

認知症患者を支える地域ネットワーク ——熊本モデルにおける実践を通して——

池田 学

今後の人口動態を考えれば、わが国の認知症医療における喫緊の課題は、認知症にかかわる既存の社会資源は可能な限り維持した上で、その質を上げつつ当事者や家族の多様なニーズに十分応えることのできる社会資源をシステムとして整備することではないだろうか。熊本県とわれわれは、認知症の早期診断や地域の医療支援体制を充実させ、専門医療機関の地域偏在を解消することを目標に、地域の認知症医療（診療拠点ならびに地域連携）を担う7ヵ所の「地域拠点型認知症疾患医療センター」を精神科病院に（現在は9ヵ所）、人材育成や研修などを通して県全体を統括する「基幹型認知症疾患医療センター」を大学病院の神経精神科に設置し、2層構造による疾患医療センターのシステムを整備し、国に逆提案をして認められた（熊本モデル）。本稿では、事例検討会を活用した人材育成とネットワーク構築、かかりつけ医やサポート医との連携構築、多職種によるアウトリーチなど、認知症疾患医療センターを中心とする熊本県の地域ネットワークを紹介した。

<索引用語：認知症，地域連携，認知症疾患医療センター，熊本モデル>

はじめに

最新の認知症有病率調査では、本邦の認知症患者はすでに450万人を超えているともいわれており、これは従来の推計値の約2倍の患者数である。今後の人口動態を考えれば、喫緊の課題は、認知症にかかわる既存の社会資源は可能な限り維持した上で、その質を上げつつ当事者や家族の多様なニーズに十分応えることのできる社会資源をシステムとして整備することではないだろうか。

認知症を地域で支える様々な試みが自治体や地域包括支援センター、医師会などを中心として展開されつつある。通常の認知症治療・ケアは、かかりつけ医やケアマネージャーによる、このような地域に密着したきめの細かい対応が基本である。しかし、その長い経過の中で、認知症患者とその家族を支えるためには、正確な早期診断・適

切な治療、精神症状・行動障害（BPSD）への対応、身体合併症への対応など専門的医療の関与も節目節目で欠かせない。これらの専門医療を提供する医療機関として、平成19年度より一定の基準を満たす総合病院（認知症疾患の鑑別診断のための人員・検査体制を有しており、認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期治療を行える一般病床と精神病床を有する病院またはいずれかにおいて他の保健医療機関と連携体制がとれている病院）を中心に、全国150ヵ所を目標に認知症疾患医療センター（以下、疾患医療センター）が設置された（2013年4月現在、195ヵ所）。本稿では、熊本県で展開している疾患センターを中心とした認知症の医療ネットワーク（熊本モデル）を紹介してみたい。

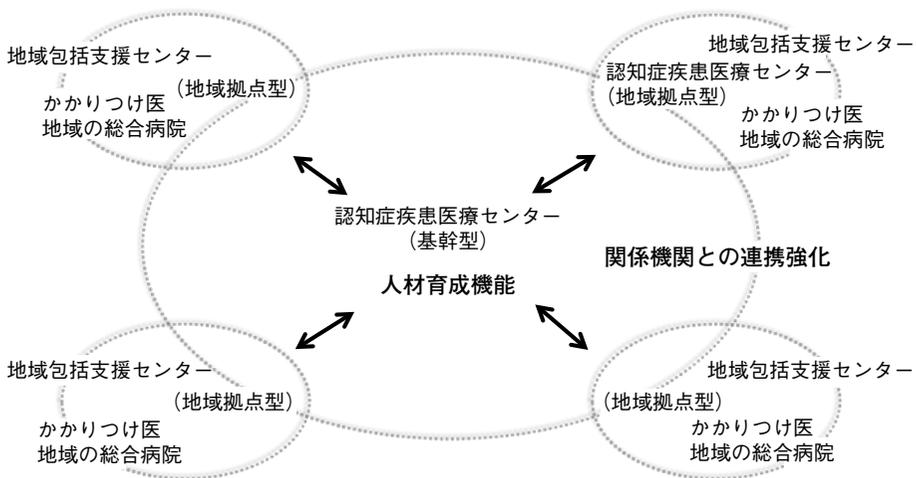


図1 熊本県認知症疾患医療センターの整備について

地域での拠点機能を担う9つの「地域拠点型」と、県全体を統括する「基幹型」（熊本大学附属病院）の2層構造として整備する。

認知症医療の最前線に立つ地域拠点型センターは、それぞれの地域でかかりつけ医や総合病院、地域包括支援センターや介護施設と、各地域の特性を活かしたネットワークを構築している。基幹型センターの大学は、鑑別困難な重度合併症例などへの対応のほか、研修や人材育成など教育機関としての特性を活かして各地域拠点型センターをバックアップしている。

