

## 地域における連携システム等の実践報告

## 目 次

11-1	愛知県名古屋市
11-2	東京都板橋区
11-3	東京都八王子市
11-4	広島県
11-5	東京都

(資料 11-1)

## 名古屋市医師会認知症ケアシステム 「なごや認知症安心安全プロジェクト」

名古屋市医師会では年々増加する認知症患者さんに対応するため、数少ない専門医だけではなく実際に相談を受けることの多いかかりつけ医において認知症患者さんを治療管理する認知症ケアシステムを構築しました。これは「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いただける医師を物忘れ相談医(登録かかりつけ医)とし、そのリストを行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・一般市民に公開するとともに認知症チェックリスト(20項目)を配布しました。チェックリストで3項目以上あてはまる人に物忘れ相談医への受診を促すことをねらったものであります。物忘れ相談医は、受診した患者さんに MMSE の検査を行い、その結果により認知症予防のため地域包括支援センターへ紹介するか、認知症として治療するかを選択します。認知症として治療する場合は確定診断のため認知症診断専門医療機関(MRIとSPECT検査が可能であることを登録条件とするリストを物忘れ相談医へ配布してある)へ紹介し、確定診断の後 自院で治療を開始します。認知症の経過中には精神症状が増悪し自宅療養ができなくなることもあるため、認知症専用病棟を持つ入院協力病院リストを、骨折・肺炎等の身体疾患にて入院治療が必要な時のために一般入院協力病院リストを用意し、登録医に配布することによりかかりつけ医をバックアップしています。(システム保全のため、各リストは登録かかりつけ医のみに配布)

また認知症の経過中には介護保険・福祉制度等の利用が必要となるため、地区医師会が主体となり地域での資源や情報を共有し有効利用する(医療機関をはじめ家族会・行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・地域住民等が参加する)認知症地域連携を構築し、認知症患者さんの地元での生活を援助しています。(千種区ではすでに認知症地域連携が稼働しており、啓発活動としての認知症市民講座、専門職講演会、市民シンポジウムや認知症相談会などを行っています)これにより早期発見、早期治療から終末期の看取りまでを切れ目なく行うことが可能になると考えられます。

(名古屋市医師会 認知症サポート医 黒川 豊)



(資料 11-2)

## 東京都板橋区における認知症対策への取り組みと「かかりつけ医認知症対応力向上研修」

### I はじめに

全国の中でも東京都は、今後急速な高齢化を迎えようとしており、認知症高齢者対策は緊急の課題である。平成 16 年から板橋区医師会は自発的に認知症対策に取り組み、板橋区医師会が主体となって独自の研修会を行い、医師会認定の「もの忘れ相談医」を養成した。

さらに板橋区行政と協力し、平成 18 年度の介護保険制度改正から、板橋区独自の「もの忘れ相談事業」が地域包括支援センターで行われるようになった。板橋区医師会の「もの忘れ相談医」がこれに参画して区民への啓発・認知症の早期発見に寄与するとともに、地域の認知症対策に貢献している。

### II 板橋区認知症を考える会の設置と板橋区医師会の活動

板橋区は東京都 23 区の一つで、平成 18 年の人口約 53 万人、65 歳以上の高齢化率は約 19%である。板橋区医師会では平成 15 年より介護保険制度の改正をにらみ、「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～(高齢者介護研究会報告書)」などを参考に、これからの認知症対策のあり方を検討した。その後、東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所の関係者らと平成 16 年1月「板橋区痴呆を考える会」(当時)を結成し、活動を開始した。現在は「板橋区認知症を考える会」として板橋区行政、地域病院らで構成される会として活動を継続している。

#### 1. もの忘れ相談医研修、「認知症かかりつけ医対応力向上研修」と情報公開

活動開始当時は介護保険制度改正前であり、認知症の早期の気づきと早期発見・早期治療に課題を集約した。医師会員に対し、認知症関係の研修会を開催し、4 回以上の研修会参加をもって、板橋区医師会の「もの忘れ相談医」と認定した。この研修会は、現在各地で行なわれつつある「かかりつけ医認知症対応力向上研修」とほぼ同レベルの内容である(表1)。平成 17 年 9 月から「板橋区医師会認定もの忘れ相談医リスト」の区内への配布を開始するとともに、医療機関における認知症の早期診断や相談活動を開始した。

板橋区医師会員は A,B 会員併せて 500 名強であるが、板橋区医師会認定の「もの忘れ相談医」は、平成 17 年 9 月に 56 名で始まり、平成 18 年度には 76 名、平成 19 年度末には約 92 名になり、医師会員の 6 人に 1 人は「もの忘れ相談医」ということになる。平成 18 年度は「もの忘れ相談医」

医療機関に 354 件の認知症に関する受診(板橋区医師会調査)があった。

板橋区医師会の「もの忘れ相談医」認定期間は1年で、少なくとも年1回の認知症関連研修会継続参加が認定更新の要件である。板橋区医師会では、現在、表1に示すとおり独自に年2回研修会を行っているが、この他に、後述する豊島区医師会の認知症研修会も、板橋区医師会との合同研修会として開催されており、いずれの研修会へ参加しても認定単位にできる。さらに平成18年度から、国の補助を受けた東京都実施主体の事業として、東京都医師会と都内全域の地区医師会で「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が開始されたことを受け、板橋区医師会でも平成19年3月と平成20年3月20日に同研修を開催した。

東京都では「かかりつけ医認知症対応力向上研修」修了者に都知事による修了証を発行するとともに、都のホームページや区市町村から各地域包括支援センターへの通知により研修修了者情報の公開も行われている。板橋区医師会は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」も、板橋区医師会の「もの忘れ相談医養成研修」の単位とすることにより、会員へのさらなる動機付け、啓発、意識向上へとつなげている。

平成20年度から制度化される医療機関情報の公開が、東京都の医療機関検索サイト「ひまわり」を利用して行われることから、各医療機関の認知症対応に関する地域社会への情報公開が一層進むことになろう。今後も国と都の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を活用しつつ認知症研修の充実、地域における包括的な認知症対応力の向上をめざしている。

表1 もの忘れ相談医養成研修会(板橋区医師会主催)

第1回	痴呆の早期診断	平成16年9月
第2回	痴呆の治療	平成16年11月
第3回	痴呆の社会的対応と人権	平成17年1月
第4回	診断演習	平成17年3月
第5回	もの忘れ相談医の役割と範囲	平成17年7月
第6回	薬物療法と介護指導	平成17年9月
第7回	認知症の診断手順と画像の役割	平成18年7月
第8回	認知症の概要とPCC	平成18年9月
第9回	事例検討・マニュアル説明会	平成19年6月
第10回	成年後見制度鑑定書の書き方	平成19年9月

## 2. 専門医療機関との連携

板橋区内にある専門医療機関に対し、認知症患者の早期確定診断に協力してくれるよう医師会から協力要請を行った。現在は、専門医診察が必要な場合は専門医療機関へ受診誘導し、安定期は「もの忘れ相談医」が通常の健康管理や認知症対応を行う連携体制が構築され、円滑に運用されている(図1)。

