

平成27年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

認知症疾患医療センターの 実態に関する調査研究事業 報告書

2015



地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター

平成28(2016)年3月

平成27年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)(区分番号) 29
認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業

報告書

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

平成27年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)(区分番号)29
認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業 報告書

目次

はじめに	1
第1章 認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究委員会	
I. 委員構成	5
II. 委員会開催実績	6
III. 論点整理(第1回～第4回委員会)	10
IV. 総括(提言)	22
第2章 認知症疾患医療センター運営事業ベストプラクティス	27
資料編	
1. 委員会議事録(全4回)	31
2. 委員のプレゼンテーション資料(全4回)	109
3. 認知症疾患医療センター事業評価(協議書)様式3	197
4. 都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの質の管理に関する取り組みの 実態について(調査報告)	201
5. 都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターについての調査 調査票	233

はじめに

認知症疾患医療センター運営事業の目的は、「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者等への研修を行い、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで、必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされている。しかし、個々の認知症疾患医療センターの機能格差が大きいことや、圏域の広さや人口規模によって認知症疾患医療センターに求められる機能・配置・連携の在り方が異なることなど、検討すべき課題は数多く残されている。

こうした状況を背景にして、平成 27 年 1 月 27 日に閣議決定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、「認知症疾患医療センターについては、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備していく」と記された。そこで、平成 27 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」では、地域の実情に応じて認知症疾患医療センターの効果的な運用と質の確保をめざして、以下の事業を実施した。

- ① 「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究委員会」を設置し、「それぞれの都道府県・指定都市の状況に応じて認知症支援体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化、連携体制が適切であるか」について討議する。
- ② 地域の特性に応じた拠点機能、類型化、連携体制の試みについて、事例集を作成する。
- ③ 都道府県で活用できる認知症疾患医療センターの機能評価のための調査票（案）を作成する。
- ④ 今後の認知症疾患医療センターの機能とタイプのあり方について提言する。

また、本研究では、①の委員会において、都道府県・指定都市の行政担当者を対象に、事業の質の管理に関する都道府県・指定都市の取り組みについてアンケート調査を実施した。本報告書ではその結果についても併せて報告する。

本報告書が、今後のわが国の認知症疾患医療センターの、地域の実情に応じた効果的な運用と質の確保に寄与することができれば幸いである。

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長 栗田 圭一

第 1 章 認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究委員会

I. 委員構成

氏名		所属・役職
粟田 圭一	委員長	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 研究部長
瀧野 勝弘	委員	公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
池田 学	委員	国立大学法人熊本大学大学院 生命科学研究部神経精神医学分野 教授
寺山 靖夫	委員	岩手医科大学医学部内科学講座 神経内科老年科分野 教授 岩手医科大学附属病院認知症疾患医療センター センター長
谷向 知	委員	愛媛大学大学院医学系研究科 地域健康システム看護学講座 老年精神地域包括ケア学 教授
内海 久美子	委員	砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長
北村 立	委員	石川県立高松病院 院長 石川県認知症疾患医療センター 所長
武田 章敬	委員	国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域連携診療部 部長
中西 亜紀	委員	大阪市福祉局高齢施策部医務主幹 大阪市福祉局弘済院附属病院認知症疾患医療センター センター長
井門 ゆかり	委員	医療法人社団知仁会 メープルヒル病院 神経内科部長 広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併型センター センター長
新田 國夫	委員	医療法人社団つくし会新田クリニック 理事長・院長
藤本 直規	委員	医療法人藤本クリニック 理事長・院長
柏木 一恵	委員	公益財団法人浅香山病院 精神保健福祉士
守田 ミドリ	委員	東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課認知症支援調整担当係長
赤坂 博	作業部会 委員	岩手医科大学附属病院認知症疾患医療センター 臨床心理士
枝広 あや子	作業部会 委員	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究員
杉山 美香	作業部会 委員	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究員
宮前 史子	作業部会 委員	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究員
野本 恵美	作業部会 委員	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム非常勤研究員
大口 達也	作業部会 委員	立教大学大学院コミュニティ福祉学研究科博士課程 国立保健医療科学院 協力研究員
小俣 恵巳	事務局	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター 経営企画局事務部経営企画課事業支援係
吉野 望	事務局	株式会社 地域・高齢社会開発研究所 代表取締役

Ⅱ. 委員会開催実績

「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」

第1回委員会

- 1 日 時： 2015 年 8 月 10 日(月) 15 時 00 分～17 時 00 分
- 2 会 場： 東京八重洲ホール 301 号室（東京都中央区日本橋 3 丁目 4 番 13 番）
- 3 出席者： 粟田圭一, 淵野勝弘, 池田 学, 谷向 知, 内海久美子, 北村 立, 武田章敬,
中西亜紀, 井門ゆかり, 柏木一恵, 守田ミドリ, 枝広あや子, 杉山美香, 野本恵美,
大口達也, オブザーバー(厚生労働省認知症施策推進室 真子)
- 4 議 事：
 - (1) 事務連絡（事務局）
 - (2) 資料確認（事務局）
 - (3) ごあいさつ（粟田委員長、厚生労働省）
 - (4) 自己紹介
 - (5) 事業の概要説明（粟田委員長）
 - (6) 議論:認知症疾患医療センターの拠点機能・類型・機能評価について
 - (7) プレゼンテーション
 - 1) 行政 大阪市（中西委員）
 - 2) 行政 東京都（守田委員）
 - (8) 質疑応答（粟田委員長）
 - (9) 認知症疾患医療センター事例集の作成について（枝広）
 - (10) 次回委員会日程について（事務局）
 - (11) その他
- 5 配布物：
 1. 座席表
 2. 委員一覧
 3. 次第
 4. 謝金・旅費等に関する事務連絡一式(次回日程案/終了時刻確認含む)
 5. 事業申請書
 6. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
 7. 認知症疾患医療センターの整備状況(平成 27 年 5 月 29 日現在)
 8. 機能評価調査の調査票
 9. 機能評価データ H24 年版(認知症疾患医療センターの活動状況調査及び機能評価指標の策定に関する研究報告書)
 10. 機能評価データ H26 年版(平成 26 年度認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チーム員の質の確保に向けた調査研究事業報告書 p71～118)
 11. 事業概要説明(粟田委員長)資料
 12. 行政 大阪市（中西委員)資料
 13. 行政 東京都（守田委員)資料
 14. 認知症疾患医療センター(ベストプラクティス)事例集フォーマット(案) (以上)

「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」

第2回委員会

- 1 日 時： 2015 年 10 月 9 日(金) 16 時 00 分～18 時 30 分
- 2 会 場： あすか会議室 東京日本橋会議室「あすか1号室」
(〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-3-9 メルクロスビル 5 階)
- 3 出席者： 栗田主一, 谷向 知, 内海久美子, 武田章敬, 井門ゆかり, 新田國夫, 藤本直規,
柏木一恵, 守田ミドリ, 赤坂 博, 枝広あや子, 杉山美香, 野本恵美,
オブザーバー(厚労省認知症施策推進室 石松)
- 4 議 事：
 - (1) 事務連絡・資料確認 (事務局)
 - (2) 第 1 回議事録の論点整理、内容の要点の周知確認
 - (3) 診療所型の発表および診療所型の課題と今後のあり方に関するディスカッション
 - (4) 地域型(地方)の発表および地方における地域型の課題と今後のあり方に関するディスカッション
 - (5) その他
- 5 配布物：
 - ◇ 座席表
 - ◇ 第 3 回委員会日程調整表
 - ◇ 委員名簿(最新版)
 - ◇ 次第
 1. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
 - 2-1) 第 1 回委員会議事録の論点整理 (栗田委員長)
 - 2-2) 第 1 回委員会議事録 (第 1 稿)
 3. 診療所型 東京都国立市 (新田委員)資料
 4. 診療所型 滋賀県守山市 (藤本委員)資料
 5. 地域型 広島県大竹市 (井門委員)資料
 6. 地域型 北海道砂川市 (内海委員)資料
 7. 認知症疾患医療センター(ベストプラクティス)実例集フォーマット(案)
 8. その他

(以上)

「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」

第3回委員会

- 1 日 時： 2015 年 12 月 11 日(金) 15 時 30 分～18 時 00 分
- 2 会 場： あすか会議室 東京日本橋会議室「あすか1号室」
(東京都中央区日本橋 3-3-9 メルクロスビル 5 階)
- 3 出席者： 栗田主一, 瀧野勝弘, 池田 学, 寺山靖夫, 谷向 知, 中西亜紀, 井門ゆかり, 新田國夫,
藤本直規, 柏木一恵, 守田ミドリ, 枝広あや子, 杉山美香, 野本恵美, 大口達也,
オブザーバー(厚労省認知症施策推進室 真子, 石松)
- 4 議 事:
- (1) 事務連絡・資料確認
 - (2) 第 2 回議事録の論点整理、内容の要点の周知確認
 - (3) 基幹型の発表および基幹型の課題と今後のあり方に関するディスカッション
 - (4) 地域型の発表および地域型の課題と今後のあり方に関するディスカッション
 - (5) 都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターについての調査(案)の検討
 - (6) 事例集ご執筆について(再)
 - (7) 第4回委員会日程について
 - (8) その他
- 5 配布物:
- ◇ 座席表
 - ◇ 次第
1. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
 - 2 第 2 回委員会議事録
 - (1) 第 2 回委員会議事録の論点整理 (栗田委員長)
 - (2) 第 2 回委員会議事録 (第 1 稿)
 3. 基幹型 岩手県盛岡市 (寺山委員)資料
 4. 基幹型 熊本県熊本市 (池田委員)資料
 5. 地域型 愛媛県松山市 (谷向委員)資料
 6. 地域型 大阪府堺市 (柏木委員)資料
 7. 都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの調査について
 - (1) 厚労省通知(事務連絡)
 - (2) 認知症疾患医療センターの調査仕様書(案)
 - (3) 都道府県・指定都市調査(案)
 8. 認知症疾患医療センター運営事業協議書情報(5 月 25 日現在)の分析
 9. 平成 28 年事前協議書 様式 3(案)
 10. 認知症疾患医療センター(ベストプラクティス)実例集 原稿フォーマット

(以上)

「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」

第4回委員会

- 1 日 時： 2016年 2月 5日(金) 15時00分～17時30分
- 2 会 場： あすか会議室 東京日本橋会議室「あすか1号室」
(東京都中央区日本橋3-3-9 メルクロスビル5階)
- 3 出席者： 粟田主一, 淵野勝弘, 池田 学, 寺山靖夫, 谷向 知, 内海久美子, 北村 立,
武田章敬, 中西亜紀, 井門ゆかり, 柏木一恵, 守田 ミドリ, 赤坂 博,
枝広あや子, 杉山美香, 野本恵美, 大口達也
オブザーバー(厚労省認知症施策推進室 真子, 石松)
- 4 議 事：
 - (1) 事務連絡・資料確認
 - (2) 第3回議事録の論点整理、内容の要点の周知確認(粟田)
 - (3) 都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターについての調査結果(枝広)
 - (3) 地域型の発表(淵野先生、北村先生、武田先生)
 - (4) 基幹型、地域型、診療所型のあり方に関するディスカッション
 - (5) 事例集とりまとめ、発行スケジュールについて
 - (6) 報告書目次案について
 - (7) その他
- 5 配布物：
 - ◇ 座席表
 - ◇ 次第とタイムテーブル
 1. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
 - 2 第3回委員会議事録
 - (1) 第3回委員会議事録の論点整理(粟田委員長)
 - (2) 第3回委員会議事録(第1稿)
 - (3) 第1回、第2回委員会議事録の要点整理(再)
 3. 都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの調査結果(1月15日現在)
 4. 平成28年認知症疾患医療センター事前協議書 様式3
 5. 地域型 大分県大分市(淵野委員)資料
 6. 地域型 石川県河北市(北村委員)資料
 7. 地域型 愛知県大府市(武田委員)資料
 8. 認知症疾患医療センター(ベストプラクティス)実例集原稿(第1稿)
 9. 報告書目次(案)

(以上)

Ⅲ. 論点整理（第1回～第4回委員会）

第1回委員会の要点

1. 調査研究事業の目的

- 1) それぞれの都道府県・指定都市の状況に応じて認知症支援体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化、連携体制が適切であるかについて議論する。
- 2) 地域の特性に応じた拠点機能、類型化、連携体制の試みについて、事例集を作成する。
- 3) 都道府県で活用できる認知症疾患医療センターの機能評価のための調査票（案）を作成する。
- 4) 今後の認知症疾患医療センターの機能とタイプのあり方について提言する（それぞれの地域の特性に応じた拠点機能と類型化を可能にする柔軟な制度設計）

2. 事例

1) 東京都の例（守田委員）

地域拠点型（2次医療圏単位）、地域連携型（区市町村単位）という独自の類型をつくり、地域拠点型は、専門的医療機能と地域連携推進機能の他に、専門職の人材育成（一般病院の看護師、かかりつけ医、多職種協働研修）、身体合併症・BPSD 対応のネットワーク構築、認知症疾患医療介護連携協議会、認知症アウトリーチチームの機能を担うこととした。

2) 大阪市の例（中西委員）

大阪市全体が1つの二次医療圏であり、これを4圏域にわけて活動しているが、認知症疾患医療センターは人口80万人に1ヶ所という計算で3箇所設置。すべて地域型。市直営の一般病院（人材育成、初期集中支援チーム、モデル事業等）、精神科病院（精神科医療、入院等）、大学病院（先端医療、人材育成など）とそれぞれ異なる役割を担っている。

3. 論点

1) 基幹型について

- ・ 「基幹型」の施設基準には、「身体合併症に対する救急医療機関としての要件」があるが、現実的ではないのではないか。

- 身体合併症救急医療については、認知症疾患医療センターとは独立に、一般救急医療機関における認知症支援体制の強化という観点から検討する必要があるのではないか。
- 「基幹型」は認知症疾患医療センターの質を確保する拠点であるべき。人材育成（研修）や都道府県への助言などを行うべきではないか。

2) 都道府県の責務について

- 都道府県は、認知症疾患医療センターの質を確保するために、認知症疾患医療センターの事業評価を行うとともに、認知症疾患医療センターが一堂に会した情報交換の場を設けるべきではないか。
- 実施要綱には、都道府県の責務として、指定都市がある場合には指定都市と連携体制を構築した上で、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置することと定められているが、現実にはそのような会が設置されていない都道府県も多い。
- 「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の開催状況、認知症疾患医療センターが一堂に会した情報交換の場を設けているか否か、事業評価が行われているか否かについて、都道府県を対象とする調査を行うべきではないか。

3) 地域独自の類型について

- 「最低限の基準」＋「地域の実情に応じて選択できる基準」（例：空床確保、救急医療）としてはどうか。
- 「診療所型」は、診療所だけでなく、病院でも指定できるようにしてはどうか。

4. 事例集の作成について

当委員会での発表事例について、事例集を作成する。

(以上)

第2回委員会の要点

1. 調査研究事業の4つの目的（確認）

それぞれの都道府県・指定都市の状況に応じて認知症支援体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化、連携体制が適切であるかについて議論する。

- 1) 地域の特性に応じた拠点機能、類型化、連携体制の試みについて、事例集を作成する。
- 2) 都道府県で活用できる認知症疾患医療センターの機能評価のための調査票（案）を作成する。
- 3) 今後の認知症疾患医療センターの機能とタイプのあり方について提言する（それぞれの地域の特性に応じた拠点機能と類型化を可能にする柔軟な制度設計）。

2. 事例

2-1. 診療所型の事例

1) 東京都国立市の例（新田クリニック、新田委員）

2000年以降、国立市の介護保険事業計画に関与し、課題解決に取り組んできた。2010年に国立市に国立市在宅療養推進連絡協議会を立ち上げ、第6期介護保険事業計画に「認知症になっても住み続けられる地域づくり」を入れ、同協議会において事業を検討。また、同協議会内に認知症地域連携部会を設置し、さらなる認知症施策を検討してきた。2013年に、国立市在宅療養推進事業の文脈で国の認知症医療支援診療所地域連携モデル事業に参画し、独居認知症高齢者の生活課題の把握、同事業に関連した認知症支援に係る7つの課題を抽出。課題解決に向けた多様な事業（例：地域会議、地域包括会議、認知症の日、わが町くにとち認知症アクションミーティング、認知症カフェ、陽だまりの会、生き生きノート）を展開し、国立市認知症ケアウェイとして収斂させている。このような経緯を経て、2015年に診療所型認知症疾患医療センター（東京都における地域連携型認知症疾患医療センター）の指定を受けている。

2) 滋賀県守山市の例（藤本クリニック、藤本委員）

15年間にわたって、県と協力関係を形成。本人・家族を支援するという視点から、2000年より本人・家族交流会、心理教育を実践。2003年滋賀認知症ネットワーク会議、2004年当事者がすべて決める「もの忘れカフェ」、2005年に「もの忘れサポートセンター・しが」、滋賀県認知症ケアネットワークを考える会（多職種の会）、2011年に滋賀県若年認知症コー

ルセンター、就労支援の場づくり、2012年から若年性認知症ケアモデル事業、2014年に診療所型認知症疾患医療センターの指定を受けている。外来で家族支援、情報提供、本人・家族の心理教育や交流会（ピアカウンセリング）・仲間作り、若年性認知症の人の就労継続支援などを展開。多職種連携を通して医療・介護の人材育成を実践。診療所型の特性は、①制度の枠を超えたニーズに対して、フットワーク軽く、即時に実行できること、②敷居の低い医療機関として、かかりつけ医仲間と協働で、多職種・医師会・地域とフラットな連携がとれること、③現場の取り組みを通じて多様な人材育成ができることにある。

2-2. 地域型の事例

1) 広島県大竹市の例（メープルヒル病院、井門委員）

広島県内には9つの認知症疾患医療センター（地域型8、診療所型1）がある。県全体の協議会（広島市は入っていない）が、年に2～3回、地域ごとの協議会も年に2回くらい開いている。サポート医は168人（半分は機能しているが、半分は休眠）。2015年度より広島県地域医療介護総合確保事業が開始され、認知症循環型介護連携システム推進事業の一環として、「認知症疾患医療・地域包括支援合併型センター」がメープルヒル病院に設置された。もの忘れ相談～診断、治療、介護保険申請までがワンストップで行われるようになっている。ゴミ屋敷、虐待などの事例についても、認知症初期集中支援チームが訪問。認知症初期集中支援チームは広島県指定のすべての地域型に設置されている。情報集積には広島県共通地域連携パス「ひろしまオレンジパスポート」（連絡・相談は「みんなの連携ノート」）が使用され、認知症の早期発見に井門式簡易スクリーニング検査が活用されている。合併型センターと認知症初期集中支援チームの設置で医療・介護連携がスムーズに行われる。

2) 北海道砂川市の例（砂川市立病院、内海委員）

北海道には18の地域型認知症疾患医療センターがあるが偏在が著しい（8つの精神医療圏域のうち、胆振地域に5か所設置）。質の確保も著しいため、2012年に、北海道認知症疾患医療センター懇話会を立ち上げた（インフォーマルな会、年2回開催、医師だけでなく、精神保健福祉士、看護師などが3人ペアで参加、情報共有、研修、グループワークを行う）。会議に先立ってPSWが実務者会議を開催。北海道は広域のため、懇話会出席の旅費代も高いので、メーカーの支援を受けている。道の事業評価では、センターによって鑑別診断件数に110倍の開きがある。診断数や相談数だけではなく、センターが地域の医療機関、住民、包括と協働しているかをアンケートでもいいから評価する必要があると、道に提言している。北海道の課題は、①札幌市にはセンターが設置されていないこと、②圏域で5か所設置されているところは1施設あたりの補助金が70万円になっていること、③診療所型の設置予定はない、④都道府県認知症疾患医療連携協議会が開催されていないこと。全国調査から抽出された課題は、①年々減額される補助金、②医師・スタッフの不足と疲弊、③不十分な

啓発活動，④長い待機期間，⑤連携の問題（困難な入院受け入れ，逆紹介の困難，施設の受け入れ拒否，丸投げ，センター間の連携）。

3. 論点

1) 診療所型について

- 認知症の人が暮らす身近な場で医療を提供することができる診療所型を増やしていくことが重要。
- マンパワーの問題をどう考えるか：医師が一人であったとしても，看護師が機能することによって，地域連携を含む多様な機能を発揮することができる。また，医師会，在宅支援診療所，かかりつけ医と連携することによって（仲間をつくることによって），より高い機能を発揮することができる（診療所型機能）。
- こうした機能に対しては，診療報酬とは異なるインセンティブが適切（例：補助金など）。
- 個別の診療所として頑張っているが，行政との連携がなく，孤立している診療所も多い。そのために診療所型に手上げできないという面もある。
- 診療所型の機能には市町村自治体との強力な関係は必要（実施要綱に記載はないが）。医師会に入っているということが条件になるのではないか。

2) 地域型について

- 認知症疾患医療・地域包括支援合併型センターにおける地域包括支援センターは，市町村において基幹型地域包括支援センターの機能を担っている。
- 地域包括支援センターをそのままにしておいたら機能しない。（医療との連携などを通して）しっかりと機能させるようにしないといけない。
- 基幹型は人材育成，診療所型は顔の見える連携ネットワークづくり（地域包括とくっついて）というあり方がよい。しかし，そうなると，地域型はどのような役割を果たすべきか。
- 認知症サポート医は地域で何をするのかを明確にする必要がある。
- 面の問題と質の問題がある。面は作ったが，質はまだ。質はかかりつけ医の能力を高めていくこと。時間がかかる。
- 地域型は圏域が広すぎるために，かかりつけ医の向上といってもなかなか難しい。
- 基金については，補助金がある事業についてはそちらが優先となる。
- 厚労省としても，お金の協議に際して，各県の配置状況をよく聞いてみる。
- BPSD と身体合併症を併存している事例をどこで診ていくかということも，都道府県の中での検討が必要。（以上）

第3回委員会の要点

1. 事例

1-1. 基幹型的事例

1) 岩手県の例（寺山委員）

H21に指定を受け、H22より基幹型になった。広大な岩手県（9圏域）を、高齢者人口6万人を目安に6圏域にわけ、基幹型1、地域型5にセンターを設置しようと計画している（現在は2ヶ所：岩手医大（基幹型）と宮古山口病院（地域型）。平成29年度までに達成したい）。実際には、岩手医大が県全体の認知症の人を診ている。岩手県では医師が少ないために国が求めているようなセンターの機能が果たせるかどうかは難しい。岩手県は単位人口あたりの神経内科医が多く、認知症は神経内科が担当してする場合が多いが、BPSDに対応する精神科がまだ少ない。岩手医大ではWebデータベースを作って医師同士で連携をとりながら診療をしている。また、矢巾町（高齢化率30%、認知症の人と暮らす家族が多い）をモデル地域にして調査研究を行っている。認知症の診療の質をいかにして確保していくか、認知症に関心がない診療科の医師の啓発、かかりつけ医の啓発、圏域の格差の解消、これらが現在の岩手県の基幹型の役割である。

2) 熊本県の例（池田委員）

最初は大学に基幹型1つ。現在は基幹型1つ、地域拠点型9つ、診療所型1つ。診療所型には平成病院のPSW派遣。11医療圏域中10圏域にセンターを設置。多彩な地域性のなかでも、県全体で万遍なく最低限の専門医療を提供できるようにということで計画してきた。県全体で一緒に研修を行い、診療レベルの向上を図っているが、それぞれの圏域で地域特性に応じたネットワークを構築。県には「最低5年は必要」と言って人材育成に着手し、週1回から医師を派遣して専門外来を行っている。PSWも育ててきており、各センターに1人ほとんどなんでもできるPSWがいる。相談件数は少なめであるが、県でコールセンターを設置し、そこが対応。人材育成を重視し、2か月に1回事例検討会を開催し、医師とPSWの出席を義務づけている（看護師、心理士、社会福祉士、作業療法士も出席。警察が来ることもある）。かかりつけ医認知症対応力向上研修が終わった医師に、ステップアップ研修（Ⅰ、Ⅱ）、サポート医は地域連携の研修会を受けて準専門医として県が認定（これをやりはじめてからサポート医が爆発的に増加）。その後、事例検討会や専門医講習を受講することを義務づけ、県知事が修了証を出し、HPに公開する。専門職、専門医養成講座も行っている。認知症初期集中支援チームは荒尾市と山鹿市のセンターで実施。地域拠点型のネットワークでも事例検討会を実施し、かかりつけ医、ケアマネ、地域包括支援センター職員、警察、消防、民生委員なども参加（全体で年間40回ぐらい）。

1-2. 地域型の事例

1) 愛媛県の例（谷向委員）

H23年に県（健康増進課）からの要請で愛媛大学に認知症疾患医療センターの設置を依頼されたときに、愛媛県の認知症施策や精神科救急の遅れ、県内実態調査の欠如、県の課長のビジョンのなさ、健康増進課と長寿介護課との連携の必要性を指摘し、「認知症疾患医療センター設置委員会」を設置した。そして、人口140万人の愛媛県の6圏域にセンターを設置、愛媛大が統括することになった。その際、精神科だけではなく神経内科、脳外科、老年内科の関与も強調したが、結局6病院はすべて精神科病院となった。熊本方式を参考にしたが、愛媛独自のモデルが必要と強調。愛媛大学の役割は鑑別診断・初期対応、専門職の育成（実質、基幹型に近い）。4つの科で認知症診療を行っている。愛媛大学は相談業務を受けないので、外来を通してPSWにつながるのみ（したがって相談件数は少ない）。教育と情報発信が本来の役割であるが今年度はあまり活動できていない。県内のサポート医がこの2年でかなり増えたのは県と医師会の努力。現在、認知症看護認定看護師を増やす働きかけをしている。県内で高齢化率が一番高久万高原町では、今年度中に初期集中支援チームが立ち上がる。県では「認知症施策推進会議」が年2回開催されているがほとんどが報告会（今年度から強化したい）。医療・介護の人材育成も県が医師会に委託して行っているのが現状。

2) 大阪府堺市（浅香山病院）の例（柏木委員）

浅香山病院は総合病院であるが、精神科病床が圧倒的に多く、実質的には巨大精神科病院。急性期の認知症病棟が2つ、精神科身体合併症病床、特殊疾患治療病棟（終末期）などがある。H2に府から老人性痴呆疾患センター、H20に指定都市になった堺市より認知症疾患医療センターの指定を受けた。大阪府に精神科病院がないため、当院入院患者も大阪市民が多い。堺市には地域型が2か所設置されている（大阪府に6か所、大阪市に3か所）。各認知症疾患医療センターが何をやっているかはほとんど見えない。相談件数（初回）は1000件以上、8-9割は鑑別診断につながり、300件以上が入院。研修会、連携協議会を実施しているが、認知症疾患医療連携会議だけでは動かないので、実務者レベルで認知症施策運営会議を開催している。大規模圏域なので「顔の見える連携」は困難。当センターの役割は医療連携と介護連携を結び付けること。連携シート、医師会HP「もの忘れ安心ネット」などを作成、認知症相談医をつくり医院名公開。医療と介護の信頼関係、専門医療機関のネットワークも不十分であるが、堺市は一行政、一医師会のため直接議論でき、施策に反映させやすいという利点もある。小規模地域で診療型のような単位がかかりつけ医をフォローし、これを認知症疾患医療センターがバックアップするという形がよいと考える。「生活を支える介護、介護を支える医療」という考え方、医療の介入をピンポイントにすることが重要。しかし、専門医少なくタイムリーな介入が困難。認定看護師の活用が必要。当院は他地域からの入院要請も多い。入院長期化と社会的入院が課題。

2. 論点

1) 基幹型の役割について

- ① 人材の育成・確保
 - (ア) かかりつけ医，認知症サポート医，専門医
 - (イ) 精神保健福祉士（相談員），認定看護師
 - (ウ) 地域包括支援センター職員
 - (エ) 認知症支援コーディネーター（東京都）
- ② 都道府県の認知症施策の立案・企画等への関与
 - (ア) 認知症疾患医療センターの機能，類型，配置
 - (イ) 認知症疾患医療センターの質の管理（人材育成）と事業評価
 - (ウ) 都道府県認知症疾患医療センター連携会議（認知症施策推進会議）
 - (エ) 情報交換会

2) 地域型の役割について

- ① 地域によって多様な機能を担う

(以上)

第4回委員会の要点

1. 認知症疾患医療センター運営事業における都道府県・指定都市の役割に関する調査結果の概要についての説明

45%の都道府県が認知症疾患医療連携協議会を設置していない（開催頻度は年1-2回、開催時間は2時間程度が多い）。行政の説明、顔の見える関係づくり、災害時の協定締結、整備のあり方、事業評価、研修会、公開講座、受診待機時間の短縮に関する検討が有効であったという意見があった。都道府県内ですべての認知症疾患医療センターの活動状況を相互に共有する取り組みは都道府県では62.5%で実施されていた。事業評価の項目は、電話相談件数は82.5%、面接相談件数は85.7%、他医療機関からの紹介件数は40%、逆紹介件数は40%、新規入院数は55%、認知症疾患医療連携協議会の開催の有無は85.7%、研修会の有無は85.0%の都道府県で実施しており、独自の事業評価の様式があるのは35.9%であった。認知症疾患医療センターの活動費に対する十分な手当てができない、認知症対応力や地域連携を客観的に評価できる項目の設定が課題という意見があった。

2. 認知症疾患医療センター運営事業協議書について

事前協議書を、今後“都道府県・指定都市が把握すべき内容”の目安がつきやすいように作成した。

3. 事例

1) 大分県の事例（淵野委員）

平成18年度に実施した調査では認知症疾患医療センターの機能が低迷していることが明らかにされたが、3年前に精神科病院協会で行ったアンケート調査では、発症後3年以内の受診が半分ぐらいで、BPSDの増悪によって入院する人が8割ぐらい、退院できない理由は家族の拒否、介護施設や地域の受け入れが悪い、経済的理由など。身体合併症については、慢性であれば自院で診て、急性であれば他院で診ていただく。連携は案外うまくいっている。初診までの期間は精神科病院では短い、そんなに待たせない。認知症治療専門病棟があるが、よく知られていない。平均在院日数は長いといわれるが先ほどのような理由がある。それでも認知症疾患医療センターでは以前よりも短くなっている。外来機能系もいろいろやっている。初期集中支援チームのスキームには専門医療機関として認知症疾患医療センターが掲げられているが、精神科病院は指していない。初期集中支援チームに関しては法的整備が必要ではないか。認知症疾患医療センターの類型については、基幹型は高度の鑑別診断、高

度の身体合併症治療，人材育成，地域型は二次医療圏単位に早期診断でも，デイケアでも何でもやる，地域の研修も初期集中も．診療所型は，今後増えていくべきと考えているが，介護の人たちの一番の相談先なので，医療以外の介護・福祉に対応すべきではないか．

2) 石川県の事例（北村委員）

人口は115万人．能登北部は高齢化率40%，石川中央部は20%で格差は大きい．県内に地域型が2つあるが交流はない．高松病院は県立なので，当院のやり方を全県下に広めようとしている．ポイントは4つ．医師会や市町と2ヶ月に1回事例検討会を実施．かかりつけ医とケアマネの連携がよくなり，早期対応が可能．精神科病院なので激しいBPSDの人を入院させるが半分以上が自宅に退院，入院期間の中央値は60日，平均は75日．身体合併症は8つの連携病院で対応，トラブルはない．多職種の訪問チームがあり，車で1時間のところまで対応．県の医療計画の認知症疾患医療センターのあり方のところに，65歳以上高齢者6万人に1件，鑑別診断だけではなく，在宅生活訪問支援，多職種チームの設置などを記載．認知症医療提供体制推進委員会を設置し，医師会と金沢大学などで医者の人材育成などを行っている（北陸認知症プロフェッショナル養成プラン）．それとは別に，医師会，ケアマネ，地域包括など地区ごとの地域リーダーを養成し，ゆくゆくはその核になる精神科病院に認知症疾患医療センターが設置できればと考え事例検討を重ねている．県の案として，「鑑別診断型（非常に高度な鑑別診断を行う，大学病院など）」と「生活支援型（主に精神科が中心）」を設置する話になっている．また一般病院の，特に地域包括ケア病棟に認知症の対応チームをつくり，そこと連携する形を考えている．今後の課題として，①認知症の担当課をなんとか2つにまとめたが，今も主体的に取り組む課が定まっていないこと，②国の基準に関わらず，拠点病院の整備を考えているが，そうすると「認知症専門診断管理料」がとれないこと，③「認知症専門診断管理料の在り方」も問題，すでに抗認知症薬を服用している患者の診断をしても，診療報酬上の鑑別診断にならないので1円にもならない．

3) 愛知県の事例（武田委員）

名古屋市を除く11医療圏中7圏域で指定済み．国立長寿医療研究センターのある大府市では認知症連携嘱託医の設置．予防のために「認知症不安ゼロ作戦」など．東浦町では認知症カフェなどを行っている．国立長寿は地域型で精神病床がないので提携している大府病院にBPSDが激しい事例をお願いし，身体合併症がひどくなった場合は国立長寿に送っていただく．非常に円滑にまわっている．専門医療相談は年間に1000件程度．本人・家族支援プログラムをつくっており，効果検証のRCTも行っている．外来で認知症のリハビリテーションもモデル的に実施している．愛知県の事業で，遠隔カンファレンスとか，認知症疾患医療センターの従事者研修，認知症に関する再診・専門情報の提供など．テレビ会議，ホームページの充実，や刊行物，Q&A，e-learningなども．県と協定を結び，認知症予防，初

期集中支援チーム、家族支援、徘徊等に関する事業を行っている。質の管理については、定期的なカンファレンスを実施し、外部の人に自由に参加してもらっていること。データベースを作りこともあって、診断をしっかりと登録すること。自治体の関係者にも参加してもらうようにしている。運営会議は2ヶ月に1度、多職種で実施。連携協議会では苦情を聞く場も設けている。最大の課題は、初診患者が県内全域から来ることもあって、予約から受診までの期間が半年以上になっているということ。

4. 認知症疾患医療センターについての新たな提案について（粟田）

- 1) 全国に二次医療圏域は344あるが、88圏域は未設置である。要件を満たす医療機関が圏域にない地域で、認知症疾患医療センターが担うべき機能を確保するためにはどうすればよいか。
- 2) 認知症疾患医療センターが設置されている圏域でも、人口規模や面積等の地理的条件から、当該センターだけでは面的にカバーすることが難しい場合にはどのような対応が必要か。

これらの2つの視点から、認知症疾患医療センターの機能、類型、あり方について検討する必要があるということ、最低限、提言できるようにしておきたい。

5. 論点

5-1. 都道府県の役割について

- 都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催は、実施要綱において「都道府県の義務」とされているが認識されていない可能性がある。
- 相談件数や患者数は厚生労働大臣に報告することが義務づけられており、実施しているはずであるが、アンケート結果では15%が実施していないと回答している。都道府県担当者の事実誤認ではないか。あるいは都道府県で控えをとっていないまたは活用していないということか。
- 都道府県の調査は今後も必要であり、義務が遂行されていない（認識されていない）都道府県に対しては、厚生労働省からの働きかけや指導が必要なのではないか。
- 事業評価では数値的資料だけでなく、地域の関係機関（包括など）からの外部評価も質の検討には必要なのではないか。
- 継続的な患者満足度調査も必要ではないか。
- 連携協議会で外部の目を入れることが重要ではないか。連携協議会の評価がなければ厚労省で評価しないようにすれば連携協議会が必ず行われるようになるのではないか。

5-2. 認知症疾患医療センターの機能、類型、あり方について

<基幹型について>

- 検査体制や身体合併症救急ではなく、「都道府県の認知症施策への関与」と「人材育成」を、基幹型の設置基準とすべきではないか。特に、都道府県立の公的病院は基幹型になるには都合がよい。
- 基幹型と都道府県が協働して、認知症疾患医療センターの基準は満足しなくても、それに近い医療機関を独自に指定し、それを国もバックアップしていけるような仕組みが必要なのではないか。
- 基幹型と都道府県が協働して、三類型とは異なる新たな類型（例：東京、石川、熊本）と役割をつくることによって、地域の特性に応じた認知症疾患医療センターの整備が可能になるのではない。
- 都道府県に最低1ヶ所、基幹型を設置するように定めるべきではないか。
- 大学病院以外の基幹型で専門医を育成するのは難しいかもしれない。しかし、都道府県は基幹型と連携して、専門医の確保を考える必要がある。ここに学会が協力していくことが重要ではないか。

<診療所型について>

- 診療所型は市町村行政と深い結びつきをもって、市町村の認知症支援体制づくりに貢献すべきではないか。特に、認知症初期集中支援事業への関与や、かかりつけ医のサポートを行うことが期待される。そのような診療所型を今後普及する方策を考える必要があるのではない。
- 診療所型は、人員が手薄の場合が多いので、人の手当を考える必要がある。あるいは、地域型が支援する仕組みを考える必要がある。
- 病院で診療所型の指定を受けられるような、柔軟な制度設計が必要ではないか。地域型は荷が重い、診療所型ならば可能という病院もある。地域型の基準には該当しないが、診療所型であれば該当するという病院も出てくるかもしれない。

<地域型について>

- 地域型は、地域によって多様な機能が担えるように、柔軟な制度設計が必要なのではないか。

<その他>

- 認知症疾患医療センターにおいて、多職種でアウトリーチできる体制を制度上確立すべきではないか。
- 次年度以降、国も認知症疾患医療センターの全国評価をしていく必要が出てくるかと思う。本委員会は次年度以降も継続できるようにしていただければと考える。

(以上)

IV. 討議内容全体の論点整理（総括）と提言

本研究事業では、「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究委員会」を4回開催し、「それぞれの都道府県・指定都市の状況に応じて認知症支援体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化、連携体制が適切であるか」について討議を重ねた。ここでは、討議内容全体の論点整理を行った上で、今後の認知症疾患医療センター運営事業のあり方について提言する。

1 論点整理

<基幹型について>

- 「基幹型」の施設基準には、「身体合併症に対する救急医療機関としての要件」があるが、現実的ではないのではないかと。
- 身体合併症救急医療については、認知症疾患医療センターとは独立に、一般救急医療機関における認知症支援体制の強化という観点から検討する必要があるのではないかと。
- 「基幹型」は認知症疾患医療センターの質を確保する拠点であるべき。人材育成（研修）や都道府県への助言などを行うべきではないかと。
- 検査体制や身体合併症救急ではなく、「都道府県の認知症施策への関与」と「人材育成」を、基幹型の設置基準とすべきではないかと。特に、都道府県立の公的病院は基幹型になるには都合がよい。
- 基幹型と都道府県が協働して、認知症疾患医療センターの基準は満足しなくても、それに近い医療機関を独自に指定し、それを国もバックアップしていけるような仕組みが必要なのではないかと。
- 基幹型と都道府県が協働して、3類型とは異なる新たな類型（例：東京都、石川県、熊本県など）と役割をつくることによって、地域の特性に応じた認知症疾患医療センターの整備が可能になるのではないかと。
- 都道府県に最低1ヶ所、基幹型を設置するように定めるべきではないかと。
- 大学病院以外の基幹型で専門医を育成するのは難しいかもしれない。しかし、都道府県は基幹型と連携して、専門医の確保を考える必要がある。ここに学会が協力していくことが重要ではないかと。
- 人材の育成・確保については、かかりつけ医、認知症サポート医、専門医、精神保健福祉士（相談員）、認定看護師、地域包括支援センター職員等の研修が必要ではないかと。
- 都道府県の認知症施策の立案・企画等への関与については、認知症疾患医療センターの機能・類型・配置、認知症疾患医療センターの質の管理（人材育成と事業評価）、都道府県認知症疾患医療連携協議会（認知症施策推進会議）、情報交換会が必要ではないかと。

<地域型について>

- 包括支援合併型センターにおける地域包括支援センターは、市町村において基幹型地域包括支援センターの機能を担っている。
- 地域包括支援センターをそのままにしておいたら機能しない。(医療との連携などを通して)しっかりと機能させるようにしないといけない。
- 基幹型は人材育成、診療所型は顔の見える連携ネットワークづくり(地域包括支援センターと連携して)というあり方がよい。しかし、そうなると、地域型はどのような役割を果たすべきか。
- 認知症サポート医は地域で何をするのかを明確にする必要がある。
- 面の問題と質の問題がある。面は作ったが、質はまだ。質はかかりつけ医の能力を高めていくこと。時間がかかる。
- 地域型は圏域が広すぎるために、かかりつけ医の向上といってもなかなか難しい。
- BPSD と身体合併症を併存している事例をどこで診ていくかということも、都道府県の中での検討が必要ではないか。
- 「最低限の基準」+「地域の実情に応じて選択できる基準」としてはどうか。
- 地域型は、地域によって多様な機能が担えるよう柔軟な制度設計が必要ではないか。

<診療所型について>

- 認知症の人が暮らす身近な場で医療を提供することができる診療所型を増やしていくことが重要。
- マンパワーの問題をどう考えるか:医師が一人であったとしても、看護師が機能することによって、地域連携を含む多様な機能を発揮することができる。また、医師会、在宅支援診療所、かかりつけ医と連携することによって(仲間をつくることによって)、より高い機能を発揮することができる(診療所型機能)。
- こうした機能に対しては、診療報酬とは異なるインセンティブが適切(例:補助金など)。
- 個別の診療所として頑張っているが、行政との連携がなく、孤立している診療所も多い。そのために診療所型に手上げできないという面もある。
- 診療所型の機能には市町村自治体との強力な関係は必要(実施要綱に記載はないが)。医師会に入っているということが条件になるのではないか。
- 診療所型は市町村行政と深い結びつきをもって、市町村の認知症支援体制づくりに貢献すべきではないか。特に、認知症初期集中支援事業への関与や、かかりつけ医のサポートを行うことが期待される。そのような診療所型を今後普及する方策を考える必要があるのではないか。
- 診療所型は、人員が手薄の場合が多いので、人の手当を考える必要がある。あるいは、地域型が支援する仕組みを考える必要がある。
- 病院で診療所型の指定を受けられるような、柔軟な制度設計が必要ではないか。地域型

は荷が重い、診療所型ならば可能という病院もある。地域型の基準には該当しないが、診療所型であれば該当するという病院も出てくるかもしれない。

<都道府県の役割について>

- 都道府県は、認知症疾患医療センターの質を確保するために、認知症疾患医療センターの事業評価を行うとともに、認知症疾患医療センターが一堂に会した情報交換の場を設けるべきではないか。
- 実施要綱には、都道府県の責務として、指定都市がある場合には指定都市と連携体制を構築した上で、「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置することと定められているが、現実にはそのような会が設置されていない都道府県も多い（資料4参照）。
- 「都道府県認知症疾患医療連携協議会」の開催状況、認知症疾患医療センターが一堂に会した情報交換の場を設けているか否か、事業評価が行われているか否かについて、都道府県を対象とする調査を行うべきではないか。
- 都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催は、実施要綱において「都道府県の義務」とされているが認識されていない可能性がある。
- 相談件数や患者数は厚生労働大臣に報告することが義務づけられており、実施しているはずであるが、アンケート結果では15%が実施していないと回答している。都道府県担当者の事実誤認ではないか。あるいは都道府県で控えをとっていないまたは活用していないということか（資料4参照）。
- 都道府県の調査は今後必要であり、義務が遂行されていない（認識されていない）都道府県に対しては、厚生労働省からの働きかけや指導が必要なのではないか。
- 事業評価では数値的資料だけでなく、地域の関係機関（地域包括支援センターなど）からの外部評価も質の検討には必要なのではないか。
- 継続的な患者満足度調査も必要ではないか。
- 連携協議会で外部の目を入れることが重要ではないか。連携協議会の評価がなければ厚労省で評価しないようにすれば連携協議会が必ず行われるようになるのではないか。

<その他>

- 認知症疾患医療センターにおいて、多職種でアウトリーチできる体制を制度上確立すべきではないか。
- 次年度以降、国も認知症疾患医療センターの全国評価をしていく必要が出てくるかと思う。本委員会は次年度以降も継続できるようにしていただければと考える。

2 提言

認知症疾患医療センター運営事業の今後のあり方について以下のように提言する。

- 1) 「基幹型」認知症疾患医療センターに求められる要件は、身体合併症救急医療機関としての機能よりも、都道府県・指定都市の認知症施策への助言，認知症疾患医療センターの質の管理，人材育成に関わる機能とすべきであろう。
- 2) 「地域型」認知症疾患医療センターは，地域の特性に応じて多様な拠点機能が担えるようにすることが望まれる。都道府県において，その地域の実情に応じた機能や類型を考案するのも一つの方法であろう。
- 3) 「診療所型」認知症疾患医療センターは，身近な地域の中でかかりつけ医を支援するとともに，「顔の見える」連携体制づくりや認知症初期集中支援チームへの参画などを通して，市町村の認知症支援体制づくりに寄与することが期待される。
- 4) 身近な場で認知症の人と家族の暮らしを支援することができる「診療所型」認知症疾患医療センターは，今後ともその数を増やしていく必要があり，そのための方策を検討する必要がある。
- 5) 都道府県は，認知症疾患医療センターの質を確保するために，都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置し，事業評価を行う必要がある。また，認知症疾患医療センター同士の情報共有の場を設けることも重要である。
- 6) 認知症疾患医療センターの要件を満たす医療機関が圏域にない地域で，認知症疾患医療センターが担うべき機能を確保するためにはどうすればよいか。また，認知症疾患医療センターが設置されている圏域でも，人口規模や面積等の地理的条件から，当該センターだけでは面的にカバーすることが難しい場合にはどのような対応が必要か。課題解決に向けた検討が必要である。

第2章 認知症疾患医療センター運営事業ベストプラクティス

平成27年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）（区分番号）29
認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業

報告書（別冊）

認知症疾患医療センター運営事業ベストプラクティス 先進事例集

CONTENTS

報告書（別冊） 認知症疾患医療センター運営事業ベストプラクティス 先進事例集

はじめに	1
I. 都道府県	3
(1) 北海道	5
砂川市立病院認知症疾患医療センター 内海久美子	
(2) 岩手県	9
岩手医科大学医学部内科学講座神経内科・老年科分野 寺山 靖夫	
(3) 東京都	13
東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課 守田ミドリ	
(4) 石川県	23
石川県立高松病院 北村 立	
(5) 愛知県	31
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部 武田 章敬	
(6) 滋賀県	43
医療法人藤本クリニック 藤本 直規	
(7) 広島県	59
医療法人社団知仁会メープルヒル病院広島県西部認知症疾患医療・ 大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センター 井門ゆかり	
(8) 愛媛県	69
愛媛大学大学院医学系研究科 地域健康システム看護学講座老年精神地域包括ケア学 谷向 知	
(9) 熊本県	73
熊本県基幹型認知症疾患医療センター（熊本大学医学部附属病院） 小嶋誠志郎 池田 学	
(10) 大分県	79
大分県高齢者福祉課地域包括ケア推進班 吉田 知可 公益社団法人日本精神科病院協会／医療法人淵野会 緑ヶ丘保養園 淵野 勝弘	
II. 指定都市・市区町村	85
(1) 大阪府 大阪市（指定都市）	87
大阪市立弘済院附属病院 兼 大阪市福祉局高齢者施策部 中西 亜紀	
(2) 大阪府 堺市（指定都市）	95
公益財団法人 浅香山病院 医療福祉相談室 柏木 一恵	
(3) 東京都 国立市	101
医療法人社団つくし会 新田クリニック 新田 國夫	

はじめに

認知症疾患医療センター運営事業の目的は、「認知症疾患に対する鑑別診断と初期対応，周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応，専門医療相談等を実施するとともに，地域保健医療・介護関係者等への研修を行い，地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで，必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ること」とされています。しかし，個々の認知症疾患医療センターの機能格差が大きいことや，圏域の広さや人口規模によって認知症疾患医療センターに求められる機能・配置・連携のあり方が異なることなど，検討すべき課題は数多く残されています。

こうした状況を背景にして，平成 27 年 1 月 27 日に閣議決定された認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では，「認知症疾患医療センターについては，都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で，認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて，計画的に整備していく」と記されました。そこで，平成 27 年度老人保健健康増進等事業「認知症疾患医療センターの実態調査に関する調査研究事業」では，認知症疾患医療センターの拠点機能・類型・連携のあり方等を再検討するとともに，都道府県・指定都市における認知症疾患医療センター運営事業の先進事例集を作成することにしました。

本事例集の作成にあたっては，岩手医科大学教授の寺山靖夫先生，熊本大学教授の池田学先生，同医学部附属病院精神保健福祉士の小嶋誠志郎先生，砂川市立病院認知症疾患医療センター長の内海久美子先生，石川県立高松病院院長の北村立先生，国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部長の武田章敬先生，浅香山病院精神保健福祉士の柏木一恵先生，愛媛大学教授の谷向知先生，医療法人社団知仁会メープルヒル病院の井門ゆかり先生，大分県高齢者福祉課の吉田知可先生，公益社団法人日本精神科病院協会常務理事（医療法人淵野会緑ヶ丘保養園理事長・院長）の淵野勝弘先生，医療法人社団つくし会理事長の新田國夫先生，医療法人藤本クリニック理事長・院長の藤本直規先生，東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課の守田ミドリ先生，大阪市立弘済院附属病院副院長兼大阪市福祉局高齢者施策部医務主幹の中西亜紀先生に多大なご協力をいただきました。ここに改めて深謝申し上げます。

本事例集が，わが国の認知症施策の進展と，地域の実状に応じた認知症疾患医療センター運営事業の効果的な運用に寄与することができれば幸いです。

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長 栗田 圭一

I .

都道府県

認知症疾患医療センター運営事業の概要

北海道の事例

砂川市立病院認知症疾患医療センター 内海久美子

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市	: 北海道
認知症施策の概要	
<p>以下は、H27年～29年の北海道における推進方策で、ホームページから引用した。</p> <p>【推進方策】</p> <p>認知症の医療対策（早期診断・早期対応）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症疾患医療センターの設置を促進 ・かかりつけ医や看護師当病院勤務の医療従事者のための研修 ・サポート医の養成 ・かかりつけ医，専門医療機関，介護支援専門員，介護サービス事業者の協働体制の構築 ・歯科医療従事者への研修 <p>認知症の人やその家族への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症サポーターやキャラバンメイトを平成29年度までに31万人養成 ・認知症高齢者や若年認知症者に関する正しい知識を普及するための研修会や，家族支援のための電話相談，介護経験者との交流会の開催 ・徘徊SOSネットワークシステムの構築 ・認知症高齢者等の身元不明者が保護された場合，警察や市町村と連携を図りながら，道のホームページ上でその情報を公開 <p>認知症ケアに携わる介護人材の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護実践者・実践リーダー，認知症介護指導者や認知症対応型サービス事業の開設者・管理者，小規模多機能型サービス等計画作成者に対する研修 <p>若年認知症対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・道のホームページを活用して，若年認知症の理解，サービスの普及促進 <p>市民後見人の養成や貢献実施機関の整備に対する支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民後見人を平成29年度までに，2400人を養成することを目標に，市民後見人養成研修やフォローアップ研修，後見実施機関の設立，運営についての助言と，制度の周知や利用の促進 <p>認知症初期集中支援チームの設置などの市町村の取り組みに対する支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員の設置，認知症ケア向上と推進事業などの市町村の取り組みに対しての助成，先進的取り組みに対する情報提供 	

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

北海道は、H22年からまずはモデル事業としてセンター事業が始まった。北海道は、精神医療圏域として8圏域に分けており、目標としては8圏域すべてに設置することであった。モデル事業として、2圏域の5医療機関が指定を受けた。当院は空知地域圏のセンターとして指定を受けたが、他の4医療機関は胆振日高地区というひとつの医療圏域に4カ所のセンターが指定を受けており、当初からセンターの偏在が存在した。この2年間の成果をもとに、H24年から本格的センター事業が始動して、5圏域11カ所のセンター設置からのスタートであった。毎年、センター設置数を増やして、H26年度で目標であった8圏域のすべてに18のセンター（すべて地域拠点型）が設置されている。内訳は、総合病院は4カ所（公立2カ所、日赤2カ所）、公立精神科病院1カ所、民間精神科病院12カ所、民間脳神経外科病院1カ所である。

図1 北海道認知症疾患医療センターの概要



② 拠点機能

前述したように、北海道のセンターはすべてが地域拠点型で、基幹型や診療所型はなく、今後とも設置計画はない。

③ 事業の質の管理

事業の質を管理するためには、北海道では H24 年に本格的事業が開始されたと同時に、すべてのセンターが参加して「北海道認知症疾患医療センター懇話会」という任意団体を設立した。

概要は以下の通りである。

- ・各センターの現状と課題の共有と研修を目的とする
- ・各センター施設長が、世話人として世話人会に参加する
- ・年 2 回開催
- ・懇話会には、各センターから医師・精神保健福祉士・看護師などの 3 人 1 組で参加
- ・各センターの精神保健福祉士による実務者会議による情報共有と方向性の確認

これまでに開催した懇話会の研修内容

< 第 1 回 > 【認知症疾患医療センターの現状と課題】

29 名（医師 9 名，PSW10 名，CP1 名，看護師 3 名，職種不明 6 名）

< 第 2 回 > 【認知症高齢者の虐待について】

26 名（医師 9 名，PSW10 名，CP1 名，看護師 6 名）

< 第 3 回 > 【認知症地域連携パスについて】

26 名（医師 8 名，PSW9 名，CP2 名，看護師 4 名，MSW3 名）

< 第 4 回 > 【成年後見制度について】

29 名（医師 9 名，PSW8 名，CP2 名，看護師 8 名，MSW2 名）

< 第 5 回 > 【各地区の現状と課題～連携協議会について～】

40 名（医師 12 名，PSW16 名，CP6 名，看護師 5 名，MSW1 名）

< 第 6 回 > 【若年性認知症について】

44 名（医師 13 名，PSW18 名，CP6 名，看護師 7 名）

< 第 7 回 > 【認知症者の運転について】

47 名（医師 15 名，PSW18 名，CP7 名，看護師 7 名）

この懇話会の活動はさらに拡大して、第 2 回全国認知症疾患医療センター研修会を H26 年 9 月 13 日（開催地 砂川市）に北海道とともに主催した。また第 1 回全道認知症臨床研修会&日本老年精神医学会生涯教育講座を H27 年 3 月 14 日（開催地 札幌市）に主催して、かかりつけ医や介護者への研修教育を促進していき、今後も毎年開催することになっている。

III. 現在の課題と今後の計画

北海道においては、センターの課題としては、以下の5点が挙げられる。

- 1) 札幌市には、設置されていない。→現時点では設置計画はない。
- 2) 一圏域に数カ所のセンターが設置されており地域では、補助金は1カ所分を按分されるため、5カ所設置されている地域では1センターが70数万円と著しく低い。
→現時点では、北海道独自に補助する予定はなし。
- 3) センターの偏在：一圏域に5カ所のセンターが設置されている地域もあれば、上川・宗谷の圏域には2カ所設置されているものの2カ所とも旭川にあり、同圏域である稚内からは旭川まで車で5時間以上もかかるなど問題点が多い。→北海道としては、目標とした8圏域にすべて設置したので、今後は増やす計画はないようである。
- 4) 診療所型はなし→診療所型の移行調査ではH29年まで希望する医療機関はなく計画はなし。
- 5) 北海道が主催しての都道府県認知症疾患医療連携協議会は一度も開催されていない。→今後も開催予定はなし。

執筆	砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長 内海 久美子
----	-----------------------------------

認知症疾患医療センター運営事業の概要

岩手県の事例

岩手医科大学医学部内科学講座神経内科・老年科分野 寺山靖夫

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市	： 岩手県
認知症施策の概要	
<p>岩手県では、平成 21 年の岩手県高齢者福祉総合計画(いわていきいきプラン 2009-2011)において、地域包括ケアや介護予防の推進とともに、認知症対策の推進が位置づけられた。具体的には、認知症サポート医の養成、かかりつけ医対応力向上研修の開催、認知症介護に関する各種研修の実施が進められた。また、認知症の普及啓発と認知症の発症予防、早期発見、早期診断へとつながる仕組みづくりが主要な課題とされ、「岩手県認知症疾患医療センター事業」が岩手医科大学附属病院への委託事業として開始された。</p> <p>平成 24 年度には、「岩手県保健医療計画 2013-2017」に県認知症施策が位置づけられ、既存の事業の整理がなされ、「認知症に対する正しい理解の促進」「相談診療体制の整備促進」「家族への支援体制の強化」「認知症介護従事者の人材育成」等、中長期的な計画が策定された。</p> <p>平成 25 年 2 月には、はじめての岩手県認知症施策推進会議(委員長：当センター長)が開催され、関係機関・団体のメンバーが委員となり、年に 2 回、県の施策に関する評価と協議が行われている。</p>	

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

岩手県は、四国とほぼ同程度、日本では北海道に次いで 2 番目の広大な面積を持つ。移動が 60 分以内であることが想定された二次保健医療圏が 9 つあり、各圏域の県立病院が地域拠点の機能を有している。10 万人対医師数は全国都道府県の第 40 位、面積対医師数では第 46 位で、深刻な医師不足を抱えている。

平成 21 年 4 月に岩手医科大学に「岩手県認知症疾患医療センター運営事業」が委託された。事業概要を図 1 に示す。前身として平成元年 10 月より開始した「岩手県老人性痴呆疾患センター」の事業があった。平成 22 年度からは基幹型センターの指定を受け、岩手県全域の認知症医療体制の構築に向けて岩手県と協議を進めてきた。

平成 24 年度の「岩手県保健医療計画 2013-2017」では、平成 29 年度までに地域型センターを 5 か所指定する方針が掲げられ、平成 27 年 1 月には、社団法人新和会宮古山口病院が地域型センターとして事業を開始した。現在の指定状況を図 2 に示す。今後、高齢者人口 6 万人以上を一つのエリアとしてとらえ、年度ごとに 1 か所ずつ指定をしていくこととなっている。



図 1. 岩手県認知症疾患医療センター
(基幹型) 事業概要

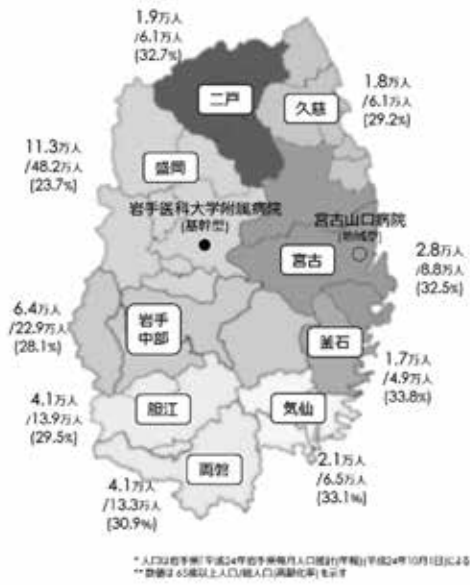


図 2. 岩手県指定及び二次保健医療圏の状況
(指定状況は平成 27 年 12 月現在)

② 拠点機能（自治体独自の類型化を含む）

岩手県では、基幹型のみでの事業が約 5 年間続いた。その間、認知症専門外来での診療とともに、県内各地での MCI の早期発見・早期介入に重点を置いた普及啓発を実施していた。基幹型の専門医療相談では、医療圏内の相談が約 65%にとどまった(図 3)。

そのため、基幹型として高度な検査や専門医による診療の体制は有するものの、医療圏域内外の比較で典型的症例と非典型的症例の割合には明らかな差が見られず、明確な医療機能分化はなされていないと思われた(表 1)。



図 3. 基幹型における専門医療相談
対象者の居住地内訳

表 1. 基幹型における初診時診断内訳
圏域内外の比較(平成 24-26 年度)=

診断名	盛岡圏域内 (n=360)	盛岡圏域外 (n=142)	計 (n=502)
Normal	25 (6.9%)	11 (7.7%)	36 (7.2%)
MCI	103 (28.6%)	45 (31.7%)	148 (29.5%)
AD	144 (40.0%)	43 (30.3%)	187 (37.3%)
VaD (+Mixed)	17 (4.7%)	11 (7.7%)	28 (5.6%)
DLB	16 (4.4%)	5 (3.5%)	21 (4.2%)
FTLD	14 (3.9%)	6 (4.2%)	20 (4.0%)
その他 変性疾患	7 (1.9%)	9 (6.3%)	16 (3.2%)
Depression	18 (5.0%)	4 (2.8%)	22 (4.4%)
その他	16 (4.4%)	8 (5.6%)	24 (4.8%)

現在、岩手県では、県立病院を中心とした有床の総合病院精神科が縮小の傾向にあり、今後、医療圏に1~2か所存在する精神科病院が地域型の役割を担っていくものと思われる。そこで、現在、平成26年度の地域型の指定、及び今後4か所の地域型の選定にともない、基幹型・地域型の連携や機能分担のあり方について検討を始めている。表2に示すような基幹型の医療機能を生かし、地域型との役割分担を図る中で、県内の認知症医療体制の整備を進めていく。

表2. 岩手県における認知症疾患医療センターの類型(平成27年12月現在)-

類型	基幹型	地域型
指定数	1	1 (平成29年度までに計5か所予定)
活動圏域	二次保健医療圏を中心とした俱全域	二次保健医療圏
医療機関の形態	総合病院(神経内科・老年科が主体)	精神科病院中心
基本的機能	① 専門医療機能…非典型的の症例中心の鑑別診断・治療、入院は院内ほか圏域内精神科病院と連携し対応 ② 地域連携推進機能…かかりつけ医等への研修会のほか、市町村や地域包括支援センター、圏域内群市医師会等との事業 ③ 基幹機能…具施策推進会議への参画、地域型センターの選定、人材育成、研究等	① 専門医療機能…鑑別診断・治療のほか周辺症状の加療が中心 ② 地域連携推進機能…圏域内でかかりつけ医・介護従事者等への研修会等を実施

③ 事業の質の管理

岩手県では、地域型の指定が平成27年1月であり、基幹型による地域型の評価の機会は得られていない(平成27年12月現在)。今後、基幹型と地域型の情報交換等を通して、岩手県におけるセンター事業の質の確保を目指す。

基幹型内部では、認知症外来担当医師1名、臨床心理士1名、精神保健福祉士2名、検査スタッフ1名によるミーティング(週1回)を実施し、専門医療相談で受けた全事例の対応を検討するとともに、お互いの相談スキルの向上につとめている。認知症外来を担当する4名ほか計8名の医師で、症例(主に、鑑別診断を目的としたパス入院の対象患者)検討会(週1回)を開催している。また、専門医療相談の相談記録、認知症外来の新患記録はデータベース化し、動向の把握が可能になっている。これらは、社会資源・研修会等に関する情報やケースの個別対応の問題点に関するレポートとともに、スタッフのみ閲覧可能なポータルサイトで共有されている(図4)。

外部からの評価の機会として、圏域内で実施した医療と介護の情報交換の場がある。平成27年2月より盛岡市の南に隣接する矢巾町にて、地域包括ケアの中でセンターに何が求められているのかについて、医療・介護に関わる実務者との情報交換を通して検討している(図5)。今後、認知症対策に関する市町村事業の中に組み入れながら、対象地域を拡大していく予定である。



図4. 基幹型センターポータルサイト (一部加筆)



図5. 認知症の医療と介護の連絡会議の様子 (右下はグループワークシート記入例)

III. 現在の課題と今後の計画

基幹型では、BPSD の出現をできるだけ抑えていくことを中心にすえ、MCI 病期での早期発見・早期介入を中心に事業を展開してきた。本人・介護者のニーズは早期から存在し、受診支援も含めた診療体制の整備が、受け入れられて生活を続けるきっかけとなることを多くの事例から経験してきた。

基幹型としての課題は、センター内、院内、圏域内、圏域間、様々な次元に渡って存在する。これまでの事業で、圏域内の MCI・非典型例を含む鑑別診断と治療、及び圏域内の病診連携や介護との連携は進みつつあるが、圏域外の医療・介護体制に関する把握は十分なされていない。特に、患者の増加が見込まれる一方で深刻な医師不足という課題を抱える岩手県においては、専門医療機関のみが認知症医療を進めることには限界があるということを念頭に置きつつ、今後の地域型の増設を進めるとともに、圏域外の医療・介護への後方支援等をよりいっそう強化していく必要がある。

執筆	岩手医科大学医学部内科学講座神経内科・老年科分野 教授 寺山 靖夫
----	--------------------------------------

認知症疾患医療センター運営事業の概要

東京都の事例

東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課 守田ミドリ

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市 : 東京都

認知症施策の概要

東京都では、平成 19 年度に東京都認知症対策推進会議を設置し、介護、医療、施設整備、研究開発、若年性認知症といった分野について、大都市東京に即した認知症施策を検討し、実施してきました。

平成 22 年度には、東京都認知症対策推進会議のもと、「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」を設置し、大都市東京において効果的に機能するものとして整備するため、都における認知症疾患医療センターが担うべき機能・果たすべき役割について検討を行いました。検討部会では、都内の認知症医療に関する現状と課題について、以下の指摘が為されました。

都内の認知症医療に関する現状と課題

〔認知症の早期診断・早期対応〕

- ・ 専門医療機関に適切に繋げる等、かかりつけ医の更なる理解促進が必要
- ・ 病識がないなど受診を拒否する人を診断に繋げる方策が必要
- ・ 専門医療機関でも診断だけでなく、生活支援の視点が必要

〔身体合併症・行動心理症状への対応〕

- ・ 入院に対応できる病院が相対的に少なく、入院先を探すのが困難
- ・ 退院に向けた事前調整が十分でなく在宅復帰に支障を来たすことがある

〔地域連携の推進〕

- ・ 医療機関と地域包括支援センター双方のコミュニケーションが十分でない
- ・ 家族支援を行っている家族介護者の会の活動が十分に知られていない

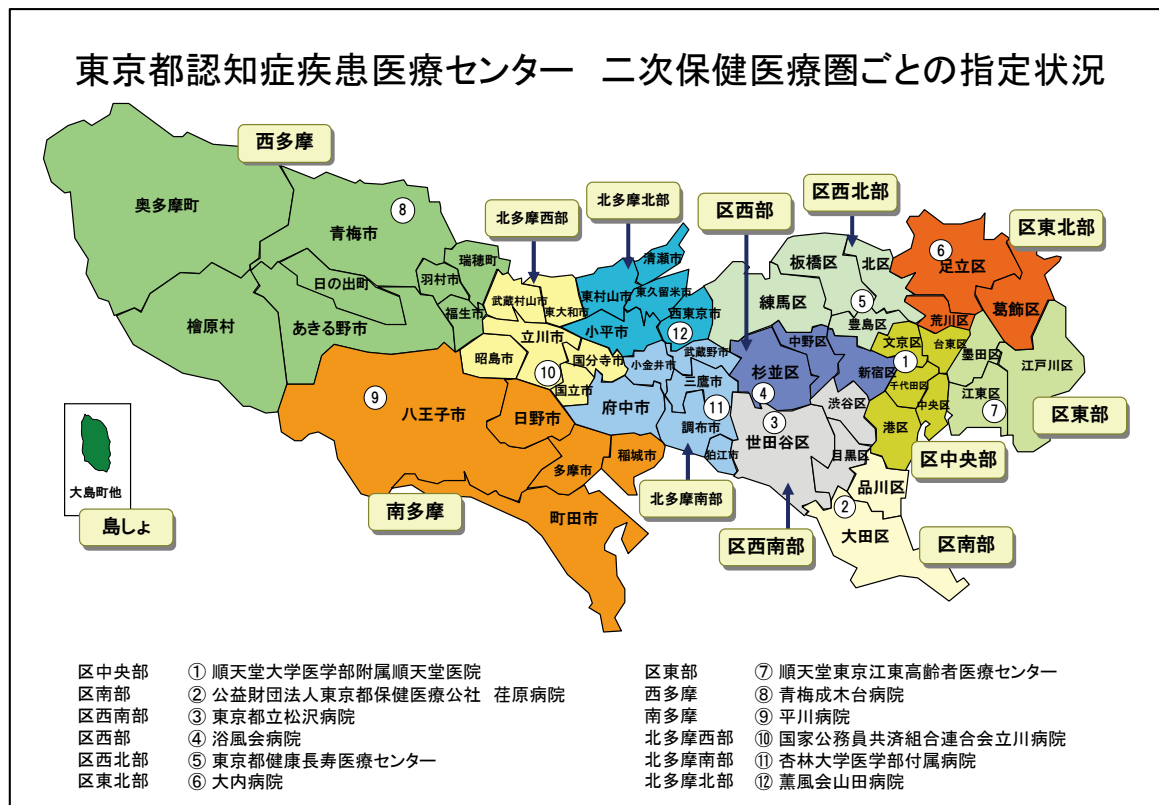
〔専門医療、地域連携を支える人材の育成〕

- ・ 専門医療に精通した人材の育成、地域の認知症対応力の向上が急務

認知症高齢者の急増が見込まれる中で、これらの課題を解決するには、地域の医療機関同士、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要があるため、部会での検討の結果、センターは基本的機能として、「地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能」及び「地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能」を担うこととしました。

さらに、特に重点的な取組が必要な事項として、「身体合併症・行動心理症状への対応」及び「地域連携の推進」を位置付けました。

指定数については、まずは二次保健医療圏に1か所ずつ（島しょ地域を除く）、地域型センターを12か所設置することとし、公募・選考の結果、平成24年4月にまず10病院を指定し、平成25年1月に2病院を追加指定しました。



12か所のセンターは「専門医療機関としての役割」、「地域連携の推進機関としての役割」、「人材育成機関としての役割」という三つの役割を果たすため、専門医療相談の実施、鑑別診断とその初期対応、身体合併症と行動・心理症状への対応、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催、地域の医療・介護従事者向けの研修会の開催、認知症の普及啓発等の様々な活動を行ってきました。

他県と比較して特徴的なこととしては、第一に、平成25年度から「看護師認知症対応力向上研修」を、平成26年度から「認知症多職種協働研修」を、平成27年度からは「東京都かかりつけ医認知症研修」を12センター必須の取組とするなど、人材育成の役割を重視していることが挙げられます。

第二には、平成25年度から医師、看護師、精神保健福祉士等からなる認知症アウトリーチチームの配置を進めており、平成26年度からは12センター全てにチームを配置して、区市町村の認知症支援コーディネーター等との連携のもとに、受診困難者等の訪問支援を実施しています。

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

厚生労働省が平成 24 年 9 月に発表した「認知症施策推進 5 か年計画(オレンジプラン)」において、認知症疾患医療センターを全国で約 500 か所整備するという目標を掲げたことをきっかけとして、東京都認知症対策推進会議のもとに新たに「認知症医療部会」を設け、都における今後の認知症疾患医療センターの整備のあり方について、検討を行いました。

検討の結果、都内の認知症高齢者の急増が見込まれること(※)、オレンジプランにおける整備目標、区市町村は平成 37 年までに各地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することを求められていること等を勘案して、より身近な地域で認知症の人とその家族を支える体制を構築するため、平成 27 年度以降、島しょ部を除くすべての区市町村(53 区市町村)に認知症疾患医療センターを設置することとしました。

(※) 要介護認定を受けている高齢者のうち認知症高齢者日常生活自立度 I 以上の者は、平成 25 年 11 月の約 38 万人から、平成 37 年には約 1.6 倍の約 60 万人に増加すると推計している。

平成 27 年 2 月から 4 月にかけて地域連携型認知症疾患医療センター(機能は後述)の公募を実施し、選考委員会、厚生労働省の協議を経て、平成 27 年 9 月 1 日付で 29 医療機関(19 病院、19 クリニック)を追加指定しました。

地域連携型認知症疾患医療センター一覧

区部 指定医療機関名(所在地)	多摩地域 指定医療機関名(所在地)
三井記念病院(千代田区)	武蔵野赤十字病院(武蔵野市)
聖路加国際病院(中央区)	たかつきクリニック(昭島市)
東京都済生会中央病院(港区)	青木病院(調布市)
東京医科大学病院(新宿区)	鶴川サナトリウム病院(町田市)
公益財団法人ライフ・エクステンション研究所付属永寿総合病院(台東区)	多摩あおば病院(東村山市)
中村病院(墨田区)	国分寺病院(国分寺市)
荏原中延クリニック(品川区)	新田クリニック(国立市)
国家公務員共済組合連合会三宿病院(目黒区)	福生クリニック(福生市)
あしかりクリニック(中野区)	東京慈恵会医科大学附属第三病院(狛江市)
豊島長崎クリニック(豊島区)	東大和病院(東大和市)
オレンジほっとクリニック(北区)	武蔵村山病院(武蔵村山市)
あべクリニック(荒川区)	桜ヶ丘記念病院(多摩市)
慈雲堂病院(練馬区)	稲城台病院(稲城市)
いずみホームケアクリニック(葛飾区)	菜の花クリニック(瑞穂町)
東京さくら病院(江戸川区)	

② 拠点機能

東京都では、国実施要綱の「地域型」「診療所型」の機能を都の実情に応じて整理し、平成 27 年度より独自の類型として、「地域拠点型」と「地域連携型」の 2 類型を創設しました。各類型に求められる機能等は表 1～表 3 の通りです。

平成 24 年度から指定していた 12 か所の認知症疾患医療センターは「地域拠点型」センターに移行し、引き続き、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催、研修実施、認知症アウトリーチチーム配置等の役割を担うこととなりました。

表 1 東京都における認知症疾患医療センターの類型

都の類型	指定数 (H28. 3)	活動圏域	医療機関 の形態	国の類型	指 定 要 件 (人員配置, 検査体制, 病床)
地域連携型	29	区市町村	病院又は 診療所	地域型又は 診療所型	・病院は国の地域型に同じ ・診療所は国の診療所型の人員配置に 専従相談員配置等の要件を上乗せ
地域拠点型	12	二次保健 医療圏	病院	地域型	国の地域型に同じ

※地域拠点型は所在する区市町村の地域連携型の機能を兼ねる。

表 2 地域連携型認知症疾患医療センターの役割

【専門医療機関としての役割】

専門医療相談の実施	◆専従の相談員を配置して、本人、家族、関係機関からの相談に応じるとともに、適切な医療機関等の紹介を行う。 ◆受診が困難な人について相談を受けた場合は、関係機関と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める。
鑑別診断・初期対応時の取組	◆本人の身体的・社会的側面等を総合的に評価の上、的確に診断し、医療・介護・生活支援等の支援に結びつける。 ◆かかりつけ医と連携を図り、鑑別診断後の経過観察において、必要な支援を行う。
身体合併症・行動心理症状への対応	◆センターにおける受入体制の整備を図るとともに、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、地域全体で受け入れる体制を整備する(院内連携・地域連携)。

【地域連携の推進機関としての役割】

地域連携の推進	◆区市町村等が開催する認知症に関連する会議に協力・出席し、区市町村とともに、地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、医師会、介護保険事業所、家族介護者の会等、認知症の人の支援に携わる関係者のネットワークづくりを推進する。 ◆所在する区市町村が実施する認知症初期集中支援チーム等の認知症関連事業に協力する。
---------	--

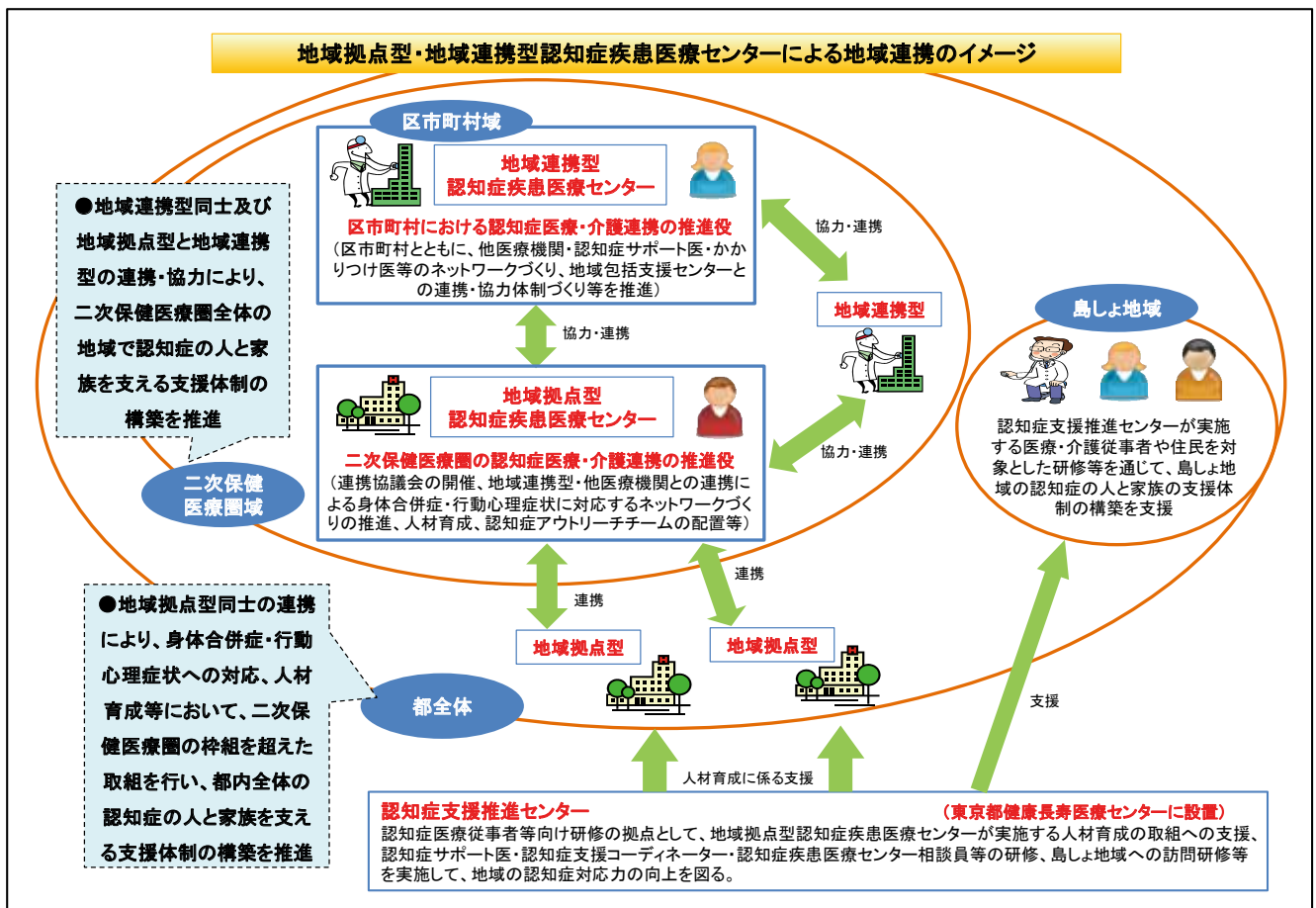
【人材育成機関としての役割】

専門医療、地域連携を支える人材の育成	◆院内において専門的な知識・経験を有する医師・看護師の育成に努めるとともに、区市町村・医師会等の関係機関が実施する研修に講師を派遣する等して協力する。
--------------------	---

表3 地域拠点型認知症疾患医療センターの役割

所在する区市町村の地域連携型センターの役割を担うとともに、二次保健医療圏における以下の役割を担う。

①	認知症疾患医療・介護連携協議会を開催(年2回以上)し、地域において効果的に機能するネットワークの構築に向けた検討を行うとともに、国及び都の認知症施策、各地域における認知症に係る取組の情報共有を図る。
②	認知症疾患医療・介護連携協議会における検討や他の地域拠点型との連携により、二次保健医療圏域における身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進を図る。
③	かかりつけ医、一般病院の医療従事者、地域包括支援センター職員等、地域の医療従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修を実施する。
④	認知症アウトリーチチームを配置して、認知症支援コーディネーター又は認知症地域支援推進員からの依頼に応じて、受診困難者等の認知症疑い高齢者の訪問支援を実施する。



③ 事業の質の管理

1) 報交換会の開催

東京都では、認知症疾患医療センターの運営に関する情報交換や意見交換等を行うことにより、認知症疾患医療センターの円滑な運営に資することを目的として、「東京都認知症疾患医療センター情報交換会」を定期的に開催しています。

情報交換会には、各センターの医師・専従相談員・臨床心理士・事務担当者などが一堂に会し、取組状況の報告や意見交換を行っています。

平成 24 年度から平成 27 年度までに、相談員のみでの情報交換会も含めて通算 14 回実施しており、平成 28 年度以降は、新たに相談員連絡会を定例化し、以下の形態により実施していく予定です。

名称	参加対象者	頻度
相談員連絡会	地域拠点型・地域連携型センターの専従相談員等	年 5 回
ブロック別情報交換会	地域拠点型・地域連携型センターの構成員	4 回（10 センター程度ずつのブロックに分けて開催）×年 2 回
拠点型センター情報交換会	地域拠点型センターの構成員	年 1 回

2) 独自の実績報告書

平成 24 年度から独自の様式で実績評価を行っており（p 21～22 参照）、毎月 15 日までに前月分の実績報告書の提出を求めています。提出のあった実績報告書は、情報交換会で配布するとともに、認知症医療部会で統計資料として配布する等、センターの活動評価に役立てています。

各センターで苦勞して件数をカウントしてくれていますが、カウント方法にばらつきがあったため、平成 25 年度にカウント方法の統一を図るための会議を開催しました。完全な統一は難しいですが、都民等の外部の方に誤解を与えないように、ある程度の枠組みを決めることが必要であると考えています。

3) 相談員研修の実施

平成 27 年度から、都内の医療従事者等の研修拠点と位置付けている東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センター（センター長：栗田主一研究部長）を設置して、認知症疾患医療センターの相談員研修を開始しました。年 2 回の研修ではありますが、グループワークや先進事例の講義等を通じて、相談員の質を高めることを目的としています。

また、平成 28 年度からは相談員の相互の意見交換を行う場として、情報掲示板を創設する予定です。

都では、診療所型にも専従相談員の配置を求めており、そのための予算措置を図っています。専従相談員は認知症疾患医療センターの要であり、今後は、定例化する相談員連絡会も活用して、相談員の質を高めるための取組を実施していきます。

4) 認知症疾患医療・介護連携協議会への参加

地域拠点型センターは年 2 回以上、圏域内の区市町村、医師会、介護事業者、地域包括支援センター、地域連携型センター等で構成する連携協議会を開催することとなっており、関係機関のネットワーク構築に向けた検討や、各地域における認知症の取組の情報共有等を図っています。

連携協議会の場合は、各地域の状況を知り、地域拠点型センター、地域連携型センターの取組状況を把握するのに大変有効な機会であるため、都職員が必ずオブザーバーとして参加し、現場の声を施策に反映できるよう努めています。

5) 地域拠点型認知症疾患医療センターが実施する研修内容を評価するためのワーキンググループの設置

地域拠点型センターは、かかりつけ医向け研修、看護師向け研修、多職種協働研修の三種類の研修開催が必須の取組となっています。12 か所のセンターがバラバラな内容で実施するのではなく、ある一定の質を確保するために、都では三種類の研修のワーキンググループ（WG）を設置して、カリキュラム検討、テキスト作成、講師養成研修を行った上で、各センターに研修を開始してもらっています。

三つのWGは現在も継続しており、年度末に 12 か所のセンターの担当者に集まってもらい、当年度に実施した研修内容を発表しあい、次年度に向けた検討を行うことにより、研修の質を担保する工夫を行っています。

6) アウトリーチ活動の推進

病院型の認知症疾患医療センターの医師、相談員は、認知症高齢者へのアウトリーチ経験を有しない者も多いという現状を踏まえ、各地域の地域連携の推進役としてセンターが活動するためには、地域の現状を知っている必要があります。そのためにはアウトリーチの経験が不可欠であろうと考え、平成 26 年度から 12 か所の認知症疾患医療センターに認知症アウトリーチチームを配置しました。

認知症アウトリーチチームの活動にあたっては、まず、都が作成した協定書のひな型を用いて、区市町村と個人情報保護等に関する協定を締結します。実際の訪問活動に用いる「訪問台帳」は統一のものを使ってもらい、都に集約してデータベース化し、活動の評価に役立てています。

平成 27 年度以降も地域拠点型センターには認知症アウトリーチチームを必置としており、地域連携型センターは必須ではありませんが、区市町村から依頼があった場合、認知症初期集中支援チームの取組に協力することを要件とし、アウトリーチ活動を推奨しています。

7) 家族介護者の会との連携の推進

家族介護者の会との連携がないセンターが多かったため、連携を促進するために、区市町村に対する補助事業「認知症の人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業」を平成 25 年度に創設しました。

これはいわゆる医療機関連携型の認知症カフェの設置を推奨するものであり、現在都内で 7 区市が補助金を活用して認知症カフェを設置しており、当該地域の認知症疾患医療センターの医師や相談員がカフェに参加したり、ミニ講座を実施するなどして参画しています。

III. 現在の課題と今後の計画

現在、東京都では、「第6期東京都高齢者保健福祉計画」において、認知症施策を重点分野と位置づけ、「地域連携の推進と専門医療の提供」「専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成」「地域での生活・家族の支援の強化」の三つの目標を掲げて、様々な施策を実施しています。

その中でも、地域連携の推進役と位置付けている認知症疾患医療センターは重要施策と位置付けており、地域の関係機関からのセンターへの期待も非常に大きいと感じています。

今後、まずは、できるだけ早期に島しょ地域を除く全区市町村に認知症疾患医療センターを設置できるよう、現在未指定となっている12区市町村において再公募の手続きを進めています。

各区市町村に1か所ずつ認知症疾患医療センターを整備して、センターが区市町村と連携して関係機関のネットワークづくり等を推進することにより、都内全体の認知症の人とその家族を支える支援体制の構築を進めていきます。

同時に、センターの質を高める取組を引き続き実施することにより、都民や地域の関係機関に信頼される認知症疾患医療センターを目指していきます。

執筆	東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課 課長代理（認知症支援調整担当） 守田 ミドリ
----	--

(別記第3号様式の1)

平成27年度 認知症疾患医療センター運営事業 実績報告書(月別)

圏域:

医療機関名:

平成 年 月末現在

※ 翌月15日までにご提出ください。

1 外来

(1) 認知症疾患に係る外来件数、鑑別診断件数及び認知症診断管理料の請求件数(月別)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
外来件数													0
うち鑑別診断件数													0
認知症専門診断管理料の請求件数													

※「外来件数」は、医療相談室経由のみではなく、院全体の件数をカウントする。再診含む。認知症治療が主目的の外来に限る。

※「鑑別診断件数」は、鑑別診断の結果が認知症ではなかったケースも含み、鑑別診断を行った全ケースをカウントする。

※「認知症専門診断管理料」は、病院のみ算定可能。

(2) 予約時から鑑別診断初診までの待機日数(月末時点)

項目	4月末	5月末	6月末	7月末	8月末	9月末	10月末	11月末	12月末	1月末	2月末	3月末	平均
予約時から鑑別診断初診までの日数													

※緊急枠や特別枠を除く、月末時点での予約時から鑑別診断初診までの待機日数を記入する。

(3) 鑑別診断件数

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
①正常または健常													
②軽度認知障害(MCI)													
③アルツハイマー型認知症													
④脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症													
⑤脳血管性認知症													
⑥レビー小体型認知症													
⑦前頭側頭葉変性症													
⑧正常圧水頭症													
⑨頭部外傷による認知症													
⑩アルコール性認知症													
⑪その他の認知症													
⑫その他(統合失調症、気分障害等)													

(4) 上記(3)②～⑪の患者について

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
他の医療機関(かかりつけ医等)から紹介された人数													
自院の他診療科から院内紹介された人数													
他の医療機関(かかりつけ医等)へ診療情報を提供し、他の医療機関で継続医療が行われている人数													

2 入院

認知症疾患に係る入院件数(月別)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
認知症疾患医療センター(自院)													
連携病院													
その他の病院(連携病院以外)													
合計													

※認知症の診断がついている入院患者について、紹介ルートや担当医師に関わらず件数に含める。入院初日の属する月に計上する。

※「連携病院」は、連携先の病院(要綱第6の1(1)オ(ア)又は(イ)に示す医療機関)における入院件数を計上する。

※「その他の病院」は、医療相談室が中心となって入院先を調整したケースを計上する。

3 専門医療相談

(1) 専門医療相談件数(月別)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話													
面接													
訪問													
その他													
合計													

※認知症疾患医療センターの医療相談室として受けたものではなく、医療連携室等の他の組織で受けた認知症に係る相談も含める。

※全て延件数でカウントする。

※「訪問」は、他の医療機関、介護施設、患者自宅等を訪問し、認知症患者の医療やケアについて助言又は指導を行った場合等にカウントする。

(2) 関係者別連携内訳(複数カウント可)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
家族・親族													
一般病院													
精神科病院													
認知症サポート医等													
かかりつけ医													
訪問看護ステーション													
区市町村(高齢所管部署等)													
地域包括支援センター													
ケアマネジャー													
介護保険施設													
保健所・保健センター													
家族介護者の会													
その他													

※(1)専門医療相談件数の相手方をカウントする。

(3) 相談内容別内訳(複数カウント可)

項目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
受診・受療に関する援助													
入院に関する援助													
転院・入所に関する援助													
関係機関との連絡調整に関する援助													
介護保険に関する援助													
患者・家族の心理的サポート、ケア等に係る相談													
社会資源の活用に関する援助													
権利擁護に関する援助													
経済問題に関する援助													
その他													

※実人数に対して相談の内容を複数カウントする((1)(2)と一致しなくてよい。)主訴のみは不可

4 研修会・会議・広報 ※4月から累計で記載してください。

(1) 研修会・会議

①研修会の開催

日時	場所	対象者 ※	内容	参加人数
				人
				人
				人

※「対象者」欄には、地域のかかりつけ医、地域包括支援センター職員、認知症専門医、地域の保健・福祉関係者等の区分を記載すること。院内職員を対象とした研修会も記載可能。

②研修会等への講師派遣

日時	場所	実施主体	内容	センターからの講師等派遣人数	センターの協力内容
				人	
				人	
				人	

③区市町村が開催する会議等への出席

日時	場所	実施主体	内容	センターからの出席人数	センターの協力内容
				人	
				人	
				人	

※地域拠点型認知症疾患医療センターが開催する連携協議会への出席も含む。

(2) 広報等

記入例： ・平成27年5月 チラシ作成 ○○箇所へ配布 / ・平成27年6月 病院ホームページに専用ページ開設

認知症疾患医療センター運営事業の概要

石川県の事例

石川県立高松病院 北村 立

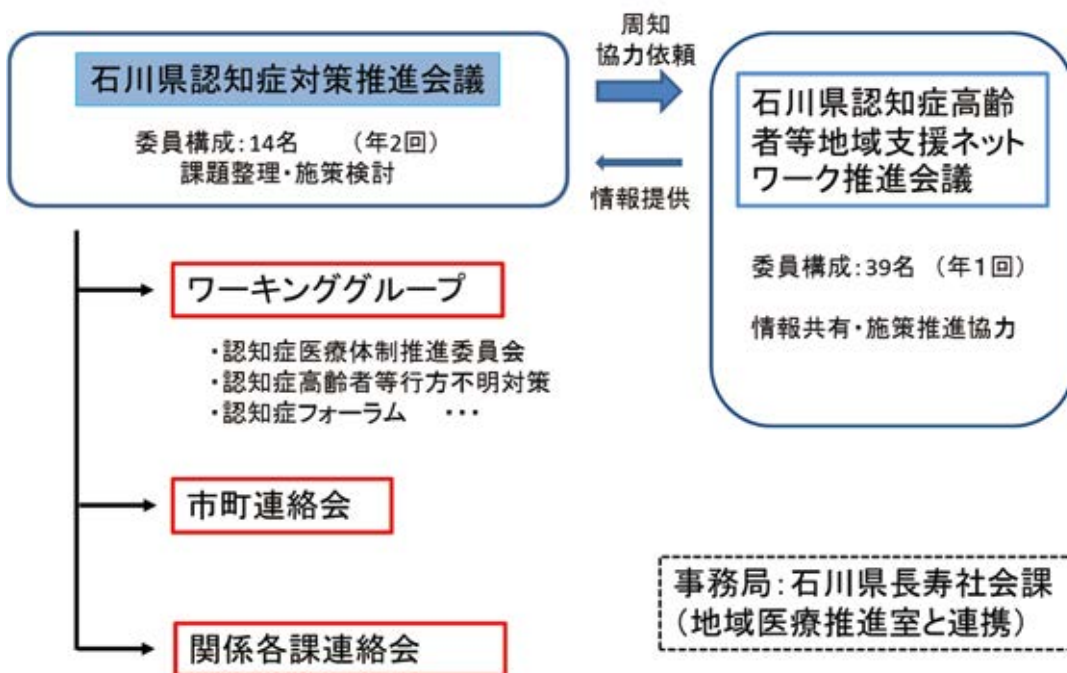
I. 基本情報

所在都道府県・指定都市 : 石川県

認知症施策の概要

石川県では、県の認知症施策全般の推進方策の検討を行い、適切な医療、介護、地域支援体制の構築と連携推進を図るために「石川県認知症施策推進会議」を設置している。委員は学識経験者、医療・介護関係団体、経済団体、地域団体、家族会等の代表 14 名で構成される。その他、図 1 のような会議を設け、具体的にはワーキンググループ等を随時開催し特定の課題について検討している。石川県認知症疾患医療センター所長は、石川県認知症対策推進会議、認知症高齢者等地域支援ネットワーク推進会議、認知症医療体制推進委員会の委員である。

図 1 石川県における認知症施策の推進体制



石川県独自の認知症施策として、介護提供体制においては、認知症介護サービス向上推進事業として、国の定めた研修以外に認知症高齢者グループホーム初任者研修や小規模多機能型居宅介護初任者研修を複数回開催し、地域支援体制においては、認知症地域サポート体制構築事業として、徘徊・行方不明対策として「SOSネットワーク連絡調整マニュアル」を策定し、行方不明対策に係る広域連携体制模擬訓練を実施している。

認知症の医療提供体制に関しては、平成 25 年 4 月に策定された「第 6 次石川県医療計画」に則り、取組みがなされている。以下に医療計画の内容を示すと、

① かかりつけ医による認知症の早期対応と継続医療のための連携強化

認知症の早期発見・対応につなげるため、かかりつけ医に認知症への対応力向上研修を行い、その技術を維持・活用するために、資格登録やフォローアップ研修、および精神科専門医との連絡体制の整備など、かかりつけ医による認知症の早期対応と継続医療体制の連携強化を図る。

② 認知症診断可能な医療機関の整備

身近な地域で認知症の専門的診療が受けられるよう、二次医療圏に 1 ヶ所以上から概ね 65 歳以上人口 6 万人の圏域に 1 ヶ所程度、**認知症疾患医療センターを含む認知症の鑑別診断（他機関との連携による検査も可）**と在宅生活訪問支援との双方を行える医療機関の確保に努める。

③ 多職種チームによる生活支援の充実

ア) 認知症の人とその家族が地域で気軽に相談・受診できるよう、医療機関からの精神科医、内科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等で構成された多職種チームによる訪問支援を含め、地域生活を支えるための医療支援体制の充実を図る。その際は、当該地域の在宅医療連携グループとの連携を図るものとする。

イ) 相談から治療、在宅支援までの切れ目のない支援を提供するために、精神科医療機関とかかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー、福祉サービス事業所等が協働し、認知症の人の地域生活を支える医療体制を構築する。

石川県において特徴的なのは、かかりつけ医の認知症対応力向上研修に、年 2 回の地域事例検討会への参加を義務付けていることと、認知症疾患医療センターなど認知症医療の中核的な役割を果たす医療機関に鑑別診断機能のみならず在宅生活訪問支援の機能を求めていることである。

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 石川県の医療圏と人口

石川県では昭和 62 年 12 月に策定した「石川県保健医療計画」において、地理的条件や生活圏、交通事情等の社会的条件を加味し 4 つの二次医療圏を設けている。輪島市、珠洲市などを含む能登北部医療圏、七尾市、羽咋市などを含む能登中部医療圏、金沢市、白山市を含む石川中央医療圏、小松市、加賀市を含む南加賀医療圏である。能登北中部を合わせた地域がいわゆる能登地方で、石川中央と南加賀を合わせた地域が加賀地方である。

図 1 に平成 26 年 10 月 1 日現在の石川県の総人口と、二次医療圏毎の人口を示した。県の総人口は約 116 万人で、石川中央が約 73 万人と全体の 63%を占め、加賀地方が約 96 万人(約 83%)、

能登地方が約 20 万人である。近年特に能登地方の人口減少が著しく、両者の差は開く一方である。当然、社会資源の整備状況も能登と加賀では格差がある。

図2 石川県:1,155,450人 (平成26年10月1日現在)

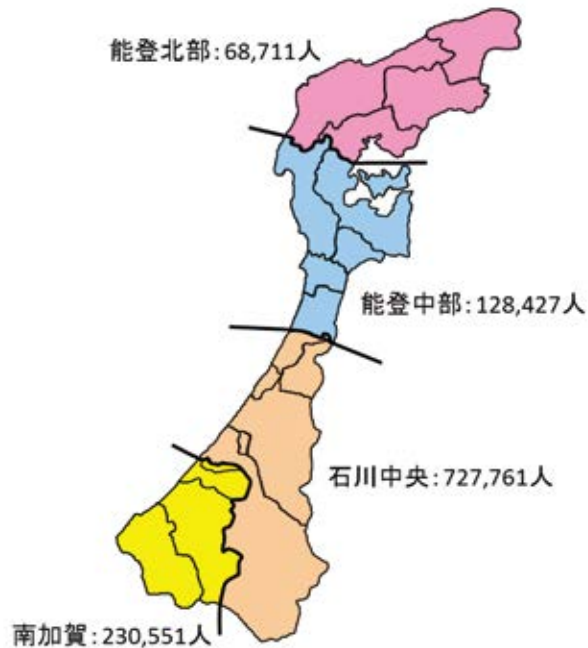


表1 各医療圏の人口、高齢者人口 (平成23年10月1日現在)

圏域	総人口	65歳以上		75歳以上	
能登北部	73,842	29,321	(39.7%)	17,637	(23.9%)
能登中部	134,078	41,386	(30.9%)	23,015	(17.2%)
石川中央	724,412	149,238	(20.6%)	74,584	(10.3%)
南加賀	233,983	56,745	(24.3%)	28,779	(12.3%)
計	1,166,315	276,690	(23.7%)	144,015	(12.3%)

表1は平成23年10月1日現在の各医療圏の高齢者人口等を示したものである。高齢者人口は能登北部で約40%、能登中部が約30%であり、後期高齢者人口も能登北部は約25%に達している。また図1と比べると、能登北・中部は3年間のうちにそれぞれ約5千人の人口減少を認め、加賀と能登の格差は今後ますます広がるものと推測できる。

② 認知症疾患医療センターの設置状況

図3 《2次医療圏と認知症疾患医療センター》



石川県では、保健医療・介護機関等が連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断，周辺症状と身体合併症に対する急性期治療，専門医療相談等を実施するとともに，地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより，地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的として，平成21年4月から県立高松病院に石川県認知症疾患医療センターを，また平成22年10月からは加賀こころの病院に南加賀認知症疾患医療センターを設置している．しかし県立高松病院は石川中央医療圏の端にあり，人口の集中する金沢市（約46万人），白山市（約11万人）に認知症疾患医療センター（以下，センターと記す）はない．また南加賀医療圏で最も人口の多い小松市（約10万人）にセンターはない．

③ 認知症疾患医療センターの実績（平成26年度）

石川県においては，それぞれのセンターが独自に活動しているため，南加賀センターの事業内容の詳細は不明である．以降は，石川県センターの取り組みを記す．

平成26年度の石川県センターの相談件数は，のべ1,289件である．地域ごとの割合は能登北部が4%，能登中部が42%，石川中央が52%となっている．石川中央の半数以上は県立高松病院（以下，当院と記す）のある河北郡市からの相談であり，金沢市以南からの相談件数は全体の20%にすぎない．相談者の71%が家族であり，介護施設が14%，医療機関が7%，市町が6%となっている．実際に724人が受診しており，処遇は当院通院が37%，当院入院が28%，他院通院が14%，他院入院が1%，経過観察が20%となっている．救急対応は23件であった．

④ 拠点機能

2つのセンターは、いずれも地域型の指定を行っており、センター事業として運営要綱に定められている(1)専門医療相談、(2)鑑別診断と初期対応、(3)身体合併症・周辺症状への急性期対応、(4)かかりつけ医等研修、(5)認知症疾患医療連絡会議等を行っている。

さらに石川県センター(当院)においては、地元の市町、郡市医師会や介護支援専門員協会等関係機関との密接に連携し、認知症高齢者を地域で支える循環型のネットワークを構築しており、このモデルを「高松方式」と呼び、全県に広げることを目指している。

「高松方式」のポイント

1) 関係機関と連携し、勉強会を定期的開催

平成21年度に石川県センター(当院)と介護支援専門員協会が協力して2ヶ月に一度の勉強会を開始し、22年度からは市町の地域包括支援センターと郡市医師会も参加して、事例検討会を中心とした勉強会を隔月で開催している。さらに27年度からは薬剤師や歯科医師も参加するようになった。これにより、かかりつけ医や介護支援専門員等から早い段階で石川県センター(当院)に相談が寄せられるようになっており、認知症初期から専門医療が関り、治療・介護方針などをアドバイスする態勢が整っている。つまり石川県センター(当院)は地域の認知症医療における司令塔的役割を果たしている。またこの勉強会を通し、地元の医師、介護支援専門員、薬剤師、歯科医師などが顔見知りとなり、いわゆる医療介護連携も円滑なものとなっている。

2) 入院機能

当院は単科精神科病院であり、著しいBPSDを有する患者に対して入院治療を行っている。また居宅介護サービスを十分に受けられないケースでは、家族の疲弊を防止するためにレスパイト入院を行うこともある。このように地域における認知症医療の後方支援的役割も果たしている。さらに当院の大きな特徴は、認知症新規入院患者の半数以上が3ヶ月以内に自宅に退院することである。

3) 身体合併症への対応

認知症患者の身体合併症については、8つの病院(県立中央病院、公立羽咋病院、町立志雄病院、町立河北中央病院、医王病院、金沢医科大病院、金沢循環器病院、城北病院)が石川県センターの連携病院となっており、依頼により外来治療、入院治療を引き受けてもらえる。連携病院へ入院となった場合には、身体的治療が一段落すれば(精神科病院でも管理可能な状態になれば)、必ず当院への転院を受け入れている。したがって認知症を理由に転院を断られたことは一度もない。

4) 地域生活支援

専門医を中心に看護師・作業療法士等から構成される「多職種チーム」を設置し、訪問診療・訪問看護を含めた地域生活への支援を行っている。早いうちから生活支援を行うことで、BPSDの悪化を防ぎ、入院治療を抑制する効果があると思われる。また入院患者においては、訪問看護などで退院後のサポートも充実しているので、自宅への退院率が高いものと思われる(精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査—入院抑制、入院期間短縮、身体合併症医療確保のための研

究（代表者：前田潔 神戸学院大学）. 平成 27 年度障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）で研究中）.

平成 26 年度より、高松方式の特に 1) を発展させ、かかりつけ医による認知症の早期対応と継続医療のための連携強化を全県で取り組んでいる。当院、金沢大学附属病院（文科省の予算を獲得し、「北陸認知症プロフェッショナル養成プラン」に基づく専門医の養成等に取り組んでいる）、県医師会、日本精神科病院協会石川県支部等の関係者から構成される「認知症医療提供体制推進委員会」を設置し、高松方式を全県に広げるための方策について検討しており、現在、人材の養成を中心とした取組から始めている。

<石川県での主な取組>

1) 地域のリーダーの養成

- ・ 医師会・精神科病院協会等の協力により認知症サポート医の受講を勧奨
- ・ 専門医・サポート医等の地域のリーダーを対象としたエキスパート研修を開催
- ・ 看護師，作業療法士，介護支援専門員に対する研修会の開催

2) 各地域における事例検討会の開催

- ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修会を年 2 回の「座学」と、多職種が参加する年 2 回の「事例検討会」から構成する。「座学」については金沢市で開催し、TV 会議システムを活用して能登北・中部，南加賀のサテライト会場でも受講できる方法を導入している。「事例検討会」は、郡市医師会等の協力を得て、県内 9 地域（金沢市内は 3 つの在学医療連携グループごとに）において開催し、医療・介護関係者の資質の向上と顔の見える関係づくりの構築を進めている。

県立高松病院におけるモデル的な取組を全県に広げるための取組



⑤ 事業の質の管理

石川県においてはセンター同士の情報交換会やセンター職員の研修会は行っておらず、事業の質の管理はそれぞれのセンターに委ねられている。石川県センターの職員はすべて当院職員が兼務しているので特別な研修等は不要と考えているが、他との情報交換の必要性は感じていた。そのため福井県嶺南認知症疾患医療センター（敦賀温泉病院内）玉井頭所長と協力し、平成 25 年 10 月 5 日に北陸 3 県の認知症疾患医療センター職員を対象（富山県 3 施設，石川県 2 施設，福井県 2 施設）に、金沢市において北陸認知症疾患医療センター研修会を開催した。年 1 回程度の開催

を計画しているが、今のところ実現していない。

III. 現在の課題と今後の計画

これまで述べたとおり、石川県の4つの二次医療圏のうち、能登北部、能登中部にはセンターはなく、また金沢市、白山市、小松市といった人口の集中する地域にもセンターがないので、これらの地域にセンターを整備するのが喫緊の課題である。さらに、これらのセンターは、センター事業に定められた業務以外に、「高松方式」の普及、すなわち地域での多職種勉強会・事例検討会への積極的な関与と、訪問看護などを利用した生活支援体制の中核的な役割を求められることになる。また医療計画において、センター機能に在宅生活訪問支援を求めているため、以下の2タイプのセンターを検討している。

1) 認知症疾患医療センター（診断型）

神経内科専門医のいる病院を中心として、画像検査などを用いた認知症の初期診断や鑑別診断が積極的に行われている。今後こうした病院をリスト化し、市町のもの忘れ健診との連携や初期集中支援チームとの連携を進めるとともに、そのいくつかに認知症疾患医療センター（診断型）を設置する。

2) 認知症疾患医療センター（生活支援型）

現在、精神科専門医も協力して、各地域で事例検討会が開催されている。今後こうした病院をリスト化し、市町の初期集中支援チームとの連携を進めるとともに、訪問診療や訪問看護など高松方式に準じた生活支援を行っていくことを求めていくとともに、そのいくつかに認知症疾患医療センター（生活支援型）を設置する。

地域に密着し小回りのきくセンターを整備するため、県内10ヶ所程度を想定している。国の設置基準では診断型センターは地域型を想定しているが、生活支援型センターは診療所型でも良いように思われる。その場合、病院に診療所型のセンターを設置できるかが課題となる。当県の人口規模を考えるとセンターは県内数ヶ所にとどめ、残りを県独自で認知症専門施設に指定することもあり得る。その場合、診療報酬における「認知症専門診断管理料」が問題となる。現在「認知症専門診断管理料」は認知症疾患医療センターにしか認められていないが、センターのない大学病院など十分にその目的を果たせる医療機関はある。「認知症専門診断管理料」は施設ではなく、認知症学会や老年精神医学会の専門医に認めるのが筋ではないだろうか。

石川県内において、認知症の人の身体合併症の受け入れに関して大きな混乱はないので、新たなシステム作りは必要ないと思われる。しかし、総合病院精神科や単科精神科病院における身体合併症の治療体制は必ずしも十分でないことから、受入強化のための施設・設備の整備に対する支援策を検討する必要がある。

地域的には、専門診療科のない能登北部と医療機関が密集している金沢市が問題となる。能登北部は、交通事情が悪く通院や訪問支援にも時間がかかるため、この地域独自の支援体制と中核となる医療機関の選定が必要である。また専門医がおらず、サポート医も少ないため、初期集中支援チームの運営にも支障がある。最終的には石川県認知症疾患医療センターと能登中部に設置されるセンターがサポートするしかないように思われる。金沢市においては医師会や保健所の活

動範囲と精神科病院等の分布が一致していないことが問題と思われる。金沢市は長年独自の認知症対策を行っているので、関係各機関による調整に期待するところである。

執筆	石川県立高松病院 院長 北村 立
----	---------------------

認知症疾患医療センター運営事業の概要

愛知県の事例

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部 武田章敬

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市	愛知県
認知症施策の概要	
<p>【愛知県】</p> <p>愛知県では、平成 27 年 3 月に国立研究開発法人国立長寿医療研究センターと「認知症施策等の連携に関する協定」を締結し、同年 4 月から認知症予防、認知症初期集中支援チームの効果的な運用、家族介護者支援、徘徊高齢者の捜索に関する研究・普及に係る事業を同センターに委託して実施している。</p> <p>また、平成 27 年度から「地域医療介護総合確保基金」を活用した県独自の取組みとして、医師、看護師等の医療従事者に対する研修と、認知症高齢者を一般病院で円滑に受け入れるための体制づくりの個別指導を行う「病院の認知症対応力向上事業」、認知症サポーター等を対象にボランティア活動を実践するための知識や実践体験を行う「認知症支援ボランティア養成事業」、認知症高齢者等の権利擁護に関わる人材の確保や理解を促進するための普及啓発セミナーを開催する「市民後見推進事業」などを実施している。</p> <p>さらに、国制度に基づく取組みとして、介護施設等における介護技術の向上を図るための研修を行う「認知症介護者等養成研修事業」、かかりつけ医への認知症対応力向上研修や認知症サポート医養成研修、認知症の人と家族の会による電話相談などを行う「地域医療支援事業」、市町村における認知症施策の円滑な実施と認知症地域支援体制の構築を支援するための認知症施策推進会議を開催する「認知症地域支援施策推進事業」などを実施している。</p> <p>以上の認知症施策の一環として、平成 23 年度より「認知症疾患医療センター運営事業」を実施し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図っている。国の方針に基づき二次医療圏に 1ヶ所の認知症疾患医療センターの指定をめざしている。現在、名古屋市を除く 11 医療圏のうち、7 医療圏で指定済みである。国立長寿医療研究センターは、知多半島圏域に設置される認知症疾患医療センターである。</p> <p>【大府市】</p> <p>大府市では、平成 21 年度に愛知県認知症地域資源活用モデル事業を実施して以降、認知症サポーターやキャラバンメイトの養成、見守り・支援マップの作成・配布、行方不明高齢者の捜索模擬訓練や見守り SOS ネットワークシステムの構築、認知症の理解を広めるための広報・啓発活動などを実施している。平成 23 年度には、国立長寿医療研究センターが認知症疾患医療</p>	

センターの指定を受けたことに伴い、県内で最初に認知症地域支援推進員を設置し、長寿医療研究センターをはじめ、地域包括支援センターや虐待防止センター、ケアマネジャー等の関係機関と連携した相談支援体制の整備やネットワークづくりを進めている。平成 27 年度には、介護保険法の改正に伴い、大府市認知症地域支援ネットワーク会議の設置、認知症連携嘱託医の配置、市医師団・歯科医師会・薬剤師会及び製薬会社との連携協定の締結等、支援体制の充実を図っている。認知症予防では、長寿医療研究センターとの協働により、平成 22 年度以降、介護予防実態調査分析支援事業や健康長寿サポート事業を行い、介護予防に関する調査・研究を進めている。平成 27 年度からは、「認知症不安ゼロ作戦」をテーマに、数千人規模で行った「脳とからだの健康チェック」のデータをもとに、市独自の認知症予防プログラムの確立を進めている。

【東浦町】

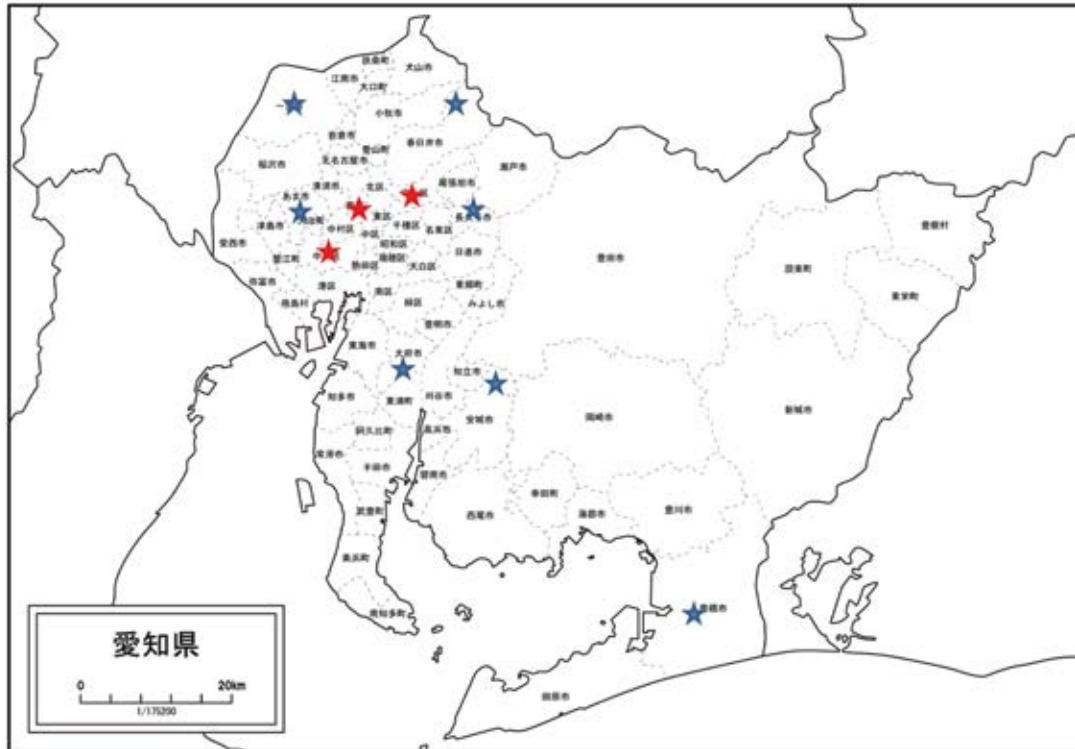
東浦町では、東浦町では、従来から行っていた認知症サポーター養成講座や認知症フォローアップ講座の実施、徘徊模擬訓練等の各事業に取り組むほか、平成 27 年度は認知症の地域支援推進員の配置、みまもりねっと（徘徊高齢者検索メール配信システム）の運用を始めた。東浦町では、認知症施策を連携支援と地域支援体制の構築の 2 つの枠組みに分けて施策を展開している。連携支援では、多職種で実施する会議を行い、町の施策について検討する場を設けることや認知症初期集中支援チームの設置に向けて検討している。地域支援体制の構築については、さらに 6 つの項目に分けており、1) 地域資源マップ等の活用（買い物セーフティーネット・高齢者支援マップ・認知症ケアパス）、2) ネットワークの活用（みまもりねっと）、3) 家族支援事業（認知症カフェ・徘徊高齢者家族支援事業・認知症高齢者登録制度）、4) 普及啓発事業（認知症サポーター養成講座・啓発講演会）、5) 人材育成事業（認知症サポーターフォローアップ講座・認知症に関するボランティア団体～オレンジパラソル～）、6) 研修の開催としている。

今後は、認知症サポーターフォローアップ講座の開催を中心に地域ボランティアを増やすよう努め、住民一人ひとりが認知症の理解を深めることで少しでも認知症の人が住みやすい町を作ることを目指している。

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

図1 愛知県内の認知症疾患医療センターの概要



病院名	所在地	指定年月日	指定
国立長寿医療研究センター	大府市	平成 23 年 4 月	愛知県
まつかげシニアホスピタル	名古屋市中川区	平成 24 年 4 月	名古屋市
守山荘病院	名古屋市守山区	平成 24 年 4 月	名古屋市
名鉄病院	名古屋市西区	平成 24 年 11 月	名古屋市
八千代病院	安城市	平成 25 年 2 月	愛知県
いまいせ心療センター	一宮市	平成 25 年 3 月	愛知県
松崎病院	豊橋市	平成 25 年 3 月	愛知県
七宝病院	あま市	平成 25 年 9 月	愛知県
あさひが丘ホスピタル	春日井市	平成 25 年 9 月	愛知県
愛知医科大学病院	長久手市	平成 25 年 9 月	愛知県

② 拠点機能

愛知県と名古屋市は合せて 10 ヶ所の認知症疾患医療センターを指定しているが、全て「地域型」である。

愛知県・名古屋市が認知症疾患医療センターに求める機能は以下の通りである。

- 1 専門医療相談
- 2 鑑別診断とそれに基づく初期対応
- 3 合併症・周辺症状への急性期対応
- 4 かかりつけ医等への研修
- 5 認知症疾患医療連携協議会の開催
- 6 認知症医療に関する情報発信

国立長寿医療研究センターの活動状況につき提示する。

表 1 もの忘れ外来初診患者数（人）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
平成23年度	85	65	94	95	92	81	88	98	92	93	107	99	1,089
平成24年度	89	96	86	95	95	78	99	88	91	86	74	81	1,058
平成25年度	89	90	74	97	82	84	96	89	83	84	79	83	1,030
平成26年度	84	94	105	98	82	92	106	79	85	84	77	91	1,077

表 2 もの忘れ外来総患者数（人）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
平成23年度	638	540	719	712	805	674	747	791	763	867	941	905	9,102
平成24年度	866	867	849	922	863	779	946	852	812	834	785	815	10,190
平成25年度	915	864	771	971	838	806	952	805	847	850	807	842	10,268
平成26年度	841	753	791	970	744	782	922	694	747	850	728	872	9,694

表 3 もの忘れセンター新規入院患者数（人）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
平成23年度	22	22	30	29	26	23	25	24	21	28	26	27	303
平成24年度	32	25	28	25	24	21	30	24	28	25	25	22	309
平成25年度	21	15	30	31	25	27	27	32	22	23	20	27	300
平成26年度	31	30	27	23	27	25	23	31	25	28	32	38	340

表4 もの忘れ外来の紹介・逆紹介の状況（平成26年度）

平成26年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
初診患者数(再掲)	84	94	105	98	82	92	106	79	85	84	77	91	1,077
紹介初診患者数	46	52	57	61	51	56	64	44	53	49	49	54	636
認知症専門診断管理料算定件数	36	38	42	50	48	41	36	35	49	37	46	42	500

表5 提携病院との連携状況（平成26年度）

平成26年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
提携病院からの紹介 (うち当院に入院)	4	7	7	5	3	1	4	1	4	2	3	5	46
提携病院への紹介 (うち提携病院に入院)	3	4	3	2	2	4	0	0	4	1	2	1	26

表6 認知症専門医療相談件数（平成26年度）

平成26年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話	69	72	79	78	51	90	104	71	75	64	64	80	897
面談	22	16	20	25	16	21	37	17	21	24	24	28	271
合計	91	88	99	103	67	111	141	88	96	88	88	108	1168

国立長寿医療研究センターでは診断後の本人・家族支援プログラムの開発、効果検証、普及・啓発を行っている（図2～4）

図2 国立長寿医療研究センターにおける本人・家族支援プログラム

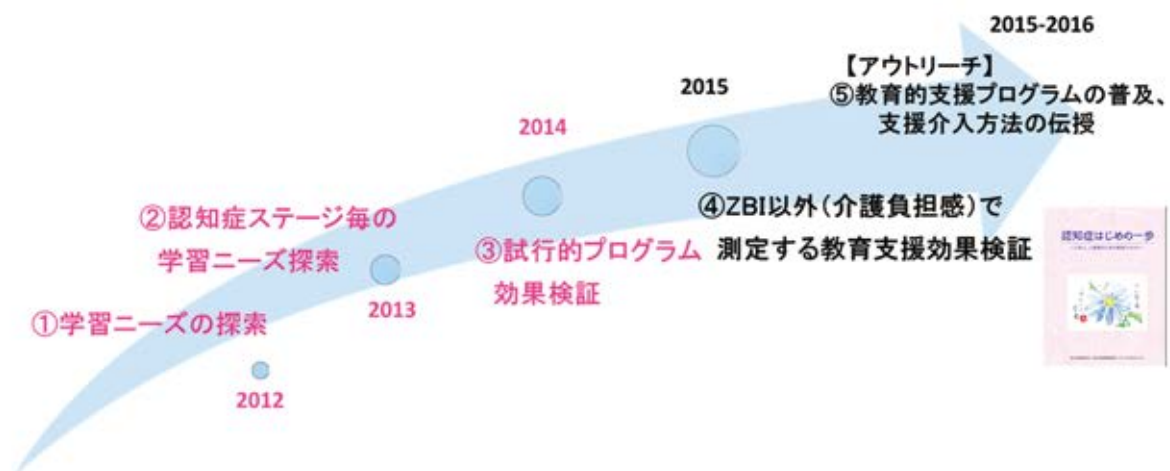
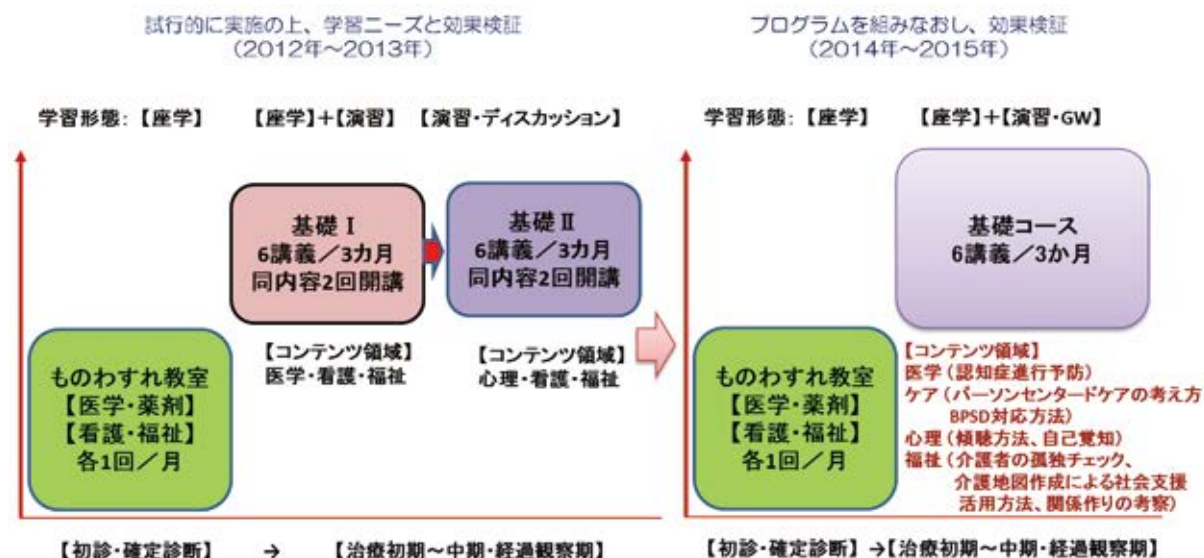


図3 認知症のステージに合わせたプログラムのアクションリサーチ







出典: Seike A, Sakurai T, Sumigaki C, et al, Verification of Educational Support Intervention for Family Caregivers of Persons with Dementia. Journal of the American Geriatrics Society, In press.

