

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

# 認知症疾患医療センター 先進事例集

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(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
<b>I. 都道府県</b>	<b>3</b>
(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	
<b>II. 指定都市・市区町村</b>	<b>85</b>
(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

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。

## 【推進方策】

## 認知症の医療対策（早期診断・早期対応）

- ・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

## 認知症の人やその家族への支援

- ・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

## 認知症ケアに携わる介護人材の育成

- ・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

## 若年認知症対策

- ・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

## 市民後見人の養成や貢献実施機関の整備に対する支援

- ・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

## 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

- ・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



### 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

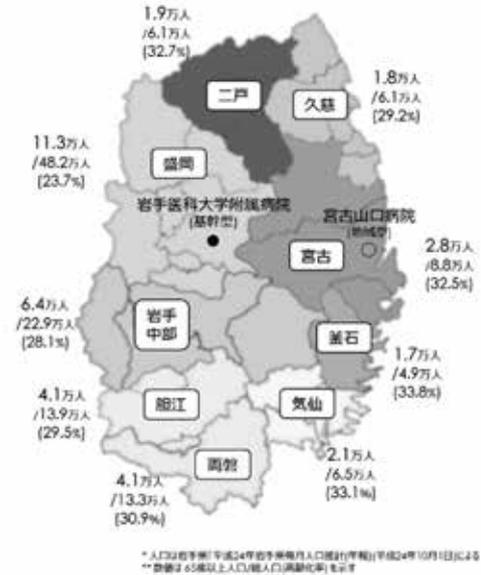


図 2. 岩手県指定及び二次保健医療圏の状況  
(指定状況は平成 27 年 12 月現在)

## 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

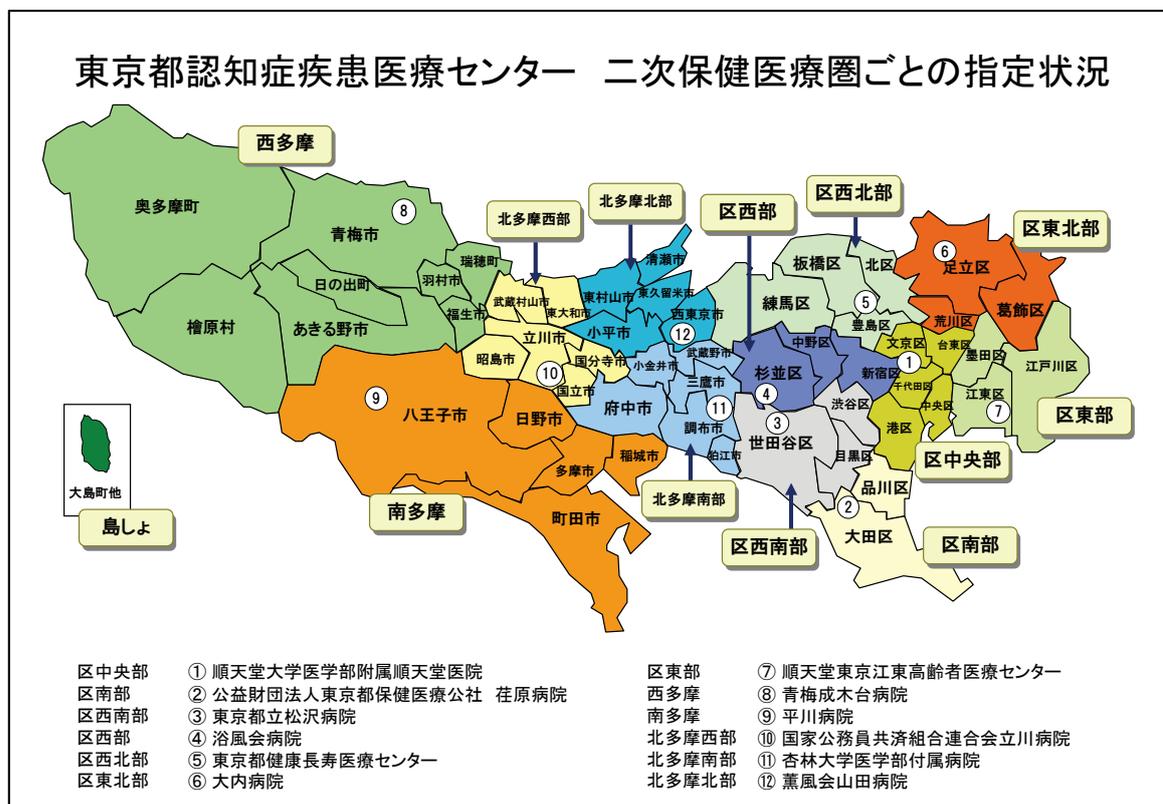
## 〔専門医療、地域連携を支える人材の育成〕

- ・ 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。
---------	--

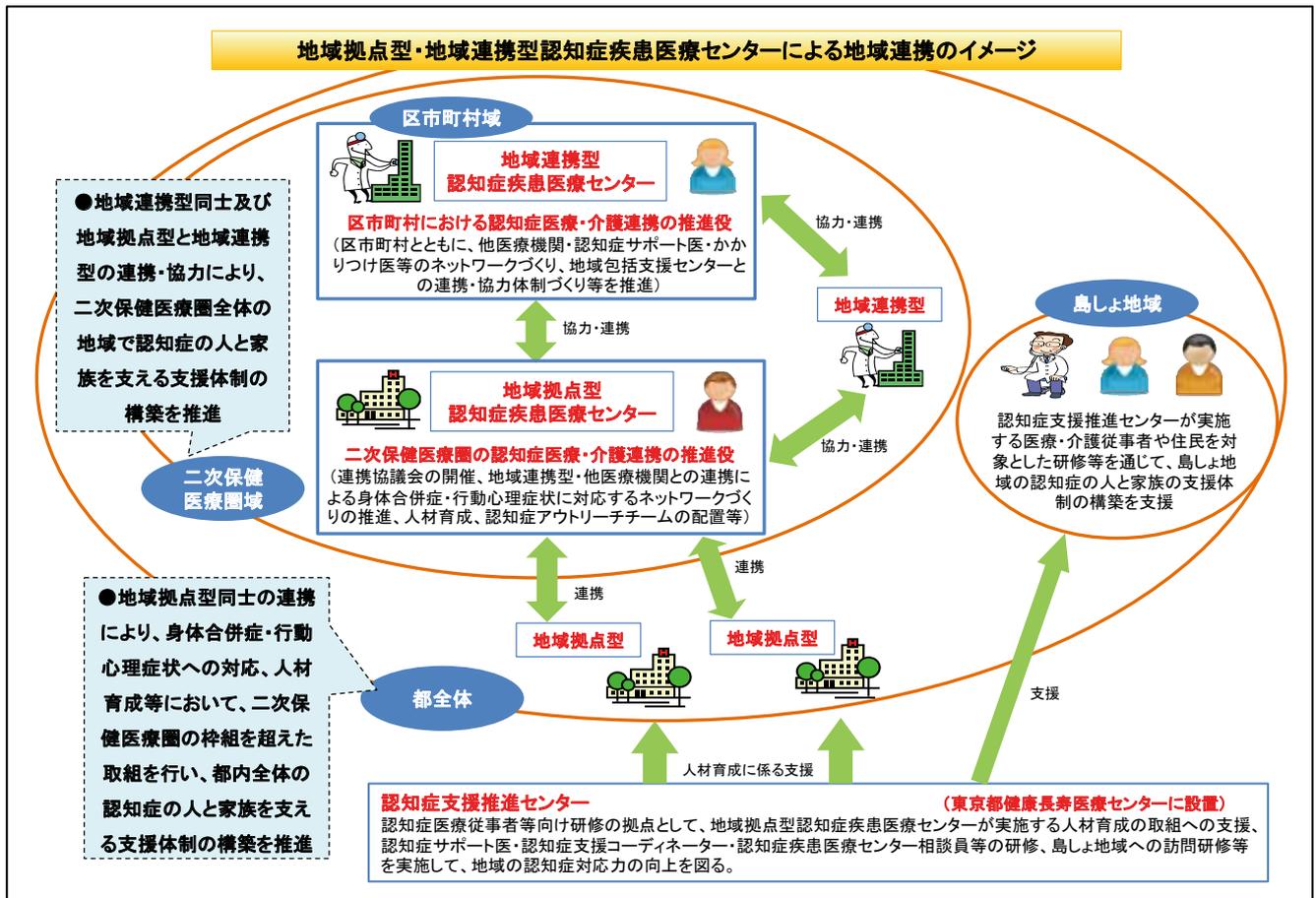
### 【人材育成機関としての役割】

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

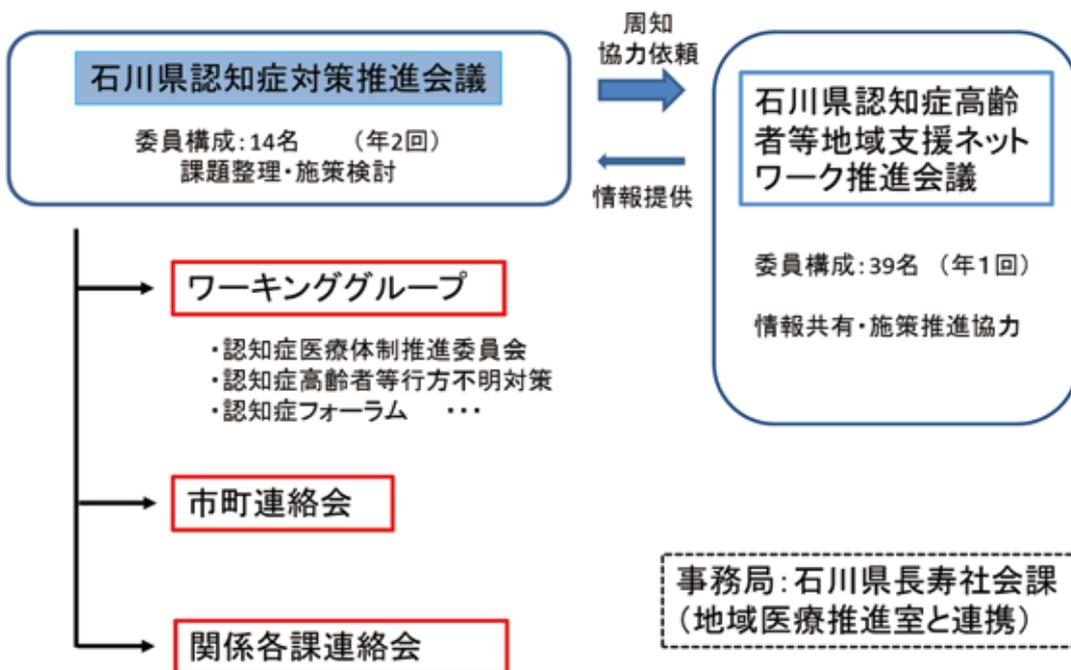
I. 基本情報

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)

