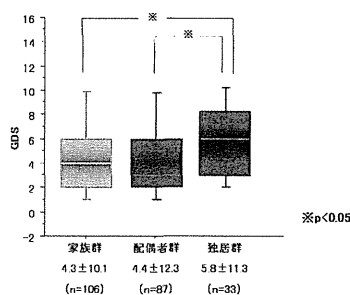


知症患者は抑うつ傾向を示すことがしばしばあり、その実態の評価と対策が必要である。そこで、本研究では認知症高齢者の抑うつ傾向に関して①独居者と非独居者で差が認められるか、②介護保険によるサービス利用状況の違いで抑うつ傾向に差が認められるかについて検討した。杏林大学病院もの忘れセンターの通院患者 298 名（平均年齢 79±7 歳）を対象として、うつ傾向を GDS15 で評価し、家族形態、性差、介護サービス利用状況の違いで比較した。その結果、独居者は家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）に比べて GDS が有意に高値であり、この傾向は女性のみで有意であった。また、訪問介護や通所サービスなど家族以外の者と接する介護サービスを利用しているケースでは、独居者、家族との同居者（家族群）、配偶者との同居者（配偶者群）の 3 群間で GDS に差は認められなかったが、介護保険サービスを利用していないケースでは、家族群、配偶者群に比べて独居群の GDS が高かった。以上の結果より、独居認知症高齢女性や、介護保険サービスを利用していない認知症高齢者は、抑うつ傾向が強いことが明らかとなった。

家族形態3群別のGDS(介護保険サービス未利用群)
介護保険サービスを利用していない一人暮らしの認知症高齢者は、うつ傾向が強い。



IX) 介護保険サービスの利用（荒井）

介護保険サービスに対する不安に関する統計的解析

荒井は、一般生活者の介護保険サービスに対する不安を分類し、介護負担に類する介護感情との関連を明らかにした。一般生活者 2,500 名を対象に、自記式質問紙による郵送調査を実施し、有効回答であった 2,161 名を対象に分析を行った。その結果、介護サービスに対する不安について、因子分析を用いて分類を行い、**制度利用に対する不安と、サービス内容に対する不安**の 2 因子が抽出された (図)。

一般生活者における、介護保険サービスに対する不安

因子分析の結果、2つの因子が明らかになった
「制度利用に対する不安」「サービス内容に対する不安」

介護保険サービスに対する不安の因子分析結果(最尤法、プロマックス回転)

項目	因子負荷量		共通性
	F1	F2	
制度利用に対する不安($\alpha=0.933$)			
介護保険制度をどのようにすれば利用できるかわからない	0.935	-0.044	0.847
介護保険サービスにどのようなサービスがあるかわからない	0.961	0.023	0.908
介護サービスを受けるために負担する費用がどの位かかるか、わからない	0.831	0.059	0.729
サービス内容に対する不安($\alpha=0.838$)			
介護施設によって、サービスの内容に差があるかもしれない	-0.063	0.846	0.682
個々の介護スタッフのサービス内容や対応に差があるかもしれない	-0.132	0.881	0.709
質の高い介護施設に入所するためには、高額の費用がかかってしまう	0.020	0.611	0.383
きちんとした介護認定が受けられるかどうかかわからない	0.239	0.522	0.419
自分が望むサービスを受けられるかどうかかわからない	0.176	0.608	0.478
在宅で介護を受ける場合に、施設よりも家族の身体的・精神的負担が大きくなるかもしれない	-0.026	0.570	0.315
因子間相関(F1-F2): 0.363		固有値	
		3.286	2.183

注)項目「自己負担が高いため、サービスを受けることをためらう」は、抽出された因子すべてに対し、0.35以上の因子負荷量が認められたため、分析から除外した。

X) 食事と認知症

秋下は、地域在住高齢者を対象に、食品摂取頻度と介護予防基本チェックリスト、活力度を調査し、その関連を解析した。また、物忘れ外来通院中のアルツハイマー型認知症患者およびその介護者に対して、認知機能検査、栄養調査(B-DHQ)を行い、その関連を解析した。その結果、食品摂取頻度の低下、肉類の摂取過少に加え、男性でのカロリー摂取過剰、女性でのカロリー摂取過少、魚類摂取過少、菓子類摂取過多は、認知機能低下につながる可能性があることが示唆された。

