

住み慣れた地域で 尊厳のある生活を

大阪市では、認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるように、さまざまな取り組みが進められています。

今回は、地域包括ケア体制の一環として、認知症医療と介護の切れ目のない連携を目指して平成21年度からスタートした「認知症対策連携強化事業」を、「地域包括支援センター」と「認知症疾患医療センター」の役割を中心に考えてみたいと思います。

地域包括ケア体制とは？

地域包括ケア体制とは、認知症や要介護状態になっても、身近な地域で、医療・介護・福祉等のサービスが、包括的、継続的に受けられるしくみのことです。

大阪市では、地域包括ケア体制の一環として、認知症高齢者を支援する「認知症サポーター養成事業」や区の医療・介護・福祉関係や地域の支援関係者が、各区の実情に合わせて、認知症高齢者を支援するネットワークをつくる「認知症高齢者支援ネットワーク事業」を進めています。

昨年度より、医療と介護の連携を強化し、早期発見、早期治療・ケアの実現を目指す「認知症対策連携強化事業」がスタートしています。

まず、医療の面から、市内に3か所、「大阪市立弘済院附属病院」、「ほくとクリニック病院」、「大阪市立大学医学部附属病院」を専門医療機関「認知症疾患医療センター」として設置し、その内部に「連携担当者」をおき、これに対応して介護の面から大阪市内を北・中

央・南の3エリアに分け、東淀川区、城東区、阿倍野区の地域包括支援センターに「認知症連携担当者」と「嘱託医(市内の認知症サポート医から選出)」を配置して、認知症の方へ切れ目のない医療・介護サービスを提供しようとするしくみです。

地域包括ケア体制のしくみ

1 地域包括支援センターと地域医療機関

● 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する機関で、市内38カ所に設置されています。

地域包括支援センターは、認知症高齢者支援ネットワークにおいても、総合相談窓口として重要な役割を果たします。認知症の本人や家族への医療や介護サービスの情報提供、介護支援専門員やかかりつけ医との連携の後方支援、地域における見守りネットワークを構築するなどを行っています。

● 認知症連携担当者の役割

認知症連携担当者の役割は、地域におけるネットワーク構築、認知症疾患医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた人に対する支援、各地の地域包括支援センターへの認知症介護に関する専門的な助言・支援、若年性認知症者への支援の4つです。

本人や家族に対しては、地域包括支援センター担当者からの相談を通じて、早期受診をすすめたり、介護保険サービスや権利擁護の専門家を紹介したりするなど、認知症の病状



に応じて専門的なアドバイスを行います。支援体制づくりについては、認知症の人のニーズを把握し、医療・介護サービス資源の情報把握と提供、他の地域包括支援センターの認知症対応についても情報提供などのバックアップをしています。

