

認知症医療の実態調査

最終報告書

令和8年4月

東京都

目次

I	認知症医療の実態調査の概要	3
II	病院調査	17
III	認知症疾患医療センター（病院以外）調査	110
IV	施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査	124
V	区市町村調査	151
VI	当事者・家族調査	186
VII	課題の整理	195

I 認知症医療の実態調査の概要

1 調査の目的

認知症専門病院の検討に向け、都内の認知症医療の実態を把握するため、医療機関、介護サービス事業者、区市町村及び認知症の当事者・家族への調査を行う。

2 調査の概要

(1) 調査の対象

病院、認知症疾患医療センター、介護サービス事業者（特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護事業所）、居宅介護支援事業所）、区市町村及び認知症の当事者・家族

(2) 調査方法・回収状況

ア. 病院・認知症疾患医療センター・介護サービス事業者・区市町村調査

調査対象に調査票等を郵送し、WEB 回答・WEB 回収

イ. 当事者・家族調査

調査票等を 10 部ずつ協力機関（関係団体 2 か所及び地域拠点型認知症疾患医療センター 1 2 か所）へ郵送し、調査対象者に配布。自記式回答・郵送回収／WEB 回答・WEB 回収

ウ. 回収状況

調査対象種別	調査手法	発送数	回収数	回収率
病院	郵送配布・WEB 回収	586 件	287 件	49.0%
認知症疾患医療センター（病院）	郵送配布・WEB 回収	41 件	41 件	100%
認知症疾患医療センター（病院以外）	郵送配布・WEB 回収	11 件	11 件	100%
特別養護老人ホーム	郵送配布・WEB 回収	36 件	25 件	69.4%
有料老人ホーム	郵送配布・WEB 回収	36 件	16 件	44.4%
認知症高齢者グループホーム （認知症対応型共同生活介護事業所）	郵送配布・WEB 回収	36 件	22 件	61.1%
居宅介護支援事業所	郵送配布・WEB 回収	153 件	95 件	62.1%
区市町村	郵送配布・WEB 回収	62 件	62 件	100%
当事者・家族	郵送配布・郵送/WEB 回収	140 件	36 件	25.7%

(3) 注意事項

ア 調査結果の比率は、その設問の回答者数を基数として、小数点以下第 2 位を四捨五入して算出している。

イ 単回答形式の設問は「総回答数＝回答者数」だが、四捨五入の関係で、全選択肢の回答比率の合計が 100.0%にならない場合がある。

ウ 複数回答形式の設問は「総回答数≧回答者数」のため、選択肢の回答比率の合計は「総回答数＝回答者数」でない限り 100.0%を超える。

エ 図表中の「n」とは、その設問への回答者数を表す。

オ 選択肢の語句が長い場合、本文や表・グラフ中では省略した表現を用いることがある。

3 調査結果の概要

(1) 病院調査

ア 認知症を有している患者（疑いも含む。以下同様。）の入院受入れについて伺います。

(ア) 認知症を有している患者の人数について

問1 認知症を有している患者の人数をご回答ください。

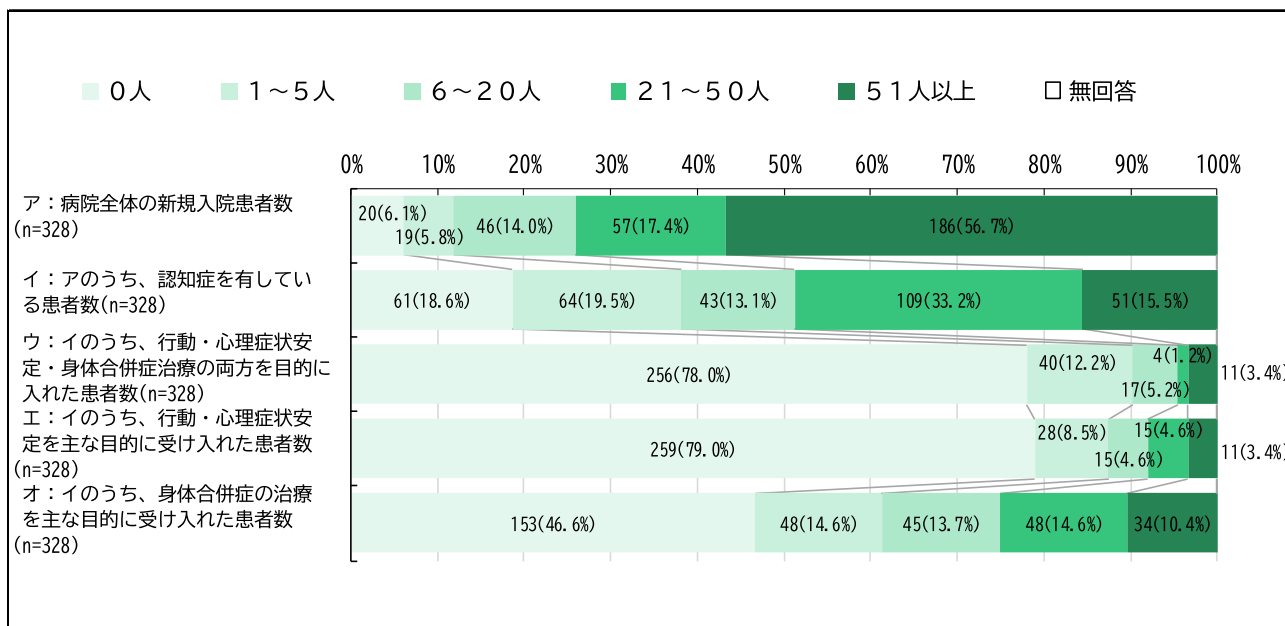
ア：病院全体の新規入院患者数では「51人以上」(56.7%)が最も高く、次いで、「21～50人以上」(17.4%)となっている。

イ：アのうち、認知症を有している患者数では「21～50人以上」(33.2%)が最も高くなっている。

ウ：イのうち、行動・心理症状安定・身体合併症治療の両方を目的に受け入れた患者数では「0人」(78.0%)が最も高くなっている。

エ：イのうち、行動・心理症状安定を主な目的に受け入れた患者数では「0人」(79.0%)が最も高くなっている。

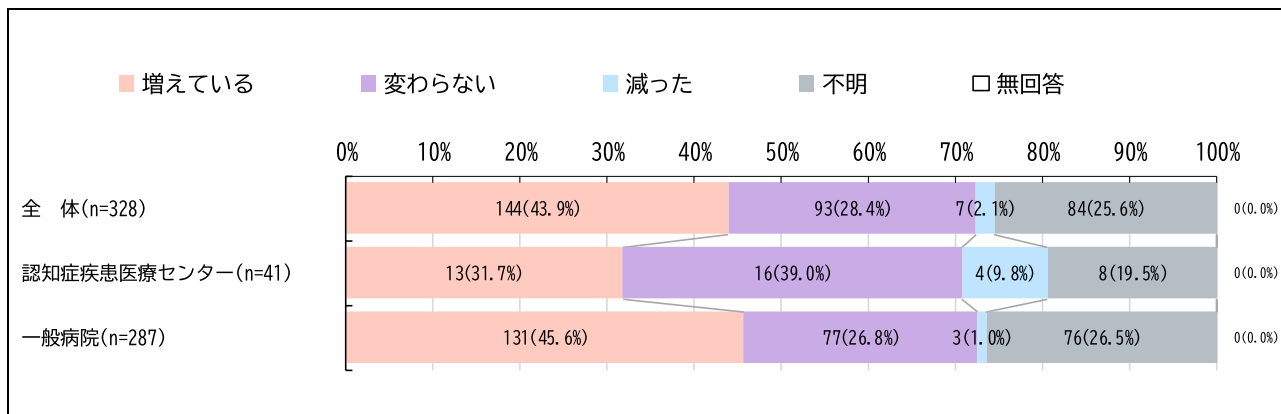
オ：イのうち、身体合併症の治療を主な目的に受け入れた患者数では「0人」(46.6%)が最も高くなっている。



(イ) 行動・心理症状が強い認知症患者について

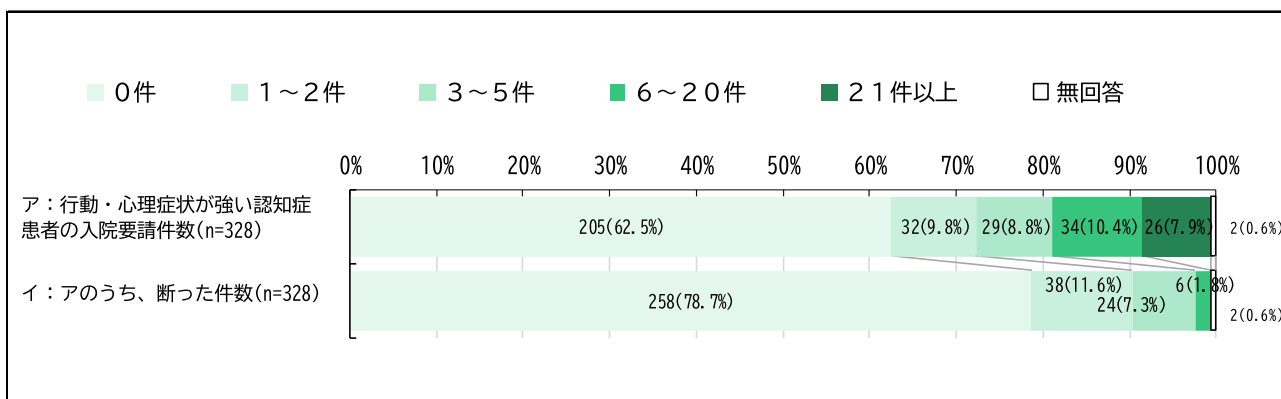
問3 以前（5～10年程度）と比べて、行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請は増えていますか。
（1つに○）

全体では、「増えている」（43.9%）が最も高く、続いて、「変わらない」（28.4%）、「不明」（25.6%）の順に高くなっている。



問4 行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請件数と断った件数をご回答ください。
なお、0件の場合でも、0とご回答ください。（2025年6月実績をご回答ください。）

ア：行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請件数では「0件」（62.5%）が最も高くなっている。
イ：アのうち、断った件数では「0件」（78.7%）が最も高くなっている。

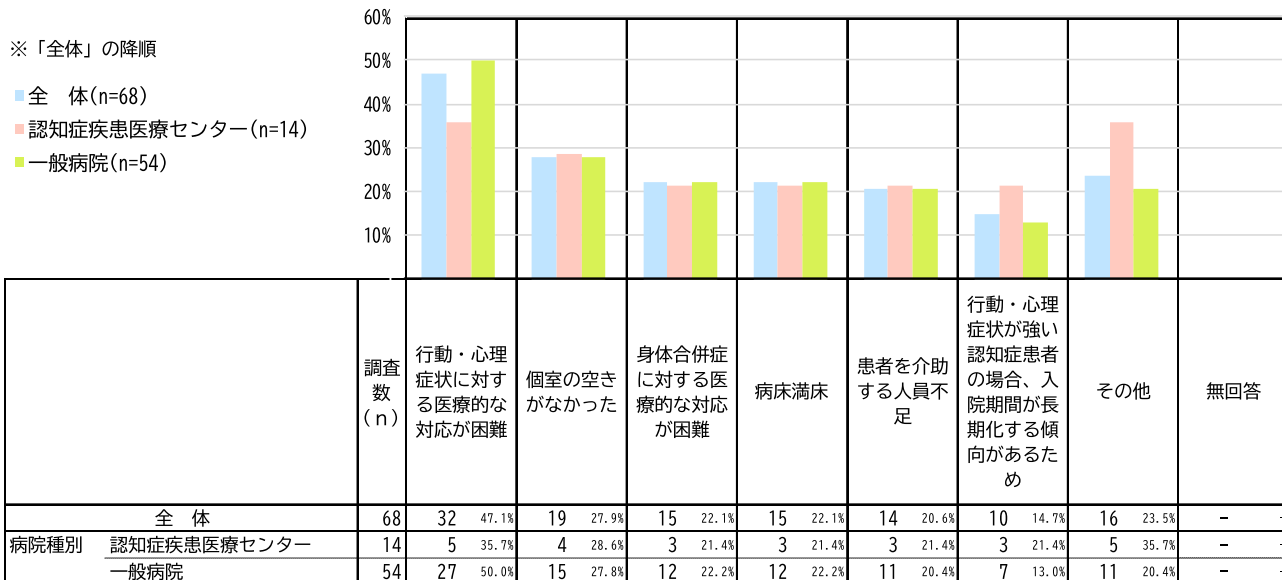


I 認知症医療の実態調査の概要

問4 「イ 入院要請のうち断った件数」で「1件」以上と回答した場合のみお答えください。

問4-1 断った主な理由をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)

「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(47.1%)が最も高く、次いで、「個室の空きがなかった」(27.9%)となっている。



※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

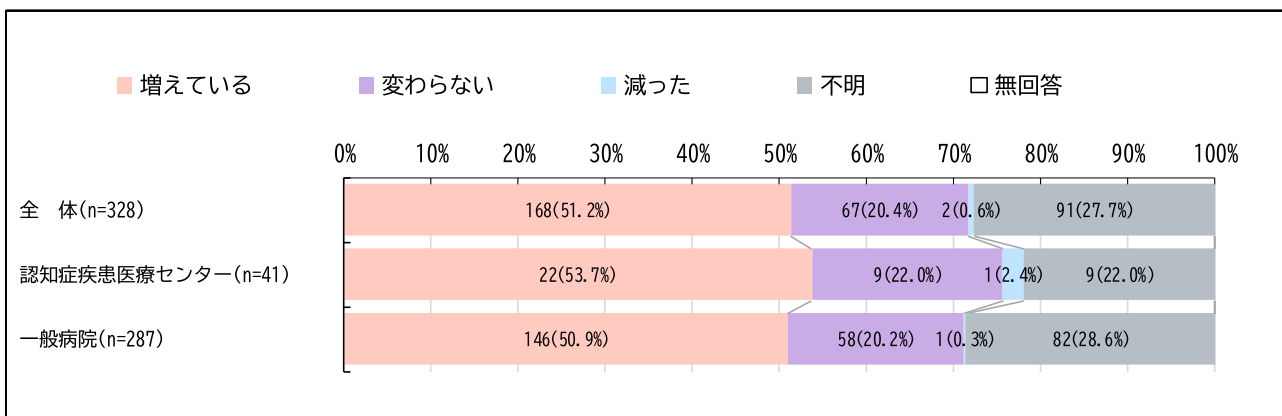
【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

(ウ) 身体合併症※を有する認知症患者について

※ 対応が必要な脳血管疾患・心疾患・呼吸器疾患・感染症・骨折など

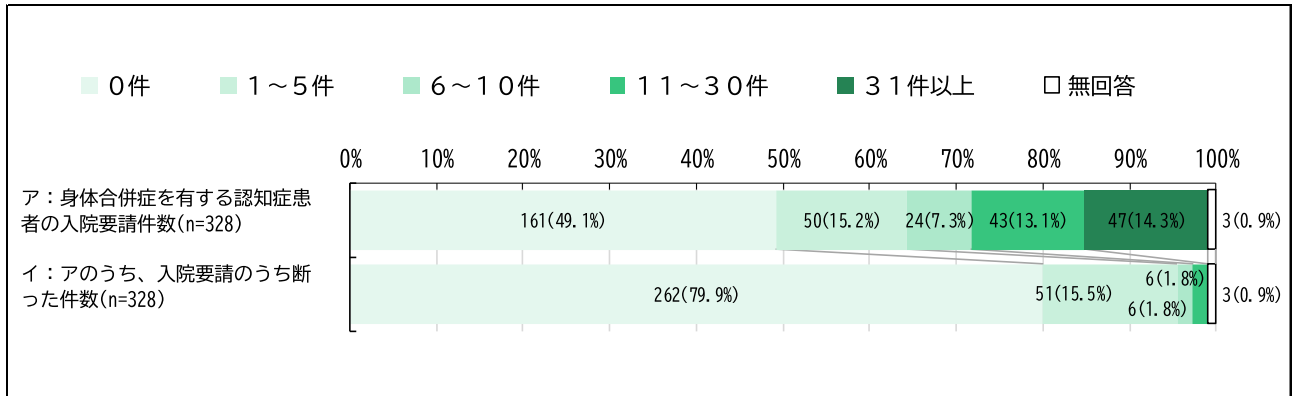
問7 以前(5~10年程度)と比べて、身体合併症を有する認知症患者の入院要請は増えていますか。(1つに○)

全体では、「増えている」(51.2%)が最も高く、続いて、「不明」(27.7%)、「変わらない」(20.4%)の順に高くなっている。



問8 身体合併症を有する認知症患者の入院要請件数と断った件数をご回答ください。
 なお、0件の場合でも、0とご回答ください。(2025年6月実績をご回答ください。)

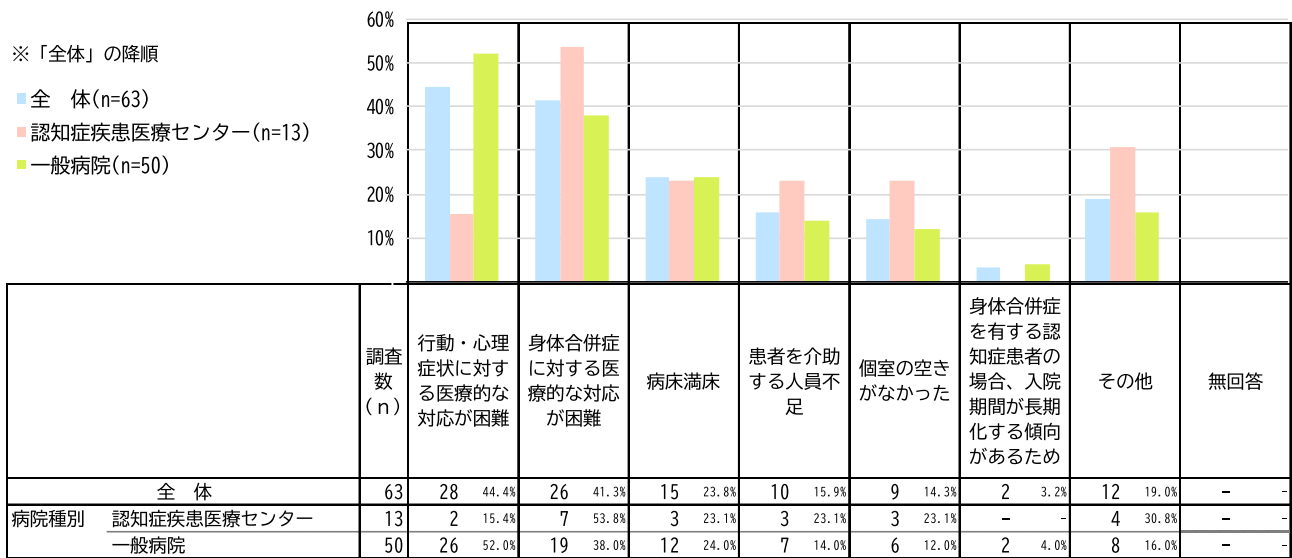
ア：身体合併症を有する認知症患者の入院要請件数では「0件」(49.1%)が最も高くなっている。
 イ：アのうち、入院要請のうち断った件数では「0件」(79.9%)が最も高くなっている。



問8 「イ 入院要請のうち断った件数」で「1件」以上と回答した場合のみお答えください。

問8-1 断った主な理由をご記入ください。(あてはまるもの全てに○)

「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(44.4%)が最も高く、次いで、「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(41.3%)となっている。



【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

I 認知症医療の実態調査の概要

認知症疾患医療センターの病院のみが回答

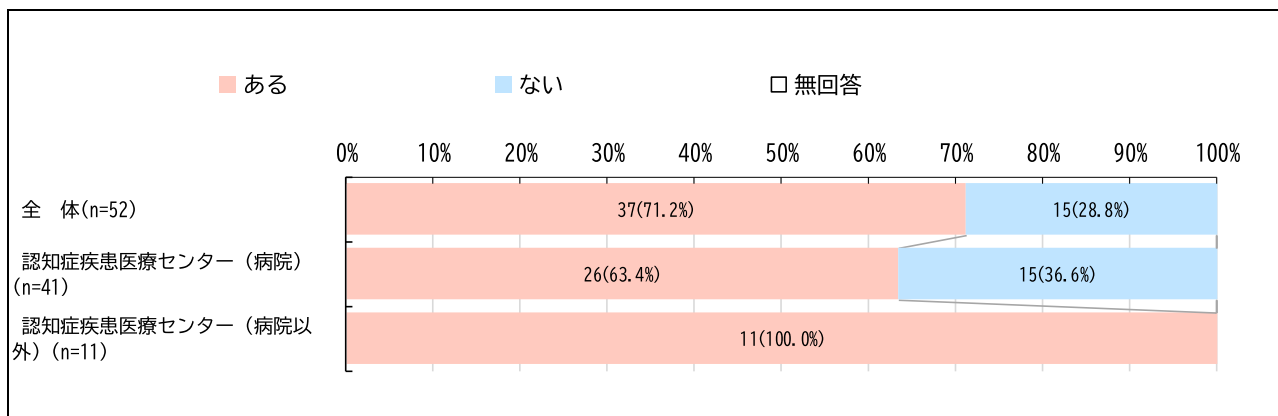
イ 認知症を有している患者の入院先の調整に係る地域の状況について伺います。

(ア) 貴センターが他院へ入院調整を行うとき

問12 認知症を有している患者の受入を依頼する際、受入調整に困ったことはありますか。

(1つに○)

「ある」(71.2%)が「ない」(28.8%)よりも高くなっている。



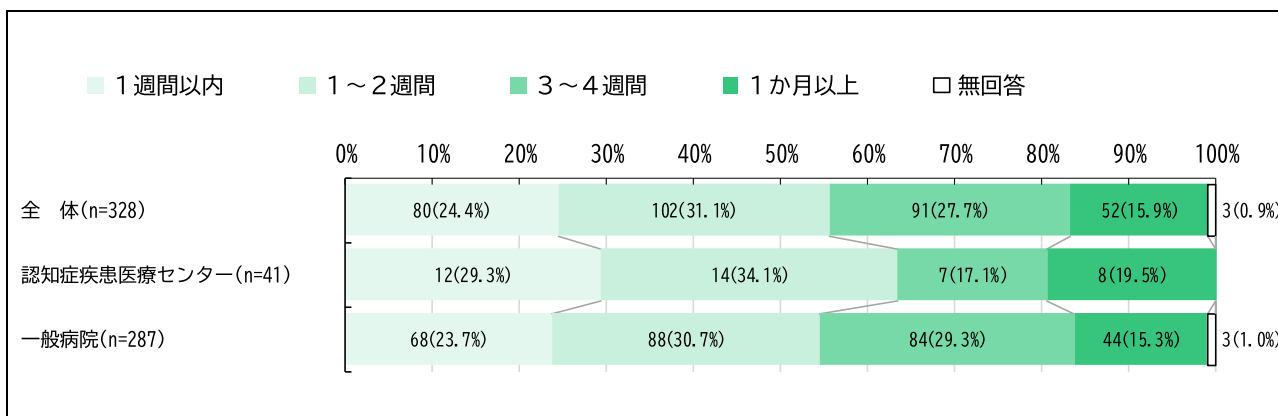
※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

すべての病院が回答

ウ 認知症を有している患者の転退院調整について伺います。

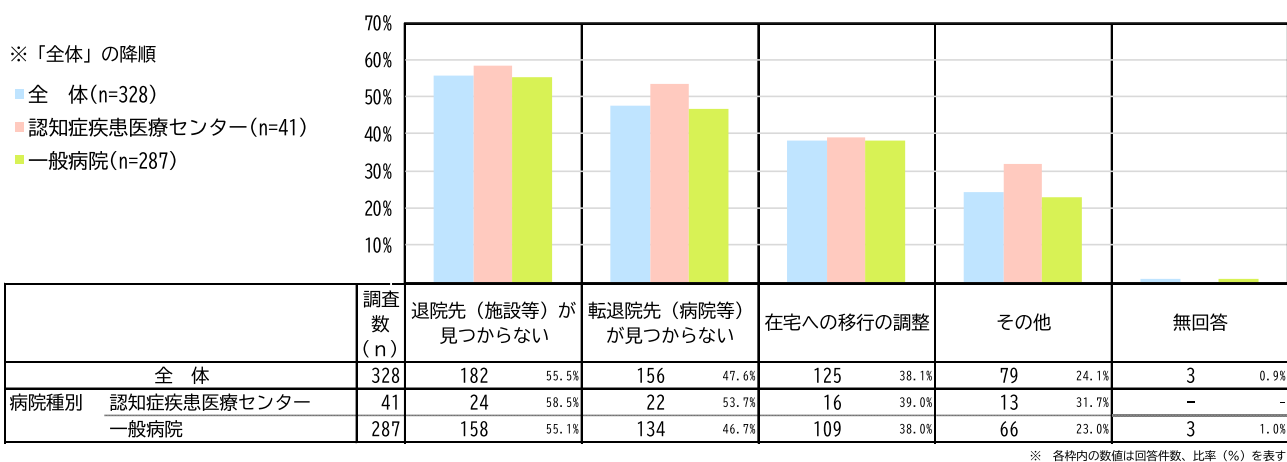
問19 認知症を有しない患者と比べて、認知症を有している患者の転退院調整に通常どれくらい多くの日数を要していますか。(1つに○)

全体では、「1～2週間」(31.1%)が最も高く、続いて、「3～4週間」(27.7%)、「1週間以内」(24.4%)、「1か月以上」(15.9%)の順に高くなっている



問20 転退院調整により多くの日数を要する理由をご回答ください。

「退院先（施設等）が見つからない」（55.5%）が最も高く、次いで、「転退院先（病院等）が見つからない」（47.6%）、「在宅への移行の調整」（38.1%）となっている。



【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

(2) 認知症疾患医療センター（病院以外）調査

ア 認知症を有している患者の入院先の調整に係る地域の状況について伺います。

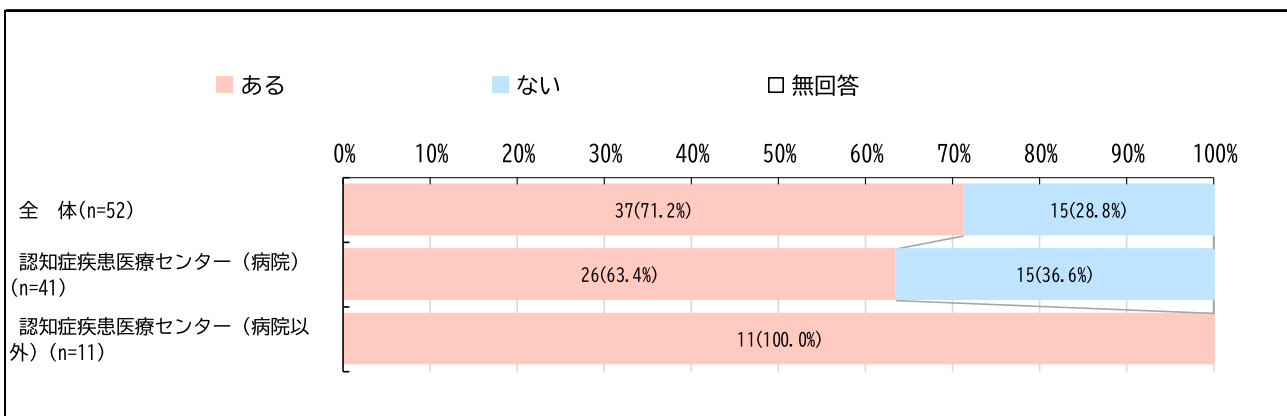
(ア) 貴センターが他院へ入院調整を行うとき

問4 認知症を有している患者の受入を依頼する際、受入調整に困ったことはありますか。（1つに○）

「ある」（71.2%）が「ない」（28.8%）よりも高くなっている。

認知症疾患医療センター（病院）では、「ある」（63.4%）、認知症疾患医療センター（病院以外）でも、「ある」（100.0%）が最も高くなっている。

理由として、「身体合併症や行動・心理症状への対応が困難」、「ベッドに空きがない」などが挙げられている。



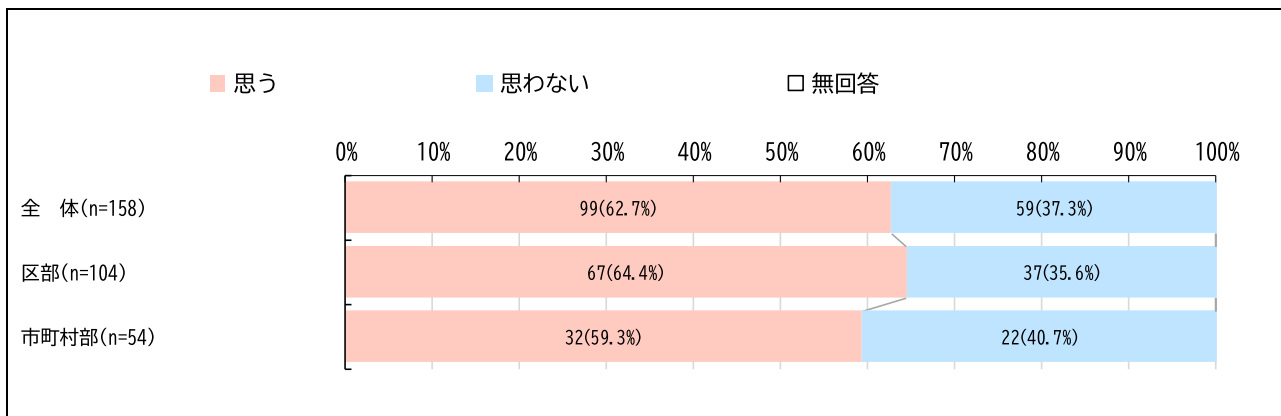
※病院調査でも同様の設問（認知症疾患医療センターである病院のみが回答）があり、本グラフでは合算して集計している。

(3) 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査

ア 認知症のある人の入院先の調整に係る地域の状況について伺います。

問1 円滑に入院が行われていると思いますか。(1つに○)

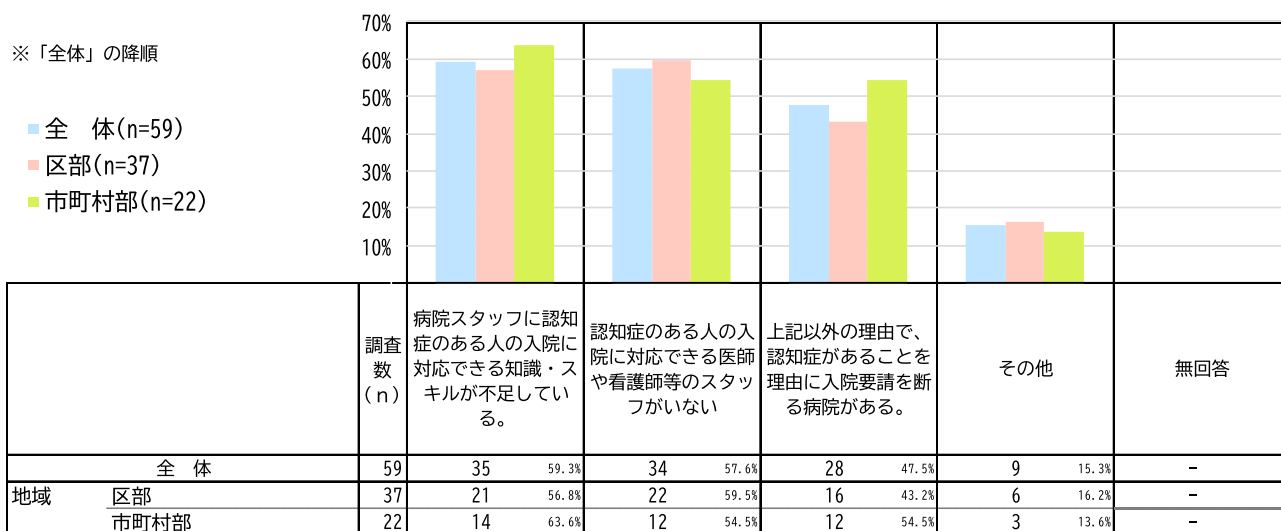
「思う」(62.7%)が最も高く、次いで、「思わない」(37.3%)となっている。



問1で「思わない」と回答した施設に伺います。

問1-1 円滑に入院が行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

「病院スタッフに認知症のある人の入院に対応できる知識・スキルが不足している。」(59.3%)が最も高く、続いて、「認知症のある人の入院に対応できる医師や看護師等のスタッフがいらない」(57.6%)、「上記以外の理由で、認知症があることを理由に入院要請を断る病院がある。」(47.5%)の順に高くなっている。

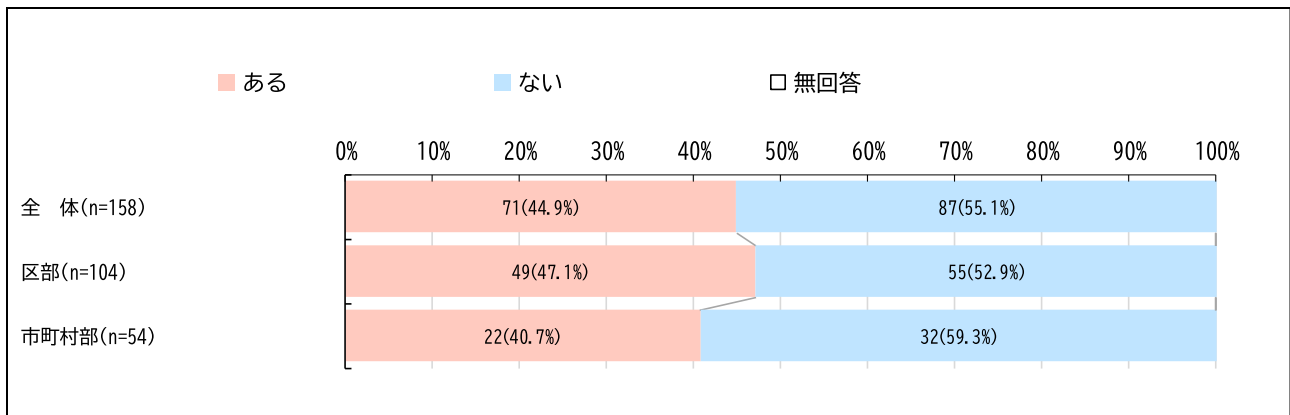


※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問2 実際に入院調整に困ったことはありますか。(1つに○)

「ない」は55.1%と高く、一方、「ある」は44.9%となっている。

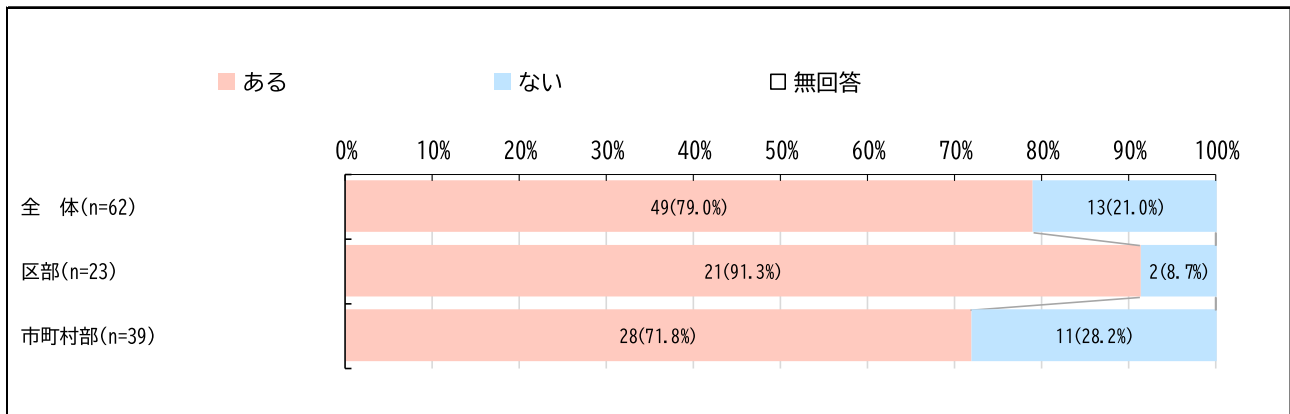


(4) 区市町村調査

ア 地域の認知症患者の医療上の課題

問6 認知症に関する医療・介護の連携上の課題はありますか。

「ある」(79.0%)が最も高くなっている。

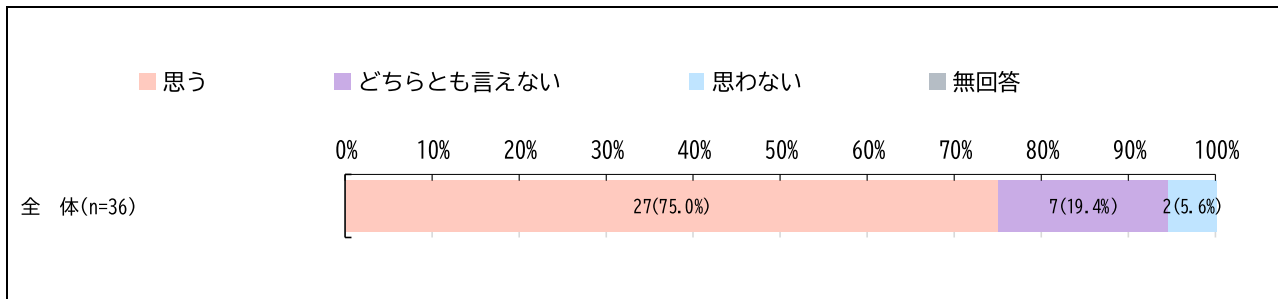


(5) 当事者・家族調査

ア ご自身のかかりつけ医について

問1 ご自身のかかりつけ医は、認知症について理解があると思いますか。

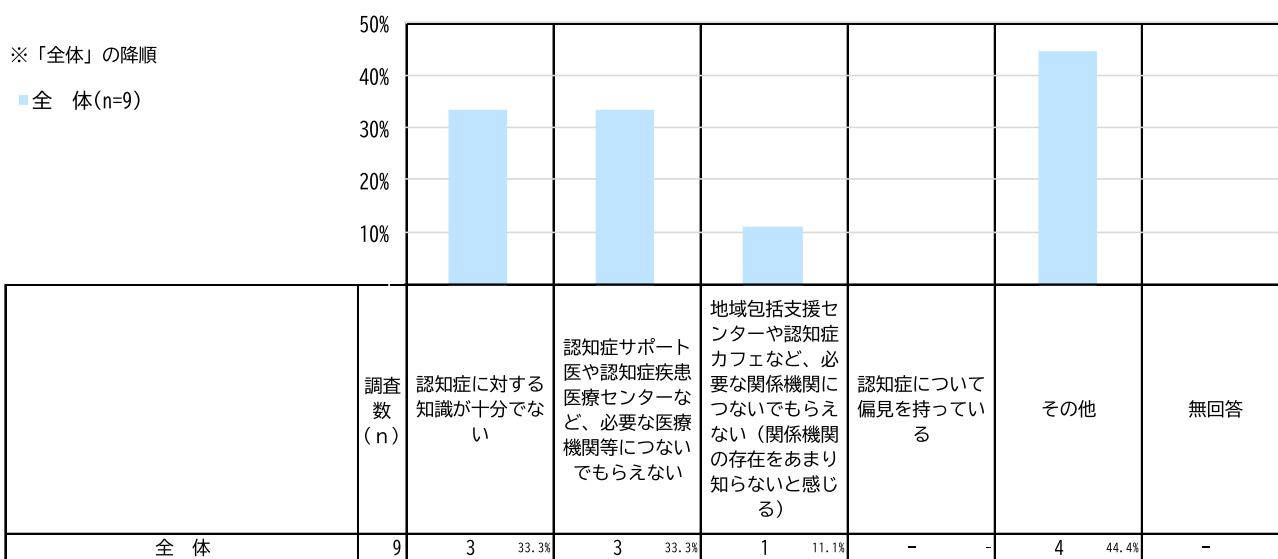
「思う」(75.0%)が最も高くなっている。



問1で「どちらとも言えない」または「思わない」と回答した方に伺います。

問1-1 なぜそう思いましたか。(あてはまるもの全てに○)

「認知症に対する知識が十分でない」・「認知症サポート医や認知症疾患医療センターなど、必要な医療機関等につないでももらえない」(33.3%)が最も高くなっている。

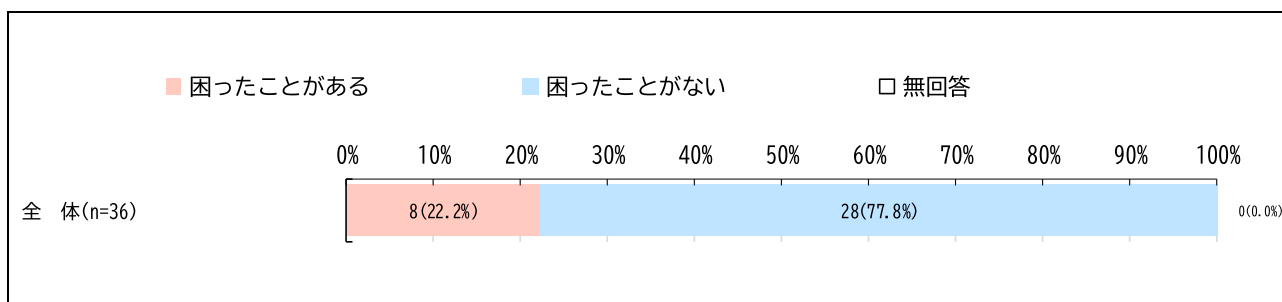


※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

イ 入院先を選ぶとき

問2 病気やケガ等で入院して治療することが必要になったとき、入院先を選ぶに当たって困ったことがありますか。(1つに○)

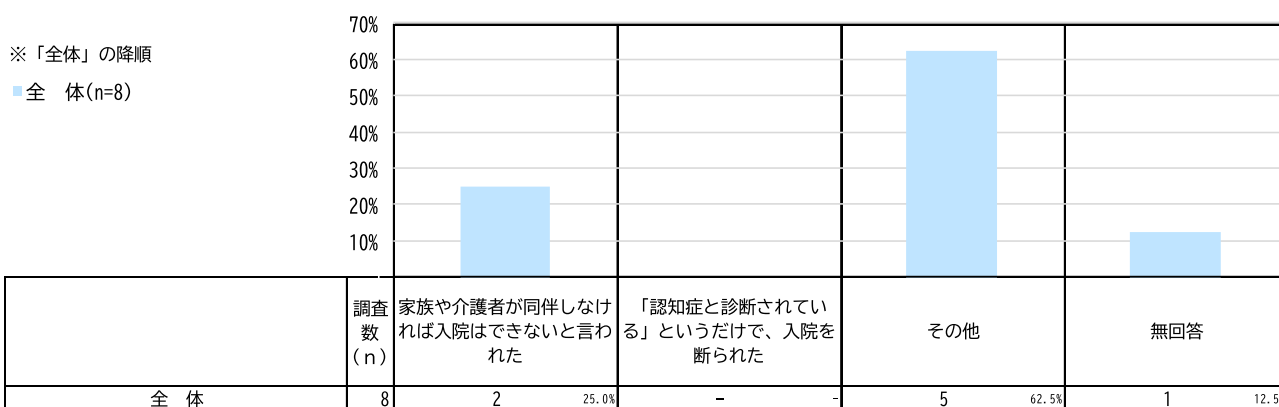
「困ったことがない」(77.8%)が最も高く、次いで、「困ったことがある」(22.2%)となっている。



問2で「困ったことがある」と回答した場合のみご回答ください。

問2-1 どのようなことで困りましたか。(あてはまるもの全てに○)

「家族や介護者が同伴しなければ入院はできないと言われた」(25.0%)が最も高くなっている。

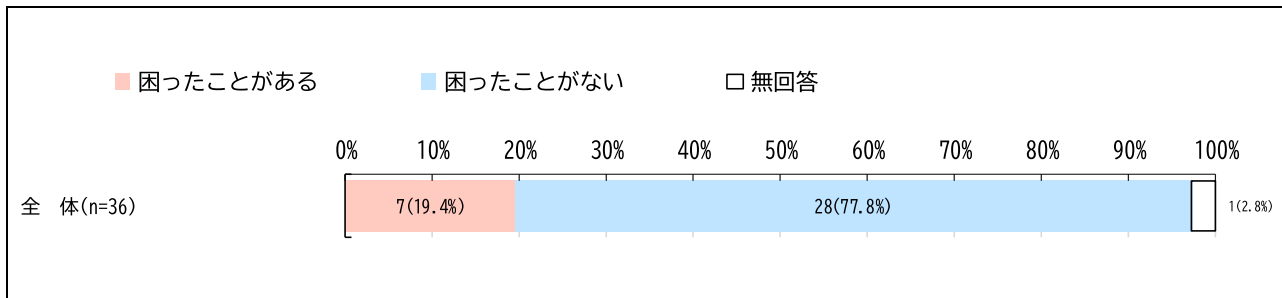


※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

ウ 入院中に治療やケアを受けているとき

問3 病気やケガ等で入院したとき、入院中の治療やケアで困ったことはありますか。(1つに○)

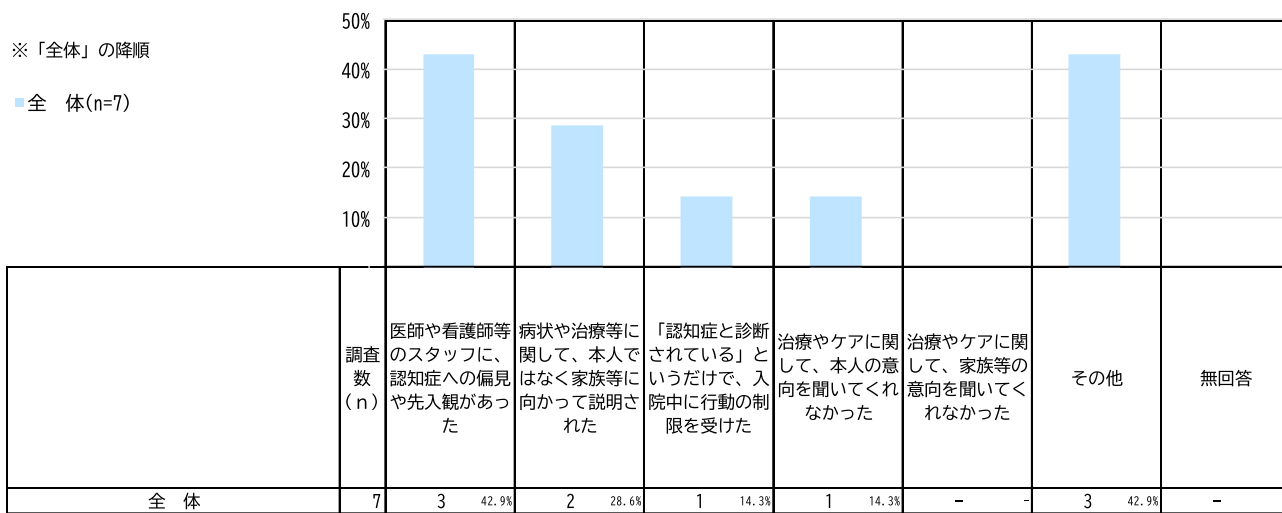
「困ったことがない」(77.8%)が最も高くなっている。



問3で「困ったことがある」と回答した場合のみご回答ください。

問3-1 どのようなことで困りましたか。(あてはまるもの全てに○)

「医師や看護師等のスタッフに、認知症への偏見や先入観があった」(42.9%)が最も高くなっている。

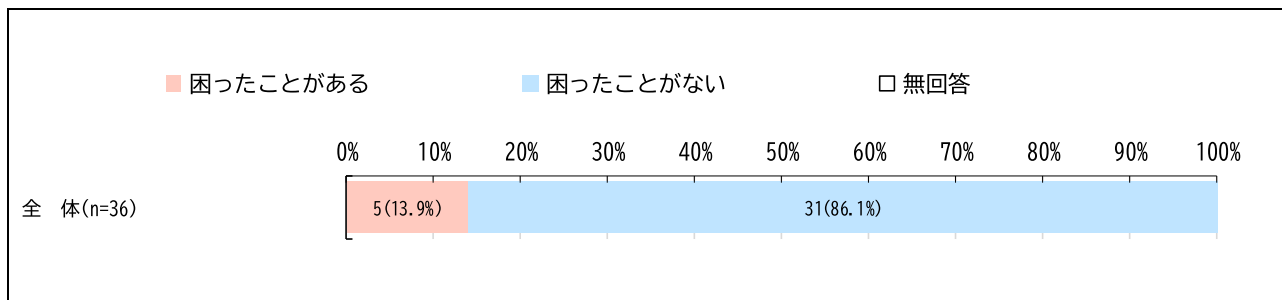


※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

エ 退院するとき

問4 病気やケガ等の治療の終了等により退院するとき、困ったことはありますか。(1つに○)

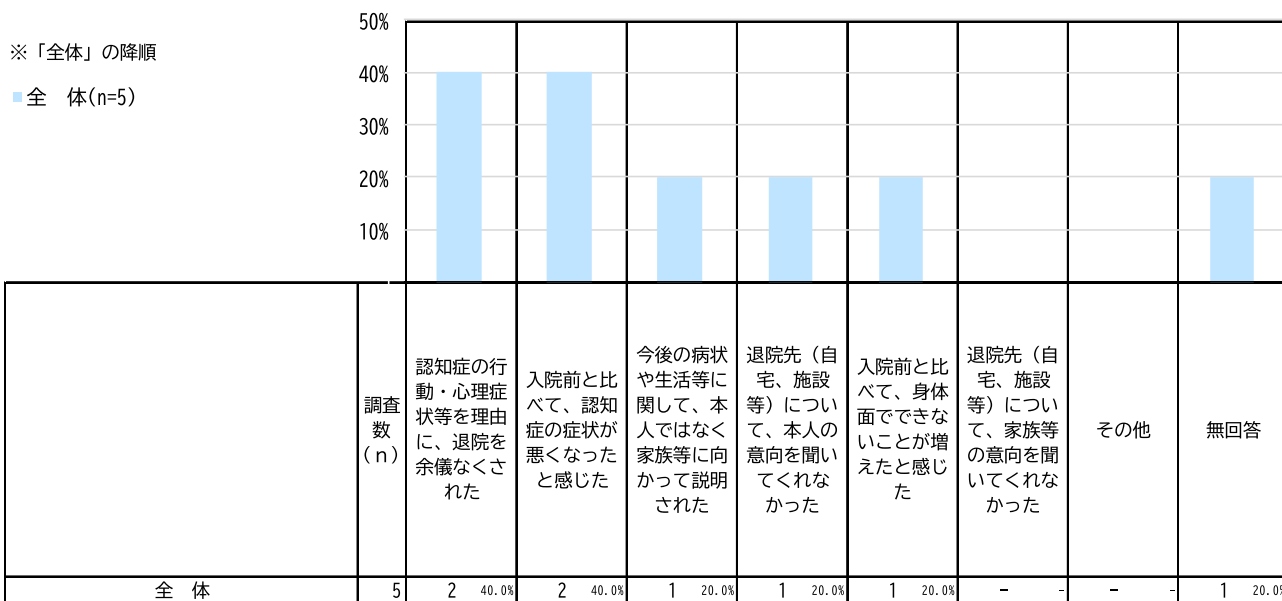
「困ったことがない」(86.1%)が最も高くなっている。



問4で「困ったことがある」と回答した場合のみご回答ください。

問4-1 どのようなことで困りましたか。(あてはまるもの全てに○)

全体では、「認知症の行動・心理症状等を理由に、退院を余儀なくされた」・「入院前と比べて、認知症の症状が悪くなったと感じた」(いずれも 40.0%)が最も高くなっている。

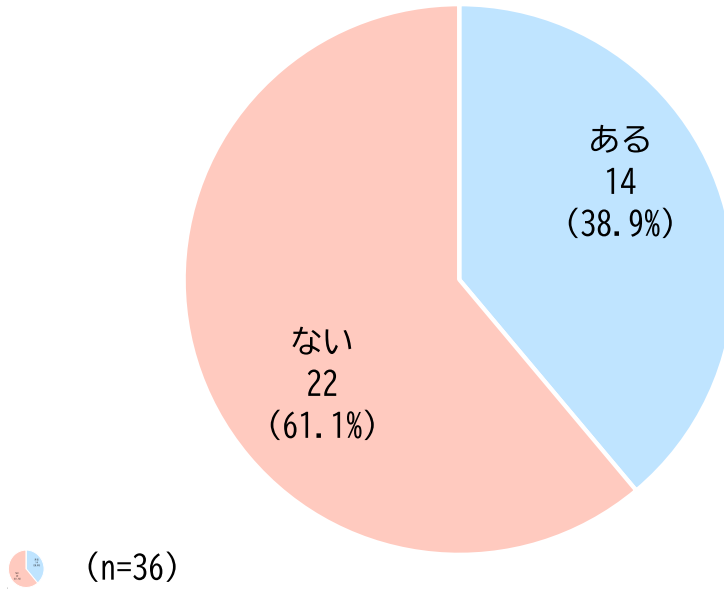


※ 各種内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【参考】何らかの医療上の困りごとがある当事者・家族（問1～4の回答結果より）

全体では「ない」（61.1%）が最も多くなっている。

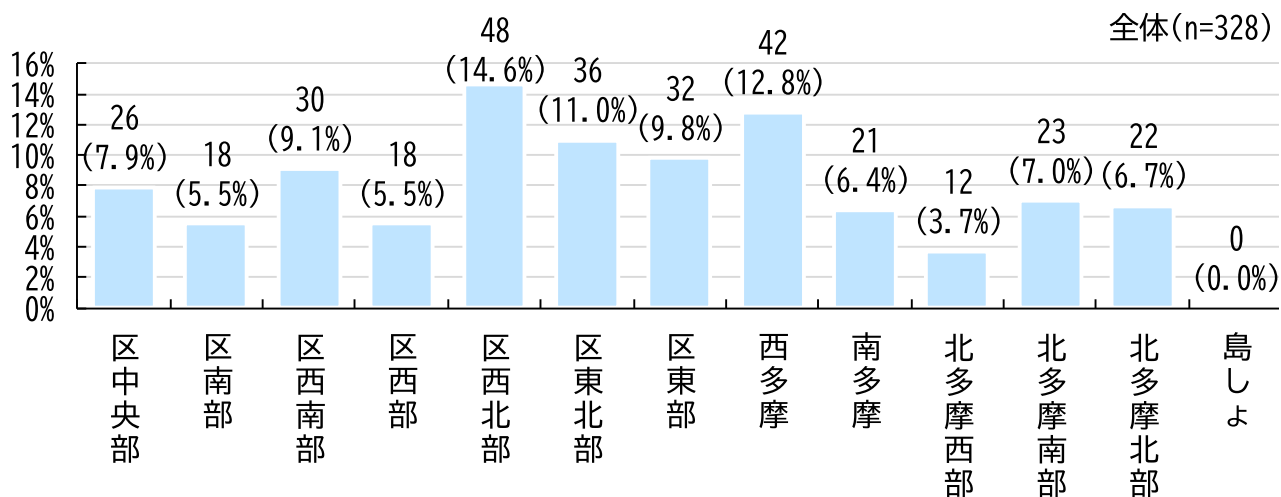
一方で、何らかの医療上の困りごとが「ある」（38.9%）と回答した当事者・家族も、およそ4割となっている。



II 病院調査

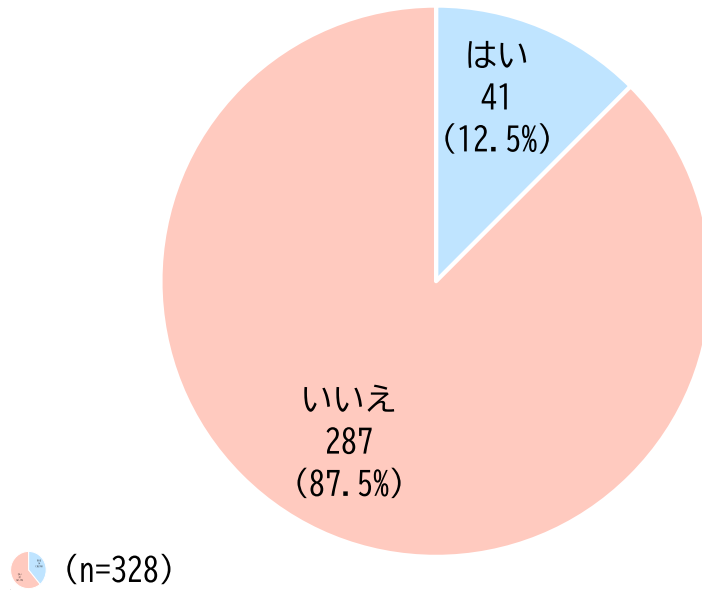
0 基本情報

1 二次保健医療圏

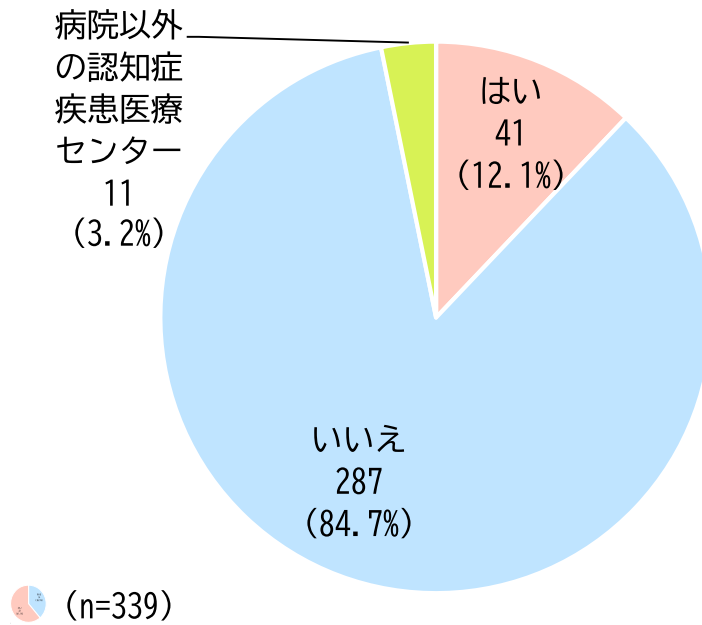


項目	件数	%
区中央部（千代田区、中央区、港区、文京区、台東区）	26	7.9%
区南部（品川区、大田区）	18	5.5%
区西南部（目黒区、世田谷区、渋谷区）	30	9.1%
区西部（新宿区、中野区、杉並区）	18	5.5%
区西北部（豊島区、北区、板橋区、練馬区）	48	14.6%
区東北部（荒川区、足立区、葛飾区）	36	11.0%
区東部（墨田区、江東区、江戸川区）	32	9.8%
西多摩（青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町）	42	12.8%
南多摩（八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市）	21	6.4%
北多摩西部（立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市）	12	3.7%
北多摩南部（武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市）	23	7.0%
北多摩北部（小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市）	22	6.7%
島しょ（大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村）	0	0.0%
合計	328	100.0%

2 貴院は認知症疾患医療センターの病院か否か

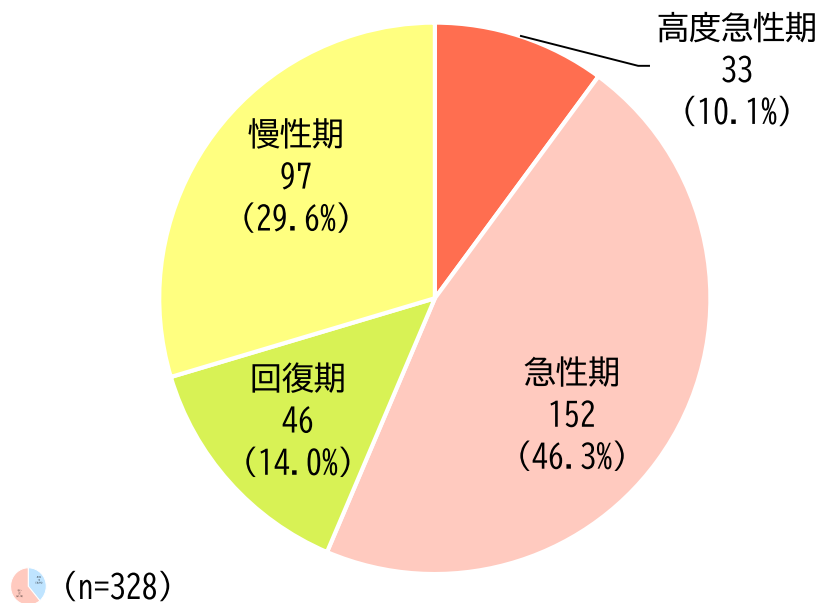


【病院以外の認知症疾患医療センターを含む】

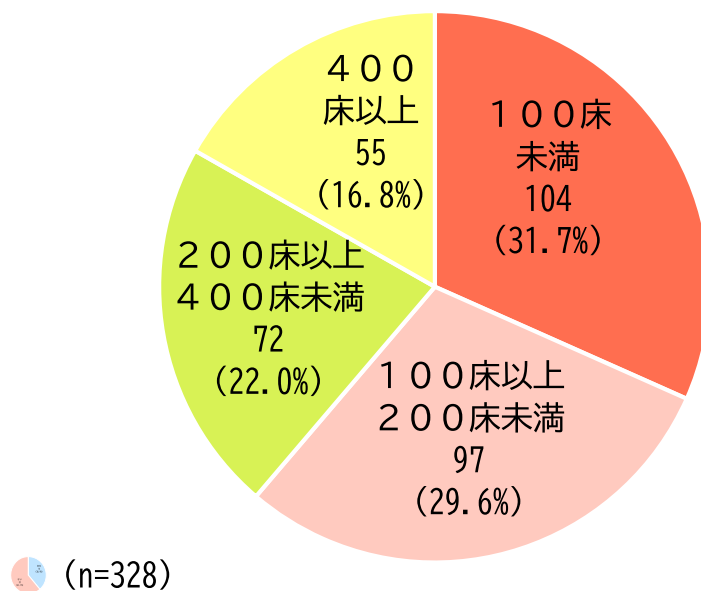


※認知症疾患医療センターを対象とした設問は病院以外のセンターも回答しています。

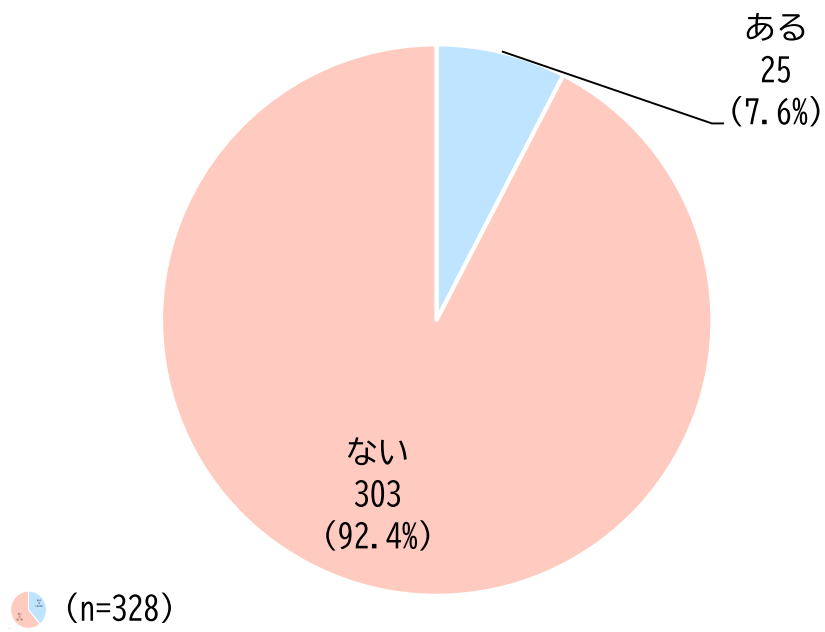
3 医療機能



4 病床数



5 認知症患者専用病棟の有無



すべての病院が回答

1-1 認知症を有している患者（疑いも含む。以下同様。）の入院受け入れについて

(1) 認知症を有している患者の人数について

問1 認知症を有している患者の人数をご回答ください。なお、0人の場合でも、0とご回答ください。（2025年6月実績をご回答ください。）

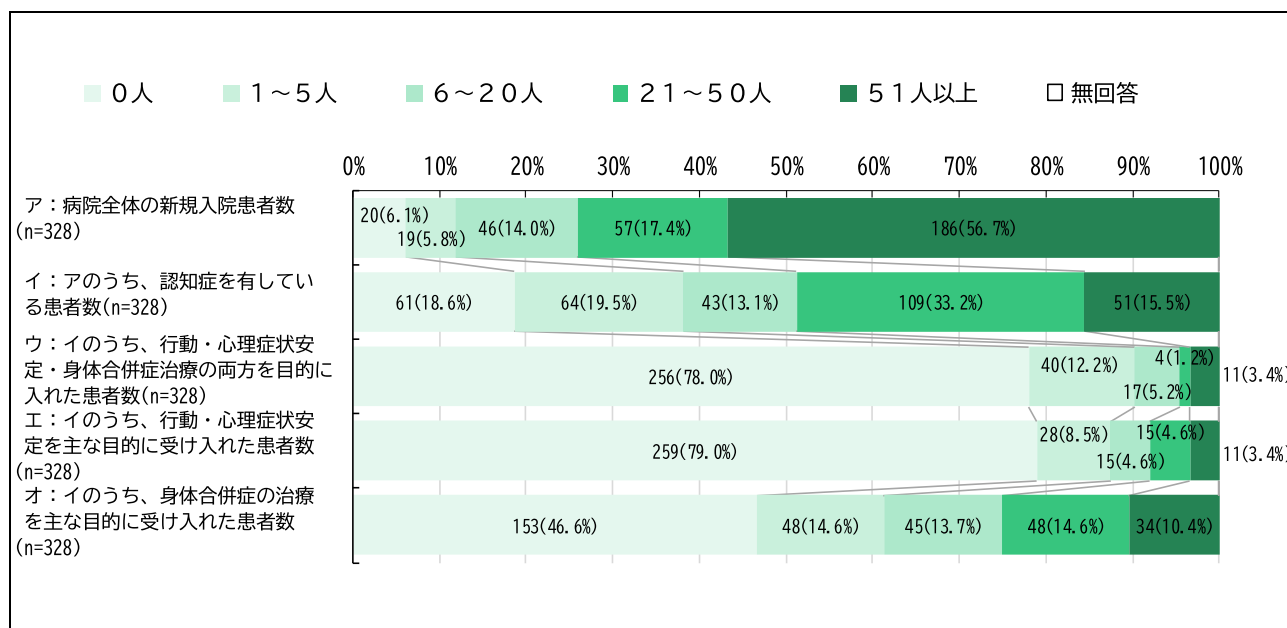
ア：病院全体の新規入院患者数では「51人以上」（56.7%）が最も高く、次いで、「21～50人以上」（17.4%）となっている。

イ：アのうち、認知症を有している患者数では「21～50人以上」（33.2%）が最も高くなっている。

ウ：イのうち、行動・心理症状安定・身体合併症治療の両方を目的に受け入れた患者数では「0人」（78.0%）が最も高くなっている。

エ：イのうち、行動・心理症状安定を主な目的に受け入れた患者数では「0人」（79.0%）が最も高くなっている。

オ：イのうち、身体合併症の治療を主な目的に受け入れた患者数では「0人」（46.6%）が最も高くなっている。



問2 認知症を有している新規入院患者の入院元として最も多いのはどこかご回答ください。

(○は3つまで)

【全体】

- 「自宅」(68.9%)が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」(36.6%)、「高度急性期・急性期病院」(35.1%)となっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センター・一般病院いずれも「自宅」(82.9%・66.9%)が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」(43.9%・35.5%)、「高度急性期・急性期病院」(34.1%・35.2%)となっている。

【医療機能別】

- 高度急性期・急性期では「自宅」(93.9%・85.5%)が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」(33.3%・45.4%)となっている。
- 回復期・慢性期では「高度急性期・急性期病院」(73.9%・56.7%)が最も高く、次いで、「自宅」(52.2%・42.3%)となっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満では「自宅」(60.8%)が最も高く、次いで、「高度急性期・急性期病院」(47.4%)となっている。
- 200床以上400床未満・400床以上では「自宅」(76.4%)が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」(37.5%)、「介護老人保健施設」(34.7%)となっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「自宅」(80.0%)が最も高く、次いで、「高度急性期・急性期病院」(40.0%)、「特別養護老人ホーム」(32.0%)となっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「自宅」(68.0%)が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」(37.0%)、「高度急性期・急性期病院」(34.7%)となっている。

【二次保健医療圏別】

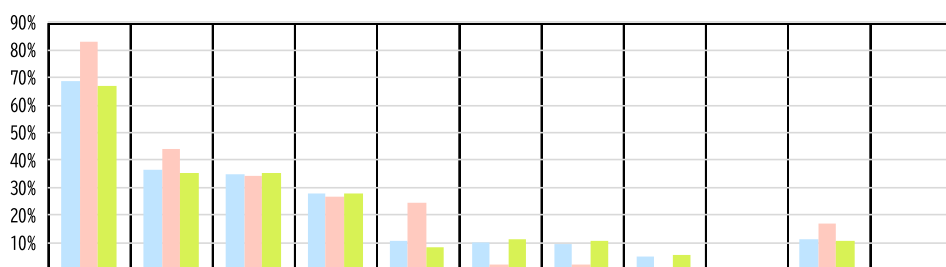
- 区中央部・区南部・区西部・区東北部・区東部・北多摩西部・北多摩北部では「自宅」が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」となっている。
- 区西南部・区西北部・西多摩では「自宅」が最も高く、次いで、「高度急性期・急性期病院」となっている。

【人員配置別】

- 専門医／配置あり・専門臨床経験医師／配置あり・認知症看護認定看護師(日看協)／配置あり・精神保健福祉士／配置あり・認知症看護認定看護師(日精協)／配置なし・認知症ケア専門士／配置あり・認知症ケア専門士／配置なしでは「自宅」が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」となっている。
- 専門医／配置なし・専門臨床経験医師／配置なし・認知症看護認定看護師(日看協)／配置なし・精神保健福祉士／配置なしでは「自宅」が最も高く、次いで、「高度急性期・急性期病院」、「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」となっている。

※「全体」の降順

- 全体(n=328)
- 認知症疾患医療センター(n=41)
- 一般病院(n=287)



