

平成28年度～29年度循環型認知症医療体制検討事業

事業報告書

(熊本県補助事業)

平成30年3月

公益社団法人 熊本県精神科協会

(はじめに)

この度、平成28年度から29年度の2ヶ年に亘り熊本県の協力を得て「循環型認知症医療体制検討事業」を医療と介護の専門家から構成します「循環型認知症医療体制検討事業プロジェクトチーム（以下、「基金PT」という）」を設置し実施しました。

この間、平成28年4月の「熊本地震」という未曾有の大地震により実際この事業の取組みをどうするのか危ぶむ時期もありました。しかし、基金PTの各委員、又関係者皆様の御協力で本事業を進め完了することができました。

また、平時において支援を必要とする多くの高齢者の方が、熊本地震発災後、より明らかになり何とか本検討事業を通じて支援に結び付けたいとの考えから、モデル事業を進めるにあたって震源地に近く被害の大きかった南阿蘇地域や上益城地域の二つの圏域を含めることとし、県内4圏域でモデル事業を実施しております。

そして、本検討事業を通じ基金PTにおいて、医療や介護現場では、「とにかく今すぐBPSDを何とかしてほしい」、「身体合併症はどう対応するのか」など、厳しい現状や生の声をうかがうことは得難いものでありました。このため、それら対応策についても、本報告書でお示ししているところであります。

加えて、本検討事業の中で認知症サポート医についても、議論を深めています。熊本県の認知症サポート医は200名を超えており、人口に対し全国では高い比率にあります。しかし、実施した認知症サポート医へのアンケート調査では、「認知症サポート医の役割の明確化」を求める回答が6割近くあったことは、基金PTでも「何をしたいのか分からない」のが実態ではないかとの認識から、その対応策についてもお示したところです。

本日、最後の基金PTの会議を終えこの検討事業は終了しました。一定の課題整理と総括を踏まえて、国や熊本県に対して政策提案ができました事も何よりの成果ではなかったかと思えます。基金PTは、解散をしますが熊本県が循環型認知症医療体制の先進県と言われるよう一同頑張っ参りたいと思っております。

最後に、基金PTの委員はもとより、この検討事業中でモデル事業を実施いただきました4つの精神科病院の院長並びに連携室の皆様に御礼を申し上げますとともに、本事業が円滑に進みますようにサポートいただきました熊本県認知症対策・地域ケア推進課の皆様に御礼を申し上げ終わりにいたします。有難うございました。

平成30年3月

「循環型認知症医療体制検討事業」プロジェクトチーム
委員長 高 森 薫 生

目 次

I	循環型認知症医療体制検討事業の目的	1
II	検討体制	1
	1. 体制図	
	2. 循環型認知症医療体制検討事業プロジェクトチーム設置	
	3. 認知症 BPSD センター連絡会議	
	4. 理事会報告	
III	課題抽出について	7
	1. 基金 PT における循環型医療体制の課題整理	
	(1) BPSD への対応	
	(2) 認知症サポート医の課題	
	2. 圏域を設定してモデル事業等へと展開し検証	
	(1) 圏域設定	
	(2) 認知症 BPSD センター、BPSD コールセンター設置へ	
	(3) 認知症サポート医の県内普及の取組みへ	
	(4) 認知症サポート医の状況把握へ	
	(5) 認知症サポート医の活動支援・関係機関に対する講義・助言の実施	
IV	検討を裏付ける検証事業等の実施レポート	26
	1. 各モデル圏域の「認知症サポート医連絡会議」からのレポート	
	(1) 菊池圏域（認知症 BPSD センター：中山記念病院）	
	(2) 阿蘇圏域（認知症 BPSD センター：くまもと悠心病院）	
	(3) 上益城圏域（認知症 BPSD センター：希望ヶ丘病院）	
	(4) 八代圏域（認知症 BPSD センター：八代更生病院）	
	2. 全体のまとめ	
V	今後、循環型認知症医療体制を推進するための方策（政策提案）	37
	1. 循環型認知症医療体制検討事業の総括	
	2. あるべき循環型認知症医療体制の姿（政策提案）	

【参考資料】

資料1 熊本県認知症サポート医アンケート調査報告書

I 循環型認知症医療体制検討事業の目的

私たちは、高齢者が住み慣れた地域で最後まで安心して暮らせる社会、また、高齢者の尊厳を守りその人の希望をかなえ、その人らしく暮らせる社会を目指している。

そのような中、認知症高齢者が増加し地域では様々な課題が生じており、とりわけ医療や介護の現場での認知症高齢者への対応の難しさを私たち医療や介護従事者は肌で感じている。私たちは、容態に応じ適時、適切な医療・介護・地域（自宅）を循環するサービスが提供されることで、認知症高齢者の生活支援、QOL の向上、そして最後まで自分らしく生きることにつながるものと考えている。

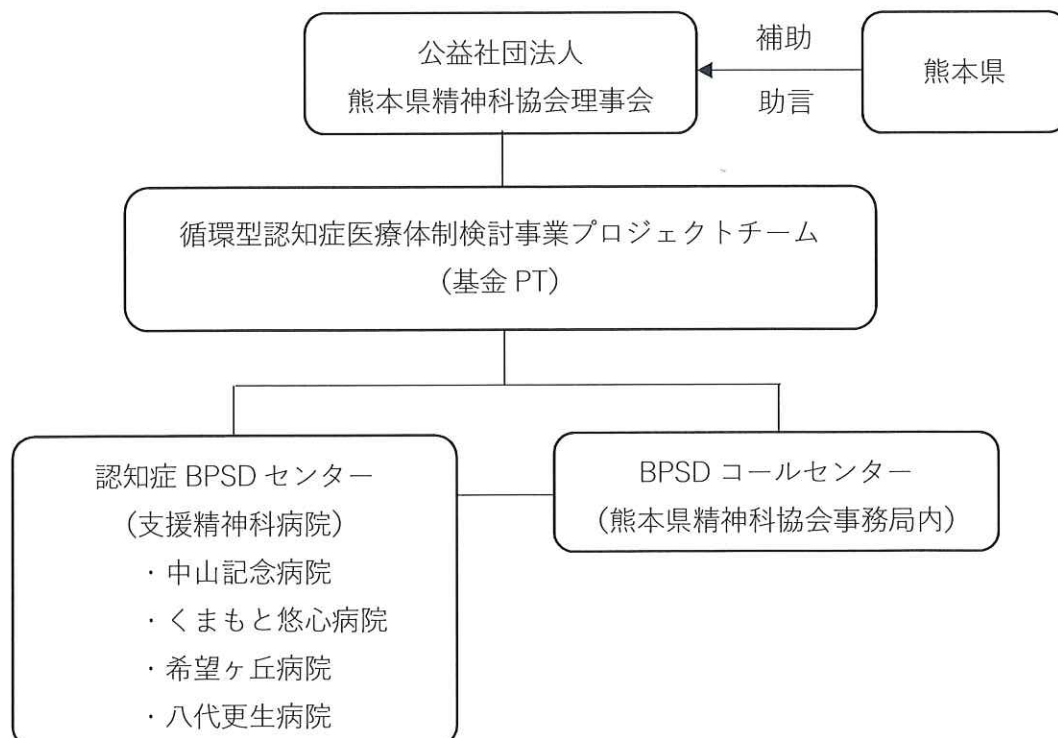
しかし、所謂、循環型による適時・適切なサービスが提供される仕組みや体制整備がまだまだ不十分な地域が多くあることは直視しなければならない。

また、その循環型の中で最も活躍が期待される認知症サポート医については、その役割を明確にすることや、一般科医療機関と専門医療機関、また介護事業所との結びつきが不十分と言われており、これらのことが循環型の阻害要因ではないかと推察している。

このようなことから、熊本県の補助等を受け平成28年度から29年度の2ヶ年に亘って、大きくは地域の循環型認知症医療体制の構築を目的に、主に一般科医療機関、精神科医療機関、介護事業所が連携・協力するシステム並びに認知症サポート医の活用の方策を課題の柱に据え「循環型認知症医療体制」の在り方について、検討を行うこととした。

II 検討体制

1. 体制図



2. 循環型認知症医療体制検討事業プロジェクトチーム設置

公益社団法人熊本県精神科協会会員病院の精神科医、介護現場に精通している有識者による循環型認知症医療体制検討事業プロジェクトチーム（以下、「基金 PT」という）を設置。循環型認知症医療システムの検討、認知症サポート医の活動支援等について検討を行った。

基金 PT 委員の構成と、開催経過（日程と主な議事）は以下のとおりである。

●基金 PT 委員の構成

	氏 名	所 属
委員長	高森 薫生	阿蘇やまなみ病院 理事長・院長
副委員長	信岡 幸彦	中山記念病院 理事長・院長
委員	松本 武士	希望ヶ丘病院 院長
委員	宮内 大介	くまもと悠心病院 院長
委員	平原 信雄	自由が丘病院 院長
委員	坂井 智子	八代市第4地域包括支援センターしおかぜセンター長
委員	那須 久史	熊本市高齢者支援センターささえりあ 帯山センター長
担当理事	宮本 憲司朗	公益社団法人熊本県精神科協会 副会長 八代更生病院 理事長・院長

●基金 PT 開催概要

事業期間は平成 28 年度～平成 29 年度の 2 ヶ年。但し、熊本県精神科協会内において平成 27 年度より基金 PT を開催し検討を開始した。また、平成 28 年度は 4 月に発生した熊本地震の影響により、当該年度後半からの事業開始となった。

○平成 27・28 年度

第 1 回 基金 PT（補助金対象外）

日時：平成 28 年 1 月 14 日（木）

議事：・基金事業（認知症関係）に係るこれまでの経緯について

第 2 回 基金 PT（補助金対象外）

日時：平成 28 年 2 月 15 日（月）

議事：・第 1 回基金 PT 検討会議の結果
・県からの説明

第3回 基金 PT (補助金対象外)

日時：平成 28 年 3 月 22 日 (火)

議事：・事業計画案について

第4回 基金 PT (補助金対象外)

日時：平成 28 年 5 月 19 日 (木)

議事：・事業計画案について

第5回 基金 PT

日時：平成 28 年 9 月 15 日 (木)

議事：・事業計画案
・事業実施のための県への手続き

第6回 基金 PT

日時：平成 28 年 11 月 21 日 (月)

議事：・検討の経緯
・方向性の確認
・実施要領案

第7回 基金 PT

日時：平成 29 年 3 月 23 日 (木)

議事：・BPSD センターについて
・事業実施要領 (実施マニュアル) (案)
・担当病院事業実績報告要領 (案)

○平成 29 年度 (*は「認知症 BPSD センター連絡会議」との合同会議)

第1回 基金 PT*

日時：平成 29 年 6 月 6 日 (火)

議事：・平成 28 年度事業報告について
・平成 29 年度事業計画について
・平成 29 年度事業の進捗状況について

第2回 基金 PT*

日時：平成 29 年 9 月 1 日 (金)

議事：・認知症 BPSD センター委託事業の内容と委託料について
・認知症サポート医連絡会議について
・精神科による認知症サポート医の活動支援モデル事業について

第3回 基金 PT*

日時：平成 29 年 10 月 18 日（水）

議事：・認知症サポート医連絡会議について（報告）
・認知症サポート医を対象としたアンケート調査について

第4回 基金 PT*

日時：平成 29 年 12 月 4 日（月）

議事：・関係機関連携事業について（報告）
・認知症サポート医を対象としたアンケート調査について

第5回 基金 PT*

日時：平成 30 年 3 月 1 日（木）

議事：・循環型認知症医療体制検討事業報告書（案）について

3. 認知症 BPSD センター連絡会議

県内 4 圏域をモデル圏域として選定した。また、各圏域に医療・介護現場からの相談対応等を行う地域拠点たる支援精神科病院（以下「認知症 BPSD センター」という）を選定し、加えて、認知症サポート医を支援することとした。

同時に、同センター間の連絡調整を図る「認知症 BPSD センター連絡会議」を設置し、モデル事業の足並みを揃えとともに地域での課題の集約等に活用した。

●モデル事業実施圏域および認知症 BPSD センター

モデル圏域	認知症 BPSD センター
菊池圏域	中山記念病院
阿蘇圏域（*西原村・南阿蘇村・一部熊本市東部地域を含む）	くまもと悠心病院
上益城圏域	希望ヶ丘病院
八代圏域	八代更生病院

●認知症 BPSD センター連絡会議開催概要

○平成 28 年度

第1回 連絡会議

日時：平成 28 年 10 月 13 日（木）

議事：・認知症 BPSD 医療相談支援事業実施要領（案）について

第2回 連絡会議

日時：平成29年3月29日（水）

- 議事：・BPSD コールセンターの紹介
・事業実施要領（実施マニュアル）
・事業実施報告要領

○平成29年度（*は「基金PT」との合同会議）

第1回 連絡会議

日時：平成29年4月28日（金）

- 議事：・平成29年度業務内容（案）について
・模擬練習について
・情報共有の方法について
・平成29年度認知症BPSDセンター連絡会議スケジュール

第2回 連絡会議*

日時：平成29年6月6日（火）

- 議事：・平成28年度事業報告について
・平成29年度事業計画について
・平成29年度事業の進捗状況について

第3回 連絡会議

日時：平成29年7月21日（金）

- 議事：・平成29年度基金事業の概要と認知症BPSDセンターの業務について
・認知症BPSDセンター事業計画

第4回 連絡会議*

日時：平成29年9月1日（金）

- 議事：・認知症BPSDセンター委託事業の内容と委託料について
・認知症サポート医連絡会議について
・精神科による認知症サポート医の活動支援モデル事業について

第5回 連絡会議*

日時：平成29年10月18日（水）

- 議事：・認知症サポート医連絡会議について（報告）
・認知症サポート医を対象としたアンケート調査について

第6回 連絡会議*

日時：平成29年12月4日（月）

- 議事：・関係機関連携事業について（報告）
・認知症サポート医を対象としたアンケート調査について

第7回 連絡会議

日時：平成30年1月29日（月）

- 議事：・事業報告書の作成について

第8回 連絡会議*

日時：平成30年3月1日（木）

- 議事：・循環型認知症医療体制検討事業報告書（案）について

4. 理事会報告

平成29年6月より、毎月開催される熊本県精神科協会理事会において、循環型認知症医療体制の主な検討に必要な以下の事業について、報告を行った。

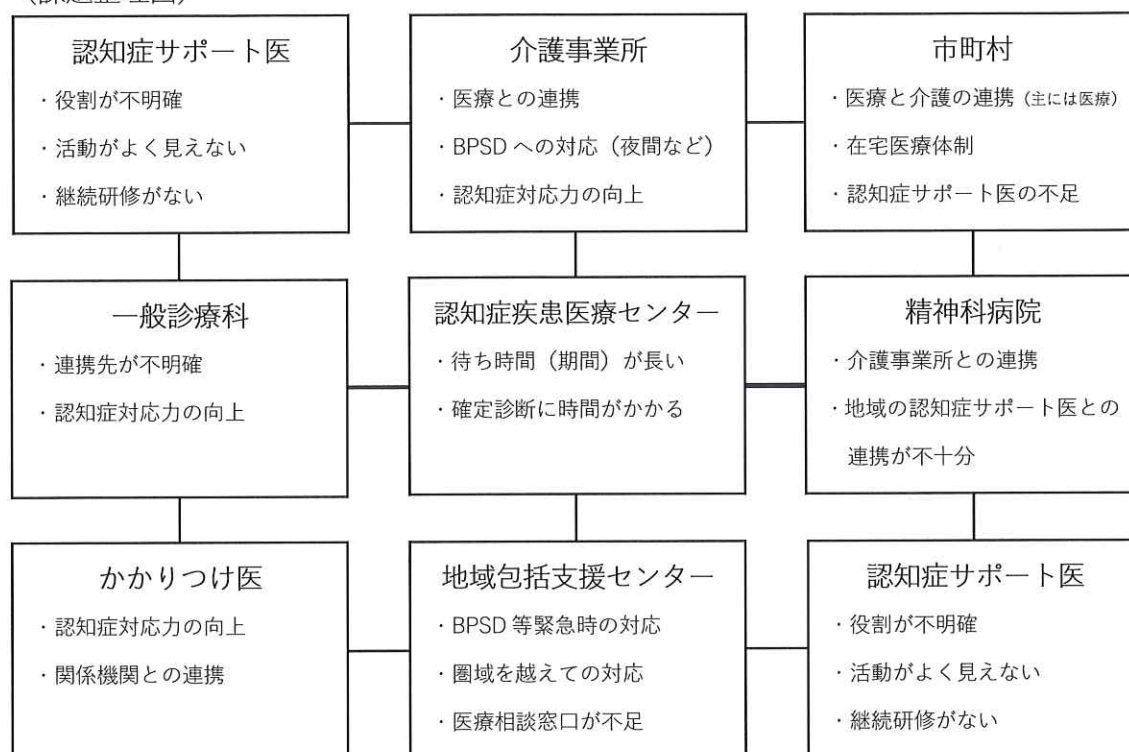
- ・相談対応事業
- ・認知症サポート医養成支援事業
- ・圏域関係機関連携事業

III 課題抽出について

1. 基金 PT における循環型医療体制の課題整理

平成 28 年度の基金 PT における議論を踏まえ、循環型医療体制に関わる関係機関の課題を下図に整理した。このことにより、循環型医療体制について検討する上で特に後述する(1)「BPSD への対応」と(2)「認知症サポート医の課題」が明らかとなった。

(課題整理図)



(1) BPSD への対応

認知症の行動・心理症状 (BPSD) は、「認知症の人の生活の質を悪化させ、家族介護者や介護従事者の介護負担を増加させ、しばしば、認知症の人が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を阻害する因子である」と言われている。

このように BPSD への対応は、医療・介護関係者であっても対応に苦慮することが多く、新オレンジプランにおいても、「行動・心理症状 (BPSD) への適切な対応」について記されている。

BPSD の問題について、基金 PT で多くの現場事例を出し合い具体的に検討を進めた中で、「医療・介護の現場において、BPSD に対する理解や対応力が十分でない」、「夜間休日等に緊急に相談できる機関がない」、「相談機関である認知症疾患医療センターは受診待機期間が長い」等の意見が多く出された。また、医療・介護の現場では従事者の疲弊や退職へとつながるケースがあるとの指摘も出ている。

これらのことから基金 PT では、今回の「循環型認知症医療体制検討事業」に取り組むに

あたり、より深掘の検討ができるように一つの検証の試みとして、BPSDの問題に関する地域の精神科病院に相談対応機能、トリアージ機能を持つ地域拠点を“認知症 BPSD センター”と称し設定。これにより関連事業を実施することで、循環型認知症医療体制の検討をさらに具体化する方向を決定した。また、その後、当協会内にもコールセンター等の相談拠点を設置することを決定し、検証を進めることになる。

(2) 認知症サポート医の課題

認知症医療体制の中で認知症サポート医には、地域における「連携の推進役」として活躍が期待されている。

県内の状況としては、平成 29 年 4 月時点で熊本県が公表する認知症サポート医名簿に約 160 名の認知症サポート医が存在するが、16 町村においては認知症サポート医が未だ不在であった。

また、認知症サポート医の立場からは、「資格はとったものの、どのように活動すればよいのか」、「地域のかかりつけ医や認知症専門医とどう連携をとったらいいのか」、「継続研修がなく不安」等の声が聞かれる。

認知症サポート医の期待される機能・役割を国が示してはいるが、精神科や神経内科等の専門医もいれば、地域の一般診療所の医師もいる。

基金 PT でも「認知症疾患医療センターをはじめとする専門医療機関の整備状況が異なり、また、地域ごとに認知症サポート医に求められる機能・役割が異なることもあり、それぞれ異なる環境において、認知症サポート医の様々な役割を担い活動している」との意見が出されている。

熊本県の場合、認知症サポート医の約半数が精神科医であり、また、約半数が精神科以外の一般科医である。精神科医は認知症専門医として日常の診療に携わることがほとんどであり、当然ながら一般科の認知症サポート医の方が戸惑いが大きいようである。このことは、後述する「熊本県認知症サポート医アンケート調査結果」からもうかがえる。

また、基金 PT では、認知症サポート医を地域で支援する機関等がない事、又拠り所となる場も少ないとの意見も多く出され、前述の“認知症 BPSD センター”の相談対応等の機能に加え認知症サポート医の支援機能を持たせ、実際に地域にいる認知症サポート医の実像を把握することとした。

そして、モデル事業では、各圏域の状況に合わせ「認知症サポート医連絡会議」が設置され意見交換や認知症サポート医を支援する講義の開催等へつながっていくことになる。

一方、介護事業所等からは認知症サポート医に対しての要望として、「連携を図る上で、

地域ケア会議にもっと参加していただき、医師の立場から助言をしてほしい」、「認知症の方を在宅でみていくためには、かかりつけ医の役割が大きい。地域のかかりつけ医にもっと認知症サポート医を取得してほしい」、「介護の現場では日々認知症のご利用者への対応に悩んでいるが、誰にどう相談していいかわからない。認知症サポート医に研修会等で直接アドバイスを頂けるような場がほしい」等の意見がだされるなど、これらの意見は、後の認知症サポート医のアンケート調査項目へ反映させ、また、アンケート結果を裏付ける意見となっている。

2. 圏域を設定してモデル事業等へと展開し検証

基金 PT では、相談対応等の地域拠点である“認知症 BPSD センター”に認知症サポート医の支援を行う機能も併せ持たせ、モデル事業として実働させ循環型を進める上で BPSD やその他の課題、又 BPSD の実態を検証し、その検討を進めることとした。

また、“認知症 BPSD センター”を設定するに当たっての視点としては、県内 4 地域とし、うち 2 つの地域は、熊本地震の教訓から被災地の支援にもつながるように考えた。概略だが、一部熊本市東部を入れて西原村・南阿蘇村をエリアとする「阿蘇地域」。もう一つは、同じく甚大な被害を受け基幹的な精神科の 2 病院が被災した益城町、御船町等をエリアとする「上益城地域」としている。

そして、同じ被災地ではあるが、前述の 2 つの地域ほど被災していなかった地域として、県内で一番医療資源が整い熊本市都市近郊型ではあるが、圏域境に精神科病院が位置し、新興住宅地と農村部を抱える「菊池圏域」。又県内では在宅医療体制づくりが進み医療と介護の連携が進行している「八代圏域」を設定した。

(1) 圏域設定

① 菊池圏域

菊池圏域は熊本市に隣接しており、県内における人口増加率が高く高齢化率は低い。

認知症専門医が多く存在する精神科病院は圏域内に 4 病院。平成 27 年度 7 月末時点の認知症サポート医は 11 名（熊本県公表名簿上）。約 8 割が精神科医で約 2 割が一般科医と、精神科の認知症サポート医の割合が高い。熊本市に隣接しているため、熊本市の豊富な医療資源も利用可能である。

