

# 認知症サポート医

## ||活動の手引き

## ||活動事例集



2020年3月

公益社団法人愛知県醫師会 認知症地域医療研修検討委員会

団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据え、認知症になつても本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し、「認知症施策推進総合戦略－認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて－」（新オレンジプラン）が策定された。（2015年1月）

このような地域づくりを目指し、認知症の容態に応じた適時かつ適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組み、つまり早期診断・早期対応を軸に「本人主体」とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時かつ適切に切れ目なく、その時の容態にもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される仕組みの実現を目指している。

さらに、2013年オレンジプランの柱の1つとして、認知症初期集中支援チームが創設され、チームによる早期支援機能が期待されている。

これらの要となる重要な役割を期待されているのが認知症サポート医（以下サポート医と略）である。

サポート医研修修了者は9,950名（2019年3月現在）となり、愛知県医師会が2018年度にサポート医に対し「認知症サポート医活動実態調査に関するアンケート」を実施したところ、サポート医として活動を行っていると回答したサポート医は60%を超えた。

その活動内容を見ると、「認知症に関わる診療」が80%以上で専門医以外の医師も積極的に認知症診療にあたっていることがわかった。しかし、「かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイス」、「認知症対応力の向上を図るために研修の企画・立案」、「地域の各関係機関との連携」は実施率が30%程度であった。

活動できない理由としては ①市町村や関係機関から依頼がないこと（57%）  
②活動する地域で具体的にどのような活動を行えばよいかわからない（40%）  
③活動する時間がないこと（39%）という回答だった。

そこで、サポート医として「取り組んでいただきたいこと」を示した『活動の手引き』及び他のサポート医が具体的にどのような活動を実践しているかを示した『事例集』を作成した。今後活動する上で参考になれば幸いである。

## 目 次

はじめに

### 手引き編

サポート医の役割	1
I かかりつけ医へのサポート	2
II 介護専門職に対するサポート	5
III 多職種の連携作り	7
多職種連携の流れのイメージ	8
認知症初期集中支援チームとは	9
認知症初期集中支援チーム員の意見	12
認知症初期集中支援チームによる支援の事例	13
IV 住民等への啓発	14
V 病院勤務のサポート医の活動	16

### 事 例 編

活動事例について	19
事例 ① 多職種連携からはじめて	20
事例 ② 地域連携の会の立ち上げと会の取り組み	23
事例 ③ 複数の連携の会を立ち上げて	27
事例 ④ 在宅医療の連携を活かして	29
事例 ⑤ 地域ケア会議から地域と関わって	32
事例 ⑥ 在宅ケアを考える会から	34
事例 ⑦ 認知症初期集中支援チームの立ち上げから	36
事例 ⑧ 院内認知症サポートチーム立ち上げ ～ 認知症対応病院実地指導	39
事例 ⑨ 院内認知症サポートチームの中で	43
事例 ⑩ 専門職をサポートして	45
[参考資料]	49

# ||手引き編





## サポート医の役割

サポート医は、認知症の専門医である必要はない。

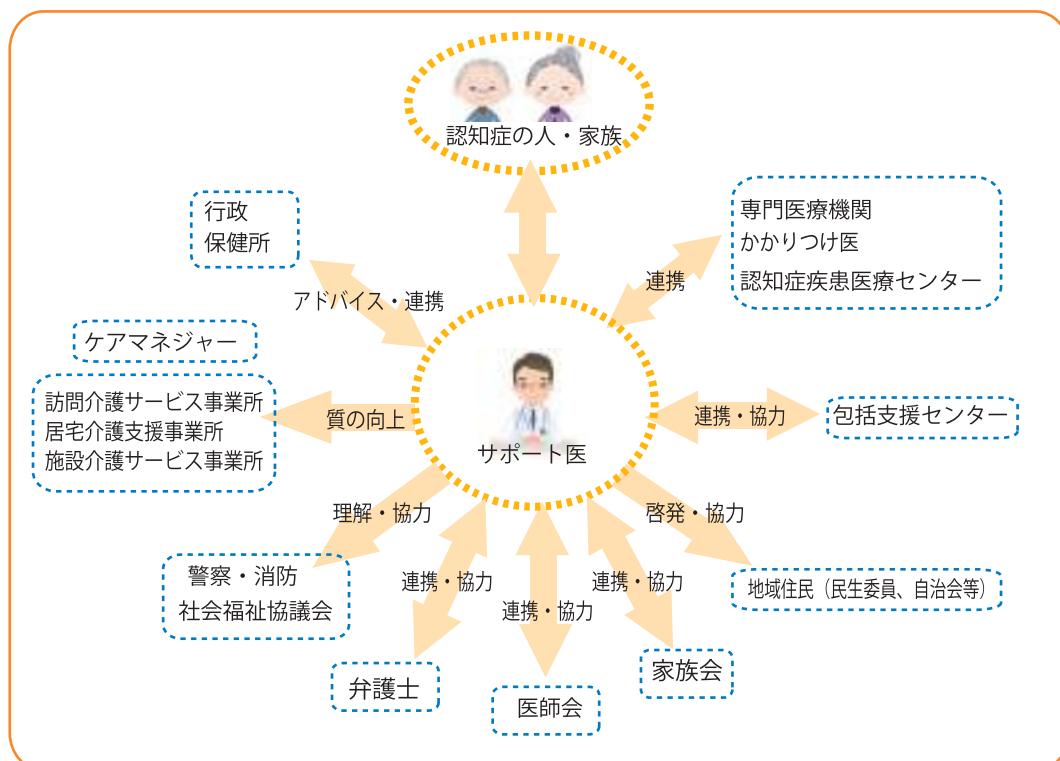
サポート医の役割とは、一言でいうと「地域の連携の推進役」、あるいは「地域の多職種のセンターポジション」である。

そして目的は、循環型の仕組みを構築し、地域で認知症の人とその家族の生活を支えていくことである。

具体的には、かかりつけ医へのサポート、介護専門職へのサポート、多職種での連携、住民等への啓発、認知症初期集中支援チームへの参加、病院勤務の場合は、院内での認知症サポートチームへの参加等がある。

しかし、これらすべてが日常の診療以外に新たに加わる仕事ではなく、すでに医師として、また、診療以外にその役割を果たしていることもあると思われる。

ここでは改めて期待されるサポート医像を示し、また何から手をつけたらよいか分からぬがゆえに始めの一歩をなかなか踏み出せないでいるサポート医の方々のために、「取り組んでいただきたいこと」及び「実践にあたってのヒント」を紹介している。まずはできるところから始めてもらえた幸いである。



# I かかりつけ医へのサポート

## 1. 趣旨

認知症の初期にはかかりつけ医と鑑別診断のできる専門医療機関が関わり、中期から末期にかけてはかかりつけ医が必要になる。つまり認知症が進行して実際に困ることは日常の生活が主なものになるため、認知症の人の環境や考え方などを知り、往診ができるかかりつけ医が重要となる。

サポート医としてかかりつけ医に対し、下記のような継続的な支援と助言をお願いしたい。

### 認知症の人を診るときに・・・

1. 認知症の人は、もともとは日常生活や社会生活ができていた人であり、後天的に認知機能が低下しているということを理解して向き合うこと、つまり、その人がいちばんできていた時と同じように接することが重要。
2. 話をするときは、ゆっくり、はっきりとわかりやすい言葉で伝える。
3. 自尊心を傷つけないようにする。
4. 認知症についての対応をする時は、認知症の人の警戒心を解き、こちらの話を受け入れやすくするために、認知症の人の意識が認知症に強く向かないように留意する。

## 2. 内容

① 認知症の人と家族の気持ちを受け止めて寄り添うことが大切。そして家族の気持ちを調整することで家族間の関係の修復ができ、結果として介護が楽になることにつながる。

➡ 家族は気持ちの逃げ場がなく、肉親の変貌を理解はできても受け入れることができないことが多い。家族だから頑張らなくてはならないと思いながらも受け入れることができないと、怒りへと感情が変わってしまう。「認知症の人の行動は介護者の鏡」と言われるように介護する人の苛立ちや不安が認知症の人に映り悪循環に陥る。

認知症の人や家族から信頼を得ているかかりつけ医が、認知症の人や家族をねぎらい、介護負担や不安を軽減するように、家族の話を穏やかに、真摯に聞く。認知症の人に対して好ましくない対応をしている場合でも、否定することなく介護の労をねぎらいつつ、認知症の人の自尊心を傷つけない対応をするほうが症状を落ち着かせ、結局は介護が楽になることを伝える。

## ② 認知症についての診断をする（専門医への依頼や画像診断なども含む）

→ きちんとした検査と専門機関での診断をすることで、家族も認知症が病気であることを客観的に理解する一助になる。

認知症の初期あるいは軽度認知障害（MCI）の場合は、かかりつけ医でも漫然とした診療の中で気づきにくいことが多いので、「認知症でない」と断言することなく、少なくとも長谷川式やMMSEを行うことが必要であり、その上で専門医を紹介することが必要である。

## ③ 認知症の治療と管理

→ 受診時には可能な限り家族や介護者に同伴してもらうことが必要。

親族の居ない場合は友人やケアマネジャー等の情報提供者を探す。

介護者にはこの2～3ヶ月で、“できなくなったこと”や“やらなくなつたこと”はないかを具体的に聞き、ADLやIADLの変化や行動・心理症状（BPSD）の有無を聞く。

確定診断後は1～2ヶ月ごとの受診、6ヶ月ごとに長谷川式などの認知機能検査を定期的に行うと経過の説明をする際に有用である。

身体疾患の発現には常に注意を払う必要がある。

④ 経過中に起こる問題に対する対処と指導（介護保険関係、財産管理など）

→ 認知症の経過に応じた適切なサービスの提供が必要になるため、認知症の人や家族に役立つ介護保険制度や地域の社会資源等の情報について指導する。この時、各市町村の実情に応じて策定された「認知症ケアパス」を使用して、利用方法も併せて指導するとよい。