図4 基礎コースのプログラム

領域	講師担当	講義形式	時間 (分)	内容
医療	医師	講義+質疑応答	90	・認知症の種類 ・認知症の治療方法 ・行動心理症状への対応方法
認知症ケア1	看護師	講義 グループワーク	90	・パーソンセンタードケアの考え方
認知症ケア2	看護師	講義 グループワーク	90	・行動心理症状の種類とケア方法
認知症ケア3	看護師	講義 事例検討	90	・認知症を持つ人の心理と生活状況 ・認知症を持つ人への対応の振り返り
心理学	心理士	講義 エゴグラムテスト グループディスカッション	90	・自らの思考パターンを知る ・認知症を持つ人とのコミュニケーション方法
社会福祉	医療 ソーシャル ワーカー	講義 私の介護地図作成 グループディスカッション	90	・介護者を取り巻く人と環境との関係性のふりかえり ・介護環境改善のための自己処方箋づくり ・ソーシャルサービスの選択方法と利用方法

当センターでは外来において認知リハビリテーションを行っている（図5）。

図5 認知リハビリテーションの内容

<p>創作活動・運動療法</p> <p>作品作りを通して、構成・注意・記憶等の認知機能を活用します。またコグニサイズをアレンジした二重課題で、運動機能と認知機能の活性化を図ります。</p>	 <p>宿題のスケジュール帳</p>	 <p>二重課題運動</p>
<p>季節行事</p> <p>季節ごとの行事を通して、季節感を養います。</p>	 <p>園芸療法</p>	 <p>創作課題の作品例</p>
<p>家族教室（月1回程度）</p> <p>ご家族と一緒に、ロールプレイなどを通じて、症状の捉え方や対応方法などを勉強します。また、ご家族同士が悩みを共有し、解決法を共に考えていきます。</p>		
<p>自宅学習</p> <p>リハビリで行った課題や工夫を、自宅で再度確認しながら宿題を行います。また日常生活でも活動性を保てるよう、促します。</p>		

また、臨床・研究を通じて得られた知見の普及・啓発活動を行っている（図6）。

図6 主な刊行物



当センターは平成 24 年度・平成 25 年度において愛知県認知症医療基盤整備事業を受託し、下記の事業を行った。

- 1 認知症疾患医療センター間における遠隔カンファレンス
- 2 認知症疾患医療センター医療従事者に対する研修
- 3 認知症の患者・家族支援プログラムの実施
- 4 認知症に関する最新・専門情報の提供

本事業において他の愛知県内の認知症疾患医療センターと遠隔カンファレンス（症例検討会、認知症サポートチームによる身体合併症治療の検討、合同の講演会等、図 7）や認知症情報サイト（愛知県内認知症対応機関リスト、認知症 Q&A、e-ラーニング等、図 8-1、8-2）の開設を行った。

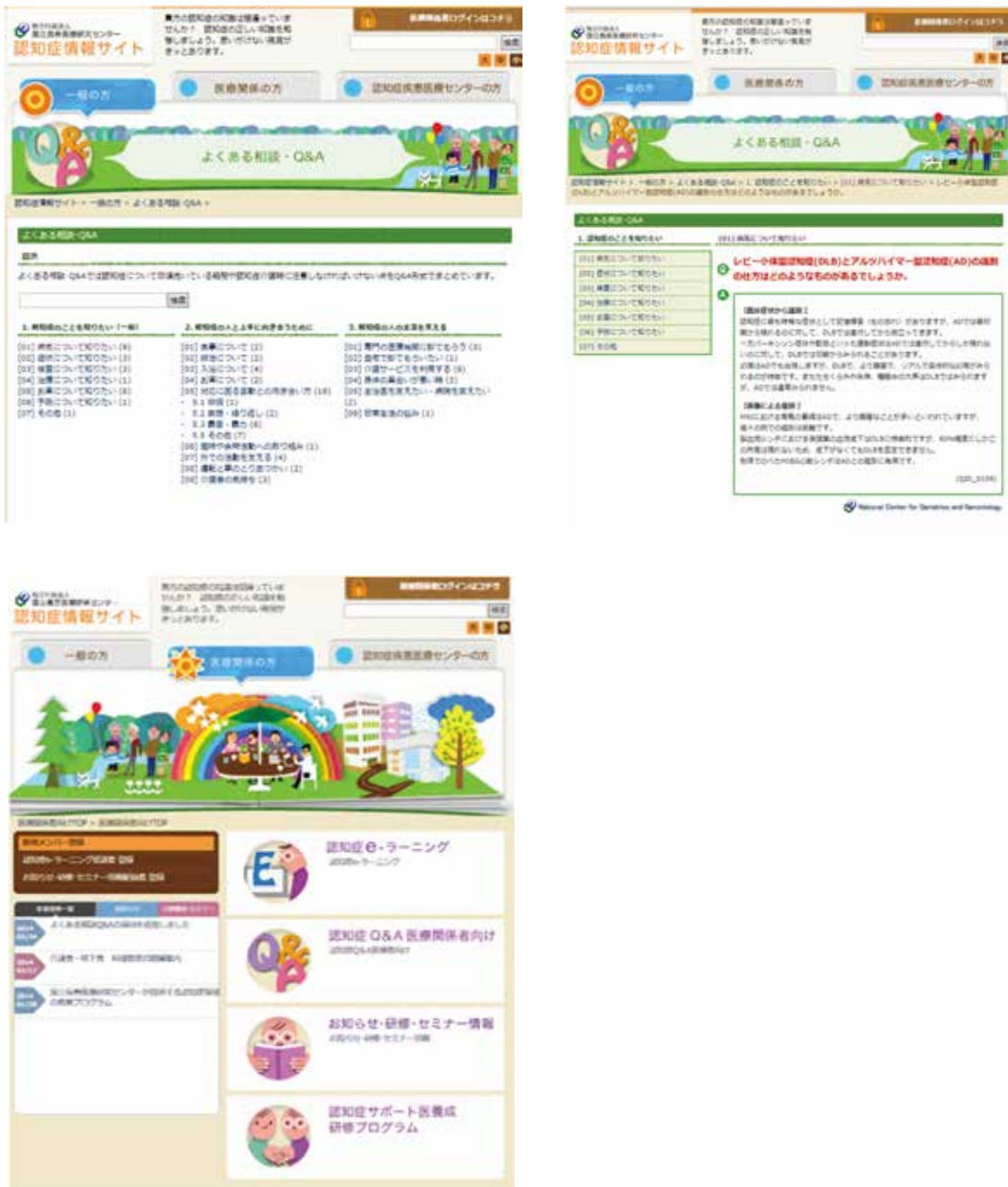
図 7 遠隔カンファレンスの実際



図 8-1 認知症情報サイト



図 8-2 認知症情報サイト



平成 27 年に愛知県と国立長寿医療研究センターは「認知症施策等の連携に関する協定」を締結した。その協定に基づき、国立長寿医療研究センターは平成 27 年度において下記事業を行っている。

- 1 認知症予防の効果的な取組に関する研究等事業
- 2 認知症初期集中支援チームの効果的な運用に関する研究等事業
- 3 認知症高齢者の家族介護者支援策に関する研究等事業
- 4 徘徊高齢者の効果的な捜索に関する研究等事業

③ 事業の質の管理

事業の質を管理するため、当センターにおいて、週 1 回もの忘れ外来初診患者のカンファレンスを行っている。もの忘れ外来を担当する医師、放射線科医、臨床心理士等が参加し、診療の質の向上に努めている。本カンファレンスには、近隣のかかりつけ医の参加も受け付け、また、最近では認知症初期集中支援チーム設立のための研修として自治体職員や地域包括支援センター職員の参加も受け入れている。

また、月に 1 回、もの忘れセンター外来・入院患者の多職種（医師、臨床心理士、看護師、作業療法士、理学療法士、言語療法士、精神保健福祉士、社会福祉士等）によるケアカンファレンスを行っている。

また、2 ヶ月に 1 回、多職種でもの忘れセンター運営会議を開催し、診療上の課題や研究等につき話し合っている。

III. 現在の課題と今後の計画

平成 26 年度の当センターもの忘れ外来初診患者の居住地を図 9、図 10 に示す。

図 9 当センターもの忘れ外来の平成 26 年度初診患者の居住地

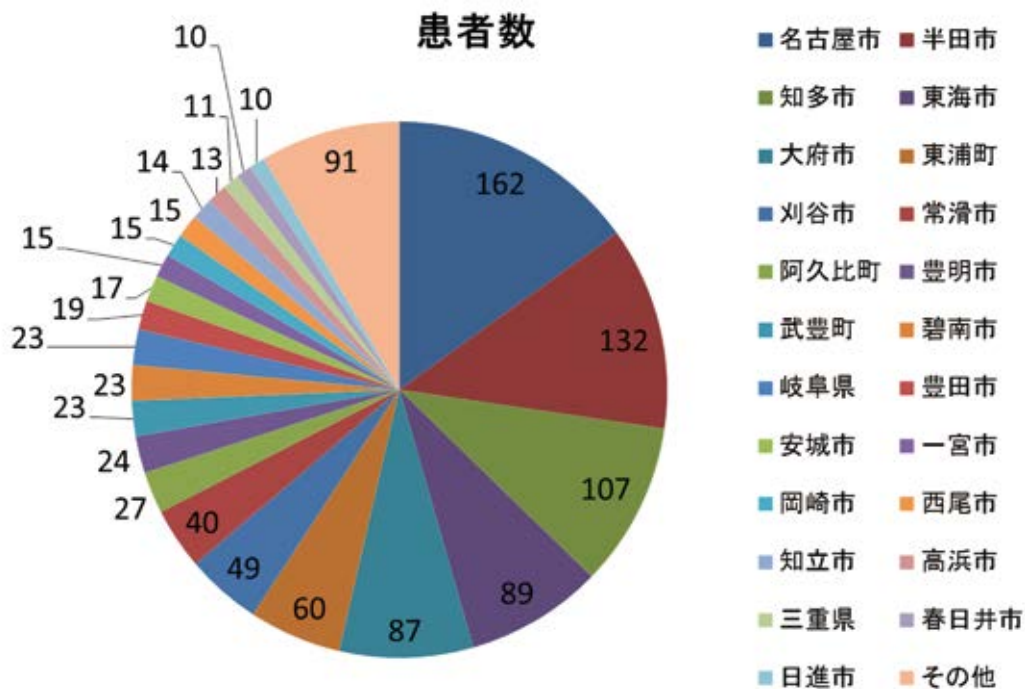
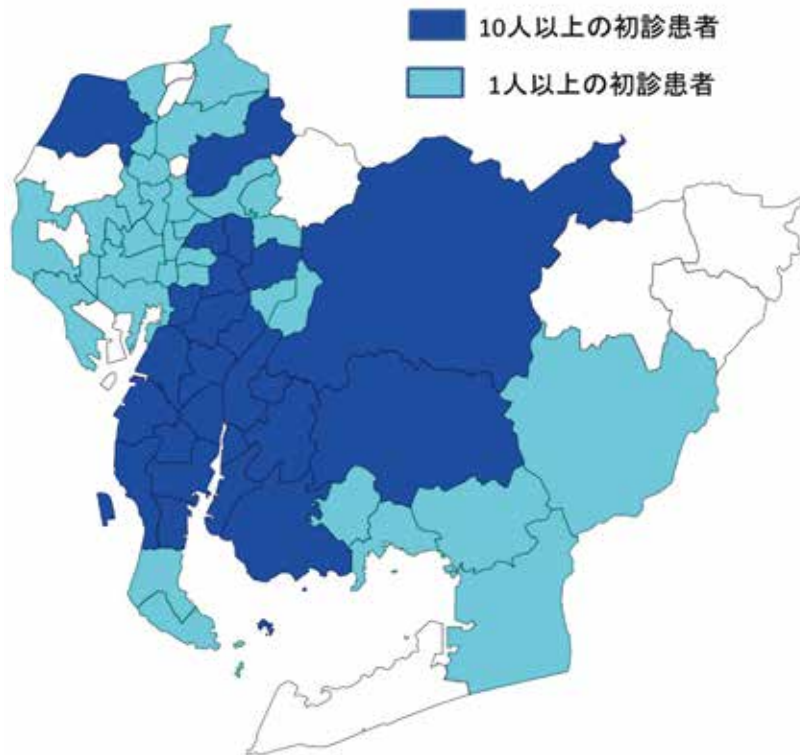


図 10 当センターもの忘れ外来の平成 26 年初診患者の居住地（愛知県のみ）



当センターもの忘れ外来には愛知県のほぼ全域から患者が集まっており、近隣の岐阜県、三重県からも年間 10 人以上の、初診患者が来院している。

現在、もの忘れ外来の予約は約半年待ちの状態となっており、解決すべき課題と捉えている。今後、他の認知症疾患医療センター、近隣のかかりつけ医等との連携を強化し、課題の解決方法につき模索していきたい。

執筆	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域連携診療部 部長 武田 章敬
----	--

認知症疾患医療センター運営事業の概要

滋賀県の事例

医療法人藤本クリニック 藤本直規

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市	： 滋賀県
認知症施策の概要	<p>滋賀県では、平成2年度から滋賀県立成人病センターに全国に先駆けて「もの忘れ外来」を設置し、平成17年度には認知症のご本人・ご家族への相談支援だけでなく、医療・福祉・保健等の専門職への技術支援やネットワーク形成等を行う「もの忘れサポートセンター・しが」を医療法人に委託するなど、早くから認知症施策に取り組んできている。</p> <p>平成26年度には滋賀県認知症対策推進会議を設置して県の認知症施策の議論を進め、平成27年3月には県の高齢者施策に関する総合的な計画である「レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン（計画期間：平成27年度から平成29年度）」を改定している。</p> <p>プランにおける認知症施策の一つとして早期発見・早期対応をはじめとする医療サービスの構築を掲げ、認知症疾患医療センターは専門医療機能と地域連携拠点機能の中核として位置づけており、平成26年度には「もの忘れサポートセンター・しが」事業を委託していた医療法人に対し、全国初の「診療所型認知症疾患医療センター」としての指定も行っている。</p> <p>その他、滋賀県の認知症施策の概要は下図のとおり。（下線は、藤本クリニックがかかわった事業）</p>
<h3>滋賀県の認知症対策について</h3>	
<p>認知症予防・啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認知症医療介護連携・予防啓発事業 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症のことを詳しく知るセミナー ・認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会 ○認知症サポーターの養成（市町事業） <ul style="list-style-type: none"> ・サポーター13万人（総人口に占める割合は全国3位） ○企業との連携 <ul style="list-style-type: none"> ・ヤマト運輸、セブンイレブン、布亀株式会社等 	<p>医療介護人材の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認知症相談医、サポート医養成研修 ○認知症サポート医等フォローアップ研修 ○病院職員に対する認知症対応力向上研修(再掲) ○診療所看護士に対する認知症研修 ○認知症介護指導者のネットワーク構築 ○介護現場における現地相談実務研修 ○認知症介護の体系的な研修（県社協指定管理） ○介護サービス従事者資質向上事業（事業者協へ補助）
<p>早期発見・早期対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○認知症疾患医療センター 7病院、1診療所 ○滋賀県認知症相談医 H26末現在340名 ○認知症サポート医 H26末現在 68名 ○認知症の診断・治療のできる病院 41病院（うち認知症治療病棟を有するのは6病院） ○認知症初期集中支援チームの設置（H27年度実施は、7市で実施予定） 	<p>地域連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域連携協議会、多職種協働研修会(各保健所) ○滋賀県認知症対策推進会議 ○各市町、保健所との担当者会議、先進事例研修 ○認知症疾患医療センターによる医療介護連携体制構築事業 ○認知症疾患医療センター情報交換会 ○市町 地域支援推進員の設置 ○市町 認知症ケアバスの作成・普及
<p>相談窓口</p> <ul style="list-style-type: none"> ○各市町の地域包括支援センター（総合相談） ○認知症疾患医療センター（専門医療相談） ○もの忘れ介護相談室（認知症の人と家族の会による相談） ○滋賀県若年認知症コールセンター（若年認知症の相談） ○認知症カフェ（認知症の人と家族の会など） 	<p>若年・軽度認知症対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○若年認知症総合支援事業 <ul style="list-style-type: none"> ・滋賀県若年認知症コールセンターの整備（拡充） ・人材育成（現場実習）、企業研修・啓発事業等 ○若年認知症地域ケアモデル補助金（新規3か所） ○軽度認知症サポートセンター事業
<p>一般病院での対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院職員に対する認知症対応力向上研修 ○一般病院における認知症患者対策促進事業 <ul style="list-style-type: none"> ・検討会議の設置、先進病院による研修 	<p>権利擁護</p> <ul style="list-style-type: none"> ○高齢者虐待防止推進会議 ○高齢者成年後見支援センター ○一般向けセミナー、市町向け各種研修 ○虐待実態調査、身体拘束実態調査、行方不明高齢者対策

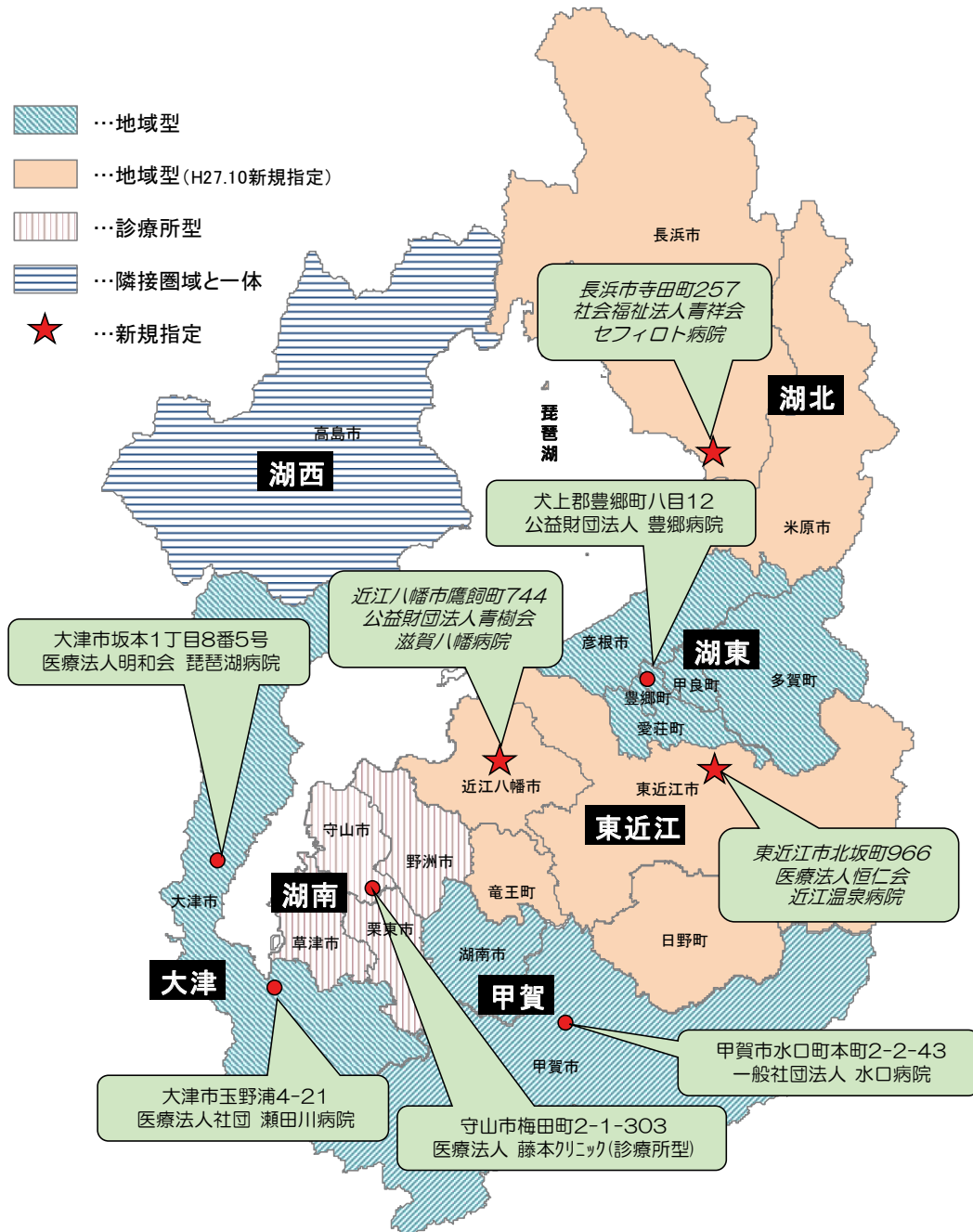
II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

滋賀県には7つの二次医療圏域があるが、平成22年度に地域型を4か所、平成26年度に診療所型を1か所、平成27年度に地域型を3か所指定し、現在のところ8か所となっている。

なお、大津圏域には2か所のセンターがあるが、隣接の湖西圏域との一体的な指定となっている。また、地域型センターの7か所のうち6か所が認知症治療病棟を有している。

◎滋賀県の二次医療圏域と認知症疾患医療センター（8センター）



② 拠点機能

滋賀県では、厚生労働省の「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に基づく「地域型」と「診療所型」の2類型を指定している。

いずれの類型も活動圏域は原則として二次医療圏域としているが、滋賀県は全国的にも面積が小さい方で比較的交通の便もよいことから、圏域外からの流入も見られる。

基本的機能としては専門医療機能と地域連携拠点機能であり類型による差異を設けていないが、各認知症疾患医療センターでは保健所も参画した連携協議会を開催して協議しており、初期診断や周辺症状の急性期対応、医療・介護の連携等、それぞれ地域の資源や実情によって求められる機能が少しずつ異なっている。

その他、各センターで様々な取組をしている事例としては、以下のとおり。

<取組事例>

- ・ 診断直後の治療の空白期間に行う非薬物療法
本人・家族心理教育, 本人・家族交流会, 「仕事の間」, もの忘れカフェなど(藤本クリニック)
- ・ 様々なアウトリーチ活動(藤本クリニック)
- ・ 介護サービス事業所への現地での相談支援(藤本クリニック, H27は瀬田川, 琵琶湖病院)
- ・ 多職種での事例検討会を通じた連携の推進(藤本クリニック)
- ・ 地域のかかりつけ医との勉強会の開催(藤本クリニック, 琵琶湖病院)
- ・ 介護支援専門員を対象とした事例検討会の開催(藤本クリニック, 琵琶湖病院)
- ・ 地域包括支援センターとの事例検討会の開催(藤本クリニック, 豊郷病院)
- ・ 初期集中支援チームに対する支援(藤本クリニック, 豊郷病院, 水口病院)
- ・ 地域住民に対する認知症セミナーの開催(藤本クリニック, 豊郷病院)
- ・ 地域住民等に対する介護教室の開催(水口病院)
- ・ 地域包括ケア個別会議(藤本クリニック)
- ・ 病院専門医&コメディカルとの連携の会(藤本クリニック)
- ・ 介護スタッフとの勉強会(藤本クリニック)
- ・ 若年認知症地域ケアモデル事業(藤本クリニック)
- ・ 医療と介護の学会形式の発表会(藤本クリニック)

③ 事業の質の管理

事業の質を管理するため、滋賀県ではこれまでから年1回の認知症疾患医療センター情報交換会を開催し、事業執行状況や今後の方向性等について協議している。

厚生労働省の「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に定める実績報告については、各センターで相談件数や入院・外来件数等の集計方法が異なっていた部分があったため、協議して統一した方法とするように改めた。

このほか、県独自の実績報告書により、専門相談の経路や内容、地域連携拠点として具体的に実施や協力をした研修会等を把握し、専門的医療機関としての機能および地域連携拠点としての機能の事業評価を行っている。

III. 現在の課題と今後の計画

滋賀県では平成 27 年 10 月に新たに地域型の 3 センターを指定し、おおむね県の二次医療圏域に認知症疾患医療センターが整備されたところであり、まずは地域における拠点としての機能のさらなる拡充を図ることが喫緊の課題となっている。

今後は各圏域における連携協議会、認知症疾患医療センター情報交換会、滋賀県認知症対策推進会議等で必要に応じて議論を行い、認知症疾患医療センターのあり方や診療所型の新たな指定の必要性等について検討していくこととしたい。

平成 28 年 1 月には、診療所型の圏域で、保健所と診療所型との共催で、4 市の地域包括支援センター、圏域内の全病院などが集まって、情報交換会と役割分担の会が開催された。

今後は、認知症の医療とケアの現場での経験を生かして、かかりつけ医、専門医、ケアスタッフなどの人材育成を行っていききたい。

以下に、診療所型認知症疾患医療センターである藤本クリニックが行ってきた、本人・家族のニーズに合わせて行ってきた活動と、それをベースに滋賀県との協議で行っている滋賀県の認知症施策への関わりを紹介する。

診療所型認知症疾患医療センターと
滋賀県・地域医師会、滋賀県・市町
との連携で出来ること

～診断・治療・認知症ケア・家族支援、
そして連携から始まる人材育成とは～

早期治療

診断後空白期間を作らないための取り組み

本人・家族心理教育
(本人、家族の病気の受け入れと理解、
仲間との出会いの場の提供)



診断直後で病気を受け入れにくく、孤立しがちな本人と家族に行く。めざすゴールは、**病気と介護保険制度の正しい理解**で、参加後多くの人が**介護サービス**へつながる。(月二回、一回1時間、三ヶ月1クール)



本人・家族交流会(ピア・カウンセリング)
多くの仲間と支援者の存在を知ってもらう。

毎回、本人は20名前後、家族は多いときで50名近くの参加がある。家族続柄別(妻、嫁、娘、男性グループ等)若い方の参加も多く、介護を終えられた方たちの参加にも支えられている。

早期治療

若年認知症の人の就労継続支援と
退職直後の空白期間を作らない「仕事の場」

就労継続支援 雇用者側からの相談、産業医、担当部署との相談、同僚の支援、職務の移行など (2013年度7名/2014年度6名)

休職中から退職直後の支援 通常の就労を終え、わずかな収益を励みとして内職や軽作業をする居場所と社会とのつながりと仲間作りの場である「**仕事の場**」

若年認知症の人の就労継続支援と
退職直後の空白期間を作らない「仕事の場」

2011年10月から、若年認知症の人達の生きがい就労の場である「**仕事の場**」では、内職を受注して作業を行っている。「**仕事の場**」は、次の介護保険サービスへスムーズに移行できることをめざし、若年認知症の人を中心として、発達障害などの人、介護家族、住民も参加し、社会参加の場となっている



開催日時 原則として毎週水曜日 12時～16時
開催場所 藤本クリニックデイルーム展示室
平成24年度 実施回数 49回
認知症の人参加延べ人数 413名(毎回10名)

平成25年度 実施回数 50回
認知症の人参加延べ人数 476名(毎回11名)
家族介護者参加延べ人数 164名
支援者ボランティア参加延べ人数 150名

「もの忘れカフェ」(自主活動・社会参加)

(認知症専用デイサービス:介護保険適応)



- * 医学的な根拠と本人の言葉に認知症ケアの原則がある
- * 根拠があって、具体的である
- * 若年から高齢者まで、軽度～高度まで
- * スタッフは、必要とされるときに必要なことだけに一緒に参加する

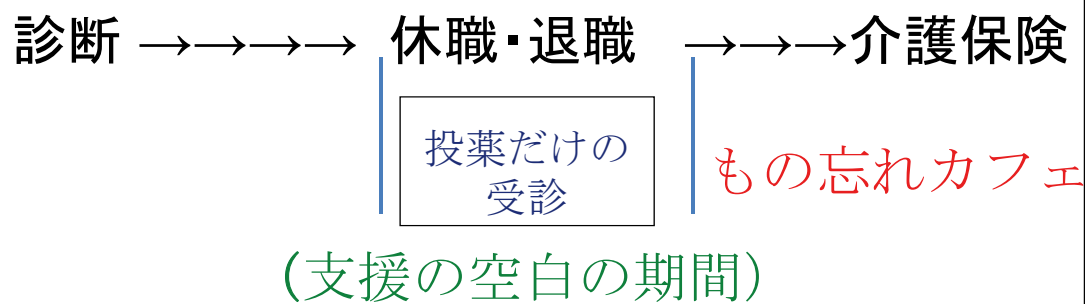
デイサービスでの
様々な工夫が、早期診断後の
早期支援につながります

もの忘れカフェ

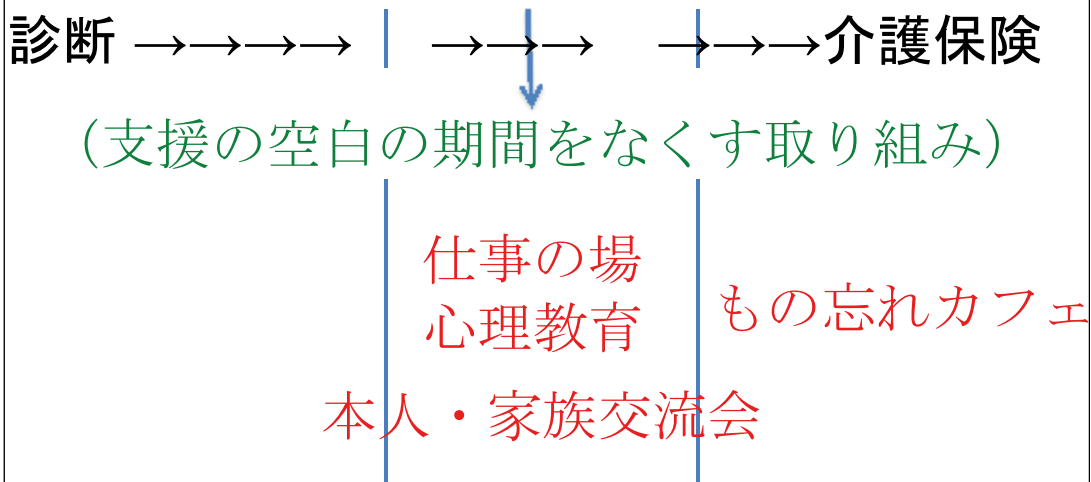
- もの忘れカフェができるまで
・プログラムをなくす取り組み
- もの忘れカフェの作り方
・自主的な活動と仲間づくりや社会参加を目指す
- もの忘れカフェを続ける
・症状進行にあわせて自主活動をどう支えるか
- もの忘れカフェの広がり
・若年から高齢者まで 軽度から高度まで
- もうひとつのもの忘れカフェ

支援の空白期間をなくす

若年認知症



高齢認知症



普及・啓発

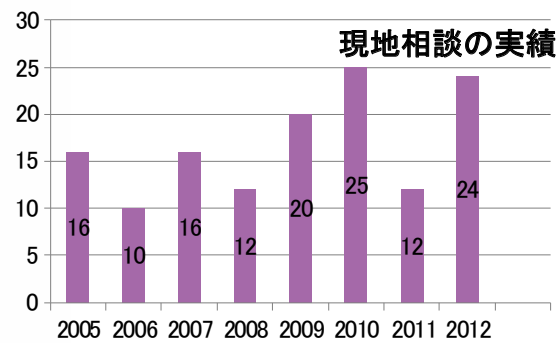
本人、家族、住民、専門職からの相談に関する取り組み

もの忘れサポートセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンター

開院時から相談活動は行っており、その相談件数の多さや必要性に注目され、全国に先駆けて2005年4月に滋賀県の委託を受け、藤本クリニック内に「もの忘れサポートセンター・しが」を設置、2011年4月から「滋賀県若年認知症コールセンター」も設置され、**介護相談**と**現地相談**を行っている。



受診前の相談が増えてきており、早期診断の重要性を伝えてきた啓発活動の効果である



現地相談とは、事業所や施設で抱えている課題に対して現場に出向き、認知症ケアの**実践現場で課題解決と一緒に取り組む**ことである

多職種連携
&アウトリーチ

多職種・地域連携をベースにした、アウトリーチについて

▶ 診断 治療 家族支援 相談

▶ **アウトリーチ**

往診

現地相談

行政支援(相談・緊急訪問)

多職種地域連携／事例検討会

クリニック内にとどまらず、往診、訪問相談、研修、啓発、ケア、連携の会など、様々な形で、自宅、施設・事業所、病院、地域へ出かけ、様々な専門職とつながりながら行うアウトリーチ活動は、専門医療機関にとって重要な役割だと考えています

多職種連携
&アウトリーチ

顔が見える関係から、考え方の共有化のための
多職種連携の会
(医療、介護両面からの人材育成)

2003年から「顔が見えて話せる会」を目指す「滋賀認知症ケアネットワークの会」の活動を開始し、保健所圏域すべてに「地域版認知症ケアネットワークを考える会」の設立を推進してきましたが・・・。

2012年から顔が見えて話せるだけではなく、「考え方の共有化」をめざした「認知症の医療とケア連携 IN守山野洲」をスタート

開催概要

認知症医療と福祉の連携の会では、認知症サポート医である医師がリーダーとなり、各グループに分かれ、様々なテーマでグループワークを行った。テーマ別のグループ討議や、模擬事例を用いた多職種によるグループワークなど、熱心な話し合い活動を継続してきた。



開催日	参加人数	職種
第1回 H24.9.20	18名	医師10 行政・包括8
第2回 H24.12.6	15名	医師10 行政・包括5
第3回 H25.2.7	14名	医師8 行政・包括6
第4回 H25.5.23	43名	医師7・病院8・行政・包括9・CM19
第5回 H25.8.22	35名	医師7・看護1・CM17・包括3・行政2・他5
第6回 25.11.28	41名	医師9・看護2・CM17・包括4・行政3・薬剤師2・他4
第7回 H26.1.30	44名	医師8・歯科医師8・行政・包括7・薬剤師1・CM17・他 (PT・OT・MSW) 3

第1回～第3回の1年目は、医師、地域包括支援センター、行政に限定し、会の趣旨、目的などを話し合い、2年目に向けての基盤づくりを行った。2年目からはケアマネジャー、歯科医師、薬剤師、病院スタッフなどへ拡大した。

- ・フラットな関係で活発な議論ができて興味深かった。(医師)
- ・歯科診療の中でも考えさせられることが多く、有意義な時間だった。積極的に参加する(歯科医師)
- ・自由に発言できることがよい。認知症に対して多職種の職業観から意見を聞くことができる(薬剤師)
- ・段々と自分の中でも心の垣根・遠慮がとれていくように前向きになれています(ケアマネ)
- ・Dr.のリーダー役は正解!と思いました。(包括)

多職種連携
&アウトリーチ

認知症の医療と福祉の連携 IN守山野洲

平成27年度第3回(第13回)

担当: 歯科医師、歯科衛生士、テーマ: 口腔ケア



サポート医認知症対策チーム



アイスブレイク



歯科医師講義



歯科衛生士講義



グループワーク



グループワーク



歯科医師発表



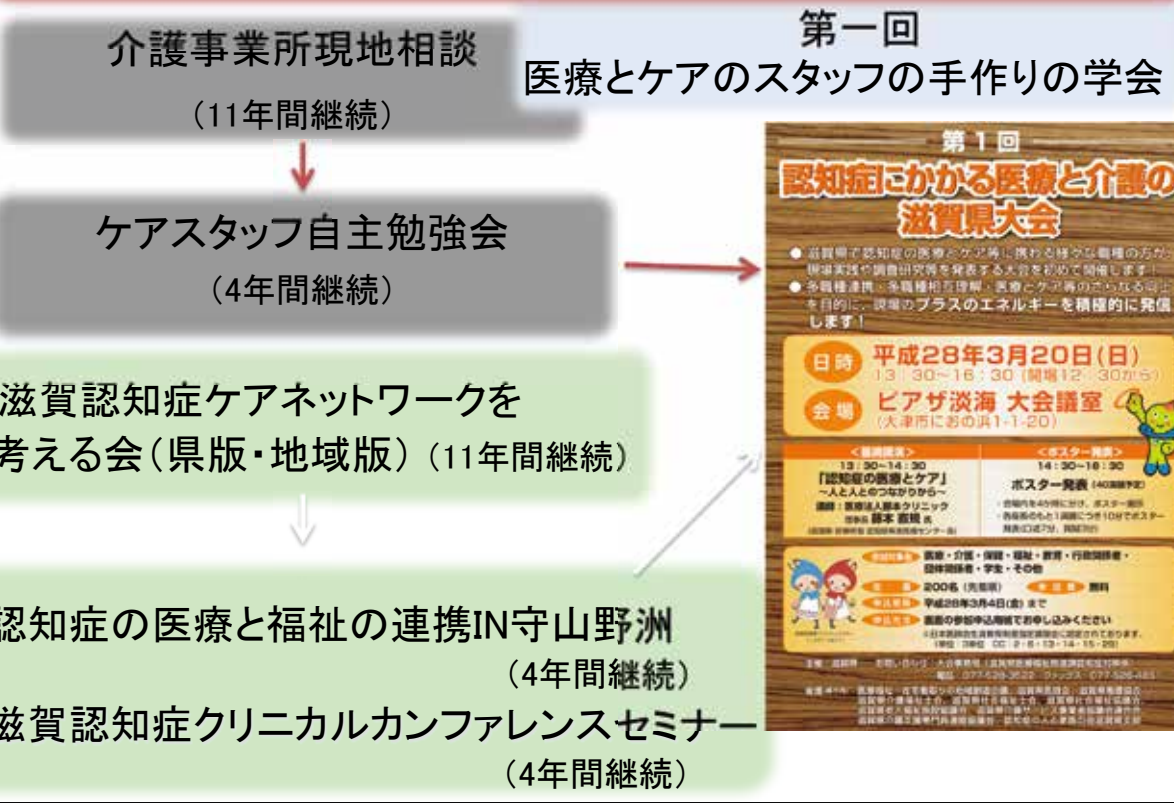
医師発表



医師発表

医師14名、歯科医師&
歯科衛生士12名
薬剤師5名、看護師7名、
ケアマネジャー20名、
地域包括10名、
ケアスタッフ7名、警察1名
(合計76名)

藤本クリニックの相談・多職種連携・現場からの人材育成



滋賀県 若年認知症ケアモデル事業の全体像(H24~H26年度)

滋賀県から
の委託事業

事業の全体像と関連性

若年認知症ケアモデル事業は、①本人の「就労継続支援」、②「本人・家族支援」という直接的な支援を中心に、同時並行で、③生活の場となる地域への広報として「実践報告事業」、④就労の場となる企業、および 新たな居場所となる介護保険事業所等への「研修会事業」を推進、そして ⑤全体の仕組みを支える「ネットワーク会議事業」で構成し、取り組んできた。

就業の場となる企業・
新たな居場所となる介護
事業所の理解・協力
に向けて

④研修会事業

①
就労継続
支援事業

②
本人・家族
支援事業

生活の場となる地域の
理解・協力に向けて

③実践報告事業

⑤ネットワーク会議事業

若年認知症就労支援ネットワーク会議（平成24年度～平成26年度）

【若年認知症就労支援ネットワーク会議】(24年度)

第1回 平成24年5月17日 出席者26名

議事内容

会議での発言内容と開催後に出席者から提出された「会議参加後の意見」に記載された内容から見えてきた若年認知症支援に関する課題について整理した。本人の就労継続・生活支援に関して イ. 家族支援に関して ウ. 啓発活動に関して エ. 医療に関して オ. ケアに関して

第2回 平成24年7月26日 出席者23名（議事内容略）

第3回 平成24年11月22日 出席者23名（議事内容略）

第4回 平成25年2月28日 出席者29名

議事内容

「本人」「家族」「啓発」「医療」4つのテーマを検討する小委員会で、議論する

小委員会の議論で、「若年認知症リーフレット」「支援マニュアル」「県内企業へのアンケート調査」「企業研修」を行うことが決まった



【若年認知症就労支援ネットワーク会議】(25年度)

第1回 平成25年6月27日 出席者39名

議事内容

若年認知症実態調査報告

企業アンケート・企業研修、支援マニュアル改訂など

第2回 平成25年10月24日 出席者45名

議事内容

支援マニュアル改訂版発刊、企業アンケートの結果、

第3回 平成26年2月27日 出席者33名

議事内容

、企業研修テキスト、T市より実態調査報告

市町の後方支援

【若年認知症就労支援ネットワーク会議】(26年度)

第1回 平成26年6月26日 出席者45名

議事内容

モデル事業2年間の報告

「仕事の間」ランチ作りについて

第2回 平成27年2月5日 出席者43名

議事内容

「仕事の間」県内外ランチについて、

「仕事の間」の動向（高齢軽度、若者サポステなど）



企業研修と若年認知症のための「仕事の間」のランチ作り



若年対策滋
賀県からの
委託事業



若年認知症企業研修の実施

県内企業に3箇所にて実施

講師は認知症サポーター

研修後、アンケート実施 別添

*若年認知症支援マニュアル、若年認知症ってなに？ 別右

企業研修では、ネットワーク会議に出席しているかかりつけ医が講師をしている



【T市の取り組み】

T市いきいき応援センターのF委員およびM医師から、高島市で取り組んだ「若年認知症および軽度認知症等に関する実態調査」「若年認知症等支援検討会」の実施状況について報告があった。

本報告を受けて、他市町から出席している委員からこれからの取り組みや決意について意見発表があった。

若年認知症のこれまでの取り組み

調査・アンケート

- ◎滋賀県若年認知症実態把握調査 [平成18年度]
- ◎若年認知症に関する実態調査（一次、二次調査） [平成24年度]
- ◎若年認知症生活状況聞き取り調査（三次調査） [平成25年度]
- ◎若年認知症に関する企業アンケート [平成25年度]



啓発・研修

- ◎若年認知症を考えるセミナー開催 [平成18年度]
- ◎若年認知症研究会開催 [平成18～19年度]
- ◎認知症理解のための連続講座 [平成22年度]
- ◎若年認知症支援・普及啓発事業 [平成23年度]



相談・支援

- ◎滋賀県若年認知症コールセンター設置 [平成23年度～現在]
医療法人藤本クリニックへの委託事業
- ◎若年認知症地域ケアモデル事業 [平成24～26年度]
医療法人藤本クリニックへの補助事業

16

若年認知症地域ケアモデル事業（平成24～26年度）

就労継続支援事業

<事業内容>

- ・産業医や職場の上司との相談や配置転換等により、本人の就労継続を支援
- ・やむなく退職した後も、内職などの軽作業ができる「仕事の間」を週1回開催



<目的>

- ・退職直後の空白期間を作らないために、まだ働きたいという思いに応える社会参加や仲間作りができる場づくり
- ・初めてケアに出会う場、少しずつ病気を受け入れて行く場ともなる

<実績>

- ・年50回開催（1回に若年認知症の人が15人前後参加）



本人および家族支援事業

<事業内容>

- ・ピアサポートの場として、「本人・家族交流会」を開催

1月14日現地

<目的>

- ・若年認知症は認知症高齢者の数と比べると人数が少ない。このため、孤立感や不安感を軽減し、自らの力を発揮できるよう、同じような立場にある人同士が気軽に交流し、悩みを話し合ったりできる交流会を開催

<実績>

- ・年6回開催（年間ののべ参加人数は、本人約100人、家族約200人）

17

若年認知症地域ケアモデル事業（平成24～26年度）

若年認知症研修事業

<事業内容>

- ・介護サービス事業所、地域包括支援センター、企業等に対して、若年認知症に対する理解を深める**研修会を開催**

<目的>

- ・介護サービス事業所や地域包括支援センターの職員が、より質の高い相談対応や支援を実施できるよう**人材育成を図る**
- ・また**企業も重要な支援の担い手となるため、認知症サポート医が出前により研修を行う**

<実績>

- ・研修会 年1～2回開催
- ・企業への出前研修 13企業（平成25～26年度計）



実践報告事業

<事業内容>

- ・若年認知症地域ケアモデル事業での実践の内容について、**実践報告会を開催**

<目的>

- ・モデル事業の実践内容、成果を共有し、**県全体のレベルアップにつなげていく**

<実績>

- ・年1回開催
（平成26年度は滋賀県で開催された**第6回全国若年認知症フォーラムで報告**）

18

若年認知症地域ケアモデル事業（平成24～26年度）

若年認知症就労継続支援ネットワーク事業

<事業内容>

- ・医療、介護・障害福祉、行政、民間企業等が地域で認知症の方を支える仕組みづくりについて検討する**ネットワーク会議を開催**

<目的>

- ・関係者が**連携して支援できる関係を構築し、県内におけるケアの定着や拡大を図る**

<実績>

- ・年3～4回開催（1回に、医療・介護・福祉・企業・行政等の関係者約40名が参加）

～ モデル事業の広がり ～

県内での若年認知症の人たちを中心にした働く場づくりの広がり

- ・「おげんきさん」NPO元気な仲間（高島市）
- ・「仕事にきゃんせ」老人ホームながはま（長浜市）
- ・「チームほたる」NPOハート・イン・ハンドチャリティー（大津市）

県外での若年認知症の人たちを中心にした働く場づくりの広がり

- ・「宅老所もくれん」NPOやじろべー（長野県）
- ・「ワーキングデイスマイル」いまいせ心療センター（愛知県）



19

滋賀県における若年認知症施策の目指すべき方向性

国の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

H27.1.27に政府から公表された新オレンジプランでは、若年認知症施策の強化が、重要な柱の一つに位置づけられています。

滋賀県におけるこれまでの医療・介護・行政等が連携した若年認知症への取組は全国で1位とされています

- 1位 滋賀県
- 2位 兵庫県
- 3位 鳥取県
- 4位 熊本県
- 5位 東京都

H26全国若年認知症フォーラムIN滋賀での厚生労働省担当官説明資料より

H27年度から、若年・軽度認知症総合支援事業としてさらなる支援強化

若年認知症支援連携ネットワークの構築

医療・介護・福祉・企業・行政等が連携して支援できる関係を構築し、県内における支援やケアの均一化を図るため、ネットワーク会議を開催する。

【拡充】

総合相談支援体制の構築

若年認知症の人や家族に対し、滋賀県若年認知症コールセンターとして総合的な相談支援がワンストップで行える体制を構築する。

本人・家族に対する支援

本人の役割と居場所が持てるよう、本人・家族の交流会を開催し、医師等の指導のもとで、ピアカウンセリングを行う。

【拡充】

若年認知症ケア等にかかる人材育成

地域包括支援センターや医療・介護関係者が、若年認知症の支援やケア方法を蓄積できるよう、現場実習や研修会の開催を行う。

企業研修・啓発

若年認知症に対する理解が促進されるよう、啓発等を行うとともに、重要な支援の担い手となるべき企業・職場に対する出前研修を行う。

【新規】

各圏域における居場所の創出支援

各地域で活動団体や介護サービス事業者等が、若年認知症の人の就労継続の居場所を創出しようとする取組にかかる経費について助成する。

【新規】

軽度認知症の人や家族へのサポート

軽度認知症の人や家族で、病気の受け入れが困難なケースに対し、本人・家族に対する心理教育を行い、介護サービス利用へつなげる。

20

若年認知症・軽度認知症実践研修会 (2015年度滋賀県委託)

多職種連携 &人材育成

若年認知症実践研修会



医療・介護・福祉・行政等の関係者が若年認知症に対する支援経験やケア方法を習得できるよう、県庁クリニックで行われている「仕事の間」において研修会を開催いたします。

実際の支援現場に参加していただきながら、若年認知症のケアへの理解を深めていただき、さらには、その学びを身近な若年認知症ケアが求められる実践現場へと活かすことを目的としています。

- 平成27年5月～平成28年3月
開催定例日の12時から17時
- 県庁クリニック
県庁山荘 徒歩1分 セルパ守山3階
- 県庁クリニック院長 藤本直樹
副院長 高村真子
- 研修講師
グイスカッション
- お問い合わせ先 主催者 県庁クリニック 総務 高村
〒524-0037 守山南陽町2-1-203
TEL: 077-982-6022 FAX: 077-982-6040



認知症疾患医療センター専門医



本人心理教育(2015年度)



地域包括支援センター保健師

軽度認知症実践研修会



軽度認知症の人が、認知症について知るが理解を深め、病気を受け入れることでの生活の負担を少なくすることは重要です。長年かけて、家族も認知症について理解を深め、家族とつながりやすい生活の営みについて学ぶことです。そこで、医療・介護・福祉・行政等の関係者が軽度認知症に対する支援経験やケア方法を習得できるよう、県庁クリニックで行われている「心理教育」において研修会を開催いたします。

実際の支援現場に参加していただきながら、軽度認知症のケアへの理解を深めていただき、さらには、その学びを身近な軽度認知症ケアが求められる実践現場へと活かすことを目的としています。

- 平成27年5月～平成28年3月
開催定例日の12時から17時
- 県庁クリニック
県庁山荘 徒歩1分 セルパ守山3階
- 県庁クリニック院長 藤本直樹
副院長 高村真子
- 研修講師
グイスカッション
- お問い合わせ先 主催者 県庁クリニック 総務 高村
〒524-0037 守山南陽町2-1-203
TEL: 077-982-6022 FAX: 077-982-6040

診療所型認知症疾患医療センターとしての活動のまとめ

- ・診断直後の、若年・高齢軽度認知症者への心理療法的な介入である「**本人・家族心理教育**」(15年間継続、3ヶ月1クール、計六回、年3~4クール)を行っている・診断直後の、若年・高齢軽度認知症者への心理療法的な就労の場である「**仕事の場**」を行っている(毎週1回、合計30名前後の参加者、今は、週3回の参加者もいる)
- ・「**もの忘れサポートセンターしが／滋賀県若年認知症コールセンター**」(1年に約400件の介護相談(相談者は、本人、家族、医療職、ケアマネ、ケアスタッフ、包括支援センター、家族の会など)(クリニックの患者さんではない人が対象)
- ・介護事業所への「**現地相談**」(約10年間継続しているが、年間10~20回、特養、GH、老健などへ出かけて、現場を見ての介護指導を行っている)
- ・IPWの多職種連携の会である「**認知症の医療と福祉連携IN守山野洲**」の企画と運営(かかりつけ医、専門医、地域包括、ケアマネ、ケアスタッフ、歯科医師、薬剤師、警察などが参加している)
- ・病院医師・スタッフ、かかりつけ医の連携の会である「**滋賀認知症クリニカルカンファレンスセミナー**」の企画と運営
- ・患者さん本人と介護者が参加する「**患者・家族交流会**」を隔月で開催しているが、本人が約十数名、介護家族が30~40名参加している。ここには、クリニック受診患者だけでなく、診断後の支援を受けていない他の医療機関受診者や他府県の患者も参加し、診断後の支援につなげている。
- ・介護事業所への「**現地相談**」を受けたケアスタッフに呼びかけて、数十人の参加者が手弁当でクリニックに集まって、「**自主勉強会**」をしている。今年度は、20名前後に、学会発表の抄録作成の指導をしている。
- ・地元の2つの市に対して、15年間、「**認知症や介護保険や地域包括に関する委員会**」の座長や委員を行ない、各行政の認知症施策へのアドバイスを行っている。
- ・地元の医師会と協働で、若年認知症についての「**企業研修**」などを行っている。
- ・地域への認知症医療に関する「**啓発活動**」
- ・ケアスタッフ、警察、薬剤師、栄養士などへの「**研修**」
- ・「**初期集中支援チーム**」(守山市・野洲市)
- ・その他

まとめ 診療所型認知症疾患医療センターの役割とは？

「地域の診療所」として

- ・認知症の人と家族が必要とする支援として、制度の枠内でできることだけではなく、制度の隙間、システムの隙間、人と人とのつながりの隙間、私たちの周辺にある様々な隙間に目を向けて、解決のためにできることを始めていくこと
- ・新たなニーズに対して、支援方法を考え、フットワーク軽く、即時に実行すること
- ・敷居の低い医療機関として、かかりつけ医仲間と協働で、多職種 & 行政 & 地域とフラットな連携を行うこと
- ・現場の取り組みを通じて、様々な人材を育成すること

診療所型疾患医療センターの役割について

診療所型認知症疾患医療センターは、本人・家族と非常に近い関係がつけられること、診療時間の柔軟性、診療所と言う垣根の低さ、必要時即座に動ける、必要なサービスをすぐに工夫し修正できるという「地域の診療所」の特徴と、地元医師会ないし県医師会で中心的ないし指導的な立場を持っていることも多く、地域の地域医師会だけでなく、県医師会を通じて各地域医師会に対しても、各地域の実情に合わせたアドバイスが可能であることが多い。これは、長らく県立病院でもの忘れ外来を行っていた経験から考えて、開業医仲間（医師会 A 会員）でかつ、医師会の役員であることは、フラットな立場で議論しながら、医師会の活動やかかりつけ医の技術の向上のために貢献できるものとする。従って、“診療型”が、その地域に根ざした活動を行い、その地域の認知症支援システムの構築の中心的な役割を果たしていくことには異論はない。

一方、診療所医師は、かつて基幹病院の神経内科ないし精神科で中心的な役割を担った後、開業することが多いため、県内の基幹病院とそこにいる専門医とのネットワークはあり、若い一般病院専門医との連携やその人材育成も可能である。また、長らく地域で認知症医療を行っている関係から、県や地元の行政とのつながりは強く、行政の施策に密接に関与することは可能である。

また、少なくない診療所がデイサービスなどを行っている関係から、適切な認知症ケアの確立を推進したり、県内の介護事業所へ訪問しての「現地相談」でのネットワークにより、ボランティア的な動きであるが、関わった他の事業所のケアスタッフとの自主的な勉強会などでの連携を続け、医師グループとの“つなぎ”をすることで、フラットな関係の“つながり”が可能である。

委員会で議論されている“基幹型”の役割、政策提言や人材育成などは、ソフトを多く持っている“診療所型”からも可能ではないかと思われる。その際の支援がしていただけるなら、人員的な支援も含めて、ボランティアとして行っていることへの、財源的な支援である。

従って、認知症疾患医療センターの機能は、各都道府県の実情に合わせて考えられるべきである。

執筆	医療法人藤本クリニック 理事長・院長 藤本 直規 (滋賀県健康福祉部医療福祉推進課から提供していただいた情報を参考にしました)
----	---

認知症疾患医療センター運営事業の概要

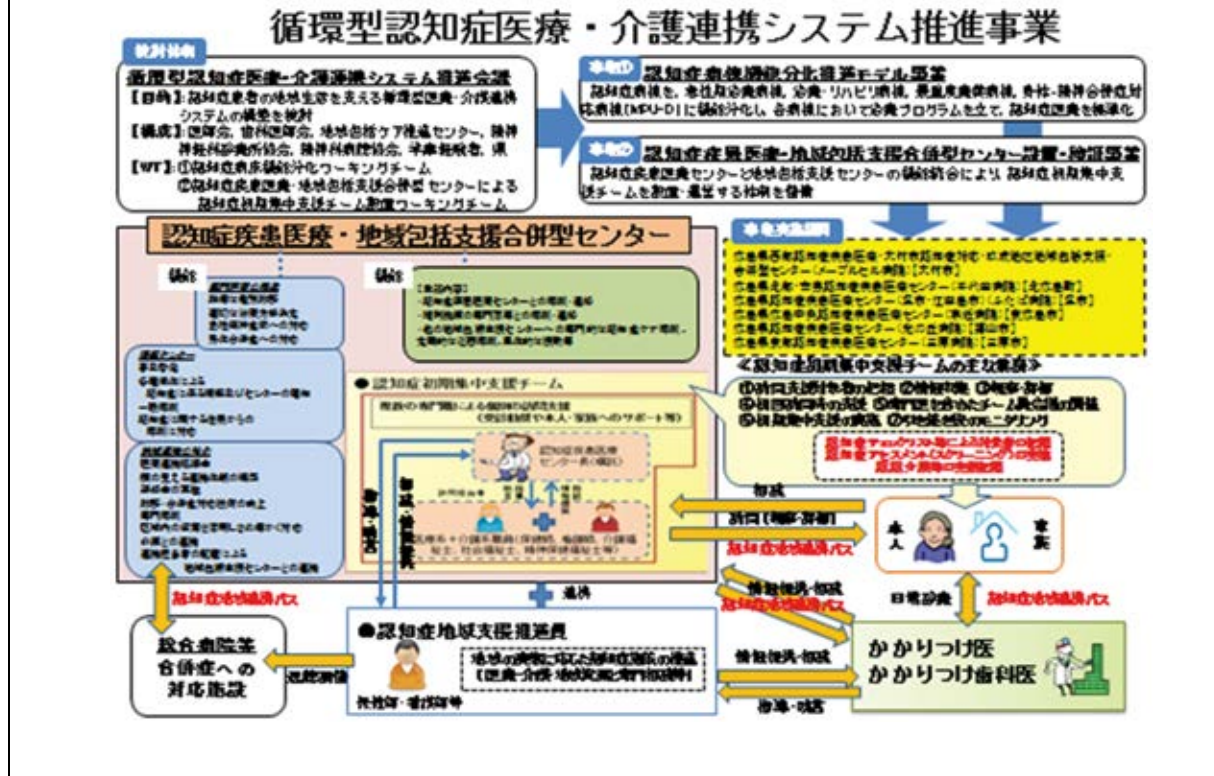
広島県の事例

医療法人社団知仁会メープルヒル病院広島県西部認知症疾患医療・
大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センター 井門ゆかり

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市 : 広島県			
認知症施策の概要			
都道府県・指定都市		広島県	
人口	2,869,159 人	面積	8479.03km ²
65 歳以上人口	763,304 人	高齢化率	26.6%
認知症高齢者数 (有病率 15%で推計)	114,500 人	2 次医療圏域数	7
当センターの 2 次医療圏域人口 (廿日市市+大竹市)	140,523 人	2 次医療圏域内 65 歳以上人口 認知症高齢者数	40,202 人 6,030 人
(H27.1.1)			
<p>広島県では、認知症対策等総合支援事業の一環の認知症対策連携強化事業として、平成 22 年度から 3 年間、認知症医療・介護連携強化事業を行った。そこで、広島県に 2 ヶ所の認知症疾患医療センター（当院および三原病院）が設置され、それぞれの所在地域の地域包括支援センターには「認知症対応強化型地域包括支援センター」が設置された。連携担当者による相談・助言や専門医療へのつなぎ等を行うことで、医療・介護の切れ目のない支援体制の構築と充実を図る取り組みであった。</p> <p>平成 24 年から 3 年間、関係機関が患者情報を共有することで、症状に応じた適切な医療・介護サービスにつなげる「認知症地域連携パス」の導入を目指して、広島県認知症地域支援体制推進会議の中に、認知症地域連携パス推進部会（平成 24・25 年度は「認知症地域連携パス検討部会」）を設け、地域連携パスの整備に取り組んだ。</p> <p>平成 27 年度からは、地域医療介護総合確保基金・広島県地域医療介護総合確保事業（以下「事業」という）により、循環型認知症医療・介護連携システム推進事業を開始した。医療と介護の実質的連携の向上のために、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターを合併した合併型センターを開設した。地域連携パス・認知症地域支援推進員・認知症初期集中支援チームなどを活用して、地域ケアの司令塔となることを目標として運営中である。その後方支援として、認知症病棟の機能分化（認知症急性期治療病棟、認知症治療・リハビリテーション病棟、最重度認知症療養病棟、身体 - 精神合併症認知症対応病棟）の最適化を目指すモデル事業を実施している。機能分化の類型ごとに治療プログラムを作成し、認知症医療の標準化を目指す取り組みである。循環型とは、必要時のみ入院・施設を利用して在宅生活の維持を図るため</p>			

のシステムである。広島県における先行研究から家族の介護負担と入院長期化の相関が見られていることに対する解決策の一環である。（現在全国実態調査中）平成 28 年度から全県へ普及を図るよう広島県と共に協議している。



II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

平成 22 年度，県に 2 ケ所の認知症疾患医療センター（地域型）を設置，平成 25 年 2 月には，4 ケ所のセンター（地域型）を追加し，1 ケ所の広島県地域連携拠点医療機関を指定した。（これは，平成 27 年 1 月に診療所型のセンターになった。）また，広島市は，平成 23 年 9 月に 1 ケ所（地域型）設置し，平成 26 年 10 月に 1 ケ所（地域型）追加し，2 ケ所となった。広島県内には，合計 9 ケ所（地域型 8 ケ所，診療所型 1 ケ所）の認知症疾患医療センターがある。

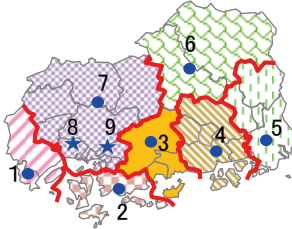
平成 27 年 1 月以降順次，広島県の地域型の各センターでは，事業により認知症初期集中支援チームの活動も開始している。

平成 27 年 7 月，当広島県西部認知症疾患医療センターは，事業による循環型認知症医療・介護連携システム推進事業の一環として，地域包括支援センターの機能を併せ持つ「広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センター」となった。認知症地域支援推進員も配置し，初期集中支援チームの活動も行い，医療・介護の相談に包括的に対応している。

広島県では，基幹型の認知症疾患医療センターは設置されていない。

広島県内の認知症疾患医療センター

広島県指定: 7機関 ●
広島市指定: 2機関 ★



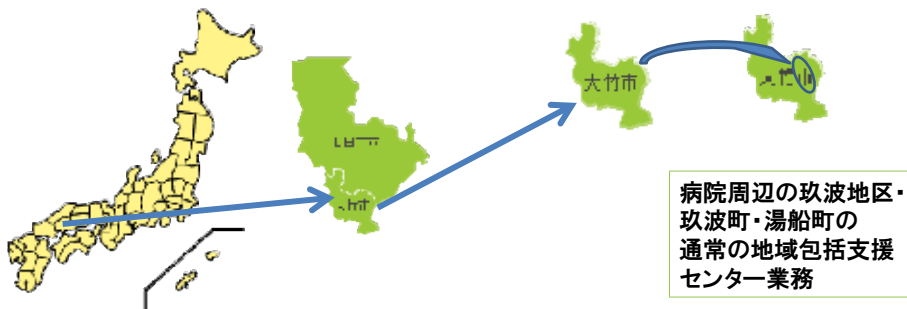
医療機関名	病院の特徴	センターの種類
●1.メープルヒル病院 (大竹市)	精神科・内科病院 センター長は 神経内科	地域型
●2.ふたば病院 (呉市)	精神科病院	地域型
●3.宗近病院 (東広島市)	精神科病院	地域型
●4.三原病院 (三原市)	精神科病院	地域型
●5.光の丘病院 (福山市)	精神科病院	地域型
●6.三次神経内科 クリニック花の里 (三次市)	神経内科 クリニック	診療所型
●7.千代田病院 (北広島町)	精神科病院	地域型
★8.草津病院 (広島市西区)	精神科病院	地域型
★9.瀬野川病院 (広島市安芸区)	精神科病院	地域型

5

広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・ 玖波地区地域包括支援・合併型センター担当地域

認知症疾患医療センター
・ 広くは全国対応
・ 狭義には広島西医療圏
(廿日市市+大竹市)

大竹市全域の認知症の
方に対応する
地域包括支援センター
業務



② 拠点機能

現在、各センターは認知症疾患医療センター運営事業実施要綱に沿って、専門医療相談や専門医療を行っている。認知症初期集中支援チームも、広島県では、認知症疾患医療センター（地域型）に設置している。研修会などの開催も積極的に行い、人材育成に努めている。県指定のセンターは年1回、合同で研修会を開催し、地域ごとの研修会も開催している。合同研修会は、一般市民・家族会等も交え多職種参加により全国から講師をお願いしており、認知症に関する最先端の話題などもお伺いしている。

また、各地域で認知症疾患医療連携協議会を開催しているが、県指定のセンターは、全体で認知症疾患医療連携協議会を定期的に開催している（広島市のセンターは、参加していない）。

広島県共通認知症地域連携パスを平成24年～25年度の県のモデル事業で作成し、平成26年度から県と広島市の認知症疾患医療センター、及びその他のモデル事業実施地区で使用開始している。

県の地域型のセンターの中で、経験やマンパワー的な面で認知症疾患医療連携全体協議会や合同研修会などの開催は、これまでの所当センターが中心的に準備・運営を行っているが、今後は他のセンターの運営が順調となってきたため持ち回りで担当していくことを検討している。

かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者や認知症サポート医は、オレンジドクター（広島県もの忘れ・認知症相談医）という名称で、広島県のホームページで公開されており、各医療機関でもプレートを掲示している。県では、平成22年～24年度、サポート医フォローアップセミナーも開催していたが、予算の都合で終了し、その後は認知症疾患医療センターが、地域の認知症に関する人材育成の機能も果たしている。

③ 事業の質の管理

年度ごとに活動報告を県に提出している。統計の取り方・内容などについては、認知症疾患医療連携全体協議会で協議の上決定している。認知症疾患医療連携全体協議会において、各センターの実績を報告し、課題などについて協議している。

実績報告の項目としては、専門医療相談件数（月別）（電話・面接）、主な相談者の区分、相談内容、認知症疾患に係る外来件数（月別）及び鑑別診断件数（月別）、入院件数（月別）（当院・他院）、新規受診者の年齢別分布・地域別分布・紹介元の区分・受診後の対応・鑑別診断名・認知症重症度（CDR）、入院理由、退院件数、退院者の在院期間、退院先等の状況、研修会の開催状況、認知症疾患医療連携開催状況、認知症医療に関する情報発信などがある。平成27年度は、認知症初期集中支援チームの対応件数、訪問件数、チーム員会議開催数、認知症地域連携パス発行件数なども報告する予定である。

循環型認知症医療・介護連携システム推進事業の認知症疾患医療センターの調査では、患者属性（生年月日、相談日、性別、年齢、受診前診断名、婚姻状況、生活状況、仕事状況、相談理由、障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度）、相談から初診までの期間、初診から診断までの期間、MMSE、GDS、ADL、IADL、CDR、NPI（12項目の項目ごと）、Zarit介護尺度、CES-D、診断結果、治療・介護に関わる連携機関、地域連携パス発行の有無、相談半年後・1年後の追跡調査（入院・入所、退院・退所、死亡などの状況）、患者・介護者満足度調査（診断の時期、診断と治療の説明、診断の受け入れ、治療・ケアに対する自分の希望の表明、自分の希望が尊重される確信、治療への満足度、介護サポートへの満足度）、症状に気づいてからセンターに相談するまでの期間、時間がかかった理由、それによる負担、センターを受診するまでに相談した機関、センターの情報入手先、介護者の状況、徘徊の有無・状況、身体制限の有無・状況、介護保険の状況、利用のサービス、1年以内の入院の状況・職員の燃え尽き度等についても調査している。

Ⅲ. 現在の課題と今後の計画

当センターの近隣には、広島西医療センター（大竹市）と広島総合病院（廿日市市）、岩国医療センター、岩国市医療センター医師会病院（山口県岩国市）などがあり、一般病院での急性期治療が必要な認知症患者については、ほぼ問題なく対応されている。BPSDの状態によっては、通常より早期に退院となることはあるが、必要があれば当院へ転院してもらい、療養の継続を行っている。

当センターの認知症専門外来受診者は、大竹市の方が半数を占めるが、山口県や島根県など近接する他県からの受診も4分の1を占める。車で90分程度は受診可能圏となっている。初診の予約は、約1か月程度の待ち時間となっている。半年か1年に1回経過観察を行っており、その患者さんも年々多くなって、専門外来が混む一因になっている。

診療所との連携については、大竹市内の診療所からは、診断目的・BPSD対応とも、数多くの相談がある。紹介時期も比較的早くなっている。広島県共通認知症地域連携パスは次第に普及してきているが、まだまだ、利用頻度は少ないように思われる。

介護との連携は、広島県共通認知症地域連携パスを利用するなど、情報共有や相談も概ね円滑に行われている。研修会には介護関係者の参加も非常に多い。当センターで開発した井門式簡易認知機能スクリーニング検査（ICIS）（日老医誌 2014;51:356 - 363）は、3分ほどで特別な道具もなく簡便に実施できることから、かかりつけ医だけでなく、地域包括支援センターのスタッフやケアマネジャー、介護関係者など、認知症の疑いのある高齢者に接する専門職に、研修会などを通じて広まっており、実際にICISで認知症の疑いがあると分かり、当センターを受診する方も増えてきている。

当センターが平成27年7月から合併型センターになり、地域包括支援センター業務も担当するようになったことで、地域の問題事例も早期に把握し、認知症初期集中支援チームで早期に介入し、必要な医療・介護へ以前よりも円滑に繋ぐことが出来るようになってきた。合併型センター発足の経緯であるが、当センターは、大竹市全域の認知症対応に特化した地域包括支援センターというものを目指していたが、そのような概念がまだ存在せず、法的に設立が困難であった。参議院法制局、厚労省老健局と法的妥当性について協議した。そのため、包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）及び介護予防支援といった本来の地域包括支援センターの業務を、病院周辺の人口約4,300人（65歳以上の高齢者は約1,500人）の地域を担当するというので、地域包括支援センターを認知症疾患医療センターに合併させて開設した。その上で、大竹市全域（人口3万人弱）の認知症に関連した支援業務を行う合併型センターのモデル事業として活動を行っている。合併型センターには、認知症地域支援推進員も配置、初期集中支援チームの活動も行い、医療・介護の相談に包括的に対応している。

現在の課題としては、既設の大竹市地域包括支援センターとの業務の分担や円滑な連携と、認知症を地域で見守ることのできる地域づくりが挙げられる。認知症サポーター養成研修・キャラバンメイト養成研修も行っているが、認知症に対する理解を深めていくことは重要である。併せて合併型センターの周知もさらに促進する必要がある。また早期発見のための認知症予防検診などについても、今後取り組んでいく必要があるのではないかとと思われる。

認知症初期集中支援チームは、現在、地域包括支援センターか認知症疾患医療センターに設置することになっているが、受診勧奨、BPSD 対応など、認知症初期集中支援チームの活動は、本来医療との関連が非常に深いことから、広島県では、認知症疾患医療センターを中心に設置されている。中でも合併型センターによる認知症初期集中支援チームの活動は、医療・介護とも1ヶ所でスムーズに支援出来る点が最大のメリットであり、利用された方からも、便利で安心と好評を頂いている。ただ業務が多岐に渡り、マンパワーが必要であるため、通常地域包括支援センターよりも、市全域の認知症支援という部分に対して、さらに人員配置を増やしてもらう必要があると思われる。「認知症対応に特化した地域包括支援センター」設立を他の地域にも広めるのであれば、法改正などの対応が必要となる。今後、認知症対応が地域の中でも極めて重要になっていくことは自明の理であり、マンパワーが十分にあれば、合併型センターの仕組みは、患者・家族にとって、ひいては地域にとって資するところ大であるとの確信を強めている。

IV. 認知症疾患医療センターの機能と類型のあり方についての提言

基幹型の役割の一つとして人材育成が挙げられることがあるが、認知症専門医を育てる（適切な鑑別診断と治療を行えるようになる）という機能は、基幹型というよりも大学の機能そのものであるように思われる。認知症専門医を育てることは大学で出来ても、介護との連携を含め認知症医療に精通していくためには、実地での経験がある程度の年数必要である。認知症診療の経験としては、地域型あるいは診療所型の認知症疾患医療センターで、十分にその機会を提供できるものとする。医療介護の専門職への研修・人材育成は、地域型のセンターでも通常行っていることから、人材育成は重要な役割ではあるが、ことさら基幹型の要件にする必要はないと考える。

基幹型の要件として、身体合併症に対する救急医療機関としての要件があるが、これが極端に基幹型のセンターが少ない一因となっている。身体合併症救急患者に対しては、普通に一般救急医療機関で治療し、もし必要があれば認知症疾患医療センターから支援チームを派遣するなど（一般病院等への出前型支援認知症初期集中支援チームとしてモデル事業を検討中）、必要に応じた連携体制を構築する方が、現実的な対策と思われる。

各地域の事例や実情を見ていくと、地域型の認知症疾患医療センターが圧倒的多数となり、都道府県全体を統括していくことが多くの地域で課題となっている。これは、センター同士の横のつながりだけでなく、行政との連携など縦のつながりも上手に作っていくことが求められる。認知症疾患医療センターに関する活動は、様々なモデル事業が組み合わさっており、補助金および交付金等で賄われている部分が多い。地域の将来まで見据えた認知症対策の総合的なビジョンを描き、地域で共有し、地域全体の活動を取りまとめていく働きこそ、基幹型の認知症疾患医療センターに求められる役割と思われる。

地域での認知症疾患医療センターを取りまとめ、行政とも協力し、都道府県内の認知症診療体制の構築に助言を行い、認知症診療の質の向上や医療介護の連携推進に取り組み、リーダーシップを発揮して中核となるセンターを、新しい基幹型（イメージが悪くなければ、中核型あるいは基幹型Bという名称にしても良い）の認知症疾患医療センターとしてはいかがであろうか。（東京都で設置されている地域連携型センターは、この中核型のセンターと相通ずるものであるよう

に思われる。)大都市では、そういう新しい基幹型(中核型)のセンターも複数設置する必要があるかもしれないが、その場合は新しい基幹型(中核型)センターの連携協議会などを設け、意見のとりまとめをしていく必要が生じるものと思われる。

また、当院で行っている地域包括支援センターと合併した認知症疾患医療センターは、総合型(あるいは包括型)認知症疾患医療センターというような名称で、類型を作ってもよいのではないかと考える。

執筆	医療法人社団知仁会　メープルヒル病院 広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・ 玖波地区地域包括支援・合併型センター センター長　井門　ゆかり
----	--

(当日) **患者様用** / **介護者様用**

広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域
包括支援・合併型センター 満足度調査

この調査は、当センターについての患者様満足度を知るためのものです。ご回答いただいた情報は調査の
目的以外で使用することはありません。また、ご回答いただいた内容によって患者様やご家族様が不利益を
こうむることは一切ありません。恐れ入りますが、ご協力をお願い致します。

当てはまるものところの数字に○をつけてください。

- 1) 認知症の診断を受けた時期は適切でしたか？
 1. 早すぎる 2. やや早すぎる 3. 適切 4. やや遅い 5. 遅すぎる
- 2) 認知症とそれに対する治療についての説明には満足していますか？
 1. 大変満足している 2. やや満足している 3. 普通 4. やや不満足である
 5. 大変不満足である。
- 3) 認知症の診断を受け入れられますか？
 1. 受け入れられる 2. どうにか受け入れられる 3. 受け入れがたい 4. 全く受け入れられない
 5. 分からない
- 4) 今後の治療・ケアについて、自分の希望を表明できていますか？
 1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない 5. 分からない
- 5) 自分の希望が尊重されると確信していますか？
 1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない 5. 分からない
- 6) 認知症に対する治療には満足していますか？
 1. 大変満足している 2. やや満足している 3. 普通 4. やや不満足である
 5. 大変不満足である
- 7) 日常生活において受けている介護サポートに満足していますか？
 1. 大変満足している 2. やや満足している 3. 普通 4. やや不満足である
 5. 大変不満足である

ご協力ありがとうございました。

この用紙は会計時、受付にお渡しください。

センター相談後・半年後・1年後
番号 _____

広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・
玖波地区地域包括支援・合併型センター 満足度・追跡調査

● **追跡調査について**

本調査は、当センターを初診してから、本日までの（半年間）
患者様の経過を知るためものです。

● **満足度調査について**

本調査は、当センターを初診してから半年経った現在の患者様・
御家族様の当センターへの満足度を知るためものです。

以上、調査へのご協力をお願い致します。

調査用紙は会計時、受付にお渡し下さい。

センター相談後・半年後・1年後
番号 _____

《参考資料》

広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域
包括支援・合併型センター 追跡調査

この調査は、当センターを受診して頂いた患者様の経過を知るためのものです。ご回答いただいた情報は調査の目的以外で使用することはありません。また、ご回答いただいた内容によって患者様やご家族様が不利益をこうむることは一切ありません。恐れ入りますが、ご協力お願い致します。

以下の質問に回答下さい。

1) この半年間で、入院・入所がありましたか？（無い場合は2～6の質問に回答頂く必要はありません）

1. はい 2. いいえ

2) 入院・入所の日付を御記入下さい。

西暦_____年 _____月 _____日

3) 入院・入所先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 一般病院（内科など） 2. 精神科病院 3. 介護老人保健施設 4. 介護老人福祉施設（特別養
護老人ホーム） 5. 認知症グループホーム 6. 有料老人ホーム 7. サービス付き高齢者向け住宅
8. その他 → 具体的に_____

4) 入院・入所理由について当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 身体疾患の加療のため 2. 認知症に伴う問題行動悪化のため 3. 生活機能低下のため
4. 介護負担が強いため 5. その他 → 具体的に_____
5) 退院・対応の日付を御記入下さい。（現在も入院・入所中であれば、未記入でお願いします）

西暦_____年 _____月 _____日

6) 退院・退所先について、当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 自宅 2. 介護老人保健施設 3. 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 4. 認知症グループ
ホーム 5. 有料老人ホーム 6. サービス付き高齢者向け住宅 7. その他 → 具体的に_____

ご協力ありがとうございました。

この用紙は会計時、受付にお渡しください。

センター相談後・半年後・1年後
番号 _____

《参考資料》

(半年後) 患者様用 / 介護者様用

広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・玖波地区地域
包括支援・合併型センター 満足度調査

この調査は、当センターについての患者様満足度を知るためのものです。ご回答いただいた情報は調査の目的以外で使用することはありません。また、ご回答いただいた内容によって患者様やご家族様が不利益をこうむることは一切ありません。恐れ入りますが、ご協力お願い致します。

当てはまるものところの数字に○をつけてください。

1) 認知症の診断を受けた時期は適切でしたか？

1. 早すぎる 2. やや早すぎる 3. 適切 4. やや遅い 5. 遅すぎる

2) 認知症の診断を受け入れられますか？

1. 受け入れられる 2. どうか受け入れられる 3. 受け入れたい 4. 全く受け入れられない
5. 分からない

3) 今後の治療・ケアについて、自分の希望を表明できていますか？

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない 5. 分からない

4) 自分の希望が尊重されると確信していますか？

1. そう思う 2. ややそう思う 3. あまり思わない 4. 全く思わない 5. 分からない

5) 認知症に対する治療には満足していますか？

1. 大変満足している 2. やや満足している 3. 普通 4. やや不満足である
5. 大変不満足である

6) 日常生活において受けている介護サポートに満足していますか？

1. 大変満足している 2. やや満足している 3. 普通 4. やや不満足である
5. 大変不満足である

ご協力ありがとうございました。

この用紙は会計時、受付にお渡しください。

センター相談後・半年後・1年後
番号 _____

認知症疾患医療センター運営事業の概要

愛媛県の事例

愛媛大学大学院医学系研究科地域健康システム看護学講座老年精神地域包括ケア学 谷向 知

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市	： 愛媛県
認知症施策の概要	
<p>愛媛県では、平成23年度まで国が提示する認知症介護研修事業の各研修会（認知症サポート医養成研修、認知症介護指導者養成研修など）への派遣あるいは、県内の事業所に業務委託する形での研修（かかりつけ医対応力向上研修の開催、認知症介護実務者研修など）を開催し、人材育成が行われていた。平成24年2月になってようやく、県内の認知症施策の全体的な水準の向上を図る目的で、愛媛県認知症施策推進会議が設置された。</p> <p>認知症疾患医療センターの設置に関しては、平成23年になって県保健福祉部健康増進課から愛媛大学医学部附属病院に年度内に認知症疾患センター事業の委託業務委託の打診があった（県内1か所の設置）。その後県と認知症疾患センターのあり方を協議し、平成24年5月に認知症医療体制整備検討委員会が設けられた。この会議において、県内の二次保健医療圏域（6か所）にそれぞれ1箇所。そして各圏域のセンターを統括する形で愛媛大学という方向がなった（7か所すべて地域型センター）。各二次保健医療圏域のセンター手挙げ方式により公募し委員会で選定する予定であったが、各圏域1医療機関箇所の応募がなく、委員会での承認を経て厚生労働省に設置申請することとなった。平成25年3月の回答で国からの承認は2か所のみ採択であったが、残り5医療機関も含めて4月から県内7か所の認知症疾患医療センターの体制が整った。なお、当初採択をされなかった5か所医療機関も同年7月に新規補助採択・指定を得た。</p>	

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況（類型別）

愛媛県では、6か所ある二次保健医療圏域に各一つの認知症疾患医療センターと愛媛大学の7か所に委託を受けた認知症疾患医療センターが設置されており7か所すべて地域型である（図1）。

② 拠点機能

平成24年度に設置された認知症疾患医療体制整備検討会（3回開催）において、二段階方式のセンター体制となった。

各二次医療圏域の設置される認知症疾患医療センターは『地域拠点センター』という位置づけで、「かかりつけ医等の認知症を支援する専門医療機関として、原則として専門医療相談や紹介を受けた患者の診断や治療方針の選定を行う」といった診察・診療を担う役割をもつ。一方、愛媛大学は『中核センター』という位置づけで、「主に地域拠点センターに対する助言・指導等を

担う」ということで、地域拠点センターへの支援やスタッフに向けての研修会、また県民に向けての情報発信といった専門能力向上や県民に向けての活動が求められている。

地域連携に関しては、拠点センターにおいては保健所、医師会、地域包括支援センターなどに県行政を含めた連絡協議会が年2回開催されており連携を深めている。一方、中核センターにはおいて県行政と各センターのみが集って年2回開催し、運営状況や課題についての報告を中心とした形で連携を図っている。

地域拠点センター及び中核センターの運営状況（平成27年度上半期）を示す（表1）。

表1 愛媛県内認知症疾患医療センター運営状況

業務内容	種別 地域 医療機関名	中核センター	地域拠点センター						計 (A)	26年度 10月末 実績 (B)	(A) — (B) %		
		全県域	宇摩	新居浜・西条	今治	松山	八幡浜・大洲	宇和島					
		愛媛大学 部付属 病院	四国中 央病院	十全第 二病院	正光会 今治病 院	砥部 病院	喜多川 リハビリ センター 病院	正光会 宇和島 病院					
専門的 医療機能	鑑別 診断・ 初期 対応	他センターが行った 困難ケースへの指導・ 助言等	0						0	6	0.0		
		初期診断	54	112	112	5	255	1	92	631	680	92.8	
		鑑別診断	66	112	97	15	169	11	92	562	649	86.6	
		治療方針の選定	52	112	97	79	196	34	114	684	707	96.7	
		入院先紹介	14	11	42	49	0	24	19	159	218	72.9	
		小計	186	347	348	148	620	70	317	2,036	2,260	90.1	
	周辺症 状・身 体合併 症への 急性期 対応	他センターが扱う困 難ケースの初期診断・ 治療	0							0	0	-	
		初期診断・治療（急 性期入院医療を含む）	0	25	53	87	50	3	19	237	210	112.9	
		小計	0	25	53	87	50	3	19	237	210	112.9	
	専門 医療相 談	初診前 医療相 談	他センターが行った 困難ケースへの指導・ 助言等	0							0	0	-
			患者・家族等からの 相談	41	347	230	83	677	32	87	1,497	1,205	124.2
			かかりつけ医、地域 包括支援センター等 からの医療相談	12	197	197	135	25	42	23	631	579	109.0
			小計	53	544	427	218	702	74	110	2,128	1,784	119.3
		連絡 調整	他センター等との連 携・連絡調整・情報 提供	13							13	38	34.2
			保健所、福祉事務所 等との連絡調整		33	3	0	2	25	0	63	66	95.5
地域包括支援センター との連絡調整			11	11	10	63	7	3	9	114	74	154.1	
小計			24	44	13	63	9	28	9	190	178	106.7	
計		77	588	440	281	711	102	119	2,318	1,962	118.1		
情報 発信		2	6	2	3	15	3	3	34	51	66.7		
地域 連携 拠点機 能	認知症疾 患医療 連携協 議会	センター主催	0	1	1	1	1	1	6	8	75.0		
	かかり つけ医 への研 修会等	他センターの医師等 を対象とした事例検 討会	0							0	5	0.0	
		認知症に関する知識 向上を図るための研 修会及び事例検討会	0	5	7	4	28	1	3	48	33	145.5	
		小計	0	5	7	4	28	1	3	48	38	126.3	

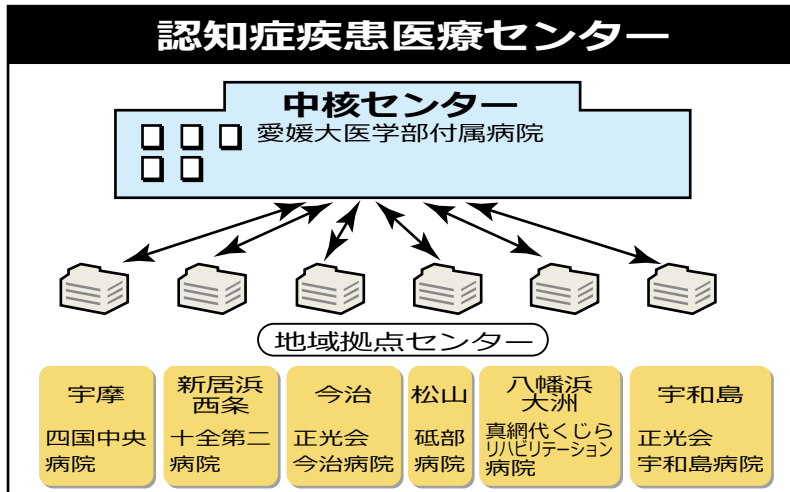


図1 愛媛県の認知症疾患医療センター設置状況

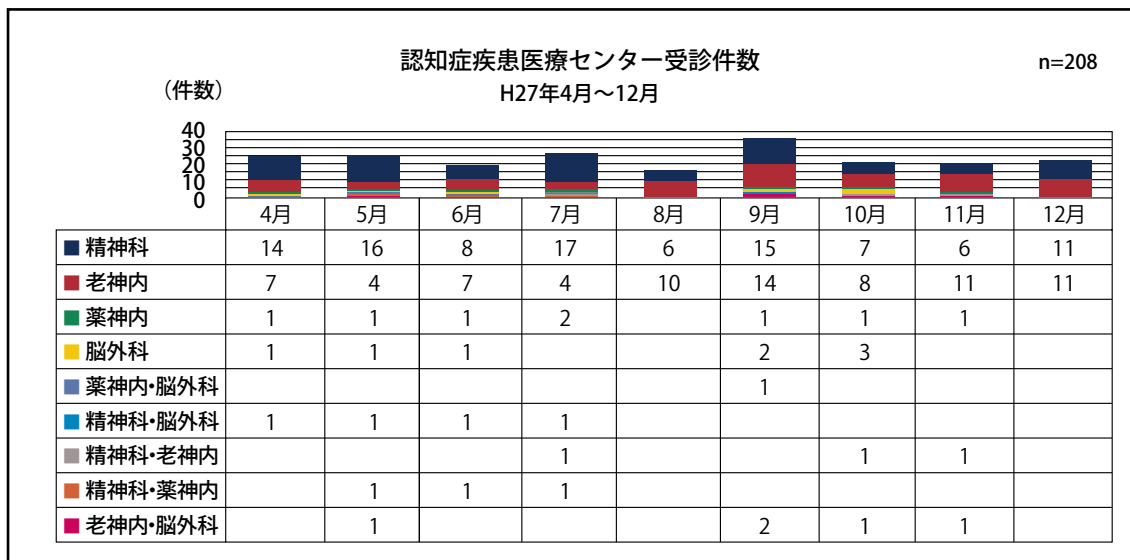


図2 中核センターの設置状況（平成27年度12月まで）

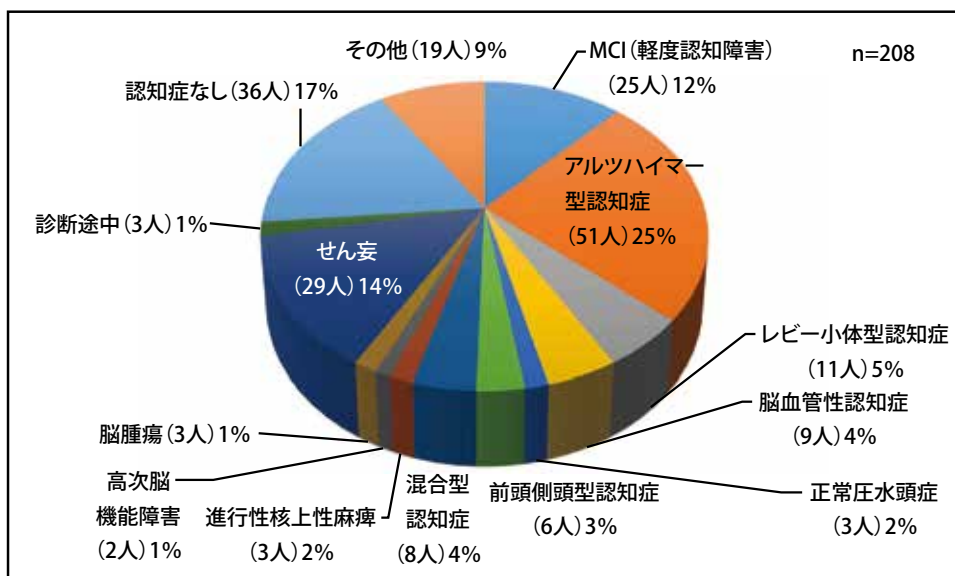


図3 中核センター受診者の背景疾患（平成27年12月まで）

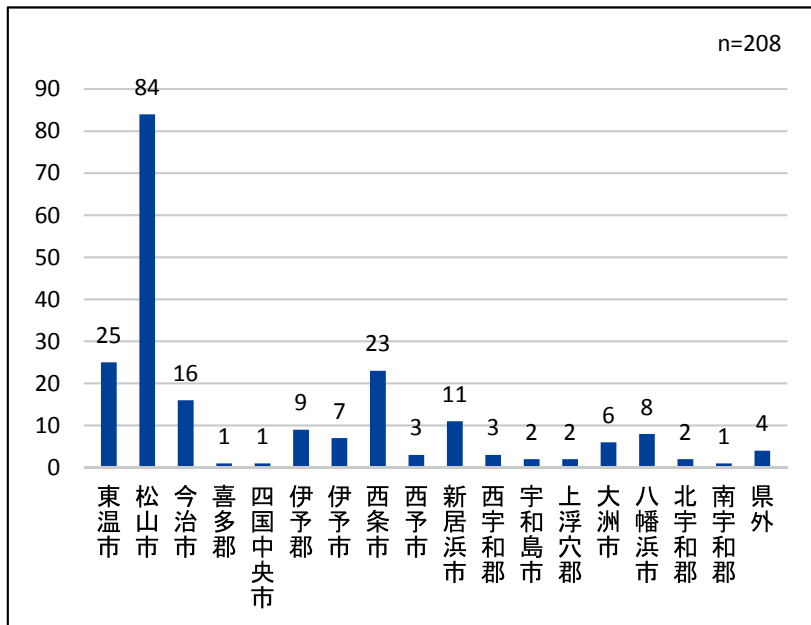


図 4. 中核センター受診者の居住地（平成 27 年 12 月まで）

③ 事業の質の管理（例：機能評価，人材育成など）

前項にも示したように，地域拠点センター，中核センターで行われる連絡協議会には県からは健康増進課，長寿介護課の両部署から会議の参加があり，行政としての報告や各センターからの質問・要望に対するの回答が行われるが，本事業に対する質を含めた管理は行えているとは言い難いのが現状である。

III. 現在の課題と今後の計画

現在，県内には 7 か所の地域型認知症疾患医療センターが設置されている．愛媛県では認知症高齢者の 1/3 は松山圏域に居住している．しかし，松山市内に認知症疾患医療センターがなく，同圏域内に新たな診療所型の認知症疾患センターの設置が望まれる．ただ，認知症の診療，地域活動も行っているが病院に画像検査を行う機能がないことなどが理由に地域型センターへの手挙げができなかった医療機関がある．診療所型は現行では病院への設置は含まれていないように思われるが，きちんとした医療・地域連携が図れ，真摯な認知症の取り組みを行っている医療機関は，診療所，病院の分け隔てなく診療所型センターに採択されるように期待したい。

また，県内においては認知症疾患医療センターだけでなく，認知症関連事業を行っている．しかし，その評価は数値目標の達成で，質については十分に議論されていないのが現状である．広く認知症医療，介護の現場に足を運び，頻回に関係機関と協議を行い，地域に応じた支援を行う行政独自の施策を打ち出す必要があると考える。

執筆	愛媛大学大学院医学系研究科 地域健康システム看護学講座老年精神地域包括ケア学 教授 谷向 知
----	---

認知症疾患医療センター運営事業の概要

熊本県の事例

熊本県基幹型認知症疾患医療センター（熊本大学医学部附属病院） 小嶋誠志郎
池田 学

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市 : 熊本県
認知症施策の概要
<p>熊本県の総人口は平成 26 年で 1,794,623 人，その中で 65 歳以上の人口（高齢者人口）は 503,087 人，うち 75 歳以上の人口（後期高齢者人口）は 272,509 人である。また，5 年前の平成 21 年に比べ，総人口が約 2 万人減少し，高齢者人口が約 4 万人増加しており，平成 26 年時点の高齢化率は 28.0%で，4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者という状況である。熊本県では平成 20 年 4 月より「長寿を恐れない，長寿を楽しめる社会」をめざし，認知症対策を県の重点施策の一つと位置づけ，平成 21 年，熊本県庁内に認知症対策・地域ケア推進室を設置し，翌年には認知症対策・地域ケア推進課に組織改編を行った。さらに認知症施策を総合的に推進していくために，①医療体制の構築，②介護体制の構築，③地域支援体制の構築といった 3 つの柱を立て，取り組みを積極的に進めている。①医療体制の構築の一環として，平成 21 年 5 月に基幹型認知症疾患医療センター，同年 7 月に 7 か所の地域拠点型認知疾患医療センターを設置し，今年度までに 11 か所の認知症疾患医療センターが整備された（基幹型 1 ヶ所，地域拠点型 9 ヶ所，診療所型 1 ヶ所）。</p>

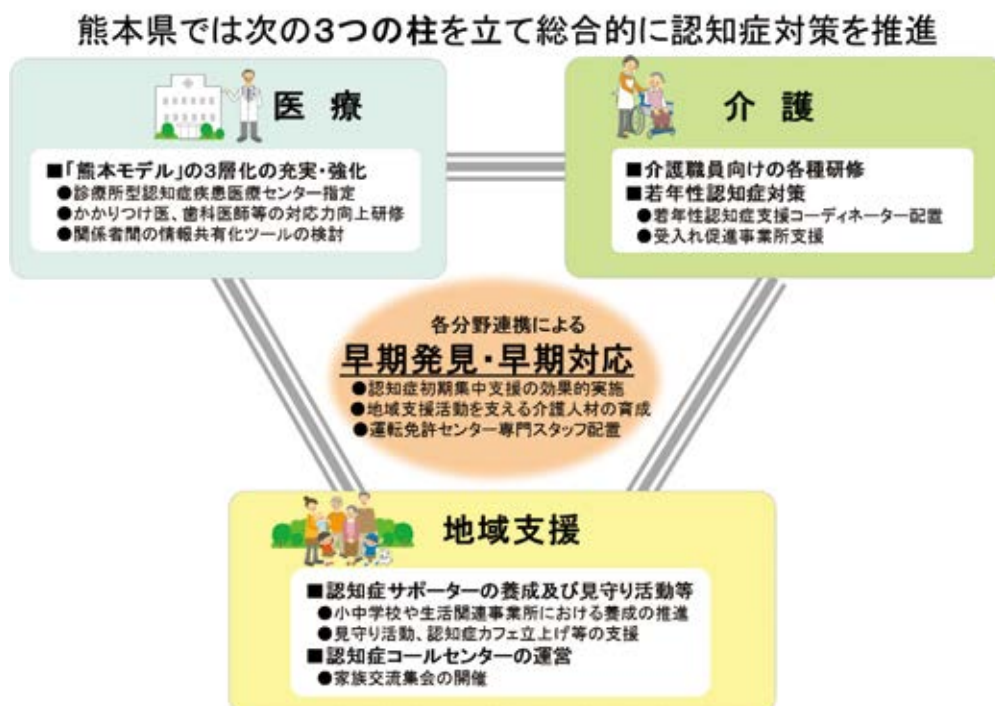


図 1 熊本県認知症施策の概要

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

平成20年から全国的に認知症疾患医療センター運営事業がスタートし、全国に約150ヶ所の認知症疾患医療センターを設置する国の方針で、熊本県の人口規模から県内2ヶ所程度のセンター整備が検討されていた。しかし、県内2ヶ所のセンターでは地域に密着した医療を展開することが難しいことや、利用者の利便性の悪さ、また1ヶ所あたりのセンターの負担が大きいためセンターが十分機能しないことが考えられた。そこで県内に地域拠点型センターを複数設置（2次医療圏に1ヶ所程度）し、熊本大学病院に基幹型センターを設置することで、重篤な身体合併症対応や高度検査機能の実施について県内全体をカバーすることができると考え、基幹型センターと地域拠点型センターの二層構造を国に逆提案し、熊本県の粘り強い交渉の結果、例外的に1ヶ所の基幹型センターと7ヶ所の地域拠点型センターの設置が認められた（初年度のみ予算は2ヶ所分）。平成23年には2ヶ所の地域拠点型センター、平成27年には診療所型認知症疾患医療センターが隣接する地域拠点型センターのサポートを受ける形で追加整備された。

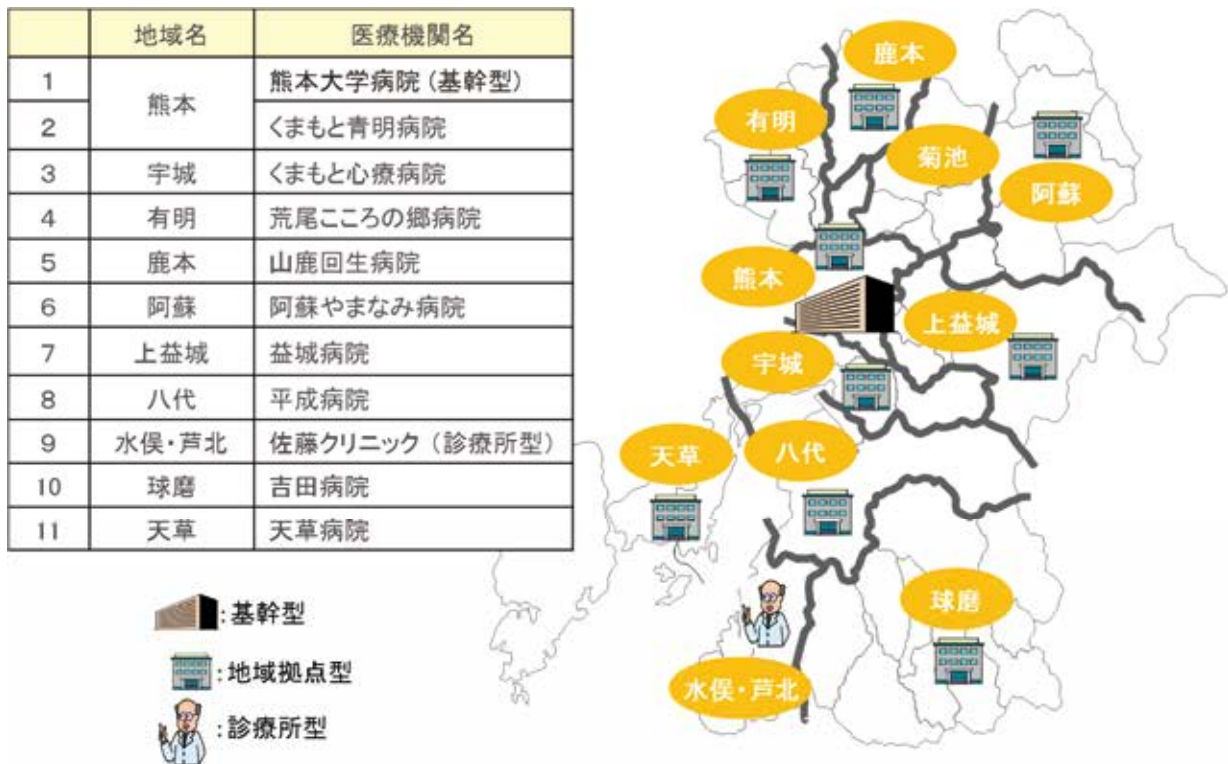


図2 熊本県認知症疾患医療センター配置図

② 拠点機能

熊本県認知症疾患医療センターの特徴として、基幹型センターと地域拠点型センターの機能分化があげられる。認知症専門医療の提供については、基幹型センターが診断困難例や高度検査を要するMCI（軽度認知症患者）や若年性認知症患者の受け入れを積極的に行い、地域拠点型セン

ターにおいては早急な BPSD 対応が求められる患者への対応や、地域の拠点病院として地域の総合病院や一般病院と連携を密に図っている。また、基幹型センターから地域拠点型センターに専門医を派遣し、地域の専門外来の充実を図るとともに、スタッフの育成も実施してきた。さらに、地域拠点型センターは各担当地域の医療や介護資源の特徴を活かして、その地域独自のネットワークを形成し、必要に応じて関係機関と協同して訪問活動も実施している。診療所型センターにおいては、最寄りの地域拠点型センターの入院受け入れなどの医療的サポートや、基幹型センターからの専門職の派遣による人的支援を受けながら、日常的な身体管理を含む、より地域に根差した診療体制の確保を目指している（図 3）。

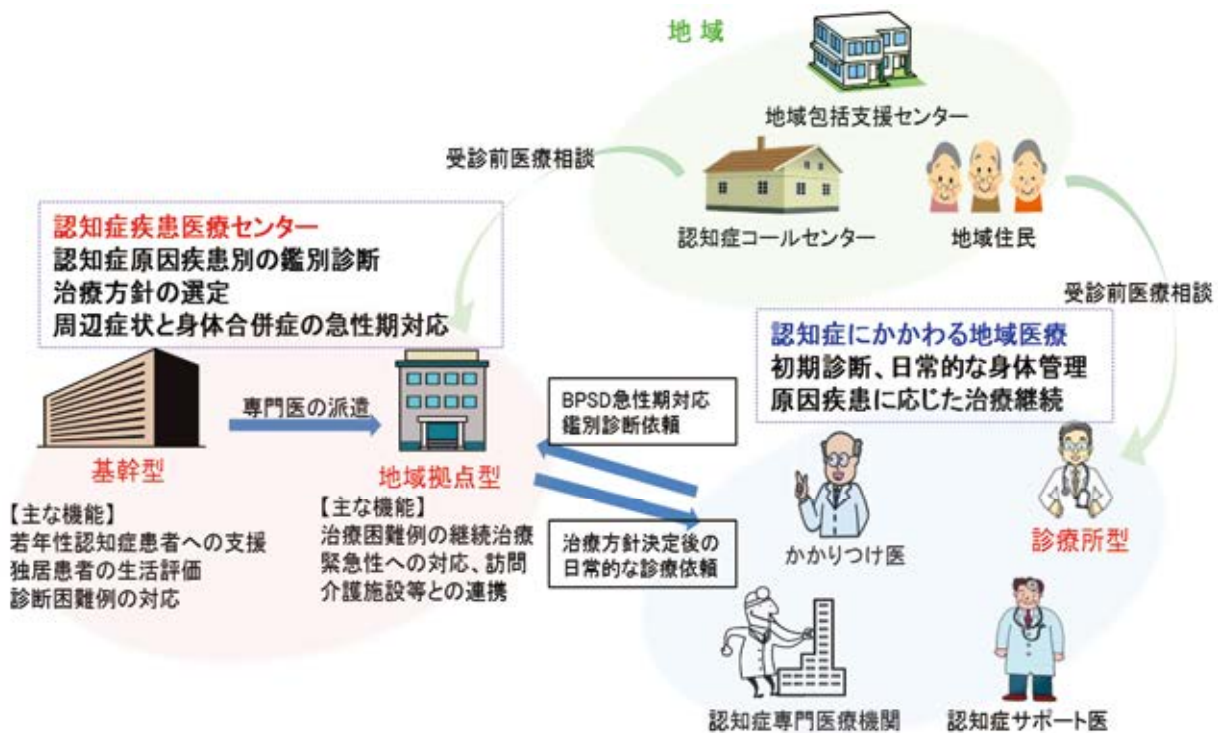


図 3 認知症医療体系（熊本モデル）

	基幹型	(月平均)	地域拠点型	(月平均)
新規患者数	280 件	23.0 件	2,535 件	211.0 件
再来患者数	3,105 件	259.0 件	30,350 件	2,529.0 件
入院件数	90 件	7.5 件	525 件	43.8 件
相談件数	551 件	46.0 件	7,444 件	620.0 件

表 1 平成 26 年度 熊本県認知症疾患医療センターの診療実績（基幹型 1 ケ所，地域拠点型 9 ケ所）

③ 事業の質の管理

事業の質を管理する手段として、熊本県認知症疾患医療センターでは、基幹型センターが中心となり、全センターが一体となって、センター間の情報共有と専門スタッフの人材育成を中心に取り組みを進めてきた。情報共有に関しては全センターの連携担当者を中心に年に6回連携担当者会議を開催している。会議の内容は、各センターの現状報告（外来待機期間、入院待機期間）や現在抱えている課題への対応について協議し、各センター取り組み状況も把握できる貴重な機会である。その他にも全センターで取り組む調査や研究の打合わせ、県担当者からの情報提供や今後のセンターの運営方針についても意見交換を実施している。もう一つの情報共有の手段としてホームページを活用したシステムがある。基幹型センターが専用ホームページを開設し、各センターの施設案内や活動状況を提供しているが、センター関係者のみが閲覧できるページを活用し、各センターの空床情報や外来待機情報を全センターが把握できる体制をとっている。また、必要に応じて熊本県と基幹型センターが各センターに対して事業評価やヒアリングを実施するなど、連携担当者同士が顔を合わせる機会を日頃から意識して設けている。

認知症疾患医療センタースタッフの人材育成は、センターの役割に期待される認知症専門医療の提供を継続していくために欠かすことができない。そこで全センターの担当医と連携担当者の出席を義務付けた事例検討会が、最初に取り組んだ人材育成である。事例検討会は2か月に1回、スタッフが集まりやすい土曜日の午後にスタートし、これまでに計42回実施してきた。出席者は認知症疾患医療センター関連の専門職で、各センターの医師、コメディカルスタッフをはじめ地域包括支援センタースタッフ、認知症コールセンタースタッフ、県の担当者も必ず出席し毎回90名前後が出席している状況である。参加職種の割合は医師が約2割、コメディカルが5割、介護関係が3割となっている。事例検討会のプログラムは、3例～4例の事例検討、認知症レクチャー、評価尺度レクチャーの3部構成となっており、事例提示者は医師や精神保健福祉士が中心であるが、作業療法士や臨床心理士などが提示することもある。そして、質疑応答時は職種間を越えた活発な意見交換がなされている。認知症レクチャーや評価尺度レクチャーは、主に基幹型センタースタッフが担当し、診断や治療、マネジメントや心理検査の施行手法についての講義が組まれる。基幹型センター主催の事例検討会は、出席者個々のスキルアップを最大に目標としているため、出席者をほぼ固定している。また、かかりつけ医や認知症サポート医、看護師やその他の専門職への人材育成についても基幹型センターが中心となり様々な研修体制を確立している（図4）。

かかりつけ医に対しては、国のカリキュラムで実施されるかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者を対象に、基幹型センタースタッフが講師となり、ステップアップ編として平成22年度より研修を実施し、認知症サポート医も同様に、修了者に対して熊本県認知症医療・地域連携専門研修を実施している。それぞれの研修修了者に対して、熊本県知事より修了証を発行し、ホームページで情報公開することで、身近な地域で認知症診療を提供できる仕組みも構築している（表2）。

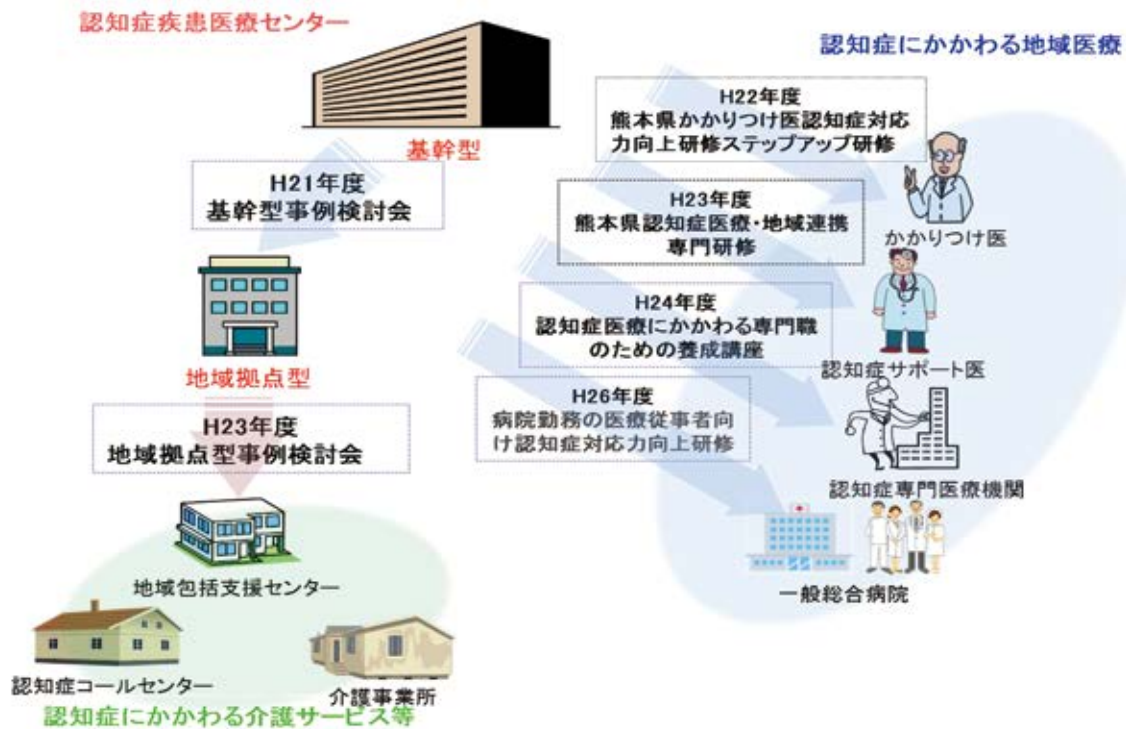


図4 人材育成（熊本モデル）

研修名	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	合計
認知症かかりつけ医基礎研修	—	77	74	149	95	52	38	36	78	107	706
認知症かかりつけ医ステップアップ研修	—	—	—	—	—	88	52	49	29	48	266
認知症サポート医養成研修	3	3	3	3	3	10	60	37	15	16	153
熊本県認知症医療・地域連携専門研修	—	—	—	—	—	—	53	38	45	54	190

表2 かかりつけ医および認知症サポート医の養成人数

III. 現在の課題と今後の計画

認知症疾患医療センターが認知症医療等の拠点としての役割を担ってきたこともあり、各地域における認知度が向上していることで、患者数の増加や関係機関が開催する関係事業等に協力する機会も増えてきている。一方、このため、本来業務である関係先訪問等に十分な時間の確保が難しくなっている。このような状況から、各センターの外來新患の待機状況は1ヶ月から2ヶ月と患者や家族、患者を紹介するかかりつけ医等から長期の待機となっていると指摘を受けている。各センターは新患の診断には検査も含め半日程度要する状況であり、待機期間を短縮することは困難な状況にある。対策として、事前に患者の状況の聞き取りを行い、診察の緊急性を見極め、緊急性の高い患者の診断をキャンセル等で空いた枠に入れたり、受診前の訪問や診察前に効率よく検査を行うなど、できるだけ円滑な診療ができるよう努めている。

また、認知症初期集中支援チーム事業については、困難ケースへの介入や認知症の評価等行う必要があることから、初期集中支援チーム実施市町村に基幹型センターから専門スタッフが出向き、オブザーバーとして指導、助言を実施している。今後の計画としては、平成 24 年度から取り組んでいる医療と介護の連携ツールのための連携パス（火の国あんしん受診手帳）について、特定の地域において歯科医師会や薬剤師会等の協力を得ながら、認知症医療や介護のみではなく、認知症患者に関わるすべての分野において、連携パスを通じて関係性を構築し、将来的な地域連携パスの IT 化についても検討中である。

これからも認知症患者の増加が見込まれる中、他の精神科病院等の専門医療機関とも協力して対応するとともに、かかりつけ医をはじめとした地域医療等全体の認知症対応力を更に高める必要がある。それと同時に、認知症疾患医療センターの拠点施設としての役割を充実させ、他の医療機関等との連携を強化させつつ、地域全体として認知症医療に係る水準を継続して向上させていく必要があると思われる。

執筆	熊本県基幹型認知症疾患医療センター（熊本大学医学部附属病院） 精神保健福祉士 小嶋 誠志郎 国立大学法人熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野 教授 池田 学
----	---

認知症疾患医療センター運営事業の概要

大分県の事例

大分県高齢者福祉課地域包括ケア推進班 吉田知可
 公益社団法人日本精神科病院協会／医療法人淵野会緑ヶ丘保養園 瀧野勝弘

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市：大分県

- 人口 116.5 万人 (H27.7.1) 65 歳以上高齢化率 29.6% (H26.10.1)
- ・ 18 市町村 (14 市 3 町 1 村) で構成 (平成の大合併前は 58 市町村：11 市 36 町 11 村)
- ・ 人口が最も多い市町村は大分市 (中核市 478,700 人)
- ・ 総面積約 6,340 km² 面積が最も大きい市町村は佐伯市 (九州一大きい市町村 903.08 km²)

認知症施策の概要

大分県では総合的な認知症施策を推進するため関係機関・団体からなる大分県認知症施策推進会議を設置 (委員 20 名)。大分県医療計画策定協議会の部会として、本会議が平成 24 年度から位置づけられ、認知症疾患医療センターの設置等についての検討がなされてきた。

また、大分県老人保健福祉計画・介護保険事業支援計画 (第 6 期) において、「認知症施策等の推進」を基本方針のひとつに定め、①本人・家族に対する支援の強化、②早期診断・早期対応の体制整備 (認知症疾患医療センター運営事業含む)、③医療・介護人材の対応力の向上、④権利擁護の推進 (成年後見制度の利用促進、虐待の防止、消費者被害の防止) を計画の柱として施策を展開している。なお、認知症疾患医療センターは平成 24 年のオレンジプランに基づき、二次医療圏に 1 カ所ずつ整備している。

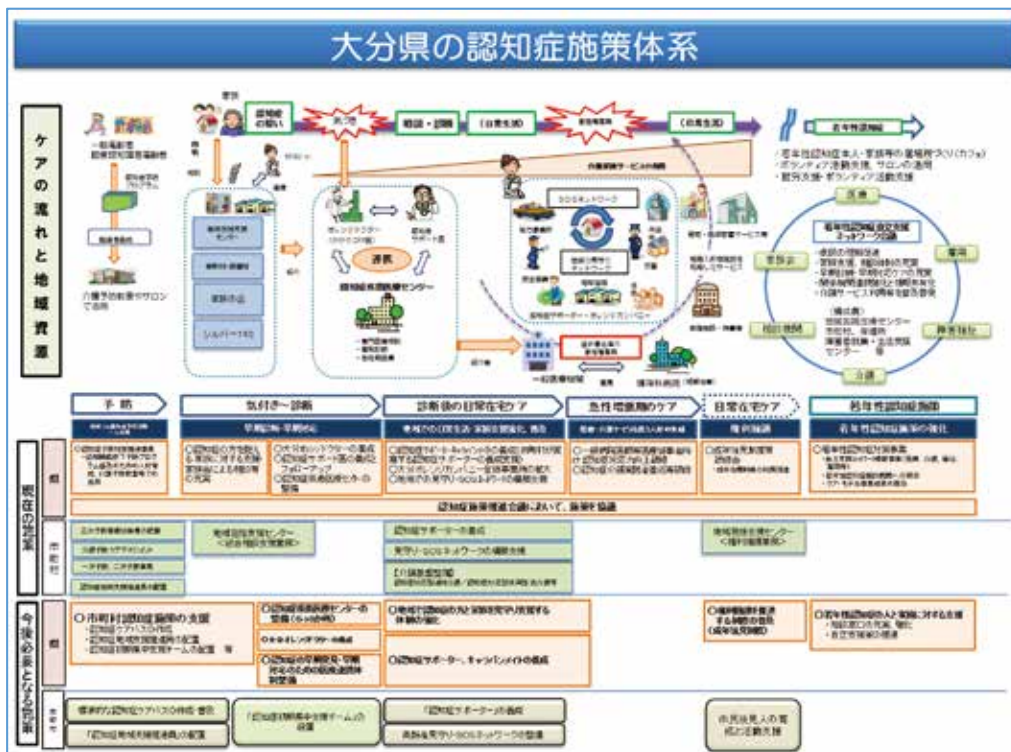


図1.大分県の認知症施策体系(別添)

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

大分県では二次医療圏（6圏域）のすべてに1カ所ずつ地域型認知症疾患医療センターを設置。医療法第30条の4第1項に基づく医療計画では、平成29年度までに県下に8カ所の認知症疾患医療センターを整備する予定となっている。

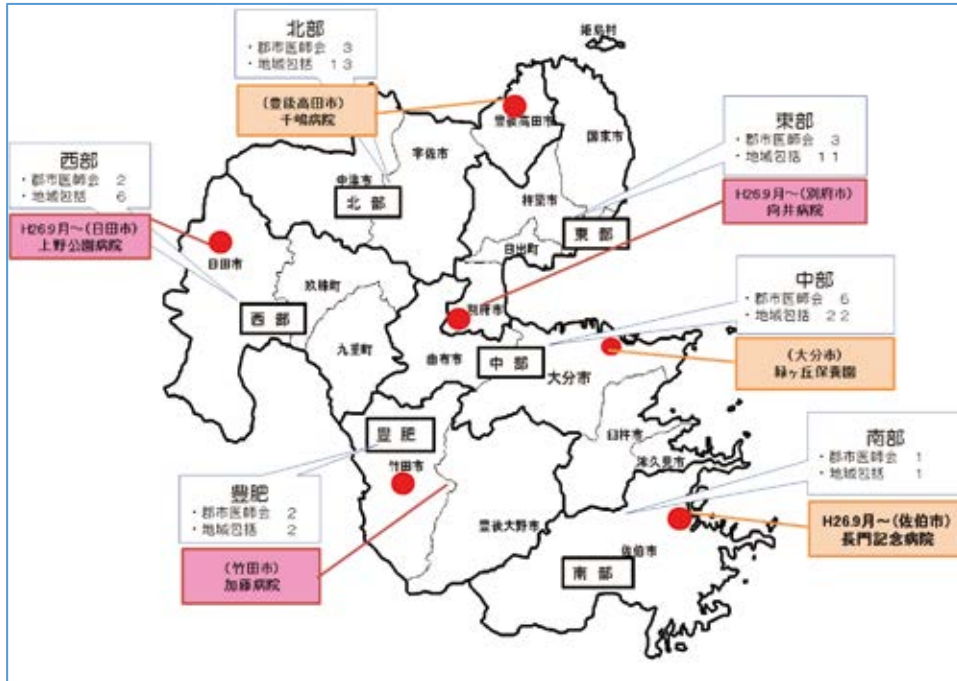


図2. 大分県の認知症疾患医療センター整備状況

表1. 大分県内の医療圏域と認知症疾患医療センターの整備状況

医療圏	構成市町村	人口 (人)	面積 (km ²)	認知症疾患 医療センター	認知症疾患医療 センター整備状況	
					計画	指定済
中部	大分市, 臼杵市, 津久見市, 由布市	570, 673	1, 191.07	緑ヶ丘保養園 (H21.4月～)	3	1
豊肥	竹田市, 豊後大野市	62, 950	1, 080.95	加藤病院 (H25.8月～)	1	1
北部	中津市, 豊後高田市, 宇佐市	166, 860	1, 136.94	千嶋病院 (H25.8月～)	1	1
西部	日田市, 九重町, 玖珠町	97, 263	1, 224.04	上野公園病院 (H26.9月～)	1	1
南部	佐伯市	76, 038	903.52	長門記念病院 (H26.9月～)	1	1
東部	別府市, 杵築市, 国東市, 姫島村, 日出町	217, 704	803.19	向井病院 (H26.9月～)	1	1
6圏域	14市3町1村	1, 191, 488	6, 339.71		8	6

大分県では、老人性痴呆疾患センターとして平成 5 年度 1 カ所を整備（国の事業廃止を経て、平成 21 年度に再度指定）。長期にわたり県内に 1 カ所という状況が続いていたが、平成 25 年から各医療圏への整備を開始。

現在整備済みの認知症疾患医療センター 6 カ所はいずれも地域型であり、1 カ所は一般病院、5 カ所は精神科病院となっており、基幹型及び診療所型の類型については指定していない。今後は、医療計画に基づき、中部医療圏に認知症疾患医療センターを追加指定する予定である。

② 拠点機能

大分県で現在指定している認知症疾患医療センターについては、専門的医療機能に加え、地域連携拠点機能を求めており、独自の類型化は行っていない。

また、どの地域からも概ね 60 分以内に圏域内の認知症疾患医療センターへアクセスが可能な状況である。

【地域型認知症疾患医療センターの機能】

（「厚生労働省 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱抜粋」）

（1）専門的医療機能

- 1) 鑑別診断とそれに基づく初期対応
- 2) BPSD や身体合併症に対する急性期対応
- 3) 専門医療相談（初診前医療相談、情報収集・提供）

（2）地域連携拠点機能

- 1) 認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営
- 2) 研修会の開催

③事業の質の管理

事業の質を確保するため、県内の認知症疾患医療センター担当者の連絡会を開催（平成 27 年 3 月）。情報交換や事業評価（各センターの実績報告に評価指標を組み込むことができないかなど）を検討している段階である。なお、既存の「大分県認知症施策推進会議」（委員構成は表 2 を参照）を「都道府県認知症疾患医療連携協議会」として開催するとともに、各センターが圏域で開催する「認知症疾患医療連携協議会」に参加して、各センターの事業実績や地域の関係機関・団体との関係機関との連携状況、地域の課題等、事業の実施状況の把握に努めている。

しかし、各医療圏により医療資源に偏りがあり、各センターが地域の医療機関とどのような連携をとっているのか、地域の医療機関を対象とした人材育成や認知症に関する医療の向上にどこまで関与できるかの把握、評価ができていない。

このため、県が平成 26 年度から急性期病院対象に出前型で実施している「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」において、必ず各センターを紹介する時間を確保し、急性期病院の医師、看護師をはじめとする医療従事者へセンターの周知を行っているという状況である。

表 2. 大分県認知症施策推進会議委員

選任区分	団体名等
医療・保健	大分県医師会 大分県精神科病院協会 大分県認知症疾患医療センター 大分県立病院 大分県老人保健施設協会 認知症サポート医
介護	大分県老人福祉施設協議会 大分県介護福祉士会 大分県介護支援専門員協会 大分県地域包括・総合相談・在宅介護支援センター協議会
学識経験者	大分大学教育福祉科学部 大分大学医学部看護学科 大分大学医学部神経内科学講座
地域	認知症の人と家族の会大分県支部 大分県民生委員児童委員協議会 大分県老人クラブ連合会 かかりつけ医 認知症キャラバン・メイト
行政	大分県保健所長会 市町村代表

III. 現在の課題と今後の計画

大分県では医療計画上の設置目標 8 カ所に対して 6 カ所を整備。今後は、大分市（中核市）を含む大規模医療圏の複数配置に向けて検討を進めているところである。

県が平成 26 年度にかかりつけ医の認知症専門研修受講者を対象としたアンケート調査では、9 割以上が認知症の人に対する日常診療で困ることがあると回答していた。具体的には「本人への対応」の他、「急性増悪期に精神科医療機関に紹介する際の対応」、「鑑別診断のために医療機関へ紹介するも時間がかかる」ということであった。さらに、認知症の医療体制について行政に期待

することとして、「認知症疾患医療センターの機能強化」、「認知症の診断・治療に関するコンサルテーション」を求める声が多かった。

このような状況をふまえると、今後は、認知症疾患医療センターの機能の評価に加え、県が認知症疾患医療センター長連絡会議等を設置し、センターの機能強化のために地域の医療機関や介護事業所と連携していくための方策を検討するとともに、認知症初期集中支援チーム（大分県では平成27年度までに10市町でスタート）とのコラボレーションや専門医療機関としての機能を発揮するための環境整備を進めていくことが重要であると考えます。

また、今後のセンター整備するセンターの類型（基幹型・地域型・診療所型）を検討し、認知症の医療提供体制を充実させていくためには、認知症の医療に関する様々なデータを収集し、客観的に現状分析していくことも大きな課題となっている。

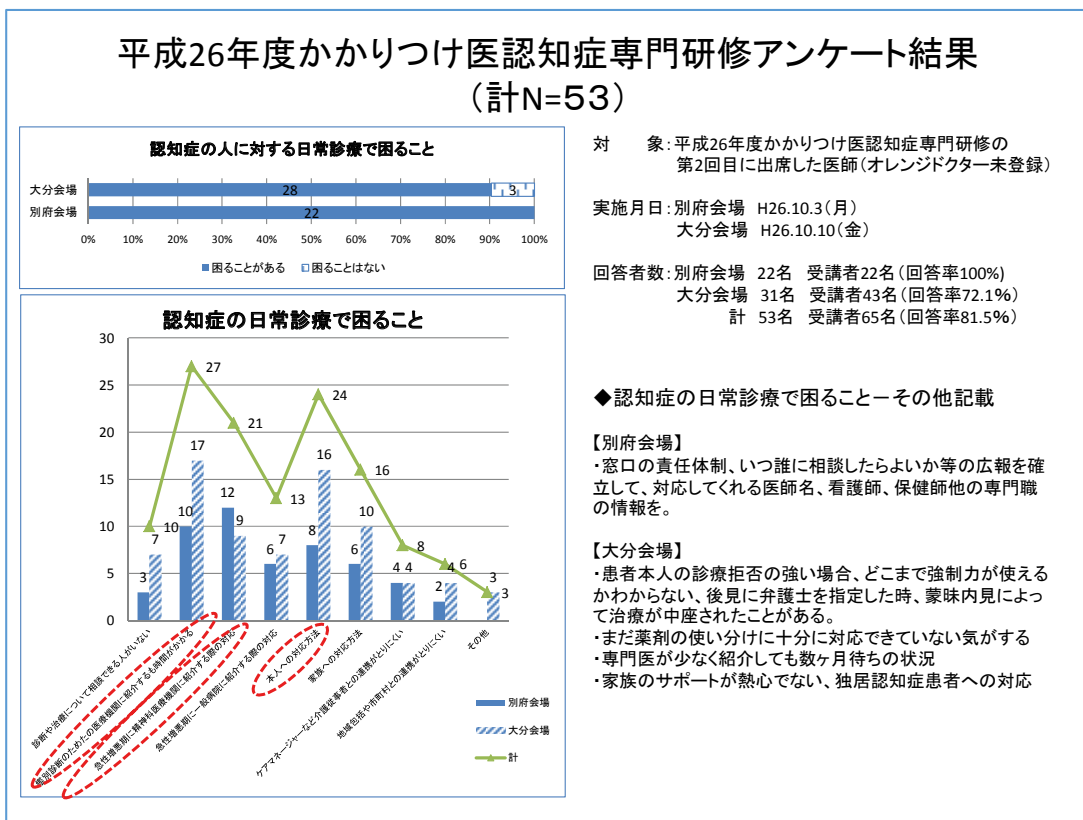


図 2. 平成 26 年度かかりつけ医認知症専門研修アンケート結果

執筆	大分県高齢者福祉課 地域包括ケア推進班 副主幹 吉田 知可
	公益社団法人日本精神科病院協会／医療法人淵野会 緑ヶ丘保養園 常務理事／院長 淵野 勝弘

Ⅱ. 指定都市・市区町村

認知症疾患医療センター運営事業の概要

大阪市の事例

大阪市立弘済院附属病院 兼 大阪市福祉局高齢者施策部 中西亜紀

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市 : 大阪市（指定都市）

認知症施策の概要

大阪市は、人口 2,698,024 人（平成 27 年 7 月現在）、高齢者人口 648,232 人、高齢化率 24%（平成 25 年 11 月現在）、24 区からなる政令指定都市である。本市も例外なく高齢者増加の一途を辿り、大阪市福祉局による推計認知症患者は、平成 19 年度 44,452 人が平成 25 年度には 60,534 人に増加した。面積は 221.30 km² と狭く人口密度は政令指定都市で最も高く 11,952 人/km²（平成 27 年 7 月）、街並みは川が多く緑地が少なく、住宅地、工業、商業地域が混在もしくは隣接し、都市部特有の課題が山積している。

認知症と関連する大阪市の特徴は、高齢者世帯に占める独居率が日本一高い政令指定都市であることで、平成 22 年度国勢調査では高齢者世帯の 40.2%が独居、27.2%が高齢者夫婦世帯である。認知症の疾患特性を考えると、独居では早期発見・治療が遅れやすく、在宅療養困難をきたしやすいため、医療・介護・福祉ネットワークの構築は特に重要である。もう 1 点の特徴は、大阪市内に精神科病床が極端に少ないこと（0.9 床/万人《全国平均 21.8 床》平成 22 年度）がある。大阪府南部など周辺他都市には精神科病院が多いが、大阪市内は精神科病床 241 床のうち 191 床が総合病院の病床である。

