

これからの認知症の医療連携・地域連携は どうあるべきか

現在、認知症対策の国家戦略として策定された『認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）』および『認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）』に基づいて、認知症専門医療の中核的な機能を担う『認知症疾患医療センター』の整備が全国的に展開されるなど、認知症の医療連携・地域連携への取り組みが鋭意進められているが、医療資源の地域偏在・格差をはじめ解決すべき課題は数多く残されている。

今回の座談会では、認知症の医療連携・地域連携に取り組んでいるエキスパートにお集まりいただき、各地域にて整備が進められている認知症疾患医療センターの取り組みの現状と課題を踏まえつつ、これからの認知症の医療連携・地域連携はどうあるべきかについて討議いただいた。

司会
大阪大学大学院医学系研究科
精神医学教室 教授

池田 学



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



東京都健康長寿医療センター
研究所 研究部長

栗田 圭一



いずみの杜診療所 医師

山崎 英樹



医療連携の中核的機能を担う 認知症疾患医療センターのあるべき姿

認知症疾患医療センターの著しい 地域偏在をどのように解消するか

池田 本日の座談会では、『これからの認知症の医療連携・地域連携はどうあるべきか』について、各先生方がこれまで地域で取り組まれてきた連携活動のなかでみえてきた課題・問題点を洗い出し、今後どのように取り組んでいくべきかを討議したいと思います。

ご存じのとおり、わが国では認知症対策の国家戦略として、2012年に策定された『認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）』においてさまざまな施策が進められ、さらに

2015年に策定された『認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）』によりいっそうの施策展開が促されています。新オレンジプランに掲げられた「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を目指すための施策の1つとして、地域における認知症専門医療の中核的な機能を担う『認知症疾患医療センター』の整備が進められていますが、まずその経緯と現状について栗田先生からご説明いただけますか。

栗田 認知症疾患医療センターは、都道府県および指定都市により認知

症専門医療の提供と地域連携推進を担う中核の医療機関として設置されるものがあり、オレンジプランでは2017年度末までに同センターを500カ所設置する目標が立てられ、新オレンジプランではさらに地域の実情に応じて計画的に整備することが謳われています。同センターは、その診療対応能力によって基幹型、地域型、診療所型の3つの類型が設けられ（表）、現在のところ基幹型が15、地域型が335、診療所型が25の計375カ所が全国に設置されています（2017年2月末現在）。診療所型は、もともとオレンジプラン策定時において認知症の早期診断・早期支援および危機回避支援を行う『身近型認知症疾患医療センター』として考えられていたものですが、同センター候補として協力いただいた診療所と



大阪大学大学院医学系研究科
精神医学教室 教授

池田 学 Manabu Ikeda

基幹型・地域型の認知症疾患医療センターの認知症対応能力の比較調査において、候補となった診療所の鑑別診断機能・BPSD外来対応機能・地域連携機能は基幹型・地域型と同等の高い機能を持ち、在宅医療機能は診療所型がより高い機能を発揮していることがわかりました。診療所型センターは、特に認知症初期集中支援事業への関与や、かかりつけ医

のサポートといった地域のきめ細かな認知症対応能力の向上・維持に加え、市町村行政との深い結びつきを有することから市町村の認知症支援体制づくりへの貢献が期待されているところです。

池田 いまのご説明にもありましたとおり、地域の特性に応じた拠点機能をもたせるべく認知症疾患医療センターの類型化が進められたわけですが、同センターに指定されてそれぞれの地域で取り組みを展開されてきた先生方はこれまでの経験からどのような感想をおもちでしょうか。

山崎 当診療所は2013年秋に診療所型センターに指定され、院内にメンバー10名からなる地域連携室を設置して活動を展開してきました。認

知症地域連携を制度として実施することにより、行政との結びつきが強まって連携がしやすくなったのは事実ですし、認知症サポート医やかかりつけ医との連携も密になるなど、地域連携の形がみえてきたように思います。従来のような診療所単独での取り組みでは到底なしえなかった地域連携が可能になったという意味で、診療所型センターが制度化されたことは大変大きな意義があったと感じています。

内海 当院は地域型センターとして指定されて活動を展開していますが、北海道では現在のところ診療所型センターの指定を希望する医療機関はなく、18あるセンターはすべて地域型となっています。しかし、その整備