た。

図1. 木祖村縦断データ: 食品摂取多様性の変化と活力度スコアの変化との相関

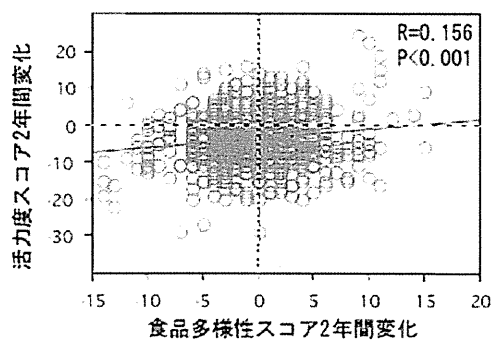
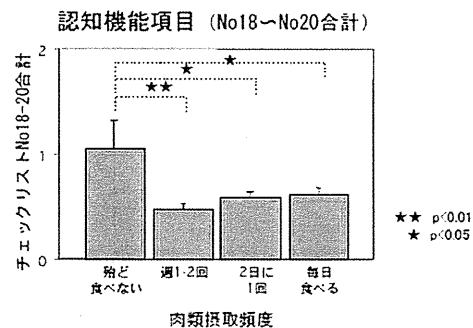
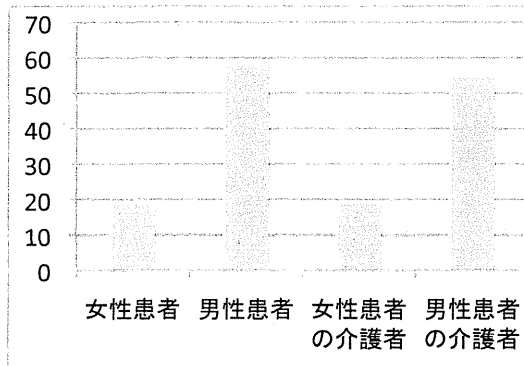


図2. 木祖村横断データ: 基本チェックリストの認知機能項目と肉類摂取頻度との関連



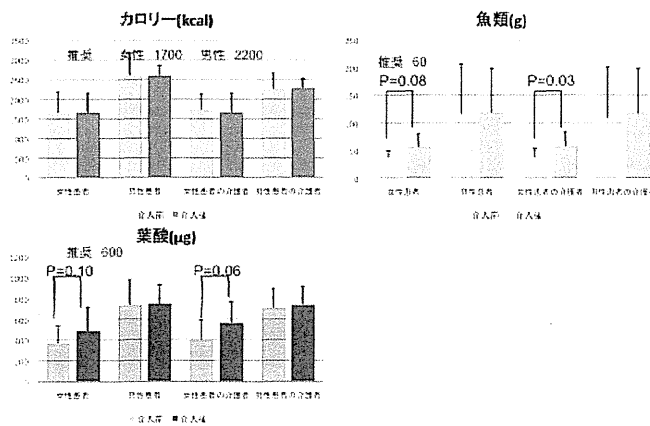


アルツハイマー型認知症患者とその介護者の魚類の摂取量 (g)

平成24年には、栄養指導による不足栄養素の改善効果を検証した。

- ① 患者の性別により傾向が異なる：女性では、魚不足、葉酸不足、男性ではカロリー過多であることが判明した。
- ② B-DHQ システムを用いた医師の指導で、魚類、葉酸の摂取量は女性と、女性患者の介護者で増加傾向がみられた。男性では効果が見られなかった【図】。介護者への指導によって、家族ともども栄養改善の可能性を示唆される結果であったが、より多数例での検証が必要である。男性の食行動変容が高齢者では困難である可能性も示唆された。

指導による栄養摂取の変化



XI 非薬物療法の効果

高齢者や認知症に対する非薬物療法への注目が集まっている。より効果的な介入法や効果が見込める介入群が明らかになる意義は大きい。武田は、科学的に厳密な方法で非薬物的介入プログラムの認知機能への有効性を検証した。デイサービス利用者117名を音読と計算を中心とする活動群（認トレ群）と塗り絵、切り絵や工作などのレクリエーション群（創作群）に無作為に割り付け、6か月間介入した。認知トレーニング群のアクティブコントロールである作業療法介入群に比べ認知機能（ADAS-cog）の有

まとめ

1) 包括的診療施設の稼働開始：長寿医療研究センターに BPSD 入院を含む、もの忘れセンターを開設し、中核症状、周辺症状、BPSD、IADL、BADL、身体合併症の重症度別頻度を明らかにした。(鳥羽、三浦、櫻井)

2) 認知症センターの質の評価：栗田は、認知症疾患センターの評価基準 (MSD50) の作成を行い、これらを用いて診療所の評価を行い、対応力向上研修終了医師のいる診療所は、精神科医師のいる診療所より、認知症対応力が高いことを明らかにした。

3) 地域包括支援センターの機能評価：栗田は地域包括支援センターの機能評価 (CSD30) を発表した。小長谷は地域包括支援センターの相談調査を 2448 施設で行い、患者対応への不安が大きいことを明らかにした。荒井は、介護保険サービスの不安が強いことを明らかにした。

4) 周辺症状への対応：BPSD に関しては、服部が統一看護カルテを導入し、BPSD の変化を定量的にモニター可能な形式を確立し、この成果として、BPSD 初期対応ガイドを公表した。

5) 身体合併症への対応：鷺見は、認知症サポートチームの活動が、コンサルテーション形式では不十分であることを明らかにし、NST などと同様のラウンド形式を確立した。

6) 認知症への理解：木之下は地域の認知症差別を 21 人の本人を中心とした半構造化面接を行い認知症への差別意識や偏見がまだ根強いことを明らかにした。家族の認知症への理解を深めるため、神崎は家族教室を月 6 回開催してきた。これにより BPSD の改善と有意な介護負担の軽減が見られた。

7) 予防、治療：秋下らは、認知症のリスクとして横断研究で発表した低下した食品摂取の多様性を向上させるため、介護者の行動変容が患者の食事改善につながる知見を得た。