大阪市では、平成 14 年 9 月に「痴呆性等高齢者サポート事業」として、各区在宅サービス支援センターを窓口とした対応困難な痴呆性高齢者への支援が開始され、保健センターなどの関係機関や地域と連携を図り、各種サービスの調整や緊急的対応、見守り支援、家族支援などの取組が行われるようになった。しかしながら、高齢化の進行とともに対象者の増加が予測されることも鑑みて医療ネットワークの必要性が提言され、平成 16 年 9 月 4 日「大阪市痴呆サポート医療ネットワークにかかる研究会」（参加者：医師、病院相談員、基幹型在宅介護支援センター相談員、行政、社会福祉協議会等）が発足し、まず次の活動を行うこととした（①非専門医への研修、認知症医療サポート体制への具体的課題の把握、②福祉系職員から医療機関への適切な情報提供方法の検討、③区レベルでの医療・福祉のネットワークづくりのために医師会と福祉機関が連携した講演会などの実施）。以後研究会は年数回開催され、大阪市域の認知症医療の現状・課題の把握、保健・医療・福祉連携のあり方の検討を行い、認知症の経過に応じたマネジメントに適時適切な部署が関わるための仕組みづくりを目指してきた。

平成 20 年度、大阪市独自事業として、まず 3 区で区単位の「認知症高齢者支援ネットワーク事業」が開始された。これは、地域包括支援センターが事務局となり連携協議会を立ち上げ、市民対象ならびに多職種での研修実施が要件となっていた。翌年には新たな 5 区で展開され、初年度の 3 区は「認知症地域ケア他職種共同研修事業」、翌年目「認知症高齢者地域ケア推進

強化事業」と名前や方法を変えて移行する方式で、市内 24 区に事業展開された。平成 25 年度には市内全域 24 区が「認知症高齢者支援地域連携事業」に統一され、事務局は医師会に設置された。構成員は地区医師会、中核病院、認知症疾患医療センター、区役所、区内地域包括支援センター等のほか、消防や警察、家族会などの参加がある地域もある。認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う認知症サポート医とかかりつけ医と地域包括支援センターを核として、各区における認知症高齢者支援ネットワークを活用し「認知症等高齢者支援ワーキング」を実施するとともに、地域毎の課題に対応した啓発事業を行うなどこれまでの取組みの継続発展が求められてきているが、近年は、認知症のみに関わらないいわゆる「在宅医療連携」との発展的統合が課題となっている。

大阪市の認知症疾患医療センター運営事業は、平成 21 年 7 月に、4 月に遡る形で開始され、大阪市立弘済院附属病院、ほくとクリニック病院、大阪市立大学医学部附属病院の 3 センターが指定された。もともと、大阪府域には老人性痴呆センターは 1 か所しかなく、担当していた病院は認知症疾患医療センターへは移行しなかった。現在、本事業は保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとし、すべて地域型で運営されている。大阪市立弘済院附属病院については、大阪市直営機関であることから、認知症初期集中支援モデル事業/推進事業等の他の認知症施策推進にも直接参画するとともに、医療・介護施設併設であることを活かして各種人材育成機関としての役割を担っている。

認知症疾患医療センターの担当する市内 3 エリアについては、エリアごとに、認知症地域支援推進員と嘱託医 2 名（認知症サポート医である一般身体科および精神科の医師）を配置し、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターとの連携を図るとともに、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐなど、地域における認知症高齢者とその家族を支援する相談支援や支援体制を推進するための認知症対策連携強化事業が実施されている。

その後、国のオレンジプランが推進され認知症にかかる施策が強化される中、平成 26 年度からは大阪市福祉局高齢者施策部高齢福祉課に認知症施策担当課長と担当医務主幹を配置して、認知症施策に特化した部署を設置した。また、同年度、東淀川区で認知症初期集中支援チームモデル事業を実施、都市における本事業実施の課題を抽出し、本市における事業展開の方向性を検討した（<http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000312865.html>）。同事業は平成 27 年度には認知症初期集中支援推進事業として 3 区で展開し、28 年度には 24 区全市展開を予定している。全市展開に際しては、3 か所しかない認知症疾患医療センターの各区チームへのバックアップ機能をどのような形にしていくかを模索しているところである。

平成 27 年度の大阪市認知症施策一覧を図 1 に示す。

平成 27 年度認知症高齢者支援の取組みについて

～認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを目指して～

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の方ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の方やその家族が安心できるよう、標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

拡充

(1) 認知症初期集中支援推進事業

認知症の方やその家族を訪問し、初期の適切な支援を行うため、医療・介護・福祉専門職と専門医で構成する「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センターに設置し、認知症の早期発見・早期診断・早期対応に向けた支援を行う事業を3区(東淀川区・城東区・東住吉区)で実施する。

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

かかりつけ医に、適切な認知症診断の知識・技術などの習得に資する研修を実施することにより、認知症サポート医の連携の下、地域包括支援センターなどの関係機関と連携を図るなど、医療と介護の一体な認知症の人への支援体制の構築を目指す。

(3) 認知症地域医療支援研修事業

市内の基本保健医療圏(4圏域)ごとに、市内のかかりつけ医等を対象に、認知症の早期段階でのケアマネジャーや地域包括支援センターとの連携、介護サービスに関する知識、権利擁護制度など、地域の認知症介護サービス諸機関との連携の強化につながる内容の研修を実施する。

(4) 認知症サポート医養成研修

認知症の方の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、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を養成することにより、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の方への支援体制の構築を図る。

(5) 認知症サポート医フォローアップ事業

かかりつけ医への助言や地域の関係機関との連携促進の役割を期待されるサポート医に対し、市内の医療資源の状況を踏まえた連携のあり方や、周辺症状への影響に配慮した身体疾患の管理等に関する医学的知識等を習得するための研修等を実施し、サポート医の連携・機能強化を図る。

(6) 認知症疾患医療センター運営事業

認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、「認知症疾患医療センター」として3病院(大阪市立弘済院附属病院、ほくとクリニック病院、大阪市立大学医学部附属病院)を指定し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する。

3 認知症高齢者を地域で支える医療・介護サービスの仕組みづくり

(1) 認知症等高齢者支援地域連携事業

認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う認知症サポート医と日頃から受診する診療所等の主治医(かかりつけ医)と地域包括支援センターを核として、各区における認知症高齢者支援ネットワークを活用し「認知症等高齢者支援ワーキング」を実施するとともに、地域毎の課題に対応した啓発事業を行う。

4 認知症に関する正しい理解の普及啓発と地域での日常生活・家族支援の強化

(1) 高齢者相談支援サポート事業

① 相談支援事業

地域包括支援センター等に対して、認知症をはじめ、複合的な課題を抱える対応の難しい個別具体事例への支援方法について、専門的かつ総合的な助言・指導を行う。

② 認知症サポーター等養成事業

認知症を正しく理解してもらい、認知症の人や家族を温かく見守る応援者である認知症サポーターを養成し、認知症になっても安心して暮らせるまちを目指す。また、認知症サポーターの講師役となるキャラバンメイトを養成する。

(2) 認知症対策連携強化事業

市内を3エリアに分割して認知症地域支援推進員と嘱託医(認知症サポート医)を配置し、認知症患者医療センター、地域包括支援センターとの連携を図るとともに、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐなど、地域における認知症高齢者とその家族を支援する相談支援や支援体制を推進する。また、医療・介護サービスを含む一体的な生活の支援が必要であることから、認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等を実施し、認知症ライフサポートモデル(認知症ケアモデル)の推進に取り組む。

新規 (3) 認知症高齢者見守りネットワーク事業

認知症の方が、徘徊等により行方不明となった場合に、早期発見・保護につなげるための仕組みづくりを行い、警察捜索の補完的なものとして、協力者にメール等で氏名・身体的特徴等の情報を一斉送信し、捜索の一助とする。

新規 (4) 認知症カフェ運営支援事業

認知症の方とその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場である認知症カフェを普及定着させるため、医療職や法律家等を派遣し、認知症カフェの運営支援を行う。また、認知症に関する正しい知識と理解の普及とを目的として、認知症チェックリストを作成し配付する。

新規 (5) 認知症緊急ショートステイ事業

介護者の入院等、突発的な事由により在宅生活が一時的に困難となった方を福祉施設で受け入れ、介護サービスを提供する緊急ショートステイを実施し、認知症の方を介護するご家族の負担を軽減する。

(6) 徘徊認知症高齢者位置情報探索事業

徘徊を伴う認知症高齢者を介護する家族等に対し、位置情報探索機器を貸与し、徘徊時の位置情報確認及び高齢者保護を容易にすることにより、介護する家族等の負担を軽減するとともに、認知症高齢者の福祉の増進を図る。

5 若年性認知症施策の強化

若年性認知症への理解を深めるための普及・啓発に努め、若年性認知症の方の状態に応じた適切な支援が受けられるよう相談体制の充実や就労等を含めた支援体制の構築を目指す。

6 医療・介護サービスを担う人材の育成

(1) 認知症介護指導者養成研修

認知症介護指導者(認知症介護実践研修等の研修企画・講師や専門職のネットワーク構築の中心的存在)を養成する。

(2) 認知症介護指導者フォローアップ研修

認知症介護研修の企画・立案、講師を担う認知症介護指導者に対し、最新の認知症介護に関する高度な専門知識及び技術の習得のための研修を実施する。

(3) 認知症介護実践研修

介護を提供する事業所を管理するものや実務者等に認知症の方の介護に関する専門的な研修を実施することにより、認知症の方への介護サービスの技術向上を図る。

(認知症介護実践者研修)

介護実務経験者に対する認知症介護の理念、知識及び技術の習得のための研修

(認知症介護実践リーダー研修)

実践者研修修了者に対するリーダー養成研修

(実践リーダーフォローアップ研修)

認知症介護実践リーダー研修修了者に対する、専門的なフォローアップ研修

(認知症介護研修修了者ネットワーク支援)

各区の認知症介護指導者や実践リーダーを中心とした活動支援

(4) 地域密着型サービス認知症介護研修

地域密着型サービス開設予定者に対する研修を実施する。

新規 (5) 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修

一般病院に勤務する医師、看護師等の医療従事者に対し、認知症高齢者や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識について修得するための認知症対応力向上研修を実施する。

(6) 認知症高齢者支援ネットワークへの専門的支援事業

大阪市立弘済院が認知症の専門医療機能と専門介護機能の一体的な提供によりこれまで培ってきたノウハウを活用し、医療職員等へ専門的技術や知識を研修等を通じて伝達する。

Ⅱ. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

大阪市は全域が1つの2次医療圏からなるが、人口2,698,024人（平成27年9月現在）と規模が大きいこと等から、4基本医療圏に分けられている。しかしながら、認知症疾患医療センターは、認定当時は人口80万人あたり1つと目算されたことから、医療圏とは別に、高齢者人口分布などをもとに3エリア（北エリア8区、中央エリア10区、南エリア6区）に分けて、3センターがそれぞれ分担することとなり（図2）、各エリアに連携担当者（認知症地域支援推進員）1名と嘱託医1名（後に一般身体科1名と精神科1名に増員）が配置された。嘱託医と連携担当者は定期的に面談し、事例検討を行うとともに、エリアごとの活動に参画している。

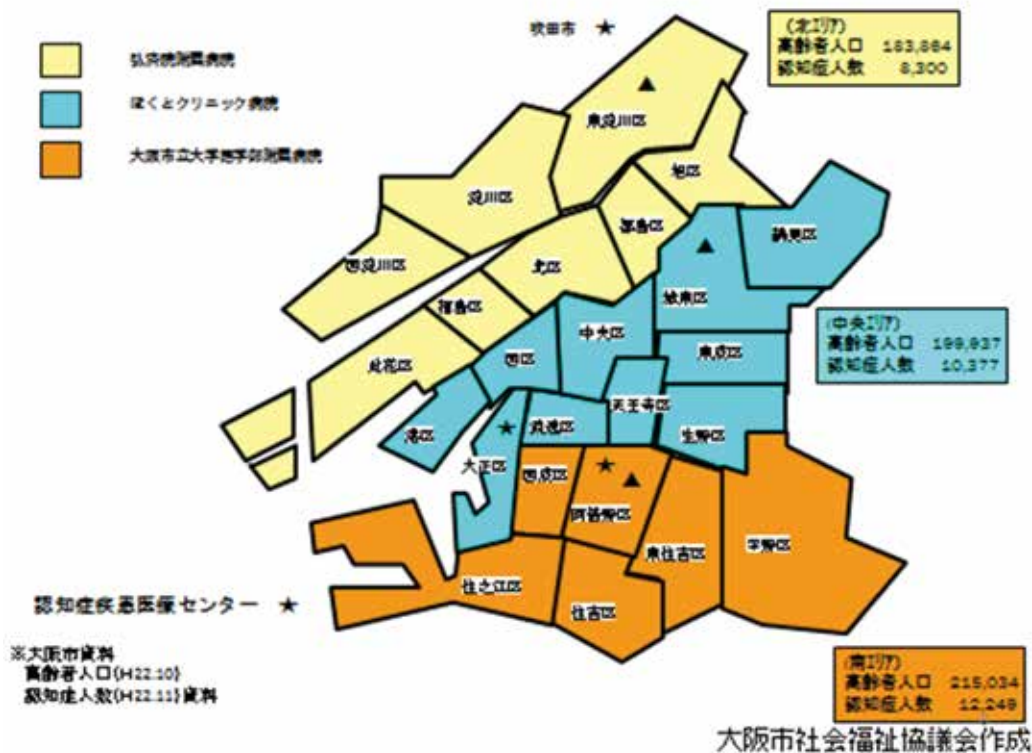


図2 大阪市の認知症疾患医療センターと担当地域

エリア単位の活動としては、それぞれのセンターが一般病院、精神科単科病院、大学病院と機能が全く異なることから、将来的にはそれぞれの強み弱みを補てんしあう関係をめざしながら、それぞれの特徴を活かした活動をおこなうことし、エリア単位での連絡会は年2回、連携担当者の配置された大阪市社会福祉協議会と認知症疾患医療センターで共催することとなっており、事例検討や課題を設定しての議論（例：H27年度北エリアは若年性認知症についてアンケート調査の実施とシンポジウム開催）などがなされている。

② 拠点機能

大阪市は、平成 21 年度の指定当時から、3 センターを等しく国基準の地域型とし、行政区を人口割りした独自の担当エリア分けを行い分担としてきた。しかしながら、3 センターは、病院機能も規模も全く異質な 3 病院であり、医療資源な豊富な地域であるという特徴にも支えられ、それぞれの特徴に応じた診療を行っているのが現状である。人口過密地域であることから鑑別診断にかかる患者数は 3 センターとも非常に多い (図 3)。

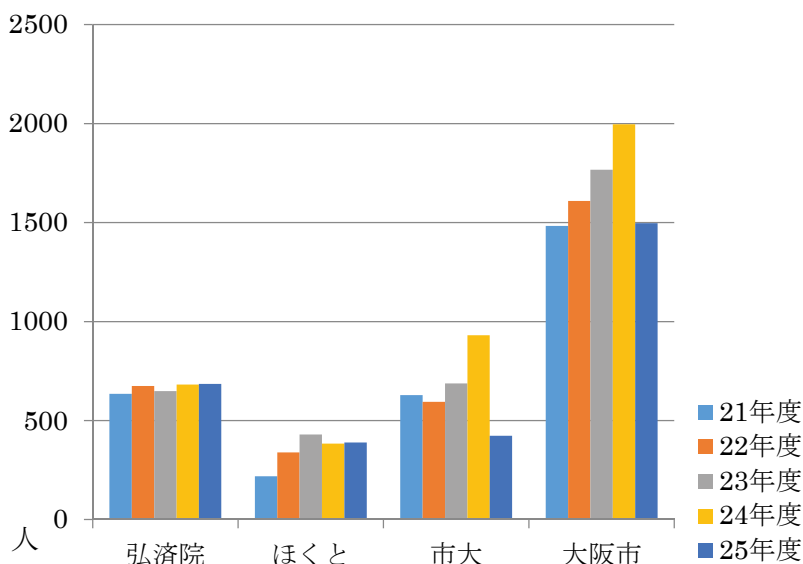


図 3 大阪市の各認知症疾患医療センターの鑑別診断数

しかし、鑑別診断などの診療以外の機能については、大阪市立弘済院附属病院については、大阪市直営であることから、認知症初期集中支援チームモデル事業へのチーム員派遣など具体的な施策展開への参画や、人材育成に際しての実習受け入れや講師派遣などを担当し、大阪市の認知症施策推進に直接関与している。

	担当エリア	病床区分/病床数	特徴	拠点機能
大阪市立弘済院附属病院	北	一般病床/90 床	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪市直営 ・特養併設 ・センター長が行政兼務 	人材育成, 認知症施策の直接的担当 (人材派遣, 研修担当 (施設実習含)) 図 1 : 2(1), 6(6)他)
北斗会ほくとクリニック病院	中央	精神科病床/50 床	<ul style="list-style-type: none"> ・市内唯一の精神科病院 ・隣接市に母体病院 	
大阪市立大学医学部附属病院	南	特定機能病院 一般病床 845 床/精神科病床 38 床	<ul style="list-style-type: none"> ・大学病院 ・PIB-PET 保有 	

図 4 大阪市の各認知症疾患医療センターの特徴

③ 事業の質の管理

大阪市としての事業評価は行えていない。各医療機関の診療機能以外についての事業運営は、以下のように行っている。

1) 情報共有の場

大阪市域全体で情報を共有するために、大阪市認知症疾患医療センター連携協議会を行政主導で年2回開催している。この会は、福祉局高齢者施策部高齢福祉課（認知症施策担当）とところの健康センターが共催で開催しており、さらに医療計画担当などが必要に応じて参加し、新たな施策などの情報共有を行っている。福祉行政が管理する所属では精神医療などの情報が入りにくいなどの現状があるため、機関により情報が偏らないようにこの会を活用している。また、認知症疾患医療センターの医師ならびに相談員のほかに、大阪府医師会、エリア嘱託医、認知症地域支援推進委員、地域包括支援センター代表なども参加し、それぞれの情報共有とともに課題に対する議論の場として運営している。

府域全体の情報共有を目的とした大阪府認知症疾患医療センター連絡会を立ち上げたが、府担当者の交代などの中で休眠状態となっている。

2) 情報発信機能

認知症疾患医療センターの情報発信については、年1回「大阪市認知症セミナー」を3センター持ち回りで開催することとして、第1回の大阪市立弘済院附属病院担当から順次開催している。これは、持ち回りにすることで、お互いの開催手法等を知ることができている。

3) 具体的な連携機能の推進

各認知症疾患医療センターの相談員、地域包括支援センターなどを対象として、市域全体で年1回、エリアごとに年2回、認知症地域支援推進員と嘱託医等が、情報共有とともに事例検討会等を実施している。

また、認知症疾患医療センター運営事業開始当時に、すみやかな医療・介護連携を行うためのツールとして、連携担当者中心となり、認知症疾患医療センター、大阪府医師会等と協議して「受診のための連携シート https://www.osaka-sishakyo.jp/nintisyo_taisaku_detail/」を作成した。これは主に福祉職が持つ情報を医療側に適切に提供することを目的とし、初心者でも容易に記入できるようチェック式としたもので、その後見直しを重ねてきている。

Ⅲ. 現在の課題と今後の計画

(1) 課題とその今後について

現在、大阪市の認知症疾患医療センターについて、次のような課題がある。

- 1) 3センター（大阪府内も全て）とも等しく国基準の地域型としていること。
- 2) 認知症疾患医療センター設置圏域が医療圏との不一致。
- 3) 人口に比し少ない設置数。
- 4) 認知症診療を行っている病院との具体的な連携システムの構築。

まず、1)については、現時点での基幹型認知症疾患医療センター設置基準を考えると、若干の空床確保で、大阪市域全域の認知症者の救急医療機能が網羅できるとは考えがたい。救急医療

機能以外の、人材育成や情報発信機能等の認知症施策の推進に直接関与する領域において、拠点機能を持つセンターを明確に指定して、施策と連動してその機能充実をはかっていくことが必要であるとする。特に、人材育成については、長期的視野になった育成が必須である。

2)、3)については、今後在宅医療連携との異同を考えていく上でも、さらに活動しにくい状況が考えられる。拠点機能の明確化とともに指定医療機関数と担当圏域の再検討が必要である。

4)について、豊富な医療資源について、特に病院について福祉行政が把握しきれない状況がある。小地域で作成される資源マップや医療・介護連携の実態を踏まえて、認知症疾患医療センター担当圏域や隣接地域との連携の構築をはかる必要がある。

(2) 認知症疾患医療センターの、認知症疾患医療センター運営事業以外における役割について

1) 認知症初期集中支援推進事業

認知症疾患医療センターはチームから依頼される鑑別診断のみならず、事業参加する地域の認知症サポート医への後方支援機能が求められている。担当エリアが広いため実際に担当区全てに出向くことは不可能なため、エリア単位での情報共有の場への参画、市域全体の検討会議への参画のほか、認知症サポート医との速やかな連携をはかるための連絡方法を検討しているとともに、チーム員などへの研修機能を弘済院附属病院が担っていくこととなっている。

2) 一般病院勤務の医療従事者のための認知症対応力向上研修

H27年度から、3つの認知症疾患医療センターが大阪市と共催して開催した。今年度は規模の大きな医療機関内で、開催地となった医療機関の精神科医、院内の認知症ケア推進の先行病院の医師・看護師、行政医師が講師となり開催した。今後も各種人材育成に、その専門医療機能を活かしていく必要がある。

(3) その他

行政機能とは別に、3センターで協力して自らの研鑽を目的とした研究会も行われている。認知症医療の充実のためには、それぞれの医療機能のさらなる充足をはかるとともに、大阪市域の独自性を踏まえた行政のリーダーシップが必要である。

執筆	大阪市立弘済院附属病院 兼 大阪市福祉局高齢者施策部 副病院長 兼 医務主幹 中西 亜紀
----	---

認知症疾患医療センター運営事業の概要

堺市の事例

公益財団法人 浅香山病院 医療福祉相談室 柏木一恵

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市 : 堺市 (大阪府)
認知症施策の概要
<p>堺市は平成 20 年 4 月に政令指定都市の指定を受けた。そこで認知症疾患医療センターの管轄も大阪府から堺市に移管されたわけであるが、浅香山病院はすでに平成 2 年 6 月に大阪府から老人性痴呆疾患センター（後に認知症センター）の指定をうけており、堺市は浅香山病院が独自に行っていた外来部門における鑑別診断、BPSD の治療、ソーシャルワーカーによる専門医療・福祉相談など、入院部門の認知症治療病棟での BPSD の急性期治療、精神科身体疾患合併症病棟で身体疾患の急性期治療、また、地域のかかりつけ医やケアマネジャー・介護スタッフを対象に定期的な研修会や講演会等などの機能を追認する形となった。また平成 22 年 7 月に二つ目の認知症疾患医療センターの指定を受けた阪南病院もその機能をほとんど踏襲する形となった。しかしこれまで大阪府の管轄であったため行政との直接的なやりとりは皆無で、年 1 回の担当者会議で顔合わせする程度であった。行政との関係が希薄であったため、堺市の認知症地域連携システムの構築に関与することが可能となったのは、堺市から指定を受けてからである。その後国の要綱に基づき堺市認知症疾患医療連携協議会が発足し、堺市医師会、施設協議会、社会福祉協議会、堺市の認知症関連部署、学識経験者を構成員として、認知症疾患医療センター事情運営、認知症に関する情報発信・普及啓発、地域の認知症支援体制作りなどが協議された。平成 26 年には堺市認知症ケアシステム懇話会に統合され、認知症ケアパスの策定、認知症初期集中支援チームの設置など、堺市における認知症施策全般についての論議の場となっている。</p> <p>堺市は高齢者を取りまく現状として、高齢者の増加・働く世代の減少、認知症など介護の必要な人の増加、一人住まいや高齢者のみ世帯の増加、地域や近所のつながりの希薄化から今後さらに困難を抱える高齢者が大幅に増加すると見込んでいる。そのため平成 37 年を目途に地域包括ケアシステムの構築をめざし、堺市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（平成 27～29 年度）に高齢者施策として「7つの柱」①在宅ケアの充実 ②認知症支援の充実 ③高齢者が安心して暮らせるまち・住まい ④介護サービス等の基盤整備 ⑤介護予防の推進と新しい総合事業の実施 ⑥健康の保持・増進⑦高齢者の社会参加といきがいづくりの支援を推進しようとしている。このうち②の認知症支援の充実は、認知症ケアパスの作成・普及、認知症初期集中支援チームの設置、認知症サポーター・認知症キャラバンメイト、認知症地域推進員、さかい見守りメール、認知症家族等への支援や居場所づくりなどが挙げられており、認知症疾患医療センターもこの中に位置付けられている。</p>

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況

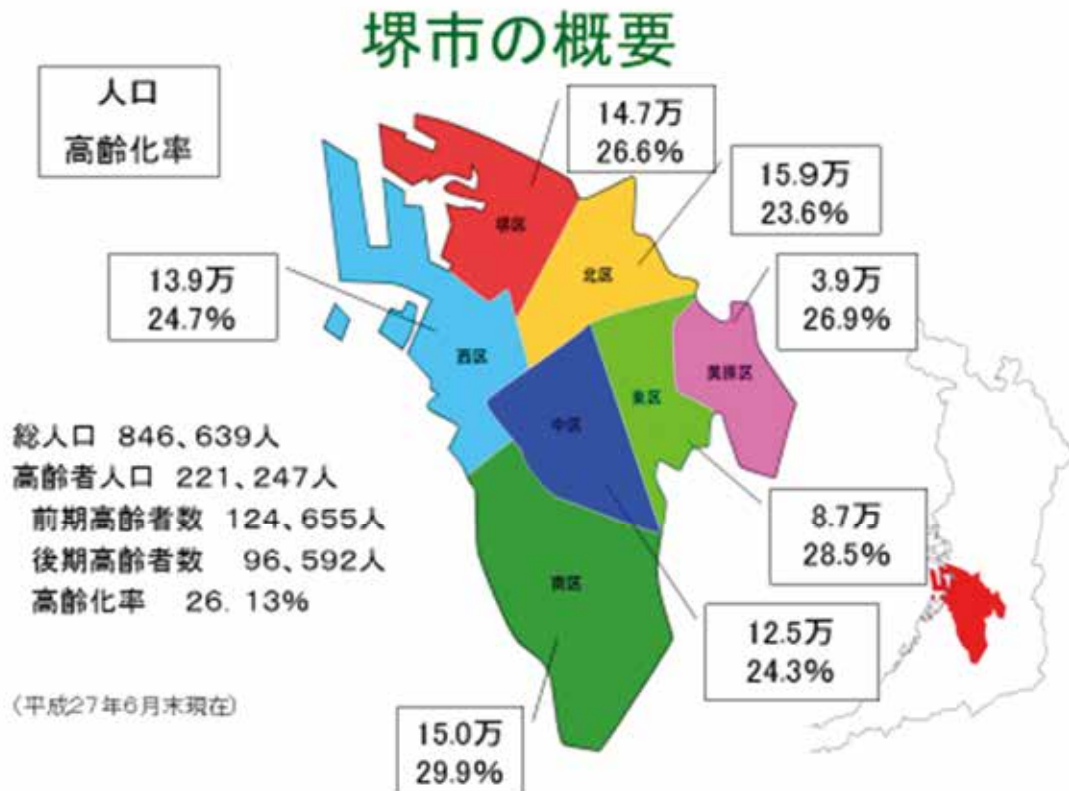
前述したように浅香山病院（総合病院）はすでに平成 2 年 6 月に大阪府から老人性痴呆疾患センター（後に認知症センター）の指定をうけ、平成 20 年 12 月には、堺市から認知症疾患医療センターの指定を受けた。平成 22 年 7 月には単科の精神科病院である阪南病院が二つ目の認知症疾患医療センターの指定を受けている。浅香山病院は堺市の北エリアにあたる堺区、北区、東区、美原区を、阪南病院は南エリアの中区、南区、西区を受け持っている。二つとも地域型認知症疾患医療センターで、浅香山病院は総合病院、阪南病院は精神科救急が充実した単科精神科病院という特性の違いはあるが、書式、連携ツール、統計の取り方なども共通で、研修会、協議会は共催しており、精神保健福祉士が日常的に連絡調整を行っている。

堺市認知症疾患医療センターの類型

	類型	活動圏域	医療機関の形態	指定要件
浅香山病院	地域型	堺区、北区、東区、美原区	総合病院	国の地域型に同じ
阪南病院	地域型	中区、西区、南区	単科精神科病院	国の地域型に同じ



ASAKAYAMA GENERAL HOSPITAL



② 拠点機能

堺市では当面基幹型センターの指定をする予定もなく、地域型を増やしていくことも考えてはいない。むしろ今ふたつある地域型認知症疾患医療センターを中心に、かかりつけ医とのネットワーク、専門医療機関との連携などを展開し、地域医療連携の要として疾患センターを位置付けている。

認知症疾患医療センターが堺市から指定を受けて以来、もっとも力を注いでいったことは、かかりつけ医との連携であり、情報の共有化を図るための共通シートの活用、かかりつけ医の認知症診断に関する相談役・アドバイス、かかりつけ医等の研修、医師会への広報・医師会ホームページへの協力などを行っている。

介護連携は地域包括支援センター（基幹型、地域型）の連携はむろんのこと、嘱託医を派遣し地域包括のアウトリーチ機能の強化にも寄与している。また平成20年、堺市医師会主導で発足した「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議（いいともネットさかい）」に参加し、医療と介護の関係者との相互連携に関与している。

平成26年10月からは浅香山病院に認知症初期集中支援チームが設置され、27年1月から活動を開始している。28年度からは阪南病院にも初期集中チームが設置される見込みである。対応困難事例などにアウトリーチ機能が有効に働くことで、様々な危機の回避や住み慣れた地域での暮らしを保障していくことを目指していく。

<基本的役割と事業内容>

◇期待される役割

1) 認知症における専門医療の提供機関

専門医療相談（専門医療相談ができる専門の部門）の配置
 鑑別診断とそれに基づく初期対応
 合併症・周辺症状などの急性期対応
 専門医療にかかる情報提供・専門医療施設との連携

2) 介護や地域医療との連携を進めるための中核的機関

かかりつけ医やサポート医への研修
 地域包括支援センター等の連絡調整
 地域の認知症医療に関する情報センター機能
 地域の連携体制強化のための協議会の開催

3) 平成 26 年度事業内容

認知症疾患にかかる外来件数及び鑑別診断件数

	外来件数	うち鑑別診断件数	入院件数
浅香山病院	7,079	704	327
阪南病院	4,543	409	134
計	11,622	1,113	461

専門医療相談件数

	電話	面接
浅香山病院	1,099	160
阪南病院	1,146	119
計	2,245	279

研修会開催状況

実施日	研修内容	参加機関	人数
H26. 12.6	認知症高齢者の終末期医療 ～「平穏死」という言葉が生まれたわけ～	医療機関, 薬剤師, 介護保険関係者, 地域包括支援センター, 行政など	94名
H27. 2.14	かかりつけ医スキルアップ研修「認知症 を支える地域医療」	かかりつけ医, その他	45名

講師派遣：年 9 回

委員派遣：いいともネット堺, 在宅医療ターミナルケア部会, 認知症ケアシステム懇話会
 研修会等への参加：浅香山病院年 6 回(13 名参加), 阪南病院年 7 回 7 名参加)

若年性認知症支援：支援者勉強会年 6 回, 家族教室年 1 回,

本人交流会・家族交流会（週 1 回, 浅香山病院のみ）

認知症疾患医療連絡協議会：認知症ケアシステム懇話会 6 回

③ 事業の質の管理

- 1) 実績報告書は堺市独自の様式で年 1 回提出している。平成 25 年に一度認知症疾患医療センターが公募となり、実績報告と今後の方向性について提出し、項目別に評価が点数化されたことがあるが、以後堺市から認知症疾患医療センターに対し、評価、指導されたことはない。
- 2) 専門医療相談を担う精神保健福祉士については、認知症関連だけでなく、法制度・サービス、面接技法など様々な関連する研修会に積極的に参加し、自己研鑽をつむと同時に、保健福祉・介護関係者や家族・一般市民等の講演会などの講師を担当し認知症に対する理解を広める役割を担っている。
- 3) 平成 26 年 9 月から認知症施策運営会議を開催。両疾患センターの精神保健福祉士、認定看護師、認知症地域支援推進員、地域包括支援センターの統括担当者、堺市高齢施策推進課の事務担当で、認知症ケアパスやリーフレットについての話し合いや研修会の情報提供、初期集中チームのフロー図や書式など具体的な事案について論議の場を設けている。この運営会議でまとめられたことを認知症ケアシステム懇話会に答申する仕組みである。この運営会議は疾患センター側から強く要請して復活（平成 21 年～25 年は実施）したもので、堺市の認知症施策や疾患センターの活動評価や両センターの情報交換の場ともなっている。

Ⅲ. 現在の課題と今後の計画

- 1) 堺市認知症疾患医療センターの母体である浅香山病院、阪南病院は鑑別診断機能、周辺症状外来対応・入院対応機能、地域連携機能、身体合併症対応機能を一応備えているが、質的にも量的にもいずれにも課題を抱えている。
- 2) 専門医療相談の件数が多く、それを担う精神保健福祉士が対応に追われている。また 9 割近くが電話相談であり、緊急性や家族背景、地域事情などどこまで把握できるか、また相談があっても受診につながらない事例など、今後は初期集中支援チームとの緊密な連携が必要である。
- 3) 受診にいたるまでの相談には精神保健福祉士が関与しているが、相談数の多さから受診時、受診後のフォローまで手が回らないのが現実であり、さらに鑑別診断後かかりつけ医に逆紹介した場合なども介護サービスをすでに使っていればまだしもであるが、時宜に応じた支援が受けられているかどうか把握することは難しい。人員配置の改善が望まれる。
- 4) 鑑別診断の待機が恒常的であり、待機中に状態像が変化して合併症を併発したり BPSD が出現して在宅困難になった事例もある。また早期診断・早期治療を希望する本人や家族の不安に即応できない。物忘れ外来を標榜する専門医療機関等の情報収集、ネットワークの構築が必要である。⇒診療所型センターの設置の必要やかかりつけ医の対応力向上も必要。
- 5) 認知症専門医の絶対数不足。精確な鑑別診断はもとより地域での生活を支えるためにタイムリーな医療介入や多職種チームとの関わり、介護との連携が可能な専門医の育成が急務⇒地域型単体では到底困難。基幹型センター設置で解決するか？⇒当面、連携に関してはコーディネーター役として訓練された精神保健福祉士、医療とケアの専門職である認知症認定看護師などを活用していく。
- 6) 物忘れ外来を標榜する機関であっても、鑑別診断のみで BPSD ができれば精神科受診を勧めたり、介護サービスの不足や不適切なケアからさまざまな問題が起きていても家族への支援や介護

関係者への連絡・助言などができない。ネットワークに対する意識も低い。専門医の定義をもっと実践的なものに改めるべきではないかと思う。

- 7) 身体合併症への対応は限定的。自院の身体科の医師であっても認知症者への理解は今一つ。自院、他院を問わず理解を深めるための仕組み、仕掛けの必要。
- 8) 認知症治療病棟、身体合併症病棟があるため、他の圏域からの入院要請も多い。退院調整をするにもネットワークが構築できていないために入院が長期化する傾向もあり。他圏域（特に大阪市）とのネットワークも課題の一つ。
- 9) 上記の課題を疾患センター単体で解決することはできない。医師会や行政との連携は必須である。また大阪府下の他の疾患センターの情報、地域の特性や相談員の質の担保がされているのか、地域包括支援センターとの協働はどうなっているのかなど、ほとんど入ってこない状況である。圏域と市民の生活圏は必ずしも一致していないため、府下全体で考えていく必要があると思われる。
- 10) 実務者中心で構成された認知症施策運営会議や多職種で構成されたいともねっと堺などで様々なアイデアを出し合い、認知症ケアシステム懇話会などの上部会議にボトムアップできる仕組みが有効に機能することで地域の認知症対応力向上を図る。疾患センターは縦横無尽に様々なネットワークに重要な役割を担っていく必要がある。

執筆	公益財団法人 浅香山病院 医療福祉相談室 精神保健福祉士 柏木一恵
----	--------------------------------------

認知症疾患医療センター運営事業の概要

国立市の事例

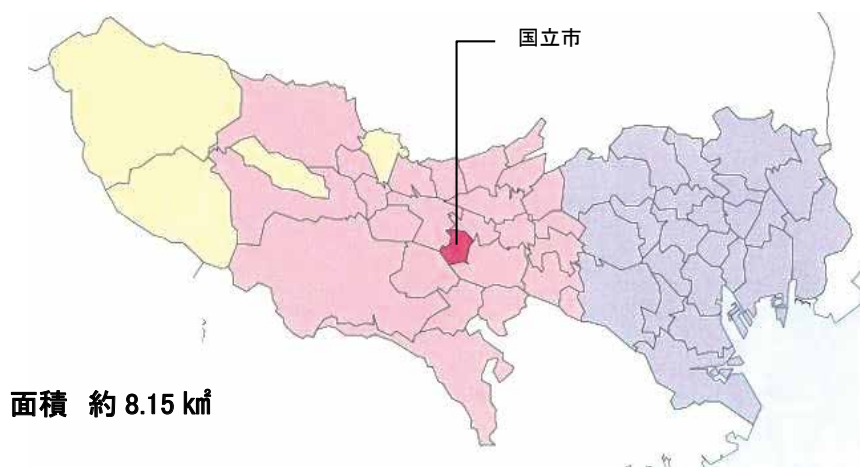
医療法人社団つくし会 新田クリニック 新田國夫

I. 基本情報

所在都道府県・指定都市 : 東京都 国立市
認知症施策の概要
<p>国立市の認知症施策【第6期介護保険事業計画（抜粋）】</p> <p>認知症施策の推進</p> <p>国立市の後期高齢者は、7798名[2015（平成27）年1月末現在]であり、このうち要介護認定者は2,435名（約31%）である。さらに認知症の疑いのある方（*認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上）は1,431名（約59%）を占める。</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上を認知症とすれば、要介護認定者の約78%を超える方が認知症であると考えられる。また、後期高齢者の約24%が認知症であるといえ、認知症で独居の方が384名いる。</p> <p>これからのさらなる認知症増加に対応するためには、地域住民、医療・介護等の専門職、行政が一体となって「認知症になっても住み続けられる地域づくり」に取り組む必要がある。そのための課題の明確化と具体策の検討は、国立市在宅療養推進連絡協議会において協議され、その結果、数々の事業として展開されている。今後も、介護家族を支援する「家族介護者交流会」、専門職が地域に出かけて行う「認知症市民勉強会」を継続し、そこに行けば認知症の情報を得られ相談にもつながる「認知症カフェ」を地域に展開していくこととする。</p> <p>また、同協議会において、高齢者が元気な時からMCI、認知症の初期、中期、後期に至る過程で、どのような支援がなされるかを「国立市認知症ケアウェイ（認知症 care-path-way）」にまとめた。同協議会に立ち上がった「認知症地域連携部会」において、さらなる具体的な認知症施策を検討していくこととする。</p> <p>また、新たに、認知機能の低下を早めに把握し医療と連携して支援する「認知症早期発見・早期診断事業」、個別の認知症問題に「認知症疾患医療センター」と協働して地域で解決する仕組みづくり、「認知症介護リーダー職」「認知症サポーター」が協力する中で認知症を地域ぐるみで支える具体策等を計画的に実施していくものとする。</p>

II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

① 設置状況



医療法人社団つくし会 新田クリニックは、平成 27 年 9 月 1 日より地域連携型認知症疾患医療センターとして東京都の指定を受ける。

※ 東京都内認知症疾患医療センターは東京都の資料を参照。

② 拠点機能

国立市では、これまで認知症を含む在宅療養支援体制づくりに取り組んできた。平成 20 年より東京都のモデル事業として「国立市在宅医療推進連絡協議会」を立ち上げ、在宅医療アンケート、研修会の企画を実施。

また、平成 23 年度からは国立市の委託を受け名称も「国立市在宅療養推進連絡協議会」に変更し、委員に市内及び近隣市の急性期医療等の専門職に参加していただき、医師、歯科医師、薬剤師、学識経験者、社会福祉協議会、歯科衛生士、介護職、市民、行政で構成されている。内容は多職種連携研修会の企画・実施、認知症独居や 24 時間対応の仕組みづくりの検討、情報共有ツールの ICT 化の検討、多職種による地域ケア会議、ケアマネ会議、市民勉強会（認知症の理解を促す市民啓発）、認知症カフェ、在宅療養ハンドブック作成等を検討・実施を継続。行政との連携も必要不可欠にて事務局体制を当法人と国立市で担っている。

平成 25 年には、厚労省のモデル事業「(仮称) 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業」(現認知症疾患医療センター) を当法人が受託。「国立市在宅療養推進連絡協議会」の分科会として「認知症医療支援診療所地域連携モデル実施委員会」を立ち上げ、国立市内の医師会・歯科医師会・薬剤師会・東京都・国立市・拠点型認知症疾患医療センター、当法人を委員として認知症に関する課題等において検討、三師会への認知症に関するアンケート実施 (図 1)。

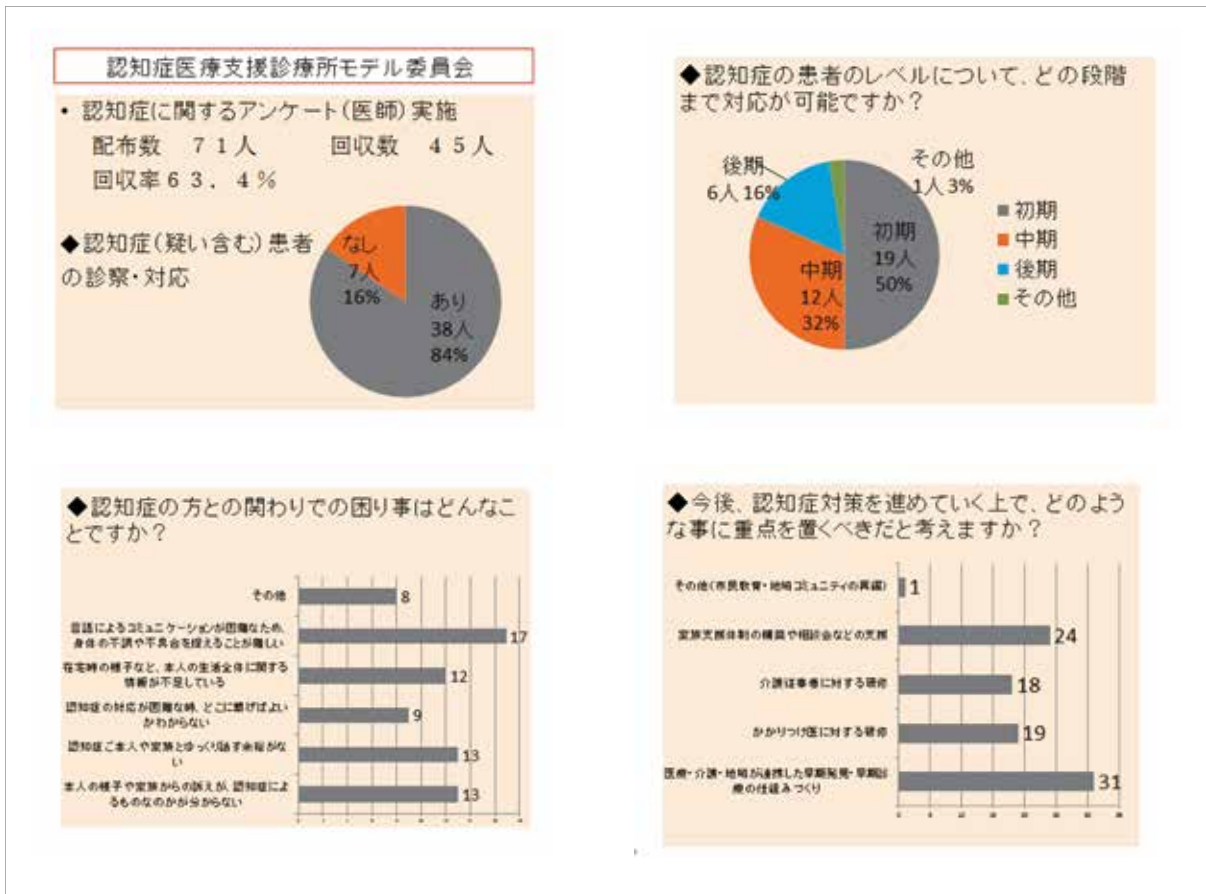


図1 三医師会への認知症に関するアンケート

また、国立市内の独居認知症の方の生活課題の明確化に取り組む。

<対象者の抽出>

75歳以上要介護認定状況マップ(図2)を元に、認知症独居高齢者288人(H25.1)のうち、「生活実態が独居」の方56人に対して、地域包括支援センターにて訪問を実施。

訪問による実態把握では、「病名、服薬・受診状況、住まい、身体・精神症状、社会的困難、家族の聞き取りと、DASC(認知症総合アセスメント)、Zarit(家族負担尺度)等」を行った。

訪問・検証から見えてきたことは、

- ①医療との連携
 - 状況を的確に医師に伝えられるか
 - 認知症をわかる医療の必要性
- ②家族支援
 - 介護負担軽減策
 - 家族間の意見・意向の相違に対する調整
- ③状態像の変化のキャッチ
 - 誰がキャッチしどこへつなぐか
- ④地域による支援の必要性
 - 制度の枠組みによる支援のみでは生活がなりたたない
 - 早期発見が難しい

訪問を通じての実践

- 1) 定期的な関わり：状況の変化をキャッチできるよう、ケアマネジャーと連携して状態を把握（ケアマネジャー支援を含む）
- 2) 認知症対応チームのレベルアップ：定期的に個別検討会議を実施し、認知症医がスーパーバイズ（指導・助言）。地域連携型認知症疾患医療センターからも担当スタッフが参加（アウトリーチ）
- 3) 市民・医療関係者・行政との協働・連携の充実
個別ケースのソーシャルワークを通じて、地域づくりへのアクションの必要性を認識
⇒同時進行を心掛けないと単発の個別支援で対症療法的に終わってしまう。

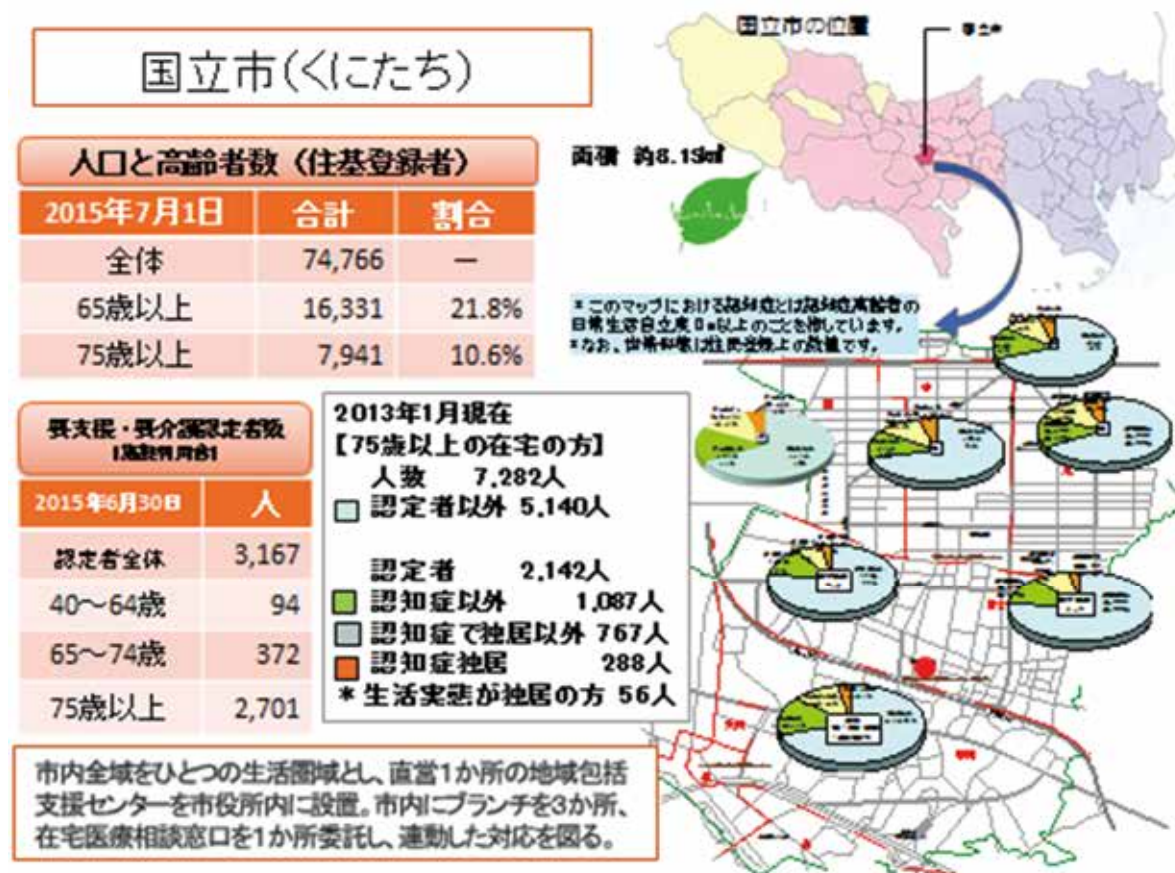


図2 75歳以上要介護認定状況マップ

各関係機関への支援

- 1) 地域包括支援センターとの勉強会

毎月1回地域連携型認知症疾患医療センターの医師及び看護師等が包括職員への勉強会を開催

- 内容
- ・地域包括支援センター内職員の連携方法
 - ・認知症の困難事例検討（スーパーバイズ）
 - ・地域包括ケアにおける地域包括支援センターの役割 等

地域包括会議(医師+包括CE+相談室)

目的: 包括支援センター職員が困っている事例を検討し、
包括職員の個別支援のスキルアップを図る

開催月	検討事例	人数
4月 24日	要介護4の認知症高齢者と精神疾患のある家族の事例	9名
5月 22日	他人の家に乗り込んでしまう鬱病・認知症 74歳女性	7名
6月 26日	91歳 都営住宅居住の認知症独居男性	10名
7月 24日	73歳 医療を拒否する心不全独居男性	7名
8月 28日	83歳 認認夫婦世帯の事例	11名
9月 25日	86歳男性 認知症BPSDで措置入院の退院支援	11名
計 6回		55名



2) 地域ケア会議

- ・地域連携型認知症疾患医療センター医師等がコーディネーターとして参加

地域ケア会議

目的: 高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていくために、多職種で事例を検討して地域包括ケアシステムの実現を目指す



参加者: 多職種

ケアマネジャー、歯科医師、歯科衛生士
看護師(診療所、訪問)、医師、リハビリ職員
薬剤師、SW、市役所職員、介護職員、施設職員、福祉用具、包括支援職員、市民等

開催月	テーマ	参加人数
6月 30日	高齢者の摂食・嚥下障害と栄養管理	45名
9月 11日	83歳認知症独居男性事例	44名

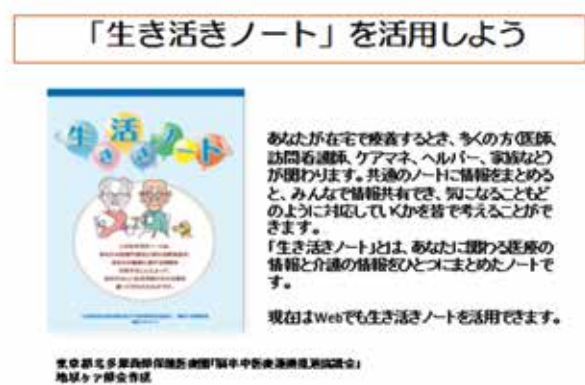
新オレンジプランへの国立市の取り組みと方向性

七つの柱	国立市現在の取り組み	今後の方向性
I. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	① a. 認知症の日 b. 市民向け勉強会 ⇒ I・IV・V・VI・VII ② 認知症介護家族間の話し合いの場「ひだまりの会」 ⇒ I・IV・VI・VII ③ 認知症カフェ ⇒ I・IV・VI・VII ④ 認知症初期集中支援チーム ⇒ I・II・IV・VII ⑤ a. 認知症サポーター・キャラバンメイト養成 b. 地域ケア会議 c. 認知症介護リーダー職研修 ⇒ I～VII ⑥ 若年性認知症家族の会「こもれびの会」 ⇒ I・III・IV・VI・VII	今後、国立市で地域住民が国立市で住み続ける事ができるように下記4点について検討 ○認知症ケアリーダー職研修 ○地域ケア会議 ○ケアマネ研修 ○市民啓発
II. 認知症の形態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供		
III. 若年性認知症施策の強化		
IV. 認知症の人の介護者の支援		
V. 認知症を含む高齢者に優しい地域づくり		
VI. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル・介護モデル等の研究開発及びその成果の普及推進		
VII. 認知症の人やその家族の視点の重視		

第4回認知症の日

設立目的：国立市では65歳以上の高齢化率が20%に達した平成24年に「世界アルツハイマーデー」の前後1カ月の祝祭日の1日を国立市認知症の日と制定。認知症や病気などで介護が必要になっても、国立市でくらし続ける事ができるように、老若男女を問わず世代を超えて支え合う事ができるようになる。





③ 事業の質の管理

事業の質の確保は、東京都が主催する情報交換会や拠点型認知症疾患医療センター主催の勉強会や情報交換会・認知症疾患医療センターの相談員研修会等にも積極的に参加を通じて、当センターの質の確保を目指す。

地域連携型認知症疾患センター内においては、定期会議の開催や研修会を通じ、センター・法人連携及び困難事例検討・対策を行う。

国立市内における認知症対策の質の確保は、国立市在宅療養推進連絡協議会を中心とし、当地域連携型認知症疾患医療センター及び行政等協同で、これまで実施してきた活動を継続し、随時評価していく。

Ⅲ. 現在の課題と今後の計画

上記のアンケートや認知症独居調査から国立市における認知症支援についての課題は、

- 医療・看護・介護・地域・行政が連携した早期発見・早期診断・初期対応のしくみづくり
- 認知症独居者の生活の全体像把握、継続的なかわり、多職種による支援の必要性。

→地域連携型認知症疾患医療センター・医療相談窓口・地域包括支援センターによる三者一体型認知症対応チーム（アウトリーチ）の実践と検証，地域連携型認知症疾患医療センターによる包括センターへの定期的なスーパーバイズ。

この「認知症対応チーム」の具体的な方向性は、

- ① 地域で生活することを前提とした支援体系とする。
- ②アウトリーチ支援で支えることができる当事者や家族の抱える様々な課題に対する解決を、「入院」という形に頼らない。
- ③当事者・家族の医療に対する信頼を築くためには、最初の医療との関わりが極めて重要であり、医療面だけではなく、生活面も含め、自尊心を大切にしている関わり方を基本とする。

とした。

2) かかりつけ医による認知症への医療および社会資源と介護保険制度の理解不足（教育体制の構築）市医師会，市歯科医師会，市薬剤師会への認知症に関するアンケート調査。

→認知症後期の対応，日常生活の把握，状態像の理解，相談場所，社会資源と制度の理解，家族支援体制の整備，MCI 対応と早期発見のしくみづくり。

3) 認知症サポート医の役割の再周知と徹底，専門診療科における認知症対応の困難さ。

→かかりつけ医をサポートする認知症支援体制づくり。

4) 地域連携型認知症疾患医療センターの周知。拠点型認知症疾患医療センターは二次医療圏に一か所という広域対応の困難。地域で解決することが重要。

→身近なところで診断，対応するセンター機能を地域におく。

（平成 27 年 9 月 1 日国立市内に地域連携型認知症疾患医療センター設置済み）

5) 地域包括支援センターの役割の周知：医療機関や市民が相談窓口としての包括センターの機能を知らない

→包括センターへ相談するとどうなるか，包括センターが何をできるのかについて，事例を用いて広く知ってもらい。地域ケア会議の活用。

6) 家族介護者の相談・支援体制づくり。どこで誰が相談にのるか，市の介護負担軽減策が急務，お互いに苦勞を話せる場が必要。

→認知症家族間話し合いの場の継続，認知症カフェの展開，市の家族支援策の検討。

7) 認知症独居生活を支える地域の理解と支援。

市民の認知症理解，多分野の事業者の認知症理解，住民による生活支援の必要性。

→市民勉強会の継続。専門職，行政，住民みんなで作る（統合された）支援体制。

「認知症疾患医療センターベストプラクティス先進事例集」 執筆者一覧

I. 都道府県

- (1) 北海道砂川市立病院認知症疾患医療センター センター長 内海 久美子
- (2) 岩手県基幹型認知症疾患医療センター
岩手医科大学医学部内科学講座神経内科・老年科分野 教授 寺山 靖夫
- (3) 東京都 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課 守田 ミドリ
- (4) 石川県認知症疾患医療センター 石川県立高松病院 院長 北村 立
- (5) 愛知県国立長寿医療研究センター
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター在宅医療・地域連携診療部
部長 武田 章敬
- (6) 滋賀県認知症疾患医療センター 医療法人藤本クリニック
理事長・院長 藤本 直規
- (7) 広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・
玖波地区地域包括支援・合併型センター センター長 井門 ゆかり
- (8) 愛媛県認知症疾患医療センター 谷向 知
- (9) 熊本県基幹型認知症疾患医療センター
熊本大学医学部附属病院精神保健福祉士 小嶋 誠志
教授 池田 学
- (10) 大分県認知症疾患医療センター
大分県高齢者福祉課地域包括ケア推進班 副主幹 吉田 知可
公益社団法人日本精神科病院協会／医療法人淵野会 緑ヶ丘保養園
常務理事／院長 淵野 勝弘

II. 指定都市・市区町村

- (1) 大阪市 大阪市立弘済院附属病院兼大阪市福祉局高齢者施設部
副病院長兼医務主幹 中西 亜紀
- (2) 大阪府堺市認知症疾患医療センター
公益財団法人浅香山病院医療福祉相談室 精神保健福祉士 柏木 一恵
- (3) 東京都（地域連携型）認知症疾患医療センター 医療法人社団つくし会
理事長 新田 國夫

報告書（別冊）
認知症疾患医療センター運営事業ベストプラクティス
先進事例集

発行 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と介護予防研究チーム
研究部長 栗田圭一

平成 28 年 3 月

複製・改訂を禁止します

資料編

栗田 皆様、お忙しいところを全国各地からお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。私は本日の司会進行役を務めさせていただきます、東京都健康長寿医療センターの栗田でございます。後ほど私から事業概要をご説明させていただきますが、この委員会の大きな目標は、今後の認知症疾患医療センターのあり方について検討するといふことです。特に、認知症疾患医療センターの機能や類型、連携体制のあり方などを、それぞれの地域の特性に応じて動かしやすいように、機能しやすいようにするにはどうすればいいのかという観点で皆様からご意見をいただければと考えております。

15時から17時までの2時間という限られた時間ではございますが、皆様の忌憚のないご意見をいただければと思います。どうぞよろしくお願いたしました。

それでは、厚生労働省からご挨拶をお願いいたします。

真子 皆様、こんにちは。厚生労働省認知症・虐待防止対策推進室の真子（まなこ）と申します。申しわけございませんが、本日は室長が別用で出席できませんので、かわりに私が出席させていただきます。

先ほど栗田先生にもおっしゃっていただきましたが、この研究事業の中では現在、疾患センターを3分類しておりますが、本当にその分類体系でいいのかということなどについてぜひご検討いただきたいと思います。

また、1月27日に新オレンジプランを出させていただきましたが、その中で認知症疾患医療センターも大きな役割を果たすということで、二番目の「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供」というところに認知症疾患医療センターの整備ということを入れています。本文を読んでもいただきますと、「都道府県域全体の拠点機能を担うものや一部地域の拠点機能を担うものなど、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で」という一文もございます。また、個々の認知症疾患医療センターの機能評価もあわせて行うことで、PDCAサイクルにより認知症疾患医療センターの機能を確保していくと書くさせていただいており、この部分がまさにこの委員会で検討していただく内容かと思っております。

最終的には成果物として、機能のあり方、あるいは都道府県が指定していく上でどういふところを評価すればいいのかという評価指標のようなものを検討していただければと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。

栗田 ありがとうございます。それでは最初に、各委員の自己紹介をこの席次順にお願いしたいと思います。まず、私の右手の池田先生からお願いたします。池田 熊本大学神経精神科の池田と申します。よろしくお願いたします。

北村 石川県立高松病院の北村と申します。石川県では認知症疾患医療センターはまだ二つで、当院ともう一つしかなく、石川県は今年度中に計10個ぐらいの指定を考えたいのですが、希望する病院が多すぎて困っているようです。その辺は後ほどということで、よろしくお願いたします。

平成27年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業（区分番号-29）

「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」

第1回委員会議事録

日時：平成27年8月10日（月） 15時00分～17時00分

場所：東京八重洲ホール 301号室

内海 北海道の砂川市立病院の内海と申します。北海道の現状として認知症疾患医療センターは18カ所あり、都道府県別では一番多いのですが、問題が山積しているのかなど常々考えております。よろしくお願いたします。

中西 大阪市の弘済院附属病院の認知症疾患医療センター長で、昨年から大阪市の福祉高齢者施策部に認知症施策担当の部署ができて、そちらも兼任しております中西と申します。よろしくお願いたします。

守田 東京都福祉保健局認知症支援調整担当係長の守田と申します。私は平成24年度から認知症疾患医療センターを担当しております。この委員会で勉強させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

柏木 大阪の浅香山病院から来ました柏木と申します。精神保健福祉士という職種は今、一人だけで、とても心細い気持ちでおります。よろしくお願いたします。

井門 広島の前ヘルミル病院から参りました、広島県西部認知症疾患医療センターの井門と申します。広島県では、県の指定のセンターが7カ所、市の指定のセンターが2カ所できています。当院は最初にできたほうですので、県全体のセンターの協議会の議長などもさせていただいています。よろしくお願いたします。

武田 愛知県の国立長寿医療研究センターから来ました武田と申します。愛知県では、愛知県が7カ所、名古屋が8カ所を指定しており、名古屋市のほうは3カ所の認知症疾患医療センターがけっこう集まっているのですが、愛知県のほうははばらばらという状況で、いろいろと問題も多いと思いますが、いろいろと話し合いができればと思います。どうぞよろしくお願いたします。

谷向 愛媛大学の谷向と申します。愛媛県の現状としては、県の健康増進課の机の上にならずと認知症疾患医療センターの資料が埋もれていたのですが、残り五県となり、県会議で認知症疾患医療センターはどうなっているのかという質問が出ることで、平成24年の夏に初めてセンターを設けることの検討がはじまりました。大学にセンターを受けてほしいという話でありましたが、ここで安易に引受けると、愛媛には大学にセンターがあるということで、そこで認知症対策をどう考え、県民に還元するのかというビジョンを考える機会を何度かもりました。県内に六つある保健医療圏ごと、大学がその六つのセンターを統括、援助する役目を担うという構想で、現在は県内に七つの認知症疾患医療センターが運営されているという状況です。よろしくお願いたします。

刈野 日本精神科病院協会の常務理事をしております刈野と申します。私は大分県で認知症疾患医療センターを運営していますけれども、平成元年の一番最初のときからでして、途中で(制度が)なくなつて、また復活して、また指定していただいたということ、ずっと1軒のセンターだけでやってきたのですが、このところは二次医療圏にということ、少し増えてきました。先週も日精協でいろいろな認知症のフォーラムをやりましたが、教ばかりが増えればいいのかということではありませんので、中身の問題をこういう場所

でぜひ検討していただければと思います。よろしくお願いたします。

栗田 ありがとうございます。それでは早速、この事業の概要の説明をさせていただきます。資料11です。スライドを使いながら説明させていただきます。(以下、プロジェクター使用)

〔スライド2〕 今回の事業の目的は少し盛りだくさんなのですが、一つは、「それぞれの都道府県・指定都市の状況に応じて、認知症の医療体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化が適切であるか」について論議するための委員会を設置する」ということで、このような委員会を立ち上げさせていただいた次第です。

具体的には、先ほど申し上げましたように、地域の特性に応じてということが一つのキーワードです。本日は東京都と大阪市の実例をお話しただこうと考えています。今日を入れて4回の委員会を計画しておりますので、そこで各委員が活動されている都道府県・指定都市の状況をお話しいただき、それを題材にして今後の認知症疾患医療センターの拠点機能、類型化、あるいは連携体制をどうするかということを議論させていただければと考えております。

ここで討議された内容は、先ほど事務局から説明がありましたように、録音させていただき、それを反訳したものを皆様のところにお戻しして、チェック、修正・加筆などをさせていただいて、最後に報告書の形にまとめさせていただきたいと考えております。それと同時に、ここでご発表いただいたことを材料にして、地域の特性に応じた拠点機能、類型化、連携体制の試みについて、事例集を作成したいと考えております。

さらに、先ほど厚生労働省の真子さんからもお話がありましたように、「都道府県で活用できる認知症疾患医療センターの機能評価のための調査票(案)」と書いてありますが、基本的にはそれぞれの都道府県で認知症疾患医療センターの質をコントロールしていく、管理していくための方法の一つとして、評価指標のこともなどを皆様とお話しさせていただければと考えております。

そして、これらの討議を踏まえ、今後の認知症疾患医療センターの機能と類型のあり方について提言することになるかと思えます。繰り返になりますが、それぞれの地域の特性に応じた拠点機能、類型化を可能にするような、柔軟な制度設計について提言できればと考えております。

〔スライド3〕 この委員会を立ち上げた背景です。皆様もご存じのように、また、先ほど刈野先生からも少しお話がありましたように、認知症疾患医療センターのスタートは平成元年の老人性痴呆疾患センターです。その後、平成17年度の調査ですが、平成18年に報告された活動状況調査の結果に基づき、(平成19年に)国庫補助が一時廃止されましたが、刈野先生たちにもいろいろと要望を出していただいたりした結果、平成20年に認知症疾患

患医療センター運営事業が再開され、平成22年には実施要綱の一部改定で「基幹型」「地域型」というものが創設されました。

そして平成24年には、オレンジプランの中で身近型認知症疾患医療センターというものが提案され、それと同時に、平成29年度末までに早期診断を担う医療機関（認知症疾患医療センターを含む）を500カ所設置するという目標が立てられました。そして平成26年に診療所型が創設され、平成27年1月27日に新オレンジプランができたわけです。

〔スライド4〕そして、先ほど真子さんから説明がありましたように、その七本柱の二つ目に「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供」が位置づけられました。

〔スライド5〕そして、その中の「③早期診断・早期対応のための体制整備」に「認知症疾患医療センター等の整備」という記述がなされました。

〔スライド6〕具体的には、ここに書いてありますように、「認知症の疑いがある人については、かかりつけ医等が専門医、認知症サポート医等の支援も受けながら、必要に応じて認知症疾患医療センター等の専門医療機関に紹介の上、速やかに鑑別診断が行われる必要がある」「認知症疾患医療センターについては、都道府県域全体の拠点機能を担うものや一部地域の拠点機能を担うものなど、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。また、個々の認知症疾患医療センターの機能評価も併せて行うことで、PDCAサイクルにより認知症疾患医療センターの機能を確保していく」という記述がなされたわけでした。

〔スライド7〕この数値目標は同じなのですが、基本的にPDCAサイクルの目標は、これも新オレンジプランの記述ですが、「基幹型、地域型及び診療所型の三類型の機能やその連携の在り方を見直し、地域の実情に応じて柔軟に対応できるようにする」と書いてあります。こういうことをリアルワールドの中で実現するためにはどうすればいいかということ、PDCAサイクルで検討していくと。

〔スライド8〕そのPDCAサイクルをより具体的に書けば、改定された実施要綱のもとでまずは事業を動かしてみても、その動いている事業の実態をチェックしていく。整備状況、活動状況、あるいは地域の特性に合ったいろいろな試みをチェックして行って、それを材料にして拠点機能、類型、整備目標等を検討し、それをまた実施要綱に反映させて動かし、回していくということになるかと思えます。

そういうことで、この委員会ではチェック（Check）とアクション（Action）がその役割ということになるかと思いますが、ここをやっているということのことです。

〔スライド9〕現在の最新の実施要綱は2014年に改定されたものですが、基幹型、地域型、診療所型という三類型が設けられたということ。これは簡便に書いたものですが、詳細は実施要綱を見ながらその特性を再検討する必要があるかと思いますが、とりあえ

ずこういう三類型ができたわけですね。

〔スライド10〕そして現在、これは平成27年5月29日現在ですが、基幹型14カ所、地域型279カ所、診療所型9カ所、計302カ所が設置されているという状況です。

そういうことで、これからは、現在指定されている認知症疾患医療センターの活動状況や、それぞれの地域の実情、どのように機能させているか、あるいは課題は何かということとをみていく必要があるかと思えます。

〔スライド11〕平成24年のオレンジプラン以降、毎年、国レベルで活動状況調査というものを行ってきました。ただ、この活動状況調査の主たる目的は、実施要綱の規定に沿って、各認知症疾患医療センターの活動状況をとにかく数値化しようということです。平成24年度には、厚生労働科学研究所で調査票を作成して活動状況調査を行い、平成25年度にはそれに基づいて厚生労働省が実態調査を行いました。そして平成26年度には、先ほど言いましたように三つの類型ができ、新たに類型別の評価をしようということで行いました。

〔スライド12〕平成24年度と平成26年度の調査結果を、非常に概略ですがお話しさせていただきます。平成24年度については、その背景としてオレンジプランができたということがあります。つまり、平成29年度までに500カ所つくろうということと、身近型はどうかということが出てきたということ、このときの調査の目的は、500カ所つくろうということではあるけれども、現在の基幹型、地域型はどの程度活動しているかをきちんと評価しよう、そのための指標をつくらうということでした。もう一つは、身近型認知症疾患医療センターの候補になる医療機関を選定し、果たして事業化できるものかどうかを検討しようということ。ほぼ同じような調査票を使って調査しました。

〔スライド13〕認知症疾患医療センターについては、当時は172施設だけでしたが、質問紙郵送法で行い、身近型認知症疾患医療センターのほうは11施設にご協力いただけましたので、そこに郵送法と訪問調査の両方を行って、いろいろと評価させていただきました。

〔スライド14〕その結果のまとめです。これは一部ですが、まず、これは調査する前からわかっていたこととすけれども、基幹型の指定が非常に少ないと。また、基幹型の一番の特徴としては、身体合併症に対する救急医療を行うというようなことが書かれており、その具体的なこととしては、救急医療機関の指定を受けているかどうか、空床が確保されているかどうか、そういうことが幾つかあります。実際のところは、基幹型、地域型にかかわらず、全センターの32%は救急医療機関に指定されており、38%が空床を確保しているということがわかっております。

そして、これは早期診断を担うということですが、認知症関連疾患の鑑別診断者数は平均すれば年間266人で、そのときのデータでは一般病院と精神科病院で有意差は出ておりません。そして、精神科病院であるセンターの入院期間は、一般病院に比べると相対的に

長いというデータが出ています。それから、圏域が広過ぎるために十分な機能が果たせないと感じているセンターが少なくない。特に都市部、東京が最たるものなのですが、予約待機日数がとつてもなく長く長いということがあります。そして、平成 17 年度の老人性認知症患者センターと同じ評価で比較したところ、良好な活動状況にあることが多かったのですが、やはり施設間格差は大きいということもわかっています。

一方、身近型については、入院対応機能は当然、明らかに低いのですが、鑑別診断機能や周辺症状外来対応機能、地域連携機能については地域型、基幹型とほぼ同等だろうと。在宅医療の機能については、身近型が一番高そうだということでした。

〔スライド 15〕 ちょっとだけデータを出します。これは平成 17 年度の調査を、平成 18 年度に厚生労働省が評価基準をつくって点数化したものです。

〔スライド 16〕 この緑の棒グラフが平成 17 年度の老人性認知症患者センターの得点分布で、橙色が平成 24 年度の認知症患者センターの得点分布です。平成 24 年度は明らかに活動状況が高くなっています。

〔スライド 17〕 ただ、これはこの当時の実施要綱に従ってつくった点数ですので、私のほうで平成 24 年度の実施要綱に沿って指標を一応つくってみました。数値化する必要があるということで、一応つくった指標です。まず、やっているか、やっていないかで 1 点または 0 点と配点しました。

〔スライド 18〕 そして、電話相談、面接相談の相談件数や、診断、あるいは紹介、逆紹介、年間の入院件数、2 カ月以内で退院した患者の割合などについて、0 点から 3 点までの 4 件スケールで点数化し、一応得点化してみました。

〔スライド 19〕 すると、このように広く分布するわけですが、うまく機能できていないところの原因は一体何かというようなことを考えていくことが必要なのかもしれないということで、一応こういうものをつくりました。

〔スライド 20〕 これは身近型の候補医療機関の活動状況です。11 医療機関で (n は) 小さいので、限界はあります。人員配置は当然ながら、診療所ですので少ない。検査体制は、血液検査や神経心理検査などはいいのですが、画像検査は圧倒的に自施設ではできない。また、当然ですが、入院対応もほとんどできないということです。

〔スライド 21〕 しかしながら、鑑別診断の数をみますと、全疾患はこうですが、認知症関連疾患に限っても、医者の数が少ないことを勘案すると、かなり診ている。それから地域連携に関しては、紹介、逆紹介、また、地域の人のケース会議、アウトリーチなどをやっています。アウトリーチはかなり高い。紹介、逆紹介はちょっと少ないのですが、これも医師の数が少ない、診断数が少ないので当然なのかなと。連携協議会は、出る根拠は特になので、少なくともしようがないだろうと。また、研修はよくされているということがわかりました。

〔スライド 22〕 これは、私どものほうでつくった尺度によるチャートです。紫色が認知症

疾患医療センター、赤色が身近型候補の診療所です。中にありますのは、かかりつけ医の対応力向上研修を受けていない医師、受けている医師、認知症サポート医です。これを見ますと、認知症患者医療センターは、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、かかりつけ医療機能、地域連携推進機能が満点で、身体合併症の入院対応も周辺症状の入院対応も、満点はとれていませんが、平均をとると、そここの点はとれています。

身近型は、入院はほとんどゼロに近いのですが、周辺症状外来対応機能、鑑別診断機能、地域連携推進機能、かかりつけ医機能については認知症患者医療センターとほぼ同等の点がとれており、在宅医療機能、特にアウトリーチは結構こまめに動いているということがわかりました。

〔スライド 23〕 そういうことで、平成 26 年度に診療所型が創設されたのですが、11 施設しかできなかったということが最大の要因だと思うのですが、診療報酬上、認知症専門診断管理料は認められませんでした。それと同時に、実施要綱改定の中で、都道府県・指定都市の責務として認知症患者医療センターの事業評価を行うこととされているのですが、具体的な評価項目までは示されていない。こういうところに配慮してということとは書かれているのですが、具体的な項目は出ていません。

このような背景がございましたので、平成 26 年度にもう一度活動状況調査を行いました。今度の目的としては、基幹型、地域型、診療所型ができたので、その三つの類型それぞれ想定どおりに機能しているかどうかを調べよう。また、都道府県・指定都市が行う事業評価項目はどうあるべきかを検討してみよう。とはいえ、基幹型が少ないということはわかっていますし、診療所型も初年度なのできつと少ないということはわかっていますので、ほかの類型化の方法はあり得ないかということで、一応、一般病院、精神科病院、診療所という分析もやってみました。

〔スライド 24〕 今回は全て質問紙郵送法です。当時、286 施設が指定されていました。調査項目は、平成 25 年度に厚生労働省が行った調査を基礎にし、さらにきちんと評価基準も測定できるようにして、診療報酬改定に向けて診療所型のデータ収集可能なものというようなことを一応考えて行いました。

〔スライド 25〕 しかし、今回は回収率が 47.2% と低かったという問題がございました。それは、ちょっとややこしい調査票にしてしまったのが最大の要因かと思うのですが、特に精神科病院と一般病院の違いを見るために、入院対応のところで一つの仮説として、精神科病院は当然、BPSD が強い人たちが入院しているだろう。また、一般病院は身体合併症だろうと。それからもう一つは、私の臨床経験からいって、精神科病院は一般病院からの転院をいっばい受けている。しかも、退院させられない事例を精神科病院が受けているだろうということもあります。そういうことを何とか可視化できないうことで、紹介元、紹介先とか、いろいろとややこしい調査票になりましたので、そのことが少し影響したのだと思います。

それでやってみたのですが、ふたをあげたら、基幹型、診療所型のサンプル数がとても少なく、類型ごとの比較はちよつと無理だということで、一般病院、精神科病院のほうを中心にしてみました。

〔スライド26〕これがまとめです。まず、一般病院のセンターの多くが救急医療機関の指定を受けている。一般病院に限定すると、身体合併症の救急医療に対応しているということが改めてわかりました。そして、一般病院、精神科病院に限らず、多くのセンターが空床を確保しているということもわかりました。それから、全ての精神科病院が周辺症状の急性期入院治療に対応しているということもわかりました。

また、8割以上の一般病院は重篤な身体合併症の入院治療を自施設で対応しているということもわかりました。2カ月以内の退院率は確かに一般病院に比べて精神科病院で有意に低いのですが、予想どおり、精神科病院では一般病院からの紹介入院患者をたくさん受けているということで、一般病院から精神科病院という流れが確かにあるということが確認できました。

〔スライド27〕そういうことで、ちよつとだけデータをみます。まず救急告示病院は、一般病院と精神科病院を比べると明らかに差がある。

〔スライド〕これはお手元の資料に入れるのを忘れたのですが、一般病院の2割は救命救急センターの指定を受けている。

〔スライド〕そして、1割以上の一般病院は高度救命救急センターの指定を受けているということでした。

〔スライド〕精神科救急入院、いわゆるスパー救急をやっているところが、精神科病院では2割ほどあったということです。

〔スライド28〕基幹型の要件である夜間・休日の空床確保については、基本的には一般病院、精神科病院に限らず、6割以上のところが確保しているということでした。

〔スライド29〕行動・心理症状などの周辺症状の入院治療に自施設で対応しているのは、精神科病院では100%でした。一般病院では、精神病床のある・なしで決定的に差が出てしまうということです。

〔スライド30〕入院医療の体制で、重篤な身体合併症に自施設で対応していると回答したのは一般病院では8割強ですので、基本的には一応重篤な身体合併症の急性期医療を行う構えではあるということかと思えます。

〔スライド31〕入院期間と入院経路です。2カ月以内の退院率は、一般病院では60%ですが、精神科病院では33%ということで、確かに有意差があります。ただ、これは一般病院からの紹介入院患者の数ですが、精神科病院の場合は一般病院と比較して倍以上を受けています。診療所からの紹介入院は、一般病院が多く受けているということでした。

〔スライド32〕これも先ほどと同じチャートですが、こちらは基幹型、地域型、診療所型で見たものです。ただ、基幹型と診療所型はn(母数)が少ないので、あまり参考にならない

ないということです。

〔スライド33〕一般病院、精神科病院、診療所で見れば、やはり周辺症状入院対応機能は精神科病院が強く、身体合併症入院対応機能は、それほど極端には出ていませんが、一応一般病院が高い。そしてアウトリーチは、やはり診療所が高いようだということがわかりました。

〔スライド34〕そういうことで、今のこと、あるいはそれぞれの地域の状況などをブレゼンしていただいて、議論したいと考えていますが、論点はいくつかあると思います。とりあえず今の基幹型、地域型、診療所型という類型について、特に基幹型は今後どうあるべきかということも一つのポイントかと思えます。

それから、診療所型は今後どうあるべきか。政策的にはこれから増やしていくということとが大きな目標になるわけですが、果たして増やせるかという問題もあるかと思えますので、このことを少し議論する必要があります。

それから、各都道府県・指定都市で認知症疾患医療センターに求められている役割は何か、整備目標をどのように考えるか、あるいは、他の医療サービス(かかりつけ医、認知症サポート医等)や自治体の事業(地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム等)との関係をどのように考えていくか。そして、この最後のこともとても重要だと思うのですが、認知症疾患医療センターの質の管理について、研修や機能評価など、いろいろあるかと思えますが、どのようにしていくか。このようなことを議論していければと考えております。

特にばらばらに議論するというのではなく、全部まとめて議論できればと思います。まずは東京都と大阪市の実情などをブレゼンしていただいた後、残りの時間の全てを使って討議をするという流れにさせていただければと考えております。

後ほど討議の時間を設けますが、ここまでのところで確認しておくことなどがございましたら、ご質問いただきたいと思えます。いかがでしょうか。――よろしいでしょうか。それでは早速、地域の実情について、まず東京都の守田さんからよろしくお願ひします。

守田 東京都の守田と申します。今日はお時間をいただきましたので、東京都の認知症疾患医療センターの機能についてご説明させていただきます。(以下、プロジェクター使用)〔スライド2〕まず、東京都、神奈川県、埼玉県などの大都市でこれから高齢者人口が急速に増加すると予測されています。東京都では平成22年から平成37年にかけて64.3万人増加します。

〔スライド3〕特に東京都ではひとり暮らしの世帯が大変多いことが特徴で、今でも64万人以上いるんですけれども、2025年にはひとり暮らしの高齢者世帯が89万人、出現するということです。その次が大阪府となっていますが、東京都ではこのことが認知症の方の支援を難しくしている要因の一つではないかと思っています。

〔スライド4〕東京都の認知症高齢者は、38万人から、平成37年（2025年）には1.6倍の60万人に達すると見込まれています。認知症高齢者生活自立度Ⅰ以上の方が60万人で、自立度Ⅱ以上の方も44万人ぐらいいなると推計しています。

〔スライド5〕東京都では平成24年度から認知症疾患医療センターの事業を開始しており、平成24年4月に10病院、平成25年1月に2病院、二次保健医療圏に1カ所ずつ指定しました。事業目的は国要綱と同じですが、東京都では基本的機能として、地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能と医療・介護連携を推進する機能を位置づけ、特に重点的な取り組みとして、身体合併症、行動・心理状況への対応と地域連携の推進としております。

〔スライド6〕これが東京都の指定状況です。二次保健医療圏に1カ所ずつで、12病院ございます。大学病院が順天堂医院と杏林大学医学部附属病院で、ほかに総合病院が、荏原病院、浴風会病院、東京都健康長寿医療センター、順天堂東高高齢者医療センター、立川病院です。そして精神科病院として、大内病院、青梅成木台病院、平川病院、山田病院、あと松沢病院があるという形になっております。

〔スライド7〕これは六つの役割ということですが、「専門医療相談の実施」「認知症の診断と対応」「身体合併症、行動・心理状況への対応」、このあたりもほかの県と同じかと思えます。このような形で近年、進めてまいりました。

〔スライド8〕東京都では12センターの関係者が一堂に会する会議を年に2~3回程度行っており、そこで各地域の課題や先駆的な取り組みを共有することになっています。60人から80人ぐらいいが毎回集まり、さまざまな意見交換をしています。

〔スライド9〕あとは、人材育成に力を入れていることがほかの県に比べて特徴かと思えます。国の事業にもある看護師認知症対応力向上研修という、一般病院の勤務者向けの研修ですが、東京都では看護協会ではなく、12の認知症疾患医療センターに委託して実施しています。平成24年度に研修テキストを作成し、講師養成研修を12のセンター向けに行っており、平成25年度から12の認知症疾患医療センターの企画・運営で地域の看護師向けの研修を実施しています。受講者は現在までに1600人程度です。

これを12センターがばらばらに行うのではなく、ある程度同じカリキュラムで、同じテキストを使って、質を揃えてできるようにということで、東京都健康長寿医療センターに研修の拠点という機能を位置づけており、そこで評価・検証をしながら行っています。

〔スライド10〕これも特徴かと思いますが、今、12カ所の認知症疾患医療センターにアウトリーチチームを置いています。専門医とコメディカル、合計3名以上です。その役割は、認知症初期集中支援チームとかなり似通っています。区市町村から依頼があったとき、そのチームがはかかっていって訪問支援を行っています。かなり重症化している事例や、いわゆる困難事例のケースが多いですけれども、専門家が区市町村や地域包括支援センターをバックアップして、診断につながるなどの支援を行っています。

その実績が一番下にありますが、これまでに関与した高齢者は252人、訪問した支援者が209人となっています。そういう形で12のチームが動いています。

〔スライド11〕今後の整備方針です。昨年度に高齢者保健福祉計画を策定し、その中で認知症疾患医療センターの整備を目標の一つに掲げました。

〔スライド12〕これが今後の整備計画です。今の12カ所のセンターを地域拠点型という名称に変えて、引き続き活動していただく。そして、これは都独自の名称ですけれども、新たに地域連携型認知症疾患医療センターというものを41カ所指定し、計53カ所の認知症疾患医療センターを都内に整備したいと考えています。

その役割の違いですが、12カ所の認知症疾患医療センターは認知症疾患医療・介護連携協議会の開催や、身体合併症と行動・心理状況への対応が都内のかなり大きな課題です。そのネットワークづくりの推進、また、研修会の開催、アウトリーチチームの設置を標準装備という形にしています。新たに設置する地域連携型は区市町村に1カ所ずつというところで、専門医療相談、鑑別診断、また、区市町村の認知症施策への協力などを行うという形にしています。

この12カ所の地域拠点型は、所在する区市町村の地域連携型の機能を担いつつ、この⑥⑦⑧⑨というプラスαの機能も担うので、拠点型という名称にしています。

スケジュールとしては、4月17日に公募を締め切り、選考を進めている最中です。近日中には指定の発表ができる見込みとなっています。

〔スライド13~14〕このあたりは時間の関係で割愛します。都の施策がいろいろと書いてありますので、お時間があるときに見ていただければ幸いです。

〔スライド15〕なぜこのように整備を進めることになったのかという理由ですけれども、東京都では12カ所を指定してきましたが、そもそも人口がかなり多く、高齢者人口が30万人を超える二次医療圏が8圏域あり、とても一病院では担えないという声が当初から寄せられていました。やはり増やす必要があるということで、前々から議論がありました。

この12センターがいろいろな活動をしつかりと行ってくれたこともあり、こういう活動をぜひやるときという声や会議などからもだいぶ寄せられ、増やしていこうという気運が高まってまいりました。

あとは、先ほどご説明したように認知症高齢者が1.6倍になるということ、また、国からオレンジプランが出され、診療所型も含めて国も増やしていくという方向性になったというところ、あるいは、区市町村における地域包括ケアシステムの構築が第六期の計画、今後、第七期に向けて喫緊の課題ですが、これを都として何らかし支援したいということもありました。

整備の検討体制については、認知症医療部会というものを設け、座長は繁田雅弘先生に務めていただき、あと栗田先生と、今日はご出席されていないのですが、この委員会の新田國夫先生にも入っていただいて、検討を進めてきました。

〔スライド16〕検討の結果、整備の方向性が固まりました。先ほどご説明したように、認知症の人が状態に応じて適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けることができる体制を、やはり各区市町村において構築することが必要です。そして、認知症疾患医療センターの整備をさらに推進したい。また、国実施要綱の「地域型」「診療所型」の機能を都の実情に応じて整理し、二次保健医療圏単位での整備に加え、より身近な区市町村単位での認知症疾患医療センターの整備を行う。そして、現在の12センターを地域拠点型にし、新たに指定する地域連携型は区市町村単位としています。

〔スライド17〕地域連携型は、病院または診療所が担います。ですから、国でいう地域型と診療所型がここに当たります。そして、区市町村における認知症医療・介護連携の推進役となる。診断などももちろん行うのですが、医療・介護連携の推進役として区市町村とともに動けるかどうかということに最も力点を置いていきます。そして、地域拠点型とも協力・連携を図りながら、二次医療圏全体の認知症の支援体制の構築を推進する。地域拠点型も、ほかの地域拠点型とも連携を図りながら、都内全体の認知症の支援体制を構築していく。

そして、その下の「認知症支援推進センター」というものは、東京都健康長寿医療センターの栗田先生のところをお願いしているんですけど、研修の拠点として置いているものです。認知症疾患医療センターの相談員の研修も行いますし、拠点型が行う研修の質の評価なども行っていたり、また、東京都の島には認知症疾患医療センターがあり、また、島の支援も行っていたり、そういう形で全体をバックアップしていただくような機能を、東京都健康長寿医療センターにお願いしています。

〔スライド18〕今までご説明したことの詳細な要件表です。地域拠点型は地域型ですので、その要件は国の要綱と一致しています。そして地域連携型が、病院の地域型と診療所型がまざっているタイプです。東京都では、診療所型であっても、やはり区市町村の中心として動いていただくので、下線を引いてあるところは、都が独自に国要綱にプラスαしているものです。国では相談員は兼務でも可となっていたと思いますが、東京都ではPSW、看護師、保健師等を2名以上、うち1名は常勤専従ということで、地域型と同じ条件を課して公募しました。あとは、臨床心理士も配置することが望ましいとしています。

〔スライド19〕診療所型、地域連携型の役割も、このようにいろいろ細かく規定しています。

〔スライド20〕地域との関係機関の連携についても、「区市町村、地域包括支援センターとの連携」「かかりつけ医、医師会との連携」「家族介護者の会との連携」を図ることと明記しています。地域連携型では、「区市町村が実施する認知症初期集中支援チーム等の認知症関連事業に協力する」ということを明記しています。

〔スライド21〕都内の研修の一覧表です。12の拠点型で研修をしっかりと行っていくと考えており、かかりつけ医の研修、地域の病院勤務者（看護師等）向けの研修、認知

症多職種協働研修というものを必ずやっていたらという形をお願いしています。これを含む形で年に6回以上の研修をお願いしています。あとは先ほどご説明したように、東京都健康長寿医療センターで相談員の研修など、さまざまな取り組みをしていただいています。

東京都では今、このようにかかなり独自の考えで認知症疾患医療センターの整備を進めており、今後、地域連携型の指定がなされれば、また試行錯誤にはなりますけれども、より東京都の認知症施策の充実を図っていきたいと思っております。以上です。

栗田 ありがとうございます。東京都では地域連携型、地域拠点型という独自の類型をつくり、それを国の地域型、診療所型とうまく組み合わせながら動かしているということとです。

栗田 では続きまして、中西先生から大阪市の状況についてご発表をお願いします。

中西 大阪市の中西です。よろしくお願いたします。資料12です。（以下、プロジェクタ一使用）

〔スライド2〕大阪府は政令指定都市で、24区ありまして、大阪市全体が一つの二次医療圏になっており、それを四圏域に分けて活動しています。医師数、病院数は多いのですが、特徴は精神科病院が一つしかないということです。人口1万人当たりの精神科病床は0.9ということで、全国的にも比較するところがないような状況になっています。もう一つの特徴は、26の市区医師会があって、隣の堺市が医師会であることに比べると、非常にたくさん組織が中にあるということです。そして、66の地域包括支援センターがあります。

東京と比べると非常に狭く、環状線一周40分です。人口は269万人で、増加傾向にあり、全国的には横浜市に次ぎます。人口密度が非常に高く、過密地域であることが特徴です。

〔スライド4〕先ほど東京都から、高齢者人口の中で独居の占める割合が多いというお話があったのですが、実は大阪府全体では村も入ってきまして薄まってしまうのですが、市だけで見ると非常に高いのが特徴です。

〔スライド3〕認知症高齢者は今これぐらいです。これは日常生活自立度Ⅱa以上の方です。高齢化率は24%という状況です。

〔スライド〕これは階層別の認知症高齢者の割合ですので、ご参考してください。

〔スライド5〕大阪府の特徴をとらえ、人口密度が非常に高いこと、精神科病院が非常に少ないこと、ひとり暮らしが非常に多いこと、その中で平成20年から認知症の高齢者のネットワークづくりを始めました。以前、栗田先生が東京都は事業を一度に面を展開していくとおっしゃったのですが、大阪府は東京都と違い、ホップ・ステップ

ブ・ジャンプで、3区でやって、5区でやって、11区でやって、24区とというような展開の仕方をしています。

そして平成21年に認知症疾患医療センターが始まって、平成26年に認知症施策担当の部署ができ、センター運営事業は健康局から福祉局に移管されました。もともと健康と福祉は一緒だったのですが、現在の市長がもとに戻りましたので、福祉と健康の施策が別々になっています。

その他、大阪市の特徴としては、要介護認定者が全国平均より高いとか、生保の割合が多いとか、認知症高齢者の支援の上では難しいアクターが多くあります。

〔スライド6〕これは府内の認知症疾患医療センターで、大阪市、堺市を除く府内は、もともとと痴呆性疾患センターの移行で全て認定されています。関西西大が辞退されましたので、現在、府下は全て精神科病院になっています。大阪市の下のピンク色の部分です。〔スライド7〕大阪市のほかちょっと特殊な状況で、このように、保健医療圏に関係なく、行政で高齢者人口によって三つのエリアに割っています。当時はもともと人口80万人当たり一つという目安があったので、大阪市の保健医療圏を無視した形で、260万人都市なので人口80万なら三つという最低限の数の設置をしたために、四医療圏に対して三つという変な割り方をしており、それにそれぞれ一つずつということです。黄色が私の勤めている一般病院的の弘済院で、青色が精神科単科病院、オレンジ色が大学病院という分け方をしています。

〔スライド8〕そして、このような形で、拠点区を置いて、それぞれ6区から10区を人口割りで担当しているという状況です。エリアごとに連携担当者や囃託医——これは認知症サポート医を、一般科医と精神科医をセットで配置するというような形でスタートしています。

〔スライド9〕それぞれの特徴としては、北の一般病院的のほうは市直営で、私が行政と兼務しているということや、連携している病院は、緑色の字が全て精神科病院で、黒い文字が身体科の病院ですが、このような形でやっています。ですから、それぞれの施設で全くカラーが違い、その機能分化がまだ十分にできていない状況です。

〔スライド10〕これまでの実績です。左側の鑑別診断数は年々増加している傾向にあるのですが、右側の総患者数は減少傾向にあり、どちらかというと鑑別して地域に返すという流れが定着してきているような状況です。市立大学の人数が少し落ちてきているところは体制に変更があった時期になります。

〔スライド11〕認知症疾患医療センターの相談件数は、全体的にどこも増加しています。〔スライド12〕今、大阪市全体で共通してどういう取り組みをしているかといいますと、初年度は連携ツールを作成することから始まりました。市域全体の連携協議会を年2回と、持ち回りで「大阪市認知症セミナー」を行っています。それから、認知症初期集中支援事業をサポートするための、地域での「関係者会議」というものを今年度から始めています。

通常は担当エリアごとにそれぞれ活動しているという状況です。大阪府全体の連携協議会も立ち上げたのですが、これも府の行政担当者が変更されていくうちに、最近では開催されていないという背景があります。

〔スライド13〕認知症初期集中支援事業に関するかかわりとしては、大阪府は昨年度、国基準でもデル事業を始め、東淀川区というところの地域包括支援センターに1チームを設け、今年度から8区（東淀川区、城東区、東住吉区）3チームを増やしました。そういう大阪独自のステップアップ方式で展開しています。

〔スライド14〕これは参考資料ですので割愛します。

〔スライド15〕初年度は東淀川区という地域で、弘済院附属病院のすぐ近くでやっています。

〔スライド16〕これが概略図です。ご存じのとおりだと思います。

〔スライド17〕このときは、認知症疾患医療センターの医師をチーム員として派遣するという形で国基準をクリアして始めました。

〔スライド18〕これも割愛します。

〔スライド19〕大阪市の初期集中の仕組みをサポートする仕組みとして、チーム員会議をサポートする区レベルの会議体と、市域全体の会議体というものを設置しています。こういうサポート体制を組んだ上で、区レベルに担当エリアの疾患医療センターが関与するような形で走っています。

〔スライド20〕これを24区に展開したときに、認知症疾患医療センターがどうかかわり方をしているかかの考え方が問題になってくると思います。

〔スライド21〕医師が、認知症サポート医でかつ専門医を置かなければいけないという国の要綱がありましたので、初年度の東淀川区は認知症疾患医療センターの医師がチームに入っていました。しかし、地域の医師や医療機関の状況によって認知症疾患医療センターのかかわり方はさまざまではないかと考えられ、今年度は3区3通りのやり方で初期集中支援チームを展開しています。

〔スライド22〕24区に設置されたとき、地域に専門医がそれほどいませんので、認知症疾患医療センターがバックアップしていくという形に変わっていくのだろうということになります。一つの認知症疾患医療センターが6から10の初期集中支援チームをサポートできる絵に描きかえていくことを検討している状況です。

〔スライド23〕大阪市の疾患医療センターは地域型が三つです。中央のほくとクリニック病院はあくまでも精神科医療で、母体の病院が隣接市にありますので、そちらへの入院を含めて、唯一の精神科病院として動いていただいています。大学病院は先端医療というところで、弘済院と連携する形で人材育成を行っています。弘済院は市の直営で、私が行政を兼務しているという状況も含め、人材育成や初期集中支援チームへの研修、モデル事業、あるいは情報発信などを中心となって行っています。

〔スライド24〕大阪は、非常に珍しいパターンかもしれませんが、3センターが全て地域型であり、センター設置圏域が医療圏と不一致です。それから、市域が狭く、隣接市を含めて、豊富な医療資源に非常にアクセスしやすいという特徴があります。

あくまで私見ですが、基幹型については、若干の空床確保では機能しないだけの人口規模です。また、そもそも管轄の違う救急医療のシステムと認知症疾患医療センターを一緒に稼働させることは、行政の立場からも非常に難しいという状況があると思います。しかしながら、圏域内で各センターを統括する立場として、現行の基幹型の基準ではなくても、つまり救急医療機能は除いて、基幹型のような機能を担うセンターは必要だと考えています。

診療所型については、大阪市の現状としては、精神科開業は駅ビル型のメンタルクリニックが多く、身体合併症の多い認知症を診るクリニックは少ない、物忘れクリニックはあるのですが、診療所型の基準に合わないとか、その看板をもらうメリットがないということとで、希望するところは聞いていません。

現状ではサポート医との役割を明確にする中で地域型との連携方法を模索していくというところをやっているのが現状です。東京都では地域拠点型など新しいことをどんどん打ち出していらっしゃいますが、「それは東京都だからできる」ということではなく、地方でも自分の地域にふさわしいと考えられるやり方があれば、それを行政がチャョイスできるような仕組みづくりが必要ではないかと思えます。つまり、それぞれの自治体の行政担当者の英断とか、非常に優秀な人がいればできるということではなく、それぞれの地域が実情に合わせて、仕組みを選択できるようにしていくことが必要ではないかと思っています。

国基準にないことを地方自治体が独自の判断で行う場合は、非常にハードルが高いのが現状です。ですから、そういうチャョイスできるような仕組みを今回検討できれば非常にいいのではないかと考えております。以上です。

栗田 ありがとうございます。

栗田 今日では東京都と大阪市の実情ということで、いずれも大都市ですので、ある意味では特殊な状況、特殊な地域特性ということかかと思えます。ただいまの東京都と大阪市の状況を一つの材料にして、活発なご質疑、ご討議をしていただければと思います。まずはこのお二人ということでも構いませんが、ご質問、あるいはコメント、ご意見などがございましたら自由に発言いただきたいと思います。

栗田 では、守田さんに、東京都というのは大変なところで、他の地域とは全然違うと思いますが、拠点型、連携型というものを考えられたと。その費用の面については、大阪の方が言われましたように、独自で予算設定をされるつもりなのでしょうか。

守田 どちらとも国庫はいただきますので、国の基準は最低限満たしています。ただ、国の補助金では少ないので、東京都で上乗せをしています。

栗田 独自に（上乗せ）ということですね。それができる状況であるということですね。守田 財政的な面と、知事が認知症施策に積極的ですね。

栗田 いわゆる地域連携型のクリニックについて、独自の基準で少しやろうという感じもあるわけですね。

守田 そうですね。

栗田 そういうことができるのは非常にいいことだし、逆に大阪市では、中西さんに質問なのですが、できませんよね。

中西 できません。

栗田 地域型といえども、その三つのセンターは全く機能が違くと。後で栗田先生にお聞きしたいのですが…、いわゆる基幹型、地域型、診療所型の成り立ちは、皆さんはあまりご存知ないかもしれませんが、たいして検討もせずにほんぽんとつくってしまって、それをいまだに引きずっている。最初、平成元年のときにつくったメメニューが8割方、今もあるんです。そして、平成20年にちょちょこと手を加えた。専門医とは何ぞやということもわからないまま、いまだにずっと来ている。今日はいらっしやらないのであれですけれども、強い学会と弱い学会で、名前が入っているのと、それ以外の人をどうしようかということとで、「5年以上にすればいいや」ということを言っちゃって、それで決まったよいうなもので、何も検討されていないんです。

それから基幹型も、最初はなかったのですが、途中からぽんとできた。しかし、空床確保ということとは、もともととは他のところもみんな空床確保だったわけです。地域型も空床確保をなくして、基幹型ということになってしまった。

このように、成り立ちといいますか、これまでの経緯があまりにもいい加減と言ってはなんですけれども、新たな類型をみんな検討してつくってもいいのではないか、このいわゆる老健事業というのはそれを提言できるだけの意味のあるものですので、1年間しかないので、新しい類型、あるいは地域が選択できるような類型などを検討して提案してはどうかと思っておりますか、いかがでしょうか。

栗田 中西さん、何かありますか。

中西 本当にそう思っています。東京のようにトップがやればできるということではなく、選べるということを私も考えていたのですが、最低限の基準、例えば地域型の基準プラス、地域の実情に応じて選ぶとか。今も、基幹型にしたくても、空床確保がネックにならなくていいという実情があると思いますので、救急医療という部分とそれ以外のセンターの部分を分けて認可できるようなシステムなどができればいいのにと思っています。

栗田 ありがとうございます。今日、基幹型のセンターは池田先生だけだと思えますが、何かコメントを。

池田 基幹型については熊本が提案してつくっていただいたのだと思いますが、私自身は救急などのことは全く考えていなくて、基幹型を提案したのは人材育成という観点だけ

です。確かにいろいろなる仕組みは大事ですが、私自身もうまく理解できていないといいま
すか、きちんと手を打っていないかと思っっているのは、人材育成をどうするかということ
です。これは非常に深刻で、洲野先生が言われたように、数を増やせばそれでもいいのかとい
うことと非常に密接に関係してきます。

熊本ではわずか10カ所です。大学が基幹型で、九つの精神科病院の地域拠点型がある
のですが、そこを維持するためだけでも大変です。特に専門医とワーカーというハイクオ
リティな人材が産体をとられたり、残念なことですけれども体調を崩して亡くなられた
り、いろいろなきごとがあります。しかし、公的機関ですのでも常に穴をあけられない。です
から、一人が(退職などで)動いたら、それなりの人を送り込むという仕組みを熊本では
大学の基幹型が絶えずやっています。それはかなりハードです。ですから今後、認
知症患者センターが広まるのはいいのですが、質を担保しながら……。

多分、たくさんつくっていくと、その病院の中心的人材が動いたり、引退したりするた
びに、行政の方々は「じゃあ、どうするんだ」ということに直面する。まだ始まったばかり
ですので、それほど深刻ではないかもしれませんが、熊本では認知症患者医療センター
ができる前から大学を中心に似たような制度をやっていますので、既にそういう場面に
何度も直面しています。そこをどうするかということが最も本質的なことではないかと、
私自身は思います。

栗田 よくわかります。そもそも熊本の基幹型は、今の実施要綱の基幹型とは全く哲学
が違うといえますか、そこからスタートしているのですが、ちよっと実施要綱上の基幹型
の部分を見えます。(以下、プロジェクト使用)
〔資料1「3. 設置基準(基準型)」〕基幹型の設置基準が地域型と違うところだけを赤で
書いています。一つは、「認知症患者の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行
える一般病床と精神病床を有していること」ということで、一般病床と精神病床の両方を
持っていないといけないということが一つの条件です。

そして、これが中心なのですが、「イ. 身体合併症に対する救急医療機関としての要件」
として、一つは「(ア) 身体合併症に対する救急・急性期医療に対応することが可能な体制
が確保されていること」と。具体的には救命救急センターを有するなど、二次救急あるい
は三次救急の指定を都道府県から受けているということです。二つ目は、「(イ) 医療相談
室が中核となつて、認知症患者に対する救急医療の支援、リエゾンチーム等による一般病
床に入院する認知症高齢者への精神科的ケアの提供、院内における研修会の開催
等を通じて、精神科と一般身体科との院内連携が確保されていること」それから三番目が、
いわゆる休日・夜間の空床確保です。

この三つが条件になっているのですが、実は先ほどのデータにありましたが、空床
確保に関しては一般病院、精神科病院に限らず、65%以上が確保している。また、(ア)
と(イ)に関しては、救急医療機関としての指定とリエゾンチームによる一般病床へのサ

ポート等は一般病院でほとんどやっている。そういう現状があるということ、これを基
幹型の要件にするのは、確かにちよっといいかなものかと。

それにしても基幹型の指定が極めて少ないのは、私の実感では、いったん基幹型に指定
されると認知症の救急がそこに集中してしまうというリスクがあり、恐ろしくてなかなか
基幹型に手を挙げられないというようなことが現実にあると。実際に基幹型に指定されて
いる病院は、熊本大のような大学病院や、県の認知症支援体制の中核になっているような
ところであつて、救急をやっているということと特徴づけられるところではないような気
がします。そういう実態があるということ、これは確かにいかがなものかと私も感じて
いるのですが、救急のことに関しては武田先生がいろいろなデータを一番お持ちなので
が、いかがでしょうか。

武田 池田先生がおっしゃるとおりで、ちよっとずれてしまいかもしれないのですが、
基幹型になると教育の面で、全県における質を担保するという役割を担うとすれば、それ
はすごく大きな役割です。たしか2倍ぐらいの補助金がついていると思いますが、2倍で
は全然済まないだろうと。大学病院が非常に強くて、あとの科に派遣しているようなこ
ろであればいいのですが、例えば愛知県のように、大学病院が4カ所あつて、科もい
ろいろとあるということであれば、おそらくコントロールできない。東京も多分、そう
すよね。一つの大学病院が全病院の人事を掌握することはおそらく無理ですので、その
あたりは結構厳しいものがあるのだらうとは思います。

ただ、池田先生が言われるように、全県に関する責任を持つという役割だとすれば、基
幹病院が極めて重いし、きわめ大変なことになるので、もつとも補助金を出していい
のだらうという印象があります。

池田 別に掌握したくもないんですけど。(笑) 多分、行政の方も心配されているのは、
民間の病院に設置されても公的機関なので、1人が動いたときにすぐに閉じられるかとい
うと、それは許されないわけです。私も大学に限らなくても全然いいと思うのですが、何
らかの人材育成機関をつくっておかなければ、数が増えたときに、1年に1回ぐらいはそ
こに人がいないということが絶えず起こることが各行政機関で問題になるのではないかと
いう気がします。たかだか10カ所でも年に1回ぐらいはそういうことが起こりますので。

洲野 武田先生がおられる国立長寿医療研究センター、日本の認知症の中心的なとい
うかメンバーであり、ほとんどやっているところと地域型なわけです。基幹型ではない。
そして、こう言う失礼だけれど、東京都の健康長寿医療センターも地域型なんです。何で
基幹型をとらないかといいますと、入院の問題ですよね。

栗田 そうですね。

武田 まず、精神科病床がないものから。

洲野 ですから、そこが問題だと思います。

栗田 うち精神科病床がありませんけど、ただ、救急となると、東京都では大変なこ

くると一般科に移すというような形で、入ってきたらどこにも返すところがないということとです。

ただ、その辺の危機意識が非常に強い。危機意識というのは、いろいろなところから要請があつて、それを全て受け入れるほどの余力はありません。採血などのデータを最初からよこせとドクターが言いますので、私どもも何とか水際で合併症を防ぎたいとは思っているんですけども…。(笑)ネガティブなことを言ってしまうと申しわけないんですけども、そのように思っているのですが、検査を受けた段階で心電図をみたら破裂寸前でしたとか、CTを撮ったら詰まっていたとか、そういうことがあります。

聞いて「危ないかな」と思うようなリスクのある場合でも、ほかに行くところがないのでスルーするのですが、撮ったら案の定という結果がよくあります。全ての先生方が認知症に理解があるということは絶対にはありませんので、人材育成も高度なものではなく、ほどほどで結構です。(笑)専門医の方たちを養成していただきたいというつもりも思っています。

中西 ちなみに合併症は、大阪の場合、精神科医療の精神科救急システムという認知症を特に対象としたものではないのですが、一応形はきちんとありますので、場合によってはこちらに入っているということもあります。

栗田 人口規模が小さければ、身体合併症も「大体ここだ」という感じになっているのでしょうか。

内海 うち二次医療圏としては12万ぐらいしかなく、うちの病院そのものが救命救急センターになっていきますので、認知症の方の身体の方は一般科で受けるという感じで、断りません。一般科に入つて、「ああ、これは大変だ」ということになって、院内連携でうちに来て、オペ出しをして、オペ後をみる、こういうシステムです。

話はちよつとずれるかもしれませんが、基幹型について、北海道がセンターを設置するというときに、私のところで基幹型をやりますと行政に言つたんです。そうすると行政に「基幹型は一切考えていません」ということで蹴られたんですね。基幹型を考えたとき、池田先生のところのように人材育成という部分ではできないですけども、北海道という広い場所で、これから何か所できるかはわかりませんが、全センターの最低限の質のレベルを確保するために、誰かがイニシアチブをとり、タクトを振らなければならぬだろうと。そうでなければ行政がとってくれますかと言つたのですが、東京のように連絡会とか意見交換とか、そういうことは道では一切やらないということで、結局は個々で動くしかない。

ですから、当院で「こういう会をつくりましょう」という形で呼びかけて、北海道の全センターが一室に集まり、研修、あるいは実務者連絡会議をして現状を把握して、さらにセンターの医師を初め、PSWなどのコメディカルの人たちの質を高めて、お互いに「おくれちゃいけないな」という意味合いの会議を年に2回やっています。

とになる。
栗野 ですから、これをつくったときにはそういうところまであまり考えなかつたんですよね。

武田 お聞きしたいのですが、危惧されるような認知症の身体救急疾患は基幹型に集中しているのでしょうか。

栗野 していないですよ。

池田 していないですけども、例えばうちでは精神科全体の病床が50床ありますが、絶対5人はかなり重篤な合併症です。ですから、うちからオペ出しをしています。それからもう一つ、国立の医療センターという全科救急のところに精神科医を6人ぐらい送っているのですが、そこもほとんど合併症で、在院期間が2週間ぐらいです。熊本ではこの2カ所で、認知症に限らず、重篤な合併症をほとんどカバーするという暗黙の了解があるわけです。

でも、そこはある程度担っておかないといけない。もちろん、地域拠点型と地元のネットワークで、ある程度の総合病院で合併症を診てくださっています。ただ、本当にBPSDが本場に激しくて、身体合併症も重篤だという人をどこか引き受けないと、結局、譲り合いになってしまう、認知症疾患センターができるよとの制度に戻ってしまうのではないかとあります。

栗田 身体合併症救急の問題は、先ほど中西先生も言われていましたが、認知症疾患医療センターのことは別にしっかりと考えて、体制づくりをしていかなければいけないことだと思います。都道府県によっては認知症疾患医療センターと機能がぶついているほうがいい場合もあるかもしれませんが、それではとても済まない。

池田 内海先生や柏木さんのような病院があれば百人力ですけれども、(笑)全国にほとんどないですよ。そういうところが各県に1カ所でもあれば、かなり……

栗田 各県に、ですか。東京都に1カ所というのは、どう……

池田 でも、1300床ですから。

栗田 いや、1300床といつても……

中西 大阪全部は無理ですよ。

柏木 いや、そんなことはないですよ。それはないんですけども、期待に込えられないのでお断りする……

池田 でも、かなりカバーできますよね。

栗田 柏木さんのところでは、身体合併症の救急を受け入れる体制をつくっているんですよ。

柏木 現実には身体合併症という形では入ってこないのですが、入ってきたら合併症だった。でも、他所には振れないので、結局は自前の合併症病棟で、もう少し身体的にレベルダウンしていくと重度のターミナルのようなところに移し、オペなどが必要になって

ですから、身体合併症、あるいは人材育成ということも非常に大切なのですが、もう一つは、都道府県レベルのセンターの一定水準の質を保つためには、やはり基幹型として指定していただいて、そこがセンターを中心に集めて研修などを行い、都道府県レベルでの認知症の医療水準に対して意見が言える権限をいただきたいといったというのが実情です。

栗田 大変明快なお話だと思います。人材育成や救急ということになると、地域性や規模の問題など、いろいろな問題があって非常に厳しいことが起こるわけです。しかしながら、都道府県レベルで認知症疾患医療センターの質の確保をする拠点が必要であることは明快なことです。それを北海道では、なぜか砂川市立病院がやっているといるということですね。それは砂川市のお金でやっているんでしょうかね。

栗野 札幌市にはないんですよね。

内海 札幌市には1カ所もセンターがないんです。いまだにセンターをつくるという指針も出てきません。

栗野 気持ちすらないという。(笑)

栗田 しかしながら、都道府県の認知症疾患医療センターの質のコントロールをする拠点としての基幹型のようなものには必要ということかと思えます。それは本来、やはり公的事業でやるべきであって、そこにきちんとお金を出すような制度が必要だろうと思います。

北村先生のところは石川県の認知症疾患医療センターですが、そのような役割はありますか。

北村 石川県には大学病院が二つあり、国立の病院にも精神科がありますので、身体合併症で困ることはないですね。石川県立中央病院という大きな病院があって、そこには精神科がないのですが、当院から送って断られることは100%ありません。周りの地域の病院も、認知症だからといって受け取り拒否ということはあり得ませんので、合併症についてはほとんど問題になっていません。

ただ、神経内科の病院はわりと(機能が)強いところがたくさんありまして、普通の市立病院でありながらアミロイドPETができる病院もあります。そういうところが「認知症センターを受けたい」と。そのときに問題になったのは、診断などよりも、医療・介護連携のほうをやってもらわなければいけないと。診断しっ放しというのは困るものですか、それとちよっと石川県とも協議しまして…

まず、かかりつけ医研修から、普通の医学での勉強のほかに、各地域の医師会ごとに多職種連携で事例検討会を開くことを求めました。金沢に三つあって、全部で11のグループがあるのですが、そこで事例検討会を年に2~3回行って、さらに全体で研修を受けましょうということにしたわけです。そして今度は、そのグループごとに認知症センターに準ずるようなところをつくってあげばよという考えです。

石川県は東京都と同じようなことを考えたといいますが、私が考えたのですが、お金は全くつかなくて、看板だけくれると思うんですけど、(笑)それで何とかやりましよ

うという形で、今の話は進んでいます。認知症は難しい病気の場合がありますが、ほとんどがよくありがちな病態ですので、1時間も2時間も離れた有名病院に行くよりは、地域の30分以内で診断や救急対応などができるところがいいと思います。

栗田 都市医師会単位で準ずるものをつくったわけですか。

北村 能登北部以外は大体できると考えています。きちんとした精神科の病院もありますが、金沢市ではむしろ多過ぎて、どこがどうなのかという問題は若干あるかなとは思いますが。

そして、認知症センターの項目だったか、とにかく診断機能のほかに、アウトリーチチームをつくって、生活支援もできる体制をつくることというのを、みんながよくわかってないうちに医療計画の中に入れたんです。(笑)診断もできるし、生活支援もできる。ただ、大学病院の神経内科なども専門診断管理料が欲しいわけですね。それをつけるために、石川県では生活支援型と診断型の認知症疾患医療センターという二つにして、生活支援型はうちの病院が中心といいますか元締めで、診断型のほうは金沢大学の神経内科にやってもらうという構想までつくったわけですね。そうすると全部で20病院ぐらい手が届きそう、あれもこれもということになって、どうしますかねという話になっています。みんながやりたい、やりたいと。

栗田 生活支援型と診断型という二類型をつくって、手を挙げてもらったということですか。

北村 はい。初めから基幹型とか地域型とか診療所型とかは全く無視しています。国のすることは無視してください。(笑)

栗田 なるほど。ただ、国庫補助をもらうためには無視もできないですね。

北村 石川県の人は「そんなたいしたお金じゃないから」ということばかり言っているから、よくわからないんですけど。(笑)私たちは、お金のことは別にどうでもいいと言っは変ですけど。

栗田 でも、診療報酬もありますからね。

北村 ですから、認知症疾患医療センターをやりたい病院は全部指定してあげればいんじゃないかと言っていたんですけどね。(笑)

栗田 ありがとうございます。あと、広島県も独自のシステムを昔からつくっておられますよね。

井門 うちも最初、基幹型になりたいということで院長が申請したのですが、救急の条件などが合わないということで地域型になりました。

先ほどの人材確保の面では、精神科と神経内科のどちらがどう担当するかということがあると思います。広島では、私は神経内科ですけれども、大学では神経内科と精神科の両方とも特に認知症専門にはやっておらず、基幹型にならないということで、地域型ばかりができています。広島県にできている身近型のセンターは、神経内科のところかやっ

るクリニックで、MRI もありますし、診断は非常にいいと思っています。
広島県の身体合併症は、うちの地域ではあまり困っておらず、急性期の治療が必要な場合は一般病院でやってもらって、在宅に戻れない場合はうちの病院などが引き受けるとい
う形で連携しています。受け入れないということではなくて、逆にうちから出すのも受けて
もらっていますので、あまり困っていません。

栗田 広島県も、北海道と同じと言ってはあれかもしれませんが、県全体の認知症疾患
医療センターをコントロールするというかサポートするような拠点となる認知症疾患医療
センターがあるわけではないんですね。

井門 そうですね。院長の考えとして「うちの病院はそういう役割を担おう」というこ
とがあって、今、県の認知症疾患医療センターが7カ所できていますが、最初に2カ所で
きて、あと5カ所を増やすときも、県の認知症疾患医療センターは連携してやっていこう
ということで、最初から協議会をずっと聞いています。同じデータをとりまじょうとか、
やり方を全部共有しまじょうとか、そういうことをやっています。

栗田 広島市も入っているんですか。

井門 広島市は入っていません。できれば最初から広島市とうまくやっていきたいとい
うことはあったのですが、福岡県と福岡市のような問題があって、ちよとうまくいきま
せんでした。

栗田 わかりました。先生のところでも県全体のシステムづくりをなさっているというこ
とですね。ありがとうございます。

谷向先生、何かございますか。

谷向 いろいろな地区で行政が非常に頑張ってくれていて、いいなと思います。しかし、
愛媛県は、こちらからいろいろアイデアを提案しても、国が何々と言っているかといっ
て、私に言わせれば言い逃れをするだけ。国に対しては「もとお金をくれ」とか、いろ
いろな要望は出していると言っていますが、自分たちが県内の状況を見て、いまあるいは将
来何が必要だからどうしているというアイデアを出して何かをするという感じの独自性
が全くないですね。

身近型ということが出ましたが、ちようどその時期に愛媛県で認知症疾患医療センター
を県の中でつくるとい話がありました。ただ、札幌市には認知症疾患医療センターがな
いというのと同じで、愛媛県の中で一番大きいのは松山市ですが、松山圏域の中では、砥
部町という中心部から離れたところの病院が認知症疾患医療センターになって、松山市医
師会という最も中核的なところからはセンター設置の応募の際に手が挙がらなかった。と
いいますか、挙げられなかったわけですね。

その理由は、認知症診療を非常に熱心にされている先生がおられる単科の精神科病院が
あったのですが、そこにはCTがなく、設置基準を満たさないために手を挙げられなかつ
たのです。大学病院で画像を撮るといっても、MRIの予約は初診後2か月先になるわけ

す。愛媛県はセンター設置ではおくれられているのだから、地域の医療機関と連携してCTを
撮って初診時に持ってきてもらおうような独自のシステムをつくって、そこに認知症疾患医
療センターになってはどうかという案も出したのですが、それは国の設置基準に
合わないということだけで一蹴される。そういう感じで、いろいろアイデアを出しても、
行政がなかなか動いてくれないという部分があります。

それから、認知症疾患医療センター、あるいは認知症施策ということを考えるとき、健
康増進課と長寿介護課という、完全な縦割りですね。最初に認知症疾患医療センターの
話をもってこられたときには健康増進課しか来ませんでした。認知症のことをやるのに、
どうして長寿介護課は来ないのかと、それがきつかけか縦割りの壁が少しは崩れ、何
かをするときにはもう一方の課が同席するといった、あたりまえの運動はある程度見えて
きてはいるものの、やはり縦割りが解消されないということが一つの大きな問題点ではな
いかと思います。

今、愛媛県とくに人口の多い松山市の展開として必要だと考えていることとしては、診
療所型というような形ではありませんが、東京都がされていますように、診療所型をク
リニックレベルだけではなく、先ほど申し上げたように、手を挙げられなかった精神科の
病院で、認知症疾患医療センターの設置基準に満たないようなところも含めて指定される
ような形で何かできたいと思っています。いろいろなるごとの取り組みを伺いながら、こ
れから考えさせていただきたいと思っています。

栗田 ありがとうございます。これまでにでてきた話の中で、特に先ほどの内海先生の
お話から、東京都ではやっていますが、公的事業としては本来、行政都道府県で認知症疾
患医療センター同士が集まって情報交換をしたりすべきではないかと。認知症疾患医療セ
ンターの実施要綱には都道府県の責務として、都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置
することという文言があったと思います。(以下、プロジェクト使用)

[資料1「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」こちらを見ていただければと思い
ますが、「5. 都道府県の責務等」に「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し、
各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこと」という文言がありま
す。これを都道府県ではやっていないということなのですが、真子さん、どうなんです
か。

真子 ここをやっていたかかないと、県の役割はないのではないかと思っています。東
京都さんのように都道府県が集めて行うということもできませんし、主となる病院にお頼み
して、そこで集めてもらうとか。

福岡のことを少しお話させていただきましたと、福岡県には福岡市と北九州市という政
令市がありますが、県が指定した大学病院に普頭をとっていただき、政令市を含めて会議
をされています。そういうところは、県が「こういうことをやらなければいけない」とい
う自覚を持った上で行っていかなければいけないし、ここをきちんと読んでいない都道府

県があれば、それはもうちよっときちんと周知しなければいけないという気がしました。
(笑)

武田 この文言はいつから入ったんですか。

真子 これは結構前からずっと入っています。

栗田 いや、この文言は最近ですよ。昔はこんな文言はなかった。

武田 あまり記憶にないんです。

真子 でも、平成24年、平成23年とかには入っていたはずですよ。

栗田 それぐらいでしょう。平成23年といっても、こんなに長い、何十年も前からやっていますから。昔はその言葉はなかったから、我々は自分たちのセンターが各県において一カ所ぐらいしかないときは、県の役職の方々、有識者を集めて、県の人も呼んで行ったり。この前もお話ししましたけれども、それが普通だったわけですよ。それで二次医療圏に幾つかできてきて、さあ、センター間をどうするかということが大きな問題になっている。こう書いてあるのだからやれと言われても、どうやっていいかわからないんじゃないですか。

真子 最初から東京都さんのようにがちがちとするのは難しいかもしれませんが、まずは集めて、とりあえず顔だけでもつないでいただくというようなところから始めるのであれば、都道府県が集めるということに関してはどうにかやれるのではないかと思っています。中身の精度を上げることも大切ですが、まずは集まっていたらいい、そこからそういう話をしていくということではないかと思っています。

栗田 母体と同じであれば早いです。大分県のセンターは、精神科病院が四つ、そしてもう一つは一般病院です。精神科病院にとりなさいと言っていたのですが、あえてとらなかった。地域のいろいろな問題があって、一般料がとりました。そうすると、「やりますよ」と言っても、一般料の先生は絶対に来ないんですよ。やはり精神科病院の連中しか来ていないところに行くことを嫌がるんですね。

精神科だけが別のよな感じがしますけれども、この裏には医師会の問題があるんです。要するに、県の医師会の人々の思考がいつも絡んでいます。ですから、精神科がとるとか、医師会がとるとか、診療所型には精神科は入らないよとか、いろいろなことがあって、ぱっと簡単にいろいろなることを決めても、中では大変な問題が発生してくるということですよ。いわゆる身近型が出たときには、県医師会というか日本医師会が反対して潰しちゃったわけですよ。その後も「やっぱりだめだ」ということで診療所型ができたわけですが、身近型の話が出たときには、日本医師会と話が十分ついていなかった。それでほんと出したんですよ。しかし、ほんと出したのは老健局ではなく障害福祉課だったんです。

おもしろいのは、障害福祉課がずっとやっていて、地域型も基幹型も障害福祉課がメニューを考えた。そして、今回の診療所型では障害福祉課は知らん顔をしていて、老健局が考えざるを得なかった。そして、メニューをどうするかというと、「似たようなものでいい

でしょ」という感じになってきているのが現実ではないですか。診療所型に専門医がいることとか、難しいことが書かれています。診療所型にはそうそういうものではないと思います。あの内容は本当に厳しいと思いますね。

栗田 診療所型の話も少ししたいのですが、実態は調査していないと思いますけれども、都道府県認知症疾患医療連携協議会については、現実的に都道府県ではあまりやられていないようですね。

池田 栗野先生がおっしゃったように、いろいろなもの絡んでいて……

栗田 簡単に立ち上げられないよ。

池田 やるのだったら、内海先生が言われたように、基幹型という名前があるかどうかは別にしても、どこか一カ所がリーダーシップをとれるような体制をつくっておかないと。そこで行政が一体となって、研修会をしようとか、こういう試みをしようとか、いろいろな呼びかけをする。そういう音頭とりをするところがないと、なかなか……。同じ団体から出てこれられても、民間の病院には当然、いろいろな事情がありますし、お互いに遠慮もあるでしょうから、ある程度公的な機関がリーダーシップをとって、行政と一緒にいろいろなことを企画していかねければなかなか進まないような気がします。