	調査数 (n)	自宅	特別養護老人ホーム	高度急性期・急性期病院	介護老人保健施設	診療所	回復期・慢性期病院	認知症高齢者グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	精神科病院	介護医療院	その他の社会福祉施設	無回答
全体	328	226 68.9%	120 36.6%	115 35.1%	91 27.7%	35 10.7%	33 10.1%	31 9.5%	16 4.9%	2 0.6%	37 11.3%	-
病院種別												
認知症疾患医療センター	41	34 82.9%	18 43.9%	14 34.1%	11 26.8%	10 24.4%	1 2.4%	1 2.4%	-	-	7 17.1%	-
一般病院	287	192 66.9%	102 35.5%	101 35.2%	80 27.9%	25 8.7%	32 11.1%	30 10.5%	16 5.6%	2 0.7%	30 10.5%	-
医療機能												
高度急性期	33	31 93.9%	11 33.3%	1 3.0%	9 27.3%	5 15.2%	-	3 9.1%	-	-	2 6.1%	-
急性期	152	130 85.5%	69 45.4%	25 16.4%	50 32.9%	19 12.5%	4 2.6%	21 13.8%	4 2.6%	2 1.3%	22 14.5%	-
回復期	46	24 52.2%	15 32.6%	34 73.9%	9 19.6%	3 6.5%	2 4.3%	1 2.2%	1 2.2%	-	2 4.3%	-
慢性期	97	41 42.3%	25 25.8%	55 56.7%	23 23.7%	8 8.2%	27 27.8%	6 6.2%	11 11.3%	-	11 11.3%	-
病床数												
100 床未満	104	61 58.7%	27 26.0%	49 47.1%	18 17.3%	7 6.7%	15 14.4%	9 8.7%	5 4.8%	1 1.0%	10 9.6%	-
100 床以上200 床未満	97	59 60.8%	43 44.3%	46 47.4%	29 29.9%	10 10.3%	12 12.4%	6 6.2%	5 5.2%	1 1.0%	9 9.3%	-
200 床以上400 床未満	72	55 76.4%	27 37.5%	16 22.2%	25 34.7%	5 6.9%	6 8.3%	11 15.3%	6 8.3%	-	12 16.7%	-
400 床以上	55	51 92.7%	23 41.8%	4 7.3%	19 34.5%	13 23.6%	-	5 9.1%	-	-	6 10.9%	-
専用病棟												
認知症患者専用病棟あり	25	20 80.0%	8 32.0%	10 40.0%	5 20.0%	6 24.0%	4 16.0%	2 8.0%	2 8.0%	-	5 20.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	206 68.0%	112 37.0%	105 34.7%	86 28.4%	29 9.6%	29 9.6%	29 9.6%	14 4.6%	2 0.7%	32 10.6%	-
二次保健医療圏												
区中央部	26	21 80.8%	6 23.1%	3 11.5%	5 19.2%	4 15.4%	-	2 7.7%	-	-	3 11.5%	-
区南部	18	12 66.7%	6 33.3%	5 27.8%	6 33.3%	4 22.2%	-	2 11.1%	2 11.1%	1 5.6%	2 11.1%	-
区西南部	30	22 73.3%	12 40.0%	16 53.3%	4 13.3%	4 13.3%	3 10.0%	4 13.3%	-	-	3 10.0%	-
区西部	18	15 83.3%	11 61.1%	4 22.2%	6 33.3%	1 5.6%	-	4 22.2%	-	-	3 16.7%	-
区西北部	48	29 60.4%	12 25.0%	27 56.3%	9 18.8%	5 10.4%	9 18.8%	3 6.3%	1 2.1%	-	4 8.3%	-
区東北部	36	25 69.4%	14 38.9%	12 33.3%	14 38.9%	1 2.8%	5 13.9%	5 13.9%	2 5.6%	-	4 11.1%	-
区東部	32	24 75.0%	12 37.5%	6 18.8%	10 31.3%	3 9.4%	3 9.4%	2 6.3%	-	-	3 9.4%	-
西多摩	42	20 47.6%	16 38.1%	18 42.9%	15 35.7%	4 9.5%	3 7.1%	2 4.8%	3 7.1%	-	5 11.9%	-
南多摩	21	18 85.7%	8 38.1%	8 38.1%	4 19.0%	3 14.3%	4 19.0%	2 9.5%	3 14.3%	-	-	-
北多摩西部	12	8 66.7%	6 50.0%	4 33.3%	4 33.3%	-	1 8.3%	-	1 8.3%	-	3 25.0%	-
北多摩南部	23	17 73.9%	6 26.1%	6 26.1%	6 26.1%	4 17.4%	2 8.7%	1 4.3%	-	-	6 26.1%	-
北多摩北部	22	15 68.2%	11 50.0%	6 27.3%	8 36.4%	2 9.1%	3 13.6%	4 18.2%	4 18.2%	1 4.5%	1 4.5%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
人員配置												
専門医/配置あり	97	79 81.4%	38 39.2%	23 23.7%	35 36.1%	17 17.5%	4 4.1%	12 12.4%	1 1.0%	-	11 11.3%	-
専門医/配置なし	231	147 63.6%	82 35.5%	92 39.8%	56 24.2%	18 7.8%	29 12.6%	19 8.2%	15 6.5%	2 0.9%	26 11.3%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	87 79.8%	48 44.0%	32 29.4%	37 33.9%	13 11.9%	6 5.5%	11 10.1%	1 0.9%	-	13 11.9%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	139 63.5%	72 32.9%	83 37.9%	54 24.7%	22 10.0%	27 12.3%	20 9.1%	15 6.8%	2 0.9%	24 11.0%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)/配置あり	100	82 82.0%	44 44.0%	27 27.0%	36 36.0%	17 17.0%	3 3.0%	10 10.0%	1 1.0%	-	9 9.0%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)/配置なし	228	144 63.2%	76 33.3%	88 38.6%	55 24.1%	18 7.9%	30 13.2%	21 9.2%	15 6.6%	2 0.9%	28 12.3%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)/配置あり	13	12 92.3%	3 23.1%	2 15.4%	3 23.1%	3 23.1%	1 7.7%	4 30.8%	-	-	3 23.1%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)/配置なし	315	214 67.9%	117 37.1%	113 35.9%	88 27.9%	32 10.2%	32 10.2%	27 8.6%	16 5.1%	2 0.6%	34 10.8%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	107 84.3%	46 36.2%	32 25.2%	40 31.5%	21 16.5%	5 3.9%	14 11.0%	8 6.3%	1 0.8%	14 11.0%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	119 59.2%	74 36.8%	83 41.3%	51 25.4%	14 7.0%	28 13.9%	17 8.5%	8 4.0%	1 0.5%	23 11.4%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	27 84.4%	15 46.9%	13 40.6%	8 25.0%	3 9.4%	-	4 12.5%	-	-	3 9.4%	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	199 67.2%	105 35.5%	102 34.5%	83 28.0%	32 10.8%	33 11.1%	27 9.1%	16 5.4%	2 0.7%	34 11.5%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表示

【表の凡例】

比較の対象となる項目：n = 30以上

全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

(2) 行動・心理症状が強い認知症患者について

問3 以前（5～10年程度）と比べて、行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請は増えていますか。（1つに○）

【全体】

- 「増えている」（43.9%）が最も高くなっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センターでは「変わらない」（39.0%）が最も高くなっている。
- 一般病院では「増えている」（45.6%）が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期では「変わらない」（42.4%）が最も高くなっている。
- 急性期・回復期・慢性期では「増えている」（50.7%・56.5%・36.1%）が最も高くなっている。

【病床数別】

- いずれも「増えている」が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟の有無にかかわらず「増えている」が最も高くなっている。

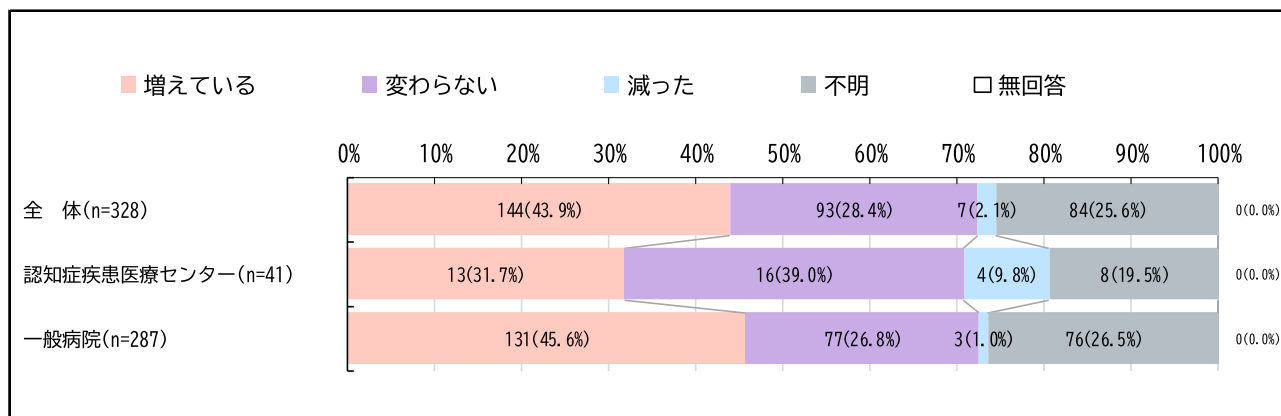
【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区西南部・区西北部・区東北部・南多摩・北多摩西部・北多摩南部・北多摩北部では「増えている」が最も高くなっている。
- 区南部・区西部・西多摩では「変わらない」が最も高くなっている。

。

【人員配置別】

- 専門職も配置の有無にかかわらず「増えている」が最も高くなっている。



	調査数 (n)	増えている	変わらない	減った	不明	無回答
全体	328	144 43.9%	93 28.4%	7 2.1%	84 25.6%	-
病院種別						
認知症疾患医療センター	41	13 31.7%	16 39.0%	4 9.8%	8 19.5%	-
一般病院	287	131 45.6%	77 26.8%	3 1.0%	76 26.5%	-
医療機能						
高度急性期	33	6 18.2%	14 42.4%	4 12.1%	9 27.3%	-
急性期	152	77 50.7%	35 23.0%	2 1.3%	38 25.0%	-
回復期	46	26 56.5%	9 19.6%	1 2.2%	10 21.7%	-
慢性期	97	35 36.1%	35 36.1%	-	27 27.8%	-
病床数						
100 床未満	104	45 43.3%	33 31.7%	1 1.0%	25 24.0%	-
100 床以上200 床未満	97	44 45.4%	24 24.7%	1 1.0%	28 28.9%	-
200 床以上400 床未満	72	33 45.8%	17 23.6%	1 1.4%	21 29.2%	-
400 床以上	55	22 40.0%	19 34.5%	4 7.3%	10 18.2%	-
専用病棟						
認知症患者専用病棟あり	25	14 56.0%	5 20.0%	2 8.0%	4 16.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	130 42.9%	88 29.0%	5 1.7%	80 26.4%	-
二次保健医療圏						
区中央部	26	10 38.5%	8 30.8%	2 7.7%	6 23.1%	-
区南部	18	7 38.9%	8 44.4%	-	3 16.7%	-
区西南部	30	17 56.7%	3 10.0%	2 6.7%	8 26.7%	-
区西部	18	6 33.3%	8 44.4%	-	4 22.2%	-
区西北部	48	21 43.8%	16 33.3%	-	11 22.9%	-
区東北部	36	20 55.6%	11 30.6%	-	5 13.9%	-
区東部	32	11 34.4%	6 18.8%	1 3.1%	14 43.8%	-
西多摩	42	14 33.3%	16 38.1%	1 2.4%	11 26.2%	-
南多摩	21	12 57.1%	3 14.3%	-	6 28.6%	-
北多摩西部	12	5 41.7%	5 41.7%	-	2 16.7%	-
北多摩南部	23	11 47.8%	4 17.4%	1 4.3%	7 30.4%	-
北多摩北部	22	10 45.5%	5 22.7%	-	7 31.8%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-
人員配置						
専門医/配置あり	97	38 39.2%	32 33.0%	6 6.2%	21 21.6%	-
専門医/配置なし	231	106 45.9%	61 26.4%	1 0.4%	63 27.3%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	49 45.0%	36 33.0%	7 6.4%	17 15.6%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	95 43.4%	57 26.0%	-	67 30.6%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置あり	100	41 41.0%	33 33.0%	5 5.0%	21 21.0%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置なし	228	103 45.2%	60 26.3%	2 0.9%	63 27.6%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置あり	13	10 76.9%	2 15.4%	-	1 7.7%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置なし	315	134 42.5%	91 28.9%	7 2.2%	83 26.3%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	59 46.5%	37 29.1%	5 3.9%	26 20.5%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	85 42.3%	56 27.9%	2 1.0%	58 28.9%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	11 34.4%	11 34.4%	2 6.3%	8 25.0%	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	133 44.9%	82 27.7%	5 1.7%	76 25.7%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

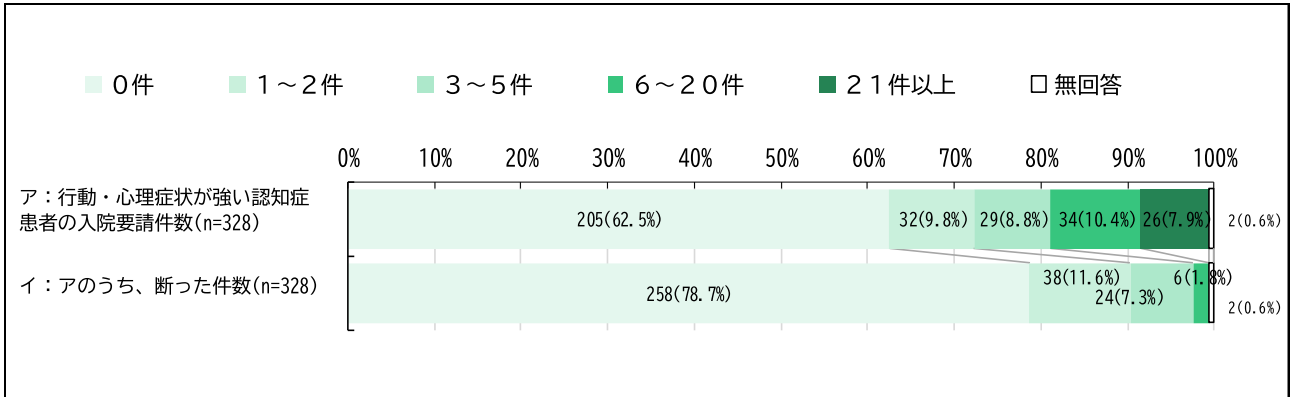
【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体 + 10ポイント以上 ■ 全体 + 5ポイント以上 ■
 全体 - 5ポイント以下 ■ 全体 - 10ポイント以下 ■

II 病院調査

問4 行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請件数と断った件数をご回答ください。
 なお、0件の場合でも、0とご回答ください。(2025年6月実績をご回答ください。)

ア：行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請件数では「0件」(62.5%)が最も高くなっている。

イ：アのうち、断った件数では「0件」(78.7%)が最も高くなっている。



問4 「イ 入院要請のうち断った件数」で「1件」以上と回答した場合のみお答えください。

問4-1 断った主な理由をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)

【全体】

- 「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(47.1%)が最も高く、次いで、「個室の空きがなかった」(27.9%)となっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センター・一般病院いずれも「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(35.7%・50.0%)が最も高くなっている。

【医療機能別】

- いずれも「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(61.5%・61.9%)が最も高くなっている。
- 200床以上400床未満では「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(33.3%)が最も高くなっている。
- 400床以上では「個室の空きがなかった」(61.5%)が最も高く、次いで、「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(38.5%)、「病床満床」(38.5%)となっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「病床満床」(35.7%)が最も高くなっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(59.3%)が最も高くなっている。

【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区西南部・区西部・区東北部・区東部・西多摩・北多摩北部では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。

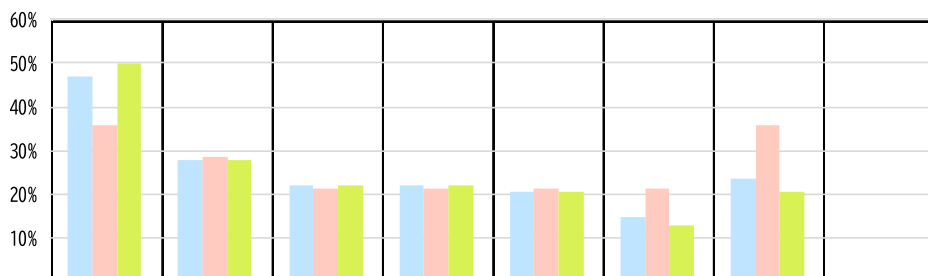
【人員配置別】

- 専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師(日看協)・認知症ケア専門士は配置の有無に関わらず「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。
- 精神保健福祉士/配置ありでは「個室の空きがなかった」(40.5%)が最も高く、次いで、「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(35.1%)となっている。
- 認知症看護認定看護師(日精協)/配置なし・精神保健福祉士/配置なしでは「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(51.7%)が最も高くなっている。

II 病院調査

※「全体」の降順

■ 全体(n=68)
■ 認知症疾患医療センター(n=14)
■ 一般病院(n=54)



	調査数 (n)	行動・心理症状に対する医療的対応が困難	個室の空きがなかった	身体合併症に対する医療的対応が困難	病床満床	患者を介助する人員不足	行動・心理症状が強い認知症患者の場合、入院期間が長期化する傾向があるため	その他	無回答
全体	68	32 47.1%	19 27.9%	15 22.1%	15 22.1%	14 20.6%	10 14.7%	16 23.5%	-
病院種別									
認知症疾患医療センター	14	5 35.7%	4 28.6%	3 21.4%	3 21.4%	3 21.4%	3 21.4%	5 35.7%	-
一般病院	54	27 50.0%	15 27.8%	12 22.2%	12 22.2%	11 20.4%	7 13.0%	11 20.4%	-
医療機能									
高度急性期	4	2 50.0%	2 50.0%	-	2 50.0%	-	1 25.0%	1 25.0%	-
急性期	30	14 46.7%	9 30.0%	7 23.3%	6 20.0%	6 20.0%	6 20.0%	7 23.3%	-
回復期	14	9 64.3%	4 28.6%	3 21.4%	3 21.4%	3 21.4%	2 14.3%	3 21.4%	-
慢性期	20	7 35.0%	4 20.0%	5 25.0%	4 20.0%	5 25.0%	1 5.0%	5 25.0%	-
病床数									
100 床未満	13	8 61.5%	-	1 7.7%	3 23.1%	6 46.2%	1 7.7%	4 30.8%	-
100 床以上200 床未満	21	13 61.9%	5 23.8%	4 19.0%	3 14.3%	6 28.6%	2 9.5%	3 14.3%	-
200 床以上400 床未満	21	6 28.6%	6 28.6%	7 33.3%	4 19.0%	-	4 19.0%	8 38.1%	-
400 床以上	13	5 38.5%	8 61.5%	3 23.1%	5 38.5%	2 15.4%	3 23.1%	1 7.7%	-
専用病棟									
認知症患者専用病棟あり	14	-	4 28.6%	4 28.6%	5 35.7%	-	2 14.3%	6 42.9%	-
認知症患者専用病棟なし	54	32 59.3%	15 27.8%	11 20.4%	10 18.5%	14 25.9%	8 14.8%	10 18.5%	-
二次保健医療圏									
区中央部	3	2 66.7%	-	-	-	1 33.3%	-	-	-
区南部	4	3 75.0%	-	-	-	4 100.0%	1 25.0%	-	-
区西南部	6	4 66.7%	2 33.3%	2 33.3%	1 16.7%	1 16.7%	1 16.7%	2 33.3%	-
区西部	5	3 60.0%	2 40.0%	-	2 40.0%	-	1 20.0%	2 40.0%	-
区西北部	10	4 40.0%	6 60.0%	3 30.0%	5 50.0%	1 10.0%	1 10.0%	-	-
区東北部	6	3 50.0%	2 33.3%	2 33.3%	2 33.3%	1 16.7%	-	1 16.7%	-
区東部	5	3 60.0%	1 20.0%	-	-	2 40.0%	-	1 20.0%	-
西多摩	12	7 58.3%	2 16.7%	4 33.3%	-	2 16.7%	2 16.7%	2 16.7%	-
南多摩	6	-	1 16.7%	1 16.7%	2 33.3%	-	-	2 33.3%	-
北多摩西部	0	-	-	-	-	-	-	-	-
北多摩南部	6	1 16.7%	3 50.0%	3 50.0%	1 16.7%	-	4 66.7%	4 66.7%	-
北多摩北部	5	2 40.0%	-	-	2 40.0%	2 40.0%	-	2 40.0%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-	-	-
人員配置									
専門医／配置あり	30	15 50.0%	11 36.7%	7 23.3%	11 36.7%	4 13.3%	4 13.3%	3 10.0%	-
専門医／配置なし	38	17 44.7%	8 21.1%	8 21.1%	4 10.5%	10 26.3%	6 15.8%	13 34.2%	-
専門臨床経験医師／配置あり	33	13 39.4%	11 33.3%	7 21.2%	9 27.3%	6 18.2%	6 18.2%	6 18.2%	-
専門臨床経験医師／配置なし	35	19 54.3%	8 22.9%	8 22.9%	6 17.1%	8 22.9%	4 11.4%	10 28.6%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置あり	21	15 71.4%	9 42.9%	5 23.8%	4 19.0%	2 9.5%	5 23.8%	3 14.3%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置なし	47	17 36.2%	10 21.3%	10 21.3%	11 23.4%	12 25.5%	5 10.6%	13 27.7%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置あり	8	1 12.5%	2 25.0%	3 37.5%	3 37.5%	1 12.5%	1 12.5%	3 37.5%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置なし	60	31 51.7%	17 28.3%	12 20.0%	12 20.0%	13 21.7%	9 15.0%	13 21.7%	-
精神保健福祉士／配置あり	37	13 35.1%	15 40.5%	10 27.0%	8 21.6%	6 16.2%	5 13.5%	9 24.3%	-
精神保健福祉士／配置なし	31	19 61.3%	4 12.9%	5 16.1%	7 22.6%	8 25.8%	5 16.1%	7 22.6%	-
認知症ケア専門士／配置あり	10	5 50.0%	3 30.0%	3 30.0%	2 20.0%	2 20.0%	2 20.0%	2 20.0%	-
認知症ケア専門士／配置なし	58	27 46.6%	16 27.6%	12 20.7%	13 22.4%	12 20.7%	8 13.8%	14 24.1%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率（%）を表す

【表の凡例】

比較の対象となる項目：n = 30以上

全体 + 10ポイント以上 ■ 全体 + 5ポイント以上 ■ 全体 - 5ポイント以下 ■ 全体 - 10ポイント以下 ■

問5 認知症による行動・心理症状の安定を目的とした患者を救急搬送（一般救急だけでなく精神科救急も含む。以下同様。）で受け入れる頻度をご回答ください。（過去1年間）（1つに○）

【全体】

- 「受入れ実績なし」（67.7%）が最も高くなっている。

【病院種別】

- いずれも「受入れ実績なし」（70.7%）が最も高くなっている。

【医療機能別】

- いずれも「受入れ実績なし」が最も高くなっている。

【病床数別】

- いずれの病床数でも「受入れ実績なし」（78.8%）が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「年に数回程度」（44.0%）が最も高くなっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「受入れ実績なし」（71.0%）が最も高くなっている。

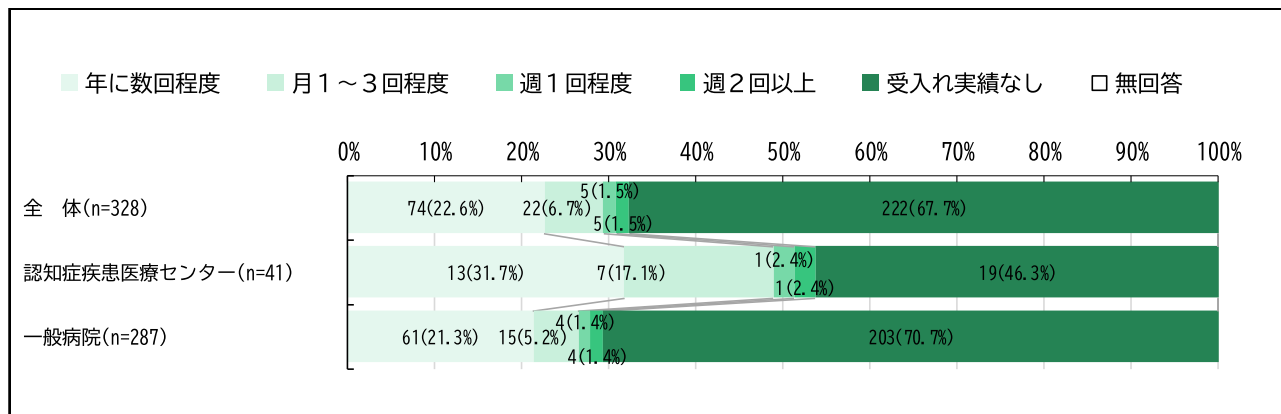
【二次保健医療圏別】

- いずれも「受入れ実績なし」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 認知症看護認定看護師（日精協）／配置ありを除き、「受入れ実績なし」が最も高くなっている。

II 病院調査



	調査数 (n)	年に数回程度	月1～3回程度	週1回程度	週2回以上	受入れ実績なし	無回答
全体	328	74 22.6%	22 6.7%	5 1.5%	5 1.5%	222 67.7%	-
病院種別							
認知症疾患医療センター	41	13 31.7%	7 17.1%	1 2.4%	1 2.4%	19 46.3%	-
一般病院	287	61 21.3%	15 5.2%	4 1.4%	4 1.4%	203 70.7%	-
医療機能							
高度急性期	33	13 39.4%	2 6.1%	-	-	18 54.5%	-
急性期	152	38 25.0%	12 7.9%	5 3.3%	5 3.3%	92 60.5%	-
回復期	46	6 13.0%	1 2.2%	-	-	39 84.8%	-
慢性期	97	17 17.5%	7 7.2%	-	-	73 75.3%	-
病床数							
100床未満	104	16 15.4%	5 4.8%	-	1 1.0%	82 78.8%	-
100床以上200床未満	97	19 19.6%	5 5.2%	3 3.1%	1 1.0%	69 71.1%	-
200床以上400床未満	72	16 22.2%	6 8.3%	1 1.4%	2 2.8%	47 65.3%	-
400床以上	55	23 41.8%	6 10.9%	1 1.8%	1 1.8%	24 43.6%	-
専用病棟							
認知症患者専用病棟あり	25	11 44.0%	5 20.0%	1 4.0%	1 4.0%	7 28.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	63 20.8%	17 5.6%	4 1.3%	4 1.3%	215 71.0%	-
二次保健医療圏							
区中央部	26	8 30.8%	1 3.8%	1 3.8%	-	16 61.5%	-
区南部	18	4 22.2%	2 11.1%	-	-	12 66.7%	-
区西南部	30	8 26.7%	4 13.3%	1 3.3%	-	17 56.7%	-
区西部	18	3 16.7%	2 11.1%	-	-	13 72.2%	-
区西北部	48	13 27.1%	2 4.2%	-	1 2.1%	32 66.7%	-
区東北部	36	6 16.7%	-	1 2.8%	1 2.8%	28 77.8%	-
区東部	32	8 25.0%	2 6.3%	-	-	22 68.8%	-
西多摩	42	7 16.7%	4 9.5%	-	2 4.8%	29 69.0%	-
南多摩	21	5 23.8%	1 4.8%	1 4.8%	-	14 66.7%	-
北多摩西部	12	4 33.3%	-	-	-	8 66.7%	-
北多摩南部	23	5 21.7%	2 8.7%	1 4.3%	-	15 65.2%	-
北多摩北部	22	3 13.6%	2 9.1%	-	1 4.5%	16 72.7%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-
人員配置							
専門医／配置あり	97	29 29.9%	11 11.3%	1 1.0%	2 2.1%	54 55.7%	-
専門医／配置なし	231	45 19.5%	11 4.8%	4 1.7%	3 1.3%	168 72.7%	-
専門臨床経験医師／配置あり	109	39 35.8%	15 13.8%	2 1.8%	2 1.8%	51 46.8%	-
専門臨床経験医師／配置なし	219	35 16.0%	7 3.2%	3 1.4%	3 1.4%	171 78.1%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置あり	100	28 28.0%	12 12.0%	1 1.0%	2 2.0%	57 57.0%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置なし	228	46 20.2%	10 4.4%	4 1.8%	3 1.3%	165 72.4%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置あり	13	7 53.8%	3 23.1%	-	1 7.7%	2 15.4%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置なし	315	67 21.3%	19 6.0%	5 1.6%	4 1.3%	220 69.8%	-
精神保健福祉士／配置あり	127	39 30.7%	14 11.0%	2 1.6%	3 2.4%	69 54.3%	-
精神保健福祉士／配置なし	201	35 17.4%	8 4.0%	3 1.5%	2 1.0%	153 76.1%	-
認知症ケア専門士／配置あり	32	9 28.1%	4 12.5%	1 3.1%	-	18 56.3%	-
認知症ケア専門士／配置なし	296	65 22.0%	18 6.1%	4 1.4%	5 1.7%	204 68.9%	-

※ 各種内の数値は回答件数、比率（%）を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問6 認知症による行動・心理症状の安定を目的とした患者の救急搬送要請に対応できない頻度をご回答ください。(過去1年間)(1つに○)

【全体】

- 「年に数回程度」(44.8%)が最も高く、次いで、「対応できなかったことはない」(38.7%)となっている。

【病院種別】

- いずれも「年に数回程度」が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期・急性期・慢性期では「年に数回程度」(51.5%・42.1%・49.5%)が最も高くなっている。
- 回復期では「対応できなかったことはない」(50.0%)が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満・400床以上では「年に数回程度」(48.1%・45.4%・49.1%)が最も高くなっている。
- 200床以上400床未満では「対応できなかったことはない」(47.2%)が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- いずれも「年に数回程度」が最も高くなっている。

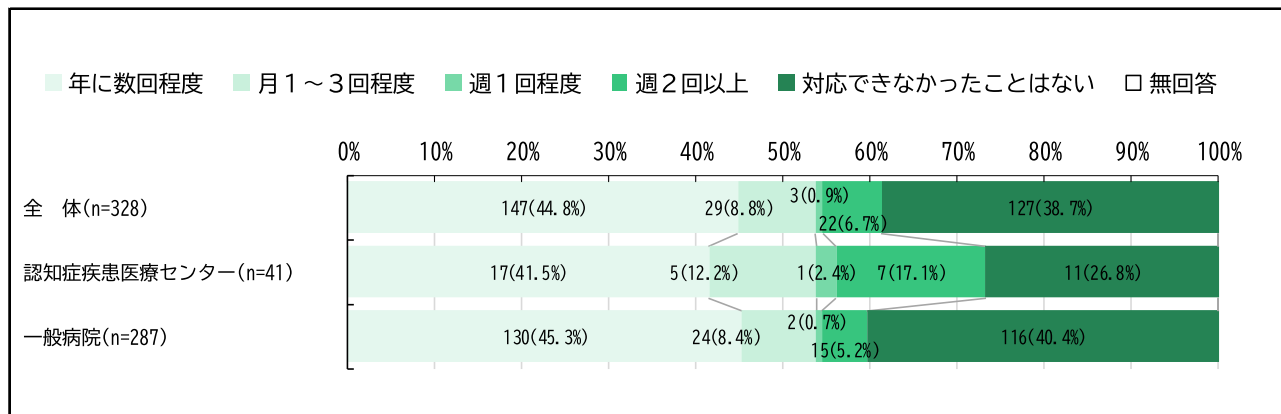
【二次保健医療圏別】

- 区東北部・北多摩西部・北多摩南部では「対応できなかったことはない」が最も高く、次いで、「年に数回程度」となっている
- 区中央部・区南部・区西南部・区西部・区西北部・西多摩・南多摩・では「年に数回程度」が最も高く、次いで、「対応できなかったことはない」となっている。

【人員配置別】

- 認知症ケア専門士／配置ありを除き、「年に数回程度」が最も高くなっている。

II 病院調査



	調査数 (n)	年に数回程度	月1～3回程度	週1回程度	週2回以上	対応できなかったことはない	無回答
全体	328	147 44.8%	29 8.8%	3 0.9%	22 6.7%	127 38.7%	-
病院種別							
認知症疾患医療センター	41	17 41.5%	5 12.2%	1 2.4%	7 17.1%	11 26.8%	-
一般病院	287	130 45.3%	24 8.4%	2 0.7%	15 5.2%	116 40.4%	-
医療機能							
高度急性期	33	17 51.5%	2 6.1%	-	2 6.1%	12 36.4%	-
急性期	152	64 42.1%	21 13.8%	2 1.3%	9 5.9%	56 36.8%	-
回復期	46	18 39.1%	-	-	5 10.9%	23 50.0%	-
慢性期	97	48 49.5%	6 6.2%	1 1.0%	6 6.2%	36 37.1%	-
病床数							
100 床未満	104	50 48.1%	6 5.8%	-	6 5.8%	42 40.4%	-
100 床以上200 床未満	97	44 45.4%	8 8.2%	2 2.1%	9 9.3%	34 35.1%	-
200 床以上400 床未満	72	26 36.1%	9 12.5%	-	3 4.2%	34 47.2%	-
400 床以上	55	27 49.1%	6 10.9%	1 1.8%	4 7.3%	17 30.9%	-
専用病棟							
認知症患者専用病棟あり	25	14 56.0%	4 16.0%	1 4.0%	3 12.0%	3 12.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	133 43.9%	25 8.3%	2 0.7%	19 6.3%	124 40.9%	-
二次保健医療圏							
区中央部	26	12 46.2%	2 7.7%	-	3 11.5%	9 34.6%	-
区南部	18	8 44.4%	3 16.7%	-	-	7 38.9%	-
区西南部	30	15 50.0%	2 6.7%	-	1 3.3%	12 40.0%	-
区西部	18	8 44.4%	1 5.6%	-	2 11.1%	7 38.9%	-
区西北部	48	26 54.2%	3 6.3%	-	-	19 39.6%	-
区東北部	36	15 41.7%	2 5.6%	1 2.8%	2 5.6%	16 44.4%	-
区東部	32	12 37.5%	4 12.5%	-	4 12.5%	12 37.5%	-
西多摩	42	18 42.9%	5 11.9%	-	5 11.9%	14 33.3%	-
南多摩	21	12 57.1%	1 4.8%	1 4.8%	2 9.5%	5 23.8%	-
北多摩西部	12	5 41.7%	-	-	-	7 58.3%	-
北多摩南部	23	8 34.8%	2 8.7%	-	2 8.7%	11 47.8%	-
北多摩北部	22	8 36.4%	4 18.2%	1 4.5%	1 4.5%	8 36.4%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-
人員配置							
専門医/配置あり	97	40 41.2%	10 10.3%	1 1.0%	9 9.3%	37 38.1%	-
専門医/配置なし	231	107 46.3%	19 8.2%	2 0.9%	13 5.6%	90 39.0%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	51 46.8%	12 11.0%	2 1.8%	10 9.2%	34 31.2%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	96 43.8%	17 7.8%	1 0.5%	12 5.5%	93 42.5%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)/配置あり	100	43 43.0%	10 10.0%	1 1.0%	9 9.0%	37 37.0%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)/配置なし	228	104 45.6%	19 8.3%	2 0.9%	13 5.7%	90 39.5%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)/配置あり	13	10 76.9%	2 15.4%	-	-	1 7.7%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)/配置なし	315	137 43.5%	27 8.6%	3 1.0%	22 7.0%	126 40.0%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	56 44.1%	15 11.8%	3 2.4%	9 7.1%	44 34.6%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	91 45.3%	14 7.0%	-	13 6.5%	83 41.3%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	10 31.3%	3 9.4%	1 3.1%	3 9.4%	15 46.9%	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	137 46.3%	26 8.8%	2 0.7%	19 6.4%	112 37.8%	-

※ 各格内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体 + 10ポイント以上 ■ 全体 + 5ポイント以上 ■
 全体 - 5ポイント以下 ■ 全体 - 10ポイント以下 ■

問6で「年に数回程度」、「月1～3回程度」、「週1回程度」、「週2回以上」と回答した場合のみお答えください。

問6-1 救急搬送受入れに対応できない主な理由をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)

【全体】

- 「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(56.2%)が最も高くなっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センターでは「病床満床」(36.7%)が最も高く、次いで、「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(33.3%)となっている。
- 一般病院では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(62.0%)が最も高くなっている。

【医療機能別】

- いずれも「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。
- 急性期では次いで、「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(32.3%)となっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満・400床以上では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(69.4%・63.5%・36.8%)が最も高くなっている。
- 200床以上400床未満では「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(47.4%)が最も高く、次いで、「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(42.1%)となっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(59.1%)が最も高く、次いで、「個室の空きがなかった」(36.4%)となっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(61.5%)が最も高くなっている。

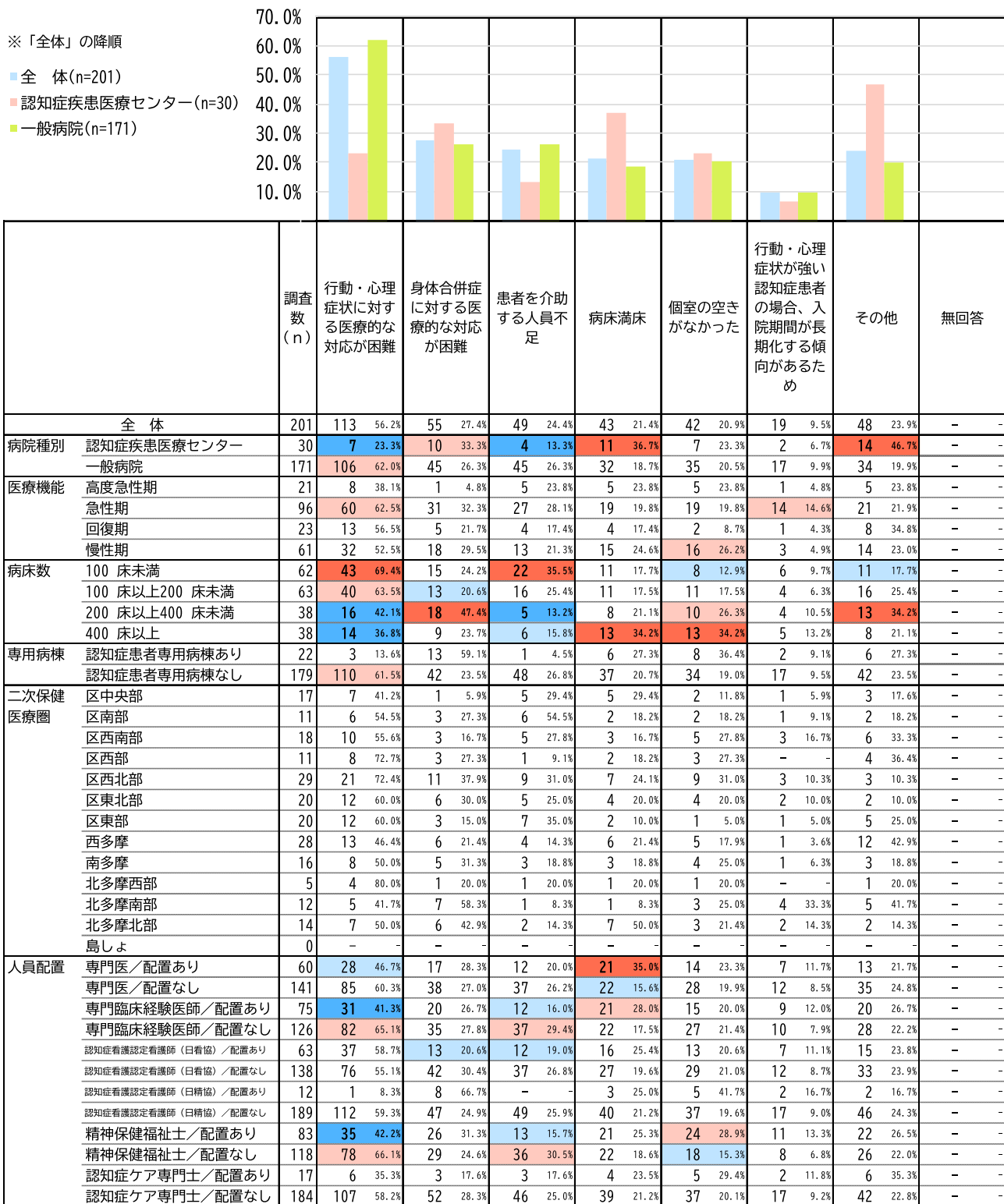
【二次保健医療圏別】

- 北多摩南部以外では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師(日看協)・精神保健福祉士・認知症ケア専門士では配置の有無に関わらず「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。

II 病院調査



【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

(3) 身体合併症※を有する認知症患者について

※ 対応が必要な脳血管疾患・心疾患・呼吸器疾患・感染症・骨折など

問7 以前（5～10年程度）と比べて、身体合併症を有する認知症患者の入院要請は増えていますか。（1つに○）

【全体】

- 「増えている」（51.2%）が最も高くなっている。

【病院種別】

- いずれも「増えている」が最も高くなっている。

【医療機能別】

- いずれも「増えている」が最も高くなっている。

【病床数別】

- いずれの病床数でも「増えている」が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- いずれも「増えている」が最も高くなっている。

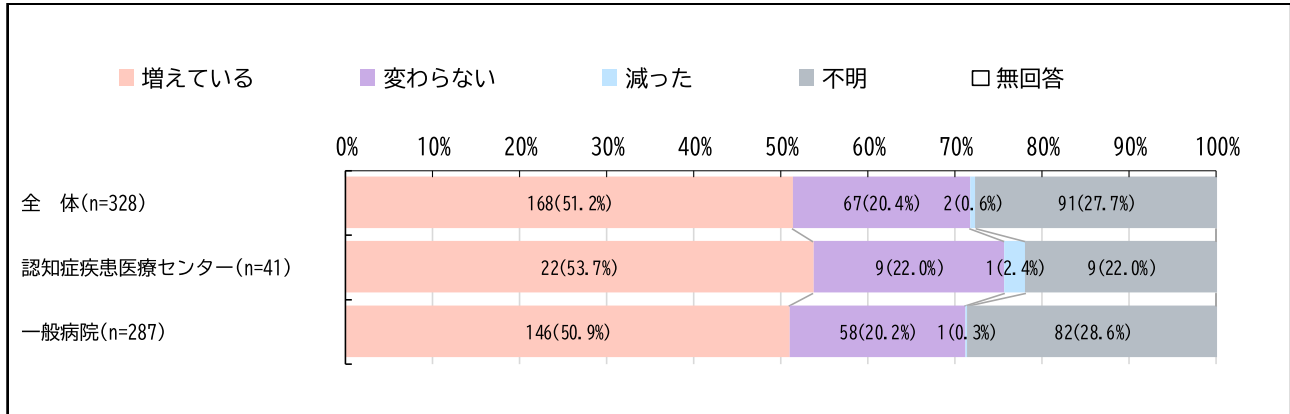
【二次保健医療圏別】

- いずれも「増えている」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- いずれも配置の有無に関わらず「増えている」が最も高くなっている。

II 病院調査



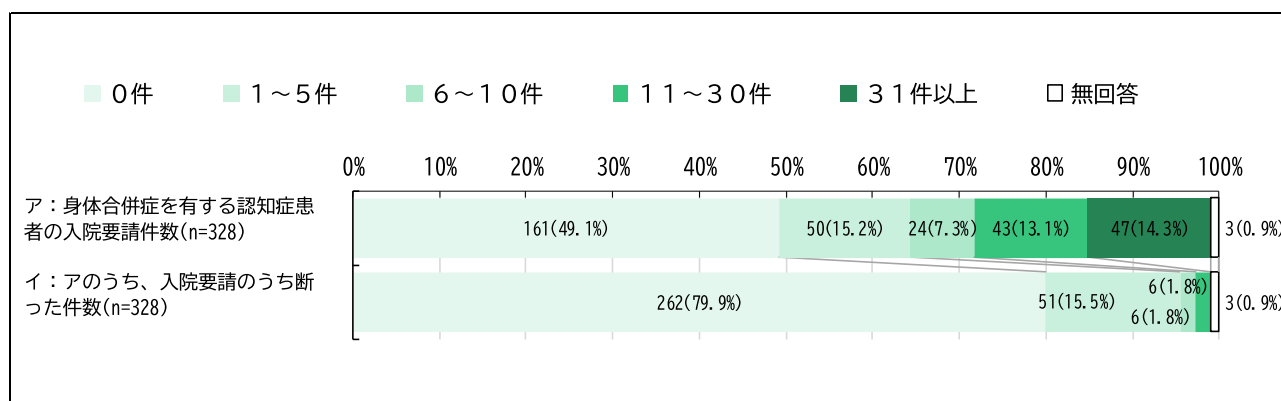
	調査数 (n)	増えている	変わらない	減った	不明	無回答
全体	328	168 51.2%	67 20.4%	2 0.6%	91 27.7%	-
病院種別						
認知症疾患医療センター	41	22 53.7%	9 22.0%	1 2.4%	9 22.0%	-
一般病院	287	146 50.9%	58 20.2%	1 0.3%	82 28.6%	-
医療機能						
高度急性期	33	20 60.6%	7 21.2%	-	6 18.2%	-
急性期	152	85 55.9%	24 15.8%	1 0.7%	42 27.6%	-
回復期	46	25 54.3%	9 19.6%	1 2.2%	11 23.9%	-
慢性期	97	38 39.2%	27 27.8%	-	32 33.0%	-
病床数						
100床未満	104	48 46.2%	26 25.0%	1 1.0%	29 27.9%	-
100床以上200床未満	97	48 49.5%	16 16.5%	1 1.0%	32 33.0%	-
200床以上400床未満	72	37 51.4%	16 22.2%	-	19 26.4%	-
400床以上	55	35 63.6%	9 16.4%	-	11 20.0%	-
専用病棟						
認知症患者専用病棟あり	25	14 56.0%	5 20.0%	-	6 24.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	154 50.8%	62 20.5%	2 0.7%	85 28.1%	-
二次保健医療圏						
区中央部	26	13 50.0%	7 26.9%	-	6 23.1%	-
区南部	18	9 50.0%	3 16.7%	-	6 33.3%	-
区西南部	30	18 60.0%	4 13.3%	1 3.3%	7 23.3%	-
区西部	18	10 55.6%	4 22.2%	1 5.6%	3 16.7%	-
区西北部	48	24 50.0%	12 25.0%	-	12 25.0%	-
区東北部	36	23 63.9%	6 16.7%	-	7 19.4%	-
区東部	32	15 46.9%	5 15.6%	-	12 37.5%	-
西多摩	42	19 45.2%	12 28.6%	-	11 26.2%	-
南多摩	21	10 47.6%	3 14.3%	-	8 38.1%	-
北多摩西部	12	7 58.3%	2 16.7%	-	3 25.0%	-
北多摩南部	23	10 43.5%	5 21.7%	-	8 34.8%	-
北多摩北部	22	10 45.5%	4 18.2%	-	8 36.4%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-
人員配置						
専門医／配置あり	97	51 52.6%	23 23.7%	1 1.0%	22 22.7%	-
専門医／配置なし	231	117 50.6%	44 19.0%	1 0.4%	69 29.9%	-
専門臨床経験医師／配置あり	109	65 59.6%	23 21.1%	1 0.9%	20 18.3%	-
専門臨床経験医師／配置なし	219	103 47.0%	44 20.1%	1 0.5%	71 32.4%	-
認知症看護認定看護師(日看協)／配置あり	100	59 59.0%	20 20.0%	1 1.0%	20 20.0%	-
認知症看護認定看護師(日看協)／配置なし	228	109 47.8%	47 20.6%	1 0.4%	71 31.1%	-
認知症看護認定看護師(日精協)／配置あり	13	6 46.2%	4 30.8%	-	3 23.1%	-
認知症看護認定看護師(日精協)／配置なし	315	162 51.4%	63 20.0%	2 0.6%	88 27.9%	-
精神保健福祉士／配置あり	127	75 59.1%	23 18.1%	1 0.8%	28 22.0%	-
精神保健福祉士／配置なし	201	93 46.3%	44 21.9%	1 0.5%	63 31.3%	-
認知症ケア専門士／配置あり	32	20 62.5%	5 15.6%	-	7 21.9%	-
認知症ケア専門士／配置なし	296	148 50.0%	62 20.9%	2 0.7%	84 28.4%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

比較の対象となる項目：n = 30以上	
全体+10ポイント以上	■
全体+5ポイント以上	■
全体-5ポイント以下	■
全体-10ポイント以下	■

問8 身体合併症を有する認知症患者の入院要請件数と断った件数をご回答ください。
 なお、0件の場合でも、0とご回答ください。(2025年6月実績をご回答ください。)

- ア：身体合併症を有する認知症患者の入院要請件数では「0件」(49.1%)が最も高くなっている。
 イ：アのうち、入院要請のうち断った件数では「0件」(79.9%)が最も高くなっている。



問8 「イ 入院要請のうち断った件数」で「1件」以上と回答した場合のみお答えください。

問8-1 断った主な理由をご記入ください。(あてはまるもの全てに○)

【全体】

- 「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(44.4%)が最も高く、次いで、「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(41.3%)となっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センターでは「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(53.8%)が最も高くなっている。
- 一般病院では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(52.0%)が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期では「病床満床」(100.0%)が最も高く、次いで、「身体合併症に対する医療的な対応が困難」・患者を介助する人員不足」(50.0%)となっている。
- 急性期・回復期では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(46.4%・47.1%)が最も高くなっている。
- 慢性期では「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(50.0%)が最も高く、次いで、「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(43.8%)となっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(61.5%・52.4%)が最も高くなっている。
- 200床以上400床未満・400床以上では「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(55.6%)が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(63.6%)が最も高くなっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(53.8%)が最も高くなっている。

【二次保健医療圏別】

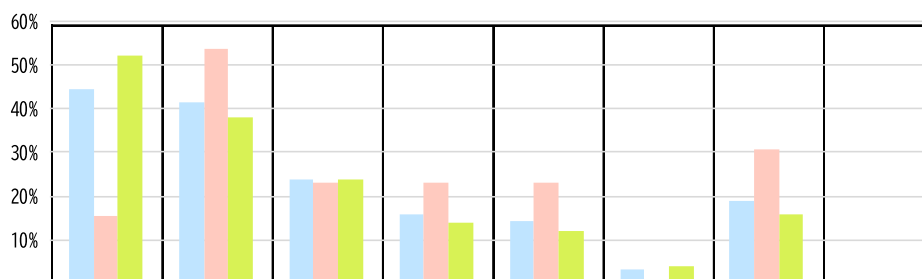
- 区中央部・区南部・区西南部・区西部・区西北部・区東部・北多摩北部では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。
- 区東北部・西多摩・南多摩・北多摩南部では「身体合併症に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- いずれも配置の有無に関わらず「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」または「身体合併症に対する医療的な対応が困難」が最も高く、いずれかが次いで高くなっている。

※「全体」の降順

- 全体(n=63)
- 認知症疾患医療センター(n=13)
- 一般病院(n=50)



	調査数 (n)	行動・心理症状に対する医療的対応が困難	身体合併症に対する医療的対応が困難	病床満床	患者を介助する人員不足	個室の空きがなかった	身体合併症を有する認知症患者の場合、入院期間が長期化する傾向があるため	その他	無回答
全体	63	28 44.4%	26 41.3%	15 23.8%	10 15.9%	9 14.3%	2 3.2%	12 19.0%	-
病院種別									
認知症疾患医療センター	13	2 15.4%	7 53.8%	3 23.1%	3 23.1%	3 23.1%	-	4 30.8%	-
一般病院	50	26 52.0%	19 38.0%	12 24.0%	7 14.0%	6 12.0%	2 4.0%	8 16.0%	-
医療機能									
高度急性期	2	-	1 50.0%	2 100.0%	1 50.0%	-	-	-	-
急性期	28	13 46.4%	13 46.4%	3 10.7%	6 21.4%	6 21.4%	1 3.6%	3 10.7%	-
回復期	17	8 47.1%	4 23.5%	4 23.5%	1 5.9%	1 5.9%	1 5.9%	5 29.4%	-
慢性期	16	7 43.8%	8 50.0%	6 37.5%	2 12.5%	2 12.5%	-	4 25.0%	-
病床数									
100 床未満	13	8 61.5%	5 38.5%	5 38.5%	3 23.1%	2 15.4%	1 7.7%	1 7.7%	-
100 床以上200 床未満	21	11 52.4%	5 23.8%	4 19.0%	4 19.0%	1 4.8%	-	5 23.8%	-
200 床以上400 床未満	18	6 33.3%	10 55.6%	1 5.6%	-	2 11.1%	-	5 27.8%	-
400 床以上	11	3 27.3%	6 54.5%	5 45.5%	3 27.3%	4 36.4%	1 9.1%	1 9.1%	-
専用病棟									
認知症患者専用病棟あり	11	-	7 63.6%	3 27.3%	-	2 18.2%	-	5 45.5%	-
認知症患者専用病棟なし	52	28 53.8%	19 36.5%	12 23.1%	10 19.2%	7 13.5%	2 3.8%	7 13.5%	-
二次保健医療圏									
区中央部	4	2 50.0%	1 25.0%	-	1 25.0%	-	-	-	-
区南部	5	3 60.0%	-	-	2 40.0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%	-
区西南部	4	2 50.0%	2 50.0%	-	1 25.0%	1 25.0%	-	1 25.0%	-
区西部	3	2 66.7%	-	2 66.7%	-	1 33.3%	1 33.3%	-	-
区西北部	12	7 58.3%	5 41.7%	4 33.3%	1 8.3%	2 16.7%	-	1 8.3%	-
区東北部	7	3 42.9%	4 57.1%	-	-	1 14.3%	-	1 14.3%	-
区東部	4	2 50.0%	-	1 25.0%	2 50.0%	1 25.0%	-	-	-
西多摩	10	4 40.0%	6 60.0%	3 30.0%	2 20.0%	2 20.0%	-	2 20.0%	-
南多摩	6	-	4 66.7%	2 33.3%	-	-	-	4 66.7%	-
北多摩西部	0	-	-	-	-	-	-	-	-
北多摩南部	6	1 16.7%	4 66.7%	1 16.7%	-	-	-	2 33.3%	-
北多摩北部	2	2 100.0%	-	2 100.0%	1 50.0%	-	-	-	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-	-	-
人員配置									
専門医／配置あり	24	9 37.5%	9 37.5%	9 37.5%	7 29.2%	6 25.0%	1 4.2%	3 12.5%	-
専門医／配置なし	39	19 48.7%	17 43.6%	6 15.4%	3 7.7%	3 7.7%	1 2.6%	9 23.1%	-
専門臨床経験医師／配置あり	25	9 36.0%	9 36.0%	8 32.0%	4 16.0%	6 24.0%	2 8.0%	4 16.0%	-
専門臨床経験医師／配置なし	38	19 50.0%	17 44.7%	7 18.4%	6 15.8%	3 7.9%	-	8 21.1%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置あり	20	10 50.0%	7 35.0%	6 30.0%	3 15.0%	6 30.0%	1 5.0%	2 10.0%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置なし	43	18 41.9%	19 44.2%	9 20.9%	7 16.3%	3 7.0%	1 2.3%	10 23.3%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置あり	3	-	2 66.7%	1 33.3%	-	1 33.3%	-	-	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置なし	60	28 46.7%	24 40.0%	14 23.3%	10 16.7%	8 13.3%	2 3.3%	12 20.0%	-
精神保健福祉士／配置あり	31	11 35.5%	15 48.4%	6 19.4%	5 16.1%	7 22.6%	1 3.2%	7 22.6%	-
精神保健福祉士／配置なし	32	17 53.1%	11 34.4%	9 28.1%	5 15.6%	2 6.3%	1 3.1%	5 15.6%	-
認知症ケア専門士／配置あり	11	3 27.3%	4 36.4%	1 9.1%	2 18.2%	1 9.1%	1 9.1%	5 45.5%	-
認知症ケア専門士／配置なし	52	25 48.1%	22 42.3%	14 26.9%	8 15.4%	8 15.4%	1 1.9%	7 13.5%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率（%）を表す

【表の凡例】

比較の対象となる項目：n = 30以上

全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問9 過去1年間で、認知症を有し、身体合併症の治療を主な目的とした患者を救急搬送で受け入れる頻度をご回答ください。(1つに○)

【全体】

- 「受入れ実績なし」(43.9%)が最も高くなっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センターでは「週2回以上」(39.0%)が最も高くなっている。
- 一般病院では「受入れ実績なし」(46.7%)が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期・急性期では「週2回以上」が最も高くなっている。
- 回復期・慢性期では「受入れ実績なし」が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満・200床以上400床未満では「受入れ実績なし」が最も高くなっている。
- 400床以上では「週2回以上」(38.2%)が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

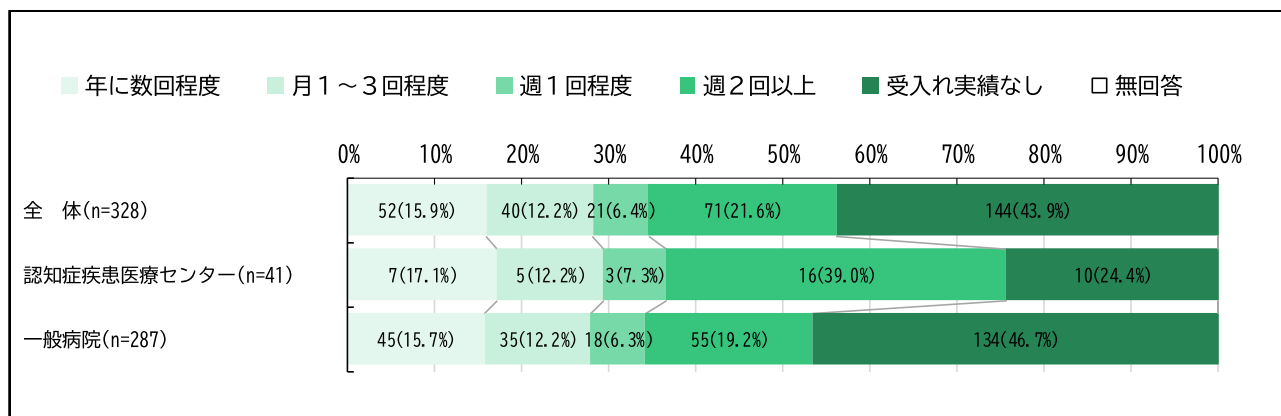
- いずれも「受入れ実績なし」が最も高くなっている。

【二次保健医療圏別】

- 区西部・北多摩西部では「週2回以上」が最も高くなっている。
- それ以外の二次保健医療圏では、「受入れ実績なし」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 専門医／配置あり・専門臨床経験医師／配置あり・認知症看護認定看護師(日看協)／配置あり・認知症ケア専門士／配置ありでは「週2回以上」が最も高くなっている。
- いずれの専門職も、配置なしでは「受入れ実績なし」が最も高くなっている。



	調査数 (n)	年に数回程度	月1～3回程度	週1回程度	週2回以上	受入れ実績なし	無回答
全体	328	52 15.9%	40 12.2%	21 6.4%	71 21.6%	144 43.9%	-
病院種別							
認知症疾患医療センター	41	7 17.1%	5 12.2%	3 7.3%	16 39.0%	10 24.4%	-
一般病院	287	45 15.7%	35 12.2%	18 6.3%	55 19.2%	134 46.7%	-
医療機能							
高度急性期	33	5 15.2%	8 24.2%	4 12.1%	11 33.3%	5 15.2%	-
急性期	152	31 20.4%	18 11.8%	13 8.6%	48 31.6%	42 27.6%	-
回復期	46	5 10.9%	7 15.2%	1 2.2%	6 13.0%	27 58.7%	-
慢性期	97	11 11.3%	7 7.2%	3 3.1%	6 6.2%	70 72.2%	-
病床数							
100床未満	104	20 19.2%	9 8.7%	7 6.7%	11 10.6%	57 54.8%	-
100床以上200床未満	97	14 14.4%	12 12.4%	5 5.2%	22 22.7%	44 45.4%	-
200床以上400床未満	72	8 11.1%	8 11.1%	6 8.3%	17 23.6%	33 45.8%	-
400床以上	55	10 18.2%	11 20.0%	3 5.5%	21 38.2%	10 18.2%	-
専用病棟							
認知症患者専用病棟あり	25	7 28.0%	2 8.0%	1 4.0%	3 12.0%	12 48.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	45 14.9%	38 12.5%	20 6.6%	68 22.4%	132 43.6%	-
二次保健医療圏							
区中央部	26	6 23.1%	7 26.9%	2 7.7%	5 19.2%	6 23.1%	-
区南部	18	1 5.6%	2 11.1%	1 5.6%	5 27.8%	9 50.0%	-
区西南部	30	5 16.7%	8 26.7%	2 6.7%	4 13.3%	11 36.7%	-
区西部	18	-	4 22.2%	1 5.6%	10 55.6%	3 16.7%	-
区西北部	48	10 20.8%	2 4.2%	5 10.4%	7 14.6%	24 50.0%	-
区東北部	36	5 13.9%	-	2 5.6%	9 25.0%	20 55.6%	-
区東部	32	4 12.5%	9 28.1%	-	6 18.8%	13 40.6%	-
西多摩	42	7 16.7%	5 11.9%	1 2.4%	7 16.7%	22 52.4%	-
南多摩	21	5 23.8%	1 4.8%	3 14.3%	2 9.5%	10 47.6%	-
北多摩西部	12	2 16.7%	-	-	6 50.0%	4 33.3%	-
北多摩南部	23	5 21.7%	-	2 8.7%	5 21.7%	11 47.8%	-
北多摩北部	22	2 9.1%	2 9.1%	2 9.1%	5 22.7%	11 50.0%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-
人員配置							
専門医/配置あり	97	14 14.4%	21 21.6%	7 7.2%	33 34.0%	22 22.7%	-
専門医/配置なし	231	38 16.5%	19 8.2%	14 6.1%	38 16.5%	122 52.8%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	25 22.9%	21 19.3%	7 6.4%	29 26.6%	27 24.8%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	27 12.3%	19 8.7%	14 6.4%	42 19.2%	117 53.4%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置あり	100	21 21.0%	18 18.0%	7 7.0%	36 36.0%	18 18.0%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置なし	228	31 13.6%	22 9.6%	14 6.1%	35 15.4%	126 55.3%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置あり	13	4 30.8%	4 30.8%	-	-	5 38.5%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置なし	315	48 15.2%	36 11.4%	21 6.7%	71 22.5%	139 44.1%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	21 16.5%	20 15.7%	9 7.1%	35 27.6%	42 33.1%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	31 15.4%	20 10.0%	12 6.0%	36 17.9%	102 50.7%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	2 6.3%	5 15.6%	2 6.3%	14 43.8%	9 28.1%	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	50 16.9%	35 11.8%	19 6.4%	57 19.3%	135 45.6%	-

※ 各種内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問10 過去1年間で、認知症を有し、身体合併症の治療を主な目的とした患者の救急搬送要請に対応できなかった件数をご回答ください。(1つに○)

【全体】

- 「年に数回程度」(43.0%)が最も高く、次いで、「対応できなかったことはない」(40.2%)となっている。

【病院種別】

- いずれも「年に数回程度」が最も高くなっている。
- 一般病院では次いで、「対応できなかったことはない」(42.2%)となっている。

【医療機能別】

- 高度急性期・急性期・慢性期では「年に数回程度」(42.4%・40.8%・49.5%)が最も高くなっている。
- 回復期では「対応できなかったことはない」(54.3%)が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・200床以上400床未満では「対応できなかったことはない」(48.1%・43.1%)が最も高くなっている。
- 100床以上200床未満・400床以上では「年に数回程度」(47.4%・45.5%)が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

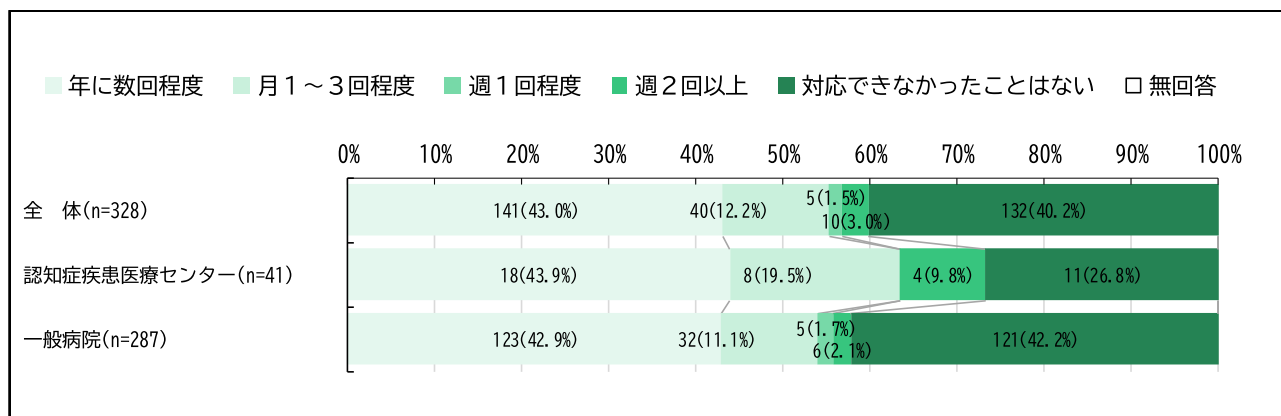
- 認知症患者専用病棟ありでは「年に数回程度」(60.0%)が最も高くなっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「対応できなかったことはない」(42.9%)が最も高く、次いで、「年に数回程度」(41.6%)となっている。

【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区南部・区西南部・西多摩・南多摩・北多摩北部では「年に数回程度」が最も高くなっている。
- 区西部・区西北部・区東北部・北多摩西部・北多摩南部では「対応できなかったことはない」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師(日精協)・精神保健福祉士では配置ありは「年に数回程度」が最も高くなっている。



	調査数 (n)	年に数回程度	月1~3回程度	週1回程度	週2回以上	対応できなかったことはない	無回答
全体	328	141 43.0%	40 12.2%	5 1.5%	10 3.0%	132 40.2%	-
病院種別							
認知症疾患医療センター	41	18 43.9%	8 19.5%	-	4 9.8%	11 26.8%	-
一般病院	287	123 42.9%	32 11.1%	5 1.7%	6 2.1%	121 42.2%	-
医療機能							
高度急性期	33	14 42.4%	4 12.1%	-	2 6.1%	13 39.4%	-
急性期	152	62 40.8%	28 18.4%	4 2.6%	1 0.7%	57 37.5%	-
回復期	46	17 37.0%	2 4.3%	-	2 4.3%	25 54.3%	-
慢性期	97	48 49.5%	6 6.2%	1 1.0%	5 5.2%	37 38.1%	-
病床数							
100床未満	104	44 42.3%	6 5.8%	1 1.0%	3 2.9%	50 48.1%	-
100床以上200床未満	97	46 47.4%	12 12.4%	2 2.1%	2 2.1%	35 36.1%	-
200床以上400床未満	72	26 36.1%	11 15.3%	2 2.8%	2 2.8%	31 43.1%	-
400床以上	55	25 45.5%	11 20.0%	-	3 5.5%	16 29.1%	-
専用病棟							
認知症患者専用病棟あり	25	15 60.0%	6 24.0%	-	2 8.0%	2 8.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	126 41.6%	34 11.2%	5 1.7%	8 2.6%	130 42.9%	-
二次保健医療圏							
区中央部	26	13 50.0%	5 19.2%	-	-	8 30.8%	-
区南部	18	11 61.1%	1 5.6%	1 5.6%	-	5 27.8%	-
区西南部	30	16 53.3%	2 6.7%	1 3.3%	1 3.3%	10 33.3%	-
区西部	18	4 22.2%	5 27.8%	-	1 5.6%	8 44.4%	-
区西北部	48	17 35.4%	4 8.3%	-	-	27 56.3%	-
区東北部	36	15 41.7%	3 8.3%	-	-	18 50.0%	-
区東部	32	12 37.5%	7 21.9%	-	1 3.1%	12 37.5%	-
西多摩	42	16 38.1%	7 16.7%	2 4.8%	2 4.8%	15 35.7%	-
南多摩	21	14 66.7%	1 4.8%	-	3 14.3%	3 14.3%	-
北多摩西部	12	5 41.7%	-	-	-	7 58.3%	-
北多摩南部	23	8 34.8%	3 13.0%	-	2 8.7%	10 43.5%	-
北多摩北部	22	10 45.5%	2 9.1%	1 4.5%	-	9 40.9%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-
人員配置							
専門医/配置あり	97	41 42.3%	20 20.6%	2 2.1%	4 4.1%	30 30.9%	-
専門医/配置なし	231	100 43.3%	20 8.7%	3 1.3%	6 2.6%	102 44.2%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	48 44.0%	20 18.3%	1 0.9%	6 5.5%	34 31.2%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	93 42.5%	20 9.1%	4 1.8%	4 1.8%	98 44.7%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置あり	100	38 38.0%	15 15.0%	2 2.0%	5 5.0%	40 40.0%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置なし	228	103 45.2%	25 11.0%	3 1.3%	5 2.2%	92 40.4%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置あり	13	8 61.5%	3 23.1%	-	-	2 15.4%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置なし	315	133 42.2%	37 11.7%	5 1.6%	10 3.2%	130 41.3%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	59 46.5%	19 15.0%	3 2.4%	5 3.9%	41 32.3%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	82 40.8%	21 10.4%	2 1.0%	5 2.5%	91 45.3%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	9 28.1%	7 21.9%	1 3.1%	2 6.3%	13 40.6%	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	132 44.6%	33 11.1%	4 1.4%	8 2.7%	119 40.2%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

II 病院調査

問10で「年に数回程度」、「月1～3回程度」、「週1回程度」、「週2回以上」と回答した場合のみお答えください。

問10-1 対応できない主な理由をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)

【全体】

- 「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(43.4%)が最も高く、次いで、「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(34.7%)となっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センターでは「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(46.7%)が最も高く、次いで、「病床満床」(43.3%)となっている。
- 一般病院では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(47.6%)が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期では「病床満床」(50.0%)が最も高く、次いで、「個室の空きがなかった」(30.0%)となっている。
- 急性期・慢性期では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(48.4%・43.3%)が最も高く、次いで、「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(41.1%・41.7%)となっている。
- 回復期では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(42.9%)が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(63.0%・53.2%)が最も高くなっている。
- 200床以上400床未満では「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(43.9%)が最も高くなっている。
- 400床以上では「病床満床」(46.2%)が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「身体合併症に対する医療的な対応が困難」(69.6%)が最も高くなっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」(48.0%)が最も高くなっている。

【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区南部・区西南部・区西北部・区東部・西多摩・北多摩西部・北多摩北部では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。
- 区東北部・南多摩・北多摩南部では「身体合併症に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。

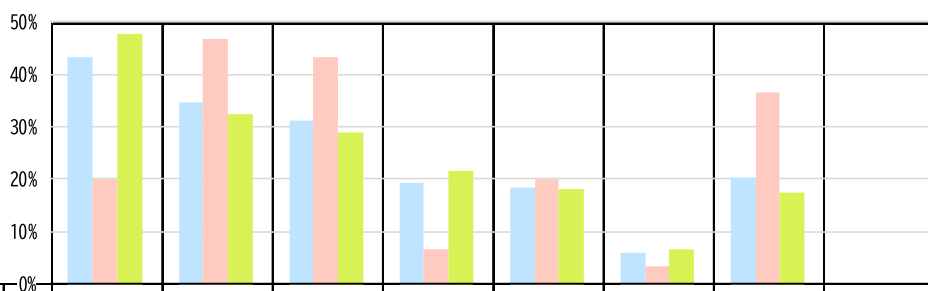
【人員配置別】

- 専門医・認知症看護認定看護師（日看協）／配置ありでは「病床満床」が最も高くなっている。
- 専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師（日精協）・精神保健福祉士／配置ありでは「身体合併症に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。
- いずれの専門職も配置なしでは「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が最も高くなっている。

II 病院調査

※「全体」の降順

■ 全体(n=196)
 ■ 認知症疾患医療センター(n=30)
 ■ 一般病院(n=166)