武田は介護施設における非薬物療法の効果を RCT で示し、中等度以上に効果が強いことを示した。

遠藤は近赤外線分光法を用い、ワーキングメモリーに対する反応から MCI を鑑別できる成績を得た。

8) 以上を生かした、地域での多職種連携への応用 (山口)、認知症疾患医療センター調査 (栗田) が終了し、過去の「老人痴呆性疾患センター」と比較して、機能向上が実現している事実が、初めて明らかになった。一方精神病院主体のセンターは 2 ヶ月以上の入院が 3 / 4 にも上り、実情を検証して改善する必要性が示された。

別添 4 分担研究報告書

認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究

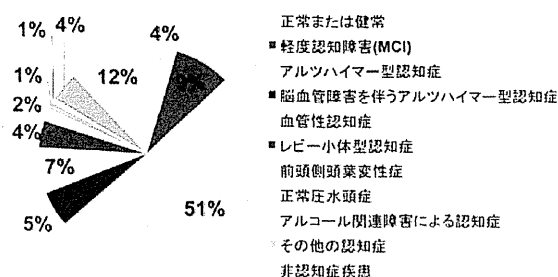
認知症の地域連携システム（認知症疾患医療センター）

分担研究者 栗田 圭一（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
 研究協力者 井藤 佳恵（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）
 研究協力者 岡村 毅（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）

認知症疾患医療センターの評価

疾患統計で最も大規模な調査が行われ、認知症の半数以上がアルツハイマー型認知症であることが再確認された【図】

認知症疾患医療センター外来新患受診者の診断別割合
 (2012.4.1-2012.7.31, N=11,979, 医療施設数=113)



平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」
 主幹研究員 井藤 佳恵 分担研究員 栗田 圭一

認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターを全国に150か所整備し、地域包括支援センターとの連携担当者を新たに配置することになっているが、熊本県や大阪府など整備が行き届いた地区がある反面、東京都、愛知県など整備途上の地域も多い。

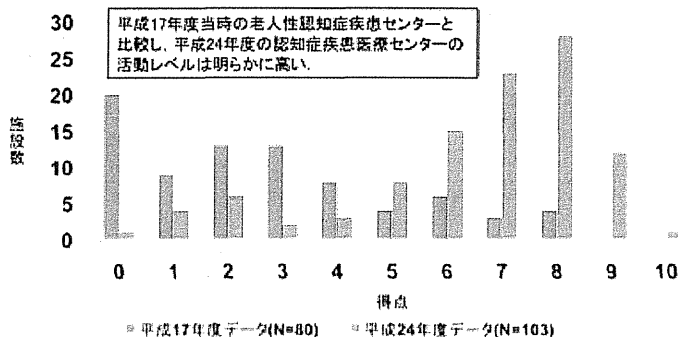
認知症疾患医療センターは、今回の整備以前に、150か所(平成12年4月1日現在の指定施設数)の老人性痴呆疾患センターがあったが、仙台市民病院以外は殆ど十分な活動もなく、「身体合併症のある進行した認知症」は入院先を探す困難が指摘されていた。今回の再整備でも、精神科中心の従来の施設が再申請しているケースが多く、患者／家族のニーズに満足しているか疑問である。

今回、老人性痴呆疾患センターと同じ評価項目を用いて比較を行った(栗田) 空床確保の有無、救急対応の有無、電話相談件数(半定量)、面接相談件数(半定量)、アルツハイマー型認知症の診断件数(半定量)、他医療機関への紹介件数(半定量)を用い、10点満点で診断した。老人性痴呆疾患センターの調査は、0点が最も多く、全く活動していないで補助金を得ているところが大半であった。今回は、4点の以下の活動性の低いセンターは、15箇所あったものの、8点が最頻値で、センター機能は大幅に改善していた。

認知症疾患医療センター活動状況調査の比較

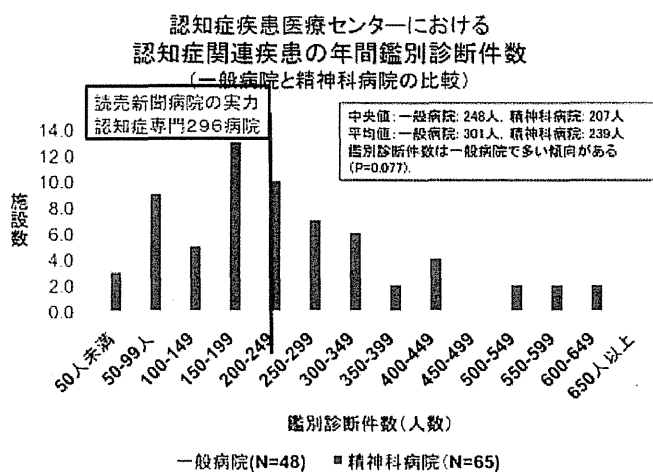
(平成17年度データと平成24年度データ)

- 救急対応、相談事業、鑑別診断、他医療機関への紹介機能を点数化して評価(10点満点)
- ・ 空床確保の有無: 無=0点、有=1点; 認知症患者の救急対応の有無: 無=0点、有=1点
 - ・ 1年間の電話相談件数: 0~90件=0点、100~299件=1点、300件~=2点
 - ・ 1年間の面接相談件数: 0~99件=0点、100~299件=1点、300件~=2点
 - ・ 1年間のアルツハイマー型認知症診断件数: 0~49件=0点、50~99件=1点、100件~=2点
 - ・ 1年間の他医療機関への紹介件数: 0~9件=0点、10~19件=1点、20件~=2点



