

認知症サポート医

第1章 国立長寿医療研究センター ホームページより

(1) 認知症サポート医の役割 (当初)

1. 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案
2. かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築
3. 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力→地域における「連携」の推進役を期待されている。

認知症サポート医の機能・役割



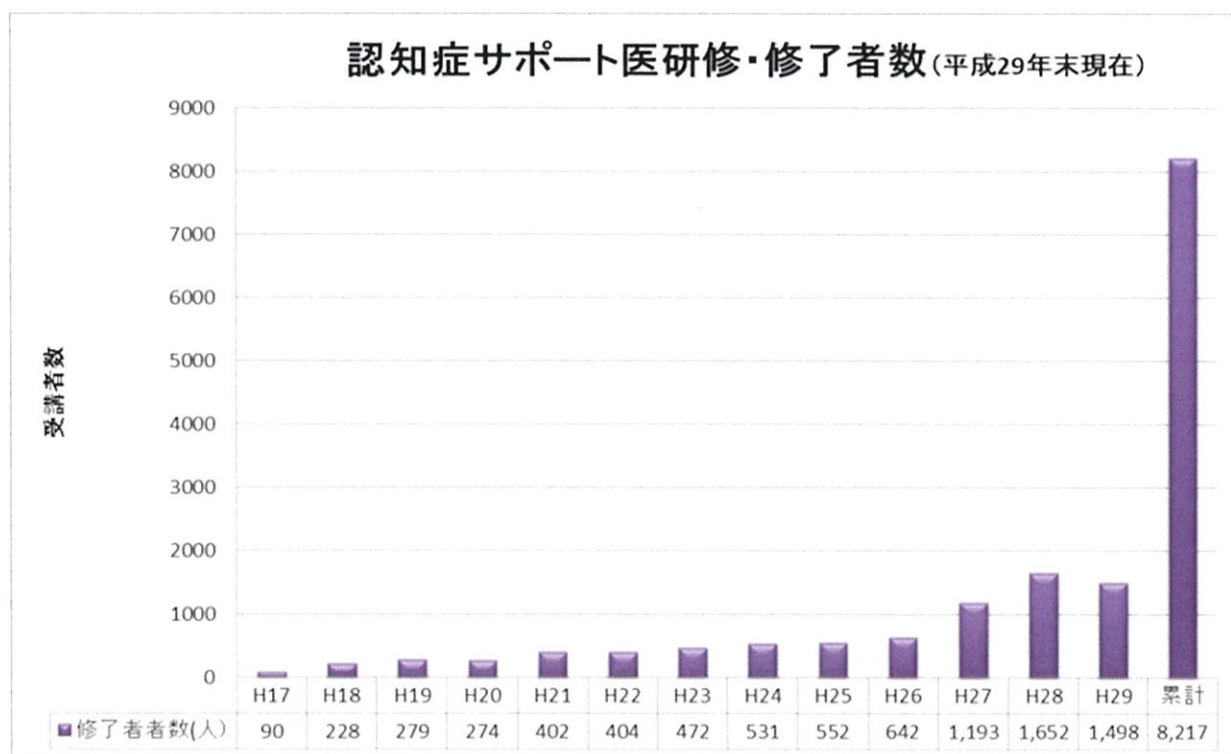
機能・役割

- 1) 認知症の人の医療・介護に関わる **かかりつけ医**や**介護専門職**に対する**サポート**
- 2) 地域包括支援センターを中心とした**多職種**の連携作り
- 3) かかりつけ医認知症対応力向上**研修**の**講師**や住民等への**啓発**