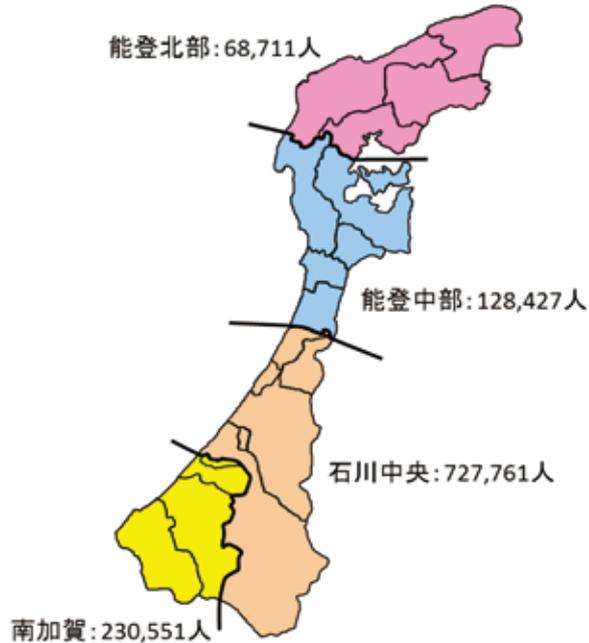


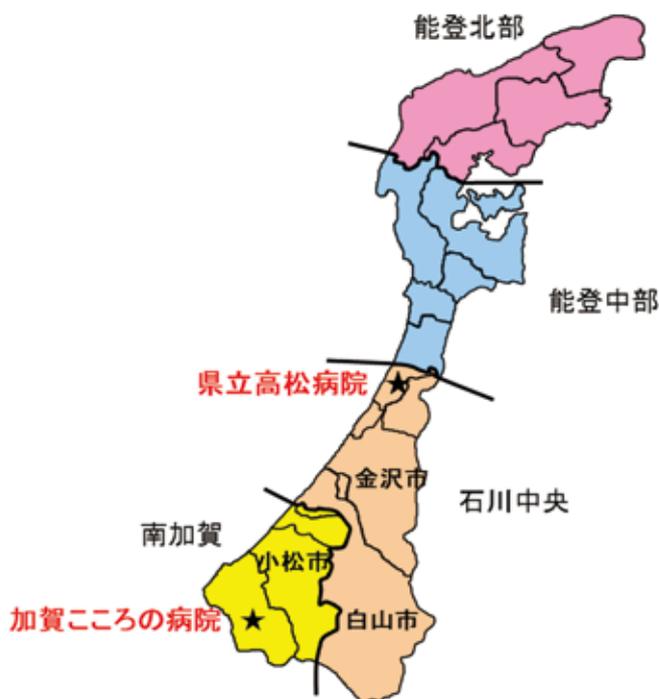
表1 各医療圏の人口，高齢者人口（平成23年10月1日現在）

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、勉強会を定期的に開催

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><b>【愛知県】</b></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><b>【大府市】</b></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】

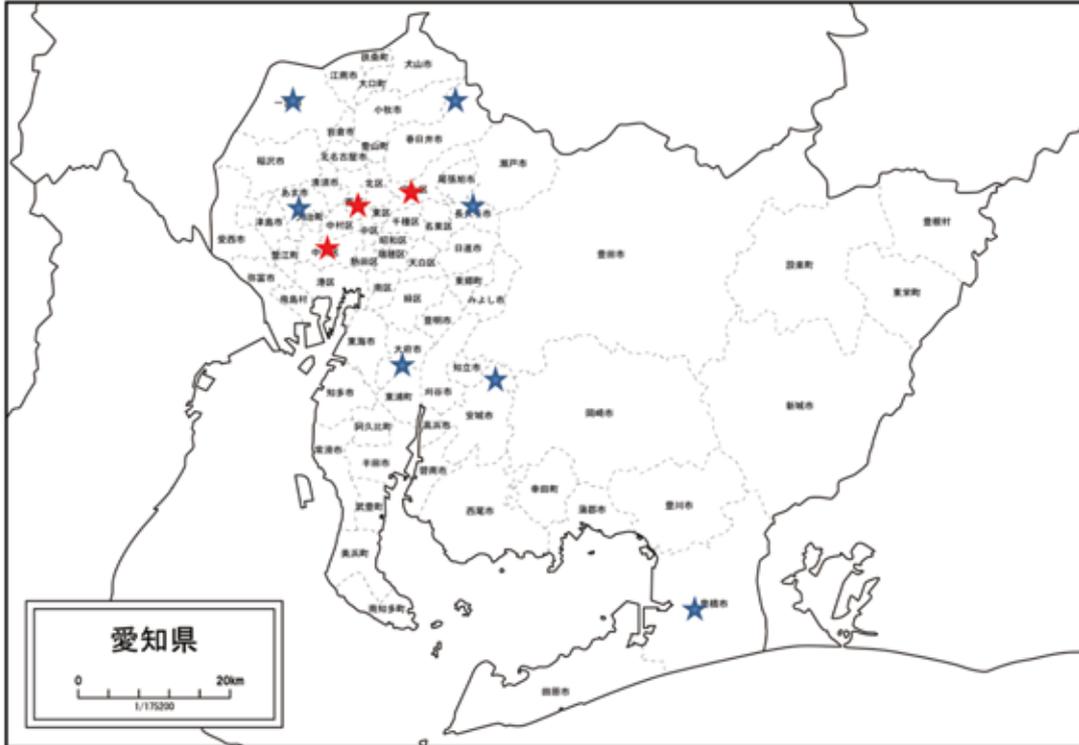
東浦町では、東浦町では、従来から行っていた認知症サポーター養成講座や認知症フォローアップ講座の実施、徘徊模擬訓練等の各事業に取り組むほか、平成 27 年度は認知症の地域支援推進員の配置、みまもりねっと（徘徊高齢者検索メール配信システム）の運用を始めた。東浦町では、認知症施策を連携支援と地域支援体制の構築の 2 つの枠組みに分けて施策を展開している。連携支援では、多職種で実施する会議を行い、町の施策について検討する場を設けることや認知症初期集中支援チームの設置に向けて検討している。地域支援体制の構築については、さらに 6 つの項目に分けており、1) 地域資源マップ等の活用（買い物セーフティーネット・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

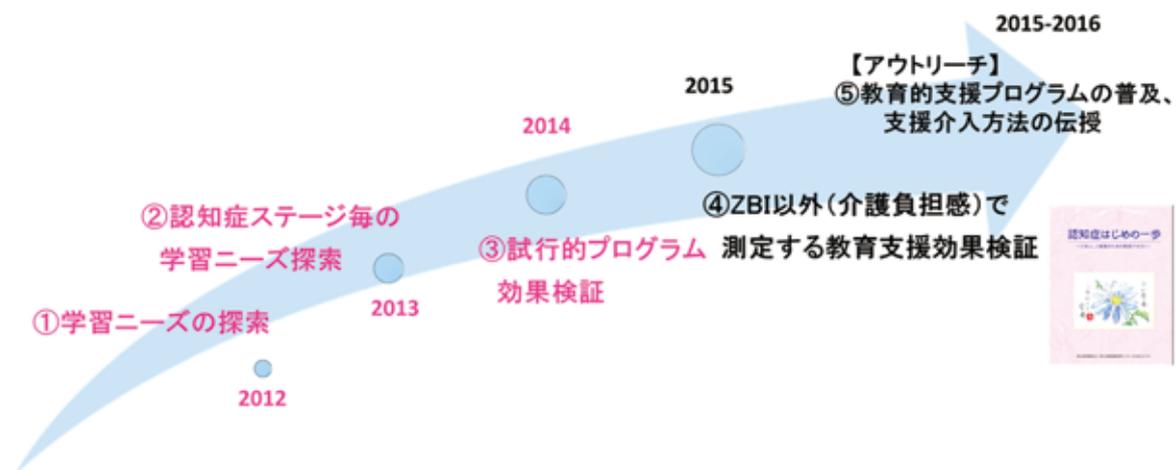
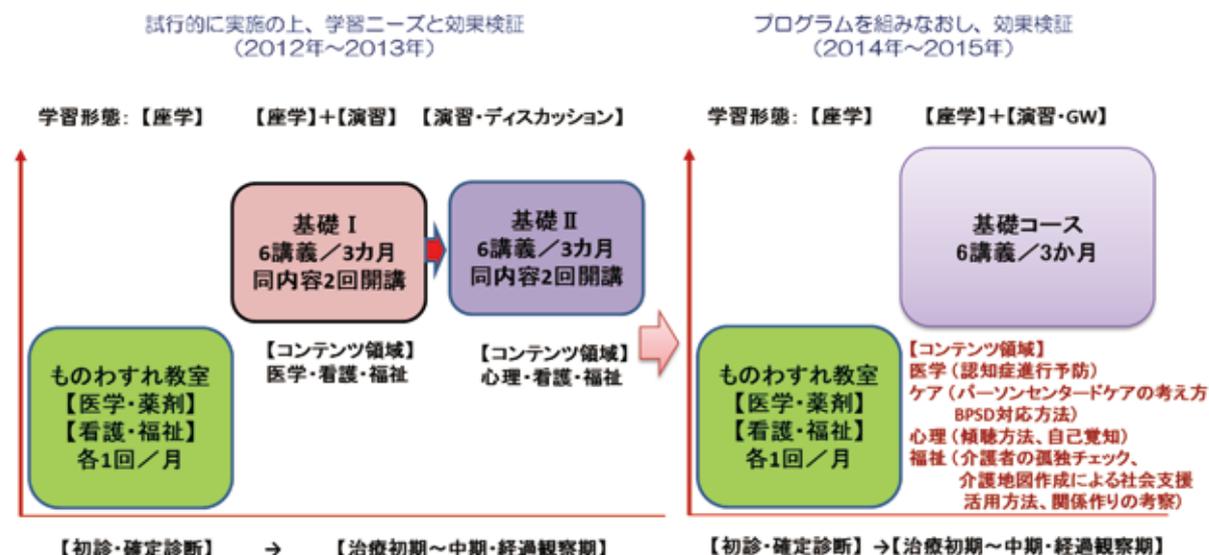


図3 認知症のステージに合わせたプログラムのアクションリサーチ



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><b>創作活動・運動療法</b></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><b>季節行事</b></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><b>家族教室（月1回程度）</b></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><b>自宅学習</b></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

