

浴風会病院「認知症疾患医療センター」
平成27年度第1回連携協議会
議事録

- ・日時 平成27年9月28日(月) 午後7時～
- ・場所 高齢者保健医療総合センター 浴風会病院 6階 大研修室
- ・出席者 18名

総合司会:古田 伸夫 認知症疾患医療センター長

1. 実績報告

浴風会病院 認知症医療連携係長 高橋

(資料 3-1、「平成 26 年度認知症疾患医療センター運営事業実績報告書」参照)

《平成 27 年度 8 月までの実績概要》

- ・初診待機日数 9 月で 40 日程度の見込み。待機期間が長いので、早く受診できる医療機関をあたるという方もある。急を要する場合には別途特別に 1、2 週間の待機期間で対応させていただいているが、これは実績には含んでいない。
- ・鑑別診断件数 認知症以外の精神疾患である場合も 30 件。地域の精神科を紹介したり当院で診察継続等の対応をとる場合もある。
- ・入院件数 周辺症状悪化に対する入院依頼もあるが、浴風会では精神科病棟がないため、対応できていない。実際には合併症状のある認知症の患者さんを受け入れている。8 月までに 149 件。連携病院（昭和大学烏山病院）へは 8 月に 1 件入院あり。
- ・専門医療相談 電話のほか、来院または受診時の相談。家族、親族のほか、後見人、近所の方、ケアマネからの相談が多い。主な内容は受診にかかわる相談、入所にかかわる相談等。
- ・アウトリーチ実績（資料 3-2） 訪問実績 5 件。ケース終了や入院になったケースもあり、訪問実績は少なくなっていることから、それぞれの地域で解決できている印象。

東京医大 櫻井先生：通常、確定診断に至るまでに 1～3 ヶ月は要する。統計に使われる数字となると不正確になるかと思い、悩むところである。正確な情報があげられるかどうか不安。

東京都 日野様：当月間に合わない実績は次月にのせていただいてもかまわない。

2. 「東京都認知症疾患医療センター・浴風会病院西部地域拠点型認知症疾患医療センター」事業について

古田認知症疾患医療センター長

(別添資料「認知症疾患センター 地域拠点型と地域連携型」参照)

①概要

東京都認知症疾患医療センターとして平成24年4月、二次医療圏ごとに都内で12か所の医療機関が指定され、認知症の診断・治療、専門相談、人材育成、さらにアウトリーチ事業といった役割を担ってきた。しかしながら、東京都という人口規模の大きさと地域連携の観点から、二次医療圏においてひとつの医療機関で何ができるかということが問題とされており、今般区ごとに地域連携型のセンターを指定。各区における認知症診療の中核を担い、協力医療機関との連携、初期集中支援チーム等地域行政との連携を密にするという役割を担っていく。

②実務のイメージ

専門相談では、あらゆる方面から様々な相談を受けつけることになり、区ごとの指定にしても実務的には大きな負担であるため、各区で指定を受けているサポート医とともに対応していきながら、より狭い地域の中で問題解決に当たっていくことが必要となる。このようなしくみのなかで、かかりつけ医一人一人もまた認知症診療に対するスキルの底上げをしていく必要があり、サポート医においても研修を受けるだけでなく、今後は是非それなりの役割をもって、地域の診療や問題解決の中心となっていたらと思う。

認知症の方の入院受け入れは困難であることも多いのが事実であり、救急の受け入れは比較的スムーズであっても、急性期後のフォローについては、地域包括ケア病棟や後方支援病床等が機能を発揮する必要がある。また、一般病院においても認知症に対する理解や協力を深めていただくことが重要である。地域全体で認知症に対する意識を高め、対応力、連携を深めるのがセンターの一番の仕事であると思う。BPSDに対しては、入院に至らず外来でのサポートでいかにコントロールできるかが一番の課題であり、サポート医や精神科医の協力を得られる地域づくりが重要となる。やむを得ず入院が必要な場合には、連携病院その他受け入れ可能な近隣の病院へ依頼することとなるが、慈雲堂病院や青木病院といった、これまでの受け入れ病院もそれぞれが連携型センターに指定され、今後の受け入れに影響するかもしれないことから、ますます各地域内での問題解決が求められる。また、センターが入院調整依頼を受ける場合においては、患者本人をみないまま紹介することになり、受け手側も情報のまた聞きという不安に陥りやすい。スムーズな調整を行うためにも身体状態だけでなく合併