状況に関しては、8つの精神医療圏域のうち胆振地域に5カ所設置されている一方で、人口200万都市の札幌市には設置されていなかったり、稚内エリアは車で5時間の距離にある旭川エリアのセンターがカバーしなければならぬなど、センターの地域偏在が著しいという大きな問題を抱えているのが現状です。

粟田 実は、東京でも伊豆諸島や小笠原諸島といった島嶼部では認知症疾患医療センターを作ることができないため、地域偏在の問題を抱えています。そのため、各島では関係者が集まってどのような仕組みを構築すべきか検討を開始しており、島嶼部の人材育成事業に関しては、当研究所の認知症支援推進センターのスタッフが各島を訪問して実施しているところです。このように、利用できる医療資源は地域によって大きく異なりますので、地域の実情に合わせたきめ細かな取り組みや施策が求められているといえます。

認知症疾患医療センターの機能格差をいかに是正するか

池田 認知症疾患医療センターに関しては地域偏在の問題に加えて、各センター間の機能格差も大きな課題として捉えられていますね。

粟田 おっしゃるとおりです。当研究所において、認知症疾患医療センターの活動水準を数値化して評価できる尺度を開発し、各施設の活動状況を調査してその得点分布を比較したところ、各施設間の機能格差がかなり大きいことが明らかとなってい

ます。その要因として、①都道府県において事業の質の管理が適正に行われていないのではないか、②求められる機能は圏域の面積・人口規模・現存する社会資源によって異なるのではないかと推察されました。実際、都道府県における認知症疾患医療センターの事業の質の管理に関しては、2015年に実施した調査において、都道府県認知症疾患医療連絡協議会を設置している都道府県の割合は約60%、センターが一堂に会す情報交換会を開催している都道府県の割合も約60%、そして独自の事業評価を行っている都道府県の割合は約35%となっており、都道府県の事業の質の管理に対する意識は不十分であることが浮き彫りとなっています。これらの点を踏まえて、私が委員長を務める『認知症疾患医療センターの実態に関する調査研究事業委員会』では、都道府県・指定都市に対して、地域の特性に応じた事業運営(センターの配置、類型、機能分担の考案)を行うとともに、基幹型と協働して事業の質の管理(都道府県連携協議会や情報交換会の開催、事業評価、人材育成等)を行うことを提言しています。

内海 北海道には基幹型のセンターはまだありませんが、地域の認知症診療・介護全体をコーディネートする機能や人材育成の機能の充実を図っていく観点から、リーダーシップを担える基幹型センターが都道府県に少なくとも1つは設置されることが望まれるところです。

粟田 一方で、基幹型センターについては、その要件とされる「身体合併



東京都健康長寿医療センター研究所
研究部長

粟田 主一 Shuichi Awata

症に対する救急医療機関としての機能」に関して一般病院の認知症疾患医療センターは半数以上が身体合併症に対する救急医療を実践していることから、実施要綱上に定められている役割そのものが現実的ではないのではないかと指摘があります。実際、救急搬送される事例の6割近くが65歳以上の高齢者であり、その約3割は認知症である可能性が指摘されている救急医療の現状を踏まえると、認知症の身体合併症に対する救急医療はすべての救急医療機関で対応すべき案件といえます。したがって、基幹型のセンターの役割としては、救急医療機関としての機能よりも、地域の特性に応じた認知症支援体制づくりの拠点機能・推進機能としての役割が求められ、この点も前述した委員会提言に盛り込んでいるところです。

山崎 認知症疾患医療センターの地域偏在や機能格差を含め、認知症の医療・介護に不可欠な社会資源の著しい地域間格差、加えて認知症対応の人材育成が系統的になされていない現状を踏まえると、その解決には、小手先の取り組みではなく、“認知症の人が暮らしやすいまちづくりをどのように進めるか”という確たる理念やコンセプトをもって進める必要

