

# 認知症の人と家族を支えるための 医療支援体制のあり方

～ 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会報告書 ～

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会

平成21年3月

はじめに

認知症が疑われるときは、どこへ相談に行ったらよいのか、どこを受診すればよいのか、本人が受診を嫌がる場合にはどうしたらよいのか、受診は専門医のほうがよいのか、専門医の予約は何ヶ月も待たされると聞くが、どうしたらよいのか、かかりつけ医から遠方の専門医療機関を紹介されたが、薬だけのためにずっと通院しなければならないのか、認知症以外にも複数の病院でたくさん薬をもらっているが、そのままよいのか、認知症があると言ったら入院を断られてしまい途方に暮れた、できれば自宅で人生の最期を迎えさせてあげたいが、その希望は受け入れてくれるのか……。この会議では、現在の認知症の人に対する医療がかかえる問題について - それが解決し得る課題であるか否かは別にして - 、まずは現場の声や問題と直接に向き合うところからはじめました。続いて列挙された問題を課題として整理し、それぞれの課題についての考え方や対策を議論しました。中・長期的に進むべき方向性を委員の間で共有しつつ、今できることに焦点を絞って議論を進めました。その結果がこの報告書です。まとめられた方針や対策は、すべての地域で可能なわけではありません。しかし、ここに報告した対策の中で、実施可能な項目だけでも地域で取り組みをはじめれば、提供される認知症の人に対する医療の質は、確実に向上すると考えています。認知症になっても安心して暮らせるまちにするために医療ができること、それをこの報告書にまとめました。

また、本会議は認知症に関するものでしたが、意見の一致をみた考え方や方針の多くは、他の慢性疾患や後遺症を持つ人にもあてはまるものです。かかりつけ医と専門医との関係、医療と福祉との連携、在宅医療と在宅看護のあり方、終末期の看取りなどの議論などは、医療全般にもかかわる問題です。ここでの議論は認知症の人に対する医療にとどまらず、高齢者医療さらには医療全般にも寄与し得るものと思います。

なお、議論に先だって行われた基礎資料の収集やヒアリングに快くご協力くださった認知症高齢者のご家族や家族会、医療機関や福祉関係者、行政各局の皆様はこの場を借りて深謝申し上げます。

平成 21 年 3 月

認知症対策推進会議医療支援部会を代表して

繁 田 雅 弘

# 目 次

## 第1章 認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方

1	基本的な考え方	1
2	都内の認知症の人と家族を取り巻く医療的課題	2
3	議論の進め方	6
4	各段階の方針一覧表	7

## 第2章 MCI・軽度認知症における考え方と対策

1	認知症の疑いから受診まで	8
	基本的な考え方	8
	課題	8
	対策	8
	関係者の役割分担	9
2	診断・治療	10
	基本的な考え方	10
	課題	10
	求められる機能と対策	13
	(1) かかりつけ医	13
	(2) 連携体制の構築	13
	関係者の役割分担	15

## 第3章 中等度認知症における考え方と対策

1	議論の進め方	16
	基本的な考え方	16
	課題	16
2	身体合併症	18
	基本的な考え方	18
	課題	19
	(1) 身体合併症の緊急時の状態	19
	(2) 外来時	19
	(3) 入院時	19
	(4) 退院時	21
	(5) かかりつけ医	21
	求められる機能と対策	21
	(1) かかりつけ医	21

	(2) 一般急性期病院	21
	(3) 専門医療機関・精神科病院	22
	(4) 療養病床	23
	(5) 連携体制の構築	23
	(6) 将来的な方策についての提言	26
	関係者の役割分担	27
3	周辺症状	29
	基本的な考え方	29
	課題	29
	(1) 要因	29
	(2) 外来時	29
	(3) 入院時	30
	(4) 退院時	31
	求められる機能と対策	31
	(1) かかりつけ医	31
	(2) 専門医療機関・精神科病院	32
	(3) 連携体制の構築	32
	関係者の役割分担	34
4	家族等介護者が一時的に介護できなくなった場合	36
	基本的な考え方	36
	課題	36
	求められる機能と対策	36

## 第4章 高度認知症・終末期における考え方と対策

1	議論の進め方	38
	基本的な考え方	38
	課題	38
2	認知症の人に対する看取りも視野に入れた医療支援とは	39
	基本的な考え方	39
	課題	39
	(1) 本人の意思・尊厳の尊重	39
	(2) 終末期	40
	求められる機能と対策	41
	(1) 本人・家族	41
	(2) 医療関係者	41
	(3) 介護関係者	42
	(4) その他	42
	関係者の役割分担	43

## 参考資料

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会 開催状況	46
東京都認知症対策推進会議 医療支援部会 委員・幹事名簿	47
認知症対策推進事業実施要綱	48

## 第1章 認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方

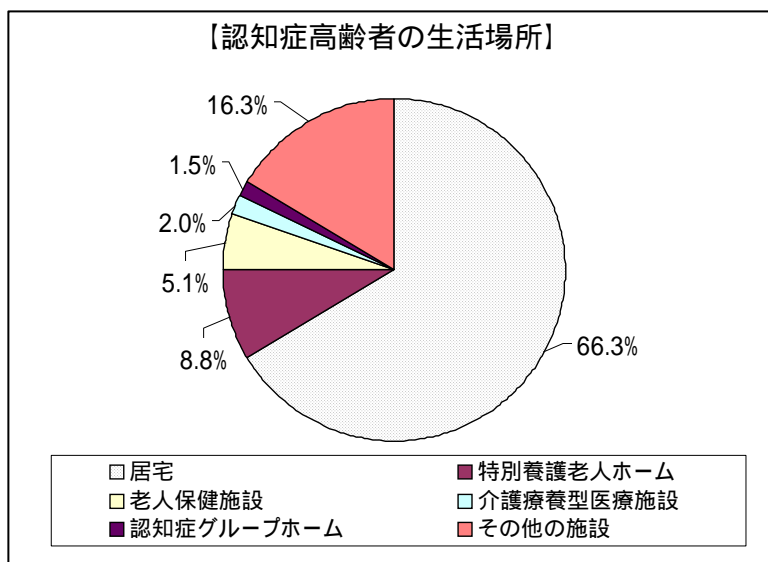
### 1 基本的な考え方

- 認知症の人が地域で安心して生活を継続できるようにすることを医療的に支援することを目指します。
- このためには、認知症の人に対する、認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制が構築されていることが必要です。
- そのためには、都内の医療資源の状況を踏まえた関係者の役割分担を明確にし、かかりつけ医を中心とした連携体制を地域で構築することが必要です。
- また、地域における連携を促進するために、医療支援に関わる関係者間で情報を共有することが求められます。

## 2 都内の認知症の人と家族を取り巻く医療的課題

- 現在、何らかの認知症の症状がある高齢者は、高齢者人口の約12%（注1）にのぼり、都内の高齢者人口は今後10年間で80万人以上増加すると推計されています。増大する認知症の人に対する医療需要に応えるため、支援体制を構築することは喫緊の課題となっています。
- 認知症の人の多くは居宅で生活しています（図1）。また、認知症の人は環境の変化に弱いことも併せて考えると、認知症の人が住み慣れた地域で生活を継続するためには、地域で医療支援を受けられるようにする必要がありますが、このあり方については、多くの議論を残しています。

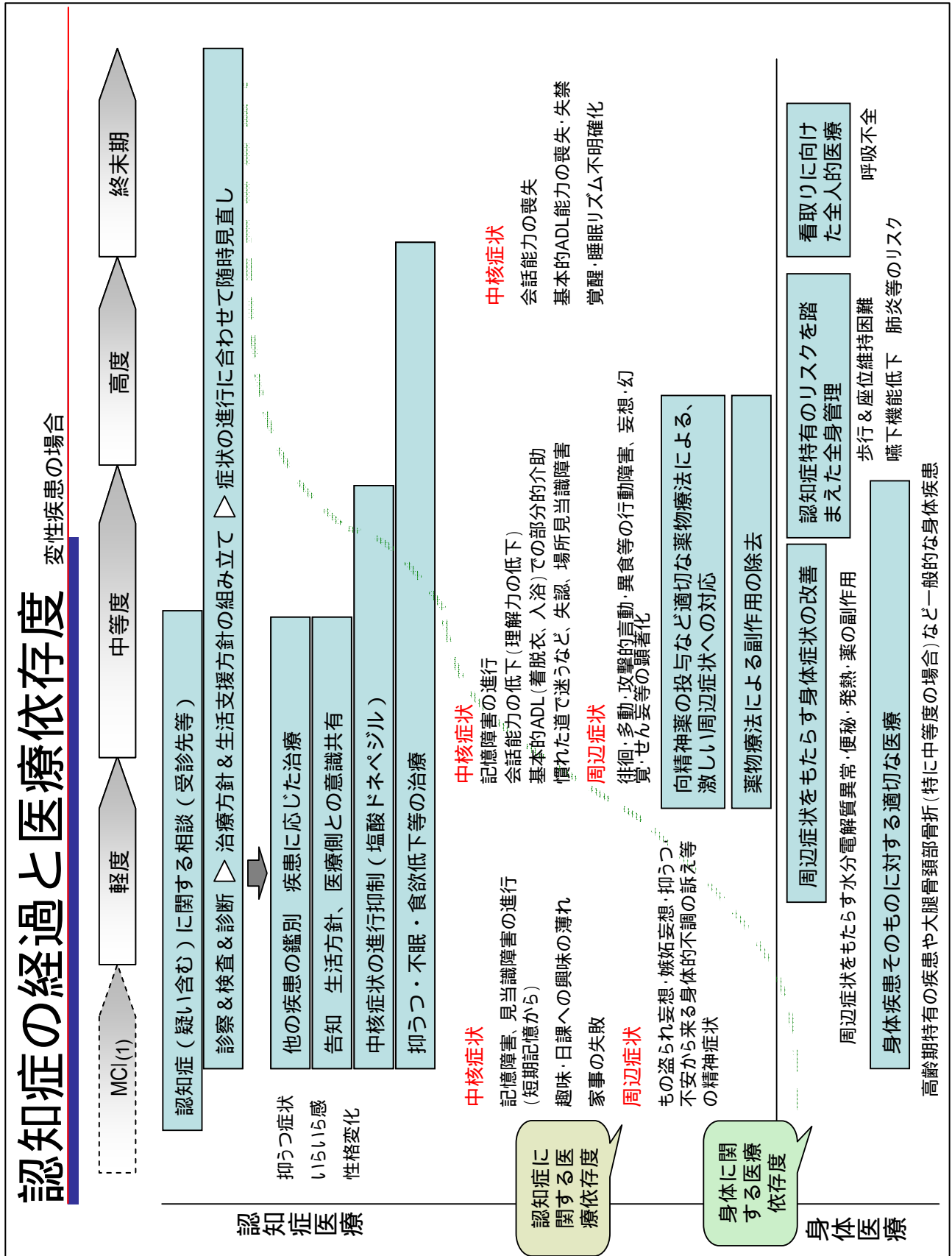
【図1】



- 認知症は進行段階により症状が異なるため、その段階に応じた適切な医療の提供が必要です（認知症医療）。また、認知症の人にも身体疾患を発症することがあるため、いわゆる身体合併症への診療体制や認知症と身体疾患が相互に及ぼす影響を踏まえた身体管理（身体医療）についても、極めて重要な課題です（図2）。しかし、これまで一体として論じられることがなく、認知症医療と身体医療に切れ目が生じています。