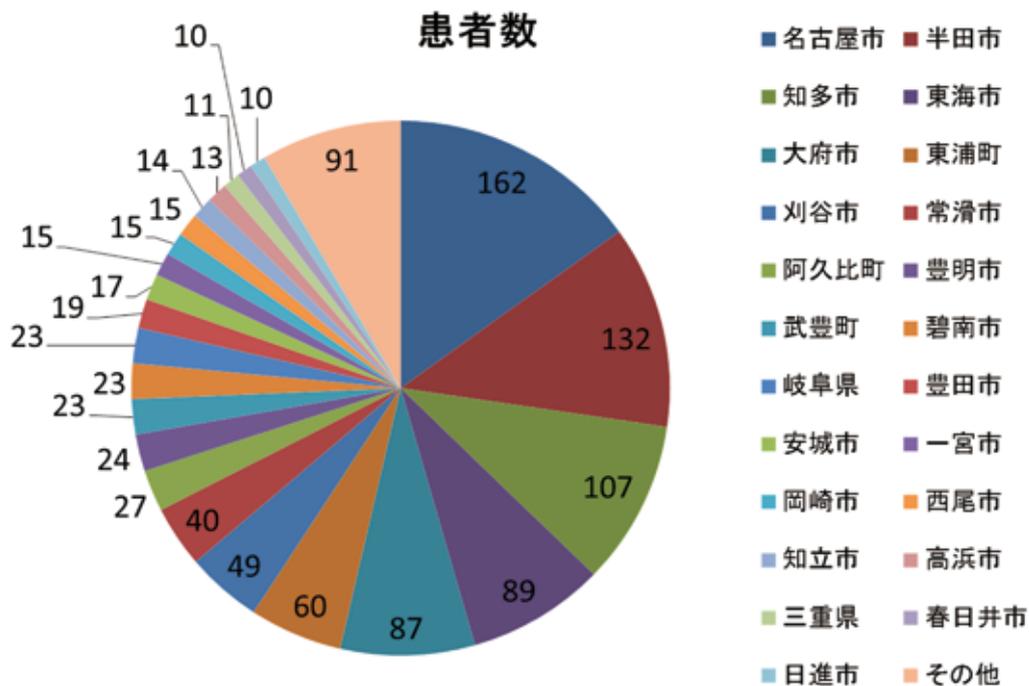
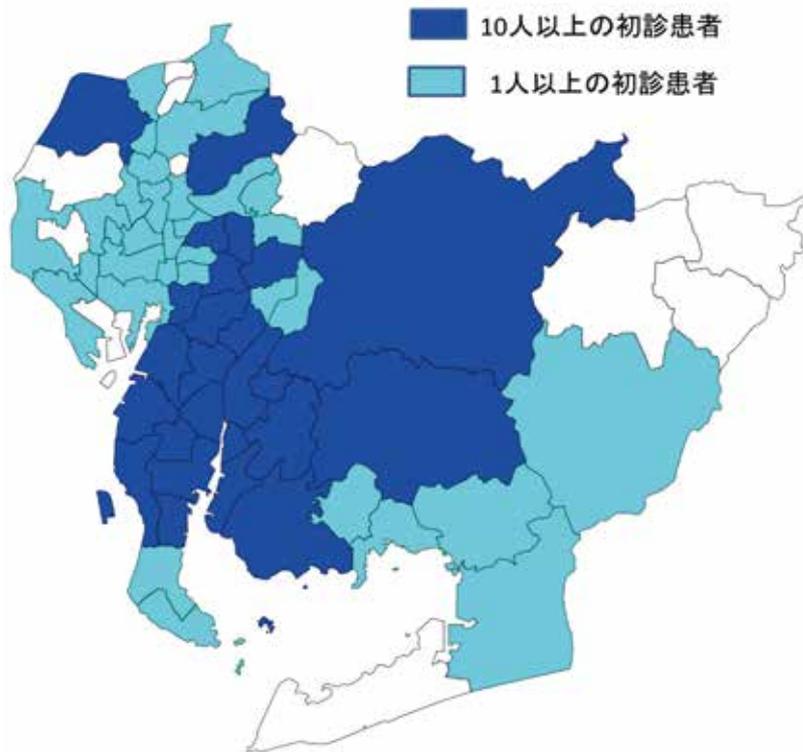


図 10 当センターもの忘れ外来の平成 26 年初診患者の居住地（愛知県のみ）



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

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。

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。

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。

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）

## 滋賀県の認知症対策について

### 認知症予防・啓発

- 認知症医療介護連携・予防啓発事業
  - ・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）
  - ・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
  - ・ヤマト運輸、セブンイレブン、布亀株式会社等

### 医療介護人材の育成

- 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）

### 早期発見・早期対応

- 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）

### 地域連携

- 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

### 相談窓口

- 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）

### 若年・軽度認知症対策

- 若年認知症総合支援事業
  - ・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

### 一般病院での対応

- 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
  - ・検討会議の設置、先進病院による研修

### 権利擁護

- 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

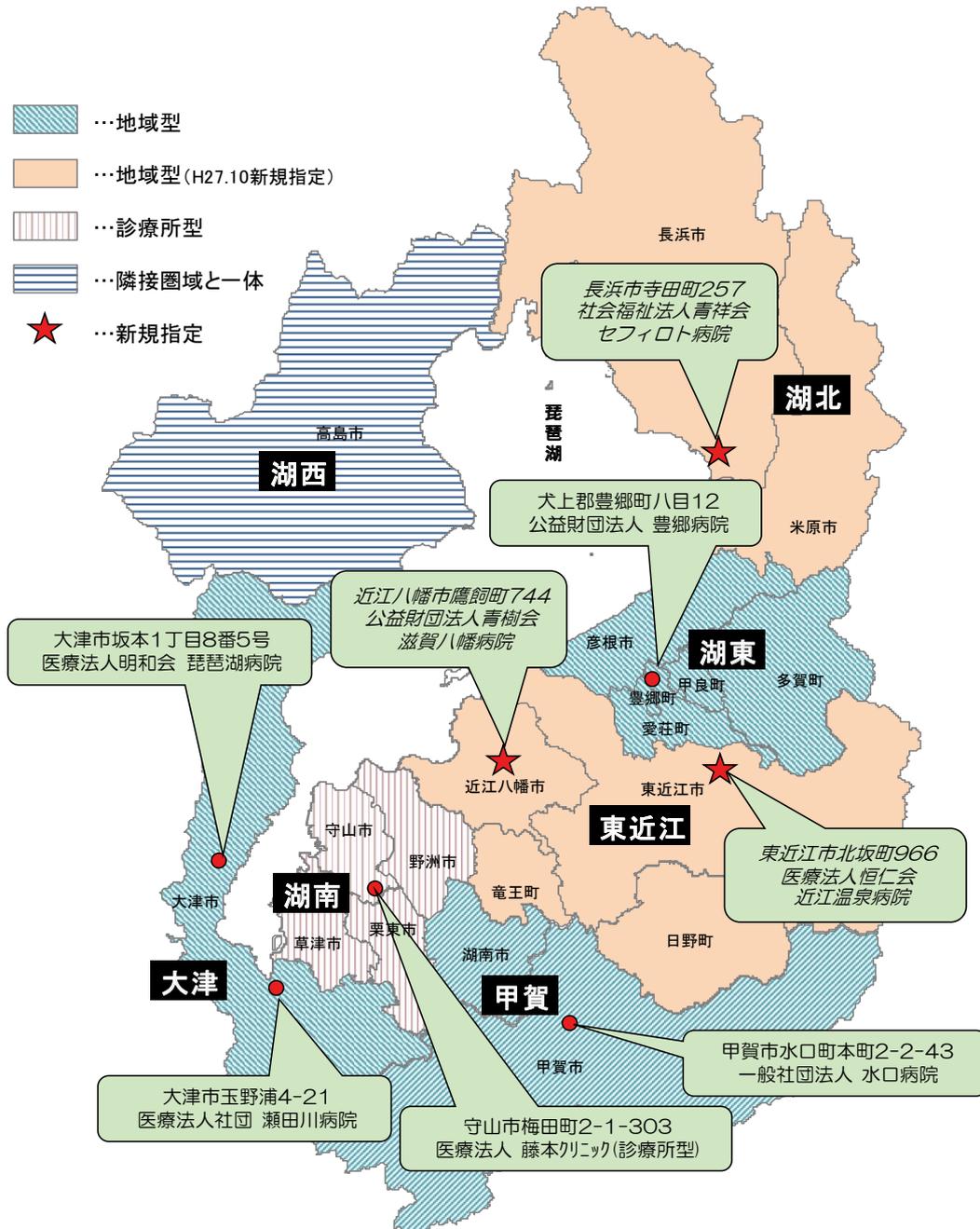
## II. 認知症疾患医療センター運営事業の現状

### 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

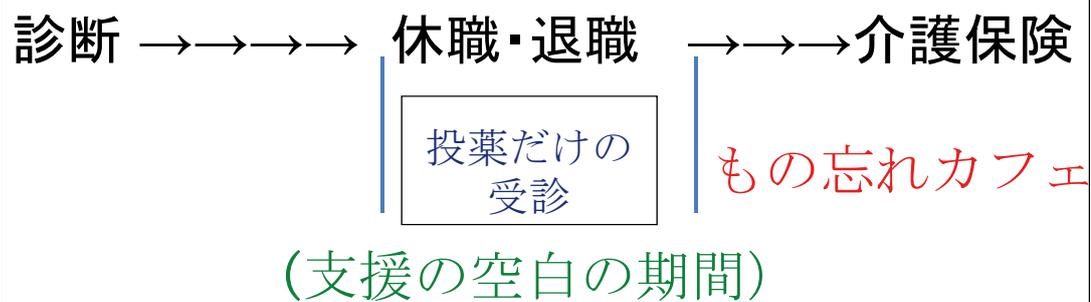
デイサービスでの  
様々な工夫が、早期診断後の  
早期支援につながります

もの忘れカフェ

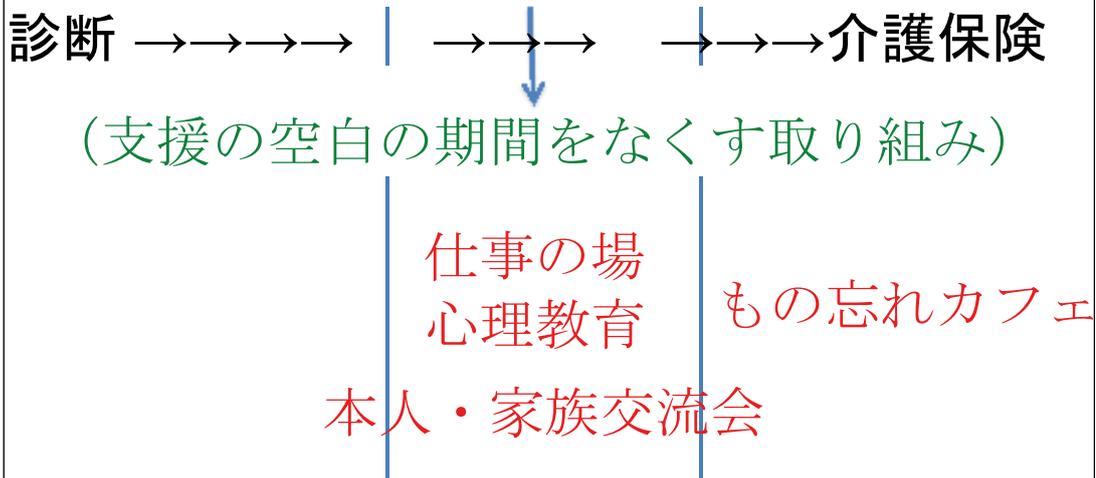
- もの忘れカフェができるまで  
・プログラムをなくす取り組み
- もの忘れカフェの作り方  
・自主的な活動と仲間づくりや社会参加を目指す
- もの忘れカフェを続ける  
・症状進行にあわせて自主活動をどう支えるか
- もの忘れカフェの広がり  
・若年から高齢者まで 軽度から高度まで
- もうひとつのもの忘れカフェ