表 認知症疾患医療センターの3類型と設置要件

	基幹型	地域型	診療所型 ^注
医療機関形態	一般病院	一般病院・精神科病院	診療所
活動領域	都道府県域	二次医療圏域	
鑑別診断等	認知症の鑑別診断, 専門医療相談		
人員配置	専門医(専任)1名, 臨床心理技術者(専任)1名, 精神保健福祉士または保健師(2名以上, 1名は常勤専従)	専門医(専任)1名, 臨床心理技術者(専任)1名, 精神保健福祉士または保健師(2名以上, 1名は常勤専従専任)	専門医(専任)1名, 看護師, 保健師, 精神保健福祉士, 臨床心理技術者等が1名以上
検査体制	CT, MRI, (SPECTは連携施設で可)	CT (MRIとSPECTは連携施設で可)	(CT, MRI, SPECTは連携施設で可)
周辺症状・身体合併症の急性期入院治療	対応できる一般病床と精神病床を有する, 救急告示病院指定, 空床確保	対応できる一般病床, 精神病床のいずれかを有す(いずれかがない場合は連携体制を構築)	対応できる医療機関と連携体制を構築

注: 診療所型は2017年4月より「連携型」となり, 病院でも設置が可能になっている

粟田主一先生(東京都健康長寿医療センター研究所研究部長)ご提供



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 Kumiko Utsumi

があると感じます。その役割を医療や介護にのみ頼る現状が行き詰まりをみせているわけで、地域行政や地域住民が主体的に取り組んでいく姿勢が求められているといえます。

粟田 そうですね。基本的に“まちづくり”というのは必ずしもトップダウン方式で推進するものではなく、草の根的な活動によりボトムアップ方式で進めるべきものと考えますが、一方で地域で求められているニーズを吸い上げて施策に反映して“まちづくり”を制度的な面からサポートする行政の役割は非常に重要です。その意味で、地域住民との協働により認知症の医療連携・地域連携をどのように進めていくかという行政側の意識、あるいはセンスというものがまさに問われているのだらうと思います。

認知症疾患医療センターの運用面における課題をどのように改善するか

池田 認知症疾患医療センターの制度的な課題を述べていただきましたが、その他の実際の運用面ではどのような問題があるとお考えでしょうか。

内海 2015年に認知症疾患医療セ

ンター289施設を対象に抱えている課題・問題点についてのアンケート調査を実施し、194施設から回答(回収率:67.1%)を得ていますので、その結果をご紹介します。

まず、紹介を受けて診断確定を行うといったかかりつけ医との連携については「概ね確立している」が65.4%を占め、「体制づくり中」は28.6%となるなど連携体制の構築が進んでいました。抱えている課題については「補助金不足」「医師不足・負担増」「職員不足・負担増」「待機期間が長い」といった課題をあげる割合が多く、「連携」についてもいまだ課題と捉えている割合が多くみられました。困難と感じる連携先は「かかりつけ医」が28.2%と最も多く、次いで「他の認知症専門医」が15.0%と続いており、連携の具体的問題点としては「逆紹介ができない」が20.3%、「施設・病院の受け入れ困難」が17.2%、「身体合併症の一般病院の受け入れ困難」が14.1%、「センターで対応すべき症例か」が12.5%と続くほか、4.7%と割合は少ないものの「介護施設からの丸投げ」を問題点としている回答もみられました。その他の課題としては、「BPSDの受け入れ(空床がない)」が37.5%と最も多くを占めていました。

池田 連携の問題点を整理すると、かかりつけ医との連携では「逆紹介ができない」「紹介する症例の吟味がなされていない」が問題となり、医療機関との連携では「BPSDや身体合併症例を含めた少ない受け入れ先」といった課題、そして介護施設では「症

例の丸投げ」や「受け入れ拒否」といった課題が浮き彫りとなっているといえますね。

内海 そうですね。これら連携の問題点に加えて、アンケート調査からは「医師・職員の不足や負担増」も大きな足かせとなっていることがわかりますが、これらを解消するうえで必要なセンターへの補助金もきわめて心許ない状況にあります。現状では、一圏域に数カ所のセンターが設置されている地域では補助金は1カ所分として按分されるため、たとえば胆振地域のように5カ所設置されている地域では1センターあたりの補助金はわずか70万円程度と著しく低くなります。この程度のごくわずかな補助金では、センターとして専従の職員を雇うことはできませんし、連携や啓発などの活動に必要な経費を捻出することも困難となりますので、センターの大半は医師・職員の不足や負担増の悪循環に苦慮しているのが現状ではないかと思えます。

粟田 補助金に関していえば、オレンジプランの施策により政府の予算額は増額されてはいるものの、それ以上に認知症疾患医療センターの数が急増したために、賄いきれていないという現状があります。もっとも、認知症疾患医療センター運営事業は都道府県事業になりますから、本来的には政府の予算額に影響されないよう都道府県が手当てすべきものですが、そのあたりの地域格差を是正することは今後の課題でしょう。