地域における「連携の推進役」を期待されている

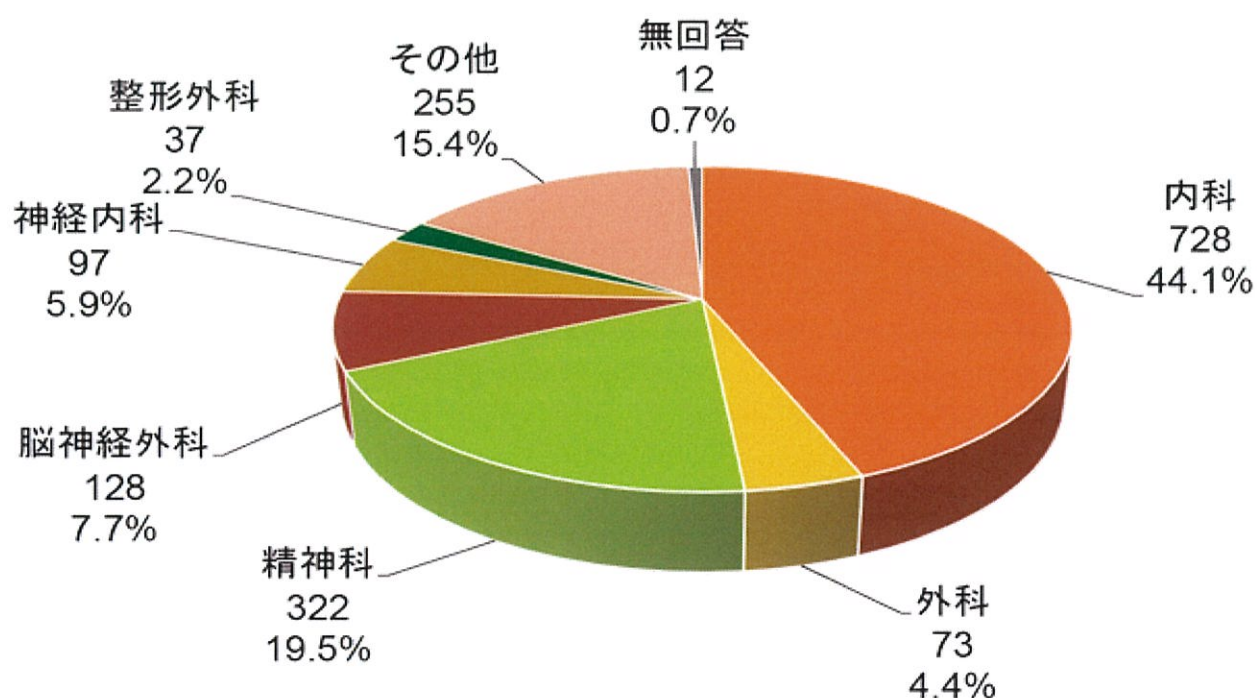
(2) 認知症サポート医養成研修修了者数

平成 29 年末現在の累計研修修了者数は 8, 2 1 7 人となっています。



(3) 認知症サポート医の診療科の内訳

平成 28 年度に研修を受けた医師の診療科別の内訳は以下の通りです。(n=1 6 5 2)



(4) 認知症情報サイト



認知症情報サイトは、大きく下記のカテゴリーがある。

☐ 一般の方

☐ 医療関係者の方

認知症 e-ラーニング

認知症 Q & A 医療者向け

お知らせ・研修・セミナー情報

認知症サポート医養成研修プログラム

認知症サポート医養成研修

認知症サポート医ネットワーク（認知症サポート医メンバーの登録）

☐ 認知症疾患医療センターの方

参考：国立長寿医療研究センター

○名称：国立研究開発法人国立長寿医療研究センター

○場所：愛知県大府市森岡町 7-430（名古屋市の南隣）

○組織：病院（もの忘れセンター、ロコモフレイルセンター、在宅連携医療部含む）、研究所、認知症先進医療開発センター、老年学・社会科学研究センター、長寿医療研修センターなど

第2章 平成29年認知症サポート医養成研修テキストより

(1) 認知症初期集中支援チームとは

新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）の柱の一つとして、認知症初期集中支援チームが創設されることになり、チームによる早期支援機能が期待されている。チームは、市町村を実施主体として、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられている。この専門職で構成されるチームは、地域包括支援センター等に配置され、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、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、チームは、対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくように支援を行い、ケアマネジャー等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

チーム員は、①保健師、看護師、准看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者で、②認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験があり、③国が別途定める認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、必要な知識・技能を修得した者で編成される。但し、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容をチーム内で共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能としている。また、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な医師（次頁）を確保することが求められている。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム

【認知症初期集中支援チームのメンバー】



【配置場所】 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症患者医療センター
市町村の本庁

【対象者】

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

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

(2) 認知症初期集中支援チームにおけるチーム員医師

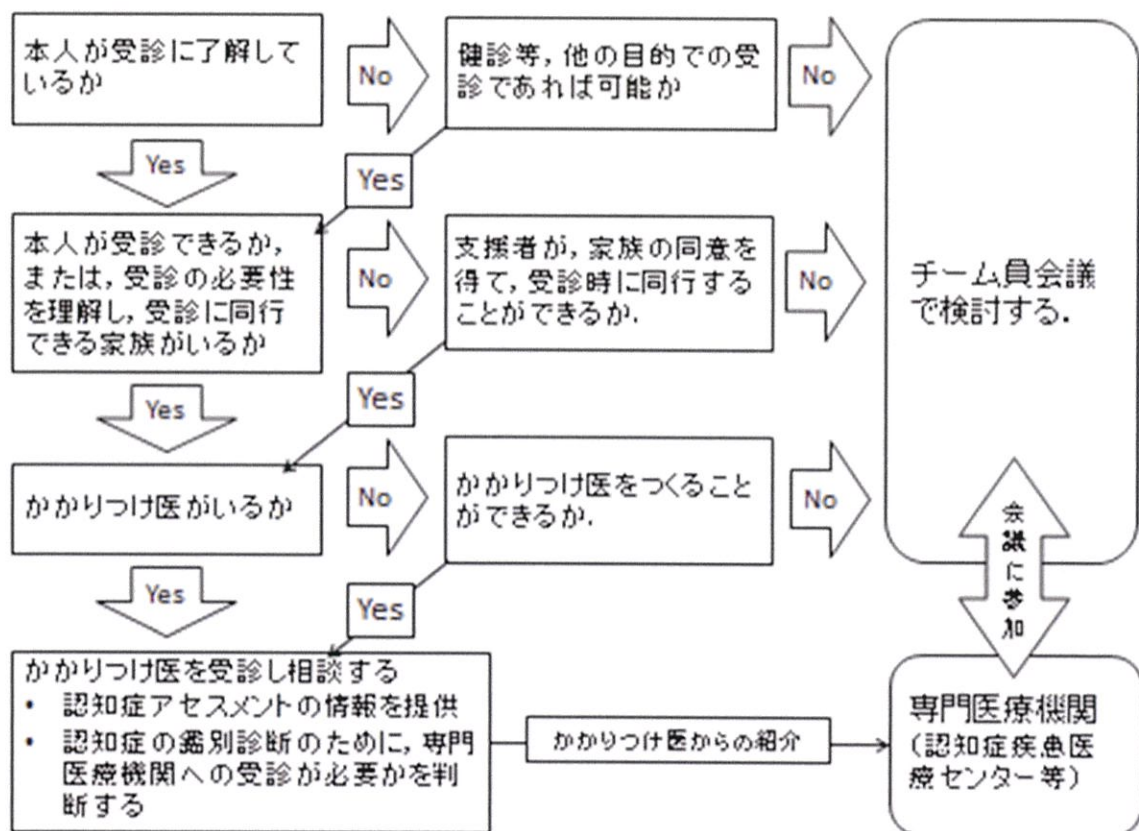
医師の要件は、その役割の重要性に鑑み、学会専門医または5年以上の臨床経験ある医師であり、かつ、認知症サポート医であることとされている。現在、同チームへの参画・協力は、認知症サポート医に求められる重要な役割となっている。

参考：認知症初期集中支援チームにおける診断につなぐためのプロセスのイメージ

医療機関への受診勧奨として、本人や家族に、認知症疾患についての基本情報を提供し、医療機関を受診し、診断を受けることの大切さを伝える。

その際には、①本人が受診の必要性を感じているか、②本人が一人で受診できるか、③受診の必要性を理解し、受診に協力してくれる家族がいるか、④かかりつけ医がいるかに留意しながら、具体的に診断につなげていくためのプロセスを検討する。

