# Ⅰ　基本理念

# １　基本理念

・弘済院が培ってきた認知症医療・介護機能を継承するとともに、認知症の人の身体合併症医療の充実を図る。

・大阪市立大学医学部附属病院等との密接な連携の下、大阪市南部基本保健医療圏における小児・周産期医療の充実を図る。

・認知症等に係る先進的な研究及び医療・介護等の人材の育成を推進する。

・健康、医療、福祉施策と連携し、住み慣れた地域で安心して暮らせる循環型の仕組みの構築に寄与する。

# ２　認知症及び小児・周産期医療を取り巻く状況と対応

# (１)　認知症医療等

・ＮＩＡ－ＡＡ（※１）による認知症の診断基準（2011年）を要約すると、以下のとおりとなる。（出典：認知症疾患診療ガイドライン（2017）より）

１　仕事や日常生活の障害

２　以前の水準より遂行機能が低下

３　せん妄や精神疾患ではない

４　病歴と検査による認知機能障害の存在

１）患者あるいは情報提供者からの病歴

２）精神機能評価あるいは精神心理検査

５　以下の２領域以上の認知機能や行動の障害

ａ．記銘記憶障害

ｂ．論理的思考、遂行機能、判断力の低下

ｃ．視空間認知障害

ｄ．言語機能障害

ｅ．人格、行動、態度の変化

・認知症疾患診療ガイドライン（2017）によると、2010年代前半の全国調査による認知症疾患の頻度は、アルツハイマー型認知症（ＡＤ：Alzheimer’s desease Dementia）が67.6％で最多で、次いで血管性認知症が19.5％、レビー小体型認知症（ＤＬＢ：Dementia with Lewy Bodies）／認知症を伴ったパーキンソン病が4.3％であった。

・厚生労働省の研究事業による報告では、全国の認知症有病者数は、2012（平成24）年時点では462万人（高齢者の７人に１人）と推計されている。さらに、認知症でない状態と認知症との中間の状態の軽度認知障害（ＭＣＩ：Mild Cognitive Impairment）と推計される約400万人と合わせると、高齢者の約４人に１人が認知症又はその予備軍ともいわれている（厚生労働省　認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」総合研究報告書　2013（平成25）年３月）。また、団塊の世代が75歳以上の後期高齢者になる2025年には、認知症の人は、約700万人、高齢者の５人に１人になると見込まれている。

・大阪市における平成30年１月１日現在の推計人口は、2,714,818人で65歳以上の高齢者人ロは699,487人、高齢化率は25.8％となり、とりわけ高齢者世帯に占める独居率は、政令指定都市の中で最も高く、平成27年度では高齢者世帯の42.4％が独居、24.6％が高齢者夫婦世帯であり、認知症の早期発見・治療に加えて、在宅療養も困難な世帯が多い状況である。

・現在のところ、認知症に対する根治的な治療法は無く、認知症の防御因子である適度な運動、食事、余暇活動、社会的参加が勧められ、一方、特に中年期の高血圧、糖尿病、脂質異常症の積極的な治療、禁煙等の生活習慣の改善が推奨されている。

・診療報酬においては、薬物療法としてＡＤやＤＬＢの症状に応じて処方される数種類の薬剤と非薬物療法として「認知症リハビリテーション」が認められているが、保険診療で可能な診療範囲は限られている。非薬物療法として運動療法、回想法など、さらにケア、食事、生活指導、環境調整といった専門的な認知症看護・介護・支援の果たす役割が大きいが、これらは、患者だけでなく、広く地域全体に不足しているものであり、担当する専門職等が協働して診療・支援に携わる必要がある。

・一般に、高齢者が入院すると、身体的要因、心理・社会的要因、環境要因により認知機能の低下やＢＰＳＤ（※２）の発現やせん妄を来たすことが非常に多いが、これまで、精神的に不安定になりやすい認知症の人の合併症の治療の場は、限られていると言わざるを得なかった。新病院では、入院時に必要なリスクチェックを行い、早期に介入することで、ＡＤＬ（Activities of Daily Living：日常生活動作）の低下を防ぎ、不可逆的な要介護状態を防ぐことが重要である。

・上記のような認知症に関わる様々な治療や自立支援に対して、医療サービス・介護サービスの充実を図るため、新病院等（住吉市民病院跡地に新たに整備する病院（以下「新病院」という。）及び併設する介護老人保健施設並びに研究施設をいう。以下同じ。）を整備する。

※１　ＮＩＡ－ＡＡ（National Institute on Aging-Alzheimer’ｓ Association workgroup：米国国立老化研究所／アルツハイマー病協会ワークグループ）

※２　ＢＰＳＤ（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：認知症に伴う行動・心理症状）

認知症の主な症状である記憶障害等の進展と関連しながら、身体的要因や環境要因等が関わって現れる、抑うつ・興奮・徘徊・妄想等の症状のこと。

# (２)　小児・周産期医療について

・小児医療は、一般的に15歳未満の小児に対する医療とされている。近年は、小児医療を担う医師不足や救急医療の医師不足の課題のみならず、急性期の新生児集中治療を担うＮＩＣＵ（新生児集中治療室）での長期入院を余儀なくされる小児の出口対策が重視されてきている。

・しかしながら、ＮＩＣＵや急性期病棟から在宅、入所施設への移行に際しては、環境や医療レベルの違い、移行体制の整備、移行後の支援体制など解決すべき問題点が多いことから、医療的ケア児等の在宅医療を支えるための、在宅、入所施設への移行を支援する中間的な施設の必要性・重要性が認識されつつある。

