

[論文]

かかりつけ医を中心とした 認知症医療連携の実態と課題

—— 大分県・宝塚市診療所調査の分析 ——

奥 田 憲 昭

はじめに

1. かかりつけ医と認知症専門医
2. 調査の概要と選択式回答の調査結果
3. 自由記述式調査結果の分析

おわりに

はじめに

認知症は徐々に進行するが、その進行段階は大きく前駆段階、初期段階、中期段階、後期段階の4段階に分けることができる¹⁾。初期段階では記憶障害が生じ始めるものの、洋服の選択や入浴などの日常生活ではまだ介助を要しない。しかし、重要な約束を忘れてしまったり迷子になったりし始め、次第に家計管理や買い物にも支障をきたすようになってくる。また、社会的判断力は通常保持されるが、自発性や意欲の低下、趣味や活動への関心の低下などが顕著になってくる。こうした初期段階は家族や周りの人々からは単なる老化の進行程度にしか認識されずに見逃されやすく、実際には中期段階に入り、認知障害・見当

1) 詳細は拙著「認知症のインフォーマルサポートネットワークに関する地域間比較研究」大分大学大学院福祉社会科学研究所『紀要』第12号(2009.9)を参照。

(2) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

識障害がひどくなり、料理・掃除・買い物ができなくなって一人での自立生活が困難となってから、家族が医療機関などに相談を持ちかける場合が多い。

最近 MCI（軽度認知障害）という用語がよく使用されるようになってきた。この MCI というのは「もの忘れがある、確かに認知障害がある、しかし、日常生活に大きな支障がない」という、健常と認知症の境界領域に属する段階を意味している²⁾。

認知症の進行を防ぐためには、初期段階でも生活にまだ支障がない MCI 段階での早期発見・早期治療がなによりも大切である。なぜなら、認知症の原因を早期に判明することによって、一部の認知症のなかには適切な治療を行えば治療できるものもあるし、現段階では治らない病気であっても進行を遅らせることにより本人の生活の質を維持し、家族の介護負担を減らすことができるからである³⁾。

早期発見・早期治療を行なうためには、身近に相談できる自宅近くのかかりつけ医の診断を受けるのが望ましい。筆者が、大分県杵築市（大田地区と中心市街地）、大分市（中心市街地と郊外団地）、兵庫県宝塚市（山手住宅地と旧住宅公団地）を対象に実施した認知症のネットワーク調査において、認知症の疑いがあるため、認知症かどうかをみてもらいたいと思った時どこに相談に行くかを尋ねたところ、かかりつけ医をあげた回答者がいずれの地域も30%台であった⁴⁾。他の項目と比較して最も多いとはいうものの、認知症とかかりつけ

2) 山田達夫 (2009) 「ホスピタリティ医療の実現に向けて～若年性認知症の人にとって向き合うか～」『若年期認知症を生きる～これからの予防と完治への挑戦～』(社)認知症の人と家族の会大分県支部編 pp.5

3) 荒井啓行『知っておきたい認知症と漢方の知識』株式会社ジーエー企画 pp.15
<https://www.ninchisho-forum.com/images/common/ninchisho.pdf>

4) 専門医のいる病院から離れた地域の比率が高く、杵築市市街地が38.9%、杵築市大田地区が38.7%と高く、大分市郊外団地が32.4%と最も低かった。奥田憲昭 (2010) 「認知症に対する意識と介護状況に関する地域間比較研究」大分大学大学院福祉社会科学研究科『紀要』第13号 pp.17

医との結びつきはまだまだ不十分といえよう。

早期発見・早期治療を促進するためには、このかかりつけ医を中心とした認知症医療ネットワークづくりが特に重要である。そこで筆者は、現在、認知症のかかりつけ医がどの程度普及し、そこにどのような課題や問題点があるのかを明らかにするために、大分県と宝塚市においてかかりつけ医の実態調査を行なうこととした⁵⁾。本論文は、調査により認知症をめぐるかかりつけ医の医療連携の実態を明らかにするとともに、調査結果を踏まえてかかりつけ医を中心とした認知症医療連携の課題を明らかにすることを目的としている。

1. かかりつけ医と認知症専門医

かかりつけ医はどのように定義されるのであろうか。かかりつけ医という用語が広く使用されるようになったのは比較的新しい。この用語が普及するようになったのは、平成4年10月の日本医師会代議員会挨拶において当時の日本医師会会長が、同年3月に出された「診療報酬のありかた—中間報告」に基づき、「総ての国民にかかりつけ医を持ってもらうことが必要であり、それを国民運動にまで高める」と宣言したのがきっかけとなっていると言われている⁶⁾。その「診療報酬のありかた—中間報告」においては、かかりつけ医の定義と必要性について次のように述べている⁷⁾。

かかりつけ医とは、患者の日常生活に密着した、疾病発生時に第一に選択する医師の事である。即ち地域社会の中で患者が慣れ親しんでいる行きつけの医師のこと

5) 本研究は平成21年度科学研究費補助金を受けて実施したものである。宝塚市を調査対象に入れたのは、全体の研究計画において大都市郊外と地方を比較して地方の特色を明らかにする意図があったためである。

6) 池田信彦『「かかりつけ医」を考える』『名古屋医報』平成12年3月1日 第1184号
<http://www.midoriku.aichi.med.or.jp/words/02homedoc.html>

7) 同上 pp.1

(4) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

である。またかつて、地域における医療活動として往診などで医師は患者の家庭事情まで承知し、来院患者の家族歴や病歴を熟知していた。しかし、診療所の重裝備化、受療患者の増加、往診に対する抑制政策など種々の因子が重なり、患者と医師の好ましい人間関係が醸成しにくくなっている。かつ医療ニーズに対応する身近な医師として、新しい内容を盛り込んだかかりつけ医の展開が必要である。

このようにかかりつけ医とは、地域社会のなかで患者が慣れ親しんで行ける身近な行きつけの医師のことであり、診察だけでなく、健康管理についても気軽に相談できる医師のことである。また、自分自身では診断や治療ができない場合は、病状に応じて専門医を紹介し、専門医への橋渡し機能を担う医師でもある。住民の側から言えば、風邪などを引いたり、体調異常を感じたりしたときに、最初に気軽に診察を受け、専門的な治療を必要とする場合は、症状にあった適切な病院や診療科を紹介してもらえる医師である。