注1 都福祉保健局「認知症高齢者自立度分布調査」（平成20年8月）

【図2】



1 MCI (Mild cognitive impairment): 軽度認知障害

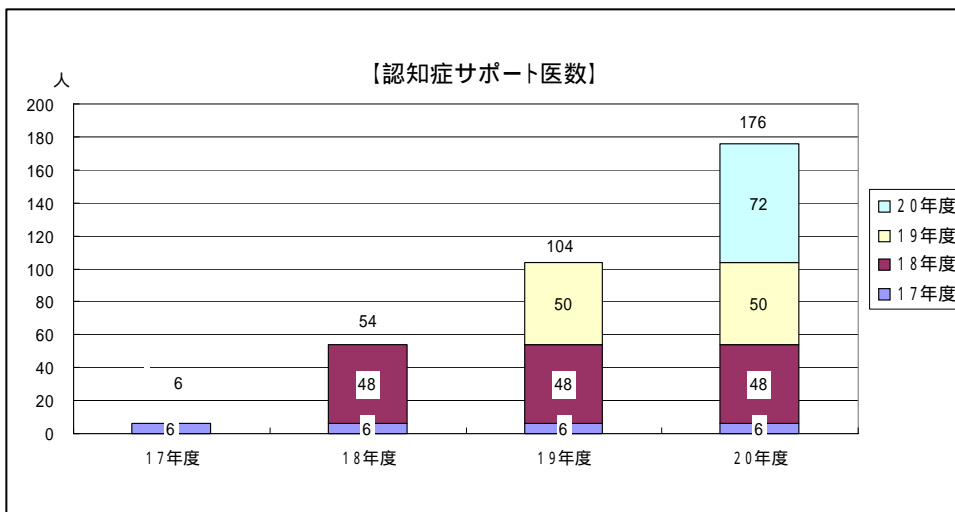
認知症の診断基準は満たさないものの、記憶・認知機能の低下が加齢範囲を超え、認知症に移行する可能性が高い状態



第1章 認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方

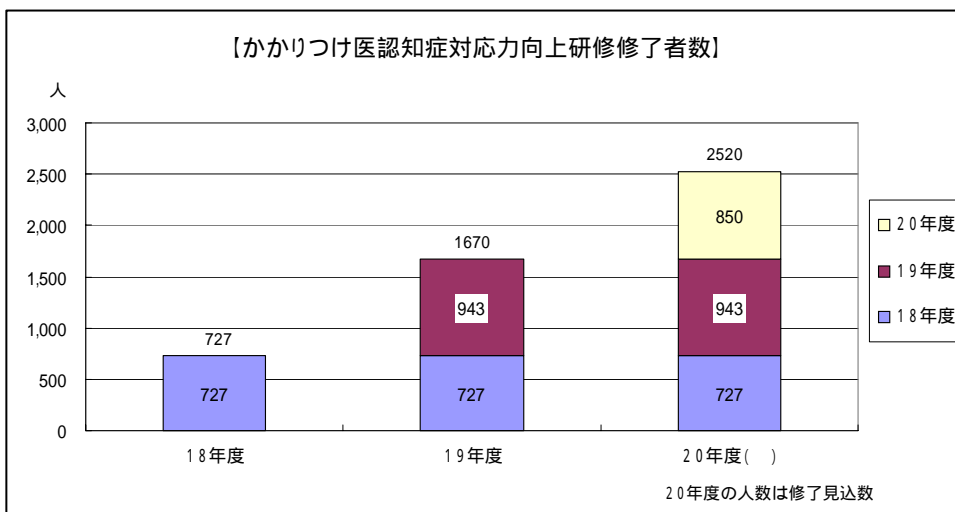
○ 都内の医療資源の状況をみると、認知症サポート医やかかりつけ医認知症対応力向上研修を修了したかかりつけ医が増え（図3、図4）、ごく身近な地域で提供される医療（地域医療）は充実してきました。また、認知症の診断・治療（専門医療）を行う医療機関もそれぞれの地域に存在することが明らかとなっています（図5）。しかし、専門医療機関の多くは、その存在が地域に浸透していません。また、かかりつけ医と専門医療機関との連携も進んでいない（図6）ため、ごく一部の医療機関に患者が集中する傾向が見られる（図7）など、地域医療と専門医療に切れ目が生じており、地域にある医療資源が効率的に利用されていません。

【図3】



平成21年3月末現在：都福祉保健局調

【図4】

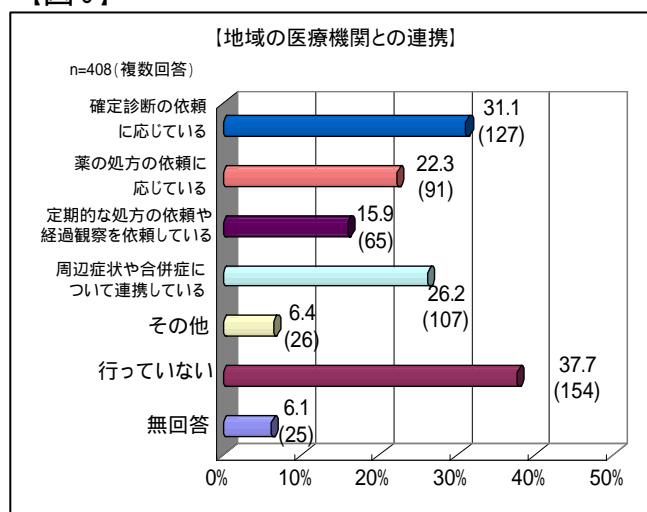


平成21年3月末現在：都福祉保健局調

【図5】

二次保健医療圏	認知症の診断・治療を行う医療機関(か所)
区中央部	39
区南部	24
区西南部	29
区西部	41
区西北部	38
区東北部	32
区東部	18
西多摩	16
南多摩	34
北多摩西部	12
北多摩南部	27
北多摩北部	27
島しょ	1
計	338

【図6】



【図7】

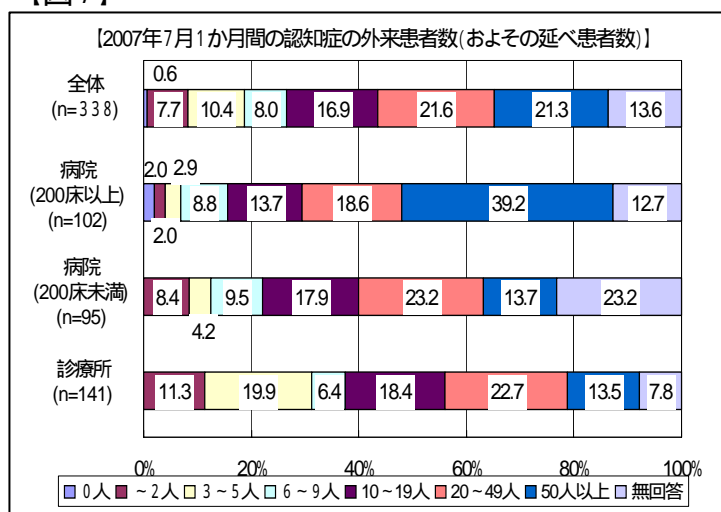


図5・図6・図7 資料：都福祉保健局「東京都認知症専門医療機関実態調査」(平成19年12月)

- かかりつけ医だけ、あるいは専門医療機関だけで、認知症医療と身体医療、地域医療と専門医療の全てをまかなうことは困難です。しかし、地域の医療資源の状況が認知症の人の医療支援に携わる関係者間で把握・共有されていません。また、関係者それぞれの役割分担も確立されておらず、関係者相互が必要としている情報や支援も互いに的確に認識しているとはいえない状況にあります。この点を改善することにより、提供される医療の質を上げることができると考えられます。

### 3 議論の進め方

- 上記を踏まえ、認知症の進行（MCI、軽度、中等度、高度、終末期の5段階）に応じて、時系列に、認知症医療と身体医療の双方で必要とされる医療支援とは何か、そしてそれを担う関係者の役割分担について検討していきます。
- 認知症の人に対する医療支援に関わる主な関係者を次のとおりに整理します。
  - (1) 認知症の本人とその家族
  - (2) 相談機関等関係者（地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護師など、医療とケアをつなぎコーディネートする人達）
  - (3) かかりつけ医（地域で認知症の人やその家族に対して医療を提供しているいわゆる「主治医」）
  - (4) 専門医（認知症を専門の1つとする医師）又は専門医療機関（専門医がいる医療機関）
  - (5) 一般（急性期）病院（専門性の高い身体医療や救急医療等を提供している医療機関）
  - (6) 療養病床（療養病床を有する医療機関）
  - (7) 行政（都、国及び区市町村）

#### 4 各段階の方針一覧表

段階	基本的な方針
MCI・ 軽度	<p>○早期・軽症の段階における診断は、認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するために不可欠 ⇒一次的な相談体制の整備と受診を促す方策の構築</p> <p>○適切な医療やケアの提供のためには、早期発見とより迅速な診断が不可欠</p> <p>○通院に係る本人・家族の負担軽減と医療資源の有効活用の両立が必要 ⇒身近な地域に存在するかかりつけ医と専門医療機関の役割分担と連携体制の確立</p>
中等度	<p>○身体合併症、周辺症状を発症した場合など、緊急時に対応できる医療支援体制の構築が急務 ⇒身体合併症の緊急時には、かかりつけ医がまず初期対応にあたり、入院治療が必要な場合には、一般急性期病院が対応する連携体制を構築 ⇒身体合併症の急性期を脱した後の、経過観察や周辺症状の治療における療養病床、精神科病院等との連携体制を構築 ⇒周辺症状の緊急時にも、かかりつけ医がまず初期対応にあたり、必要に応じて精神科病院等で治療を行う連携体制を構築 ⇒かかりつけ医、一般急性期病院における認知症への対応力の充実による許容力の向上</p> <p>○緊急時に至ることを避けるため、適切な身体管理と周辺症状への早期対応が重要 ⇒かかりつけ医の認知症への対応力の向上による認知症への影響も踏まえた適切な身体管理の実施 ⇒身近な地域に存在するかかりつけ医と専門医療機関の役割分担と連携体制の確立による外来機能の活用</p>
高度・ 終末期	<p>○住み慣れた「暮らしの場」で生活・療養が継続できるよう、看取りも視野に入れた医療支援体制が必要 ⇒かかりつけ医、訪問看護ステーション、一般急性期病院等の関係者による医療支援体制の構築</p>

## 第2章 MCI・軽度認知症における考え方と対策

### 1 認知症の疑いから受診まで

#### 〔基本的な考え方〕

- 認知症になっても住み慣れた地域での生活を続けるためには、早期発見・早期診断が不可欠です。
- 一次的な相談体制の整備や、早期受診を促す方策を講じる必要があります。

#### 〔課題〕

- 早期発見・早期診断と、それに基づく適切な医療・介護支援を受けることは、地域での生活を継続していくうえで不可欠です。また、本人の尊厳保持にもつながります。しかし、本人・家族が早期診断の重要性を認識していない場合や、本人が消極的な場合などは、周囲が早期受診を勧めても、必ずしも受診に結びつかない場合もあります。また、家族だけが相談窓口・医療機関を訪れることもあります。
- さらに、認知症の疑いや不安が生じた時に、どこに相談・受診すればよいのか、本人・家族だけでなく、認知症の人の医療支援に携わる関係者の間でも共通認識が得られていません。

#### 〔対策〕

- 早期診断を受ける重要性を理解し、受診を促すため、都民への普及啓発を行うことが必要です。
- インターネットなどを活用し、広く情報を共有するとともに、簡単にアクセスできる仕組みを構築することが望まれます。
- ただし、すべての人がインターネットを利用できるわけではないため、併せて相談機関等、窓口への情報提供も不可欠です。
- 都民と関係者では、必要とする情報が異なることに留意し、都民には、受診先を探すための基本的な情報を、関係者には、都民向けの基本的な情報に加え、地域連携の推進に必要な情報を加えるなど、それぞれに適した情報が届くように配慮する必要があります。

- 受診促進に際してはかかりつけ医が大きな影響力を有することから、かかりつけ医の果たす役割について周知を図ることが必要です。

〔関係者の役割分担〕

- 認知症の疑いが生じてから受診に至るまでの認知症の人に対する医療支援にかかわる主な関係者は、①本人・家族、②相談機関等関係者、③かかりつけ医、④専門医・専門医療機関、⑤一般病院、⑥行政に整理することができます。