・周産期医療は、妊娠22週から生後満７日未満までの期間にある妊産褥婦及び胎児・新生児を対象とし、この期間の前後も含めた期間に発生し、母体・胎児や新生児の生命に関わる突発的な緊急事態への対処も含む産科・小児科の一貫した総合的な医療である。あらゆる妊婦・出産において、母子ともに突発的な異常が生じる可能性が常に存在する。

・近年、出産の高齢化や低出生体重児の増加など対象者のリスクの上昇に加え、産科医療をめぐる訴訟の増加、産科医・小児科医（とりわけ新生児医療に従事する専門小児科医）の不足が深刻な問題となっている。このような中、2005年には、厚生労働省医政局長通知として「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」が発出され、小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が最も有効的な方策であると示されてきたところである。

・このことを踏まえ、新病院では、医療的ケア児の在宅移行を支援する機能を付加し、小児医療をめぐる今日的な課題に対応するとともに、学術・研究にもつなげていくこととする。

・また、新病院では、市大医学部附属病院及び大阪府市共同住吉母子医療センターとの密接な連携の下、外来を基本とした一次医療を提供する一方、市大医学部附属病院では産科10床の拡充及び新生児室の増設を行うとともに体制を強化することによって、大阪市南部基本保健医療圏における小児・周産期医療の充実を図ることとする。

・なお、新病院における小児科病床の在り方については、在宅医療を支援する機能の具体化や住吉市民病院閉院後の影響などを更に見極めていく必要があり、引き続き、検討課題として取り組んでいくこととする。

## Ⅱ　新施設の機能

## １　新病院

## 基本方針

・本市においては、認知症施策の推進は喫緊の、かつ、非常に重要な課題である。実践的な認知症医療・介護は、弘済院において歴史的に実践されており、専門的な人材の確保や医療・介護に係るノウハウの蓄積がある。新病院では、認知症医療に係る課題を踏まえ、より一層、認知症施策の推進に取り組む。

・新病院では、認知症の病状や程度に合わせた薬物療法や身体合併症の治療が終了後、併設する介護老人保健施設において、認知機能の低下に対する非薬物療法や活動性を改善させるリハビリテーション（機能回復訓練：以下「リハビリ」という。）、専門的な認知症介護を行うことで、認知機能や運動機能の低下を防止する。

・これまで弘済院附属病院や弘済院第２特別養護老人ホームで培ってきた経験や技術を活かし、認知症の状態や身体合併症に合わせた治療と認知機能に対する非薬物療法や活動性を改善させるリハビリを行い、併設する介護老人保健施設において専門的な認知症介護を行う。

・新病院に介護老人保健施設を併設することにより、薬物療法・身体合併症治療から非薬物療法（認知機能に対するリハビリや活動性を改善させるリハビリ）及び専門的な認知症介護を切れ目なく行うことで、医療・看護・介護の質の向上を図る（院内循環型システム：次頁図①参照）。これにより、急性期病床（新病院は急性期病院を前提）の利用率向上による医業収益の増加も期待できる。

・退院後は、入院中に行った治療の経過や入所中の介護等に関する情報を地域の医療・介護施設と共有するとともに、定期的（概ね６か月ごと）に病状の変化を観察し、病状の悪化や新たな症状が現れた場合には再評価を行い、その情報を地域の医療・介護施設に提供する（情報の共有）。

認知症医療の中核病院として、併設する介護老人保健施設と協働し、地域医療機関や福祉施設等との適切な役割分担の下に連携を強化し、循環型の医療・介護システムの確立に寄与する。また、新病院に設置する予定の認知症研修・情報センター（仮称）において、家族や介護者、地域の看護・介護・福祉人材などを対象とした介護方法や介護技術の実地研修などを行い、地域の人材を育成することで、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らせるよう支援する（地域循環型システム：次頁図②参照）。

・認知症の人や高齢者に頻度の高い、大腿骨近位部骨折、変形性骨関節疾患、骨粗鬆症等の身体合併症の診療はもとより、在宅生活の継続を困難とする、摂食・嚥下障害、脱水、肺炎、排泄障害等に対して、ＱＯＬ（Quality Of Life：生活の質）に配慮した積極的な医療を提供する。

・また、新病院は、女性の生涯にわたる健康を学究的・医学的に追求するとともに、小児医療の向上に貢献することで、大阪市南部基本保健医療圏における小児・周産期医療の充実を図る。



## 医療機能

新病院は、認知症疾患医療センターの機能（※）を担う。これに大学が運営することによる強みである研究・教育機能を活かして、医療・福祉等の人材育成を充実させ、認知症の医療・介護の拠点を目指す。

※認知症疾患医療センターの機能（出典：認知症疾患診療ガイドライン（2017））

①専門的医療機能

・認知症の鑑別診断と初期対応

・周辺症状と身体合併症の急性期対応

・専門医療相談

②地域連携拠点機能

・認知症疾患医療連携協議会の設置・運営

・研修会の開催

ア　認知症等に関する医療

(ア)　認知症医療

・認知症の鑑別診断・治療方針の決定と定期的な経過観察を実施する。

・加齢及びせん妄、うつ病等と認知症の鑑別は重要であり、専門医療機関としての詳細な認知症の原因疾患の鑑別、新オレンジプランに示されている、医療につながっていない人の診断とかかりつけ医と連携した早期のつなぎを実践する。