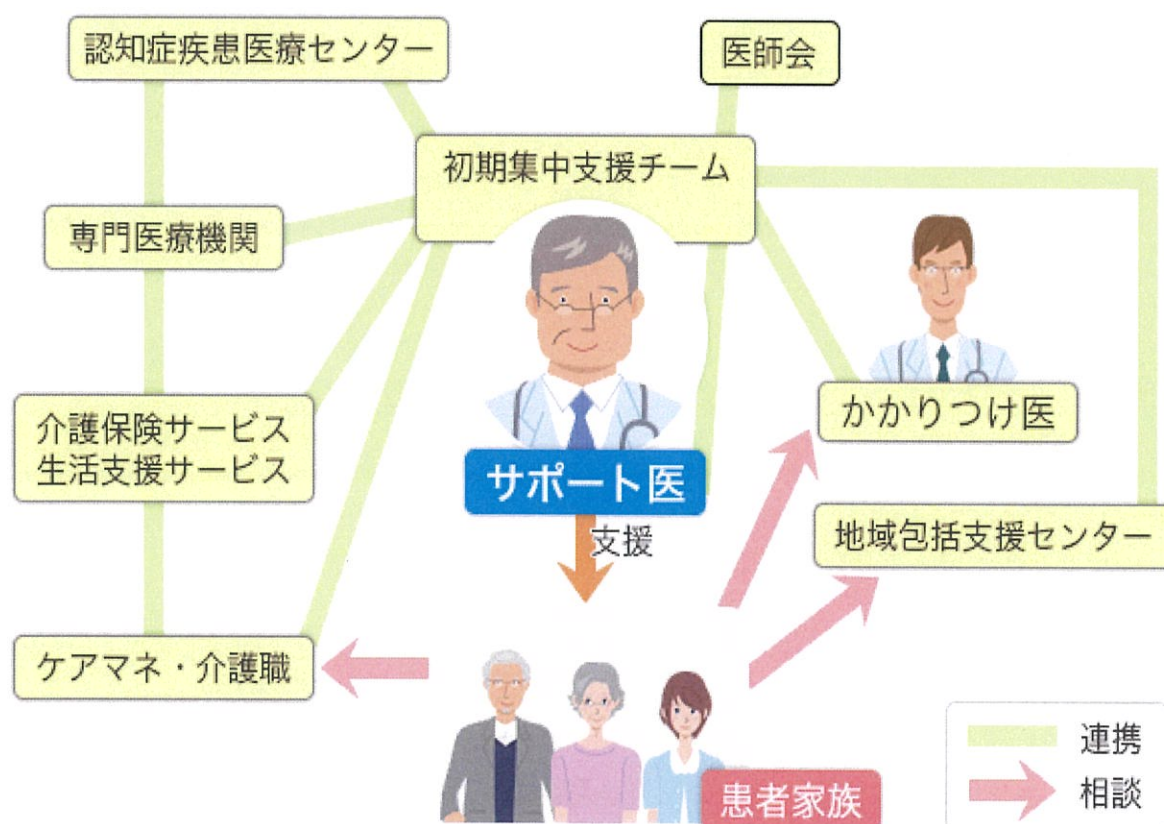
診断につなぐためのプロセスのイメージ



第3章 認知症サポート医の役割（まとめ）～認知症ねっとより

（1）現在の認知症サポート医の主な活動～認知症初期集中支援チームへの参画

1. かかりつけ医や専門職へのアドバイス・相談：地域のかかりつけ医や認知症に関わる地域包括支援センター、専門職などからの相談を受ける。自身で対応困難な場合は、認知症疾患医療センターなど、更に高次の機関の専門医に相談する。
2. 認知症初期集中支援チーム構成員（チーム員医師）：チーム員会議に参加し、医療的な側面からの助言をする。
3. 地域の各関係機関との連携：地域包括ケアシステムの中で、地域包括支援センター、ケアマネジャー、様々な専門職がスムーズに連携できるよう、各方面に働きかけるほか、認知症疾患医療センターなど高次の医療機関との連携も行う。高度な医療から介護・生活・地域資源までを把握し、必要に応じて仲介する。
4. 直接患者さんを診察：普段は自身も、かかりつけ医として診療所や勤務先で通常の診療を行うほか、認知症サポート医として紹介を受け困難事例を受け持つこともある。
5. かかりつけ医に対する研修：都道府県医師会等と連携し、かかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等についての研修（かかりつけ医認知症対応力向上研修）を企画・立案し、実施する。また、自身も研修（認知症サポート医フォローアップ研修）に参加し、他の認知症サポート医と困難事例や地域での活動などについて情報交換し、今後の活動に生かす。



(2) 認知症サポート医のあゆみ

平成 17 (2005) 年より厚生労働省が、認知症サポート医養成研修事業として国立長寿医療研究センターに委託し、都道府県・指定都市が実施主体となり研修を開始した。平成 23 (2011) 年より各地で認知症サポート医フォローアップ研修も開始されている。平成 29 (2017) 年の末には、全国で 8, 217 人が研修を修了している。