関係者	担うべき役割
①本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期診断の重要性について正しく理解します。</li> <li>・家族に認知症の疑いが生じた場合、真摯に向き合い、かかりつけ医への相談・受診を促します。</li> </ul>
②相談機関等関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関への受診に当たって、どこに受診すればよいのか、どのように受診すればよいのか、相談に乗り助言します。</li> <li>・かかりつけ医への相談・受診を促します。かかりつけ医がない場合は、認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿等を活用し、研修修了者への相談・受診を促します。</li> <li>・かかりつけ医・サポート医との連携を進めるとともに、サポート医が有する地域ネットワークの積極的な活用を図ります。</li> </ul>
③かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自院の患者に認知症の疑いがある場合には、自ら診療に当たるか、又は専門医療機関に紹介します。</li> <li>・本人を伴わない家族から相談があった場合は、生活環境や家族対応の改善が認知症に対して効果的であることから、家族に対し、認知症への正しい理解や対応上の留意点、生活環境の整備のポイント等を伝えます。</li> </ul>
④専門医・専門医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人を伴わない家族から相談があった場合には、家族に対し、まずかかりつけ医へ相談してみることを勧めます。</li> </ul>
⑤一般病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者の身体疾患の治療を行っている場合でも、常に認知症の兆候に留意します。疑いがあった場合には、かかりつけ医又は専門医療機関での受診を促します。</li> </ul>
⑥行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都民に、早期診断の重要性及びかかりつけ医が受診促進に果たす役割等について、普及啓発を行います。</li> <li>・かかりつけ医に対し、受診促進に果たす役割や家族からの相談時の対応方法等について、周知を図ります。</li> <li>・認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿について、関係者との共有・活用を図ります。</li> <li>・生活機能評価の基本チェックリストを介護予防（認知症予防を含む。）だけでなく、医療機関への受診につなげるために活用していきます。</li> </ul>

## 2 診断・治療

### 〔基本的な考え方〕

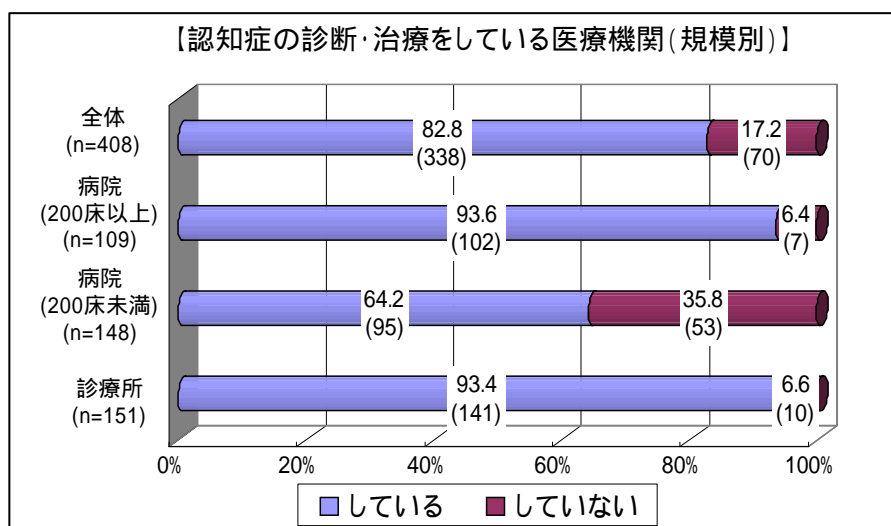
- 認知症になっても住み慣れた地域での生活を続けるためには、早期発見と迅速な診断が不可欠です。
- 認知症の特性を踏まえると、特に早期の段階から本人・家族が生活に関する意思を表明し、これを尊重した支援が求められます。
- 診断・治療のための通院に係る本人・家族の負担軽減策を講じることが必要です。
- 身近な地域に存在している医療資源の有効活用を図ることが求められます。

### 〔課題〕

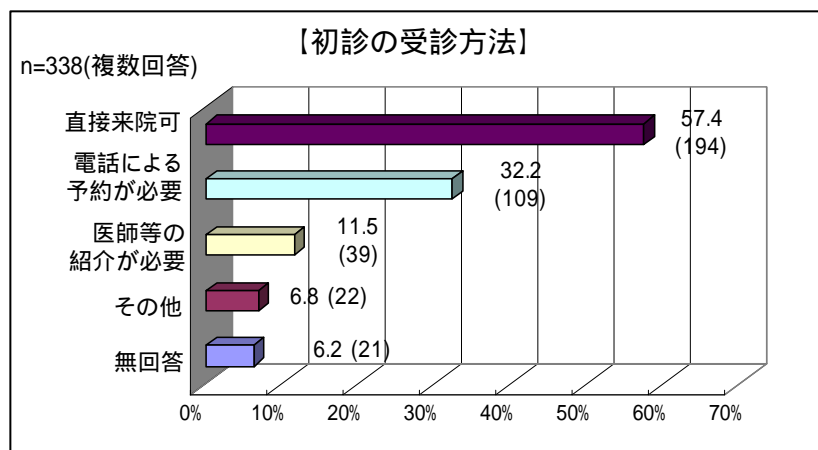
- 迅速な診断を得、それに基づく適切な医療・介護支援を受けることは、地域での生活を継続していくうえで不可欠です。また、自己決定権の保障など本人の尊厳保持にもつながります。しかし、今後、高齢者の増加や早期発見・早期診断の必要性についての普及啓発が進むことで受診が増加すると、専門医療機関がすべての事例に対応することは困難です。
- また、専門医療機関で診断を受けた人のすべてが、継続的に専門医に受診していると、症状の安定した軽度の患者が増大し、専門医療機関が緊急時などの必要な場面において機能しなくなる恐れがあるなど、適切な医療を受けられなくなる可能性があります。
- さらに、認知症の人が遠方の医療機関に通院することは、本人だけでなく介護する家族にとっても大きな負担となります。
- そこで、迅速な診断と、本人・家族の負担軽減を両立するためには、地域の医療資源を把握し、かかりつけ医と専門医療機関の連携を促進し、身近な地域でより多くの医療支援を受けられるようにする必要があります。

- ただし、MCI～軽度の段階においては、うつ病や聴覚障害等、他の疾患との鑑別診断が困難な場合もあります。また、認知症ではないにも関わらず対応を開始した場合の弊害は少ないですが、認知症を見過ごしてしまうことは、大きな問題です。
- 都内の医療資源の状況をみてみると、認知症の診断・治療が可能な医療機関は少なくありません（図8）。また、これらの医療機関全てにおいて、予約待ちが常態化しているわけでもありません（図9、図10）。しかし、1か月の外来患者数が5人以下の医療機関が約2割ある一方で、50人以上の医療機関が2割以上を占めている（P.6 図7）ことから、患者が特定の医療機関に集中し、地域の医療資源が十分に活用されていないと考えられます。
- また、かかりつけ医と専門医療機関の役割分担は、必ずしも明確になっていません。このため、実質的な連携も進んではいませんが、かかりつけ医のみで、日ごろ診療に当たりながら、地域の医療資源の状況や介護保険制度等の情報収集、連携体制の構築等をすべて行うのは困難です。

【図8】



【図9】





【図10】

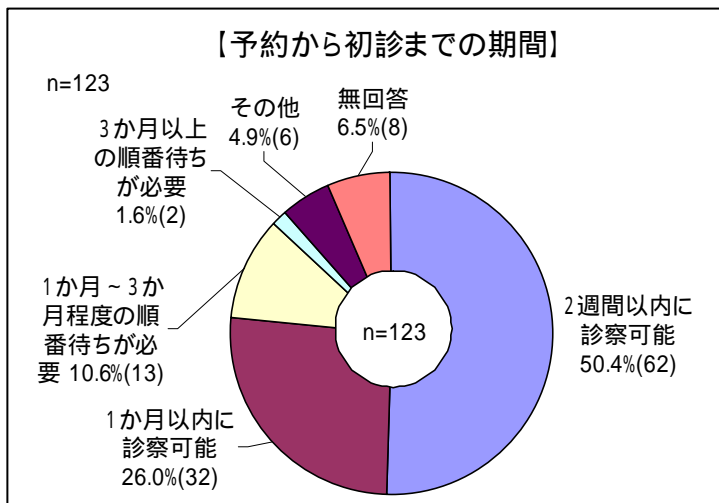


図8・図9・図10 資料：都福祉保健局「東京都認知症専門医療機関実態調査」(平成19年12月)

## 〔求められる機能と対策〕

### (1) かかりつけ医

- 迅速な診断・治療につなげるためには、すべての事例について専門医療機関につなぐのではなく、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の典型例の診断や、状態が安定している認知症の診療については、かかりつけ医が担うことが望ましいと考えます。
- かかりつけ医には、身体疾患や生活環境を把握していることから、生活実態を踏まえたアドバイスが期待されます。また、地域の相談機関や介護保険サービス事業者等との連携も、かかりつけ医が適任です。
- 併せて、本人・家族に対し今後の予測される経過や見通しについて説明し、認知症についての正しい理解や受容を促すことも期待されますが、その際には、心情等への十分な配慮がなされる必要があります。
- このためには、認知症の早期発見・早期診断の必要性や、認知症の診断・治療及び支援のあり方等についての知識・スキルの付与等、かかりつけ医の認知症対応力の向上を図ることが必要です。
- なお、かかりつけ医が専門医の診断が必要と判断した場合や、専門的な初期診断を受けたいという家族の希望がある場合は、必ず専門医につなげる必要があります。

### (2) 連携体制の構築

- 専門医へ紹介する際にはできるだけ地域の専門医療機関を探すこととし、また、専門医への紹介後、症状が安定した場合は、かかりつけ医に戻すことを基本とするべきです。
- このためには、軽度の段階における診断・治療にかかりつけ医が果たす役割を明確にし、併せて地域の専門医療機関が加わったかかりつけ医のサポート体制を構築することが必要です。
- 具体的には、症状が安定している場合でも専門医療機関へ年に1～2回は通院し、連携ツール（共通フォーマット）等を活用しながら、かかりつけ医と専門医が、情報を頻回にやり取りし共有することが有効です。

〔連携ツール（共通フォーマット）〕

具体的なフォーマット

- ・かかりつけ医と専門医が共有すべき情報をまとめた標準的なフォーマットは、下図のとおり。

紹介型(かかりつけ医 専門医)		逆紹介型(専門医 かかりつけ医)	
診療情報提供書(専門機関への紹介用) 平成 年 月 日		診療情報提供書(専門機関からの紹介用) 平成 年 月 日	
紹介先医療機関 病院(医院) 先生	紹介元医療機関 医療機関名 及び所在地 電話番号 医師名 (印)	紹介先医療機関 医院(クリニック) 先生	紹介元医療機関 医療機関名 及び所在地 電話番号 医師名 (印)
<b>基本属性</b> 氏名 ( ) 性別 男 女 ( ) 年齢 歳 生年月日 年 月 日 ( ) 生活環境 在宅(同居家族) ( ) 施設 ( ) その他 ( )		<b>基本属性</b> 氏名 ( ) 性別 男 女 ( ) 年齢 歳 生年月日 年 月 日 ( ) 生活環境 在宅(同居家族) ( ) 施設 ( ) その他 ( )	
<b>紹介目的</b> 認知機能障害の評価・診断等(具体的に ( )) 治療( ( )) 入院( ( )) その他( ( ))		<b>逆紹介目的</b> 経過観察(必要時 ( )) か月後に再受診を指示して下さい( ) 薬の処方(薬の種類・処方量 ( )) 身体疾患の治療( ( )) その他( ( ))	
<b>現病歴</b> (認知症以外の合併症を含む)		<b>認知機能障害の評価</b> 認知障害なし ( ) MCI ( ) アルツハイマー ( ) 脳血管 ( ) レビー小体 ( ) 前頭側頭型 ( ) その他( ( )) 症状の進行程度 軽度 ( ) 中等度 ( ) やや高度 ( ) 高度 ( ) (FAST)	
<b>服薬状況</b> (薬の種類・服薬期間 ( )) ( ( )) ( ( )) 処方箋の写しの添付も可		<b>治療状況</b> 処方 ( ( )) ( ( ))	
<b>介護保険の利用</b> 有(要介護度 ( )) 無 ( ) (ケアマネ名・連絡先・利用サービス等 ( ))		<b>本人への説明</b> ( ( )) <b>家族への説明</b> ( ( )) 留意点等 ( )	
<b>生活上の困難・家族が対応に困ること</b> ( )		( )	
<b>その他</b> ( )		( )	

