

東京都認知症対策推進会議 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（第2回）
次 第

東京都庁第一本庁舎 33階南側 特別会議室S6
平成22年8月31日（火）午後7時から

1. 開 会

2. 議 題

- (1) 東京都における認知症疾患医療センターの整備の方向性について
- (2) その他

3. 閉 会

〔配付資料〕

認知症対策推進事業実施要綱

東京都認知症対策推進会議 東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討
部会委員名簿、同幹事名簿

(資料) 東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について(案)

(参考資料) 東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について

- これまで出された意見の一覧 -

認知症対策推進事業実施要綱

19 福保高在第 107 号

平成 19 年 6 月 14 日

第 1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第 2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第 5 に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第 3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 認知症に関する普及啓発

第 4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する 20 名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年とする、ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効

率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。

(2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。

(3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

(1) 3、7(3)及び(5)に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。

(2) 6(2)及び9(2)に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 認知症に関する普及啓発

1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則(平成19年6月14日19福保高在第107号)

1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。

2 認知症理解普及促進事業実施要綱(平成18年6月12日付18福保高在第161号)は廃止する。

「東京都認知症対策推進会議（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）」委員名簿

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	新井 平伊	順天堂大学医学部教授
	栗田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	繁田 雅弘	首都大学東京健康福祉学部学部長
医療・福祉関係者	桑田 美代子	社団法人東京都看護協会 (医療法人社団慶成会 青梅慶友病院看護介護開発室長)
	高瀬 茂	社団法人東京都医師会理事
	新里 和弘	東京都松沢病院医長
	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
	弓倉 整	社団法人東京都医師会理事
代表家族	牧野 史子	特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長
行政関係者	高藤 光子	新宿区高齢者サービス課高齢者相談係（新宿区役所高齢者総合相談センター）
	山本 祥代	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課地域支援担当課長

各区分において50音順

「東京都認知症対策推進会議（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）」幹事名簿

	氏名	所属
幹事長	狩野 信夫	福祉保健局高齢社会対策部長
幹事	高橋 郁美	福祉保健局医療改革推進担当部長
	熊谷 直樹	福祉保健局障害者医療担当部長
	馬神 祥子	福祉保健局医療政策部医療改革推進担当課長
	櫻井 幸枝	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
	粉川 貴司	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
	室井 豊	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

東京都における認知症疾患医療センターの 基本的な機能・役割について（案）

< 基本的機能 >

東京都は、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするため、これまでも認知症に係る地域の医療体制の整備を行ってきた。しかしながら、今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、かかりつけ医と専門医療機関、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。

このため、東京都における認知症疾患医療センターには、特に、地域の医療機関及び介護機関等への支援機能と、地域の認知症に係る医療・介護連携の中核としての機能、を担うことが求められる。

< 3つの役割 >

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、以下の3つの役割を果たすことが必要である。

- 1 認知症に係る専門医療機関として、認知症の人に対する様々な医療を適切に提供できる体制を構築する役割
- 2 認知症に係る地域連携の中心的機関として、認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするための支援体制を構築する役割
- 3 認知症に係る人材育成機関として、地域における認知症専門医療の充実と、地域における認知症対応力の向上を図る役割

1 専門医療機関としての役割

東京都には、大学病院や認知症専門医など、認知症に関する高度な医療資源は相当数あるものの、鑑別診断の一部医療機関への集中や、入院医療の受入体制が十分ではないなどの課題がある。

そのため、東京都における認知症疾患医療センター（以下「センターという。」）が、認知症の人に日常的に対応している、かかりつけ医等の地域の医療機関及び介護機関の支援を行うとともに、センターが中心となり、地域の医療機関同士（かかりつけ医と専門医療機関、あるいは、一般病院・精神科病院と専門医療機関）の連

携及び医療と介護の連携の促進を図る。これにより、認知症の早期発見、迅速な診断に基づく適切な医療・介護の支援を行うとともに、認知症と身体症状の双方に対する切れ目のない医療支援体制の構築を行う。また、センター自体の鑑別診断、入院医療等の医療提供体制の強化もあわせて行う。