今回、菊池圏域をモデル圏域に選定し、さらに熊本市と合志市の境に所在する「中山記念病院」を認知症 BPSD センターに設定することで、都市近郊型の認知症医療体制について検証を行った。

② 阿蘇圏域（* 西原村・南阿蘇村・一部熊本市東部地域を含む）

阿蘇圏域は県内における高齢化率が比較的高く、圏域の面積も比較的広い。精神科

病院は阿蘇市内に1病院。平成27年度7月末時点の認知症サポート医は5名（同上）で、そのうち4名は阿蘇市に所在する医療機関の医師と阿蘇市に集中している。

阿蘇市以外では、南阿蘇村に所在する医療機関の一般科の医師1名のみと、認知症に対応する医療資源に乏しい圏域である。

このような状況の中、阿蘇圏域は平成28年4月に発生した熊本地震により多大な被害を受けた。中でも震源地に近い西原村と南阿蘇村では、主要な交通路の寸断、地域医療の拠点であった病院の閉院等、その被害は甚大であった。

これらのことから阿蘇圏域内で西原村、南阿蘇村の認知症医療をカバーすることは難しく、他圏域からの支援が必要と考えられた。そこで今回のモデル事業では、阿蘇圏域の中でも特に熊本地震の被害の大きかった西原村と南阿蘇村をモデル地域として選定し、他圏域からの支援方法について検証を試みた。また、他圏域から支援を行う認知症BPSDセンターには、西原村に近接する熊本市東区の「くまもと悠心病院」を設定した。

なお、くまもと悠心病院の通常の診療体制として、熊本市東部地区をその中心としていることから、モデル圏域には一部熊本市東部地域を含むこととした。

③上益城圏域

上益城圏域は県内における高齢化率がやや高く、精神科病院は圏域内に2病院。平成27年度7月末時点の認知症サポート医は12名（同上）で、そのうち精神科医が8割以上とそのほとんどを占めており、一般科のサポート医はごくわずかである。

平成28年4月に発生した熊本地震では、益城町がその震源地として上益城圏域は甚大な被害を受けた。平成29年3月現在においても、圏域内に所在する2つの精神科病院（益城病院・希望ヶ丘病院）をはじめ、多くの医療・介護・福祉・行政機関が震災からの復興の途上であり、震災以前の機能を取り戻すまでに至っていない。

このような状況から、認知症医療体制においても各機関がこれまで以上に連携し、それぞれが機能を補い合う必要がある。

今回、上益城圏域をモデル圏域に選定し、「希望ヶ丘病院」を認知症BPSDセンターに設定することで、被災地の認知症医療の連携体制について、検証を行った。

④八代圏域

八代圏域は、県内における高齢化率がやや高く、精神科病院は圏域内に4病院。平成27年度7月末時点の認知症サポート医は11名（同上）で、一般科医が精神科医をやや上回っている。

八代市は、県内市町村では初めて健康福祉政策課内に八代地域在宅医療・介護連携支援センターを設置。隣町の氷川町とも連携関係が構築され県内においても、先進的に在宅医療体制づくりや医療と介護の連携が図られている圏域である。今回、八代圏

域をモデル圏域に選定し、「八代更生病院」を認知症 BPSD センターに設定することで、医療と介護の連携が充実した圏域での認知症医療体制について検証を行った。

(2) 認知症 BPSD センター、BPSD コールセンター設置へ

①認知症 BPSD センター

認知症 BPSD センターは各モデル圏域の相談対応等の拠点として平成 28 年 11 月に設置。28 年度は主にかかりつけ医や地域包括支援センターからの認知症に対する相談受付・対応を実施した。

平成 28 年度の相談件数は 4 センター合計で 367 件。ここでも医療・介護関係機関等において BPSD への対応に苦慮する姿が明らかとなった。

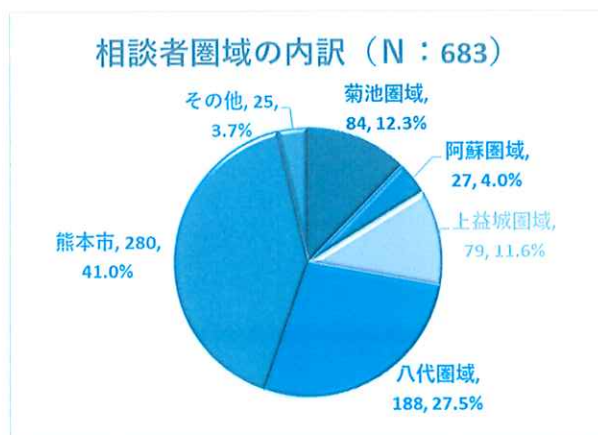
そこで平成 29 年度は相談対応等の試みから、認知症サポート医に係る不在市町村への支援や課題を掘り下げての検討を試みるため、以下の通りさらに圏域毎にその状況に合わせモデル事業範囲をア)～オ)に拡大して取り組んだ。

- ア) 認知症サポート医不在町村における養成支援
- イ) 認知症サポート医活動体制検討のためのアンケート調査の実施及び分析
- ウ) 認知症サポート医の活動支援・関係機関に対する講義・助言の実施
- エ) 認知症サポート医連絡会議の開催
- オ) BPSD に関する電話相談対応

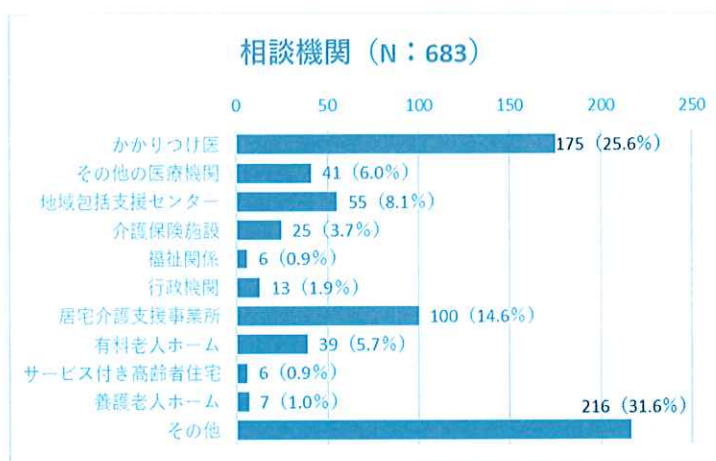
ア)～エ)は後述し、ここでは本検討事業の基礎データとなるオ)を中心に平成 29 年度の BPSD に関する電話による相談対応について述べる。

相談受付期間は平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 2 月 28 日。

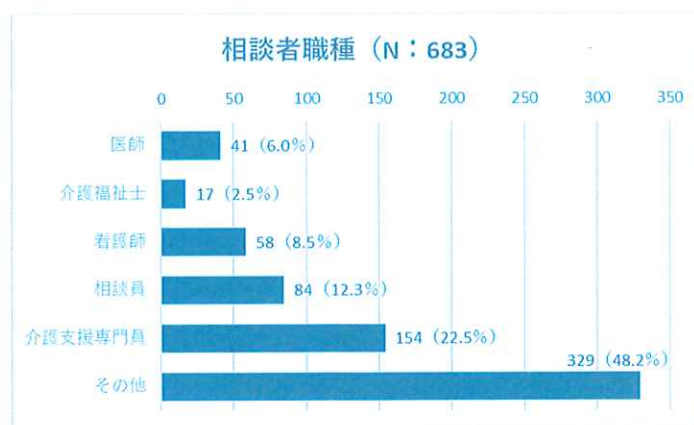
相談対応件数の合計は 683 件。相談者の圏域の内訳は菊池圏域 84 件 (12.3%)、阿蘇圏域 (西原村・南阿蘇村) 27 件 (4.0%)、上益城圏域 79 件 (11.6%)、八代圏域 188 件 (27.5%)、熊本市 280 件 (41.0%)、その他 25 件 (3.7%)であった。圏域毎の相談件数については、人口規模や医療や介護の社会資源、又連携の進み具合から特筆すべきところはなく高齢化率等の比較においても明らかな差は見られなかった。



また、相談元となった機関は「その他」が最も多く 216 件 (31.6%) であった。これにはグループホームやデイサービスの介護事業所の他、関係機関から認知症 BPSD センターを紹介された家族 (介護者) 等が含まれる。次いで、「かかりつけ医」が 175 件 (25.6%)、「居宅介護支援事業所」100 件 (14.6%)、「地域包括支援センター」55 件 (8.1%)、「その他医療機関」41 件 (6.0%) の順となっていた。このことから、医療現場では、患者に最も身近な「家族」や「かかりつけ医」と介護や生活支援の中心となる担当介護支援専門員からの相談が 7 割近くとなっている。



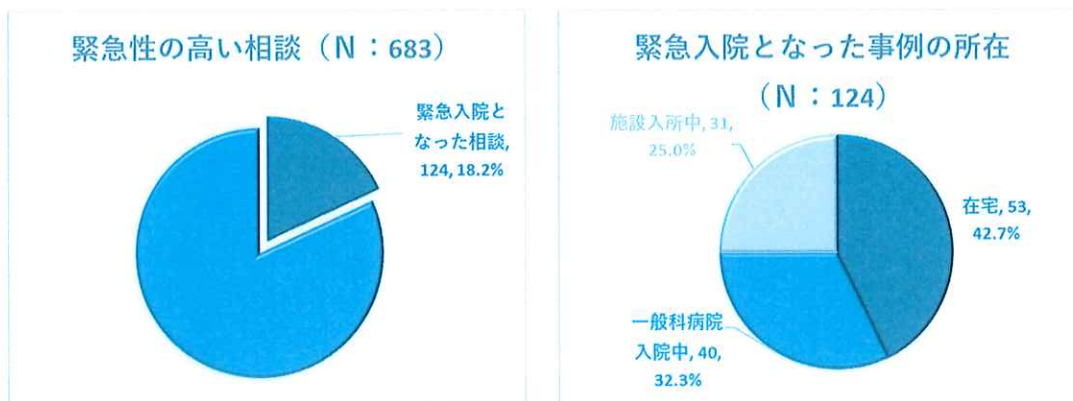
相談者の職種は「その他」が 329 件 (48.2%) と最も多く、これには施設管理者、初期集中支援チーム員や認知症地域支援推進員、行政職員等とともに家族 (介護者) が含まれる。次いで「介護支援専門員」が 154 件 (22.5%)、「相談員」84 件 (12.3%)、「看護師」58 件 (8.5%)、「医師」41 件 (6.0%) の順となっていた。ここでも、介護現場での困難性が見て取れる。



これらのことから、認知症専門医として精神科病院が相談を受ける場合、主に身体疾患により通院している「かかりつけ病院の医師や看護師からの相談」、「居宅介護支援事業所等の介護支援専門員からの相談」「在宅で介護をしている家族」からの相談が多いことから対応の困難性がうかがえた。相談の内容については、いずれも認知症の症状が出現し、精査や薬の調整を依頼するもの、又 BPSD が出現し対応困難となり、精神科での対応を依頼するものが多かった。

これらの相談のうち激しいBPSDにより相談（受診）当日または数日以内に相談先の認知症 BPSD センターもしくは他精神科病院に入院となった緊急性の高いケースが124件（18.2%）であった。

そのうち担当介護支援専門員等を通じ所謂在宅から緊急入院となったケースが53件（42.7%）と最も多く、次いで身体疾患を合併し他の一般科病院に入院中であったケースが40件（32.3%）、施設入所中であったケースが31名（25.0%）の順となっていた。



事例より在宅から入院につながるケースでは、“不眠や徘徊・妄想等”のBPSDにより介護者である家族が疲弊しているケースが多く、家族に対する激しい暴力や、独居の場合は近隣住民とのトラブル等により警察が介入しているケースも多く見られた。

このことは、基金PTの想定以上であり、在宅（家庭）における介護者が相当厳しい状況に置かれていることが分かってきた。

少しまとめてみるが、在宅からの相談の場合は、相談者が高血圧や糖尿病など高齢者に多い身体合併症で通院している「かかりつけ病院」の医師・看護師、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の介護支援専門員であることが多く、在宅で対応する家族が限界まで疲弊し、専門医である精神科病院を受診してそのまま入院となる、あるいは精神科病院に入院対応を依頼するケースが多いことから、基金PTの委員からも在宅からの相談は緊急性や困難性を見極め、早期に専門医療につながる必要があるとの意見が多く出されている。

またこのことは、家族の介護疲れによる虐待や心中など、認知症介護における重大な問題に繋がるケースもある。新オレンジプランにおいても「行動・心理症状（BPSD）に対応するに当たっては、病識を欠くことがあり、症状によっては本人の意思に反したり行動を制限したりする必要がある。精神科病院については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）の体系の中で、行動の制限が個人の尊厳を尊重し、人権に配慮して行われるよう、適正な手続き等が定められている。」とされているように、激しいBPSDに対し、精神科病院が精神保健福祉法の仕組みに基づき、迅速かつ適正に対応すべきことを申し添えたい。

一方、入院中のケースでは、骨折やパーキンソン病等の“身体合併症”の治療のため一般科病院に入院したものの、やはりBPSDにより対応困難となり精神科病院へ対応を

依頼するケースが多くみられた。

このように認知症の相談にあたっては、激しいBPSDの問題と併せて身体合併症についても同様に迅速な対応が求められる。このことは、後述の「熊本県認知症サポート医アンケート調査」でも分かるが、在宅でも入院でも“身体合併症”の問題も循環型の医療体制を進めるうえで大きなハードルと言ってもよい。

参考までに新オレンジプランには「入院が必要となる状態を一律に明確化することは困難であるが、①妄想（被害妄想など）や幻覚（幻視、幻聴など）が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、本人及び介護関係者等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる」とされている。

今回の4圏域でも現実に医療や介護の第一線の現場の声から、やはり専門医療を担う精神科病院に速やかに繋がるような相談ルートを確立すること、併せて、身体合併症に伴う一般科病院と精神科病院の連携も見過ごせない事が分かってきた。

各センターの状況は以下の通りである。

(緊急入院件数)	在宅	一般科病院入院中	施設入所中
中山記念病院 (32件)	11件 (34.4%)	12件 (37.5%)	9件 (28.1%)
くまもと悠心病院 (44件)	18件 (40.9%)	13件 (29.5%)	13件 (29.5%)
希望ヶ丘病院 (3件)	1件 (33.3%)	1件 (33.3%)	1件 (33.3%)
八代更生病院 (43件)	22件 (51.2%)	13件 (30.2%)	8件 (18.6%)
BPSD コール センター (2件)	1件 (50.0%)	1件 (50.0%)	0件 (0.0%)

②BPSD コールセンター

BPSD コールセンターはモデル圏域内において、BPSD等がみられるとの理由で対応に苦慮している医療、介護、行政等の関係機関の中で、所謂、既存の相談ルートを持たない関係機関からの相談等に対応するため、平成29年4月熊本県精神科協会事務局内に設置。相談専門員1名を配置した。

開設にあたっては、熊本県医師会、モデル圏域の地方医師会を訪問して事業の説明と周知依頼を行った他、熊本県内の認知症サポート医、モデル圏域の地域包括支援センター、介護保険施設には文書や協会ホームページにより周知した。

開設当初は、相談対応機能がBPSD コールセンターの業務の中心になると考えてい

たが、実際には BPSD コールセンターへの相談はわずかであり、このことは、今回の 4 つのモデル圏域においては、医療・介護等の関係機関と精神科病院の間で、一定程度相談できる関係性が既にできていたと考えられる。

ただそのような中でも、BPSD コールセンターが受けた相談では、「緊急性」と「圏域を越えたマネジメント」の特徴があったと考えられた。主には地域包括支援センターからの相談であるが「非常に緊急性が高いが、圏域内の近隣精神科病院は満床で受け入れが難しいと言われた」、「家族等が他圏域に在住しており、そちらでの受診・入院等の対応を希望されているが、どこに相談していいかわからない」等の場合である。

このような場合、圏域内だけで対応することが難しく、各圏域の認知症 BPSD センターと連携を図りながら、全体の窓口として情報を集約し、圏域を越えてマネジメントできる点が BPSD コールセンターの一つの大きな機能でもあると言える。

また、その後の 4 圏域のモデル事業の進行に伴い、それぞれの BPSD センターについて、担う相談機能やトリアージの中から日頃関係性が薄い介護現場との関係性づくりなどを助言し、又コーディネートする役割が次第に増えていくことになる。

これらのことから、認知症 BPSD センターが地域に密着し、循環型認知症医療体制づくりを進める役割を持ち、一方で BPSD コールセンターは、各圏域での認知症 BPSD センターの相談対応機能から始まる支援や連携等、4 圏域全体を俯瞰しながら圏域毎の活動の底上げと圏域を超えてのコーディネートを図る機能へと変化してきた。

結果論ではあるが、各認知症 BPSD センターが“目的・目標を共有”し足並みを揃えてモデル事業に取り組めたこと、かつ圏域毎の特徴や方向性を明らかにして、共通の課題を改善しながら取り組むことができたことは、認知症コールセンターの専門職によるコーディネート機能があったことによるものである。

(3) 認知症サポート医の県内普及の取り組みへ

平成 28 年度末、認知症サポート医が不在である県内 6 圏域 16 町村を対象に、「認知症サポート医養成支援事業」を以下の要領で実施した。

これは基金 PT でも議論となったが、熊本県からの補助事業をきっかけに出来る限り不在町村に認知症サポート医を誕生させようと、また、一般科の医師になっていたかどうかの目的から実施した。

①事業名：認知症サポート医養成支援事業

②対象：認知症サポート医が不在の熊本県内 16 町村内で医療に従事する医師

③助成内容：国が行う認知症サポート医養成研修の受講費 5 万円を助成

④周知活動：認知症サポート医が不在である 6 圏域の地方医師会（玉名郡市医師会、阿蘇郡市医師会、上益城郡医師会、八代郡医師会、水俣市芦北郡医師会、球磨郡医師会）を訪問し、事業の説明ならびに医師会会員各位への周知

等、協力を依頼。また、対象町村内の公立病院（和水町立病院、小国公立病院）、医師会立病院（八代北部地域医療センター）は個別に訪問し、協力を依頼した。

その他、モデル事業圏域（阿蘇圏域、上益城圏域、八代圏域）においては認知症 BPSD センターからも働きかけを行った。

⑤事業成果：和水町、南関町、南小国町、小国町、嘉島町、氷川町、津奈木町、多良木町の 8 町 9 名の医師より申込みがあり、認知症サポート医の不在が解消された。

今回の取組みにより、認知症サポート医が不在であった 16 町村中 8 町で不在を解消することができた。

しかし、町村によっては「そもそも医療機関がなく医師が不在」であったり、医療機関があっても「少数かつ医師が高齢である場合」は認知症サポート医の資格取得が難しく、すべての町村で不在を解消する事はできなかった。

そのような場合、認知症サポート医が不在である町村に対し、周辺圏域の医療機関や認知症サポート医がどのように支援に回っていただけるか「阿蘇圏域」のモデル事業として取組みを進めたが、不在町村の完全解消は、今後も課題として残った。

また、周知活動を行う中では、地域医師会事務局から「認知症サポート医の研修の内容をどこからも知らされていない」との苦言をいただくこともあり、地域によって認知症サポート医に対する理解度や認識度に差があることを実感した。

よって、認知症サポート医を今後さらに県内に普及するには、行政や医師会等、関係機関が地域ぐるみで、又地域全体で又医療や介護の現場の声として、認知症サポート医の資格取得を強く促していく姿勢が必要である。

(4) 認知症サポート医の状況把握へ

認知症サポート医の状況については、基金 PT でも議論が深まり「熊本県では先ず精神科病院の医師から認知症サポート医を取得し一般科病院が遅れている」、「認知症サポート医になってもどのような活動をするのかよく分からない」、「県のホームページに載らない認知症サポート医は果たしてどのような理由で資格を取得したのかなど」、縷々本音の意見が出された。

このような基金 PT の意見を踏まえ、認知症サポート医の現状（医師の気持ちを含め）を把握し、各種活動への協力の在り方や認知症サポート医の支援策について検討するための基礎資料とすべく「熊本県認知症サポート医アンケート調査」を実施した。

以下では、調査結果の概要を示すとともに、報告書については、巻末に資料として掲載する。

熊本県認知症サポート医アンケート調査結果<概要版>

1. 調査目的

今日、国では新オレンジプランのもと、認知症サポート医の養成に力を入れ、市町村が主体の認知症初期集中支援チームなど、それら活動への参画などを推進している。一方、県内の認知症サポート医からは、その役割や活動について悩みも大きいと聞いている。

そこで、今回のアンケート調査は、熊本県内の認知症サポート医の活動状況や課題について把握し、今後、熊本県ならびに熊本県精神科協会が認知症サポート医への活動協力の在り方や、支援策について検討するための基礎資料とすることを目的とする。

2. 調査概要

2-1 調査対象

熊本県内の認知症サポート医 158 名。（平成 17 年度～28 年度養成研修修了者。認知症サポート医の名簿への掲載・公表に同意し、熊本県が公表する認知症サポート医名簿に掲載されている者。）

2-2 調査主体

公益社団法人 熊本県精神科協会

2-3 調査期間

平成 29 年 10 月 27 日～11 月 10 日（投函締め切り）

2-4 調査項目

属 性

設問 1 認知症の治療

設問 2 認知症の相談対応

設問 3 認知症に関する研修・啓発活動への協力・参加

設問 4 協力可能な認知症サポート医の役割

設問 5 対応困難事例の相談先

設問 6 認知症サポート医の活動に必要なもの

設問 7 認知症サポート医連絡会議への参加

設問 8 認知症サポート医を取得して良かったこと等自由記述

2-5 回収状況

回収票 106 票 (回収率 67.1%)

3. 調査結果

○属性

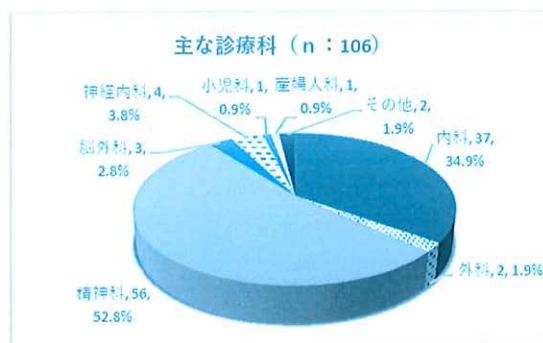
アンケートの回答者は 106 名。

所属する医療機関が所在する二次医療圏については、「熊本圏域」が 32 名 (30.2%) と最も多く、次いで「八代圏域」13 名 (12.3%)、「菊池圏域」、「上益城圏域」、「球磨圏域」11 名 (10.4%) の順であった。

医療機関種類について、「病院」が 46 名 (45.1%) と最も多く、次いで「無床診療所」25 名 (24.5%)、「認知症疾患医療センター」18 名 (17.6%)、「有床診療所」13 名 (12.7%) の順であった。