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

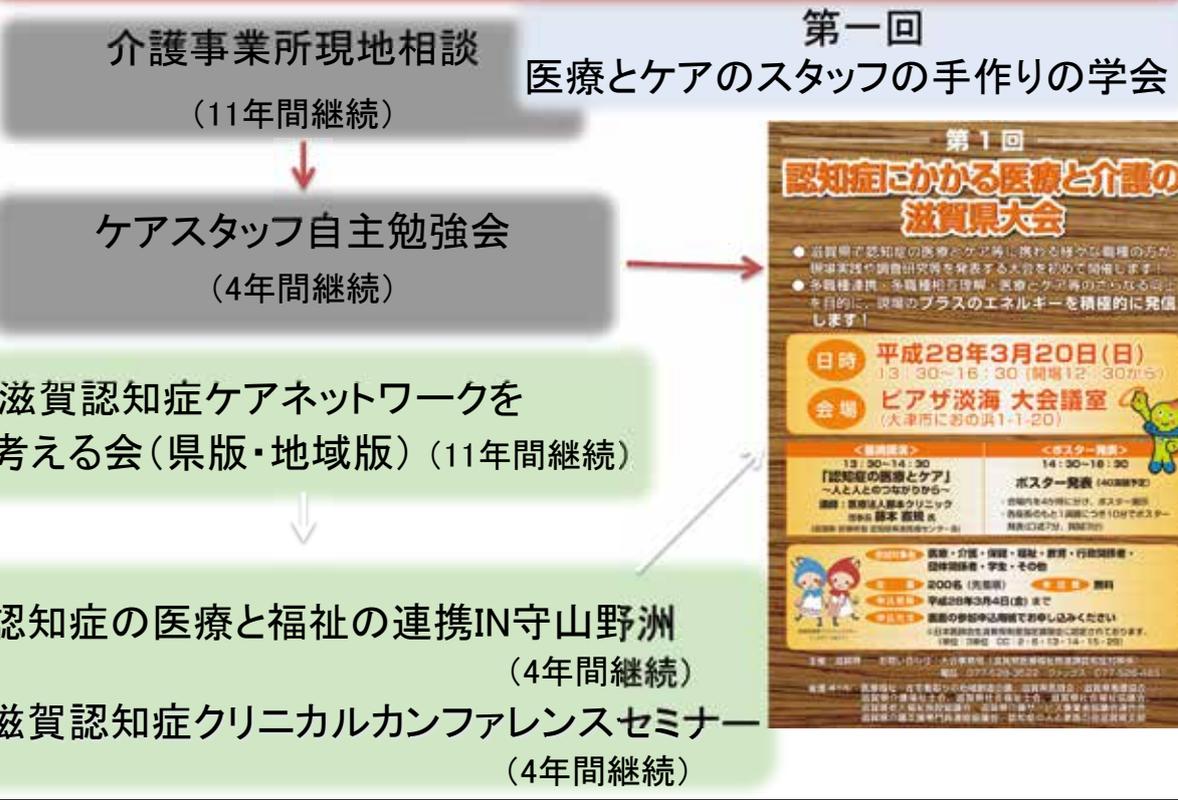


医師発表

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

「仕事の場」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

「仕事の場」県内外ランチについて、

「仕事の場」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「仕事の場」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？ 別添

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、臨床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、その学びを身近な認知症ケアや自身の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回から13回
- 臨床クリニック  
彦山山駅 徒歩1分 セルパ守山3階
- 臨床クリニック院長 藤本直樹  
部長 高村真子
- 研修講師  
高橋 真樹
- 質疑応答  
ディスカッション
- お問い合わせ先 主催者 臨床クリニック 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自由範囲を少なくすることは重要で、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重要になります。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、臨床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、その学びを身近な認知症ケアや自身の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回から13回
- 臨床クリニック  
彦山山駅 徒歩1分 セルパ守山3階
- 臨床クリニック院長 藤本直樹  
部長 高村真子
- 研修講師  
高橋 真樹
- 質疑応答  
ディスカッション
- お問い合わせ先 主催者 臨床クリニック 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「**仕事の間**」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 <sup>2</sup>
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

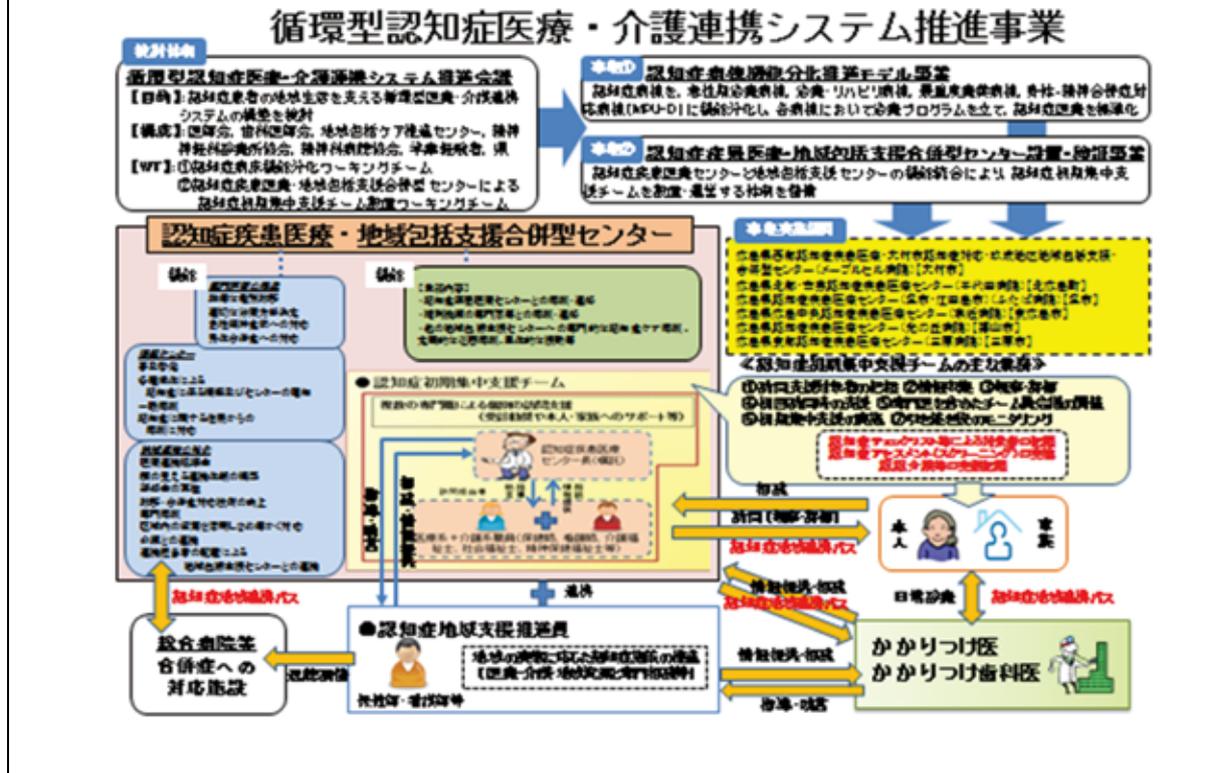
(H27.1.1)

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。

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。

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

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。

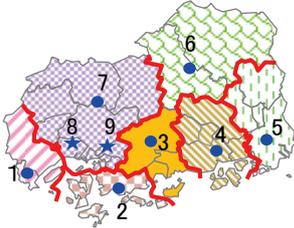
平成 27 年 1 月以降順次、広島県の地域型の各センターでは、事業により認知症初期集中支援チームの活動も開始している。

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 ★



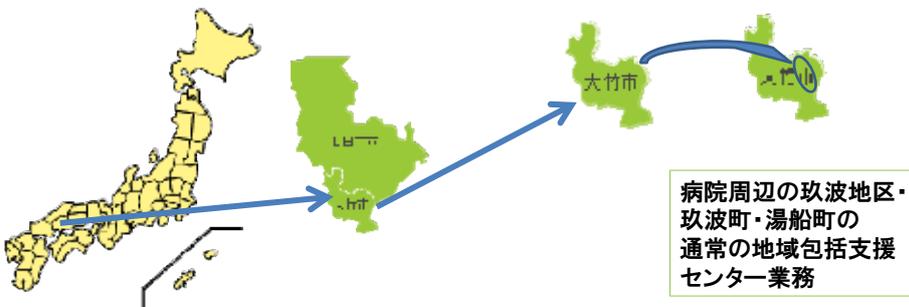
医療機関名	病院の特徴	センターの種類
●1.メープルヒル病院 (大竹市)	精神科・内科病院 センター長は 神経内科	地域型
●2.ふたば病院 (呉市)	精神科病院	地域型
●3.宗近病院 (東広島市)	精神科病院	地域型
●4.三原病院 (三原市)	精神科病院	地域型
●5.光の丘病院 (福山市)	精神科病院	地域型
●6.三次神経内科 クリニック花の里 (三次市)	神経内科 クリニック	診療所型
●7.千代田病院 (北広島町)	精神科病院	地域型
★8.草津病院 (広島市西区)	精神科病院	地域型
★9.瀬野川病院 (広島市安芸区)	精神科病院	地域型

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。

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。

《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. どうにか受け入れられる 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か所のみでの採択であったが、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	地域拠点センター							計 (A)	26年度 10月末 実績 (B)	(A) — (B) %		
		中核セ ンター	地域	全県域	宇摩	新居浜・ 西条	今治	松山				八幡浜・ 大洲	宇和島
医療機関名		愛媛大 学医学 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			