平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」主任研究者 島田研二、分担研究者 栗田圭一。平成17年度データは平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ビジョンの達成に関する研究」主任研究者 竹島正の結果に基づいて国立精神・神経医療センターが報告

一方、診断件数においてはバラつきがあり、年間50件未満の施設も散見されるなど、認知症疾患医療センターの認可基準に疑問がもたれる(図)。



平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」主任研究者 島田研二、分担研究者 栗田圭一

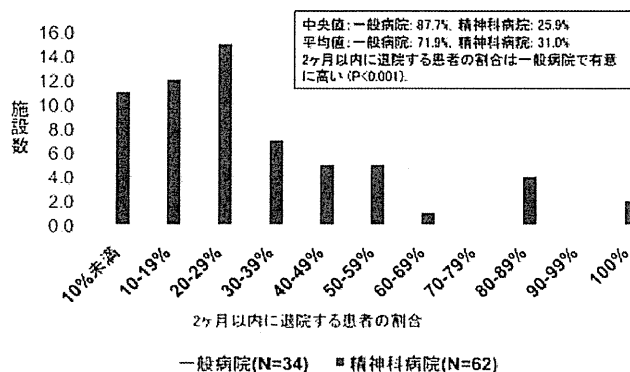
認知症疾患医療センターが、精神病院の入院受け皿になっているという批判がある。

認知症疾患医療センターの入院日数を比較すると、精神科病院のセンターでは、2ヶ月以内退院は26% (中央値) であり、総合病院は88%が2ヶ月以内に退院しており、在院機関は精神科病院で有意に長かった(図) ($p < 0.001$)。両者には、認知症診断名の内訳に差はなく、BPSDの程度に差があるかどうかは、今後の検討課題である。

2ヶ月以内に退院する患者の割合別にみた施設数

(一般病院と精神科病院の比較)

平成24年4月1日～7月31日に入院した患者が2ヶ月以内に退院する割合別にみた施設の数



平成24年度厚生労働科学研究費補助金高齢者対策総合研究事業「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」
 主任研究者 丸形研二 分担研究者 栗田圭一

昨年度までの研究成果

研究要旨

研究者要旨：本研究の目的は、医療機関における認知症対応力を評価するための簡便な評価尺度を作成するとともに、本尺度を用いて認知症疾患医療センターの機能を評価する方法を考案することにある。東京都内の医療機関を対象に認知症のための医療サービスに関する50項目の質問調査を行い、因子分析の結果に基づいて8因子モデル30項目の評価尺度を作成した。本尺度を用いて医療機関類型別の認知症対応力を評価したところ、かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した診療所は、参加していない診療所よりも、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、地域連携機能が有意に高いことが明らかになった。各領域に基準点を設けて、認知症疾患医療センターの機能水準を評価する方法を考案したところ、認知症疾患医療センターの機能水準を満たしていると判定された医療機関は1施設のみであった。東京都では平成24年度より認知症疾患医療センター運営事業が始動する。本尺度を用いて、認知症疾患医療センターの機能を縦断的に評価していく方法を確立することが今後の課題である。

A. 研究目的

平成22年度の研究では、東京都の全医療機関を対象に、認知症のための医療サービスに関する50項目の質問紙郵送調査を行った(別添資料1を参照)。平成23年度には、前年度の調査結果に基づき、医療機関における認知症対応力を評価するための簡便な尺度(Medical Services for Dementia – 30 items; MSD-30)を作成し、医療機関類型別の認知症対応力を評価するとともに、認知症疾患医療センターの機能水準を評価するための方法を考案した。

B. 研究方法

平成22年度の調査で協力が得られた東京都内の医療機関のうち、調査項目に欠損値のない1996施設(診療所1896施設、病院100施設)の調査データを用いて、以下の分析を行った。

研究1: 探索的因子分析を行って認知症の医療サービスに関する潜在因子を抽出。因子負荷量、項目反応特性(通過率)、内的信頼性を考慮した上で、8因子モデル30項目の評価尺度を作成した。

研究2: 上記尺度を用いて、医療機関類型別の領域別評価得点を算出し、レーダーチャートを作成した上で、各領域の平均得点をt検定を用いて比較した。

研究3: 上記尺度を用いて、認知症疾患医療センターの機能水準を簡便に評価するための方法を考案した。(倫理面への配慮)

本研究は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施した。調査および分析の対象は既存資料と施設であり、個人情報を取り扱っていない。アンケート調査の実施にあたっては、調査票とともに、施設の代表者または認知症関連業務担当者宛ての調査依頼状を郵送し、調査の目的・方法・公表形式を文書で説明した。調査票は研究代表者が一括管理した。

C. 研究結果

研究 1：1996 の医療機関のデータを用いて主因子法（プロマックス回転）による探索的因子分析を行い、最終的に 8 因子モデル 30 項目の評価尺度(MSD-30)を作成した。8 因子の累積説明率は 65%であった。因子のスクリープロットを図 1，因子負荷量のパターン行例を別添資料に示す。各因子の質問項目の内容から命名された因子名（別添資料 2 参照）に基づいて、MSD-30 の領域名を表 1 のように命名した。各領域の得点分布を表 1 に示した。