\*かかりつけ医との勉強会を企画し、講師は行政、弁護士、ケアマネジャーに依頼する方法もある。

①と④に関しては医師でなくとも対応ができる（特に法的関係については弁護士の協力が不可欠）が、医学的知識のあるかかりつけ医が直接関与することにより、より早く正しい理解ができるようになると思われる。また、介護保険制度や法律について理解があるとその指導はより効果的だと思われる。

## II 介護専門職に対するサポート

### 1. 趣旨

介護専門職に対しては定期的な勉強会やグループワーク等を開催してレベルアップを支援することが望ましい。

介護専門職を育てることで、医師でなくても対応できることも増え、医師の負担が軽減でき、結果として認知症の人と家族にとって有益となる。

サポート医として介護専門職に対し、下記のような内容についての研修等の継続的な支援をお願いしたい。

### 2. 内容

#### ① 認知症の基礎知識（疾患と治療）

#### ② せん妄について（せん妄と BPSD の違い）

せん妄は、時間や場所が急にわからなくなる見当識障害から始まる場合が多く、注意力や思考力が低下して様々な症状を引き起こす。通常は継続しても数日間だが、まれに数ヶ月間続く場合もある。

また、せん妄は意識レベルの変化を伴い、一過性の症状だが、認知症は意識障害がなく、慢性的な経過をたどる。

BPSD は認知症の人にとって何らかの合理的な理由のある目的行為であるのに対し、せん妄の行為には目的や理由がないことが多いなど、せん妄と BPSD の違いについて指導する。

#### How To

地域の専門医や認知症介護研究・研修大府センター等に講師を依頼するなど

#### ③ BPSD とその対応

BPSD は認知症の人にとって何らかの合理的な理由のある目的行為であるということ。そして、その理由を認知症の人の立場で考えると対応方法が見えてくるということなどの指導。

#### How To

地域の専門医や認知症介護研究・研修大府センター等に講師を依頼するなど

④ 薬物療法

認知症治療に使われる薬の特性や投薬方法、他の疾患の治療薬との相互作用、ポリファーマシー等についての指導。

**How To** 地域の専門医や認知症介護研究・研修大府センター等に講師を依頼するなど

⑤ 非薬物療法

運動療法（コグニサイズ等）、音楽療法、学習療法（認知刺激療法等）、エビデンスがあるとされるものについての指導。

**How To** それぞれの有資格者へ講師を依頼するなど

⑥ 予防について

認知症にならないためには、生活習慣病対策、運動、社会的な活動に参加すること等、エビデンスがあるとされるものについての啓蒙。

**How To** 地域の専門医や認知症介護研究・研修大府センター、運動については有資格者等に講師を依頼するなど

⑦ 国・県・市町村の認知症施策

国・県・市町村の認知症に対する取り組みを知ることは、認知症の人の対応に直接関係することばかりではないが、情勢を把握することは重要である。

**How To** 行政担当部門に講師を依頼するなど

⑧ 成年後見制度や認知症をとりまく法律知識

法律に支えられる側にどのような制度が確立しているか、また認知症の人と家族を守るために必要な法律知識を知ってもらう。

**How To** 弁護士会や地域の弁護士に講師を依頼するなど

⑨ 嘔下障害と口腔ケア

「食べたいのに、うまく食べられない」という嘔下障害と意思疎通が難しくなった認知症の人の場合とは異なる。機能低下に応じたケアが必要になる。

**How To** 歯科医師会や地域の歯科医師に講師を依頼するなど

### III 多職種の連携作り

#### 1. 趣旨

多職種の連携を作ることの目的は、医師、医師会、看護師、薬剤師、理学療法士、歯科医師、音楽療法士、包括支援センター、ケアマネジャー、社会福祉協議会、弁護士、行政、地域住民（民生委員等）等の多職種が同じテーブルで、対等な立場で意見を出し合い、起こっている問題を解決することである。



#### ワンポイント

- ・できるだけ参加者全員が自由に発言できる雰囲気に配慮し、サポート医がリードしすぎないようにする。
- ・運営段階では行政が主導権を握りすぎないようにする。
- ・多職種のそれぞれの立場や事情に配慮し運営するとよい。

#### 2. 内容

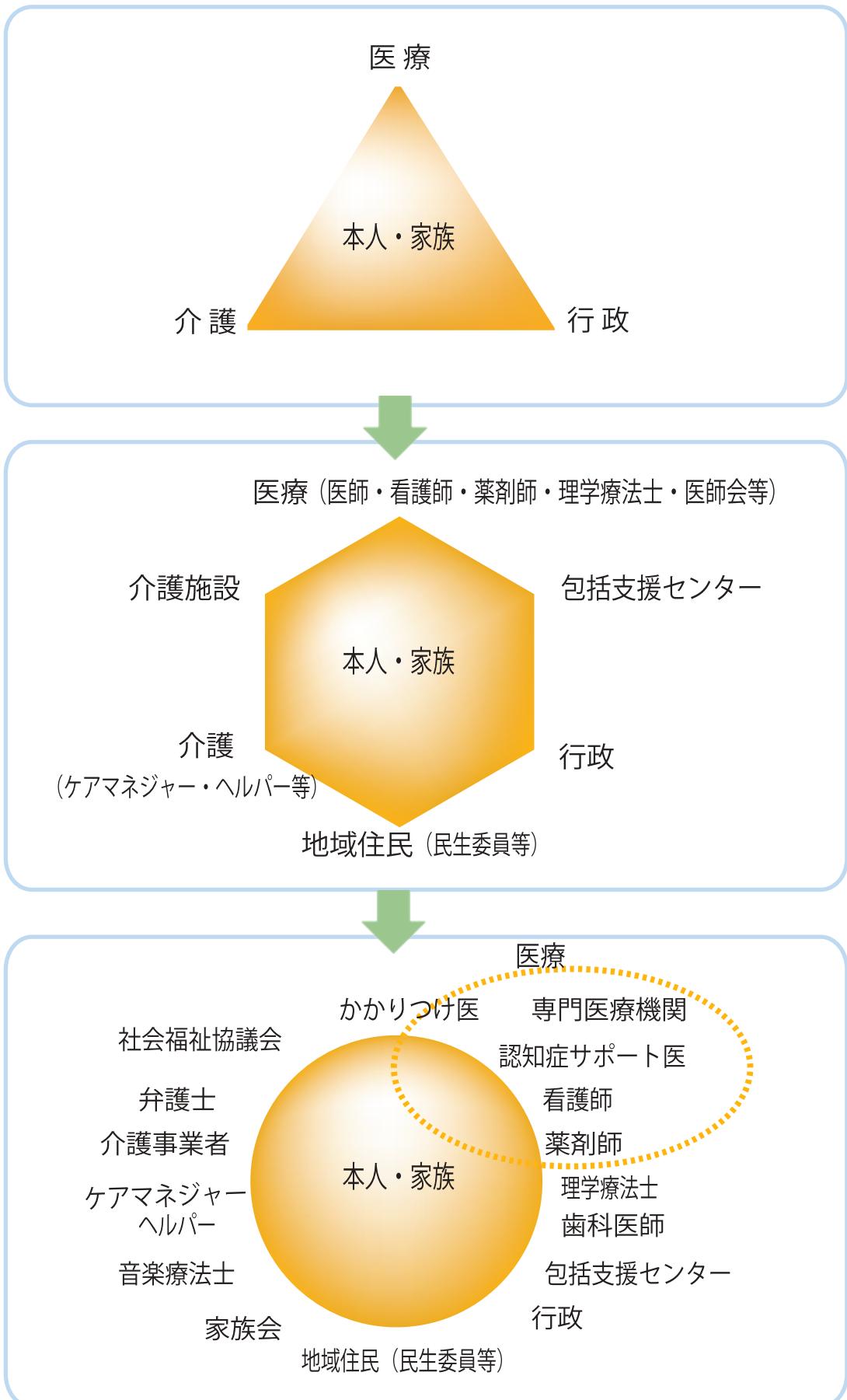
- ① 地域の社会福祉協議会、包括支援センター、介護保険事業者連絡会、主任ケアマネジャー、行政（「担当部署」・保健所）へそれぞれ出向き参加及び協力を依頼する。
- ② 地域の民生委員の会長へ協力を依頼する。  
自治会会长より民生委員のほうが活動に協力を得やすい傾向がある。



#### ワンポイント

- ・連携先の関係機関へ出向くのは面倒だが、顔を合わせることは必要。
- ・地域の医師会活動に参加する。できれば医師会の役員を引き受ける。  
地域でのつながりがより理解できる。
- ・それぞれの関連機関から委員や講師の依頼があった場合はできるだけ引き受けるようにする。

## 多職種連携の流れのイメージ



# 認知症初期集中支援チームとは

## 1. 趣旨

認知症初期集中支援チームは、新オレンジプランの柱の1つとして創設された。これは、医療にも介護にも接続できていない、あるいは中断している認知症の人に対して包括的に関与し、医療・介護につなぐことによって、在宅生活の継続をめざす多職種のチームである。

市町村を実施主体として、認知症になっても本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暮らし続けられるための支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものである。

対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくよう支援を行い、介護支援専門職員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

ちなみに、愛知県内では54の全市町村（2018年度）に、認知症初期集中支援チームが作られ活動している。

## 2. 内容

### ① チーム員としての医師の役割

認知症に関して専門的見識から、医療的評価とチーム員への医療的助言が主な役割であるが、チーム内に法曹関係者が参加していないことが多いため、人権に配慮した介入や、認知症の人と家族間の利益相反行為のケースなどは法律面に配慮する必要がある。

また、認知症の人と家族の心理状態や置かれている状況への配慮も必要である。

### ② 支援の対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人である。

◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 繼続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している人

### ③ チーム員の要件

チーム員は以下の3項目をすべて満たす複数の専門職（人数は地域の実情に応じて設定）

- (ア) 保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士等医療福祉に関する国家資格を有する者およびこれらに準じる者（市町村が認めた場合）
- (イ) 認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- (ウ) 認知症初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者
- (エ) 医師※