	調査数 (n)	行動・心理症状に対する医療的対応が困難	身体合併症に対する医療的対応が困難	病床満床	患者を介助する人員不足	個室の空きがなかった	身体合併症を有する認知症患者の場合、入院期間が長期化する傾向があるため	その他	無回答
全体	196	85 43.4%	68 34.7%	61 31.1%	38 19.4%	36 18.4%	12 6.1%	40 20.4%	-
病院種別									
認知症疾患医療センター	30	6 20.0%	14 46.7%	13 43.3%	2 6.7%	6 20.0%	1 3.3%	11 36.7%	-
一般病院	166	79 47.6%	54 32.5%	48 28.9%	36 21.7%	30 18.1%	11 6.6%	29 17.5%	-
医療機能									
高度急性期	20	4 20.0%	1 5.0%	10 50.0%	5 25.0%	6 30.0%	-	3 15.0%	-
急性期	95	46 48.4%	39 41.1%	27 28.4%	20 21.1%	15 15.8%	8 8.4%	15 15.8%	-
回復期	21	9 42.9%	3 14.3%	8 38.1%	3 14.3%	3 14.3%	1 4.8%	8 38.1%	-
慢性期	60	26 43.3%	25 41.7%	16 26.7%	10 16.7%	12 20.0%	3 5.0%	14 23.3%	-
病床数									
100 床未満	54	34 63.0%	17 31.5%	18 33.3%	15 27.8%	9 16.7%	4 7.4%	8 14.8%	-
100 床以上200 床未満	62	33 53.2%	18 29.0%	17 27.4%	11 17.7%	11 17.7%	5 8.1%	15 24.2%	-
200 床以上400 床未満	41	10 24.4%	18 43.9%	8 19.5%	4 9.8%	4 9.8%	2 4.9%	11 26.8%	-
400 床以上	39	8 20.5%	15 38.5%	18 46.2%	8 20.5%	12 30.8%	1 2.6%	6 15.4%	-
専用病棟									
認知症患者専用病棟あり	23	2 8.7%	16 69.6%	6 26.1%	-	6 26.1%	-	8 34.8%	-
認知症患者専用病棟なし	173	83 48.0%	52 30.1%	55 31.8%	38 22.0%	30 17.3%	12 6.9%	32 18.5%	-
二次保健医療圏									
区中央部	18	7 38.9%	4 22.2%	7 38.9%	4 22.2%	4 22.2%	1 5.6%	3 16.7%	-
区南部	13	7 53.8%	4 30.8%	4 30.8%	5 38.5%	2 15.4%	1 7.7%	2 15.4%	-
区西南部	20	5 25.0%	4 20.0%	5 25.0%	4 20.0%	5 25.0%	2 10.0%	8 40.0%	-
区西部	10	3 30.0%	3 30.0%	6 60.0%	2 20.0%	2 20.0%	-	3 30.0%	-
区西北部	21	14 66.7%	7 33.3%	7 33.3%	5 23.8%	5 23.8%	1 4.8%	3 14.3%	-
区東北部	18	6 33.3%	7 38.9%	5 27.8%	2 11.1%	3 16.7%	1 5.6%	-	-
区東部	20	11 55.0%	5 25.0%	5 25.0%	6 30.0%	2 10.0%	1 5.0%	5 25.0%	-
西多摩	27	12 44.4%	10 37.0%	7 25.9%	3 11.1%	3 11.1%	2 7.4%	8 29.6%	-
南多摩	18	6 33.3%	7 38.9%	6 33.3%	3 16.7%	5 27.8%	1 5.6%	5 27.8%	-
北多摩西部	5	3 60.0%	2 40.0%	2 40.0%	-	1 20.0%	-	-	-
北多摩南部	13	4 30.8%	8 61.5%	2 15.4%	1 7.7%	1 7.7%	1 7.7%	3 23.1%	-
北多摩北部	13	7 53.8%	7 53.8%	5 38.5%	3 23.1%	3 23.1%	1 7.7%	-	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-	-	-
人員配置									
専門医／配置あり	67	23 34.3%	26 38.8%	27 40.3%	15 22.4%	13 19.4%	4 6.0%	12 17.9%	-
専門医／配置なし	129	62 48.1%	42 32.6%	34 26.4%	23 17.8%	23 17.8%	8 6.2%	28 21.7%	-
専門臨床経験医師／配置あり	75	23 30.7%	32 42.7%	31 41.3%	9 12.0%	16 21.3%	6 8.0%	14 18.7%	-
専門臨床経験医師／配置なし	121	62 51.2%	36 29.8%	30 24.8%	29 24.0%	20 16.5%	6 5.0%	26 21.5%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置あり	60	22 36.7%	15 25.0%	26 43.3%	12 20.0%	13 21.7%	5 8.3%	13 21.7%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置なし	136	63 46.3%	53 39.0%	35 25.7%	26 19.1%	23 16.9%	7 5.1%	27 19.9%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置あり	11	2 18.2%	8 72.7%	3 27.3%	-	3 27.3%	-	-	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置なし	185	83 44.9%	60 32.4%	58 31.4%	38 20.5%	33 17.8%	12 6.5%	40 21.6%	-
精神保健福祉士／配置あり	86	26 30.2%	35 40.7%	30 34.9%	13 15.1%	22 25.6%	6 7.0%	22 25.6%	-
精神保健福祉士／配置なし	110	59 53.6%	33 30.0%	31 28.2%	25 22.7%	14 12.7%	6 5.5%	18 16.4%	-
認知症ケア専門士／配置あり	19	4 21.1%	7 36.8%	7 36.8%	2 10.5%	5 26.3%	1 5.3%	7 36.8%	-
認知症ケア専門士／配置なし	177	81 45.8%	61 34.5%	54 30.5%	36 20.3%	31 17.5%	11 6.2%	33 18.6%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率（%）を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問11 貴院において、身体合併症の症状が落ち着いても、認知症による行動・心理症状安定のための入院がさらに必要となる事例はどの程度ありますか。(1つに○)

【全体】

- 「ほとんどない」(46.0%)が最も高くなっている。

【病院種別】

- いずれも「ほとんどない」が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期では「11～30%」(33.3%)が最も高くなっている。
- 急性期・回復期・慢性期では「ほとんどない」(50.0%・52.2%・43.3%)が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満・200床以上400床未満では「ほとんどない」(60.6%・41.2%・44.4%)が最も高くなっている。
- 400床以上では「11～30%」(30.9%)が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「11～30%」(36.0%)が最も高く、次いで、「51%以上」(32.0%)となっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「ほとんどない」(48.2%)が最も高くなっている。

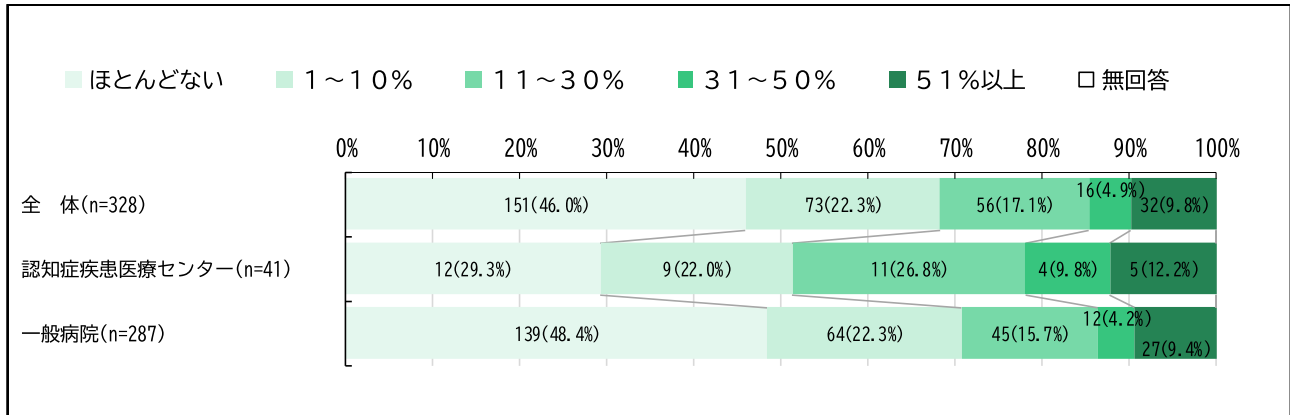
【二次保健医療圏別】

- 区西部以外の二次保健医療圏では「ほとんどない」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 認知症看護認定看護師(日看協)／配置あり以外では、いずれの専門職も配置の有無に関わらず「ほとんどない」が最も高くなっている。

II 病院調査



	調査数 (n)	ほとんどない	1~10%	11~30%	31~50%	51%以上	無回答
全体	328	151 46.0%	73 22.3%	56 17.1%	16 4.9%	32 9.8%	-
病院種別							
認知症疾患医療センター	41	12 29.3%	9 22.0%	11 26.8%	4 9.8%	5 12.2%	-
一般病院	287	139 48.4%	64 22.3%	45 15.7%	12 4.2%	27 9.4%	-
医療機能							
高度急性期	33	9 27.3%	9 27.3%	11 33.3%	1 3.0%	3 9.1%	-
急性期	152	76 50.0%	33 21.7%	23 15.1%	10 6.6%	10 6.6%	-
回復期	46	24 52.2%	14 30.4%	6 13.0%	-	2 4.3%	-
慢性期	97	42 43.3%	17 17.5%	16 16.5%	5 5.2%	17 17.5%	-
病床数							
100床未満	104	63 60.6%	16 15.4%	13 12.5%	2 1.9%	10 9.6%	-
100床以上200床未満	97	40 41.2%	31 32.0%	13 13.4%	6 6.2%	7 7.2%	-
200床以上400床未満	72	32 44.4%	13 18.1%	13 18.1%	5 6.9%	9 12.5%	-
400床以上	55	16 29.1%	13 23.6%	17 30.9%	3 5.5%	6 10.9%	-
専用病棟							
認知症患者専用病棟あり	25	5 20.0%	2 8.0%	9 36.0%	1 4.0%	8 32.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	146 48.2%	71 23.4%	47 15.5%	15 5.0%	24 7.9%	-
二次保健医療圏							
区中央部	26	10 38.5%	8 30.8%	7 26.9%	-	1 3.8%	-
区南部	18	11 61.1%	1 5.6%	3 16.7%	3 16.7%	-	-
区西南部	30	14 46.7%	9 30.0%	5 16.7%	1 3.3%	1 3.3%	-
区西部	18	5 27.8%	8 44.4%	3 16.7%	1 5.6%	1 5.6%	-
区西北部	48	24 50.0%	9 18.8%	7 14.6%	2 4.2%	6 12.5%	-
区東北部	36	13 36.1%	9 25.0%	11 30.6%	-	3 8.3%	-
区東部	32	18 56.3%	5 15.6%	4 12.5%	1 3.1%	4 12.5%	-
西多摩	42	18 42.9%	9 21.4%	7 16.7%	2 4.8%	6 14.3%	-
南多摩	21	11 52.4%	2 9.5%	3 14.3%	1 4.8%	4 19.0%	-
北多摩西部	12	7 58.3%	3 25.0%	-	2 16.7%	-	-
北多摩南部	23	8 34.8%	7 30.4%	3 13.0%	1 4.3%	4 17.4%	-
北多摩北部	22	12 54.5%	3 13.6%	3 13.6%	2 9.1%	2 9.1%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-
人員配置							
専門医/配置あり	97	33 34.0%	22 22.7%	30 30.9%	5 5.2%	7 7.2%	-
専門医/配置なし	231	118 51.1%	51 22.1%	26 11.3%	11 4.8%	25 10.8%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	28 25.7%	31 28.4%	31 28.4%	7 6.4%	12 11.0%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	123 56.2%	42 19.2%	25 11.4%	9 4.1%	20 9.1%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置あり	100	30 30.0%	32 32.0%	24 24.0%	8 8.0%	6 6.0%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置なし	228	121 53.1%	41 18.0%	32 14.0%	8 3.5%	26 11.4%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置あり	13	4 30.8%	1 7.7%	3 23.1%	2 15.4%	3 23.1%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置なし	315	147 46.7%	72 22.9%	53 16.8%	14 4.4%	29 9.2%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	43 33.9%	31 24.4%	30 23.6%	6 4.7%	17 13.4%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	108 53.7%	42 20.9%	26 12.9%	10 5.0%	15 7.5%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	12 37.5%	12 37.5%	4 12.5%	1 3.1%	3 9.4%	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	139 47.0%	61 20.6%	52 17.6%	15 5.1%	29 9.8%	-

※ 各種内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

認知症疾患医療センターの病院のみが回答

1-2 認知症を有している患者の入院先の調整に係る地域の状況について

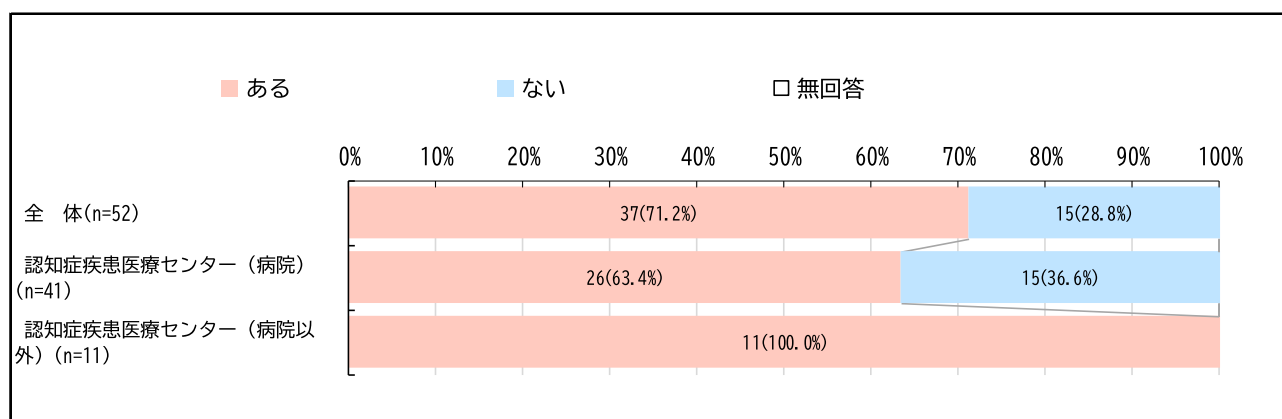
(1) 貴センターが他院へ入院調整を行うとき

問12 認知症を有している患者の受入を依頼する際、受入調整に困ったことはありますか。

(1つに〇)

【全体】

- 「ある」(63.4%)が「ない」(36.6%)よりも高くなっている。



※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

II 病院調査

問12で「1ある」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問12-1 受入調整が困難となった理由をご記入ください。

※認知症疾患医療センター（病院以外）調査での回答も含めて記載しています。

患者の状態や先方のベッドの状況
一般科へ相談した際認知症状が激しいと難しいと言われた時
基礎疾患に身体合併症があり、行動・心理症状が顕著な方の受入先がほとんどないため 行動・心理状態に対する医療的対応が困難
・市内にお勧めできる認知症専門病棟がないため、他市に依頼し、それにより本市在住の家族との調整が難しかった。 ・家族が独特な方で受け入れが困難。ご本人の状況で断られたことはない。
認知症があることで、受入可能な医療機関の選択肢が少なくなるため。
若年性認知症の受け入れ先がなかなか見つからなかった
キーパーソン不在
相談された当日に入院出来る病院を探して欲しいと依頼があった時、当日は難しいと言われてしまった時
入院調整、空きベッドの状況が不明。
当院に認知症治療病棟がないばかりか、当院が属する区西部医療圏域内にも認知症治療病棟がないため、入院が必要な案件は圏域外の病院にお問い合わせせざるを得ないため。
認知症の周辺症状への対応困難なため、周辺症状が落ち着かないと受け入れ困難。
当院の機能特性上、高度な身体管理が必要な患者が多く、当院では病状安定と判断していても、精神科単科の病院からは身体合併症が診られないことが多い。
身寄りがない家族の希望に見合う退院先が無い行動・心理症状への対応が困難
医療保護入院が想定される場合の同意者について関係者に理解をしてもらい確認していただくことに時間を要する。家族背景を調べることは民間の医療機関や支援者では限界もある。
BPSDがあり入院治療が適当と判断し精神科医療機関を探していても、身体合併症があり精神科病院で対応を断られてしまうことがあり、入院先確保に難渋することがこれまであった
他の疾患があったり、キーパーソン不在の場合など
精神科：若年性認知症の患者、経済的余裕のない方、行動制限の必要な方 一般科：BPSDが強い場合や医療依存度の高さ、専門病棟・施設の空床不足、地域資源の偏在、家族の希望との不一致など
身体合併症に対する治療が困難なため
BPSDの有無。BPSD・せん妄のためやむをえない状況で身体拘束を行っている場合、受け入れを断られる場合が多い。
認知症の診断があることや精神科病院へ入院をしていることで対応困難、あるいは個室利用などの条件提示され、調整がスムーズにいかなかった。
精神科薬（認知症治療薬含む）が受入依頼先（入所施設等）で取り扱いがなく、調整に難航することが多い。また認知症対応可能な療養医療機関が少ない。

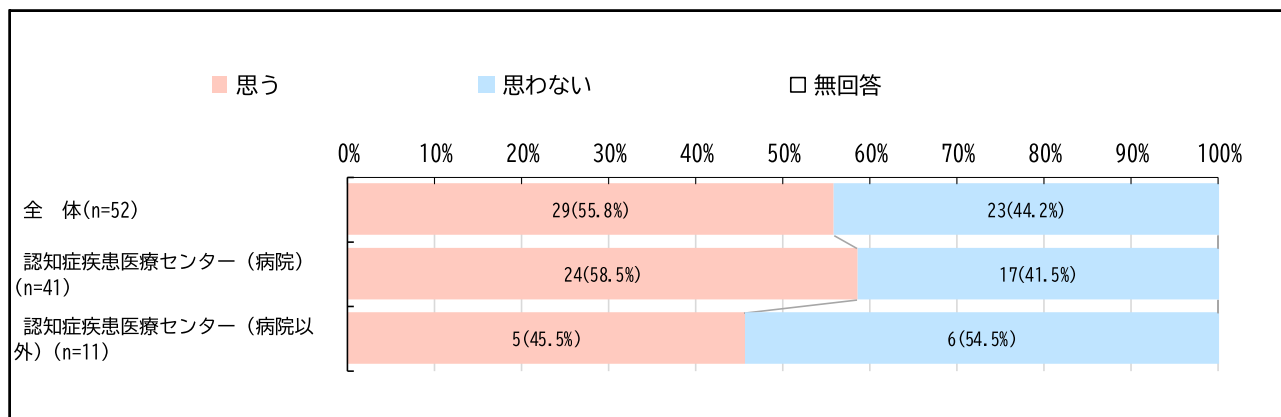
自院受診歴のない患者の入院相談を実施する場合、本人情報が不足していたり、家族が求める入院時期までに空きが出なかったりするため
経済的な課題、キーパーソン不在、在院日数の課題、若年性認知症の方の受け入れ先が少ない
行動抑制が効かない
薬の費用が高い。BPSD 症状。キーパーソンが不在。
ADL 低下と退院先の見込みがないこと
BPSD 等によりすぐの受け入れもらえないことがある
認知症のある方を身体治療目的で入院調整する際、受け入れを断られた、
入院調整をしたのに家族（本人）が断ってしまう
入院を急ぎたいが二週間近く先になってしまう時
身体合併症がある場合
癌、人工透析の方は受け入れ困難という精神科単科の病院は多い
離院の可能性がある患者は精神科病棟に依頼せざるを得ないが精神科で内科を診病院に限られる
病床の空きがなかった
身上監護者が不在
ベッドに空きがない、家族が決断できない

(2) 自治体内の診療所等が貴センター以外に入院調整を行うとき

問13 円滑に入院が行われていると思いますか。(1つに○)

【全体】

●「思う」は55.8%と高く、一方、「思わない」は44.2%となっている。



	調査数 (n)	思う	思わない	無回答
全体	52	29 55.8%	23 44.2%	-
種別				
認知症患者医療センター (病院)	41	24 58.5%	17 41.5%	-
認知症患者医療センター (病院以外)	11	5 45.5%	6 54.5%	-

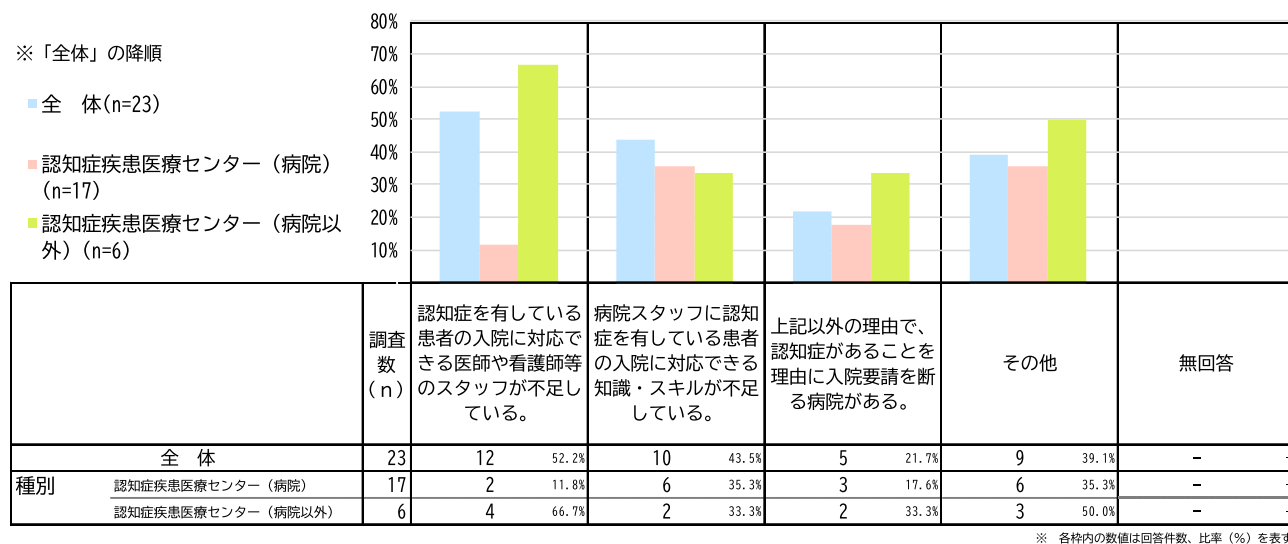
※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

※認知症患者医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

問12で「2思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問13-1 円滑に入院が行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

「認知症を有している患者の入院に対応できる医師や看護師等のスタッフが不足している。」(52.2%)が最も高く、続いて、「病院スタッフに認知症を有している患者の入院に対応できる知識・スキルが不足している。」(43.5%)の順に高くなっている。



※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

すべての病院が回答

2-1 認知症を有している患者のケアの体制について伺います。

問14 貴院における認知症ケア加算に係る施設基準届出の有無をご回答ください。(1つに○)

【全体】

- 「届け出ていない」(51.6%)が最も高くなっている。

【病院種別】

- いずれも「届け出ていない」(42.3%・53.3%)が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期では「認知症ケア加算1を届け出ている」(69.7%)が最も高くなっている。
- 急性期・回復期・慢性期では「届け出ていない」(45.4%・47.8%・67.0%)が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・100床以上200床未満・200床以上400床未満では「届け出ていない」(71.2%・45.4%・44.4%)が最も高くなっている。
- 400床以上では「認知症ケア加算1を届け出ている」(61.8%)が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

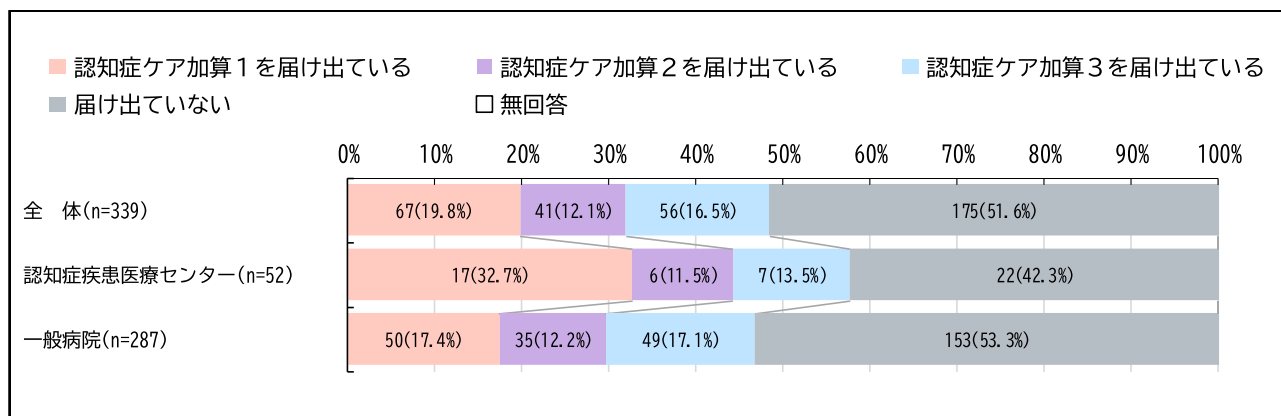
- いずれも「届け出ていない」が最も高くなっている。

【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区西部では「認知症ケア加算1を届け出ている」(50.0%)が最も高くなっている。
- 区南部・区西南部・区西北部・区東北部・区東部・西多摩・南多摩・北多摩西部・北多摩南部・北多摩北部では「届け出ていない」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師(日看協)・認知症ケア専門士では配置ありで「認知症ケア加算1を届け出ている」が最も高くなっている。
- 専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師(日看協)・認知症ケア専門士では配置なしで「届け出ていない」が最も高くなっている。
- 認知症看護認定看護師(日精協)・精神保健福祉士では配置の有無に関わらず「届け出ていない」が最も高くなっている。



	調査数 (n)	認知症ケア加算1を届け出ている	認知症ケア加算2を届け出ている	認知症ケア加算3を届け出ている	届け出していない	無回答
全体	339	67 19.8%	41 12.1%	56 16.5%	175 51.6%	-
病院種別						
認知症疾患医療センター	52	17 32.7%	6 11.5%	7 13.5%	22 42.3%	-
一般病院	287	50 17.4%	35 12.2%	49 17.1%	153 53.3%	-
医療機能						
高度急性期	33	23 69.7%	2 6.1%	-	8 24.2%	-
急性期	152	36 23.7%	21 13.8%	26 17.1%	69 45.4%	-
回復期	46	5 10.9%	9 19.6%	10 21.7%	22 47.8%	-
慢性期	97	3 3.1%	9 9.3%	20 20.6%	65 67.0%	-
病床数						
100床未満	104	2 1.9%	6 5.8%	22 21.2%	74 71.2%	-
100床以上200床未満	97	9 9.3%	21 21.6%	23 23.7%	44 45.4%	-
200床以上400床未満	72	22 30.6%	9 12.5%	9 12.5%	32 44.4%	-
400床以上	55	34 61.8%	5 9.1%	2 3.6%	14 25.5%	-
専用病棟						
認知症患者専用病棟あり	25	2 8.0%	3 12.0%	3 12.0%	17 68.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	65 21.5%	38 12.5%	53 17.5%	147 48.5%	-
二次保健医療圏						
区中央部	26	13 50.0%	1 3.8%	1 3.8%	11 42.3%	-
区南部	19	5 26.3%	1 5.3%	4 21.1%	9 47.4%	-
区西南部	31	11 35.5%	3 9.7%	4 12.9%	13 41.9%	-
区西部	19	8 42.1%	5 26.3%	2 10.5%	4 21.1%	-
区西北部	50	2 4.0%	4 8.0%	10 20.0%	34 68.0%	-
区東北部	38	3 7.9%	5 13.2%	6 15.8%	24 63.2%	-
区東部	32	4 12.5%	9 28.1%	6 18.8%	13 40.6%	-
西多摩	44	8 18.2%	5 11.4%	5 11.4%	26 59.1%	-
南多摩	21	2 9.5%	3 14.3%	4 19.0%	12 57.1%	-
北多摩西部	14	2 14.3%	2 14.3%	4 28.6%	6 42.9%	-
北多摩南部	23	6 26.1%	3 13.0%	4 17.4%	10 43.5%	-
北多摩北部	22	3 13.6%	-	6 27.3%	13 59.1%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-
人員配置						
専門医/配置あり	103	46 44.7%	15 14.6%	9 8.7%	33 32.0%	-
専門医/配置なし	236	21 8.9%	26 11.0%	47 19.9%	142 60.2%	-
専門臨床経験医師/配置あり	117	43 36.8%	13 11.1%	18 15.4%	43 36.8%	-
専門臨床経験医師/配置なし	222	24 10.8%	28 12.6%	38 17.1%	132 59.5%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置あり	101	57 56.4%	21 20.8%	10 9.9%	13 12.9%	-
認知症看護認定看護師(日看協)/配置なし	238	10 4.2%	20 8.4%	46 19.3%	162 68.1%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置あり	13	5 38.5%	2 15.4%	-	6 46.2%	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置なし	326	62 19.0%	39 12.0%	56 17.2%	169 51.8%	-
精神保健福祉士/配置あり	135	49 36.3%	18 13.3%	10 7.4%	58 43.0%	-
精神保健福祉士/配置なし	204	18 8.8%	23 11.3%	46 22.5%	117 57.4%	-
認知症ケア専門士/配置あり	34	16 47.1%	7 20.6%	5 14.7%	6 17.6%	-
認知症ケア専門士/配置なし	305	51 16.7%	34 11.1%	51 16.7%	169 55.4%	-

※ 各種内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

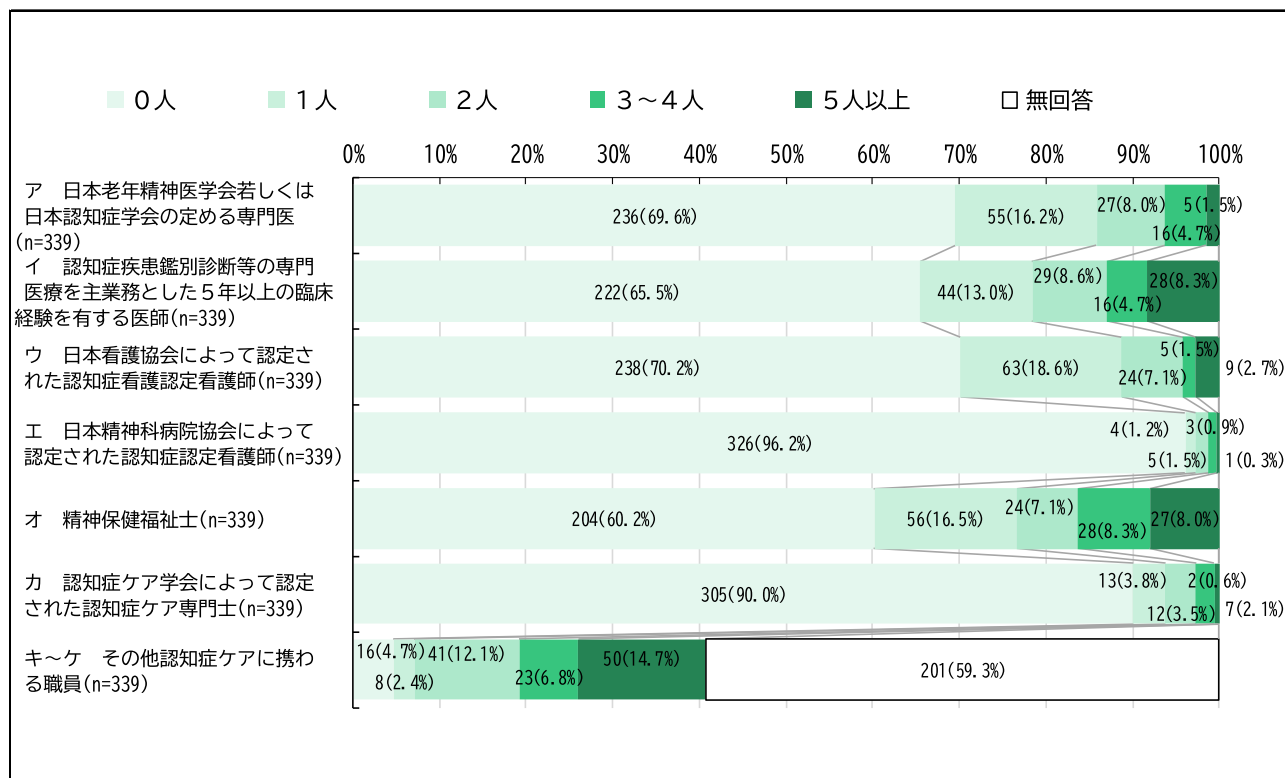
※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

II 病院調査

問15 貴院の認知症ケアに携わる人員配置の状況について、ご回答ください。

なお、0件の場合でも、0とご回答ください。(2025年6月実績をご回答ください。)

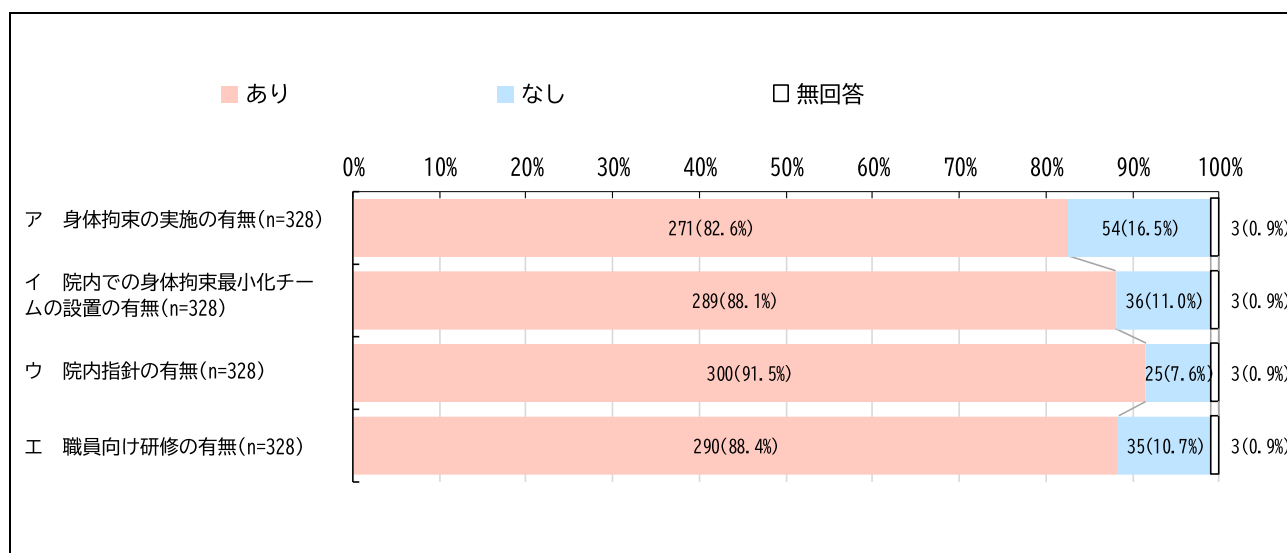
- ア 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医では「0人」(69.6%)が最も高くなっている。
- イ 認知症疾患鑑別診断等の専門医療を主業務とした5年以上の臨床経験を有する医師では「0人」(65.5%)が最も高くなっている。
- ウ 日本看護協会によって認定された認知症看護認定看護師では「0人」(70.2%)が最も高くなっている。
- エ 日本精神科病院協会によって認定された認知症認定看護師では「0人」(96.2%)が最も高くなっている。
- オ 精神保健福祉士では「0人」(60.2%)が最も高くなっている。
- カ 認知症ケア学会によって認定された認知症ケア専門士では「0人」(90.0%)が最も高くなっている。



※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

問16 認知症患者に対する身体拘束の状況について、ご回答ください。(それぞれ一つに○)

- ア 身体拘束の実施の有無では「あり」(82.6%)が最も高くなっている。
- イ 院内での身体拘束最小化チームの設置の有無では「あり」(88.1%)が最も高くなっている。
- ウ 院内指針の有無では「あり」(91.5%)が最も高くなっている。
- エ 職員向け研修の有無では「あり」(88.4%)が最も高くなっている。



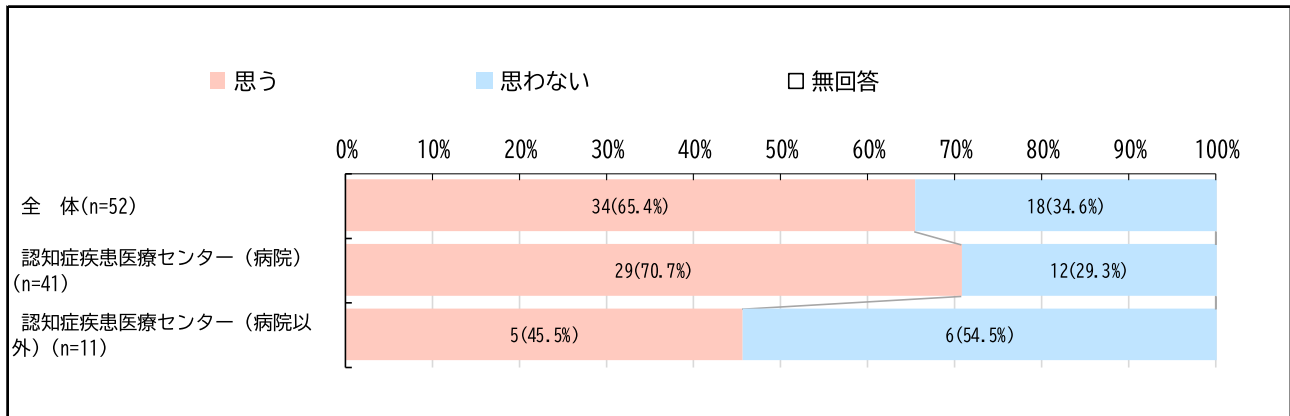
認知症疾患医療センターの病院のみが回答

2-2 認知症を有している患者の入院中の治療・ケアに係る地域の状況について

問17 適切に治療・ケアが行われていると思いますか。(1つに○)

【全体】

●「思う」は65.4%と高く、一方、「思わない」は34.6%となっている。

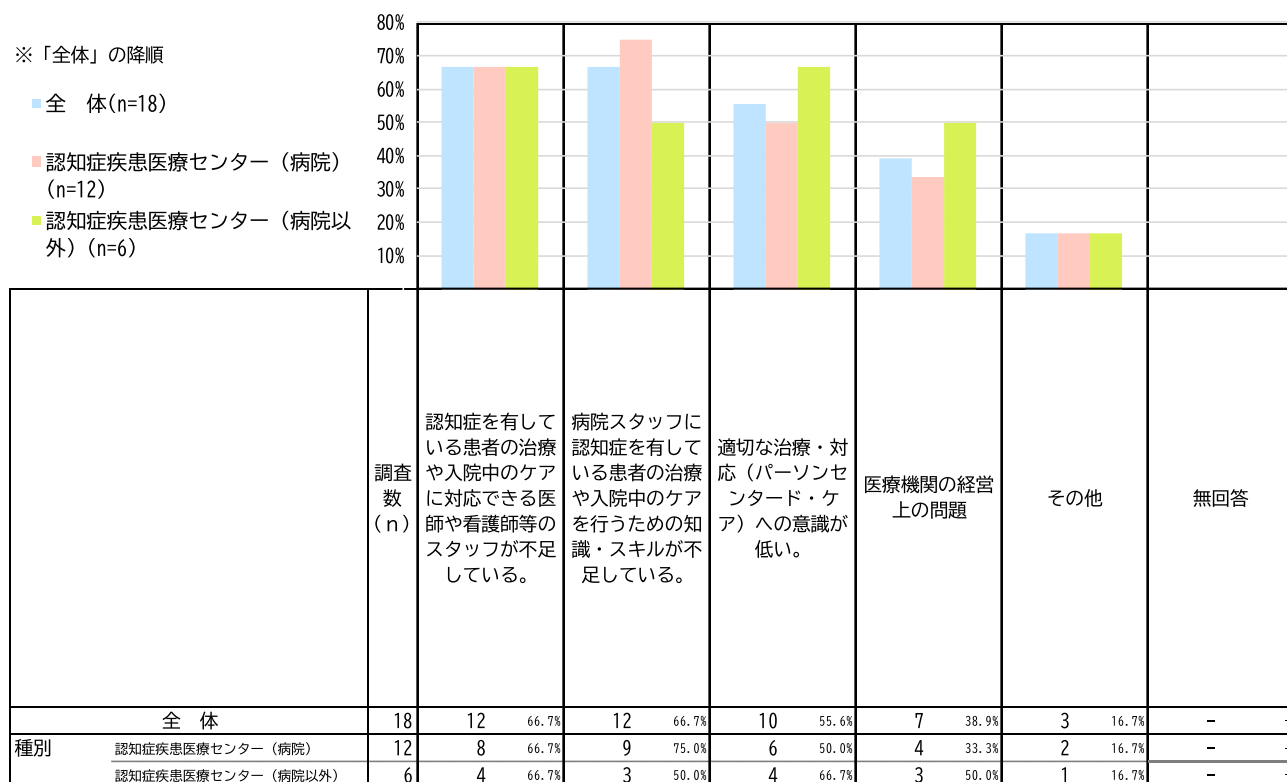


※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

問17で「2 思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問17-1 適切に治療・ケアが行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

「認知症を有している患者の治療や入院中のケアに対応できる医師や看護師等のスタッフが不足している。」「病院スタッフに認知症を有している患者の治療や入院中のケアを行うための知識・スキルが不足している。」(いずれも 66.7%)が最も高く、続いて、「適切な治療・対応(パーソンセンタード・ケア)への意識が低い。」(55.6%)の順に高くなっている。



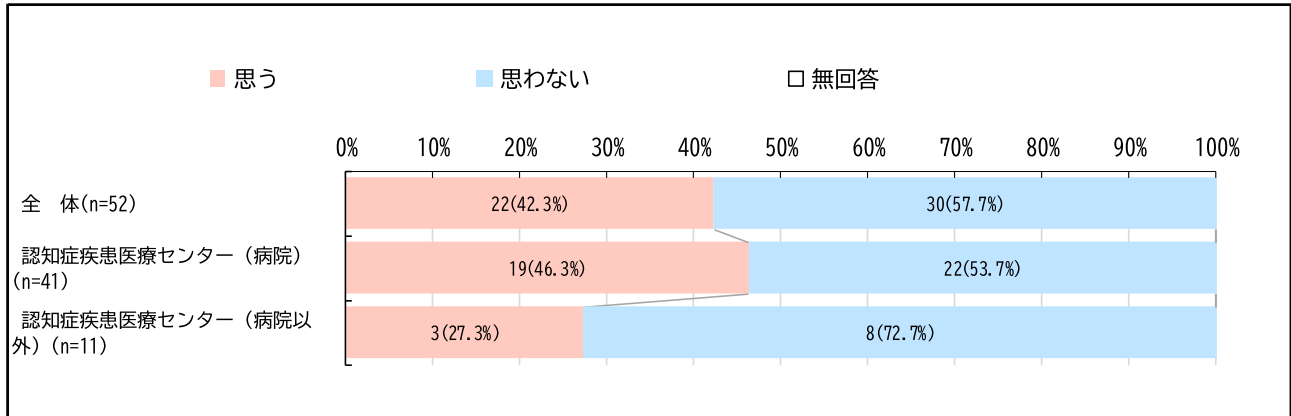
※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

II 病院調査

問18 認知症を有している患者が医療機関での入院中に、ADL（日常生活動作）の低下は抑えられていると思いますか。（1つに○）

【全体】

●「思わない」は57.7%と高く、一方、「思う」が42.3%となっている。



※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

問18で「思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問18-1 問18で「思わない」と回答した理由は何ですか。(自由記述)

※認知症疾患医療センター(病院以外)調査での回答も含めて記載しています。

精神症状が激しいと拘束対応をしたり、リハビリを専門している病院ではないため
薬物療法の影響などによったり、部分拘束などよりADLが下がる患者さんは実際いるため。
BPSD対応のため行動制限を行うことで、ADLの低下、廃用の進行がある
病院の環境(活動性が低下する)及び必要性に応じて行動制限を行うため
抑えようと努力はするが、身体患部の治療があること、日常ほどの運動量や課題量には達しないことなどから、ADLは低下しやすい。
リハビリやレクリエーションを行っているが、入院時よりは歩行等のADLは低下する方が多いため
身体的要因：運動機能低下や筋力低下、転倒予防のベッド中心の生活や廃用精神的要因：入院による環境の変化、不安やせん妄の発症、認知症の進行環境要因：入院による生活リズムの崩れなど
・BPSDやせん妄の対応で、身体拘束や薬物療法が行われる場面がある。それによりせん妄やBPSDの重症化により、中々解決出来なくなり、ADL低下となる事がある。 ・DCTで介入しているが、まだ病棟の対応力やパーソンセンタードケア意識には課題がある。人手不足もある。
精神科薬の使用や、身体拘束でADLが低下するため
治療上の臥床期間が短くても高齢である為、ADL低下がおきてしまうことが多い
認知症状から安全確保が困難な場合は、身体拘束を行ってしまう患者が多く、結果ADLの低下につながってしまっているため
急性期の治療を目的とした病院のため、リハビリ以外の離床時間を持つことが難しい。院内デイケアの取り組みをしているが、マンパワー的に十分な時間の確保や定期開催が難しい。診療報酬化されたら、院内デイケアの取り組みが充実できるかもしれない。
身体リハビリや毎日プログラムはあるが、病棟という環境はご本人の活動量はどうしても少なくなってしまうため
治療の関係でベッドで臥床している時間・日数が長くなっておりその間、リハビリの専門家の介入が少ないためADLの低下が進んでしまう様に感じます
拘束による身体機能の低下あり、リハビリ機能がない
入院中はどうしても時間、行動範囲等に制限があり、また能動的に考え動く機会も減ってしまうため
行動制限をせざるを得ない状況がある場合があるため
実際にADL低下が認められる患者さんも多く、認知症病棟において様々な側面からリハビリの提供も困難な点が多いため。
・薬の使用によるADL低下・リハビリの介入不足(人員不足)・身体的要因も関係するため、精神科10:1や20:1の看護人員では不足
身体治療が優先されているため

II 病院調査

急性期治療が優先されるため
原疾患の影響。環境の変化。
どうしても入院期間中はADL低下してしまう
ベットに抑制されることも多くADLの低下につながっているのではないか（一人ひとりにケアの時間がかけられないのでは）
当センターは病床が無い
リハビリやレクリエーションの時間が持てなかったり、やむを得ない抑制などにより可動域を狭めてしまうため
薬による身体抑制が絶対にはないわけではないため
点滴などを必要と認め拘束される期間があったためADLが低下。本人のリハビリ意欲がないため低下。（必要性わからず）
筋力低下や認知症が進行してしまうケースが多々ある
運動機能低下が目立つ

すべての病院が回答

3-1 認知症を有している患者の転退院調整について

問19 認知症を有しない患者と比べて、認知症を有している患者の転退院調整に通常どれくらい多くの日数を要していますか。(1つに○)

【全体】

- 「1～2週間」(31.1%)が最も高くなっている。

【病院種別】

- いずれも「1～2週間」が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期・急性期・回復期では「1～2週間」が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満では「1週間以内」が最も高くなっている。
- 200床以上400床未満・400床以上では、「1～2週間」(33.3%・32.7%)となっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「1か月以上」(52.0%)が最も高くなっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「1～2週間」(32.7%)が最も高くなっている。

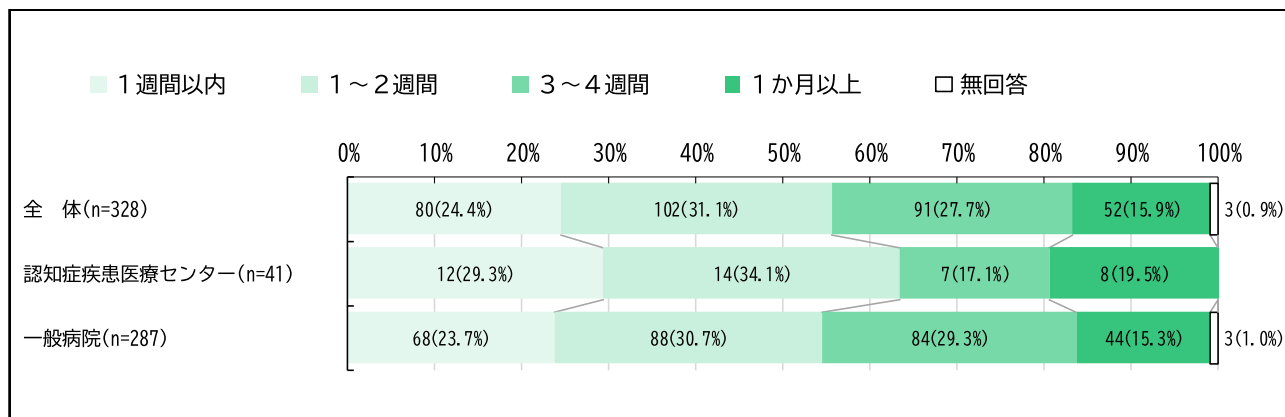
【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区東部・西多摩では「1週間以内」が最も高くなっている。
- 区南部・区西部・区東北部・北多摩西部では「1～2週間」(33.3%)が最も高くなっている。
- 区西南部・区西北部・北多摩南部では「3～4週間」(33.3%)が最も高くなっている。
- 南多摩では「1か月以上」(38.1%)が最も高くなっている。
- 北多摩北部では「1～2週間」・「3～4週間」(36.4%)が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師(日看協)・精神保健福祉士/配置ありでは「3～4週間」が最も高くなっている。
- 専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師(日看協)・精神保健福祉士/配置なしでは「1～2週間」が最も高くなっている。
- 認知症ケア専門士は配置有無にかかわらず「1～2週間」が最も高くなっている。

II 病院調査



	調査数 (n)	1週間以内	1～2週間	3～4週間	1か月以上	無回答
全体	328	80 24.4%	102 31.1%	91 27.7%	52 15.9%	3 0.9%
病院種別						
認知症疾患医療センター	41	12 29.3%	14 34.1%	7 17.1%	8 19.5%	-
一般病院	287	68 23.7%	88 30.7%	84 29.3%	44 15.3%	3 1.0%
医療機能						
高度急性期	33	7 21.2%	14 42.4%	11 33.3%	1 3.0%	-
急性期	152	42 27.6%	47 30.9%	40 26.3%	21 13.8%	2 1.3%
回復期	46	10 21.7%	17 37.0%	14 30.4%	5 10.9%	-
慢性期	97	21 21.6%	24 24.7%	26 26.8%	25 25.8%	1 1.0%
病床数						
100床未満	104	33 31.7%	29 27.9%	23 22.1%	18 17.3%	1 1.0%
100床以上200床未満	97	20 20.6%	31 32.0%	32 33.0%	13 13.4%	1 1.0%
200床以上400床未満	72	15 20.8%	24 33.3%	19 26.4%	14 19.4%	-
400床以上	55	12 21.8%	18 32.7%	17 30.9%	7 12.7%	1 1.8%
専用病棟						
認知症患者専用病棟あり	25	3 12.0%	3 12.0%	6 24.0%	13 52.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	77 25.4%	99 32.7%	85 28.1%	39 12.9%	3 1.0%
二次保健医療圏						
区中央部	26	9 34.6%	8 30.8%	7 26.9%	1 3.8%	1 3.8%
区南部	18	5 27.8%	6 33.3%	5 27.8%	2 11.1%	-
区西南部	30	7 23.3%	6 20.0%	10 33.3%	7 23.3%	-
区西部	18	4 22.2%	9 50.0%	3 16.7%	2 11.1%	-
区西北部	48	12 25.0%	13 27.1%	17 35.4%	5 10.4%	1 2.1%
区東北部	36	7 19.4%	12 33.3%	10 27.8%	7 19.4%	-
区東部	32	13 40.6%	10 31.3%	6 18.8%	2 6.3%	1 3.1%
西多摩	42	13 31.0%	13 31.0%	10 23.8%	6 14.3%	-
南多摩	21	3 14.3%	6 28.6%	4 19.0%	8 38.1%	-
北多摩西部	12	1 8.3%	6 50.0%	3 25.0%	2 16.7%	-
北多摩南部	23	4 17.4%	5 21.7%	8 34.8%	6 26.1%	-
北多摩北部	22	2 9.1%	8 36.4%	8 36.4%	4 18.2%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-
人員配置						
専門医／配置あり	97	21 21.6%	31 32.0%	34 35.1%	10 10.3%	1 1.0%
専門医／配置なし	231	59 25.5%	71 30.7%	57 24.7%	42 18.2%	2 0.9%
専門臨床経験医師／配置あり	109	24 22.0%	32 29.4%	36 33.0%	17 15.6%	-
専門臨床経験医師／配置なし	219	56 25.6%	70 32.0%	55 25.1%	35 16.0%	3 1.4%
認知症看護認定看護師（日看協）／配置あり	100	25 25.0%	31 31.0%	36 36.0%	6 6.0%	2 2.0%
認知症看護認定看護師（日看協）／配置なし	228	55 24.1%	71 31.1%	55 24.1%	46 20.2%	1 0.4%
認知症看護認定看護師（日精協）／配置あり	13	2 15.4%	2 15.4%	5 38.5%	4 30.8%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置なし	315	78 24.8%	100 31.7%	86 27.3%	48 15.2%	3 1.0%
精神保健福祉士／配置あり	127	27 21.3%	38 29.9%	41 32.3%	20 15.7%	1 0.8%
精神保健福祉士／配置なし	201	53 26.4%	64 31.8%	50 24.9%	32 15.9%	2 1.0%
認知症ケア専門士／配置あり	32	10 31.3%	14 43.8%	5 15.6%	3 9.4%	-
認知症ケア専門士／配置なし	296	70 23.6%	88 29.7%	86 29.1%	49 16.6%	3 1.0%

※ 各枠内の数値は回答件数、比率（％）を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問20 転退院調整により多くの日数を要する理由をご回答ください。

【全体】

- 「退院先（施設等）が見つからない」（55.5%）が最も高く、次いで、「転退院先（病院等）が見つからない」（47.6%）、「在宅への移行の調整」（38.1%）となっている。

【病院種別】

- いずれも「退院先（施設等）が見つからない」が最も高く、次いで、「転退院先（病院等）が見つからない」、「在宅への移行の調整」となっている。

【医療機能別】

- 高度急性期・慢性期では「転退院先（病院等）が見つからない」が最も高く、次いで、「退院先（施設等）が見つからない」となっている。
- 急性期・回復期では「退院先（施設等）が見つからない」が最も高く、次いで、「転退院先（病院等）が見つからない」となっている。

【病床数別】

- 100床未満では「転退院先（病院等）が見つからない」が最も高く、次いで、「退院先（施設等）が見つからない」、「在宅への移行の調整」となっている。
- 100床以上200床未満・200床以上400床未満では「退院先（施設等）が見つからない」が最も高く、次いで、「転退院先（病院等）が見つからない」、「在宅への移行の調整」となっている。

【専用病棟の有無別】

- いずれも「退院先（施設等）が見つからない」が最も高く、次いで、「転退院先（病院等）が見つからない」、「在宅への移行の調整」となっている。

【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区南部・区西部・区西北部・区東北部・区東部・西多摩・北多摩南部では「退院先（施設等）が見つからない」が最も高く、次いで、「転退院先（病院等）が見つからない」、「在宅への移行の調整」となっている。
- 区西南部では「転退院先（病院等）が見つからない」が最も高く、次いで、「退院先（施設等）が見つからない」となっている。

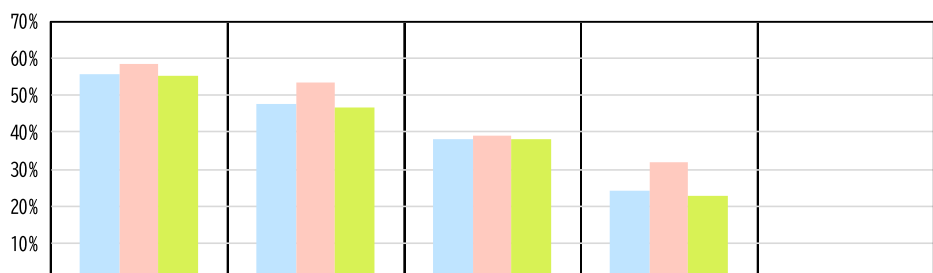
【人員配置別】

- いずれも配置の有無に関わらず「退院先（施設等）が見つからない」が最も高くなっている。

II 病院調査

※「全体」の降順

- 全体(n=328)
- 認知症疾患医療センター(n=41)
- 一般病院(n=287)



	調査数 (n)	退院先(施設等)が見つからない		転退院先(病院等)が見つからない		在宅への移行の調整		その他		無回答	
		件数	比率(%)	件数	比率(%)	件数	比率(%)	件数	比率(%)	件数	比率(%)
全体	328	182	55.5%	156	47.6%	125	38.1%	79	24.1%	3	0.9%
病院種別											
認知症疾患医療センター	41	24	58.5%	22	53.7%	16	39.0%	13	31.7%	-	-
一般病院	287	158	55.1%	134	46.7%	109	38.0%	66	23.0%	3	1.0%
医療機能											
高度急性期	33	20	60.6%	22	66.7%	16	48.5%	8	24.2%	-	-
急性期	152	91	59.9%	71	46.7%	67	44.1%	38	25.0%	2	1.3%
回復期	46	28	60.9%	15	32.6%	18	39.1%	8	17.4%	-	-
慢性期	97	43	44.3%	48	49.5%	24	24.7%	25	25.8%	1	1.0%
病床数											
100 床未満	104	42	40.4%	45	43.3%	39	37.5%	28	26.9%	1	1.0%
100 床以上200 床未満	97	64	66.0%	46	47.4%	35	36.1%	18	18.6%	1	1.0%
200 床以上400 床未満	72	41	56.9%	30	41.7%	22	30.6%	19	26.4%	-	-
400 床以上	55	35	63.6%	35	63.6%	29	52.7%	14	25.5%	1	1.8%
専用病棟											
認知症患者専用病棟あり	25	15	60.0%	13	52.0%	8	32.0%	11	44.0%	-	-
認知症患者専用病棟なし	303	167	55.1%	143	47.2%	117	38.6%	68	22.4%	3	1.0%
二次保健医療圏											
区中央部	26	14	53.8%	12	46.2%	12	46.2%	6	23.1%	1	3.8%
区南部	18	10	55.6%	8	44.4%	6	33.3%	5	27.8%	-	-
区西南部	30	11	36.7%	17	56.7%	10	33.3%	6	20.0%	-	-
区西部	18	11	61.1%	5	27.8%	6	33.3%	8	44.4%	-	-
区西北部	48	26	54.2%	24	50.0%	20	41.7%	10	20.8%	1	2.1%
区東北部	36	22	61.1%	14	38.9%	13	36.1%	8	22.2%	-	-
区東部	32	12	37.5%	11	34.4%	10	31.3%	8	25.0%	1	3.1%
西多摩	42	28	66.7%	20	47.6%	17	40.5%	10	23.8%	-	-
南多摩	21	14	66.7%	14	66.7%	8	38.1%	6	28.6%	-	-
北多摩西部	12	7	58.3%	7	58.3%	4	33.3%	2	16.7%	-	-
北多摩南部	23	13	56.5%	10	43.5%	13	56.5%	5	21.7%	-	-
北多摩北部	22	14	63.6%	14	63.6%	6	27.3%	5	22.7%	-	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
人員配置											
専門医/配置あり	97	55	56.7%	47	48.5%	43	44.3%	23	23.7%	1	1.0%
専門医/配置なし	231	127	55.0%	109	47.2%	82	35.5%	56	24.2%	2	0.9%
専門臨床経験医師/配置あり	109	71	65.1%	55	50.5%	49	45.0%	26	23.9%	-	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	111	50.7%	101	46.1%	76	34.7%	53	24.2%	3	1.4%
認知症看護認定看護師(日看協)/配置あり	100	63	63.0%	55	55.0%	47	47.0%	21	21.0%	2	2.0%
認知症看護認定看護師(日看協)/配置なし	228	119	52.2%	101	44.3%	78	34.2%	58	25.4%	1	0.4%
認知症看護認定看護師(日精協)/配置あり	13	8	61.5%	5	38.5%	7	53.8%	5	38.5%	-	-
認知症看護認定看護師(日精協)/配置なし	315	174	55.2%	151	47.9%	118	37.5%	74	23.5%	3	1.0%
精神保健福祉士/配置あり	127	79	62.2%	68	53.5%	55	43.3%	27	21.3%	1	0.8%
精神保健福祉士/配置なし	201	103	51.2%	88	43.8%	70	34.8%	52	25.9%	2	1.0%
認知症ケア専門士/配置あり	32	23	71.9%	11	34.4%	11	34.4%	6	18.8%	-	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	159	53.7%	145	49.0%	114	38.5%	73	24.7%	3	1.0%

※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

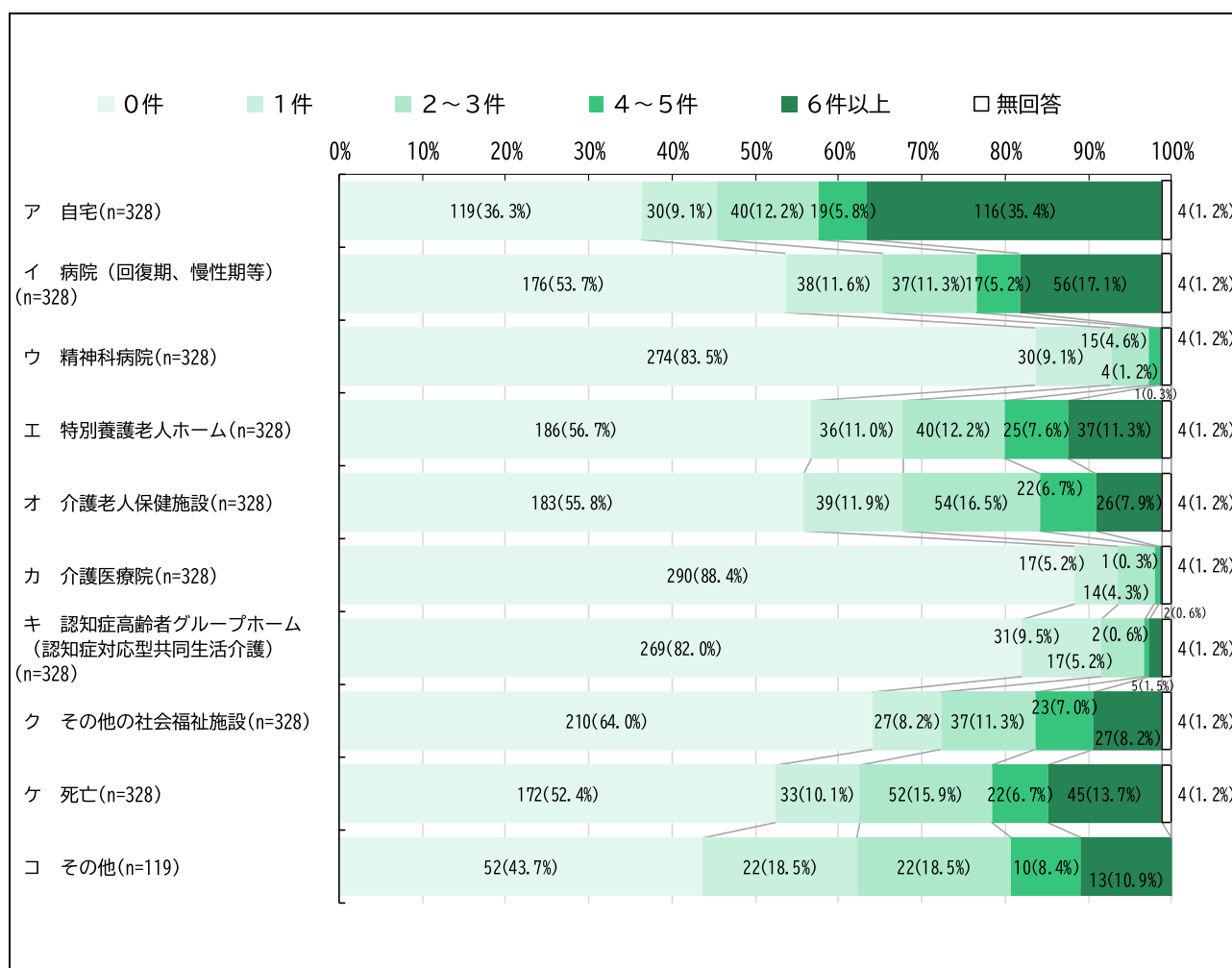
【表の凡例】

比較の対象となる項目：n=30以上

全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問21 認知症を有している患者の転院先・退院先ごとの件数をご回答ください。(2025年6月実績をご回答ください。)

- ア 自宅では「0件」(36.3%)が最も高く、次いで、「6件以上」(35.4%)となっている。
- イ 病院(回復期、慢性期等)では「0件」(53.7%)が最も高くなっている。
- ウ 精神科病院では「0件」(83.5%)が最も高くなっている。
- エ 特別養護老人ホームでは「0件」(56.7%)が最も高くなっている。
- オ 介護老人保健施設では「0件」(55.8%)が最も高くなっている。
- カ 介護医療院では「0件」(88.4%)が最も高くなっている。
- キ 認知症高齢者グループホーム(認知症対応型共同生活介護)では「0件」(82.0%)が最も高くなっている。
- ク その他の社会福祉施設では「0件」(64.0%)が最も高くなっている。
- ケ 死亡では「0件」(52.4%)が最も高くなっている。



問22 認知症を有している患者の転退院調整に日数を要することが多い対象をご回答ください。（あてはまるもの全てに○）

【全体】

- 「自宅」（54.0%）が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」（47.0%）、「介護老人保健施設」（46.0%）となっている。

【病院種別】

- 認知症疾患医療センターでは「特別養護老人ホーム」（53.7%）が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」（48.8%）、「自宅」（43.9%）となっている。
- 一般病院では「自宅」（55.4%）が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」（46.0%）、「介護老人保健施設」（45.6%）となっている。

【医療機能別】

- 高度急性期では「自宅」「病院（回復期、慢性期等）」（72.7%）が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」（51.5%）となっている。
- 急性期では「自宅」（58.6%）が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」（50.0%）、「特別養護老人ホーム」（45.4%）、「病院（回復期、慢性期等）」（41.4%）となっている。
- 回復期では「自宅」「特別養護老人ホーム」（58.7%）が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」（54.3%）となっている。
- 慢性期では「特別養護老人ホーム」（49.5%）が最も高くなっている。

【病床数別】

- 100床未満・400床以上では「自宅」（51.0%・70.9%）が最も高くなっている。
- 100床以上200床未満・200床以上400床未満では「特別養護老人ホーム」（58.8%・51.4%）が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」（56.7%・50.0%）となっている。

【専用病棟の有無別】

- 認知症患者専用病棟ありでは「特別養護老人ホーム」（84.0%）が最も高くなっている。
- 認知症患者専用病棟なしでは「自宅」（55.8%）が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」（46.9%）、「特別養護老人ホーム」（43.9%）となっている。

【二次保健医療圏別】

- 区中央部では「自宅」（65.4%）が最も高く、次いで、「病院（回復期、慢性期等）」（57.7%）となっている。
- 区西北部では「自宅」（58.3%）が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」（47.9%）、「介護老人保健施設」（45.8%）となっている。
- 区南部・区東北部・区東部では「自宅」が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」となっている。
- 区西部では「病院（回復期、慢性期等）」「特別養護老人ホーム」（44.4%）が最も高くなっている。
- 西多摩では「特別養護老人ホーム」（59.5%）が最も高く、次いで、「自宅」（50.0%）となっている。

- 北多摩西部・北多摩北部では「特別養護老人ホーム」が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」となっている。

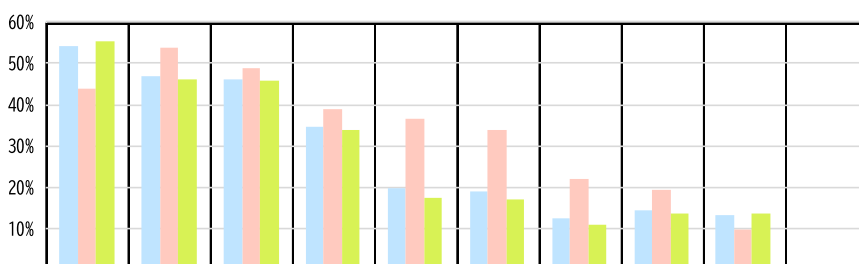
【人員配置別】

- 専門医／配置ありでは「自宅」(59.8%)が最も高く、次いで、「病院(回復期、慢性期等)」(50.5%)、「特別養護老人ホーム」(50.5%)、「介護老人保健施設」(49.5%)となっている。
- 専門臨床経験医師／配置あり、専門医・認知症看護認定看護師(日看協)・認知症看護認定看護師(日精協)・精神保健福祉士・認知症ケア専門士／配置なしは「自宅」が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」となっている。
- 認知症看護認定看護師(日看協)／配置あり、専門臨床経験医師／配置なしでは「自宅」が最も高く、次いで、「介護老人保健施設」となっている。
- 認知症看護認定看護師(日精協)・認知症ケア専門士／配置ありでは「特別養護老人ホーム」が最も高く、次いで、「自宅」となっている。

II 病院調査

※「全体」の降順

■ 全体(n=328)
 ■ 認知症疾患医療センター(n=41)
 ■ 一般病院(n=287)



	調査数 (n)	自宅	特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	病院 (回復期、慢性期等)	認知症高齢者グループホーム (認知症対応型共同生活介護)	精神科病院	介護医療院	その他の社会福祉施設	その他	無回答
全体	328	177 54.0%	154 47.0%	151 46.0%	113 34.5%	65 19.8%	63 19.2%	41 12.5%	47 14.3%	43 13.1%	-
病院種別											
認知症疾患医療センター	41	18 43.9%	22 53.7%	20 48.8%	16 39.0%	15 36.6%	14 34.1%	9 22.0%	8 19.5%	4 9.8%	-
一般病院	287	159 55.4%	132 46.0%	131 45.6%	97 33.8%	50 17.4%	49 17.1%	32 11.1%	39 13.6%	39 13.6%	-
医療機能											
高度急性期	33	24 72.7%	10 30.3%	17 51.5%	24 72.7%	6 18.2%	6 18.2%	5 15.2%	3 9.1%	2 6.1%	-
急性期	152	89 58.6%	69 45.4%	76 50.0%	63 41.4%	36 23.7%	28 18.4%	19 12.5%	21 13.8%	20 13.2%	-
回復期	46	27 58.7%	27 58.7%	25 54.3%	8 17.4%	11 23.9%	11 23.9%	9 19.6%	12 26.1%	4 8.7%	-
慢性期	97	37 38.1%	48 49.5%	33 34.0%	18 18.6%	12 12.4%	18 18.6%	8 8.2%	11 11.3%	17 17.5%	-
病床数											
100 床未満	104	53 51.0%	35 33.7%	34 32.7%	26 25.0%	16 15.4%	15 14.4%	6 5.8%	7 6.7%	22 21.2%	-
100 床以上200 床未満	97	53 54.6%	57 58.8%	55 56.7%	30 30.9%	19 19.6%	22 22.7%	15 15.5%	21 21.6%	9 9.3%	-
200 床以上400 床未満	72	32 44.4%	37 51.4%	36 50.0%	24 33.3%	16 22.2%	15 20.8%	9 12.5%	9 12.5%	9 12.5%	-
400 床以上	55	39 70.9%	25 45.5%	26 47.3%	33 60.0%	14 25.5%	11 20.0%	11 20.0%	10 18.2%	3 5.5%	-
専用病棟											
認知症患者専用病棟あり	25	8 32.0%	21 84.0%	9 36.0%	7 28.0%	8 32.0%	2 8.0%	4 16.0%	7 28.0%	1 4.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	169 55.8%	133 43.9%	142 46.9%	106 35.0%	57 18.8%	61 20.1%	37 12.2%	40 13.2%	42 13.9%	-
二次保健医療圏											
区中央部	26	17 65.4%	9 34.6%	10 38.5%	15 57.7%	4 15.4%	3 11.5%	4 15.4%	3 11.5%	5 19.2%	-
区南部	18	13 72.2%	7 38.9%	11 61.1%	10 55.6%	5 27.8%	3 16.7%	4 22.2%	2 11.1%	1 5.6%	-
区西南部	30	12 40.0%	12 40.0%	14 46.7%	10 33.3%	7 23.3%	7 23.3%	2 6.7%	4 13.3%	5 16.7%	-
区西部	18	7 38.9%	8 44.4%	7 38.9%	8 44.4%	6 33.3%	2 11.1%	2 11.1%	1 5.6%	4 22.2%	-
区西北部	48	28 58.3%	23 47.9%	22 45.8%	19 39.6%	5 10.4%	6 12.5%	10 20.8%	5 10.4%	7 14.6%	-
区東北部	36	21 58.3%	11 30.6%	19 52.8%	9 25.0%	6 16.7%	8 22.2%	2 5.6%	7 19.4%	4 11.1%	-
区東部	32	16 50.0%	10 31.3%	15 46.9%	8 25.0%	7 21.9%	5 15.6%	1 3.1%	6 18.8%	6 18.8%	-
西多摩	42	21 50.0%	25 59.5%	15 35.7%	8 19.0%	8 19.0%	8 19.0%	5 11.9%	5 11.9%	3 7.1%	-
南多摩	21	14 66.7%	14 66.7%	7 33.3%	9 42.9%	4 19.0%	5 23.8%	4 19.0%	2 9.5%	-	-
北多摩西部	12	4 33.3%	7 58.3%	6 50.0%	4 33.3%	4 33.3%	4 33.3%	1 8.3%	1 8.3%	2 16.7%	-
北多摩南部	23	13 56.5%	13 56.5%	14 60.9%	7 30.4%	3 13.0%	4 17.4%	1 4.3%	6 26.1%	4 17.4%	-
北多摩北部	22	11 50.0%	15 68.2%	11 50.0%	6 27.3%	6 27.3%	8 36.4%	5 22.7%	5 22.7%	2 9.1%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
人員配置											
専門医/配置あり	97	58 59.8%	49 50.5%	48 49.5%	49 50.5%	29 29.9%	21 21.6%	21 21.6%	14 14.4%	8 8.2%	-
専門医/配置なし	231	119 51.5%	105 45.5%	103 44.6%	64 27.7%	36 15.6%	42 18.2%	20 8.7%	33 14.3%	35 15.2%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	62 56.9%	58 53.2%	51 46.8%	44 40.4%	31 28.4%	24 22.0%	15 13.8%	17 15.6%	10 9.2%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	115 52.5%	96 43.8%	100 45.7%	69 31.5%	34 15.5%	39 17.8%	26 11.9%	30 13.7%	33 15.1%	-
認知症看護認定看護師 (日看協) /配置あり	100	57 57.0%	47 47.0%	56 56.0%	48 48.0%	23 23.0%	22 22.0%	18 18.0%	12 12.0%	8 8.0%	-
認知症看護認定看護師 (日看協) /配置なし	228	120 52.6%	107 46.9%	95 41.7%	65 28.5%	42 18.4%	41 18.0%	23 10.1%	35 15.4%	35 15.4%	-
認知症看護認定看護師 (日精協) /配置あり	13	6 46.2%	8 61.5%	5 38.5%	4 30.8%	5 38.5%	2 15.4%	2 15.4%	3 23.1%	2 15.4%	-
認知症看護認定看護師 (日精協) /配置なし	315	171 54.3%	146 46.3%	146 46.3%	109 34.6%	60 19.0%	61 19.4%	39 12.4%	44 14.0%	41 13.0%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	66 52.0%	64 50.4%	66 52.0%	55 43.3%	33 26.0%	29 22.8%	17 13.4%	19 15.0%	9 7.1%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	111 55.2%	90 44.8%	85 42.3%	58 28.9%	32 15.9%	34 16.9%	24 11.9%	28 13.9%	34 16.9%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	17 53.1%	20 62.5%	17 53.1%	12 37.5%	7 21.9%	9 28.1%	4 12.5%	7 21.9%	-	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	160 54.1%	134 45.3%	134 45.3%	101 34.1%	58 19.6%	54 18.2%	37 12.5%	40 13.5%	43 14.5%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【表の凡例】

