

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会(第1回)

次 第

東京都庁第一本庁舎 4 2 階北側 特別会議室C
平成19年8月1日(水) 午後5時00分から

1. 開 会
2. 部会長・副部会長の選任
3. 議 題
 - (1) 認知症対策の総合的な推進に向けて
 - (2) 認知症専門医療機関実態調査について
 - (3) 「認知症の医療」に寄せられる不安と期待について
 - (4) 今後の検討の進め方について
4. 閉 会

[配付資料]

認知症対策推進事業実施要綱

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会委員名簿

(資料1) 認知症対策の総合的な推進に向けて

(資料1-(1)) 「認知症地域医療支援事業」について

(資料1-(2)) 「老人性認知症専門医療事業」について

(資料2) 認知症専門医療機関実態調査について

(資料2-(1)) 認知症実態調査の概要

(資料3) 認知症の医療に寄せられる不安と期待について

(資料3-(1)) 認知症の経過と医療依存度

(資料4) 今後の検討の進め方について

(参考資料1) データから見た認知症の現状

(参考資料2) 「認知症高齢者を地域で支える東京会議」について

(参考資料3) 認知症に関する医療資源等の状況

(参考資料4) 総合的な認知症対策に向けた平成19年度の東京都の事業について

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。

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」委員名簿

区分	氏名	所属・役職名
学識 経験者	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
事業 介護者	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)
代表 家族	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	比留間 毅 浩	武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課長
	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

各区分において50音順

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」幹事名簿

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)
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
村田 由佳	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

認知症対策の総合的な推進に向けて

目 標
「認知症になっても認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」を推進する

当面の課題

- ◆ 認知症に対する関心は高まってきたが、理解の程度は様々
認知症に対する正しい理解の促進は今後とも課題
- ◆ 高齢者人口の急速な増加
◆ 認知症高齢者の半数以上が居宅で生活
◆ 高齢者の独居・夫婦のみ世帯の増加
認知症特有の生活障害を踏まえた介護を
- ◆ 早期発見に向けた「かかりつけ医研修」は始まったばかり
◆ 認知症にかかる都内の医療資源（医療機関・人材）の状況が不明
◆ 急速な高齢化、早期発見・早期診断の促進により、認知症の人に
症状に応じた医療支援体制が不明

普及啓発活動の継続

「面的」仕組みづくりの具体化

症状に応じた医療支援体制の検討

認知症対策の総合的な推進

■ **東京都認知症対策推進会議の設置**
18年度の東京会議の成果も踏まえ、認知症の人に対する具体的な支援体制への構築へと取組を前進させるため、中長期的な認知症対策を様々な角度から検討
○ 「面的」仕組みづくりの具体化、医療支援体制のあり方、区市町村に対する検討成果普及策の検討
○ 認知症実態調査への助言・調査結果の検証・反映 等

「面的」仕組みづくりの具体化

■ **検討の方向**
東京の強みを生かす
＝「今ある資源を育てて活用」
＋「新たな資源を生み出し活用」
⇒東京の弱みを克服

行政や医療・介護等事業者（専門職）の適切な関与

認知症の人と家族を支える
東京発「大都市モデル」の構築へ
(⇒すべての人が安心して暮らせるまちへ)

症状に応じた医療支援体制の検討

■ 「認知症の人の医療」において指摘されている課題

- ・ 認知症の疑いや不安を持った際の相談先や受診までの仕組みが不明
- ・ 認知症と診断後の「かかりつけ医」や「専門医療機関」（認知症専門医）との連携が不明
- ・ 周辺症状の頻発・重症化など、認知症の症状に応じた認知症医療の提供が必要
- ・ 認知症の人が身体疾患を発症した際の身体に対する医療の提供も重要

■ **東京の特性**

- ・ 医療機関、医師、看護師等の医療人材など、医療資源は全国的に見ても豊富
- ・ 医療人材を育成する育育機関等が数多く存在
- ・ 交通網の発達により、医療機関へのアクセスが地方に比べて容易

■ **検討の方向**
医療資源の把握と共有化、医療従事者の役割分担の明確化と連携を推進

認知症への生活支援

ケア --- 医療

本人・家族

認知症への正しい理解

認知症・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」の構築へ

認知症実態調査の実施 認知症高齢者生活実態調査 ・ 認知症専門医療機関実態調査 ・ 若年性認知症生活実態調査

認知症地域医療支援事業について

資料1-(1)

認知症の対応に習熟した医師を対象に、かかりつけ医に対するサポートの仕方、かかりつけ医に対する研修の講義方法等について研修を行うとともに、かかりつけ医に対する認知症対応力の向上を目的とした研修を行い、地域における認知症高齢者に対する支援の充実を図る。