#### 認知症初期集中支援チームのメンバー

医師



医療と介護の専門職



認知症サポート医

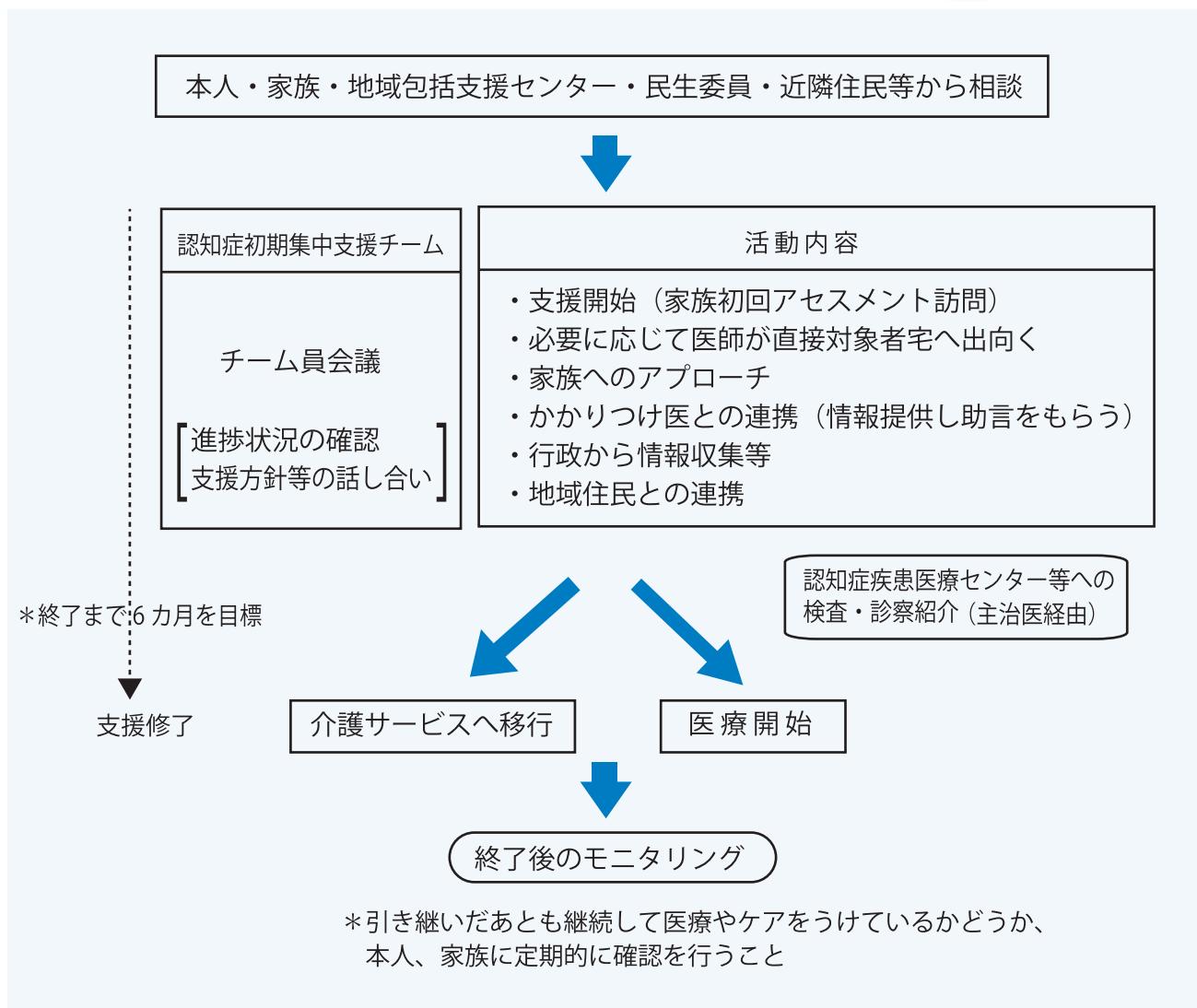
保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、  
社会福祉士、介護福祉士等

#### \*医師の要件

- ・日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医、または認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師で、今後5年間でサポート医研修を受講する予定のあるもの。
- ・サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る）。



#### ④ 認知症初期集中支援チームの活動



#### ⑤ 普及啓発活動

チームとして活動するためには、まずチームの存在を知ってもらうことが重要である。存在を知ってもらわないと依頼や相談が入ってこない。活動の前提として普及啓発活動がある。



- 地区医師会員、薬剤師会員へチラシ送付
- 市民向け勉強会や専門職向け勉強会等で紹介
- ケアマネサロン等で紹介するとともに協力を依頼
- 地域のイベントでチラシ配布
- 地域の広報誌への掲載
- 行政の窓口等で液晶モニター掲示、チラシ掲示
- 地域の認知症研究会等で紹介 等

## 認知症初期集中支援チーム員の意見



チーム員会議で、サポート医の先生から医療面はもちろんだが、支援の方向性、ご本人やご家族への対応の仕方をアドバイスしてもらえる。サポート医が入ってこそそのチームだと思う。

福祉職の人は、医師と関わることが少ないため苦手意識があり、初めはチーム員会議でもなかなか発言できなかったり、こんなこと聞いていいのかな?と遠慮してしまうことがあったが、認知症初期集中支援チームでたびたび顔を合わせるようになり、距離が近くなったと思う。

認知症初期集中支援チームに参加し いくつもの事例にあたり またチーム員会議を重ねていくことで、アセスメント力、制度や法律知識がしつかり身に付いたものになる。チームに参加する前と比べて力量が大きくアップしている。

包括支援センター職員全員にチーム員になって欲しいと思っている。

報告だけを聞いて、話し合いに参加しないサポート医もいる。

もっと多くの先生方に在宅をやって欲しい。  
特に開業する若手の先生にやってもらえたらしいと思う。

困ったときに相談に乗ってもらえるサポート医の先生の存在は大変大きく心強い。



## 認知症初期集中支援チームによる支援の事例

### Aさんの事例

- ・母親のもの忘れの症状がひどくなってきたが受診を拒否している。  
介護保険未申請。
- ・家族への暴言や暴力があり、頻回になってきた。
- ・徘徊等の周辺症状が出現し、家族が介護負担を感じている。
- ・介護サービスの利用を拒否している。



相談



### 包括支援センター

- ・家族からの相談を受け、認知症初期集中支援チームに対象者として連絡。

連絡



### 認知症初期集中支援チーム

- ・チーム員会議でサポート医の助言指導を受け、認知症地域支援推進員とも連携しながら支援を開始。
- ・本人、家族の課題や支援にあたっての課題、チーム以外の協力の有無などを評価し、方針の目標設定などを行う。

### Aさんに対する具体的な支援例

#### ① 医療機関受診の支援

家庭訪問を行い受診を勧め、どのようにして受診してもらうか等を計画。  
→かかりつけ医を受診したところ、専門医への受診を勧奨された。→後日専門医を受診し、薬の内服を開始し、かかりつけ医の受診へ戻った。

#### ② 介護サービスの支援

- ・家族の介護負担軽減及び本人の気分転換等を図るためにデイサービスを提案。
- ・介護保険利用の同意を得て、包括支援センターによる代行申請を行った。
- ・デイサービスを体験してもらったところ、本人が気に入ったためケアマネジャーを紹介して利用につなげた。

#### ③ 家族への支援

- ・認知症の経過を説明し、今後の対応についての相談と助言を行った。

#### ④ モニタリングの実施

- ・ケアマネジャーに近況確認。
- ・デイサービスを継続しており、徘徊はなくなった。
- ・医療受診、内服等で本人の症状は安定。また、以前は思うようにならないと家族への暴言や暴力があったが、ケアマネジャーや介護スタッフの援助を受けられる安心感からか暴言や暴力がなくなった。

## IV 住民等への啓発

### 1. 趣旨

医師会、行政、包括支援センター等と連携し、地域の住民向けの勉強会やシンポジウム等を企画し、認知症に対する理解を深める。

また、国、県、市町村の認知症の人と家族を支援する取り組みや社会資源について指導する。

最初は小人数の勉強会でもよいので、身近なところから始めると負担も少なく、取り組みやすい。

サポート医として 地域の住民等に対し、下記のような内容についての勉強会等の継続的な支援をお願いしたい。

### 2. 内容

① 認知症の基礎的な知識（疾患と治療）

② 地域の認知症に関する相談窓口・社会資源

地域には、包括支援センター、市区町村役所、保健所、認知症コールセンター等の相談窓口をはじめ、多くの社会資源がある。

認知症の経過に応じた適切なサービスの提供が必要になるため、認知症の人や家族に役立つ介護保険制度や地域のデイサービス、認知症カフェなどの社会資源等の情報について啓蒙する。この時各市町村の実情に応じて策定された「認知症ケアパス」を使用して、利用方法も併せて啓蒙するとよい。

**How To** 行政、弁護士、ケアマネジャーに講師を依頼する方法もある。

③ 認知症の人への接し方・対応の仕方

認知症の人が嫌がることを強要しないことや自尊心を傷つけない対応をすることなど留意すべき事項を啓蒙する。

また、「バリデーション」や「ユマニチュード」の考え方についても啓蒙するとよい。

**How To** 認定看護師や家族の会に講師を依頼する方法もある。

④ 非薬物療法

運動療法（コグニサイズ等）、音楽療法、学習療法（認知刺激療法等）、エビデンスがあるとされるものについての啓蒙。

**How To** それぞれの有資格者へ講師を依頼する。

⑤ ACP（愛称：人生会議）

自らが希望する医療・ケアを受けるために、大切にしていることや望んでいること、どこで、どのような医療・ケアを望むかを自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要。認知症の人のACPを進めていくためには、早期の診断と早期からの意思決定の支援、家族・介護者によるサポート、そして医療者の適切な関わりが欠かせない。

How To

医療知識のある人がリードするのがよい。

⑥ 成年後見制度や認知症をとりまく法律問題

法律に支えられる側にどのような制度が確立しているか、また認知症の人と家族を守るためにも必要な法律知識を知ってもらう。

How To

弁護士会や地域の弁護士に講師を依頼するなど

⑦ 国・県・市町村の認知症施策

国・県・市町村の認知症に対する取り組みを知ることは、認知症の人の対応に直接関係することばかりではないが、情勢を把握することは重要である。

How To

行政担当部門に講師を依頼するなど



ワンポイント

行政や包括支援センター主催の行事や施策へ協力することが大切。行政や包括支援センターが主催する勉強会、シンポジウム、認知症カフェ等での講師や「もの忘れ相談窓口」の相談員を引き受けるようにする。

