49.6%、令和 4 年度の 46.2%と比較すると減少傾向であった。全体的に初診までの待機日数はやや延長しており、鑑別診断件数の結果を考慮に入れると受診患者数の増加が影響した可能性がある。

Ⅳ．地域連携推進機関としての要件と機能：Ⅳ-1．認知症疾患医療センター地域連携会議について、認知症疾患医療センター地域連携会議の主催は 0.3 ポイント減、自治体会議活用は 1.4 ポイント減、基幹型・地域型との連携開催は 2.2 ポイント増となった。またⅣ-2-4.研修会開催において、全般的には地域包括支援センター職員対象の研修会開催有は 6.1 ポイント増、家族・地域住民等対象の研修会の開催有は 10.6 ポイント増であった。

限界として、本集計では空欄の取り扱いという点で結果が実態に則していない可能性が依然として存在することに留意が必要である。また、医療機関で実績報告書を入力する際に、独自に Excel 様式のセルを編集した状態で入力し、提出後でも気づかれなかったケースで、都道府県・指定都市単位のデータセットに反映されないデータが発生していた。また過去の古い書式で提出したことで、指定権者（都道府県・指定都市）において転記するなどの作業を経て集計ミスが生じたケースがあったことは、今後特に留意が必要であろうと考えられる。認知症疾患医療センター長は医学的臨床統計部分の確認をしてから提出し、また都道府県・指定都市では、統合データセットの内容が各医療機関から提出された実績報告書を正確に反映しているかを確認することが必要である。また数値入力欄や選択欄の全ての空欄は集計値に影響を及ぼす。すなわち本来、認知症疾患医療センターの相談件数が 0 件という

状況は考えにくいにもかかわらず、「空欄」で提出されていることで「０」件になっていることを鑑みると、今後も実績報告書に空欄が無いよう実績報告書の適切な記入を推進する必要がある。

5. 結論

2023 年度の認知症疾患医療センター運営事業の実績データを集計・分析し、今日の全国の認知症疾患医療センターの現状を示した。集計・分析のプロセスにおいて、データ入力段階での問題があることを指摘した。

2. 2017～2023 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と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	厚労科研（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年厚労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)を対象に悉皆調査（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～2023 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～2023 年度の 7 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 505 件に増加している。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 386 件、連携型が 51 件から 98 件に増加した。医療機関種別では、一般病院が 163 件から 228 件、精神科病院が 210 件から 235 件、診療所が 33 件から 42 件に増加している。病床数は一般病床数、精神病床数のいずれも減少傾向にある。2023 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、初期投与に対応しているセンターが 19.0%、継続投与に対応しているセンターが 4.6%となっている（表 1）。

全センターのうち類型別設置数の割合は、地域型が 84%から 76%に減少し、連携型が 12%から 19%に増加している。また、医療機関種別割合は、一般病院が 39%から 45%に増加しており、一般病院と精神科病院の割合が同程度となっている。診療所は 8%前後でほぼ一定である（表 2）。

表1. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅰ. 基本情報①

Ⅰ. 基本情報		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
設置数	認知症疾患医療センター設置数	422	440	457	478	488	499	505
類型別設置数	基幹型Ⅰ	16	16	16	17	17	16	17
	基幹型Ⅱ	−	−	−	−	−	4	4
	地域型	355	365	368	378	384	380	386
	連携型	51	59	73	83	87	99	98
医療機関種別設置数	一般病院	163	187	193	226	231	227	228
	精神科病院	210	220	227	214	219	233	235
	診療所	33	33	37	38	38	39	42
	その他	14	0	0	0	0	0	0
病床数	一般病床数（平均）	270.9	258.8	257.1	208.3	161.1	157.3	159.0
	精神病床数（平均）	194.6	194.7	187.0	173.1	156.2	156.3	155.8
	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
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
	対応している（継続投与）（割合%）	−	−	−	−	−	−	4.6
	対応していない（割合%）	−	−	−	−	−	−	73.9

表2. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅰ．基本情報②

Ⅰ．基本情報		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
設置数	認知症疾患医療センター設置数	422	440	457	478	488	499	505
類型別割合	基幹型Ⅰ	3.8%	3.6%	3.5%	3.6%	3.5%	3.2%	3.4%
	基幹型Ⅱ	－	－	－	－	－	0.8%	0.8%
	地域型	84.1%	83.0%	80.5%	79.1%	78.7%	76.2%	76.4%
	連携型	12.1%	13.4%	16.0%	17.4%	17.8%	19.8%	19.4%
医療機関種別割合	一般病院	38.6%	42.5%	42.2%	47.3%	47.3%	45.5%	45.1%
	精神科病院	49.8%	50.0%	49.7%	44.8%	44.9%	46.7%	46.5%
	診療所	7.8%	7.5%	8.1%	7.9%	7.8%	7.8%	8.3%
	その他	3.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

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 258 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 12%、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%へとやや減少の傾向が認められる（表 3)。

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 12.3%、精神保健福祉士の配置が 19.0%から 49.5%のセンターでなされるようになっている（表 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。神経画像検査については、CT が 93～94%、MRI が約 51%、SPECT が約 28%で設置されており、経年的にも変化は目立たない。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 13.5%、29.5%から 33.1%と緩徐に増加する傾向が認められている（表 5)

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 件から 324 件、訪問は 24 件から 15 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介護者からの相談が最も多いが、全体として相談元別の相談数の平均に目立った変化は認められない（表 6）。

表3. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能①

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
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
	稼働日数(年平均)	258.7	258.7	258.4	258.9	257.4	257.8	257.3
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
	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
	医師配置数いずれか(有%)	−	−	100.0	100.0	99.6	99.8	100.0
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
	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
	精神保健福祉士いずれか(有%)	−	−	91.0	89.7	88.5	89.2	88.9
	保健師(専従，平均)	0.2	0.2	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
	保健師いずれか(有%)	−	−	11.6	11.7	11.3	11.4	11.9
	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
	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
	臨床心理技術者いずれか(有%)	−	−	91.0	89.3	88.9	87.4	86.3
	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
	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
	連携推進補助員いずれか(有%)	−	−	10.3	10.5	9.2	9.0	10.1

表4. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能②

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
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
	社会福祉士(兼務，平均)	−	−	0.4	0.2	0.1	0.2	0.2
	社会福祉士いずれか(有%)	−	−	3.7	8.4	11.9	13.6	12.3
	精神保健福祉士(専従，平均)	−	−	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
	精神保健福祉士いずれか(有%)	−	−	19.0	29.1	40.0	45.1	49.5
診断後等支援機能に関する業務内容	相談員による診断後の相談支援(有%)	−	−	46.2	72.6	94.9	97.6	96.8
	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
	その他(有%)	−	−	19.0	26.4	31.4	34.7	37.4

表5. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能③

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
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
	MRI(自施設で可能%)	50.5	50.7	51.2	51.0	51.2	51.3	51.3
	SPECT(自施設で可能%)	27.5	27.0	26.7	27.2	27.0	28.9	27.7
	PET(自施設で可能%)	−	−	−	−	−	12.6	13.5
	髄液(自施設で可能%)	−	−	−	−	−	29.5	33.1
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	−	−

表6. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：
Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能④

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
相談件数	電話（平均）	881.2	1147.0	842.9	881.2	899.6	911.6	847.6
	面接（平均）	422.1	536.9	368.0	326.8	319.7	329.6	323.9
	訪問（平均）	23.6	29.9	20.0	14.6	15.4	12.7	15.0
	オンライン（平均）	−	−	−	−	−	2.5	2.2
相談元の主な内訳	本人から（平均）	−	−	−	−	154.2	158.7	155.3
	家族等の介護者から（平均）	−	−	−	−	523.1	534.9	523.9
	地域包括支援センターから（平均）	−	−	85.2	88.0	93.6	85.6	77.0
	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
	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
	行政機関から（平均）	−	−	32.2	34.4	33.6	34.9	31.0
	院内の他科から（平均）	−	−	−	−	95.0	103.2	83.8

認知症関連疾患の診断件数（全年齢）は合計 93,781 件から 111,553 件に増加している、診断名別では MCI が 15,228～21,336 件と 1.4 倍に増加しているのが目立つ、詳細不明の認知症の件数の増加も目立つが、これは特定の医療機関の報告による影響が大きいる（表 7）、構成比で見ても MCI が占める割合は 16%から 19%に増加している、詳細不明の認知症も 3%から 7%に増加しているがその背景については先に述べた要因が関係しているようである（表 8）。

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、662 件に増加しており、診断別では MCI が 519 件から 666 件と 1.3 倍増加しているが、一方、血管性認知症は 153 件から 116 件と減少している。詳細不明の認知症が顕著に増加している理由は先に述べたとおりである（表 9)。構成比でみても、MCI は 22%から 25%に増加しており、血管性認知症は 7%から 4%に減少している（表 10)。

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 43.8%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 66.5%に減少しているが、1 センターあたりの算定件数は 64 件から 79 件に増加している。認知症ケア加算の算定率は 17.8%から 22.0%に増加しており、1 センターあたりの算定件数も 2,099 件から 9,854 件と 4.7 倍増加している（表 11)。

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）へが最も多く、いずれも 7 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。行政期間からの受診も受診後の情報提供も 10 件未満ではあるが、いずれも漸増傾向にある様子が伺える（表 12)。

表7. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能⑤

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

表8. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能⑥

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
認知症関連疾患の診断別構成比（全年齢）	軽度認知障害(MCI)	16.2%	16.9%	17.6%	17.7%	18.7%	19.0%	19.1%
	アルツハイマー型認知症	56.6%	55.8%	55.4%	54.6%	54.1%	52.6%	52.0%
	血管性認知症	6.7%	6.5%	6.3%	6.6%	6.4%	6.3%	6.1%
	レビー小体型認知症	6.4%	6.2%	6.1%	6.3%	6.0%	6.0%	5.4%
	前頭側頭型認知症	2.2%	2.2%	2.0%	2.0%	1.9%	1.7%	1.7%
	外傷性脳損傷による認知症	0.4%	0.3%	0.2%	0.3%	0.2%	0.2%	0.2%
	物質・医薬品誘発性による認知症	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.8%	0.7%
	HIV感染による認知症	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	プリオン病による認知症	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	パーキンソン病による認知症	0.4%	0.5%	0.4%	0.3%	0.3%	0.4%	0.4%
	ハンチントン病による認知症	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
	正常圧水頭症	0.8%	0.8%	0.9%	0.7%	0.7%	0.7%	0.7%
	他の医学的疾患による認知症	1.2%	1.2%	1.2%	1.1%	1.1%	1.3%	1.2%
	複数の病因による認知症	4.9%	4.8%	5.0%	5.3%	5.4%	5.8%	5.3%
	詳細不明の認知症	3.3%	4.0%	4.1%	4.0%	4.2%	5.0%	7.0%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表9. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能⑦

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

表10. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能⑧

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
認知症関連疾患の診断別構成比(65歳未満)	軽度認知障害(MCI)	21.9%	23.6%	26.0%	23.7%	25.5%	24.4%	25.0%
	アルツハイマー型認知症	41.3%	39.8%	40.8%	42.6%	39.5%	41.1%	38.4%
	血管性認知症	6.5%	6.7%	6.0%	6.7%	6.2%	5.5%	4.4%
	レビー小体型認知症	3.5%	4.9%	4.7%	4.6%	4.9%	4.8%	3.3%
	前頭側頭型認知症	6.0%	6.8%	6.5%	6.4%	7.3%	5.1%	5.5%
	外傷性脳損傷による認知症	5.6%	1.7%	0.7%	1.4%	1.2%	1.4%	1.0%
	物質・医薬品誘発性による認知症	5.8%	5.4%	4.6%	3.8%	4.7%	5.2%	4.1%
	HIV感染による認知症	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	プリオン病による認知症	0.3%	0.1%	0.1%	0.3%	0.2%	0.2%	0.0%
	パーキンソン病による認知症	0.6%	2.0%	0.6%	0.8%	1.0%	1.0%	0.6%
	ハンチントン病による認知症	0.2%	0.3%	0.1%	0.6%	0.2%	0.2%	0.1%
	正常圧水頭症	0.8%	0.4%	0.7%	0.9%	0.9%	0.9%	0.6%
	他の医学的疾患による認知症	2.6%	3.0%	3.8%	2.6%	2.7%	2.6%	1.8%
	複数の病因による認知症	1.8%	1.9%	1.8%	2.0%	2.2%	2.4%	2.1%
	詳細不明の認知症	2.8%	3.4%	3.6%	3.6%	3.5%	5.3%	12.9%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表11. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能⑨

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
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
	15～1か月未満(割合%)	25.1	26.6	27.1	25.5	30.1	32.3	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
	3か月～6か月未満(割合%)	0.9	0.7	0.9	0.4	0.4	0.6	0.8
	6か月以上(割合%)	0.0	0.0	0.2	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	認知症ケア加算3(算定有%)	−	−	−	7.7	7.6	7.6	7.1
	認知症ケア加算3算定件数(平均)	−	−	−	8396.0	10448.5	9156.5	10909.2

表12. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：Ⅱ．専門医療機関としての要件と機能⑩

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
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
	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
	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
	行政機関から(平均)	−	−	7.9	8.6	7.3	7.2	9.6
	その他(平均)	−	−	48.8	49.6	45.4	32.8	43.8
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
	医療機関(かかりつけ医等)へ(平均)	−	−	144.7	137.3	151.7	155.6	154.0
	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
	行政機関へ(平均)	−	−	7.8	8.5	8.4	8.8	9.6
	その他(平均)	−	−	20.0	33.3	42.1	32.1	44.3

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

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科的けースワークを実施しているセンターの割合は 32%から 38%に微増している。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 13）。

表13. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化：
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

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
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
	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
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
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（有%）		32.0	34.1	34.4	35.8	35.9	37.1	38.4
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
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（有%）		35.1	37.7	38.7	39.1	38.3	37.1	37.8
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

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 つの形態が認められているが、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、医療従事者を対応とする研修会は約 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約 4 割から 5 割へ、後方支援を行っているセンターは約 5 割から 6 割へ増加する傾向が認められている（表 14）。

表14. 認知症疾患医療センターの実績値の経年変化:
Ⅳ. 地域連携推進機関としての要件と機能

		2017年度分	2018年度分	2019年度分	2020年度分	2021年度分	2022年度分	2023年度分
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
	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
	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
	不明(割合%)	0.9	0.9	1.1	2.9	0.8	1.4	1.0
	開催回数(平均)	2.0	2.0	1.7	1.5	1.7	1.7	1.9
研修会の開催	医療従事者対象(開催有%)	90.3	92.3	85.6	72.6	80.3	79.8	83.4
	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
	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
	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
	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
	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
	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
	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
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
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
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
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
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
	チーム員として参加(有%)	43.8	47.5	47.3	47.3	49.4	49.3	51.7
	後方支援(有%)	51.7	55.7	55.4	55.9	56.8	57.7	58.2

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

7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抗体薬であるレカネマブが実臨床に導入されたが、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。2023 年度分までのデータは、抗 Aβ抗体薬の実臨床への導入から間もないため、抗 Aβ抗体薬治療という新たな医療サービスに導入に係るセンターの実績を見るのは時期尚早であるが、今後の状況を経年的に見ていくためのベースライン値としての意味をもつであろう。

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て、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。これについては、次節の「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開発」で説明する。

ただし、このようなシステム開発だけでは、データクリーニングのメカニズムが働かない。システムの社会実装にあたっては、同時にデータ管理体制とシステム管理体制を確立する必要があることを付言しておく。

6. 結論

センターの 7 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る。

3. 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開発

1. 概要

2018 年度の老人保健健康増進等事業「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、認知症疾患医療センター運営事業の「質の管理」のあり方について、「全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表するとともに、事業の質の向上に向けて PDCA を稼働させるための具体策を検討すべきである」と提言した（2018 年度報告書、21 頁参照)。これによって、国が指定する共通の事業実績報告書に基づいて効率的かつ正確にデータを集計・分析できるように「認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」（EXCEL ファイル）が用意され、各認知症疾患医療センターはその EXCEL ファイルに年度実績を入力して都道府県に提出し、都道府県がこれらのファイルを取りまとめて国に提出するという手続きを踏むようににになった。しかしながら、EXCEL ファイルを各センターから都道府県／都道府県から国に受け渡しする流れや、エクセルファイルを統合してデータセットを作成し、それを用いて集計・分析を行うというプロセスには手間を要し、しかも、データクリーニングを行う体制が確立していないために、正確な分析が困難な状況が生じている。

そこで、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事業」では、各センターでの実績データの入力→都道府県・国への提出→データセットの作成とデータクリーニング→集計・分析のプロセスをより効率的かつ正確に実施できるようにするために、クラウド上でのデータ収集システムの構築を進めることとした。本事業では、「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」のプロトタイプの作成を行うとともに、このプロトタイプシステムの仕様検討を行い、運用が行えるようさくらインターネットのサーバに実装をしたので以下に報告する。

2. システムソフトウエアの構成等

プロトタイプシステム

Netowl スターサーバー　　無料プランフリー［ PHP+MySQL ］

アクセス URL　http://ddmc.starfree.jp/ddmc/

Web サーバ	: Apache	Ver 2.4.6
データベース	: Mysql	Ver 5.7
サーバーサイドスクリプト言語	: PHP	Ver 8.1.22
MySQL 管理ツール	: PhpMyAdmin	Ver 4.4.15.10
電子メール操作	: PHPMailer	Ver 6.9.1

運用システム

さくらレンタルサーバビジネス

アクセス URL　https;//mcd.dcnet.gr.jp

Web サーバ　：Apache　Ver 2.4.62

データベース　：MySQL　Ver 8.0

サーバーサイドスクリプト言語　：PHP　Ver 8.2.20

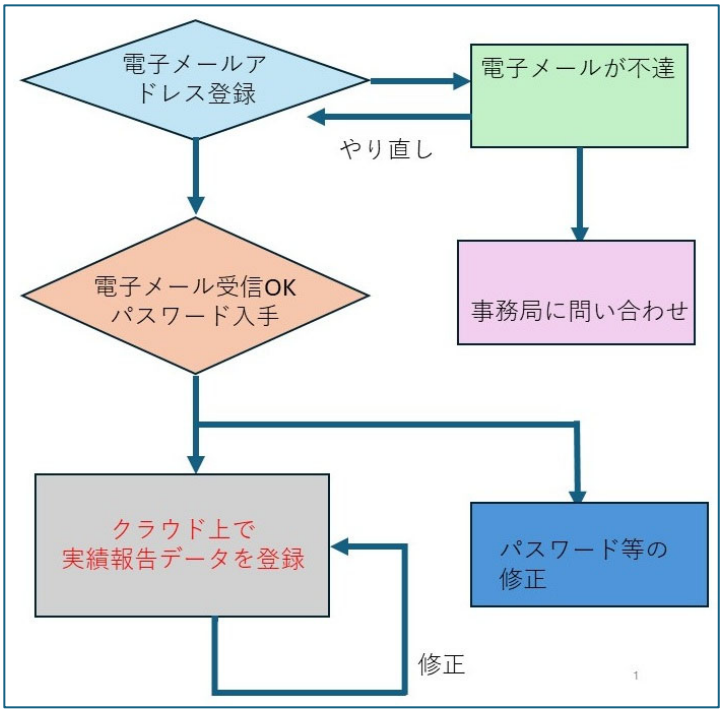
MySQL 管理ツール　：phpMyAdmin　Ver 5.2.1

電子メール操作　：phpMailer　Ver 6.9.1

3. 機能解説とフローチャート

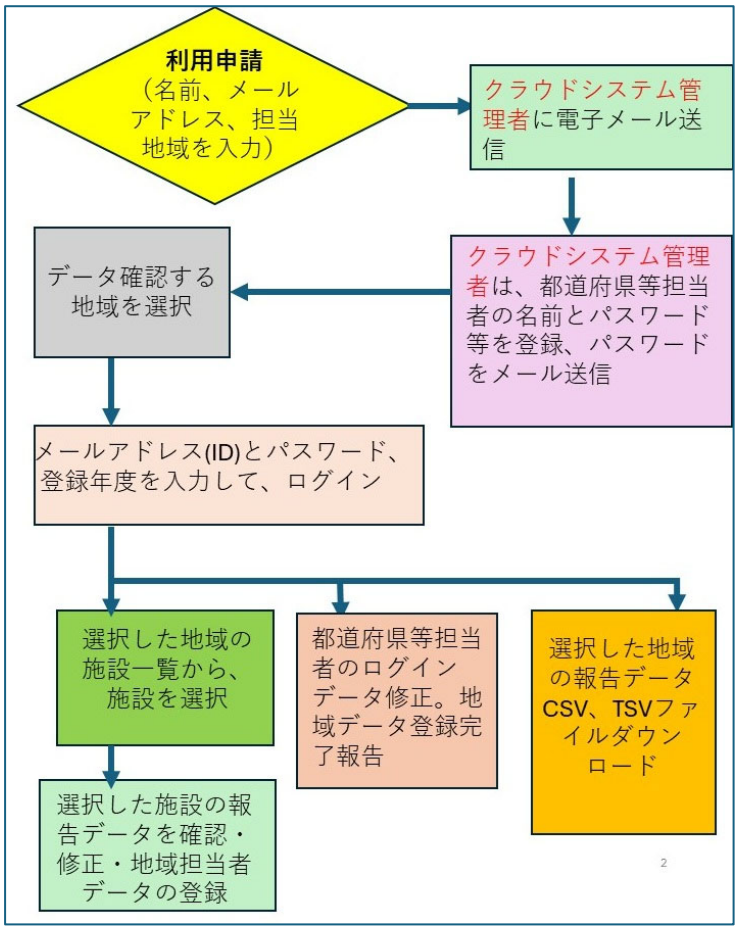
1) 事業実績報告者利用画面

- ログインデータ登録、パスワードメール送信機能
- 実績報告データ登録・修正機能
- 前年度実績報告登録データ表示機能（前年度と同じメールアドレスで登録申請した場合）



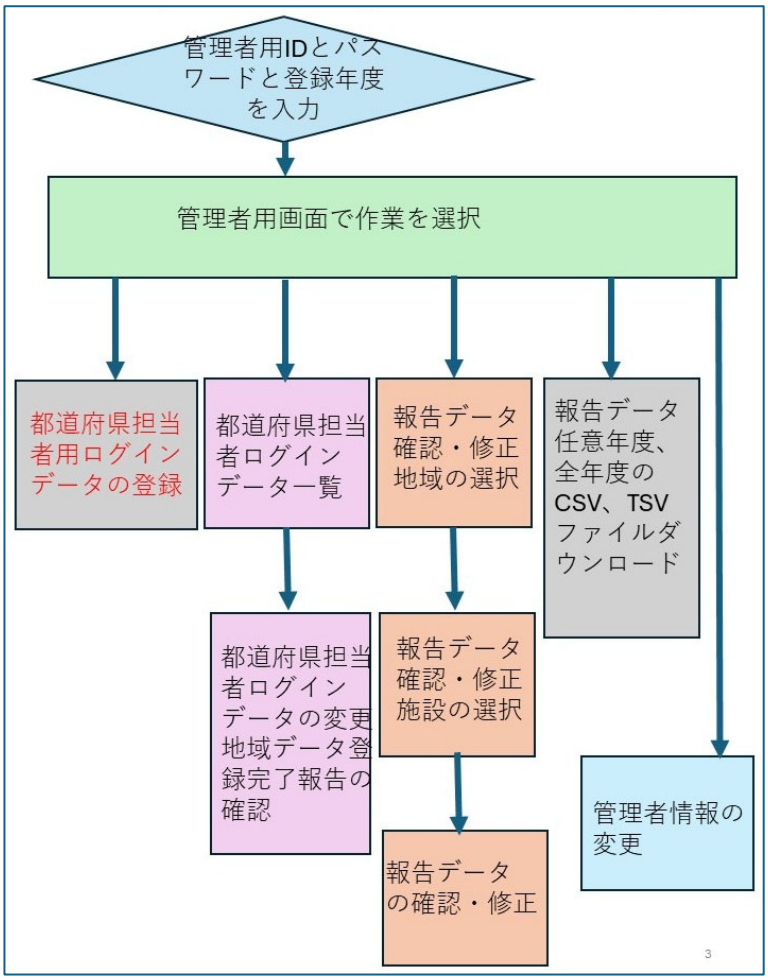
2） 都道府県等担当者用画面

- 都道府県担当者等用ログインデータ申請機能
- 任意年度実績報告データ修正・削除機能
- 任意年度実績報告データで都道府県担当者データ未記入の場合、都道府県担当者等用ログインデータが登録する機能
- 都府県等年度実績報告データ収集完了報告、ログインデータ修正機能



3) クラウドシステム管理者用画面

- クラウドシステム管理者ログインデータ修正機能
- 都道府県担当者用ログインデータ登録・パスワードメール送信機能
- 任意年度実績報告データ修正・削除機能
- 全年度及び任意年度実績報告データ CSV､TSV 形式ダウンロード機能
- 都道府県等年度実績報告完了報告確認機能
- 都道府県担当者用ログインデータ確認・修正機能



4. セキュリテイ設定他

運用システム

https;//mcd.dcnet.gr.jp/admin フォルダ　　：Basic 認証設定

https;//mcd.dcnet.gr.jp/ini フォルダ　　：アクセス不可設定

https;//mcd.dcnet.gr.jp/admin/ini　フォルダ　：アクセス不可設定

FTP サーバを設定　　：明示的な TLS/SSL 暗号化

システム送受信用メールアドレス　：　mcd@dcnet.gr.jp

定期的なバックアップ機能を装備

5. 関連文書

(1) システムの手引き（巻末資料２）

(2) システムマニュアル_管理者編

4．被災地の調査について

(1) 災害の定義

高橋　晶

災害とは、自然現象や人的な要因によって、人々の生命、身体、財産、生活、社会システムなどに広範な被害が生じる事態とされる。

災害対策基本法では、災害を以下のように定義している。暴風、竜巻、豪雨、豪雪、洪水、崖崩れ、土石流、高潮、地震、津波、噴火、地滑りその他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう。

また、日本では人的災害が注目されにくいが、諸外国、また日本で実際に起こっていることがあるので、同様な注意が必要である。人的災害とは、人間の活動が原因となって発生する災害で、人的災害には、以下のような様々な種類がある。紛争、テロ、産業事故、感染症のパンデミック（新型コロナウイルス感染症（COVID-19）など）、群集事故（雑踏事故）、大規模火災、サイバー攻撃なども人々の生活、生命生命、身体、財産、生活、社会システムなどに多大なる被害を与える。

自然災害は、ある程度予測可能なものもあるが、正確な時期や規模を予測するのは困難である。人的災害は、人間の活動が原因であるため、予防策を講じることで、ある程度防ぐことが可能になる。一方、複合災害は自然災害と人的災害が複合的に発生することもある。東日本大震災は、地震、津波、そして放射線災害という複合的な災害と考えられる。このような事態が実際に起こっていることも認識する必要がある。

認知症を持つ方は、災害発生時および避難生活において、以下のような影響を受ける可能性が高く、特別な配慮が必要である。

災害発生の理解、避難指示の理解、周囲の状況変化の理解が難しく、パニックや混乱に陥りやすい点、避難経路や避難場所、家族の連絡先などを覚えていられない記憶障害の問題、時間や場所の感覚が失われ、行方不明になりやすく、自宅や避難所の区別がつかないなどの見当識障害の問題、自身の状況や必要な支援をうまく伝えにくく、周囲の人の指示を理解が難しいコミュニケーションの困難さ、いらいら・興奮、不眠、不安、抑うつなどの症状が現れ、環境の変化やストレスが、これらの症状を悪化させる行動の変化の問題、健康状態の悪化、生活再建の困難さなどがある。

認知症を持つ方の被災は、本人だけでなく、家族や地域社会にとっても大きな課題である。支援、介護に関わる職種においても平時から、認知症への理解を深め、災害に備えることが重要である。困難な環境下である被災地において、避難所、施設、病院、自宅等で介護・支援を継続することは苦難もある。過去の災害対応から、事例を検討し、可能性の高い南海トラフ地震などの次の大規模災害に備えることは重要な意味がある。

認知症の人への対応については、これまで公的に検討・明示されたものはないという点が今回の作業での重要な点と考える。

（2）一次調査報告

【施設区分ごと依頼数（回収率）】　全 2531 件（8.6%）

自治体：55 件（23.6%）、病院：354 件（27.6%）、地域支援センター：262 件（21.0%）、
入所施設・通所・訪問系サービス・居宅介護支援事業所：830 件（6.1%）、
支援チーム（DPAT）：1030 件（0.3%）

○自治体 55 件内訳

都道府県：6 件、市町村：49 件

○入所施設内訳

日本認知症グループホーム協会から発送　175 件

全国老人保健施設協会から発送　164 件

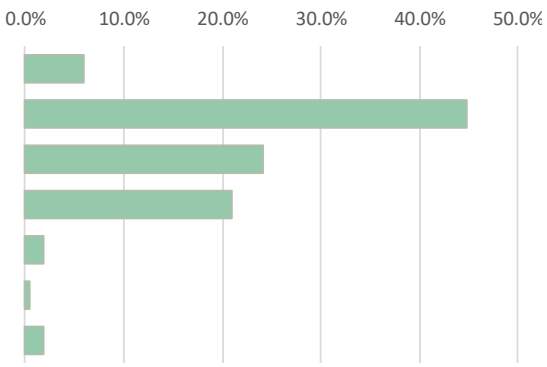
全国老人福祉施設協議会から発送　491 件

「被災地アンケート調査」集計結果

回答者数：225 件

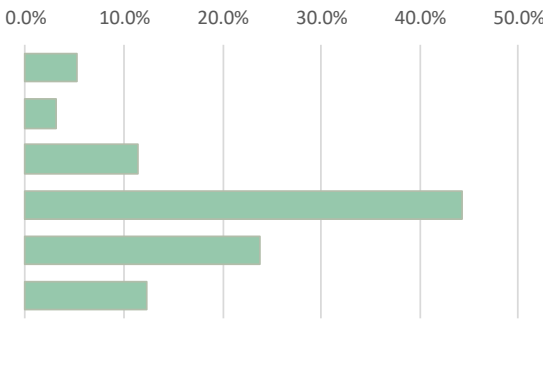
Q1 主たる所属施設等種別

選択肢	件数	割合
自治体	13	5.9%
病院	98	44.7%
地域包括支援センター	53	24.2%
入所系施設	46	21.0%
通所・訪問系サービス	4	1.8%
居宅介護支援事業所	1	0.5%
支援チーム	4	1.8%
合計	219	100.0%



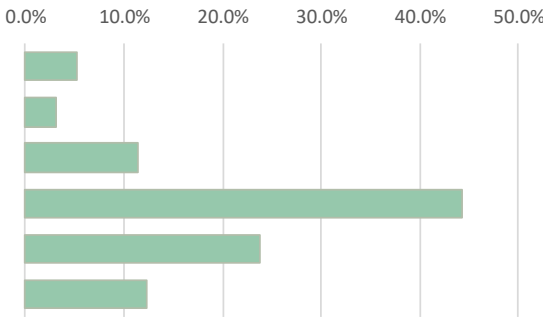
Q1 主たる所属施設等種別【病院】

選択肢	件数	割合
認知症疾患医療センター	5	5.2%
大学病院	3	3.1%
地域中核病院	11	11.3%
一般病院	43	44.3%
精神科病院	23	23.7%
その他	12	12.4%
合計	97	100.0%



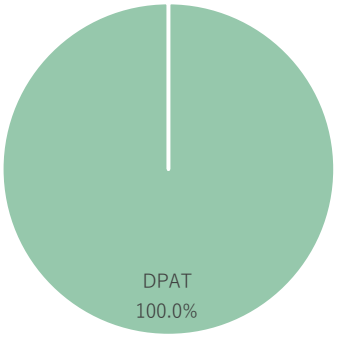
Q1 主たる所属施設等種別【入所系施設】

選択肢	件数	割合
認知症疾患医療センター	5	5.2%
大学病院	3	3.1%
地域中核病院	11	11.3%
一般病院	43	44.3%
精神科病院	23	23.7%
その他	12	12.4%
合計	97	100.0%



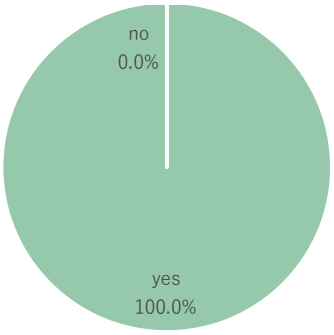
Q1 主たる所属施設等種別【支援チーム】

選択肢	件数	割合
DPAT	4	100.0%
合計	4	100.0%



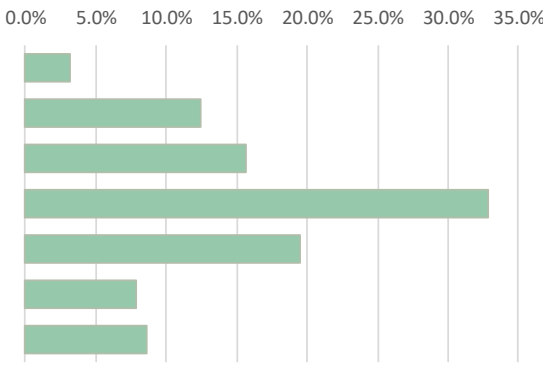
Q1 主たる所属施設等種別【支援チーム　DPAT 先遣隊】

選択肢	件数	割合
yes	4	100.0%
no	0	0.0%
合計	4	100.0%



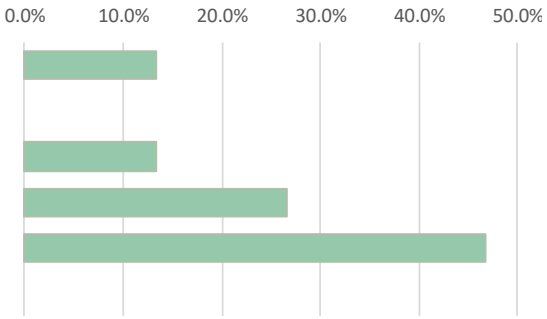
Q1-2 併任の所属施設等種別

選択肢	件数	割合
自治体	4	3.1%
病院	16	12.5%
地域包括支援センター	20	15.6%
入所系施設	42	32.8%
通所・訪問系サービス	25	19.5%
居宅介護支援事業所	10	7.8%
支援チーム	11	8.6%
合計	128	100.0%



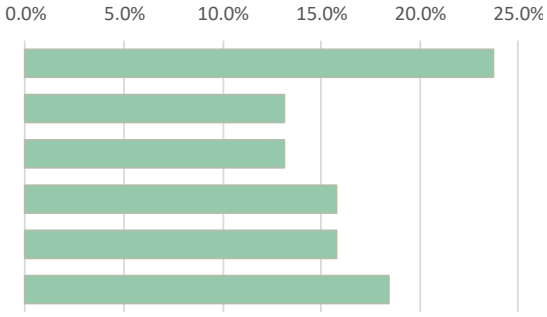
Q1-2 併任の所属施設等種別【病院】

選択肢	件数	割合
認知症疾患医療センター	2	13.3%
大学病院	0	0.0%
地域中核病院	2	13.3%
一般病院	4	26.7%
精神科病院	7	46.7%
その他	0	0.0%
合計	15	100.0%



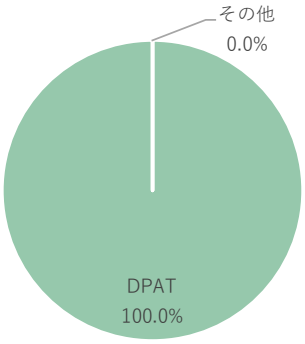
Q1-2 併任の所属施設等種別【入所系施設】

選択肢	件数	割合
特養	9	23.7%
老健	5	13.2%
介護医療院	5	13.2%
GH	6	15.8%
有料老人 H	6	15.8%
その他	7	18.4%
合計	38	100.0%



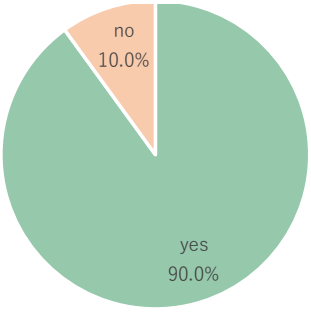
Q1-2 併任の所属施設等種別【支援チーム】

選択肢	件数	割合
DPAT	10	100.0%
その他	0	0.0%
合計	10	100.0%



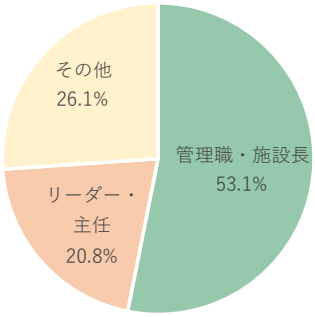
Q1-2 併任の所属施設等種別【支援チーム　DPAT 先遣隊】

選択肢	件数	割合
yes	9	90.0%
no	1	10.0%
合計	10	100.0%



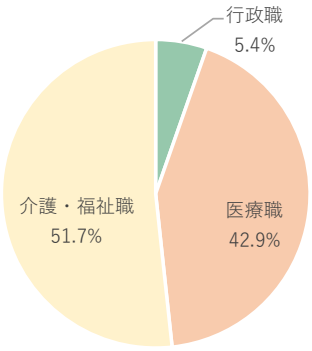
Q2 回答者

選択肢	件数	割合
管理職・施設長	110	53.1%
リーダー・主任	43	20.8%
その他	54	26.1%
合計	207	100.0%



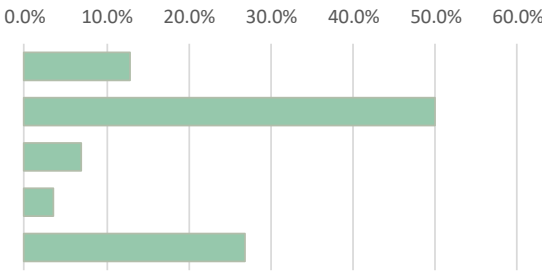
Q3 回答者職種

選択肢	件数	割合
行政職	11	5.4%
医療職	88	42.9%
介護・福祉職	106	51.7%
合計	205	100.0%



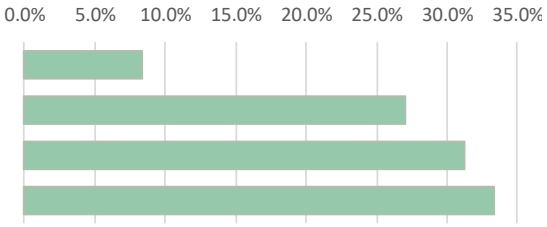
Q3 回答者職種【医療職】

選択肢	件数	割合
医師	11	12.8%
看護師	43	50.0%
PSW	6	7.0%
MHSW	3	3.5%
その他	23	26.7%
合計	86	100.0%



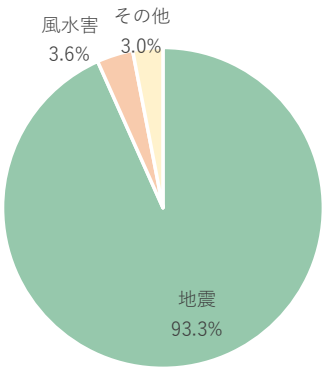
Q3 回答者職種【介護・福祉職】

選択肢	件数	割合
介護職員	8	8.3%
CM	26	27.1%
ソーシャルワーカー	30	31.3%
その他	32	33.3%
合計	96	100.0%



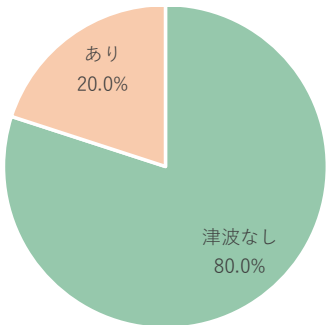
Q4 被災種別

選択肢	件数	割合
地震	154	93.3%
風水害	6	3.6%
その他	5	3.0%
合計	165	100.0%



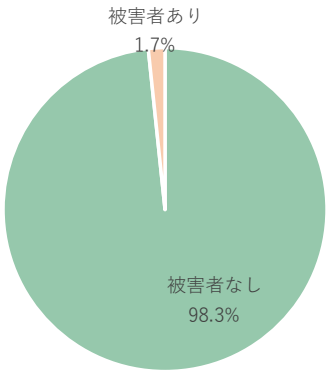
Q4 被災種別【地震】

選択肢	件数	割合
津波なし	116	80.0%
あり	29	20.0%
合計	145	100.0%



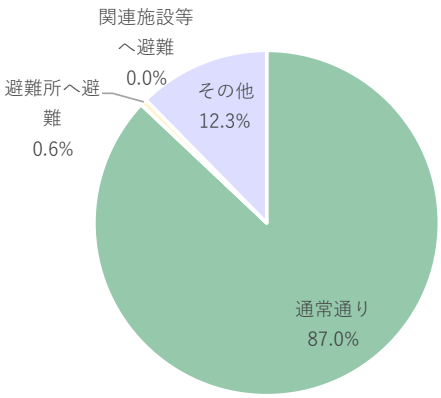
Q7 職員人的被害状況

選択肢	件数	割合
被害者なし	178	98.3%
被害者あり	3	1.7%
合計	181	100.0%



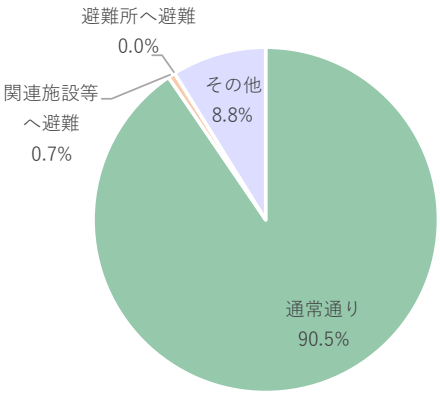
Q8 被災直後の施設運営【 翌日 】

選択肢	件数	割合
通常通り	141	87.0%
関連施設等へ避難	0	0.0%
避難所へ避難	1	0.6%
その他	20	12.3%
合計	162	100.0%



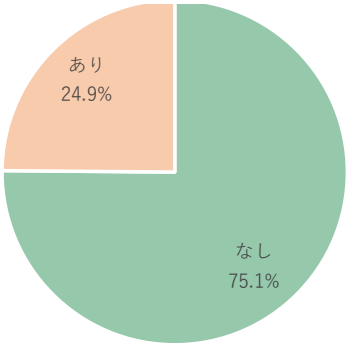
【 ３日後 】

選択肢	件数	割合
通常通り	133	90.5%
関連施設等へ避難	1	0.7%
避難所へ避難	0	0.0%
その他	13	8.8%
合計	147	100.0%



Q9 ライフラインの被災状況

選択肢	件数	割合
なし	133	75.1%
あり	44	24.9%
合計	177	100.0%

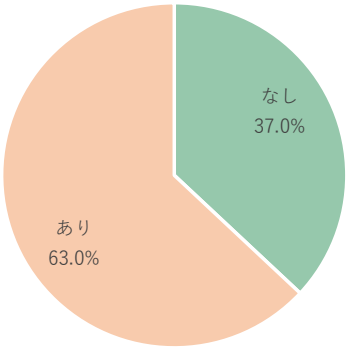


認知症のある要介護高齢者等への対応について

・事前の避難計画等の策定について

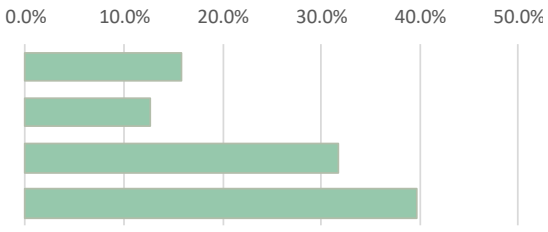
Q11 今回の災害以前に避難計画等を策定していましたか

選択肢	件数	割合
なし	71	37.0%
あり	121	63.0%
合計	192	100.0%



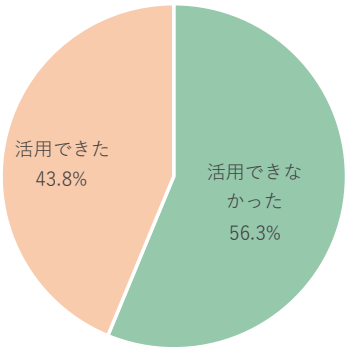
Q12 策定していなかった場合お答えください　作成していなかった理由

選択肢	件数	割合
作成方法がわからない	10	15.9%
時間がなかった	8	12.7%
他に優先するべき課題があった	20	31.7%
その他	25	39.7%
合計	63	100.0%



Q13 策定していた場合お答えください

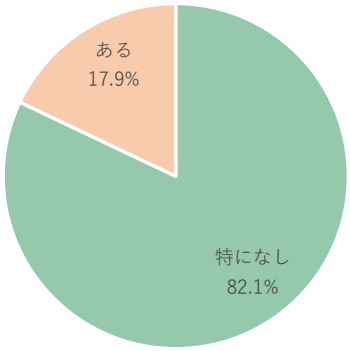
選択肢	件数	割合
活用できなかった	63	56.3%
活用できた	49	43.8%
合計	112	100.0%



・認知症のある要介護高齢者の介護者への対応について

Q15 認知症のある要介護高齢者等の介護者への対応として特に工夫して取り組んだことがありますか

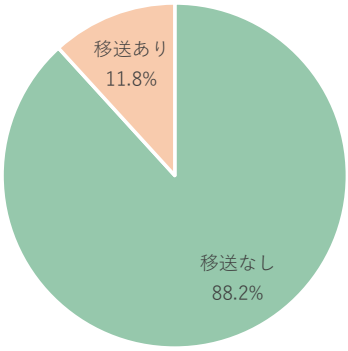
選択肢	件数	割合
特になし	151	82.1%
ある	33	17.9%
合計	184	100.0%



・認知症のある要介護高齢者等の入所・入院の患者移送の有無と課題

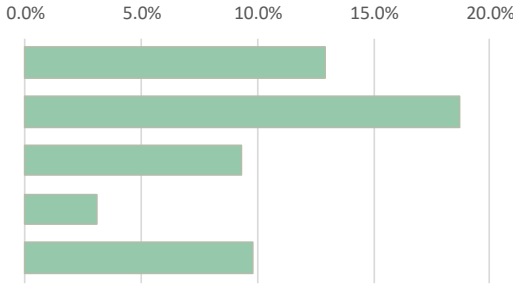
Q17 認知症のある要介護高齢者等の入所・入院の患者移送を行いましたか

選択肢	件数	割合
移送なし	165	88.2%
移送あり	22	11.8%
合計	187	100.0%



Q18 認知症があることにより課題と感じたことはありましたか（複数回答可）

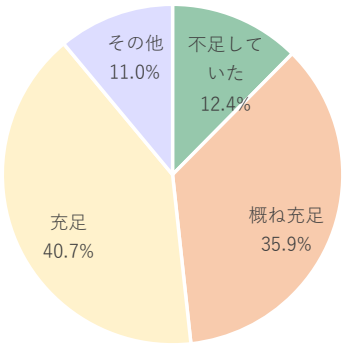
選択肢	件数	選択率
家族と連絡がつかず（家族が居ないを含む）同意が取れない	29	12.9%
本人の拒否	42	18.7%
長距離の移送中の医療ケア・介護ケア	21	9.3%
県外移送になった方の戻り時の費用負担	7	3.1%
その他	22	9.8%
回答者数	225	-



・物資調達の課題について

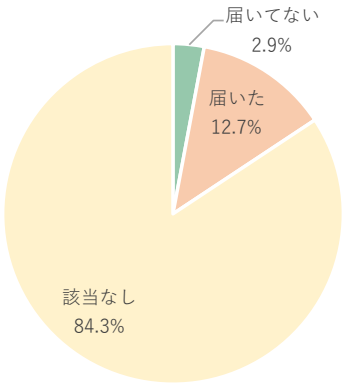
Q19 物資調達は十分でしたか

選択肢	件数	割合
不足していた	18	12.4%
概ね充足	52	35.9%
充足	59	40.7%
その他	16	11.0%
合計	145	100.0%



Q21 プッシュ型支援が行われた地域について伺います

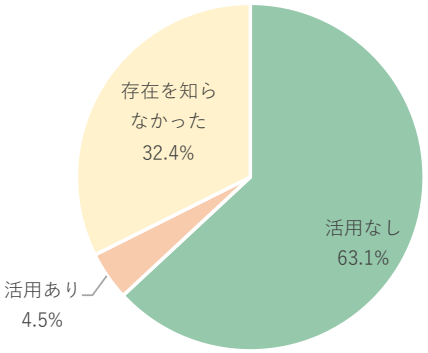
選択肢	件数	割合
届いてない	3	2.9%
届いた	13	12.7%
該当なし	86	84.3%
合計	102	100.0%



・マニュアルなどの活用の有無

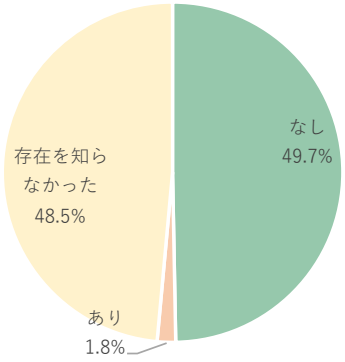
Q22 認知症の人への対応においてマニュアルを活用されましたか

選択肢	件数	割合
活用なし	111	63.1%
活用あり	8	4.5%
存在を知らなかった	57	32.4%
合計	176	100.0%



Q23 日本認知症学会のマニュアルを活用されましたか

選択肢	件数	割合
なし	85	49.7%
あり	3	1.8%
存在を知らなかった	83	48.5%
合計	171	100.0%

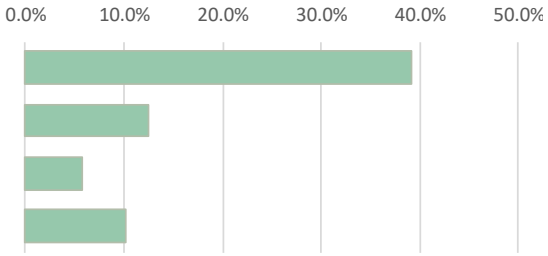


・職員への配慮・課題について

Q27　自組織の職員への配慮等について、特に工夫して取り組んだこと、あるいは課題と考えたことを記載ください。

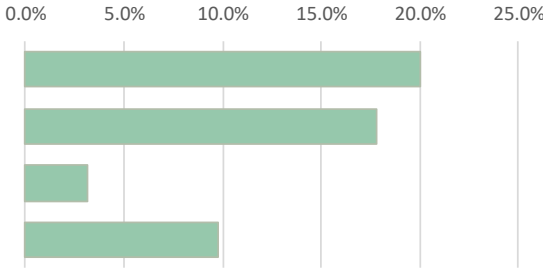
Q27-1)　配慮について該当するものを選んでください（複数回答可）

選択肢	件数	選択率
職員の被災状況や心理状態に配慮して勤務調整を行った	88	39.1%
施設の資源を職員にも提供した	28	12.4%
自施設で職員とその家族を受け入れた	13	5.8%
その他	23	10.2%
回答者数	225	-



Q27-2)　課題について該当するものを選んでください（複数回答可）

選択肢	件数	選択率
職員への十分なメンタルケアを行えなかった	45	20.0%
人員不足になり、十分な休憩や休暇の付与が難しかった	40	17.8%
支払いに困難を生じた	7	3.1%
その他	22	9.8%
回答者数	225	-

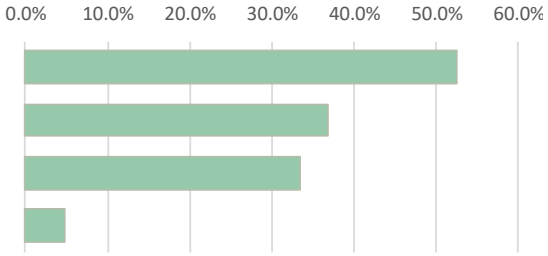


・平時の取り組みの有用性について

①　地域連携

Q28 平時の取組で有用だったこと、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください（複数回答可）

選択肢	件数	選択率
地域での多施設間での顔の見える関係づくり	118	52.4%
地域住民との交流	83	36.9%
地域での避難訓練の実施	75	33.3%
その他	11	4.9%
回答者数	225	-



Q29 平時の取組で有用だったこと（認知症についての学習などを含め）、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください

被災種別	記述内容
地震　津波なし	SP 講座受講生同士のつながり
地震　津波なし	家族との密な連絡
地震　津波なし	消防、災害、夜間といった状況を想定した避難訓練
地震　津波なし	学習会年 2 回　避難訓練年 1 回　老健施設は年 2 回
地震　津波なし	市町村との情報交換と認知症要介護者の情報共有
地震　津波なし	施設内のひなん訓練
地震　津波なし	地域における認知症についての学習の場の開催
地震　津波なし	特になし
地震　津波なし	認知症カフェを通しての認知症についての理解の促進
地震　津波なし	認知症ケア専門士など資格取得者が多い
地震　津波なし	認知症サポーター養成講座を地域の方へ実施している。
地震　津波なし	認知症に限らず、見守り必要な方等の把握してても、避難所でどんな配慮すべきか考えていない(想定していない)ので考えておくべき。
地震　津波なし	認知症に対して地域住民の理解があるかどうか?わからなかったが、地域の方に聞くと、高齢者に対してわかりやすい説明、できるだけ家族単位でその場所に避難する様に声がけしていたときいた。認知症サポーター養成講座や、声がけ体験は必要と思う。
地震　津波なし	認知症の学習会や、事例検討
地震　津波なし	認知症の正しい理解を周囲に周知していくことが大切だと考えます。
地震　津波なし	認知症患者の学習
地震　津波なし	認知症患者対応の研修など
地震　津波なし	被災者の心理状態についての学習について取り組んでおけば良かったと思います。
地震　津波なし	避難先を別々にすると職員が一緒に付き添えない。
地震　津波なし	幅広い世代への認知症についての学習が今後必要　防災訓練時の要配慮者スクリーニングと、避難所設営訓練(地区組織主体の)
地震　津波なし	福祉避難所の対象者やケアで予想される対応困難時の対応について介護、医療関係者と協議できたらよかったか。
地震　津波なし	連携
地震　津波あり	BPSD の強い患者に対する支援と対応の共有。地域住民からの情報提供と共有。
地震　津波あり	特になし
地震　津波あり	認知症対応力の個人・組織力の向上
地震　津波あり	水や電気がない時の過ごし方　感染症を蔓延させない方法の学習
地震　津波あり	災害が起こった際、移送場所、移送手段など、考えておく。
地震　津波あり	認知症についての学習、興味関心があること
地震　津波あり	避難所職員に対する認知症の方への対応方法の周知(認知症サポーター養成講座などを含む)
地震　津波あり	勉強会や認知症患者の対応の強化
地震	大規模災害となると、地域での受け入れになるが、受け入れる側の拡大など受け入れる側の役割分担が必要。
地震	地域での認知症サポーター養成講座、ひとこと声かけ体験会の実施
地震	地域とのつながりが重要。
その他	地域住民への認知症学習・認サポに取り組む必要を感じた。
その他	町内会役員を招いて避難訓練に参加して頂き、非常時の連携確認を行った。
その他	認知症への理解。

	まにやパンフレットは平時に一度見ておくべきと思います
	関係機関の日頃の相談等連携体制。
	取り組んではいるが、認知症サポーター養成講座やひとこと声かけ体験会などの啓発活動を地域で開催を続けていきたい。
	職員が認知症サポーター養成講座を受講していた。
	地域にすむ要支援者等、高齢者の避難について、地域との情報共有できるしくみづくりを検討。
	認知症についての理解を深める活動が必要だったと思った。
	認知症の啓蒙
	避難所では、なかなか、認知症をみることができる診療科に、かかること出来ず、●●医療センターがとてもたすかった。

Q30 上記以外で平時の取組で有用だったこと、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください

被災種別	記述内容
地震　津波なし	グループ関連の施設が有料老人ホーム、特養、老健、グループホームがあり、ADL や認知症の状況で受入れ先を検討することができた
地震　津波なし	スプリンクラー作動停止訓練をもっと幅広い職員に行えばよかった
地震　津波なし	マニュアルの周知、自施設のハザードマップの把握(不用な、土のうづくりに、時間をかけていた)
地震　津波なし	水･非常食を備蓄していたので、能登地区の施設(同法人)に持っていくことが出来た。
地震　津波な	行政や各機関の連絡体制。役割分担の明確化。
地震　津波なし	災害についての話し合い。
地震　津波なし	自然災害の被害状況を予想・想定することが困難だとつくづく感じた。今回の被災状況をふまえて、関係機関で話し合う機会があるといいか。
地震　津波なし	取組出来れば良いが時間の確保が中々難しい
地震　津波なし	住民情報データを整理管理できる、システムツールがあると、支援しやすい(要介護認定・手帳の有無、被災状況、所在地等)
地震　津波なし	特になし
地震　津波なし	認知症に限らず、見守り必要な方等の把握してても、避難所でどんな配慮すべきか考えていない(想定していない)ので考えておくべき。
地震　津波なし	備蓄はすぐに取り出せた。防災頭巾があったにも関わらずすぐに活用できなかった。寒い時期だったのでコートをきてすぐに出られるよう家族にお願いをして用意していただいた。　次回よりすぐに活用できるように準備した。
地震　津波あり	DPAT として、悪路に対しての四駆車の必要性、各隊との装備品の打ち合わせは必要だった。
地震　津波あり	年に一度、防災研修を行い、地域の災害発生リスクや避難場所についての確認を行っているため、避難するべきかどうかの判断に迷うことはなかった。
地震　津波あり	特になし
地震　津波あり	特になし
地震　津波あり	避難所のひっこしをくり返して●●が悪化する
地震	民生委員・町内会長が養援護者の把握しているので声かけに行って下さった。
その他	特になし
	e ラーニング、訓練

Q31 最も不足した支援について自由記載でご記入下さい

被災種別	記述内容
地震　津波なし	2 次避難者に、現地の情報を届けることができず、不安になっていた
地震　津波なし	インフラに関連した支援
地震　津波なし	とくになし。
地震　津波なし	なし
地震　津波なし	なし
地震　津波なし	なし
地震　津波なし	ライフラインの復旧が遅かった。福祉系の人材不足(派遣も倉めて)。外部支援者の住環境不足。
地震　津波なし	ライフラインは故障しなかったので金沢はあまり不自由さを感じていなかったと思う。
地震　津波なし	該当なし
地震　津波なし	寒さ対策
地震　津波なし	訓練が行なわれていない
地震　津波なし	使い捨て食器類など
地震　津波なし	施設入所に関する相談が最も多く、相談者に提供できる有効な情報がなかった。タイムリーは難しいと思うが、できるだけ現状に即した情報（特に空床の有無）が確認できる体制やシステムを検討してほしい。
地震　津波なし	自家発電装置
地震　津波なし	自宅や施設に戻る事が出来なくなった方の受入れ先についての支援。
地震　津波なし	初期対応は避難者への対応が優先され、在宅者への支援が行き届きにくかった。
地震　津波なし	情報が一元化できず、他地区の被災状況がわからなかった。避難しようにも、道路状況がわからなかった。
地震　津波なし	通常対応のため特になし
地震　津波なし	電気、燃料
地震　津波なし	特になし
地震　津波なし	認知症で独居の方が自宅損壊により住めなくなり、住む場所の確保が難しかった。
地震　津波なし	能登からの施設入所者受け入れ時に、マンパワーの不足、現地へ迎えにいくにも人手は必要。オーバーベッドで受け入れする時はベッドが不足
地震　津波なし	発災当初は水不足が懸念された。
地震　津波なし	被害がなかった為、特になし
地震　津波なし	被災された支援者のメンタル、身体ふくめての支援
地震　津波なし	避難所や被災した自宅には居られないが精神科に入院するまでの状態にない方々が入院し、行き先がないまま長期入院になっている。認知症の人でもケアできる福祉的避難所が不足していた。介護施設自体被災して、受け入れできなかった。
地震　津波なし	避難場所、高い建物がない。移動手段、交通渋帯が起こったため逃げ遅れる可能性あり。
地震　津波なし	不活発な状態が長期化してしまった　もう少し早くリハビリテーションチームに入ってもらいたかった
地震　津波なし	福祉避難所
地震　津波あり	1 ヶ月経過後の支援であったが、現地職員の疲弊が目についた。もう少し支援者支援について、システマチックに行えたらと思う。
地震　津波あり	エレベーター復旧がすぐに復旧せず、業者による復旧が必要だった。
地震　津波あり	マンパワー
地震　津波あり	支援物資は徐々に不足している物が減っていったが、物価高騰のため生活再建支援金での住宅改修は不可能
地震　津波あり	食料　灯油
地震　津波あり	特になし
地震　津波あり	特になし

地震　津波あり	派遣者へのフォロー等
地震　津波あり	避難所へ配布できそうなレジメ、相談窓口の提供
地震	避難場所の(要介護者の)開設が遅かった。
その他	特になし
	すまい、避難先の選択肢
	受け入れ施設が不足(特養や GH など)
	人の補充
	地元の支援者支援
	被災して移住してきた方、親族をたよってこられていた方たちへの有益な情報、情報の不足。
	被災病院の診療支援
	避難計画を災害時に十分活用できなかったこと。

Q32 最もよかった支援について自由記載でご記入下さい

被災種別	記述内容
地震　津波なし	DMAT からの要請で急な入院も受入れした(認知症の有無に限らず)
地震　津波なし	なし
地震　津波なし	なし
地震　津波なし	はげましのことば
地震　津波なし	家族の支援
地震　津波なし	該当なし
地震　津波なし	各種ボランティア団体の協力、各自治体からの支援
地震　津波なし	給水車
地震　津波なし	県内外たくさんの方々に支援していただいて今があることに感謝しかない
地震　津波なし	修繕の助成金があったこと
地震　津波なし	食品、飲料水
地震　津波なし	精神科病院と連携し、精神疾患についての相談対応をきめ細やに実施してもらった。
地震　津波なし	全戸訪問で市内の状況把握を早期に実施。ケース検討会
地震　津波なし	早急な避難所開設。
地震　津波なし	通常対応のため特になし
地震　津波なし	特になし
地震　津波なし	被害がなかったので、支援は特になかった。
地震　津波なし	被害がなかったので、特になし
地震　津波なし	被災したご利用者と家族は、お金が無い方もおり、給付を期間限定でも 100%受けられて、費用軽減出来て良かったです。
地震　津波なし	被災した職員が休めるように多数支援の方々に来ていただけたこと。DPAT、支援ナース、APAT、DMAT、自衛隊の方々など
地震　津波なし	落ち着いたころに福祉推進員等が気になる方について訪問し、報告をくれた。
地震　津波あり	DWAT、DMAT、NPO 等各団体の応援支援、ボランティアの方々のあたたかい支援
地震　津波あり	意外に要介護者が落ち着いていたこと。
地震　津波あり	支援金
地震　津波あり	施設が被災し、福祉避なん所が立ちあがらなかったが、長野 DMAT の直接的な支援のおかげで､新たな場所に福祉ひなん所を立ちあげることができた｡その後の運営等も、長野 DMAT が中心に行ってくださった　そのため、認知症のある方を一次ひなん所から福祉ひなん所に移すことができた。
地震　津波あり	直接被災者の面接を通して生の声を聞いて、その時できることを、施せたのは良かった。
地震　津波あり	特になし

地震　津波あり	特に思い浮かばない
地震　津波あり	避難所におられた認知症の方を、他の隊が対応し、入院して頂くことができた。と
地震　津波あり	宝達志水町より、水の配給があった
地震	1.5 次また 2 次避難所の開設
地震	地域●のある所が、今回の地震でわかった地域があった。
その他	特になし
	一次避難所等で対応困難である認知症の方を、福祉避難所での対応としたこと。
	地域の元々のネットワーク

Q33 その他今後の課題について自由記載でご記入下さい

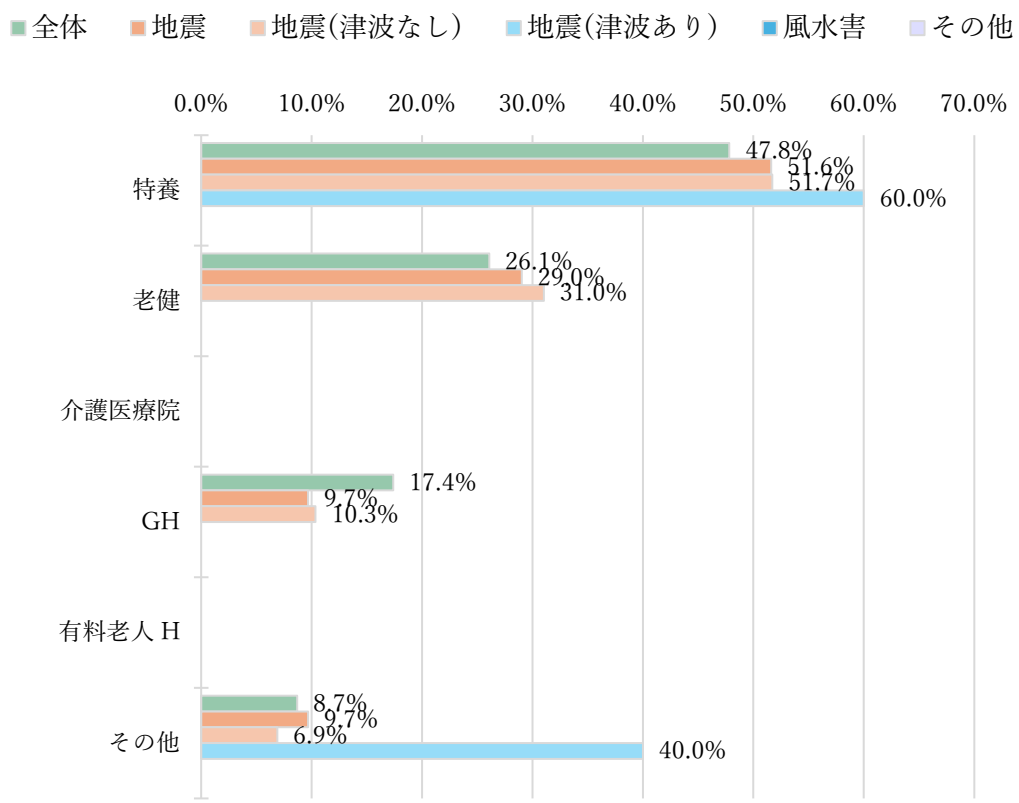
被災種別	記述内容
地震　津波なし	すぐに避難しなければならない状況で、地域の人や関係者が当事者を連れ出す、連携中の強化、周囲に非難済を知らせる手段の構築、などほとんど手つかずの状況。
地震　津波なし	BCP 作成しているが、想定通りにできるかは不安
地震　津波なし	スタッフが地域のことを十分把握していないこと
地震　津波なし	なし
地震　津波なし	マニュアルの整備と情報共有。
地震　津波なし	液状化で住まいを失った人の支援。
地震　津波なし	液状化対策が非常に遅い。(ただこれは地中の話なので、調査にたいへん時間がとられる。住民合意もとりづらい。)
地震　津波なし	緊急時、オーバーベッドで対応した際のプライバシー環境の確保について。
地震　津波なし	緊急時の避難行動は訓練をしていても実際はもっと困難なことが予測されると思うと不安はある。
地震　津波なし	訓練不足、認知症に対するマニュアル不足
地震　津波なし	建物の外観は無事でも、給水管、排水管などの内部設備が破損することがあり十分な給水を得られなくなることがある。
地震　津波なし	今までは、院内で火災訓練を行っていたが、今年度地震の訓練を一部行った。
地震　津波なし	災害マニュアルの見直しを行っている。
地震　津波なし	災害対応についての周知、訓練
地震　津波なし	市内全体がマンパワー不足。2 次避難から戻るためにも受け入れ支えるまでのサービス提供ができず、戻りたくても戻れない高齢者が多い。
地震　津波なし	震災による環境変化が理解できるか否か。家族やなじみの方との関係性が継続できるかどうかが大きなポイントになると思います。
地震　津波なし	想定以上に職員が被災した場合の対応、細部にわたる計画の必要性、地域との連携が課題。柔軟に対応できる臨機応変さも重要であると感じた。
地震　津波なし	地域と一緒に避難訓練や災害時の対応を、普段から話し合いマニュアルを作成しておく必要。地域資源の把握。
地震　津波なし	通所・訪問系サービスとしては、緊急事態の際の宿泊サービスとなる受け皿を、事前にルールとして社会に周知してもらえればと思いました。
地震　津波なし	道路などの情報が錯綜していた 認知症の高齢者の居場所がないこと
地震　津波なし	特になし
地震　津波なし	認知症に限るものではないが、元の生活や避難所を移動される方の情報が、つながらず、申請されていたのにわからないこと等あった。
地震　津波なし	認知症対応が避難所設置職員がわからず、保健師をつど呼ぶため保健師たりず。→平時から一般職も対応研修うけることすいしょうすべき。
地震　津波なし	能登からの被災者が急性期病床に入ってきたため、通常診療への影響があった。富山県からは、次の施設が決まるまで他に移送することを禁じられた為冬場のベッドコントロールはさらに難渋したことが大変困まりました。

地震　津波なし	福祉避難所が開設できなくても過ごされる場所の確保
地震　津波なし	平時から実態に即した地区毎の避難訓練。台帳、資源マップの作成などができれば良い。
地震　津波なし	様々な分野や支援機関が関わるのは良いと思うが、同じ対象者について担当者が変わる度に既に伝えた情報を改めて確認される、または提供を求められるといった手間が生じたケースがあったため、無駄なく行える情報連携体制が必要と思われる。
地震　津波あり	重度の介護状態の方を受け入れる避難所指定はあるが、認知症のある方、について、特に支援上の配慮ができる避難所の体制・整備がないと把握している。支援体制整備が必要。
地震　津波あり	DPAT として、EMIS・緊急時入力において未入力が多い。 ・救護班名や活動状況入力、更新等の入力ミス。 ・都道府県 DPAT の迅速な活動が困難。 ・DMAT 所管課と DPAT 所管課の連携。
地震　津波あり	個人（自分）の知識の向上
地震　津波あり	災害マニュアルを皆が分かる場所に保管する。充分な量の物資を保管しておく。
地震　津波あり	他の地域でも高齢者のみの集落などがあると思う。圏域に対して保健師の数が足りてない部分があったためもっと保健師を増やす必要があると思う。
地震　津波あり	特になし
地震　津波あり	二次避難で場所異動による認知症の悪化の対応(不安の増加)
地震　津波あり	二重災害で復旧、復興までかなりの時間を要すると思われ、さらに過疎化のスピードも加速している。支援側の人員不足、人口流失、少子高齢化が能登地域全体の問題となっている。
地震	平日での災害時の対応を家族と相談しておく、地域にも声かけ。
その他	入所者や利用者をいかに速やかに避難させることができるか。
その他	防災や認知症の理解の学習に参加する人は良いが、参加しない人への対応
	BCP が確実に機能するように訓練を重ねていく必要がある
	該当する項目がありません
	災害を経験していないため、イメージできていないことが多く、積極的な情報収集が必要　行政、地域住民、福祉関係機関がそれぞれに災害時に対応できるよう準備しているところではあるが、それらをどのようにつないでいくのか、課題であると思う。
	災害時のマニュアルの確認や院内の周知方法を再度検討が必要と感じている。当院に、認知症の人に関する対応マニュアルがあるか確認したい。
	自分自身が体験したこととして、親が独居で認知症だったが、避難所に行くことが出来なかった。理由は他人に迷惑をかけることが理由。別で暮らしていた家族が交替で見守りしていた状況だった。そのため心身も経済的にも疲弊した。家屋も一部が壊れただけで補助の対象にならなかった。
	少数での職員でどこまで支援が可能か？法人が地域の指定緊急避難場所となっている為、地域の方が避難してきた場合の対応ができるのかが不明。
	身寄りない高齢者が被災し施設に入りたくても、入れない
	院では被災を経験していないため今後マニュアルの確認や周知を徹底していく必要があると感じました。
	避難計画を災害時にいかに活用できるように整備できるか。
	避難所でのバリアフリー化が必要だと思う。

＜主たる所属別分析＞

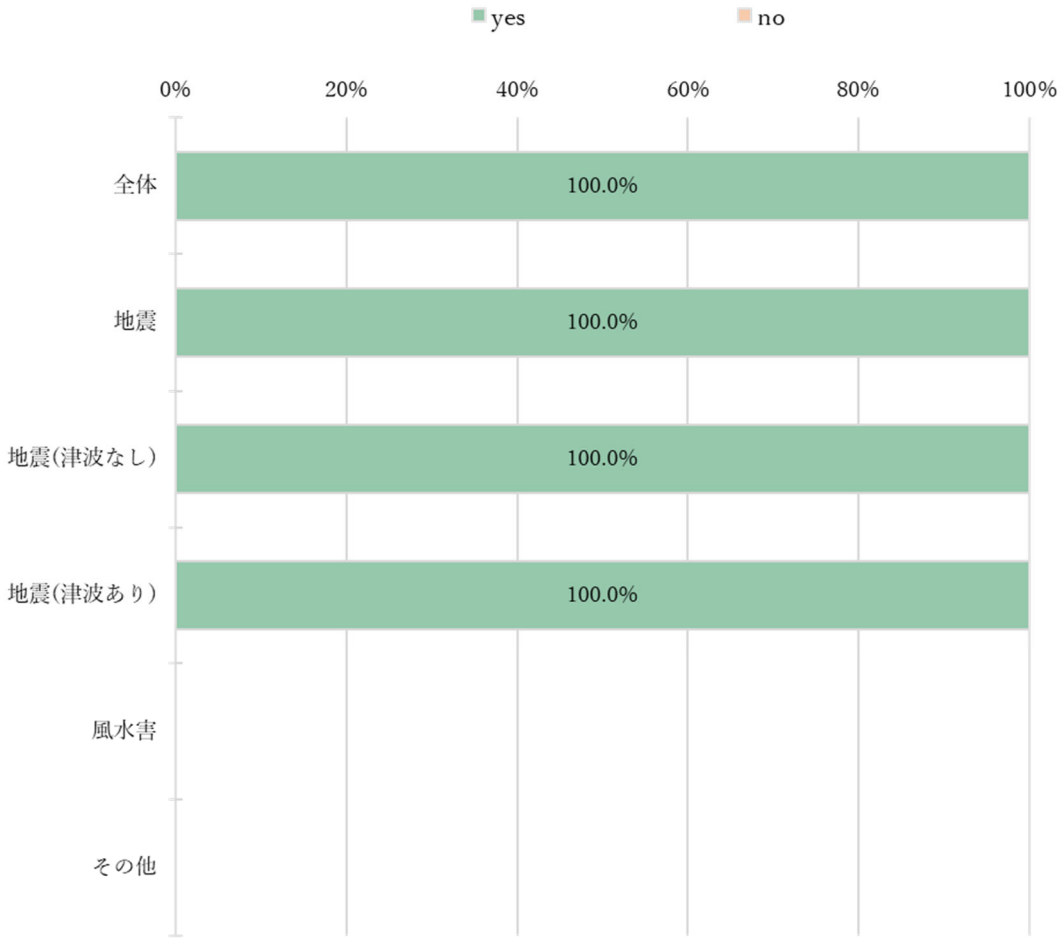
Q1 主たる所属施設等種別【入所系施設】

被災種別	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
特養	22	47.80%	16	51.60%	15	51.70%	3	60.00%	0	－	0	－
老健	12	26.10%	9	29.00%	9	31.00%	0	0.00%	0	－	0	－
介護医療院	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	－	0	－
GH	8	17.40%	3	9.70%	3	10.30%	0	0.00%	0	－	0	－
有料老人 H	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	－	0	－
その他	4	8.70%	3	9.70%	2	6.90%	2	40.00%	0	－	0	－
合計	46	100.00%	31	100.00%	29	100.00%	5	100.00%	0	0.00%	0	0.00%



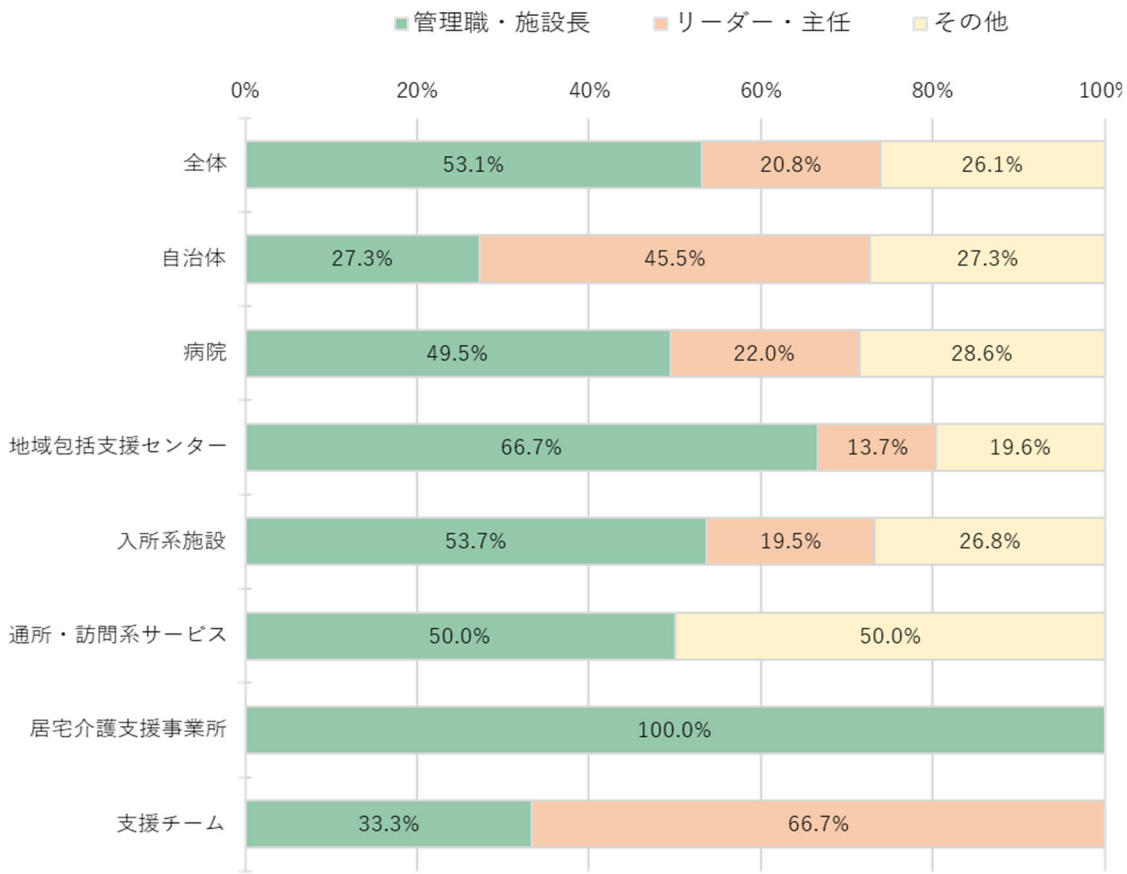
Q1 主たる所属施設等種別【支援チーム DPAT〔先遣隊〕】

被災種別	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
yes	4	100.00%	1	100.00%	1	100.00%	2	100.00%	0	-	0	-
no	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	-	0	-
合計	4	100.00%	1	100.00%	1	100.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%



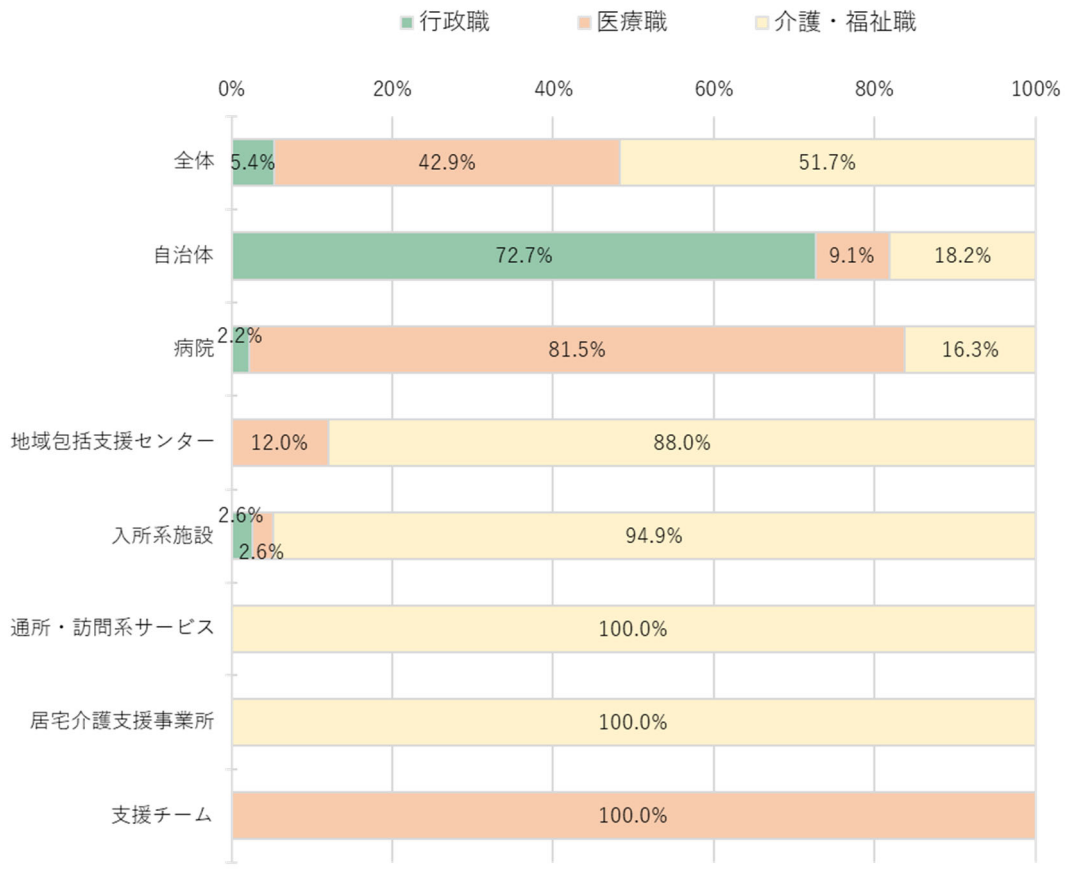
Q2 回答者

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
管理職・施設長	110	53.1%	3	27.3%	45	49.5%	34	66.7%	22	53.7%	2	50.0%	1	100.0%	1	33.3%
リーダー・主任	43	20.8%	5	45.5%	20	22.0%	7	13.7%	8	19.5%	0	0.0%	0	0.0%	2	66.7%
その他	54	26.1%	3	27.3%	26	28.6%	10	19.6%	11	26.8%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	207	100.0%	11	100.0%	91	100.0%	51	100.0%	41	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



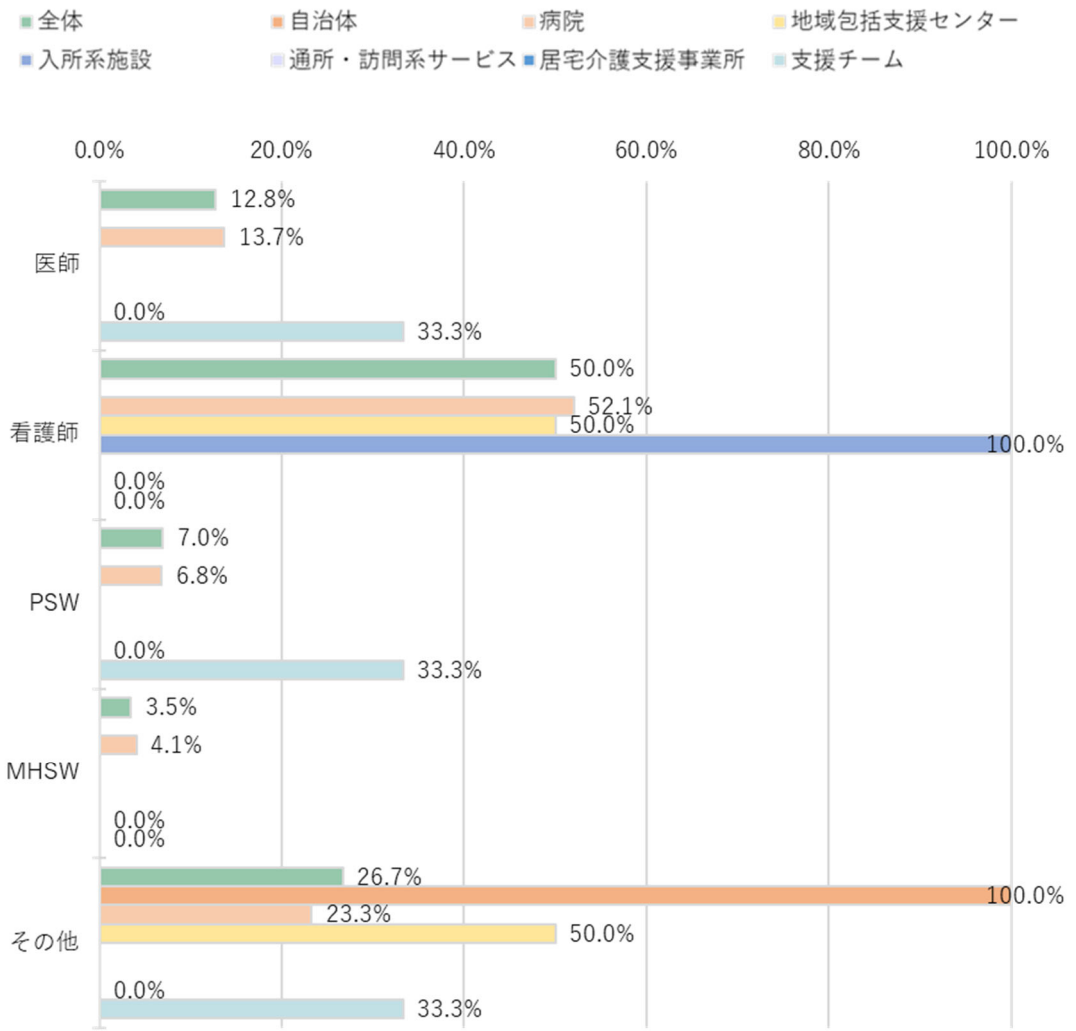
Q3 回答者職種

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
行政職	11	5.4%	8	72.7%	2	2.2%	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療職	88	42.9%	1	9.1%	75	81.5%	6	12.0%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%
介護・福祉職	106	51.7%	2	18.2%	15	16.3%	44	88.0%	37	94.9%	4	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
合計	205	100.0%	11	100.0%	92	100.0%	50	100.0%	39	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



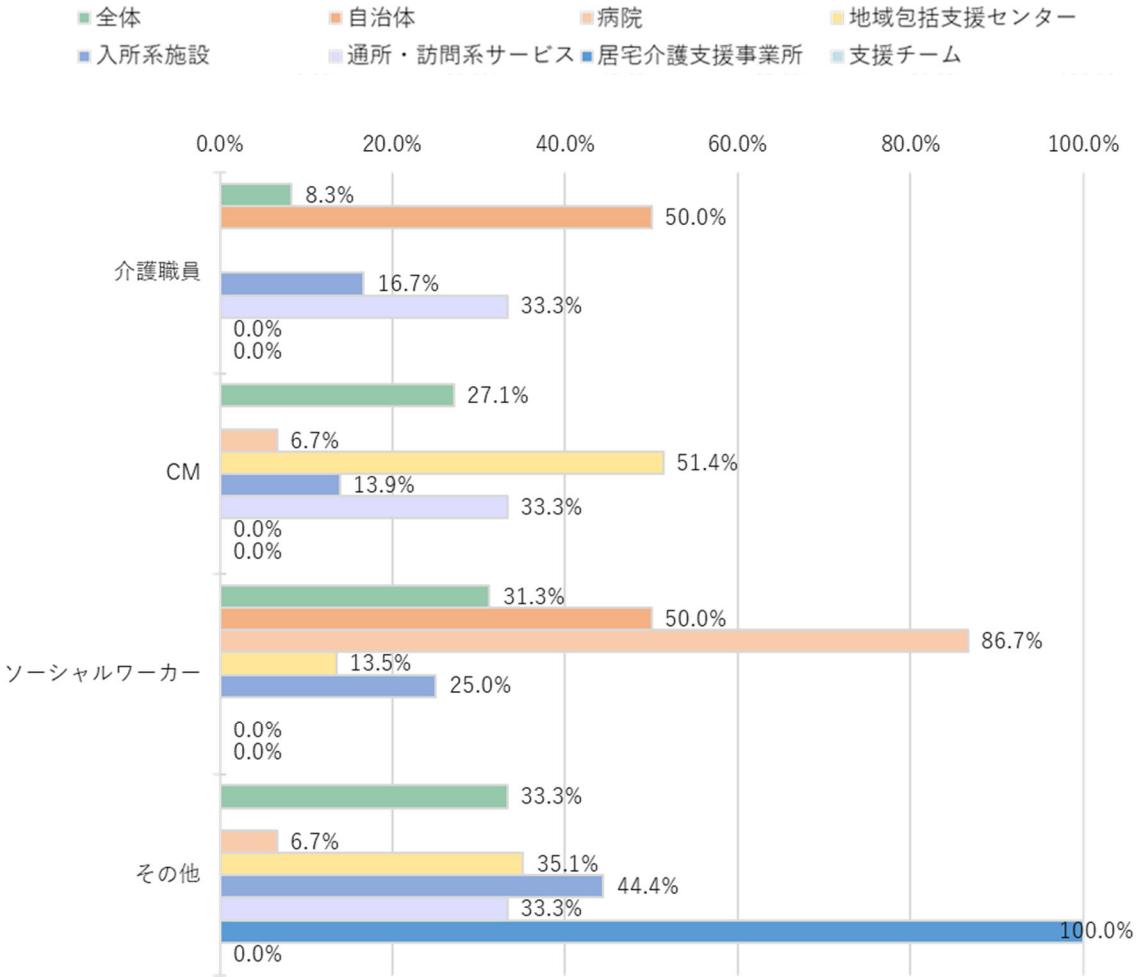
Q3 回答者職種【医療職】

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
医師	11	12.8%	0	0.0%	10	13.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-	1	33.3%
看護師	43	50.0%	0	0.0%	38	52.1%	3	50.0%	1	100.0%	0	-	0	-	0	0.0%
PSW	6	7.0%	0	0.0%	5	6.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-	1	33.3%
MHSW	3	3.5%	0	0.0%	3	4.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-	0	0.0%
その他	23	26.7%	1	100.0%	17	23.3%	3	50.0%	0	0.0%	0	-	0	-	1	33.3%
合計	86	100.0%	1	100.0%	73	100.0%	6	100.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	100.0%