○認知症サポート医の役割

- 1 かかりつけ医に対する認知症診断等に関する助言・相談
→かかりつけ医の認知症対応力の向上
- 2 「かかりつけ医(主治医)認知症対応力向上研修」での研修内容の企画や講師役
- 3 専門医療機関、地域包括支援センター、地区医師会等との連携
→地域における認知症の早期発見

認知症サポート医

研修実施

○認知症サポート医のイメージ

- 1 「かかりつけ医」として、地域において在宅医療に従事している
- 2 在宅医療を通して、専門医療機関、ケアマネージャー、介護サービス事業者、訪問看護ステーション等と連携を行い、関係機関とのネットワークを構築し、活用している
- 3 認知症の診断経験が多く、生活上

認知症サポート医養成研修(国庫補助事業)(H17~)

地域において在宅医療に従事し、認知症の対応に習熟している医師等を対象として、かかりつけ医(主治医)への助言等の支援を行う認知症サポート医を養成する。

○研修内容

- ・「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の企画立案に必要な知識及び効果的な教育技術
- ・認知症高齢者を支えるために必要な介護分野の知識、関係機関との連携のために必要な知識・技術

○事業展開

- ・平成18、19年の2年間で、各区市町村に1~2名程度のサポート医を養成
- ・18年度までに54名のサポート医を養成、19年度は57名

○専門医療機関

診断・周辺状況への対応

・認知症高齢者
・認知症が疑われる高齢者及びその家族

- ・正しい知識の普及
- ・早期発見
- ・専門医への受診紹介、

研修講師

かかりつけ医(主治医)

日常的に高齢者やその家族と接するかかりつけ医(主治医)を対象に、認知症の早期発見・早期対応の重要性を理解し、地域の中で家族と共に高齢者本人を支えていくための対応力向上を図るための研修を行う。

○研修内容

- ・認知症に関する知識
- ・認知症に関する診断
- ・認知症に関する治療とケア
- ・介護保険サービスとの連携、家族・介護者への支援 等

○事業展開

- ・平成18年度以降、地区医師会を単位として、のべ5,000人程度の研修受講を目標
- ・18年度はのべ23回(727名)の研修を開催。19年度はのべ48回(1,920名)の研修

○関係機関

- ・地域包括支援センター
- ・ケアマネージャー
- ・介護サービス事業者

かかりつけ医(主治医)