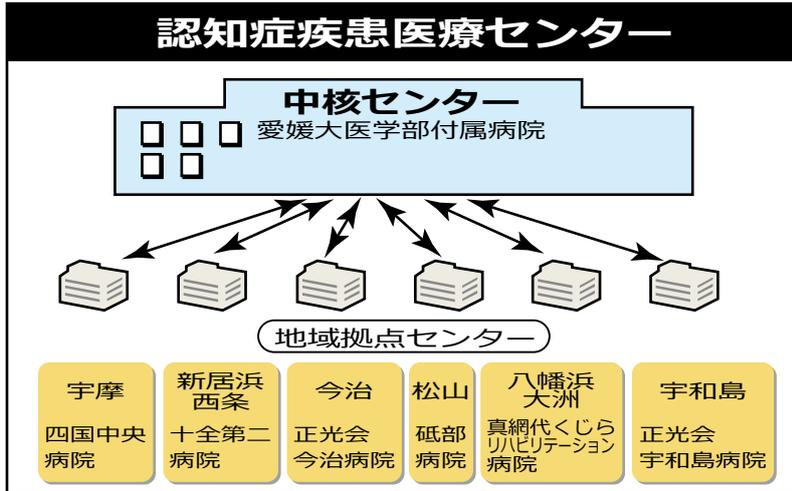


図1 愛媛県の認知症疾患医療センター設置状況

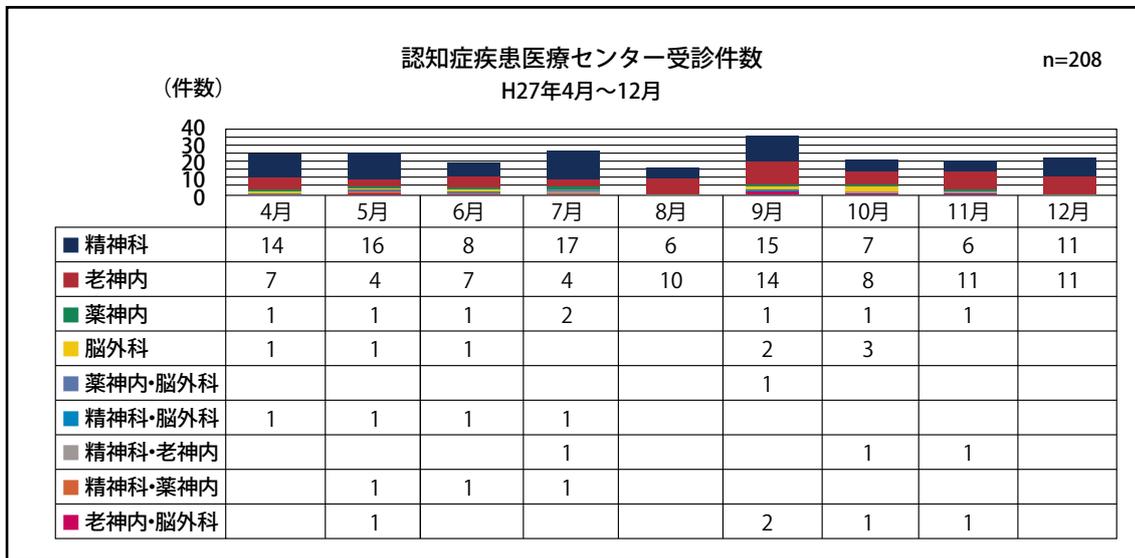


図2 中核センターの設置状況（平成27年度12月まで）

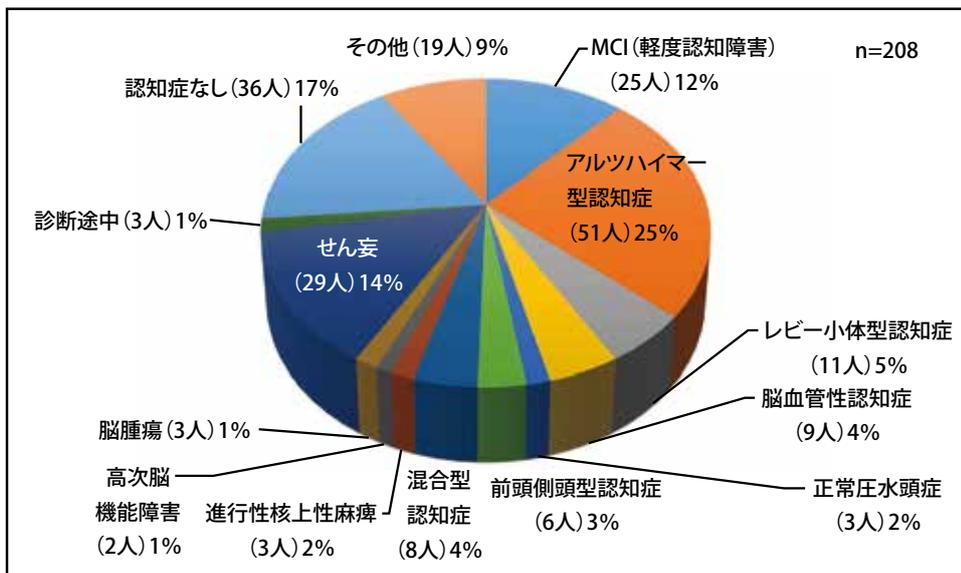


図3 中核センター受診者の背景疾患（平成27年12月まで）

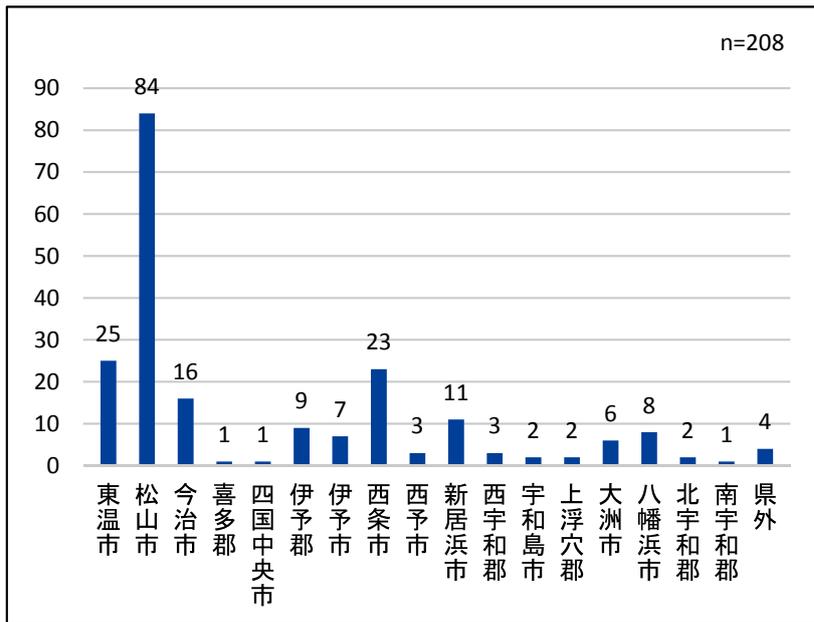


図 4. 中核センター受診者の居住地（平成 27 年 12 月まで）

### 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>	

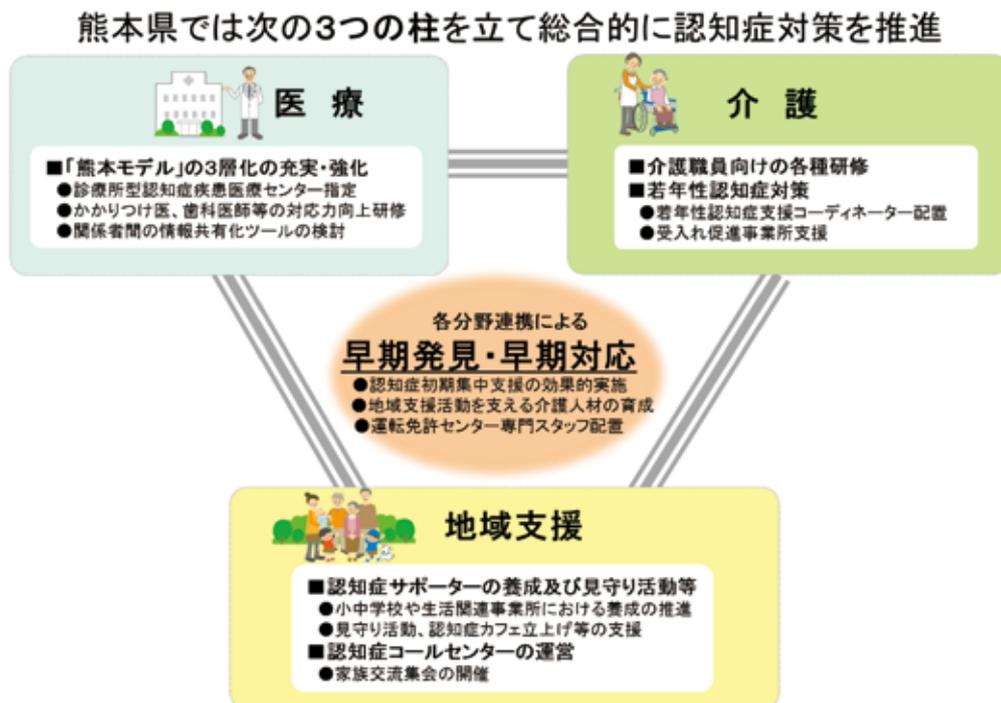


図 1 熊本県認知症施策の概要

## 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。

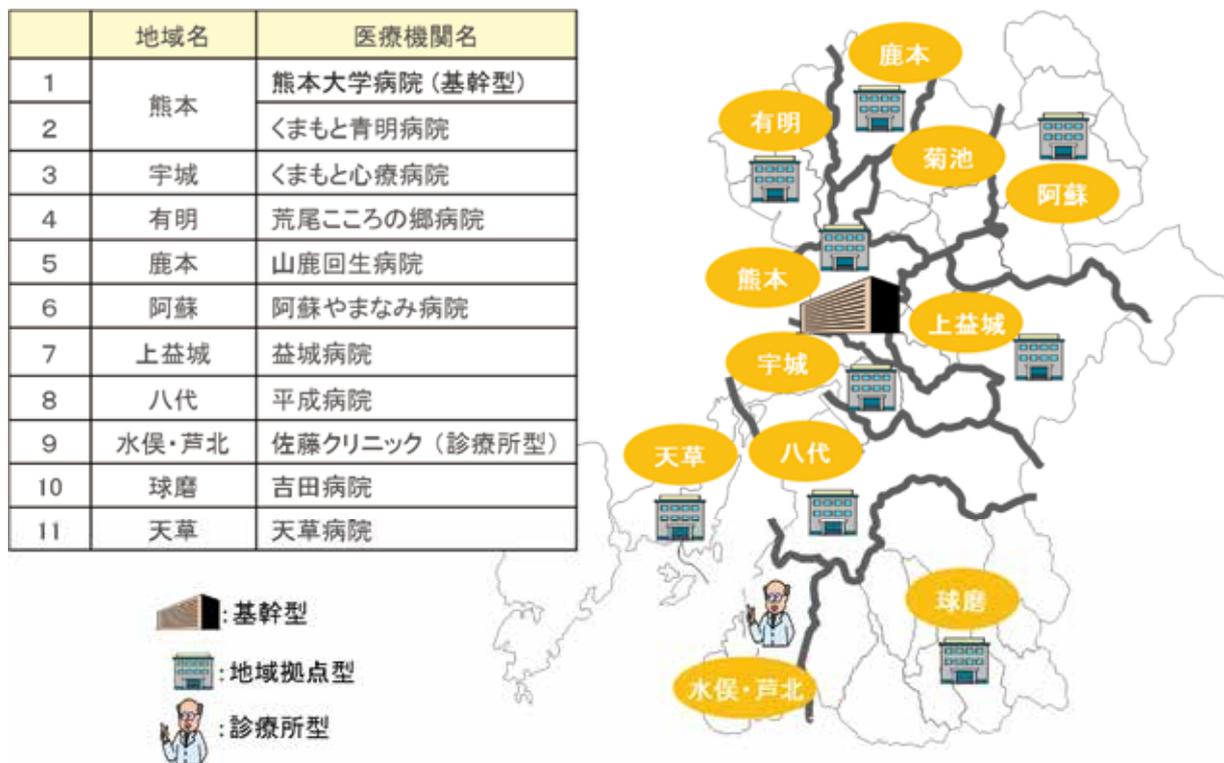


図 2 熊本県認知症疾患医療センター配置図

### 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）。

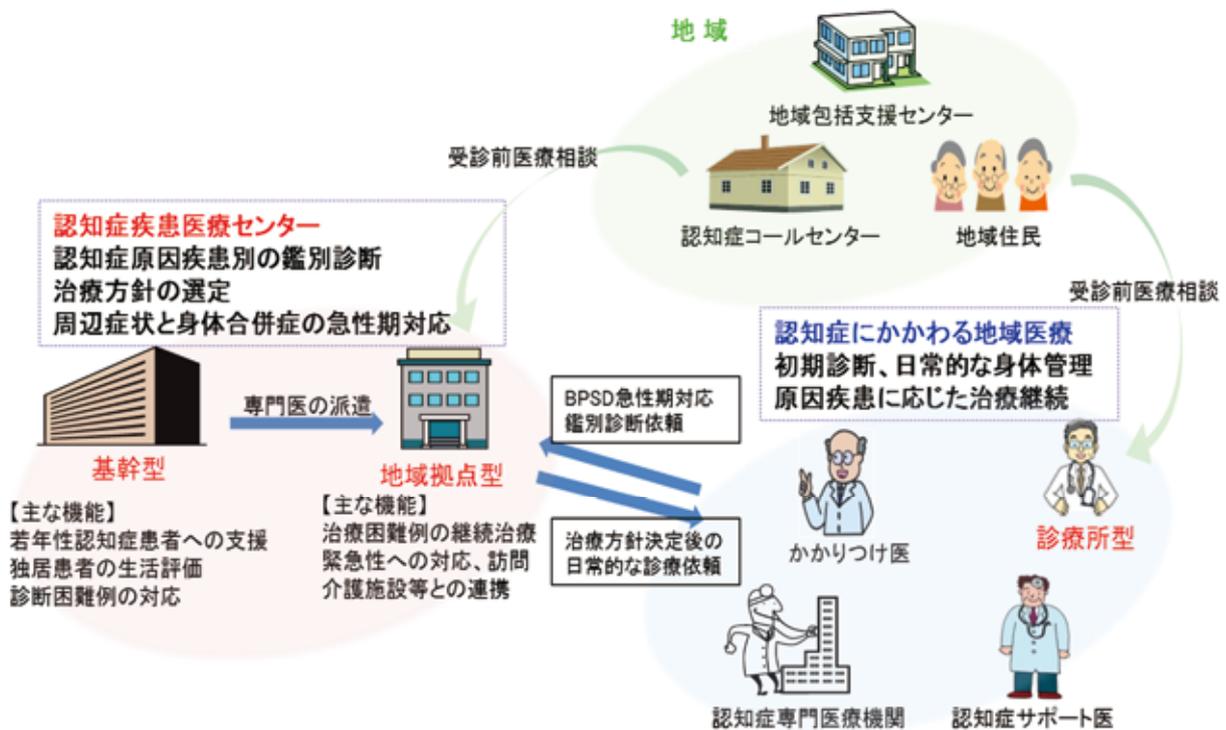


図 3 認知症医療体系（熊本モデル）

	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 ヶ所，地域拠点型 9 ヶ所）