比較の対象となる項目: n = 30以上

全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問23 過去1年間で、認知症を有している患者の転院先が見つからない・退院先が決まらないことで、やむを得ず在院を延長する事例の割合は概ねどのくらいですか。(1つに○)

【全体】

- 「0～10%」(68.0%)が最も高くなっている。

【病院種別】

- いずれも「0～10%」が最も高くなっている。

【医療機能別】

- いずれも「0～10%」が最も高くなっている。

【病床数別】

- いずれも「0～10%」が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- いずれも「0～10%」が最も高くなっている。

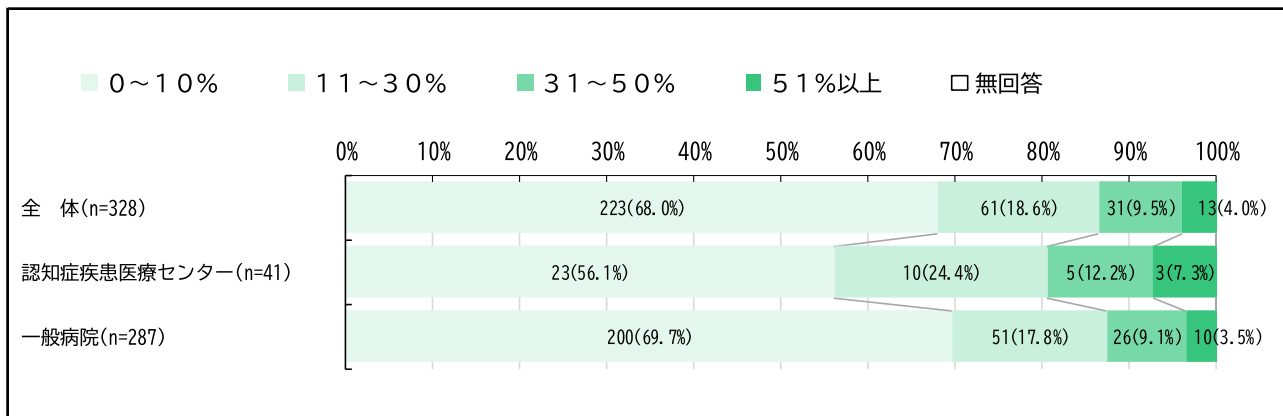
【二次保健医療圏別】

- いずれも「0～10%」が最も高くなっている。

【人員配置別】

- 認知症看護認定看護師(日精協)／配置ありを除き、専門職の配置の有無に関わらず、「0～10%」が最も高くなっている。

II 病院調査



	調査数 (n)	0~10%	11~30%	31~50%	51%以上	無回答
全体	328	223 68.0%	61 18.6%	31 9.5%	13 4.0%	-
病院種別						
認知症疾患医療センター	41	23 56.1%	10 24.4%	5 12.2%	3 7.3%	-
一般病院	287	200 69.7%	51 17.8%	26 9.1%	10 3.5%	-
医療機能						
高度急性期	33	18 54.5%	8 24.2%	5 15.2%	2 6.1%	-
急性期	152	97 63.8%	30 19.7%	18 11.8%	7 4.6%	-
回復期	46	37 80.4%	6 13.0%	2 4.3%	1 2.2%	-
慢性期	97	71 73.2%	17 17.5%	6 6.2%	3 3.1%	-
病床数						
100 床未満	104	84 80.8%	11 10.6%	4 3.8%	5 4.8%	-
100 床以上200 床未満	97	70 72.2%	19 19.6%	8 8.2%	-	-
200 床以上400 床未満	72	40 55.6%	19 26.4%	9 12.5%	4 5.6%	-
400 床以上	55	29 52.7%	12 21.8%	10 18.2%	4 7.3%	-
専用病棟						
認知症患者専用病棟あり	25	8 32.0%	6 24.0%	8 32.0%	3 12.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	215 71.0%	55 18.2%	23 7.6%	10 3.3%	-
二次保健医療圏						
区中央部	26	17 65.4%	7 26.9%	2 7.7%	-	-
区南部	18	12 66.7%	5 27.8%	-	1 5.6%	-
区西南部	30	22 73.3%	4 13.3%	1 3.3%	3 10.0%	-
区西部	18	14 77.8%	1 5.6%	3 16.7%	-	-
区西北部	48	32 66.7%	9 18.8%	6 12.5%	1 2.1%	-
区東北部	36	26 72.2%	8 22.2%	1 2.8%	1 2.8%	-
区東部	32	26 81.3%	2 6.3%	2 6.3%	2 6.3%	-
西多摩	42	28 66.7%	9 21.4%	3 7.1%	2 4.8%	-
南多摩	21	12 57.1%	4 19.0%	4 19.0%	1 4.8%	-
北多摩西部	12	7 58.3%	2 16.7%	2 16.7%	1 8.3%	-
北多摩南部	23	14 60.9%	6 26.1%	2 8.7%	1 4.3%	-
北多摩北部	22	13 59.1%	4 18.2%	5 22.7%	-	-
島しょ	0	-	-	-	-	-
人員配置						
専門医/配置あり	97	50 51.5%	27 27.8%	17 17.5%	3 3.1%	-
専門医/配置なし	231	173 74.9%	34 14.7%	14 6.1%	10 4.3%	-
専門臨床経験医師/配置あり	109	57 52.3%	25 22.9%	21 19.3%	6 5.5%	-
専門臨床経験医師/配置なし	219	166 75.8%	36 16.4%	10 4.6%	7 3.2%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)/配置あり	100	63 63.0%	18 18.0%	16 16.0%	3 3.0%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)/配置なし	228	160 70.2%	43 18.9%	15 6.6%	10 4.4%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)/配置あり	13	2 15.4%	3 23.1%	6 46.2%	2 15.4%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)/配置なし	315	221 70.2%	58 18.4%	25 7.9%	11 3.5%	-
精神保健福祉士/配置あり	127	73 57.5%	30 23.6%	17 13.4%	7 5.5%	-
精神保健福祉士/配置なし	201	150 74.6%	31 15.4%	14 7.0%	6 3.0%	-
認知症ケア専門士/配置あり	32	23 71.9%	4 12.5%	4 12.5%	1 3.1%	-
認知症ケア専門士/配置なし	296	200 67.6%	57 19.3%	27 9.1%	12 4.1%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

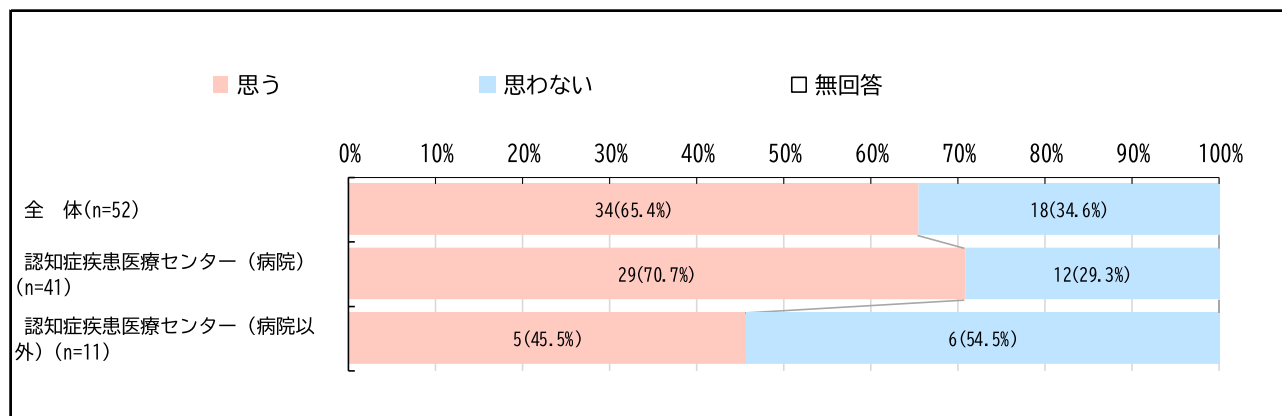
認知症疾患医療センターの病院のみが回答

3-2 認知症を有している患者の入院先での退院支援に係る地域の状況について

問24 円滑に退院支援が行われていると思いますか。(1つに○)

【全体】

●「思う」(65.4%)が最も高くなっている。



	調査数 (n)	思う	思わない	無回答
全体	52	34 65.4%	18 34.6%	-
種別				
認知症疾患医療センター (病院)	41	29 70.7%	12 29.3%	-
認知症疾患医療センター (病院以外)	11	5 45.5%	6 54.5%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

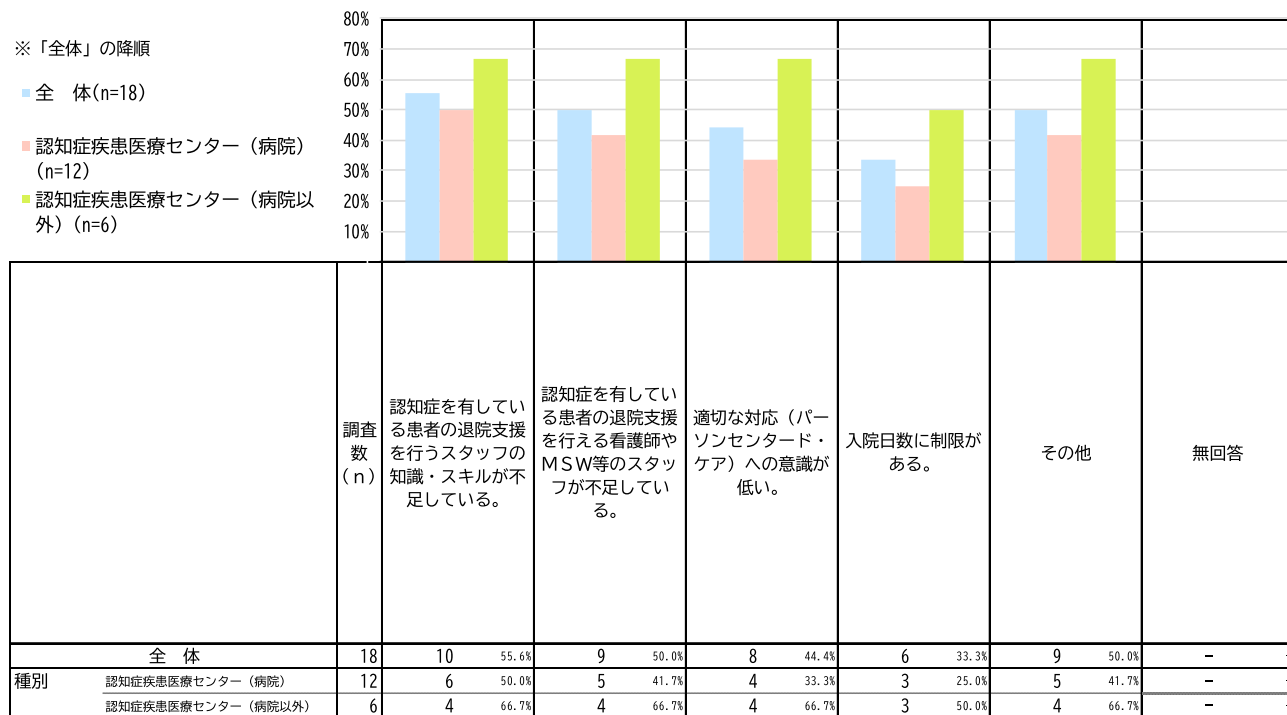
※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

II 病院調査

問24で「2 思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問24-1 円滑な退院支援が行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

「認知症を有している患者の退院支援を行うスタッフの知識・スキルが不足している。」(55.6%)が最も高く、続いて、「認知症を有している患者の退院支援を行える看護師やMSW等のスタッフが不足している。」(50.0%)、「適切な対応(パーソンセンタード・ケア)への意識が低い。」(44.4%)、「入院日数に制限がある。」(33.3%)の順に高くなっている。



すべての病院が回答

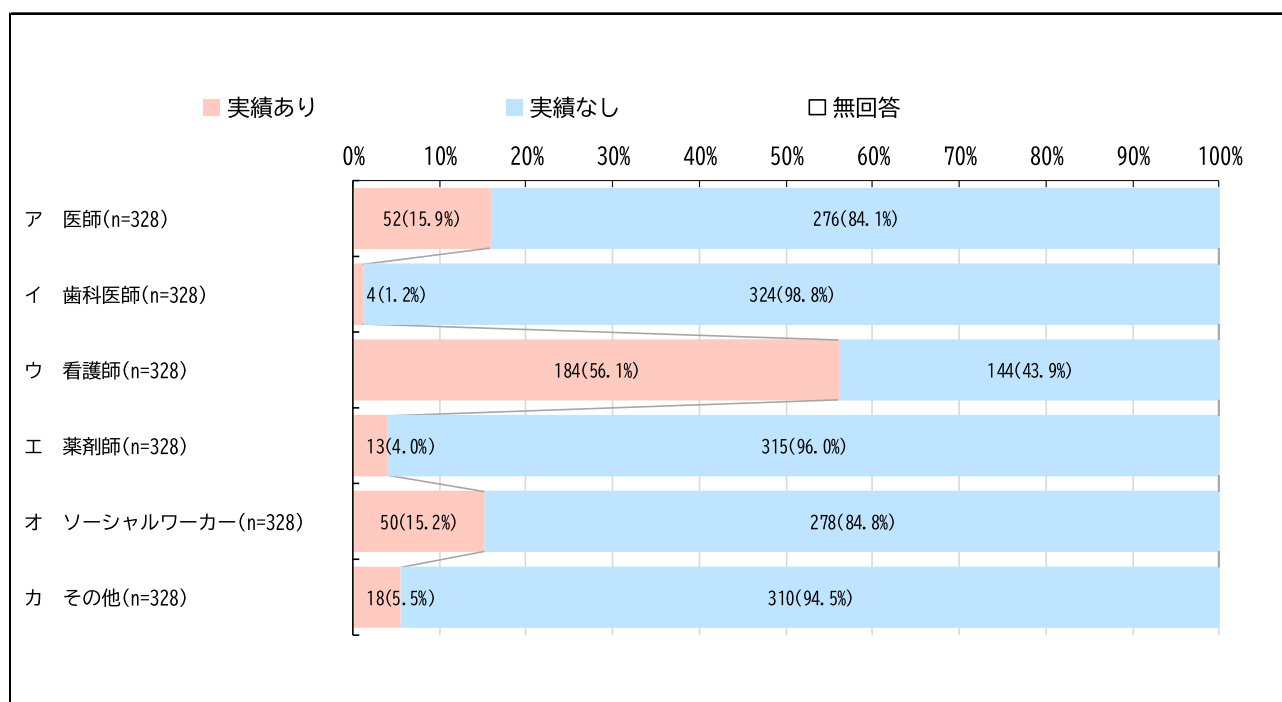
4 認知症対応に向けた人材育成について

問25 令和6年度に貴院の医師・歯科医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー等が受講した認知症に関連する研修※の実績がありますか。また、実績がある場合、貴院が把握している延べ人数について、ご回答ください。(それぞれ1つに○、「1 実績あり」の場合、人数を記載)

※ 認知症サポート医養成研修、東京都認知症サポート医等フォローアップ研修、東京都歯科医師認知症対応力向上研修、東京都薬剤師認知症対応力向上研修、東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ、東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ、東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ、その他の東京都認知症疾患医療センターや区市町村が独自に実施する医療・介護従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修

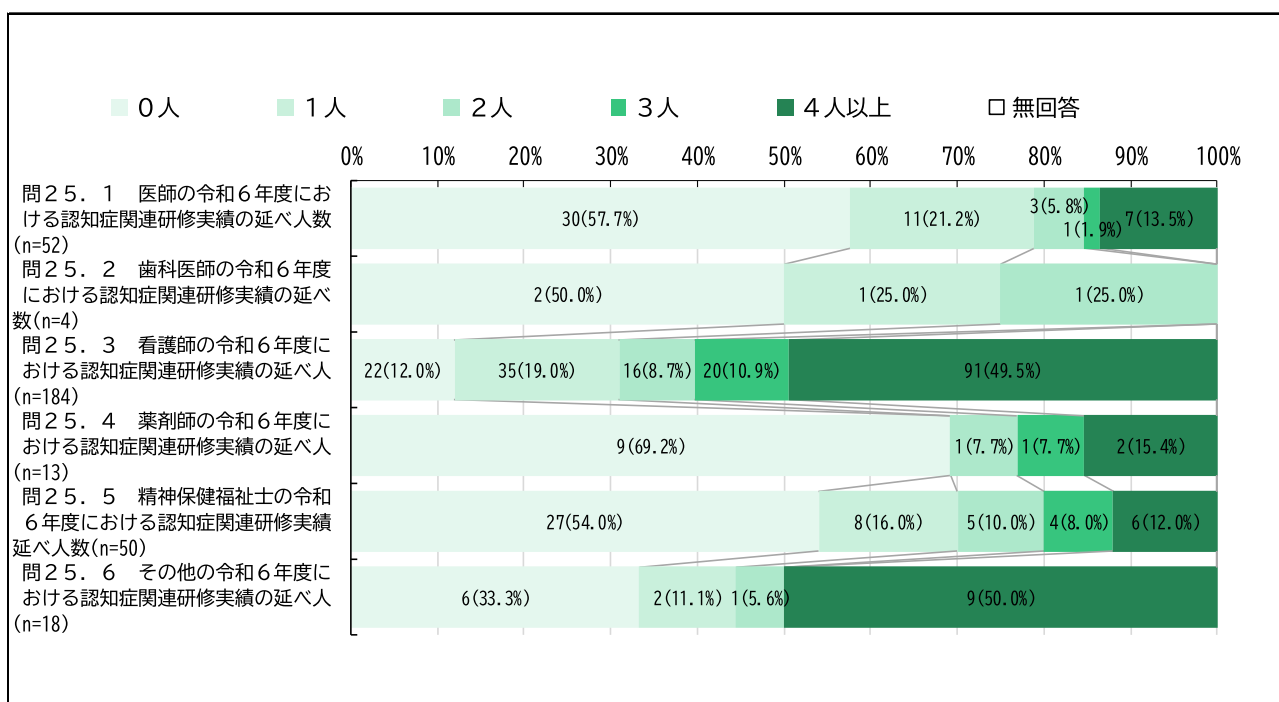
【職種別研修受講実績】

- ア 医師では「実績なし」は84.1%と高くなっている。
- イ 歯科医師では「実績なし」は98.8%と高くなっている。
- ウ 看護師では「実績あり」は56.1%と高く、一方、「実績なし」は43.9%となっている。
- エ 薬剤師では「実績なし」は96.0%と高くなっている。
- オ ソーシャルワーカーでは「実績なし」は84.8%と高くなっている。
- カ その他では「実績なし」は94.5%と高くなっている。



【職種別研修実績の延べ人数】

- 医師の令和6年度における認知症関連研修実績の延べ人数では「0人」(57.7%)が最も高く、次いで、「1人」(21.2%)となっている。
- 看護師の令和6年度における認知症関連研修実績の延べ人数では「4人以上」(49.5%)が最も高く、次いで、「1人」(19.0%)となっている。
- 精神保健福祉士の令和6年度における認知症関連研修実績の延べ人数では「0人」(54.0%)が最も高くなっている。



問26 認知症対応に向けた人材育成を進めるうえで課題となっているものは何ですか。(あてはまるもの全てに○)

【全体】

- 「人手不足で研修に行かせられない」(61.9%)が最も高くなっている。

【病院種別】

- いずれも「人手不足で研修に行かせられない」が最も高くなっている。

【医療機能別】

- いずれも「人手不足で研修に行かせられない」が最も高くなっている。

【病床数別】

- いずれも「人手不足で研修に行かせられない」が最も高くなっている。

【専用病棟の有無別】

- いずれも「人手不足で研修に行かせられない」が最も高くなっている。

【二次保健医療圏別】

- いずれも「人手不足で研修に行かせられない」が最も高くなっている。

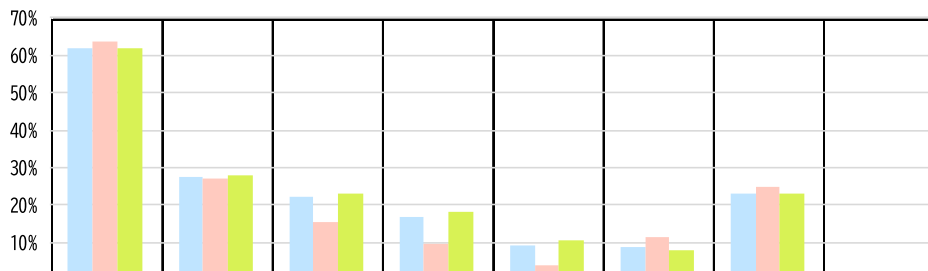
【人員配置別】

- 認知症看護認定看護師（日精協）／配置ありを除き、「人手不足で研修に行かせられない」が最も高くなっている。

II 病院調査

※「全体」の降順

■ 全体(n=339)
 ■ 認知症疾患医療センター(n=52)
 ■ 一般病院(n=287)



	調査数 (n)	人手不足で研修に行か せられない	研修を受講 する・させ る・インセ ンティブが ない	研修の情報 があまり 入ってこな い	研修に係る 費用が工面 できない	どのような 人材育成が 必要かよく わからない	受講した い、させたい 研修がない	その他	無回答
全体	339	210 61.9%	94 27.7%	75 22.1%	57 16.8%	32 9.4%	29 8.6%	79 23.3%	-
病院種別									
認知症疾患医療センター	52	33 63.5%	14 26.9%	8 15.4%	5 9.6%	2 3.8%	6 11.5%	13 25.0%	-
一般病院	287	177 61.7%	80 27.9%	67 23.3%	52 18.1%	30 10.5%	23 8.0%	66 23.0%	-
医療機能									
高度急性期	33	20 60.6%	14 42.4%	13 39.4%	9 27.3%	6 18.2%	4 12.1%	9 27.3%	-
急性期	152	85 55.9%	47 30.9%	37 24.3%	25 16.4%	11 7.2%	15 9.9%	45 29.6%	-
回復期	46	31 67.4%	11 23.9%	10 21.7%	6 13.0%	3 6.5%	6 13.0%	8 17.4%	-
慢性期	97	65 67.0%	20 20.6%	14 14.4%	16 16.5%	12 12.4%	3 3.1%	15 15.5%	-
病床数									
100 床未満	104	72 69.2%	22 21.2%	14 13.5%	20 19.2%	10 9.6%	7 6.7%	16 15.4%	-
100 床以上200 床未満	97	61 62.9%	21 21.6%	20 20.6%	14 14.4%	8 8.2%	9 9.3%	22 22.7%	-
200 床以上400 床未満	72	39 54.2%	26 36.1%	18 25.0%	11 15.3%	8 11.1%	6 8.3%	21 29.2%	-
400 床以上	55	29 52.7%	23 41.8%	22 40.0%	11 20.0%	6 10.9%	6 10.9%	18 32.7%	-
専用病棟									
認知症患者専用病棟あり	25	15 60.0%	9 36.0%	8 32.0%	2 8.0%	1 4.0%	2 8.0%	6 24.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	186 61.4%	83 27.4%	66 21.8%	54 17.8%	31 10.2%	26 8.6%	71 23.4%	-
二次保健 医療圏									
区中央部	26	9 34.6%	7 26.9%	9 34.6%	9 34.6%	5 19.2%	3 11.5%	10 38.5%	-
区南部	19	10 52.6%	7 36.8%	5 26.3%	5 26.3%	6 31.6%	3 15.8%	5 26.3%	-
区西南部	31	21 67.7%	13 41.9%	8 25.8%	7 22.6%	2 6.5%	3 9.7%	5 16.1%	-
区西部	19	13 68.4%	3 15.8%	6 31.6%	1 5.3%	-	-	4 21.1%	-
区西北部	50	34 68.0%	13 26.0%	11 22.0%	7 14.0%	-	3 6.0%	11 22.0%	-
区東北部	38	26 68.4%	11 28.9%	5 13.2%	7 18.4%	3 7.9%	8 21.1%	10 26.3%	-
区東部	32	19 59.4%	9 28.1%	3 9.4%	4 12.5%	1 3.1%	1 3.1%	6 18.8%	-
西多摩	44	28 63.6%	13 29.5%	10 22.7%	6 13.6%	5 11.4%	2 4.5%	7 15.9%	-
南多摩	21	14 66.7%	6 28.6%	3 14.3%	4 19.0%	2 9.5%	1 4.8%	5 23.8%	-
北多摩西部	14	8 57.1%	3 21.4%	1 7.1%	1 7.1%	1 7.1%	2 14.3%	3 21.4%	-
北多摩南部	23	13 56.5%	5 21.7%	9 39.1%	3 13.0%	4 17.4%	1 4.3%	8 34.8%	-
北多摩北部	22	15 68.2%	4 18.2%	5 22.7%	3 13.6%	3 13.6%	2 9.1%	5 22.7%	-
島しょ	0	-	-	-	-	-	-	-	-
人員配置									
専門医／配置あり	103	62 60.2%	41 39.8%	31 30.1%	18 17.5%	12 11.7%	12 11.7%	30 29.1%	-
専門医／配置なし	236	148 62.7%	53 22.5%	44 18.6%	39 16.5%	20 8.5%	17 7.2%	49 20.8%	-
専門臨床経験医師／配置あり	117	73 62.4%	42 35.9%	33 28.2%	21 17.9%	12 10.3%	11 9.4%	21 17.9%	-
専門臨床経験医師／配置なし	222	137 61.7%	52 23.4%	42 18.9%	36 16.2%	20 9.0%	18 8.1%	58 26.1%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置あり	101	59 58.4%	28 27.7%	30 29.7%	20 19.8%	7 6.9%	11 10.9%	31 30.7%	-
認知症看護認定看護師（日看協）／配置なし	238	151 63.4%	66 27.7%	45 18.9%	37 15.5%	25 10.5%	18 7.6%	48 20.2%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置あり	13	6 46.2%	7 53.8%	6 46.2%	4 30.8%	2 15.4%	-	1 7.7%	-
認知症看護認定看護師（日精協）／配置なし	326	204 62.6%	87 26.7%	69 21.2%	53 16.3%	30 9.2%	29 8.9%	78 23.9%	-
精神保健福祉士／配置あり	135	88 65.2%	48 35.6%	35 25.9%	22 16.3%	12 8.9%	15 11.1%	33 24.4%	-
精神保健福祉士／配置なし	204	122 59.8%	46 22.5%	40 19.6%	35 17.2%	20 9.8%	14 6.9%	46 22.5%	-
認知症ケア専門士／配置あり	34	17 50.0%	7 20.6%	8 23.5%	4 11.8%	-	1 2.9%	12 35.3%	-
認知症ケア専門士／配置なし	305	193 63.3%	87 28.5%	67 22.0%	53 17.4%	32 10.5%	28 9.2%	67 22.0%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率（%）を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体 + 10ポイント以上 ■ 全体 + 5ポイント以上 ■ 全体 - 5ポイント以下 ■ 全体 - 10ポイント以下 ■

※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

問27 認知症対応に向けた人材育成を進めるうえで、どのような研修機会（内容、受講方法等）が必要と考えますか。

※認知症疾患医療センター（病院以外）調査での回答も含めて記載しています。

日中の勤務時間内に短時間で受講できるオンライン
オンラインでの無料研修があると嬉しいです。
多職種で参加するオンライン型研修
認知症の初期段階でのかかわりから認知症の末期までについて理解をしていくことが重要だと考える。医療名だけでなく地域の人にもイメージがつくと良い。（特に末期の状態）
人工透析との合併症の患者様の対応に関する研修
研修材料資料の郵送を希望。
オンライン
認知症の患者さんの心境や考え方、捉え方
Web での研修機会を増やす。
・看護部の認知症対応力向上研修の回数増加・医師用のリモートによる認知症研修
実例に基づく対応、研修
Web 研修が受講しやすい
リモート研修
オンライン研修
より実践的で直接的な支援に関する研修
オンデマンド web 研修
実際の症状・例に対する対応の実施について
オンライン研修
オンデマンド配信
精神科病院における認知症患者の対応
時期を選ばずいつでも安価に受講できる体制
オンライン
研修期間が短くなると、勤務調整などがしやすいのでありがたいです。
WEB 研修の充実など
ウェブでの参加
Web で多職種が参加できる研修機会があると良いと思います。
オンライン
Zoom 等
実践に沿うような内容の研修
コミュニケーションスキル・ユマニチュードなどの対面で行うような研修機会があると良い。施設間の交流の機会もあると学びも多くなるのではないかと思う。
オンラインによる講習の拡充
オンラインでの研修

認知症の患者に対しても、人として尊重できる心持が修得・自身の行動様式として定着するような研修。対面・ロールプレイングの様な受講方法。
事例検討等実践に伴っているもの
<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション技法(ユマニチュード、回想法など) ・BPSD 対応の具体的事例・多職種で共通理解を深める研修 ・eラーニングなどのオンライン研修
オンライン
オンラインで完結し、1日拘束されない。
なるべくストレスのない研修が必要。開催時季や時間、場所や内容もあまりタイトな時間割は好ましくないと思う。
東京都の対応力向上研修を利用しており現在の研修内容で良いがもう少し機会が増えるとよい。
医療・介護現場のスタッフが、目前の対応は出来ているが、尊厳を守るという視点では、知識と認識の向上が必要と思う。また経験の長いスタッフの、知識や対応のリニューアルも必要と強く感じる
単発の研修だけでなく、定期的なフォローアップ研修や情報共有の場の整備が必要と考える
意思決定支援
疾患センター職員に関しては、ある程度の研修必須が求められると思うし、オンラインも多くした方が参加しやすい。参加することで組織としてもメリットがある研修。
倫理的な課題をみるける力、倫理的課題を整理しケアの検討を行う力
継続参加を求めるようなシリーズものや、受講生同士のコミュニティができるような形式のもの。
対応力向上以外の毎年レベルアップしていく研修
実地研修
内容としては、認知症の基本的な特性、その対応への理解（記銘力障害・もの盗られ妄想など）や、粗暴な行動や言動への対応について。 また方法はオンラインを希望します。
短時間でできる研修
過去事例の共有
ユマニチュードを各施設対面方式で
eラーニング等
ICTを活用した受講方法
専門家による実践や、OJTでの対応ができるような研修。実践の実績がないため、対応に困る。
オンライン研修
既に開催されているeラーニング方式や、web講習は場所を選ばないので良いと思います。
オンライン研修

オンラインセミナーへの移行
症例に基づいた内容のもの。オンライン研修が望ましい。
研修は出来るだけ参加させたいが、レベルが上がっていくにつれ課題が多くなり、業務をやりながら進めるのが難しいため受講率があがらない。もう少しその辺りのハードルが下がればもっと受講しやすい。
費用があまりかからず、オンラインや配信による研修
オンラインでの参加等、受講しやすい受講方法
認知症の病態生理 対応の方法を転倒を通して理解できるよう出向いて受講する認定看護師を育成するよう他院や受講しやすい環境をつくる。
e-ラーニングなど、受講時間をスタッフが選べる研修。理解度の違いによって受講対象者が選べる研修。
実践以外はオンライン研修やオンデマンド研修を実施できるような環境
認知症のさらなる深い理解と対応
認知症患者の尊厳を守りつつ病院機能を円滑に進めるような内容
受講方法：オンデマンド形式で受講可能とし、受講者が時間や場所を問わず受講できる環境を整備すべき内容：多岐にわたる認知症領域を含む、幅広い領域を網羅した研修
現在人手が足りていない状況もあり、勤務調整が難しいため、複数日程の開催や、比較的参加しやすいオンラインの研修が必要と考える。
基礎→実績→リーダー→指導者という段階をふんでの研修が定期的開催且つ無料であること。受講方法に関して基礎実績まではe ランニング、リーダー・指導者は集合研修が良いと考える。
無料の研修会
ZOOM 利用等で短時間など、日常業務に支障ない研修。
オンライン
ユマニチュード、パーソンセンタードケア、BPSD への対応について
看護協会等を巻き込んで研修の機会を増やしてほしい、医師やコメディカルにも参加してもらえるような機会を増やしてほしい。
オンデマンド視聴
一人ひとりのレベルや役割に応じて学べる体制と、現場で実際に役立つ内容を重視した研修が必要だと思います。またネット研修などで時間に制約されないと、忙しい職場でも学びやすくなると思います。
認知症の方にどのように接すると安心できるかなどの研修があればよいなと考える。
当事者や家族の気持ちをくみ取れるような研修
WEB 講習
リモート研修
認知症に対応できることで明らかなインセンティブが得られることが必要
意識障害（せん妄）と BPSD の違いを正しく教育できる研修 BPSD に対する関わり方を学ぶ研修

<p>少人数毎に受講できる、時間の制約が無く同内容を複数回受講できるスタイルがあると良い（WEB 研修など）</p>
<p>当事者発信の情報を知る機会。エビデンスに基づいたアセスメント方法の研修。</p>
<p>web 研修</p>
<p>認知症への正しい理解を学ぶことが重要。認知症の方や家族の視点を重視しながら本人主体の介護を行うことを前提に専門的知識だけでなく、倫理綱領を学ぶ必要有り。</p>
<p>出張研修等の機会。多くの職員が聴講できて、共通のスタンスで患者対応が可能となり、効果的な実践につながる</p>
<p>オンライン会議</p>
<p>オンライン研修</p>
<p>オンライン研修だと参加しやすい</p>
<p>Web 研修</p>
<p>実践的で多職種連携を重視した、現場に即した研修。</p>
<p>認知症の基礎、コミュニケーション、せん妄予防ケア、環境調整、日常ケア、身体拘束最小化など、項目立てて短時間で実践力を上げていく研修方法は、認知症ケアを良くしたいと思うスタッフには伝わると思います。</p>
<p>配信型が望ましい</p>
<p>様々な職種でも分かりやすい研修</p>
<p>看護師に広く研修が受けられるように Web や Zoom など、どこでも受講できるようにハードルを低くした方が良い。</p>
<p>東京都の認知症対応研修の頻度を多くし、多数のスタッフが参加できるようにしたい。具体的な研修内容は、ユマニチュード、倫理（DNAR/ACP/CDM）</p>
<p>実践研修</p>
<p>「東京都看護師認知症向上研修1・2・3（以降研修）」研修の1、研修2は年1回の開催のみである上に「受講者選抜」があるため、申し込んでもなかなか受講できない。また、受講されなかった理由も知りたい。本研修は、申し込みに対して受講者受け入れ数が少ないと思われます。研修1終了後のステップアップを望む者のニーズに応えるためにも、年3回開催して欲しい。是非、改善を頂きたいとします。</p>
<p>無料であること。研修内容の一部だけであっても動画教材など非集合型での受講方法だと受講しやすい。</p>
<p>認知症について、正しい知識を得る研修会</p>
<p>ステップアップ型研修、グループワークなどのアクティブラーニング、ハイブリッド開催</p>
<p>オンライン研修を増やす</p>
<p>加算算定の再件を満たす研修を増やしてほしい。・研修修了者に対しフォローアップ研修の案内を行ってほしい</p>
<p>認知症患者から声を掛けられた時（質問をされたり、お願いされたとき）にどんな職種のスタッフでも対応できる方法を教えて欲しい。</p>
<p>症例をもとに検討や対応方法を学べる研修会</p>

web 型研修
webでの研修参加をお願いしたい
段階的に行うグループワーク等（シリーズ化）
当院では、ユマニチュードの研修を受け、実践を進めています。
認知ケア研修を終了した看護師等により要点を簡易にまとめて関係者へ指導等ができればよい
短時間で終了する研修
知識の習得にとどまらず、認知症患者様を共に理解して支えていく為には「多職種連携」の必要性を医療職と介護や福祉職と一緒に学ぶ研修、また、本人の尊厳を守るケアの考え方を学ぶ機会が必要だと思えます。
web 講習
認知症の対応、身体管理、倫理、家族看護、介護施設等の社会資源について、可能であればオンデマンド等で受講できれば参加しやすい。
オンライン研修
受講しやすいように可能な範囲で、オンラインでの研修が開催されると良いと思う
認知症全般の知識、対応方法、抑制 OFF に関する例など年 3 回程度で受講できるようにしてほしい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の全般的な看護 ・ ユマニチュード ・ 東京都看護師認知症対応向上研修の参加人数を多くしてほしい
多職種連携や認知症ケアチームの取り組みについて。施設外部の研修参加克勤務調整の問題もあり、積極的な研修参加につながらないため。WEB 講習等が良いと思う。また、病院ごとの講演会などで個別対応できる方法が良い。薬剤師の面では、認知症と薬物療法、治療における注意点、副作用の発言状況とその対処などについて WEB 研修があるとよい。
研修参加に対して法人へのインセンティブ。
認知症にかかわるすべての医療従事者が一定の知識・技術の習得が必要。様々な職種が参加できる研修内容
認知症患者との接し方、オンライン
診療報酬の向上につながるような研修、受講方法は WEB が良い。医療情勢に合わせたタイムリーな内容。家族対応に関する研修。医療介護専門職向けの最新の専門研修が少ない。オンライン研修（特にオンデマンド形式だと参加しやすい）。WEB 研修、オンデマンドでいつでも学習できる研修。自分の専門分野に関する知識はあるが、他科がどのような内容の勉強をしているか分からないので相互理解が難しい。
患者家族に参加していただく機会があれば、家族の視点での思いや葛藤について学ぶこともでき、実践にも役立つのではないかと考える
認知機能が低下した人の意思決定支援→本人が不在の中、医療の決定がされることが多いため、グループワークやロールプレイを用いて学ぶ。

もう少し実践的内容が含まれると望ましい。具体的には、ロールプレイや3Dカメラ等を使用した体験型プログラム等。
コミュニケーションに特化した研修。演習を主としたもの、ロールプレイなど実践に行かせるもの。
ユマンチュードなど、その技術を習得できる研修。傾聴や伝え方の実践を学べる研修
事例検討、オンライン
グループワークや演習
・認知症の人のACPや意思決定支援について ・パーソンセンタードケア
地域の介護職向けの研修が必要
Zoomでの研修は受講しやすいが講義を聴くだけになりがちなので、事例検討会等を集合形式で行う方が理解が深まると思う。
身近な地域での研修では、大きな研修を1年に1回行うよりも小さな研修を頻回に開催し、主催者参加者ともに対話ができる研修が日々の地域での業務に活かしやすのではないかと考えて実施している。
認知症の人への対応のみでなく家族支援（家族の対応方法等）についての研修が必要と考えます。認知症の人への虐待等では家族への介入が必須だからです
看護師認知症対応力向上研修Ⅰのような研修を、地域拠点型認知症疾患医療センターだけでなく開催できる機関を広げていく
当事者の視点、脳の機能から認知症を理解する研修
認知症介護現場の実習など
認知症ケアに携わる多職種が共通理解を持てるよう、BPSD対応を含めた基本的知識と実践的スキルを習得できる研修が必要。特に医療と介護の連携に関する事例検討や本人の意思決定支援、家族支援に関する具体的手法が求められると考える
内容：身体拘束を行っていない病院や身体拘束を中止することに成功した実際の例の報告や症例検討、最新の認知症ケアや治療について 受講方法：オンライン
事例検討会、対面形式が望ましい
現場に即した受講者が必要と思える受講内容
知識を得ることはもちろん、顔の見える関係づくりとして情報共有やケース検討のようなGWの場があると良いのではないかと思います。
・オンライン研修 ・精神状況への対処の仕方
病院規模によって必要な研修が異なると思います（本学であれば、BPSDというより患者さんの仕事の継続など軽症の方の社会生活におけるフォローの仕方などが重要かと思えます）
認知症患者が病棟でどういう気持ちで過ごしているかを想像する内容であると同時に尊厳の尊重とできる医療の限界について。倫理的問題についても必要。WEB開催。オンデマンド配信。同じ講座を複数回実施

認知症の種類・症状・進行過程など医学的知識を学べる研修や家族との関わり方、相談方法など家族支援研修も必要と思います。（対面での実技・グループワークなど）
e-learning 視聴があると受講しやすくなると考えます。
事例を用いたグループワーク、認知症対応についての講演（性別、年齢別、認知症タイプなど）
認知症対応力向上研修 等
医療機関の事務員やコメディカルも「認知症サポーター養成講座」を受けるなど、義務付けも必要。
オンデマンド研修
実践報告会のようなもの（経験者のお話を聞きたい）
認知症対応には、基礎知識から実践的スキルまでを網羅した段階的研修と、eラーニングや実地研修など様々な受講方法が必要と考えます。
認知症の方の世界を体験できるような研修が有効と考えます。
集合研修、ZOOM等を利用した研修どちらあるとよいと思う
BPSDを認知症の人からのメッセージととらえ、意味を理解。「困った人」ではなく「困っている人」と考えることができる質の高いケアを追及。
オンライン
予防、介護、BPSD対策等についてWEB等での研修。
研修内容とその効果が具体的にわかり、現場が人員を出すメリットを感じられる内容で、かつ座学についてはオンライン・オンデマンドなどが可能であるとよい。集合研修の場合は集合で行う意味が明確であれば受講を進めやすい
講義形式の知識提供だけではなく、事例検討会の開催や模擬患者を通じたロールプレイング方式、そして現場での実際をシャドーイングする研修など、実際の対話や対応技術のスキル（特に非言語的コミュニケーションやユマニチュード）が必要と考えます。また、認知症の方に対応し続けるための医療者自身のストレスマネジメントなども取り入れる必要があると考えています。一方で、このような研修を医療機関ごとに実施するのは難しい面があります。
オンラインを使用した研修であれば参加しやすい
事例検討など「考える」内容や他施設での取り組みを知る機会などを含んだ研修
認知症対応の具体的な手法（拒食対応など）研修方法はオンラインやEラーニングなど受講しやすい
オンライン
オンラインで受講できると良い
オンラインで講習（認定証の発行含む）
WEB等の受講しやすい環境
東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ・Ⅱの研修の認知症疾患医療センター主催枠を増やしてほしい。

<p>認知症の医学的知識や行動・心理状態への対応、本人・家族とのコミュニケーション、他職種連携に関する内容が必要だと思えます。集合研修に加えてオンライン研修や現場実習など、多様な受講方法を組み合わせ、継続的に学べる機会の整備を望みます。</p>	
認知症の中核症状と BPSD について	WEB 形式
<p>認知症看護・入退院支援</p>	
<p>ケアの理論とそれを使ったロールプレイ 認知症当事者との講演拝聴など介護、看護者の気持ちを動かす動機づけが大切と思う</p>	
<p>無料であり、同じ研修が複数回準備されている事</p>	
<p>・認知症対応力向上研修Ⅱの受講機会の増加・資格取得、研修受講のための費用補助</p>	
<p>退院・転院調整の社会的支援や活用できる制度など</p>	
<p>より実践的な研修。</p>	
<p>医師や看護師のように、多職種も認定資格制度を作ってはどうか？認知症ケアチームの施設基準をどのような認定資格の者が活動できるようにして診療報酬を上げてはどうか（国、団体が研修機会を支援する）</p>	
<p>オンデマンドで日程が複数あり選択できる。</p>	
<p>認知症対応ではアドボケイターになる視点が必要なので倫理からグループワークで学ぶ機会があると良いと思う</p>	
<p>シミュレーション、ロールプレイなど実践的なものオンデマンド WEB など参加しやすいもの</p>	
<p>退院支援を含めた、地域連携の取り方</p>	
<p>基本的な知識や対応の仕方を学ぶ研修が必要と考えられ、座学ではなく、実際の場面を想定した体験型の学習や職場での OJT も有効かと考えます。また、既出と存じますがオンライン研修など柔軟な受講方法を取り入れることも、学びやすさの面で重要だと思えました。</p>	
<p>実践的な研修</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ●内容認知症の正しい理解（種類・症状）周辺症状への対応身体拘束ゼロへの取り組み事例検討（他職種との連携）ロールプレイ ●受講方法集合研修・オンライン研修（事例検討や他職種連携は集合研修が良い） 	
<p>パソコンによる講習機会</p>	
<p>勤務時間内で行える無料研修</p>	
<p>WEB 対応が可能な部分は積極的な活用をお願いしたい。</p>	
<p>基礎、倫理等、認知症を発症した人の世界（見え方等）2040 年に向け医療者全員意識を高める事が必要と考える。</p>	
<p>オンライン講習</p>	
<p>包括的な支援体制を構築するため、行政・医療機関・施設が合同で出席し、各々の状況や課題を共有、検討する機会を積極的に行っていく必要があると考えます。</p>	
<p>認知症の基礎知識を学んだうえで、応用となる演習項目を実施する。できれば対面が好ましいが ZOOM などのオンライン講義での受講方法が必要と考える。</p>	
<p>対応力向上研修Ⅰ、Ⅱを増やしてほしい</p>	

看護師・介護職・リハ等に繰り返し受けれる研修会。外国籍介護福祉士、技能実習生の外国語で受けれる研修会
認知症の疑似体験や視点が体験できる研修
認知症ケア加算の要件を満たす研修の回数を増やして欲しい
東京都福祉局からの案内、年間講習一覧表の提示
グループワークを中心とした研修
共感性を育む教育、地域連携の強化、介護サポート体制の強化の推進
Web研修も必要だが、ユマニチュード、実践的な研修が希望。
WEBなどで実施される認知症対応力向上研修の開催回数を増やしていただきたい
高齢者虐待防止を含めた研修
オンデマンド配信
病院運営に資する(診療報酬上)無料の研修の開催
認知症ケア加算対象研修がもう少し多くあるとありがたい
チームに役立つ情報収集の仕方や発信力の強化方法について
オンライン研修
当院では、専門医がいないため、専門医を招いて知識等の勉強の機会が必要と考えます。
単純な研修が必要なのかもしれません。介護士には、出来るがやはり、日本の医療の特性上、医師や看護師は認知症の患者への対応があまり上手ではない。
オンラインだと参加させやすい
WEB研修、動画視聴
対応力向上研修を参加した職員における院内研修(集団)
受診をしても認知症と認めない患者さんの対応について(サポート体制を整えますといっても、もう死んでもいいと言い始めてしまう患者さんへの対応方法など)
現場での受講研修
認知症対応研修が少なすぎる(I~II)
集合教育でもオンラインでも教育体制はどのような様式でも良いと考えるが、フォローアップ研修が受けられた方が良いと考える。知識と実践はギャップが大きい。
認知症患者の危険予防についてのWEB研修
認知症の早期発見・早期診断 進行の予防・治療 社会資源の支援体制
認知症の基礎知識と看護についてオンライン形式で受講出来たらと思います。
人材交流認知症患者とのコミュニケーション技法を高めるプログラム
看護師も認知症患者のケアだけでなく、使えるサービスやどのようなサポートを受けられるかなど社会資源に関する知識を養う必要があると感じる
専門的医療機関からの研修
Web・Eラーニング・オンデマンド配信など多様化した受講方法
倫理研修
基本的な知識も不足しているため、基礎内容から。また人手不足のため、WEBによる研修が受けやすいと考えています。

認知症対応向上研修Ⅱ以上の受講枠を増やしてほしい。研修を受けた職員数を増やす必要がある
オンライン、また研修機会を増やしてほしい
オンライン形式の研修
精神疾患を治療する標榜科目がなくても身体合併症で受け入れる病院を対象とする精神疾患患者への対応方法を研修できるプログラム
オンライン研修
実践に役立つ事例検討、せん妄の事例、ケアと倫理の研修
職種を問わず全てのスタッフが基礎研修として認知症の基礎知識、コミュニケーションスキル、BPSDへの対応など
オンライン研修
多くの看護師・医療従事者が認知症向上の研修（東京都主催）Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを受講できるように、受講機会を増やして欲しい。
今以上にオレンジカフェを増やし、その中で研修機会を設ける。認知症対応力向上研修の回数を増やし、受講者にはフィードバック研修の機会を設ける。
医療機関側が認知症ケアの基本的な対応について実践の場で学ぶ機会があると良い。例えばグループホームとの相互研修等。
看護助手など、専門職以外の職員が理解しやすい研修。対応の具体的な方法が理解しやすい動画等。
認知症に対する正しい理解とその特性を把握した個別性のある対応が可能となる研修が必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・関わり合い方は、仕事やプライベートでうつ病になった方と異なり、本人を取り巻く家族構成などの環境要因も精神症状に大きく寄与するため、病態や接し方の研修会は重要だと思います。 ・急性期病院の短期間入院で認知症ケアに必要な知識、考え、急性期病院の特性をふまえた上で、できる具体的なケア等について ・より地域特性を活かした研修・Web聴講可能な研修会を平日夜開催していただけると参加しやすいと思います。 ・多職種が参加し、対面で意見交換をする機会があるとよいと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者中心の医療を見据えると、認知症に特化した講義だけではなく、どの身体疾患の患者ケアにも関連する認知症疾患として学習できるカリキュラム設定(意思決定支援等も同様)が必要と考えます。 ・診療報酬の算定要件を満たすための研修が多いため、複数の算定要件を満たすことができるカリキュラムにすることで、受講の効率化と業務負担の軽減にも繋がると思われます。
各研修で対面のみ、WEBだけではなく、両方開催する、またはハイブリッドで開催するなど、柔軟な開催方法を検討したほうがよい。
地域内の多職種が集まって意見交換できるような研修が必要と考える。

介護職向けに、小地域で参加しやすい研修があると良いと思われる。コメディカル（技師、リハビリ等）に向けた研修もあると良いと思われる。
zoom によるものが受講しやすい
机上での学習による知識取得の機会も大切だが、実践による経験を獲得できる研修、例えば認知症ケアに優れた施設での実習の機会など実践で学ぶことで効果的に対体験として学ぶことができる。また、認知症の基本的な知識に加え、看護師が困難感を感じる事例を用いた事例検討など、すぐに活用できる内容が実践に結びつけやすい。オンラインは手軽で参加しやすいが、対面でのグループワークやロールプレイを用いた研修の方が効果的な学びになると感じる。
web 研修
サポート医を育成する研修会を増やす必要があると考えます。
幅広い職種を対象とした研修が多く開催されると対応できる職員の充実に繋がると考えます。
オンデマンド
業務になるべく直結するような研修仕事のモチベーションに繋がるような、情熱や使命感、苦労や難しさを共感できるような研修があるとありがたい
実践的な研修
隔月の定期開催等を根付かせる。
隔月、定期開催方式を根付かせる
看護協会の研修機会の情報がわかりやすく且つ迅速に入ることが必要。認知症対応力向上加算Ⅱについて、1病院の受講人数の枠を増員してほしいです。
e ラーニング等の、広く受講の機会があれば望ましい
認知症ケアに関する院内研修、伝達講習など
オンデマンド配信
定期的な事例を多職種で検討できるもの、課題となるものに対しては、専門職からの講座もあるとよい。人として、社会人としてのマナー研修など
地域の支援者が認知症に理解ある支援を実施するための地域づくりにつながる研修
オンデマンド方式
業務への支障を最低限にできるオンラインやオンデマンド
人材の確保を継続できるように気軽に相談ができる多職種連携のための事例検討会や支援者ミーティング
ハイブリッド型で、対面、オンラインどちらも選べるのが最良と考えます。
オンラインでの受講
業務に支障のない時間帯でのハイブリッドの講習と、専門病棟や外来見学、包括支援センターなどの実習の2本立てで行うのはいかがでしょうか。
WEB 研修
建前論、システム論ではなく実践的な研修

問28 貴院において、認知症を有している患者の治療に関わる医師、看護師は、「日本版BPSDケアプログラム※」による医療ケアを実践していますか。(1つに○)

※ 在宅介護サービスの有効性が確認された国際的にも貴重なプログラムで、介護保険事業所や地域においてケアに関わる担当者の情報共有や一貫したケアの提供をサポートするプログラム

【全体】

- 「存在は知っているが実践していない」(47.5%)が最も高く、次いで、「存在を知らなかった」(41.3%)となっている。

【病院種別】

- いずれも「存在は知っているが実践していない」が最も高くなっている。

【医療機能別】

- 高度急性期・回復期・慢性期では「存在は知っているが実践していない」が最も高くなっている。
- 急性期では「存在を知らなかった」(45.4%)が最も高く、次いで、「存在は知っているが実践していない」(41.4%)となっている。

【病床数別】

- 100床未満では「存在を知らなかった」(53.8%)が最も高くなっている。
- 100床以上200床未満・200床以上400床未満・400床以上では「存在は知っているが実践していない」(49.5%)が最も高くなっている。

【認知症患者専用病棟の有無別】

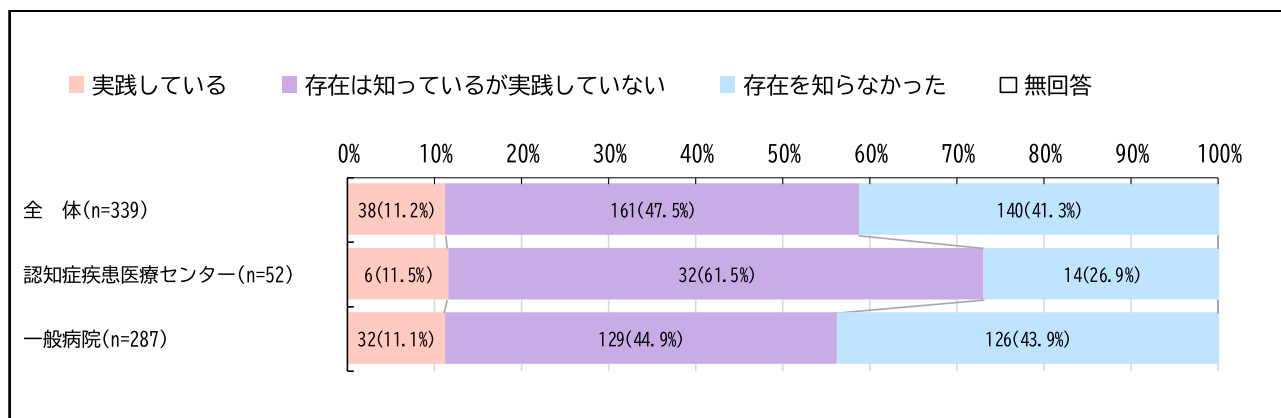
- いずれも「存在は知っているが実践していない」が最も高くなっている。

【二次保健医療圏別】

- 区中央部・区南部・区西南部・区西部・区東北部・区東部・西多摩・南多摩では「存在は知っているが実践していない」(46.2%)が最も高く、次いで、「存在を知らなかった」(42.3%)となっている。
- 区西北部・北多摩西部・北多摩南部・北多摩北部では「存在を知らなかった」(54.0%)が最も高くなっている。

【専門職配置別】

- いずれの専門職も配置ありでは「存在は知っているが実践していない」が最も高くなっている。
- 専門医・専門臨床経験医師・精神保健福祉士では配置なしは「存在を知らなかった」が最も高く、次いで、「存在は知っているが実践していない」となっている。
- 認知症看護認定看護師(日看協)・認知症看護認定看護師(日精協)・認知症ケア専門士では配置なしでは「存在は知っているが実践していない」が最も高く、次いで、「存在を知らなかった」となっている。



	調査数 (n)	実践している	存在は知っているが実践していない	存在を知らなかった	無回答
全体	339	38 11.2%	161 47.5%	140 41.3%	-
病院種別					
認知症疾患医療センター	52	6 11.5%	32 61.5%	14 26.9%	-
一般病院	287	32 11.1%	129 44.9%	126 43.9%	-
医療機能					
高度急性期	33	4 12.1%	17 51.5%	12 36.4%	-
急性期	152	20 13.2%	63 41.4%	69 45.4%	-
回復期	46	8 17.4%	20 43.5%	18 39.1%	-
慢性期	97	4 4.1%	55 56.7%	38 39.2%	-
病床数					
100 床未満	104	7 6.7%	41 39.4%	56 53.8%	-
100 床以上200 床未満	97	12 12.4%	48 49.5%	37 38.1%	-
200 床以上400 床未満	72	10 13.9%	38 52.8%	24 33.3%	-
400 床以上	55	7 12.7%	28 50.9%	20 36.4%	-
専用病棟					
認知症患者専用病棟あり	25	2 8.0%	17 68.0%	6 24.0%	-
認知症患者専用病棟なし	303	34 11.2%	138 45.5%	131 43.2%	-
二次保健医療圏					
区中央部	26	3 11.5%	12 46.2%	11 42.3%	-
区南部	19	2 10.5%	9 47.4%	8 42.1%	-
区西南部	31	6 19.4%	14 45.2%	11 35.5%	-
区西部	19	1 5.3%	9 47.4%	9 47.4%	-
区西北部	50	3 6.0%	20 40.0%	27 54.0%	-
区東北部	38	6 15.8%	18 47.4%	14 36.8%	-
区東部	32	5 15.6%	17 53.1%	10 31.3%	-
西多摩	44	4 9.1%	26 59.1%	14 31.8%	-
南多摩	21	2 9.5%	13 61.9%	6 28.6%	-
北多摩西部	14	2 14.3%	5 35.7%	7 50.0%	-
北多摩南部	23	2 8.7%	10 43.5%	11 47.8%	-
北多摩北部	22	2 9.1%	8 36.4%	12 54.5%	-
島しょ	0	-	-	-	-
人員配置					
専門医／配置あり	103	15 14.6%	59 57.3%	29 28.2%	-
専門医／配置なし	236	23 9.7%	102 43.2%	111 47.0%	-
専門臨床経験医師／配置あり	117	18 15.4%	64 54.7%	35 29.9%	-
専門臨床経験医師／配置なし	222	20 9.0%	97 43.7%	105 47.3%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)／配置あり	101	20 19.8%	50 49.5%	31 30.7%	-
認知症看護認定看護師 (日看協)／配置なし	238	18 7.6%	111 46.6%	109 45.8%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)／配置あり	13	1 7.7%	8 61.5%	4 30.8%	-
認知症看護認定看護師 (日精協)／配置なし	326	37 11.3%	153 46.9%	136 41.7%	-
精神保健福祉士／配置あり	135	18 13.3%	75 55.6%	42 31.1%	-
精神保健福祉士／配置なし	204	20 9.8%	86 42.2%	98 48.0%	-
認知症ケア専門士／配置あり	34	4 11.8%	24 70.6%	6 17.6%	-
認知症ケア専門士／配置なし	305	34 11.1%	137 44.9%	134 43.9%	-

※ 各種内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

※認知症疾患医療センター（病院以外）調査でも同様の設問があり、本グラフ（全体）では合算して集計している。

5 認知症のある方への医療の提供について

問29 現在、身体合併症や行動・心理症状のある方の治療については、認知症疾患医療センターにおいて受入れ体制を整備するとともに、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受入れを促進していく体制を構築することとしています。今後、増加が見込まれる認知症のある方への医療を十分に提供するためには、認知症疾患医療センターや地域の医療機関等にどのような役割・機能が必要だと思えますか。

※認知症疾患医療センター（病院以外）調査での回答も含めて記載しています。

<p>転院受入の強化をしていただけると助かります。</p>
<p>地域の高齢者支援機関との連携に対する診療報酬点数</p>
<p>急性期病院での認知症患者の受入は今以上のリソースは割けないと思うため、認知症疾患医療センターが第一選択となるような流れができると良い。そのために、かかりつけ医等を活用し、地域の方へのアピールや研修等が必要だと思う。</p>
<p>当センターは重症心身障害児者の専門病院であり、認知症を有する患者の受入れ実績はありません。</p>
<p>当院は透析病院であるため、回答の前提としているのは人工透析を実施している患者様で認知症ないしは精神疾患がある患者様です。そのため透析中の認知症の患者様がさらに急性期疾患を併発した場合の受入れ体制をお願いしたいと思えます。</p>
<p>認知症による暴言暴力が酷くなってきた方の転院先に関して受け入れ先が見つからない状況が過去にある為、受入れ医療機関を増やしていただきたい。</p>
<p>出張研修、講義の提供</p>
<p>グループホームや介護施設などに人員や知識など医療資材提供の充実（治療を要しても地元での暮らし実現を目指す）</p>
<p>内科疾患への対応、隔離が必要な疾病（結核等）の対応</p>
<p>短期～中長期的な入院対応、急性増悪時に速やかに受け入れが可能な環境</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・身体合併症のある患者のスムーズな受入 ・治療終了後の自宅退院への調整機能
<p>機能分化、専門施設の明確化</p>
<p>認知症患者を診るという大変さに対する見返り、加算の体制の構築が必須と思われま</p> <p>す。</p>
<p>広く情報発信し、連携をしていく</p>
<p>必要と判断します、看護師にとってかなり業務負荷がかかりますので、診療報酬制度にインセンティブを設定するべきと思えます。</p>
<p>認知症対応に特化した施設、病院の拡充</p>
<p>看護、介護出来る人員の確保</p>
<p>認知症のある人のニーズを適切に理解でき、社会的処方箋を実践できる（専門医に限らず）を増やしていくこと。</p>
<p>当院では高齢者の肺炎や慢性心不全を中心に診療しているため認知症があるからと言った抵抗はありません。今後認知症が増加すればなし崩し的に抵抗なく診療が進むのではないのでしょうか。</p>

当院精神科単科病院であり、身体的な治療が難しい状況、医療機関ごとに強みが異なるため、情報共有が大切だと思う。
現状ではあまり連携することは無いと思われます。
各地域での関係機関間の連絡調整
相談しやすい関係性を構築する
関係医療機関との情報共有
生命の危険がある場合を除いて、尊厳を重視するため身体拘束を行わないような対応ができるように人材の確保が必要だと感じます。
認知症医療の中核的機能地域の認知症医療に関する情報を集約し、情報提供する。
情報の発信や共有
タイムリーな受入れ
当院で受け入れが厳しい場合は相談を促す
受入体制がスムーズになるような機能（システムなど）
地域の医療機関である当院の場合、直接ケアをする看護師は認知症ケアを学ぶ努力をしているが、他の職種は身体合併症を中心に関わっているのが現状である。認知症そのものに対する医療についても、もっと理解を深め、スムーズに対応できるようになることを期待する。
認知症の進行度にあわせた、適切な医療機関での医療
当院は認知症治療病棟なので身体合併でも受け入れています。
認知症の方をケアできる人材については、その素質のある人を集める・従事させることから始まると思っている。育成はそれほど簡単にできるものではないと考える。
地域住民が理解しやすい仕組み作りと広報なども必要かと思います。
<ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制での相談、受入れ窓口機能 ・他院とのスムーズな連携(連携パスの使用) ・専門医、認定看護師等の派遣や出張相談体制
認知症患者の入院には人手も必要でそれに準じた診療報酬も必要で人材不足に悩む中小病院ではなかなか厳しい。
外来受診ではなく、即日入院で加療していただき、落ち着き次第再度転院調整（逆紹介）をおこなう。
地域特性を考慮した活動が必要なため、隣接した市のセンターなどと、介護福祉機関も含めて情報交換ができるような機能が必要。
認知症疾患医療センターによる早期診断支援
感染症を有する認知症患者に対応
対応困難な事例への早期対応、入院受け入れ
認知症疾患医療センターでの一時対応後に後方支援型の医療機関とつなぐ名が流れが再度必要であり精神科単科病院では救急対応や身体合併症の内容によっては対応が困難である。一旦身体面の精査を行ったうえで精神科病院へ受入れ調整があると対応がスムーズになってくる。また入院後も地域包括などの関係者とつながって情報共有を続けられることが理想である。

精神科単科の病院の為、身体合併症の受入れ整備には、医師や設備の補強などハードルがとても高く感じる
医療人材の不足や交通アクセスの課題を踏まえ、ICT や AI を活用した遠隔診療や多職種連携のプラットフォーム整備が重要である。認知症疾患医療センターが中核となり、医療・介護・福祉・薬局等とオンラインで連携することで、より多くの認知症のある方に専門的支援を届けることが可能となると考える。加えてマイナンバーカード等の共通の情報基盤を活用した連携により目標の統一と共有、切れ目のない支援体制の構築が可能となる。地域を支えるハブとしての医療機関の進化が今後の認知症医療における重要な視点であると考えている。
地域包括ケアシステムの更なる質と量の充実。市民への認知症理解の普及啓発
疾患センターの機能は変わらず。ただし、検査機器や入院機能があるかどうかはその組織の限界があるので、病院連携で担保する。地域の医療機関の対応力向上は、少なくとも日野市ではあまりうまくいっていない気がする。疾患センターから地域に戻ることを家族がよしとしない。
外来で得た情報を入院施設と連携し、認知症のある本人が穏やかに治療ができる体制を整える為の医療連携ができること。生活歴や嗜好などの共有が進むとよい。
各領域や職種に権威勾配が生まれにくい体制と、パーソンセンタードケア等の人権や人としての在り方について考える啓発は必要な役割だと思えます。一方で、役割と機能の変更や負担は現場の苦痛にも繋がりやすいため、医療福祉関係者の努力が十分に報われる収入と社会的安定のが必要で、それなくしては良策も機能しないと思われれます。
精査や身体疾患への対応ができる設備、人員、体制を整えること。それに伴う報酬が見込めること
患者のスムーズな受け入れ。老々介護、単身者等の自己判断が出来ない、後見人の不在により、転院又は入所に時間を要す。認知症患者のサポート体制の更なる構築が必要。
医療機関同士で、相互に患者情報を共有できる仕組み（現存のものを含む）を、これまで以上にフル活用できるようになることが必要と思えます。
療養病床でも診療報酬請求可能な範囲を増やす
精神症状に対する対応について、医療と介護に差があまり出ないような人員配置とそれに対する補助金などを考えてほしい。
<ul style="list-style-type: none"> ・どの医療機関がどの程度の病状、合併症の受け入れを可能としているかの情報提供や実際の受入れ状況などの開示。 ・広く診療を受け入れるための人材が確保されること、そのための診療報酬。
ステージ分類に応じた病棟。専門病院の治療継続出る体制
地域連携の強化、連携 Web サイトの運用強化
他医療機関との連携
患者本人だけでなくその家族等へのケアが必要だと思えます。
精神疾患を有した患者の受け入れ先が、地域によって少ない。高次脳機能障害をともなった患者の暴力で対応や受け入れ先がない。身寄りがない、家族が遠方の独居の認知症

患者の入院の対応や金銭的管理や金銭がないなどの問題が難渋しているため対応できるような機能が必要だと思います。
検査や確定診断、対応可能病院等の情報提供
地域住民に対する早期受診の促し
患者情報を共有できるシステムで迅速に連携できる仕組みを構築する。
速やかな入院受入体制
緊急受け入れ体制の整備、状態評価、アセスメントを行い、適当な施設の紹介機能
お互いに連携する機能の構築
認知症専門看護師による地域のネットワークがあったら良い。情報交換や専門看護師からのアドバイスを受ける機会がほしい。
認知症疾患医療センターは専門的診断を行い多職種と連携し地域医療へつなげる。地域医療機関は本人の生活歴を尊重し意思決定支援や尊厳を保持し認知症のある方が地域で安心して暮らせる体制を作る事が必要である。
認知症の周辺症状で、在宅介護に悩んでいる家族が多い。認知症疾患医療センター自体を知らない家族が多いため、まず広く知ってもらい、相談しやすい体制作りが必要であると感じる。
認知症患者の受け入れしやすい施設の増加
当院では認知症を理由に救急搬送に対応しないことはありませんが、けがや疾患で搬送・入院となる高齢者患者のほとんどが認知症を有しています。認知症を有することで点滴や医療材料を自己抜去してしまう、指示の理解ができずにリハビリが進まない等、治療の妨げになっていることは否めません。また、入院を期に転院や施設入所を望まれる家族も多く、治療が進まないことでADLも低下し、転院調整も難航します。治療が進んでも独居の方が多いため、自己注射や服薬の問題から自宅退院困難となるので生活の場や環境の問題が多くあると思います。
コロナ感染流行時にあったようなインターネット情報共有システムで、受け入れ状況や医療機関同士の連携が取れるようなものが必要になってくると思います。
受け入れ先との緊密な連携の維持
在宅で診られる体制づくり
認知症患者を受け入れることへのインセンティブ（新療報酬加算）、それによる人員の増員
研修の環境整備
当院は、全床急性期の為、認知症治療を目的とした入院はありませんが、認知症を有している急性期疾患の患者の入院が増加している。急性期治療が終了した時点で速やかな転院の受け入れが必要だと思います。
認知症の症状の早期発見のためのシステムづくり（かかりつけ医院、生活状況調査など）認知症患者への対応ができる医療従事者育成
医療ソーシャルワーカーが早期介入し、身体合併症の治療が終了後に速やかに専門施設に移行し、切れ目のない医療を提供すること
透析や循環器系疾患など重度合併症受け入れがスムーズに運ぶ機能が必要。

<ul style="list-style-type: none"> ・早期介入、初期対応 ・地域連携、多職種連携等 ・本人や家族の相談窓口 ・現場スタッフへの指導、教育（特にBPSDに対して）
<p>一般病院では他の疾患の患者対応で認知症を有する方への対応がなかなか困難、症状に対する情報提供、相談を気軽にできるような体制があると良い。家族も高齢で他科受診が難しいことが多い、付き添えない、理解が得られない、または家族がいない等、受診できないことが多い。対応が後手後手になってしまう。</p>
<p>精神症状のつよい患者を内科・外科的治療が出来る病院へ入院できるシステムが必要。</p>
<p>特色についての情報公開</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・専門医療と地域医療の役割分担と連携の強化・地域包括システムとの一体化による切れ目のない支援体制作り・ICT活用による情報共有と連携の効率化、認知症の人と家族の尊厳と生活の質の尊重
<p>認知症があるから受けられないではなく身体治療が必要であれば早急に治療を受けることができ、その後に精神科治療が必要であればきちんと転院できるような機能があればよいと思う。</p>
<p>医療の提供には限界が近いと感じている。早期発見・治療も必要だが、地域の方々の受け入れが必要と感じている。</p>
<p>認知症患者を支える地域包括ケアシステムを起動させるきっかけとなること</p>
<p>緊急での受け入れや身体合併症への対応。</p>
<p>医療機関同士の連携</p>
<p>認知症を治療することを目指さないことの啓発</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体症状によるせん妄を正しく理解し、体の中症状回復を支援する。 2. 高齢者、認知症、意識障害が生じている患者のアセスメントの違いがすべての認知症ケアに含まれやすいため、急性期症状とBPSDによる興奮、易怒性の違いがわかる教育が必要。
<p>BDSMについて対応しているが専門ではないので、情報共有の機会や勉強会などを他施設と共同で行い、連携を強化していく必要があると思います。</p>
<p>東京都でDCMとパーソンセンタードケアの推進を検討していただきたいです。</p>
<p>透析患者で認知症を発症している患者を積極的に受け入れる病院や、施設が極めて限られている。医療と介護の両面から支援が求められていると考えます。</p>
<p>マンパワー不足により十分に機能を確保・発揮できない状態であり、適切な診療報酬改定等、体制整備・維持出来る手当等が必要。</p>
<p>認知症を有する患者家族に対し、BPSDでの入院が可能な事、レスパイト入院等があることを啓発し、早期介入・早期退院が実現できるようにする必要がある</p>
<p>情報共有とケアをする医療従事者の育成</p>
<p>連携を図る上で医療機関同士、お互いに出来ること、出来ないことを理解していく</p>
<p>診療所や訪問看護ステーション等からの入院要請に迅速に対応すること</p>
<p>情報共有、相互研修の実施等</p>