主な診療科について、「精神科」が 56 名 (52.8%) と半数を超え、次いで「内科」37 名 (34.9%) の順であった。

認知症サポート医を取得した理由については、95 件の回答があった。主な取得理由として、医師会や自治体、所属病院からの「要請に応じて」(29 件)、「診療上の必要性」(44 件)、「自身のスキルアップ」(10 件)、「社会的対応」(12 件) に大別された。



認知症サポート医取得理由 (n: 95)

* 要請に応じて (29件)

初期集中支援チームのため、行政より相談あり 等

* 診療上の必要性 (44件)

入院あるいは外来患者さんに認知症の方が多数いらっしゃるため 等

* 自身のスキルアップ (10件)

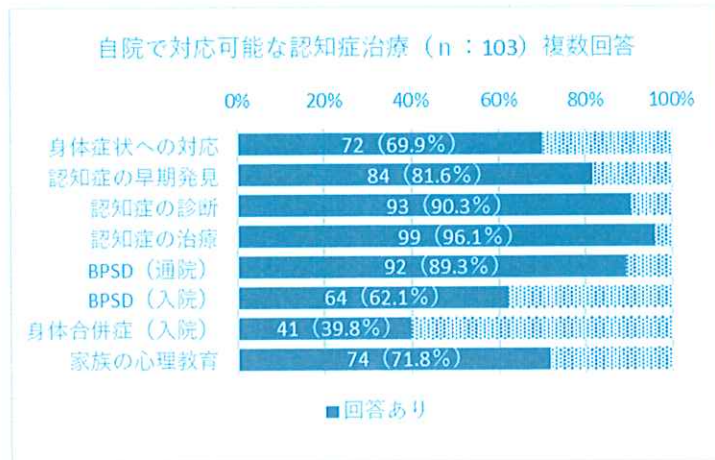
認知症について系統的に学びたかった 等

* 社会的対応 (12件)

今後、高齢化と地域包括ケアシステムの構築が進むため 等

○設問1 自院で対応可能な認知症治療

自院で対応可能な認知症の治療について、「認知症の治療」が99名(96.1%)と最も多く、「認知症の診断」、「BPSD(通院)」も9割前後の割合を示した。「身体合併症(入院)」は無床診療所の医師が多いことから4割にとどまっている。



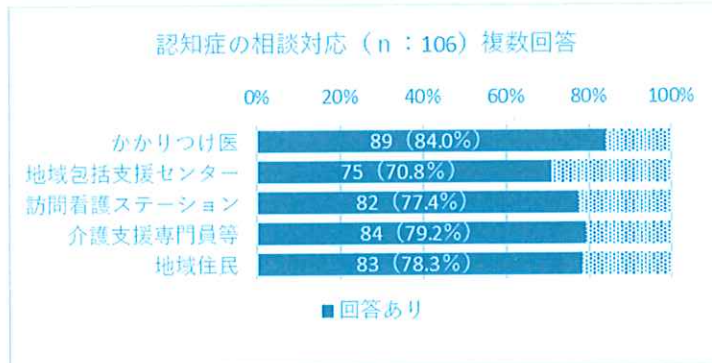
回答者の主な診療科で「精神科」と精神科以外の科「一般科」に分けた診療科別では、「身体症状への対応」について一般科のサポート医は9割が対応可能であるが、一方の精神科のサポート医は約5割と低い結果となっている。

診療科別 n:103 (精神科 n:55、一般科 n:48) 複数回答

	身体症状への対応	認知症の早期発見	認知症の診断	認知症の治療	BPSD(通院)	BPSD(入院)	身体合併症(入院)	家族の心理教育
精神科 n	29	46	53	54	53	51	23	49
精神科%	52.7	83.6	96.4	98.2	96.4	92.7	41.8	89.1
一般科 n	43	38	40	45	39	13	18	25
一般科%	89.6	79.2	83.3	93.8	81.3	27.1	37.5	52.1

○設問2 認知症の相談対応

「かかりつけ医」、「地域包括支援センター」、「訪問看護ステーション」、「介護支援専門員」、「地域住民」を対象とした認知症の相談対応について、認知症の相談対応の相手先は、「かかりつけ医」が89名(84.0%)と最も多かったが、いずれも7割を超えている。



相手先ごとの相談・対応の具体的な内容では、かかりつけ医を除く地域包括支援センター、訪問看護ステーション、介護支援相談員等、地域住民からの相談は「BPSD への対応」がトップであった。

①かかりつけ医からの相談 n：89・複数回答

	紹介先	確定診断の依頼	認知症の継続診療	処方服薬	家族支援	合併症の治療	ケアマネ等との連携	BPSDへの対応
n	35	62	71	72	39	34	46	66
%	39.3	69.7	79.8	80.9	43.8	38.2	51.7	74.2

②地域包括支援センターからの相談 n：75・複数回答

	受診先	生活上の留意点	急変時対応	家族支援	虐待の兆候	権利擁護	サービス上の留意点	BPSDへの対応
n	44	43	38	41	30	39	50	59
%	58.7	57.3	50.7	54.7	40.0	52.0	66.7	78.7

③訪問看護ステーションからの相談 n：82・複数回答

	訪看利用のタイミング	急変時対応	処置上の留意点	家族支援	BPSDへの対応
n	39	49	55	36	65
%	47.6	59.8	67.1	43.9	79.3

④介護支援専門員等からの相談 n：84・複数回答

	ケアマネ上の留意点	サービス上の留意点	家族支援	医療連携のタイミング	BPSDへの対応
n	55	55	44	48	71
%	65.5	65.5	52.4	57.1	84.5

⑤地域住民からの相談 n：83・複数回答

	受診のタイミング	受診先紹介	サービス紹介	生活・介護の留意点	受診先への疑問	診療への心配	BPSDへの対応
n	56	57	54	61	41	52	67
%	67.5	68.7	65.1	73.5	49.4	62.7	80.7

○設問4 認知症サポート医の役割において自身が協力可能と思われるもの

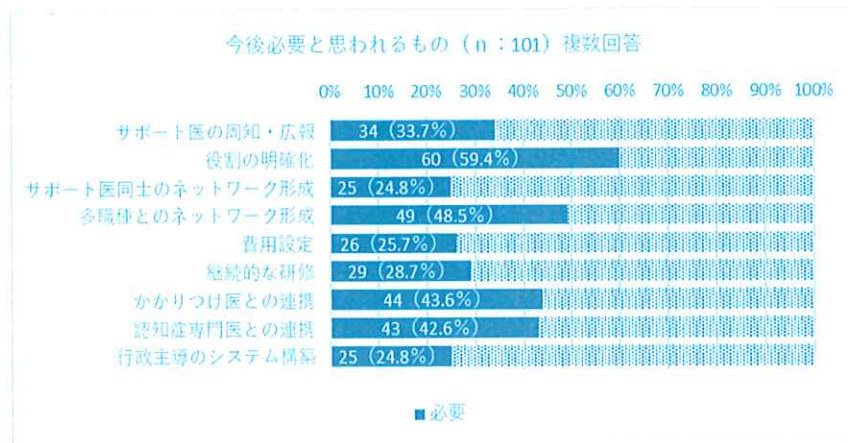
協力可能な認知症サポート医の役割について、「地域包括支援センターとの連携」、「かかりつけ医との連携・助言」、「認知症の診断」、「BPSDの理解と対応」、「認知症医療の提供」が約8割と高い割合を示していた。

一方、「研修会講師」、「認知症初期集中支援チーム員」、「地域ケア会議への参加」は約4～5割と低い割合にとどまっていた。



○設問6-① 今後認知症サポート医として活動していく上で必要と思われるもの

今後認知症サポート医として活動していく上で必要と思われるものについて、「役割の明確化」が60名(59.4%)と最も多く、次いで「多職種とのネットワーク形成」、49名(48.5%)であった。一方、「サポート医同士のネットワーク形成」、「行政主導のシステム構築」が共に25名(24.8%)と相対的に低い割合となっていた。



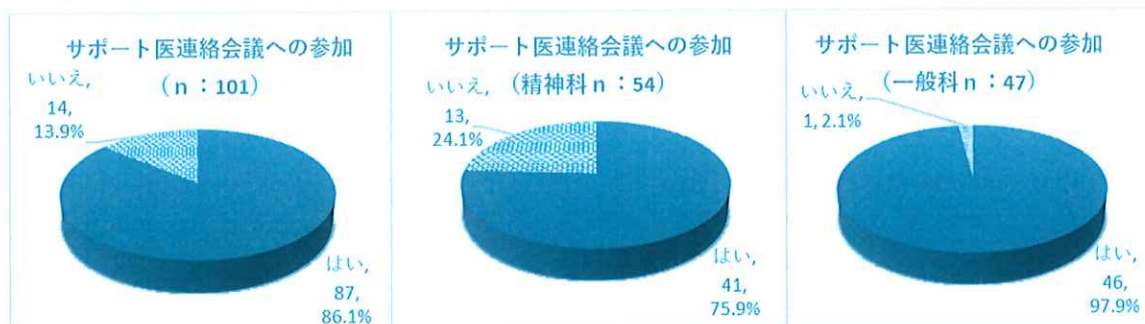
精神科と一般科の診療科別では、共に「役割の明確化」を最も重要としていた。精神科サポート医は2番目に「多職種とのネットワーク形成」を挙げていた。一方、一般科サポート医は2番目に「認知症専門医との連携」を挙げていた。

診療科別 n：101（精神科n：53、一般科n：48）複数回答

	サポート医の周知・広報	役割の明確化	サポート医同士のネットワーク形成	多職種とのネットワーク形成	費用設定
精神科 n	13	30	13	28	16
精神科%	24.5	56.6	24.5	52.8	30.2
一般科 n	21	30	12	21	10
一般科%	43.8	62.5	25.0	43.8	20.8
	継続的な研修	かかりつけ医との連携	認知症専門医との連携	行政主導のシステム構築	
精神科 n	10	23	14	17	
精神科%	18.9	43.4	26.4	32.1	
一般科 n	19	21	29	8	
一般科%	39.6	43.8	60.4	16.7	

○設問7 熊本県あるいは市町村等に認知症サポート医連絡会議が設置された場合参加するか

熊本県あるいは市町村等に認知症サポート医連絡会議が設置された場合参加するかについて、「はい」が87名（86.1%）、「いいえ」が14名（13.9%）であり、9割近くが参加の意向を示した。また、診療科別では「はい」と回答したのが精神科サポート医で41名（75.9%）であったのに対し、一般科では46名（97.9%）と非常に高い割合を示した。



○設問 8 認知症サポート医を取得して良かったこと等自由記述

回答数は 50 件。主な内容として「変化なし」18 件、「連携に関すること」15 件、「自身のスキルアップ」12 件、「認知症サポート医の役割の明確化」2 件、「意見・要望」3 件の回答を得た。

*変化なし (18件)

特になし (サポート医でなくとも認知症対応ができる) 等

*連携に関すること (15件)

地域包括ケアセンターより、受診困難事例等の訪問依頼を受けている 等

*自身のスキルアップ (12件)

認知症に対する知識、経験が増え、医師としての診療の幅が広がったと喜んでます 等

*認知症サポート医の役割の明確化 (2件)

自分自身の勉強にはなりましたが、ただどのような役割をすべきか、できるのか、よく把握できていません。周囲からの認識も同様かと思えます。結局精神科専門医の先生に頼らざるを得ませんし 等

*意見・要望 (3件)

各認知症疾患医療センターの外来が3か月待ちなど、強い妄想を有し警察を呼ぶ症例があっても、対応できないこの機能不全の状態で、とても定型の認知症サポート医としての役割等おひきうけなどできません。サポート医が孤立します。自学自習して目の前の患者さんに対して逃げずにせいっぱいやるだけです 等

4. まとめと考察

【考察 1】

新オレンジプランの「Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の課題について

新オレンジプランには“認知症の容態の変化に応じて、適時・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「循環型の仕組みを実現します”と記されている。

また、この中には7つの柱があり、今回調査で特に課題と一致する点は「(4) 行動・心理症状 (BPSD) や身体合併症への適切な対応」である。

まず認知症の相談対応で、“BPSD”に関する相談件数が非常に多かったことは、医療や介護現場で相当の“BPSD に対する対応の困難性”を抱えて日々試行錯誤している医療・介護関係者の実態が推察できる。また、住民からの相談のトップも同様であることは、自宅や地域においても、どのようにケアをすべきかなど、在宅生活での日常の苦悩が浮き上がって見える。

また、認知症治療において身体合併症への対応に着目すると、一般科サポート医では9割が対応可能であるのに対し、精神科サポート医では約5割である。これは、糖尿病や外科的な症状等に対して、一般科ではほぼ対応が可能であるが、精神科ではそこまで至っていない状況が見える。このことは認知症の多くの高齢者は身体合併症を抱えている事実から“身体合併症”の対応についても、“BPSD”同様に適時・適切な医療・介護の提供には至っていないと考えられる。

このように、新オレンジプランの「循環型の仕組みの実現」には、“BPSD”と“身体合併症”の両課題を一体として捉えて、同時に改善・解決していく「仕組み」が必要不可欠と推察できる。また国では、今後さらにサポート医を増員する方向であるが、この「仕組み」づくりと並行して進める必要があると思われる。そして、全国に誇る「熊本モデル」である三層構造の認知症疾患医療体制をさらに地域で推進する上においても、両課題の改善・解

決に向けて推進する事は言うまでもない。

【考察2】 精神科と一般科のサポート医の特性からみるサポート医の役割について

各設問への回答内容の違いから、精神科サポート医と一般科サポート医では、その特性と役割に違いがあると考えられる。

精神科サポート医の特性は、地域ではBPSD等を通じ、一般科サポート医はもちろん、各医療や介護関係者から頼られる存在であり、また地域において認知症医療の推進に努力する姿が見える。よって、一般科からの連携や協力の要望に応えるべく、これまで以上に地域のサポート医との連携強化の要となり、また、地域において認知症医療の推進に努力する姿が見える。

次に一般科サポート医の特性は、身体合併症に強い反面、当然ではあるが認知症専門医との連携強化を求めており、また、自身の認知症医療へのさらなる向上を求める積極的な姿勢が見える。

このような特性をうまく地域で活かすことができ、また、相互の不足点を補い合う事ができるなら、重要課題である“BPSD”や“身体合併症”への対応にも目途が立つのではと期待も膨らむと考えられる。については、考察1の「循環型の仕組み実現」へと大きく前進するものと推察される。

【考察3】 サポート医支援の在り方

今回の調査では認知症サポート医連絡会議への参加について、参加意向が非常に強い結果となっている。

サポート医の役割については、国が示した期待される機能と役割があるが、それに限らず地域での多職種連携のネットワークに参画することや、各連携先からの相談対応等に取り組む中から、おのずと地域での事情や特性に応じたサポート医の役割や立ち位置が徐々に定まっていくように思われる。このようなことから、今後国がサポート医を増やす方向で施策を進めるのであれば、様々なサポート医の活動を良しとして、活動の普及・啓発・支援する環境作りが重要かつ必要と考えられる。このため、サポート医の意向が強いサポート医連絡会議への参加という点を、環境整備の母体的な会議と考えるならば、当面は県が旗振り役となり、サポート医の活動を支援する県レベルでの「(仮)サポート医連絡会議の設置」や「(仮)〇〇地域認知症サポート医連絡会議」を設置し、フォローアップを含め各研修内容、認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議等を議論する場としての活用にも期待ができると推察する。もとより熊本県精神科協会としても連携して取り組んでいく価値のあるものである。

(5) 認知症サポート医の活動支援・関係機関に対する講義・助言の実施

各圏域では、状況に応じ「BPSDセンターによる医療機関や介護事業所との関係構築」、「認知症サポート医を支援する認知症サポート医連絡会議を設置しての意見交換」、また、「認知症サポート医による一般科の認知症サポート医の活動や介護関係者を支援する講義・助言・研修」を行うなど、各圏域の特徴に応じた取組みを実施した。

これらの取組みは、これまで関係性がなかったり、薄かった近隣の認知症サポート医との顔の見える関係づくりや介護事業所、地域包括支援センターなど、介護現場との連携構築へとつながり、各圏域の実状に応じ“地域版循環型認知症医療体制整備”のモデル事業を通じた様々な課題を関係者で議論できた事は、当事業終了後においても継続の力になるものと考えている。

①菊池圏域

○開催日時：平成30年3月20日（火）

対 象：介護施設職員、介護支援専門員等 25名参加

講 師：中山記念病院 井福正紀医師（認知症サポート医）

主な内容：講義「認知症のBPSD（行動・心理症状）について」

②阿蘇圏域

○開催日時：平成29年11月14日（火）

対 象：西原村社会福祉協議会職員 23名参加

講 師：くまもと悠心病院 宮内大介院長（認知症サポート医）

主な内容：講義「認知症の精神・行動障害について」・質疑応答

○開催日時：平成29年11月28日（火）

対 象：南阿蘇村介護支援専門員 19名参加

講 師：くまもと悠心病院 宮内大介院長（認知症サポート医）

主な内容：講義「認知症の精神・行動障害について」

○開催日時：平成30年1月30日（火）

対 象：くまもと長寿苑そよ風（西原村）（熊本市東区）職員 25名参加

講 師：くまもと悠心病院 宮内大介院長（認知症サポート医）

主な内容：講義「認知症の精神・行動障害について」

③上益城圏域

○開催日時：平成29年5月27日（土）

対 象：上益城圏域の認知症サポート医、医療関係、介護関係 約40名参加

講 師：希望ヶ丘病院 杉本啓介副院長（認知症サポート医）

主な内容：講演「社会から求められる認知症医療について」

○開催日時：平成 29 年 9 月 25 日（月）

対 象：御船町地域包括支援センター、介護関係、行政関係 約 40 名参加
講 師：希望ヶ丘病院 杉本啓介副院長（認知症サポート医）
主な内容：講義「認知症について正しく理解しよう」

○開催日時：平成 29 年 11 月 17 日（金）

対 象：上益城圏域の認知症サポート医、医療関係、介護関係、行政関係
約 50 名参加
講 師：希望ヶ丘病院 杉本啓介副院長（認知症サポート医）
主な内容：症例報告に対するアドバイザー

○開催日時：平成 30 年 2 月 28 日（水）

対 象：上益城圏域の認知症サポート医、保健所、地域包括支援センター他
23 名参加
講 師：希望ヶ丘病院 杉本啓介副院長（認知症サポート医）
希望ヶ丘病院 中村聡秀医師（認知症サポート医）
主な内容：講演「認知症医療について」
講演「認知症治療と地域多職種での連携について」

④八代圏域

○開催日時：平成 29 年 10 月 3 日（火）

対 象：八代圏域の認知症サポート医、医療関係、地域包括支援センター、行政
55 名参加
講 師：八代更生病院 宮本憲司朗理事長・院長（認知症サポート医）
主な内容：講義「BPSD とせん妄」

○開催日時：平成 29 年 11 月 2 日（木）

対 象：熊本労災病院認知症サポート医、医師、連携担当者 9 名参加
講 師：八代更生病院 宮本憲司朗理事長・院長（認知症サポート医）
主な内容：症例報告に対するアドバイザー

○開催日時：平成 30 年 1 月 24 日（水）

対 象：熊本総合病院認知症サポート医、看護師、相談員 8 名参加
講 師：八代更生病院 宮本憲司朗理事長・院長（認知症サポート医）
主な内容：講義「認知症タイプ別 BPSD 看護対応について」

○開催日時：平成 30 年 2 月 20 日（火）

対 象：八代圏域の認知症サポート医、医療関係、地域包括支援センター、行政
35 名参加

講 師：八代更生病院 満崎晃志医師

主な内容：講演「BPSD 入院患者における身体疾患の検討」

IV 検討を裏付ける検証事業等の実施レポート

1. 各モデル圏域の「認知症サポート医連絡会議」からのレポート

(1) 菊池圏域（認知症 BPSD センター：中山記念病院）

① 会議の開催経過

菊池圏域（菊池市、合志市、菊陽町、大津町）では 13 名の認知症サポート医が登録されている。また、4 つの市町にまたがり 4 ヶ所の精神科病院が展開しており、比較的専門医が身近な地域ではないかと考える。それによって、既に各市町で認知症支援における独自の連携体制が構築されている。このため、当センターは既存のネットワークにおける窓口の一つとしての役割を担うことが求められている。

この度、菊池圏域における「認知症サポート医連絡会議」を開催するにあたり、市町の垣根を越えた顔の見える関係づくりから連携を深めたいと考え、認知症サポート医だけでなく、各市町の地域包括支援センターの担当者や、介護関係者にも出席を頂くこととした。

平成 29 年度 第 1 回 菊池圏域 認知症サポート医連絡会議

日 時：平成 29 年 9 月 29 日（金） 午後 7 時 15 分～8 時 15 分

場 所：菊南温泉ユウベルホテル

出席者：17 名

（認知症サポート医 9 名、医療関係者 1 名、地域包括支援センター職員 4 名、他）

議 題： i 趣旨説明『循環型認知症医療体制を目指して』

ii 年間スケジュール

iii 検討事項・意見交換

平成 29 年度 第 2 回 菊池圏域 認知症サポート医連絡会議

日 時：平成 30 年 2 月 27 日（火） 午後 7 時～8 時 30 分

場 所：菊南温泉ユウベルホテル

出席者：20 名

（認知症サポート医 9 名、介護関係者 3 名、地域包括支援センター職員 4 名、他）

議 題： i 熊本県認知症サポート医アンケート調査結果報告

ii 意見交換

● 熊本県認知症サポート医アンケート調査結果報告

- 認知症の症状（BPSD）への対応等で困っていること
- 認知症サポート医へ期待すること

② BPSD 対応の現状と課題（認知症サポート医連絡会議の意見から）

BPSD の問題は、認知症初期集中支援チームの活動の中にも存在する。菊池圏域の 4 市町では、それぞれに認知症初期集中支援チームを組んでいる。BPSD を疑われる未受診である認知症の方へのアプローチは、主に地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームにて行われていることが多く、その中で課題とされているのが医療機関への繋げ方であり、受診に対する拒否が強く対応が困難となるケースも見られる。サービス拒否からの孤立を防ぐためにも、定期的な見守りを行いつつ医療機関へ繋げられるように認知症サポート医と連携したアプローチの重要性を共有した。

一方、既に地域の開業医やかかりつけ医により、認知症の診察や処方を開始されているケースについてであるが、最近、認知症サポート医ではない開業医やかかりつけ医から患者さんを紹介されることも多くなっている。これは、BPSD の症状が高度となり周囲の対応が困難となった場合が多く、専門医療機関として精神科病院への相談を選択されるケースも多くなっている。よって、認知症サポート医が増え、又連携が進むことで、服薬の事や身近な相談対応に応えるなど、さらに BPSD の問題については、医療機関や各関係機関との日頃からの連携・協力体制が重要との意見であった。