必要に応じて画像等を添付してください

- ・標準的なフォーマットは、ホームページ等に掲載し、随時ダウンロードして使用できるようにすることが望ましい。
- ・必要な情報を網羅した簡潔なものであれば、必要に応じて、地域特性に見合う形式に変更することも可能

情報の内容

- ・標準的なフォーマットに記載されている情報を取り交わすことが望ましい。
- ・紹介・逆紹介の目的を分かりやすく記載することが必要

情報の取り交わし方

- ・症状が安定していても、年に1～2回は定期的に専門医に受診し、関係を維持しておくことが望ましい。
- ・専門医は、定期通院の概ねの頻度を予めかかりつけ医、本人・家族に伝えておくことが必要
- ・また、急変時等には随時専門医が対応する旨を、かかりつけ医、本人・家族に伝えておくことが重要

○ 併せて、かかりつけ医・専門医・相談機関等関係者等による定期的な事例検討会等の開催により、他の疾患との鑑別に必要な知識を得るなど、かかりつけ医の認知症対応力の向上を図るとともに、顔の見える関係を構築することで、必要な時に専門医療機関が相談・紹介に応じるなど、緊密な連携を図ることが必要です。

○ さらに、かかりつけ医と専門医療機関の役割分担や連携のあり方について、都民への十分な周知を図ることが必要です。

## 〔関係者の役割分担〕

- 医療機関での診断・治療時における主な関係者は、①本人・家族、②相談機関等関係者、③かかりつけ医、④専門医・専門医療機関、⑤一般病院、⑥行政に整理することができます。

関係者	担うべき役割
①本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門医へは、かかりつけ医からの紹介により受診することが望ましいです。</li> <li>・日ごろから、今後の対応方針や治療方針について、かかりつけ医と話し合います。</li> </ul>
②相談機関等関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医への相談・受診を促します。かかりつけ医がない場合には、認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿を活用し、研修修了者への相談・受診を促します。</li> <li>・定期的に事例検討会等を実施又は参加します。</li> </ul>
③かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サポート医とも連携し、地域の専門医療機関を把握しておきます。</li> <li>・定期的に事例検討会等を実施又は参加します。</li> <li>・専門医療機関への定期通院や対応困難時の相談等、患者情報のやり取りを通じて、情報共有・連携を図ります。</li> </ul>
④専門医・専門医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>・典型例以外の疾患や、状態が不安定な患者、本人・家族が専門医での受診を希望している場合には、診断を行います。</li> <li>・地域のかかりつけ医・サポート医との連携を図り、必要に応じてかかりつけ医に助言を行います。</li> <li>・定期的に事例検討会等を実施又は参加します。</li> <li>・安定時のかかりつけ医への逆紹介や対応困難時の助言等、患者情報のやり取りを通じて、情報共有・連携を図ります。</li> </ul>
⑤一般病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体疾患の診療を行っている場合でも、常に認知症について意識し、疑いがあった場合には、かかりつけ医又は専門医療機関での受診を促します。</li> </ul>
⑥行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>・都内の医療資源の状況を把握し、関係者に情報提供します。</li> <li>・認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者名簿について、関係者との共有・活用を図ります。</li> <li>・新たな役割を踏まえた研修の実施により、かかりつけ医の認知症対応力の一層の向上を図ります。</li> <li>・かかりつけ医が認知症の診断・治療に果たす役割について、普及啓発を行います。</li> </ul>

## 第3章 中等度認知症における考え方と対策

### 1 議論の進め方

#### 〔基本的な考え方〕

- 緊急時に速やかに対応できる医療支援体制を構築することが、中等度の時期においては特に望まれます。
- また、緊急時に至ることを避けるため、適切な身体管理と周辺症状への早期対応を行える医療支援体制を整えることも重要です。

#### 〔課題〕

- 中等度認知症は、激しい周辺症状<sup>(2)</sup>がおきやすく対応できる医療機関が限られていたり、また認知症や周辺症状を理由に身体疾患の治療を断られるなどの課題があり、特に対応に緊急を要する場合において大きな問題となっています。
- 中等度の段階において、緊急を要する事態に至る経緯は、まず、大きく、
  - (a) 軽度の段階から医療・介護サービスを利用している人が中等度に至り、周辺症状や身体合併症が生じて緊急に対応しなければならなくなるケース
  - (b) 独居や夫婦共に認知症である等の理由により、医療・介護サービスを利用せずに中等度に至り、症状の悪化に対応できなくなって問題が表面化するケースに分けることができます。
- 上記(a)のケースの緊急時について、発生しやすい事態を分類すると、
  - (1) 身体合併症の緊急時
    - ・ 身体疾患と周辺症状が併発している場合  
(各症状の重症度は不問)
  - (2) 周辺症状の緊急時
    - ・ 周辺症状が急激に悪化し、介護者が対応困難な状態となっている場合

---

2 B P S D (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) と表現することもあります。  
「認知症患者にしばしば出現する知覚や思考内容、気分あるいは行動障害」と定義されています。

(3) 介護者の一時的な不在や限界を超えてしまった緊急時

- ・ 介護者の疲労困憊や介護うつ、あるいは冠婚葬祭・けが等のために、本人が在宅で介護を受けることが一時的に困難となる場合

の3通りに分けることができます。

- 上記(1)～(3)は、それぞれ、緊急時が生じている原因や治療の対象となる疾患・症状等が異なっていることから、(1)～(3)の各カテゴリーについて、治療の目標・必要な支援策等を検討することが必要です。
- また、緊急時の対応を理解し、それを踏まえた対応を日ごろから行うことで、緊急時に至るケースを減少させることは可能であると考えられます。そこで、(1)～(3)の各カテゴリーについて、緊急時を避けるために必要な支援策等についても検討していきます。
- なお、上記(b)のケースは、日常的に医療や介護等のサポートが必要であったにも関わらず支援が得られていないことが根本的な問題であるため、医療支援体制の構築を目的とする当部会の具体的な検討対象とはしませんが、早急に、認知症の人や家族を何らかのサービスに繋げるための仕組みや地域づくりが検討される必要があると考えます。

## 2 身体合併症

### 〔基本的な考え方〕

- 身体疾患の治療に当たっては、治療後も在宅等住み慣れた地域での生活を継続できるよう適切な医療を提供するとともに、認知症の症状の不必要な悪化を避けることを目指します。
- 緊急時においても、かかりつけ医を中心とした、一般急性期病院、療養病床、専門医療機関の連携方式による対応を基本とし、必要に応じて救急医療制度や精神科夜間休日救急診療事業等を併用することが効果的です。
- また、連携方式が緊急時に機能するためには、身体合併症の緊急時におけるかかりつけ医が果たす役割を明確にし、併せて地域の専門医療機関・一般急性期病院等が加わったかかりつけ医のサポート体制を構築することが必要です。
- 緊急時を避けるためには、日ごろからかかりつけ医が中心となって、本人や家族と共に、本人の健康管理を適切に行うことが必要です。本人の食事・睡眠・排泄の様子と気分の変化には特に留意し、変化があれば早めに対応することが求められます。

〔課題〕

(1) 身体合併症の緊急時の状態

- 意識障害（せん妄）、急性腹症、脱水、低血糖、便秘、外傷（骨折など）が挙げられますが、特に、脱水や低血糖、便秘のような軽微な症状が要因となって周辺症状が生じている例が多く見受けられます。しかし、周辺症状が併発している場合、これらの身体疾患（状態）が見落とされ治療が遅れます。

(2) 外来時

- 認知症の進行に伴い、自身の健康管理が困難となるため、自らの判断で受診することが困難となります。また、症状を訴えるのが難しくなるため、周囲の人は身体症状の変化に気づきにくく、このために身体疾患の発見が遅れ、気付いた時には重症化していることがあります。
- また、医療機関への受診時に自身の病状説明が十分にできません。そのような場合に、医療機関で治療方針を決定する際に必要となる情報（本人の病状、住まいの状況・家族構成等の生活環境）を、医療機関に円滑に伝達する具体的な仕組みも構築されていません。
- そのために、認知症の人のみで外来を受診すると、医療機関では本人の基本属性や病歴等を把握できないことから、認知症の人は、適切な治療やケアが受けられなかったり、身体疾患の治療を断られることがあります。
- また、必要な情報を医療機関に適切に伝達するために、家族等が付き添いをしたり、独居の場合など家族の付き添いが困難な場合は、初動対応にあたったケアマネジャー・ヘルパー・訪問看護師等が付き添いを求められることがあります。外来での長い待ち時間などのため、付き添い者の本来業務に支障を来すことがあります。

(3) 入院時

- 緊急手術や救命的対応が必要な場合よりも、むしろ、緊急手術や救命的対応までは必要ないものの短期間の入院治療が必要な程度の症状の場合に、受入れ先を見つけるのが困難な状況となっています。
- 都内の病院のうち、認知症を有する身体合併症患者を受け入れている病院の占める割合は、約4割に過ぎません。また、身体合併症患者の入院治療が可能な病院の割合は、約3割にとどまっており、認知症の人が身体疾患を発症した場合の受入れ先は限られています（注2）。

---

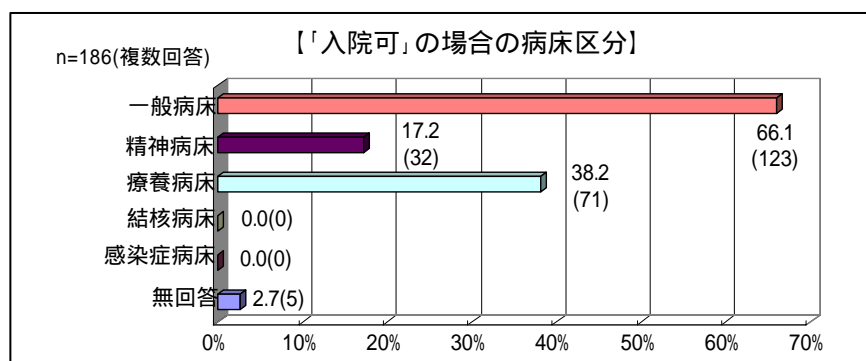
注2 都福祉保健局「東京都認知症専門医療機関実態調査」（平成19年12月）



### 第3章 中等度認知症における考え方と対策

- 一般急性期病院では、認知症の周辺症状に起因した他の入院患者とのトラブルや器物破損等のおそれがあるために、患者の受入れを躊躇することがあります。
- 特に一般急性期病院では、スタッフの認知症への理解が十分でなく、身体疾患の治療しか念頭になかったり、周辺症状から患者の安全を確保するために、病棟で安易に身体抑制を行っているケースもあります。しかし、安易な身体抑制や過度の投薬は、認知症の症状を不必要に悪化させ、また身体機能の低下を招き、在宅復帰を困難にする要因となることから、対応に苦慮しているスタッフもいます。また、摂食量の減少を理由に、安易に胃ろう等を造設し、介護保険施設での受入れが困難になるという課題もあります。
- このように、一般急性期病院では周辺症状のコントロールが困難である一方で、精神科病院では、身体疾患に対する治療体制は充実していないことが多く、糖尿病や肺炎等是对応可能でも、緊急手術等の救急対応や濃厚な治療は困難です。
- さらに、一般急性期病院において身体疾患を治療し急性期を脱した後、精神科病院が周辺症状の治療のために患者を受け入れた場合に、再度身体疾患が悪化すると、再受入先が見つからないことも課題となっています。
- なお、身体合併症患者の入院に使用されている病床区分を見ると、一般病床の割合が高くなっています（図11）。このことから、身体疾患の急性期の治療においては、一般病床を有する一般急性期病院での認知症に対する許容力を更に増していくことが必要です。