<p>認知症疾患医療センターや地域の医療機関には、認知症の早期診断や専門的治療の提供に加え、地域包括ケアシステムとの密接な連携が求められる。さらに、家族への心理的・社会的支援や医療・介護職への継続的な教育研修の実施も重要である。また行政による制度整備や財政支援、人材育成の推進も不可欠であり、多職種が協働して切れ目のない支援体制を構築することが必要。専門性、地域性、行政支援が三位一体となって認知症のある方が安心して暮らせる社会を支える役割・機能が重要と考える。</p>
<p>身体拘束をせず、その人らしくいられるようなケア調整をし、地域での生活場所に戻れるようにすること</p>
<p>認知症の方の地域での受け入れ体制の充実のための連携</p>
<p>人材育成</p>
<p>転院を受けたり送ったりする相互関係の構築。顔の見える連携の推進。</p>
<p>①急を要するケースに対して認知症疾患センターやCT/MRIなどを有する病院で、認知症の判断や頭部画像を速やかに行っていただく→当院のような一般精神科では認知症周辺症状を治療→認知症治療病棟や認知症療養病棟で長期の入院を受け入れる流れを作り役割を明確化する。</p> <p>②精神科単科病院では身体的問題に対応できないことが多いため、認知症医療センターでカバーする、または、身体科の病院との連携を強化して頂けるようにする、などの仕組みを構築して頂きたい</p> <p>③認知症疾患センターで、新規検査の件数を増やすなど早期からの予防対策の強化や悪化への知識など啓蒙活動</p>
<p>認知症疾患医療センター：重度の受入れ地域の医療機関等：軽度の受入れ認知症疾患医療センターから地域の医療機関等へ医師・看護師等の人材の派遣（出向）させ、現場での実務、指導等を実施。</p>
<p>1. 「認知症疾患センター（以後当該センター）」の役割や機能について医療従事者でさえも十分認知できていないと感じる。もっと積極的な広報活動が必要と思われる。</p> <p>2. 当該センターと地域病院との連携では、難渋する患者の入院をある期間引き受ける。また、専門医師が存在しない病院への相談支援体制（診断・治療等）の構築を期待したい。</p>
<p>高齢化社会において認知症は疾病以外にも年齢相応に伴うものの疾病と考えるべきか。病院での専門的な治療のみならず介護施設での対応を充実させるべきだと思う。</p>
<p>認知症ケアの研修、体制を確保し、円滑な受入れ・退院調整の実施が求められる。</p>
<p>医療と介護の緊密な連携強化。</p>
<p>地域と医療機関が診断後支援を協働で行うこと身体合併症の特性ごとに受入れ可能医療機関が明確になること</p>
<p>BPSD に対して治療方針が定まったら地域で治療することとして、地域が困った際に速やかに珍致傷センターに相談できる体制があると良いと思います。</p>
<p>精神科医による薬物療法を含めた全面的サポート。行動症状が強い方には、対応する人員を派遣する等のサポート。</p>

<p>認知症患者が地域で安心して暮らせるようにするには連携していくこと。かかりつけ医との連携や地域でのコミュニティ、何かあれば相談できる窓口などの支援体制。地域住民への認知症に対する意識や認知症サポーターの養成などが必要。</p>
<p>24時間体制で受け入れていただける医療機関等が必要</p>
<p>研修、急性増悪した場合の受け入れ</p>
<p>身体合併症の治療が終了と同時にスムーズに転院ができるように退院調整ができるとよい。</p>
<p>認知症疾患医療センターは数が少なく、予約がとりにくい。地域の医療機関は認知症の画像診断が出来るところが少ない。</p>
<p>病院で勤務する職員が認知症の理解を深め、早期発見、診断へ導くことが重要だと思います。</p>
<p>身寄りのない患者への対応ケースが増えているので、後見人を迅速に設定できる体制が欲しいです。</p>
<p>認知症疾患医療センターは「専門的な診断及び治療の提供」地域の医療機関には「より身近で継続的なケアの提供」を担いそれぞれの強みを活かし連携することで、患者様とご家族様を支援することが必要だと思います。</p>
<p>情報交換の頻度を増やす</p>
<p>CVポート及び胃瘻造設その他身体合併症について信頼できる医療機関の紹介等、ご家族様の中には今受けている医療が最適か不明なまま不安を抱たまま医療サービスに過剰な期待を寄せる方もおられるので、第三者的な立場で相談にのってもらえる窓口があるとよい。</p>
<p>患者がスムーズに退院できるように、受け入れ先関係者への認知症、BPSDに関する教育。</p>
<p>速やかに入院できる環境整備</p>
<p>認知症ケアを適正に実施できる体制の構築個々の認知症の特徴等に対する実践的な対応能力の取得認知症疾患医療センターの事を知らないMSWがいる為、認知度を上げる取り組みが必要かと思われますまた、身体科でもある程度はBPSDに対応して当たり前になっていただく必要があると思われます</p>
<p>認知症疾患医療センターで一度入院を引き受けていただき、そこから対応可能な病院に転院していただく等が必要だと思う</p>
<p>専門施設などのも必要ではありますが、現在在宅診療にて対応している利用者の方に対するケアが遅れていると感じますし、追い付いていないかと思えます。患者だけではなく、医療従事者・ケアマネや在宅スタッフの負担軽減にもつながる事になりますので、窓口を広げての対応が必要なのではないでしょうか。</p>
<p>独居・高齢の方、高齢者のご夫婦の認知機能の把握を誰がどのようにするか？居住者の把握数には人のチカラが必要だが若い世代の人口も減っている。人がいなければ何に頼るのか。センター、医療機関も人がいなくて困っている。かなり難しく厳しい状況である。</p>

<p>○実質的に「手間がかかる」という認識が阻害要因として大きいと感じますので、対応方法など認知症医療の専門性の普及・啓発強化が必要と考えます。</p> <p>○認知症疾患センターの機能や役割は適切と考える。一般病院の医師や看護師の多くは認知症疾患医療センターの機能や役割を理解していないため、その周知・普及が課題である。定期的なディスカッションや協働イベント開催など、医療機関と認知症疾患センターのつながりを維持していく活動があっても良いと思う。</p> <p>○一般病院で手に負えない BPSD の対応。介護者に急な入院時に取り残された場合の対応など</p> <p>○地域住民への認知症の知識の向上を図る必要がある。実際の問題として地域住民が認知症という病気自体を知らないと、地域の医療機関へ患者をつなぐことが出来ない。</p>
<p>BPSD による在宅介護困難なケースの緊急受入先として、認知症疾患医療センターが役割を果たしていただきたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般病院では認知症の診断や BPSD の対応を行うことが困難な場合もあるため、専門的知識・技術を有した病院と連携がとれる体制が必要。 ・認知症患者を介護する家族へ認知症介護の知識を提供すること、家族が相談できる窓口が必要 ・入院が必要な認知症患者が安心して過ごせる療養環境の整備（認知症の方が理解しやすい掲示の工夫・音や刺激を最小限にする工夫・他者との交流の場の設定・認知症ケアに介入できる人材確保）
<p>双方の得意としない分野への理解向上</p>
<p>現状の問題点が不明のため必要な役割・機能が分からない。顔の見える連携をもっと重視してほしい。センター主催の連携会議・研修が少ない。認知症のある方でも身体合併症の治療を安心して受けられるよう介護の方の参入が必要だと思う。定期的でも不定期でもオープンセミナーなどを開き、認知症の方だけでなく、一般の人も話を聞けるような機会が必要だと思う。</p>
<p>地域医療機関との綿密な連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊密な連携を図るための医療相談窓口を充実させること ・各地域における役割分担を明確にすること
<p>認知症疾患医療センターとして、地域の中核機関としての活躍。地域の医療機関としては、早期発見・早期介入の入口となるため、拾い上げていき、地域と連携する。</p>
<p>従来、MCI、軽度認知障害は認知症ではないから安心をと説明していたものが、現在は同診断が出ると新薬の治療対象となってくるため、以前のような楽観視は出来ないものになってきている。患者本人の知る権利を担保する意味でも早期発見、早期対応は以前にも増してとても重要なものになってきている。認知症医療が、認知症になる前の先手先手への対処に変革してきているこのご時世を踏まえても、認知症疾患医療センターのみならず地域の医療機関は、具合が悪くなってきたからの診療という考え方から具合が悪くなる前の早期発見・早期診断に機能的にも意識的にも変化していく必要があると思われる。</p>
<p>認知症患者への対応には、治療以外に対応する人的負荷がかかるため、診療報酬での評価が望ましい。</p>

現状の発信、人材育成、待遇面の考慮
認知症疾患医療センターや精神科に限定されることなくどの病院もクリニックでも初療が出来る体制が出来ると良いのではないかと。外来においても認知症のある方の診察や地域連携をすることによってつく加算があると受け入れやすいと思われる。
BPSD、せん妄の正しい理解と対応策の周知
地域全体で支えていくために、社会が認知症について正しい理解をしていただけるように、認知症疾患センターとして、認知症という病気や対応、認知症の人が持っている残存能力について、知らせる・普及していくような役割が期待されるのではないかと考えています。治療においては、各医療機関の機能を変えることはできないので、今までどおり、各医療機関が互いの機能を理解し、地域の中で役割・機能を補完し合うような連携をこころがけていきたいと思っております。Q29の問とは直接関係ないですが、今回のアンケートは、データベースを準備していない設問が多く、ある程度数字を出していますが、正しい数字ではないことを申し添えさせていただきます。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症疾患医療センターに入院するという解決策だけでなく、地域で住み続けることができるような介護支援体制の構築 ・ 入院することで地域や施設から排除される患者を減らすために、地域の対応力の底上げが求められると考える
それぞれの医療機関の特性を知りお互いに理解することで連携もスムーズに行われるのではないかと。（精神科の認知症治療病棟では身体合併症の治療に対応できないこともあることを理解してもらう等）
身体合併症については医療に頼るところが大きいと思うが、行動・心理症状については、日常的生活支援や地域の見守りなど安心して孤立しない地域の実現でBPSDの出現を減らしたり緩和されたりすることもあると思われるので、必要なものが医療だけなのか疑問。一部施設での認知症対応力の向上が必要。BPSDケアプログラムも生かされていない。医療についてのアンケートならば、この基本情報でよいのでしょうか。医療機能の区分等、きちんと調べて選択肢を提示していただきたかったです。
現時点においてもセンターとして地域医療・介護との連携を構築しているとは言いにくい状況だと考えます。そこにはセンターの機能について地域だけでなくセンターを有する医療機関自体も理解不足があると考えます。またセンター所属のスタッフも機能、役割を十分理解した業務になっていないとも思っています。そこで役割・機能を果たすには明確な権限の打ち出し、もしくは人員配置の増加に伴う補助金の増額も必要だと考えます。現在、東京都は市区町村に地域連携型のセンターを配置していますがもう少し担当範囲を広く対応できる広域な地域連携型みたいなセンターがあっても良いのではないかと考えます。拠点型では範囲が広すぎるとは感じています。
認知症のあるなしにかかわらず、必要な治療を行っていく機能（対応力）を多くの医療機関がもっていくこと
早期発見、早期支援が必要だと考えますが、医療機関の医師も含め、鑑別診断したあとフォローが不足しているため、診断後支援の資源を地域の関係機関と協力連携しつつっていく取り組みが必要だと感じています。医療提供だけではなく、地域の方々がよりよく暮らしつづける仕組みづくりや地域づくりに視点を置いて取り組むことが求められて

<p>いると感じています。地域の方々との関わりのなかで、地域根ざした求められる医療機関になっていく必要があると思います。</p>
<p>疾患のみでなく、その人の環境や背景にあるものにも目を向けられるようにする。寄り添う事でゆくゆくは ACP に役立つと思う。</p>
<p>認知症の早期診断と継続的なフォローアップを可能にする専門医療機関の体制強化が必要。特に認知症疾患医療センターとの連携を通じて、かかりつけ医が安心して診療を継続できるような後方支援体制があるとよい。また、BPSD が増悪した際に速やかに対応できる短期入院機能や在宅療養を支える訪問診療・看護との一体的な支援も重要</p>
<p>認知症健診との連携や早期対応が必要だと考えます。</p>
<p>認知症疾患医療センターに集中させるのではなく、かかりつけ医の認知症対応力の更なる向上に期待する</p>
<p>地域の医療機関において認知症サポート医の増員、認知症への理解が深まり、受け入れや診断後フォローが充実していくこと</p>
<p>医療機関だけではなく、行政機関も含め、地域で役割分担や協力体制の構築が必要と考えられる。地域生活を支えていくための中心となり、診断や支援方針等についての検討を医療機関が担えると良いのではないかと。</p>
<p>①精神科救急の充実や相談窓口の設置 ②地域医への研修（BPSD の対処、認知症診療全般）</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関にはどこまで積極的に治療するのか、適応があるのか、本人・家族は希望するのかという話し合い、線引き、コーディネーターとしての役割が必要だが、個々に一人一人行っていると時間がかかり過ぎてインセンティブが必要。 ・二次救急医療機関には治療が必要な時に受入れる体制。一次救急医療機関もしくは福祉施設は急性期治療が終了した患者の受け入れができる体制。 ・人員を増やすこと、特に夜間のスタッフを増やすことが受け入れに必要となる。
<p>中小規模病院では専門的な認知症判断が難しい場合があるため、情報交換できる体制を整えてほしい。</p>
<p>認知症疾患医療センターが中心となり、研修会の開催や地域連携強化のための機会（連携協議会）などの機会を設けていただけると幸いです。</p>
<p>地域全体で受け入れ拡大</p>
<p>高度の BPSD で入院が必要な患者の受入（実際に依頼し、受け入れていただいております）</p>
<p>急性期治療が終了したあとの受け入れがスムーズになる体制整備。普段から ACP を確認しておくことで、急性期病院への搬送が減少し、適切な医療の提供につながる。市民の教育も必要である。</p>
<p>認知症専門医師による診察 医師の派遣</p>
<p>身体合併症の認知症の患者の受け入れに対しても診療報酬が受け取れる体制にしてほしい</p>

<p>認知症疾患医療センターは専門的診断・支援の中核として、地域医療機関は日常的なケアと継続支援の担い手として、両者の連携で包括的な医療体制の構築が必要だと考えます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者および認知症者に対する病態変化と身体疾患を合わせて診ることができるようにしていく必要があるように感じます。また、できる限り ADL を落とさないようケアをしていくことが必要と感じます。 ・ご本人・ご家族のこれまでとこれからを丁寧に聞き取り、ACP につなげていく医療のあり方につながる機会が必要と思います。
<p>地域医療機関の基幹を担う役割</p>
<p>認知機能が低下している方は、適切に身体状況を表現することが困難です。そのため身体疾患を発症した時には認知機能障害のない方と比較して適切な診断、医療を提供するのに時間を要することが多く臨床現場のリソースを消費する事案が稀ならず派生します。そのため、認知機能低下患者が身体疾患を併発した際の対応の困難さや限界をまずは医療機関で共有、家族のみならず一般認識としても認知していただく必要があると考えます。</p>
<p>ハード面の改修工事の費用負担の軽減</p>
<p>早期認知症や前段階の MCI のレベルから介護が必要な重い患者迄、それぞれを受け入れる体制、病院機関を地域ごとに明確にすること。</p>
<p>認知症が主病名の場合、特に精神科救急医療体制加算が対象外となる診療報酬改定後は積極的な受け入れを阻害する要因となっていると思われます。精神科病院は BPSD の重傷化やせん妄など、一般科で受け入れることが困難な一時的な精神面での急性期医療を担う役割を担い、その後は精神科での入院が長期化することがないように、連携する他施設が受け入れる機能があり、その連携がスムーズになるとよいと思います。認知症がある方もそれに阻害されることなく、医療をスムーズに受けられる状況になると望ましいと思いますが、その前提として診療報酬上の配慮はなされるべきであると考えます。</p>
<p>合併症病棟の機能や、活用、運用、体制の検討をしていただきたいです（身体疾患の急性期治療が終わっても合併症があるだけで受け入れ困難である、あるいは、行動・心理症状が落ち着いていないと受け入れ困難な場合が多いため）。また、施設や精神科と一般科の医療水準の差が埋まらなないと問題解決にはつながらないと思います。</p>
<p>当院は泌尿器科単科病院のため、認知症状が強く出ている患者さんに対しての対応に苦慮しています。身体合併症のある患者さんを診れる病院の一覧や情報共有できるシステムがあると助かります。</p>
<p>専門的な知識を持つスタッフの増員または研修などの機会を増やす。（現状では、暴言や暴力的な行動をとる患者の場合などは、安静保持や安全など難しいので、十分な医療提供は厳しいと思います。）</p>
<p>実際の認知症困難対応事例をどう対応したのかなど、具体的な対応成功事例を交流会など地域で行い、身体治療がより受けられやすくなるような情報提供等の場を設けてもたえるとありがたいです。</p>
<p>在宅復帰させる機能</p>
<p>人材・知識の確保 職員のフォロー体制</p>

受け入れ可能な施設が増えること
愚見で申し訳ありませんが、超高齢化社会を迎え患者数も増大する見込みであれば、センターの受け入れ規模の拡大や、回復期病院へのインセンティブなど、患者を受け入れやすい根本的な体制づくりが必要かと思えます。
家族の理解と早期の受入れ
無料で受講できる研修枠を増やす
認知症疾患医療センターは専門的診断・治療と地域医療機関への支援機能を担い、地域の一般病院や精神科病院は身体合併症や急性期対応を含めた受け入れ態勢を整えることが重要だと思えます。両者が緊密に連携し、情報共有や相談支援を通じて、地域全体で切れ目のない医療提供体制を構築することが必要と考えます。
低所得者が多い現状の為、在宅医療と介護の充実とその問題解決の為の支援体制の構築が望まれます。また、有料介護施設との連携が必要と考えます。
認知症疾患医療センターと地域の医療機関との連携
認知症を受け入れやすい社会の構築と認知症予防の強化が必要と感じます
情報共有できる機能
人員の増加と訪問対応の充実、地域の中小規模病院との連携による役割分担、また、中小規模病院で対応困難時の逆搬送（薬物調整など一時的なもの）や相談しやすい連携がとれやすい等あると思えます。ケアはできるだけ提供できるよう努力していますが当院は専門医不在の為診断や治療ができずもどかしいです。「認知症」といつ、どこで診断されたかわからない、病名がカルテやサマリーにあっても詳細不明で対称ケアでしかないため苦慮しています。
小規模の病院との連携
人材の確保と育成
介護制度とのシームレスな連携
認知症患者が増加傾向にある中、一般病院との情報共有が必要ですので、適切な情報発信をお願いしたい。
認知症疾患医療センターを利用しづらいと感じています。初期診断や医療・介護の介入までの関わりにもう少し関与していただき、適切な医療・介護サービスへつないでいただけると良いと思えます。
認知疾患センターからの情報発信等（研修・情報交換）があると連携が出来るのではないかと思います。
相談即日受け入れ
環境変化に対する混乱を最小限に抑えられるよう、写真や動画を共有したり、受け入れ前後を担当するスタッフが出向くなど、物理的、人的環境のギャップを埋められるシステムや制度などがあると良いと思えます。
スムーズな受入
認知症疾患医療センターや地域医療機関には専門的診断や治療、BPSD や身体合併症への対応力が求められると考えています。これらは一般病院や精神科病院、在宅医療・介護の連携を通じて、地域全体で受け入れ、支援する体制が必要と思われまますので、医

療、介護従事者への研修や情報共有を通じて、質の高い医療提供を支える機能が重要と考えられます。
合併症治療後の退院先の確保
<ul style="list-style-type: none"> ●地域の医療機関かかりつけ医として初期相談、早期発見、必要に応じて専門機関への紹介 ●専門機関治療方針の決定、急激な認知機能悪化への対応、入院 ●訪問診療継続支援、早期発見 ●急性期病院身体症状の治療
連携の強化
人員確保するための検討
地域の医療機関それぞれ、受け皿が異なってくると思いますので、そのあたりの整備が必要かと思います。
後方支援施設として受け入れ態勢の強化
精神疾患と身体合併症が同時に診れる病院が増えるいい
役割を明確にしてほしい
急性期症状（BPSD など）や身体合併症など急性期病状の改善を第一とし、その後スムーズに地域で受け入れられるよう連携を強化するとともに、患者が必要な治療を適切なタイミングで受けられるよう潤滑な体制構築が必要だと思います。
地域の医療機関やかかりつけ医で認知症の早期発見、受診支援を行い、認知症疾患医療センターへつなげる。認知症の理解促進と見守り体制を整える役割が必要と考える。
認知症専門医の配置、増員に繋がる育成をしてほしい
回復期病棟で、リハビリ継続必要だが、認知症治療を短期間でも受け入れて戴き、再入院リハビリ提供出来るような機能
あまり繋がりがないので、認定看護師や連携室等の横のつながりができる、またはそういう機会があると嬉しいです。
認知症疾患医療センターについて、地域に向けた啓発活動が必要。医療機関・地域住民への知名度アップを期待しています。
身体拘束せず、認知症患者に安全な医療を提供するにはマンパワーが必要。スタッフが増員されても赤字にならない報酬体制も必要。
患者情報やケア介入についての共有が密にできたらよいと思う
地域連携の強化、多職種による包括的なケア、住み慣れた地域での支援提供できる体制の構築が必要と思います。
当院は高齢者の入院は多いが、認知症の診断がついていない患者が多い。入院患者も75歳以上の方が多いため、認知症の受け入れ先の病院のリストなどを紹介していただけるとありがたい。
当院のような一般急性期病院では、認知症治療への知識・経験のある医師、脳外科・脳神経内科・精神科の併診等に対応していくことが必要と考える。専門・認定看護師の活用や、どの病院にどのような専門・認定看護師がいるのか不明であったり、精神科リエ

<p>ゾンチームや認知症ケアチームの存在も不明であるため、情報を確認できるシステムがあると入院治療時の紹介時に役立つのではないかと考える。</p>
<p>独居の認知症高齢者も増えていくと考えられるため、地域として独居高齢者の各地域の実態把握と支援体制の強化が必要</p>
<p>医療機関ばかりではなく、行政や包括等による早期受診の連携が必要だと思います。</p>
<p>経営的なインセンティブの創設</p>
<p>受入れ状況の共有化等のシステム</p>
<p>介護レクの充実</p>
<p>本人の「尊厳を尊重する医療サービスの提供</p>
<p>受入れる医療機関にとって、退院先が入院前に決まっていなくて受け入れに躊躇する。特に当院の様な認知症を受け入れる体制が整っていない医療機関にとってあくまでも認知症の患者は認知症の治療が目的ではなく、他の疾患での治療が目的となるから前述の退院先の確保がされていないと積極的な受け入れは難しい。その辺りをご理解したうえでセンターの役割を考えて欲しい。</p>
<p>高齢社会になるため、対象患者様が増えると予想されます。対応できる医療機関等の強化が必要と考えます。</p>
<p>明確な受け入れ基準や役割の周知や連携が必要と考えます。</p>
<p>大変、必要だと思う。</p>
<p>患者自身の背景をしっかりと共有すること</p>
<p>看護師及び補助者の育成</p>
<p>入院相談後、スムーズに入院できる</p>
<p>研修や実践するための物品等の費用の負担</p>
<p>重症化した際、スムーズに転院を進められるようなネットワークの構築が必要と考える。</p>
<p>認知症をみることのできる医療者の育成施設や病院を増やすことが重要であると考え。また、地域で生活できるよう環境整備も必要だ。身体と認知 BPSD に対応できる医師が常駐できる病棟を作ることができるとよい（いわゆる認知症病棟、身体合併病棟で、患者さんがある程度自由に動くことが可能、スタッフが対応に慣れている、BPSD 以外の加療・集中することのできる、といったメリットがあると思われるため）。</p>
<p>地域との連携役割</p>
<p>当院は急性期病院のため認知性を有していても治療を行うため、受け入れは円滑に行われている。一般床で対応できない場合、精神科病棟で対応している。認知症ケアセンター等で身体問題で転院されたあと、医療介入の問題でもとに戻れない等で在院が延長し、再転院調整することが大変なため、地域でのスムーズな受け入れ体制を構築していただきたい。</p>
<p>各病院は認知症サポート医養成研修を受講する努力義務を付与してはどうか。一元的な相談窓口があると良い。</p>
<p>急性期・慢性期の機能の分化。慢性期の受け入れ体制施設の増床。</p>
<p>介護士の配置</p>

認知症の早期発見・早期診断 進行の予防・治療 社会資源の支援体制 専門医による診療体制の整備
スムーズな入院受け入れ体制の整備や認知症の研修会等の開催を検討して頂ければと思います。
BPSD に対する迅速な対応
広く市民に周知されること
身体疾患で入院治療が必要な方で、ケア抵抗が強かったり、興奮が強く治療継続が困難など、精神科での対応が必要と感ずることがある。転院依頼をしても身体疾患のコントロールが出来ているからと断れることも多く、身体疾患の治療と合わせてみていただければありがたい。
急性期治療を目的として一般急性期病院に入院した患者が、認知症のために治療や入院生活の継続が困難となるケースがある。その際に速やかに急性期治療も含めて受け入れてくれる施設や医療機関が必要と考える。
認知症疾患医療センターや精神科病院は、精神科単科だけでなく、内科等の急性期治療ができるようになってほしい
周辺症状や身体合併症への対応
医療機関としては、かかりつけ医としての継続支援や、在宅医療（訪問医療・看護）など地域を支える活動が必要だと思います。
病院と直接連携をしてラウンドや診察にきて欲しいです。関わり方に困っていることがあり、後押しをしてほしいです。
治療をメインとするあまり、認知症の周辺行動に対するフォローも積極的に行ってほしい
地域包括支援センターなどがイニシアチブを取り、地域ごとに問題を共有する動きが活発化していくことが望ましいと考えます。
機能に関する周知をよりお願い致します。
積極的な受け入れ
今後認知症患者が増えるにあたり、在宅では中々見れず入院するケースもあります。急性期の認知症の患者を看護するにあたりマンパワーが足りない場合などスムーズに入院出来る体勢確保が必要だと感じます。
人員の確保
認知症認定看護師や専門医、認知症の専門的な知識と経験をもった多職種が在中すること。専門知識をもった人の働き方を保証すること。認定看護師の責務、多重業務が負担になっている
顔が見える連携、お互いの機能を理解する事
そのような施設が、区域別に作られ、人材を確保して運用できるようになれば、高齢化社会の今後に役立つのではないのでしょうか
国民全体への認知症予防の取組、早期発見・早期治療が出来る体制の確保。認知症の健診

<p>地域の中で、学習会の機会を増やしていくことで認知症という疾患について良い意味で広く理解される社会になる。</p>
<p>認知症疾患医療センターにつながるまでに時間がかかりすぎる。認知症初期集中支援チームの対応にばらつきがある。ハードルが高い。もっとタイムリーに相談できる窓口の強化が必要。</p>
<p>専門医が在籍していない医療機関への医師や認定看護師の派遣による、薬剤調整のアドバイス等。</p>
<p>認知症の度合や状況に応じて対応可能な病院へ適切に情報提供を図ることで地域全体で認知症患者様へ対応する際の旗艦としての機能を果たしていただきたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 当院では、認知症専門の入院ベッドがないため、入院が必要な認知症の周辺症状が憎悪した方は、積極的に受け入れていただきたいです。 ・ 相談から迅速に対応して頂ける体制 ・ 地域での声がけの充実を図る ・ 身寄りのない方の早期からの介入 ・ 未納が多い現状なため、医療機関の支援も検討していただきたいです。
<p>十分な認知症医療を提供するためには認知症専門医(認知症診療ができる医師)の充足が不可欠ですが、診療に時間を要する認知症患者の受診が増えると病院・診療所経営が厳しくなる診療料報酬上の課題があるのご意見を頂くことがある。</p> <p>既に全国的な先行事例や各種マニュアル、検討を重ねた国や自治体の方針が示されている現状において、新たな役割・機能を付加することよりも、これまでの計画や実績の質をさらに向上できるよう、労働力の確保や病院経営の支援が必要と思われます。</p>
<p>人材・財源・設備のすべてが著しく不足している。対策が必要</p>
<p>認知症疾患医療センターには、「一般市民向けの認知症に関する知識の普及啓発」が一層必要だと考える。認知症疾患医療センターと地域の医療機関いずれにおいても、認知症対応力の一層の向上が求められる。また、十分なケアや医療を提供するためには、「手厚い個別性の高いケアや、個別性を尊重した入退院支援を行った場合の診療報酬上の加算」等、インセンティブが必要だろうと思う。</p>
<p>認知症の人への拘束なしの看護の為には見守りを要する人員が必要。加算などで人員を増やせる工夫があると良いと思われます。青梅慶友病院の認知症看護の取り組みは素晴らしいです！</p>
<p>もっと存在を知っていただく</p>
<p>認知症センターと家庭医（地域医療機関）の連携強化。認知症チェックの啓発。</p>
<p>精神科単科の病院が認知症疾患医療センターを担っている場合、身体疾患の治療を目的とした患者の受入ができない。また、行動・心理症状やせん妄症状がある場合、精神科の常勤医師がいない病院では、対応困難となり転送されてくる現状がある。転院先を探す場合も、行動・心理症状やせん妄症状がある場合、転院に難渋することが少なくない。そのため、身体疾患・精神症状をどちらにも対応可能な診療環境の整備が必要だと感じている。身体疾患の治療を受ける認知症の方、特に精神・心理症状、せん妄を生じている方は手厚いケアを必要とする。スタッフの認知症対応能力の向上だけでは補いき</p>

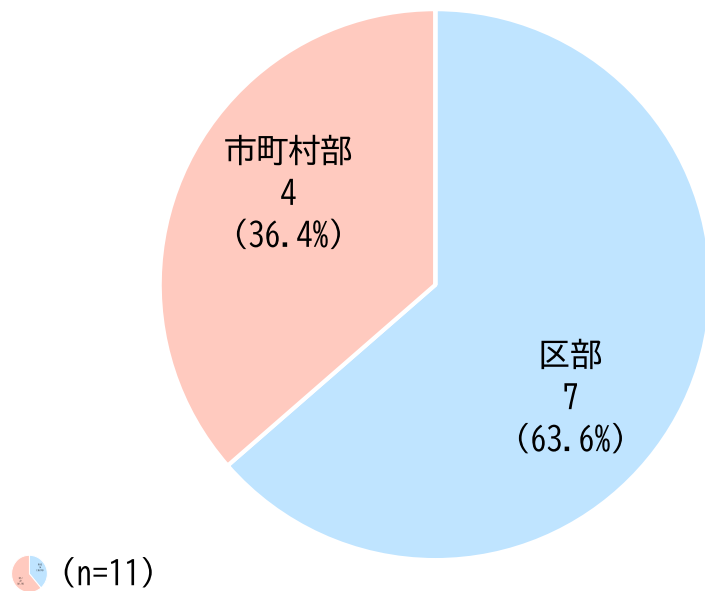
<p>れない人的環境不足もあることから、安全確保と治療（合併症予防を含む）を両立する専門病棟や短期入院ユニットがあれば理想的だと考える。</p>
<p>認知症に係る専門医師の育成，また地域への啓発活動が必要と考えます。</p>
<p>当院のような小規模の病院でも継続的に受け入れが出来る人的・教育的・財務的な多角的な支援があると良いです。</p>
<p>重症患者の受け入れ、地域への教育</p>
<p>認知症の段階に応じた階層的な医療提供体制と地域支援ネットワーク構築。認知症疾患医療センターはそのハブ的な役割を行政と一体で運営していく必要がある。かかりつけ医療機関は診断後支援のために認知症疾患医療センターと連携を強化。</p>
<p>重度の認知症の方の受け入れ枠の増加</p>
<p>比較的円滑に受け入れて頂いているので助かっている。</p>
<p>専用ダイヤル</p>
<p>高齢者の多い地域密着型の病院として今まで通り医療と介護の連携を図る。精神科病院とも連携を図ることを検討しているがスピード感が異なり難しいことが課題です。</p>
<p>緩和ケア病棟ではせん妄の対応が必須なためカンファレンスで能力を深める</p>
<p>医療機関ごとに特性や人員配置等が異なるため、認知症患者への対応が難しい医療機関は存在すると考える。それらの多くは中小の医療機関であり、人員配置を含め認知症患者を受け入れるだけの余力がない状況ではないか。中小の医療機関や介護事業所でも認知症患者を無理なく受け入れられるような体制整備の支援や報酬上の評価の更なる充実を期待したい。</p>
<p>病院間連携強化</p>
<p>認知症疾患医療センター、地域の医療機関、精神科病院の専門職による連携会議を定期的に行う機会、顔の見える関係、各機関での情報共有をする場、地域の課題などが見えてくるのではないか</p>
<p>精神症状の治療後、入院期間が延長し在宅復帰できない認知症患者が多く感じます。治療後速やかに在宅復帰できる体制が必要だと感じます。</p>
<p>認知症疾患医療センターの知名度を上げ、困りごとがあった時にすぐに相談できる窓口になること</p>
<p>認知症医療の知識を持った人材を増やす</p>
<p>独居でご家族もいない、又は疎遠で人間関係が希薄な方が増えてくると考えられるので、地域包括支援センターや民生委員などとさらに連携を続けることが必要。また、受診や支援の介入を拒否するセルフネグレクトへの対策として、定期的な見守り訪問などで介入のタイミングがはかれた時に医師の往診など柔軟に対応できるネットワーク作りが望ましい。</p>
<p>早期発見、早期対応ができていれば、認知症だけで入院する確率はかなり低いというのが10年間、地域の認知症最前線で支援をしてきた感想です。受け皿として本当に必要なのは、癌で余命いくばくもない方、人工透析の管理が必要な方、難病の方、財産はあっても現金が一切ない方など特定の方については、どこも受け入れ先がないので、いつでも柔軟に対応して下さる病院があったら、仮に都内遠方だとしても、利用ニーズは</p>

<p>あるように思います。一般的な認知症の増加、受け皿問題は、早期介入、早期対応をもっと重厚にすることで、もっと状況はよくなると思います。</p>
<p>認知症の病態と慢性疾患がご本人の生活にそのような影響を及ぼすのか多職種、地域が想像できるよう働きかけ適切な環境に導くことが大切。</p>
<p>身体合併症の治療や行動・心理症状のある方の入院病床の増床と、受け入れるスタッフの確保が必要と考えます。当区では精神科病棟がほぼないため、拠点型の負担が多くなっていると考えます。</p>
<p>かかりつけ医はじめ、医療機関の医師看護師が認知症に対する知識を深め、日常診療で認知症対応が当たり前にできることが重要と考えます。「認知症はうちでは診ません」ということが多い。</p>
<p>個別に合わせた対応</p>

Ⅲ 認知症疾患医療センター（病院以外）調査

0 基本情報

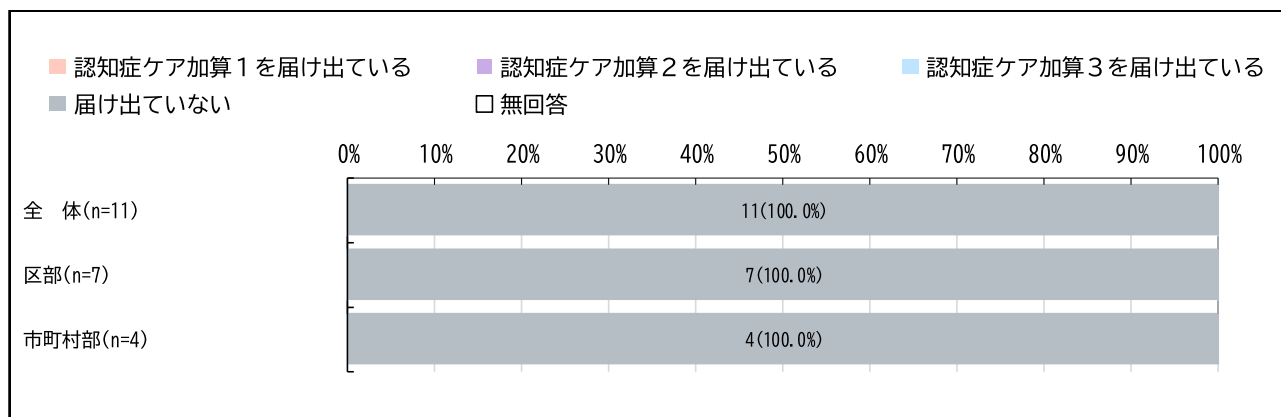
1 地域



1 認知症を有している患者のケアの体制について伺います。

問1 貴院における認知症ケア加算に係る施設基準届出の有無をご回答ください。（1つに○）

「届け出ていない」（100.0%）が最も高くなっている。



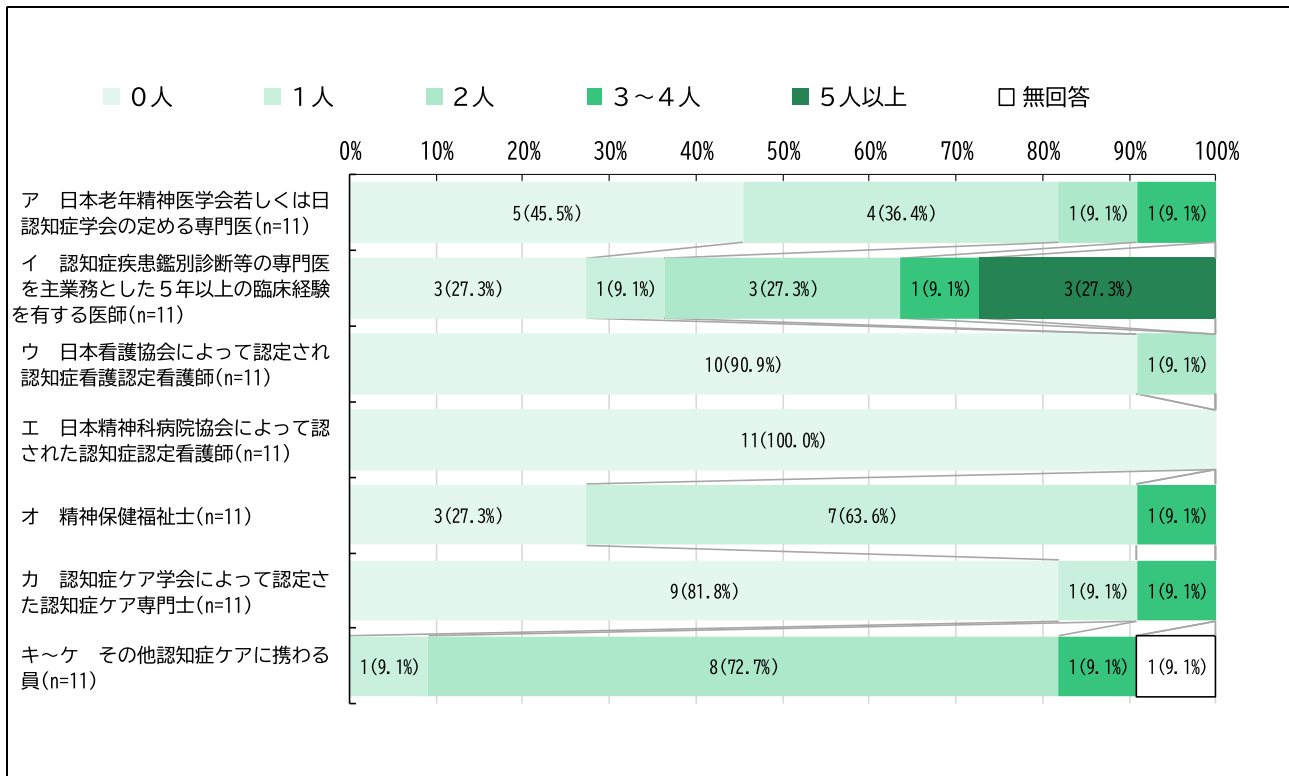
	調査数 (n)	認知症ケア加算 1を届け出ている	認知症ケア加算 2を届け出ている	認知症ケア加算 3を届け出ている	届け出ていない	無回答
全体	11	-	-	-	11 100.0%	-
地域 区部	7	-	-	-	7 100.0%	-
市町村部	4	-	-	-	4 100.0%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率（%）を表す

Ⅲ 認知症疾患医療センター（病院以外）調査

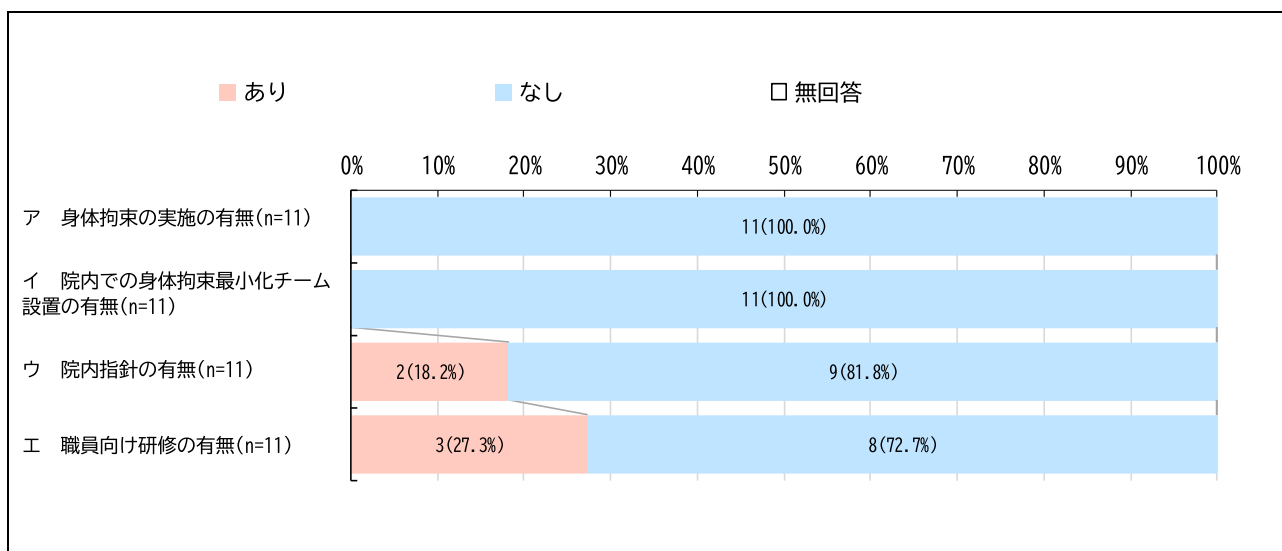
問2 貴院の認知症ケアに携わる人員配置の状況について、ご回答ください。

- ア 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では「0人」(45.5%)が最も高く、次いで、「1人」(36.4%)となっている。
- イ 認知症疾患鑑別診断等の専門医療を主業務とした5年以上の臨床経験を有する医師では「0人」・「2人」(27.3%)が最も高くなっている。
- ウ 日本看護協会によって認定された認知症看護認定看護師では「0人」(90.9%)が最も高くなっている。
- エ 日本精神科病院協会によって認定された認知症認定看護師では「0人」(100.0%)が最も高くなっている。
- オ 精神保健福祉士では「1件」(63.6%)が最も高く、次いで、「0人」(27.3%)となっている。
- カ 認知症ケア学会によって認定された認知症ケア専門士では「0人」(81.8%)が最も高くなっている。



問3 認知症患者に対する身体拘束の状況について、ご回答ください。（それぞれ1つに○）

- ア 身体拘束の実施の有無では「なし」は100.0%となっている。
- イ 院内での身体拘束最小化チームの設置の有無では「なし」は100.0%となっている。
- ウ 院内指針の有無では「なし」は81.8%となっている。
- エ 職員向け研修の有無では「なし」は72.7%と高く、一方、「あり」は27.3%となっている。

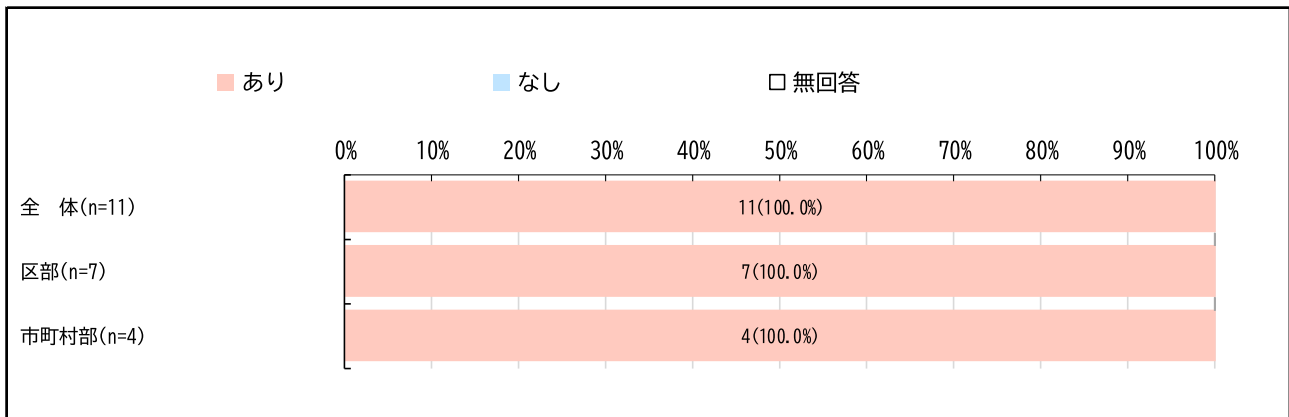


2 認知症を有している患者の入院先の調整に係る地域の状況について伺います。

(1) 貴センターが他院へ入院調整を行うとき

問4 認知症を有している患者の受入を依頼する際、受入調整に困ったことはありますか。
(1つに○)

「あり」(100.0%)が最も高くなっている。



問4で「ある」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問4-1 受入調整が困難となった理由をご記入ください。

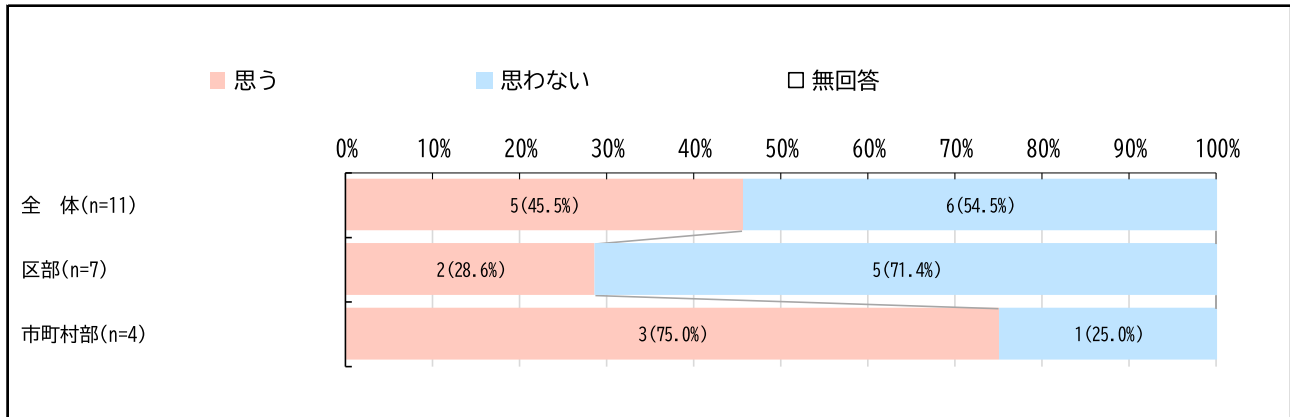
※再掲（病院調査より）

ADL 低下と退院先の見込みがないこと
BPSD 等によりすぐの受け入れもらえないことがある
認知症のある方を身体治療目的で入院調整する際、受け入れを断られた、
入院調整をしたのに家族（本人）が断ってしまう
入院を急ぎたいが二週間近く先になってしまう時
身体合併症がある場合
癌、人工透析の方は受け入れ困難という精神科単科の病院は多い
離院の可能性がある患者は精神科病棟に依頼せざるを得ないが精神科で内科を診病院に限られる
病床の空きがなかった
身上監護者が不在
ベッドに空きがない、家族が決断できない

(2) 自治体内の診療所等が貴センター以外に入院調整を行うとき

問5 円滑に入院が行われていると思いますか。(1つに○)

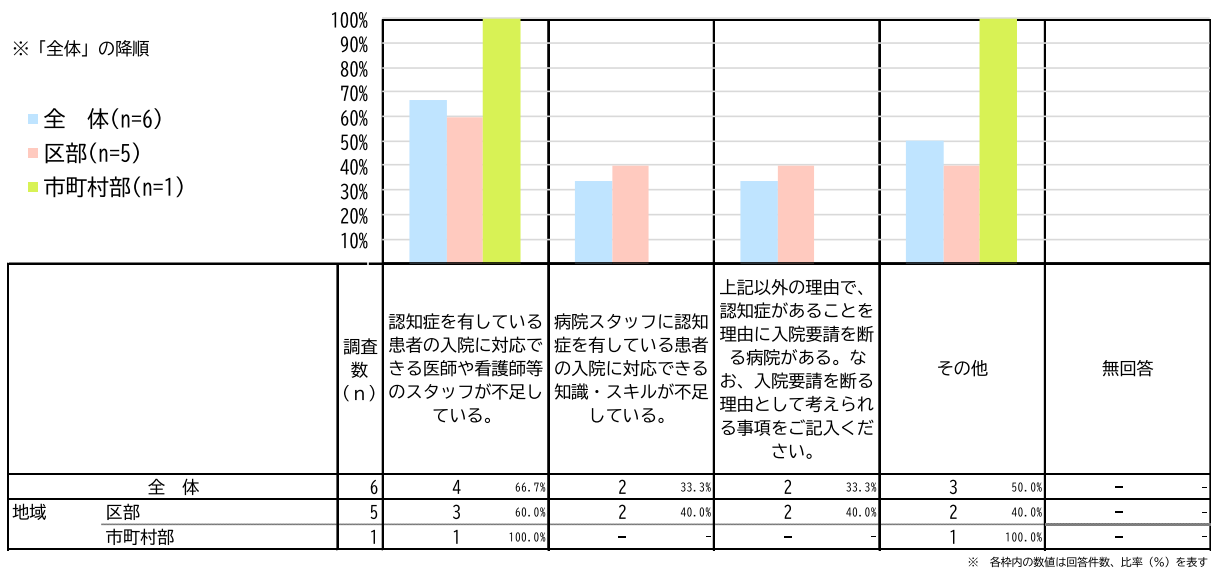
「思わない」(54.5%)が最も高くなっている。



問5で「思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問5-1 円滑に入院が行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

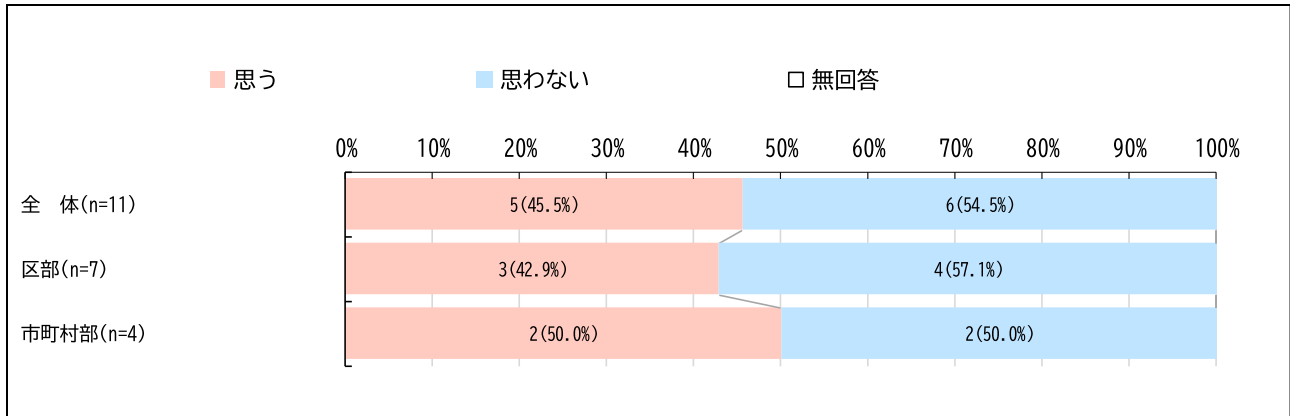
「認知症を有している患者の入院に対応できる医師や看護師等のスタッフが不足している。」(66.7%)が最も高く、続いて、「病院スタッフに認知症を有している患者の入院に対応できる知識・スキルが不足している。」・「上記以外の理由で、認知症があることを理由に入院要請を断る病院がある。」(いずれも 33.3%)の順に高くなっている。



3 認知症を有している患者の入院中の治療・ケアに係る地域の状況について伺います。

問6 適切に治療・ケアが行われていると思いますか。（1つに○）

「思わない」（54.5%）が最も高くなっている。

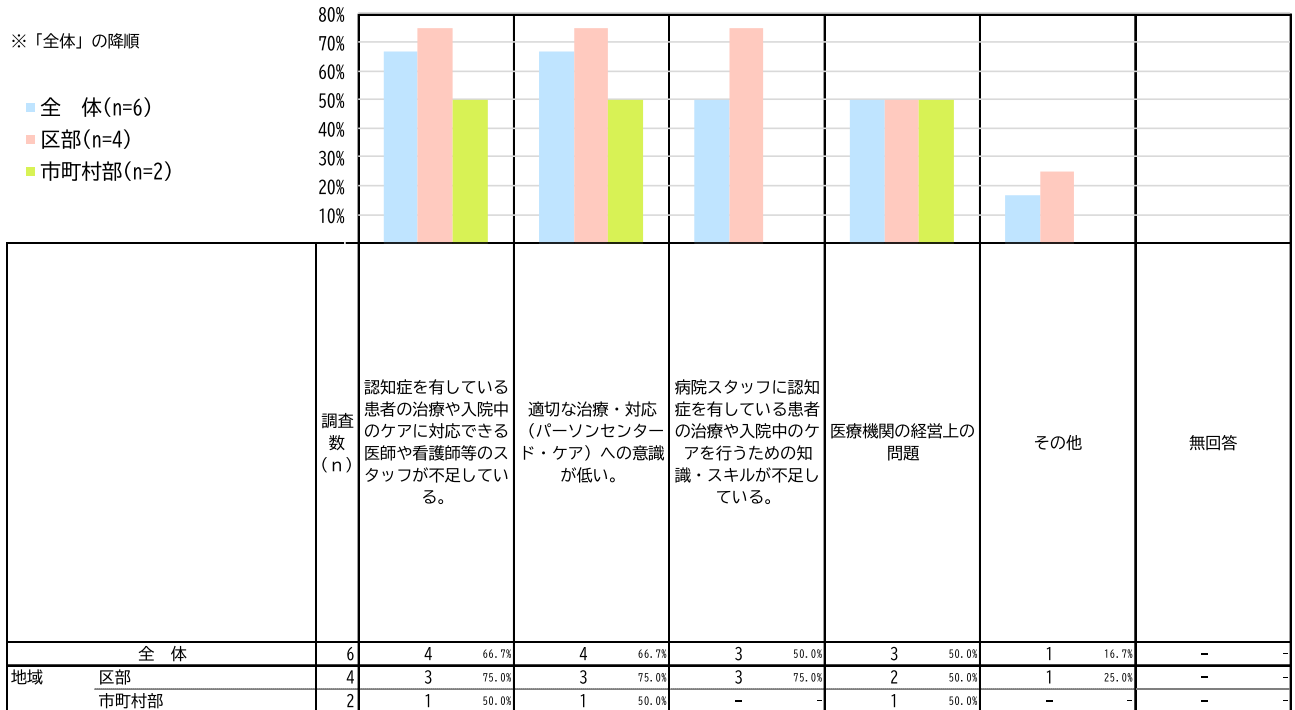


Ⅲ 認知症疾患医療センター（病院以外）調査

問6で「思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問6-1 適切に治療・ケアが行われていない要因は何だと思えますか。（あてはまるもの全てに○）

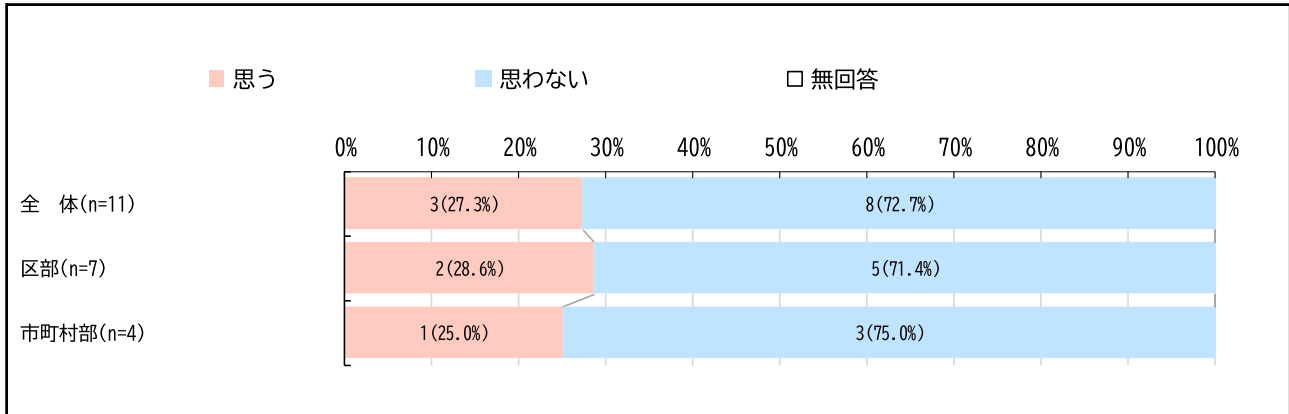
「認知症を有している患者の治療や入院中のケアに対応できる医師や看護師等のスタッフが不足している。」・「適切な治療・対応（パーソンセンタード・ケア）への意識が低い。」（いずれも66.7%）が最も高く、続いて、「病院スタッフに認知症を有している患者の治療や入院中のケアを行うための知識・スキルが不足している。」・「医療機関の経営上の問題」（いずれも50.0%）の順に高くなっている。



Ⅲ 認知症疾患医療センター（病院以外）調査

問7 認知症を有している患者が医療機関での入院中に、ADL（日常生活動作）の低下は抑えられていると思いますか。（1つに○）

「思わない」（72.7%）のが最も高くなっている。



問7で「思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問7-1 問7で「思わない」と回答した理由は何ですか。

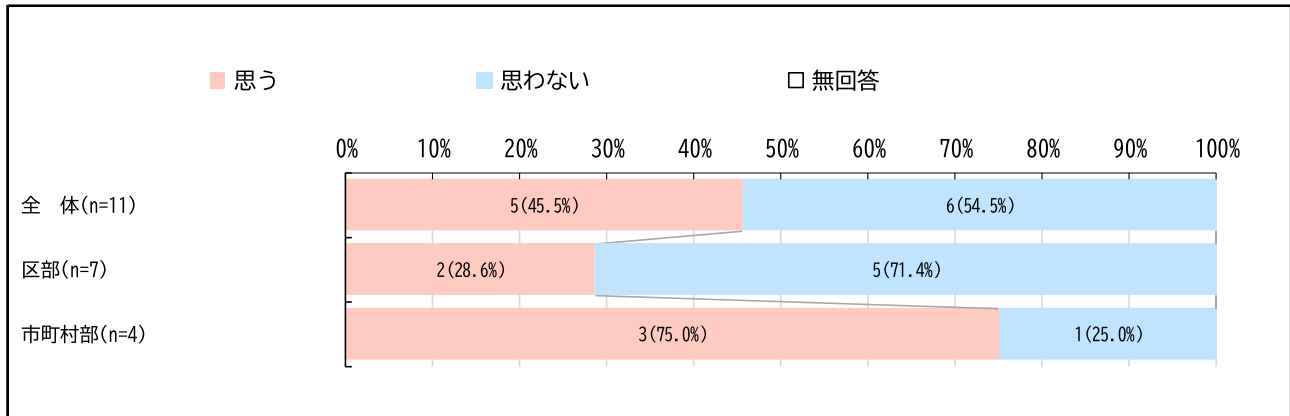
※再掲（病院調査より）

どうしても入院期間中はADL低下してしまう
ベットに抑制されることも多くADLの低下につながっているのではないかと（一人ひとりにケアの時間がかからないのでは）
当センターは病床が無い
リハビリやレクリエーションの時間が持てなかったり、やむを得ない抑制などにより可動域を狭めてしまうため
薬による身体抑制が絶対にはないわけではないため
点滴などを必要と認め拘束される期間があったためADLが低下。本人のリハビリ意欲がないため低下。（必要性わからず）
筋力低下や認知症が進行してしまうケースが多々ある
運動機能低下が目立つ

4 認知症を有している患者の入院先での退院支援に係る地域の状況について伺います。

問8 円滑に退院支援が行われていると思いますか。（1つに○）

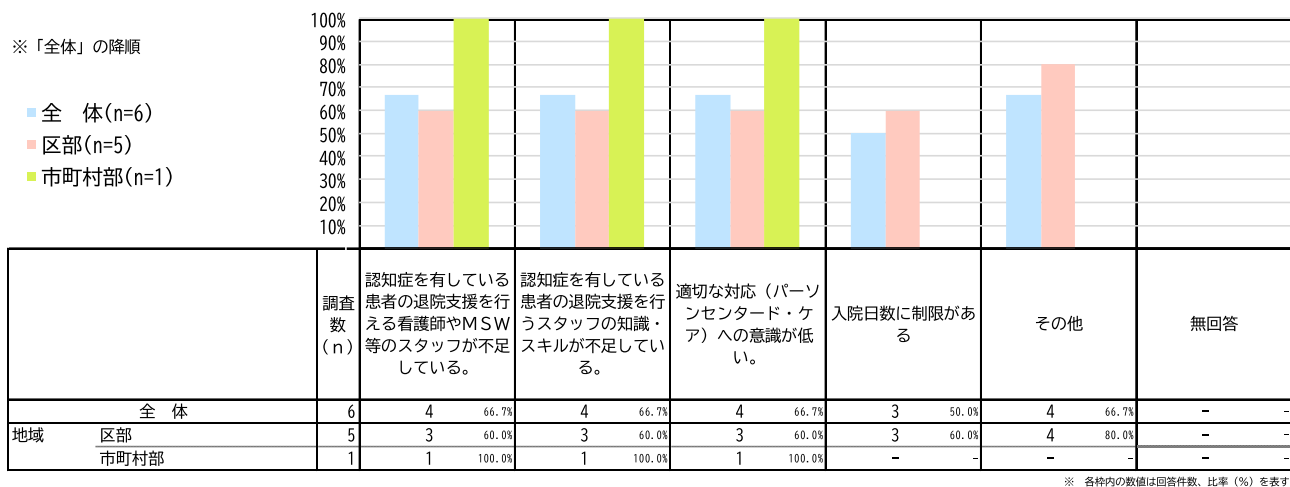
「思わない」（54.5%）が最も高くなっている。



問8で「思わない」と回答した認知症疾患医療センターに伺います。

問8-1 円滑な退院支援が行われていない要因は何だと思えますか。（あてはまるもの全てに○）

「認知症を有している患者の退院支援を行える看護師やMSW等のスタッフが不足している。」・「認知症を有している患者の退院支援を行うスタッフの知識・スキルが不足している。」・「適切な対応（パーソンセンタード・ケア）への意識が低い。」（いずれも66.7%）が最も高く、続いて、「入院日数に制限がある」（50.0%）の順で高くなっている。



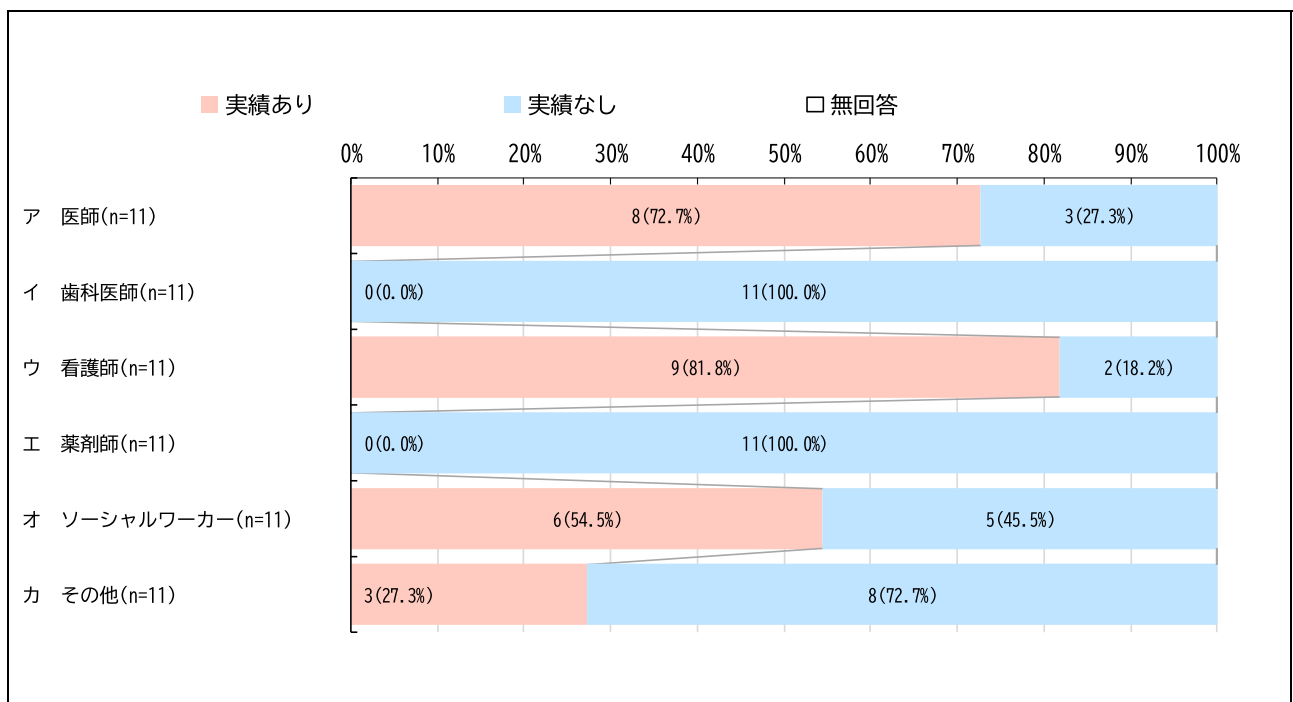
5 認知症対応に向けた人材育成について伺います。

問9 令和6年度に貴院の医師・歯科医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー等が受講した認知症に関連する研修※の実績がありますか。また、実績がある場合、貴院が把握している延べ人数について、ご回答ください。（それぞれ1つに〇、「実績あり」の場合、人数を記載）

※ 認知症サポート医養成研修、東京都認知症サポート医等フォローアップ研修、東京都歯科医師認知症対応力向上研修、東京都薬剤師認知症対応力向上研修、東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅰ、東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅱ、東京都看護師認知症対応力向上研修Ⅲ、その他の東京都認知症疾患医療センターや区市町村が独自に実施する医療・介護従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修

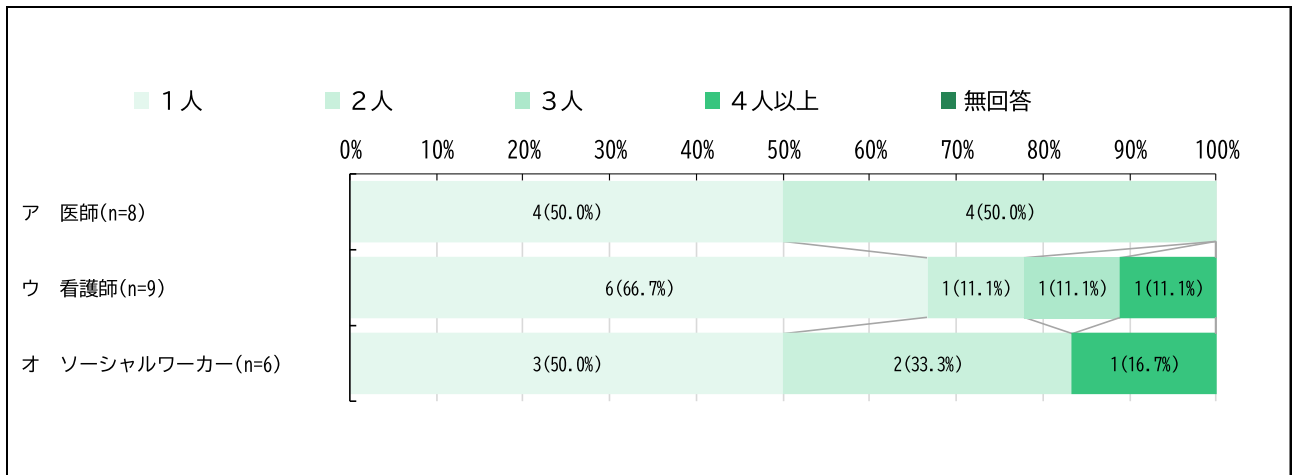
【研修受講実績の有無】

- ア 医師では「実績あり」は72.7%と高く、一方、「実績なし」は27.3%となっている。
- イ 歯科医師では「実績なし」は100.0%となっている。
- ウ 看護師では「実績あり」は81.8%となっている。
- エ 薬剤師では「実績なし」は100.0%となっている。
- オ ソーシャルワーカーでは「実績あり」は54.5%と高く、一方、「実績なし」は45.5%となっている。
- カ その他では「実績なし」は72.7%と高く、一方、「実績あり」は27.3%となっている。



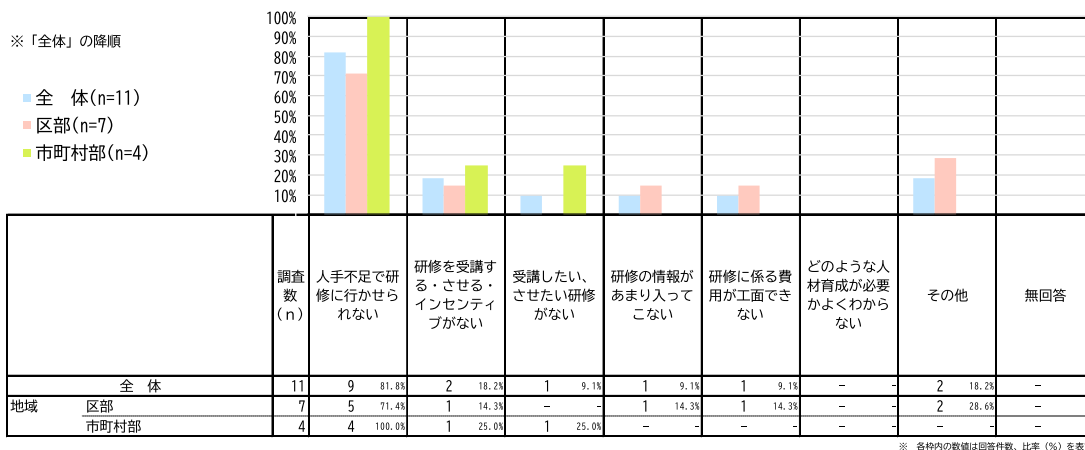
【研修受講実績の延べ人数】

- ア 医師では「1人」は50.0%と高くなっている。
- ウ 看護師では「1人」は66.7%と高くなっている。
- オ ソーシャルワーカーでは「1人」は50.0%と高く、一方、「2人」は33.3%となっている。



問10 認知症対応に向けた人材育成を進めるうえで課題となっているものは何ですか。
（あてはまるもの全てに○）

「人手不足で研修に行かせられない」（81.8%）が最も高くなっている。



Ⅲ 認知症疾患医療センター（病院以外）調査

問11 認知症対応に向けた人材育成を進めるうえで、どのような研修機会（内容、受講方法等）が必要と考えますか。

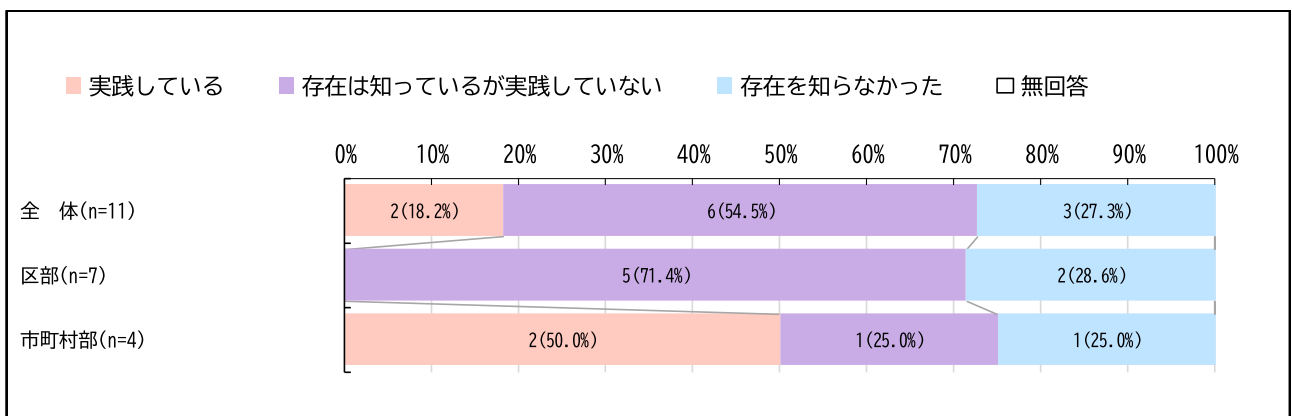
※再掲（病院調査より）

オンデマンド配信
定期的な事例を多職種で検討できるもの、課題となるものに対しては、専門職からの講座もあるとよい。人として、社会人としてのマナー研修など
地域の支援者が認知症に理解ある支援を実施できるための地域づくりにつながる研修
オンデマンド方式
業務への支障を最低限にできるオンラインやオンデマンド
人材の確保を継続できるように気軽に相談ができる多職種連携のための事例検討会や支援者ミーティング
ハイブリッド型で、対面、オンラインどちらも選べるのが最良と考えます。
オンラインでの受講
業務に支障のない時間帯でのハイブリッドの講習と、専門病棟や外来見学、包括支援センターなどの実習の2本立てで行うのはいかがでしょうか。
WEB研修
建前論、システム論ではなく実践的な研修

