

浜松市の認知症診療体制と
基幹型認知症疾患医療センター
の取り組みの検討

一般社団法人浜松市医師会
在宅医療委員会

代表者 磯貝 聡

荻野 和功

磯部 智明

滝浪 實

小林 利彦

藤島 百合子

海野 直樹

小野 宏志

石垣 哲男

山岡 功一

内容の要約

浜松市では2013年7月22日に聖隷三方原病院が基幹型認知症疾患医療センターの指定を受け、浜松市医師会と行政が一体となった認知症診療体制の構築に努めてきた。かかりつけ医の対応力向上や認知症サポート医の養成に努め、2015年度には認知症ケアパスに認知症診療マップを掲載し、2016年度には認知症初期集中支援事業として認知症初期集中支援チームが設立されている。専門診療機関である認知症疾患医療センターが地域のセーフティネットをつとめることも一助となって、地域全体の認知症診療への対応力の向上が進んでいるものと考えられる。高齢化社会の進行に伴い増加していく認知症の人が安心して暮らせる社会を実現するためには、今後も継続して認知症専門診療体制の充実と個々の医療機関の認知症対応力の更なる向上に取り組む必要がある。そのためには医療・介護の連携はもとより医師会、行政が一体となった協力体制を構築していくことが必要であり、認知症疾患医療センターがその推進役であることが期待される。

目的

本稿では浜松市の認知症診療体制の現状分析と、更なる充実にむけて今後の課題の検討を行うことを目的とする。

結果

1. 認知症診療体制の整備と認知症施策

1-1. 認知症疾患医療センターの整備状況

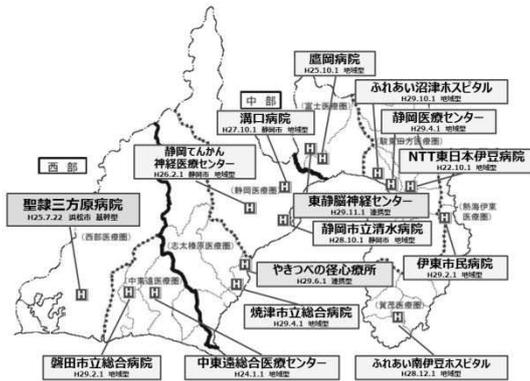


図 2：静岡県内の認知症疾患医療センターの指定状況

静岡県内では聖隷三方原病院が唯一の基幹型であり、NTT 東日本伊豆病院、中東遠総合医療センターに続いて3カ所目に指定を受けた。その後は静岡県全域に地域型を中心に整備が進み、連携型（前・診療所型）を含め 2017 年 10 月に 15 カ所目が指定され、二次医療圏の全域が網羅されている（図 2）。全国的には 2018 年 5 月末現在で基幹型が 16 カ所、地域型が 358 カ所、連携型が 55 カ所で合計 429 カ所が指定されている。基幹型は認知症の鑑別診断及び専門医療相談に必要な体制と諸検査を備えていることに加えて、BPSD や身体合併症への対応のための空床を確保している自己完結型の機関である。また地域型では MRI や SPECT などの検査を他の医療機関と連携したり、急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保していることが要件となっている。これに対し連携型では人員配置や検査体制の要件が緩和されている。聖隷三方原病院は精神科救急と身体合併症医療の基幹病院として、重症の BPSD や身体合併症をもつ認知症の人も多く受け入れてきた実績があったために基幹型の指定へ向けての機能整備は比較的円滑に行われた。聖隷三方原病院では基幹型認知症疾患医療センターの指定を受けるにあたり、認知症の専門診療体制の充実はもとより、地域での認知症対応力向上を図ることも目的とし、①診療所や病院と医療連携、②院内一般病棟での認知症の受け入れ体制の充実、③行政との連携、④地域での研修会や講演会への積極的な協力を重点が置かれた。

1-2. 認知症診療への対応状況と認知症ケアパス

浜松市医師会では 2010 年に認知症診療体制の整備と医師会ホームページへの公開を目的に診療所と病院にアンケート調査を行った。その結果 433 診療所、15 病院のうち 127 診療所 (29.3%)、11 病院 (73.3%) で認知症に対応しているとの回答を得た (図 3)。対応内容をみると専門外来が 20 ヶ所、認知症の外来治療・ケアが 98 ヶ所、認知症の入院治療が 3 ヶ所、認知症の長期入院治療が 5 ヶ所、身体疾患に対する緊急時の往診が 31 ヶ所、認知症患者の在宅ケア・往診が 37 ヶ所で対応可能であった。一方で情報公開の希望は全体で概ね半数に留まった。診療所では医師会ホームページが 64 ヶ所 (51.6%)、希望せずが 29 ヶ所 (23.4%)、地域包括支援センターのみが 31 ヶ所 (25.0%) であり、病院では医師会ホームページが 6 ヶ所 (54.5%)、希望せずが 3 ヶ所 (27.3%)、地域包括支援センターのみが 2 ヶ所 (18.2%) であった。情報公開を希望しない理由としては、①認知症患者さんの診察に時間がかかること、②多くの認知症関連患者が押しかけてくることへの不安、③専門性に関する疑問等が挙げた。この結果を得て認知症対応医療機関名簿を地域包括支援センターのみに配布し、医師会ホームページへの公開は見送られた。