【図11】



資料：都福祉保健局「東京都認知症専門医療機関実態調査」(平成19年12月)

- 一方、療養病床においては、現に救急医療機関・介護保険施設等と連携し、身体合併症患者の受入れを行っている場合もあります。ただし、療養病棟は一般病棟に比べ、制度的に医師・看護職員の人員配置基準が低いことから、身体合併症患者の受入れは困難な場合もあります。

(4)退院時

- 医療機関からケアマネジャーやヘルパーなどの介護従事者に対し、入院中の状況などについて情報が提供されることが少なく、退院後の適切な支援が困難となることがあります。

(5)かかりつけ医

- 急性増悪を起こす恐れが高いなど、24時間体制での支援が必要と判断した場合に、患者からの連絡に応じて対応しているかかりつけ医はいるものの、特定の医師や施設に過度の負担が集中することは好ましくありません。また、すべてのかかりつけ医に24時間対応を求めるのは困難です。

〔求められる機能と対策〕

(1)かかりつけ医

- まずは、かかりつけ医が初期対応に当たり、緊急性や重症度に応じて、自ら治療を行うか一般急性期病院又は専門医療機関で治療を行うか判断することが望まれます。
- 特に、多く見られる脱水や低血糖のような軽微な症状については、かかりつけ医による治療で回復することが多いため、周辺症状があっても、かかりつけ医において身体疾患の悪化を疑い、治療することが必要です。また、認知症の症状が顕著な場合は、特にこれまでの経過や本人の生活環境を把握しているかかりつけ医が判断することが求められます。
- なお、緊急時に至るのを避けるためには、本人の身体疾患の治療状況や生活環境を把握しているかかりつけ医が中心となって、家族と共に、日ごろから適切な身体管理を行うことが必要です。
- そのためには、周辺症状への影響を踏まえた身体疾患の管理等に関する医学的知識の付与等、かかりつけ医の認知症対応力の更なる向上を図ることが必要です。

(2)一般急性期病院

- かかりつけ医では治療が困難な身体疾患の場合には、認知症であっても、一般急性期病院が、認知症の症状を許容し、身体疾患の治療に当たることが必要とされます。また、身体疾患の治療後、精神科病院に入院している患者の身体疾患が再発（悪化）した場合は、再受入れをして治療に当たること求められます。

- 身体合併症患者の許容力を増すためには、専門医や認知症看護・高齢者看護に知識のあるスタッフによりチームを編成し、認知症の患者への治療とケアの提供に対する助言を行うことが有効です。
  - また、治療に当たっては、認知症の症状の不必要な悪化を避けるよう心がけることが必要です。さらに、認知症の特性を踏まえると、入院期間が長引くことは好ましくありません。
  - 特に、医師については、
    - ・ 入院中のリスク（身体抑制が周辺症状に及ぼす影響や事故の可能性）について本人・家族に説明をすること。
    - ・ ケアマネジャー等が付き添いをしている場合は、付き添い者からしか得られない情報を早めに得ておき、長時間拘束しないなどの配慮をすること。
    - ・ 認知症の特性や対応上の留意点について正しく把握し、症状を不必要に悪化させない医療を提供すること。が求められます。
  - 看護師については、
    - ・ 入院することで生活環境が変化し、それにより周辺症状の悪化、転倒事故発生のリスクが高くなります。また、転倒事故予防のための身体拘束が更に周辺症状を悪化させる場合があります。それらの入院中のリスク（身体抑制が周辺症状に及ぼす影響や事故の可能性）について家族・本人に説明をすること。
    - ・ ベッドコントロールや備品の配置など、院内の環境に配慮すること。
    - ・ 認知症に対する基礎的知識（中核症状や周辺症状の理解や対応など）、身体抑制が周辺症状に及ぼす影響などの理解を深めます。そして、認知症が本人の生活に及ぼす影響を把握し、身体疾患と周辺症状の状況・治療の優先順位を見極め、在宅等への円滑な移行を考慮した看護を提供すること。が求められます。
  - そのためには、一般急性期病院の医師・看護師を対象とした、対応力向上研修の実施が効果的です。
- (3) 専門医療機関・精神科病院
- 周辺症状の治療が必要な患者については、身体疾患の治療が必要な場合でも、急性期を脱しているのであれば、専門医療機関・精神科病院で受け入れ、周辺症状の治療を行うことが求められます。

- ただし、認知症の特性を踏まえると、入院期間が長引くことは好ましくありません。このため、周辺症状の入院治療後は、本人の生活環境や家族の介護力等も勘案した上で、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促すことが求められます。
- また、一般急性期病院における認知症ケアへの助言・支援を行うことが求められます。

#### (4)療養病床

- 療養病床については、身体疾患治療後の経過観察時の受入れや在宅療養患者や介護保険施設入所者の容態急変時の受入れを担うなど、地域の医療機関との連携と機能充実を進め、今後、認知症の人に対する医療支援体制の一翼を担うことを目指すよう提言します。
- そのためには、人員配置が少ないことに対しては、輪番を組み、地域全体で対応を図る等の方策が考えられます。

#### (5)連携体制の構築

- このような、かかりつけ医を中心とした連携体制（図12）が機能するためには、専門医療機関・相談機関等関係者等が加わった、かかりつけ医をバックアップする体制の構築が必要です。
- そのためには、かかりつけ医・専門医療機関・相談機関等関係者等による定期的な事例検討会等を実施するなど、必要な時に相談をしたり助言を得られる仕組みの構築が不可欠です。
- また、専門医療機関・地域包括支援センター等、地域の多職種との連携や認知症の特性を踏まえた身体管理について、かかりつけ医に対し助言ができるよう、認知症サポート医が知識・技術を習得することも求められます。
- さらに、認知症の人が受診する際や、医療機関相互、介護従事者との連携時に必要な情報の不足を解消するための具体的な手法（共通フォーマット（再掲）・患者手帳などの連携ツール）を講じ、十分に周知・実践するとともに、上記事例検討会等において成果を検証し、改善を図ることが必要です。

〔連携ツール（患者手帳）〕

目的

- ・母子手帳のように、日ごろからの情報源として利用することによる関係者間の連携促進
- ・緊急搬送時において付き添い者が不在の場合等の情報源として活用することによる、一般急性期病院での身体合併症患者の受入促進

具体的な形式

- ・手帳形式が基本。既に、各種の障害手帳やお薬手帳等、複数の手帳が存在し、認知症高齢者にとっては管理が困難となっていることから、新たな手帳を作成するのではなく、既存の健康手帳（根拠法令：健康増進法）を活用することが望ましい。さらに、認知症になっても自身の健康管理を行ううえで有用とされる情報を書き込めるフォーマットを付け加えることが、より有効である。

【手帳例】

- ・フォーマットを付け加える場合には、

必須事項のページ

自由記載欄のページ（右図参照）

の2部構成。

なお、必須事項のページは、最初又は最後のページに設けると、使用時の利便性が高い。

- ・自由記載欄のページは、項目ごとに升目や区切り等を設けるなど煩雑な形式にはせず、上部に記載例が載っているだけの簡潔なもの。

情報の内容

- ・必須事項のページには、基本属性、医療機関・介護サービスの利用状況、要介護度、緊急時の連絡先、服薬状況、禁忌薬・アレルギー歴等の最小限の情報のみを記載し、変更があればその都度更新
- ・自由記載欄は、記載年月日及び記載者の記入は必須。その他の記載内容の定めはなし。
  - 本人が自身の健康管理に活用できる情報
  - 本人の生活機能に関する情報
  - 本人をサポートするために必要な情報を、必要に応じ誰でも参照できるように記載
- ・ただし、本人が携行するものであるため、記載する情報については本人の心情への配慮が必要

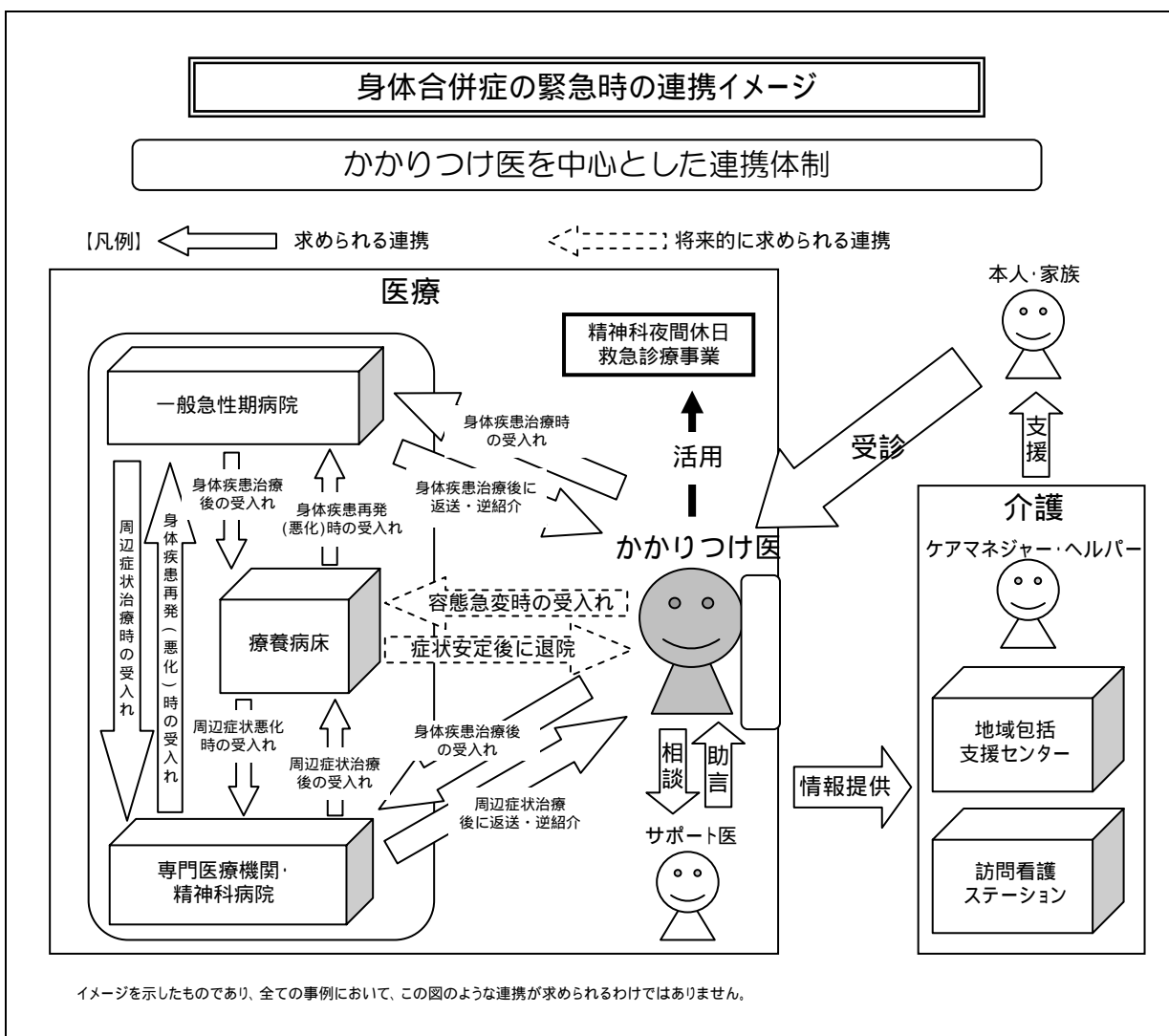
手帳を有効活用するための方策

- ・認知症に関する正しい理解の促進、手帳の活用方法等について、関係者に普及啓発を図ることが必要

○ 顕著な周辺症状が現れている患者の緊急時対応にあたっては、老人性認知症専門医療事業が重要な役割を担っています。また、精神科夜間休日救急診療事業も利用が可能です。地域での解決が困難な事例については、これらの事業の活用を検討すべきです。