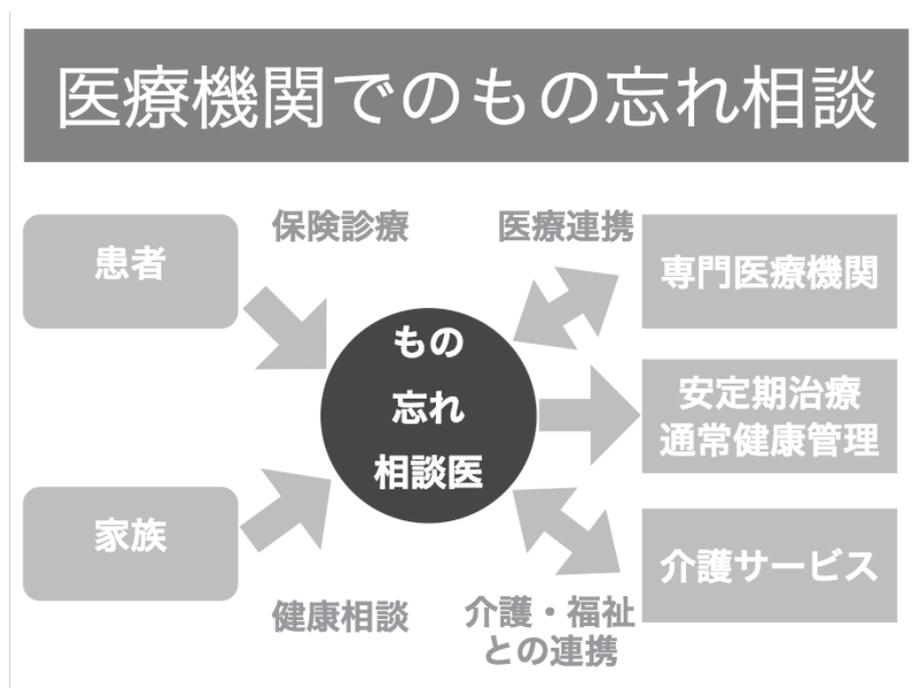


図1 医療機関における「もの忘れ相談医」の役割と医療連携

表2 認知症診療について板橋区医師会と連携体制にある専門医療機関

- (1) 東京都老人医療センター「もの忘れ外来」
- (2) 日本大学板橋病院 精神神経科、神経内科
- (3) 帝京大学病院 神経内科
- (4) 成増厚生病院
- (5) 和光病院
- (6) 東京武蔵野病院
- (7) 田崎病院「もの忘れ外来」
- (8) 飯沼病院

### 3. 区民への啓発・普及活動

区民への啓発は不可欠であり、平成 16 年 9 月の板橋区医師会主催公開講座から、区行政とも連携して区民啓発の講演会に数多く参加している。平成 17 年には介護保険制度改正を前に、NPO 法人やヘルパー団体、薬剤師会らを対象に講演会を行い認知症対策の必要性を訴えた。現在も板橋区の「もの忘れ相談事業」等による啓発活動を行なっている。

表3 板橋区医師会が関与する認知症関連の啓発活動

(1)	特別講演「痴呆の早期発見の意義と かかりつけ医の役割」	板橋区医師会公開講座	平成 16 年 9 月
(2)	講演会「認知症の医療」	板橋区主催	平成 17 年 3 月
(3)	講演会「認知症の医学的知識・予防 の可能性」	NPO 法人「板橋・ふれあい 21」 主催	平成 17 年 7 月
(4)	講演会「認知症を知る」	板橋区主催	平成 17 年 10 月
(5)	薬剤師研修会「認知症と薬剤」	板橋区薬剤師会主催	平成 18 年 2 月
(6)	「もの忘れ予防講演会」	板橋区主催	平成 18 年より 年間 5 回
(7)	「認知症の人を介護する家族支援 プログラム」	板橋区主催	平成 18 年より 年間 4 回

### 4. 行政・近隣医師会との連携

医師会から区行政に認知症対策への協力を求めた。後述する地域包括支援センターにおける「もの忘れ相談事業」と「認知症の人を介護する家族支援プログラム」には板橋区医師会が協力している。板橋区と隣接する豊島区医師会とも連携し、同会も平成 18 年度から板橋区医師会と同様の「認知症かかりつけ医」事業を開始した。両医師会は、年数回の合同委員会を持ちながら地域の認知症連携に取り組んでいる。

### III 板橋区行政との協力事業

#### 1. 地域包括支援センターの「もの忘れ相談事業」

平成 18 年度から、板橋区医師会の「もの忘れ相談医」が各地域包括支援センターに出向いて、区民からの認知症に関する相談に応じる「もの忘れ相談事業」が新たに開始された。

これは板橋区が行う健康相談事業のひとつに位置づけられ、健康相談を通じて、必要な方が早期に医療機関や介護保険を利用するようになることをねらったものである。板橋区内の各地域包括支援センターにおいて年 4 回の「もの忘れ相談」を行うとともに、集会所などにおいて区民へ年 5 回の「もの忘れ予防講演会」を行っている(図 2)。相談を利用する区民の費用負担はなく、区民の講演会への参加も費用徴収はない。

板橋区には 16 ケ所の地域包括支援センターがあるため、年間の「もの忘れ相談」は延べ 64 回にのぼる。地域包括支援センターで認知症個別健康相談を行い、医療や介護の早期利用につなげる試みは全国でも最初の試みと言われる。相談事業は平成 18 年 6 月から開始され、平成 19 年 3 月までに 129 件の利用があった。

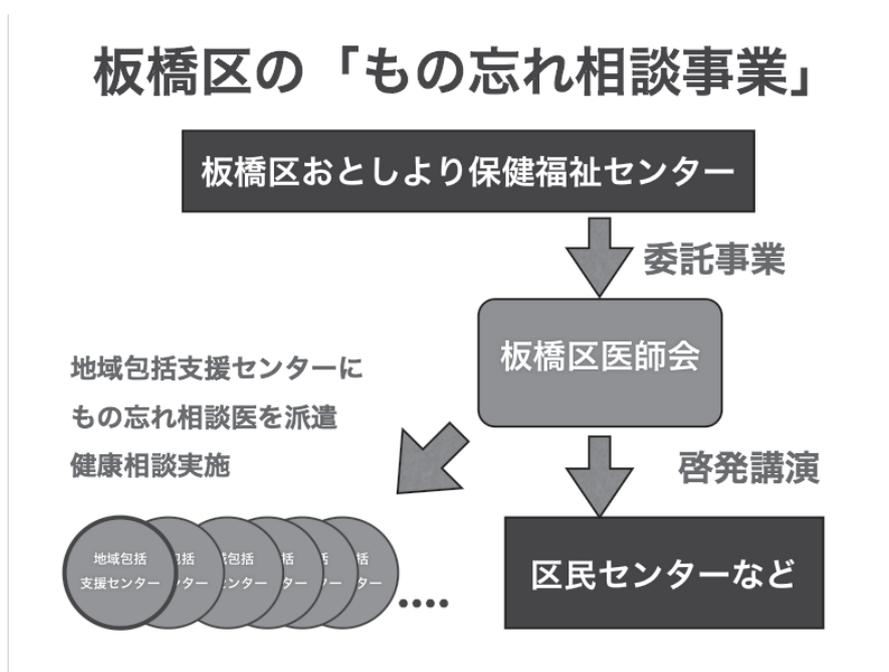


図 2 板橋区の「もの忘れ相談事業」概要

「もの忘れ相談事業」は、介護保険制度改正により設置されることになった地域包括支援センターでの新規事業として開始されたものであり、地域密着型ケアのひとつのモデルとして注目されている。前述したように平成 19 年度からは豊島区でも、同様の相談事業が行われるようになった。板橋区医師会は認知症相談事業における判定マニュアルを作成したが、豊島区医師会も板橋区のもの

同一の基準を使い、両医師会は緊密な連携を保ちつつ、地区医師会の壁を越えた「地域」としての認知症対応力向上に向けて活動している。

医師会・地域包括支援センター・行政の連携による認知症相談は、国が提唱する「地域包括ケア」の具現形のひとつと考え、板橋区医師会としては、本事業を区行政とともに支援・発展させてゆく所存である。