認知症との関係で言えば、本人や家族が認知症の疑いをもったとき、気軽に相談し診察を受けることができる医師である。認知症の早期発見・早期診断といった場合、認知症の疑いをもった本人や家族がかかりつけ医に受診にきた時、かかりつけ医は、認知症について適切な診断と判断をすることが大切である。ところが認知症の場合は風邪の症状などとは異なり、熱が出たり気分が悪くなったりしないことから、かかりつけ医といっても、認知症について医者として十分な知識をもっていないと診断が困難である。認知症患者に対するかかりつけ医の役割は、認知症の有無や進行段階を診断し、その診断結果に基づいて専門医を紹介し、必要に応じて専門医の指示を受けて適切な治療をすることにある。このため今日では、すべてのかかりつけ医が認知症について適切な診断と対応ができることが望まれている。

それでは、かかりつけ医が連携する認知症専門医はどのように認定されるのであろうか。わが国の大学において認知症という名の付く単独の教室や講座が

設置されているのは、おそらく順天堂大学大学院の寄附講座である「認知症診断・予防・治療学講座」だけではないだろうか。それだけ認知症教育の歴史は浅く、現在でも神経学講座や精神医学講座等のなかで行なわれているのが実態である。

東京都は、平成19年に認知症専門医療機関の実態調査を行なった。その際に対象とされた医療機関は、都内の全ての病院と認知症関係3学会（日本神経学会、日本老年医学会及び日本老年精神医学会）に所属する医師が勤務する都内の診療所である⁸⁾。しかし、病院に認知症の専門医がいるとは限らないし、日本神経学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会に所属しているから認知症の専門医とは言い切れない。

認知症に関連した学会としては、日本神経学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会のほかに日本認知症学会がある。このうち日本認知症学会と日本老年精神学会は認知症の専門医を認定している。認知症の専門医でないかかりつけ医が専門医を紹介する際、認知症の専門医かどうかを判断するには、認知症関連学会で認定された認定専門医が広く公表されていることが望ましい。しかし、その公表は不十分であり、その数も少ないのが現状である。大分県において日本認知症学会で認定を受けた専門医はわずか1人であり、日本老年精神学会で認定を受けた専門医は7人しか存在していない⁹⁾。

こうした学会の専門医認定とは別に、平成17年度より厚生労働省が、都道府県及び政令指定都市に働きかけて、都道府県等が実施主体（国が費用の半額を負担し、国立長寿医療センターに委託）となり、認知症サポート医養成研修事業を実施してきた¹⁰⁾。この目的は、かかりつけ医への助言者となり専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医（推進

8) 「東京都認知症専門医療機関実態調査報告書」東京都福祉保健局 pp.1

9) 各学会のホームページを参照。日本老年精神学会で認定を受けた7人の専門医のなかには日本認知症学会の認知症認定専門医となっている1人が含まれている。

(6) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

医師)を養成することによって、認知症の発症初期から医療と介護が一体となって認知症の人や家族へ対応できる地域支援体制の構築を図ることにあった。平成17～20年度の間には全国で871名、大分県では15名のサポート医が養成された¹¹⁾。この事業を通じて養成された認知症サポート医も認知症専門医とみなすことができよう。

このほか「認知症の人と家族の会」が、「全国もの忘れ外来一覧」を公表している。この「もの忘れ外来の医師」には、もちろん認知症専門医が配置されている。この一覧によれば、九州においては福岡県が42医療機関と多いが、大分県は大分大学医学部付属病院と一つの民間病院だけである。しかし、この「認知症の人と家族の会」の「全国もの忘れ外来一覧」は、大分県内すべての専門医を掲載しているわけではない。

以上のごとく、いくつかの機関によって認知症の専門医は認定されているが、全国的な統一したシステムが存在しないのが現状である。認知症専門医が定かでないということは、かかりつけ医と認知症専門医を区別すること自体が難しく、しいてはかかりつけ医と認知症専門医の連携が取れず、大学医学部付属病院などの「もの忘れ外来」に患者が集中するといった結果をもたらすことにもなってくる。

また、厚生労働省は「認知症サポート医養成研修事業」とともに「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の実施を各都道府県に要請してきた。大分県でも平成18年度に83名、平成19年度に105名、平成20年度に105名（新規受講者は75名、残り30名は2度目の受講生）が受講した¹²⁾。この研修を受けたかかりつけ医は、専門医への受診誘導、日常的な身体疾患への対応、健康管理、家族の介

10) 厚生労働省の本事業は平成21年6月をもって廃止された。平成17～20年度で871名のサポート医を養成した。

11) 大分県 認知症地域支援事業 平成17～20年度「認知症サポート医養成研修修了者名簿」<http://www.pref.oita.jp/12300/ninchi/medical.html>

護負担・不安への理解，地域の認知症介護サービス，地域包括支援センター等の諸機関との連携等により地域において認知症の人やその家族を支えるかかりつけ医として活躍することが期待されている。

こうしたなか，大分県においてはかかりつけ医と専門医との連携はどのようになされているのであろうか，また，どの程度のかかりつけ医が認知症の診断・治療を実施しているのであろうか。こうした問題への調査研究は現在のところ全国的にも存在せず，その実態は定かではない。そこで筆者は，認知症診断に係るかかりつけ医の実態を明らかにし，かかりつけ医を中心とした認知症医療システムづくりの課題を考察するため，大分県と宝塚市において，かかりつけ医の多い診療所を対象としてかかりつけ医実態調査を実施することとした。

2. 調査の概要と選択式回答の調査結果

1) 調査の概要

本調査の調査期間は2月1日から3月中旬にかけてである。調査対象は有床または無床の診療所で，大分県と宝塚市の調査票配布数は大分県730票，宝塚市104票，合計834票である。配布，回収とも郵送で行なった。全体の回収率は42.2% (352/834) で，大分県の回収率が44.5% (325/730)，宝塚市が26.0% (27/104) であった。調査対象として宝塚市を選んだのは，大都市圏郊外と比較することによって大分県の認知症への取り組みの特徴や問題点をより明らかにするためである¹²⁾。

先に述べたとおり，本調査の目的は，かかりつけ医の実態を明らかにするとともに，かかりつけ医を中心とした認知症支援システムづくりにどのような課題があるかを明らかにすることを目的としている。そこで調査対象はかかりつ

12) 大分県 認知症地域医療支援事業 「平成18～20年度 かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿」 <http://www.pref.oita.jp/12300/ninchi/medical.html>