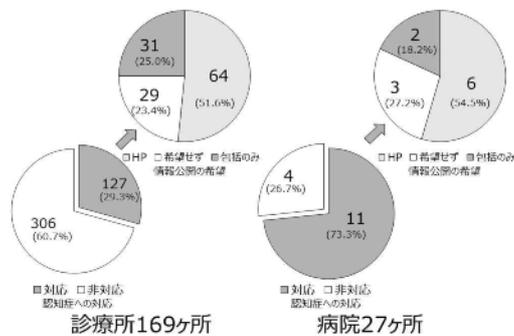


図 3：認知症対応医療機関アンケート調査 (2010 年)

2015 年 5 月には浜松市の認知症ケアパス作成に伴い、認知症疾患医療センターが浜松市医師会と浜松政令市医師会の協力を得て浜松市内の全医療機関に向けての「浜松市認知症ケアパス作成に係る医療機関実態調査」を行った。その結果小児科と施設内診療所を除く浜松市内の全 524 診療所、35 病院のうち、最終的には 169 診療所 (32.2%)、27 病院 (77.1%) で認知症診療に対応可能という回答を得た (図 4)。

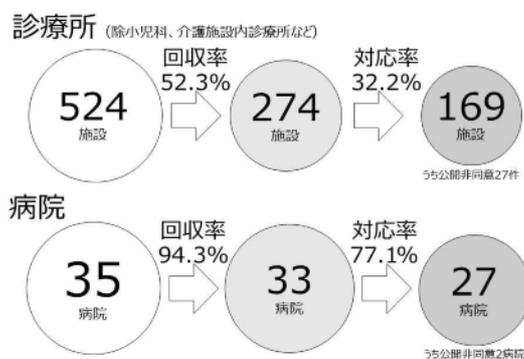


図 4：浜松市認知症ケアパス作成に係る医療機関実態調査 (2015 年)

区毎の分布をみると、人口の多い中区の診療所が 45 ヶ所と最も多く、全市の一診療所あたりの人口は平均 5710 人であった（表 1）。浜北区では人口に比して対応している診療所が 10 ヶ所と少ないが、代わりに病院での専門診療が充実していることがわかる。天竜区では網羅する領域の広さや高齢化率が高いことから診療所での対応が中心となっていると考えられる。

		中区	東区	西区	南区	北区	浜北	天竜	合計
診療所	数	45	17	19	14	23	10	14	142
	サポート医	3	2	3	2	0	1	1	12
	専門診療	2	0	2	0	0	2	1	7
病院	数	5	4	4	3	3	5	1	25
	サポート医	1	1	0	0	1	2	0	5
	専門外来	4	2	0	2	2	5	0	15
	入院対応	2	4	3	1	2	2	1	15
	専門病棟	1	1	2	1	2	2	0	9
人口		240350	129607	113636	103883	94791	96107	32473	810847
一診療所あたり		5341	7624	5981	7420	4121	9611	2320	5710

表 1：認知症対応医療機関の分布

BPSD への対応状況は 134 ヶ所（79.3%）の診療所、22 ヶ所（81.5%）の病院が自院で対応可能であった。症状が激しかったり入院が必要な場合には他院と連携をとっていることがわかる（図 5）。

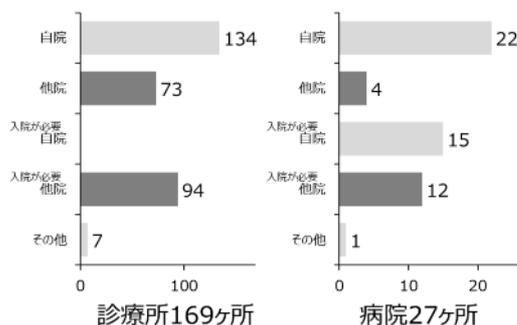


図 5：BPSD への対応状況

認知症の往診への対応状況は診療所が 58 ヶ所（34.3%）、病院が 3 ヶ所（11.1%）と診療所が主体となっていた。また 9 ヶ所（5.3%）の診療所で今後対応予定があるとのことであり、徐々に体制整備が進んでゆくと考えられる（図 6）。

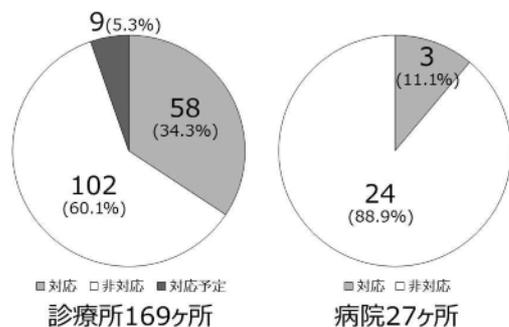


図 6：認知症の往診への対応状況

成年後見診断書の作成への対応状況は診療所で作成可能が 58 ヶ所 (34.3%)、依頼があれば作成可能が 50 ヶ所 (29.6%) と全体の三分の二で作成依頼に対応可能であった。一方病院では作成可能が 22 ヶ所 (81.8%)、依頼があれば作成可能が 1 ヶ所 (3.7%) と大半で作成依頼に応じることが可能であった。診療所との差異は神経心理検査や画像診断等の評価方法や、作成経験の有無によるものと推察される。鑑定書作成に対応な機関は診療所で 4 ヶ所 (2.4%)、病院で 11 ヶ所 (40.7%) と診断書の作成に比べてかなり少なかった (図 7)。これは鑑定書の作成が煩雑で敬遠されていることによるものと推察される。チェック方式などの簡便な方法も提供されており、今後は情報提供や啓発活動が必要と考えられる。