問12 貴院において、認知症を有している患者の治療に関わる医師、看護師は、「日本版BPSDケアプログラム※」による医療ケアを実践していますか。（1つに○）

※ 在宅介護サービスの有効性が確認された国際的にも貴重なプログラムで、介護保険事業所や地域においてケアに関わる担当者の情報共有や一貫したケアの提供をサポートするプログラム

「存在は知っているが実践していない」（54.5%）が最も高く、続いて、「存在を知らなかった」（27.3%）の順に高くなっている。



6. 認知症のある方への医療の提供について伺います。

問13 現在、身体合併症や行動・心理症状のある方の治療については、認知症疾患医療センターにおいて受入れ体制を整備するとともに、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受入れを促進していく体制を構築することとしています。今後、増加が見込まれる認知症のある方への医療を十分に提供するためには、認知症疾患医療センターや地域の医療機関等にどのような役割・機能が必要だと思えますか。

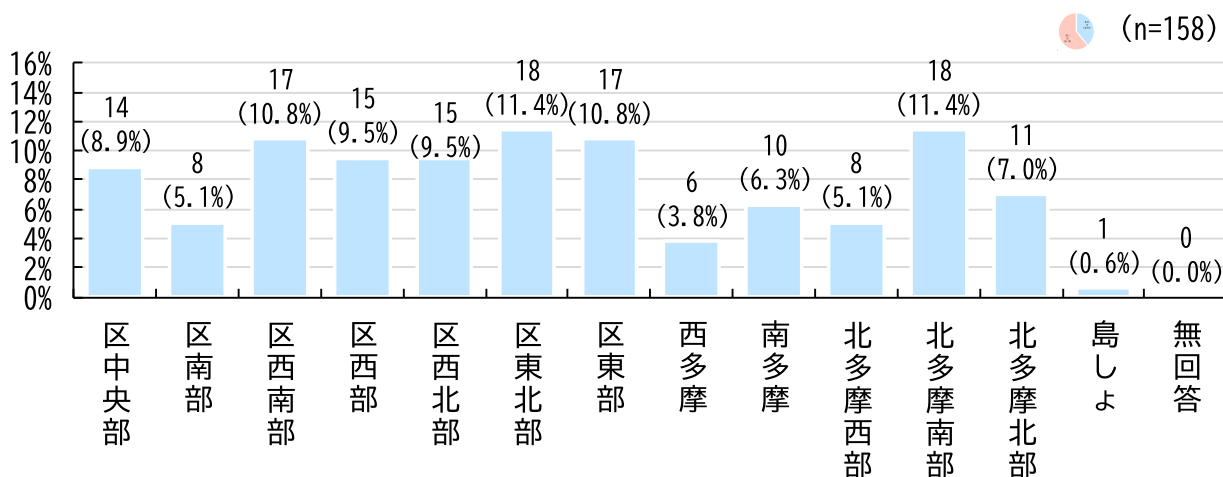
※再掲（病院調査より）

病院間連携強化
認知症疾患医療センター、地域の医療機関、精神科病院の専門職による連携会議を定期的開催の機会、顔の見える関係、各機関での情報共有をする場、地域の課題などが見えてくるのではないか
精神症状の治療後、入院期間が延長し在宅復帰できない認知症患者が多く感じます。治療後速やかに在宅復帰できる体制が必要だと感じます。
認知症疾患医療センターの知名度を上げ、困りごとがあった時にすぐに相談できる窓口になること
認知症医療の知識を持った人材を増やす
独居でご家族もいない、又は疎遠で人間関係が希薄な方が増えてくると考えられるので、地域包括支援センターや民生委員などとさらに連携を続けることが必要。また、受診や支援の介入を拒否するセルフネグレクトへの対策として、定期的な見守り訪問などで介入のタイミングがはかれた時に医師の往診など柔軟に対応できるネットワーク作りが望ましい。
早期発見、早期対応ができていれば、認知症だけで入院する確率はかなり低いというのが10年間、地域の認知症最前線で支援をしてきた感想です。受け皿として本当に必要なのは、癌で余命いくばくもない方、人工透析の管理が必要な方、難病の方、財産はあっても現金が一切ない方など特定の方については、どこも受け入れ先がないので、いつでも柔軟に対応してくださる病院があったら、仮に都内遠方だとしても、利用ニーズはあるように思います。一般的な認知症の増加、受け皿問題は、早期介入、早期対応をもっと重厚にすることで、もっと状況はよくなると思います。
認知症の病態と慢性疾患がご本人の生活にそのような影響を及ぼすのか多職種、地域が想像できるよう働きかけ適切な環境に導くことが大切。
身体合併症の治療や行動・心理症状のある方の入院病床の増床と、受け入れるスタッフの確保が必要と考えます。当区では精神科病棟がほぼないため、拠点型の負担が多くなっていると考えます。
かかりつけ医はじめ、医療機関の医師看護師が認知症に対する知識を深め、日常診療で認知症対応が当たり前にできることが重要と考えます。「認知症はうちでは診ません」ということが多い。
個別に合わせた対応

IV 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査

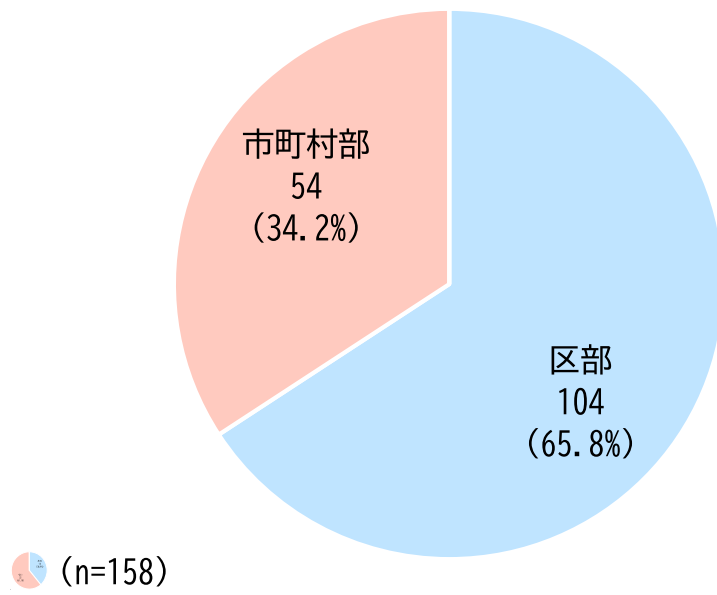
0 基本情報

1. 二次保健医療圏



項目	件数	%
区中央部（千代田区、中央区、港区、文京区、台東区）	14	8.9%
区南部（品川区、大田区）	8	5.1%
区西南部（目黒区、世田谷区、渋谷区）	16	10.1%
区西部（新宿区、中野区、杉並区）	15	9.5%
区西北部（豊島区、北区、板橋区、練馬区）	15	9.5%
区東北部（荒川区、足立区、葛飾区）	18	11.4%
区東部（墨田区、江東区、江戸川区）	17	10.8%
西多摩（青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町）	6	3.8%
南多摩（八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市）	10	6.3%
北多摩西部（立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市）	8	5.1%
北多摩南部（武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市）	18	11.4%
北多摩北部（小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市）	11	7.0%
島しょ（大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村）	1	0.6%
無回答	1	0.6%
合計	158	100.0%

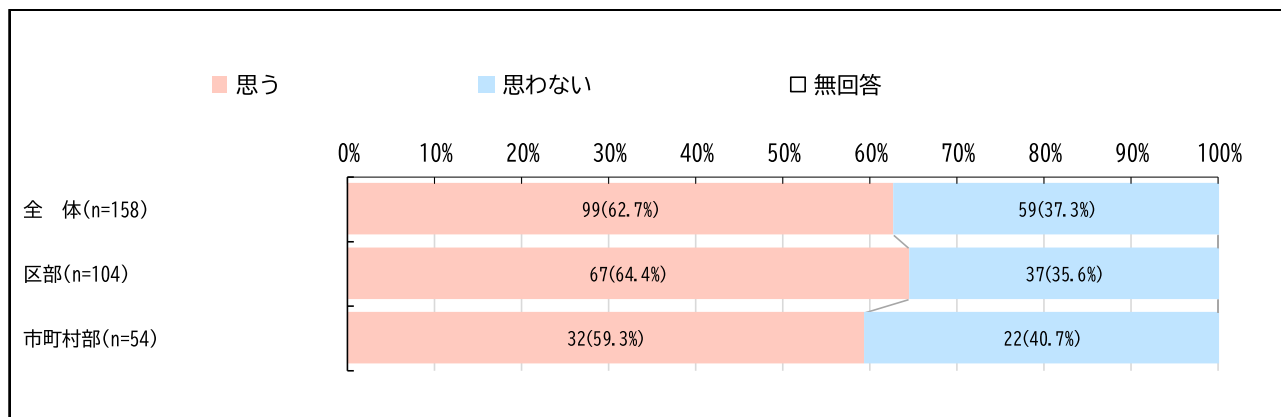
2. 地域



1 認知症のある人の入院先の調整に係る地域の状況について伺います。

問1 円滑に入院が行われていると思いますか。(1つに○)

「思う」(62.7%)が最も高く、次いで、「思わない」(37.3%)となっている。



	調査数 (n)	思う	思わない	無回答
全体	158	99 62.7%	59 37.3%	-
地域				
区部	104	67 64.4%	37 35.6%	-
市町村部	54	32 59.3%	22 40.7%	-
二次保健医療圏				
区中央部	14	6 42.9%	8 57.1%	-
区南部	8	6 75.0%	2 25.0%	-
区西南部	17	14 82.4%	3 17.6%	-
区西部	15	11 73.3%	4 26.7%	-
区西北部	15	9 60.0%	6 40.0%	-
区東北部	18	11 61.1%	7 38.9%	-
区東部	17	10 58.8%	7 41.2%	-
西多摩	6	5 83.3%	1 16.7%	-
南多摩	10	9 90.0%	1 10.0%	-
北多摩西部	8	2 25.0%	6 75.0%	-
北多摩南部	18	12 66.7%	6 33.3%	-
北多摩北部	11	4 36.4%	7 63.6%	-
島しょ	1	-	1 100.0%	-

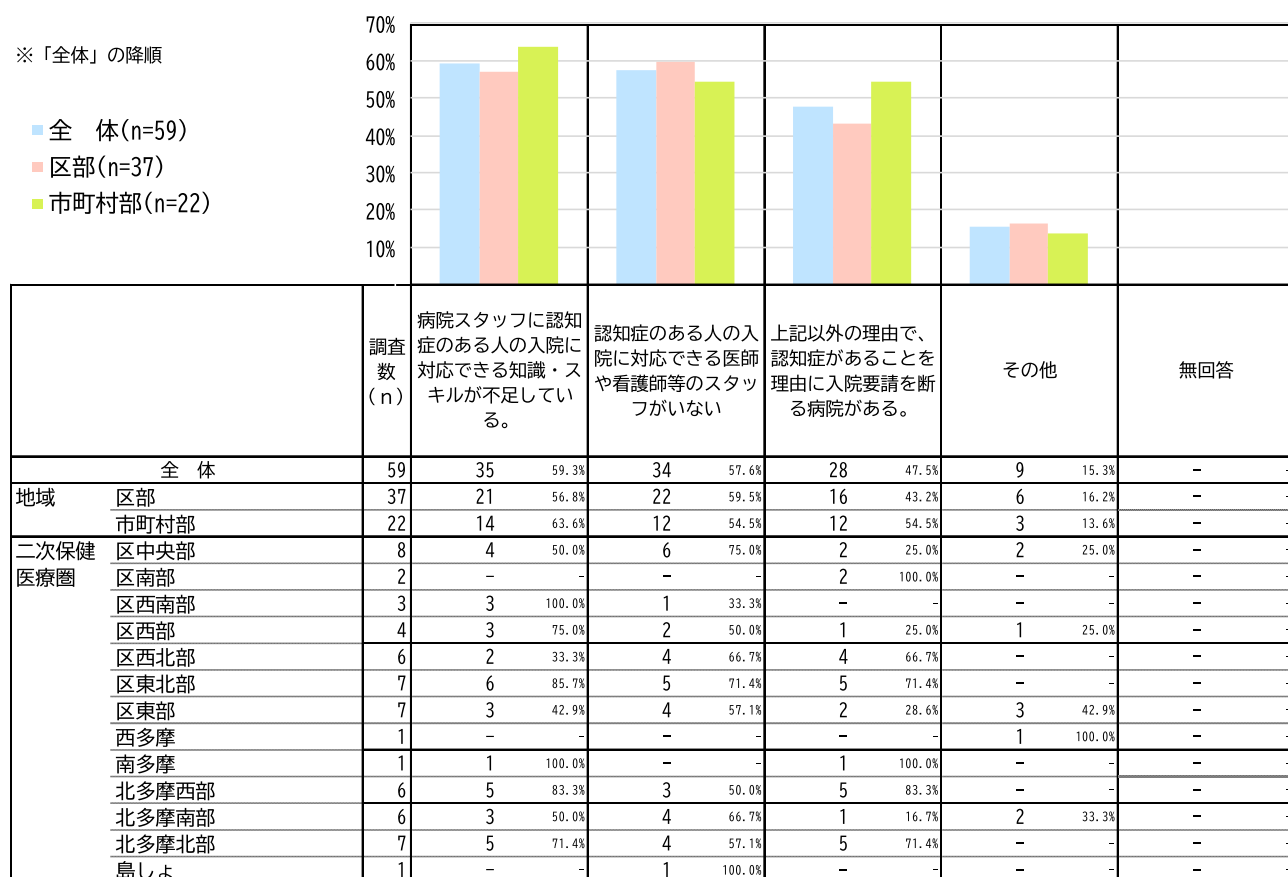
※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問1で「思わない」と回答した施設に伺います。

問1-1 円滑に入院が行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

「病院スタッフに認知症のある人の入院に対応できる知識・スキルが不足している。」(59.3%)が最も高く、次いで、「認知症のある人の入院に対応できる医師や看護師等のスタッフがいない」(57.6%)、「上記以外の理由で、認知症があることを理由に入院要請を断る病院がある。」(47.5%)となっている。



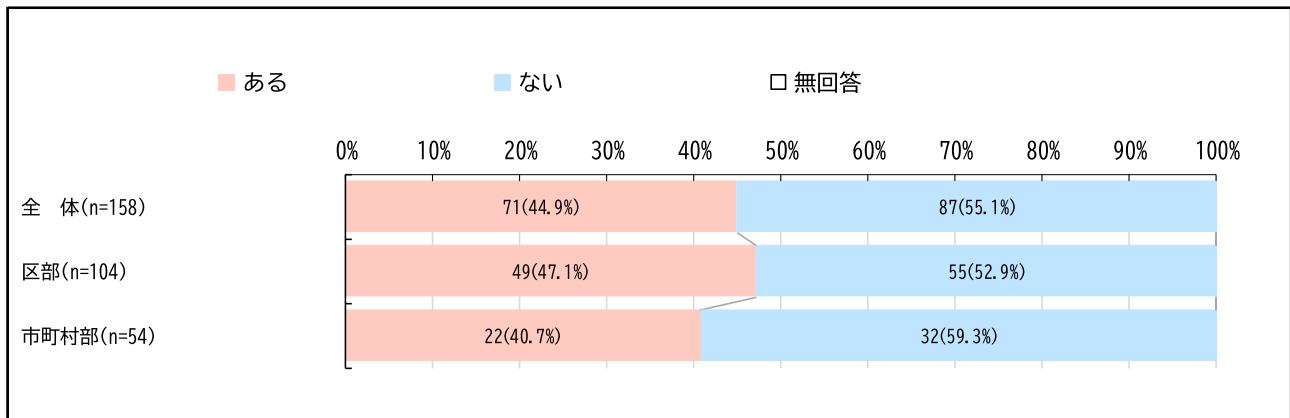
※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

IV 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査

問2 実際に入院調整に困ったことはありますか。(1つに○)

「ない」は55.1%と高く、一方、「ある」は44.9%となっている。



		調査数 (n)	ある	ない	無回答
全体		158	71 44.9%	87 55.1%	-
地域	区部	104	49 47.1%	55 52.9%	-
	市町村部	54	22 40.7%	32 59.3%	-
	二次保健医療圏	14	8 57.1%	6 42.9%	-
二次保健医療圏	区南部	8	3 37.5%	5 62.5%	-
	区西南部	17	3 17.6%	14 82.4%	-
	区西部	15	6 40.0%	9 60.0%	-
	区西北部	15	11 73.3%	4 26.7%	-
	区東北部	18	10 55.6%	8 44.4%	-
	区東部	17	8 47.1%	9 52.9%	-
	西多摩	6	1 16.7%	5 83.3%	-
	南多摩	10	2 20.0%	8 80.0%	-
	北多摩西部	8	5 62.5%	3 37.5%	-
	北多摩南部	18	7 38.9%	11 61.1%	-
	北多摩北部	11	7 63.6%	4 36.4%	-
島しょ	1	-	1 100.0%	-	

※ 各格内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問2で「ある」と回答した事業所に伺います。

問2-1 入院調整が困難となった理由をご記入ください。

物盗られ妄想が酷くなり、大きな声を出したりするので一人で家に置いておくことができず、ショートステイも受け入れてくれないため認知症専門医のいる病院へ問い合わせたが、「今日の今日は無理。予約を取って外来受診をしてから。」と断られたことがある。
行動障害で検査治療が困難
受入れに難色を示す救急指定病院が多いように思った
精神疾患のような症状がでてしまった場合、精神科への受診または入院加療を依頼するが断られてしまうケースがあった。
担当医師が常勤しておらず、入院の可否について判断が出来ないと言われた
認知機能低下により暴力や暴言があったケース。訪問診療委が訪問した時には問題行動がなく、医師が入院の必要性なしと判断されたため、必要ならケアマネが病院を探すように言われた。本人は認知症の為入院の必要性を理解できず、家族も遠方で関わってくれない状況であり、さらに訪問診療の協力が得られないとなるとケアマネ一人で病院を探しても入院にこぎつけることは容易ではない。
受け入れベッドがない、手続き出来る者がいない、入院費への不安
帰宅欲求が強く、身体能力も高いため離設の可能性が非常に高かったため。
入院の必要性を家族と共有することに時間がかかる。家族が希望すること（入浴や面会の回数等）と合致する医療機関を探すこと
治療が理解できず、病院にいることで認知症が進むこと繰り返し伝えないとベッドにいられない事理解が進まず帰りがたがる為
薬の調整で入院調整を相談し、ひと月以上先の入院となり家族の介護負担が限界となった。入院のめどが示されなかった。
入院へのご本人の拒否が強いため。
精神疾患があると受け入れ調整が難しい。
入院により認知症が悪化することを理由に、入院を断ることや、在宅サービスが整わないうちに退院させるケースが多い。
BPSD を理由に入口で断られる認知症があることで治療・看護の手間が増加する・手がかかる
認知症の周辺症状が強く病院で対応できないので早期退院になる旨を言いわたされる。
スタッフ不足により認知症患者への対応が困難。
認知症があるため適切な医療行為ができないと判断されたため
在宅認知症高齢者が急搬で入院したが、安静の指示が入らない。ベットから起きて徘徊してしまうことを理由に即日退院となった。
身寄りがないということで難航したことがある
周辺症状が強く入院の時間に家族が対応ができなかった。
家族が精神科への入院をためらう。事前の受診が困難。
前頭側頭型認知症は難しい
暴力行為のある方の調整に病院側の理解がなかった

IV 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査

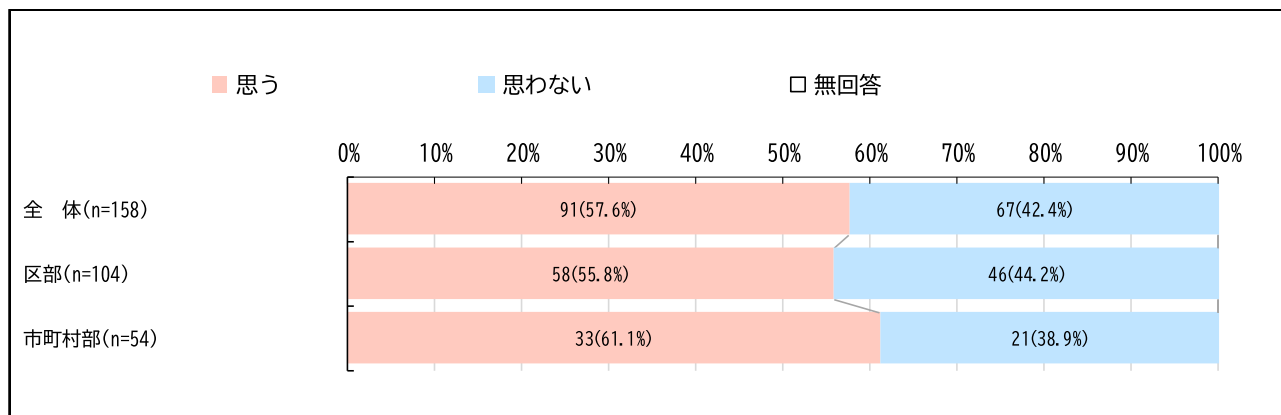
徘徊等がある方に関しては、入院した後に、転院や早くの退院調整を退院調整の方から言われることがある
認知症状（自分の名前が言えない、指示が通らない）のため、受け入れ先が決まるまで時間がかかった。
周辺症状があると対応できないと言われた（不穏・せん妄・帰宅願望）
一般的な入院では、圧倒的な人手不足もあり、大声、徘徊、ものを投げるなどの症状への対応が難しいと言われます。
通院している病院のベッドが満床だった。
治療に非協力的な認知症患者の再入院を断られる。明かな体調不良時に病院の医師より施設で看取りを考えたらどうかと打診され入院を断られる。
入院適用の方でも、病院の空床がないため入院できないことがある。
ベッド満床のため待機期間が発生したため
以前認知症の周辺症状がひどく救急搬送されても入院できず帰されたことが何度もあります。
一般病棟しか空いておらず、認知症の方のベッドは空いていない。
認知症状が重く対応が困難と言われた
認知症による周辺症状が強く、内科的な治療が必要な利用者の受け入れ先がなかなか決まらなかった。
認知症だけでなく内科的な疾患もあるため精神科での受け入れが難しい、内科的な疾患の理由で調整お願いしても認知症のBPSDが顕著であれば入院が中々難しい。
受け入れ先が見つからない
独居で身寄りがなく成年後見人の選定中であったため。
入院中にせん妄が出て転院を勧められたが受け入れていただける病院がなく自宅へ戻るしかなかった
人手が足りず一般の病棟に入院出来ない
徘徊があり夜中に迎えに来て欲しいと言われた。身内がいなくて身元保証ができないため
入院はできても、認知症の症状によっては早く退院するように言われてしまう
入院できても、すぐに周辺症状への対応が困難と言われ退院の話が出る。
本人が帰ると言っているから
ベットに空きがない等。
高齢者・認知症状がある方の場合、病気があっても受け入れていただけない病院が多く、一旦二次救急に運ばれても、すぐに検査のみで入院を断られ、遠い病院への転院がある。救急車で運ばれる際、うけいれてもらえずに病院探しに時間がかかる。
認知機能、判断力の低下や落ち着きがないことを理由に適切な治療が困難な場合
ベッドが空いていない
点滴等必要な治療が困難
家族がいなくて入院調整が困難であった
徘徊行動がある方は入院出来ないと、断られたことがある。
精神科の入院で受け入れ先が見つからず難航した
認知症のため断られた

新型コロナの重症症状で肺炎症状があるが、認知症があることを理由に入院調整を拒否された。その他の病気でも認知症があることを告げると入院を拒否されたことがある。
認知症の症状悪化で、精神科に直ぐに入院をお願いしたいが、入院できない
BPSD が出現し、対応が困難となり、自宅の方が望ましいと判断され、退院となった。
独語、大声、起き出しなどがあるため。
夜間徘徊や抵抗行動が見られることがある
手間がかかりすぎると言うことで断られることが多々ある。
認知症があるとわかると、満床ですと、断られた。
認知症状顕著（暴言、暴れる、治療への理解力がない）
せん妄
治療されることが理解できず、点滴を抜く。薬を飲まない。おむつを取る。噛む。騒ぐ。帰ろうとする。帰ってしまう。など。今後入院困ると言われる。
本人の病識が薄く、入院治療に積極的ではない状況で家族は入院治療を希望しており、病院側は本人の治療の意向がしっかりないことを理由に受け入れが困難でした。
主治医に相談したが居宅で探すように指示、また早急な対応が必要でも受け入れてくれ病院がない
脳外科の受け入れが困難
本人の認知症の症状のため、入院ができない、また入院しても退院が必要になることがある
家族がいないため
誤嚥性肺炎を繰り返す患者だが、入院すると抜管や、たん吸引への抵抗で病棟スタッフに手をあげたり、足で蹴るなどの抵抗があり、訪問診療医師から入院の紹介を断られた。
様々ある

2 認知症のある人の入院中の治療・ケアに係る地域の状況について伺います。

問3 適切に治療・ケアが行われていると思いますか。(1つに○)

「思う」は57.6%と高く、一方、「思わない」は42.4%となっている。



	調査数 (n)	思う	思わない	無回答
全体	158	91 57.6%	67 42.4%	-
地域				
区部	104	58 55.8%	46 44.2%	-
市町村部	54	33 61.1%	21 38.9%	-
二次保健医療圏				
区中央部	14	5 35.7%	9 64.3%	-
区南部	8	6 75.0%	2 25.0%	-
区西南部	17	13 76.5%	4 23.5%	-
区西部	15	7 46.7%	8 53.3%	-
区西北部	15	8 53.3%	7 46.7%	-
区東北部	18	10 55.6%	8 44.4%	-
区東部	17	9 52.9%	8 47.1%	-
西多摩	6	4 66.7%	2 33.3%	-
南多摩	10	7 70.0%	3 30.0%	-
北多摩西部	8	3 37.5%	5 62.5%	-
北多摩南部	18	14 77.8%	4 22.2%	-
北多摩北部	11	5 45.5%	6 54.5%	-
島しょ	1	-	1 100.0%	-

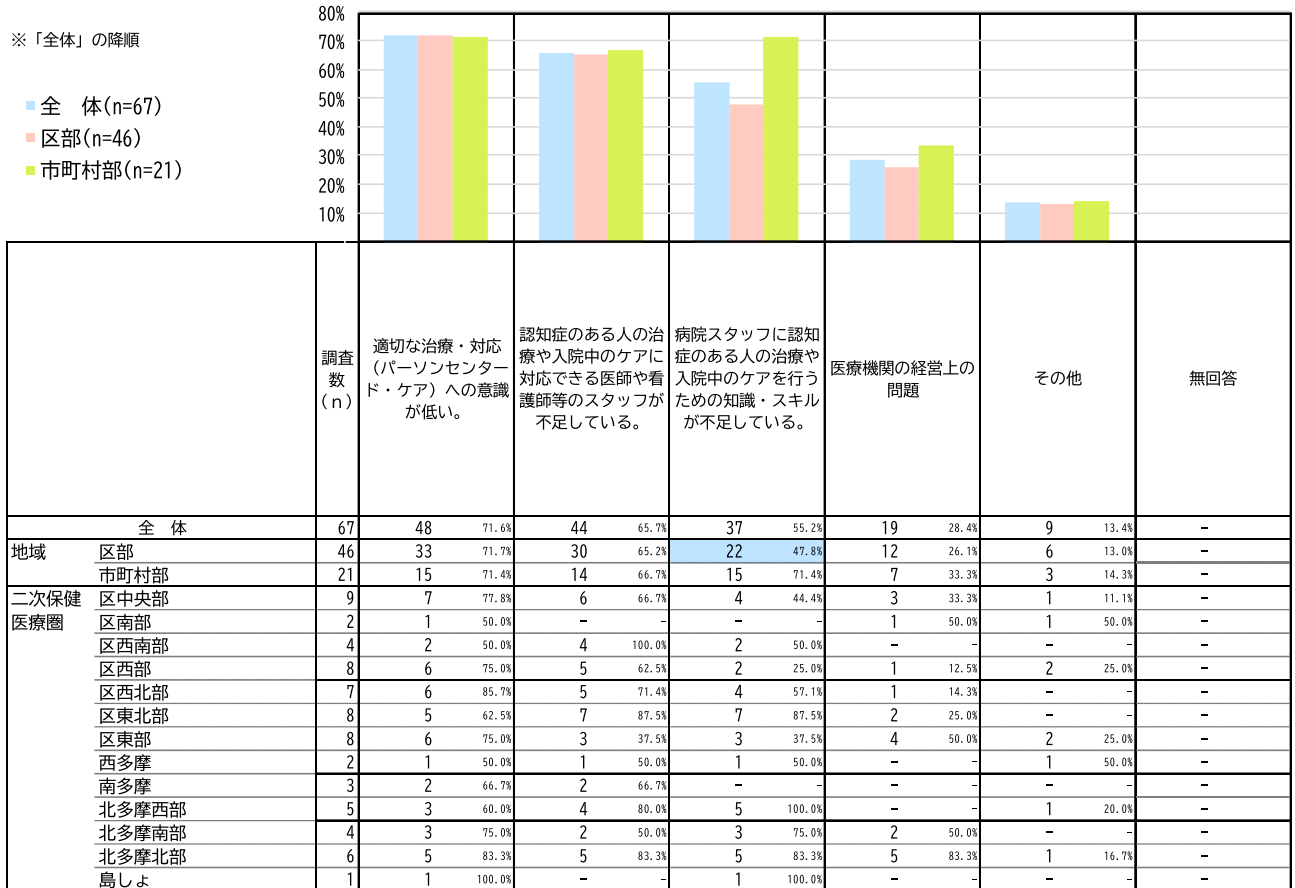
※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問3で「思わない」と回答した施設に伺います。

問3-1 適切に治療・ケアが行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

「適切な治療・対応（パーソンセンタード・ケア）への意識が低い。」(71.6%)が最も高く、次いで、「認知症のある人の治療や入院中のケアに対応できる医師や看護師等のスタッフが不足している。」(65.7%)、「病院スタッフに認知症のある人の治療や入院中のケアを行うための知識・スキルが不足している。」(55.2%)、「医療機関の経営上の問題」(28.4%)となっている。



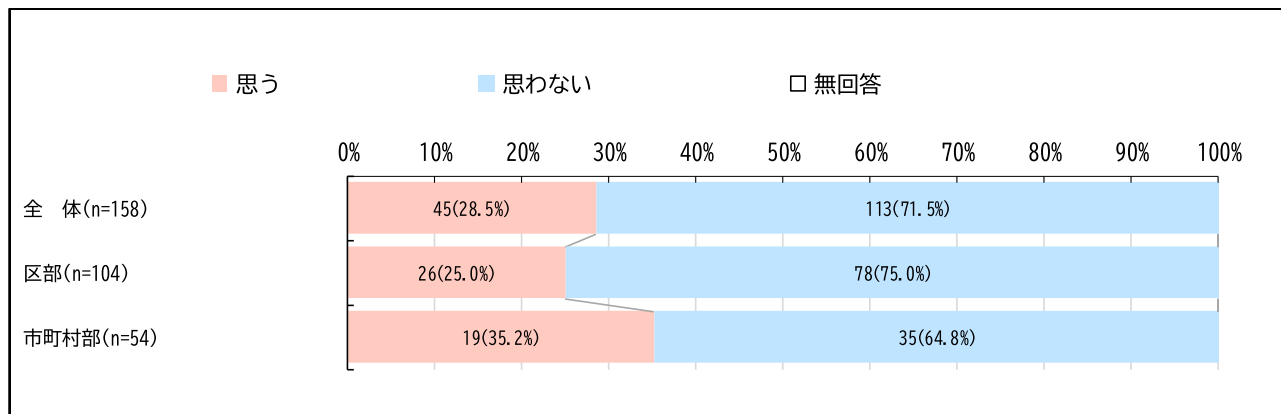
※ 各格内の数値は回答件数、比率 (%) を表示

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

IV 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査

問4 認知症のある人が医療機関での入院中に、ADL（日常生活動作）の低下は抑えられていると思いますか。（1つに○）

「思わない」は71.5%と高く、一方、「思う」は28.5%となっている。



		調査数 (n)	思う	思わない	無回答
全体		158	45 28.5%	113 71.5%	- -
地域	区部	104	26 25.0%	78 75.0%	- -
	市町村部	54	19 35.2%	35 64.8%	- -
二次保健 医療圏	区中央部	14	4 28.6%	10 71.4%	- -
	区南部	8	2 25.0%	6 75.0%	- -
	区西南部	17	5 29.4%	12 70.6%	- -
	区西部	15	1 6.7%	14 93.3%	- -
	区西北部	15	4 26.7%	11 73.3%	- -
	区東北部	18	6 33.3%	12 66.7%	- -
	区東部	17	4 23.5%	13 76.5%	- -
	西多摩	6	3 50.0%	3 50.0%	- -
	南多摩	10	5 50.0%	5 50.0%	- -
	北多摩西部	8	2 25.0%	6 75.0%	- -
	北多摩南部	18	6 33.3%	12 66.7%	- -
	北多摩北部	11	2 18.2%	9 81.8%	- -
	島しょ	1	1 100.0%	- -	- -

※ 各枠内の数値は回答件数、比率（%）を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問4で「思わない」と回答した施設に伺います。

問4-1 問4で「思わない」と回答した理由は何ですか。

どうしても拘束等が発生してしまう
身体拘束やドラックロックによる行動制限
当然だが、寝ている時間が長くなるためせん妄などが起きたり、下肢筋力が低下したりは否めないと思う
基本的に、寝たきりの状態が続くため。
内服調整によるコントロールであったり、身体拘束も行っていると思うのでADL低下は避けられないと思う。
必ずADLが低下して帰ってくる
帰宅願望やせん妄等で拘束をされるケースが多く、結果的にADLが下がっているイメージがあります
医療と介護の連携不足
運動、リハビリの機会は普段の生活に比べ少ないので
人手の問題が一番大きいと思いますが、入院患者一人一人にさける時間はそこまで取れず、危険が無いように、の配慮はされているが座らせて放置、寝かせて放置の状態になっているので。
抑制される場面が多い為、リハビリも不足
治療優先の名目で、身体拘束やドラックロックをあまりに簡単に実施しすぎているケースが多い。
入院中の抑制等で機能低下して退院される例が多い。
退院してくる際にADLが落ちて戻って来ることが多いため。
ADLも周辺症状も悪化して退院してくることが多い
保たれる方もいますが、安全を考慮され、拘束された方は、落ちます
入院した方のADLの低下が見られた事例が数件あった為
認知症のため医療行為の理解度が得られない事情があるかもしれないが、身体拘束をされてADL低下が進む。
病院側の回答は病院は治療の場であること。福祉の視点では治療中に生活力の低下を防ぐ視点がない事また、本当に必要な治療であるのかの検討が足りないと感じます。
理解がある方が入院しても、退院時には認知症が進行してしまっている為。
病院や看護師によりほったらかしで食事介助も行われないと聞いている。
治療が優先になる」為、ADLの低下が顕著となる。
身体拘束などでADLの低下が見られやすい。
基本的に身体拘束を受けて、精神的に押さえつけられ感情がおかしくなり退院することが多いと感じる
フラフラで帰ってきた。数日もしくは数週間デイサービス等介護サービスを再開したらADL回復した。
抑制が必要ない認知症患者に対しても容易に身体抑制を行うため、ADL低下が顕著。

実際に認知症がある方々は入院を通して著しく ADL が低下して帰ってくるのが圧倒的に多い。理由として疾病の治療のための入院のため仕方が無い面はあるが必要以上の行動抑制がされている。また、認知症を理由に適切なリハビリが行われないうちに退院となっている。
治療の妨げとなる行為が発生する為、拘束される事が多い為。
身体拘束（家族の同意有）により体を動かすことのできる機会が低下している
認知症で動きのある方は、拘束されていることが多いため、その結果 ADL が低下してしまう。
治療を第一優先に身体拘束が行われており、患者一人一人にあった ADL 低下予防の工夫はできないと見受けられる。
大切な事ではあるが症状回復が主眼に置かれているため安静状態が続くこと、排泄などおむつ対応となっていることなどから ADL が低下してしまうのはや無負えない。
入院中のリハビリ等は認知症で離解不良や意欲低下で、進みにくいことが多々ある。
入院後在宅に戻ったケースがない。症状の改善ケースをあまり見たことがない。
認知症によりリハビリ職からの指示が理解できない場合リハビリが行えない為 ADL 低下し退院する場合がある
抗精神薬等による副作用で ADL が低下している為
退院後に認知面の低下や排泄の失敗が増える。
リハビリの指示が通らない上、本人のリハビリに対する意欲がない
実際に ADL は下がる。リハビリは厳しいと思う
薬優先のケアになると ADL 低下が顕著となる
状態に応じてではあるが、本人の出来る事の抑制をされてしまうことがある
必ずと言っていい位歩行困難になられる。
転倒防止のため抑制されたりする。認知症患者がその意味を理解できない
認知症も進み ADL も低下することがある。
転倒予防、トラブル回避のため、ゆるやかな拘束（身体、薬物）をされることがあるようです。長く続くと ADL 低下は必然と感じます。
病院によっては、リハビリの機会が少なく、筋力と体力が低下して帰ってくる。
居室で過ごす時間が多い事や看護師等スタッフの関わる時間が少ない事により、立上り困難になったり、認知症が進行したりすることが多く見られた。
治療優先のため、どうしても臥床時間が増えるので、結果として全身の機能低下につながってしまう。
本人に指示が通らない、問題行動がある患者の抑制
多くの認知症の方が入院中身体拘束や安定剤などの処方を受けており、退院後寝たきりとなってしまわれる方が多いです。
リハビリがあまり行われず、寝かせたまま座らせたままが多い
入院中に ADL 低下予防プログラムの提供が無い場合、ADL が低下してしまう
病院での生活はサポートしてくれる介助者が身近にいない。生活の中でアクティビティなどの活動の場が減少するので ADL 低下があると思われる。
殆どの方が、認知症の症状が悪化している為。

認知症に関わらず、入院した際には概ねADLは低下します。必要があればリハビリ目的の転院などは多くみられています。
治療が優先され、身体拘束も行われてしまう。またそうせざるを得ない状況はあると思う。
リハビリを実施する際認知機能の低下により、効果的にリハビリが受けられないため、リハビリが行われずADLが低下してしまう。
病院の予算、人員の不足
前提として仕方ない部分もありますが、入院して今まで歩行していたものが一定なくなるので、施設に帰ってきた時に歩行が不安定になっている事例があった為です。
退院して戻ってくると、すべての機能が低下している。また、ADLだけでなく、褥瘡が出来て戻ってくる人が多い。
治療優先として身体拘束が行われることも多く、ADL低下だけではなく、精神的にも不安定になっているケースが多いと感じる。
認知機能の低下した高齢者にとって、環境の変化が症状の悪化要因となりうるため、入院期間が増えるほどADL維持が難しいことはやむを得ない。
抑制（身体拘束）嚥下機能の低下
ほとんどが寝て過ごすので下肢筋力低下及び認知機能低下すると考える為。
退院時ADLが低下しているため
病気やけがの治療、薬の調整などのためにADLの維持は困難。退院後にADLの回復に努めることになる。
退院後のADLの低下がみられる。入院中に抑制や拘束をされている場合もある
自宅でトイレに行けていても入院中はオムツ内失禁を強いられることが多い。本人はナースコールを押せなかったり、人を呼ぶこと、要求を伝えることができないまま、トイレに行くことを忘れ、又歩行する力も落ちる
認知症疾患センターではないので回答せず
長期になると実際にADL低下して施設に戻って来る
なかなかリハビリが開始できない。
入院中のことは病院側からの説明だけなので、適切か否かは正直不明です。
やむを得ないと思うが治療のための身体拘束は、ほとんどの場合行われると思う。これによるADLの低下は必然とそうなる。
拘束などで行動制限をさせられてしまう
実際にADLが低下して歩行が難しくなって退院される方がいる
食事、排泄のケアがベッド上だったり、リハビリの指示が入らないとの理由で、十分なリハビリが出来ないことがある。
入院後ADLの低下により、家族介護負担増大、サービス量の増加が必要になる事が多い。
支援者の手が足りないため
徘徊等の転倒防止の為に車椅子を使うことが多いので、下肢筋力の低下が見られる。
病院は病気を治す場所であり、生活の向上やリハビリが十分ではない。反対に、病院で出来ないと判断され、それを元に退院時のサービス調整を行うが、退院すると出来ている状況があり、どの状況を見て判断していたのか疑問に思う場面がある。スタッフが少ないのか、治療で

IV 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査

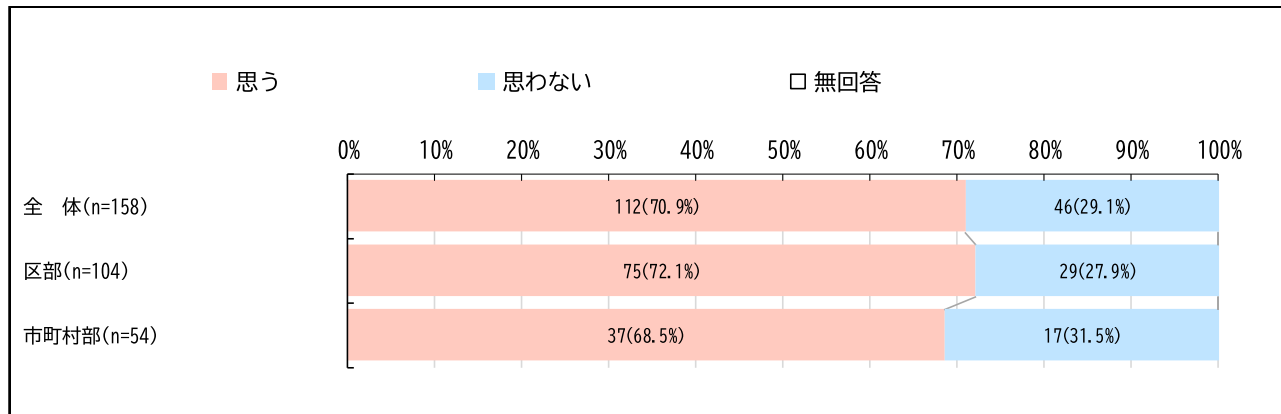
はないのに尿カテーテルが使用されることが多い。また、尿カテーテルが使用されていたことを看護師・相談員から連絡がなく、看護サマリーへの記載もない
臥床時間が長い、活動参加の機会が無い、他者との会話の機会が少ないなどにより機能低下する場合が多い
安易に身体拘束されること。病院で必要と判断された期間しか入院治療が行われず、精神的ケアが不十分なまま退院されるケースがあること。
人手不足で放置
治療のため抑制されていることが多い印象。帰園されると発語乏しくなり、失行も増える。
拘束や内服により体の動きが制限されるため
投薬治療でどうしてもADLが下がってしまうのは仕方ないと思うころ
何らかの行動抑制措置がとられるため
ベット上での動きだけなので、筋力の低下・食事以外での楽しみがない
治療優先であるため身体拘束が行われている
病院では率先してリハビリは行われていないため
施設では、食事が摂れていた方が入院中に摂取出来なくなり、病院からは経管栄養などの提案をいただいたが、施設に戻った所、食事が経口から摂れるようになり復活された。
リハビリがままならず運動量が低下してしまう。
治療優先のため退院後、認知機能の低下がみられる方が多い。
基本的に入院によりADLは下がるから。
認知症があると病院で拘束されがち、寝ている時間が長いと人と接することも少なく足腰も弱ってくる
治療の為の高速や人員不足、転倒リスクから車いす使用となり退院時にはADLが低下しているケースが多い
認知症の有無に問わずですが、入院すると大半の方がADL低下し退院される。
環境の変化により、今まで手続き記憶でできていた生活動作ができなくなり、それに対する手厚い支援が受けられないから、ADLの低下は抑えられないと思う。
治療優先なのでやむを得ないが、抑制されてしまったり、病院もナース等の不足で、離床させてもらっていないため。
医療を優先していることで場合によっては行動抑制をされるケースが多い。
個別にリハビリ対応できない
認知機能が低下し日常生活動作の手順がわからなくなる方がいる
治療の為長期間の拘束等使用の為、筋力や体力低下は顕著に出る場合あり。
低下して帰るから
拘束される。おむつをされる。話す機会がない。ベッドから動けない。
記憶障害などがあるとリハビリが効率的に提供できないと思いますし、ADL低下を抑えるには専門的なケアが必要だと思う。一般病棟では、体の病気を治すことに重点があると思うが、多忙な看護師や介護スタッフに心のゆとりがないと上手くいかないと思います。
認知機能低下の進行、ADLが低下し退院してくる
入院した疾患の治療を優先するため、リハビリ等はなく、安全や安静を強いられるため。

<p>徳に下肢筋力の低下下肢筋力の低下 嚥下能力の低下下肢筋力の低下下肢筋力の低下 嚥下能力の低下</p>
<p>認知症疾患センターではない。</p>
<p>身体拘束をされてしまうケースが多いため</p>
<p>拘束や安定剤の投与を受けるため、ADL の低下がありました。</p>
<p>医療を受けるにあたって拘束されたり、(仕方ないことで)ミトンをしたり</p>

3 認知症のある人の入院先での退院支援に係る地域の状況について伺います。

問5 円滑に退院支援が行われていると思いますか。(1つに○)

「思う」は70.9%と高く、一方、「思わない」は29.1%となっている。



	調査数 (n)	思う	思わない	無回答
全体	158	112 70.9%	46 29.1%	-
地域				
区部	104	75 72.1%	29 27.9%	-
市町村部	54	37 68.5%	17 31.5%	-
二次保健医療圏				
区中央部	14	7 50.0%	7 50.0%	-
区南部	8	7 87.5%	1 12.5%	-
区西南部	17	13 76.5%	4 23.5%	-
区西部	15	10 66.7%	5 33.3%	-
区西北部	15	11 73.3%	4 26.7%	-
区東北部	18	13 72.2%	5 27.8%	-
区東部	17	14 82.4%	3 17.6%	-
西多摩	6	5 83.3%	1 16.7%	-
南多摩	10	7 70.0%	3 30.0%	-
北多摩西部	8	6 75.0%	2 25.0%	-
北多摩南部	18	14 77.8%	4 22.2%	-
北多摩北部	11	5 45.5%	6 54.5%	-
島しょ	1	-	1 100.0%	-

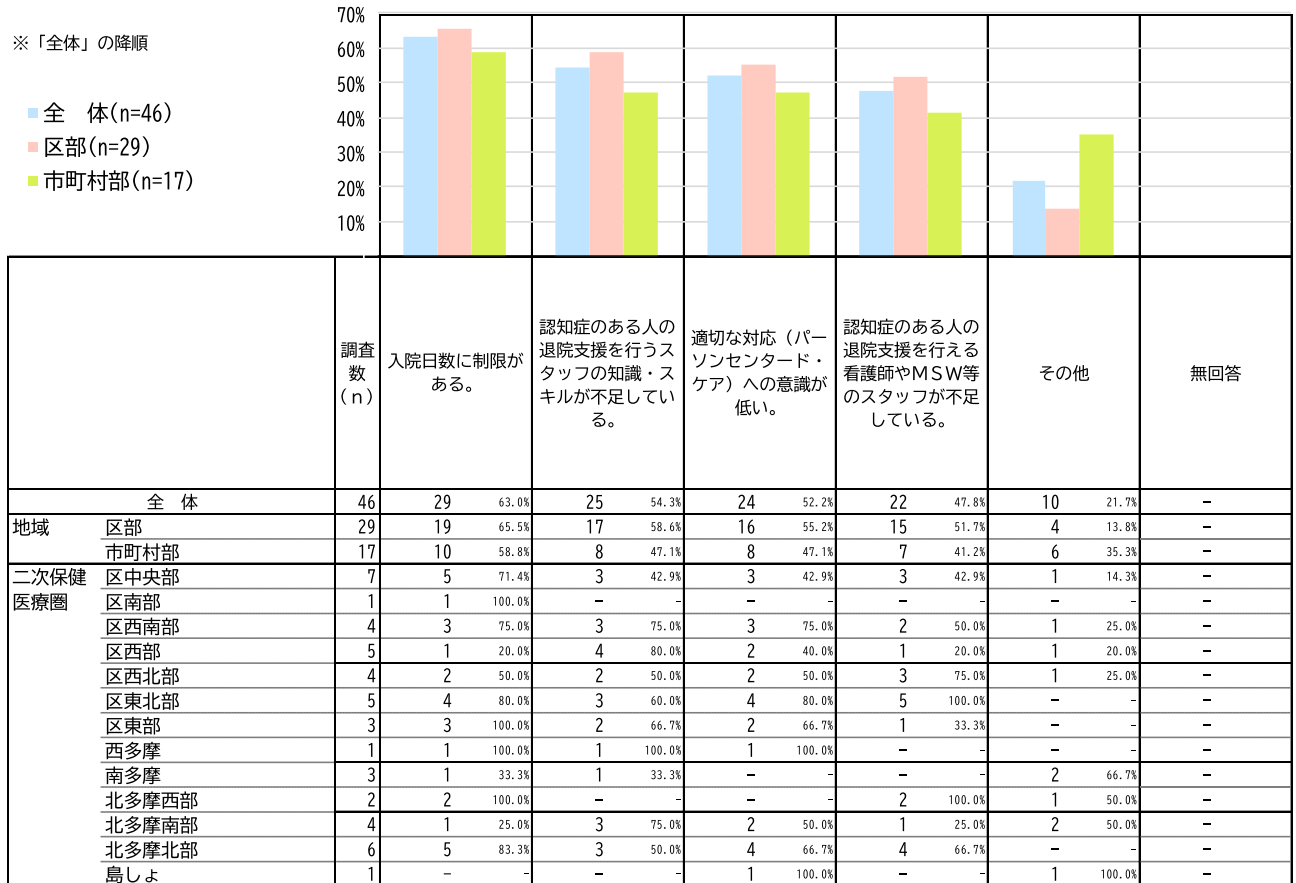
※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n = 30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

問5で「思わない」と回答した施設に伺います。

問5-1 円滑な退院支援が行われていない要因は何だと思えますか。(あてはまるもの全てに○)

「入院日数に制限がある。」(63.0%)が最も高く、次いで、「認知症のある人の退院支援を行うスタッフの知識・スキルが不足している。」(54.3%)、「適切な対応(パーソンセンタード・ケア)への意識が低い。」(52.2%)、「認知症のある人の退院支援を行える看護師やMSW等のスタッフが不足している。」(47.8%)となっている。



※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

4 認知症のある方への医療の提供について伺います。

問6 現在、身体合併症や行動・心理症状のある方の治療については、認知症疾患医療センターにおいて受入れ体制を整備するとともに、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受入れを促進していく体制を構築することとしています。今後、増加が見込まれる認知症のある方への医療を十分に提供するためには、認知症疾患医療センターや地域の医療機関等にどのような役割・機能が必要だと思えますか。

認知症への理解を深めてもらう為の講習や育成機関として機能してもらいたい。
認知症を自認しないために診断・治療が遅れるケースがあるので、こういう方への積極的・機動的な診療促進の方策を指示いただきたいと思います。
24時間体制で対応してほしい。
精神疾患と身体疾患を総合的に治療できる環境
在宅医療や介護サービスと橋渡しを担う役割が必要と思えます。
BPSD（特に易怒性があがったり、暴力をふるったり）などの方の入院は難しいことが多い為、医療センターが医療体制をコントロールして医療が提供されるようにしてほしい
独居認知症患者の通院に関わる支援。
長期入院はあまりないかもしれませんが、ADLの低下を防ぐため短期入院での内服コントロールをお願いできると施設としてはありがたいと思えます。
入院の相談窓口
必要だと思えます
特に認知症診断が出る前の初期の方に、適切な治療と認知症パスウェイ等、先の見通しがきく説明、更に徘徊したり暴れてしまう方に対してのタイムリーな入院加療が必要
地域の社会資源との連携が必要と考えます。
本人が入院を拒否している場合の入院手続きに関する支援、相談。
医療に関わらず地域に根づく場所の構築
認知症であることを本人が認めず、医療機関に連れて行くだけでも大変。認知症に特化した医師や看護師による訪問、診察があると良い。
認知症の方は病院で過ごす、認知症が進むとの理由で自宅に早く戻そうとする傾向があります。しかし、自宅の環境、本人が過ごす生活環境が整っていないと早く帰っても良い影響はないです。仮に認知症が進んでも病院に滞在していた方が良い時もあると思えます。
認知症の程度にもよりますが、ある程度分かる人には丁寧な対応。分からない人への対応も時間をかけて行う事が出来る人員配置は必要だと思えます。あと、家族に対して「認知症とは」の話をしてもらえると良いかな、とも思えます。
特に緊急時は、迅速な受け入れ確保体制を整えて欲しい
認知症の方で治療が必要な場合は、適切な入院治療をしていただけるとありがたいです。
問4-1でも回答したが、身体拘束をあまりに簡単に実施しすぎている。しかし、病院の人員不足の実情として一人ひとりの患者に対して時間をあまり割けない事も理解している。コロナ禍に人員が足りていない医療機関に臨時で応援チームが派遣された様に、認知症対応の専門チームを設立し随時派遣するような機能があれば良いのではないかと思う。

治療の場ではあるが、退院して社会復帰をより見込んだ支援が必要かと思う。
ADL の維持。
認知症のある方を介護している家族・高齢者施設との情報共有がスキルアップのための勉強会など連携できる体制作りが必要
医療もケアマネジャーも多忙過ぎて、日程調整が困難でなかなか連携する時間が少ない。直美などの自費美容医療を規制し、人材が流れ出ないようにしていただきたい。働き方改革ではなく休み方改革で、柔軟に働けるようにした方が良い。
日頃から、連携がとりやすい関係性を作っていく事が大切かと思われまますので、そのような場を提供できる体制があると良いと思います
現状維持
当社は有料老人ホームで、連携している医療機関や往診医が良く相談に乗ってくださり、今のところ困っていることはありませんが、新規の入居相談を受けている中で、在宅においては、まだまだ埋もれている方がいるようにお見受けします。在宅で生活している方への情報がまだまだ行き届いていないことと、相談してもいいんだという世間の空気感を醸成していくことが、まだまだ取り組んでいかなければならないと感じています。
地域の医療機関等に認知症に対する専門職員の増員が必要かと思えます。一般病棟には認知症者に対するケアが専門病院と比較して高くないように感じる事があります。
医療職の方への認知症の理解を勧める事多くの患者を診ている病院は本当に忙しそうで認知症の方を見る余裕はないと感じます。高齢の方の増加に伴い、医療にかかれる方も多いため、本来の医療の形とは何なのか、今一度、検討していき本当に受診が必要なのか、どうなのかを考える啓発をすることで医療職の方の負担が減る可能性があります。啓発は国や地方自治体が本来の医療が治療すべき内容について、伝えていく必要があると考えます。
ご家族にご入居者様（或いはご利用者様）が認知症であることをご理解頂くこと。当施設では認知症に悪い印象があるのか（おそらく以前は痴呆症と言われていたせいもあるのかもしれませんが）ご家族が当人が認知症であることを受け入れないケースもあります。そうなるとう薬治療も困難となるので、認知症検査を義務付けて誰もが「認知症」と分かるようにするといった透明化をはかる必要性があるように思います。
医療機関との中立な立ち位置が必要、在宅cmとして医療機関との調整をするが、一方的な医療機関側の考えで終わることがありその後のフォローをする機関や存在する人がいると助かる。
認知症に特化した専門職が必要
通常の病院も老人ホームのようにない面があるので、認知症の病棟を設けることも必要なかもしれません。
退院後に在宅生活を送る事を前提とした治療。
適切な相談受け入れ態勢の構築と、病院から地域へ出ていく必要がある。
症状が重い方を一時的に落ち着くために精神科病院に入院させ、その後適切な治療ができるようスムーズに転院できる仕組みを作ってほしい。トータルで考えていただける病院や相談員が必要だと思います。
緊急性の高いケースには早急に受け入れてもらえるようにしてほしい。

IV 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査

適切な治療は行われるものの、ADL 低下に伴うリハビリの必要性があっても、指示が通らないために、リハビリ転院の選択肢すら与えられない現状があると思います。大半は、早く元の環境に戻すことで、認知症の進行を防ぐことが優先されるため、仕方ないとは思いますが、リハビリ機関との連携が強化されると良いと考えます。
認知症も増えますが、精神障害の方で困ることが多くなっているように思えます。認知症医療には不満はありません。
画一的な身体拘束を禁止する。認知症悪化に配慮して、本人が安心する対象（家族・知人・支援関係者）との面会を画一的に断らない。十分な在宅における介護支援体制の調整に入院時から関わっていく。
未だに認知症のある方に対する疾病・怪我の治療に対して理解が少ない医師等医療従事者が多いと感じる。地域内の医療従事者に対する教育・指導が必要であると感じる。
認知症や精神疾患患者への相談連携。
当区ではセンターが機能を果たしてくれている。ケースが増加した際にセンターが麻痺しないような機能が必要
随時の受け入れ態勢の整備、認定看護師の増員が必要。
認知症があっても 内部疾患（癌や腎不全等）が適切に治療できる機能が必要と思う
認知症の本人に向けたケアだけではなく、認知症を抱える家族のフォローも十分に行ってほしい。
①認知症のある患者が治療後に地域医療を受けながら地域で生活することができるのかを在宅チームと協働する体制作り。②認知症のある在宅療養者の認知症以外の疾患で入院加療が必要になった際の相談体制や繋ぎ先支援。またその仕組みの見える化。
行政のバックアップ体制
急性期症状があるときに早急に受入れ家族のみの受診相談窓口の拡充地域医療機関からの連携時の早急な受入れ地域医療機関の医師への研修
施設や診療所等の連携と、短期間での入退院。
薬物で BPSD が改善され、ADL が低下せず在宅に戻れるような道筋が見えれば、入院、加療について家族の抵抗感が減ると思う。
認知症疾患医療センターにおいて受け入れ体制をどのように整備しているか、医療機関同士の綿密な連携がどのようになされているかを、患者様やケアマネジャー等へ研修会や勉強会やパンフレット等で共有していただきたい。
ADL をできるだけ落とさずに認知症による周辺症状や精神症状が緩和する治療
看護師の力量
ADL 低下や認知症の進行を抑える具体的な取り組みを行う
予約システムをもう少しスムーズにできたらと
地域の方へのヒアリングにより認知症の診断あるいは認知症状のある方を把握することや、介護施設等での認知機能に係る利用者の相談窓口として機能する。
認知症と併存疾患を両方を診察、看護、ソーシャルワークができるようにすること／本人らしさの理解
基本的に在宅で対応困難な場合は、ある程度、入院日数を確保できることがのぞまれます。

認知症のある方は出来るだけ居住環境の中で医療が受けられるような仕組みスタッフへの教育スキルアップ研修が必要である。
周辺症状があっても受け入れてもらえる
基幹病院に認知症専門の病床があるといいが難しいと思う。入院したものの夜間大騒ぎして夜中に帰宅させられ結局精神科の病院に転院して例があります。
まずは相談を受けてもらい、症状によって、速やかな受診に繋げて欲しいと感じます。一般的には、2カ月待ちの受診なので、正攻法では難しく、23条、29条通報が必要になる場合があります。
認知症ケアの知識を職員へ学習してもらう為の研修や人材確保のための政策支援
認知症の理解度が上がり、しっかりと治療が終わるまで入院するところだ出来る。保存療法でもある程度の期間入院し見てもらえる事（施設は24時間ではなく夜間は看護師不在の為）
現状でも対応できると思う
受け入れ体制の強化
退院後に全体的な機能低下が著しく見られる方が多いため、退院前のリハビリに充てる時間をもっと確保してほしい。
病室、人材の確保は必須となると思われませんが、認知症疾患医療センター事態が多くはなく常に満床の状態です。そのため遠方にまで範囲を広げる等、家族や支援者も時間も手間もかかっていしまう状況です。一般病院では受け入れ困難や、受け入れて抑制されており退院時には明らかなADLの低下もみられます。現在関わっている利用者の体験からはやはり認知症患者は認知症疾患医療センターの受け入れが比較的、本人にも良い環境の中で過ごせているように感じます。
精神科医による適切な対応方法などを十分に学ぶ必要があると思われます。認知症の方をサポートできる医療施設の整備が必要と思います。
認知症専門病棟があるとよいのではないか
認知症が疑われる段階でも気軽に受診・相談できる。認知症疾患患者を積極的に受け入れる体制と宣伝。かかりつけ医から専門医への紹介機能の確立。
認知症のある人に対応できるMSWが各医療機関と施設のパイプ役となり入退院をサポートする連携機能の確立が必要だと思う。
入院中の不安・ストレス・刺激に対してのフォロー。
通院が難しい方については区の独自サービスで通院介助をしています。しかし現状で考えると病院で対応することができないため、介護保険で院内介助は必須と考えます。
緊急時の受け入れ体制。
本人状態の安定家族のレスパイト緊急対応
認知機能の低下により、転倒・骨折や治療契約の遵守できない人に対し、どのように対応していくか検討する必要あり。
人員、予算の確保、人員等がないとの理由で身体拘束を行わないこと
・認知症の予防や進行を軽減させる内服薬、治療・認知症施設の開設・医療機関が施設へ往診に行った際、現場の声を聞いた上でどうしていくか？この方にとって何が良いか？を一緒に考えていく姿勢。

認知症の正しい理解。褥瘡を作って退院してきたり、おむつを替えていないがために不潔な状態で退院してきたりと、ひどい状態で退院してきている人を見えています。一人の人間として、普通に温かく接してほしいです。
身体合併症のために入院が必要なケースについて、認知症疾患医療センターだけではなく地域の医療機関で受け入れできる体制の強化を期待。入院中、身体合併症に対する治療だけでなく、認知症症状を悪化させないためのケアも行われることが理想。
認知症を有する患者の理解。可能な限り早期の治療と退院後の調整力(入院期間を長引かせない)。受け入れ先とのしっかりとした連携・情報共有。
市内の認知症疾患センターでは確定診断のみでそれ以降は地域の病院で見ている状況。入院についての相談も入院機能がない為、市外の入院機能のある認知症疾患センターを探して入院含めた相談にしている。地域医療に求めるのは内服薬の調整をどこまで連携を取り出来るのか？精神科でない場合は内服の調整も微妙であり疑問に感じる事もある。もし内服調整が難しい地域の病院などがあれば、しっかりと精神科と連携を取り、内服調整をして欲しい。また地域の先生が認知症について学ぶ機会などがあると良い。
救急搬送対応が出来る事。帰設をしても安静を保てない状態のご入居者様の一時入院が出来るようにして欲しい。
精神科病院優先と思われる方に対しても同時進行で内科的な治療もできる事、一般病院での対応としては非薬物療法で対応できる職員のスキルアップも必要 そのためにはスタッフの十分な人員確保も必要と思います
特別養護老人ホームを含めた介護現場での対応を踏めた検討をする機能
認知症以外の治療で入院加療した場合においても、BPSD が出現した際などに、精神科等専門の Dr. と連携し診断等の受けられる事が当たり前になると良いと思う
ある程度その方の状況が分かるような仕組み作りを行うことが必要だと思う。
入退院がスムーズに行われるためには、在宅サービスと病院の連携が重要であるため、それぞれに連携が取れる機能の整備が必要。
認知症のある方がどのように、どのような支援を受けながら暮らしているのかという十分な理解が必要だと思います。
地域の認知症を含む医療連携が円滑であるためには、医療機関側が生活の場である施設の生活環境の理解と、施設側が治療のための医療機関の在り方の理解が相互に進んでいることが重要だと思います。そのために日ごろから医療福祉の連携のための取り組みが大切になります。
入院中の ADL 低下を予防するためのリハビリの実施、退院後の体制を整えるための連携支援
認知症ケアのスキルを持ったスタッフ（医療職でなくてよい）が地域の医療機関に配属され、可能な限り入院前の ADL が損なわれないよう自宅のケアに近い対応が行われることを目指す。入院時の退院プログラムにその計画が立案され、実行される。
認知症に特化した専門医や看護師が患者やご家族に対して専門的なケアやアドバイスの提供
適切な薬による治療
介護と看護の壁をなくして認知症ケアの質を高める。

認知症があり治療が困難、リハビリが困難だったりすると退院という話がでることもあるが、そこから在宅に戻る前にダイレクトで専門医につながると助かると思ったことはある。一部、対応してくれる病院もありますが。
認知症の本人の家族状況、生活状況を理解いただき、入院でなければ対応できない方は速やかに入院の手続きをお願いしたい。
患者の住み慣れた地域で、家族も気軽に面会に行ける環境が重要になると思う。
看護師や医療スタッフにもう少し認知症に対しての理解度や対応。認知症だからと言って片付けず退院後も地域でどう生活が続けられるかを考えて病院内だけではなく生活圏内で本人を取り巻く環境や関係者との連携
介護医療の調整役
受け入れ状況、治療の可否などの情報がインターネットなどで速やかに確認できる状況になり、医療機関は簡単に検索ができるようになる
認知症のある人への適切な対応の専門的スキルを上げ、支える家族の思いに寄り添うことが出来ること。
認知症を有する方への入院・治療に関しての相談窓口の充実が必要だと思います。
認知症状についての現れ方は均一ではなく背景が大きく影響を与えている場合が多いのでより深く関わっているケアマネとの連携が必要と思う。
スムーズに連携が取れるように窓口を多くしたり分かりやすくし、より多くの方々を受け入れられるようにする必要がある。
病院スタッフが認知症疾患医療センターで受け入れを行う事を把握しているか、病院スタッフの知識を深めてほしい。細かいアセスメントをしてほしい。『認知症』とひとくくりではなく、何が出来ずに何が問題なのか、詳細に把握して判断してほしい
認知機能と ADL を適切に評価し役割分担を行えると良い。本人の精神的な負担や不安を軽減する視点での治療ができること。
専門的な検査などを通じて、早期に正確な診断を行い、治療に繋げていくこと。
認知症の診断から治療において（特に内服調整まで）入院出来る施設があると助かる。落ち着いた後、在宅にて介護サービスを利用につなげる。
老人ホームにご入居されているお客様の中には、急に精神的に不安定になり、認知症なのか、精神疾患なのか、往診医でも判断が困難であり、在宅医療で治療することが難しいケースが発生する場合があります。そのようなときの速やかな相談、入院加療についてのアドバイスがスムーズにできるよう、体制の構築が必要と思います。
専門外来窓口を増やす
認知症対応型 GH は軽度～中等度の身体介護を必要とする方の生活支援を担う一方、レビー小体型認知症など重度の認知症や精神疾患を併発する方の受入には限界があります。今後は認知症疾患医療センターや精神科病院等の専門施設が医療依存度の高い方を積極的に受け入れ、地域全体で役割分担をして、円滑な連携体制を構築できれば良いと思います。
一般病棟にも、高齢者が溢れていて、同時に認知症の方も多し。入院する事で、せん妄等の出現もある中で、それらのケアをしつつ疾患の管理もしなければならず、医療者は疲弊している。新しい施設をつくるより、今ある所に補助(人、金)を厚くした方が良いと思います。

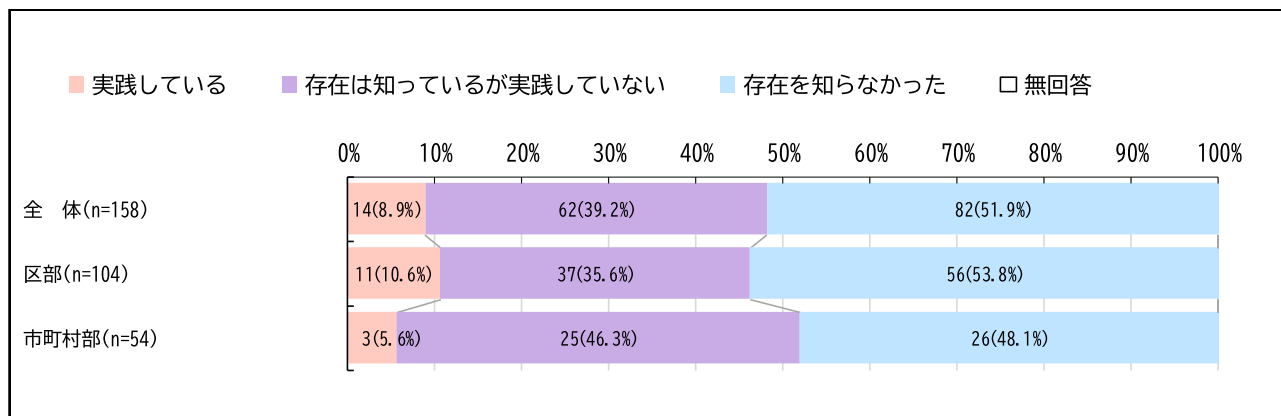
医療者側への認知症についての知識や対応方法次第で高速や内服で行動を制限しなくても、行動心理症状は落ち着く事理解
地域の医療機関が認知症疾患医療センターの事をよくわかっていないことがあつたので、地域の医療機関に啓発していただけるとよいと思います
認知症故に入院が出来ない、ということに家族は驚き、悲嘆にくれます。最後の砦の役割を果たしてほしいと思います。
十分な病床の確保は必要なことだと思います。ただ、認知症の方は環境の変化に弱く、認知症の進行をまねてしまう可能性があるということも考慮すると、一概に入院という方法が良いのかと思うところもあります。そういった環境の変化が少なく尚且つ医療の提供も受けられるといった往診の機能を強化していくことが必要なのではないかと思います。
・感謝同士のコミュニケーションが取れる場所 ・毎日の運動
特になし
認知症への理解を深め、対応できる職員の配置や働き方など再構築した施設づくりを行い認知症の方々の退院後の受け入れ先を増やす事が必要になってくると思います。
認知症があることで治療が困難な場合もあるかと思うが、入院加療が必要な時は、受け入れなどお願いしたい。
優しさ、包容力
認知症疾患医療センターや地域の認知症に係る医療機関の周知していくことが必要
認知症本人や家族の困りごとを具体的に把握するところから解決に向けてチームの一員として最後まで責任を持つこと。
施設や在宅での生活（集団生活）において、支障をきたしている症状に対し、状態を落としてしまうことない適切な薬物療法に対する調整やアドバイス
医療スタッフや、ヘルパーさん達が認知症に理解があり、ケアできる人材が必要だと思います
多職種連携と在宅サービス（介護保険サービスで行える支援）などの知識を深めて頂く事と、レスパイトでの入院ができるようになると思います
訪問診療が精神科の専門医を往診として依頼をしてチームケアを行う姿勢を訪問診療側(内科)が意識をする。
BPSDのある方でも受け入れ、対応していただく事
認知症疾患医療センターを増やす。近隣に無ければ行くことも出来ない。
認知症の方が落ち着いて、必要な入院治療を受けられる環境を作るとともに、入院という非日常でない在宅で、できるだけ入院と同じようなレベルの治療を受けられることも同様に必要と思われる。そういった在宅のチームとの連携や啓蒙にも認知症疾患センターの力が必要と思われる。
ドクター・ナースへの、パーソナルセンタードケアの意識の強化
ご本人とご家族様、地域の施設との包括的支援を担っていただきたい。
対応できるマンパワーが必要
各病院に認知症を受け入れるためのノウハウを提供したり認知症の専門医（また看護師等）を増やすことが必要かと思っています。