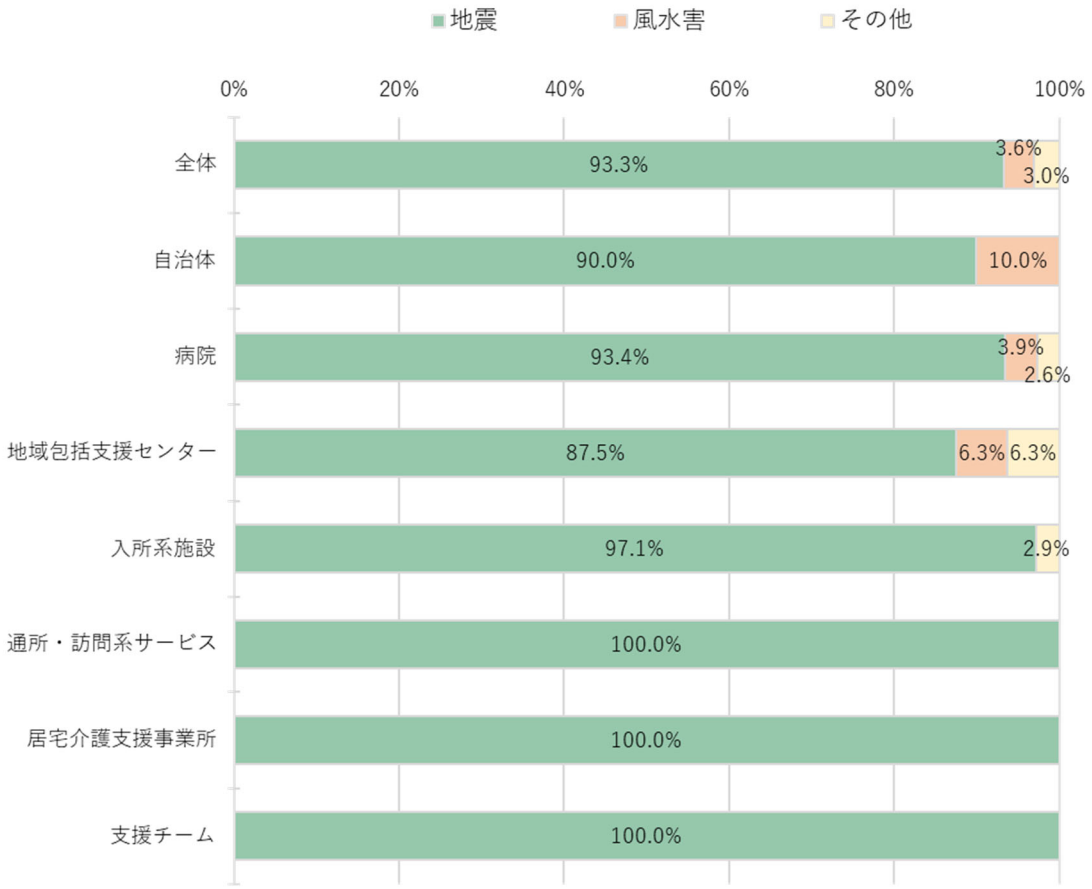
Q3 回答者職種【介護・福祉職】

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
介護職員	8	8.3%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	16.7%	1	33.3%	0	0.0%	0	-
CM	26	27.1%	0	0.0%	1	6.7%	19	51.4%	5	13.9%	1	33.3%	0	0.0%	0	-
ソーシャルワーカー	30	31.3%	1	50.0%	13	86.7%	5	13.5%	9	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-
その他	32	33.3%	0	0.0%	1	6.7%	13	35.1%	16	44.4%	1	33.3%	1	100.0%	0	-
合計	96	100.0%	2	100.0%	15	100.0%	37	100.0%	36	100.0%	3	100.0%	1	100.0%	0	0.0%



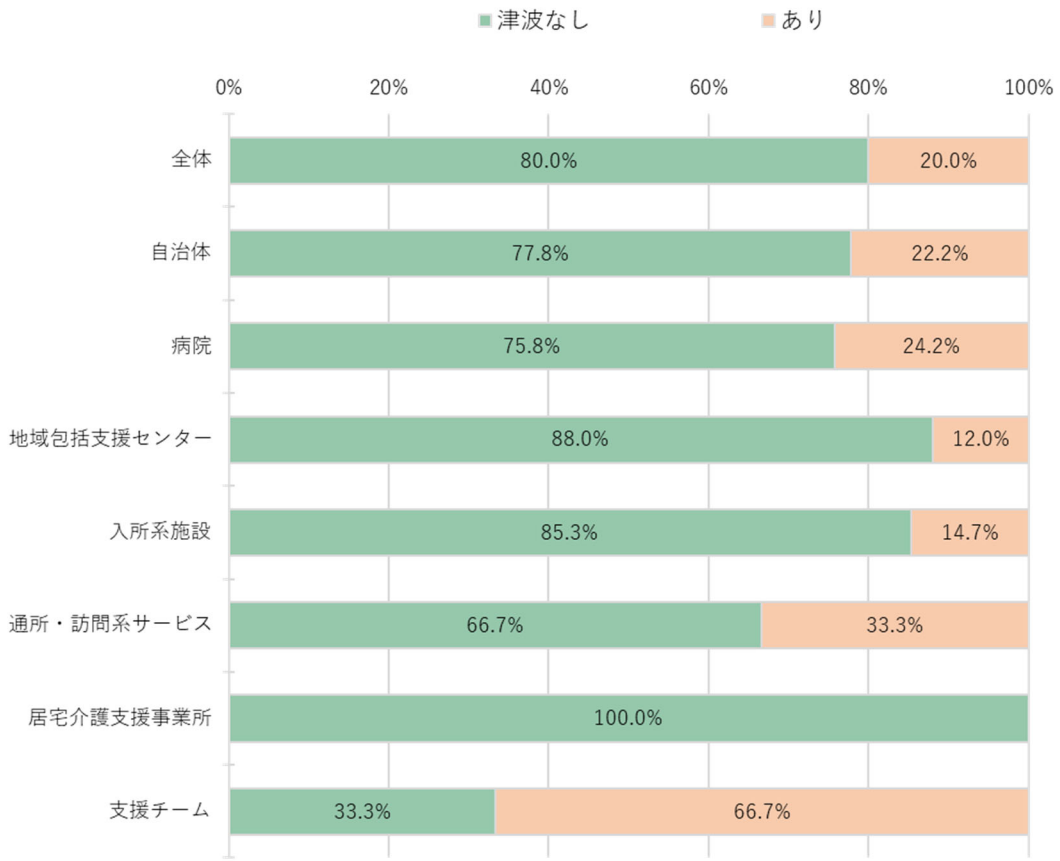
Q4 被災種別

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
地震	154	93.3%	9	90.0%	71	93.4%	28	87.5%	34	97.1%	3	100.0%	1	100.0%	3	100.0%
風水害	6	3.6%	1	10.0%	3	3.9%	2	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	5	3.0%	0	0.0%	2	2.6%	2	6.3%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	165	100.0%	10	100.0%	76	100.0%	32	100.0%	35	100.0%	3	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



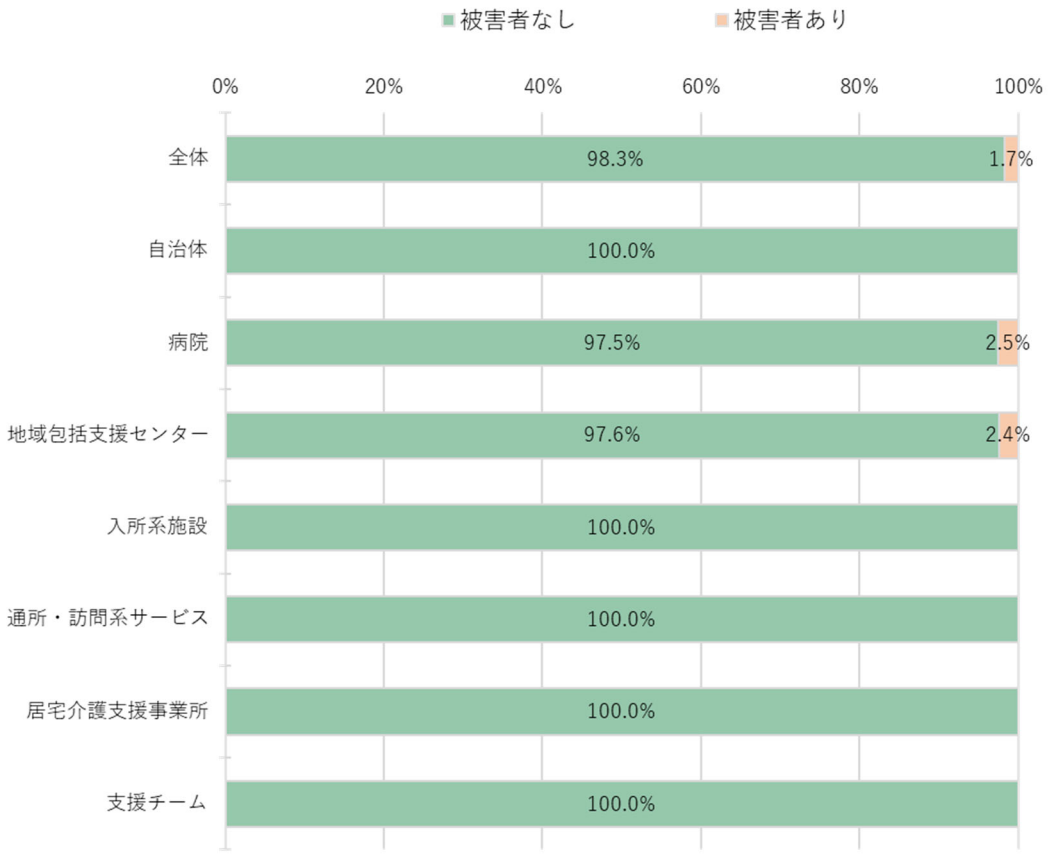
Q4 被災種別【地震】

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
津波なし	116	80.0%	7	77.8%	50	75.8%	22	88.0%	29	85.3%	2	66.7%	1	100.0%	1	33.3%
あり	29	20.0%	2	22.2%	16	24.2%	3	12.0%	5	14.7%	1	33.3%	0	0.0%	2	66.7%
合計	145	100.0%	9	100.0%	66	100.0%	25	100.0%	34	100.0%	3	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



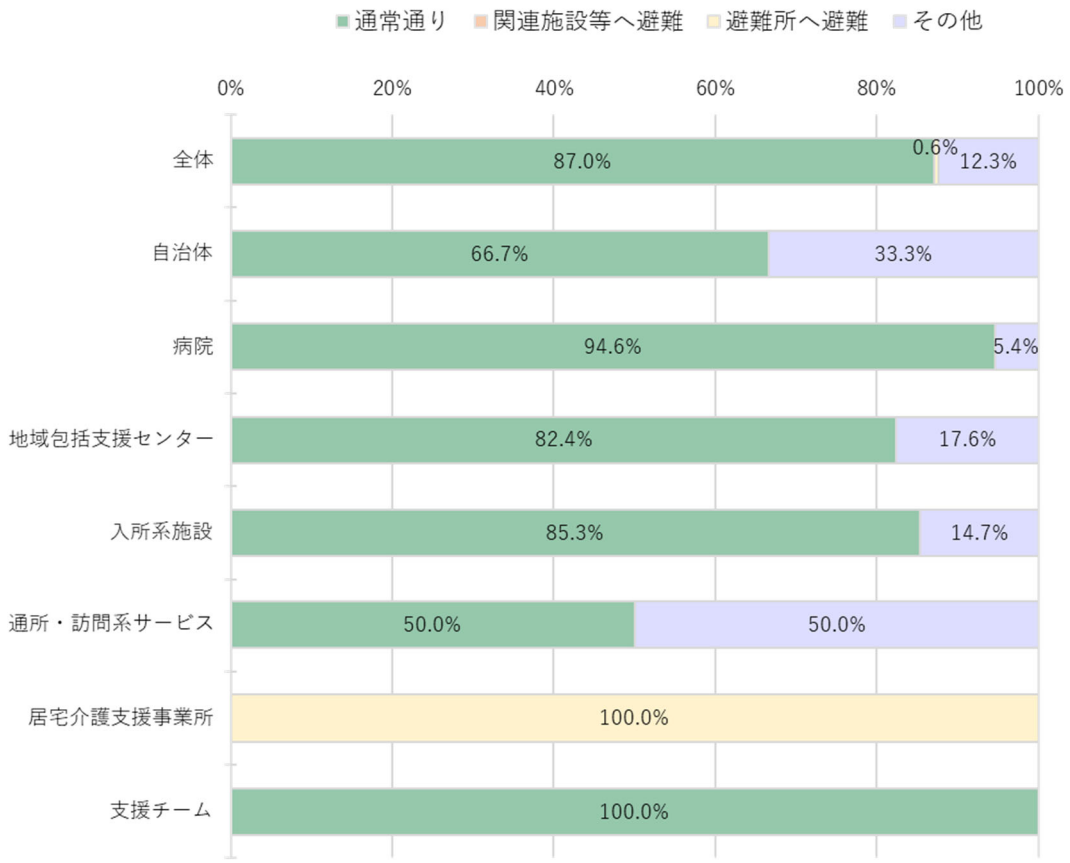
Q7 職員人的被害状況

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
被害者なし	178	98.3%	9	100.0%	79	97.5%	40	97.6%	37	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%
被害者あり	3	1.7%	0	0.0%	2	2.5%	1	2.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	181	100.0%	9	100.0%	81	100.0%	41	100.0%	37	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



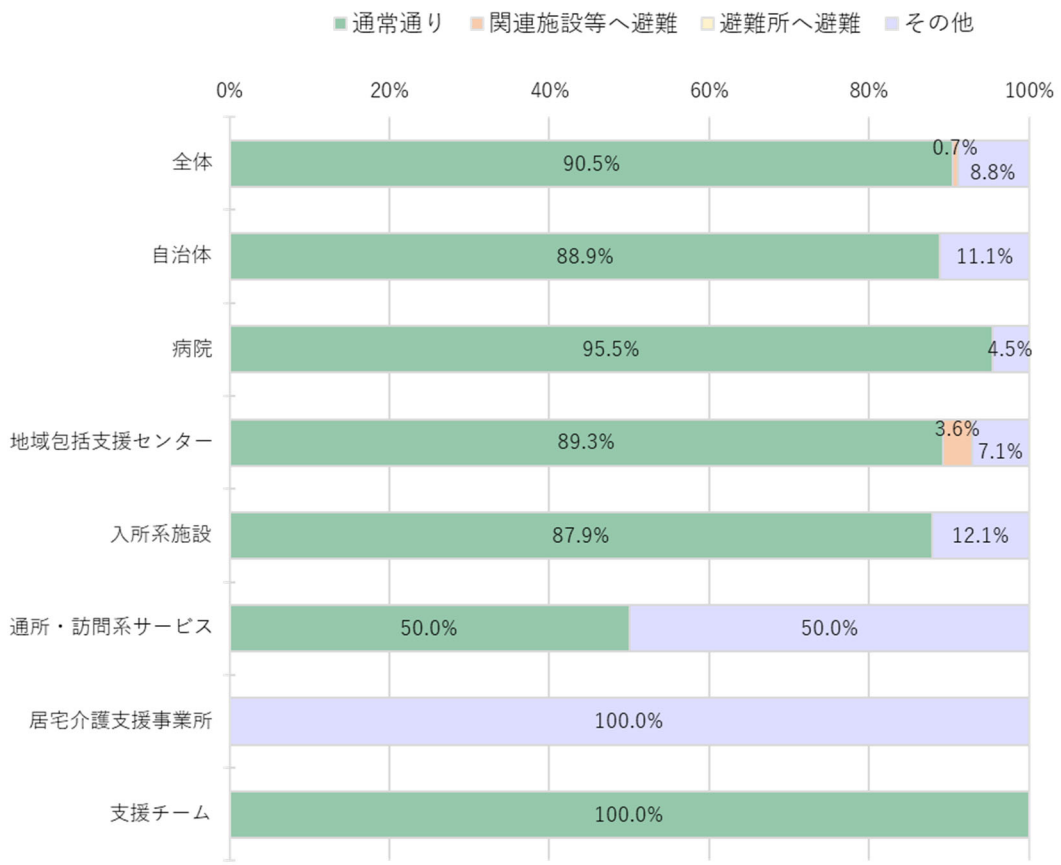
Q8 被災直後の施設運営
【 翌日 】

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
通常通り	141	87.0%	6	66.7%	70	94.6%	28	82.4%	29	85.3%	2	50.0%	0	0.0%	1	100.0%
関連施設等へ避難	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
避難所へ避難	1	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
その他	20	12.3%	3	33.3%	4	5.4%	6	17.6%	5	14.7%	2	50.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	162	100.0%	9	100.0%	74	100.0%	34	100.0%	34	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	1	100.0%



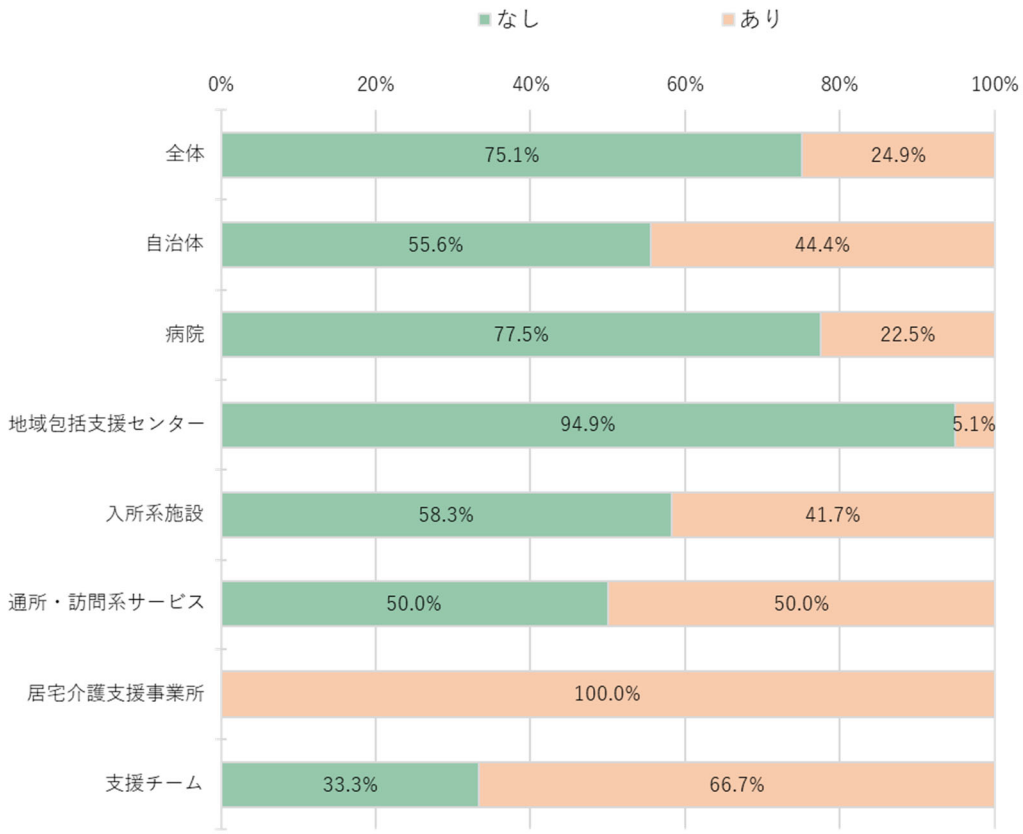
Q8 被災直後の施設運営
【 ３日後 】

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
通常通り	133	90.5%	8	88.9%	64	95.5%	25	89.3%	29	87.9%	2	50.0%	0	0.0%	1	100.0%
関連施設等へ避難	1	0.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
避難所へ避難	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	13	8.8%	1	11.1%	3	4.5%	2	7.1%	4	12.1%	2	50.0%	1	100.0%	0	0.0%
合計	147	100.0%	9	100.0%	67	100.0%	28	100.0%	33	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	1	100.0%



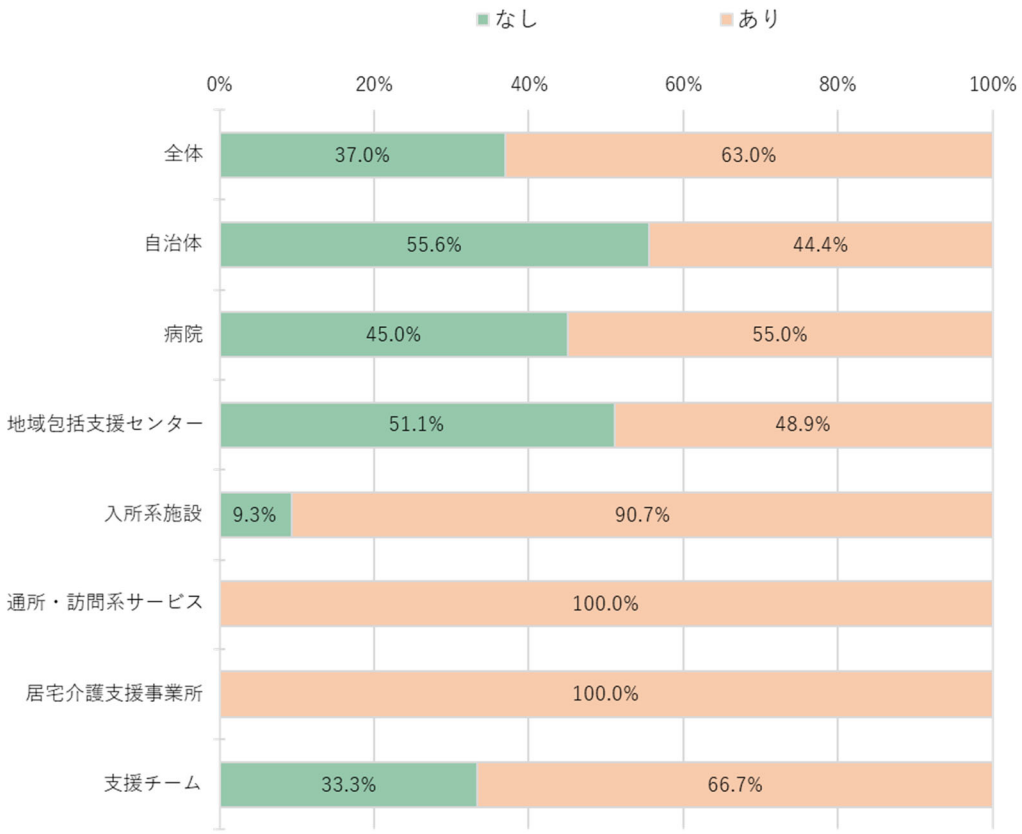
Q9 ライフラインの被災状況

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
なし	133	75.1%	5	55.6%	62	77.5%	37	94.9%	21	58.3%	2	50.0%	0	0.0%	1	33.3%
あり	44	24.9%	4	44.4%	18	22.5%	2	5.1%	15	41.7%	2	50.0%	1	100.0%	2	66.7%
合計	177	100.0%	9	100.0%	80	100.0%	39	100.0%	36	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



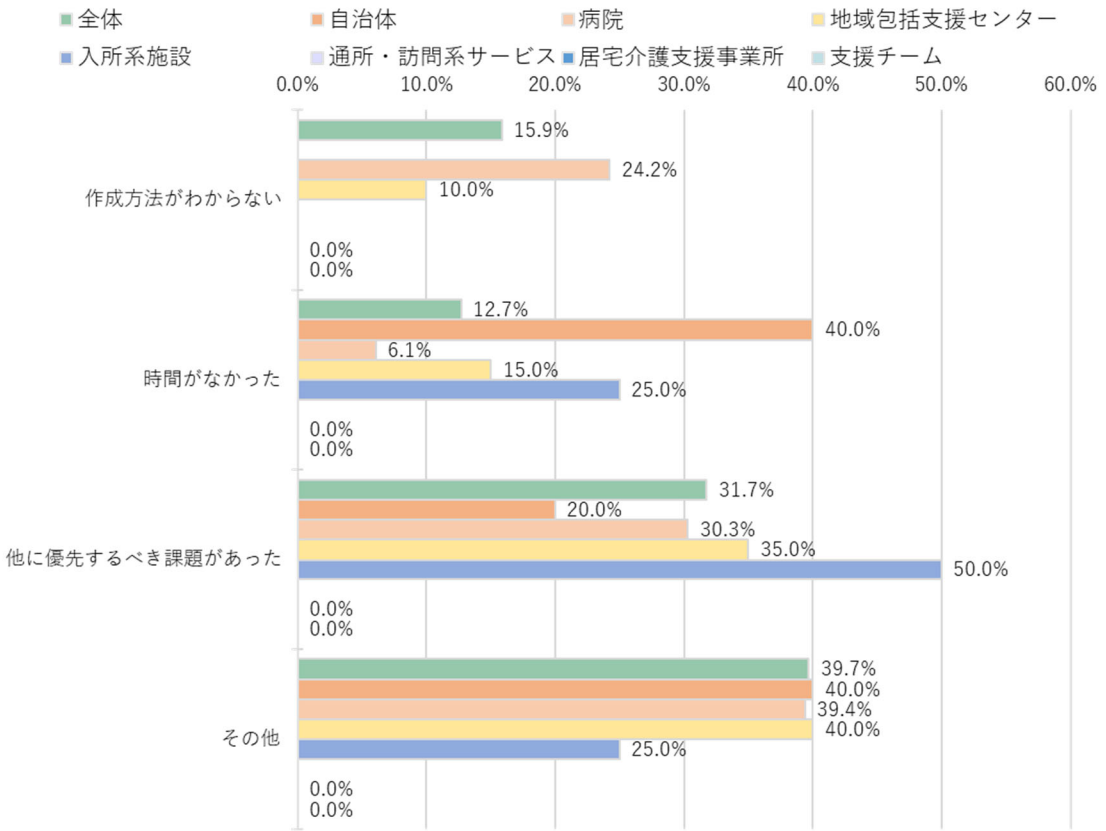
Q11 今回の災害以前に避難計画等を策定していましたか

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
なし	71	37.0%	5	55.6%	36	45.0%	24	51.1%	4	9.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
あり	121	63.0%	4	44.4%	44	55.0%	23	48.9%	39	90.7%	4	100.0%	1	100.0%	2	66.7%
合計	192	100.0%	9	100.0%	80	100.0%	47	100.0%	43	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



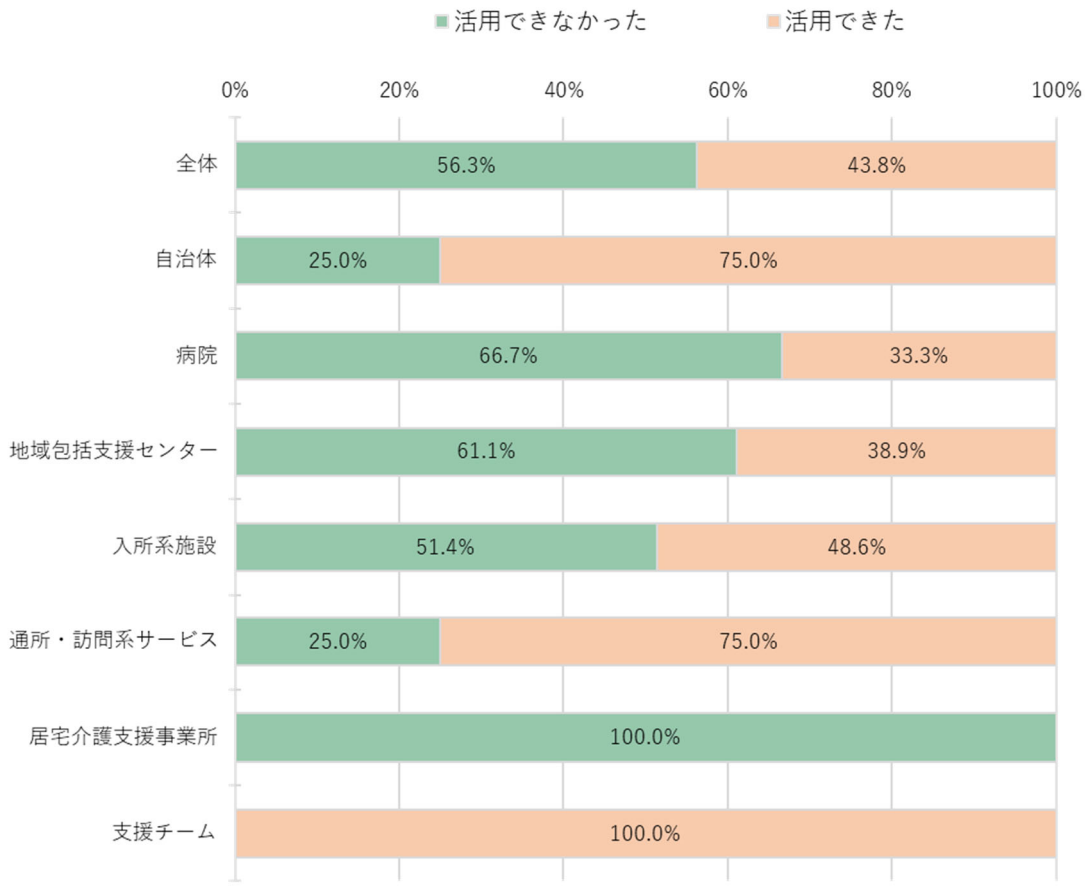
Q12 策定していなかった場合お答えください　作成していなかった理由

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
作成方法がわからない	10	15.9%	0	0.0%	8	24.2%	2	10.0%	0	0.0%	0	-	0	-	0	-
時間がなかった	8	12.7%	2	40.0%	2	6.1%	3	15.0%	1	25.0%	0	-	0	-	0	-
他に優先するべき課題があった	20	31.7%	1	20.0%	10	30.3%	7	35.0%	2	50.0%	0	-	0	-	0	-
その他	25	39.7%	2	40.0%	13	39.4%	8	40.0%	1	25.0%	0	-	0	-	0	-
合計	63	100.0%	5	100.0%	33	100.0%	20	100.0%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%



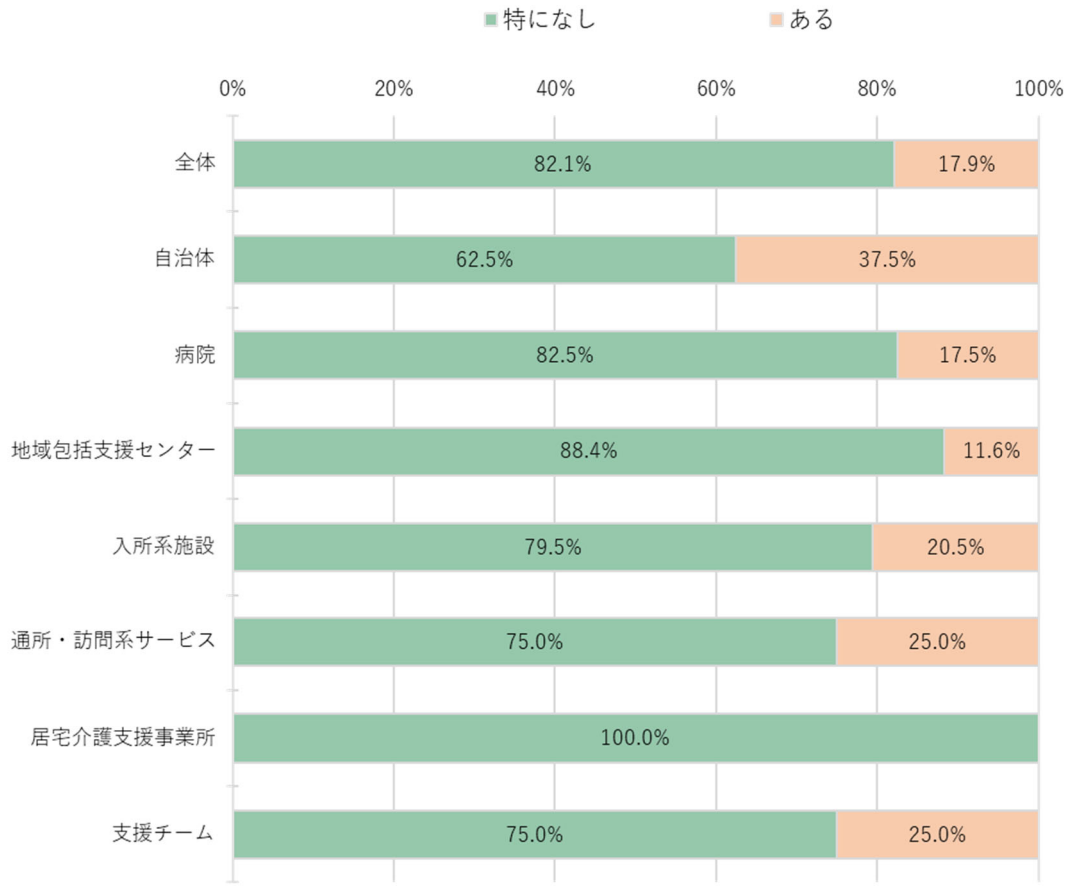
Q13 策定していた場合お答えください

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
活用できなかった	63	56.3%	1	25.0%	28	66.7%	11	61.1%	19	51.4%	1	25.0%	1	100.0%	0	0.0%
活用できた	49	43.8%	3	75.0%	14	33.3%	7	38.9%	18	48.6%	3	75.0%	0	0.0%	2	100.0%
合計	112	100.0%	4	100.0%	42	100.0%	18	100.0%	37	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	2	100.0%



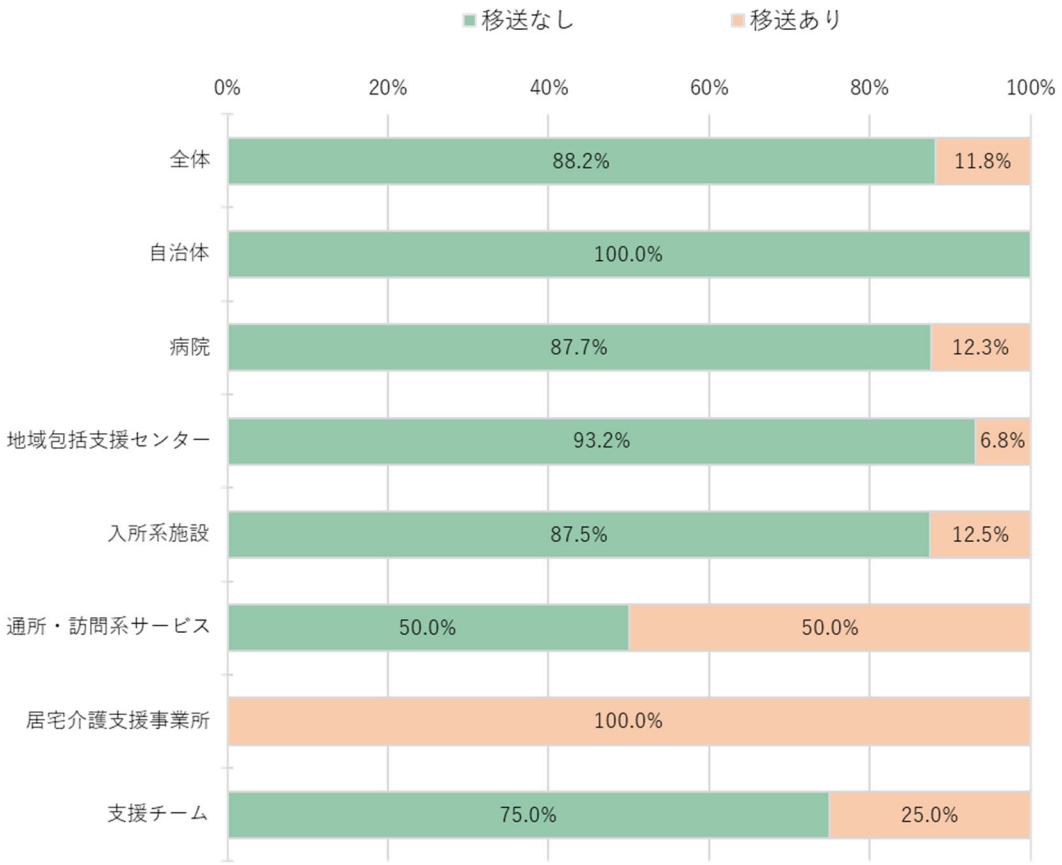
Q15　認知症のある要介護高齢者等の介護者への対応として特に工夫して取り組んだことがありますか

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
特になし	151	82.1%	5	62.5%	66	82.5%	38	88.4%	31	79.5%	3	75.0%	1	100.0%	3	75.0%
ある	33	17.9%	3	37.5%	14	17.5%	5	11.6%	8	20.5%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%
合計	184	100.0%	8	100.0%	80	100.0%	43	100.0%	39	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	4	100.0%



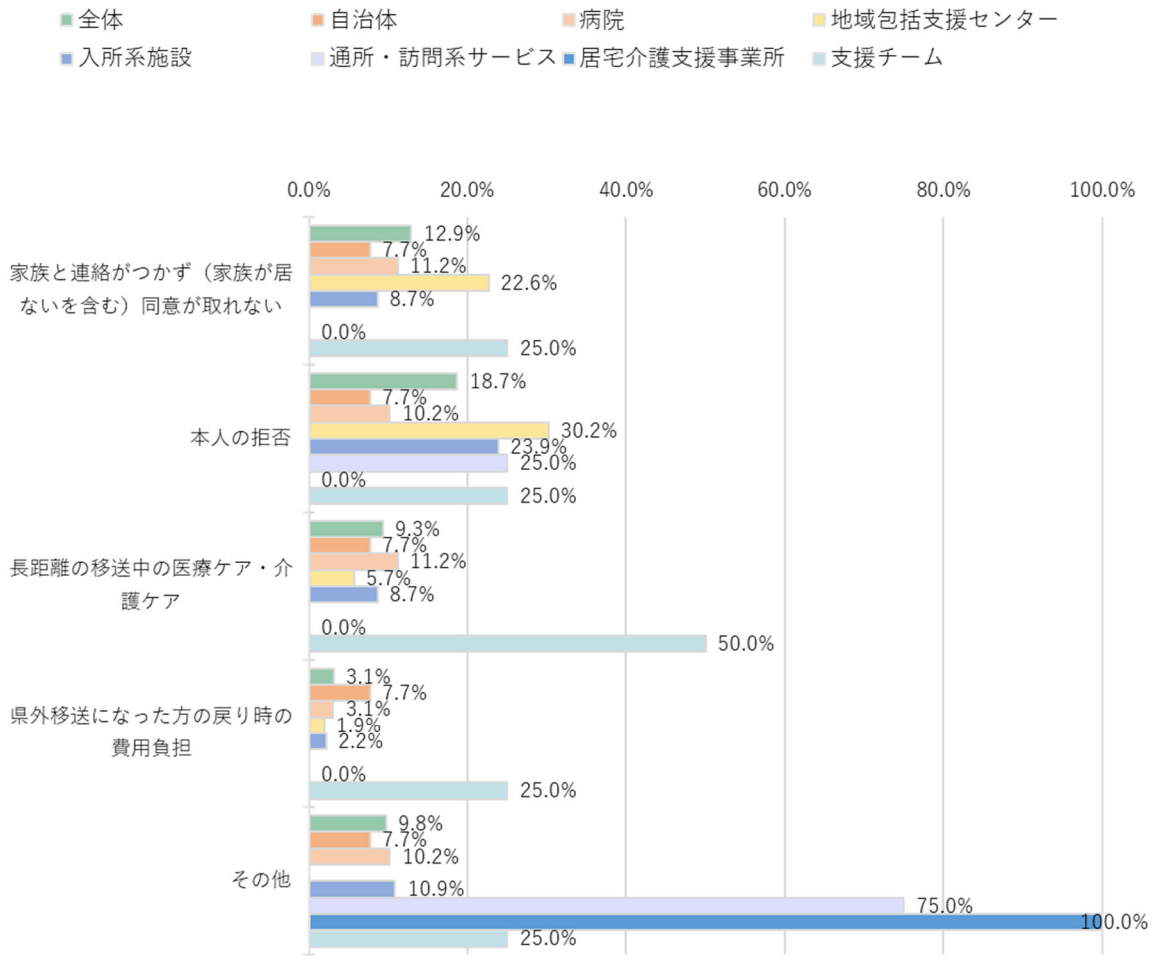
Q17 認知症のある要介護高齢者等の入所・入院の患者移送を行いましたか

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
移送なし	165	88.2%	8	100.0%	71	87.7%	41	93.2%	35	87.5%	2	50.0%	0	0.0%	3	75.0%
移送あり	22	11.8%	0	0.0%	10	12.3%	3	6.8%	5	12.5%	2	50.0%	1	100.0%	1	25.0%
合計	187	100.0%	8	100.0%	81	100.0%	44	100.0%	40	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	4	100.0%



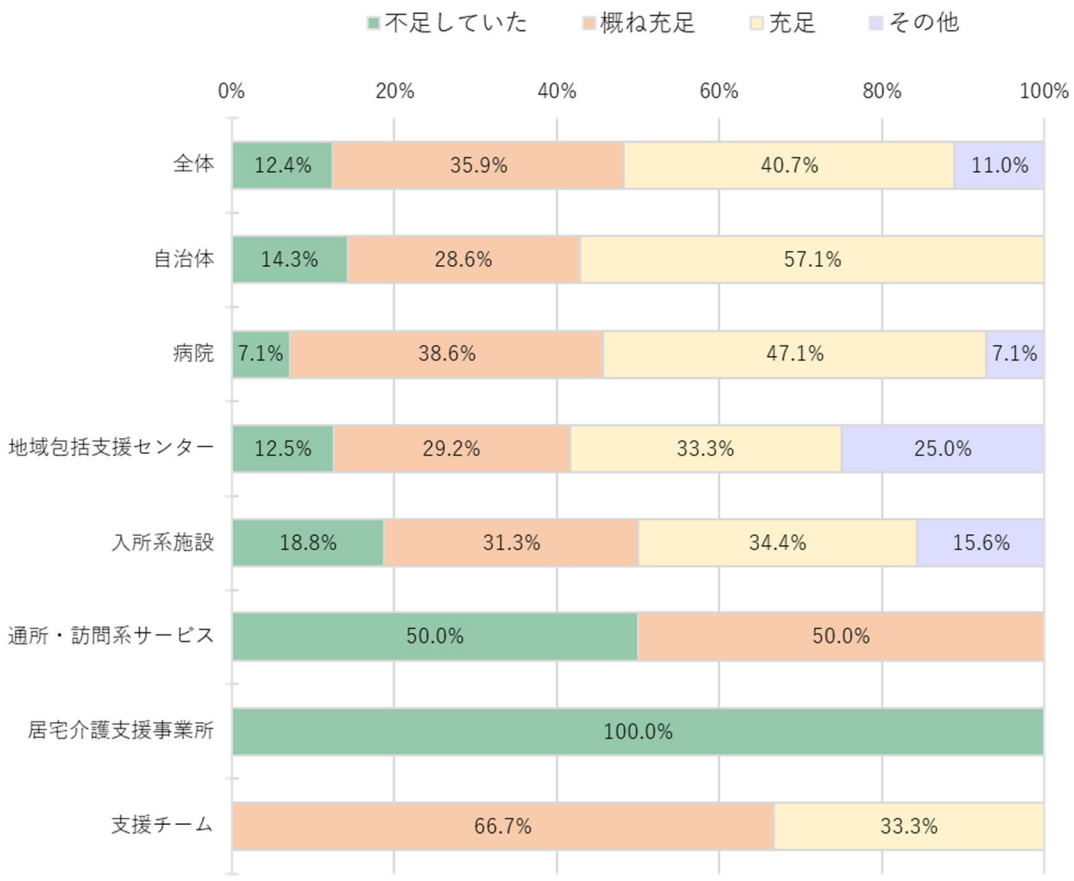
Q18 認知症があることにより課題と感じたことはありましたか（複数回答可）

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
家族と連絡がつかず（家族が居ないを含む）同意が取れない	29	12.9%	1	7.7%	11	11.2%	12	22.6%	4	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%
本人の拒否	42	18.7%	1	7.7%	10	10.2%	16	30.2%	11	23.9%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%
長距離の移送中の医療ケア・介護ケア	21	9.3%	1	7.7%	11	11.2%	3	5.7%	4	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%
県外移送になった方の戻り時の費用負担	7	3.1%	1	7.7%	3	3.1%	1	1.9%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%
その他	22	9.8%	1	7.7%	10	10.2%	0	0.0%	5	10.9%	3	75.0%	1	100.0%	1	25.0%
回答者数	225	-	13	-	98	-	53	-	46	-	4	-	1	-	4	-



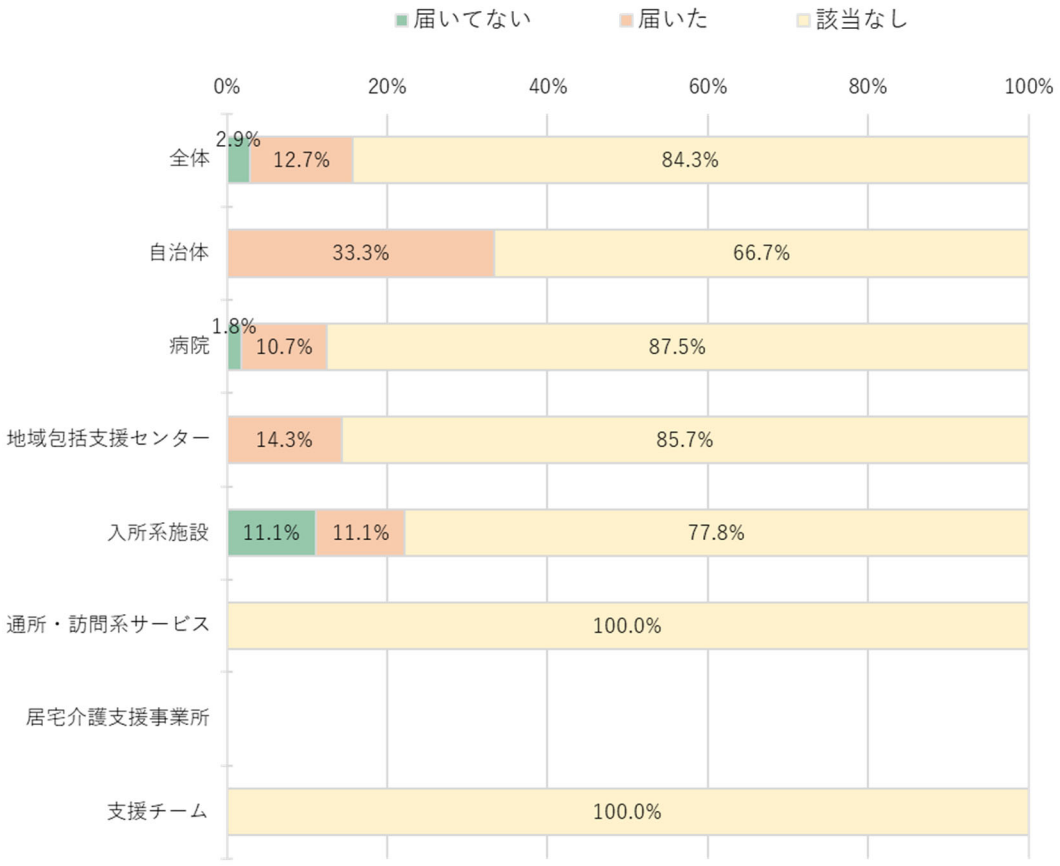
Q19 物資調達は十分でしたか

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
不足していた	18	12.4%	1	14.3%	5	7.1%	3	12.5%	6	18.8%	2	50.0%	1	100.0%	0	0.0%
概ね充足	52	35.9%	2	28.6%	27	38.6%	7	29.2%	10	31.3%	2	50.0%	0	0.0%	2	66.7%
充足	59	40.7%	4	57.1%	33	47.1%	8	33.3%	11	34.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
その他	16	11.0%	0	0.0%	5	7.1%	6	25.0%	5	15.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	145	100.0%	7	100.0%	70	100.0%	24	100.0%	32	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



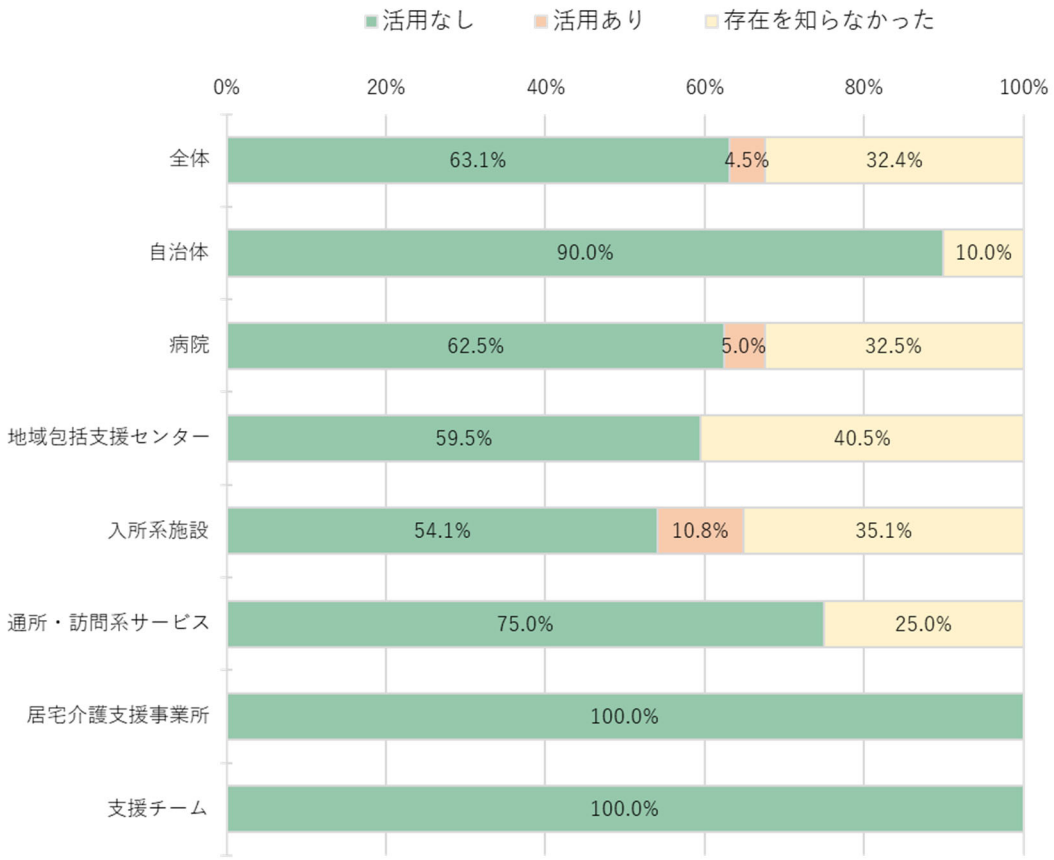
Q21 プッシュ型支援が行われた地域について伺います

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
届いてない	3	2.9%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
届いた	13	12.7%	2	33.3%	6	10.7%	2	14.3%	2	11.1%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
該当なし	86	84.3%	4	66.7%	49	87.5%	12	85.7%	14	77.8%	3	100.0%	0	-	1	100.0%
合計	102	100.0%	6	100.0%	56	100.0%	14	100.0%	18	100.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%



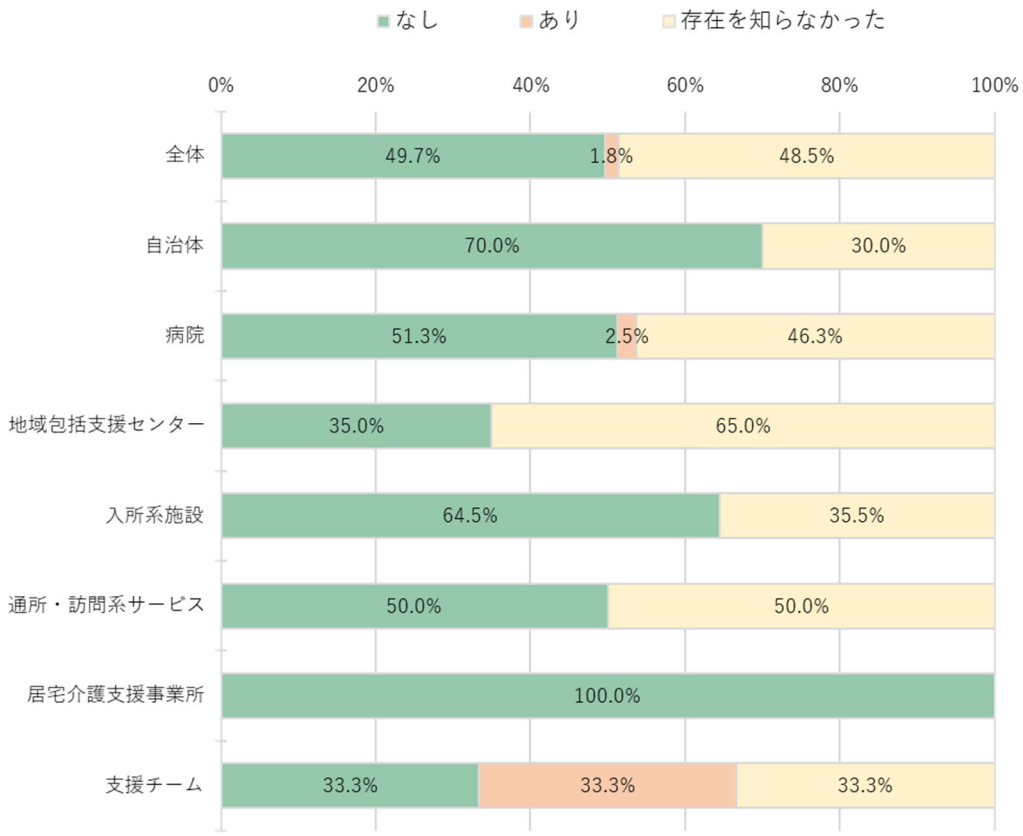
Q22 認知症の人への対応においてマニュアルを活用されましたか

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
活用なし	111	63.1%	9	90.0%	50	62.5%	22	59.5%	20	54.1%	3	75.0%	1	100.0%	3	100.0%
活用あり	8	4.5%	0	0.0%	4	5.0%	0	0.0%	4	10.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
存在を知らなかった	57	32.4%	1	10.0%	26	32.5%	15	40.5%	13	35.1%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	176	100.0%	10	100.0%	80	100.0%	37	100.0%	37	100.0%	4	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



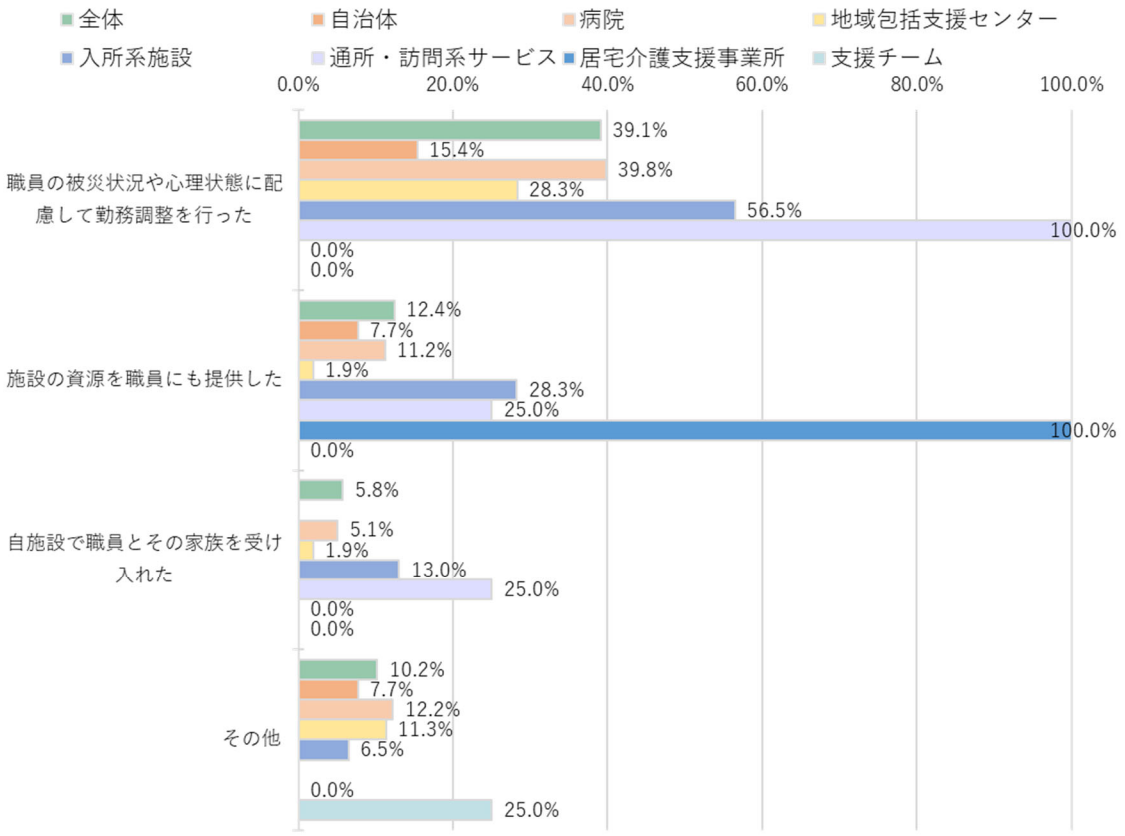
Q23 日本認知症学会のマニュアルを活用されましたか

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
なし	85	49.7%	7	70.0%	41	51.3%	14	35.0%	20	64.5%	1	50.0%	1	100.0%	1	33.3%
あり	3	1.8%	0	0.0%	2	2.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%
存在を知らなかった	83	48.5%	3	30.0%	37	46.3%	26	65.0%	11	35.5%	1	50.0%	0	0.0%	1	33.3%
合計	171	100.0%	10	100.0%	80	100.0%	40	100.0%	31	100.0%	2	100.0%	1	100.0%	3	100.0%



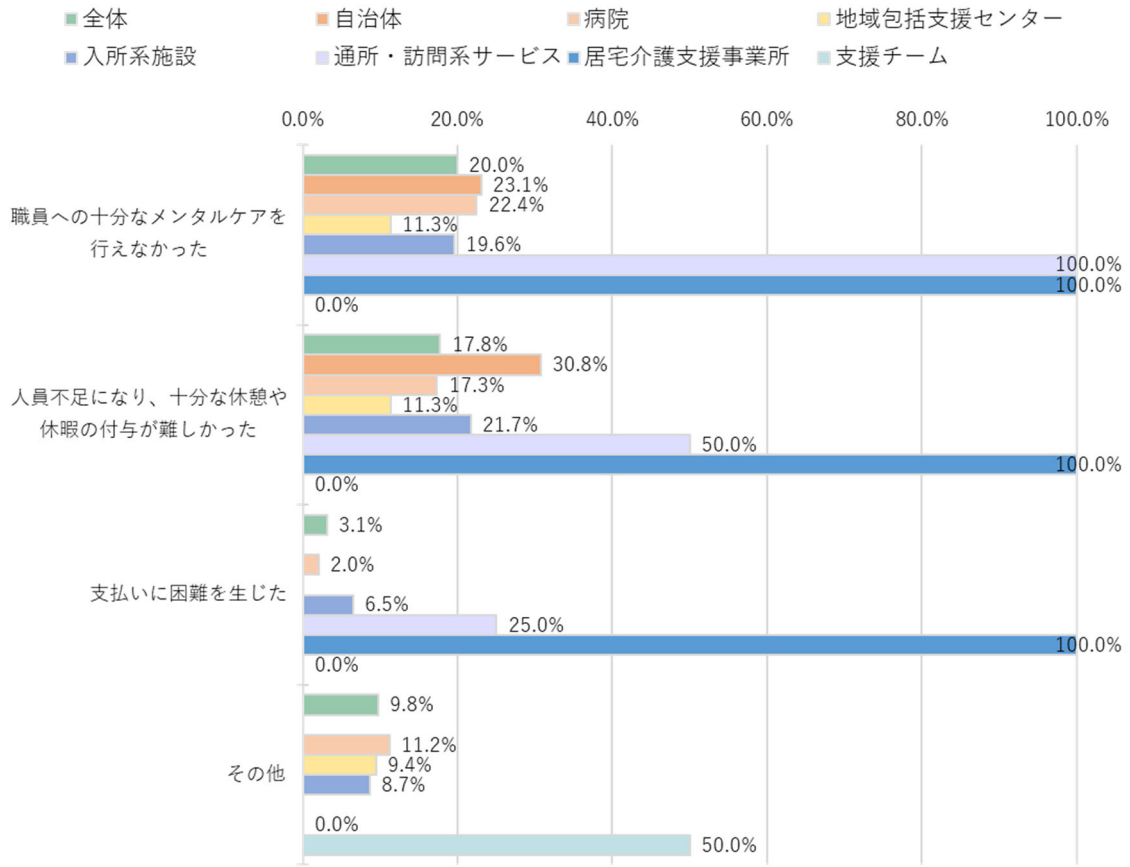
Q27-1） 配慮について該当するものを選んでください（複数回答可）

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
職員の被災状況や心理状態に配慮して勤務調整を行った	88	39.1%	2	15.4%	39	39.8%	15	28.3%	26	56.5%	4	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
施設の資源を職員にも提供した	28	12.4%	1	7.7%	11	11.2%	1	1.9%	13	28.3%	1	25.0%	1	100.0%	0	0.0%
自施設で職員とその家族を受け入れた	13	5.8%	0	0.0%	5	5.1%	1	1.9%	6	13.0%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	23	10.2%	1	7.7%	12	12.2%	6	11.3%	3	6.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	25.0%
回答者数	225	-	13	-	98	-	53	-	46	-	4	-	1	-	4	-



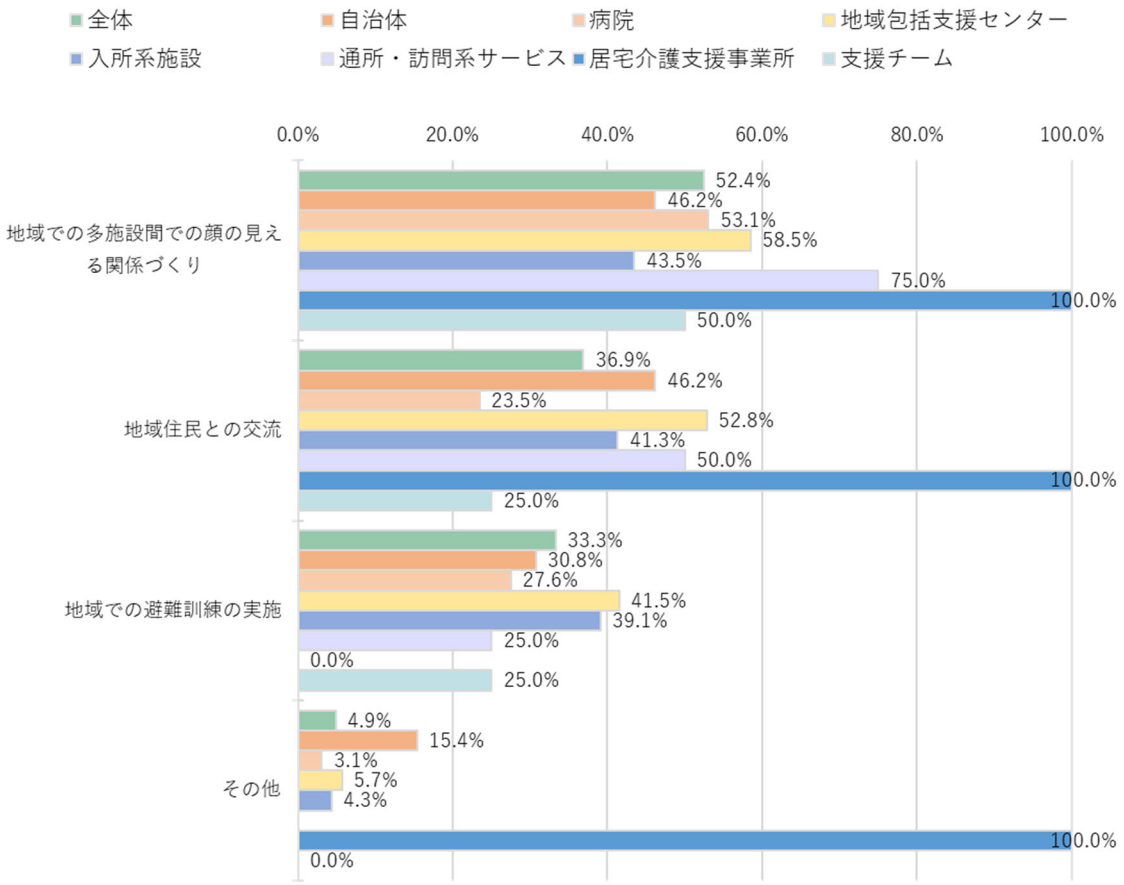
Q27-2)　課題について該当するものを選んでください（複数回答可）

主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
職員への十分なメンタルケアを行えなかった	45	20.0%	3	23.1%	22	22.4%	6	11.3%	9	19.6%	4	100.0%	1	100.0%	0	0.0%
人員不足になり、十分な休憩や休暇の付与が	40	17.8%	4	30.8%	17	17.3%	6	11.3%	10	21.7%	2	50.0%	1	100.0%	0	0.0%
支払いに困難を生じた	7	3.1%	0	0.0%	2	2.0%	0	0.0%	3	6.5%	1	25.0%	1	100.0%	0	0.0%
その他	22	9.8%	0	0.0%	11	11.2%	5	9.4%	4	8.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	50.0%
回答者数	225	-	13	-	98	-	53	-	46	-	4	-	1	-	4	-



Q28　平時の取組で有用だったこと、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください（複数回答可）

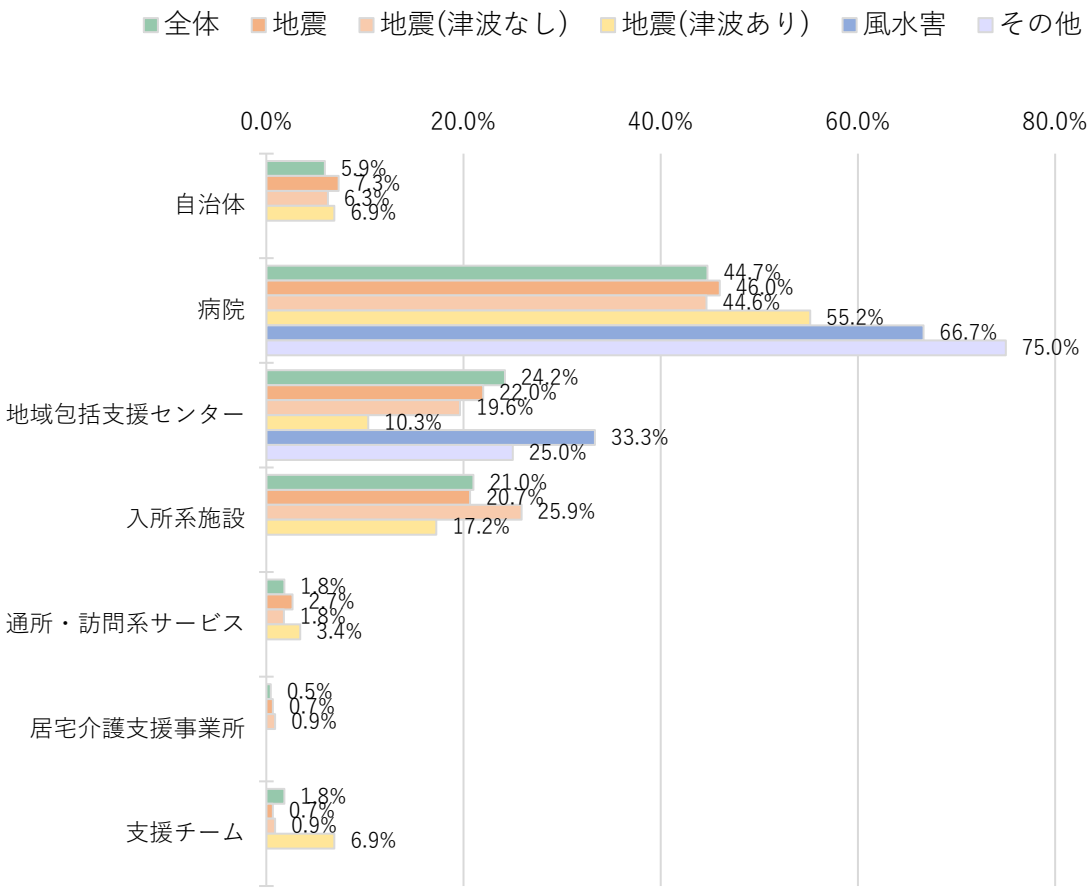
主たる所属施設等種別	全体		自治体		病院		地域包括支援センター		入所系施設		通所・訪問系サービス		居宅介護支援事業所		支援チーム	
選択肢	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
地域での多施設間での顔の見える関係づくり	118	52.4%	6	46.2%	52	53.1%	31	58.5%	20	43.5%	3	75.0%	1	100.0%	2	50.0%
地域住民との交流	83	36.9%	6	46.2%	23	23.5%	28	52.8%	19	41.3%	2	50.0%	1	100.0%	1	25.0%
地域での避難訓練の実施	75	33.3%	4	30.8%	27	27.6%	22	41.5%	18	39.1%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%
その他	11	4.9%	2	15.4%	3	3.1%	3	5.7%	2	4.3%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
回答者数	225	-	13	-	98	-	53	-	46	-	4	-	1	-	4	-



＜被災種別分析＞

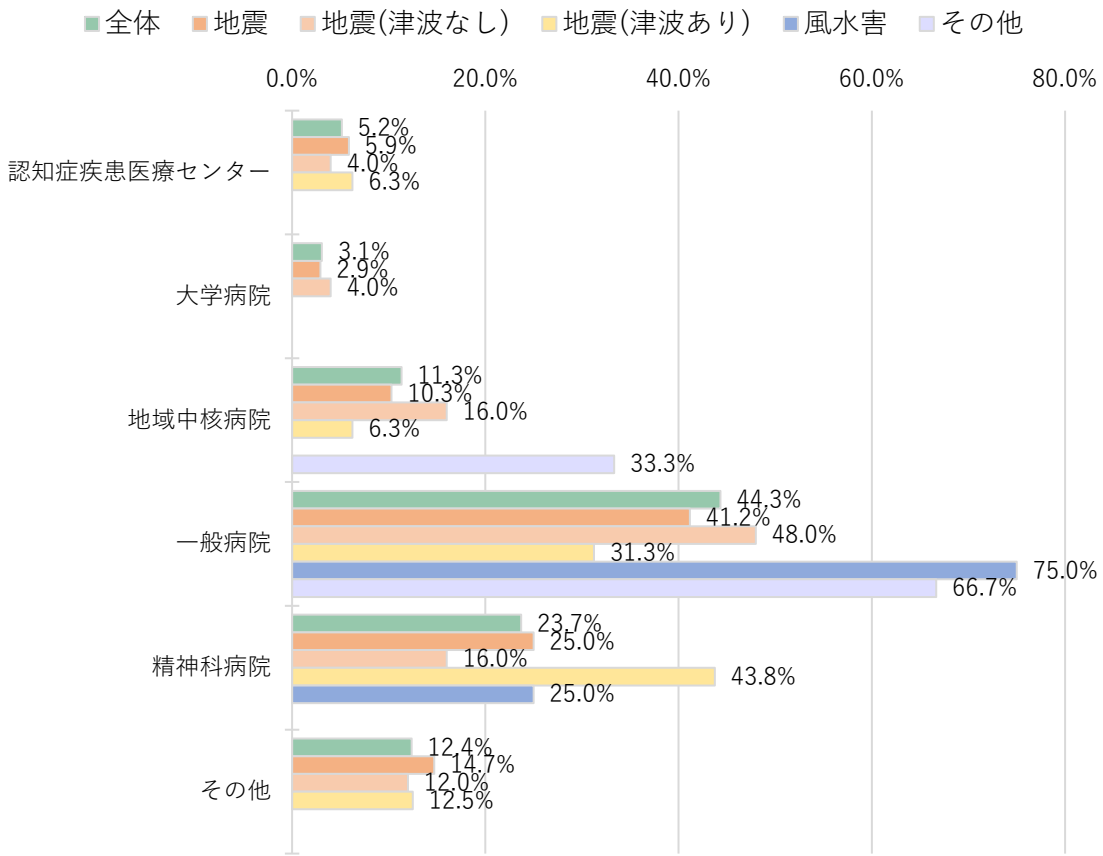
Q1 主たる所属施設等種別

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
自治体	13	5.9%	11	7.3%	7	6.3%	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%
病院	98	44.7%	69	46.0%	50	44.6%	16	55.2%	4	66.7%	3	75.0%
地域包括支援センター	53	24.2%	33	22.0%	22	19.6%	3	10.3%	2	33.3%	1	25.0%
入所系施設	46	21.0%	31	20.7%	29	25.9%	5	17.2%	0	0.0%	0	0.0%
通所・訪問系サービス	4	1.8%	4	2.7%	2	1.8%	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%
居宅介護支援事業所	1	0.5%	1	0.7%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
支援チーム	4	1.8%	1	0.7%	1	0.9%	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%
合計	219	100.0%	150	100.0%	112	100.0%	29	100.0%	6	100.0%	4	100.0%



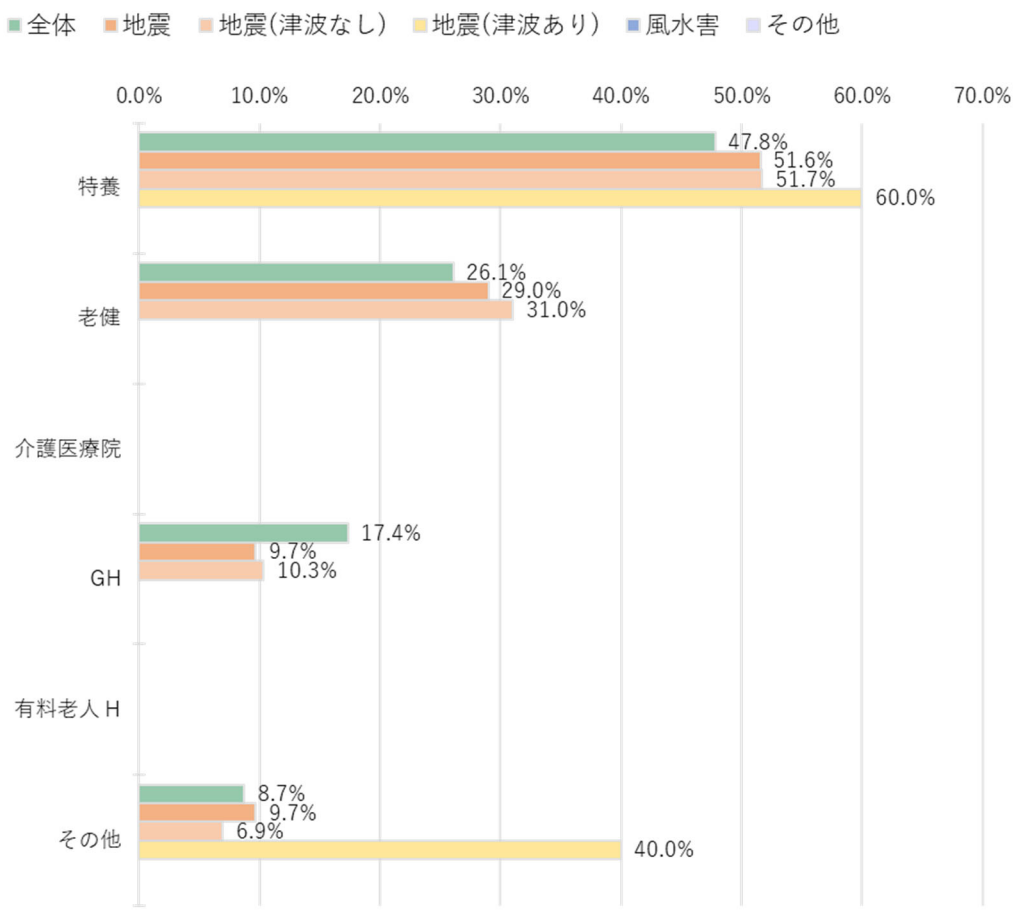
Q1 主たる所属施設等種別

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
認知症疾患医療センター	5	5.2%	4	5.9%	2	4.0%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%
大学病院	3	3.1%	2	2.9%	2	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
地域中核病院	11	11.3%	7	10.3%	8	16.0%	1	6.3%	0	0.0%	1	33.3%
一般病院	43	44.3%	28	41.2%	24	48.0%	5	31.3%	3	75.0%	2	66.7%
精神科病院	23	23.7%	17	25.0%	8	16.0%	7	43.8%	1	25.0%	0	0.0%
その他	12	12.4%	10	14.7%	6	12.0%	2	12.5%	0	0.0%	0	0.0%
合計	97	100.0%	68	100.0%	50	100.0%	16	100.0%	4	100.0%	3	100.0%



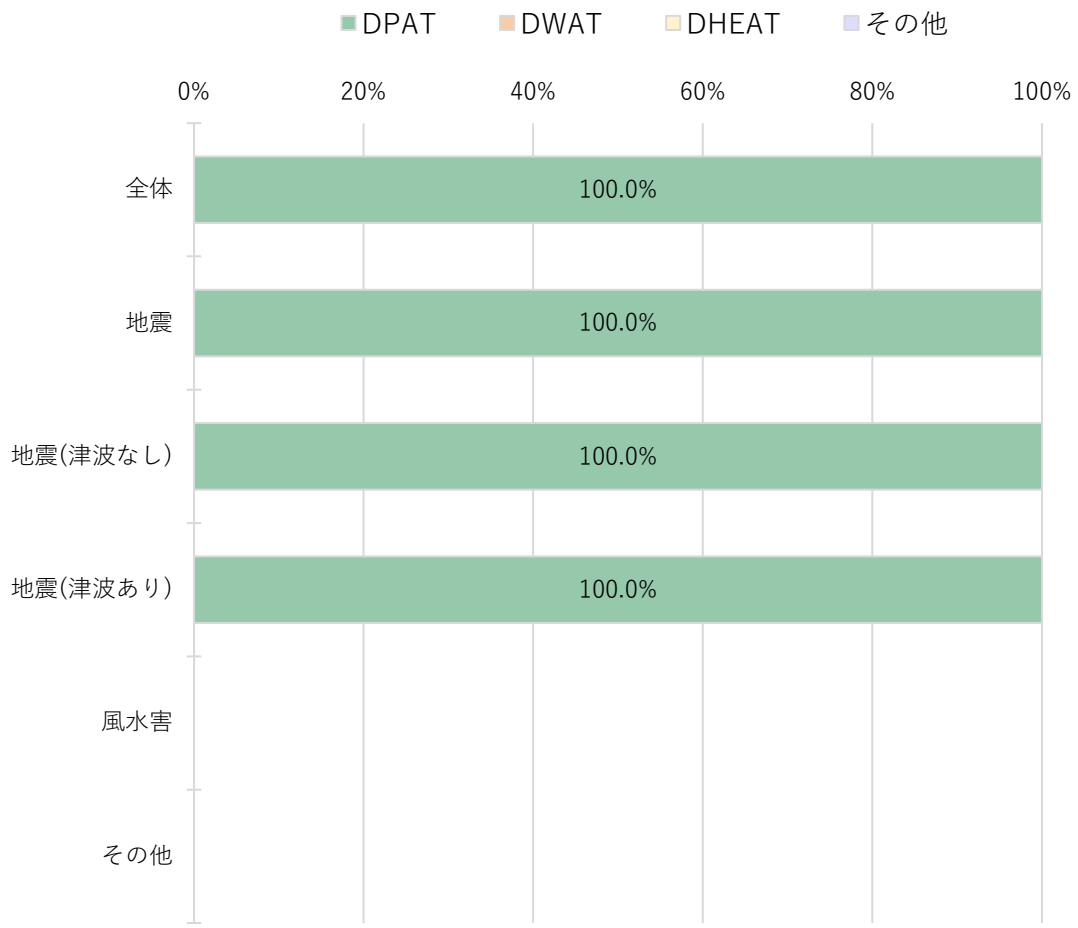
Q1 主たる所属施設等種別【入所系施設】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
特養	22	47.8%	16	51.6%	15	51.7%	3	60.0%	0	-	0	-
老健	12	26.1%	9	29.0%	9	31.0%	0	0.0%	0	-	0	-
介護医療院	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
GH	8	17.4%	3	9.7%	3	10.3%	0	0.0%	0	-	0	-
有料老人 H	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
その他	4	8.7%	3	9.7%	2	6.9%	2	40.0%	0	-	0	-
合計	46	100.0%	31	100.0%	29	100.0%	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%



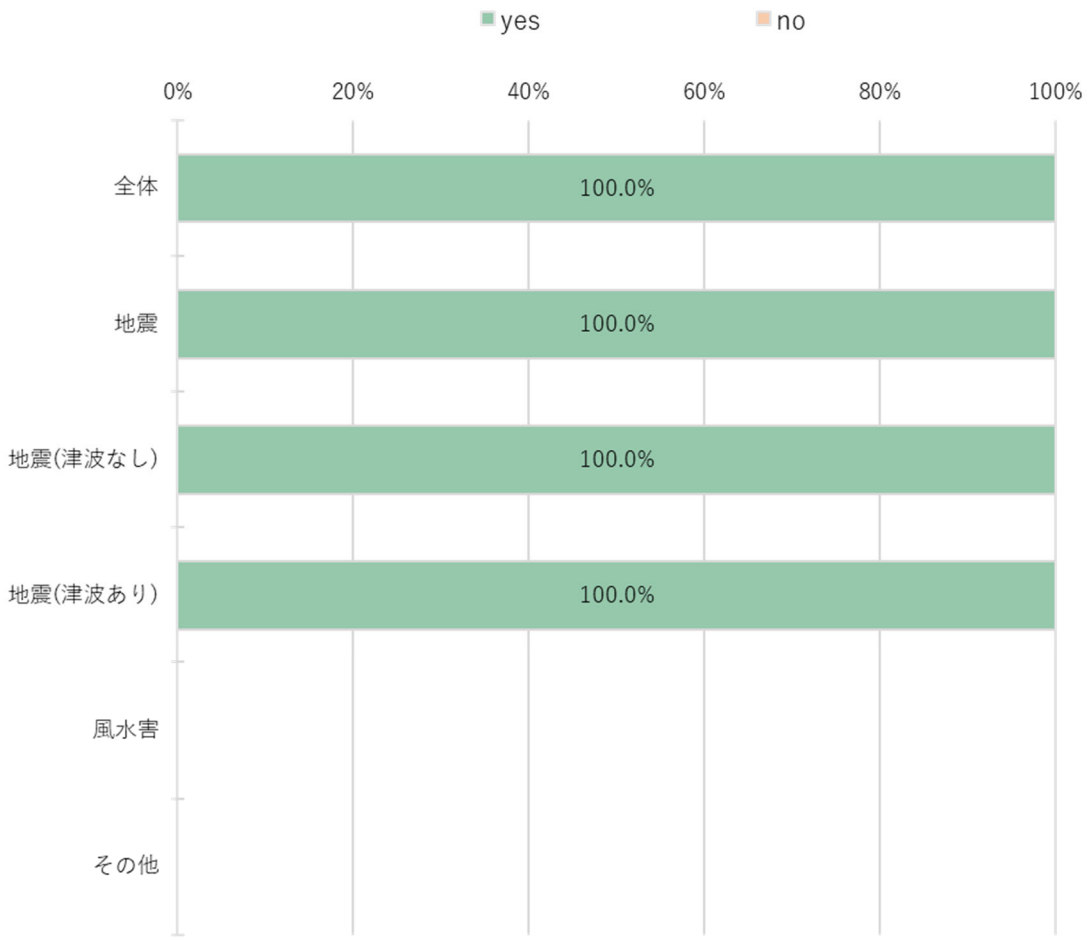
Q1 主たる所属施設等種別【支援チーム】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
DPAT	4	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	0	-	0	-
DWAT	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
DHEAT	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
合計	4	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%



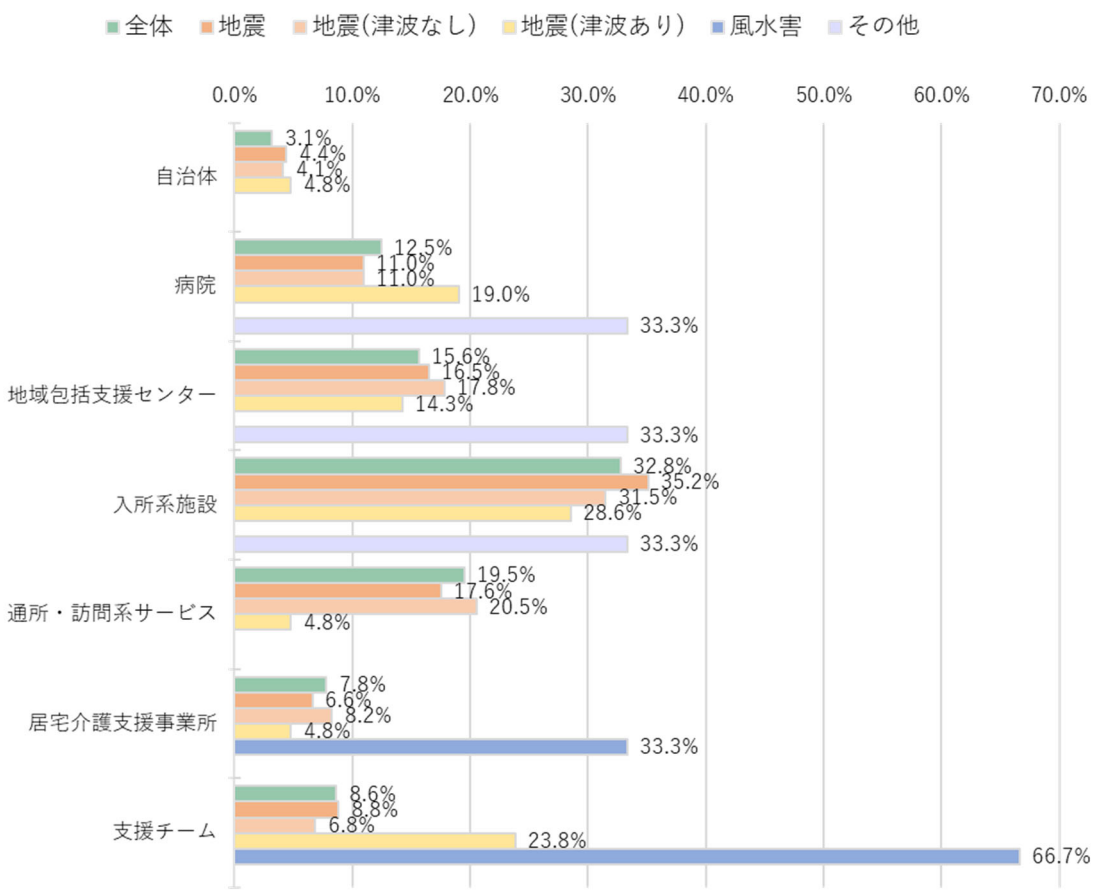
Q1 主たる所属施設等種別【支援チーム DPAT〔先遣隊〕】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
yes	4	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	0	-	0	-
no	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	-
合計	4	100.0%	1	100.0%	1	100.0%	2	100.0%	0	0.0%	0	0.0%