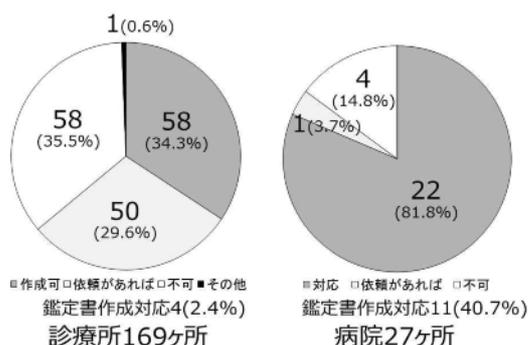


図 7：成年後見診断書と鑑定書への対応状況

この調査の結果をふまえて情報公開に非同意の医療機関を除いて、はままつオレンジガイドブック (認知症ケアパス) に「認知症に対応している医療機関」のマップが掲載された (図 8)。認知症ケアパスとは認知症の様々な段階によって必要な支援をまとめたものである。地域によって供給される医療・介護資源が異なるため、各市町村での実状に応じた作成が求められている。浜松市では 2016 年 2 月に発行されて浜松市内の各医療機関や高齢者相談センターを中心に配布された。



図 8：はままつオレンジガイドブック (認知症ケアパス)

1-2. 認知症サポート医の養成

認知症サポート医 (以下、サポート医) とは所定の養成研修を修了し、「かかりつけ医」への助言等の支援を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携役となる医師である。新オレンジプランでは 2017 年度末で全国に 5000 人を目標とされていたが、2016

年度末に 6000 人と前倒しで目標に到達し、2018 年の同プランの改訂では 2020 年度末までに全国で 10000 人（人口 12700 人あたりサポート医 1 人）の養成が目標となっている。浜松市と浜松市医師会では積極的なサポート医の養成を行っている。2015 年度の浜松市認知症ケアパス作成に係る医療機関実態調査実施時にサポート医は 17 人だったが、2017 年度末で 47 人となっている。区毎の分布をみると概ね領域は網羅できているものの、人口比で見ると中区、東区、南区で人口あたりのサポート医数が十分とは言えず、今年度以降もこれらの地域を中心に順次養成が進められていく予定である。

	中区	東区	西区	南区	北区	浜北	天竜	合計
2015年度末 (アンケート実施時)	4	3	3	2	1	3	1	17
2017年度末	11	6	8	4	6	6	6	47
人口	237774	130536	111549	103127	93662	99183	29040	804871
サポート医一人 あたりの人口	21615	21756	13944	25781	15610	16530	4840	17125

表 2：浜松市のサポート医の養成状況

1-3. 認知症初期集中支援チーム

認知症初期集中支援チームは早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的としている（図 9-1、2）。専門医や医療と介護の専門職からなるメンバーで構成され、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人で医療・介護サービスの導入が不十分な人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行うものである。

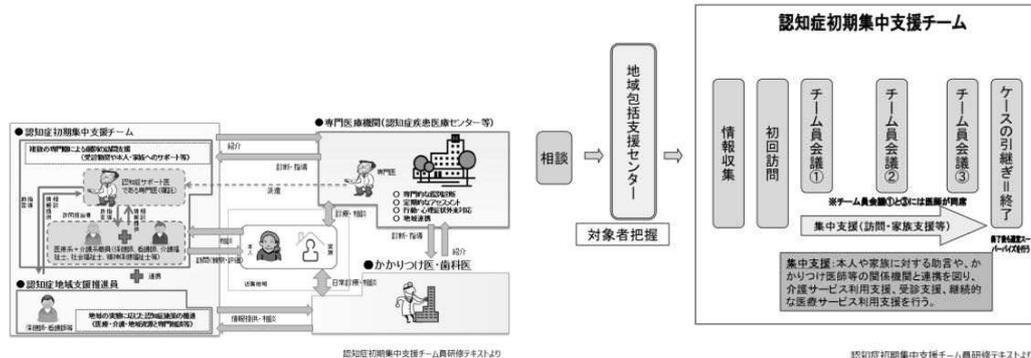


図 9-1：認知症初期集中支援チーム

図 9-2：支援の流れ

新オレンジプランによると認知症初期集中支援チームは 2017 年 12 月末で 1015 市町村（63.5%）に設置されており、2018 年 4 月には全市町村に設置される方針となっている。浜松市では 2015 年度に認知症疾患医療センターが協力してモデル事業を行った。その結果を踏まえて 2016 年度から認知症初期集中支援事業を開始し、サポート医が所属する精神科病院である神経科浜松病院、朝山病院、三方原病院、遠江病院に委託してチームが設置されて活動を開始している。

1-4. 浜松市認知症疾患医療連携協議会

浜松市認知症疾患医療連携協議会は浜松市の認知症にかかわる医療・介護・福祉の連携体制の構築・強化に向けた協議を行うことを目的とし、認知症疾患医療センターが中心となって年に1-2回開催されている。認知症に関わる人同士が顔の見える関係を築くことも目的として行政、サポート医、精神科病院医師、高齢者相談センターなど多分野・多職種で構成した。この会議は認知症疾患医療センターの実績報告に加え、浜松市の認知症施策の検討や意見交換の場として貴重な役割を果たしている。2015年から2016年にかけて認知症ケアパスの作成、2015年12月からは認知症初期集中支援事業に関する検討も重ねられてきた（表3）。