・ＢＰＳＤがある人の診療を速やかに行い、大阪市域の認知症医療・介護のセーフティネット機能を担う。

・認知症の症状や程度に合わせて、先進的で良質な認知症医療及びその合併症医療を提供するため、３病棟（120床）を設置する。

・併設する介護老人保健施設と連携したリハビリの実施により、在宅等への復帰を支援する。

(イ)　身体合併症医療

・国立長寿医療研究センターもの忘れ病棟の報告（日本認知症学会誌　2013.２（vol.27）：225-236）によると、入院治療が必要な認知症高齢者の原因疾患としては、肺炎（約26％）、ＢＰＳＤ（10～15％）、脱水（７～８％）、認知症検査（約６％）、消化器疾患（約5％）、食欲不振（約5％）、脳血管障害、骨折・運動器疾患、腎不全、心不全、糖尿病、泌尿器科疾患、皮膚疾患、尿路感染症、貧血等の身体疾患が多く、これら認知症高齢者に好発する疾患に対する医療を実施する。

・65歳以上の認知症の人が退院して、自宅や介護施設に戻ってから30日以内に再入院するリスクは､認知機能の程度に関わらず約1.5倍､病気やけがでは、大腿骨近位部骨折：1.46倍､脳梗塞：1.3倍､誤嚥性肺炎：1.23倍と高く､入院中の安静･臥床や生活環境の急激な変化による身体機能や認知機能の低下､退院後の薬の飲み忘れなどが原因と言われている。このため､平日日勤帯における緊急診療の実施を検討する。

イ　小児・周産期医療

(ア)　小児科

・新病院では、成育医療（胎児にはじまり新生児・小児・思春期を経て、次の世代を産み育てる成人世代までの一連の過程における、身体的・精神的問題を扱う医療）向上を理念に、急性期医療と慢性期医療（在宅医療）のインターフェース機能（中間施設機能）の充実を目指して、集中治療後の受け皿機能を追求するとともに、小児医療向上に貢献することを目標として掲げ、市大医学部附属病院と新病院、地域関係機関との切れ目のないケアの提供、医療的ケア・リハビリの指導の検証及び在宅ケア・地域かかりつけ医との連携による包括的支援の提供、出生前から出生、成育を含めた児・家族の長期ケアができるシステム形成とそのアカデミックサポート（研究者による学術的な支援）、成果を地域社会に還元し、周産期のアンメットニーズ（未だ満たされない潜在的な医療ニーズ）に包括的に対応の実践を目指す。

・具体的には、①子どもと家族など介護者の負担を軽減するため医療的ケアの簡素化　②在宅移行に際し、保護者など介護者に医療的ケアの方法、在宅生活に必要な医療・福祉資源の利用法等の指導　③家族への心理的支援と子どもの発達支援を行うとともに、④在宅医療支援ネットワークにおけるコーディネート機能の役割　⑤在宅療養上の各種相談の実施を検討する。

(イ)　産婦人科

・新病院においては、女性の生涯にわたる健康追求を理念に、診療・研究の両面から機能を企画するものとする。

・新病院では、女性の生涯にわたる健康を学究的・医学的に追求するとともに、市民の医療向上に貢献することを目指すこととし、市大医学部附属病院で行う急性期医療との一体的な運用によって、切れ目のないケアの提供、妊娠から分娩、産後、成育を含めた母親・家族の長期ケアが一連にできるシステム形成及びそのアカデミックサポート、この運用を研究する中で周産期のアンメットニーズを抽出し、対応策を示していくことを目標とする。

・具体的な医療機能では、一般女性外来をはじめ、市大医学部附属病院で提供する急性期医療・分娩機能との連携を前提とした妊婦健診を実施するとともに、健康増進と疾病の早期発見・早期治療による予防医療の推進を図るため、婦人科がん検診にも対応していく。

・また、包括相談室を設置し、助産師が母子保健コーディネーターとなって妊娠期のみならず、産後や育児不安など各種相談に応じるとともに、必要に応じて支援が受けられるよう関係機関につなぐ役割も担う。

ウ　診療科

|  |  |
| --- | --- |
| 診療科 | 対象疾患や治療内容等 |
| 神経精神科 | 認知症の鑑別診断、ＢＰＳＤのある患者など |
| 神経内科 | 早期認知症の鑑別診断、アルツハイマー病、レビー小体型認知症、脳血管性認知症、パーキンソン病などの神経変性疾患、軽症の急性期～亜急性期の脳血管障害（脳神経外科と共同）など |
| 呼吸器内科 | 誤嚥性肺炎、慢性閉塞性呼吸器疾患（ＣＯＰＤ）など |
| 代謝内分泌内科 | 生活習慣病、甲状腺疾患、骨粗鬆症、慢性腎臓病など |
| 皮膚科 | 感染症（疥癬、真菌症、褥瘡）など |
| 総合診療科 | 総合診療センターとして、複数の内科系慢性疾患を合併する高齢者に対する総合的な治療など |
| 整形外科 | 関節疾患治療センターとして、変形性関節症、骨折治療、硬膜外ブロックなど |
| 泌尿器科 | 前立腺肥大症、尿閉、脱水、腎臓疾患、過活動性膀胱など |
| 眼科 | 白内障、加齢黄斑変性症など |
| 耳鼻咽喉科 | 難聴、嚥下リハビリなど |
| 歯科口腔外科 | 補綴、顎骨壊死、口腔ケアなど |
| リハビリテーション科 | 認知症に対するリハビリ、活動性を高めるリハビリ又は身体能力を高めるリハビリなど |
| 脳神経外科 | 特発性正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、軽症の急性期～亜急性期の脳血管障害（神経内科と共同）など |
| 放射線科 | 一般撮影、コンピュータ断層撮影（ＣＴ）、磁気共鳴断層撮影（ＭＲＩ）、透視撮影、画像診断など |
| 麻酔科 | 手術中の麻酔管理など |
| 小児科 | 在宅療養児の医療的ケアの指導・相談、小児診療など |
| 産婦人科 | 女性外来、妊婦健診、婦人科がん検診など |