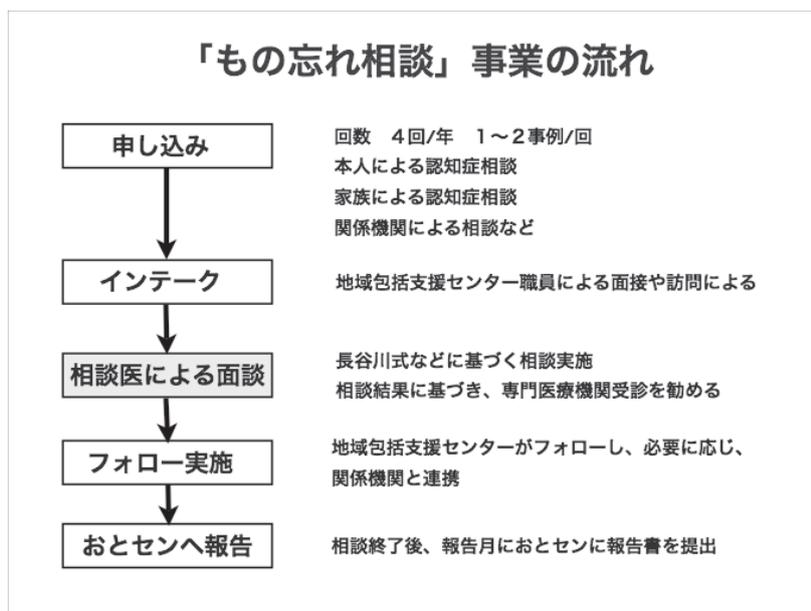


図 3 地域包括支援センターの「もの忘れ相談事業」フロー

## 2. 認知症の人を介護する家族支援プログラム

板橋区では行政機関である「おとしより保健福祉センター」において、平成 18 年度から認知症患者の家族を対象とした 5 日間コースの支援プログラムを開始した。1 日目に「認知症の理解 医療の現場から」という講義、2 日目と 3 日目はセンター方式の活用の講義と実習、4 日目は「介護保険サービスの利用と実際」についての講義、5 日目は介護ストレスの対処法に関する講義から構成されている。プログラムは全額公費負担で運営されており、30 人前後の定員で年間 4 回行っている。1 日目の「認知症の理解」をテーマとした講演は板橋区医師会の医師が講師を担当している。

## 3. 板橋区におけるその他の認知症行政サービス

板橋区では、上記の「もの忘れ相談」、「もの忘れ予防講演会」、「認知症の人を介護する家族支援プログラム」のほかにも、認知症で徘徊のある方を介護している家族のためにGPSを利用した「認知症徘徊高齢者探索サービス」、在宅で生活する認知症の方のために支援員が外出時の付添や話し相手、見守りを行う「ごいっしょサービス」、介護施設に関する情報提供なども行なっている。

## IV.おわりに

認知症対策には、医療・行政・介護・福祉・地域住民における緊密で包括的な連携とケアが必要である。「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は、医師の認知症に対する意識変化・診察技術の向上・介護保険の円滑な利用などに不可欠な研修である。しかし地域における認知症対策のあり方は様々で、それぞれの地域における認知症のニーズにあった研修を引き続き開催することが必要である。これは認知症サポート医の重要な役割でもある。

また都道府県レベル、郡市区レベルでの行政との緊密な連携を獲得・維持することがなくては、地域の「ちから」としての「認知症対応力」の向上に結びつけることは困難である。医師会を含めた関係団体らと協力して地域としての「対応力」向上に繋げることが求められる。認知症サポート医には、医師会への働きかけ等を通じた積極的な活動を期待したい。

(板橋区医師会 認知症サポート医 弓倉 整)

### 文献

- 1) 弓倉 整: 板橋区医師会の「もの忘れ相談医」活動について. 板橋区医師会通報, No.424, 8-13, 2005.
- 2) 弓倉 整: 都市型の医師会が主体となった地域連携実践について. 老年精神医学雑誌, Vol.17, 125-132, 2006.
- 3) 弓倉 整、水野重樹、依藤 壽、他: 板橋区医師会における取り組み. 治療, Vol.89, No.11, 2007.

(資料 11-3)

## 八王子市医師会における認知症への取り組み

### 一 認知症支援ネットワーク(D-net)と認知症どんとこいドクター 一

#### 1. はじめに

八王子市医師会は、従前より地域における認知症対策に積極的に取り組んできた。この対策の中核をなすのが、八王子認知症支援ネットワーク(通称:D-net)である。D-net は「質量ともに豊富に整備されている八王子市内の保健・医療・福祉サービス等が連携し、住み慣れた町で認知症者が、自分らしい生活を送り続けることをサポートするシステム」と定義されている。本事業の内容については後述するが、重要な事業の1つに認知症研修事業がある。本研修は認知症に関する正しい知識を身につけてもらうことを目的に、医師、専門職、一般市民を対象として、各々のレベルに見合った内容で実施してきた。こうした流れの中で、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業も順調な滑り出しをみせている。平成 18 年度の同研修修了者は約 35 人、平成 19 年度は約 30 人が受講中である。一方、八王子市医師会には「認知症どんとこいドクター(D.D.D)」という八王子市医師会独自の認知症専門医制度があり、この資格を取得するためには前述の研修を修了した上で、もう 1 単位を受講する必要がある。

本稿では、八王子市医師会が取り組む「D-net」と「認知症どんとこいドクター」について述べる。

#### 2. 八王子認知症支援ネットワーク:D-net

D-net は八王子市医師会が病診連携事業を進めていく中で生まれた。他の地区と同様、八王子市医師会も長年にわたって病診連携事業を推進してきたが、医療機関ガイドやマップの製作程度にとどまり、実践的なシステム構築には至らなかった。そこで、はじめに「病診連携」ありきでなく、現場で「病診連携」が必要と考える疾患にどのようなものがあるかというテーマで病院・診療所関係者を集め意見交換を行った。この会合の特徴は、院長や医師のみならず、MSW や看護師長、事務長等の同伴を条件としたことである。その結果、共通認識されたのが「認知症問題」であった。つまり現場での必要性から生まれた病診連携である。よって、その後行われた実態調査や研修会、さらには自院の情報公開などを進めるにあたっての抵抗や障害は少なく、各方面からの協力も得やすかった。表1に D-net の事業概要をあげる。

表 1 D-net の事業概要

---

1.保健・医療・福祉、施設・在宅、あるいは公的・民間の垣根を越えた支援体制の構築
2.認知症相談窓口の設置
3.認知症高齢者の相談・診断・治療・ケアに関する地域限定の情報発信 (認知症どんとこいドクターホームページ)
4.認知症に関する研修会
八王子市医師会認知症どんとこいドクター研修会(認定医制度)
看護・介護職等の専門職研修
一般市民研修
認知症高齢者の介護に携わる家族研修
5.もの忘れ検診等認知症予防・早期発見事業

---

「認知症相談窓口」「認知症どんとこいドクター研修会(認定制度)」「認知症どんとこいドクターホームページ」が中心となる3本柱であり、次項で各事業について解説する。

### 3. 認知症相談事業

表2に八王子市医師会認知症相談事業をあげる。相談窓口は八王子市医師会事務局内におかれ、専任の担当者が相談を受けている。相談内容によっては、当番医療機関や、専門医、八王子市、地域包括支援センター等につなげている。相談内容は記録に残し、相談担当者・当番医療機関連絡会議の資料とされる。相談窓口の案内はどんとこいドクターホームページや八王子市の広報誌等に掲載されている。1日の平均相談件数は3～4件で後方の当番医療機関に送られるケースは1件弱である。