また、認知症サポート医を講師に圏域の介護関係者を対象に「認知症の BPSD について」の研修会を開催した。その中でも不穏等の BPSD への対応に困ることが多いという意見や認知症と糖尿病・運動機能についての研修の要望も出されている。

③ サポート医アンケートから見えてくる現状と課題（同連絡会議の意見から）

菊池圏域の認知症サポート医は全体の約 7 割が精神科に所属しており、今回発表されたアンケート結果にも準じている。しかし、精神科と一般科の認知症サポート医では特性や求められる役割に違いがあり、特に身体合併症への対応については、認知症サポート医同士の連携が重要との意見である。このため、菊池圏域内における一般科の認知症サポート医を増やすことやステップアップのための研修が必要との声が上がった。

また、認知症サポート医の役割や活動についても課題として取り上げた。やはり、認知症サポート医の活動を促進・支援していくには、継続したフォローアップの場やこの連絡会議等を通じた情報交換の場を求める意見が出され今後の継続を検討している。

④ サポート医への期待感（同連絡会議の意見から）

菊池圏域でも精神科と一般科の認知症サポート医に期待される役割は異なっているとの意見から、この連絡会議等を通して認知症サポート医同士の顔の見える関係づくりを進め連携しながら BPSD の問題を改善する方向へ共通認識が生まれた。また、介

護現場から特に地域包括支援センターや介護関係者から「医療面の専門的な知識について学びたい」「助言やアドバイスを受けたい」との声から認知症サポート医の役割や期待の内容が見えてきた。

菊池圏域は専門医が身近な地域ということから、各市町の認知症サポート医同士が相互に連携すること、又各関係機関が連携することで、菊池地域の循環型認知症医療体制が構築へと進むよう今後取り組むこととしている。

また、前述した介護関係者を対象に認知症サポート医による BPSD 関係の研修会においても、身近な問題である BPSD、糖尿病、身体疾患等、直接医師から話が聞けて大変勉強になったとの結果であった。今後とも研修の機会を増やして欲しいとの要望も強く、認知症サポート医への期待は今後もますます大きくなると考えている。

(2) 阿蘇圏域（認知症 BPSD センター：くまもと悠心病院）

(はじめに)

認知症 BPSD センターとして阿蘇圏域を担当することとなり、まず、認知症サポート医の空白地域である「阿蘇郡西原村」へ働きかけた。西原村には2つの医療機関があり、直接、当院担当者が訪問し、認知症サポート医養成研修の受講依頼を行なったが、いずれも土曜日診療を行なっていること等の理由で受講は厳しいとのことであった。また、「認知症サポート医となって得られるメリットがない」との率直なご意見もいただいた。熊本地震の被害が甚大な西原村において、地震発生後より自院での診療のみならず、訪問診療も取り組まれており、認知症サポート医ではないが、以前より地域の方々の認知症治療にも携わっておられる。

これまでも当院専門外来への受診依頼、入院加療依頼など紹介はいただいていたが、認知症 BPSD センターの機関としての役割を説明し、より迅速な対応を行ない、支援体制を充実させていくこととした。

上記の件を認知症 BPSD センター連絡会議にて報告し、圏域内の専門職（介護支援専門員、介護職員）へ「認知症サポート体制の構築」に向けた働きかけを、といった提案もあり、積極的に取り組んでいくこととした。

訪問活動を行う中で「西原村社会福祉協議会」「介護支援専門員阿蘇支部」「くまもと長寿苑そよ風」より認知症についてスタッフ向けの講演依頼があった。また、話を進める中で、普段業務の中で感じる困難なケースの相談、精神科病院との連携についての質問・要望などがあるとの意見があり、講演と意見交換の場を設けることとした。

①会議の開催経過

◎第1回阿蘇地域認知症 BPSD センター研修会

日時：平成29年11月14日（火） 17:00～18:30

場所：西原村社会福祉協議会

内容：

○認知症 BPSD センターの紹介、くまもと悠心病院の紹介

○講演『認知症の精神・行動障害について』（くまもと悠心病院 宮内大介院長）

○意見交換会

現場で担当しているケースについて相談多数あり。また、「精神科病院を紹介しても初診までに 1 ヶ月待ちと言われて対応に苦慮した」といった意見もみられた。特に緊急な対応を要する場合は迅速に対応すると説明し、BPSD コールセンターの紹介も行なった。

◎第 2 回阿蘇地域認知症 BPSD センター研修会

日時：平成 29 年 11 月 28 日（火） 14：00～16：00

場所：南阿蘇村白水保健センター（旧白水庁舎）

内容：第 1 回同様

○意見交換会

1 回目と同様に担当しているケースの相談があった。また、当院を受診する場合、「必ず紹介状は必要ですか？主治医に相談しにくくて・・・。」といった現場ならではの意見もみられた。

◎第 3 回阿蘇地域認知症 BPSD センター研修会

日時：平成 30 年 1 月 30 日（火） 18：00～19：30

場所：くまもと長寿苑そよ風

内容：第 1 回同様

○意見交換会

施設入所者への対応、処方薬についての相談があった。また、定期的に同施設において職員内の勉強会をしているとのことであるが、担当者が自身で調べ、資料の確認をすることしかできないので、対応スタッフのスキルアップのために今後も今回のような会をお願いできないか、と依頼があった。→今後も引き受けて行くこととした。

②BPSD 対応の現状と課題

可能な限り当院にて外来、入院対応を行なっているが、通常の診療に加え、30 箇所を超える施設に訪問診療を行なっており、ニーズに沿えない場合もある。しかし、外来診療希望の方には近医のクリニック、早急な入院加療を要する方には周辺の医療機関と連携を図り、協力しながら、一定の支援体制は整っている。

施設や関係機関が増加し、対応などに差があり、相談ルートを確保している人とそうでない人がみられる。精神科医療機関として自院ができること、地域の支援体制の情報提供を常に行なっていくこともこれまでの業務に加え、必要であると実感した。

③認知症サポート医アンケートから見えてくる現状と課題

機関別の相談内容を見ると、「BPSD」に関する相談が最も多い。また、半数は精神科医療機関には属さない認知症サポート医であるが、相談先としてほとんどが「精神科病

院」との返答があり、一定の連携が図れていることが数字でも表れている。

④認知症サポート医への期待感

やはり認知症サポート医との意見交換の場が必要であると感じている。また、認知症サポート医ではない方で、地域の方々の認知症医療に携わっている医師は少なくないと思われ、それぞれの地域の特性に合わせた「ネットワークづくり」が必要であると感じている。

また、介護職、ケアマネージャーなど直接認知症の方、その家族に関わっている専門職との連携及び対応スキル向上への支援の求めに対し、今後、認知症サポート医のいる専門医療機関として担っていかなければならない。

(3) 上益城圏域（認知症 BPSD センター：希望ヶ丘病院）

①会議の開催経過

* 第 1 回 上益城圏域認知症サポート医連絡会議

日 時：平成 29 年 5 月 27 日（土） 17：00～18：30

場 所：熊本回生会病院 カンファレンスルーム

対 象：上益城圏域の認知症サポート医（3 名）、医療関係、介護関係 計 40 名参加

主な内容：* 講演「社会から求められる認知症医療について」

（希望ヶ丘病院 杉本啓介副院長）

* サポート医不在地域の医師へのサポート医取得要請

* 第 2 回 上益城圏域認知症サポート医連絡会議

日 時：平成 30 年 2 月 28 日（水）

場 所：御船町カルチャーセンター

対 象：上益城圏域の認知症サポート医（9 名）、町、保健所、医療、介護等

計 23 名参加

主な内容：* 熊本県認知症サポート医アンケート調査結果報告（BPSD コールセンター）

* 講演「認知症医療について」（希望ヶ丘病院 杉本啓介副院長）

* 講演「認知症治療と地域多職種での連携について」

（希望ヶ丘病院 中村聡秀医師）

* 意見交換

②BPSD 対応の現状と課題（認知症サポート医連絡会議の意見から）

上益城圏域は 5 つの町で構成されており、H29 年度初頭での県の名簿には 4 つの町に 12 名の認知症サポート医の登録があった。

圏域内には益城病院と希望ヶ丘病院の 2 つの精神科病院があり、それぞれの病院が認

知症医療を行う中で緊急対応への困難さ等の問題があったが、H28年4月の熊本地震により震源に近い両院ともが大きな被害を受けたことにより、地域の認知症医療への影響が浮き彫りとなった。これにより、地域のサポート医をはじめ、一般科医や各町の地域包括支援センター、その他介護に関する事業所との一層の連携と体制の整備が地域課題となった。

また、圏域内12名の登録認知症サポート医のうち一般科医は3名であり、他9名は精神科病院に所属していた。これに加え、サポート医のいない町もあったことから、不在地の解消とともにサポート医活用の方策の検討も課題としてあがった。

尚、今回の事業の結果、圏域内で唯一サポート医が不在であった町の先生方にこれを取っていただき、不在地を解消することができた。

③サポート医アンケートから見えてくる現状と課題（同会議の意見から）

サポート医が認知症及びBPSDの診療を行う中において、それらについての専門知識や対応技術を習得する機会を求める意見が多く出されている。具体例として薬剤の処方方法や対応困難時、緊急時の対応を通じた認知症サポート医としての役割を明確にすべきとの意見も出された。

また、身体合併症についての議論では、精神科医から一般科に対するより一層の連携を求める声も上がり、同様に介護関係者からもサポート医をより身近な存在として医療分野との連携を密にするためのツール作りを強く求める意見が出された。

このため、今後とも継続して取り組む予定である。

④サポート医への期待感（同連絡会議の意見から）

認知症サポート医になっても何をするのか、地域とどうかかわるのが理解できないとの意見がだされる中で、サポート医不在の圏域を脱することができたことは圏域の認知症医療体制の充実につながるとの感想が寄せられた。このため、認知症サポート医になった医師をさらに地域で育て地域の関係機関とのネットワークや介護事業所との連携が図られる仕組みづくりが重要との認識で一致し、今後もこの連絡会議の継続を検討している。

(4) 八代圏域（認知症 BPSD センター：八代更生病院）

① 会議の開催経過

八代圏域では八代市、氷川町、八代市医師会、八代郡医師会の4者が協同し地域包括ケアシステムの構築に向けて様々な研修や事例検討会等が活発に行われており、医療と介護の連携が図られている地域特性がある。しかし、認知症サポート医の活動やBPSDがある認知症の方々の支援体制についての協議が十分に行われていない現状があり、八代圏域で

の認知症サポート医の活動、BPSD の対応について協議する場とする認知症サポート医連絡会議を行う運びとなった。

八代圏域では、前述の通り連携体制が図られている地域特性があるため、参加者も認知症サポート医のみでなく、八代圏域内の基幹病院、精神科病院、地域包括支援センター、行政等の多くの機関、多職種を交えての会議を行った。

○平成 29 年度 第 1 回 八代圏域認知症サポート医連絡会議

日 時：平成 29 年 10 月 3 日（火） 18 時 30 分～

場 所：セレクトロイヤル八代

出席者：55 名

（認知症サポート医 12 名、医療関係者 6 名、医師会 1 名
地域包括支援センター職員 14 名、行政 3 名、事務局 9 名）

議 題： i 循環型認知症医療体制事業 事業説明

ii 講演 『BPSD とせん妄』

iii 意見交換

○平成 29 年度 第 2 回 八代圏域認知症サポート医連絡会議

日 時：平成 30 年 2 月 20 日（火） 18 時 00 分

場 所：セレクトロイヤル八代

出席者：35 名

（認知症サポート医 10 名、精神科医 1 名、医療関係者 6 名、医師会 1 名
地域包括支援センター職員 6 名、行政 3 名、事務局 8 名）

議 題： i 講演 『BPSD 入院患者における身体疾患の検討』

ii 熊本県認知症サポート医アンケート調査結果報告

iii 八代圏域認知症 BPSD センター事業報告

iv 意見交換

② BPSD 対応の現状と課題（認知症サポート医連絡会議の意見から）

八代圏域は、在宅医療体制が進み医療と介護の連携が一定機能している。その一方でかかりつけ病院、介護の現場は BPSD の症状が強く緊急対応が必要なケースについては急なアクセスを求められるため、専門医療機関や精神科への更なる連携や協力を期待している。認知症 BPSD センターではそのようなニーズに沿えるよう相談窓口として活動を行った。

認知症 BPSD センターがこの活動を行っていく過程で「身体合併症を伴う認知症高齢者の問題」という課題が見えてきた。

認知症 BPSD センターで入院対応を行った緊急性の高いケースの中に身体疾患が原因となっている「せん妄」と考えられるケースが少なからず存在。せん妄は BPSD を増悪させる要因と考えられており、身体疾患が併存する場合は基本的に精神疾患より身体疾患を優先して対応する必要がある、身体治療により精神症状も改善することが多いことがわかった（せん妄の研修実施へとつながる）。

特に高齢者医療においては、一般科医療機関と精神科医療機関の密な連携が必要不可欠であり循環型医療体制を進めるうえで、一般科医療機関と精神科医療機関の相互連携の強化を図る必要性を改めて感じる事となった。

また、認知症 BPSD センターで BPSD の緊急入院の受入をするためにはベッドの確保が必要であり、退院促進にも力を注いだ。入院時から入院中に地域包括支援センターやケアマネージャーと退院へ向けて検討を行い、退院に結びつけていった。結果、ベッドの確保ができ次の受入が可能な体制を取ることができた。このような流れを取ることができたのは地域の関係機関の協力無しには成し得なかったと実感し、連携の重要性を再認識した。

以上のとおり、同連絡会議において、BPSD の対応について、一定の整理をすることができ、地域の共通認識とすることができた。

③ サポート医アンケートから見えてくる現状と課題（同連絡会議の意見から）

八代圏域では一般科サポート医と精神科サポート医との割合がほぼ同じである。注目したのが一般科サポート医の相談先として、全ての回答が「認知症専門医（認知症疾患医療センター、精神科）への相談」となされていることである。この結果から身体合併症を伴う認知症高齢者が認知症専門医に繋がるケースが増加することが見込まれるとの意見が多かった。

また、身体合併症の問題は重要との指摘が多く、八代圏域の3つの一般科総合病院にサポート医が配置されているメリットを生かし、一般科サポート医と認知症専門医との相互連携による BPSD と身体合併症に対応する「循環型八代モデル」を検討していく予定である。

④ サポート医への期待感（同連絡会議の意見から）

今後、八代圏域は県内でも高齢化率が高く、地域包括ケアシステム構築に向けたネットワークが更に整備されていくとの認識である。このネットワークの中に循環型認知症医療体制を組み込んでいくためには認知症サポート医をはじめ認知症専門医療機関や介護関係など多くの関係機関の連携を強化する必要があるとの意見が出された。

また、同連絡会議には、サポート医の他に地域包括、病院地域連携室、認知症疾患医療センター拠点型、八代市役所の参加があったことで、地域ケア会議の開催時間設定、認知症初期集中支援チームの話題が提供され、「地域ケア全体会議」の様相を呈したが、認知症サポート医の地域ケア会議への出席に期待が込められていた。

そして、この参加メンバーでの「サポート医連絡会議」は循環型認知症医療体制連携強化に有効であり、今後も継続する必要性を感じている。

同連絡会議の工夫点として、ここにかかりつけ医（非サポート医）も参加することで、さらに密な連携ができるものと考えている。

2. 全体のまとめ

○圏域毎に特徴があるため、以下のとおり概略を簡単にまとめる。

・菊池圏域

都市近郊型で医療圏域を跨ぎ近隣の認知症サポート医との面識も殆どない菊池圏域では、中山記念病院を認知症 BPSD センターとした。菊池郡市の地域市町がそれぞれに熊本市の医療機関と連携を図っているなど市町ごとに認知症への対応がなされている。

このため、モデル事業では、菊池圏域全体の動きにつながるようにと工夫し、菊池圏域の認知症サポート医や地域包括支援センター、介護事業所の職員を構成員に「菊池圏域認知症サポート医連絡会議」を設置し、サポート医の役割や活動状況、医療と介護の連携について検討した。

初めてサポート医が顔を合わせたが、サポート医から訪問診療が可能なことなど、役割も明確になり、また、意見交換から介護現場の方への研修へと発展できたことは、同連絡会議が地域にとっても大変有益な会議であった。

また、会議で決定した地域包括支援センターや介護関係者の方を対象とした BPSD 関係の研修を開催した中で、現場の声は、BPSD への対応に日々困っていることや糖尿病等の身体合併についても、もっと勉強をしたいなどの意見が多くあった。このことは、医療と介護の顔の見える関係づくりから BPSD 等を介し、さらに一歩踏み込んだネットワークへと発展させることができた。

・阿蘇圏域

被災した南阿蘇（西原村・南阿蘇村）と一部熊本市東部地区をエリアにした。西原村は、サポート医不在である。

また、南阿蘇村では、唯一サポート医の居る地域医療の中心病院である医療機関が被災したため、サポート医としての活動に期待することは困難であった。

そこで、熊本市東部にある“くまもと悠心病院”を BPSD センターとし、サポート医が不在地域へ圏域を超えて介護現場（従事者）を支援する方策を検討した。

しかし、南阿蘇は本来医療資源に乏しく、このため医療に代わり介護が主となり認知症医療体制を進めるという方策しかなかった。

よって、認知症 BPSD センターは、西原村、南阿蘇村の社協や介護事業所を対象とした所謂、認知症の基本から対応力向上に係る講演、研修会を実施。参加者から対応の困難性、処方薬の事、自分達の勉強の限界などの数多くの意見が出され、本当に医療資源の乏しい中での介護現場の厳しい実態が明らかになるとともに、地元介護現場からの強い願いから今後もこのような研修を継続する方向となったことは、モデル事業の成果と言えよう。

・上益城圏域

熊本地震で、圏域の基幹的精神科病院の二病院が被災する中で、地域の認知症医療体制を考える上で、同じく大きく被害を受けた嘉島町に認知症サポート医がいない

ことは、大きな問題であった。

このため、認知症 BPSD センター（希望ヶ丘病院）や地域医師会の努力により「認知症サポート医養成支援事業」を活用し、嘉島町に二名の認知症サポート医が誕生したことは、上益城圏域の循環型認知症医療体制の構築に向け大きなきっかけになった。

また、認知症サポート医になっただけで、地域に根差した活動を見いだせない医師がいる中で、それら新人のサポート医をモデル事業ながら認知症サポート医連絡会議のメンバーにして、今後の活動へ糸口をつくったこと、サポート医支援のきっかけに出来たことも大きな成果と言える。

そして、介護関係者からサポート医への期待も大きい中で、サポート医が全市町に揃ったことで、今後の認知症サポート医連絡会議の継続によるさらなる循環型認知症医療体制づくりを進めることが課題である。

・八代圏域

八代圏域は、県下でも在宅医療体制や医療と介護の連携が進んでいる圏域である。よって、認知症 BPSD センター（八代更生病院）には、他モデル圏域の中でも相談件数も多い。

また、BPSD への対応については、医療・介護現場から緊急対応を求められ SOS も受けとるなど、在宅医療や医療と介護の連携が進んでいる地域だから支援を求める認知症高齢者の実態把握がなされており、所謂、医療・介護や入院・在宅の隔てなく相談できる土壌があるという解釈ができる。恐らくこのことは、今後進む在宅医療体制づくりがさらに進展すると BPSD 等の認知症の問題がより鮮明になるということと推測される。

そして、八代圏域では、モデル事業の一つの試みとして、認知症サポート医の資格を一般科病院の医師にも取得させている。これは、モデル事業を取り組む際に BPSD の問題と併せて身体合併症の問題も相談対応する必要があるだろうとの事前予測によるものである。

結果として、そのとおりになったが多くの高齢者が身体合併症を抱え、BPSD も併せ持っていたことがはっきりと分かった。また、モデル事業を通じ一般科病院にいる認知症サポート医と精神科病院の認知症サポート医の顔の見える関係づくりが循環型への大きな一歩となったと言える。

加えて、認知症 BPSD センターの認知症サポート医が、認知症サポート医連絡会議で医師や介護関係者の「せん妄」の研修を行ったことについて、関係者から大変な良い評価を得ている。困り事をこの連絡会議を活用し解決していく事、又その対応スキルを関係者が身に付けることができた連絡会議の取組みは、全県に広げるべき八代モデルである。

○ 各圏域の取組みから見えてきた事

- ・認知症サポート医が不在で医療資源の乏しい地域においては、他圏域からの支援が

必要であり又可能であった。しかし、介護現場では BPSD の問題はもとより様々な課題があり、身近に相談できる認知症 BPSD センターのような機関があり又継続した介護事業所への研修等を通じた支援策が「地域版循環型認知症医療・介護体制」の構築につながると言える。

- ・また、医療資源は整っているが認知症サポート医との関係性や介護との関係性が比較的薄いと思われる都市近郊の地域では、例えば、行政や医師会等、所謂外部からの要請により認知症サポート医との連絡会議の設置を行い、そこを起点にかかりつけ医、認知症サポート医、介護現場、専門の精神科病院の連携体制の構築が展望できたと言える。このことは、自主的ではなく他力型の設置にはなるが、認知症サポート医同士の顔の見える関係づくりや認知症サポート医の役割がおのずと見えてくる連絡会議の有効性から、各圏域にこの連絡会議の設置を積極的に進めるべきである。
- ・そして、市町村に認知症サポート医が不在である場合、近隣の精神科病院のバックアップを前提に一般科や開業の医師に認知症サポート医の資格取得を要請する。取得後は、新人認知症サポート医を支援するため、精神科病院が地域の介護との連携等の機会を活用し支援していく仕組みをつくることで、新人認知症サポート医の活躍へとつながるものである。また、認知症サポート医の地域での活動がしやすくなることで、引いては、認知症サポート医をさらに増やすための環境整備につながる。
- ・加えて、循環型を進めるうえで、既に在宅医療体制が進み医療と介護の連携が一定機能している場合、精神科病院の呼びかけで「認知症サポート医連絡会議」を設置し、一般科のサポート医への研修を行っている。循環型を目指すうえでは、BPSD の問題と同様にアンケートの調査結果にもあるように身体合併症への対応は必要不可欠であり、よって、一般科病院と精神科病院の連携へとさらなるステップを踏むことで、あるべき循環型認知症医療体制の姿に近づきつつある。

V 今後、循環型認知症医療体制を進めるための方策（政策提案）

1. 循環型認知症医療体制検討事業の総括

前述の4圏域のそれぞれのモデル事業の取り組みや認知症サポート医へのアンケート調査等を実施し、又基金PTの意見を集約することで、循環型認知症医療体制の構築を目的に一般科医療機関、精神科医療機関、介護事業所が連携・協力するシステムや認知症サポート医の活用を図るための支援策について、それぞれ課題の整理や対策の方向性を示し、一定の検証結果を出すことができたと考えている。