### 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）。

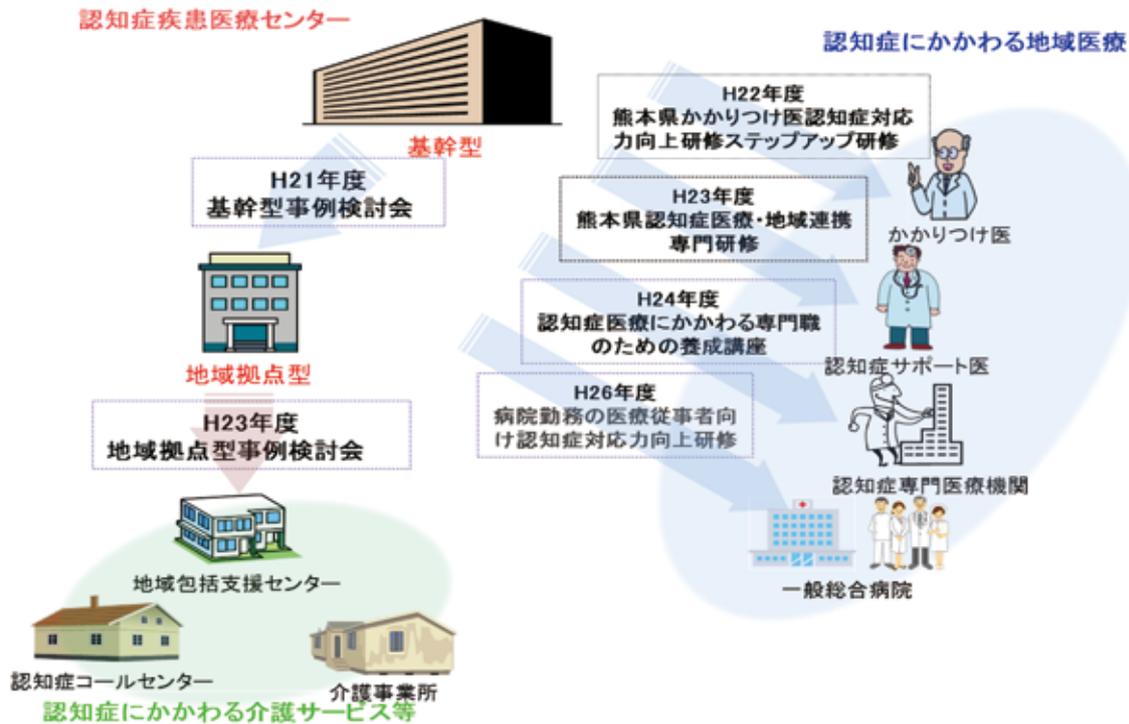


図4 人材育成（熊本モデル）

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
----	---



## 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。

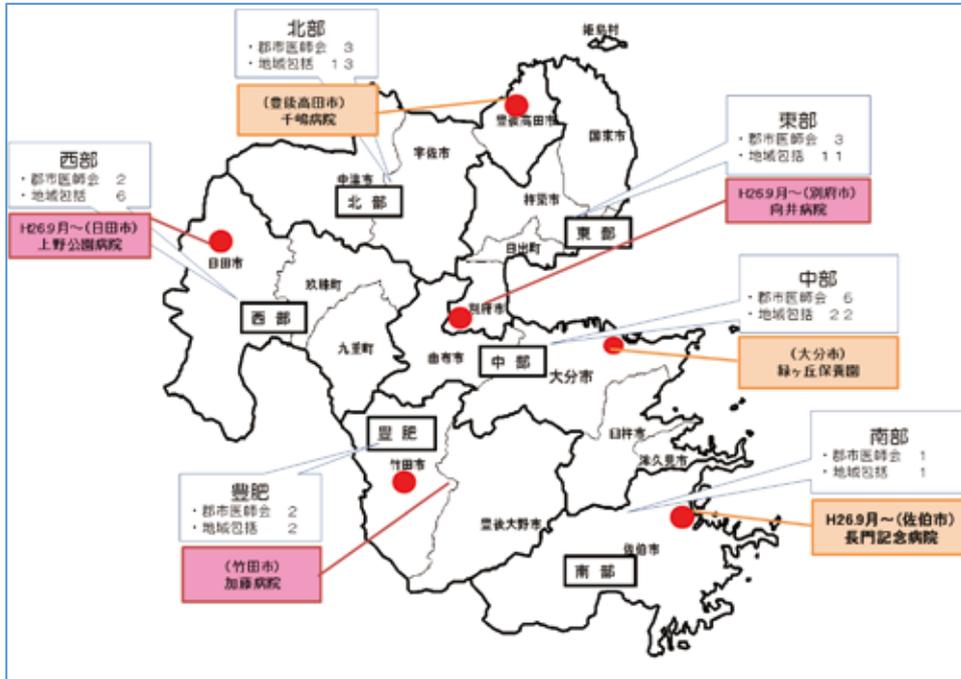


図2. 大分県の認知症疾患医療センター整備状況

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 <sup>2</sup> )	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。

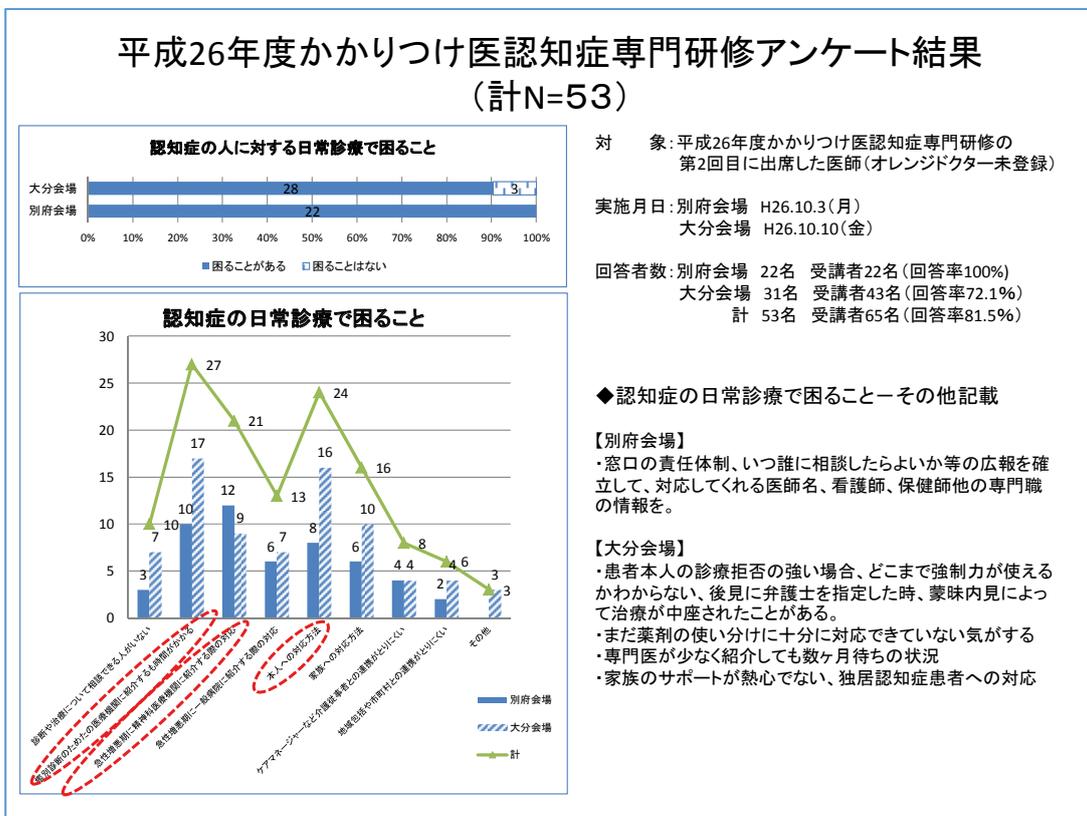


図 2. 平成 26 年度かかりつけ医認知症専門研修アンケート結果

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 km<sup>2</sup> と狭く人口密度は政令指定都市で最も高く 11,952 人/km<sup>2</sup>（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。