(3) 認知症サポート医の今後

平成 29 (2017) 年、厚生労働省は認知症サポート医養成研修の受講者数と配置目標を大幅に引き上げ、3 年後には受講者数 1 万人、一般診療所 10 件に対して 1 名を配置することを目指している。配置目標が達成され、今後活動内容が更に充実していけば、かかりつけ医が、日常的に認知症サポート医のアドバイスや研修を受けられるようになり、認知症になっても医療や介護を受けられるようになる。

また、現在、認知症の早期診断・早期対応を目指して初期段階を集中的に支援する認知症初期集中支援チームの全国設置が目標として掲げられているが、認知症サポート医はチーム結成の必須条件でもあるため、各地で増員が急がれています。

この認知症サポート医が所属する認知症初期集中支援チームが活躍し、認知症の早期診断・多職種連携も含めた対応が地域差なく可能になっていけば、誰もが緩やかに進行する認知症とともに、住み慣れた地域で安心して暮らせるようになるだろう。



第4章 認知症サポート指導料

平成30(2018)年度診療報酬改定で、かかりつけ医と認知症サポート医との連携に係る評価を新たに設けている。

この新設された認知症サポート指導料は、他の医療機関からの依頼により、認知症の入院患者以外の患者に対し、患者またはその家族の同意を得て、療養上の指導を行うとともに、依頼元の医療機関に対し、療養方針に係る助言を行った場合に、6か月に1回、450点が算定できるもの。但し、①認知症サポート医に係る研修等の修了、②認知症サポート医として地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている、常勤医師が配置されていることが条件。このほか、認知症療養指導料は3つの区分を設置し、認知症専門診断管理料を算定した患者の場合は350点、認知症サポート指導料を算定した患者の場合は300点、認知症サポート医自らが療養計画に基づく治療を行う場合は300点としている。

かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する認知症サポート医が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) **認知症サポート指導料: 450点(6月に1回)**

[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること

- 認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) **認知症療養指導料2: 300点(月1回)(6月に限る)**

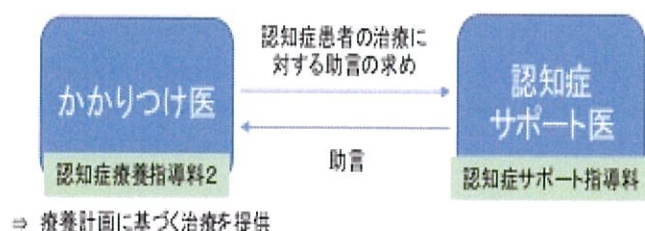
(新) **認知症療養指導料3: 300点(月1回)(6月に限る)**

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

第5章 認知症サポート医と認知症サポーター

国の認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に基づく資格は次の通り。

医 師 関 連	一 般 人 関 連
○ <u>認知症サポート医</u> ： 認知症サポート医養成研修を修了した医師で、 かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画立案役	○ <u>キャラバン・メイト</u> ： キャラバン・メイト養成研修を修了した人で、 認知症サポーター養成研修の講師役
○ <u>認知症かかりつけ医</u> ： かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師 役割⇒認知症サポート医や関係機関との連携 を図るなど医療と介護の一体的な認知 症の人への支援体制の一翼を担う	○ <u>認知症サポーター</u> ： 認知症サポーター養成研修を修了した人 役割⇒地域住民等に認知症の正しい理解を 普及啓発し、地域で暮らす認知症高齢 者やその家族等の応援を行う

<参考>

○認知症地域支援推進員：

要件として、①認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、②①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者。配置先として、(1)市町村、(2)地域包括支援センター、(3)認知症疾患医療センターなど。

役割として、認知症の人やその家族等への支援業務や支援機関に対する専門的助言を行うとともに、医療機関や介護事業所等をはじめとした地域の関係機関の間の連携をはかり、地域資源構築の企画調整及び支援機関の認知症対応力向上に資する取組を行う。