栗田 守田さん、どうですか。

守田 やはりセンターを一堂に集めるということは必須だと思います。そうでなければ相談員同士の顔合わせもできませんし、国や都の考えを伝達する場もないですよ。各センターは地域の医療・介護関係者に伝達していかねばいけませんので、最新の情報を知っておく必要があります。そういう意味からも、東京都では年に2回は必ずやっています。

栗田 立ち上げる時のご苦労などはございましたか。

守田 12センターあって、医師もお忙しい方はかりですので、日程調整が一番大変です。3カ月ぐらいい前に決めて、会場は何か都庁で確保するという形ですが、そこまで大変ではないと思います。

栗田 ただ情報交換しようというだけですからね。

守田 そうなんです。

池田 でも、まずは集まってしまうより、最初に集まるときから義務づけされていたほうがいいと思います。熊本は完全に義務づけです。手を挙げた時点で、2カ月に1回は必ず全員が集まる。しかも、よほどの用事がない限り、同じ人が集まる。それがだめなのであれば手を挙げてくれるなどと言って始めています。最初に指定するときに行政から、「そういう連携協議会がありますので、必ず集まってください」ということでスタートしない。何となくスタートして、どんどん忙しくなってしまうからでは、皆ついでにこないと思います。

栗田 おっしゃるとおりですね。認知症疾患医療センター運営事業実施要綱というものを都道府県ごとに全てつくらなければいけないはずですので、そこに文言として載って

ないと簡単に立ち上がりませんか。

武田 ただ、既にあるということとは非常に強いと思います。都道府県の責務となっていくので、調査していただいて、やっている県、やっていない県を公表するぐらいのつもりで、強制的にやってもいいのではないのでしょうか。

栗田 そうですね。

武田 私は池田先生とちょっと意見が違っていて、名古屋市などでは中心になる認知症疾患医療センターがありません。でも、行政が非常に一生懸命やっていて、持ち回りで協議会を担当するようにしているのですが、非常にうまくいっています。ですから、必ずしも一カ所、がんというところがなくとも、行政が非常に強ければ、「必ずやるんだ。持ち回りでやってくれ」という感じでやれば何とかわるのではないかといい気もします。名古屋市はそれを一生懸命やっているのですが、愛知県はあまり強力でやっこないんですね。ですから、あまりうまくいっていないといいますが、そういうものができていないと。このように実施要綱に書かれている以上、やはり都道府県がやるように、ぜひ強力な働きかけをしていただければ、我々としても非常にありがたいです。どこかが手を挙げなければいけないということでは、全国 47 都道府県でできるとは限らないのですが、絶対にするんだということになっていなければならないか。既に掲げているわけですから。

井門 広島でセンターがばつとふえたときに、まず県が招聘して 1 回開いたのですが、そうすると伝達ばかりになって、実務的な話し合いは全然進まないですね。ですから、その後はうちのセンターが中心になって、全センターに参加してもらって、連携協議会という形でやっています。そこで具体的なことを話し合ったり、症例検討的なことをやり取りしています。県からの伝達ということとみんなで協議するということでは、ちょっと話が違わないかと思えます。

栗田 なるほど。もっともですね。

内海 今年の 2 月に当院で全国のセンターにアンケート調査をしたのですが、やはり都道府県レベルでセンターが集まる場が欲しいという意見が結構ありました。ですから、やっっていないのが実態です。

栗田 そうのことですね。

谷向 県のスタッフはそれぞれのセンターの連携協議会に、「我々は協力していますよ」というような感じで参加していますので、アンケートをとれば、ひよとすると県としてはやっている意識があるかもしれません。

栗田 北海道はやっているというデータもありますね。(笑)

谷向 愛媛でも、県自体には全くイニシアチブがなく、一応センターの運営基準として、各センターが連携協議会をやりなさいと。そこには県のスタッフが必ずオブザーバーとして来られますので、アンケート調査をすれば彼らはちゃんと連携をとっていますと回答す

るのではないかと思います。

栗田 それでも一応とってみるのはいいかもしれないですね。

武田 アンケートをする際には逃げ場をなくすようなものにすればいいと思いますし、要綱についても、「一堂に会する場を設定し」など、ちょっと変えていただければと思います。

栗野 私はアンケートのとき、「協議会をやっていますか」という質問には、「はい」と答えちゃいますよね。自分のところだけ、一つでやっていますと。

栗田 各認知症疾患医療センター宛てでやったら、そうなりますよね。実態調査は都道府県担当課宛てですべきだということですね。それはよくわかります。そうするとその結果が影響力を持って、都道府県を動かすという効果も期待できますので、それはこの委員会でもぜひ検討していきたいと思えます。ちなみに、東京都は行政もとても強いですが、(笑) みんなな情報交換会を結構やっています。

守田 あとは栗田先生のところに研修会をお願いして、相談員同士の研修など、いろいろな場を設定して、12 センターが集まる場をできるだけ設けるようにしています。

栗野 基幹型の役割を既にやっています。(笑)

栗田 言われたとおりやっていますだけですよ。(笑) よくわかりました。都道府県単位の活動について、連携協議会、あるいは質のコントロールのための責務を果たしているかどうかということとをきちんと調査するということをぜひ考えていきたいと思えます。

中西 指定都市との関係についてもぜひ確認していただきたいと思えます。どうしても指定都市を除く都道府県の活動という……

栗田 たしか(認知症疾患医療センター運営事業実施要綱)には、指定都市と連携を together にやいなさいということが書かれていますね。都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内でやるべきだと書かれています。広島の場合は、広島市が抜けているんじゃないか。

井門 そうですね。個人レベルではみんな交流していますけれども、そういうところになつてくるとちょっと抜けています。

栗田 でも、本来は一緒にやるべきだという考えなんですよ。

井門 そうです。

栗田 そういうところで県がちゃんと働きかけるといふようなことがあればいいかもしないですね。では、そういうことを検討させていただきたいと思えます。

それから、時間もなくなってきたのですが、診療所型のことについて少しだけ。今日はたまたま診療所型の委員がお二人ともご欠席ですので、次回に少し深い議論をしたいと思っています。診療所型については、先ほど栗野先生がおっしゃったように、この要件が原因で増えないのかもしれないという問題もあると思えます。診療所型には、もつと小まめにフットワークよく動ける気楽さが必要ではないかと思えます。

もう一つは、これからは認知症になっただけで質の高い診断と診断後の支援、生活支援などを受けられる体制を日本津々浦々でつくり上げていくことが大切です。そのように考えますと、ただ認知症疾患医療センターというわけにはいきませんので、質の高い診断と診断後支援ができるクリニック、診療所レベルの医療資源をきちんと整備していくことが明確になっていなければならないと思います。

次回には藤本先生と新田先生が入られると思いますので、その議論をさせていただければと思います。

栗田 それでは、時間になりましたので、本日の委員会はこの辺で締めさせていただきますたいと思いますが、事例集をつくらうということ、まだ全くのたたき台ですが、その説明を枝広からいたします。

枝広 資料 14 をご覧ください。資料のタイトルがわかりにくいものになってしまったのですが、本事業の目的の②、年度末につくる報告書に入れ込む事例集の案です。一応東京都の形で案を作成したのですが、5 枚つづりになっており、一枚目が「Ⅰ. 基本情報」で、土地柄などで、二枚目が「Ⅱ. 認知症疾患医療センター運営事業の現状」の「①設置状況」、三枚目が「②拠点機能」です。これは都道府県・指定都市独自のやり方があればぜひ教えていただきたいということ、図表などをどんどん入れていただいて、見やすい形でお願したいということ、四枚目が「③事業の質の管理」です。そして、五枚目が「Ⅲ. 現在の課題と今後の計画」です。

この内容についてはまだ確定しておりませんが、こういうものを入れたほうがいいのではないかとということなどをぜひ教えていただければと思います。これは今すぐではなく、12 月ぐらいを目安に考えており、今のところはインフォメーションです。以上です。

栗田 本来、これは都道府県の担当者が書くものなのですが、十分に記載できない可能性もありますので、ぜひこの委員が中心になって、行政の状況などを情報収集して書いていただければと考えております。このフォーマットは全くのたたき台で、この委員会の討議の内容を踏まえて考えていこうということ、また少し変わると思いますが、分量的にはこれぐらいと考えております。追って正式な依頼状を送らせていただきますので、どうぞよろしく願いました。

続きまして、次回の委員会についてです。次回は 10 月ごろに開きたいと考えているのですが、そのときには診療所型のお二人の先生にぜひ来ていただきたいと思っています。ただ、診療所型の新田先生と藤本先生が一緒に来ていただけたら非常に限られています。診療所の先生ですで大変なのだと思いますが、10 月 9 日（金）しか一致する日がございませんでした。できればこの日に開きたいと考えています。

そこで診療所型の先生にブレゼンをしていただくということ、今度は私の説明がなく、少し時間がありますので、今回は大都市でしたが、次回は、大都市でない地方から発表し

ていただきたいと思っています。もし可能であれば、内海先生、北村先生、池田先生、谷向先生、井門先生、瀧野先生のあたりでご都合のよろしい方にお話しただければと思います。

内海 大丈夫です。

栗田 では内海先生、ぜひよろしく願っています。

北村 時間は午後の今ぐらいですか。

栗田 今ぐらいか、夕方、夜になると思います。

事務局（吉野） 16 時から 18 時ぐらいです。

北村 多分、厳しいかなと思います。

栗田 井門先生はいかがでしょうか。

井門 大丈夫だと思います。

栗田 助かります。では一応、井門先生と内海先生に予定していただくということで、進めさせていただきますかと思えます。

それでは、本日の会議はこれで終了させていただきます。皆様、ご協力をありがとうございます。

—了—

栗田 これより認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業第2回委員会を始めさせていただきます。本日は、前回欠席されて今日初めてという方もいらっしゃるかと思いますので、改めて自己紹介から始めさせていただきます。まず私は、この委員会の委員長を務めさせていただいております。東京都健康長寿医療センターの栗田と申します。どうぞよろしくお願いたします。

では、武田先生からよろしくお願いたします。

武田 国立長寿医療研究センターの武田と申します。どうぞよろしくお願いたします。

藤本 藤本クリニックの藤本です。よろしくお願いたします。

内海 砂川市立病院の内海です。よろしくお願いたします。

赤坂 岩手医科大学の神経内科の赤坂と申します。今日は寺山教授が所用により欠席です。私が代理で参加させていただきます。臨床心理士です。よろしくお願いたします。

栗田 では、守田さん。

守田 東京都福祉保健局の守田と申します。よろしくお願いたします。

柏木 大阪の浅香山病院の相談室の柏木です。よろしくお願いたします。

井門 広島県西部認知症疾患医療センターの井門と申します。よろしくお願いたします。

新田 東京の新田クリニックの新田でございます。よろしくお願いたします。

谷向 愛媛大学の谷向でございます。どうぞよろしくお願いたします。

栗田 よろしくお願いたします。

栗田 それでは最初に、皆さんの机の上にある配付資料を確認させていただきます。4枚目に次第がありますが、そこに配付物のリストがありますので、ご確認いただければと思います。一番表にあったのが座席表、その次が「第3回委員会日程調整表」、そして委員名簿、それから次第があります。資料としては「1. 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」「2-1) 第1回委員会議事録の論点整理」「2-2) 第1回委員会の議事録」、それから今日ブレゼンテーションをお願している新田先生の資料、藤本先生の資料、井門先生の資料、内海先生の資料。そして後ほど改めて説明いたしますが、「7. 認知症疾患医療センター実例集 原稿フォーマット(案)」というものがあります。最後に「8. その他」と書いてありますが、本日はありません。

そういうことでよろしいでしょうか。もし足りない資料がありましたら、事務局に言っていたいただければと思います。よろしいでしょうか。

それでは早速、次第によって議事を進めさせていただきますのですが、本日はまず初めに私のほうで前回の委員会の議事の要点をお話しさせていただきます。ここで改めて説明させていただきます。本委員会の目的等は、その中で改めて説明させていただきます。

それを踏まえまして、前回は大都市型の認知症疾患医療センターということで、東京都と大阪市の認知症疾患医療センター、運営事業全体のブレゼンテーションを東京都の守田

委員、それから今日は欠席していますが大阪市の中西委員にしていたいただきました。それを題材にして活発なご討議をいただきました。今回は、メンバーマの二つは診療所型というところで、東京都国立市の新田先生に、国立市の診療所型の認知症疾患医療センターの実際、それから藤本先生からは、滋賀県守山市でクリニックを開かれておりますが、そこで認知症疾患医療センターのお話ということで、ただのセンターだけの話ではなくて自治体全体のお話をいただければと思います。

それから第二のテーマは、前回は大都市型でしたが、今回は中規模都市、砂川市は中規模と言っているのかどうか、面積は大規模だと思いますが、広島県の井門先生、広島県大竹市の認知症疾患医療センター、それから北海道の砂川市の認知症疾患医療センターの活動のお話をいただきます。

この四つのプレゼンテーションで、診療所型は診療所型、地域型は地域型でそれぞれプレゼンテーションをしていただきます。その後、前回と同様に活発なご議論をいただきます。たいと考えております。

栗田 そういうことで早速、前回の議事の要点と論点の整理をさせていただきます。最初、今日は16時から18時まで2時間という大変限られた時間ではありますが、前回と同様に、ぜひ皆さんにまた忌憚のない自由なご意見をいただければと思います。議事録はテープに録音して反訳し報告書に掲載させていただきますが、そんなことは気になさらず活発にご発言をいただければと思います。

資料2-1に基づきまして、前回の委員会の議事の要点をまずお話しいたします。前回は第1回目でしたので、そもそもこの調査研究事業、そして委員会の目的は何かというお話をさせていただきます。そして、少し盛りだくさんですが、四つの目的を掲げさせていただきます。

直近のデータでは、全国に334カ所の認知症疾患医療センターが設置されておりますが、これからそれぞれの都道府県・指定都市の状況に応じて、認知症支援体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化、連携体制が適切であるかについて、この委員会の中で議論するということが第一の目的です。

特に、地域の特性に応じた認知症疾患医療センターの事業化をしようということ、今回、新オレンジプランにも掲げられておりますので、それぞれの地域の実情に応じた認知症疾患医療センターの運営ができるような制度設計に向けて、この委員会で最終的に提言ができればと考えています。

二つ目は、地域の特性に応じた拠点機能、類型化、連携体制の試みについてということ、前回、前回、東京都と大阪市の例を挙げいただきましたが、ここに来られている委員それぞれ地域の地域の美例を、この委員会でプレゼンテーションしていただきます。それを最

終的に事例集としてまとめさせていただきますと考えています。

三つ目は、これら認知症疾患医療センターの実施要綱に掲げられていることですが、都道府県で認知症疾患医療センターの機能評価、事業評価をせよということがあります。実際には評価の方法というものが、サジェスチョンはありますが具体的に示されていないということ、この委員会の中で機能評価のための調査案を作成させていただきたいと考えています。

最後に、今後の認知症疾患医療センターの機能と類型のあり方について提言します。先ほど述べましたように、それぞれの地域の特性に応じた拠点機能と類型化を可能にするような柔軟な制度設計に向けて、提言をさせていただければと考えています。

事例です。今回は東京都の例と大阪市の例を挙げていただきました。非常に短くまとめましたが、東京都はこの2015年度からですが、地域拠点型、地域連携型という独自の類型をつくって、認知症疾患医療センターの配置をいたしました。地域拠点型は二次医療圏に一つ、そして地域連携型はその区市町村に一つということ、全ての区市町村に設置して、区市町村の認知症支援体制づくりに積極的にコミットしていくというふうなものです。

地域拠点型は、二次医療圏に一つということ、通常の認知症疾患医療センターは専門的医療機能と地域連携推進機能というのが求められているわけですが、さらに拠点型の場合には、専門職の人材育成ということ、一般病院的な看護師の認知症対応力向上研修、そしてかかりつけ医の認知症対応力向上研修、そして多職種協働研修をそれぞれの認知症疾患医療センターが中心に行うということをやっています。

それから、それぞれの二次医療圏単位で身体合併症・BPSD対応のネットワーク構築をしていくということです。そして、認知症疾患医療介護連携協議会、国の要綱では認知症疾患医療連携協議会だと思えますが、そういう会議を開催すると。これは東京都独自であります。認知症アウトリーチチームというものを標準装備するというようにしています。

大阪市の場合は、大阪市全体が一つの二次医療圏になっておりますが、これを4圏域に分けてふだん活動しているということ、認知症疾患医療センターについては人口80万人に1カ所という計算で設置したということ、この圏域とは関連なく3カ所設置したということでした。全てが地域型で、この三つのセンターはそれぞれ形態が異なっております。一つは市直営の一般病院、一つは精神科病院、一つは大学病院ということ、この市直営の一般病院では、大学病院と連携しながら人材育成を行い、そして初期集中支援チームに連携し、さまざまな市のモデル事業にコミットしているということでありました。精神科病院は、精神科という特性を生かして精神科医療、特にBPSDの入院等について対応しているということでした。大学病院は大阪市立大学医学部附属病院ですが、先端医療と人材育成などをしているということでした。

こういった二つの事例も発表いただきます。前回の論点を要約いただきましたが、大き

く分けて三つのことが議論されたかと思えます。一つは基幹型ということで、基幹型の施設基準には、「身体合併症に対する救急医療機関としての要件」という文言がありまして、具体的には四つほどあります。地域の中の救急医療機関としての指定を受けている、実際には救急告示病院とか高度救命救急センターに指定されているということ、救急医療で受診した認知症の人に対して相談室がチームで関与しているということ、身体合併症に院内で対応できるように院内研修会をしているということ、それから夜間・休日の空床を確保しているということ。四つの要件があるのですが、実際のデータを前回お示しさせていたとき、基幹型の救急医療に関する施設基準は、どうもあまり現実的ではないのではないかというお話をさせていただきました。

身体合併症救急医療については、認知症疾患医療センターとは独立に一般救急医療機関における認知症支援体制強化という観点で検討する必要があるのではないかと。

基幹型は、認知症疾患医療センターの質を確保する観点とすべきであり、人材育成（研修）あるいは都道府県への認知症施策への助言などを行うべきではないかという議論がありました。

二つ目として、そもそも都道府県の責務ということで、都道府県は認知症疾患医療センターの質を確保するために、認知症疾患医療センターの事業評価を行うとともに、認知症疾患医療センターが一堂に会して情報交換の場を設けていくべきではないかと。

実際に実施要綱には、都道府県の責務として指定都市がある場合には、指定都市と連携体制を構築した上で、都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置することと定められているが、現実にはそのような会が設置されない都道府県が多いというご意見を、ここにいらっしやる各委員からいただきました。

そして、都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催状況、認知症疾患医療センターが一堂に会した情報交換の場を設けているか否か、事業評価が行われているか否かについて、都道府県を対象とする調査を行うべきではないかというご意見もいただきました。

三つ目としては、地域独自の類型についてということで、いろいろな案をいただきましたが、国の「最低限の基準」を設定して、それプラス「地域の実情に応じて選択できる基準」ということではどうかかというご意見もありました。あるいは診療所型は診療所だけではなく、病院でも指定できるようにしてはどうかかというご意見もいただきました。

そして最後に、事例集の作成について説明をさせていただきましたが、これについてはまた後ほどお話しさせていただきます。

あまり時間が無いので先に進めさせていただきますが、今回の要点、特に論点について、この段階でご確認あるいは何か追加発言がありましたらご意見をいただければと思います。なぜかといいますと、ここで集約していく論点は最終的には国への提言という形でまとめていきたいと思えます。後で気づかれたらということで構いませんので、何かありましたらご意見をいただければと思います。

粟田 では早速、本日の本題に入らせていただきます。今日は、診療所型をテーマにしまして議論していきたいのですが、診療所型というのは2014年度に制度化されました、まだできてホヤホヤということですが、数が少ないという現状ではあります。ただ、今年は東京都でたしか10カ所増えまして、全国で19カ所増えたので、かなり増えてきています。しかしながら、この診療所型をこれから増やしていくことが我が国の認知症施策においてとても重要な意味を持つのではないかと私も個人的には考えております。その辺をどうするかということが今後の課題になるのではないかと思えます。その辺の論点なども踏まえまして、今日は新田先生と藤本先生に、現状あるいは今後の課題などについてお話しただければと考えています。

それでは新田先生から、一応10分間というふうにはなっていますが、この資料を見ましたらとても10分間では終わらないのですが、可能な限りということでもよろしくお願いたします。（以下、プロジェクト使用）

新田 [スライド1] 私はもともと在宅療養推進連絡協議会ということで、いわゆる診療所型というより連携型というイメージを持っていただいて話を聞かれたほうがわかりやすいかと思えます。

[スライド2] 国立ですが、東京都真ん中において人口7万4,000人で、75歳以上が10.6%です。そして、後で出てきますが認知症の人は全体で大体1,000何名かいます。そしてその場所、どのようにどの地域にどのような認知症の人がいるかというのを明確にはかかっていません。

[スライド3] 第六期介護保険事業計画は私がほとんど書いたのですが、2000年の介護保険事業計画が終わってずっと委員をやっています、その責任者をやっているのですが、その中で認知症政策をどうするか、国立の高齢者が7,798名で、そのうちの要介護認定者が2,435名（31%）、さらに認知症がある方で1,431名（59%）を占めるということです。

この事業計画の中でそのときに何をやったかということ、認知症になっても住み続けられる地域づくりということを市の介護保険事業計画に入れました。そのために、国立市在宅療養推進協議会において協議して、その結果、数々の事業として展開をしました。その中には家族介護者交流会、認知症カフェ、認知症市民勉強会等々が入っています。ここを全部含めて行政と一緒に、「国立市認知症ケアウェイ」等々をつくり上げています。

また、新たに認知機能の低下を早めに把握して医療と連携して支援する「認知症早期発見・早期診断事業」、個別認知症問題に「認知症介護リーダー職」「認知症サポーター」等々、この地域で解決していく仕組みづくり。「認知症介護リーダー職」「認知症サポーター」等々、こういうことを事業計画の中にまず盛り込んだということが一つ。

[スライド4] そのあり方で、今までであった中でのいろいろな課題があります。第一期～第二期、皆さんご存じのように平成2000年から始まった事業計画で、支援センターだったです。ね、こういうときに、基幹型の総合調整能力が不足していて、包括的・継続的な相談・

支援体制整備が必要だと。

その次に第三期～第四期です。2006年から予防重視型の介護保険型の介護保険計画をつくったわけですが、地域包括支援センターを3カ所つくったんですね。ところが結局、全然機能していません。地域包括支援センターが3カ所を全部一旦潰しまして、1カ所で地域包括支援センターをつくり上げました。

これが第五期です。直営型地域包括支援センターを行政、市役所内につくり上げて、それで相談機能を強化する。そしてそこで在宅療養基盤整備の所管を位置づけて、ここで地域包括の課長ができました。そして包括支援センター長がきちんとこの課長と一緒に在宅等々、そこにはもちろん認知症はあるのですが、認知症対策の強化を図るということでもあります。課題は山積みしています。

[スライド5] ここでモデルが出てくるのですが、私は東京都のこの協議会の会長もしていますが、東京都全域に進めるには在宅療養推進協議会を各区市につくり上げないと、医師会、歯科医師会、三師会等々、全行政でこれをやるのは無理だということで、まずつくり上げると。国立をその推進モデルの一つにしたいと思いました。

もう一つは、市にその窓口をつくる。これが後々大きな仕事になってきます。この中には全て入って、多職種連携研修会の企画・実施、認知症同居や24時間対応の仕組みづくり、情報交換ツールのICT化検討、多職種による地域ケア会議、ケアマネ会議、市民勉強会、認知症カフェ、在宅療養ハンドブック等々をここで作りました。

認知症まちづくりプロジェクト「わがまち国立アクションミーティング」というのをここでつくり上げて、「国立市認知症の日」というのをつくり上げまして、先週第4回目をやりました。一橋大学が私の街にあるのですが、そこではかなり市民が参加して、それは市民周知、そして啓発ということも含まれていると思っております。そして認知症の方もかなりの人が参加しますので、認知症の方も堂々とそこへ参加していただいて、皆さんで共有することです。

そこで、平成25年の認知症医療支援診療所地域連携モデルというのがあって、これは国の補助でやったのですが、ここが今までの事業の中の一つとして組み込まれたというふうにご理解いただければと思います。ちょっと飛ばしていただきます。

[スライド13] この認知症医療支援診療所地域連携モデルという中で、課題が七つあるのですが、医療・看護・介護・地域・行政が連携した早期発見・早期診断・初期対応のしくみづくりで、この中で一番問題は、やはりこれから東京都はひとり暮らしが当たり前の世界になると。これをどうするか、この人たちの全体像を把握して、継続的なかわりと支援をする必要があるということです。その診療所型と窓口と地域包括センターの三者一体の対応をしく必要がある。それでチームの実践と検証をして、効果的な包括センターと定期的な会議を続ける。これは後で出てきます。

もう一つは、地域のかかりつけ医による認知症への医療及び社会資源と介護保険制度の

理解不足がよくわかりました。そしてそこで教育体制をつくるということ、これも先ほどのアンケートをやりますので、後でちょっと紹介します。

あと、認知症サポート医の役割と再周知。サポート医をつくったけれども、結局サポート医が我々のところは機能していません。例えば東京でいうと、北区のようにサポート医をきちんと機能させて行っているところがあるのですが、そのサポート医の機能体制をつくり上げるということがあります。あとはこの周知。そして、包括支援センターの役割の周知。あと、家族介護者の相談支援体制です。そのこととどうするかということで、家族会をつくって認知症カフェ等をいま行っています。先ほどの同居の話です。前に戻ってください。

[スライド6] こういうことで、地域包括センターの勉強会を相談窓口と定例化するというところで、勉強会をずつと行って、地域ケア会議もそこがきちんと機能してやっていくというふうには、先ほどのような介護保険制度の中で位置づけました。

[スライド7] これは医師会に行ったアンケートでして、認知症の患者の診察・対応があるというのが84%、回収率63%の中であるということが結構ありました。

[スライド8] どのレベルまで対応可能か。初期対応が50%、中期までが32%、後期が16%、6名です。我々の医師会は84名います。84名の中でこの数が対応している医師会のメンバーから回答がありました。

[スライド9] 認知症の方とのかかわりで今どんなことに困っているか。言語によるコミュニケーションが困難なため、体の不調やふぐあいを捉えることが難しい。外来等ではやはり大変だと。あと、ご本人や家族と話すゆとりがないとか、本人の様子や家族からの訴えが、認知症によるかわからないということ。在宅時の様子など、本人の生活全体に関する情報が不足しているということ、これはこれで正直な話だろうなと思います。

[スライド10] 対策を進めていく上で何が必要かということ、早期発見・早期診断の仕組みづくり。これは医師会の皆さんが理解していました。家族支援体制の構築、相談会の支援、そして介護従事者、かかりつけ医の研修も必要だということな意見をいただきました。

[スライド11] 先ほどのひとり暮らしの方。現在、国立市の同居は288人ですが、生活実態が本主に同居、家族が速くにいていないという人は56名いました。56名をどうしようかということ、病名、服薬・受診状況、住まい、身体・精神症状、社会的困難、家族の聞き取り、DASC-21とZaritを用いてこれを把握しようということにしました。

[スライド12] それで見えたこと。医療との連携、家族支援、状態像の変化のキャッチ、地域による支援の必要性等から、その実践をどうしようかということ、定期的なかわりをどうするか。認知症対応チームのレベルアップ、定期的に個別検討会議を実施して認知症医がスーパーバイズ等々、認知症医療センターから担当スタッフがアウトリーチでやっていくということ。市民・医療関係者・行政との協働、個別のケースのソ

一シャルワークを通じて地域づくりというふうに、さらに課題をつくって、このことを今、一つ一つアップしているということになっています。

〔スライド14〕今はこういう対応チームで、相談があって、先生と窓口がセットのこういう形式になっています。

〔スライド15〕相談室の実績で、平成27年4月～9月で、これは全て認知症を含めてという話とさせていただきます。192名。相談元が地域包括、本人、家族、市民、ケアマネ、訪問看護、病院等から。相談地域は、国立がもちろん多いのですが、近隣もあるということになっています。相談方法は電話、診療同伴、訪問、訪問は788と結構数が出ています。それで面接、カンファレンスと。

〔スライド16〕そこを今度認知症で見えますと、96名が認知症です。癌等々ももちろんいるわけです。相談内容は、介護保険、在宅療養支援が123、入院調整が19、これは認知症の人、癌の人等も含めて例えば頸部骨折等で入院する、どうすればいいのかという話です。退院調整、受診相談、環境調整、BPSDというように分かれています。

〔スライド17〕認知症の相談の54件について見てみました。BPSDで困っている家族に定期的に行っていることで、これを見ますと入院調整は何があったかということ、急性期病院入院7名のうち自宅退院が5名、一般病院で認知症プラス精神があつて、合併症で病院に入院中の人が1人いました。あと特養、それから急性期病院、特養に戻る。特養にいて認知症の人で重度の誤嚥性肺炎を起こして、急性期病院に行つて特養に戻つて結果的に在宅に戻りました。そして、急性期病院で相談があつて市内の老健に入った人、これはひとり暮らしの人で、行き場所として老健に入りました。こんなような方がいます。

そして、服薬調整等もやりました。BPSDの向精神薬の調整をかかりつけ医と相談しながら適用量を調整することもあつたということです。

〔スライド18〕地域ケア会議。地域ケア会議というのは、各市が開かれているのですが、グループワークにしました。グループワークにしないと結局機能しないということで、15回を数えておりましたが、毎回45から60名近くがグループワークで入っています。いわゆる困難症例だけではなくて、ありふれたものも出していただきながら地域ケア会議を進めていくと、そして認知症の例えば独居の人、認認介護の人等々を含めて、こういう会議でやっていくというシステムです。

〔スライド19〕地域包括会議。地域包括というのは、でき上がっているよう以外と一人ずつが地域に分担されているので孤立化しています。地域包括のメンバー隣同士がほとんどよくわかっていないことがわかりました。その意味で、これは市にあるのですが、そこを統括しなければいけないということで、この包括の相談を含めて検討会をしてやっていると、これをきちんと会議化して、これは結構大きな話です。

〔スライド20〕新オレンジプランへの国立市の取り組みと方向性という七つの柱があるわけですが、認知症の日とか家族の会、カフェ等々でこういうような課題をつくって、次に

今後の方向性ということです。

〔スライド21〕認知症の日。先ほど話をしたものです。20代、30代のヤングママたちが認知症について理解をするということで、子供たちを必ず入れます。これはバレーエをやっているのですが、子供たちは必ず認知症の市民サポーターを受けていただく。それをやっているので出ています。これで4回目。小学校は今これで4つ目です。

〔スライド22〕市民啓発、アクションミーティング。市民勉強会ですが、大規模なこういふのよりも、大体20名近く集まる（勉強会です）。国立は小さい町ですが、その中で月単位で交流して、一緒に2時間から3時間語り合うということ、理解をしていただいています。こうやって見まして、皆さんひとり暮らしですか、どうやって生活しているかと聞くと、大体半数がひとり暮らしです。半数がひとり暮らしでどうするんでしょうか。認知症になったらどうするんだとお互いに話し合つて、こんなのがいいのかなとか、町内会でこんなとか、あんな小さいところでも町内によって全く違うことがわかりました。そこで一つずつの中でリーダーを決めて、今その市民の育成と生涯教育を含めて今年から取り組み始めました。

〔スライド23〕認知症カフェです。一橋の学生が喫茶室を開いていて、そこにも認知症カフェを開いてくれないかということで、一橋の学生に認知症カフェをいまま開いていたっています。この学生たちは認知症に対する理解度が結構すつと入ってきますよね。本質的なところに入ってきてます。なかなかおもしろいものがあります。

〔スライド24〕こういうことですね。毎回このぐらいのメンバーでそれぞれテーマを決めて、ただ、ここに医療者が入るといふのは一つ重要ですね。そうすると相談したりしてというところで、4年目になりますかね、これも継続してずっとやっていると。

〔スライド25〕アクションミーティング。これは先ほど言いました小学生のサポーター養成、あと若年性認知症家族会「こもれびの会」ができ上がりましたので、そこも支援していくということです。

〔スライド26〕家族の会。このようなもの（陽だまりの会）もあります。

〔スライド27〕こういうのもあります。

〔スライド28〕「生き活きノート」をつくり上げまして、そこに認知症の人たちが結局、我々の医療機関も早期診断も含めて、あつという間に見えない世界に入っていく。誰かがきちんと認知症の人を見ている世界、そのためにはICT化して、そこに入っていくことと今年やろうとしています。それは個人の登録は自由ですが、そこに入っていくだけで、その伴走者、町内の人でもいいし、友達でも誰でもいいのですが、そこを誰かを入れて、その人が今こういう変化をしているかということもICT化する中で、認知症の人たちを把握していくというような計画をしています。

〔スライド29〕これはくにたち認知症ケアウェイ。これはこれでよろしいですね。

〔スライド30〕これもオーケーです。あとは事例です。どうもありがとうございます。

す。開放してフリーに出入りしています。

〔スライド 8〕もの忘れカフェです。これは 2004 年にどうしたら軽度の若年、軽度の高齢者が来られるかということで、本人と話し合っつてつくったのがこれです。

〔スライド 9〕最初は、ともかく全てのことを当事者でやりました。何も無いがらんだうの部屋を用意して、さあ椅子が要ります、机が要ります、食器が要ります、何が要ります、なにが要りますと当事者が全部買いに行った。お金の計算をして、出納帳とつくってというところから始まった。

活動内容は、当事者がその日に決める。それから記録は残す。やったことを忘れることは嫌だと。じゃあどうしましょうと。スタッフはできるだけ黒子に徹する。これが一番難しい。支援者は手を出すのが支援者なので、手をささない支援者というのが一番しんどかったのですが。

〔スライド 10〕これがその一年にやったことです。おもしろかった、すごいなと思ったのは、外来が終わると、「藤本来い」と係の人から呼ばれるんですよ。「何ですか」と言ったら、「アルツハイマーって何か講義しろ」と。先週もしたのになと思いがら。どきどきしましたよ。50 代の人に、「アルツハイマーとは治るのか」と言われて、「治りません」と。「治せないのか」「ごめんなさい」と本当にやるんですよ。そこで自分たちのことを知っていくという。「わかった」みたいな話でね。

〔スライド 11〕もう一つは社会参加。なぜ普通のデイが嫌かということ、妻が働いていて、子供が苦勞して不登校ぎみなのに僕は（ここで）遊ぶのか、そんな嫌だということで社会参加をしたいと、駅前清掃は十年來続いていますし、それから社協に電話をして、何ができるかということをやっています。外出も自分たちで計画を立てて、この時間に着くと食べられないからコンビニでおにぎりとか、この時間だったらこここのうどん屋はおいしいぞみたいなことを計画して出ていきます。

〔スライド 12〕相談センターのカードをつくったのですが、クリニックにかかっている人の電話はもろもろ多いですけども、かかっている人が年に百何十件相談があったので、これは相談ニーズは高いぞということで県と相談をして相談センターを受けてくださいというところで、はい、わかりました。うちにかかっている人が年間 400 件です。面談相談と電話相談があります。

それから、現地相談で、介護事業所に向いていく。うちの看護師が主ですけども、時々僕はおまけでついていく。デイサービス、グループホーム、特養、老健に出かけていって、その現場を見てグループワークをしたり。ニーズは年々変わりますね。新人が多く入ってきたりすると、やはり座学もしなければどうしようもなかったりとかということ、一緒に取り組みという現地相談。これは今、新しいバージョンに変わっています。

〔スライド 13〕これは、手元資料では削っていますけれども、最初が多職種地域連携です。開業したときです。隣の市のある行政の人から電話があったって、50 代のアルツハイマーで連

行期です。今なら要介護 4 から 5 みたいな人です。

〔スライド 14〕アルコール依存のご主人と二人暮らしです。娘さんは遠くにいます。部屋に入るとよくある、目張りして、光が入らん、音が漏れないみたいな、そこでうるうるしながら「わあー」と言いながら、ご主人は「こらー」みたいな話ですね。近くの精神科の診療所で抗精神薬はもらったけれども副作用が出たということで、かたいお父さんなので、一切薬は拒否です。どうしましょうで、市の職員も一生懸命説得して、「絶対副作用を出したら許さん」と言われて、「出しません」とか言いながらどうしよう。市の行政の係長が、そのお父さんが飲みに行く飲み屋さんに行っって、「おっ」と言っって飲みながらしゃべったり、いろいろなことをした。

それで二人がかりで迎えに行っって、まあ大変でした。全く未介入の進行期のアルツハイマーですから、いろいろな症状があっって、うちの看護師が一对一でずっと半日対応して、外来にいると外来の待合室に出てきて、また「わあー」と言うから、僕も一緒に「わあー」と言っって、何とかデイにいられるようになってたんですけどね。

それで、市と 3 事業所が断ったので来て見てもらっって、一緒に入っってもらっって、これは現地相談うちバージョンみたいなものです。それで一応始めました。これでどこかにつながらないともみたいな話になったので、さっきの現地相談なり電話相談いろいろ連携があります。

〔スライド 15〕連携のことについて、2005 年に半年間、うちのクリニックで 1 回夕方、近くのケアマネさんとかなんとかが集まっって、何をしようかと話し合っいたら、やはり医者と私たちがつながらないとあかんよねになったので、連携の会をしようかと言っって立ち上げの会をして、48 回やりました。

〔スライド 16〕戦略があっって、うちのことをやりつつ精神科のドクター。その当時の疾患センターがなかなか周知されていない。精神科に入院させたらひどいことになるぞと家族の会の人と言っっていたものから、それを聞いたので、家族の会の顧問ですから、それは違っぞと周知しようと思っって会を開きました。そこに家族も来てもらっって。それで、かかりつけ医に連携したり。これはちよっど始まっただけですね。地域版をつくっって戦略を立てた。

〔スライド 17〕各圏域にかかりつけ医、医師会のドクターでこの先生だったら動いてくれる人、ケアスタッフと交流できる人というのを見て、話を持ちかけて動きさうだったら県庁に言っって、保健所に言っって、事業者協議会に来てもらっってということ、全ての圏域に（やりました）。医師会の役員でない医師会を動かさないものから、そういうことでやりました。今は一応すべての保健所圏域にあります。

〔スライド 18〕それでも連携を実際にやろうとすると、知っっているけれども方針が違っって、ニーズがあっってデマンドがあっってとか、在宅継続なのか入所なのか、なかなか意見が違っう。うちの看護師の発案で、これも 1 年間は行政と医師会がグループワーク、プレーン

ストーミングをずっとして、「認知症の人って自分が生きたいように生きていんだ」みたいなことをお医者さんが言うようになって、そこから始めました。

去年は、かかりつけ医の内科医、小児科医、外科医がうちがつくった疾患別ケアの講義をして、疾患別のグループワークをして、今年は薬剤師、歯科医師、警察。来月は歯科医師です。大体 70~80 人集まってグループワークをしています。

〔スライド 19〕これはアウトリリーチでまとめたのですが、

〔スライド 20〕これは往診数で、いま減っていています。最初は看取りをしていましたから、夜中 2 時、3 時、4 時とかに「ご臨終です」と言いにいったのですが、今はもう訪問看護 24 時間対応と在宅療養支援診療所ができたので、僕はそこらもう手を引きました。ニーズがあれば行きますし、なければ引きますので、いま随分減ってきていて、行っているのは本当にこういう BPSD ケース、診療受診困難ケース、連携をしていた。

〔スライド 21〕これはレビー小体型認知症です。まあいいですかね。全然家族も入れない。地域包括支援センターに何回も行って拒否されるというので、看護師と行って 2 時間ぐらい話を聞いてお友達になって、一応近くでかかりつけ医で CT を撮って採血して、それで診断がついたらサービスに入らなかつたので、半年後ぐらいに呼ばれていて、またお友達状態になってサービスにつなぎました。

〔スライド 22〕これは虐待例ですね。これは時々あるのですが、今日も同じようなケースでしたが、地域中核病院の専門医が診断しても、その後がなっていない場合が多くて、ちよつと困ったなど、虐待事例で入ってきた。家族が「助けてください、私は殺すかもしれない」と言うので、「ためです、おってください」と包括を呼んで、二人がかりで来られて、介護保険申請をその場ですぐしてもらって、その日に緊急利用から始まっているやりました。こういうケースが割とあって、最初に介入していただければこんなのになっていないのにと。病气そのものではないことで起こることが多いですね。

〔スライド 23〕これは認知症専門医の精神科医が診ていて、骨折で入院して神経内科医と整形が見ていました。家族支援がどうしてもできないというので、これはもうコストを取れなかったのですが、2 時間ぐらいやってやりました。こういうケースはあります。

〔スライド 24〕これは若年のモデル事業です。

〔スライド 25〕これはネットワーク会議というので、最初に会議を開いて、県の医師会、地域医師会、県の認知症対策課、障害の課、NPO、障害者支援団体、産業界、それから企業、家族が集まって、ブレインストーミングをしてテーマを決めました。ここでいろいろなもの、リーフレットとか支援マニュアルとか、企業を 1,100 社アンケートしたりして、今、企業研修をしています。仕事の場のブランチをつくらうとしています。

〔スライド 26〕これは湖西の T 市という専門医がいないところですが、大体わかるのですが、専門医がいない市ですけれども、医師会の先生がすごく熱心で、連携しながらいろいろなことをしています。仕事の場のブランチができています。

それから企業研修は、内科医サポーター医、小児科医サポーター医、外科医サポーター医、僕らもうサポーター医のかかりつけ医が、場合によっては専門医よりも認知症医療における一番大切な資源だと思います。ですから、IN 守山野洲の連携の会（認知症の医療と福祉の連携 IN 守山野洲）で連携してもらいながら、今年はこのサポーター医内科医、サポーター医小児科医がもう……。例えば教育委員会に出入りしている人は、図書館で御用聞きをして、2~3 の図書館の企業研修ゲットとか、検死に行っている人は、警察に行って警察の企業研修をゲットとか。私にないルートを持っていきますから、それでかかりつけ医が絶対動かなければならない、みんなサポーター医です。

〔スライド 27〕この若年も中心はかかりつけ医でした。

〔スライド 28〕これは神経内科。基幹型の神経内科の先生が後輩だったのですが、なかなか地域に出でいけない。もちろん救急をしていますから行けないのはわかるけれども、ぜひ力をかりたいと思うて、ある年、無理やりサポーター医になってよと。県のお金は切れたけれども自腹を切つてよと、数名自腹を切つてもらって、自腹といても病院の自腹ですから、行つてもらつて、今はもう全部僕の県のいろいろな事業はこの会、若い神経内科医がやっています。こうやって人材を育成しないと。

これは基幹病院の神経内科部長と心理の人、神経内科部長と連携室、かかりつけ医、こうやって交わりながら、特に病院の人に出てきてもらおうと。

〔スライド 29〕これは人材育成から発展です。現地相談の発展型です。現地相談に行くのですが、なかなか OJT ができないので話しかけて、70~80 人のケアスタが手弁当で年休をとつてうちへ来て、一生懸命自主勉強会をしています。今度、学会形式の発表会をつくろうと思つているので、初めて発表します。今、20 名が抄録を持ってきて、僕と看護師で半分ずつ抄録を見ようと言つて（いるのですが）、僕はしなくて全部看護師さんがやっています。もう、ほぼ 3 回くらい、バージョンを書きかえてもらいました。

〔スライド 30〕これは若年と、今、心理教育が県の事業化しています。研修事業になっているので、そこへ 30 回研修をやっています。地域包括の人、これは老精神の専門医、認知症疾患医療センターの人が若年に来ていて、一応受け入れながら、ともかくブランチをたくさんつくろうと思つているので、今それもやつていて、これが現場を使った人材育成。

〔スライド 31〕滋賀県内の認知症疾患医療センターの配置図です。

〔スライド 32〕やっていることをまとめたのがこれです。終わりですね。

僕は、地域の診療所というのは絶対大事だと思つているので、県立病院をやめたのもそれです。自分しか決定権はないので、自分の診療をしながらフットワーク軽く動ける。それで、かかりつけ医の仲間がとってもいいなと思つていて、十何名の地元の仲間がいて、四~五代前の医師会会長が担当者会議に出席しなさいと命令して、体が出る出席率が 90 数% という驚異的な数字を出したぐらいに、医師会長さんが頑張っています。そんなことですかね。

栗田 ありがとうございます。藤本先生、短い時間でコンパクトにまとめていただいた
てありがとうございます。

それでは、これから 20 分ぐらいは議論をしたいと思います。ただいまの新田先生と藤
本先生のブレゼンに対して、ご質問などがありましたらご自由にご発言いただければと思
います。いかがでしょうか。

では、私から口火を切らせていただきます。診療所型をふやしていくということが、ま
ずもって極めて重要なことだと私は考えているのですが、これについて何かご意見がある
方はいらっしゃいますでしょうか。特に診療所型が重要であるということを強調しておく
ことはとても重要だと思いますが、藤本先生、最後にお話しいただきました、診療所型は
なぜ重要かということですが、

藤本 自分が医師会のA会員になってから言うのも変ですが、僕が成人病センターにい
たときも、B会員ですけど了解をとって、実は 25 年前に県立病院で必要な患者さんは内
緒で往診をしていたのです。それから医師会の在宅の会議にも出ていた。すごく協力して
いるつもりだったんですけども、自分のキャラかもいれませんが、どうもやはり何か敷
居が高いとか、普通のかかりつけ医の先生方が抱えているさまざまな問題、診療報酬
改定でえらいことになったりとか、インフルエンザがはやったら医師会としてもマスコが
配付されて、保健所に詰めましますみたいなとか、ああいうことをしつつのかかりつけ医や
ないですか。

病院について「動きなさい」というのではどうもまずいかかなと思ったので、やはり同じ地
平に立って泥臭く動くと、何かかかりつけ医の先生たちを動かすのではないかとというふう
に勝手に思いました。ただ、見ていると、別にしたくないわけではないんですけど、する
ことがよくわからないとか、ともにやる人がいないので、いれれば動くかなと。各圏域を見ている
そう思います。ですから、診療所が動くことというのは……

栗田 身近さという。

藤本 (県立成人病) センターのときも、もの忘れ外来として敷居を低くしたつもりで
したが、アウトリーチが公式にはできなかつたものですから、アウトリーチをするとい
うのは、アウトリーチになるであろう人たちを見ている、やはりアウトリーチされる
あれは大きいですが、外来が終わつたらちよつと行ってきましたみたいな。

栗田 ありがとうございます。

井門 広島県でも診療所型をふやそうと思っているんですけども、マンパワー的な
いうか、すごくいろいろなことをされていて負担が大きいのかなと思いますが、その点
いかがですか。

藤本 医者一人、看護師一人みたいな感じですけれども、おそろくかかりつけ医の先生
方の協力が大きかったり、それからデバイスなどはケアスタッフの協力が大きかったりとかで
しょう。僕が思うのは、自分のできる範囲でやればいい。わりとよくやっついていてそれ

いだろうとは思いますが、(県立成人病) センターのときもそうだったのですが、その病
院で 25 年前に同じことをしていたんですね。でも、これでは誰も真似しないだろうな
と思つたので、この機能のうちのどれかを、例えば家族の支援だけでもいい。診療所型と
して認定するのがいいかどうかは別として、最初に介護保険が始まったときに、僕は全地
域医師会に二回講義したのですが、必ず出たのは、どうやって家族を助けるんだという
話で、そのときはもう家族の人に「大変ですわね」と言つてください、それでほぼ 8 軒方オ
ークーじゃないですかという話をしたのです。そうすると医師会長が、「よし、それならで
きる。いつもやっている」みたいな話になつたので。

そこは、どこまでコンパクトにして認めるかということだと思います。違つた意味かも
しませんが、それぞれフル装備だと思うので、その中のどれかの機能だろうと思つてい
ます。滋賀、京都の診療所で頑張っている連中を見て、外来診療と家族支援と、最近、自
分の診療所で認知症カフェをやつたという後輩がいるのですが、あそこなんかは絶対なつ
てよなと思つても、その要件だと思います。実際、動いている人たちの動きを見た
要件。診療報酬をつけたら、そこは厳しくしなければいけないでしょうけれども、
実際動いている人が各地域に居ますでしょう。その人たちがなれないといけないなど。

栗田 井門先生の質問は極めて重要な質問で、これから診療所型をふやしたいと考
えているのですが、確かにマンパワーの問題がいつも言われています。藤本先生のところも新
田先生のところも診療所型認知症患者医療センターのモデル事業(認知症医療支援診療所
地域連携モデル事業)をやつていただいたので、大変よく機能しているだろうと言つ
ても、だけ 11 カ所だけだろうと、ここはスーパーマンがやつていられるんだというよう
なことをよく言われたりします。この問題は確かにクリアしなければいけないと思いま
す。新田先生、いかがでしょうか。

新田 診療所型というのが、いま藤本先生が言われたように、もともと医師一人、看護
師等々という発想から、これからの診療所というのは、診療所機能型にしなければいけ
ないだろうというのがまず一つあります。それは何かというと、認知症の人たちを診る
こともそうだけれども、これから在宅医療というのをやるときに、一人診療所機能体制で
は、看取りまで含めてなかなか大変だろうと。その意味で、地域包括診療料が加算され
たのが 3 人以上ですね。3 人以上あるところはなかなか難しいけれども、先生のところもそ
うですが、やはり看護師さんはものすごく活動する。結論でいうと、医師よりは看護師が
活動するわけですよ。鍵は看護師ですね。

藤本 うちがほとんど看護師です。あれは僕は仮の仮の姿です。(笑)

新田 そのとおりです。

藤本 油揚げをさらうトンビと言われていますから。

新田 今の診療報酬体制は、医師の行為に対して診療報酬をするという機能なので、そ
の診療報酬体制から変えていかなければいけないなと実は思っています。看護師を含めて、

それだけトータルでその機能がどう働くかと。結果として、そこが機能すると。先生のところも今の（実態）を見てもわかるように、私のところも医者なんかどうでもよくて、看護師が主たる役割を果たすというふうになっているとまず思ってください。

そうすると、全国各地の診療所型で見ると、やはり皆さん看護師が機能しているんですね。ただ、それは訪問看護とは別に診療所に属する看護師というのは結構優秀な人たちがいいて、それが機能しているところが結構あるので、そのところの看護師をどう育成するかというのが一つあるなと思っています。

もう一つは、やはり認知症の人というのは基本的に80%は地域に住んでいますので、一番身近なところで診療所が機能するのは当たり前のことだろうなと。病院というのは、やはり病気を治す機能をするところですから、何かあれば病院に行く。そこはそこでセーフティネットとしてある必要がある。認知症の人というのは、病気があって病気がない日常生活があるので、ふだん診るのはそこでしかあり得ないだろうなと、まず捉える必要があると僕は思っています。

その中で、さっき藤本先生が神経内科の先生とおっしゃっていましたが、ああいうふうに加えていくというのはセーフティネットとして加えて、新オレンジプランの循環型がいかどうかは別に、ああいう中の循環は循環で、あくまで地域とこのを中心としてやるという意味で、やはり病院よりは診療所型が機能化するだろうなと思います。

藤本 最初に本当に本当に看取りをしていたんですよね。2時に行って、4時に行って、6時にご終臨みたいなことをしていたのですが、あるときから呼ばれなくなりました。うちは地元ですごく大きな訪問看護のチームがあるのですが、24時間の訪問看護ステーションが機能し始めたら呼ばれなくなりました。ああ、そうなんだと思っ、やめましよう。

それと往診もそうですよね。在宅支援診療所ができて、うちの医師会は認知症対策と在宅看取りが二本柱なので、みんな往診する。在宅機能をすごく頑張っているんで、そこができたので、僕からその機能がのいたのです。看取りをしていて、夜中の往診をしていて、だって、一晩に3人ぐらい行きました。それをやっていたらもうもっていないですよね。ほかのところもできていない。若年なんてとてもじゃないけどできない。ですからそこは連携だと思えます。

かかりつけ医は診療所仲間と連携しやすいので、医者と看護師しかいなくてもつながらば、その医師会の先生方と全部連携だし、病院のドクターも紹介状のやりとりだけではなくて、そうやって勉強会をしているとコメディカルと仲よしになれるじゃないですか。医者はずもとも知り合っていますけれども、さっきも緊急入院を市民病院にしてもらったけれども、それも連携しているやりとりできるので、それはやはり医師会の医者だややりやすいですよね。ですから、仲間をつくれれば。

新田 2025（年）とか2030（年）はその世界が当たり前前の世界になるだろうなと思っ、ていますので、僕は在宅医療をあまり心配していないですね。今、藤本先生の地域がある

モデルは、これから東京も含めて地方は別だけれども、当たり前前の都会型モデルができてい、またやっ、ていけないしね。そういうふうには思っています。

栗田 先生の診療所機能型という話というのは、非常に新鮮でおもしろい。しかも、そこに診療報酬をつけるような制度設計をしていく必要があるだろうと。特に看護師とかです。連携というのものもあるかもしれませんが、その辺を可視化させるところが重要なポイントなのかもしれませんが、診療報酬に関しては、実はいま診療所型は何もついていないということが問題になっているんですけれども、今日は厚労省の方は来ていないですか。

石松 今日私は私がお伺いしています。

栗田 悪いときに来ましたね。（笑）

石松 診療所型については、現行の要件ですと確かに診療報酬はついていないですけれども、次年度改定に向けてこちらでもいろいろとお願いをしているところがございます。

栗田 改定に向けてやっ、ていこうと、具体的などういう手順でやっ、ていこうと、かにはあります。

石松 具体的な手順とおっしゃいますと。今月か来月の中医協で審議をお願いしようかと思っ、ています。

栗田 時期的にはそうですね。

石松 時期的には大体これぐらいなのですが、診療所型が、ほかの基幹型と地域型と全く遜色なく鑑別診断をやっ、ていただいているという点を、うちでは押していること話をしてい、まして、基本的には認知症の専門診断管理料ⅠとⅡがついてい、まして、それらと同じものをぜひ診療所型でも、さらに、平成26年度、27年度の診療所型の実績も、藤本先生にもお願、いして資料をつくっ、ていただいたり、東京都さんにも作成をお願いしているところですので、それらの実績を確認して、現行やっ、ているところもきちんとできてい、ますので、この形で議論をお願いしようかと思っ、ているところではあります。

新田 もう一つ。一方で、機能に診療報酬をつけるかどうか、これは大変難しい議論ですが、従来、日本を診療所報酬で引、張っ、てきたことと自分が僕は間違っ、だと思っ、ています。これは行政施策だと思っ、ています。行政施策の中でちゃんとそこをフォローして、お金を出して。

栗田 インセンティブのつけ方自体も変えていくべきであるということですね。

新田 そうい、うことです。地域全体で認知症をどうするかという。僕はそこへ着くと思っ、ています。

栗田 やはり初期集中みたいなのはそうですね。パブリックヘルスマodelなので、地域支援事業という形でお金を出すというふうな。

藤本 お金を取れなかったのは病院に行ったケースですね。あれは、どうしてもお金を取れないですね。精神科主治医がいて、病院の主治医がいて、取りようがないので。

あれは看護師と二人で行きましたけれども、実は機能的には看護師が行って十分なので、あそこ看護師が行って何か初期集中のコストがつくと、それは行きやすいですね。それと同じイメージかもしれません。

栗田 一つは、診療所型というところに、そういうバブリックヘルスマodelの行政的なインセンティブをつけていくというような方向性もあると思います。認知症専門診断管理料というのをとりあえずやっつけていこうということ。

石松 地域連携の機能というのが、実は診療報酬というより今はむしろ補助金のほうでお願いをしている部分です。

栗田 補助金はもちろんそうでしたね。すみません、それを忘れていました。

石松 ただ、診療所型さんのいろいろと。

藤本 ただ、管理料とかなんとかというのは、とりあえず認知症疾患医療センターがある時期に要綱が変わって、最初の要綱は、その要件は、下手するとうちでも手を挙げようと思ったら挙げられたでしょう。あるときに「うちは挙げられへんやん、どないなっとなの」みたいな話になって。先生のところとか、診療所で認知症をやっている人がいろいろたくさんいますよね。高橋幸男先生とか。この人たちはどう評価されるのだろうと、おかしいなと思ったら診療所型が出てきたので、ああ、そうか、そうかと思いました。そこは絶対に全国的にある。

それともう一つは、この間日本プライマリ・ケア連合学会にうちの看護師が呼ばれて、僕はかばん持ちで行ったのですが、あの先生方の集まりは、認知症をやっている人たちの集まりよりははるかにパワフルだなと思いました。在宅の人ですよ。認知症をやっている。やっつけていることを見たらすごいんですよ。どこかの学会より。そんなのは言えないけれども。(笑)あの固まり、認知症をやっている固まりと在宅をやっている固まり。こちらの固まりが認知症のシーンに出てきていないなと思います。

栗田 ただ、新田先生はそちらのシーンから出てきた。

藤本 そうですよ。ですから、ここがもう少しこの中にたくさんいるぞと。

新田 最初に診療所型をつくるときに、そこからのフォロワーで皆さんやっていただいたいなと思ったんだけど、実は孤立化してやっつけているところが意外とあって、行政と皆さんと結びつくというのは今回条件でしたので。個別の診療所としては頑張っているですよ。でも、地域の行政の中の一つ入ってやるという条件をつけた場合に、それが外れてしまうという経過がありますので。

栗田 このポイントが私は非常に重要だと思っただけですが、従来、認知症疾患医療センターは都道府県事業なので、都道府県行政との結びつきはあるけれども、市町村行政との結びつきは一般的に非常に希薄です。新田先生のところのように、まさに市町村の認知症支援体制づくりと強力にリンクしてやれる、そういう専門の医療サービスが非常に重要だと考えています。このところが、実施要綱上全くないということですね。

新田 それはもちろん、そこには地域医師会にきちんとして先生と入った先生という条件にちょうどなってくるので。

藤本 一匹オオカミじゃだめだと。

栗田 そのところが診療所型の一つの強みですね。

ほかにはいかがでしょうか。何かございませんでしょうか。武田先生、何かございませんでしょうか。診療報酬の問題も出てきましたが。

武田 僕もいろいろと混乱してきていて、何が混乱してきているかというところ、今、先生方の(お話)をお聞きしていると、東京都の言っている地域拠点型と地域連携型というところ、どちらかというともう地域連携型なんですよ。いろいろと教育とかもされていて、そうすると東京都の地域拠点型とは違うというか、オレンジプランに掲げているような、当初の鑑別診断が滞っているからとたくさん置きましたよという話とは全く違う話で、どちらかというともっとネットワークをつくって、しっかりといろいろな地域の体制をつくってという。

栗田 鑑別診断は、基本的な最低条件ということで、そこだけは絶対外せない。鑑別診断をできないところの認知症疾患医療センターはあり得ないという発想で、診療所型も連携型も全部それが要件なのですが、それだけではだめだろうということですね。

武田 少しずれれるかもしれませんが、プラス基幹型の機能というのが前回話になったときに、地域の教育とか全体的な教育を含めたものを基幹型と池田先生がおっしゃられていて、今日も僕は、基幹型というのはそもそも何だろうというのにまた戻ってしまいますけれども、でも、先生方がやられているのは、本当にその地域の基幹型といいますか、みんなをまとめてやられているということだということ。

あと、診療報酬で、僕もそもそも論としてあまり専門診断管理料は好きではなくて、やはり診断だけで評価して、あとはほとんど評価しないというのではない。やはり先生方が言われているような、地域医療をつくって、ずっと支えていくというところに評価がつくべきではないかと。そもそも専門診断管理料は、認知症疾患医療センターを増やすための呼び水として出されたもので、どんなに専門医ががんがんやっつけて診断してきちゃん紹介状を書いても、それは一切おきない。認知症疾患医療センターという看板がなければおきませんよという形をとって、そのあたりもこういう状況になってくると、やはり違和感がより増してくるなという。たくさんしゃべりましてすみません。

栗田 ありがとうございます。私もよつと混乱してました。(笑)そのとおりでございます。認知症専門診断管理料は、つけていただいたに本当にありがたいですけれども、正直言って使い勝手が非常に悪くて、やたらと書く物が多くて、一回こっきり出して、それで終わりたいな。その後は何をしようがつかないみたい。それもよつと奇妙な、認知症疾患医療センターというのはそれでもいいのだからかと。

谷向 その管理料、こちらのほうからかかりつけ医に返したら、半年間、報告書があっ

たらかかりつけ医の先生方は点数をとれますよね。

栗田 そうですね。半年間だけです。

谷向 でも、我々センターでやっている、実はそういうような返書が返ってきたことは1通もないんです。

栗田 そうですね。

谷向 ですから、かかりつけ医の先生方はどうされているのかなと。

武田 多分書いていないですし、かかりつけ医の先生がほとんど管理料を取っていないと思います。

谷向 取っていないんですね。

栗田 時間ですけれども、少し余計なことを言います。実は、かかりつけ医からの紹介もない、非常に複雑な事例が来たときには、認知症専門診断管理料を取れない。その後は、認知症疾患医療センターで診ざるを得ないだろうというケースはどこにも出せないの、全くお金がつかないという非常に奇妙なことがあります。

変な話、守田さんはよく知っていますけれども、そういうこともあるので、かかりつけ医からの診療情報提供がなければ診ないとやっている認知症疾患医療センターまで出てきってしまう。そういうような問題もあるということで、少し考えなければいけない部分もあるかなと。

藤本 そうなると、新田先生がおっしゃったみたいにその地域の基幹としてやりなさいと、行政的に何かインセンティブがついて、確かに診療は診療なので、普通に診療しているのに特別扱いだったり、特別扱いがなかったりは変だなとは思っています。

栗田 もう時間も迫ってきましたので、地域型のブレゼンをしていただいて、後でまとめて議論をしたいと思います。それでは井門先生、お願いいたします。

井門 [スライド1] 広島県の状況についてお話しさせていただきます。

[スライド2] 広島県の認知症疾患医療センターの状況で、今、当センターだけですけれども、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターを合わせた合併型センターというのはこの七月からつくりましたので、そのお話。そことか各センターが初期集中支援チームを行っているところ。広島県も物忘れ相談医・サポーター医を合わせてオレンジドクターという名前でご公表しているということ。あと、広島県認知症地域連携パスをつくって、「ひろしまオレンジパスポート」というのを使っています。それから早期発見のためのスクリーニング検査で、私が簡易式の認知機能スクリーニング検査を開発していますので、それをお話しさせていただきます。

[スライド3] 広島県は人口286万人で、高齢化率26.6%でほぼ全国平均で、面積は全国で10番目です。二次医療圏数は7カ所あります。当センターの二次医療圏域は、廿日市市と大竹市になりまして、14万5,000人の人口で、認知症高齢者数の推計6,030人という

ところ です。

[スライド4] 県内の高齢化の状況は、県北とか島のほうは47%とかというところがありまして、私がいるのは大竹市なので26%から30%あたりというところになります。

[スライド5] 県の認知症疾患医療センターは、2010年の7月に最初に2カ所つくりまして、当院と三原病院が県の東のほうにできました。2011年に広島市のセンターが1カ所設置されて、2013年に広島県にさらに5カ所設置されまして、三次神経内科クリニック花の里は、クリニックだったのが最初は広島県独自の認定だったのですが、今年診療所になりました。2014年の10月に広島市に二番目のセンターが設置されたという流れです。

[スライド6] 大体こういうふう分布しています。二次医療圏に1カ所はあります。ほとんど全部地域型で、三次だけ診療所型と。あと、病院の特徴としては、ほとんどは精神科病院で、三次は神経内科クリニックです。当院は精神科・内科病院で、私は神経内科で、センターは主に私が担当しています。

[スライド7] あと広島県のサポーター医等の分布としては、これは去年の段階ですけれども、サポーター医が168名で、各ところにたくさんいらっしゃって、私も半数ぐらいの方は活動的にされていると思いますし、半分ぐらいは休職状態かなと思っています。県内のいろいろなところに講演とかも回らせていただいています。やはりすごくサポーター医の先生が頑張っているところもあるなと思っています。

[スライド8] 県の7カ所のセンターの実績です。年間で電話が1,891件ですとか、面接を合わせて合計で3180件、研修会は広島県指定のセンターが合同で年1回開いています。これは去年430名、今年も330名とかたくさん参加されています。それから、地域ごとと地域主催で2~3回開いていると思いますが、これも非常に参加が多くて、専門職の方に向けてすけれども、うちのほうでも去年も170人ほど参加されています。

それから、協議会は年に各センター3~5回開いていると思いますが、県の認知症疾患医療センター全体の協議会を年に2~3回と地域ごとの協議会を開いています。やはり日程調整が難しく、年に3回開こうと思ったのですが、今回も日程が合わず、年に2回にしておこうかというような状況があります。

専門外来は14,000件あたりで、鑑別診断は1,600件、入院件数が去年で705件、他院への入院が154件、退院件数が644件などとなっています。

[スライド9] これは、当センターの専門医療相談件数です。開設してから徐々に増えていまして704件ぐらいで、2013年から県内のセンターがすごく増えたのですが、やはり同じぐらいの件数の相談があります。

[スライド10] 認知症の外来と鑑別診断件数ですが、大体300件ぐらいの年間の鑑別診断をしています。今、ずっと半年とか一年に1回、経過観察に来られるようにお勤めしています。初診と鑑別診断よりも経過観察の検査のほうが多くなっていて、これが初診枠を圧迫しているという状況があります。外来としては年間2,000件ぐらいをいま診ていま

す。

〔スライド11〕新規受診者は、大竹にありますので大竹の方が半数以上ですが、山口県とか他県からも多く来られています。島根県も車で90分ぐらいの吉賀町とかから患者さんがたくさん来られていて、90分ぐらいの車の時間だと診療圏かなと感じています。

〔スライド12〕広島県地域医療介護総合確保事業というのが今年、平成27年度から始まりまして、認知症循環型医療介護連携システム推進事業ということで認知症疾患医療・地域包括支援合併型センターをつくるということになりまして、当センターがそれをやるということと7月から始めました。厚労省の方に調べていただいた範囲では、こういうところは日本では初めてだというお話でした。

広島県の認知症疾患医療センターで認知症初期集中支援チームを今年になってから全体で始めています。それと広島県は、このモデル事業の中で、認知症治療病棟の機能分化の調査をしています。認知症急性期治療病棟、認知症治療リハビリ病棟、最重度認知症療養病棟、身体・精神合併症対応病棟、これはMPU-Dですけれども、この四つの病棟の機能分化の調査を広島県精神科病院協会の精神科の病院を中心に行っています。認知症医療の標準化を目指すということをしています。

〔スライド13〕合併型センターですが、これは今までどおりの認知症疾患医療センターの活動と大竹市全域の認知症に対応する地域包括支援センターの機能と、あとこれはいちの病院の周りの地区ですけれども、政波・政波地区・湯舟という地区の普通の地域包括支援センターの働きをすることになっています。認知症に対応した地域包括支援センターだけというのが今の地域包括支援センターの認可基準として存在しないということで、普通の地域包括支援の働きをくつつけて、大竹市全域の認知症に対応する働きもするといふものをつくりました。

一番の目的というのは、地域包括には相談しやすいが医療機関には相談しにくい、ちょっと敷居が高いとか、認知症と診断はされたけれども介護サービスの利用が要るのかわからないのかということがあって、つながらないというケースがあると思いますが、物忘れの相談から早期診断、治療開始、介護保険の申請までワンストップでお世話するということができています。

〔スライド14〕合併型になって、地域包括に直接問題が寄せられることが非常に多くなりました。まして、対応の必要な患者さんの把握というのがスムーズにできるようになったと思います。近所の人の様子がおかしいとか、ごみ屋敷、虐待などが寄せられて、直接把握できるので、すぐに介入していけるということがあります。

情報収集しながら、認知症初期集中支援チームが訪問して、医療の必要があれば受診につなげて、認知症疾患医療センター受診時、病状診察結果から介護保険の申請が必要であればその場で申請につなげるというふうにしています。

もともと疾患医療センターをやっていたので、医学的な視点を持って総合的にアセスメ

ントができますし、多くのケースでは医学的に治療の必要がありますので、一連の流れがスムーズに行くかと思えます。ほとんどのケースで介護保険の申請も必要ですが、受診と介護保険の申請はまた別のところに行くということがなく、家族としても仕事の休みを何回もとるかとかそういうことがなくてスムーズに行くので、楽とか便利とか安心というご意見をいただいています。

〔スライド15〕平成27年7月から9月の3カ月の合併型センターの実績では、相談件数が372件で、初期集中支援チームが支援を行ったケースが18件、それから外来件数は新患が35件と経過観察を行った件数が51件、外来が558件になっています。入院件数が45件で、内科の先生が多いので、うちはやはり身体合併症の患者さんも多く入院されています。あと、周辺症状とか、認知症の症状がひどくて中核症状が問題で7件の入院があります。あと退院件数46件で、転院が14件、施設入所6件、在宅5件、最期まで看取って死亡の方が17件となっています。

〔スライド16〕広島県の認知症地域連携パスは、他のいろいろなところでもされていると思いますが、問題を相談、共有し解決を探る方式でつくりました。ということで、全国いろいろなものも参考にさせていただいてつくりました。

〔スライド17〕平成24年から25年度の広島県のモデル事業で、最初は県内4カ所の地域で別々のパスをつくっていたのですが、1年やってこれを各場所で開催すると、ばらばらでどうしようもなくなるのではないかとという話になって、県で統一しようということと、2年目に大きく方向転換しまして、作業チームをつくってモデル事業のところからそれぞれ代表で出てつくりました。

広島医療情報ネットワークというパソコン上のネットワークも、ちよど広島県に導入するところだったので、それにも載るようにしようということと、今は紙の手帳とパソコン上の両方で併用して使っています。

〔スライド18〕この辺はどこも同じところだと思おうのではしよります。

〔スライド19〕プロフィールとかいろいろな情報を集積するということが、相談をするという、「みんなの連携ノート」というのをあわせて使っています。

〔スライド20〕これもいいです。

〔スライド21〕「みんなの連携ノート」は、センターとかに受診されるときに記入していただいで、食事とれられているとか、チェック方式の部分と様子を書いていただいたり、相談事を書いていただいたりというところで、関係者、見られた方は皆さんサインをしていただくというふうになっています。

〔スライド22〕パスポートの発行機関はまず県内の全部の認知症疾患医療センター。

〔スライド23〕それとモデル事業で担当した各地域が（パスポートの発行を）今のところしています。

〔スライド24〕やはりパスポートを発行することで、関係者がすぐ相談しやすくなる。

予定はないと言われました。(笑) これは予算がないと言われました。そして、国に問い合わせたところ、その予算はなく、例えば現在の各センターの補助金を下げ、その分をこちらへよこしいよと持ってきてとっておいて、これをやらせたらどうかみたいなことを国で言われたので、果たしてどうなのかということを書いてきてくれと言われました。(笑)

〔スライド9〕時間がなかったので、このセンターの話をばつとやります。アンケートをとりました。194カ所、67%のアンケート回収率です。

〔スライド10〕予約待機期間は、意外と半分で、2週間以内でできているそうです。1カ月以内は4分の3で、思ったよりありました。

〔スライド11〕かかりつけ医との連携体制はできているかということで、やはり70%以上のところではできているという答えがありました。

〔スライド12〕抱えている課題・問題点ということで、七つの選択肢から二つ選択していただいたのですが、補助金が足りない、医師が足りない、職員が足りない、待機期間が長い、連携ができていない、啓発事業。これは選択肢から選んでもらったんですね。

〔スライド13〕自由記述から選んでもらいましたところ、この青いところをつけ足しましたら、やはり連携が一番うまくできていない。

〔スライド14〕それで、困難と感じる連携先はどこかということで、かかりつけ医、他の認知症専門医、医師・医療機関というのがこれだけで、あとはさまざまな介護機関です。

〔スライド15〕では、連携の具体的な問題点は何かということで、施設・病院が受け入れしてくれないので非常に困るとか、精神病院が多いので身体合併症を一般病院が受け入れてくれない、院内の連携がうまくいかない、あるいはセンター間の連携がうまくいかない。そして、逆紹介ができてきたままでいく。かかりつけ医の認知症への姿勢が問題であるとか、センターで果たして対応すべき症例か。これは、典型的な症例は、もう、そのかかりつけ医の先生で診てもらいたいというふうなことから、介護施設から丸投げというのがあります。

〔スライド16〕そのほかには、やはり精神科病院でも空床がないのでBPSDを受け入れることができないというふうな回答もありました。

〔スライド17〕連携の問題では、医療機関が少ない受け入れ先であるとか、逆紹介ができない、紹介する症例の吟味がされていない、介護職は丸投げであるとか、受け入れ拒否がある。これらは医師・職員の不足や負担増を招いておりまして、これがまた受診の待機期間の延長になっています。

そして不十分な啓発です。これは住民や介護職への啓発とともに、センターの役割の啓発がまだうまくいっていないと。もとをただせば、この少ない補助金であるというところになるのかなと思います。(笑)

〔スライド18〕当院の補助金ですけれども、地域拠点型は最初574万円あったのですが、今は360万円です。

〔スライド19〕まとめです。年々減額される補助金と医師・スタッフの不足、そして疲弊、それから不十分な啓発活動、長い待機期間、連携の問題点は受け入れ先がないとか逆紹介が困難になっている、施設の受け入れ拒否、丸投げ、センター間の連携と。こういうようなことです。以上です。

栗田 ありがとうございます。いずれも大変興味深い(ご報告を)ありがとうございます。ここからはアスマツチというわけにはいきませぬけれども、多少オーバーはできますので、自由なご発言をいただければと思います。どうぞ。

柏木 井門先生に合併症型のセンターのことについてですけれども、地域包括支援センターというのをメープルヒル病院が持っているということですか。

井門 今までなかったのをつくったということですか。

柏木 つくって、そこだけが合併型という。

井門 そうです。合併型です。認知症疾患医療センターの中に地域包括支援センターもつくって、分かれているのではなくて、私が両方の合併型のセンター長をしています。

柏木 ということは、普通、地域包括支援センターは行政によっていろいろ違うと思いますけれども、大体委託事業か何かで例えば特養とか老健とかそういうところに行政が委託するじゃないですか。直営型もあると思いますけれども、それはどういう仕組みになっているのですか。

井門 大竹は、大竹市地域包括支援センターというのは1カ所だけあるのですが、大竹市からの委託という形でうちのセンターにもつくりまりました。大竹市自体は2カ所できたということになっています。

栗田 非常に興味深い話ですよね。合併型というのは、ある意味では理想的だと思っています。

井門 というのが、やはりうちの認知症疾患医療センターが始まったときに、医療と介護の連携を深める、連携強化モデル事業だったんですけども、事業期間が終わったら連携がなかなかうまくいかないということ、やはりうちの中に地域包括支援センターがあったほうがいいということをつくったということです。

栗田 そういうことですね。確かに仕組みが僕もちょっと気になったのですが、認知症疾患医療センターは都道府県事業で、キャッチメントエリアが大竹市だけというわけにはいかないですね。

井門 認知症疾患医療センターはどこからでも、今までどおり全国の対応をさせていたっていて、ただ、地域包括の責任を持つ、普通の地域包括としてはうちの病院周辺の小ぢんまりした大竹市の中の一部の部分だけ。

栗田 やはり大竹市の一部なんですか。

井門 大竹市の中の一部分だけは、普通の地域包括支援センターとして活動して、あと

大竹市全体の認知症のご相談は全部こちらが受けるということにしています。

栗田 なるほど。

柏木 なるほど。そうすると、地域包括のほうは非常に地域限定型ということになりますよね。

井門 そうですね。うちの政波・玖波地区・湯舟というところの住民の方に対しては、今まで大竹市の地域包括支援センターがやっていたことを、こちらがかわってお世話するのですが、一方、認知症疑いがあるとか、そういう患者さんについては、うちのほうで全部相談してもらってお世話することになっています。

藤本 関連するのですが、全国的に民間委託問題というのがありますよね。行政運営でやっていて、マンパワーが足りないとか地域に分割するということで、うちの市も民間委託しようとしています。それはその地域で区切りますよね。守山だったら、北部地区地域包括支援センター-民間委託という形でいま作業が行われていて。

井門 区域で区切った部分というのは、うちの病院の周辺ですけれども、認知症に関する相談はもう大竹市全部を担当する。

藤本 基幹型みたいな。

栗田 基幹型地域包括支援センターとあって。

藤本 その包括の業務は虐待事例とかたくさんありますでしょう。すごくたくさんあるじゃないですか。それは全部ですか。

井門 認知症に関連していそうなものは全部相談が入っています。

栗田 多分、その市町村の中で仕組みがつけられているのだと思います。市町村がお金を落としているわけなので、地域包括支援センターは1カ所、大竹市に複数あるのですか。

井門 大竹市にもともと1カ所あって、2カ所目としてうかが。

栗田 もう1カ所別にあるわけですね。

井門 もう1カ所は多分、大竹市直営。

栗田 そうですか。恐らくそちら側の相談で認知症関連はそちらに回すみたいな仕組みですね。

藤本 包括とのそごがよくあるからすごくいいなと思いますが、それは内海先生と同じような問題が出るのか。マンパワーですね。分割するのはマンパワーですよね。分けてやらないと直営型がバンクするので、分けてそこに人を張りつけるという形でいま動いていると思います。受けられたらすごくいいなと思うけれども、大変でしょうねと。マンパワ的にやるのがたくさんふえてくる。

井門 そうなんです。

藤本 その問題があるかなと。

井門 スタッフが本当に忙しく回って回っていないという感じです。

栗田 国立市の地域包括支援センターは機能していなかったという新田先生の話は、私

も全く同感で、全国の地域包括支援センターが非常に機能していないという実感がありません。その大きな要因の一つは、単純に言うところと認知症のことを知らないと。

ところが、地域包括支援センターに相談に来ているかなりの部分が認知症なんですよね。実際に、地域包括支援センターの運営マニュアルというのがあるのですが、ほとんど認知症のことが何も記載されていないというマニュアルなので。そういうことで、認知症疾患医療センターのような、認知症のことをよく知っている医療サービスと地域包括支援センターが強固にリンクする仕組みをつくるということが、非常に重要な課題だと思っています。正直言って、あまりいろいろあることを言うてもできないかもしませんが、初期集中支援というのはそれだけはやってくれということを考えてはいるのですが。

先生のところなんかは、地域包括とどういうふうな。

新田 今、栗田先生が言われたとおりで、地域包括というのは医療的な意味で機能しないんです。

栗田 全くそのとおりです。

新田 ですが、どこでも結構ですが、こういうようなものときちんと別口においておいて、それもしつかりと機能させるようにしないといけない。地域包括に全ての情報が入りますから、そこで機能させるように努力する。あのままほうっておくと機能しないのは当たり前です。なぜかということ、人材的に機能しないようにできているので。

栗田 機能しないようにできているというのも強烈ですけども、全く同感です。ありがとうございます。ほかにはいかがでしょうか。

柏木 もう一つすみません。診療所型ということで、私は、本当は診療所型が核になればいいなというふうには思っています。そうすると基幹型は人材育成、診療所型は非常に顔の見える連携ネットワークをつくるということと、それは、本当は診療所と地域包括、いわゆる地域型の包括と診療所型がくっつくことと一番いいなとは思っています。

そうすると、地域型の機能というのは一体どこに行くんだらうと思ったり。

栗田 地域型の認知症疾患医療センターのことですね。

柏木 はい。その役割がどうなるのかなというのは思っているのですが、うちのような40万人ぐらいを対象にしている地域型だと、本当に陣々までまず行かないということがあ。それとうちの特徴ですけれども、大阪府に隣接しているので、大阪市の認知症疾患医療センターの圏域の人たちが、どんどんこちらに来るという問題を常に抱えていて、地域で区割りされることに対する大変さがあります。先生のところもあちこちからの要請が来ている。どうやって分けていらいらっしゃるのか。

藤本 全県下対象でやっていて、診療所化になったので、少し限定ですよという雰囲気が出てきて。そこは初期集中もあつた。守山市も野洲市も15年間ずっとタイアップはしているのですが、どうも県とのつながりのほうも強かったものですから、遠慮されたりすることもあつて。初期集中はターゲットが守山市、野洲市なので、守山市は国のモデル、

野州市は市単でやっているんですよね。そうすると、より地域性を出しやすしい。

保健所圏域でいうと、ほかの二つの市があるのですが、そこには診療所で認知症をやっている専門医がいるので、そこはそこでやってもらえばいいかなと。あとは連携協議会で、この間、保健所が来て、今年全部の医療機関の認知症の診断機能を洗い出しましょうみたいなことを、保健所とうちと連携してやりましょうと思っっていると思うので、区分けしやすさも疾患センターではないけれど、機能としては十分持っていると思うので、区分けしやすくなったかなと。あとは全県下のサポートセンターなり、若年のモデルなり広域のものがありますから、それは県と組んで、僕が今やっているのは、必ず圏域に落とすべく、うちで集中しては、1〜2時間かけて来ても大変なので、今は集中ではなくて分散かなと思っています。ともかく地域に分散していくという。

浅香山も絶対に集まってくるので、最終的にはお戻し。

柏木 分散先がないんですけどいいな。そこが一番苦しいところです。

藤本 あれは15年かけて圏域につくっていったので、今はもう任せれば全然オーケーになっているので、そこは手を離せる感じですかね。

栗田 診療所型というのともう一つ認知症サポーター医というやつですよね。あれもなかなか難しい。

藤本 10何年間、長いことサポーター医とおつき合いをしていて、確かに半分はねみいたいな感じなんですけどね(笑)。でも、最近思うのは、具体的な施策で組むと、若年とか企業研修とか連携の会と組むと、役割を持つので医者は乗ってくるんですよ。

栗田 でも、重大ですよね。

藤本 すごく乗ってきて、昨日も守山市との会議があったのですが、初期集中の問題点というのを僕は大体わかっているから、これはスルーと思っ言わなかったら、他のかかりつけ医がこれはおかしいと。しまった、僕はサポーター医をやったみたいだな。そのぐらい燃えてきますよね。やはり自分のことと思うので。それは使ったほうが。

栗田 認知症サポーター医の考え方は正しいと思っています。ただ、うまくいっていないという。先生はなれているから大丈夫。

藤本 具体的な役割を課さないためですね。その地域で何をやらせようか、それが見えてくると動くのではないか。医者ですからね。医者になった人たちだから。

新田 僕がちよっと懸念しているのは、面と質の問題があつて、北海道でもどこでもそうですけれども、面の中で二次医療圏で中核病院等々が、診療所地域連携型も精神病院がそこに委託されているのが多いと。そうすると、従来の精神病院は、認知症に対して実は何もやってこなかったというのはいわゆる皆さん地域でよく知っていて、そこで地域の医師との乖離が始まるんです。何がという、BPSD が起これば即入院という発想しかない中で、精神病院に認定されたところ、その中核病院あるいは何とか型が機能すると。そうすると、きちんと地域でやっている人たちは違うだろうと。東京でも何か所か声を聞いている

のですが。

それが正しくて、あと数年たつとそこところははいくらそう指定されても、きちんとそこの中で分化してくるような気がします。面は一応つくり上げました。だけど、地域の質をつくるにはこれからまだ数年かかるだろうと。それが今、中核病院の二次医療圏構想と連携型という各区市町村という。区と入れるとまた30万地域になるからこれはまた別の話になるけれども、そういう心配はもちろんあるけれども、問題は質ですから。質を(高く)するには今すぐできるわけはない。それはやはり地域のかかりつけ医の能力を含めて、そこで決まってくるなと思っています。

栗田 精神科病院といえ、柏木さんのところも、井門先生のところは精神科病院ですか。

井門 はい。もともとは精神科病院ですけど、内科のドクターが半分ぐらいいます。なので、精神科病院と書いていたら、内科を入れてくださいと院長に修正されました。(笑)

栗田 柏木さん、どうですか、精神科病院として地域とどのぐらいつながりを持って、認知症についての支援体制づくりができるかということですけども。

柏木 まず、圏域が広過ぎるというのがあります。ですので、鑑別診断機能というのはある程度はできて、うちの場合、その後がだめなんですね。外来に来ていても、外来フォローのケースを抱えているだけで手いっぱい、連携シートを使っかかりつけ医にお返ししても、結局、認知症の進行によってBPSDが出てきたりとか、あるいは認知症が重度化してきたのでもう一回みたいな感じで帰ってこられて、その中間が結局空白になつていて、実際は継続的にしつかり診ていくということも抜けているんですね。

うちとしては、本当はかかりつけ医の方たちに何とかもう少し対応力というふうに入つていて、さまざま研修会を企画したり、お菓の出し方とかを勉強してもらったりという企画はたくさんするのですが、なかなか来ないというか、申し込まれても、当日ドタキャンもありみたくないな感じになつてしまつて。

新田 そこでかかりつけ医をぐちゃぐちゃに一まとめにした表現ではなくて、かかりつけ医というのは基本的には外来を中心とした診療所機能として定義をすれば、やはり認知症の人には機能しない。見えないんですよ。そうすることによって、先ほどのセンターを中心としたところでやつと機能するのです。そこから情報を入れる。知識をいくつ入れても、そこは機能はしないです。

栗田 センターというのはいわゆる診療所型の、サポーター医イコールでも構わないと思っいますが、そういうかかりつけ医の方たちを地域の診療所が核になつて教育とかそういう対応を。

新田 それはそれで中核病院でもどちらでも構わないと思っます。

栗田 でも、先ほど先生がおっしゃったように、どちらかというとかかりつけ医と言つてしまつとあれですけども、いわゆる外来機能を重点化したドクターたちの集まりの中

に、より入っていきやすいということがあるということですね。

栗田 一つは、精神科病院の長期入院の問題が出ていますけれども、これは明らかにさせる場所がないんですね。精神科病院が抱え込んであるわけでは決してなくて、出せる場所がないので、出たくて出たくてしようがないのに出せないという現状がある。ただ、出すためには地域をつくらないといけないのですが、地域包括ケアシステムというのは、筋から言うところと精神保健と違うんですね。だから精神科病院は地域精神保健とはつながりがあるけれども、介護保険事業計画とあまりつながりがないという問題があって、いわゆる地域包括ケアシステムという概念は、あまり精神科のほうにはない。堺市の場合は政令市なので、まさに堺市という介護保険事業計画とリンクして地域づくりが本当はできるのですが、どうですか。

柏木 初期集中もそうですし、認知症パスもそうですし、さまざまな意見を平場ですよやくお話しできるようにしました。まだまだですね。課題が山積みです。

谷向 精神科病院は出したければ地域がとお話を先生がされましたけれども、実はそればかりではなくて入院させているご家族の方が、介護になるとお金がかかるんですね。だから入院してほしくないという傾向と、長期化したら、むしろ入院費の割合を高く上げていったら退院促進したいと思います。

栗田 そうすると病院としては一層抱え込む。(笑)

谷向 病院としてはあれだけれども、そこあたりの上手なバランスですね。介護の費用というところ。結構田舎に行くほどそういうような傾向というのはあるのかかと。

新田 昨年、大島伸一先生が歴長の同様の厚労省の会議で、精神科病院におけるアルツハイマー認知症の入院のあり方検討会（認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会）というのがある、あの中で結局、最初は入院が290日だったのですが、だんだん60日になりましたね。60日だと、地域の家族からすると、もう戻さなくていいという話になりますね。

栗田 なるほど。60日でもということですね。

新田 そういう話ですね。ですから、認知症の入院というのは身体症状等々ではなくて、実際最低どれぐらいで戻すか。例えばBPSDが起ころも2週間で戻すとか。ヨーロッパははどこでも当たり前のことややっているわけですから、そういうことをしないと、基本は在宅で。もちろん認知症のタイプによって違うと。これはこれで数%ずつどんどんそうなってきたもので、おおよその人たちは、入院するならそこで認知症治療、BPSD治療をきちんとやり遂げるとかとかやらない限りは、私は今の話はずっと残ると思います。

栗田 この問題は非常に深いので、時間も限られないかと思いますが、(笑) 内海先生の金の話をしておかなければいけないのではないかと思います。(笑) 一つは補助金の折半ですね。あれはそれしか方法がな

いかかというのを、厚労省の方に聞くのもなんなんですかね。

石松 申しわけございません、ご迷惑をおかけしています。基本的に補助金は、地域型ですと国の予算単価は現在、181万円でお話ししているところですが、各県さんにお配りするときに、かなり実務的なお話しになってしまっているのですが、各県さん、センター数掛ける例えば地域型なら181万、5カ所あれば例えば900万近くという形でお渡しをしているとこゝろです。ただ、こちらからこの額をお渡ししますという書類の中で、センターごとにお幾らです、お幾らですと書いてあるわけではなくて、例えば北海道さんですと北海道さんで900万円ですとお渡しの仕方をしているもので、そこからの割り方というのは各県さんにお任せをしているところです。

どうしてそういう方式にしているかということ、同じ地域型の中でも例えば基幹型的にいろいろな機能を持ってくださっているところがあるという場合に、少しそこに傾斜をかけて配分することができるようになるということ、うちからはこういう出し方しています。それがうまく機能しなかったり、例えば北海道さんみたいに圏域割りをしてから、さらにセンター割りをするというふうになると、場合によってはものすごく額が変わってしまうということが往々にしてあると思います。

うちのそもそもの予算単価がすごく低いというお話もいただいていますので、そもそものお話もありますが、まずは各県さんに実情に応じた予算配分はこれからもお願いはしていただく所存でございます。

栗田 あとは基金を使えるかという話ですよね。それを聞かないと帰れない。(笑)

石松 基金を使えるかということですが、基本的にこちらの基金が補助事業が優先できる場合についてはそちらを優先してくださいという規定が、恐らくどの基金にも入っているのです、こちらの資料の中にもあった認知症疾患医療センターの運営要綱の中に書かれている事業については、基本的には補助金からの捻出をお願いしたいところですが、ただ、基金のお話が出てきた原因ですけれども、認知症疾患医療センターで使える方法が二つありまして、一つは診療所型センターについてはいま診療報酬がついておりませんが、その診療報酬以外の部分を出していただけることになっています。

あともう一つですけれども、おそらく広島県さんと大竹市さんは基金を使っていたというと思います。

井門 そう思います。

石松 この補助金外の取り組みで、かつ、こちらの医政局でいま担当している基金ですけれども、事業内容についてはかなり幅を見ていただいたらけるようであり、どうやら都道府県の医療計画に書かれている事業の中で、医政局が妥当だと認めた事業についてはつくというスタンスになっているようです。広島県さんはまさにそちらを使っておくさっていると思います。

井門 全体としてはすごく予算がついています。

石松 実施要綱にない事業で、もし何かお考えということでしたら、担当課にまたご連絡をいただければと思います。

栗田 守田さん、何かありますかね。

守田 石松さんには申しわけないですが、今、国の単価がまず低いんですね。これでも人をちゃんと雇うというのはどこも難しい。東京都は上乗せしていますけれども、ほかの県はなかなか上乗せはできないので、ぜひ財務省と調整を頑張っていたいただきたいというのが一つあります。

あと、基金は柔軟に使えるように。来週、都道府県の担当者を集めた会議もあるので、そのあたりを国からアナウンスをしていただけるといいかもしれないですね。

内海 北海道の場合、問題は8圏域で1所あればいいみたいな形で、それで8カ所分を国にあればいいかと思えます。やはり面積を考えたら、人口は少ないですけれども、先ほど言ったような車でぶっ飛ばしてようやく5時間でたどり着くとか、いま8カ所もあるのだから、もう考えていないと言われたのですが、それを今後、権内に置いたとしたらどうなるかというのは、また案分するしかない。道の予算はそれだけしかないで、もともと道の計画が8圏域ではこの広い圏域は無理なんだと。二次医療圏なんていったらものすごい数になる。そういう問題を抱えているのかなと思っています。

石松 まさにそういうところで、北海道さんの状況ではないですけども、実はうちも平成25年度から高齢者関係の部局が担当しているのですが、こちらに移ってきた際に、旧障害部でやっていたときよりも指定基準が厳しくなると、各県さんがかかりおっしゃっていたんですね。その原因が、やはり昔はまずは疾患センターを全国的に配置していきたいという思いがすごく強くて、圏域に少し偏りがあってもどうやら結構認めていたようです。そういうことで、かなり早い時期にこれだけたくさん置いてくださったので、地域偏在のようなことも起きてしまっているのかなと思います。

ただ一方で、国からお金の協議に合わせて、各県さんの配置状況についてもきちんとお伺いをしておりまして、北海道さんの状況もよくわかりましたので、次年度協議の前でも一度、担当さんにこちらからもお伺いしてみます。

栗田 あまり録音されては困るようなことではありますが、私はこれにずっと関連している。前は厳しかったんです。前は二次医療圏とか人口で厳密にお金を区切って、もうおたくにはやらないよというふうに結構やっています。実際、年度当初の予算も非常に少なかったということもあって、ただ、今は室長もかわったということもありまして、その辺のところは北海道の道庁のほうから、認知症の推進室（認知症・虐待防止対策推進室）の室長がrogん言っていたら、柔軟に対応できる可能性がある出てきましたので、言っていたらいいかなと思います。

あと、もう時間がないので、今日発言されていない方に一通り発言してもらいます。赤

坂さん、何か。

赤坂 私もいろいろお話を聞いていて、すごく混乱しているんですけども、この会議の目的としては、ある評価基準を決めるとか、類型化するとか、一定の基準を決める方向だと思いますが、地域のことを見ていくと、地域性というものがあって、柔軟にと書いてあります。ベクトルが別の方向に向かっている、うまく整合がとれるのかどうかということとを、お話を聞いて感じていました。

特に岩手県は、まだまだこれからですので、現状をお話ししますと、地域型を今つくっていますけれども、受け手が逆にいなくて、そのかわりに診療所型という話も岩手では出てきていて、その中でどういうふうにして岩手でやっというかなというところを、お話を聞いて感じていました。

最終的に、これだけいろいろな形で認知症に取り組んでいらっしゃる先生がいるので、やはり新しいものを上から言ってしまうよりは、いま頑張っている方を評価して、そこを盛り上げていくような方向のほう現実的なのではないかと感じました。

栗田 ありがとうございます。もうそろそろ時間なのでいいですか。

藤本 項目だけ挙げておきます。BPSDの作業部会が出た話ですが、急性の精神症状の治療と身体合併症を持った人の行き先がという話があって、それはこの認知症疾患医療センターとの絡みではどうなんですか。その辺をもう少し上手に見てもらおう。

栗田 それは武田先生。

武田 絡みというのは、今日最初にまとめていただいたように、身体合併症は別にすべきではないかというのが先生のお考えですね。

藤本 宙に浮いてしまう問題。身体合併があつて、精神症状が出ている人はどこだという。疾患センターは身体合併を先になさいと言う、一般病院・中核病院は精神が先と言うみたいないないかと思いますが、どこへ入れるかという話。

栗田 現在の認知症疾患医療センターの状況。

藤本 状況というか、そういう人が浮いてしまっている、それはどこがどう絡みますかという。

栗田 わかります。実際のBPSDとその身体合併症を両方併存している人たちが、行き場所がなくなる現実というのは、ここずっと何十年も続いていて、今だっ解決していない問題です。認知症疾患医療センターで本当は一気に解決したかったのかもしれないけれども、それは簡単にはいかないということだと思います。

それも含めてですけども、先ほど赤坂さんちよと言っていました。実は今回の新オレンジプランの中の認知症疾患医療センターに関連する項目で記載されていることで、私が非常に重大だと思っているのは、それぞれの地域の特性に応じて認知症疾患医療センターの機能とか類型とかあり方を考えるというふうに行っているんですね。地域によって違うから、それぞれ地域ごとに考えられるようにしよう。実はこの会は、それが一番

重要なことであって、もちろんBPSDや身体合併症対応に関するネットワークなども地域ごとにつくられるように、それをサポートできるような国の制度設計をしていくということとを目標に、この委員会を立ち上げているわけです。今の状態では、地域ごとにつくろうといても国がこう言っているからつくれないという話になってきてしまうので、そうはいかないように、地域ごとでつくれるようにしていこうという。それが一つの大変難しい問題だと思えます。

それから機能評価の問題ですが、これは一律に十把一からげに評価しようと言っているわけではなくて、やはり現在の認知症疾患医療センターの質のコントロールということを、都道府県単位できちんとやっていくことが非常に重要だと、配置の仕方とかそういうこともちゃんと政策的に考えていくことが非常に重要だという問題意識があって、これが現在できていないということがあるので、それをちゃんとやれるような方法論を確立していきたいと思います。全国一律にこれが何点とかそういうことをやろうということとが最終目標ではないということです。非常に難しい課題でございますが、

この委員会は、今年一年ではとても終わらないだろうと厚労省から言われていますので、今後も継続してやっていければと考えています。

栗田 最後に、本当に時間がないのですが、枝広からご説明します。

枝広 ご説明させていただきます。前回の会議のときの最後にも申し上げたものですが、れども、資料7です。事例集を年度末につくる予定です。全国の認知症疾患医療センターにお配りして、参考にしていただくための事例集を考えておりますので、できれば年末までの資料の提出をお願いしたいと思います。内容は、都道府県・指定都市単位での本情報、二枚目が現状の設置状況、三枚目が拠点機能、四枚目が事業の質の管理に対してどういう取り組みをしているかということ、五枚目が課題と計画についてぜひお願いしたいということです。内容についてこのフォーマットで特に大きな問題がなければ、この会議の終了後にも正式な依頼をさせていただきたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

井門 前回、これを参考にして書いてみたのですが、広島県の立場ではないのですが、そういう場合でも広島県の担当者をここに書くということになるのですか。

栗田 確かに今日お話を聞いたら、やはり大竹市を中心とした認知症疾患医療センターの事業になっているかと思えますので、その場合にはそのことを中心に書いていただいても結構です。

井門 わかりました。

栗田 そういうことでよろしいでしょうか。

では、最後に事務的なことですが、次回の委員会は基幹型についてプレゼンテーションをしていただきたいということがありまして、赤坂さんのところと、池田先生のところ、

それからあと基幹型ではないですけれども、谷向先生と北村先生にプレゼンテーションをしていただきます。今日皆さんに日程調整表を調整いただきましたところ、今のところ、12月7日か10日が最も可能性が高い候補日になっています。今日の段階ではアナウンスというところであくまで予定ですが、改めてこのあたりで第3回委員会を開催する方向でご案内させていただきたいと考えています。

そういうことで、今日は長い時間、皆さん本当にありがとうございます。また次回もどうぞよろしく願いました。

これをもちまして、本日の第2回委員会を終了させていただきます。皆さん、どうもありがとうございます。

栗田 これより認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業の第3回委員会を始めさせていただきます。第3回目で初めてご参加いただきました寺山先生は、岩手医科大学の神経内科の教授であります。皆さんよくご存知と思います。寺山先生がいらしたのもで本来であれば改めて自己紹介をしなければなりません。今日は時間が大変タイトということで、寺山先生、大変申しわけございません。席次表を参考にさせていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは早速、議事を進めさせていただきます。最初の議事は、第2回議事録の論点整理ということになっております。

平成27年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業（区分番号-29）
「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業」

第3回委員会

この研究事業の目的は、四本柱で四つあります。第一の目的が、本委員会を設置して、それぞれの都道府県・指定都市の状況に応じて認知症支援体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化、連携体制が適切であるかについて議論することです。そして二つ目が、これは新オレンジプランにも出てきている文言ですが、地域の特性に応じた拠点機能、類型化、連携体制の試みについて事例集を作成することです。三つ目が、都道府県で活用できる認知症疾患医療センターの機能評価のための調査票案を作成しよう。四つ目が、今後の認知症疾患医療センターの機能と類型のあり方について提言させていただくということになっております。

論点だけちょっとまとめますと、第1回委員会では、東京都の守田委員、大阪市の中西委員から事例のご報告をいただきまして、一つは基幹型についての議論がありました。

基幹型の施設基準は、従来、「身体合併症に対する救急医療基幹としての要件」となっていますが、身体合併症救急の問題は認知症疾患医療センターとは独立に考えていかなければならない問題ではなからうかということ、基幹型は都道府県の認知症疾患医療センターの質を確保する拠点として、人材育成とか都道府県への助言などを行うべきではないかといった議論がありました。

そして、都道府県の責務についてということで、都道府県は、認知症疾患医療センターの質を確保するために認知症疾患医療センターの事業評価を行うとともに、認知症疾患医療センターが一堂に会した情報交換の場を設ける必要があるのではないかと。特に、実施要綱には都道府県の責務として指定都市と連携した上で都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置することとされているわけですが、実際にはこの協議会が実施されていない都道府県がかなりありそうということ、現状を調査すべきではないかという議論がありました。

そして三つ目として、地域独自の類型として、例えば「最低限の基準」＋「地域の実情

にに応じて選択できる基準」を設けるとか、あるいは診療所型については、診療所だけではなく病院でも指定できるようにしたかどうかと、こういった議論がございます。

そして第2回委員会では、診療所型として国立市の新田クリニックの新たな委員と滋賀県守山市の藤本クリニックの藤本委員、それから地域型としては広島県大竹市メープルヒル病院の井門委員と北海道砂川市の砂川市立病院の内海委員からご報告をいただきました。

最初に、診療所型に関連した議論として、認知症の人が暮らす身近な場で医療を提供することができている医療機関として診療所型を増やしていくべきではないかと。マンパワーは大丈夫かという議論がございましたが、たとえ医師が一人だったとしても、看護師が機能することによって、あるいは医師会や在宅支援診療所、かかりつけ医と連携することによって高い機能を発揮することができるといってお話もいただきました。そしてまた、診療所型については診療報酬がつかないという大きな問題があり、この問題はもちろん解決しなくてはならない問題ではあります。しかしながら、診療報酬だけではなく、他に異なる形態のインセンティブ、(例えば)補助金とか地域支援事業とか、そういう公的なお金をつけていくことも重要ではないかと。さらに、診療所型の機能の問題として、孤立している診療所も結構あって、よく頑張っているけれども、孤立しているところではなかなか診療所型に手を挙げて、よく頑張ることができないという一面もある。しかしながら、診療所型の機能としては市町村自治体との強力な関係が必要ではなからうかといったことで、医師会に入っていることも一つの条件になるのではないかと、そんなご意見もいただきました。

地域型に関連しては、井門委員から、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの合併型のセンターの取り組みという新しい形についてお話いただきました。これによって医療、介護の連携がスムーズになる、そして特にこの場合の地域包括支援センターは基幹型の地域包括支援センターの機能を發揮しているというお話もいただきました。いずれにしても、地域包括支援センターをそのままにしておいたら機能しないので、医療との連携などを通してしっかり機能させるようにしなくてはならない、そういった議論もいただきました。

また、基幹型については、都道府県における認知症疾患医療センターの質の確保、人材育成、診療所型は顔の見える連携ネットワークづくり、地域包括支援センターとの協働というあり方が考えられるけれども、そうなる地域型はどのような役割を果たすべきなのかとか、そういうご意見もいただきました。いろいろな多様性があるのですけれども、一つは認知症サポート医との関係もありませんか。それから、認知症疾患医療センターをすることの明確にする必要があるのではないかと。それから、認知症疾患医療センターをつくることによって、あるいは連携体制をつくることによって面の問題はまあまあつくりだされてきたけれども、質の問題が残っている。質というのはつまり、かかりつけ医ひとり一人の能力を高めていくということが残っているのではないかと。しかしながら、地域型は圏域が広過ぎるために、かかりつけ医の向上といったこともなかなか難しい面もある。

それから、お金の問題が非常に大きい。例えば認知症疾患医療センターの補助金そのものが少ないという問題です。特に北海道などでは一圏域にたくさんつくっているところもありませんが、そういうところでは補助金の折半ということになりますので、非常に少額の補助金でやらなければいけないということで、基金が利用できないかという話もありました。しかし、認知症疾患医療センターの場合は補助金があるので、そちらが優先になるかもしれない、ただし新しい事業をやっていく場合には基金が柔軟に使える可能性もあるといった話もございました。厚労省としても、今後はお金の協議に際して各県の配置状況などもよく聞いて、指定を考えていくということでした。

そして最後に、BPSDと身体合併症を併存している事例をどこで診るかという、これはずっと続いている問題ですが、こういったことを都道府県の中で検討していく必要があるのではないかとご意見をいただきました。

栗田 ということ、次の議事に入ります。今日は寺山先生と、まだいらしていらっしゃいます。池田先生に基幹型についてご報告いただきました。基幹型認知症疾患医療センターの役割について改めて深掘りした議論ができればと考えております。そしてその後、また地域型ということで、谷向先生、柏木先生にお話をいただきます。地域型の問題は先ほどお話ししましたように非常に多様性があるので、何度も議論していく必要があるのではないかと、今日もまたすすめさせていただきますかと思っております。

タイムテーブルですが、各発表は10分間で、最初に基幹型の二つの発表をしていただきます。20分間でディスカッション、その後、地域型について10分ずつ発表していただいて、その後20分間でディスカッションというような形でさせていただきます。ただ、その後も20分間でディスカッションというような形でさせていただきます。

早速ですが、寺山先生、どうぞよろしくお願いたします。

寺山 皆さん、こんにちは、はじめまして。この二回は予定の調節がなかなか難しく欠席で、代わりの者が出席しましたけれども、これからは真面目にしっかりとやらせていただきます。よろしくお願いたします。(以下、プロジェクター使用)

[スライド1] ちよっとした岩手県の紹介も含めて、10分、お話しさせていただきます。[スライド2] これが岩手県の地図です。こう出してもなかなか想像がつかないと思いますけれども、四国4県が全て入るぐらいの地域で、私もまだ行ったことない場所が幾つもあります。そういう中に私どもの基幹型認知症疾患医療センターが一つあるということです。

私が岩手医大に参りまして12年になりますけれども、実際にはもう既に12年前に岩手県老人性痴呆疾患センターという組織が形だけ存在してありまして、それを私と、故高橋智准教授と二人でどのようなように機能させていこうかと考えていたところに、新たに認知症疾患医療センター運営事業が平成21年に始まり、平成22年度から基幹型センターの指定

を受け、現在に至ります。実際には平成22年から現実的に動き始めたということですが、

スライドは岩手県の高齢化率です。岩手は9圏域に分けられ、それぞれが歴史的に非常に親密な地域とまたそうではない地域があって、これらをいくつかの圏域に分ける事とはの境となっていて、旧南部藩という歴史的な関わりも加わって、簡単にはわりきれない問題もあることも事実です。さて、岩手県の65歳以上の高齢者を見てみますと、現在では大体35万人ぐらいいおります。高齢化率は隣の秋田県よりは低いですが、どなたも高齢化が進んでいる地域です。これを五つの圏域に何とか分けて、すなわち大体6万人を一つのセンターで診ていこうという方針で、幾つかの圏域をまとめました。現在は、基幹型を中心として、地域型のセンターを決めていこうという段階にきております。

昨年度は沿岸地域を統括するセンターとして宮古山口病院を地域型に指定させていただきました。

〔スライド3〕これが今お話しした5圏域です。盛岡圏域は実際には基幹型センターがこの圏域を統括しています。このように、相談があった件数のうち、盛岡圏域は約65%を占めています。残り35%は盛岡圏域以外の患者さんです。岩手医科大学の中にある基幹型のセンターが、広い岩手県全域の患者さんを診ていることになり、国が求めている統括、質の管理を行うにはまだまだ難しい状況で、基幹型と地域型の両方の機能を一手にやっているとこの状況です。

〔スライド4〕私どももとしましては、このように地域型を最終的に平成29年度までに5カ所設置する予定としております。

つまり、基幹型は岩手医科大学の老年科が主体となり、地域型は精神科を中心とした病院から選んでいこうと考えております。

岩手県は面積が広いだけでなく、医師が非常少なく、地域型といっても、専門医療機能(鑑別診断・治療)以外に、基幹型が行うべき地域連携推進機能も要求されるであろうと推測されます。

実際に、人口10万人に対する医師数は全国道府県の第40番目、面積対比の医師数は全国第46位、下から二番目ということですが、岩手県で、果たして国が示すような機能を分担してできるかどうか、もう一つの特長として、岩手県の神経内科認定医の数は実は人口比当たり日本で4番目ぐらいい多いです。ですから、認知症(診療)に神経内科医が果たしている役割も多いと感じています。

〔スライド5〕私どもは、このスライドにあるように、実際の診断と治療、そして医療連携は基幹型ではありますが、地域型と同じように行っている状況であるということを示しております。

〔スライド6〕基幹型における地域型機能というものは比較的充実しております。私どもの中では医師が1名、臨床心理士が1名、精神保健福祉士が2名、検査スタッフ1名が常

駐しております。それとPET研究班の神経内科医4名を加えて、毎週1回火曜日に患者さんのデイスカッションを行っています。インシデント・アクシデントレポートを含めていろいろなデータベースを一つのサイトでながめながら、デイスカッションするということを行っています。

〔スライド7〕現在の問題点としては、岩手県という広い地域では、認知症に対する知識や考え方、それに対応の仕方が地域によって様々なので、現在は、岩手県内のあらゆるところへ出ていきました。そして、地域のソーシャルワーカーさんや介護職員、地域の委員、そういういろいろな人たちとデイスカッションを行って、認知症に対するレベルの底上げを行っている状況です。

一例を挙げると、矢巾町という盛岡近郊の地域は、高齢化率が大体23%位のところですが、ここを一つのモデル地域として、勉強会をやっております。認知症に関わるあらゆる職種があつまつ議論し、それが認知症に対する全体の認識を高めることになるのではないかと、質の向上につながるのではないかと考えております。

〔スライド8〕最後に、今後求めていかなければならないことですが、診療の質を確保することを考えております。残念ながら、すべての医師が認知症に関心があるとは限りません。そのような医師に、どのようにして認知症に対する関心を持ってもらうか、そのような方々に対する啓発、そして、圏域間の格差を何とか解消する、これが重要だと考えています。以上です。

栗田 ありがとうございます。

池田先生はおくれていらっしゃるので、まず寺山先生のご報告に基づいて少しデイスカッションをさせていただければと思います。岩手県の場合は確かに基幹型の役割が極めて重要だということがよくわかります。寺山先生の今のご報告について何かご質問などがございましたら自由にご発言いただければと思います。神経内科の先生が多いということですが、神経内科で開業されている先生はいらっしゃいますか。

寺山 実は私どもの神経内科は創設から30年ちよつとになりますが、開業している医師は4人程度です。それ以外は、大学や県立病院、市中の病院に勤務しています。

井門 その県立病院は認知症診療をかなりされているんですか。

寺山 少ないです。県立病院の中にも精神科をもたない病院が多く、精神科の病棟もなくなってきたような県立病院が多いのです。そこで認知症まで扱うと、ほかの神経疾患に必要な時間がなくなる。そのため、地域の病院では認知症を疑った患者が病院に来た時には、実際には盛岡の私どものところに紹介していただくのが現状です。

井門 わかりました。

栗田 ほかにいかがでしょうか。

藤本 多職種の勉強会がすごく大事だなと思っています。最初、10年ぐらいい前は、顔が

見えるような形で集まってはということ、各ブランチを県内でつくっていったのですけれども、おっしゃるように認知症に対するアプローチがばらばら、初期のイメージが全然違ったりとか、十何点で初期と思っていたりとかいろいろあることがある。本人が家にいたと言っている、でも虐待じゃないかと言っている、でも本人の言うとおりにみないな(場合)、ケアマネでも医者でもそうですけど、こういう支援をするかが違う。そこを統一せいやいかんの、考え方を観えるような、ブレーストミーティングみたいなことをして、それがやっとな自分の地域では少すできるようになったかなと。

認知症の人に対してはこういう診断のアプローチがあって、ピットフォールがこんなところにあるというように寺山イヅミみたいな形を広めていかないと、集まって仲はいいけど方針がばらばらみたいになるので、これはすごく大事かと思えます。

力足らずで診療所ですので、それを全県下に広げることができない。顔が見える会は広げられましたが、それをどうするかが課題です。先生のところは、それを県内でやっておられて、それがすごいなと思いました。

寺山 私どものところでは、孫世代のための認知症講座というのがあります、私どもが学校や公民館に出かけ、人間は年をとるに従って、記憶力が落ちて若い人たちの助けが必要になるもので、そういう人々への接し方を教える。亡くなられた高橋准教授のときからずっとやっていたのですが、この講座を受講した人たちがようやく少しずつ社会に出てくるような年齢になりました、ようやく動きはじめたところですよ。

藤本 自分の市だと、高校に入って中学校に入って小学校に入るといって子供世代の教育というのは政策としてあって、どこもやっている。それもあって、我々のやっていることがあって、これがつながるんですね。

寺山 そうなんです。ただ、やはり学校関係の中に強力なサポーターがいて連携がとれないと、学校に講義をしに行くこと自体が難しい。

藤本 タイムなカリキュラムで、何で入れるのよと言われると、そうですね。

寺山 そうなんです。

藤本 ありがとうございます。

栗田 矢巾町はモデルとしてなさっているということでしたけれども、これに岩手県は絡んではいけないんですか。

寺山 これからなんです。実は清原(裕)先生が始められたAMEDの認知症のコホートの中に入れていただいて、そのコホート選びをしたときに、矢巾町が非常に協力的な地域で、比較的理想的な場所かなということを決めました。

栗田 基幹型の役割があるわけですから、先生の今日のお話だと、やはり人材育成といいますが教育みたいなのが大事というのがよくわかりましたけれども、身体合併のところ、あるいは空床確保とか、基幹型は(役割が)いろいろついでにいますよね。その必要性というのはどうなんですか、先生の屈託のないご意見をいただきました。

い、BPSDなんかもどこで診ているのかということになるんですけども。

寺山 基幹型でいえば、実際はBPSDでも多く診ています。実はそこで、では大学の精神科に入院できるかという、難しいこともあるんですけど、そういうときには、うちは幸い、医局員の親が精神科を運営していたり、OBの中に精神科の心得のある人がいたり、そして病院を運営していたりということと二つ三つの連携はできていますけれども、それ以上になっただけとおそらく非常に難しいと思うんです。

栗田 身体合併はどうですか。

寺山 私ども神経内科医がかかわることが意外と多いので、実際に何かあったときには大学のほうへ送っていただいて診ております。しかし、その後逆紹介して再入院させて頂くときにはかなり苦労しています。

栗田 第2回委員会で、身体合併の話については、いわゆる一般の救急のところの中でたまたま認知症があった、そこに合併もあったというようなおことで解決したらいいのではないかという話が出ていましたけれどもね。

寺山 そうですね。もう一つ、私どものところの特徴をお話すると、岩手県は透析をやっている病院が非常に多いです。実は透析をやっている患者さんに発症する認知症の扱いが非常に難しく、どんどん増えているんですね。それで、今、一つのモデルとして、透析をやっている病院の中に精神科を置いて、そして認知症も一緒に診るといシステムをつくる試みが始まっています。そうでもない限りはなかなか難しいです。

栗田 ありがとうございます。

栗田 ほかに何かかかろうか。

先生、一つだけ確認ということ。スライド4の基幹型、地域型(の表の中)で、基幹機能は「県施策推進会議への参画、地域型センターの選定、人材育成、研究等」ということと書かれています。やはり県の認知症施策にきちんとコミットするということでしょうか。

寺山 そうですね。その辺の連携は比較的とれていますが、問題は、我々はずっと認知症をやっていますけれども、県の方々は大体3年するといなくなりますが、そうするとまた同じことを繰り返している。ここにやはり筋を通さないと進んでいかないのではないかと、フラストレーションをいつも感じています(笑)。

栗田 都道府県の認知症施策に対しては、やはり認知症のことをずっとやってきた専門の職員も必要ということでしょうか。

寺山 そうですね。あと、先ほどお話しした孫世代の教育。実は、今の推進会議の中で書記をやっている若い人の中に、孫世代の講義をずっと受けていた人がいたんです。これはとても良いことでした。

栗田 いわゆる認知症サポーター養成講座がそんなところで生きてくるのですね、ありがとうございました。

にどうして長寿介護課の人が来てないのかと。これをきっかけに、認知症のことを話し合うときには必ず長寿介護課と健康増進課が一緒に来られるようになったのはよかったですけれども。

設置委員会が設置されましたけれども、それだったら先駆的なところを見に行きましようということで、熊本が先駆的ですね、千葉が先駆的ですね、そういうふうなところを見に行ったらいいんですねと言うので、「ちょっと待て。君らはちゃんと県の中の様子を見てからやりなさい」という感じで、かなりブレーキをかけた。

三回目ぐらいのときによく、愛媛県にある六つの二次保健医療圏それぞれに認知症疾患医療センターを設けて、それを統括する形で愛媛大学にお願いしたいと。人口140万の県で大体20万人に1件ぐらいという話は、高齢者6万人に1センターぐらいというような感じだったら妥当な線かなということで、そういう感じで実際の準備が進められました。

〔スライド5〕六つの圏域がありますけれども、愛媛大学は松山圏域という広いところで、それぞれのエリアのところで認知症疾患医療センターを設置するということで、県の方と私とでそれぞれのところの医師会が回りました。回ったときによく出たのは、「認知症疾患医療センターができたならBPSDもみんな引き受けてくれるのか」と。ちゃんと早期発見、早期対応というような感じのことではなしに、「ああ、それだったら」というような感じでした。

一番最初に行ったのは大洲・八幡浜圏域ですけども、とてもとも引き受けてくれそうにないような雰囲気、どこが手を挙げてくれるのかなと思っただけですけれども、最終的には公募するようない形で手挙げをしていただきました。大学で引き受けるときも一つコセプトとしてあったのは、精神科で認知症は診されるものではないので、精神科だけではやらないでおこう、大学で受けさせていただくにしても老年内科、神経内科、脳外科は必ずチームに入れましょうと。それと同じように、この手挙げ方式のときにも必ず精神科だけじゃなしにと申し上げていたのですけれども、結果的に、手を挙げて認知症疾患医療センターが承認された六つの病院は全部、精神科の病院ということになりました。それと、統括する形で愛媛大学ということです。

何でもかんでも熊本方式を見習うという保守的なところなので、あれは池田先生がきちんと戦略を持ってなさっているからできるものなのでと申し上げて、最初は三段階方式の何とか二段階方式まで下げて、それぞれのセンターと、中核センターとして愛媛大学という形で引き受けることになりました。

実は、松山圏域は愛媛県の中で一番広い圏域ですけども、松山圏域の認知症疾患医療センターになっているのは砥部病院というのは砥部町にあります。実は愛媛県で一番大きい松山市医師会に認知症疾患医療センターがないんです。札幌市でもないという話になっていきますけれども、もう一ついい病院があったのでですけども、そこはCTがなく手が挙げ

栗田 それでは、池田先生が来たらまた少し戻る可能性がありますが、次の地域型のご報告をお願いします。谷向先生、よろしくお願ひいたします。

谷向 それでは、愛媛県の場合ということでお話をさせていただきますと思います。

〔スライド1〕我々のところは一応、地域型を受けけるような形になっています。

〔スライド2〕まず、愛媛県の認知症疾患医療センターのスタートは、平成23年6月に、県の健康増進課、いわゆる精神科の領域を扱っている課（担当者）が来学されました。

それで、認知症疾患医療センターについての質問が県議会でするので、それについて何か答申をしないといけないので大学で受けてもらいたいということで、いわゆる形づくりに来られたわけですね。実は、この連絡が入る3日前に私のところに県議会の議員さんから突然、認知症疾患医療センターはどうなっているんですかというメールがあったので、「あつ、これは形づくりに」と、びんときたんですね。（笑）

その当時はどうなっていたかということ、これが平成23年5月の時点で認知症疾患医療センターが設置されないところ、計画中のところを示したのですが、まだ全く手つかずの県が残っている。県の課長の机の上を見るとそういうようなものがあったということ、県が慌てて来ました。

〔スライド3〕そのときは県の局長さんと課長さん、係長さんが来られたのでですけども、まずは私が聞かかけたのは、「愛媛県というのはそもそも認知症の対策が遅れているのですか。これまでなかったわけですけども、ひよっとしたら自分たちの県の中でちゃんと回っているかもしれないじゃないですか」と。ご存じのように田辺敬貴先生が中山町で疫学調査をした。ただ単に疫学調査だけではなしに、これをやるときには大学も実態調査をやりますよ、きちんと診断・治療、福祉の施設、予防介入も視野に入れての試みもしていますよという感じのことを申し上げたら、実は県の人たちは「ああ、そうだったんですか」みたいな感じで、知りませんでした。（笑）

僕は結構しつこいところもあるのですが、「じゃあ、皆さん方は県の認知症施策をどういうふうに考えているんですか」と問い詰めました。そこまで問い詰めた私もばかだったんですけども、帰りに際には、「すみません。我々にはビジョンがありません」という感じで帰っていかれた。実はうちの教授は受けたくてもうずうずしてしまいましたが、「とてもとも今年度中に設置するなんて無理でしょう。我々は受けられないですよ」と、私は断固反対したんです。実は愛媛県の中では精神科救急の制度が整っておらず、県に対する不信感も結構あって、ここで一つ受けてしまうと「愛媛にありましますよ」（と言われてしまう）というようにすることも懸念されたということがありました。

〔スライド4〕今の話の要約です。愛媛県は実際に出遅れているが、本場に必要なのか、そのとき来られていたのが局長と課長と係長ですけども、認知症疾患医療センターというと精神科領域で、認知症施策全般を考えると長寿介護課です。認知症のことを考えるの

られなかったということがあって、結局、ここは今すごくいい活動をしていますけれども、こういうような形で引き受けることになりました。

大学病院で引き受けるときの会議でも、看護師長が「これからはBPSDとか認知症の人は全部、精神科の病棟で引き受けてくれるんですね」みたいな感じになったので、愛媛県の中では総合病院で精神科病棟があるのは実は大学だけなので、我々のところでそれをやってみたら、ほかの病院で受けられなくなるでしょう、だから一般病棟で診られるというモデルを我々はつくらないといけないのではないかとということで、一応納得していただきました。

〔スライド6〕県との設置委員会の中で出てきたのは、それぞれの圏域は診療を中心にするとということ、愛媛大学はセンターの役割として、鑑別診断・初期対応、専門職の育成、実質、基幹型と似たような役割ですよ。そういうような感じの体制で引き受けてくださいなという話になりました。実は県の人が大学のほうに来られたときも、県の中の委員会でそういうような感じの話になっているので、大学はここだけやたらいいんですよというように感じに逆にとられてしまっただけで、その後、院内での動きがとてやりにくくなったということはありません。

最終的には、四つの科で認知症の診療を行っています。ブースはそれぞれの診療科とすることで、特別に認知症疾患医療センターというような窓口があるわけではなく、事務員と部屋はありますから事務局だけは一応ありますけれども、診療科はそれぞれのところに振っていくという形です。

専門職の育成に関しては、医師等専門職向け研修会開催が年間8～10回と書かれていますけれども、実は我々が主導でやっているというよりも、依頼を受けたら、委託を受けて行っているような事業です。熊本みたいに定期的に各センターのところにというような感じのことにはなっていません。

〔スライド7〕今年度はデータがないですけれども、実際に我々のところに来られている患者さんがどういふふうに変化したのかを2年経過した時点で半年ごとにチェックしてみました。そうすると、MMSEが0～5点の非常に進行した人は第4期になるとほとんど来られなくなりました。CDRで見ると、重症度ではやはりCDRの3度ぐらいの方は来られずに、大体1度、初期ぐらいの方が多くなりました。

〔スライド8〕NPIスコアでみたBPSDは、最初のころは非常に軽くて診断だけの方がほとんどでしたけれども、だんだんとBPSDの強い方が半数以上、6割ぐらい入ってこられるようになるということがみられました。

〔スライド9〕最初に症状に気づいてからセンター受診までの期間は、第1期では大体3年ぐらいかかっているいろいろなところを回ってからセンターで診断ということになっていましたけれども、1年半経過して2年目に差しかかるぐらいでは大体1年ぐらいでセンターを受診するという形で、受診のルートが一つできてきたところではよかったですかと思

ます。

各センターを回ったときにも、これは一つのシステムづくりでということを感じて盛んに言わせていただきました。六つの認知症疾患医療センターが最前線で、そのところとどこで診断に困ったケースだけを愛媛大学が受けるという形に県の委員会ではなっていました。地です。愛媛大学は東温市というところにあるのですけれども、東温市の住民について、地域包括支援センターの人が市のほうに言って、市から県のほうに連絡をして「愛媛大学を受診したらだめなんですか」と言ったら、「だめです」という返事をされたというよう話を聞いたことがあります。そういうような方々には愛媛大学は通常どおりの診療は行っています。ただし、これは一つのシステムづくりなので、「かかりつけ医の先生に相談してください。かかりつけ医の先生が松山圏域だったら砥部病院に紹介しようが愛大に紹介しようが、それはもう皆さん方は知ったことじゃないでしょう」という感じで、紹介を受ける形にさせていただきました。

センターへの受診が必要と感じた人も最近はその割合がぼろぼろと増えてきているかなという印象があります。

〔スライド10〕これが今年の状況です。我々のところは非常に使い勝手の悪いセンターではないかと思えます。といいますのは、基本的には相談業務は受けないということで、県内の認知症疾患医療センター以外には実は電話番号が公表されていません。ですから、本来に外来を通してPSWのところに話に行くというような感じになっています。ですから昨年度の相談件数は非常に少ないですね。今年に入ってからちょっと増えてはきていますけれども、こういうような状態です。

先ほど、認知症疾患医療センターではいろいろな診療科で診療していると申し上げましたけれども、科の指定がある場合にはその科で診ます。そうでない場合には、水頭症かなといったら脳神経外科、レビー小体型認知症とかパーキンソンニズムがあるような人は神経内科という感じで、割り振りながら診療を行っています。この事例検討

今年の4月以降に我々のところをやっている運営会議と事例検討会です。この事例検討会は愛媛大学が主催させていただいていますけれども、地域型の別のところが非常に熱心に行っているような状況です。それから、今後の予定はこういうような感じ。我々のところは本来の役割は教育とか情報発信と言われていると思いますけれども、実際は残念ながら今年度はそれほど活動できていません。今年度から体制がちょっと変わったのですけれども、こういう感じが実情です。