専門医療相談

【多様な相談に応じられる医療相談室の設置】

医療相談室に、精神保健福祉士・保健師・専門看護師等の専従の職員を配置し、患者家族、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター等からの多様な認知症に関する医療相談に対応する

認知症医療相談にあたっては、患者の状況を総合的に把握し、自院での診療も含め、適切な医療機関等の紹介を行う

【受診が困難な人への支援】

病識がないなど自ら医療機関を受診することが困難な人について、地域包括支援センター等から相談を受けた場合、地域包括支援センターや、かかりつけ医・在宅医等の地域の医療機関と連携し、早期の診断に結びつけるよう努める

鑑別診断・初期対応

【適確な評価と初期対応】

患者の日常生活の状況を踏まえ、うつ病など様々な精神神経疾患との鑑別、認知症の原因疾患の診断を正確に行う

診断にあたっては、医学的診断だけでなく、日常生活の状況や他の身体疾患等の状況も踏まえ、本人の身体的、心理的、社会的側面を評価する総合機能評価を行う。評価結果については、かかりつけ医や地域包括支援センター、介護機関等と情報の共有化を図り、適切な医療、介護の支援に結びつけていく

本人・家族に対して、分かりやすく適切な病気の説明、介護・行政サービス等に係る情報提供を行う

かかりつけ医に対し、画像診断等の依頼に対する支援を行うとともに、鑑別診断後の患者の経過観察において、必要な支援を行う

【迅速な診断】

鑑別診断は、他の医療機関と連携を図りながら、できるだけ早期に受診できるよう努める

身体合併症・周辺症状への急性期医療

身体合併症 認知症の人が、脱水・骨折等の様々な身体疾患（状態）になった場合の、その身体疾患（状態）のこと

周辺症状 認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動症状（BPSD）

【センターにおける受入体制の整備】

認知症の人の様々な身体疾患に対応できるよう、院内の診療科間の連携体制を整備する

院長をはじめとする全てのスタッフを対象とする院内研修を行うことなどにより、認知症に対する理解を深め、病院全体の認知症対応力を向上させる

認知症の人の身体合併症及び周辺症状等、様々な症状に対応できるよう、院内の医師、看護師、介護職、精神保健福祉士や理学療法士など、多職種が適切に連携できる体制の構築に努める

【早期からの退院支援】

本人の生活環境や家族の介護力等を勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けた協議を地域の医療機関、地域包括支援センター、ケアマネージャー等と行い、率先して退院後の生活支援体制の整備に努める

【地域における受入体制の整備】

認知症の人の身体合併症及び周辺症状の治療（特に急性期における入院医療）においては、地域の一般病院や精神科病院等との緊密な連携を図り、センターを含む地域全体で受け入れを促進していく体制を構築する

顕著な周辺症状が現れている患者の対応においては、精神保健福祉センターや老人性認知症専門病棟を持つ病院と連携を図り対応する

2 地域連携の中心的機関としての役割

認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにするためには、様々な関係者が連携し対応していくことが大切である。特に、医療・介護・行政が緊密に連携し、適切な支援を行うことが不可欠である。しかし、東京都においては、様々な医療・介護資源があるにも関わらず、医療機関同士の連携や、医療・介護・行政の連携、なかでも高齢者への総合的支援を行う地域包括支援センターとの連携体制がまだまだ十分とはいえないのが現状である。

そのため、東京都におけるセンターが、都内各地域において地域連携の中心的役割を果たし、地域包括支援センターや認知症サポート医等、様々な関係者に対する日常的な協力・支援を積み重ねることで、地域生活を継続できるための具体的な連携体制の構築を図る。

地域連携

【地域連携体制の構築】

地域の医療機関、地域包括支援センター、行政機関等により構成する、認知症疾患医療連携協議会を開催し、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

地域において、医療従事者、地域包括支援センター、ケアマネージャー等が一堂に集い、具体的な症例・事例について検討、意見交換を行う研修会を関係者と連携して開催し、地域の中でお互いに顔の見える関係を構築するとともに、地域の認知症対応力の向上を図る