## ▽ 病院勤務のサポート医の活動

### 1. 趣旨

サポート医は、認知症施策の推進とともに、役割を拡充しながら地域ないし病院内で活動することが求められている。

病院内においては、認知症診療に限らず、認知症患者の身体合併症の入院・外来対応への助言など、院内サポートにあたるチームのリーダーとして、院内連携の役割を担っている。

### 2. 内容

… 院内の主な役割

① 認知症に関わる診療

② 院内の他職種からの認知症に関する相談に対するアドバイス

③ 院内の認知症サポートチーム（DST）への参加

DSTは診療報酬の評価の要件にもなっている病棟における多職種チームである。身体疾患で入院している入院患者に認知症症状が出現している場合に対応する病棟スタッフをサポートするチームで、さまざまな状況において対応・助言を行う。

#### [ DST のメンバーと役割 ]

DSTにおいて主体は看護師であるべきで、その他の職種はサポート役となる。

看護師	<ul style="list-style-type: none"><li>病棟からの介入依頼の受け付けとチーム内の調整</li><li>病棟看護師への認知症ケア指導</li><li>フリーで動ける病棟へのレスキュー機能</li></ul>
MSW	<ul style="list-style-type: none"><li>家庭環境・経済基盤などの情報収集</li><li>入院時から始める退院支援（社会資源の活用など退院後の生活設計支援）</li><li>地域連携（ケアマネ・地域包括・在宅介護支援センター・病院・施設など外部機関）</li></ul>
医 師	<ul style="list-style-type: none"><li>認知症やせん妄の診断、医学的原因検索、せん妄やBPSDへの薬物療法</li><li>本人や家族への情報提供や意思決定支援、院内でのDST体制の確立（病院上層との交渉）</li></ul>
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"><li>精神神経系に作用する薬剤に関する情報提供や助言<ul style="list-style-type: none"><li>せん妄の原因となる薬剤、高齢者に使用する場合注意すべき薬剤</li><li>せん妄やBPSDの治療に使用される薬剤、薬剤相互作用など</li></ul></li><li>認知症ならではの在宅服薬管理指導、NSTのメンバーを兼ねて栄養面での助言もする</li></ul>
リハ科	<ul style="list-style-type: none"><li>認知機能や身体機能低下の維持（入院中の廃用障害を防ぐ）</li><li>嚥下機能の評価、転倒への対策助言、退院後の生活上の工夫（住宅改修など）家族指導</li></ul>

\*名鉄病院宮尾真一作成資料より引用

\* DST の医師の要件

認知症の人の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師

= 認知症サポート医養成研修を修了した医師

④ かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイス

⑤ 認知症初期集中支援チームへの参加

(P9 ~ P13 参照)

⑥ 地域ケア会議への参加

地域ケア会議は、主に市町村直営や基幹型の包括支援センターを中心に設置され、個々の要介護者ごとに、かかりつけ医やケアマネジャー、サービス事業者などが一同に会して、また、多職種の第三者による専門的な視点も交えて、個別のケア方針を検討する会議。

認知症の人を支えるにあたっては、直接的な関係者のみならず、市町村、民生委員、地区医師会を含む在宅医療拠点、自治会、社会福祉協議会など様々な社会資源の視点で、認知症の人と家族の生活をより具体的かつ継続的に支援していくことが可能となる。

さらに、この会議を通して地域の課題を見つけることができる。

⑦ 認知症対応力の向上を図るための研修の企画・立案

認知症に対する理解や対応力の不足から、身体疾患の合併などにより手術や処置が必要な場合でも認知症の人の入院を拒否したり、BPSD に対応できずに精神病院へ転院するケースが見られることから、病院勤務の医療従事者向けに認知症に関わる研修：「認知症対応力向上研修」（2013 年オレンジプラン）が始まった。

愛知県では愛知県医師会が実施し、研修修了者には、修了証書を交付している。

⑧ 地域の各機関と連携

地区医師会、かかりつけ医、包括支援センター、行政等の各機関と連携することが必要。





# ||事例編





## 活動事例について

急務となっている循環型の仕組みの構築・運用にはサポート医の役割と機能が大変重要であり期待されている。

そこで愛知県内すでに活動されているサポート医の先生方にお話を聞かせていただいた。

その内容はサポート医としての活動はもちろんあるが、サポート医制度へのご意見やご提案もある。

お話を聞きしたサポート医のほとんどは、サポート医となつたことを契機に地域の多職種連携に関する様々な活動を始めたわけではなく、サポート医となる前から地域で多様な活動を牽引する中で、サポート医となっている。

そのため、サポート医となる前の背景や事情等やその過程での考え方等についてもお聞きした。

循環型の仕組みの構築は一朝一夕にできるものではないが、地道に、長い間、努力してきた医師の方々の活動や考えを今後の取り組みの参考にしていただきたい。





### ■ サポート医になったきっかけ

サポート医制度がスタートした頃、医師会で役員をしていたことから、自然の流れで受講した。



### ■ 背景

認知症に関しては専門ではなかったが、地元に戻り病院を継承し、実際に認知症の患者さんを診るようになり、勉強してきた。

患者さんに教えてもらったことも多い。

長く地元で診療することで、患者さん、そのご家族、さらに親戚と、何十人とご家族全体を見てきた。ご家族の人間関係や悩みごとなど病気以外のことにもかかわることもあった。

### ■ 経緯

2008年地域医療を考える「健康・福祉・医療横断会議」を発足し、行政、保健所、総合病院、三師会、介護事業者が参画



いろいろなことを提案しても組織がないと言いつ放しになってしまったため、三師会と介護事業者の代表で組織を設立した。



2011年医師会と包括支援センター主導で医業薬介連携協議会を立ち上げ  
拠点事業を開始し機能するようになった。



2012年4月在宅医療連携拠点事業開始

併せて、居宅事業者、ケアマネジャー等在宅事業別に会を立ち上げた。



2013年4月在宅医療連携推進協議会発足



2015年4月在宅医療サポートセンター事業を愛知県医師会がスタート

在宅医療サポートセンター事業終了後も地域で継続。

医師会2つと地域の7市町がドッキングした形で在宅医療を推進する事業をつなげている。ここではそれぞれの事業者、例えば訪問看護師がこの地域で1つのブロックのようになり、医師への依頼書や報告書を統一したものを作成する等の活動をしている。



## ■連携

- ・居宅支援事業の前身のような市の委託事業があり、その事業に関わってきたことから行政、包括支援センターの社会福祉士、看護師、介護士等とはサポート医になる前から連携がきていた。  
その後、認知症初期集中支援チームを立ち上げることになり当初からチーム員として参加した。チームにはサポート医2名、包括支援センター3カ所、行政から2名が参加している。  
サポート医が2名いるが、継続案件が多いこともあり、交代にはせず常に2名で参加している。
- ・ICTも拠点事業の時から医療圏全体で同じシステムを使用している。(システム:IIJ)



### 活動のポイント

地域で多職種連携の仕組みを構築し、維持していくためには、先頭で旗を振る人が必要だと思う。早い段階から多職種との関わりがあったこと、医師会及び自身の病院内での協力を得られたことで、その任を果たしてこられたと思う。診療以外の時間を取りられることもあるが、ケアマネジャー、行政、保健所等の担当者とも親しくなり、大きなメリットとなっている。

## ■かかりつけ医との連携

サポート医としてかかりつけ医からの相談はほとんどない。

相談というよりはむしろ患者さんが転院されてくる。

認知症の人を診るのは時間も手間もかかり、また、本人だけではなくご家族やケアマネジャー、介護者等からの話を聞くことが重要であるため、診療時間内に終わることが難しい。認知症の診療には別の時間枠を設定する等の工夫が必要である。そうしないと認知症の人もご家族も不満に思い、十分に話を聞いてくれる医師を選びたいと思うのではないだろうか。

院内の体制等の事情で、診療に十分な時間を取れない場合は、風邪をひいた人と同じような形で認知症を診るのは難しいため、情報提供をして他の病院で診てもらってということになってしまうのかもしれない。

## ■その他の活動

- ・認知症カフェ：院内の喫茶を利用して開催している。(月1回)
- ・啓蒙活動：講演会、交流会実施(年2～3回)  
地域住民、患者、民生委員、家族会などが参加している。

- ・住民向けや専門職向けの講演を随時実施
- ・医師会の中での勉強会開催
- ・地域の認知症施策への協力 →ケアパスの作成、コグニサイズの普及、徘徊高齢者搜索模擬訓練の立案・協力等

### ■サポート医の活動について

サポート医をとること自体に目的があるかどうかでも違ってくるかもしれないし、背景によっても活動のやり方は異なるかもしれない。  
初めはご自身の患者さんや家族に対して、認知症の基礎知識などの勉強会を始めてはどうか。在宅で生活のサポートができれば、双方にプラスになるはずである。

### ■サポート医研修について

研修では診断についての講義はあるが、介護する家族へのアドバイスは十分ではないのではないかと思う。在宅を継続するためには必要なことだと思う。

フォローアップ研修はかなりためになっていると思うが、サポート医でも認知症学会や老年学会の学会員でない先生方もいて、認知症の専門的な話を聞く機会が少ないので、スキルアップの機会を増やしてはどうか。

Web会議を利用すれば、開業医の先生方でも参加できる。

認知症は数値が出るような病気ではなく、総合的な判断のような診断、画像でわかることもあるがわからないこともある。何年か経って診断が確定するケースもある。

また、地域では認知症の事例検討会の機会が少ないと思われるため、もっとあつた方がいいと思っている。診断が難しい場合は、認知症疾患医療センターへ紹介し、確定診断後に逆紹介してもらうというケースが多いと思うが、認知症の人の数が増えているため、地域においても事例検討会等で話し合う機会がもっと必要だと思う。