山崎 これまで認知症疾患医療センターとして医療連携・地域連携に携わってきた経験からいうと、医療連

携の最大の課題は医療者の医療モデルからの脱却にあると感じます。数限られた医師が地域偏在の課題に取り組むには、“下医は病を医し、中医は民を医し、上医は国を医す”という諺にあるとおり、認知症を診る医師は病を医す(認知症を適切に診療す

る)下医であると同時に、認知症の人とその家族を医す中医、そして地域を医す(認知症の人が住み慣れた地域で暮らせる)上医としての自覚をもち、地域住民や地域行政との連携を深めていく必要があると考えています。

これからの認知症の医療連携・地域連携をどのように進めていくか

認知症初期集中支援をどのように進めるか

池田 山崎先生の施設は診療所型のセンターとして認知症初期集中支援事業への取り組みを展開されてきたと思うのですが、認知症初期集中支援に関してはどのような感想をおもちでしょうか。

山崎 仙台市の認知症初期集中支援事業は2013年度から始まり、当初は「初期対応サポートチーム」の支援を受けながら地域包括支援センターが実働部隊となって実施するスキームで運営されていましたが、現在では、当診療所を含む「初期集中支援チーム」と地域包括支援センター・区(保健所)が相互支援しながら対応にあたるスキームに変わっています。当診療所における初期集中支援チームの活動状況でみると、年間に寄せられる約330件の相談事例のうち、鑑別診断の早期支援に至る割合が約6割、BPSD対応などの危機回避支援が約4割となっており、当初想像していたよりも危機回避支援を必要とする事例が多いという印象です。

内海 認知症初期集中支援に関して、北海道では認知症サポート医が存在しない自治体があり、そのような地域ではどのようにして認知症初期集中支援チームを立ち上げるかが課題となっています。約180ある自治体すべてに認知症サポート医を含めた初期集中支援チームを作ることには困難ですから、その解決策として、認知症疾患医療センターが周辺の自治体の初期集中支援をバックアップする仕組みを考えているところですか。センターが複数の自治体の初期集中支援チームを束ねて運営することのもう1つの意義としては、単独の自治体では専従の職員を雇うことが費用的に難しくても、複数の自治体が集まることで可能になるというメリットがあります。

池田 熊本県の場合も自治体によって認知症サポート医がいないところがありましたが、近隣の認知症疾患医療センターがバックアップする仕組みをとり、その費用も事業が安定するまでは県が負担することを確約して進められています。こうすることで、サポート医不在のため認知症初



いずみの杜診療所 医師

山崎 英樹 Hideki Yamazaki

期集中支援に二の足を踏んでいた自治体も積極的に取り組めるようになっていきます。

粟田 東京の板橋区ではすべての地域包括支援センターが認知症初期集中支援を行うことを検討していますが、本来的には初期集中支援は地域包括支援センターが積極的に運営すべきものと考えます。もともと地域包括支援センターには医師と連携する仕組みがなく、認知症マネジメントのノウハウもなかったことから認知症への対応にあまり関わり合いがありませんでしたが、認知症初期集中支援チームの導入により地域包括支援センターが初期集中支援を行いやすい環境になっていますので、各自治体もそのような舵取りを進める必要があると思います。

“Rights-Based Approach”に基づく当事者・家族を主軸に据えた地域連携

池田 地域偏在が著しい北海道において地域連携・医療連携を推進していくことは難しいと思いますが、具体的にどのような取り組みを展開されていますか。

内海 北海道では認知症疾患医療セ

ンターの組織化などの連携を深めるべく、『北海道認知症疾患医療センター懇話会』を立ち上げて年2回の頻度で開催していますが、同懇話会では、同時に精神保健福祉士(PSW)の実務者会議も行い、各センターが抱える課題を協議したり、センター間の顔の見える連携を高めたりするなど、医療連携の質の向上に大変役立っています。ただ、同懇話会の運営はセンターへの少ない補助金では賅えないため製薬企業にサポートをお願いしているという状況で、資金面で頭を悩ましているところです。

粟田 東京でも、認知症疾患医療セ

ンターの連絡協議会や実務者会議は開かれています。いずれも都が費用を負担していますので、行政ごとに対応はかなり異なっているようですね。北海道では行政担当者が懇話会に参加していないのでしょうか。