●**囑託医(認知症サポート医)の役割**

認知症サポート医は、認知症に関わる地域医療体制構築の中核的な役割を担います。大阪市ではこの認知症サポート医の中から3名を、3地域包括支援センターに囑託医として

配置しています。囑託医は認知症疾患医療センターとの連携、かかりつけ医との連携に向けた相談役となっています。

2 | **地域包括ケア体制における連携の実際**

●**「認知症かな?」と思ったら**

認知症高齢者支援ネットワークの核となるのが、地域包括支援センターとかかりつけ医です。そこから放射線状に、医療や介護などさまざまな専門機関へとつながっています。

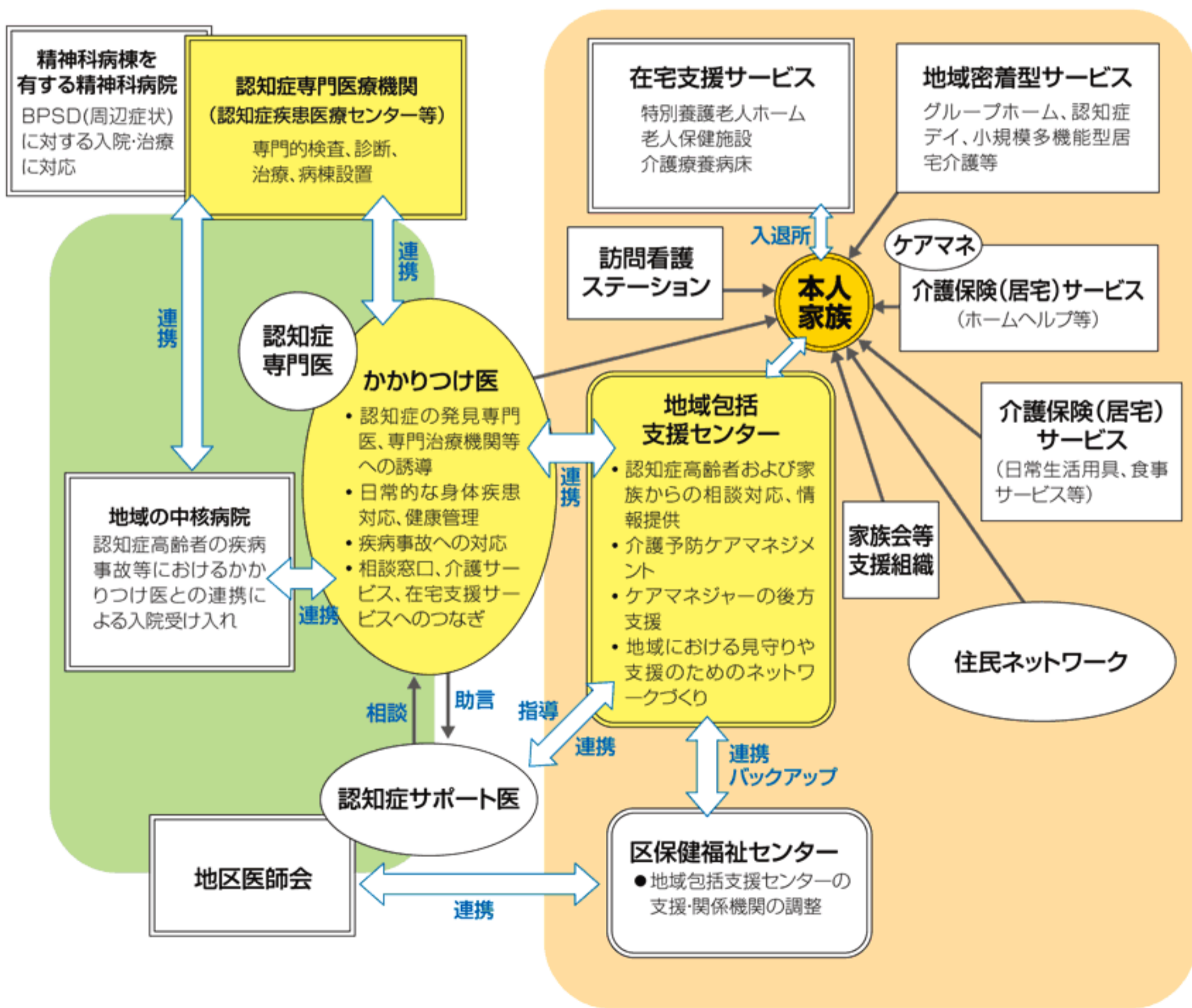
地域包括支援センターは、認知症支援に関するこれまでの事例や支援に必要な情報を集積しており、適切な診断や治療・ケアにつなげます。また、必要に応じて大阪市社会福祉研修・情報センターの認知症医療専門相談につなげるなどの連携を行っています。「どこに相談するか」迷った場合は、地域包括支援センターか身体状況等を把握されているかかりつけ医に相談をすることが望ましいでしょう。