【地域包括支援センターとの連携の強化】

地域包括支援センターとの連携を行う窓口を設け、日常的に連携を図ることで、顔の見える関係づくりを行う

病識がないなど自ら医療機関を受診することが困難な人についての相談に対し、地域包括支援センター等と連携し、早期の診断に結びつけられるよう努める

退院後、介護・行政のサポートが必要な患者に関しては、本人の生活環境や家族の介護力等も勘案の上、入院後できるだけ早期から、退院に向けた相談を地域包括支援センターと行い、情報の共有化を図る

【家族会への支援】

認知症の人の家族会の活動に対する支援を行う

【自治体への協力】

自治体が発行する認知症関連事業に協力する

3 人材育成機関としての役割

今後、高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、認知症に係る専門医療に精通した人材の育成が重要な課題となっている。

そこで、東京都における認知症疾患医療センターが、地域における認知症医療に係る人材育成において中心的な役割を担うことで、地域における認知症専門医療の充実と地域の認知症対応力の向上を図る。

専門医療、地域連携を支える人材の育成

【センターにおける医師、看護師の育成】

センターにおいて、認知症医療に係る専門的な知識・経験を有するとともに、認知症の人を総合的にみることができる医師、看護師の育成に努める

【地域における医師等への研修】

地域において、医療従事者、地域包括支援センター、ケアマネージャー等が一堂に集い、具体的な症例・事例について検討、意見交換を行う研修会を関係者と連携して開催し、地域の認知症対応力の向上を図る

4 その他

確認事項

基幹型設定の必要性について

国要綱に定める基準

地域型の機能に加え、基幹型は以下の機能を持つ
身体合併症に対する救急医療機関としての機能（空床確保を含む）

（備考）国は、基幹型を設置できるのは、各都道府県・政令市につき1か所までとしている

[案]

国は、基幹型を設置できるのは、各都道府県・政令市につき1か所までとしているが、多数の認知症の人が生活する東京都における緊急時の対応として、都内1か所では限度があるため、国の基準は東京都にはなじまない。

医療支援部会で整理したように、東京都においては、緊急時の対応として、かかりつけ医、一般急性期病院、専門医療機関等の連携によることを基本とし、必要に応じて、休日・全夜間診療事業等の救急医療制度や精神科夜間休日救急診療事業等を併用することで対応する。

確認事項

設置数の考え方について

[案]

二次保健医療圏に1か所を基本とする。二次保健医療圏は、住民の日常生活の行動の状況、交通事情、保健医療資源の分布等、総合的に勘案の上定めているもので、入院医療の確保及び医療機関の連携による包括的な医療サービスを提供していく上での基本単位となっている。東京都では、「がん」や「脳卒中」等の疾病別の取組みにおいて、二次保健医療圏を基本として地域における医療連携体制の構築を図っている。

なお、設置数については、指定したセンターの運営状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

- 主な意見 -

(二次保健医療圏単位)

医療の範囲では、二次保健医療圏が一つの基準になる。認知症サポート医の先生に、地域包括支援センターのスタッフやケアスタッフが加わることで、数十名の規模になるので、研修会や協議会を行う中で、顔の見える関係を築くことができる

(区市町村単位)

スタートの時点では二次保健医療圏に1ヶ所程度の設置が現実的だが、今後の認知症高齢者の増加に効果的に対応していくため、将来的には各区市町に少なくとも1か所設置して、自治体の関連事業や地域医師会の活動とリンクした認知症医療を展開していけるようにすることが理想的

(人口を目安)

認知症高齢者が、移動可能な距離を考えると、やはり居住区域の生活圏域において設置する必要がある、地域の人口(居住人口)が目安になる

人口30万人に1か所程度。ただし、二次保健医療圏にこだわらず、地域の実情に応じた連携を行えるようにすべき

(その他)

地域的にうまく配分し、アクセスが極端に遠くなる地域を作らないことが必要
モデル的に都内2か所

センターの医師が地域に出向き相談や往診を行うアウトリーチ機能を持たせた場合、相当数の認知症専門医の配置が必要となるので、都内の専門医の状況を鑑みると10施設くらいが限界