エ　中央部門

(ア)　薬剤部

・院外処方を基本として、調剤・調製を行う。

・薬剤師は、病棟及び外来における薬剤指導、薬剤管理などを行う。

・薬品情報の収集と患者及び医療従事者に対する情報提供を行う。

(イ)　放射線部

・一般撮影、コンピュータ断層撮影（ＣＴ）、磁気共鳴断層撮影（ＭＲＩ）、透視撮影を行う。

・放射性同位元素を用いた核医学検査などを行う。

(ウ)　臨床検査部

・生体に対して、心電図、脳波、超音波等、各種の診断機器を用いて検査を行う。

・一部検体検査などを行う（外注検査も実施する。）。

(エ)　手術部

・清潔度に応じて、複数室設置し、外科的治療を行う。

(オ)　リハビリテーション部

・早期身体能力改善のためベッドサイドから開始し、身体能力に合わせて歩行・階段昇降等を行う機能訓練を行い、入院患者の機能低下予防、疾患別リハビリの早期介入、退院支援体制の確立を図る。

・医師を中心に、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等がチーム医療を実践するとともに、リハビリ計画に基づき実施する。

・運動障害に対するリハビリとは別に、失語、失認、失行、記銘力障害といった高次脳機能に対するリハビリ（ニューロリハビリテーション）を行う。特に、認知症を対象とした認知リハビリは、病院の特色上、重視して行う。

(カ)　病理解剖室

・市大病理学教室と連携する。ブレインバンクと連携し、関西地区における認知症の脳病理検体を積極的に集積し、臨床診断・治療の向上に役立てる。

(キ)　栄養部

・高齢者の喫食機能に合わせた、安全で質の高い食事を提供する。

・栄養指導を充実させ、食を通じた健康管理をサポートする。

(ク)　医療相談支援部

・病院と地域医療機関との連携を推進するセンターとして、連携する医療機関、介護・福祉施設からの患者紹介の受付、情報交換などを行う。

・退院調整の中で必要となる地域医療機関、介護・福祉施設の情報を提供する。

・患者や患者家族の抱える不安や悩みに対して看護師やソーシャルワーカー（ＭＳＷ（医療ソーシャルワーカー）・ＰＳＷ（精神保健福祉士））等が相談を受け、各種制度の活用等を用いた支援を行う。

・入退院のサポートを行う。

オ　病床数・病棟構成

・一般病床：120床

(ア)　もの忘れ病棟：30床

ＢＰＳＤの顕著な人に対応

(イ)　神経内科・内科病棟：45床

認知症高齢者に好発する内科系疾患、軽い脳血管障害を発症した人に対応

(ウ)　長寿医療病棟：45床

高齢者に好発する外科系疾患、看護度の高い内科系疾患に対応

カ　職員体制

・新病院は、認知症の専門的な医療機能を有する病院としての使命から、認知症の人の中でもより複雑で重症・深刻な病状の患者の受入れや診察を積極的に行うため、一般的な病院と比較して、患者の日常生活援助に関わる時間を要することから、それに対応できる看護体制を整備する。

・認知症治療の専門的な病院機能を果たすため、医師や看護師のほか、メディカルスタッフ（臨床心理技術者やリハビリ技師等）についても充実を図り、今後増加する認知症の人への対応体制を整備する。

## 2　介護老人保健施設

## 基本方針

・新病院に併設する介護老人保健施設（以下「併設老健」という。）は、認知機能の状態や身体合併症に合わせた治療を新病院で受け、治療方針の確定や身体合併症の治療が終了して病状が安定した人を受け入れ、引き続いて認知機能に対する非薬物療法（認知症に対するリハビリ）や専門的な認知症介護を行うとともに、活動能力を改善させるリハビリを行い、認知機能や運動機能の低下を予防することを目標とする。

・これにより、薬物療法・身体合併症治療から認知機能の改善、精神症状の安定化を目的とした非薬物療法、活動能力を改善させるリハビリ及び専門的な認知症介護を切れ目なく行うことを可能にし、医療・看護・介護の質の向上を図る（院内循環型システム）。

・また、早期の在宅復帰等を目指し、新病院と協働して地域の医療・介護施設等との緊密な連携体制を構築するとともに、退院患者や退所者への定期的な評価や緊急診療体制を整備することで、認知症の人が家族（介護者）とともに住み慣れた地域で安心して暮らせるように支援する（地域循環型システム）。

・併設老健においては、多くの認知症の人を受け入れてきた弘済院第２特別養護老人ホームが蓄積している専門的な医療・介護の一体的な提供による困難症例やＢＰＳＤへの対応技術・ノウハウを活かし、ニーズに応えていく。

・全国的に介護人材が不足する中、併設老健の安定的な運営のため、人材確保を図る。

## 介護機能

・新病院と協働して、地域医療機関や福祉施設等との適切な役割分担の下に連携を強化し、その時の容態に最もふさわしい場所で適切なサービスが可能な循環型の医療・介護システムを構築する。

・認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター、在宅医療・介護連携支援コーディネーター、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター等と連携を図り、要介護者の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なくリハビリ、ケアを提供し、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように支援する。

・新病院と併設老健の専門職が医療・介護の連携を図り、切れ目のない治療・リハビリが効果的に行えるよう、新病院の病棟に対応した療養室（定員100人）を設ける。

ア　認知症専門棟（もの忘れ病棟に対応する療養室）：定員40人

イ　一般棟（神経内科・内科病棟及び長寿医療病棟に対応する療養室）：定員60人

・認知機能の改善や精神症状の安定を目的とした回想法、手芸、コラージュ（貼り絵）などの精神療法、作業療法等の非薬物療法、起居・座位の保持及び車いすへの移乗訓練等のＡＤＬの改善を目的とした理学療法、在宅復帰を目的とした調理等の作業療法を行う。