(8) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

け医が多いと考えられる診療所を対象とした。すでに述べたとおり、認知症のかかりつけ医と専門医を見分けることは困難である。かかりつけ医を、「自宅に近く、診察だけでなく健康管理等について気軽に相談できる医師」と定義した場合、その多くは病院よりも診療所の医師であると考えられる。もちろん病院もかかりつけ医的機能を担っているし、診療所の医師にも認知症の専門医は存在している。しかし、かかりつけ医と専門医を調査前に判別することは困難であることから、質問表のなかで判別できるように調査項目を策定することとした。また、調査においては、診療所のうち眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科、小児科、形成外科、皮膚科、泌尿器科は調査対象から除外することとした。

2) 選択式回答の調査結果の分析

大分県を都市規模により、大分市、中核市（別府市・中津市・日田市・佐伯市）、中心市（臼杵市・津久見市・竹田市・豊後高田市・杵築市・宇佐市・豊後大野市・由布市・国東市）、町村（日出町・九重町・玖珠町・姫島村）に分けて回収率をみると、表1に見られるとおり、大分市42.9%、中核市43.6%、中心市46.7%、町村50.0%と都市度¹⁴⁾が低い市町村ほど回収率は高くなっている。

診療所は有床診療所と無床診療所に分けられる。調査結果における有床診療

13) 宝塚市は高度経済成長期に急激に宅地化が進み人口が増大した。しかし、病院についてはもともと農村地域であったため小規模な民間病院が三つしかなかった。そのため市民から強い要望があり、昭和59年5月に宝塚市立病院が新築されて197床12診療科で診療開始した。現在は、480床で地域の中核病院となっている。民間病院も増床し（合計452床）、宝塚市全体の病院病床数は932床で、平成19年10月末の宝塚市（人口224,124人）の人口1人当たり病床数は0.004床となっている。これに対して平成19年の大分市の病院数は55で7,577床となっており、平成19年9月末の大分市（人口469,338人）の人口1人当たりの病床数は0.016床と、宝塚市の4倍となっている。

14) 一般的に人口が多いほど都市度が高いと考えられる。

表1 市町村別回収率

市町村 (人口)	配布数	回答数 (人)	回収率 (%)
宝塚市 (227,516人)	104	27	26.0
大分市 (470,057人)	254	109	42.9
別府市 (125,828人)	95	39	41.1
中津市 (83,686人)	62	28	45.2
日田市 (70,685人)	35	15	42.9
佐伯市 (76,715人)	49	23	46.9
中核市合計	241	105	43.6
臼杵市 (41,372人)	26	12	46.2
津久見市 (19,773人)	16	6	37.5
竹田市 (24,366人)	22	12	54.5
豊後高田市 (23,717人)	16	8	66.7
杵築市 (32,514人)	21	12	57.1
宇佐市 (58,829人)	29	11	37.9
豊後大野市 (39,234人)	25	14	56.0
由布市 (34,932人)	22	5	22.7
国東市 (32,571人)	22	13	59.1
中心市合計	199	93	46.7
日出町 (28,277人)	18	7	38.9
九重町 (10,481人)	6	3	50.0
玖珠町 (17,116人)	11	7	63.6
姫島村 (2,206人)	1	1	100.0
町村合計	36	18	50.0
全市町村の合計	834	352	42.2

注：人口は平成22年4月1日現在の県市町村別推計人口による。

所と無床診療所の比率は、表2に示されたとおりである。これによれば、九重町と姫島村を除き、無床診療所の比率が高くなっている。宝塚市は無床診療所の比率が96.3%と圧倒的に高い。大分県内においては、杵築市(100.0%)、日田市(93.3%)、日出町(85.7%)、臼杵市(83.3%)で無床診療所の比率が高くなっている。一方、姫島村(100.0%)、九重町(66.7%)、国東市(46.2%)、

(10) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

大分市 (31.2%), 佐伯市 (26.1%), 別府市 (25.6%) では, 有床診療所の比率が高くなっている。宝塚市においては無床診療所の比率が圧倒的に高いが, 大分県内においては市町村人口と無床診療所の比率との間に特に相関関係はみられない。

表2 市町村別・診療所型別の回答比率 (数) %

	有床診療所	無床診療所	無回答	合計 (数)
宝塚市	3.7 (1)	96.3 (26)	0.0 (0)	100.0 (27)
大分市	31.2 (34)	67.0 (73)	1.8 (2)	100.0 (109)
別府市	25.6 (10)	71.8 (28)	2.6 (1)	100.0 (39)
中津市	32.1 (9)	67.9 (19)	0.0 (0)	100.0 (28)
日田市	0.0 (0)	93.3 (14)	6.7 (1)	100.0 (15)
佐伯市	26.1 (6)	73.9 (17)	0.0 (0)	100.0 (23)
臼杵市	16.7 (2)	83.3 (10)	0.0 (0)	100.0 (12)
津久見市	0.0 (0)	100.0 (6)	0.0 (0)	100.0 (6)
竹田市	25.0 (3)	75.0 (9)	0.0 (0)	100.0 (12)
豊後高田市	0.0 (0)	100.0 (8)	0.0 (0)	100.0 (8)
杵築市	0.0 (0)	100.0 (12)	0.0 (0)	100.0 (12)
宇佐市	18.2 (2)	81.8 (9)	0.0 (0)	100.0 (11)
豊後大野市	21.4 (3)	78.6 (11)	0.0 (0)	100.0 (14)
由布市	40.0 (2)	60.0 (3)	0.0 (0)	100.0 (5)
国東市	46.2 (6)	53.8 (7)	0.0 (0)	100.0 (13)
日出町	14.3 (1)	85.7 (6)	0.0 (0)	100.0 (7)
九重町	66.7 (2)	33.3 (1)	0.0 (0)	100.0 (3)
玖珠町	28.6 (2)	57.1 (4)	14.3 (1)	100.0 (7)
姫島村	100.0 (1)	0.0 (0)	0.0 (0)	100.0 (1)
合計	23.7 (84)	74.9 (265)	1.4 (5)	100.0 (354)

表3は, 診療所が認知症の診断・治療を行なっているかどうかを示したものである。これによれば, 宝塚市においては診断・治療をしていると答えた診療所が51.9%と過半数を超えている。これに対して, 大分県内の診療所においては由布市 (80.0%) 以外の市町村は, むしろ診断・治療をしていない診療所の