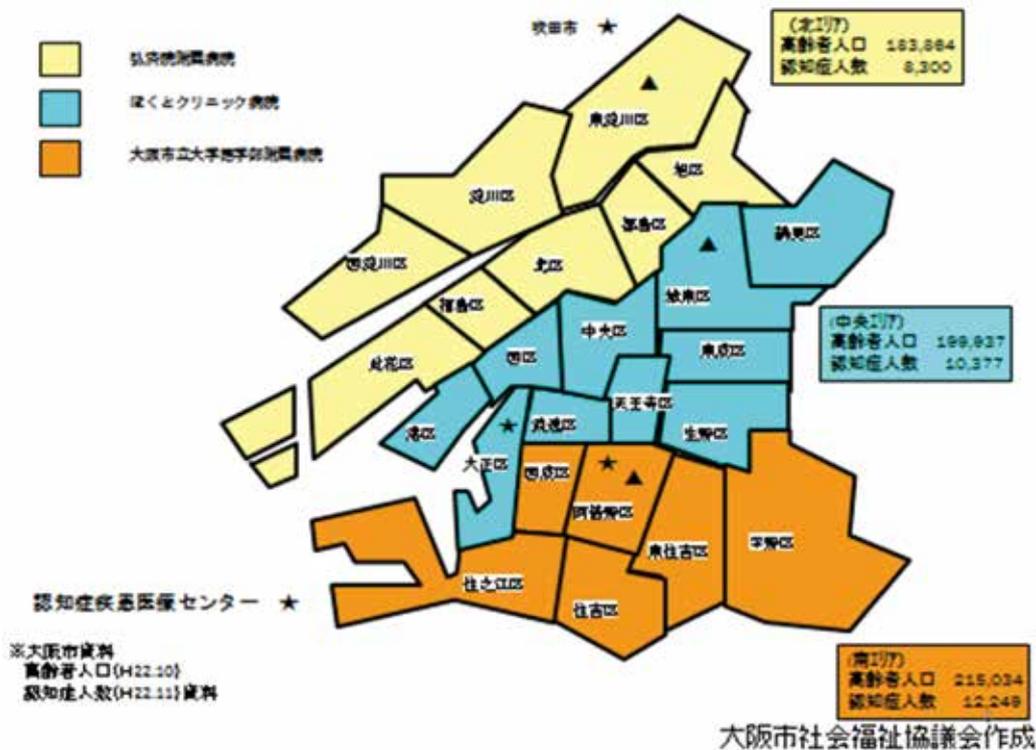


図2 大阪市の認知症疾患医療センターと担当地域

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)。

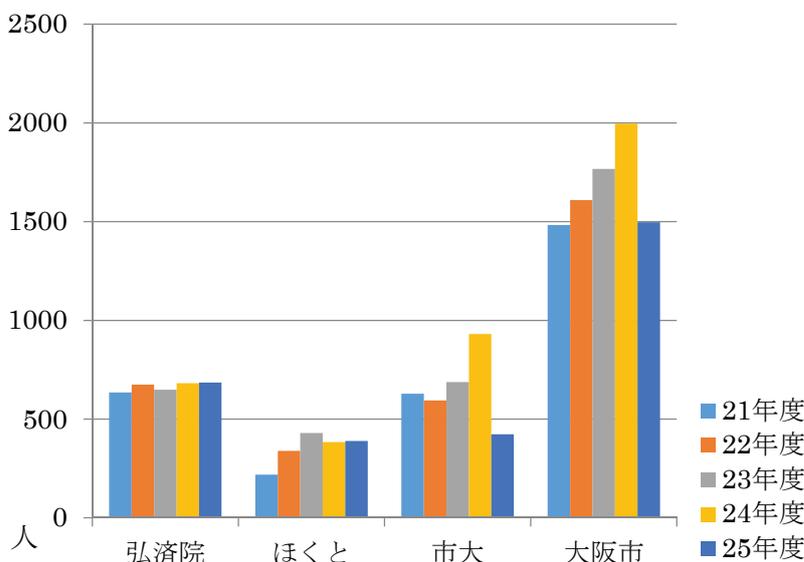


図 3 大阪市の各認知症疾患医療センターの鑑別診断数

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"> <li>・大阪市直営</li> <li>・特養併設</li> <li>・センター長が行政兼務</li> </ul>	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"> <li>・市内唯一の精神科病院</li> <li>・隣接市に母体病院</li> </ul>	
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"> <li>・大学病院</li> <li>・PIB-PET 保有</li> </ul>	

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/](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考えられる。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。担当エリアが広い場合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>堺市は高齢者をとりまく現状として、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

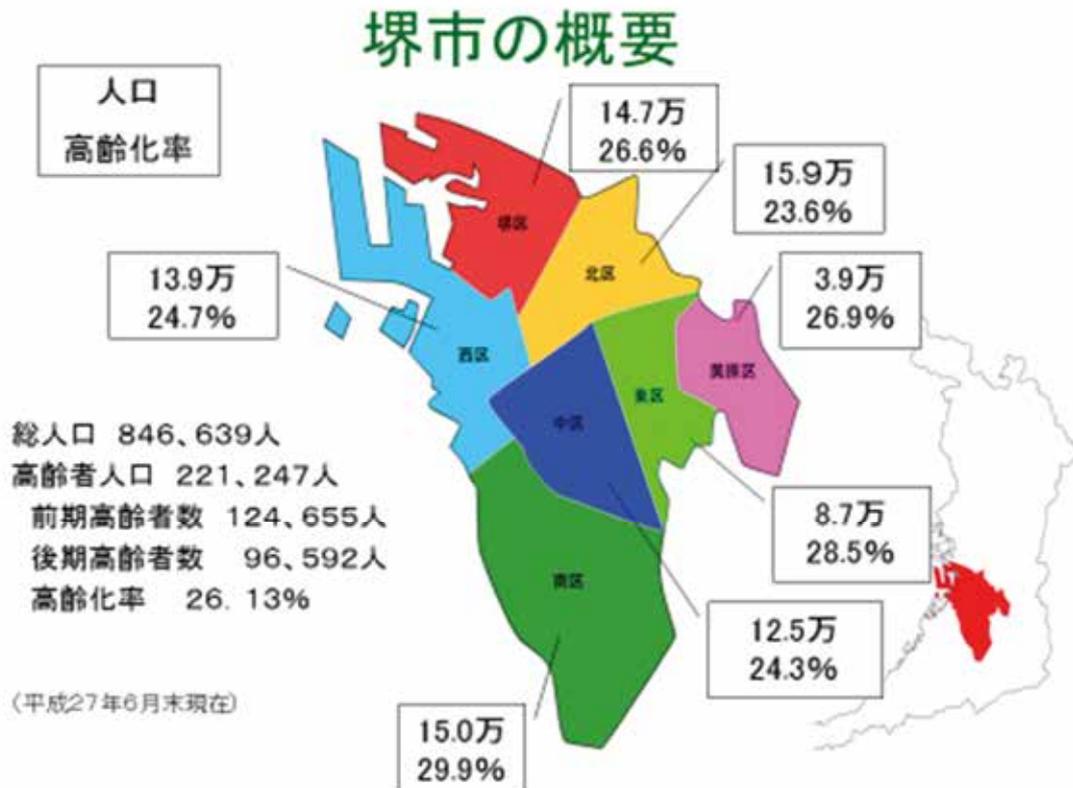
前述したように浅香山病院（総合病院）はすでに平成 2 年 6 月に大阪府から老人性痴呆疾患センター（後に認知症センター）の指定をうけ、平成 20 年 12 月には、堺市から認知症疾患医療センターの指定を受けた。平成 22 年 7 月には単科の精神科病院である阪南病院が二つ目の認知症疾患医療センターの指定を受けている。浅香山病院は堺市の北エリアにあたる堺区、北区、東区、美原区を、阪南病院は南エリアの中区、南区、西区を受け持っている。二つとも地域型認知症疾患医療センターで、浅香山病院は総合病院、阪南病院は精神科救急が充実した単科精神科病院という特性の違いはあるが、書式、連携ツール、統計の取り方など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