○ 循環型認知症医療体制の課題（現状）は、大きく以下の5点に集約される。

①医療・介護の現場で最も困っている事は「BPSDの問題」であり、また同様に「身体合併症の問題」も大きな課題である。

特に、現在BPSDに対応する専門の相談対応機関がない現状がある。

②元々、医療資源が乏しく認知症サポート医のいない市町村等については、介護事業所や介護職等の負担が大きい現状がある。

③循環型認知症医療体制を支える認知症サポート医の活動について、地域差はあるが、認知症サポート医が活動に必要な研修や多職種のネットワーク情報等が得にくい現状がある。

④認知症サポート医の資格取得要請から資格取得した後、地域医師会、精神科医療機関、市町村等、地域全体で認知症サポート医を継続して支援していく体制がない現状がある。

⑤認知症サポート医の不在地域やBPSD対応等の重要課題に対し、医療、介護、行政が、課題の共有や改善・解決を進めることで、循環型認知症医療体制をつくるという共通基盤が出来ていないため、現場での支援や連携が難しい現状がある。

2. あるべき循環型認知症医療体制の姿（政策提案）

(1) BPSDを基本とした相談機関の創設について

- ・ 循環型認知症医療体制を構築する中、最も障害となっているのがBPSDへの対応である。BPSDに係る医療・介護現場からの様々な相談に対応できるように二次医療圏等に相談機関を設置し、相談対応から適時・適切なサービスに繋げることができるシステムの創設をお願いする。
- ・ また、二次医療圏を越えての緊急のBPSDの相談からトリアージまでコーディネート機能を持つ広域支援機関の設置をお願いする。
- ・ そして、緊急なBPSDの相談から発し、その受け手となる精神科病院が、迅速

かつ積極的に対応した場合、インセンティブが働くようその仕組みの創設をお願いする。

(2) 身体合併症を伴う認知症高齢者の適時・適切な対応について

- ・ 認知症高齢者の多くが身体合併症を伴い、又今後増加する見込みから、特に入院時における一般科病院と専門機関である精神科病院の相互連携が図られるよう、必要な研究・検討を行い地域の実状に応じた仕組みづくりへの支援をお願いする。

(3) 認知症サポート医のいない市町村等における広域支援について

- ・ 元々医療資源がない、又は事情により認知症サポート医がいない市町村や地域においては、他圏域や周辺市町村にいる認知症サポート医による支援に頼ることになるが、この場合、必然的に介護事業所等が担う役割が大きくなり介護職員に対し継続的な認知症対応力の研修等が必要となる。

このため、認知症サポート医が認知症サポート医のいない市町村等において、介護関係者への研修等を実施する場合、その費用等について公的な支援をお願いする。

(4) 認知症サポート医の支援体制の整備について

- ・ 認知症サポート医は、循環型認知症医療の地域での連携の推進役等、重要な役割を果たすことが期待されているが、未だその役割が不明確との意見が多い。
また、新人認知症サポート医の育成も重要であることから、認知症サポート医の活動支援によるモチベーションの維持や継続的活動を目的に、二次医療圏等に「(仮称)〇〇地域認知症サポート医連絡会議」を設置し、認知症サポート医の様々な活動の情報共有や希望する研修などを行える支援体制の整備をお願いしたい。
- ・ そして、支援体制の整備に当たり、認知症サポート医の資格取得においては、医師の氏名の公表を前提にした募集の扱いをお願いしたい。
- ・ 併せて、認知症サポート医の資格については、認知症初期集中支援チームの活動や研修講師など、一定の活動を基準とした、更新制度の導入をお願いしたい。

(5) 医療・介護・行政による共通基盤の構築について

- ・ モデル事業である「認知症サポート医連絡会議」等の結果から、循環型認知症医療体制を推進するという医療・介護・行政による共通基盤があつてこそ、改善・解決に向けたルールづくりや連携が可能である。

よって、医療・介護・行政が認知症問題に関し共通の意識を醸成できる共通基盤の構築に向けた検討をお願いしたい。

以上の政策提案は、2年間をかけたモデル事業により実際に現場の実態把握や認知症サポート医の意見、アンケート調査の結果や各圏域に足を運び認知症サポート医連絡会

議等を検証したものであり、是非、実現できるようお願いしたい。

また、当協会としても、本検討事業を通じ専門の精神科医療機関に寄せられた認知症サポート医からの期待や BPSD への相談・対応等への期待を認識できたことは、大変貴重な経験となった。

もとより最大限の協力を惜しまず医療・介護・行政の連携を基盤に「循環型認知症医療体制の構築」を目指すものである。

以上

資料 1

熊本県認知症サポート医アンケート調査

報告書

平成30年1月

公益社団法人 熊本県精神科協会

目 次

1	調査目的	1
2	調査概要	1
3	調査結果（全体）	2
	属 性	
3-1	認知症治療（設問1）	
3-2	認知症の相談対応（設問2）	
3-3	認知症に関する研修・啓発活動への協力・参加（設問3）	
3-4	協力可能な認知症サポート医の役割（設問4）	
3-5	対応困難事例の相談先（設問5）	
3-6	認知症サポート医の活動に必要なもの（設問6）	
3-7	認知症サポート医連絡会議への参加（設問7）	
3-8	認知症サポート医を取得して良かったこと等自由記述（設問8）	
4	調査結果（診療科別）	17
	属 性	
4-1	認知症治療・診療科別（設問1）・診療科別	
4-2	認知症の相談対応（設問2）・診療科別	
4-3	認知症に関する研修・啓発活動への協力・参加（設問3）・診療科別	
4-4	協力可能な認知症サポート医の役割（設問4）・診療科別	
4-5	対応困難事例の相談先（設問5）・診療科別	
4-6	認知症サポート医の活動に必要なもの（設問6）・診療科別	
4-7	認知症サポート医連絡会議への参加（設問7）・診療科別	
4-8	認知症サポート医を取得して良かったこと等自由記述（設問8）・診療科別	
5	まとめと考察	30

1 調査目的

今日、国では新オレンジプランのもと、認知症サポート医の養成に力を入れ、市町村が主体の認知症初期集中支援チームなど、それら活動への参画などを推進している。

また、今後認知症高齢者が増加する中で、認知症サポート医の活動はさらに重要視されていくことは、認知症サポート医を増やすという国の姿勢からも明らかである。

一方、県内の認知症サポート医からは、「認知症サポート医の資格は取得したが、これからさてどうしたものか」という内容の意見も耳にする。

また、「地域の介護資源や在宅医療体制とどう連携をとったらいいのか」など、それら悩みも大きと聞いている。

そこで、今回のアンケート調査は、熊本県内の認知症サポート医の活動状況や課題等について把握し、今後、熊本県ならびに熊本県精神科協会が認知症サポート医への活動協力の在り方や、支援策について検討するための基礎資料とする。

2 調査概要

2-1 調査対象

熊本県内の認知症サポート医 158名

* 平成17年度～28年度養成研修修了者

* 認知症サポート医の名簿への掲載・公表に同意し、熊本県が公表する認知症サポート医名簿に掲載されている者

2-2 調査主体

公益社団法人 熊本県精神科協会

2-3 調査期間

平成29年10月27日～11月10日（投函締め切り）

2-4 調査項目

属性

設問1 認知症の治療

設問2 認知症の相談対応

設問3 認知症に関する研修・啓発活動への協力・参加

設問4 協力可能な認知症サポート医の役割

設問5 対応困難事例の相談先

設問6 認知症サポート医の活動に必要なもの

設問7 認知症サポート医連絡会議への参加

設問8 認知症サポート医を取得して良かったこと等自由記述

2-5 回収状況

回収票 106票（回収率67.1%）

3 調査結果（全体）

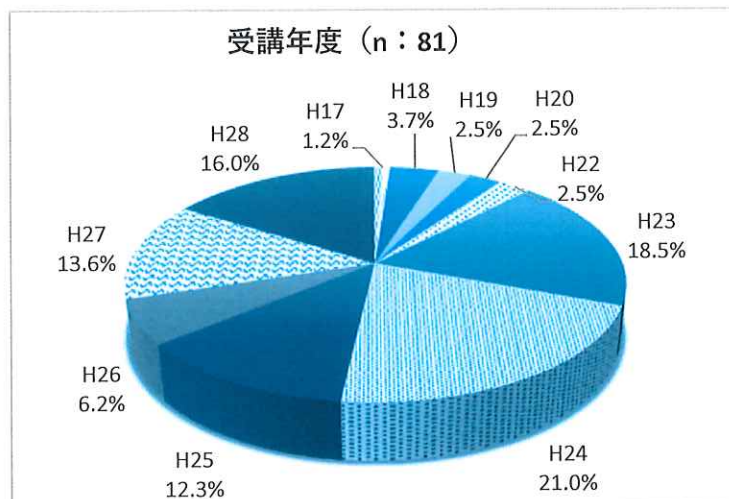
属性

❖ 受講年度

認知症サポート医養成研修の受講年度について、「H24年度」が17名（21.0%）と最も多く、次いで「H23年度」15名（18.5%）、「H28年度」13名（16.0%）の順であった。

n : 81

H17年度	n	1	H18年度	n	3	H19年度	n	2	H20年度	n	2
	%	1.2		%	3.7		%	2.5		%	2.5
H21年度	n	0	H22年度	n	2	H23年度	n	15	H24年度	n	17
	%	0.0		%	2.5		%	18.5		%	21.0
H25年度	n	10	H26年度	n	5	H27年度	n	11	H28年度	n	13
	%	12.3		%	6.2		%	13.6		%	16.0

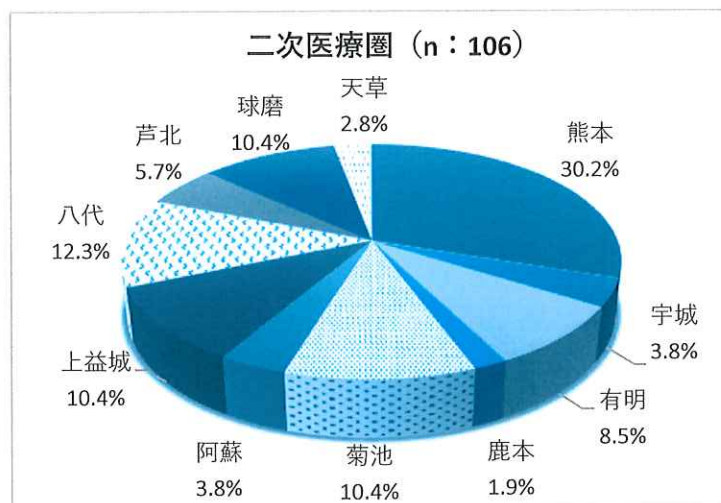


❖ 医療機関が所在する二次医療圏

所属する医療機関が所在する二次医療圏について、「熊本圏域」が32名（30.2%）と最も多く、次いで「八代圏域」13名（12.3%）、「菊池圏域」、「上益城圏域」、「球磨圏域」11名（10.4%）の順であった。

n : 106

熊本圏域	n	32	宇城圏域	n	4	有明圏域	n	9	鹿本圏域	n	2
	%	30.2		%	3.8		%	8.5		%	1.9
菊池圏域	n	11	阿蘇圏域	n	4	上益城圏域	n	11	八代圏域	n	13
	%	10.4		%	3.8		%	10.4		%	12.3
芦北圏域	n	6	球磨圏域	n	11	天草圏域	n	3			
	%	5.7		%	10.4		%	2.8			



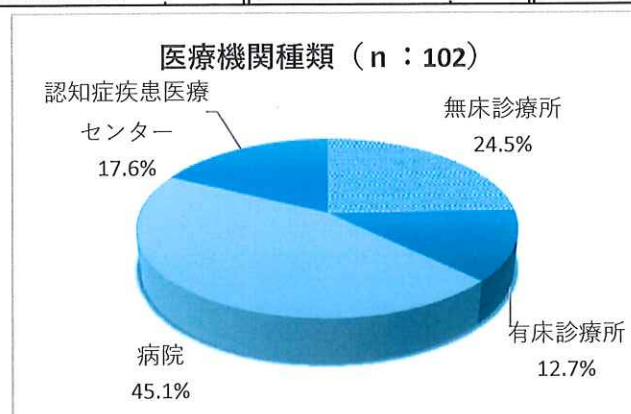
❖ 医療機関種類

医療機関種類について、「病院」が46名（45.1%）と最も多く、次いで「無床診療所」25名（24.5%）、「認知症疾患医療センター」18名（17.6%）、「有床診療所」13名（12.7%）の順であった。

なお、無回答者の中には、介護老人保健施設等の医師が含まれている。

n : 102

無床診療所	n	25	有床診療所	n	13	病院	n	46	認知症疾患医療センター	n	18
	%	24.5		%	12.7		%	45.1		%	17.6

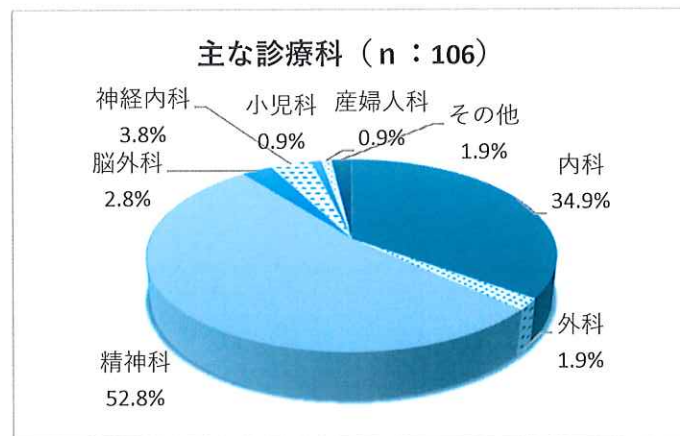


❖ 主な診療科

主な診療科について、「精神科」が56名（52.8%）と半数を超え、次いで「内科」37名（34.9%）の順であった。

n : 106

内科	n	37	外科	n	2	精神科	n	56	脳外科	n	3
	%	34.9		%	1.9		%	52.8		%	2.8
神経内科	n	4	整形外科	n	0	眼科	n	0	皮膚科	n	0
	%	3.8		%	0.0		%	0.0		%	0.0
泌尿器科	n	0	小児科	n	1	産婦人科	n	1	その他	n	2
	%	0.0		%	0.9		%	0.9		%	1.9

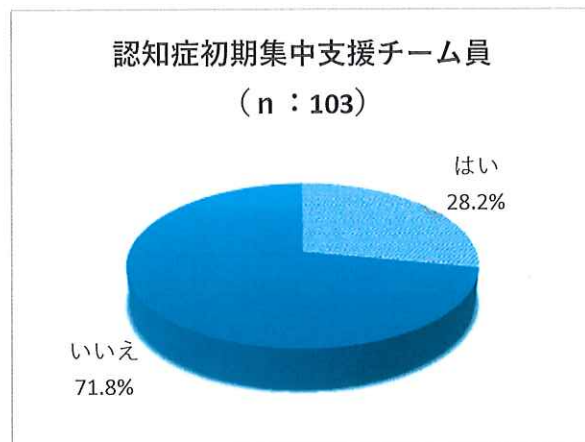


❖ 認知症初期集中支援チーム員

認知症初期集中支援チーム員であるかについて、「はい」が29名（28.2%）、「いいえ」が74名（71.8%）でチーム員は3割に満たない。

n : 103

はい	n	29	いいえ	n	74
	%	28.2		%	71.8



❖ 認知症サポート医取得理由

回答数は95件。認知症サポート医の主な取得理由として、医師会や自治体、所属病院等からの「要請に応じて」（29件）、「診療上の必要性」（44件）、「自身のスキルアップ」（10件）、「社会的対応」（12件）の回答を得た。

以下、それぞれの主な取得理由について、抜粋して示す。

【要請に応じて】（n：29）

1	県からの要請があったため。
2	勤務先からの要請。
3	初期集中支援チームのため、行政より相談あり。
4	地域包括及び医師会からの要請。
5	前の勤務地で認知症の診療を行う医療機関が少なく、地域での要請があったため。

【診療上の必要性】（n：44）

1	在宅医療専門診療所を開業しており、対象となる認知症患者さんをたくさん診療しているため。
2	入院あるいは外来患者さんに認知症の方が多数いらっしゃるため。
3	認知症を合併する患者の地域包括医療を進めるにあたって、対応力の向上が必要と考えた為。
4	実地臨床の場で認知症を疑う患者が多くあり、理解を深めたいと思ったため。
5	認知症ケアチームを作るため。
6	老人保健施設長も兼務しており、認知症の方達の増加、BPSDの増悪等々があり、研修の必要性を感じた為。
7	地域の医療・介護等の施設との連携を深めるため。

【自身のスキルアップ】（n：10）

1	自分の勉強のため。
2	認知症に興味があった為。
3	認知症について系統的に学びたかった。

【社会的対応】（n：12）

1	今後、高齢化と地域包括ケアシステムの構築が進むため。
2	社会医療情勢の流れを考えて。
3	今後、認知症の診断・治療・対応が大変重要と思ったので。
4	地域に於ける認知症全般に対応していくことを病院として方針とした為。

3-1 認知症治療（設問1）

自院で対応可能な認知症治療について、「認知症の治療」が99名（96.1%）と最も多く「認知症の診断」、
「BPSD（通院）」も9割前後の割合を示した。

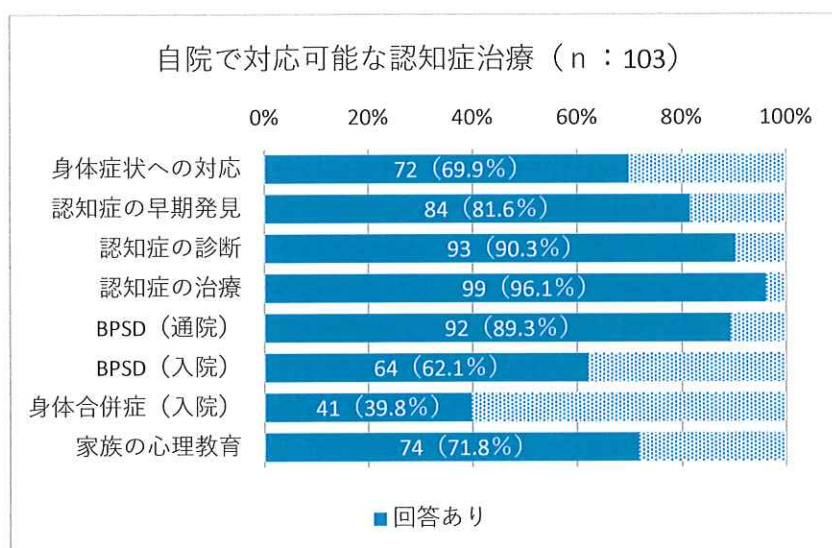
「身体合併症（入院）」は無床診療所の医師が多いことから4割にとどまっている。

n : 106

	無回答
n	3
%	2.8

n : 103・複数回答

	身体症状 への対応	認知症の 早期発見	認知症の 診断	認知症の 治療	BPSD (通院)	BPSD (入院)	身体合併症 (入院)	家族の 心理教育
n	72	84	93	99	92	64	41	74
%	69.9	81.6	90.3	96.1	89.3	62.1	39.8	71.8

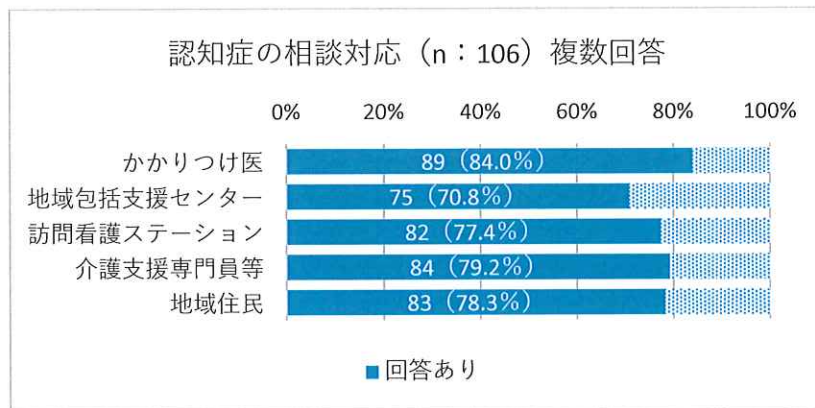


3-2 認知症の相談対応（設問2）

認知症の相談対応の相手先について、「かかりつけ医」で89名（84.0%）と最も多かったが、いずれも7割を超えている。

n：106・複数回答

		かかりつけ医	地域包括支援センター	訪問看護ステーション	介護支援専門員等	地域住民
回答あり	n	89	75	82	84	83
	%	84.0	70.8	77.4	79.2	78.3
回答なし	n	17	31	24	22	23
	%	16.0	29.2	22.6	20.8	21.7



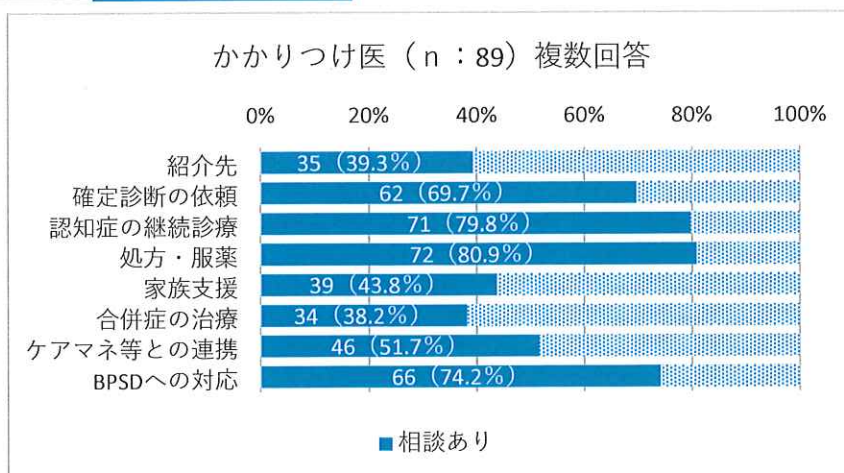
以下、相手先ごとの相談・対応の具体的な内容を示す。

①かかりつけ医からの相談

かかりつけ医からの相談について、「処方・服薬」、「認知症の継続診療」が約8割と多く、「BPSDへの対応」、「確定診断の依頼」が約7割であった。

n：89・複数回答

	紹介先	確定診断の依頼	認知症の継続診療	処方服薬	家族支援	合併症の治療	ケアマネ等との連携	BPSDへの対応
n	35	62	71	72	39	34	46	66
%	39.3	69.7	79.8	80.9	43.8	38.2	51.7	74.2