研修実施

連携

相談・受診紹介

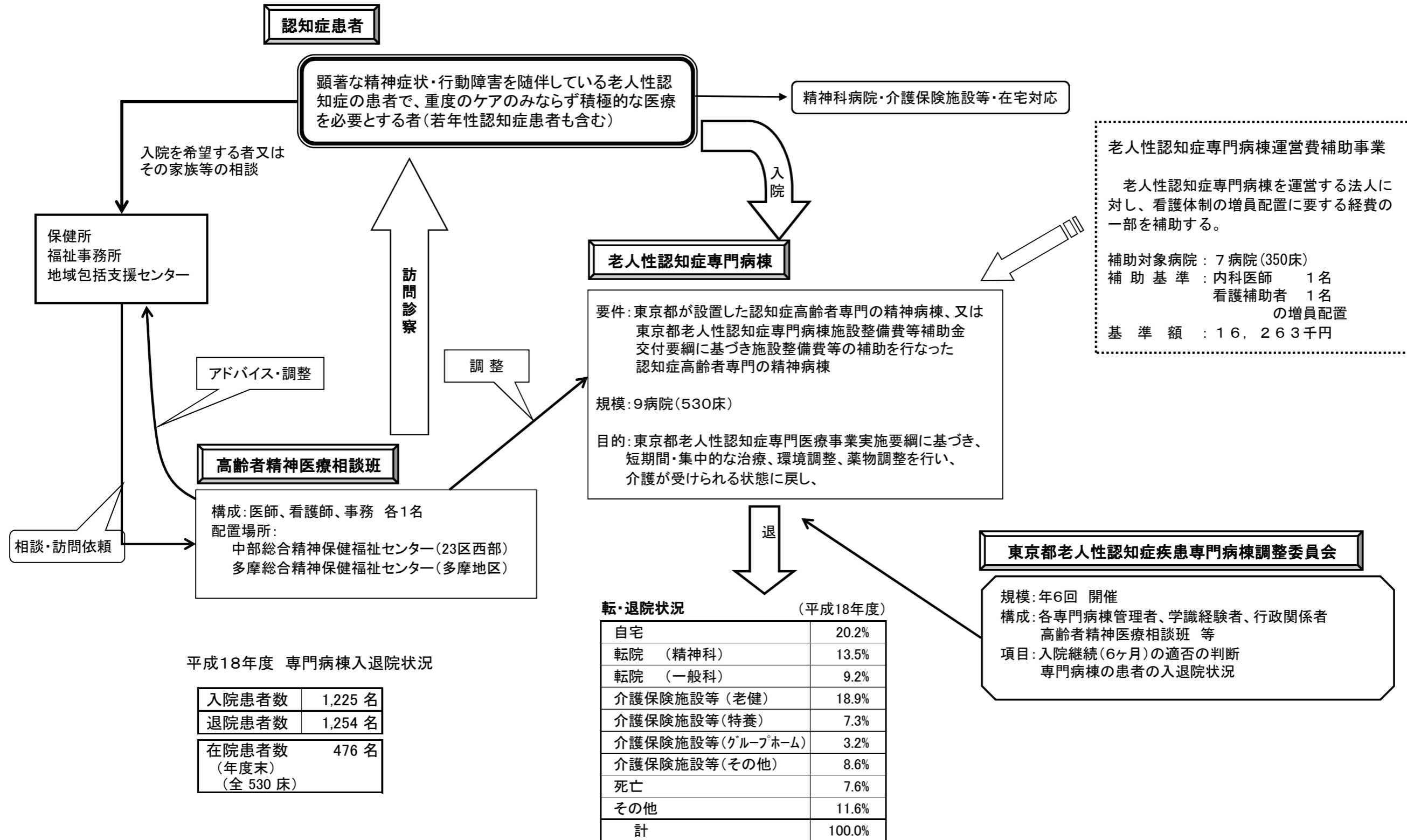
助言・相談

連携

相談・支援

連携

東京都老人性認知症専門医療事業について



認知症専門医療機関実態調査について

1. 調査対象

病院 全数を対象とする(約670病院)

診療所 一般診療所(約12,000診療所)のうち、認知症に関連する学会(日本老年医学会、日本老年精神医学会、日本神経学会)の所属医師がいるものを対象とする。

2. 調査目的(何を知りたいのか)

○かかりつけ医、認知症サポート医との連携

かかりつけ医と認知症サポート医は、認知症の早期発見(気付き)、認知症に対する疑いを持つという役割を担う。

⇒どこで診断が出来、周辺症状への対応ができるのか、を明らかにしたい。

○様々な認知症への対応

アルツハイマー病や脳血管性認知症に関しては、認知症の診断を行っている医療機関ではほぼ受診可能。

⇒レビー小体病、ピック病への対応、さらには若年性認知症の方への対応が可能か、を明らかにしたい。

○身体合併症への対応

合併症を発症した場合の精神科等からその他医科への紹介、反対に精神科等以外の医科を受診している者が認知症を発症した場合の連携の実態が不明である。

⇒合併症の場合の精神科等とその他の医科との連携の実態を明らかにし、リスト化したい。

3. 調査内容

●認知症の治療についての設問

(1) 認知症の診断が可能か

- └ 様々な認知症に対する鑑別と原因疾患に応じた対応は可能か。
(アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体病、ピック病、治療可能な認知症・・・)
- └ どこまで診る事ができるか。
(診断、治療、介護支援)
- └ 若年性の診断も可能か(原因疾患ごとに) ----- (患者紹介) -----> 若年性認知症生活実態調査

(2) 診療科目は

専門外来の有無は

(3) 普段行っている検査方法は

(医療機器(CT, MRI, SPECT・・・)、その他)

(4) 処方、治療の形態は

- ① 外来のみ
- ② 入院も可
 - └ 病床区分
 - └ 施設基準
 - └ 介護保険適用の有無
 - └ 病床の利用状況
- ③ 他院を紹介
- ④ その他()

(5) 受診の形態は

- ① 飛び込み可
- ② 要予約(受診までの期間)

(6) 周辺症状への対応は

- ① 外来のみ
- ② 入院も可
- ③ 他院を紹介
- ④ その他()

(7) 患者数(一定期間を調査対象とする)

- ① 外来
 - └ 一定期間内の概ねの外来患者数
 - └ 外来患者数のうち、軽度・中等度・高度の占める割合
- ② 入院延患者数(病床区分別)