・急性期の重い症状が軽快した患者の状態を安定させることを目的とした専門的な認知症介護を行うとともに、認知機能の改善や精神症状の安定を目的とした非薬物療法を行う。

・併設老健では、介護職員、看護師、各療法士等が連携を図り、入所者の容態やＢＰＳＤに応じた専門的なリハビリ、ケアやアクティビティの提供により、認知症高齢者生活自立度の維持・向上を図り、円滑な在宅復帰を支援する。

## ３　研究施設

## 基本方針

・研究施設については、本市のシンクタンクであり、先進的な認知症研究に取り組んでいる市大からの提案を踏まえ、今後、具体的な研究内容及び整備機器等に関する協議を進めていく。

・研究施設における研究成果については、「認知症の人をささえるまち大阪宣言」の実現に向けた本市の各施策に反映するとともに、大阪の健康寿命延伸や、今後、見込まれる本市の医療・介護費等の社会保障費の増加の抑制に貢献させていく。

・なお、現時点で市大から提示のあった研究内容等については、以下のとおりである。

## 市大から提示のあった研究内容等

１）研究施設の必要性

・弘済院は、認知症に関して、大阪府下における治療、教育、研修、研究の場として機能してきた。また、近年においても大阪市立大学や行政と密に連携を取り研究を継続している。このように様々な研究が行われる要因としては、弘済院が単なる病院ではなく認知症疾患医療センターであり、特別養護老人ホーム、そして地域と密に連携した体制を有していることが挙げられる。この研究機能をさらに発展させるために新施設には研究施設が不可欠である。

・認知症は発症後数年から数十年単位で進行する。その生物学的基盤を明らかにし、様々な病相で出現する医療的、看護的、介護的側面の検討と対応策の確立のためには、同じ患者を長期に追跡できる体制が必要である。特に、プレクリニカルな研究（発症前診断）、早期発見、対応、など、個人の人生の中で認知症に継続的に対応できる組織は国内でも限られており、研究施設の存在意義は高く、これまで弘済院に関わる研究者が国際研究の代表者となるなど、国際的にも評価の高い複合組織である。このような背景を考慮すれば、研究施設は今後も世界的な認知症研究の中心機関であり続けると考えられる。

・具体例としては、いずれの認知症疾患についても根治的な治療法の開発に至っていないことから、疾患の発症リスクを把握して予防的に治療を行う事を目的として、大阪市立大学医学部が中心的な役割を果たしている国際的な研究として、AMED発症前研究(Japan Agency for Medical Research and Development)、DIAN-J(Dominantly Inherited Alzheimer Network‐Japan)、DIAN-TU(DIAN-Trial Unit)、A4研究 (the Anti-Amyloid Treatment in Asymptomatic Alzheimer’s study)などが行われてきた。今後も質の高い研究を継続し、その結果を継続的に世界に発信するためには、病院と老健施設だけではなく、それらフィールドを活用しながら国際的な研究を行う常設機関、研究施設（以降：認知症研究施設）が欠かせない。認知症研究施設では、倫理委員会の承認を受けたうえで、弘済院で得た知見を基盤とした様々な先進的・包括的な視点に立った研究を行い、その結果を広く公開し、また新施設における医療や看護、介護、大阪市における行政施策や提言に活かす。新病院、老健施設などの患者（入所者）やその家族、講演会などの聴衆に様々な研究の協力を呼びかけ、横断的研究だけではなく、長期にわたる縦断的研究を行う。

・認知症研究施設は、上記のような、認知症発症メカニズムの基礎医学的解明や新規創薬研究の国際的研究の拠点となるとともに、認知症研究は介護ケア、予防から社会システムに至る広い分野にわたる研究が求められていることから、例えば最近では医療装具やベッド、建築などの施設や設備も研究の対象となっており、包括的な研究を行う。

２）基本理念

・私たちは、高齢者の心身の健康及び病気、それらの適切な対応方法を研究し、健康寿命の延長に貢献します。

３）基本方針（図１）

・同一敷地内の病院（認知症疾患医療センター）および老健施設と連携し、認知症など老年疾患の予防や治療、介護、福祉などの実際的な課題を解決するべく研究を行う

・大阪市立大学医学研究科、関連する研究科および民間機関等と連携し、健康長寿に寄与する独創的で最先端の研究及び機器開発を行う

・国内外の研究機関と幅広く積極的に交流し、老年疾患の発症機序、診断、治療法などの基盤的な共同研究を行う

・大阪市など行政と連携し、疫学調査や社会調査などの社会科学的な調査研究を行い、社会保障費の有効活用または削減に寄与する

・研究成果は公開講座や出版、行政への助言を通じて広く社会に還元し、住民の健康寿命の延長に貢献する



図１　住吉市民病院跡地利用の協力体制:大阪市立大学、新施設、行政、地域との連携を骨子とし、認知症対策モデル都市･大阪をめざす.