#### ワンポイント

地域において連携の仕組みを構築する段階では、医師会等で旗を振ってくれるリーダーは必要な存在であり、地域における連携の推進役として期待される存在である。

しかし、旗を振るのが得意でない場合は、地域の関係者や協力者をつなぐこと、継続していくために、負荷を分担することも重要な役割だと思う。



### ■ サポート医になったきっかけ

市の介護保険・認知症対策委員会の委員長を務めていたため。サポート医制度が始まると同時にサポート医になり、他の委員全員にもサポート医になってもらつた。



### ■ 背景

他県で勤務医をしていたが、医院継承のため地元に戻った際に、認知症の人に対応できる医療機関がほとんどなく、認知症の人とその家族が困っていたこと、また、認知症の人と家族には、その生活全般に関わるサポートが必要であり、医療と介護の連携、多職種による連携が必要であることを痛感していた。

### ■ 経緯

① 地区医師会（会長）と話し合い、協力と支援を依頼。



② 医師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー、民生委員等を対象に認知症に関する理解を深めるため、勉強会を実施した。



③ 年々増加する認知症の患者に対応するため、数少ない専門医だけではなく、実際に診療や相談を受けることが多いかかりつけ医が治療管理する認知症ケアシステムを地区医師会を中心に構築。（詳細 P26 参照）



④ 多職種で連携した勉強会を始めたことや認知症ケアシステムの構築がきっかけとなり、2003年厚労省から「大都市における痴呆の人とその家族を支える多職種連携」のモデル事業の要請があった。



⑤ モデル事業を始めるにあたり、2003年12月に準備委員会立ち上げ、2004年4月認知症地域連携の会を設立して事業を開始した。



#### ワンポイント

医師会の協力、支援は地域連携でも必須。

特に「認知症ケアシステムの構築」のようなシステム作りには、地域の全医師に対する発信力や影響力は大きい。



⑥ 最初に行ったのは、地域全体で認知症の人と家族をサポートするネットワーク作り。

→ 医師、看護師、介護事業者、保健師、弁護士、民生委員、行政等多職種に参画を依頼



### ワンポイント

診療時に患者さんの話からヒントを得ることもある。

通院中の患者さんの一人が民生委員をしていることを知り、地域にある自治組織に橋渡しをしてもらえることになった。

## ■ 認知症地域連携の会の活動

### ◆ 住民向けに認知症に関する勉強会や講演会を実施

当初は参加人数が少なかったため、地域のコミュニティセンター等で実施。

参加者が 10 人に満たないこともあったが定期的に開催した。

### ◆ 地元スーパーの社員への勉強会実施

### ◆ 区役所福祉課、民生委員に依頼して、地域回覧や広報誌で勉強会の告知と地域連携の会の活動を PR

### ◆ 警察や消防を訪問し地域連携の会の活動の PR

警察官や消防職員向けに、認知症への理解を深めてもらうために勉強会を開催し、また、警察や消防へ市民向け勉強会の講師を依頼した。（テーマ：詐欺被害防止や救急対応について）



### ワンポイント

勉強会の広報は、地域の民生委員等の協力を得て、回覧板、書店、スーパー、

コンビニにチラシを置かせてもらうなどコストをかけない方法で行った。

現在は、医師会の協力を得て医師会ホームページにも掲載している。

### ◆ 地域及び周辺住民向けに「認知症市民講座」（毎月）開催

・ 小規模の勉強会を行いつつ、地域及び周辺住民へ向けて講座を開催

・ 地域の回覧板、行政の広報誌へ掲載、近隣クリニックの待合室に掲示する等の方法で告知

・ 会場は医師会館を使用

・ 講師は地域連携の会の医師、弁護士、介護職が中心（ボランティア）

◆ 医師会内で勉強会を企画（不定期）

専門外の先生方に認知症について知ってもらうとともに地域連携の会の活動を知ってもらうため、医師会の勉強会でテーマとして取り上げてもらうよう働きかけた。講師は地域連携の会の医師の他、国立長寿医療研究センター等へ依頼。



ワンポイント

転勤や家庭の事情で会のメンバーが変わることがある。  
サポート医を中心とする会の目的やスタンスが継続できるように、会則等のルールを作成し、形で残しておくことを勧めたい。  
また、月1回程度はメンバー会議を開催し、会の活動についての検討と情報共有等、話し合いの場を持つことが必要である。

◆ 市民向けに「認知症についての市民シンポジウム」開催（年1回）

地域の回覧板、広報誌やホームページへ掲載して告知している。

◆ 地域のイベントへ参加

地域の祭りでブースを出展したり、家族会開催のイベントに参加し、ゲームやクイズを通じて認知症の啓蒙活動を実施している。



ワンポイント

地域の事情に詳しい民生委員の協力は心強く、マンパワーとしても大きい。献身的な方が多く、また、組織ができあがっているため協力体制が整いやすく、毎月開催している勉強会では、事前準備や受付を持ち回りで引き受けてくれている。また、勉強会やシンポジウムのチラシを地域内で回覧する等大変協力的である。

◆ 専門職を対象とした認知症の研修会開催（毎月）

看護師、ケアマネジャー、ヘルパー等を対象に認知症に関する研修を実施。会場は医師会館を使用。

講師は地域連携の会の医師、弁護士、介護職が担当している。

\* 研修会の内容

専門職が業務遂行及びスキルアップのために必要な基礎知識は毎年繰り返して行い、新しい知識やトピックスは随時取り上げている。

また、認知症介護研究・研修大府センターへ講師を依頼し、演習（ひもときシート）等も行っている。

## ◆ 医療と介護の連携

医師、看護師、介護職、包括支援センター、行政で事例検討会を実施（不定期）



### ワンポイント

懇親会を毎年2回開催（夏・冬）。

医師会、行政、訪看、ケアマネジャー、理学療法士、ヘルパー等が参加する懇親会を開催し、地域連携の会の事業報告を行うとともに、参加者同士の交流を図る場となっている。

## 認知症ケアシステム

年々増加する認知症の患者に対応するため、数少ない専門医だけではなく、実際に診療や相談を受けることの多いかかりつけ医が治療管理する認知症ケアシステムを地区医師会を中心に構築。

「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講した中から協力してもらえる医師をもの忘れ相談医（登録かかりつけ医）とし、そのリストを行政、保健所、包括支援センター、介護保険事業者、一般市民に公開した。また、認知症チェックリスト（20項目）を配布し、このチェックリストで3項目以上あてはまる場合にもの忘れ相談医への受診を促す目的があった。

### チェックリストで3項目以上あてはまつた場合

もの忘れ相談医：MMSE検査の実施

MMSEの点数により ↓

認知症ケアに必要な情報を得るために地域包括支援センターを紹介するか、認知症として自院で治療する

治療する場合 ↓

確定診断のため認知症診断専門医療機関（MRIとSPECT検査可能な施設）を紹介

確定診断後自院で治療を開始

### \*かかりつけ医のバックアップ

- ・認知症経過中に精神症状が増悪し自宅療養が困難になった場合は、認知症専用病棟をもつ入院協力病院を用意

- ・骨折、肺炎等の身体疾患により入院治療が必要な場合のため一般入院協力病院を用意

### \*早期発見、早期治療から終末期までを切れ目なく

- ・介護保険、福祉制度等の利用が必要になった場合は、地域の資源や情報を共有し、有効利用できる多職種の認知症地域連携を構築し、地域での生活を支援する。



### ■ サポート医になったきっかけ

2006年頃にサポート医研修受講。

自分の勉強のためであり、誰から依頼されたものではない。

認知症に関しては診療科にかかわらず、高齢化社会で全般に必要不可欠な知識であるため、さらに勉強していかないと患者さんの変化についていけないと思う。



### ■ 背景

小澤勲の「痴呆を生きるということ」を読んで衝撃を受け、認知症の人を理解できるようになった。

専門外でもあり、それまでは苦手意識があったが、認知症の患者さんの内面の世界を理解できれば、連續性があり、自分の一步先をゆく人と受け止めることができる。日々の診療を通して患者さんから学ぶことがとても多く、改めて勉強を始めた。10年間は、土曜・日曜、場合によっては平日を休診にして勉強してきた。すべては目の前の患者さんから動機づけられた。



### ■ 経緯

- ・サポート医になって、後に会の代表となる先生と一緒に多職種連携の会を立ち上げたが、地域の医師の方々には多職種で連携するということに关心を持ってもらえず、まったく参加してもらえなかった。



医師だけの「認知症臨床の会」を医師会の分科会として立ち上げた。

毎年2回、13年間続けており、自分以外のサポート医2名も参加している。

- ・多職種連携の会で、看護師、OT、PT、介護士たちと顔の見える関係ができたことにより、患者さんに関する情報のやりとりがしやすくなつて大変有難いと思っている。入院設備のある病院のケースワーカーも参加していて、自院の患者さんの入退院もスムースにできるようになった。
- また、一般市民向けと介護専門職向けにそれぞれ毎月勉強会を主催している。

- ・2010年に「女性医療者の会」を立ち上げ、毎月勉強会を開催している。  
医師、看護師、薬剤師、OT、PTが参加し、有意義な勉強会となっている。

- ・地域住民への勉強会は包括支援センターやNPOからの依頼で実施している。
- ・自院の患者さんのためにケアマネジャーを必ずつけて、積極的に連絡を取り合っている。
- ・認知症初期集中支援チームのメンバーにはなっていないが、長い間受診していなかった自院の患者さんの事例について、チームから要請があった際にはうまく解決することができた。
- ・かかりつけ医との診診連携もできている。