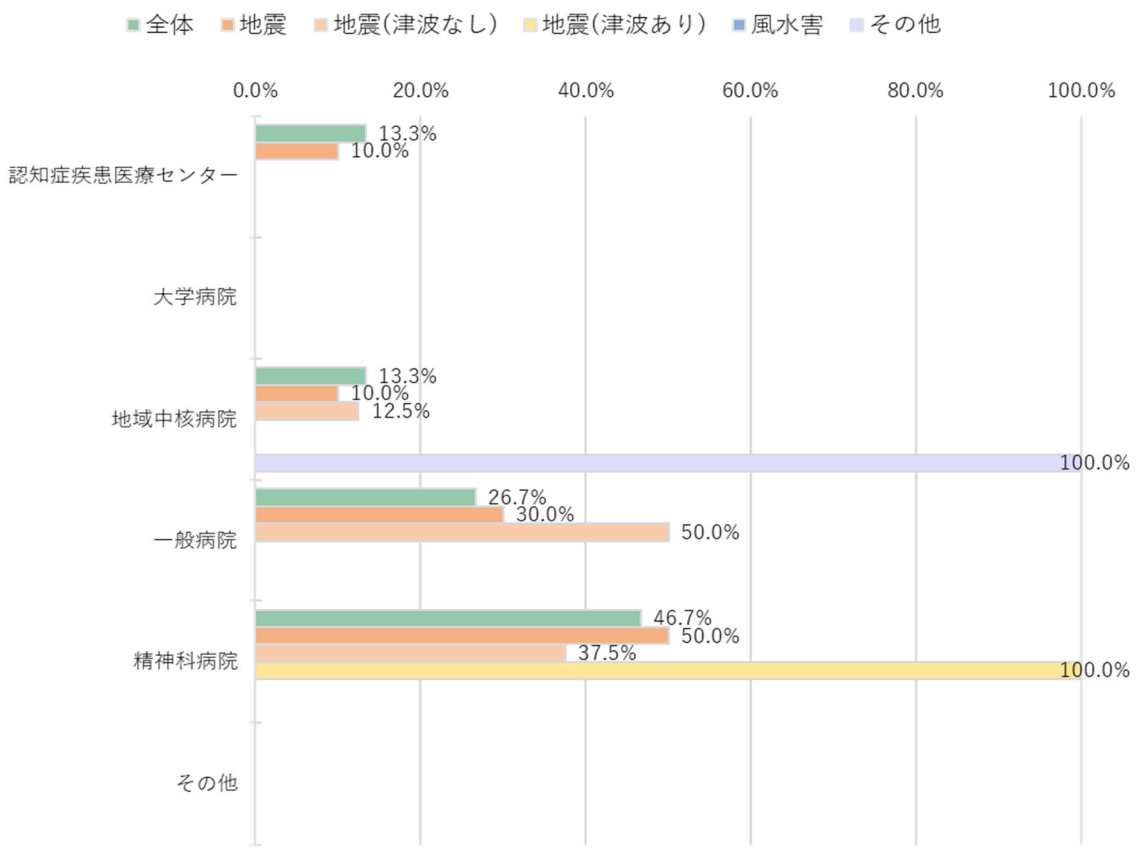
Q1-2 併任の所属施設等種別

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
自治体	4	3.1%	4	4.4%	3	4.1%	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%
病院	16	12.5%	10	11.0%	8	11.0%	4	19.0%	0	0.0%	1	33.3%
地域包括支援センター	20	15.6%	15	16.5%	13	17.8%	3	14.3%	0	0.0%	1	33.3%
入所系施設	42	32.8%	32	35.2%	23	31.5%	6	28.6%	0	0.0%	1	33.3%
通所・訪問系サービス	25	19.5%	16	17.6%	15	20.5%	1	4.8%	0	0.0%	0	0.0%
居宅介護支援事業所	10	7.8%	6	6.6%	6	8.2%	1	4.8%	1	33.3%	0	0.0%
支援チーム	11	8.6%	8	8.8%	5	6.8%	5	23.8%	2	66.7%	0	0.0%
合計	128	100.0%	91	100.0%	73	100.0%	21	100.0%	3	100.0%	3	100.0%



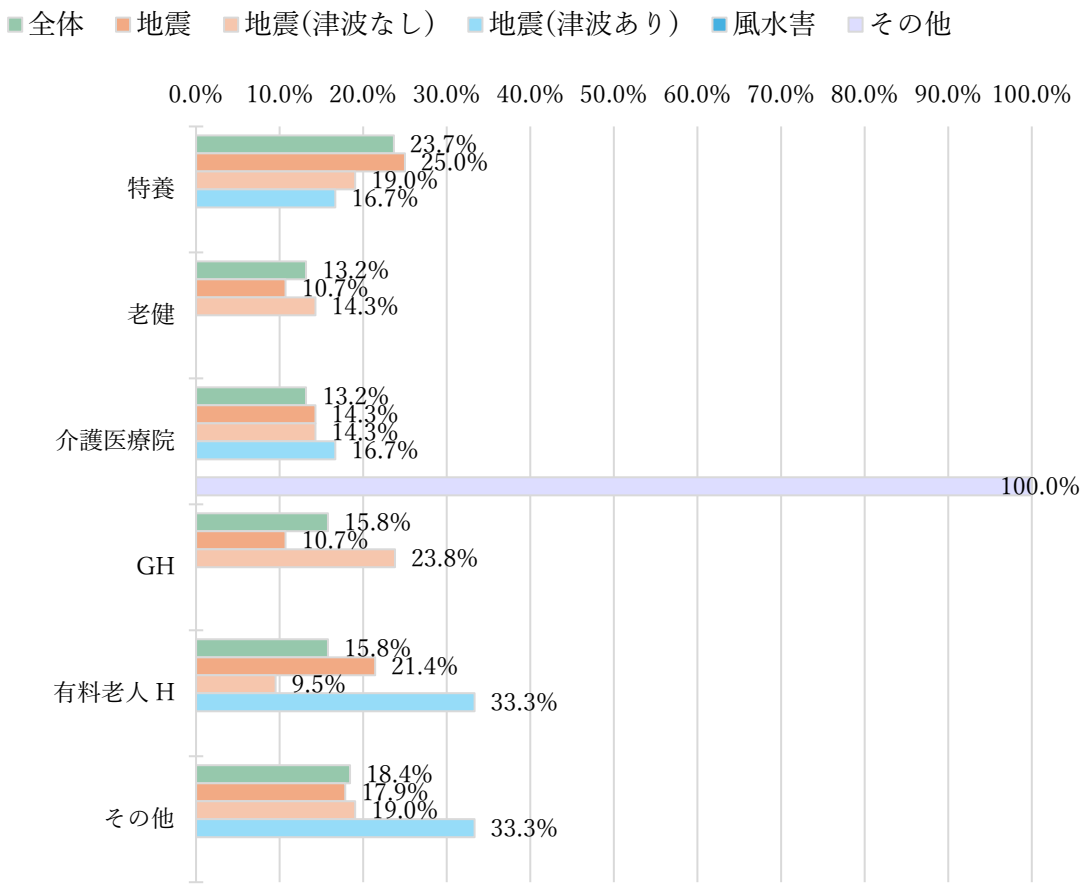
Q1-2 併任の所属施設等種別【病院】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
認知症疾患医療センター	2	13.3%	1	10.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
大学病院	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
地域中核病院	2	13.3%	1	10.0%	1	12.5%	0	0.0%	0	-	1	100.0%
一般病院	4	26.7%	3	30.0%	4	50.0%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
精神科病院	7	46.7%	5	50.0%	3	37.5%	3	100.0%	0	-	0	0.0%
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
合計	15	100.0%	10	100.0%	8	100.0%	3	100.0%	0	0.0%	1	100.0%



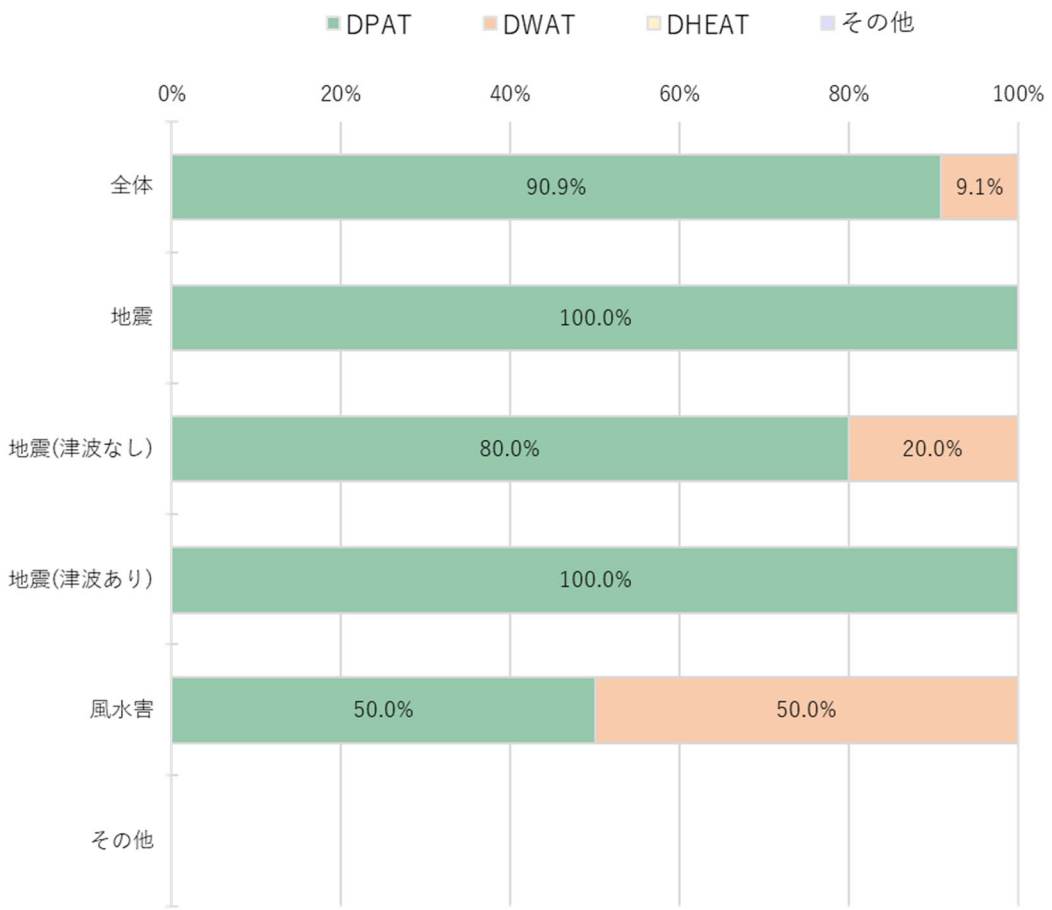
Q1-2 併任の所属施設等種別【入所系施設】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
特養	9	23.7%	7	25.0%	4	19.0%	1	16.7%	0	-	0	0.0%
老健	5	13.2%	3	10.7%	3	14.3%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
介護医療院	5	13.2%	4	14.3%	3	14.3%	1	16.7%	0	-	1	100.0%
GH	6	15.8%	3	10.7%	5	23.8%	0	0.0%	0	-	0	0.0%
有料老人 H	6	15.8%	6	21.4%	2	9.5%	2	33.3%	0	-	0	0.0%
その他	7	18.4%	5	17.9%	4	19.0%	2	33.3%	0	-	0	0.0%
合計	38	100.0%	28	100.0%	21	100.0%	6	100.0%	0	0.0%	1	100.0%



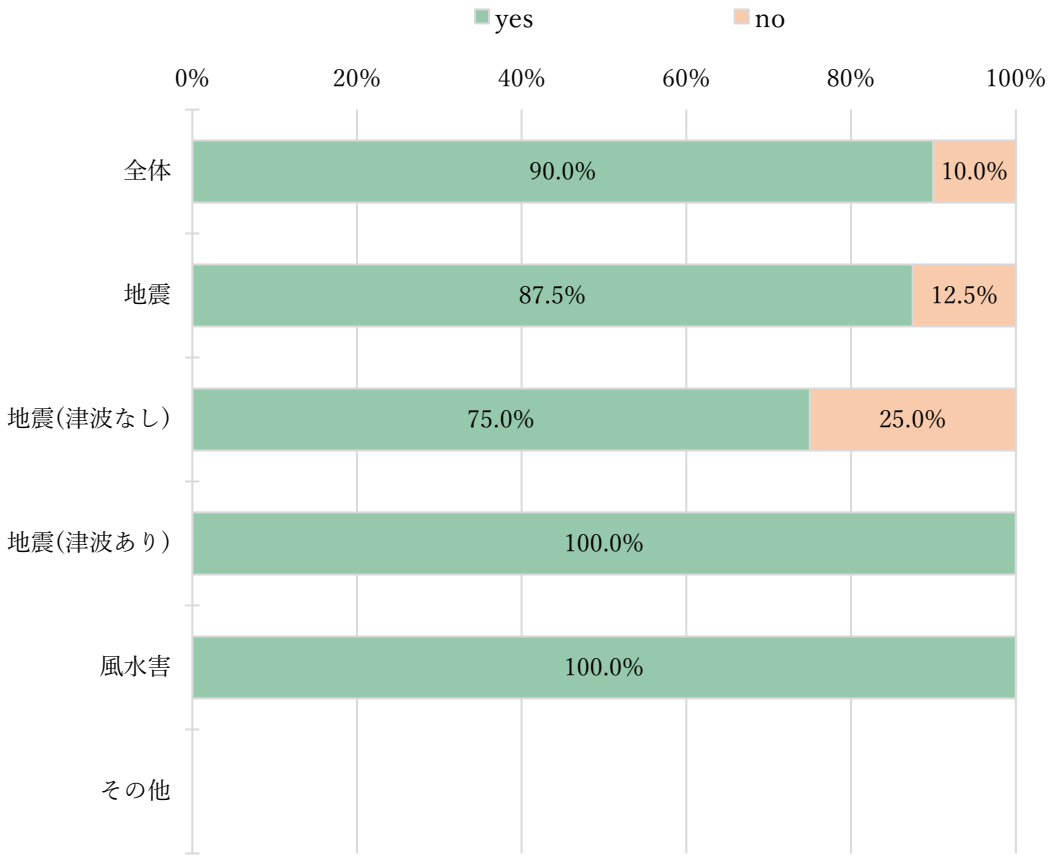
Q1-2 併任の所属施設等種別【支援チーム】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
DPAT	10	90.9%	8	100.0%	4	80.0%	5	100.0%	1	50.0%	0	-
DWAT	1	9.1%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	-
DHEAT	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-
合計	11	100.0%	8	100.0%	5	100.0%	5	100.0%	2	100.0%	0	0.0%



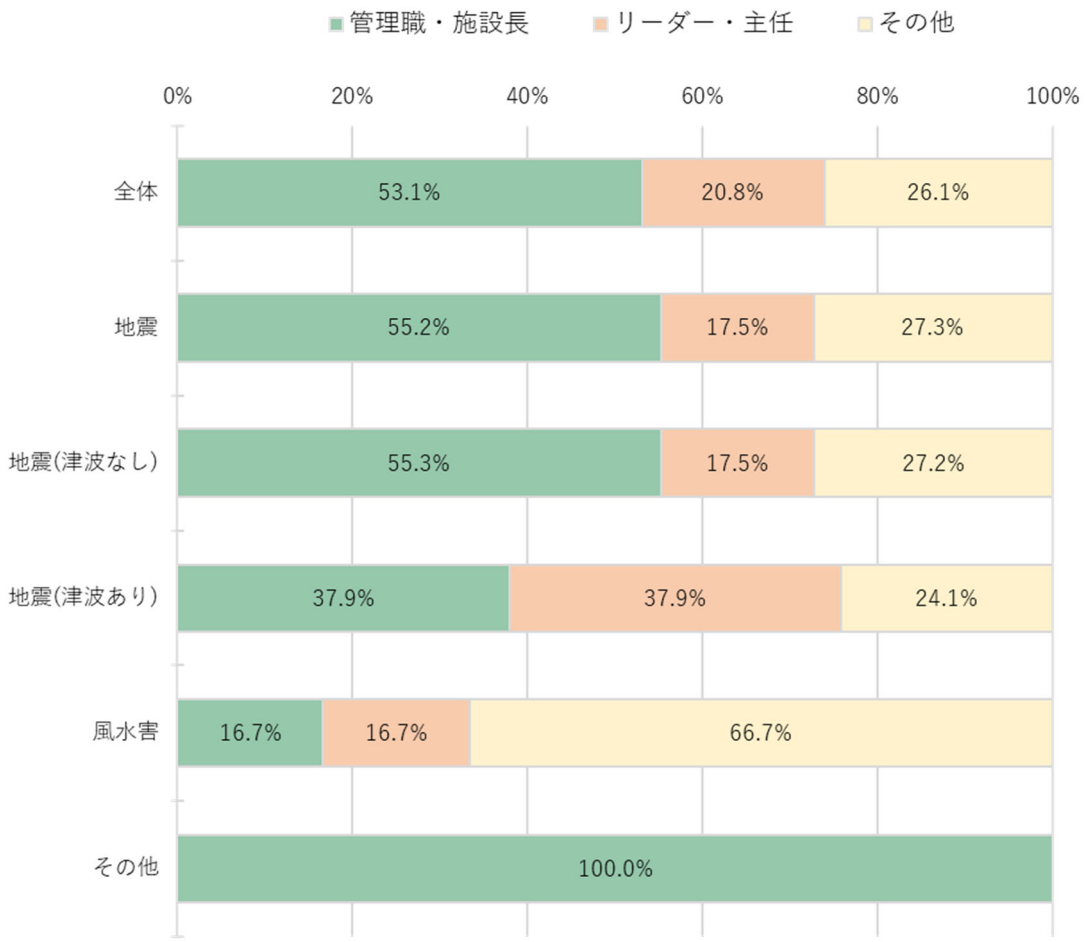
Q1-2 併任の所属施設等種別【支援チーム DPAT〔先遣隊〕】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
yes	9	90.0%	7	87.5%	3	75.0%	5	100.0%	1	100.0%	0	-
no	1	10.0%	1	12.5%	1	25.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	-
合計	10	100.0%	8	100.0%	4	100.0%	5	100.0%	1	100.0%	0	0.0%



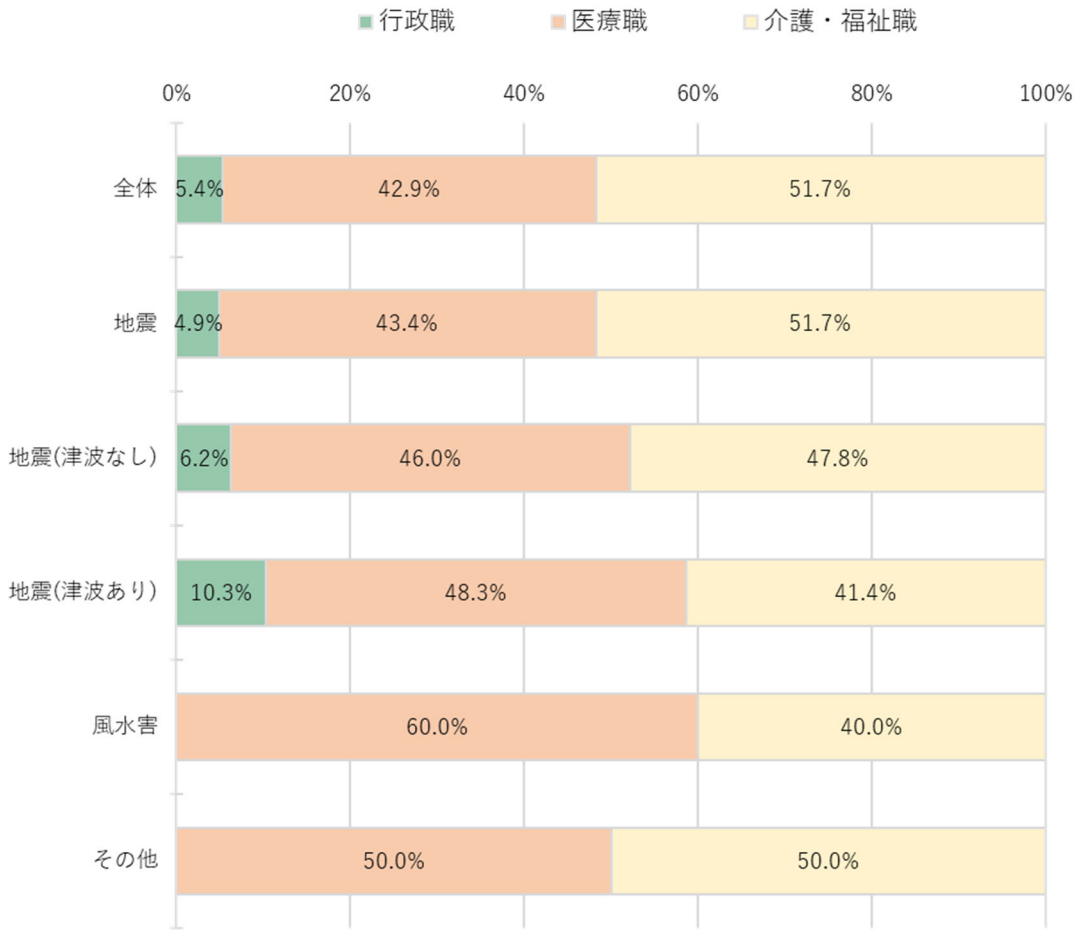
Q2 回答者

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
管理職・施設長	110	53.1%	79	55.2%	63	55.3%	11	37.9%	1	16.7%	4	100.0%
リーダー・主任	43	20.8%	25	17.5%	20	17.5%	11	37.9%	1	16.7%	0	0.0%
その他	54	26.1%	39	27.3%	31	27.2%	7	24.1%	4	66.7%	0	0.0%
合計	207	100.0%	143	100.0%	114	100.0%	29	100.0%	6	100.0%	4	100.0%



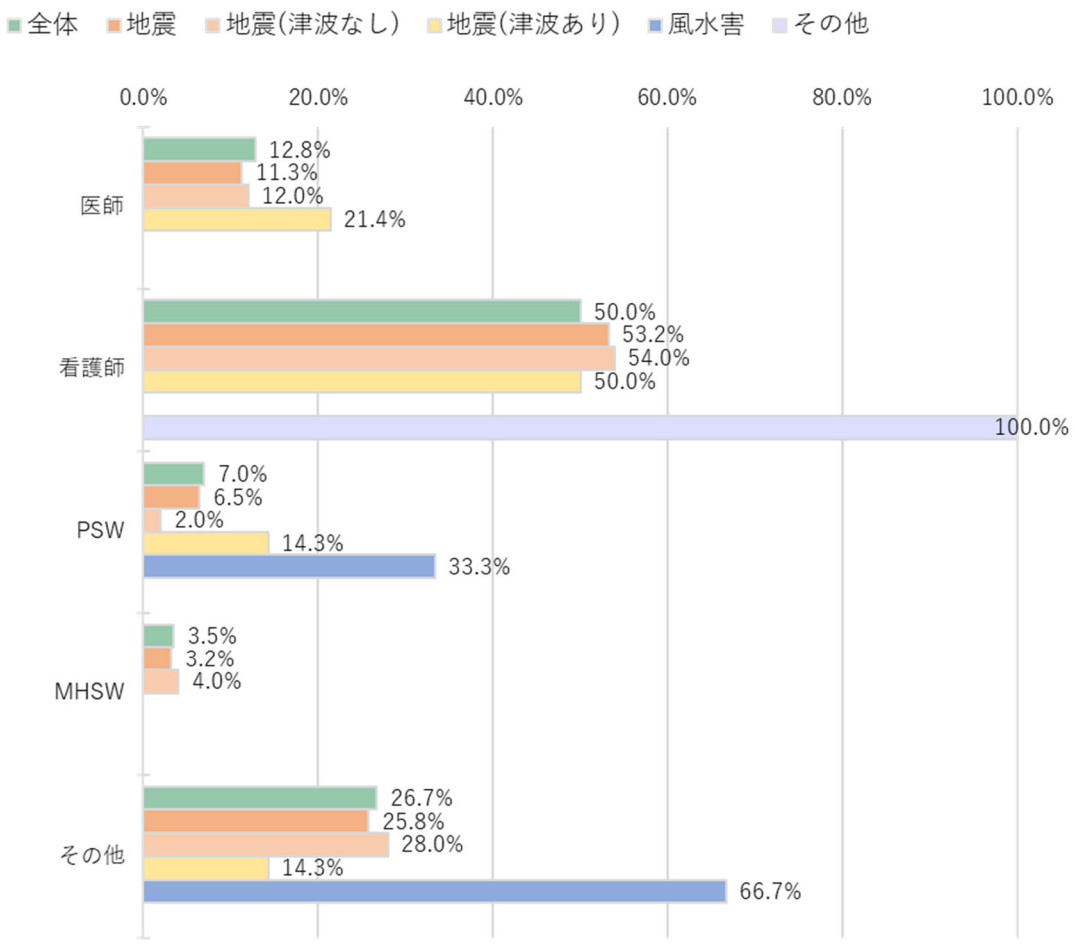
Q3 回答者職種

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
行政職	11	5.4%	7	4.9%	7	6.2%	3	10.3%	0	0.0%	0	0.0%
医療職	88	42.9%	62	43.4%	52	46.0%	14	48.3%	3	60.0%	2	50.0%
介護・福祉職	106	51.7%	74	51.7%	54	47.8%	12	41.4%	2	40.0%	2	50.0%
合計	205	100.0%	143	100.0%	113	100.0%	29	100.0%	5	100.0%	4	100.0%



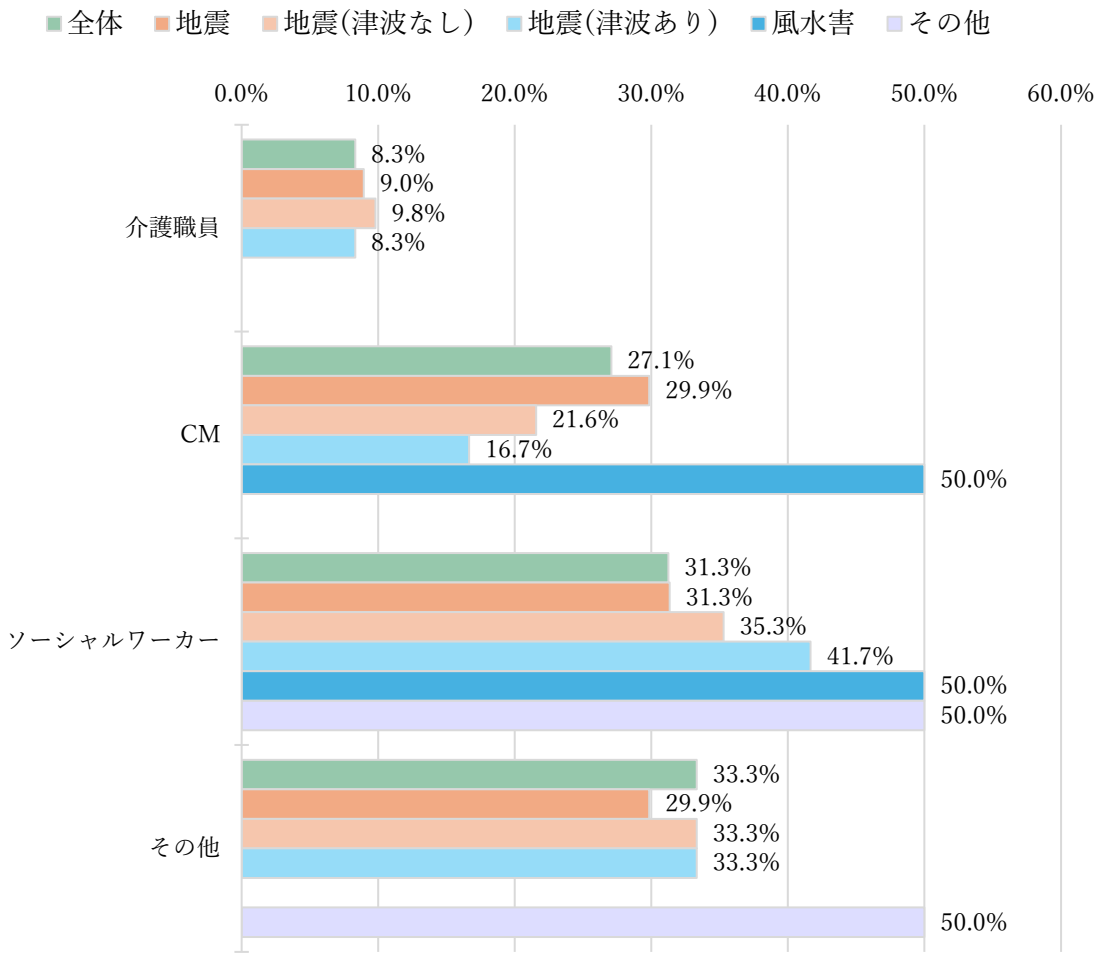
Q3 回答者職種【医療職】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
医師	11	12.8%	7	11.3%	6	12.0%	3	21.4%	0	0.0%	0	0.0%
看護師	43	50.0%	33	53.2%	27	54.0%	7	50.0%	0	0.0%	2	100.0%
PSW	6	7.0%	4	6.5%	1	2.0%	2	14.3%	1	33.3%	0	0.0%
MHSW	3	3.5%	2	3.2%	2	4.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	23	26.7%	16	25.8%	14	28.0%	2	14.3%	2	66.7%	0	0.0%
合計	86	100.0%	62	100.0%	50	100.0%	14	100.0%	3	100.0%	2	100.0%



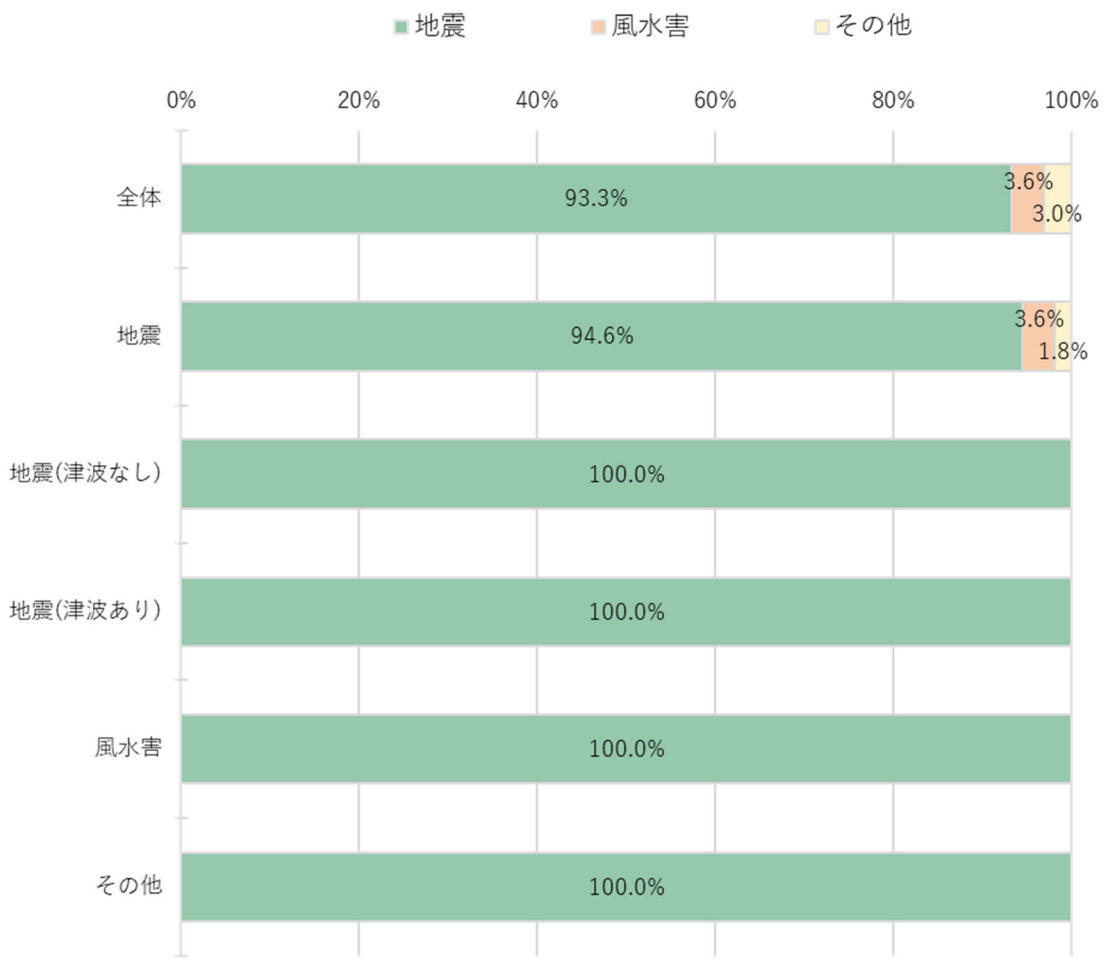
Q3 回答者職種【介護・福祉職】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
介護職員	8	8.3%	6	9.0%	5	9.8%	1	8.3%	0	0.0%	0	0.0%
CM	26	27.1%	20	29.9%	11	21.6%	2	16.7%	1	50.0%	0	0.0%
ソーシャルワーカー	30	31.3%	21	31.3%	18	35.3%	5	41.7%	1	50.0%	1	50.0%
その他	32	33.3%	20	29.9%	17	33.3%	4	33.3%	0	0.0%	1	50.0%
合計	96	100.0%	67	100.0%	51	100.0%	12	100.0%	2	100.0%	2	100.0%



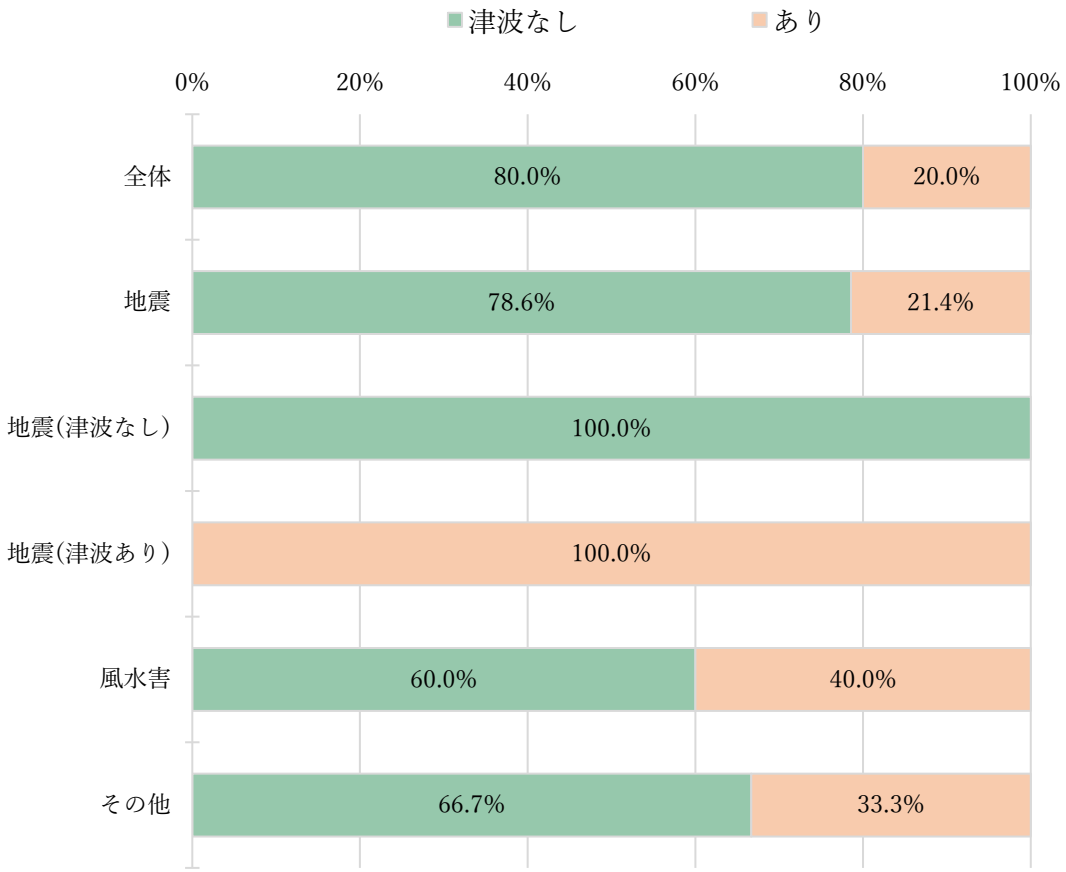
Q4 被災種別

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
地震	154	93.3%	105	94.6%	116	100.0%	29	100.0%	5	100.0%	3	100.0%
風水害	6	3.6%	4	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	5	3.0%	2	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	165	100.0%	111	100.0%	116	100.0%	29	100.0%	5	100.0%	3	100.0%



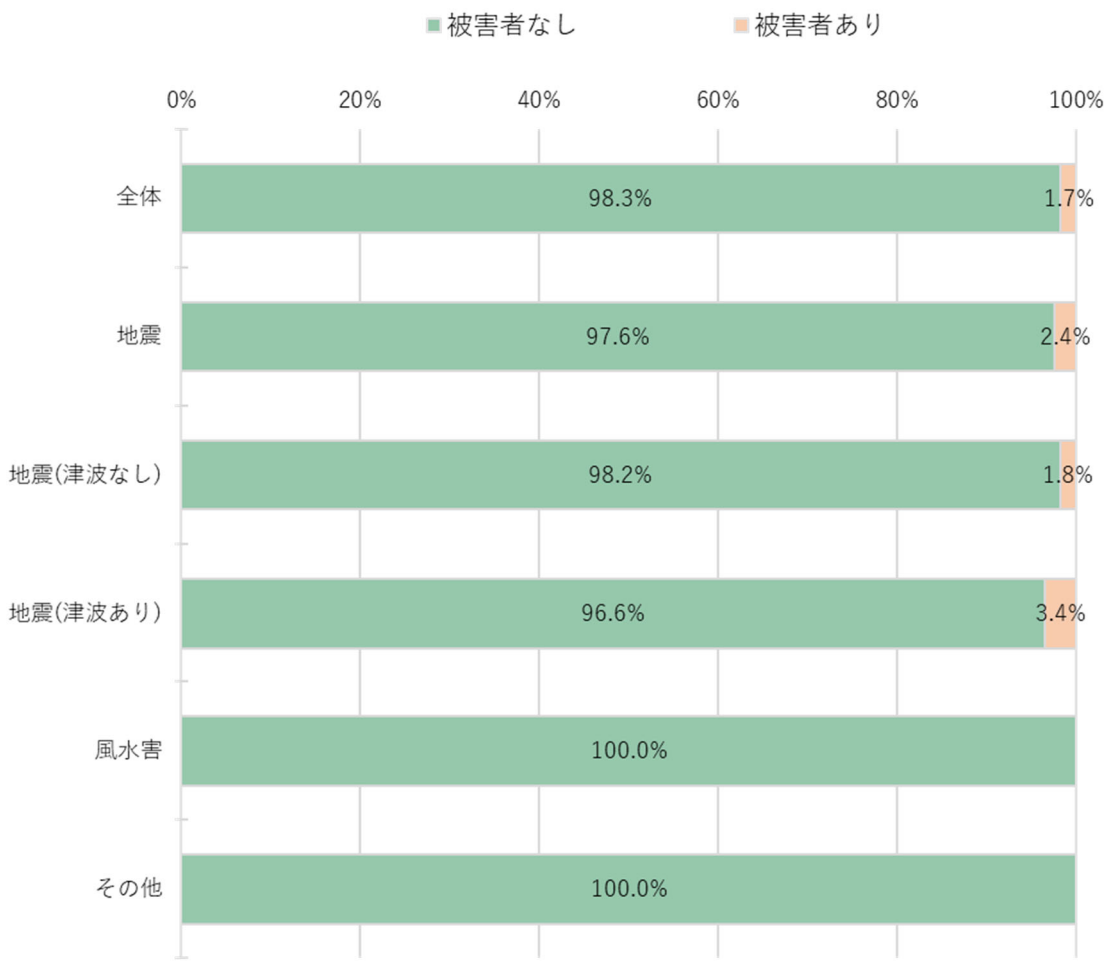
Q4 被災種別【地震】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
津波なし	116	80.0%	77	78.6%	116	100.0%	0	0.0%	3	60.0%	2	66.7%
あり	29	20.0%	21	21.4%	0	0.0%	29	100.0%	2	40.0%	1	33.3%
合計	145	100.0%	98	100.0%	116	100.0%	29	100.0%	5	100.0%	3	100.0%



Q7 職員人的被害状況

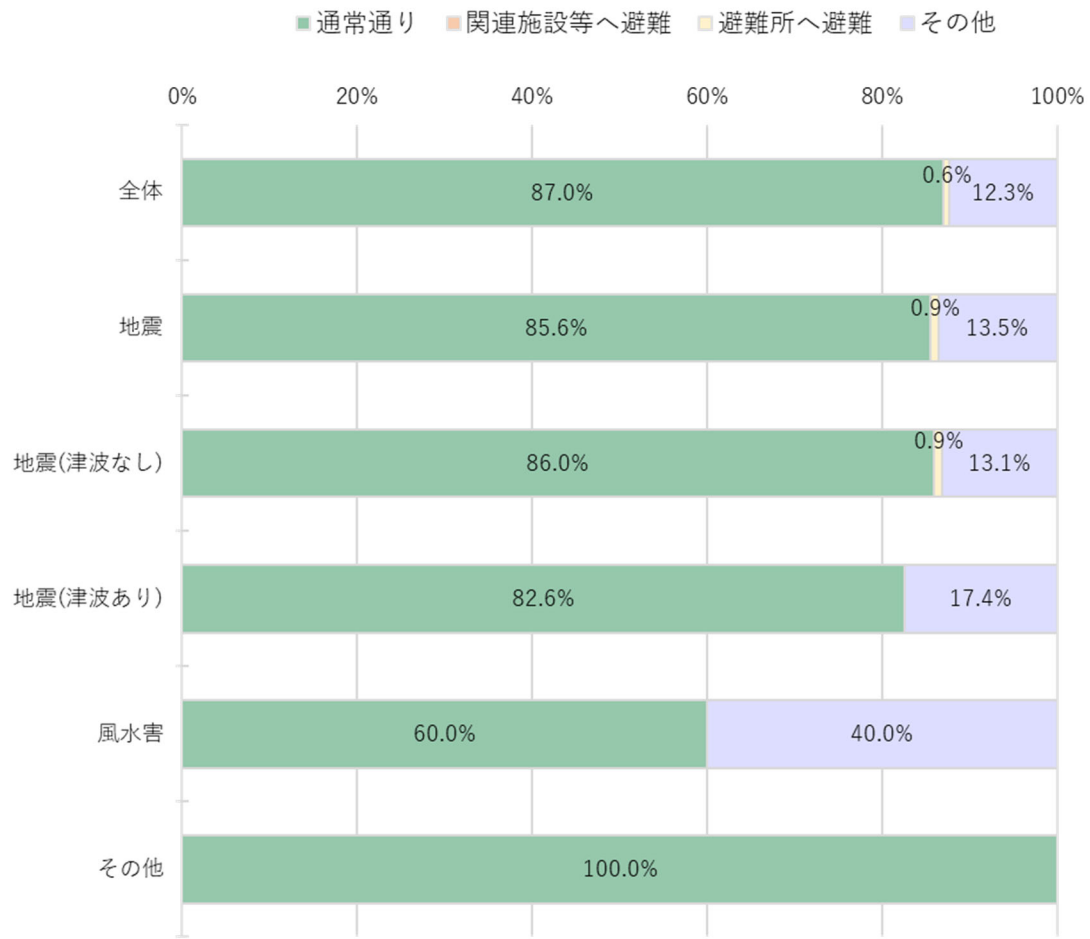
被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
被害者なし	178	98.3%	120	97.6%	112	98.2%	28	96.6%	6	100.0%	3	100.0%
被害者あり	3	1.7%	3	2.4%	2	1.8%	1	3.4%	0	0.0%	0	0.0%
合計	181	100.0%	123	100.0%	114	100.0%	29	100.0%	6	100.0%	3	100.0%



Q8 被災直後の施設運営

【 翌日 】

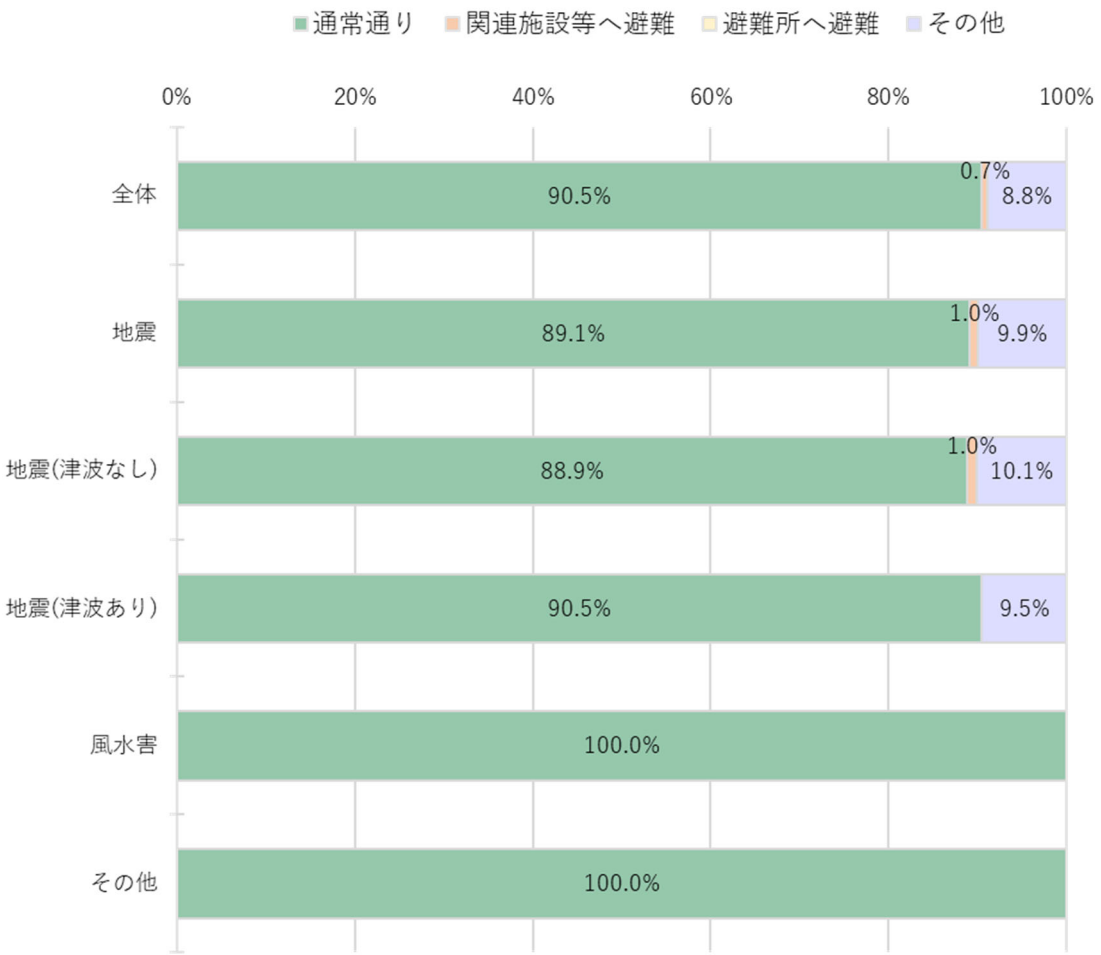
被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
通常通り	141	87.0%	95	85.6%	92	86.0%	19	82.6%	3	60.0%	3	100.0%
関連施設等へ避難	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
避難所へ避難	1	0.6%	1	0.9%	1	0.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	20	12.3%	15	13.5%	14	13.1%	4	17.4%	2	40.0%	0	0.0%
合計	162	100.0%	111	100.0%	107	100.0%	23	100.0%	5	100.0%	3	100.0%



Q8 被災直後の施設運営

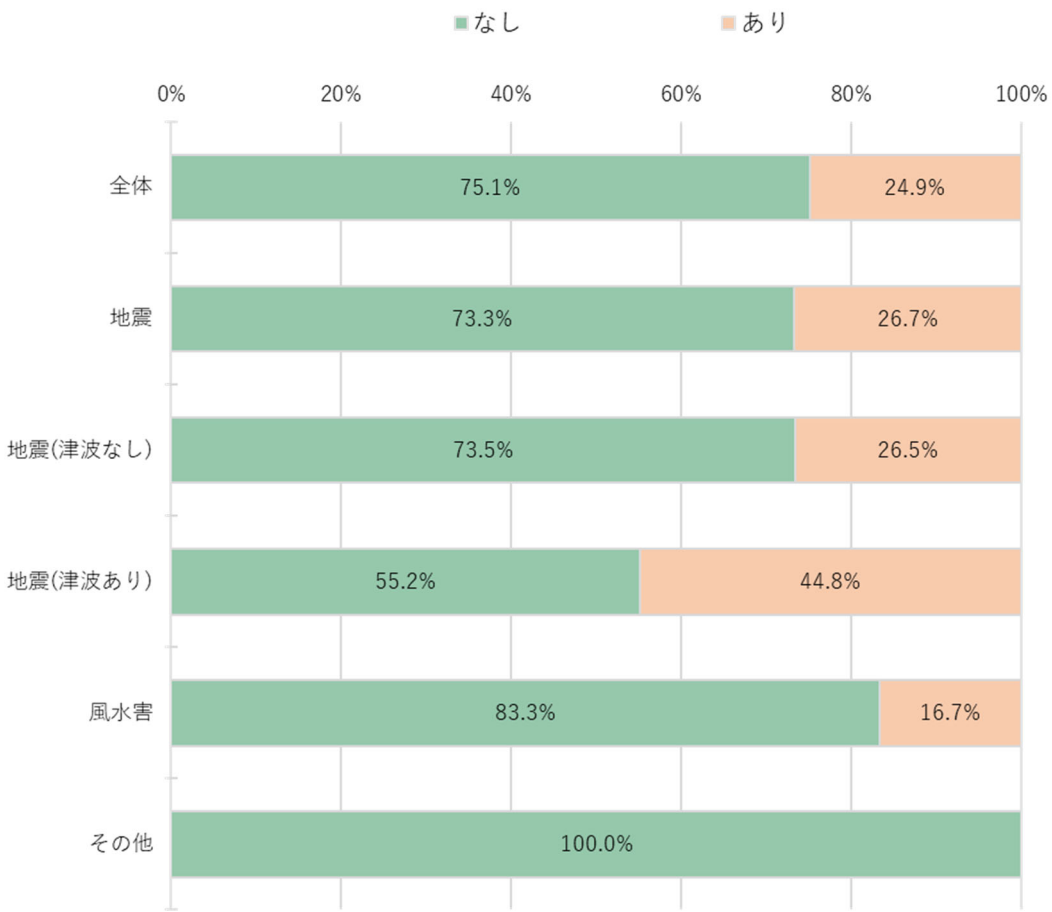
【 3日後 】

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
通常通り	133	90.5%	90	89.1%	88	88.9%	19	90.5%	5	100.0%	3	100.0%
関連施設等へ避難	1	0.7%	1	1.0%	1	1.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
避難所へ避難	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	13	8.8%	10	9.9%	10	10.1%	2	9.5%	0	0.0%	0	0.0%
合計	147	100.0%	101	100.0%	99	100.0%	21	100.0%	5	100.0%	3	100.0%



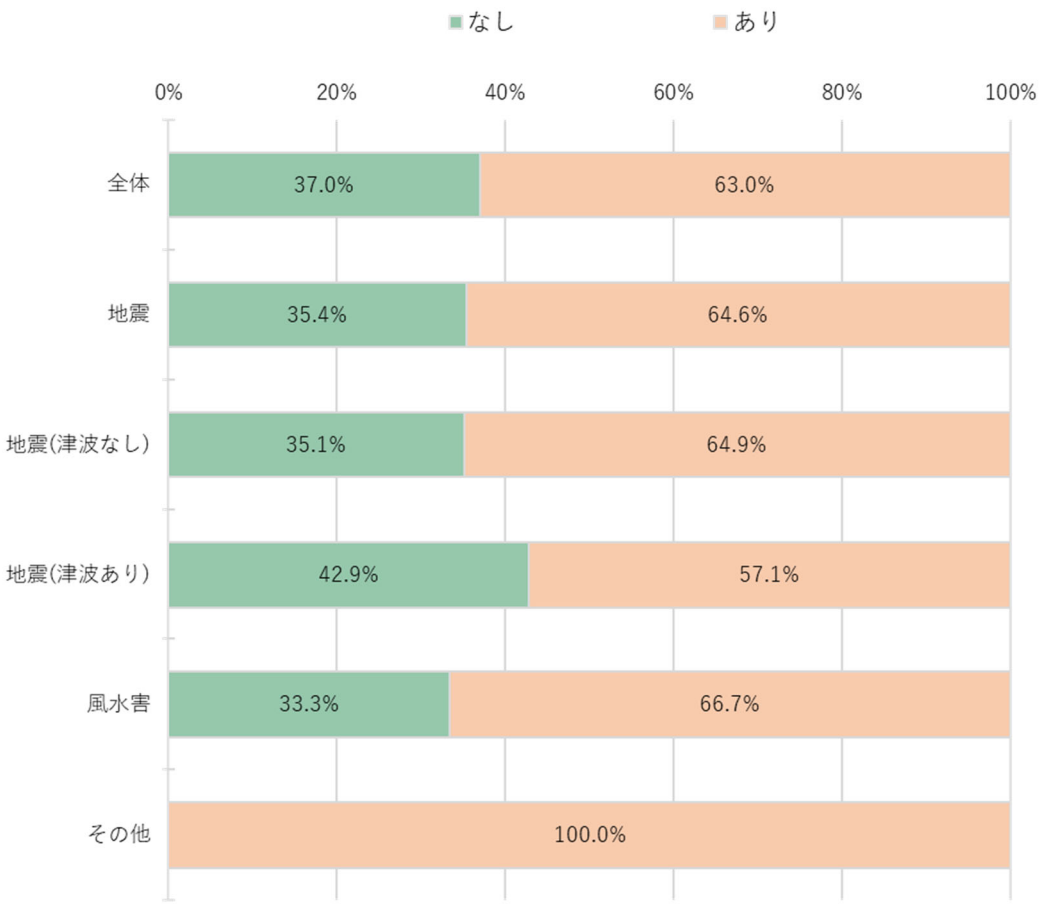
Q9 ライフラインの被災状況

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
なし	133	75.1%	88	73.3%	83	73.5%	16	55.2%	5	83.3%	3	100.0%
あり	44	24.9%	32	26.7%	30	26.5%	13	44.8%	1	16.7%	0	0.0%
合計	177	100.0%	120	100.0%	113	100.0%	29	100.0%	6	100.0%	3	100.0%



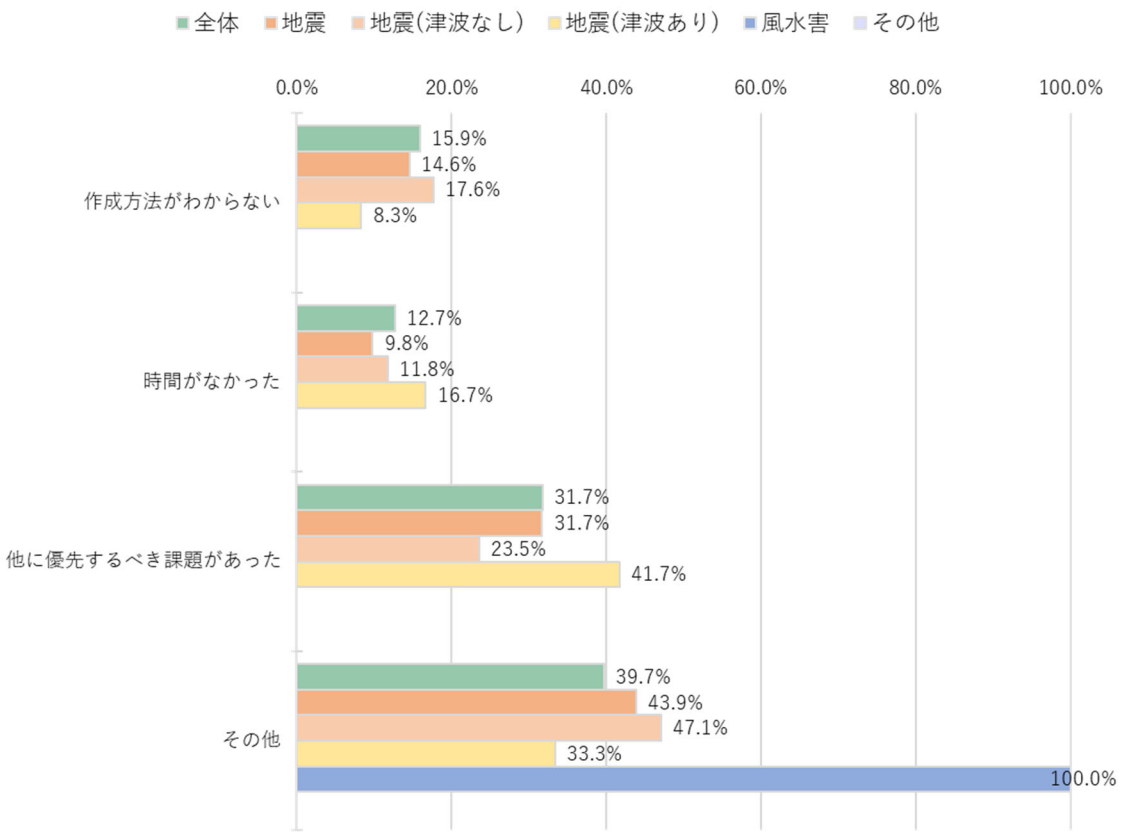
Q11 今回の災害以前に避難計画等を策定していましたか

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
なし	71	37.0%	46	35.4%	39	35.1%	12	42.9%	2	33.3%	0	0.0%
あり	121	63.0%	84	64.6%	72	64.9%	16	57.1%	4	66.7%	3	100.0%
合計	192	100.0%	130	100.0%	111	100.0%	28	100.0%	6	100.0%	3	100.0%



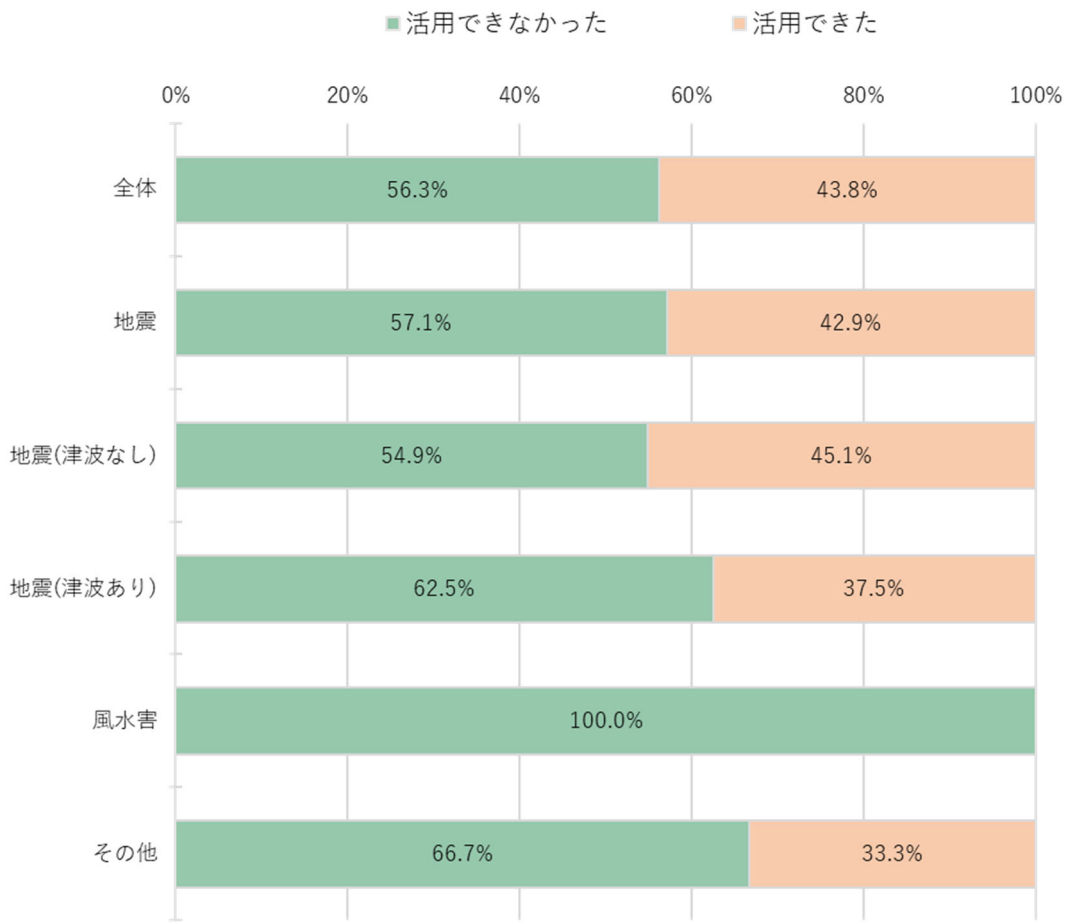
Q12 策定していなかった場合お答えください　作成していなかった理由

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
作成方法がわからない	10	15.9%	6	14.6%	6	17.6%	1	8.3%	0	0.0%	0	-
時間がなかった	8	12.7%	4	9.8%	4	11.8%	2	16.7%	0	0.0%	0	-
他に優先するべき課題があった	20	31.7%	13	31.7%	8	23.5%	5	41.7%	0	0.0%	0	-
その他	25	39.7%	18	43.9%	16	47.1%	4	33.3%	2	100.0%	0	-
合計	63	100.0%	41	100.0%	34	100.0%	12	100.0%	2	100.0%	0	0.0%



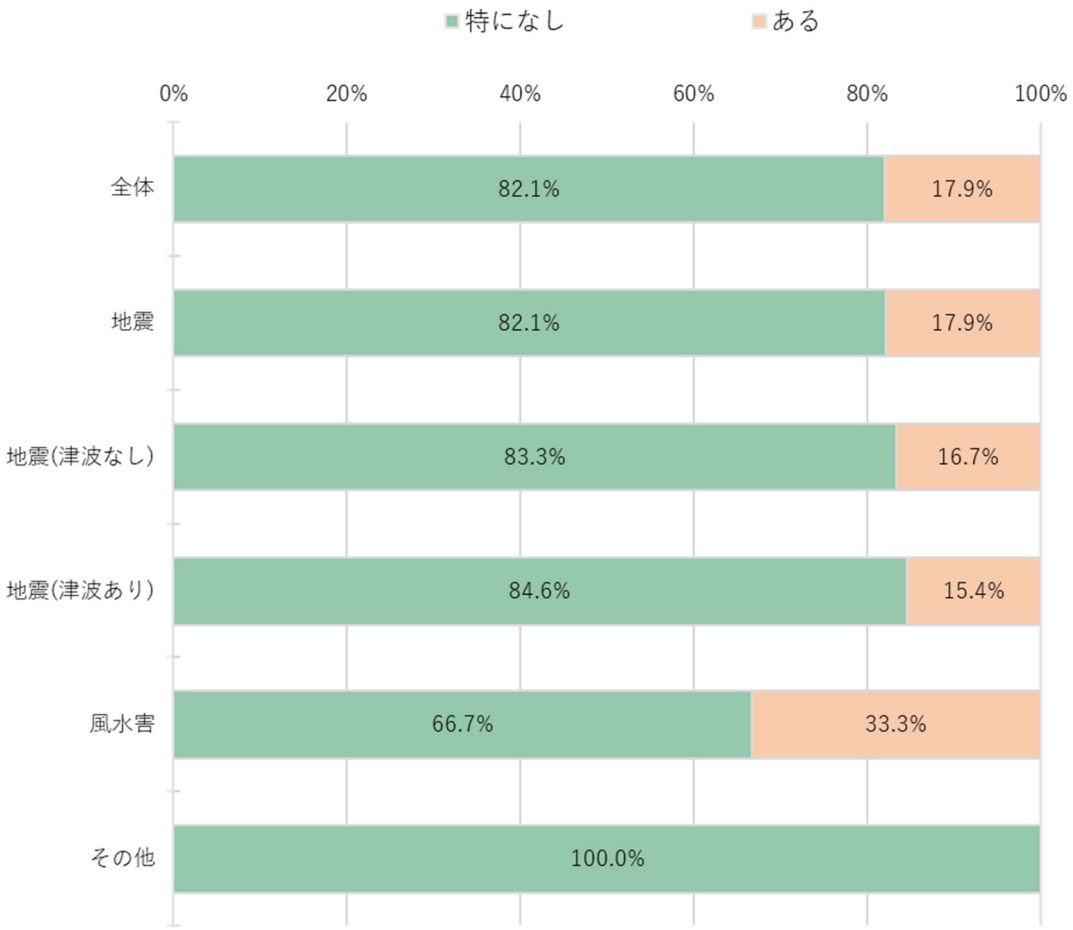
Q13 策定していた場合お答えください

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
活用できなかった	63	56.3%	44	57.1%	39	54.9%	10	62.5%	3	100.0%	2	66.7%
活用できた	49	43.8%	33	42.9%	32	45.1%	6	37.5%	0	0.0%	1	33.3%
合計	112	100.0%	77	100.0%	71	100.0%	16	100.0%	3	100.0%	3	100.0%



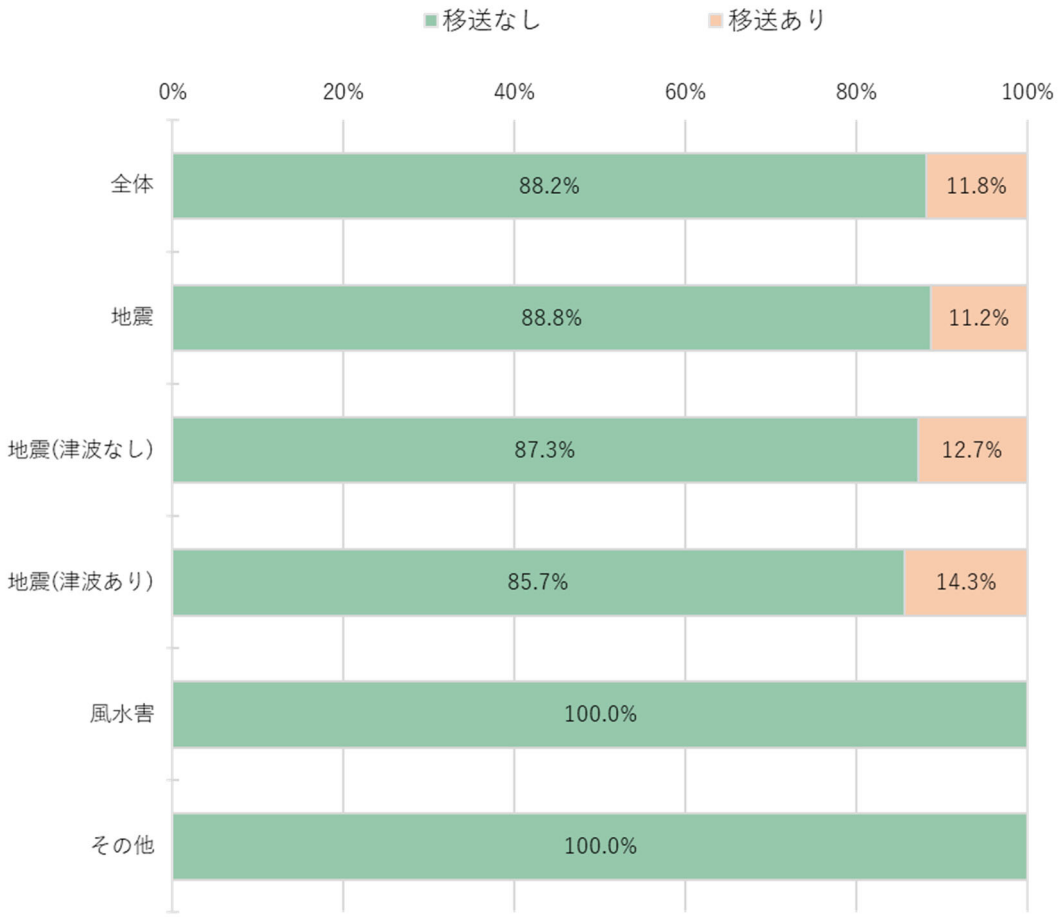
Q15 認知症のある要介護高齢者等の介護者への対応として特に工夫して取り組んだことがありますか

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
特になし	151	82.1%	101	82.1%	90	83.3%	22	84.6%	4	66.7%	3	100.0%
ある	33	17.9%	22	17.9%	18	16.7%	4	15.4%	2	33.3%	0	0.0%
合計	184	100.0%	123	100.0%	108	100.0%	26	100.0%	6	100.0%	3	100.0%



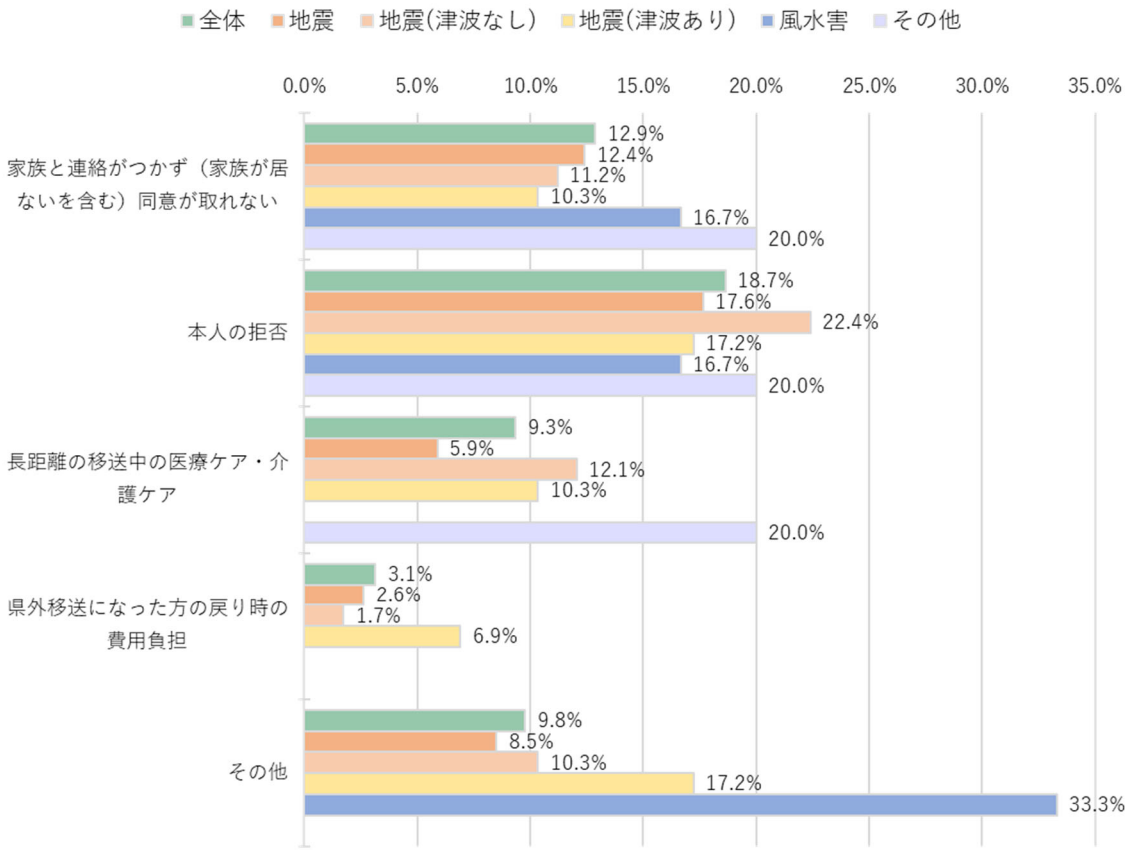
Q17 認知症のある要介護高齢者等の入所・入院の患者移送を行いましたか

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
移送なし	165	88.2%	111	88.8%	96	87.3%	24	85.7%	6	100.0%	3	100.0%
移送あり	22	11.8%	14	11.2%	14	12.7%	4	14.3%	0	0.0%	0	0.0%
合計	187	100.0%	125	100.0%	110	100.0%	28	100.0%	6	100.0%	3	100.0%



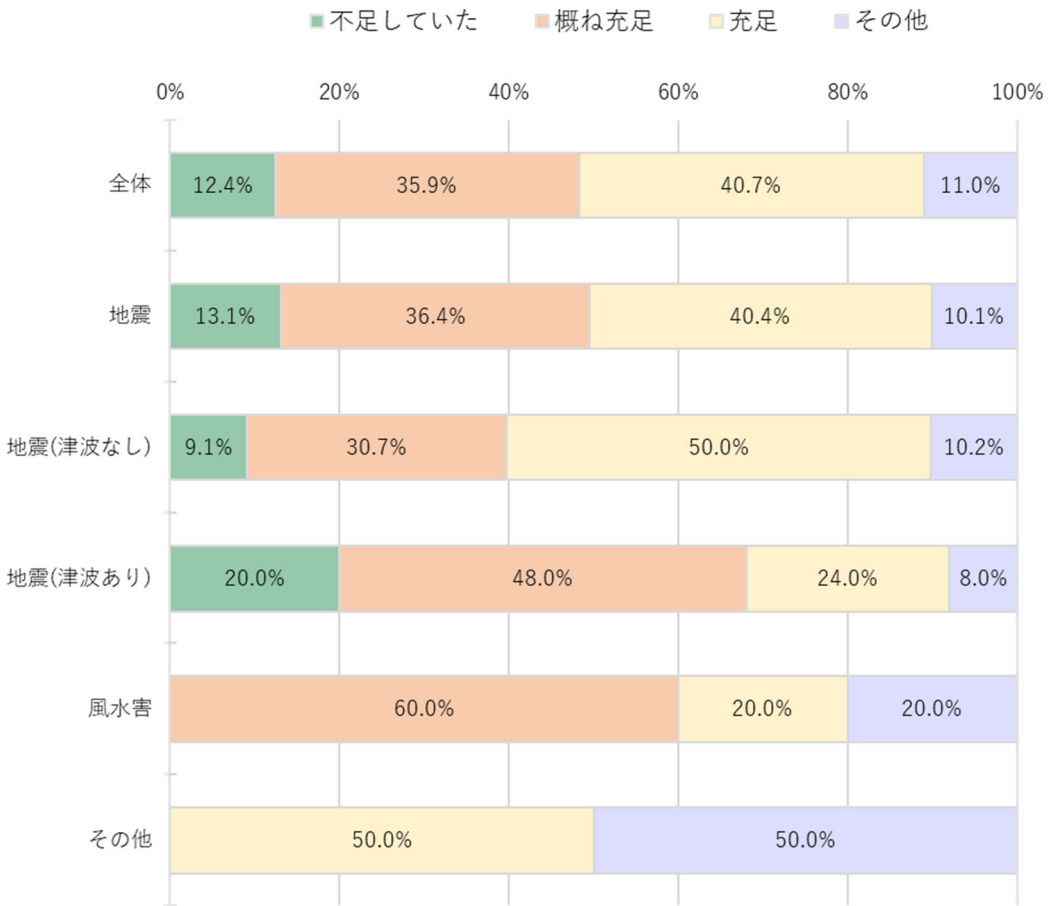
Q18 認知症があることにより課題と感じたことはありましたか（複数回答可）

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
家族と連絡がつかず（家族が居ないを含む）同意が取れない	29	12.9%	19	12.4%	13	11.2%	3	10.3%	1	16.7%	1	20.0%
本人の拒否	42	18.7%	27	17.6%	26	22.4%	5	17.2%	1	16.7%	1	20.0%
長距離の移送中の医療ケア・介護ケア	21	9.3%	9	5.9%	14	12.1%	3	10.3%	0	0.0%	1	20.0%
県外移送になった方の戻り時の費用負担	7	3.1%	4	2.6%	2	1.7%	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%
その他	22	9.8%	13	8.5%	12	10.3%	5	17.2%	2	33.3%	0	0.0%
回答者数	225	-	153	-	116	-	29	-	6	-	5	-



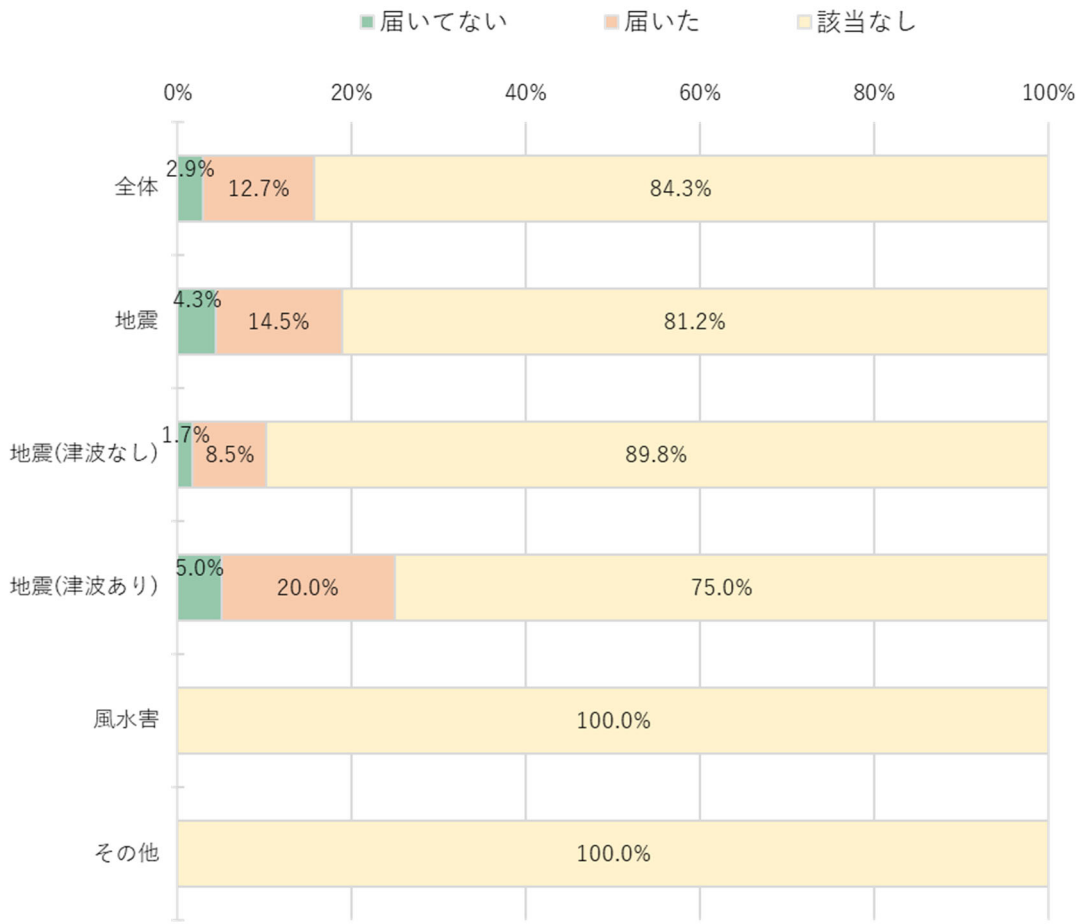
Q19 物資調達は十分でしたか

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
不足していた	18	12.4%	13	13.1%	8	9.1%	5	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
概ね充足	52	35.9%	36	36.4%	27	30.7%	12	48.0%	3	60.0%	0	0.0%
充足	59	40.7%	40	40.4%	44	50.0%	6	24.0%	1	20.0%	1	50.0%
その他	16	11.0%	10	10.1%	9	10.2%	2	8.0%	1	20.0%	1	50.0%
合計	145	100.0%	99	100.0%	88	100.0%	25	100.0%	5	100.0%	2	100.0%



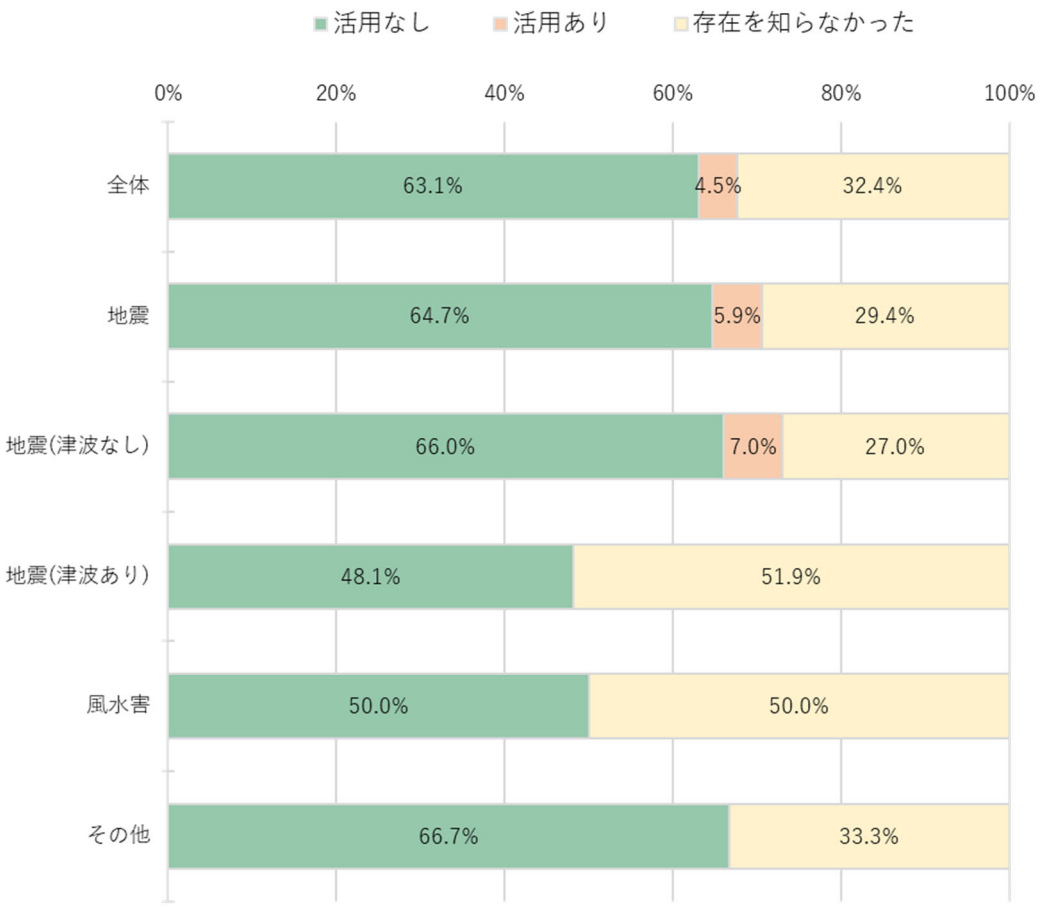
Q21 プッシュ型支援が行われた地域について伺います

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
届いてない	3	2.9%	3	4.3%	1	1.7%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%
届いた	13	12.7%	10	14.5%	5	8.5%	4	20.0%	0	0.0%	0	0.0%
該当なし	86	84.3%	56	81.2%	53	89.8%	15	75.0%	4	100.0%	1	100.0%
合計	102	100.0%	69	100.0%	59	100.0%	20	100.0%	4	100.0%	1	100.0%



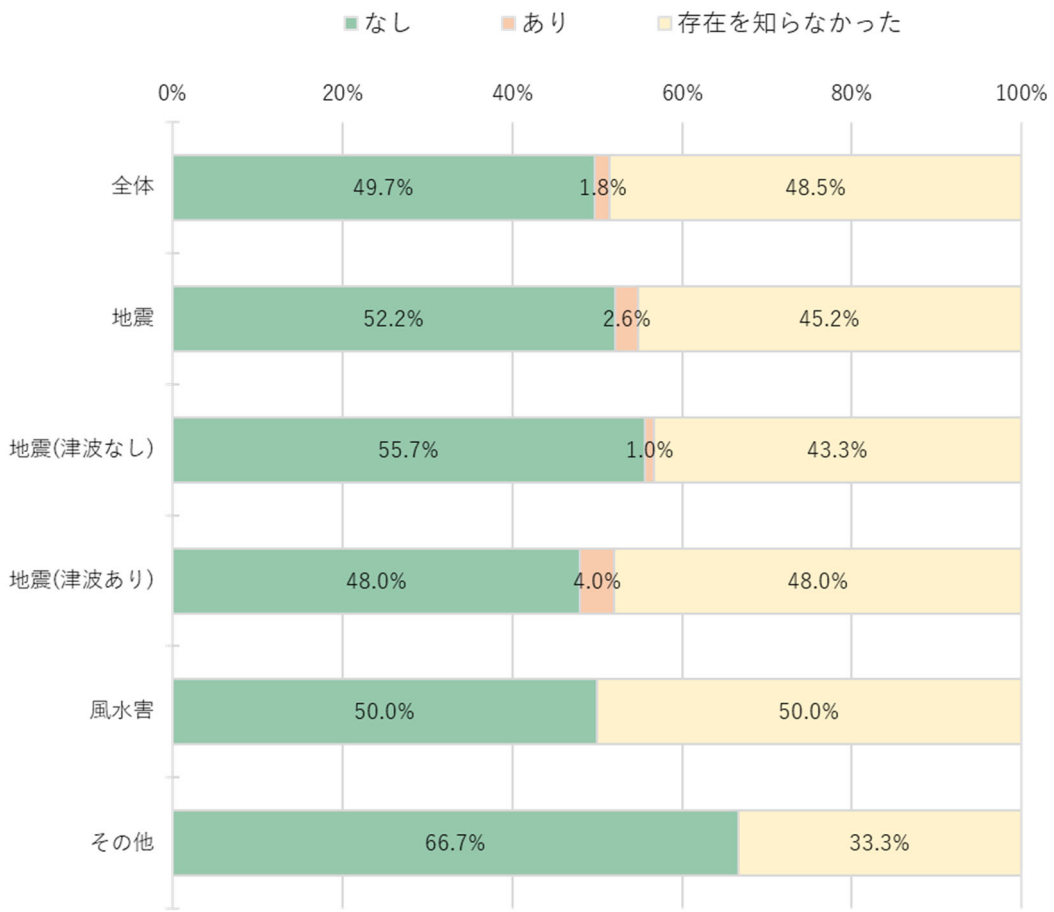
Q22 認知症の人への対応においてマニュアルを活用されましたか

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
活用なし	111	63.1%	77	64.7%	66	66.0%	13	48.1%	3	50.0%	2	66.7%
活用あり	8	4.5%	7	5.9%	7	7.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
存在を知らなかった	57	32.4%	35	29.4%	27	27.0%	14	51.9%	3	50.0%	1	33.3%
合計	176	100.0%	119	100.0%	100	100.0%	27	100.0%	6	100.0%	3	100.0%



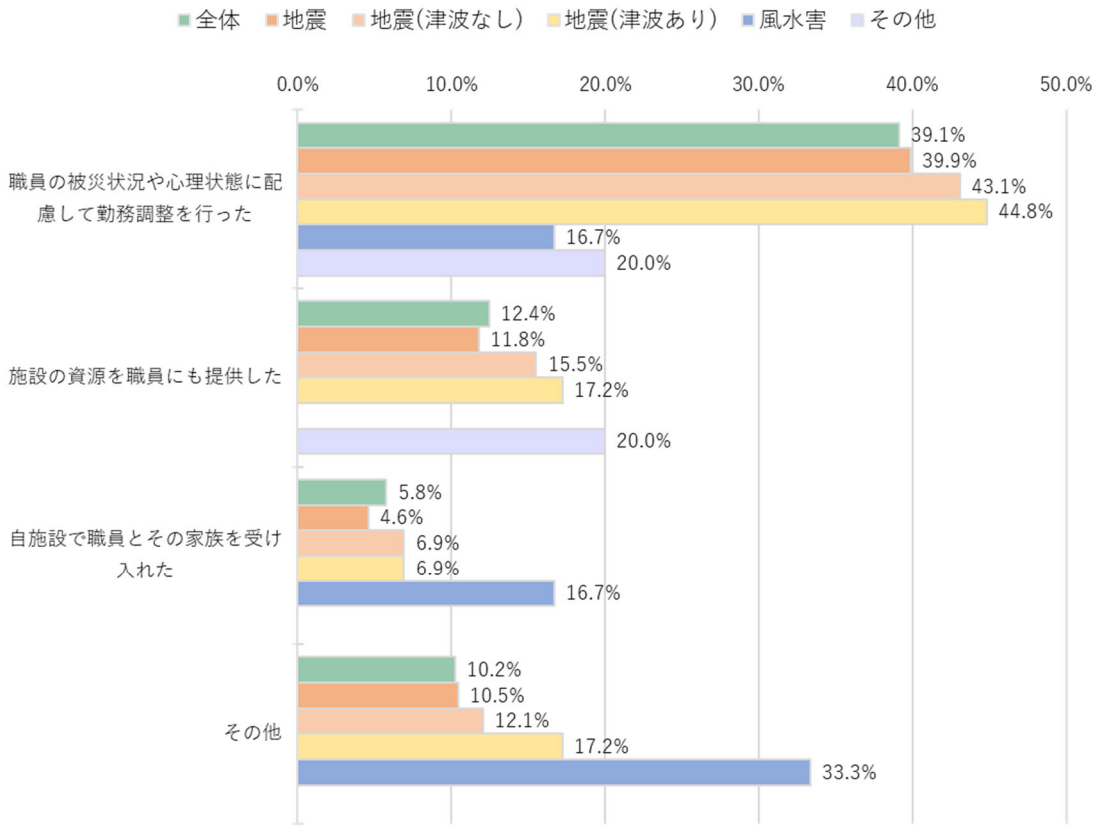
Q23 日本認知症学会のマニュアルを活用されましたか

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
なし	85	49.7%	60	52.2%	54	55.7%	12	48.0%	3	50.0%	2	66.7%
あり	3	1.8%	3	2.6%	1	1.0%	1	4.0%	0	0.0%	0	0.0%
存在を知らなかった	83	48.5%	52	45.2%	42	43.3%	12	48.0%	3	50.0%	1	33.3%
合計	171	100.0%	115	100.0%	97	100.0%	25	100.0%	6	100.0%	3	100.0%