I. 認知症専門医療の地域偏在解消

熊本県の人口180万人では2カ所の疾患医療センター設置が想定されていたが、この方式ではBPSDや身体合併症への円滑な対応を地域で迅速に実施することは難しく、また少数の病院に早期診断などを求めて認知症患者が集中するという問題点が予想された。そこで熊本県とわれわれは、認知症の早期診断や地域の医療支援体制を充実させ、専門医療機関の地域偏在を解消することを目標に、地域の認知症医療（診療拠点ならびに地域連携）を担う7カ所の「地域拠点型センター」を精神科病院に（現在は9カ所）、人材育成や研修などを通して県全体を統括する「基幹型センター」を大学病院の神経精神科に設置し、2層構造による疾患医療センターのシステムを整備し、国に逆提案をして認められた¹⁾ (図1)。

10カ所の疾患センターを受診した866名（有効回答は845名）に対し、通院負担に関するアンケート調査を実施したところ、関東や関西からも受診がある基幹型センターの大学病院が平均35分、9

つの地域拠点型センターにおいては平均通院時間がほぼ15～30分であった。そして、通院時間と負担感の関連を検討したが、強い相関関係を示唆する結果ではなかった。この結果は、地域拠点型センターの設置目的の1つである専門医療機関の地域偏在の解消がある程度達成されたためと考えられる (図2)。

II. 熊本県認知症疾患医療センターの活動状況

専門医療相談は認知症疾患医療センターに欠かすことのできない業務である。各センターには専従の相談員が配置されている。センター間の連携を図るほか、受診前相談を電話や面接、訪問により行っている。また各センターの相談員に電話相談が集中することを避けるため、熊本県の発案で「認知症の人と家族の会 熊本県支部」にコールセンター（愛称：ほっとコール）の業務が委託され、熊本市の中心部にオフィスを借りて休日も相談を受け付けている。コールセンターでは、介護についての相談を受けているほかに、介護保険の申請

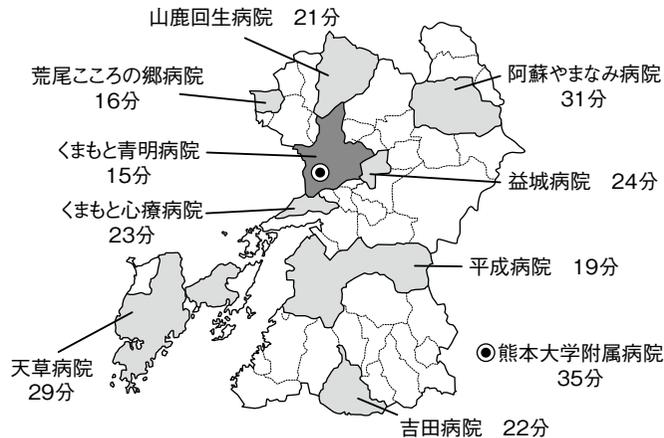


図2 熊本県認知症疾患医療センターと平均通院時間 (n=845)

手続きの相談は地域包括支援センターなどにつなぎ、医療相談となる事例のみを相談者の地元にある認知症疾患医療センターに紹介している。このように各ケースに応じたトリアージを行っている。このコールセンターの開設により10カ所の疾患センターへの相談件数は月に550~600件にとどまっている。外来の新規患者数は月に200~250人、再来患者数も含めると3,500~4,000人である³⁾。

Ⅲ. 熊本モデルにおける認知症疾患医療センターの連携機能

2009年度に熊本県認知症疾患医療センターが設置され、同時期より熊本モデルの特徴である事例検討会がこれまで過去4年間に計24回開催されてきた。これは県内に10カ所の疾患医療センターが設置されていることもあり、各センターの認知症医療の質を均質化し10カ所が一体となって連携を図ることのメリット(各センターの現状把握、認知症医療レベルの標準化)を生かすために基幹型センターが中心となり定期的に開催し、各センターの担当医師、連携担当者(主に精神保健福祉士)の参加を義務付けている。その他の参加者は地域包括支援センター、認知症コールセンター、県内の精神科病院など認知症疾患医療センターと日頃から連携を図っている機関や施設のスタッ