### ワンポイント

地域の多職種を巻き込むことは重要。医師は多職種連携に関心を持つ人を増やしていくための工夫が必要。

#### ■ サポート医研修について

認知症の病気に関する知識はあるので、むしろ事例検討やグループワークを取り入れてはどうか。より理解が深まると思う。

#### ■ サポート医制度について

「研修制度」を取り入れてはどうか。

例えば、受け入れる側の病院や先生方の負担になるだろうが、国立長寿医療研究センター等で、毎期何人かを受け入れて実地研修をしてはどうか。

実際の診察を見るのは大変勉強になるし、研修も面白いものになると思う。

志のある医師はご自身で勉強されていると思うが、基本的に医師は勉強して、スキルを上げたいという気持ちを持っているはずだから刺激されると思う。

知的満足感が得られるため、企画する勉強会等にも熱心に参加してもらっていると思っている。

勉強したことは自分のものになるので有難いと思っている。

臨床医として地域の方の健康をそれなりに担っているという意識を持ち、目の前の患者さんの何か役に立ちたいと思い、患者さんの人生に寄り添えば、認知症になるのも当然の変化なのだと受け止めることができる。

自分が認知症になった時に、こうして欲しいと思うケアができたらいいと思って取り組んでいる。





### ■ サポート医になったきっかけ

認知症初期集中支援チームがすべての市町村で実施されることになり、地域のサポート医の先生から勧められて 2017 年に受講。



### ■ 背景

2006 年地元で開業。現在は二次救急指定病院の他、24 時間対応の在宅医療、訪問看護、訪問介護、高齢者住宅事業を展開している。

開業時から在宅医療に取り組んでおり、特に認知症の人が地域で孤立せずに長く在宅で暮らせるように支援する仕組み作りに取り組んできた。

### ■ 経緯

- ・高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らし続けられるようにという地域包括システムの構築のためには、「慢性的な疾患を抱えていても、急病時でも、安心して任せられる身近な医療機関」が必要となる。



- ・全床を地域包括病床へ移行（病院移転時）
- ・24 時間 365 日切れ目のないサポート体制の構築
  - ➡ 2013 年コールセンターを中心とした連絡体制やクラウドを利用した情報共有システムを導入しサポートを開始した。これによりシームレスな情報共有と多職種との連携が可能になった。
- ・患者さんにとってさらなる利便性を考える
  - ➡ 一時的に在宅介護や在宅療養が困難になった際には期間を設けて入院できる仕組み（レスパイト入院）を導入
  - ➡ 通院が困難な場合はレントゲンの在宅撮影を行う等
- ・かかりつけ医、看護師、ケアマネジャー、ヘルパーなど多職種との連携を進め、在宅医療・療養を支えるネットワークの構築
  - ➡ 在宅医療を行う中で自施設内・外の多職種と連携
  - ➡ 地域の多職種連携の会に参画するとともに、会が企画する市民向け講座や介護専門職向けの研究会の講師を務めている。
- ・2018 年から認知症初期集中支援チームに参加している。

- ・在宅医療での看取り

- 在宅で亡くなる場合の主な死因は認知症によるものと癌によるもので、毎年約200名の方を看取っている。最期をどう過ごし、どう看取りたいかを決めるのはご本人とご家族であり、支援者はその意思を尊重し、支える立場であるため、医師会及び行政と協働し「ACP(人生会議)」\*の事業にも取り組んでいる。
- 想いをつなぐ冊子を作成し、希望する方へ無料で提供

\* 人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取り組み「Advance Care Planning:ACP」の愛称を「人生会議」と決定した。(厚生労働省 2019.11.30)

	認知症の場合の死	癌の場合の死
経過	良くなったり悪くなったり	日々悪化
終末時	長期（3年程度）	短期
介護負担	多い	比較的少ない
看取りの場所	介護施設・老人ホーム等	自宅や緩和ケア病棟



### ワンポイント

「終活」の言葉とともに「エンディングノート」も浸透しているが、法的な効力もなく、遺書のように最後のメッセージでもない。自身の人生の記録であり、大切な人への言葉や後に家族が困らないように終末期医療や葬儀の希望を記載する。自身も家族も病状や環境によって気持ちが変わることがある。その時は何度も書き直せばよい。



## ■ 連携

- ・他のサポート医とは多職種連携の会での活動や患者さんの相互の紹介等で積極的に連携している。
- ・介護専門職とは、自施設の認知症カフェや認知症初期集中支援チームで連携している。また、専門職向けに勉強会も実施している。
- ・認知症疾患医療センターとは、患者さんの鑑別診断や精査、困難事例の患者さんの入院依頼等を行っている。
- ・地区医師会の執行部として活動している。
- ・行政とは、多職種連携の会や認知症専門部会のメンバーとして連携している。
- ・警察、消防、救急隊とも医師会執行部ということもあり連携している。



## ■ サポート医制度について

サポート医として認知症初期集中支援チーム等の活動に関わっているが、自分だけではなく、地域の他のサポート医の場合も、忙しい医師ほど積極的に多くの役割を引き受ける傾向がある。比較的余裕のあるサポート医の活用を図って欲しいと思っている。

例えば認知症初期集中支援チームのように、サポート医が参加することを必須にした制度の見直しや、サポート医を絡めた診療報酬の認知症に関する項目を増やすなどを検討してはどうか。

また、かかりつけ医との連携もますます重要になってくるため、かかりつけ医の専門・専門外にかかわらず、かかりつけ医の役割をクリアに示しつつ研修等で認知症に関するレベルアップを図る必要があると思う。



### ■サポート医になったきっかけ

地域での認知症初期集中支援チームの立ち上げにあたり、行政から要請を受けて研修を受講。専門ではないが、院内にサポートしてくれる専門医がいたので引き受けた。



### ■背景

地域ケア会議には5年前から自主的に参加している。最初はケアマネジャーを中心の会議だったが、問題症例を共有することができた。

5年経った今では、発展して、三師会、行政、訪看看護ステーション代表、ケアマネジャー代表、管理栄養士、歯科衛生士、薬剤師等の多職種が参加している。そこでは症例検討のみではなく、「地域の課題」を出し合っている。

「地域の課題」の中には必ず認知症の問題が出てくるので、サポート医としての意見を求められる。

そして、この場で出された「地域の課題」については問題点を出して終わりではなく、医療連携協議会にも参加し、「地域の課題」が適切に行政に反映されているかどうかを検討する機能を持たせ、“課題”のままで終わらせないようにしている。

非専門医の立場でこのような活動ができているのは、院内で専門医のバックアップがあって初めてできることだと感じている。

診断、治療、方針決定は専門の医師がフォローしてくれるので、自分はそれ以外の身体的問題、社会的な問題、安全確保などのサポートをし、患者さんを地域に戻れるよう支援ができていると思う。



#### ワンポイント

地元に足りないものを気づかせるのは、地域ケア会議での情報。

多職種の声に耳を傾けることが大切だと思う。

### ■サポート医の活動について

サポート医としての活動は、まずはこんな症例がありますと持ってきてもらうところから始まるのではないだろうか。そのルートは2つあり、1つは認知症初期集中支援チームに参加することだと思う。

認知症に関しては専門ではなかったが、勉強して、患者さんにとって必要なサービスを探すことができた。もう1つのルートは、地域ケア会議に参加することだと思う。

大前提として看板を掲げているわけでもない場合には相談を持ち込まれることもなく、だからといって自分の方からはなかなかいけないのが実情だと思う。

人は望まれると知恵を絞ってみたくなるのではないか。

診断は神経内科の専門の医師に頼り、社会的なサービスは包括支援センターや認知症初期集中支援チーム員と一緒に考えようと思っている。

地域包括ケアシステムを地域で実働させていくためには様々な障壁があり、これまで家族のつながりや倫理観で保たれていたものが、難しくなってきているのも事実。住まいの問題、貧困の問題等々、医療機関一つでは立ち向かえないと思うこともあるが、初めから完璧を目指せるわけではないので、少しづつできることから始めようと思っている。

地区の医師会で、医療機関巡回バスを市から1/3の補助金をもらって走らせてはいるが、まだ住民の足の問題も残っている。

近々、住民の生活支援・介助等ヘルパーがフォローできない部分を支援する仕組みを作りたいと考えている。



## ■サポート医制度について

今の仕組みでは、医師への負担感が大きいと思う。特に開業医の場合は、診療時間以外に会議への出席やチームへの参加は物理的な負担もある。

また、認知症は生活全体を診ることになるが、このことに対してのハードルがあるため、その部分を評価するような仕組みを考えて欲しい。

例えば、診療報酬全体の診療部分は抑えて、生活を診る部分へその分をシフトするなど。

この地域にもあまり目立たないが、長年地元に貢献して地元をきちんと守っている先生もいるので、医師会や行政にも是非とも取り組んでもらいたいと思う。

また、認知症初期集中支援チームは自治体ベースのはずだが、自治体が積極的でない場合は、オブザーバーである病院にかなり依存している現状があり、サポート医の負担もさらに大きくなっているように思う。



### ■ サポート医になったきっかけ

2010年頃、医師会の先生からの勧められて受講した。



### ■ 背景

サポート医になってからしばらくは活動していなかったが、国立長寿医療研究センターの先生から指導してもらう機会があり、それから積極的に活動するようになった。認知症初期集中支援チームの立ち上げに伴う活動が中心だったが、2018年に全国展開される前段階からチーム員として活動を始めた。

### ■ 経緯

サポート医になる前の2000年に「在宅ケアを考える会」を立ち上げ、多職種による地域連携を始めた。

これはすでに同じような会を立ち上げていた医師会の先生からの勧めがあって始めたものだが、この会をベースに認知症関係の多職種連携もスタートした。

最初に専門職をリクルートすることから始めた。

時間要したのは行政を動かすことだったが、これがとても難しかった。

スタート時には、行政のトップになかなか理解してもらえなかつたが、その後トップが交代し、それからは大変協力的で活動しやすくなつた。現在も協力的でよい関係が築けていると思う。

### ■ 連携

この地域では、行政の担当者や専門職は異動により交代したが、方針が変わる等の問題はなく、仕事柄のためか理解があり、大変協力的で助かっている。

また、地域の「NPO法人」からも協力を得られている。

- ・ 専門職との関係では、当初は認知症の疾患に対する考え方、つまり、専門職は診断することが重要だとする傾向があり、診断をつけてから治療するものという考え方を変えるのに苦労したことがある。まず治る認知症かどうかを診て、ある程度目途がついたら介護の仕事ということがなかなか理解してもらえなかつたため、地域ケア会議等でも取り上げて、ようやく理解してもらえるようになった。