身体合併症と周辺症状の入院医療への対応を重視すれば、入院ベッドの確保が主体となる。都内の空きベッドの集中管理ができれば、設置数は、多くなる必要はない

東京都における認知症疾患医療センターの基本的な機能・役割について
 - これまで出された意見の一覧 -

役割及び取組内容	
1 専門医療機関としての役割	
(1) 専門医療相談	<p>【多様な相談に応じられる医療相談室の設置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神保健福祉士・保健師・専門看護師等を配置した専従の医療相談室の設置と多様な相談に応じられる体制を確保する(受診受療援助、虐待事例や困難事例のケースワーク、退院支援を含む) ・ 医療相談室には保健師の配置が望ましい。保健師は、地域のネットワークづくりが上手で、病院の知識・スキルを地域に還元していくことができ、地域の介護レベルが上がっていくことがある() ・ 開業医の先生方、家族、地域包括支援センターとの連携をとり、BPSDの治療目的で入院できる精神科病院の紹介を行うことが重要 <p>【受診が困難な人への支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ひとり暮らしや認知介護が増えてきている中、認知症の人は自分から受診しようとはしないので、ケアマネージャーや家族の人が困ってしまって、どうしようもなくなっているという状況が現在起きている() ・ 受診を拒否する患者は、介護サービスも導入できず、多くは単身か高齢夫婦世帯という状況。保健所や地域包括支援センターからも病院に多く相談がある。受診を拒否する人はこちらから出向くしかないため、地域と連携を取り、病院から地域への出張相談や往診の機能(アウトリーチ)を持たせて欲しい。病院にとって地域の実情が分かる機会ともなる
(2) 鑑別診断・初期対応	<p>【適確な評価と初期対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 鑑別診断(様々な精神神経疾患との鑑別、認知症の原因疾患の診断)ができる ・ 総合機能評価(認知機能、日常生活動作能力、周辺症状、身体疾患・身体機能、社会・生活状況などの包括的評価)ができる ・ 初期対応(本人・家族への情報提供、かかりつけ医療機関等との連携・情報提供)ができる ・ 判りやすい病気説明や、都内での専門医療機関のネットワークのもとに、認知症の生活設計も含めた効率良い医療・介護の連携を ・ 地域によって既にかかりつけ医が行っている「もの忘れ相談医」や「認知症かかりつけ医」等の援助・支援体制を、画像診断の支援を含め整える <p>【迅速な診断】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医にお願いしたくても、月に2回ぐらいの往診しかできなくて、一番大変な時期をずっと待ってなければならない状況がある() ・ 早期発見・早期診断・早期介入のためにも、鑑別診断等のための「もの忘れ外来」受診は1ヶ月以内に行えるようにする ・ より早く診断ができ、より早く治療ができる体制を整備する

役割及び取組内容

(3) 身体合併症・周辺症状への急性期医療

【センターにおける受入体制の整備】

- ・ 院内の他診療科に入院している認知症患者に対する支援が必要
- ・ センターが内科や外科などの他科と連携をうまく取ることができるかが、身体合併症を持つ認知症の人を受け入れるかどうかの核となる
- ・ 院内連携のためには、病院全体の共通理解が必要 ()
- ・ 病院内の通常認知症を診ることのない臓器専門別科の医師が、自らの認知症に対する意識を変革することも大切。これらの認知症の他職種連携に対する理解が高まるよう院内研修などを他職種と共に行い、顔の見える連携体制を構築してゆく必要がある。そのためには、MSWやPSWの充実が必要
- ・ 院内スタッフの役割を明確に (特にMSW、看護職)
- ・ 認知症の人には、医師、看護師、介護職、精神保健福祉士や理学療法士など、多職種の連携が一番必要。合わせて、その質を確保するため、そこで活動する職員教育も必要 ()
- ・ 精神科病院は昔からチーム医療に取り組んでいる。総合病院はそれなりのスタッフがいるので、社会資源としての利用にも目を向けるべき ()
- ・ 病棟の看護師・介護職の配置を手厚くすることも考える必要がある ()