認知症の家族支援の視点、安全を確保する為に施設を紹介する傾向がある。
認知症のある人と、そうではない人が上手にすみ分けて、治療が受けられるような体制が必要
役割の明確化
まずは認知症疾患医療センターの存在をはば広く周知していただく。
専用支援部署
地域の病院と入院時の連携は取れています。今後も継続して認知症のある方もスムーズに入院でき、ADLの低下なくもとの生活に戻れることを望みます
病院と同等の治療を家でケアプランがなくても迅速に受けられるシステムがほしい。
まず、認知症のある方の治療に対する意向を判断力が低下する前に共有しておく必要があるのではないかと思います。急変や入院で意向が変わることもあるし、本人と家族が理解できるように説明し、意思決定を支援する役割があると思う。そこには多職種での連携が不可欠だと感じているし、認知症のある方の医療は、尊厳のある死の実現を支援してほしいと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・十分なケアが行えるような人員体制の確保。 ・施設から病院等へ利用者の情報を提供するにあたり、決まった書式を用意していただけると良いと思う。
在宅での生活そのものを理解できるような仕組み、チーム連携の研修会も増えてはいますが、まだまだ在宅チームと病院側に差があると思いますし、病院や先生による差も大きく、必要な入院はスムーズに早急にできるようにして欲しいです。
適切な治療と服薬コントロールをしっかりとやってもらいたい。症状を抑制できれば、在宅での通院治療も可能となるため
出来る限り 拘束はせず、本人の意向や思いに沿った医療介護が必要
認知症のある方の入院に伴う環境の変化などへの不安感を軽減することが必要だと思います。また多職種連携により、医療介護の連携を双方向に行っていくことが重要だと思います。
日頃から地域との連携、鑑別診断を受診し易くする工夫
認知症の方が落ち着いて治療ができる体制、環境整備、スキルが必要だと思います
認知症による抜管や離床、介護への抵抗などのBPSDのため治療が成り立たず、早期退院を迫られたり、受け入れ拒否をされると、家族も高齢で家では看られないというケースが増えているため、どれだけ認知症症状があっても受け入れられる機能があれば良い。
地域でもある程度の認知症は過ごせますが、重度になると難しく病院との連携は必要と考える。

5 日本版BPSDケアプログラムについて伺います。

問7 貴院において、認知症を有している患者の治療に関わる医師、看護師は、「日本版BPSDケアプログラム※」による医療ケアを実践していますか。(1つに○)

「存在を知らなかった」(51.9%)が最も高く、次いで、「存在は知っているが実践していない」(39.2%)となっている。



	調査数 (n)	実践している	存在は知っている が実践してい ない	存在を知らな かった	無回答
全体	158	14 8.9%	62 39.2%	82 51.9%	-
地域					
区部	104	11 10.6%	37 35.6%	56 53.8%	-
市町村部	54	3 5.6%	25 46.3%	26 48.1%	-
二次保健 医療圏					
区中央部	14	1 7.1%	6 42.9%	7 50.0%	-
区南部	8	-	4 50.0%	4 50.0%	-
区西南部	17	2 11.8%	4 23.5%	11 64.7%	-
区西部	15	1 6.7%	5 33.3%	9 60.0%	-
区西北部	15	1 6.7%	5 33.3%	9 60.0%	-
区東北部	18	4 22.2%	7 38.9%	7 38.9%	-
区東部	17	2 11.8%	6 35.3%	9 52.9%	-
西多摩	6	1 16.7%	2 33.3%	3 50.0%	-
南多摩	10	-	5 50.0%	5 50.0%	-
北多摩西部	8	1 12.5%	1 12.5%	6 75.0%	-
北多摩南部	18	1 5.6%	9 50.0%	8 44.4%	-
北多摩北部	11	-	7 63.6%	4 36.4%	-
島しょ	1	-	1 100.0%	-	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

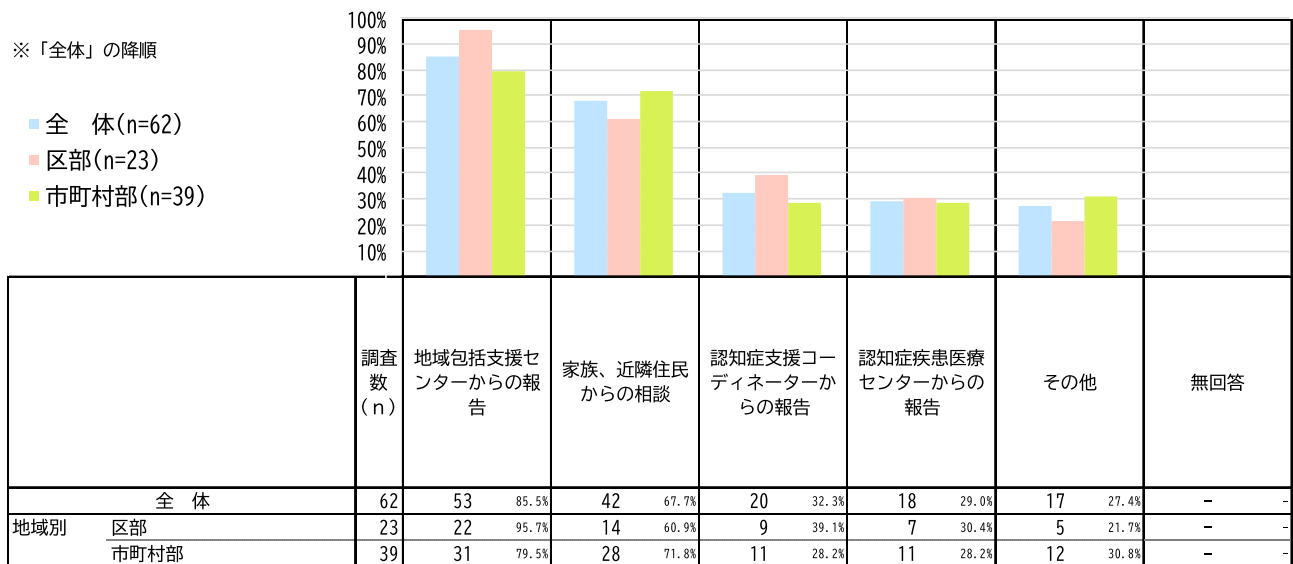
【表の凡例】
 比較の対象となる項目：n=30以上
 全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■
 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

V 区市町村調査

1 地域の認知症患者の医療上の課題

問1 地域の認知症のある人が症状の重症化や他の病気や外傷等で入院加療が必要になった場合の医療上の課題（入院先が見つからない、入院すると退院後に認知症が進行する、退院先の調整がうまくいっていない等）について、どのような手段で把握していますか。
（あてはまるもの全てに○）

「地域包括支援センターからの報告」（85.5%）が最も高く、続いて、「家族、近隣住民からの相談」（67.7%）、「認知症支援コーディネーターからの報告」（32.3%）、「認知症疾患医療センターからの報告」（29.0%）の順に高くなっている。



※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

問2 把握している医療上の課題についてご記入ください。

小離島のため、島外のサービスを利用したいときに施設を探すのが大変
認知症専門医が島内にいない。
思い当たらない
地域連携型認知症疾患医療センターとの連携が難しい状況
身寄りがいない認知症の場合、本人に自覚がない場合医療につながりにくい。サポーターが居ない。
コロナなどの感染症で入院が必要な際、付き添いや面接が出来ず、本人が不穏となり入院に支障があった。
<ul style="list-style-type: none"> ・近隣で入院できる病院が限られている。 ・退院後の生活へつなげる支援や転院等の支援が、ケースワーカーの技量により左右されやすい。
<ul style="list-style-type: none"> ・緊急連絡先や身元引受人がいない。 ・医療の意思決定者がいない。
医療機関より内服が処方されているが、適切に内服・管理ができていない方がいる
<ul style="list-style-type: none"> ・本人の受診拒否などにより病院受診が難しい。 ・独居の場合、定期受診や服薬管理など治療継続が困難となる。 ・キーパーソンが不明、不在
認知症があるため自身の症状が理解できない、本人にリハビリの指示などが通らず適切な治療ができない、親族がおらず医療内容や転院先などについて判断できる人がいないなど
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の鑑別診断後、次回再診まで半年～1年など間隔があき、その間、本人・家族の不安が大きい。（認知症疾患医療センター、大学病院、もの忘れ外来であっても、診断後支援の体制に課題がある） ・「世田谷区もの忘れ診断地域連携（クリティカルパス）」（平成20年度開始）が形骸化している。 ・認知症に対する対応が標準化されていない（医療機関により対応が異なる）。
入院先を主治医が紹介してくれない、調整してくれない。
<ul style="list-style-type: none"> ・転院、退院等の手続きや身元引受について（後見人未決） ・退院後の生活支援について
<ul style="list-style-type: none"> ・診断されても病気の進行や生活支援の情報提供が不十分で本人、家族の理解や安心感に繋がりにくい。 ・認知症に対するスティグマから、診断される恐怖心や不安により受診に拒否感がある方がいる。
入院しても治療に乗らずに退院になる、受け入れてくれる施設がない
本人による受診拒否等
島内では対応できず、島外へ行く必要がある。

精神科対応のできる往診可能な医療機関が区内になく、周辺症状が悪化した認知症患者（疑いを含む）の受診調整が困難なケースがある。
独居認知症高齢者の場合には医療証がなく、医療行為につなげられないことや、症状による拒否があり、医療へつながらないことがある。
<ul style="list-style-type: none"> ・本人が医療の必要性を理解できていない、または受け入れられていない。 ・入院先が見つからない。病院が受け入れてくれない。 ・受診や入院に至るまでに時間がかかる。 ・対象者に認知機能低下があり、キーパーソンがいないと金銭状況が把握できない。そういった場合に受診支援を進めることを躊躇する。
把握していない
<ul style="list-style-type: none"> ・MCI 相当の型が、転倒などで手術やリハビリを伴う長期入院をすると、認知機能が低下して退院することが少なくない。 ・中重度の認知症の方が治療目的で入院しても、入院していることが理解できずに自宅へ戻ることに執着し治療を拒否するため十分な治療を受けずに退院となる。その場合、退院が急に決まるため、自宅へ戻ってからの支援体制を整えるのが難しいケースが存在する。
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症患者の同意取得や説明が難しく、検査・リハビリが進められないケースが多いこと ・内科と精神科の連携不足等により適切な入院先が見つからず、退院を迫られる状況が増えていること ・医療拒否や同意者の不在、精神科に対する忌避感等の要因により、必要な医療へ繋がらないケースが多いこと
<ul style="list-style-type: none"> ・本人に認知症の病識がなく、入院加療に同意いただけない。 ・医療保護入院に同意いただける親族等がいらない。または連絡が取れない。
入院の受け入れを断られる
退院時に事前連絡がなく、地域側で準備できない。
病院によって地域との連携が不十分
退院前カンファレンス等の調整が実施されない/家族が疎遠・理解不足等の課題があり、医療に繋がらない。
服薬調整目的の入院に長期間待機が必要になる。
せん妄や強い BPSD があり入院継続が必要にも関わらず、地域に退院させられる。
入院先が見つからない。病状把握の不足や親族がいらないなどがあると入院調整が難しい。
<ul style="list-style-type: none"> ・費用が払えない ・医療同意が困難
早期発見にいたらず、医療が本当に必要なひとに届かない。家族が BPSD で周辺症状に気づかず、医師にうまく伝えられない。
<ul style="list-style-type: none"> ・入院先が見つからない ・入院先の病院との調整 ・どうやって病院まで連れていくか

<p>・家族との連絡が取りづらく医療保護入院の手続きに課題</p>
<p>入院すると認知機能が低下する。認知症の状態によっては、拘束が必要となるため、ADLが低下する。身寄りのない方を受けてくれる転院先がない。認知症独居で、骨折により入院が不要となった場合、自宅生活が難しいにも関わらず、病院も施設も受け入れができないことがある。</p>
<p>退院の調整について(レカネマブ継続投与におけるフォローアップ投与医療機関への引き継ぎについて)</p>
<p>・もの忘れ外来へのハードルが高く医療受診へつながらない。 ・検査の予約の日程が数カ月先になってしまい、その間に本人、家族の受診ニーズが下がってしまうことがある。</p>
<p>身体合併症のある方が認知症の症状が悪化して精神科への入院が必要になった場合、受入れ先の病院を調整するのに時間がかかってしまい、タイムリーに入院につなぐことが難しい。</p>
<p>島しょ地域のため専門的な診療科目がない。本土医療機関へ入院となった場合、島?本土の往来が必要なため、本人及び介護者の負担は大きい</p>
<p>現在なし</p>
<p>認知症がある方で手術が必要な方が対応が難しいと入院ができないことがある</p>
<p>内科疾患のある方の入院先について、疾患によっては入院調整に時間がかかる場合がある</p>
<p>市内に認知症疾患医療センターがあるが、重症化した場合や外傷等で入院が必要になった場合は受け入れが難しい場合があり入院先が見つからないケースがある。</p>
<p>認知症を理由に早期の退院を求められることが多いようです。そもそも、受診・入院を断られるケースも見受けられ、退院後についても、服薬管理等、独居・家族の有無に関わらず課題が多くあるようです。具体的な状況については、必要であれば別途共有は可能です。</p>
<p>入院先が限られている</p>
<p>サポート医が不在のため、初期症状時点での診断が難しく発見が遅れる。</p>
<p>身寄りが無く後見人不在の当事者の場合、転院先や入所先などが見つからない。</p>
<p>家族等からは以下のような相談が入ります。 ・受診や入院加療が必要な状態かどうか知りたい ・受診や入院するための病院を紹介してほしい ・入院加療中だが、退院先を紹介してほしい・入院が必要だと思うが、本人が必要性感じておらず、受診や入院させることが出来ない</p>
<p>認知症のある人の症状の重症化や他疾患で入院が必要になる場合の調整について把握する体制がとられていない。</p>
<p>認知症の周辺症状の悪化で入院加療が必要になった際に、すぐに受け入れができる精神科病院が近くになく苦労している。</p>
<p>本人が治療の必要性を理解しにくい。合併症を診る病院が限られており受け入れ先に苦慮する。</p>

入院先が見つからない
受診後、介護サービス利用までに時間がかかる
退院後の健康管理（服薬、食事、清潔保持など）難しく再入院のリスクが高い。認知症のため健康管理（受診・服薬の管理、食事摂取、清潔保持）ができていない、医療サービスにつながらない
<ul style="list-style-type: none"> ・新宿区は23区内でも高齢者の独居率が高く、ケースの発見までにかかる時間や人的コストが大きい。 ・高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）が困難ケース等について医師へ連絡、相談を行う際、医師の多忙によりアポイントが取りづらい。 ・予約が埋まっている等で所信や結果説明まで時間を要する。 ・認知症の疑いのある方が身体疾患で入院しても、認知症についての診察ができないことがある。
<ul style="list-style-type: none"> ・骨折等で入院手術が必要であっても受け入れ先の病院が見つからない。 ・軽度の認知症であっても急な環境変化でBPSDが発症することで、本来受けられる医療が受けられず強制退院となるケースがある。 ・身寄りのない認知症高齢者の医療同意について責任を持てる人がいない。 ・成年後見人が選任されても医療同意について課題がある。 ・医療同意・延命処置についての同意について、行えるものがないことについて医療機関側の理解が得られず無理強いされることがある。
関係機関との連携
島内に認知症の専門医がいない。
意思決定能力が低下しているため、治療方針の決定が難しい。入院前の状況がわからず（医療と介護の連携）、術後のせん妄なのか、もともとの認知機能低下があるのか。
入院先が見つからない（入院先の調整に苦慮する）
主に2つ。1つは、保証ニンが不在であり、病院が受け入れに難色を示すこと。もう一つは、本人の理解に乏しく（認知症なので仕方はないが）、医療機関の指示に従わないこと。
<ul style="list-style-type: none"> ・入院先が見つからない。 ・身寄りがいない方の入院および退院支援の困難さ
<ul style="list-style-type: none"> ・重症化すると区内に入院先が見つからないことがある。 ・入院先が見つからないことによって、すぐに入院できない。 ・入院先の病院の認知症に対する理解が十分でない。

2 関係機関との連携

問3 地域の認知症のある方への医療に関して、貴自治体では、地域包括支援センターは認知症疾患医療センターや認知症サポート医、病院・診療所等とどのように連携していますか。連携内容についてご記入ください。

【認知症疾患医療センター】

認知症疾患医療センターがない。
地域連携型認知症疾患医療センターとの連携が難しい。また、地域拠点型疾患医療センター病院は市内中心部から離れており専門機関への受診が難しい。
対応困難事案等の相談や受診先候補の検討などを協定先のセンターへ依頼する。
日常的に必要時に連携が図れている。また、自治体担当職員と認知症地域支援推進員、包括、認知症疾患医療センターで認知症連絡会を開催している。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症初期集中支援チーム事業（随時） ・ 認知症アウトリーチ事業（随時） ・ 個別相談ケース対応（随時） ・ 認知症カフェ（随時） ・ 認知症相談と医療の連携会議（年1回）
認知症初期集中支援チームで対応困難なケースは地域拠点認知症疾患医療センターに「アウトリーチ事業」として支援依頼を行っている。
年2回板橋区認知症支援連絡にて必要時情報共有必要時電話や対面での情報共有
<ul style="list-style-type: none"> ・ 日頃からのケース対応相談。 ・ 認知症初期集中支援チームとしての連携。
認知症が疑われる方が受診（認知症について診断を受けたい、介護保険の意見書作成依頼したいなど）をする場合、事前に認知症疾患利用センターへ連絡し相談員と連携を図っている。認知症疾患医療センターに地域支援推進員が配置されている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症疾患医療センターとしての連携は、ほぼ無いと思います。
受診に関する相談を専従相談員へ電話似て随時相談している。もの忘れチェック会やもの忘れ相談会に協力してもらっており、必要な方へは診療情報提供書を作成してもらい、その後の受診に適切につながるようにしている。
個別ケースとして PSW と直接相談（電話）
気になる方がいた場合には包括と疾患医療センターで情報共有を行い、必要時には医療につなげている。
初期集中支援チーム員会議への参加、受診の相談等
地域包括支援センターで対応中の個別ケースについて、認知症の診断がおりていない人を認知症疾患医療センターと連携して診断および介護サービスにつないでいる。
認知疾患医療センターがないため連携なし
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域連携型（いずみホームケアクリニック）に初期集中支援チームを設置し、地域包括で対応困難なケースへ訪問支援を行っている。

<p>・地域拠点型（大内病院）へは、入院治療が必要であるケースなど、より重度なケースに対し、アウトリーチチームへの依頼や入院相談を行っている。</p>
<p>認知症初期集中支援チームを通じて、対応に苦慮しているケース等の情報共有を行っている。</p>
<p>・認知症支援コーディネーターを通して認知症アウトリーチ事業の利用や受診・入院の相談</p>
<p>受診歴のある方の情報共有及び相談・助言を行っている</p>
<p>認知症サポート医による検査結果や更なる検査の必要性を鑑み、対象者の支援方法に関する相談をさせていただいている。受信に至る場合は、「顔の見える関係」をベースにした、受診の相談、過去の通院歴や生活歴、家族や支援者へのアプローチ方法など、必要な情報を共有し、長期的な受診を視野に入れた支援体制の構築を図っている。</p>
<p>・認知症や精神疾患が疑われる方への医療連携、介護保険申請・介護サービス調整、家族への相談支援、受診状況の情報共有や地域資源の調整、アウトリーチ連携など</p> <p>・認知症初期集中支援チーム、オレンジカフェへの参加など多職種・多機関での包括的支援や各種研修・支援体制の構築</p>
<p>地域包括支援センターに所属する認知症地域支援推進員と、認知症疾患医療センターに所属する認知症看護認定看護師とともに定期的な連絡会を開催しており、情報共有等を行っている。</p>
<p>年2回の連絡会議</p>
<p>地域で認知症のある方への支援として初期集中支援チームに依頼しケース支援の連携をしている。</p>
<p>・初期集中支援チームの依頼・受診同行・情報提供</p>
<p>初期集中支援事業、物忘れ予防検診後の認知症の疑いがあるひとへのフォロー。9月の認知症サポート月間において、認知症疾患医療センターの相談員と企画運営から一緒に行っている。センターの医師に講演会を依頼したこともあった。認知症をテーマにした介護教室等で、講師を依頼する、日頃から顔の見える関係性を築くようにしている。</p>
<p>アウトリーチ、初期集中ケースで受診・介護サービス導入等の目的に向けて、支援会議での情報共有や訪問支援において連携している。</p>
<p>比較的相談しやすい関係が作られている。入院や受診についても相談員と連携してつなげられている。</p>
<p>地域包括にて把握した認知症疑い対象者について認知症疾患医療センターへ紹介を行っている。</p>
<p>・家族等から相談があった際、疾患医療センターの看護師へ情報共有し、必要に応じて受診予約、受診同行を行う。</p> <p>・患者が必要とする介護サービスについて情報共有し、適切な支援につなげる。</p>
<p>認知症が疑われるが、なかなか医療に結びつかない人について、認知症疾患医療センターの職員に同行訪問を依頼し、一緒に受診勧奨したりしている。</p>
<p>センター無し</p>
<p>連携契約締結、相談等</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・認知症施策連絡会で、市全体の認知症に関する課題の共有を行っている ・疾患医療センターの地域向け啓発講座を各包括ごとに毎年行っている ・地域の認知症グループホームの課題について疾患医療センターとともに職員研修を企画し解決を図っている
認知症疾患医療センターによる、アウトリーチの実施認知症疾患医療センターによる、ケース検討会の実施
月1回認知症施策推進会議にて情報共有相談支援の中で、家族が相談に行けるケースについては、多摩あおば病院の家族相談を紹介して連携している。
概ね連携は取れているようですが、予約から受診までの期間の短縮を望む声が多くあります。
センターの看護師と家族会に出席する等で情報共有を図っている。
把握していない
適宜必要に応じて連携している。
地域包括支援センターと認知症疾患医療センターにそれぞれ認知症地域支援推進員を配置している。2か月に1度認知症地域支援推進員同士の連絡会を開催しているため、地域づくりや早期受診支援など様々な内容について情報共有を行うことが出来ている。また、地域包括支援センターと認知症疾患医療センターには市より、認知症初期集中支援チームや医師によるもの忘れ相談事業等を委託しており、認知症のある方の受診支援など連携して事業を実施していただいている。さらに、在宅医療・介護連携機能強化型地域包括支援センターが認知症疾患医療センターとともに、課題整理を行い、専門職に向けて認知症をテーマとしたセミナーを開催している。
認知症または認知症の疑いで、在宅生活が難しく入院等が必要な場合は認知症支援コーディネーターを通して東京都アウトリーチ事業を活用し、認知症疾患医療センターにつなげている。
他院では受け入れが難しいような困難ケースの対応相談をしている。
受診相談や入退院における相談
受診や入院に関する相談
専門医療に係る情報提供、個々の患者の専門医療相談
地域連携型認知症疾患医療センターにケースの相談・対応について相談・連携を図っている
研修会の開催地域包括支援センター職員からの認知症に関する相談対応もの忘れが気になる区民等への相談対応
対応するケースの受診等その都度連携している。また、認知症初期集中支援チーム検討委員会を通じて情報共有・連携強化を図っている。
各包括に、認知症地域支援推進員を配置。推進員が包括の意向を踏まえて、医療機関と連携。
医療センターと連携を取っており、webでの相談体制や研修など実施している。
初期集中支援事業、退院後の介護サービスの連携

様々な会議体を開催する（区と包括で実施する認知症検討グループへの参加要請等）個別支援での直接のやりとり
まず、初期集中支援チームで、チーム員（認知症サポート医、看護師、介護支援専門医、認知症支援コーディネーター）で包括職員と支援会議を実施後、会議の方針で医療センターにケースをつなげる。そのほか、ケースのモニタリングによる情報交換。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診や入院等相談 ・ 包括主催の認知症普及啓発イベントや取り組み
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症地域支援推進員連絡会での情報共有。

【認知症サポート医】

連携なし、サポート医がいない。
関係不要。
認知症サポート医が不在
本村には不在の為、連携していない。
近隣の公立病院相談員や地域開業医からの対応依頼や情報共有が出来ている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別相談ケース対応（随時） ・ 認知症地域支援連絡会の開催（各包括年1回） ・ 認知症相談と医療の連携会議（年1回）
認知症の疑いがあり未診断でかかりつけ医がいない場合は積極的に認知症サポート医との連携を図る。
2か月に1回、認知症初期集中支援事業チーム員会議にて必要時情報共有必要時電話や対面での情報共有
<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医、通院先の場合の情報共有、対応相談
令和6年度認知症初期集中支援チーム検討委員会に認知症サポート医に参加いただき、認知症及びうたがいのある患者について意見交換を行った。
<ul style="list-style-type: none"> ・ サポート医としての連携は、ほぼ無いと思います。 ・ 区事業を通じた連携…もの忘れチェック相談会（医師会に認知症サポート医を推薦の要件にしているが、適任が見つからず、サポート医ではないが診断可能な医師に従事依頼をしている現状がある。）
個別ケース・初期集中支援事業を通して相談（訪問・面談・電話・メール）
サポート系の直接的な連携はないが、市民から認知症の医療相談をしたいという要望が合った場合には、サポート医のいる医療機関を紹介することがある。
認知症サポート検診の準備検討会議への参加、受診の相談等
地域包括支援センターに相談で訪れた区民に対して必要に応じて紹介している。地域包括支援センター主催の介護者交流会に認知症サポート医を招へいしている。
認知症サポート医が存在しないため連携なし
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症に関して相談ができる「もの忘れ相談会」において、認知症サポート医に協力を依頼している。 ・ 受診が必要なケースに対し、地域包括から認知症サポート医へ受診の相談を行い、対象者を医療につなげている。また、必要時受診同行を行っている。

<p>困難事例に関して、地域包括支援センターや市で対応が難しかった場合に対応方法についてご助言いただいている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームの利用・相談。 ・受診相談
<p>認知症サポート医より、ケース対応や支援内容等について適宜助言を行っている</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下に関する相談を受けた際、最寄りの認知症サポート医と連携を図り、相談者から伝わらない生活課題や症状の性格な情報共有することで、速やかで適切な受診につなげられるよう連携している。ほのほか、医療につながっていない方の受信や認知用疾患医療センター等への専門検査に向けた相談を受けていただいている。 ・サポート医による認知症カフェ等での講演や認知症予防の取り組みの紹介を実施いただいている。
<ul style="list-style-type: none"> ・多職種・多機関連携、受診支援から介護 ・生活支援等の包括的な対応 ・後見制度、医師参加型オレンジカフェの依頼、ものわずれ相談、認知症の内服対応 ・専門医紹介など、認知症 ・高齢者支援の具体的手続き ・活動への協力
<p>地域包括支援センターで支援している認知症のある方に医療受診が必要な場合に、認知症サポート医の在籍する医療機関の紹介や、受診の支援等を行っている。</p>
<p>圏域ごとに1名ずつ、認知症サポート医を地域包括の嘱託医として配置し、もの忘れ医療相談や初期集中支援事業への協力を依頼。その他、必要時、ケースの相談や情報共有を実施。</p>
<p>認知症予防検診でかかりつけ医として連携をしている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・受診同行 ・情報提供
<p>相談・診断へのつなぎケアプラン作成支援認知症連携会議</p>
<p>地域包括が受ける認知症相談に対し、認知症サポート医が医療的見地より支援を行う。認知症サポート医が地域包括の日々の業務相談に応じたりチームオレンジの活動に参加したりする例もある。</p>
<p>診療の間に訪問をしてくれる認知症サポート医もおり、連携がとれる先生も何人かいる。しかし、認知症サポート医でも、認知症の人への理解が乏しい方もいる現状。</p>
<p>かかりつけ医として認知症サポート医が関わっている場合に、地域包括でのケースワーク上での連携をとっている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・初期集中支援チームスタッフを通じ、支援につなげる。 ・同行受診時、患者について情報共有を行う。また、今後について助言を頂く。
<ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れ相談の相談医や認知症初期集中支援チーム員医師としての連携 ・かかりつけ医である場合には、情報提供したり、助言をもらうことがある。
<p>地域ケア会議など各種会議体での情報共有</p>
<p>認知症サポート医不在</p>
<p>サポート医の認識が薄く連携に至っていない</p>

認知症初期集中支援チームによる連携など
認知症サポート医として公表された情報をもとに相談支援をしている。
もの忘れに自覚がない方への説明から、訪問診療につなぐなど連携が報告される一方でサポート医により対応に差があるという状況もあるようです。
地域包括で得た認知症のある患者さんの状態をサポート医に報告している。
島内に認知症サポート医が不在
特段「認知症サポート医」として対応しているものは無く、他の医師と同様に適宜連携している。
町田市の市内 12 ヶ所の地域包括支援センターで実施している認知症の早期発見・早期受診を目的とした「医師によるもの忘れ相談事業」では、認知症サポート医が担当医師となっている地域もあり、地域包括支援センターと認知症サポート医が連携して事業を実施している。
認知症または認知症の疑いで未治療の場合、初期集中支援事業で認知症サポート医とチームを組み、医療や介護につなげている。
地域ケア会議への出席をお願いし、困難ケースの対応相談をすることがある。
受診相談
認知症の方への診療及び入退院支援、認知症カフェ等の認知症の人と家族介護者等を対象とした取り組みへの参加
認知症サポート医が対象者に関わっていた場合、相談・連携を図っている
地域包括支援センター職員からの認知症に関する相談対応もの忘れが気になる区民等への相談対応
必要に応じて医療連携を行っている。
アのとおり。推進員は初期集中支援チーム員でもあり、連携がある。
WEBでの相談体制の構築
初期集中支援事業
様々な会議体を開催する（港区医師会等との会議等）個別支援での直接のやりとり
認知症サポート医のいる地区の包括は、直接医師に相談したり、医師に認知症カフェに来所してもらい講話を依頼してもらったりしている。認知症サポート医が不在の地区の包括は、初期中を利用して認知症サポート医に相談したり連携をしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診や入院等相談 ・ 市民向けの相談会
<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期集中支援の実施。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護申請や後見申立てのために、利用者の負担にならないよう同行してくれることがある。 ・ 初期集中支援事業を活用し、未受診・医療中断しているケースなどの訪問相談をお願いした。訪問相談をきっかけに、入院することで、生活の立て直しをするきっかけとなる成果があった。ただ、サポート医がどのように初期集中支援事業を活用したらいいか戸惑っているのが現状である。 ・ 地域に根付いたクリニックが多いため、認知症の症状のみならず、福祉（包括）の支援が必要だと判断があれば、医療機関（医師、看護師、事務等）や薬局から包括へ連携され、一緒に支援することが増えている。

・サポート医と連携してケースごとに相談員と情報共有、相談している。
認知症でケースが発生している方で解決が難しい方について相談・情報共有を実施

【病院・診療所】

定例会議やクラウドを用いて情報連携している
地域包括センターの機能が役場であるため直営診療所とは常に連携している。
地域の医療機関と認知症（疑い含む）への医療的支援で連携し必要なサービスへとつなげている。
月に一度のケア会議にて、課題や情報の共有を行う。
当自治体のサポート医は認知症疾患医療センターに所属。受診困難な方への対応相談や後見申立の診断書作成の依頼等。
・個別相談ケース対応（随時）
認知症の疑いはあり未診断だがかかりつけ医が居る場合は診断の方法や医療機関について連携を行う。
必要時電話や対面での情報共有
・主治医、通院先の場合の情報共有、対応相談
もともと本人のかかりつけである医療機関へ、認知症について診断いただくため地域包括支援センターから連絡をとることがある。服薬治療、介護保険意見書作成、成年後見制度のための診断書作成などについて相談している。市内 15 医療機関が認知症検診を実施している。
・相談対応ケースの、かかりつけ医療機関としての連携。 ・区事業を通じた連携…地区連携医事業、もの忘れチェック相談会
個々のケースについて、必要時電話等にて相談している。
個別ケースとして直接 P S W・MSW と相談（電話・カンファレンス）
かかりつけ医などに包括の医療職がアセスメントした情報を共有している。
受診の相談等
島の小さい、唯一の病院なので、医師との連携は取れている。
・受診が必要なケースに対し、地域包括から受診の相談を行い、対象者を医療につなげている。また、必要時受診同行を行っている。
医療機関から退院後に心配がある方の情報提供をいただくことがある。
・本人の状況報告や相談 ・受診や入院の相談 ・介護保険申請、成年後見申し立てについての相談
受診歴のある方の情報共有及び相談・助言を行っている
・入院後に認知機能低下が判明することも少なくないため、医療機関のソーシャルワーカーから適時に連絡や相談を受けられるよう日頃から関係を構築している。主に入院前の生活状況確認や退院後の支援体制を整える意味合いでの連携が多い。 ・認知症疾患医療センター等での専門検査の事前相談を受けていただいている。必要に応じ、本人・家族から伝わらない生活課題や症状の正確な情報共有をしている。また、医療につながっていない方の受信や専門機関へのつなぎの相談を受けていただいている。
・入院調整・家族調整を含むインテークから治療開始までのサポート

<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険申請の支援、受診同行 ・情報共有、訪問介護の導入 ・診療情報提供書の依頼などの情報連携 ・退院調整 ・入院相談 ・訪問診療の利用相談。
<p>体調不良時の対応・虐待対応での情報共有も含む地域連携と支援体制の整備</p>
<p>医療機関を受診している方のうち、認知症の心配がある方等については医療機関から地域包括支援センターへ情報提供している。</p>
<p>大学病院との連携は主に入退院時。MSWからの連絡を受け、必要情報を提供したりケアマネへ繋いだりする。状況に応じて精神科単科との受診調整や入院対応を行う。認知症で入院困難なケースでも医療連携により受け入れが実現した事例がある。</p>
<p>同行受診し病状等の相談をしている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・受診同行 ・情報提供
<p>早期発見・受診のすすめ生活情報の共有入退院時の連携地域ケア会議。医師や看護師から認知症が心配な患者様について包括に連絡が入り、包括が訪問することで支援に繋がることがある。年数回、医療機関に包括のPRで訪問している。</p>
<p>対象者の状況に応じ、地域包括から医療機関に受診・往診等の依頼、医療機関から認知症傾向のある患者の情報共有、フォロー依頼を行っている。</p>
<p>地域に根差した診療所が閉院していくにつれ、大手の大規模な母体のクリニックが増えている。顔と顔の見える関係を維持するため、医療機関と地域包括との除法交換会の開催を続けている。</p>
<p>認知症検診実施医療機関には、フォローアップが必要な検診者の情報提供を地域包括に行って頂くよう依頼をしている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・病院相談員への受診、入院の相談、情報共有 ・入退院時のカンファレンスへの出席
<p>かかりつけ医である場合には主治医に状況を伝えたり、助言をもらうことがある。</p>
<p>情報共有</p>
<p>入院時の相談と退院時サービス調整</p>
<p>区内精神科病院による地域包括支援センターへの医療支援事業（区委託事業）多職種連携会議への参加</p>
<p>受診先の紹介など、相談支援を通して連携している。在宅療養支援窓口の医師と連携し初期対応をしている。</p>
<p>医療機関により連携状況に差があるが、精神科と他科を合わせて受診できる、訪問診療に対応している、といった医療機関との連携が評価が高いようである。</p>
<p>認知症のある患者さんについて、町内の診療所と常に情報共有を行っており包括的に対応している。</p>

<p>病院相談員から包括に連絡し、介護認定申請～サービス利用、自宅の状況確認などの支援依頼 本人受診の拒否があった場合、どのように受診を促すか相談</p>
<p>適宜必要に応じて連携している。</p>
<p>地域包括支援センターは担当地域の医療機関に対し、市の取組などのチラシ配布やあいさつ回 りを行っている。日頃から顔の見える関係性づくりを行っており、認知症のある方への支援の 中で、地域包括支援センターから相談を行っていると考えられる。在宅医療・介護連携機能強 化型地域包括支援センターにおいても、医療と介護の連携を推進するため、医師会、歯科医師 会、薬剤師会に所属する医療機関へ積極的に訪問し、関係構築を行っており、在宅医療・介護 連携機能強化型地域包括支援センターへの医療機関からの相談割合は年々増加している。ま た、地域包括支援センターが実施する「地域ケア会議」などに、地域の医療機関に参加しても らうこともある。</p>
<p>地域包括支援センターの日常業務を通して、地域の医療機関と連携している。</p>
<p>医療機関によっては、地域ケア会議への出席をお願いすることがある。</p>
<p>かかりつけ医としての認知症の相談</p>
<p>受診の相談、本人の受診につき添い、生活上の困りごとを医療機関と共有する</p>
<p>診断書作成、認知症の方の情報共有</p>
<p>テーマを認知症に絞ってはいないが、地域包括支援センター協力医（各包括毎医師2名、医師 は医師会が選定）と勉強会や交流会、事例検討など年に1～2回開催している。ケースの相談・ 対応について相談・連携を図り対応している。</p>
<p>地域包括支援センター職員からの認知症に関する相談対応もの忘れが気になる区民等への相談 対応新宿区が発行している「認知症診療連携マニュアル」の作成</p>
<p>入退院や受診、介護保険市姿勢等の際に適宜連携を図っている。</p>
<p>包括は、日ごろから地域（近隣市を含む）とつながりがあり、直接連絡をとって対応してい る。</p>
<p>地域包括も医療機関も村内には、村立で同一の所属なので、事案があった場合には、ケース会 議等連携を図っている。</p>
<p>受診時の情報提供、認知症検診事業</p>
<p>様々な会議体を開催する（地域包括支援センター運営協議会、地域ケア会議等）個別支援での 直接のやりとり</p>
<p>医療機関で困難ケースは包括に相談が入るようになっている。特に市内の医療機関とは地域包 括ケア会議等で顔を合わせた関係をお互いに努めている。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診や入院等相談 ・ 初期集中支援事業 ・ 認知症認定看護師との連携 ・ 市民向け講習会
<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問診療の実施。 ・ 包括からの受診案内。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護申請や後見申立てのために、利用者の負担にならないよう同行訪問してくれる。・ 認知症 が疑われる方を包括へ連携してくれ、その後の経過を共有する機会が増えている。

<p>入退院する方・介護保険等のサービス導入が必要な方の情報共有を実施</p> <p>地域包括が「もの忘れが心配」と相談を受けた際に支援の必要性を判断、「認知症の疑いがあるかどうか」初期診断・スクリーニングを行ってもらうために地域の「もの忘れ相談医」につなぐ。</p>
--

問4 認知症初期集中支援チームは実際にどのようなケースで出動していますか。具体的な状況をご記入ください。

<p>島内医師が1年交代のため、医師の要件を満たしていなく、現在チームなし</p>
<p>チームがなく、事例なし。</p>
<p>出動件数ゼロ</p>
<p>ほぼ出動していない。地域包括支援センターが地域の医療機関と連携し必要な支援へつないでいる。</p>
<p>対応困難事案等へ出動予定だが、直近数十年単位で事例なし。</p>
<p>医療につながっておらず、受診拒否で日常生活に支障があるケースや介護者が疲弊しているケースへの対応。チーム員の頻回な訪問や必要に応じてサポート医も訪問する。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症が疑われ、専門医の受診が必要だが、本人の拒否があり受診が難しい方。介護サービス導入困難な場合も同様。（かかりつけ医の同意が必要） ・認知症への理解が不足している家族への支援が必要と思われるケース・キーパーソン不足で成年後見制度の利用について専門医の見極めが必要なケース
<p>近隣苦情やセルフネグレクト状態に近いなど地域包括が対応に困るケースが多い。</p>
<p>認知症の疑いがあるが、医療受診につながっていない。認知症の疑いがあり、介護保険サービスを利用することが望ましいが、つながっていない。（具体例：同居している娘からの相談で、親に認知症の疑いがあり医療受診や介護保険サービスの利用を促すが、本人が必要を感じておらず、何もつながらないうえに包括拒否も強いケース。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ADL 自立であるが、物とられ妄想の訴えが多い。認知症疾患の臨床診断を受けていない。介護サービス導入するも物とられ妄想により支援者を拒否し終了。警察、郵便局などから本人に関しての問い合わせが多くあるケース。 ・本人と息子2人で生活。息子が2人とも統合失調症で本人に対しての適切な医療管理ができていないケース。
<p>認知症が疑われるが、医療機関未受診もしくは受診が途絶えてしまい診断のない方であり自身で医療機関へ受診に出向くことが難しい（ADL 低下により移動が難しい、受診の必要性を理解できない）方の対応に出動している。</p>
<p>・令和5年度事業実績で、訪問実施150件。9割が認知症軽症者（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ・Ⅱ）。チーム介入前後で、介護保険認定あり43%→81%、介護保険サービス利用6%→65%、認知症診断45%→73%と成果が見られている。また、支援目標を「意思決定支援」とする事例が年々増加し（令和元年度25%→令和5年度41%）、早期発見・早期支援という事業本来の目的に合致したターゲット層が活用できる変化が見られている。</p>

<p>・当チームは、地域包括支援センター（包括）から相談ケースが提出され、6カ月間、包括職員と一緒に支援を行うスタイル。そのため、包括職員の異動・退職等に伴い、事業概要の説明から再スタートとなるため、より良い事業運営のため、外部関係者の人材確保・人材育成が必要となる。</p>
<p>地域包括支援センターやケアマネジャーが介入したが、対応が困難だったケースがあがってくるので、対応困難ケースが基本。認知症軽度から重度のケースがくるが、中度から重度のケースが多い印象。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・現時点の認知症進行度の把握・未医療、医療中断、受診拒否（介護サービスの必要度が高い） ・認定更新時に未医療・中断、かつ制度理解が困難で受診の承諾が得られない
<p>医療につながるべき方が拒否が有り医療につながらないときに出動している。</p>
<p>オンラインでケースの検討を行っている</p>
<p>地域包括支援センターでの対応及び支援が困難なケースにチームが出動しています。対象者が「拒否が強い」「近隣とトラブル」「認知症だけでなく外の精神疾患を併せてもっている可能性」等に対応しています。</p>
<p>人員不足等により、活動できていない</p>
<p>地域包括が訪問支援等を繰り返しても医療や介護サービスを拒否しつながらないケース。例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内科疾患の治療が必要であるが受診の必要性が理解できず、医療機関への受診を拒むケース ・金銭管理等のサービスが必要であるが、受診を拒み、医師の診断書（意見書）が作成できず、導入ができないケース。
<p>認知症の疑いがあるが認知症の診断を受けていない方や、介護保険サービスへつながっていない方で総合相談では対応が難しいケースで出動している。</p>
<p>出動したケースは、親族が遠方にお住まいの一人暮らし高齢者で、医療に繋げる必要性（高血圧、物忘れ等）があり、定期的な関係を築くことが好ましいとチームで判断した事例。認知症が疑われ、受診に繋がっていないケースは、地域包括支援センターが、初期集中支援チームより迅速に対応できる訪問診療に繋ぐことが多いのが実状である。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・独居、未受診、経済困窮あり、物盗られ妄想があり家族の負担が大きいケース ・独居でゴミ屋敷状態にあるセルフネグレクトのケース 等
<ul style="list-style-type: none"> ・認知機能の低下あるいは精神疾患により問題行動があるも、自覚なく自宅での生活をつづけ、受診の必要性も感じていない方へ認知症と関係ない目的を口実に訪問し、認知症サポート医へつなげるための支援を看護職や認知症サポート医と連携して支援している。 ・医師や医療職から話をすることが有効なケースや通院自体が難しいケース等に有効だと思う一方、現状、意思を含むチームで訪問する必要性を感じるケースがないのが実情である。本人・家族との信頼関係の構築をベースに受診につなげていくことがほとんどのため、関係性がない状態で大人数で訪問すると、本人がかまえてしまうことが予想される。
<p>困難ケースでの出動が多い。本人の強いこだわりや認知症の進行土、家族の意向及び近所の住民等地域の方々や関係者の希望等を考慮しながら粘り強い支援が求められるケースが多い。</p>
<p>認知機能低下が見られ、自立した日常生活を送ることが難しくなっているが、本人に病識がなく、医療受診や介護保険申請ができていないケース。</p>

緊急性が高い状況ではなく、時間をかけて丁寧に対応したいケース。/サービス拒否が強く、支援に繋がらないケース。
1. 本人は独居。親族も連絡つかない。金銭や食品の管理ができないほど認知面の低下があるものの病識はなく受診を拒否している。 2. 息子夫婦と暮らしているが家族への被害妄想があり家族の負担やストレスがある。病識はないため医療やサービスの利用を拒否している。
・支援の拒否があり、介入が困難なケース・家族も困っており、本人が医療機関の受診を拒否しているケース
医療機関に抱えあっておらず介入が難しいケース
独居で生活が行き届かなくなり、受診を進めても妄想やこだわりが強いことから受診できないケース。家族・近隣住民・親族が支援をしていたが、負担が大きくなり抱えきれず相談があるが、受診・サービス利用に課題のあるケース。
医療機関への受診を拒否している方で、BPSD が顕著で地域も家族も困っているケースの導入が多い。入院が必要な方も多く、入院調整をして入る方も多い。
地域包括で把握をした認知症の疑いがある方や認知症の方に対して出動を検討。在宅生活で未治療者や治療中断者、本人や家族介護者の抱える課題が複雑化している場合に介入を行う。
令和 5、6 年の出動実績は 0 件。病院未受診や通院、内服が自己中断であり家族が疲弊している状況のケースで過去に出動した。
40 歳以上で在宅生活している、認知症が疑われる人または認知症の人で、以下の基準に該当する人。 1. 医療・介護サービスに結びついていない人 2. 医療・介護サービスを利用しているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため対応に苦慮している人 ※原則として、地域包括支援センターの関与が可能で、区が事業対象者として認め、チーム員会議で事業の利用が適当であると認められた人
申し訳ありませんが、事例を把握しておりません。
出動事例なし
本人に自覚がなく医療や介護につなげるのが困難で、一人歩き中の事故等で家族が苦慮しているケース
認知症の初期から中等度のケースを中心に対象としている
各包括から困難ケースの相談を受けて、連携を図りながら対応しており、必要に応じて訪問対応をしている。
受診拒否や受診が進まないケースで地域包括単独で協力を仰げる医師を調整することが困難なケース
出動実績なし
年一回のミーティングのみ
認知症診断初期段階や、当事者が介護サービスを拒否するなど、適切な支援が受けられないケースで出動。

町田市では認知症初期集中支援チームの対象者として以下を設定しており、医療や介護保険のサービスに繋がっていない方で、本人が支援の必要性を感じていないケースが多い。

【初期集中支援チームの対象要件】

- ・ 40 歳以上で認知症の症状が見受けられる者
- ・ 介護サービスの利用や医療機関の受診等に繋がっていない者
- ・ 在宅での生活継続を希望する者で、認知症初期集中支援チームが定期的に家庭訪問を行い、集中的に支援を行うことにより、認知症の行動・心理症状が安定し、住み慣れた地域での生活を継続していくことが出来ると期待できる者
- ・ 上記の項目すべてに該当したものを対象者とするが、医療サービスや介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が安定し、住み慣れた地域での生活を継続していくことが出来ると期待できる場合は対象とする。

40 歳以上で、在宅で生活をしており、かつ認知症が疑われるまたは認知症で、医療・介護サービスにつながっていない人のケース対応時に出動している。

独居でアルコール依存症あり。過去に詐欺被害にあい、経済面への不安、かかりつけ医なしの受信拒否でチーム介入。

- ・ BPSD の激しい方・徘徊や万引き、消費生活被害など行政や警察が関わった方
- ・ 身体状況に緊急性を要する方

本人は受診の必要性を感じていないが、別居する家族が心配している場合。医師の見立てが必要な時。

一人暮らしで身寄り無し、生活保護受給者。喫煙、飲酒の習慣があり、お金がないなどと近隣住民に訴え、自治会長や近隣住民から担当ケースワーカーに連絡が入ることが増えた。その後担当ケースワーカーより地域包括支援センター宛てに、認知面の低下について相談を受け、自宅を確認したところ、ゴミや不用品がたまっており、ゴミ出しが難しくなっている状況や入浴もしていない様子であることを確認した。受診ができていないため、今後の生活調整の為に認知症の有無、進行度合いについての評価が必要なことから認知症初期集中支援チーム出動に至った。

もの忘れがあるが、受診につながっていないケースや健康・金銭管理ができず生活にも支障が出ているがサービスにつながっていないケース、認知症の症状により近隣住民との関係が悪化しているケースなど

地域包括支援センターが区民から相談を受け付けた際、認知症初期集中支援事業における支援対象者かどうかを確認する。その後、医療系職員及び介護系職員の複数訪問により初回訪問を行い、情報収集及びアセスメントを行い、対象者が未受診もしくは診断されたが介護サービスの利用がない場合、新宿区役所高齢者支援課に連絡のうえ認知症初期集中支援チーム員会議を開催する。

認知症であるが、必要な医療・介護につながっていないケース。また、介護サービスを利用しているが専門医受診できておらず BPSD 等によりサービス提供が困難なケース等。

令和6年度 0件、令和7年度 0件（7/1 現在）以前からケースは少ない。フローの変更予定がある。

家族や関係者から情報を得た場合に、本人や家族と面談している。

なかなか介護サービスにつながらない人、本人の拒否があり医療につながらない人

認知症が疑われ、医療や介護サービス等の支援が必要だが繋がっていない困難ケースの対応
医療もしくは介護保険にもつながらず、認知機能が著しく低下しているために本人もしくは関係者等が困っているケースで、チーム員会議の方針で、出勤することが決定したケース。
<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れを自覚しつつも、物忘れが依頼の受診を勧めると「怖くて行けない」と言い、専門医につなげることができない。身寄りがなく、知人が支援しているが限界を迎えているケース。 ・認知症の夫と二人暮らしで、キーパーソンとなる人がいない。認知症状が出現しており、自身の認知症を心配するような発言もあるが、夫を介護している責任感やプライドもあるため、受診につながっていないケース。 ・もともと鬱があり誰かに物とられや、見張られているなどの発言があり精神科への通院歴あり。環境の変化に伴い、別病院を一度受診したが自分の行くところではないと行かなくなった。認知症症状が出てきているが、人が集まる場所や病院が好きでなくかかりつけ医がいないケース。
<ul style="list-style-type: none"> ・70代女性、認知症の自覚と、ものとられ妄想あり。 ・包括の上にあるシルバーピアに独居、包括に1日に何度も来所していた。 ・身なりも乱れてきており、生活保護を希望。 ・家族(妹)から専門家のチームが入ることについて了承あり。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターからの相談を市の担当者が受けて、状況の整理をしてから、本人の医療状況など踏まえ、適切な初期集中支援チーム員の相談や訪問を調整している。 ・包括、チーム員、市担当者とケース相談をしてから、本人や家族への対応をしている。 ・独居認知症高齢者の家族と地方の病院からの相談。家族と受診するのを嫌がり、服薬管理が曖昧になり、他人を家に入れる家族が対応に困っている。兄弟が入院している病院にほぼ毎日電話することで病院側に迷惑をかけていることが病院からの連絡で判明。
認知症でケースが発生している方で解決が難しい方について相談・情報共有を実施
主に認知症初期の段階で認知症診断を受けていない方、適切な介護サービスに結びついていない方が対象
となる。例えば、認知症の鑑別診断、基礎疾患のコントロール含め医療につながり、在宅生活を続けるために生活を整える必要がある方など。また、主な対象者ではないが、認知症の行動・心理症状が顕著で家族や包括が対応に苦慮しているケースが上がってくる場合もある。

問5 認知症地域支援推進員や認知症支援コーディネーターは認知症医療にどのように関与していますか。

【認知症地域支援推進員】

推進員がいない。
関与なし
地域包括支援センターに配置。センター職員が認知症ケースについて困っている際には一緒に対応して支援している。
未配置。
個別相談により認知症疾患医療センターへつなぐことや他の医療機関について情報提供。「認知症勉強会」で様々な医療職を講師とする取組みを企画。

V 区市町村調査

<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム事業 ・認知症アウトリーチ事業 ・個別相談ケース対応 ・認知症検診後の後追いフォロー
<p>地域包括職員が把握した認知症疑いで未診断のケースについて家庭訪問、医療機関連絡調整、受診勧奨・調整を行い、医療につながるように調整を行う。</p>
<p>認知症地域支援推進員を全包括（19 包括）に配置。総合相談の中で医療機関と連携が必要な際の連絡調整や必要時同行受診。認知症初期集中支援事業にチーム員として参加。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族からの相談対応・包括等関係機関からの相談・認知症初期集中チームの調整
<p>認知症の疑われる方への訪問を行う、認知症のある方のご家族からの相談に対応するなど。認知症疾患医療センターなど医療機関と連絡をとりあい、受診の支援をしている。例えば対象者が別の疾患により受診したタイミングで長谷川式を実施したり画像診断の案内をするなど。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症専門相談員（区独自、28 か所の地域包括支援センター各 1 名配置）、世田谷版キャラバン・メイト（区独自）と、認知症地域支援推進員研修受講者がともに、認知症施策の取組みの推進役として、区および認知症在宅生活サポートセンター（委託事業者）が後方支援する体制である。そのため、認知症地域支援推進員のみでの認知症医療への関与は、特筆すべき事柄はない。
<p>受診に関する相談や調整、もの忘れチェック会やもの忘れ相談会などの早期発見・早期対応に関する事業の実地やその後のフォロー</p>
<p>初期集中支援事業</p>
<p>疾患医療センターと連携しもの忘れ相談を行っている。</p>
<p>初期集中支援チーム員会議への参加</p>
<p>区民を医療に繋げる橋渡し役として機能しています。</p>
<p>認知症地域支援推進員の活動ができていない</p>
<p>葛飾区では認知症地域支援推進員と認知症支援コーディネーターが兼任かつ 1 名であり、主に認知症初期集中支援チーム事業（区事業）及び認知症アウトリーチチーム（都事業）の調整、区民や関係機関からの相談業務を担っている。</p>
<p>地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置していない。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症検診の勧奨、検診受診後の支援。 ・医療機関と連携した認知症関連イベントの企画、運営。
<p>市民が自身や家族のもの忘れについて医師に相談できるもの忘れ相談会の同席初期集中支援チームへのケース相談 等</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポート医あるいは医師会と定期的な情報交換や共有を図っている。また、認知症疾患医療センターなどが主催する勉強会に参加している。 ・要支援者に対し、区内の認知症医療体制や早期発見のメリットの説明を行い、伴走しながら、通院同行を含めた受診のサポートができる旨を伝えることが多い。認知症ケースに可能な限り関わっていくことで、医療機関との「顔の見える関係」を構築する。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護及び生活支援を行う様々なサービスが連携したネットワークの形成

・認知症疾患医療センターや医療機関、介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割
認知症のある方へ医療機関の紹介や受診同行等を行っている。
医療機関、訪問看護ステーション等と連携し、もの忘れ検診や診断後支援事業の体制構築・見直しを実施。勉強会等を通じて顔の見える関係づくりを推進し、役割認識の共有や連携強化を図っている。必要な医療・介護に繋がらない対象者がいた場合、認知症支援コーディネーターや関係者に相談しながら、地域包括の嘱託医の相談や初期集中支援事業に繋げる。
認知症疾患の周知啓発。認知症のある方や疑いのある方の病院への受診同行や相談。
・医療機関との情報共有・初期集中支援検討会議の開催
認知症の相談を受けた際には、認知症ガイドブック等を用いて専門医受診について提案、医療機関を情報提供している。必要時には、包括より医療機関に本人の症状や生活の困りごとについて伝えている。認知症サポーター養成講座を通して、早期受診の必要性を普及啓発している。物忘れ予防検診のフォローアップを通して、医療面や生活面において、相談対応を行っている。
認知症施策推進部会の中で医療関係者等からの助言を頂き施策に反映している。
ご本人の状況について、医療機関へ情報提供を行ったり、連携をして受診につなげている。
認知症の疑いがある方や認知症の方に対して、実際のケースワークや窓口相談での受診勧奨や医療機関の紹介をしている。
受診に関する相談対応や医療機関との情報共有
・認知症初期集中支援チーム事業のコーディネーターとして ・若年性認知症の人について、地域包括支援センターの伴走支援を実施
配置しておりません
不在
・初期集中チームの会議への出席 ・地域のケースについて申請依頼対応 ・チーム訪問時に同席
認知症地域支援推進員は、地域包括支援センターに兼務配置。医療職の場合は、在宅療養や入院調整を含めた医療面の支援を行う。他職種の場合は、包括の医療職と連携し支援を実施。
認知症ケアパスの作成・周知を通して物忘れ相談医療機関を案内している。認知症検診の実施に向けて協力医療機関の調査を実施している。
地域包括支援センターの職員が兼任しているため問2及び問3の回答のとおり
認知症の地域支援拠点を設置しており、そこで得た認知症のある患者さんの状態を、かかりつけ医や認知症疾患医療センター等の医療機関に報告しており、常に情報共有を図っている。
病院受診（介護認定時の主治医意見書も含む）の促し
「認知症地域支援員」としてではなく、地域包括支援センター相談員として必要に応じて連携している。
町田市では、地域包括支援センターに対して、「認知症初期集中支援チームのチーム員は原則、認知症地域支援推進員から選出すること」としており、訪問等による受診支援を行っている。

V 区市町村調査

初期集中支援事業に該当するケースに対して、認知症サポート医と地域包括支援センターを調整している。
認知症地域支援推進員が、認知症初期集中支援チーム員も兼ねているため、常に関与できる
<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診勧奨・必要に応じて受診同行 ・ 入退院時の病院との連携
地域で認知症が疑われている人や受診が困難な方に対して、認知症初期集中支援チーム等を利用した医療機関への取り次ぎを行っている。
認知症に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう情報提供
地域型高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)から、かかりつけ医がない、またはかかりつけによる対応が難しく適切な医療につながらない認知症の方の相談を受け、解決に向けて支援している。
必要に応じて、地域連携型認知症疾患医療センターや地域拠点型認知症疾患医療センターと連携し、地域の専門医療機関やかかりつけ医での治療に結びつくよう支援している。
地域包括支援センター相談員が認知症地域支援推進員を兼務しているため、認知症にかかわる困難ケースを中心に医療に関与している。
<ul style="list-style-type: none"> ①初期集中支援のチーム員として連携。 ②普及啓発（ケアパス配布、ちらし・ポスター配布等）で、エリアごとに医療機関に挨拶。 ③医療・介護の協議会等への出席。
医療機関の照会など
医療と介護の連携調整
認知症地域支援推進員は、各包括に1人在籍。基本は包括職員としても含め認知症の困難ケースについての相談をしている。認知症の普及啓発活動（オレンジフェス）にも一緒に事業を行ったりしている。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 初期集中支援事業 ・ 市民からの相談 ・ 認知症の普及啓発 ・ 認知症認定看護師との連携
<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診同行や受診勧奨。 ・ 医療機関への情報共有。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 各地域包括支援センターの認知症地域支援推進員が問3で回答したように医療機関と連携している。
認知症でケースが発生している方の情報共有をほかの地域支援推進員へ共有
地域包括ごとに認知症地域支援推進員を配置している。推進員は、認知症支援コーディネーターと協力し、認知症のある人とその家族等からの相談に応じ、医療機関を紹介したり、受診を促すなど、適切な医療に繋がれるよう支援をしている。

認知症支援コーディネーター

コーディネーターがいない。
不在

認知症が疑われる方の受診支援や医療機関相談等を実施。疾患医療センター等との連携に努めている。
未配置。
配置されていない。
・認知症初期集中支援チーム事業・認知症アウトリーチ事業・個別相談ケース対応・認知症検診後の後追いフォロー
認知症地域支援推進員と連携し、地域での認知症ケースの対応状況の把握と対応困難な事例について支援方針の検討を行う。
区保健師2名を認知症支援コーディネーターとして配置。認知症初期集中支援チーム員会議への参加、チームのコーディネート。地域の医療・介護事業所、包括との連絡会議（認知症支援連絡）を年2回開催。2か月に1回認知症疾患医療センターとの連絡会議に出席。年1回認知症初期集中支援事業を担当する認知症サポート医との検討会を開催。
配置なし
地域から認知症の疑われる方の情報が入ると訪問し、頻回に訪問を重ねて関係を作っている。家族と連絡を取ることを行っている。
・認知症支援コーディネーターは配置していない（配置予定なし）。
関与なし
診断・受診の促進の他、診断後の情報共有、医療と地域サービス調整を行っている。
配置なし
当区の認知症初期集中支援チーム事業の中心的存在であり、福祉系専門職の多い認知症地域支援推進員に対して、医療分野の考え方等をコーチングする役割を担っています。
問5 ア の回答と同じ
地域包括支援センターに認知症支援コーディネーターを配置していない。
・認知症アウトリーチのケースでは、医療機関にアウトリーチの説明や協力を依頼。・医療機関にアウトリーチ訪問後の通院先として連携の依頼。 ・本人の状況をアセスメントしてアウトリーチ事業を利用するか、訪問受診を依頼するか等の対応方法の検討・提案。
配置なし
・認知症の疑いのある人を早期にはあ期するための取組の推進 ・認知症の疑いのある人の訪問及び認知症の症状の把握や認知症初期集中支援チーム等と連携した訪問・支援等
・地域包括支援センターより認知症初期集中支援チームの派遣に係る相談を受けている。・区民等からの認知症医療に関する相談を受け、情報提供等を行っている。
認知症サポート医や主治医、大学病院等に情報共有・連携しながら、必要に応じて対象者への家庭訪問、受診同行、日常生活支援、入院支援などを実施。認知症ケアパスを活用し、家族への説明や受診勧奨を実施。
認知症初期集中支援チームへの依頼の調整。ケース訪問や会議への参加。入院調整。
設置なし
初期集中支援事業への依頼や、医療機関の紹介等

V 区市町村調査

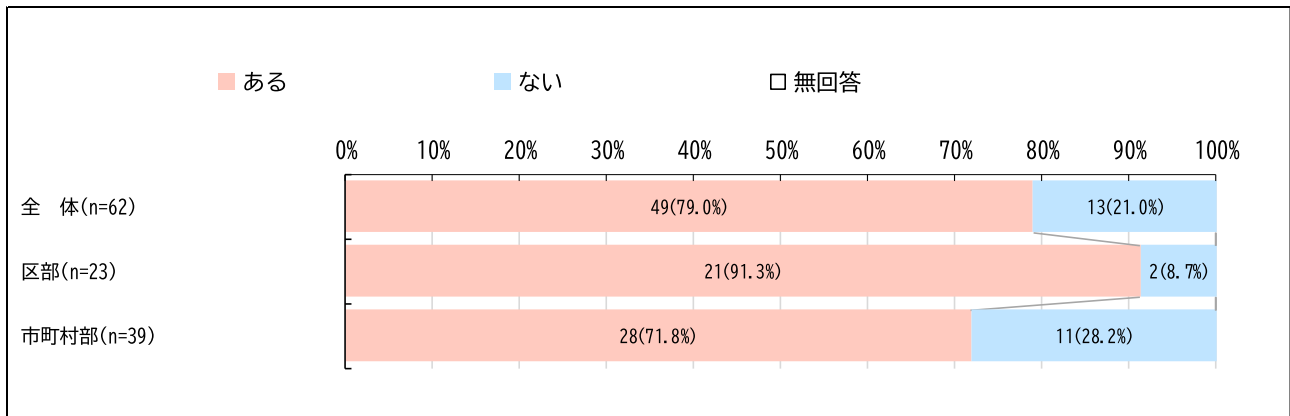
<p>認知症の人とその家族にかかわる医療・介護従事者と連携し、認知症の疑いのある人を把握。地域包括支援センターから把握された対象者について、初期集中支援事業やその他の認知症施策の利用が適切かアセスメントし、認知症初期集中支援チームと一緒に方針を検討し、状況に応じて適切な医療・介護サービスにつなげるよう関与している。</p>
<p>認知症支援コーディネーターの配置はない。</p>
<p>認知症地域支援推進員への医療情報の助言、区民からの窓口や電話での相談に対する助言。認知症疾患医療センターと認知症地域支援推進員との連携仲介。</p>
<p>受診相談、予約支援、受診同行、家族介護者や包括、医療機関との連携</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症が疑われる人への訪問、受診勧奨、受診同行 ・ 認知症アウトリーチチームの調整
<p>配置しておりません</p>
<p>不在</p>
<p>配置なし（推進員を配置）</p>
<p>配置なし</p>
<p>認知症初期集中支援チームの一員としてケース対応に関わっている。包括での困難ケースの相談対応をしており、年10件ほど訪問対応をしている。（うち5件は医療機関受診（未受信や受信拒否）に伴う相談）</p>
<p>設置なし</p>
<p>配置なし</p>
<p>認知症地域支援員が兼ねているため同上</p>
<p>町田市には認知症支援コーディネーターを配置していない。</p>
<p>東京都アウトリーチ事業に該当するケースに対して、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターを調整している。</p>
<p>家族からの相談に乗り、対応の助言や医療機関の紹介をしている。本人に受診拒否がある場合は、適宜訪問等で状態の確認をしながら受診につながるタイミングを図っている。</p>
<p>認知症支援コーディネーターは設置なし</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症疾患医療センターとの関係性づくり ・ 認知症検診などの早期発見・早期支援のための体制の構築
<p>認知症地域支援推進員と兼務</p>
<p>認知症の方やその家族が地域で安心して生活できるよう容態や困りごとに応じて医療機関や介護サービス福祉機関など関係機関と連携して必要な支援につないでいる</p>
<p>高齢者支援課の認知症地域支援推進員と地域型高齢者総合相談センターの認知症地域支援推進員とともに、地域の課題を整理し認知症の早期発見・早期対応に向けた体制の整備をしている。また、高齢者総合相談センター職員や会議者等への認知症のケアや医療・介護の連携等に係る研修を実施することで、認知症高齢者とその家族の支援に携わる関係機関の認知症対応力の向上を図っている。</p>
<p>認知症支援コーディネーターを配置していない。</p>
<p>任意知将地域支援推進員と、医療機関のコーディネート。市の事業のつなぎ（受付や、事後フォローのため、各包括や推進員に検査結果等を伝える）</p>

医療機関の照会など
医療と介護の連携調整
港区では包括の医療食が支援コーディネーターとして配置されています。港区医師会が行う認知症健診後のフォローを区が実施しており、個別支援や認知症事業で行う個別相談対応、医療機関への情報提供つなぎを実施している。包括で行う認知症の困難ケースの個別支援（初期集中も含む）
認知症支援コーディネーターは、行政に1人なので、推進員や他の包括から受けた困難ケースについて行政側からのアプローチが必要なケースに対し、認知医療への対応に関与している。
<ul style="list-style-type: none"> ・市民からの相談 ・認知症の普及啓発 ・年6回の認知症疾患医療センターとの定例会
<ul style="list-style-type: none"> ・若年性認知症当事者の受診同行。 ・専門医の案内。 ・医療機関への情報共有。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターからの相談で、初期集中支援事業を活用する等で対応している。
該当なし
地域包括ごとに認知症支援コーディネーター（看護職）を配置し、地域の認知症の疑いのある人の早期発見・早期支援に務めている。地域の医療機関とのネットワークの構築、認知症初期集中支援チームの運営等も担っている。認知症のある人とその家族等かの相談に応じ、包括の多職種・関係機関と連携し、適切な医療に繋がれるよう支援をしている。

V 区市町村調査

問6 認知症に関する医療・介護の連携上の課題はありますか。

「ある」(79.0%)が最も高くなっている。



問6で「ある」と回答した自治体に伺います。

問6—1 医療・介護の連携上、どのような課題があるかご記入ください。

島内ではサービスが限られてしまうので、島外のサービスを受ける際の課題
認知症診断後から介護を受けるまでの間の期間について支援を行うことが出来ていない。
訪問診療医（特に認知症対応が可能な医師）がほぼいない。24時間訪問可能な訪問系サービスがない。
独身で身寄りがないケースの場合、緊急連絡先や身元保証人がいないため、店員や入所ができないことがある。
認知症の疑いがあり、在宅での生活が難しいと思われる患者を病院の都合上退院させるという事案もあった。また、退院前カンファレンスを包括より打診したが断られる事案もあった。医療機関は必要な治療を行うことはもちろんだが、地域で生活できるような体制を整えるために必要な機関への連絡調整を行うことも役割であるとする。
令和6年度初期集中支援チーム検討委員会にて、サポート医より「認知症が疑われる方が来院しなくなったときにあとを追いかけるシステムが整備されておらず、適切な治療につながっているかどうか不明」との声が上がった。また、認知症の初期症状の方の情報を得る方法が確立されていないことが課題となっている。地域包括支援センターの業務においては介入時にはすでにかなり症状がすすんでいる方が多い。
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症診療やBPSDへの相談・助言が出来る医療機関や医師のリストの整備・公開が求められる。 ・ 医療機関は診断・投薬が主で、地域の相談機関につなげたり、暮らしの困り事への具体的な相談助言は重視しておらず、本人・家族は、そのシワ寄せで診断後絶望に陥りがち。（診療報酬として定めないと定着しない恐れありか）
クリニック等の医師の認知症への理解の不足
<ul style="list-style-type: none"> ・ 受診同行に家族の協力を必ず求められる。家族が同行できない場合や、身寄りがない方に対して同行を求められる（検査で複数日に渡り受診が必要で、ヘルパーなどの調整が難しい現状がある） ・ 予約が埋まっているため、数か月先延ばしになることがある（予約制で、予約が取りにくい） ・ 認知症の特性から、当日キャンセルなどの受診できない恐れ。 ・ 医師、訪問看護、ケアマネ、包括など多職種間で情報が分断されることがある。
受診のタイミングや介護サービスの導入など、本人や家族の意向もあるため、うまく進まないことがある
1つのケースに対して、アプローチの仕方等、捉え方や考え方が医療と介護（福祉）で違う場合がある。
島内では、認知症の確定診断ができず、島外へ行く必要がある。また、本人を連れ出すのが大変。
介護保険サービスを導入したいが、医療拒否によって主治医意見書の作成ができず、迅速なサービス利用ができないケースがある。

<p>BPSD や他害行為がある等、速やかに医療に繋がりたいが本人の受け入れが悪い場合に、家族と専門職の認識にはズレが生じる場合もあるため、医療機関と介護者の情報共有による対応が必要。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・介護分野の支援者には、支援者の課題がそれなりに見受けられるため受診を促すが、医師を前にすると、日常とは異なり、明瞭な受け答えをする対象者が少なく、想定よりも狩る症状と医師が判断し、治療や生活支援に温度差や方向性の相違が生じるときがある。 ・連携体制ができていなかったり、個人情報保護の制約からケアマネジャーを含む一般の介護事業者や医療機関と密に情報連携を図りにくい部分があり、受診に同行する機会も限られるため、正確な情報が互いに伝わりにくい。家族や本人からの申告だけでは、実際の症状や課題、診断結果とは異なった伝わり方をすることが多い。
<p>介護サービスの基盤の整備では、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けていくことができるように生活支援・介護予防・介護・住まい・医療を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の深化・推進に向けて、医療や介護が必要になっても在宅医療と介護が一体となり、高齢者が安心して生活できる質の高いサービスを確保していくこと</p>
<p>医療機関と介護サービス事業者の情報共有のためのツールが様々であるため、即時的な情報共有が困難な場合がある。</p>
<p>認知症患者を受け入れる病床が少なく、入院困難なケースが多い。顔の見える関係を築く会議等の機会が少ない。保健所との連携が不十分。認知症施策が区民ニーズに合っているかの把握が難しい。医療機関からは問題がある時のみ連絡があり、地域側から連絡をとりたくても担当者がわからない。</p>
<p>認知症サポート医の役割と連携の仕方が不明瞭。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・施設入所・利用を断られる場合がある。（重度、問題行動がみられる場合）
<p>本人が医療介入を拒否していたり、家族の介護のこだわりが強いと介入に苦慮する。</p>
<p>介護保険サービス等利用のために医師の診断書・意見書が必要であるが、受診が難しいためサービス導入まで時間がかかる。</p>
<p>認知症の方の意思決定支援について。地域では意思決定できるレベルと判断して支援していた方が、医療機関に入院すると意思決定できるレベルでないと判断され、成年後見制度等をすすめる連絡がある。同じ人をみているのに、医療と地域で大きな差があることが時々ある。</p>
<p>認知症の方が抱える課題が複雑化（治療、サービス、独居など）する中で、課題それぞれに複合的に対応する際に決められた会議体でないと時間を設けることができずに現場が抱える時期が長い。</p>
<p>患者の単独受診時、医師からの助言が理解できず受診が継続できない場合、町から病院に状況確認するも個人情報の関係でうまく連携が図れないことがある</p>
<p>問2の記載内容と同様の課題</p>
<p>情報交換はできているが、具体的な支援が難しい</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・開業医へ介護の職員が相談しにくい ・医療の相談員が退院時や転院時に介護と連携できていない
<p>本人の意志をどう尊重するか、どの段階まで本人判断を優先するか難しい。医療者・介護者感で認知症に関する理解や対応スキルに差がある。</p>