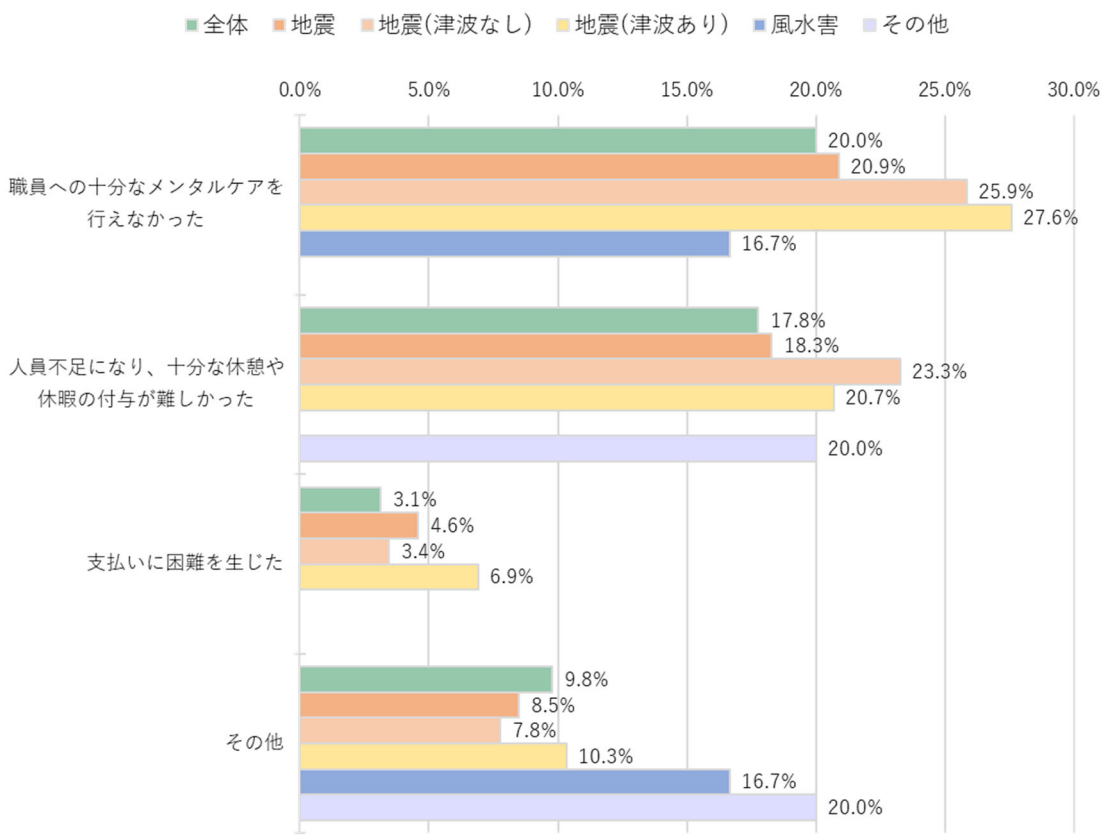
Q27-1)　配慮について該当するものを選んでください（複数回答可）

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
職員の被災状況や心理状態に配慮して勤務調整を行った	88	39.1%	61	39.9%	50	43.1%	13	44.8%	1	16.7%	1	20.0%
施設の資源を職員にも提供した	28	12.4%	18	11.8%	18	15.5%	5	17.2%	0	0.0%	1	20.0%
自施設で職員とその家族を受け入れた	13	5.8%	7	4.6%	8	6.9%	2	6.9%	1	16.7%	0	0.0%
その他	23	10.2%	16	10.5%	14	12.1%	5	17.2%	2	33.3%	0	0.0%
回答者数	225	-	153	-	116	-	29	-	6	-	5	-



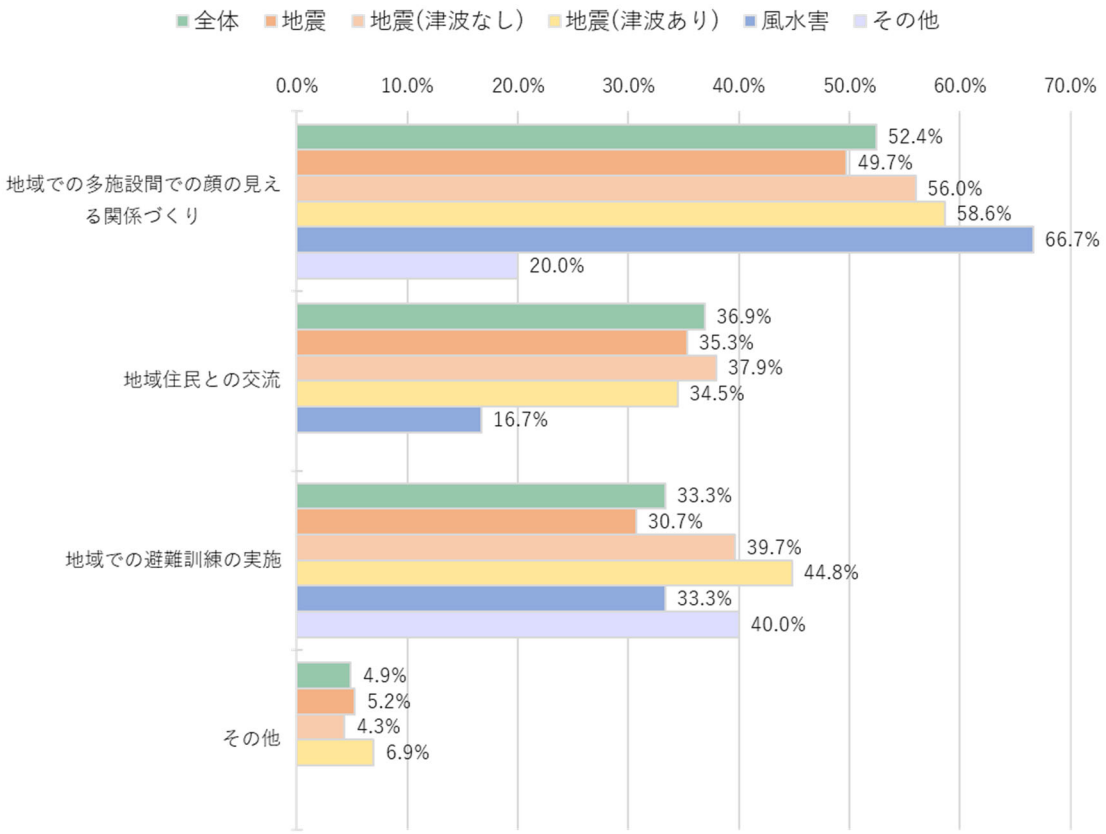
Q27-2)　課題について該当するものを選んでください（複数回答可）

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
職員への十分なメンタルケアを行えなかった	45	20.0%	32	20.9%	30	25.9%	8	27.6%	1	16.7%	0	0.0%
人員不足になり、十分な休憩や休暇の付与が	40	17.8%	28	18.3%	27	23.3%	6	20.7%	0	0.0%	1	20.0%
支払いに困難を生じた	7	3.1%	7	4.6%	4	3.4%	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%
その他	22	9.8%	13	8.5%	9	7.8%	3	10.3%	1	16.7%	1	20.0%
回答者数	225	-	153	-	116	-	29	-	6	-	5	-



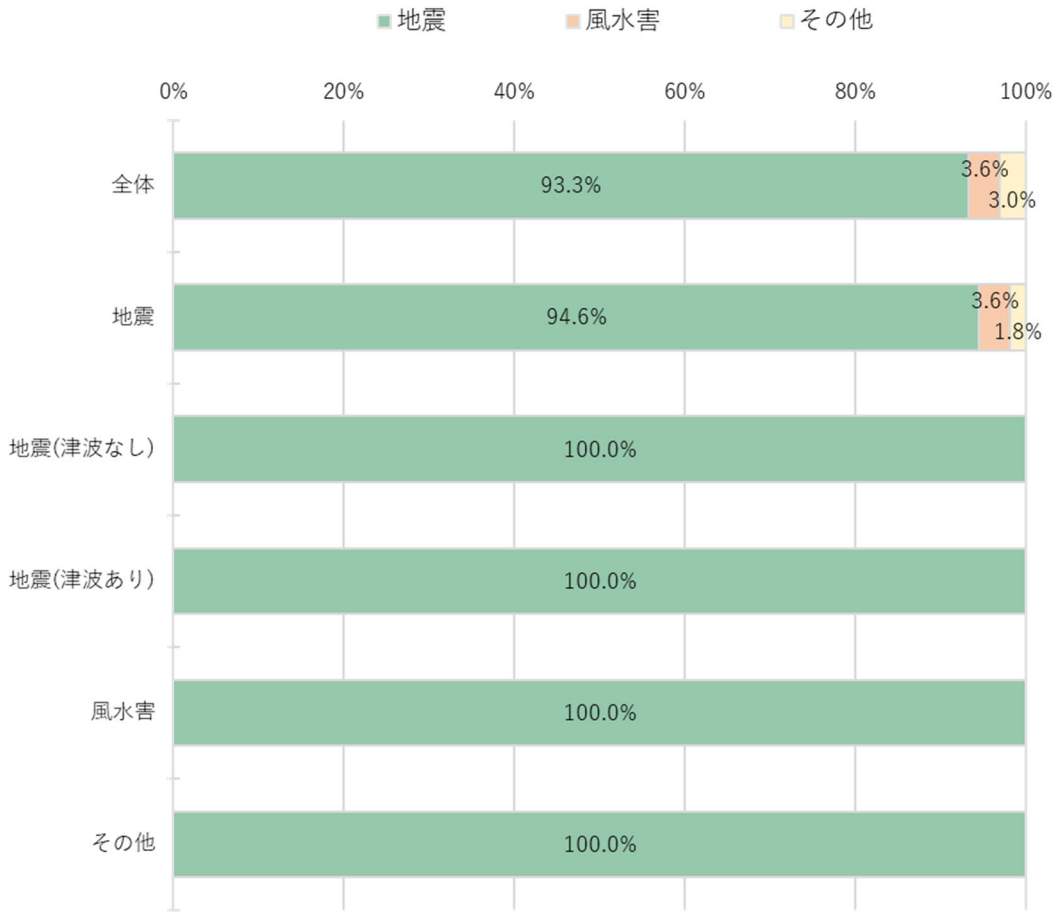
Q28　平時の取組で有用だったこと、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください（複数回答可）

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率	件数	選択率
地域での多施設間での顔の見える関係づくり	118	52.4%	76	49.7%	65	56.0%	17	58.6%	4	66.7%	1	20.0%
地域住民との交流	83	36.9%	54	35.3%	44	37.9%	10	34.5%	1	16.7%	0	0.0%
地域での避難訓練の実施	75	33.3%	47	30.7%	46	39.7%	13	44.8%	2	33.3%	2	40.0%
その他	11	4.9%	8	5.2%	5	4.3%	2	6.9%	0	0.0%	0	0.0%
回答者数	225	-	153	-	116	-	29	-	6	-	5	-



Q4 被災種別

被災種別 / 選択肢	全体		地震		地震（津波なし）		地震（津波あり）		風水害		その他	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
地震	154	93.3%	105	94.6%	116	100.0%	29	100.0%	5	100.0%	3	100.0%
風水害	6	3.6%	4	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	5	3.0%	2	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
合計	165	100.0%	111	100.0%	116	100.0%	29	100.0%	5	100.0%	3	100.0%



（3）二次調査報告

1）地震・津波

中西　亜紀

我が国においては、近年の災害が多発しているため（気象庁が名称を定めた気象・地震・火山現象一覧 https://www.jma.go.jp/jma/kishou/know/meishou/meishou_ichiran.html)、被災時の対応について、複数の災害への被災による経験知の蓄積がなされてきていること、情報網の発達により災害への備えの衆知も進められてきていることなどは、経験的に知られている。今回の研究事業において、一次調査に加えて二次調査では、被災地における生の声を聞き取り、マニュアル作成に活用すること、さらに記録として残すことで将来の災害への備えを充実させることを目的として実施した。

災害種別地震・津波については、令和6年1月1日に発生した能登半島地震の被災地域のうち、一次調査実施時に二次調査の同意があった5箇所について、大阪公立大学大学院医学研究科医師とともに、面談、ZOOM、電話などで実施した。実施期間は令和7年2月7日から3月14日、対象施設は医療機関（病院)、介護老人保健施設、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅、地域包括支援センターで、ヒアリング対象者は、いずれも管理者であった（P247～255 各個票参照)。

地震種別は、海溝型地震、断層型地震、火山型地震の 3 類型があるといわれており、国内のものとしては、海溝型地震は2011年東日本大震災が有名である。能登半島地震は、断層型地震のうちの逆断層型地震という種別のものであるとされており、つまり、断層面を境にした両側上下方向に縦ずれをおこし、上盤がのし上がるものであるという。断層型地震には、1995 年阪神・淡路大震災、2004 年熊本地震、2016 年新潟中越地震、2018 年大阪府北部地震、2019年北海道胆振東部地震などが報告されている。

同じ「震災」であっても、さらに同分類の断層型地震であっても、被災地の地理的条件や社会的背景などにより、被災状況は異なり、必要とする支援も全く異なるものである。今回の二次調査でも、前回の他の地域での支援経験を理由に提供される支援、あるいは近年整備されてきた派遣型の支援については、熱意ある支援への感謝がある一方、ニーズに応じた選択を行うための司令塔の不足や、支援者間の情報連携の不足が指摘されている。支援が必ずしもニーズに合致していなかった旨の意見は、遠慮がちに聞き取ることができたことから、個別には表面化しにくく、被災地支援には、行政機関等を中心とした司令塔の役割が非常に重要であると考えられる。職種別の団体が、被災者の個別ニーズを見える化した取組は支援者間の連携にも非常に有用であったとの意見があり、有効であった取組を今後活用できるようにつないでいく必要がある。

特に認知症の人への支援については、過去の東日本大震災における調査(災害時における在宅認知症者の避難所での具体的な支援方法のあり方に関する研究事業《平成24年度認知症介護研究・研修センター仙台　報告書》https://dcnet.gr.jp/pdf/download/support

/research/center3/186/186_4.pdf）のとおり、避難に際してはごく初期の 3 日間の対応が重要であると指摘されていた。過去の経験を迅速に十分に活用するためには、整理された情報の集約化が必要であり、さらに被災時に必要な情報に容易にアクセスできる環境づくりが求められる。

能登半島は二次調査の時点で被災後 1 年を経ているにも関わらず、一部ライフラインに関する復旧工事が未だ道半ばであることが明らかになった。特に人口減少地域や地理的困難さを伴う地域の復旧・復興については、現地だけではなく、全国的な検討や支援が必要と考えられ、少子高齢化がさらに進行する日本の今後の大きな課題であるといえよう。

（3）二次調査報告書

2）風水害 1（茨城県）

新井　哲明

平成 27 年 9 月の関東・東北豪雨の際に、支援に当たった常総市役所保健福祉部職員 6 名より聞き取りを行った。

① 不足したことや困ったこと

- 避難所における設備面・コンセントの不足、和式トイレ、冷暖房の不足
- 避難所や避難先での認知症の人の行動：避難所に届いた食事を勝手に食べてしまう、トイレ以外の場所での排泄、徘徊、執拗で頻回の訴え、妄想の出現
- 支援活動に関連した困難さ：更新されていない要支援台帳、県外から支援に来た人との情報共有、近隣の医療機関や薬局が水没したことにより内服約等の情報が不明など。
- 支援者自身の困難：対応している職員が帰宅できないため内服薬が中断、睡眠不足で居眠り運転になりそうになったなど。

② 良かった支援

- 避難所への避難が困難な例の受け入れ：特別支援学校が障害者を、介護保険施設が高齢者を受け入れてくれた。介護保険施設は家族ごと受け入れてくれた。
- 心配なケースに対する認知症疾患医療センターの多職種チームによる訪問活動
- 在宅酸素の会社：自社との契約がないケースに対しても避難所に酸素を届けてくれた。

③ 特に工夫したことがらとその成果

- 電子連絡帳を作成し、服薬情報や介護施設事業者での安否確認ができるようにした。
- 要支援者台帳は年 2 回更新するようにした。

④ 今後の課題

- 電子連絡帳で災害時にも情報共有できるようにしたが、被災時にどう通信を確保するかが課題。
- 薬剤師による支援も早期から行われるようにする必要がある。
- 発災してから認知症の対応についての勉強はできないので、平時から学べる体制を構築する必要がある。

（3）二次調査報告

3）風水害 2（岡山県）

和田　健二

災害名：平成 30 年 7 月豪雨（西日本豪雨）災害について，支援に当たった倉敷市保健福祉推進課および倉敷市社会福祉協議会の 3 名に対して来とり調査を行った.

① 不足したこと・困ったこと

- 認知症のある避難者の把握が困難：避難所では認知症の有無がすぐに確認できず、ケアマネジャーも担当者の所在を把握できない状況だった。
- 避難所での生活環境の問題：認知症のある人を支える家族が負担を感じることが多く、落ち着いて過ごせる環境が不足していた。また、避難者全体に不眠を訴える人が多かった。
- 支援制度の理解不足：高齢者の中には支援制度を十分に理解できず、手続きが困難な人が多くいた。
- みなし住宅・仮設住宅での生活の問題：住宅が狭く家族が分かれて暮らすことで関係が希薄になり、支援が届きにくくなった。また、住み慣れない地域に移ったことで、介護サービスや訪問診療が中断し、症状が悪化するケースも見られた。

② 有効だった支援

- 詐欺被害への対応：被災後、金銭的不安の高まりとともに窃盗や詐欺被害が発生し、住民の間に猜疑心が生まれた。倉敷市社会福祉協議会は建築士会や法曹界と連携し、詐欺対策を実施した。
- 高齢者の健康管理と支援：避難生活が長期化し、食生活の乱れから高齢者の身体機能低下が目立った。特に、風水害による影響で 1 階での居住が困難になった世帯は、2〜3 階に住むようになり、外出の機会が減少。閉じこもりがちになる傾向があったため、在宅支援の充実が求められる。
- 情報共有と見守り支援の重要性：個別住宅では避難所と比べて支援や情報提供が不足する傾向があった。これに対応するために、居住状況の把握や孤立防止のための見守り事業が実施されたが、訪問頻度が少なく、さらなる訪問支援の充実が必要とされた。
- 環境の変化に伴う精神的負担：みなし住宅から元の地域に戻った被災者の中には、風景の激変や道路の変化による心理的負担を感じる人もいた。こうした住環境の変化に適応できるよう、定期訪問や心のケアが求められる。
- 長期的な支援の必要性：災害から時間が経過するにつれ支援が減少し、2020 年頃には支援の継続が難しくなったと感じる被災者が増えた。被災者の生活再建を支えるため、長期的な支援体制の確立が課題である。

- BPSD（認知症の行動・心理症状）への対応：認知症の行動・心理症状に関しては、DMAT（災害派遣医療チーム）の相談窓口やケアマネジャー協会の支援により、大きな問題には至らなかった。

③　工夫した取り組みとその成果

- 情報共有の強化：支援者同士の連携を強化し、迅速な情報共有を図ったことで、必要な支援を適切に届けることができた。
- 個別対応の充実：被災者の生い立ちや生活歴、価値観を把握することで、一人ひとりに寄り添った支援を実施した。
- コミュニティ支援の推進：倉敷市社会福祉協議会が地域コミュニティの再構築を支援し、各部署間の連携会議を強化した。
- 「ゆるやかな見守り」の定着：地域住民や子どもたちによる「ゆるやかな見守り」が広まり、日常的に声かけをする習慣が定着。これにより、認知症の早期発見や適切な対応が可能になった。
- 子ども向け認知症教育の実施：小学校 4 年生を対象に認知症に関する授業を開始し、地域全体での理解促進を図った。

④　課題

倉敷市の支援活動は、認知症のある避難者や高齢者に対する配慮を強化し、地域のつながりを活かした取り組みが進められた。一方で、

避難者の認知症把握と対応の強化、訪問支援のさらなる充実、地域での継続的なケアと支援、在宅での見守り支援を強化し、災害後の長期的な支援体制の確立のような課題が抽出された。

(3)二次調査報告

4) 支援チーム(DPAT)

高橋　晶

1　DPAT の概要

災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）について概要を解説する。DPAT は、大規模災害発生時に被災地で主に精神科医療、そして精神保健活動の支援を行う専門チームである。現在は主に自然災害（地震、津波、台風など）の際に、都道府県や政令指定都市によって組織され、派遣される。

DPAT 事務局が記載する DPAT の活動理念・活動内容を示す。

自然災害や犯罪事件・航空機・列車事故等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大する。このような災害の場合には、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネージメント、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援が必要である。

このような活動を行うために都道府県によって組織される、専門的な研修・訓練を受けた災害派遣精神医療チームが DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team：DPAT）である。

DPAT は、被災都道府県からの派遣要請に基づき活動すること。被災地での活動に当たっては、被災都道府県等の災害対策本部の指示に従うこととされる。発災から概ね 48 時間以内に、被災した都道府県において活動できる隊を DPAT 先遣隊という。DPAT 先遣隊は、主に本部機能の立ち上げやニーズアセスメント、急性期の精神科医療ニーズ対応等の役割を担う。DPAT は精神科医師、看護師、業務調整員などの職種を含めた数名で構成することとされる（精神科入院対応にあわせて精神科医師は精神保健指定医であることを求められるケースがある）被災地のニーズに合わせて、児童精神科医、薬剤師、保健師、精神保健福祉士や公認心理師等を含めて適宜構成することとされる。1 隊あたりの活動期間は 1 週間（移動日 2 日・活動日 5 日）を標準とする。必要に応じて、同じ地域には同一の都道府県が数週間から数ヶ月継続して派遣する。

活動内容としては、DPAT は、原則として、被災地域内の災害拠点病院、災害拠点精神科病院、保健所、避難所等に設置される DPAT 活動拠点本部に参集し、その調整下で被災地域での活動を行う。

本部活動としては

- 情報収集とニーズアセスメント
- 情報発信
- 被災地での精神科医療の提供
- 被災地での精神保健活動への専門的支援

- 被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む）
- 支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援
- 精神保健医療に関する普及啓発
- 活動記録
- 活動情報の引き継ぎ
- 活動の終結

などがある。

（厚生労働省委託事業 DPAT 事務局　https://www.dpat.jp/about.php）

専門性としては、精神科医療および精神保健活動に特化した専門チームであること、機動性としては、災害発生後、迅速に被災地に派遣され活動できること、連携としては、DMAT（災害派遣医療チーム）や保健所、行政など、他の支援チームと連携して活動することが求められる。

DPAT と DMAT の違いとしては、DMAT (Disaster Medical Assistance Team): 主に急性期の身体的医療ニーズに対応するチームであり、DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team): 主に精神科医療および精神保健ニーズに対応するチームである。

大規模災害は、被災者に甚大な精神的影響を与える。急性ストレス反応、PTSD、うつ病、アルコール依存症などの精神疾患の発症や悪化、自殺リスクの増加などが懸念される。また高齢者・認知症患者も災害において、精神・身体面で強い影響を受ける。福祉の領域でも影響は大きい。これらの精神的影響を軽減し、被災者の心の健康を守る役割を果たすことが期待される。

2　DPAT と被災地の自治体や医療機関などとの連携

DPAT と被災地の自治体や医療機関、福祉施設などとの連携は、効果的な精神保健医療活動を行う上で重要である。

1)　連携の基本原則

情報共有、 役割分担、相互尊重、継続性が急性期から必要とされる。

2)　具体的な連携内容

被災地の自治体との連携:

災害対策本部との連携: DPAT は、被災自治体の災害対策本部等に DPAT 調整本部、活動拠点本部を設置し、情報共有、活動方針の決定、資源の調整等を統合的に調整する。

自治体と協力体制のもと、被災地の精神保健医療福祉ニーズ（避難所の状況、精神疾患患者の状況、支援者の状況、福祉面での配慮など）を把握する。被災精神科病院、避難所等など、DPAT 活動を、自治体の協力のもと行う。

精神科病院の被災状況（建物被害、患者の状況、職員の状況など）を確認し、必要に応じて患者の搬送・受け入れ調整、職員の支援等を行う。

その連携のために、災害発生前から、関係機関との間で顔の見える関係を築き、連携体制について協議しておくことが重要であり、合同訓練の実施も有効である。

DPAT は、単独で活動するのではなく、被災地の様々な機関と連携することで、より効果的な精神保健医療活動を行うことが可能となる。

3　災害精神医学の中の DPAT の立ち位置と課題

1）　災害精神医学における DPAT の立ち位置

DPAT は、災害精神医学の領域において、急性期から中長期にわたる被災後の精神保健医療ニーズの中でも、比較的急性期に対応する、実践的な活動を担っている。災害精神医学は、災害が人々の精神面に与える影響を研究し、それに対する予防、治療、支援の方法を開発する学問分野で、DPAT はその知見を現場で具体化する役割の一つである。

災害精神医学の活動サイクルとしては、災害前の平時からの備え（教育、訓練、体制整備など）があり、被災後の急性期対応として、災害発生直後の急性期対応（DPAT の主要な活動時期）、亜急性期・回復期対応として避難生活の長期化や生活再建に伴う精神的ケア、中長期対応として心的外傷後ストレス症（PTSD）などの長期的な影響への対応、地域の精神保健体制の再構築等がある。DPAT は急性期を中心とした対応と考えられている。地域の都道府県 DPAT は中期、長期の関与もあり得る。

2）　DPAT の課題

DPAT は災害時の精神保健医療活動において重要な役割を果たしているが、以下のような課題も存在する。

体制面の課題として、DPAT の整備状況の地域格差があり、体制や活動能力に地域格差がある可能性がある。また DPAT 隊員の確保と育成にはまだ課題がある。DPAT の活動財源の確保や運用面の課題がある。また DPAT 隊員を含めた、多くの災害時の支援者は過酷な活動によるストレスや二次受傷のリスクがあるため、メンタルヘルスケアが必要とされる。このような課題に対して、対応が進んでいる。

4　DPAT と認知症や高齢者対応

災害は認知症患者や高齢者に特に大きな影響を及ぼす。環境変化への脆弱性があり、慣れない避難所生活や環境の変化は、認知症の症状（見当識障害、不安、焦燥感など）を悪化させる可能性がある。災害情報や避難指示を理解することが難しく、適切な行動がとれない事があり、避難所などでの生活で不適応を起こすことがある。一人歩きをしてしまうことがあ

る。また服薬中断により、認知症の症状悪化や身体合併症のリスクが高まることがある。脱水、栄養不足、感染症など、身体合併症のリスクが高まる。このような不安定な状態になりやすい。

DPAT の役割として、認知症患者・高齢者の精神・身体状態、生活状況、介護状況などを把握し、評価することや、BPSD（認知症の行動・心理症状）の評価を行うこと、せん妄のリスクを評価することが期待される。また精神科医療として、BPSD に対して、非薬物療法を行い、必要に応じて薬物療法を配慮できること、せん妄の予防と治療、精神疾患の悪化や再発に対する対応が期待される。

ケア・サポートとして、認知症患者や高齢者とその家族への心理的サポート、介護者への助言（BPSD への対応方法、休息の確保など）、避難所スタッフへの助言（認知症高齢者への接し方、環境調整など）、必要に応じて、専門医療機関（認知症疾患医療センターなど）や介護サービスとの連携ができることが望ましい。

DPAT は、災害時における認知症高齢者の精神保健医療ニーズに対応する重要な役割を担っている。関係機関との連携や、専門性の向上など、課題も存在している。これらの課題を克服し、より効果的な支援体制を構築していくことが求められている。

（3）二次調査報告

5）二次調査個票

Ⅰ　地震・津波　①ケアハウスＡ

1.　一次調査の回答追加

1）　被災当日

津波の避難所に指定されていたため、初期に市民が避難してきて泊まったのは 30 人以上。1 月 4 日まで居た。通常の避難所は高台にある学校で、そこに行くのがまにあわない人のために途中にある当施設が指定されていた。避難所の指定はベランダだったが、夜には避難者は屋内に入ってもらい、エレベータホールや談話室を活用した。電柱は傾いたが、停電しなかったのが助かった。停電になった場合の暖房は用意していなかった。避難者の対応は基本的に市職員が行っていて、施設職員がなにか対応しなければいけないことはなかった。

2）　急性期

- 1 月 20 日頃までは行政から非常食をもらっていた。地震を契機に、特養で作った食事を施設に運び温める方式に変更した。
- 2024 年 3 月に下水は復旧。それまで風呂が使えなかった。介護保険利用者は、デイサービスなどを利用していた。未利用者は、近くの 5 分弱のところにある法人提携の特別養護老人ホームで入浴していた。
- 1 月 4 日からはほぼ通常通りの勤務となったが、利用者のケアに時間がかかるようになったので、2 週間程度休みなしでいつもより忙しく働かなければいけない職員もあった。
- 振り返ると、職員の気持ちをくみ取れたかは疑問が残ると思う。利用者の食事の対応などが優先されて、職員までは手がまわらなかった。
- 液状化被害があって、市民が 60 人ほど避難してきた。市から職員が派遣され、物資もちゃんと届けられた。近くのコミュニケーションセンターの被災がひどかったので、協力して対応した。

3）　長期

周囲は液状化して道にも段差ができている。建物前の道路は今も下水管の工事が続いていて、2025 年 3 月まで続く予定。

2.　不足したこと・困ったこと

施設内としては特にないが、液状化被害への対策は十分ではなかった（後述その他）。

3.　良かった支援・今後も拡充を希望する支援

特になし

4. 特に工夫したことがらとその成果

認知症の人には、職員がいつもより話を聞いていた利用者もいた。大きな混乱はなかった。

5. その他

1) 液状化対策

液状化対策は不十分だった。地下水が多いところで、今後の対策を市が検討している。方法としては少しずつ絶えず抜く方法があるが、ランニングコストが年間 480 万程度かかるので、地域でどう負担するのか悩ましいところ。一部住民は今も一時的に避難している。この施設も移動を勧告されているが、入所者の移動は大変なため、特例対応してもらっている。

2) 今後に向けて

- 当施設は医療系に弱いと考えているので、医療機関と連携を強化したい。
- 近隣の施設、消防などとの平時からの連携が重要。
- 職員の研修を実施している。
- 人、横の繋がりが大切で、裾野が広くないとうまくやっていけないと考える。

Ⅰ　地震・津波　②介護老人保健施設Ａ

1.　一次調査の回答追加

- 入所者は基本的に認知症の人。
- 事前に避難計画を策定していた。
- 年に 2 回以上の避難訓練を、火災を中心に地震も行っていた。
- 施設は海沿いで、津波発生時は地域の避難施設になっており、施設内 3F に避難することになっているが、今回は対応していない。
- 大きな被害はなかったので、混乱せず通常営業をしていた。
- 家族が能登半島で被災した職員はしばらく休みを取ってもらったが、施設としてはやりくりできた。応援が来たり、応援に派遣したりはしていない。

2.　不足したこと・困ったこと

施設としては特になし

3.　良かった支援・今後も拡充を希望する支援

天井の一部が落ちて、がれきが溜まった。

近隣の道路が凸凹なったりしたが、敷地内は生じなかった。

修繕助成費が出たことは助かった。

4.　特に工夫したことがらとその成果

特になし

5.　その他

〇主に輪島市と、珠洲市、能登町からの避難者を 7 人受け入れた。もともと身寄りがないなどの人が多いが、現在も入所している人が多く、今後どうしていくのか課題。個人的には、住み慣れた地域に戻った方がよいとは考えて居る。今のままだと死亡しても戻れない。ご本人さんは、当初「家帰らんならん」とおっしゃっていたが、最近はおっしゃらなくなった。それは施設に慣れたからなのか、あきらめたのか、どうしてなのかはわからない。遠方への避難について検討していく必要がある。

Ⅰ　地震・津波　③サービス付き高齢者向け住宅Ａ

1.　一次調査の回答追加

施設運営に関して

- 高台にあるので津波警報でも避難はしなかった。
- 地震でEVが約1日停止し、配食など何往復も階段移動が必要になった。
- 内装の剥がれなどの被害があった。業者不足で未だに修繕できていない。

避難所への応援について

- 地域のホテルへの避難者への訪問を応援した。
- 被災者が入れたホテルがバリアフリーでなかったため、室内での入浴介助ができず、大浴場へお連れして、段差を抱えて入浴介助する必要があり、それが3月まで続いた。
- ADLが良いひとは、ホテル避難であった。

認知症の人について

- ホテルでも部屋から出て行ってしまうので、家族がずっとつきっきりという人があった。
- 施設内では大木な問題はなかった。
- 一時的に興奮したり、パニックになって大変だった話は聞いている。例えば、帰りたい、ここに津波は来ないのかなど怖がっていたため、ヘルパーが声かけして対応していた。

2.　不足したこと・困ったこと

施設内については特になし。

3.　良かった支援・今後も拡充を希望する支援

施設内については特になし。

4.　特に工夫したことがらとその成果

施設内については特になし

5.　その他

1)　今後準備しておきたいと考えること

- 動員計画、避難経路の確認。避難計画の見直し。
- 地域の人も避難してくることの衆知。
- 生活相談員、ケアマネジャーなど多職種および地域住民との連携。
- 法人内で実施した振り返りに基づく計画。
- 避難訓練は、火災についてしかしていなかったので、津波等も検討が必要。

2)　認知症のマニュアルは存在を知らなかったが、職員に衆知したい。二次避難所での応援時に施設内の混乱に役立つものが作られたらと思う。声かけの仕方や、その

時々の状況に応じた対応の仕方が載っていれば良いと思う。

3) 1.5 次避難所について

- 認知症の人の対応が大変であった。
- 1 月頃は、看護師は全国から大勢きていたが、介護が少なかった。
- 排泄介助については、おむつ交換拒否が困った。
- 簡易トイレやポータブルで、設置型の手すりがなく、大変だった。
- 消灯時間と電気が付く時間が一定だったので、その切り替えで興奮する人が居た。個別に合わせた対応ができない難しさがあった。
- 興奮しても、動けない人はそのままにするしかなかった。
- 毎日職員が変わり、限られた職員で対応しなくてはならない難しさがあった。
- マニュアルもなく、自分たちで判断して対応してくださいという形で大変だった。どのくらい介助が必要なのか、どのような認知症があるのか、わからないまま対応しなくてはならなかった。

4) 避難所などへの応援について

- 被災した立場で応援に行く難しさを感じた。つまり、自分も被災して、職場も被災して仕事が休みの日に応援に行くような形であった。被災した県内で応援を出すのは大変である。他県からの応援が入る体制が必要。
- 保健師はすぐに集まってきていた。介護は後からきた。応援に来た人がわかりやすいように、どんな介助が必要なのか等、その人の情報をまとめておくことが必要。今回はとくにすぐに次の二次避難所などに移ったりするので、情報管理に難しさがあった。
- 栄養士が食事ブースを作っていた。

Ⅰ　地震・津波　④病院Ａ

1.　被災時

自院

- 病院自体の被災はない。

金沢市

- 川の周りが液状化した。
- 石川県の家には庭に灯籠を置くことが多いが、灯籠が飛んで壁を壊した話を良く聞いた。
- 石川県において被災して診療ができなくなった精神科病院はない。
- 被災地域では早期に泥棒が多かった。

2.　避難時

自院

- 病院の避難計画はある。
- 地震のときは津波を恐れた住民が集まってきた。本当の避難所は学校だが、自院は高台にある。食事や生理用品など出してくれと要望あり、対応に困った。
- 石川県北部の地域包括支援センターは直営がほとんどで、当院としてはこういう人がいらしたら受け入れます、と 1 月 4 日に地域包括支援センター及び認知症地域支援推進員にメールで通知した。

自治体

- 12 月に避難訓練をしていた自治会は、要介護者の把握をしていたので上手く避難できたらしい。

3.　避難後

情報提供

- 地震のときに認知症学会のテキストは喜ばれた。役所の人が持って帰ることが多かった。内容は難しい印象なので、医療関係者ではない役所の人が使えるようなレベルにしてほしい。
- 周知ポスターに関しては、避難所は張り紙だらけになるから有効かどうかはわからない。

介護サービス利用の遅れ

- 金沢市に避難後、介護保険未申請(実質要介護者）の人に介護予防事業を受けさせようとしたら、珠洲市は介護予防事業を予算化していなかったため珠洲市からの人は使えなかった。市を越えた避難の対応について整備が必要。

人口減少

- 入院患者（1000 人)、介護施設入所者（1200 人)、地域の要配慮者（3000 人）を積極的に金沢市などに避難させたら戻らなくなってしまった。特別養護老人ホームなどに一時入所して避難していた人は正式入所したので、そうすると避難者が住民に変わって数字上は能登地域の人口が減っている。
- 住民票では移っていなくても携帯電話の位置情報では 4 割くらいの人口が減ったらしい。
- 避難した看護師には、出向の形で金沢近郊の病院に勤めさせ、職員が減らないようにした病院もある。

復興時期

- 半壊の家で近所の人となんとか暮らせていたのが、なかなか復興しないために遠方の都会の家族が引き取ったら、対応できずに入院になったケースもある。

病院での対応

- 県内には病院が避難所になっているところがある。避難所に指定されていなくても市民が避難してきた混乱した病院もある。むしろ病院内の広い空間を指定しておいた方がよい。実効性のある避難所の指定が必要。
- 避難所から子供らの家に移った認知症の人が不適応を起こし、石川県立こころの病院に入院してくるケースがあった。入院患者が増加する波は被災後しばらく続いた。2007 年の地震の時と比べると被災後の入院患者数は減っていた。認知症への理解が進んだからかも知れない。

避難所での対応

- 地域では、デイサービスと配食サービスなどで適応して生活できていた人が、避難所に入ったとたん混乱して何もできなくなったりする。
- 体育館などで避難した認知症の人が避難した日の夜に落ち着かず、うろうろしたり、誰がいるのかと布団をめくって歩いたりした。
- 仙台センターの報告書の通り、認知症の人が避難所で過ごすのは 3 日程度が限界で、半壊した実家に戻ったり、子供らの家に移ったりすることが多かった。入院依頼も急性期にある。

福祉避難所での対応

- 福祉避難所は23箇所の登録があるが、指示系統が混乱し、人も足りず、機能しなかったらしい。一般人も福祉避難所に入れて手伝いをしてもらったほうが良い。

ボランティアや災害派遣チームの活動

- 能登半島は道路状態が悪く、道路の数が少ないので、渋滞や 2 次災害の恐れがあり、ボランティアを受け入れることが難しかった
- DMAT がしっかり組織化されてアクティブに活動していた。被災した病院の診療応援もしていた。
- 災害派遣チームに関しては法律の問題でボランティアとしてしか働けない場合があり（例えば DWAT 災害派遣福祉チームで身体介護ができなかった)、今後の課題である。
- 災害派遣チームは 1 週間で人員が交代してしまうので問題が解決せず、毎週同じようなことを聞かれる避難者がいたり、同じような会議が続くようなことがあり、今後の課題である。
- 石川県ケアマネ協会が入ってから、介護認定を受けた人について一人ずつ名簿を作って、ニーズ一覧を作り、それに対してどう支援していくのかも一覧にした。それから上手く動いた感じであった。認定を受けていない人には、石川県医療ソーシャルワーカー協会が対応した。それぞれの協会が 4，5 名常駐させて対応していた。
- 支援を受ける側の対応も重要。例えばDPATは、東日本や熊本の時は急性期から精神科医療の応援が必要だったが、今回は、石川県の精神科は稼働していたのにDPAT 派遣が早期からあった。せっかく来ても道路が壊れていたり、冬装備がなくて動けない。さらに診察できずに、カウンセリングだけの対応だった。地域や災害によってニーズが異なるので、その調整が必要。
- 自衛隊の活動はほとんど報じられていないが被災地の支援に役立っていたようだ。完結した組織なのでアクセスが難しい被災地に入ることができたようだ。医師等の予備自衛官が被災地の医療を支援していたようだ。

避難後の需要

- 初期から、保健師や災害派遣看護師のニーズが大きい。避難所のトイレの対応といった衛生管理が非常に重要。コロナとノロが蔓延した。

4. 平時の備え

地域性に合わせる必要があるが以下が重要である。

- 平時から医療介護で連携すること
- 支援の必要なひとを把握しておくこと。
- 個別避難計画を立てておくこと（認知症の人は避難所に 3 日滞在することが限界であることを踏まえて）

Ⅰ　地震・津波　⑤地域包括支援センター

1）一次調査の回答追加

特になし

2）不足したこと・困ったこと

特になし

3）良かった支援・今後も拡充を希望する支援

特になし

4）特に工夫したことがらとその成果

特になし

5）その他

R6 年 1 月 1 日の能登半島沖地震についての被害状況については、石川県が多くの被害があったことかと思います。新潟県については、主に新潟市が地盤沈下等の被害があり、当地域包括支援センターの所在地では、多少の被害（道路に亀裂が入る、棚の物が落ちる等）があったものの、全体的に大きな被害（地震による被害や大怪我など）は確認されていませんでした（避難誘導など行わなければいけない状況はなかった)。

震災当日は状況確認をして、安全が確保されてから、2 日目に出勤し、利用者や民生委員へ安否確認の連絡、市の方へ被災状況の報告（特に大きな被害は無し）しております。

地域の拠点である包括の役割としては、被災した場合は認知症の人だけに限らず、地域住民の全体の支援が必要となってきます。対象者に関しては、65 歳以上の高齢者を対象に、認知症の人、精神障害の人、身体障害の人等様々です。

今後、石川県の能登半島に近い地域なので、能登半島のような状況になる可能性もある為、対策は必要かと思います。

ただ、被災の状況によっては、包括の支援は限られる為、防災対策を徹底していたとしても、全く役に立たない可能性もありますので、それが今後の課題かと思われます。

Ⅱ　風水害　①自治体Ａ

1）1 次調査追加回答：特になし

2）不足したこと・困ったこと

- コンセント。医療機器がある方は必須のため、避難所で場所が固定される。
- 洋式のトイレ（古い建物だと和式しかなく高齢者や障害者には使いづらい）。
- 体育館のような大きな場所では冷暖房。
- 精神疾患や高齢者、そのご家族からの訴えが継続し対応に苦慮した。
- 対応している職員の健康管理。職員自身も内服治療中であるにも関わらず、帰宅できないため内服が中断してしまったり、ほとんど寝ていない状況で運転して居眠り運転になりそうになったという事例があった。
- 県外から支援に来てくれた人との情報共有。例えば、支援に入ってくれた保健師が支援巡回して入手した情報を詳しい説明なしに置いていかれてしまい、かえって対応に困ったという事例があった。
- 訪問の際の移動手段の確保。電話で相談が入り、訪問する必要があると判断したが、公用車が水没してしまって使えずに困ったという事例があった。
- 避難所における認知症の人の行動：届いた食事を勝手に食べてしまう、他人の食事を食べてしまう、トイレではないところで排泄などの事例があった。
- 認知症の人を抱える家族が隣接市町村に避難したが、認知症の人徘徊してしまい、その市町村からクレームが来たという事例があった。
- 要支援台帳の更新がなされておらず、他県からの支援者が巡回してみるとすでにそこに住んでいない等の事例が多数あった
- 近隣の医療機関や薬局が水没し、カルテが参照できず内服薬が分からずに困ったという事例があった。
- ヘリの音や災害の映像が繰り返し流れるTVのニュースを見聞きすることが、妄想の出現につながったという事例があった。

3）良かった支援・今後も拡充を希望する支援

- 毛布は、敷いたり、巻いたりと活用でき、暑い時期でも有用だった。
- 避難所への避難が困難な障害者は特別支援学校、高齢者は介護保険施設が受け入れしてくれたのは有難かった。介護保険施設は家族ごと受け入れてくれた。
- 認知症疾患医療センターの訪問活動は公用車と人手不足もあり、確認しきれていなかった心配なケースを回り、方針を立ててくれてとても助かった。受診させたくても、近隣の医療機関は外来自体が止まっていたのでそれも有難かった。

- 在宅酸素の会社は自社との契約がない方でも避難所に届けてくれたりと臨機応変に対応してくれて助かった。

4）特に工夫したことがらとその成果

- この水害での反省から電子連絡帳を作った。薬剤情報や日中の災害なら、介護施設事業者（特にデイサービス）での安否確認がこのシステムで可能となった。
- 家族が SNS で通院の足がないとぼやいたところ、送迎ボランティアが立ち上がった。利用料は 1 回 100 円でとても助かった。
- 発災してから認知症の対応についての勉強はできない。平時からの学びは大切。
- この水害の反省から要支援者台帳は年 2 回更新するようにした。それも課を超えて行うようにした。要介護３以上となっているが、常総市は要介護 2 以上にしている。
- 水害になりそうなときは前もって介護保険施設には定員オーバーでも減算しないと通達出している。

5）その他

- 電子連絡帳で災害時にも情報共有できるようにシステムは作ったが、通信が必須になる。被災時にどう通信を確保するかが課題。
- 師による支援も被災後の早い段階で必要である。
- 高齢者宅に避難の声がけをしに行っても、難聴があると雨の音で呼びかけが聞こえないという事例があった。
- 課題があるお宅は自力での生活再建が難しい。被災後 10 年経った現在でも、被災時のままで修繕されていない自宅に居住している事例がある。

Ⅱ　風水害　①自治体Ｂ

1.　一次調査の回答追加：

なし

2.　不足したこと・困ったこと

①　発症直後（混乱期）

- 避難している人が認知症の有無を把握できなかった。
- ケアマネジャーも、担当している認知症の方がどこに避難したのか把握できない状況であった。
- 避難所では、認知症の方を支える家族が苦労されていた。落ち着いて過ごせる場所があればよいと感じた。

②　1 週間～1 か月後

- 混乱や不安が続いており、不眠を訴える人が多くいた。
- 避難所の人数が徐々に減ってくる頃に支援が拡充されたが、制度の理解や手続きが困難な高齢者が相当数いた。
- みなし住宅や仮設住宅に移住できたが、住宅が狭く、数世帯に分かれて居住したため、家族関係が希薄になり、支援が困難であった。
- 住み慣れない地域に移住したことで、介護サービスや訪問診療が中断し、症状が悪化する人もいた。

3.　良かった支援・今後も拡充を希望する支援

- 今後の生活や住宅に関する金銭的な不安が高まり、窃盗や詐欺の被害が発生した。これにより住民の間に猜疑心が生まれた。住民の情報源は口コミであり、誤った情報も流布されていた。倉敷市では、社会福祉協議会が建築士会や法曹界と連携を強化し、詐欺対策を行った。
- 避難生活が一時的だと考え、オレンジカードなどの福祉サービスを利用しない人もいた。オレンジカフェを紹介しても、交流を避ける人が多く、支援の拡充が困難であった。
- 環境の変化により、食生活の変化や食事量の減少が見られ、高齢者の身体機能の低下が目立ったため、身体活動や栄養指導などの必要性を感じた。
- 風水害により、1 階での居住が困難な世帯もあったが、2～3 階で生活できる世帯もあった。このような人々は住宅に閉じこもりがちであり、外出への不安が強かった。在宅支援の拡充が求められる。避難所とは異なり、個別の住宅では食事などの支援が少なく、情報も行き届かない状況であった。これに対し、住宅を個別に訪問し、

居住状況の把握や孤立防止のための対策（見守り事業）を実施した。しかし、訪問頻度は少なく、訪問系ボランティアの充実が求められる。

- 集団生活になじめない人への支援の拡充が望まれる。
- みなし住宅から地元に戻った人の中には、環境や風景の激変にショックを受けたり、道が変わったことで散歩ができなくなった人もいた。
- BPSD（認知症の行動・心理症状）に対しては、DMAT のよろず相談やケアマネ協会が対応し、大きな問題にはならなかったように思われる。
- 被災者への影響は長期にわたり、2020 年頃には支援が減少したと感じられた。長期的な支援が必要である。

4. 特に工夫したこととその成果

- 情報共有を強化した。
- 本人の好きなことをたくさん聞き、生い立ちや生活の歴史、人生観を細かく把握し、その人らしさを理解するよう努めた。
- 社会福祉協議会がコミュニティ創生を支援し、各部署の連携会議が強化された。
- 「ゆるやかな見守り」（遠目から観察し、変化を意識する）が住民や子どもたちの間に根付き、街中での声かけが増えた。これにより、認知症の早期発見や対応につながった例があった。
- 小学校 4 年生の授業で、認知症に関する教育が開始された。

5. その他

Ⅲ　DPAT　A

災害名：：令和 6 年能登半島地震（2024 年)、熊本地震（2016 年）

1）一次調査の回答追加（個別ケース詳細）

【熊本地震（2016 年)】

避難所の高齢者:
介護度、診断名は不明だが、自立している高齢者もいれば、様々な支援を必要とする高齢者もいた。
家屋被害は少ないものの、食事提供や不安解消のために避難所に残る高齢者もいた。
うつ状態の支援者（保健師）:うつ状態で、被災地での支援活動による過労、ストレスが原因と考えられる。
疲弊した市役所職員:　診断名は不明だが、過度のストレス状態にあったと推測される。

【能登半島地震（2024 年)】

金沢市に避難していた高齢女性:
介護度：不明
診断名：MCI（軽度認知障害）
避難所生活の適応について診察依頼があり、MCI と診断。避難所生活は可能と判断された。

アルコール依存症の男性:
介護度：不明
診断名：アルコール依存症
避難所生活になじめず、孤立した自宅に戻った。

希死念慮を抱える 50 代男性:
介護度：不明
診断名：不明（うつ病などの可能性あり）
店舗が全壊したことによる経済的困窮、将来への不安から希死念慮を抱いていた。

疲弊した保健師（40 代女性）:
診断名：不明（適応障害、うつ状態などの可能性あり）
被災しながらも支援活動に従事しており、疲労困憊していた。

代診医師から引き継ぎのあった認知症のケース： 具体的な診断名や介護度は不明だが、被災による環境変化で、認知症の周辺症状(BPSD)が悪化する可能性が懸念された。

2）不足したこと・困ったこと（フェーズ別）

【急性期（発災直後～数週間)】

熊本地震:
避難所におけるプライバシーの確保が困難であった。
年齢、性別、状況に応じた避難者の配置が不十分であった。

能登半島地震:
移動手段の確保（雪道での運転の困難さ)。
トイレの水不足が深刻で、排便に苦労した。
DPAT の人員不足（3 人で 1 隊を構成したが実際は不十分であった。もっと人数が必要であった)。

【亜急性期（発災後数週間～数か月)】

熊本地震:
支援者（保健師、市役所職員）の疲弊が深刻であった。

能登半島地震:
避難所の縮小が進む中、福祉避難所の立ち上げに関する議論があったが、具体的な体制整備には至らなかった（派遣時点において)。

【慢性期（発災後数か月～)】

(両地震とも、長期的な避難生活による課題、生活再建支援、心のケアなどが課題となることが予想される)

3）良かった支援・今後も拡充を希望する支援（フェーズ別）

【急性期】

熊本地震:
避難所巡回による、被災者の状況把握と必要な支援の提供。

能登半島地震:
指揮所での活動拠点確保。

【亜急性期】

熊本地震:
疲弊した市役所職員へのストレスケア（講義、アロマセラピーなど)。

能登半島地震:
MCI 高齢女性の避難所生活適応に関する診察と助言。
希死念慮を抱える男性への診察と保健師への連携。
疲弊した保健師への診察とサポート。

【慢性期】

(両地震とも、長期的な視点での心のケア、生活再建支援が必要)

【今後拡充を希望する支援（全フェーズ共通)】

避難所環境の改善: プライバシー確保、年齢・性別・状況に応じた配置。
支援者のメンタルヘルスケア: 支援者の疲弊を防ぐための体制整備（休息、相談窓口、交代制度の作成など)。
DPAT の体制強化: 人員増強、装備の充実、研修の実施。
関係機関との連携強化: 医療、福祉、行政、地域団体などとの連携強化。

4) 特に工夫したことがらとその成果（フェーズ別)

【急性期】
特になし

【亜急性期】

熊本地震:
市役所職員へのストレスケアとして、講義だけでなくアロマセラピーを取り入れた。これにより、リラックス効果を高め、職員の精神的な負担軽減に貢献した。

能登半島地震:

MMSE などの認知機能検査を活用し、高齢者の状態を客観的に評価した。これにより、適切な支援方針の決定に役立った。
向精神薬の使用は慎重に判断し、環境調整を優先する方針を示した。
BPSD が出現した場合には、入院施設の利用も検討するよう助言した。

【慢性期】
特になし

5）その他（フェーズ別）
【急性期】
特になし

【亜急性期】
特になし

【慢性期】
特になし

〇災害関連死との関係

今回の報告では、災害関連死に関する直接的な言及はない。しかし、避難所生活のストレス、持病の悪化、アルコール依存症の悪化、希死念慮などは、災害関連死のリスクを高める要因となる。

〇災害後の施策の課題と対策

今回の経験を踏まえ、以下のような施策の課題・強化が考えられる。

避難所運営の改善:

プライバシー確保、年齢・性別・状況に応じた配置の徹底。
福祉避難所の早期立ち上げと適切な運営。
トイレ環境の改善（水洗トイレの確保、衛生管理)。
DPAT の体制強化:

人員増強（最低でも 4 人で 1 隊)。

装備の充実（二輪駆動の車だけでなく、四輪駆動の車も準備）。
認知症ケアに関する研修の充実。

支援者のメンタルヘルスケア:

支援者へのメンタルヘルスケア体制の構築（相談窓口、休息時間の確保、交代制など）。
被災地職員への重点的な支援。

認知症ケアの強化:

災害時の認知症ケアに関するガイドラインの作成。
MMSE などの認知機能検査の活用。
向精神薬の使用に関するガイドラインの作成。
BPSD 出現時の対応（環境調整、入院施設の利用など）の明確化。

アルコール依存症者への対応:

災害発生前から、アルコール依存症者のリストを作成し、早期に介入する。
避難所内での飲酒は原則禁止とする。
専門家によるカウンセリングや治療プログラムを提供する。

災害派遣後の支援者ケア

十分な休養期間を設ける
メンタルヘルスチェックの義務化
これらの施策は、今後の災害発生時に、被災者の命と健康を守り、生活再建を支援するために不可欠である。

Ⅲ　DPAT　B

1）一次調査の回答追加

東日本大震災（2011 年）

震災 1 ヶ月後、医師、看護師、精神保健福祉士のチームで避難所を巡回した。

個別ケース:
避難所では、日中、高齢者（特に女性）が多く、被災した家族の話を聞くことが多かった。具体的な介護度や診断名に関する記録は残っていないが、多くは軽度～中等度の身体的・認知的機能低下が見られたと推測される。
夜間には、険しい表情の若い男性が見られ、対応に苦慮した。詳細な背景は不明だが、失業や将来への不安を抱えていた可能性が高い。
高齢者は我慢強い印象を受けた。多くは軽度の認知機能低下や不安症状を抱えながらも、表に出さない傾向があった。

常総市水害（2015 年）

県職員として、支援に入る側の準備や調整を担当。

個別ケース:
大学と連携し、認知症患者の巡回などが行われるのを見ていた。具体的な介護度や診断名は記録されていないが、中等度～重度の認知症患者が対象であったと推測される。
一人暮らしの認知症患者（要介護度不明、アルツハイマー型認知症などの診断を受けている可能性あり）や障害者など、支援が必要な人への対応の重要性を認識した。

台風 19 号（2019 年）
茨城県での水害で、市の職員と連携し、高齢者の一人暮らしの家を巡回。

個別ケース:
山間部の高齢者は、自力での生活が困難な状況であった。多くは要介護 1～3 程度で、軽度～中等度の認知機能低下や身体機能低下が見られた。
高齢者は「大丈夫」と言うことが多く、困窮状況が見えにくい。詳細な診断名は不明だが、軽度の認知症やうつ病を抱えている可能性があった。

2）不足したこと・困ったこと

急性期（発災直後～数週間）：

東日本大震災:
避難所でのプライバシー確保が困難であり、精神的なケアが十分に行えなかった。
福島からの避難者に対する偏見があり、支援活動に影響が出た。
夜間の避難所での対応に苦慮した（人員不足、情報不足)。

常総市水害:
支援ニーズの把握が遅れた（特に一人暮らし高齢者、障害者)。
訪問看護の体制が不足していた。

台風 19 号:
高齢者の困窮状況の把握が困難であった（「大丈夫」という言葉の裏にある真のニーズ)。
保健師の負担が大きかった。

亜急性期～慢性期（数週間～数か月、数年）：

東日本大震災:
仮設住宅での孤立や、長期避難による生活再建の遅れが問題となった。
心のケアの長期的な継続が困難であった。

常総市水害、台風 19 号:
在宅での生活再建支援が不足していた（特に一人暮らし高齢者、障害者)。
心のケアの継続的な提供体制が不十分であった。

3）良かった支援・今後も拡充を希望する支援

急性期:

東日本大震災:
大学との連携による専門的な支援。

常総市水害:
行政と大学との連携による認知症患者への巡回支援。

台風 19 号:
市職員との連携による高齢者宅訪問。
医師会による組織的な対応。

亜急性期～慢性期:

全災害共通:
訪問看護の拡充（特に災害時における精神科訪問看護の必要性)。
地域包括支援センター、社会福祉協議会などとの連携強化。
平時からの顔の見える関係づくり（医療、介護、福祉、行政)。

4）特に工夫したことがらとその成果

急性期:

東日本大震災:
傾聴を重視し、被災者の話に耳を傾けることで、不安の軽減に努めた。
避難所の環境改善（プライバシー確保、衛生環境改善）を関係機関に働きかけた。
台風 19 号:
市職員との連携により、高齢者の自宅訪問をスムーズに行い、ニーズの把握に努めた。

亜急性期～慢性期:

常総市水害:
災害支援の経験を活かし、県職員として、その後の災害対応マニュアルの作成や研修に携わった。

5）その他

災害関連死との関係:
災害関連死を防ぐためには、避難生活の質の向上、生活再建支援、心のケアが重要である。特に、高齢者や認知症患者は、環境変化に弱く、災害関連死のリスクが高いため、特別な配慮が必要である。

災害後の施策の変更:

東日本大震災後、災害時の精神保健医療体制の強化が図られ、DPAT が制度化された。
水害後、県では、災害時要配慮者支援の強化、地域包括ケアシステムの推進などが行われている。
水害後、被災地では、高齢者への見守り体制の強化、地域防災計画の見直しなどが行われている。

総括

災害は、特に高齢者、一人暮らし高齢者、認知症患者に大きな影響を与える。災害支援においては、急性期から慢性期まで、切れ目のない支援が必要である。医療、介護、福祉、行政など、多職種・多機関の連携が不可欠であり、平時からの顔の見える関係づくり、情報共有体制の構築が重要である。また、訪問看護の拡充、特に災害時における精神科訪問看護の重要性は、今後さらに高まるであろう。

Ⅲ　DPAT　C

1）一次調査の回答追加（個別ケース詳細）

ケース 1：コロナ陽性で隔離された 80 代後半の認知症女性

介護度：要介護 4（推定。食事、排泄、移動など日常生活全般に介助が必要）
診断名：アルツハイマー型認知症
状況詳細：
コロナ陽性により、避難所内の個室（詳細不明）に隔離。
意思疎通は極めて困難。
娘との面会は感染対策上制限され、事実上の孤立状態。
食事は提供されるが、自力摂取の可否は不明。
排泄介助の状況は不明瞭だが、失禁等のリスクは高い。
ゾーニングは不徹底で、感染拡大のリスクがあった。

ケース 2：インフルエンザ陽性で徘徊する 70 代男性

介護度：要介護 2（推定。部分的な介助が必要。徘徊は認知症による症状か）
診断名：認知症（種類不明）、インフルエンザ
状況詳細：
インフルエンザ陽性のため、避難所内の大会議室に他の陽性者と共に隔離。
徘徊行動が見られ、感染管理上問題があった。
他の陽性者との交流は限定的で、孤立感は完全には解消されず。

ケース 3：知的障害を持つ患者とその家族

介護度/障害支援区分：不明
診断名：知的障害
状況詳細：
避難生活に関する様々な相談（生活環境、今後の見通しなど）が DPAT に寄せられた。
地元の保健所等と連携し、具体的な対応方法についてアドバイスを行った。

ケース 4：薬不足による不安を訴える避難者

介護度/障害支援区分：不明
診断名：不明（精神疾患の可能性あり）

状況詳細:
常用薬（詳細不明）の不足により、強い不安を訴えた。
DPAT は、使い慣れた薬の処方を調整（詳細な薬剤名は不明だが、向精神薬の可能性が高い)。

ケース５：統合失調症等の精神疾患を持つ母親の施設適応の問題

母親
介護度　不明
診断名：統合失調症等
娘（被災地外在住）
介護度　なし
診断名：なし
状況詳細:
被災地外在住の娘が、被災した母親（統合失調症等）の施設入所後の適応問題で頻繁に呼び出されていた。
当初、施設側は「困難な患者・家族」と認識。
DPAT が介入し、医療保護入院の必要性を判断。関係機関との連携を促進し、迅速な入院決定に貢献。

2）不足したこと・困ったこと（フェーズ別）

【急性期（発災直後～数日)】

情報不足: 避難者の詳細な情報（介護度、既往歴、服用薬など）が不足し、適切なケアの提供が困難だった。
物資不足: 衛生用品、介護用品、医薬品などが不足し、特に高齢者や要支援者への対応に支障が出た。
人員不足: 専門職（医師、看護師、介護福祉士など）が不足し、避難所でのケアが手薄になった。
スペース不足: プライバシーが確保された相談スペースや、隔離スペースが不足していた。
連携不足: 医療、福祉、行政など、関係機関の連携が不十分で、情報共有や役割分担がスムーズに行われなかった。

【亜急性期（発災後数日～数週間)】

継続的なケアの不足: 急性期を脱しても、継続的な医療・介護サービスの提供体制が不十分だった。
精神的ケアの不足: 避難生活の長期化によるストレス、孤立感、不安などに対する精神的ケアが不足していた。
介護者支援の不足: 被災者でありながら介護者でもある人々への支援（休息、相談など）が不足していた。
生活環境の不備: 仮設トイレのバリアフリー問題、食事の偏りなど、生活環境の改善が遅れた。
情報伝達の課題: DPAT の活動内容や役割が十分に周知されず、必要な支援が届きにくかった。

【慢性期（発災後数週間～）】

仮設住宅等への移行支援の不足: 仮設住宅や新たな住居への移行に伴う、生活再建支援や継続的なケアの提供体制が課題となった。
地域コミュニティの再構築: 孤立を防ぎ、地域での支え合いを促進するための取り組みが必要。

3）良かった支援・今後も拡充を希望する支援（フェーズ別）

【急性期】

DPAT の迅速な介入: 精神科医療ニーズへの早期対応、関係機関との連携促進。
使い慣れた薬の処方: 不安を抱える避難者への安心感提供。
地元の保健所等との連携: 症状相談だけでなく、対応方法のアドバイスも提供。

【亜急性期】

介護者への傾聴: 被災者でありながら介護者でもある人々の精神的負担軽減。
医療保護入院の迅速な決定（ケース 5）: 適切な医療へのアクセス確保、家族の負担軽減。

【慢性期】

継続的な精神的ケア: 長期的な視点での心のケア。
生活再建支援: 仮設住宅等への移行支援、地域コミュニティの再構築支援。

【今後拡充を希望する支援（全フェーズ共通)】

多職種連携の強化: 医療、福祉、行政、地域団体など、関係機関の連携をさらに強化し、情報共有、役割分担を明確化する。

専門職の増員: 災害時に対応できる専門職（医師、看護師、介護福祉士、精神保健福祉士など）を増員し、研修等を通じてスキルアップを図る。

物資・設備の充実: 衛生用品、介護用品、医薬品、バリアフリー設備などを備蓄し、迅速に提供できる体制を整える。

情報伝達の改善: DPAT を含む支援チームの活動内容や役割を、避難者、地域住民、関係機関に広く周知する。

避難所環境の改善: プライバシー確保、バリアフリー化、食事の栄養バランス改善など、避難所環境の質を向上させる。

要配慮者の事前登録と個別支援計画:災害発生前に、要配慮者の情報を登録し、個別支援計画を作成しておくことで、発災時に迅速かつ適切な対応が可能になる。

4）特に工夫したことがらとその成果（フェーズ別)

【急性期】

関係機関との密な連携: 地元の保健所等と連携し、症状相談だけでなく対応方法のアドバイスも提供することで、現場の負担軽減と適切なケアの提供に繋がった。
使い慣れた薬の処方: 不安を抱える避難者に対し、可能な限り使い慣れた薬を処方することで、安心感を提供し、症状の悪化を防いだ。

【亜急性期】

介護者への傾聴: 被災者でありながら介護者でもある人々の話に丁寧に耳を傾け、精神的なサポートを行った。これにより、介護者の負担軽減、孤立感の緩和に繋がった。
医療保護入院の迅速な決定（ケース 5）: 関係機関との連携を密にし、迅速な入院手続きを支援することで、患者の適切な医療へのアクセスを確保し、家族の負担を軽減した。

【慢性期】

現時点では具体的な取り組みは不明だが、長期的な視点での精神的ケア、生活再建支援が重要となる。

5）その他（フェーズ別）

【急性期】

安全な移動経路の確保: 避難所内や移動経路の安全確保は、リーダーの判断だけでなく、チーム内での十分な情報共有と合意形成が必要。

【亜急性期】

外部支援者への警戒心: 地元住民や避難者が外部支援者に対して警戒心を抱く場合があるため、丁寧なコミュニケーションと信頼関係の構築が重要。

【慢性期】
特になし

〇災害関連死との関係

今回の事例では、直接的な災害関連死は報告されていない。しかし、避難生活の長期化によるストレス、持病の悪化、感染症のリスクなど、間接的に災害関連死に繋がる可能性は否定できない。特に、高齢者や基礎疾患を持つ人々はリスクが高い。

〇災害後の施策の課題と強化

今回の経験を踏まえ、以下のような施策の変更・強化が考えられる。

要配慮者支援の強化:

要配慮者の事前登録制度の導入・拡充。
個別避難計画の作成支援。
避難所における要配慮者専用スペースの確保。
福祉避難所の設置・運営体制の強化。
医療・保健体制の強化:

災害時の医療ニーズに対応できる人材育成（DPAT、DMAT など)。
医薬品、医療機器、衛生用品の備蓄。
避難所における感染症対策の徹底。
巡回診療、健康相談の実施。
多職種連携・地域連携の強化:

関係機関の連携体制の構築（情報共有、役割分担)。
地域防災計画への反映。
防災訓練の実施。

情報提供体制の強化:

避難者への適切な情報提供（避難所の状況、支援内容など)。
支援チームの活動内容の周知。

避難所環境の改善:

バリアフリー化、プライバシー確保、衛生環境の改善。
食事の栄養バランス改善。

介護者支援:

介護者の休息時間の確保
相談できる環境づくり　これらの施策は、今後の災害発生時に、高齢者や要支援者を含む全ての人々が、安全・安心に避難生活を送れるよう、体制を整備するために不可欠である。

5. 文献調査報告

被災地における認知症支援に関する文献調査

丸田　純平

1　背景

災害発生時において認知症患者は、避難行動や情報理解、医療支援などで特有の困難を抱えやすい。社会の高齢化が進む中で、国際災害データベース(CRED) (1)によると近年災害による被害は世界的に増加しており、災害時の認知症患者支援の必要性が高まっている。

本文献調査は、災害時における認知症患者支援策の現状を整理し、災害の種類、対応フェーズ、介入内容、対象の特性ごとに効果や課題を明らかにすることを目的とする。

2　用語

2.1　災害の定義

暴風、竜巻、豪雨、豪雪、洪水、崖崩れ、土石流、高潮、地震、津波、噴火、地滑りその他の異常な自然現象又は大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害をいう。(災害対策基本法第二条)

2.2　フェーズの考え方

１）医療救護活動フェーズ

- フェーズ０　発災直後　発災～6 時間まで
- フェーズ１　超急性期　72 時間まで
- フェーズ２　急性期　１週間程度まで
- フェーズ３　亜急性期　１ヶ月まで
- フェーズ４　慢性期　３ヶ月程度まで
- フェーズ５　中長期　３ヶ月程度以降

0～2 までが外傷治療・救命救急のニーズ、2～5 が慢性疾患治療・被災者の健康管理のニーズがある。

（災害時医療救護ガイドライン(2)）

２）保健活動フェーズ

- フェーズ０　災害発生後 24 時間以内　初動体制の確立を目指す
- フェーズ１　緊急対策期（72 時間以内）住民の生命・安全の確保を行う時期
- フェーズ２　応急対策期　避難所対策が中心の時期
- フェーズ３　応急対策期　避難所から概ね仮設住宅入居までの時期
- フェーズ４　復旧・復興対策期　仮設住宅対策や新しいコミュニティづくりが中心の時期
- フェーズ５　復興支援期　コミュニティの再構築と地域との融合、復興住宅等への移行期間

（大規模災害における保健師の活動マニュアル(3)）

3　方法

3.1　リサーチクエスチョン

本調査では、「災害全般において、認知症患者に対するどのような支援策があるか？その効果や課題はなにか？」を主たるリサーチクエスチョンとする。

3.2　文献の検索戦略

国際データベースである Pubmed を対象に、過去 10 年間（2015 年 2 月 3 日～2025 年 2 月 3 日）に出版された文献を検索した。検索式は以下の通り。

```
(("Disasters"[MeSH] OR disaster*[Title/Abstract] OR "natural disaster*"[Title/Abstract] OR earthquake*[Title/Abstract] OR tsunami[Title/Abstract] OR typhoon[Title/Abstract] OR "heat wave*"[Title/Abstract] OR "cold wave*"[Title/Abstract]) AND ("Dementia"[MeSH] OR dementia[Title/Abstract] OR "Alzheimer*"[Title/Abstract] OR "cognitive impairment"[Title/Abstract]) AND (support[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract] OR "emergency response"[Title/Abstract] OR "disaster management"[Title/Abstract])) AND ("2015/02/03"[PDAT] : "2025/02/03"[PDAT])
```

3.3　文献の除外基準

- 災害とは無関係な認知症支援に関する文献
- 認知症以外の高齢者や障害者に限定した文献
- 本文が英語以外の言語で書かれた文献

4　結果

国際データベースから抽出された 96 件の文献から研究目的と異なるものを除外基準に従って除き 21 件の文献（表１）が本調査の対象となった。

表１．文献概要

著者	目的	対象	方法	結果
Astone et al.(4)	高温がフィンランドの脆弱な集団に与える影響を調査	高齢者	20 年間の気温や疫学データを用いた分析	25° C を超える日が増えると全死因死亡率や急性病院受診が低所得の高齢者や認知症を持つ人を中心に増加した。
Boekel et al.(5)	COVID-19 の影響を受けた介護施設のケアを最適化するための教訓を探る	介護施設の高齢者	文献レビュー	介護施設は、感染対策のために適切な対応手順と他の医療機関との連携が重要であることが示された。

Chiba et al.(6)	住宅と心理的損傷、認知症の修正可能なリスク要因の関連を評価	被災地の地域在住高齢者	被災後の住宅被害による災害関連被害と、心的外傷後ストレス反応を自己申告式質問票にて評価	完全な住宅損傷が心理的負担と認知症リスクの増加に関連していることが示された。
Culqui et al.(7)	環境要因がアルツハイマー病による緊急入院に与える影響を分析	マドリードのアルツハイマー病患者	2001 年～2009 年のマドリードにおけるアルツハイマー病患者の緊急入院と大気汚染物質と最高気温、騒音レベルの関連を分析	PM2.5 濃度と熱波がアルツハイマー病患者の入院に関連していることが示された。
Farugia et al.(8)	極端な熱と森林火災が認知症に与える影響を探る	高齢者	文献レビュー	心臓病患者と認知症患者は暑さに脆弱であることが示された。
Gibson et al.(9)	ハリケーンにおけるアルツハイマー病患者の家族介護者の経験を探る	27 人の家族介護者	質的研究	介護者は、災害に対する準備や意思決定において特有の課題に直面していることが示された。
Hattori et al.(10)	高リスク地域に住む高齢者の災害準備を評価	西日本の沿岸地域に住む 75 歳以上のケアが必要な高齢者	対象者の属性が災害対策に与える影響を分析	認知機能や地域活動への参加が災害準備に関連していることが示された。
Holle et al.(11)	一時的避難所での認知症、高齢者の保護に関する課題を探る	高齢者	文献レビュー	災害避難所のボランティア医療スタッフは認知症、うつ病、せん妄を区別することに熟知していない場合がある。
Ito et al.(12)	復興住宅のあり方を探る	軽度認知症の独居高齢者	ケーススタディ	住民が元のコミュニティを維持したまま復興住宅に入居したことで認知症高齢者が地域とつながり、尊厳ある生活を続けることができた経験が示された。
Kawachi et al.(13)	高齢者の災害レジリエンスに関する教訓をまとめる	高齢者	文献レビュー	社会的つながりが災害後の認知症発症リスクや心理的健康問題のリスクを軽減する重要な要素であることが示された。
Miyagawa et al.(14)	自然災害後の記憶障害の診断に関するケーススタディ	患者	ケーススタディ	災害後に認めた記憶障害の原因の一つに解離性障害が存在した経験が示された。

Miyamori et al.(15)	2018 年日本洪水が高齢者の介護施設入所に与える影響を調査	介護保険利用者	2018 年の日本の洪水によって深刻な被害を受けた 3 つの都道府県における介護保険データを分析	洪水の影響を受けた高齢者の入所率が有意に高く、特に自分で食事ができない高齢※はでは高いことが示された。(※文献中では明示されないがおそらく認知症を含むと考えられる)
Moir et al.(16)	COVID-19に対するユニークな対応を探る	COVID-19 でロックダウン中の施設入所認知症患者	住み込みを選んだスタッフと施設のマネージャーに対するインタビュー	スタッフが施設内に住むことで、入居者のリスクが軽減されたことが示された。
Nakamura et al.(17)	大地震後の心理的苦痛と認知症リスクを調査	地震被災地の住民	対象者を 10 年～12 年追跡し心理的苦痛や認知症発症率を分析	持続的な心理的苦痛が認知症発症のリスク因子であることが示された。
Nishikawa et al.(18)	被災後の認知症患者のケアに関する成功事例を報告	被災して行動心理症状が悪化した認知症患者	ケーススタディ	生活環境の変化によって行動心理症状が悪化したとしても、適切な環境調整(施設入所)によって行動心理症状が軽快する可能性が示された。
Peterson et al.(19)	災害準備に関する介護者の視点を探る	介護者	52 人の介護者の被災体験と自らの準備状況に関する認識に対するインタビュー	介護者が災害準備において直面する障壁が明らかにされた。
Schnitker et al.(20)	高齢者介護施設の災害準備を調査	介護施設	オーストラリアの居住型高齢者介護施設の管理者対するオンライン調査	多くの施設では認知症患者特有のニーズを認識していたが、災害準備における施設間ギャップが明らかにされた。
Uekusa et al.(21)	被災した居住型介護施設の介護者の脆弱性レジリエンスを調査	認知症患者が入居する被災した居住型介護施設の介護者	インタビュー	介護者として災害に対処することは複雑で予期しないことが多かったことを示した。
Vaitheswaran et al.(22)	COVID-19 でロックダウン中の認知症患者の介護者の経験とニーズを探る	認知症患者の家族介護者	電話による半構造化インタビュー	ビデオ相談や電話ベースでのサポートなど介護者の多様なニーズが明らかにされた。
Yoshida et al.(23)	2018 年日本洪水が高齢者の認知機能に与える影響を調査	介護保険利用者	2018 年の日本の洪水によって深刻な被害を受けた 3 つの都道府県における介護保険データを分析	洪水の間に自宅で生活していた高齢者が認知機能低下のリスクに晒されていたことが示された。

Zhang et al.(24)	2009 年の熱波における入院のリスク要因を調査	患者	ケースコントロール研究	心疾患や認知症が熱波関連入院リスクを高めることが示された。

5　考察

5.1　災害全般における認知症患者に対する支援

災害全般において認知症患者に対する支援は一般的な高齢者と比べて特有の課題があることが示された。報告される災害種別は地域により偏りがあった。例えば、本調査において我が国では熱波を災害として報告する文献は認めなかったが、国際的には注目されていた(4,7,8,24)。また COVID-19 の流行も国際的には災害として報告されるケースもあった(5,16,22)。

5.2　保健活動フェーズごとの認知症患者支援や課題の違い

- フェーズ 0～1（緊急対策期まで）：認知症患者の避難の難しさ(9,19)や災害準備における施設間ギャップの存在(20)といった課題が示されており、平時から避難計画の作成の重要性や難しさが明らかになった。一方地域活動への参加は災害準備に関連していること(10)が示されており、認知症患者の災害準備を促進するためには、地域の備えを確立することも重要であると考えられた。
- フェーズ 2～3（応急対策期）：避難所において認知症やうつ病、せん妄に関する知識をボランティア医療スタッフに熟知していない場合がある課題が示された(11)。また被災後に悪化した行動心理症状の治療には適切な環境調整が重要であることが報告された(18)。避難所において認知症やうつ病、せん妄を適切にスクリーニングすることが、適切な対応や避難所から移動後の環境調整には重要であると考えられた。
- フェーズ 4～5（復旧・復興対策期または復興支援期）：地震による住宅損傷(6)や被災後の持続的な心理的負担(17)は高齢者の認知機能低下や認知症発症のリスクを高めることが示された。また洪水の経験は高齢者の施設入所のリスクを高めることが示された(15)。一方で、社会的つながりは災害後の認知症発症リスクや心理的健康問題のリスクを軽減することが報告されている(13)。また住民が元のコミュニティを維持したまま復興住宅に入居したことで、軽度認知症の独居高齢者が地域とつながり、尊厳ある生活を続けることができた経験が示されている(12)。このことから、被災した認知症患者や高齢者の支援においては地域社会とのつながりを維持・再構築するための支援が重要であると考えられる。

5.3　在宅と介護施設での支援や課題の違い

- 在宅：熱波や大気汚染、寒波による入院のリスクが増加していた(4, 7, 8, 24)。在宅の認知症患者が極端な気候に対応できるように水分摂取や空調利用の促し、見守りなどの支援が重要であると考えられた。
- 介護施設：COVID-19 に関しては多くの支援やニーズ(5, 22)が報告されており、介護者が住み込みで対応するという実践例(16)も報告されていた。一方で介護者のレジリエンスについて注目した文献では、介護者として災害に対処することの複雑さや予期の難しさが強調(21)されており、安易に介護者の責任感に頼るべきではないことが示唆された。

5.4　まとめ

災害の種類や発生地域、保健活動フェーズ、生活の場所の違いにより、認知症患者の支援に求められる対応や課題が多様化することが明らかとなった。とりわけ、平時からの避難計画づくりや地域の交流の強化が重要である。また被災後も地域社会とのつながりを再構築できる環境づくりが、高齢者の認知機能悪化や心理的健康悪化のリスクを低減するためには重要である。

6　参考文献一覧

1. CRED. EM-DAT - The international disaster database [インターネット]. [引用 2024 年 12 月 16 日]. 入手先: https://www.emdat.be/

2. 東京都保健医療局. 災害時医療救護活動ガイドライン [インターネット]. 2024 [引用 2024 年 12 月 17 日]. 入手先: https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/02-2shiryou2-2

3. 日本公衆衛生協会, 全国保健師長会. 大規模災害における保健師の活動マニュアル [インターネット]. 2013 [引用 2024 年 12 月 17 日]. 入手先: https://www.nacphn.jp/02/saigai/pdf/manual_2013.pdf

4. Astone R, Vaalavuo M. Climate Change and Health: Consequences of High Temperatures among Vulnerable Groups in Finland. Int J Health Serv Plan Adm Eval. 2022 年 10 月;207314221131208.

5. Boekel L van, Stoop A, Luijkx KG. [COVID-19 outbreak in nursing homes: what can be learned from the literature about other disasters or crisis situations?]. Tijdschr Gerontol Geriatr. 2020 年 4 月;51(3).

6. Chiba I, Nakaya N, Kogure M, Hatanaka R, Nakaya K, Tokioka S, ほか. Associations between housing and psychological damage by earthquake and modifiable risk factors for dementia in general older adults: Tohoku Medical Megabank community-based cohort study. Geriatr Gerontol Int. 2024 年 6 月;24(6):509-16.

7. Culqui DR, Linares C, Ortiz C, Carmona R, Díaz J. Association between environmental factors and e mergency hospital admissions due to Alzheimer's disease in Madrid. Sci Total Environ. 2017 年 8 月;59 2:451-7.

8. Farugia TL, Cuni-Lopez C, White AR. Potential Impacts of Extreme Heat and Bushfires on Dementia. J Alzheimers Dis. 2021 年 2 月 2 日;79(3):969-78.

9. Gibson A, Walsh J, Brown LM. A perfect storm: Challenges encountered by family caregivers of perso n s with Alzheimer's disease during natural disasters. J Gerontol Soc Work. 2018 年 5 月 21 日;61(7):7 75-89.

10. Hattori Y, Hiramatsu M, Isowa T, Kitagawa A, Tsujikawa M. The Impact of Cognitive Impairment on Disaster Preparedness: A Cross-sectional Study of Older Adults over the Age of 75 Requiring Special Care in Japan. J Gerontol Soc Work. 2022 年 7 月;65(5):562-79.

11. Holle CL, Turnquist MA, Rudolph JL. Safeguarding older adults with dementia, depression, and deliriu m in a temporary disaster shelter. Nurs Forum (Auckl). 2018 年 12 月 9 日;54(2):157-64.

12. Ito N, Kinoshita Y, Morita T, Fujioka S, Tsubokura M. Older adult living independently in a public r owhouse project after the 2011 Fukushima earthquake: A case report. Clin Case Rep. 2022 年 1 月;10 (1):e05271.

13. Kawachi I, Aida J, Hikichi H, Kondo K. Disaster resilience in aging populations: lessons from the 201 1 Great East Japan earthquake and tsunami. J R Soc N Z. 2020 年 2 月 4 日;50(2):263-78.

14. Miyagawa A, Kunii Y, Gotoh D, Ito M, Itagaki S, Matsumoto T, ほか. Differential diagnosis of memor y impairment in areas affected by a natural disaster:a case report. Fukushima J Med Sci. 2021 年 4 月; 67(1):38-44.

15. Miyamori D, Yoshida S, Kashima S, Koike S, Ishii S, Okazaki Y, ほか. How the 2018 Japan Floods I mpacted Nursing Home Admissions for Older Persons: A Longitudinal Study Using the Long-Term Car e Insurance Comprehensive Database. J Am Med Dir Assoc. 2023 年 3 月;24(3):368-375.e1.

16. Moir C, Lesa R, Ritchie L. A unique disaster response in aged residential dementia care: Can the ex perience inform future care models? J Clin Nurs. 2021 年 5 月;

17. Nakamura K, Watanabe Y, Kitamura K, Kabasawa K, Someya T. Psychological distress as a risk facto r for dementia after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Japan. J Affect Disord. 2019 年 12 月;25 9:121-7.

18. Nishikawa Y, Niimura H, Ozaki A, Kimura Y, Morita T, Sawano T, ほか. Successful institutional care for behavioral and psychological symptoms of dementia in a repopulated area after the 2011 Fukushima disaster: A case report. Clin Case Rep. 2018 年 11 月;6(11):2266-70.

19. Peterson LJ, Hackett SE, Dobbs D, Haley WE. Dementia Caregivers' Perspectives on Disaster Preparedness: Barriers, Resources, and Recommendations. The Gerontologist [インターネット]. 2023 年 6 月 23 日;64(3). 入手先: http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnad076

20. Schnitker L, Fielding E, MacAndrew M, Beattie E, Lie D, FitzGerald G. A national survey of aged care facility managers' views of preparednes s for natural disasters relevant to residents with dementia. Australas J Ageing. 2019 年 2 月 21 日;38(3):182-9.

21. Uekusa S. Exploring Disasters through the Eyes of Residential Nursing Home Caregivers. Soc Work Public Health. 2019 年;34(6):529-41.

22. Vaitheswaran S, Lakshminarayanan M, Ramanujam V, Sargunan S, Venkatesan S. Experiences and Needs of Caregivers of Persons With Dementia in India During the COVID-19 Pandemic-A Qualitative Study. Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. 2020 年 11 月;28(11):1185-94.

23. Yoshida S, Kashima S, Matsumoto M. The effect of the 2018 Japan Floods on cognitive decline among long-term care insurance users in Japan: a retrospective cohort study. Environ Health Prev Med. 2021 年 12 月;26(1):113.

24. Zhang Y, Nitschke M, Krackowizer A, Dear K, Pisaniello D, Weinstein P, ほか. Risk factors of direct heat-related hospital admissions during the 2009 heatwave in Adelaide, Australia: a matched case-control study. BMJ Open. 2016 年 6 月;6(6):e010666.

6. 認知症の人の支援マニュアル

1） 作成経緯と必要性について

秋山治彦：横浜市立脳卒中・神経脊椎センター

地震，風水害，大規模火災などの被災地では，多くの人が住み慣れた自宅を離れ，体育館や学校などの一時避難所で（安全の確保のためとは言え，自身の住宅に比べれば遙かに劣悪な住環境で）過ごすことになったり，親戚宅・知人宅等に間借りをすることになったりする．あるいは，それまで施設在住だった場合は，見知らぬ別の施設に移る人もいる．それも，被災体験という恐怖や不安，喪失感を抱えた状態で，このような極端な環境変化を体験しなくてはならない．これは認知機能が保たれた人にとっても大きな負荷であるが，認知機能が低下している人の場合は，認知症の増悪や顕在化を引き起こし，行動・心理症状（BPSD）の出現や悪化，ADL の低下に結びつく．それまで身近にいた気心の知れた介護者は被災者となり，不在となったり十分な介護ができなくなったりする．避難先のスタッフ，ボランティア，他の避難者，あるいは滞在先の親族等が，認知症介護の経験がない，また，認知症の人への接し方を知らない，ことも多い．認知症医療もそうであるが，認知症介護も多くの専門知識・技術を必要とする．様々な tips なしには－気持ちだけでは－適切な介護はできず，そのことが認知症の人の症状の悪化，ひいては本人と家族の避難生活の困難～破綻に繋がる．

2011 年の東日本大震災は，東北地方の広い範囲でこのような状況を引き起こした．日本認知症学会では，「学会」という，専門家が緩く結びついて情報交換を行うための組織が，東日本大震災後の困難な状況に置かれた認知症の人やその介護者にどのような支援ができるか，ワーキンググループを設置して模索した．まず，同学会と老年精神医学会の専門医に呼びかけて，東北～関東地方の専門医を中心に認知症専門医数百名によるメーリングリスト（ML）を設置し意見交換を開始した．そこでは被災地の専門医が現地の状況，課題などを発信し，対応策が提案されるなどの情報共有が行われた．また学会ホームページ（HP）に，現地で，急遽，認知症対応に携わることになった“専門医以外の医師”を対象とした，認知症に関する Q&A サイトを設置した．Q&A サイトに書き込まれた質問は約 20 名の Q&A サイト担当専門医により共有され，適切と判断された質問に対しては回答を作成，学会 HP に掲載した．

これらと並行して，被災地の避難所や施設，医療機関等での使用を念頭に，「被災した認知症の人と家族の支援マニュアル」の作成を開始した．何名かの，日本を代表する認知症専門医が，十数ページを目途に，医師・看護師等の医療者向けと，介護家族・介護スタッフ向けの 2 つのバージョンを執筆し，それを執筆者 ML で共有，推敲を繰り返して，4 月上旬に初版の原稿が完成した．入稿した先は学会誌の印刷を委託していた仙台の出版社で，そこの印刷機も震災で被害を受けていたが迅速に修理を進め，入稿と同時に印刷製本を開始した．当時のネット環境を勘案して，現地では紙ベースでの利用になること（後に学会 HP に PDF 版の公開もした），発送する部数のうちほんの一部しか目的とする（必要としている）所に届かないことを前提とした．送付先は被災地域の専門医と相談するなどして，自治体や関連組織，医師会，医療機関，専門医などからリストアップし，送付先との事前調整の後に発送した．初刷は介護用 4500 部，医療用 2500 部であったが，増刷を重ね，介護用は 10,000 部

以上，医療用も 5,000 部以上を作製・発送した．執筆者も学会事務局も出版社も，支援マニュアル作成を他の業務に優先させて行ったが，震災発生から冊子完成まで約 40 日，現地に冊子が届くまでには，さらにもう数日～数週を要した．

以後，認知症学会事務局は常に医療用，介護用マニュアルの冊子を数千部ずつ保管しており，大規模災害発生時にはただちに送付できる体制をとっている．

2）本事業における改訂について

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル＜医療用＞改訂のポイント

- マニュアルの対象者が、医療職なのかを家族・介護者なのか明確にし、それに合致した記載に統一する。
- 災害後のどのフェーズで、どの場所での支援を想定したものかを明確にする。
- 短い文章とわかりやすいレイアウトにする。
- 携行したり、避難所の壁等に貼付したりするのに用いやすいチラシ程度のショートバージョンを別に作る。
- 向精神薬の使用法については、「かかりつけ医・認知症サポート医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン(第 3 版)」の内容に合わせる。

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル＜介護用＞改訂のポイント

- 医療用とともに、マニュアルの対象者が、医療職なのかを家族・介護者なのか明確にし、それに合致した記載に統一する。
- 対象者が読みやすく理解しやすい表現、レイアウトで作成する。
- 様々な状況で情報にアクセスできる工夫の実施。
  ① 避難所の壁等に貼付できるチラシの作成。
  ② チラシから詳細情報へ、QR コードからリンク可能とする。
  ③ 従来当学会で作成してきたものは、詳細な記述があり理解が深まるが、一方で文字が多くて読みにくいという指摘があったため、ハンディな簡易版を作成し、QR コードから相互にリンク可能とする。
  ④ 他の書類と混じって紛失してしまわないように、また、リンクを貼った一連の情報が関連するものであることがわかりやすいように、装丁を統一する。

III.　資料編

巻末資料１
認知症疾患医療センター運営事業実績報告書様式（2022 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										類型				
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)														

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	
		(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	
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		

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		

【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				

巻末資料２
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手引き

巻末資料2　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の手引き

［ 試験運用 ］

1.1. はじめに

2024年度老人保健健康増進等事業本「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事業」において、国が指定する認知症疾患医療センター運営事業実績報告書に対応する情報収集を行うためのクラウドシステム（**付属資料1**）を用意しました。このシステムでは、各認知症疾患医療センターがクラウドシステム上で事業実績報告書を作成し，クラウドシステム上で都道府県に提出するように設計されています。また、都道府県は、クラウドシステム上の情報を集計・分析することによって、当該都道府県における認知症疾患医療センター運営事業の実施状況を把握することができるように設計されています。

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

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

クラウドシステム上の事業実績報告書のデータを用いて現状を適切に評価するためには，各項目に欠損値をつくらないようにする必要があります．厚生労働省では記入上の留意事項を定めています（**付属資料2**）．都道府県は，提出された事業実績報告データの内容

をクラウドシステム上で確認し，入力の欠損，誤り，疑問点がある場合には各センターのデータ入力担当者に問い合わせ，必要に応じて修正・追記を求める必要があります.