開催日	参加者(A)				認知症ケアパス	初期集中支援事業	認知症施策と意見交換等
	医師	浜松市	認知症疾患医療センター	高齢者相談センター			
2015年6月10日	16	10	4	6	36	○	はままつ友愛の高齢者プラン
2015年12月17日	17	9	8	4	38	○	認知症対策モデル検証事業 認知症チェックリスト
2016年8月3日	21	8	7	4	40	◎	
2017年9月11日	23	8	8	4	43	○	認知症カフェ 若年性認知症

表3：浜松市認知症疾患医療連携協議会

2. 認知症疾患医療センターの認知症診療の実績と取り組み

2-1. 専門外来

認知症疾患医療センターの専門外来であるもの忘れ外来は、原則として紹介制で面接、神経心理検査、血液検査、CTやMRI、核医学検査などの頭部画像診断を行い、診断と方針をたててかかりつけ医に情報を提供している。年間の初診数は概ね350件程度で、2017年度までに初診が1552件であった（図10）。このほかにもBPSDが激しいなどで対応困難な認知症の人は精神科外来、夜間休日は精神科救急としての診療を行なっている。

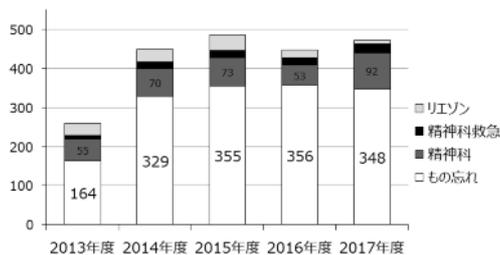


図10：認知症受診件数

診断の内訳は認知症が761人（49.0%）と最も多く、軽度認知障害（MCI）が495人（31.9%）、正常が175人（11.3%）であった。躁状態、うつ病や発達障害などを含む精神疾患が63人（4.1%）、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫などを含む中枢神経疾患が34人（2.2%）であった（図11-1）。その他にはてんかんやベンゾジアゼピン系薬剤の乱用などがみられた。診断の内訳の年度推移

をみると、認知症がほぼ半数を占めているものの全体的には MCI がやや増加傾向にある（図 11-2）。

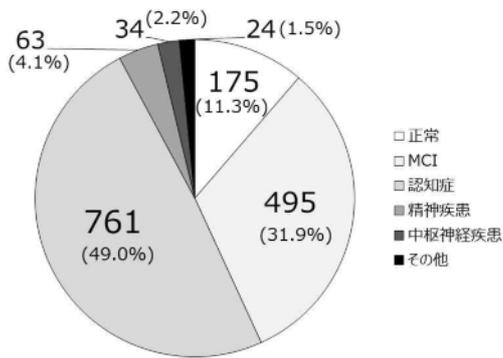


図 11-1：専門外来の診断内訳

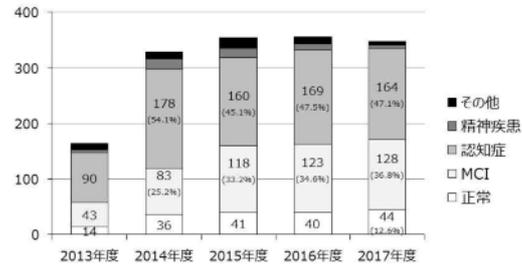


図 11-2：診断内訳の年度推移

認知症と診断された 761 人の内訳は、アルツハイマー型認知症（AD）が 378 人（49.7%）と最も多く、混合型 84 人（11.0%）と合わせて 6 割を占める。続いて血管性が 119 人（15.6%）、レビー小体型認知症（DLB）が 77 人（10.1%）、前頭側頭型認知症（FTD）が 78 人（10.2%）であった（図 12）。

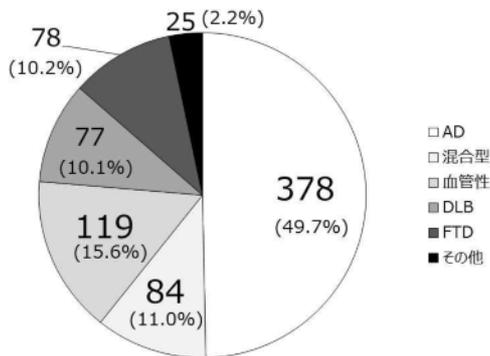


図 12：認知症診断の内訳

もの忘れ外来への他病院や診療所からの紹介率は 89.7%となっている。残りの 10.2%が院内の他診療科から依頼による受診であった。院外からの紹介患者さんの逆紹介率は 92.6%で、院内からの依頼により受診した人の地域への紹介率は 22.0%と低くなっていた（図 13）。これはもともと聖隷三方原病院の他診療科にかかりつけであったり、地理的な要因が影響していると考えられる。