【早期からの退院支援】

- ・ 東京都の特徴として、特養とか老健とかで、他の方の迷惑になるような認知症の方を受け入れてくださらない状況がある ()
- ・ 認知症の人は1度入院すると、症状が進行することもあって、それに合併症も加わってくると、なかなか施設も受け入れないという実態がある。全体像を見ながらどういう形で一つのシステムを作っていくのがいいか常に念頭に置く必要がある ()
- ・ BPSDや身体合併症で入院した後の退院先の確保・連携ネットワークの構築が必要

【地域における受入体制の整備】

- ・ 身体疾患に対する急性期医療 (他診療科との連携を含む)
- ・ 癌末期、四肢の壊死、難治の感染症などがあり、徘徊や大声など自宅での介護が限界であっても、総合病院も精神科病院も受け入れないというのが現状。たとえ総合病院、精神科病院それぞれの役割が決まっていたとしてもトリアージと連携がなければ互いに患者を押し付けあうだけで絵に書いた餅になってしまう
- ・ 重篤な身体合併症を持つ認知症の人に関して、どこが受けてどうトリアージを行うかがとても重要
- ・ センターがまず話を受けて、いかに他科と連携して入院として受け入れるかという点に期待する
- ・ 認知症の診断・治療を行っているクリニックからの入院要請への対応が必要
- ・ 一般病院 (病床) における認知症のケアと、精神科病院 (病床) の身体合併症の治療の確保
- ・ 周辺症状 (BPSDやせん妄) に対する急性期医療 (精神病床での入院医療を含む) を行う
- ・ 「老人性認知症専門医療事業」との関係の整理及び連携・調整
- ・ 周辺症状に対して医師等が訪問診療を行っている「高齢者精神医療相談班」を継続の上、連携・調整
- ・ 高齢者精神医療相談班の現状分析と、今後のあり方について検討が必要
- ・ 認知症患者の急性期疾患に対する対応とBPSDの混乱時の対応が求められている現状に対応するための頂点としてであれば、入院ベッドの確保が主体となる。そのためには都内の空きベッドの集中管理が求められる

役割及び取組内容

2 地域連携の中心的機関としての役割

地域連携

【地域連携体制の構築】

- ・地域の医療機関(かかりつけ医、一般病院、精神科病院など)、地域包括支援センター、介護保険サービス事業所、行政機関との連携ネットワークの構築と、医療・介護・生活の場の調整が必要
- ・認知症対応は、行政・医療機関・介護・福祉・地域住民の連携が必要で、このいずれが欠けても円滑な対応が困難になる。地域連携の核になる役割が必要
- ・行政、地区医師会との連携も、重要な役割
- ・地域資源は様々であるため、地域特性に対応した地域連携体勢を築いていくことが必要

【地域包括支援センターとの連携の強化】

- ・東京都は地域包括支援センターとの連携が弱い。ここに重点的に取組み、それぞれの地域における連携を進めるべき()
- ・二次保健医療圏は、医療圏と自治体が一貫していないので、地域包括支援センターの体制が自治体により異なることが、自治体を越えた連携を難しくしている()

【自治体への協力】

- ・自治体の関連事業に協力する

【その他】

- ・地域住民に対する啓発も大切な役割
- ・医師会とセンターの連携として地域住民へ“認知症は病気である”の啓発が有効
- ・地域一体となって認知症の人を支えるには、センターと地域がネットワークで一体化している事を周知する事が重要
- ・認知症サポート医を積極的に支援する
- ・認知症と身体疾患の管理(服薬、食事、医療処置など)をどうしていくのか検討が必要
- ・ネットワークを行うハブが必要なのであれば、医療の中でなくても別の入れ物があってもいいのでは。家族が安心して相談できる第一の心の寄り場、そういった場が地域包括支援センターとか、認知症疾患医療センターのようなところがあれば、逆に地域が病院の中に入っていく。そういう視点も入れる必要がある()

3 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

【センターにおける医師、看護師の育成】

- ・認知症医療に携わる専門医、専門看護師等の育成が必要
- ・薬物の知識があり、患者の生活環境を見ることができ、地域に返すことのできる看護職の育成が必要()

【地域における医師等への研修】

- ・医師、看護師、地域包括支援センター職員等に対する研修が必要
- ・顔の見える関係を築くことが重要なことから、医療従事者、地域包括支援センター、介護サービス従事者等が一堂に集う定期的な研究会を継続的に行っていくことが必要
- ・地域のかかりつけ医への研修・支援
- ・ケアマネージャーも認知症連携の役割を担うため、認知症のスキルアップも必要