かかりつけ医などの紹介により、認知症疾患医療センターで診断を受け、認知症だと確

図●区における認知症高齢者支援ネットワーク(連携体制)概念図

【認知症高齢者支援医療ネットワーク】

【地域における包括的なケアマネジメントネットワーク】



認知症疾患医療センター 連携担当者にインタビュー

● 認知症疾患医療センター

認知症疾患医療センターは、医療や介護等の関係機関と連携しながら、認知症疾患に関する鑑別診断、精神科周辺症状、身体合併症への対応、専門医療相談等を実施しています。

センターには「連携担当者」を配置し、同センターでの確定診断情報に基づき、認知症本人やその家族に対して地域の保健医療サービスや介護サービスに関する情報提供、関係機関につなげるなどの支援を行うほか、地域包括支援センターへの専門的な助言や支援を行っています。

大阪市の3カ所の認知症疾患医療センターのうち、今回はほくとクリニック病院の連携担当者である精神保健福祉士の杉本聡さんと長谷川陽子さんに、その現状や仕事にかける思いなどについてお話を伺いました。

● 相談について

一業務内容について教えてください。

長谷川: 認知症に関する専門的な医療相談と鑑別診断、治療方針の選定が中心です。ほくとクリニック病院の場合、医療相談には、24時間の電話相談と面談があり、ご本人やご家族のほか、保健医療、介護機関等からの相談も受け付けています。

一鑑別診断とは、何ですか？

長谷川: その症状が認知症なのか、他の疾患か。認知症であればその種類や進行の程度、認知症の原因などを医師が診察と検査によって診断することです。

一電話相談とはどのようなものですか？

杉本: 電話相談は、相談員の最も重要な任務です。症状やその経緯、日常生活の状況や症状の経緯など、長い時間をかけてその方の情報収集をしています。来院されてからの診断や処方などは医師が行います。

一電話相談はどのような方が利用されますか？

長谷川: 認知症患者のご家族の方が、医療

機関やケアマネさんから聞いて、こちらへお電話される方が多いです。地域でいえば、大正区、港区、西区など近隣区域が多くほとんどが高齢者。件数は、バラつきがありますが、月に40件前後です。

一主な相談内容は？

長谷川: 「検査を受けたことがないけれど大丈夫ですか」「最近、物忘れが激しく、一度、受診したいけれどどうしたらいいのか」という受診についての相談が多いですね。ケースによって異なりますが、まずは、かかりつけ医に相談していただくように、お願いしています。

一相談の際、心がけているのは？

長谷川: 相談されている方が、何を希望されているのか、正確に聞き出すようにしています。例えば、「入院したい」とおっしゃった場合、その背景には何があるのか。そこに、医療機関としてどのような関わりが必要で、何ができるのかを考えながら、細かく聴いていきます。

一地域包括支援センターで作成された「受診のための連携シート」は役に立っていますか？

杉本: シートがあれば、十分というわけではありません。しかし、どこにウェイトをおいて聴くべきかわかりますし、シートに記載された情報から、さらに深めて聞くことができます。聞き取り時間は、大幅に短縮できますね。

定された場合、本人・家族支援が必要となります。地域包括支援センターは、地域のかかりつけ医やケアマネジャーと連携を図り、適切な介護サービスにつなげたり、必要な情報提供を行います。

● 情報をスムーズに伝える

「受診のための連携シート」

認知症の心配がある人を、地域包括支援センターから、認知症疾患医療センターへつなぐときには「受診のための連携シート」を利用し、受診の手続きを行う際に連携がよりスムーズに行われています。

シートには、「受診目的」を明確にし、症状や経過を整理する項目だけでなく、介護者の有無や日常生活の現状、関わりを持つ周囲の機関など記す欄が設けられています。医療機関へ、医療や介護について問題を抱えた人の状況も比較的詳しく医師へ知らせることができます。

● 連携に必要なものは？

医療と介護の連携とひとくちにいても、人と人との関係やコミュニケーションがあり初めて実現するものです。連携するにあたり必要なことを各エリアの連携担当者に伺いました。

「介護側からすれば、「医療の敷居は高い」といわれることもありますが、医療側の状況にも配慮して接すれば医療専門職の考えが理解でき、介護の立場も理解してもらえます」と(北エリア認知症連携担当者の福川智子さん)