1.3. 都道府県におけるデータ集計

都道府県は、クラウドシステム上で各認知症疾患医療センターの事業実績報告データを確認・修正できるだけでなく、都道府県内の認知症疾患医療センターの事業実績報告書を効率的かつ正確に集計できるように，都道府県内の認知症疾患医療センター事業実績報告書全体のダウンロード機能（CSV ファイルおよびTSVファイル）が用意されています.

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

また、都道府県は、厚生労働省に、地域内の認知症疾患医療センター事業実績報告書の提出が完了したことをクラウドシステム上で報告して下さい。厚生労働省は，各都道府県より提出されたこのデータセットをクラウドシステム上で統合することによって，全国の認知症疾患医療センター運営事業の事業実績を集計・分析することが可能になります.

付属資料１

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

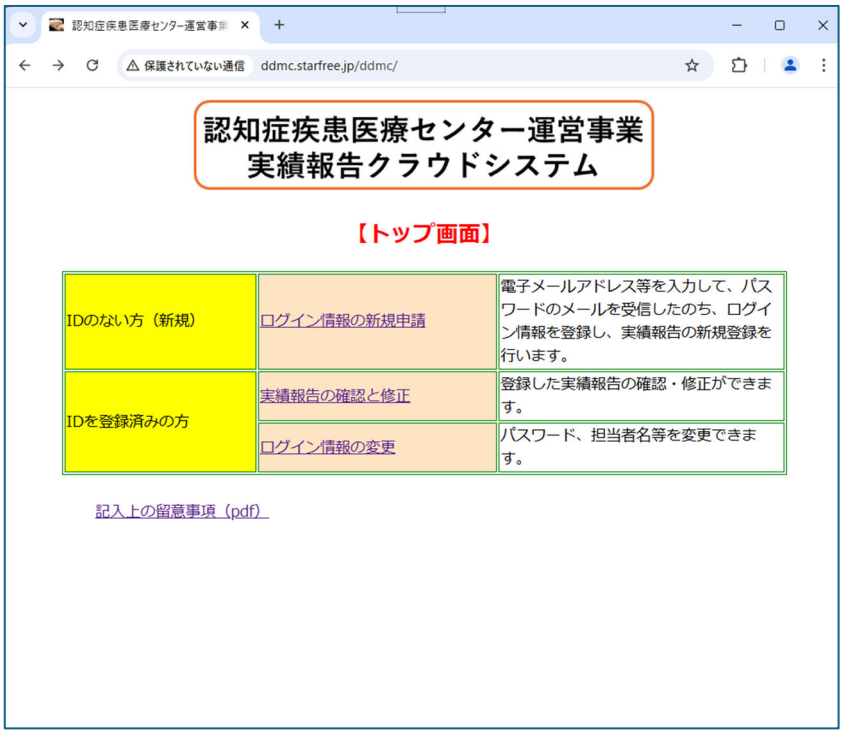
1. 認知症疾患医療センター運営事業報告入力担当者向けマニュアル

下記 URL にアクセスすると、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[トップ画面]が表示されます。

アクセス URL　https://mcd.dcnet.gr.jp/

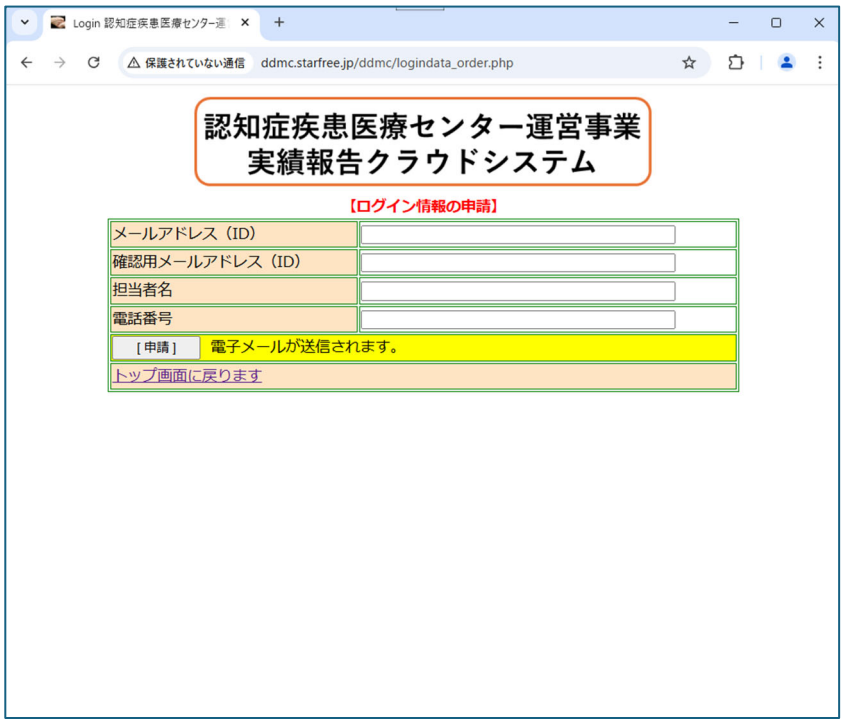
（1）ログイン情報の申請と登録

画面１　トップ画面



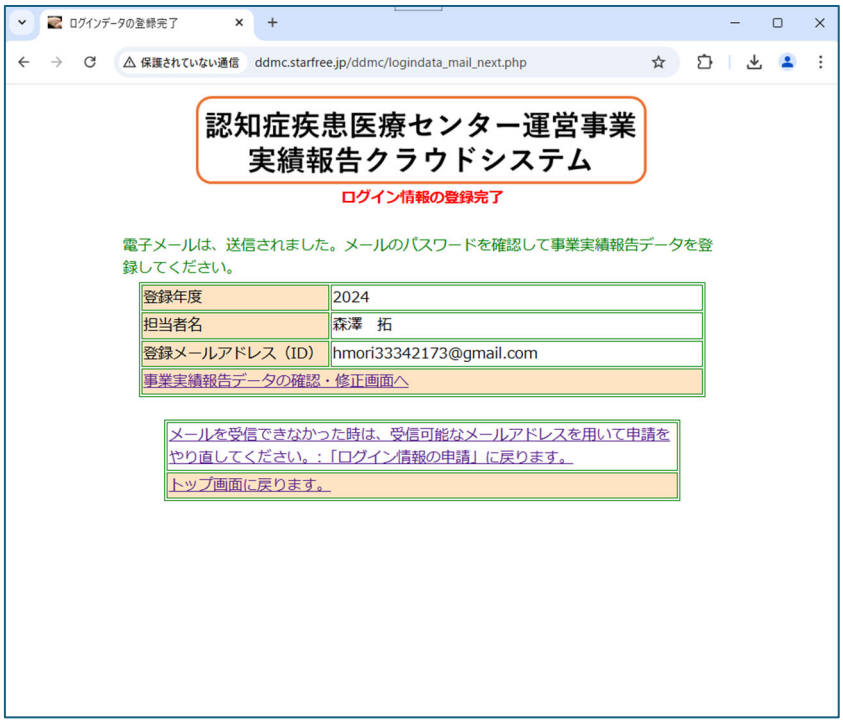
はじめに、「IDのない方（新規）」の「ログイン情報の新規申請」をクリックしてください。「ログイン情報の申請」の画面が表示されます。

画面２　ログイン情報の申請



利用しているメールアドレスを２か所に入力し、氏名と連絡先の電話番号も入力してください。「申請」をクリックすると、パスワードが記述された電子メールが送信され、「ログイン情報の登録完了」の画面が表示されます。

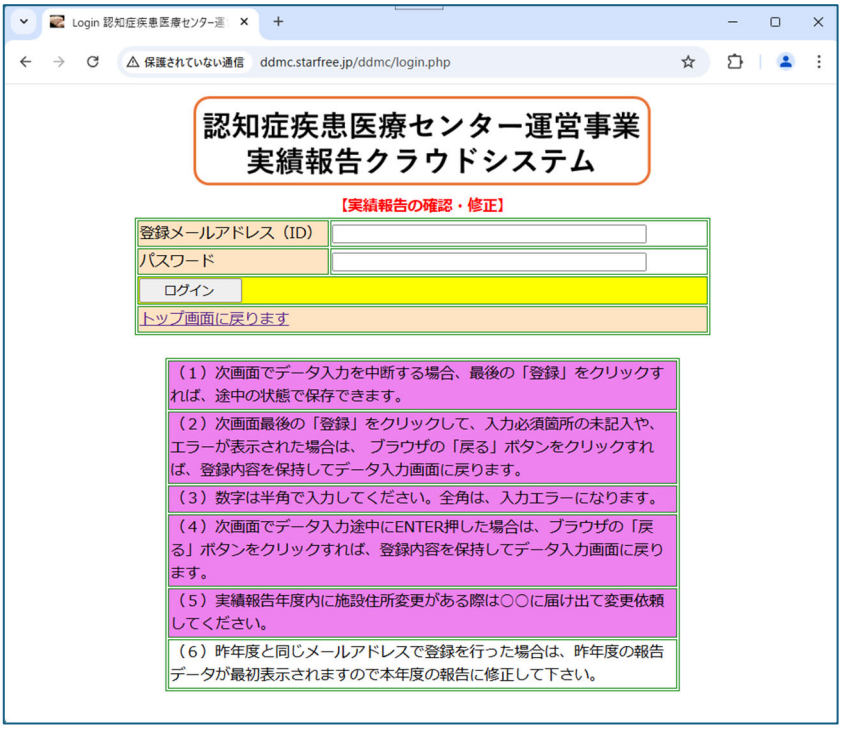
画面3　ログイン情報の登録完了



（２）運営事業実績報告の登録

ログイン情報が登録されたので、「事業実績報告データの確認・修正画面へ」をクリックすると、「実績報告の確認・修正」画面が表示されます。

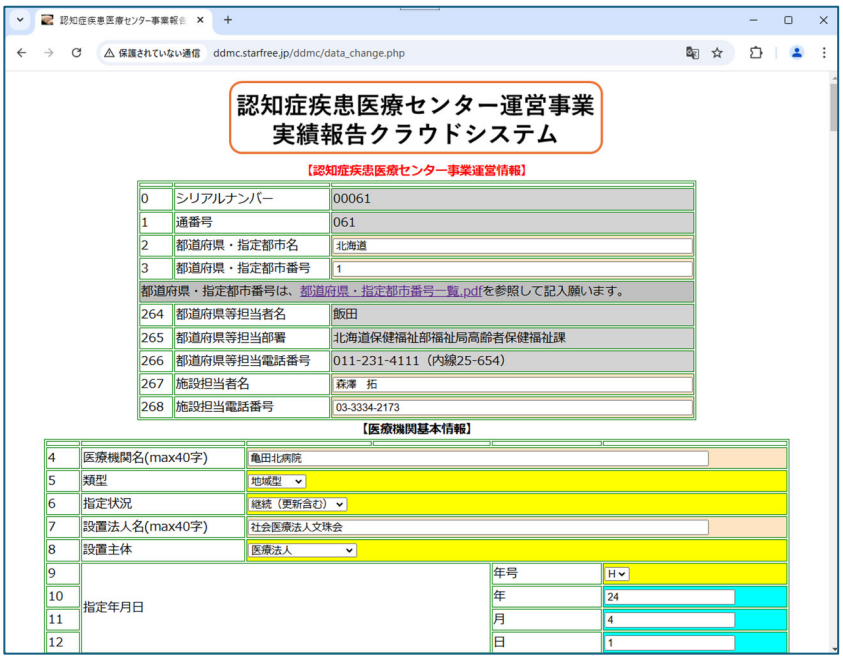
画面４　実績報告の確認・修正



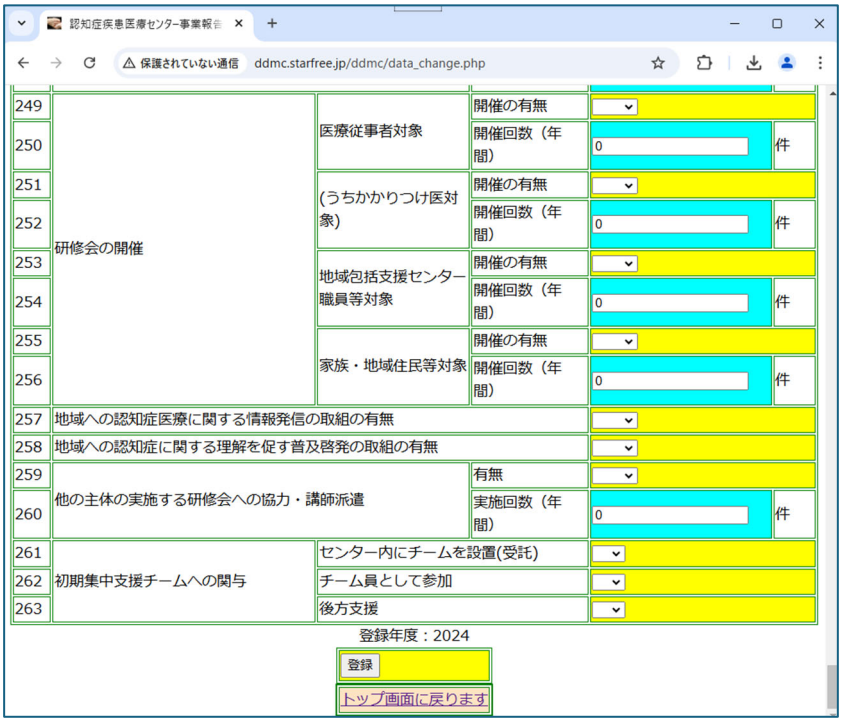
「実績報告の確認・修正」画面で、登録した電子メールアドレスと電子メールで届いたパスワードを入力して「ログイン」をクリックすると「認知症疾患医療センター事業運営情報」の画面が表示されるので、年度の運営事業実績を記入してください。

画面をスクロールして、画面の下端に達すると「登録」ボタンが表示されます。「登録」をクリックする、入力内容が保存されます。年度の運営事業実績を途中まで入力した際も、「登録」をクリックしないと保存されません。画面１で「実績報告の確認・修正」をクリックしても、画面４が表示されます。途中まで保存した際なども、画面１で「実績報告の確認・修正」クリックして、入力の再開、確認、修正を行ってください。

画面５　認知症疾患医療センター事業運営情報



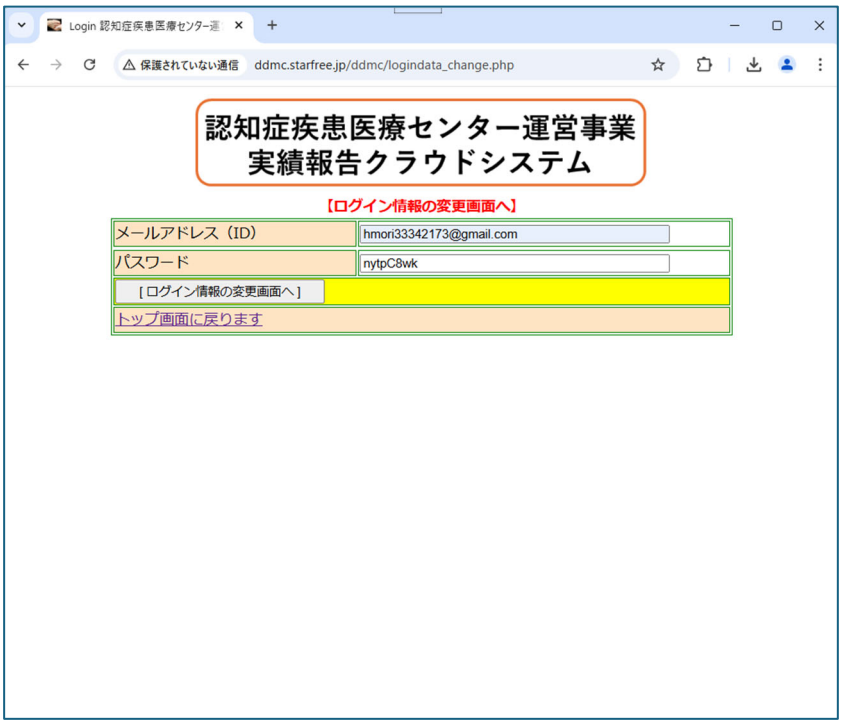
画面６　「認知症疾患医療センター事業運営情報」画面を下端までスクロール



（3）ログイン情報の変更

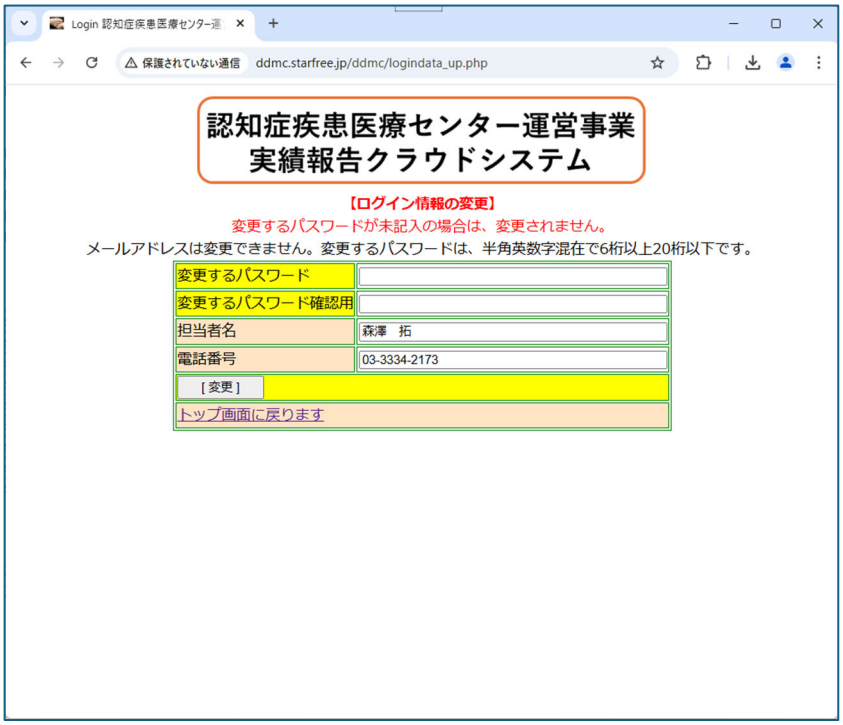
パスワード変更などログイン情報の変更を行いたい場合、画面１で「ログイン情報の変更」をクリックすると「ログイン情報変更画面へ」が表示されます。

画面７　ログイン情報変更画面へ



登録したメールアドレスとパスワードを入力して、「ログイン情報変更画面へ」をクリックして下さい。「ログイン情報の変更」が表示されます。

画面８　ログイン情報の変更



「ログイン情報の変更」でパスワードを変更する場合、変更するパスワードを２か所に記入し、「変更」をクリックして下さい。担当者名、電話番号を変更する際は、該当する項目を修正し、「変更」をクリックして下さい。

注１）ログイン情報の申請は、メールアドレスが同じでも毎年度申請する必要があります。ただし、前年度と同じメールアドレスで申請された場合だけ、最初にログインした際、前年度に登録された実績報告が表示されますので、その内容を修正して下さい。

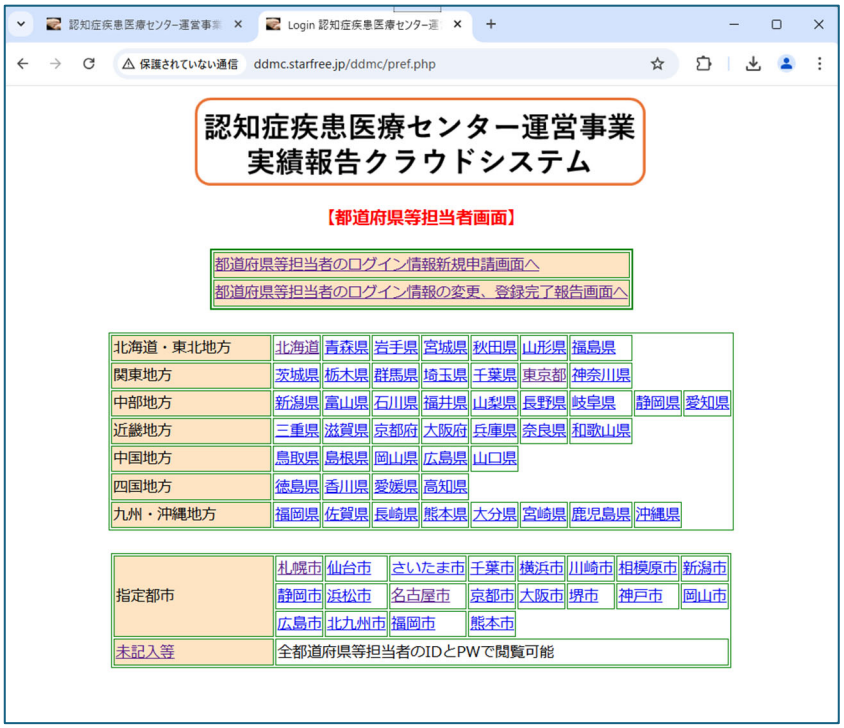
注２）「ログイン情報の変更」で担当者名、電話番号を変更しても、認知症疾患医療センター事業報告の該当する項目は修正されません。再度「認知症疾患医療センター事業報告」を開いて修正願います。

2. 認知症疾患医療センター運営事業報告取りまとめ都道府県担当者向けマニュアル

下記 URL にアクセスすると、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、「都道府県等担当者画面」が表示されます。

アクセス URL　https://mcd.dcnet.gr.jp/pref.php

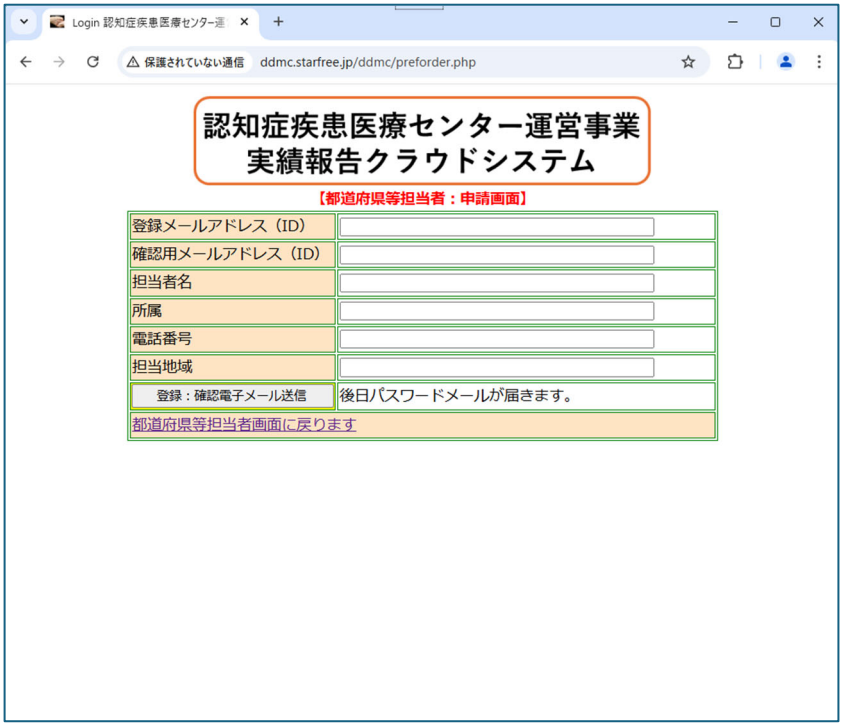
画面９　都道府県等担当者画面



（1）ログイン情報の申請

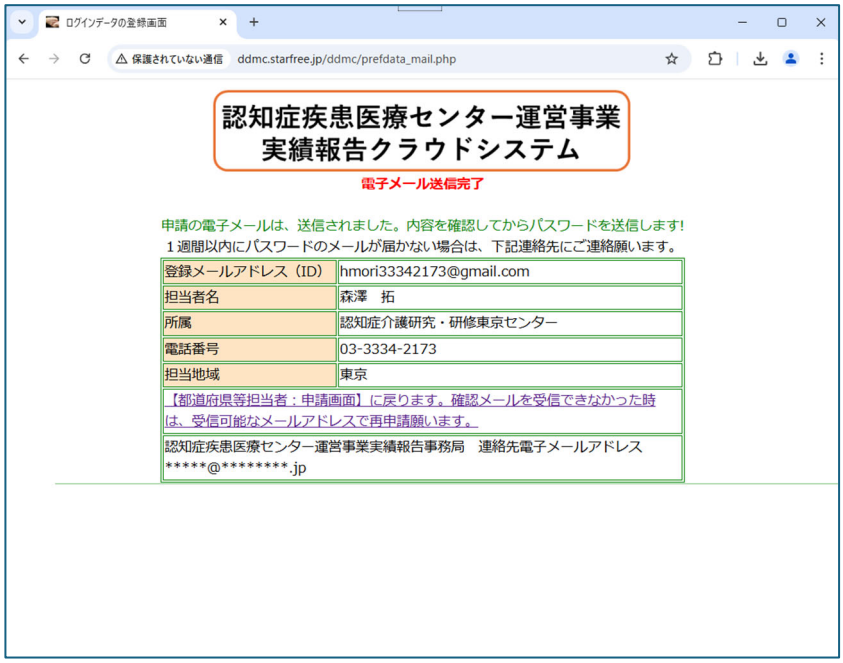
はじめに、「都道府県等担当者のログイン情報新規申請画面へ」をクリックしてください。「都道府県担当者：申請画面」が表示されます。

画面１０　都道府県担当者：申請画面



利用しているメールアドレスを２か所に入力し、氏名、所属、連絡先の電話番号、担当地域を入力してください。「登録：確認電子メール送信」をクリックすると、電子メールが送信されます。「電子メール送信完了」の画面が表示されます。

画面１１　電子メール送信完了



「認知症疾患医療センター運営事業実績報告：都道府県担当者新規申し込み」のメールが受信できなかった場合は、受信できるメールアドレスで再申請して下さい。事務局で担当者名と所属、連絡先の電話番号を確認し、前年度と同じであれば、１週間以内にパスワードを送信致します。前年度と異なる場合は、前年度登録した名前等を質問するメールを送付しますので、回答の電子メールを送付して下さい。回答メールを受信後、パスワードを送信致します。

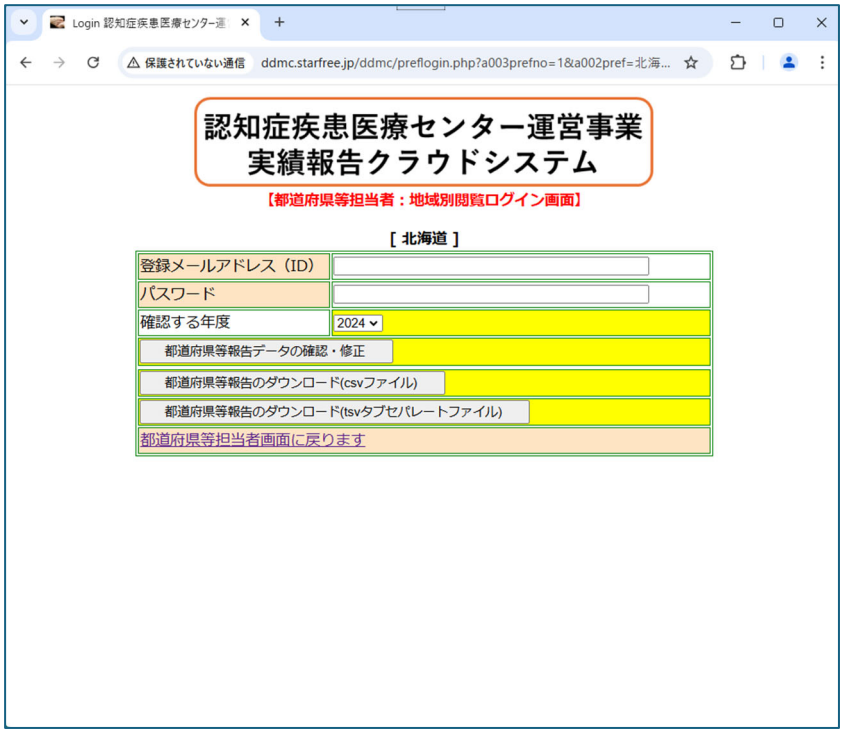
一回登録したログイン情報は、翌年度も利用できます。ログイン情報は、電子メールアドレスと都道府県等番号以外は変更できますので、担当者名、所属、電話番号を変更してご利用下さい。前年度から電子メールアドレスが変わる場合は、ログイン情報の再申請が必要です。

ログイン情報を登録して、パスワードを入手すると、都道府県等内の認知症疾患医療センター運営事業実績報告を確認修正できます。実績報告の項目には、都道府県等担当者名、都道府県等担当者所属、都道府県等担当者電話番号の欄がありますので、必ず一回全てのセンターの実績報告を確認表示して、「報告データ登録」を行ってください。その際、都道府県等担当者のログイン情報として登録した情報が、登録されます。

都道府県等内の認知症疾患医療センター運営事業実績報告を確認修正するためには、画面９で、担当の都道府県名をクリックしてください。「都道府県等担当者：地域別閲覧ログイン画面」が表示されます。

（２） 都道府県等内の認知症疾患医療センター運営事業実績報告の確認修正

画面１２　都道府県等担当者：地域別閲覧ログイン画面



登録電子メールアドレスとパスワードを入力して、「都道府県等報告データの確認・修正」「都道府県等報告データのダウンロード(csvファイル)」「都道府県等報告データのダウンロード(tsvファイル)」のどれかをクリックしてください。「都道府県等報告データの確認・修正」をクリックすると、「都道府県等担当者：地域別施設名一覧画面」が表示されます。「都道府県等報告データのダウンロード(csvファイル)」をクリックするとcsvファイルをパソコンにダウンロードできます。データ項目の中に半角カンマがあると壊れた形式のファイルになってしまうので、その際は、 「都道府県等報告データのダウンロード(tsvファイル)」をクリックして、tsvファイルをダウンロードして下さい。

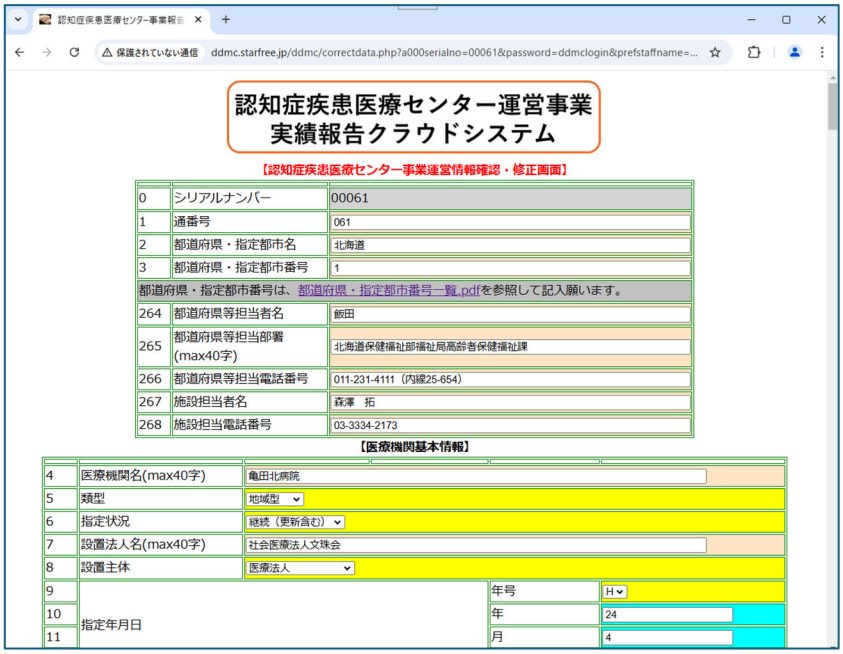
画面１３　都道府県等担当者：地域別施設名一覧画面

通番号	施設名	法人名	施設担当者名	電子メールアドレス
00061	亀田北病院	社会医療法人文珠会	森澤　拓	h.morisawa@dcnet.gr.jp
10001	亀田北病院	社会医療法人　文珠会	森澤　拓	h.morisawa001@dcnet.gr.jp
10002	富田病院	特定医療法人　富田病院	森澤　拓	h.morisawa002@dcnet.gr.jp
10003	函館渡辺病院	社会医療法人　函館博栄会	森澤　拓	h.morisawa003@dcnet.gr.jp
10004	江別すずらん病院	医療法人　風のすずらん会	森澤　拓	h.morisawa004@dcnet.gr.jp
10005	江別市立病院	江別市	森澤　拓	h.morisawa005@dcnet.gr.jp
10006	千歳病院	医療法人　資生会	森澤　拓	h.morisawa006@dcnet.gr.jp
10007	小樽市立病院	小樽市	森澤　拓	h.morisawa007@dcnet.gr.jp
10008	島田脳神経外科	医療法人たんぽぽ会	森澤　拓	h.morisawa008@dcnet.gr.jp
10009	砂川市立病院	砂川市	森澤　拓	h.morisawa009@dcnet.gr.jp
10010	総合病院　伊達赤十字病院	日本赤十字社	森澤　拓	h.morisawa010@dcnet.gr.jp
10011	三愛病院	特定医療法人社団千寿会	森澤　拓	h.morisawa011@dcnet.gr.jp
10012	恵愛病院	社会医療法人　友愛会	森澤　拓	h.morisawa012@dcnet.gr.jp
10013	ミネルバ病院	医療法人社団　倭会	森澤　拓	h.morisawa013@dcnet.gr.jp
10014	道央佐藤病院	医療法人社団　玄洋会	森澤　拓	h.morisawa014@dcnet.gr.jp

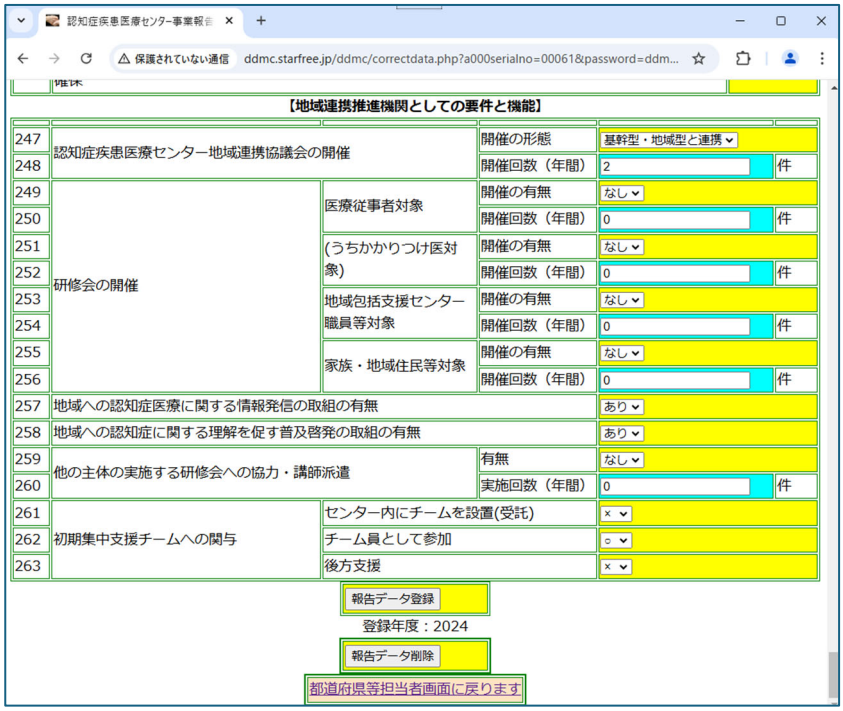
都道府県等担当者：地域別施設名一覧画面では、データを報告した施設、まだしていない施設を確認してください。また、都道府県等担当者名、都道府県等担当者所属、都道府県等担当者電話番号データの入力ために、必ず一回全てのセンターの実績報告を確認表示して、「報告データ登録」を行ってください。センターの実績報告を確認・修正するためには、該当する病院名をクリックして下さい。「認知症疾患医療センター事業運営情報確認・修正画面」が表示されます。

画面をスクロールして、画面の下端に達すると「報告データ登録」と「報告データ削除」ボタンが表示されます。「報告データ登録」をクリックする、入力内容が保存されます。

画面１４　認知症疾患医療センター事業運営情報確認・修正画面



画面１５　「認知症疾患医療センター事業運営情報確認・修正画面」を下端までスクロール

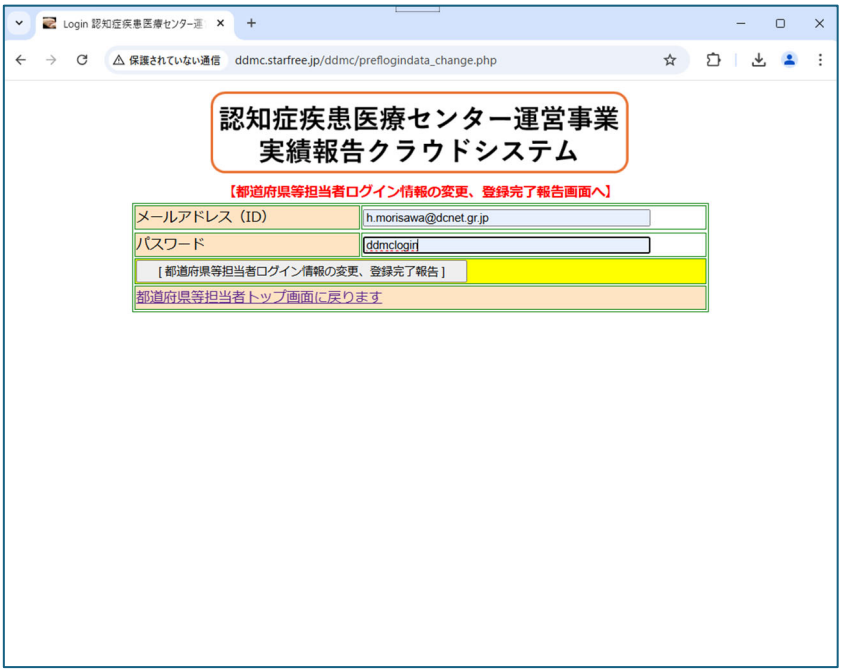


「報告データ削除」をクリックすると、データ項目ごと削除をすることができます。

（３） 都道府県等担当者のログイン情報の変更と登録完了報告

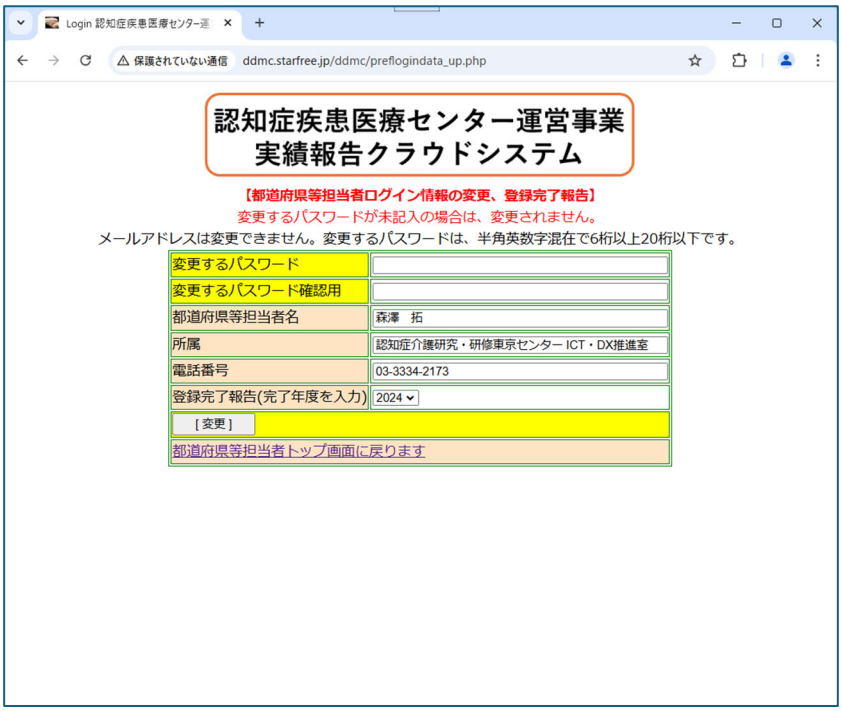
都道府県等担当者のログイン情報の変更や登録完了報告を行うためには、画面９で、「都道府県等担当者のログイン情報の変更や登録完了報告画面へ」をクリックして下さい。「都道府県等担当者のログイン情報の変更や登録完了報告画面へ」が表示されます。

画面１６　都道府県等担当者のログイン情報の変更や登録完了報告画面へ



登録電子メールアドレスとパスワードを入力して下さい。「都道府県等担当者のログイン情報の変更や登録完了報告画面」が表示されます。

画面１７　都道府県等担当者のログイン情報の変更や登録完了報告



都道府県等内の全ての認知症疾患医療センターの運営事業実績報告のアップロードが完了した場合、登録完了報告欄に、完了年度をプルダウンメニューで選択して、「変更」をクリックして下さい。まちがって登録した場合、プルダウンメニューで空白を選んで「変更」をクリックして下さい。パスワード、担当者名、所属、電話番号も変更できます。

注１）都道府県等担当者名、都道府県等担当者所属、都道府県等担当者電話番号を変更しても、認知症疾患医療センターの事業運営情報の都道府県等担当者名、都道府県等担当者所属、都道府県等担当者電話番号の情報は、修正されません。再度全ての施設の「認知症疾患医療センターの事業運営情報確認・修正画面」を開いて、手作業で修正する必要があります。都道府県等担当者名、所属、電話番号の情報が空欄の場合は、開くとログイン情報に置き換えられますが、情報が記入されていると手動でしか変更できません。

注２） 画面９で担当の都道府県名をクリックせずに、「未記入」をクリックすると、都道府県等番号が、未記入あるいは記入ミスの事業報告を確認・修正することが全ての都道府県等担当者が行えます。該当地域の病院名だった場合は、都道府県等番号を変更すれば、本来の一覧に表示されるようになります。そのため、登録が遅れている施設等がありましたら、「未記入」も確認していただけますようお願い致します。

付属資料2

記入上の留意事項

※「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は、プルダウンより選択して行ってください。
・青色のセルへの入力は、実績なしの場合「０」を入力してください。
・橙色のセルは、該当の内容がない場合は「なし」を入力してください。
・紫色のセルは、該当の内容がある場合に入力してください。
・緑色のセルには、計算式が入っています。
・「黄色」「青色」「橙色」のセルが空白の場合は、上記の留意事項を確認の上、必要事項を入力してください。
・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の行の追加は絶対に行わないこと。

【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該当の専門職がいない場合には「0」を入力すること。 ②その他の職種に該当がない場合には、職種には「なし」、人数には「0」を入力すること
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。

<table>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">※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。</td></tr>
<tr><td>注 9</td><td>検査体制</td><td colspan="2">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。</td></tr>
<tr><td rowspan="5">注 10</td><td rowspan="5">相談件数</td><td colspan="2">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。</td></tr>
<tr><td>面接</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>訪問</td><td>・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。</td></tr>
<tr><td>オンライン</td><td>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。</td></tr>
<tr><td>その他</td><td>・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。</td></tr>
</table>

		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6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~~の~~件数を記入する。複数の情報提供先がある場合は、その全てに計上する。ただし、例えば「市町村直営の地域包括支援センター」のように、選択肢が重複する場合は（例の場合は１と４）、若い番号に計上する。	

		・「情報提供」とは、診療情報に限らず、受診後に何らかの情報（転院や入院にかかる情報、必要なサービスに関する情報等）を関係機関に提供することをいう。なお、情報提供の手段は問わない。 ・医師に限らず、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科的ケースワークの実施	一般病床に入院する認知症患者に対する、疾患センターに配置される専門医を含む多職種チームによる、入院中の認知症患者の諸症状に対する助言、医療の実施、カンファレンスへの参加を含む。
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	・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。	
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
被災地における認知症支援の実態調査：一次調査（依頼状/調査票）

令和６年 11 月 29 日

令和６年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症の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事業」
における**「被災地における認知症支援の実態調査」**

謹啓

時下益々ご清祥のことと拝察申し上げます。

このたび、令和６年度厚生労働省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事業」（実施主体：一般社団法人　日本認知症学会社会対応委員会）において災害時における認知症支援対応マニュアルを整備することとなっております。この対応マニュアルに反映することを目的として、被災地における認知症支援の実態調査を実施することとなりました。

御多忙な状況下でのお願いとなり、大変恐縮ですが、つきましては、同封の調査票に、可能な範囲で結構ですので、ご回答の上、令和６年 12 月 20 日までに下記 jsdr-office01@shunkosha.com にご返信もしくは以下の QR コードからフォームでご回答いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

一般社団法人日本認知症学会
理事長　岩坪　威
社会対応委員会委員長　粟田　主一
マニュアル作成作業部会座長　中西　亜紀

問い合わせ先
「被災地における認知症支援の実態調査」事務局　担当：山本 英里
〒169-0072　東京都新宿区大久保 2-4-12
新宿ラムダックスビル（株）春恒社内
（受付時間：平日９時～12 時・13 時～17 時 45 分）※年末年始（12/28～1/4）を除く
TEL03-5291-6231　FAX03-5291-2176　jsdr-office01@shunkosha.com

本調査の結果に関して、調査目的以外に利用することはございません。また、個人情報が外部に特定されるなど貴施設・事業所やご回答者様にご迷惑をお掛けすることは一切ございません。

被災地アンケート調査

・下記の質問について、該当するものをプルダウンからご選択ください。
・その他、自由記載の回答欄については直接ご入力ください。
・該当しない質問については、回答しなくても結構です。
※尚、このアンケートは本件目的以外には使用しません。統計終了後は破棄処分致します。

記入日：　　年　　月　　日

No.	質問事項	ご回答
基本的情報について		
Q1	主たる所属施設等種別	1 自治体
	（8・15・22のその他に該当の場合右に記載ください）	
	（18・19・20・21に該当の場合右にご記載ください）	都道府県名
Q1-2	併任の所属施設等種別	
	（8・15・22のその他に該当の場合右に記載ください）	
	（18・19・20・21に該当の場合場合右に記載ください）	都道府県名
Q2	回答者	
Q3	回答者職種	
	（その他記入欄）	
Q4	被災種別	
Q5	災害名（例：能登半島地震）	年　月　日　災害名：
Q6	所在市町村名	（　　）市・町・村
Q7	職員人的被害状況	
	→2 被害者ありの場合	（死者　　人、行方不明者　　人）
Q8	被災直後の施設運営（DPAT等の方は回答不要）	【翌　日】
	（その他記入欄）	
		【3 日後】
	（その他記入欄）	
Q9	ライフラインの被災状況	
Q10	Q9がありの場合、ライフラインの復旧状況をご記載ください（記載時点でお答えください）	水　道　（　　）日、週、月　以内、未復旧
		電　気　（　　）日、週、月　以内、未復旧
		ガ　ス　（　　）日、週、月　以内、未復旧
		その他　（　　）日、週、月　以内、未復旧
認知症のある要介護高齢者等への対応について		
・事前の避難計画等の策定について		
Q11	今回の災害以前に避難計画等を策定していましたか	
Q12	策定していなかった場合、作成していなかった理由をお答えください	
	（その他記入欄）	
Q13	策定していた場合、活用されましたか	
	→1の場合、理由をお答えください →2の場合、具体的な例をお答えください	
Q14	避難計画等の策定に関して課題と感じたことを記載ください	自由記載
・認知症のある要介護高齢者の介護者への対応について		
Q15	認知症のある要介護高齢者等の介護者への対応として特に工夫して取り組んだことがありますか	
	→2の場合、具体的な例をお答えください	
Q16	認知症があることによって課題と感じたことを記載ください	自由記載

・認知症のある要介護高齢者等の入所・入院の患者移送の有無と課題

Q17	認知症のある要介護高齢者等の入所・入院の患者移送を行いましたか	
Q18	認知症があることにより課題と感じたことはありましたか	
	（その他記入欄）	

・物資調達の課題について

Q19	物資調達は十分でしたか	
	→1の場合、不足していた物資をご記載ください	
Q20	良かった点を含め課題について記載ください	自由記載
Q21	プッシュ型支援が行われた地域について伺います	

・マニュアルなどの活用の有無

Q22	認知症の人への対応においてマニュアルを活用されましたか	
	→1の場合、活用しなかった理由をご記載ください →2の場合、特によかったものをご記載ください	
Q23	日本認知症学会のマニュアルを活用されましたか	
	→2の場合、感想をご記載ください	

・避難所について

Q24	１次避難所について課題と考えることを記載ください	自由記載
Q25	１.５次避難所を設置した場合にお答え下さい。 設置や利用の際に、とりわけ認知機能低下がある被災者の場合に課題と感じたことをご記入下さい	自由記載
Q26	２次避難所について課題と考えたことを記載ください	自由記載

・職員への配慮・課題について

Q27	自組織の職員への配慮等について、特に工夫して取り組んだこと、あるいは課題と考えたことを記載ください。		
	1）配慮について該当するものを選んでください （複数回答可）		職員の被災状況や心理状態に配慮して勤務調整を行った
			施設の資源を職員にも提供した
			自施設で職員とその家族を受け入れた
			その他（自由記載　　）
	2）課題について該当するものを選んでください （複数回答可）		職員への十分なメンタルケアを行えなかった
			人員不足になり、十分な休憩や休暇の付与が難しかった
			支払いに困難を生じた
			その他（自由記載　　）

・平時の取り組みの有用性について

①地域連携			
Q28	平時の取組で有用だったこと、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください （複数回答可） （例）地域での多施設での顔の見える関係作り、地域での避難訓練の実施など		地域での多施設間での顔の見える関係づくり
			地域住民との交流
			地域での避難訓練の実施
			その他（自由記載　　）

②認知症対応力		
Q29	平時の取組で有用だったこと（認知症についての学習などを含め）、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください	自由記載
③その他		
Q30	上記以外で平時の取組で有用だったこと、あるいは平時に取り組んでおけば良かったと考えることなどをご記載ください	自由記載

・その他

Q31	最も不足した支援についてご記載ください	自由記載
Q32	最もよかった支援についてご記載ください	自由記載
Q33	その他今後の課題についてご記載ください	自由記載

○二次調査（ヒアリング）にご協力いただける場合は、お名前等のご記載をお願い申し上げます。

ご所属		**お名前**	
mail		**TEL**	

ご協力ありがとうございました。

巻末資料 4
被災地における認知症支援の実態調査：二次調査（依頼状）

令和 7 年 2 月吉日

令和 6 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症の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事業」
における**被災地における認知症支援の実態調査へのご協力のお願い**

謹啓

時下益々ご清祥のことと拝察申し上げます。

このたび、令和 6 年度厚生労働省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事業」（実施主体：一般社団法人　日本認知症学会社会対応委員会）において災害時における認知症支援対応マニュアルの整備のための被災地における認知症支援の実態調査を行っており、その一環として、DPAT 隊員へのヒアリングを行っております。

つきましては、本調査にご協力をお願いできれば幸いです。具体的には、貴院の DPAT 隊員の中で、認知症の人やそのご家族を支援した経験のある方に、30 分から 1 時間程度お時間をいただき、対面でヒアリングを行わせていただければ幸甚です。

ご多忙中大変恐縮ですが、ご高配の程何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

一般社団法人日本認知症学会
理事長　岩坪　威
社会対応委員会委員長　粟田　主一
マニュアル作成作業部会座長　中西　亜紀

問い合わせ先
「被災地における認知症支援の実態調査」事務局　担当：山本 英里
〒169-0072　東京都新宿区大久保 2-4-12
新宿ラムダックスビル（株）春恒社内
（受付時間：平日 9 時～12 時・13 時～17 時 45 分）※年末年始（12/28～1/4）を除く
TEL03-5291-6231　FAX03-5291-2176　jsdr-office01@shunkosha.com

本調査の結果に関して、調査目的以外に利用することはございません。また、個人情報が外部に特定されるなど貴施設・事業所やご回答者様にご迷惑をお掛けすることは一切ございません。

巻末資料５
災害時の認知症対応マニュアル

避難所で「こんなとき どうしよう」と思ったら

恥ずかしいことではありません。

一人で悩まないで、**家族だけで頑張ろうとしない**でください。

ご本人が安心できるように、助け合える方法が必ずあるはずです。

眠れない

大変なことが起こり、慣れない環境で、誰もが不安です。
ただ、人は24時間のからだのサイクルがあり、日中太陽の光を浴びて、カラダを動かすと、夜眠りやすくなります。
それでもどうしても眠れないときは、医師に相談しましょう。
今は、眠るための安全なお薬もいろいろあります。

うろうろと落ち着かない

トイレに行きたいけどわからないのでしょうか?
いつもと違う場所に居心地が悪いのでしょうか?
不安な気持ちやさみしさが、よけいに落ち着きをなくします。
「今は、あなたはここに居ていい」と、伝えられるように専門職の力を借りて、一緒に考えてみましょう。

いらいらしている

どうしてよいかわからない、自分自身に対して、
不安で、いらいらしているのかもしれません。
家族以外が話をしてみるのもよいかもしれません。
漢方薬などの服用を検討してみる方法もあります。
あまり激しくならないうちに、相談しましょう。

居ないはずの人やないものが見えたり、消えたりする/調子が変動する

せん妄をおこしているかもしれません。
知らないうちに、体の調子が悪くなっているかもしれません。
昼夜のメリハリをつけるようにしつつ、医療スタッフに相談しましょう。

今まで認知症と診断されていなかった人が、認知症のように見える状態になることもあります。

認知症の人は、環境変化などで、ご様子が変わることもあります。
お役に立つ情報があるかもしれません。是非、見てみてください。
「被災した認知症の人と家族の支援マニュアル」

日本認知症学会
Japan Society for Dementia Research

令和6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82
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事業

認知症の方のご家族へ

避難所で過ごすことは、認知症の方にとっても
ご家族にとっても大変です。

生活再建までの間
「一時的な介護施設への入所」も
選択肢の一つです。

介護施設は退所や外出もできます。
経済的なご負担が心配な場合は
「福祉避難所」もあります。

避難所のスタッフに相談してみてください。

介護の困りごとは

介護保険を**使って**
- いる → **担当のケアマネジャー**
- いない → **お住まいの地域の地域包括支援センター**（ちいきほうかつしえん）

上記にご相談ください。
連絡先は避難所のスタッフ・役所におたずねください。

日本認知症学会
Japan Society for Dementia Research

令和6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82
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事業

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル
＜介護用 簡易版＞

JSDR
Japan Society for Dementia Research

日本認知症学会

令和６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８２
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事業

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル
＜介護用簡易版＞

はじめに

　このマニュアルは、家族介護者と施設等の介護職を合わせた**介護する人が、すぐ手に取れるよう**に作られています。
このたびの災害で被災され、避難所などで生活されている認知症の人と家族、および被災地域で活動する介護職の人達を支援するために作成しました。

　既に認知症の診断を受けている方も、受けていない方も、新しい症状・これまでとは違う様子に気づいたら、ぜひ参考にしてみてください。

　避難先では、認知症等への対応に不慣れな親族、施設スタッフ、ボランティアなどが接すること、介護することが多くなります。住み慣れた環境とは少し違う考え方、判断、対応のしかたが必要な場合があります。

ご本人への支援

1 － ご本人への接し方の基本 ・・・・・・・・・ P1
2 － 不安への対応 ・・・・・・・・・・・・・・ P2
3 － いらいら・興奮への対応 ・・・・・・・・・ P3
4 － 幻覚・妄想への対応 ・・・・・・・・・・・ P4
5 － うろうろと落ち着かず出歩いてしまう人への対応 ・・ P5
6 － アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応 ・ P6
7 － 不眠への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・ P7
8 － 排泄の問題への対応 ・・・・・・・・・・・ P8
9 － お役立ち情報へのアクセス ・・・・・・・・ P9

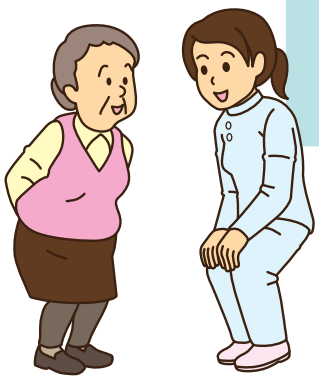
1 ご本人への接し方の基本

認知症では、記憶障害、見当識障害（日にちや時間、場所などがわからない）や実行機能障害（段取りができない、手順がわからない）などの認知機能障害だけでなく、環境やケア、健康状態、心理状態などの影響によって、不眠、幻覚、妄想、興奮、動き回る、焦燥（いらいら）、抑うつといった種々の行動・心理症状（BPSD）が見られることがあります。今までと違う症状に気づかれたら、薬を使う前に、適切なケアや環境調整、健康チェックが大切です。BPSD は認知症の人の SOS とも言われ、症状の発現を未然に防ぐこと、早期に対応することが大切です。

まず、ご本人が安心して過ごせるにはどうしたらよいか、考えてみましょう。

基本的に望ましい対応

あなたはここに居てよい、と安心できるように、接しましょう。発言が正しいかどうかではなく、何に困っているのかをひもとき、**本人の言うことを否定しない**ようにしましょう。家族や介護者も、普段と違って適切に接している余裕がない場合が多いでしょう。自分だけで悩んで抱え込まず、ケアをすることに辛さを感じることがあれば、まずは身近な専門職に、**早めに相談・対応**しましょう。



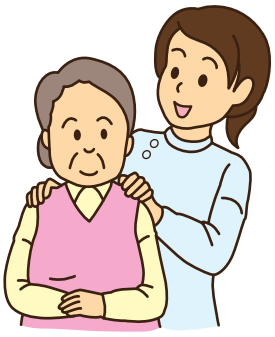
早口で、後ろから、大勢で、いっぺんに言わずに、**目を見て ひとつずつ あわてずに** 話してみましょう

2 不安への対応

● 認知症の人は、普段から不安を抱えています。さらに、被災したために自宅とは違う見慣れない場所に避難しているということを理解できなかったり、すぐに忘れてしまったりしがちです。いつも一緒にいた家族やなじみの隣人、知人が周囲に見当たらないと不安な気持ちはさらに強くなります。

● 認知症の人は、周囲の人々の様子や表情、態度、話し方にとても敏感です。“ なぜこんなことを言われる（される）のだろうか ”“ 自分は邪魔者なんだ ” などの想いが浮かんでくるかもしれません。不安感あるいは怒り、恐怖などから、不眠、うろうろと動き回る、興奮して大声を出す、などの症状が出てくることも少なくありません。

● 困難な状況のなかでも、あなたは私達とここに居て良い、ひとりではないとのメッセージを発信することが重要です。必ずしも言葉だけではなく、うなずくあるいは優しく手を握る、肩を抱くなどの行動でも伝えることができるでしょう。



3 いらいら・興奮への対応

●認知症の人が示す症状には意味があります。本人が興奮しているとき、あわてて一緒になって怒らずに、その理由を考えてみましょう。そこに解決の糸口があります。

● 薬で抑えようと考える前に、優しい態度で接し、その人の気持ちを探ってみましょう。原因を取り除くことで、興奮が治まる可能性があります。
周囲が許容できるときには、本人に好きなように感情を出して、自分の思いをはき出してもらうことで、その後、精神的な安定が得られるかもしれません。

● 環境や体調が変わることで、これまでとても具合よく使えていた薬があわなくなる場合があります。医療スタッフには、服用している薬をすべてチェックしてもらいましょう。

4 幻覚・妄想への対応

●物盗られ妄想などの被害妄想は、アルツハイマー型認知症などで記憶力低下が強い時に起こりやすい妄想です。背景には、不安や喪失感が隠れています。安心を与えるケアが症状緩和に役立ちます。

1. 本人にとっては、物が無くなったことは事実なので、まずは訴えを聞いて、落ち着いて対応しましょう。

2. 「盗られた」と訴える内容を否定するのではなく、「それは困ったね」など、「困っている気持ち」に共感するような言葉かけをしましょう。

3. 可能であれば話題を変えたり、犯人にされている場合は見守れる範囲で本人と少し離れてみたりしましょう。

※妄想が強い場合は、薬で軽くすることができます。医師に相談しましょう。

● あたかもそこに見えているようなリアルな幻視や、配偶者を別人と言うような誤認妄想があれば、アルツハイマー型認知症よりもレビー小体型認知症が疑われます。

● レビー小体型認知症の幻視は、特定の誘発しやすい物があったり、視線を移動すると消失することが多いので、誘発する物を移動したり隠したりして見えなくする、視線や関心を他の方向に向けるようにするといったことも試してみましょう。

●「私には見えないので、あなたに見えているのは幻覚かもしれませんね」と、それを『まぼろし』として客観視できるように導けると良いでしょう。

※ レビー小体型認知症の人は薬が効きやすく、副作用も出やすいので、薬については医師に相談しましょう。

※ 幻覚・妄想は、せん妄（意識障害の一種）でも出現します。

5 うろうろと落ち着かず出歩いてしまう人への対応

● 本人には動き回る目的があるので、まずは優しく接し、なんで動き回るのか（出て行こうとするのか）その理由を聞いてみてください。
きっかけは、トイレに行こうとしたのかもしれません。（避難していることを忘れて）自宅に帰ろうとしているかも知れません。

● 横に並んでしばらく一緒に歩いていると、心が通じ、会話に答えてくれるようになるでしょう。
座り心地の良さそうな椅子などを探して「少し腰掛けて休みましょうか」などと安心できるように声をかけてみましょう。

● 背景には、その場所が自分の居場所ではないという思いや、自分の役割がないという思いが隠れています。日課や役割を作ることも、解決につながります。

● 服の裏には、氏名、連絡先などを書いておきましょう。ポケットの中にも名前や年齢、連絡先などを書いた紙を入れておきましょう。

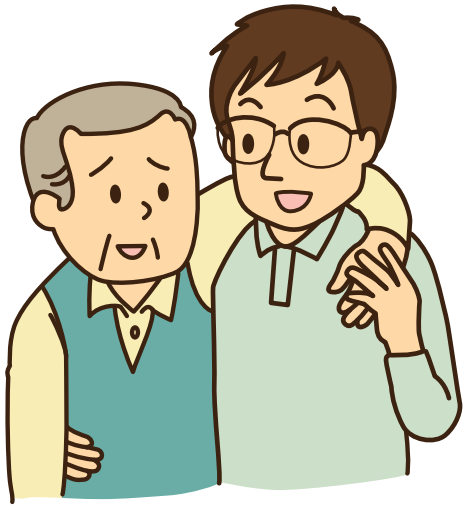
● 日中は、なるべく身体を動かすように日課を作ったり、できるだけ日光を浴びられるよう散歩をしたりしましょう。

● 少しでも目を離すと飛び出してしまうような場合は遠慮せず相談しましょう。

6 アパシー（意欲の低下、無関心）や抑うつへの対応

● 被災や近親者との死別に伴う正常なストレス反応として、意欲がなく、ぼーっとしていて活動しない、落ち込んでいるといった症状が起こります。それは一過性のことが多いので、温かく見守ることが大切です。

● 被災をきっかけとしてうつ病や抑うつ状態も生じますが、高齢者ではそれらの経過中に認知症に気づかれることがあります。認知症にうつ病が合併した場合、コミュニケーションがうまくとれなくなるため、体調不良にも気づきにくくなります。おかしいなと思ったら遠慮せずに医師に相談しましょう。



※ うつ病と認知症の違いは、偽性認知症（被災した認知症の人と家族の支援マニュアル〈詳細版〉）を参照してください

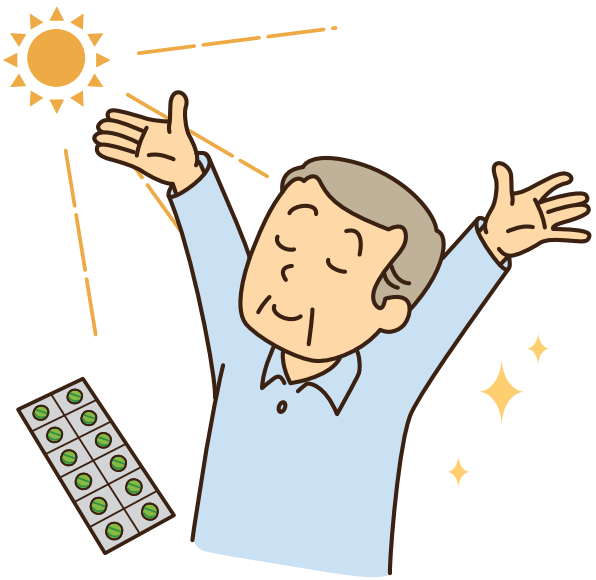
7 不眠への対応

● ぐっすり眠ることが、脳の健康のためにきわめて重要です。少しでも安眠できる環境調整が必要です。

● 昼間はなるべく身体を動かすようにし、明るい屋外で散歩するなど日光を浴びましょう。

※ 今は、副作用の少ないお薬（睡眠薬など）もあります。がまんしすぎずに、医師に相談しましょう。

介護用詳細版には、不眠への対応、せん妄について等のほか、認知症の投薬の基本なども載っています。



8 排泄の問題への対応

★避難所などでは、安心して排尿・排便できる環境設定が最重要です。

● なるべくトイレに行かなくてすむようにと考えて、食事や水分摂取を減らすと → 脱水→ せん妄 や認知症の症状悪化を引き起こします。

● 精神的なストレスや、トイレが少ない避難環境では、便秘になりがちです。「水分を十分にとる」「からだを動かす」「可能であれば通じのつきやすい食物を摂取する」といった予防策が、便秘対策の基本です。

● 便を軟らかくする薬（緩下剤）や排便を促す内服薬や座薬などがあります。必要な場合は、医師に相談してください。

● 認知症では、尿意はあるのにトイレの場所が分からずに排泄に失敗する場合があります。目の高さくらいの所に「トイレ」「便所」などとわかりやすく大きく書いた目印をつけてみましょう。人的な余裕のある場合には、定期的にトイレに誘導すると尿失禁の回数の減少が期待できます。

● 排泄の失敗を叱らないようにしましょう。とがめることで、逆に怒られたくないからと、水分を控えてしまったり、失禁で汚れた衣服を隠すなどの、周囲が困るような行動が増える場合もあります。

「被災した認知症の人と家族の支援マニュアル<介護用詳細版>」には以下の情報があります

9 お役立ち情報へのアクセス

Ⅰ．本人への支援<介護家族や介護職等が提供する支援>
1．代表的な症状への対応
1）不安への対応
2）いらいら・興奮などへの対応
3）幻覚・妄想への対応
4）うろうろと歩き回ることへの対応
5）アパシー（意欲の低下、無関心）や抑うつへの対応
6）不眠への対応
7）排泄の問題への対応
2．認知症介護に必要な医療の知識
1）せん妄
2）認知症の投薬の基本
3）偽性認知症：認知症の症状を示すが回復可能で認知症ではない
4）認知症を疑わせる症状
3．認知症の人の環境調整
1）ストレスを減らす
2）混乱をなくす
3）うろうろと歩き回ることへの対応
Ⅱ．家族介護者への支援
1．家族介護者の不安
2．相談役
Ⅲ．ケアスタッフへの支援
Ⅳ．お役立ち情報

その他、被災した認知症の人と家族の支援マニュアル（医療用）なども用意されています。是非ご覧ください。

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル

〈介護用 簡易版〉

2025 年 3 月 31 日　発行

作　成：令和６年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症の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事業」マニュアル作成部会

発　行：一般社団法人日本認知症学会
〒 169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル
（株）春恒社（内）

日本認知症学会
Japan Society for Dementia Research

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル
＜介護用 詳細版＞

JSDR
Japan Society for Dementia Research

日本認知症学会

令和６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８２
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事業

目次

このマニュアルの目的と対象 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
Ⅰ．本人への支援＜介護家族や介護職等が提供する支援＞・・・・・・・ 2
１．代表的な症状への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
１）不安への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
２）いらいら・興奮などへの対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
３）幻覚・妄想への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
４）うろうろと歩き回ることへ対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
５）アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応 ・・・・・ 6
６）不眠への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
７）排泄の問題への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
２．認知症介護に必要な医療の知識 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
１）せん妄 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
２）認知症の投薬の基本 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
３）偽性認知症：認知症の症状を示すが回復可能で認知症ではない 11
４）認知症を疑わせる症状 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
３．認知症の人の環境調整 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
１）ストレスを減らす ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
２）混乱をなくす ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
３）うろうろと歩き回ることへの対応 ・・・・・・・・・・・・・・ 15
Ⅱ．家族介護者への支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
１．家族介護者の不安 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
２．相談役 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
Ⅲ．ケアスタッフへの支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 16
Ⅳ．お役立ち情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル<介護用詳細版>

日本認知症学会 被災者支援マニュアル作成ワーキンググループ編

このマニュアルの目的と対象

このマニュアルは、このたび被災され、避難所などで生活されている認知症の人と家族、およびその介護職の人達などを支援するために作られています。

また、このマニュアルは、既に認知症の診断を受けている方を想定して書いています。これまで診断されていない方でも、認知症を疑わせる症状（12 ページ参照）が出てきたら、認知症なのか一過性の症状（偽性認知症やせん妄）なのか、経過を見て、きちんと診断を受ける必要があります。

このマニュアルでは寝る場所や寝具、および食べ物や水が確保されていることを前提にしています。人間の欲求を、必要度を元にして順に示すと、まず「寝る場所と食べ物の確保」、次に「健康状態の維持」、そして次の段階が「仲間がいて安心して過ごせること」、そしてさらに「役割があり他者に認められること」、そして最上の段階が「自己実現」です。認知症の人と家族がぐっすり眠れて充分食べられる環境整備が先決です。その上で、健康状態を維持する医療が提供され、認知症の人と家族が安心して生活し、役割と生き甲斐を持って生活できることを支援する実践的な介護マニュアルをめざしています。

なお、本マニュアルは、被災現場での介護のアドバイスを載せたものです。最終的な判断は、現場で介護している方々に委ねます。

Ⅰ．本人への支援＜介護家族や介護職等が提供する支援＞

１．代表的な症状への対応

認知症の症状には、記憶障害、見当識障害（日にちや時間、場所などがわからない）や実行機能障害（段取りができない、手順がわからない）などの認知機能障害だけでなく、不眠、焦燥（いらいら）、幻覚、妄想などといった種々の行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）があります。BPSDは、環境やケア、健康状態、心理状態などの影響を強く受けるので、薬物投与よりも、まずは適切なケアや環境調整、健康チェックが大切です。

また、BPSDは発現を未然に防ぐこと、あるいは出現時に早期に対応することが大切です。普段の生活の中で、本人の言うことを否定せずに聞く、共感を示す、褒める、など本人が安心する介護を心がけることが、BPSDの発現を防ぐことにつながります。もしかするとBPSDかなという徴候が現れた場合は、まずは身近な専門職に早めに相談して対応を考えましょう。

１）不安への対応

＊ 認知症の人は、以前は当たり前にできていたことがうまくできず、また記憶力が低下すると時間の流れがわからず、普段から不安を抱えています。不安な認知症の人が安心できるのは、周囲の人との温かいコミュニケーションです。笑顔で優しい声かけなどのポジティブな対応が望まれます。逆に、大声で叱ったり、厳しく間違いを指摘したりすると、不安が増大します。これが基本原則です。

＊ 認知症の人は、精神的に不安定になりやすい傾向があるため、特に慣れた環境から大きく変わった状況におかれ、さらに、いつも一緒にいた家族や隣人、知人が周囲に見当たらないと不安症状が

より強くなることが予想されます。

＊ 認知症の人は、周囲の人々の様子や表情、態度、話し方にとても敏感です。周囲の人が強い口調で注意したり怒ったりすると、言われた本人は、“なぜこんなことを言われるのだろう？”“自分は家族や知り合いから嫌われているのか？”“自分は邪魔者なんだ”などの想いが浮かんでくるかもしれません。そこから、不安感あるいは怒り、恐怖などの感情が生じて精神的に不安定な状態になることもあります。この状態が誘因となって不眠やいらいらなどが出現してくることも少なくありません。

＊ 困難な状況の中でも、家族や周囲の人々は笑顔で本人の目をみながら優しい言葉で話しかけるようにしたいものです。そして、本人の訴えや想い、辛さを周囲の人々はしっかり受け止めていますよ、とのメッセージを発信することが重要です。このメッセージは、必ずしも言葉だけではなく、うなずく、あるいは優しく手を握る、肩を抱くなどの行動でも伝えることができます。

＊ 認知症の人と一緒にいる時間を多く取る、一緒に行動することで本人は安心できることが多いと思います。この人と一緒にいれば自分は安全なのだ、ここにいれば自分は大丈夫、と本人が感じられる対応を心がけるようにしましょう。

2）いらいら・興奮などへの対応

＊ 認知症の人が示す症状には意味があり、その理由があるはずです。その人の立場になって、その理由を考えてみる。そこに解決の糸口があります。興奮しているから、薬で抑えようと考える前に、優しい態度で接し、その人の気持ちを探って下さい。そして、いらいらの原因を見つけ、取り除いたり緩和したりすることができれば、興奮が治まる可能性があります。本人や介護者に身体的な

危険性がなく周囲が許容できるときには、好きなように怒ってもらうのも一つの方法です。自分の思いを吐き出すことで、その後、精神的な安定が得られるかもしれません。一緒になって怒らずに、その思いを受け止めましょう。

＊ せん妄に伴う興奮の場合は、せん妄の誘因（8 ページ参照）を除去するとともに、せん妄の治療も必要になります。

＊ 認知症と診断されて投薬を受けていると、ドネペジル（アリセプト®、アリドネパッチ® 等）やガランタミン（レミニール® 等）、リバスチグミンパッチ（イクセロンパッチ®、リバスタッチパッチ® 等）などのコリンエステラーゼ阻害剤が処方されていることが多いと思います。これらの薬剤は認知機能や意欲を高めますが、いらいらが悪化することが稀にあります。これらの薬剤の減量～中止を試みるのも一つの方法ですので、医師にご相談下さい。他にも、内服薬が興奮（せん妄によるものを含めて）に関係していることがあるので医師に薬をチェックしてもらいましょう。

＊ 周囲の人に危害を加えるような場合は、早く医師に診てもらいましょう。

3）幻覚・妄想への対応

＊ 物盗られ妄想などの被害妄想は、アルツハイマー型認知症に多い妄想です。本人にとっては、物が無くなったことは事実なので、まずは訴えに耳を貸し、穏やかに対応します。本人の言っていることは否定せず、「そう思うんですね」「つらいですね」などと共感的な言葉かけを行った上で、可能であれば話題を変えたり、見守れる範囲で本人と少し離れてみたりしましょう。物盗られ妄想の背景には、不安や喪失感が隠れています。本人が安心できるケアが症状緩和に役立ちます。

＊ 妄想が強い場合は、薬で軽くできることがあります。医師に相談しましょう。
＊ あたかもそこに見えているかのようなありありとした幻視や、配偶者を別人と言うような誤認妄想があれば、アルツハイマー型認知症よりもレビー小体型認知症が疑われます。
＊ 認知症の人にみられる幻視への対応の基本は、本人に不快なものでない時、周囲の人々に身体的な危険性がない時には、様子をみるのが一番よいと考えます。無理に薬剤で幻視を消失させようとすると、薬の副作用によって状態をより悪化させる可能性があるからです。本人の訴える幻視と上手につき合っていく方法を考えてみましょう。たとえば、「あそこに見える人は悪さはしないから、しばらくこちらに来てお茶でも飲みましょう」などと声かけを行うと安心してくれます。
＊ レビー小体型認知症の幻視に対して、介護者は慎重に対応することが求められます。本人には見えているので、あまり強く否定せず、しかし「私には見えないので、あなたに見えているのは幻覚かもしれませんね」と、それを『まぼろし』として客観視できるように導けると良いでしょう。本人も、周りの人には見えていないことを、わりと受け入れてくれます。「見えているけれど、そのままにしておけばいい」と本人に安心してもらうことが大切です。一方、レビー小体型認知症でみられる幻視は、視線を移動すると消失することが多いので、幻視を誘発する物を取り除いたり、視線や関心を他の方向に向けたりするようにするのも一つの方法です。
＊ レビー小体型認知症は、薬の作用や副作用が強く出るので、薬については医師に相談しましょう。
＊ 幻覚・妄想は、せん妄（意識障害の一種；8 ページ参照）でも出現します。普段と雰囲気が変わって目が据わっている、反応が鈍い、

ぼーっとしている、話にまとまりがない、無目的な行動をくり返すなどの症状が一緒に見られたり変動したりする場合は、せん妄が疑われます。レビー小体型認知症でも、このような状態と、とても明瞭な状態が短時間で入れ替わって出現することがしばしばあります。

4）うろうろと歩き回ることへ対応

＊ 介護者からみたら困った行動でも、本人には目的があります。まずは優しく接し、なぜ動き回るのか（出て行こうとするのか）その理由を聞いてみてください。そして、「そうですね、〇〇できるといいね」などと声をかけます。理由が分かれば対応の糸口になります。本人にとっての事実を否定しないようにしましょう。

＊ 横に並んでしばらく一緒に歩いていると、心が通じ、会話に答えてくれるようになるかもしれません。座り心地の良さそうな椅子などを探して「少し腰掛けて休みましょうか」などと声をかけると、安心を生むでしょう。

＊ 背景には、その場所が自分の居場所ではないという思いや、自分の役割がないという思いが隠れています。日課や役割を作ることも、解決につながります。

＊ 服の裏には、氏名、連絡先などを書いておきましょう。ポケットの中にも名前や年齢、連絡先などを書いた紙を入れておきましょう。

＊ 日中は、なるべく身体を動かすように日課を作ったり、一緒に散歩をしたりしましょう。

＊ 薬はあまり効果的ではありませんが、少しでも目を離すと飛び出してしまうような場合は医師に相談しましょう。

5）アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応

＊ 被災や近親者との死別に伴う正常なストレス反応として、意欲が

なく、ぼーっとしていて活動しない、落ち込んでいるといった症状が起こります。それは一過性のことが多いので、温かく見守ることが大切です。

＊ 被災に伴うトラウマ状況をきっかけとしてうつ病や抑うつ状態も生じますが、高齢者ではそれらの経過中に認知症に気づかれることがあります。

＊ 認知症の人にうつ病が合併した場合、コミュニケーションがうまくとれなくなり、さらに意欲低下や体重減少といった症状を示し、対応が難しいので医師に相談しましょう。

＊ うつ病と認知症の見分けは、偽性認知症（11 ページ）を参照してください。

6）不眠への対応

＊ ぐっすり眠ることは、脳の健康のためにきわめて重要です。安眠できる環境調整が重要です。

＊ 昼間はなるべく身体を動かすようにし、明るい屋外へ散歩に出てみましょう。

7）排泄の問題への対応

＊ 避難所などでは、安心して排尿・排便できる環境づくりが最重要です。水洗機能を失ったトイレでの排泄回数を減らすために食事や水分摂取を減らす→脱水→せん妄や認知症の症状悪化、という流れにならないような配慮が大切です。

＊ 精神的なストレスや、トイレが少ない避難環境により便秘になりがちです。「水分を十分にとる」「からだを動かす」「可能であれば通じのつきやすい食物を摂取する」といった予防策が、便秘対策の基本です。

＊ 便を軟らかくする薬（緩下剤）や排便を促す内服薬や坐薬などがあります。必要な場合は、医師に相談してください。
＊ アルツハイマー型認知症では、尿意はあるのにトイレの場所が分からずに排泄に失敗する場合があります。目の高さくらいの所に「トイレ」「便所」などと大きく書いた目印をつけてみましょう。人的な余裕のある場合には、(尿失禁の頻繁な認知症の人に対して)定期的にトイレに誘導すると尿失禁の回数の減少が期待できます。
＊ 対応で最も大切なことは、尿・便失禁を起こしても叱らないことです。排泄の失敗を、周囲の人々はどうしてもきつい口調で注意あるいは叱りがちです。叱る、とがめることで、逆に周囲が困るような行動が増える可能性があります(たとえば，怒られたくないから失禁で汚れた衣服を隠すなど)。

2．認知症介護に必要な医療の知識

1）せん妄

一般に高齢者は「せん妄」をおこしやすく、また、認知症の人はしばしばせん妄を合併します。特に、認知症の症状が急に悪化したときは、せん妄の有無を見分けることが重要です。せん妄では、身体の病気が背景に隠れている場合があり、それに対する適切な医療・ケアでせん妄が良くなることも多いからです。

せん妄は、ぼーっとして、反応が鈍く、話にまとまりがない、何かに取り憑かれたような表情をしている、幻覚や妄想が出る、動き回るなど無目的な行動を繰り返す、あるいは逆に急に食事を摂らなくなる、話をせずにじっとしているなど精神活動の低下を示す、といったさまざまな形をとる場合があります。

＊ 認知症の人は、環境や身体状態のわずかな変化でせん妄を引き起

こしやすいという特徴を持っています。認知症の症状が急速に悪化したときは、まずせん妄の合併を疑う必要があります。

＊ 被災による環境の変化や心理的不安そのものでもせん妄は生じます。温かく、安心できる環境設定が望まれるのは言うまでもありません。声をかけるだけで落ち着くこともあるので、優しい声かけをお願いします。

＊ せん妄の誘因には、脱水や発熱、疼痛、便秘などがあります。まず、全身状態のチェックをすることが大切です。ただ、認知症の人は、ご自分から症状を訴えられないことも多いので、「元気がない、食欲がない、お腹が張っている」などの様子がみられた時は要注意です。

＊ 認知症の人は、夜寝られずに日中うとうとすることで昼夜逆転、さらに夜間せん妄に移行することが少なくありません。避難所など集団生活では睡眠の確保は難しいのですが、可能な限り夜間の睡眠時間を確保したいものです。

＊ 誘因となる疾患：感染症（インフルエンザ、COVID-19（コロナ）、肺炎、尿路感染症、感染性胃腸炎など）、代謝障害（肝障害、腎障害など）、心不全、呼吸不全などでもせん妄を生じやすくなります。こうした疾患の有無のチェックも大切です。

＊ 薬剤性のせん妄：頻尿治療薬（排尿回数を減らす薬）、胃潰瘍の薬、かゆみ止め、風邪薬、抗不安薬（精神安定剤）、睡眠薬、抗うつ薬、効果の強い痛み止めなどだけでなく、普段よく使われる薬剤がせん妄の引き金になる可能性があります。薬の種類・数が増えるほど、せん妄の危険性が増します。

＊ 反応の鈍さや話のまとまりのなさなどの症状が徐々に進行する場合は、慢性硬膜下血腫などが隠れている可能性もありますので、病院で検査が必要です。

2）認知症の投薬の基本

BPSD への対応は、適切なケアや環境調整を第一に行います。投薬はあくまでも一時的な対応策です。あまり困っていない症状や早急に身体的な危険性が迫っていない症状に対しては、無理に対応する必要はありません。以下は、薬が必要な場合の要点です。

＊ 認知症の薬物療法は、対症療法が基本です。いらいらして動き回ったりする活発な興奮状態なのか、やる気がなくぼーっとしている活動性が低下した状態なのか、と大きく分けて対応します。

＊ 興奮を鎮(しず)める薬は、体の動きやバランス、飲み込みなどを悪化させる可能性があります。ふらつきや眠気、飲み込みが悪いなどの副作用が出現したらいったん内服を止めて医師に連絡しましょう。強い効果はないですが、注意して使うと副作用が少ない漢方薬もあります。

＊ ドネペジル（アリセプト®、アリドネパッチ® 等）やガランタミン（レミニール® 等）、リバスチグミンパッチ（イクセロンパッチ®・リバスタッチパッチ® 等）は認知機能や意欲を高める薬ですが、下痢や腹痛、食欲不振などの消化器症状、徐脈、喘息（気管支の収縮）などの副作用に注意が必要です。

＊ やる気がない、落ち込んでいる、などの様子が見られるときはうつ病かどうか診察を受けましょう。

＊ レビー小体型認知症では、種々の薬剤に対して作用や副作用が強く出るので、薬は少量使うのが基本です。また、自律神経機能障害により失神する（意識を失う）ことがありますがそのときは、まず横になりましょう。けいれんや、呼吸をしていないなどでなければ慌てずに横になって数分間様子を見ましょう。

＊ 被災後の混乱状況では、本人が薬を自分で管理できない場合も多いので、家族や周囲の人たちと、服薬管理できる方法を考えましょう。

3）偽性認知症：認知症の症状を示すが回復可能で認知症ではない

＊ 大きなショックを受け、避難所の中で不活発な状態でいると認知症の症状が現れることがあります。しかし、適切な医療・ケアで回復する場合も多いので、ただちに認知症と判断しないようにしましょう。

＊ うつ病でも認知症と似た症状になります。やる気がなくなって、身の回りのことなどができなくなりますが、認知症と違って、今いる場所や時間などの状況がわかっている（見当識が良い）、隣の人の状況などを正しく判断しているといった特徴があります。また、それらを質問すると、アルツハイマー型認知症の「取り繕(つくろ)い現象」とは異なり、「わかりません」などと即答する傾向があります。

＊ うつ病では、認知症よりも食欲低下や不眠が高率にみられます。うつ病では、気持ちが内向的、悲哀感(ひあいかん)、不安、焦燥感(しょうそうかん)、自分を責める、罪業感(ざいごうかん)などの症状が目立ってきます。認知症では、どちらかというと他人の責任にしたがる傾向がみられます。

＊ 偽性認知症は、本人が安心できるような適切な声がけなどのケア、低栄養状態の改善、熟睡できる環境の調整、過量投与されている薬剤の減量・中止、あるいは適切な投薬などで回復します。認知症と決めつけないで、まずは安心できる快適な環境調整を行ってみましょう。うつ状態の場合は、少量の抗うつ薬や抗不安薬（安定剤）などが有効かもしれません。医師に相談しましょう。

＊ ただし、震災のストレスや不安がきっかけで、気づかれていなかった認知症が明らかになってくる場合もあります。

＊ 全身性の病気や慢性硬膜下血腫などが隠れていることもありますので、症状が進行する場合は、病院で検査が必要です。

4）認知症を疑わせる症状

以下の症状がいくつか見られたら認知症かもしれません。早めの気づきが大切です。

＊ 同じことを何度もくり返し聞く
＊ 被災したことを忘れている、避難所にいることなどが分からない
＊ 置き忘れ、しまい忘れが多く、頻繁（ひんぱん）に捜し物をする
＊ 無くなったものを盗られたという
＊ 出来事の前後関係がわからなくなり、日にちが混乱している
＊ 薬を管理してきちんと内服することができなくなった
＊ 複雑な話を理解できなくなった