４）大阪市立大学での融合研究

・研究施設では、大阪市立大学医学研究科の脳科学研究センターと主に連携して研究を進展させるが、高齢者の感染症、腫瘍性疾患、血管等老化に関する研究においても各研究センターとの連携を行う。また、健康診断や予防医学を行う先端予防医療部とも密に連携し、疫学研究等の臨床研究を推進する。

・大阪市立大学医学研究科における認知症の発症前診断および新たな治療薬の開発、生活科学部における認知症に対する回想法などの非薬物療法の開発など、一つの学部が主に関わる研究だけではなく、理学部や工学部などによる認知症高齢者の看護や介護を支援する補助装具の開発、医学部・経済学部・大阪市福祉局・健康局などによる大阪市のビックデータを活用した認知症の発症予防や介護予防に向けた新たな取り組みの検討など、複数学部や大阪市部局と連携する。

・得られた成果を大阪市立大学の各学部学科と共有し、それら学部学科のもつ専門知識と技術を新たに集結し、さらに革新的な研究に結びつけ、認知症の原因究明や予防、治療法の確立に取り組む。

５）研究分野（図２）

・研究分野として、脳科学研究、健康長寿研究、認知症ケア研究、連携拠点の４分野を設定する。

・各研究分野の概要及び具体の研究内容については、現時点で次の内容を想定しているが、近年認知症の研究は日々進歩していることから、その内容等については、時代に即応したものとなるよう、開設に向け、引き続き検証を行う。

・共同研究の推進や融合領域の開拓など、新たな知の創出と人材交流を目指し、開放的で一体型の教員オフィス設置および研究設備・機器の共用化に取り組む。

・共同実験機器施設には、先進研究に必要なタンパク質・遺伝子解析装置や細胞培養関連機器を集約的に配置する。また、認知症の基礎医学解析に必要なモデル動物を飼育するスペースを整備する。



図２　認知症研究施設の構成：４つの分野と13の研究室、共同実験機器施設等から構成される.

ア　脳科学研究分野

ⅰ　若年性認知症疾患研究

・若年性認知症者に対する医療や支援体制を併設の介護施設と協働して研究して情報発信し、施策へ反映させる。

・家族性認知症実態調査（実施済）、DIAN－J研究への参画（実施中）、家族並行介護支援プログラムにおける相互支援システムの構築に関する研究（実施中）を推進し解析、公表する。

・臨床統計学教室と連携し、ビッグデータの収集、解析、利活用を推進する。

ⅱ　分子遺伝子病理学研究

・遺伝子とその情報によって産生されるタンパク質の構造及び機能の関係を明らかにすること（プロテオーム解析）により、認知症発症メカニズムを分子レベルで探求し創薬に発展させる。

・アルツハイマー病と他の認知症の鑑別、進行度評価と治療効果判定法を開発し、認知医療に精密医療を導入する。

・ブレインバンクを用いた国内外の国際共同研究を行う。関西におけるブレインバンクの拠点として神経解剖を行い、認知症疾患の分子的診断、画像病理相関、アミロイドβ、タウ蛋白などを標的とした治療法の開発に貢献する。

ⅲ　先端臨床研究開発研究

・放射線核医学教室との連携により認知症者における脳機能、代謝、血流分布、伝達物質分布を可視化し、最終的には、生物学的マーカー、生活史などのリアルワールドデータと共に総合的に認知症を研究する。

・医学研究科の疫学専門教室及び健康長寿研究分野と連携して、健常者のコホート研究を立ち上げ、アルツハイマー病の発症までのメカニズムや健康長寿のための様々な技術を開発する。

・先端的臨床研究の開発を推進する。

ⅳ　精神・行動病態研究

・認知症患者のBPSDについて、①新規抗精神病薬・認知症治療薬の開発とその評価、②脳内機序の解明、③家族介護者による対応方法の確立④AI技術などの利用による早期発見方法の開発などを行う。

ⅴ　脳画像解析研究

・核医学検査機器、PET-MRI、fMRI、SPECT等により認知症者における脳機能、代謝、血流分布、伝達物質分布を可視化し、最終的には、生物学的マーカー、生活史などのリアルワールドデータと共に総合的に認知症を研究する。

・もっとも頻度の高いアルツハイマー病の前駆期での早期診断、またはそれ以前の診断ができる技術を開発する。

イ　健康長寿研究分野

ⅵ　生理機能研究

・認知症者における神経心理機能、心肺機能、消化機能、代謝機能等について評価研究する。

・ＡＩを用い機能評価技術を産官学連携にて開発し導入する。

・高齢疾患医薬品、診断機器の民間開発を支援できるデータを提供し、高度研究及び検証機関として総合的な貢献を目指す。

・企業と連携してセンサネットワークを加速させる。

ⅶ　運動機能研究

・認知症患者における運動器疾患（変形性骨関節疾患や骨粗しょう症性疾患）に対する外科的手術や術後管理などの治療分野と身体機能の改善をターゲットとしたリハビリテーション分野の研究に取り組む。

・高齢者の認知機能低下あるいは運動機能低下を予防するため、大阪府市規模での前向きコホート研究（大腿骨頚部骨折や椎体骨折、変形性関節症、骨粗鬆症、脊柱管狭窄症、サルコペニア、ロコモなどの運動器疾患と認知機能障害に対する縦断調査）を行う。