比率が高くなっている。特に竹田市 (91.7%), 豊後高田市 (87.5%), 杵築市 (75.0%), 日田市 (73.3%), 別府市 (71.8%), 豊後大野市 (71.4%) 等において「していない」比率が圧倒的に高くなっている。一方, 大分県内において認知症の診断・治療を「している」比率が高いのは, 由布市が80.0%と突出している¹⁵⁾。由布市に次いで比率が高いのは, 国東市の38.5%, 宇佐市の36.4%, 中津市の35.7%となっている。

それでは, 認知症の診断・治療を行なっている診療科はどのような診療科で

表3 認知症の診断・治療の有無の比率 %

	している	していない	無回答	合計 (回答数)
宝塚市	51.9 (14)	48.1 (13)	0.0	100.0 (27)
大分市	31.2 (34)	67.9 (74)	0.9 (1)	100.0 (109)
別府市	28.2 (11)	71.8 (38)	0.0	100.0 (39)
中津市	35.7 (10)	64.3 (18)	0.0	100.0 (28)
日田市	26.7 (4)	73.3 (11)	0.0	100.0 (15)
佐伯市	34.8 (8)	65.2 (15)	0.0	100.0 (23)
臼杵市	33.3 (4)	66.7 (8)	0.0	100.0 (12)
津久見市	33.3 (2)	66.7 (4)	0.0	100.0 (6)
竹田市	8.3 (1)	91.7 (11)	0.0	100.0 (12)
豊後高田市	12.5 (1)	87.5 (7)	0.0	100.0 (8)
杵築市	25.0 (3)	75.0 (9)	0.0	100.0 (12)
宇佐市	36.4 (4)	63.6 (7)	0.0	100.0 (11)
豊後大野市	28.6 (4)	71.4 (10)	0.0	100.0 (14)
由布市	80.0 (4)	20.0 (1)	0.0	100.0 (5)
国東市	38.5 (5)	53.8 (7)	7.7	100.0 (13)
日出町	28.6 (2)	42.8 (3)	28.6 (2)	100.0 (7)
九重町	0 (0)	100.0 (3)	0.0	100.0 (3)
玖珠町	28.6 (2)	71.4 (5)	0.0	100.0 (7)
姫島村	100.0 (1)	0.0 (0)	0.0	100.0 (1)
大分県合計	30.6 (100)	68.2 (223)	1.2 (4)	100.0 (327)
合計	32.2 (114)	66.7 (236)	1.1 (4)	100.0 (354)

(12) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

あろうか。表4は、認知症の診断・治療を行なう診療科を示したものである。これによれば、「内科」が79.7%と圧倒的に多く、次いで精神科の7.3%、神経内科の4.1%となっている。このことはほとんどが認知症の専門医でない「内科」診療所の多くが認知症の診断・治療をしていることを示している。なお、その他のなかには、脳神経外科(3)、特に標榜していない(2)、整形外科(1)、リハビリテーション(1)がある。

表4 診断する診療科

	回答数	比率(%)
もの忘れ外来	2	1.6
内科	98	79.7
精神科	9	7.3
神経内科	5	4.1
心療内科	2	1.6
その他	7	5.7
合計	123	100.0

表5は、認知症の診断・治療を行っていない診療所に対する「患者さんや家族の方に認知症の心配があり、診断を依頼されたことがありますか」という質問の回答を示したものである。認知症の診断を依頼されたことが「ある」が61.3%、「ない」が38.7%と、「ある」の比率が高くなっている。そして、診断を依頼された場合にどのように対応するかについては、表6に示されているとおり、「診断はできないが、話を聞いて専門の病院(診療所)を紹介する」が96.7%、「専門でないので診断できないことを窓口で伝えて断る」が3.3%となっている。診断を依頼された場合、ほとんどの診療所は専門の医療機関を紹介するとしており、認知症の診断ができない診療所の大部分が「かかりつけ医」と

15) 由布市において診断・治療をしている比率が高いのは、認知症学会が認定した専門医や大分大学に物忘れ外来の医師などが中心となって研究会をおこなっていることが影響しているものと考えられる。

して一定の機能を果たしていることがわかる。また、専門医との連携においては、表7にあるとおり、65.4%の診療所が「連携がある」、34.6%の診療所が「連携がない」と答えている。そして、専門医と連携している場合、紹介する診療科は、精神科が33.8%と最も多く、次いで「もの忘れ外来」33.5%、神経

表5 診断依頼の有無

	診療所数	比率 (%)
ある	157	61.3
ない	99	38.7
合計	256	100.0

表6 診断依頼時の対応

	診療所数	比率 (%)
窓口で断る	5	3.3
専門病院を紹介	148	96.7
合計	153	100.0

表7 連携している病院（診療所）

	病院（診療所）	比率 (%)
ある	100	65.4
ない	53	34.6
合計	153	100.0

表8 連携している病院（診療所）多重回答

	回答数	比率 (%)
もの忘れ外来	87	33.5
内科	5	1.9
精神科	88	33.8
神経内科	37	14.2
心療内科	31	11.9
神経科	9	3.5
その他	3	1.2
合計	260	100.0

(14) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

内科14.2%，心療内科11.9%となっている。

一方、認知症の診断・治療を行なっているとして回答した診療所は、表9に示されているとおり124に上っている。これらの診療所における初診時の対応においては、直接来院可が90.3%を占めており、診療所の多くが「かかりつけ医」の機能を担っていることを示している。なお、電話予約が必要としたのは、精神科（5）、神経内科（1）、心療内科（3）となっている。

また表10は、認知症の診断・治療を行なっていると回答した診療所に対して認知症患者の治療に関して、他のかかりつけ医との連携を行なっているかどうかを問うたものである。これによれば、「行なっていない」が33.3%で最も高いが、66.7%は何らかの連携を行なっている。そのうち「周辺症状や合併症について連携している」の比率が20.8%、「薬の処方への依頼に応じている」が16.1%、「かかりつけ医に対して定期的な処方の依頼や経過観察を依頼している」が14.9%となっている。

表9 初診時の対応

	回答数	比率 (%)
直接来院可	112	90.3
電話予約	9	7.3
医師の紹介	1	0.8
その他	2	1.6
合計	124	100.0

表10 かかりつけ医との連携

	回答数	比率 (%)
確定診断の依頼に応じる	13	7.7
薬の処方への依頼に応じる	27	16.1
薬や経過観察の依頼	25	14.9
周辺症状や合併症で連携	35	20.8
その他	12	7.1
行なっていない	56	33.3
合計	168	100.0