症や生活歴、家族状況といった多岐にわたる細かな情報収集が重要である。

③地域拠点型センター事業・人材育成

- ・看護師対応力向上研修（一般病床に勤務する看護師対象：年2回）
- ・多職種対応力向上研修
（認知症ケアにかかわる医療・介護ほかさまざまな職種対象：年2回）
- ・かかりつけ医認知症研修（年2回…H28.11.28（土）予定）
- ・認知症サポート医フォローアップ研修

④地域拠点型センター事業・アウトリーチ

アウトリーチ事業は、認知症の疑いがあり地域とのトラブル等何らかの問題を有する方で、医療・介護・福祉が未介入あるいは介入困難な方が対象である。かかりつけ医や地域包括を中心に地域の中での問題解決をはかっていくうえで、それがうまくいかない場合に認知症支援コーディネーターや、地域拠点型センターアウトリーチチームが段階的に介入していく形をとる。認知症コーディネーターからセンターに入ってきた相談は、関係職種とのさまざまな検討や課題確認、カンファレンス等を経て実際の訪問に至る。実際的な医療行為ではなく、あくまでも受診を促したり解決すべき緊急的な問題がある場合の対応を考えることが目的であるが、迅速な介入が求められるケースの場合でも事前のカンファレンスや調整に時間がかかってしまうことが一つの課題となっている。

⑤地域拠点型センター事業・連携協議会

認知症にかかわる連携体制強化を目的とし年3回開催予定。

⑥まとめ

地域連携型センター指定により、各区での現状や特徴に基づいた仕組みづくりを推進する一方で、細分化・個別化による地域差が出ないように、医療圏内での調整も必要である。認知症の方がどこにいても同じように介護・福祉が受けられるよう、区西部医療圏共通の連携の仕組みづくりを目的とした共通認識をもち、認知症に対するスムーズな診療や対応ができる地域をつくることが目標である。

中野区 芦刈先生：中野区には認知症アドバイザー医が54名おり、4年に1回の講習で更新するシステムである。アドバイザー医をやっていて一番困っているのは、例えばアルツハイマーの方が急性期疾患での入院中に、病院の施設や備品を破損するなどして追い出され、そのあとどうするかという現実である。このような場合、説明の中にあつた地域包括ケア病棟や後方支援が、認知症患者に対しどのような機能を果たせるのか、

具体的に教えてほしい。

高橋係長：浴風会も精神科の病棟がないのでハードルは高いが、できる範囲で対応させていただいている。例えば家族といるような時だけ怒ったり暴れるといった方に内科疾患のフォローが必要な場合、環境を変えることで対応できそうであれば、当院の地域包括ケア病棟や療養病棟でも受け入れて様子を見させていただいている。入院によって症状が強まった場合や、初めから精神科の病棟の調整が必要と思われるケースについては、医療情報だけでなく、家族や地域包括、サービス事業者等からも環境情報を含めた患者情報を浴風会で集めたうえで、松沢病院や青木病院、慈雲堂病院などへつなぐ手伝いをさせていただいている。地域包括ケア病棟は内科疾患を伴う方が対象となるが、入院は60日以内であるため、退院調整や退院困難な場合には療養施設等への対応もさせていただいている。