(8) 認知症の診察を行う医師の数

- └ 常勤・非常勤別
- └ 主な診療科が複数ある場合は診療科別

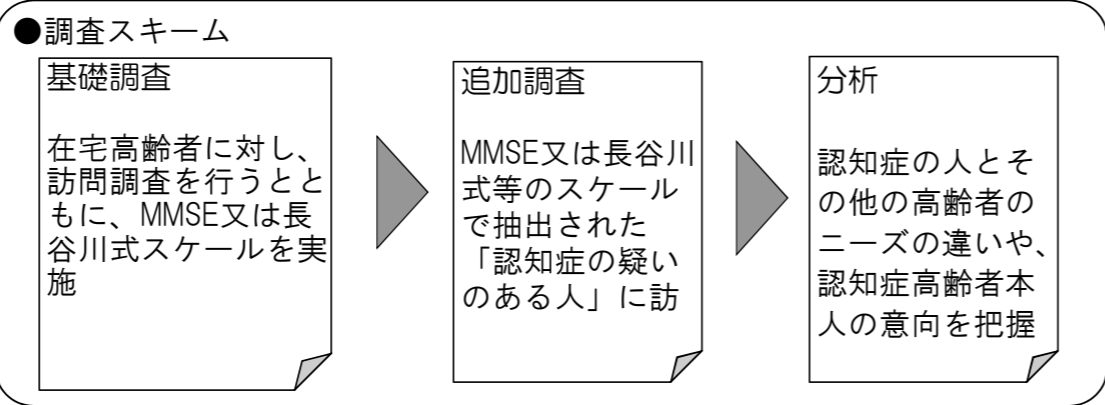
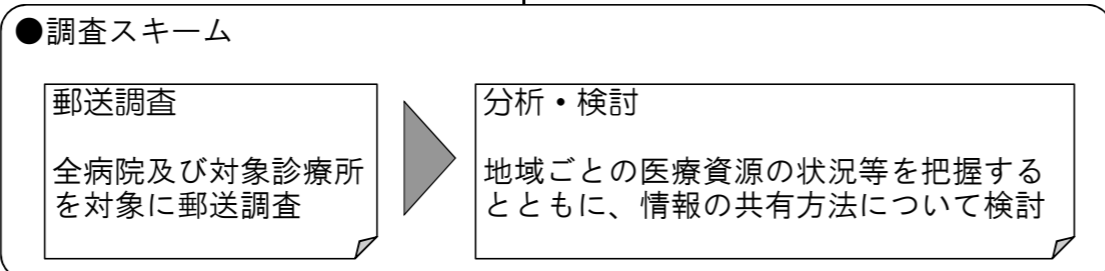
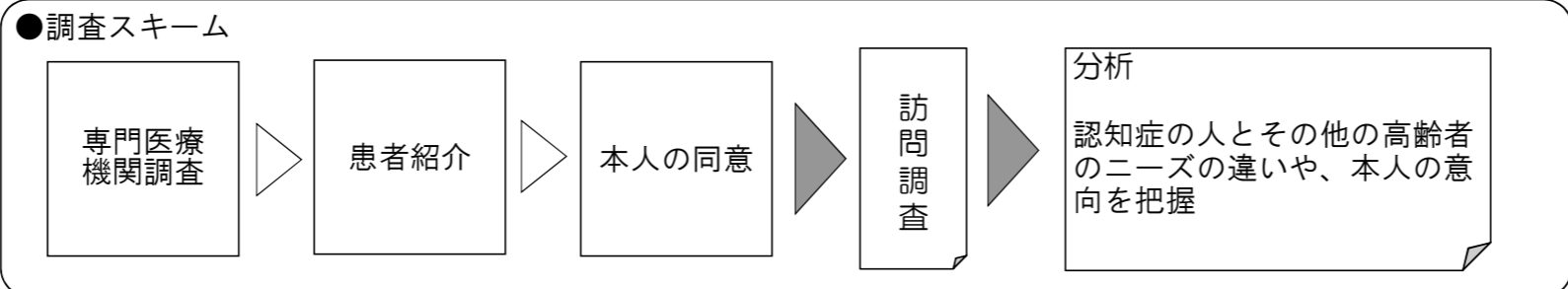
(9) 認知症の診療に関わるその他の専門職(種別・人数)

●身体合併症についての設問

○合併症の場合の対応は

- ① 外来のみ
- ② 入院も可
- ③ 他院を紹介
- ④ その他

認知症実態調査の概要について

調査名	対象	概要	項目案
認知症高齢者生活実態調査	在宅高齢者及び家族（介護者）	<p>認知症の疑いの有無、活用している社会資源、生活上の不安、希望等について訪問調査を行い、本人及び家族のニーズを把握する。</p> <p>●調査スキーム</p> 	<p>認知症高齢者の状態はどうなっているか 基本属性、既往歴、世帯の状況、住まい等 早期気づき、受診するためには何が必要か 認知症に気づいた時期、気づいてから受診までの期間、気づいた症状 受診先、診断時の進行程度、告知の状況、受診する際に困った点 等 認知症の人本人が地域で継続して暮らすために何が必要か 日常生活状況（ADL）、家の中での事故、不安、趣味・関心、外出度 あるもの・こと、介護保険サービスの利用状況、インフォーマルサービスの利用状況、その他社会資源の利用状況、経済状況、周囲との関わり 介護する上で問題となる点は何か 主たる介護者の属性、介護状況（内容・時間帯）、介護者が必要とする支援、介護者の相談先</p>
認知症専門医療機関実態調査	<ul style="list-style-type: none"> ・都内全病院（約670） ・認知症関連学会（日本老年精神医学会・日本老年医学会・日本神経学会）所属医師の勤務する一般診療所 	<p>認知症の診断の可否・入院の可否、主な検査方法、合併症対応の可否等について調査を行い、都内医療資源の状況を把握する。</p> <p>●調査スキーム</p> 	<p>認知症の治療について 診断可能な原因疾患、家族へのアドバイスの有無、診療科目・専門外来の有無、実施している検査、受診形態、周辺症状への対応の程度、入院・外来患者数、医師数 身体合併症の治療について どの程度対応可能か（外来・入院・他院紹介・その他）</p>
若年性認知症生活実態調査	若年性認知症本人及び家族（介護者）	<p>活用している社会資源、生活上の不安、希望、経済状況等について訪問調査を行い、本人及び介護者のニーズと認知症高齢者との違いを把握する。</p> <p>●調査スキーム</p> 	<p>認知症高齢者生活実態調査項目に加え、 経済状況（ローンの有無）、就業状況、希望する将来の過ごし方</p>