内海 一応、オブザーバーとして参加はしています。

池田 懇話会や協議会といった場はその地域で何が問題になっているかが浮き彫りとなりますし、関係者が一堂に会しているわけですから、行政側にとっても施策を展開するうえでまたとない機会となるはずですね。山崎先生がおっしゃったように、“ま

ちづくりをどのように進めるか”という理念がないとこれからの認知症医療は立ち行かなくなるのは明らかですから、もっと地域行政が主体的に取り組んでいくことが求められているといえますね。

一方で、宮城では地域連携・医療連携をどのように進められていますか。

山崎 宮城の場合は、2001年から『宮城の認知症ケアを考える会』という専門職から構成されるゆるやかなネットワークがありましたが、その後、仙台を中心としていくつかの認知症当事者グループが立ち上がり、

現在では当事者・家族・市民・専門職からなる『宮城の認知症をともに考える会』へと発展しています(図)。当事者グループの発展は若年性認知症である丹野智文氏のリーダーシップに負うところが大きいのですが、当事者が主体になって医療・行政に働きかけているという点は宮城の地域連携の大きな特徴ではないかと思えます。

内海 北海道にもいくつかの当事者グループの活動がみられますが、宮城のように医療・行政に積極的に働きかける主体的な活動にまでは至っていないので、とてもうらやましく思えます。

山崎 そうですね。当事者が積極的に想いを発信することは大変大きな意義がありますし、われわれ医療者側も当事者グループと協働することで気づかされる部分が多々あります。たとえば、「当事者不在の医療連携・地域連携は差別や排除を助長する」というのはその1つです。現在、全国で認知症サポーターの養成が進められていますが、その養成が医療モデルに偏ったものであると隣近所の“認知症探し”が始まり、それはやがて施設や病院への排除へとつながる可能性もあるわけです。望むらくは、本人が主体的な当事者となって自らの想い・望みを伝えていく、そして医療・行政・地域がその意を汲んで当事者が暮らしやすい地域を一緒につくっていくというスキームが大切です。それは端的に言えば当事者の市民としての生きる“権利(rights)”といえるのかもしれませんが、認知症の医療連携・地域連携はまさにこの