- かかりつけ医との連携

所属している医師会では、認知症についての「臨床懇話会」で勉強会を行っており、参加者も多い。

かかりつけ医からの相談も頻繁にあるので、面倒がらずに答えてあげるようにしている。患者さんはできるだけ囮い込まないようにしている。

### ■ 連携をスムースに行うためには

医師会活動をしていれば、どこでもスムースにかかわっていけると思う。

医師会に顔を出して、積極的に活動に参加し、医介連携の会、特に地域ケア会議の個別会議に出ると地域包括診療加算の要件にもなる。

専門職との連携では、ケアマネジャーとうまく連携できるようになったが、リハビリのスタッフとは若干考え方方が違うと感じることがある。それは、リハビリのスタッフは心と心のふれあいを重視し、生活支援を優先してしまう傾向があるという点である。認知症の人にできることもあるので、できるだけ自分でやってもらいうようにした方がよいと思う。



### ■ 認知症初期集中支援チームでの活動

軽度認知症の人の事例のほうが大変で、なかなか終了にならず、継続になることが多い。診療時間外に時間がとられてしまうことは仕方がないが、新しいチーム員の教育には苦労することもある。



### ■ サポート医研修について

一つのカテゴリーとして扱うのは難しいが、サポート医としてのレベルを維持するのは難しいので、サポート医フォローアップ研修の回数を増やした方がよいと思う。診断も10年前とは違ってきてるので、新しい内容にして、回数も増やして欲しいと思う。最近の研修はよい内容だと思っている。

せっかくサポート医になったのだから、相談があつたらすぐに答えられるように、ブラッシュアップを面倒がらずに続けていきたい。



### ■ サポート医になったきっかけ

認知症初期集中支援チームの立ち上げに伴うものだったが、2018年に全国展開される前のいわゆる国のモデル事業としてではなく、早めに始めたいと考え、2016年から試験的に地域で認知症初期集中支援チームを立ち上げた。行政にも働きかけ、サポート医1名、包括支援センター保健師、社会福祉士でスタートした。



### ■ 背景

人口5万人、行政、地域の先生方とも交流があり、認知症疾患医療センター、精神科の病院、急性期の病院がそれぞれ5km圏内にあり、また、棲み分けもできていて、うまく連携が取れている地域だと思っている。

当初2年間は地域にサポート医が1名だったが、今後のことや時間的な負担等を考えて、地域の先生方にサポート医になってもらえないかと声をかけたところ、毎年1名ずつ増えて現在は4名になった。

関係する会議には交代で参加し、昨年からは3ヶ月毎の輪番制で行っている。



#### 包括支援センター担当者から

当初2年間は予算も十分なものではなく、最初にサポート医になっていただいた先生にはボランティアに近い形でお願いし、また、認知症関係以外の活動にも協力していただいている。

後にサポート医になられた先生方もそのことを知っていたこともあり、認知症初期集中支援チーム、地域包括ケア推進会議、作業部会等へ積極的に参画し、体制の拡充・強化につながっているのではないだろうか。



#### ワンポイント

日常の診療以外に、地域での活動を継続するには負担が少くないため、サポート医のメンバーが増えることにより輪番制等で負担を分散することができます。加えて、同志の存在は大きいと思われる。

## ■ 地域での会議：2018 年度実績

- ・認知症初期集中支援チーム員会議（12回）  
4名のサポート医が3ヶ月交代で参加
- ・地域包括ケア推進会議（1回）  
4名のサポート医のうち3名が参加
- ・認知症初期集中支援チームスクリーニング会議（1回）臨時会議  
4名のサポート医のうち1名が参加
- ・認知症施策部会及び認知症初期集中支援チーム検討委員会（2回）  
4名のサポート医のうち2名が参加
- ・報酬：26,000円／回（行政から）

## ■ 連携

- ・かかりつけ医、介護専門職等すべてと連携がとれていると言える。  
認知症の人はすべて認知症疾患医療センターで診断してもらい、それぞれの先生のところへ戻してもらう流れができている。
- ・認知症疾患医療センターの先生方とも気楽に話ができる関係にある。
- ・地域住民に対しての啓発活動は行政主導で講演会等を実施している。  
講師は認知症疾患医療センターの先生に依頼している。
- ・医療圏で共通の電子手帳も導入しており、有効である。（システム：IIJ）



包括支援センター担当者から



この地域には認知症サポーターさんたちの自主的なグループがある。  
7・8人のグループだが、地域のイベントや認知症養成講座の寸劇も毎回担当するなど大変協力的。また、レビュー小体型認知症の人のバーチャル体験をしてはどうかなどの提案をするなど大変熱心なグループである。

## ■ サポート医の活動について

この地域でも、当初はサポート医として一人で活動していたが、他の先生に声をかけたところ、協力してくれる先生が集まってくれた。

地域のリーダー的な先生から、地域には問題意識があり、やる気のある先生方が必ずいると思うので、そういう先生に声をかけて活かしてもらいたい。

そして行政とも上手く話し合える体制を整えていければいいと思う。

但し、行政は異動等で担当者が変わると方針がガラッと変わってしまうことがあるので、行政の方向転換を上手にコントロールしていくかないと継続が難しいこともある。



### ワンポイント

行政の担当者が変わっても地域での活動が継続できるように、相互に話し合うことも重要だが、運営はサポート医の先生方に主導していただきたい。

## ■ サポート医及びサポート医研修について

サポート医は非常に大事なポジションだと思っている。

制度としてはよいと思うので、負担のない形で充実していってもらいたいと思う。

研修には大変親しみを持って参加している。持っている知識が古くなるので、最新の知識を盛り込んだ内容のレクチャーはこれからも続けて欲しい。

患者さんが来て、困っている人がいて、何が足りないのかがわかり、講習会を受けて、勉強して、フィードバックして、いろいろな先生方に相談して、というよう今までやってきた。

専門性にとらわれずにやることができた大変恵まれた地域だと思っている。



### ■ サポート医になったきっかけ

2005年所属していた医師会からの勧めで受講した。

### ■ 背景

1992年 もの忘れ外来を整備

2008年 地区医師会の「認知症ケアシステム」に参加

これを受けた身体合併症や周辺症状で入院する認知症患者への対応力向上のため病棟で研修を定期的に開催

2012年 高度のBPSDを受け入れてくれる精神病院2病院と契約

2012年 認知症疾患医療センター設立・運営

同時に院内で認知症を多職種でサポートする「認知症サポートチーム(DST)」の立ち上げ

2014年から愛知県における「病院の認知症対応力向上事業」で、認知症対応病院の実地指導を中心になって行っている。2018年度末時点で48病院(100床以上病院の30%)が修了している。

### 病院の認知症対応力向上事業とは

「一般病院職員の認知症への理解や対応力の不足から、身体疾患の合併などにより手術や処置などが必要な場合でも認知症の人の入院を拒否するなどの問題が生じている。またBPSDに対応できずに精神病院へ転院するケースが見られる」(2012年オレンジプランから)ことから、一般病院勤務の医療従事者向けの認知症にかかる研修「認知症対応力向上研修」が全国で開始された(2013年オレンジプランから)。



2014年 愛知県医師会では集合研修を開催していたが、さらに愛知県内の病院に対し「認知症対応病院実地指導」を開始した。

1. 「認知症対応力向上研修」を院内で開催し、より多くの病院スタッフが基本的な知識を得られるようにする。
2. 病院独自の「認知症院内対応マニュアル」を作成し、病院全体で統一した対応ができるようにする。
3. 多職種による「認知症サポートチーム」を設置

これらを満たした病院は「病院の認知症対応力向上事業実施病院」となる。  
(愛知県知事から実施済証交付)



## ■ 院内での活動

1. 医療従事者の認知症対応力向上研修
2. 認知症対応病院実地指導

実地指導の一環として、一般病院の認知症サポートチーム設置等に際し、体制作りのため、先方にに向くまたは当院へ受け入れて指導。

### <指導内容>

- ・ 医師、看護師、医療SW等多職種による「認知症サポートチーム」の設置
- ・ 認知症問題行動の院内対応マニュアルの作成
- ・ 認知症患者への適切な対応（せん妄症状への対応や環境整備等）
- ・ 退院に向けて在宅医療の担い手である関係機関との連携
- ・ 事例検討会の開催方法指導、院内対応マニュアルの見直しの指導
- ・ 認知症ケアチームラウンドの実習



### 活動のポイント

認知症疾患医療センターになる4年前の2008年から、身体合併症や周辺症状で入院する認知症患者への対応力向上のため、病棟において看護師への認知症に関する研修を定期的に行ってのこと。

### \* 院内認知症サポートチーム（DST）

急性期病院に入院する認知症のある患者への対応は、情報収集や環境整備、個々に合わせた看護ケアが重要となる。

認知症があっても、身体合併症の疾患による治療を行い、入院によって認知症を悪化させないことが必要なため、病棟看護師を中心とした認知症への対応能力を向上することが必須となる。各病棟に DST メンバーの看護師を配置し、認知症ケアを実施している。

BPSD の出現や ADL の低下、家族問題、退院後の在宅生活や施設入所の対応など困難なこともあるが、多職種の専門分野を生かし、治療や看護ケアと共に考え入院生活を穏やかに送れるように支援し、また、地域と連携を図り退院後の生活を整え、早期退院を目指している。

DSTにおいて主体は看護師であるべきで、その他の職種はサポート役となる。

看護師	<ul style="list-style-type: none"><li>病棟からの介入依頼の受け付けとチーム内の調整</li><li>病棟看護師への認知症ケア指導</li><li>フリーで動ける病棟へのレスキュー機能</li></ul>
MSW	<ul style="list-style-type: none"><li>家庭環境・経済基盤などの情報収集</li><li>入院時から始める退院支援（社会資源の活用など退院後の生活設計支援）</li><li>地域連携（ケアマネ・地域包括・在宅介護支援センター・病院・施設など外部機関）</li></ul>
医 師	<ul style="list-style-type: none"><li>認知症やせん妄の診断、医学的な原因検索、せん妄やBPSDへの薬物療法</li><li>本人や家族への情報提供や意思決定支援、院内の DST 体制の確立（病院上層との交渉）</li></ul>
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"><li>精神神経系に作用する薬剤に関する情報提供や助言<ul style="list-style-type: none"><li>せん妄の原因となる薬剤、高齢者に使用する場合注意すべき薬剤</li><li>せん妄やBPSDの治療に使用される薬剤、薬剤相互作用など</li></ul></li><li>認知症ならではの在宅服薬管理指導、NSTのメンバーを兼ねて栄養面での助言もする</li></ul>
リハ科	<ul style="list-style-type: none"><li>認知機能や身体機能低下の維持（入院中の廃用障害を防ぐ）</li><li>嚥下機能の評価、転倒への対策助言、退院後の生活上の工夫（住宅改修など）家族指導</li></ul>