「認知症の医療」に寄せられる不安と期待について

疑いから受診まで

- 認知症が疑われたとき、家族がまず相談先として思い浮かべるのは、医療機関である。
- 相談窓口がリストアップされていないので、どこに相談に行けばいいのかわからない。
- 高齢者はかかりつけ医をもっていることが多い。認知症について疑わしいと思ったときに、診断してくれるか、診断できるところを紹介してくれるといいのだが。
- 本人が嫌がる場合にどのように受診に繋げていくかが課題。このようなケースでは、保健所が果たしている役割も大きいのでは。
- 受診先についての情報がなく、自分たちで探している状況。認知症の医療はこれからの分野だと思う。

診断の際

- かかりつけ医が目的を明確にせずに、専門医療機関にかかるように言う場合がある。
- きちんと診断できる医師が少ない。
- 精神科にかかるだけならそれほどでもないが、専門医の診断を受けようとする、2ヶ月程度の予約待ちはよくある。
- 神経内科クリニックが診断を行っている場合もある。雰囲気も大病院とは違うので、本人・家族の負担も少ない。

診断後

- 家族が医師に介護の苦勞を強く訴えると、認知症に対する理解が少ない医師は、薬を過剰投与してしまう。
- 認知症についての今後の見通し、治療方針を示してくれる医師は少ない。
- 何のために通院しているのかわからないと、医療機関に行って帰ってくるだけになってしまう。
- 医療に何を求めるのか明確にしておくのは、家族の側に与えられた課題であろう。
- 認知症は、内科医でも十分対応可能な場合も多いと思う。

医療連携について

- 最近では、疑いがある場合に地域包括支援センターに電話をするように本人や家族を説得し、電話がかかってくる旨を地域包括支援センターに知らせてくれる開業医もいる。この場合、早期に地域包括支援センターを通じたケアと専門医療機関への受診を組み合わせることができる。

周辺症状が激しい場合

- 対応できる医療機関は限られている。
- 介護体験を活かして、入院を考えた受診をすべきかどうか助言している。家族は、本人の状況を第一に考えて、受診について判断すべきであること、場合によっては長期入院の可能性もあること等「かかり方」について良く理解しておくことが必要。また、家族を導いていける人、適切なアドバイスができる人も必要。
- 周辺症状が激しい時期に誰も受け入れてくれない。この時期が一番医療も介護も必要な時期なのに。激しい周辺症状は、病気など身体的な不調からくることが多いが、周辺症状を理由に医療機関からは断られてしまうし、身体的不調を理由に介護サービスからもはじかれてしまう。

入院時の医療

- 入院を受け付ける医療機関は、何のために入院するのかきちんと説明するようになってきた。その一方で、療養型の病院で拘束している例もあった。医療機関によって格差がある。

在宅での医療

- 糖尿病などの身体疾患を有しており医学的管理が必要な場合や、ヘルパーは家に入れませんが、医師から派遣された看護師だと言うと受け入れてもらえる場合には訪問看護が有効。
- 服薬管理が難しいケースでは、訪問介護等を組み合わせてから処方するという対応を取ることもある。

身体合併症発症時

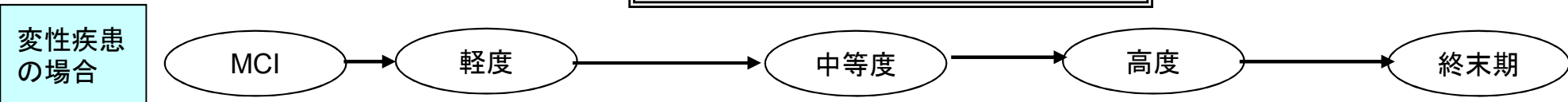
- 一般急性期の医療機関にかかったことがあるが、本人に対する接し方が、認知症を診ている医療機関とは違った。看護師の認知症に対する理解度が違うと感じる。
- 認知症であることを理由に身体合併症の治療を断られることはよくある。
- 夜間は、救急車を使わないとどこも受け入れてくれない。
- 医療機関が、身体合併症患者の受け入れの必要性についてよく理解していないと、受け入れは進まない。
- 糖尿病、心疾患など重い症状の場合もあるが、需要が多いのは入院が必要な程度の脱水等、短期入院が必要な場合ではないか。