表 2 八王子市医師会認知症相談事業

---

[開設時間]	月曜～金曜 10時-16時
[開設場所]	八王子市医師会事務局
[業務内容]	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師会担当者が電話、FAX、メールにて相談を受けつけ、必要に応じて当番医療機関、専門医、八王子市、地域包括支援センター等につなげる。</li> <li>・当番医療機関は市内の4病院(精神科病院3カ所、療養型医療施設 1カ所)が週替わりで担当する。</li> </ul>

---

#### 4. 認知症どんとこいドクター研修

表3に八王子市医師会認定認知症専門医「認知症どんとこいドクター研修プログラム」をあげる。本研修は認知症サポート医養成研修の基礎知識・診断・治療とケア・連携の各編をベースとして、より実践的な認知症医療や地域密着情報を研修するものである。前述のごとく本資格を取得するためには、かかりつけ医認知症対応力向上研修を全て履修した上でさらにもう1単位の受講が必要となる。研修修了者には「認知症どんとこいドクター認定証」が授与され、どんとこいドクターとしてホームページに登録される。

表3 八王子医師会認定認知症専門医 -どんとこいドクター研修プログラム-

テーマ	主な内容
1.認知症代表疾患のUPDATE	アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の病理・経過・診断、現在の治療法、今後期待される治療法、鑑別の必要な身体疾患とその特徴
2.認知症の初期症状とその対応	気づき、家族から病歴聴取のコツ、疑った場合の①診断手順②治療手順 家族への告知、アドバイス、かかりつけ医の役割、成年後見制度
3.認知症を呈する様々な疾患	前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、皮質基底核変性症の特徴 薬剤性認知症、せん妄を起こしやすい薬剤とその特徴
4.認知症の周辺症状に対する対応	BPSDの種類・治療法、BPSDがある場合の治療、療養方法、BPSDのある患者の家族へのサポート法、地域のサポートシステム、認知症の非薬物療法、認知症のリハビリテーション
5.八王子認知症支援ネットワークシステム	D-netと認知症どんとこいドクターについて

※以上の内容を認知症サポート医養成研修テキストに付加して研修実施

#### 5. 認知症どんとこいドクターホームページ

表4に認知症どんとこいドクターホームページの掲載内容をあげる。

表4 認知症どんとこいドクターホームページ

1. 認定「認知症どんとこいドクター」の検索
2. 認知症の相談・診断・治療に対応可能な医療機関の検索
3. 認知症に合併した身体疾患に対応可能な医療機関の検索
4. リアルタイムの入院・入所施設の空きベッド情報(会員専用ページ)
5. 認知症のケア・キュアに関する情報提供
6. 行政担当部署、地域包括支援センター、居宅支援事業者、介護サービス事業者等紹介
7. 家族会・自助グループ・ボランティアグループ等の紹介

このホームページで医療機関を検索する場合、トップページ(図1)から医療機関検索をクリックし、どんとこい医療機関検索画面(図2)を開く。

次に(1)認知症の相談・診断・治療・入院・入所等といった希望するサービスの種類、(2)希望する地域、(3)内科・神経内科・精神科等の診療科等を選択し検索する。検索により抽出された当該医療機関の情報は、各医療機関とも提供医療内容やサービス内容が比較できるように1頁目(図3)

は共通項目とし、決められたフォーマットの中で情報が提供されている。2頁目(図4)は、個々の医療機関の特色を写真やコメント等によって自由に書き込むことができる頁としている。また自院のホームページとのリンクも可能である。



図1 認知症どんとこいドクターホームページのトップページ

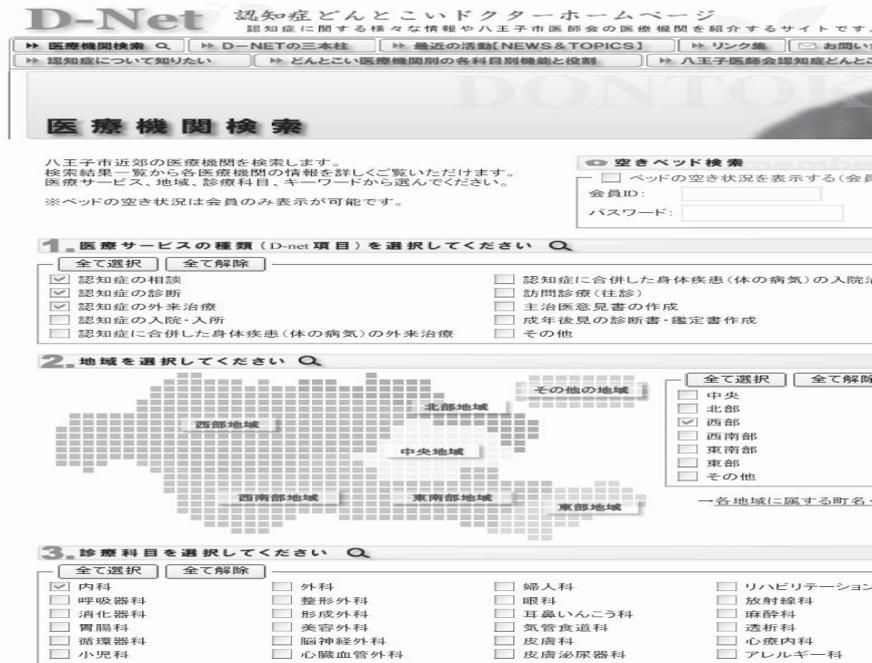


図2 医療機関検索画面

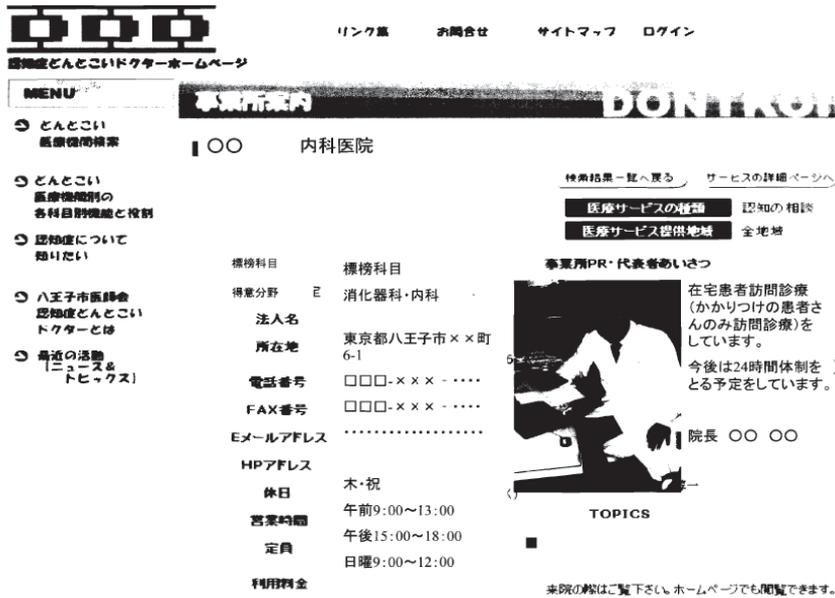


図3 医療機関の情報1頁目(共通項目)