3. 自由記述式調査結果の分析

以上、アンケート調査の選択式回答の結果について明らかにした。本調査では選択式回答のほかに自由記述欄を設け、診療所の医者や医療機関や福祉機関との連携について意見を記述してもらった。そこで次に記述式回答を整理し、それをもとに診療所の連携の現状や課題を明らかにすることとする。記述された意見は、1) かかりつけ医と専門医の連携問題、2) 施設・地域包括支援センターなどとの連携問題、3) 家族との連携問題、4) 医療システムに関わる問題、に大別される。記述された意見を上の4項目に分けて整理し¹⁶⁾、以下、それぞれの項目についてその意見を考察することとする。

1) かかりつけ医と専門医の連携問題

かかりつけ医と専門医の連携問題は、さらに ①かかりつけ医の問題、②専門医・専門病院の問題、③過疎地域の問題に分類される。

① かかりつけ医の問題

かかりつけ医のなかには、介護施設に訪問診療している医者が多い。こうした医者から、訪問診療している介護施設のかかりつけ医をもたない初診患者のなかに多くの認知症患者が存在していることが報告されている（資料1）。認知症の患者や家族のためには近接のかかりつけ医と専門の医療機関との連携が特に大切である。しかし、現状ではその体制がきわめて不十分であることが指摘されている（資料2）。

一般内科は介護認定のための主治医意見書作成の際、認知症を取り扱うこと

16) 6項目に整理した意見は資料として添付した。本文の資料番号は資料の番号と合致している。資料においては各項目とも大分県市町村の意見を先にし、宝塚市に診療所の意見を後に並べている。区別するため、宝塚市の医師の回答については（宝塚市）と付してある。番号の後に◎のある意見は、複数の内容が含まれた意見を意味している。

(16) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

となることから、かかりつけ医であるすべての内科医が認知症について見識をもち、診断ができるようにしておく必要がある(資料4, 18宝塚市)。かかりつけ医の認知症患者への対応は、家族からの相談(患者が認知症であると考えられるか否か、及びその後の対応について)⇒本人の状態、生活環境に応じ、もの忘れ外来、精神科、神経科の中から適していると思われる診療科(病院)に紹介⇒専門医から診断及び以後の投薬を含めた対応の教示を仰ぐ⇒経過観察⇒家族の協力、ホームヘルプ訪問介護、施設入所などの説明指導、といったプロセスを辿る(資料8)。こうした対応は認知症に関わるかかりつけ医の理想的モデルであり、かかりつけ医は、①早期段階での発見・気づき、②専門医療機関への受診誘導、③一般患者として日常的な身体疾患対応、健康管理などの医療的対応のほかに、④家族の介護負担、不安への理解、⑤地域包括支援センターなど地域の認知症介護サービス諸機関との連携等に対応することが望まれる¹⁷⁾。

かかりつけ医が自己診断し、認知症の疑いがある場合、多くのかかりつけ医は「もの忘れ外来」や精神科の専門医と連携をとっている(資料3・4)。連携をとる場合、かかりつけ医が認知症のMMSテスト¹⁸⁾やHDS-R¹⁹⁾などによる簡易診断を実施した上で専門医を紹介している(資料18宝塚市)。かかりつけ医が専門医と連携することが必要なのは、これらの簡易診断がアバウトにならざるをえない(資料5)からである。また、診療所の場合は確定診断を下す設備(CTやMRI)がないことも専門医の診断を仰ぐ理由である(資料6・7)。

しかし、かかりつけ医の多くが診療だけでなく、治療をも実施していること

17) 厚生労働省「認知症への取組み 認知症サポート医・かかりつけ医」

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dol.html>

18) 何を知っていて、何を憶えているかを測る簡易知能テスト

19) 長谷川式簡易認知症評価スケール(HDS-R)

が示されている（資料8～15）。このうち、専門医と連携をとって治療しているケースもある（資料8・12・13）が、自己診断でアリセプト²⁰⁾の投薬などの治療をするケースもある（資料9・10・11・14・15）。これは、専門医に受診するのは現実的には困難な状況があるからである。このため、かかりつけ医が認知症の診断・治療についてある程度の知識・技能を修得することが大切であることが指摘されている（資料15）。

かかりつけ医は、内科医が多い。しかし、内科医ではなく整形外科医がかかりつけ医になる場合もある（資料10）。整形外科と認知症は病気としては無関係である。しかし、整形外科には多くの高齢者が受診に訪れる。したがって、整形外科医がかかりつけ医としての役割をも担い、認知症の診断ができれば早期発見に効果的である。

② 専門医・専門病院の問題

専門医・専門病院との連携の問題点について次のようなさまざまな意見がみられる。ここでは資料にもとづきその要点をまとめて列挙しておく。専門医不足が多く指摘されているが、特に大都市郊外の宝塚市の医師も同様に専門医不足を指摘している点が注目される（資料27・28）。

- ・専門医を紹介したいが近くに認知症専門の病院がない（資料20）。
- ・精神科や診療内科の受診を勧めても受診する患者が少ない（資料5）。
- ・本人や家族が専門医を受診したがない（資料21）。
- ・信頼できる専門医が少ない（資料22）。
- ・市内に精神科などの専門病院が一つしかなく入院ができない（資料23）。
- ・もの忘れ外来は予約が一杯である（資料24）。
- ・精神科、神経内科の医者が認知症の治療ができるとは限らない（資料25）。

20) アリセプトはアルツハイマー型認知症に適應し、認知症症状の進行抑制の効果があるとされている。

(18) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

- ・もの忘れ外来（認知症専門外来）と標榜していても、結局、一般の内科医とかわらないのではないかと疑心暗鬼になっている（資料26）。
- ・医療機関（認知症外来）が少ない（資料27宝塚市）。
- ・専門医が不足している（資料28宝塚市）。

③ 過疎地域の問題

過疎地域においては、高齢化が進み一人暮らしの高齢者も多い。筆者が行った認知症サポートネットワーク調査では、杵築市太田地区²¹⁾の平成19年6月30日の時点における高齢化率は47.5%であった。また、一人暮らしは27.1%と調査した大分県内地域ではもっとも高かった²²⁾。高齢化が進めば認知症の発生率も高くなる。しかし、過疎地域において医療機関は少なく、認知症の専門医は存在していない。こうした社会・医療環境の下で次のような問題が指摘されている。