中野区 芦刈先生：松沢病院の認知症合併病棟はいつもいっぱいの印象だが状況は？

高橋係長：ソーシャルワーカーと話をする、内科や脳外科の先生が不在の状態であったり、境界の合併症のある患者さんの多くが松沢病院に流れてくるため、お待ちいただくような場合も多いということである。また、もともと精神科の医療機関に流れてくるケースは、家族がいなかったり、経済的に困窮しているといった環境的な背景に問題があるなど、地域で調整、解決できていたかもしれない問題が手つかずのまま入院されてくるために、ベッドの回転が遅くなってしまう問題もある。各地域において認知症疾患医療センターができたことで、区のサービス導入等、事前に調整できる問題には早期に対応していただき、専門病院には合併症にスポットをあてた役割が果たせるよう、入院の前の段階で調整して欲しいという印象である。

中野区 芦刈先生：松沢病院の合併症病棟にお願いしたケースは年間何件くらいあるのか？

高橋係長：今年度に入ってから実際に入院につながったのは2件である。その他は慈雲堂、青木病院への調整が多いが、待機時間が長いため、各区で対応していただいた遠方の病院に入院したケースもある。実際の相談件数は入院実績報告件数の倍くらいである。

3. 「地域連携型認知症疾患センター」の取組みについて 他

東京医大 櫻井先生：BPSDの患者は急性期対応できても新宿区で慢性期の医療機関がなく、急性期以後の対応が困難であるという課題がひとつあり、できるだけ区内で対応していけるような調整が必要と考えている。また、先ほどの話の中で、かかりつけ医を通さずフリーアクセスで相談

が流れてくるという流れについては変えていく必要があると思われる。新宿区では最初のアクセスとしてはかかりつけ医にまず相談、そこから疑いのある方を物忘れ相談医につなぐという流れをとっている。

古田センター長：浴風会にも、かかりつけ医を通さず地域包括やケアマネから直接相談にくるケースも多いので、まずかかりつけ医に相談し、紹介状を持ってくるよう促すようにしている。ただ、かかりつけ医の先生に相談しても…という印象を持たれているのも現状であり、まずはかかりつけ医の意識を高めていかななくてはならない。ここがまさにセンターの仕事と考えている。

杉並区 窪田先生：前々から杉並医師会でも60~70名の相談医リストができていて2年間で2回講習を受ければ更新されるしくみだが、スキルレベルが共通でなく、積極的なのは一部の先生のみである。サポート医は現在18名ほど、次年度は20名の見込みであり、サポート医のレベルアップはあるが、それ以外の医師のレベルには差がある。ケアマネからも、あの先生は認知症の理解がまだまだ足りないと思われる医師も結構いるので、そういう相談が直接センターにいつてしまうのだと思う。一人一人のかかりつけ医のスキルアップのためにも認知症対応力向上研修が必要だと思うし、あらゆる診療科で認知症の患者をみる可能性があるという観点からも、医師会としても全てのすべての科の先生に認知症の啓発活動をして、研修を受けてスキルアップしてもらいたいと思っている。現状ではかかりつけ医をとばしてセンターに相談しているケースもかなりあるのだと思う。

新宿区 狩野様：東京医大が疾患センターとして指定され、今後の連携に際しては、例えば区民にどこまでセンターを周知していけばいいのかという点では行政側も迷うところである。実際には何でも疾患センターに行けばいいのかというのではなく、まずかかりつけ医のスクリーニングから促していくことになるのかと思うが、杉並区が先にセンターに手揚げした当時の様子もうかがえれば参考にしたい。新宿区は杉並区とは距離があったので、アウトリーチを依頼する機会は少なかったが、入院先の相談・病院探しを浴風会に依頼していた。今後は東京医大に地域包括から直接依頼させていただいてよいのか？