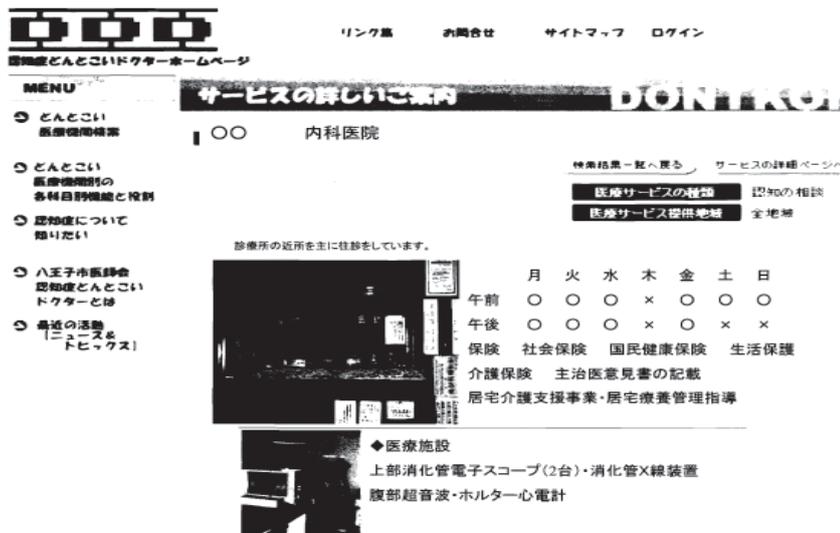


図4 医療機関の情報2頁目(個々の特色等)

表5に認知症どんとこいドクターホームページの目的をあげる。一般市民、専門職、医師会員を対象に、社団法人八王子市医師会の公共性を担保にして得られた各方面からの情報を集約、整理し公明正大な情報として提供している。提供側の医師会・医師会会員も受け取り側の一般市民等も認知症に対する関心を高めることができている。その効果のとして、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講や認知症どんとこいドクター資格取得へのモチベーションを高めている。

表 5 認知症どんとこいドクターホームページの目的

- 
- ・八王子市医師会、並びに会員が日常診療の中で実施している認知症高齢者に対する保健・医療・福祉への取り組みを広くアピールする
  - ・医療機関の検索、医療内容、特色、アクセス方法などの情報を提供する
  - ・認知症高齢者の医療や介護の問題で困窮している市民が、本日 HP を通して適切な情報を得ることにより、状況に応じた対応が可能となる。認知症の早期発見・早期治療にもつながる
  - ・認知症問題で悩む市民のコミュニケーションの場となる
  - ・医師会員間の医療連携のツールとして活用できる
  - ・医師会員がパソコンになじむ機会を得ることで医師会の IT 化の一助となる
- 

## 6. まとめ

- (1) 住み慣れた町で認知症者が尊厳を保ちながら安心した生活が送られるように「D-net」を立ち上げた。
- (2) 医療連携、地域連携を推進していくために、保健・医療・福祉、施設・在宅あるいは公的・民間の垣根を越えた支援体制とした。その際「認知症」という言葉がよい意味での結びつけ合うキーワードとなった。
- (3) 中核にどんとこいドクターホームページを設置した。
- (4) IT 技術を積極的に活用することで、誰もが地域限定の情報を容易に入手できるシステムを構築する事ができた。
- (5) 一般市民、介護者、専門職、医師会員、会員医療機関の認知症への関心を高めることができた。

以上、八王子市医師会の認知症への取り組みとして「認知症支援ネットワーク(D-net)」と「認知症どんとこいドクター制度」について述べた。医療連携を推進する中からスタートした本事業であったが、現在は医療関係のみならず一般市民、専門職をも巻き込む地域密着の包括的な認知症サポート事業となった。

(八王子市医師会 認知症サポート医 平川博之)

八王子市医師会認知症どんとこいドクターホームページ

<http://www.hachiouji-d-net.com/>

## 広島県の取り組み

### もの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）の設置について

H22. 3. 18 広島県 健康福祉局 社会福祉部 高齢者支援課

#### 1 趣 旨

高齢者等が日ごろ受診する主治医（かかりつけ医）による、認知症の早期発見・早期対応を促進するため、県及び県医師会では、次の研修を実施しており、当該研修修了者を「もの忘れ・認知症相談医」（呼称「オレンジドクター」）に認定し、広く周知することにより、認知症患者及び家族が気軽に相談でき、より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備する。

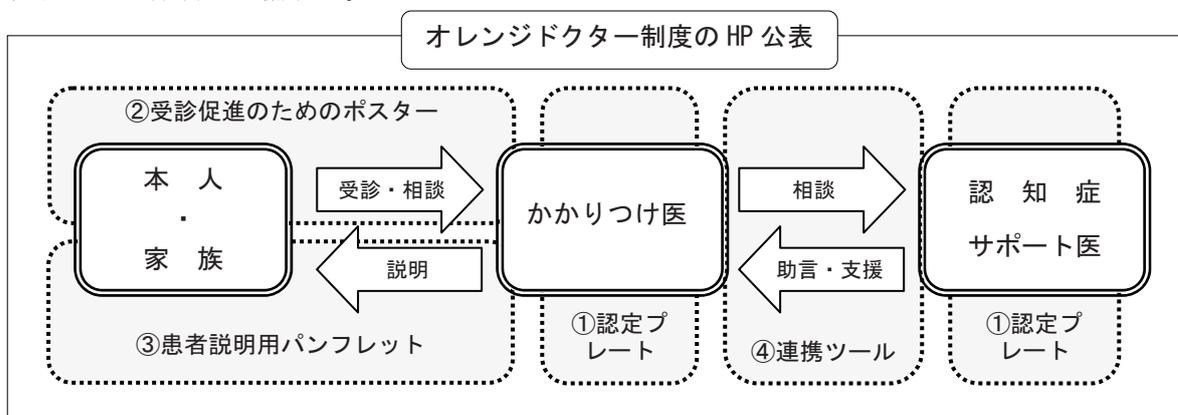
研 修 名	目 的	修了者数 (H22. 2. 28 現在)
かかりつけ医認知症対応力向上研修	認知症診断の知識・技術、家族からの相談対応の習得	773 人
認知症サポート医養成研修	かかりつけ医への助言・支援、専門医療機関・地域包括支援センター等との連携の推進	54 人

#### 2 オレンジドクターの役割

- (1) 認知症患者及び家族の支援
- (2) 認知症の医療及びケアに関する正しい知識の普及
- (3) 地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

#### 3 制度概要

- (1) オレンジドクターの同意を得た上で、県ホームページにおいて名簿を公表するとともに、啓発ポスター等により認知症患者、家族等の受診・相談を促進する。
- (2) かかりつけ医による認知症の診療を支援するため、診断・治療方法等に関して、認知症サポート医へ相談できる体制を整備する。



#### ① オレンジドクターの認定プレート

県が認定する「もの忘れ・認知症相談医」に交付し、院内に掲示する。

#### ② 受診促進のためのポスター

認知症の早期発見・早期診断の重要性を啓発し、オレンジドクターへの受診・相談を促進するため、院内に掲示する。

#### ③ 患者説明用パンフレット

オレンジドクターが、患者や家族等に対し、認知症への正しい理解や適切な対応等のポイントを説明する際に使用する。

#### ④ 連携ツール

診断・治療方法、家族の対応等について、かかりつけ医が認知症サポート医から助言を受けるためのツール（県ホームページから相談書をダウンロードし、メール等により送付）で、患者の診療や家族からの相談に対応する際に使用する。

## 4 根拠規定

広島県もの忘れ・認知症相談医設置要綱 参照

### 広島県もの忘れ・認知症相談医設置要綱

(目的)

第1条 高齢者等が日ごろより受診する主治医(かかりつけ医)に対し、認知症に関して気軽に相談でき、より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備するため、もの忘れ・認知症相談医を設置し、地域における認知症の早期発見・早期対応を促進する。

(呼称)

第2条 前条のもの忘れ・認知症相談医の呼称は、オレンジドクターとする。

(役割)

第3条 オレンジドクターの役割は、次のとおりとする。

- (1) 認知症患者及び家族の支援
- (2) 認知症の医療及びケアに関する正しい知識の普及
- (3) 地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