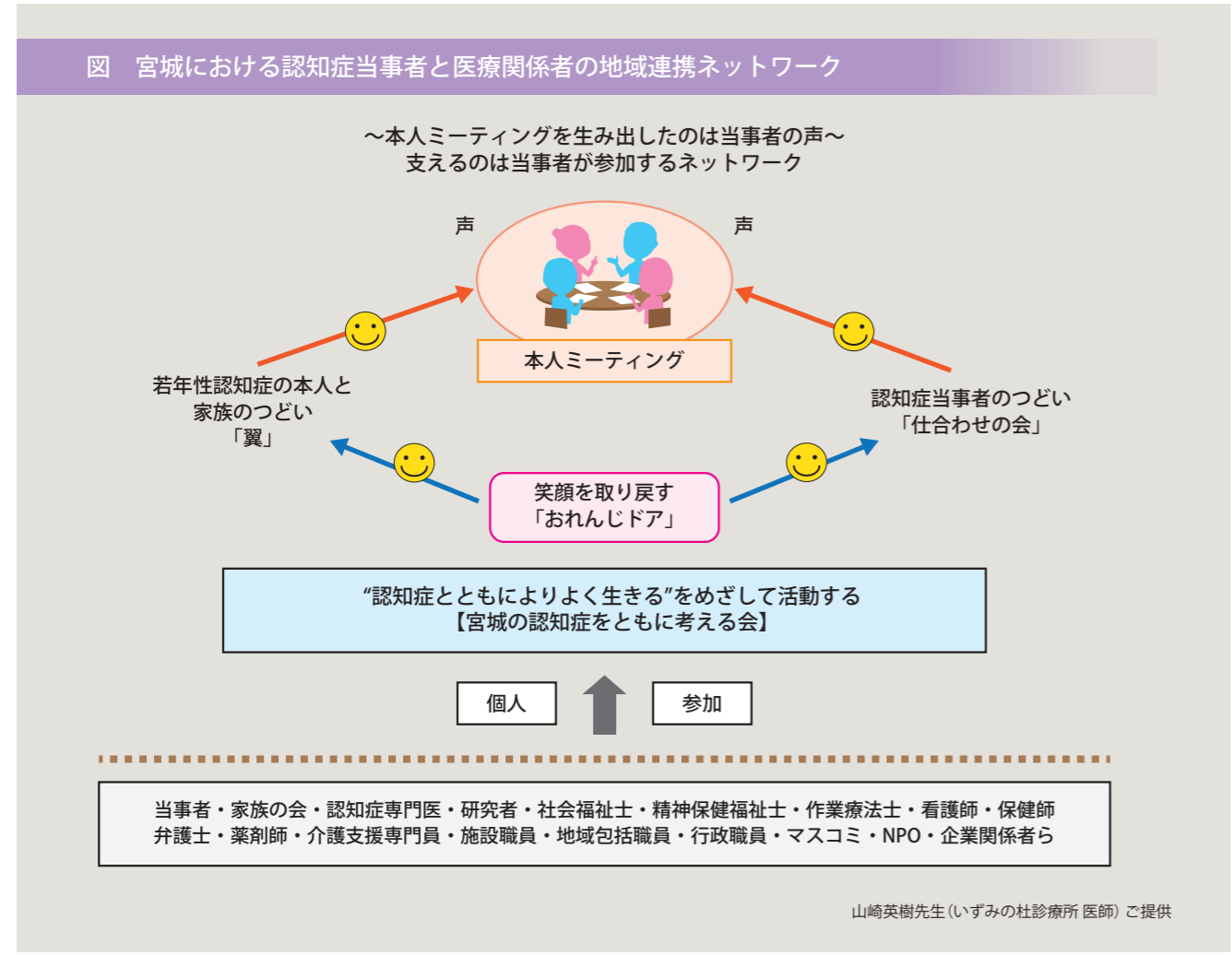
観点から図るべきではないかと考えます。

粟田 日本語で“権利”と表現されると個人の利害を主張するニュアンスに受け取られてしまい、往々にして他者との対立構造の文脈で語られやすいのですが、山崎先生がおっしゃる“rights”は「人が社会の中で尊厳をもって生きていくために社会全体が保障しなくてはならない当然のことから」を意味していますので、日本語の“権利”とはかなりニュアンスが異なることは踏まえておく必要がありますね。

山崎 おっしゃるとおりで、“rights”を“権利”と捉えずに、人としての“当然”と考えると理解しやすいかと思えます。たとえば、認知症診療では「診療拒否」という言葉がよく使われますが、当事者の視点に立てば、それは「診療未選択」と表現されるべきものではないかとの考え方が提案され、宮城の地域連携ネットワークの場においてその考え方が次第に共有されるようになってきています。このようなケースは、当事者の“rights(当然)”が地域連携にうまく反映された好例ではないかと思えます。認知症ケアの先進国であるスコットランドでは、国連障害者権利条約に基づいた“Rights-Based Approach”の観点から当事者と家族の“rights(当然)”を軸に据えた認知症施策が進められていますので、日本でもそのような“当事者主権”に基づいた認知症施策・地域連携が進められることが望まれます。

池田 長時間、討議いただきましてありがとうございました。認知症の

医療連携・地域連携の活動に取り組んでいる先生方の議論をうかがって、さまざまな問題点や課題が浮き彫りになったと同時に、今後に向けて取り組むべき方向性もみえてきたように感じました。内海先生からのお話にあったように、北海道における医療資源の著しい地域偏在は決して北海道だけの特殊性ではなく、大なり小なり日本全国で抱えている課題であり、その解決のためには、国全体としての制度設計をどのように進めていくのか、地域行政がどのような“まちづくり”の理念をもって整備を進めていくのが重要になります。また、“まちづくり”には地域行政や地域住民が主体的に取り組んでいく姿勢が求められ、粟田先生がおっしゃるように、地域の実情やニーズに応じてそれを制度面からサポートする自治体のセンスがまさに問われているのだと思います。そして、山崎先生が述べられたとおり、それらの取り組みは“Rights-Based Approach”の観点から当事者・家族を軸に据えたものとして進めていくことが大切で、宮城にみられる当事者グループが医療・行政に積極的に働きかける地域連携の試みが1つのモデルとなって日本全国に広がっていくことを期待したいと思います。本日はどうもありがとうございました。



山崎英樹先生(いずみの杜診療所 医師) 提供