フ、行政担当者など50~70名が参加し、事例検討や認知症講習を通じて各センターならびに個人のスキルアップを図っている。

また、2010年度からは各地域での連携体制を強化するために、地域拠点型センターが中心となり地域のかかりつけ医やケアマネージャー、地域包括支援センターの職員などに参加を促し、地域拠点型主催の研修会と事例検討会を開催している。この研修会と事例検討会は各職種のスキルアップと各地域内での連携強化を目的に実施しているが、それぞれの疾患医療センタースタッフや地域の関係者が顔を合わせることで、より連携が図りやすく地域の現状も把握できるなど地域連携を図る上で重要な関係性が構築されつつある。基幹型が主催する事例検討会の目標は関係機関との連携(特に疾患医療センター間の連携)強化はもちろんであるが、人材育成を軸に開催しているため参加メンバーは固定しているが、地域拠点型の事例検討会は地域内でのネットワーク体制の構築が最大の目標であるため、認知症にかかる医療や介護、福祉をこえた地域の様々な機関や多職種による事例検討会を開催しており、年間70回以上の研修会と30回以上の事例検討会を実施している²⁾。

Ⅳ. かかりつけ医との連携

理想的な認知症診療の流れを考えると、疾患医

療センターなどの認知症専門医療機関で鑑別診断や初期対応を行い、治療方針が定まり病状が安定している患者については地域の病院や診療所できかりつけ医が中心になって診療を継続することが望ましい。しかし、認知症専門医や認知症専門医療機関の数は全国的に全く充足していない状況にあり、すべての認知症患者がこのルートをとることは今後も難しいであろう。そのため地域で認知症患者を支えていくには、かかりつけ医の積極的な関与が必要不可欠であり、かかりつけ医の認知症診療の技術向上を図ることが重要である。そのような中 2006 年度より国が定めた要綱に基づいて、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業がスタートしている。熊本県では、さらに、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講した認知症に関心の高いと思われるかかりつけ医に対して、ステップアップ編を企画し、2010 年度より研修会を開催している。研修内容は「認知症の診断」「BPSD の薬物療法」など毎年内容が異なる 2 回のステップアップ編を受講した医師へは県知事名で修了証を授与し、県庁ホームページなどで修了者名簿を公表し広く住民に周知を図っている。

V. 認知症サポート医との連携

認知症にかかわる地域医療体制構築の中核的な役割を担うべく連携の推進役として、2005 年より認知症サポート医養成研修事業が開始されている。しかし、必ずしも地域の中でその役割を果たせていないことも多いことが指摘されている。熊本県では地域の核となってさらににより専門医に近い立場で地域連携を推進する人材を確保するために、2011 年より認知症サポート医を対象とした熊本県認知症医療・地域連携専門研修を実施している。疾患医療センター以外の認知症専門医として県内の認知症医療体制の構築に携わってもらうためにも、本研修の対象者は一定の要件（認知症臨床経験 5 年以上かつ認知症サポート医研修修了者）を満たした医師としている。講師は基幹型センタースタッフおよび行政担当者が務める。研修内容は地域連携に積極的に関与してもらう必要が

あるので、認知症対策についての行政説明、疾患医療センターの連携機能など診療以外の活動にかかわる内容も加え約半日のプログラムを設定している。さらに研修修了者の責務として、前述した地域拠点型事例検討会にアドバイザーとして年に数回以上参加するなど地域の認知症医療体制の一翼を担ってもらっている。かかりつけ医認知症対応力向上研修と同様に研修修了者名簿を公表している。

VI. アウトリーチによる連携

各疾患センターの連携担当者は、日頃から地域のかかりつけ医を訪問し、センターの活動内容を説明したり、連携に関する要望を聴いたりして、地域連携システムの強化を図っている。また、行政や地域包括支援センターから要請があれば、担当者と一緒に対象者の自宅（例えば、いわゆるゴミ屋敷に住む独居高齢者）を訪問し、医療機関への受診を勧める受診前訪問も実施している。また、行政の物忘れ相談などにも要請があれば出向いて、相談業務を請け負うこともある。