役割及び取組内容

4 その他

基幹型の必要性について

- ・ 基幹型・地域型というシステムにするのか検討が必要
- ・ 地域型・基幹型センターそれぞれの役割分担を、明確にする必要がある
- ・ 地域型センターをネットワーク化して、基幹型センターが地域型センターのまとめ役になるなどの機能分化を検討したほうが良い

設置数の考え方について

(二次保健医療圏単位)

- ・ 医療と福祉の連携を重視した場合、区市町村に一つでは有機的な連携にならないと思う。医療の範囲では、二次医療圏が一つの基準になるのでは。サポート医の先生に、地域包括支援センターのスタッフやケアスタッフが加わることで、数十名の規模になるので、研修会や協議会を行う中で、顔の見える関係を築くことができる

(区市町村単位)

- ・ スタートの時点では二次保健医療圏に1ヶ所程度の設置が現実的かと思われるが、今後の認知症高齢者の増加に対応していくためには、上記の機能をもつ医療センターを各区市町に少なくとも1か所設置して、自治体の関連事業や地域医師会の活動とリンクした認知症医療を展開していけるようにすることが理想的。当面は、二次保健医療圏内の専門医療資源(物忘れ外来、精神科・神経内科・脳神経外科・老年内科など)のネットワークづくりを進めながら、区市町単位でセンター機能を担うことができる専門医療資源を開拓していくことを、認知症患者医療センターの役割の一つに位置づける必要がある

(人口を目安)

- ・ 認知症の人は、比較的移動範囲が狭いので、居住区域の生活圏域において設置する必要性があり、その意味ではその地域の人口(居住人口)が目安になる
- ・ 二次保健医療圏に基幹型を1か所。基幹型を含め、30万人に1か所程度。ただし、医療圏にこだわらず、医療機関の立地場所、利用者の居住属性に応じた地域連携を行えるようにすべき
- ・ 都内は区部と多摩でも人口密集度が異なる。医療機関、医療資源の配置も違う。それぞれの地域の状況に応じて考えるべき()
- ・ 設置エリアに距離的ばらつきがあると、一か所に集中してしまい、そのセンターの外来がパンクする可能性があり、ある程度人口に応じて均一な配置が望ましい

(その他)

- ・ 地域的にうまく配分してアクセスが極端に遠くなる地域を作らないことが必要
- ・ モデル的に都内2か所が順当か
- ・ 身体合併症への対応が必要となるので、身体科数を備えた総合病院が基幹となり、さらにアウトリーチ機能を持たせると認知症専門医の配置が必要となるので、10施設くらいが限界では
- ・ 認知症患者の急性期疾患に対する対応とBPSDの混乱時の対応が求められている現状に対応するための頂点としての認知症患者センターであれば、入院ベッドの確保が主体となる。そのためには都内の空きベッドの集中管理ができれば、センターとして設置する数は、多くなる必要はない。

役割及び取組内容

(その他の意見)

【名称】

・名称について、「認知症疾患医療センター」では、ここで認知症医療を請け負うという語感になるが、連携機能を考えると「認知症連携センター」とでも言った方がいいのでは

【診療報酬】

・診療報酬の「認知症専門診断管理料」の施設基準の判断が、厚生局の事務所ごとに異ならないようにしてもらいたい ()

【地域包括支援センターに配置する連携担当者】

・各自治体に、地域包括支援センターの連携担当者を配置できるようにしてほしい
・地域包括支援センターの連携担当者の役割を明確化する

【シミュレーション】

・具体的ケースを想定して、病院と地域相互間における患者の行き来について、各機関、スタッフがいつ、どのように関わっていくのか分かるようシミュレーションをする

【市民の視点】

・認知症疾患医療センターという言葉が非常に雲の上のような場所という感覚がする。そもそも医療自体、日常生活から離れた場所にあり、家族は専門家に介護を評価されるのではないかというおそれがある ()

第一回部会の中でいただいた御意見。