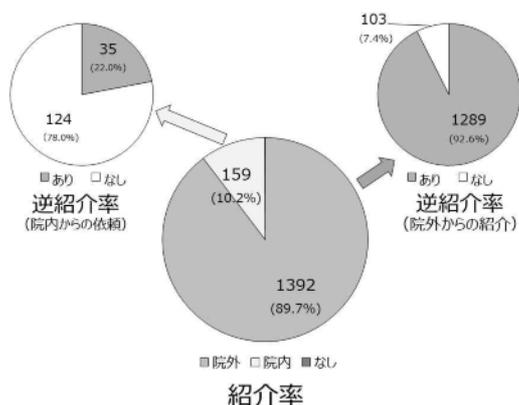


図 13：紹介率と逆紹介率

2-2. 入院実績

認知症とその関連疾患の精神科病棟への入院は 2017 年度までに 316 人で、月平均で 5.7 人であった (図 14-1)。診断の内訳は認知症が 226 人 (71.5%) を占め、その他精神疾患が 57 人 (18.0%)、器質性疾患が 8 人 (2.5%)、せん妄が 20 人 (6.3%)、MCI が 5 人 (1.6%) の順であった。認知症の診断がある 226 人の内訳は、AD が 63 人 (27.9%) と多く、混合型が 11 人 (4.9%)、血管性が 27 人 (11.9%)、DLB が 25 人 (11.1%)、FTD が 13 人 (5.8%)、アルコール性が 7 人 (3.1%) であり、未分類や詳細不明が 80 人 (35.4%) であった (図 14-2)。外来症例と比べて未分類や詳細不明が 35.4% と突出している理由はかかりつけ医で臨床的に「認知症」の診断を受けていたり、入院時にすでに中等度から重度の認知症であるために鑑別診断の必要がないことが多いためと考えられる。また DLB が 11.1%、FTD が 5.8% と比較的高率になっている理由は、これらの疾患で精神症状や行動障害が強いことを反映していると考えられる。

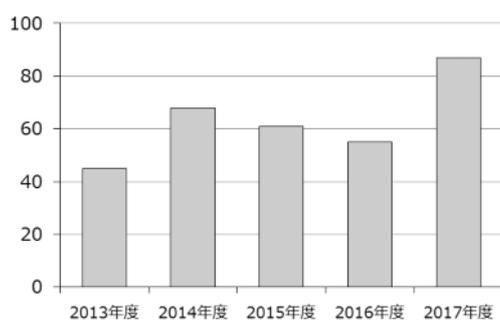


図 14-1：認知症入院症例数

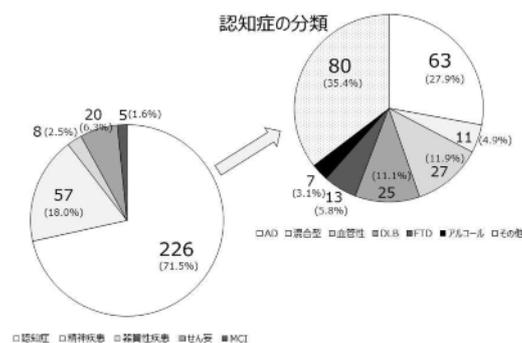


図 14-2：診断の内訳

入院治療の必要な身体合併症は 121 人 (38.3%) に認められた。内訳は呼吸器と整形外科疾患が最多でいずれも 25 人 (20.7%) を占め、泌尿器科が 9 人 (7.4%)、消化器科が 6 人 (5.0%)、悪性腫瘍が 11 人 (9.1%)、脱水や衰弱が 7 人 (5.8%) であり、その他が 33 人 (27.3%) であった (図 15)。他院入院中や施設入所中の大腿骨頸部骨折や誤嚥性肺炎などの合併症が多くみられている。

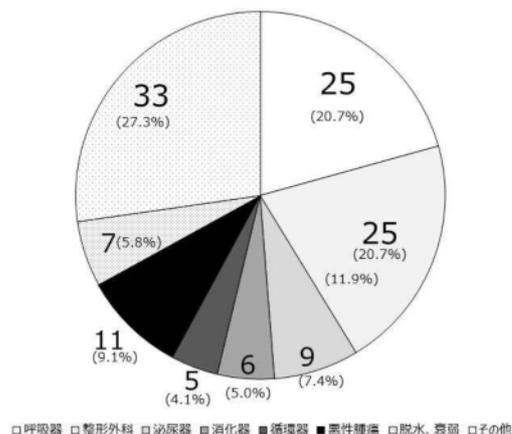


図 15：身体合併症の内訳（121 人中）

入院期間の平均は 50.7 日（中央値 40 日）であった。身体合併症がなく BPSD や精神症状の治療が主となる場合は 55.0 日（中央値 48 日）とやや長く、身体合併症がある場合には 43.7 日（中央値 28 日）と短くなる。身体合併症では比較的短期間で治癒可能な肺炎や単純な骨折などの疾患と長期間継続して療養が必要な慢性疾患が混在しているためとみられる。入院前の居住先は自宅が 202 人（63.9%）と最も多く、施設が 54 人（17.1%）、他院入院中が 60 人（19.0%）であった。一方退院後の帰住先は自宅が 104 人（33.0%）と半減した。施設入所は 68 人（21.6%）と増加がわずかであるが、他院転院は 130 人（41.3%）と大幅に増加していた（図 16）。在宅から入院した人の多くが、急性期病院を退院後にも他院での継続した入院療養が必要となることが多いことがわかる。このため、認知症治療病棟をもつ精神科病院や療養病棟をもつ病院との連携が非常に重要となっている。