東京医大 羽生先生：東京医大では認知症に関しては、14、5年前から専門外来を通して診療してきた。今回地域連携型センターに指定されたことによってスタンスを大きく変えるつもりはなく、原形を推進していきたいと思っている。認知症のある急性期医療の必要な内科疾患に対する受け入れは継続するが、特定機能病院という病院の特性上、認知症のBPSDあるいは大学病院でなくてもいいような慢性期疾患の合併というような患者をすべて受け入れていくと医療が崩壊するので、その辺の振り分けや役割分担が必要になってくると思う。とはいえ画一的な振り分けはできないため、連携を深めてケースバイケースで対応していく形になると

思うが、基本的には今までとそれほど変わらないスタンスになるかと思う。現時点で特に困った症例は今のところないが、センターと名前がついた以上はさまざまな相談も増えてくると思うので、その場その場でこれまでの経験のある浴風会病院やその他の連携機関とも情報交換しながらやっていきたいと思う。

中野区 芦刈先生：中野区のかかりつけ医は、これまでも半数以上が東京医大へ認知症の鑑別依頼してきた。精神科の立場から、BPSDは逆に東京医大から当院で受けることもある。以前、年末年始でかかりつけ医が休みに入っている時期に、家族が毎日東京医大に付き添い、外来で肺炎治療していただいた事案もあった。家族がしっかりしている場合には、認知症で合併症があっても大病院の外来で365日対応してもらえといったこともある。私どもは小さい診療所なので、ひたすら連携するくらいしかできないことがない。多職種、多ホームとも力をあわせて手厚い連携をしてやっていきたい。

すでに取りかかっているが、東京警察病院、中野総合病院やあしかりクリニック、その他の神経内科専門医などが集まって、かかりつけ医向けの連携ガイドをつくりたいと思っている。ぜひ浴風会や東京医大にもご協力いただいて濃厚な連携ガイドをつくりたい。

中野区 辻内様：当初は芦刈先生のところに電話が殺到して大変なことになるのでは、ということで、どこまで区民にセンターのPRをしたらよいか迷った。しかしもともと中野区においては大病院も少なく、困ったら芦刈先生のところへ、ということが定着しており、これまで以上の大きな混乱は今のところない。救急対応の場合は、これからも新宿の病院や浴風会にもお世話になることになると思うが、今後は連携ガイドなども利用して、芦刈先生を核にして連携の形をつくっていかれたらと思う。

杉並区 河俣様：杉並区は浴風会があるので相談、困難事例の対応をしていただいているのが実際だが、BPSDや急性期を過ぎた方の対応は、かかりつけ医や地域の病院との連携でいかにやっていくかが今後の課題かと思う。

新宿区 狩野様：新宿も今までの連携のさらなる延長になると思うが、個別ケースについては今後も相談しながら一緒にやっていけたらよいと思う。

古田センター長：今回、連携型のセンターができたということで、各区内の連携をすすめてもらいつつ、お互い努力しあいながら同じ医療圏でやっていけたらと思う。

中野区 芦刈先生：先ほど、かかりつけ医をとばして直接相談がくるという話があったが、浴風会病院の報告を見てもかかりつけ医からの紹介件数と鑑別診断件数がかけ離れていることがうかがえる。以前当院で受けたケースでも、かかりつけ医に相談したかと聞いたら、なぜ認知症や精神科のことで内科の医師に相談しなければいけないのかと怒りだす家族もいた。地域ケア単位で、いろいろな科の先生が一人の高齢者の方を共有し

て支えていくのがこれからは当たり前になっていくのだということを、行政からもぜひ投げかけていただきたい。

東京医大 羽生先生：まったくその通りで、認知症は全身病であるということを私たちも啓蒙、啓発しているつもりであるが全体的には認識がまだまだ薄いと思う。ぜひ行政からも、その支えはかかりつけ医を介して推進していくというのが理想的だということを含め、広めてほしい。

古田センター長：センターができたという広報や案内だけでなく、認知症について心配があればかかりつけ医に相談しましょうという啓蒙をぜひお願いしたいと思う。本日はありがとうございました。