- ・認知症が疑われても日中は家族と連絡がつかない、もしくは独居であることが大半でなかなか話が進まない（資料29）。
- ・地理的な問題もあり、専門医に紹介することが難しいことが多く、認知症に対し処方を行なっていることが多い（資料29）。
- ・市内に入院、精神科が無いため、初期段階での効果的、専門治療が受けにくい（資料30）。
- ・本人や家族がなかなか専門医院を受診しながらず、やむを得ず対応している。土俵に上げるのが大変（資料39）。

2) 施設・地域包括支援センターなどとの連携問題

21) 市町村合併が行なわれた平成17年以前において杵築市太田地区（旧大田村）は最も高齢化率の高い市町村であった。

22) 杵築市中心市街地22.9%，大分市中心市街地21.0%，大分市郊外団地10.9%であった。

厚生労働省の示したかかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制づくり²³⁾においては、施設との連携は考えられていない。しかし、実際には施設とかかりつけ医や専門医は連携していることが多い。第1の連携はかかりつけ医や専門医が嘱託として施設で診療するケースであり、第2の連携は患者の認知症が進行して施設に入所したいときかかりつけ医が施設を紹介するケースであり、第3の連携は施設に入所した患者が施設外のかかりつけ医や専門医の治療を受けるケースである。それぞれのケースの事例を挙げると以下のとおりである。

第1のケース：施設に精神科の医師に嘱託医として来てもらっている（資料34）。グループホームや特別養護老人ホーム嘱託医を受託しているので、患者はほとんどが施設入所者で、外来認知症患者は極少数（資料35）。

第2のケース：認知症患者でインスリン自己（家庭）治療を必要としている症例の場合に収容してくれる施設が殆どなくて家庭療養にせまられるケースが多い（資料32）。

第3のケース：認知症の診断に伴い、周辺症状の改善のための治療で服薬コントロールを在宅や特養などで行なうことは難しく、中途半端になり、かえって症状の悪化を来すことがある（資料33）。施設への入所時に医療情報の提供を受け、入所後は当施設で治療はしているが、数名の入所者が入所後も以前の「かかりつけ医」に受診して治療も受けている。内服薬は配薬のみにしている（資料42宝塚市）。

厚生労働省の高齢者の地域支援体制づくりでは地域包括支援センターとかかりつけ医の連携が指摘されている。また最近では、新しく設置する認知症疾患医療センターに地域包括支援センターの担当者を置き、医療と介護との連携を、地域包括支援センターを介して推進することとしている。こうした認知症医療

23) 既出。厚生労働省「認知症への取組み 認知症サポート医・かかりつけ医」。

(20) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

と地域包括支援センターとの連携はどの程度進展しているのでしょうか。地域包括支援センターとの連携についての記述は少ないが、以下のような肯定的指摘がみられた。

- ・地域包括支援の仕組みはおおいに結構（資料38）。
- ・地域包括支援センターなどに相談してもらい、受診できるケースもあった（資料39）。
- ・地域包括支援センターが熱心に取り組んでくれるので助かっている（資料41宝塚市）。

3) 家族との連携問題

家族との連携においては連携の困難事例が多い。大きくは、①独居または老夫婦による困難性、②家族関係による困難性、③家族の介護負担、④家族と他機関との連携、に分けられる。

①独居または老夫婦による困難性

- ・独居の認知症患者の対応に苦慮している（資料44）。
- ・認知症患者でも独居、あるいは夫婦二人暮らしの世帯が多く、病状悪化時の対応が困難なことがある（資料46）。
- ・介護者の急病等の時にあずかってくれる機関が少ないのが悩み（資料48）。
- ・老人家族には難関問題がある（資料49宝塚市）。

②家族関係による困難性

- ・家族が協力的である場合は良いが、仕事が忙しい等の理由で受診できないケースもある。もう少し受診しやすくなるとよい（資料45）。
- ・各機関の患者の家族を中心軸とした連携が不十分であり、今後ますます重要になってくる（資料47）。

③家族の介護負担

- ・認知症患者が安心して過ごせるケアサポート（訪問ヘルパー）、ケアハウ

ス、グループホーム、ナーシングホームが地域にあれば、家族の負担が減少する（資料50宝塚市）。

4) 医療システムに関わる問題

医療機関の連携システムのあり方に関連しては、①認知症サポート医をめぐる問題、②認知症疾患医療センターの運営問題、③その他の問題について以下のような意見が出されている。

①認知症サポート医をめぐる問題

- ・認知症サポート医の認定を受けているが、地域包括支援センター等から声をかけられることが少なく、やや寂しい気がする（資料54）。
- ・認知症サポート医の認定を受けているが、認知症の方が沢山いるにもかかわらず中々受診していただけないのは残念だ（資料55）。

②認知症疾患医療センターの運営に関する問題

- ・新しく設置された大分県認知症疾患医療センターは県内15の連携・協力医療機関を掲載しているが、県内にはこれ以外にも認知症患者を診ている病院・診療所が沢山あるなかで、15の医療機関だけを掲載するのは不公平ではないか（資料53）。

③その他の問題

- ・認知症患者への虐待等について、福祉機関とともに研究できる体制づくりが今以上に進むとありがたい（資料52）。
- ・高齢者独居等の土地・住居の処方の方法を所策して、債権化等にて介護費用の捻出をしてもらいたい。費用的限界の高齢者住居、土地を担保して対策すればかなり対策できると考える（資料59）。
- ・病院に紹介する場合、認知症だけで断られることも多く、認知症加算みたいなものを病院でとれるようにしてほしい（資料57）。
- ・特定健診の間診などから認知症の疑いの患者様も発見できるので、地域包

(22) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

括や健診結果を把握している行政機関が直接個人へ訪問をするのではなく、かかりつけ医を上手に使ってほしい。(例) 訪問のアプローチをかかりつけ医から託しをもっていくとか (資料60宝塚市)。

おわりに

認知症の患者や家族が認知症の受診をするためには、できるだけ身近な「かかりつけ医」で受診できるようになることが望ましい。しかし、現状においては、調査結果からも明らかなように大分県において認知症の診断・治療をしている診療所は30%程度にしか過ぎない。認知症の診断・治療をしていない診療所の大半が専門医を紹介しているとはいうものの、できるだけ多くの「かかりつけ医」が認知症の診断をし、自ら、あるいは専門医と連携しながら治療できることが望ましい。