〔スライド11〕これが愛媛県の中の今の高齢化率と、全体の中の現状です。サポーター医がおられないところが幾つかあるということ。それから、いま私は、認知症看護認定看護師を何とか増やせないかということを考えて、頑張っかけています。現在5人おられて、南予のほうにおられなかったですけれども、今、南予のほうに1人と、来年また大学のほうから行かれるという感じになっています。それからサポーター医も、実は2年前には

15人しかいませんでした。これからの認知症施策を考えたときにはサポーター医が必要ですよということ、県と医師会がちよつと頑張つて、現在41人、今年度中には56人にサポーター医をふやすという感じで頑張っておられます。この大元締めがどこになっているかという、決して認知症疾患医療センターではなくて、県の中でのということになっていきます。

〔スライド12〕愛媛県の中の認知症高齢者の現状はこういうような感じですが、要介護2以上の人が5万2000人ぐらいです。赤い丸で囲んだところは、もう既に認知症の方の数が減ってきているところですが、高齢化率も頭を打ってきて、減ってきているような地域が全部で五つぐらい。最南端の南予もそうですし、大洲のあたりとか、原発がある伊方町、こういうような地域があります。

この中で高齢化率が県の中で一番高い久万高原町は、全国よりも先に高齢化が進んでいるということ、今年度中に初期集中支援チームが立ち上がるようになっております。

〔スライド13〕県がいろいろ行っている認知症施策です。いろいろなこと書かれていますけれども、「認知症施策推進会議の開催」。これは私が今委員長をやっていますけれども、実は年2回しか行われていません。大体、年度末と夏ぐらいに、去年こういうような活動をしましたというようなほとんど報告会みたいな感じになっているので、このところを今年度はちよつと強化していかないとはいけません。それから、「①認知症疾患センターの体制整備」と書かれていますけれども、実際には、県の方々はそれぞれの認知症疾患医療センターがされる連携会議に参加されているだけで、県が何かビジョンを持つてこういうふうにもやっていますよというものは残念ながらございません。「②医療・介護を担う人材育成」も、ほとんど医師会とかに委託事業として投げられてやっているとこの感じがあります。

というように感じて、認知症疾患医療センターが重宝がられているのか、それとも上手に利用されているのか、それともなかなかあやでやっているのかわからないですけども、残念ながら愛媛県の中の現状はこういうようなところかなと思います。

栗田 ありがとうございます。

栗田 それでは、質疑は最後にまとめてやらせていただければと思います。では、柏木先生。

柏木 〔スライド1〕よろしくお願ひいたします。

〔スライド2〕私が勤めております浅香山病院は総合病院となっておりますが、基本、精神科病床が圧倒的に多く、日本でも類いまれなる巨大精神科病院です。ただし、今、948床のうち200床ぐらいは入っておりますので、800床行けばいいかなというぐらいます。認知症に限って言えば、急性期の認知症病床が二つもあり、精神科の身体疾患合併症病床もあり、ここには書いておりませんが特殊疾患治療病床といって終末期を診る病床もある

というふうな、早い話が何でもありかなみたいな、何でもあるけれども中身はあまりたいしたことないような病院です。

〔スライド3〕当院の沿革です。高齢者向けのものです。みていただくとわかりますように、平成2年6月、これは国の事業が開始した頃と思いますけれども、早々に大阪府から指定を受けて、認知症疾患医療センター事業を開始しております。その後、平成20年12月に認知症疾患医療センターの指定を受けています。これは、堺市が政令指定都市になりましたので、今まで大阪府であったところが堺市にかわつて、その指定を受けて新たな出発をしたということです。

〔スライド4〕病院の所在地は、大阪市に隣接しております。大阪市の特徴については西先生がお書きになられたと思いますけれども、特徴的には、精神科の病床がほとんどなという大阪市の特色が全て周辺の領域にリンクしてきていて、私どものほうの入院患者さんもそうですし、鑑別診断の方たちも大阪市の人がかなりのボリュームでいらつしやるという状況です。

〔スライド5〕堺市の概要です。人口が85万弱、高齢化率が25.6%になっています。堺市の場合、地域型の認知症疾患医療センターが二つありますけれども、私どものほうが堺区、北区、東区、美原区、もう一つの阪南病院という単科の精神科病院が南区、中区、西区という分担になっております。

〔スライド6〕大阪府下の認知症疾患医療センターの実情です。大阪府下に6カ所、大阪市に3カ所、堺市2カ所で、全て地域型です。それぞれのセンターがそれぞれの特性、地域の実情に応じて運営を展開していますので、センター同士の有機的連携というよりも、何をやっているのかほとんど見えていないのが実情です。

一応、堺市の2カ所の場合は書式とか連携ツール、統計のとり方もそうですし会議体も同じなので、日常的な連絡調整を行っております。

私どもは大阪市に隣接しているため、大阪市の居住者からの相談が3割近くありまして、センターの設置圏域と医療圏と住民の生活圏域の不一致についても悩まされております。

〔スライド7〕これは割愛します。

〔スライド8〕堺市の認知症疾患医療センターの取り組みです。

〔スライド9〕これも皆さんよくご存じのことばかりなので割愛します。

〔スライド10〕はいこれも割愛します。

〔スライド11〕浅香山病院の数字です。2012年からの3年間の相談件数が1,149件、1,140件、1,446件、去年は1,259件でなぜか非常に少なかったですけれども、今年には既に880件ぐらいの相談が上がっています。そのうちの8～9割は鑑別診断の件数に上がっております。これはほとんど初回の相談件数で、継続の相談は除いております。そのうちの入院件数も363から327というふうに移転しております。阪南病院さんのほうも同じような状態で、かなり増えてきているのが実情だと思います。

〔スライド12〕事業内容は、平成26年は研修会を開催したり協議会を開催したりというふうな、皆さんどこでもやっていたらいいというふうなことをしております。特性としては、若年性の認知症のグループを幾つかついたり協力をしたというふうなことにここ数年は少し力を入れてまいりました。

認知症疾患医療連携協議会では、ケアパスとか初期集中支援チームについてというふうなことで、上の会議、いわゆる偉い人ばかりが集まっている会議だと実際にはなかなか動かないので、実働部隊である行政の窓口の担当者とかPSWとか認定看護師が今、認知症施策運営会議を再開しまして、上の会がスムーズに動けるようにというふうな仕組みを再開しております。

〔スライド13〕「顔の見える連携」というのは常に言われることですけれども、鑑別診断をできる医療機関は堺市に27カ所あり、当院の連携医療機関は70機関以上ありますし、地域包括支援センターも基幹型が7カ所、地域型が21カ所ですから、認知症疾患医療センターや専門医療機関では人材・時間・物理的にも限界があつて、そもそも顔が見える連携というのはこのようにならぬ規模な圏域を網羅する地域型のセンターにははつきり言いつて絶対無理と私は考えています。

〔スライド14〕とりあえず第一歩は、相手方の目標、役割、課題といったようなものを知らないといけないということと、こちらはこちらで力量とか目標を明確に提示しないとおそらくうまくいかないだろうなということ、とりあえず私たち自身が関与している機関はどんな活動をしているのかを知ったり、こちらも公開したりというふうなことをしています。

〔スライド15〕これも飛ばしていただいて結構です。

〔スライド16〕先ほど言いましたように、うちの認知症疾患医療センターがとりあえずは顔の見える連携づくりの仕掛けをするということだろうと思つています。自分たちが中心になつて顔の見える連携をやるのは非常に難しいと思つていますので、これから先出てきますけれども、医療連携と介護連携を結びつける役割が認知症疾患医療センターにあつたりするのかなと思つています。だから、ケアマネジャーの資質向上とか、それを支える地域包括支援センターの機能強化へのバックアップが認知症疾患医療センターの課題かなと思つます。

〔スライド17〕医療連携というのは、ここ10年ぐらい前からずっと相談をとつていると、自分たちのところの認知症疾患医療センターでいつまでもフォローしていくのは絶対無理だというふうなことを感じていて、かかりつけ医さんと連携を何とかして、穏やかな時期はできるだけそちらで抱えていただくのが一番いいかなと思つて、かかりつけ医の方たちに対する研修といったものを組んだのですけれども、それになかなか乗つてこられなかつた。

平成20年に堺市が中に入って堺市医師会と認知症疾患医療センターとのパイプをして

いただくようになってからようやく、かかりつけ医との連携が面々できるようになりましたので、そこで医師会とよく話し合いをして、情報の共有を図るための共通シートの活用といったものを始めました。かかりつけ医の研修に対しても積極的に、サポート医、かかりつけ医とかがいったような人たちの対応力の向上研修、あるいは医師会への広報とかホームページへの協力をするようになりました。

〔スライド18〕ですから、浅香山病院が自分のところの限界を知れば、自分のところが中心になるというよりは、ピンポイントでのかかわりに一応は引いて、かかりつけ医あるいはケアマネジャー等を中心にしていきたいと思つています。これが、認知症疾患医療センターをこういう考え方でやっているとすることを示した絵です。

〔スライド19〕これは堺市の南部区域と北部区域に分かれた連携シートです。

〔スライド20〕医療機関、かかりつけ医にこういうことに気づいていただきたいということで、医師会と協力してマニュアルをつくらせていただきました。

〔スライド21〕医師会のホームページで「物忘れ安心ネット」というのをやっていたらいいやいまして、うちのドクターがほとんどつくつたと思つていますけれども、この作成も協力させていただきました。

〔スライド22〕認知症相談医といまして、それほど専門性が高いわけではないけれども一般的には相談はできるよという形で認知症相談医というのを募つて、それは医師会のホームページでリストを公開されています。堺市から配付される「認知症相談医」というレポートを診療所の前に貼らせていただいたりしているようです。

〔スライド23〕これは最もうまくいかなかった医療連携の一つです。私どもも自分のところの鑑別診断の数があれだけ増えてくると待機もとても長いので、できる限り専門医療機関に連携してもらいたいというふうなことがありましたので、物忘れ外来とかを標榜していらつしやる専門医療機関との連携の仕掛けを何とかしようとして研究会とかを持つていたりしました。しかし、なかなかうまくいかずということで、今のところは頓挫しているのが実際の状態です。

〔スライド24〕ですので医療連携の課題は、特に堺市の特性だと思つますが、サポート医が医師会の推薦を受けた医師会の役員さんとかが仕方なく引き受けられた方たちが結構多くて、実際には自分たちが何をしたいかわからないというふうなことを今おつしやっている状況らしいので、これがいかにうまく機能していないのが実情です。

それから、かかりつけ医とケアマネさんの信頼関係が構築されてないというのは、主にかかりつけ医のほうにケアマネジャーに対して信頼関係がない。つまり医療と介護の連携と言つても、早い話、医療側が介護側の力量を危ぶんでいるところがあつて、そこで情報を共有するとか一緒にツールを使うとかいふことがなかなかできにくいのが現状です。そういう課題もあります。

それから、かかりつけ医の先生は、本当に日常診療でお忙しいのだらうと思うのと、失

礼ながらネットワークをしようというふうな教育が医師の中であまり構築されていないのではないかと思います。結構無関心な人が多いです。

それと、先ほど言いましたように、専門医療機関とのネットワークが不十分で、その特質が生かされていないのを感じます。

〔スライド 25〕これも飛ばしていただいて。

〔スライド 26〕私たちが認知症疾患医療センターの連絡協議会で話をしているときに用いるものですけれども、一番いいことは、堺市の場合は医師会が一つであるということと、行政機関も一つなので、ある意味非常にやりやすいとは思いますが。ですから、大阪府は別として、大阪府下の六つの病院さんは複数の行政圏域を持っていらっしゃるの、自分のところが豊中にあるから豊中市のことをやりさえすればいいのではなく、近接の領域までフォローしないといけない。おそらく個別の相談機能とか鑑別診断機能はオーケーだと思えますけれども、行政単位との連携、仕組みづくりということになると、圏域の多さはネックになるだろうなと思います。

〔スライド 27〕ただ、確かに、大阪府から堺市に行政が移ってから、我々も非常に願っている、行政の窓口の人たちとダイレクトに話し合いをできるようになりましたので、言いたい放題、こういうことを取り組んでいけるようになりました。

〔スライド 28〕私どものほうの考え方は、小規模な地域で、本当に診療所型のような単位の認知症疾患医療センターがあつて、かかりつけ医をそこでフォローして、ケアマネジャーと顔が見える連携の中で一緒にやれてというふうな、そういうものが本場に理想ではないか、それを後方支援するのが行政であったり認知症疾患医療センターであったりするのではないかと考えています。

言い忘れましたが、私は精神保健福祉士なので、こういうネットワークの構築とそれぞれを連動させる仕組みは私たちが役割かなと思っております。

〔スライド 29〕「認知症の人の地域生活を支える中心は介護、介護を支えるのは医療」という考え方が駅式の連携かと思っております。ですので、初期の診断から、BPSD の出現とか合併症が発症されたとか終末期になったりなど認知症の経過の中で私たちがかわるのには、タイムリーでピンポイントのかかわりと、適切な機関へつないでいくことではないかと思っております。

〔スライド 30〕これも割愛します。時間がないので、最後の「今後の課題」までずつと飛ばしててください。

〔スライド 40〕ですからこれからは、医療をうまく利用しながら地域での生活を続けていくるように、タイムリーな介入とか支援とか助言とかを行う。つまり私たちは、医療として過度な介入に注意しないといけないと思っております。認知症初期集中支援チームを来月から浅香山病院が受けましたので、実際には認知症疾患医療センターのメンバーとほとんど変わらないですけれども、認知症初期集中支援チームとの協働が必要になってくると思

います。

それから、いろいろなデータを分析して現状と課題を提言して、市全体の普遍的な課題として行政に問題提起したり、制度の改善とか社会資源の創出を目指していきますということ。

あとは、認知症の方や家族や介護者が抱える生活のしづらさとか、どのような支援を必要としているかを広く知ってもらわないといけないと思うこと。

それと、認知症になって住みなれた場所で本当に適切な支援を受けながら暮らしている地域づくりに貢献していくのも疾患センターの役割かと思っております。

〔スライド 41〕「しかし、現実には」。うちの場合、鑑別診断機能、BPSD の外来対応機能、入院対応機能、地域連携推進機能、身体合併症対応機能、全ての機能が一応そろってはい入るんです。しかし、これは本当に現実なんですかけれども、先ほどご覧いただいたように相談件数がやたら多くて、精神保健福祉士が専従者 1 名、専任が 1 名になっていますけれども、とてもそんなのでは追いつかず、複数のワーカーがその対応に今追われています。ほとんどが電話相談です。ですから、緊急性などがどこまで把握できているかという不安は常に抱えています。これは、これから先、それも私たちが初期集中支援チームにつなげられるかどうかということをやってみてほしいということ。初期集中支援チームとの協働が必要になってくるということ。

あと、鑑別診断が、今ようやく 1 週間に 12 件ぐらいの鑑別診断枠を設けたので待機は若干短くなつてはいますけれども、待機している間に状態像が変わっていかれたりする場面もありまして、そのときに応じてその他の専門医療機関等を紹介しないといけないのかなど思っています。

それから、実質、専門医が非常に少ない。地域での生活を支えるためにタイムリーに医療介入すとか、多職種チームとかかわりとか、介護との連携ができる専門医の方が本場に少ないものですから、これから先、認定看護師たちを活用してそれを補っていくということを考えております。今、現にそうしています。

それから、岩手の先生もおっしゃいましたけれども、院内的に身体合併症の対応はあつてもとても限定的なものなので、これから先、自分の院内の医者たちの連携にも大きな課題を持っています。

それから、認知症治療病棟、合併症病棟を有しているために、他の圏域からの入院要請が非常に多いです。ですので、入院の長期化と社会的入院の問題が最大の課題となっております。この「最大の課題」というのは、精神保健福祉士にとつてという意味です。

以上でございます。どうもありがとうございます。

栗田 ありがとうございます。

栗田 本日は基幹型の議論をした後で地域型の議論をしようかと思っていたのですけれ

ども、今の谷向先生の話と柏木先生の話を聞きましたら、池田先生の話を聞いた後に、基幹型とは何か、地域型とは何かということをもとめて議論したほうが良いような気がいたしますので、まずは池田先生の話を聞いてからディスカッションに入るというふうにさせていただきます。先生、よろしく願います。

池田 おくれて参ります。先生、熊本大学の池田でございます。よろしく願っています。

僕は、資料とかデータとしては、認知症疾患医療センター全国研修会報告書を持ってまいりました。皆様のところにも送らせていただいたと思います。これは、いま柏木さんが言われたように意外と横のつながりがないというリスクエッセイがいろいろあるので、認知症疾患医療センターが自主的にみんなが集まってお互いに情報交換したり、勉強しようということ、一昨年、熊本で開かせていただいた研学会です。去年は内海先生が北海道砂川市で開催してくださって、今年は先週、僕は行けなくて申しわけなかつたですけれども、千葉で260名ぐらいの参加者だったということです。来年は群馬、再来年は福島と、みんなボランティアで、みんな自費で参加しています。認知症疾患医療センターの少ない費用の中から自分のポケットマネーでみんな参加している会なので、非常に活気もあります。

今回、厚労省から水谷さんも来てくださってくださったみたいなのである程度様子がわかったと思いますけど、また栗田先生からも、こういうことをみんな自主的にやっているというのを上げていただければいいかなと思います。

この報告書は、最初にボランティアで挨拶にも来てくださった日本認知症学会前理事長の森啓先生が絶対にこれは形に残せと言われたので、内海先生と我々でつくりました。この中で、今日の議題は基幹型ということで、10ページをあげてください。

熊本は180万人の人口で、ただ、非常に広い県です。ここにございますように、天草の島嶼部、これは皆さん長崎だと思っていられないくらいです。ここに15万人ぐらいの方が住まわれていますし、阿蘇とか、鹿児島との県境の人吉とか、非常に山深いところも多いということで、地形もバラエティーに富んでいます。そういうことで熊本の場合は最初から、僕と県の担当者で、とにかく県全体を満遍なく最低限の専門医療を提供できるようにということで計画してまいりました。

最初、大学に基幹型一つ、こういう熊本でのアイデアを厚労省が後で採用してくださったのですが、基幹型一つと、それから七つの精神科病院をつくった。さらに二つ追加になって、今、九つの地域拠点型と一つの基幹型があります。地域拠点型は全て単科の精神科病院です。

それから、モデル事業からも参加してもらっていた診療所型が今年から活動しています。この地図という一番下にある吉田病院というところの左横の芦北・水保という圏域です。この圏域は残念ながら総合病院の神経内科の先生で、認知症（の診療）をされている

方もいなくて、認知症をアクティブにやる精神科病院もなくてというところで空白でしたが、神経内科のクリニックの先生に参加してもらいました。実は最初の熊本モデルのときから診療所型をつくってほしいと提案をしていただんですが、最初は一切相手にされなかった。今度、厚労省から診療所型が出てきたので、そこに設置しています。

ですから、11医療圏がありますけど、阿蘇と熊本市の間にある菊池という医療機関が結構多い圏域にたまたま認知症疾患医療センターがないだけで、あとは全て二次医療圏に1カ所設置してあるということです。

この診療所型のクリニックは、平成病院という精神科病院に熊本県がそれなりの補助をしてソーシャルワーカーを1人雇用して、平成病院の職員として平成病院と熊本大学でトレーニングを積んで、そこから診療所に派遣するという仕組みをしています。

ここにございますように、要するにほとんど一緒にやろうというのが熊本のスタンスです。一緒にやろうというのは、要するに研修とかで診療レベルを上げていくのを一緒にしようということで、中のネットワーク自体は柏木さんがおっしゃったようにそれぞれの地域に合ったものとなっているので、かなり違います。そこにある人材とか医療とか介護の施設によってかなり変えてあって、自分たちが一番いいと思っているネットワークをつくるようにしています。

「専門医療の提供」というところにありますように、今は大体プラトーンに達しています。これは10センターの合計件数で、診療所型はまだ入ってないですが、相談件数が月に600～700件で、新患者さんは今はもうちょっと増えて200件から250件、外来受診件数はコンスタントに毎月4,000件ある。ですから、再来の人も含めると、10カ所のセンターで常時4,000人の人を入れかわり立ちかわりフォローしている。これが多いのか少ないのかよくわかりませんが、絶えず循環していますのでこんなものかなと思います。

基幹型の一番の役目は、専門医を拠点型へ派遣して、専門的支援をすることです。先ほど柏木さんがおっしゃったように、これが一番時間がかかるので、最初から最低5年は下さいと熊本県に言って、ひたすら人材育成をやってきました。今は、常勤医も4人、大学から派遣しています。あとの認知症疾患医療センターも、一番離れている天草はもともと前教授とか専門医が多かったので行ってないですが、あとは全て、週1回、僕も含めて大学から派遣という形で専門外来をしています。幾つかは若いドクターを連れて行ってトレーニングの場にさせていただいたっているということ、専門医は徐々に増えてきています。

それからもう一つ、人材育成が一番大きかったのは、ソーシャルワーカーが育ってきたということです。各認知症疾患医療センターに最低1人ずつはほとんどどんなことにも対応できるレベルになってきましたし、大学には3人ぐらいいますので、そこが一番大きかったかなと思います。

あと、相談件数が意外と少ないと思われたかもしれませんが、11ページにありますよう

に、熊本県認知症コールセンターというのがあります。これは熊本県のプランでつくっていたものです。最初、僕がすごく気にして「ソーシャルワーカーが1人しかいないのに、電話相談が殺到して、アウトリーチもできないし自分の外来もサポートできないんじゃないか」とずっと愚痴っていたら、熊本県が熊本が一番の繁華街の貸しビルにオフイスを借りてくれました。夜は開いてないですが、日曜も含めて昼は常時開いています。認知症の家族を当時サポートしていた社会福祉法人と、うちの認知症疾患医療センターの非常勤だった保健師と、それから家族の会の介護を終えたOB、OGの方々が話めてくださっていて、ここでトリアージをしてくださっています。結構多いのが、もちろん介護相談です。それは彼ら彼女らのほうが我々よりずっと専門ですから、そこで引き受ける。それから、介護保険の相談も結構多くて、それは最寄りの地域包括支援センターにつなぐ。本当の医療相談だけを相談者に一番近い認知症疾患医療センターにつなぐというようなトリアージをしていたらいます。10カ所です。1カ月に大体600件から700件の相談とこういうことになっています。

ひたすら人材育成をしているということですが、昨日慌てて送らせていただいた「人材育成」という別紙の2ページ目をあけてください。

【スライド3】基幹型の一番の人材育成の行事とかメインの役割は、2カ月に1回、必ず事例検討会をやることです。認知症疾患医療センターの場合は院長先生が担当医のこともあるのでたまには抜けますけれども、基本的には認知症疾患医療センターのドクターとソーシャルワーカーは全員、必ず出席を義務づけています。僕もこれは5年間休んだことがないです。毎回扱う事例が違うし研修内容が違うので、入れかわり立ちかわりとはとにかくやめてほしいということを徹底しています。

【スライド4】ここにございますように、事例の提示者も医師と精神保健福祉士が半々で、そのほか看護師、心理士、社会福祉士、作業療法士と、パラエティに富んでいます。警察の方の場合もあります。

【スライド5】事例検討の内容です。ドクターから上げてこられるときは当然、早期診断とか治療方針もありますが、ここにありますが、ここにありますが、ここにありますが、ここにありますが、非常にパラエティに富んでいます。下に具体的な内容もあります。

【スライド6】例えば今日はレビー小体型認知症を勉強しましょうとか、今日は若年性のアルツハイマー病を勉強しましょう、あるいは評価尺度の勉強をしましょうということ。我々がレクチャーをさせていただきませんが、事例検討のスライドは毎年全て残しています。事例検討会の場合は、個人情報全部消して、毎年こういう形で全てのスライドを各認知症疾患医療センターに配るようになっています。各地域でこれを教材に使いながら、今度は地域拠点型が地域の介護職の方や医療機関の方に事例検討のときに材料として使うというようなことをずっとやり続けています。

【スライド7】もう一つは、かかりつけ医に認知症に関心を持っていただこうということ

で、これも熊本県とずっと協働をやっているのですが、介護保険のかかりつけ医認知症対応力向上研修が終わった後で、さらに希望者を募って、毎年2回、ステップアップ研修を行って行っています。これは全くの希望者で、何のインセンティブもないです。

【スライド8】ステップアップIは必ずその年のトピックです。Iが終わったときに、参加された医師会の先生方に疑問に思っていることを全部書いていただいて、大抵1カ月後ぐらいにあるステップアップIIのときに、各質問にスライド一枚を用意して、我々が丁寧に答えるというようことをやっています。

【スライド9】もう一つはサポーター医への研修会の開催です。先ほどもお話があったように、サポーター医だけではなかなか何をしたいかわからないことを前任地の愛媛大の学時代からさんさん聞いていましたので、ただ、貴重な人材です。ぜひ活動していただきたということ、熊本県と相談して、主に地域連携の研修会を1回、ほぼ丸一日受けたいというので、それを受けていただいたら準専門医として県が認定することになりました。不思議なことに、これを受け始めてからサポーター医が爆発的にふえまして、当時20何人しかいなかったのが今は百何十名で、多分、人口当たり一番多いです。

ただ、こちらは後の義務があつて、地域拠点型の事例検討会に専門医として必ず何回か参加してコメントレーターをしていただく。認知症疾患医療センターだけでやりますとどうしてもセンターの医師の意見がメインになってしまうので、第三者的な意見を言っただけということを義務づけています。また、専門医講習も必ず受けていただくということ、ずっとその後のメンテナンステスとかフオロアアップもさせていただいています。どちらも県行事がきちんと修了証を出して、熊本県のホームページに公表しています。

【スライド11】かかりつけ医とサポーター医の大体の人数が載っています。ご覧いただきますように、研修を受けたサポーター医は190名になっています。まだ増え続けています。かかりつけ医のほうも266名ですが、これはリピーターがいっぱいなので、今年も100名ぐらい来られたと思います。これも平日の夜、大学でやり、何のインセンティブもないですが、皆さん遠方から来てくださっています。

【スライド12、13】これは専門職のための養成講座です。保健師あるいは看護師、ケアマネジャー等々、もちろんほかの職種も大歓迎ですが、そこに焦点を当てた講座もやっています。

【スライド14】専門医のほうの養成講座は、見ていただきますように、がちつとしたものを組んで、必ず出していたくようにしています。

【スライド15】初期集中支援モデル事業から加わってまいりまして、先ほどのオレンジの表紙の報告書10ページにある地図のほうで、福岡県との県境、大牟田というところの向かい合わせの市にある荒尾こころの郷病院、ここが熱心に手を挙げて、たしか認知症疾患医療センターの中では唯一、初期集中支援チームを取ったと思います。さまざまなデータでここで吸収して、よかつた点とが難しかつた点とを熊本県の全域に配っています。

もちろん厚労省にもフィードバックしています。去年から山鹿市と荒尾市という二つの認知症疾患医療センターで初期集中支援チームをやっている、今年はさらに3カ所ぐらい県が指定して、認知症疾患医療センターにかなり補助金を出しています。そこが初期集中支援チームをやって、その周りの圏域の初期集中支援チームも認知症疾患医療センターの専門医や専門職がサポートするというような仕組みをつくっています。

ということ、ひたすら人材育成をやっています。僕はもちろん基幹型に在るので基幹型のことを詳しく申しましたが、地域拠点型のほうは3〜4年前から、地域拠点型のネットワークで同じような事例検討会をやっています。ただ、当然こちらの検討会のほうがリアルワールドです。大学でやるほうは完全に人材育成で、研修を兼ねた事例検討会ですが、各地域拠点型のほうは、その地域で今一番難渋しているケースが上がってくる。そこにかかりつけ医の先生やケアマネジャー、地域包括支援センターや警察や消防や民生委員、ありとあらゆる人がやられてこられるということをやっている、今、全部合わせますと一年間に大体40回ぐらい、地域拠点型の事例検討会が行われていますということです。

そんなに目新しいことはやっていませんが、ずっとこんなことをやっているということ、以上です。

栗田 ありがとうございます。

栗田 前回、たしか柏木委員が、基幹型というのは都道府県の施策とコミットし、特に人材育成、質の管理ということをやっていく、そして診療所型というのは顔の見える関係づくりをしていくと発言していました。特に前回は新田先生にそのお話をいただきましたけれど、市町村の介護保険事業計画などとリンクしながら、市町村の認知症支援体制づくりにかかわっていく、そういうような役割を果たしている。ところで、じゃあ地域型は何かということ、どこで疑問符が残っていたのを感じています。ということ、地域型のことも含めて、どういう役割を担うべきかということ、ここを改めて討議しておく必要があるのではないかと思います。

まずは、谷向先生と柏木さんと池田先生の報告、プレゼンにつきましてご質問などをいただければと思いますが、いかがでしょうか。

栗田 池田先生、いつもお世話になりまして。先生がいま話された資料4-2のサポート医の養成人数ですが、実は昔、サポート医というのは大体、医師会が県の中から出張させて、県費を使って長寿医療研修センターで研修をしてというパターンでしたけれども、熊本もそういう人たちがやりました。その後、先生のこのステップアップ研修に参加しているんですよ。

池田 僕がこれを企画するまでの最初の20数名の方はほとんど、先生がおっしゃったように、柏木委員も言われたタイプの、医師会から言われて仕方なく受けたという方です。

その後の方は全部、自費です。勝手に行っていきます。

栗田 自費で、いわゆる長寿医療研修センターのサポート医研修に行く。

池田 自分が行きたいと。ですから、僕がこのプランを出したとき県は非常に懸念して、自分でお金を出してしんどい思いをしてまで誰が行くかという感じでした。しかし、やった後の役割とかもちゃんと提示して、ぜひお願いいたしますと言ったら、要するに県に認定してもらうためにはサポート医の講習を嫌でも受けないといけないので、皆さん自分の費用でそこに行く。でも、目的はこっち（熊本県認知症医療・地域連携専門研修と修了証）のほうということです。これは非常にポジティブなので、うれしかったです。

栗田 言いにくいかもしれませんが、長寿医療研修センターでの研修内容と先生がやられているのは多分違うんだと思うんです。僕は長寿の内容はあまりよく知りませんが、でも、神経内科の先生の講義内容になっていますね。多分、先生は、精神科医として認知症のいろいろな事例に対処できるスキルを教えていくと思うので、その差なのかなと思うんですけれども。

池田 いや、そんなことはないと思います。これは県と慎重に協議して、こちらの座席の内容はほとんど地域連携です。まさに県の認知症疾患医療センターがどういうふうな動いているのか、サポート医の先生にどう動いていただきたいのか、あるいはサポート医の先生が自分の地域でどういう意見をお持ちなのか、今後どんなことをしていただきたいかと熊本県が思っているのか、それに対して物理的にできるのかできないのかというようなディスカッションをする一日なので、ほとんど地域連携に終始しています。ただ、これに入っていたと専門医研修とかそちらを全てオープンにしますので、先生がおっしゃるような実際の専門医的なのはそこで適宜補充していただいているという感じですよ。

栗田 地域に密着した本当に具体的なことをそこで学ぶということですね。

池田 はい、そうです。

栗田 それが魅力なんですよ。わかりました。

藤本 診療所型なので池田先生みたくにすごく大規模ではできないですけど、今、数年間、二つ、サポート医に対するかわりをしていきます。一つは、4年前から、市民病院とか日赤とか大きな基幹型病院の神経内科の部長たちと、例えば連携室とか心理とか認定看護師とかのコミュニティカルも一緒に来てもらって、我々のかかりつけ医の仲間たちも含めて、約20名くらいでグループワークをずっとしています。それは「顔が見える」ではなくて、寺山先生がおっしゃった、考え方を共有化するということをした後で、2年前に病院の専門医に自腹でサポート医研修に行ってもらった。

サポート医研修についての情報は、県から県の医師会へ行くものから、うっかりしている、いつサポート医を派遣したかわからないですよ。それで結局、認知症の地域医療に積極的に関わろうとする専門医に10人近く、自費で研修に行ってもらったんです。

それは何をしたら良かったかということ、行かないと県のいろいろな施策に絡めないでしょう。

実践者研修という介護の人材育成のところとか、かかりつけ医の向上研修とかに、専門医だけだと、サポーター医でないとかかわれない。言い方をかえれば、専門医なのに地域を知らないというのがあって、それで、サポーター医になってもらった病院の専門医に県の施策に絡んでもらうと、病院の中に閉じこもっていた神経内科の専門医が地域にすごく目覚めてくる。その育成の仕方。

もう一つは、かかりつけ医でサポーター医を取っている人たちがいて、クリニックが滋賀県から委託を受けた若年性認知症のモデル事業ですと3年間いろいろなことへの支援をしてもらった。今は、企業研修に入ってもらっています。それから、連携の会では、去年は内科医、小児科医、外科医のサポーター医のチームに疾患別ケアの講義をしてもらって、80人ぐらいで10ぐらいのチームでグループワークしてもらったら、疾患別ケアの視点での得た話をするので、ケアスタッフから大評判でした。

だからやはり、目的意識だと思います。サポーター医の研修は、まあ資格をもらえばいいかなということ、ベースの勉強をしてもらって、あとは、もともと専門性を持っている専門医が地域を知ること、専門性はないけど地域を知っている人たちが、目的意識を持って専門的知識を個別に得る。両方のアプローチで、専門医とかかりつけ医、それぞれサポーター医は元気が出る。そのコーディネーターは認知症疾患医療センターがすべきではないかと思います。

栗田 長寿のサポーター医の研修は、一応いいかなということ、一応受けておいてもらって…

藤本 でも、ベースはできませんからね。そこまで教えるのは大変なので、それから上積みは…、と思うんです。

栗田 実際は県のほうで、きちんと県の認知症施策に関係しながらつくっていく、そういうやり方、それでそこに認知症疾患医療センターが絡むというのがいいのではないかと思います。ありがとうございます。池田先生のところは熊本県でやられています、滋賀県も県でそういうのをなさっているんですか。

藤本 いや、医師たちが自分たちでやっていますけど、今、すべての地域医師会が行政と絡みながら、それぞれ独自に行っている研修会やネットワークの会を、そろそろ繋いでいこうかと思っています。

栗田 滋賀県は藤本先生のところやでやっているというのがすごいですね(笑)。ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

池田 柏木先生が言われたように、専門医が少ないというのは非常に難しいと思うんですよね。現実問題、うちも非常に悲しかったのは、本当に中心的に地域拠点型を引っ張ってくださった平成病院の院長先生が急に亡くなられた。ですから、10カ所以上でやっている、毎年のようにいるいるかなんかがある。当然、女性の若い医師もいますので出産

して休むということもある。そういう意味で、どこかでリソースになってつくっていくかないと、おっしゃったように、地域拠点型で完結するのはなかなか大変かなと、基幹型から見ていると思います。現に、うちも情けないことにすぐに人は送れなくて、やりくりをして、来年の4月から専門医をその病院に送るようになっているので、やはり人材の確保というのがなかなか難しいなと。

栗田 基幹型の重要な役割ですね。

池田 重要ですね。

栗田 今度は谷向先生にお聞きしたいのですが、先生のところは実質的には基幹型のような機能を担いつつあるというか、担わなきゃいけないという、そういう状況かと思いますが、現状はいかがでしょうか。

谷向 現状としては相当厳しい。大学の中で経営会議とかには我々は全然出ていないので、そもそもどういような形で話が行っているのかというのがまずわからなくて、それこそ認知症疾患医療センターを受けるとい、病院長とかも来られた一番最初の会議の中では、県の運営会議の中では六つの医療圏域の上で愛媛大学が指導するような立場でというふうな感じで会議上は決まったので、要するに、君臨すれども存在せずの存在みたいな感じの話が実は一番最初に出ていて。(笑)それで僕は、どんな話が病院の中で練り広げられているのかなと、本当に愕然として、それだったらいいんじゃないですかということ、なところまで本当に腹を割って話したときもあります。

認知症疾患医療センターとしての事務局の部屋をどうするか、それこそ電話番号が公にはオープンにはなってないですけども、その一本の線を引くだけでも委員会がたくさんあるという感じで、そういうような今の現状を考えると、なかなか難しい。本来果たさなければいけない基幹型の役割を我々のところはやらせないといけないと思うんですけども、栗田 そうするとむしろ、学内の問題のほうが大きい。

谷向 そうですね。学内の問題と、それからもう一つはやはり、県の委託みたいな感じになっているわけですから、先ほども申し上げましたけど、県全体のビジョンがないことも大きい。

栗田 県の意識がということですね。

谷向 はい。ですから、我々のところではむしろ、しっかりと管理していただいて、こういうようなことをやるセンターなんですというように方向づけを持ってやっていただいたほうが動きやすいかなと。

新田 僕は谷向先生の発表が今日一番おもしろかったです。なぜかという、一番悩みを抱えた中の全てを象徴しているということなんですね。池田先生のところもきれいですけれども、おそらく実はその悩みがどこにもあって、それが行政サイドで強引にできたかどうかは別にして、やはりその問題点は内包していると思います。そういう意味で、今抱えられている問題点を整理することが、日本の現状を整理することだということに思っ

非常におもしろかったです。

栗田 そうですね。おそらく、46 県がほぼ同じ状況なのでしょう。(笑)

谷向 いや、それは言い過ぎ(笑)。

藤本 皆さんのお話を聞いていても、やはり指導的な立場の人がいて、そこがきつと指導的な、いわゆるレベルを統一しようとする動きですね。僕は認知症疾患医療センターになって初めて感じたんですけど、認知症医療は 25 年間やっていますから若い人にはまあまあそれなりに話ができますけど、認知症疾患医療センターに対しては全然かわれなかった。個別に患者さんは送れますけど、認知症疾患医療センターが何をしているかというのは全然わからない。県の主催する認知症疾患医療センターの会議に初めて出て、診ている人数を初めて知って「えっ」と思ったりとかね。そういう情報が出てこないでしょう。そうすると、やはり各認知症疾患医療センターでどこばこがあるのではないですか？認知症疾患医療センターの人材育成、センターのレベルアップをやるならいいですけど、そうじゃないところがあるかもしれない……。なかなかばらばらではないですか、調査しているからおわかりだと思いますが、委員会に出て県の人に「そこはそれしか診てないの？」としゃべるけど、委託しているから全然口を出せないそうです。

池田 先生がおっしゃるように、そこが一つのポイントです。そういう意味で、一緒にやるといいんですよね。僕はさっき言わなかったですけど、2 カ月に 1 回の事例検討会は僕ら臨床医の役割ですが、実はその前 1 時間は各認知症疾患医療センターのソーシャルワーカーと県の人のだけの懇談会です。僕は全くタッチしていませんけど、おそらく相談件数とか診療人数とかは全部グラフ化されています。それで 10 カ所が全部比較されていて、どこがアクティブかわかる。個別に指摘しなくても、見れば自分のところかどうかの位置かわかりますから、それを絶えず、2 カ月に 1 回、行政の人がきっちりやっています。僕も最初、それは全然遠慮するな、せつかく 10 カ所で一緒にやっているんだからと言いました。結構、けんげんがくがくでやっているみたいです。

藤本 この一年でそれを嫌というほど知りました。

池田 先生おっしゃるように、そこをやらないと、行政も変に遠慮されるし……

藤本 行政は遠慮しています。

池田 認知症疾患医療センターもお互いに遠慮して、指摘し合わないので、隣のセンターのことを陰で言っています。

栗田 認知症疾患医療センター同士もわからないのですか。

池田 同士も、うん。

柏木 私は実は怒り心頭に発していますよ。よそのセンター……

池田 よう言えないですよね。

柏木 言えないですよ、よそのセンターの手抜きじゃないのとおもって。

池田 うちは大抵、年末の冊子に、A病院、B病院とかいって全部、棒グラフを出すので、お互いにわかるようになっていきます。

藤本 診療件数とか相談件数とかね。うちは年間 400~500 件の相談があって、それのうちにかかってない人からの相談です。ほかの認知症疾患医療センターもそれなりに何百件とあるけど、それは入院相談も全部入っているの、「それは違うだろう、除けてよ」みたいなことを思うけれども、それが言えません。

栗田 先生が言っていたのは実務者会議とかいう会議ですね。

池田 そうです。だから、基本的には医師は一切タッチできなくて、ソーシャルワーカーと行政の方だけの会議です。それが一番白熱しているかもしれない。みんな疲れて出てきますから。(笑)

藤本 こっちがこっこの実情を一番知っていますからね。

池田 はい。

栗田 守田さん、東京都は近いことをやっているのでしたっけ。

守田 そうですね。統計をとってもらっているの、それを一覧表で比較できるようにしている。または、情報交換会で一堂に会してもらっていろいろな取り組みを話してもらうと、「うちは遅れている」というのは結構皆さんひしひしと感ずるようですよ。そうすると、頑張らなくちゃということ。

栗田 PSW だけで集まっているというのは。

守田 それも何回かやっています。

栗田 それは医師はなしで。

守田 はい。

栗田 これは後で議論しなければいけないのですが、都道府県でどうやって認知症疾患医療センターの質の管理をしているかということの調査をしなければいけないのですが、やはり幾つかの切り口を調べる必要がありますね、今のようなのも含めて。また後ほどご意見をいただきます。

池田 熊本県も、行政は意外と弱腰でした。やはり遠慮があるみたいで、行政は「していいんですか」という感じでした。だから、むしろ僕らの側からしたほうがいいと言った。行政は頼んでいるという意識があるので、自然にはやれない。

藤本 「鑑別診断数が少ないじゃないですか」と言ったら、「いや、地域に出て連携のことをいっばいやっていきますから」と言うんです。本末転倒ですよ。地域に出ているから診断できないのではないかという話だけど、それはいいところを見てしようするので、やはり厳しくできないのですよね。

栗田 寺山先生のところはいいがですか。

寺山 デイスクッションとしてレベルが違うかなと。うちとしては基幹型が一つあるだ

けで、実際それで5年間やっていますから。

一つは、非常にまだブリアティブな部分で、先ほどのお話を聞いてみると、例えば精神科の先生方に地域型というふうに分けていると、地域の特長性というのややはり考えなければまずいかなと、鑑別診断のために近くの地域型の認知症センターに人を送るとなると、母体が精神科の先生であるときたがらないということもある。それをどういうふう管理していくか、認知症というのは精神科疾患なのかどうかという教育もなくなってはいけなとか、いろいろなことを考えて聞いていました。

栗田 確かにそうですね。さっき新田先生がおっしゃったように、これは簡単に熊本モデルを参考にというわけにもいかない状況ですね。

新田 単純に言うとうと、谷向先生のところは四つの科が診ているじゃないですか。まず、誰がどのようにトリアージしてやるのかと、地域でもそうじゃないですか、先生のところは精神科、先生は神経内科、それぞれあるわけで、どこでもそういう感じなわけですね。結局誰がどうするかというのが、ただ鑑別診断とかそういう問題ではないと思うんです。さっき柏木さんが言った、生活等々の話も含めてどう診ていくかという話になるじゃないですか。

栗田 そうですね。それはもう本当に基本ですね。学内でどこがマネジメントしてそういうことをやっているのかと。その辺は、谷向先生、どうですか。4科はいいですけども。

谷向 4科は一応……

池田 4科もあってうらやましいです。

谷向 いや、それがまたややこしいです。(笑)

新田 基本は、認知症の方は厚労省統計で75歳以上であるということと、目下80歳以上が70%を占めるという、やはり老人対象だということ、そこにあると思うんです。そこに認知症がまたまという。となるとやはり、このグラフはこうだなと思うんですよ。

栗田 そうですね。今や80歳代が一番多いですね。

新田 ですね。

栗田 それからも一つ、地域型について議論しておかなくてはいけないと思います。柏木先生のところは地域型で、しかも大阪府全体に対してどうこうというよりは、堺市に対して。ただ、堺市は政令都市で人口規模がすごく大きいので、下手をすると小さな果ぐらいあるの、ある意味ではやはり基幹型に近いような機能を担わなければならぬのではと思います。地域型にもいろいろあり、非常に多様な状況だと思います。ただ、柏木先生がおっしゃるように、顔が見える関係はとてとてもつくれる状況にないという現実があるというのもそうなので、その辺のところ、地域型の役割、位置づけを考えていかなければならない。場合によっては多様な位置づけを考えてもいいかと思いますが、その辺で地域型はこうあるべきみたいなのはいかがでしょうか。

柏木 多分、地域型というのは一番多様な機能をそれぞれが持っていると思うんです。そうすると、うちの場合もおそらく、どこかに基幹型があればもっと違う役割を振れる、それと先生方のような診療所型も幾つかあれば、私どもも地域型として別の機能として存在できるのではないかと思っています。

つまり、地域型というのは周囲の状況からその機能をつくっていくしかないわけですね。うちのよう基幹型もなければ診療所型もないようなところで地域型というのは、全ての機能を地域型が担わないといけないことになっています。ですので、そのところがおそろく地域によって異なってくる。

うちも専門医が、地域にも出ていける、アウトリーチも可能、鑑別診断もできるという医師がたった1名いるだけでもすごい機能が発揮できるわけです。でも、その先生がもしなくなったらどうなるのみたいな不安にさらされながら、その先生をいかにして有効活用するかというトリアージをPSWがしないといけない。つまり、その人の力量を最大限に発揮してもらうためには余計な機能を背負わさないように、ソーシャルワーカーたちあるいは認定看護師たちが周囲でやらないといけないという状況にあるわけです。

だから私は、地域型の鑑別診断機能というのはそれほど難しい事例をしなくてもいいと思います。それは熊大とか愛媛大学とか岩手医科大学とかそういうところの本当の専門医がおやりになればいい。

うちの相談件数を見ていただいたらわかるように、相談件数がものすごく増えて、鑑別診断をしてほしいと言っけど、その半分以上は、「しなくていいんじゃないの」と思ったりするわけです。「90歳を超えて物忘れが出てきたっていいじゃないの」とか、心の中でどれだけつぶやいていても、どうしても早期に見え、「早期に見えて、幾つぐらいから早期に見えと言っのかな」とか、そういうことをつぶやきながら、それでも鑑別診断をしてほしいという希望があったら、やらないといけない。

本来なら「かかりつけ医の先生にご相談の上で」と言ったりしますけれども、かかりつけ医がいいのかとさういう健康老人たちも増えてきていますし、逆に今度は若年認知症の人たちもとても多くなってきていて、本人からの連絡が入ってくる。以前は、鬱じやないか、発達障害じやないかという人たちも、最近のマスコミの宣伝によるのか、とにかく若年認知症の件もものすごく広がってきています。それも診断が非常に難しい。来てみたら発達障害の方だったたりするわけです。仕事で集中力がなくて、「物忘れをするから職場の人から行けと言われました」みたいなケースも増えてきています。そうすると、何でもかんでも手近にあるところにとという感じなんですね。

私たちは窓口の最前線でソーシャルワーカーがあたるので、相談はすごくしやすいと思います。コールセンターのようにソーシャルワーカーがすぐ電話に出る体制をとっている。そうすると、相談機能が集中してきますよね。相談しやすい。やはりドクターに直接というのは非常に難しいので、ソーシャルワーカーだったら話しやすいというような機

能があるがゆえに、これだけの数かなと、それがかえって本当の機能を少し減少させているのではないかと不安が常にあります。だから、もう次の仕掛けを考えないとパンクします。

栗田 確かに相談の数が増えるものすごく多いので、これを外に持っていないとダメなのではないか。

池田 そうです。うちは、さっき言いましたコールセンターがあるのかなり助かっています。もう一つは熊本市も、市の保健センターの中にそういう相談・トリアージの窓口をつくっているの、かなりフィルターがかかってから認知症疾患医療センターに相談が来ます。そこでフィルターをかけて、それで何とかやれている。

柏木 先生のところとうちは逆なんです。うちが先にトリアージをして振り分けをしなないといけないという機能。だから、もうほぼコールセンターのような役割を担っているんです。それはそれでほかになければ仕方ないかなと、諦めにも似た感じですけども(笑)。

栗田 堺市は人口 85 万人で、東北なんかの一つの県ぐらいです。柏木先生のところはどういう市としての、認知症の、例えば医療体制を考えていくときに、柏木先生のところがあるべきかということ、堺市の関係部局と考えると、例えばコールセンターをつくるべきだとか、診療所型を堺市の中につくるべきだとか、そういうふうな関与が本来は必要でしょうね。

柏木 これから先、堺市に対していろいろなることを提言できるとは思いますが、堺市も政令指定都市になってそんなにたっていないというのがあって、たぶん行政として成熟しているところが少ない。それと、認知症の部署が何か所もあって、その中で医療の部分のビジョンを行政が打ち出していくというのはすごく難しいように思います。ですから、医師会とのやりとりだけでなくでも疲弊していたり、すごくやりにくいだろうなと思います。一応、いろいろ提言したことをとても素直に聞いてくださいますけど、行政にビジョンを持ってと言うのは本当になかなか難しいですね。行政の方たちを育てていくのも役割かなと思います。

谷向 ここで議論する話ではないのですが、柏木さんの話に絡んで、マスコミが本当にすごいでしょう。これをやったら治りますみたいなことを二夜連続(放送)みたいにするでしょう。若年は発達障害が見つかると、まだ赤ちゃんとした診療ができると思うけど、あの番組以降、来てみたら 30 点みたいな 90 何歳の高齢者が続々と来ると、「治ると聞いた」と。

柏木 そうです。

藤本 今は世の中が全てそっちで行っていて、すごいでしょう、キットでわかるとかね。だからこれは本来診るべき人が…。来て、診ないとわからないではないですか。だから診るけれども、片っ端から 30 点みたいな。(笑) 診療所だから来やすいんですけどね。

栗田 診療所は来やすいですよ、敷居が低いところに、まず行く(笑)。

藤本 そうなると、逆にそれがネックになっています。これからもっと花開くみたいですね、その「治ります」というのが。

栗田 それは厚労省のほうで頑張ってもらって、ブレーキをかけてもらわないと(笑)。藤本 あれは頑張ってください。

栗野 認知症疾患医療センター運営事業実施要綱があるけれども、この研究事業で内容の検討とかをすべきではないか、要は、先ほどからずっと聞いていますと、いわゆる基幹型はどうだと地域型がどうだ診療所型がどうだなんて言うけれども、結局、浅香山病院みたいなのは本当は基幹型でいいですよ。それから、東京都の新田クリニックも地域型になっていていっしょやるけど、基幹型でいいですよ。それから、東京都健康長寿医療センターだって地域型になっている。あれはおかしいわけですよ。それで評価をするとしても、ものすごい数の差が出てくるわけですよ。だから、これはもう役割をきちんと分けるというか、大きさとかいろいろあるでしょうけれども、設置基準の内容をもう少し変えるぐらいでないと、いつまでもそれに縛られていて、だから、僕はこの要綱をぜひ変えたいと思います。

栗田 そのための委員会です。それがおかしいので、こんなことになってしまっているという。

池田 多分一番いいのは、先生がおっしゃったように規格と合っていないので、さっき栗田先生と柏木さんがディスカッションされていたように、行政と認知症疾患医療センターとの話し合いのところは栗田先生みたいな先生が間に入って、アドバイザーで各県に行くと、「この県の事情を客観的に聞いているところだね」とか「ここは基幹型でいいですよ」とか、そういう第三者的なアドバイザー的な役割を先生がされたらいいんじゃないかなと。

栗田 ああ、なるほどね。私が個人でやるのはちょっと無理ですけども。

池田 たまたま僕は大学のこういうポジションにいたのと、県のほうも全権を担えるような人が窓口だったのでいろいろ詰めた話ができましてけど、そんなチャンスは多分ありません。今の熊本県も多分無理なので、ですから、当事者たちがディスカッションしている場所に、全国の事情を知っている専門家が行って、「この県だったら基幹型と地域型幾乎つづぐぐらいでやったらいい」とか、「ここは単科の病院だけだ基幹型をやってもらったほうがいい」とか、「大学病院が二つあるのでどういう機能分担をしたらいいのではないかな」というようなアドバイスを、全く利害関係のないアドバイザーがされるのが一番円滑なうな。

栗田 私はちょっと無理ですけども、ただ、確かに、そこがこれまでなかったところが問題だと思います。

新田 それもそうだけれども、もともとは結局、業界の圧力によって今の状態になっただけの話なんです。単純に言うとそのうことですよ。

は、独自の事業評価方式、結果の活用方法、どのように提示しているか、それからこれらの課題をお聞きするという形で、まずは案をつくりましたけれども、ぜひ、ご議論いただきたいと思います。

栗田 この調査は、実施要綱に沿って非常に簡単につくられています。

一つは、都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催しなければいけないということになっていますけれども、内海先生のご意見にもありましたように北海道はやってないというようにございまして、まず、これをやっているかどうかということをややんと調べようということ、やっている場合にはその委員とか内容についても調べようということになっております。

それからもう一つは、都道府県・指定都市で認知症疾患医療センターの事業評価をせよと実施要綱で定められておりますので、実際にこういうことをやっているかと。ただ、これはたしか厚労省のほうに報告しなくてはいけない項目が幾つかありますので、電話相談の件数とか面接相談の件数、こういうのは当然やっているとしますけれども、こういうことを含めて、さらに都道府県独自でやっていることがあるかということを含めて一応調査しておこうという、非常に簡単な内容です。

これについてご意見をいただきたいと思いますが、それに当たりますが、一応参考ということで、一つは、実は認知症疾患医療センター運営事業協議書の段階で、これから認知症疾患医療センターをやろうと言っているところが、こういうことをやりますよということで数値として出しているような項目がありますので、それが一体どういうことになっているのかを、まずは枝広のほうから説明します。

枝広 資料8の運営事業協議書というものは、年度の初めよりも前に出すものです。ですから、PDCA サイクルというプランです。今からこれをやりますよという状況のものを老健局にいたいただいて、検討した形になります。

ざっくり行きます。次のページで、様式3の医療機関別に提出するプランを検討しました。

まずは鑑別診断です。これは、基幹型nが14、地域型nが284、診療所型nが9です。ですから、かなりのばらつきがありますし、すごく一生涯懸命やっている診療所型だけがここに診療所型としてあるという形になってはおります。上に、最大値、75パーセントイル、50パーセントイル、25パーセントイル、最小値という書き方で提示をしております。下のグラフに関しては、右も左も全く同じものです。箱ひげ図にしてみましたのですが、ひげが長過ぎてよくわからないから、左側に上のひげだけを取った状態のものを載せています。

栗田 要するに、ばらつきがめちゃくちゃあるという意味です。

枝広 あっさりとして流れていきますが、こうやって見ると鑑別診断件数は中央値があまり変わらないことがわかります。

次のページ、合併症・周辺症状の初期診断に関しても、大変ひげが長い、その次の病床

栗田 そのとおりです。
栗田 そういうことですね。

新田 でしょう。精神科病院協会とか、それも含めてだけど。

栗田 そういうことも確かにあります。

新田 そういうことだと思いますよ。だから、本来果たすべき役割と違えていってしまったんですからね。だから、そこはもう一回整理するべきです。それは淵野先生がおっしゃるとおりだと思います。整理するのであれば、精神科病院協会からもちよつと引いてもらうとかね。(笑)全部引くのではなくて、若干ですよ。(笑)

栗田 大変議論が盛り上がったところで、時間がちよつと過ぎてしまつたので、この統きはまた次回ということで、本日の次の議題に移らせていただきます。

これから、前回の議論で出ました都道府県と指定都市の認知症疾患医療センターについてというか、評価・質の管理等々についてどういうふうにしているかということの調査をしようということで、調査票の案を作成しましたので、これについて枝広のほうから説明をお願いします。

枝広 資料7-1、7-2、7-3が資料になっております。今回行う調査は、都道府県・指定都市に関して、設置した認知症疾患医療センターの状況をしつかり把握できているのか、連携協議会を実際に実施しているのか、独自の事業評価様式があるならどのようなものを行っているかということをお聞きする目的でやることとなります。今年度中に集計まで行う方向でおります。

資料7-1に関しては、老健局のほうでつくっていたいただいた、厚労省からの依頼文書になります。資料7-2が仕様で、7-3が実際に都道府県と指定都市に送る調査票の案です。今ここで議論していただいて、決まり次第送りたいと思っております。

まず一ページ目の1-1から1-4は、連携協議会を実際に開催しているか、何回ぐらいいやっているか、どういう人が来ているか、どういう内容でやっているか、プログラムがあれば見せてくださいという内容です。その次のページ1-5は、それによって何が起こりましてか、どういう化学変化が起こりましたとかどういう施策に反映できましてかかを自由に書いてくださいというふうにしています。それから1-6は、指定都市がある県に限る形ですが、都道府県と指定都市の連携体制が実際に構築できているかということをお聞きします。これは要綱にある点ですが、それをお聞きします。

2-1、2-2に関しては、認知症疾患医療センターが集まる会をされていますか、ある・なし、年に何回程度、時間はどのぐらいというふうにお聞きしています。

それから、実施要綱の5の(1)(2)のところに事業評価をしなければならぬと書いてありますので、3-1で実施しているかどうかをチェック方式でお聞きします。地域連携拠点としての認知症疾患医療センターの把握をしていますかと。3-2、3-3、3-4に関して

の把握もひげが長い。

その次の人員配置に関してですが、一つの枠で「人員配置はどうですか」という聞き方をしているのですが、実際よくよく調べてみると、右に載せた回答例のように、精神科医が何名で精神保健福祉士が何名ですと書いている病院もあれば、専従何名と書いているだけのところもあり、本当に人数しか書いていないところもあるのですが、現状では、どういった職種の人が働いているのかとか、全部で何人なのかとか、実際に働いている時間はどのぐらいなのかとか、まだそこまで確認できないという状況になっています。ですから、ただ人数だけを見ると下のグラフになるという形になっています。病院の規模も非常にさまざまです。で、こればかりはしほしようがないと思います。

その次、電話での照会件数に関してもひげが非常に長い状態で、その次も、その次の医療機関等の紹介に関しても同じような状況です。

というもので、PDCAというプランとチェックをいかにするかという点において、やはり共通言語とか語の定義とか、どこの欄に何を書くかということをはつきりさせなければいけない情報でないのかということ。その後に資料9をつけさせていただきましたけれども……

栗田 先にコメントをちよとさせていただけます。要するにPDCAというのは質の管理の一つの方法論ですが、そのPがこんな状況だということ。一つは、めっちゃくちゃにばらつきが大きいということと、文言の定義がよくわからんというか、現場にほとんど合っていないようなことを最初に報告しているような状況であるということ。もうちよとちよとちよとちよと、ほとんどナンセンスだたのではないかと、このことと、ここから考え直していかなくちゃいけない。

事前協議、プランでこうであったら、結果はこうであったというのが事業評価になりますので、本来は事業評価もこれに連動していかないといけないかと思えます。そんなことで、ご質問があれば出していただければと思いますけれども、一応、協議書の様子を厚労省のほうで来年度から変えようということで、大変スピーディーだと思いますけれども厚労省のほうからの案ということで資料が出ております。これについては真子さんのほうから説明させていただきます。

真子 厚生労働省、真子です。資料9の説明をさせていただきます。

今、栗田先生からご指摘があったように、私たちも情報をとりながら、まず私たち自身がいま一歩意味がわからない部分があったりして。(笑)それで都道府県から問い合わせがあって、これは何の教だろとちよとちよと迷っていたところもあったので、栗田先生の研究の中で、評価というところと以前とっていただいた部分がありましたので、それを事前協議の様式にしてしまおう。これを最初に各センターから出しておく、最終的には1年分、大体こういうことをとらなないといけないんだということがわかるかなということ、この様式に変えていきたいと思っております。協議前というか、まだセンターになる前の

ところだとなかなか書き込めないところはあると思いますが、予定値とか、前年の自分の病院の実績とかでも一応いいということを書いていただこうかと思えますし、既存のセンタ－であれば前年実績ということを書いていただければということ。

以前は実はWordでつくって集計等ができませんでしたとおっしゃいます。これ自身を都道府県で、Excel表で持って集計等ができればと思っておっしゃいます。協議書の様式8を変えたいがまだ評価に使っていきけるような形にできればということ、協議書の様式8を変えたいということ、今日、提案をさせていただいております。

栗田 私もこれをさき見たいのでおっしゃるけれども、大変細かいことですが用語がちよとちよと違っているところがあるので、少しだけ。

真子 すみません。

栗田 例えば鑑別診断件数の7番は「前頭側頭葉型」と書いていますけど、通常は前頭側頭型かと思えます。あと、混合型をどうするかという問題もあるんですが、

ただ、事前協議書でここまで書けるかというのものもあるかとは思いますが、一応こういうことで厚労省のほうとして案が出ているということ。

この資料8、9を含めましてご質問、ご意見をいただきました。今、今回の都道府県の調査票について少し固めていきたいと思えますが、ご質問、ご意見はございませんでしょうか。池田 基本的には、さっき説明していただいた7-3をベースにこの委員会としては送るということですか。

栗田 そうです。7-3を今回の調査票として送るということです。

栗野 7-3を送って、9（協議書様式3）は。

真子 9は全く別物として、認知症疾患医療センターに新規申請をされているときに(提出する書類が)様式1からありますが、その中の様式3を変えようという話で、調査とは関係がないことです。

栗野 ああ、それは違うんですね。

真子 はい。

栗野 こんなことを言ったら怒られるかもしれませんが、認知症疾患医療センターは、要は医療機関のことなので、逆に厚労省の人もよくわからないと言ったけれども、はっきり言って医療の中心ですよ。だから、やはりなかなか難しい聞き方にはなるかと思えますけれども。

僕が言いたいのは、いつも話し合うと認知症の医療と介護がごちゃごちゃになってしまいうので、すつきりするには、関連はいろいろあるから医療と介護を分けるとは言いませんけれども、入院のことなんかになるとちよとちよとまた別の話になってしまいうようにずっと考えてはいます。その辺を言ってもどうにもなりませんけれども、話がいつもうまくいかなくなるのは、その辺までになったときにどうするかみたいなのところがあるので、これだけ数の認知症がいるので、軽度の人メインで介護でとかは僕はとていいことだと思いうけ

ど、やはり処遇困難な人を1割と考えると、母体が大きいから、その1割もすごい数になっ
てしまう。そういう人たち用というのは、またこれは別で考えるべきなのかなと、昔
からずっと思っています。

だから、センターのいろいろな機能とかいうのは、確かに平成20年のときに一度やり
かえて、そのときには精神・障害保健課と私どもが話をし、実はこの内容は私どものい
ろいろな案も入れてくれたというのを記憶しておりますけど、あのときはちよっとな
ばたばたしてつくったというのもあったので、ぜひこういう会で話し合っただけですぐの
はいいことだと思います。ちよっと思っただけですけど。

池田 7-3の2のところまで一堂に会する会をいろいろ聞いているので、ここまで開
くと過激過ぎるかもしれませんけど、「県内の認知症疾患医療センター全ての事業実績をお
互いにオープンにしていますか」とか、そういうことも聞いてもいいのかなと。

栗田 なるほど。情報公開に関連して、ですね。

池田 はい、お互いかななりクローズドになっている部分があると思うので。

栗田 さっきの議論もそうですよね、隣の認知症疾患医療センターの状況がわからない
という議論がありましたので、認知症疾患医療センターの実績、試み等をオープンにして
共有しているかということですね。

洲野 この連絡協議会というのは、一センターが一つの連絡協議会を持っているんです
よね、大分あたりはそうなんですけれども、それははつきり言って、誰をメンバーにする
かなんていうのは、あの人がなれ、この人がなれだけで勝手にしていて、それで年2回や
っていたのが現実です。

これだけ地域型がふえてきてきましたから、首都圏でも幾つかあるところと1件しかない
ところがあるかもしれませんけど、もし五つなら五つの協議会の人たちが集まって必ず会議
をして、そして今言ったような、競争ではないですけど、オープンにしてやるのは大事な
ことだと思います。

栗田 そうですね。

井門 資料7-3で最初にきいているのは、いま言われたように各センターが地域でやっ
ている協議会ですか。

栗田 違います。7-3の1-1できいているのは、都道府県が全体でやらなきゃいけない、
都道府県認知症疾患医療連携協議会です。

井門 そもそも県内のセンターが全部集まるものことですか。

栗田 県内のセンターが全部集まる。そのメンバーについての規定は実施要綱にはた
しかないですが、都道府県として一つやらなきゃいけない。圏域で、それぞれ認知症疾患
医療センターでやる認知症疾患医療連携協議会は、またそれとは別ということですよ。

井門 わかりました。

新田 となると、「開催をしていますか」ではなくて「開催がありますか」ですよ。そ

の認知症疾患医療センターがするわけではないですね。

洲野 「開催したいと考えています」とか、まだやってないと思います。(笑)

井門 最初るときにも言いましたけど、広島県は最初、県が集めてくれたんですけど、
その後は全部、我々のところを中心になってやっています。だから、県がおろしてく
ると、みんなが集まるのは、やはり中身が違ふ。

栗田 つまり、これは都道府県に対してやる調査なので、都道府県がどういう認識なの
かということですよ。都道府県の関係課が、まさか井門先生のところをやっているのを都道
府県の事業としてカウントしちやえやという乱暴なことはいらないと思いますが、する可能性
はありますか。

井門 うーん。でも、県も参加しているので(笑)。

栗田 そうか(笑)。

守田 多分、これでまくと、大体の県は認知症対策推進会議のような認知症全体を話し
合う会議を持っていますよね。その中に認知症疾患医療センターも含めて議論しているの
で、それがあれば、「あり」と回答する。

栗田 そうですよ。たしか、それでもいいということになっていますよね。

守田 それでもいいんですよ。ですから、1-1は、ほとんどやっていますということ。

栗田 これはやっていますかね。やらない可能性はありませんよね。

谷向 推進会議は長寿介護課の所管なので、全部の認知症疾患医療センターが集まって
ないですから。愛媛県は、私の知る限りではやってないです。

栗田 そうですか。認知症対策の推進協議会みたいなものもやってないですか。

谷向 推進協議会をやっていますけど、認知症疾患医療センターの全部のメンバーを集
めてないです。

栗田 なるほど、わかりました。そういうことがあるかと思いましたが、おそらく、
いま守田さんが言ったように、そうするとこれは多分「あり」と書きますよね。ところが
一堂には会してないのでということで、2-1の質問を別立てでつくっているということによ
す。

藤本 各認知症疾患医療センターがやっている個別の圏域の連携協議会は確実になされ
ているのですか。

栗田 これは認知症疾患医療センターを対象とする調査でやらなければいけません。実
は私がやった調査でも100%ではなかったです。90%でした。

藤本 ああ、それだけやっていますか。

栗田 さすがに90%は超えています。

洲野 こういう設置の文言がありましたよね。

栗田 ええ。

藤本 わかりました。

新田 さっき栗野先生が言われたけれども、せっかくこれをやるなら認知症患者医療セクターをもう少し鑑別して、例えば東京都みたいな、その分け方は聞かないのですか。ただ雑駁に聞くだけですか。

栗田 類型についての調査というのは、今回は……

新田 なしですか。

栗田 ええ、これはなかなかややこしいので、それはこちらの本会のほうで。

新田 了解です。なるほど。

栗野 すみません、もう一つだけ。さっきの話ですけれども、資料9で病床数とあって「一般病床」「精神病床」「その他の病床」とありますが、精神科なんかは一本立てで精神病床、だけど内科系の普通の一般病院は、一般病床と療養病床という分け方がいい。それ以外のその他というのは、また。

真子 では、ここに療養病床を入れたほうがいいということですかね。

栗野 そうですね。一つ入れておいたほうがよろしいのではないですかね。

真子 ありがとうございます。

栗田 では、時間になりましたので、これについては今の栗野先生のご意見も含めまして、もしさらに何かございましたら、メールでご連絡いただくといいことにさせていただきます。締め切りは一応来週いっぱいぐらいということで、枝広さん大丈夫ですか。

枝広 はい。

栗田 では、来週いっぱい、もしご意見がありましたらメールでいただくということでお願ひしたいと思います。

栗田 あとは、事例集のことを簡単に説明したいと思います。こちらも枝広さん、お願ひします。

枝広 事例集につきましては、既に委員の先生方には依頼を送っているところですので、資料10に書き方のガイドという形でくりまりましたものをお示ししています。前回の会議のときに、都道府県内全てのことはわからないということはお話がありましたので、委員の先生方の知り得る範囲の情報で構わないという形になっております。年末までの願ひをさせていただいておりますけれども、何とぞよろしくお願ひいたします。絵がいっぱい入っている用紙です。

栗田 ということで、どうぞよろしくお願ひいたします。

では次第の6番目、これは事務局からです。次回委員会について。

事務局 次回は2月5日（金曜日）15時あたりを予定させていただきたいと思います。改めてご案内を申し上げますので、どうぞよろしくお願ひいたします。栗野先生、プレゼンテーションをよろしくお願ひいたします。

栗野 プレゼンテーションはいいけれども、内容の話ですが、ずっと皆さん（がお話し

されたように）、私も地域型を話せと言われれば自分のところを話せばいいけれども、それではあまり意味がないので、地域型、基幹型、診療所型の今後の役割はどんなのが必要かというふうな話とか、そんな先のこの話ではいけないでしょうか。

栗田 もう、先生、自由にやってください、最後になりますので。（笑）

栗野 では、自由に何かしゃべらせていただきます。

栗田 それでは最後、「その他」ですけれども、何かご発言がある方はいらっしゃいますでしょうか。

井門 すみません、第1回委員会のなかで、東京でアウトリーチをされているのが初期集中とセンターをやっているアウトリーチは根本的に違うのか同じなのかというの？

守田 ほぼ似通っていますね。その整理は今後必要だと思っています。先生もよくご存じのように、役割としてはほぼ似通っています。

栗田 そうですね。一応、東京都の事業と市町村事業ということで、事業の主体がちょっと違うということで、中身は確かに非常に似通っているところがあります。

新田 お金と範囲が違います。

井門 お金と範囲が、ああ、なるほど。

栗田 そうですね。そのとおりです。

では、よろしいでしょうか。それでは本日の会議はこれで終了とさせていただきます。皆さん、活発なご議論をどうもありがとうございました。

— 了 —

栗田 本日も皆さん、お忙しいところをお集まりいただきましてまことにありがとうございます。今日は最後の委員会ということで、報告書並びに提言をどんな形で出すかというところまでを、ぜひ議論させていただければと思います。とはいえ、2時間ということで大変タイトなスケジュールです。皆さんなるべくきばきと、ただ、思い残すことなくお話しただければと思います。

それから、後ほどご説明いたしますが、このたびはお忙しいところ皆さんに事例集を作成していただきましてまことにありがとうございます。池田先生以外は全て全員提出していただきました。池田先生には後ほどお願いしようと思っております。

では、議事に従って早速会議を進めさせていただきます。

栗田 最初に、前回の要約の整理というところから始めさせていただきます。資料 2-1、2-2、2-3 が前回までの議論の内容です。

最初に、資料 2-3 にある「調査研究事業の目的」ということだけ、これは毎回確認させていただいていきますけれども、一応、確認には念を入れるということ、

この委員会は、四つのことを目的としているということ。一つは、都道府県・指定都市の状況に応じて認知症支援体制の構築を進めるために、認知症疾患医療センターはどのような拠点機能を担うべきか、そのためにはどのような類型化や連携体制が適切であるかについて議論しましょう。二つ目は、地域の特性に応じた拠点機能、類型化、連携体制の試みについて、事例集をつくらうと。三つ目が、都道府県で活用できる認知症疾患医療センターの機能評価のための調査票を作成しようということ。これは、協議書と評価を一体化してはどうかということで、先日皆さんにいろいろのご意見をいただきました。これについても後ほど説明させていただきます。四つ目は、今後の認知症疾患医療センターの機能と類型のあり方について提言をしていきましよう。特に、それぞれの地域の特性に応じて柔軟な拠点機能、類型化を可能にするような制度設計を考えていければと考えています。

ということ、前回の委員会で議論された内容を少し振り返らせていただきます。これについては資料 2-1 をご覧いただければと思います。

今回は、基幹型と地域型について事例の発表をしていただきまして、それに基づいて、基幹型、地域型のあり方について皆さんに議論をしていただきました。

基幹型については、岩手県の例ということで寺山先生からお話をいただきました。岩手県というのは大変広大な面積を持った県でして、そして医師が非常に少ないということが大きな課題になっている。岩手県全体は九圏域に分かれています。この九圏域の成り立ちを聞いて大変感銘を受けましたが、江戸時代からの人々のいろいろな争いとか考え方がか、それに基づいて九つに分かれた、それが今でも続いているんだという話をいただきました。

岩手医大は平成 21 年に認知症疾患医療センターの指定を受けて、基幹型ができたのが

22年で、その年に基幹型の指定を受けた。当時は一つだけだったのですけれども、寺山先生としてはそのころから、今はもう亡くなられた当時准教授をされていた高橋先生といういろと相談をして、この広大な岩手県をどうしようかということで、おおむね高齢者人口6万人に一つという目安で、おおむね6圏域に分けて基幹型を一つつくって地域型を五つつくろうという構想で進めていた。今年度ようやく宮古山形病院というところに地域型ができて、県に基幹型一つ、地域型一つという体制になったということですが、平成29年度までに何とか基幹型1か所、地域型5か所を達成したいとお話しされていました。しかしながら、それにしても医師が少ないという現状はそう簡単に変わらないということですが、国の要件を満足するような認知症疾患医療センターがつかれるかどうかということでは多少問題があるということです。

現在の岩手医大の基幹型の課題は、認知症の診療の質をいかにして確保していくかという点で、具体的には、認知症に関心がない診療科の医師にどうやって関心を持たせるようにするか、あるいはかかりつけ医をどうやって啓発していくか、あるいは圏域の格差をどうやって解消していくか、これが現在の最大の課題であるということです。

続きまして、順番は後になりましたけれども、基幹型ということで池田先生から熊本県のお話を聞きました。熊本県の話は何回も聞いていますが、今回もまた私は新たな発見がいろいろあります。池田先生にお話ししていただいて大変よかったです。県といろいろと相談をして、多彩な地域性があるけれども県全体で満遍なく最低限の専門医療を提供できるようにしようということ、計画的に人材育成をした。県には5年間待ってこれるというふうにおっしゃられたということ、その間に専門医の育成などもされまして、現在は、基幹型一つ、地域拠点型九つ、診療所型一つということ、人口180万人で11の認知症疾患医療センターを設置して、そしてその後も人材育成に非常にシステマティックに取り組んでいる。

また後で基幹型の方向性についてでも出てくるかと思いますが、特に基幹型の熊本大学が中心となって非常に体系的に専門医を育成して、認知症疾患医療センターを維持していくことをきちんと担保できるようにした。さらに、かかりつけ医からサポート医のフォローアップでしようか、准専門医という認定を県から受けられるようにして、しかも准専門医を事例検討会や専門医の研修会にも義務化して出てもらうという、非常にシステマティックな医師の養成をしている。さらに、精神保健福祉士の養成とか、事例検討会を2カ月に1回必ず開いて、医師とPSWの出席を義務づける。そこにはいろいろな職種の、警察の方も来たりするという点で、多職種を含めた研修をやっている。

最近では、地域型でもそれぞれで事例検討会をするようになって、年間に全体で40回ぐらい開催しているというふうなことでした。初期集中支援チームも荒尾と山鹿でスタートさせたというお話でした。

地域型につきましては、谷向先生から愛媛県のお話をさせていただきました。

出だしの話が大変印象的だったのでちよと振り返りますけれども、平成23年に県の健康増進課から、議会から質問されるからということで、大学のほうに認知症疾患医療センターを設置してもらいたいという話に来て、これは本当に形づくりにしろということ、谷向先生はびんときた。県で県内の実態を把握する調査をきちんとやると、県のビジョンをきちんとつくって、そして健康増進課と長寿介護課がきちんと連携して今後どうするかということを考えるための認知症疾患医療センター設置委員会を設置した。そしてそこで、計画的、体系的に整備をしていく必要があるということで、人口140万人の愛媛県の六圏域にセンターを設置して、それを愛媛大が統括するというようなビジョンを出されていったということです。

熊本方式を参考にしようということではありますが、しかし熊本県と全く同じ状況ではありません。愛媛独自のモデルをつくっていくかなくはいいけないということ、いろいろ考えられているということです。しかしながら、現状はなかなか難しい問題が山積しているということでした。たくさんの方があつたのですが、学内の連携が難しいというお話もいただきましたし、サポート医の育成もやっつけていかなければいけないけれども、今と違うところが医師会に丸投げしているような状況であるし、あるいは認知症施策推進会議という県の会議があるけれども、これも報告会だけで終わっている、この辺をこれから強化していくかということ、課題としてあるということかと思えます。

最後に、大阪府堺市の浅香山病院を中心として、柏木委員にお話しさせていただきました。浅香山病院というのは一応総合病院ではあるけれども、精神科病床が圧倒的に多く、(稼働しているのは)800床ぐらいでした。大きな病院です。実質的には巨大精神科病院だということ、ふうにおっしゃっていましたが、しかしながら、認知症の急性期病棟もありまして、精神科身体合併症病棟もあるし、特殊疾患治療病棟という終末期の方を診る病棟もある、何でもやっけているということ、とにかくいろいろな患者さんを受け入れている。とにかく入院が非常に多いというのが特徴でした。

これは、すぐ隣にある大阪市には精神科病院が一つしかなく、大阪市からたくさん入ってくるということで、初回相談件数だけでも毎年1,000件を超えているということ、しかも、8割から9割が鑑別診断につながっていて、300件以上が入院しているというのは驚きでしたが、とにかく、精神科病棟があるということ、難しいいろいろな状況の人を入院させているのだからということかと思えます。

そのやりくり、あるいは退院支援が非常に難しい状況にあるということか、堺市では認知症疾患医療連携協議会は一応あるけれども偉い人たちの集まりでなかなか動かないということ、実務者レベルでも認知症施策運営会議というものを動かせるようにした。いろいろな難しい問題はあつるけれども、堺市の場合には一つの行政で一つの医師会で認知症疾

患医療センターは二つということで、医師会や行政と直接議論しながらやっていけるといふ利点もあるため、今後は柏木委員のほうから堺市にどんどん言っていくというようになことでした。

柏木委員のアイデアとしては、小規模の地域で診療所型のような単位がかかりつけ医をフォローしていったって、そしてこれを認知症疾患医療センターがバックアップするという形が堺市では理想形かなというお話をいただきました。そして、現在は、入院の長期化と社会的入院の問題が課題として残されているというお話もいただきました。

ということで、前回は、まず基幹型の役割についてどうあるべきかという議論をさせていただきました。これはもう本当に大雑把にまとめたものです。

一つは、「人材の育成・確保」ということが重要な役割ではないかと。多くは池田先生がされてきたことですが、まずは医師ということ、(ア) かかりつけ医、専門医。そして今は認知症サポート医というのがありますので、認知症サポート医を活用するためにも、一連の人材育成をする機能を基幹型が一定程度担っていく必要があるのではないかと。そしてさらに、(イ) 精神保健福祉士(相談員)のスキルが認知症疾患医療センターを維持していくために非常に重要ですので、育成が大事だろうと思います。柏木委員からは、医師が少ない状況では認定看護師が重要だろうと。それから、(ウ) 地域包括支援センターの職員、(エ) 認知症支援コーディネーターは東京都独自の知恵です。こういったスタッフの人材育成を、基幹型が担っていく必要がある。

それからもう一つは、「都道府県の認知症施策の立案・企画等への関与」、いろいろな形がありますが、(ア) 認知症疾患医療センターの機能、類型、配置。寺山先生のところでは、認知症疾患医療センターの配置も基幹型が関与しているということ。おそらく熊本もそうだと思います。あるいは、(イ) 認知症疾患医療センターの質の管理(人材育成)と事業評価。そして、(ウ) 都道府県認知症疾患医療センター連携会議。これはやらなければいけないことになっていきますが、後でデータを出しますがあまりやられてないということ、こういったことに対してもちゃんとコミットしていく必要があるだろうと。あるいは、認知症疾患医療センターの会議というよりは、都道府県で認知症施策全般を協議する会議体を持っているところもありますので、そういうところにはやはり基幹型がちゃんとコミットしていく必要がある。あるいは、(エ) 情報交換会のようなことを都道府県でやっていく場合にも基幹型が重要な役割を果たしていくであろうと、そんな議論もありました。

そして、地域型の役割について。こちらはいろいろ議論が出てきてまとめようがなかったので、「多様な機能を担う」ということでまとめさせていただきました。(笑)

ということで、これが前回の論点です。

栗田 続きまして、前回、都道府県の行政サイドに対してきちんと調査をしようということがありまして、その結果についてうちの事務局から簡単な説明をさせていただきました

たいと思います。

枝広 では、資料3です。(以下、プロジェクトA使用)

[スライド1] 先日、先生方にもんでいたいただいた調査概要の内容の形で調査を実施をしましたので、結果をご報告します。

[スライド2] まず概要ですけれども、大枠だけお話しします。もう既に先生方にもんでいたいただいたものです。

1は「都道府県認知症疾患医療連携協議会等について。実施をしていますか、その際にはどのようにしていますか、都道府県と指定都市の連携はとれていますか」という内容です。その次の2が、「都道府県内の認知症疾患医療センターの情報共有をどのようにしていますか、何回していますか」ということ。

[スライド3] その次の3は、「認知症疾患医療センターの事業評価に関して。実施しているものはどれですか、ほかには何をやっていますか、独自の様式はありますか」という内容です。

[スライド4] 平成28年1月15日までに回収させていただいたのが、都道府県は47都道府県中40件、指定都市は20指定都市中14件の返送がございました。ここまでの結果で本資料をつくっております。この後にもう一度提出をお願いして、追加がありましたので、それは報告書とりまとめの際にご報告する形にします。

[スライド5] 1-1「都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか。」左側は都道府県で、赤い色が設置している都道府県、青い色が設置していない都道府県です。45%が設置していないという結果になりました。一方で、右の指定都市に関しては、ブルーが設置している指定都市、設置していない指定都市がオレンジ色という形になっております。いま画面に出ている都道府県名は非公開資料でお手元に配布していただいているのですが、どの都道府県なのかという点がもし気になるようでしたら、適宜止めていただければ映写いたします。設置している県は一番左側の赤いところ。北海道から。

栗田 北海道はちゃんと正直に答えて、「していない」とちゃんと書いてある。

内海 いえ、していないのに、「している」というほうに答えています。

栗田 えっ、「している」と書いていましたか。

内海 ええ、うそついで。(笑)

枝広 はい。内海先生がされているものについて「している」と(回答した)ということかと私は思いました。

栗田 そうですか(笑)。

栗田 愛媛はちゃんと正直にお書きになっている(笑)。

栗田 正直に(笑)。これはちょっと問題がありますね。

枝広 [スライド6] 次に1-2です。この後は、認知症疾患医療連携協議会を設置している都道府県に限ったデータになります。

開催頻度をお聞きしました。上の段が年間の頻度、何回やっていますかということ、指定都市で一番多いのが年2回、都道府県の場合は年1回が多いようです。その下が、どのくらいの時間で開催していますかということ、指定都市の場合は2時間ぐらい、都道府県もおおむね2時間ぐらいが多いという結果です。

[スライド 7] 1-3 は自由記載にさせていただきましたのですけれども、実際にどういう方々が参加されていますかということをお聞きしました。業界団体はもちろんですけれども、行政の方、あとは警察とかというお話もあったという結果です。これはお手元の資料にございます。

[スライド 8] 1-4 は主な内容について伺いました。これは大変多い内容でしたので、2枚にわたっております。トピックスかなと思ったりと赤字に変換しております。

自動車の運転、グループディスカッションなどをしている。もっと具体的な方策について検討、お話し合いをしている。活動状況とか評価についての相談、各関係団体等の連携に関する内容、適切な医療、介護の提供に関するディスカッション。

[スライド 9] 1-4 後編です。長崎の場合は、行政の説明をしています。退院支援、地域連携クリティカルパスについて検討をしている。家族を支援する体制の構築について検討している。連携方策にかかわる意見交換などが挙がりました。

[スライド 10] 1-5 は、「協議会を開催したことによって得られた効果がありましたらどういうものですか」とお聞きしました。

行政の説明は非常に意味があった。顔の見える関係について非常に重要であった。地域課題の抽出、初期集中支援チームと顔の見える関係づくりのために有効であった。施策の周知を行う場として有効であった。災害時におけるセンター間の協定の締結。施策への反映、整備のあり方、事業評価に係る方向性。

[スライド 11] 1-5 は3枚にわたっております。受診待機時間の短縮に関しての検討をして効果が得られた。医師会の先生方を巻き込める効果があった。研修事業・啓発事業につながった。県民公開講座の開催につながった。

[スライド 12] 意見要望を出していただけやすくなった。センターのカフェの開設につながった。好事例の紹介につながった。施策に関する内容の検討材料になった。逆に、クリティカルパス導入を見送る結果になった。年金の申請手続や就労支援などに関する情報交換ができた。この3枚が1-5 になります。

[スライド 13] これも協議会を実施されているところに限ったものではすけれども、1-6 は、「都道府県と指定都市の連携体制の構築をしていますか」ということです。している都道府県が赤、していない都道府県が青です。右のブルーが連携の構築ができていている指定都市、オレンジ色がしていない指定都市です。

どの県、指定都市がわかるようになっていきます。両思いのところと両思いじゃないところがあります。これはちょっとスルーしましょう（笑）。

[スライド 14] 項目の2です。これはまた全てに対してお聞きしています。

2-1「連携協議会以外に一堂に会して情報交換を行う会議がありますか」と。左側の円グラフが、一堂に会する会がある都道府県が赤色、一堂に会する会は特にやっておられませんという都道府県が青です。右側の円グラフが、一堂に会する会がありますという指定都市がブルー、一堂に会する会はやっておられませんという指定都市がオレンジ色です。

次をめぐると、それらはどの県、指定都市ですかというのがわかります。

[スライド 15] 2-2 も全てに対してお聞きしています。上が開催頻度で、指定都市は年に1回が一番多い結果でした。都道府県に関しては年に1回と2回3回4回が多いです。下が一堂に会する会の時間です。時間設定は、指定都市は90分ぐらい、都道府県の場合は2時間ぐらいが多い結果でした。

[スライド 16] 2-3「都道府県内の全ての認知症疾患医療センターの活動状況をお互いに共有できるような取り組みがありますか」。左は都道府県、あるのが赤62.5%。ないのがブルー37%です。右側は指定都市、共有できる取り組みがあるのがブルー88%、ないのがオレンジ色で17%になります。

[スライド 17] 2-4「それはどのような方法で共有していますか」ということをお聞きしました。これも3ページにわたっています。トピックスだけ赤色にしています。

テレビ会議が実施できるようにしている。電子情報掲示板——ネットですね、にしている。1センター当たりの平均値を算出して情報共有している。もちろん、チラシとか会場の共有もあります。

[スライド 18] 会議資料として出している。情報共有シートをメンバーングリストみたいな形でメール送信している。

[スライド 19] 症例検討で共有をしている。市町村職員にも案内している。ホームページで閲覧できるようにしているという共有の仕方があるということでした。

[スライド 20] 3.「認知症疾患医療センターの事業評価は、どれを実施していますか」ということ。

まず、a. 専門的医療機関としての機能の1番目、電話相談の件数の事業評価に関して。都道府県は82.5%がしているという結果で、指定都市に関しても同じぐらいやっていますということでした。これは数値化しやすいものでもありません。

[スライド 21] 面接相談の件数に関してもほとんど同じです。都道府県は82.5%、指定都市も85.7%が件数の把握をしています。

[スライド 22] 今度は鑑別診断件数、特に新患受診者数の事業評価。都道府県は85.0%している、指定都市は85.7%しているということです。

[スライド 23] 他医療機関からの認知症関連疾患患者の紹介件数に関する事業評価は、都道府県が40%の把握、指定都市が57.1%の把握です。

[スライド 24] 他医療機関への認知症関連疾患患者の逆紹介件数に関してもほとんど同じ

です。都道府県は37.5%が逆紹介件数を把握しています。指定都市は64.3%が把握していますという結果でした。

〔スライド25〕周辺症状や身体合併症のために自施設へ新規入院する認知症関連疾患の患者数。都道府県は55.0%が把握している。指定都市は50.0%が把握をしているという結果です。

〔スライド26〕3-1「認知症疾患医療センターの事業評価に関して実施しているもの」の中でフリー記載にしていたものです。他にどういことをやっていますかというところをお聞きすると、広報活動の件数、講師の派遣件数、周知について、急性期対応、包括等の関係機関へつなげた件数、連絡調整件数、連携の件数、主治医意見書の作成件数、訪問相談の件数、外来受付件数—おそらく母集団の把握かとは思いますが。あとは、診断名別件数をされているという意見がありました。

〔スライド27〕次にb. 地域連携拠点としての機能です。
認知症疾患医療連携協議会の開催の有無を把握していますかとお聞きしたら、都道府県に関しては85.0%が把握している。指定都市に関しても85.7%が把握しているという結果です。

〔スライド28〕bの2番目、実務者等への研修会の開催の有無に関しては、都道府県は85.0%が把握している。指定都市は78.6%が把握しているという結果です。

〔スライド29〕「他にはどんなことを把握していますか」とお聞きすると、広報活動の内容、研修の講師、地域ケア会議への出席状況、情報提供や協力状況、鑑別診断待ち期間短縮への取り組みの状況、センター間での事例検討会、市町との連携状況、かかりつけ医との連携状況、ホームページに記載したりリーフレットの作成をするなど周知に関する取り組みを把握しているなどがありました。

〔スライド30〕3-2です。今度は、「独自に作成している事業評価様式がありますか」とお聞きしたら、独自に作成しているところが都道府県では35.9%、指定都市では15.4%ありました。パーセントで見ると多いような感じがしますが、都道府県では14件、指定都市では2件です。これは特に義務ではないとは思いますが、独自にすべきではないのではないかと思います。

また、「独自の様式を添付してください」とお願いしたら、これだけ集まっています。ご要望をいただければ、後ほどお見せできます。

〔スライド31〕3-3「結果の活用方法についてお答えください」ということで、これは前編、後編で2枚にわたっておりません。

予算要求時—議会資料等の資料として使っている。県の認知症施策についての資料として使っている。指定の更新のときに使っている。委託事業の検査調書として、指定更新の際に使用していて、委員の意見を附帯意見として各認知症疾患医療センターに通知している。グラフ化して県の会議で提示している。

〔スライド32〕評価手法の考え方の改善を進めている。作表して各認知症疾患医療センターに配付している。議会への資料として提出している。事業実績を比較し、高齢者人口等も鑑みながら、認知症疾患医療センター増設の必要性について精査する基礎資料としている。鑑別診断に関して、受診までの経緯、診断結果、受診後の状況を作表して情報提供しているなどの結果です。

〔スライド33〕3-4、事業評価に当たって課題は何ですかということ、これは非常に皆さんのご意見があって、4ページにわたっています。

医学的な判断が求められるので非常に難しい。質的な評価は指標がない。連携協議会を開催するための予算確保が難しい。全国統一の評価基準を考えたいただきたい。国において全国統一の評価項目の設定や評価方法をつくってほしい。カウント方法の統一化を図りたい。統一した実施の要望があるが、設置主体が行政であるため、難しい。全国調査の結果を反映し、具体的な機能評価の方法などを教えていただけたらありがたいです。

〔スライド34〕何を基準に評価するかが課題。全国的な指標があると助かる。地域の実情によって求められる役割が異なっている。単に件数だけでは評価はできないと思っている。事業評価を行うことで、認知症疾患医療センターにインセンティブを与えられるような仕掛けづくりが必要だと感じている。医師の体制によって状況が非常に変わる。地域連携拠点としての機能を評価したいと思っているので、運営費の増額が必要だ。ほかの都道府県がどうされているか知りたいので、今回のこのアンケートの結果を提供してほしい。

〔スライド35〕専門性が高い項目があるので、行政サイドだけで評価をつくるのがなかなか難しい。評価者を誰に依頼するべきかが課題だと思っている。体制等が異なっている。ではらつきがあり、認知症疾患医療センター間の比較も難しい。件数などの数値だけで優劣をつける手法は好ましくないと考えている。厳しいご意見が多いですけれども、そもそも国・県が認知症疾患医療センターの活動費に対する十分な手当てができていない。認知症対応力を反映できる評価方法が課題である。地域連携に関して客観的に評価できる項目の設定等が課題である。

〔スライド36〕認知症疾患医療センター増設の必要性について検討できればと考えているけれども、判断がなかなか難しい。医療の質という視点に関しては、評価項目を設定できていない。設定方法が不明、自治体ごとに独自に設定すべきものなのか、住民のニーズが日々増加している印象があり、体制強化により一定の対応が図られていると評価できるが、住民視点でのアウトカムに関しましては、認知症初期集中支援チームや認知症カフェなどほかの施策も含めて評価する必要があると感じているという建設的なご意見もあります。評価時期についても検討課題である。あとは、達成率とかを出したいが、センターの職員が限られるため、今の状況が限界と考えているなどのご意見がありました。

以上が結果になります。

栗田 それでは、質問、ご意見などがございましたら。
中西 政令市の担当者から質問が出たのですけれども、大きい一番と二番は、政令市にかかわらず、都道府県内の全ての政令市との関係について書けばいいんですよね。三つ目の質問は自分のところの政令市について書けばいいということで、一つ目と二つ目については、例えば大阪だと、大阪府堺市、大阪府堺市、大阪府堺市が本来という質問でいいですよ。そこがちょっとわかりにくかったということがあったので、それですよ。

栗田 よくわかります。ちょっとわかりにくいところがありますよね。でも、おっしゃるとおりです。

3の事業評価については僕もちょっとあれですけども、事業評価は、指定都市の場合には指定都市でやらなくてはいけませんよね。

中西 別ですよ。三番は質問が全然違うということですね。

栗田 そういうことです。

ほかはいかがでしょうか。

内海 今の北海道の答えが違っているの。都道府県の認知症疾患医療連携協議会がやられているのにやっていると答えている。そして逆に、二番目の一堂に集まって情報共有のほうはやっていないと書いてあるんですけども、それはやっています。

栗田 でも、それは道としてやっているわけではないですよ。

内海 ああ、そうですね。道としてはやっています。これは道としてということですか。協議会以外にまた別な体制でやっているかということですか。

栗田 ええ、道として。別な形で、認知症疾患医療連携協議会はやってないけど情報交換はやっているとか、そういうところも一応あるかと思っています。

内海 認知症疾患医療連携協議会以外に、また別に行政もやっている県が62%もあるんですよ。

栗田 実は東京はやっています。

栗田 ただ、今、話が出ましたけれども、大分なんというのは皆さん各認知症疾患医療センターだけの協議会という認識なんです。多分、内海先生の言われる道、大きなところ、いわゆる県で一つしかないれば協議会は当然一つでいいですけども、三つも四つもあるば、初めてそのときに全体のというのが出る。そのことですか。それとも、センターには全く関係ない、単なる医療連携の。

栗田 センターには関係なくて、都道府県認知症疾患医療連携協議会というのを都道府県でやらなくてはいけないというふうな実施要綱に定められているわけですよ。それを認識していない都道府県がある可能性があるということもありません。

栗田 そうですよね。僕も認識がなかったです。

栗田 これは結構重大な問題だろうと思います。

栗田 それは認知症疾患医療センターの要綱とかではなくて、県とかの認知症施策に関する。

栗田 要綱そのものが、認知症疾患医療センターの要綱ではなくて運営事業の要綱なので、運営事業の要綱の中に認知症疾患医療センターの機能もありますけれども、そもそも都道府県の役割もちゃんとあるはずですよ。それが読まれていないことはないとは思いますが、けれども、担当者がわかってしまうと忘れてしまうということもありません。都道府県できちんと事業の質の管理をしたり事業評価をしたり情報交換をしたりということは、単に都道府県の問題だけではなくて、末端の医療機関そのものが仕事をやりやすくしていくために必要な都道府県の役割業務ですので、これがやられていないということには非常に問題であって。これは何らかの形で提言して、厚労省から働きかけていただくようなことをしてもらわなければいけないのだから言いたいです。特に北海道は、ひよつとしたら、いま栗田先生がおっしゃったように認識してないのかもしれないですよ。

内海 ええ、この意味をね。私は、この間ここで発表するために道の係の方とお会いして、これを開かなきゃいけない、どうして開けないんだと言ったら、予算はつけてないから、そしてこれからも開くつもりはないのはつきり言ったので、担当者はこの意味はわかっていると思います。

栗田 なるほど。内海先生からもちゃんと言っているということですね。そうすると、私から言うわけにはいかないの、厚労省から言っていたら、指導していただかなければいけないということになるかなと思います。

中西 大阪はつくったけど、ないと書いているから、多分、今は担当者が全部かわっているの、府のほうで認識してないのではないかと思えます。政令市のほうは何で最近やらないのかと言っているの、多分そういうことだと思います。

栗田 数年前はやっていましたよね。

中西 やっていましたよね。

栗田 そうですか、その前はやっていましたよね。

中西 それは非常に憂べき事態だな。

栗田 なるほど、わかりました。

では、そういうことで、よろしいでしょうか。これはまた報告書の形でまとめさせていただきます。

栗田 それから、今の話とも関係していますが、この間、厚労省のほうで皆さんのご意見を反映して認知症疾患医療センターの協議書を作成していただきましたので、それについて厚労省のほうから説明をお願いいたします。本日の資料4ですね。

栗田 資料4です。

栗田 ちょっと今と今、都道府県の責務のところは協議会を開くようにしつかりなっているの

ですけれども、こんなにやられてないことにちょっと衝撃を受けております。件数とかも実はもうちょっととっているのかなと思っていたのですが、やはり全然とっていないところもあって、今度更新していくときに何ををもって評価しようと思っているのだろうかという危機感を私は覚えました。

ここまでひどいとは私も思っていなかったのですが、各都道府県が自分の都道府県の中の認知症疾患医療センターでどういった活動をどれぐらいやっているのかをきちんと把握していただいたほうがいいだろうということ、今までわりとざっとした協議書だったのを、件数などを細かくとっていただくように変えました。多分、(こちらから)示さないと自分たちでなかなかとらないかもしれないということで、今回少し細かくさせていただきました。

(作成まで) 時間的に短かったのですが委員の先生にもご意見をいただきました。少し反映できなかったところとか、病名、鑑別診断のところでもかなり細かく分けたところ、うちの医師とも相談させていた上で、この文で決めさせていただいております。

今後、この数をもって国としても平均値が出せたり、各都道府県が自分のところの認知症疾患医療センターがどれぐらいやっているのか、もちろん数だけでは評価はできないとは思っておりますが、ちょっとした目安になればいいなと思っております。そういうことで都道府県にも使えるようにと思って協議書を少し変えさせていただいております。先生方の認知症疾患医療センターでも書いていただくことになりましたが、どうぞよろしく願っています。

栗田 ご質問などはございますか。

栗野 これはこの前でき上がったものですよ。出してしまいました。

真子 はい、今はこれを都道府県のほうに配布させていただいておりますので、よろしく願います。

栗田 先ほどの(都道府県調査の結果)とも関連するんですけれども、先ほどのご報告で、15%ぐらいのところは自分の県の認知症疾患医療センターの患者数とかを把握してないというデータがありましてけれども、実施要綱には、実施した長が厚生労働大臣にそれを報告することと書いてありますよね。ということは、それが報告されていないということかどうか、厚生労働省はそもそも把握していますよね。実際問題、15%も報告が来ていない状況なんですか。

真子 実際は多分来てないと思います。

石松 ただ、こちらの運営事業に対して補助金が出ているので、その補助金の確定手続を行う際に、こちらの件数についても各県さんから出していたらいいんです。ですから、報告がされないはずはないんですけども、どういったご認識なのか。

栗田 ないはずですよ。絶対100%のはずですよ。

石松 あるいは、認知症疾患医療センターさんに報告の様式を書いていただいている

るので、県としてその控えをきちんととっていない、あるいは活用していない可能性はあるかもしれません。

栗田 ああ、ただスルーしているだけという認識ということですかね。県のほうに絶対一度は通っていますよね。

石松 はい、必ず通るようにはなりません。

栗田 だから、それを見れば把握しているはずなのに。

栗田 なるほど。実際は行っているけれども、そのことを把握してないということですね。

石松 そうですね。事実上、トンネルになっている。

栗田 15%も自分のところを通っていった書類を知らないとやっているのは、担当者と答えている人が違うのか、何か非常に違和感があります。

栗田 こういう都道府県単位の調査というのはやっぱりこれからきちんとやらなくては行けなくて、こういうふうな回答をしている都道府県に対しては、国から指導をしてもらわなければ。

石松 そうですよ。事実確認ではないかという形で照会をかけて、状況を確認したいと思えます。

栗田 事実確認の可能性がありますがね。

栗田 そうですよ。18%は事実確認ですよ。100%じゃないとあり得ないです。

栗田 さすがに定められた評価資料を報告してないということはありません。

ほかにはいかがでしょうか。どうぞ。

内海 先ほどのことにもつながる、事業評価のさまざまなアンケートの意見の中で、例えば質的な評価、医学的な判断が難しいとありました。本当に、担当者とかと、数値は出してくるけれども、その中身はほとんどわからない、もちろん質的なことは自分たちが政はわからないというような感じですよ。

栗田 北海道の現状を振り返ってみますと、認知症疾患医療センターとして任命されているけれども、周りの医療機関なり地域包括支援センターなりさまざまな意見を聞くとはとんど活動していないというセンターもあります。そうしますと、評価というところで、認知症疾患医療センターに向けてこういう資料を出させるだけではなくて、私としてはやはり、その地域の包括だとか各関係機関からの外部評価も一緒に出してもらって、そして質というものも検討していったらいいのではないかとこの意見はしたのですけれども。

栗田 そうですね。これは内海委員に前回指摘していただいたことで、そういう質の評価をどのようにやっていくべきかということを考えなければいけないと思います。国がつくった協議書は、ややこしいものではあるけれども、ある程度はそういうものを省いて、やれる範囲で簡略化したものです。そういった質的な評価を実際にやるといことになるかと、果たして国のレベルでそういうことがやれるのかどうかということも含めて、ちよっ

と考えていかなければいけないと思います。今の内海委員の意見について何かご意見とかはございませんでしょうか。

栗野 あとで私の話に少し出るかもしれないけれども、そもそも認知症疾患医療センターは何とかということ、何をやっているところかというのが皆さんに理解されていないのではないかな。ただ相談できるところだとか、鑑別するところだとか、要するに皆さんの認識がばらばらなんです。僕はそこにとっても大きな意味があると思うんです。いわゆる機能というけれども、もともとどの考え方が違えばらばらになってしまっている、もう少し…。私が後で話すように基幹型とか何とか型とかいっぱいあるけれども、この病院はこの機能、これをやってほしい、ここがこれだよということをもっとみんなが認識したら、そう混乱することはないのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

内海 なぜそこがそう動いてないと感じるかというところ、認知症疾患医療センターの役割としては、住民に対して啓発活動もやっていて、自分たちのセンターというのはいくつかあるものだよ、そういうプロパガンダもしなきゃいけないのに、それさえもしていないので、住民の方もあまりわからない。それから医療機関なり介護関係機関なりは、もちろん認知症疾患医療センターだということがわかっているけれども、そこに患者を送ろうとしてもなかなかとってこないで、別の医療機関についているというふうな現状がある。そういうことを行政の人に言ってもしょうがなくて、「僕たちはわからない、出てきた数字だけは確かに鑑別診断件数が何件と出てきているから、今後、再申請をやったときに、何をもらってあなたのところには出せない」ということは、僕たちは言えない」と、そんな感じですよ。

ですから、相談件数とかは少なくとも非常に活発に一生懸命やっている認知症疾患医療センターと、数だけでは全く評価ができないということですよ。そうするとやはり、外部の関係機関からの情報というものが一番確かさという感じがします。

井門 私は、資料8のまとめの事例集の32ページに広島県の評価項目というのを書いたんですけど、例えば、③事業の質の管理というところで、年度ごとに活動報告を出している、特にその中で、下の数行目ぐらいの「患者・介護者満足度調査（診断の時期、診断と治療の説明、診断の受け入れ、治療・ケアに対する自分の希望の表明、自分の希望が尊重される確信、治療への満足度、介護サポートへの満足度）、症状に気づいてからセンターに相談するまでの期間、時間がかった理由、それによる負担、センターを受診するまでに相談した機関、センターの情報入手先、介護者の状況、徘徊の有無・状況、身体制限の有無・状況、介護保険の状況」といった項目を、受診されたときと半年後、1年後もフォローするように細かく調査しています。実際にこの取り組みの中でも役に立つデータとちよつととりにくいデータはあるかもしれないけれども、こういうものから全体としてどういう調査をしたらいいかということ拾い上げていくのも一つだと思います。

栗田 栗野委員がおっしゃったことは、いかにして認知症疾患医療センターが周知され

ているかという、これもある意味では認知症疾患医療センターの役割の一つです。周知されていないということであれば、これはこれで外部評価できる可能性のある指標であらうと。それから、内海委員がおっしゃったように、いかに認知症疾患医療センターに対して地域がよくやっているかと評価しているかという、そういうことも外部評価の一つ。いま井門委員がおっしゃったように、実際に利用している患者さんたちの満足度とかそういうことも質の評価の重要な一つの指標になり得ると思います。

これをどういうレベルでどういうふうにしてやっていくかというところは、課題として残るかと思えます。このことについては、報告書の要点が提言かどこかのところにただし書きで載せさせていただきまして、来年どうなるかわからなければいけません、これについてはまた今後検討していくことにさせていただきたいと思えます。

池田 確かに外部の目が入ることはあまりないですね。熊本は中でも厳しくお互いをやっていますけれども、それでもやはり外部の目はあまり入らない。

一番入るのは、さっきの認知症疾患医療連携協議会です。あそこに弁護士さんとか各種団体の方がおられて、結構シビアに、「医療だけやっていてもだめじゃないか」と僕らに迫られて、僕らが一つ一つ答弁をして、来年の目標とかやります。あの認知症疾患医療連携協議会が一つはそういう機能を持つ。地元の人でありながら認知症疾患医療センターには全く所属していない人たちがわがわがと来られて、行政とか認知症疾患医療センターのメンバーもオプザーバーで来られているので。

栗田 なるほど。各認知症疾患医療センターが実施している認知症医療連携協議会の中で、さまざまな関係者にいろいろ評価してもらおう。

池田 はい。それこそ本来の意味での客観評価というのは、さっきディスカッションがあったように、ものすごく難しいですね。だけど地元の人なので、地元の目から見ただけの程度の評価が出てくるんです。

栗田 なるほど。認知症医療連携協議会の中でそういうことがそういう目的できちんと議論されているかどうかというふうなことも、一つの重要な指標になる。

池田 その機能を持たせてしまっただけで、ここで評価を上げないと厚労省からだめだと言っているだけ、そうしたら認知症医療連携協議会も絶対行われると思います。

栗田 各認知症疾患医療センターの連携協議会の開催状況を今回は調べていないですけれども、各認知症疾患医療センターレベルでの認知症疾患医療連携協議会できちんとそういうことをやっていく必要があるだろうということですね。

栗野 資料8の39ページに大分県の推進協議会というのがあります。これがさっきの連携のことなんじゃないか、県でやっているというのは、実はこれは、昔やったのですけれども、これがいわゆる県の……

栗田 認知症施策推進協議会とかそういうものですか。

栗野 大きな、県でやるというものでしょう。

ども。

〔スライド6〕このグリーンは、平成18年度、精神障害保健課調べです。このときは栗田先生も協力したと思いますが、機能が非常によくなかった。このときは実は精神科病院が多くて、あまりしつかりやっってなかった。やっってなかったというよりも、世の中に言うなと言われているので、私は公表できなかつた時代があります。県の人なんかからそんなこと言わないでくれなんていう話もありまして、それで積極的にもやっってなかった。すると平成17年のときに、君たちは何をやっているんだというところになって、全部潰された。

150 あったのが全部なくなりました。それで、平成17年から18年になくなりました。20年に舩添さんが、よくないからと言って、またつくり直したということです。そして平成24年に、さっきの三つが四つぐらいの機能を入れたところ、今は大変いいですよなんて言うけれども、たったあの項目しかないから、いいに決まっていますよね。

〔スライド7〕発症してからどのぐらいで認知症疾患医療センターなどに行くかという話です。案外早いというか、3年以内というのを私が考えてとってみましたが、それでも答えてくれます。半分ぐらいが3年以内にセンターに行っているという話です。認知症疾患医療センターではなくて外来だったかな。いわゆる精神科病院も含めてです。

〔スライド8〕鑑別をしていますかとか、していませんか。当然、していますという答えになってしまいます。これは、しないという答えにはならないでしょうから、このぐらいだと思います。

〔スライド9〕認知症疾患医療センターへの入院件数です。先ほど来、非常にばらつきがある。ほとんどの統計は100ぐらいの地域型のアンケートですから、当然、精神科病院で入院ですけれども、非常にばらつきがある。1年間の入院がものすごく多いところと少ないところがある。

自分のところの認知症疾患医療センター以外の精神科に入院をお願いしたかといったら、それはほとんどないです。だから、BPSDのいわゆる興奮とかが激しいときには、認知症疾患医療センターに来てそのまま入院というケースが多いということが言えます。よそこに頼むことはあまりないということです。

〔スライド10〕いわゆる認知症疾患医療センターでも、BPSDの増悪によって入る人が8割ぐらいです。身体合併もあります。

〔スライド11〕出られない理由は、家族の拒否、介護施設や地域の受け入れが悪いとか。最後には、精神科病院が一番安いかという経済的な理由。これが案外大事でして、今は精神科が一番いいです。だから出ないですね。よそへ行きますと非常に高くなってしまいます。

〔スライド12〕身体合併症のためにと。入るときは絶対あり得ないわけです。それでだめだ、入ることができないというところは絶対あり得ないわけです。大変興奮したり幻覚があつて入りました。そしてその中で骨折を起こしたり急性肺炎を起こしたりといういわゆる急性の身体合併という考え方も、慢性の身体合併はちゃんと分けておかないと、いつも一

栗田 それは一応、いいということになっています。

栗野 これは確かにやっていたんです。実は私のところが認知症疾患医療センターをどうやってから、これも始めています。いま池田先生がおっしゃったように、誰を入れるかという問題が非常にあって、これをば一つと見たときに、認知症にあまり関係ない人も多かつたけれども、非協力的な人がいっぱいいて、僕は「話にならない。これはやめたほうがいいのではないかと」言ってしまったのだけれども、さっき言ったように、認知症政策に対して非常に厳しいいろいろな意見を言う人が集まればいいけど、そうでもない人が来ると、何の会だろというような感じになってしまふ。

栗田 その話もよくわかります。柏木委員のところは、それで実質的な運営会議をつくらせたという報告がありましたけれども、そういうことだと思えます。ありがとうございました。

栗田 それでは、ちよつと時間が押してまいりましたので、ここから、栗野委員、北村委員、武田委員から地域型のプレゼンをしていただきまして、本日の議論に入りたいと思います。各委員から、大変申しわけございません、10分間でプレゼンをよろしくお願いたします。最初に栗野委員、よろしくお願いたします。

栗野 〔スライド1〕私は前から、自分のところというよりも、日本精神科病院協会ですつと、認知症疾患医療センターの連絡協議会というのをもう10年以上やってきました。平成元年にセンターができて、平成17年に潰れて、また20年にできてというようなの繰り返しの歴史の中で、ずつとやってきました。

〔スライド2〕次、どうぞ。

〔スライド3〕この前、診療所型ができましたけれども、ここに書いてるのはその前の厚労省の考え方で、非常に貧弱なもので、何も内容がないような、単なるこのぐらいのことしか考えてないのかなという感じでした。

〔スライド4〕先ほど来言っているように、認知症疾患医療センターが県に上げる実績報告書というのはこれだけあればいいんですね。これは多分、栗田先生がつくられた……

栗田 いや、私がつくったんじゃないかと、これは、これではだめだ。(笑)

栗野 これではだめだと言った人らしいですけど、はつきり言って、だめですよ。これだけしかないですよ。これだけを国に上げればいいんです。だから、たぶん国も、これを見ていたのかどうなかわかりませんが、評価の仕方がありませんよね。

〔スライド5〕これが3年ぐらい前に精神科病院協会がやったアンケートです。センターがこのとき193ありました。113が有効回答です。いわゆる精神科病院協会の会員がどれぐらいかという話だけれども、約6割です。もつと多いかと思つたら、そうでもない。現在もそうです。300を超えましたが、単科の精神科病院は半分ちよつとしかありません。これをずつと見ますと、この会に集まった人は精神科の病院の方が多いわけですね。

縮くたに身体合併があるからならんと話すけれども、そうではなくて、緊急性のある身体合併はちゃんとよそで診ていただいて、慢性のものは自院で診る。

【スライド 13】連携は案外うまくいっているというのがまた後出てきます。これは 2 年前の調査結果です。調査対象が 250 に増えてきました。この 3 年ぐらいの間に一気に増えていて、今は 380 ぐらいあります。基幹型はそんなに多くないです。

【スライド 14】認知症疾患医療センターは基幹型か地域型かという質問です。今日の話にあまり出ませんでしたけど、いわゆる認知症疾患医療センターは福祉施設でも何でもなく、いわゆる中核の医療機関であるということを忘れないでほしいです。そうすると、中核の医療機関の中の機能としては、実は精神科病床と精神科以外の一般病床とかがありまして、精神科病床で持っている方もいっぱいあるわけですが。専門病棟を持っています、あるいは専門のデイケアをやっているとか言いますけれども、実際に認知症疾患医療センターに聞いてみると、実施してないところも多いです。夜間ケアなんかあまりやってないんじゃない感じがあります。

【スライド 15】これはいわゆる設置基準の専門医のところですが、専門医 1 名以上の配置というけれども、どんな専門医なのかというのを調べてみました。「5 年以上の臨床経験」のところが多いです。あとは学会のほうだと思います。

組み合わせというのがあります。老年精神医学会、認知症学会、5 年以上の臨床経験、日本精神科病院協会のやっている臨床専門医、こういう組み合わせをやってみました。結局のところは、日精協のまあまあありますけれども、5 年以上の臨床経験というところでも認可をもらっているところが多いです。

【スライド 16】これは初診までの期間の平均。よく厚労省のデータでは初診まで 3 カ月だとかいうけれども、それは認知症疾患の大きな基幹型とかベベッド数が多いところと多くて大変混雑しているところに行けば 3 カ月ですけれども、いわゆる精神科病院のセンターを持っているところは非常に早いです。実はそんなに待たせません。すぐ診てくれます。ただ、そこに来るから来ないかという問題だと僕は思います。うちらなんかもうすぐ診てくれども、来なければ診られませんが、どんどんどんどん来てくれればいいのですけれども、そうでもないです。

早期鑑別診断とよく言われるけど、いつのことを早期と言うかと。いわゆる MCI がどうのこうのというレベルの話です。介護、福祉の話でずっとやっていて、突然、医学的に非常に難しい話が出てくるというのがよくありますが、ここを見ますと、症状が出たときでいいのではないかと回答が 8 割近くあるので、そんなに早くから診断しなくてもいいのではないかとという意見もあるということです。

【スライド 17】これは地域連携パスです。いわゆる認知症疾患医療センターで精神科医療をやっている人たちの間では、こういう連携パスというのもあります。それ以外にも地域ではないかという意見もあるし、医師会もやっているし、先ほど統一したとかいうのが出ていました

けれども、なかなか統一は難しいかと思えますけれども、連携パスはいっぱいつくられています。

【スライド 18】認知症治療病棟があることすら知らない人は世の中いっぱいいます。認知症の専門病棟があるということを誰も教えてくれないんだと思います。認知症疾患医療センターなんかについて精神科医療をやっていたらわかるけれども、それ以外はこういうものはわからないでしょう。認知症治療病棟を持っているか持っていないかを聞くと、認知症疾患医療センターでも半分しか持っていないという結果でした。さっきのデイケアもそうですよね。やってないところも多いです。だから認知症疾患医療センターも、認知症の入院医療ばかりではなくて、いわゆる外来機能系もいろいろやっているということもアピールする必要があります。

これは平均在院日数です。入院が長過ぎるという、長い理由は先ほどいろいろありますけれども、それでもこのごろは割と早くなっている認知症疾患医療センターもあるということがあります。

これは入院形態。こんなことは普通の方はほとんどご存じないと思います。医療保護にするとか措置にするとか、そういう話は人権の話になるわけですが、普通の認知症施策推進会議ではこんな話は絶対出ないですね。

【スライド 19】身体疾患に対する治療です。ほとんどちゃんと行っていますよ、だから空床確保は必要でしょうということです。

【スライド 20】緊急の身体疾患のとき、診てくれるところがある、近くの連携の病院をお願いすることはあるということです。ただ、この前は、東京あたりの病院はなかなかよそが診てくれないというのがあって、自院で何とかやっていますというのがあります。そのかわり精神薬を使わせてくださいというところで、私が精神薬は使わないでいいんじゃないのと言ったら、絶対使いたいと言ったのは私のほうではなくて一般の先生たちでした(笑)。

転院先がない場合の対応は、大体、自院で治療をやっている。

【スライド 21】診療所型ができるときの話です。「初期集中支援チーム」において、認知症の人や家族への法的整備は必要か」という話です。こういうものも必要性は非常に高いと思いますので、この辺が機能するのが一番いいと思っています。

【スライド 22】これが初期集中支援の考え方です。必ず入れていただけだけれども、専門医療機関というのは認知症疾患医療センターだけを指していて、精神病院は指しておりません。「等」と書いていますけれども、国の認知症施策の専門医療機関は認知症疾患医療センターであるということが国民には非常に行き渡っておりません。ただ、行き渡っているけれども数にとっても少ないということに大きな問題があるのかもしれない。

【スライド 23】三つの類型の分け方です。はっきり言って、基幹型、地域型、これはみんな同じようなことを書いていたのではよくないし、これでは全く意味がないでしょうと。

人員配置基準もみんな同じような感じ。CTとか検査体制もそう。これをつくったのはもともと精神障害者保健課ですから、老健局の方々がこの中身を一生懸命考えるところはまずしないとですね。ただ、こういう機会があったので、ぜひ考えざるべきだと思います。今度、診療所型にはお金がつくようになりました。

〔スライド24〕これが今のお金です。診療報酬の問題ですけれども、診療所型をつくりまして診療報酬をつけないわけにはいきませんので、700点よりちょっと低いぐらいでしょうが、500点ぐらいだけだめですかね。しかし、それぐらいのために診療所型をやりますよね。僕は、もっと上げないといけないと思います。

〔スライド25〕これは最近書きかえたのですけれども、私がいつも使う図です。昔は、老健局は当然ここだけよかったです。それで医療課がこの辺の病院のことをやればいいのですけれども、認知症疾患医療センターがこっちに入ってしまったわけです。老健局が主管になりましたので、この範囲は老健局マターになってしまった。そうしますと、精神医療に少し入っている地域型、基幹型は一般病院が多い、診療所型はクリニックということになると、医療の形態が違います。いわゆる経営母体が違うと、来る患者さんが違うんです。その違いがあるのに統計は同じようにとるとのことである、ばらつきが生じてくる、こういうふうに考えております。

だから、この話はほとんどないですね。精神医療の話だから知らないと言われればそれまでですけれども、認知症の専門病棟を持っているわけですし、認知症の専門外来、デイケアもあるわけです。この辺を本来はもう少しアピールしていただいてもいいのかなと思いますけれども、なかなか難しい。ここで完結しようということと努力されるのはいことだし、この施策を考えるのもいいことだけれども、ここに来たときに「さよなら」じゃないですけれども、「専門に行ってください」とか「もううちでは手に負えません」と言つて、ぼんと投げられるのがよろしくないと思っております。

〔スライド26〕認知症疾患医療センターの新たな役割と機能（案）です。

経営母体で分ける必要があるのです。基幹型というのは国公立の病院とかナショナルセンター、財団とか社会医療法人の公的な法人、それから民間の総合病院、こういうのは基幹型になるべきだと思いますし、ならなければいけないと思います。この前も言いましたけれども、国立長寿医療研究センターは地域型ですが、国立長寿はナショナルセンターです。ナショナルセンターがこれでは悪い。それから、東京都の栗田先生のところも地域型ですけれども、基幹型にならなければいけない。

基幹型は何をするかと思ったら、高度の鑑別診断だけです。初期なんかしないで、高度の診断と、高度の身体合併と認知症を診るのが機能的には一番いいのではなからうか。そして、池田先生もよくおっしゃる、人材育成とか研修に力を入れる、そういう患者さんを入れるということにしないと、BPSDの人なんかは絶対に入れないわけですから、基幹型にはほとんど入ってないですね。今年度の予算が800万円らしいですね。

地域型は、我々民間精神病院「等」と書いていますので精神病院ばかりではありませんけれども、一応こういう感じにする。圏域は二次医療圏。それで、早期診断でもデイケアでも何でも診ますよということです。地域の研修もやるし、初期集中も協力する。予算が360万円ぐらいでしょう。地域型は今、全体380の6割から7割以上あります。

診療所型が今から増えていくわけですから、ここは僕も増えなくていいべきだと思います。いわゆる介護の人たちの一番の相談先はここだと思います。当然、医療以外の介護、福祉、いろいろなことはここでやっていただきたい。

〔スライド27〕「行政へお願い」。市町村とか県がほしいあって、そこに医療機関がほしいってあるわけなんです。ケアマネジャーなら自分の周辺の医療機関の全部を挙げて、ここは認知症の何を診てくれるかというのを全部公表すればいいのではないのでしょうか。公表して、かかりつけ医、うちはこれを全部やっているよというふうなことがわかればそこに行けばいいので、無理に認知症疾患医療センターへ行く必要はないと思います。よっぽど問題が起こったら認知症疾患医療センターに行けばいいわけで、地域の医療のクリニックあたりも真っ真剣にこの辺をきちんと分けて、自分のところはここまですることができることをすればいい。

だから、早期診断のためにMRIやSPECTまで撮る意味が僕はまだよくわかりません。よく池田先生がおっしゃる症候学で大体の診断はつくわけだし、今、かかりつけ医とかはみんな向上しているわけですからその辺がいいし、そこで薬物治療を行えばいいし、家族相談も行えば、わざわざ遠くに行く必要はないわけですから、きちんと皆さんに各医療機関の診療内容や機能をお知らせすべきだと思います。

〔スライド28〕先ほどの老健局のあれと同じですけれども、大分県の事業実録書。中身をいろいろ考えてみました。いま私が話したような内容も少し入れていただきました。

〔スライド29〕ずっとこんな感じですよ。

〔スライド30〕提出書類がふえますけれども、項目も多くなります。そうすると評価もまたしやすくだらうなということです。

〔スライド31～33〕こんないろいろなことになっております。これを大分県では来年ぐらいからきちんとやりたいなということです。以上です。

栗田 ありがとうございます。

栗田 それでは、続いてプレゼンだけ先に進めさせていただきますと思います。では、北村先生、よろしくお願ひします。

北村 [スライド2] 石川県は115万人しかないので、一番多いときは120万人位だった気がします。ここが金沢市で、ご覧のように石川中央圏に人が集まっています。自然減もありましますけれども、能登の人がみんな中央に集まってくるような状況です。高齢化率も、能登北部なんかは40%ですけれども、石川中央はまだ20%で若く、県の中でも

大分差があります。

〔スライド 3〕これは石川県数字です。細かいことはわかりませんが、最近、サポート医を増やしたりとか、いろいろやっていますよということです。

〔スライド 4〕認知症疾患医療センターの現状です。要するに地域型のセンターが二つあります。高松病院はこです。河北市というところ、能登中部と石川中央の境にあります。それから、南加賀は加賀ころの病院にあります。お互い勝手にやっていて全く交流はございません。(笑)

高松病院は、県立であるということもあって、当院のやり方を全県下に広げようというふうにしてあります。当院の取り組みのポイントが四点書いてありますが、県が一番強調しているのは、河北郡市医師会や市町と連携して、2カ月に1回、事例検討会を4～5年やっています。それを定期的にやることで、かかりつけ医とかケアマネジャーと非常に連携がよくなって早期対応ができるようになっていくので、それを広めたいということです。それから、当院は精神科の病院ですから、激しいBPSDの患者は幾らでも入院できる。なおかつ、それが半分以上在宅に帰っていて、平均入院期間も、中央値は60日ぐらい、平均は75日ぐらいで、早く退院できている。それから、合併症については連携病院が八つありまして、合併症のやりとりでトラブルったことは一度もないということ。あともう一つ、うちの売りといえば売りでですけども、多職種の訪問チームです。車で1時間以内のところまでは行きます。そういうふうにもやっています。それを全県下に広げようということなんです。

〔スライド 5〕数字は別にいいのですけれども、このように地区ごととみると、河北と金沢が石川中央です。だから、うちは石川中央医療圏にあるにもかかわらず、能登中部の人が非常に多いということ。一方、加賀地区からも来ますから、一応地域型でありながら全県的に来るということです。

〔スライド 6〕相談経路は家族が多いですけども、市町村とか。これはいいですね。

〔スライド 7〕相談内容も、昔はほとんど入院希望でしたが、最近はとにかく治療してくれというのが多いです。

〔スライド 8〕(当院に)入院した人が3割、年間200人ぐらいかと思いますが。当院に通院で終わる人と、他院入院が1%ありますが、ほかの精神科に入院することはあり得ないので、合併症で身体科に入院ということです。

〔スライド 9〕これは県の医療計画です。27年かな。認知症疾患センターのあり方のところに、当時まだ身近型とかと言っていたときに、それを真似て、65歳6万人(「概ね65歳以上人口6万人の圏域に1カ所程度」というのをいれました。鑑別診断が非常に重視されていますが、鑑別診断だけだと本当に大学病院とかになっただけです。在宅生活訪問支援の双方を行える医療機関を認知症疾患医療センターにするぞというのを書き込みました。もう一つは、多職種チームを置くんだと。うちは内科医とか臨床心理技術者も足

りないです。そういうところをいっぱい書いてから後で人が来るかなという期待もありました。(笑)