- 認知症疾患医療センターは、認知症の人の数と施設数を考慮すると、身体合併症患者の緊急時の対応について限度がありますが、今後機能を検証する中で、連携機関の一つとして検討していきます。

【図12】



(6) 将来的な方策についての提言

- 療養病床の分布状況は地域により異なることや、グループホームを始めとする介護保険施設のスタッフは認知症の人への対応スキルが高いことを踏まえ、グループホームや有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の介護保険施設においても、緊急性や侵襲性は高くないものの在宅で療養するにはなお不安定な状態であり、観察が必要な場合における一時的な受入先としての役割が期待されます。
- その場合、各施設では、入所者の日常生活の支援をするとともに、急変時には迅速な対応ができるよう、予め地域の医療機関との連携体制を構築しておくことが必要です。
- 上記のような介護保険施設の活用は、現行制度上困難ですが、将来の一つの方策として検討していくことを提言します。
- また、連携ツール（患者手帳）に関して、緊急時の治療に必要となることの多い必須事項（本人の基本属性、緊急時の連絡先等）については、手帳の紛失時等も関係者が必要な情報を得られるよう、ITを活用したデータベースを構築するなど、将来に向けた対策についても講じておくことが必要です。ただし、登録情報は個人情報であるため、本人が明確に意思表示できる時期に、本人及び家族の意思を確認してデータベース登録の申込みを受けておくなど、取扱いには十分な留意が必要です。

〔関係者の役割分担〕

- 身体合併症を発症した認知症の人に対する医療支援にかかわる主な関係者は、  
 ①本人・家族、②相談機関等関係者、③かかりつけ医、④専門医・専門医療機関・  
 精神科病院、⑤一般急性期病院、⑥療養病床、⑦行政、⑧その他に整理することが  
 できます。

関係者	担うべき役割
①本人・家族	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医・専門医療機関・一般急性期病院と、治療方針や治療内容について話し合い、疑問点については説明を求めます。</li> </ul> <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・もの忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、変化の兆しがあれば、早めにかかりつけ医・専門医療機関に相談します。</li> </ul>
②相談機関等 関係者	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・救急時の付き添いを担うこともあります。</li> </ul> <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともあります。</li> <li>・症状が安定していても、専門医療機関への定期受診を促します。</li> </ul>
③かかりつけ医	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・激しい周辺症状が出ている場合でも、直ちに専門医療機関に紹介するのではなく、初期対応に関わる周辺症状の要因についての判断をまず行います。</li> <li>・脱水・低血糖等の軽微な身体疾患が要因となっている場合は、自ら治療に当たります。</li> </ul> <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の身体疾患の管理・治療を適切に行います。</li> <li>・家族に対し、本人の食事・睡眠・排泄の様子や気分の変化に目を配るよう、注意を喚起します。</li> </ul>



### 第3章 中等度認知症における考え方と対策

<p>④専門医・ 専門医療機関・ 精神科病院</p>	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・一般急性期病院で身体疾患の治療後に、患者を受け入れて周辺症状の治療・経過観察を行います。</li> <li>・身体疾患の治療が必要な場合でも、急性期を脱しているのであれば、受け入れて周辺症状の治療・経過観察を行います。</li> <li>・周辺症状の治療後は、本人の生活環境や介護者の介護力等を勘案した上で、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促します。</li> </ul> <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行います。</li> <li>・一般急性期病院における認知症ケアへの助言・支援を行います。</li> </ul>
<p>⑤一般急性期病院</p>	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、認知症の症状を許容し、患者を受け入れて身体疾患の治療を行います。</li> <li>・身体疾患の治療を行い、急性期を脱した後は、専門医療機関・療養病床への転院・退院を促します。</li> <li>・転院・退院後に身体疾患が再発（悪化）した場合は、再受入れをして治療に当たります。</li> </ul> <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、患者を受け入れて治療を行います。</li> <li>・認知症のケアチームを編成する等により、身体合併症患者の許容力を向上します。</li> </ul>
<p>⑥療養病床</p>	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体疾患治療後の経過観察時の受入れや、在宅療養患者や介護保険施設入所者の急変時の受入れなど、連携と機能充実を進め、認知症の人に対する医療支援体制の一翼を担います。</li> </ul>
<p>⑦行政</p>	<p>緊急時に求められる対応</p> <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対応力向上研修や普及啓発活動を実施します。</li> <li>・連携ツールの普及・周知を図ります。</li> <li>・事例検討会等の実施・支援を行います。</li> </ul>
<p>⑧その他</p>	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームや有料老人ホーム、特別養護老人ホーム等の介護保険施設においても、観察時の一時的な受入れを行うことが望まれます。</li> </ul>

### 3 周辺症状

#### 〔基本的な考え方〕

- 周辺症状の緊急時の治療に当たっては、各人の生活環境（在宅・介護施設、家族と同居・独居等）を総合的に勘案し、その場において本人自身が適応可能となる状態まで戻すことを第1の目標とします。
- 認知症の特性を踏まえると、入院治療を前提として考えるべきではなく、収集した生活環境や介護者の介護力に応じて、個別に判断・対応するべきです。
- また、緊急時を避けるため、日ごろから、本人の食事・睡眠・排泄の様子や気分の変化に注意を払い、少しでも変化があれば早めの対応を心がけることが必要です。

#### 〔課題〕

##### (1) 要因

- 周辺症状には、身体疾患が要因となっている場合と、なっていない場合があります。
- 後者の場合の周辺症状の悪化の要因としては、認知症の進行、入院等による環境の変化、薬の副作用、介護者の疲弊などが挙げられ、特に暴言・暴力等の激しい周辺症状の多くは、小さな症状の積み重ねや、家族等介護者が疲弊したときに表面化することが多く、早めの対応が求められます。しかし、在宅で介護している家族等介護者にとって、悪化した場合の要因の見極めは困難です。

##### (2) 外来時

- 認知症についての正しい理解が不足していることにより、治療の対象とすべき症状とそうでない症状について家族の理解を得ることが難しく、また、医療機関からも十分な情報提供や説明がなされていないことにより、治療方針・内容等が、医師と本人・家族とで共有されていないケースがあります。
- 周辺症状の薬物療法に係るガイドラインがないため、薬の処方の仕方が医師によって様々ですが、そのことが、家族や相談機関等関係者に十分知られていません。

- 周辺症状の診断・治療を行っている医療機関は、外来のみで対応している数も含めると、それぞれの地域に一定程度分布しています（図13）。

【図13】

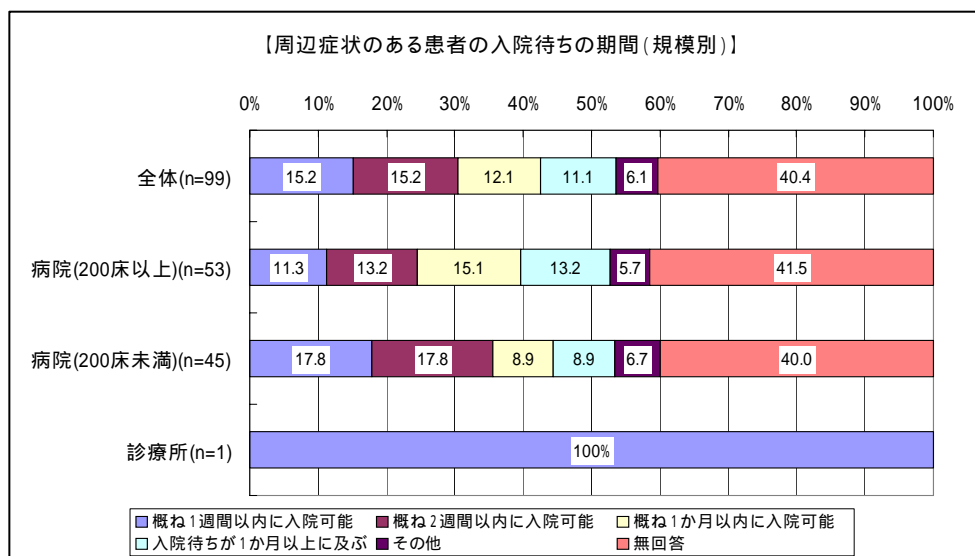
二次保健 医療圏	【周辺症状の診断・治療】（複数回答）		
	認知症の診断・治療「可」（か所）		
	周辺症状の診断・治療		
		外来のみ（か所）	入院「可」（か所）
区中央部	39	22	9
区南部	24	11	9
区西南部	29	16	5
区西部	41	28	7
区西北部	38	19	9
区東北部	32	15	12
区東部	18	6	5
西多摩	16	2	12
南多摩	34	13	14
北多摩西部	12	6	3
北多摩南部	27	15	7
北多摩北部	27	10	7
島しょ	1	1	0
計	338	164	99

資料：都福祉保健局「東京都認知症専門医療機関実態調査」（平成19年12月）

(3)入院時

- 精神科病院への入院は、本人・家族が心理的な抵抗を感じ、しゅん巡してしまうことがあります。その間に周辺症状が悪化し、家族が対応困難になり入院させようとしても、病床が空いておらずすぐには入院できない場合があります。
- 入院待ちの期間は、概ね2週間以内に入院可能な医療機関が約3割ある一方、1か月以上に及ぶ医療機関も約1割あり（図14）、入院が必要であっても、必ずしもすぐに入院可能なわけではありません。

【図14】



資料：都福祉保健局「東京都認知症専門医療機関実態調査」（平成19年12月）

- また、精神科病院では、個々の病院により身体疾患の治療体制に差があることから、周辺症状の積極的な治療が必要とされる患者であっても、特に呼吸器を装着している患者の受入れは困難な場合があります。

#### (4)退院時

- 認知症の特性として周辺症状の治療が終わっても認知症そのものは進行することから、家族は退院を受入れ難いことがあります。
- また、暴力等の激しい周辺症状が原因で家族が疲弊してしまったり、恐怖を感じて入院に至ったケースでは、家族の介護力が低下してしまっているため、治療後に周辺症状がなくなっても、再度の在宅療養は困難です。

### 〔求められる機能と対策〕

#### (1)かかりつけ医

- 緊急時に適切に対応するためには、症状の内容よりも、その症状が生じた(悪化した)要因について知ることが有効であり、本人の健康状態や生活環境を把握することが必要となります。
- このため、まずは、かかりつけ医が、身体疾患が要因となっているかどうかの判断を行い、身体疾患が要因となっている場合は、「2 身体合併症」の考え方と対策により対応します。
- そうでない場合は、生活環境も含めて検討し、必要に応じて専門医療機関への紹介や、精神科夜間休日救急診療事業等の活用も検討します。
- また、緊急時を避けるために、症状が軽症でも対応が困難になる可能性が考えられる場合には、早期の段階から薬の使用についても検討し、早めに地域の専門医療機関の外来を活用して治療を行うことが求められます。
- 身体疾患が要因となって周辺症状が悪化することを防ぐため、本人の身体疾患や生活環境を把握しているかかりつけ医が、日ごろから身体疾患の管理・治療を適切に行うことも重要です。
- そのためには、研修等を実施し、周辺症状への影響を踏まえた身体疾患の管理等に関する医学的知識の付与等、かかりつけ医の認知症対応力のさらなる向上を図ることが必要です。