基幹型センターでは、大学病院に検査入院した独居認知症患者に対する多職種による退院前訪問や外来の若年性認知症患者に対する多職種による訪問支援を実施している。独居認知症高齢者は入院中に主治医、担当看護師、作業療法士などにより支援があれば安全に独居継続が可能か評価される。その上で、本人が独居継続を希望した場合に、退院前に認知症看護認定看護師と作業療法士など多職種チームが本人とともに自宅を訪問し、離れて住む家族とケアマネージャーにも同伴を促し、全員で手すりの位置や風呂桶の高さなど安全面をチェックし、必要であれば退院前に改善してから安全に独居生活を継続できるように支援している。また、専門外来においては、サービスの乏しい若年性認知症の中でも、特に受け皿の少ない前頭側頭葉変性症に対する訪問支援において、作業療法士、専門看護師、臨床心理士などによる多職種チームで専門性の高い活動を展開している。例えば、若年性認知症患者のための通所サービスが

乏しい熊本市周辺部や県境地域を中心に、訪問による自宅環境の整備に関するアドバイス、進行性失語症のリハビリテーション、新たな地域通所サービスの開拓などに取り組んでいる。集中的な支援の後に、通常のデイケア・デーサービスに通所が可能になった患者も多い。

おわりに

本稿で紹介したシステムを軸に疾患医療センター中心の2層構造から、より身近な地域でかかりつけ医や介護職を巻き込んだ認知症診療体制3層構造の実現に向けて医療機関、介護事業所と協力関係を深めつつある。疾患医療センターなどにおける初期診断から、グループホームや特別養護老人ホームへの入所まで、医療や介護の情報をシームレスに活用するために、現在疾患センターを初診した1,000名の認知症患者に縦断型連携パスを持ち歩いてもらっている。

上記の通院時間調査で通院負担軽減のために最も多かった要望は、休日診療や訪問診療、開院時間の延長などの見直しであった。休日診療や開院

時間の延長を望む意見は、仕事を抱えながら介護者として受診に同行する家族の苦労や休日の急変時の不安を反映している結果と考えられ、疾患医療センターなど入院が可能な専門医療機関のバックアップのもとで、これらの要望に対して柔軟に対応できる認知症を専門とする診療所の増加が必要であろう。また、独居の患者の増加や介護者の高齢化を考えると、今後は認知症専門医や専門コメディカルの訪問診療のニーズがますます高まることが予想される。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) 池田 学：熊本モデル；今後の認知症医療について。認知症。中央公論新社，東京，2010
- 2) 小嶋誠志郎，池田 学：認知症疾患センターの連携機能。老年精神医学雑誌，23；294-298，2012
- 3) 丸山貴志，西田まゆみ，坂本眞一ほか：既存の精神科病院をつなぐ地域ネットワーク，熊本方式の現状と課題。老年精神医学雑誌，23；568-571，2012

Regional Network for Patients with Dementia—Carrying out Kumamoto Model for Dementia—

Manabu IKEDA

Department of Neuropsychiatry, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University

The Japanese government has tried to establish 150 Medical Centers for Dementia (MCDs) since 2008 to overcome the dementia medical service shortage. MCDs are required to provide special medical services for dementia and connect with other community resources in order to contribute to building a comprehensive support network for demented patients. The main specific needs are as follows : 1) special medical consultation ; 2) differential diagnosis and early intervention ; 3) medical treatment for the acute stage of BPSD ; 4) corresponding to serious physical complications of dementia ; 5) education for general physicians (GPs) and other community professionals.

According to the population rate, two dementia medical centers were planned in Kumamoto Prefecture. However, it seemed to be too few to cover the vast Kumamoto area. Therefore, the local government and I proposed to the Japanese government that we build up networks that consist of one core MCD in our university hospital and several regional MCDs in local mental hospitals. The local government selected seven (nine at present) centers according to the area balance and condition of equipment. The Japanese government has recommended and funded such networks between core and regional centers since 2010.

The main roles of the core centers are as follows : 1) early diagnosis such as Mild cognitive impairment, very mild Alzheimer's disease, Dementia with Lewy bodies, and Frontotemporal lobar degeneration using comprehensive neuropsychological batteries and neuroimaging, such as MRI and SPECT scans ; 2) education for GPs ; 3) training for young consultants. The core center opens case conferences at least every one or two months for all staff of regional centers to maintain the quality of all centers and give training opportunities for standardized international assessment scales. While the main roles of the regional centers are differential diagnosis, intervention for BPSD, and management of general medical problems using local networks with general hospitals and GPs, and organizing local networks for dementia with GPs and care staff. In short, the regional centers take responsibility for ordinal clinical work for dementia. To construct a more extensive network, each regional center must hold regional case conferences and lectures on dementia for care staff and GPs sharing knowledge and skills acquired from case conferences by the core center.

< Author's abstract >

< **Keywords** : dementia, regional network, Medical Center for Dementia, Kumamoto model >