研究 2：医療機関類型別に、各領域の平均得点を比較し、領域別レーダーチャート作成した。その結果、①病院は診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、身体合併症入院対応機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能が有意に高い（図 2）、②かかりつけ医認知症対応能力向上研修事業に参加している診療所は、参加していない診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、在宅医療機能、かかりつけ医機能、地域連携機能が有意に高い（図 3）、③精神科がある診療所は、ない診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能が有意に高いが、在宅医療機能、かかりつけ医機能は有意に低い（図 4）、④精神科がある病院は、ない病院よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能が有意に高い（図 5）、⑤精神科がある病院で、診療科が 6 以上ある病院は、6 未満の病院よりも、鑑別診断機能、かかりつけ医機能は有意に高いが、周辺症状入院対応機能は有意に低い（図 6）、ことが明らかになった。

研究 3：認知症疾患医療センターに求められる機能の評価方法を検討するために、はじめに、MSD-30 の各領域について 2 つの基準点（8 点と 4 点以上）を設け、その通過率を算出した（表 2）。病院に着目して見ると、周辺症状外来対応機能で 46%、鑑別診断機能で 56%の病院が 8 点の基準を通過している。これらの病院は、周辺症状外来対応 4 項目と鑑別診断 4 項目のすべてを「通常実施している」ことを意味している。一方、その他の領域で 8 点の基準を通過している病院の割合は、身体合併症入院対応機能で 2%、地域連携機能で 10%、周辺症状入院対応機能で 4%、一般救急機能で 1%の病院にすぎなかった。これらの領域の機能を担うことの困難度はかなり高いことを示している。

そこで、認知症疾患医療センター機能の機能水準を、周辺症状外来対応機能と鑑別診断機能で 8 点（通常実施している）に達していること、身体合併症入院対応機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能で 4 点以上（状況に応じて実施している）に達していることとして、地域型および基幹型認知症疾患医療センターの機能水準を評価するための採点方法を表 3 のように定めた。地域型の採点方法では 5 点、基幹型の採点方法では 6 点に達していることが、認知症疾患医療センターの機能水準を満足する条件となる。その結果、東京都内の医療機関において、認知症疾患医療センターの機能水準を満足しているのは、地域型、基幹型のいずれについても 1 施設のみであった（表 4, 5）。

D. 考察

MSD-30 は、医療機関における認知症対応力を 8 つの領域から評価できるようにデザインされている。因子分析の結果からも 8 因子が抽出されており、因子的妥当性が確認されている。各領域得点の信頼性係数（Cronbach α ）は、領域 1～領域 7 までは 0.73～0.96 の範囲にあり、良好な内的信頼性が得られている。領域 8 については、0.62 であり、内的整合性がやや劣る。

医療機関類型別の領域得点のプロファイルは、個々の医療類型の特性をよく反映したものであり、MSD-50 の構成概念妥当性を支持するものである。また、本尺度を用いることによって、かかりつけ医認知症対応力研修事業の意義を評価することができた。

ところで、平成 20 年度に創設された認知症疾患医療センターには、鑑別診断機能、周辺症状対応機能、身体合併症対応機能、地域連携機能が求められており、平成 22 年の実施要綱改訂においては、救急機能の

有無による2類型（地域型，基幹型）が設けられている。調査時点では，東京都にはまだ認知症疾患医療センターが設置されていない。この時期の東京都の医療機関における認知症疾患医療センターの機能水準を評価するための得点分布を見てみると，地域型，基幹型いずれについても，認知症疾患医療センターの機能水準を満足すると判定された医療機関は1施設のみであった。東京都では，平成23年度末に認知症疾患医療センターが事業化され，平成24年度より始動する予定である。本尺度を用いて，認知症疾患医療センターの機能を縦断的に評価する方法を確立することが今後の課題となる。

E. 結論

MSD-30は医療機関の認知症対応力を8つの領域から評価することができる。本尺度を用いて医療機関類型別の認知症対応力を評価したところ，かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した診療所は，参加していない診療所よりも，かかりつけ医機能，鑑別診断機能，周辺症状外来対応機能，地域連携機能，在宅医療機能が有意に高かった。各領域に基準点を設けて，認知症疾患医療センターの機能水準を評価する方法を考案したところ，認知症疾患医療センターの機能水準を満たしていると判定された医療機関は1施設のみであった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 粟田主一：認知症医療ネットワーク構築の現状と課題。総合臨床 60: 1761-1762, 2011.
- 2) 粟田主一：認知症患者の身体救急における問題点。精神科治療学。26: 1233-1238, 2011.
- 3) 粟田主一：認知症の最近の動向。疫学と連携ネットワークを中心として。Monthly Book. Medical Rehabilitation. 127: 1-5, 2011.