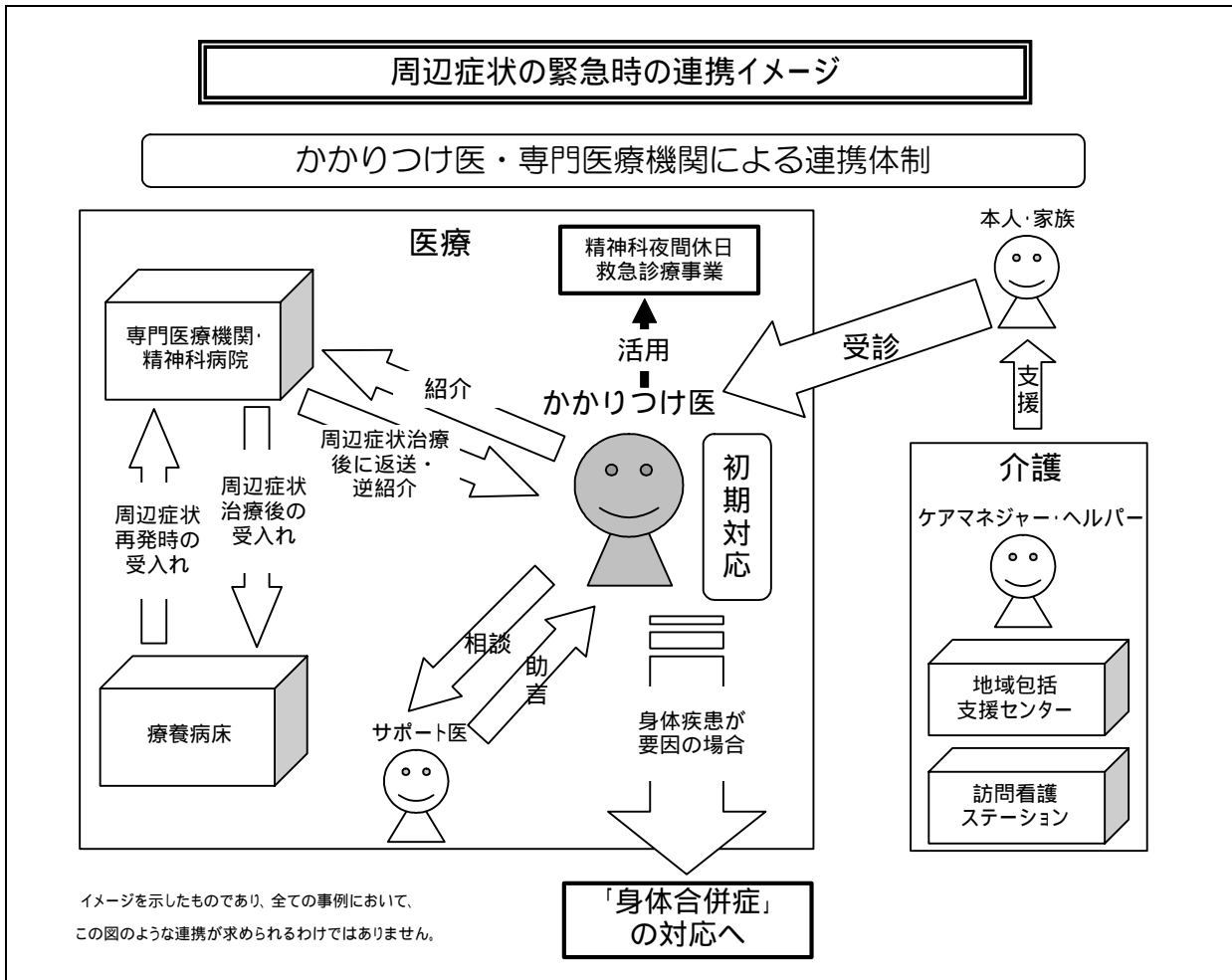
(2) 専門医療機関・精神科病院

- 周辺症状の緊急時における治療を行います。なお、胃ろう等が造設されていても、積極的な身体疾患の治療が必要ない状態であれば、受け入れて治療を行います。
- 各人の生活環境（在宅・介護施設、家族と同居・独居等）を総合的に勘案し、その場において本人自身が適応可能となる状態まで治すことが治療の目標となります。介護者の介護力やかかりつけ医の許容力によっても治療目標が異なることに留意が必要です。したがって、どの症状を治療対象とするのか、またその治療におけるメリット・デメリットについて、家族に十分説明することが必要です。
- 周辺症状の入院治療後は、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促すことが求められます。
- さらに、緊急時において、かかりつけ医から求められた場合には、薬の使用方法や家族への対応について助言を行うことも求められます。

(3) 連携体制の構築

- かかりつけ医、専門医療機関のそれぞれが、スキルの向上及び許容範囲の拡大に努めるとともに、日ごろから連携を図り（図15）、地域の受入れ体制の充実を図ることが必要です。
- このためには、専門医療機関・地域包括支援センター等多職種との連携や認知症の特性を踏まえた身体管理について、かかりつけ医に対し助言ができるよう、認知症サポート医が知識・技術を習得することも求められます。
- また、顕著な周辺症状が現れている患者の緊急時対応にあたっては、老人性認知症専門医療事業は重要な役割を担っています。精神科夜間休日救急診療事業の利用も可能です。地域での解決が困難な事例については、同事業の活用を検討すべきです。
- 周辺症状の緊急時におけるかかりつけ医が果たす役割を明確にし、併せて地域の専門医療機関が加わったかかりつけ医のサポート体制を構築することが必要です。

【図15】



〔関係者の役割分担〕

- 周辺症状を発症した認知症の人に対する医療支援にかかわる主な関係者は、  
 ①本人・家族、②相談機関等関係者、③かかりつけ医、④専門医・専門医療機関・精神科病院、⑤行政に整理することができます。

関係者	担うべき役割
①本人・家族	緊急時に求められる対応 ・かかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や治療内容について話し合い、疑問点については説明を求めます。
	緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・もの忘れや生活上の失敗だけでなく、食事・睡眠・排泄の様子や本人の気分（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても目を配り、変化の兆しがあれば、早めにかかりつけ医・専門医療機関に相談します。 ・早めに地域の専門医療機関の外来を活用します。
②相談機関等関係者	緊急時に求められる対応 ・介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・緊急時の付き添いを担うこともあります。
	緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・介護者が不在などの場合において、外来時の付き添いを担うこともあります。 ・症状が安定していても、専門医療機関への定期受診を促します。
③かかりつけ医	緊急時に求められる対応 ・周辺症状の悪化の要因が、身体疾患によるものであるかどうかの判断を行います。 ・身体疾患が要因となっている場合は、身体疾患の治療・処置を行います。 ・身体疾患が要因ではないのであれば、本人の生活環境について検討し、変化等がある場合は、元の状態へ戻すよう助言をして経過を観察しますが、必要に応じて専門医療機関を紹介します。
	緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ・本人の身体疾患の管理・治療を適切に行います。 ・症状が軽症でも、対応が困難になる可能性が考えられる場合には、早期の段階から薬の使用についても検討します。 ・早めに地域の専門医療機関の外来を活用します。

④専門医・ 専門医療機関・ 精神科病院	緊急時に求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行います。</li> <li>・胃ろう等の医療処置が施されている患者であっても、積極的な身体疾患の治療が必要ない状態であれば、受け入れて周辺症状の治療を行います。</li> <li>・周辺症状の治療後は、本人の生活環境や介護者の介護力等を勘案した上で、在宅・療養病床・介護保険施設等への退院を促します。</li> </ul>
	緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の処方や家族等介護者支援についての助言を行います。</li> </ul>
⑤行政	緊急時に求められる対応 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 <ul style="list-style-type: none"> <li>・対応力向上研修や普及啓発活動を実施します。</li> <li>・連携ツールの普及・周知を図ります。</li> <li>・事例検討会等の実施・支援を行います。</li> </ul>



## 4 家族等介護者が一時的に介護できなくなった場合

### 〔基本的な考え方〕

- 家族等介護者が、疲弊などにより対応困難となっている場合は、緊急に、介護者に一時的な休養を取らせることが必要です。
- 緊急時を避けるためには、日ごろから、家族等介護者の心身の負担軽減を図ることが必要です。

### 〔課題〕

- 介護者の冠婚葬祭やけが等のために、認知症の人が、一時的に居宅で介護を受けることが困難になることがあります。
- また、介護者が疲弊すると、心のゆとりがなくなり、本人への適切な対応が困難となります。その結果として、周辺症状の悪化を引き起こすことがあり、それがさらに介護者の疲弊を招くという悪循環に陥ることがあります。このような場合には、緊急に、介護者に一時的な休養を取らせることが必要です。
- 認知症の人が、自宅において介護を受けることが一時的に困難となった場合の支援制度として、いわゆる「ショートステイ」（介護保険サービス）、「緊急ショートステイ事業」（区市町村事業）等の制度がありますが、それぞれ、事前の申込みが必要であったり、全ての区市町村が実施しているわけではないなど、必ずしも緊急時に使いやすいものとは限らないという問題があります。

### 〔求められる機能と対策〕

- 当部会では、認知症の人の認知症と身体症状の双方に応じた医療支援体制を検討項目としていますが、家族等介護者が一時的に介護できなくなった場合には、家族等介護者の介護に係る負担の軽減を図ることなど、医療支援以外の支援が強く求められます。
- そのため、求められる機能と対策の詳細については検討しませんが、例えば、介護者の疲弊が、介護者と認知症の本人に与える悪影響を認識し、制度の周知、運用方法の改善、整備・充実を図ることが重要だと考えられます。

- また、介護報酬改定により導入される「認知症行動・心理症状緊急対応加算（短期入所系サービス・グループホームでのショートステイ）」などの活用についても検討されるべきです。
  
- さらに、家族会や家族教室等を開催するなど、日ごろから介護者の心身の負担軽減を図ることも必要です。

## 第4章 高度認知症・終末期における考え方と対策

### 1 議論の進め方

#### 〔基本的な考え方〕

- 認知症であっても、本人が住み慣れた「暮らしの場」において生活・療養を継続し、最期を迎えることができるよう、看取りも視野に入れて医療的に支援することを目指します。

#### 〔課題〕

- 高度認知症では、認知症医療における課題は中等度認知症と同様ですが、本人が身体的不調を訴えることがより一層困難になります。また、身体状態も衰弱し、誤嚥性肺炎を繰り返すなど、身体医療の比重が増してきます。
- どこで最期を迎えるか、希望は様々ですが、特に、環境変化に弱い認知症の人は、これまでの「暮らしの場」において最期まで過ごすことが望ましいと考えられます。しかし、現状において、「暮らしの場」における看取りは一般的ではありません。
- そこで、この章では、「暮らしの場」における看取りも視野に入れた医療支援体制のあり方について、認知症の人に特有の課題と、その課題に応じた対応策を検討します。
- なお、この章における「暮らしの場」には、在宅（自宅、グループホーム、有料老人ホーム等）に加えて、自宅に近い環境である、介護保険施設（介護療養型医療施設を除く。）も含まれます。

## 2 認知症の人に対する看取りも視野に入れた医療支援とは

### 〔基本的な考え方〕

- 医療支援に関わる関係者が、終末期の状態像を共有していることが必要です。
- 本人の意思を可能な限り尊重し、不明の場合には家族の意向・希望を引き出し、尊重することが求められます。
- 認知症の人に対しては、特に、本人の心身の苦痛を緩和するための「認知症緩和ケア」や、「終末期リハビリテーション<sup>3)</sup>」が十分に行えるようになることが望まれます。
- また、療養・看取りに係る家族の負担軽減策を講じることも必要です。

### 〔課題〕

#### (1) 本人の意思・尊厳の尊重

- 条件が整えば最期まで暮らしの場で療養することは可能なケースがあるにも関わらず、このことは一般に広く知られていません。また、現状ではリビングウィルが一般に広く浸透していないため、本人の意思確認が困難な場合もあります。
- 本人の尊厳が最期まで守られるためには、「認知症緩和ケア」、「終末期リハビリテーション」の考えに基づいた、日常生活における基本的ケアの提供が不可欠であると考えられますが、医療関係者の間でも必ずしも認識が共通しているわけではありません。
- 本人が医療機関以外での療養・看取りを望んでいたとしても、家族がその意向を相談・表明する機会がなかったり、医療・介護の支援体制が確立されていないことから、実現できないケースがあります。