地域包括からは多くの回答が寄せられましたが、急な退院調整を求められて苦慮するケースが多いようです。
かかり付けの医療機関が無く、認知症と疑われる場合の受け入れ先が見つからない。
課題についての共有・検討できていない。
<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医から、専門医や入院できる医療機関を直接紹介してもらえないことがある。医療機関同士で入院調整ができるよう、横のつながりを強化する必要がある。 ・認知症ケアパスについて、医療・介護ともにまだ十分に浸透していない。 ・精神状態が悪化した際に、訪問診療や往診対応が難しい。 ・かかりつけ医が、専門医以外の場合に介護サービスにつながるまでに時間を要することもある。 ・独居などの場合、生活状況が医療・介護の関係者が把握することができずに、タイムリーな支援につながらない事例もある。
引き継ぎの際に、主たる支援者が曖昧になりやすい
情報の共有の仕方
医療と介護が別々のシステムで運営されているため、情報連携が進みにくい
職種間の相互の理解や情報共有などが十分でないなど、必ずしも円滑に連携が履かれていないため、退院後に健康管理ができない、介護保険サービスにつながっていないなどの課題がある。また認知症がある方で医療拒否がある場合に介護保険の申請をしたくても意見書を記載する主治医がいない、新規で意見書を依頼ができたとしても本人の実態を把握した上での意見書の記載は難しい。
個人情報の保護
本市の認知症疾患医療センターが精神科でないため、BPSDの悪化やその他の精神疾患等の合併で入院が必要なケースについて、近隣の医療機関に転院する必要がある。また、近隣医療機関の受け入れ人数にも限りがあるため入院調整に苦慮している。介護サービスを利用しながら認知症疾患医療センターに通院しているケースでは、ケアマネの認知症に関する医療連携への理解が乏しく、受診が家族任せになっておりBPSDの悪化やサービス拒否等の問題が主治医へ伝わらないため、精神科受診や入院が必要なケースについて主治医から家族に段階を踏んで説明することができていない。ケアマネが認知症の進行に合わせたケアプランの提案ができていないため、急な入院調整を迫られるケースや退院後、在宅復帰が困難なケースが増えている。介護保険の有効期限が長くなっていても状態の変化に合わせて定期的に主治医と連携をとる必要がある。
・地域で、認知症治療の早期診断や治療の周知が進むほど、高齢者人口の増加等も相まって、受信者が増加して、医療機関を圧迫する。
入院前の状況を病院があまり知らない。連携ツールが確立と浸透していない。
様々な会議体等で区と施設（介護・医療）は連携を図っているが、施設同士の情報共有や連携には課題がある。また、今後も様々な会議体等で医療・介護関係者との連携は必須
困難ケースの場合、医療・介護それぞれお互いの役割の範囲を超えて支えていかないとならない場合がどうしてもあるが、その理解が医療・事業所によって差がある。その他、医療側が多忙で連携のハードルを感じている事業所がまだある。
退院支援

未受診者・医療中断者への対応、家族の協力が得られない、本人が医療を拒否する等がある時に、医療との連携に困難が生じることがある。

- ・医療機関の受診を躊躇する人や家族が、気軽に相談できる場所があるとよい。
- ・包括や地域のケアマネなどが、気軽に相談できる窓口があるとよい。

認知症でケースが発生している方への対応において課題がある

- ・個人情報保護の観点から、情報のやり取りが制限されてしまう傾向にあり、結果、介入のタイミングを逃し、症状の重症化に繋がってしまう可能性がある。
- ・在宅療養支援者（訪問看護ステーション・介護事業所）と入院医療機関の間で、患者情報が円滑に共有されない。
- ・医療は診断や治療中心で生活支援の視点でのサポートは薄く、又、介護側は医療的対応（行動心理症状や薬の副作用への対応）に限界があり、医療と介護の役割があいまいになる。

3 認知症のある方への医療の提供について

問7 現在、身体合併症や行動・心理症状のある方の治療については、認知症疾患医療センターにおいて受入れ体制を整備するとともに、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受入れを促進していく体制を構築することとしています。今後、増加が見込まれる認知症のある方への医療を十分に提供するためには、認知症疾患医療センターや地域の医療機関等にどのような役割・機能が必要だと思いませんか。

島しょ部地域へのサポートも引き続きよろしくお願いいたします。

小離島の現状把握と柔軟なアドバイス。

高齢者単身世帯。高齢者世帯が増加する中、地域で継続的に病状等をアセスメントしていく必要がある。そのため、かかりつけ医が認知症治療にも積極的に関わることが出来るシステムが構築されることが望ましいと考える。

本村には医療センターも専門の医療機関もないので、包括的な役割が求められる。またオンラインでの見守り等、離島や郊外にも対応した機能が必要になってくると感じている。

認知症で精神科等へ入院しても、地域から排除されず在宅へ戻れるようなサービスや連携が必要。悪化すれば入院して改善すれば自宅に戻れる安心感が持てるように、通院支援や医療機関で支援方針の共有が必要。

- ・精神疾患が元々ある方の場合、精神症状が落ち着いていて認知症が主であっても、受診や通院が限られてしまうことが多いため、医療機関の受入態勢の強化が必要
- ・身体的疾患（内科的）で入院が必要な時、受入れ先が限定される。

- ・認知症疑いのケースは外来受診を複数回行うことが困難な場合が多いため、1回の外来で診断がつくことが望ましい。

- ・地域の医療機関等でも BPSD への対応ができることが望ましい。

認知症の疑いがある方やその家族が気軽に相談できる体制を整えてほしい。

- ・認知症に対するイメージの改善（新しい認知症観の普及等）・地域の医療機関においてもアウトリーチ機能や対応相談ができる。

生活リズムにあった治療の方法を相談できる機能（独居で定期的な通院が難しい、服薬管理が難しく一日複数回の服薬ができないなど）医療、介護サービスについてチームで対応できる機能（たとえば医師から患者ヘデイサービスやリハビリなどの必要性を説いてもらうなど）認知症で周辺症状のある方や精神疾患を併発している方に入院が必要になった場合など入院や入所先を探すことに困難が生じることがあるため、相談できる機能
・認知症に対する標準化された対応（クリティカルパス）が広く根付き、実践されるよう、認知症疾患医療センターが地元医師会と連携・協力して、医師対象の研修会を定例・継続的に実施し、認知症地域医療体制整備に向けて力を発揮していただきたい。（認知症疾患医療センターも含めた「もの忘れ診断地域連携（クリティカルパス）」が、きちんと稼働し根付くような仕組みづくりが、認知症疾患医療センターと地元医師会で検討できると良い。）
小平市は国立精神・神経医療研究センター病院が認知症疾患医療センターなので、地域の医療機関と役割分担はできていると思いますが、認知症のある方の増加に伴い、地域の医療機関側の認知症に対する理解の不足による機能不全にならないような体制整備が必要であると思われる。
疾患センター・初期集中支援事業だけだと、診断後の医療が宙ぶらりんになることがある（CMや包括が何とか対応して繋がるが…）。医療機関のアウトリーチや訪問診療部門の充実など柔軟に繋がる体制があるとよい（初診で紹介状を求められる…）。
地域は医療機関を知る必要があるし、医療機関は地域を知る必要があると思う。それができている地域や医療機関はあるが、もっと全体的に浸透する必要があるため、連絡会や情報交換会だけでなく勉強会も必要だと考える。
入院や対応の助言、服薬調整など相談がスムーズに行くとよいと思う
高齢者が多い認知症のある人には糖尿病等の疾病を併せて持っている人も少なくなく、かつ適切な服薬が出来ていない場合が多い。そのような人も受け入れてもらえる则有難いです。また、認知症疾患医療センターには、地域の医師会に入会していない精神科医院と連携してもらいたいです。
まずは、島内医療機関に認知症専門医を配置すること。
区内の認知症疾患医療センターについて、行動・心理症状について対応が不十分であるため、他の医療機関（主に精神科）に頼らざるを得ないといった意見が、地域包括支援センターから出ている。具体的には、不穏時の対応や服薬について、相談ができるとよいといった意見があった。
医療機関同士や介護関係機関も含めた利用者情報等の級友を行うネットワークの構築
速やかに医療に繋がり診断がつくような環境の整備が必要である。認知症初期集中支援チーム等は、依頼後に速やかに訪問してもらえるような体制があると良い。独居の方では、定期通院していても主治医が本人の認知機能低下や生活の状況について、本人が伝えておらず把握されていない場合もあると思われるので、情報共有は引き続き行っていきたい。また、MC I等、早期段階での啓発や進行を抑制するためのプログラム、診断後の支援の場を医療・介護で連携して作っていけると良い。
医療機関、認知症疾患医療センター間での入退院時の情報共有の強化等
・何らかの疾患による認知症は、誰もが起こりうる可能性を持ち、特異ではないことを積極的に発信してもらいたい。日本の医療は、一定の高水準で医療提供できると考えているため、認

<p>知機能の低下に不安がある、または少しずつ認知機能が低下している自覚がある人たちが、少しでも医療機関へ受診する最初の一步を踏み出しやすいよう、認知症に対する偏見や先入観を取り除く言葉を発してもらいたい。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護事業者やケアマネジャー、地域包括支援センター等、実際の生活場面に深くかかわっている支援者との継続的な情報共有・連携の窓口となる昨日が必要と考えている。医療連携室や地域の医療機関の窓口となる方と支援者が「顔の見える関係」を築けると、要支援者への適切な医療の提供につながりやすいと感じる。また、医療機関側に専任の担当者がいると、支援者との連携がとりやすいだけでなく、本人・家族の意向に基づいた治療や支援がなされているかを把握しやすいと思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症に対する区民の理解促進及び認知症の早期発見・早期診断等の役割 ・地域の認知症に関わる医療機関同士の連携及び医療と介護に緊密な連携を推進する機能
<p>地域包括支援センターや介護サービス事業者と顔の見える関係性を築き、積極的に情報共有や連携を図っていく役割。</p>
<p>密な連携体制の構築と、入院の速やかな受け入れ体制の確保/啓発活動の強化/認知症のある方の入院枠の設定と、空床情報を共有するシステムの整備/医師が家族の不安を丁寧に傾聴し、その内容を主治医につたえる仕組みの導入。主治医が多忙の場合、別の医師が家族の話聞いて主治医に伝えることで、家族と主治医の関係改善につながる。/医師間の不介入の慣習に配慮しつつ、システムとして情報を共有できる仕組みの整備/認知症単独ではなく精神疾患を併存する方への対応の強化/入院早期からの連携・情報共有の徹底</p>
<p>周辺症状がひどくなると入院の受け入れが難しくなるため認知症疾患医療センターでの受け入れが難しいのであれば入院できる医療機関との連携体制を強化してもらいたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関とのネットワーク構築・受け入れや治療について相談する地域包括支援センターやケアマネジャーへの情報共有・情報提供・重度認知症、問題行動がみられる方のスムーズな施設入所や利用
<p>今後、高齢者が増えるため、多くの人を受け入れられる体制（人材確保、病床数、職員の待遇等）が必要になる</p>
<p>入院が必要な場合にはスムーズに受け入れていただくよう調整する役割があるとよい。認知症が進行する前から地域の医療機関は認知症のあるケースについて把握し、認知症疾患医療センターや確定診断のできる医療機関へつなぐ役割が必要だと思う。また、診断後は地域包括や自治体と連携し、患者への正しい情報共有や関係者へつなぐ役割も必要だと思う。</p>
<p>単科の精神科病院が多いため、身体合併も対応できる精神科医療機関が求められる。特に、透析で認知症のある方は入院できる施設がほとんどない。</p>
<p>認知症疾患医療センターが地域の認知症治療や相談体制構築に関する最新の情報を発信することについて。</p>
<p>もの忘れのある方を地域の医療機関のみで抱えているケースが多いため、認知症疾患医療センターや町へつなげる体制づくりが必要と考える</p>
<p>入院により認知症の行動・心理症状が落ち着いた方が退院し、在宅に戻ってきた後、再び症状が悪化した場合など、在宅での介護を医療機関でフォローアップしていただけるとありがたい。（本人に合ったケアの仕方などを家族、支援者に具体的に助言いただくなど）</p>

<p>様々な病院、団体と複雑な連携が取れる本土と異なり、島しょ地域は限られた人的・設備的なリソースをどのように初期対応に活かしていくかが重要です。直接の連携体制は難しいと思われれますが、地域特性ゆえの課題の解決案の検討などをご参画頂けると思います。また有事の際には、本土への搬送・入院が必要な認知症患者様の受け入れ先となりうる医療機関との緊密な連携も重要と考えます。</p>
<p>離島であっても地域全体で受け入れをしていくための支援や離島の实情に応じた支援をお願いしたい。</p>
<p>認知症患者の手術等、疾患医療センターで身体合併症の患者を受け入れてくれるようなハブのセンターの構築が望まれる。精神科入院床を持ち、身体合併症も治療できる公的病院や大病院がスムーズに受け入れてくれるような流れが必要だと感じている（神奈川県脳卒中リハビリテーションやクリティカルパスのようにそれぞれの医療施設や家族が頑張らなくても自然に段階的に医療が受けることのできる流れ）</p>
<p>認知症疾患医療センターを含めた入院機能を有する専門病院においては、在宅生活の継続が難しい認知症の症状が発生した際の、集中的な治療による在宅への復帰が役割であり、そのために、認知症専門家を含めた地域の医療機関との更なる連携が必要。</p>
<p>かかりつけ医が認知症と思われる患者を適切に疾患医療センターへつなぐ連携強化が必要と考える。</p>
<p>入院・退院や受診から、スムーズに介護サービスや在宅生活に移行するために、医療機関での本人・家族への丁寧な説明とその内容をケアマネージャーや地域包括といった関係機関へも共有されることが必要と思われれます。</p>
<p>認知症の進行を遅らせることが重要になると思いますので、検診等で認知症を早期発見する体制整備が必要だと思います。</p>
<p>わからない</p>
<p>初診での認知症診断受け入れ体制の強化</p>
<p>認知症のある方の症状の程度や身体合併症の有無により、かかりつけ医と認知症疾患医療センターがより連携することが必要である。症状に応じて、かかりつけ医から認知症疾患医療センターへの紹介、また専門的な治療を終えた際等に認知症疾患医療センターからかかりつけ医へ逆紹介するといった対応が必要である。そのためには認知症疾患医療センターや地域の医療機関が互いにどのような検査や治療を実施できるのか、また空き状況などを把握できるような仕組みづくりが必要だと考える。</p>
<p>精神疾患と認知症の鑑別が必要になりますが、現在は認知症疾患医療センターに頼らざるを得ない状況です。認知症疾患医療センター以外の精神科病院との連携が今後必要になってくるのではないかと考えます。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療機関にも、気軽に相談できるような医療ソーシャルワーカーがいるとよい。 ・住民への認知症への理解が向上するような啓発活動 ・医師に対して、地域と連携することの必要性について周知し、認知症ケアパスを適切に活用した在宅医療が行われるように支援する。 ・認知症患者が医療レスパイトできるような医療機関の開拓や制度づくり

<p>・医療で認知症が疑われる患者を発見した際に、本人または家族に説明を行い、併せて介護サービス利用に早期から発見できるよう、医療分野への啓発・若年性認知症の本人や家族の抱える課題は、高齢者の認知症患者と異なることもあるため、相談対応ができる機能。</p>
<p>地域の医療機関が積極的に認知症疾患医療センターを活用してもらえようシステム構築。</p>
<p>とくになし</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・多くの医療機関等（かかりつけ医）で認知症健診ができるとよい。 ・認知症の精密検査を受けるにあたり、来院回数が減ると本人、家族の負担が軽減される。 ・視覚障害や聴覚障害がある方の認知症検査など、地域医療機関での受診の受け入れ。
<p>中野区のように入院設備のある認知症疾患医療センターがない地域もあり、地域に認知症の方が退院した場合、切れ目の医療・介護を提供できるよう地域の医療機関との連携、医療・介護が提供できる機能、入院が必要なケースに対応できる体制整備も必要だと思う。本人の体調や生活異変があった場合にすぐに本人・福祉関係者から気軽に些細なことでもかかりつけ医に相談できるようリアルタイムに活用できる医療と福祉の連携機能充足も必要だおt 思う。</p>
<p>引き続き現在の役割を強化することにより受け入れ可能な認知症のある方の幅と件数の増加が必要だと考えています。</p>
<p>地域のサポート医を受診しながら、必要時認知症疾患医療センターを受診したいが予約がとれず、早期の受診が難しい。サポート医と認知症疾患医療センター専門医間でのカルテの連携等の仕組みがあるとよい。また、緊急時の受け入れについて地域連携型認知症疾患医療センターと地域拠点型認知症疾患医療センターが連携し受け入れていただけるような仕組み必要である。少なくとも認知症初期集中支援チームで関与したケースについては、バックアップ体制を確保していただきたい。軽度認知症の方については、一般病院では徘徊リスク等をことさら恐れるのではなく本人の状態に応じて積極的に受け入れていただけるような体制を構築していただきたい。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・介護関係者が、専門医に相談できる機会（オンラインでもいいので、月数回もしくは、随時の予約制）。 ・疾患センターは混んでいるため、地域のクリニックで、若年性認知症やうつなどの精神疾患も含めた、認知症のスクリーニングができるようになったらありがたい。 ・介護保険で主治医がいるとほかのクリニックにつなぎずらい。柔軟な体制になったらありがたい。 ・市や包括、医療機関が顔が見える関係になれたやりやすくなると思う。
<p>島内に専門の医療機関はないが、内地の医療機関と連携を図り、相談や受け入れなど行っているところ。今後も、維持強化していければと思います。</p>
<p>認知症に対しては医療だけがすべてではないため、地域の居場所などの共生社会を目指した社会資源にも、医療機関の職員も足を運んで知ったりする必要があると思います。そうすることで、具体的に情報提供もできると思います。</p>
<p>認知症サポート医をもつ医師が増えていくことが望ましいと思います（地域で認知症を診ていきつつ、複雑な検査・治療が必要な場合は認知症疾患医療センターと連携を図るなど）。認知症疾患医療センターに認知症のある人の病床をある程度確保してほしい。</p>

地域包括支援センターが持っている、認知症疾患で困難が予想されるケースを共有し、いざと言う時には、それぞれがどのような役割で対応するのかを明確にする。包括地区ごとに初期中チーム員、包括、医療とで年1~3回モニタリング的に共有する。必要に応じて担当ケアマネが参加する。ただ、そのためには、要保護児童対策地域協議会のような個人情報については法的に守られた会議にしないと、本当に必要な情報共有や連携はできないと思われる。

- ・ 認知症サポート医や認知症認定看護師の人材確保と人材育成
- ・ 認知症サポート医や認知症認定看護師の普及啓発
- ・ 市民への認知症普及啓発、気軽に相談できる体制づくり（院内にとどまらず地域での活動）
- ・ 認知症カフェやチームオレンジ等、社会参加創出の連携
- ・ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の周知、普及啓発

- ・ 認知症への理解を深める。
- ・ 認知症の普及啓発。
- ・ 地域住民や行政との連携。
- ・ 問6-1のような時の支援体制の整備。

・ 認知症により入院加療や服薬調整が必要な時、また、症状の悪化により家庭にいることが困難な時に、入院の受け入れをしていただきたい。・ 認知症診断後の支援に速やかにつながるように、今まで以上に医療機関と地域が連携して、本人に必要なサービスや社会保障につながるようにしていきたい。医師による診断後に、病院の相談員と必ず面談するなどして、一連の情報提供をする。そして、市や地域包括支援センターの認知症地域支援推進員への相談を促していただきたい。

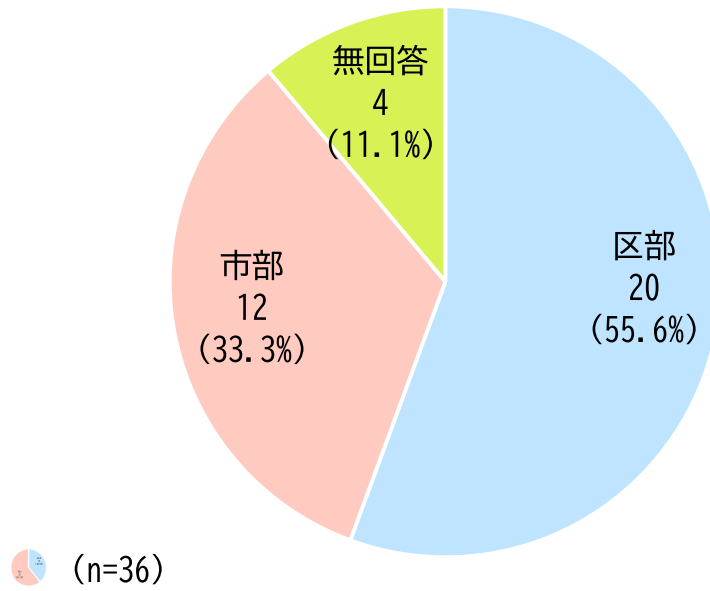
地域の認知症の方の情報収集・共有を行える包括ケアシステムの役割・機能が必要

認知症疾患医療センターの役割は、認知症の病態と慢性疾患がご本人の生活にどのような影響を及ぼすのか、多職種・地域が想像できるよう働きかけ、適切な環境に導くことである。地域に相談や専門的鑑別診断ができる医療機関が少なく、認知症疾患医療センターに集中している現状があるため、今後は地域の身近なかかりつけ医などでも認知症の相談がしやすくなるような体制の構築が必要であると考えます。

VI 当事者・家族調査

0 基本情報

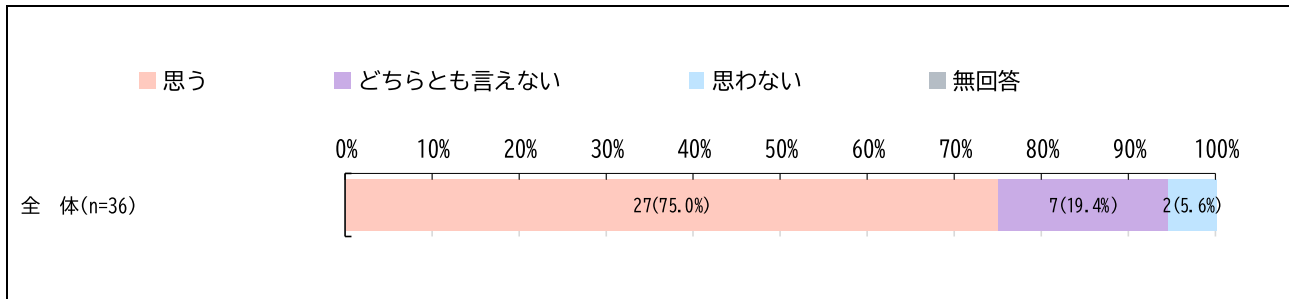
1. 地域



1 ご自身のかかりつけ医について

問1 ご自身のかかりつけ医は、認知症について理解があると思いますか。

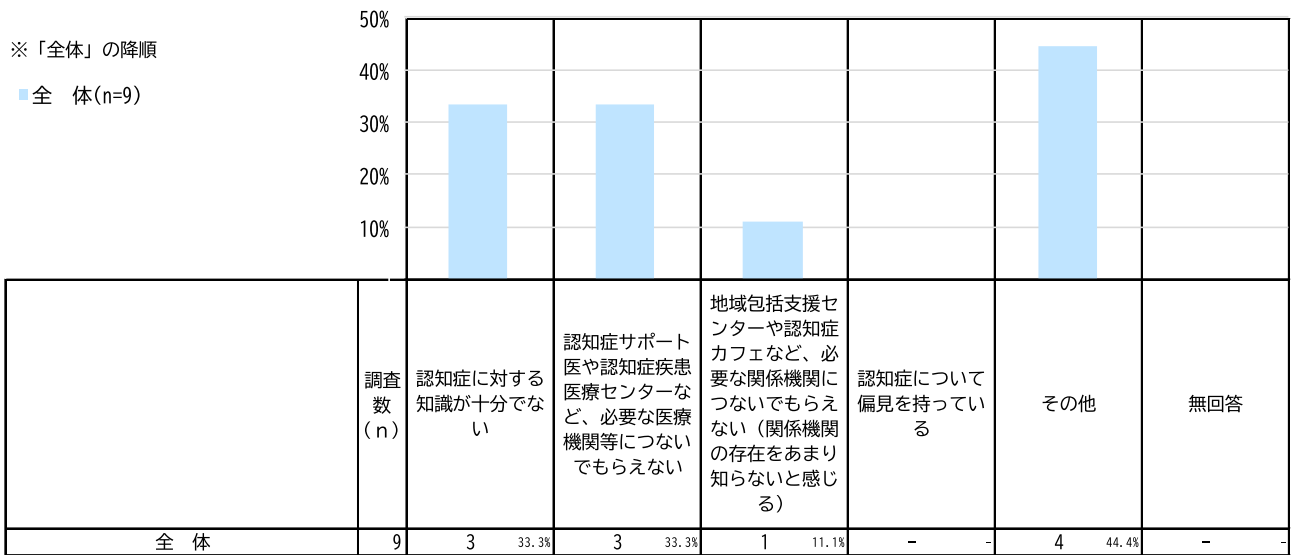
「思う」(75.0%)が最も高くなっている。



1で「どちらとも言えない」または「思わない」と回答した方に伺います。

問1-1 なぜそう思いましたか。(あてはまるもの全てに○)

「認知症に対する知識が十分でない」・「認知症サポート医や認知症疾患医療センターなど、必要な医療機関等につないでももらえない」(33.3%)が最も高くなっている。

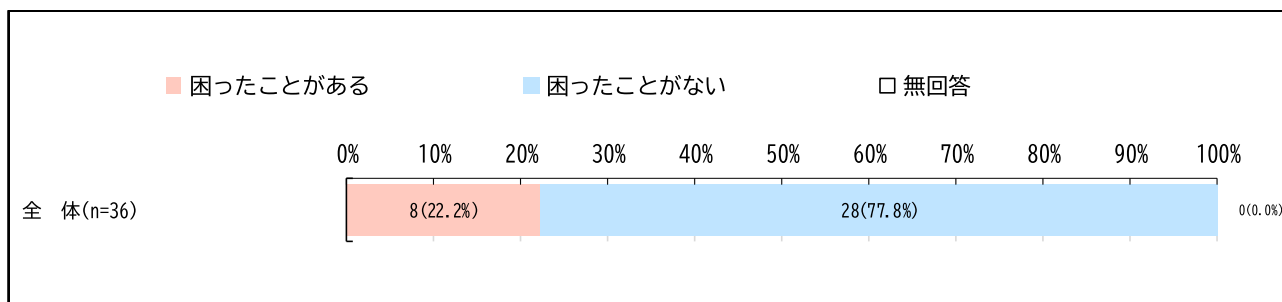


※ 各枠内の数値は回答件数、比率 (%) を表す

2 入院先を選ぶとき

問2 病気やケガ等で入院して治療することが必要になったとき、入院先を選ぶに当たって困ったことがありますか。(1つに○)

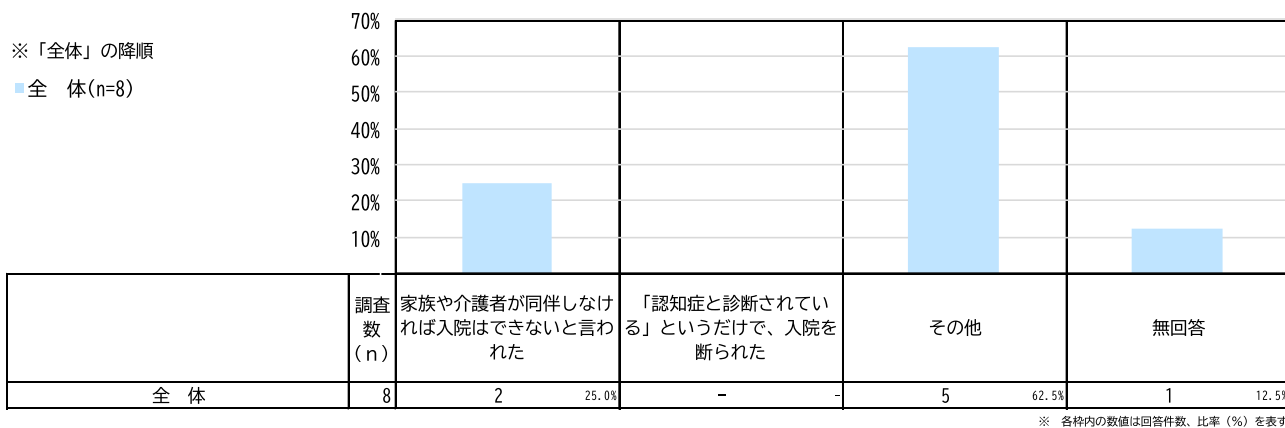
「困ったことがない」(77.8%)が最も高く、次いで、「困ったことがある」(22.2%)となっている。



問2で「困ったことがある」と回答した場合のみご回答ください。

問2-1 どのようなことで困りましたか。(あてはまるもの全てに○)

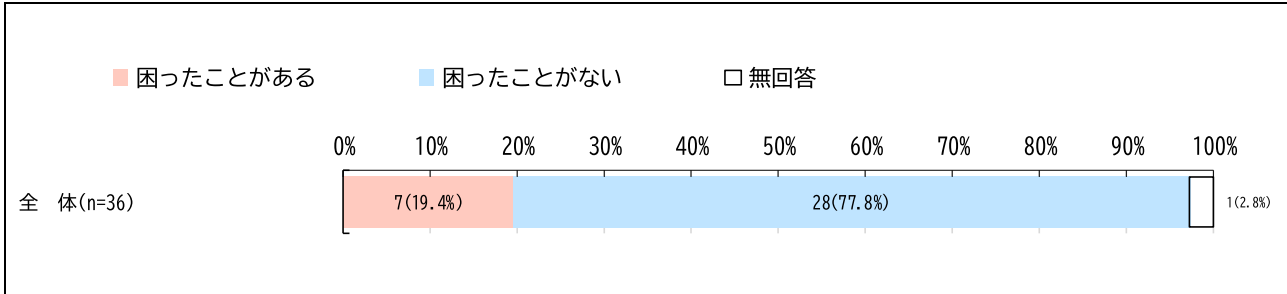
「家族や介護者が同伴しなければ入院はできないと言われた」(25.0%)が最も高くなっている。



3 入院中に治療やケアを受けているとき

問3 病気やケガ等で入院したとき、入院中の治療やケアで困ったことはありますか。(1つに○)

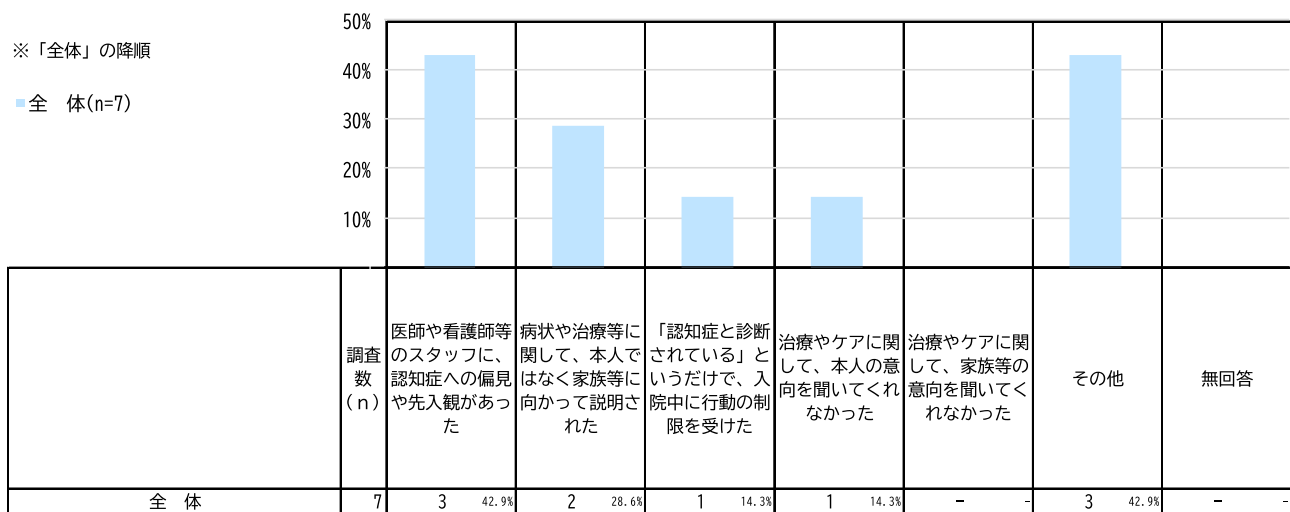
「困ったことがない」(77.8%)が最も高くなっている。



問3で「困ったことがある」と回答した場合のみご回答ください。

問3-1 どのようなことで困りましたか。(あてはまるもの全てに○)

「医師や看護師等のスタッフに、認知症への偏見や先入観があった」(42.9%)が最も高くなっている。

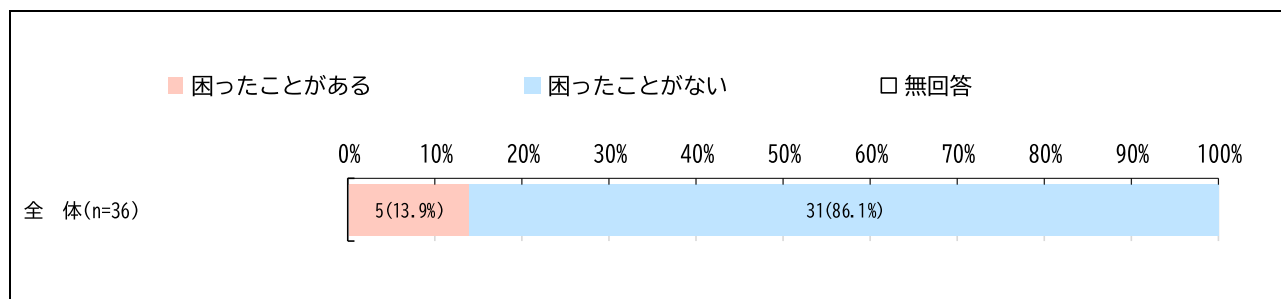


※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

4 退院するとき

問4 病気やケガ等の治療の終了等により退院するとき、困ったことはありますか。(1つに○)

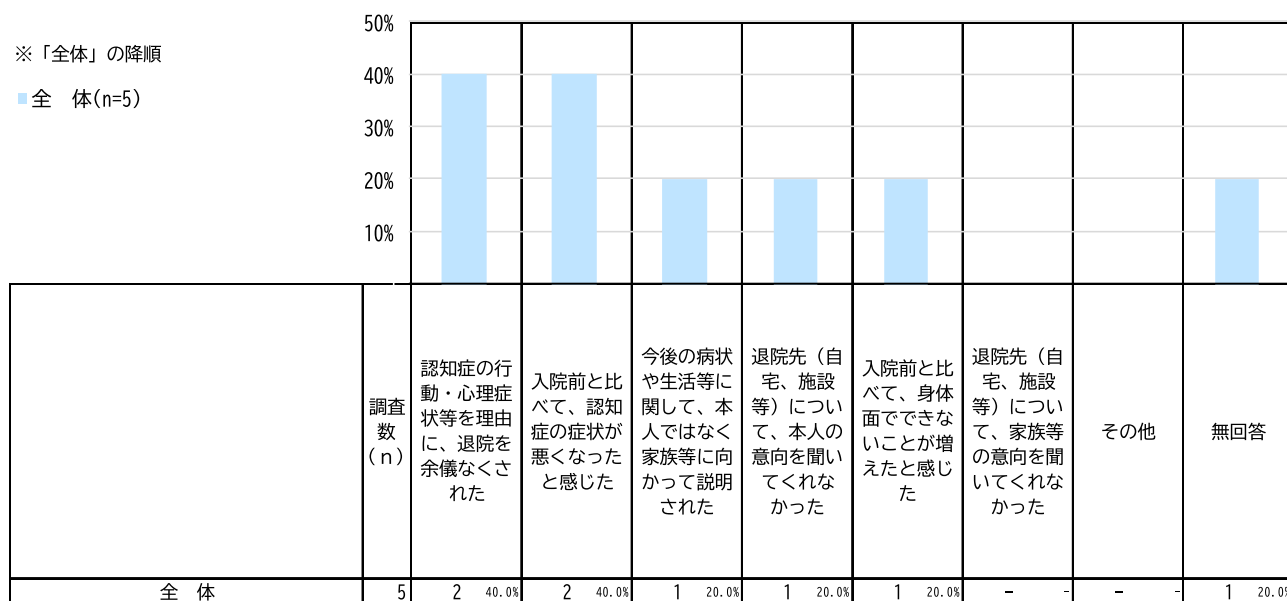
「困ったことがない」(86.1%)が最も高くなっている。



問4で「困ったことがある」と回答した場合のみご回答ください。

問4-1 どのようなことで困りましたか。(あてはまるもの全てに○)

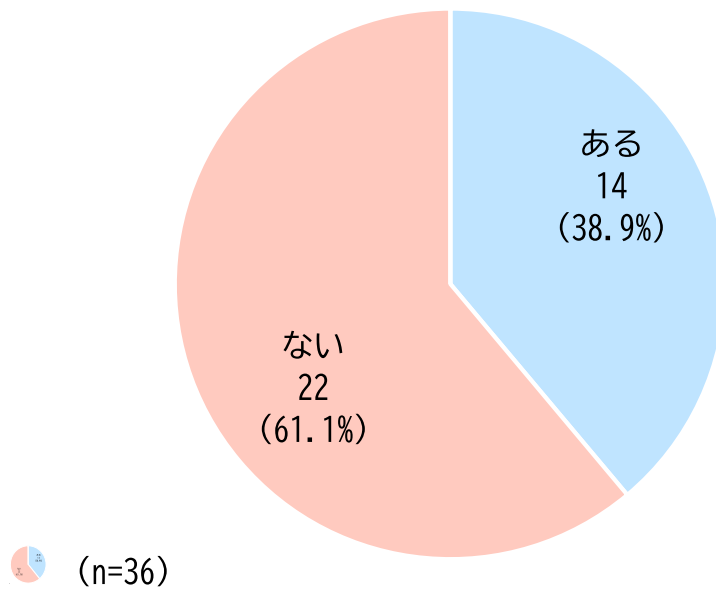
全体では、「認知症の行動・心理症状等を理由に、退院を余儀なくされた」・「入院前と比べて、認知症の症状が悪くなったと感じた」(いずれも 40.0%)が最も高くなっている。



【参考】何らかの医療上の困りごとがある当事者・家族

全体では「ない」(61.1%)が最も多くなっている。

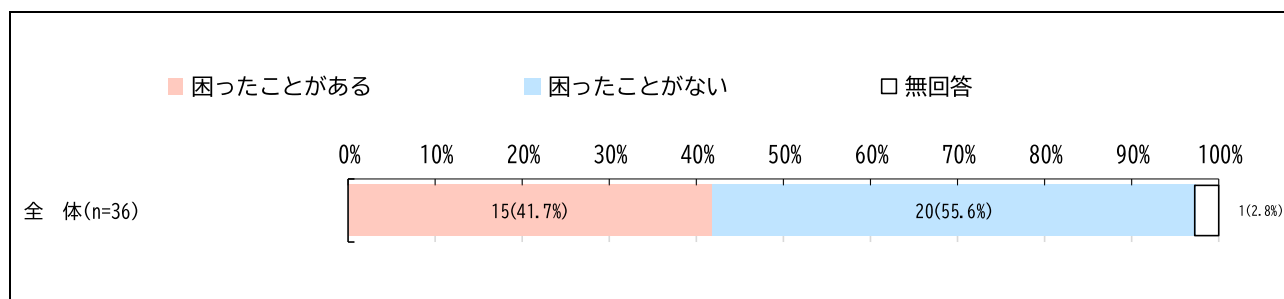
一方で、何らかの医療上の困りごとが「ある」(38.9%)と回答した当事者・家族も、およそ4割となっている。



5 介護サービス利用での困りごと

問5 介護保険サービスを利用するに当たり、困ったことがありますか。(1つに○)

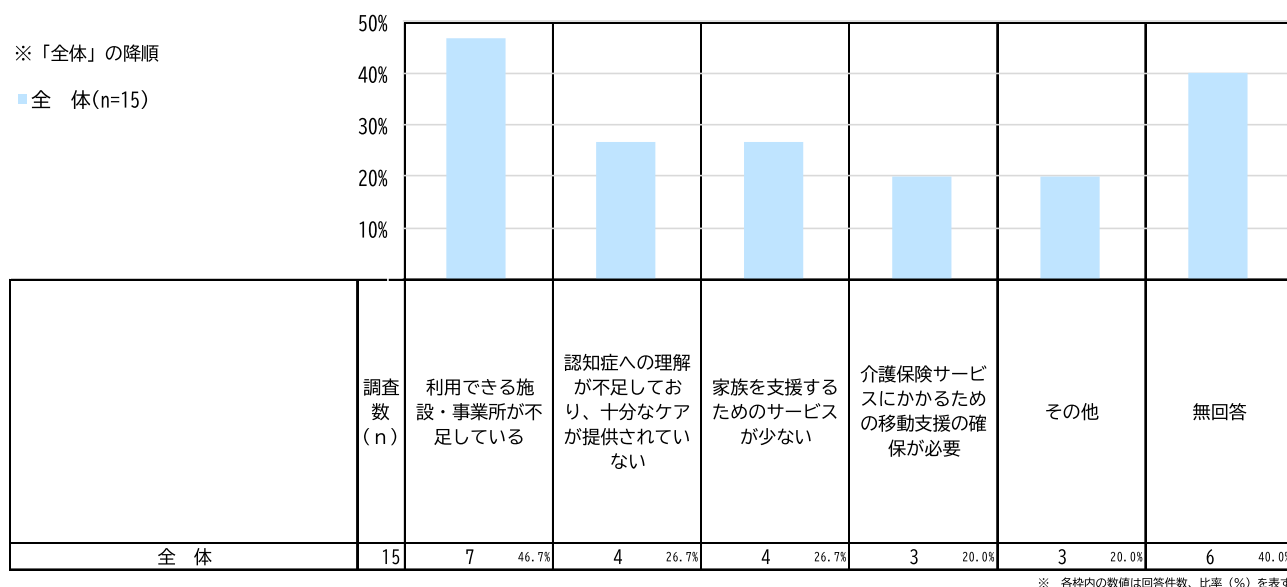
「困ったことがない」が55.6%と高く、一方で、「困ったことがある」は41.7%となっている。



問5で「困ったことがある」と回答した場合のみご回答ください。

問5-1 どのようなことで困りましたか。(あてはまるもの全てに○)

「利用できる施設・事業所が不足している」(46.7%)が最も高く、続いて、「認知症への理解が不足しており、十分なケアが提供されていない」・「家族を支援するためのサービスが少ない」(いずれも26.7%)、「介護保険サービスにかかるための移動支援の確保が必要」(20.0%)の順に高くなっている。



6 認知症のある方への医療の提供について

問6 現在、身体合併症や行動・心理症状のある方の治療については、認知症疾患医療センターにおいて受入れ体制を整備するとともに、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受入れを促進していく体制を構築することとしています。今後、増加が見込まれる認知症のある方への医療を十分に提供するためには、認知症疾患医療センターや地域の医療機関等にどのような役割・機能が必要だと思えますか。

<p>患者本人とそのまわりの家族が、各々認知症への理解を深める必要を感じている。我が家はかれこれ10年父の認知症と付き合ってきた方が、母が父への認知症へのデイサービス利用を嫌がり、結果母の病氣入院を余儀なくされた状況からこの半年の間に認知症の症状が一気に悪化の一途をたどりました。認知症の症状が人それぞれの進み具合であるがために難しいとは思いますが、サポートする家族の生活もある中で、今も色々考えさせられるし、社会の中での自分の立ち位置も考えさせられる毎日です。</p>
<p>診断を受けてから介護サービスを受けるまでの間の支援が必要です。家族は何をしたら良いのか分からないので、診断を受けたらそのまま帰宅させないで、相談員がフォローして介護への安心感を与えてから帰宅させるようにしてほしい。医療的なことではありませんが、若年性の方が老年性の介護施設に行くのはかなりの抵抗感があるので、若年性は体が動くので働くことのできる介護施設を考えて欲しい。</p>
<p>介護との連携</p>
<p>精神症状のある方の入院や受診について医療機関との橋渡しを行い、スムーズに治療を開始できるようにしてほしい</p>
<p>認知症があり、疾患の治療を受ける際、特に入院に関して、家族の夜間泊まり込み等、家族の負担が大きい。人材不足を補完する為の制度の整備をして欲しい。</p>
<p>定期健康診断のように、定期的に認知機能検査を受けられるようにしてほしい</p>
<p>都立松沢病院の強化</p>
<p>現在、認知症疾患医療センターで受診、投薬を受けているが、国立精神・神経医療センター病院であるため、認知症の進行に対して入院対応もできず、どこまで診てもらえるのか不安がある。そもそも認知症疾患医療センターと地域の医療機関等との関係がよくわからない。</p>
<p>難しい問題ですね。医療の質というより、結局は人だと思えます。特に認知症の場合は、優しく声をかけてくれるスタッフがいればいい病院、冷たい対応であれば嫌な病院ということになると思います。認知症についての理解を深めることももちろん重要だと思いますが、人間性の根っこの部分はなかなか変わらないので、何をどうしたらいいかはわかりません。</p>
<p>高齢化なので認知症外来の施設がもっと増える事を望みたい</p>
<p>認知症障害でレカネマブの治療中の者です。今後記憶の曖昧度が強くなった時は、デイサービス、ショートステイ等が必要になり、使用の頻度が多くなっていくと思われます。自分の両親の介護経験しか無く、その他の選択肢を知りません。（この回答のみ当人を良く知る内縁の夫でした。）</p>

私の夫はアルツハイマー型認知症ではない少数派の病気の為、あまり症例が少ないのか、薬が合っているかよくわかりませんでした。診察時間も短くて、説明も充分ではなかった様に思います。本人と家族の話を十分に聞いてもらえる、経験のある機関が必要だと思います
認知症専門ナースを増やしてほしいです
そのような体制があることを承知しておりません。まずは「受入れを促進していく体制」があることを広く知らせることが必要だと思います。
診察とは別に、自分の今の状況とか思いを聴いてもらいアドバイスをして頂く（ゆっくり）ところがあれば、落ち着いて病院から帰れると思う。（診察、薬をいただいて帰るだけになりがち）
本人の愁訴が多岐に渡り、専門家に相談…と思っても、この状況の専門家って、どこなのだろう？と…。かかりつけ医も親身になってくれているが、家族は途方に暮れることがしばしばある。
<ul style="list-style-type: none"> ・ストレスの無い対応。 ・金銭的補助 ・通院しやすい、もしくは入院しやすい環境
身近な存在で相談しやすい窓口が必要
予防出来る機能
思います。福生市では、福生クリニックの玉木先生をはじめ、訪問診療の清水医師など認知症に知識の高い医師はいても、看護師や医療機関は認知症疾患に専門的な所はないと思います。認知症は当事者だけでなく、周囲の家族にとっても負担が大きい事がストレスなどからくる疾患につながってしまうのです。でもそれを支えるシステムはありません。独自の家族会や相談員では病気になってしまっただけでは治りませんので。
認知症に関する知識が、医療機関の全体が、まだまだ低すぎると思います。
認知症や認知症に伴う周辺症状、その対応について正しく理解もできていない医療関係者が多く、病院は治療せずともそれを目的としての身体拘束の度が過ぎていて、とても驚くことが多かった。結果症状（認知、ADL）大きく低下させている。精神科病院の次は遠方の精神科病院を紹介されるので、もともとの地域に戻ることは難しくなる。重い周辺症状のある人の行き先が病院しかないのはおかしい。

VII 課題の整理

1. 認知症を有している患者の入院受入について

(1) 現状

ア. 入院受入の状況

- 認知症を有している患者の人数について、病院全体では、認知症を有している患者数では「21～50人」が最も高くなっている。また、認知症を有している新規入院患者数が「0人」の病院は18.6%と2割未満である<病院調査：問1>
- 認知症を有している新規入院患者の入院元としては「自宅」が最も高く、次いで、「特別養護老人ホーム」、「高度急性期・急性期病院」、「介護老人保健施設」となっている。<病院調査：問2>
- 行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請について「増えている」が、最も高く4割を超えている。<病院調査：問3>
また、身体合併症を有する認知症患者の入院要請の増加状況について、「増えている」が最も高く5割を超えている。<病院調査：問7>
更に、いずれの入院要請も、一般病院や認知症患者専用病棟のない病院であっても「増えている」が最も多くなっている。<病院調査：問3・問7>
- 区市町村が地域の認知症を有する人の入院加療が必要となったことを把握する手段としては8割台半ば以上が「地域包括支援センター」と回答している。<区市町村調査：問1>
- 当事者・家族では、入院先を選ぶに当たって困ったことが「ある」と回答している方が2割程度となっている。なお、入院の必要性が生じていない方も含まれることに留意する必要がある。<当事者・家族調査：問2>

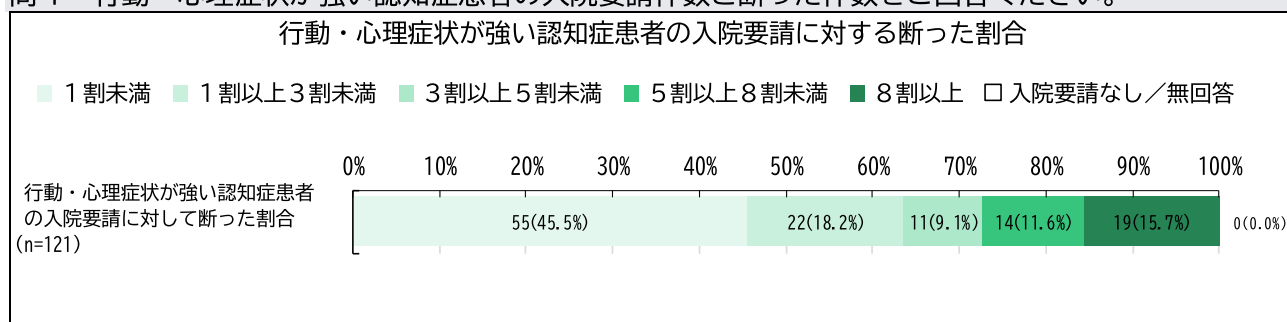
イ. 入院要請への対応状況

- 病院では、行動・心理症状が強い認知症患者について、入院要請を断った件数が「1件以上」は全体で2割を超えている（2025年6月実績）。<病院調査：問4>
- 行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請に対する断った割合は「1割未満」が5割未満となっており、8割以上を断る病院が1割台半ばを超えている（全体は、入院要請の無かった病院は含まれない121件）。

参考

【病院調査】

問4 行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請件数と断った件数をご回答ください。



ウ. 受入調整・入院調整の状況

- 認知症疾患医療センターでは、認知症を有している患者の受入を依頼する際、受入調整に困ったことが「ある」が7割を超えている。〈病院調査：問12〉
- 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所では、入院調整に困ったことが「ある」が4割台半ばとなっている。〈施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問2〉
- 受入・入院調整が困難な理由について、「認知症・BPSDへの理解・対応が困難」、「病床数の不足」、「精神科病院における身体合併症への対応が難しいこと」が指摘されている。〈病院調査：問12-1、施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所：問2-1〉

エ. 救急搬送への対応状況

- 患者の救急搬送要請に対応できない頻度について、対応できなかったことがある病院は行動・心理症状の安定を目的とした患者の場合及び身体合併症の治療を主な目的とした患者の場合いずれも6割程度となっている（過去1年間）。〈病院調査：問6、問10〉

オ. 対応できない原因について

- 行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請を断った理由として、病院では「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」が多く挙げられている。〈病院調査：問4-1〉
- 同様に、救急搬送受入れに対応できない主な理由でも「行動・心理症状に対する医療的な対応が困難」との回答が多くなっている。〈病院調査：問6-1、問10-1〉
- 認知症のある人への対応には人員を要することに対する診療報酬上の評価が必要との意見もある。〈病院調査：問29〉
- 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所では、認知症を有する患者の入院が円滑に行われていると「思わない」要因について、「病院スタッフに認知症のある人の入院に対応できる知識・スキルが不足している。」が最も高くなっている。〈施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問1-1〉

(2) 課題

- 一般病院・認知症患者専用病棟のない病院でも認知症を有する患者の入院要請が増えている状況である。
- 一方で、病院では、行動・心理症状が強い認知症患者の入院要請を断ることがある。
- また、認知症を有する患者の場合、病院では救急搬送要請に対応できないことが5割以上の病院で起きている。
- 受入調整・入院調整の困難に際して、病院の抱える課題への指摘の中でも、「認知症・BPSDへの理解・対応困難」に対する言及が多くなっており、人材育成において課題があると考えられる。
- 一方、「精神科病院における身体合併症への対応が難しいこと」が指摘されており、精神科病院以外との連携が重要である。〈病院調査：問12-1、施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所：問2-1〉
- 業務量に対して診療報酬が見合っていない可能性がある。

(3) 今後の方向性

- 精神科病院と精神科以外の病院が地域で連携して認知症患者に対応していくことが重要である。
- 行動・心理症状が強い認知症患者に対応できるよう、病院に対する研修が重要であると考えられる。
- 病院経営の観点から、診療報酬上の配慮を求めていくことが必要と考えられる。

2. 認知症を有している患者の治療・ケアの体制について

(1) 現状

- 認知症ケア加算に係る施設基準届出の有無について、「届け出ていない」が5割と最も高くなっている。〈病院調査：問14〉
- 病院の人員配置状況について、認知症ケアに携わる専門的な知見・豊富な経験を持つ医師・専門職はいずれも「0人」が6割を超えて最も多くなっており、日本精神科病院協会によって認定された認知症認定看護師、認知症ケア学会によって認定された認知症ケア専門士では9割を超えている。〈病院調査：問15〉
- 病院では、身体拘束についての状況として、身体拘束最小化チームの設置、院内指針、職員向け研修は「あり」と回答したのがいずれもおよそ9割となっている〈病院調査：問16〉
- 一方、病院では、身体拘束の実施が8割を超えている。〈病院調査：問16〉
- 当事者では、入院中の治療やケアで困ったことが「ある」と回答している方が2割程度となっている。なお、入院の必要性が生じていない方も含まれることに留意する必要がある。〈当事者・家族調査：問3〉
- 認知症疾患医療センターでは、地域で適切に治療・ケアが行われていると「思わない」が3割を超えている。〈病院調査：問17〉
- 同様に、施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所では、地域で適切に治療・ケアが行われていると「思わない」は4割を超えている。〈施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問3〉
- 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所では、地域で適切に治療・ケアが行われていると「思わない」理由について、「適切な治療・対応（パーソンセンタード・ケア）への意識が低い。」が最も高く7割を超えている。〈施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問3-1〉
- 認知症疾患医療センターでは、患者が医療機関での入院中に、ADL（日常生活動作）の低下は抑えられていると「思わない」は5割を超えている。〈病院調査：問18〉
- 同様に、施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所では、患者が医療機関での入院中に、ADL（日常生活動作）の低下は抑えられていると「思わない」は7割を超えている。〈施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問4〉
- ADL（日常生活動作）の低下の理由について、具体的にADLが低下する医療機関の処置についての記載の中では、「身体拘束全般」、「リハビリ・レクリエーション・運動等の対応がない／困難」が最も多くなっている。「治療優先・治療目的」、「ドラッグロック全般」についての言及も多くされている。〈病院調査：問18-1、施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所：問4-1〉
- 病院・認知症疾患医療センターの認知症対応に向けた人材育成を進めるための研修について、研修の内容に「倫理・身体拘束中止・虐待防止」が必要と指摘されている。具体的には、身体拘束最小化や身体拘束ゼロについて、取組事例等をもとにした内容の要望が上げられている。〈病院調査：問27〉

(2) 課題

- 病院は、認知症ケア加算に係る施設基準届出の有無について、「届け出ていない」病院が半数を超えている。
- 一方、人材育成について、「経営的なインセンティブの創設」、「労働力の確保や病院経営の支援が必要」といった意見が見られた。〈病院調査：問 29〉
- ほとんどの病院が身体拘束最小化チームの設置、院内指針、職員向け研修を実施しているが、身体拘束を実施している病院が8割を超えている。考え方や方針、規範などは共有されているものの、現場の中で最小化のための具体的な方法が求められていると考えられる。
- 拘束（抑制）など ADL 低下につながる処置の改善が重要になってきている可能性がある。
- また、適切な治療・ケアに関して、身体拘束の最小化やリハビリ・レクリエーション・運動等の充実が必要であると考えられる。

(3) 今後の方向性

- 認知症患者の入院が増加している病院が増えている中、「認知症ケア加算」など、認知症ケアに関する診療報酬や経営に関する制度の情報提供とともに、病院が受入れ可能な体制の構築を検討する必要があると考えられる。
- また、身体拘束の最小化などに向けた事例紹介や検討の機会、認知症を有していても安全に運動等を行うことができる環境の整え方についての情報提供が必要であると考えられる。

3. 認知症を有している患者の転退院調整について

(1) 現状

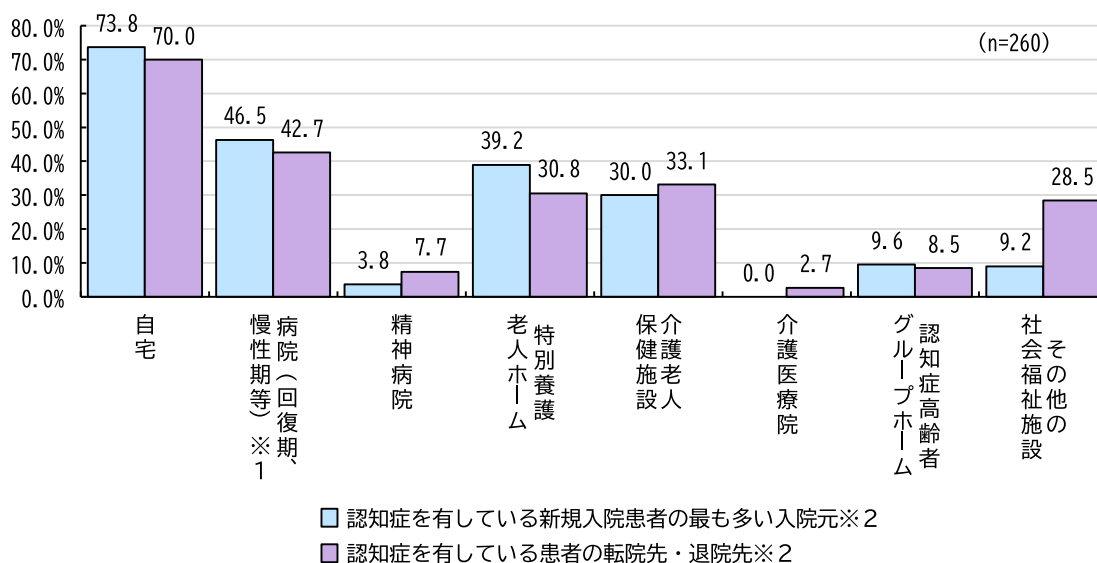
- 認知症を有しない患者と比べて、認知症を有している患者の転退院調整により多く要する日数について、「1～2週間」との回答が3割を超えている。＜病院調査：問19＞
- 当事者は、退院時に困ったことがあると回答しているのは1割台半ば近くとなっている。なお、入院の必要性が生じていない方も含まれることに留意する必要がある。＜当事者・家族調査：問4＞
- 転退院調整により多くの日数を要する理由として「退院先（施設等）が見つからない」が5割台半ばを超えている。「在宅への移行の調整」を理由に挙げる病院も5割近くになっている。＜病院調査：問20＞
- 転退院調整に日数を要することが多い対象として「自宅」が5割台半ば近くとなっており、「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」が4割台半ばを超えている。＜病院調査：問22＞
- 認知症を有している患者の転院先が見つからない・退院先が決まらないことで、やむを得ず在院を延長する事例の割合は、「0～10%」が7割近くとなっている。＜病院調査：問23＞
- 新規入院患者について、入院元と転退院先の場所が異なっている可能性がある。＜病院調査：問2、問21＞

参考

問2 認知症を有している新規入院患者の入院元として最も多いのはどこかご回答ください。（〇は3つまで）

問21 認知症を有している患者の転院先・退院先ごとの件数をご回答ください。（2025年6月実績をご回答ください。）

※問2では選択可能な入院元は3つまでとなっているが、退院先は問21で1件以上の件数がある場合としている。



※1 入院元は精神病院以外の医療機関

※2 Q1で認知症を有している患者数が0人の医療機関を除く

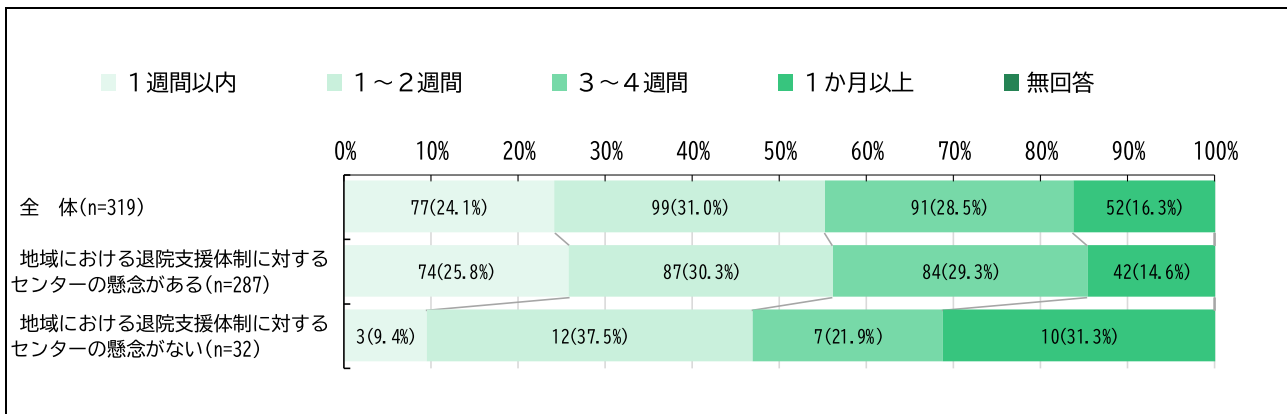
- 認知症疾患医療センターについては、地域における退院支援体制に対して懸念が「ない」地域では、患者の転退院調整により多くかかる日数が「1週間以内」または「1～2週間」と回答している病院が全体と比較して10ポイント近く少なくなっている。

参考

【病院調査】

問19 認知症を有しない患者と比べて、認知症を有している患者の転退院調整に通常どれくらい多くの日数を要していますか。(1つに○)

※ 圏内のいずれかの認知症疾患医療センターが設問「円滑に退院支援が行われていると思いますか。」に対して「思わない」と回答している二次保健医療圏を「地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がある」、いずれも「思う」と回答している二次保健医療圏を「地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がない」としています。



- 同様に、懸念が「ない」地域では、「転退院先(病院等)が見つからない」(62.5%)と回答した病院が全体と比較して15ポイント以上多くなっている。

参考

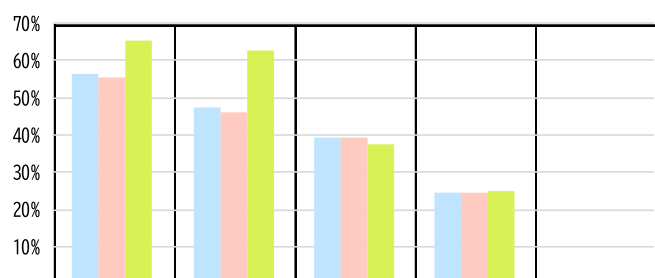
【病院調査】

問20 転退院調整により多くの日数を要する理由をご回答ください。(あてはまるもの全てに○)

※ 圏内のいずれかの認知症疾患医療センターが設問「円滑に退院支援が行われていると思いますか。」に対して「思わない」と回答している二次保健医療圏を「地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がある」、いずれも「思う」と回答している二次保健医療圏を「地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がない」としています。

※ 「全体」の降順

- 全体(319)
- 地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がある(287)
- 地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がない(32)



調査数 (n)	退院先(施設等)が見つからない	転退院先(病院等)が見つからない	在宅への移行の調整	その他	無回答
全体	180 56.4%	152 47.6%	125 39.2%	78 24.5%	-
地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がある	159 55.4%	132 46.0%	113 39.4%	70 24.4%	-
地域における退院支援体制に対するセンターの懸念がない	21 65.6%	20 62.5%	12 37.5%	8 25.0%	-

※ 各枠内の数値は回答件数、比率(%)を表す

【表の凡例】

比較の対象となる項目：n=30以上

全体+10ポイント以上 ■ 全体+5ポイント以上 ■ 全体-5ポイント以下 ■ 全体-10ポイント以下 ■

- 円滑な退院支援が行われていないと回答した認知症疾患医療センターでは、その要因について、「認知症を有している患者の退院支援を行うスタッフの知識・スキルが不足している。」「認知症を有している患者の退院支援を行える看護師やMSW等のスタッフが不足している。」との回答が5割以上となっている。〈病院調査：問24-1〉
- 一方で、円滑な退院支援が行われていないと回答した施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所では、「入院日数に制限がある。」が6割を超えている。〈施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所：問5-1〉
- 施設から入院した場合、「病院からの早期の転院・退院要請」や「在宅の環境が整わない状況での早期退院を求められること」が課題として挙げられている〈施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問2-1〉

(2) 課題

- 認知症を有しない患者と比べて、認知症を有している患者の転退院調整に通常「1～2週間」多くの日数を要していると回答している病院が多い中、認知症を有している患者の転院先が見つからない・退院先が決まらないことで、やむを得ず在院を延長する事例の割合は「0～10%」が7割近くとなっている。また、受入・入院調整が困難になった理由について「病院からの早期の転院・退院要請」や在宅の環境が整わないまま早期の退院を求められるとの指摘があった。認知症を有する患者にとって転退院が過度な負担となっている可能性がある。
- 自宅や高齢者施設からの新規入院患者が、元の自宅や高齢者施設に戻れていない可能性がある。
- 自宅に退院する場合に、調整に日数を要することが多いと回答する病院が半数を超えている。地域資源の調整、独居などに起因する服薬管理をはじめとした支援体制の構築が必要になるためと想定される。
- 入院患者が認知症を有する場合、入院日数の制限や病院より早期転退院を求められることが指摘されている。
- 認知症疾患センターが、地域で円滑に転退院が行われていないと考えている二次保健医療圏の病院では、円滑に転退院が行われていると考えている二次保健医療圏の病院よりも、転退院調整に時間がかかる日数が「1週間以内」と回答する病院が10ポイント以上多くあり、センターの認識と病院の現実との間で乖離が生じている可能性がある。
- 認知症疾患センターが、地域で円滑に転退院が行われていると考えている二次保健医療圏の病院では、円滑に転退院が行われていないと考えている二次保健医療圏の病院よりも、「転退院先（病院等）が見つからない」と回答する病院が15ポイント以上多くあり、センターの認識と病院の現実との間で乖離が生じている可能性がある。

(3) 今後の方向性

- 退院支援を行うMSW・PSWに対し、認知症に関する知識の習得やスキルの向上に資する研修が必要であると考えられる。

- また、自宅への退院調整で日数が多くなることから、医療・介護などの地域資源の開発・連携などの地域福祉の充実がニーズとなっている可能性がある。
- 認知症患者医療センターと病院との間で転退院調整の難航に関する意識の乖離が表れている。連携会議の開催などにより、センターと病院双方での認識を共有するなど、連携強化に重点を置く必要がある。

4. 地域連携

(1) 現状

- 連携の要となる医療・福祉専門職が「医療もケアマネジャーも多忙過ぎて、日程調整が困難でなかなか連携する時間が少ない。」という意見があった。また、医療との連携が取れている施設・居住系サービスからは、入居相談時等の機会に自事業所利用者と比較して、在宅で生活している当事者には情報提供・相談支援の環境がないように観察されるという意見が見られた。＜病院調査：問 29、施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問 6、区市町村調査：問 7、当事者・家族調査：問 6＞
- 区市町村では、8割近くが医療と介護の連携上の課題が「ある」と回答している。＜区市町村調査：問 6＞
 具体的には、当事者への治療・支援に当たる人材が認知症についての理解がなく連携体制を構築しにくく、システム上の課題も見られることなどが指摘された。また、医療機関の相談支援機能が十分ではなく認知症の診断後、当事者・家族にしわ寄せがいくことを懸念する声も見られた＜自治体調査：問 6－1＞
- 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所から、認知症の自覚がない方への専門医・専門看護師による訪問対応を求める声がある。＜病院調査：問 29 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問 6、区市町村調査：問 7、当事者・家族調査：問 6＞
- 認知症を有しない患者と比べて、認知症を有している患者の転退院調整により多く要する日数について、病院全体では「1～2週間」との回答が3割超だが、認知症患者専用病棟のある病院では「1か月以上」との回答が5割を超えている。また、専門医・専門臨床経験医師・認知症看護認定看護師（日看協）・精神保健福祉士を配置している病院では、「3～4週間」が最も高くなっている。＜病院調査：問 19＞

(2) 課題

- 業務多忙や認知症への理解不足などにより、多職種連携のための顔の見える関係づくりが困難となっている。
- 在宅療養者に対して情報提供体制が十分ではなく、また、当事者・家族が相談しやすい環境が醸成されていない。
- 施設・居住系サービス事業所から、認知症患者に対する在宅医療体制の整備が求められている。
- 認知症患者専用病棟を有する病院や専門職を配置している病院が困難事例の引き受けを行っていると考えられ、それ以外の患者を一般病院で対応していく役割分担が想定される。

(3) 今後の方向性

- 日常業務や研修を通じて連携を深められる体制づくりを検討する必要がある。
- 医療・介護の連携による認知症支援のための情報提供や相談しやすい地域づくり、アウトリーチの強化が課題解決につながる可能性がある。
- 困難事例をはじめとした認知症患者の入院受入れについて、病院の役割や機能に応じて役割分担を行うなどの体制づくりが必要である。

5. 認知症対応に向けた人材育成について

(1) 現状

- 医師・歯科医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー等が受講した認知症に関連する研修の実績について、看護師以外では「実績なし」が最も高くいずれも8割を超えている。また、看護師の場合も4割以上が「実績なし」である<病院調査：問25>
- 病院では、人材育成上の課題について、6割以上が「人手不足で研修に行かせられない」と回答している。また、高度急性期や400床以上の病院では次いで4割強が「研修を受講する・させる・インセンティブがない」を挙げている。<病院調査：問26>
- 人材育成のための研修について、受講方法としては、オンライン・オンデマンドでの希望が多い一方で、手法としては実践・ロールプレイや多職種で参加することが求められている。<病院調査：問27>
- 研修の内容については、倫理、身体拘束中止やコミュニケーション技法、当事者・家族・地域への支援や連携についての要望が多く挙がるとともに、事例・症例検討などが重視されている。<病院調査：問27>
- 入院調整にあたり、認知症の特性や対応方法だけではなく、孤独孤立、キーパーソンの不在、家族の不安が指摘されている。<病院調査：問12-1、施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問2-1、区市町村調査：問6-1>
- 医療機関に対する意見として、認知症を有する患者の退院後の社会生活という観点が出ていないとの指摘がある。また、入院中にリハビリ・レクリエーションや運動への対応がなく、医療機関では治療優先になりがちであるということによってADLの低下を抑制できていないと指摘されている。<病院調査：問18-1 施設・居住系サービス・居宅介護支援事業所調査：問4-1>
- 入院調整・受入れにあたり、医療機関としては、認知症、行動・心理症状に対する理解・対処方法についての課題感を持っている。
- 研修についてオンライン・オンデマンドを希望する背景には、研修日程の調整の難しさがあり、複数日開催等も求められている。働き方に合わせた柔軟な受講が求められている。<病院調査：問27>
- 病院、認知症疾患医療センター、区市町村いずれからも、多職種連携の構築が重要であるという声が上がっている。<病院調査：問27、自治体調査：6-1>

(2) 課題

- 人材育成においては、人手不足であることも背景に、病院が受講するメリットを感じていないと考えられる。
- 認知症、行動・心理症状に対する理解・対処方法について、実践・ロールプレイも含めて学べる機会を増やすとともに、多職種で交流する機会となる必要があると考えられる。

(3) 今後の方向性

- 人手不足のために人材育成の場に参加しにくい環境があることから、認知症、行動・心理症状について効率的に学べるよう、オンライン・オンデマンドでのプログラムを設計する必要がある。
- 一方で、研修内容として実践・ロールプレイや多職種が参加し交流を行う内容が求められていることから、今後も継続して対面・集合型でのプログラムが必要とされている。
- 人材育成について研修参加促進のインセンティブとして、「認知症に対応できることで明らかなインセンティブが得られること」、「研修参加に対して法人へのインセンティブ」が例として挙げられていたことから、研修に関する情報を十分に提供する必要がある。

認知症医療の実態調査

発行年月 令和8年2月

発行 東京都福祉局高齢者施策推進部在宅支援課

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