終末期

- 終末期となると、精神科医ではなく、内科医等との付き合いになる。

認知症の経過と医療依存度

資料3-(1)



認知症(疑い含む)に関する相談(受診先等)

診察&検査&診断→治療方針&生活支援方針の組み立て→症状の進行に合わせて随時見直し

認知症医療

抑うつ症状
いらいら感
性格変化

他の疾患の鑑別→疾患に応じた治療

告知→生活方針、医療側との意識共有

中核症状の進行抑制(塩酸ドネペジル)

抑うつ・不眠・食欲低下等の治療

中核症状

記憶障害、見当識障害の進行(短期記憶から)

趣味・日課への興味の薄れ

家事の失敗

周辺症状

もの盗られ妄想・嫉妬妄想・抑うつ・不安から来る身体的不調の訴え等の精神症状

中核症状

記憶障害の進行

会話能力の低下(理解力の低下)

基本的ADL(着脱衣、入浴)での部分的介助

慣れた道で迷うなど、失認、場所見当識障害

周辺症状

徘徊・多動・攻撃的言動・異食等の行動障害、妄想・幻覚・せん妄等の顕著化

向精神薬の投与など適切な薬物療法による、激しい周辺症状への対応

薬物療法による副作用の除去

中核症状

会話能力の喪失

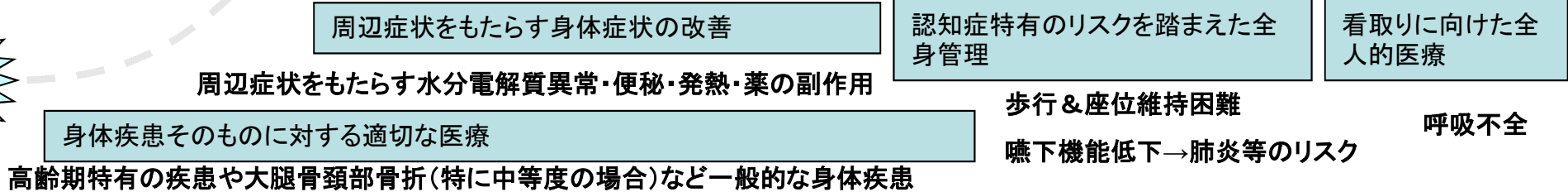
基本的ADL能力の喪失・失禁

覚醒・睡眠リズム不明確化

認知症に関する医療依存度

身体医療

身体に関する医療依存度



今後の検討の進め方について

検討スキーム

東京都認知症対策推進会議

18年度の「認知症高齢者を地域で支える東京会議」の成果を踏まえ、中長期的な施策を検討

- 各部会からの報告を踏まえた検証、区市町村への成果普及の検討
- 認知症実態調査に対する意見・助言等、調査結果の検証・施策への反映

報告
助言

仕組み部会～面的仕組みづくりの具体化

【検討項目】地域における生活支援の仕組みづくりなどについて、専門的かつ具体的に検討

- 「認知症生活支援モデル事業」の進行管理、検証
- 広域的対応を要する課題の検討
- 全都的に広めるための方策の検討

【検討期間】平成19年度～21年度（3年間）

【委員構成】学識経験者、介護事業者、家族代表、行政関係者等10名程度

連動
検証

認知症生活支援 モデル事業

- ・認知症地域資源ネット
ワークモデル事業
- ・認知症支援拠点モデル
事業

反映

医療支援部会～症状に応じた医療支援体制の検討

【検討項目】認知症の人の、認知症・身体症状双方の症状に応じた医療支援体制について検討

- 専門医療機関のリスト化、情報共有の方法
- かかりつけ医と専門医・医療機関（身体疾患含む）、認知症サポート医の活用策や
連携のあり方
- かかりつけ医認知症対応力向上研修の検証