2. 学会発表

- 1) 粟田主一：MCI；積極的に告知し，進展予防に努力する立場から。第26回日本老年精神医学会（シンポジウム），東京（2011.6.15-17）。
- 2) 粟田主一：これからの認知症対策：早期の予防的介入から Community-based Integrated Care の確立に向けて。第31回日本精神科診断学会（ランチョンセミナー），松本（2011.11.18-19）。
- 3) 粟田主一：認知症疾患医療センターおよび地域包括ケアの課題。第30回日本認知症学会（シンポジウム），東京（2011.11.11-13）。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

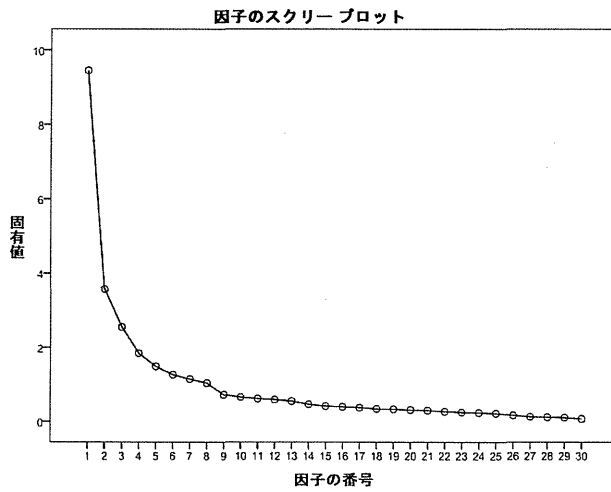


図 1. MSD-30 の因子分析 (主因子法, プロマック回転) : 因子のスクリープロット

表 1. MSD-30 の領域名と得点分布

領域	度数	平均値	最頻値	最小値	最大値	満点
1 周辺症状外来対応機能	1996	2.888	0	0	8	8
2 鑑別診断機能	1996	2.507	0	0	8	8
3 在宅医療機能	1996	1.936	0	0	8	8
4 かかりつけ医機能	1996	5.735	8	0	8	8
5 身体合併症入院対応機能	1996	0.402	0	0	8	8
6 地域連携機能	1996	2.066	0	0	8	8
7 周辺症状入院対応機能	1996	0.236	0	0	8	8
8 一般救急機能	1996	0.634	0	0	8	8
合計点	1996	16.407	0	0	54	64

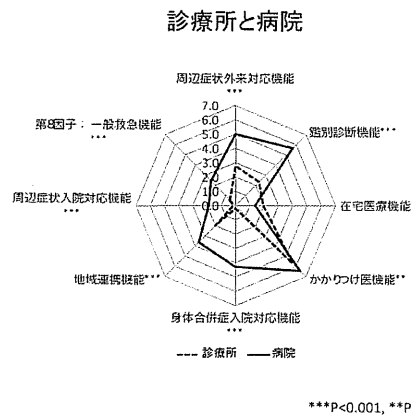
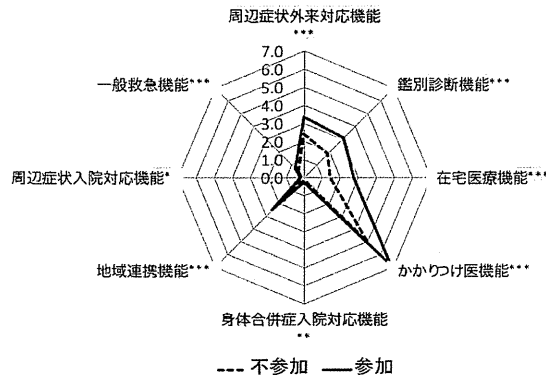


図 2. 認知症対応力の比較：病院は診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、かかりつけ医機能、身体合併症入院対応機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能が有意に高い

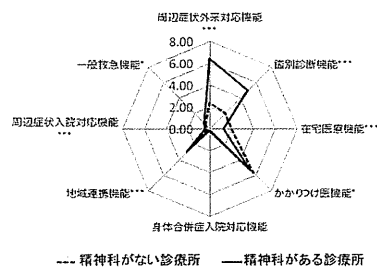
かかりつけ医認知症対応力向上研修に
参加している診療所と参加していない診療所



***P<0.001, **P<0.01, **P<0.05

図 3. 認知症対応力の比較：かかりつけ医認知症対応能力向上研修事業に参加している診療所は、参加していない診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、在宅医療機能、かかりつけ医機能、地域連携機能が有意に高い。

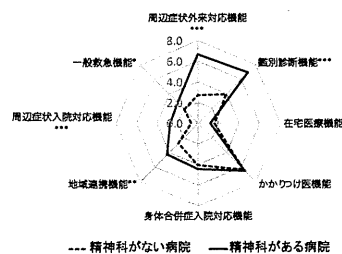
精神科の「ある」診療所と精神科の「ない」診療所



***P<0.001, **P<0.01, **P<0.05

図 4. 認知症対応力の比較：精神科のある診療所は、ない診療所よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能が有意に高いが、在宅医療機能、かかりつけ医機能は有意に低い。

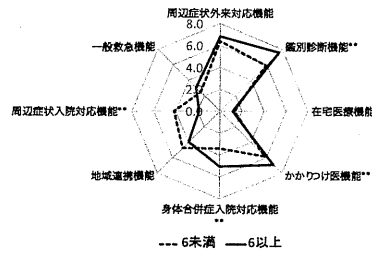
「精神科がある病院」と「精神科がない病院」



***P<0.001, **P<0.01, **P<0.05

図 5. 認知症対応力の比較：精神科がある病院は、ない病院よりも、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携機能、周辺症状入院対応機能、一般救急機能が有意に高い。