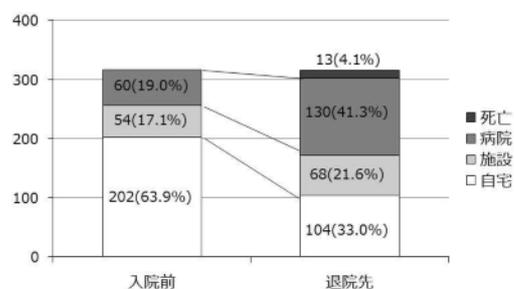


図 16：入院前と退院後の帰住先

2-3. 一般病棟での認知症の人の受け入れ

総合病院では様々な身体疾患で一般病棟へ入院する認知症や認知機能低下のある人の数が圧倒的に多い。認知症や認知機能低下はせん妄発症の危険因子でもあり、せん妄と認知症の鑑別が難しく両者の症状が混在していることもしばしばである。聖隷三方原病院で行った調査では 75 歳以上の高齢入院患者のせん妄発症率は 27.3%と高く、点滴などのルート類の自己抜去や転倒転落などの発生が高いことがわかった²⁾。このため一般病棟に入院する認知症の人やせん妄患者への対応を円滑に行うように体制を整えることが急務であると考えられた。2016 年の診

療報酬改定では新オレンジプランの主旨に沿って身体疾患のために入院した認知症患者に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るための病棟での取組や多職種チームによる介入に対して認知症ケア加算が算定されることとなった。聖隷三方原病院では 2015 年からの準備期間を経て 2016 年 5 月から認知症ケア加算 I を取得して、認知症・せん妄ケアサポートチーム（以下、認知症ケアチーム）が本格的に稼働を開始した。認知症ケアチームは認知症ケアの専門知識を有した多職種で構成される。必須構成メンバーは専任看護師、常勤医師、常勤精神保健福祉士で、当院では薬剤師、臨床心理士、作業療法士、急性・重症患者看護専門看護師等の多職種が参加して構成されている。その活動内容は①認知症ケアの提供（認知症ケア手順書の作成）、②向精神薬適正使用（ガイドラインの作成）、③身体拘束の最小化、④認知症対応力向上研修、⑤カンファレンスと回診、⑥アクティビティ・ケア、⑦多職種事例検討会である。

聖隷三方原病院ではコアナースとして老人看護専門看護師が中心的に活動し、病棟看護師等からのコンサルテーションに随時応じている。週 1 回のチームカンファレンスを実施し、各病棟のラウンド（回診）を行っている。2016 年度は 244 人（月平均 22.2 人）、2017 年度は 295 人（月平均 24.6 人）の依頼を受け、常時 15-20 人程度に関わっている。年齢区分は 85-89 歳が最多で、平均 85.6 歳と超高齢者が多いことが特徴である。

コンサルテーションの内容は不眠・昼夜逆転、せん妄、大声や暴力、落ち着きがないなどの過活動状態が 77.5%と大半を閉めていた（図 17）。サポートの内容はアセスメント、アドバイス、家族支援、退院支援、意思決定支援などのケアサポートが 53.3%と過半数を占めた。一方で医師による必要時指示の調整や向精神薬などの処方方を要したのは 46.7%であった。概ね半数がケアサポートのみで対応が可能となるということは、適切なケアがいかに大切かを示している。

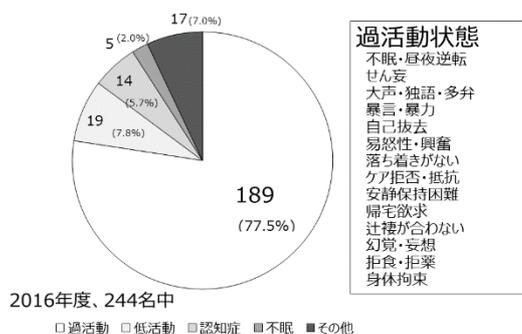


図 17：依頼内容の内訳

認知症ケアチームでは高齢入院患者を対象に睡眠覚醒リズムの改善、活動機会の増加を目的として、2016 年 8 月より臨床心理士と作業療法士が中心となって多職種による集団プログラム（アクティビティ・ケア）を実施してきた（図 18）。2016 年 8 月から 2017 年 3 月の参加人数は延べ 558 名（3-11 名、平均：6.9 名）であった。評価シートを用いた評価の結果、実施前後で笑顔の人の割合が増え、発話量も増えていることが観察された。集団の場に参加することで、社会的交流の機会が生まれ、快感情が賦活されると共に活動意欲の向上に繋がったと考えられる。



図 18 : アクティビティ・ケアの様子

認知症ケアチームとして個々の症例のコンサルテーションに応じるだけでなく、病院全体に対する取り組みも行なわれている。その一つが向精神薬を適切に使用するためのガイドライン（参考資料 1）の作成である。聖隷三方原病院ではガイドラインの作成する中でベンゾジアゼピン系睡眠薬の削減にも積極的に取り組んだ結果、必要時・先渡しなど院内で高頻度に使われる睡眠薬の使用に大きな変化がみられた（図 19）。チーム設立以前の 2015 年度の 75 歳以上の必要時・先渡し処方は、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬が 58.5%、ベンゾジアゼピン系睡眠薬が 40.7%を占めていたが、2016 年度ではそれぞれ 46.2%、8.9%と大きく減少し、ロゼレムやベルソムラといった新規睡眠薬が 44.9%と増加した。