すでに指摘したように大分県は、厚生労働省のプロジェクトに基づき「サポート医養成研修」や「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施し、大分県の認知症サポート医養成研修修了者は15名、認知症対応力向上研修会修了者は293名(複数回受講者を含む)に及んでいる。しかし、一般住民にかかりつけ医や専門医の存在がよく知らされておらず、かかりつけ医との連携が取れていない現実がある。せっかく認知症サポート医や認知症に対応できるかかりつけ医を養成しても地域住民(患者やその家族)に知られていないと意味がない。他県で実施している(例えば広島県のオレンジドクター制度)のように認知症に対応できるかかりつけ医をインターネットなどで県民に公表することが重要である。

最後に本調査では大分県と宝塚市を対象に行なった。これにより地方と大都市郊外の認知症をめぐる地域課題がある程度明らかになっている。大分県の場合は過疎地域問題があり、宝塚市には大都市圏郊外特有の医療機関不足問題がある。大分県においては過疎地域の認知症患者への対応が特に重要な課題であ

り、ますます高齢化の進む過疎地域の認知症医療問題に一刻も早い対応が求められている。

自由記述資料²⁴⁾ (◎は複数の項目にまたがっているもの)

1) かかりつけ医と専門医との連携の問題

①かかりつけ医の問題

- 1 本来、専門外来ではないが、専門外来に受診が困難であったり、訪問診療でなければ医師の診断を受けることができなかつたりする患者さんたちを、地域の社会福祉協議会等の介護施設より依頼を受けて診察を行なっている。そのなかで「かかりつけ医」がない初診患者の中に、多くの割合で認知症患者が存在している。
- 2 認知症の患者家族のためには近接の「かかりつけ医」と専門の医療機関その他との連携が特に大切と思います。その体制が十分でないと思っています。(実はひどい)
- 3 患者の希望があれば病院の「もの忘れ外来」を紹介しています。
- 4 精神科の病院は市内が主ですが大分に行く事も多いです。
- 5 ◎一般内科ですので認知症を扱う機会としては介護認定のための主治医意見書作成の時でしょうか。長谷川式によるわけですが、アバウトにならざるをえません。精神科や心療内科の受診を勧めたりしますが受診する方は少ない。
- 6 確定診断を下すインフラがないので他院・前医で確定された患者のみが当院での対象となります。
- 7 認知症も進行度合いによって対処が全く異なってくる！！ また、精査を伴う診断 (CT, MRI など) は特定施設しか行なえない。
- 8 当院は無床診療であるが、主として家族からの相談 (患者が認知症であると考えられるか否か、及びその後の対応について) を受ける場合のみであるが、本人の状態、生活環境に応じ、もの忘れ外来、精神科、神経科の中から適していると思われる科 (病院) に紹介を行ない、診断及び以後の投薬を含めた対応の御教示を

24) ここに掲げた資料は、アンケート用紙の自由記述欄に書かれていたものを掲載したものであるが、文章がおかしいものは若干修正している。

(24) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

仰ぎ、例えば投薬・経過観察、施設入所、家族の協力又はホームヘルプ訪問介護等説明指導しております。

- 9 高齢の認知症のPtを専門医に紹介することもあります。程度、周辺の状況で専門医でない自分が診るケースも多々あります。
- 10 当整形外科に通院、入院されている方に軽度の認知症はかなり認められますので、アリセプト、漢方薬にて治療しています。非常に効果的です。長寿になって認知症が増加しているのが良くわかります。
- 11 決して専門ではないが、介護との関連で初期治療、対応を行なわなければならない。
- 12 認知症の診断については、基本的には大きな病院に依頼をしている。当クリニックで、出来る検査が限られている為です。但し、重症認知症はこの限りではありません。治療については、アリセプトしか薬物がありませんので、やっております。
- 13 かかりつけ医として初歩的な処方、経過観察を行なっています。確定診断は必要に応じて専門施設に紹介します。
- 14 認知症外来を紹介しても半数位しかもどってこない(家族の意向?)。診断がつき、内服で様子を見る事位当院で可能であり、行なっている。
- 15 関連施設のグループホームを含む施設の訪問診察を担当しています。軽度から中等症まで認知症の患者さんが多数おられ、相談できる専門医は近くにいるものの、頻回に受診するのは現実的には困難な状況です。「かかりつけ医」が認知症の診断・治療についてある程度の知識・技能を修得することが最も大切な事と思われまます。
- 16 認知症患者の場合当院では精神神経科・心療内科の医院を紹介して、加療を依頼しております。当医師会では連携ネットワークを進め対応しており現在、システム造りをしています。(宝塚市)
- 17 医療機関、医師名等がもう少しオープンになって、患者や家族が受診しやすくなるように、また各福祉機関、事業所とも連携がとれるようになることを望みます。(宝塚市)
- 18 専門医を紹介することが多いが、「内科で」といわれた場合は介護保険認定書類も書くのでMMSも、HDS-Rは行なっています。(宝塚市)

- 19 認知症は我々診療所（かかりつけ医）が積極的に診ていかなければ対応できないと思う。（宝塚市）

②専門機関・専門医の問題

- 20◎認知症患者が非常に多く、当院でも専門外ですが、アリセプトや抗精神病薬を処方しています。それでだめなら紹介したいのですが、近くに認知症専門の病院がなく、困ることが多い。
- 20 長谷川スケールで初診時に認知機能を診断されている場合が多いのですが、私でさえ点数が低くなっています。外来診察時で認知症でないかと考えられる患者さんも診断を受ければ、家族が心配して対応ができなくなる場合があります。家庭医との連携がもっと必要では。
- 21◎本人・家族がなかなか専門医院を受診したがらず、やむを得ず対応している。土俵に上げるのが大変です。地域包括支援センターなどに相談してもらい、受診できるケースもありました。
- 22 内科医です。ひととおりの診断、治療はできますが、困難事例は精神科専門医に紹介しています。但し、信頼できる先生が少なく困ることも多いです。今後の対策が必要ですがなかなか大変なことです。
- 23 佐伯市には、専門病院が1つしかなく入院ができない状況である。精神科を開設できる医師がいれば大変たすかります。 /
- 24 もの忘れ外来を予約しようとした場合、予約が一杯でかなり後になってしまう。
- 25 精神科、神経内科＝認知症を診断できる、特に治療が出来る…はまちがいです。精神系疾患にはつよいが、認知症には表面のみ知っているだけでまともな治療ができない方が多いことも知って欲しいものです。
- 26 もの忘れ外来（認知症専門外来）と標榜していても、紹介してみると特別な事がなにもなかった経験があり、失望しています。結局、一般の内科医とかわらないのではと疑心暗鬼になっています。
- 27 医療機関（認知症外来）が少ない。（宝塚市）
- 28 専門医が不足。（宝塚市）