精神科がある病院で診療科が6未満と6以上



***P<0.001, **P<0.01, *P<0.05

図 6. 認知症対応力の比較：精神科がある病院で、診療科が 6 以上ある病院は、6 未満の病院よりも、鑑別診断機能、かかりつけ医機能は有意に高いが、周辺症状入院対応機能は有意に低い。

表 2. 領域別に定めた基準点の通過率

	病院		診療所	
	8 点以上	4 点以上	8 点以上	4 点以上
1 周辺症状外来対応機能	46.0	70.0	15.1	42.2
2 鑑別診断機能	56.0	74.0	11.2	31.1
3 在宅医療機能	1.0	14.0	5.1	24.8
4 かかりつけ医機能	22.0	95.0	26.9	81.2
5 身体合併症入院対応機能	2.0	60.0	0.0	1.2
6 地域連携機能	10.0	55.0	3.4	23.5
7 周辺症状入院対応機能	4.0	22.0	0.1	0.5
8 一般救急機能	1.0	26.0	0.0	2.9

表 3. 認知症疾患医療センター機能の評価方法

	地域型	基幹型
1 周辺症状外来対応機能 8 点以上	1 点	1 点
2 鑑別診断機能 8 点以上	1 点	1 点
5 身体合併症入院対応機能 4 点以上	1 点	1 点
6 地域連携機能 4 点以上	1 点	1 点
7 周辺症状入院対応機能 4 点以上	1 点	1 点
8 一般救急機能 4 点以上		1 点
合計点	5 点	6 点

表 4. 地域型認知症疾患医療センター機能評価得点の度数分布表

得点	度数	%
0	1278	67.4
1	357	18.8
2	171	9.0
3	82	4.3
4	7	.4
5	1	.1
	1896	100.0

表 5. 基幹型認知症疾患医療センター機能評価得点の度数分布表

得点	度数	%
0	1270	67.0
1	350	18.5
2	171	9.0
3	85	4.5
4	15	.8
5	4	.2
6	1	.1
	1896	100.0

設問 5. 貴医療機関で認知症の方を診療されることはありますか.

1. ある 2. ない

設問 6. 認知症の方に対する下記の医療サービスについて、貴医療機関の実施状況について該当する記号 (a, b, c のいずれか 1 つ) を○で囲んでください.

		通常実施している	状況に応じて実施している	実施していない
1.	認知症疾患医療センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	a.	b.	c.
2.	介護保険主治医意見書の記載	a.	b.	c.
3.	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する通院治療	a.	b.	c.
4.	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療	a.	b.	c.
5.	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬（アリセプトなど）の投薬	a.	b.	c.
6.	CT または MRI による神経画像診断	a.	b.	c.
7.	SPECT または PET による神経画像診断	a.	b.	c.
8.	常勤または非常勤の心理技術者の配置	a.	b.	c.
9.	アルツハイマー型認知症の診断	a.	b.	c.
10.	脳血管性認知症の診断	a.	b.	c.
11.	レビー小体型認知症の診断	a.	b.	c.
12.	前頭側頭型認知症（またはピック病）の診断	a.	b.	c.
13.	上記以外の認知症疾患の診断	a.	b.	c.
14.	認知症，うつ病，せん妄の鑑別診断	a.	b.	c.
15.	高齢者総合機能評価（包括的臨床評価）	a.	b.	c.

16.	随伴する抑うつ症状に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
17.	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
18.	随伴する興奮や徘徊に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
19.	せん妄に対する通院治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
20.	認知症に対するデイケア	a.	b.	c.
21.	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	a.	b.	c.
22.	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	a.	b.	c.
23.	入院中の認知症患者の診療についてのコンサルテーション・リエゾン医療	a.	b.	c.
24.	往診・訪問診療による身体疾患の治療	a.	b.	c.
25.	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	a.	b.	c.
26.	往診による施設（グループホーム、介護老人福祉施設など）での診療	a.	b.	c.
27.	往診・訪問診療による終末期医療	a.	b.	c.
28.	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	a.	b.	c.
29.	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療	a.	b.	c.
30.	入院による終末期医療	a.	b.	c.
31.	重度認知症患者の長期療養	a.	b.	c.
32.	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	a.	b.	c.
33.	周辺症状（精神症状・行動障害）と身体疾患の併存例に対する入院治療	a.	b.	c.
34.	虐待事例に対する緊急医療	a.	b.	c.
35.	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	a.	b.	c.
36.	精神科救急システムと連携した緊急事例の対応	a.	b.	c.
37.	一般救急システムと連携した緊急事例の対応	a.	b.	c.
38.	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供	a.	b.	c.
39.	家族に対する認知症医療や介護に関する相談の応需	a.	b.	c.
40.	多職種チームによる困難事例に対するケースワーク	a.	b.	c.
41.	かかりつけ医へのサポート（診断・情報提供・助言など）	a.	b.	c.
42.	行政が関わっている事例の診断・助言	a.	b.	c.