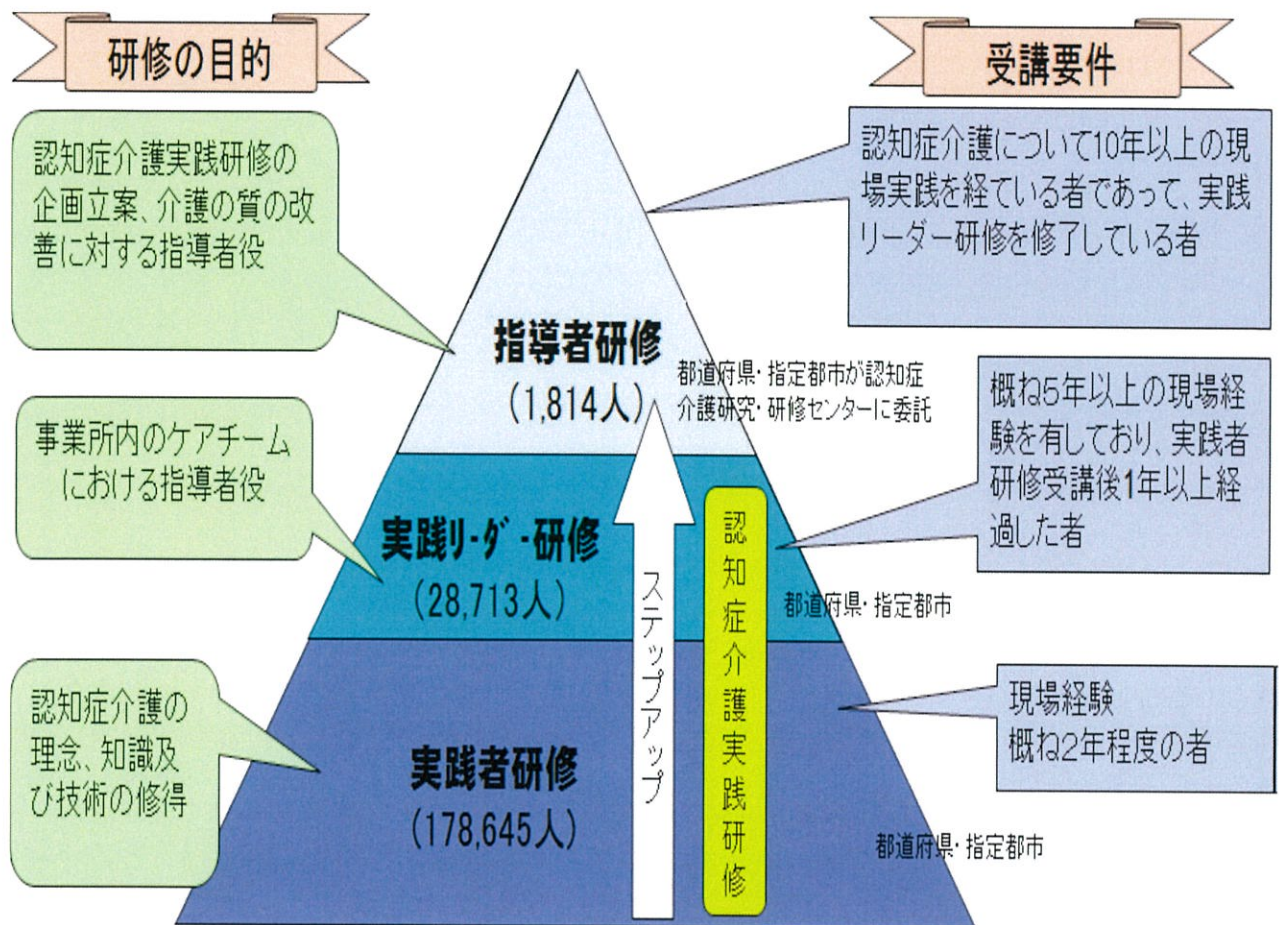
○若年性認知症支援コーディネーター：

要件として、都道府県との連携ができる者で、(a)若年性認知症の病態や特性等に関し知見を有する者であって、若年性認知症の人に対する相談や支援等の実務経験を有する者、(b)認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、作業療法士、ケアマネジャー等、(c) (a) (b) 以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有しており、本人や家族等に対し適切な相談援助を行うことができる者として都道府県が認めた者。

役割として、若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を担い、若年性認知症の人やその家族等からの相談対応、多様な支援を行うための支援ネットワークを構築・調整、若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加を含む支援を行う。

○良質な介護を担う人材の確保

認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修の3種。



厚生労働省「認知症施策の方向性と展開」資料(平成28年10月27日)より