〔スライド 10〕いっぱいごちゃごちゃ書いてありますが、人材確保とかも含めまして、認知症医療提供体制推進委員会というのを開いて、医師会とか金沢大学とかいろんなところで医者の人材育成の形をしています。北陸認知症プロフェッショナル医養成プランという、金沢大学の神経内科が文科省の事業でスペースリストをつくるというのをやっています。地域の医師会の先生もインテンシブコースとって毎月の事例検討会に参加しています。内容は神経内科や精神科の大学院生向きなので、一般科の先生方には難しいのではないかなと思うことはありますが、とにかくすごく高度な事例検討会をやっています。

それとは別に、先ほどの当院の取り組みを広げるために、まず認知症疾患医療センターを各地に置いてそこから地域に広げようではなくて、各医師会とかケアマネジャーとか地域包括支援センターとか、地区ごとに地域のリーダーを養成しようという形で取り組みをしています。医師会の在宅医療推進とかもいろいろ取り組みがありますけれども、結局、地域の中心になれる人は大体限られてきますよね。だから、それを見つづけるために各地域で事例検討会をするというふうになりました。それでゆくゆくはその中の核の精神科の病院とかに認知症疾患医療センターを設置できればいいなということです。

〔スライド 11〕これは、かかりつけ医研修の座学の様子です。テレビ会議システムを使っています。年に2回、座学で全体講習をやります。

〔スライド 12〕医師会ごとに年に2回、事例検討会をやっています。その座学2回と事例検討会に2回出たら、かかりつけ医研修を修了しましたというふうになっています。各医師会はどこもかなり盛り上がりやっています。内容はまだまだブアで、事例の提供も、うちのかほく市なんかはケアマネジャーが事例をどんどん出しますけれども、ほかのところは出せないで、当院から持って行ってやったりもしています。とにかくちょっとずつ広がっています。

〔スライド 13〕これは県の人がつくった「今後の計画(案)」ですが、まず、この前も言いましたけれども、大学病院みたいな非常に高度な鑑別診断を行える「鑑別診断型」の認知症疾患医療センターと、主に精神科が中心になった「生活支援型」の認知症疾患医療センターをつくろうと。生活支援型は、当院が中心になって数カ所の精神科の病院。地区ごとで大体決まってくると思っています。鑑別診断型のほうは金沢大学と、あと1～2カ所置くことという話になっています。

それともう一つは、通常の一般病院の、特に地域包括ケア病院に認知症の対応チームみたいなものをつくっていただく。最近点数もつきましたから、多分つくります。そこを連携していくような形をとりたいというふうになっております。

〔スライド 14〕ということで、「今後の課題」。そこにいろいろ書きまじらせたけど、一番の問題はというが、昔は県の認知症の担当課がばらばらでした。予防は健康推進課がやっ

センターは障害福祉課がやって、病院は医療対策課で、施設は長寿社会課でとばらばらになつていたので地域医療推進室と長寿社会課に何とかまとめたのですが、形だけの会議は多いのですが、やりっぱなしで事業の評価などはあまりせず、先ほどの都道府県認知症疾患医療連携協議会とかも、今度聞いてみますけれどもどちらが音頭をとるのか、主体的に認知症に取り組む部署がないということ、そこが問題です。

認知症疾患医療センターの指定については、遠くにあっても意味がないので各都市医師会単位でつくりたいとは思っています。認知症専門診断管理料のことが課題です。県は、別に国の要件を満たさなくても、そのようなものというので置いたほうがいいのではないかと言っています。そうすると認知症専門診断管理料が取れない。ただ、この認知症専門診断管理料というも、鑑別診断したときに700点ですよね。だから昨日なんかも、FTDだけドアルツハイマー型認知症と診断して認知症治療薬を飲んで多動になっている人が来て、悪いまずよと診断しても1円にもならないじゃないですか、実際にそれでレセプトを出したら撥ねられますからね。そういうことで、認知症専門診断管理料のあり方というのが、本当にセンターにつけるのがいいのか、専門医につけるとか、もうちょっと考えたほうがいいのではないかと。かかりつけ医から紹介されてくる方の多くは、初診時すでに認知症治療薬を飲んでいますが、それでうまくいかないから専門医に紹介するのですけど、でも診療報酬上は鑑別診断ではないから駄目だと。

池田 先生、書く暇はあるんですか。

北村 何がですか。

池田 700点のやつです。先生は忙しくて。

北村 書く暇はありますよ。

池田 すごい。(笑)偉いですね。

北村 いやべりながら、すぐ書くから、カルテは何を書いたかわからないですけど(笑)。
あと、あまり言いませんでしたが、金沢市は中核都市で、独自の取り組みをするんです。そうすると、金沢市内の調整が課題になる。結局、金沢市は保健所が三つあるけれども、医師会の区割りと在宅支援のグループがみんなばらばらなんです。精神科の病院も八つか九つありますし、いろいろ調整は難しいと思います。

あと、初期集中支援チームが今問題になっていきますけれども、能登北部は専門医が一人もいませんし、誰が支援するんだと。結局うちのセンターが支援すればいいと思いますけれども、実際問題、困難事例の家庭訪問などは地域包括支援センターがそれぞれもやっていますよね。でもサポーター医をつけないといけないということでもみんな困っているの、いやいやそうじゃなくて、今までやってきていることを続けたいんだからという話です。ただ、困った事例についてはDASCとかを使ってアセスメントして、それを送ってくれたら、うちのセンターで協議して、こうしたらいいかですかみたいにお返しする、そんなことも考えています。

あと、最終的に認知症疾患医療センターがいろいろできれば、センター同士の連携は当然図っていきます。そのように考えています。

栗田 ありがとうございます。認知症専門診断管理料の書式も僕は問題だと思っと思っていますけれども、その話はちょっとおいておきます。

栗田 それでは最後に武田先生、よろしく願います。

武田 [スライド1]では、よろしく願います。

[スライド2]これは、どんな施策をやっていますかと愛知県に聞いたものです。平成27年度からの事業として、先ほどの身体合併症のほうの一般病院に対する認知症対応力向上研修事業というのをやっています。あと、認知症支援ボランティア養成事業、市民後見推進事業をやっています。

国制度に基づくものとしては、どこでもやっているようなものですね。あと、認知症疾患医療センター運営事業があつて、名古屋市を除く11医療圏のうち7医療圏で指定済みという状況になっています。

[スライド3]国立長寿医療研究センターは、大府市に一応あるのですけれども、大府市と東浦町というところの境目にあります。

大府市は認知症施策として何をやっているかというところ、ここにあるようなものです。これは僕がやっているのではありませんけれども、認知症連携嘱託医というのを置いています。非常に小さな市なので、地元のことでもやっている。あと、うちは予防のことも、「認知症不安ゼロ作戦」ということもやっています。

[スライド4]東浦町のほうも似たようなことをやっています。認知症カフェなんかもやっています。

[スライド5]愛知県内の認知症疾患医療センターはどのような状況になっているかといいますと、赤い星は名古屋市が指定しているもの、青い星は愛知県が指定しているものです。ただやっぱり、県東部のほうにあまりないのが現状です。

[スライド6]愛知県から認知症疾患医療センターにどんなものを求められているか。協議書を見ますと、専門医相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への急性期対応、かかりつけ医等への研修等々、要綱のとおりです。

[スライド7]何を出しているかわからなかったのだけ出しますと、初診患者が毎年1,000人ぐらい、再診も入れると大体位1万人程度という状況です。(平成23年度から26年度まで数は)あまり変わりません。

[スライド8]入院です。一般病床ですけれども、身体合併症かつBPSDのひい人を入れている病棟への入院が年間に300件程度。

[スライド9]紹介・逆紹介に関しては、大体6割ぐらいが紹介患者で、逆紹介は数が少ないので先ほど来言っています。認知症診断管理料を取っている例が年間500ぐらい。大体

半分ぐらい取っているという状況です。

〔スライド10〕うちは地域型で精神病床がありませんので、すぐそばの大府病院というところと提携していますけれども、そこの連携の状況です。大府病院から例えば身体合併症がひどくなった場合に送っていただくのが年間に40から60の間、BPSDが非常に激しくて自傷・他害が非常に強いとか暴力がものすごく激しい場合なんかは、うちで対応できないということで、こちらから20から40ぐらい送っているという状況です。非常にうまく円滑に回っております。

〔スライド11〕専門医療相談はこんな感じですが、数は1,000件前後です。

〔スライド12〕あと、うちはいろいろやっていますけど、一つは、本人・家族支援プログラムをつくっています。研究から始まっているんですけど、学習ニーズから始まって、プログラムをつくって、それを実際に成果物にして公表しているという状況です。

〔スライド13〕いろいろと試行錯誤を重ねて、家族教室のRCT（無作為化比較対照試験）なんかもやられていなかったのを、今は成果を検証しつつあるところです。

〔スライド14〕こういうコースをつくっている。

〔スライド15〕あと、外来で認知症のリハビリテーション。これもまだモデル的ですが、始めているところなんです。

〔スライド16〕情報発信はいろいろと、各先生方がこんな感じでやっています。

〔スライド17〕平成24年、平成25年に愛知県の事業で幾つかつけてもらいまして、遠隔カンファレンスとか、認知症患者医療センターの従事者に対する研修、先ほどの支援プログラム、それから認知症に関する再診・専門情報の提供なんかをやっています。

〔スライド18〕先ほども出てきましたけれども、テレビ会議のようなシステムを導入したり。

〔スライド19〕ホームページの充実です。

〔スライド20〕実際に愛知県内の認知症対応機関をこのように検索できるようなものをつくっているということです。

〔スライド21〕〔スライド22〕認知症に関するQ&Aなんかもつくっています。

〔スライド23〕あと、e-ラーニングなんかをできるような形にしております。

〔スライド24〕平成27年から愛知県と長寿医療研究センターが協定を結びまして、認知症予防のこと、初期集中支援チームに関するもの、家族支援、徘徊等に関する事業を行っております。

〔スライド25〕事業の質の管理というところは僕もなかなか困ったのでありますが、先ほど言ったような第三者とか外部評価とかはあまりありません。一つは、カンファレンスを毎週やっていて、外部から自由に参加していただいているということです。基本的には研究センターでもありませんので、データベースをつくるということもあつて、診断をしつつ登録していくということもあります。そういったところにも例えば自治体の関係者と

かにも来ていただいて、どういうことやっているか見ていただく。初期集中支援チームを始めたい自治体にも来ていただいて、どういうことを診断等の場合にやるかということ、どういったデータが必要とか、そういう研修を行っています。

あと、ケアカンファレンスというのは、月1回、多職種で入院・外来患者の検討を行っています。

あと、運営会議は、2カ月に一度、多職種が集まって診療上の課題とか研究に関する検討等を行っているのと、先ほど池田先生が言われたように、連携協議会でいろいろと御用聞きといたしますが、苦情を聞く場を設けているという状況です。

〔スライド26〕現在の課題です。

これは、今回の事業で平成26年度の1,000人ぐらいの初診患者さんがどこから来ているかをみただけですけれども、地元の大府市、東浦町は第5位、6位です。名古屋が一番多くて、それから知多半島の大きな都市の半田市とか、地元よりももうちょっと離れたところから来ているのが多い。愛知県全域から来ていますが、あと、隣の岐阜県と三重県からも結構来ています。岐阜県が年間20何人、三重県も10人以上、初診の方が来られているという状況です。

〔スライド27〕実際に年間10人以上来られている市町村はこういう状況です。名古屋は区でみえています。ブルーのところは1人以上が来ているところです。愛知県全域から来られている、岐阜県と三重県も10人以上来ているという状況です。

何が言いたいかというと、うちの場合は予約から実際に受診するまでに半年以上待ちがあるんです。それが最大の問題で、困っています。ただ、僕はこれをつくって地域の高齢化率とかをあれ計算してみようと思っただけなんですけれども、全域から来ていて他県からも来ているとなると切りがないということもあつて、どうしたらいいかなと。先ほど、県の認知症医療連携協議会で短縮に役立ったという、そういう知恵をぜひ教えてほしいなと思います。以上です。

栗田 ありがとうございます。

栗田 それでは、この後、ただいまの三つの地域のブレゼンテーションに対して質疑をさせていただいて、そしてこの事業の目的の一つである類型について議論したいと思います。先ほど野野先生がいい感じでまとめておいていただいたので、議論しやすいと思います。その前に私のほうから、この報告書をまとめるに当たっての一つの視点ということですが、単に説明をさせていただいて、そのことも少し念頭に置いていただいていた議論しただければと考えております。今、追加資料をお配りいたしますので、見ていただければと思います。

「認知症患者医療センターについての新たな提案」とちよつと大きな感じのタイトルになっておりますが、少なくとも今年度ここまでは達しておきたいということなんです。

最初に、認知症疾患医療センターの設置については厚生労働省から二つの指針が出て、一つは「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」の目標、もう一つは、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」、これは平成24年で少し前になるのですが、そこで二つのことが示されている。

一つは、新オレンジプランの中で、「認知症疾患医療センターについては、都道府県域全体の拠点機能を担うものや一部地域の拠点機能を担うものなど、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことのできる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。また、個々の認知症疾患医療センターの機能評価も併せて行うことで、PDCAサイクルにより認知症疾患医療センターの機能を確保していく」と、この目標値として、500カ所を2017年度末までにつくっていくこと。その下にも、基幹型、地域型、診療所型の三類型の機能やその連携のあり方の見直し、地域の実情に応じた柔軟な対応をできるようにしていくこと。これに基づいてこの委員会が立ち上がって、ここで議論をしていたということなのです。

それからもう一つは、下にあります「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」で、「認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度（特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。）を確保すること」と、6万人という数字が出ています。これは実は、もう忘れてしまいましたが平成20年ごろでしようか、だいぶ前に厚労科研でやらせていただいた日本老年精神医学会の専門医を対象とする私どもの調査で、人口当たりのどのぐらいの認知症疾患医療センターがちょうどいいかとやるときに、中央値が6万人だったということなのです。ただその報告書だけなのですけど、それを採用していただいて6万人という数字が示されて、意味があるかどうかかわからないですけれども、そうすると、計算するとオレンジプランが出たところで大体500カ所ぐらいになるだろうということ、500カ所という目標値も出てきたわけです。

問題は整備状況です。現在337カ所設置されているわけですが、裏面を見ていただくと、センターが設置されていない圏域あるいは1センター当たりの高齢者人口が6万人を大きく超える圏域も存在している。具体的には、二次医療圏は344圏域ありますが、88圏域は未設置である。そして、1センター当たりの高齢者人口も非常に幅広く、最大は約32万人ということで、これは人口規模にすると100万人を超えるかとは思いますが、こういうところがある。

ということで、今後、認知症疾患医療センターが担うべき機能が確保され、全ての地域を面的にカバーするためには、つまり熊本県を日本全体に広げるみたいな感じで日本津々浦々どこでも専門医療が提供できるようにしていくために以下のような観点からの検討が必要ではないか。

一つは、要件を満たす医療機関がない等の理由により認知症疾患医療センターが未設置の二次医療圏について、認知症疾患医療センターが担うべき機能を確保するためにはどうすればいいか、要するに、認知症疾患医療センターが確保できない圏域に対してはどうすればいいか。

それからもう一つは、基幹型または地域型のセンターが二次医療圏であっても、高齢者人口やその分布、地理的条件等により当該センターだけでは面的にカバーすることが難しい場合は、柔軟に考えていかないとダメだろうと。例えば大都市は一つの区に一つくっても、人口80万人なんていう区があるということがあります。あるいは北海道のように面積がとてつもなく広いところでは、人口規模が少なくとも、1カ所ではどうにもならないようなところもある。

この二つの視点を含めて、認知症疾患医療センターの機能、類型、あり方を検討していく必要があるというようなことを最低限提言できるといいな形にしていきたいと思えます。

このことも念頭に入れて、ただいまの三つの地域のプレゼンについてまずは質疑をしていただいて、その上で自由に、そこから自然に流れていくと思いますが、地域型、診療所型、そして基幹型のあり方について、皆さんで活発なご討議をいただければと考えております。

ということ、最初に北村先生、武田先生、瀧野先生に対して何か質問、ご意見などがございますましたらご発言いただきたいと思いますが、いかがでしょうか。何かございませんでしょうか。

池田 北村先生のところはどうして基幹型ではないのですか、瀧野先生からご質問が出ていましたけど。

北村 MRIがないもの。

池田 そうですよ、ですから、ここをぜひ厚労省に考えていただきたい。一つは、瀧野先生がおっしゃったように、当然、大学のように、ごく初期のあるいは非常に多様な疾患を鑑別するところは県内に1カ所ぐらい要すると思います。もう一つは、必ずしも要らぬ。だけど、さっき（北村先生のお話を）お聞きしても、多くの精神科病院をまとめて人材育成をされる、まさに基幹型がやれることを全部されているんです。特に県立病院なんて全く公的で、県の意向が大学なんかより入りやすくて、一番いいですよ、ですから、そういうところを基幹型にできるようなシステムを、瀧野先生も言われましたから、ぜひお願いをしたいと思います。

栗田 そうですね、北村先生のところが基幹型になれるような。

池田 そうです。

北村 必要なのは、検査は全部、県立中央病院でやってもらいますから、だから、まあ、

栗田 今ある基幹型の基準の中で、検査の装置もそうですし、あと身体合併症救急も一つの重要な要件になっていきますけど、果たしてこれが基幹型の要件として適切なのかと。

池田 そうです。必ずしも必要ないと思います。うちはもちろん大学病院なので合併症の重い人をとっています。だけど、もう一つ、国立病院機構熊本医療センターという全科救急のところに精神科医をいっぱい配置していて、大部分の短期入院で済む人はそっちへ行っているんです。武田先生がおっしゃったように、患者さんの数からいって、1カ所が合併症を全部診るなんというよりは最初から無理なので、それはもうネットワークをつくるということで諦めたほうがいい。むしろ、北村先生がされているようなところが基幹型になったほうが、人材育成にも直結するし、厚労省から県に行った意向も非常に入りやすいような気がしますが、いかがでしょうか。

栗田 重要なお指摘だと思います。一つは、県の認知症施策に直接コミットしているという点。北村先生のところも寺山先生のところも池田先生のところも谷向先生のところも、まあ、そういう先生ばかりですけれども、そこが一つ。

それから、人材育成も、認プロ（北陸認知症プロフェッショナル医養成プラン）はありますけどね。認プロにこの間出させていたで大変おもしろかったですけど、事例検討がマニュアルになっていて、それでいいのかもしれないことがあるんです。（笑）本来の認知症の診療の質の底上げのようなことをやっていくという意味では、北村先生のところは重要な役割を果たしているだろう。そういう二つの要件が重要だということかと思えます。

池田 もう一ついいですか。先ほど北村先生も30分以内と言われまして、熊本もそういう目標を立てていますが、確かに、一つ、人口はすごく大事ですけど、もう一つは、栗田先生がおっしゃったように北海道のようなところもある。実際、ごく初期の元気な高齢者の方以外だと、そんな2時間も3時間も交通機関に乗ってくるというのは、しよせん医療として成り立っていない。瀧野先生がおっしゃったように、これは医療なので、ですから、車でアクセス30分というのと人口を両方カバーできていれればいいかなと思います。

栗田 北村先生の重要な指摘の中で、認知症専門診断管理料を取れないけれど、認知症患者医療センターもどきと言ってはなんですか、認知症患者医療センターに近いものを県としてつくって、そして満遍なくこの地域でもそれなりの診療を受けられるようにつくっていくというののが北村先生のアイデアで……

北村 いや、それは県が言うんです。

栗田 県が言っているんですか。

北村 県が言います。国の基準を満たしても、どうせたいしたお金は行きませんからと。（笑）

栗田 そういうようなことを基幹型の認知症患者医療センターと都道府県が一緒に考えて、医療をきちんと整備していくことが重要。特に北海道なんかは本場に。岩手もそうです。認知症患者医療センターの基準を満足できるような医療機関を整備して満遍なくないんというところは極めて難しい地域でしょうから、そういうことを都道府県レベルでやりながら、これを国がバックアップしてくるような方法を考えていただくことが必要だろうと。

池田 もう一つだけ。いっぱい発言してすみません。たくさんあるんですけど、もうこれが最後です。

もう一つのお重要な指摘は、多職種による訪問だと思います。瀧野先生もご指摘になりましたけれども、精神科病院という入院だけと考えられがちだけれども、決してそうではなくて、多職種の非常にいいチームがあります。あれを診療報酬という面でも動機づけするようにならざるに活用してもらえると、さっき出てきた初期集中支援チームの困った事例支援とか、そういうところにも非常にいいので。ぜひ、これから多職種の訪問を。うちも僕の研究費で趣味のようにやっていますけど、非常に好評です。退院促進にも役立つし、ひとり暮らしの方の安全確保にもつながるので、そのあたりがきちっと制度上に乗るようにしてもらおうことも大事かと思えます。

栗田 認知症初期集中支援チームというの、それぞれの地域でそれぞれの地域の特性に合わせて考えなければいけないということがあって、東京都も独自のものをつくっています。守田さん、アウトリーチのことをちよつとコメントしていただけますか。

守田 アウトリーチは、もともとは初期集中支援チームの制度がなかったときに、アウトリーチをしてくれる専門職がないということで区市町村から要望があったので、認知症患者医療センターに配置したんです。もう初期集中支援チームができてきましたけれど、見ているとレベル差がすごくあって、かなりの困難事例にも対応できる初期集中支援チームと、困難事例には本当にも足も出ないようなチームがある。そういうところは認知症患者医療センターの専門職のチームがきちんとバックアップしていくのが当面は必要かなと思います。

北村 ちよつと質問というか、近くのいろいろな初期集中支援チームから、当院の訪問看護師らと一緒にやってこれという依頼を受けますけれども、そのとき立場はどうするんですか。うちの職員を、その市の、ほかの町のみなし公務員みたいにして何かもらわないといけないのかな。

栗田 初期集中支援チーム員として行くのだったらそうですね。市町村のみなし公務員みたいにして。

北村 しなければいけないですよね。でも、そうすると結局、うちの病院としてお金は取れないわけじゃないですか。

栗田 市町村の事業の枠組みで動いていなければ。

北村 それで、患者にするときには一遍（病院に）来てもらわないといけないから、結局、患者にならないし。あとは人権とかね。昔よく、精神科の病院が外に行ったら人さらいに来たとかと言われた。それも困るので（笑）。そのあたりをどうすればいいのかなと。

栗田 これは今回直接の問題ではないですけど、初期集中支援チームは一応公的業務として動いていかなければいけないので。あれは医療、診療ではなくて、むしろ地域保健という枠組みの中でやっていくということで、予算措置も、そこで動いている人も公的な人

間として公的事業をやっているという立場でやっていく。

あと、法律上の問題もあります。原則的にはご本人、ご家族の同意を得ないと通常は保健事業ができませんけれども、場合によっては、精神保健福祉法に基づいて行動することができる指定医であればやっていくということにならざるを得ないだろうと思います。

中西 今の件ですけれども、大阪市も今それに悩んでいます。東京都の北区なんかは非常勤職員として医師を雇用しているそうですけれども、うちは地域包括支援センターに委託しているのです、委託費の中に一定のお金を積むという形で、初期集中支援チームとして動くときはそれでいく。訪問診療するときは、うちは全部、初期集中支援チームの医師を診療所の先生方にお願いしているのです、診療所の患者として対応してもらい、診療所が動くというふうには今になっていません。精神科の先生が大阪市として訪問診療をするように依頼していません。

栗田 それは、診療所の患者という。

中西 診療所を認知症初期集中支援チームから依頼してもらっているという形で受診して依頼していただいて、今のところはやっています。それはすごく苦肉の策だと思えますけれども。

栗田 この委員会ではないですけども、真子さんは初期集中と両方掛け持ちなので。

中西 その辺、知恵があれば教えていただきたいです。

真子 かなり難しいところですけど、本来であれば、初期集中支援チーム員のところに入名前を入れていただいて、初期集中支援チーム員として行っていただくというのは一番想定しているところです。

中西 あくまで初期集中支援チーム員として相談を行った上で、その人に対して診断・治療的にかかわる場合は、次をそれに移すという段取りで、その先生たちの診療所で扱っていただくとかいうような形をとっています。

真子 後はということですね、それは大丈夫です。

栗田 それはそうですね。

栗野 でも、これは老健局だからこんな施策を考えているけれど、我々は医療で、医者が何時間いなかったらだめだとか看護師が何時間いなかったらだめだとか、縛られているわけでしょう。今、国賠法という、いわゆる我々が措置なんかを診るときに国の役人になって診るみたいなことがあるけれども、訴えられるときは個人ですからね。国賠法があっても同じなので。だから、簡単につくるけれど、これは人権的に考えると危ないです。だから医師は絶対行ってはいけません。

北村 厚生局に施設基準違反ですと言われて終わりで。

栗野 そうです、終わりで。だから僕は、医師は行ってはいけませんし、では訪問看護ぐらいなのかなとか思うと、今度、認知症のいわゆる訪問看護というのがありますが、我々

医療機関で認知症の人に訪問看護すると、介護保険順位だから、これは医療ではないのです。ものすごく大変なことになっています。

栗田 私もとても重大だと思っています。確かに整備されていないところがあるんです。

例えば、今もありますけれども、昔、精神保健相談事業ということで、訪問指導で指導医が頻繁に訪問をして患者さんとお話をしたりしたけれども、これは医療ではなく保健なので、診療はしないんですよね。保健であるということ、公的事業としてきちんと都道府県なり公的機関で枠組みをつくってもらって医師が指導医という名称でもって行けるから行っているということ、これはキチンと議論しなければいけないところですけども、それは大きな問題であって、そこはキチンと議論しなければいけません。(笑)

中西 さっきの基幹型の件で、都市部の過密地域の場合、大阪市は人口密度も医療機関も非常に多いですけど、例えば救急医療の問題とかはやはりおっしゃるようには除いていただかないと、規模的に認知症疾患医療センターの対応する規模ではないので、それが無いほうがいいということ。あと、鑑別診断してくれる病院も山のようにあるので、その辺は協力しながらというシステムが望ましいとなると、施策との関与と人材育成が基幹型の主たる大きなファクターになってくると思います。その辺を重要視した形に持っていくほうがいいというのは、都市部対策としても思っています。訪問はやっばりちよつと、うちも全然やらないです。

栗田 訪問はちよつとまた別の話ですね。この二点が基幹型としては重要であろうというところについては大体コンセンサスがあるのかなと思います。どうぞ。

内海 基幹型が今 14 カ所しかないわけで、47 都道府県のうち、必ず設置すること、設置義務という形ではなってないですね。多分、北海道でもこう言っても、全然考えていません。そうになると、基幹型の機能は人材育成、そしてもう一つは、先ほどの事業評価というところで行政は医療の質がわからないという最大の難点がありますので、その都道府県に一カ所基幹型があって、そして医療関係者と行政とがちゃんと話し合っていけば、事業評価も結構うまくいくのではないかと。そう考えたときには、やはり国が都道府県に一カ所は基幹型を置きなさいと言う。それを提言していただければと思います。

栗田 一カ所でいいでしょうか、一カ所以上にしようか。

内海 一カ所以上ですね。

栗田 指定都市の問題もあります。

北村 一カ所にしたら、石川県は間違いなく金沢大学になりますね。それで、二カ所は金がないからだめですと言われますね(笑)。

栗田 一カ所以上ですね。東京都は一カ所といてもぼろぼろになってしまいうんです。

一カ所以上にしないといけないかもしれません。

井門 人材育成という中で、専門医を育てるのは大学の働きかと思えますけど、それ

外の部分のいろいろな関係者を育成することは担えると思います。

池田 もちろんです。ただ、専門医もこれから大学ではなくなりますが、厚労省の皆さんはぜひ担当箇所とよくディスカッションをしていただきたい。これは僕もどうなるのかわかりません。これから専門医制度が始まりますと、10年ぐらい以上たてば僕は認知症をやりたいんだということになって、では認知症疾患医療センターの病院に行こうかとか、全然違うけどあの地域の病院に行こうかということになりますけど、今度その10年までの若い精神科医や神経内科医たちが例えば老年精神医学会の専門医とか認知症学会の専門医とかをを目指したときに、研修ができて病院に配属しないと、いくら認知症をそこでいっばい診ていても専門医を取る年数に入らないです。ですから、そのあたりも慎重に考えておかないと、専門医制度にどんでん行っても認知症の専門医が全然ふえないとか、そういう非常におかしいことが起こりかねない。

栗田 確かに、基幹型の認知症疾患医療センターそのものが専門医を育成するのは、大分学以外のところはなかなか難しいという現実がある。しかし、都道府県でどうやって専門医を含む人材育成をしていくかということを考えていかなくてはいけないわけで、そこに基幹型がコミットすることになるかと思っています。

実際は、専門医は学会が協力してくれなくていいと厳しいところもあるのですが、学会等と連携しながらということに、これは認知症疾患医療センターの基準とは直接関係ないかと思いますが、そういうことを考えるの背景に少し置いて、人材育成をやっていく。

池田 そうですね。厚労省はぜひ、学会と話し合っておいていただきたいです。特に神経内科の先生方は、認知症学会の専門医を取るのに今より年数がかなりかかる可能性があるんです。そうなるので、本当の専門医をふやしてほしいという依頼がよく学会にありますけれども、専門医制度が始まったら、逆に今より人数が減る可能性もなきにしもあらず。

真子 学会とはそこはやらぬといかないという認識はかなりありまして、私たちが国だけで勝手に専門医制度とかを考えられないというのは思っています。いろいろな学会がありますので、学会の先生方とご相談しながらというのは、かなり念頭には置いているということだと思います。

栗田 そのほかに、武田先生、淵野先生に対して何かございせんか。

柏木 武田先生にお伺いしていいですか、半年の待機とお伺いしましたけれども、圏域が当然ありますけど、圏域外のところからたくさんとっていらっしやる。私たちもそうですけど、圏域外の人たちを払いのけることがなかなかできないから要するに待機がふえていくのかなと思ったりもしますけれども、それはトリアージとかそういうのは全然なさらずに、依頼が来たらもう受けるという。

武田 ええ、そうですね。東京とか大阪からも来ています。

柏木 ですね。東京にいらっしやられた方がこちらに来られるという話もよく聞きますけど、それは……

武田 ですが、それは制限してないです。

井門 すごく特殊な鑑別になるのか、普通に扱われている……

武田 いや、本当に普通ですよ。あなたは別に東京から来る必要はないと言っています。別に普通の、本当にルーチンでやっているような、CGIをやって、ADLとかBPSD評価をしてと、本当にオーソドックスなことしかやっていない。

淵野 大変権威がある機関ですから、ばつと行くわけでしょう。

井門 そうですね。「行きたい」と。

淵野 権威のないところには行かないというのと一緒で、そこだけですよね。

谷向 でも、待機期間が6カ月あって、入院の割合もほかのセンターよりも相当高いので、よくそれだけ待たせられているのかなと。

武田 鑑別のための入院ではなくて身体合併症とBPSDのための入院ですので、鑑別のためには入院はほとんどないです。全部外来です。

谷向 だから、身体疾患なりBPSDがある方が半年待っているわけでしょう。

武田 いえいえ、そういう人はほとんどん緊急で入ってきますから。

谷向 ああ、そのようになっているの。

武田 ええ。

淵野 先生、それは近くの大病院ね、精神科に入ってしまうのです。

武田 重い場合はですね。

淵野 ほとんど身体合併で、たまたま認知症があるというケースだと思いますよ。

武田 身体合併でたまたま認知症がある人は、もの忘れセンターのほうではなくて普通の一般病棟のほうに、そういう人が3割ぐらい。入院患者の3割は認知症がしっかりある方で、BPSDが激しくて身体合併症がひどい人がもの忘れセンターで、身体合併症は軽いけれどもBPSDが非常に激しい人は大病院という感じですよ。

淵野 だから絶対基幹型だと僕は言うんですけども。

栗田 寺山先生、どうぞ。

寺山 ご意見をお聞きするだけでも、納得することと考えさせられることがあるんですけど、そもそも患者さんの立場に立ってみると、岩手県は特殊なのかもしれないんですけど、僕らが脳卒中なんかをやっていると、やはり患者へのアプローチの仕方が、ほかの疾患でもそうですけども、ある一つの医療グループがだんだんだんだんだんアメーバのように患者さんを囲んで、そしてそこで患者の情報を吸い上げるという形の集約型に進んできていると思うんです。認知症もおそらくそういうものではないかという気がします。それは往診とかいうことはまた別にしてくださいね。

そうなると、患者の側からとってみると、基幹型にしても地域型にしても診療所にしても、区別がつかないですよ。そして、地域によっては地域型しかなければ、基幹型がなくてもとにかく診てくれよと。そういう立場に医療がどんどん変わってきていると思

ます。だから、そもそも住民、患者の立場から考えてみて、認知疾患医療センターというものの基幹型とかというクライテリアを変えたほうがいいのかなという気がします。

栗田 なるほど、住民側から見たらですね。

寺山 ええ、住民のほうから考えてです。例えば瀧野先生がおっしゃった、それこそ基幹型と地域型のあり方ですね。本当に高度の鑑別をやるのが基幹型、そして初期、初動に關しては地域型だと、そういう地域もある、それは賛成です。でも、例えば北村先生のところのように、そういうところが多くないところもある。そうすると、一緒にすると、どちらが基幹型で、どちらが地域型かわからなくなってしまう。

だから、認知疾患医療センターという大きなものが一つあったとして、その中にフアンクションで名前をつけるというか、何か……；まだ頭の中がごちゃごちゃですけど。三つの形があることが、逆に行政にも理解しにくくなっている。盛岡市と岩手県は仲が悪いんですけど、そういう中でうちは地域型とか基幹型だとかをやっている、レベルの低いような議論もあるのかなという気がするんです。

栗田 なるほど。石川県も生活支援型と初期診断・鑑別診断型、東京都も地域拠点型と連携型、熊本県も地域拠点型と基幹型という、それぞれ独自の類型と機能をつくり出している。だから、ダブルスタンダードですね。お金のもらい方は基幹型、地域型、診療所型だけど、実際の地域の役割はそれとはちよつと関係ない機能分担をしているみたいなのこと。

北村 だからやっぱり、診断をきちつとするとところと、診断後支援をきちつとするところに分けたほうがいいと思います。非常に不幸なことになりましたよね、詳しい検査して若年性認知症を早期に診断して、でも生活支援とかその情報がないので、3年くらい通院しているのに家族がものすごく疲弊しているような人がいっぱいいるので、診断は重要だけど、世の中の診断重視のイメージもちよつと。

栗田 確かにそれも一つですよね。高度な鑑別診断をやれる医療機関はここであって、地域の中で生活支援と医療をコーディネートしていくところはここだみたいなの、独自の類型をつくっていく。

寺山 基幹型の中にも地域型が存在する可能性もありますよね。地域型の中にも基幹型をやらざるを得ないところもあるし。

栗田 そういうことです。

寺山 そのファンクションで、何かいい方法はないかなと思っています。

谷向 愛媛の中ではそれぞれの医療圏域のセンターを地域拠点センター、大学は中核センターという言い方をしていますが、その中核センターの役割は、寺山先生がおっしゃったように、基本的にはそれぞれの認知疾患医療センターで診断困難例を紹介してもらったような立ち位置ではあります。でも、いざそういうような立ち位置にしてみると、認知疾患医療センターからの診断困難例の紹介は、年間そんなに件数がないんです。本当に数

件あるくらい。ですから結局は、普通のいわゆるかかりつけ医の先生からの紹介を受けるような形になってくる。そう考えるとやはり、機能的には二段構えというのがあるからかもしれないです。専門的なもの、高度な医療診断をといたりするようなこともありそうですが、初期の診療を行うものと、やはり人材育成とかそちらのほうをきちつと行う機関が。

栗田 基本的に、基幹型が救急と検査装置をちゃんとそろえろという話があるからかかって類型がわからなくなると、それはなくすべきであろう。人材育成と都道府県の認知症施策にちゃんとコミットするのが基幹型だと。ただ同時に、都道府県でそれぞれいろいろな類型、機能などを許容できるような形にした上で、基幹型と都道府県が一緒になって新たな類型、機能、連携のあり方を考えていくことが必要であろうというように、そんな形に提言をまとめようと思います。

池田 内海先生がおっしゃったように、やっぱり1カ所要ると思います。都道府県の意向が反映されて、寺山先生がおっしゃったように、ばらばらではなかなか難しい。まく取りまとめる公的なところがないと、ばらばらではなかなか難しい。

栗田 それも一つありましたね。都道府県で必ず1カ所以上ちゃんと設置する。

真子 それも、多分いま東京都さんがやっていたように基幹的な役割を果たす認知疾患医療センターを決めたりとか、わりと都道府県ごとに地域の実情とかに合わせ地域型だけと基幹的な役割を果たしていただいている病院とかもあるので、基幹型を絶対置きなさいとはなかなか言いづらい部分もあります。そのあたりを本当は……

池田 それは規約を変えてもだめなんですか。北村先生のところも基幹型がなるように。真子 そうですね。そこを変えらるとなるとかなり大がかりな話になるので、簡単にここですぐ「変えられます」とかはとても言えない状況なので。

瀧野 でも、よくふつと変えられない。気がついたときに、文言がふつと消えたりとかね。あれっ、いつの間にか消えたんだとか、いつつくったんだなんていうのがよくあるよ。

僕はやっぱり、先ほどの三つの類型をもう一度決め直すべきだと思います。ただ数のごとばかり、何百を目指すとかいうのがあるけれども、これは本当にナンセンスで意味がないと思うので。

僕は最後に行政にお願いしたいのは、一生懸命やっていらっしやる医師会の先生が多いので、自分のところは診断が得意だよとか、デイケアに行っているよとか、そういうふうなマルをしておくようにする。今はケアマネジャーが、どこに行きなさいとか、あの医療機関がいいよとかを言うんです。うちなんかにほとんど来ないのは、彼らが私のところを嫌っているからかなと思ったりするんだけど。(笑)彼らが、自分の地域の医療機関がいわゆる認知症の種極的な診療・相談機関だよなんていうことをちゃんと教えてあげると、行くんじゃないですかね。それで事足りる部分はかなりあると思います。そこからまだ問題が発生したときには、それこそ診療所型に行ったり地域型に行ったりという順番を踏めば、また違うのではないかと思います。

栗田 ここで厚労省の施策を決めるわけではないので、一応、レコメンデーションという形で報告書を書くことになりました。

都道府県で基幹型を設置することが望ましいのではないかと、先ほど私が論点を新たに出させていたことにも深く関係しています。要するに、認知症疾患医療センターが設置されていない圏域はどうするか、あるいは人口規模の多い圏域はどうするかということを考えていくときに、行政だけで考えるのはなかなか難しいということがあるので、そこに深くコミットできるようなレベルの高い基幹型の認知症疾患医療センターとともに検討していく必要があるのではなからうかというように流れてはいるかと思われまふ。そのときの基幹型の役割は、繰り返しましたが先ほどのようなことなのではなからうかと思われ、そんな感じでどうでしょう。真子さんの顔を見ながら言うのもちょっとなんですけどね。(笑)

栗田 このあと、本当に時間がなくて申しわけございません。診療所型について少し考えていかなければいけないと思いますけれども、この委員会の一つのコンセンサスとして、診療所型をやはりふやすべきだと思いますことは大体一致したことはないかと。

あと、先ほど淵野先生からもご意見を出してもらいました、あと新田先生も繰り返しておっしゃっておられましたけれど、診療所型は市町村と深く結びつきを持って、市町村単位の認知症支援体制づくりに貢献していくべきということがあったと思います。それからもう一つは、初期集中支援チームとの関連です。これも市町村事業ですけれども、こういうことにコミットしていくことが望ましいということもありました。第一線でかかりつけ医の先生たちをサポートできるような身近なセンターとして診療所型を考え、しかもそれを普及していくべきだという方向かと思えます。その辺のところは皆さんよろしいでしょうか。

池田 また要らんことを言っているんですか。

栗田 どうぞ、要らんこと言ってください。

池田 僕は太費成です。太費成ですけど、診療所型は地域拠点型の精神科病院とは機能が全然違うし、持っているパワーは違うということをよくご理解いただきたい。むしろ、もっと支援が必要かもしれない。

例えばモデル事業で幾つも診療所型がありましたが、ご覧になったように、地域拠点型ぐらい重装備の診療所型がいっぱいあった。熊本で本来の意味での診療所型にモデル事業でなってもたらしたら何が起ったかという、金曜日の昼に厚労省の会議に來なさいと言われても、医師一人と看護士一人で、そんなものは動けるわけではないですね。我々は基幹型の事例検討会は土曜日の8時からやっていますけれども、それでも土曜日の昼も診療されている。そういうことが診療所型の場合にはよく起こるので、少なくとも留守番役の人ひとりぐらいを確保できる予算はつけておかないと。先ほどお話をしたように、

地域に出ていってかかりつけ医の相談役とかがもちろん一番望まれる機能ですけど、クリニックをほとんど離れられないと思います。本物のクリニックを指定された場合です。医師がいっぱいいいような、機械もいっぱいあるような診療所型を設置するのだったら、別です。

栗田 そのとおりです。ここに来てくれる藤本先生と新田先生は本当に国の委員会によく来てくれますけれども、普通は来られない、それはもつともなこと。しかも、普通アウトリーチは診療所の医師はできないですね。かつ、人の手当てをきちんと考えていく。あまり重装備にしてはいけないですね。

池田 人の手当てです。熊本県の場合は、地域拠点型の精神科病院がバックアップしています。

栗田 そうでした。

池田 そこで人材育成して、その職員として派遣をして診療所型で3日ぐらいい働いてもらうという、苦肉の策ですけど。

栗田 そうですね、平成病院からね。そういった配慮が必要であるというだけ書きか何かが必要だと思います。ありがとうございます。

ということ、すみません、もう終了5分前です。

地域型というのは、しかしながら現状では非常に多様な機能を担っているという現実があります。認知症疾患医療センターの中核である専門医療機関としての機能、いわゆる鑑別診断をして初期対応をして、それから地域連携推進機関としての機能ということ、そこの地域の中で人材育成とか連携づくり、初期集中支援とかそういうようなことは基本的にやっていただく。ただ、地域によって、地域型は多様な機能を担えるような柔軟な制度設計が必要だということになるのではないかと思います。基幹型のほうに向かうものもあれば、ひよつとしたら診療所型のほうに向かうようなものもあるかもしれない。

あと、病院で診療所型というのもあり得るのではないかという議論もあったかと思いますが、要するに、病棟機能があまりない、物忘れ外来を持っているような総合病院は幾らでもあるので、そういうところは診療所型なら手を挙げられるなんじゃないかと結構ありますけど、その辺は、厚労省、何かありましたっけ。

真子 今、診療所型は診療所しか指定できないので、地域の中でも、地域型があつて今は2カ所目はわりとはねているというか、「本当に要るんですか」ということを私たちは聞かせていただいていたしっています。そこに診療所型を持ってきていただくと、わりと「いいですよ」と言っています。

でも、わりと田舎のほうだと、逆に診療所がないということもおっしゃられて、担える病院はあるけど、診療所になると先生が言われたように本当に看護士と医師だけでやっているような病院はなくなって認知症疾患医療センターを担えないということもある。なので、確かにそういうところも考えないといけないかなと思っています。


栗田 そうすると、先ほど北村先生がおっしゃっていた、認知症疾患医療センターになれないけどもそれなりにやってももらえるというところも、診療所型だったらやれる、そうすると認知症専門診断管理料も取れるかもしれない、そういうようなことが出てくるので、そういうことも含めて書かせていただければと思います。

来年度のことばまだちよつとわからないですが、これから都道府県できちんと事業評価をやっていくのかということモニターしたり、国も認知症疾患医療センターの全国の評価をしていかなければいけないということもあるかと思えますので、ぜひとも来年度以降のことも厚労省として考えていただければと考えております。

ということ、この委員会は本日をもちまして終了とさせていただきますと思います。皆さん、一年間ご協力をどうもありがとうございました。


— 了 —

2015年8月10日
第1回 認知症疾患医療センターの実態調査に関する調査研究事業会議




大阪市の 認知症疾患医療センター運営事業 について

○ 大阪市福祉局高齢者施策部医務主幹 (認知症施策担当)
 大阪市立弘済院附属病院 認知症疾患医療センター長
 大阪市健康局健康推進部医務主幹
 中西亜紀



大阪市の現状

市章：海鏡(みおつくし)
「湾(小舟の航路)の串」の意

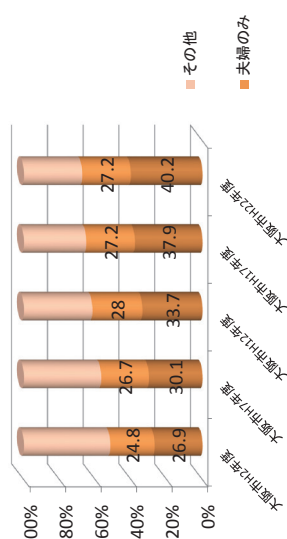


24区
 大阪市2次医療圏
 4圏域
 医師数 8981人(H24)
 病院
 一般病院 186
 精神科病院 1
 診療所 3335
 医師会
 26郡市区医師会
 1大学医師会
 1行政医師会
 66地域包括支援C

- ・環状線1周 21.7km 約40分
- ・面積225.21m²
- ・人口 2,696,643人(H27.7) ↑
- ・人口密度は政令指定都市では、横浜に次いで2番目
政令指定都市では、横浜に次いで2番目
政令指定都市でもっとも高い
- ・人口密度は政令指定都市でもっとも高い
大阪市 11,974人/km² (H27.7)
東京都 6,106.43人/km²
大阪府 4,646.01人/km²
神奈川県 3,766.43人/km²

Cf. 山手線一周 34.5km 約60分

大阪市内における65歳以上世帯員のいる世帯の 独居および夫婦のみ世帯割合 (平成22年国勢調査)



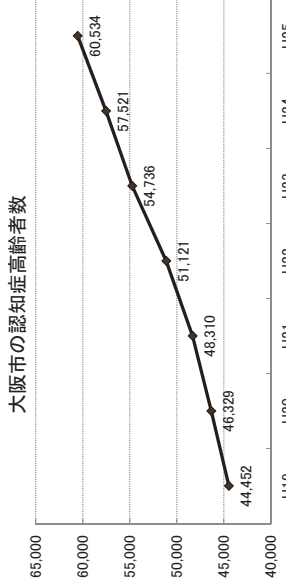
年次	夫婦のみ (%)	独居 (%)
大阪府22年度	24.8	26.9
大阪府17年度	26.7	30.1
大阪府12年度	28	33.7
大阪府7年度	27.2	37.9
大阪府2年度	27.2	40.2
大阪府22年度	27.2	40.2

参考：
日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計 平成26年4月)より
H22年 東京都 38.7% 大阪府 37.2%

大阪市の現状2

平成25年10月の大阪市推計
高齢化率 24.0%
高齢者人口 648,232人

大阪市の認知症高齢者数



年次	認知症高齢者数
H19	44,452
H20	46,329
H21	48,310
H22	51,121
H23	54,736
H24	57,521
H25	60,534

単位：人、大阪府福祉局、認知症高齢者等の数、各年11月末
要介護認定データを基に「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の認知症高齢者割合を算出

大阪市の認知症高齢者等の状況

大阪市	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)
65歳以上 人口割合	48,310人 8.1%	51,121人 8.5%	54,736人 9.1%	57,521人 9.2%	60,534人 9.4%
75歳以上 (再掲)	41,634人 15.7%	44,175人 16.3%	47,631人 16.8%	50,170人 16.9%	52,759人 17.3%
40歳～64歳	1,461人	1,590人	1,683人	1,674人	1,566人

要介護認定データを基に「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」の認知症高齢者割合を算出
 大阪市福祉局、認知症高齢者等の数、各年11月現在

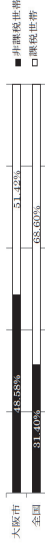
※日常生活自立度Ⅱ
 日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

認知症疾患医療センターに関わる 大阪市の特徴

- 人口密度が非常に高い
- 医師数も病院も多いが精神科病院は少ない
- 高齢者世帯に占めるひとり暮らし世帯割合が高い
- ☆H20年から
3→5→11→24区で認知症等高齢者支援ネットワーク
- ☆H21年 認知症疾患医療センター運営事業
- ☆H26年 福祉局高齢者施策部に
認知症対策担当課長と担当医務主幹
認知症疾患医療センター運営事業を健康局から移管

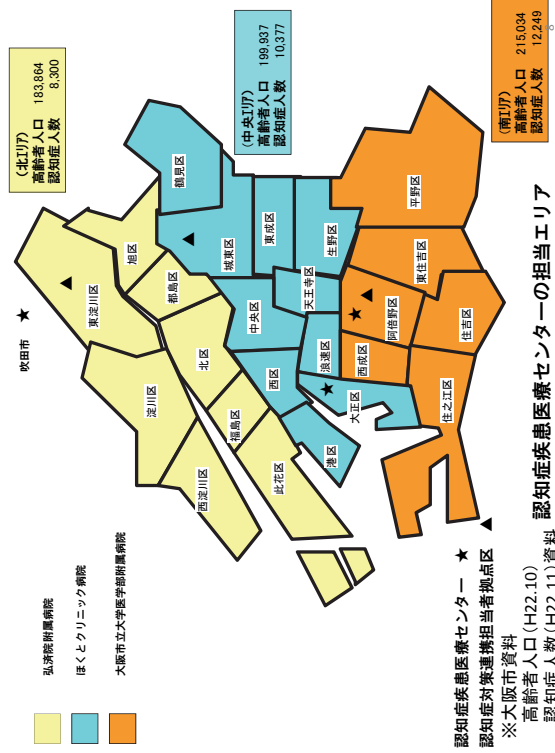
・要介護認定率が全国平均より高い
 大阪府：21.7% 全国：17.3% (全国) (平成24年3月末現在)

・市町村長税非課税世帯者の保険料者の割合が全国平均より多い
 大阪府：48.58% 全国：31.4% (全国) (平成23年3月末現在)



大阪府内の認知症疾患医療センター 府内H20年～大阪府H21年から

医療法人・施設名	電話番号	所在地	事業内容	開設年月
医療法人北生堂 特定高齢者施設	0120-00142 FAX 06-6583-2007	〒561-0803 豊中區山田1-9-1	緊急受診棟/相談または看護	平成27年
特定医療法人 大阪府地区医療財団 豊田武山医療	072-693-1892 FAX 072-693-3020 072-693-3029	〒565-1041 高槻市石原4-10-1	JR京都線/掛津渡田	平成27年
特定医療法人主上堂 東葛里医療	072-853-0540 FAX 072-853-0506	〒573-0075 葛里市葛里	東阪本線/香里園または枚方市 駅南、交野市	平成27年
医療法人進心会 山本病院	072-949-2311 FAX 072-949-2311	〒831-0025 八尾市天王寺東6-59	阪交野線/交野市	平成27年
大阪さくらま医療 近衛山陽院	072-365-1875 072-362-3020 072-446-8102	〒599-0032 高槻市市宮3-2161 目黒野大前5-1	東大阪府、八尾市、柏原市 松原市、藤井寺市、羽曳野市、大阪狭山市、富田林 市、河内長野市、太子市、河内市、千早赤松村 和泉市、泉大津市、高石市、藤田町、目黒野、泉 佐野市、泉南町、阪南町、忠烈町、田尻町 町	平成27年
財団法人 茨香山陽院	072-222-9414 FAX 072-222-9109	〒590-0018 堺市東区今池町3-3	南海高野線/後藤山または和歌山 線/茨香	平成27年
医療法人共和会 藍山陽院	072-278-0233 072-281-6615	〒599-8363 堺市東区八田南之町 277	小阪和線/津久野または泉北高瀬 線/茨香	平成27年
医療法人北生堂 大阪中央医療院	06-6554-9707 FAX 06-6554-3199	〒551-0001 大阪市中央区三軒家 西1-16-7	小環状線または池田、長堀鶴田緑地 線/大正	平成27年
大阪中央医療院 別荘山陽院	06-6874-8073 06-4883-5851	〒545-0874 吹田市古江番6-2-1	大阪モノレールまたは阪急千里線 /山田	平成27年
大阪府立大学 高安部山陽院	06-6645-2896 FAX 06-6636-3539	〒545-8586 大阪府阿倍野区旭町 3-5-7	地下鉄JR/天王寺または近鉄南 大阪線/大阪府阿倍野区	平成27年



認知症疾患医療センター ★
 認知症対策連携担当者拠点区
 ※大阪府資料
 高齢者人口 (H22.10)
 認知症人数 (H22.11) 資料

大阪市指定認知症疾患医療センター(地域型)の担当について

エリア	病院名(所在地)	電話	連携担当者拠点区	該当区
北	大阪市立弘済院 附属病院(吹田市)	06-6871-8073	東淀川区	東淀川、淀川、西淀川、旭、都島、北、福島、此花
中央	医療法人北斗会 ほくとクリニック 病院(大正区)	06-6554-9707	城東区	城東、鶴見、東成、生野、天王寺、中央、浪速、西、港、大正
南	公立大学法人 大阪市立大学医学部附属病院 (阿倍野区)	06-6645-2896	阿倍野区	阿倍野、東住吉、住吉、住之江、平野、西成

各担当エリア毎に、連携担当者(社会福祉協議会看護師など)嘱託医(H23年度より一般科医1名+精神科医1名)配置。

大阪市指定認知症疾患医療センター(地域型)について

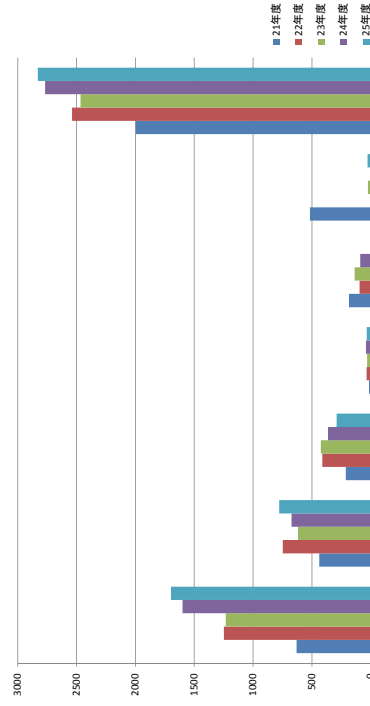
エリア	病院名	病床区分	特徴	連携病院
北	大阪市立弘済院 附属病院(神経内科・精神科)	一般病床90床	・市直営 ・特養併設 ・センター長が行政兼務	*精神科病院2か所 大阪市立総合医療センター(総合病院)
中央	医療法人北斗会 ほくとクリニック 病院(精神科)	精神科病床50床	・市唯一の精神科病院 ・隣接市に母体病院	*精神科病院1 一般病院1
南	公立大学法人 大阪市立大学医学部附属病院 (神経内科)	特定機能病院一般病床845床 精神科病床38床	・大学病院 ・PIB-PETあり	*精神科総合病院 *精神科病院 *は精神科病院

大阪市認知症疾患医療センター 鑑別診断数(左)と患者総数(右)



鑑別診断数は増加傾向にあるが、患者総数はやや減少傾向にある

大阪市認知症疾患医療センター 相談件数



大阪市全エリア共通

- ・初年度：連携ツール（福祉→医療）の作成
- ・大阪市認知症疾患医療センター連絡協議会 2/年
- ・大阪市認知症セミナー 1/年（3センターで持ち回り）
- ・認知症初期集中支援事業関係者会議（H27～）

→通常は担当エリアごとの活動をしている

大阪市における認知症初期集中支援

- ・ H26 年度：認知症初期集中支援チームモデル事業として、東淀川区に1地域包括支援センターに1チーム設置
- ・ H27年度：認知症初期集中支援推進事業
東淀川区、城東区、東住吉区に各1チーム設置

14

H26年度 本市での認知症初期集中支援チームモデル事業位置づけ

- ・ 本市においては、ひとり暮らし高齢者が非常に多く、また高齢者のみの世帯も増加していることから、症状が重症化し対応が困難な状況になってはじめて認知症に気づくというケースも見受けられる。
- ・ そのため、認知症の可能性がありながらもかかりつけ医がなく、適切な医療や介護福祉サービス等につなげていない方に対し、医療機関の受診や鑑別診断の勧誘などを集中的に支援する「認知症初期集中支援チーム」を設置し、早期発見・早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することとした。
- ・ 事業実施圏域については、医療との連携が効果的に図られることが期待される区単位とし、認知症対策に関する地域資源、基盤が充実し連携が図られていることなどから、東淀川区を実施区とした。

15

平成25年10月現在

	大阪市	東淀川区
人口	2,683,487人	176,450人
高齢者人口	643,232人	38,786人
高齢化率	24%	22%
要介護等認定者数	152,718人	9,115人
認知症高齢者等の日常生活自立度Ⅱ以上 〔平成25年11月末時点〕	62,100人	2,312人 （※）
地域包括支援センター設置数	66か所	4か所

※東淀川区の認知症高齢者等の数は「在宅」のみを集計したもの

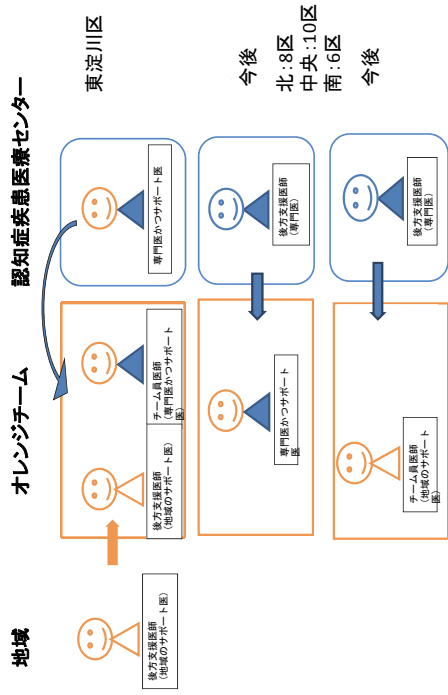


16

大阪市における認知症初期集中支援

- H26 年度: 認知症初期集中支援チームモデル事業として、東淀川区に1地域包括支援センターに1チーム設置
- H27年度: 認知症初期集中支援推進事業 東淀川区、城東区、東住吉区に各1チーム設置

医師配置の考え方



大阪市指定認知症疾患医療センター(地域型)機能について

エリア	病院名	病床区分	特徴
北	大阪市立弘済院 附属病院(神経内科・精神科)	一般病床 90床	<ul style="list-style-type: none"> モデル事業への人材派遣 初期集中支援チームへの研修 医療・介護専門職研修 啓発・情報発信
中央	医療法人北斗会 ほくとクリニック 病院 (精神科)	精神科病床 50床	<ul style="list-style-type: none"> 市唯一の精神科病院 隣接市に母体病院 精神科医療
南	公立大学法人 大阪市立大学医学部附属病院 (神経内科)	特定機能病院一般病床 845床 精神科病床 38床	<ul style="list-style-type: none"> 高度先端医療 人材育成(弘済院と連携) 大学病院 PIB-PETあり

大阪市の状況から

- 3センター(府内もすべて)すべて地域型
 - センター設置圏域が医療圏と不一致
 - 市域が狭く、(隣接市域含め)豊富な医療資源へのアクセスがよい
- 基幹型について: 若干の空床確保では機能しない。そもそも管轄も違う救急医療とセンター機能を一緒に考えない方がよいのでは?
- 圏域内で、各センターを統括する立場のセンターは必要。
- 診療所型について: 精神科開業は駅ビル型メンタルクリニックが多く、身体合併症の多い認知症を診るクリニックは少ない。もの忘れクリニックは、基準に合わない、メリットがないなどで希望するところは聞かない。
- 認知症サポート医の役割の明確化と地域型との連携方法を構築
- 各病院機能が異なるなかで、地域型の中での特徴的な位置づけが必要。
- 地域の政治や行政担当者の変更などで混乱しないような位置づけ方を、明示した方がよい。つまり、東京都の地域拠点型などを「東京都だからできる」ではなく、地方でも、それが地域にふさわしいと考えたらchoiceできる仕組みがあるといい。

東京都看護師認知症対応力向上研修の実施

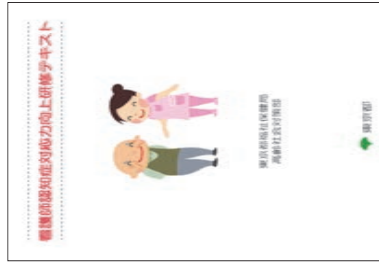
【目的】

急性期医療に関わる一般病棟の看護師が、入院から退院後の在宅生活まで視野にいれた認知症ケアについての知識を学ぶことで、認知症の人が病院で治療を受けると、退院後にもその生活に戻ることができることを促進する。

【研修の実施】

- ◆平成24年度に研修テキストを作成し、講師養成研修を実施（68名修了）。
- ◆平成25年度から都内12の認知症疾患医療センターの企画・運営により、地域の病院に勤務する看護師を対象とした研修を実施。（実績：計42回実施、1,104人修了）
- ◆平成26年3月～4月にかけて、東京都・東京都看護協会・東京都健康長寿医療センターの共催により、看護管理者対象の研修を実施。（実績：計3回実施、449人修了）

平成27年3月までに1,621人の病院勤務看護師が研修を受講



認知症アウトリーチチームの概要

平成25年度から7か所(平成26年度から12か所)の東京都認知症疾患医療センターに配置

- (1) 職種・経験
ア 専門医
イ 保健師、看護師、精神保健福祉士等(認知症ケアに3年以上の経験)

- (2) 配置人数
医師を1名以上、(1)イに規定する者を2名以上とし、合計で3名以上の職員を専任で配置

【主な業務内容】

- ◆認知症支援コーディネーター等からの依頼により、同行して対象者を訪問
- ◆アセスメントを実施し、精神的、身体的状況等を確認
- ◆訪問支援対象者にかかりつけ医がいる場合は、情報共有
- ◆認知症の症状を有すると判断される場合は、医療機関の受診を促し、鑑別診断につながるまで支援
- ◆訪問後は、個別ケース会議に出席し、医務的見地から助言
- ◆かかりつけ医がいない場合に、主治医意見書や、成年後見制度の申立に必要な診断書等を作成

【平成25年8月～平成27年3月末実績】

認知症アウトリーチチームが関与した高齢者数	252人(実人数)
うち認知症アウトリーチチームが訪問した支援者数	209人(実人数)
支援終了	125人(実人数)

10

都における総合的な認知症施策の推進

東京都高齢者保健福祉計画(平成27～29年度)

認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、区市町村や関係機関と連携した総合的な認知症施策を推進し、認知症の人が状態に応じて適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けられる体制の構築を推進

- ◆(目標1)地域連携の推進と専門医療の提供
 - ・認知症疾患医療センターの整備
 - ・早期発見・診断・対応の推進
- ◆(目標2)専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成
- ◆(目標3)地域での生活・家族の支援の強化

11

(目標1)地域連携の推進と専門医療の提供

1. 認知症疾患医療センターの整備

- ◆東京都認知症疾患医療センターの運営(地域拠点型12か所、地域連携型41か所)

認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等を実施する認知症疾患医療センターを島しょ地域を除く全区市町村に1か所ずつ設置して、地域の支援体制の構築を図る。

地域連携型と地域拠点型の機能比較

設置(指定数)	都の類型	設置医療機関		※地域拠点型は地域連携型の機能も兼ねる
		病院及び診療所	地域連携型	
区市町村ごと(島しょ地域を除く、41か所)	地域連携型	① 専任相談員による専門医療相談の実施 ② 鑑別診断 ③ 身体合併症、行動・心理症状への対応 ④ 地域における認知症医療・介護連携の推進 ⑤ 区市町村の認知症施策への協力	⑥ 認知症疾患医療・介護連携協議会の開催 ⑦ 身体合併症・行動・心理症状に対応するネットワークづくりの推進 ⑧ 地域の医療・介護関係者向けの研修会開催 ⑨ 認知症アウトリーチチームの設置 等	基本的な機能
二次保健医療圏ごと(12か所)	地域拠点型	病院		

※地域連携型認知症疾患医療センターの指定に係る今後のスケジュール(予定含む)

平成27年2月19日～4月17日 公募実施

平成27年5月以降 応募のあった医療機関・区市町村のヒアリング、選考委員会等を経て、指定。

◆は平成27年度新規事業、●は拡充事業、○は既存事業

◆は平成27年度新規事業、●は拡充事業、○は既存事業

2. 早期発見・診断・対応の推進

◆ 認知症支援コーディネーターの配置

保健師等の医療職を区市町村の地域包括支援センター等に配置し、個別ケース支援のバックアップ等を担い、認知症の疑いのある高齢者の早期発見・診断・対応を進めることにより、地域の認知症対応力向上を図る。

● 認知症普及啓発事業(区市町村包括補助・選択事業)

本人や家族が簡単に認知症の疑いを確認できる「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を掲載したパンフレットを配布する等、区市町村と連携して、様々な媒体を活用した普及啓発の充実を図る。

(目標2) 専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成

◆ 認知症支援推進センターの設置

認知症医療従事者等向け研修の拠点と位置付けている東京都健康長寿医療センターに認知症支援推進センターを設置し、医療従事者等に対する研修や島しょ地域への訪問研修等を実施。

◆ かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施、認知症サポート医フォローアップ研修の実施

- 病院勤務看護師、地域包括支援センター職員等向けの認知症対応力向上研修の実施
- 認知症多職種協働研修の実施
- 認知症介護研修の実施

(目標3) 地域での生活・家族の支援の強化

◆ 認知症行方不明者等の支援のための情報共有サイトの構築

区市町村が自ら行方不明高齢者等の情報を更新し、いつでも最新情報を閲覧できる、都独自の関係機関向けの情報共有サイトを構築し、認知症の人を地域で見守る取組を推進。

○ 区市町村における認知症の人を支える地域づくりへの支援(区市町村包括補助)

- 東京都若年性認知症総合支援センターの運営(1か所)
- 若年性認知症の人と家族を支える体制整備事業(区市町村包括補助・先駆的専業)
- 認知症の人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業(区市町村包括補助・先駆的専業)
- 高齢者権利擁護推進事業
- 認知症の予防・治療法の研究開発の支援

○ 認知症高齢者グループホームの整備

整備目標数(2025年度末)：定員2万人分<2013年度末8,582人分>
地域支援事業に低所得者に対する家賃等の軽減を行う事業者への助成が位置付けられている。

○ ケア付きすまい、都市型養護老人ホーム、特別養護老人ホーム等の整備

14

認知症疾患医療センターの整備の検討について

検討体制

◆ 東京都認知症対策推進会議(認知症医療部会(座長：繁田雅弘先生))※において、今後の整備方針について検討

※学識経験者、関係団体(東京都医師会、東京精神科病院協会等)、行政関係者(区・市・地域包括支援センター、保健所)等により構成

<主な検討内容>

- ・ 都における認知症疾患医療センター(地域型、診療所型)の機能
- ・ 認知症疾患医療センターの担当地域、配置数
- ・ 東京の実情に合った指定の要件等

◆ 東京都認知症疾患医療センターの取組

平成24年度に二次保健医療圏(島しょ地域を除く)に1か所ずつ、計12か所の認知症疾患医療センターを指定して、認知症の専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等の取組を推進するとともに、認知症アウトリーチチームによる支援を実施

◆ 認知症高齢者の増加

都における認知症高齢者(認知症高齢者日常生活自立度Ⅰ以上)は38万人を超えており、平成37年には約60万人に達する見込み

◆ 国の方向性

「認知症施策推進5か年計画(オレゾプラン)」(平成25～29年度)
認知症の早期診断等を行う医療機関を約9500か所整備
※全国の認知症疾患医療センター数 289か所(平成26年12月現在)

「認知症疾患医療センター診療所型」の創設
平成26年7月の国の実施要綱改正により、従前の「地域型」よりも人員配置、検査機器等所有等の要件が緩和された「診療所型」が新設された。

◆ 区市町村における地域包括ケアシステムの構築

区市町村は2025年度(平成37年度)までに、各地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築することを目標として、介護給付等対象サービス(介護サービス)の充実など、ともに、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策や生活支援サービスの充実など、地域包括ケアシステムの構築に向けた方策に取り組むことが求められている。

その際、認知症施策は必須の取組であり、地域包括ケアシステムの構築を図るためには、認知症施策に主眼をおいた街づくりが必要となる。

都における今後の認知症疾患医療センターの整備の方向性

◆ 急増する認知症の人と家族が地域で安心して生活するためには、認知症の人が状態に応じた適切な医療・介護・生活支援等の支援を受けることができる体制を、各区市町村において構築することが必要。

◆ これまでの都の取組や国の方針を踏まえ、認知症疾患医療センターの整備をさらに推進。

◆ 国実施要綱の「地域型」「診療所型」の機能を都の実情に応じて整理し、二次保健医療圏単位での整備に加え、より身近な区市町村単位での認知症疾患医療センターの整備を行うことにより、区市町村における「認知症対応型の地域包括ケアシステム」の構築を支援。

◆ 現在指定している12か所の認知症疾患医療センターについては、これまでの実績を評価して、二次保健医療圏の拠点となる「地域拠点型」認知症疾患医療センターに移行する。

「地域拠点型」認知症疾患医療センターは、「二次保健医療圏の認知症医療・介護連携の推進」役として、身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催、人材育成、認知症アウトリーチチームの配置等を担う。

◆ 新たに区市町村単位で指定するセンターは「地域連携型」認知症疾患医療センターとし、「区市町村における認知症医療・介護連携の推進役」として、専門医療相談、鑑別診断、身体合併症・行動心理症状への対応、地域連携の推進等を担う。

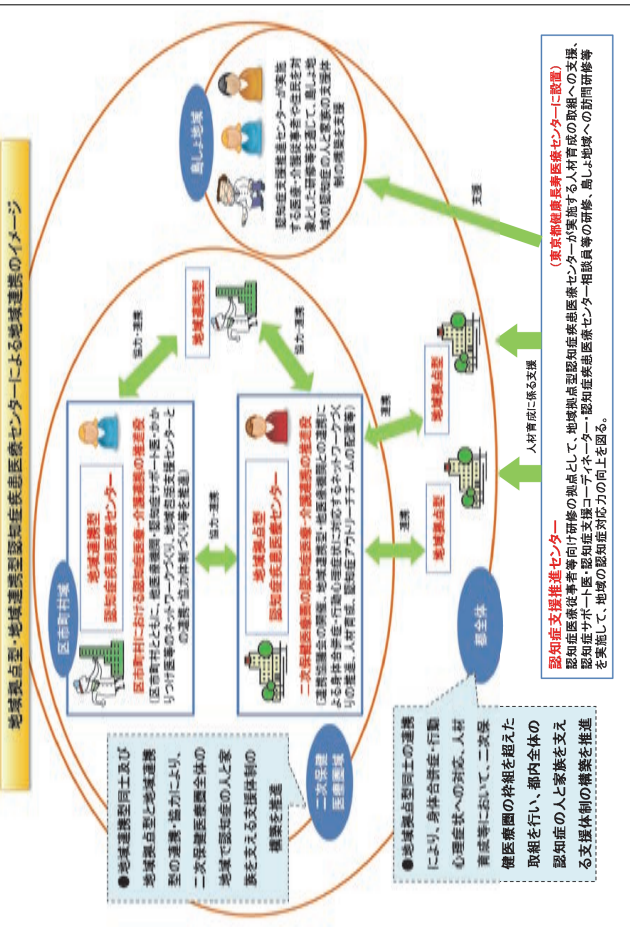
都における認知症疾患医療センターの類型①

※下線部分は国要綱に都独自にプラスしている要件である。

地域拠点型		地域連携型	
設置医療機関	病院	病院	診療所
国の類型	地域型	地域型	診療所型
設置数	12か所	41か所	
活動圏域	二次保健医療圏域	所在する区市町村	
人員体制	<ul style="list-style-type: none"> ・学舎専門医または5年以上の認知症専門医療臨床経験(※)を有する医師(1名以上) ・専任の臨床心理士(1名) ・PSW、看護師、保健師等に2名以上配置、うち1人は常勤専従 	<ul style="list-style-type: none"> ・学舎専門医または5年以上の認知症専門医療臨床経験(※)を有する医師(1名以上) ・専任の臨床心理士(1名) ・PSW、看護師、保健師等に2名以上配置、うち1人は常勤専従 	<ul style="list-style-type: none"> ・学舎専門医または5年以上の認知症専門医療臨床経験を有する医師(1名以上) ・PSW、看護師、保健師等に2名以上、うち1人は常勤専従
検査体制(※他の医療機関との連携確保対応で可)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)	
病床	認知症疾患の行動心理症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神科病棟を有する。両方の病床の確保が難しい場合は、どちらかの病床を他の医療機関との連携体制(届出時に具体的な連携体制について記載した協定書提出)による確保で可。		

都における認知症疾患医療センターの類型③

地域拠点型		地域連携型	
設置医療機関	病院	病院	診療所
地域との連携	地域の認知症に係る関係機関との連携を推進すること。特に以下の機関との連携推進に努めることとする。 <ul style="list-style-type: none"> ◆区市町村、地域包括支援センターとの連携 ◆かかりつけ医、医師会との連携 ◆家族介護者の会との連携 	地域の認知症に係る関係機関との連携を推進すること。特に以下の機関との連携推進に努めることとする。 <ul style="list-style-type: none"> ◆区市町村、地域包括支援センターとの連携 ◆かかりつけ医、医師会との連携 ◆家族介護者の会との連携 	
人材育成	都が指定する研修(注)を実施(注)指定の病院勤務者(看護師等)向けの研修及びかかりつけ医向けの研修を各年2回以上、多職種協働研修を年1回以上。その他の研修を含め、年6回以上の研修会を主催する。	都が指定する研修(注)を実施(注)指定の病院勤務者(看護師等)向けの研修及びかかりつけ医向けの研修を各年2回以上、多職種協働研修を年1回以上。その他の研修を含め、年6回以上の研修会を主催する。	地域拠点型が実施する研修に協力するとともに、区市町村・医師会等の関係機関が実施する研修に講師を派遣する等して協力する。
アウトリーチ支援	①圏域内の区市町村から依頼を受けた場合に、PSW、看護師等のコマンドカルと医師が支援対象宅を訪問して支援を行うことのできる体制を確保する。 ②各区市町村が設置する認知症初期集中支援チームの活動を支援する。(合同チーム員会議の開催、初期集中支援チームのチーム会議へのセンター専門医の派遣等)	①圏域内の区市町村から依頼を受けた場合に、PSW、看護師等のコマンドカルと医師が支援対象宅を訪問して支援を行うことのできる体制を確保する。 ②各区市町村が設置する認知症初期集中支援チームの活動を支援する。(合同チーム員会議の開催、初期集中支援チームのチーム会議へのセンター専門医の派遣等)	区市町村が実施する認知症初期集中支援チーム等の認知症関連専門に協力する。
情報発信	地域住民に向けた認知症についての理解促進に向けた普及啓発、認知症の連携体制の構築の周知等の実施		
診療報酬	認知症専門診療管理料を算定可	認知症専門診療管理料を算定可	認知症専門診療管理料を算定不可
委託料上限額(案)	28,197千円	52,177千円(平成27年度は年度途中より開始のため、通年委託料の約2/3を予算化した)	
指定期間(予定)	平成28年4月1日～平成29年3月末	平成27年度～平成30年3月末(予定)	



都における認知症疾患医療センターの類型②

地域拠点型		地域連携型	
設置医療機関	病院	病院	診療所
認知症診療センター	<ul style="list-style-type: none"> ◆アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症(またはピック病)、正常圧水頭症等の認知症原因疾患(若年性認知症を含む)の個別診断に対応 ◆医療相談室の設置要、専用電話等必要な設備を確保 ◆医療相談室は、本人・家族、地域の医療・介護関係者からの多様な認知症に関する医療相談に対応する。相談に当たっては、患者の状況を総合的に把握し、自院での診療も含め、適切な医療機関等の紹介を行う。 ◆病歴がない等医療機関の受診を拒否する人について相談を受けた場合、地域包括支援センターやかかりつけ医、区市町村、認知症初期集中支援チーム、認知症アウトリーチチーム等と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療相談室の設置要、専用電話等必要な設備を確保 ◆医療相談室は、本人・家族、地域の医療・介護関係者からの多様な認知症に関する医療相談に対応する。相談に当たっては、患者の状況を総合的に把握し、自院での診療も含め、適切な医療機関等の紹介を行う。 ◆病歴がない等医療機関の受診を拒否する人について相談を受けた場合、地域包括支援センターやかかりつけ医、区市町村、認知症初期集中支援チーム、認知症アウトリーチチーム等と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療相談室の設置要、専用電話等必要な設備を確保 ◆医療相談室は、本人・家族、地域の医療・介護関係者からの多様な認知症に関する医療相談に対応する。相談に当たっては、患者の状況を総合的に把握し、自院での診療も含め、適切な医療機関等の紹介を行う。 ◆病歴がない等医療機関の受診を拒否する人について相談を受けた場合、地域包括支援センターやかかりつけ医、区市町村、認知症初期集中支援チーム、認知症アウトリーチチーム等と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める。
機能	<ul style="list-style-type: none"> ◆身体合併症・行動心理症状への対応 ◆院内研修等により院内の多職種が適切に連携できる体制を構築し、自院での受け入れに努めることともに、地域との関係機関と緊密な連携を図り、地域全体で受け入れを促進していく体制を構築する。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆認知症疾患の身体合併症と行動心理症状に対する急性期入院治療を行える一般病院又は精神科病院との連携体制(具体的な連携体制については申請時に明記すること。)を確保する。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆認知症疾患の身体合併症と行動心理症状に対する急性期入院治療を行える一般病院又は精神科病院との連携体制(具体的な連携体制については申請時に明記すること。)を確保する。
認知症疾患医療・介護連携協議会	<ul style="list-style-type: none"> ◆医師会等の保健医療関係者、地域包括支援センター等介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会を二次保健医療圏単位で組織し、地域の認知症に係る支援体制づくりに関する検討等を行う。 ◆年2回以上開催 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医師会等の保健医療関係者、地域包括支援センター等介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会を二次保健医療圏単位で組織し、地域の認知症に係る支援体制づくりに関する検討等を行う。 ◆年2回以上開催 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医師会等の保健医療関係者、地域包括支援センター等介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会を二次保健医療圏単位で組織し、地域の認知症に係る支援体制づくりに関する検討等を行う。 ◆年2回以上開催

平成27年度の都における認知症医療従事者等向け研修体系

- ◆急増が見込まれる認知症の人と家族を地域で支えるため、認知症ケアに従事する医療・介護専門職のレベルアップを推進するとともに、区市町村で認知症施策に携わる人材の育成を図る。

研修名	研修主体	規模
1 かかりつけ医認知症対応力向上研修	東京都(地域拠点型認知症疾患医療センターへ委託)	年2回程度×12圏域
2 地域の病院勤務者(看護師等)向けの研修	東京都(地域拠点型認知症疾患医療センターへ委託)	年2回程度×12圏域
3 認知症多職種協働研修	東京都(地域拠点型認知症疾患医療センターへ委託)	年1回程度×12圏域
4 認知症サポート医フォローアップ研修(短期研修)	東京都・東京都医師会	年1回
5 認知症サポート医フォローアップ研修(長期研修)	東京都・東京都医師会	年1コース
6 認知症疾患医療センター相談員研修	東京都(東京都健康長寿医療センターへ委託)	年2回程度
7 認知症支援コーディネーター研修	東京都(東京都健康長寿医療センターへ委託)	年2回程度
8 島しょ地域の認知症対応力向上研修	区市町村	4島で開催
9 認知症総合アセスメント(DASC)研修	区市町村	任意
10 認知症ケアに携わる多職種協働研修	区市町村	任意
11 認知症サポート医養成研修	東京都(国立長寿医療研究センターへ委託)	100名程度
12 認知症初期集中支援チーム研修	東京都(認知症介護研究・研修センター等へ委託)	未定
13 認知症地域支援推進員研修	東京都(認知症介護研究・研修センター等へ委託)	未定
14 認知症介護従事者研修	東京都(東京都社会福祉協議会等へ委託)	未定

地域拠点型認知症疾患医療センターの機能

- 所在する区市町村における「地域連携型」認知症疾患医療センターの機能を担う。
- 加えて「二次保健医療圏の認知症医療・介護連携の推進役」として以下の役割を担う。

①	認知症疾患医療・介護連携協議会を開催(年2回以上)し、地域において効果的に機能するネットワークの構築に向けた検討を行うとともに、国及び都の認知症施策、各地域における認知症に係る取組の情報共有を図る。
②	認知症疾患医療・介護連携協議会における検討や他の地域拠点型との連携により、二次保健医療圏域における身体合併症・行動心理症状に対応するネットワークづくりの推進を図る。
③	かかりつけ医、一般病院の医療従事者、地域包括支援センター職員等、地域の医療従事者等の認知症対応力の向上を図るための研修を実施する。
④	認知症アウトリーチチームを配置して、認知症支援コーディネーター又は認知症地域支援推進員からの依頼に応じて、受診困難者等の認知症疑い高齢者の訪問支援を実施する。

地域連携型認知症疾患医療センターの機能

【専門医療機関としての役割】

専門医療相談の実施	◆ 専従の相談員を配置して、本人、家族、関係機関からの相談に応じるとともに、適切な医療機関等の紹介を行う。 ◆ 受診が困難な人について相談を受けた場合は、関係機関と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める。
鑑別診断・初期対応時の取組	◆ 本人の身体的・社会的側面等を総合的に評価の上、的確に診断し、医療・介護・生活支援等の支援に結びつける。 ◆ かかりつけ医と連携を図り、鑑別診断後の経過観察において、必要な支援を行う。
身体合併症・行動心理症状への対応	◆ センターにおける受入体制等の整備を図るとともに、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、地域全体で受け入れる体制を整備する(院内連携・地域連携)。

【地域連携の推進機関としての役割】

地域連携の推進	◆ 区市町村等が開催する認知症に関する会議に協力・出席し、区市町村とともに、地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、医師会、介護保険事業所、家族介護者の会等、認知症の人の支援に携わる関係者のネットワークづくりを推進する。 ◆ 所在する区市町村が実施する認知症初期集中支援チーム等の認知症関連事業に協力する。
---------	---

【人材育成機関としての役割】

専門医療、地域連携を支援する人材の育成	◆ 院内において専門的な知識・経験を有する医師・看護師の育成に努めるとともに、区市町村・医師会等の関係機関が実施する研修に講師を派遣する等して協力する。
---------------------	--

東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」

このサイトは、「認知症はともかくも認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」の推進を目的とする、東京都の公式サイトです。

このサイトは、「認知症はともかくも認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」の推進を目的とする、東京都の公式サイトです。

とうきょう認知症ナビ

品川マップ リンクについて 検索

ホーム 認知症の基礎知識 研修・行事・講座 相談窓口・リンク集 東京都の取組

最新の報道発表
PRESS RELEASE

- 2015年3月11日 重要 認知症を正しく理解するための取組を要請します
- 2015年2月8日 重要 第24回東京都認知症対策推進協議会開催の開催について
- 2015年1月28日 重要 東京都認知症対策推進協議会(第5回)の開催について
- 2014年12月19日 重要 「東京都認知症対策推進協議会」の委員公募します
- 2014年5月30日 重要 「自分でできる認知症の気づきチェックリスト」を作成しました

最新のお知らせ
INFORMATION

認知症高齢者の「行方不明」を元不明について

ご情報あいかとうございました



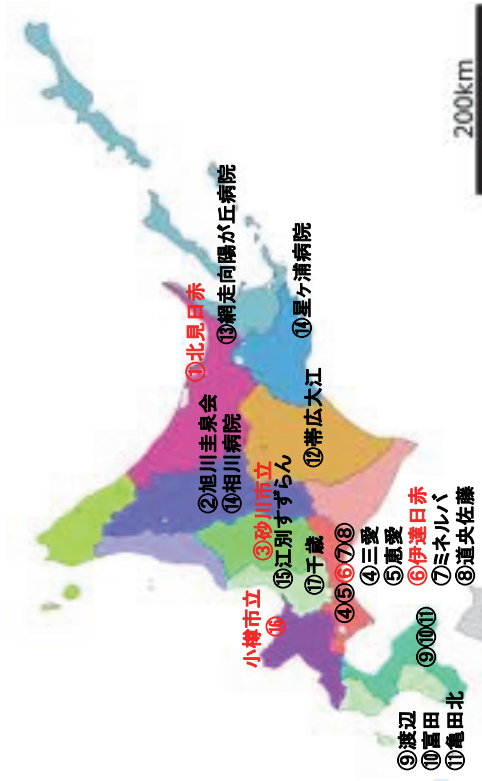
北海道認知症疾患医療センターの現状とアンケート調査による全国認知症疾患医療センターの課題

砂川市立病院 認知症疾患医療センター
内海 久美子

H27年10月9日

SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

北海道認知症疾患医療センター
H20年度より設置、H27年9月現在で18箇所



北海道認知症疾患医療センター懇話会

H22年 モデル事業として3カ所を指定
H24年 11カ所のセンターが設置され、
「北海道認知症疾患医療センター懇話会」設立 (H24年10月)



- ・各センターの現状と課題の共有を目的とする
- ・年2回開催
- ・各センターから医師・精神保健福祉士・看護師などの3人1組で参加
- ・各センターの精神保健福祉士による実務者会議
- ・当地域が作成した連携手帳を、各センターでも使用して全道を対象



SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

第2回 全国認知症疾患医療センター
研修会 (H26年9月13日 開催地 砂川)



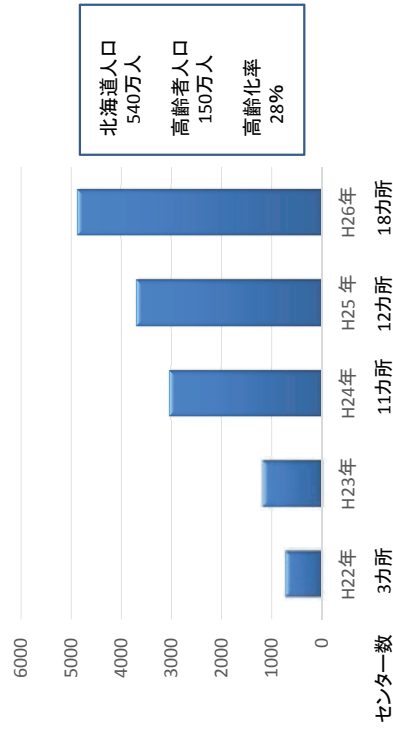
SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

第1回 全道認知症臨床研修会 &
日本老年精神医学会生涯教育講座
(H27年3月14日 開催地 札幌)



SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

北海道認知症疾患医療センターにおける
鑑別診断数の推移



SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

北海道認知症疾患医療センターの
問題点・今後の方向性

- 札幌市には、設置されていない
→ その計画もないようです。
- 一圏域に数カ所のセンターが設置されており、補助金が按分され70数万円。
→ 今後、**地域医療介護総合確保基金**からの補助は可能か？
- 診療所型の移行調査ではH29年まで希望する医療機関はなく、計画はなし。
→ もし設置されても補助金は、現在の額を按分を予定？
- **都道府県認知症疾患医療連携協議会**は開催する予定はなし
→ 予算がない。国に問い合わせたところ、その予算はなく、例えば現在の各センターの補助金を下げてその分を捻出してはと返答された。

SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

認知症疾患センター アンケート調査 (H27/2)

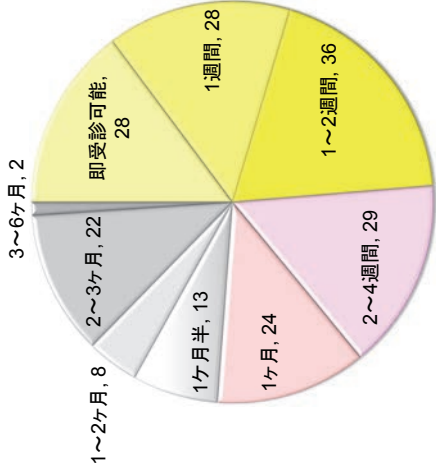
<調査項目>

1. 初診予約待機期間
2. かかりつけ医との連携体制
3. 現在の課題・問題点
 - 1) 7つの選択肢から2つ選択
 - 2) 自由記述
4. 困難に感じている連携先(7つの選択肢から複数回答OK)

送付先: 基幹型 12 地域型 277 診療所型 6 /計289
 回答: 基幹型 9 地域型 181 診療所型 4 /計194
 (67.1%)

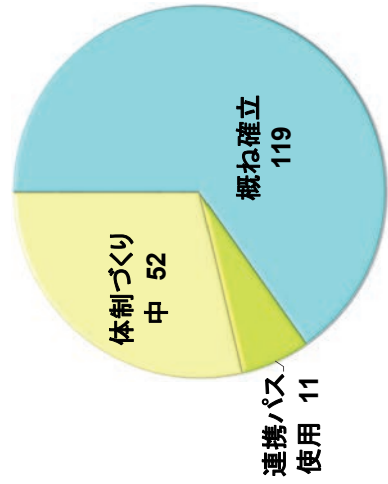
SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

予約待機期間



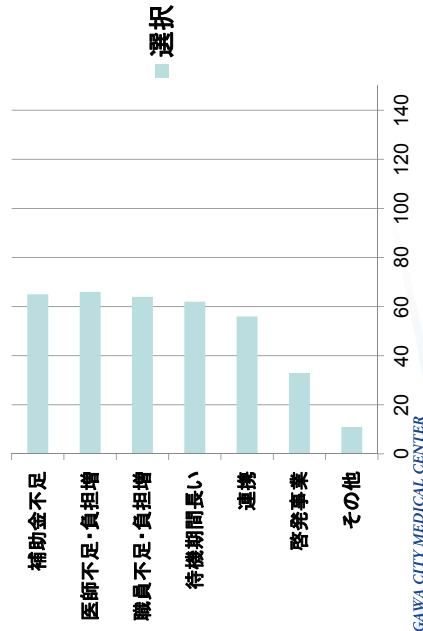
SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

かかりつけ医との連携の体制



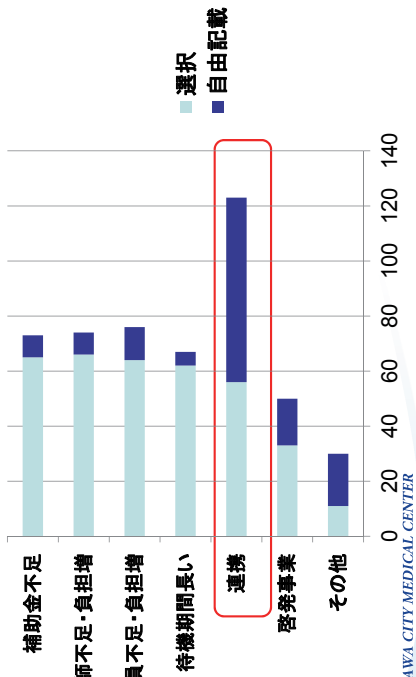
SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

抱えている課題・問題点 (7つ選択肢から2つ選択)



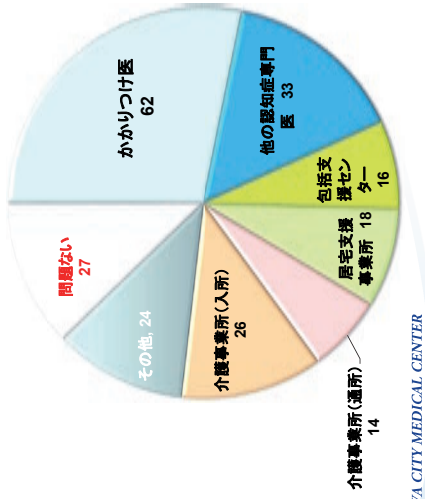
SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

抱えている課題・問題点 (選択+自由記載)



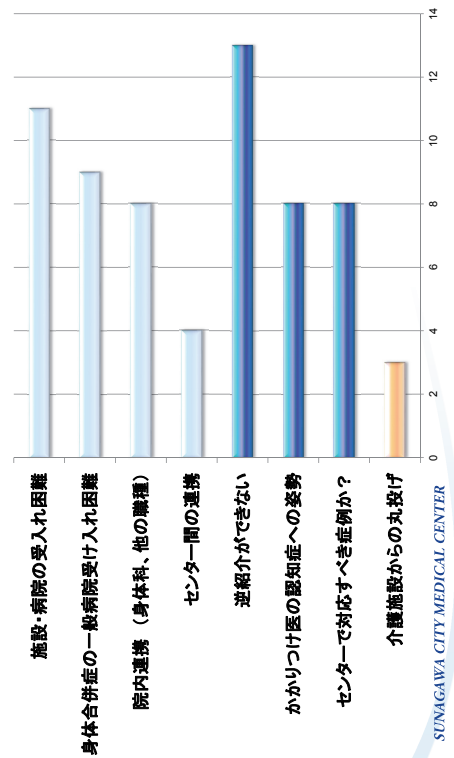
SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

困難と感ずる連携先



SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

連携の具体的問題点

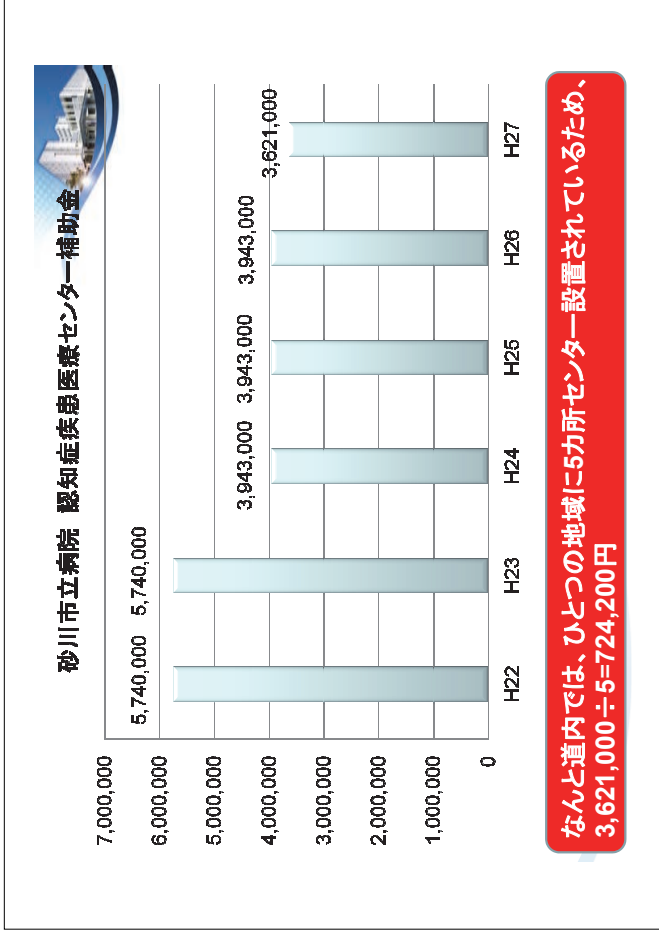
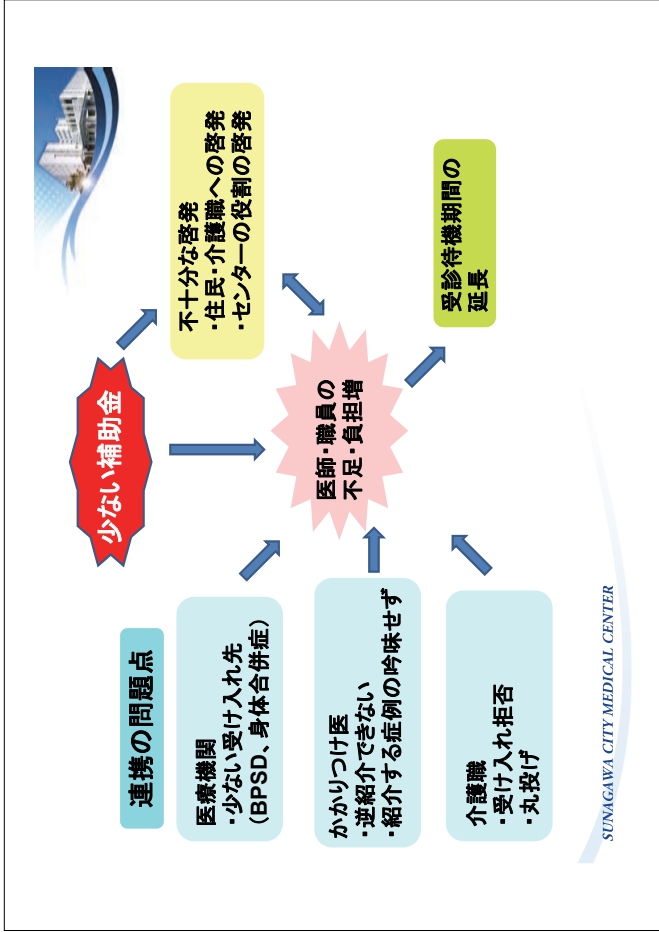


SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

その他の課題・問題点

その他の問題点	件数
BPSDの受け入れ(空床がない)	15
診療の質	6
検査の待機期間が長い	6
重度化してからの受診	4
センターの地域枠が広すぎる(人口が多い)	3
地域連携/パスの必要性	2
待ち時間が長くなる	2
リハビリーなど資源不足	2

SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

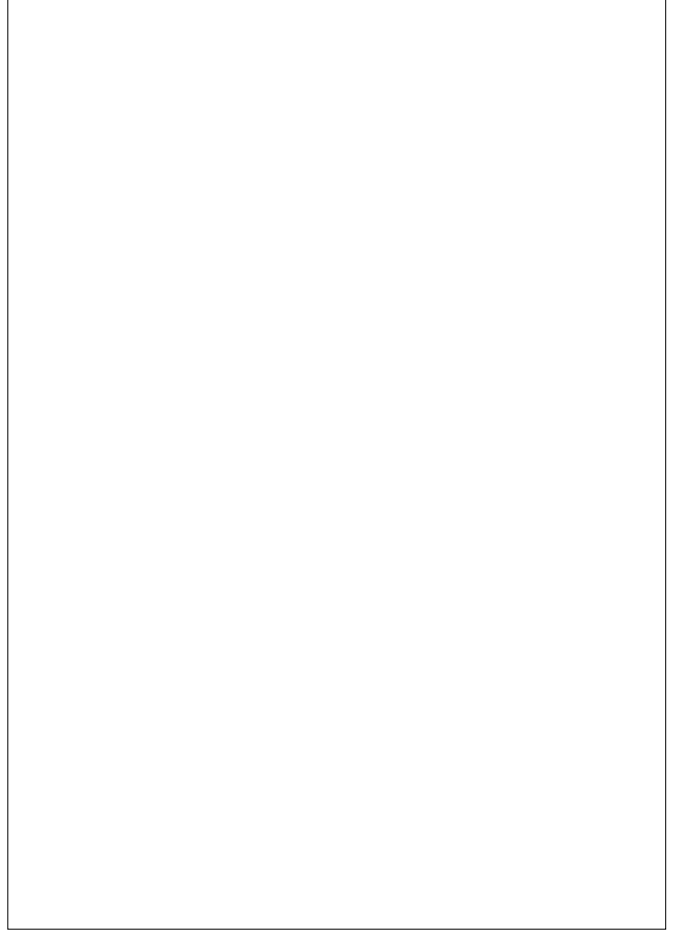


まとめ

全国認知症患者医療センターのアンケート調査から課題を抽出 (194カ所)

- ◆ 年々減額される補助金
- ◆ 医師、スタッフの不足・疲弊
- ◆ 不十分な啓発活動
- ◆ 長い待機機関
- ◆ **連携の問題**
 - ・困難な入院受け入れ (身体合併、BPSD)
 - ・逆紹介の困難さ
 - ↳ 日頃からの各医療機関との連携、連携承諾書などを交わす
 - ・施設の受け入れ拒否、丸投げ
 - ↳ ケアスタッフの育成、教育、顔の見える関係
 - ↳ センター間の連携
 - ↳ 各都道府県ごとのセンターの組織化

SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER



広島県の 認知症疾患医療センターの 活動状況

医療法人社団知仁会 メープルヒル病院神経内科
広島県西部認知症疾患医療・大竹市認知症対応・
玖波地区地域包括支援・合併型センター
センター長 井門ゆかり

0

本日の内容

1. 広島県の認知症疾患医療センターの状況
認知症疾患医療・地域包括支援・合併型センター
初期集中支援チーム
オレンジドクター（物忘れ相談医・サポート医）
2. 広島県共通認知症地域連携パス
「ひろしまオレンジパスポート」
3. 早期発見のためのスクリーニング検査
井門式簡易認知機能スクリーニング検査 (ICIS)

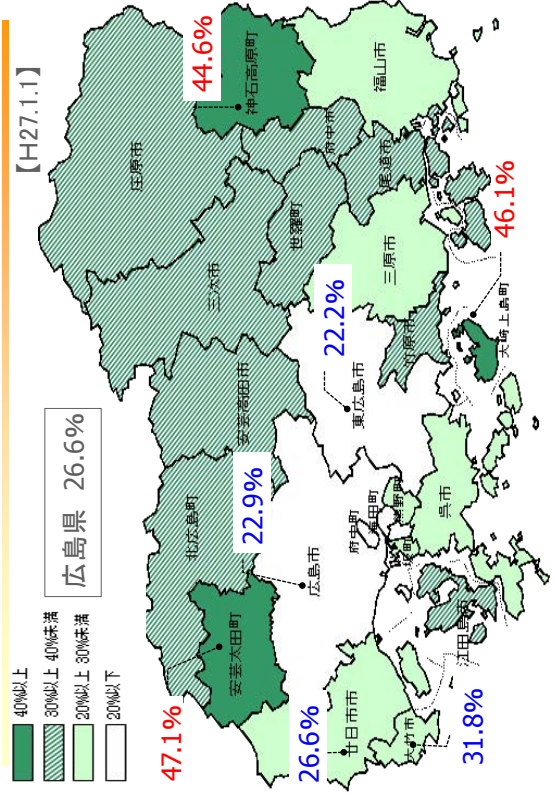
1

広島県の基本情報(H27.1.1現在)

人口	2869159	面積	8479.03km ² 全国で10番目
65歳以上人口	763304	高齢化率	26.6%
認知症高齢者数 (有病率15%で推計)	114500	二次医療圏域数	7
当センターの 2次医療圏域人口 (廿日市市+大竹市)	145578	圏域内 65歳以上 人口	40202
		認知症高 齢者数	6030

2

県内市町の高齢化の状況

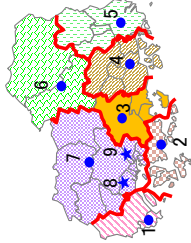


広島県内の認知症疾患医療センターの変遷

- 2010年7月 広島県に2ヶ所
 (三原病院、meerプルヒル病院)設置
- 2011年10月 広島市のセンター(草津病院)設置
- 2013年2月 広島県にさらに5ヶ所設置
 (光の丘病院、宗近病院、ふたば病院、
 千代田病院、三次神経内科クリニック花の里*)
- * 広島県認知症連携拠点医療機関→診療所型
- 2014年10月 広島市に2番目のセンター設置
 (瀬野川病院)

広島県内の認知症疾患医療センター

広島県指定: 7機関 ●
 広島市指定: 2機関 ★

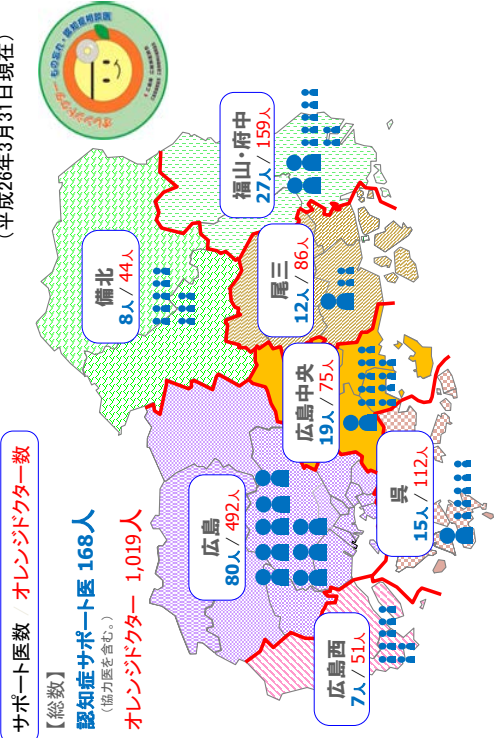


医療機関名	病院の特徴	センターの種類
●1. meerプルヒル病院 (大竹市)	精神科・内科病院 センター長は 神経内科	地域型
●2. ふたば病院 (呉市)	精神科病院	地域型
●3. 宗近病院 (東広島市)	精神科病院	地域型
●4. 三原病院 (三原市)	精神科病院	地域型
●5. 光の丘病院 (福山市)	精神科病院	地域型
●6. 三次神経内科 クリニック花の里 (三次市)	神経内科 クリニック	診療所型
●7. 千代田病院 (北広島町)	精神科病院	地域型
★8. 草津病院 (広島市西区)	精神科病院	地域型
★9. 瀬野川病院 (広島市安芸区)	精神科病院	地域型

5

二次保健医療圏別認知症サポート医等の分布

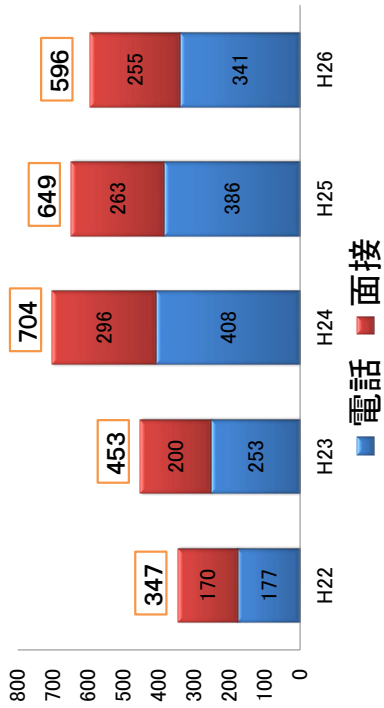
(平成26年3月31日現在)



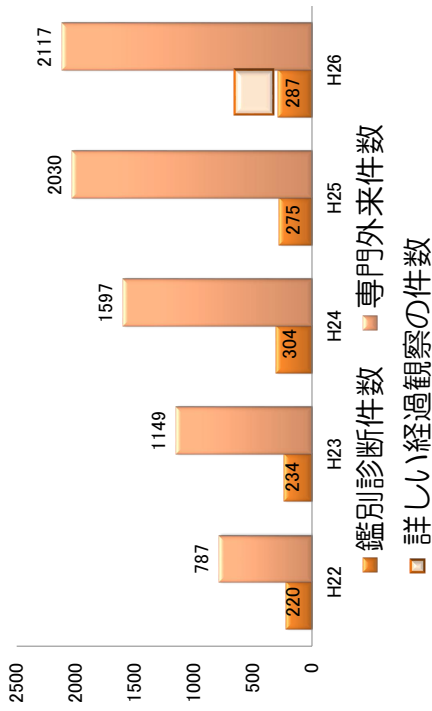
広島県のセンターの実績(H25/H26)

- ★専門医療相談
 電話 1342件/1891件
 面接 923件/1289件
 合計 2265件/3180件
- ★研修会 2~4回/年
 (県のセンター合同で年1回、
 各地域ごとに数回開催)
- ★協議会 3~5回/年
 (認知症疾患医療センター全
 体協議会と、地域ごとの協議
 会を開催)
- ★受診状況
 専門外来 13783件/14332件
 鑑別診断 1378件/1601件
 入院件数 590件/705件
 他院へ入院 104件/154件
 退院件数 448件/644件

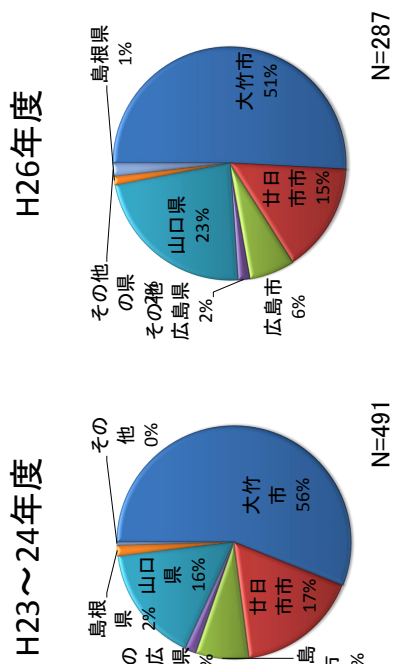
西部認知症疾患医療センター 専門医療相談件数



西部認知症疾患医療センター 認知症外来・鑑別診断件数



新規受診者 地域別



広島県地域医療介護総合確保事業(H27～)

認知症循環型医療介護連携システム推進事業

- 認知症疾患医療・地域包括支援 **合併型** センター
「広島県西部認知症疾患医療・大竹認知症対応・玖波地区地域包括支援・合併型センター」
- 認知症初期集中支援チーム
 (広島県認知症疾患医療センターに設置)
- 認知症治療病棟の機能分化の調査

日本
初!!

認知症治療病棟の機能分化の調査
 ↓
 認知症急性期治療病棟
 認知症治療リハビリ病棟
 最重度認知症療養病棟
 身体-精神合併症対応病棟(MPU-D)

認知症医療の標準化を目指す
 (広島県精神科病院協会を中心に)

出典:広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併型センター 井門ゆかり

広島県西部認知症疾患医療・大竹認知症対応・ 玖波地区地域包括支援・合併型センター

1. 今まで通りの認知症疾患医療センターの活動
2. 大竹市全域の認知症に対応する地域包括支援
3. 玖波・玖波地区・湯舟の普通の地域の地域包括支援

医療と介護の連携をよりスムーズに

- ・ 地域包括には相談しやすいが、医療機関には相談しにくい...
- ・ 認知症と診断はついたが、介護サービスの利用は？
- ・ 物忘れの相談から、早期診断・治療開始、介護保険の申請まで、一元化(ワンストップ)

出典:広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併型センター 井門ゆかり

合併型センター対応事例

- ・ 地域包括に様々な相談(近所の人の様子がおかしい、ゴミ屋敷、虐待など)が寄せられる。
→ 情報収集しながら、認知症初期集中支援チームが訪問。
→ 医学的視点を持って、総合的にアセスメント。
→ 多くのケースでは、医学的に治療の必要がある。
- ・ 認知症疾患医療センター受診時、病状・診察結果から、介護保険の申請が必要であれば、その場で申請につなげる。

地域包括が出来たことで、問題事例を直接把握

医学的視点を持って、総合的にアセスメント。

ほとんどのケースで介護保険の申請も必要。手間を軽減でき、便利で安心

13

合併型センター 実績 (H27.7~9)

・ 相談件数	372件	・ 入院件数	45件
・ 電話相談	180件	・ 入院理由	
・ 来院相談	101件	・ 身体合併症	22件
・ 訪問相談	70件	・ 周辺症状	8件
・ 初期集中支援チーム	18件	・ 中核症状	7件
		(鑑別中を除く)	
・ 外来件数	558件	・ 退院件数	46件
・ 新患	35件	・ 退院先	
・ 経過観察検査	51件	・ 転院	14件
		・ 施設入所	6件
		・ 在宅	5件
		・ 死亡	17件

14

認知症地域連携パス

パスを主な目的で分類すると、

1. 情報の集約(プロフィール、病歴、検査結果など):
オレンジ手帳、脳の健康パスポート(初期)
2. 問題を相談・共有し、解決を探る(1+2):
つながりノート、熊本県のパス、オレンジノート、脳の健康パスポート(改訂後)
3. 紹介をスムーズに : 呉(初期)
オレンジ手帳(精神科病院協会)] オレンジノート] ひろしま
つながりノート(大阪大学精神科)] (大竹)] オレンジ
脳の健康パスポート(広島安佐)] パスポート
熊本県 認知症地域連携パス その他

平成24～25年度 広島モテル事業から、平成26年 ひろしまオレンジパスポートへ!

平成24年 それぞれ別のパスを作成
県内の4ヶ所の地域(大竹・呉・三原・広島安佐) 各地域で頑張るほど、統合しにくくなる?

広島医療情報ネットワーク (HMネット)にも乗せたい!