(認定)

第4条 オレンジドクターは、次の研修修了者をもって充てる。

- (1) かかりつけ医認知症対応力向上研修
  - (2) 認知症サポート医養成研修
  - (3) 認知症専門医療向上研修
  - (4) その他前各号の研修に類似する研修で知事が特に認めたもの
- 2 県は、前項のオレンジドクターに対し、別記の認定プレートを交付する。
- 3 オレンジドクターは、前項の認定プレートを院内に掲示するものとする。

(公表)

第5条 県は、オレンジドクターに対し、別記様式第1号により、同意を得た上で、広島県ホームページにおいて名簿を公表する。

- 2 オレンジドクターは、前項の名簿の登載情報に変更があった場合は、別記様式第2号により、広島県に届け出るものとする。
- 3 オレンジドクターは、県外の医療機関に異動した場合又は医療機関を廃止した場合は、別記様式第3号により、広島県に届け出るとともに、第4条第1項の認定プレートを返還するものとする。

(支援)

第6条 県は、オレンジドクターによる認知症の診療を支援するため、診断・治療方法等に関して、認知症サポート医へ相談できる体制を整備する。

- 2 県は、オレンジドクターに対し、広島県医師会等の関係団体と連携して、認知症に関する研修会等を実施する。

(情報の提供)

第7条 県は、第5条第1項の名簿を、市町及び地域包括支援センターに提供する。

- 2 県は、認知症の早期発見・早期対応を啓発するポスター等を作成し、オレンジドクターのいる医療機関に配付する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施について必要な事項は健康福祉局長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成22年3月9日から施行する。

(名簿の取扱)

- 2 第4条第1項第1号及び第2号の研修修了者については、当該研修の修了者名簿を、第5条第1項の名簿とみなす。

相談書(かかりつけ医→認知症サポート医)

平成 年 月 日

(認知症サポート医)

(かかりつけ医)

病院  
\_\_\_\_\_  
先生  
\_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
FAX番号 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

相談内容  診断  治療  ケア  その他( )

※具体的な内容

基本属性 年齢 歳 性別  男  女  
生活環境  在宅(同居家族)  施設  その他( )

既往歴

症状・治療経過

※必要に応じて画像等の添付も可

現在の処方 ( ) ( ) ( )  
※処方箋の写しの添付も可

介護保険の利用  あり ( 要支援 要介護度 )  なし  
利用サービスの種類  
( ) ( ) ( )

その他(生活上の困難・家族が対応に困ることなど)

助言書(認知症サポート医→かかりつけ医)

平成 年 月 日

(認知症サポート医)

\_\_\_\_\_ (印)

回答内容  診断  治療  ケア  その他( )

具体的な内容

相談書(かかりつけ医→認知症サポート医)

平成 ▲▲年▲▲月▲▲日

(認知症サポート医)

(かかりつけ医)

●●●●●● 病院  
 ●●●● 先生

医療機関名 ▲▲クリニック  
 所在地 広島県▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲-▲-▲  
 電話番号 ▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲  
 FAX番号 ▲▲▲-▲▲▲-▲▲▲▲  
 氏名 ▲▲▲▲ (印)

相談内容  診断  治療  ケア  その他( )

※具体的な内容

症状の改善を目的とした投薬に関して、次の3点について助言いただきたい。  
 ① 薬物治療の患者及び家族への説明  
 ② 塩酸ドネペジルの服用の仕方

基本属性 年齢 77歳 性別  男  女  
 生活環境  在宅(同居家族 子夫婦)  施設  その他( )

既往歴 糖尿病, 高血圧症

症状・治療経過 糖尿病及び高血圧症の長期治療中。数年前よりもの忘れ出現。  
 見当識障害, 計算力障害が出現したため受診

※必要に応じて画像等の添付も可

現在の処方 (アリセプト 3mg) ( ) ( ) ( )

※処方箋の写しの添付も可

介護保険の利用  あり(要支援 要介護度 2)  なし

利用サービスの種類

(デイサービス) ( ) ( ) ( )

その他(生活上の困難・家族が対応に困ることなど)

家族が服薬の管理をすることを嫌がっている。

助言書(認知症サポート医→かかりつけ医)

平成 ●●年●●月●●日

(認知症サポート医)

●●●● (印)

回答内容  診断  治療  ケア  その他( )

具体的な内容

- ① 患者及び家族に対して期待される効果を説明し、理解を得ておく必要があります。約数か月から1年くらいは現状維持が可能で、なかにはもの忘れや判断力の改善が認められる場合がありますが、根治療法ではないこと、長期的には症状が進行することなどを十分説明してください。
- ② 3mgを2週間服用し、副作用がなければ5mgに増量してください。MMSE12点以下、FAST6以上(着衣, 入浴, 排泄に介助を要する等の状態)の高度アルツハイマー型認知症患者に対して10mgを処方する際には、5mgで4週間以上経過をみた後に増量してください。
- ③ 嘔気や食欲不振などの消化器症状がでる場合がありますので、これらの症状が出現した場合には、胃腸薬を併用しながら再投与することで服薬を継続できる場合もあるため、早めに相談するよう説明してください。導入時や増量時に多くみられます。また、服用後、意欲の昂進による不穏、興奮、易怒性、攻撃性がみられることがあり、介護負担の増大や周りの人との争いがでてくる場合がありますが、効果の一部であることを、家族に必ず説明しておいてください。その場合は一時中止することもあります。

(かかりつけ医→認知症サポート医→かかりつけ医)

(資料 11-5)

# 東京都医師会の認知症対策への取り組み

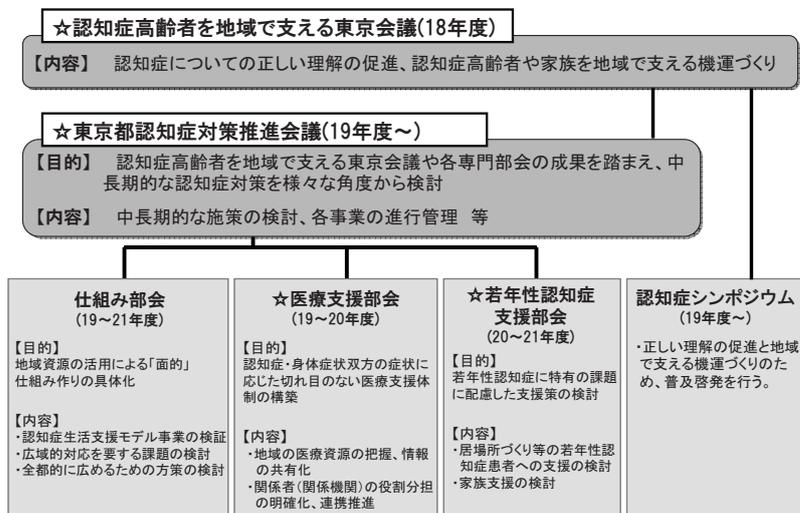
## はじめに

東京都では国の認知症対策を踏まえ、平成 18 年度から認知症対策推進事業を立ち上げ、認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進するとともに、認知症地域医療推進事業において、区市町村を単位とした認知症サポート医の養成とかかりつけ医の認知症対応力向上に取り組み、東京都医師会の協力の下、2,000 名を超えるかかりつけ医・認知症サポート医を養成してきた。

また、平成 19 年度には「東京都認知症対策推進会議」の専門部会として、症状に応じた切れ目のない医療支援体制について検討するための「医療支援部会」を設置した。平成 21 年 3 月には、同部会において「認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方」についての報告書が取りまとめられ、「認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制の構築」、「医療支援に関わる関係者の役割分担の確立・地域の医療資源の情報共有による提供される医療の質の向上」、「かかりつけ医を中心とした地域における連携体制の構築」が重要であることが提言されている。