3．認知症の人の環境調整

1）ストレスを減らす

＊ 認知症の人の心は、周囲の状況の鏡です。周りの人が穏やかだと落ち着きますが、周りの人がいらいらしているといらいらしてしまいます。あなたは一人ではないのですよ、周りにあなたのことをよくわかっている、あなたのことを気に掛けている人がいますよということを、言語を通してあるいは言葉使いや態度で本人に伝える努力が周囲の人々に求められています。
＊ 避難所で過ごす場合は、部屋の隅（すみ）の方などの、落ち着ける場所が望まれます。刺激が多いと落ち着かなくなります。特に大きな声が聞こえると不安が強くなります。
＊ 安心して眠れる環境が必要です。本人と最も近しい家族が横で寝ることで安心して睡眠をとることができるでしょう。不眠はせん妄を誘発します。
＊ 知り合いが近くに居る環境が必要です。認知症の人を見知らぬ人の中で一人にしないようにしましょう。手を握ったり、優しく声

をかけたりすることが有効です。一人でいると、不安になりやすいのです。家族が用事でその場を離れるときには、一緒に移動するか、あるいは精神的に親しい人に傍(そば)に付き添ってもらうようにしましょう。

＊ 認知症の人が安心して排泄できる場所を確保しましょう。安易におむつを当てると尊厳が損なわれ、生きる力が失われることがあります。また、BPSD に結びつくこともあります。

＊ 重度の認知症の人は、いろいろなものを口に入れる可能性があります。危険なものは戸棚にしまう、高いところに置くなどの注意が必要です。

認知症の人は、避難所から、落ち着ける場所になるべく早く移れるよう、担当者に相談しましょう。介護保険を既に利用している人はケアマネジャーに、介護保険未申請の場合は地域包括支援センターに早急に相談しましょう。サービスの利用についてご本人が気が進まないという場合もありますが、まずは安全で落ち着ける環境に移ることを優先し、ショートステイ等の一時的な入所サービスの利用をためらわないことも重要です。自宅での介護を再開するには、まずご家族の生活の立て直しが肝要で、それが認知症の本人にとっても良い結果に繋がります。

2）混乱をなくす

＊ 一人にしない。トイレや入浴等で認知症の人から離れなくてはいけないときは、避難所の方や周囲の方に一緒にいていただく、一緒におしゃべりしていただくなどをお願いしましょう。すべて一人で抱え込まず、周囲に助けを求めましょう。

＊ 認知症の人が落ち着かなくなったら、叱るのではなく、「どうしたの」と優しく声をかけてください。あなたの声の調子が相手の心

に影響を与えます。穏やかに話しかけ、なぜ怒ったのか原因を聞き、その原因となっているものを取り除くように努めます。原因がはっきりしない時は、前出の項目で記載されている BPSD の誘因に該当するものはないかを検討してみましょう。

＊ 散歩も有効です。明るいところでの律動的な運動は、うつ的な気分を弱めます。また、ずっと座っていると下肢の静脈血栓（エコノミー・クラス症候群）を誘発します。

＊ くり返し放映されるテレビの衝撃的（しょうげきてき）な映像は、認知症の人の不安を強くする可能性があります。

＊ 避難所で役割がないと、ただじっと座っているだけになり、使わないことによる心身の衰（おとろ）えを来す可能性があります。認知症の人にもできる作業があるはずです。できることをさがし、日課を作ることが、生き甲斐となり、生活意欲を高めて、認知機能だけでなく心身の機能の維持に役立ちます。

＊ 肩たたきなどの非言語的コミュニケーションはお奨（すす）めです。避難所生活では身体活動が低下しがちです。相互に肩を叩く、足のマッサージを行うなどの行為は受ける方の気持ちだけでなく、提供する方の気持ちも和みます。認知症の人も他人の役に立つ喜びを感じ、BPSD の予防に役立ちます。

＊ 可能であれば傾聴ボランティア（話を聞く人）を避難所の中で募りましょう。傾聴ボランティアをする人も一緒に元気になります。生活には役割が必要です。

＊ 特に、体育館のような広い避難所では、道具置き場等の小さな部屋を利用して、デイサービスのように介護の必要な方に集まっていただき、ケアできると良いでしょう。仲間がいて話をするだけでも構いません。人との触れ合いは大切です。

＊ 避難所が学校であれば、教室の１つをデイサービス＆ショートス

テイとして確保し、認知症の人が落ち着きを取りもどしているケースがあります。

3）うろうろと歩き回ることへの対応

＊ 避難所では、周囲の人や管理者に認知症であることを知らせ、行方不明にならないよう見守りを手伝ってもらう必要があります。

＊ 夜間に動き回ったとしても、外には出られないような工夫が必要です。認知症の人の生活スペースを部屋の隅（すみ）にして衝立（ついたて）などで区切る、夜間は出入り口の前に衝立を置くなど、条件に応じて適切な対処方法をとれるよう、管理者と相談して対応しましょう。

＊ BPSD が原因で周囲の人達から非難されて避難所に居られなくなることがないよう、周囲の理解を得ることが必要です。また、上記のようにデイサービスを確保できると良いでしょう。

Ⅱ．家族介護者への支援

認知症の人を介護している家族は、家族自身もゆとりがない上に、避難所では周囲の人からいろいろ苦情を言われたりして、とても肩身の狭い思いをしています。認知症の人にさまざまな BPSD が認められても、本人を責めたりせず、家族も安心できる言葉をかけましょう。まず、家族が穏やかな状態でいることがとても重要です。

1．家族介護者の不安

＊ 認知症の人を避難所で介護する人は、今後の不安に加えて、目を離せない、二人分の生活の確保など、ストレスの多い生活を余儀なくされています。介護者が倒れては大変です。遠慮しないで、自分の状態も診てもらいましょう。不安が強い場合は抗不安薬（安定剤）、うつ状態の場合は抗うつ剤を医師に処方してもらうことも

可能です。適切な治療で、重度化の悪循環から抜け出せる様にすることが望まれます。

＊ 介護者が倒れないよう、健康チェックと、持病に対する治療も重要です。

＊ 介護者もぐっすり眠れる環境がとても重要です。不眠は、介護者の精神状態を悪化させ不安定にします。そして、それが認知症の人の介護に悪影響を与えます。つい、自分のことは後回しにしてしまいがちですが、介護者の方は遠慮しないで、自分の状態も相談して、必要な診察を受けましょう。

＊ 家族同士でたくさんほめあい、ねぎらいあってください。介護者の笑顔は認知症の人本人に反映されます。

2．相談役

＊ 家族が親身に相談できる人が居ることが介護負担を減らします。まずは介護や医療の専門職に相談しましょう。介護保険利用者はケアマネジャー、介護保険未申請あるいはケアマネジャーがまだいない方はお住まいのエリアの地域包括支援センターが相談先です。

＊ 介護者の話を聞いてくれるような親戚や友人と連絡が取れる情報環境（電話など）は大切です。

＊ 電話相談の情報を 19 ページに掲載しています。

Ⅲ．ケアスタッフへの支援

被災した認知症の人を、定員をオーバーして受け入れている介護施設では、環境変化によって落ちつかなくなった人を、少ない人数で長時間勤務によって介護しています。また、スタッフ自身ないしその家族が被災者であっても、使命感から自分の疲労に気づかない

か、無視しがちになっています。本来なら、過労や燃え尽き症候群を未然に防ぎましょう、休息をとりましょうというべきでしょうが、スタッフの不足による過重な労働は避けがたく、安易に休息をすすめることで、逆に追いつめてしまう恐れもあります。それでも、やはり、倒れるまでがんばらずに支援を求めてほしいと伝えたいです。そして、専門職であるが故の使命感、それからくる精神の高揚や緊張感の持続から、休息がとれる状況になっても無理をして仕事を続けているスタッフを見きわめて、健康管理をすることや休息をとれるように手配することの必要性を管理者に伝えなければなりません。不眠や緊張などに対して治療が必要になることもあるでしょう。現在は様々な災害支援チームがありますので、積極的に支援を求めて下さい。

ケアスタッフのストレスの軽減には、介護している認知症の人が心身ともに落ちつくことが重要であることは言うまでもなく、それに対する支援が大切です。

＊ 前向きな挨拶や声かけ：「大変だね」という挨拶はやめて、「少し進んだね」と、前向きな言葉を口にしましょう。脳には、自分の言ったことを正当化する働きがあります。ただし、つらさを感じたときは、それを押し込めることなく、言葉にして他のスタッフや支援者に聞いてもらいましょう。また「つらい」「大変」「苦しい」「疲れた」などの言葉を口にするスタッフがいたら、それは過労や燃え尽きのサインかも知れないので、共感的に話を聞き、支援を要するかどうかを考えましょう。

＊「がんばってね」ではなく「がんばってるね」と互いに声かけしましょう。前者はもっとがんばれとがんばりを認めていないので禁句、後者は相手のがんばりを認めています。他人から認められることが心の支えになります。大変な生活の中にも小さな幸せがあ

るはずです。それに気づくことで心理ストレスが和らぎます。

◎ 市町村スタッフの心理ストレス対応：認知症と直接関連ありませんが、市町村のスタッフも、住民からの様々な要望を受けながら、国や県の対策とのギャップに悩み、劣悪な環境の中、不眠不休の活動を続けていると思います。これらの方々にも、上記の記載は当てはまるでしょう。

さいごに

被災地で、認知症の人と家族のために奮戦している多くの人に敬意を表します。このマニュアルが少しでも現場に役立てば幸いです。

Ⅳ．お役立ち情報

＊ 厚生労働省：認知症施策
・認知症に関する各種情報を掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html
・震災関連
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/hisai.html

自治体向け**「災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」**
・詳細参照用（9.7MB）
https://www.mhlw.go.jp/content/000772550.pdf
・手持ち用（869KB）
https://www.mhlw.go.jp/content/000772549.pdf

＊ 日本認知症学会：**専門医リストや各種被災した認知症の人と家族の支援マニュアル**を掲載
https://dementia-japan.org/
・被災した認知症の人と家族の支援マニュアル医療版
・被災した認知症の人と家族の支援マニュアル介護用簡易版

＊ 日本老年精神医学会：**専門医リスト**を掲載
http://www.rounen.org/

＊ 認知症介護情報ネットワーク（DC ネット）：
https://www.dcnet.gr.jp/earthquake/
「避難所での①認知症の人や高齢者の健康管理，②認知症の人と家族支援ガイド，③同：支援者用」「避難所でがんばっている認知症の人・家族等への支援ガイド」等

＊ 認知症の人と家族の会の**電話相談**
0120-294-456（通話料無料）、携帯・スマホは 050-5358-6578（通話料有料）
< 土日祝，夏季・年末年始除く、10:00 ～ 15:00 >

＊ **サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き（日本語版）：**
米国開発の震災被害者のこころのケアマニュアル
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pfa_ja.pdf

＊ 日本内科学会の**災害医療情報**（サバイバルカード・アクションカード等）
http://www.naika.or.jp/saigai/

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル

〈介護用 詳細版〉

2025 年 3 月 31 日　発行

作　成：令和６年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症の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事業」マニュアル作成部会

発　行：一般社団法人日本認知症学会
〒 169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル
（株）春恒社（内）

日本認知症学会
Japan Society for Dementia Research

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル
＜医療用＞

日本認知症学会

令和６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８２
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事業

目次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
Ⅰ．認知症の人への医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
1．せん妄 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2．代表的な症状（BPSD）への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・ 4
1）いらいら・興奮などへの対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
2）幻覚・妄想への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
3）うろうろと歩き回ることへの対応 ・・・・・・・・・・・・・・ 8
4）アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応 ・・・・ 9
5）不眠への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
6）排泄の問題への対応 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・10
3．認知症の治療薬の使い方（プライマリケア医向け） ・・・・・11
1）興奮性の BPSD を鎮める抗精神病薬・・・・・・・・・・・・12
2）穏やかな抑制作用の抑肝散 ・・・・・・・・・・・・・・・・15
3）認知機能を高める薬剤 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・16
4）抗うつ薬と抗不安薬 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・17
5）抗てんかん薬（気分安定薬） ・・・・・・・・・・・・・・・17
6）その他 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
4．認知症を疑う徴候 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・18
5．偽性認知症：認知症の症状を示すが回復可能で認知症ではない 19
Ⅱ．認知症の人の環境調整・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・20
1．ストレスをなくす環境調整 ・・・・・・・・・・・・・・・・・20
2．混乱をなくす環境調整 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・21
3．うろうろと歩き回ることへの環境調整 ・・・・・・・・・・・・22
Ⅲ．家族介護者への支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
1．家族介護者の不安 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・23
2．相談役 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・24
Ⅳ．ケアスタッフへの心理サポート・・・・・・・・・・・・・・・24
Ⅴ．お役立ち情報・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・26

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル＜医療用＞

日本認知症学会被災者支援マニュアル作成ワーキンググループ編

はじめに

このマニュアルは医療用です。被災され、避難所などで生活されている認知症の人と家族を支援するために、令和６年度老人保健健康増進等事業に於いて専門家が知恵を出し合い、現地で認知症医療に携わる医師や看護師など医療職の活動に役立つことを目標にして作られています。

マズローの欲求段階を基に人間の欲求を示すと、まず、「寝る場所と食べ物の確保」、次に「健康状態の保持」、そして次の段階が「仲間がいて安心して過ごせること」、そしてさらに「役割があり他者に認められること」、そして最上の段階が「自己実現」です。

このマニュアルでは寝る場所や寝具、および食べ物や水が確保されていることを前提にしています。認知症の人と家族がぐっすり眠れて充分食べられる環境が先決です。その上で、健康状態を維持する医療が提供され、認知症の人と家族が安心して生活し、役割と生き甲斐を持って生活できることを支援する“実践的な”医療マニュアルであることをめざしています。したがって、エビデンスに基づく標準的な医療ガイドラインではありません。

なお、本マニュアルは、被災現場での、認知症を専門としない医療職向けアドバイスを載せたものです。薬剤の処方に関しては、医師を対象としています。最終的な判断は、現場で認知症の人を直接診ている医師等に委ねます。

Ⅰ．認知症の人への医療

認知症の症状には、記憶障害、見当識障害（日にちや時間、場所などがわからない）や実行機能障害（段取りができない、手順がわからない）などの認知機能障害だけでなく、不眠、焦燥（いらいら）、幻覚、妄想といった種々の行動・心理症状（BPSD）【Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia】があります。被災地の現場では、認知機能を改善するための医療よりも、BPSD で困っている認知症の人や家族などにとって必要な医療を提供することが中心になると思います。また、認知症には「せん妄」がしばしば合併します。認知症の症状が急速に悪化したときは、せん妄の有無を見分けることが重要です。せん妄では、身体疾患が背景に隠れている場合があり、それに対する適切な医療・ケアで良くなることも多いからです。

そこで、このマニュアルは、せん妄と BPSD の治療を中心に記載しています。

１．せん妄

せん妄は、軽度の意識障害に精神活動興奮（まれに低下）を伴う状態です。ぼーっとして、反応が鈍く、会話にまとまりがない、何かに取り憑かれたような表情をしている、幻覚や妄想が認められる、動き回るなど無目的な行動を繰り返す、あるいは逆に急に食事を摂らなくなる、話をせずにじっとしているなど精神活動の低下を示す、といった様々な形を取る場合があります。

＊ 認知症の人は、体調や環境のわずかな変化でもせん妄を引き起こしやすいという特徴を持っています。認知症の症状が急速に悪化したときは、まずせん妄の合併を疑う必要があります。

＊ 被災による環境の変化や心理的不安そのものでもせん妄は生じます。温かく、安心できる環境設定が望まれるのは言うまでもありません。声をかけるだけで落ち着くこともあるので、優しい声かけをお願いします。

＊ せん妄の誘因には、脱水や発熱、疼痛、便秘などがあります。このような全身状態のチェックをすることが大切です。ただし、認知症の人は、自分からは症状を訴えないことも多いので、「元気がない、食欲がない、お腹が張っている」などの様子がみられた時は要注意です。水分摂取量、食事摂取量、排便回数、体温のチェックが必須です。認知症の人は、夜寝られずに日中うとうとすることで昼夜逆転、さらに夜間せん妄に移行することが少なくありません。避難所など集団生活では睡眠の確保は難しいのですが、可能な限り夜間の睡眠時間を確保したいものです。

＊ 誘因となる疾患:感染症（インフルエンザ、COVID-19（コロナ)、肺炎、尿路感染症、感染性胃腸炎など)、代謝障害（肝障害、腎障害など)、心不全、呼吸不全などでもせん妄を生じやすくなります。こうした疾患の有無のチェックも大切です。

＊ 薬剤性のせん妄：抗コリン作用の強い薬剤（トリヘキシフェニジル《アーテン®等》、ソリフェナジン《ベシケア®等;ほかにも頻尿・過活動性膀胱治療薬には抗コリン作用が強い薬剤が多い》、ブチルスコポラミン《ブスコパン®等》）や、抗不安薬、睡眠薬（ベンゾジアゼピン系薬剤・非ベンゾジアゼピン系薬剤)、三環系抗うつ薬、オピオイドを含む鎮痛薬、H2 ブロッカー、抗ヒスタミン剤などだけでなく、多くの薬剤がせん妄の引き金になる可能性があります。服薬状況をチェックしましょう。

＊ せん妄の薬物療法：必要な場合は、夜間せん妄であればレンボレキサント（デエビゴ®)、スボレキサント（ベルソムラ®）等のオ

レキシン受容体拮抗薬を、またトラゾドン（レスリン® 等）やミアンセリン（テトラミド® 等）等を試みてもいいでしょう。これらの薬剤が無効な場合は、少量の非定型抗精神病薬が使われます。注意深く使う必要があるので、「認知症の治療薬の使い方」（11ページ）を参照してください。抑肝散も、せん妄が始まる前に一包（2.5g）内服すると有効なケースがあります。

＊ 重度で興奮状態が収まらず、自傷・他害の危険性がある場合は、専門の医師に紹介しましょう。

＊ 意識障害が徐々に進行する場合は、慢性硬膜下血腫などが隠れている可能性もありますので、精査が必要です。

2．代表的な症状（BPSD）への対応

BPSD は、環境やケア、健康状態、心理状態などの影響を強く受けますので、薬物投与以上に、適切なケアや環境調整、健康チェックが大切です。BPSD が出現してからの対応では、徘徊の場合など、なかなか解決策が見いだせないことも多いです。BPSD を出現させない介護者教育や環境調整（尊厳を守り安心を与えるケア）が何よりも大切です（BPSD の予防）。不眠が続くときや、暴力行為や暴言、不安症状などの兆しがみられる段階で、迅速な対応を心がけ、それ以上の悪化を防ぎましょう。

1）いらいら・興奮などへの対応

＊ 認知症の人が示す症状には意味があり、その理由があるはずです。その人の立場になって、その理由を考えてみる、そこに解決の糸口があります。興奮しているから、抗精神病薬で抑えようと考える前に、優しい態度で接し、その人の気持ちを探って下さい。そしていらいらの原因を取り除くことで、興奮が治まる可能性があ

ります。本人や介護者に身体的な危険性がなく周囲が許容できるときには、好きなように怒ってもらうのも一つの方法です。自分の思いをはき出すことで、その後、精神的な安定が得られるかもしれません。そのとき、一緒になって怒らずに、その思いを受け止めてあげましょう。

＊ せん妄に伴う興奮の場合は、せん妄の誘因を除去するとともに、せん妄の治療も必要になります。

＊ アルツハイマー型認知症と診断されて投薬を受けていると、ドネペジル（アリセプト® アリドネパッチ® 等)、ガランタミン（レミニール®)、リバスチグミン貼付薬（イクセロン®・リバスタッチ® 等）が処方されていることが多いと思います。この場合はドネペジル等の減量～中止を試みるのも一つの方法です。ドネペジルは半減期が３日と長い薬剤ですので、３日間程度中止し、落ち着けば、その後半量投与かそのまま中止するか判断します。ドネペジル等は、認知機能や意欲を高めますが、いらいらや興奮を悪化させる可能性があります。他にも、内服薬が興奮（せん妄によるものを含めて)に関係していることがありますので､薬をチェックし､不急の薬剤は中止して様子を見ましょう。

＊ 投薬が必要な場合は、抗不安薬や睡眠薬ではなく、非定型的抗精神病薬が選択されます。焦燥感、易刺激性、興奮に起因する、過活動又は攻撃的言動が見られるアルツハイマー型認知症患者に対しては、ブレクスピプラゾール（レキサルティ®）が保険適用となっており、0.5mg ～ 2mg ／１×で用います。これらに対してブレクスピプラゾールが無効であった場合や、アルツハイマー型認知症以外の認知症における同様の症状に対しては、リスペリドン(リスパダール® 等) 0.5mg ～ 1mg ／１×､ペロスピロン(ルーラン® 等）４～ 12mg ／１～３×などを用います。糖尿病がな

いことが確実な場合はクエチアピン（セロクエル® 等）12.5 ～ 75mg ／ 1 ～ 3 ×も使用します（クエチアピンは高血糖をおこすので糖尿病には禁忌です。またリスペリドンやペロスピロンも糖尿病が増悪することがあるので注意してください）。非定型抗精神病薬は少量から使い始めます（安全のため、体格や健康状態によっては上記よりさらに少量から開始することも考慮しましょう）。認知症の人では統合失調症の用量より、かなり少ない量を使用します。なお、非定型抗精神病薬は、認知症に対してオフラベルの使用になります。抗精神病薬の使用に当たっては、必ず「認知症の治療薬の使い方」（11 ページ）を参照してください。

＊ 他者に危害を加えるような場合は、専門の医師に紹介してください。

2）幻覚・妄想への対応

＊ 物盗られ妄想などの被害妄想は、アルツハイマー型認知症に多い妄想です。本人にとっては、ものが無くなったことは事実なので、まずはそれを受け入れて、訴えに耳を貸し、穏やかに対応します。物盗られ妄想の背景には、不安や喪失感が隠れています。安心できるケアが症状緩和に役立ちます。

＊ 妄想に対して、適切な対応（ケア）とともに、基本的には少量の抗精神病薬が有効です（詳しくは 11 ページの「認知症の治療薬の使い方」を参照）。それでも落ち着かなければ専門の医師に相談しましょう。

＊ あたかもそこに見えているかのようなありありとした幻視や、配偶者を別人と言うような誤認妄想があれば、アルツハイマー型認知症よりもレビー小体型認知症が疑われます。レビー小体型認知症であれば、抑肝散 5.0 ／ 2 ×朝夕などに即効性があり、非薬物的対応とともに試みることを勧めます。なお、ドネペジルは保険

適用となっていますが、避難所などでは投薬を開始しないか、投与する場合も少量（3mg まで）に止めておいておいた方が無難です。抗精神病薬をやむなく使う場合は、薬剤感受性の亢進があるので、前項で示した量よりもさらに微量から始めましょう。もし抗パーキンソン病薬が投与されていたら、その調整も必要かもしれません。

＊ 認知症の人にみられる幻視への対応の基本として、本人に不快なものでないとき、周囲の人々に身体的な危険性がないときには、様子をみるのが一番よいでしょう。無理に薬剤で幻視を消失させようとすると、薬の副作用によって状態をより悪化させる可能性が高いからです。本人の訴える幻視と上手につき合っていく方法を考えましょう。たとえば、「あそこに見える人は悪さをしませんから、しばらくこちらに来てお茶でも飲みましょう」などと声かけを行うと安心します。

＊ レビー小体型認知症の幻視に対して、介護者は慎重に対応することが求められます。本人には見えていますので、あまり強く否定せず、しかし「私には見えないので、あなたに見えているのは幻覚かもしれませんね」と、それを『まぼろし』として客観視できるように導けると良いでしょう。本人も、周りの人には見えていないことを、わりと受け入れてくれます。「見えているけれど、そのままにしておけばいい」と本人に安心してもらうことが大切です。一方、レビー小体型認知症でみられる幻視は、視線を移動すると消失することが多いので、幻視を誘発する物を除いたり、視線や関心を他の方向に向けたりするようにするのも一つの方法です。

＊ 幻覚・妄想は、せん妄でも出現します。普段と雰囲気が変わって目が据わっている、反応が鈍い、ぼーっとしている、無目的な行動をくり返すなどの症状が一緒に見られたり変動したりする場合

は、せん妄が疑われます。レビー小体型認知症では、このような状態と、とても明瞭な状態が短時間で入れ替わって出現することがしばしばあります。

3）うろうろと歩き回ることへの対応

＊ 医療･介護者からみたら困った行動でも､本人には目的があります。まずは優しく接し、なんで動き回るのか（出て行こうとするのか）その理由を聞いてみてください。そして、「そうですね、○○できるといいね」などと声をかけます。理由が分かれば、対応の糸口になります。本人にとっての事実を否定しないようにしましょう。

＊ 横に並んでしばらく一緒に歩いていると、心が通じ、会話に答えてくれるようになるかもしれません。座り心地の良さそうな椅子を探して「少し腰掛けて休みましょうか」などと声をかけると、安心を生むでしょう。

＊ 背景には、その場所が自分の居場所ではないという思いや、自分の役割がないという思いが隠れています。日課や役割を作ることも、解決につながります。

＊ 薬物はあまり効果的ではありませんが、少しでも目を離すと飛び出してしまうなど薬物が必要な場合は、少量の非定型抗精神病薬が使われます。同じ経路を周徊するタイプの場合は、SSRI（パロキセチン（パキシル® 等)､フルボキサミン（デプロメール®･ルボックス® 等）やセルトラリン（ジェイゾロフト® 等）が有効と報告されています。抑肝散やタンドスピロン（セディール® 等）が有効なこともあります。詳細は、治療薬の項（11-17 ページ）を参照してください。

＊ 服の裏には、氏名、連絡先などを書いておきましょう。ポケットの中にも名前や年齢､連絡先などを書いた紙を入れておきましょう。

＊ 日中は、なるべく身体を動かすように日課を作ったり、一緒に散歩をしたりしましょう。
＊ BPSD が原因で、周囲の人たちから非難されて避難所に居られなくなることのないよう、周囲の理解を得ることや環境調整が重要です。

4）アパシー（意欲の低下・無関心）や抑うつへの対応

＊ 被災や近親者との死別に伴う正常ストレス反応としてのアパシーや抑うつは、健常者だけでなく、認知症の人でも起こりえます。それは脳震盪のように一過性のもので終わることが多いので、温かく見守ることが大切です。
＊ 被災に伴うトラウマ状況をきっかけとしてうつ病や抑うつ状態も生じますが、高齢者ではそれらの経過中に認知症が顕在化してくることがあります。一方、中等度から重度に進行した認知症の人にうつ病が合併した場合、その発見は難しく、見逃されて適切な治療が行われないケースが多くなります。認知症の進行に伴いコミュニケーションがうまくとれなくなり、また意欲低下や体重減少といった症状を伴うことが多いからです。
＊ うつ病と認知症の見分け方については、偽性認知症（19 ページ）を参照してください。
＊ これらのうつ病や抑うつ状態に対する薬物治療ですが、従来の抗うつ薬に比べ、SSRI が、副作用が少ない点から推奨されます。セルトラリン（ジェイゾロフト® 等）25mg の投与、フルボキサミン（デプロメール®・ルボックス® 等）25mg の投与、パロキセチン（パキシル® 等）5 ～ 10㎎の投与などです。詳細は、17 ページの治療薬の項を参照。
＊ レビー小体型認知症の初期では不安・抑うつが高い頻度でみられ、上記の SSRI が用いられますが、抗精神病薬だけでなく、抗うつ剤

に対しても薬剤感受性の亢進による副作用が出やすいので、より慎重な投与が求められます。

5）不眠への対応

＊ 認知症の人に比較的安全に使用できる睡眠導入薬としては、オレキシン受容体拮抗薬のスボレキサント（ベルソムラ®；高齢者には 10 ～ 15mg。クラリスロマイシン・リトナビル含有製剤・ボリコナゾールやイトラコナゾールなどの抗真菌薬との併用禁忌）やレンボレキサント（デエビゴ®；高齢者には 2.5 ～ 5mg）などをあげることができます。効果は弱いですが、メラトニン受容体アゴニストのラメルテオン（ロゼレム®）も高齢者に比較的安全に使える睡眠薬です（SSRI のフルボキサミン（デプロメール®・ルボックス®等）との併用禁忌）。また、トラゾドン（レスリン®等）25 ～ 50mg やミアンセリン（テトラミド®等）10 ～ 30mg を使ってもいいでしょう。作用時間の短い非ベンゾジアゼピン系のゾルピデム（マイスリー®等）5 ～ 10mg、ゾピクロン（アモバン®等）7.5mg、エスゾピクロン（ルネスタ®）1 ～ 2mg など、を使うことを考慮してもいいかもしれませんが、転倒に留意する必要があります。また、作用時間が短くてもトリアゾラム（ハルシオン®等）は副作用の点からお勧めできません。なお，抑うつに伴う不眠にはミルタザピン（レメロン®等）7.5 ～ 15mg を使う場合があります。

＊ 抑肝散 2.5g/1X 眠前が、昼夜逆転に有効な場合もあります。

6）排泄の問題への対応

＊ 避難所などでは、安心して排尿・排便できる環境設定が最重要です。水洗機能を失ったトイレでの排泄回数を減らすために食事や水分摂取を減らす→脱水→せん妄や認知機能障害の悪化、という流れ

にならないような配慮が大切です。

＊ 精神的なストレスや、トイレが少ない避難環境により便秘になりがちです。「水分を十分にとる」「からだを動かす」「可能であれば通じのつきやすい食物を摂取する」といった予防策が、便秘対策の基本です。

＊ 薬剤を用いる場合は、適量の緩下剤が使われます。また、避難所などでは浣腸もしにくいので、ピコスルファート液（ラキソベロン®等）やビサコジル座薬（テレミンソフト®等）などが役立ちます。

＊ アルツハイマー型認知症では、尿意はあるのにトイレの場所が分からずに排泄に失敗する場合があります。「便所」「トイレ」などと目の高さくらいの所に大きく書いた目印をつけてみましょう。人的な余裕のある場合には、(尿失禁の頻繁な認知症の方に対して)定期的にトイレに誘導すると尿失禁の回数減少が期待できます。

＊ 対応で最も大切なことは、尿・便失禁を起こしても叱らないことです。排泄の失敗を、周囲の人々はどうしてもきつい口調で注意あるいは叱りがちです。叱る、とがめることで、逆に周囲が困るような行動が増える可能性があります（たとえば，怒られたくないから失禁で汚れた衣服を隠すなど)。

3．認知症の治療薬の使い方（プライマリケア医向け）

認知症の薬物療法は、今のところ対症療法が基本です。どのタイプの認知症かを正確に鑑別診断することが困難な状況では、生活障害の中心が、記憶障害などの認知機能低下によるものなのか、幻覚・妄想なのか、興奮なのか、ガマンができない等の性格変化なのかといった大まかな傾向をみて対処します。また、BPSD に対しても、いらいらして多動な興奮状態なのか、やる気がなくぼーっとしている

鎮静状態なのかと分けて、興奮状態ならそれを鎮める薬剤を、鎮静状態なら賦活系の薬剤や抗うつ剤を主に使います。また、慎重に使う必要がありますが、賦活系の認知機能を高める薬剤によって状況判断できるようになり、興奮性の BPSD が軽減する場合もあります。

とはいえ、薬剤による BPSD の治療はあくまでも一時的な対応策で、基本は適切なケアと環境調整です。本人や家族が困っていない症状や早急に身体的な危険性が迫っていない症状に対しては、無理に薬剤を使用することはありません。また、必要な薬剤がなかなか手に入らない状況下では、最小限の量で可能な限り短期間の使用に限る方がよいと考えます。

なお、認知症で使われる薬剤の多くは、認知症そのものが適応となってはいません（オフラベル → 下記〔※〕を参照）。とくに抗精神病薬は、死亡リスクを高めるとの報告もありますので、メリットがデメリットを上回ると判断された場合にのみ、本人・介護者の了解を得た上で、副作用に注意しながら用います。長期の投与は専門の医師に相談しましょう。

「かかりつけ医のための BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン第 3 版」（巻末の QR コードよりリンク）を参考にしてください。

〔※ここで挙げる抗精神病薬のうちリスペリドン，ペロスピロン，クエチアピンの適応外使用については『器質的疾患に伴うせん妄・精神運動興奮状態・易怒性に対して処方した場合、当該使用事例を審査上認める』との通達があります（2011 年 9 月 28 日、厚生労働省保険局医療課長、保医発 0928 第 1 号。社会保険診療報酬支払基金、第 9 次審査情報提供）〕

1）興奮性の BPSD を鎮める抗精神病薬

＊ メマンチン（メマリー®）が、興奮性 BPSD に有効な場合があります。5mg ／× 1 から開始し、落ち着くまで、1 週間に 5mg ずつ、腎機能が正常の場合は 20mg まで増量します（クレアチニン・クリアランス＜ 30 では 10mg まで）。過量による眠気や、めまい・

転倒などに注意が必要です。

＊ 抗精神病薬は、身体機能を抑制し、歩行が不安定になったり、転倒を引き起こしたりする可能性があります。また、認知症が進行しているケースでは誤嚥性肺炎のリスクを高めます。認知機能が低下して新たな行動異常が生じたりする場合もあります。したがって、適切なケアを第一選択として、必要な場合にのみ、少量の抗精神病薬を投与します。

＊ 抗精神病薬は、少量から始め、数日～週単位で増量して有効量を投与し、効果が出たら徐々に減量するのが基本です。ブレクスピプラゾール（レキサルティ®）なら 0.5mg ／× 1、リスペリドン（リスパダール®等）なら 0.5mg ／× 1、ペロスピロン（ルーラン®等）なら 4mg ／× 1、クエチアピン（セロクエル®等；糖尿病禁忌）なら 12.5 ～ 25mg ／× 1 から開始します。審査情報提供事例（適応外使用）に記載はありませんが、ブロナンセリン（ロナセン®等）には貼付剤 20mg があり、経口投与が難しい場合でも使うことができます。やはり審査情報提供事例（適応外使用）に記載はありませんが、アリピプラゾール（エビリファイ®等）1mg ／× 1、オランザピン（ジプレキサ®等；糖尿病禁忌）2.5mg ／× 1 なども使われることがあります。そのほか、チアプリド（グラマリール®等）25mg ／× 1 も短期間なら比較的安全です。

＊ 上記はいずれも初期量を示しています。これらの薬剤に添付の DI シートには統合失調症の用量が書かれていますが、認知症の高齢者では、それよりももっとずっと少ない量を使うのが基本です。なお、緊急の場合は、この限りではありません。

＊ 血糖値を測定できない場合はクエチアピンやオランザピンを使いません。また糖尿病禁忌ではない薬剤であっても、糖尿病を悪化させることがあるので注意してください。

＊ 眠気～傾眠、嚥下障害、呂律不良、ふらつきなどの副作用が認められたら即座に中止するように介護者に伝えてください。投与前からこれらの症状があったら使わない方が良いでしょう。

＊ 抗精神病薬を使う前に、鎮静を目的としてトラゾドン（レスリン®等）25 ～ 75mg ／× 1 ～ 3 を試したり、背景に脱抑制があると考えられる場合に SSRI（セルトラリンであれば 25 ～ 50mg ／× 1）を試したりすることもあります。

＊ 抗精神病薬などを使用する際には、夕食後あるいは就寝前 (以下、夜と記載) の 1 回投与から開始するのが安全です。朝あるいは昼の服薬は可能な限り避けるほうがよいと考えます。ただし、せん妄状態になる時間が夕方～夜の場合には、その 2 時間程前に投与するとせん妄を抑えるのに有効です。

＊ 薬剤を急激に中止することによって、悪性症候群（発熱や筋痛が持続して死亡率が高い）を生じるリスクがあります。中止が必要な場合は、漸減してからの中止が望まれます。また、被災地では、低栄養・脱水・過労状態にある方、肺炎などの感染症を起こしているけれど発熱が認められずに見逃されている方などがいるかも知れません。そのような人では、抗精神病薬が状態を悪化させ、最悪の場合は悪性症候群を招く可能性がありますので、投与前に全身状態のチェックが必要です。

＊ 抗精神病薬を投与しても、自傷行為や他者に危害を加えるような状況の場合は、専門の医師に相談しましょう。

① ブレクスピプラゾール（レキサルティ®）
分類：非定型抗精神病薬　最小剤形：0.5mg 錠
初期量 0.5mg　治療域 0.5 ～ 2mg　分 1

② リスペリドン（リスパダール® 等）
分類：非定型抗精神病薬
最小剤形：0.5mg 錠（0.5mg に包された液剤もある）
初期量 0.5mg　治療域 0.5 ～ 1mg

分 1 眠前（または夕）～　分 2 朝夜
抗幻覚妄想作用は強いが高齢者に長期連用すると蓄積による効果増強が起こることがある。

③ **ペロスピロン（ルーラン ® 等）**
分類：非定型抗精神病薬　最小剤形：4mg 錠
初期量 4mg　治療域 4 ～ 12mg　分 1 眠前（または夕）～分 3 食後

④ **クエチアピン（セロクエル ® 等）**
分類：非定型抗精神病薬　最小剤形：12.5mg 錠
初期量 25mg　治療域 25 ～ 75mg　分 1 眠前（または夕）～分 3
高血糖に注意、糖尿病では禁忌。

⑤ **オランザピン（ジプレキサ ® ・ザイディス ® 等）**
分類：非定型抗精神病薬　最小剤形：2.5mg 錠
初期量 2.5 mg　治療域 2.5 ～ 7.5mg　分 1 眠前（または夕）
高血糖に注意、糖尿病では禁忌。

⑥ **ブロナンセリン（ロナセン ® 等）**
分類：非定型抗精神病薬　最小剤形：2mg 錠
（貼付剤 20 ～ 40mg もある）
初期量 2mg　治療域 2 ～ 8mg（経口剤）分 1 眠前（または夕）～分 2 朝夜

⑦ **アリピプラゾール（エビリファイ ® 等）**
分類：非定型抗精神病薬　最小剤形：1mg 錠
初期量 1mg　治療域 1 ～ 3mg　分 1 眠前（または夕）～分 2 朝夜
投与早期の不安、焦燥、アカシジアに注意。

⑧ **チアプリド（グラマリール ® 等）**
分類：定型抗精神病薬　最小剤形：25mg 錠
初期量 25mg　治療域 25 ～ 50mg　分 1 ～ 2
パーキンソニズムや過鎮静に注意。原則として夕食後あるいは就寝前に 25mg の服薬から開始するとよい（高齢者では半錠でも効果を示すことがある）。認知症の人には 1 ～ 2 錠で効果を期待できる。3 錠ではしばしば過鎮静になり要注意。

2）穏やかな抑制作用の抑肝散

＊ 抑肝散は、興奮性の BPSD の鎮静やせん妄の改善を目的に使われます。効果は弱いです。

＊ 軽い焦燥であれば、抑肝散 5.0/2X 朝夕、昼夜逆転であれば抑肝散 2.5/1X 眠前（夕）を試します。

＊ 甘草を含むので低カリウム血症に注意します。7.5g で 1 か月以上の長期投与ではカリウムの測定が必要です。避難所などで食事や野菜の摂取が少ない状況や、下痢などが続くとき、フロセミド（ラシックス ® 等）などカリウムを低下させる利尿剤の併用時は要注意です。利尿剤はスピロノラクトン（アルダクトン ®A 等）に切り替えるとカリウム低下を防げます。

① **抑肝散（ツムラ抑肝散エキス顆粒）**
分類：漢方　最小剤形：2.5g 包
初期量・治療域とも 2.5 ～ 7.5g　分 1 ～ 3 食前
添付の用法通りに 1 日 3 回服薬するのではなく、症状に合わせて服薬量を適宜調整。

3）認知機能を高める薬剤

＊ 賦活系の代表はドネペジル（アリセプト ® 等）です。脳内のアセチルコリン分解を抑えて、認知機能や意欲を高めます。通常は 3mg で開始し、1 ～ 2 週後に 5mg に増やします。生活が落ち着いてから投与開始する方が無難でしょう。このほか、ドネペジル貼付剤（アリドネパッチ ®）、ガランタミン（レミニール ®）やリバスチグミン貼付薬（イクセロン ®・リバスタッチ ®）があります。

＊ 我慢できない、じっとしていられない、頑固で他人のいうことを聞かないなどの前頭葉機能障害を示唆する症状がみられる場合は、新たに投与しない方が良いでしょう。

＊ 介護環境が悪い場合などでは、易怒性が高まる、うろうろと落ち着かないなど興奮性の症状がみられることが稀にあります。このような場合は、ドネペジルの半減期は約 3 日なので、3 ～ 7 日間休薬して、穏やかになるかどうか様子を見るのも一つの方法です。

＊ ドネペジル（アリセプト ®、アリドネパッチ ® 等）、ガランタミン（レミニール ®）、リバスチグミン貼付薬（イクセロン ®・リバスタッチ ®）などのコリンエステラーゼ阻害剤は全身の副交感神経系にも働く

ので、下痢や腹痛、食欲不振などの消化器症状、徐脈、喘息（気管支の収縮）などの副作用をもたらす可能性があります。

4）抗うつ薬と抗不安薬

＊ ベンゾジアゼピン系の抗不安薬や睡眠薬は、BPSD に対して使わないのが原則です。なぜならば、筋弛緩作用による転倒、せん妄、昼夜逆転などを惹起するからです。

＊ 不安やうつ症状が強いときは SSRI やミルタザピン(リフレックス®・レメロン® 等）を使用します

① SSRI セルトラリン（ジェイゾロフト® 等)、フルボキサミン（ルボックス®・デプロメール® 等)

分類：抗うつ薬　最小剤形：25mg 錠
初期量 25mg　治療域 25 ～ 75mg　分 1 ～ 3
多動などの興奮性の BPSD の背景には不安が隠れており、抗うつ剤が奏功する場合があります。SSRI がせん妄を誘発する危険性もあるので、レビー小体型認知症では要注意です。

② ミルタザピン（リフレックス®・レメロン® 等)

分類：抗うつ剤　最小剤形：15mg 錠
初期量　7.5mg（半錠）　治療域 7.5mg ～ 15mg　分 1（夕）：眠気あり

5）抗てんかん薬（気分安定薬）

＊ 認知症が重度になると、けいれん発作（てんかん）を併発することがあります。通常は重積状態にはならないので、レベチラセタム（イーケプラ®）500 ～ 2000mg ／× 2 を投与して様子をみます。気分安定薬（→＊）としても作用するとの報告があるバルプロ酸（デパケン®・バレリン® 等）200mg ～ 400mg ／× 2 を投与することもあります。それでも治まらなければ、専門の医師に相談しましょう。

＊ BPSD の治療において、バルプロ酸などの薬剤が、焦燥や攻撃性に有効であるとの報告もありますが、専門の医師に相談して使い

ましょう。

6）その他

＊ レビー小体型認知症では、自律神経機能障害があり、起立性低血圧による失神を生じやすいのですが、横になっていると、脳血流が回復します。慌てずに数分間様子を見ましょう。降圧剤を処方されている場合もありますので、内服薬をチェックします。

4．認知症を疑う徴候

＊ どうも様子がおかしい、おちつかない、ぼんやりしている、適切な回答が得られないなど、「変だな」と思ったら、認知症を疑いましょう。

＊ 内服薬を正しく答えられない、娘や息子などの名前や家族構成を正しく言えない、いつからそこで暮らしているかわからない、などがサインです。年齢を尋ねたときに、3 歳以上間違える、歳ではなく生年月日を答える、「忙しくて考えていなかった」などと言い訳をいうのも特徴です。

＊ 質問に答える度に、家族の方を振り向いて答えの確認を求める「振り向き徴候」も、認知症のサインです。

＊ 時計描画（Clock drawing）テストで、文字盤（○の中に 1 ～ 12 の数字）と 10 時 10 分の針を書くテストは、うつ病（描ける）と認知症（描けない）の比較的簡単な鑑別に使えます。上手に描けないと認知症の可能性が高いですが、認知症でもしばしば上手に時計を描けます。失敗に診断的意味があるテストです。

＊ 家族が気づく症状としては、同じことを何度も尋ねる、置き忘れて探し回ることが多い、出来事の前後関係がわからなくなった、些細なことで怒ることが増えた、意欲がない・自発性が低下してきたなどがあります。震災に遭遇したという大きな出来事すら忘

れていたり、避難所にいるということが分からなかったり、大きな環境変化のもとで、通常でない記憶障害に初めて気付かれることがあります。

＊ 被災後の混乱状況では、本人が薬を自分で管理できない場合も多いので、家族や周囲の人たちと服薬管理できる方法を考えましょう。

5. 偽性認知症：認知症の症状を示すが回復可能で認知症ではない

＊ 大きなショックを受け、避難所の中で不活発な状態でいると認知症の症状が現れることがあります。しかし、適切な医療・ケアで回復する場合も多いので、ただちに認知症と判断しないようにしましょう。

＊ うつ病でも認知症と似た症状になります。やる気がなくなって、身の回りのことなどができなくなりますが、認知症と違って、今いる場所や時間などの状況がわかっている（見当識が良い)、隣の人の状況などを正しく判断しているといった特徴があります。また、それらを質問すると、アルツハイマー型認知症の取り繕い現象とは異なり、「わかりません」などと即答する傾向があります。上記の時計描画テストも鑑別に有用です。

＊ うつ病では、身体症状として食欲低下や不眠が大部分の人でみられます。一方、認知症では、身体疾患がなければ食欲低下がみられることはそんなに多くはありません (不眠はあるかもしれませんが)。うつ病では，気持ちが内向的，悲哀感、不安、焦燥感、自分を責める、罪業感などの症状が目立ちます。認知症では、どちらかというと他人の責任にしたがる傾向がみられます。

＊ 偽性認知症は、本人が安心できるような適切な声かけなどのケア、低栄養状態の改善、熟睡できる環境の調整、過量投与されている薬剤の調整、あるいは適切な投薬などで回復します。認知症と決

めつけないで、まずは安心できる快適な環境調整を行ってみましょう。うつ状態の場合は、少量の SSRI や抗不安薬などが有効かもしれません。

＊ ただし、震災のストレスや不安がきっかけで、気づかれていなかった認知症が顕在化する場合もあります。

＊ 全身疾患や慢性硬膜下血腫などが隠れていることもありますので、進行性の場合は精査が必要です。

Ⅱ．認知症の人の環境調整

1．ストレスをなくす環境調整

＊ 認知症の人の心は、周囲の状況の鏡です。周りの人が穏やかだと落ち着きますが、周りの人がいらいらしているといらいらしてしまいます。あなたは 1 人ではないのですよ、周りにあなたのことをよくわかっている、あなたのことを気に掛けている人がいますよということを、言語を通してあるいは非言語的な手段を用いて本人に伝える努力が周囲の人々に求められています。

＊ 避難所で過ごす場合は、部屋の隅の方などの、落ち着ける場所が望まれます。刺激が多いと落ち着かなくなります。特に大きな声が聞こえると不安が強くなります。

＊ 安心して眠れる環境が必要です。本人と最も近しい家族が横で寝ることで安心して睡眠に入ることができるでしょう。不眠はせん妄を誘発します。

＊ 認知症の人を見知らぬ人の中で一人にしないようにしましょう。知り合いが近くに居る環境が必要です。手を握ったり、優しく声をかけたりすることが有効です。認知症の人は一人にされると、非常に不安になりやすいのです。家族が用事でその場を離れるときには、一緒に移動するか、あるいは精神的に親しい人に傍らに

付き添ってもらうようにしましょう。それが難しい場合は、近くの人に時々声をかけてもらうように頼んで下さい。

＊ 認知症の人が安心して排泄できる場所を確保してください。安易におむつを当てると尊厳が損なわれ、生きる力が失われることがあります。また、BPSD に結びつくこともあります。

＊ 重度の認知症の人は、いろいろなものを口に入れる可能性があります。危険なものは戸棚にしまう、高いところに置くなどの注意が必要です。

＊ 認知症の人は、避難所から、必要な介護を受けられて落ち着いて過ごせる所になるべく早く移れるよう、優先的な手配が必要です。

2．混乱をなくす環境調整

＊ 認知症の人が落ち着かなくなったら、叱るのではなく、「どうしたの」と優しく声をかけてください。あなたの声の調子が相手の心に影響を与えます。穏やかに話しかけ、なぜ怒ったのか原因を聞き、そしてその原因となっているものを取り除くように努めます。

＊ 散歩も有効です。律動的な運動は、うつ的な気分を弱めます。また、ずっと座っていると下肢の静脈血栓を誘発します。

＊ 繰り返し放映されるテレビの衝撃的な映像は、認知症の人の不安を強くする可能性があります。健常な人でも心的外傷後ストレス障害（フラッシュバックなど）になりやすいといわれます。

＊ 避難所で役割がないと、ただじっと座っているだけになり、廃用性の認知機能低下を来す可能性があります。認知症の人にもできる作業があるはずです。できることをさがし、日課を作ることが生き甲斐となり、生活意欲を高めて、BPSD の予防や認知機能を含めた心身の機能維持に役立ちます。

＊ 肩たたきなどの非言語的コミュニケーションはおすすめです。避

難所生活では身体活動が低下しがちです。相互に肩を叩く、足のマッサージを行うなどの行為は受ける方の気持ちだけでなく、提供する方の気持ちも和みます。認知症の人も他人の役に立つ喜びを感じ、BPSD の予防に役立ちます。

＊ 可能であれば傾聴ボランティア（話を聞く人）を避難所の中で募りましょう。傾聴ボランティアをする人も一緒に元気になります。生活には役割が必要です。

＊ とくに、体育館のような広い避難所では、道具置き場のような小さな部屋を利用して、デイサービスのように認知症の人に集まっていただき、ケアできると良いでしょう。仲間がいて話をするだけでも構いません。人とのふれ合いは大切です。

＊ 避難所が学校であれば、教室の 1 つをデイサービス＆ショートステイとして確保し､認知症の人が落ち着きを取りもどしているケースがあるので参考にして下さい。

3．うろうろと歩き回ることへの環境調整

＊ 避難所では、周囲の人や管理者に認知症であることを知らせ、行方不明にならないよう見守りを手伝ってもらう必要があります。

＊ 夜間に動き回ったとしても、外には出られないような工夫が必要です。認知症の人の生活スペースを部屋の隅にして衝立などで区切る、夜間は出入り口の前に衝立を置くなど、条件に応じて適切な対処方法をとれるよう、管理者と相談して対応しましょう。

＊ BPSD が原因で避難所に居られなくなることがないよう、周囲の人達の理解を得ることが必要です。また、上記のようにデイサービスを確保できると良いでしょう。

＊ 避難所の中で、認知症の人の役割や居場所を作ることが有効です。

Ⅲ．家族介護者への支援

認知症の人を介護している家族は、家族自身もゆとりがない上に、避難所では周囲の人からいろいろ苦情を言われたり、間借りしている親族の家でも同様の経験をしたりで、とても肩身の狭い思いをしています。認知症の人にさまざまなBPSDが認められても、医療者は、本人を責めないことはもちろん、家族も安心できる言葉をかけましょう。まず、家族が穏やかな状態でいることがとても重要です。

１．家族介護者の不安

＊ 認知症の人を避難所で介護する人は、今後の不安に加えて、目を離せない、二人分の生活の確保など、ストレスの多い生活を余儀なくされています。不安が強い場合は介護者に、抗不安薬としてロラゼパム（ワイパックス® 等）0.5mg あるいは 1mg の舌下使用や 1mg/X2 などの処方が有効なケースもあります。うつ状態の場合は、少量の SSRI は比較的安全に処方できます。抑肝散が介護者の不安や不眠に有効なケースもあります。詳しくは 15 ページを参照して下さい。

＊ 介護者が倒れないよう、介護者の健康チェックと、降圧剤の投与などの持病に対する治療も重要です。

＊ 介護者もぐっすり眠れる環境が必要です。不眠は、介護者の精神状態を悪化させ不安定にします（それが、認知症の介護に悪影響を与えます）。つい、自分のことは後回しにしてしまいがちですが、介護者が遠慮しないで、自分の状態を相談して必要な診察を受けられるようにする必要があります。

＊ 家族をたくさんほめて、ねぎらってください。介護者の笑顔は本人に反映されます。

2．相談役

＊ 家族が親身に相談できる人が居ることが介護負担を減らします。

＊ 介護者が親戚や友人と連絡が取れる情報環境（電話など）が必要です。

＊ 電話相談等のお役立ち情報を巻末に掲載しています。

Ⅳ．ケアスタッフへの心理サポート

被災した認知症の人を、定員をオーバーして受け入れている介護施設では、環境変化によって落ちつかなくなった人を、少ない人数で長時間勤務によって介護しています。また、スタッフ自身ないしその家族が被災者であっても、使命感から自分の疲労に気づかないか、無視しがちになっています。本来なら、過労や燃え尽き症候群を未然に防ぎましょう、休息をとりましょうというべきでしょうが、スタッフの不足による過重な労働は避けがたく、安易に休息をすすめることで、逆に追いつめてしまう恐れもあります。それでも、やはり、倒れるまでがんばらずに支援を求めてほしいと伝えたいです。そして、専門職であるが故の使命感、それからくる精神の高揚や緊張感の持続から、休息がとれる状況になっても無理をして仕事を続けているスタッフを見きわめて、健康管理をすることや休息をとれるように手配することの必要性を管理者に伝えなければなりません。不安や緊張などに対して治療が必要になることもあるでしょう。現在は様々な災害チームがありますので、積極的に支援を求めるよう促してください。

ケアスタッフのストレスの軽減には、介護している認知症の人が心身ともに落ちつくことが重要であることは、言うまでもなく、それに対する支援も忘れてはなりません。

＊ 挨拶や声かけは前向きに：「大変だね」という挨拶はやめて、「や

り甲斐があるね」「少し進んだね」と、前向きな言葉を口にしましょう。脳には、自分の言ったことを正当化する働きがあります。ただし、つらさを感じたときはそれを押し込めることなく、言葉にして他のスタッフや支援者に聞いてもらいましょう。また、「つらい」「大変」「苦しい」「疲れた」などの言葉を口にするスタッフがいたら、それは過労や燃え尽きのサインかもしれないので、共感的に話を聞き、支援を要するかどうかを考えましょう。

＊「がんばってね」ではなく「がんばってるね」と互いに声かけしましょう。前者はもっとがんばれとがんばりを認めていないので禁句、後者は相手のがんばりを認めています。他人から認められることが心の支えになります。大変な生活の中にも小さな幸せがあるはずです。それに気づくことで心理ストレスが和らぎます。

◎ **市町村スタッフの心理ストレス対応**：認知症と直接関連ありませんが、市町村のスタッフも、住民からの様々な要望を受けながら、国や県の対策とのギャップに悩み、劣悪な環境の中、不眠不休の活動を続けていると思います。これらの方々にも、上記Ⅳ項の記載は当てはまるでしょう。

さいごに

被災地で、認知症の人と家族のために奮戦している多くの人に敬意を表します。このマニュアルが少しでも現場に役立てば幸いです。

Ⅴ．お役立ち情報

＊ 厚生労働省：認知症施策
・認知症に関する各種情報を掲載
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html
・震災関連
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/hisai.html

自治体向け**「災害時精神保健医療福祉活動マニュアル」**
・詳細参照用（9.7MB）
https://www.mhlw.go.jp/content/000772550.pdf
・手持ち用（869KB）
https://www.mhlw.go.jp/content/000772549.pdf

＊ 日本認知症学会：**専門医リストや各種被災した認知症の人と家族の支援マニュアル**を掲載
https://dementia-japan.org/
・被災した認知症の人と家族の支援マニュアル医療版
・被災した認知症の人と家族の支援マニュアル介護用簡易版

＊ 日本老年精神医学会：**専門医リスト**を掲載
http://www.rounen.org/

＊ 認知症介護情報ネットワーク（DC ネット）：
https://www.dcnet.gr.jp/earthquake/
「避難所での①認知症の人や高齢者の健康管理，②認知症の人と家族支援ガイド，
③同：支援者用」「避難所でがんばっている認知症の人・家族等への支援ガイド」等

＊ 認知症の人と家族の会の**電話相談**
0120-294-456（通話料無料）、携帯・スマホは 050-5358-6578（通話料有料）
＜ 土日祝，夏季・年末年始除く、10:00 ～ 15:00 ＞

＊ **サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き（日本語版）：**
米国開発の震災被害者のこころのケアマニュアル
https://www.nctsn.org/sites/default/files/resources/pfa_ja.pdf

＊ 日本内科学会の**災害医療情報**（サバイバルカード・アクションカード等）
http://www.naika.or.jp/saigai/

MEMO

被災した認知症の人と家族の支援マニュアル

〈医療用〉

2025 年 3 月 31 日　改訂版発行

作　成：令和６年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
「認知症の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事業」マニュアル作成部会

発　行：一般社団法人日本認知症学会
〒 169-0072 東京都新宿区大久保 2-4-12 新宿ラムダックスビル
（株）春恒社（内）

日本認知症学会
Japan Society for Dementia Research

巻末資料 6
検討委員会議事録（全 3 回）

令和 6 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）テーマ番号 82
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事業
第 1 回検討委員会（オンライン）
2024 年 8 月 10 日（土） 16 時 00 分～18 時 00 分

粟田：皆さん、土曜日の休みの夕方にご出席いただきましてありがとうございました。では早速、令和 6 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事業」の第 1 回検討委員会を始めさせていただきたいと思います。

今日は初回になりますので、ここにいるメンバーのほとんどがみんな知り合いですが、初めての方もいますので、一応自己紹介ということをやらせていただこうかと思います。私が指名いたしますので、簡単に一言自己紹介していただければと思います。

まず私から。私は東京都健康長寿医療センターの認知症未来社会創造センターのセンター長を務めております粟田と申します。この検討委員会の委員長を務めさせていただきたいと考えております。では続きまして、石井先生からお願いいたします。

石井：今はメープルヒル病院の院長を務めております石井と申します。昨年までは広島大学におりました。老年医学会では認知症の小委員会の委員長を務めておりますので、ちょっとその立場からということで参画させていただいております。よろしくお願いいたします。

粟田：よろしくお願いします。では、内海先生、お願いいたします。

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

粟田：ありがとうございます。では、枝広先生、お願いします。

枝広：お世話になっております。東京都健康長寿医療センターの枝広です。よろしくお願いいたします。

粟田：よろしくお願いします。では、武田先生、お願いいたします。

武田：国立長寿医療研究センターのもの忘れセンターの武田と申します。よろしくお願いいたします。

粟田：よろしくお願いします。では、田中先生、お願いいたします。

田中：3 月までは三重大学の医学部にいましたけれども、4 月からはレカネマブ投与するということで、大阪の警察病院に異動させていただいた田中です。治療者という立場として参加させていただけたらと思います。よろしくお願いします。

粟田：よろしくお願いします。冨本先生は今日欠席で、中西先生、お願いいたします。

中西：皆さん、お世話になります。中西です。3 月までは厚生労働省の立場で、大変皆さまにお世話になりました。4 月から大阪公立大学のほうに帰ったというより、行きました。どうぞ今後ともよろしくお願い申し上げます。

粟田：よろしくお願いします。では、新美先生、お願いいたします。

新美：東京大学医学部の早期・探索開発推進室におります新美と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

粟田：お願いします。藤本先生、お願いします。

藤本：藤本クリニックの藤本です。1990 年から県立病院で 10 年間もの忘れ外来をした後、99 年から認知症専門の診療所と専用のデイサービスをやってます。連携型の認知症疾患医療センターとして、主に地域のさまざまなことを中心に学ばせていただいています。よろしくお願いします。

粟田：よろしくお願いします。古田先生、お願いいたします。

古田：東京都健康長寿医療センター精神科認知症疾患医療センターの古田です。よろしくお願いします。

粟田：よろしくお願いします。秋山先生、お願いいたします。

秋山：現在は横浜市立脳卒中・神経脊椎センターというところで、もの忘れ外来をしております。今日は多分、被災マニュアルのところで今までずっと関わっておりました関係で、お声がけいただいたんだと思います。よろしくお願いします。

粟田：よろしくお願いします。新井先生、お願いいたします。

新井：筑波大学精神神経科の新井と申します。よろしくお願いします。

粟田：よろしくお願いします。和田先生、お願いいたします。

和田：川崎医科大学認知症学の和田と申します。どうぞ皆さま、よろしくお願いします。

粟田：お願いします。森澤先生、お願いいたします。

森澤：認知症介護研究・研修東京センターのほうに 4 月からお世話になっています、森澤といいます。IT、ICT のことでご助力できればと思っております。

粟田：よろしくお願いします。ほんとはここで江川先生に厚生労働省のごあいさつをお願いしたいところなのですが少し遅れるということですので、岩坪先生お願いいたします。

岩坪：岩坪でございます。私、班員ではないのですけれども、認知症学会の立場から、可能な限り毎回陪席させていただいて、勉強させていただこうと思いますので、どうぞ今年度もよろしくお願いいたします。

粟田：よろしくお願いします。それでは早速、次第に従いまして、事業の概要について私から説明させていただきたいと思います。今、スライドを共有いたします。皆さん、見えますでしょうか。よろしいでしょうか。ということで、事業の概要についてですが、これは今回のメンバーであります。田中先生の所属が間違っておりましたので後程修正いたします。

これは、この老健事業の交付申請の段階のものをそのまま使わせていただいております。実際やるところは少し微修正が必要なんですが、まずは最初の段階の目的からお話しさせていただきたいと思います。

この老健事業の目的は 2 つございまして、一つは認知症疾患医療センターの実績データの収集・管理・集計・分析体制を確立するということです。少し背景を申し上げますと、

認知症疾患医療センター運営事業の質の確保を目的とする一連の老人保健健康増進等事業というものをこれまで実施してまいりましたが、そこで全国の認知症疾患医療センターで毎年新たに診断されている認知症疾患の診断名別件数、毎年 10 万件ありますので、それが 7 年分集まっておりますが、2017 年度分より継続的に集計・分析し、センターの機能状態を経年的に評価してきたということでございます。診断名だけじゃなくて、さまざまな指標を集計しています。具体的なことは後ほどお話しさせていただきますが、今後も認知症疾患医療センター運営事業の実績データを継続的に収集・管理・集計・分析・活用して認知症疾患医療センター運営事業の質の確保に向けた施策に反映させていくための方法を示し、その体制整備に向けた政策提言を行うということにしております。

もう一つは、災害時の認知症対応マニュアルの作成ということで、背景といたしましては、日本認知症学会では、2011 年の東日本大震災の際に、医療職および介護職向けの「災害時における認知症本人・家族等への対応マニュアル」を作成し、学会のホームページ上に公開しております。今般の能登半島地震においても同マニュアルが活用されておりますが、作成時より 12 年の歳月を経ているということで、この間に認知症の医療やケアの在り方、防災対策の在り方も大きく変容しているということがございます。

ということで、本研究では、現在の「災害時の認知症対応マニュアル」を改訂するとともに、認知症の背景疾患等を考慮した支援方法やリロケーションダメージの対策なども含む実用性の高い支援マニュアルを専門的見地から作成し、広く活用していくための体制整備と政策提言を行うということにしてあります。

実際の事業概要なんですが、3 つに分けてありますが、一つはこの検討委員会を設置して政策提言に向けた検討を行うということ。今回の検討委員会は、基本的には認知症学会の社会対応委員会が中心でありますが、日本認知症学会社会対応委員および認知症支援に関わる多職種によって構成される「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事業」検討委員会を設置いたしまして、認知症疾患医療センター運営事業実績データを継続的に収集・管理・集計・分析・活用するための方策を検討して政策提言を行うとともに、「災害時の認知症対応マニュアル」の在り方を検討し、それを広く活用していくための政策提言を行うということでございます。

そしてその中の一つの、認知症疾患医療センターの実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立につきましては、「データ集計・分析ワーキンググループ」を設置いたしまして、過去 7 年分のデータ統合と縦断的分析を行うとともに、認知症の背景疾患等と関連する支援方法を可視化させ報告書を作成する。また検討委員会での意見を踏まえて、将来的に認知症疾患医療センター運営事業の実績データを継続的に収集・管理・集計・分析・活用するための体制を考案すると。なお、電子ファイルで収集されるデータを統合して集計・分析するシステムを試行的に構築いたしまして、その実用性を検証して手引を作成するということにしております。

それからもう一つが、災害時の認知症対応マニュアルの作成ということで、こちらは「マニュアル作成ワーキンググループ」を設置いたしまして、検討委員会の設置を踏まえて、マニュアル作成のための基礎資料の収集、文献レビュー、被災地において認知症支援に携わってきた専門職等を対象とするヒアリング調査を行いまして、それに基づいて電子版および冊子体のマニュアルを作成するということにしております。

この中で行う調査研究事業、一応 2 つ用意してありますが、一つは認知症疾患医療センター運営事業実績報告書データの集計・分析ということで、これは全国の認知症疾患医療センター運営事業の実績報告書というものがございますので、このデータの二次利用ということになるんですけども、調査客体数、約 500×7 年分ってことで、3,500 件あります。これについては、調査内容はここに細かく書いてありますが、ここに書かれてるデータが毎年蓄積されておりますので、その縦断的分析をしようということで。

7 番に調査結果の主要評価項目が書いてありますが、上から順番に少し読みますと、例えば、認知症疾患医療センターの設置件数の変遷でありますとか、人員配置状況の実態と変遷でありますとか、診断後等支援機能に関する業務実績の実態と変遷、検査体制・保有機器に関する状況の実態と変遷、相談件数の実態と変遷、認知症疾患の診断名別件数の実態と変遷、初診までの待機日数の実態と変遷、診療報酬の算定状況の実態と変遷、センターへの受診経緯・受診後情報提供先の実態と変遷、救急医療機関指定状況の実態と変遷。

そして、認知症疾患医療連携協議会の実施状況の実態と変遷、研修会開催状況の実態と変遷、認知症初期集中支援チームの関与状況の実態と変遷、都道府県認知症疾患医療連携協議会の実施状況の実態と変遷、センター事業に携わる職員研修の実施状況の実態と変遷を、一応分析することができます。ただ、まだかつて一度もやってないことでございますので、こういうことをやっていくということが、やはり事業の評価をしていくためには必要でありましょうから、こういうことができる体制をつくっていこうということでございます。

それから一番最後に書いておきましたが、その他参考事項と書いていますが、調査結果は検討委員会の資料として活用いたしますが、この調査と並行して、オンライン上での実績データの入力システムおよび集計・分析が可能なシステムを試行的に構築いたします。

これは、実は認知症疾患医療センターの実績報告書のデータの集計というものは、非常に原始的な方法でやっておりまして。ようやくエクセルファイルに入れてくれるというところまでは行ったんですけども、このエクセルファイルを一回、各認知症疾患医療センターから都道府県が集めて、都道府県が厚生労働省に提出して、厚生労働省に提出されたエクセルファイルを、私のところに送っていただき、私のところにいる研究員たちが分析するというやり方です。要するに、ものすごく時間がかかるのです。

ということで、後で説明いたしますが、もう入力の段階からクラウドに入れていただければ、そのクラウド上でいろいろ、管理・集計・分析等々ができますので、そういう方法でやれば、都道府県単位でも集計・分析できますし、国のレベルでも集計・分析が迅速にできるようになりますので、そういうシステムを作っていこうということでございます。

それから 2 番目の課題ですが、被災地においての認知症支援の実態に関する調査をやるということです。例えば、認知症疾患医療センターの医療スタッフとか、介護保険事業所職員とか、行政職員を対象に、郵送調査あるいはヒアリング調査を行います。客体数は、仮の数に書いておきましたが、これは後でワーキンググループで検討していただければと思います。

調査内容としては、今般の能登半島地震被災地を含めて、過去に被災地において認知症に携わった医師、看護師、保健師、介護保険事業所職員、行政職員等を対象に、災害急性期、災害亜急性期、あるいは災害回復期における認知症支援の課題にフォーカスを当てた調査を行います。ヒアリング調査におきましても、多くの方はできないと思いますが、20 人程度をやっていただけるといいかなと思っております。

この調査期間中に大規模自然災害が発生した場合には調査地域の拡大も検討するということで、南海トラフの問題がクローズアップされてきてるので現実味が帯びてきたなという感じがするんですが、もし万が一そういうことがあれば、そこの災害急性期の調査もしようということでございます。

なお、平成 23 年、東日本大震災が起こった年に、私の方で、老健事業で東日本大震災に際しての認知症支援に携わった医師、看護師、保健師、介護保険事業所職員、行政職員、ソーシャルワーカーに対して、急性期から亜急性期、さらに回復期の調査をしておりまして、その報告書はこの URL から拾えるようになっております。その際にも、こういうことが必要だということを政策提言しております。

これは平成 24 年の 3 月 31 日、東日本大震災が起こった翌年に出したものなので、その後、この提言がいろいろと実現されてきておりますが、そんなことも踏まえて調査していただけると良いかなというふうに考えております。この調査結果の資料は「災害時における認知症対応マニュアル」に反映させるということでございます。

これが先ほど言いました、東日本大震災の時に出させていただいた 9 つの提言でありますが、こんなことを参考にして、調査していただければいいかなというふうに考えてるところでございます。ただ、これは全てワーキンググループのほうに具体的なところは委ねたいと考えております。

名簿に戻りますけども、先ほどの認知症疾患医療センターのデータ集計・分析ワーキンググループにつきましては、これは具体的なシステム開発に関わる部分で、一応 3 名のワーキンググループ・メンバー書かせていただきました。私がワーキンググループ座長をやらせていただいて、東京都健康長寿医療センターの枝広先生、これまでずっとこの集計・分析の作業を実際にやってきた東京都健康長寿医療センターの枝広先生、そして今回、社会福祉法人浴風会の認知症介護研究・研修東京センターに来ていただいた森澤先生、実は森澤先生も東京都健康長寿医療センターの研究所で長年ネットワーク管理とか ICT に関することやってきてくれた先生でありまして、この道のスペシャリストであります。後で具体的な説明をいろいろしてもらいますが、一応この 3 人で進めさせていただいて、検討委員会のほうでもんでいただくっていうふうにしようかなと考えております。

それからもう一つは、マニュアル作成ワーキンググループは、こちらは中西先生が昨年厚生労働省にいた時に、実際に能登半島に何度も訪問されて支援されているということもございますので、中西先生に座長をしていただきたいと思います。このワーキンググループのメンバーは、一応私も入らせていただきますが、昨年、能登半島地震の後に、このマニュアルの改定作業をご提案いただいたのが秋山先生で、和田先生、新井先生、中西先生と私で検討を行いましたので、このメンバーでマニュアル作成ワーキンググループを構成したいと考えているところでございます。

最後にスケジュールなのですが、8 月、今回スタートですので、こんな感じでやろうかと思っているんですけども、基本的に検討委員会は年 3 回で、各ワーキンググループも年 3 回としておりますが、これは仮でございますので、適宜開催していただければというふうに考えております。

それから最後にもう一つだけ、ちょっとお話ししようと思うんですが。実は、この 2 つが今回の老健事業の主要なテーマなんですけども、皆さんの次第のほうにはフリーディスカッションの③というふうに書かせてもらったのですが、アルツハイマー病の DMT 導入を踏まえた医療提供体制に関する実態調査ということも、この社会対応委員会の中でやってきましたので、そのことに触れておきたいと思います。簡単に申し上げますと、この抗 Aβ抗体薬の実臨床への導入を視野に入れた認知症医療提供体制の課題に関する調査を、社会対応委員会で、2022 年度と 2023 年度にわたってやらせていただきました。

最初は認知症疾患医療センターを対象とする悉皆（しっかい）調査をやらせていただきまして、その時はまだレカネマブが薬事承認も受けてない時でありますけども。簡単に言いますと、71%の認知症疾患医療センターが、類型を考慮しても、アミロイド PET または脳脊髄液バイオマーカー検査を認知症疾患医療センターで行えるようにすべきだというふうに回答していて、13%がアミロイド PET は現在も可能と回答し、16%が脳脊髄液バイオマーカー検査を補助診断としてこの段階でも使用していると回答、50%が自施設または他施設との連携の下で安全管理体制を整備することが可能であると回答しておりました。また、77%が、類型を考慮する場合も含めて、認知症疾患医療センターにおいて安全管理体制を整備すべきだと回答していて、51%が、専門的な診断体制と安全な治療体制を都道府県・指定都市において整備すべきだと回答しておりました。

それから 23 年度に実施しました認知症関連専門医を対象とする調査では、この段階で薬事承認は受けていましたけど、まだ保険収載されてない段階。つまり最適使用推進ガイドラインが出てない段階の調査ですけれども、回答者の 68%が認知症疾患医療センターではない専門医で、36%が脳内 Aβ病理の有無をバイオマーカーで判定しており、45%が現時点でもアミロイド PET は可能と回答、52%が 2 次医療圏単位でアミロイド PET 撮像施設の整備が必要だというふうに意見を述べられ、65%が DMT の使用に当たっての安全管理体制の整備は可能だと回答しておりました。

さらに、放射線関連専門医を対象とする調査におきましても、76%は認知症疾患医療センターのない医療機関に所属しておりますが、26%が Aβ病理の有無をバイオマーカーで確認している、46%が 2 次医療圏単位でアミロイド PET 撮像施設の整備が必要、52%が DMT の使用に当たって安全管理体制の整備は可能、45%が ARIA の読影に関する専門医の養成を急ピッチで進めるべきだと回答していました。ただし 68%の放射線関連専門医が勤務している医療機関は、PET 撮像施設の認証を受けてないという回答でありました。

こういう大まかな結果が出ているんですけども、その後どうなっているかというフォローアップ調査をしていかなければいけないのではないかということがございますので。これについてはすでに武田先生、新美先生、新井先生らが今後検討されると聞いておりますので、そのことも少し情報共有して、この老健事業の中の検討委員会においてディスカッションしていただければと考えているところでございます。

以上が私からの概要説明でございます。ここまでのところでいろいろ質問あるかと思いますが、次のフリーディスカッションの中で、今言ったこと一つ一つ、また改めて少し細かな説明して、ディスカッションしていこうと思いますが、この段階で、全体として何かご質問などございましたらお受けしようかと思うのですが、いかがでしょうか。何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。それでは前に進めさせていただきたいと思います。

ではここからは、今言った 3 つのテーマについて、1 つずつ少し追加の説明をさせていただきながら、フリーディスカッションというふうな段取りで進めさせていただきたいと思います。まずは認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立についてということですが、これに関しましては、先ほど申し上げましたように、クラウド上でダイレクトに入力して、集計・管理していくためのシステム開発を試行的に始めておりますので、森澤先生から少し説明をお願いできればと思います。よろしいでしょうか。

森澤：事前に事務局のほうから配布した資料で、参考資料の 3 と 4 という資料があるかと思います。

粟田：私のほうで共有しましょうか。

森澤：はい、それで、すいませんが。

粟田：共有いたします。ちょっとお待ちください。これでよろしいですか。

森澤：はい。配布資料 3 ですが、サンプルシステムを作成しており、それの URL を記載しています。あとフローチャートもどきと、代表的なブラウザー画面の説明をしております。資料 4 のほうは、実際の HTML、PHP ファイルの画面の対応を説明しています。本配布資料は、最終的に本実績報告のクラウドシステムの入札あるいは契約によって、実績報告システムの開発を請け負っていただける業者に示す仕様書の一部のパイロット版として作成しています。

サンプルシステムは実際に URL にアクセスしていただけると、メールアドレスを登録していただければ、そのアドレスにパスワードが記入された電子メールが送信されて、実績報告を、昨年度のデータ形式で登録できます。資料に記載されているサンプル ID とパスワードを用いれば、登録された実績報告データの修正を行えます。

実際のところサンプルシステムは粟田先生に、昨日デモを行って、バグが見つかったり、仕様追加を要望されたりしています。見つかったバグはすぐに修正しましたが、追加仕様についてはまだ反映できていません。皆さまに実際にサンプルシステムを触ってご確認いただいて、要望いただいて、問題がないという状態に持っていけたらというふうに考えておりまして。それを実際、運用していただける業者等に、クラウドサーバー等で動作できるよう、確認した内容でお願いできればと思っております。

クラウドシステムには大きく 3 種類の画面があって、実績報告する人のための画面と、都道府県担当者をしていただく人の画面と、クラウドシステム管理全体をやっていただく人の画面があります。実績報告する人のための画面は、電子メールアドレスを ID として、ログイン情報の申請をすると自動でパスワードが発行されて、登録したメールアドレスにパスワードメールが送信されます。1 つの電子メールアドレスについて 1 回しかログイン情報の登録ができないようにして、いたずらに申請されることを少なくしたいと考えております。

ただし、年度が変わると同じメールアドレスでも申請できるようにしています。翌年には異なるパスワードが送られてきます。すなわち、昨年のパスワードではログインできなくなります。毎年申請することが必要になってくるというシステムを考えています。

都道府県担当者の画面では、政令指定都市についてはちょっと資料がなかったので、サンプルプログラムから抜けているんですが、都道府県・政令指定都市番号というのがエクセルファイルのほうにはあって、その番号を頼りにプログラムを作っています。実際、そこの番号に入力忘れとか入力ミスとかあった場合は、もうちょっと工夫が必要かなと思っております。

サンプルでは取りあえず、北海道が 91 で、東京が 13 という番号で作ってあります。1 つの電子メールアドレスについて 1 つの都道府県等の番号が対応し、都道府県の施設の一覧が表示されます。都道府県内の施設名称の一覧が出てきて、それをクリックすると、実績報告のデータの内容を確認、そして修正ができるというふうにしています。

他方、複数の電子メールアドレスが、同じ都道府県の確認・修正ができるようにもしています。都道府県等の担当者は、ログイン情報の申請をすると、申請された旨の電子メールが担当者に送られるんですが、ログイン情報が申請されたということがクラウドシステムの管理者にも送信されて、クラウドシステムの管理者は、その申請者が、誰かを確認して、承認した場合、登録作業を行うと自動的に申請者にパスワードのメールが送られます。

この仕様だとクラウドシステム管理者は、申請者はいたずらではなく正しい申請者であることを確認して、専用画面で 1 週間以内程度で登録する必要が生じます。間違いがあってしまうと、いたずらの申請者に対して、修正・確認・削除が可能になってしまいます。当初は閲覧だけにしようかなと思ったのですが、粟田先生から、修正もできるようにとい

うことの要望がありました。昨日には都道府県担当者にCSVファイルのダウンロード機能も要望されましたので、その機能も追加しようと検討しています。

都道府県担当者は一回申請すると、翌年も都道府県等の施設の確認・修正ができます。クラウドシステム管理者は、都道府県担当者のログイン情報を取り消すことが可能になっています。

クラウドシステム管理者の画面では、都道府県担当者のログイン情報を登録して、登録すると同時にメールを送信します。他に実績報告者全体のCSVファイルのダウンロード機能とか、全実績報告データの確認・修正機能を作成しています。これ以外にも、クラウドシステム管理者画面では、さらに多くの機能を作らなきゃいけないなと思ってもいるんですが、まだ作成できていません。

参考資料3の末尾のほうに、14ページには、一番最後のページですね。

粟田：14ページですか。

森澤：はい。一番最後のページに、サンプルプログラムの動作環境、ソフトウエアバージョンについて記載しています。現在は無料のレンタルサーバー上で、オープンソースを用いて構築しています。セキュリティーを考慮して、全て最新バージョンで構築しています。

オープンソースのPHPメールライブラリーを用いて、認知症介護研究・研修東京センターのメールサーバーであるさくらインターネットのメールサーバーの森澤のメールアドレスから送信するようにしています。このライブラリーでは、マイクロソフトのOffice365やGoogleのメールなどの、いわゆるセキュリティーが優れたメールサーバー上からの送信ができないというような制約事項があります。さくらインターネットからは、Gmailとかマイクロソフトメールのアドレスには送信可能です。

技術的には、SQLインジェクション対応とか、電子メールのメールサーバーの利用とかいうのは、4〜5年単位で大幅にソフトウェアライブラリーの内容が変わっていくことが予想されますので、寿命は4〜5年ぐらいかなと思っています。

本サンプルシステムは、粟田先生より頂いた昨年の北海道の実績データのみが登録されていて、それを確認できるようにしています。資料の中にあるURLからアクセスしていただければ、実績報告の登録者の画面、都道府県担当者の画面、クラウドシステムの管理者の画面にアクセスできるようにしております。説明は大体以上になります。

粟田：ありがとうございます。ほんとはこの現物を見ながら説明したほうが分かりやすいかとは思うんですけども、取りあえずZoom上での説明なので、この紙で説明していただきましたけれども。実際私は使ってみていろいろと分かりましたが、皆さんも試行的に使っていただけるようにして、いろいろとご意見を頂くっていうような形にしていきたいと思います。ちなみに北海道のデータをサンプルで入れさせてもらいましたが、これは特に意味がなくて、一番上が北海道のデータセットだったので、それを入れさせていただいたという次第でございます。

これは全体のデータをどのレベルで見れるようにしていくかっていうことをちょっといろいろ考えなきゃいけないんですが、個々の医療機関名が入っているので、個人情報とは言わないまでも、各医療機関のデータをどれぐらいオープンにしていいものかっていうのはいろいろ検討しなくてはいけないことかと思いますので。

今のところは、都道府県は、その都道府県のデータは見れる必要があるので、CSVに落として全部見れるようにして。厚生労働省はもちろん全部見なきゃいけないので、厚生労働省も全てのデータをCSVで見れるようにして。管理者はもちろん管理しなきゃいけないので、全部見なくては、見なきゃいけないんですけど、個々の認知症疾患医療センターでどのぐらい見れるようにしようかっていうのは、ちょっとこれ、議論を要するところかなというふうに考えております。他にもいろいろ、管理のこととかセキュリティーのこと、考えなきゃいけないこと、たくさんあるんですが、まずはこんな感じで作り始めたというところでございます。

一応、このシステムに関してはこういう段階であるということで。これと同時に、過去のデータについては、これは東京都健康長寿医療センターのほうで全て蓄積しておりますので、全てが、毎年毎年少しずつ項目が変わってしまうので、全部を連結統合することはできないんですけども、共通項目については連結して縦断的な分析できますので、その辺のこともやりながら、先々はこういうシステム上でそういうことができるようなことを考えていこうかなという段階でございます。

以上が説明ですけど、ここまでのところで皆さん、ご質問等ございましたら、自由にご発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。一回ちょっと共有を外しますね。ちょっと一回切ります。これで皆さん、顔が見えますので、自由にリアクションボタンを押すなり、手挙げるなり、ご質問いただければと思いますが、いかがでしょうか。何かございますでしょうか。

武田：済みません。長寿医療センターの武田ですが、よろしいでしょうか。

粟田：どうぞ。

武田：すいません。うちのセンターでいつもやっているのは、エクセルファイルで担当者ごとにそれぞれ入力をして、それを合わせて、決裁を回した後に送るみたいな形になっているのですけども、このシステム上で仮に入力をして、それを決裁して、後に正式に落とすとか。あと、いろんな人がそれぞれ担当する場所を入力していくことも可能なんでしょうか。

粟田：よく分かりました。森澤さん、どうですか、今のお話。

森澤：ある一定期間は修正がいつでも可能という形にできるかと思うので、ある期日が来たら、それ以降は変更が不可能みたいなことで。実際それができない場合は、どうですかね、都道府県担当者に問い合わせて、その期間を延ばしてもらえないかとかいうような調整をやっていただくだとか。システム管理全体としては、都道府県担当者のほうに集計の実際の段取りを決めてもらうとか。そういうような担当で、システムのほうにその機能を組み込んだほうがいいのか、それとも自由度を持たせたほうがいいのか、ちょっとよく分

からないですね。

粟田：武田先生、今はエクセルファイルで入力するようになっていますが、そうすると、そのエクセルファイルの電子ファイルをみんな共有しながら入力して、最終的な決裁も電子ファイルで見てるという感じですか。

武田：そうですね、そういう感じか……。エクセルを、最終的にできたものを回してっていうような感じ。

粟田：回してっていう感じですよね。

武田：ですので、それはちょっとやりにくくなるかなっていう気はするんですけども。一回入れたものをCSVに落として、それを決裁に回すって感じですかね、イメージ的には。

粟田：CSVというか、一医療機関だけのデータなので、そこの、このシステムに入力したものがそのまま一覧で見れるようになってればいいわけですよね。それは森澤さん、できるんじゃないですかね。

森澤：いわゆるメールアドレスがIDになって、パスワードがあるんですけど、それを一施設で共有してしまえば、同じ画面がその施設内で複数の人が見れるということになりますね。施設内で自由に、自分の施設の内容を変更していただくということは可能にはなるかと思います。

粟田：一応IDがメールアドレスになっていて、パスワードは設定されたパスワードなんですけど、それを共有していけば、誰でもそこの施設内で見れるってことですね。

武田：分かりました。

粟田：ありがとうございます。他にいかがでしょうか。何かございますでしょうか。

秋山：すいません。これは粟田先生にお尋ねするというよりは、恐らく厚生労働省に尋ねることなんだろうと思うんですけど、これでデータが蓄積されますよね。今、業者さんに委託するというようなお話もあったんですけど、年度をまたいでこれから何年か先というのは、どういう見込みなんでしょう。サーバーをどうするかとか。

粟田：これが実は残された課題でございまして。管理ですよね。マネジメントをどうするかっていうことは、これから議論しなくては。ただ、今の段階でも、変な話で、私と枝広が管理してるっていうことで、なんか奇妙な感じで。ちゃんと国でやれってずっと言ってるんですけど、毎回私と枝広でやってるっていう。そういうことでいいのかっていうことでございますので、これは厚労省マターだと思うので、この際しっかり考えてもらおうと思ってるところでございます。

粟田：中西先生、どうぞ。

中西：すいません。江川先生いらっしゃらないんで、代わりにというか、経緯は昨年私が担当していた時になりますのでお話しします。認知症のデータとしては、患者調査のほうが実態を把握できない状況の中で、非常に貴重なデータがなくなるので、なんとかしなければいけないということで、ようやくここまで来た状況になります。

この具体的な管理方法のほうは、今後ちゃんと厚労省のほうで今後検討していただくことにはなっていますので、またその辺は追って、粟田先生をメインにご相談していく形になるのかなと考えます。そのためにまず何をどうしていくのか、今回老健事業が立ち上がったという、ご理解いただけたらと思ってます。

粟田：ありがとうございます。実はこの委員会には元厚労省のメンバーがたくさんいますんで、内部事情を知ってる人ばかりなんですけど、そういうことでございます。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。何かございますでしょうか。枝広先生、何かありますか。

枝広：森澤さんにちょっと聞きたいんですけど。すいません、森澤さん。今まで認知症疾患医療センターのデータを扱ってきて、なんでこんなことが起きるんだろうなっていう出来事が幾つかあるんですけど。まずIDがないんです、認知症疾患医療センターのデータって。そもそもIDがないので、経年データを簡単にはつなげられないんですけど、そういう仕組みになっているので、病院名を頼りにするしかないんですけど、病院名って時々変わるんです。資本が変わったので、何とかかんとかっていう片仮名の病院名になりましたみたいなことが時々起こったり、時々住所変更があったりするんです。

それで、結局それを管理するには、前年度の10月1日発表の公開データ、認知症疾患医療センター整備状況の、あのリストの名前をもって、「あなたは都道府県、こちらを選んでください」「指定されてるのは県ですか、指定都市ですか」って選んで、そこから、「このリストの中から選んでください」のリストの名前が、10月1日付のものを公式には使う形に、恐らくなるんだと思うんですけど、指定時期って10月1日に限らないから。いきなり11月に指定されたりすることとかもあるので。「この2次医療圏で足りないからもう一個つくろう」みたいなってことが起こるので。

例えば、取りあえず現状、森澤さんがそこを管理するとしても、適時の更新がどうやってやってくのかなっていうのが、ちょっと疑問に思ったところで。っていうのは、森澤さんは浴風会に所属されている状態で、恐らく老健局から直接「どこかの都道府県に、これこれこういう病院が指定されました」ってホットラインがあるわけじゃないんじゃないかなっていうふうに思ったので、その辺の適宜の改正みたいなのって、どうする感じになるんですか。

粟田：これは森澤さんが管理するという話ではありません。森澤さんは試行的なシステムを作るというだけであって、これを管理するのは厚労省マターでありますんで、今言ったことも含めて、厚労省は考えなきゃいけない。特に病院のIDがないって、ほんとそのとおりであって。こういうことも含めて、これは全部マネジメントに関連することなので、厚労省が考えていかなきゃいかんということになるかと思います。

枝広先生はよく知っていると思いますけど、認知症疾患医療センターのさまざまな課題っていうか、事情をよく知っていないとマネジメントもできないっていうことがございますので、その辺のところはちょっと時間をかけなきゃいけないですね。つまり今年の年内にはとてもとてもクリアできないことで、恐らく来年1年かけてマネジメントの体制をど

うするかということを、厚労省が責任持って考えるっていうことになるかと思います。

枝広：すいません。森澤さんに何かを言いたいわけじゃないんで。全然ありがとうございます。エクセルのシステムで、エクセルの関数作って、「こんなに簡単に都道府県のデータ作れるよ」ってやった直後に、厚労省の管理官の先生が代わって、データセットがうまく作れないから、結局 PDF でデータもらったとか、そういうことも起こっていたような感じだったので。今、厚労省の先生いない状態で言ってもあれなんですけど、何かそういうことありますっていう。