3 加齢や障害のために自立が期待できず、自分の力で身の保全をなしえない人々に対して、最期まで人間らしくあるように医療・看護・介護とともに行うリハビリテーション活動（大田仁史「終末期リハビリテーション」、荘道社、2002）

(2) 終末期

- 中等度と比較すると、本人自身の健康管理や意思表示はさらに困難となっているため、周囲の人が全て観察しなくてはなりません。しかし、状態変化が一層分かりにくくなっているため、気付いた時には重症化していることがあります。
- 終末期に至ると、数日から数週間の単位で身体状況が悪化し、最期を迎えることが多いですが、このような終末期の状態像については、医療支援にかかわる関係者間で必ずしも共有されていません。
- 高齢者の死因は、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患・肺炎が多く、認知症の人も同様と考えられますが、特に、認知症の人には、肺炎がおきやすいことも知られています。
- 本人の身体機能の低下に伴い、外来受診は次第に困難となりますが、訪問診療<sup>4</sup>や往診<sup>5</sup>が可能な医師は多くありません。
- また、一時的な症状の悪化と回復を繰り返すことが多いので、容態急変時に一般急性期病院において短期間入院し、経過を観察できるような体制も必要です。しかし、一般急性期病院では、積極的な治療を目的とした医療に主眼を置かれることが多く、終末期医療のあり方を踏まえ、在宅医療と連携した医療が提供されているとはいえません。
- また、物理的・人的な環境変化による症状の不必要な悪化を招かないためには、早期から地域の医療・介護・その他関係者（ボランティア等）が連携して対応に当たり、馴染みの関係を構築しておくことが重要です。ただし、必要とされる関係者はそれぞれのケースに応じて異なることから、早期からの多職種のかかわりは困難な場合もあります。
- 家族等介護者に対する予後の説明が不十分であると、家族は今後起こりうる変化についての見通しが立たないため、突発的な対応を迫られることとなり、心身の負担が大きくなります。また、本人・家族の気持ちに寄り添ったケアが不十分であると、家族・介護者等が看取り後に達成感を得られないことがあります。

---

4 訪問診療 在宅で療養している通院の困難な患者に対し、計画的な医学管理の下に、定期的に訪問して行う診療

5 往診 入院中以外の患者に対して、患家の求めに応じて赴き、緊急に行う診療

## 〔求められる機能と対策〕

- 認知症の人が最期まで暮らしの場で生活・療養を継続するためには、多くの人に見守られているという安心感の中で、医療やケアが一体となって提供される必要があります。
- 高度認知症になると意思を伝えることが困難となりますが、そのような状態であっても意思をもつ一人の人格であることを忘れてはなりません。高度・終末期であるからこそ、ケアを提供するスタッフは倫理的な態度で関わることが求められます。

### (1) 本人・家族

- 療養や看取りについて、医療関係者等と相談し、意向を明らかにすることが求められます。
- このためには、本人・家族が自分の意思を表明できるよう、リビングウィルなどについて周知することが必要です。

### (2) 医療関係者

#### (a) かかりつけ医

- ・ 早期の段階から認知症の人に対する診療にかかわっており、生活の場に訪問診療・往診できることが必要です。
- ・ 高度認知症・終末期の状態像を把握しており、家族等介護者に対して十分な説明ができること、想定される事態を踏まえて、選択肢を示しながらよく話し合えることが求められます。
- ・ また、終末期の開始を見極め、看取りの態勢を整えることが求められます。

#### (b) 訪問看護ステーション

- ・ 24時間体制で対応できることが必須です。
- ・ 今後起こりうる身体状態の変化に対しても予測的に対応し、「認知症緩和ケア」や「終末期リハビリテーション」を十分に行えるようになることが望まれます。
- ・ また、高度認知症・終末期の状態像を把握し、現在の状況や起こりうる変化に対しての説明を行うことなどを通じて、家族等介護者に対するケアを行うことが求められます。

(c) 一般急性期病院・療養病床

- ・ 容態急変時や、終末期において一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合、かかりつけ医等と連携し、本人・家族の意思も尊重しながら、暮らしの場に戻ることを目標に、入院治療・経過観察を行うことが必要です。
  - ・ 療養病床においても、暮らしの場に戻ることを目標に、入院治療・経過観察を行うなど機能充実を進め、容態急変時や、終末期において一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合の対応を含めて、医療の一環を担うことが期待されます。
- このような機能を果たすためには、一般急性期病院等に対し、終末期医療のあり方を踏まえた在宅医療と連携した医療の提供について普及啓発を図る必要があります。
- さらに、今後、医療関係者に対し「認知症緩和ケア」や「終末期リハビリテーション」の意義について周知し、ケアやリハビリテーションのあり方が深められることを期待します。

(3) 介護関係者

- 褥瘡や肺炎、拘縮などを防ぐためにも、日常生活における基本的ケアを十分にすることが求められます。
- さらに、地域包括支援センターやケアマネジャーなど相談機関等関係者は、身体医療の比重が高まるなどの状況の変化に伴う、家族等介護者からの相談に対応できることが必要です。

(4) その他

- 暮らしの場での生活を24時間支えるためには、本人や家族等介護者の状況に応じて、ボランティア、家族会、近隣の人などの協力も必要になります。
- なお、医療関係者のいる介護保険施設（介護療養型医療施設を除く。）においては、当該施設の医療関係者が、地域の医療資源も活用しながら、上記の役割を果たすことが求められます。
- 医療関係者のみならず、介護関係者・その他関係者に対しても、「認知症緩和ケア」や「終末期リハビリテーション」の考え方を普及することが求められます。

〔関係者の役割分担〕

- 高度認知症・終末期における、認知症の人に対する医療支援にかかわる主な関係者は、①本人・家族、②相談機関等関係者、③介護従事者、④かかりつけ医、⑤訪問看護ステーション、⑥一般急性期病院・療養病床、⑦行政、⑧その他に整理することができます。

関係者	担うべき役割
①本人・家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療関係者と相談し、高度認知症・終末期の状態像について理解します。</li> <li>・療養や看取りについて、医療関係者と相談し、意向を明らかにします。</li> </ul>
②相談機関等関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体医療の比重が高まるなど、状況の変化に伴う家族等介護者からの相談に対応します。</li> </ul>
③介護従事者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活における基本的なケアを十分に行います。</li> </ul>
④かかりつけ医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期の段階から認知症の人に対する診療に関わるとともに、生活の場へ訪問診療・往診します。</li> <li>・高度認知症・終末期の状態像を把握し、家族等介護者に対して十分な説明を行います。</li> <li>・身体状態の悪化など想定される事態を踏まえて、選択肢を示しながら家族等介護者と十分に話し合います。</li> <li>・終末期の開始を見極め、看取りの態勢を整えます。</li> <li>・容態急変時や、終末期において一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合には、一般急性期病院等と連携します。</li> </ul>
⑤訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間体制で対応します。</li> <li>・高度認知症・終末期の状態像を把握し、現在の状況や起こりうる変化に対する説明を行うことなどを通じて、家族等介護者に対するケアを行います。</li> <li>・「認知症緩和ケア」「終末期リハビリテーション」を行うことが望まれます。</li> </ul>
⑥一般急性期病院・療養病床	<ul style="list-style-type: none"> <li>・容態急変時や、終末期において一時的に治療を施すことで苦痛の軽減が予測される場合には、かかりつけ医等と連携し、本人・家族の意思も尊重しながら、暮らしの場に戻ることを目標に、短期間の入院治療・経過観察を行います。</li> </ul>
⑦行政	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リビングウィルや認知症緩和ケア、終末期リハビリテーションの意義について周知します。</li> </ul>
⑧その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じ、本人・家族等介護者を支援します。</li> </ul>



# 参 考 资 料

## 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会 開催状況

### 【検討項目】

認知症の人の、認知症と身体症状双方の症状に応じた切れ目のない医療支援体制

回	開催年月日	主な検討事項
1	平成19年 8月 1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現状の把握</li> <li>・今後の検討の進め方について</li> <li>・認知症専門医療機関実態調査の実施について</li> </ul>
2	平成19年10月 4日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MCI・軽度で必要とされる医療について</li> </ul>
3	平成19年12月 4日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・MCI・軽度で必要とされる医療について</li> <li>・認知症専門医療機関実態調査（骨子案）について</li> </ul>
4	平成20年 2月 5日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中等度で必要とされる医療について</li> <li>・認知症専門医療機関実態調査報告（最終案）について</li> </ul>
5	平成20年 4月30日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中等度で必要とされる医療について</li> </ul>
6	平成20年 6月24日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中等度で必要とされる医療について</li> </ul>
7	平成20年 8月25日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中等度で必要とされる医療について</li> </ul>
8	平成20年10月20日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中等度で必要とされる医療について</li> <li>・高度・終末期で必要とされる医療について</li> </ul>
9	平成21年 1月14日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度・終末期で必要とされる医療について</li> </ul>
10	平成21年 3月11日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度・終末期で必要とされる医療について</li> <li>・医療支援部会報告書（仮称）素案について</li> </ul>

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」委員・幹事名簿

委員

部会長

区分	氏名	所属・役職名
経 験 者 学 識	新井 平伊	順天堂大学医学部教授
	繁田 雅弘	首都大学東京健康福祉学部学部長
医 療 関 係 者	秋山 正子	東京訪問看護ステーション協議会 (株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション所長)
	安藤 高夫	社団法人東京都医師会理事
	桑田 美代子	社団法人東京都看護協会 (医療法人社団慶成会 青梅慶友病院看護介護開発室長・老人看護専門看護師)
	玉木 一弘	社団法人東京都医師会理事
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会副会長
者 業 護 介	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会副理事長 (社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
代 家 表 族	村松 啓子	多摩市認知症家族会いこいの会代表
行 政 関 係 者	神子 武己	武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課長(平成20年4月1日から)
	比留間 毅浩	武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課長(平成20年3月31日まで)
	水村 純子	杉並区地域包括支援センターケア24久我山 センター長(平成20年8月31日まで) 北区みずべの苑地域包括支援センター センター長(平成20年9月1日から)

各区分において50音順

幹事

氏名	所属
吉田 勝	福祉保健局医療政策部副参事(医療改革推進担当)(平成20年3月31日まで)
櫻井 幸枝	福祉保健局医療政策部副参事(医療改革推進担当)(平成20年4月1日から)
中村 雄	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
高木 真一	福祉保健局高齢社会対策部計画課長(平成20年3月31日まで)
小室 明子	福祉保健局高齢社会対策部計画課長(平成20年4月1日から)
村田 由佳	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長(平成20年3月31日まで)
坂本 博文	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長(平成20年4月1日から)

# 認知症対策推進事業実施要綱

19 福保高在第 107 号  
平成 19 年 6 月 14 日

## 第 1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

## 第 2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第 5 に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

## 第 3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 認知症に関する普及啓発

## 第 4 東京都認知症対策推進会議の設置

### 1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

### 2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

### 3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する 20 名以内の委員で構成する。

#### 4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

#### 5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

#### 6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

#### 7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年とする、ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

#### 8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

#### 9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

#### 10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。
- (2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。

(3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

#### 11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

#### 12 委員等への謝礼の支払い

(1) 3、7(3)及び(5)に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。

(2) 6(2)及び9(2)に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

#### 13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

#### 14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

### 第5 認知症に関する普及啓発

#### 1 目的及び内容

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則(平成19年6月14日19福保高在第107号)

1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。

2 認知症理解普及促進事業実施要綱(平成18年6月12日付18福保高在第161号)は廃止する。