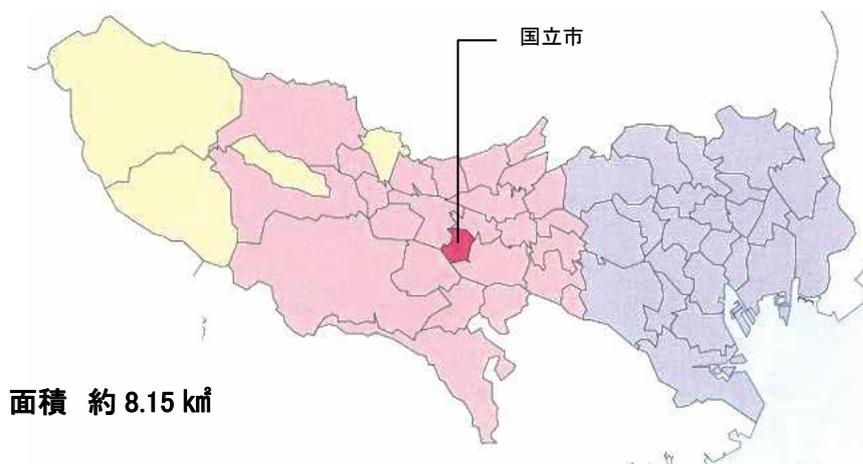
医療法人社団つくし会 新田クリニック 新田國夫

## 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)。

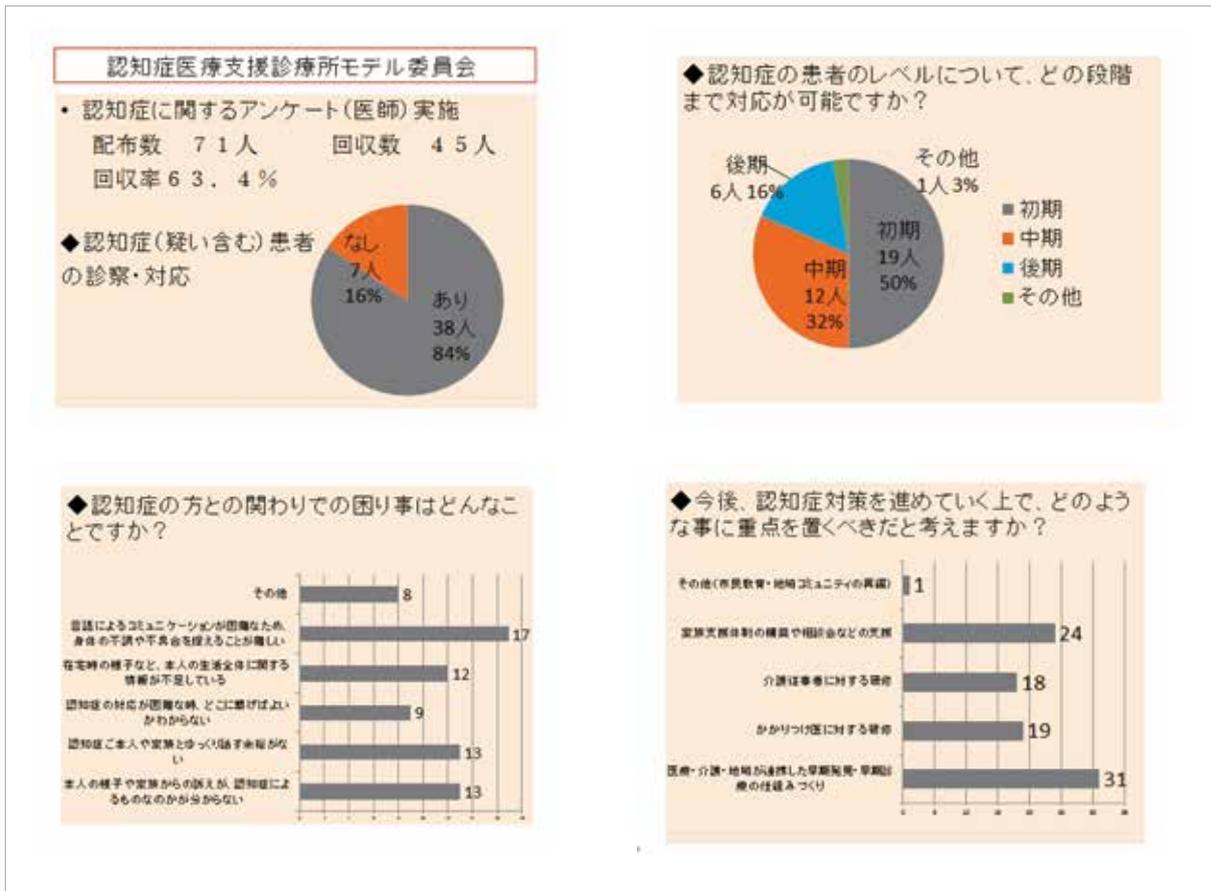


図1 三医師会への認知症に関するアンケート

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。

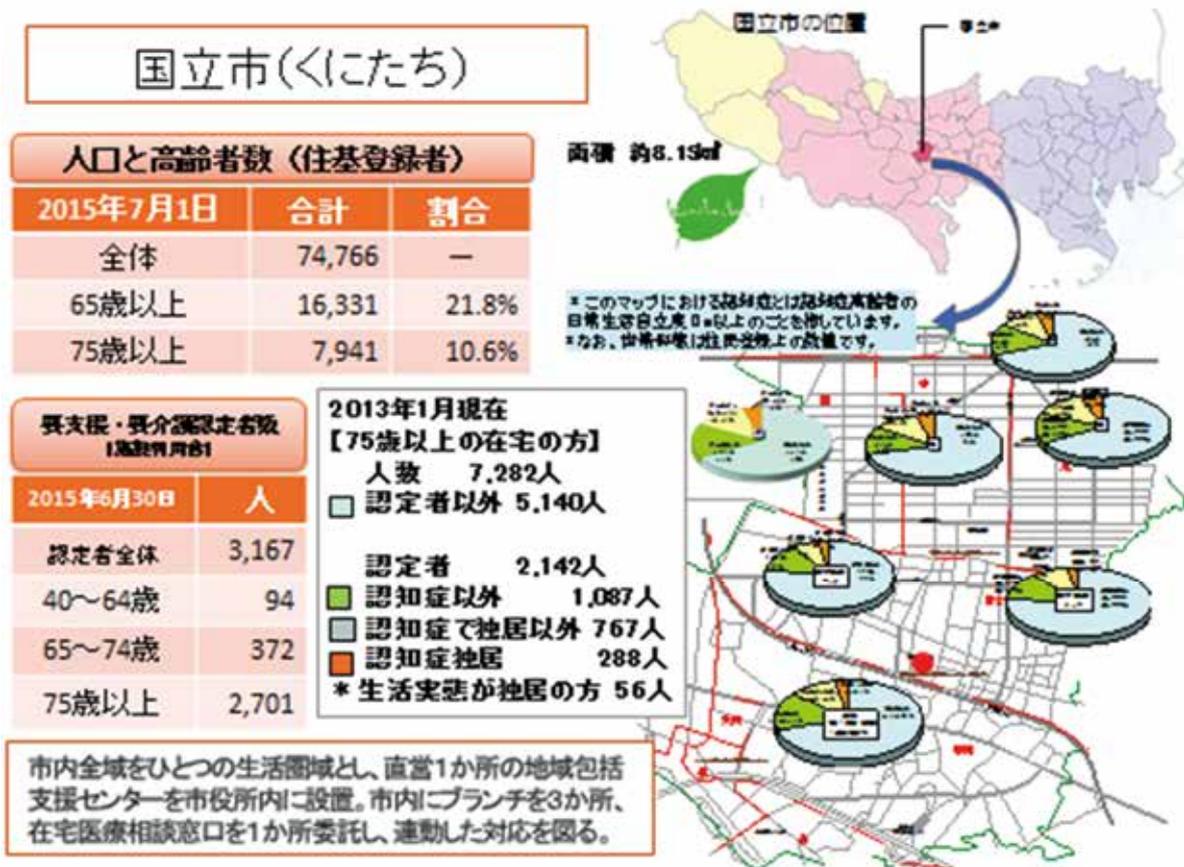


図2 75歳以上要介護認定状況マップ

### 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・キャラン 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。



**わが町くにたち認知症アクションミーティング**

**「国立市認知症の日」イベント**

認知症施策の具体化・実施につながるアクションミーティングからの提案

**市民勉強会**

**市民啓発**  
～みんなで考えよう～

毎年10月第3土曜日に開催

みんなで考える  
みんなに参加する

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

**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00分～2時00分  
会場：さくら野ハイビスセンター  
国立市立児童センター4F

平成24年度～4年継続開催

**認知症カフェ@こたの**  
日時：毎月第1日曜日  
午後2時～3時  
会場：こたのこたの  
国立市立児童センター1階1号工場の空室1号室

平成26年度～学生主体

学生啓発・コミュニケーションの場

**認知症カフェ@こたの**

認知症について情報を交換し、気づきあおう！

ご本人も  
ご家族も  
どなたでも

**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

2016年度認知症対策推進協議会  
こもれびの会

毎年10月第3土曜日に開催

いつでも集まれる賑づくりで作成のマップ(在宅療養ハンドブックより)

**「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、みんなで情報共有でき、気づきあえること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、あなたに関する医療の情報と介護の情報をひとづ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。

東京都多摩医療保健推進協議会「福中野在宅療養推進協議会」  
地域ケア研究会

### 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おける課題は、

- 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う。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。

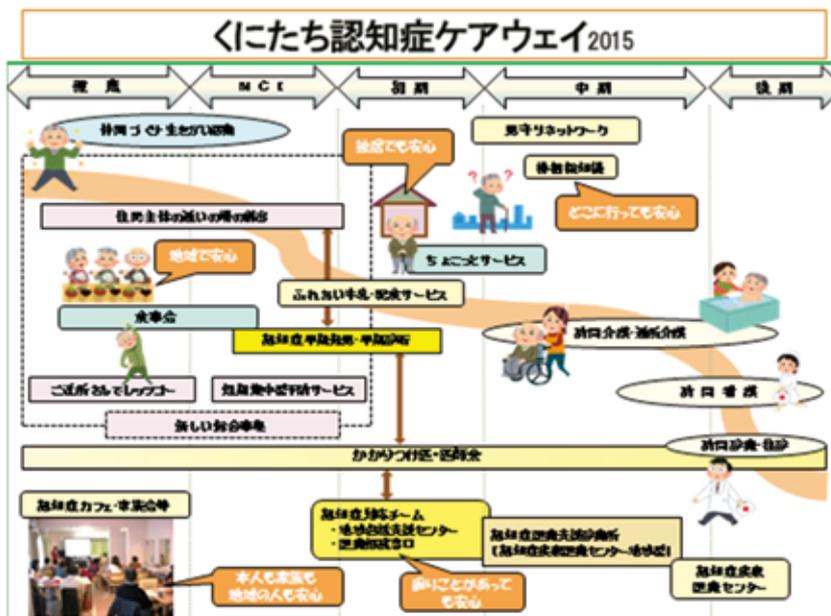
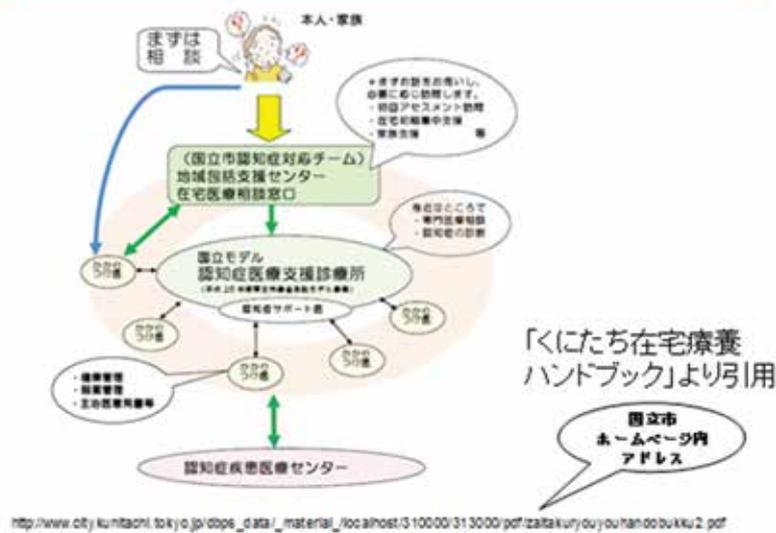
→認知症家族間話し合いの場の継続，認知症カフェの展開，市の家族支援策の検討。

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。

認知症対応チームとモデル事業のイメージ



認知症の鑑別診断や認知症医療相談は当然の活動ではあるが、やはり大切なことは認知症の人が住み慣れた地域での生活を継続することである。これまでも各仕組を通して認知症の人を支えるべく、認知症の人を抱える家族支援、地域づくりを行政とともにやってきたが、今後もかかりつけ医や三師会、看護・介護事業所・行政と連携を強化し、更なる認知症支援体制を強化していく必要がある。

それぞれの専門職や地域がスキルアップすることにより、認知症の人が安心して闊歩できる町を目指す。

執筆	医療法人社団つくし会 理事長 新田 國夫
----	-------------------------



「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