【検討期間】平成19年度～20年度（2年間）

【委員構成】学識経験者、医療関係者、家族代表、行政関係者等10名程度

反映

反映

認知症高齢者生活実態調査

若年性認知症生活実態調査

認知症専門医療機関実態調査

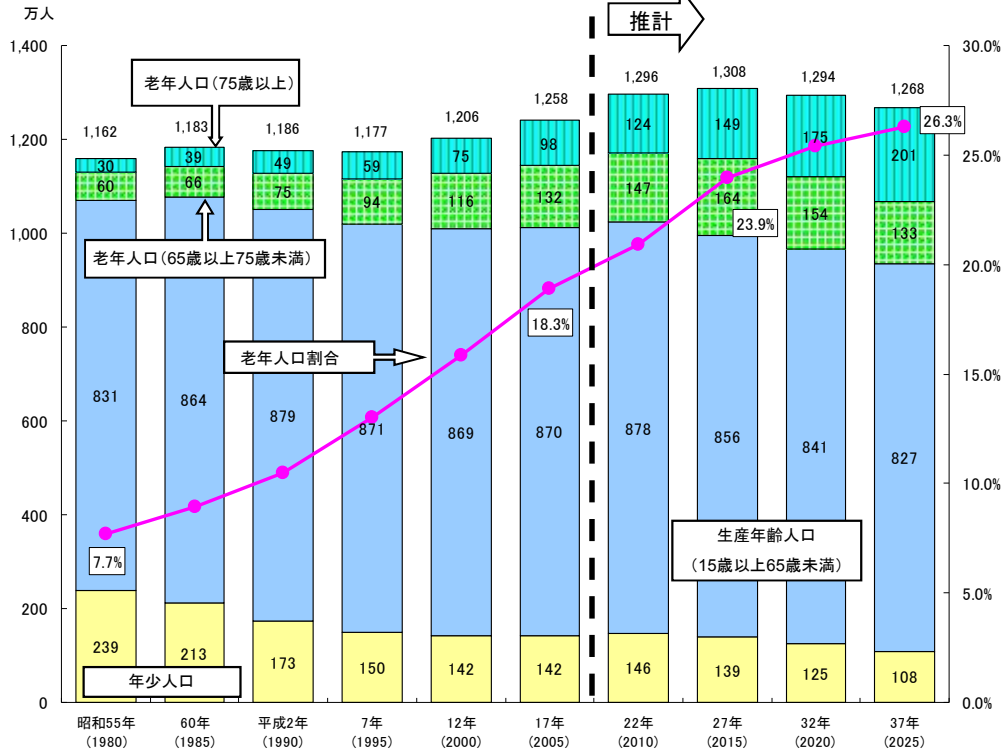
スケジュール案

	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
認知症対策推進会議	①7/17		9/13 シンポジウム		②				③
医療支援部会		①8/1	・検討の進め方 ・調査の概要	②	・MCI～軽度 ・調査報告書骨子	③	・中等度 ・専門医療機関リスト	④	・高度 ・調査報告
専門医療機関 実態調査		○項目決定	← 調査実施 →		集計・分析	報告(1)	報告(2)		

都内高齢者人口の推移

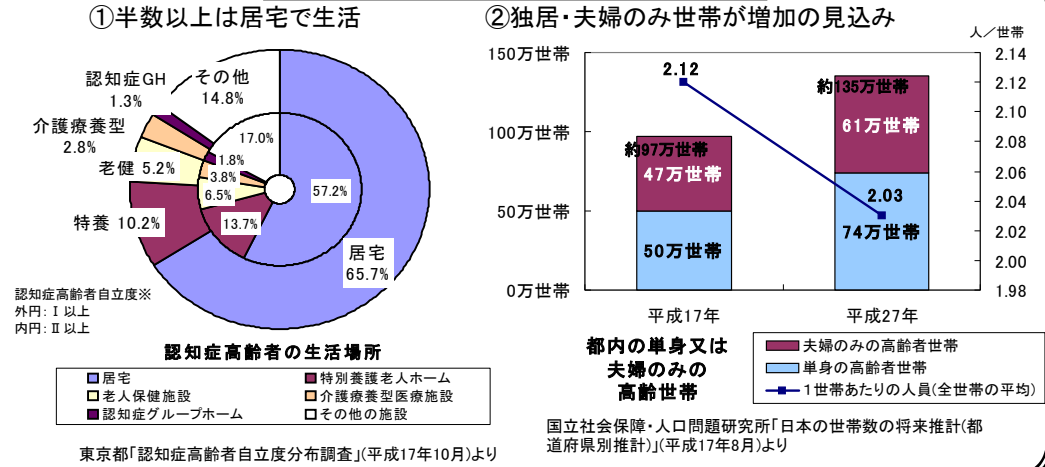
データから見た認知症の現状

- 団塊の世代の高齢化等により、「4人に1人が65歳以上」の時代が到来
- 今後10年で高齢者が約83万人増加
- 2020年には、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回る見込み