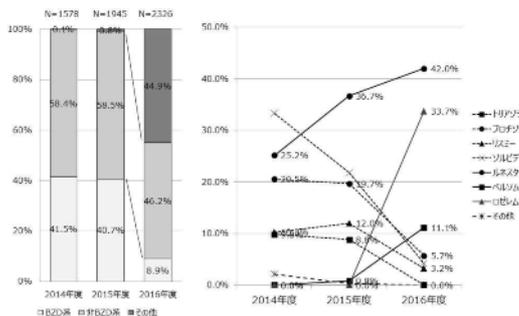


図 19 : 75 歳以上の必要時・先渡し処方の変化

考察

基幹型の認知症疾患医療センターは認知症診療や地域の認知症対応力向上のための機能を集約して網羅したものである。しかしながら増え続ける認知症の人を専門病院が一手に引き受けることは現実的ではなく、認知症疾患医療センター、総合病院、精神科病院、療養型病院、サポート医やかかりつけ医などが認知症の段階に応じてそれぞれが適切な医療を提供していくことが必要である。認知症疾患医療センターが専門診断、急性期や身体合併症などを担当し、地域の認知症医療のセーフティーネットの機能をもつことで、かかりつけ医が安心して認知症の通常診療に従事できるようになることが望まれる。このように適切な機能分化・連携の強化が必要な一方で、個々の機関の認知症対応力の向上も求められている。

浜松市医師会では在宅診療委員会を中心に認知症診療体制の整備が行われてきた。2010年に行われたアンケートの時点でも多くの診療所や病院で認知症診療に対応が可能であったにもかかわらず、情報公開の段階で認知症診療への不安からホームページの作成が見送られた経緯がある。これは専門診療に対応する機関の情報や連携体制が不十分だったことに起因していたと考えられる。2015年5月のアンケート調査では対応する率はわずかに増えただけであったが、認知症ケアパスによる情報公開に対しては大多数の診療所や病院で承諾が得られた。この変化は認知症診療に対する意識向上と認知症施策による後押しによる影響が大きいと考えられる。認知症診療に対応する医療機関の分布については、人口比で一診療所あたり2320人から9611人（平均5710人）と区毎に大きなばらつきがあったが、病院の有無や地理的な事情など地域の実情に因るものとみられる。アンケート実施時のサポート医数は17人であったが、その後の養成が進んだ結果、2017年度末で47人に増加している。ほぼ同規模の政令指定都市であるさいたま市（人口129.9万人）³⁾では、もの忘れ相談医が222施設（人口比で一施設あたり5852人）、サポート医が36人であり、ほぼ比肩する状況となっている。このように多くの病院や診療所である程度までの認知症診療に対応可能であったものの、診療所同士の横の繋がりや専門医療・入院診療に対応する病院との連携はまだまだ十分とは言えない。このため、個々の機関の認知症診療への対応状況の情報共有とその普及に努めることに加えて、連携役であるサポート医やそのリーダーの養成と活用を通じた効果的な連携体制を構築してゆくことが今後の課題である。

認知症初期集中支援チームの精神科病院へ設置して市内全域を網羅する手法は、浜松市独自のものであり、他の地域で見られるような連携不足や処遇困難例への対応問題などを生じないために有効な方式である。地域の精神科病院に認知症初期集中支援チームを設置することのメリットは、①入院が必要な症例に速やかに対応可能、②認知症と鑑別困難な精神疾患の診療が円滑に行えること、③対象症例から外れているが支援が必要な症例への対応が行いやすいことなどが挙がる。一方で地域の認知症の人の窓口である高齢者相談センターと地域の精神科病院とで顔の見える関係が構築されることで、連携が速やかに行えるようになるといった効果もみられた。認知症初期集中支援チームを有機的かつ継続的に機能させていくことが今後の課題である。

浜松市認知症疾患医療連携協議会は認知症に関わる人同士が顔の見える関係を築くことも目的として多分野・多職種で構成されている。これまで認知症施策の検討や意見交換に適切な

場やサポート医が一同に会する機会がなかったため、この会議の存在意義は大きいと考えられる。回を重ねる毎にサポート医の参加数が増えていることも、医師の認知症への関心の高さを裏付けているが、規模の拡大への対応が今後の課題となっている。

認知症疾患医療センターの専門外来を受診する人はMCIや軽いもの忘れの自覚などの軽症例が増えている一方で、FTDやDLBなどの認知症の割合が多い。早期の段階で専門外来を受診するようになった背景には、広報活動やメディアを通じで市民の関心が高まったことに加えて、かかりつけ医から早い段階で専門外来受診を勧められていることが影響していると考えられる。またAD以外の認知症が多い背景には、かかりつけ医の段階で非典型的な症状から専門診断の必要性を指摘されて積極的に専門外来に紹介されることが多いためと考えられる。このようにかかりつけ医での認知症の初期診療についてはここ数年で進捗がみられている。専門外来受診の待機期間は概ね6-8週と長くなっていることが課題であり、これは浜松市内の多くの専門外来でも同様の状況となっている。このため認知症疾患医療センターではBPSDや身体合併症などで迅速な対応が必要であったり、夜間救急の際には精神科外来及び精神科救急システムとして対応し、切れ目のない診療体制を維持している。地域として認知症の専門診療のニーズに応えるためには、更に多くの病院や診療所での専門診療体制の整備が必要であると考えられる。