粟田：そうなんです。

森澤：ありがとうございます。

粟田：何かありますか。森澤さん、ありますか。

森澤：年度ごとに、もちろんシステムですから、1 年間ずっと利用できるということで、マネジメントの仕方によっては、常時データを受け付けるっていうことは可能かとは思うんですけれども、現状は今、年度管理っていうのは、ある日の時点で次年度の申請に切り替わるっていう運用しか想定していませんでした。この施設はこの年度で、あっちの施設は違う年度っていうような受付対応のシステムには、現状はなっていないです。それについてもマネジメントの調整を検討していただければと思っております。以上です。

粟田：ありがとうございます。よろしいでしょうか。では、これはまず試行的なものを作っていくっていうことが今年の、今年度の課題でありますので、まだ実用化には先だっていうふうに考えていただけると思っております。ということで、当分枝広先生が働かなきゃいかんという状況でございます。では、ありがとうございます。よろしいでしょうか。では、次のテーマに行きたいと思います。

次は支援マニュアルのことなんですけども、これにつきましては、まず中西先生から、今後のビジョンみたいなことを少しお話しいただいた上で議論するという形にしたいと思います。中西先生、よろしくお願いいたします。

中西：ありがとうございます。すみませんが、先ほどご紹介で、私、能登半島、何回も行ってませんので、厚労省がずっと行ってたという形ですのでよろしくお願いします。

お手元の資料の、参考資料の 5、6 が、現在認知症学会のホームページに載っている「被災した認知症の人と家族の支援マニュアル」の正式バージョン、つまり第 2 版のものになります。それにつきまして、能登半島地震の時に、急いで秋山先生を中心として補遺版を作って、挟み込みの形で能登半島のほうに活用いただいたというものが、参考資料の 7 と 8 になります。本日、こちらの作業部会の担当としてご参加いただいてる先生方は、この補遺版作成に関わった先生というふうに認識しております。

実は今回厚生労働省が、能登半島地震の支援の時にマニュアルを改めてホームページに出そうとしたところ、厚生労働省のほうで活用できるマニュアルというのが、次にあります参考資料 9、10 の、認知症介護研修、情報、研究センター、仙台センターさんが老健事業で作成した、東日本大震災の時のマニュアルしかないということに気が付いて、ちょっと慌てた状況だったんです。

非常に古いものしか国のほうで持っているものがないということで、各方面でご相談させていただいて、今回の老健事業に、ちょうど補遺版を認知症学会が作成していたこともありましたので、お願いしましたので、この老健事業がちょっと、全然違うものが 2 つくっついているという変な立て付けになったという経過がございます。

今回、認知症学会のこのマニュアルを改訂するには、仙台センターさんが作成したものとの整合性など、このあたりは確認が必要だと思っています。

それから、今日資料にはお入れしなかったのですが、やはり東日本大震災以降、災害がたくさんあって、各学会等もいろいろなマニュアルとか対応方法の体制を確立してきています。なので、そういった各学会が作成しているものとの違いといいますか、今回作成するものの立ち位置を明確にすることが、この老健事業において必要だと考えます。つまり、あくまでやはり認知症の人と家族への支援という立ち位置で、整理していく必要があると思っています。

ですので、ちょっと一回いろいろな関係が、団体、学会が、どんなものを持っているかということも、ホームページからは拾ってみましたが、そのあたりの整理も必要なのかなと考えております。例えば神経学会ですと、神経難病の方を対象にしたものを作成していてその中に少し認知症について触れていると思います。そのようにいろいろな立場もあると思いますので、その、ちょっと簡単な調査も検討が必要かと考えているところになります。

また、マニュアル作成そのもの以外に、今回、調査もやると粟田先生のほうからお言葉を頂いております。調査をどのような人たち、どこの機関の誰を対象に、あるいはどの地域を対象にするのか、また具体的な調査項目をどうするのかということは、この作業部会のほうで早急に詰めていく必要があるのかと考えている次第になります。取り急ぎ、ここまででよろしいでしょうか。

粟田：ありがとうございます。日本認知症学会で、この「被災した認知症の人と家族の支援マニュアル」を作っておりますので、その改訂版をこの老健事業で、ある意味では厚生労働省のお墨付きで作ろうということでございます。ということで、ここまでのところで何か皆さん、ご質問、ご意見等ございますでしょうか。まず秋山先生、何かコメントいただければと思いますが、いかがでしょうか。

秋山：特に内容とかプランについては何もございません。一つやはり考えておくのは、実際の調査の結果を見ないと分からないんですけれども、紙媒体をどのくらい用意してっていうか、どのくらい紙媒体を利用することがあるのか。最近の場合は、若い人たちがスマホで見ながらということもあり得ると思うんですけれども、私のような古い人間ですと、当然その場でネット接続してということは考えられないし、被災した自治体が避難所の数だけプリントアウトして、それを配る余裕があるとはとても思えないので、紙媒体をあらかじめ蓄えておいて、発送できる形というのが要るのではないかなという気はします。こ

の辺、新井先生、DPAT のリーダーしてますよね。何か持ってますか、情報。

新井：ありがとうございます。大きく分けると、実際の現場の避難所とか調整本部とか、そういうものすごいばたばたしてる中で使うものは、ほんとに簡便な、チラシみたいな、パンフレットみたいな、絵もいっぱい描いてあって字も大きい、そういうものと、あと実際にもうちょっと時間があって、全体で DPAT の研修とか、少しもうちょっと落ち着いてやるような時に使うのは、この認知症学会みたいなしっかりしたマニュアルと、大きく分けると 2 種類必要かな。あともう少し言えば、自治体の人たちが使うのはもうちょっと、その真ん中ぐらいの、若干の、もう少し詳しめの、あってもいいのかもしれませんけど、それぐらい、ちょっと段階が必要かなと思ってまして。

あと先生がおっしゃるように、確かに紙媒体だけじゃなくて、電子媒体でぱっと見れる、そういえば DPAT とかはみんな、EMIS っていって、全部あそこの、情報を打ち込んで、その EMIS の中でいろんな情報を共有してますので、そういう中にやっぱりそういう避難所での対応とかもぱっと見れるようなものがあったりとか、そういうデジタルでも見れる対応、体制ってのは確かに必要なのかなっていう気もいたします。

やっぱりどこに調査するかっていうこともあれで、一つは実際に現場で活動した DPAT の人たちが、どれぐらい認知症に対応して、どんなことを困ったのかはちょっとやっぱり聞いてみたいかなと思うんですけども。うちの行った DPAT の人たちに聞くと、そんなに認知症に対応したっていう話があんまりなくて。避難所でちょっと夜寝なくて困っちゃったとか、そういう話はちょっとあったんですけども、どれぐらい実際にああいう認知症の人への対応なんかが要したのかっていうのは意外と、北村先生もおっしゃってましたけど、あんまり認知症、今回能登ではそんなに話題になってきてなくて、どうだったのかなっていうのはちょっと思いますけど。そんなところです。

粟田：ありがとうございます。他にございますか私の経験をちょっとお話しすると、今回、能登半島は人口規模の小さいところで起こった地震なんですけど、私は仙台で東日本大震災の時、やっぱり人口規模が大きいと、ものすごい数の人たちが被災して避難所に行くので。

そうすると、認知症の問題は、私の経験では、確か発災 3 日後かな、3 日後あたりから出てきて。私、仙台市立病院に勤めてたんですけど、電話がかかってきて、市役所から電話かかってきて、避難所で 17 人の認知症の人がどうにもならない状態になって、そっちで引き取ってもらえないかといきなり言われたことがあるんで、人口規模が大きいと、やっぱり目立つかなっていう感じですよね。人口規模が小さいと、それこそぽつんぽつんとしか出てこないので、多分あんまり目立たないんだろうなっていう感じがしました。だからこれからどういうところで災害が起こるかによって、認知症の問題のクローズアップのされ方が多分違うのかなっていう感じがいたしました。

新井：北村先生もおっしゃってましたけど、能登は地域で抱えてる、ある意味自助っていうのが結構強くて、統合失調症とか、そういう患者さんも結構地域で抱えていて。っていうか、家にいるんですよね。だからその辺もあるかもしれないってことをちょっとおっしゃってました。自助ですね。よっぽどにならないと病院行かないし、行くことになったら、もうあとは施設に入るんだと思うんですけども。

粟田：そうですよね。この問題、確かに、そもそもの精神疾患の問題もそうだけど、大都市と田舎じゃ違うんですよね。ありがとうございました。他に何かございますでしょうか。和田先生、何かございますか。

和田：特にはないんですけど、やはり現場のリアルな声を、ちょっと情報を集めていって、それに即した内容のマニュアルに変えていかないと、ただのマニュアルにせずに、有意義な、有効性のあるマニュアルに改訂したいと思いますので、調査のほどの進めていただきたいなというふうには思いました。以上です。

粟田：ありがとうございます。その辺、ちょっと中西先生、工夫しなきゃいけないかもしれませんけど、よろしくお願いいたします。

中西：ご指導をよろしくお願いします。

粟田：あと、先ほど秋山先生や新井先生もおっしゃっておりましたけど、電子版ですよね。確か秋山先生のアイデアだと思ったけど、電子版で細かく切り取って見れるような方法を考えることも大切かなって思いました。あと、他の学会が確かにいろいろ作っていて、大体ホームページ上で見れるようになっているので、そこと上手にリンク貼りながら使えるようなシステムというものも、他学会と情報共有しながらですけど、作っていくなんてことも考えたほうがいいかもしれないですね。

ありがとうございました。他にございますでしょうか。よろしいでしょうか。では、中西先生、ワーキンググループのほうは早速立ち上げなきゃいけないと思いますので、よろしくお願いいたします。

中西：よろしくお願いします。すぐまた日程調整させていただきたいので、よろしくお願いします。

粟田：よろしくお願いします。

中西：江川先生、来られたみたいです。

粟田：江川先生、一言、このタイミングでごあいさつをお願いできますか。

江川：すいません。ちょっと接続悪くて、出席遅れて申し訳ございません。老健局の江川です。今回災害と、あと認知症の疾患医療センターの在り方っていうことで、非常に参考にさせていただきますので、どうかよろしくお願いいたします。すいません。

粟田：ありがとうございます。では最後に、DMT 関連の実態調査のフォローアップをどうするかということで、これは、まず武田先生から、厚労科研のほうで一応検討しているということだったんで、武田先生から情報共有お願いできますでしょうか。

武田：分かりました。では、画面を共有させていただきたいと思います。今、認知症介護研究・研修大府センター鷲見先生が主任研究者で、この「若年性認知症の病態・支援等に関する実態把握と適切な治療および支援につなぐプロセスの構築に関する研究」というこ

とを行ってまして、栗田先生も私も分担研究者であるのですが。昨年度、といっても、令和 6 年の 2 月に、認知症疾患医療センターに対して、若年性認知症の診療と診断後支援に関するアンケート調査をさせていただきました。

それは 185 カ所からご回答いただきまして、1 年間でこの程度、鑑別診断を行ってるとか。それから、あと若年者の方と、それから高齢者の方で、行ってる検査の違いということで見ますと、MRI とか脳血流シンチとか脳波等の実施の状況では違いがあるのですが、それ以外の神経心理検査等はあまり差が出るものがありませんでした。どちらかというと、簡便な MMSE とか時計描画とか立体模写とか、キツネ・ハトとか FAB とか CDR とか、こういったものがよく行われているのですけども、あんまり詳しい検査はどちらもそんなに行われていないというような結果でした。

あと、栗田先生の報告書から勝手に引用してるんですけども、診断後支援の状況ということで。カテゴリー別に検討していただくと、実施頻度が中等程度の診断後支援として、情緒的・情報的な支援とか、医療の受療に関する支援ですとか、それから経済的な支援、障害福祉サービスや介護保険サービスの利用支援といったものが中程度実施されています。実施頻度が低い診断後支援としましては、就労に関する支援ですとか、それからピアサポートやインフォーマルサポートの利用支援といったものがございました。

それで、今年度も認知症疾患医療センターに対するアンケートを行う予定がありまして。昨年度と近い部分もあるのですが、レカネマブに関する治療の状況と、他の医療機関との連携状況ということで、何件程度使っているかということと、それから 65 歳未満でどんなものかということと、あと連携状況ですね。治療可能な医療機関紹介してるとか、アミロイド PET を他の施設でやってもらってるとか、髄液検査を他の施設でやってもらっているとか。

それから、レカネマブによる治療を行う他の医療機関の求めに応じて、連携体制を取っている。例えば、連携医療機関としての登録や協定の締結等といったようなものを挙げております。それから、あと APOE の遺伝型、タンパク表現型の検査の開示等をどのように行っているかといったようなものも、アンケート項目として入れております。それから救急対応の状況に関しても、自施設のみで行っているのか、状況に応じて他施設と連携して対応しているのかなど、いろんなことを入れております。

それから、議論が非常に分かれるところじゃないかと思うんですけど、レカネマブ対象者で、障害者手帳、それから自立支援医療制度を使うかどうかっていうあたりが、それぞれどんな、皆さん、お考えをお持ちかっていうことを調査できればと思います。

例えば、レカネマブの適応はアルツハイマー病による軽度認知障害、また軽度の認知症であるため、障害者手帳や自立支援医療制度の対象とはしていないとか。それから、アルツハイマー病による軽度の認知症の場合には障害者手帳申請を勧め、レカネマブ治療の自己負担軽減を図っているとか、通院を続ける必要のある程度の精神障害として、軽度認知障害、軽度認知症共に自立支援医療の利用を勧め、レカネマブ治療の自己負担軽減を図っているとか。

それから、あとレカネマブ治療患者の障害者手帳取得や自立支援医療の利用は、制度の本来の趣旨に合致しないと考え利用を勧めていないとか。それから、こういうのを利用することは世代間の公平な負担を妨げると考え利用を勧めていないとか、いろんなご意見があると思うんですけども、こういったものをちょっとやってみようか。ちょっと私のセンター内でもこれを、そもそもこんな調査をやって良いかどうかってことも、非常に議論も分かれているとこでありますが、こういうことも少し出してみようかと。

それから実際にレカネマブの治療をやってる方に、その他にどんな支援を行っているかということ。例えば、先ほどの栗田先生の診断後支援から引用させていただいているんですけど、本人や家族に対する情緒的な支援とか、情報的支援とか、就労継続や福祉的就労に関する支援ですとか、それから経済支援制度とか、あと障害者福祉サービス、介護保険サービス、それから、あと本人の社会参加に関する地域活動や、本人ミーティング・ピアサポート等の利用支援ですとか、家族に対してこういったものの支援をしてるとか。それから自分のセンターで、あるいは他の機関でのリハビリテーションを勧めているとか。

こういったようなものをお尋ねするのとともに、もう一つ、実際には治療の対象とならない方もたくさんいるわけで、その人たちに対してどのような支援を行ってますかというようなアンケート調査を今年度行う予定です。この中で一つ、他の治療法の治験、臨床試験への参加を勧めているというのを別に追加しておりますけども、こういったようなアンケート調査を厚労科研の今年度の研究の中で、昨年度と同じく、全国の認知症疾患医療センターを対象として行えればということで、今、倫理委員会にかけている状況でございます。以上です。

栗田：武田先生、ありがとうございました。質問、後で取ろうと思うんですが、一点だけ。この調査は若年性認知症の人に限ったものではないですよね。

武田：そうですね。若年性認知症の厚労科研の趣旨とはちょっとずれるところを、どう合わせていくかっていうところではあると思うのですが。

栗田：分かりました。ありがとうございます。では続いて、専門医関係で、新美先生、少し情報提供お願いできればと思いますが。

新美：ありがとうございます。一番最初に栗田先生からご説明いただきました老健事業、昨年、それから一昨年と、この DMT に関するアンケートをさせていただいております。それで、画面を共有させていただければと思いますが、一昨年につきましては、こちらにありますように、疾患修飾薬が導入された場合の医療提供体制の課題に関するセンターを対象とした調査というものは、認知症学会の学会誌のほうで報告させていただきまして、公表された情報となってございます。

それを受けまして昨年度、こちらは新井先生の行っております厚労科研の個別研究で、DMT に関する課題というものに関しての調査に関して、今回アンケートなども行わせていただきましたので、入れさせていただいたものがございます。こちらはちょっと経過を別

ロで。

先ほど粟田先生から少しご紹介いただきましたように、専門医、これは認知症関係の専門医と放射線学会の会員の専門医。それと、もう一個なんですけども、私どもが東京大学のほうでやらせていただいております、プレクリニカルのレジストリーに参加いただいているような、一般の方に近いような、そういった方にもオンラインのほうで調査をさせていただきまして。

この調査内容、基本的には共通のものとすることで、こういった各先生方、あるいは一般の方等のご意見、DMT に関する課題、あるいは対応というか、そういったものを明らかにするというような調査をさせていただきまして、それぞれの結果というものを老健事業での報告書、あるいは新井先生のほうの厚労科研の報告書というところで報告させていただきました。

背景といたしましては、こういった AD、レカネマブが承認された後に関しての課題ということを、まずこの時期は、広くこれから DMT による治療を必要な患者に安全、適正かつ継続的に提供することを可能にするために、課題がどういうものがあるかということを、広くレジストリーの対象者を、そしてまた専門医を対象に行なったということでございます。

これもそれぞれの報告書のほうに書かせていただいておりますのと、うちの佐藤がペーパーのほうでパブリックパーセプション等についてペーパーを書いていただきましたんで、こちらのほうも読んでいただけるような状況になったということでございます。

新美：これがペーパーのほうですね、ありますので、また読んでいただけるような形で残っておりますので、よろしくお願いいたします。それを受けまして、今年度ま＝新井先生のほうが、継続的な研究をしていただけるということでございましたので、これに関してのアンケートをさせていただけたらということで、提供をさせていただいたところでございます。抗アミロイド抗体薬使用における実臨床上の課題を明らかにするためのアンケート調査についてということで。これはアンケート、今、見えておりますでしょうか。

粟田：見えてます。だいじょぶです。

新美：ありがとうございます。アンケートといたしましては、昨年 12 月にレケンビが発売されて、ガイドラインが出ていて、これに関して、条件とか考え方は示されている。これまで、おおむね適正に使用されているものと考えられる一方、実際の臨床現場からお声を聞いたりしますと、東大でもそうですけども、希望患者の増加による診断から治療までの待機時間が長くなっているですとか、画像検査の予定が組みにくい、点滴に必要な病床の確保が困難とか、さまざまな運用上の課題が聞かれてくるということでありますし。また医療機関によっては、レケンビ投与の収益性の低さから、導入を見合わせてるところもあるということも聞いてはおります。

また、さらには今後、ドナネマブの臨床使用が可能になる日も遠くないと考えられるとなりますと、抗アミロイド抗体薬使用についての現状把握、課題の明確化を行って、提供体制をより良くできることを目指した学会からの提言などが活用できるような処方を行うと医師に向けたアンケートを行わせていただければということで、今、進めているとこでございます。

時期なんですけども、発売開始後に導入した人が大体半年が過ぎてるぐらいということですので、今年の秋ぐらいを目途に発出できればということで、今現在作成しております。対象としている専門医につきましては、認知症に関する専門医として、認知症学会と老精についてっていうふうに考えておりましたけども、そのものは、神経学会、老年医学会、精神神経学会、脳神経学会についても検討する対象かと思っておりますし、あるいは、こういった DMT の処方に向けての講習会を実施させていただいておりますが、この講習会に参加した方に対しての発出ということも考慮しているとこでございます。

実施主体といたしましては、認知症学会の社会対応委員会特別委員会、この老健事業、新井先生の班、そしてあとは、今回来ていただいてる岩坪先生が AMD のレジストリー班というものを組織しておられますので、こういった班の共同で行ってはどうかということで考えております。ただ数も多いですし、これまで紙でやりますと大変なことに、集計ですとか、非常に手間もかかったということで、今後は Google フォーム、昨年度の一般の方対象につきましては Google フォームで行わせていただきましたので、それをベースに Google フォームで行っていくことを今検討して作成しております。

結果出てまいりますが、この結果について、やはり各班の先生方等も含めて、その解釈についてはぜひ検討したいということを考えておりますので、もし可能でしたら、この本老健事業でも、その結果出たら検討を行っていただいて、最終的なまとめに反映させていただいてはどうかということを考えております。また、武田先生から今ご紹介いただきました連携ですね、その調査を連携させていただいて、例えば疾患医療センターで行う調査と、こちらのほうはそれ以外の医療機関も入っておりますので、この違いなども見るということも可能かというふうに考えてるとこでございます。

アンケート内容、新井先生の班のほうでも意見を伺いまして、今、鋭意問題を、アンケート内容作成しておりますけども、例えば回答者の背景ですとか、レケンビ投入しているかどうか。また今後、次の抗アミロイド抗体薬の導入が可能であるかどうか、そういう状況かどうかということ。そして、じゃあこういった導入において、施設で問題になったこと、もしくは見送った場合、何が問題であったか。あとは現状の状況ですね。症例数ですとか、最適使用ガイドラインの適用について。例えば年齢、MMSE、現場判断での導入にあることということなどでございます。

また継続率ですね。一般、どうしても途中で脱落する方もいらっしゃると思いますんで、こういった継続率なども測っていければということです。あとは実施上の問題と、待機時間ですとか、適応を明らかに外れた症例の受診や紹介があることで、実際うまく回らなかったとか、そういったことも聞かれておりますので、こういった状況をできれば明らかにしていきたい。あるいは画像検査、アミロイド病理の確定における検査の困難さ、あるい

は病床の確保、あるいは、6カ月以上たっておりますので、後方病床に実際に移ってる施設があるかもしれませんが、なかなかこれが難しいというふうにも聞いておりますので、この状況を明らかにできればというふうに思ってます。

また自施設で可能な上限人数と、希望する患者数との恐らく乖離（かいり）が今生じている可能性があるんではないかということで、こういったことも明らかにできるかどうか。もう一つは、これは処方要件というところで、認知症疾患医療センターとの連携ということが書かれておりますが、「どんなことをやっていますか」っていうのを聞けるのも一つ大きいかなと思っておりますので、こういったことも聞ければというふうに思ってます。

また投与において、ご本人、ご家族の反応といったこともし聞ければということと、先ほどありました、投与が見送られた人の診断後支援として、DMT対象にならなかった場合の方にどういった対応が行われているかということ。また、検査いたしますと、実は非ADであったということもありますので、こういった方への対応。アポE検査の実施状況、薬剤の効果をどう感じてらっしゃるか、あるいは最終的には今後、こういった適切な体制を整備するためにはどういった資源が必要かといったところなどを聞くための質問票を今作成しているという状況でございます。

以上、簡単ながら、この秋ぐらいをめどに予定しておりますアンケートについての案内をさせていただきました。新井先生、何かご追加ありましたらよろしくお願いいたします。

粟田：新美先生、ありがとうございます。ちょっと聞き取れなかったかもしれないけど、このアンケート調査そのものは、新井先生のところの厚労科研でやろうと考えてるってことでよいですか？

新美：はい、そのとおりでございます。

粟田：ありがとうございました。新井先生、何かコメントございますか。

新井：新美先生、詳しくご報告ありがとうございました。私からは特に追加等はございません。

粟田：ありがとうございました。では、今年度も武田先生のところの厚労科研と新井先生のところの厚労科研で、DMTの実施に関する課題、いろいろ調査しておこうということでございますけども、何かご質問ありますか。あと一つ、一点、情報共有しとこうと思うんですけども、資料を共有します。

一つは、これは、中西先生が厚労省にいる時にやっていただいたことですが、認知症疾患医療センターの実施要綱が今年の3月19日、一部改正になりまして、このDMT関連の項目が入ったということ、一応情報共有しておこうと思うんですが。認知症疾患医療センターの運営事業の実施要綱の中にある事業内容の、1番目が専門的医療機能、2番目が地域連携拠点機能、3番目が診断後等支援機能で、4番目にアルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療・相談支援機能というのが入りました。

「アルツハイマー病の抗アミロイドβ抗体薬に係る治療を行うに際し、認知症の人や家族からの当該治療についての相談対応・支援、地域の医療機関からの相談対応、また、地域の医療機関等と連携し、アルツハイマー病の抗アミロイド抗体薬に係る治療の適応外である者への支援等」というふうに書かれておりまして、認知症疾患医療センターの抗アミロイドβ抗体薬に関連する医療サービスに関する業務が、認知症疾患医療センターの、一応必須業務として位置付けられているということでございます。

それからもう一つは、都道府県単位で、この整備に関して、これもちょっと資料共有しましょうか。すいません。これは、昨年度の老健事業で提言を出させてもらったものですが、この中で、都道府県単位でちゃんと整備せよという提言を出させてもらっています。東京都は、この委員会のメンバーにも入ってもらったということもあるのですが、早速認知症抗体薬対応支援事業という名称の事業を事業化いたしまして、職員研修なんかもあるんですが、それと同時に、東京都のホームページでレカネマブの投与可能な都内医療機関を公開しております。

仕組みとしては、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センターに行けば、必要な、適応のある方については初回投与医療機関につながれるという、そういうような体制整備を進めているということでございます。実際にこの初回投与医療機関と認知症疾患医療センターとの連携については、連携協定書の様式を作りまして、これで連携してるっていうことがちゃんと担保されるようにしようというようなことをやってるということで、さまざまなことがスタートしてるという状況でございます。

こういうことが進められている中で、全国でDMTの体制整備がどういうふうな状況になってるかという実態と課題も一応調べておくということと、認知症学会の社会対応委員会の中で、そのことをちゃんと把握しておくってことが求められるのではないかということで、お話しさせていただきました。武田先生と新美先生の説明など踏まえまして、皆さんから自由にご発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。何かご質問、ご意見等ございますでしょうか。内海先生、どうぞ。

内海：武田先生のアンケートの内容について、ちょっとお聞きしたいんですけれども。センターが、まず初回投与医療機関なのか、あるいは6カ月後以降の投与機関なのかっていうような質問項目があるのかっていうのが一つと、それともう一つ、センター、例えば、初回投与医療機関になってるんだけれども、次に患者さんを渡していかなければならない、止まっちゃうので。そういう意味で、初回投与機関になっているセンターが、連携できるっていうか、渡していけるような、継続投与医療機関につなげていけるのに、ちょっとこれから困るんじゃないかなっていうのがすごくありまして。

そういうような、ちょうど投与始まりまして半年以上も越えていますので、そういうような懸念をされるので、そういう調査ができないのかなっていうのが一つと、それからDMTを使う患者さんの場合、自立支援とか障害手帳とかの質問項目ありましたけれど、あれは、例えばセンターとして手帳を配布すべきだとか、あるいは自立支援医療費が使用できるべきだとか、そういう、ここの考えを示すのか。

あるいは、こういうことなんですけれども、抗AD薬、ドネペジルでもそうなんですけ

れども、自立支援医療費が通らない自治体、北海道は通らないんです。ですから、DMT でもそうなんですけれど、自立支援医療費の診断書を出しても、結局却下されるっていう事態。障害手帳もそうです。アルツハイマーの軽度だけだったら通らないんで。なので、あの項目は、こうあるべきだというセンターが考えることを聞いているのか、実態として、「ちゃんと障害者手帳もらいましたよ」「自立支援医療費も使いましたよ」っていうことなのか、ちょっとどちらなのかなっていうのが。

粟田：どう取り扱うかですよね。これ、若年性認知症に関しては、自立支援医療の適用をしてるかどうかというのは、都道府県によってものすごい地域差があるってことは AMED の調査で分かっておりますので。その結果、どう取り扱っていくかって問題がありますよね。武田先生、今の 2 つの質問に関してよろしいですか

武田：ありがとうございます。後者のほうからなんですけども、どういうスタンスでやっておられるかっていうことをまず知りたいと思います。例えば、長寿医療研究センターでは、基本的には勧めない、あえて医療側から勧めることはしないっていうスタンスを統一して、われわれは意思統一をしました。ただ向こうから依頼を、患者さん側から依頼された場合は、個々の医師の裁量に任せるっていうスタンスを、取り決めをしました。

いろいろと、いろんな機関、それから医療機関、それからドクターごとにもいろんな考え方があると思いますので、そのあたりがいろんな情報分かるといいなっていうことがありますし、むしろその他のところ、いろんな、うちの自治体は通らないとか、そういったことも書いていただくと、われわれが一番知りたいところでもあります。

内海先生に逆質問になってしまうかもしれないのですけども、私の患者さんで軽度認知障害の方で、就労支援を継続させたくて、精神障害者保健福祉手帳と自立支援医療出したら通ったんです。その人が実はその後、MMSE が 22 点以上あって、CDR も 0.5 ですので、レカネマブの適応にはなるのです。そうした場合に、持っているのだけども使えないっていうことがあるかどうかってあたりもちょっと分からなくて。

それ目的で通すことはできないけど、元々持っているとするとどうだろうなとか、そのあたりも含めて、すごくいろんなバリエーションはあり得ると思って、とてもそれは知りたいところではあるんですけども。北海道では、それは、それ目的では通らないということですかね。それとも、通っていたとしても使えないのでしょうか。

内海：自分の経験では、アルツハイマーで軽度で、BPSD も何もなくて、アリセプトだけでいってますって言ったら、もう切られたりするんです。ですから、当然レケンビなんかもやっても無理だろうと思って、もちろん勧めませんし、あれなんですけど。

つい先日、違うセンターから問い合わせがあって、自立支援をどうしてますかっていうことで。で、こちらの説明したんですけども、そこは自立支援を申し込みましたと。ただその結果が出てきてないんですね。ですから結果がどういうふうに、多分駄目だろうなと思ってはいるんですけど、あまりにも、自立支援医療費でも、手帳のほうより自立支援医療のほうですね。それが都道府県の格差があまりにもひどいなっていうところを感じているもんですから、今、実際 DMT で自立支援医療費通ったところが、むしろあるのかどうか聞きたかったという。

武田：愛知県はもしかしたら割と通りやすいかもしれません。

粟田：愛知県は通りやすいです。

武田：私も軽度認知障害の人で通して、実は就労支援を、できるだけ長く働いていただきたいっていう思いで、駄目元で軽度認知障害で出してみたら、通ってしまったんです、自立支援医療も、精神障害者保健福祉手帳も。でも、それとは別に、当センターのスタンスは先ほどお話ししたとおりなんですけども、ある施設においては、レカネマブを使う患者全員取らせてるような施設もあるんです。

それはちょっと僕はやり過ぎじゃないかっていう、僕自身は思いがあって。それをやると、患者さんはやっぱり安ければ安いほどありがたいとは思いますし、そっちのほうに患者さんは流れていく。あそこの病院では全部自立支援医療で、ほとんど、1 割かただでやってくれるんだっていうことになりますんで、みんなそっち行きますよね。安いほうがいいですからね。年間 100 万円近くかかるのと、ただだったら、やっぱり 100 万円近く払いたくないですよね。

でも、それはちょっとどうかっていう思いがあって。ちょっとアンケートを、いろんな、賛否両論はあると思いながら。ただこれをやると逆に「こんな手もあったか」ってことを知らしめてしまうかもしれないっていうことで、長寿医療センター内で、特に堀部賢太郎先生からかなり強く言われたんですけども、それはやるべきじゃ……。でも、大事な課題ではあるので、いずれはやったほうがいいんじゃないかということもありました。

あと、前半のほうですけど、確かに先生おっしゃるとおり、明確に初回投与施設か 6 カ月以降の投与施設かってことを分けて質問する項目は作ってないので、それを確かに入れてもいいかなって思ってますのと、あと 6 カ月後の投与機関に関しては、かなり見つけるのが難しいっていうのもご指摘のとおりで、そういったことを何か。

これ、先ほど出していただいた、新美先生のほうでも割とカバーしていただいてるから良いかなとは思うんですけど、知りたいこととしては、どうやってそういうところを見つけていくかとか、どういった、インセンティブではないんですけども、方策があるのかというのはとても僕も大変興味のある部分で。もし可能であれば、そういったところも入れ込みたいなと思っております。

粟田：ありがとうございます。

内海：すいません。

粟田：はい、内海先生。

内海：粟田先生に聞きたいんですけれども、毎年のセンターの実績報告書、これからクラウドになりますけど、その中に今の DMT の初回投与医療機関なのか、6 カ月後なのかっていうことと、もう一つ、投与機関と、投与機関ではないけれども、あるいは投与機関でもいいんですけども、投与医療施設の連携施設になっているかどうか。この項目は、これか

らの実績報告書の中には入ってくるんでしょうか。
粟田：これは中西先生マターですね。中西先生、昨年度の段階で。
中西：既に作ってます。「自らが投与している」に丸とか、そういう項目を作りました。
粟田：それは、すいません、その様式は、今、令和 5 年度の実績を出してもらってますけど、そこにもう反映されてるんですか。
中西：この春発出したものに書いてました。
粟田：そうですか。江川先生、こないだ送っていただいたんですけど、様式、反映されてるってことですね。
江川：そうですね。令和 5 年度は今集計中なんですけど、6 月末っていうことで、まだ取りまとめが終わってませんが、そのことも含めて報告書に書かれております。
粟田：ありがとうございます。皆さんの参考資料の 2 に、令和 5 年用の実績報告書の様式が入っておりますが、ちょっと私、確認してないですけど、今の DMT のことが入ってるっていうことでございましたので、ご確認いただければと思います。
内海：確か 5 年度は入ってたんですけれども、そうじゃなくて、投与医療機関と自分のセンターが連携していますよっていう、この項目はなかったような……
粟田：中西先生、分かります？
中西：投与しているか、連携しているかですね。
内海：センターじゃない A 病院が投与してますよね、A 医療機関が。その時には、センターと連携しなきゃいけないわけですよね、A は。ですから、例えば私どものセンターが、どこと連携してますかという。A 病院と連携していますと。そういう、何カ所と、どういう医療機関と連携してるかっていうことを書いて。
なぜこんなことを言ってるかといいますと、前回の時もそうだったんですけども、投与機関がセンターと連携しなければならないという規定があるのに、どうも連携しているところがないまんま、投与が始まっているという実態がありましたので。そうすると、それをどうやって分かるのかなっていうところで、こないだ道庁の人とも話をしまして、それを今度は聞こうと。そうすると、投与医療機関がセンターと連携、ここ、してないじゃないっていうような実態が分かるのかねっていう話を、ちょっとしたもんですから。
粟田：内海先生が言ってること、よく分かります。それは今の様式に入ってないのですか。
中西：すみません、よろしいですか。今の様式を見ていただくと、21 列のところから、これはセンター側からみてになりますが、どこの連携病院と、例えば今までもあった、身体疾患を診る病院等いろいろ項目がありますが、抗 Aβ 抗体を投与する、例えば自分が精神科の単科で、抗 Aβ 抗体薬使ってないセンターだったら、連携する何々大学病院さんに投与してもらうという名前を書くような欄になっています。
粟田：ありますね。
中西：はい。なので、老健局のほうでは、認知症疾患医療センター側から把握できます。これはちょっと、いわゆる医療のほうの、保険局との考え方の違いなんでしょうと思うのですけれど、去年話し合いをした中では、あちらのほうは、OUG の中に「連携すること」と書いてあること。それが条件であるので別に協定書も要らないというのが一般の病院のほうを管轄してる部署の考え方になっています。
だから私たちのその時の理解では、逆に認知症疾患医療センターではない投与医療機関に監査が入ったときに、どこと連携してるんですかとなったときに、うそだとまずい（嘘はつけない）ので、診療報酬上のほうでは、あえて提携を明示する必要はないということなのだと。
ただ都道府県ごとに対応は違って、粟田先生のところが連携協定書を作成するお話をおっしゃってましたけど、大阪市も、前からここに出てくる協定関係のものには書類（連携承諾書）をまいていたので、自治体によって扱いは違うのかなと思っています。センター側からしかこれを把握する方法がなかったので、老健局のほうの立場としては、センター側のほうではしっかりこれで証拠を残しとこうという考え方になっていて実績報告書には記載していただいてます。以上です。
粟田：様式に入ってますね。
中西：入ってます。
粟田：抗 Aβ 抗体薬の連携病院の名称欄がありますね、確かに。
中西：結構いっぱい入れさせていただきました。
粟田：そうですね、いっぱい入ってますね。
中西：10 個書けるようにしました。
粟田：10 個ぐらいあります。これは全部中西先生が作ったので、一番よく知ってると思いますけど。ありがとうございます。他には……
新井：すいません、新井ですけども、ちょっと今のところ、確認……。
粟田：新井先生、どうぞ。
新井：認知症疾患医療センターと連携するっていうことは、もう既定っていうか、マストっていうことになってるんでしょうか。そういうとこの、茨城もそういう連携の会立ち上げまして。茨城はほとんど認知症疾患医療センターは精神科の単科ですので、継続投与施設をお願いすることになるんですよね。初期投与施設はほとんど総合病院なんですけども、多分総合病院のほうは、近くの精神科の、認知症疾患センターになってる精神科の病院と、そういう連携してるってことがマストだとは認識してないです、初回投与施設は。で、認知症……
中西：すいません、遮っちゃって。先生、ガイドラインに書いてあります。
新井：ただガイドラインのあれがそういう、投与するためのマストなものだっていうふうな捉え方はされてないように思います。あれ、そうしなければ投与できないっていう認識では多分ないです、総合病院のほうでは。
中西：でも先生、あそこに書いてあることはマストで、例えば投与医師の資格であるとか、施設基準とか、あれを満たしてなかったら駄目なので、そこの中の一項目だと思っていま

すが。

新井：そんなふうに、先生、強く書いてないですよね。「認知症疾患センターと」って最初に書いてはあるんですけど、医師の要件みたいに、あるいは施設要件みたいに、「認知症疾患センターと連携関係を持ってること」みたいなふうには書かれてないですよね。

中西：「認知症疾患医療センターと連携すること」と、何かそんな書き方ですね。

新井：なんか書きぶりとしてはあんまり、それしてないと投与できないような強い書き方、書かれてないように、されてないように僕は思います。

粟田：藤本先生、どうぞ。

藤本：おっしゃるとおり、あれがマストだとはあまり思ってないですね、投与側は、総合病院。うちの保健所圏域で 4 カ所あるんです、初回投与病院。連携のことを分かってるよとおっしゃるんだけど、そこまで気が回ってないというか、義務とは思ってないので、こちらから働きかけて、連携が要るし、連携しましょうって言って、個別に話し合って、担当と、それから病院長にお話をして、連携するようにしてもらいました。

なので、恐らく、疾患センター側がそういう動きをしないと、投与側は、ある意味それどころじゃないというか、投与するほうの動きで大変なので。それから、フォローアップ病院がなくて、六ヶ月後そこに振ることができないので、われわれのところでは、フォローアップ病院になれそうな病院にこちらからお願いをして、フォローアップ病院になっていただきました。

で、ちょっと県とかにいろいろ相談して、その人たちとうちとで 3〜4 回、今後研修会をするんです、全県、県下向けに。その時に、その連携のことは言って、初回投与病院が今、15 個あるみたいなんですけどね、県内で。滋賀県把握で。そこへそういう働きかけを、実際にやってることを見せないと、なんかあれ読んだだけでは、そこまで、今まで連携したことがない人たちなので、それがマストと思えてないですね。そこは疾患センター側から少し、変な話、下りていかないと。

新井：先生、逆に単科の精神科病院側も、そうやって働きかけて連携して、自分たちが継続投与施設になろうって積極的に思ってるところはまだまだ少ないと思うんです。いろいろ怖がってますし、副作用を。僕のとこにも「そんな危険な薬を投与したくない」って手紙書いてきた病院もあるぐらいなので。だから、それはかなり情報としては、これ、マストなんだってことであれば、そういう連携関係の中で、両方に周知しないとなかなか難しいとこありますね。

藤本：連携病院も、うち周辺で、専門医がいて、要件として連携病院になれるところで、そのつもりなかったとこがあるんですけど、それもそこへお尋ねをして、院長と専門医に言って、1 つ、2 つ、フォローアップ病院になっていただくようにお願いして、OK 取りまして。やっぱりつくっていかないと。任してるとなかなかちゃんとした制度ができないのと、それから、それは翻って全部うちにかかってくるので、疾患センターに。整えていかないと駄目なんじゃないですかね。

新井：あと、さっきの改定されたものの認知症疾患センターの役割の中で、継続投与するってことは書かれてないですね。

粟田：書かれてないです。継続投与は全然。

新井：そこまでは求めないってことなんですね。でもただ実際は、その役割もしてもらわないと成り立っていかないとこがあるので、そこもお願いしていきたいところなんですけど。それはあんまりあれですか、そこまでを求めちゃうとあれですか。

粟田：地域差があると思うんですよね。東京なんかは必要ない……。

藤本：最近聞いたんですけど、あんまり投与できてないんですよね、数が。多いとこで数件みたいな。少ないとこで 2〜3 件で、医大も月 2〜3 人とかね。やっぱりフォローアップがないのと、いろんな理由があるんですけど。やっぱりちょっと心配しているっていうか。あるだろうと思ったフォローアップ病院が、振れるとこがないので、ちょっと制限して、どうしましょうみたいな感じですかね。だから継続投与がどのくらい怖いのか、怖くないのかがよく分かんないんで。

新井：何か「することも望ましい」ぐらい書いていただけると、「こう書いてあるから」って、「やって」って言うんですけど。

粟田：これは日本精神科病院協会とのやりとりってことになりますかね。何か厳しいところがあるかもしれないですね、そこは。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

秋山：よろしいですか。

粟田：秋山先生、どうぞ。

秋山：今の議論伺ってまして、連携するっていうのは何をしたらいいんですかね。

粟田：これも結構よい質問でして。これも散々、「連携って、具体的にどうするんだ？」みたいな話を昨年の検討委員会でしましたけど。これ、藤本先生は何かございますか。

藤本：取りあえず、今の投与病院 4 つはよく知ってるんです。日頃患者さんのやりとりをしてるとこなんです、救急も含めて。なので今回、この件に関して、これから一緒に勉強会を幾つかするんですけど、やっぱりレケンビ関連したことも含めて、お互いにやってることをそこまでよく知ってない。こっちから一方的に「あそこの病院、こうだ」とか、うちは、藤本クリニック、こんな感じっていうことでとどまってるような気がするんです。だからそこはちょっと、これをチャンスにして、やってることをやっぱり知り合わないといけないですね。

それで、恐らく長期にフォローアップできないとか、大体診断したら終わりなんで、みんな。大きな総合病院の神経内科がほとんどなんです。だから、そこはなんとか、診断ご支援は、こっちでやるとか、医師会でやるとか、そういうことを擦り合わせができそうな気がするんです。レケンビのためじゃなくて。これをチャンスだなと思ってて。お互いやっていることを、擦り合わせればいいことがあるようにっていうことじゃないですかね。具体的に何するかはこれからです、ほんとに。でも、そこまでお互いにやっぱり知らなかったとは思います。

新井：秋山先生、多分認知症疾患医療センター、単科の精神病院からすると、連携っていう場合は、継続投与するか、あるいはゲートキーパーとして、初回投与施設に認知症疾患センターとしてある程度診断を付けた後に、投与施設に送るかっていう。それで、一応ゲートキーパーの役割として連携してるっていうことは言えるかもしれない。ただ……

秋山：センターとしてはそうじゃないかと思います。

新井：でもそれだけだと非常に、認知症疾患センターとしては……。

秋山：それは疾患医療センターの場合。疾患医療センターではない総合病院の側から言いますと、疾患医療センターと連携する必要はないんです。だから私が連携の中身は何ですかって伺ったのは、極端なことを言えば、患者さんを一回紹介してもらったことがあると。これでもう連携ですよね。そしたら、そういう実績が過去にあるので、連携してますと。これでいいんじゃないかなというふうに考える総合病院もあるだろうなと思いました。

粟田：これ、結構ややこしい議論ですよね。こういう議論、こういうことが出てきた背景には、レケンビだけ投与して終わりっていう医療機関がいっぱい出てきたら困るっていう、そういうところからスタートしているんですよね。レケンビを投与して……。すいません、手挙げてましたね。

藤本：すいません。

粟田：藤本先生、どうぞ。

藤本：これ、この委員会がずっと何年来やってた一番大事なテーマの、診断後支援ですよね。レケンビって、突然出てきたわけじゃないんですけど、これまで行っていたことに加えて、プラスで出てきたことですよね。ですから、診断後支援についてどうしようかということでいうと、投与病院は、やってないわけじゃないんですけど、それほどやってない。継続で見ないからってことになるので。

そうすると、診断後支援は、診断後に継続で見ている、例えば医師会の側とか、地域にある、もっと根差した専門医療機関とかがやるべきだと思うんですけど、そこがこのことをやることで知ってもらって、「じゃ、そこ、やるから、言ってよね」って。かかりつけ医に紹介する時に、そういうことも含めて紹介してもらって。

あと、多職種みんなでカバーする。介護側も含めてです。市町村とか、それから、いわゆるケアのスタッフとかケアマネも、多職種の勉強会に入ってるので。で、レケンビのことは、レケンビ万歳に、何となくお祭り状態になってるんですけど、レケンビが。お祭りじゃないよって。お祭りは 10 で、あとの 90 はこれまで長年やってきたことの診断後支援だよということを言うていかないと。なんか 10 で 90 が消えたみたいに思ってる人もいるので。その辺も含めてじゃないですかね、議論していかないかんのは。

粟田：いいですね。お祭りっていうのはいいです（笑）。中西先生、何かありますか。

中西：昨年私自身もずっとお話し続けてきたことが、先ほど粟田先生がちょっと紹介してくださったのですけど、レケンビだけ注射して終わりというような、つまり、今藤本先生がおっしゃってくださったように、長いこと地域で認知症の診療とか、地域連携体制に汗をかいてきた医療機関、そういうものから全く外れてしまって、注射だけして後はしらないということをしないでほしいということです。

OUG にも結果的にあの 1 行が書かれたのですが、じゃあ、でもその連携体制っていうのはどうしていくのかっていうのは、やったことないことなので、これから今、皆さまがお話しされたみたいに、作っていかなきゃいけないんだろうなと思っています。

去年の老健事業でも話題になり、私自身がすごく懸念してたことの一つは、レカネマブ投与するような医療機関というのは、多くが医師を育てる研修機能を持っているようなところなんですよね。そういった指導的な役割を持ってる医療機関が認知症の医療に関わるっていうことは、注射だけしたらいいんじゃないということを、若い世代にきちんと伝えていってもらう必要があるんじゃないかっていうことを、強く考えていました。

でも正直言って、OUG にはああいうふうな、ちょっと漠っとした記載になっていますが、それぞれの地域でかなり差があることも考えないといけないと思います。東京みたいにできるところは東京しかないと思います。だからそれぞれのやり方があって、自分たちでせっかく今まで築いてきたものをいいほうに発展できるように、この機会を捉えてくしかないのかなどと、ちょっと考えてました。

粟田：新美先生、手挙げてます。

新美：すいません、新美です。アンケートを作らせていただく立場で、少し今の点、ちょっと皆さまの意見を伺いたいなと思ったのは、これ、私、投与に関わってる機関で考えると、やはり先ほどの疾患医療センターの連携って何やっていいか分からないっていう先生方が多いというのと、あと元々、例えば私どもの機関ですと、MCI ぐらいの人が来るんですよね。それで投与してみていく。そっから先の疾患医療センターに関して、何を連携したらいいのかっていうところが。

結局その方って割と、投与は他の病院でやるにしても、フォローアップを外来でしたりとかすることもあり得ますので、そこはかなりまた難しいとこですし、具体的に何がすべき、何をしたらいいのか、何が求められてるかってことも、その患者さんのレベルによってはだいぶ、レベルってか、進行度によって全然違うだろうなってことが。そこは明確になってないまま連携しろと書いてあるのが、非常に現場では混乱してる感覚を持っております。

そういった意味で、今回のアンケートにはこういった、「何をやっていますか」「どんな状況ですか」ってことを聞いた上で、「何をしていったほうがいいですか」っていうふうなメッセージを出すべきかと思ったのが一点なんですけど。その最終的な結論をする時に、少し確認しておきたいのが、先ほど新井先生からありましたように、マストかどうかっていうことをどこまで言っていいかっていうのは、保険局との絡みもあると思うので、この結論として言うべきなのかどうかって。これはむしろ現役の江川先生に聞いたほうがいいのかもしれないんですけど、そこはどうなんですかねっていうところ、非常に……。

江川：すいません。協議書についてはいろいろと質問が自治体から来ておりまして、一応

マストではないということで伝えてます。っていうのは、各自治体で、特に疾患医療センターでレケンビをやっていただく、それは相談を含めてなんですけども、フォローアップの機能っていうのは非常に重要でして。先ほど新井先生からもございましたように、ゲートキーパーということで、まず相談役ということが一つの役割になっておりまして。相談役ということは、その自治体、疾患医療センター以外の専門医療機関で治療いただくと。その後に、6カ月フォローっていうのが非常に重要なんですよね。

その中で、疾患医療センターっていうのはちゃんとゲートキーパー、プラス、その後のフォローアップも含めて、非常に重要な役割だということは、日精協も含めて、それは共有いただいております。ですので、まずほんと、ゲートキーパープラス、その後のフォローアップを含めて、これは一体的にやっていかないとなかなか難しい問題だと思っておりますので。もちろんほんとにすごく皆さんの同じ方向性というのは分かっておる中で、皆さんで議論しておるとこです。以上です。

中西：江川先生に質問です。

粟田：どうぞ、中西先生。

中西：すいません。今の私の新美先生の質問、ちょっとごめんなさい、私は疾患医療センター側は義務じゃないと思うのですけれども、投与する側にとっては疾患医療センターの連携を義務っていうふうに理解していましたが、それは違うっていうことですか。ちょっと今、その話が混線しているような感覚を受けたんですけれども。協議書っていうのは、疾患医療センターの協議書の話ですよね。だから疾患医療センター側は、抗Aβ抗体に全く関わらないセンターがあってもいいと思いますが、投与するほうは認知症疾患医療センターに関わらなきゃいけないんじゃないですか。OUG……

江川：投与するような、例えば大学機関からは、連絡はないです。特に直接連絡はないです。各自治体を通して連絡はあるんですけども、それは私が多分把握してないなのかもしれないんですけど。やっぱり協議書の必要性っていうのは課内でもいろいろと、もちろん連携という言葉はすごく重要だと思いますし。それは中西先生含めて、課内ですごく重要な、あの一文で、一行だということで、まさにそれが非常に重要だっていうことはみんな認識してるとこなんですけど、それは自治体で、「これは協議書必要ですか」っていうことについては、特にマストということは伝えてはいません。もちろんそれが望ましいっていうか、努力義務みたいなところはあるんですけど。

粟田：自治体レベルの話じゃないですよね。最適使用推進ガイドラインに書いている連携という言葉がマストかどうかという話ですよね。

江川：そうですね。OUGもなかなか、それをどう考えるかっていうとこはあるとは思うんですけども。算定に直接関わるかっていうことは、そこまでは求めてないっていうところが現状です。

中西：先生、ごめんなさい。OUGに書かれてることがマストじゃないって言っちゃってだいじょうぶですか。認知症疾患医療センターの協議書のほうでは、認知症疾患医療センターがAβ抗体投与に関係しないのはありだと思います。そういう投与医療機関が地域になくて、連携もしてないしっていうのはあり得ると思うんです。ここの連携病院の1から10に書いてなくても全然構わないと思うんです。

江川：協議書の提出を求めてないんですよね。

中西：だから疾患医療センター側の話ですよね、先生、それ。

江川：そうです。

中西：じゃなくて、OUGの側はマストじゃないでしょうか。

江川：OUGのほうはこっちのほうには来てない、老健局のほうには来てないと思います。

中西：いや、来てるかどうかじゃなくて、マストでしょっていう話じゃないのでは……。

江川：多分OUG、保険局、医薬局の中で、それがマストになってるかどうかは、ちょっと確認しないといけないです。

粟田：厚労省のOBがたくさんいるんで、新美先生あたりいかがですか。

新美：すいません。私、質問しておいて、ほんとにこうなるんじゃないかなと思って、すいません、質問してしまって申し訳ありませんでした。つまり結局、これは別に認知症のレケンビにかかわらず、最適使用ガイドラインといったものがどこまで処方要件に関わるかっていうとこに関わってくるので。

これは老健局では江川先生だけが把握してるわけではもちろんないと思いますし、厚労省全体としての答えになってしまうと思いますので、これを決める必要があるかどうかとかも含めて、すいません、この検討会の中で、ある程度、決めるのか、決めないのか、言うのか、言わないのかも含めて、考えていかなければならないかという意味で、今、私はさせていただいたとこなものですから。

ぜひ引き続き、江川先生のほうにも、そういった内容を、省の中でのお考えなども把握していただいた上でご示唆いただいて、結局ここはあまり決めないほうが。決まっているとこではないという答えもあると思いますし、決めたっていうとこでもいいと思いますけど、そこら辺を出していただければ、最終的なアンケート結果の解釈というものには書けるかなと思ったいうところで、すいません、意見させていただきました。ありがとうございます。

粟田：藤本先生、どうぞ。

藤本：今、手元にエーザイのレケンビの医者、医師向けのやつがあるんですけど、そこに、投与施設という項目の3、チーム体制の中に、「認知症疾患センター以外の施設で本剤を使用する場合、認知症疾患センターと連携が取れる施設で実施すること」って書いてあるんです。これに従ってみんな動いてるんですよね。この項目だけがマストではないってことになるんですね？　いや、書かなきゃいいのにって思って。

江川：ごめんなさい。私は老健局の立場で、すいません、マストです。保険局としてはマストになってます。すいません。私の言い方が間違っておりました。私が来る案件っていうのは、各自治体からの問い合わせで来てまして、OUGに関することじゃないんですけど、

別に疾患センターとしていろんな報告を受けてる中で、協議書は求めていません。

粟田：これは正式な見解を江川先生に求めるっていうわけじゃないんですけど、一般的にはマストと考えるんではなかろうかと思われますよね。

新井：中西先生、よろしいですか。そうすると、それ、マストなんだとすると、認知症疾患医療センター側も、なるべくやっぱり継続施設としてやっていくのが望ましいんだっていう、そういうふうにしていただけると、構築していく時ありがたいですね。

中西：ただ先生、やっぱり連携型なんかの中には、無理なとこもあると思うんです。

新井：連携型はちょっと違うと思いますけど、地域型のセンターですね。

中西：地域型でも、先生、地方のかなり過疎地のところなんかを聞いてますと、かなり医療体制厳しいところとかもあると思うので、何型はマストですとかいうのもどうでしょうか……。

新井：マストとまで言わないですけど、でも望ましいぐらいにしといていただけると。要するに、例えば茨城なんかも 16 ぐらい総合病院が初回投与施設になるんですけど、それぞれの医療圏で連携しようと、今の連携がマストだとすると、そこに大体 1 カ所ぐらいしか地域型センターないわけです。だからそこがやんなくていいってことになると、実質、その連携、初回投与施設がしようとしてもできなくなります。

中西：認知症疾患医療センターの、この報告書のところの記入上の留意事項っていうのを作ってありまして、注意の 3 のところなんですけれども、初回投与、継続投与、「対応していない」っていうのもあります。例えば患者さんのご紹介はするし、適応外の人の診断後支援とかにも協力はするけれども、注射に関してだけはやっぱりできないんですっていうところがあり得るという形にはなってます。

だから疾患医療センターについては、この実績報告書が今年こういうふうに変わってるということとか、要綱が書き換わってるということをしっかり周知していく必要があると思うし、レケンビに参画していない医療機関には、OUG のほうで一応こういう縛りがあるのだから、今まで連携したことのないところとも協力しなきゃならないことが起こり得るんだということをしっかり周知する必要があると思います。その辺を、すいません、もうちょっと去年のうちに自治体にでも言えば良かったのですが、この実績報告書を直したのは 3 月の後半で、間に合わなかったというのもあって、申し訳ございません。

粟田：新井先生、ちょっと私の長年の経験から意見を述べさせていただきますと、厚労省にいろんなことを求めても無理なところがございます、正直申し上げて。しかし、現場では実際に投与しなきゃいけないし、継続投与もしなきゃいけないので、現場レベルでなんとか考えなきゃいけないということになります。これを公的な立場でやるとしたら、やはり都道府県が医療提供体制を整備する責務を担う最終ラインなので、都道府県に働きかけてやってもらうしかないっていう感じで、実は私共もそのような感じで東京都に動いてもらっています。まずは都道府県でつくっていくしかないということを現場から都道府県に求めていくということ。茨城県の場合も、もうそういうふうにしていくしかないんだっていうことを県のほうに言って、進めていくっていうことになるかなと思います。

新井：ありがとうございます。一応県のほうも、この連携ネットワークの会には入ってもらってるので、連携してやっていきます。ありがとうございます。

粟田：ありがとうございます。ということで、時間になりましたので、皆さん、ほんとにいつも活発な、意味の深い議論いただきまして、ありがとうございます。ということで、最後になりますので、一応厚労省から最後のごあいさつをいただき、そのあとで岩坪先生から最終的なコメントを頂ければと思います。まず江川先生からどうぞ。

江川：皆さん、ありがとうございます。すごくリアルなワールドの話で、問題意識は同じように持っております。ですから、ちゃんと頑張って皆さんがちゃんと治療の面でも、あと診断、あと診断後支援も含めて、しっかりサポートできるように頑張ってまいりますので、皆さん、またご意見のほうをよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

粟田：ありがとうございます。岩坪先生、よろしくお願いします。

岩坪：特にないんですけれども、今日も長時間活発な、しかも関連する非常に重要なポイントに関して、も含めて、ご議論ありがとうございました。最後のところ、伺いながら思いましたのは、濃淡は出てくるでしょうけれども、やっぱり投与施設が疾患医療センターとの連携、何らかの形でやっぱり意識はしてもらわなくてはいけない。そこには製造販売業者側にも、そういうものなのだっていうことを一言入れておくのは重要かなと思いました。以上でございます。引き続きよろしくお願いします。

粟田：ありがとうございます。それでは、今日の検討会、これで終わりにしたいと思いますけど、山本さん、事務局から何かございますか。

山本：私のほうからは特にありません。

粟田：よろしいですか。ありがとうございました。それでは皆さん、ほんとに長い時間ありがとうございました。今日の議論を踏まえて、ワーキンググループ、個々、進めていきたいと思います。では、これをもちまして、終わらせていただきます。どうも皆さん、ありがとうございました。

令和 6 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）テーマ番号 82
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事業
第 2 回検討委員会（オンライン）
2025 年 1 月 19 日（日） 18 時 00 分～20 時 00 分

粟田：時間が来ましたので始めさせていただきたいと思います。皆さん、日曜日の夕方のにお集まりいただきましてありがとうございました。老健事業の「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事業」の第 2 回委員会を開催したいと思います。資料を直前にお配りして大変申し訳ございません。基本的には今日は進捗（しんちょく）状況を報告させていただいて、皆さんからご意見頂くということでいきたいと思います。最初に厚生労働省から江川先生にごあいさつをお願いできればと思います。

江川：皆さま大変お忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。厚生労働省老健局認知症施策推進課の江川と申します。よろしくお願いします。この事業は、能登半島の地震も踏まえて、災害時の医療とケアに対するマニュアルを策定するという非常に重要なお仕事をご尽力いただいております。また、認知症疾患医療センター等の医療的なサポートについてもご尽力いただいておりますが、引き続きよろしくお願いします。ありがとうございます。

粟田：ありがとうございます。それでは早速、次第に従いまして、まず事業の概要について私から説明させていただきます。画面を私のほうで共有いたします。皆さん見えますでしょうか。よろしいですか。

これは第 1 回の検討委員会でも出させてもらったものなので復習になります。この研究の目的は 2 つございまして、1 つは認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制を確立しようということで、背景も書いてますけども、認知症疾患医療センター運営事業の質の確保を目的とする一連の老健事業が以前から行われておりまして、1 つは、全国の認知症疾患医療センターで毎年新たに診断されてる認知症疾患の診断名別件数、毎年約 10 万件あるんですが、このデータが 2017 年度分より老人保健健康増進等事業で継続的に集計・分析され、センターの機能状態を経年的に評価してきております。

ということで、まずはこの蓄積されたデータを縦断的に分析していくということと、それからもう 1 つは、これまでこの認知症疾患医療センターの実績データの集計は実は東京都健康長寿医療センターの私どものほうでやってきたんですけれど、これをちゃんと確実な方法で継続的にやれるような体制の整備をできるように政策提言をしていこうということでございます。具体的なことは後でお話しいたします。

それからもう 1 つが災害時の認知症対応マニュアルの作成ということで、日本認知症学会で 2011 年の東日本大震災の際に医療職および介護職向けの『災害時における認知症の本人・家族等への対応マニュアル』を作成しており、日本認知症学会のホームページ上にも公開されており、今般の能登半島地震においてもこのマニュアルが活用されてるんですが、作成時より 12 年の歳月を経ておりますので、改訂版を作らなくてはいけないということで、この研究事業では、認知症の背景疾患等も考慮した支援方法や、リロケーションダメージへの対策なども含む実用性の高い支援マニュアルを専門的見地から作成して、広く活用していくための体制整備と政策提言を行うということが目的でございます。

ということで、具体的にどうするかということで、まずは検討委員会の設置ということで、基本的には、この事業を日本認知症学会が受けておりますので、日本認知症学会社会対応委員会および認知症支援に関わるさまざまな方にご協力いただいて検討委員会を設置して、1 つは、認知症疾患医療センターのデータの継続的な収集・管理・集計・分析システムをつくっていこうと。それからもう 1 つが、この災害時の認知症対応マニュアルを改訂していこうということでございます。

具体的には、認知症疾患医療センターに関しては、データ集計・分析ワーキンググループを設置して、過去 7 年分のデータ統合と縦断的分析を行い、また、この検討委員会の意見を踏まえて、将来的に認知症疾患医療センター運営事業の実績データを継続的に収集・管理・集計・分析・活用するための体制を考案するということで、この段階では、電子ファイルで収集されるデータを統合し集計・分析するシステムを試行的に構築するとしておりますが、現在はデータを Excel ファイルで収集してるんですけれど、やはりこの方法も非常に効率が悪いっていうことで、オンライン上で入力をしていただいて、その入力されたデータを自動的に CSV ファイルに落として集計できるシステムを開発しようということです。そのプロトタイプが今年度中に完成する予定でございます。

それからもう 1 つは、災害時対応マニュアルの作成ということで、こちらは中西先生に作業部会長になっていただいて現在進めているところでございますが、これは後ほど説明していただこうと思います。

これは認知症疾患医療センターの実績報告書のデータなのですが、ざっとここに書いてあるような内容を縦断的に分析できるということを確認しております。2023 年度分の実績データの集計がちょうど終わったところなので、これでようやく 7 年分の集計ができるということになるので、今日は速報値だけお示ししたいと思うのですが、第 3 回の委員会までにここにある項目のできるだけ多くのものを縦断的に分析していこうと考えております。

こちらは、被災地のほうで調査をしていただいているということでございます。これは 2011 年の東日本大震災の時に、多職種の方にご意見頂いて、今後の体制整備に向けてこういうことが必要だというようなことを挙げてもらったものであります。

これが今回のスケジュールということで、1 カ月ほどスケジュールが遅れてるのですけれども、年度内の目標は達成できると見込んでおります。

以上でございますが、早速ここから、最初の認知症疾患医療センターの実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立のから、データ集計・分析ワーキンググループから現在の進捗状況を説明させていただき、次に、災害時の認知症対応マニュアルについては中西先生のほうからワーキンググループの進捗状況をお話ししていただきたいと思います。

まずは、認知症疾患医療センターの事業実績評価の経緯と縦断的分析、暫定版というふうに書かせてもらったんですが、少し経緯をお話しいたしますと、全国の認知症疾患医療センターは、毎年前年度の実績を報告するということになっているんですが、そこに至る経緯が少し書いてあるんですけども、現在の実績報告書の項目案は2012年の厚労科研で作りまして、2015年に老健事業で、この2012年に作った項目案を参考にして認知症疾患医療センター運営事業の協議書の様式案を作りました。2016年度に、この様式案を使って全国の実態調査をやっておりますが、当時全国のセンターは345カ所であり、調査研究なので回収率100%というわけにはいかず、回収率58.3%とでありました。それに基づいて事業評価のための手引きというものを老健事業で作って、全国の認知症疾患医療センター、都道府県にお送りしたということでございます。

そして2017年度分より認知症疾患医療センターの事業実績報告書の提出が義務化されまして、2018年度から前年度の認知症疾患医療センターの全国の実績報告書の集計・分析が回収率100%でスタートしたということでございます。ということで、2018年、19年、20年、21年、22年、23年、24年と7年間にわたって全国の認知症疾患医療センターの実績報告書が回収率100%で集約されているということになります。これらのデータは全て私どものほうで今のところ管理されているという状況でございます。

これはその中の一部の基本データですけども、2017年から2023年まで、設置件数は422件から505件まで増えまして、類型別に見ると、基幹型が基幹型Ⅰ・Ⅱと分かれたのが2022年からですが、こんな感じで基幹型は現在Ⅰ・Ⅱ合わせて21件。地域型が386件、連携型が98件ということになってます。

それから、鑑別診断数という言葉が使われてますけど、初診患者の認知症関連疾患の診断数ですが、これが9万3,655件から11万1,205件に増えております。2020年だけ少し診断数が減ってるんですけれども、これはコロナの影響であろうと考えられます。これを除けば確実に増えてるということでございます。特に2022年から2023年までの間に8,000件増えています。

これが診断名別の構成比の推移でございますが、2022年から2023年にかけて総数が顕著に増えていますが、何が増えてるかというと、まずMCIが確実に増えております。それから、アルツハイマー病も増えております。それから、なぜかよく分からないんですが、詳細不明の認知症の人が2023年に一気に増えています。これはどういうことなの検討する必要があると思っております。こんな感じで、構成比から見ても近年の変化を知ることができます。

非常に興味があるのが、レカネマブが使えるようになってからどうなってるかということですが、これは2024年度のデータ見ないと、2023年ではちょっとよく分からないと。2024年度のデータは、4月以降、次の年度に集計することになりますので。特にMCIがどのぐらい増えてるのかというのが、大変重要な集計項目になるのではないかと思っております。

今回は、先ほど言いましたように、2023年度の集計がようやく終わった段階なので、これから縦断分析いろいろとさせていただこうというふうに考えておりますので、皆さんの今日お配りした資料に、現在の実績報告書の項目が資料5にございますので、それを見ていただききながら、どういう項目を縦断的に分析するといいのか後でご意見など頂ければというふうに思います。

直近の令和5年度分認知症疾患医療センター実績報告書の集計について、これは速報になりますが、枝広先生から説明お願いいたします。

枝広：資料を共有しております。速報と書いてある資料です。今年分析できるのは昨年度分なので、令和5年度分です。505件になります。非常に簡単な感じなんですけれども、先ほどお話ししたとおりの鑑別診断件数で、左側が軽度認知障害含むで、右側が含まないものです。全体としてはそんなに変わりはないですけど、やっぱりMCIは増えていて、細かく数字で見ると、これ令和5年なんですけど、先生方の資料にバックがグレーのやつがありまして、それ令和4年と3年と2年をおまけで付けてありますので、何となくペラペラめくりながら見ていただければと思います。傾向は今、粟田先生がお話ししたとおりで、MCI、アルツハイマーが増えているようには見えます。鑑別診断件数はこれで。

次に検査体制なんですけれども、基本的にはあんまり割合は変わらないです。なので、令和5年と、その次に令和4年のものがありますけれども、傾向そのものは変わってはいないと思います。で、これ類型別ですね。これも変わらないです。

あとは、初診待機日数なんですけれども、これもさほど前の年と比べて傾向が変わってるってほどではないと思います。コロナの時ほどの変わりはないなと思います。

令和5年の医師の配置状況です。令和4年のものも付けておりますけれども、大きく変わりはないと思います。

紹介件数の、特にかかりつけ医からの紹介件数です。令和5年で最大値が1,000件超えますよみたいな形ですけれども、令和4年と比較しても大きな変わりはないなとは思います。むしろ令和4年のほうが多かったところもあるかもしれないです。

次に、レカネマブについてなんですけど、これ令和5年度から入った項目なので、令和5年分しかございませんけれども、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）、対応していないで医療機関種別と類型別をお示ししております。これについては後ほど議論してください。

診断後支援に関してですが、今年令和5年分と、それから、この診断後支援の話を取り始めたのが令和元年からなので、この5年分の経緯という形でお見せしています。令和5年の診断後支援、令和4年とさほど傾向自体は変わらないと思いますけれども、特にピアサポート活動や交流会の実施のところが少し増えているといった状況です。欠損値は相変わらずありますけれども、このページに関しては欠損値実施なしとして扱って出しています。以上です。

粟田：ありがとうございました。質疑はこの次の森澤さんの話が終わってからということ

にしたいと思います。次に、次第の 3 の 3 ということで、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改良ということで、森澤さんお願いいたします。

森澤：そうしたら、資料の共有を開始したいと思います。皆さんに示しているのは、8 月の打ち合わせでお示しした資料も再度今回資料として上げてまして、実際作ったプロトタイプがどんなもんだったかということを、ざっと前回どういう話をしたかをご説明して、その後、どういうところを改良したのかというところのお話を致します。

サンプルサイトの URL は、現在もこの URL で皆さんにアクセスできまして、ID とパスワードも変わらずこの内容でアクセスできます。プロトタイプは、実績報告者と都道府県担当者、そしてクラウドシステム管理者のために、それぞれ画面が作られていて、それでそれぞれに流れ図を示して、前回の委員会で説明させていただきました。ここら辺の流れも、改良によって手順等が変わってる部分もあるんですけれども、大枠的には前回示した流れの中で改良しているという流れになります。

前回説明させていただいた後、枝広先生に実際にシステムに触っていただいて、さまざまなご指摘を頂きました。そのご指摘で改良点として反映できたところもあれば、ちょっとうまく反映できてないところもあって、その中で実際改良できたところについてお話しさせていただければと思っております。

ここら辺は、それぞれの画面があって、サンプルデータの確認のために ID・パスワードがあって、これも現在でも使え、確認ができます。この時はまだ都道府県だけだったんですが、政令市とかも画面を作成をしていて、東京とか北海道とかいうのの担当者のサンプル ID も現在もこれで内容で見ることができます。クラウドシステム管理者用の ID とパスワードで全データを見ることができます。

昨年度の実績データが集まってきたのが、枝広先生のほうで解析を開始する際に私のほうにもデータを頂きまして、プロトタイプのほうにもそのデータをアップロードしております。クラウドシステム管理者用の ID を用いてそのデータも見ることができる状態に現在なっております。

改良点ですけれども、プロトタイプの改良点として主に 6 項目の改良を行いました。1 項目、トップ画面に「ID のない方」、「ID を登録済みの方」の文言を追加しました。この画面ですけれども、枝広先生のご指摘に沿って改良しています。文言等の変更は枝広先生からさまざまなご指摘を頂きまして、これ以外にもさまざま変更しているということで。

実績報告をする方でまだ ID を取得してない新規の方はこっちから入ってねと、登録済みの方はこっち側から入ってねというのは、ご指摘どおり文言があったほうがいいということで直しています。

また、昨年と同じメールアドレスで登録した場合は、ログインすると昨年登録した実績データが表示され、それを修正して保存できるように改良しました。元々あるデータを改良して登録できたほうがいいよみたいなことを枝広先生からご指摘あったんですけれど、それをどういうふうに実現したらいいだろうか考えました。一応認証しなければいけないんですけれども、セキュリティーのために。認証するために電子メールアドレスを用いてるということで、毎年登録をお願いして、メールアドレスが昨年と同じ場合には昨年登録したデータを表示するとしました。初年度の場合はそれができないので、どうしても初年度は全て空の状態から入力してもらうことに現状ではなっております。

その内容はここら辺の画面です。都道府県担当者名は実績報告する人には入力させないほうがいいというご意見があり、ここは入力できないように変えております。施設担当者名とか施設担当者電話番号名の入力欄は今の Excel ファイルにはなかったんですが、個々の担当者がアップロードするということで、担当名と電話番号の入力欄が増えております。

それ以外に、都道府県担当者画面に「確認する年度」の項目を追加しました。枝広先生等から、都道府県担当者の役割というようなお話をしていただけました。都道府県担当者にどのような機能が必要かと考え、都道府県担当者には前年度のデータ等を見て今年度のデータ等を見てと継続性も必要だろうということで、クラウド上で確認する機能を追加しています。都道府県担当者の ID であるメールアドレスとパスワードは翌年度でも利用できるという形に現在ではなっております。1 回登録したデータは、翌年度は、担当者名を変更しても利用できます。メールアドレスを変更する場合には再度申請が必要なんですけれども、メールアドレスを変更しない限りずっと継続して確認できるというふうな仕様に現在なっております。

4 番目としては、確認する年度の画面で、ここに年度を入れると、該当する年のデータの確認・修正ができて、都道府県内のデータのダウンロードができて、タブセパレートファイル、csv ファイルのダウンロードができるという画面構成になってます。都道府県担当者はここで該当する施設のデータの確認・修正ができます。確認すると、電子メールアドレスを登録した際、いっしょに登録した都道府県等担当者の名前と部署名と電話番号がデータの中に入り込んで、保存するとそれがデータとして登録されるという形に現在はなっております。

それ以外に、登録完了報告機能というのも追加しました。都道府県担当者が責任を持って認知症医療センターのデータがアップロードされてるのを確認して、それをクラウドシステム管理者に報告するということで、ここに、登録完了報告ということで完了年度を入力するという機能を追加しております。

5 番目には、実績報告終了画面で各項目の登録不備情報を表示するようにしました。今年度は抗 Aβ の抗体薬の項目が増えたので、そのデータが入ってないデータを私はサンプルデータとして入れてたんですけれども、それが入ってない状態で保存すると、それを入力して下さいというメッセージが出る画面です。

ここら辺の機能としては、きちんと入力されてないと保存ができないっていうやり方もあったかと思うんですけども、保存はできるけれども注意事項が出てくるというほうがいいだろうということで作ってあります。ただ、まだ修正する余地があるとは思っています。

この注意事項は都道府県担当者のほうの画面でも出ますから、都道府県担当者も保存す

ると、このデータはこういうふうな注意事項が出てるのだということが都道府県担当者にも分かるようになっております。

それ以外の改良点として、クラウドシステムの管理者画面に年度別の報告データのdownload機能以外に全年度報告データのdownload機能を追加しました。また、登録完了報告確認画面を追加しました。クラウドシステム管理者画面にログインする時に、確認・修正する年度を登録して、選択した年度の報告データの確認やdownloadができるという仕様になってます。

また、クラウドシステム管理者画面の登録完了報告の一覧画面を見ていただくと、都道府県担当者が複数いると、同じ地域に複数のIDが残っちゃっていることになります。画面では、私がテスト的に入れた地域担当者のアドレスですけれども、その登録完了年度と北海道の完了年度がちょっと並んで見えるような画面になっていまして、ここら辺どんな表示したらいいかもう少し検討の余地があるかとは思います。どの担当者が登録完了報告をしてるのかというのが見える画面というのを作っております。

大体そういった内容の改良を現在していて、これ以上にもっと改良していかなければいけないところもあるかと思います。以上になります。

粟田：ありがとうございました。それでは、ここからまずは、認知症疾患医療センターのデータの収集・管理・集計、それから縦断分析について、皆さんからご自由にご質問、ご意見頂ければと思いますが、いかがでしょうか。何かございますでしょうか。どこからでも構いません。

まだ縦断的な分析のところは一部しか出しておりませんので、こういう分析ができるかという、そういうご意見とかでもよろしいかと思うんですが。

ちょっとじゃあ私から1つだけ枝広先生に確認。さっきのデータの中で、過去3年ぐらいでしたっけ、3年か4年ぐらいでしたっけ、の縦断的な分析ちょっとしてもらってるんですけども、あんまり変化がなかったというのが多かったと思うんですが、紹介件数が増加してる傾向にあるかどうかっていうのは分かりますか。

枝広：データにしてないので。

粟田：まだデータにしてなかったでしたっけ。

枝広：去年のと今年のを眺めるぐらいのことしか、今、資料ではできなくて。

粟田：そうですか、去年と今年ぐらいね。

枝広：はい。作ることは可能です。

粟田：実は今、認知症施策推進基本計画でKPIの項目がありまして、認知症疾患医療センターの鑑別診断件数がKPIになっております。これは、それが一番確実に拾えるということも理由の一つでありますが。ただ、どちらかというと、認知症疾患医療センターがどのぐらい連携ができてるのかが大事なんではないかという意見もありました。連携という観点では、1つの代表的な指標が紹介とか逆紹介という数値かと思い、縦断的に見れるといいかなと思ったんですが。もちろん、100%紹介、100%逆紹介である必要は全くないとは思うんですが、何%ぐらいが紹介、あるいは逆紹介っていうことで、地元のさまざまな医療機関と連携できてるのかなっていうのがわかるとよいかと思いました。

中西：先生、すいません。

粟田：どうぞ、中西先生。

中西：紹介の件なんですけど、大阪市で疾患医療センターの担当していた時に、大学病院などでは紹介の時に紹介状がないと値段が高くなる病院がありまして。

粟田：そうですね。そのとおり。

中西：そういうところでは、元々紹介がなくても紹介として扱うようないろいろなテクニックを使っているので、100%紹介という報告で出してくるんですよね。

粟田：そうですよね。

中西：そうすると、紹介状が取れなくて包括とかケアマネからの紹介を受けいれている病院は紹介率が低くなるということになってしまうので、何となく、単に紹介があるかどうかで判断すると、ちょっといかがかなと私は思うのですけれど、いかがでしょう。

粟田：ご指摘のとおりでございます。紹介だけでは確かに指標としてはちょっと問題あるかもしれませんよね。

中西：はい。

枝広：すいません。

粟田：枝広先生どうぞ。

枝広：ただのデータの話ですけど、紹介元と、相談元と、あとは逆紹介の先が細かく分かれたのが、たぶん過去4年ぐらい、おそらく令和になってからじゃないとそれができないというのと、例えば、受診の経路の数を足した件数と鑑別診断件数の合計は、おそらく合致しないです、やったことないですけど。

粟田：それはそうですね。それは合致しないですよね。

枝広：と思います。

粟田：それはそうだろうとは思いますね。

枝広：なので何を母集団にしてパーセントを見たいかちょっと考えないといけないだろうなと。

粟田：そう、たぶん一致しないだろうっていう前提で。ただ指標として分母に一応それ使ってみるっていう手もあるかなって考えたぐらいでありまして。一致しないだろうと思います、確かに。

枝広：数字なので、やることはできるんですけど、ちゃんと理論立てた考えが必要だなと。

粟田：割合というよりは比だよね。比を出すっていう感じですかね。

枝広：あと、相談元の内訳っていうのも同様なんですけれども、相談元の内訳でいつも数値がおかしくなるところが、包括からの相談と行政機関からの相談っていうのがうまくかみ合わないのと、本人、家族がかみ合わないっていうのが毎年必ず起こることで、これもあんまり数値としてはおそらく正確なものではないというふうには思っています。ただ、

出すことはできます。

粟田：正直言って、この実績報告書の数値って結構いいかげんなところがたくさんあって。特に相談件数っていうのは非常にいいかげんであって。きちんと真面目に数えてる医療機関とそうでないところがある。そういう問題は確かにあるんです。ただ、使える数字としては、この認知症疾患医療センターの実績報告書の数値というのはまれに見る全国レベルの数値であるということで、精度を高めていくことはこれから課題として検討されねばなりません。新井先生どうぞ。

新井：データありがとうございました。ちょっと現場からの声っていうのも少しお伝えさせていただこうかなと思いまして。この資料の 19 ページ、一番最後のところで、1 つは診断後支援なんですけども。例えば基幹型 100%になってますけど、結構、認知症疾患センターは診断後支援してないって言われることに、現場の人たちが「私たちこんなにやってるのに」と言われます。今回のこのデータには、結構診断後支援頑張ってるっていうのは反映されてるのかなというのが 1 つですけど、それは、そういうことでよろしいですか。

粟田：いいと思います。この診断後支援が認知症疾患医療センターの実施要項に必須になった背景の一つが、やってるのに評価されてないじゃないかということでありました。特に個別の相談支援というのはほぼほぼやってるんだけど、評価されてないので、つまり実施要項に反映されてないので補助金の積算根拠になってないんですよね。補助金の積算根拠になってないってことは、相談員の人件費がその分確保されてないってことになるんで、ちゃんとそこを実施要項に入れて補助金の積算根拠にしようっていうのが一つの動機なので、100%っていう数値が出てほんとに良かったというふうに私は思っております。

新井：そういうことだと現場の人たちも納得してくれるかなと思います。先生、ありがとうございました。そういうことだったってことですね。

あともう 1 つ、同じページのピアサポートなんですけども、要するにピアサポートは、MCI とか、あとは若年性認知症の初期の人たちなんかをたぶん想定されているんだろうっていうことなんですけども、認知症疾患医療センターで、いろいろやらなきゃいけないことがある中で、ピアを募ってもそんなにまず集まってこないっていうのが 1 つと、たぶん若年性認知症とかは、ピアに入れても、何回かやってるうちにだんだん進行してもうピアの対象じゃなくなっていっちゃうってこともあって、センターでどれぐらいピアやる意義あるんですかっていうのをちょっと言われるんです。これ認知症カフェとか介護予防とかあっちのほうでいいんじゃないですかっていう声も出て。この辺、センターでどれぐらいピアをほんとにやんなきゃいけないのかっていうのはどうでしょうか。

粟田：これはほんとに、こういう議論をしなきゃいけないっていうことだと思ってるんですけど。医療機関でピアをやるよりは地域でやったほうがいいんじゃないかっていう、これは当然の議論だと思うんで。だから、実施要項に確かに 2 つの診断後支援があって、1 つがピアになってるんだけど、どう考えるかっていうのは。ピアをやってるところは、これがいいんだってやっぱり言うんですよね。これが必要なんだと、しかも必須じゃないかっていうご意見は確かにあるんですけども、地域でやったほうが、そこにつなぐっていうことのほうがピアサポートとしてはよろしいんじゃないかっていう気も実は私も個人的にしております。ただこれは、それこそ認知症疾患医療センターに関連する検討委員会で突き詰めて検討していくっていうことが今後も必要だと思います。今回のこの委員会は、認知症疾患医療センターの在り方についての委員会ではないので。

新井：ないですよね。

粟田：ええ。ここでそのことについて提言するのはちょっと難しいかなと思いますけど、でもちゃんと議事録は残しますんで、大事な意見だと思います。

新井：ありがとうございます。

粟田：ありがとうございます。

新井：ちょっと 1 個だけ、今レカネマブのいろいろ連携やってる中で、ちょっとさっきのデータでショックを受けたのは、認知症疾患センターで精神科の認知症疾患センターはほとんど対応してないっていうことになってましたんで。これもやっぱり、国の方針としては、認知症疾患センター、OUG に書かれてるわけなので、認知症疾患センターは、紹介機関とか、継続投与期間とか、やっぱりしっかり関わっていくんだっていうのを出していく必要はまだあるのかなって思いましたけど、いかがでしょうか。

粟田：これは私が答えるのもちょっと変なので、どうしましょう。江川先生、何か答えていただけますか。

江川：ありがとうございます。非常に重要な課題でして。やっぱりどうしても、CSF 検査ができないとか、PET へのアクセスが難しいっていうので、精神科の先生もどういうふうに取り扱うかっていうのが。最初ですし、今もそうなんですけども。ただ、結構安全性がすごく最初の治験よりも担保できてるということが分かってるんですよね。ですので、例えばレカネマブ投与で直接的な死因がゼロだということも情報上がってますので、ぜひそれを含めてやっていただくと、安全性を基にやっていただくということから、そういう雰囲気醸成をもって OUG も変わっていくんじゃないかなと思っておりますので、引き続きよろしくお願いします。

粟田：ありがとうございます。ただ、先生がおっしゃった継続医療のとこですね、特に。継続のところで。ただ、これは 2023 年度のデータなので、レカネマブが始まって使い始めて 3 月までの段階で数カ月なので、この段階では精神科病院としてもたぶん対応困難な状態であっただろうなと思います。ありがとうございます。

新井：了解しました。

粟田：藤本先生どうぞ。

藤本：すいません。今のお話に関連するんですけど、ピアサポートの場っていうのは、個人的には、医療機関でやってもいいっていうか、ある意味やらなきゃいかんのかなと思っていて。認知症カフェとかももちろんそれは存在としてあるんですけど、若年を 3〜4 年、ピアサポートの場、心理教育っていう場で継続的に見てますと、一番問題は次の移行の時

期なんです。仲良くなるので移行しないんです。楽になっちゃうんで、次の場へ振るんですけど、例えば介護保険サービスの場に振ろうとしたりすると、やっぱり嫌がっちゃうんです。せっかく仲良くなったのにみたいな。ただ、能力的には差はできてくるので、活動の内容がすごくばらばら、ばらけてくるんです。それをいかに次の場に繋ぐかが重要です。1 人だけ外れて次の場に行かなきゃいけない時期が必ず来るので。

そこは、ある種かなりクールにやらなければいけないので、一番しんどいとこなんです。恨まれたりもしますし。だから、医療機関もやっぱりそういうことをやる場所であってもいいのかなっては思ってます。

診断後支援の中で、他の場所に移行する時期っていうのは、もう非常に問題です。近隣の行政で、いわゆる互的な居場所を週何回でも受けられるようにしてる市町村があって。介護保険サービスと同じに、週 3〜4 回送迎付きなんです。そこへ入っちゃうと、介護保険のデイサービスに移行しないんです。気持ち的に楽なんで、介護保険サービスじゃないっていうことが。だからちょっとそこもあるので、やっぱり医療機関今必要な居場所がどこかなど、そういうことを判定するような場所であってもいいのかなと思います。

それから、さっきの紹介の話なんですけど、うちは紹介は紹介状の件数で出してるんですけど、どこから紹介されたっていう項目を問診票に 1 個作ってて、紹介じゃなくても、どこどこの医療機関が藤本クリニックに行けって言ったっていうのがかなりあって、それは紹介に入れてないんです。でも、紹介はされてるわけで、そこをどう扱っていいのかなっていうのがあって。だから、そこも数どう数えるのか、ちょっと苦労しました。以上です。

粟田：紹介に関しては、医療機関がただ数を入れるだけなので、正直言って医療機関で決めればいいっていう感じがしますよね。

藤本：そうですかね。

粟田：別に証拠を出せと言ってるわけではないので。

藤本：紹介状なくてもいいんですかね。どこどこが言ったと言えれば。

粟田：そうですね。藤本先生が紹介だと言えば紹介だということかと思います。

藤本：分かりました。ちょっと考え方変えます。

粟田：枝広先生どうぞ。

枝広：すいません、先ほどの Aβの話の蛇足なんですけれども、2023 年度のデータで、まだ Aβに対応できてないってなってるんですが、検査体制のところちょっと見ていただくと、髄液検査が、特に精神科病院と、あと地域型で少し伸びていて。で、連携型でやっぱり伸びているので、何か準備しようとする気配はこの時点ではあるんです。実施に至ってないっていう感じがちょっと今データから背後を読み取れるかなという。

粟田：なるほど。これ、確か新美先生にやっていただいた DMT 関連の実態調査でも、意外とやってるなっていう感じが、確かに、検査のほうについてはそんな感じだったかと思います。ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

クラウドシステムに関連してですが、一応今年度はまだ課題がいろいろあるかもしれないのですが、プロトタイプは完成させておこうという目標であります。次年度以降のことは、まだ確定というわけにはいかないんですけど、これは今、厚労省といろいろ相談させていただいて、うまく予算確保ができれば早速パイロット調査を始めていこうかというふうに考えております。

具体的なことはまだこれからですけど、今何となく私がイメージしてるのは、特定の都道府県と協力関係つくって、都道府県と国とデータセンター、管理センターで、それから、その県の中の認知症疾患医療センターの、この 4 者の協力の下で、実際にデータ入力して、共有して、マネジメントを実際に試しにやってみるっていうことをやりながら、システムの改善を考えていくっていうようなことをやれたらというふうに考えております。

ということで、一応前半の説明はこれで終了ということにいたしまして。では次の、災害時の認知症対応マニュアルについてということで、これは中西先生からワーキンググループの報告をお願いいたします。

中西：お世話になります。中西です。こちらのほうのワーキンググループは、8 月 30 日に顔合わせをして、あとは適宜やってきておりますけれども、まずアンケート調査については、資料の 9、10 ですね。11 が送付先になります。調査票は資料 10 です。どこから共有したら。

粟田：中西先生のほうでも共有できますけど、こっちから共有する？

中西：どっちでも、すいません。

粟田：では私のほうで共有しましょうか。

中西：はい、お願いします。10 ですね。被災地のアンケート調査票です。そもそも、どの災害を対象に調査をするのかという議論をまずいたしまして、災害対策基本法によると、暴風・竜巻・豪雨・豪雪・洪水・崖崩れ・土石流。

粟田：ごめんなさい、資料何番を共有する。

中西：資料の 10 番でお願いします。

粟田：資料の 10 番。

中西：はい。

粟田：はい、分かりました。

中西：他に、地震・津波・噴火・地滑りとか、たくさんございます。ただ、最近の日本では非常にこれらの災害が増えてきているということで、まず何をとりあげるかというと、今回のこの老健事業では、地震・津波は必ず必要だろうと。それから、風水害ということで、洪水関係をということを選択させていただきまして、地震と津波で能登半島。それから、風水害について、調査のしやすさも検討しまして岡山の倉敷、それから茨城県を選択させていただきました。調査先は自治体 54 カ所、病院 354 カ所、地域包括 262 事業所、それから、団体のほうから、介護老健施設、介護老人福祉施設、特養、グループホーム。それから DPAT 等の支援チームという形で、アンケートを 11 月に発送さしていただきました。