43.	かかりつけ医の研修（研修会への講師派遣など）	a.	b.	c.
44.	地域包括支援センター職員の研修（研修会の講師派遣など）	a.	b.	c.
45.	地域包括支援センターの連絡協議会またはケア会議への出席	a.	b.	c.
46.	成年後見用の診断書・鑑定書の作成	a.	b.	c.
47.	虐待事例のケースワーク	a.	b.	c.
48.	介護支援専門員への助言または連携	a.	b.	c.
49.	地域包括支援センター職員への助言または連携	a.	b.	c.
50.	グループホーム等施設職員への助言・指導	a.	b.	c.

設問 7. 貴医療機関の医師に「かかりつけ医認知症対応力向上研修」^{注1)}に参加された方はいらっしゃいますか。^{注1)} 都道府県が、国の認知症地域医療支援事業を踏まえて、医師会等と連携して実施している研修事業。

1. いる 2. いない

設問 8. 貴医療機関の医師に「認知症サポート医」^{注2)}はいらっしゃいますか。^{注2)} 都道府県が、国の認知症地域医療支援事業を踏まえて、医師会等と連携して実施している「認知症サポート医養成研修事業」に参加した医師。

1. いる 2. いない

設問 9. 貴医療機関では認知症に関する専門外来（例：もの忘れ外来）を設置していますか。

1. している 2. していない

設問 10. 貴医療機関は認知症疾患医療センターの指定を受けていますか。

1. 受けている (a. 基幹型 b. 地域型) 2. 受けていない

設問 11. 貴医療機関では認知症専門診断管理料を算定していますか。

1. している 2. していない

設問 12. 認知症の医療について日頃感じておられることがございましたら、ご自由にご記入ください。

別添資料 2 : MSD-30 の因子分析

MSD-30 の因子分析 (主因子法, プロマックス回転)

番号	質問項目	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	第 5 因子	第 6 因子	第 7 因子	第 8 因子
		周辺症状外来対応機能	鑑別診断機能	在宅医療機能	かかりつけ医療機能	身体合併症入院対応機能	地域連携機能	周辺症状入院対応機能	一般救急機能
1	認知症疾患医療センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介	.008	-.112	-.015	.587	-.078	.046	.026	.028
2	介護保険主治医意見書の記載	.032	.038	-.032	.794	.013	.059	.018	-.035
3	合併する一般身体疾患 (生活習慣病など) に対する通院治療	-.066	-.059	.014	.806	.068	-.029	-.044	.062
5	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬の投薬	.109	.156	.046	.701	-.012	-.019	.040	-.019
9	アルツハイマー型認知症の診断	.019	.802	.001	.142	-.035	-.006	-.002	-.009
10	脳血管性認知症の診断	-.040	.892	.016	.088	.002	-.012	-.030	-.009
11	レビー小体型認知症の診断	-.018	.960	.013	-.107	.009	.004	-.004	-.024
12	前頭側頭型認知症 (またはピック病) の診断	.052	.875	-.033	-.141	.041	.009	.022	-.016
16	随伴する抑うつ症状に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)	.798	.025	-.032	.151	-.022	-.001	-.001	.013
17	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)	.984	-.003	-.028	-.006	.009	.007	-.035	-.005
18	随伴する興奮や徘徊に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)	.987	-.008	.021	-.030	.029	-.021	-.022	-.012
19	せん妄に対する通院治療 (精神科との連携下でも可)	.916	.012	.038	-.051	.003	-.002	-.013	-.003

21	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療	-.018	-.026	.032	.042	.264	.014	.713	-.195
22	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療（時間外入院を含む）	-.021	.003	.054	-.002	.069	-.094	.621	.176
24	往診・訪問診療による身体疾患の治療	-.075	-.024	.880	.124	-.045	-.103	.009	.005
25	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療（精神科との連携下でも可）	.137	.042	.743	-.093	-.076	.053	.056	.011
26	往診による施設（グループホーム、介護老人福祉施設など）での診療	.013	.046	.566	-.167	.051	.177	.032	-.049
27	往診・訪問診療による終末期医療	-.031	-.044	.816	.082	.037	.002	-.051	.050
28	合併する一般身体疾患（生活習慣病など）に対する入院治療	.006	.037	.015	-.005	.851	-.015	-.077	.088
30	入院による終末期医療	.017	-.019	-.037	.000	.840	.015	-.070	.011
32	合併する身体疾患に対する救急医療（時間外入院を含む）	-.048	.035	.032	-.012	.557	-.050	-.108	.400
33	周辺症状（精神症状・行動障害）と身体疾患の併存例に対する入院治療	.038	-.017	-.043	.007	.646	.019	.318	-.108
34	虐待事例の緊急医療	.026	-.010	.002	-.040	.136	.075	.316	.272
35	自院の精神科病床への緊急入院のための空床確保	-.065	-.012	.014	.007	-.125	.007	.827	-.069
36	精神科救急システムと連携した緊急事例対応	.050	.040	-.091	-.008	-.219	-.010	.596	.383
37	一般救急システムと連携した緊急事例の対応	-.006	-.059	.031	.049	.104	.060	.044	.592
42	行政が関わっている事例の診断・助言	.088	.097	-.001	-.011	-.002	.432	.082	.133
48	介護支援専門員への助言または連携	-.030	-.024	.007	.086	.001	.878	-.054	.013
49	地域包括支援センター職員への	-.072	-.002	-.023	.076	-.015	.932	-.032	.023