(26) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

③ 過疎地域の問題

- 29 へき地にある医療機関であるため、認知症が疑われても日中は家族と連絡がつかない、もしくは単居であることが大半でなかなか話が進まない。地理的な問題もあり、紹介することが難しいことが多く、認知症に対し処方を行なっていることが多い。
- 30 また、市内（豊後大野市）に入院、加療やクリニックを含め「精神科」が無いため、初期段階での効果的専門治療が受けにくい。田舎における急性期医療の問題は語られるが、認知症治療、対応、受け皿も田舎では不十分に感じる。
- 31 田舎の診療所においては認知症の診断をしている、していないとはっきり区分できない。認知症ですということもあれば、アリセプト投薬もしている。なるべく専門医を受診してもらっているが、受診しない人も多いわけです。

2) 施設・地域包括支援センターなどとの連携問題

- 32 認知症患者でインスリン自己（家庭）治療を必要としている症例の場合、認知症がある程度進行している場合の収容してくれる施設が殆どなくて家庭療養にせまられるケースが多い。
- 33 認知症の診断に伴い、周辺症状の改善のための治療で服薬コントロールを在宅や特養などで行なうことは難しく中途半端になり、返って症状の悪化を来すことがある（薬が効きすぎて不安になり医師の処方通り与薬せず、勝手にコントロールする）ので、状況の変化を直ぐに相談ができて指導してもらえる医師や看護師との連携が必要になる。（精神科）
- 34 当施設は、精神科の医師に嘱託医として来てもらっています。入所者は、その時に診てもらおうようにしています。
- 35 当院はグループホーム2ヶ所、1ヶ所の特別養護老人ホーム嘱託医を受託しているので、ほとんどは施設入所者で、外来認知症患者は極少数。
- 36 施設を紹介しようと思っても入所できる定数が少なく数十名待ちの状況である。
- 37 独特な社会システムが故に、サポートネットワーク形成・構築が難しいと感じる。
- 38 地域包括支援の仕組はおおいに結構と思います。
- 39◎本人家族がなかなか専門医院を受診したがらず、やむを得ず対応している。土俵

に上げるのが大変です。地域包括支援センターなどに相談してもらい、受診できるケースもありました。

- 40 社協のデイサービスやショートステイなど比較的充実しており、ケア・マネージャーと相談してすすめやすい環境にはあります。
- 41 地域包括支援センターが熱心に取り組んでくれるので助かっています。(宝塚市)
- 42 当施設では入所の折認知症の診断が付き治療中で入って来られます。入所後は当診療所が健康管理をすべてします。入所時、医療情報の提供を受け入所後治療はお願いしますと言う方を預かり治療していますが、数名の方は入所後も以前の「かかりつけ医」に受診され治療も受け内服薬は配薬のみをしています。(宝塚市)

3) 家族との連携問題

- 43 家族が近くにいない。または患者と家族との関係が悪いなどの場合、服薬できず(服薬しない、過量に服薬する)、治療に困難なこともあり。
- 44 独居の認知症患者の対応に苦慮しております。
- 45 家族が協力的である場合は良いが、紹介しようと思っても、仕事が忙しい等の理由で受診できないケースもある。もう少し受診しやすくなるとよい。
- 46 認知症患者でも独居、あるいは夫婦二人暮らしの世帯が多く、病状悪化時の対応が困難なことがあります。本人が、入所を固辞したり、精神科入所時の家族の対応の難しさ。親類がいない、などが原因です。
- 47 各機関の患者の家族を中心軸とした連携が不十分であり、今後ますます重要になってくると思います。
- 48 介護者の急病等の時にあずかってくれる機関が少ないのが悩みです。
- 49 老人家族には難関問題がある。(宝塚市)
- 50 認知症患者が安心して過ごせるケアサポート(訪問ヘルパー)、ケアハウス、グループホーム、ナーシングホームが地域にあれば、家族の負担が減少する～認知症も進行が遅くなる可能性がある。(宝塚市)

4) 医療システムに関わる問題

- 51 家族、ケア・マネージャー、Drが介護サービスや医療サービスをうまく利用で

(28) かかりつけ医を中心とした認知症医療連携の実態と課題

きるように連携できる方法を考えてほしい。

- 52 認知症患者への虐待等について、福祉機関とともに研究できる体制づくりが今以上に進むとありがたいと思っています。
- 53 今回開業された「大分県認知症疾患医療センター」についての質問。パンフレットには連携、協力医療機関名が載っていますが、これ以外にも沢山の医療機関で認知症を診ているので、不公平では？
- 54 認知症サポート医の認定を受けていますが、地域の中（包括支援センター等）で声がかけられることが少なく、やや寂しい気もします。
- 55 H17. 2. 18 国立長寿医療センターにて認知症サポート医養成研修終了。認知症は沢山いますが中々受診していただけません。残念です。
- 56 糖尿病のように療養指導医を認定するなどして、レベルアップをして欲しいです。結局は地元医師（主に開業医）が対応することになるので。
- 57 病院に紹介する場合、認知症だけで断られることも多く、“認知症加算”みたいなものを病院でとれるようにしてほしいものです。
- 58 認知症の確定診断に力を入れすぎると医療コストがかかりすぎる。治療薬はアリセプトのみで効果もよいとは思えない。対応の仕方が最も問題であり、現場で十分な実践、マンパワーが必要である。
- 59 高齢者の独居等の土地・住居の処方の方法を所策して、債権化等にて介護費用の捻出をしてもらいたい。費用的限界の高齢者住居、土地を担保して対策すればかなり対策できると考えます。
- 60 特定健診の間診などから認知症疑いの患者様も発見できるので特定健診受診医療機関＝かかりつけ医として地域包括や健診結果を把握している行政機関が直接個人への訪問をするのではなく、かかりつけ医を上手に使ってほしいと思います。（例）訪問のアプローチをかかりつけ医から託しをもっていくとか。（宝塚市）