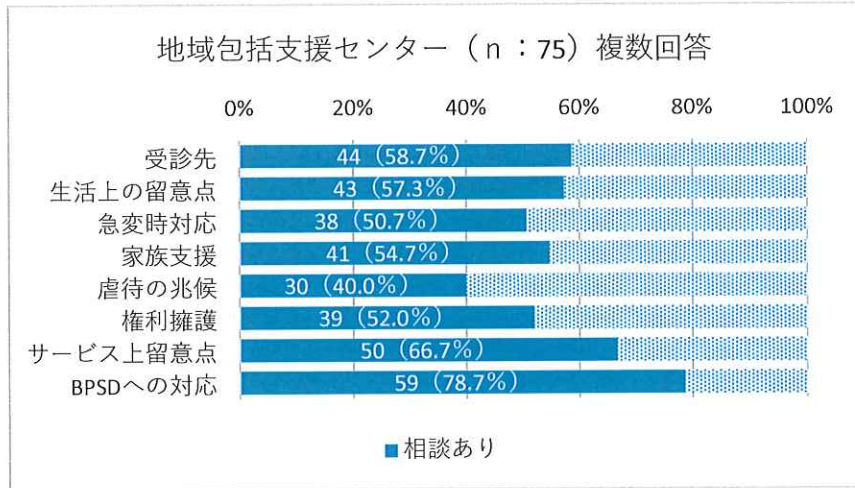


②地域包括支援センターからの相談

地域包括支援センターからの相談について、「BPSDへの対応」が59名（78.7%）と最も多く、次いで「サービス上留意点」50名（66.7%）であった。

n : 75・複数回答

	受診先	生活上の留意点	急変時対応	家族支援	虐待の兆候	権利擁護	サービス上留意点	BPSDへの対応
n	44	43	38	41	30	39	50	59
%	58.7	57.3	50.7	54.7	40.0	52.0	66.7	78.7

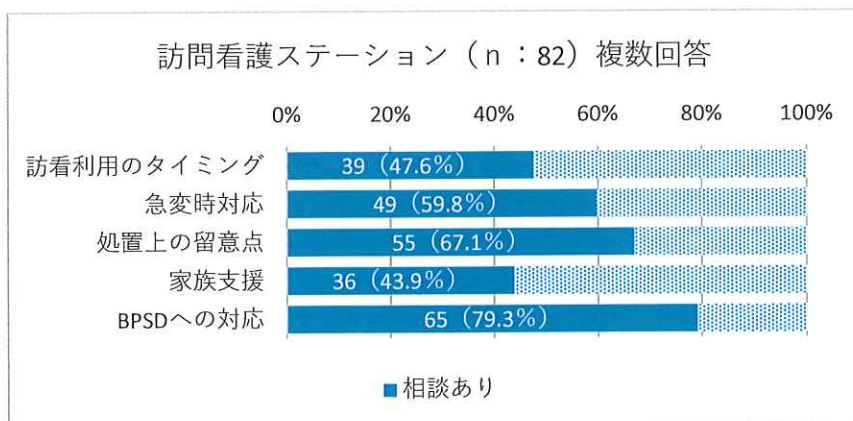


③訪問看護ステーションからの相談

訪問看護ステーションからの相談について、「BPSDへの対応」が65名（79.3%）と最も多く、次いで「処置上の留意点」55名（67.1%）、「急変時対応」49名（59.8%）の順であった。

n : 82・複数回答

	訪看利用のタイミング	急変時対応	処置上の留意点	家族支援	BPSDへの対応
n	39	49	55	36	65
%	47.6	59.8	67.1	43.9	79.3

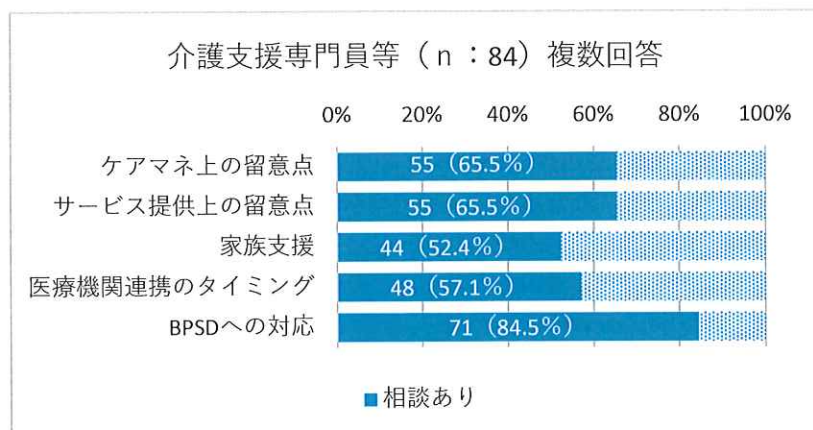


④介護支援専門員等からの相談

介護支援専門員等からの相談について、「BPSDへの対応」が71名（84.5%）と最も多く、次いで「ケアマネ上の留意点」、「サービス提供上の留意点」が共に55名（65.5%）であった。

n：84・複数回答

	ケアマネ上の留意点	サービス提供上の留意点	家族支援	医療機関連携のタイミング	BPSDへの対応
n	55	55	44	48	71
%	65.5	65.5	52.4	57.1	84.5

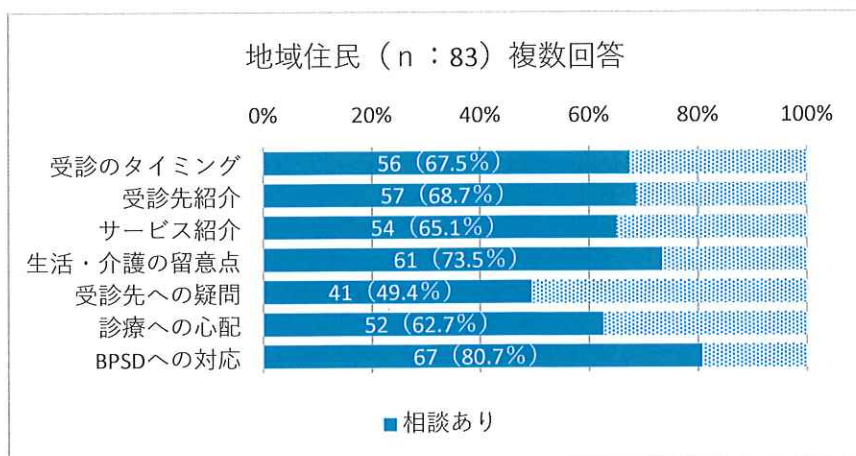


⑤地域住民からの相談

地域住民からの相談について、「BPSDへの対応」が67名（80.7%）と最も多く、次いで「生活・介護の留意点」61名（73.5%）、「受診先紹介」57名（68.7%）の順であった。

n：83・複数回答

	受診のタイミング	受診先紹介	サービス紹介	生活・介護の留意点	受診先への疑問	診療への心配	BPSDへの対応
n	56	57	54	61	41	52	67
%	67.5	68.7	65.1	73.5	49.4	62.7	80.7



3-3 認知症に関する研修・啓発活動への協力・参加（設問3）

①多職種研修での役割・活動

多職種研修での役割・活動について、半数が無回答であった。

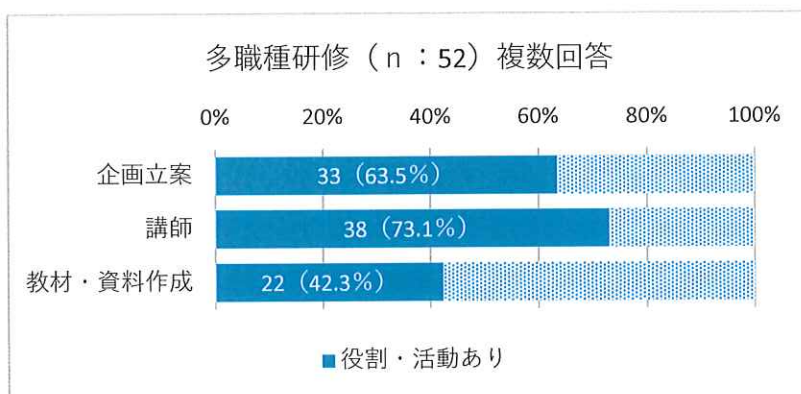
回答者の中では、「講師」が38名（73.1%）と最も多く、次いで「企画立案」33名（63.5%）であった。

n : 106

	無回答
n	54
%	50.9

n : 52・複数回答

	企画立案	講師	教材 資料作成
n	33	38	22
%	63.5	73.1	42.3



②地域住民向けセミナーでの役割・活動

地域住民向けセミナーでの役割・活動について、約半数が無回答であった。

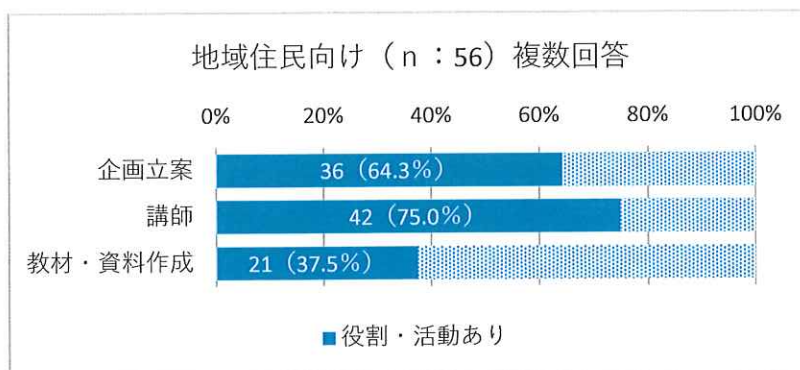
回答者の中では、「講師」が42名（75.0%）と最も多く、次いで「企画立案」36名（64.3%）であった。

n : 106

	無回答
n	50
%	47.2

n : 56・複数回答

	企画立案	講師	教材 資料作成
n	36	42	21
%	64.3	75.0	37.5



3-4 協力可能な認知症サポート医の役割（設問4）

協力可能な認知症サポート医の役割について、「包括との連携」、「かかりつけ医との連携・助言」、「認知症の診断」、「BPSDの理解と対応」、「認知症医療の提供」が約8割と高い割合を示していた。

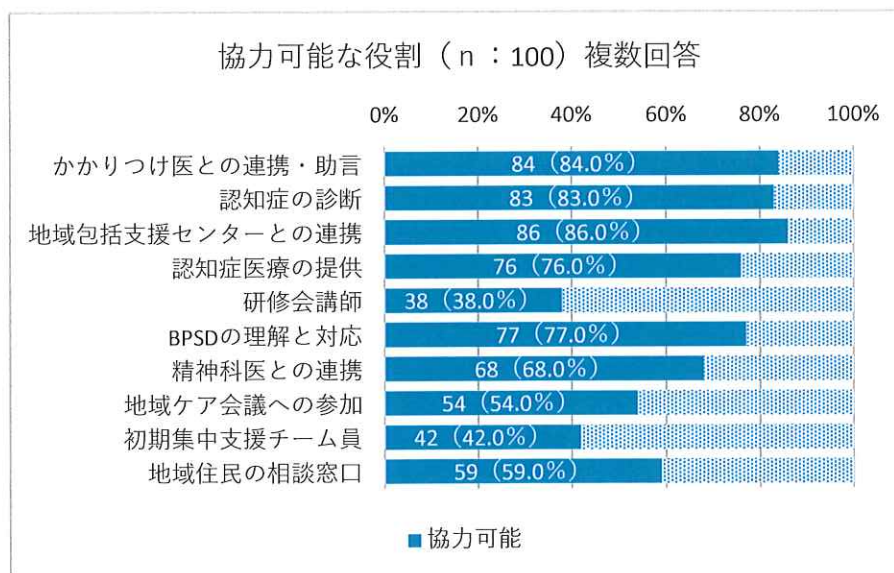
一方、「研修会講師」、「初期集中支援チーム員」、「地域ケア会議への参加」は4～5割と低い割合にとどまっていた。

n : 106

	無回答
n	6
%	5.7

n : 100・複数回答

	かかりつけ医との連携・助言	認知症の診断	地域包括支援センターとの連携	認知症医療の提供	研修会講師
n	84	83	86	76	38
%	84.0	83.0	86.0	76.0	38.0
	BPSDの理解と対応	精神科医との連携	地域ケア会議への参加	初期集中支援チーム員	地域住民の相談窓口
n	77	68	54	42	59
%	77.0	68.0	54.0	42.0	59.0



3-5 対応困難事例の相談先（設問5）

BPSDや受診拒否など対応困難な事例の相談先について、「精神科」が57名（62.6%）、「認知症疾患医療センター」が50名（54.9%）であった。

n : 106

	無回答
n	15
%	14.2

n : 91・複数回答

	認知症疾患 医療センター	精神科	その他
n	50	57	4
%	54.9	62.6	4.4

その他の相談科（n : 4）

1	放射線科
2	国立熊本医療センター各科
3	かかりつけ医
4	初期集中支援チーム

3-6 認知症サポート医の活動に必要なもの（設問6）

①今後認知症サポート医として活動していく上で必要と思われるもの

今後認知症サポート医として活動していく上で必要と思われるものについて、「役割の明確化」が60名（59.4%）と最も多く、次いで「多職種とのネットワーク形成」49名（48.5%）であった。

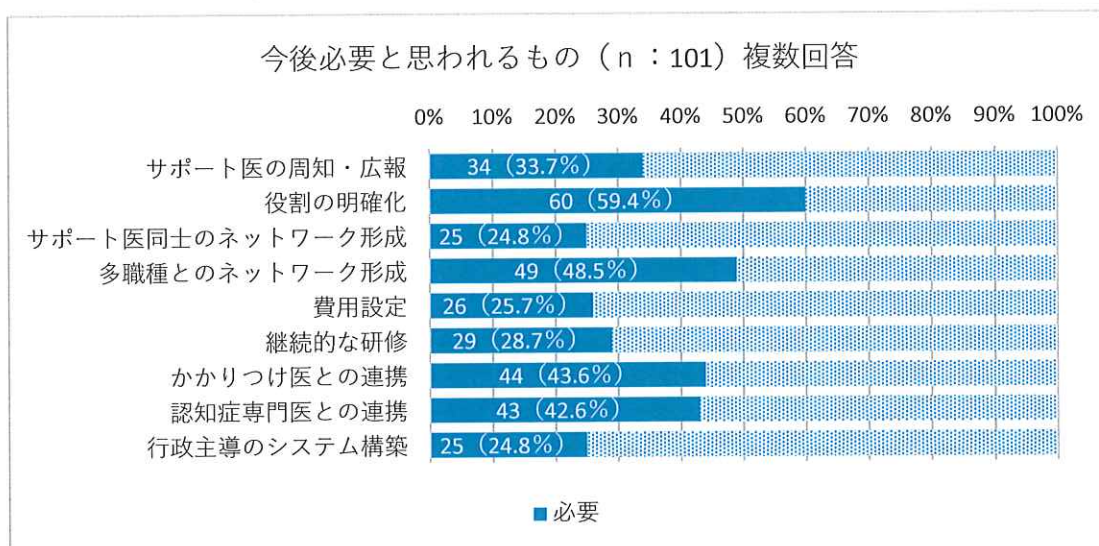
一方、「サポート医同士のネットワーク形成」、「行政主導のシステム構築」が共に25名（24.8%）と相対的に低い割合となっていた。

n : 106

	無回答
n	5
%	4.7

n : 101・複数回答

	サポート医の周知・広報	役割の明確化	サポート医同士のネットワーク形成	多職種とのネットワーク形成	費用設定
n	34	60	25	49	26
%	33.7	59.4	24.8	48.5	25.7
	継続的な研修	かかりつけ医との連携	認知症専門医との連携	行政主導のシステム構築	
n	29	44	43	25	
%	28.7	43.6	42.6	24.8	



②フォローアップ研修が必要と思われるもの

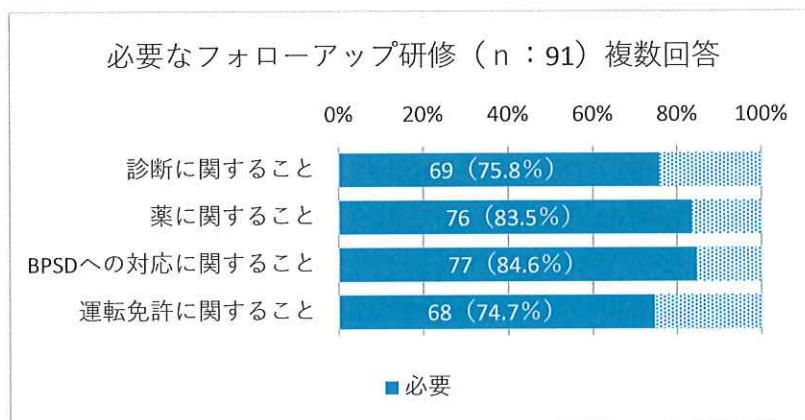
フォローアップ研修が必要な内容について、いずれも7割以上の高い割合を示した。特に「BPSDへの対応に関すること」77名（84.6%）、「薬に関すること」76名（83.5%）は8割を超えていた。

n : 106

	無回答
n	15
%	14.2

n : 91・複数回答

	診断に関すること	薬に関すること	BPSDへの対応に関すること	運転免許に関すること
n	69	76	77	68
%	75.8	83.5	84.6	74.7



その他（n : 8）

1	家族ケア、多職種とのかかわり方、座学ではなくロールプレイやグループワークでの課題共有。調べればわかる事は不要。現場で起こるジレンマのとりあげを。
2	地域への介入の事例などはどうでしょう。
3	認知症診断までの流れ、専門医への紹介にあたってのお作法みたいなもの。非専門医向けの「べからず集」。
4	地域包括ケアシステムについて。
5	直近2年程度で新たに加わった知見や制度。
6	終末期について。
7	成年後見制度等、権利擁護に関する法律的、高齢者虐待防止に関すること。
8	自院の医療従事者に向けての教育・研修の方法。

3 - 7 認知症サポート医連絡会議への参加（設問7）

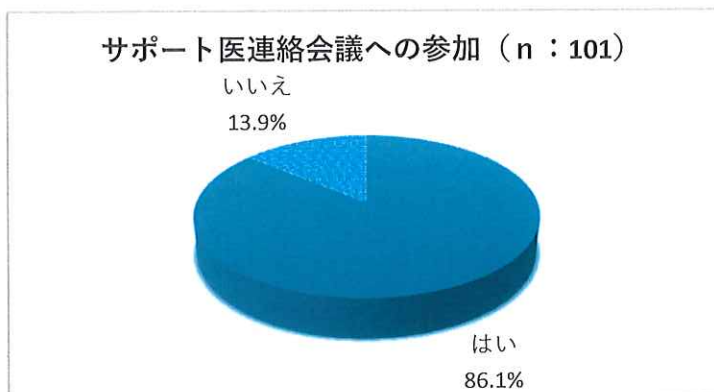
熊本県あるいは市町村等に認知症サポート医連絡会議が設置された場合参加するかについて、「はい」が87名（86.1%）、「いいえ」が14名（13.9%）であり、9割近くが参加の意向を示した。

n : 106

	無回答
n	5
%	4.7

n : 101

	はい	いいえ
n	87	14
%	86.1	13.9



3-8 認知症サポート医を取得して良かったこと等自由記述（設問8）

認知症サポート医を取得して良かったこと等、回答数は50件。主な内容として「変化なし」（18件）、「連携に関すること」（15件）、「自身のスキルアップ」（12件）、「認知症サポート医の役割の明確化」（2件）、「意見・要望」（3件）の回答を得た。

以下、それぞれの主な取得理由について、抜粋して示す。

【変化なし】（n：18）

1	今のところ具体的な変化は感じられず。
2	特になし（サポート医でなくとも認知症対応ができる）。
3	まだ活動が本格化してないので、これまでと殆んど変わらない（今迄の診療の中でやっていたことの延長上にある）。
4	特にありません。元々やっている活動とかわりないのでサポート医というものをつくられてしまったのでとらざるをえなかっただけです。

【連携に関すること】（n：15）

1	地域包括ケアセンターより、受診困難事例等の訪問依頼をうけている。
2	地域の介護事業所と連携が図れるようになった。
3	かかりつけ医からのコンサルトがあり、他院との連携ができた。
4	初期集中支援チームと関わることができるようになった。
5	特になし。紹介はされてくるが、身体疾患合併・悪化時に精神科以外のDr.達の受け入れが良くない。場合によっては門前払いで断られる。「熊本方式」の中身をもっと現場に合わせて構築しないと、依頼されたあとは全てをやっていかないといけない。
6	何でもとりくめて、他のDr.との交流もあって楽しいですし心強いです。特に精神科病院なしではできないのでありがたいです。

【自身のスキルアップ】（n：12）

1	基本的な治療やBPSD対応を学ぶきっかけとなりました。
2	元々外科医なので認知症の知識を深める機会になっています。
3	認知症に対する知識、経験が増え、医師としての診療の幅が広がったと喜んでます。

【認知症サポート医の役割の明確化】（n：2）

1	サポート医の役割を明確化してほしい。
2	自分自身の勉強にはなりましたが、ただどのような役割をすべきか、できるのか、よく把握できていません。周囲からの認識も同様かと思います。結局精神科専門医の先生に頼らざるを得ませんし。

【意見・要望】（n：3）

1	今のところほぼ何の活動も依頼もなく、年1回の研修は講義主体で、せっかく集まっている意味を感じない。現場で何が起きているのか、もっとリアルな場面での対応を考える機会が欲しい。
2	各認知症疾患医療センターの外来が3か月待ちなど、強い妄想を有し警察を呼ぶ症例があっても、対応ができないこの機能不全の状態、とても定型の認知症サポート医としての役割等おひきうけなどできません。サポート医が孤立します。自学自習して目の前の患者さんに対して逃げずにせいっぱいやるだけです。
3	医師会員全員が認知症についての講義（医学部学生）を受講し、試験を受けることで医師全体の知識と医業が行われるようにすべきではありませんか！！（特に内科医だけでも良いとは思いますが…）

4 調査結果（診療科別）

回答106票のうち、主な診療科で「精神科」と回答した56名と、精神科以外の科（以下「一般科」）と回答した50名に分類し、集計・分析した結果を、設問ごとに以下にまとめる。