・重度認知症者に対して運動療法、理学療法、作業療法、言語聴覚療法、臨床心理療法の認知症行動リハビリテーションを研究する。

・これらの疾病の予防やADL向上、社会復帰のためにアシスティブテクノロジーについて産官学連携のもとに推進する。

ⅷ　加齢臨床研究

・認知症の排泄障害や摂食障害について早期からの評価・介入を行い、在宅生活ができるだけ継続できるように研究し対応する。

・加齢に伴う疾患全般（骨粗鬆症、白内障、誤嚥性肺炎、尿路感染症等）に焦点をあて、その対策と解決方法を研究する。

・病棟において、身体科合併症や神経症状などの研究と治療を行う。

ウ　看護・介護分野

ⅸ　神経心理研究

・目的は、認知症患者の精神症状の正確な評価方法の開発と、それを踏まえた介入方

法の開発である。

・臨床症状の客観的評価を推進するため、多様な心理テストを実施、研究、開発や複

雑な高次機能の多面的な分析評価を実施する。

・認知症の神経心理研究結果に基づき家族等介護者への介入指導方法を確立し、患者に及ぼす影響や家族疲労度等、周囲の介護者への影響について検討する。

・回想法などの非薬物療法を行い、認知症の進行防止や症状改善効果を検討する。ま

た脳科学研究分野とも連携し、その脳内機序を検討することで認知症の生物学的

基盤の解明とそれに基づく非薬物療法の開発を行う。

・精神療法など認知症リハビリテーションに関する研究を行う。

・脳機能活性化プログラム（認知リハビリテーション）を研究する。早期認知症のみならず、MCIや正常高齢者においても、運動、趣味活動、会話サークルなどさまざまな脳活性化プログラムが認知症の予防、進行抑制に有効であることがわかっている。また徹底した食生活管理、リスク因子コントロール、環境調整など多面的な治療を集中して行うプログラムを開発する。これらの疾病の予防のためにアシスティブテクノロジーについて産官学連携のもとに推進する。

・複数の地域住民参加型のビッグデータをもとに、最適な認知リハビリテーションプ

ログラムを開発し日本全国での活用につなげる。

・臨床症状の客観的評価を推進するため、多様な心理テストを実施、研究、開発や複雑な高次機能の多面的な分析評価を実施する。

ⅹ　認知症看護・ケア研究

・認知症者とその家族の支援に関する最新の知識と技術を研究する。

・培った認知症看護の専門的な知識と技術により看護職およびケアの指導者を育成する。

・大阪市の認知症疾患医療センターとして、地域医療機関ならびに福祉施設等との適切な役割分担のもとに連携を強化する。

ⅺ　認知症介護・ケアマネジメント研究

・目的は、認知症者の地域生活を支援していくための介護方法、ケアマネジメントを開発することである。

・具体的には、病院退院あるいは老健施設退所後の認知症者の地域生活の支援方法や、医療・介護・福祉のコーディネーション機能に関する研究を行い、実践方法に関する研修・教育を行い周知する。

・認知症者の病院・介護施設から在宅生活に至るシームレスな支援方法に関する研究を行い、併設の介護施設と連携して、効果的な支援方法を研究する。

・地域包括ケアに関する大阪市への政策提言・助言を行い、また、大阪市が有するビッグデータ等の活用を行い、大阪市職員と協力しながら、認知症の人にとって住みやすい街づくりの企画・立案を行う。

・研究室で得られた知見を大阪市施策へ反映をさせていく。さらに、大阪市内にある事業所や施設における認知症ケアの質の向上を目指して、認知症介護実践研修等について企画・立案し、講義、演習、実習を設計するとともにその効果を検証する。

・若年性認知症者に対する医療や支援体制を併設の介護施設と協働して研究して情報発信し、施策へ反映させる。

エ　連携拠点分野

ⅻ　認知症地域医療連携推進

・保健・医療・福祉領域のシームレスな支援体制の構築に関わる臨床研究を推進し、地域包括医療の中核病院として研究結果を施策へ反映させる。

・地域医療機関及び福祉施設等との適切な役割分担のもとに連携を強化し、認知症医療の中核病院として在宅医療を研究し推進する。

・大阪市を含めた関西圏行政機関の認知症施策の実現に必要な研修機能を担うとともに、効果的な啓発活動のあり方などについて研究し実践する。

ⅻi　認知症産官学連携推進

・目的は、認知症の産官学共同研究を推進し、先端医療を展開することである。

・認知症研究は介護ケア、予防から社会システムに至る広い分野にわたる研究が求められている。例えば最近では医療装具やベッド、建築などの施設や設備も研究の対

象となっており、これら認知症に対応する生活周辺機器のニーズ研究を行う。

・得られた成果を様々な企業と共有し、認知症対応に真に必要となる生活周辺機器

を開発する。

・得られた成果を大阪市立大学の各学部学科や関連企業と共有し、各々のもつ専門知識と技術を新たに集結し、さらに革新的な研究に結びつけ、認知症の原因究明や予防治療法の確立に取り組む。

オ　共同実験機器施設

・共同実験機器施設には、生化学、分子生物学、細胞生物学的解析に必須となる遠心機、分光光度計、タンパク質精製装置、核酸増幅機(PCR)、細胞イメージング機、細胞培養関連機器、顕微鏡などを装備する。

・実験動物飼育施設には、マウス等を清潔環境で飼育するために、洗浄・滅菌、飼育、処置する器具を整備する。

６）データインテグレーションセンター（認知症疾患情報センター）の設置および研究施設との連携

・連携拠点分野においては、院内・地域循環型システムを機能させるために、地域の医療機関や介護施設などと緊密な連携を図る。このために、地域の認知症患者の情報を集約して取り扱うデータインテグレーションセンター（認知症疾患情報センター）を設置する。認知症疾患情報センターは、認知症医療・看護・介護の拠点として関係する医療・福祉団体などと協働して運営し、以下の活動を行う。

①認知症を中心とした医療・介護・福祉情報を統合し研究に利活用する。

②身体合併症やBPSDなど専門的な治療や介護が必要な認知症患者に対する患者家族相談センター機能（コールセンター機能）

③地域の医療機関や介護施設と患者家族との情報交換

④認知症の診療・介護を行っている医療機関や介護施設に対する最新情報の提供

７）研究施設における新規教員採用について

・新施設の医師及び研究者は、認知症医療の最先端分野において社会の大きな期待に応えることが求められている。これを達成するためには研究施設業務に専念する必要があり、教員は専任とすることが求められることから、阿倍野キャンパスとの併任は基本的に行わない方向で検討する。