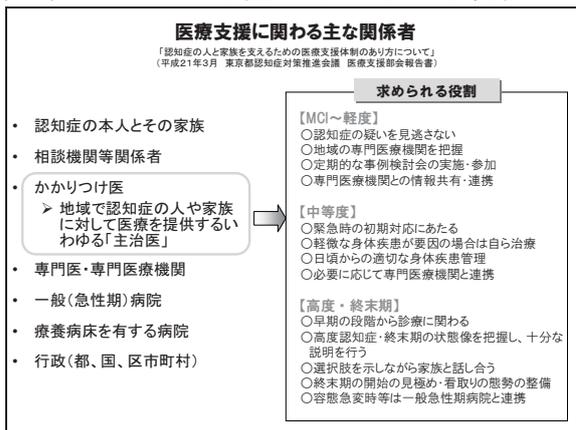
地域づくり、とりわけ地域の医療支援体制を構築するうえで、かかりつけ医に期待される役割は大きい。東京都医師会もこれらの取組に参画するなど、行政と医師会が一体となり、認知症の人に対する医療支援体制の充実に向けて、以下に述べるような総合的な取組を進めている。

### (参考 1) 東京都認知症対策推進事業



※会議名の前の「☆」印は、東京都医師会が参画していることを表す

### (参考 2) かかりつけ医に求められる役割



### 1) 認知症サポート医養成研修

東京都医師会では、認知症の人の日常生活や健康管理に関わりの深い、かかりつけ医機能を担う開業医を中核とした「認知症サポート医」の養成が重要であると考えた。そこで、積極的に東京都に働きかけ、研修補助金も得て開業医の受講を奨励した。平成17～19年度は、受講費用を東京都が負担し、区市町村毎にサポート医が配置されるよう調整を図った。また、平成20年度以降、受講費用は自己負担となったが、介護老人保健施設協議会が推薦する施設の医師も含めて、認知症サポート医養成を継続している。

### 2) かかりつけ医認知症対応力向上研修

平成18年度から地区医師会の認知症サポート医が中心となり、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を地区医師会ごとに実施している。地区医師会で研修を実施するにあたり、カリキュラムの「連携編」も重視し、必ず区市町村担当者も研修会に招き、地域の認知症高齢者の状況等についての報告や資料の提供を受けている。また、研修修了者名簿は東京都から区市町村へ情報提供を行うとともに、地域包括支援センターへの配布など活用を促している。

地区医師会で全カリキュラムが受講できなかった受講者を対象に、東京都医師会が補講を行い、非会員も受講できるように努めている。

(参考3) 認知症サポート医・かかりつけ医の年度別研修修了者数

年度別		サポート医数	かかりつけ医数
内 訳	H17年度 準備	6名	—
	H18年度 開始	48名	727名
	H19年度	50名	943名
	H20年度	72名	699名
	H21年度(22年1月末)	42名	29名
	合計	218名	2,398名

(参考4) 資料：地域別に見た医療資源状況 地図参照 資料挿入

(かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者2,390名は非会員を除く)

### 3) 認知症サポート医フォローアップ研修テキストの作成

「かかりつけ医を中心とした地域における連携体制」が機能するためには、かかりつけ医のサポート体制の構築が必要である。そこで、東京都では、かかりつけ医をサポートする「認知症サポート医」の機能強化・活動の充実を図ることにより、地域の医療支援体制の向上を目指して、認知症サポート医のフォローアップ研修を実施することとなり、平成20年度に「東京都認知症サポート医フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会」を設置し、研修カリキュラムや教材等についての検討を行った。東京都医師会は、同検討委員会の運営を受託し、研修カリキュラムの開発及び研修テキストを作成した。

なお、研修テキストには達成目標を提案し、研修を受講してから達成目標の自己評価を行うこととした。OUTCOMEとテキストの目次は次のとおりである。

## OUTCOME(達成目標)の提案と研修内容

### 活動の方向性

- ☆「認知症サポート医」への期待を理解し、地域特性に応じた役割を創造して活動する
- ☆認知症の人が、地域で療養生活を継続するための様々な問題の解決を支援する
- ☆認知症について、地域住民や多様な職種が声をかけやすい医師として活動する

### 1. 地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する

#### (1) 東京都の認知症の医療やケアの現状を理解する

- ① 東京都における認知症対策の施策や活動状況を理解する
- ② 東京都認知症専門医療機関の状況を理解する
- ③ 東京における精神科救急医療体制の現状を理解する
- ④ 地域の認知症の医療体制の把握を理解する

#### (2) 地域の「専門医（医療機関）」の診断・治療・周辺症状・合併症への対応力を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

#### (3) 認知症の人の急変時の地域の対応体制を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

- ① 認知症の人の急変時の地域の対応体制についての情報を把握する
- ② 地域の「精神科救急対応医療機関」についての情報を把握する

#### (4) 地域に見合った「かかりつけ医」と「専門医」の連携を構築する

### 2. 包括的認知症ケアの現況を踏まえて「かかりつけ医」を総合的に支援する

#### (1) 困難事例への対応も含めた「かかりつけ医」の認知症対応力の向上を支援する

- ① 「認知症の人の日常生活を尊重するケア」の理念を理解し伝える
- ② 認知症診療のコツを把握し伝える
- ③ 認知症の非薬物療法の概要と効果を理解し伝える
- ④ 認知症短期集中リハビリテーションの概要を理解し伝える
- ⑤ 認知症の中核症状とBPSDへの薬物療法の適用を理解し専門医との連携を支援する
- ⑥ 諸外国のBPSDの薬物療法のガイドラインの存在と概要を理解し専門医との連携を支援する
- ⑦ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の開催に協力する

#### (2) 権利擁護や虐待への対応について「かかりつけ医」の相談を受け支援する

- ① 地域の認知症の人の権利擁護体制を把握しマネジメントや情報提供をする
- ② 自らも鑑定書等権利擁護手続きの依頼に対応し「かかりつけ医」も支援する

#### (3) 病名告知とその後の対応について下記の観点に留意し「かかりつけ医」の相談を受け支援する

- ① 認知症の人とその家族の心情に配慮した支援をする
- ② 予後の見通しを適正に説明し、疾患の受容を支援する
- ③ 治療法や地域の医療体制等を説明する
- ④ 告知後の生活を支援する
- ⑤ 家族・介護者を支援する

### 3. 地域の医療・介護・福祉職等への連携促進や認知症対応力の向上を支援する

(1) 地域の認知症早期スクリーニング、早期対応の取り組みを支援する

例：地域自治体、地域包括支援センター、医師会が行う「物忘れ相談」等へ協力する

(2) 地域の医療・介護・福祉職等への認知症対応力向上のための啓発活動を牽引する

例：事例検討会、連携協議会等へ協力する

(3) 地域自治体、地域包括支援センター、地域医師会・介護事業者等の連携促進に協力する

### 4. 地域住民や多様な職種の従事者に対する認知症への理解を促進し地域ケアの向上を支援する

(1) 地域住民の啓発、認知症サポーターの養成等の住民主体の活動に協力する

(2) 認知症の人のライフラインを支える事業者を啓発し支援する

(住居・商工・金融・流通・交通・飲食・通信・エネルギー・水道等々の事業者)

## (参考6) 東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキスト目次

### はじめに

東京の認知症サポート医活動の創造と展開をめざしてOUTCOME(達成目標)の提案と研修内容

1. 地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する……………1
2. 包括的認知症ケアの現況を踏まえ「かかりつけ医」を総合的に支援する……………45
3. 地域の医療・介護・福祉職等への連携促進や認知症対応力の向上を支援する……………85
4. 地域住民や多様な職種の従事者に対する認知症への理解を促進し地域ケアの向上を支援する……………95