平成25年 パスの統合へ方向転換
パス部会の中に作業チームを結成
(広島大学 丸山先生とモテル事業の各地区担当者:
三原市 壺井先生、呉市 長尾先生、
広島安佐地区 山下先生、大竹市 井門)

平成26年4月 ひろしまオレンジパスポート
県全体で使用開始。
紙の手帳 + HMネット(PC)
(広島医療情報ネットワーク)



16

「ひろしまオレンジパスポート」の取組

認知症のある人への適切なケアの提供につなげるため、医療・介護等の関係者間で、患者情報を伝達・共有する県内ツールを作成・導入



【共有する患者情報】

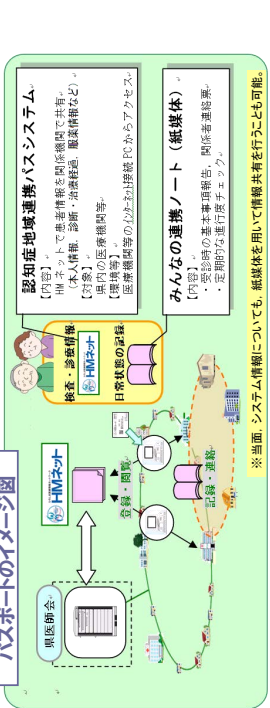
- ① 本人情報
- ② 連携機関の連絡先
- ③ 認知症検査・診断結果
- ④ 治療経過
- ⑤ 日常の様子や変化

◎ 情報共有は、患者家族等の同意に基づいて行

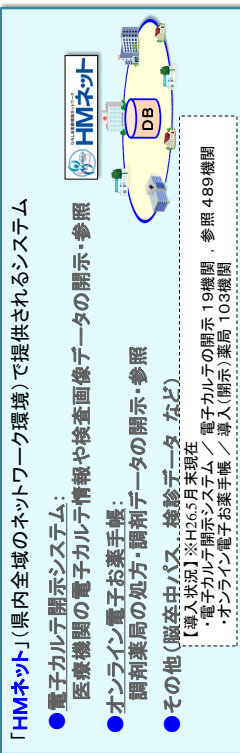
※「ひろしま医療情報ネットワーク」(HMネット)にて、患者情報を共有するネットワーク環境も併せて構築

「ひろしまオレンジパスポート」の仕様 (共有ツールの構成)

- 広島医師会の「ひろしま医療情報ネットワーク」(HMネット)を活用して、インターネット環境内で患者情報を登録・閲覧
- 日常の様子などの報告や連絡を行うための紙媒体(記入様式)「みんなの連携ノート」を併用



広島医療情報ネットワーク (HMネット)



- HMネットを利用することで・・・
- ◆ 医療機関をつなぐネットワーク内で患者情報が蓄積されることにより、情報の提供・入手の円滑化につながる。
また、他機関の医療情報(カルテ情報など)の入手も可能。
- ◆ ネットワークの広がり(参加機関の増加)と合わせて、専門医療機関とかがりつけ医等機関のつながり(連携体制)の拡大も期待できる。
- ◆ 情報管理や利用者の利便性に資する。
(パスの紛失による情報喪失がない、地域に拠らない共有が可能)

「みんなの連携ノート」について

- 【家】受診の度に、日常生活の様子をシェアックして医師へ報告
- 【医】診察結果や治療方針、留意点などを連絡
- 【介】介護現場での気づきや変化などを報告

切れ目のない状態の把握・共有
症状の変化への早期対応



【関係者が情報共有して、状態に合わせた医療・介護サービスの提供につなげる】

「ひろしまオレシジパスポート」発行機関

(平成26年6月時点)

区域	発行機関 (認知症疾患医療センター等)
広島	●草津病院(広島市) ●千代田病院(北広島町) ●瀬野川病院(広島市)
広島西	●メープルヒル病院(大竹市)
呉	●ふたば病院(呉市)
広島中央	●宗近病院(東広島市)
尾三	●三原病院(三原市)
福山・府中	●光の丘病院(福山市)
備北	●三次神経内科クリニック花の里(三次市)

※上記のほか、モデル実施地域の認知症専門医療機関でもパス発行を開始
(安佐:1機関, 呉:9機関, 三原:4機関)

「ひろしまオレシジパスポート」発行機関②

(平成26年6月時点)

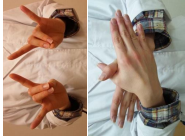
◆「認知症地域連携バス導入モデル事業」実施地域の認知症専門医療機関

地域(地区医師会)	発行機関
安佐医師会	◆安佐市民病院
呉市医師会	◆呉医療センター(精神科) ◆呉共済病院 ◆呉中通病院 ◆公立下瀬川病院 ◆中国労災病院 ◆早川クリニック ◆藤原脳神経外科クリニック ◆ほうゆう病院 ◆松田脳神経外科
三原市医師会	◆小泉病院 ◆興生総合病院 ◆土肥病院 ◆山田記念病院

ひろしまオレシジパスポートのメリット

- パスを発行することは、ホットラインを引くようなもの
- (ご本人)・ご家族・医療・医療機関・かかりつけ医・介護が連携。
- 認知症の検査や経過が累積される。
- 「みんなの連携ノート」で、その名の通り、相談や情報を共有し、連携しやすくなる。
- 関係者が直接記入することで、必要な情報が正確に伝わる。
- 紹介状を書くほどではない、ちょっと伝えたい情報を気軽に伝えられる。
- HMネットの利用で、紙の手帳を忘れても、利用できる。

井門式簡易認知機能スクリーニング検査 Imon Cognitive Impairment Screening Test (ICIS)



対面式 所要時間約3分 12点満点

1. 時間の見当識: 年・月・日・曜日各1点、計4点
2. 記録: **三単語を覚えてもらう**
3. 構成実行: 指で**キツネ・ハトの模倣**
キツネ左右各0.5点、ハトは迷わずにできたもの1点、
試行錯誤しながらできたもの0.5点、できないもの0点
4. 柔軟性(語の流暢性):
「か」で始まる**言葉を1分間で出来るだけたくさん言う**
2語以下0点、3~5語1点、6~9語2点、10語以上3点
5. **三単語の遅延再生**: 各1点、計3点

日本老年医学会雑誌 2014;51:356-363

キツネ・ハト



迷わずにできた 1点
試行錯誤してできた 0.5点
できない 0点

キツネ左右各0.5点

掌が自分の方を向いて
いるのが正解

出典: 広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併症センター 井門ゆかり

井門式簡易認知機能スクリーニング検査 (Imon Cognitive Impairment Screening Test (ICIS))	
氏名	____年__月__日、__歳
検査日	____年__月__日
検査時間	____分
検査場所	____
検査者	____
検査結果	____
検査内容	<p>1. 1分間に、年、月、日、曜日、曜日を記入する。</p> <p>2. 年、月、日、曜日、曜日を記入する。年、月、日、曜日、曜日を記入する。年、月、日、曜日、曜日を記入する。</p> <p>3. 1分間で出来るだけ多くの「か」で始まる言葉を記入する。</p> <p>4. 「か」で始まる言葉を、できるだけ多く記入する。</p> <p>5. 3単語を覚えてもらう。</p>
検査結果	<p>1. 10分以上</p> <p>2. 6~9分</p> <p>3. 3~5分</p> <p>4. 2分以下</p>
検査結果	<p>1. 10分以上</p> <p>2. 6~9分</p> <p>3. 3~5分</p> <p>4. 2分以下</p>

ICIS検査用紙

- 3単語の選択肢
1. りんご 牛
 2. みかん 豚
 3. バナナ 馬
 4. メロン 犬
 5. スイカ 猫
 6. イチゴ 猿
 7. ブドウ ヤギ
 8. レモン 熊
- 自動車
飛行機
電車
バス
船
自転車
トラック
タクシー
- アルツハイマーの方は覚えたことをすっかり忘れている。脳血管性などでは、カテゴリーのヒントを与えると思い出しやすい。

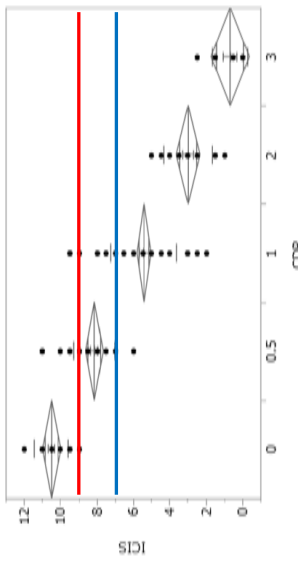
井門式(ICIS)の判定について

判定
ICIS 9点以下 軽度認知障害(MCI)の疑い
ICIS 7点以下では、認知症の疑い

4つの領域のどれかで、2点以上失点がある場合も、認知機能の低下が疑われる。
麻痺などで、キツネ・ハトができない場合は、6点以下で認知症の疑いと判定。

出典: 広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併症センター 井門ゆかり

ICISスコアのCDR別分布

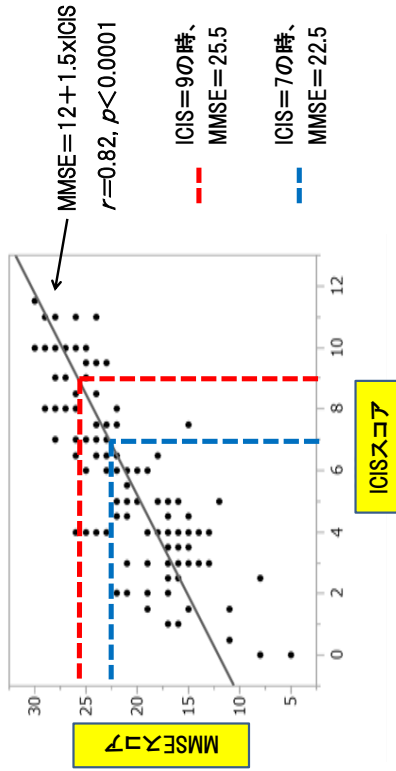


	健常高齢群 (n=30)	MCI群 (n=34)	軽度群 (n=51)	中等度群 (n=18)	高度群 (n=7)
MMSE	28.1 ± 1.5	26.1 ± 1.5	20.9 ± 2.8	16.2 ± 1.7	8.0 ± 3.0
ICIS	10.5 ± 0.9	8.3 ± 1.3	5.5 ± 1.8	3.0 ± 1.3	0.7 ± 1.0

各群間に有意差あり
各群間に有意差あり
($p < 0.0001$)

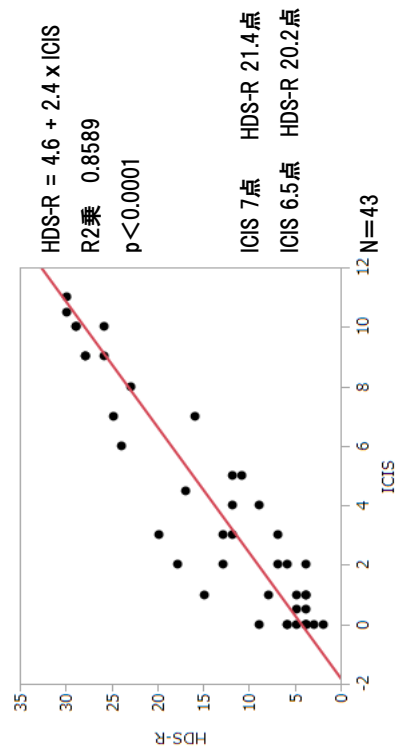
出典: 広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併症センター 井門ゆかり

ICISとMMSEの相関



出典: 広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併症センター 井門ゆかり

ICISとHDS-Rの相関



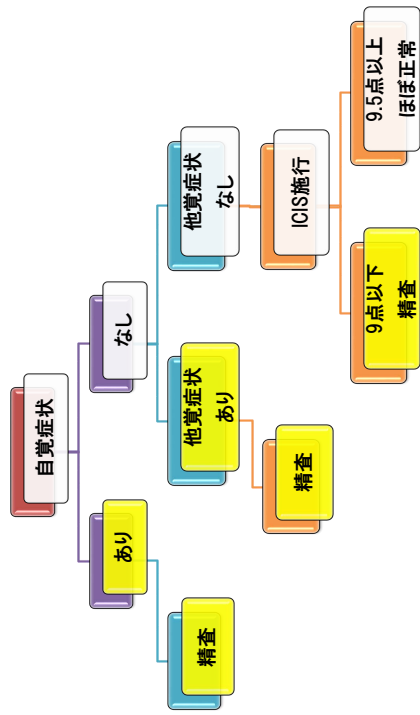
出典: 広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併症センター 井門ゆかり

認知症型別、失点しやすい項目

- アルツハイマー型:
何といっても、3単語の遅延再生(近時記憶)
(少し後で)時間の見当識
ハト→キツネ
進行につれ、語の流暢性が低下
- レビー小体型: 手指模倣、語の流暢性
思い出すのに時間がかかる(思考緩慢)
注意の低下のため、時間の見当識も低下
- 血管性: 語の流暢性
覚えてはいるが、思い出すのに時間がかかる
(皮質下性認知症の特徴)
- 前頭側頭型: 語の流暢性(前頭葉機能)

出典: 広島県西部認知症疾患医療・地域包括支援・合併症センター 井門ゆかり

認知症精査の必要性の判定



これで安心して経過観察を

出典 広島県西部認知症医療センター、地域包括支援、合併症センター 井門ゆかり

当院におけるICISの活用法

- 希望者（患者家族など）には無料で施行（外来看護師もしくは臨床心理士が施行）
 - 65歳以上の外来患者、1年に1回誕生日に施行
 - 60歳以上の初診の方（物忘れ以外の主訴の方）
 - 診察時、物忘れの相談のあった方にその場で施行。
 - 外来での簡単な経過観察に。点数が出ると、説明しやすしい。
- （詳しい定期的な経過観察は、6ヶ月か1年ごとに施行）

広島県の認知症患者医療センターの特徴

広島県の認知症患者医療センターはほとんどは地域型で、精神病院が多く、初期集中支援チームもセンターに設置している。

広島県と広島市の連携について

- 県共通の地域連携パスは県のモデル事業で作成し、県のセンターも使用。
- 県のセンターと広島市のセンターの連携協議会は、現状では開催されていない。（広島市の2番目のセンターが開設の時は、当センターを見学、使用している書類や統計の書式なども提供。）
- かかりつけ医やサポート医などへの研修については、県のセンターも市のセンターも必要に応じて一緒に講師を派遣するなど協力している。

34

当センターの現状(1)

- 当院は、精神科・内科病院であるが、センター長は神経内科で、認知症の鑑別診断・専門外来を担当。
- 精神科に認知症疑いの人が受診した場合も、大抵はセンターの初診予約に回される。（セッティングされた検査から治療導入、定期経過観察、介護保険申請などスムーズに対応）
- 1年もしくは半年に1回など、適当な時期の経過観察で、治療方針の見直し。（進行の程度・BPSDの状況把握）
- 当センターの予約待ちは1か月前後。定期的な経過観察の人が増え、新患の枠の確保がやや難しくなっている。
- 地域の開業医・総合病院から、認知症の早期診断・鑑別診断・薬剤調整目的の紹介が多い。（疑いがあれば、とりあえず紹介）
- センターは基本的には、かかりつけ医にはならない。可能な限り、治療はかかりつけ医にお願いする。

当センターの現状(2)

- 入院は、BPSDは精神科、身体合併症は内科を中心に対応。
- 身体合併症(重度)について、必要時は周囲の総合病院の受け入れも良い。
- 当院は、精神科救急はしていないので、BPSDによる入院が検討される場合は、早めに相談するよう呼びかけている。
- かかりつけ医・専門職対象の研修会、かかりつけ医認知症対応力向上研修、サポート医フォローアップ研修などで、適切な早期発見・対応ができるように、レベルアップ。
- 井門式スクリーニング検査も県内各地・近隣の県などで紹介。紹介時期が以前より早めになってきている。

当センターの現状(3)・課題

- **合併型センター**開設で、医療と介護の連携が円滑かつ迅速に。
- **初期集中支援チーム**を認知症疾患医療センターにおくことで、より医療になげやすく、必要に応じた多職種の間わりができる。**市との連携**は重要。
- 地域包括支援センターが行っていた認知症サポーターやキャラバンメイト養成研修も、合併型センターで行うことになった。認知症患者さんの見守りや、認知症に早めに気づいて、病院受診(早期の鑑別診断・早期対応)につながる町づくりが、初期集中支援チームの活動とも相まって進みやすくなる。介護だけでなく医療の必要性をアピールできるメリットがあるが、仕事量はさらに増大。**マンパワー不足**が問題。
- 認知症疾患医療センターや合併型センターは、協議会や研究会など、通常業務以外の仕事も、非常に多く、現場スタッフは、気を付けないと**燃え尽き症候群**に陥る可能性がある。

37

認知症診療上の問題点

- 薬剤性の認知機能低下やせん妄に対する知識が、他科の医師に不足している。
- かかりつけ医で、認知症の悪化と言っているのが、脱水や電解質の異常、肺炎など身体疾患が原因のことが多い。
- 脳外科で正常圧水頭症や脳血管性認知症が見逃されていたり、精神科でうつと診断され、認知症の進行が見逃されているなど、認知症に詳しいと思われる医師でも、診断に問題があるケースも少なからず経験する(認知症診療の難しさ)。
- 診断がついても、薬剤調整には知識と経験が必要で、専門医だから皆上手にできるとも限らないし、誰がやっても難しいケースもある。

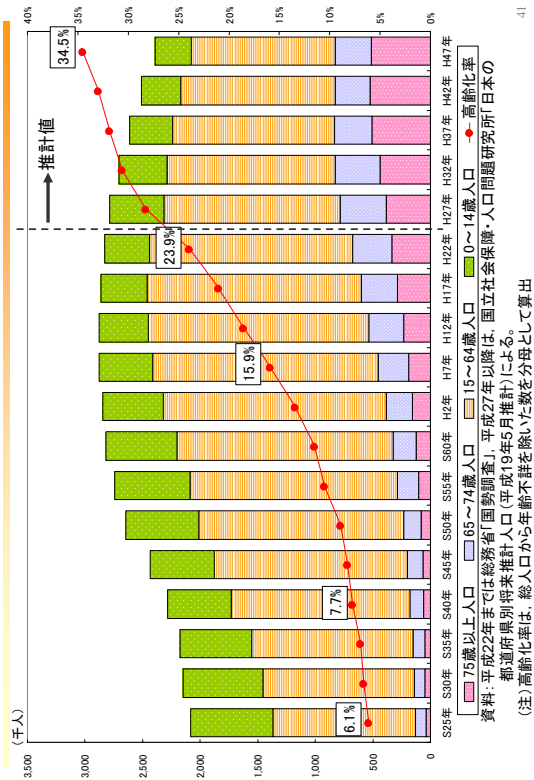
38

まとめ

1. 広島県の認知症疾患医療センターの状況
認知症疾患医療・地域包括支援・合併型センター
初期集中支援チーム
オレンジドクター(物忘れ相談医・サポート医)
2. 広島県共通認知症地域連携パス
「ひろしまオレンジサポート」
3. 早期発見のためのスクリーニング検査
井門式簡易認知機能スクリーニング検査(ICIS)

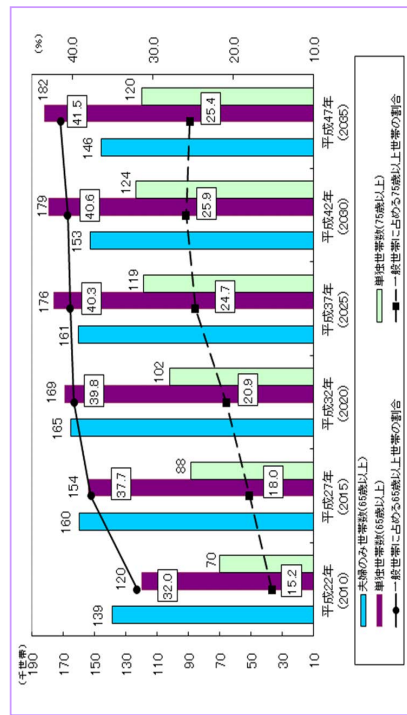
39

本県の高齢化の推移と将来推計



参考資料

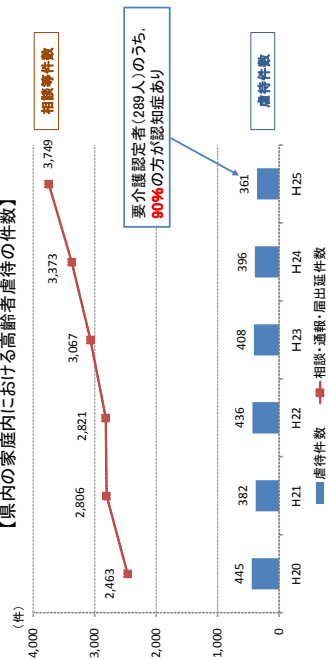
本県の高齢化世帯の将来推計



「認知症高齢者を考える」もうひとつの理由 (高齢者虐待防止について)

- 平成18年4月「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」施行

【県内の家庭内における高齢者虐待の件数】



認知症疾患センターの実態に関する調査研究事業 国立市の認知症対策

国立市在宅療養推進連絡協議会
代表 新田 國夫

3 認知症施策の推進
国立市の後期高齢者は、7798名(平成27)年1月末現在)であり、このうち要介護認定者は2435名(約31%)である。さらに認知症の疑いのある方(*認知症高齢者の日常生活自立度IIa以上)は1431名(約59%)を占める。
認知症高齢者の日常生活自立度I以上を認知症とすれば、要介護認定者の約78%を超える方が認知症であると考えられる。また、後期高齢者の約24%が認知症であるといえ、認知症で独居の方が384名いる。
これからのさらなる認知症増加に対応するためには、地域住民、医療・介護等の専門職、行政が一体となって「認知症になっても住み続けられる地域づくり」に取り組み必要がある。そのため課題の明確化と具体策の検討は、国立市在宅療養推進連絡協議会において協議され、その結果、数々の事業として展開されている。今後、介護家族を支援する「家族介護者交流会」、専門職が地域に出かけて行う「認知症市民勉強会」を継続し、そこに行けば認知症の情報を得られ相談にもつながる「認知症力フエ」を地域に展開していくこととする。
また、同協議会において、高齢者が元気な時からMCI、認知症の初期、中期、後期に至る過程で、どのような支援がなされるかを「国立市認知症ケアウェイ(認知症care-path-way)」にまとめ、同協議会に立ち上がった「認知症地域連携部会」において、さらなる具体的な認知症施策を検討していくこととする。
また、新たに、認知機能の低下を早めに取り入れ医療と連携して支援する「認知症早期発見・早期診断事業」、個別の認知症問題に「認知症疾患医療センター診療所型(国策)」と協働して地域で解決する仕組みづくり、「認知症介護リーダー職」「認知症サポーター」が協力する中で認知症を地域ぐるみで支える具体策等を計画的に実施していくものとする。

第6期介護保険事業計画(抜粋)

国立市(くにたち)

面積 約18.15km²

人口と高齢者数(住基登録者)	
2015年7月1日	割合
全体	74,766
65歳以上	16,331 21.8%
75歳以上	7,941 10.6%

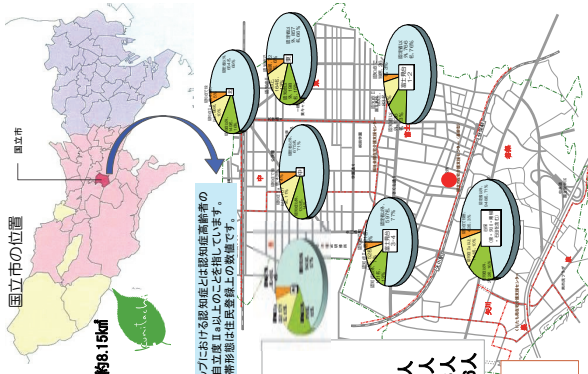
要支援・要介護認定者数(高齢利用者)

2015年6月30日	人
認定者全体	3,167
40～64歳	94
65～74歳	372
75歳以上	2,701

2013年1月現在【75歳以上の在宅の方】

人数	7,282人
認定者以外	5,140人
認定者	2,142人
認知症以外	1,087人
認知症で独居以外	787人
認知症独居	288人
*生活実態が独居の方	58人

市内全域をひとつの生活圏域とし、直営1か所の地域包括支援センターを市役所内に設置。市内にプランチを3か所、在宅医療相談窓口を1か所委託し、運動した対応を図る。



このマップにおける認知症とは認知症高齢者の日常生活自立度IIa以上を指し、世帯形態は住基登録上の世帯です。

地域包括ケアシステム構築にむけた支援のあり方の課題

- 第1期～第2期介護保険事業計画期間(平成12年度～17年度)
 - ◇介護保険制度の創設、総合的なサービスの提供・調整の必要性。
 - 【問題点】委託型の在宅介護支援センターでは、対応能力に限界あり。
 - ↑委託型の在宅介護支援センターを在宅支援センターであったところ、平成15年度に市役所内に基幹型在宅介護支援センターを設置。
 - 【更なる課題】基幹型も総合調整能力に不足あり。
 - ↑包括的・継続的な相談・支援体制整備の必要性
 - 第3期～第4期介護保険事業計画期間(平成18年度～23年度)
 - ◇予防重視型システムへの転換、地域密着型サービス等の確立
 - 【問題点】市内を1圏域として新設された地域包括支援センターの問題解決・マネジメント能力の不足。プランチ(3か所)の問題解決能力の限界。
 - ↑画一的な地域包括支援センターが機能できなければ、委託型の地域包括支援センターを増設して専門的・総合的な相談支援体制はのぞめたい。
 - 第5期介護保険事業計画期間(平成24年度～26年度)
 - ◇地域包括ケア体制の方向の明確化、在宅療養の基盤整備、認知症支援体制の確立
 - 【問題点】総合相談支援センターが機能しない。
 - ↑画一的な地域包括支援センターの総合相談機能を強化。
 - ↑予防給付ケアマネジメントをチーム化。本来業務である包括的支援事業に力点。在宅療養基盤整備の所管を位置づけ。認知症対応の強化を図る。
- 課題は山積
- 今後の地域包括ケア体制構築に向けた重点課題
 - 中重度の方の地域でのケア、在宅療養体制の整備
 - 認知症の方が地域で可能な限り安心して過ごせる支援体制の整備
 - 予防的な観点を入れた地域活動の展開、整備

在宅療養の支援体制づくり

平成20～平成21年度 在宅療養推進モデル事業 ⇒ 平成22年度 「国立市在宅医療推進連絡協議会」

平成21年18名の多職種連携と連携のあり方の検討～研修・相談事業・在宅医療アンケート

Q「病院から通院を迫られた場合、在宅医療を受けながら家で過ごしたいか」

A 「はい」57%

「いいえ」「わからない」39% ⇒ 情報不足、急変時の心配

平成23～26年度 国立市在宅療養推進事業

都補助

国立市在宅療養推進連絡協議会

【委員】医師、歯科医師、薬剤師、看護師、学識経験者、社会福祉協議会、歯科衛生士、介護職、市民、行政、20名。

【事務局】つくし会 国立市

【内容】多職種連携研修会の企画・実施、認知症独居や24時間対応の仕組みづくりの検討、情報交換ツールのICT化検討、多職種による地域ケア会議、ケアマネ会議、市民勉強会、認知症カフェ、在宅療養ハンドブック作成、等

認知症まちづくりプロジェクト「わがまち国立アクシヨニミーティング」

「市民理解⇒早急向け認知症情報」「いつでも立ち寄れる場づくり」
「若年性認知症の会（こもれびの会）」、「私は認知症といえるキャンペーン」⇒認知症の日イベント（合唱等）」

◇「国立市認知症の日」制定、毎年10月第3土曜日。

◇平成25年10～3月 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業

○認知症医療支援診療所地域連携モデル実施委員会
○認知症医療支援診療所における早期診断・早期対応及び危機回避支援の試行的実施

国庫補助 委託

市民も専門職も行政も

みんなできつくる

◇在宅医療相談窓口

【目的】在宅医療に関する調整、相談及び助言を行うことにより、住み慣れた地域で継続した生活が送れるようサポートする。

【内容】つくし会訪問看護士チーム内、月～金曜日、午前9時～午後5時。専門職による受付、相談対応。市報やチラシ、リーフレット、市民向け割席等で周知。地域包括支援センター連絡会議参加。

各関係機関への支援

○地域包括支援センターとの勉強会(定例化)
毎月1回認知症医療支援診療所の医師が地域包括支援センター職員への勉強会を実施

内容

- ・地域包括支援センター内職員連携方法
- ・認知症虐待事例検討
- ・地域包括ケアにおける地域包括支援センターの役割等
(12月18日・1月22日・2月26日・3月26日実施)

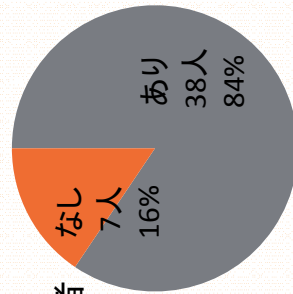
○地域ケア会議
コーデイネーターとして参加

認知症医療支援診療所モデル委員会

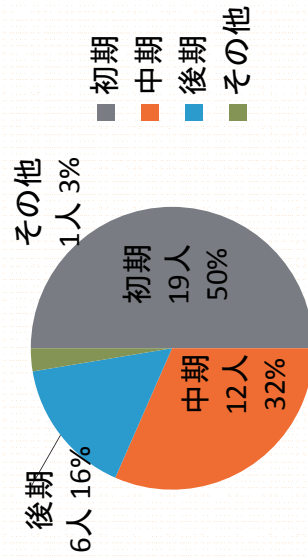
- ・ 認知症に関するアンケート(医師)実施

配布数 71人 回収数 45人
回収率 63.4%

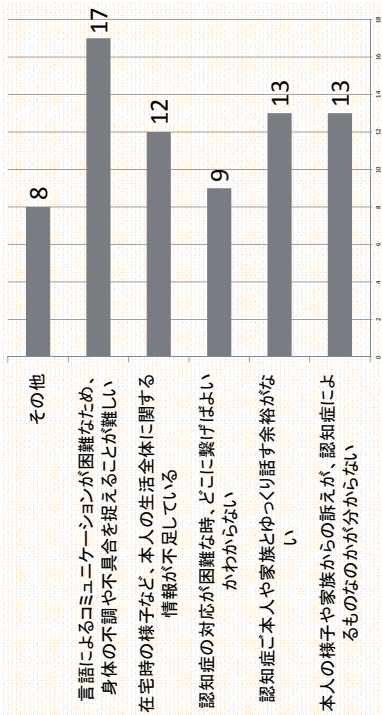
◆認知症(疑い含む)患者の診察・対応



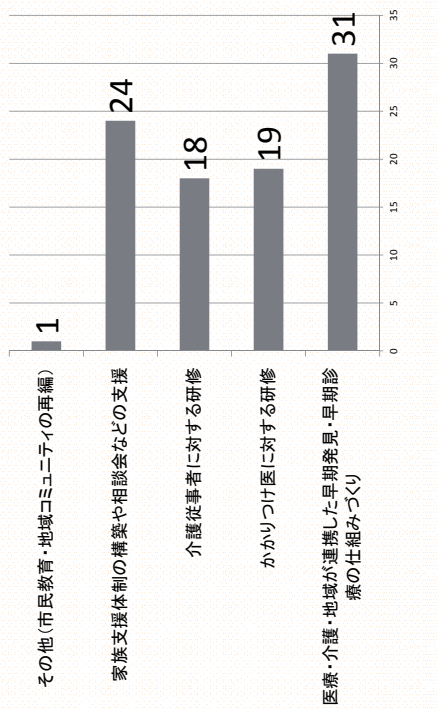
◆認知症の患者のレベルについて、どの段階まで対応が可能ですか？



◆ 認知症の方との関わりでの困り事はどんなことですか？



◆ 今後、認知症対策を進めていく上で、どのような事に重点を置くべきだと考えますか？



独居認知症の方の生活課題明確化

- 対象者の抽出
 - 75歳以上要介護認定状況マップを元に、認知症独居高齢者288人(H25.1)のうち、「**生活実態が独居10の方56人**」に対して、地域包括支援センターにて訪問を実施(独居の方の抽出は、生活実態把握情報および介護保険認定情報より)
- 訪問による実態把握を実施
 - 病名、服薬・受診状況、住まい、身体・精神症状、社会的困難、家族の聞き取りと、DASC(認知症総合アセスメント)、Zarit(家族負担尺度)等

認知症独居56件訪問状況

◆ 56件中、訪問調査期間にすでに入院、施設入所、死亡者を除く44件について訪問

(訪問・検証から見えてきたこと)

- ① 医療との連携
 - 状況を的確に医師に伝えられるか
 - 認知症をわかる医療の必要性
- ② 家族支援
 - 介護負担軽減策
 - 家族間の意見・意向の相違に対する調整
- ③ 状態像の変化のキャッチ
 - 誰がキャッチしどこへつなぐか
- ④ 地域による支援の必要性
 - 制度の枠組みによる支援のみでは生活が足りたない
 - 早期発見が難しい

(訪問調査を通じての実践)

定期的な関わり
 状況の変化をキャッチできるように、ケアマネジャーと連携して状態を把握(ケアマネジャー支援を含む)

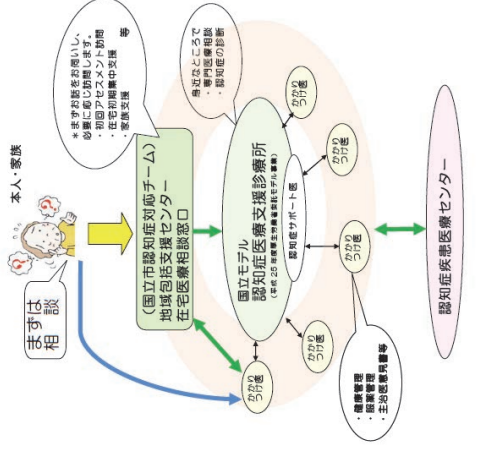
認知症対応チームのレベルアップ
 定期的に個別検討会議を実施し、認知症医がスーパーバイズ(指導・助言)、認知症患者医療センターからも担当スタッフが参加(アフトリリーチ)

市民・医療関係者・行政との協働・連携の充実
 個別ケースのソーシャルワークを通じて、地域づくりへのアクションの必要性を認識
 ⇒ 同時進行を心掛けないと単発の個別支援で対症療法的に終わってしまう

認知症医療支援診療所地域連携モデル事業において抽出された課題

- 医療・看護・介護・介護・地域・行政が連携した早期発見・早期診断・初期対応のしくみづくり
認知症独居者の生活の全体像把握、継続的なかわり、多職種による支援の必要性
→ 認知症医療支援診療所・医療相談窓口・地域包括支援センターによる三者一体型認知症対応チームの実践と検証、認知症医療支援診療所による包括センターへの定期的なスーパーバイズ。
- かかりつけ医による認知症への医療および社会資源と介護保険制度の理解不足（教育体制の構築）
市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会への認知症に関するアンケート調査
→ 認知症後期の対応、日常生活の把握、状態の理解、相談場所、社会資源と制度の理解、家族支援体制の整備、MG対応と早期発見のしくみづくり。
- 認知症サポート医の役割の再周知と徹底
専門診療科における認知症対応の困難さ
→ かかりつけ医をサポートする認知症支援体制づくり。
- 認知症疾患医療センター診療所型の周知
二次医療圏に1か所という広域対応の困難さ、地域で解決することの重要性
→ 身近なところで診断、対応するセンター機能を地域におく。
- 地域包括支援センターの役割の周知
医療機関や市民が相談窓口としての包括センターの機能を知らない
→ 包括センターへ相談するかどうか、包括センターが何をできるのかについて、事例を用いて広く知ってもらう。地域ケア会議の活用。
- 家族介護者の相談・支援体制づくり
どこで誰が相談にのるか、市の介護負担軽減策が急務、お互いに苦勞を話せる場が必要
→ 認知症家族間話し合いの場、認知症カフェの展開、市の家族支援策の検討。
- 認知症独居生活を支える地域の理解と支援
市民の認知症理解、多分野の事業者の認知症理解、住民による生活支援の必要性
→ 地域勉強会の継続。専門職、行政、住民みんなで作る（統合された）支援体制。

認知症対応チームとモデル事業のイメージ



「くにたち在宅療養
ハンドブック」より引用

国立市
ホームページ内
アドレス

http://www.city.kunitachi.tokyo.jp/dtps_data/material/_localhost/310000/310000/pdf/zaitakunoyouyuhandbooku2.pdf

相談室の実績（平成27年4月～9月）

相談数	件数	相談方法	延べ数
新規相談件数	137人	電話	1538
26年度～継続	55人	診療同伴	62
合計（昨年度97件）	192人	訪問	788
		面接	271
		カンファレンス	7
		合計	2666
初回相談元 （27年4月～9月末）	件数	相談地域	延べ数
包括支援センター	22	国立市	149
本人	14	近隣他市	22
家族・親族	31	不明	20
市民（地域住民）	13	都内	1
ケアマネジャー	43	合計	192
訪問看護	9		
病院等	5		

相談室の実績

疾患名	件数	相談内容	件数
認知症	96	介護保険関係	12
癌	15	在宅療養支援	123
骨折等	6	入院調整	19
脳卒中	9	退院調整	19
精神疾患	18	受診相談・調整	68
その他	32	環境調整	57
		BPSD	25
		医療機器導入	7
		健康相談	9

平成27年4月～6月

認知症相談54件

※BPSDで困っている家族には定期的に電話や訪問にて家族支援を行っている。

相談内訳	件数
介護保険関係	5
在宅療養支援	56
入院調整	10
退院調整	7
受診相談・調整	41
環境調整	27
BPSD	15
医療機器導入	2
服薬調整	2
虐待事例	1

○急性期病院入院7人⇒自宅退院 5人
 ○一般病院で認知症・精神⇒都立合併症病院入院中1人
 ○特別養護老人ホーム⇒急性期病院⇒特養に居る1人
 ○急性期病院⇒市内老健施設 2名
 ○急性期病院⇒特別養護老人ホーム 1名 計10人

○訪問・電話
 誘因となる身体的原因、服薬、対応について確認し、
 受診調整や対応について助言や定期的訪問
 ○ごみ屋敷の掃除、入浴介助、迷惑防止チャッカーの導入
 などの社会資源等の提案
 ○夜間の3時間に渡る電話で対応

○BPSDの向精神薬の調整をかかりつけ医と相談しつつ、適正量を探り安定

地域ケア会議



目的：高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備とを同時に進めていくために、多職種で事例を検討して地域包括ケアシステムの実現を目指す

参加者：多職種

ケアマネジャー、歯科医師、歯科衛生士、看護師（診療所、訪問）、医師、リハビリ職員、薬剤師、SW、市役所職員、介護職員、施設職員、福祉用具、包括支援職員、市民等

開催月	テーマ	参加人数
6月30日	高齢者の摂食・嚥下障害と栄養管理	45名
9月11日	83歳認知症独居男性事例	44名

地域包括会議（医師十包括CE十相談室）

目的：包括支援センター職員が困っている事例を検討し、包括職員の個別支援のスキルアップを図る

開催月	検討事例	人数
4月24日	要介護4の認知症高齢者と精神疾患のある家族の事例	9名
5月22日	他人の家に乗り込んでしまう鬱病・認知症74歳女性	7名
6月26日	91歳 都営住宅居住の認知症独居男性	10名
7月24日	73歳 医療を拒否する心不全独居男性	7名
8月28日	83歳 認知夫婦世帯の事例	11名
9月25日	86歳男性 認知症BPSDで措置入院の退院支援	11名
計 6回		55名



新オレンジプランへの国立市の取り組みと方向性

七つの柱	国立市現在の取り組み	今後の方向性
I. 認知症への理解を深めるための普及・啓蒙の推進	①a. 認知症の日 b. 市民向け勉強会 ⇒ I・IV・V・VI・VII	今後、国立市で地域住民が国立市で住み続ける事ができるように下記4点について検討
II. 認知症の様態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	② 認知症介護家族間の話し合いの場「ひだまりの会」 ⇒ I・IV・VI・VII	○認知症ケアリーダー一職研修 ○地域ケア会議 ○ケアマネ研修 ○市民啓蒙
III. 若年性認知症施策の強化	③ 認知症カフェ ⇒ I・IV・VI・VII	
IV. 認知症の人の介護者の支援	④ 認知症初期集中支援チーム ⇒ I・II・IV・VII	
V. 認知症を含む高齢者に優しい地域づくり	⑤ a. 認知症サポーター・キヤラハンメイト養成 b. 地域ケア会議 c. 認知症介護リーダー一職研修 ⇒ I～VII	
VI. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及推進	⑥ 若年性認知症家族の会 「こもれびの会」 ⇒ I・III・IV・VI・VII	
VII. 認知症の人やその家族の視点の重視		

第4回認知症の日

設立目的：国立市では65歳以上の高齢化率が20%に達した平成24年に「世界アルツハイマーデー」の前後1カ月の祝祭日の1日を国立市認知症の日と制定。認知症や病氣などで介護が必要になっても、国立市でくらし続ける事ができるように、老若男女を問わず世代を超えて支え合う事ができるように。



子供たちのパレエ



当業者と合唱



ブース



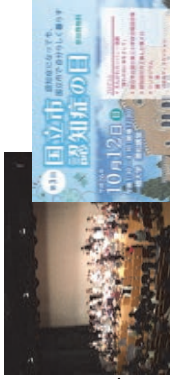
シンポジウム



わが町くにたち認知症アクションミーティング



アクションミーティングからの提案



認知症施策の具体化・実践につながるアクションテーマが自発的に生まれた

市民啓発
～みんなで作えよう～

市民勉強会



みんなで考える
みんなで作る

毎年10月第3土曜日に制定

2か月に1回。市内一巡。身近なところでざっくばらんに話をしよう

「国立市認知症の日」イベント

認知症カフェ

国立市認知症カフェ
☆日時：毎月第1日曜日 午後1時30分～2時開閉
☆場所：わが町デザインセンター
国立市富士原台4-8-2

○スケジュール
徐々に集いコーヒー・お茶等を飲みながらおしゃべり
30分 専門職によるテーマを決めたミニ講話
参加者と講師による質疑応答、
ティスカッション
90分 講師もまじえ、飲み物とともに相談
(4グループ程度 1グループ4～6名)
※各テーブルには行政や専門職を配置
(職近は勤務なし)
○実施主体 医つくし会/国立市
○利用料・料源 参加費無料 義薬会社協力



ご本人も

ご家族も

どなたでも

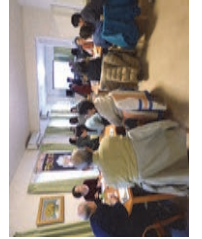
認知症カフェ@ここたの
☆日時：3か月に1回程度
☆場所：cafeここたの
国立市富士原台1-7-1 富士原団地1号棟

第2回 学生啓発・コミュニティカフェ
認知症カフェ@ここたの
認知症について理解を深め、共に考えよう。

2015年6月10日(水)
時間 13:30～2時間程度
会場 DMRここたの
1階 101-003 富士原団地1号棟
参加費無料
お問い合わせ：国立市認知症対策センター(平日 9時～17時)
TEL 042-580-2111
〒201-8501 国立市富士原台1-7-1 1号棟
TEL 042-580-4210
TEL 042-580-4211
FAX 042-580-4212
E-MAIL 認知症対策センター@city.natsushima.lg.jp

認知症カフェ 平成27年度上半期実績

開催月	テーマ	参加人数
4月5日	運動で介護予防	27名
5月10日	物忘れと認知症の違い	33名
6月7日	認知症の診断と治療	39名
7月5日	後見人	28名
8月2日	心地よいつきあい方(接し方)	23名
9月6日	住み慣れた場所でききるために	30名
計6回	(通算43回開催)	合計180名



認知症アクションミーティングの様子

小学生への認知症サポーター養成講座の開催



若年性認知症家族会 ごまの会の会

私たちは、皇市町認知症アクションミーティングをきっかけに設立された会で、毎月第3日曜日に集まり、悩み相談や勉強会、講演などのイベントを行っています。会員には専門医の先生も在籍し、相談しにくい悩みも相談できる環境に出来ています。詳しくはホームページをご覧ください。

毎月第3日曜日 @やがちダイサービスセンター
 参加費：認知症サポーター養成講座・初年100円・2年間は200円・3年間は300円
 事務局：認知症サポーター養成講座・初年100円・2年間は200円・3年間は300円
 事務局：認知症サポーター養成講座・初年100円・2年間は200円・3年間は300円

いつでも集まれる場づくりで作成のマップ(在宅療養ハンドブックより)

http://www.city.maebashi.tokyo.jp/dbps_data/_material/_localhos/310000/313000/pdf/zaitakunoyouuhandbookku2.pdf 2.5

陽だまりの会 (認知症介護家族間の話し合いの場)

認知症のあるお年寄りを介護されている方を対象に、同じような立場の方同士で介護の情報・意見交換や、日頃の思いをお話してみませんか。

- ＜開催＞年4回
- ＜対象＞市内にお住まいで認知症のある方を介護しているご家族
- ＜内容＞認知症に関する講話
グループワーク(話し合い)



「生き生きノート」を活用しよう



あなたが在宅で療養するとき、多くの方(医師、訪問看護師、ケアマネ、ヘルパー、家族など)が関わります。共通のノートに情報をまとめると、みんなの情報共有でき、気になるところのように対応していくかを皆で考えることができます。

「生き生きノート」とは、あなたに関わる医療の情報と介護の情報をひとつにまとめたノートです。

現在はWebでも生き生きノートを活用できます。

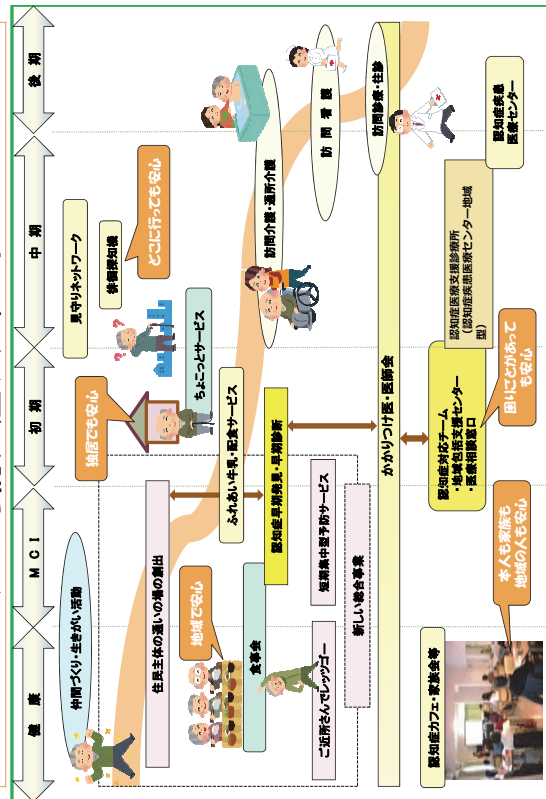
東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」
地域ケア部会作成

陽だまりの会(患者家族会)

開催月	テーマ	参加人数
6月16日	口腔ケアについて	22名
9月17日	認知症と薬	18名
計 2回	(通算18回開催)	合計40名



くになち認知症ケアウェイ2015



認知症事例①

66歳 女性 長男

病名: 前頭側頭型認知症
 食道がん 放射線治療
 肺がん 余命1.5年程度 ○○病院
 BPSD: 下半身露出で女性に見せる
 小学生に喫煙をすすめる
 女性に卑猥な言動
 便を素手で掴んで人に渡す
 女性を追い回して、セックスを強要
 病院に入院中に看護師にセクハラ
 行為で強制退院

＜相談経過＞ 精神症状のコントロール目的
 3月31日 地域住民(友人より相談)
 高齢の女性にも卑猥な言動が
 続き、ご家族も困っている
 4月2日 社協のCOMより入院支援を依頼
 ○○病院に入院調整(病院連携)
 同日、病棟看護師に卑猥な行動で
 精神科病院に転院となった

97歳 男性 未死亡
 女性 (56歳)

病名: アルツハイマー型認知症
 ○ 既往歴: 心筋梗塞でステント挿入 (○○病院)
 ○ 中核症状
 短時記憶の低下、失見当識障害
 実行機能障害、理解・判断力低下
 失行、失認(娘の顔がわからない)等
 ○ BPSD
 不潔行為(入浴拒否、更衣せず)
 一人外出で迷子
 汚れた包装紙の収集、介護への抵抗
 ○ 生活環境
 日中独居、戸建住宅
 ○ ADL
 排泄は自立、時折失禁
 コミュニケーション: こちらのいう事はわかる
 が取り續いの会話
 食事は日中宅配サービス
 移動、歩行は問題なし

＜相談経過＞ 認知症在宅療養導入事例
 7.23 包括支援センターに娘が相談
 認知症があり、下着に血液が付着
 近隣クリニックにメールで相談をするが
 返答なし
 同日包括支援センターより介入の打診
 娘から相談
 性器出血は止まっているが、認知症で
 入浴せず、清潔観念の欠如があると
 8. 3 相談室が居宅に訪問
 ハイタルサイン等測定後、私の歴史・
 HDSCR測定するが、測定不能
 会話も脈絡なく、とりつくりが多い
 娘の名前もわからない状況
 ⇒ 家事労働等に参加させないように指導
 かかりつけ医に相談とする
 8.24 訪問するが不在
 9. 4 訪問するが、未だかかりつけ医に相談
 していない⇒訪問診療導入も視野
 ⇒ 訪問診療の調整
 9. 24訪問診療希望あり
 9. 25訪問診療
 9. 28本人の希望にて男性OM決定

認知症事例②

66歳 女性 長男

病名: 前頭側頭型認知症
 食道がん 放射線治療
 肺がん 余命1.5年程度 ○○病院
 BPSD: 下半身露出で女性に見せる
 小学生に喫煙をすすめる
 女性に卑猥な言動
 便を素手で掴んで人に渡す
 女性を追い回して、セックスを強要
 病院に入院中に看護師にセクハラ
 行為で強制退院

＜相談経過＞ 精神症状のコントロール目的
 3月31日 地域住民(友人より相談)
 高齢の女性にも卑猥な言動が
 続き、ご家族も困っている
 4月2日 社協のCOMより入院支援を依頼
 ○○病院に入院調整(病院連携)
 同日、病棟看護師に卑猥な行動で
 精神科病院に転院となった

5月1日 誕生日のプレゼントで退院
 ⇒ 障害者手帳の申請支援
 (市役所と連携)
 退院後も、常識を逸脱する行為
 が続き、長男よりヘルプ
 包括支援センターとも連携し見守り
 5月11日 老健施設入所の面談
 男女混合病棟の為、受入困難
 5月12日 退院先に入院相談→受入困難
 5月13日 緩和ケアが可能な精神科病院に調整
 5月20日 緩和ケア+精神科病院に入院
 亡くなった妻の墓参りや、家族との
 外出を繰り返して調子が良い
 単なる言動はあるが、行動化はしていな
 いので、退院の準備へ
 8月 地域包括支援センター、CM
 9月中 家族、相談室で退院に向けての
 調整中に、同居するはずの次男が
 行方不明となり退院延期

認知症疾患医療センター第2回委員会資料
平成27年10月9日

認知症疾患医療センター診療所型が行う認知症の
医療とケアの新たな展開

～診断・治療・認知症ケア・家族支援、そして連携から始まる人材育成とは～



藤本 直規

1999年開院・精神科デイケア開所 診断 治療 相談・研修 連携

- 2000年本人・家族 交流会 2000年本人・家族心理教育
- 2000年介護保険事業所へ移行(プログラムをなくす取り組み)
- 2003年6月滋賀認知症ケアネットワークを考える会→地域版
- 2004年 もの忘れカフェ(人と病気の両方の視点 根拠のあるケア)
- 2005年「もの忘れサポートセンター・しが」
- 2008年 守山野洲医師会CCS
- 2011年から「滋賀県若年認知症コールセンター」
- 2011年 若年認知症の人を中心にした就労支援の場作り
- 2012年若年認知症 ケアモデル事業
- 2012年認知症医療とケアの連携IN守山野洲
- 2013年 NPO法人もの忘れカフェの仲間たち設立 医療、介護にとどまらず、障がいや他分野との協働
- 2014年 認知症疾患医療センター診療所型 滋賀県指定

早期診断

診断のための受診

BPSDの治療のための受診

家族ケアや介護支援のための受診

新患の半数以上がかかりつけ医からの紹介です

身近なかかりつけ医が認知症診療に関わることで、診断後の
薬物治療・非薬物治療の質を上げること、
早期診断が促されます

CT、MRI、SPECT、MIBG、DATス
キャンなどは、他院に依頼する
本人・家族心理教育
本人・家族交流会



予約は1ヶ月以上は待たせない、緊急には対応

脳画像診断は全県下の病院に依頼

家族支援

1. 予約時の家族支援

受診に拒否的な患者の受診方法、症状への対応などを丁寧
に答える。状況に応じて、緊急受診の手配、地域包括支
援センターへ連絡、介護保険サービスの緊急利用へつなげ
る。家族支援は予約時から始まっている。

2. 初診時の家族支援

診断までの検査の手順と、診断後に治療と支援体制が始ま
ることを伝え、受診に繋いでくれたことをねぎらう。BPSDへの
対応方法は、その背景にある中核症状とそれへの対応を説
明する。診断までの間でも、常時、相談は可能と伝える。

3. 診断と告知

家族に検査結果と診断名を伝えて、薬物療法・非薬物療法
の説明とクリニックの支援体制、介護保険申請の窓口の紹
介を行う。いつでも相談できることを伝え、連絡用の携帯番
号(基本的に24時間対応)を教える。

外来時の家族支援

家族支援



情報ボード



本人・家族交流会案内

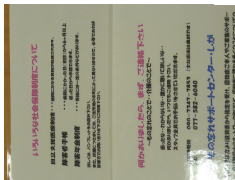
外来待合室：情報提供



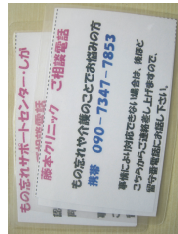
初診時・サポート内容紹介
通院家族からの郵しグッズ



初診時：サポート内容



介護保険、
障害者手帳など



相談電話

早期治療

診断後空白期間を作らないための取り組み



本人・家族心理教育
(本人、家族の病気の受け入れと理解、
仲間との出会いの場の提供)

診断直後で病気を受け入れにくく、孤立しがちな本人と
家族に行きます。めざすゴールは、**病気と介護保険制
度の正しい理解**で、参加後多くの人が**介護サービ
スへ**つながります。(月二回、一回1時間、三ヶ月1クール)



本人・家族交流会(ピア・カウンセリング)
多くの仲間と支援者の存在を知ってもらう。

毎回、本人は20名前後、家族は多いときで50名
近くの参加があります。家族続柄別(妻、嫁、娘、
男性グループ等)若い方の参加も多く、介護を終
えられた方たちの参加にも支えられています。

早期治療

早期治療

若年認知症の人の就労継続支援と
退職直後の空白期間を作らない「仕事の間」

就労継続支援

雇用者側からの相談、産業医、担当部署との相談、同僚の
支援、職務の移行など (2013年度7名/2014年度6名)

休職中から退職直後の支援 通常の就労を終え、わずかな収益を励みとして
内職や軽作業をする居場所と社会とのつながりと仲間作りの場である「仕事の間」

若年認知症の人の就労継続支援と
退職直後の空白期間を作らない「仕事の間」

2011年10月から、若年認知症の人達の生きがい就業の場である
「仕事の間」では、内職を愛注して作業を行っている。「仕事の間」は、次の介護保
険サービスへスムーズに移行できることをめざし、若年認知症の人を中心として、
発達障害などの人、介護家族、住民も参加し、社会参加の場となっている

開催日時	原則として毎週水曜日 12時～16時
開催場所	藤本クリニックテイルーム展示室
平成24年度 実施回数	49回
認知症の人参加延べ人数	413名(毎回10名)
平成25年度 実施回数	50回
認知症の人参加延べ人数	476名(毎回11名)
家族介護者参加延べ人数	164名
支援者ボランティア参加延べ人数	150名



早期治療

診断後空白期間を作らないための非薬物療法の取り組み

「もの忘れカフェ」

(認知症デイサービス：介護保険適応)
* 医学的な根拠と本人の言葉に
認知症ケアの原則がある
* 根拠
* 若年
* 高度
* スタ

デイサービスでの

様々な工夫が、早期診断後の
早期支援につながります

必要なことだけに一緒に参加する



この2冊の本で、もの忘れカフェの
実践をお伝えしています

もの忘れカフェを始めた理由・約束事

受診の早期化に伴い、発症初期の若年・軽度認知症者が多くなり、「居心地が良い」「自由に活動が選べる」デイサービスへの参加を誘っても...

「物忘れを何とかしたい」「できなくなってきたことを何とかしたい」「仕事がだめでも何か役割が欲しい」「社会とつながってほしい」

もの忘れカフェの約束事

《活動内容の決め方》

- 活動内容は当日参加者が話し合っ
- て決める
- 活動内容が決まれば、活動達成のために必要な役割や準備、時間配分や手順などを決める
- 参加者同士で協力していくつかのことに同時に取り組み（実行機能障害へのケア）

《活動内容の記録の仕方》

- 書いて残す→活動の振り返りを行う
- 1日の活動を個人ノートにも記入する
- 写真、ビデオなどを多く残す
- (エピソード記憶障害へのケア)
- 《スタッフの関わり方》
- 手がかりときっかけ作りに徹する
- どんなことでも、極力参加者に任せる
- 関わりの引き際を見極め、境界線はスタッフが引く
- 自主的な活動を邪魔しない

参加者が決めた具体的な活動と1年後の感想

【制作活動】

《手芸・木工活動》 糊作り・本糊組み立て・すだれ作り・しめ縄づくり・他多数
《調理活動》 七草粥・ういろ・ペビーカーテラ・よもぎだんご・ケーキ・ぜんざい・他多数

【知的活動】

絵画・音楽・合唱・テッサン・映画鑑賞・音楽鑑賞・写経・キーボード・他多数

【身体活動】

運動・外出・畑作業など

【社会参加】

清掃活動(駅周辺)・空き缶拾い・古切手・ブルトップ、キャップ回収他多数

【話し合い】

《病気について》治療方法はあるか・病気をもう、あきらめたか？
《ここに求めること》自分たちがここに来ている意味・スタッフに求めること
《振り返りこれからのこと》これから先のこと・これだけは言いたいこと 他多数

病気の受容について

「忘れても平気。病気だからと胸をはって言える」

「病気になったことで仲間に会えた」

活動内容について 「やりたいことがやれる」「自分たちで決めるから達成感がある」

集団の年齢構成について

「同年齢が話さうけど、同じ行動ができるなら年齢差があってもいい」

社会とつながっている

社会参加活動の始まり



「自分たちも世間の役に立つことをしよう」という話しになりました。きっかけは、作業所の方達が公園の清掃活動をされている姿を見たからです。

自分たちでできるボランティア活動はないかと 社会福祉協議会に問い合わせてみました。



清掃活動、古切手回収、空き缶集め等があり、早速、回覧板を作り、他のユニットにも参加を呼びかけました。

外出計画

スタッフが引率者になるかならないかで、外出の楽しみ方は違います。「どこかへ行ってみようか」とばかり思うと、ただ、歩いているだけになります。主体的に動いてもらえるように、広い範囲でのルールと信頼が大切です。

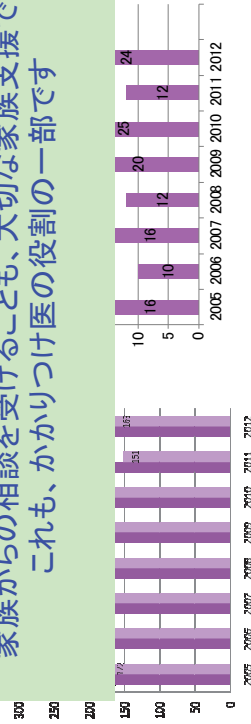


普及・啓発

本人、家族、住民、専門職からの相談に関する取り組み
もの忘れサポーターセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンター

開院時から相談活動は行っており、その相談件数の多さや必要性に注目され、全国に先駆けて2005年4月に滋賀県の委託を受け、藤本クリニック

家族からの相談を受けることも、大切な家族支援です
これも、かかりつけ医の役割の一部です



受診前の相談が増えてきており、早期診断の重要性を伝えてきた啓発活動の成果である

現地相談とは、事業所や施設で抱えている課題に対して現場に出向き、認知症ケアの実践現場で課題解決と一緒に取り組むことである

多職種連携
&アウトリーチ

若年発症のアルツハイマー型認知症への 緊急往診&支援(多職種地域連携の始まり)

症例：アルツハイマー病 女性 60歳

主介護者はアルコール依存症の夫

病歴：199X年頃より記憶力障害、見当識障害などが徐々に悪化した。200X年頃からデイサービスやショートステイを利用し始めたが、認知機能障害は悪化し、失語、失行、失認などが出現した。そのころより、介護スタッフへの暴言、暴力行為などがひどくなり、サービスの継続が困難になった。当院への**緊急往診とデイサービスの依頼**があった。

多職種連携
&アウトリーチ

若年発症のアルツハイマー型認知症への 緊急往診&支援(多職種地域連携の始まり)

経過：200X+1年〇月に往診したが、アルコール依存症の夫と二人暮らしで、部屋の窓を覆い、本人は、部屋の中を大きな声を上げながら、歩き回っていた。最初の主治医の投与した抗精神病薬で副作用が出現したとのことで、**薬物治療は拒否**していたが、市役所職員、ケアマネ、クリニック医師・看護師との間で、**頻回なモニタリング**を行うことを約束し、少量の向精神薬の投与と当院デイサービスへの参加の同意を得た。デイサービスでは、**当初送迎は2人体制**でサービス中は**専任スタッフ**が、別室で対応を続けた。スタッフに対する暴力行為は続いたが、認知機能障害からくる生活障害に対するケアを続けたところ、暴力行為は徐々に軽快し、**歌を口ずさむようになった**。200X+2年〇月基幹型在宅支援センター、ケアマネージャー、3サービス事業所と担当者会議を行ったが、サービスを拒否していた他の事業所に**当院のデイサービスでの取り組み**を見学してもらったところ、3事業所ともサービスを再開した。

多職種連携
&アウトリーチ

滋賀認知症ケアネットワークを考える会 (2005年6月～2010年2月)

第1回 2005年6月28日
高齢者認知症介護研究・研修東京センター長 長谷川 和夫先生
聖マリアンナ医科大学 名誉教授 長谷川 和夫先生
「知ってほしい 認知症への取り組み」
シンポジウム「認知症医療・ケアの新時代」
大津市雄琴学区社会福祉協議会 小〇 勝〇さん
NPOしみんくしの家 八日市グループホーム 雲〇 節〇さん
琵琶湖病院 認知症疾患センター 松〇 桜〇先生
(中略)

第7回 2003年12月25日
「高齢者の尿失禁について」
中野クリニック 院長 中野 悦次先生
(中略)

第13回2004年 7月 8日
「痴呆ネットワークにおける精神科診療の役割」
琵琶湖病院 老人性痴呆疾患センター 松〇 桜〇先生
(中略)

第43回 2010年2月27日
「認知症高齢者の世界と関わって～心理療法の可能性から」
上智大学総合人間科学研究科 教授 黒川 由紀子先生

多職種連携
&アウトリーチ

藤本クリニックが関わった 認知症ケアネットワークの戦略

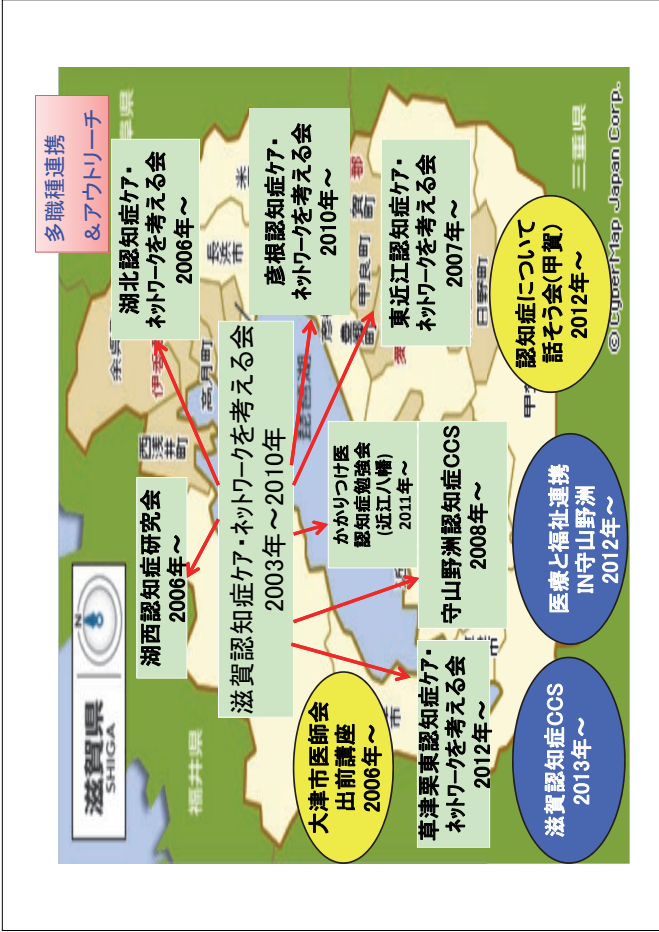
- ・診断・治療、介護者・医療・介護職・行政への相談活動、研修
(藤本クリニックでの診療)(もの忘れサポートセンターしが)
- ・老人性認知症疾患センター(精神科医)(県内4ヶ所)を周知する
- ・かかりつけ医を認知症ケアネットワークの核にする

様々な連携の隙間を、戦略をたてて埋めていきます

かかりつけ医認知症技術向上研修、相談医制度)

- ・各地に医療・福祉連携をつくること
地域版認知症ケアネットワークを考える会)

- ・地域中核病院 神経内科医・放射線科医とかかりつけ医の連携



顔が見える関係から、考え方の共有化
医療、介護両面からの人材育成(IPWの会)

多職種連携 & アウトリーチ

2003年から「顔が見えて話せる会」を目指す「滋賀認知症ケアネットワークの会」の活動を開始し、保健所圏域すべてに「地域版認知症ケアネットワーク」を考

2014年度はかかりつけ医が
認知症の疾患別の対応について講義をした

2015年度は薬剤師、歯科医師、警察からの情報提供とグループワークを行っている

多職種連携の場を使った人材育成の取り組みです

第6回 25.11.28 41名 医師9・看護2・CM17・包括4・行政3・薬剤師2・他4
第7回 16.1.30 44名 医師8・歯科医師8・行政・包括7・薬剤師1・CM17・他 (PT・OT・RSW) 3

第1回～第3回の1年目は、医療、地域包括支援センター、行政に職員、会の職員、自衛隊と連携し、2年目に向けて基盤づくりを行った。2年目からはケアマネジャー、歯科医師、薬剤師、系医スタッフなどへ拡大し、Dのリーダージャー役は正職化しました。(包括)

多職種連携 & アウトリーチ

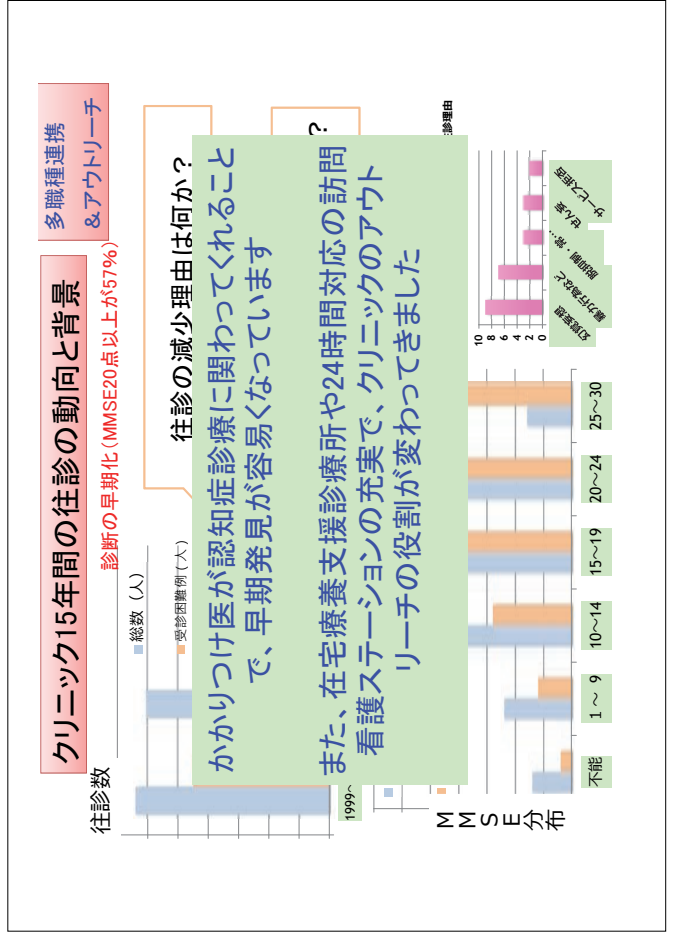
多職種・地域連携をベースにした、アウトリーチについて

▶ 診断 治療 家族支援 相談

▶ アウトリーチ

往診
現地相談
行政支援(相談・緊急訪問)
多職種地域連携/事例検討会

クリニック内にとどまらず、往診、訪問相談、研修、啓発、ケア、連携の会など、様々な形で、自宅、施設・事業所、病院、地域へ出かけ、様々な専門職とつながりながら行うアウトリーチ活動は、専門医療機関にとって重要な役割だと考えています



多職種連携
&アウトリーチ

レビー小体型認知症への往診(診断&支援)

80歳代女性(独居)
・人が大勢外で騒いでいる。電柱に人が乗ってこちらを見ているなどの、幻覚、妄想があり、何もせず一日中寝たり起きたりの状態であった。地域包括支援センター職員が何度も訪問したが、些細なことに興奮し、訪問出来なくなかった。介護保険サービスは導入できていない。
・外来受診ができないうえ、クリニック看護師と包括職員2名とともに、**往診**したが、記憶力障害、時間的・場所的見当識障害があり、様々な幻覚、家族や包括職員に対する妄想を交えた話を二時間聴き続けた。
レビー小体型認知症疑いで、内科的検査とOTを近医に依頼し、投薬を行ったところ、妄想、幻覚、興奮は軽減した。**(診断)**
・その後、介護保険の申請を行い、訪問サービスは導入できたが、本人の反対のために、**家族が通所サービスの利用に踏み切れなかった**。再度、クリニック看護師、包括職員、ケアマネと往診し、家族を交えて一時間半、本人と家族の話を傾聴し、通所サービスの必要性を話したところ、**家族の同意も得られたため**、ケアマネ、ケアスタッフなどの工夫で、通所サービスが導入できた。**(支援)**

多職種連携
&アウトリーチ

虐待事例への緊急対応

70歳の女性。地域中核病院の専門医によるADの診断を受けたが、介護保険制度利用の指示もなく放置されていた。また、家族への心理教育もなかったため、疾患の理解もできず、3年後、虐待事例として、日常生活のほとんどが要介助状態で当院を緊急受診となった(MMSE3点)。初診時、地域包括支援センターに連絡後、介護保険の申請と同時に、介護者サポートも兼ねて、当院デイサービスの毎日利用を緊急に開始したが、同居の夫と長男の折り合いが悪く、幻覚などに抗精神病薬の投与をしながら、医療保護入院となった。

(緊急受診、地域包括支援センターと即日相談、デイサービス緊急利用、家族への介入などで、虐待事例に対応した)

多職種連携
&アウトリーチ

その他のアウトリーチ

【行政への後方支援】
緊急訪問や緊急カンファレンス
虐待疑いケースや入院中のBPSD対応と家族サポートなど

従来の制度に収まらないこともあり
→初期集中支援チームへ

役割・家族への説明と傾聴→退院に向けての調整
→ケアマネージャーへの助言
・・・病院NSへBPSD説明と環境調整の助言
結果・・・数か月及び入院生活を乗り切り、在宅生活に復帰
治療途中での退院にはならず、院内連(PT,OT,NS,MSW,整形医師、神経内科医師)にも影響を及ぼしたアウトリーチ
(行政からの緊急要請、外来診療後、午後7時から病院訪問、約2時間対応、二回訪問、その後、夫と看護師が回数電話による相談・カウンセリングに応じる。コストはとれなかった)

滋賀県 若年認知症ケアモデル事業の全体像 (H24～H26年度)

事業の全体像と関連性
若年認知症ケアモデル事業は、①本人の「就労継続支援」、②生活の「家族支援」という直接的な支援を中心に、同時並行で、③生活の場となる地域への広報として「実践報告事業」、④就労の場となる企業、および 新たな居場所となる介護保険事業所等への「研修会事業」を推進、そして ⑤全体の仕組みを支える「ネットワーク会議事業」で構成し、取り組んできた。



⑤ ネットワーク会議事業

平成26年度に主催・企画した啓発活動

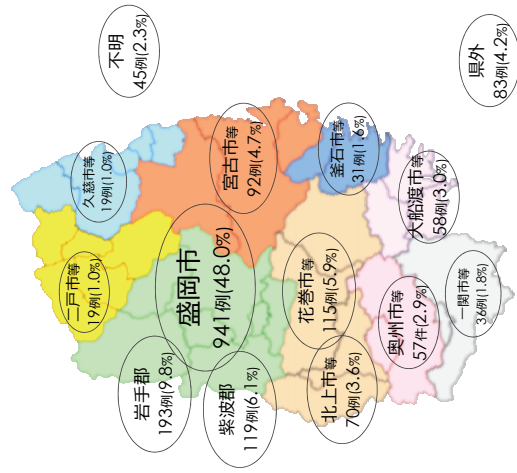
- 認知症の医療と福祉連携IN山野洲(医師会委託) 4回
- 滋賀認知症CCS(企業主催) 3回
- 若年認知症ネットワーク会議(滋賀県委託) 3回
- 若年認知症地域ケアモデル事業企業研修(滋賀県委託) 8回
- 若年認知症啓発研修(滋賀県委託) 8回
- 相談医・サポート医研修(滋賀県委託) 3回
- 保健師研修(滋賀県委託) 2回
- 事例検討会(認知症ケア学会関西地域部会長) 4回
- ケアスタッフ自主勉強会(藤本クリニック) 4回
- 実践者研修など(滋賀県委託) 12回

まとめ 認知症疾患医療センター診療所型の特徴とは？

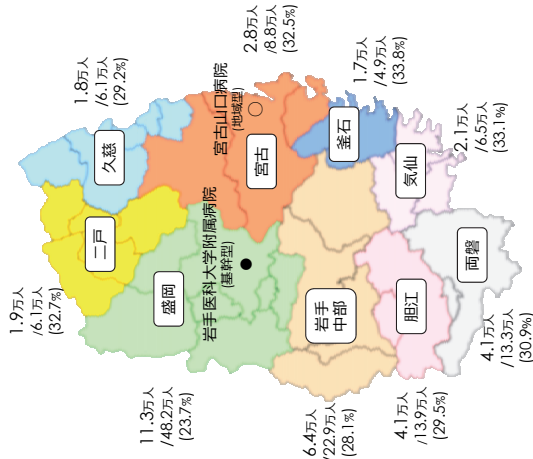
- 地域の診療所として、
- 認知症の人と家族が必要とする支援として、
制度の枠内でできることだけでなく
制度の隙間、システムの隙間
人と人とのつなごうの隙間
私たちの周辺にある様々な隙間に目を向けて、
解決のためにできることを始めていくこと
- ・新たなニーズに対して、支援方法を考え、フットワーク軽く、即時に実行すること
 - ・敷居の低い医療機関として、かかりつけ医仲間と協働で、多職種＆行政＆地域とフラットな連携を行うこと
 - ・現場の取り組みを通じて、様々な人材を育成すること

岩手県基幹型認知症患者医療センター 現状と課題

岩手医科大学内科学講座
神経内科・老年科分野
寺山靖夫



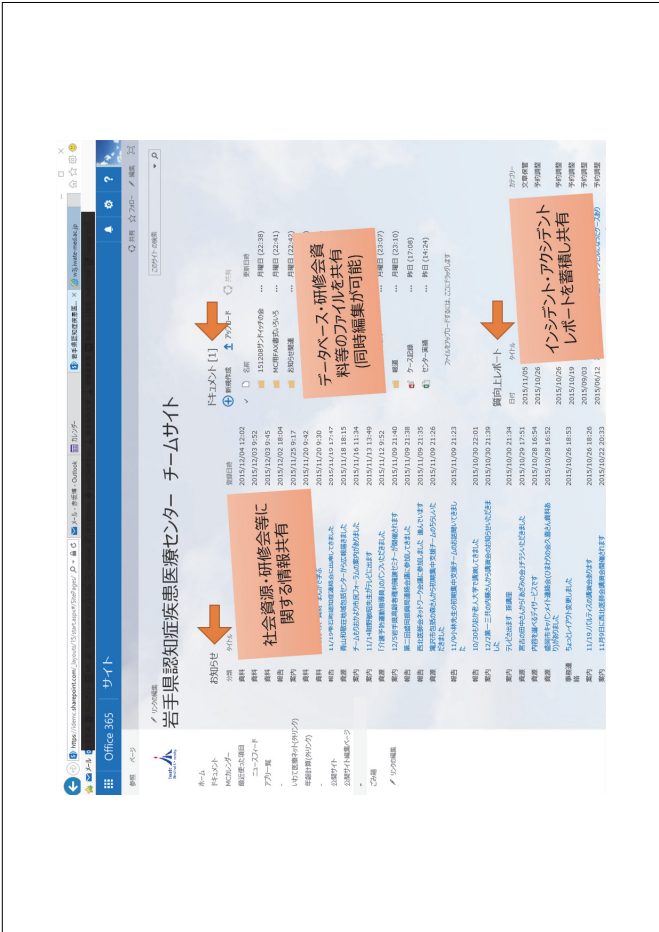
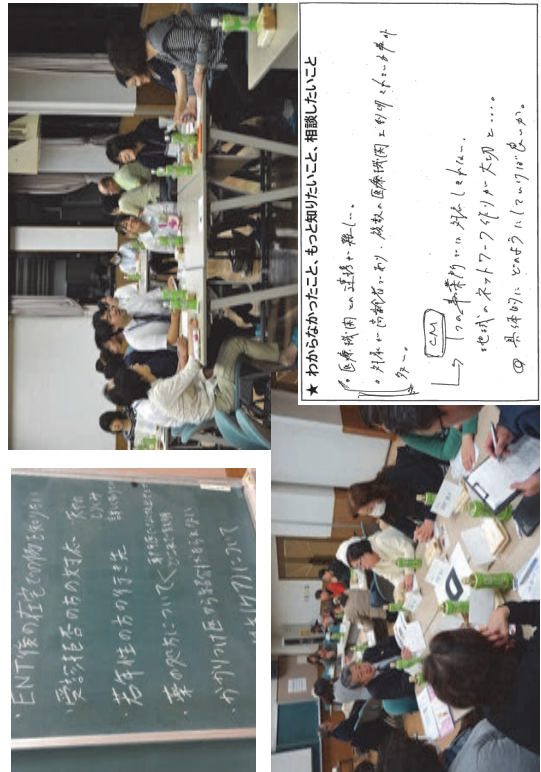
2009/4/10～2015/7/15に受付した新規相談1961例



・人口は岩手県(平成24年岩手県毎月人口推計(推測)(平成24年10月)日)による
・割合は 65歳以上人口/総人口(高齢化率) (%)

類型	基幹型	地域型
指定数	1	1 (平成29年度までに計5か所予定)
対象	二次保健医療圏を中心とした県全域	二次保健医療圏
形態	総合病院(神経内科・老年科が主体)	精神科病院中心
基本的機能	<ul style="list-style-type: none"> ① 専門医療機能・・・非典型的の症例を含めた鑑別診断・治療、入院は院内ほか圏域内精神科病院と連携し対応 ② 地域連携推進機能・・・かかりつけ医等への研修会のほか、市町村や地域包括支援センター、圏域内群市医師会等との事業 ③ 基幹機能・・・県施策推進会議への参画、地域型センターの選定、人材育成、研究等 	<ul style="list-style-type: none"> ① 専門医療機能・・・鑑別診断・治療のほか周辺症状の加療が中心 ② 地域連携推進機能・・・圏域内かかりつけ医・介護従事者等への研修会等を実施

診断名	盛岡圏域内 (n=360)	盛岡圏域外 (n=142)	計 (n=502)
Normal	25 6.9%	11 7.7%	36 7.2%
MCI	103 28.6%	45 31.7%	148 29.5%
AD	144 40.0%	43 30.3%	187 37.3%
VaD (+Mixed)	17 4.7%	11 7.7%	28 5.6%
DLB	16 4.4%	5 3.5%	21 4.2%
FTLD	14 3.9%	6 4.2%	20 4.0%
その他 薬性疾患	7 1.9%	9 6.3%	16 3.2%
Depression	18 5.0%	4 2.8%	22 4.4%
その他	16 4.4%	8 5.6%	24 4.8%



課題

センター内の課題 診療・支援の質と量の確保



院内の課題 他の診療科との連携



盛岡圏域の課題 医療連携・介護連携の拡充



岩手県の課題 圏域間格差解消のための連携

できていること

圏域内のMCI・非典型例を含む鑑別診断と治療
圏域内の病診連携(盛岡市医師会)・介護との連携

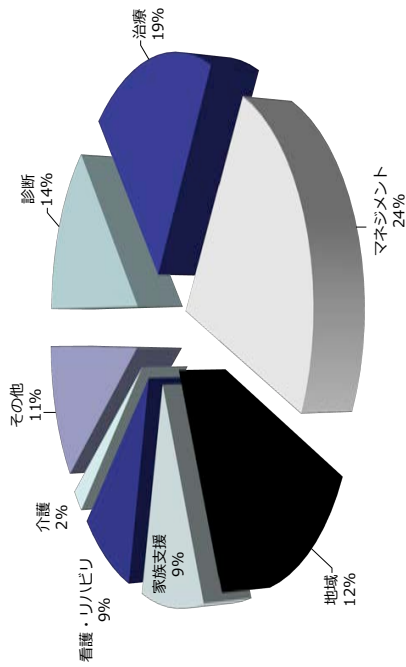
できていないこと

圏域外の医療・介護体制の現状把握
沿岸・県北・県南との病-病/病-診連携



**患者本位の医療への回帰
医療そのものの再編成・融合**

事例提示内容（基幹型事例検討会）



Kumamoto University

事例検討の内容

【診断・治療・マネジメント】

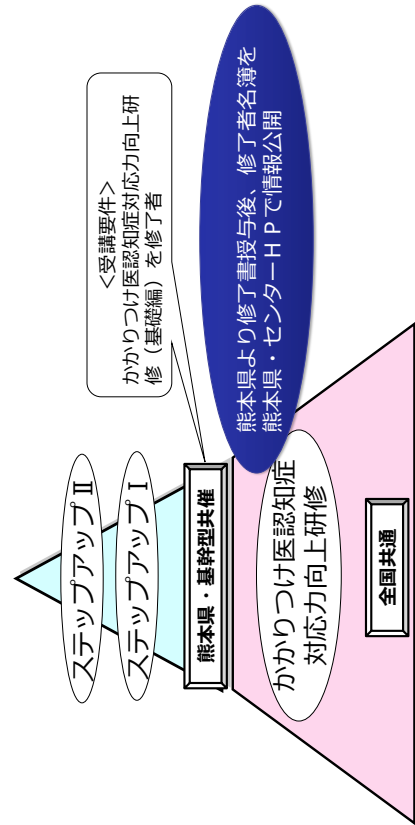
- 適切な診断が遅れたために症状が悪化した1症例 (第5回)
- PSPの診断が患者・家族の経済的負担軽減となった認知症事例 (第16回)
- 精神病圏と診断された若年性アルツハイマー病の1例 (第36回)
- 正常圧水頭症でシャント術後ADLが改善した1症例 (第14回)
- 高齢者での抗精神病薬と副作用 (第24回)
- 経済的問題でサービス導入に困難を生じた事例 (第13回)
- 医科歯科連携をおこなった事例 (第28回)

【地域・家族支援・看護・リハビリ・介護】

- 外国籍で扶養義務者不在の認知症患者との関わり (第3回)
- 受診拒否の方の対応について (第30回)
- ゴミ屋敷で生活している2事例を通しての考察 (第34回)
- 虐待から入院・施設入所となった1事例 (第14回)
- 家族心理教室を通じてデイサービス導入を試みた1例 (第31回)
- 進行性失語症患者への社会資源を用いたリハビリテーション (第12回)
- 入退院を繰り返す認知症患者の看護 (第23回)

Kumamoto University

かかりつけ医等への研修会の開催



Kumamoto University

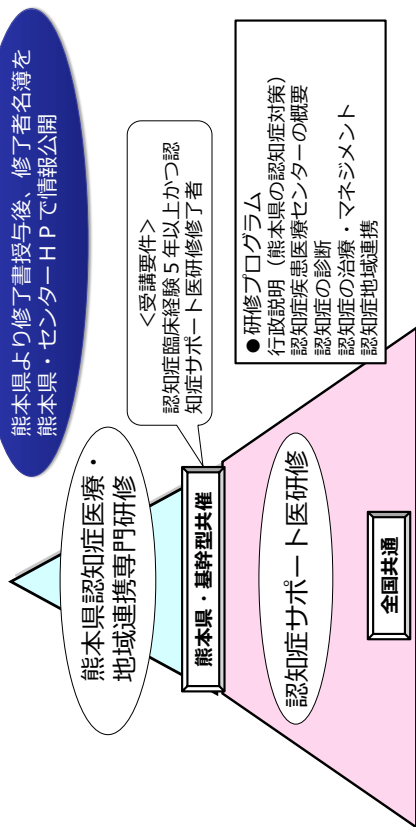
認知症対応力向上研修ステップアップ編

開催日	テーマ	講師
H22.10.25	認知症の診断	熊本大学病院 池田 学
H22.11.29	神経心理検査と治療（事前アンケート）	熊本大学病院 橋本 衛
H23.10.24	認知症のBPSDDの薬物治療	熊本大学病院 橋本 衛
H23.12.12	認知症の問診と評価	熊本大学病院 石川 智久
H24.11.5	認知症の診断	熊本大学病院 橋本 衛
H24.12.3	認知症とケア	熊本大学病院 石川 智久
H25.11.11	認知症とケア	熊本大学病院 石川 智久
H25.12.2	認知症と画像診断	熊本大学病院 橋本 衛
H26.10.20	認知症医療の地域連携におけるかか りつけ医の役割	熊本大学病院 石川 智久
H26.11.17	レビー小体型認知症	熊本大学病院 橋本 衛
H27.11.30	認知症の治療	熊本大学病院 橋本 衛

※今年度第2回はH27年12月開催予定

Kumamoto University

認知症サポート医への研修会の開催



◀ Kumamoto University

熊本県認知症医療・地域連携専門研修

開催日	テーマ	講師
H23.6.5	認知症の診断 認知症の治療・マネジメント 認知症の地域連携	熊本大学病院 池田 学 熊本大学病院 橋本 衛 熊本大学病院 池田 学
H24.11.18	認知症の治療 認知症の画像所見について	平成病院 坂本 真一 熊本大学病院 橋本 衛
H25.11.17	認知症診療における心理検査の意義 認知症の治療・マネジメント	熊本大学病院 橋本 衛 熊本大学病院 石川 智久
H26.11.23	診療所型認知症疾患医療センター 地域での認知症医療支援について 認知症初期集中支援チームについて	佐藤クリニック 佐藤 宏 八代更生病院 宮本 憲司 熊本大学病院 石川 智久

※今年度はH28年2月開催予定

◀ Kumamoto University

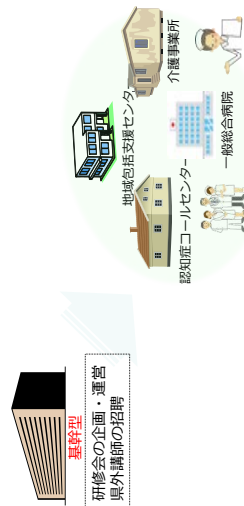
かかりつけ医・認知症サポート養成人数（熊本県）

研修名	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	合計
認知症かかりつけ医 基礎研修	-	77	74	149	95	52	38	36	78	107	706
認知症かかりつけ医 スナップアップ 研修	-	-	-	-	-	88	52	49	29	48	266
認知症サポート医 養成研修	3	3	3	3	3	10	60	37	15	16	153
熊本県認知症 医療・ 地域連携専門研修	-	-	-	-	-	-	53	38	45	54	190
				※認知症サポート医養成研修のみ表数（他はのべ数）							

◀ Kumamoto University₁₁

認知症にかかわる専門職のための養成講座

基幹型認知症疾患医療センターでは、教育機関としてセンタースタッフの技術向上や地域のかかりつけ医や認知症サポート医など、医師を中心に人材育成を行ってきた。認知症医療には多職種の入力が必須となるため、H24年度より認知症にかかわる専門職のスキル向上を目的に、定期的に養成講座を実施する。



※県内で開催される全国学会や研修会と同時に実施し、全国からの参加者も募る。

◀ Kumamoto University

認知症にかかわる専門職のための養成講座

開催日	テーマ	対象者
第1回 H22.6.26	認知症全般	認知症専門職
第2回 H24.10.20	認知症の食行動	認知症専門職
第3回 H25.3.9	認知症連携	認知症専門職
第4回 H25.11.24	保健師の役割	保健師・看護師
第5回 H25.12.21	連携と人材育成	医師・連携担当者
第6回 H26.3.28	BPSDへの初期介入	介護支援専門員
第7回 H27.3.14	急性期病院における認知症看護	看護師
第8回 H27.11.19	認知症高齢者の自宅での生活を考える	認知症専門職
第9回 H27.11.26	認知症医療連携について	認知症専門職

◀ Kumamoto University

専門医養成講座

(専門医のための熊本ディメンシアカンファレンス)

開催日	テーマ	講師
第1回 H24.2.16	D L Bの症候、その神経基盤と治療	東北大学病院 森 悦朗先生
第2回 H24.7.13	地域住民における認知症の実態 ：久山画研究	九州大学大学院 小原知之先生
第3回 H25.2.1	病理から理解する認知症	香川大学 池田研二先生
第4回 H25.7.12	要介護高齢者の家族介護者における介護負担	国立長寿医療研究センター 荒井由美子先生
第5回 H25.12.20	認知症の最新の疫学と予防	筑波大学医学医療系 朝田 隆先生
第6回 H26.8.29	認知症の人と向きあう	こだまクリニック 木之下徹先生
第7回 H27.1.9	認知症の告知をめぐる	首都大学東京 繁田 雅弘先生

※第8回はH28年2月開催予定

◀ Kumamoto University

認知症初期集中支援チーム研修会

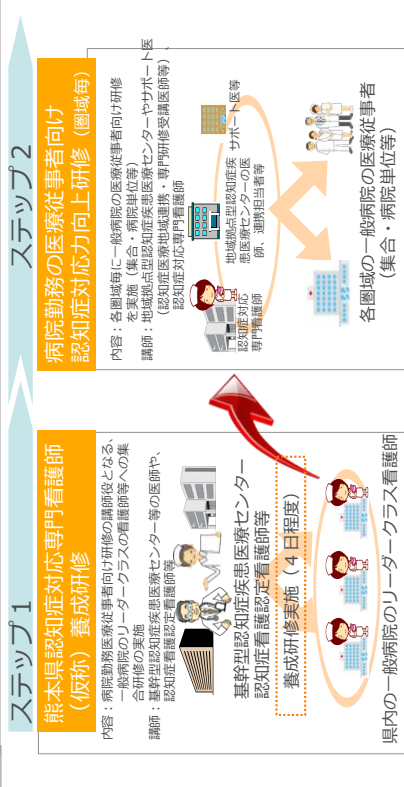
開催日	テーマ	講師
第1回 2014.3.8	・早期診断・早期支援に向けた「認知症初期集中支援チーム」の取り組み ・「初期集中支援の実践 事例1」 ・「初期集中支援の実践 事例2」	荒尾市地域包括支援センター 社会福祉士 濱口 幸 荒尾こころの郷病院 精神保健福祉士 宗 久美 荒尾こころの郷病院 作業療法士 松浦 篤子
第2回 2015.3.5	・取組み報告(先進事例報告) 「認知症初期集中支援チームの立ち上げと実際」 ・地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント ・認知症行動障害尺度の短縮版 ・介護負担尺度日本語版の短縮版	新見市介護保健課 地域包括支援センター 船越 智江子 福田 光一 荒尾こころの郷病院 作業療法士 松浦篤子

※第3回はH28年3月開催予定

◀ Kumamoto University

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

目的
一般病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、更なる認知症についての知識、対応技術を獲得する研修を行うことにより、身体疾患を合併する認知症の方への対応力向上や、認知症医療センターをはじめとした専門医療機関と、一般病院との連携強化を一層促進することを目的として実施する。

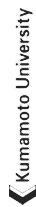


◀ Kumamoto University

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

開催日	テーマ	講師
第1クール① H26.12.20	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の医学的理解について 急性期病院における認知症看護 セン妄との違い アセスメント 地域連携 	熊本大学大学院生命科学研究部 池田 学 熊本県 認知症看護認定看護師6名
第1クール② H27.1.24	<ul style="list-style-type: none"> 介護施設における認知症高齢者について 事例検討 	熊本県認知症介護指導者 松永美根子・野村順子 熊本県 認知症看護認定看護師6名
第1クール③ H27.2.21	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の人の家族の声 事例検討 	家族介護者 熊本県 認知症看護認定看護師6名

※第2クールはH27年12月から開催予定



Kumamoto University



第3回認知症疾患医療センターの実態調査研究事業
Dec 11, 2015

認知症疾患医療センター（地域型）

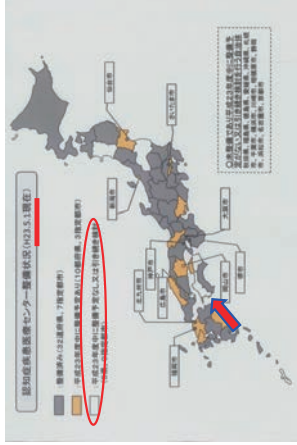
～愛媛の場合～



愛媛大学大学院医学系研究科
地域健康システム看護学 老年精神地域包括ケア学
谷向 知

県内に認知症疾患医療センターがない！

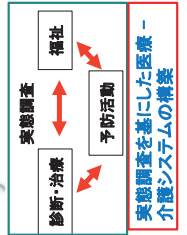
- ・ 県の健康増進課が来学。
『近日開催の開催の県議会で、認知症疾患医療センターに
ついての質問がでる。
今年度中に愛媛大学医学部附属病院で認知症疾患医療
センターを受けていただきたい』



愛媛は、認知症に関して遅れているのか？



H 3 年：認知症高齢者の託老所・24時間対応サービスの実態調査
H 6 年：E型、D型サービス開始
H 8 年：毎日型サービスへ移行
認知症の実態調査について、愛媛大神経精神医学へ依頼
H 9 年：認知症疾患の疫学調査・知識啓蒙・早期対応システム作りを開始
(第1回中山町調査)
認知症高齢者の相談事業開始（月2回、愛媛大精神科医師）
H 11年：第2回中山町調査（～H 13）
H 12年：専門家が早期から介入したグループプログラムの開始（予防事業）
H 15年：軽度認知症事例の追跡調査
H 16年：第3回中山町調査（～H 17）
H 24年：第4回中山町調査（～H 26）



・ 愛媛は遅れている？！

- ◀ 本当に必要なのか？
- ◀ 認知症の対策を考える場合に健康増進課だけでいいのか？
- ◀ 県は認知症対策をどう考えているのか？

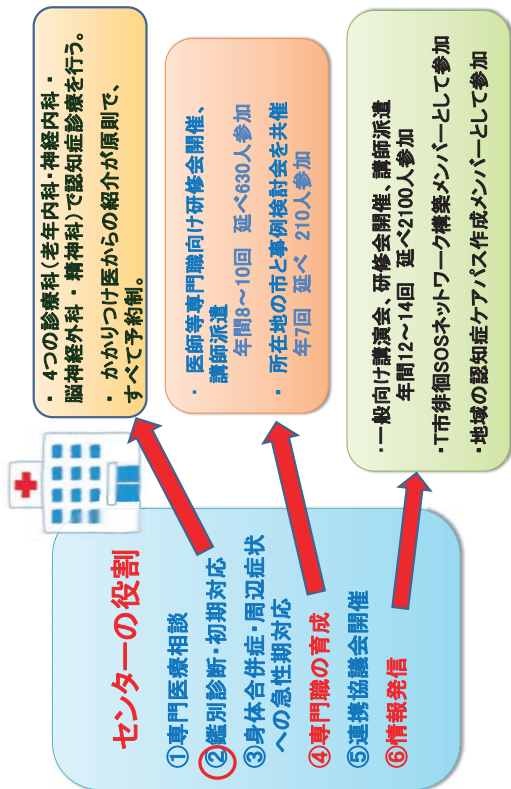


・ 中山町の取り組み、若年性認知症の悉皆調査など先駆的に
行ってきた

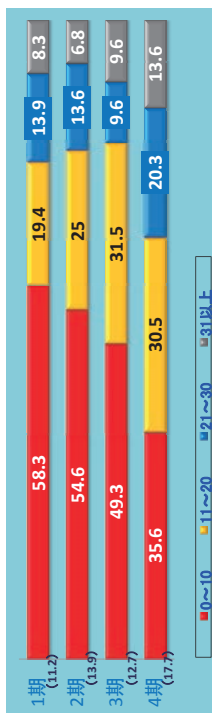
行政として県にひとつ設置しなければならない
今後、長寿介護課とも連携を取っていく

.....

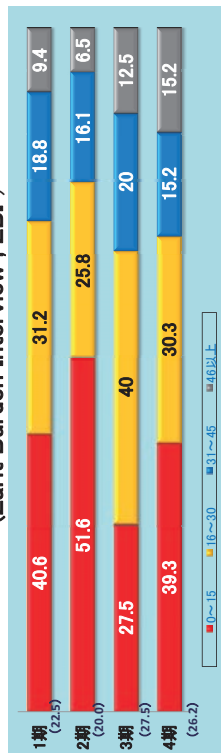
当認知症疾患医療センターの活動



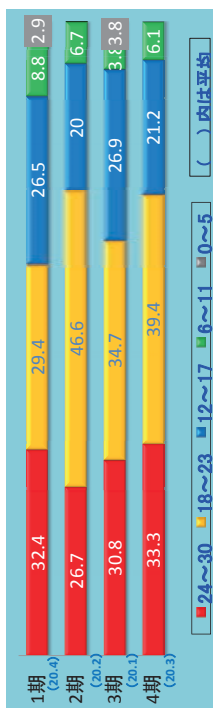
初診時のBPSD (Neuropsychiatric Inventory ; NPI)



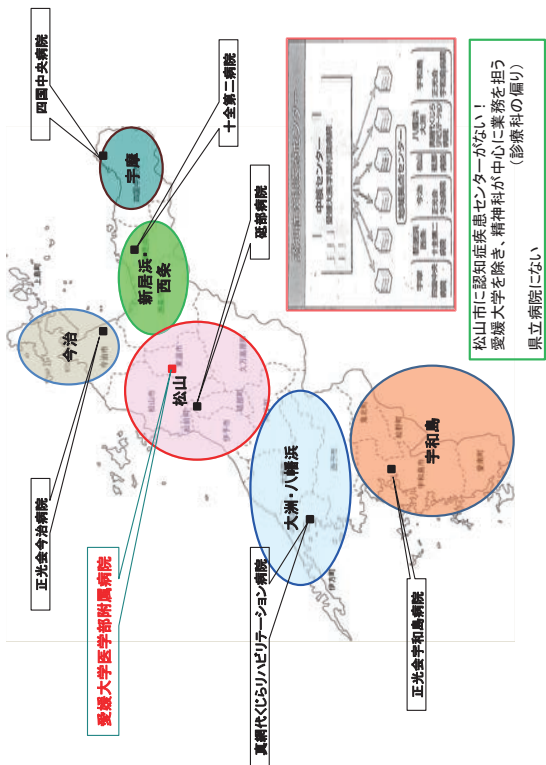
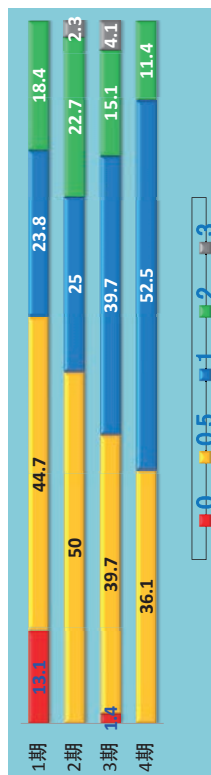
初診時の介護負担感 (Zarit Burden Interview ; ZBI)



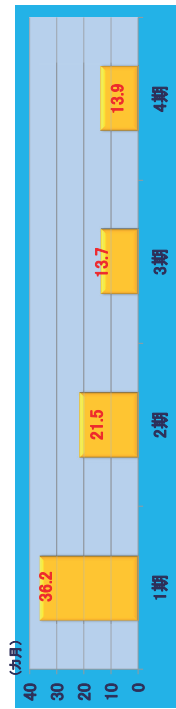
初診時の認知機能 (Mini Mental State Examination ; MMSE)



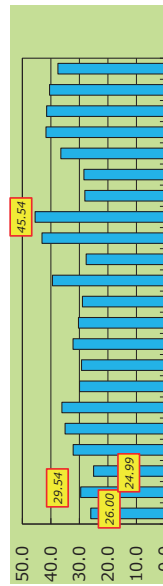
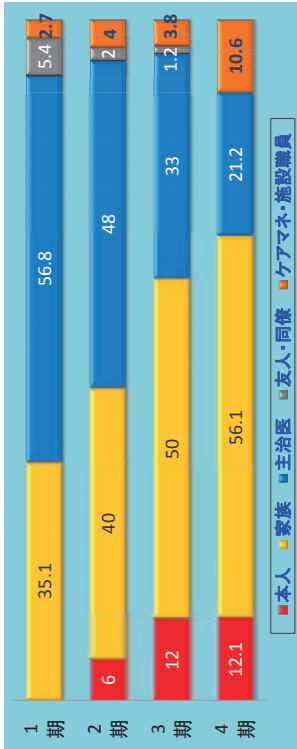
初診時の全般重症度 (Clinical Dementia rating ; CDR)



最初に症状に気づいてからセンター受診までの期間



センター受診を必要と感じたのは誰か？

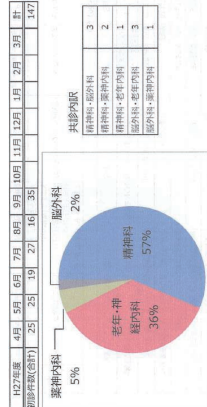
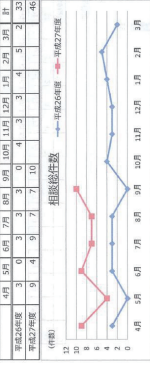


全県松今 八新西大伊西四西東上久松概内伊松兜愛
 国平山 治和幡屋条洲茅温島万前部子方野北南
 平均 市市島浜浜市市市中市市町高町町町町町

2次医療圏域	認知症高齢者の日常生活自立率(%)	2次医療圏域	認知症高齢者の日常生活自立率(%)
宇摩	3754 (7.2%)	伊予市、松前町	0 (0.0%)
新居浜・西条	8630 (16.5%)	伊予市、松前町	0 (0.0%)
今治	6547 (12.5%)	伊予市、松前町	0 (0.0%)
松山	20469 (39.1%)	伊予市、松前町	0 (0.0%)
八幡浜・大洲	6508 (12.6%)	伊予市、松前町	0 (0.0%)
宇和島	6023 (11.5%)	伊予市、松前町	0 (0.0%)

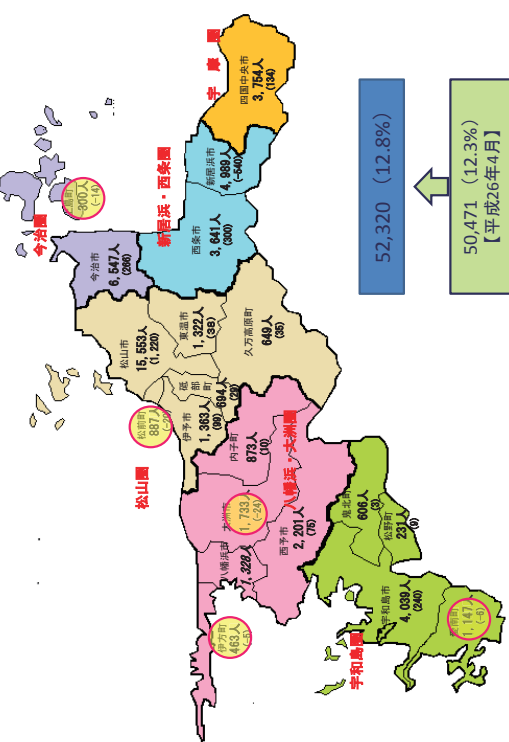
資料：愛媛県長寿介護課調査

1. 月別相談件数(単位対比)



月	6歳	7歳	8歳	9歳	10歳	11歳	12歳	13歳	14歳
25年4月	25	35	19	27	16	35			

愛媛県内の認知症高齢者(平成27年1月調査)



愛媛県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画
(平成27年度～平成29年度)

政策目標

「高齢者が健やかに長寿を楽しみ、住み慣れた地域で、愛顧で暮らせる社会づくり」

- 認知症施策推進会議の開催
- 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 - ① 認知症疾患医療センターの体制整備
 - ② 医療・介護を担う人材育成（かかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修、認知症サポート医フォローアップ研修、病院勤務の医療従事者向け認知症対応向上研修、認知症介護実践者研修）
 - ③ 認知症ケアバス作成に関する市町支援
- 若年性認知症施策の推進
 - ① コールセンターの設置、若年性認知症交流会の開催
 - ② 若年性認知症の普及・啓発のためのパンフレット作成
 - ③ 認知症フォーラムの開催 テーマ：「若年性認知症の取組み」
- 認知症の人と家族支援の強化
 - ① 認知症地域連携バス（えがおの安心手帳）の作成・普及
 - ② 認知症コールセンターの設置
- 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
 - ① 認知症高齢者見守り体制推進事業（愛媛県オレンジネットワークガイドラインの策定等）
 - ② 認知症サポーター・キャラバンメイトの養成

事項	新オレンジプランの目標値	愛媛県の実況
● 「認知症初期集中支援チーム」の設置	平成26年度見込み 全国で41市町村 ⇒平成30年度からすべての市町村で実施 (目標引き上げ)	H27年度設置予定 1町（久万高原町）
● かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	現行プランの29年度末 50,000人⇒60,000人に引き上げ	延1,925名 (H26年度末)
● 認知症サポート医養成研修の受講者数	現行プランの29年度末4,000人⇒5,000人に引き上げ	41名 (H27.10月末)
● 「認知症カフェ等」の設置	(目標新設) 平成30年度から全市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画等により実施	H27年度2市町 (市町設置)
● 認知症地域支援推進員の人数	現行プランの29年度末700人⇒平成30年度からすべての市町村で実施（目標引き上げ）	28名（16市町） (H27年度予定)
● 認知症サポーターの人数	現行プランの平成29年度末600万人⇒800万人に目標引き上げ	90,263名 (H27.9月末)

認知症患者医療センターの実態に関する調査研究事業
第3回委員会プレゼンテーション

浅香山病院認知症患者医療センターの取組

公益財団法人 浅香山病院
柏木一恵(精神保健福祉士)

総合病院 浅香山病院

開院:大正11年11月

許可病床数:1196床

精神:17病棟 948床

一般科:223床

認知症患者

- 急性期病棟 60床
(閉鎖エリア22床)
- 認知症治療病棟
120床(60床×2)
- 精神科身体疾患合併症病棟
50床



診療科目 精神科・内科・外科・整形外科・泌尿器科等
関連施設 老人保健施設・訪問看護ステーション
ケアプランセンター・在宅介護支援センター
特別養護老人ホーム等

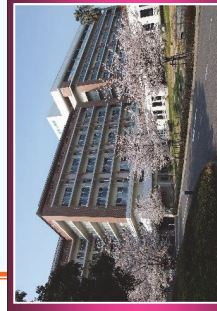
地域の精神科医療の拠点

ASAKAYAMA GENERAL HOSPITAL

浅香山病院の沿革(高齢者版)

- 大正11年11月 堺脳病院創設
- 昭和15年4月 内科合併症治療のため浅香山保養所を開設
- 昭和25年8月 財団法人の許可
- 昭和35年11月 総合病院の認可
- 昭和36年4月 堺脳病院から浅香山病院へ
- 平成2年6月 大阪府老人性痴呆疾患センター事業開始
- 平成7年3月 訪問看護ステーション開設
- 平成8年5月 老人保健施設開設(在宅介護支援センター併設)
- 平成11年6月 認知症患者治療病棟・療養病棟開棟
- 平成12年3月 特別養護老人ホーム開設
- 4月 介護療養病棟開棟
- 平成20年12月 堺市より認知症患者医療センターの指定を受ける

病院所在地

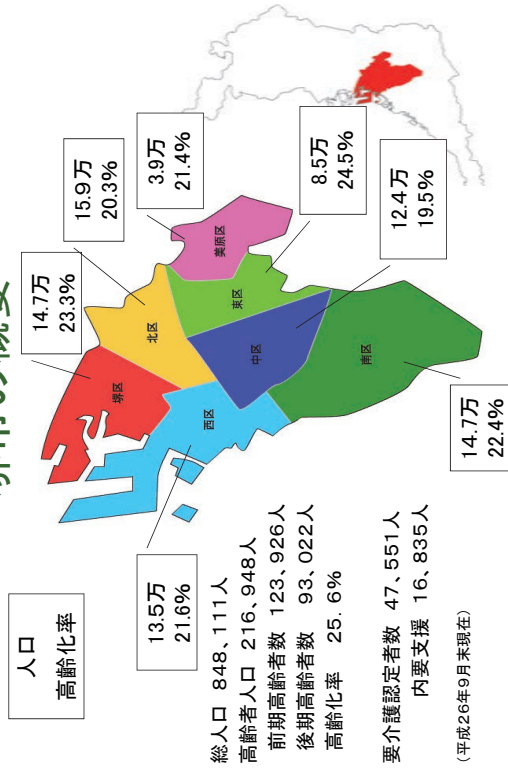


総合病院 浅香山病院



ASAKAYAMA GENERAL HOSPITAL

堺市の概要



大阪府下認知症疾患医療センターの実状

大阪府 6カ所 (5病院が精神科単科病院)
 大阪市 3カ所 (大学病院、総合病院、精神科単科病院)
 堺市 2カ所 (総合病院、精神科単科病院)

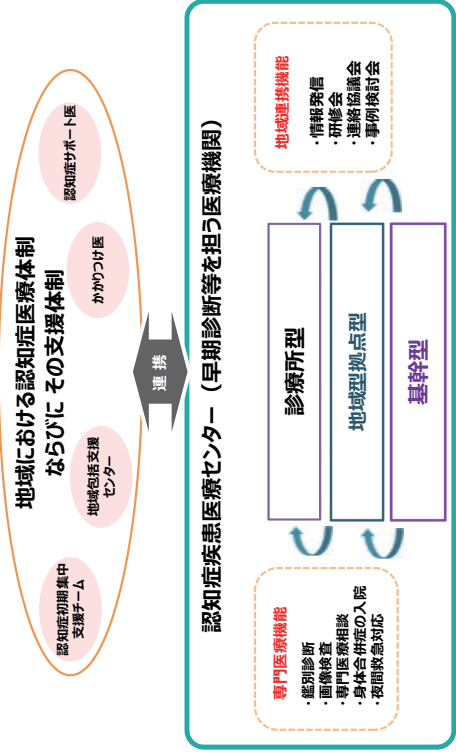
すべて地域型認知症疾患医療センター

- ①それぞれのセンターが自院の特性、地域の実情に応じた運営を展開しており、センター同士の有機的連携はほとんどない。
- ②堺市の2カ所は書式、連携ツール、統計の取り方なども共通で、研修会、協議会など共催しており、精神保健福祉士が日常的にも連絡調整を行っている。
- ③淡香山病院は大阪府に隣接しているため、大阪市の居住者からの相談が3割近くある。センター設置圏域と医療圏として住民の生活圏域の不一致も悩まされている。

(※)大阪府の人口 886万人 (大阪市の人口 270万人 堺市の人口85万人)

ASAKAYAMA GENERAL HOSPITAL

認知症疾患医療センターの役割



堺市認知症疾患医療センターの取組み

様々な連携とその課題を中心に

認知症疾患医療センターの基本的役割と事業内容

- ・ 期待される役割
 1. 認知症における専門医療の提供機関
 2. 介護との連携を進めるための中核的機関
- ・ 事業内容
 1. 専門医療相談
 2. 鑑別診断とそれに基づく初期対応
 3. 合併症・周辺症状などの急性期対応
 4. かかりつけ医等への研修会の開催
 5. 認知症疾患医療連携協議会の開催
 6. 情報発信

地域連携における認知症疾患医療センターの役割

1. 専門医療相談ができる専門の部門(医療福祉相談室)の配置
2. 専門医療施設との調整
3. 地域包括支援センターとの連絡調整
4. 専門医療に係る情報提供
5. 退院時調整
6. 地域の認知症医療に関する情報センターとしての機能
7. かかりつけ医やサポート医への研修
8. 地域の連携体制の強化のための協議会の開催

認知症の専門医療の提供（浅香山病院）

	2012.3	2013.3	2014.3	2015.3	2016.3
1. 相談件数	1149件	1140件	1446件	1259件	
2. 鑑別診断件数	614件	590件	717件	704件	
3. 外来受診件数	件	件	7125件	7079件	
4. 入院件数			363人	327人	

2013年度 阪南病院認知症疾患医療センターの件数
相談件数 1189件、鑑別診断件数 366件

事業内容（平成26年度）

- ① 研修会の開催
認知症高齢者の終末期医療～平穏死という言葉が生まれたわけ
かかりつけ医スキルアップ研修「認知症を支える地域医療」
- ② 認知症疾患医療連携協議会の開催（年6回）
平成26年度は主にケアパスの作成、初期集中支援チーム（平成27年からは実務的な認知症施策運営会議を再開）
- ③ 講師派遣（年9回）
- ④ 委員派遣
いよいよもネット堺
在宅医療ターミナルケア部会
堺市認知症ケアシステム懇話会
- ⑤ 若年性認知症支援
若年性認知症本人交流会（週1回）・若年性認知症家族交流会（週1回）
若年認知症家族教室（年1回）
堺市若年性認知症支援者勉強会（年6回）

「顔の見える連携」が理想ですが、、、

- 認知症の鑑別診断ができるという医療機関は堺市に27カ所、当院の連携医療機関は70機関以上。
- 地域包括支援センターも基幹型包括支援センターが7カ所、地域型が21カ所。
- **認知症疾患医療センターや専門医療機関では人材、時間、物理的に限界あり。**
- そもそも顔が見えるとは？

まずは情報提供、情報交換から

連携の第一歩は相手方の目標や役割、課題を知ること。

こちら側は、こちらの力量、目標、課題などを明確に提示すること。

- 医師会・認知症疾患医療センター・行政・包括支援センター・介護福祉施設等はそれぞれどのような活動をしているのか？

堺市地域包括支援センター事業について

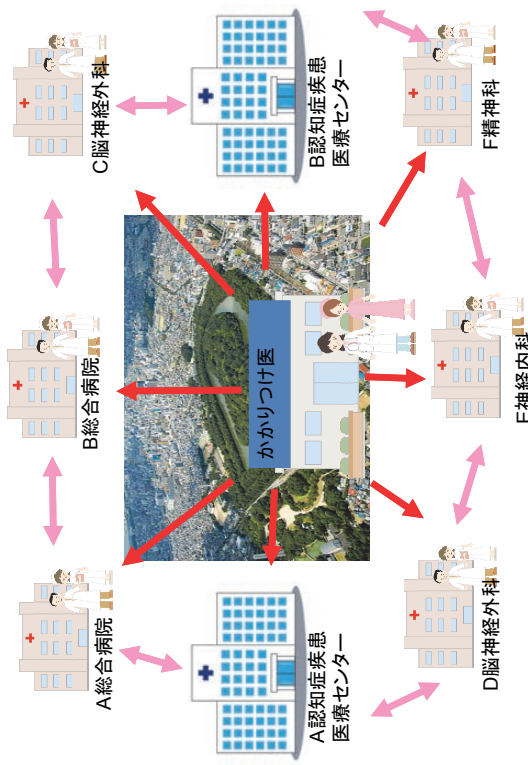
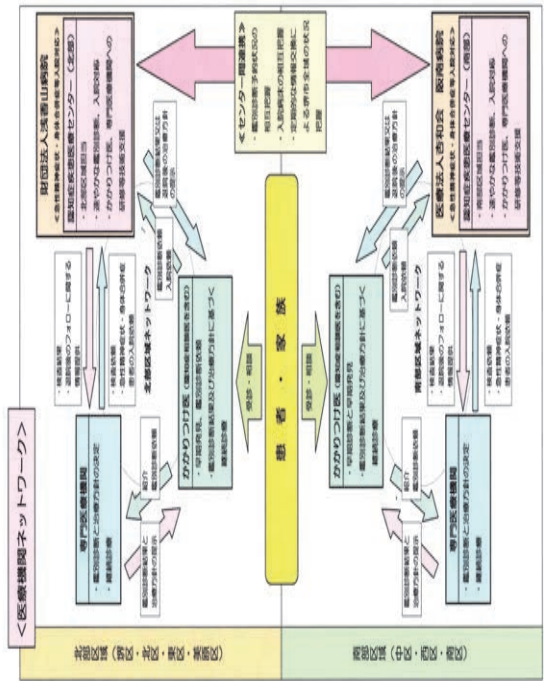
- **基幹型地域包括支援センターの役割**
- ①地域包括支援センターの後方支援、各センター間の連絡調整
- ②区レベルでのネットワーク構築
- ③行政機関とのパイプ役
- ④困難ケース、権利擁護を必要とするケースのスーパーバイズ
- **地域包括支援センターの役割**
- ①地域の高齢者福祉ニーズに対するワンストップサービス窓口
- ②地域のネットワーク構築
- ③権利擁護機能
- ④介護支援専門員支援機能

認知症疾患医療センターと介護連携

- **1. 地域包括支援センターとの連携**
- ①認知症地域支援推進員との連携
- 共通アセスメントシートの利用
- 処遇困難事例、若年認知症者についての相談
- ②事例検討会の実施
- 地域の共通課題の検討と社会資源の発見・開拓を目指す
- ③囑託医訪問への協力
- **2. 介護関係者との連携**
- ①研修会の開催・講師派遣
- 認知症疾患の基礎知識、精神保健福祉関係の社会資源等
- ②堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議(いいともネット)への参画
- **ケアマネージャーの資質向上と地域包括支援センターの機能強化へのバックアップが最大の課題**

認知症疾患医療センターと医療連携(1)

- 1. かかりつけ医との連携
 - ①情報の共有化を図るための共通シートの活用(専門医 かかりつけ医)
 - ②かかりつけ医の認知症診断に関する相談役・アドバイス (FAXやメールの活用)
 - ③かかりつけ医等の研修
 - 講演会・研修会の開催(認知症相談医研修、認知症診療スキルアップ研修など)、講師派遣(認知症サポート医研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修)
 - ④医師会への広報・医師会ホームページへの協力



堺市認知症医療マニュアルから

かかりつけ医への期待

- ①認知症の早期発見・気づき
- ②日常的な身体疾患対応、健康管理
- ③家族の介護負担、不安への理解
- ④専門医療機関への受診誘導
- ⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携

- ・ 認知症は長い経過をたどる進行性の病気。ご本人や家族の住む地域での治療がもともとも望ましい。
- ・ 生活習慣病の診察や指導をしながら認知症の進行具合や生活の問題をチャエックできる。
- ・ 身近な健康の相談役として、本人や家族の信頼関係が構築しやすい。

医師会HP 物忘れ安心ネット

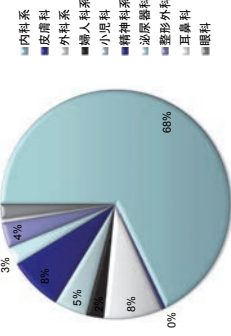


「もの忘れ安心ネット」は会員以外も閲覧可能

認知症相談医

かかりつけ医が診療科目に関係なく認知症について一定の知識と理解を持つて対応することが重要であるとの考えから、平成21年から「認知症相談医」を募り、リストを公開している
 「認知症相談医」は201名登録診療科目は内科、外科から眼科、皮膚科にいたるまで多岐にわたっている

認知症相談医の主な診療科目



認知症の早期発見
 専門医療機関への紹介
 鑑別診断後の継続治療
 患者、家族などからの相談
 介護との連携など

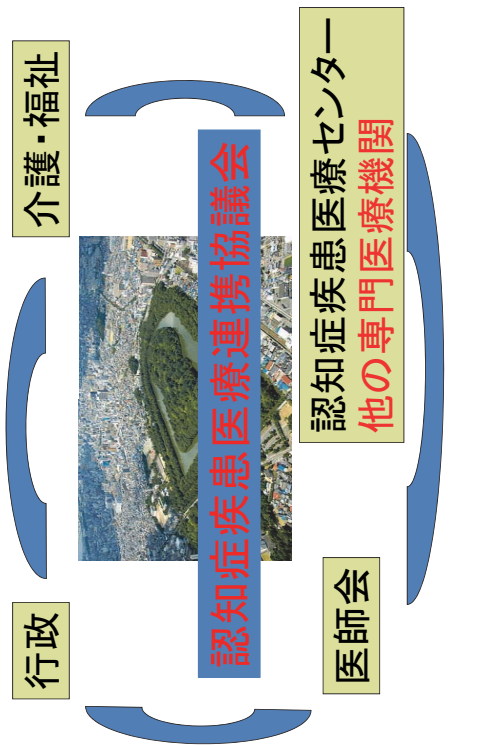
認知症患者医療センターと医療連携(2)

- 2. 専門医療機関との連携
 - ① 総合病院、精神科病院、精神科・神経内科クリニックなどにアンケート実施(堺市が主導し、医師会・認知症疾患医療センターが協力)
 - ② それぞれの機能(鑑別診断、BPSDの通院・入院治療、合併症の通院・入院治療、ソーシャルワーカー等による相談)を調査
 - ③ 調査結果については医師会のHP(物忘れ安心ネット)に掲載
 - ④ 認知症専門医向け勉強会の実施
 - しかし、調査結果と実態にはかなりの乖離があり、ネットワークの中で有効に機能していないのが実状。現在堺市は聴き取り調査を実施し美態把握とネットワークへの協力を依頼している

堺市における医療連携の課題

- 1. サポート医の位置づけや活動が曖昧
- 2. かかりつけ医と介護支援専門員の信頼関係が構築されていない。
- 3. かかりつけ医のネットワークへの無関心。
- 4. 専門医療機関とのネットワークが不十分で、専門医療機関の特質が活かされていない。

堺市における認知症ネットワーク作成

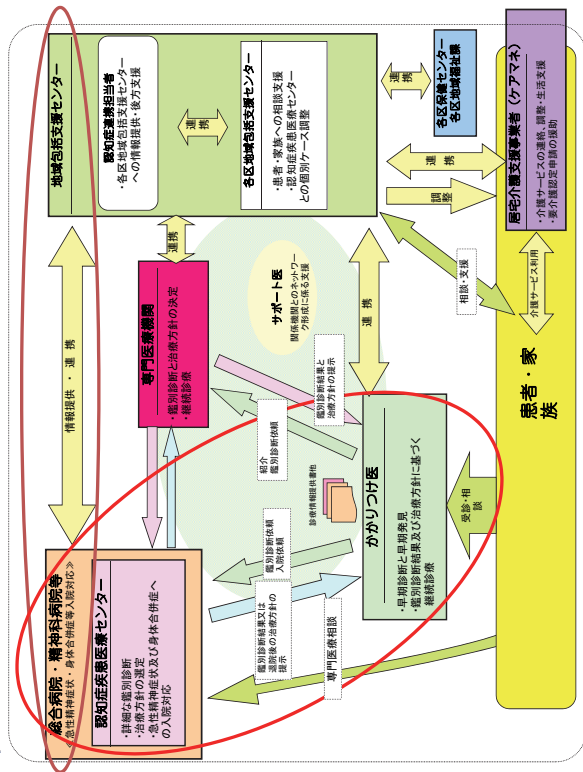


認知症連携における行政の役割

1. 市民への普及啓発
2. 実態把握と情報公開
3. 社会資源開発への協力やサービス利用への柔軟な対応
4. 医師会との連携
5. 国への意見具申
6. 連携・地域支援体制づくりの推進役

認知症のひとを地域で支えるための連携とは？

- 1. 認知症本人の視点にたった本人主体の連携・支援体制作り
(本人がたどる経過に沿った支援・連携・体制作り)
- 2. 地域の中で生活することを支えるための連携・支援体制作り
- 3. その地域に住む全てのひとが自身の問題ととらえ、あらゆる立場・職種・世代のひとが各自の立場を活かし合い、手ひきあいがらなかりを共に創りだしていく
- 4. 地域の固有性(風土、歴史、資源など)を活かした連携・支援体制作り
この連携・支援体制は小地域(日常生活圏)が基盤になる。
小地域の連携の要は、
かかりつけ医とケアマネジャー
その小地域の専門職+住民のチームを育成し、側面から支援するのが、地域包括支援センター、専門医療機関・サポーター医など
さらにその後方支援をするのが行政、認知症疾患医療センターなど
- **重層的なネットワークの構築と各々を運動させる仕組みが必要**
- **相談員(精神保健福祉士等)の働きが鍵となる**



連携における堺市認知症疾患医療センターの役割とは？

1. 地域の最前線で認知症の人を支える人材を育成する。
2. 多様な専門職の質的向上をはかり、チームの形成に関与する。
3. 認知症医療とケア、またネットワークについて都道府県や市町村に對して意見を具申する。
4. 早期診断・早期治療が認知症のひとのQOL、人生の質に寄与できるような関わりのネットワークを構築する。
5. 初期の診断からBPSDの出現、合併症の発症、終末期など認知症の経過の中でタイムリーかつピンポイントの関わりと適切な機関へのつなぎ。
6. **認知症の人の地域生活を支える中心は介護、介護を支えるのは医療という考え方が堺式連携。**

ASAKAYAMA GENERAL
HOSPITAL

新オレンジプランにおける 認知症疾患医療センターの役割

- 本来の役割期待は
 - 1. 認知症における専門医療の提供機関
 - 2. 介護との連携を進めるための中核的機能
 - 今回強調されている役割期待は
- ### 早期診断・早期対応
- ではこの中で、相談員が果たす役割は？

早期発見・早期診断の必要な理由

- ① 治療可能な認知症、発症予防や進行予防が可能な認知症は早期に診断することで改善につながる。
- ② 根本的な治療が困難な認知症だからこそ、本人が違和感に気付いた時、まだ理解力や判断力の低下が軽いうちに、自分の病気を理解することが大切。家族もあらかじめいろいろな援助手段について情報を集めることができる。本人と将来のケアの方針を決めておくことも可能になる。

早期発見・早期診断の意味

- ③ 認知症が進行すると、新しい環境に慣れにくくなる。将来必要になりそうなことは、できるだけ、自分で判断できるうちから準備する。専門医療機関にも自分で納得して受診する方が信頼関係がつくりやすい。介護サービス利用も同様に、理解できる間に慣れしておくことが、将来の円滑なサービス利用につながるやすい。
- しかし、早期診断が早期絶望につながらないために、診断がケアの方向や生活の質、人生の決断に寄与できることが前提となる。病名の告知、重症度を伝えるだけの早期診断に意味はない。地域での生活を支えるためにタイムリーな医療の介入、多職種チームの関わり、介護との連携を視野にいれた診断が必要。

主な専門医療相談の内容

1. 早期発見・早期治療を望む・初期の鑑別診断
2. 急激な認知症状の進行・重度化を危惧しての診察希望
3. 暴力・幻覚妄想等で家や施設で対応困難のための入院希望
4. 家族や知人による虐待のための避難入院
5. 単身者や経済的虐待事例等の成年後見制度利用
6. 介護サービスや福祉制度の利用手続き
7. 脱水、拒食、肺炎、骨折などの合併症治療

相談員（精神保健福祉士等）に期待される役割

1. 受診前、受診時、入院時、入院期間中、退院時、退院後、一連の治療の流れにおける認知症患者本人や家族の様々な不安を受け止め、具体的対応を図る役割
2. 本人の事情・状況に応じて、適切な人・機関に繋ぐ役割
3. 虐待や症状の急変などを的確に判断し、緊急対応する役割
4. 制度やサービス等の情報を提供し、権利侵害から守る役割
5. 保健福祉・介護関係者やかかりつけ医への研修を通じて認知症に対する理解を広める役割
6. 地域包括支援センター等の地域の様々な機関と連携し、地域の福祉力を底上げする役割

精神保健福祉士による認知症相談の現場から

「本人の生活の様子が分かるような聞き取り」

- ① いつ頃から何に困っているのか？
- ② 困っているのは誰か？
- ③ これまでどう対処してきたのか？
- ④ 社会資源の活用ができていくかどうか
- ⑤ 相談できる人がいるか？
- ⑥ 介護や関わりの工夫で改善できないか？
- ⑦ 本人の安全が守れるかどうか
- ⑧ 介護者の疲労度

具体的援助内容その1

インタビュー

① 主訴を聞き取り、問題発生から現在に至るまでの経過を把握

ここでの視点は本人及び家族が「何をどう困っているか」「それはいつごろからどういう形ではじまったか」「日常の生活場面で、どのような生きにくさや生活のしづらさがあるか」を丁寧に聴き取ること。

疾患によっては緊急を要する場合、あるいは他の疾患が隠れている場合もあり、アセスメントの力量が問われてくる。また原因疾患や重症度によって障害の現れ方が違うことを認識し、それによって生活場面でどのような不具合が生じているかを詳細に聴き取る必要がある。

② 家族構成・住環境・就労状況などの生活環境や社会資源の利用状況の確認

単身や居間独居、住宅の状況、虐待の可能性、不適切なサービス利用など社会的な条件によっては早期介入が必要と判断される場合がある。

具体的援助内容その2

③認知症者本人や家族の対応能力を見極める

自力で病院を受診したり、関係機関へ相談したりできるかどうか、高齢者世帯の場合、配偶者の健康状態はどうか、子やきょうだいに協力が得られるかなどを確認する。

④本人が検査や治療、援助を受けやすい意思があるかどうかを確認

可能な限り自己決定を保障するという基本的立場から、本人が同意していない場合は、緊急性がないと判断すれば、家族には経過を見るよう助言する。しかし継続的に相談が可能なこと、かかりつけ医や地域の相談機関を利用することも合わせて伝える。逆に本人の拒否は強いが、早期治療が必要な場合は専門医と相談し、関係機関との連携・調整を図った上で、受診・入院を促す場合もある。

⑤かかりつけ医やケアマネージャー等からの情報収集及び連絡調整

連携における堺市認知症疾患医療センターの役割

1. 地域の最前線で認知症の人を支える人材を育成する。
2. 多様な専門職の質的向上をはかり、チームの形成に関与する。
3. 認知症医療とケア、またネットワークについて都道府県や市町村に対して意見を具申する。
4. 早期診断・早期治療が認知症のひとのQOL、人生の質に寄与できるような関わりのネットワークを構築する。
5. 初期の診断からBPSDの出現、合併症の発症、人生の最終段階など認知症の経過の中でタイムリーかつピンポイントの関わりと適切な機関へのつなぎ。
6. 認知症の人の地域生活を支える中心は介護、介護を支えるのは医療という考え方が専式連携。

具体的支援内容その3

⑥ 家族支援

- 家族の様々な不安や葛藤(周囲の無理解、非協力による孤立感)
- 今後の介護についての心配(介護そのものに要する身体的精神的負担や経済的負担)
- 治療やケアに対する不信、不満(知識不足や情報不足)
- 経済的問題その他の様々な相談事
- これに対しては
- 家族の思いを受け止め、介護者としての家族という関わりだけでなく、苦悩する当事者としての家族をサポートする視点が必要。
- 治療やケアについては、家族に情報を提供すること、他の医療スタッフと問題点を共有化し、改善を図る試みが必要。

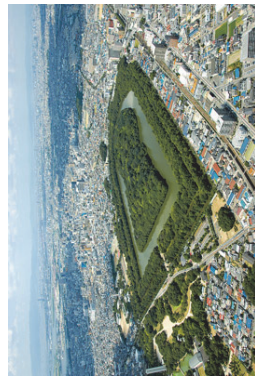
今後の課題

- 医療をうまく利用しながら、地域での生活を続けて行けるよう、タイムリーな介入・支援・助言を行う。(医療の過度な介入に注意する。)認知症初期集中支援チームとの協働が必要。
- 専門医療相談のデータの分析により、現状と課題を整理し、市全体の普遍的な課題として行政へ問題提起し、制度の改善や社会資源の創出を目指す
- 認知症の方や家族、介護者が抱える「生活のしづらさ」やどのような支援を必要としているかを広く知ってもらう
- 認知症になっても住みなれた場所で適切な支援を受けながら暮らしている地域作りに貢献する

しかし、現実には

- 鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、入院対応機能、地域連携推進機能、身体合併症対応機能すべての機能は一応そろってはいる。
- しかし現実には、
 1. 相談件数の多さ⇒相談員(精神保健福祉士)がその対応に追われている。緊急性などどこまで把握できているか、電話相談の限界⇒初期集中支援チームとの協働
 2. 鑑別診断の待機長期化⇒待機している間に状態像が変化する場合も⇒専門医療機関等の紹介
 3. 専門医の少なさ⇒地域での生活を支えるためにタイムリーな医療介入、多職種チームの関わり、介護との連携が可能で専門医が少ない⇒認定看護師の活用
 4. 身体合併症の対応は限定的⇒内科医等との連携に課題
 5. 認知症治療病棟、合併症病棟を有しているため他の圏域からの入院要請が多い。⇒入院の長期化、社会的入院の問題が最大の課題

ご清聴ありがとうございました



仁徳天皇陵(大仙古墳)
堺市の誇る日本最大級の
前方後円墳です。

「認知症疾患医療センターの実態調査に関する調査研究事業」
第4回委員会資料

認知症疾患医療センターの類型
— 各類型の機能の明確化 —

平成28年2月5日（金）東京：あすか会議室
（公）日本精神科病院協会 常務理事
（医）淵野会 緑ヶ丘保養園 院長
淵野 勝弘

利益相反（Conflict of Interest : COI）に関し、
開示すべき企業団体はありません。

（参考）設置方針（案）に基づく、「基幹型／地域型／認知症医療支援診療所（仮称）」の整理

	基幹型	地域型	認知症医療支援診療所（仮称）
考え方	・都道府県単位の拠点 ・認知症ケアにむき、都道府県圏域内での、急性期・慢性期・身体合併症に対する急性期医療対応を担う	二次医療圏域毎の拠点	・65歳以上人口比率や地理的状況に応じて設置 ・診療所に設置
機能	実施	実施	実施
総合診療	CT、MRI、実施	CT、MRI、実施	CT、MRI、実施
早期診断・早期対応	—	MRI、ない場合は連携先で可。	MRI、ない場合は連携先で可。
危機対応支援	—	実施	実施
研修等	実施	—	—

（厚労省 老健局）

別添様式

実績報告書

(1) 認知症疾患に関する外来件数（月別）及び認知症診断件数（月別）

外来件数	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
外来件数													
認知症診断件数													

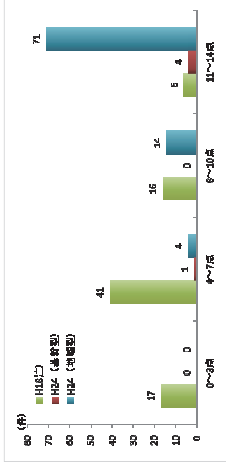
(2) 入院件数（月別）（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれの件数）

認知症疾患医療支援診療所	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
センター													
連携病院													
合計													

(3) 専門医療連携件数（月別）（電話による相談及び訪問による相談それぞれの件数）

電話	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
電話													
訪問													
合計													

センター機能の評価



注)平成18年は国立精神・神経センター精神保健計画部および精神障害者保健課調べ

評価方法/以下の6項目の期間の合計点数(14点満点)

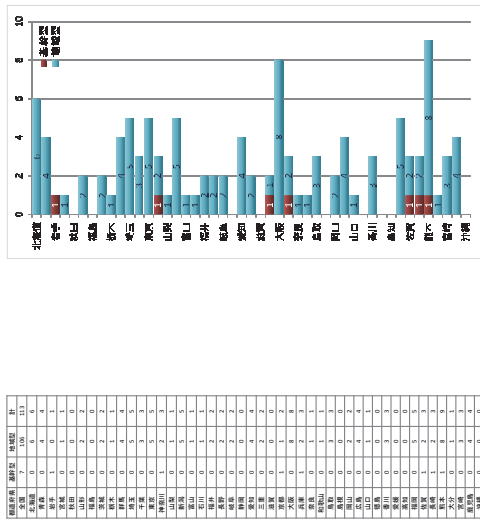
- ①急性期を全て1点
- ②認知症患者の緊急対応の有無:「6」救急入院件数が年間で1件以上=1点、無=0点
- ③電話相談件数:「7」電話が年間で0件=0点、1~99件=1点、100~299件=2点、300件~=3点
- ④面接相談件数:「7」面接が年間で0件=0点、1~99件=1点、100~299件=2点、300件~=3点
- ⑤鑑別診断件数:「4」鑑別診断件数が年間で0件=0点、1~49件=1点、50~99件=2点、100件~=3点
- ⑥紹介件数:「4」紹介元での治療継続件数が年間で0件=0点、1~9件=1点、10~19件=2点、20件~=3点

※年度途中での設立、不明の月がある等の場合、記載されている月の平均×12か月で年間件数の予測値を算出
※年間を通して不明の場合、評価せず

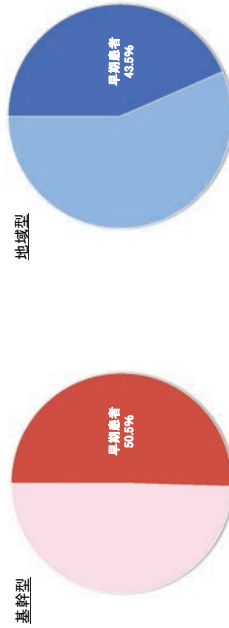
	0-3歳	4-7歳	8-10歳	11-14歳	計	不明
H1B1	17	41	16	6	80	
H2A (遠隔型)	0	1	0	4	5	2
H2A (地域型)	0	4	14	71	89	17
小計	0	5	14	75	94	19

認知症疾患医療センター 実績報告書(平成24年6月~平成25年5月)

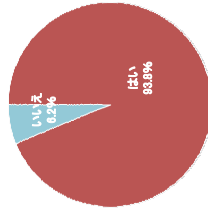
調査対象:193病院(※会員病院:109病院 非会員病院:84病院)(平成25年4月15日現在)
有効回答:113病院(※会員病院:75病院 非会員病院:38病院)(回答率58.5%)



認知疾患に係る外来初診件数に占める早期患者割合 (年間) (発症から3年以内に受診した患者)

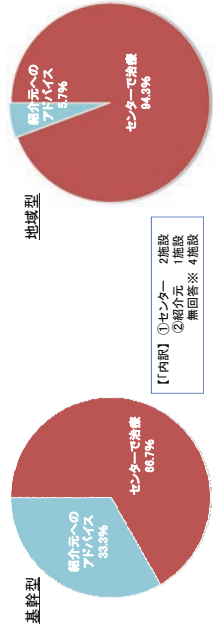


早期診断や鑑別診断の機能は十分果たされていますか



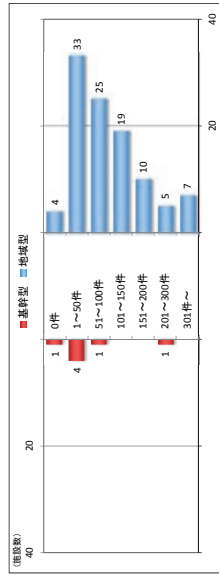
周辺症状 (BPSD等) への対応機能について

①センターで治療している ②紹介元へのアドバイス

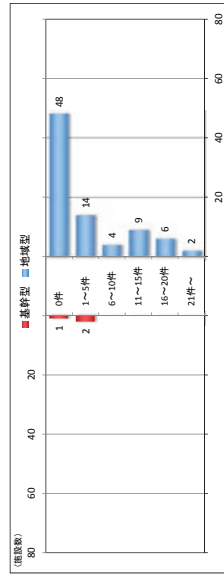


※無回答:どちらも行っていない、基本センターで治療しているが、紹介元へのアドバイスも行っている等、センターで行っている旨の回答がほとんど

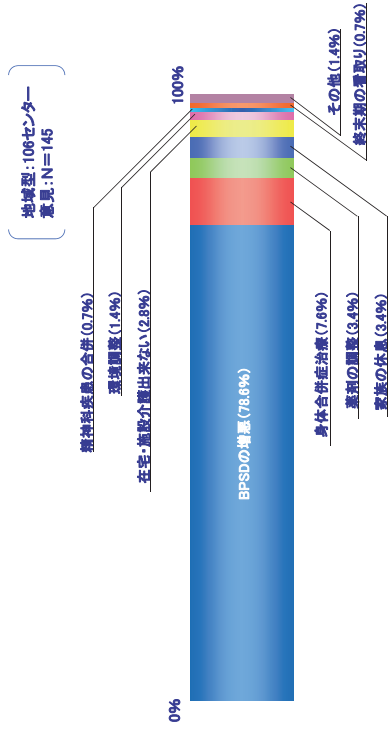
センターへの入院件数（年間）別施設数



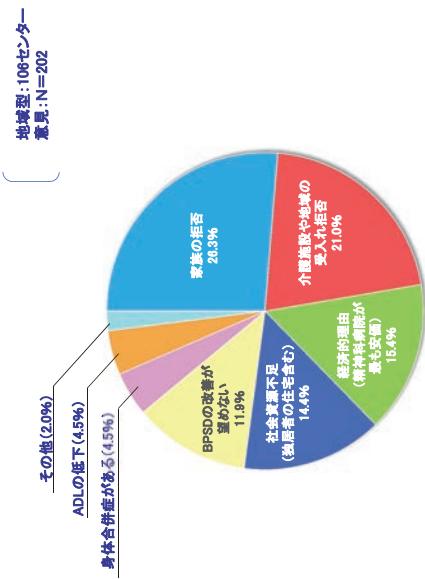
他の精神科への入院件数（年間）別施設数



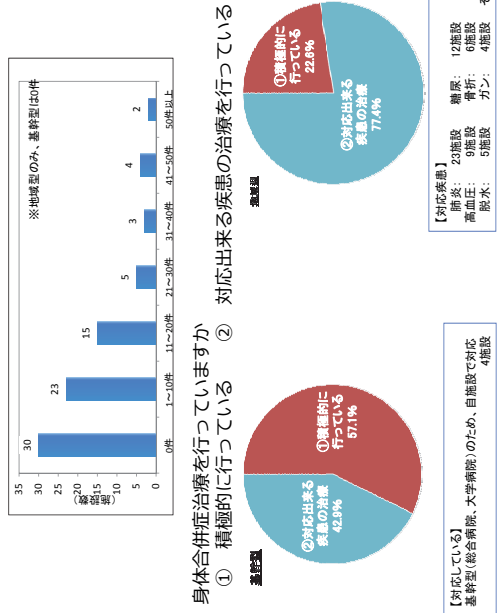
精神科への入院が必要な状態とはいかなる場合ですか



精神科からの退院を妨げる要因

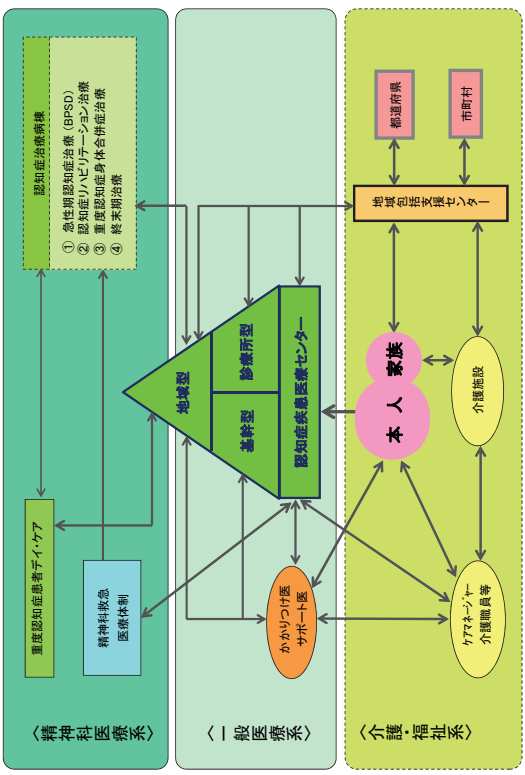


重篤な身体合併症のため身体科の一般病床のある病院（連携病院）の入院件数



認知症疾患医療センターの新たな役割と機能（案）

設置医療機関	基幹型	地域型	診療所型
基本的活動圏域	国公立病院・センター 公的法人病院 民間総合病院	民間精神科病院等	診療所
医療機能	高度鑑別診断 高度身体合併症入院治療 (急性期含む)	二次医療圏域 早期診断・鑑別診断 外来通院治療・デイケア BPSD等、急性期薬に対する 入院治療 慢性の身体合併症治療	診断・外来治療 医療相談
その他の機能	人材育成・教育	地域連携・研修 初期集中支援チームの協力 家族支援	密接な地域との連携 「在宅での生活」や「ケアプラン」の連携 ・介護保険制度の利用 ・初期集中支援チームへの参加 家族支援
空床確保	あり	あり	なし
予算	800万	360万	146万



認知症高齢者の支援体制

<行政へのお願い>

・各市町村より圏域の医療機関（病院・診療所を含む）すべてに対し、認知症疾患の診療内容を示し、住民に知らせる。

- (例) 診断のみ、外来通院治療
医療相談（家族や介護職員等）
訪問診療
デイケア
BPSD入院治療
身体合併症治療（急性、慢性、専門分野）
終末期医療（訪問、入院等）

表1 基本情報

診療科目	内科	外科	小児科	産婦人科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻科	眼科	歯科	放射線科	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	介護職員	その他
診療時間	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00

表2 診療科目

診療科目	内科	外科	小児科	産婦人科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻科	眼科	歯科	放射線科	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	介護職員	その他
診療時間	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00

表3 診療科目

診療科目	内科	外科	小児科	産婦人科	皮膚科	泌尿器科	耳鼻科	眼科	歯科	放射線科	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	介護職員	その他
診療時間	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00	8:00-18:00

表4 専門医療機関（施設）

施設名	所在地	診療科目	診療時間	備考
〇〇病院	〇〇市〇〇区	内科	8:00-18:00	
〇〇クリニック	〇〇市〇〇区	外科	8:00-18:00	

表5 介護施設

施設名	所在地	介護職員数	備考
〇〇介護施設	〇〇市〇〇区	〇〇名	
〇〇介護施設	〇〇市〇〇区	〇〇名	

6 加算型支払センターの選考
①選考対象企業(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

②主な選考内容

6 その他地域(認知症訪問集中支援チーム等)との連携
①連携対象企業(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

②主な選考内容

7 かかりつけ医との連携
①連携対象企業(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

②主な選考内容

10 郵政に加入する事業者
①選考対象企業

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

②郵政に加入する事業者(認知症高齢者の住居確保給付金受給者)との連携
①連携対象企業(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

③郵政に加入する事業者(認知症高齢者の住居確保給付金受給者)との連携
①連携対象企業(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

④郵政に加入する事業者(認知症高齢者の住居確保給付金受給者)との連携
①連携対象企業(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

8 認知症とそれに係る認知症対応
①認知症対応
②認知症対応にかかわる関係機関(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

③対象事業推進委員会の設置及び活動内容

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

④各府県・自治体・民間団体への認知症対応
①認知症対応にかかわる関係機関(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

②認知症対応にかかわる関係機関(内訳)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

11 認知症対応の推進センターの設置状況(内訳)(併せて併設センターの設置状況も記載)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

12 各種研修会、連携推進委員会の設置状況(併せて併設センターの設置状況も記載)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

④認知症対応の推進センターの設置状況(併せて併設センターの設置状況も記載)

業種	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
その他													
合計													

13. 情報伝達媒体
 (1) 形態(ペーパー)
 内容())

(2) パソコン
 作成人数 ())
 ① 内容())
 ② その他())

※ 作成媒体を添付すること

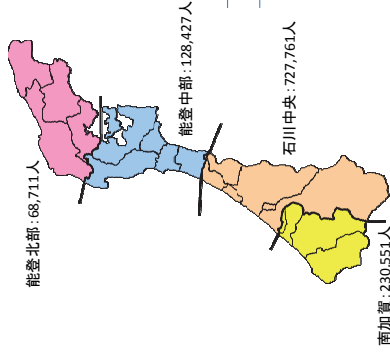


2016.02.05.