・診療分野においては、優秀な人材を確保及び育成するために教授ポストは原則設けず、阿部野キャンパス医学部が管理する。但し、研究部門においては、認知症研究の最先端分野の優秀な研究者を招聘するための新教授ポストを適正数設ける。

・新施設では、新病院における高齢者医療から得られる様々な臨床的知見を念頭においた実証学的な研究が行われる。そのため、新病院の医師は認知症研究施設での研究にも深く関与することが求められ、臨床医であるとともに研究者としての素養、また看護師などへの教育的素養もまた求められる。

・主な新病院の医師および認知症研究施設の研究者には、研究費の取得や学会出張などに支障がないように大阪市立大学教員の身分を与え、これら多くの側面で活躍できる環境を作る必要がある。

## ４　地域連携・人材育成

## (１)　基本方針

・新病院及び併設老健は、認知症研修・情報センター（仮称）との連携を図ることによって、地域の医療・看護・介護・福祉に携わる職員を対象とした介護方法等の情報提供や介護技術の実地研修等を行うことで人材を育成し、地域の介護力向上を図ることにより、認知症の人や家族（介護者）への支援を重層的に展開することを目指す。

・市民の認知症に対する理解を深める市民啓発を実践する。

## (２)　地域連携・人材育成機能等

ア　地域連携機能

・新病院は、認知症医療の中核病院として、併設老健と協働し、地域医療機関や福祉施設等との適切な役割分担の下に連携を強化し、循環型の医療・介護システムの確立に寄与する。

・認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター、在宅医療・介護連携支援コーディネーター、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター等との連携を図り、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、専門医療・介護を提供し、認知症の人が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられるように支援する。

・医療連携ネットワークを構築し、他病院や診療所等との情報共有を行い、市民・患者が安心して医療を受けられる環境整備を目指す。

・認知症の人が入院する直前まで、家族（介護者）が昼夜を問わず患者の身の回りの世話をして疲弊しているため、症状が軽快しても在宅療養を望まない、退院後の患者を受け入れる地域の介護資源が限られている、地域における認知症医療と介護の連携が十分でない（訪問支援や外来診療などにより地域での生活を支える機能が十分ではない）等の課題がある場合には、入院早期から治療・介護計画（入院治療の到達目標、併設老健での到達目標）を策定して、ＭＳＷ、ＰＳＷ等の介入により、治療後に想定される状態に応じた在宅療養や医療・介護施設の選択と調整を行う必要がある。

・生活支援に係る介護サービス等に関する情報の提供、地域でＢＰＳＤや身体合併症に適切に対応できる医療機関や認知症サポート医等との連携体制（定期的な外来診療や相談、訪問診療等）の構築も必要である。

・ＢＰＳＤに対する新病院での診断・治療手順としては、

(ア)　治療を開始する前にＢＰＳＤの誘因となる身体的・環境的・心理的ストレスの原因や不適切な看護や介護の有無をチェックする。

(イ)　ＢＰＳＤの適切な評価と治療対象となる症状を確定する。

(ウ)　症状が激しい場合には、非薬物療法や必要に応じて薬物療法を試み、使用する薬剤と量を決定する。

(エ)　激しい症状が軽快すれば併設老健で非薬物療法や専門的な認知症介護を実施し、家族（介護者）等への介護方法の指導（実地研修を含む）や情報の提供等を行い、在宅療養に向けた支援を行う。入院治療（もの忘れ病棟）から非薬物療法（併設老健の対応する療養棟）の入院・入所期間としては、通算５か月程度を目標とし、その時の運動機能や認知機能に応じて在宅復帰への支援、地域の介護施設（老健・特養）や小規模多機能型居宅介護事業所等との連携体制を構築する。

イ　地域での相談体制等の整備

・認知症の症状・程度や合併する身体疾患に応じて、地域で専門的な相談体制等を整備する必要があり、ＢＰＳＤの既往がある人については、必要に応じて、地域の精神科診療所や認知症専門医が運営する診療所、認知症サポート医等と連携を図る。

・認知機能の低下と慢性の身体疾患のある人については、地域のかかりつけ医や認知症サポート医等との連携によって、住み慣れた地域での相談体制等の確立に貢献するとともに、新病院で定期的な経過観察や緊急診療体制を整備する等して、患者や家族（介護者）が安心して在宅で過ごすことができる環境整備に寄与する。

・市域における認知症施策の取組や既に存在する様々なパスと連携し、医療・介護連携のシステム構築に寄与する。

ウ　認知症研修・情報センター（仮称）

・ＢＰＳＤを発現する誘因となる身体的・環境的・心理的ストレス等に関する情報や、認知症の症状・程度に応じて残された能力を最大限に活かせる介護方法等の情報の提供、家族（介護者）に対する介護方法の指導や実地研修を行い、家族（介護者）の介護力の向上を図る。

・高齢者施設では、介護職員による虐待事件が増加しており、虐待の原因として「職員の教育・知識・介護技術の問題」が65.6%､｢職員のストレスや感情の制御の問題｣が26.9%と報告されている（2015年度：厚生労働省調査）。新病院で新たに設置する認知症研修・情報センター（仮称）では、家族（介護者）に加えて、地域の医療・看護・介護・福祉に携わる職員に対し、実習や講義の実施、情報提供、家族会や講演会の開催を行うとともに、介護技術等の実地研修を行う。

エ　卒後臨床研修センター

・医学部学生等に対する実地研修を実施する。