### 【参考資料】

1. 若年性認知症を取り巻く現状 ……………105
2. 都内の認知症サポーター養成講座実施状況 ……………108
3. 認知症サポート医養成研修及びかかりつけ医認知症対応力向上研修の実施状況 ……………110
4. 成年後見制度書式[診断書・鑑定書(要点式)]……………112
5. 共通フォーマット【記入例】……………115
6. 板橋区医師会における認知症対策への取り組み ……………116  
(板橋区の「もの忘れ相談事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修」)
7. 八王子市医師会における認知症への取り組み ……………121  
(認知症支援ネットワーク(D-net)と認知症どんとこいドクター)
8. その他 地域活動の事例一覧 ……………127

#### 4) 認知症サポート医フォローアップ研修の実施

「認知症サポート医」に対し、所属地域の医療資源等の状況を踏まえた連携のあり方や、周辺症状・身体合併症の管理とマネージメント等に関する医学的知識等を付与することで、「かかりつけ医」への助言や地域の専門医療機関・地域包括支援センター等との連携促進等「認知症サポート医」の機能強化を図り、認知症医療と身体医療、専門医療と地域医療の切れ目を解消し、認知症の人に対する地域の医療支援体制の充実を図ることを目的としている。

平成 21 年度から東京都が実施主体となって東京都医師会が事業委託を受け、3) で作成したテキストを使用して、概ね二次医療圏域毎に実施し、平成 22 年度末までに全圏域での研修を終わる予定である。

研修内容は以下のとおりである。

研 修 内 容	時間割	講 師
① 東京都の認知症対策	15分	東京都担当者
② かかりつけ医と専門医の連携等	90分	認知症専門医
③ 質疑応答	15分	
④ 具体的事例 等	35分	認知症サポート医
⑤ グループワーク	75分	認知症専門医 認知症サポート医 (都医師会理事)
⑥ ディスカッション	30分	
開会・休憩・閉会	40分	
計	300分(5時間)	

①～④までは研修テキストによる座学。

⑤グループワークは東京都が事前に区市町村における認知症対策の取組状況・高齢者を取り巻く現状等について調査し、その結果を基に実施。

#### 5) 認知症に対応可能な医師・医療機関の情報提供

★かかりつけ医・サポート医の名簿を東京都のホームページに公表★

かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者、認知症サポート医養成研修修了者、認知症サポート医フォローアップ研修修了者の同意を得て、氏名・医療機関名等を掲載した「かかりつけ医・認知症サポート医名簿」を東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」([http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/)) で公表している。

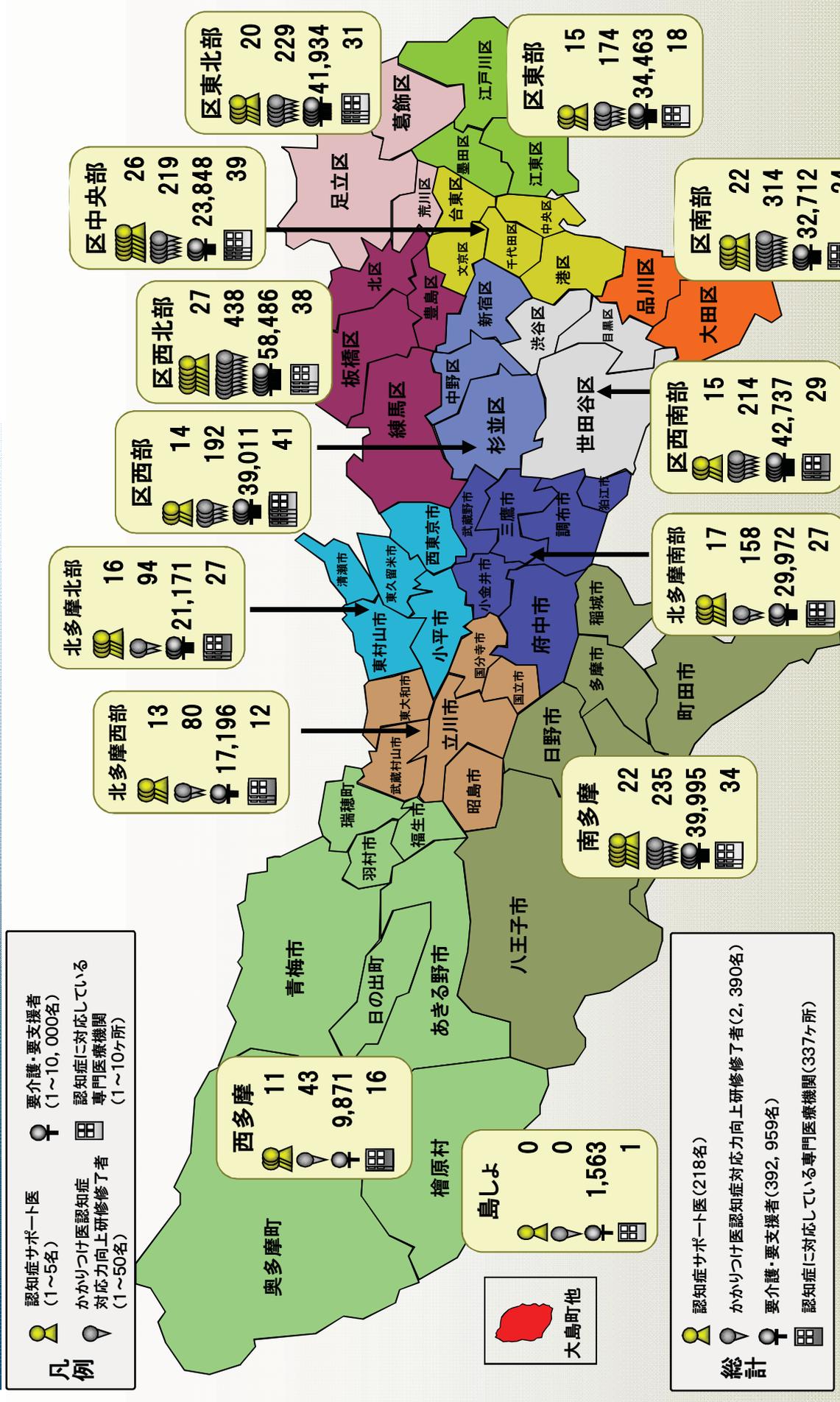
また、認知症に対応可能な医療機関の情報を、東京都医療機関案内サービス「ひまわり」からも検索できる。

#### 6) 「認知症・地域ケアガイドブック」作成

認知症サポート医フォローアップ研修テキストを、東京都医師会では既に発行している「かかりつけ医機能ハンドブック 2009」版と連動した編集により、「認知症・地域ケアガイドブック」として、東京都医師会版を作成した。

平成 22 年度は、そのガイドブックをテキストとして、かかりつけ医のフォローアップ研修を東京都医師会で実施する予定である。

# 二次医療圏ごとの認知症サポート医・かかりつけ医研修修了者・かかりつけ医・専門医療機関等の状況



※1 要介護・要支援者数は、平成20年3月末現在(出典:「平成19年度介護保険事業状況報告(年報)」都福祉保健局)

※2 専門医療機関とは「東京都認知症専門医療機関実態調査」(平成19年12月)において、分析対象となった認知症患者への対応を行っている医療機関のうち認知症の診断・治療を行っていると回答した医療機関のことを指す。

※3 認知症サポート医、かかりつけ医研修修了者数は平成22年1月末現在、平成22年1月末現在。専門医療機関数は平成19年12月現在。