属性

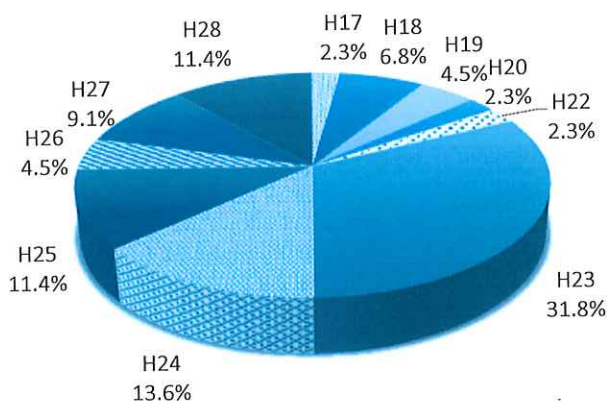
❖ 受講年度

精神科では「H23年度」までに約5割が受講している。一方、一般科では「H23年度」までの受講者は約1割で、約9割が「H24年度」以降に受講している。

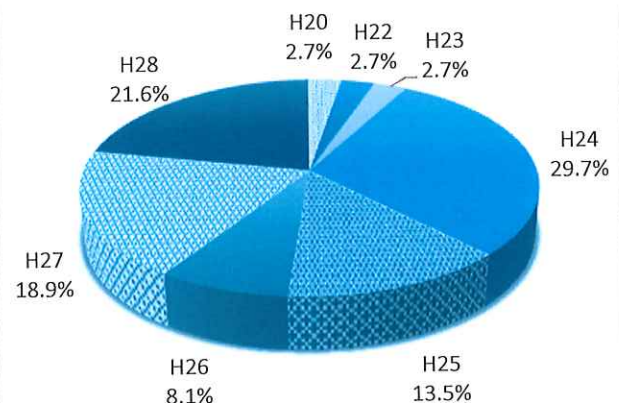
n : 81（精神科 n : 44、一般科 n : 37）

H17 年度	精神科 n	1	H18 年度	精神科 n	3	H19 年度	精神科 n	2	H20 年度	精神科 n	1
	精神科%	2.3		精神科%	6.8		精神科%	4.5		精神科%	2.3
	一般科 n	0		一般科 n	0		一般科 n	0		一般科 n	1
	一般科%	0.0		一般科%	0.0		一般科%	0.0		一般科%	2.7
H21 年度	精神科 n	0	H22 年度	精神科 n	1	H23 年度	精神科 n	14	H24 年度	精神科 n	6
	精神科%	0.0		精神科%	2.3		精神科%	31.8		精神科%	13.6
	一般科 n	0		一般科 n	1		一般科 n	1		一般科 n	11
	一般科%	0.0		一般科%	2.7		一般科%	2.7		一般科%	29.7
H25 年度	精神科 n	5	H26 年度	精神科 n	2	H27 年度	精神科 n	4	H28 年度	精神科 n	5
	精神科%	11.4		精神科%	4.5		精神科%	9.1		精神科%	11.4
	一般科 n	5		一般科 n	3		一般科 n	7		一般科 n	8
	一般科%	13.5		一般科%	8.1		一般科%	18.9		一般科%	21.6

受講年度・精神科（n : 44）



受講年度・一般科（n : 37）



❖ 医療機関が所在する二次医療圏

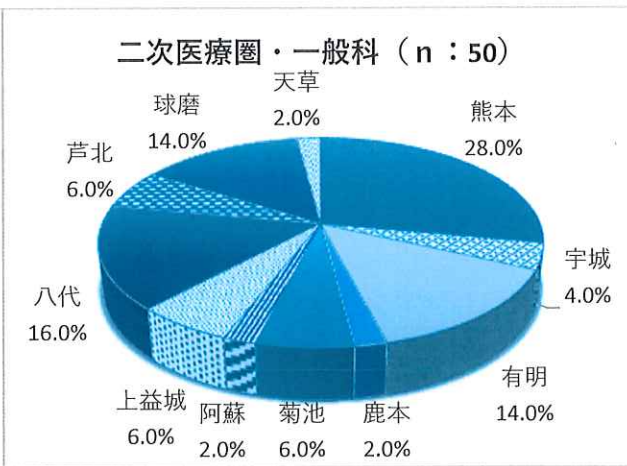
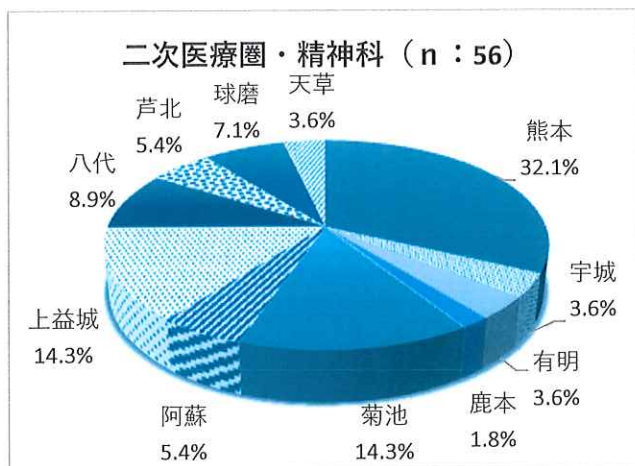
精神科は「熊本圏域」が18名（32.1%）と最も多く、次いで「菊池圏域」、「上益城圏域」共に8名（14.3%）の順であった。

一方、一般科では「熊本圏域」が14名（28.0%）と最も多く、次いで「八代圏域」8名（16.0%）、「有明圏域」7名（14.0%）の順であった。

「菊池圏域」、「上益城圏域」では相対的に一般科より精神科が占める割合が高く、「有明圏域」、「八代圏域」、「球磨圏域」では相対的に精神科より一般科が占める割合が高かった。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

熊本 圏域	精神科 n	18	宇城 圏域	精神科 n	2	有明 圏域	精神科 n	2	鹿本 圏域	精神科 n	1
	精神科%	32.1		精神科%	3.6		精神科%	3.6		精神科%	1.8
	一般科 n	14		一般科 n	2		一般科 n	7		一般科 n	1
	一般科%	28.0		一般科%	4.0		一般科%	14.0		一般科%	2.0
菊池 圏域	精神科 n	8	阿蘇 圏域	精神科 n	3	上益城 圏域	精神科 n	8	八代 圏域	精神科 n	5
	精神科%	14.3		精神科%	5.4		精神科%	14.3		精神科%	8.9
	一般科 n	3		一般科 n	1		一般科 n	3		一般科 n	8
	一般科%	6.0		一般科%	2.0		一般科%	6.0		一般科%	16.0
芦北 圏域	精神科 n	3	球磨 圏域	精神科 n	4	天草 圏域	精神科 n	2			
	精神科%	5.4		精神科%	7.1		精神科%	3.6			
	一般科 n	3		一般科 n	7		一般科 n	1			
	一般科%	6.0		一般科%	14.0		一般科%	2.0			



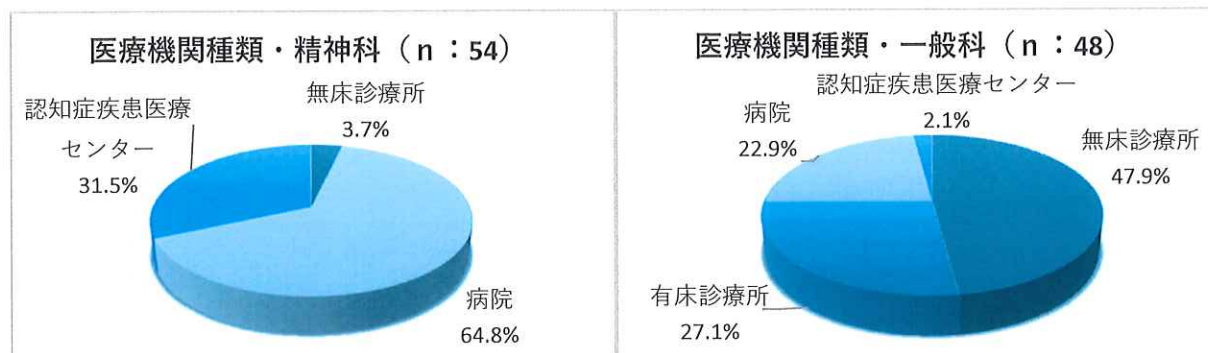
❖ 医療機関種類

精神科は「病院」が35名（64.8%）と最も多く、次いで「認知症疾患医療センター」が17名（31.5%）であった。

一方、一般科は「無床診療所」が23名（47.9%）と約半数を占めており、次いで「有床診療所」13名（27.1%）であった。

n : 102 (精神科 n : 54、一般科 n : 48)

無床診療所	精神科 n	2	有床診療所	精神科 n	0	病院	精神科 n	35	認知症疾患医療センター	精神科 n	17
	精神科 %	3.7		精神科 %	0.0		精神科 %	64.8		精神科 %	31.5
	一般科 n	23		一般科 n	13		一般科 n	11		一般科 n	1
	一般科 %	47.9		一般科 %	27.1		一般科 %	22.9		一般科 %	2.1

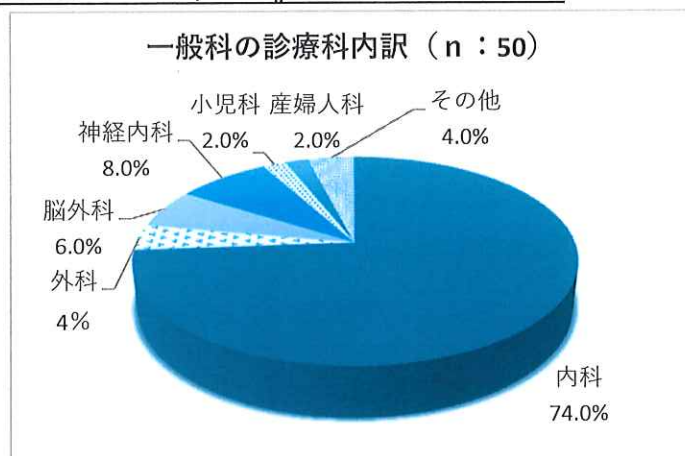


❖ 主な診療科

一般科の主な診療科の内訳について、「内科」が37名（74.0%）と約7割を占め、次いで神経内科が4名（8.0%）であった。

n : 50

内科	一般科 n	37	外科	一般科 n	2	脳外科	一般科 n	3	神経内科	一般科 n	4
	一般科 %	74.0		一般科 %	4.0		一般科 %	6.0		一般科 %	8.0
整形外科	一般科 n	0	眼科	一般科 n	0	皮膚科	一般科 n	0	泌尿器科	一般科 n	0
	一般科 %	0.0		一般科 %	0.0		一般科 %	0.0		一般科 %	0.0
小児科	一般科 n	1	産婦人科	一般科 n	1	その他	一般科 n	2			
	一般科 %	2.0		一般科 %	2.0		一般科 %	4.0			

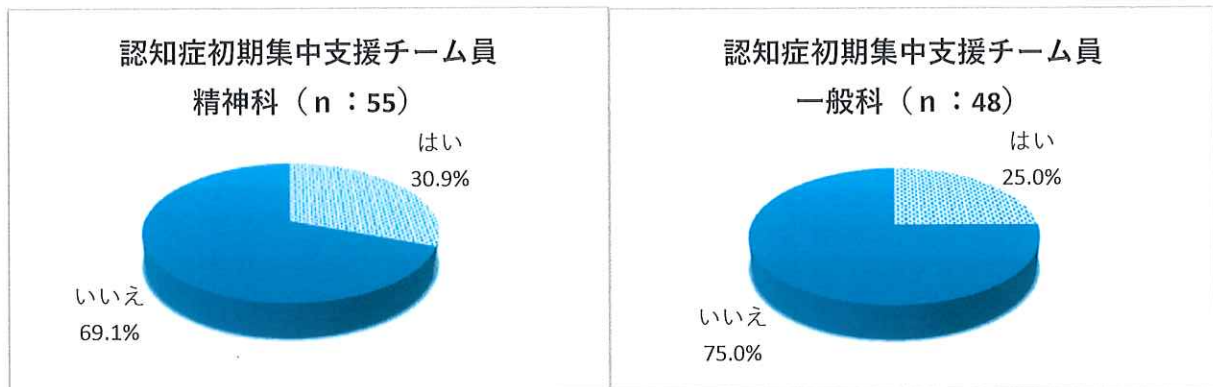


❖ 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チーム員であるかについて、精神科、一般科ともに「はい」が約3割、「いいえ」が約7割であった。

n : 103 (精神科 n : 55、一般科 n : 48)

はい	精神科 n	17	いいえ	精神科 n	38
	精神科%	30.9		精神科%	69.1
	一般科 n	12		一般科 n	36
	一般科%	25.0		一般科%	75.0



4-1 認知症治療（設問1）・診療科別

精神科、一般科共に、全般的に高い割合を示したが、精神科では「身体症状への対応」、「身体合併症（入院）」で相対的に低い割合を示した。一方、一般科では無床診療所の医師が多いことから「BPSD（入院）」、「合併症（入院）」で、それ以外に「家族の心理教育」で相対的に低い割合を示した。

精神科と一般科の比較では、「身体症状への対応」で一般科が精神科を大きく上回っていた。一方、「家族の心理教育」では精神科が一般科を大きく上回っていた。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

	無回答
精神科 n	1
精神科%	1.8
一般科 n	2
一般科%	4.0

n : 103 (精神科 n : 55、一般科 n : 48) 複数回答

	身体症状への対応	認知症の早期発見	認知症の診断	認知症の治療	BPSD (通院)	BPSD (入院)	身体合併症 (入院)	家族の心理教育
精神科 n	29	46	53	54	53	51	23	49
精神科%	52.7	83.6	96.4	98.2	96.4	92.7	41.8	89.1
一般科 n	43	38	40	45	39	13	18	25
一般科%	89.6	79.2	83.3	93.8	81.3	27.1	37.5	52.1

4-2 認知症の相談対応（設問2）・診療科別

認知症の相談対応は、いずれの相手先についても一般科より精神科で相対的に高い割合を示していた。特に、「かかりつけ医」、「地域包括支援センター」、「介護支援専門員等」では大きな開きがみられた。

n：106（精神科 n：56、一般科 n：50）

		かかりつけ医	地域包括 支援センター	訪問看護 ステーション	介護支援 専門員等	地域住民
精神科	回答あり	n 52	44	44	48	46
		% 92.9	78.6	78.6	85.7	82.1
	回答なし	n 4	12	12	8	10
		% 7.1	21.4	21.4	14.3	17.9
一般科	回答あり	n 37	31	38	36	37
		% 74.0	62.0	76.0	72.0	74.0
	回答なし	n 13	19	12	14	13
		% 26.0	38.0	24.0	28.0	26.0

①かかりつけ医からの相談

精神科では「BPSDへの対応」、「処方・服薬」、「確定診断の依頼」が、一般科では「認知症の継続診療」、「処方・服薬」、「ケアマネとの連携」が上位であった。

精神科と一般科との比較では、「確定診断の依頼」、「処方・服薬」、「BPSDへの対応」は精神科が一般科を上回っており、大きな開きがみられた。一方、「合併症の治療」、「ケアマネとの連携」は一般科が精神科を上回っており、大きな開きがみられた。

n：89（精神科 n：52、一般科 n：37）複数回答

	紹介先	確定診断 の依頼	認知症の 継続診療	処方 服薬	家族支援	合併症の 治療	ケアマネ との連携	BPSD への対応
精神科 n	20	44	41	46	24	15	24	47
精神科%	38.5	84.6	78.8	88.5	46.2	28.8	46.2	90.4
一般科 n	15	18	30	26	15	19	22	19
一般科%	40.5	48.6	81.1	70.3	40.5	51.4	59.5	51.4

②地域包括支援センターからの相談

精神科では、「BPSDへの対応」が40名（90.9%）と最も多く、高い割合を示した。また、一般科との比較でも、大きな開きが見られた。

n : 75（精神科 n : 44、一般科 n : 31）複数回答

	受診先	生活上の留意点	急変時対応	家族支援	虐待の兆候	権利擁護	サービス上の留意点	BPSDへの対応
精神科 n	23	23	21	25	18	25	27	40
精神科%	52.3	52.3	47.7	56.8	40.9	56.8	61.4	90.9
一般科 n	21	20	17	16	12	14	23	19
一般科%	67.7	64.5	54.8	51.6	38.7	45.2	74.2	61.3

③訪問看護ステーションからの相談

精神科では、「BPSDへの対応」が39名（88.6%）と最も多く、高い割合を示した。また、一般科との比較でも、大きな開きが見られた。

n : 82（精神科 n : 44、一般科 n : 38）複数回答

	訪看利用のタイミング	急変時対応	処置上の留意点	家族支援	BPSDへの対応
精神科 n	21	26	28	21	39
精神科%	47.7	59.1	63.6	47.7	88.6
一般科 n	18	23	27	15	26
一般科%	47.4	60.5	71.1	39.5	68.4

④介護支援専門員等からの相談

「BPSDへの対応」が精神科で約9割、一般科で約8割と共に最も多かった。

n : 84（精神科 n : 48、一般科 n : 36）複数回答

	ケアマネ上の留意点	サービス提供上の留意点	家族支援	医療機関連携のタイミング	BPSDへの対応
精神科 n	29	29	25	26	44
精神科%	60.4	60.4	52.1	54.2	91.7
一般科 n	26	26	19	22	27
一般科%	72.2	72.2	52.8	61.1	75.0

⑤地域住民からの相談

精神科では「BPSDへの対応」、「生活・介護の留意点」が、一般科では「受診先紹介」、「受診のタイミング」が上位であった。

n : 83 (精神科 n : 46、一般科 n : 37) 複数回答

	受診の タイミング	受診先紹介	サービス紹介	生活・介護 の留意点	受診先への 疑問	診療への 心配	BPSDへの 対応
精神科 n	29	28	30	35	23	28	41
精神科%	63.0	60.9	65.2	76.1	50.0	60.9	89.1
一般科 n	27	29	24	26	18	24	26
一般科%	73.0	78.4	64.9	70.3	48.6	64.9	70.3

4 - 3 認知症に関する研修・啓発活動への協力・参加（設問3）・診療科別

①多職種研修での役割・活動

それぞれ約半数が無回答であった。精神科は約8割が「講師」としての役割を、一般科は「企画立案」が約7割、「講師」が約6割であった。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

	無回答
精神科 n	30
精神科%	53.6
一般科 n	24
一般科%	48.0

n : 52 (精神科 n : 26、一般科 n : 26) 複数回答

	企画立案	講師	教材 資料作成
精神科 n	14	22	11
精神科%	53.8	84.6	42.3
一般科 n	19	16	11
一般科%	73.1	61.5	42.3

②地域住民向けセミナーでの役割・活動

精神科では半数が、一般科では約4割が無回答であった。精神科は約8割が「講師」としての役割を、一般科は「企画立案」が約8割、「講師」が約7割であった。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

	無回答
精神科 n	28
精神科%	50.0
一般科 n	22
一般科%	44.0

n : 56 (精神科 n : 28、一般科 n : 28) 複数回答

	企画立案	講師	教材 資料作成
精神科 n	15	23	10
精神科%	53.6	82.1	35.7
一般科 n	21	19	11
一般科%	75.0	67.9	39.3

4 - 4 協力可能な認知症サポート医の役割（設問4）・診療科別

精神科では、「認知症の診断」、「かかりつけ医との連携・助言」、「BPSDへの対応」が、一般科では「包括との連携」、「精神科医との連携」、「かかりつけ医との連携・助言」、「認知症医療の提供」が上位であった。

精神科と一般科の比較では、「認知症の診断」、「BPSDの理解と対応」で精神科が一般科を大きく上回っていた。また、「地域住民の相談窓口」で、一般科が精神科を上回っている。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

	無回答
精神科 n	4
精神科%	7.1
一般科 n	2
一般科%	4.0

n : 100 (精神科 n : 52、一般科 n : 48) 複数回答

	かかりつけ医との連携・助言	認知症の診断	地域包括支援センターとの連携	認知症医療の提供	研修講師
精神科 n	49	51	43	41	20
精神科%	94.2	98.1	82.7	78.8	38.5
一般科 n	35	32	43	35	18
一般科%	72.9	66.7	89.6	72.9	37.5
	BPSDの理解と対応	精神科医との連携	地域ケア会議への参加	初期集中支援チーム員	地域住民の相談窓口
精神科 n	47	29	26	24	27
精神科%	90.4	55.8	50.0	46.2	51.9
一般科 n	30	39	28	18	32
一般科%	62.5	81.3	58.3	37.5	66.7

4 - 5 対応困難事例の相談先（設問5）・診療科別

精神科では約2割が無回答であった。

精神科、一般科ともに「精神科」、「認知症疾患医療センター」の順であった。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

	無回答
精神科 n	12
精神科%	21.4
一般科 n	3
一般科%	6.0

n : 91 (精神科 n : 44、一般科 n : 47) 複数回答

	認知症疾患医療センター	精神科	その他
精神科 n	23	27	4
精神科%	52.3	61.4	9.1
一般科 n	27	30	0
一般科%	57.4	63.8	0.0

4-6 認知症サポート医の活動に必要なもの（設問6）・診療科別

①今後認知症サポート医として活動していく上で必要と思われるもの

精神科、一般科ともに「役割の明確化」が最も多かった。次いで精神科では、「多職種とのネットワーク形成」、一般科では、「認知症専門医との連携」の順となっていた。

精神科と一般科との比較では、「サポート医の周知・広報」、「継続的な研修」は一般科が精神科を大きく上回っており、一般科の医師が認知症サポート医として活動していく上で、これらのことが重要と考えていることが伺えた。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

	無回答
精神科 n	3
精神科%	5.4
一般科 n	2
一般科%	4.0

n : 101 (精神科 n : 53、一般科 n : 48) 複数回答

	サポート医の周知・広報	役割の明確化	サポート医同士のネットワーク形成	多職種とのネットワーク形成	費用設定
精神科 n	13	30	13	28	16
精神科%	24.5	56.6	24.5	52.8	30.2
一般科 n	21	30	12	21	10
一般科%	43.8	62.5	25.0	43.8	20.8
	継続的な研修	かかりつけ医との連携	認知症専門医との連携	行政主導のシステム構築	
精神科 n	10	23	14	17	
精神科%	18.9	43.4	26.4	32.1	
一般科 n	19	21	29	8	
一般科%	39.6	43.8	60.4	16.7	

②フォローアップ研修が必要と思われるもの

精神科では、「運転免許に関すること」が最も多く、一般科では、「BPSDへの対応に関すること」が最も多かった。

n : 106 (精神科 n : 56、一般科 n : 50)

	無回答
精神科 n	9
精神科%	16.1
一般科 n	6
一般科%	12.0

n : 91 (精神科 n : 47、一般科 n : 44) 複数回答

	認知症の診断に関すること	認知症の薬に関すること	BPSDへの対応に関すること	運転免許に関すること
精神科 n	36	38	38	39
精神科%	76.6	80.9	80.9	83.0
一般科 n	33	38	39	29
一般科%	75.0	86.4	88.6	65.9