「介護支援者がひとりで問題を抱えたり、いきなり専門医療機関にかけ込まず、まずは地域包括支援センター等に相談すること」それが適切な治療・ケアにつながっていく近道になります。」(中央エリア認知症連携担当者の野田美津子さん)

「本人・家族・関係者がかかりつけ医との関係づくりをスムーズに行うには、かかりつけ医と顔なじみの関係を日頃から築いておくことが大切です。そうすればご家族に受診のしかたをアドバイスすることもできます」と(南エリア認知症連携担当者の森岡朋子さん)



●治療について

—こちらで診断を受け、治療を続けることは可能ですか？

杉本: 特別の場合を除いて、治療はかかりつけ医にお願いしています。それには、いくつか理由があります。一つは、認知症の高齢者数が相当数あるのに対し、認知症医療疾患センターは市内に3医療機関しかなく対処しきれない点。もう一つは、高齢者の場合、大なり小なり身体疾患があるもので、かかりつけ医であれば、身体疾患も含め、総合的にみてもらえるからです。ただし、かかりつけ医に戻した後も、認知症の症状に関して何か問題があれば、いつでもかかりつけ医の相談に応じています。

—かかりつけ医がない人の場合は、どのようにして探されるのですか？

杉本: まずは、ご家族が利用しやすい医療機関をお聞きして、そこに紹介状を書かせていただいています。

—入院が必要な人もいらっしゃるのでは？

杉本: 幻覚を見たり、妄想を抱いたり、暴力をふるったり、徘徊するなどの周辺症状がひどく、日常生活や家族への影響が大きい場合は、入院が必要です。当院の精神科には、病床が50床ありますが、認知症専門病棟ではなく、治療の環境としては十分だとはいえません。このため、状況に応じて、当院と同じ法人が経営する豊中市のさわ病院へ受け入れてもらうことが多いですね。

—認知症以外の疾患がある場合は？

杉本: 身体疾患のある人が当院に入院された場合は、身体疾患の治療のために、適切な医療機関を紹介しなければなりません。しかし、「精神科の医者がない」「精神科の病棟がない」と受診を断られることが少なからずあります。したがって、身体疾患のある方は、受け入れに慎重にならざるを得ない状況があります。疾患医療センター

間で連携もふまえて検討すべき大きな課題です。

—入院後に、新たな疾患が出てきた場合は？

杉本: 入院後に多いのは、骨折や肺炎などです。当院には一般病床がないので、すぐに連携先を探します。

●連携

—地域包括支援センターとの連携は？

長谷川: 月に2回認知症連携担当者と情報交換をしています。こちらからは受診患者の情報や介護につなぐ必要があるケースなどの情報を提供し、認知症連携担当者等からは、認知症高齢者支援ネットワーク構築に関する先進区の取り組みや課題をお聞きしたりしています。そこで得た情報は、年1回、疾患医療センターが、かかりつけ医や専門医を対象に行う研修会に活かしています。

杉本: 地域包括支援センターへ専門医療の立場で助言・支援を行っています。今後は、かかりつけ医や医師会などが、認知症を正しく理解し、早期発見・早期治療についての啓発ができるように、働きかけていきたいと思っています。

—認知症疾患医療センターとなってよかったことは？

杉本: 認知症連携担当者との連携により各

区の地域包括支援センターや居宅介護支援事業者連絡会など、地域のあちこちに顔を出し、疾患医療センターについての話をする機会が増えています。業務連絡ではなく、いろんな立場で関わっている、現場の生の声を聞けるようになってきました。いろんな地域でどんな活動がなされているかを知ることができたのは、非常に大きかったですね。

—ほくとクリニック病院ならではの利点は？

杉本: 当院は小さな病院で、システムティックでない分、診断が終了しても患者さんから相談があれば適切な機関等に繋げるなどきめ細やかにかかわれるところ。そのあたりを最大限に活かしながら、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを目指して、がんばっていきたいと思います。

—ありがとうございました。