地域での認知症の人の入院診療を円滑にするためには、一般病棟に入院する認知症や認知機能低下のある人への対応を充実させることも重要である。認知症ケアチームでは個々のケアの改善だけではなく、病院をあげての取り組みを進めることで病院全体の認知症ケアの質を向上・維持していくことが目標とされている。このことは長期的にみて職員のモチベーションの維持や、困難事例に関わることによる疲弊を減らすことにも繋がることを期待される。各病院でこのような認知症ケアの質を向上させる取り組みがすすむことで、「認知症があるから入院させられない」、「認知症の症状があるので退院を迫られる」といった悲劇を地域から払拭することが求められる。

さらに向精神薬の適正使用の問題も重要な課題の一つといえる。近年は向精神薬による転倒・転落リスクの上昇、ベンゾジアゼピン系睡眠薬の長期使用による依存性や認知症リスクの増加⁴⁾、向精神薬による転倒・転落の増加⁵⁾が社会問題となっている。また認知症高齢者に対する抗精神病薬使用による死亡率の上昇がみられることも言われている⁶⁾。聖隷三方原病院ではガイドラインの作成と認知症ケアチームによる病院全体への普及啓発活動によって院内のベンゾジアゼピン系薬剤の大幅な削減を実現することが出来た。このことは多くの医師にとって向精神薬の正しい使い方の知識や適切なガイドラインが必要であることを物語っているものと考えられる。困難と思われがちな向精神薬の適正使用に地域全体で取り組むことは喫緊の課題であり、今後は認知症疾患医療センター等が牽引役となって情報発信や普及啓発を行っていくことが求められる。

終わりに

浜松市では医師会、行政、認知症疾患医療センターが協力して認知症診療体制の充実に努めてきた。多くの診療所や病院で認知症の初期対応や安定期の診療体制が整いつつある一方で、専門医療に対応する機関は今後も整備されていく余地がある。一方で連携役であるサポート医の養成や活用、初期集中支援チームの設置など体制の整備が進んできており、今後は連携機能が充実していくことが期待される。増え続ける認知症の人をみていくためには地域として認知症対応力の向上が必須の課題であり、医療・介護の連携はもとより医師会、行政が一体となった協力体制を継続していくことが望まれる。

参考文献

1) 浜松オレンジガイドブック

<https://www.city.hamamatsu.shizuoka.jp/kourei/welfare/elderly/nintisyoun/care-pass.html>

佐藤 晶子ほか：地方都市急性期 A 総合病院の一般病棟に入院した高齢者せん妄の実態調査.
日本老年看護学会第 21 回学術総会 2016

3) さいたま認知症ガイドブック (2018 年 3 月)

www.city.saitama.jp/002/003/003/002/005/p041232_d/fil/care-pass-all.pdf

4) Gallacher J et al. : Benzodiazepine use and risk of dementia: evidence from the Caerphilly Prospective Study. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66 (10) : 869-873

5) Tamiya H et al. : Hypnotics and the Occurrence of Bone Fractures in Hospitalized Dementia Patients: A Matched Case-Control Study Using a National Inpatient Database. *PLoS ONE* 2015; 10 (6) : e0129366

6) Arai H et al. : Mortality risk in current and new antipsychotic Alzheimer's disease users: Large scale Japanese study. *Alzheimers Dement.* ; 2016: 12 (7) :823-30

参考資料 1

高齢者に対する

向精神薬の適正使用についての推奨ガイドライン ver.1.1.1

注意：下記は標準的に推奨される治療法である。使用に際しては病状や原疾患の治療などを考慮した上で、担当医によって決定されるべきであることに留意する。

不眠時

高齢者では持ち越し効果（翌朝まで持続）や筋弛緩作用による転倒の増加を減らすために（超）短時間作用型を選択し、かつベンゾジアゼピン系の使用を可能な限り避けることが望ましい。以下の①-③のいずれか。

推奨

- ①ロゼレム（一般名ラメルテオン）（8）1錠ないしは0.5錠に
- ②ベルソムラ（一般名スボレキサント）（15）1錠ないしは0.5錠
- ③ルネスタ（一般名エスゾピクロン）（1）1錠ないしは2錠

非推奨（新規では可能な限り使わない方が望ましい。すでに長期連用されている場合には中止することで離脱せん妄のリスクがあるので注意を要する。）

- ①デパス（一般名エチゾラム）
- ②ハルシオン（一般名トリアゾラム）
- ③レンドルミン（一般名プロチゾラム）

不穏時

継続して使うことによって蓄積されて鎮静が強くなる可能性があるため、慎重に症状を観察すること。ベンゾジアゼピン系の使用はさける。

- ①リスパダール 0.5ml 2回まで
- ②クエチアピン（25）1錠 2回まで（糖尿病では禁忌）
- ③セレネース（5）0.5A+生食 100ml 入眠するまで 2回まで
内服不可時

作成：認知症・せん妄ケアサポートチーム

2016年4月作成

2016年9月改訂

2017年3月改訂