### ■ DST の主な活動内容

市指定の認知症疾患医療センターとして地域との連携を大切に、積極的に相談に対応する。

DST のメンバー会議を開催し、認知症のある患者への対応困難事例を検討し、認知症ケアの知識を共有している。

## ■ 連携

- ・地域においては、他の認知症疾患医療センター、認知症相談支援センター、県・市・区の各医師会、行政、家族会等広く連携
- ・サポート医、かかりつけ医と連携
- ・地域での認知症研究会開催
- ・認知症疾患医療連携協議会開催
- ・行政等の見学会受け入れ
- ・認知症初期集中支援チームに参加
- ・地域の病診連携の会開催



### 活動のポイント

院内外ともに、活動のベースには認知症疾患医療センターの存在と医師会の協力があり、そして他の認知症疾患医療センターや行政等との連携も実現できる環境があった。

## ■ サポート医制度について

サポート医が地域で活動をするには、個々に動くのは難しいため、医師会あるいは行政がバックアップして動けるようにした方がよいのではないか。

これから活動するサポート医に対しては、医師会がバックアップし、権限（お墨付き）のようなものがあれば、活動しやすくなると思う。

また、核になるサポート医間の連携も必要であり、その上に立つ人か、組織がまとめる必要があると思う。



### ■ サポート医になったきっかけ

院内の認知症サポートチーム（DST）立ち上げのためにサポート医になった。



### ■ 背景

地域の中核病院での仕事が主である。

認知症ケア加算をとる関係で、2014年認知症サポートチーム（DST）を立ち上げた。当初は、神経内科の医師が関わっていたが、現在は専門ではないが自分が関わっている。地域の人の受け入れはしているが、こちらから外へ出て行って地域の人と関わることはまだできていない。

急性期の中核病院のため、認知症の治療というよりは身体疾患の治療のために入院した場合に、認知機能の低下が影響を及ぼす、あるいは及ぼす可能性があるときにチームで介入している。

医師である自分は、認知症初期集中支援チーム員ではないが、DSTのチーム員の一人の認定看護師が認知症初期集中支援チームに参加しているため、認知症初期集中支援チームと相互に情報共有ができている。

### ■ 地域での活動

- ・アルツハイマーデーに院内で啓蒙活動の一環として認知症カフェを開催
- ・地域での活動は DST のチーム員が中心に企画・運営
- ・病診連携
- ・地域ケア会議への参加

### ■ サポート医の活動について

地域で誰がサポート医なのかよく知らないが、認知症の人が退院して、直接在宅のチームにつなげる場合は、かかりつけ医にサポート医の先生がいれば心強く、また、このタイミングが関わるチャンスとして一番多いと思う。

この事業の中で、修了者名簿に掲載の諾否を聞くよりは、地域の中核病院にチームがあれば、そこに登録するなどして積極的にかかわるような仕組みができるといいのではないだろうか。その場合、直接医師の方々とやり取りするより、医師会を経由した方がスムースに行えると思う。

地域でも包括ケアが始まりつつある中、介護、在宅医療について定期的に会議や症例検討会を行っており、認知症の問題だけを取り上げているわけではないが、認知機能の問題は関わってくるため、そういう場でサポート医の先生方に積極的に発言していただきたいと思う。

## ■ 院内の連携での問題

認知症の人や認知症に伴うせん妄の人が急性期の疾患で入院された際の対応が病院では問題になることが多い。

主治医はせん妄や認知症の看護・治療に関心があるものの、主に病棟のスタッフが直接関わっているため、DSTへの介入依頼が多い。

主治医と病棟スタッフ間では、認知症やせん妄に対して温度差があり、特に夜間のせん妄には看護師が対応するため、主治医はあまり切実感がないように思う。せん妄の原因が主たる疾患の状態や治療によるものだとすると、疾患の治療に介入せざるを得なくなるが、治療方針へ関わることはなかなか難しい面もある。

サポート医として助言をして、助言通りにやったがうまくいかなかったときは誰がその責任をとるのか。また、一人の医者としてではなく、チームで関わることになるため、その場合の責任の所在がはっきりしないことがある。



### ワンポイント

DSTと主治医との関係は、それぞれ病院内における体制や関係性によつても異なるため難しい問題であり、検討を要すると思われる。



## ■ サポート医制度について

今後ますます高齢者や認知機能が衰えた方が増えていく中で、開業医が認知症に関する知識を一般的な知識として持つてもらうことが必要だと思う。

在宅医療を推進していくには、高齢者医療、認知症医療は、在宅診療を含めた地域での診療の中の基礎的な必須の知識になるため、医師会を中心になって開業医の研修や生涯教育等の対象を増やすなどして、一般的な知識のボトムアップを進めて欲しい。また、認知機能の低下が見られる患者さんが増えていく中で、中核の基幹病院と患者さん、在宅の先生方との間で、認知症の人のケアに対する認識を共通にしておくことが大切だと思う。

サポート医は、行政、医師会、中核病院等が主体になっている地域においても、「地域包括ケアシステム」に見識のある先生として関わっていただきたいと思う。



### ■ サポート医になったきっかけ

2005年頃、サポート医制度を知り、何か役に立つのではないかと思って受講した。



### ■ 背景

残念ながら認知症の人を診る上では、サポート医になったからといって特に役に立っているとは思っていない。

神経内科を専門に研究及び診療を行ってきたため、地元で開業してからもサポート医であることのアドバンテージを感じていない。

認知症の人を診る上で3つの軸がある。

1. 記憶障害 2. 日常生活能力 3. 精神上の問題

この軸でどれが一番問題なのかで対応が変わってくる。

認知症の家族が何を知りたいか、どうしたらよいかということに対応するためには、医療そのものよりケアマネジャーや看護師が対応できればなんとかなることが多い。例えば、ケアマネジャー、看護師向けに「ABC認知症スケール」がある。また、ケア体験を蓄積し情報共有された大阪大学の神経心理研究室が運営する「認知症ちえのわnet」も有用だと思っている。



URL: <https://chienowa-net.com/>

施設の介護士たちにもこのサイトを紹介しているが、今後もケアマネジャー、看護師向けに、これらをもとに実践的な手法を紹介・共有する勉強会を企画している。この地域のケアマネジャー、看護師は大変熱心に取り組んでいるが、さらにステップアップして欲しいと思っている。



包括支援センター担当者から

“医療と介護の連携”の勉強会を毎年開催している。

グループワークもあり、大変有意義な勉強会だと思っている。

企画はサポート医と包括支援センターの担当者が相談して行っている。

## ■ 連携

- ・サポート医と包括支援センターとで地域の住民向けに認知症講演会を企画し、年2回開催している。
- ・サポート医とかかりつけ医との勉強会を開催（不定期）
- ・困難事例の場合にお願いできる地域の入院設備のある精神病院と連携
- ・認知症疾患医療センターと連携



包括支援センター担当者から

サポート医の先生とはとてもよい関係ができていると思っている。先生から「医療ができるのは介護職のフォローがあるから。支えられている。やりたいことができるのは介護職のおかげ。」との思いを伝えてもらい、介護職の個々の力量もわかって指導を続けてくれているので感謝している。

## ■ 認知症初期集中支援チーム

認知症サポート医としてチーム員ではあるが、1～2回しか会議に参加したことがない。活動ができていないと思う。



包括支援センター担当者から

認知症初期集中支援チームが設置される以前から、包括支援センターに入った相談事例に対しては、サポート医に随時相談にのってもらい、アドバイスをいただいて対応しており、地域の中ではその機能を果たせていると思っている。チーム員会議の日程が行政主導で決められており、サポート医の診療時間内に設定されているため、サポート医が参加できていない。行政へ申し出ているがまだ改善されていない。



### ワンポイント

行政との連携は必要。行政との話し合いの場を持ち、関係を築いて欲しい。また、認知症初期集中支援チームの目的やあり方を理解してもらつて欲しい。

## ■ サポート医研修についての意見

認知症になるとこういうことが起きますよ、ではどうしたらよいのか、こういう薬が使えますよ、という研修ではなく、こういう症状が出たときにこういうアドバイスをしましょう、という実践的な内容にしたらよいと思う。  
混乱している家族がだんだん対応できるようになってくれれば、家族のストレスも軽減されることになる。

認知症の診断は難しい。

専門医でも難しい事例があるので、中途半端な知識で診るのはかえって危険なこともある。脳機能の評価をしっかり行わないと、施設に入ってもケアの内容が変わってくることになる。



### ワンポイント

認知症の人と家族にとって介護力が重要である。

専門職の介護力を上げることやモチベーションアップにつなげられているのは、サポート医と専門職のよい関係・信頼関係ができているためと思われる。



## 【参考資料】

- 1) 平成28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  
循環型による認知症の医療・介護等の提供にあり方に関する調査研究  
事業報告書 [ 2017 年 3 月 富士通総研 ]

[https://www.fujitsu.com/jp/Images/2016junkangata\\_report\\_all.pdf](https://www.fujitsu.com/jp/Images/2016junkangata_report_all.pdf)

- 2) 平成30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  
認知症サポート医研修のあり方に関する調査研究事業報告書  
[ 2019 年 3 月 国立長寿医療研究センター ]

<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H30rouken-4houkoku.pdf>

- 3) 認知症サポート医活動実態調査に関するアンケート報告書  
[ 2019 年 3 月 愛知県医師会 ]