先生、アンケート調査票は、皆さんお手元に送られてるので、調査票も見ていただいたらと思います。

粟田：お手元の調査票を見ることにしましょうか。

中西：はい。で、送らせていただきました。調査フォーマットとしては、Excel 版と QR コードからフォーム入力ができるような形で送らせていただいて、回答があったのが 225 カ所で、現在それの集計を行っているところです。

そのうち、2 次調査、今回送りました調査票の深掘りをヒアリングを行うということで、そちらについても了解を頂けてるところが地震と風水害についてもございまして、ちょっとぎりぎりになりそうですけれども、2 次調査を今から開始するというのが進捗状況になります。調査結果につきましては、集計中なので今日はお出しできないので申し訳ございません。そこまでがアンケート調査の進捗状況になります。続けて行ってよろしいでしょうか。

粟田：はい、どうぞ。

中西：マニュアルと貼付用チラシになります。先に貼付用のチラシのほうからで、順番入れ替えさせていただこうと思います。現在、各関係団体・関連学会で、いろいろなマニュアルとか貼付用のチラシとかを作られてはいるのですけれども、なかなか認知症に特化したものっていうのはありません。

ちょっと気になりましたのが、2024 年に、認知症ケア学会が仙台センターと一緒に 1 枚ものの施設に貼るチラシを……1 枚にはならないですが、4 ページあるので 2 枚になるかと思いますが、チラシを作っています。これは、認知症の人や配慮が必要な人への災害支援っていうことで、避難の時にどうしたらいいとか、それから、避難所ではどういう人に配慮が要りますとか、どのような環境をつくってあげるべきか、そしてどのような接し方を一般的にして健康管理をしたらいいのかというものだったので、われわれが今作ろうとしてたのと競合はしないのかなという認識に至っております。

私どものほうで、まず 1 枚ものの認知症の人へのチラシというのを私案を今作っておりまして、これお手元のほうの資料の 12 になりますけれども、ちょっとまだ……認知症の方、認知症と思われる方がいらした時に、恥ずかしいことではないというとこから始めさしていただいて。非常に困るのが、おそらく、うろうろと出て行かれるとか徘徊（はいかい）されるような方が困られるのかなということで。

粟田：中西先生、1 回共有を外したらいいんじゃないですかね。

中西：前のになってますか。

粟田：前のです。

中西：すみません。こっちです。こちらが 1 枚ものになります。映ってますかね。一応、認知症らしき症状が出てきた時に、家族だけで頑張らないようにということから始めて、一番困るのが、うろうろしたり出てかれる方かなということなので・・・。それから、寝ない方ですね。それから、結構お薬に抵抗がある場合もあると思うので、安全なお薬ということを書かしていただいてます。それから、怒りっぽくなった場合、あるいは幻覚とかせん妄が疑われる場合。この代表的なものだけを取り上げて、で、認知症マニュアルのほうに QR コードでつなぐというものを今考えてます。イラストのほうは今、いらすとやで入れているので、このイメージで認知症学会の春恒社のほうでイラストを描いてもらって置き換えるつもりではあります。そして、ここにマニュアルでつなぐというのが今考えてるところです。

先ほど粟田先生のほうからご説明いただきました認知症学会のマニュアルというのが最初の東日本大震災の時に作られてたのですけれども、それは 2 回改訂がなされておりまして、その改訂されたものに、能登半島の地震の時に、補遺版ですね、補遺版を作って挟み込みをするという形に今改訂されたものがあります。それを、ちょっと字がいっぱいあって読みにくいという意見もあったのですけれども……これですね。今映ってますかね。

粟田：映ってます。

中西：第 2 版に補遺版を挟んでたものの補遺版を合併して、今回いろいろ修正を検討しているところです。現在、冨本先生を代表として、厚労科研の特別研究班で BPSD の対応マニュアル、ガイドラインを新井先生が中心になって作成されているので、そことの整合性を図りつつ、今後最終的な調整に行こうと思ってます。

現在、ちょっと逆引きができる、つまり、これ医師用は文字が多く書いてあってもよいのですけれども、読むのが大変ですので、こんなことがあった時にっていう目次でいくのか、どういう形で逆に症状からアクセスできるのかっていうふうな使い方ができるような検討もしたいなという話に今日現在はなっています。

使いやすいような形にしていくことと、最後の情報のところなんですけれども、リンクを貼る場所ですね、こういうところがありますよってご紹介、情報提供やサポート体制、こういうものが最終的にあと何と何を入れるかということも厚生労働省とちょっとご相談しながら、個々の充実も図りたいなと思っているところになります。

介護用のほうは、これと同じようなフォーマットですけれども、もうすこし見やすく漫画を入れてということを予定しています。

最後に、文献調査のほうになります。お手元資料の 14 ですけれども、資料の 14 は、これは大阪公立大学の医学部に協力してもらって現在調査しています。そもそもの定義などから文献調査のほうからきちんと出そうかなと考えています。

認知症の人に及ぼす影響も一応海外文献も引いているのですけれども、海外はハリケーンがたくさん出てくるみたいです。風水害ということで取り上げようかなと思ってます。海外文献も含めて、今 10 年間の分で整理しております。10 年良いのかという点は、東日本大震災が 10 年をちょっと超えてるので、非常に悩ましかったのですけれど、11 年前になるとほとんど会議録か、速報が若干ある程度で、まとまった論文としては出てこないので、10 年でいいのかなと考えて、いったん 10 年で精査しているところになります。

文献調査のほうも進めておりますので、あらかた出てきた段階で、装丁整える前にこのマ

ニュアルとの整合性も図れたらと考えています。そういう途中経過になりますけれども、以上雑ぱくなご報告になります。

粟田：中西先生ありがとうございました。それでは、ただ今のワーキンググループの報告につきまして、どの部分でもよろしいかと思いますが。ご質問、ご意見など頂ければ、ご自由にご発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。盛りだくさんで大変だと思いますけど。新井先生何かありますか、追加のコメント。

新井：はい、ありがとうございます。認知症の支援マニュアルのほうですけれども、非常にしっかりと、前回既にもうしっかりと書かれているものなんですけれども、それを改訂してますが、1 つは、今、中西先生おっしゃってくださったように、結構お薬の使い方が、向精神薬の使い方たくさん書いてあるので、それは今、冨本先生の班で私担当させていただいている、かかりつけ医のための BPSD の対応向精神薬ガイドラインが今固まってきましたので、ちょっとそこと少し、参照っていうか、整合性をつけて書いていくのが 1 点と。

あと、先ほど中西先生もおっしゃったんですけども、しっかりしたこういうやつって、避難所のばたばたしてるとこでは 18 ページも読めないんですよね。むしろこういうしっかりしたやつは、県庁の調整本部とか、少し事務方もいて、みんなでこういうしっかりしたのを読む時間もあるような部署ではいいんですけども、もっと、先に出て行った時には、18 ページもなかなか開いて、どこに何が書いてあるのか探すのでも大変なので、さっき中西先生がおっしゃったように、むしろ症状とかから、ある程度目次があって、せん妄って書いてあったらせん妄何ページに行けるとか、もうほんとに 3〜4 枚ぐらいのショートバージョン作るか、今このしっかりしたものをもう少しそういうふうに見やすくするか、何かもうちょっと、ある程度県庁とか大きな調整本部で見るものと、実際の避難所のほうのほんとの現場のほうで見るものと、2 バージョンいるかなっていうのを感じてるところです。

粟田：ありがとうございます。いかがでしょうか、今の新井先生のご意見について。

1 つ私もちょっとだけすいません。実は、私もこの委員会を始まる前に全部一応読んだんですけど、ものすごく時間かかります、やっぱり。14 ページ辺りぐらいで息切れたかなって、最初から読むと。今災害の急性期でも何でもないのにやっぱり息が切れるっていうことは、これを災害の真っ最中はとても読めないだろうなっていう感じがするので、やっぱり僕も短くしたほうがいいと思ってるんですが。

たぶん中西先生、元々のものがとっても偉い先生が書いたものなので、ばさばさ切り取るのがとっても気が引けてるだろうなっていうふうにちょっと思ってるんですけども。この短い限られた時間の中で、その作業やるのはとっても大変だろうというふうには思うんですけれども、ただ、使えるものを作んないといけないので、思い切って皆さんで……1 回マニュアル読んでいただいて。ワーキンググループというよりも、この委員会ですよね。委員会で読んでいただいて、短くするためのご意見を頂いたほうがいいんじゃないかなという気がいたしました。

もちろん新井先生が言ったように、ショートバージョンを作るっていう方法もありますね。今作ってるものは作ってるので残しといて、ばさばさ切ったものをもう 1 個作っとくっていう手もあるかと思いますので、ちょっとその辺検討したほうがいいかなと思ってるんですけど、いかがでしょうか。何かご意見ございますでしょうか。

藤本：いいですかね。

粟田：どうぞ、藤本先生。

藤本：最初のやつ作った人なので。

粟田：そうですよね。

藤本：山口先生とか大澤先生とか一緒になって、真夜中で、深夜のメールでやったんですけど、あの時はやっぱり、かかりつけ医の先生に向精神薬の使い方を語るように書かなきゃっていうことがあったので割と長くなってしまったのと、それから、ケアスタッフの支援のところも、頑張ろうしてる人たちだけど、頑張らなくていいけど、でも頑張らなくていいって言っても傷付くので何とかしなさいみたいな、あそこをちょっと僕書いたんですけどね。

だから、すごいある意味まどろっこしいんです、いっぱい語ろうとしたから。短くしていただいたほうがいいと思うんですけどね。

粟田：いや、書いた人が分かっちゃうと、ほんとに切りにくいですよね。

藤本：全然。ほんとにあの時はもういっぱい詰め込まなきゃみたいな感じだったんです。1 週間か、秋山先生のご指示の下だったんですけど、短い期間に作ってしまわなきゃ駄目だったんで、深夜、夜明けのメールがやりとりになったんで。それがその後十何年間の、われわれ現場ほとんど知らないでやったもんですから、現場のことがあるんだからしていただくほうがいいと思いますけどね

粟田：なるほど。ある意味ではほんとにいろんなことをよく書いてあるなっていうんで、ちょっと感心して読ましてもらったんですけど。どうしましょうかね。中西先生のちょっと意見を頂いて。

藤本：短いほうがいいと思います。語りすぎかなという。僕も読んだんですけどね。語りすぎの部分もあるなと。

粟田：秋山先生からもいいですか。秋山先生からも。

秋山：そうですね、増やしたくなるんですよね。

藤本：そう。「この逆もあるよね」みたいな感じでどんどん増えていったんです。

秋山：ちょっと中西先生には申し訳ないんだけど、ぱっと読み通せるバージョンと、それからテキストのように引けるバージョンと、やっぱ両方いるのかなと。調べたい時には詳しく知りたくなると思うんですよね。で、この時代ですので、紙のほうで詳しいのなかなか大変かもしれないけど、デジタルのファイルにすれば、さっきちょっと栗田先生がおっしゃってたと思うんですけれども、クリックして読みたいところに飛べる、そういう読み方をしていただけるような、長いバージョンの場合にはそういう形を取ればいいのかなと思いながら今伺ってました。

藤本：いいですか、すいません。
粟田：どうぞ、藤本先生。
藤本：その後の冊子の使い方、これも秋山先生のご了解を得て、各いろんな災害があった時に現場にも送らせてもらったんです、取り寄せて。それから、ちょっと落ち着いた時に、いろんな団体、グループホーム協会とかそういうとこで要望があってお渡しして、その時もおそらくテキストとして使ったんだと思うんです。だから、そういうことも使えるように、2つバージョンがあったらいいのかなと思いました。特にお薬の使い方がすごく丁寧に書いてあるので、あれなんかは、かかりつけ医が見たっていいだろうし。
粟田：そうなんですよね。
藤本：あんだけ丁寧に書いてるの、なかなかないかなと思う。
粟田：そうですよね、なかなかないなと思います。ありがとうございます。中西先生どうぞ。
中西：そうしましたら、完全版っていうんですか、完全版のほうはもうイラストとか入れる作業を省かしていただいて、こちらは百科事典を引くように、読みたい時に読んでいただくと。で、お手元にお渡しするのは、そこから今回のわれわれがばさばさと抜かしていただいたものでっていうことでよろしいでしょうか。ちょっと漫画はなしということで。
粟田：そうですね。
中西：それだったら、新井先生頑張りましょうか。
新井：はい。たぶん、どのフェーズでどの場で誰が使うかっていうことで、しっかりしたものとショートバージョンと、確かに 2 種類あるほうが理想的だと思います。頑張りましょう。
粟田：大変ですけどね。ありがとうございます。ただ、今回は中西先生、文献の調査もやってるんで、ある意味で、災害と認知症っていうテーマで、今年度限りじゃなくて、先々ちゃんとアカデミアとしてやっていけるものを残せるんじゃないかと思うんで。そういう意味でも資料的価値は非常にあると思いますんで、ぜひしっかりしたものも作っといて残していただくっていうことがいいんじゃないかなと思います。
中西：ありがとうございます。そうですね。またいろんなことがたぶん世の中で起こってきているような気もしますので、最新の情報でバージョンアップしていくような基本版を今回作るという認識で、あと少しですけど頑張ります。
粟田：ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。よろしいですか。あと中西先生、調査ですよね、調査が今 225 って言ってましたっけ。各所に、いろんな領域のところにお配りしてるんで、ちょっと最初の母集団っていうか母数がよく分かんなかったんですけど、225 っていうのは回収率からいうと何%ぐらいになるんですかね。
中西：すみません、グループホーム協会とかが何カ所送ってくれたのかがまだ集計できてないので、申し訳ないです、まだそれも出てなくて。
粟田：分かりました。では調査のほうの集計も第 3 回の委員会に向けてということでお願いできればと思います。
中西：2月の上旬ぐらいに出そうだというふうに確か聞いてたように思ってます。
粟田：そうですか。分かりました。了解です。他に何かご意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。今日は日曜日なので、早めに終わるというのもいいかと思いますので、よろしいでしょうか。
　では、今日の委員会はこれで終わりにしたいと思います。厚労省から何かございますか。江川先生何かございますか。
江川：ありがとうございます。大変皆さんお忙しい中お集まりいただきまして、また、非常に有意義なディスカッションいただきまして、ほんとに誠にありがとうございます。もう基本的にお任せしておりまして、ほんとに全く意見はございませんので、また引き続きよろしくお願いいたします。どうかよろしくお願いします。
粟田：ありがとうございます。それでは、次期の最後の第3回は、3月の上旬ぐらいに行えればいいかなというふうに思っておりますので、山本さんまた日程調整のほうよろしくお願いいたします。
山本：承知いたしました。
粟田：3月上旬に向けて、一応全てのものが完成できるように努力するということでいきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。それでは本日の会議はこれで終了させていただきます。どうも皆さんお忙しいところありがとうございました。

令和 6 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）テーマ番号 82
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事業
第 3 回検討委員会（オンライン）
2025 年 3 月 14 日（金） 18 時 00 分～20 時 00 分

粟田：皆さんお忙しいところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。今日は、令和 6 年度老健事業「認知症の背景疾患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事業」の最後の検討委員会でありますので活発なご議論いただければ幸いです。最初に江川先生からごあいさついただければと思います。

江川：はい。皆さん大変お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。厚労省の江川です。今回、第 3 回の検討委員会ということで、対応マニュアル等の作成が最終段階に入っておられるかと思います。本日も活発なご議論を期待しておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

粟田：どうもありがとうございます。では、早速、私から、まずは次第に従いまして、事業の概要をお話しさせていただき、その後でそれぞれのワーキンググループからの報告という流れで進めさせていただきたいと思います。

では、まず事業の概要ですが、それではデータを共有します。では、データを見ながら、最初は完全な復習でありますけども、こういう事業名で行っているということです。今回は 2 つのことをさせていただいております．一つは、認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制を確立するということ、もう一つは、被災地認知症支援マニュアルの改訂版を作るということです。いずれについても、検討委員会で議論して最終的に提言という形で出させていただこうと考えております。

まず、認知症疾患医療センター実績データの収集・管理・集計・分析体制の確立ですが、こちらでは、毎年、前年度分の実績報告書を私どもが集計しており、2023 年度分も横断的に集計・分析しておりますが、この度は過去 7 年分のデータを縦断的に分析して経年変化を見ております。それから、この後で詳しく説明いたしますが、認知症疾患医療センター運営事業の実績データの収集・管理・集計・分析システムにいろいろと課題があることから、その課題解決に向けて、クラウド上でデータ入力して集計していくシステムのプロトタイプを開発しております。

もう一つは被災地認知症支援マニュアルの作成ということで、こちらは中西先生にワーキンググループの座長をしていただき包括的な調査をしていただきました。また、文献のレビューもしていただきまして、さらに認知症学会で作っている被災地認知症支援マニュアルの改訂も行っていただきましたので、その報告をお願いしたいと思います。

では、早速、順番に説明していきます。

最初に実績報告書のほうですが、前年度分の実績報告書の集計は、これは毎年、枝広先生にお願いして、今回も枝広先生にお願いしてまとめていただいているのですが、今回は、7 年度分すべてを縦断的に分析しましたので、そちらでまとめて簡潔にお話しさせていただきたいと思います。

これ前回もお見せしましたが、この認知症疾患医療センターの事業実績の評価は、2008 年の今日の認知症疾患医療センター発足当初から、一応、所定の様式で報告するということになっております。しかし、当初はとても大ざっぱな報告であったため、2012 年度の厚労科研で認知症疾患医療センターの実態調査の機能評価の項目案を作り、それをたたき台にして、2015 年度に様式案を作り、この様式案を使って 2016 年にパイロット調査を行いました。この調査は一応悉皆（しっかい）調査なんですが、回収率 58.3%でした。この結果に基づいて事業評価のための手引きを作り、最終的に、今日の様式の原形を考案し、2017 年度分からこれを用いた実績報告を義務化いたしました。ということで、これ以降は回収率 100%のデータがずっと集まっているという状況でございます。

しかし、当初は紙媒体で報告するということだったので、この紙媒体のデータを入力して、それから電子媒体にしてデータセットを作って、そして集計していくっていうような作業があり、また、各都道府県から紙を集めて回収するなどいろいろとややこしいことがあり、今では考えられないような時間と手間がかかっておりました。そこで、2021 年から Excel ファイルで提出してもらうっていう形にいたしました。つまり、それ以降は、Excel ファイルを電子媒体として都道府県が集めて、それを都道府県が取りまとめて国に提出し、国の方で Excel 上の関数を用いてデータセットを作って、それをもって集計するという流れになりました。これによって、紙媒体の頃よりははるかに楽になったのですが、これをやってみて分かったこととして、Excel ファイルに各センターでデータを入力する段階で、誤入力の問題があり、さらに Excel ファイルの様式を勝手に変えてしまうといったこともあり、いろいろ問題が生じました。枝広先生がいつも集計しくれるん彼女が気づいたことですが、数値入力するところに空欄があると、それが欠損値なのか、ゼロなのか、結局分からないということになり、表計算ではゼロとして計算するので母数が大きくなるという問題が生じました。それから根本的にデータクリーニングする仕組みが全くないので、怪しげなデータが来てもどうにもならず、全体として非常によろしくないことが起こることが分かりました。

実は、今年度の作業でも明らかになった事例として、ある一病院でプリオン病が年間に 100 例以上診断がされておりました。これはおかしいだろうということで、その病院の医師に直接問い合わせたところ、その病院からはきちんとしたデータが報告されていたのですが、都道府県の段階でデータを統合する際に段を間違えてしまったようで、そのようなことになってしまったといことが判明しました。ただ、それに気が付くのは、日々診療をしているわれわれしかいないかもしれません。

そのようなもろもろの問題がありますので、この度は、後で森澤さんに説明してもらいますが、クラウド上で各センターが入力作業をしてもらえれば、都道府県も国も同時にそれが見られ、そしてそれを自動的に CSV に落とす仕組みがあれば集計も迅速にできるようになるであろうということです。さらにデータ管理とシステム管理の体制整備が不可欠ですが、

それを次年度になりますけど、考えていこうということでございます。ということで、今回は7年分の縦断分析をしましたので、それについてご紹介いたします。

まずこの7年間の間に、認知症疾患医療センターは422から505に増えました。類型別に見ると、基幹型は途中からⅠ・Ⅱになっていますけど、基幹型Ⅰ・Ⅱを合わせると、2017年の16件から、今は21件に増えました。地域型も355から386、連携型は51から98と倍増しています。医療機関種別に見ますと、一般病院が非常に増えていて、163から228に増えまして、一般病院と精神科病院の割合が45.1%と46.5%とほぼほぼ同程度になりました。病床数は年々減少しております。2023年度分から、抗Aβ抗体薬の治療を行っているセンターの割合を確認しており、初期投与に対応しているのは19%、継続投与は4.6%であり、これが今後どういうふうに変化していくかということを見ていくことが可能です。

専門医療機関の要件と機能については、稼働日数は7年間で変化なく、週5日、年257〜258日となっています。医師配置状況に関しても、これは学会専門医と5年以上の認知症医療経験のある医師の平均値でございますけども、大体3人前後というということで大きく変わりません。そのような要件を満たしている医師の配置はほぼ100%ということでございます。医師以外の人員配置では、精神保健福祉士が約9割、臨床心理技術者が8割から9割でございます。2019年度分から、先ほどの医師以外の配置の中で、診断後等支援のための相談員の配置に関する項目がありますが、これは予算措置をされているという関係で追加された項目です。診断後等支援のための相談について、社会福祉士は、2019年度分は3.7%でしたが、2022年度は12.3%と増えており、精神保健福祉士も19.0%から約50%で設置されるようになっています。それから診断後等支援の業務では、大きくは、相談員による診断後相談支援と、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動や交流会がありますが、これについては、相談員による診断後の相談支援が当初46%でしたが今はほぼ100%となっており、ピアサポート、ピアカウンセリングや交流会も、当初15%ぐらいでしたが、今は4割で行われてるということになっております。

検査体制では、血液・尿一般・心電図・神経心理はほぼ100%で実施されておりますので2020年度分から報告しなくてよろしいということにしています。CT・MRI・SPECTについては、これは7年間であまり変化がなく、CTの自施設配置は大体9割で、MRIは大体5割で、SPECTが大体27〜28%です。22年度からPETと髄液の項目を追加していますが、PET・髄液は2023年度で前者は13.5%、後者は33.1%。これは自施設で可能なパーセントですので、連携施設のデータを含めるとさらに高くなります。

相談件数では、面接の相談件数は減少傾向にあります。コロナの時は特に減っていますが、大まかトレンドも減ってるようです。オンラインの項目が2022年度から追加されており、平均値では1センター当たり年2〜3件となっておりますが、これはやってるところとやってないところで大きな差があるので、平均を取る意味はあまりないかと思います。相談元の内訳では、何といっても家族介護者からの相談が最も多く、1センター当たり年500件を超えています。

鑑別診断の診断名別件数については、認知症関連疾患ということでMCIから詳細不明の認知症までの合計件数を見ると、2017年度が9万3,700が、2023年は11万1,500になっており増えてきていますが、これは認知症疾患医療センターの設置件数が増えてることと関係しています。診断名別件数の推移を見ますと、特徴的なのはMCIが1.4倍に増えておりますが、診断名別の構成比も16%から19%に増加しており、おおむね2割ぐらいがMCIになっております。レカネマブが上市されたのが2023年12月ですから、まだ実質的にはあまり使用されていないときのデータですが、MCIの段階で受診される方がトレンドとしても増えてきているということかと思います。若年性認知症に限定しても同様にMCIの伸びが多いようです。

紹介・逆紹介は、2019年以降は出しておりません。初診までの平均日数は15〜1カ月未満が増えており、14日未満が減ってきているということで、待機日数が少し長引いているかもしれません。認知症専門診断管理料1の算定率は現時点で66%で少し減ってきている感じです。認知症ケア加算は増えてきているようで、これは一般病院が増えてきているからかと思われますが、22%になっています。受診経路と受診後の情報提供では、いずれもかかりつけ医が圧倒的に多いという結果です。

身体合併症に対する救急医療の要件と機能については、救急医療機関指定のパーセンテージは34%で大きく変わりません。高度救命救急センター・救命救急センターも13%で、これは若干増えていますが目立った変化はありません。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若干増えていますが、これも一般病院が増えてきている影響か思います。リエゾンチームも少しずつ増えていますが、これも一般病院の特徴かと感じております。全診療科に対する研修会というのは、これは全然変わっておりません。休日・夜間における身体合併症や重篤なBPSDに対応する空床確保は一応4割弱のところで確保しているということなのですが、確保している空床数というのはあまり意味がないので、2022年度以降は項目からはずしています。

地域連携推進機関としての要件と機能では、認知症疾患医療センターの地域連携会議について、これは主催でも良いし、自治体の会議の活用でも良いし、基幹型・地域型との連携でも良いので、いずれの形式でもかまわない実施率はほぼ100%となっています。研修会については、コロナ禍の時はちょっと下がっていますが、少しずつ盛り返しているのかなという感じでございます。初期集中支援チームは、センター内にチームを設置しているのは2割弱でこれも変わりません。半分以上の認知症疾患医療センターがチーム員として関与しており、6割ぐらいが後方支援ということで、認知症疾患医療センターと初期集中支援チームとの関係は強くなってきているのかなという感じです。

考察ですが、これまでの結果を解釈する上で注意せねばならないこととして、これは枝広先生にいろいろ注力してもらっているのですが、先ほど申し上げたように、自動的にデータセットを作るようになったもので、Excel関数では空欄を欠損値と判断してくれないため、紙ベースの時と母数が変わってしまい、その影響で途中から数値が低くなったりすること

があるということです。

それからもう一つが、これがこれからの課題になるのですが、データ収集・集計・分析のプロセスに、数多くの課題があるということが今回の縦断的分析をした中でも分かってまいりました。つまり、今のプロセスだと誤入力を修正するメカニズムがないとか、ファイルの様式が勝手に変更されたりするとか、都道府県・指定都市レベルのデータ結合の際にミスが生じる場合がある等々、いろんな問題があります。この問題を克服するために、今年度の老健事業において、各センターがクラウド上でデータを入力し、都道府県・指定都市が直接クラウド上の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て、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プロトタイプのシステムを開発しました。

これを活用すれば、いわゆるデータの受け渡し作業がなくなりますので、クラウド上で、各センター、都道府県、そして国が同時にデータを見渡すことができるので、時間的にも大変ロスがなくなります。但し、きちんとしたデータクリーニングのシステムを作らなければなりませんが、それによってデータの精度も上がっていく可能性が高くなります。

今後の課題としては、このプロトタイプの実用性をリアルワールドで確認しながら、さらに実用性の高い完全版のシステム開発を進めるとともに、システム管理・データ管理の体制の確立する必要があり、それが次年度以降の課題になるかなと思います。

以上で縦断的データの結果の報告は終わりなのですが、枝広先生、何か追加してコメントすることありませんか。

枝広：ありがとうございます。枝広です。

クラウドシステムに入れるというやり方に関して、今現在でわりとよく起こってくる問題が、連携医療機関の欄が足りなくて追加するケースであったりとか、数字が出せないので、日本語を数字を書く欄に無理に入れてくるみたいな、エラーが出るケースが恐らく発生すると思っていて、すぐに実装できないだろうという。困惑して、きっと都道府県とかの指定権者に連絡行っちゃうだろうなというふうなことを、予想はしているところです。

粟田：誤入力をちゃんと管理できるシステムを、仕組みを作んないといけないので、これを来年度どうするかっていうことを、検討していかなきゃいかんということであります。ありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは、この後、森澤さんのほうに、今年度作りましたプロトタイプについて、結構難しい話になりますけど、分かりやすく説明をお願いします。

森澤：はい。そしたら私のほうから共有をしたいと思います。

粟田：お願いします。

森澤：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の開発ということでまとめさせていただきました。

概要のところ、再度の説明にはなるんですけれども、2018 年度の老人保健健康増進等事業「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、認知症疾患医療センター運営事業の質の管理の在り方について、検討が行われました。そこでは、全国の認知症疾患医療センターの実績報告書の集計・分析結果を公表するとともに、事業の質の向上に向けて PDCA を稼働させるための具体策を検討すべきであるとの提言が行われました。

提言によって、国が指定する共通の事業実績報告書に基づいて効率的かつ正確にデータを集計・分析できるように、認知症疾患医療センター運営事業実績報告書の Excel ファイルが用意されました。各認知症疾患医療センターは、その Excel ファイルに年度実績を入力して、都道府県に提出し、都道府県がこれらのファイルを取りまとめて国に提出するという手続きを踏むようになりました。しかしながら、Excel ファイルを各センターから都道府県へ、都道府県から国に受け渡しする流れや、Excel ファイルを統合してデータセットを作成し、それを用いて集計・分析を行うというプロセスには手間が掛かり、しかもデータクリーニングを行う体制が確立していないために、正確な分析が困難な状況が生じています。

そこで、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事業では、各センターでの実績データの入力、都道府県・国への提出、データセットの作成とデータクリーニング、集計・分析のプロセスを、より効率的かつ正確に実施できるようにするために、クラウド上でのデータ収集システムの構築を進めることにしました。本報告書では、本事業で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プロトタイプの作成を行うとともに、このプロトタイプシステムの仕様検討を行い、運用が行えるよう、さくらインターネットのサーバに実装をしたことを報告しております。

報告書の内容をざっと説明しますと、最初、3 の 2 として、システムソフトウエアの構成等でプロトタイプシステムの構成とソフトウエア構成等と記述しております。また運用システムのほうは、さくらレンタルサーバのサーバ上で、アプリケーションソフトのバージョンを記述されたような内容でそろえております。

機能解説とフローチャートというところでは、事業実績報告者用の利用画面での機能の解説とフローチャートの説明をしております。また都道府県等の担当者の画面での機能の解説とフローチャートの説明をしております。そして最後にクラウドシステム管理者用画面として、機能の解説とフローチャートの説明図を加えております。

3 の 4 ではセキュリティ設定等を説明しております。最終的な運用システム上でのセキュリティ設定として、メンテナンス用の FTP サーバの説明とか、システムの送受信用メールアドレスは DCnet のメールアドレス、認知症介護研究・研修東京センターの電子メールアドレスから送信をするという内容になっています。また定期的なバックアップ機能を装備する形にしております。

報告書としては、システムの手引きというようなものを用意して、システムマニュアル_管理者編も用意しております。大体、以上になります。

粟田：ありがとうございました。後半はテクニカルな話なので、よく分からないっていうこ

ともあるかもしれませんけど、いかがでしょうか。皆さん何かご質問とかございませんでしょうか。いいでしょうか。

今年度のところは、取りあえずプロトタイプを作ってみたということで、実はこれまでもデータを入力したりしながら、使い勝手をいろいろ見ながら、工夫して作り上げてはいるんですが、リアルワールドではやっていないので。例えば都道府県や国はまだこのシステムを使っていませんので、次年度、もし可能であれば、この老健事業で実際に使って、都道府県も国も各センターも使ってもらって、使い心地についてご意見聞きながら、さらに実用性の高いシステム開発につなげていくことができればと考えています。

それに当たって、さっき枝広さんも言っておりました、誰がこれを管理するのかということと、誰がデータを管理するのかという、そこのところが明確にならないと動かせないので、これは来年度そのための委員会をつくって検討していこうというふうに考えております。

ということで、ここにいる方々にまたいろいろとお声掛けすることになるかと思いますが、その節はよろしくお願いいたします。よろしいでしょうか。

では次の議題は、被災地認知症支援マニュアルワーキンググループからの報告ということで、中西先生お願いいたします。

中西：よろしくお願いします。こちらのほうはかなり手作業の多いところでございまして、かなり苦戦しておりまして、今後まだ修正しなきゃなんないとこもあるんですけれども。私のほうから資料共有でよろしいでしょうか。

粟田：はい。

中西：よろしくお願いします。これは報告書のところにまず記載させていただいてるんですけれども、報告書のほうは、まず少し災害について定義のほうを、筑波大学の災害ご専門の高橋先生のほうから記載いただく予定にしております。その後、一次調査の報告、二次調査。二次調査の個票がまだ全部できておりませんで、そのような、そういうものを載せさせていただくこと、そしてさらに文献調査、それからマニュアルいうものをご報告する予定になっております。

前回、第 2 回の時にご報告しましたように、調査対象の災害については、風水害と地震津波ということで、茨城県・岡山県の風水害と、能登半島の地震津波の災害を対象に、実施させていただきました。昨今いろんな災害がございますけれども、そこに絞って当たらせていただいたという経過になっております。

それで、第一次調査の調査票等は前回お示ししておりますので、今回は報告のほうで今画面にお示ししております。調査票は紙とウェブとメールとで送っているんですけれども、全部で 2,531 件、1 カ所に送って、回収率、だいぶ低かったんですけども、8.6 ということになっております。で、自治体それから入所施設。入所施設のほうは、協会から送っていただいてますので、訪問系サービスや居宅支援事業所などにも一部送られていたようです。それから DPAT ということで、今黄色でマーキングしているところが、送付とそれに対する回収になります。施設系の回収率がちょっと低かったということなんですけども、施設系はかなり多数まいてはいました。DPAT もちょっと低かったのかなと思います。

分析のほうなんですけれども、Q1 のところが所属の施設別、回答したもののうちということになります。主たる所属機関ということで、これは大学病院とかは DPAT が入っているので、そこが上がってきてしまっているところではございます。それから主たる所属等の種別、入所系施設の分類、それから支援チーム、DPAT のうち、この辺は DPAT しか回答できてないので、Q1 は削除してもいいのかなと思ってます。これを出すと、DWAT と DHEAT が協力してないみたいになっちゃうので、削除しようかと思ってますが、そこはよろしいでしょうか。しようかなと思ってます。

それから DPAT の先遣隊のとか、次が併任の所属種別ってことです。そしてそこも、次もそうです。DPAT の中には DWAT も兼任してるところもあったということです。

どんな人が回答してるかというと、ちょっとこれもう少しタイトルとか詳細付けないと分かりにくいかもしれないんですけれども、管理者とか施設長の方の回答が非常に多うございました。それから医療系か福祉系か行政かというとこにつきましては、おおむねこのような、医療と介護とほぼほぼ半分ぐらいいの回答でした。医療職の回答は看護師が多かったです。それから福祉系は、どちらかというとマネジメントをしているワーカーさん、ケアマネといった方の回答が多かったです。

調査の回答のほとんどが能登半島でした。能登半島は、今回、津波はあるんですけども、東日本と違って、実質的な津波被害はほとんどなかったのが現状かなと思います。職員等の被害についても、あまり多くはなかったですけれども、一部の報告がございました。それから施設に関しては、ほとんどがわりと早期に運営自体は行われていたのが現状かなと思います。回答してくれたところはということになるんですけれども。ライフラインについても、わりと普及が早かったところが、ごめんんさい、多かったのかなと。飛んじゃいましたね、すいません。思われます。

避難計画が事前に策定されていたかについては、実は意外と 37%が策定されていなかったという現状もございまして、これは少し自治体のほうに報告が要る分野なのかなというふうには思っています。特に作成方法が分からないとか、そういった回答もあるので、少しこの辺はちょっとびっくりしてたところでもございます。策定していたけれども活用できなかったというのは、これは後で二次調査した時に言われてたところも多かったんですけど、多くが火災等を対象とした避難計画が多かったようで、地震あるいは特に能登の液状化とか、そういったものに対しては想定できてなかったということが多かったのかなと思います。

認知症のある介護者への対応については、特に施設系は、入所者がそもそもほとんど認知症だというところも多うございましたので、特に工夫して取り組んでいるというものがあったのは、17.9%にとどまっていました。また認知症のある方の移送とかに関しては、一部ですけれども、やはりあって、特に能登半島のかなり被害の多かった先端のほうから受け入れをしたとか、そういうところはございました。

認知症があることによりの課題というのは、結構多かったのが、やはり家族と連絡が付かないとか、独居だとか、そういう時の同意の問題を回答されてるところが多いのかなと思われました。あとは、市町村をまたぐ避難が、結構今回能登半島でもあったんですけれども、そういった時の制度の問題、介護保険制度をどう利用するかとか、どっちが負担するとか、移送費用をどうするとか、そういうことがあったように伺っております。物資については、おおむね充足しているところが結構多かったようでございます。それからプッシュ型支援というのは、今回能登半島で行われていたんですけれども、該当しないところがほとんどだったんですが、届くべき地域でも一部届いていなかったということで、この辺りは厚労省であるとか自治体のほうで確認いただく必要があるところなのかもしれません。

またマニュアルについては、ほとんどがあまり活用されていないという残念な結果が出てきているんですけれども、そもそも存在を知らなかったということなので、今後、ちょっと後で議論しますけれども、特に認知症の方の対応っていうのは早期に求められるために、そういったことをどうやって通知するのかということは、厚生労働省とも相談の上、検討が必要なのかなと考えております。

認知症学会のマニュアルはどうかというと、ほとんどが「活用しなかった」「知らなかった」という残念な報告になっている一方で、特に県立こころの病院とか、ああいった認知症学会の先生がいらっしゃる地域については、かなり広範に配布していただけたと。で、大変喜ばれたという、うれしいご報告も頂いておりますので、今後この辺りは、今回が老健事業ということもございますので、より活用を徹底していくことができるのかなと考えてはおります。

これは自施設の職員の配慮ということで、直接大きな配慮を行ったということではなくて、どちらかというと勤務表の調整であったりとか、そういったことをやったところが多かったのかなと聞いております。ただ反省点としては、これは管理者からの回答に多いんですけれども、やはりみんなが余裕がなくて、精神的なサポートというものや、休憩の配慮とか、そういったことは実際には難しかったという回答が多うございました。

それから平時の取り組みとして有用なこと。これは二次調査でもよく聞くようにはしたんですけれども、ほとんどの方が言ってらっしゃるのが、やはり地域での顔の見える関係づくり、あるいは施設間での連携。これ、施設というのは、必ずしも福祉施設だけではなくて、消防とかそういったものも含めての関係づくりというものの重要性をおっしゃってるところが多うございましたので、特に今後、今回の調査を踏まえて、都市部でこの辺りは大きな課題になってくるところかなと思った次第です。

一次調査についてはここまでになりますが、続けてよろしいですか。いったん切ったほうが。

粟田：そうですね。ここで一度事実確認などしておいたほうがいいかなと思いますが、皆さんここまでのところで質問ございませんでしょうか。

では、私から確認だけ。まずこの一次調査は事業所対象の調査ですよね。

中西：自治体と事業所です。

粟田：自治体と事業所ですね。自治体と事業所のデータが全部一緒になってるんでしたっけ。それぞれ別々に？

中西：これは、すいません、一緒なんです。

粟田：そうすると、さっき避難計画の話が出ていましたけど、あれは個別避難計画のことを言っているのですか。

中西：はい。

粟田：個別避難計画を作っているかどうかというのは、自治体レベルと事業所レベルでは、ちょっと意味が違うかなと。

中西：そうですね。これ、すいません、事務局、分けられますか。

粟田：分けるとサンプル数が小さくなってしまいますかね。

中西：そうなんです。自治体がやっぱり少ないんです、今回。五十幾つだったか。自治体、55 なんです。

粟田：なるほど、しょうがないですかね。災害対策基本法上の個別避難計画というのは、避難行動要支援者名簿を作って、その後、個別避難計画も作りましょうということになっているので、なかなか簡単には行かないのだろうなと思っております。ただ事業所では実際に個々の人を支援しているわけなので、事業所レベルの個別避難計画というのは、確かにもっとちゃんと作ったほうがいいかなっていう感じはしますね。

中西：このパーセントで行くと、多分、自治体以外のところがやっぱり多かったんじゃないかなと思うんですけれども。自治体で作ってないってありますか。

粟田：個別避難計画作るのって、結構たいへんなので。

中西：質問の時に「個別」と書かなかった気がするんです。

粟田：そうですか。そうすると、避難計画ということで、一人一人の避難計画というわけではないですね。

中西：はい。「避難計画等」って書いて。わりと漠と「今回の災害以前に避難計画を策定していましたか」なので。ただ施設は結局個別のことを回答してきていると思いますので。で、自治体が避難計画ないということはないと思うんですけれども、この書き方だと。すいません。ちょっと緩かったかなと思います。

粟田：あとちょっと基本的なことで一応聞いておきたいのは、プッシュ型支援というのは具体的にどういうことを言うんですか。

中西：今回、厚生労働省等から、中央省庁のほうから、早期に物をお送りしたんだと思うんですけれども。そういう名前っていうのは私も今回初めて知ったんですけれども。だから能登半島だけだと思います、プッシュ型支援は。

粟田：具体的にどういうことをやるんですか、プッシュ型支援というのは。

中西：大規模災害が発生した時に、普通は「こういうのをください」とか、自治体、地域から言ってくるのに、その要請を待たないで、国が物を「どうぞ」って送ってしまうという。

粟田：それがプッシュ型支援ですか。

中西：だと思います。なので、今回は能登に対してどんどん、例えば食べ物であるとか、トイレットペーパーとか、ミルクとか、そういうものを、避難所でまず必要と考えられる基本的な物、それの備品をどんどん送ってしまうということだと。でも東日本の時もやっているって言ってますけど、ほんとに「え？　そうだったのかな」とちょっと思ってます。すいません。令和 2 年の豪雨もやっているので。すいません。だそうです。全部にはやってないということです。

粟田：他に何かご質問ありますか。いいですか。では、中西先生、引き続きよろしくお願いします。

中西：はい。この調査のうち、二次調査をやってくださると言ってくださったところに、資料 9 の依頼文をお送りしてます。依頼分の共有はよろしいですかね。実際には、なかなかあんまりたくさん二次調査はできなかったんですけれども。

ちょっと待ってください。共有。この分だけ二次調査を行いました。風水害については常総市役所、岡山の倉敷市役所、それから能登のほうは老健さんと石川県立こころの病院、ケアハウス、サ高住と、施設タイプの違うところに対応できましたけれども、残念ながら自治体は全部「協力しません」のほうだったので、お聞きはできなかったです。DPAT のほうは、高橋先生のほうから各派遣元の方々に二次調査を行いました。

この二次調査については、先ほどの……。すいません。二次調査については報告書の後ろのほうに例を出して。

今って和田先生の名前の書類出てますか。ないですね。すいません。共有します。映りましたか。

これ和田先生が作ってくださった岡山県なんですけれども、一次調査の追加事項、あるいは不足したこと、困ったこと。これは平成 30 年なんで、少し時期がたってしまっているので、あまり不足、その辺は出てこなかったんですけれども、直後、それから少し時間を置いて、それから長期的なことというふうに、分けて記載するようにさせていただいています。

和田先生に、この辺については、もしよければコメントいただけたらと思うんですけれども、お願いできますでしょうか。

和田：はい。川崎の和田でございます。岡山県、平成 30 年 7 月に西日本豪雨を受けて、それを倉敷市の福祉支援連携室の方や福祉協議会のヤマシタさんに、Zoom を介して 1 時間ほどインタビューさせていただきました。

少し時間がたっていたので、少し思い出しながらですので不十分な点もあるかもしれませんが、認知症に関して、発生直後においては認知症かどうかっていうのも、それすらも把握できなくて、非常に混乱していたということや、ケアマネジャーの方もどこに避難されたかというのがなかなか把握できなかったみたいな、非常に混乱期のところがあったというぐらいの印象しかなかったようです。

そのうち少しずつ落ち着いてきた中で、やはり一番困った点っていうのは、認知症の有無にかかわらず、不眠、眠れない方が非常に多かったということと、不安を抱えていたということと、情報がうまく入らないために、流布された情報に踊らされて、いわゆる窃盗とか、詐欺とか、そういったような被害があったということで。ある程度、支援が整った中で、制度を使うにおいても、なかなか高齢の方や認知機能の低下の方が、その制度の理解がうまくいかなかったので、そういう状況があったというところで。これに対しては、いわゆる家の建築士会の方とか社会福祉協議会の方が仲介をして、そういう詐欺対策をしたというようなことをおっしゃってました。

あと身体的な機能がかなり落ちる方がいらっしゃったということと、地震ではなくて、風水害の場合に、自宅に帰れる方が多かったんですけど、結構、1 階が駄目でも 2 階が住めるということで、2 階に閉じこもってしまった方。そういった方の支援が、避難所の方にはかなり手厚くできるんですけど、自宅に閉じこもった方の支援が不十分だった。そこに対しては週に 1 回ぐらいボランティアの方が行って、いろいろと話をしたりというようなことはしていらっしゃったようです。

こういった中で、工夫した点っていうのは、かなり個人の生い立ちとか生活、人生観を細かく聞いたというところで、個別的な対応がうまくいったというようなことはおっしゃってました。あとは、その後、やはり顔の見える関係ということで、緩やかな見守りというような表現をされていますけども、こういった関係が、結構、町中で普段から声掛けをできるようになったと。こういったことが認知症の早期発見・対応にもつながった事例があったというようなことで、ポジティブな面もあったということと。あと子ども向け教育です。これ小学校 4 年生の授業でされてるそうなんですけど、そういった災害時の、または認知症に対する関心事も、高まってきてるというところがよかったというところを聞きました。

BPSD に関しては、DMAT のよろづ相談とかケアマネ協会が対応していたので、大きな問題にはなかったんですが、やはり避難所の中で、認知症を抱えるご家族の方が大変苦労なさっていたというような印象があったということを頂きました。簡単ではございますが以上です。

中西：ありがとうございます。和田先生にご質問あったら、先にお伺いしちゃってもいいのかなと思いますが、栗田先生、いかがでしょうか。

粟田：いかがでしょうか。和田先生の今の説明につきまして、何かご質問ございませんでしょうか。

大変丁寧なヒアリングをしていただけたと思いました。私も東日本大震災の時に、同じような経験をいたしました。特に避難所ですよね。避難所ではやはり認知症の人がなかなか適応できないという状況があって、結局、避難所にいれなくて駐車場で過ごしたり、また自宅に戻らざるを得なかった、そういう方がたくさんいらっしゃったと思います。

今回、確か NHK でも報道されておりましたけど、聴力障害の人の災害時の孤立の問題も大きくて、私も、東日本大震災の時に聴力障害の人が孤立して幻覚・妄想状態になられたという方を経験しています。

このたびの調査は過去のことを思い出しながらですが、かなりしっかりしたヒアリングができたのではと感じました。和田さん、ありがとうございます。

和田：ありがとうございました。

粟田：他にはよろしいですか。では、中西先生、引き続きよろしくお願いします。

中西：ありがとうございます。先ほどの一次調査の後ろのほうに、今の和田先生のが付いているんですけれども、それの後、今共有します。その後に見えてますか。見えてないですか。粟田先生、共有できてますでしょうか。

粟田：大丈夫です。

中西：これは私のほうで能登半島に老健施設の調査のお伺いしたものになります。今回、能登半島で二次調査に応じていただけたところは、基本的に能登の先のほうの施設ではなくて、どちらかというと受け入れをされた施設のほうがほとんどでございました。そもそもこの老健であるとか、そういったところには、認知症の方が入っているので、避難計画を策定していたけれども、火災を中心に行っていた。あと幾つかの施設で問題になったのが、そもそもの施設が避難施設になっていたりした場合、その施設の中にたくさんの避難住民が入ってくるというような課題も多かったようなので、避難所の指定との問題というのもあるようにはお話をされていました。

ここも大きなことはなかったんですけれども、直接の被害はなかったということなんですけれども、能登の付け根のほうのところは、結構、液状化の被害が多かったみたいで、道路の液状化とか、その液状化による水道の、ライフラインが止まったとか、そういうこともあったようですが、結構、修繕費用が出たというお話はされてました。

この施設を例にしますと、大きな課題としては、珠洲とか、先端、輪島とか、そういうところからの避難者を、受け入れをしていると。で、帰れなくなってしまう。最初は本人も帰りたいっておっしゃってたのに、長期化するとなじんできて、ずっといらっしゃると。そういう方を本来どうしていくべきなのか。この施設としてはお返ししたいということをお考えみたいなんですけども、そういったことを指揮するところがない。調整するところがなくて、課題であるということをおっしゃっていました。

その他、今日お示しはできていないんですけれども、つまり今のお話もそうなんですけれども、認知症ではないけれども、今回、災害被災の問題点として、そもそも災害によって必要とするニーズが違う。能登半島でも、東日本の経験っていうのは直接的にはあんまり役に立たなかったのではないか。例えば東日本の時は阪神の経験が役に立たなかったのではないかっていう話があるように、個人個人に見ても、受けている被害が違うということが、かなり問題なんじゃないかっていうことが言われてました。例えば津波の時に水につかられた方と、今回の能登のところでも全然違うということです。

もう一つ重大な指摘としては、いろんな支援に対するコントロールができていないと。それと、あるところから言われたんですけれども、DPAT や福祉系の支援チームが、直接介助ができない、あるいは直接の診察ができないっていう、何か法的な問題があるらしいけれども、それはいかがなものかと。つまり、DMAT なんかはすごく助かった、自衛隊も助かったという意見が多くあるんですけれども、DPAT とかは診察ができないというと、あくまでも助言に終わってしまうと。それから福祉系も、例えばお風呂、入浴介助が必要なんだけれども、利用者に触れないと言われたと。そういうふうな法的問題があるのか、その辺は十分には分からないけれども、チームによってそういった、直接できる、どこまでできるのかっていうのは、本当に国家資格を持ってる方であってもできないと。そういうものについての問題があるのではないかというご指摘があったんで、この辺は特に厚生労働省のほうにはお伝えしとかなければいけないことかなと思いました。

それから先ほどの長期の問題とリンクするんですけれども、市町村越えの避難の問題で、例えばある市町村で介護保険未利用の状態で避難してきたと。で、その人を、介護保険を使おうとすると、うまく使えないらしいです。それから長期化した時に、うまく使えないというか、介護保険の申請とかいろんな調整を、受け入れた側の市町村が全部負担してやらなければならないということも、かなりおっしゃってました。あるいは見取り期に入ってしまった場合も避難先の負担が大きいと。そういうふうなことが、特に独居高齢者について課題ではないかという指摘が複数ございました。

マニュアルについては、認知症学会の、お聞きしたとこ全部知らなかったんですけれども。石川こころの病院以外は知らなかったと。ただやはりそういう資料があるというのは喜ばれるので、ただその効果がどの程度あったのかは分からない、でもやっぱりあったほうがいいという意見がありました。

張り紙のほうは、今回厚労省のほうから張り紙をという話を頂いてると思うんですけれども、何せ避難所には張り紙が非常に多いと。その中で必要な張り紙というのを見つけれるかどうかが分からないというご意見も頂いたので、ある程度目立つものにしなければいけないのかなということと。張り紙から気付く人、あるいは冊子から気付く人、あるいは厚生労働省の通知から気付く人とか、いろんなパターンを用意しといて、それぞれがどこからアクセスしてもリンクできるようにするっていうのが有効かなと、今回このヒアリングを経て考えましたので、後ほどお示ししますけれども、QR によるリンクとか、厚生労働省からの初期の通知とかに、うまく活用していく必要があるのではないかなと思います。

というのも、もともと仙台センターのほうの調査で、避難所の認知症の対応というのが、例えば動き回るとか行動された場合、やっぱり 3 日間が限界だという調査がございましたが、同じことがやはり今回も二次調査の時におっしゃってる方があって。だとすると、初期の 3 日間の間に必要な、今回作ったようなものが、どうやったら届くのかと考えると、やはりそれは厚生労働省の最初の通知しかないので、そこにうまくどうリンクしていくのかっていうことを、今回最後に厚生労働省含めてご相談する必要があるのかなと考えました。

私の能登のほうからの報告は以上になります。それで、新井先生の班が今回どなたもこの委員会に参加できていませんので、新井先生のほうから……。

先に能登のほうの質問があれば受けてもいいですか、粟田先生。

粟田：はい。では、今の中西先生の能登のほうのヒアリングについて、何か確認しておきたいこと等ありましたら、自由にご発言いただければと思いますが、いかがでしょうか。
中西：雑ぱくですいませんでした。そしたら、なければ……
粟田：今の中西先生の話、少し議論したり考えたりしなきゃいけない点がたくさんあったと思うんですけど、どうします？
中西：もしよければ、マニュアルのところまで行ってからでもいいのかなとも思うんですけれども、よろしいでしょうか。
粟田：はい。
中西：では、能登のほうじゃなくて、すいません、新井先生のほうから今日頂いといた資料を、添付、お示しします。見えてますでしょうか。見えてますか。
粟田：大丈夫です。
中西：ちょっと前なんですけど、平成27年の茨城県の豪雨、関東東北豪雨って言うそうですけれども、常総市から聞き取りをしていただきました。課題のところを、今日メモで出していただいてるんですけれども、支援をされてもポンと置いてあったりとか、あと、公用車が水没、水没だったので、支援する側も支援の場所にたどり着けないということが、結構あったらしいです。それから、やはり勝手に食べてしまうとか、そういったトラブル、認知症の方が、です。人の物と他の方の物との区別がつかない、あるいは、トイレでないところで排せつする、あるいは、うろうろされるというようなクレームもあったということでございました。

認知症疾患医療センターは非常に役に立ったという、うれしいご報告がございました。やはり水没すると、いろんな医療機関等も、活動ができない状況だったということなんですけれども、もう在宅酸素なんかは、しっかりと臨機応変な対応をしてくれたということでございました。

あとやはり、すいません、要支援の方々の把握というものが十分できなかったということで、これは平成27年の時なので、今はもう少し改善してるのかもしれませんけれども。あと、水没してカルテが参照できないという、こういうこともあったということなんですけど、この後、「電子@連絡帳」というのを作られたということです。なので、被災地が行った工夫というのを、やはり全国に、こういうことが有効だった、みたいなことをお伝えできるといいのかと、このつくばのご報告からは考えたところでございます。

以上、ちょっと簡単なんですけれども、課題だけ起こしていただきましたので、つくばのご報告は以上になります。ちょっとすいません、私もこれ、質問あっても取れないので、次に行ってよろしいでしょうか。
粟田：お願いします。
中西：今日、皆さんのところにお配りしてる、一覧、資料のところに、あと順番に入ってますけれども。これ一個ずつ、やっぱり共有したほうがいいですか。どうしましょうか。粟田先生。
粟田：お任せします。
中西：すいません、事務局のほうからも共有、私のほうからしたほうがいいのか、すいません。本日お配りした資料の中に、たくさん資料がございまして。次が、資料の。
粟田：私のほうから共有しましょうか。
中西：お願いします。
粟田：資料、何番。
中西：資料11番、お願いします。
粟田：分かりました。
中西：1枚物の避難所に掲示するチラシを2部作りました。1つは認知症と診断されていても、されてなくても、困った行動と言いますか、認知症かな、あるいは困ったという症状があった時に、ちょっと考えてみてくださいというチラシになります。先ほど和田先生のほうからも、眠れないということが問題だったとおっしゃっていただいていたので。「眠れない」とか、避難所で困りそうな症状を主にピックアップしています。眠れない時、特にお部屋の中にこもってないで、昼間は出ましょうとか、お薬もあんまり怖がらなくていいとか、もう簡単なことだけ、コメントさせていただいてます。「うろうろと落ち着かない」時に、やはり家族だけで何とかしようとして、避難所を出られたりするケースもあるので、ちゃんとみんなで考えましょうとかです。あと「イライラしている」、あと幻覚について記載させていただいて、これは非常に簡単なことだけを書いておりますので、詳しい認知症のマニュアルのほうにQRコードでつなぐということで、準備させていただきました。

資料12のほうは、認知症と分かってる方のご家族です。ご家族が、ご家族だけで何とかしなければいけないと思われるので、介護施設、あるいは、福祉避難所等への案内という意味で、こういったことを書いてはどうかという意見が出ましたので、作成していただきました。これ、1枚です。そこの施設でずっと頑張らなくてもいいんだって。これもすいません、QRにつなげるつもりであります、っていうのが、避難所に張ろうかと思ってる1枚物のチラシになります。

その、たくさんチラシがある中で、この優しい色で目立つのかどうかっていうことが1点、もうなりますし、あと、内容的に修正したほうがいいと、等がありましたら、ご指導いただけたらと考えております。よろしくお願いします。
粟田：では、ここまででよろしいですか。
中西：まだ、まだ次があるんです。
粟田：そうですか、分かりました。
中西：もう、もう何かいっぱいあるんで、すいません。
粟田：1枚物のチラシにつきまして、2つ出していただきましたけど。
中西：色みがこれで目立つかしらということと、例えば、もう枠を全部オレンジにしちゃうとか、もう認知症用のはオレンジに共通して、オレンジの枠付けて、関係してるんだっていうのも一つの案かと、思ったりもしておりました。

もし、ここでご意見なければ、次のもお見せしてからでも。行きましょうか。資料 15 をお願いします。認知症学会のほうで歴代作っていたのに、医療版、医療用と介護用のマニュアルがあるんですけれども、非常にしっかりと先輩方に書いていただいてるんですけれども、内容が濃すぎて、字がいっぱいあって、読みにくいという意見もあったので。

粟田：これですか。

中西：ありがとうございます。介護用は特に、やっぱり字が多いと嫌がられるところがありますので、字数を減らして要点、絵を入れてというものを作ってみました。こちらのほうは先ほどのチラシよりは、もう少し詳しく入れさせていただいて。「不安」「いらいら」「幻覚・妄想」「落ち着かず歩きまわる」「アパシー・抑うつ」「不眠」「排泄」、それから他の「お役立ち情報へのアクセス」ということでまとめてみました。言葉については、まず全体的に徘徊（はいかい）とか暴言とか暴力とか、厚生労働省のほうが使うことをためらっている言葉については、用いないようにいたしました。

次のページをお願いします。イメージです。「ご本人への接し方の基本」これは、元の介護マニュアルに書いてあったものを、ほぼほぼ踏襲しているようなものになります。視覚的に分かりやすいように、これサポーター養成講座とかでもよく書いてあるんですけれども、「早口で、後ろから、大声で、いっぺんに」言わないとか、「目を見て、ひとつずつ、あわてずに、話してみましょう」ということを、×と○という形で、もう書いてみました。

次、お願いします。不安です。認知症の方は普段から不安を抱えているという、先輩方の力作から、もう抜粋させていただいたものです。あと少し書かせていただいたんですけれども、「困難な状況のなかでも、あなたと私達はここに居て良いし、ひとりではない」というようなことで、まとめさせていただいてます。

次、お願いします。「興奮への対応」ということで、認知症の人が示す、BPSD は認知症の人の SOS と言われていますので、もう探ってみましょうということです。これも前段のマニュアルより、少し言葉を現代風に、やってあげるというふうな言葉をなるべく使わないようにさせていただきました。

次、お願いします。「幻覚・妄想への対応」ということで、アルツハイマー型認知症のものと、レビーのものが記載があったので、そこをそのようにまとめさせていただいております。続いて、お願いします。「うろうろと落ち着かず出歩いてしまう」、出て行ってしまう人です。これ、もともと「徘徊への対応」って書いてあったんですけれども、徘徊という言葉を削除させていただいて、記載させていただいております。文中に出てくるものが使えそうな絵を、入れさせていただいております。

次、お願いします。「アパシー」です。アパシーっていう言葉、ちょっと分かりにくいので、無為もちょっと分かんないかと思うんですけれども、ちょっと一応、いったん意欲の低下だけでいいかもしれないんですけれども、記載させていただいております。こういうのが介護用マニュアルの、例えば偽性認知症のところです、につながるような文にしております。

次、お願いします。「不眠」です。これも簡単にしか書いてないです。

もう、次、お願いします。「排泄」のことです。おトイレ我慢しないようにと、そういうことが症状悪化につながるという大事な記載が、元のマニュアルにもございましたので、そのあたりについて記載をさせているところです。皆さまに今朝、共有させていただいた資料の 15 は、これの色が付いてないもので、内容的には同じものになりますので、そちらで見ていただいた方は、それで大丈夫です。

次、お願いします。最後、詳しいほうの介護用マニュアルには、もっと詳しいこういう情報があるのといって、つなごうかと思ってて。これはもうほんとに薄くて、ハンディーで、避難所で家族が手に取れるぐらいもので抑えたほうがいいのかと考えて、10 ページで。そうすると 5 枚ぐらいでできるのかと思います。これだったら A4 にしないで、B5 ぐらいで配れるかと思います。

先ほど、色みのことも申し上げたんですけれども、こういうふうに全体をオレンジとかにして、この枠を付けるとか、もう共通して、これがリンクしてるものだというのを色付けしてはどうかというのが、今日のご提案で。もしご了解いただけたら、そのように、もう変換はすぐできますし、金銭的にも大丈夫だということなので、ご検討いただけたらと思います。これについては、そもそもこの程度の簡易版の作成をするということのご了解を頂けるのか、あとは少し体裁を整えますけれども、ここはちょっとこうしたほうがいいというところがありましたら、ご指導いただけたらと思っております。

続けて、あともともと認知症学会で作っていた医療用マニュアルと、介護用マニュアルになります。先に介護の、今、介護が来ましたので、資料 14 のほうを、先に共有させていただければと思います。粟田先生すいません、14 番でお願いします。

この 14 番、ちょっと赤字でコメントを入れさせていただいているのが、ちょっと見えないですね、すいません。ここは基本的に、論調とかを修正してますというのを、わざとここに張り付けて入れています。これ最初は、あの東日本の時に作ってるので、この頃はやはり認知症の方にしてあげる、という論調が目立ちましたので、そういったところは黄色でマークしてますけれども、こちらで書き換えさせていただいております。

それと、先ほど申しましたように、徘徊等の用語は置き換えさせていただいています。というのが、例えばここ、すいません、ストップでお願いします。ここに書いてありますが、わざとこれの修正、見え消しのまましましたけれども、「暴言、徘徊」っていうのもちょっと削除して、「興奮、落ち着かず歩きまわる」というふうに置き替えをさせていただいてます。

それから、行動・心理症状の BPSD は、今、国の加算のほうでも言葉で使ってますので、「BPSD」と入れさせていただいたほうがいいかと考えて、入れさせていただいてます。赤字のところとか、それから、あと漢字についても難しい漢字のルビを振るのと、結構、この時、難しい漢字使われてますので、削除させていただいて、平仮名に、仮名に替えさせていただくと。例えば「普段」とかも、どっちでもいいかと思うところもあるんですけれども、少しそういう修正をかけさせていただいているというところになります。

次、下のほう続いて行っていただいて、「うなづく」とかもそうです、これ、ちょっと間違ったか、少しそういうふうな形で。あと新薬、ドネペジルはパッチができてますので、こういうものを追記させていただく、「易怒性」っていうのも、「怒りっぽさ」とか、置き換えです。それから、アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症の用語については、認知症の状態の方をお話してる時は、「アルツハイマー型認知症」に統一させていただきました。

それから、つらいねとかっていうのも、「つらいですね」とかちょっと丁寧に替えさせて、そこまでしなくてもいいのかもしれないんですけれども、もうそのように少し修正をかけております。ご意見あれば、また修正して。多分、これ読んでると何先生が書いたかというのまでちょっと分かるんですけれども、偉い先生が書かれてるっていうのが分かるので、修正、ちょっとためらいも多かったんですけれども、修正させていただいてます。

いったん、これを簡単にすることも考えたんですけれども、これ非常に詳細なので、これを詳細版として、簡易版からリンクするという形にさせていただいてます。「そうだね」っていうのも「そうですね」とか、「できるといいね」っていうのも、これは地方によって言い方違うかもしれないんですけど、「できるといいですね」とか、そんな形にさせていただきました。

続いて、下のほうです。次のページをお願いします。「連れ出しましょう」というのも「出てみましょう」という形に変えてます。

次、お願いします。このへんはあまり大きな趣旨の変更はしておりません。せん妄とかにつきましても、いったん、これはこのあたりの内容的には委員の先生方で確認して、一部、修正してるとこもあるんですけど、全体の構成としては、変更はしておりません。

続いて、お願いします。偽性認知症のあたりにつきましても、今、診療ガイドラインを作っている和田先生とかに、もう委員に入っていただいてますので、確認をいただいております。

続いてお願いします。この、こちらの詳細版のほうには、認知症の人の環境調整とか、そういった認知症の人の個々の症状だけでなくて、どうしたらいいかというものの、大切なことで記載されていましたので、そこは生かさせていただいているところになります。

続きまして、「家族介護者への支援」っていうところも重要なので、用語の修正等は入れてますけれども、残して活用させていただいております。「ケアスタッフへの支援」も同等になります。

最後のところは、医療用のほうにも出てくるんですけれども、お役立ち情報のほうを載せております。これはちょっと最終的にホームページ、もう一度アクセスして、確認が必要かと思っております。この「さいごに」は書くかどうかはちょっとあるのですけれども、一応、もともとは書いてありましたんで。認知症学会のホームページとのリンクは、ぜひ残したいと思うので、一応、こういう形で残らせていただいています。以上になります。

次、医療用のほうをお願いします。医療用が資料 13 です。こちらのほうは医療用で、主に新井先生のほうが、今回 BPSD のガイドラインを厚労科研で作成されてますので、そちらとの整合性を図っていただくようにいたしました。ちょっと冒頭の、専門医が「知恵を出し合い」っていうところは、すいません、1 個前ですけれども、残すかどうか悩ましいところでございますけれども、もともと、老健事業に替えさせていただいたんです。すいません。替えさせていただいてました。

次、すいません、続いてお願いします。「第 2 版」って書いてあるのは間違いないんであれですけれども、「認知症の人への支援」っていうことで、こちらも BPSD ということで、これは医師を対象にしておりますので、もう詳しく記載をいただいているところです。

次、お願いします。ここもいろんなページとのリンクをしっかり分かるということ。ちょっとすいません、こちらのほううっかりしてました、「暴言・暴力」が残ってますので、このあたり医者用であっても、ちょっと修正が、おそらく厚生労働省のほうでは求めてこられるかと思うんですけれども、後で厚生労働省の意見聞こうかと思いますが、医療用は削除してません。こちらのほうもです。

多分、すいません、これ今、パッとお示ししただけだと分からないかと思うんですけれども、各お薬等につきましては、最新のその BPSD のガイドラインと齟齬（そご）が来たさないように、修正を図ったつもりでございます。

こちらも最後のページにリンクしているので、これは介護用とかとのリンクも必要だと考えております。以上です。

それですいません、最後、もう一気に、時間もないので、資料 16 もお願いしてよろしいでしょうか。

粟田：文献調査ですね。

中西：はい。

文献調査のほうは、大阪公立大学のほうでやらせていただいたんですけれども、前回お話しましたように、過去 10 年ですと、あの東日本大震災が 10 年以上前ということで、問題がないかということを検討したんですけれども、東日本大震災の論文がしっかり出てくる年数がちょうど 10 年前なので、10 年っていう形で、文献調査を行わせていただきました。あまり少ない、熱波とかそういうものは、あまり取り上げなくてもいいのかとは思ったところでございます。

文献調査として、今、こういう形でまとめさせていただいてます。簡単な災害の定義をまず使わせていただいて、次のページをお願いします。方法としてはリサーチクエスチョンをこんなような形で設定させていただいて、以下のワードを用いて、調査させていただいてます。除外については、こちらにありますように設定させていただいてます。結果は、以下の形でまとめてございます。

もしあれでしたら、こちらのほうは改めて見ていただいて、問題点、あるいはこうしたほうがいいとご指導いただけるようでしたら、私どものほうにご連絡いただけたらと考えております。よろしくお願いします。以上になります。

粟田：どうも中西先生、膨大な作業ありがとうございます。

一応、残された時間、あと 20 分なので、ここで最初に決めておきたいことだけ、先にやっといたほうがいいと思うんで。そうすると、まずはあれですよね、1 枚物のチラシと、簡易版のほうですよね。

中西：そうです。あと、その介護用マニュアルが詳細すぎるというので、簡易版を策定したということのご了解を頂きたい、これ、前回言ってなかったことなので。まず、簡易版のご了解を頂けるようでしたら、張り紙のほうの色みとか、そういうものの統一感をどうしましょうということ。

粟田：まずそれを決めるんですよね。いかがでしょう。まず簡易版の作成につきましては、皆さん、ご了承いただけるということでよろしいでしょうか。あのだいだい色の色合いもいいですよね。それから、あのチラシのほうです。1 枚物のチラシのほうについて、色合いのことも含めてということなんですけど、何かご意見はございますか。中西先生の案としては、もう一工夫したいということでしたが、それは。

中西：ご相談ごとは、例えば今回作ったものを共通の、例えば色にするとかしとくと、リンクした時にこれねって、分かっていいのかと。もうこれは、すいません、作業部会の先生方にも諮ってないんですけれども、考えているところです。というのは、能登のほうでご意見があったんですけれども、もう避難所の張り紙が膨大で、その中から見つけんの、大変だよと。あるいは、やっぱり冊子は読めない、一般の方は読み切れないとか、いろんな話がございましたので、統一して、自分の見たいものを見つけれるように、見つけやすくしてあげることがいいのかと考えた次第です。

粟田：なるほど。よく分かりました。どうですか。何か皆さん、ご意見ございますでしょうか。作業部会は、和田先生、作業部会でしたっけ。和田先生、何かございますか。

和田：ありがとうございます。私も、中西先生の意見とほんとに同意いたします。もうほんとに、パッと見て分かるようにっていうことで、張り紙は、先生、そのいわゆる避難所の張り紙っていうの、大体、白ベースが多いということでしょうか。そうであれば、やはりそういったオレンジということで、もうオレンジは認知症関連だということも、いろいろと周知していただきながら、困ったらオレンジを見ろというようなことが広がると、利用も上がってくるかと思いましたので、賛同いたします。

粟田：いかがでしょうか。よろしいでしょうか。これはもう、ほんとに中西先生のアイデアどおりということで、よろしいかと思います。

中西：ありがとうございます。

粟田：あと先ほども言ったのですが、1 枚物のチラシの内容について、何かご意見あればということでした。もし、この場で何かご意見あれば出していただいてよろしいかと思うんですが、いかがでしょうか。本日は 3 月 14 日なので、報告書をもうそろそろまとめなければいけないのですが、最終版の印刷物は多少遅れても大丈夫かと思いますので、もしご意見あれば後で期日は設定しますが、それまでにご意見頂ければと考えております。最終的には、ワーキンググループに一任するっということでよろしいかと思いますが。

中西：ありがとうございます。先生、あの報告書のほうは、QR コードは QR っていう形だけで、実際にそこでピッてできないものでいいのかと思ってるんですけど、よろしいでしょうか。

粟田：間に合うところまでやっていただければ、よろしいかと思います。

中西：ありがとうございます。

粟田：それからあとは早急に決めなければいけないのは、報告書関係で言うと、介護用・医療用の完全版のマニュアルです。介護用のマニュアルで、いろいろと文言を修正していただいたってこともあるのですが、これについては、やはり秋山先生と藤本先生から、ご意見を何か頂いたほうがよろしいかと思うんですが、いかがでしょうか。

藤本：いや、もうアップデートが必要な部分を上手に、中西先生拾ってくださったと思いながら拝見してました。私はむしろ編集してたので、それこそどの部分がどの先生かも大体分かるんですが、ぜひそこは無視していただいて、替えていただくのがいいのかと思います。

今回配布された医療用のは、まだこれは、細かいアップデートしてないバージョンですよね。医療用のあの。

粟田：文言とかですよね。

藤本：ですから、薬とかです。例えば。

粟田：薬は、まだ古いままですか。

藤本：いや何で、それ今、確認したかって、パッと見た時に、レキサルティが入ってなかった。

中西：間違ってますか、すいません。レキサルティ入れるっていう議論、したと思うんですけど。

藤本：入れないようになったんでしたっけ。

中西：いや、入れるってなったと思います。

粟田：それはそうすると、ほとんどまだ手付かずという感じですか。

藤本：1 つ前の。

中西：いや、いや、1 個前ですか。

藤本：1 個前ぐらいのバージョンに、さっきは。

中西：事務局ありますか、すいません、ちょっと待ってください。新井先生、医療用。すいません。医療用、ほとんど新井先生におんぶに抱っこだったんで、確認させていただいて、皆さまにお送りいたします。

藤本：そのあたりも、睡眠やオレキシン受容体拮抗薬なんかに、すごくたくさん使われるようになってますし。

粟田：そうですね。

藤本：そういったものが入ってなかったから。

中西：すいません。

粟田：第 3 版っていうことで、改訂版は一応用意はされてるということでよろしいですか。

中西：はい。医療用のほうの用語は修正して、徘徊とかは直してないので、医療用もやっぱり介護と合わせてっていうことでしたら、これは私のほうで修正するようにいたします。
粟田：そうですね、それも含めて、第３版を更新していただければ。
中西：はい。用語のほうは私で修正して、新井先生に最終版の確認をいただくようにしまして、皆さまにメールでお送りします。すいません。
粟田：秋山先生、何かございますか。
秋山：いや、とても分かりやすくなっていて、すごくいいと思って見てました。最初の時は、もうこの中身を書くのに精いっぱいで、見えやすさとか、受ける側がどんなふうにお取りになるかっていうことは、なかなかそこまで目が届いてなかったんで。すごく分かりやすくて、イラストもあって、とてもいいと思いました。これでぜひお願いします。
中西：ありがとうございます。
粟田：こちらのマニュアルのほうも、医療用、介護用、両方とも、医療用のほうは最新版を送っていただいて、一応、皆さんに見ていただいて、ご意見を頂くというふうにしたいと思います。これぱっかりは、結構、分量多いので、ちょっと急いでやんなきゃいけないかと思いますので。報告書に載せないわけにはいかない。こちらは大急ぎで。
中西：ありがとうございます。アパシーは「意欲の低下」だけでいいですね、先生。
粟田：いいと思います。
和田：和田ですけど、先生、「無関心」というのはどうでしょうか、も入れて。
中西：そうですね。「意欲の低下と無関心」にしますか。和田先生？
和田：はい。両方あったほうがいいのかと思いました。
中西：分かりました。ありがとうございます。そこはこっちで直します。
粟田：ということで、一応、ゴールに必要なものは一通り、これで決められたということかと思います。
中西：先生、すいません、文献調査のほうもどうでしょうか。
粟田：文献調査ですね。文献調査の中身について、何かご意見がある方。一応、皆さんのお手元の資料を見ていただいてということになりますけど、いかがでしょう。この段階で何か確認しておきたいとことか、ございますでしょうか。これは文献調査なので、一応、そのルールに乗っかって、一応、システマティックに文献レビューした結果だと思いますが。何かございますか。
中西：最初の定義のところは、報告書のほうでは、もう少し詳細を高橋先生に記載いただきますが、関係ありそうなのだけ、簡単に。ちょうど二次調査のヒアリングでおっしゃってたようなことが、やっぱ文献からも出てきているかと。「まとめ」のところの記載でございますけれども。最後のところです。すいません、これ、下のほうの「まとめ」のところ。
粟田：いかがでしょう。何かご意見ございますでしょうか。これに関しては、基本的にはこのワーキンググループのほうでまとめていただいて、お任せするということでいきたいと思いますが、もし修正必要なことございましたら、メールで事務局のほうに言っていただくということでよろしいでしょうか。
中西：ありがとうございます。かなり、ちょっと人員不足もあって、ドタバタの状況で作りましたので、申し訳ございませんが。
粟田：大変ですよね。この文献レビューというのは非常に大変ですよね。
中西：文献調査はほんとに、うちの大学の若手たち、若手っていうか、中堅が頑張ってくれたんですけれども。
粟田：力業っていうところがあるので。
中西：全体に、すいません、いろいろ作業が非常に多くて。
粟田：多いですよね。
中西：かなりみんな、苦戦しているところで恐縮でございますが。あと、最終的にはメールで共有させていただければと思います。
粟田：分かりました。そんなところで、よろしいでしょうか。
秋山：ちょっと一つだけ、よろしいですか。
粟田：どうぞ、先生、どうぞ。
秋山：いや、むしろこれは多分、厚労省にお願いと、中西先生でなく。色をオレンジ系にして統一するというのはすごくいいアイデアで、ぜひやるべきだと思うんですが、オレンジって言っても、いろんなオレンジがあって。いや、実は何でこんなことを言ってるかっていったら、横浜市が、そのオレンジを使ってチラシを作ったんですが、あの厚労省のオレンジリングとは似ても似つかぬオレンジが出てきまして、これじゃ分かんないという話をして、色を変えさせたことがあるんです。そのオレンジの色というのは、厚労省のほうでは何か細かく決まってるとか、何かあるんですか。何号、何番を使うとかです。何かありそうな気もするんですが、そしたら、そこに合わせられたら、合わせたほうがいいかと思ったんです。
粟田：吉松さん、何かコメントありますか。
吉松：お世話になってます、吉松です。正直、ちょっと私も、その色の番号っていうところでちょっと、ちょっと、知らなくて。そんな特定のものはないのかというふうに思うんですが、ちょっとそういったものがあるかっていうのは、ちょっと聞いてみようと思います。
粟田：厚労省の方より、中西先生がよく知ってるのかもしれないですけど。
吉松：そうですね、中西先生がご存じですか。
中西：いえいえ、柿右衛門の柿の色がほんとだ、というのだけは知ってますけど。何でしたっけ、あの唐津焼でしたか。
粟田：なるほど。
中西：だから、柿色って言うから、オレンジリングよりほんとはもうちょっと渋いのかと思うんですけど。武田先生も何か聞いてますか、このあたり。
武田：いやいや、そうですね、柿右衛門なんだけど、当初、柿と聞いたんですけども、でもあの有田焼の、ですよね。
中西：有田でしたっけ。

武田：あれの色は、でも、あれは特に後から調べてみると、柿とはあんまり関係ないみたいで。でも、もともとは世界に輸出する、江戸時代のその産物やった、そういう有田焼のあの朱入れですよね。あれを模して作られたっていうことみたいではあるんですけど。ちょっとそのあたりが、情報がちょっと錯綜（さくそう）してる部分もあって。柿色だって、僕も、ちょっと教わったりした部分もあったんですけども、実は柿色ではないんじゃ、柿右衛門のただ、名前だけであって。後から調べてみると、どうも危うい情報だって気もして。ただ、確かに有田焼とか、そういったものであったことは確かみたいです。

中西：もうちょっと赤いんですよね、ほんとは。

武田：そうです。あの結構、朱色をきれいに出したっていうところで、それを使ったっていうような、ことのようではあるんですけど。

秋山：すいません、余分なことを申し上げて。

武田：いえいえ。

秋山：ただ、いや、でもそのいわれも、また今、面白い話なんで興味深く聞いてたんですが、もうちょっと知りたいですけど、それはそれとして、今回の目的で言うと、今、現在、ずっと厚労省がオレンジ、オレンジと言ってきて、皆さんのイメージに定着しているオレンジだったらいいかと思いました。そしたら何でしょう、ちょっと中西先生のほうが、多分、お詳しいと思うんで、考えていただいて。そういうオレンジで作るように、印刷の時にカラーを調整していただくといいと思いました。

中西：先生、逆に、横浜市が出してきた、その本来じゃないオレンジっていうのは、どんなオレンジなんですか。

秋山：最初、今はちょっと良くなりましたけど、すごく暗くて、れんが色のような色を作って来たんで、こらって、怒ったんですけど。

中西：もしかして、それが柿右衛門の色かもしれない、かもしれない。

秋山：そうなのか。

中西：どうでしょう。

秋山：そしたら、悪いことしちゃったな。

中西：いやいや、分かんないです。先生、すいません。私、勝手に思ってたのは、さっき簡易版でお示ししたぐらいの、字が読める、背景は字が読めるぐらいにして。

秋山：そうなんですね。

中西：へりをきれいな、あのオレンジリングのイメージで囲うというのが、すいません、勝手に思ったんですけど、栗田先生さっきの。

栗田：●だったんですね。

中西：さっきのやつです、簡易版の。資料の 15 の。

栗田：ありがとうございます。その他、何かございますか。冨本先生、何かございますか。

冨本：私ですか。

栗田：はい。

冨本：いや、今の色の話はちょっとついていけないんですけども、さっきのアンケートの中で、認知症学会のマニュアルが、あまり現地で利用されていないっていうか、知られてないっていう。でも、届いた人はすごく重宝したっていうか。そうすると、次に起こることを想定すると、どうしておくと現場で周知がされるのか、利用がされるのか。せっかくいいもの作っても、使われなかったら意味がないので、そこもちょっと考えておく必要あるのかなと思って、聞いてました。

中西：ありがとうございます。すいません。それについては、今回、能登半島の時に、厚生労働省が地震が起きたから、認知症の方にこういう配慮をしてくださいっていうのを通知したのが、確か 1 月 3 日だったんです。なので、その初期の 3 日以内に通知が出せるっていうのは、厚生労働省しかないので。厚生労働省が出す通知に、少なくとも 1 枚物のチラシを張ってもらう、あるいは、リンクを載せてもらう、そのリンクにこのマニュアルをリンクを張っていただいたら、少なくとも自治体や何かがそっからダウンロードができるっていうことを、私は厚生労働省に今日お願いしたいと思ったんで、そこをもし、吉松さん、主査がいらっしゃいますけれども、厚労省のほうでも検討いただけたらと思いますし、例えばこの委員会として、結びみたいなとこに、提言みたいに、そうしてほしいと。

栗田：そこも一応、最後に、皆さんで少しだけ議論しておかないといけないですね。この研究事業、最後に政策提言を出すということにしてありましたので、本来はもっと議論しなければいけないのですが、無理のない範囲の提言であれば短い議論でもよろしいかと思いますので。

被災支援マニュアルに関しては、このマニュアルの活用にあたって、政策的にこういうことをしたほうがいいのではないかという、そういう提言を短めに出していただいたほうがよろしいかと思いますので。何かそのへんのところを、今の議論踏まえて、中西先生、一言、二言考えてもらえるといいかな、と思っております。

中西：ありがとうございます。11 月ぐらいの、10 月か、日本老年精神医学会の特集号を栗田先生に企画頂いた時に、そこに政府の対応っていうのを載せさせていただいたんですけれども。その政府の初動のところに、このマニュアルがリンクするような形を提言として出したいと思いますが、よろしいでしょうか。

栗田：そうですね、ぜひ、そんなような形でお願いできればと思います。ありがとうございます。田中先生、何かございますか。田中先生の、ちょっと顔が見えないんですけど。

田中：議論聞かせていただいて、大変参考になりました。すいません。災害支援に関して、中西さん言われてることごもっともなんですけども、日頃からそういうことに関してのシミュレーションとか、考えとかいうのも、疾患医療センターの一つの役割として、あってもいいような気したんですけど。

栗田：そうですね。これは今回の調査の結果から、何か疾患医療センター向けの何かっていうのは導き出せることができるんでしょうか。確か、新井先生のヒアリング調査で、認知症疾患医療センターは非常に助かったという意見があったという報告がありましたが。私の

経験でも認知症疾患医療センターが災害時にとても役立ったという印象があります。

中西：すいません。能登も、北村先生のところがご活躍されたみたいなんですけれども、初期に通知を出せたっていうのが良かったのではないかと、お話を伺って。その司令塔になったみたいなんです。受け入れた患者さんはたくさんいなかった、5 人ぐらいしか今回いなかったんだっておっしゃってたんですけれども、そういうふうな形でやっぱり、その地域の、今、田中先生おっしゃってくださったの、ほんとだと思ったんですけれど、地域の医療介護の中核としてやっぱり出せるっていうのは、いいなと思います。

粟田：では、中西先生、そのへんのところも、もし何か書けそうでしたら、よろしく。

田中：すいません。それは、どういう通知を出されたんですか。

中西：自分のところがこういうことには対応するし、こういう場合はこういうことやりますよ、みたいな連絡を県内に出したと。

粟田：北村先生側から？

中西：確かそうだったと思います。

粟田：そうなんですか。なるほど。

中西：ちょうど私も、それを厚生労働省のほうで、当時、伺ってたように思うんですけれども。

粟田：なるほど。

中西：こういう時にはこうしてどうぞっていうことです。だから、それは多分、その疾患医療センターでも、地域によって役割が違うとは思うんですけれども、何らかのそういう司令塔の役割ができると。特に基幹型はやっぱりもしかしたら、そういうことが必要かと、今お伺いしてて思いました。

粟田：提言というものは、どこに向けて出すかということをきちんと定めておかなければなりませんが、今回は、やはり政府に対して、こういうことをぜひやってもらいたい、という意味での提言を出すのではないかと思います。

中西：ちょっと作文して、送ります。

粟田：分かりました。

中西：よろしいでしょうか。

粟田：あと、新美先生、どうぞ。

新美：ありがとうございます。新美です。聞こえておりますでしょうか。

粟田：聞こえてます。

新美：すいません。資料拝見いたしました。ありがとうございました。ちょっとクイックなコメントですけども、さっきのオレンジの話は、おそらくオレンジリングと合わせるっていう意味で、あそこのリング作ってるところに色合いを聞いたらいいんじゃないかっていうふうに思ったのと、さまざまなマニュアルとか、配置などにつきましては、せっかくいろんなとこにヒアリングをしていただいたっていうことなんで、そういったヒアリングをしていただいた方々などを見ても、やはりこういった形とか、こういう色合いとかで大丈夫みたいな確認を、つまり利用者にとって本当にいいかどうかっていうのを、確かめられてもいんじゃないかっていうふうに思ったというのが、私のコメントでございます。

粟田：ありがとうございます。考えてみると、ここには厚労省の OB だらけだと、新美先生の話を聞いて思い出しましたけど。ありがとうございます。

では、大体そんなことでいきたいと思いますので。もうほんとに時間がなくて、皆さん、申し訳ございません。最終的な報告書はこの数日以内に作り上げますので、一応、皆さんに、一応、回覧するというような形にしたいと思いますので。おそらくそのご意見を頂く、報告書に反映できるような意見をもらうとしたら、もうほんとに時間が、17 日までに頂かないと、もうどうにもならんという感じなので。そのへんぐらいをめどに、もし意見があれば出していただくと。ただ、最終的な成果物としてのマニュアルは、もうちょっと時間があるかと思いますので。報告書用というところで、そのへんのところまで、お願いできればと思ってるところでございます。よろしいでしょうか。

中西：粟田先生、1 点。

粟田：どうぞ。

中西：テクニカルな質問ですけれども、報告書もオレンジにしたほうがいいですか、その貼付用の。白黒でもいいのかとは思ったんですけど。

粟田：報告書の表紙ですか。

中西：表紙じゃなくて。表紙でもいい、表紙もそうかもしれないんですけど、そのマニュアルとか何かを。

粟田：成果物？

中西：成果物入れますけど、全部オレンジもうっとおしいかしら、と思うんですけど。

粟田：多分、これはお金の問題になるので、事務局と相談ということかと思います。

中西：分かりました。そこはちょっとご相談でやらせていただきたいと思います。

粟田：では、よろしいでしょうか。いいでしょうか。では、最後、吉松さん、一言何か、最後の締めのごあいさつを。

吉松：すいません。遅くまで皆さん、さまざまなご意見、ご議論、大変ありがとうございました。

大きく、疾患医療センターのデータベースの関係と、災害の関係とでございましたけれども、まずそのデータベースの関係のほうは、粟田先生もおっしゃっておりましたけれども、Excel で管理するのっていうのは、われわれのほうでも、大変苦労しているとこでございます。確かに、そのデータがちゃんと入っているか、この数字がほんとに正しいものかどうかというチェックをしないといけないんですが、なかなか難しいところがあります。

そういう中でシステムというのがあると、非常に便利ではあるかと思うんですけど、誰がそのシステムを持つのか、どうデータを管理するのか、運用保守の費用をどう回していくか、いろいろな観点で、検討が必要かと思っております。システム関係となると、省内のほうでもいろいろな検討が必要なのかと思っておりますので、引き続き、皆さまのご知見もお貸し

していただきながら、検討できればと思っております。

　また災害のほうも、中西先生にいろいろな、大変膨大な作業をしていただいて、ありがたいと思っているところです。なかなか形にするのが大変かと思いますけれども、最後までご協力いただければと思いますので、何とぞよろしくお願いいたします。ありがとうございます。

粟田：中西先生、あの災害の件で、今回のヒアリング調査からは非常に貴重なデータが得られているので、今後、いろいろなところで活用できる大切な材料になるかと思いますので、ぜひ報告書のほうにしっかり記載してとおいていただければと思います。

中西：ありがとうございます。書くメモまでは、みんなできておりますので、あとは体裁で載せられると思います。1 点だけ気にしてるのは、例えば介護老人保健施設とか、そういった施設形態は間違いなく載せていいと思うんですけれども、施設名まで載せるかとか、そのあたりは削除の形でよろしいでしょうか。

粟田：施設名はまずいと思うので。施設類型がもし可能であればあったほうがいいですけど。

中西：そうですね、やっぱり。ただ、県立の精神病院は、ばれてしまうとは思いますけれども。病院でよろしいですか。疾患医療センター。ちょっとご相談させてください。

粟田：病院とかですかね。

中西：病院でいいですか。分かりました。

粟田：疾患医療センターぐらいだったらいいか。一般名で。

中西：分かりました。絶対ばれてしまいますけれども、そういう形には。

粟田：ばれちゃうかもしれませんが。

中西：分かりました。ありがとうございます。

粟田：では皆さん、ほんとに今日は長い間、ありがとうございました。もう一息でございますので、またご協力をお願いいたします。どうも皆さん、ありがとうございました。