石川県認知症疾患医療センター 運営事業等の概要

石川県立高松病院 石川県認知症疾患医療センター 北村 立

二次医療圏と人口 石川県：1,155,450人 (平成26年10月1日現在)



区域	総人口	65歳以上	75歳以上
能登北部	73,842	29,321 (39.7%)	17,637 (23.9%)
能登中部	134,078	41,386 (30.9%)	23,015 (17.2%)
石川中央	724,412	149,238 (20.6%)	74,584 (10.3%)
南加賀	233,983	56,745 (24.3%)	28,779 (12.3%)
計	1,166,315	276,690 (23.7%)	144,015 (12.3%)

I 基本情報

人 口：1,169,788人(2010年国勢調査) 面積：4,185.66km²
 65歳以上人口：277,554人 高齢化率：23.70%

<現状と将来推計> ※国立社会福祉・人口問題研究所の推計結果や市の報告等に基づく推計値

	H26	H29	H37(2025)	H37/2025比増減率
高齢者人口(推定人口)	310,979人(27.1%)	約324,000人(約28%)	約342,000人(約31%)	約10%
後期高齢者人口(推定人口)	149,366人(13.0%)	約159,000人(約14%)	約208,000人(約19%)	約39%
要介護認定者数(高齢者人口)	56,881人(18.3%)	約62,000人(約19%)	約74,000人(約22%)	約30%
認知症高齢者数	約51千人	約58~61千人	約65~70千人	約37%
ひとり暮らし高齢者数	約46千人	約51千人	約54千人	約17%

かかりつけ医認知症対応力受講者：342名(H23)
 認知症サポーター医：19名(H23)
 認知症の入院医療機関：16ヶ所 うち、認知症治療病棟入院管理料届出は8ヶ所
 認知症の入院患者(患者調査)
 入院患者数 平均在院日数 新規入院患者のうち
 2ヶ月以内に退院した割合
 904人(H22) 315.5日(H20) 39.5%(H21)
 [全国66,893人(H22)] [全国342.7日(H20)] [全国27.6%(H21)]

II 認知症疾患医療センター運営事業の現状

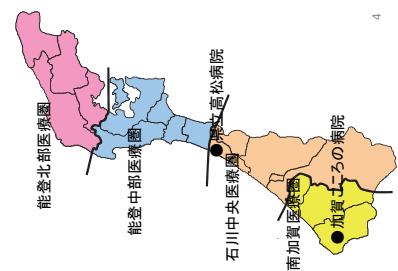
石川県では、保健医療・介護機関等が連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的として、平成21年4月から県立高松病院に、また、平成22年10月から加賀こころの病院に、認知症疾患医療センターを設置している。

センターは、**いづれも地域型**の指定を行っており、センター・事業として、(1)専門医療相談、(2)鑑別診断と初期対応、(3)身体合併症・周辺症状への急性期対応、(4)かかりつけ医等研修、(5)認知症疾患医療連絡会議等を行っている。
 特に、県立高松病院においては、地元のみならず、都市医師会や介護保険専門員協会等と関係者との密接に連携し、認知症高齢者を地域で支える連携型のネットワークを構築しており、県立高松病院のモデルを全県に広げることが目指している。

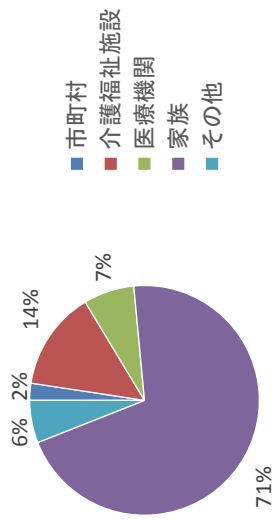
<県立高松病院の取組のポイント>

- ① 都市医師会や市町村と連携し、**事例検討会等を定期的に開催**これにより、かかりつけ医や介護保険専門員等から早い段階で県立高松病院に相談が寄せられるようになり、早期からの対応が実現している。
- ② **急性期を有する患者を受け入れ(救急も含む)、専門的に治療**している。さらに入院患者の半数は在宅へ復帰している。
- ③ 認知症の**身体合併症**については石川県立中央病院など8つの連携病院があり、極めて円滑な連携がとれている。
- ④ 県立高松病院では、専門医を中心に看護師、作業療法士等から構成される**多職種チーム**を設置し、訪問診療、訪問看護を含めた地域生活の支援を行っている。家族の疲弊を防ぐため、家族に対する心理的サポートも重視している。

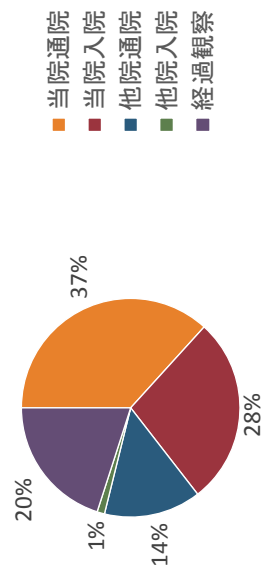
《2次医療圏と認知症疾患医療センター》



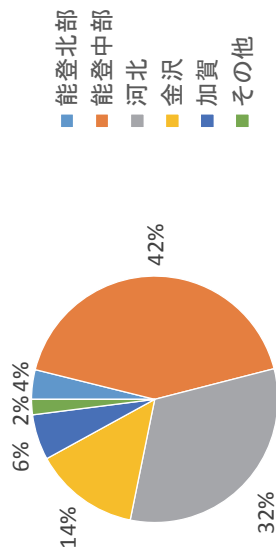
平成26年度 相談経路ごとの割合 (N=1289)



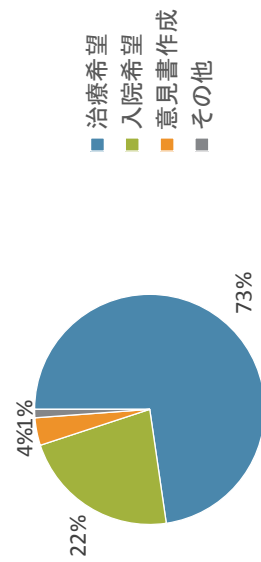
平成26年度 処遇ごとの割合(N=724)



平成26年度 地域ごとの割合(N=1289)



平成26年度 相談内容ごとの割合 (N=1289)



第6次石川県医療計画

② 認知症診断可能な医療機関の整備

身近な地域で認知症の専門的診療が受けられるよう、二次医療圏に1か所以上から、概ね65歳以上人口6万人の圏域に1か所程度、認知症疾患医療センターを含む認知症の鑑別診断(他機関との連携による検査も可)と在宅生活訪問支援との双方を行える医療機関の確保に努める。

③ 多職種チームによる生活支援の充実

ア) 認知症の人とその家族が地域で気軽に相談・受診できるよう、医療機関からの精神科医、内科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者等で構成された多職種チームによる訪問支援を含め、地域生活を支えるための医療支援体制の充実を図る。その際は、当該地域の在宅医療連携グループとの連携を図るものとする。

II 認知症疾患医療センター運営事業の現状②

・県立高松病院、金沢大学附属病院(文科省の予算を獲得し、「北陸認知症プロフェッショナル養成プラン」に基づく専門医の養成等に取組んでいる)、県医師会、日本精神科病院協会石川県支部等の関係者から構成される「認知症医療連携推進委員会」を設置し、県立高松病院のモデル的な取組を全県に広げるための方策について検討しており、現在、人材の養成を中心とした取組から始めている。

＜県立高松病院における主な取組＞

- ① **地域のリーダーの養成**
 - ・医師会・精神科病院協会等の協力により認知症サポーター医の受講を勧奨
 - ・認知症サポーター医数 H23:119名→H25:27名→H26:39名→H27:66名
 - ・専門医・サポーター医等の地域のリーダーを対象としたエキスパート研修を開催
 - ・看護師、作業療法士、介護支援専門員に対する研修会の開催
- ② 各地域における事例検討会の開催
 - ・かかりつけ医認知症対応力向上研修を「座学」と多職種が参加する「事例検討会」から構成
 - ・「座学」については、県レベルで開催し、TV会議システムを活用し、サテライト会場でも受講できる方法を導入
 - ・「事例検討会」については、県内9地域(金沢市内は3つの在宅医療連携グループごと)において開催し、医療・介護関係者の資質の向上と顕微鏡の構築を進めている。

県立高松病院におけるモデル的な取組を全県に広げるための取組



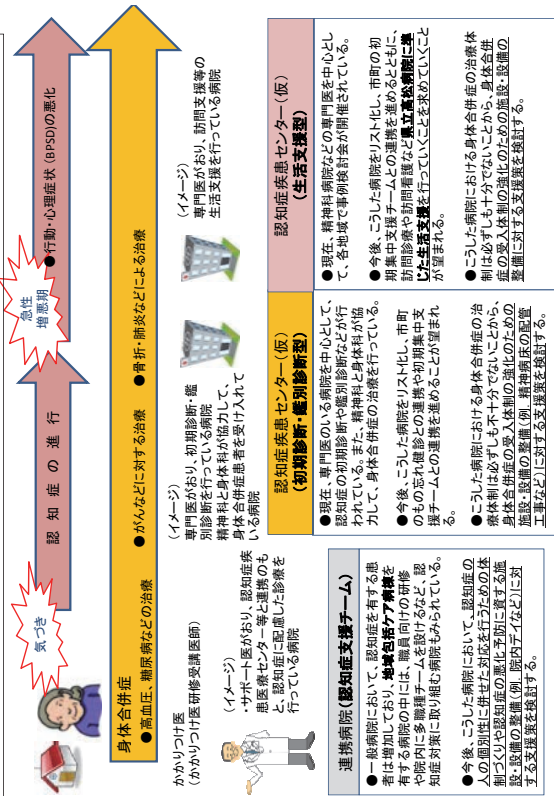
(H26実績) かかりつけ医等認知症対応力向上研修 座学の様子



かかりつけ医等認知症対応力向上研修 地域事例検討会の実施状況

開催日	会場	講師	参加者	開催日	会場	講師	参加者
10月3日	長生会	加藤 真由	32	11月6日	長生会	加藤 真由	30
10月17日	専修地区公認	加藤 真由	25	11月13日	専修地区公認	加藤 真由	21
11月1日	加賀地区公認	加藤 真由	25	11月13日	加賀地区公認	加藤 真由	21
11月10日	金沢市立総合病院	加藤 真由	47	11月24日	金沢市立総合病院	加藤 真由	43
11月20日	能登総合病院	加藤 真由	28	11月24日	能登総合病院	加藤 真由	21
11月20日	能登総合病院	加藤 真由	46	11月24日	能登総合病院	加藤 真由	21
8月2日	アンテナプラザ	加藤 真由	37	2月11日	アンテナプラザ	加藤 真由	33
2月4日	コズメビル	加藤 真由	112	11月23日	コズメビル	加藤 真由	33
9月9日	七尾サテライトプラザ	加藤 真由	92	2月6日	七尾サテライトプラザ	加藤 真由	21
1月21日	ホテル高松	加藤 真由	38	11月23日	ホテル高松	加藤 真由	21

Ⅲ 今後の計画(案) ※「認知症の診療体制をどのように強化していくか」について現在関係者間で協議中



今後の課題

1. 認知症疾患医療センターの指定
 - ・ 身近にあることが前提 (車で30分以内)
 - ・ 県独自の指定も検討 (「認知症専門診断管理料」の問題)
 - ・ 金沢市内の調整
2. 初期集中支援チームとの連携
 - ・ 能登北部への支援
3. 地域包括ケア病棟との連携 (認知症支援チーム)
4. 認知症疾患医療センター同士の連携

国立長寿医療研究センターの活動概要



武田 章敬

愛知県の認知症施策

平成27年度からの事業(地域医療介護総合確保基金)

- 病院の認知症対応力向上事業
 - 認知症支援ボランティア養成事業
 - 市民後見推進事業
- 国制度に基づくもの
- 認知症介護者等養成研修事業
 - 地域医療支援事業(認知症サポート医養成研修等)
 - 認知症地域支援施策推進事業
 - **認知症疾患医療センター運営事業**
- 名古屋市を除く11医療圏のうち、7医療圏で指定済み

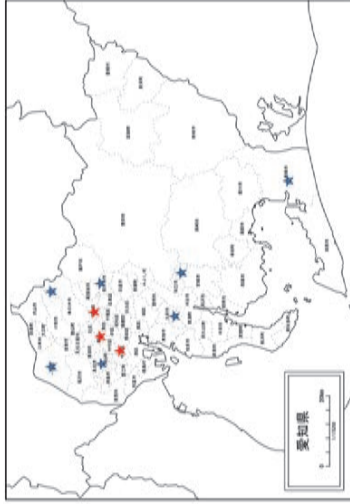
大府市の認知症施策

- 認知症サポーターやキャラバンメンメイトの養成
- 見守り・支援マップの作成・配布
- 行方不明高齢者の捜索模擬訓練
- 見守りSOSネットワークシステムの構築
- 認知症地域支援推進員の配置
- 大府市認知症地域支援ネットワーク会議の設置
- 認知症連携嘱託医の配置
- 市医師団・歯科医師会・薬剤師会及び製薬会社との連携協定の締結
- 「認知症不安ゼロ作戦」

東浦町の認知症施策

- 地域資源マップ等の活用(買い物セーフティーネット・高齢者支援マップ・認知症ケアパス)
- ネットワークの活用(みまもりねっと;徘徊高齢者検索メール配信システム)
- 家族支援事業(認知症カフェ・徘徊高齢者家族支援事業・認知症高齢者登録制度)
- 普及啓発事業(認知症サポーター養成講座・啓発講演会)
- 人材育成事業(認知症サポーターフォローアップ講座・認知症に関するボランティア団体～オレンジパラソル～)研修
- 多職種による会議(町の施策の検討や認知症初期集中支援チーム発足に向けた検討等)

愛知県内の認知症疾患医療センター



病院名	所在地
国立長寿医療研究センター	大府市
まつかみクリニックアオスビタル	名古屋市中川区
守山荘病院	名古屋市守山区
名教病院	名古屋市西区
八千代病院	安城市
いまいせ心療センター	一宮市
松崎病院	豊橋市
七宝病院	あま市
あさひが丘ホスピタル	春日井市
愛知医科大学病院	長久手市

全て地域型

愛知県が認知症疾患医療センターに求めているもの

- 1 専門医療相談
- 2 鑑別診断とそれに基づく初期対応
- 3 合併症・周辺症状への急性期対応
- 4 かかりつけ医等への研修
- 5 認知症疾患医療連携協議会の開催
- 6 認知症医療に関する情報発信

国立長寿医療研究センターもの忘れセンターの活動状況

【もの忘れセンター外来】

もの忘れ外来初診患者数(人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
平成23年度	85	65	94	95	92	81	88	98	92	93	107	99	1,089
平成24年度	89	96	86	86	95	78	99	88	91	86	74	81	1,058
平成25年度	89	90	74	97	82	84	96	89	83	84	79	83	1,030
平成26年度	84	94	105	98	82	92	106	79	85	84	77	91	1,077

もの忘れ外来患者総数(人)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
平成23年度	638	540	719	712	805	674	747	791	763	867	941	905	9,102
平成24年度	866	867	849	922	863	779	946	852	812	834	785	815	10,190
平成25年度	915	864	771	971	838	806	952	805	847	850	807	842	10,268
平成26年度	841	753	791	970	744	782	922	694	747	850	728	872	9,694

【もの忘れセンター入院患者数】

もの忘れセンター病棟(西病棟)新規入院患者数(件)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
平成23年度	22	22	30	29	26	23	25	24	21	28	26	27	303
平成24年度	32	25	28	25	24	21	30	24	28	25	25	22	309
平成25年度	21	15	30	31	25	27	27	32	22	23	20	27	300
平成26年度	31	30	27	23	27	25	23	31	25	28	32	38	340

【もの忘れセンター外来の紹介・逆紹介】

平成23年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
初診患者数(再掲)	85	94	94	95	92	81	88	98	92	93	107	99	1,089
紹介初診患者数	49	37	47	48	48	46	45	56	55	52	54	50	587
認知症専門診療管理算定患者数	0	0	0	0	10	30	33	21	23	39	35	23	214
平成24年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
初診患者数(再掲)	89	96	86	95	95	78	99	88	91	86	74	81	1,058
紹介初診患者数	55	53	51	56	51	53	62	52	52	50	44	51	630
認知症専門診療管理算定患者数	41	46	46	44	39	32	30	29	29	33	38	33	440
平成25年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
初診患者数(再掲)	89	90	74	97	82	84	96	89	83	84	79	83	1,030
紹介初診患者数	58	51	45	54	42	51	54	54	49	43	47	50	588
認知症専門診療管理算定患者数	46	40	35	39	43	38	34	44	34	46	48	57	504
平成26年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
初診患者数(再掲)	84	94	105	98	82	92	106	79	85	84	77	91	1,077
紹介初診患者数	46	52	57	61	51	56	64	44	53	49	49	54	636
認知症専門診療管理算定患者数	36	38	42	50	48	41	36	35	49	37	46	42	500

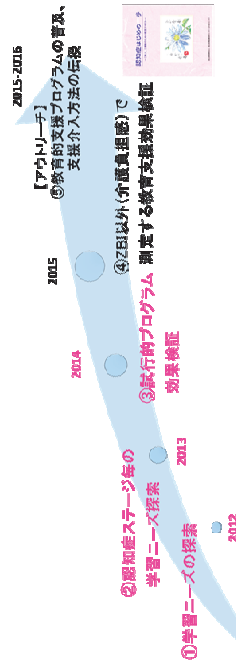
【認知症専門医療相談件数】

平成23年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話	22	69	103	108	115	91	87	59	61	60	63	55	883
面談	23	9	22	27	20	13	21	22	26	20	22	22	247
合計	45	78	125	135	135	104	108	81	87	80	85	77	1,140
平成24年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話	36	50	45	61	56	49	54	66	54	61	68	52	652
面談	32	35	25	37	45	26	33	38	23	28	18	24	364
合計	68	85	70	98	101	75	87	104	77	89	86	76	1,016
平成25年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話	48	54	47	63	37	46	56	53	62	81	81	81	709
面談	26	12	26	28	23	33	24	31	24	18	17	22	284
合計	74	66	73	91	60	79	80	84	86	99	98	103	983
平成26年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
電話	69	72	79	78	51	90	104	71	75	64	64	80	897
面談	22	16	20	25	16	21	37	17	21	24	24	28	271
合計	91	88	99	103	67	111	141	88	96	88	88	108	1,168

【提携病院との連携状況】

平成23年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
大野病院からの紹介 (うち当院に入院)	3	11	4	1	7	4	3	1	8	3	6	4	55
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	1	3	3	0	0	1	3	1	4	0	1	1	18
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	3	1	3	4	5	3	3	4	4	1	4	1	36
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	3	1	3	4	5	2	2	4	4	1	4	1	34
平成24年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
大野病院からの紹介 (うち当院に入院)	7	3	5	5	4	2	6	6	1	3	6	1	49
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	3	0	0	0	1	2	4	1	3	1	3	1	16
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	0	1	7	5	2	4	4	1	0	2	2	1	29
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	0	1	4	2	0	4	3	1	0	1	2	1	19
平成25年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
大野病院からの紹介 (うち当院に入院)	4	5	3	6	6	5	5	4	7	4	5	7	61
大野病院への紹介 (うち当院に入院)	3	0	1	1	4	1	3	1	3	2	1	4	24
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	5	3	3	6	3	5	2	0	1	5	4	3	40
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	5	3	3	4	3	4	2	0	1	4	4	3	36
平成26年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
大野病院からの紹介 (うち当院に入院)	4	7	7	5	3	1	4	1	4	2	3	5	46
大野病院への紹介 (うち当院に入院)	3	2	0	1	1	0	1	0	2	2	2	2	16
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	3	4	3	2	2	4	0	0	4	1	2	1	26
大野病院への紹介 (うち大野病院に入院)	2	3	3	2	1	2	4	0	4	1	2	1	22

本人・家族支援プログラム



愛知県認知症医療基盤整備事業 (平成24・25年度)

- ① 認知症患者医療センター間における遠隔カンファレンス
- ② 認知症患者医療センター医療従事者に対する研修
- ③ 認知症患者・家族支援プログラムの実施
- ④ 認知症に関する最新・専門情報の提供

17

遠隔カンファレンスの実際 (平成25年3月27日)



国立長寿医療研究センター



守山荘病院

18



19



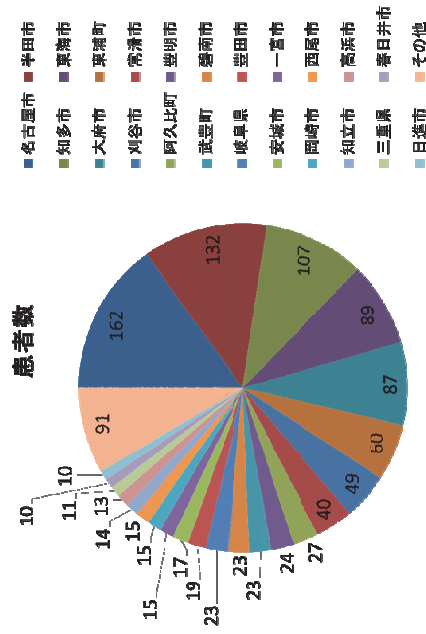
20

事業の質の管理

- もの忘れセンターカンファレンス
(初診患者の診断、データベース構築)
- もの忘れセンターケアカンファレンス
(外来・入院患者に関する多職種での検討)
- もの忘れセンター運営会議
(診療上の課題、研究に関する検討)

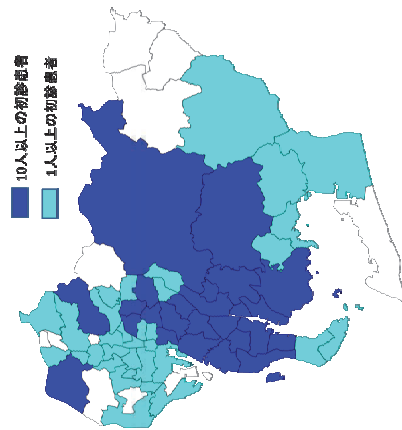
現在の課題(1)

もの忘れ外来の平成26年度初診患者の居住地



現在の課題(2)

もの忘れ外来の平成26年初診患者の居住地(愛知県のみ)



認知症疾患医療センター運営事業 協議書（医療機関別）

28年度新規		28年度更新		No	
都道府県・指定都市名				番号	
担当部署名					
電話番号		担当者			

【医療機関基本情報】

医療機関名					類型						
設置法人名				設置主体							
指定年月日	H	年	月	日	次回更新予定日	H	年	月	日		
更新年月日①	H	年	月	日	更新年月日②	H	年	月	日		
郵便番号			住所								
二次医療圏域名											
同圏域内配置センター名											
医療機関種別											
病床数	一般病床		精神病床		その他病床		(うち療養病床)		計		
診療科 (複数回答可)	1. 内科		2. 呼吸器内科		3. 循環器内科						
	4. 消化器内科		5. 血液内科		6. 糖尿病内科						
	7. 代謝または内分泌内科			8. 腎臓内科			9. 神経内科				
	10. 心療内科		11. 感染症内科		12. 老年内科						
	13. 外科		14. 呼吸器外科		15. 心臓血管外科						
	16. 消化器外科		17. 小児外科		18. 肛門外科						
	19. 整形外科		20. 脳神経外科		21. 形成外科						
	22. 胸部外科		23. 腹部外科		24. 精神科						
	25. アレルギー科			26. リウマチ科			27. 小児科				
	28. 皮膚科		29. 泌尿器科		30. 産婦人科			31. 眼科			
	32. 耳鼻咽喉科			33. リハビリテーション科			34. 放射線科				
	35. 救急科		36. その他								
	連携病院名①					連携内容					
連携病院名②					連携内容						
連携病院名③					連携内容						
連携病院名④					連携内容						
連携病院名⑤					連携内容						

【専門医療機関としての機能】

稼働日数	週	日	年間	日										
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医										名			
	上記以外で、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師										名			
医師以外の 人員配置	精神保健福祉士	専従		名	兼務		名							
	保健師	専従		名	兼務		名							
	臨床心理技術者	専従		名	兼務		名							
	連携推進補助員	専従		名	兼務		名							
	その他	(職種)			専従		名	兼務		名				
(職種)				専従		名	兼務		名					
相談件数	電話		件	面接		件	訪問		件					
	その他	(方法)				件	(方法)			件				
検査体制	血液検査	自施設		連携先		尿一般検査	自施設		連携先					
	心電図検査	自施設		連携先		神経心理検査	自施設		連携先					
	CT検査	自施設		連携先		MRI検査	自施設		連携先					
	SPECT検査	自施設		連携先										
保有機器	CT		台	MRI		台	SPECT		台					
鑑別診断件数	1. 正常または健常			件	2. 軽度認知障害(MCI)			件						
	3. アルツハイマー型認知症			件										
	4. 混合型認知症			件	5. 血管性認知症			件						
	6. レビー小体型認知症			件	7. 前頭側頭型認知症			件						
	8. 正常圧水頭症			件										
	9. アルコール関連障害による認知症			件										
	10. 上記3～9以外の認知症疾患			件										
	11. 上記2～10以外の症状性を含む器質性精神障害			件										
	12. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害			件										
	13. 気分(感情)障害			件	14. てんかん			件						
	15. 上記のいずれにも含まれない精神疾患			件										
	16. 上記のいずれにも含まれない神経疾患			件										
	17. 上記のいずれにも含まれない疾患			件		推計								
紹介・逆紹介	紹介		件	逆紹介		件								
診療報酬	認知症専門診断管理料Ⅰ		算定の有無		算定件数(年間)			件						
	認知症専門診断管理料Ⅱ		算定の有無		算定件数(年間)			件						

【救急医療機関としての機能】

指定状況	救急告示医療機関		高度救命救急センター		救命救急センター	
空床確保	実施の有無		(一般病床)	床	(精神病床)	床 (その他) 床

【地域連携機能】

研修会の開催	医療従事者対象	開催の有無		開催回数	年間	回
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無		開催回数	年間	回
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無		開催回数	年間	回
	家族・地域住民等対象	開催の有無		開催回数	年間	回
認知症疾患医療連携協議会の開催		開催の有無		開催回数	年間	回
認知症患者の個別支援に向けた会議の開催		開催の有無		開催回数	年間	回
他の主体の実施する研修への協力		協力の有無		協力回数	年間	回

【医療サービス等提供状況】

	通常業務として実施	状況に応じて実施	未実施
1. 介護保険主治医意見書への記載			
2. 合併する身体疾患に対する通院医療			
3. 合併する身体疾患に対する入院医療			
4. 合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)			
5. 合併する身体疾患に対する往診または訪問診療			
6. 随伴する精神症状・行動障害に対する通院医療			
7. 随伴する精神症状・行動障害に対する入院医療			
8. 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)			
9. 随伴する精神症状・行動障害に対する往診または訪問診療			
10. せん妄に対する医療の提供			
11. 介護保険施設・事業所への往診または訪問診療			
12. 行政機関への助言・連携			
13. 地域包括支援センター職員への助言・連携			
14. 介護支援専門員への助言・連携			
15. 介護保険施設・事業所職員への助言・連携			

【留意事項】

- 行・列の追加は絶対に行わないこと。
- 黄色セルへの入力、プルダウンより選択して行うこと。
- 鑑別診断件数、会議開催会数等は継続・更新予定センターは27年度実績、新規指定予定センターは28年度実施見込みを記入すること。(継続・更新予定センターにつき、鑑別診断実績の記入が難しい場合は推計欄に○を付け、28年度実施見込みを記入すること。)
- 連携病院記入欄につき、欄が足りない場合は別途一覧(任意様式)を添付すること。
- 新規・更新協議の場合は、以下の資料を添付すること。
 - ・協議医療機関パンフレット
 - ・専門医療相談を行う組織の体制図
 - ・(基幹型のみ)二次救急・三次救急医療の体制図及び院内連携体制図
 - ・(連携する医療機関がある場合)連携する医療機関等の概要、位置関係及び連携に関する承諾書
 - ・(認知症に係る経験が5年以上の医師を配置する場合)医師の業務履歴
 - ・(医療相談室に精神保健福祉士、保健師以外の者を配置する場合)該当する者の業務履歴

【国庫補助協議額内訳】

事業区分	経費区分	対象経費支出予定額	積算内訳
(1) 身体合併症に対する 救急医療業務 (基幹型のみ)			
(2) 専門医療相談			
(3) 地域連携推進に係る 業務 ア 認知症疾患医療連携 協議会の設置・運営 イ 研修会の開催			
合計		円	

【留意事項】

- 経費区分は、「介護保険事業費補助金交付要綱(案)」を参考に記載すること。
- 事業を委託により行う場合は、委託料のみとせず、委託事業の内訳を記入すること。
- 協議において報償費を含む場合は、各都道府県・指定都市の謝金規定に則った金額設定となっているか確認すること。

都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの 質の管理に関する取り組みの実態について（調査報告）

(1) 背景

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱には、都道府県の責務として以下の事項が示されている。しかしながら、「認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究委員会」において、その実施状況が都道府県によって大きく異なることが指摘された。

5. 都道府県の責務

(1) 連携体制の構築

都道府県は、指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内の認知症疾患医療センターについて、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置し、各認知症疾患医療センターにおける地域連携体制の支援を行うこと。なお、すでに同様の機能を有する会議などを設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。

(2) 事業評価の実施

都道府県及び指定都市は、自ら指定した認知症疾患医療センターに対し、4の事業内容について、以下の点に着目し事業評価を行うこと

専門的医療機関としての機能

- 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施
- 治療方針の選定に関すること（投薬、他医療機関への紹介等を含む）
- 記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む）
- 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること（基幹型の場合は空床確保及びその利用状況を含む）
- 専門医療相談の実施
- 相談方法（電話、面接、訪問別相談の実施等）
- 相談件数
- 相談応需マニュアルの整備等

b. 地域連携拠点としての機能

- 認知症疾患医療連携協議会の運営状況
- 研修会の開催状況

(2) 調査目的

都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの質の管理に関する取り組みの実態を明らかにするために、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱「5.都道府県の責務」に掲げられている項目を踏まえ、以下の3点について実態調査を行った。

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催について
2. 都道府県内の認知症疾患医療センターの情報共有について
3. 認知症疾患医療センター事業評価について

(3) 調査対象

対象は、全国の都道府県および指定都市（47 都道府県，20 指定都市）である（悉皆調査）。認知症疾患医療センターのない指定都市も含め対象とした。

(4) 調査方法

調査方法は郵送法を用いた質問紙調査とした。

(5) 調査期間

調査期間は2015年12月25日から2016年1月13日とした。

調査項目は、認知症疾患医療センター運営事業実施要綱を基礎にし、かつ都道府県と指定都市の連携体制、情報共有の方法、協議会の開催によって得られた地域での効果等が把握できるものとした。

(5) 結果

1) 回収率 100% 67 票全てが有効票であり，すべてを分析対象とした。

以下に分析対象の基本情報を示す。

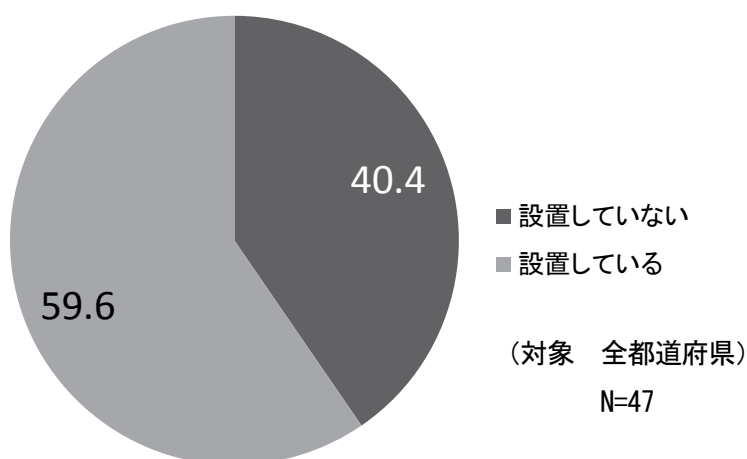
	N
都道府県	47
（うち認知症疾患医療センターがある都道府県）	47
（うち指定都市がある都道府県）	15
指定都市	20
（うち認知症疾患医療センターがある指定都市）	18

2) アンケート結果

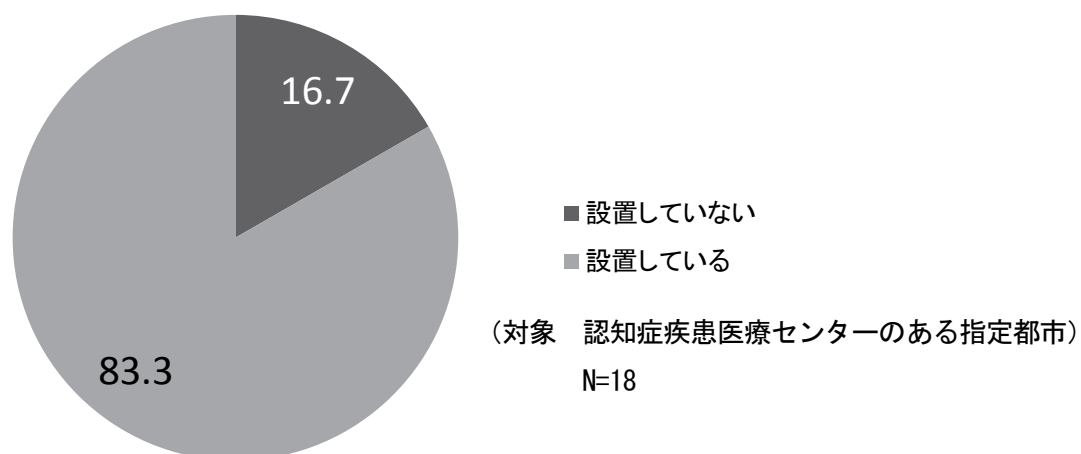
都道府県，指定都市別に分析を行った。認知症疾患医療センターのない指定都市は除外した。

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会等について

【1-1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか。】



都道府県においては，認知症疾患医療連携協議会を設置しているものは 59.6% (28 件/47 件) であった。



また指定都市においては都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していると回答した都市は83.3%（15件/18件）であった。

【1-2. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催頻度についてお答えください。】

A. 会の開催頻度

	1回	2回	3回	不明
都道府県	12 42.9%	11 39.3%	4 14.3%	1 3.6%
政令指定都市	3 20.0%	9 60.0%	2 13.3%	1 6.7%

B. 一回の開催に要する時間

	60分	90分	120分	180分	260分	不明
都道府県	1 3.6%	7 25.0%	13 46.4%	2 7.1%	1 3.6%	4 14.3%
政令指定都市	1 6.7%	6 40.0%	7 46.7%	0 0%	0 0%	1 6.7%

認知症疾患医療連携協議会の開催頻度は、都道府県の回答では年間1回（42.9%）、指定都市の回答では年間2回（60.0%）が多数を占めていた。また認知症疾患医療連携協議会の開催時間は、都道府県、指定都市ともに120分が多数を占めていた。

【1-3. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の参加者の所属についてお答えください。】

自由記載とし、記載の合った都道府県および指定都市についてすべて掲載する。

(以降文脈上、都道府県名は(県)、指定都市等の都市名は(都市)と置き換えて記載する)

- ・出席者は各認知症疾患医療センターの医師、看護師、相談員、行政担当者((県)の保健福祉部高齢者支援局高齢者保健福祉課：主幹、主査)
- ・県医師会、県疾患医療センター、認知症の人と家族の会(県)支部、DCRC(都市)センター、県グループホーム協議会、(県)生協、県警ほか認知症に関する専門家(別添資料(1))
- ・県健康長寿推進課、保健所、市町村認知症施策担当課、市社会福祉協議会、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、連携病院、ほか(別添資料(1))
- ・基幹型センター(1ヶ所)：(都市)大学附属病院。地域型センター(6ヶ所)：○○病院、○○病院、○○病院、○○病院、○○病院、○○病院、
- ・認知症疾患医療センター(8ヶ所)、(県)医師会、(県)地域包括、在宅介護支援センター協議会、(都市)地域包括支援センター、在宅介護支援センター連絡協議会、(都市)保健福祉局長寿福祉部長寿福祉課、(県)内保健所、(県)健康福祉部
- ・各認知症疾患医療センター、認知症サポート医、介護事業所、支援団体、認知症の人と家族の会(県)支部、(県)障害者職業センター、(県)労働局職業対策課、(県)警察本部子供・女性・高齢者安全対策課、市町村認知症施策担当課、地域包括支援センター、(県)地域包括ケア推進室、(県)保健予防課
- ・医療、介護、家族の会等の関係団体の代表者等から構成
- ・「認知症疾患医療センター情等会議」として開催
- ・認知症施策検討委員会と兼ねて報告、協議している。
- ・(都市)認知症対策推進会議を連携協議会として活用している。
- ・(都市)いきいき長寿推進課、各区役所高齢介護課、(都市)長寿いきがい課、地域包括支援センター、市内病院、県内認知症疾患医療センター、市内居宅介護支援事業所、市社会福祉協議会、市内訪問看護ステーション等。(H27.12実績)
- ・担係課：高齢者福祉課。参加者：(行政)障害保健福祉課、健康医療課。(医師等)○○病院認知症疾患医療センター、認知症サポート医、認知症治療病棟を有する病院。(地域)地域包括支援センター
- ・(県)介護支援専門員協会(都市)支部、認知症の人と家族の会(県)支部、(都市)地域包括支援センター連絡協議会、(都市)市民生委員児童委員協議会、公益社団法人(県)精神科協会
- ・(県)健康医療部保健医療質地域保健課・福祉部介護支援課。
- ・(県)下認知症疾患医療センター医師及び相談員。
- ・(県)医師会。
- ・(県)下本事業実施行政担当課。

【1－4. 都道府県認知症疾患医療連携協議会で検討している主な内容についてお答えください。】

自由記載とし、記載の合った都道府県および指定都市についてすべて掲載する。

(以降文脈上、都道府県名は(県)、指定都市等の都市名は(都市)と置き換えて記載する)

- ・認知症の薬物治療について。
- ・各地区の現状と課題～連携協議会について～
- ・認知症高齢者の**自動車運転**について。
- ・**グループディスカッション**。
- ・行政説明(認知症施策など)など。
- ・(県)の認知症施策について。
- ・認知症疾患医療センター指定について。
- ・認知症高齢者の行方不明について。
- ・新オレンジプランについて、(県)いきいきプラン2017((県)高齢者福祉計画、(県)介護保険事業計画)について。
- ・各認知症疾患医療センターの活動状況、事業計画、地域支援体制構築に向けて意見交換など。
- ・(1) 県が実施する認知症対策に関する**具体的な方策**。
 (2) 県が実施する認知症対策事業の円滑な実施及びその課の普及等。
- ・(県)における認知症疾患医療センターの整備のあり方について。
- ・医療センターの運営状況、今後の設置について。
- ・認知症施策について。
- ・医療と地域の連携(情報交換)について等。
- ・認知症疾患医療センターの**活動状況**について等。
- ・認知症疾患医療センターの**評価**について。
- ・認知症疾患医療センターの指定状況、運営状況。
- ・国、県、市町の認知症施策の取組状況。
- ・早期発見、早期対応の現状、課題、対策。
- ・(県)としての認知症疾患医療センターの機能(基幹型、地域型)について。
- ・事業評価について。
- ・認知症疾患医療センターの相談件数や研修の実施内容等を報告し、内容について検討している。
- ・(1) 認知症対策に向けた各**関係団体等の連携**に関すること。(2) 認知症の人への**適切な医療、介護の提供**に関すること。(3) 認知症の人やその家族への支援に関すること。(4) その他、認知症対策の推進に必要な事項に関すること。
- ・認知症の早期発見、早期対応における関係機関の連携。
- ・状態に応じた医療、介護サービスの提供体制の構築、等。
- ・(県)の認知症施策について(行政説明)。
- ・認知症疾患医療センターの実績報告。

- ・認知症疾患医療センターと関係機関との連携における課題について。
- ・各団体からの認知症施策における**地域課題**等意見交換，等。
- ・（県）内の認知症施策のとりくみについて，認知症疾患医療センターの整備，運営について。
- ・症例検討。
- ・**退院支援，地域連携クリティカルパス**の導入。
- ・介護保険第五期計画における取組，第六期計画の方向性。
- ・認知症疾患医療センター実績報告，市の認知症施策の取り組みについて，意見交換等。
- ・認知症患者の実態の把握及び**施策の検討**に関すること。
- ・認知症の早期診断，早期対応体制を確立するための連携体制の構築に関すること。
- ・その他の市域における認知症の方及びその**家族を支援する体制の構築**に関すること。
- ・認知症疾患医療センターの運営状況に関すること。
- ・認知症初期集中支援チームの運営状況に関すること。
- ・（都市）認知症疾患医療センターの実績。（都市）認知症生活相談センターの実績。**連携方策**にかかる意見交換。
- ・（県）認知症高齢者の生活実態調査の実施について，（2）認知症による**行方不明高齢者**および**身元不明高齢者**への対応について，（3）**認知症の人と家族にやさしい企業・団体認証事業**について，（4）**若年性認知症の今後の支援体制・事業展開**について，（5）各機関の取組，その他情報共有。
- ・前年度の活動実績。
- ・次年度の活動計画。認知症疾患医療センター主催による市民公開講座や各区における医療及び介護関係者対象の事例検討会の開催状況など。
- ・認知症疾患医療センターの事業報告及び地域包括支援センター等との連携について。
- ・症例報告。
- ・地域課題について。
- ・認知症情報共有パスや認知症初期集中支援チーム等，市の施策について。
- ・（都市）の認知症施策についての現状報告と意見交換。

【1－5．都道府県認知症疾患医療連携協議会を開催したことによって得られた効果についてお答えください。】

自由記載とし，記載の合った都道府県および指定都市についてすべて掲載する。

（以降文脈上，都道府県名は（県），指定都市等の都市名は（都市）と置き換えて記載する）

- ・行政担当者からの**行政説明**による情報等の共有が図られる。
- ・協議会で得られた情報等を参考に認知症施策の取り組みを検討。

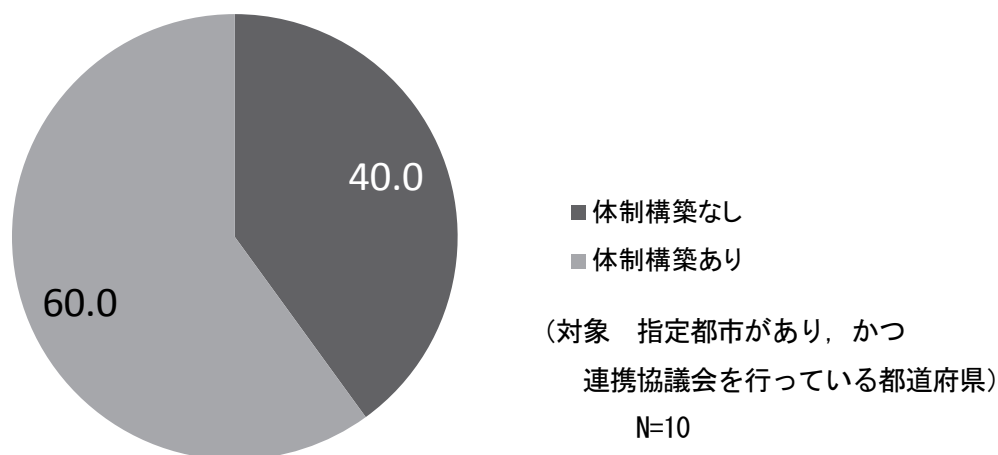
- ・認知症疾患医療センターと行政が**顔の見える関係**を築き、ネットワークを構築することは重要だと考えている。
- ・認知症疾患医療センターの指定方針（**指定圏域等**）の決定。・新オレンジプランの周知。
- ・（県）いきいきプラン 2017 の周知。
- ・保健福祉医療関係機関同士の相互理解と顔の見える連携。
- ・認知症診療に関する**地域課題の抽出**と検討ができる場として有効である。初期集中支援チームとの顔の見える関係づくりのために有効である。県の**施策の周知**を行う場として有効である。
- ・H26年9月に本県（都市）の水害時に、各認知症疾患医療センターの医師、NS、PSW、事務職で構成する19チームが避難所及び自宅にもどった認知症が疑われる事例142名を訪問した。今後、**災害時におけるセンター間の協定**を締結していく予定。
- ・県が実施する施策への反映（**若年性認知症対策**、**認知症疾患医療センターの拡充**について等）
- ・（県）における認知症疾患医療センターの**整備のあり方**について検討し、島諸地域を除く、全区市町村にセンターを整備することとした。
- ・県内4ブロック中現在3ブロックにしかセンターがないので、あと1ブロックの**設置**に向けて検討を行なっている。保健医療計画、高齢者プランにその目標を掲げている。
- ・県内の市町別の疾患医療センターの利用状況を把握することにより、各医療圏域の現状や課題について検討することができた。
- ・昨年度は県老人福祉計画と県介護保険事業支援計画を一体化したレイカディア（県）プランの**認知症施策**の分野について意見をいただいて反映させた（別添資料（3））。
- ・その他幅広い関係者が、情報や課題の共有を図ることができた。
- ・（県）として認知症疾患医療センターに求める役割、機能を共有することができた。
- ・**事業評価に係る方向性**を確認できた。
- ・本県独自の制度である認知症対応医療機関制度と連携した認知症疾患医療センターの**受診待機期間の短縮**。
- ・県内認知症高齢者等の生活実態調査、認知症の人と家族にやさしい企業・団体認証事業、若年性認知症施策、認知症による行方不明高齢者及び身元不明高齢者への対応等につき、現状の検討や情報共有をすることができた。
- ・認知症施策検討委員会と兼ねていることで疾患センターが県全体の認知症施策に果たす役割を検討することができている。
- ・昨年8月に第1回会議を開催したところであり、具体的な協議はこれからだが県内の認知症対策の課題についての情報共有を行えたと考えている。
- ・県内すべての認知症疾患医療センター（（都市）除く）の活動状況をお互いに共有できる。
- ・介護保険関係の**事業**について認知症疾患医療センターや**医師会**の医師に知ってもらい機会にもなり、認知症初期集中支援事業等での協力など医療と介護の**連携推進**に良い機会が得られている。
- ・地域における認知症高齢者等を支援する連携体制の強化。
- ・各認知症（疾患）医療センターの連携が図れ、近隣の認知症医療センター間で**研修及び啓発事**

業を共同で実施することにより、効率的かつ**効果的な事業の展開**が可能になった。

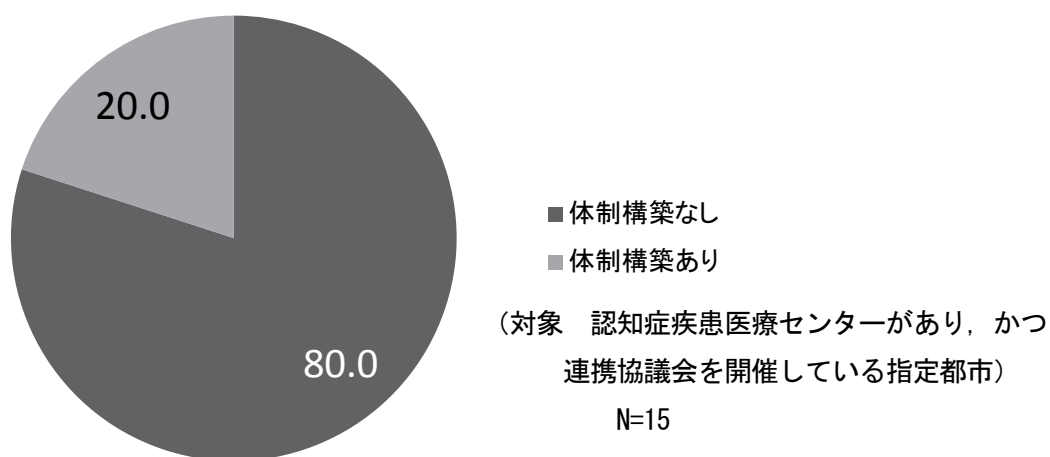
- ・ 県民の認知症に関する理解を深めるための**県民公開講座**の開催を、各認知症疾患センターが順番に開催する等の検討を行い、現在毎月開催している。
- ・ 情報共有のレベルでとどまっている現状。
- ・ 連携協議会の議事録（別添資料③）を作成し、各委員からの意見を適宜施策に反映している（結果を取りまとめた資料はない）。例えば、**事業評価の様式**（別添資料⑤）、**認知症地域連携パスの試行運用**についても、同協議会の意見を踏まえ実施している
- ・ 「初期集中支援チームやかかりつけ医等との連携や相談体制の強化の重要性」や「各センター間の情報共有の必要性」について意見がだされ、継続した協議の場を確保することを確認した。
- ・ 県内の認知症疾患医療センターの取り組み状況の周知。
- ・ **関係機関からの意見要望等**を受け、認知症疾患医療センターが認知症カフェを実施（**認知症疾患医療センターカフェ開設事業**の創設）。
- ・ 市町村の取り組みに関しての**好事例の紹介**。
- ・ 同協議会での報告を受けて、各認知症疾患医療センターで実施する「医療連携協議会」及び県地域振興局・支庁で開催する「認知症施策推進会議」で**地域の実情に沿った施策に関する内容の検討材料**としている。
- ・ (都市)における認知症に関する課題や施策についての意見交換や情報共有を通じ、各機関との関係強化につなげている。
- ・ 認知症疾患医療センターの存在やその活動内容について、**福祉、介護、医療関係者に周知、理解していただく場**となっている。
- ・ 市内医療機関・地域包括支援センター他、認知症に関わる機関・関係者との連携が深まった。
- ・ **クリティカルパス導入の見送り**。
- ・ 第六期計画の策定。
- ・ 医療、介護関係者の顔の見える関係の構築。
- ・ 連携体制づくり、認知症ケアパス、初期集中支援チームなどの事業に対する意見を反映等。
- ・ 懇談会の場で得られた意見等について、適宜、施策へ反映することとしている。
- ・ (県) 下認知症疾患医療センター担当者の**メーリングリスト・連絡網**を作成し、情報共有ができる体制整備を行った。
- ・ 各認知症疾患医療センターの課題について、共有を行った。
- ・ **連携パスの作成と活用**、疾患医療センターの待機期間、院内の他科から紹介してもらえるのか、若年性認知症の手帳や**年金の申請手続き**や**就労支援**などについて、情報交換、情報共有がされた。
- ・ 医療機関、医師会「老いを支える（地域）家族の会」などから活発な意見が出た。**立場の異なる方々の議論**により、今後の課題が具体的になった。
- ・ 県内の認知症疾患医療センター間の情報共有が図れた。
- ・ 平成 26 年度に初回開催し、今年度は今後開催予定のため条例・施策等への反映は 2 回目開催以降行う予定。

【1-6. 都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催にあたって、都道府県と指定都市の連携体制の構築をしていますか。】

都道府県認知症疾患医療連携協議会を行っている都道府県および指定都市を対象として分析した。



都道府県（指定都市のある都道府県（n=15）中、連携協議会のある都道府県のうち）においては、都道府県と指定都市の連携体制の構築をしているものが60.0%（6件/10件）であった。

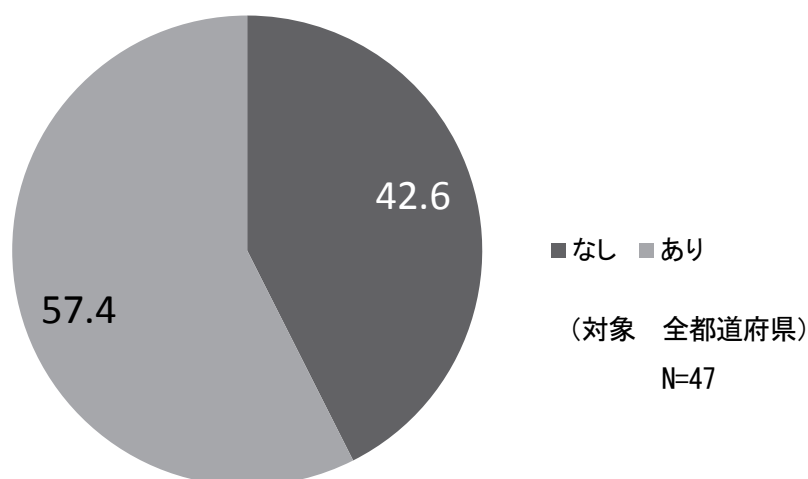


指定都市（連携協議会を設置していると回答した指定都市）においては、都道府県と指定都市の連携体制の構築をしているものが20.0%（3件/15件）であった。

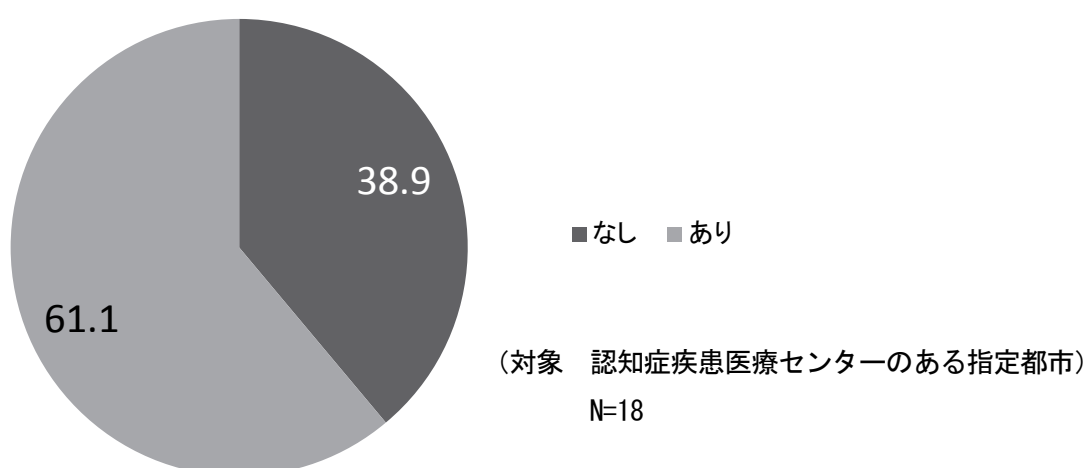
2. 都道府県内の認知症疾患医療センターの情報共有について

【2-1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターが一堂に会し、業務に関する情報交換および協議を行う会はありますか。】

認知症疾患医療センターのある都道府県および指定都市を対象として分析した。



全都道府県中、都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターが一堂に会し、業務に関する情報交換および協議を行う会を開催している都道府県は57.4%(27件/47件)であった。



全指定都市中、認知症疾患医療センターが一堂に会し、業務に関する情報交換および協議を行う会を開催している指定都市は61.1%(11件/18件)であった。

【2-2. 認知症疾患医療センターが一堂に会する会の実施頻度についてお答えください。】

(認知症疾患医療センターが一堂に会する会を行っている都道府県 (N=27) および指定都市 (N=11) を対象として検討した。)

A. 会の開催頻度

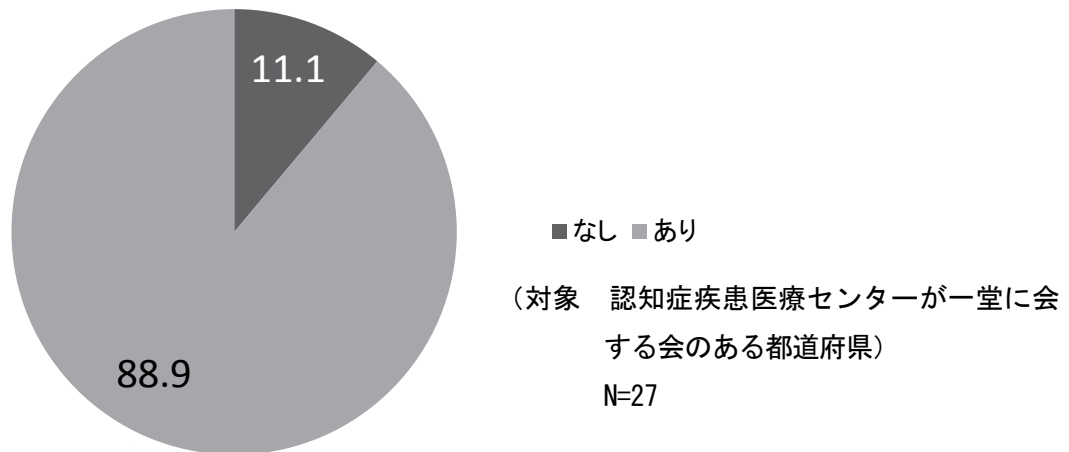
	1回	2回	3回	4回	6回	12回	14回	不明
都道府県	9 33.3%	8 29.6%	2 7.4%	5 18.5%	1 3.7%	0 0%	1 3.7%	1 3.7%
政令指定 都市	3 27.3%	3 27.3%	1 9.1%	1 9.1%	1 9.1%	2 18.2%	0 0%	0 0%

B. 一回の開催に要する時間

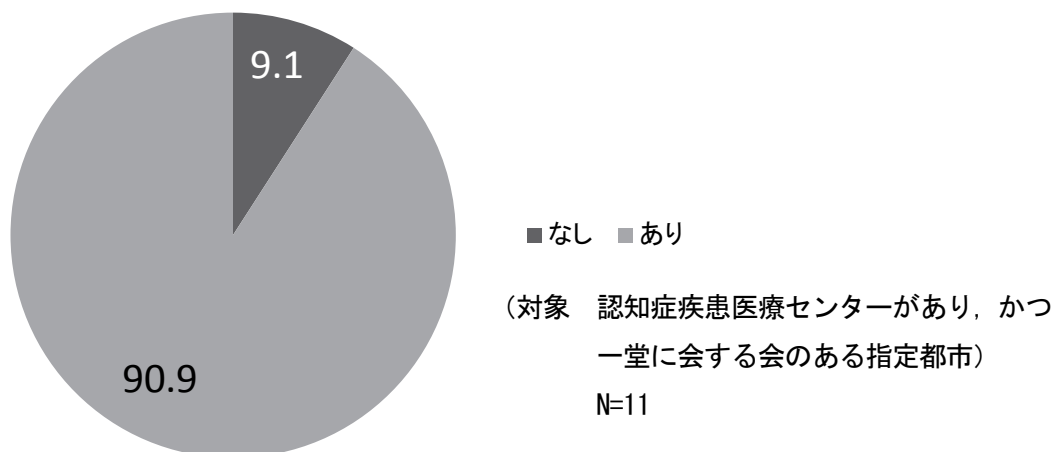
	60分	90分	120分	150分	180分	260分	不明
都道府県	1 3.7%	8 29.6%	13 48.1%	0 0%	2 7.4%	0 0%	3 11.1%
政令指定 都市	1 9.1%	4 36.4%	3 27.3%	1 9.1%	0 0%	0 0%	2 18.2%

都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターが一堂に会し、業務に関する情報交換および協議を行う会の開催頻度は、都道府県では年間1回(33.3%)、指定都市では年間1回または2回(いずれも27.3%)が多数を占めていた。また認知症疾患医療連携協議会の開催時間は、都道府県では120分、指定都市では90分が多数を占めていた。

【2-3. 都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を、お互いに共有出来るような取り組みはありますか。】



都道府県（都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターが一堂に会し、業務に関する情報交換および協議を行う会を開催している 27 都道府県）においては、都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を、お互いに共有出来るような取り組みがある都道府県は 88.9%（24 件/27 件）であった。



指定都市（認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターが一堂に会し、業務に関する情報交換および協議を行う会を開催している 11 指定都市）においては、指定都市内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を、お互いに共有出来るような取り組みがある指定都市は 90.9%（10 件/11 件）であった。

【2-4. それ（都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を、お互いに共有出来るような取り組み）はどのような方法で共有していますか。（ホームページ、報告書、会議等）】

自由記載とし、記載のあった都道府県および指定都市についてすべて掲載する。（情報共有できる取り組みを行っている 27 都道府県， 11 指定都市が対象）

（以降文脈上，都道府県名は（県），指定都市等の都市名は（都市）と置き換えて記載する）

- ・基幹型センターの連携協議会において情報を共有している。また認知症疾患医療センター（7ヶ所）において**テレビ会議**が開催できるように整備している。
- ・（県）認知症疾患医療センター連絡会の開催。
- ・センター担当者会議で情報共有を行っている。
- ・（県）が主催する認知症医療部会，認知症疾患医療センター情報交換会において，センターより毎月提出される「（県）認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」の内容や，各センターが実施する講演会等のチラシ等を集約し情報提供している。また認知症疾患医療センター相談員を対象とした研修会の実施により，相談員同士の連携を深めている。加えて，今後センター同士の情報共有をさらに推進するために，センター相談員の意見交換や情報共有ができる**電子情報掲示板**等を活用する予定。
- ・県・政令市等連絡会で共有している。
- ・県の担当が各疾患センターの活動について各センターに情報提供している。
- ・2-1の担当者情報交換会。本年度より開催したところ。
- ・認知症疾患医療センターが一堂に会する連絡協議会で，相互に活動状況を報告するほか，運営状況の実績を共有している。（（県内指定都市），県医師会も出席）
- ・認知症疾患医療センター情報交換会において，会議資料として**1センターあたりの平均値**を情報共有している。
- ・基幹型認知症疾患医療センターが作成した**年報**により，各センターの活動状況を共有している（平成26年分から開始）。
- ・連携協議会，事例検討会にて各センター活動状況を共有している。
- ・認知症疾患医療連携協議会を活用。
- ・2-2の意見交換会において，指定都市を含む全センターの取り組みについて情報を共有している。
- ・各センターの連携担当者連絡会の開催（県協議会に続けて開催）。
- ・各センターの連携担当者名簿の共有。
- ・各センターの活動状況を調査。調査結果を**会議資料**として共有することにより，各センターの活動の活性化を促している。
- ・平成27年度10月より1ヶ所が3ヶ所になったところ。年2回の連絡会の開催を予定しているが，今年はまだ1回しか開催しておらず活動状況をまとめるまでには至っていません。

- ・認知症疾患医療センターの連絡会議の中で、各センターの活動実績報告を行っている。
- ・県内の全ての認知症疾患医療センターが参集する会議（認知症疾患医療センター業務連絡会議）、及び研修会（認知症疾患医療センター研修会）において、全てのセンターが活動状況報告を行う時間を設けている。
- ・認知症疾患医療センター担当連絡会。→月に1回各センターの担当者により会議を行っている。
- ・**情報共有シート**→月に2回各センターの空床情報等を互いにメール送信している。
- ・会議の中で各センターから活動状況を報告している。
- ・県から適宜資料を配付している。
- ・認知症疾患医療連携協議会にて共有。
- ・会議資料として情報共有している。
- ・1. 会議等での情報共有、連携協議会等で情報共有...別添資料②参照、2. **報告書の作成**、「(県)認知症疾患医療センター報告書」、「同センター事例検討会資料」(別添資料④)、3. **ホームページ**での情報提供、各認知症疾患医療センターの事例検討会等の開催を案内、基幹型については**事例検討会の実施状況等についても公表**。
- ・相談員の情報交換の場として連絡会議を開催している。
- ・会議における各疾患センターからの事業報告
- ・3ヶ月に1度（2月、5月、8月、11月の第1土曜日15:00～18:00）**定期的に合同カンファレンス**を開催し、活動状況も含め、症例検討を行っている。〔平成26年2月より〕。
- ・認知症疾患医療センターのみならず、県内の**認知症サポート医**、**市町村職員にも案内**している。
- ・会議や研修等において実践活動報告をおこなってもらうことで、お互いの活動状況を共有している。
- ・1) 問2-1として、実施している連絡会で各センターから活動状況を報告してもらっている。
2) 随時メールにて、情報共有している。
- ・(県)主催の担当者会議にて情報提供を受けている。
- ・(県)の認知症担当者会議。
- ・県主催、認知症疾患医療センター連携協議会において活動報告の実施。
- ・**県内認知症疾患医療センターのホームページ**作成による閲覧。
- ・県主催で県・指定都市（2市）の認知症疾患医療センター、担当者が情報共有を行っている。
- ・会議で報告を行っている。
- ・(県)で開催している「認知症疾患医療センター相談員意見交換会」、「認知症施策推進会議（認知症疾患医療センター長会議）」。
- ・県認知症疾患医療連携**協議会**で共有している。
- ・(県)基幹型認知症疾患医療センター主催で連携担当者会議が開催されている為、主に会議の場で情報共有を行っている。

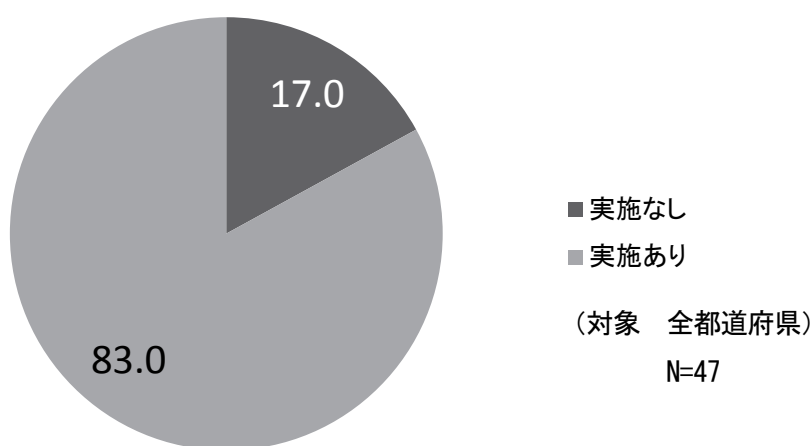
3. 認知症疾患医療センター事業評価について

認知症疾患医療センターのある都道府県および指定都市を対象として分析した。

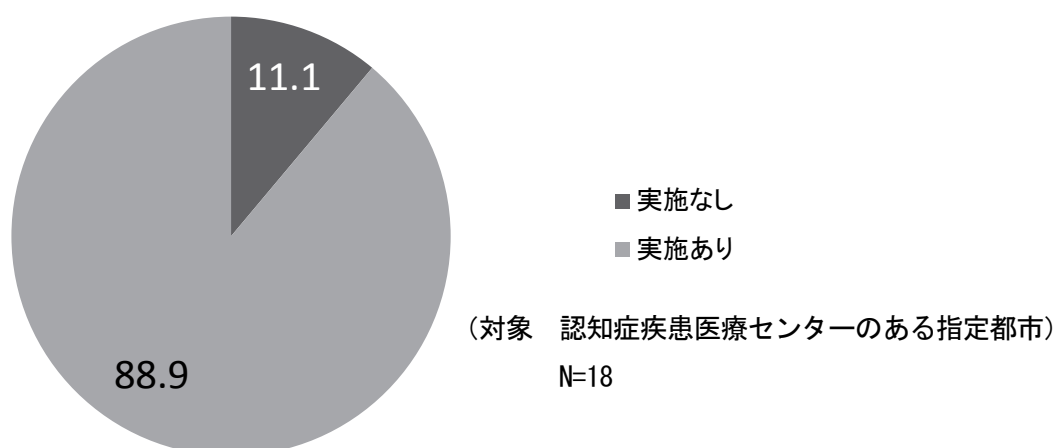
【3-1. 都道府県・指定都市において、認知症疾患医療センターの事業評価に関して、すでに実施している内容に☑を入れてください。】

a. 専門的医療機関としての機能

□ 1年間の電話相談の件数

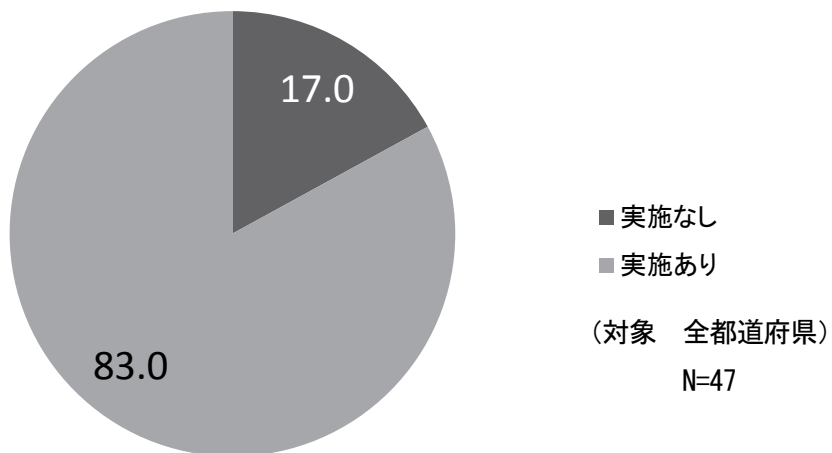


全都道府県中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の電話相談の件数の把握を行っている都道府県は83.0% (39件/47件)であった。

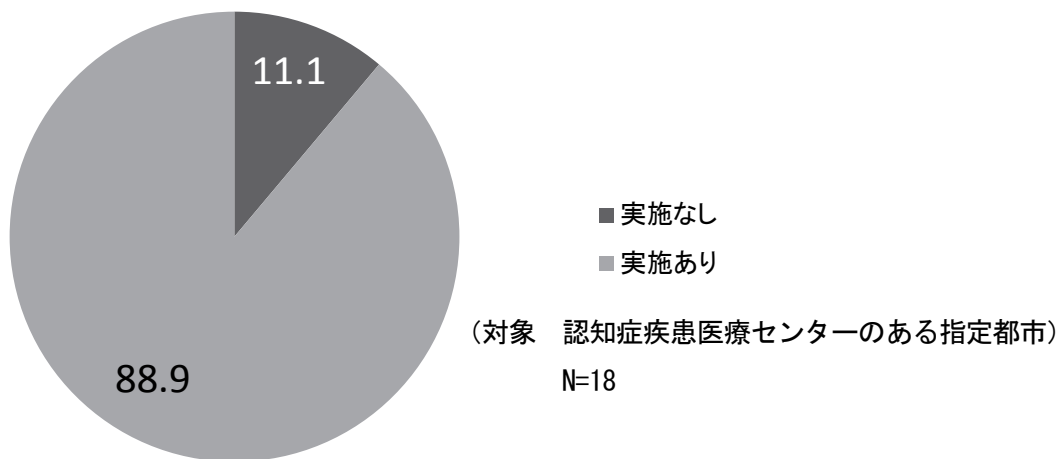


認知症疾患医療センターのある18指定都市中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の電話相談の件数の把握を行っている指定都市は88.9% (16件/18件)であった。

□ 1年間の面接相談の件数

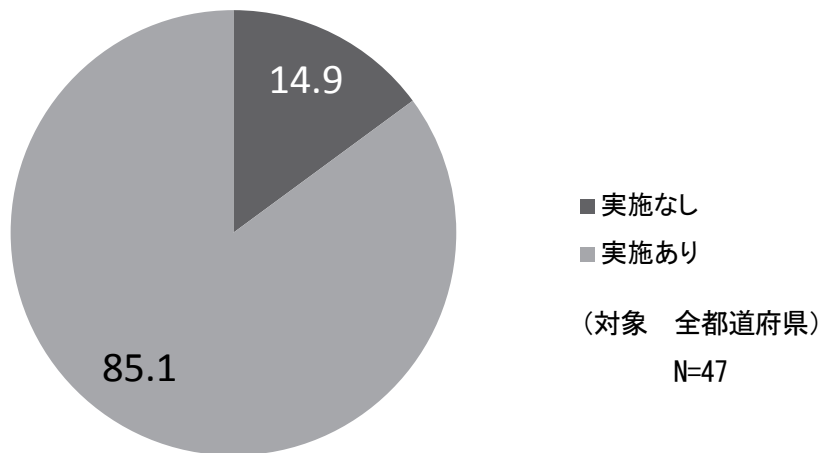


全都道府県中，認知症患者医療センターの事業評価として1年間の面接相談の件数の把握を行っている都道府県は83.0%（39件/47件）であった。

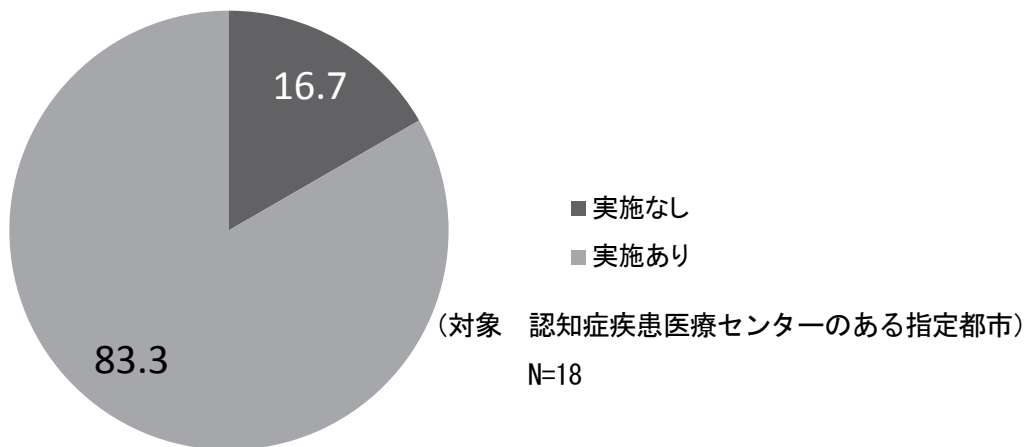


認知症患者医療センターのある18指定都市中，認知症患者医療センターの事業評価として1年間の面接相談の件数の把握を行っている指定都市は88.9%（16件/18件）であった。

□ 1年間の認知症関連疾患の鑑別診断件数（新患受診者数）

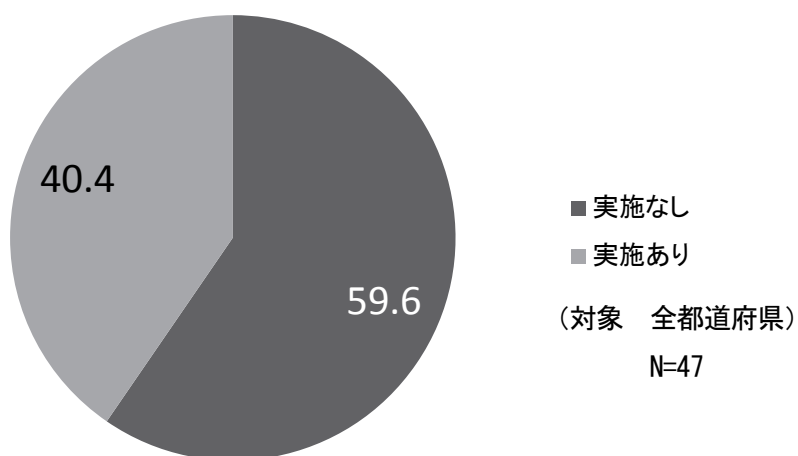


全都道府県中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の認知症関連疾患の鑑別診断件数（新患受診者数）の把握を行っている都道府県は85.1%（40件/47件）であった。

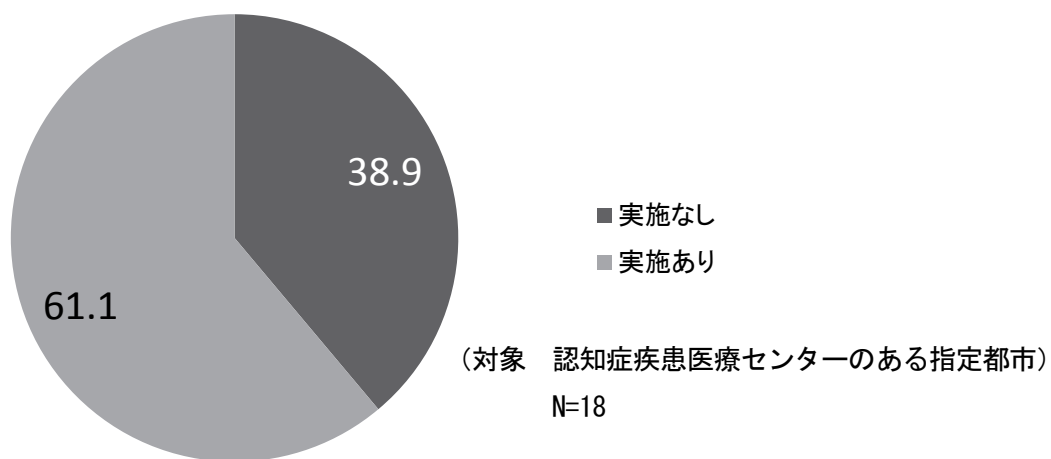


認知症疾患医療センターのある18指定都市中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の認知症関連疾患の鑑別診断件数（新患受診者数）の把握を行っている指定都市は83.3%（15件/18件）であった。

□ 1年間の他医療機関からの認知症関連疾患患者の紹介件数

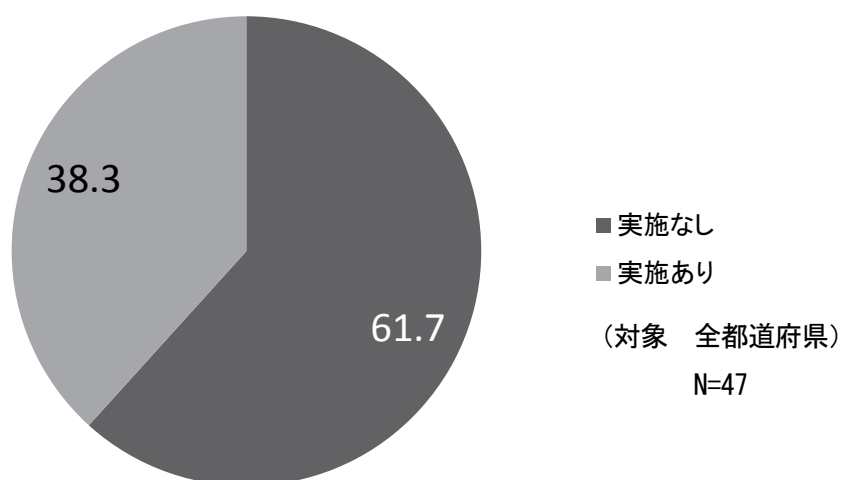


全都道府県中，認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の他医療機関からの認知症関連疾患患者の紹介件数の把握を行っている都道府県は40.4%（19件/47件）であった。

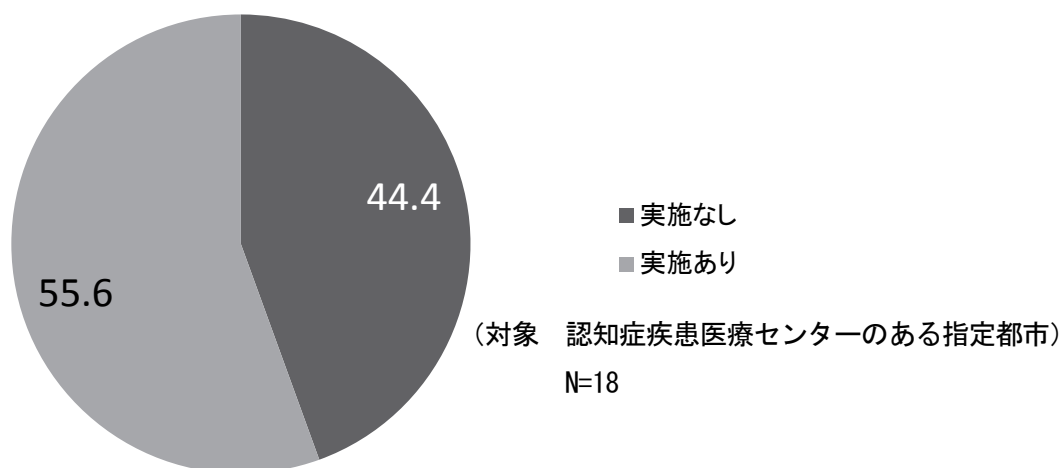


認知症疾患医療センターのある18指定都市中，認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の他医療機関からの認知症関連疾患患者の紹介件数の把握を行っている指定都市は61.1%（11件/18件）であった。

1年間の他医療機関への認知症関連疾患患者の逆紹介件数

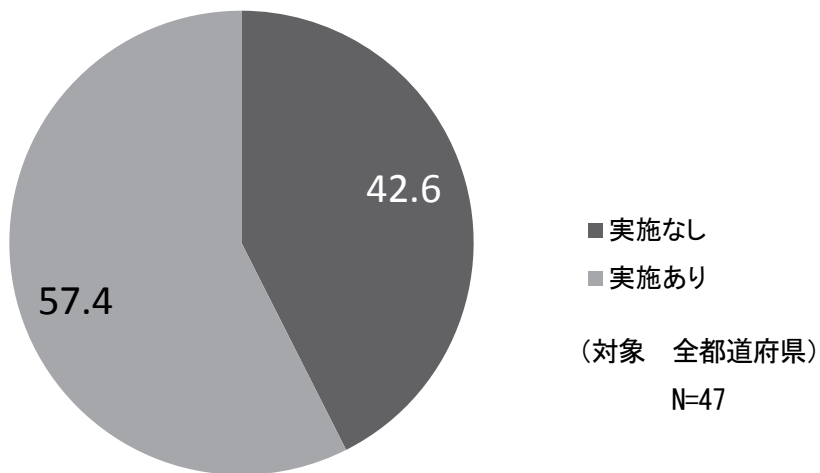


全都道府県中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の他医療機関への認知症関連疾患患者の逆紹介件数の把握を行っている都道府県は38.3%（18件/47件）であった。

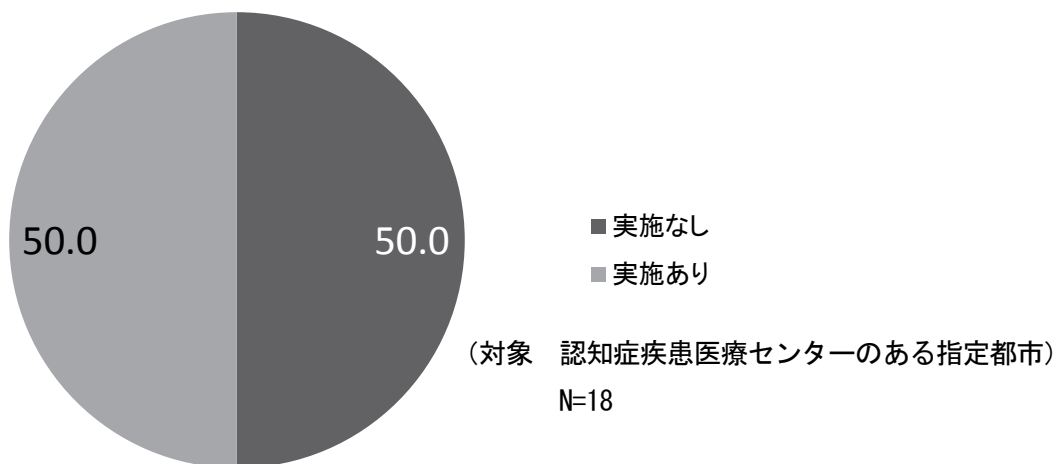


認知症疾患医療センターのある18指定都市中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間の他医療機関への認知症関連疾患患者の逆紹介件数の把握を行っている指定都市は55.6%（10件/18件）であった。

□ 1年間に周辺症状や身体合併症のために、自施設へ新規入院する認知症関連疾患の患者数



全都道府県中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間に周辺症状や身体合併症のために、自施設へ新規入院する認知症関連疾患の患者数の把握を行っている都道府県は57.4% (27件/47件)であった。



認知症疾患医療センターのある18指定都市中、認知症疾患医療センターの事業評価として1年間に周辺症状や身体合併症のために、自施設へ新規入院する認知症関連疾患の患者数の把握を行っている指定都市は50.0% (9件/18件)であった。

□ その他

(認知症疾患医療センターの専門的医療機関としての事業評価として行っている内容の自由記載)

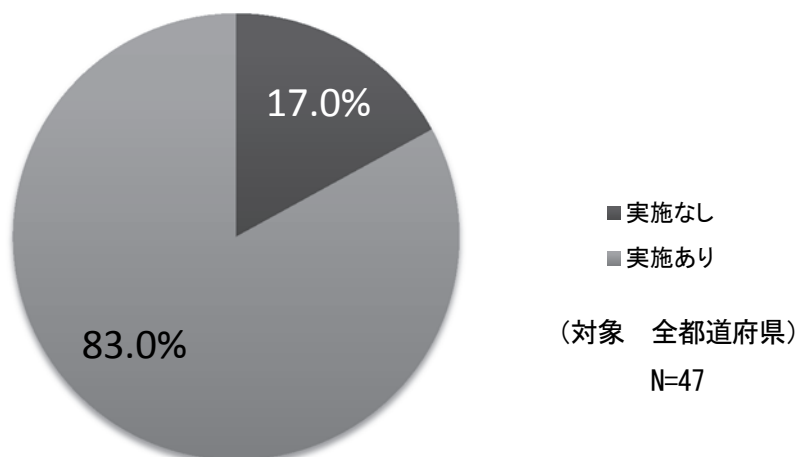
自由記載とし、記載の合った都道府県および指定都市についてすべて掲載する。

(以降文脈上、都道府県名は(県)、指定都市等の都市名は(都市)と置き換えて記載する)

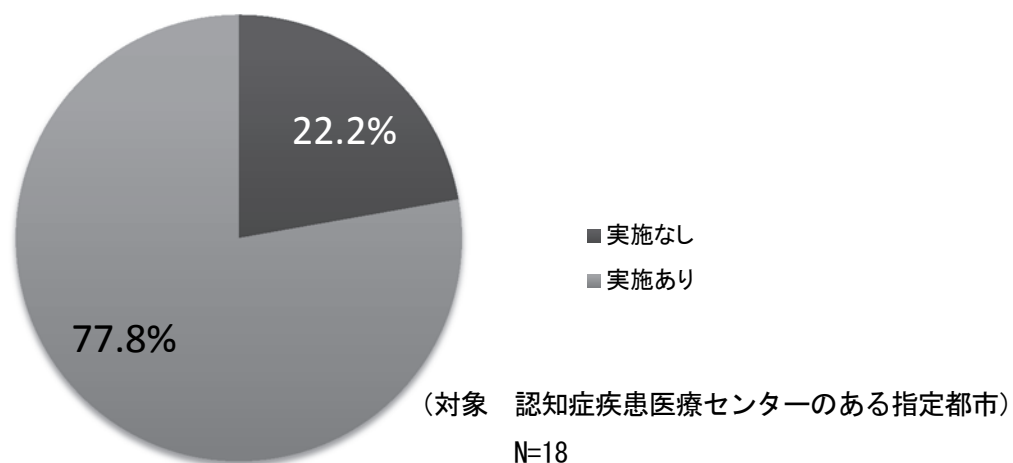
- ・ 1年間の連携先病院における入院件数.
- ・ 広報活動, 研修実績, 他機関の**研修講師派遣**, 等※年度ごと実績をまとめています.
- ・ 外来件数, 認知症診断管理料の請求件数, **関係者別連携内訳**, **相談内容内訳**.
- ・ 周辺症状や身体合併症のため, 認知症疾患医療センターや連携病院へ入院した患者数.
- ・ **ホームページ**への周知.
- ・ 周辺症状と身体合併症の急性期対応.
- ・ 入院件数.
- ・ 地域包括支援センター等, 他の関係機関へつなげた件数.
- ・ 情報収集, 提供.
- ・ 地域包括支援センターとの**連絡調整件数**.
- ・ (1) 認知症疾患医療センターと地域包括支援センター, 介護サービス事業所等との連携件数.
(2) 合併症, **BPSD**の初期診断及び治療件数.
- ・ それぞれの認知症疾患医療センター**センター長との意見交換**.
- ・ 地域包括支援センターとの連携.
- ・ **主治医意見書**の作成件数
- ・ 1年間の訪問相談. 1年間の入院件数.
- ・ 外来受付件数.
- ・ 認知症に係る一般外来及び専門外来件数, **MMSE**又は**HDS-R**件数, **MRI**件数, **SPRCT**件数.
- ・ **鑑別診断名別**件数.
- ・ 相談の**対象者**の性別, 年齢, 居住地域, 世帯構成, 相談者と対象者の関係.
- ・ 地域包括支援センターとの連携.

b. 地域連携拠点としての機能

□ 認知症疾患医療連携協議会の開催の有無

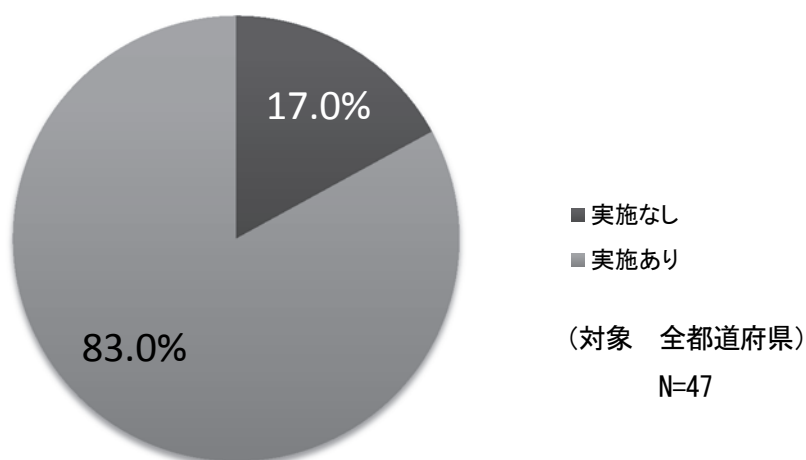


全都道府県中、認知症疾患医療センターの事業評価として認知症疾患医療連携協議会の開催の有無の把握を行っている都道府県は 83.0% (39 件/47 件) であった。

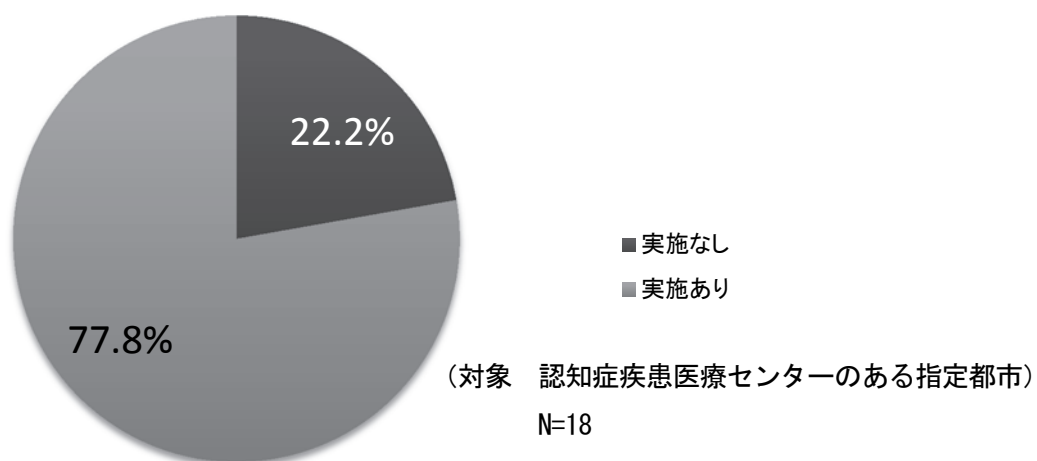


認知症疾患医療センターのある 18 指定都市中、認知症疾患医療センターの事業評価として認知症疾患医療連携協議会の開催の有無の把握を行っている指定都市は 77.8% (14 件/18 件) であった。

□ 実務者等への研修会の開催の有無



全都道府県中、認知症疾患医療センターの事業評価として実務者等への研修会の開催の有無の把握を行っている都道府県は 83.0% (39 件/47 件) であった。



認知症疾患医療センターのある 18 指定都市中、認知症疾患医療センターの事業評価として実務者等への研修会の開催の有無の把握を行っている指定都市は 77.8% (14 件/18 件) であった。

□ その他

(認知症疾患医療センターの地域連携拠点としての事業評価として行っている内容の自由記載)

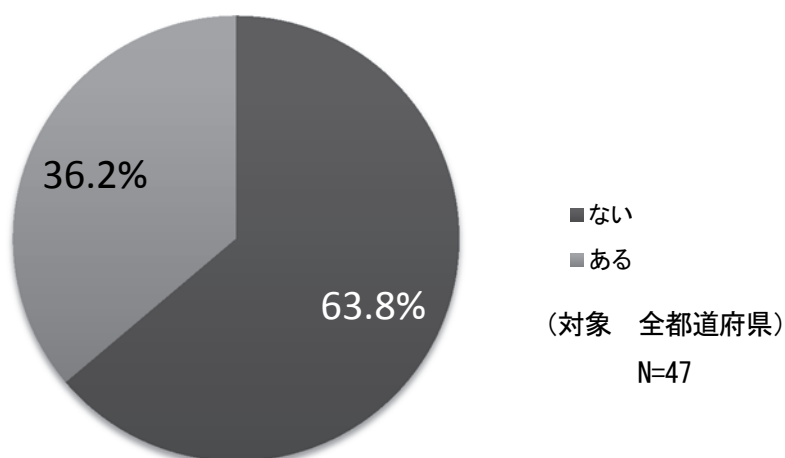
自由記載とし、記載の合った都道府県および指定都市についてすべて掲載する。

(以降文脈上、都道府県名は(県)、指定都市等の都市名は(都市)と置き換えて記載する)

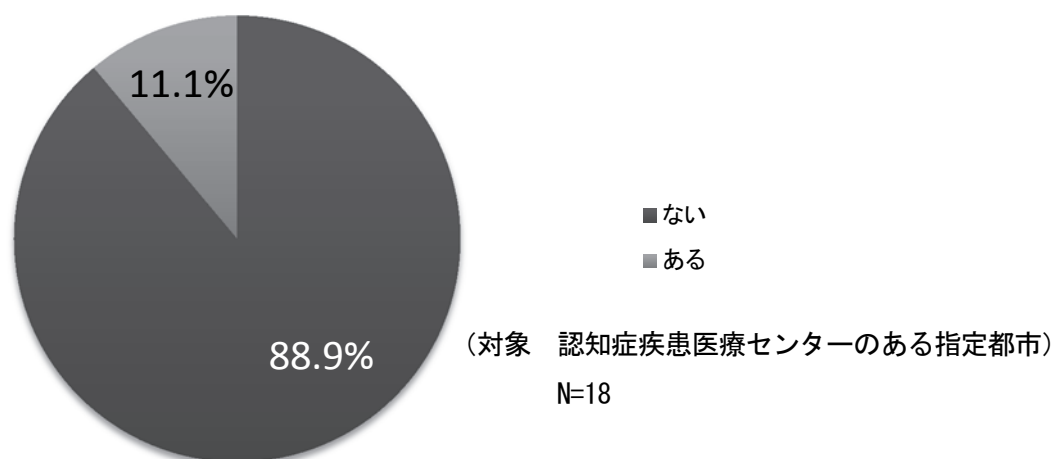
・ 広報活動の内容

- ・ 地域で実施する研修講師や地域包括支援センターとの連絡会議、**地域ケア会議への出席状況**。
- ・ 認知症医療に関する情報発信の実績、認知症疾患医療センターが重点として取り組んだこと。
- ・ 地域の関係機関への情報提供や**協力状況**。
- ・ 二次医療圏域の認知症対応医療機関と連携する等の**鑑別診断待ち期間短縮への取り組み状況**。
- ・ 情報発信の内容。
- ・ 広報活動（認知症医療に関する情報発信）の実施状況。
- ・ センター間の事例検討会、連絡会。
- ・ 市町との連携状況、**サポート医やかかりつけ医との連携状況**。
- ・ 事例検討会への医師の参加等、センター長との意見交換。
- ・ 研修会以外（チラシ作成等）の情報発信。
- ・ 情報発信の内容や回数。
- ・ 認知症医療情報の発信の手段、発信した情報の内容・回数等。
- ・ センターの**周知・広報の内容・手段等**。
- ・ 最新情報をホームページに掲載、リーフレットの作成。

【3-2. 都道府県・指定都市で独自に作成している事業評価様式はありますか。】



全都道府県中，認知症患者医療センターの事業評価として都道府県で独自に作成している事業評価様式がある都道府県は 36.2%（17 件/47 件）であった。



認知症患者医療センターのある 18 指定都市中，認知症患者医療センターの事業評価として指定都市で独自に作成している事業評価様式がある指定都市は 11.1%（2 件/18 件）であった。

【3-3. 事業評価による結果の活用方法についてお答えください。】

自由記載とし、記載の合った都道府県および指定都市についてすべて掲載する。

(以降文脈上、都道府県名は(県)、指定都市等の都市名は(都市)と置き換えて記載する)

- ・ **予算要求時の資料**として、認知症疾患医療センターに係る様々な検討を行う際の資料として活用。
- ・ 協議会（地域ケア推進会議）で各センターの活動状況として提示している。
- ・ 鑑別診断件数の集計については、**県の認知症施策**について検討を行う「(県)認知症施策推進協議会」提示し活用。・ 認知症疾患医療センターの**指定の更新時**に事業の実施状況について考慮。
- ・ 県内のセンターの事業について集計し、グラフ化し、(県)認知症施策推進会議において提示。
- ・ (県)認知症対策推進会議において提示。
- ・ 実績報告書で提出し、外来件数、鑑別診断件数、専門医療相談件数について集計し、センターを集めた**担当者会議**において資料提供を行っている。
- ・ センターより提出される「(県)認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」の内容をまとめ、認知症医療部会、認知症疾患医療センター情報交換会等で提示している。
- ・ 認知症疾患医療センターの連絡会議、認知症対策推進協議会、市町村保健福祉事務所連絡会議で情報提供。
- ・ 各疾患センターの活動状況を**経年的に表**にまとめ、施策の検討の参考にしている。
- ・ **委託事業の検査調書**としている。
- ・ **指定更新**の際に検討委員会を開催し、各センターの活動実績を評価するとともに**委員意見を付帯意見として各センターに通知**している。
- ・ 各センターの事業実施内容を集計、**グラフ化し**県認知症疾患医療連携会議で**提示**。
- ・ 集計結果の一部を認知症疾患医療センターが参集する会議において情報提供している。
- ・ 今後の事業のあり方や方向性の検討及び**評価手法の考え方の改善**を進める。
- ・ 集計し、グラフ化して(県)認知症医療体制検討委員会にて提示している。
- ・ 7ヶ所全体の実績数値と前年度の数値を集計、**作表して各センターに配付**している。
- ・ 課の資料集の内容として掲載している。・ 予算や議会等への資料として提示している。
- ・ 県内のセンターの事業実績を比較し、**高齢者人口等も鑑みながらセンター増設の必要性について精査する基礎資料**としている。
- ・ 鑑別診断に関して**受診までの経緯、診断結果、受診後の状況等をエクセルデータで集計し、グラフ化して各市町村及び認知症疾患医療センターへ情報提供**している。
- ・ それぞれの実績について取りまとめ、(都市)認知症対策推進会議等で報告している。
- ・ 市内4センターの実績報告書を4センターで共有。市内18区にも一部情報提供している。
- ・ 相談件数や鑑別診断件数、**認知症公開講座の取組み等**、協議会で報告、共有している。
- ・ 市センターの運営事業について、診療実績等はグラフ化等を行ない、市認知症対策推進協議会及びセンター主催認知症疾患連携協議会で提示している。
- ・ 認知症疾患連携協議会や認知症関連の**研修等**で活用→各センターが作成、活用している。

- ・評価の結果を懇談会で報告している。
- ・各認知症疾患医療センターごとに実績報告を作成しており、各疾患医療センターや認知症の介護の相談、助言等を行っている（都市）認知症生活相談センター、本市との連携体制検討会議で提示している。
- ・市内2ヶ所の認知症疾患医療センターの事業実績について、集計したものを協議会で提示。

【3-4. 事業評価にあたって課題と感じていることをお答えください。】

自由記載とし、記載の合った都道府県および指定都市についてすべて掲載する。

（以降文脈上、都道府県名は（県）、指定都市等の都市名は（都市）と置き換えて記載する）

- ・要綱に定められている事業評価項目の中で「治療方針の選定に関すること」等、**医学的な判断**が求められ、又その是非を評価することは難しいと考えている。
- ・評価項目の「治療方針の選定に関すること（投薬、他医療機関への紹介等を含む）」は専門分野であるため、担当（事務）職員で評価することが困難。
- ・事業実績として各センターの活動状況は把握しているが、**量的・質的な評価**については**指標がなく**、活動内容に対する評価が難しい。
- ・補助金としてセンター運営事業の経費のみ対象になっており、**医療連携協議会を開催するための予算確保が困難**。
- ・評価項目のアウトカムをどのように設定するか。
- ・**困難事例への対応や生活支援など、数値化することが難しい事柄**の評価。
- ・評価項目の設定、評価の方法、基準の設け方が課題。
- ・**全国統一の評価基準**を考えていただきたい。（理由）疾患センターの財源確保において財政部局から全国との比較をもとめられるため。
- ・評価項目の設定や評価方法の統一が課題・評価結果の活用方法が課題。
- ・国において全国統一の評価項目の設定や評価方法を作ってほしい。
- ・実績報告を共有したうえで、各センターの活動の推進へどのようにつなげていくかが課題。各センターの実績報告件数の**カウント方法の統一化**を図ることが課題。
- ・県全体として、統一した実施の要望があるが**設置主体が都道府県、指定都市であるため難しい**。
- ・従来実施している実績報告の様式はあるが、機能評価までは行えていない。評価項目を何にするのか、また評価方法をどのように行うのか、具体化していないのが課題である。**全国調査の結果を反映し、具体的な機能評価の方法など教えていただけるとありがたいです**。
- ・センターによって件数のあげ方に差異があり、バラつきがある。・評価結果の活用策が不明。
- ・何を評価項目とするのか、何を**基準**に評価するかが課題。
- ・標準的な活動（実績）とはどの程度かわからず、経年的な評価しかできていない。**全国的な指標**があると標準化した評価が可能になる。

- ・事業報告はあるが、評価まではしていない。評価方法等、よい手法を教えていただけるとありがたいです。
- ・評価結果の施策への反映方法。
- ・各センターの**地域の実情**によって**求められる役割が異なっており**、単に相談件数や鑑別診断件数の多寡で評価を行うことは難しい。
- ・事業評価項目については、現在厚生労働省においても検討を進めていると聞いているが、都道府県が先んじて評価項目等を定め事業評価を実施した場合、国と都道府県で評価項目に差異がでてしまうことが考えられる。
- ・事業評価を行うことにより、各認知症疾患医療センターに**インセンティブを与えられるような仕掛けづくりが必要**と感じている。（例えば現在の補助制度に加え、事業評価を行う都道府県には上乗せ補助を厚労省が行う等）
- ・厚生労働省による**評価基準のフォーマット等や評価方法の提示を待っている**段階。
- ・画一的な評価基準の設定が課題である
- ・各センターにおいて**医師の体制**により件数が大きく変わる場合もある。
- ・**地域連携拠点としての機能を評価したい**。又そのためには、**運営費の増額も必要**である。
- ・他県の評価方法等を参考にしたいので調査結果を提供していただきますよう、よろしくお願ひします。
- ・H26年度までは1ヶ所であったが、H27年度より3ヶ所（基幹型1、地域型2）に増えたこともあり、事業評価について検討する必要があると考えている。標準的な評価方法が示されるとよいと思う。
- ・現状は相談件数や研修会への参加者数等、専門的判断を要しないレベルでの実績評価にとどまっているが、国要網では「治療方針の選定」「介護保険主治医意見書への記載」への評価等、**専門性の高い項目が含まれており**、具体的な評価項目の設定や評価方法をどのようにすべきか、**評価者を誰に依頼すべきか**、等が課題である。
- ・事業評価は各センターからの実績報告書（専門医療相談件数等）を基に適否の判断を行っているが、各センターの**体制等が異なっている**ため件数にかなりのばらつきが発生している。そのため単純に件数だけではセンターの評価が難しく、**センター間の比較も難しい**ため、評価項目の設定や評価方法が課題であると考える。
- ・医療圏、センターによって事情が異なるため、**件数の数字だけで優劣をつける手法は好ましくない**と考えている。・そもそも**国・県がセンターの活動費に対する十分な手当てができていない**。
- ・鑑別診断件数や相談件数を集計しているが、件数のみの比較となっているので**認知症対応力を反映できる評価方法が課題**。
- ・普及啓発や研修の実績（回数、人数）を評価項目としているが、**アウトカム評価方法が課題**である。
- ・**地域連携に関して客観的に評価できる項目の設定等**
- ・**実績報告との位置付けが適当ではないか**と考える。そもそも、認知症疾患医療センター運営事業の場合、**事業を「評価する」ことがなじまない**。

- ・認知症患者の増加や、認知症疾患医療センターの知名度の向上により、認知症に関する専門医療の提供や、関係機関が実施する事業に対する同センターへの協力要請も増加してきている。今後は、かかりつけ医との連携強化や地域の認知症医療全体の対応力を向上させていくことで、量的、質的な対応を行う必要がある。
- ・事業評価を踏まえ、更なるセンター機能の充実が必要と考えられるが、**現在の国庫補助の水準では、特に診療報酬に直接結びつかない地域連携拠点としての機能の充実を図ることは難しい。**
- ・専門医療機関としての評価について、本県が求めている指定申請の様式や実施状況報告様式では、**医師の配置、診療の手順等**、実施状況を正確に把握できないものがあり、改善を要する。
- ・各センターの活動状況より、**センター増設の必要性について検討できれば**と考えるが、適正数や基準・指標がなく、評価の判断がしづらい。
- ・集計上、項目設定時に細かく**状況設定できない**部分があるため、集計結果のみで課題設定ができない。（例：受診までにかかった期間を回答する場合、始まりを「認知症が疑われたとき」としているため、施設入所者の中には、鑑別診断を受けてない方で、認知症のお薬（アリセプト等）を処方されている場合、受診までにかかった時間が数年以上となるケースが出てくる。この場合、長期間放置されていると誤解されるのではないかという意見もあるため。）
- ・相談、連携に係る部分は評価項目として設定も可能だが、**医療の質**という視点に関しては、評価項目を設定できていない。
- ・基幹型、地域型、診療所型のそれぞれについて、評価項目や評価基準の**設定方法が不明**、自治体ごとに**独自に設定すべきもの**なのでしょうか。
- ・評価項目の設定の根拠がないことと、設定して評価項目の実績を評価する際の判断基準が前年比くらいしかないことが課題。
- ・**県外の疾患センターのデータが国から提示されていないため、他センターとの比較評価ができないことが課題。**
- ・鑑別診断・相談業務に関しては、住民のニーズが日々増加している印象があり、体制強化により、一定の対応が図られていると評価できるが、**住民視点でのアウトカム**に関しては、**認知症初期集中支援チームや認知症カフェなど他の施策も含めて評価する必要がある**と感じている。もともとの病院の機能が違うこともあり（規模も）、一律に評価することが難しい。
- ・認知症疾患医療センターの指定更新に係る事業評価の必要性。
- ・評価項目や評価方法、**評価時期**が適切であるかどうか。
- ・厚生労働省から求められる事業報告書様式の項目では、本市各認知症疾患医療センターの特性・特徴や独自の取り組み等を反映することが困難であるため、本市として今後の**情報共有及び課題検証等**のため、**見直しを進めている**ところである。
- ・**目標値の設定**、**達成率**が出せないかと思うが、センターの職員に限られる中、現在の活動が**限界**。
- ・医療連携協議会の中で認知症疾患医療センターの実績や研修会等の実施状況を提示し、参加者による評価、意見交換を行っているが課題の整理や施策への反映には至っていない。

(6) 考察

調査票の回収は関係各所の協力により、認知症疾患医療センターのない指定都市も含め、100%の回収率を得ることができた。主たる回答者は、都道府県・指定都市の認知症疾患医療センター運営事業の担当部署によるものであった。

1) 都道府県認知症疾患医療連携協議会の開催について

認知症疾患医療センター運営事業実施要綱において、都道府県は「都道府県認知症疾患医療連携協議会」を設置することが定められている。しかし、本調査の結果では、約4割の都道府県が同協議会を設置していないという結果であった。この結果は重大である。都道府県は、都道府県内の連携体制の構築のみならず、都道府県の認知症疾患医療センターの配置・拠点機能・連携のあり方を検討し、事業の質を担保するためにも、同協議会を開催することが強く求められる。

認知症疾患医療連携協議会の参加者については、区分としては保健・医療関係者、福祉・介護関係者、当事者代表、学識経験者、行政関係者などがあげられた。具体的には行政担当者および医療（医歯薬看）・介護・福祉関係者はもちろんだが、本人と家族の会や都市センター、生活支援にかかわる者、警察、労働局、民生委員などの参加があった。結果に示したものの以外にも協議会の参加者名簿の提出物からは、教育学関係者、弁護士会、MSW や理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・臨床心理士の職能団体、新聞社、老人クラブ等が参加している地域があった。

協議内容は結果の通りであるが、各認知症疾患医療センターの活動状況や連携、地域課題、施策の検討の協議の他に、グループディスカッションなど各職種のスキルアップをも意図している内容もあった。これらの協議内容によって、地域における連携関係の強化、行政施策周知、事業評価の方法の検討などの効果が得られていた。災害等地域課題に関する具体的な対策や協定につながる効果が得られた、という回答は、都道府県や指定都市それぞれの地域事情に合わせた地域づくりのなかでの認知症疾患医療センター運営には、都道府県・指定都市における関係者間の協議が不可欠であることの反映と考えられる。また保健・医療・介護・福祉以外の職種が参加する協議会自体が、それぞれの認知症疾患医療センターの事業内容についての外部評価の役割をもつ可能性も考えられた。

実施要綱では、「都道府県は、指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で」都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置することが求められている。本調査の結果、都道府県の回答では約4割が「構築していない」という回答であった（指定都市の回答では約8割が「構築していない」という回答であったが、一つの都道府県に指定都市が複数あるためこの数値は一致しない）。都道府県認知症疾患医療連携協議会が設置されていても、指定都市の担当者が構成メンバーになっていないという状況があるのかと思われる。

2) 都道府県内の認知症疾患医療センターの情報共有について

都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターが一堂に会し業務に関する情報交換および協議を行う会については、都道府県・指定都市ともに約6割が開催しているという結果であった。また、活動状況の情報共有を行う取り組みは、約9割の都道府県・指定都市で行われており、会議資料、報告書、年報、講演会等のチラシや配布物などの印刷物のほか、テレビ会議、ホーム

ページ、メーリングリストなどによる情報共有が行われている。内容は行政連絡、活動状況の報告、合同カンファレンス、名簿の共有、空床情報の共有などによる連携の活性化であった。具体的な活動内容の共有により、知識やアイデアも共有され、事業の質の向上も期待できるであろう。

3) 認知症疾患医療センター事業評価について

本調査によって、15%前後の都道府県が、「専門的医療機関としての機能」の指標である電話相談件数、面接相談件数、鑑別診断件数を報告していないと回答している。この結果は重大である。なぜなら、これらの項目は都道府県から厚生労働大臣への報告が義務づけられているものである。事業の実績報告書は各認知症疾患医療センターが作成し、都道府県を經由して国に報告されるが、都道府県の担当者がその内容を確認せずに国に報告しているのか、その事実を誤認しているのか、そもそもそのこと事態を認識していないのか。都道府県の認識が問われる。一方、紹介件数・逆紹介件数、入院件数については報告義務はないが、それぞれ約4割および約6割の都道府県で把握されていた。

その他の指標には、関係者別連携内訳、相談内容内訳、連絡調整件数、紹介元・先内訳、訪問診療件数、主治医意見書作成件数、認知機能検査実施数、画像検査件数、鑑別診断名別件数などの数値的な情報が多く挙がっていた。ほかに、相談者と対象者に関する続柄、住所地など基本的情報および相談内容や、相談経路、認知症疾患医療センターセンター長との意見交換など質的な情報もあった。

「地域連携拠点としての機能」に関して、認知症疾患医療連携協議会の開催の有無、実務者等への研修会の開催の有無については、いずれも約8割の都道府県・指定都市が把握していた。その他に把握されている指標は、自由記載の通りであるが、広報活動や情報提供の内容（地域連携手帳やパンフレット等の印雑物、ホームページなど電子媒体、テレビラジオ出演など）、研修実績・研修講師派遣（内容、対象、参加人数など）、事例検討会での資料提出や参加者増加に向けた取り組みなどが多数であった。他には市町村の認知症関連事業への関与・参加状況、サポート医やかかりつけ医との連携状況、鑑別診断待ち期間短縮への取り組み状況（他医療機関との連携や訪問診療の実施など）が挙げられた。

こうした事業評価に関しては、各認知症疾患医療センターから提出された書式等を有識者などで組織される委員会について討議し、評価や委員からの意見をセンターにフィードバックするようにしている都道府県・指定都市もあった。

(7) 結論

本研究によって、都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターの質の管理に関する取り組みについては、都道府県・指定都市によって大きな違いがあることが明らかになった。特に、重大な事実は、実施要綱上、都道府県の責務と定められている都道府県認知症疾患連携協議会が設置されていない都道府県があること、報告が義務づけられている指標について十分な認識がない都道府県があることである。都道府県の取り組みに関する継続的な実態調査と国からの働きかけが必要であろう。



平成 27 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業（区分番号 29）
認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業

都道府県・指定都市における認知症疾患医療センターについての調査

以下、都道府県・指定都市の担当の方にお伺いします。

ご所属課をご記入ください。

	課
--	---

1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会等について

1-1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会を設置していますか。○を記入してください。

1. している	0. していない
---------	----------

1-2. [1. している]とお答えの場合のみお答えください。

同連携協議会の開催頻度についてお答えください。

年に	回程度	一回あたり	時間	分程度
----	-----	-------	----	-----

1-3. 同連携協議会の参加者の所属についてお答えください。参加者の所属につきましては（〇〇医療センター、〇〇県〇〇課等）具体的にお答えください。なお、所属一覧等がございましたら別添資料①として添付してください。

1-4. 同連携協議会で検討している主な内容についてお答えください。なお、議題一覧やプログラム等がございましたら別添資料②として添付してください。

--

1-5. 同連携協議会を開催したことによって得られた効果についてお答えください。都道府県における条例や施策への反映、主観的な意見等でも構いません。同連携協議会で集約された意見や施策に反映された結果をまとめた資料等があれば別添資料③として添付してください。

--

1-6. 同連携協議会の開催にあたって都道府県と指定都市の連携体制の構築をしていますか。

1. している	0. していない
---------	----------

2. 都道府県内の認知症疾患医療センターの情報共有について

2-1. 都道府県認知症疾患医療連携協議会以外に、認知症疾患医療センターが一堂に会し、業務に関する情報交換および協議を行う会はありますか。

1. ある	0. ない
-------	-------

2-2. [1. ある]とお答えの場合のみお答えください

認知症疾患医療センターが一堂に会する会の実施頻度についてお答えください

年に	回程度	一回あたり	時間	分程度
----	-----	-------	----	-----

2-3. 都道府県内のすべての認知症疾患医療センターの活動状況を、お互いに共有できるような取り組みはありますか。

1. ある	0. ない
-------	-------

2-4. [1. ある]とお答えの場合のみお答えください

そればどのような方法で共有していますか。(ホームページ、報告書、会議等)

活動状況をまとめた資料等があれば別添資料④として添付してください。

3. 認知症疾患医療センター事業評価について

3-1. 都道府県・指定都市において、認知症疾患医療センターの事業評価に関して、すでに実施している内容に☑を入れてください。

a. 専門的医療機関としての機能

- 1年間の電話相談の件数
- 1年間の面接相談の件数
- 1年間の認知症関連疾患の鑑別診断件数(新患受診者数)
- 1年間の他医療機関からの認知症関連疾患患者の紹介件数
- 1年間の他医療機関への認知症関連疾患患者の逆紹介件数
- 1年間に周辺症状や身体合併症のために、自施設へ新規入院する認知症関連疾患の患者数
- その他 ()

b. 地域連携拠点としての機能

- 認知症疾患医療連携協議会の開催の有無
- 実務者等への研修会の開催の有無
- その他 ()

3-2. 都道府県・指定都市で独自に作成している事業評価様式はありますか。

[1. ある]とお答えの場合は、別添資料⑤として添付してください。

1. ある

0. ない

3-3. 事業評価による結果の活用方法についてお答えください。

(例；県内のセンターの事業について集計し、グラフ化して協議会で提示している、等)

3-4. 事業評価にあたって課題と感じていることをお答えください。

(例；評価項目の設定や評価方法が課題、評価結果の施作への反映方法が課題、等)

ご協力ありがとうございました。

平成27年1月13日(水)までに

調査票の記入漏れがないかご確認の上、同封の返信用封筒でご返送ください。

平成27年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業

報 告 書

発行 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター

編集 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
自立促進と介護予防研究チーム

粟田主一

平成 28 年 3 月

無断転載、改訂を禁じます