4 - 7 認知症サポート医連絡会議への参加（設問7）・診療科別

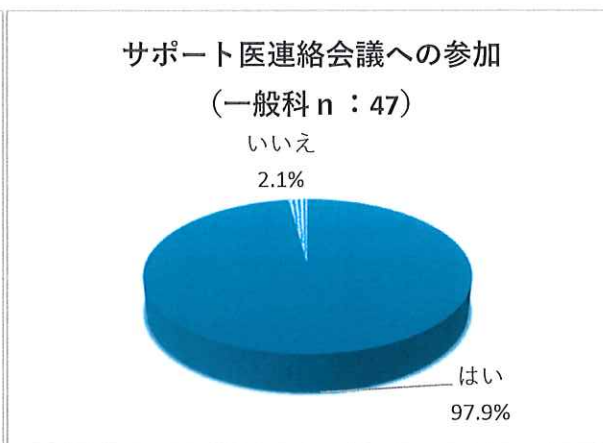
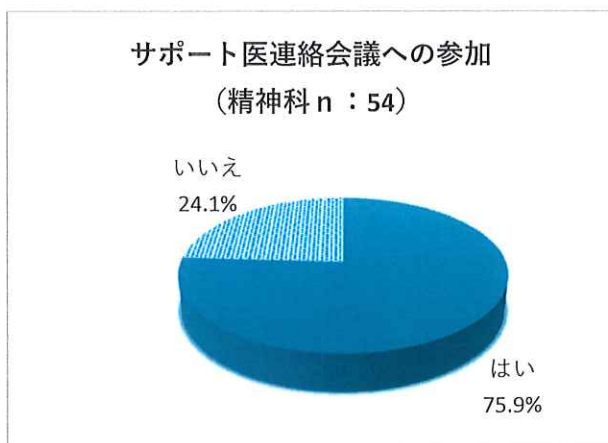
認知症サポート医連絡会議へ参加するかについて「はい」と回答したのは、精神科が41名（75.9%）であったのに対し、一般科が46名（97.9%）と大きく上回っており、一般科の医師に参加意向が高いことが伺えた。

n : 106（精神科 n : 56、一般科 n : 50）

	無回答
精神科 n	2
精神科%	3.6
一般科 n	3
一般科%	6.0

n : 101（精神科 n : 54、一般科 n : 47）

	はい	いいえ
精神科 n	41	13
精神科%	75.9	24.1
一般科 n	46	1
一般科%	97.9	2.1



4-8 認知症サポート医を取得して良かったこと等自由記述（設問8）・診療科別

設問8で得られた50件の自由記述を精神科19件、一般科31件に分類し、テキストマイニングの手法を用いて分析を行った。

分析に際しては、KH Coder (Ver.3.Alpha.11) を使用した。KH Coderの前処理の結果から精神科の自由記述の総抽出語数は433 (使用数184)、異なり語数は175 (使用数108) であった。一方、一般科の自由記述の総抽出語数は849 (使用数349)、異なり語数は275 (使用数187) であった。

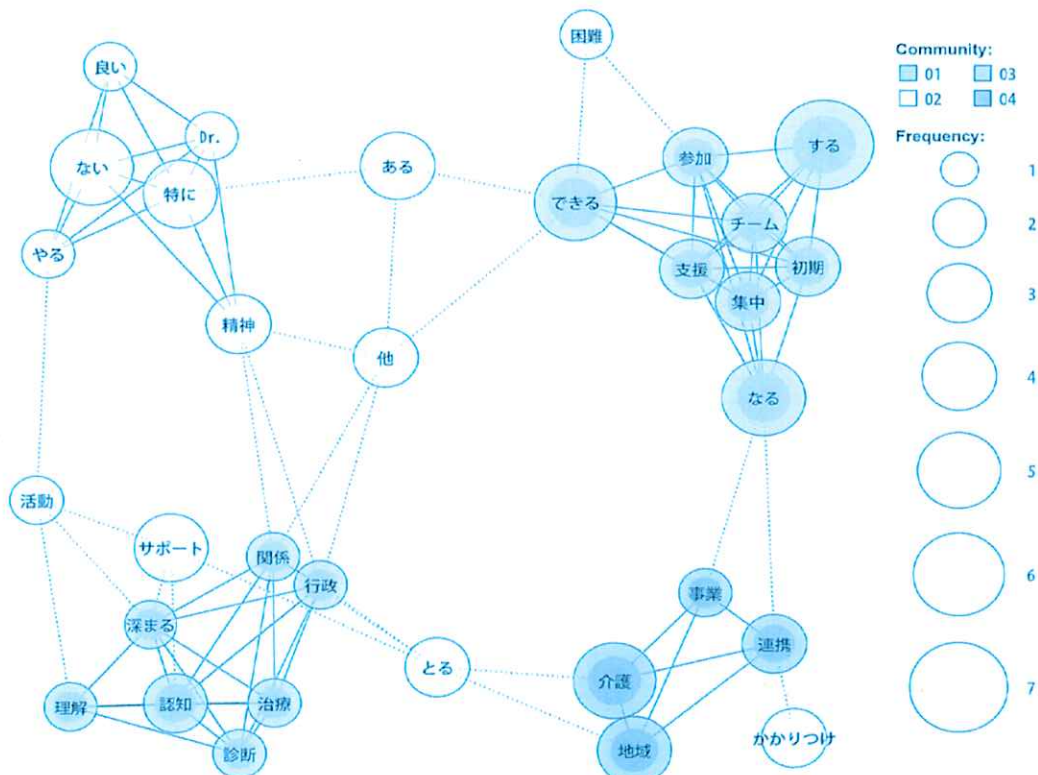
また、抽出された語句が文章の中でどのように使われたかを確認するため、KH CoderのKWICコンコーダンスを使用した。

以下に、精神科と一般科それぞれの頻出語と共起ネットワークを示す。

精神科の自由記述についての頻出語（2回以上使われた語を記載）

抽出語	頻度	抽出語	頻度	抽出語	頻度	抽出語	頻度
する	7	ある	4	連携	3	診断	2
介護	5	チーム	3	かかりつけ	3	理解	2
できる	5	初期	3	とる	3	困難	2
なる	5	精神	3	行政	2	今	2
ない	5	参加	3	事業	2	Dr.	2
地域	4	支援	3	活動	2	深まる	2
サポート	4	集中	3	関係	2	良い	2
特に	4	認地	3	治療	2	やる	2

精神科の自由記述についての共起ネットワーク（出現数の多い語ほど大きい円で描画されている）



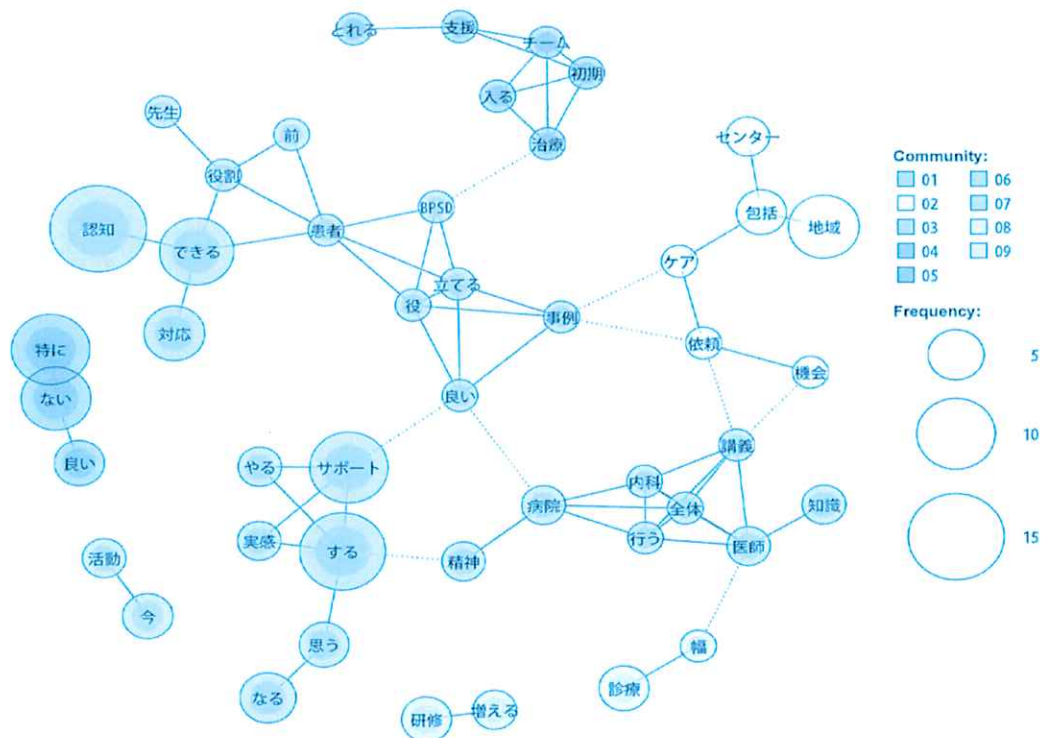
共起ネットワーク図から読み取れる、精神科の記述傾向は以下の4グループであった。

- ① 「する」は他の「参加」「できる」「なる」とともに「初期集中支援チーム」と結びついており、認知症初期集中支援チームに参加することが述べられている。
- ② 「ない」「特に」「良い」などの結びつきから、認知症サポート医を取得して良かったと思えることは特にないことが述べられている。
- ③ 「介護」「地域」「連携」「事業」の結びつきから、介護事業所や地域との連携が図られたことについて述べられている。
- ④ 認知を中心に「診断」「治療」「理解」や「行政」「関係」が「深まる」と結びついていることから、認知症の診断や治療についての理解や、行政との関係の深まりについて述べられている。

一般科の自由記述についての頻出語（2回以上使われた語を記載）

抽出語	頻度	抽出語	頻度	抽出語	頻度	抽出語	頻度
認知	15	包括	4	やる	3	支援	2
する	12	今	4	ケア	2	治療	2
サポート	10	思う	4	チーム	2	前	2
特に	10	良い	4	患者	2	全体	2
ある	10	センター	3	機会	2	BPSD	2
できる	9	医師	3	事例	2	行う	2
ない	9	精神	3	初期	2	入る	2
地域	8	知識	3	先生	2	立てる	2
対応	6	病院	3	内科	2	とれる	2
なる	5	活動	3	役割	2	幅	2
研修	4	実感	3	依頼	2	役	2
診療	4	増える	3	講義	2	良い	2

一般科の自由記述についての共起ネットワーク（出現数の多い語ほど大きい円で描画されている）



共起ネットワーク図から読み取れる、一般科の記述傾向は以下の9グループであった。

- ① 「患者」を中心として、「役」「立てる」などとの結びつきから患者の役に立つこと、また「BPSD」「役割」「対応」との結びつきから、BPSDへの対応や認知症サポート医の役割を持って対応することが述べられている。
- ② 「特に」「ない」「良い」との結びつきから、認知症サポート医を取得して良かったと思えることは特にないことが述べられており、数としては多い。
- ③ 「サポート」「実感」「する」「やる」等の結びつきから、これまでやっていたことと変わりなく、サポート医としての実感がないことが述べられている。
- ④ 「地域」「包括」「センター」「依頼」の結びつきから、地域包括支援センターからの依頼について述べられている。
- ⑤ 「活動」「今」の結びつきから、今のところ活動への変化や依頼がないことが述べられている。
- ⑥ 「診療」「幅」の結びつきから、診療の幅が広がったことが述べられている。
- ⑦ 「研修」「増える」の結びつきから、研修が増えていることが述べられている。
- ⑧ 「医師」「知識」「講義」の結びつきから、知識が得られたことやその必要性などが述べられている。
- ⑨ 「治療」「入る」「とれる」などとともに「初期集中支援チーム」が結びついており、認知症初期集中支援チームに参加することが述べられているが、数は少ない。

5 まとめと考察

—はじめに—

今回、熊本県内でこのような認知症サポート医（以下、サポート医という）を対象とした調査は、初めての試みである。回収率は約67%と決して高くはないが、現状を認識するうえでは許容可能な範囲と考えられる。

また、調査結果は、今後の認知症施策とりわけ在宅医療を含む認知症疾患医療体制、介護との連携、地域との連携等の課題等の抽出にも役立つものと思われる。

そして、認知症サポート医においても、それぞれの経歴や専門性の違いから、当然回答は異なるものの、精神科と一般科のサポート医の実像が少なからず浮き上がって見えてくるものがある。

このようなことを視点にしていくつかの考察を以下のとおり試みた。また、後段では、熊本県への認知症施策の提言としてまとめ、本アンケート調査の分析に代えたい。

◎ 考察1 新オレンジプランの「II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の課題について

① 新オレンジプランには“認知症の容態の変化に応じて、適時・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「循環型の仕組みを実現」します”と記されている。

また、この中には7つの柱があり、今回調査で特に課題と一致する点は「（4）行動・心理症状（BPSD）や身体合併症への適切な対応」である。

最初にBPSDは、調査結果でサポート医が受ける関係機関からの相談の中で、かかりつけ医を除く地域包括支援センター、訪問看護ステーション、ケアマネ・介護事業所、住民（患者・家族）からの相談件数のトップを占めた。

このことは、医療や介護現場で相当の“BPSDに対する対応の困難性”を抱えて、日々試行錯誤している医療・介護関係者の実態が推察できる。

また、住民からの相談のトップも“BPSD”であることは、自宅や地域においても、どのようにケアをすべきかなど、在宅生活での日常の苦悩が浮き上がって見える。

そのような状況から、「循環型の仕組みを実現する」には、本調査結果から“BPSD”が医療、介護、住民、サポート医の極めて大きな課題となっており、その事が循環型の仕組みを構築する大きな阻害要因と言える。

また今後、所謂2025年問題を見据えた地域包括ケアシステムの構築、とりわけ入院医療から在宅医療へと進む中で在宅医療の推進には、“BPSD”へどう向き合い、また対応していくかを問われていると言っても過言ではなからう。

② 次に、“身体合併症”についてである。

この点は、自院での治療・相談について一般科医のサポート医は、9割が対応可能であるが、一方の精神科のサポート医は約5割と低い結果となっている。これは、よく言われる糖尿病や外科的な症状等に対して一般科はほぼ対応が可能であるが、精神科では、そこまでは至っていない。

この点について、当基金プロジェクト会議での意見として、「精神科で診療継続が難しい“身体合併症”のある患者は、一般科にお願いするケースがほとんどであり、また、一般科に転院させても、精神症状により一般科でもかなり夜間の対応等で医療関係者が困っている状況がある。加えて、認知症の多くの高齢者

は身体合併症を抱えている事実から“身体合併症”の対応についても、“BPSD”同様に適時・適切な医療・介護の提供には至っていない。」との意見が大勢であった。

このように、新オレンジプランの「循環型の仕組みの実現」には、“BPSD”と“身体合併症”の両課題を一体として捉えて、同時に改善・解決していく「仕組み」が必要不可欠と推察できる。

また国では、今後さらにサポート医を増員する方向であるが、この「仕組み」づくりと並行して進める必要があると思われる。

そして、全国に誇る「熊本モデル」である三層構造の認知症疾患医療体制をさらに地域で推進する上においても、両課題を改善・解決に向けて推進する事は言うまでもない。

◎ 考察2 精神科と一般科のサポート医の特性からみるサポート医の役割について

① 今回調査での回答は、精神科のサポート医56名、それ以外の診療科は内科（37名）を中心に50名という結果であったことから、おおよそ両方の比較からその特性を以下のとおり見てみる。まず精神科のサポート医には、次のような状況がみとれる。

ア) 専門性を活かし、認知症の治療診断から家族への心理教育まで一貫して対応できる。また、認知症に関する研修講師やかかりつけ医との連携・助言にも積極的姿勢にある。

イ) 認知症の相談元であるかかりつけ医、地域包括、訪問看護ステーション、介護支援専門員等、地域住民から満遍なく高い割合で相談を受けている。

ウ) 今後認知症サポート医として重要と感じるところでは、“役割の明確化”“多職種ネットワーク形成”である。これは、現在進行中の地域包括ケアシステムの構築や在宅医療体制づくりの中には、意外にまだ参画ができていないと思われる。一方で、一般科のサポート医は認知症専門医との連携を望んでおり、一般科からは連携先として期待されている状況が見える。

エ) フォローアップ研修では、社会的な問題である“運転免許に関すること”の研修を望んでいる。理由として、基金プロジェクト委員会では、「地域の精神科サポート医として、今後、認知機能の診断ケースが増えることから、住民からの診断・相談を受ける責任を持っている」との意見であった。

以上から見えてくる精神科サポート医の実像は、専門性をもって地域での認知症医療に積極的であり、地域からも相談先、相談相手として頼られ、また、一般科からも連携を望まれている。ただ、“身体合併症”や“多職種ネットワーク形成”までは至っておらず、今後の課題と言える。

② 次に、一般科サポート医の地域での状況から、以下のとおり見てとれる。

ア) 認知症の治療・入院も受け、身体合併症へ適応しているが、医療、介護関係からの相談件数は精神科ほどではない。この点は、異なる専門性によるものと言えるだろう。

イ) 相談元からの相談内容は、“BPSDへの対応”は一定数あるが、地域包括からはサービスの留意点や訪問看護ステーションからは処置上の留意点など、精神科がBPSDの相談を多く受けるのに対し、一般科は、相談元によって相談内容も異なる。これも一般科の特性ともとれる。

ウ) サポート医として、“精神科との連携”、“地域包括との連携”、“かかりつけ医との連携・助言”に協力可能との回答が多くあった。また“地域住民の相談窓口”としての協力にも積極的な一面がある。

これは、一般的にサポート医の役割と言われる、「かかりつけ医や介護関係者と認知症専門医療との橋渡し役」のことを指しており、また、“地域住民の相談窓口にも協力”の意向が高くサポート医としての役割を果たすことへの認識度は高いものと推察できる。

エ) 一般科のサポート医も今後の活動に必要なもの間には、“役割の明確化”を一番に挙げ次に“認知症

専門医との連携”となっていた。これは、多職種ネットワーク形成には携わり、徐々に地域へ浸透しているが、それでもサポート医としての立ち位置や役割に迷いがあり、このことから少なからず認知症専門医との連携への意識の表れとも考えられる。

オ) フォローアップ研修では、“BPSDへの対応”や“認知症の薬”への希望が多い。これは、認知症専門医との連携を希望する意見と同様の考え方にあると言えよう。また、認知症サポート医連絡会議への参加意向が精神科（約76%）より相当高い（約98%）事も、その理由の一つになるものと推察できる。

以上のように一般科サポート医は、地域からの関係機関とのネットワークや連携を図りつつ“身体合併症への適応”や“BPSDの相談”も一定程度受けている。それら日常の活動の中でサポート医としての役割が次第に定まっているように見える。

また連携先としては、認知症医療の専門性も必要なため、認知症専門医との連携を希望しており、フォローアップ研修では、BPSDへの対応を希望。また、サポート医連絡会議への参加意向が強いことは、精神科への期待度は高いと推察できる。

まとめると精神科サポート医の特性は、地域ではBPSD等を通じ、一般科サポート医はもちろん、各医療や介護関係者から頼られる存在であり、また地域において認知症医療の推進に努力する姿が見える。よって、一般科からの連携や協力の要望に応えるべく、これまで以上に地域のサポート医との連携強化の要となり、また、地域において認知症医療の推進に努力する姿が見える。

次に一般科サポート医の特性は、身体合併症に強い反面、当然ではあるが認知症専門医との連携強化を求めており、また、自身の認知症医療へのさらなる向上を求める積極的な姿勢が見える。

このような特性をうまく地域で活かすことができ、また、相互の不足点を補い合う事ができるなら、重要課題である“BPSD”や“身体合併症”への対応にも目途が立つのではと期待も膨らむと考えられる。については、考察1の「循環型の仕組み実現」へと大きく前進するものと推察される。

◎ 考察3 サポート医の支援の在り方について

さて、サポート医に期待される役割について、サポート医連絡会議というものがどのような会議か本調査では示していないが、相当参加意向が強いという事に対し、基金プロジェクト委員からは「サポート医の使命や役割を指示してもらって受動的な気持ちが強くなり、地域で必要とされることを進んで取り組むという能動的な考えにない」との意見が出されている。

国が示した期待される機能と役割があるが、前述したとおりサポート医の役割は地域での多職種連携のネットワークに参画することや、各連携先からの相談対応等に取り組む中から、おのずとサポート医の役割や立ち位置が徐々に定まっていくように思われる。よって、サポート医の役割を一律にきちとした示し方や定義にとらわれることなく、“地域によって千差万別型の役割”があって当然という考えがあってもいいのではないかと。ただ、現状サポート医はそのような認識が希薄なため、サポート医の役割を示して欲しいという要求や、サポート医連絡会議への参加意向の強さが幾分か調査結果に表れているとも思われた。

このようなことから、今後国がサポート医を増やす方向で施策を進めるのであれば、様々なサポート医の活動を良しとして、活動の普及・啓発・支援する環境づくりが重要かつ必要と考えられる。

このため、サポート医の意向が強いサポート医連絡会議への参加という点を、環境整備の母体的な会議と考えるならば、当面は本県が旗振り役となり、サポート医の活動を支援する県レベルでの「(仮) サポート

「医連絡会議の設置」を進め、地域の事情や特性によって、様々なサポート医の役割があることやフォローアップ研修の講義内容、認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議等を議論する場として活用することに期待ができるものと推察する。もとより熊本県精神科協会としても連携して取り組んでいく価値のあるものである。

末筆となりましたが、本調査の実施にあたり、御多忙な中、趣旨をご理解いただき御回答・御協力いただきました、熊本県内の認知症サポート医の先生方に深く感謝申し上げます。

公益社団法人 熊本県精神科協会

●循環型認知症医療体制検討事業プロジェクトチーム委員

	氏 名	所 属
委員長	高森 薫生	阿蘇やまなみ病院 理事長・院長
副委員長	信岡 幸彦	中山記念病院 理事長・院長
委員	松本 武士	希望ヶ丘病院 院長
委員	宮内 大介	くまもと悠心病院 院長
委員	平原 信雄	自由が丘病院 院長
委員	坂井 智子	八代市第4地域包括支援センターしおかぜ センター長
委員	那須 久史	熊本市高齢者支援センターささえりあ 帯山 センター長
担当理事	宮本 憲司朗	公益社団法人熊本県精神科協会 副会長 八代更生病院 理事長・院長

●認知症 BPSD センター

モデル圏域	認知症 BPSD センター	連携担当者
菊池圏域	中山記念病院	精神保健福祉士 杉本 恵子 精神保健福祉士 後藤 美由紀
阿蘇圏域	くまもと悠心病院	精神保健福祉士 杉本 篤史
上益城圏域	希望ヶ丘病院	精神保健福祉士 小柳 勇人 精神保健福祉士 蜷川 勝之
八代圏域	八代更生病院	精神保健福祉士 宮川 博行

●公益社団法人熊本県精神科協会事務局

事務局長	松尾 俊司
相談専門員	松岡 明子
主任	安河内 吾子

平成 28 年度～29 年度循環型認知症医療体制検討事業
事業報告書
(熊本県補助事業)

平成 30 年 3 月

公益社団法人 熊本県精神科協会
〒862-0950
熊本市中央区水前寺 6 丁目 43-7
TEL 096-385-7848