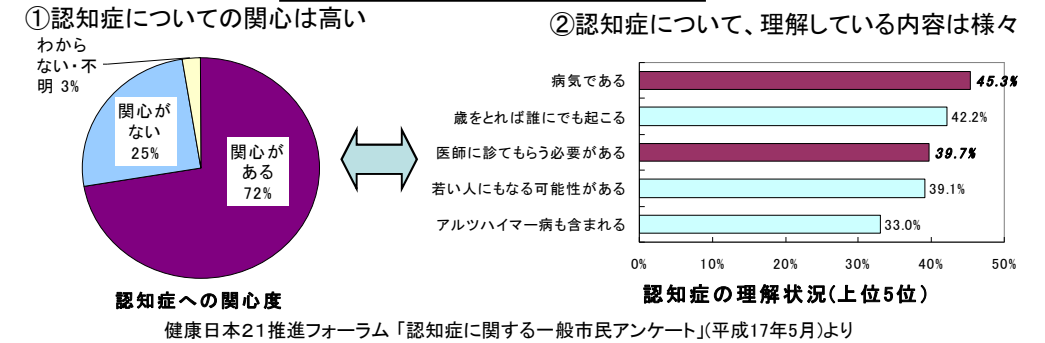


資料: 昭和55年から平成17年 総務省「国勢調査」
平成22年以降 東京都総務局「東京都区市町村別人口の予測」平成19年3月

都内認知症高齢者の住まい方



認知症に関する意識



認知症高齢者の人数

- 何らかの認知症の症状がある高齢者は、都内に **約23万人** (65歳以上人口の約10.8%)
- 見守りまたは支援の必要な認知症高齢者は、都内に **約16万人**

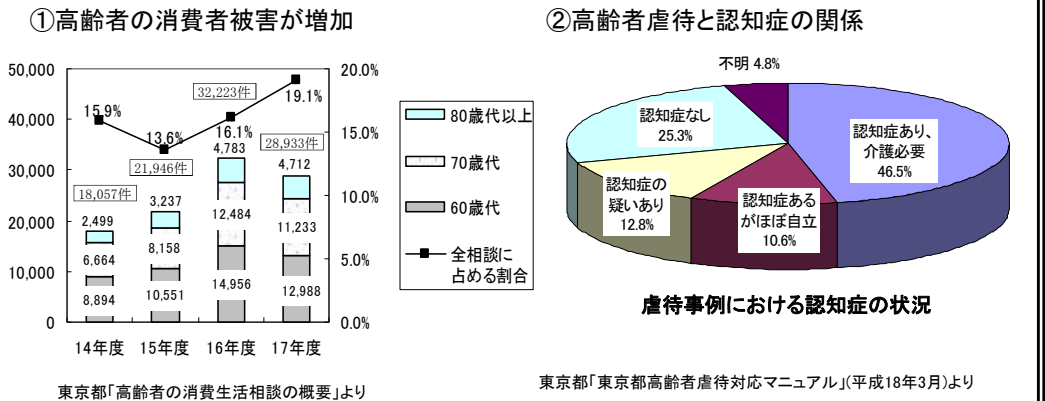
年齢階層	認知症高齢者の日常生活自立度※			
	自立	I	II以上	合計
～64歳	7,172人	2,223人	4,824人	14,219人
65歳～74歳	31,683人	14,049人	22,257人	67,989人
75歳～	81,775人	63,135人	135,171人	280,081人
合計	120,630人	79,407人	162,252人	362,289人

※「認知症高齢者自立度」
認知症高齢者の日常生活に関する自立度の判定基準となるもの(ランクはIからMまで)
I: 何らかの認知症の症状を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
II: 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる

認知症高齢者の推計(都内)

東京都「認知症高齢者自立度分布調査」(平成16年12月)より

生活上のリスク



東京都「東京都高齢者虐待対応マニュアル」(平成18年3月)より

「認知症高齢者を地域で支える東京会議」について

設置目的

- ・ 認知症に対する都民の正しい理解の促進
- ・ 地域の様々な社会資源が連携して認知症の人や家族を支える仕組みづくりの検討・促進

会議概要

- 設 置 平成18年7月10日（延べ4回開催）
- 委員構成 議長 長嶋紀一 日本大学文理学部教授
学識経験者、都民代表、生活関連事業者、行政関係者等 全30名

取 組

認知症を取り巻く課題

- 認知症への関心は高いが、とらえ方は様々
- 世帯の規模はますます小さくなり、単身や夫婦のみの高齢世帯が増加するため、家族による介護はより困難に
- 詐欺・悪質商法、虐待など、様々なリスクから守る方策が必要
- 認知症の本人が意図せずに、事件・事故等の当事者になってしまう例が少なくな

認知症による生活障害の特徴

- 記憶障害や見当識障害により、やろうとしていたこと、いる場所等がふいに分からなくなる
- 多くが進行性であることにより、昨日できていたことが今日できるとは限らない
- 理解・判断力の低下などにより、金銭管理・人とのコミュニケーションが難しくなる

認知症になっても安心して暮らせるまち

医療・福祉分野のサービス等の充実強化を図るとともに、住民・多様な社会資源の参加を通じて**地域の中で生活を「面的」に支える仕組みづくり**が重要

認知症への理解促進

本人や家族の意識啓発

活動の場・居場所づくり

生活の場面での支援

認知症高齢者を地域で支える東京会議

- 認知症についての正しい理解の普及
- 本人や家族が周囲に支援を求めやすい機運づくり
- 周囲の人々が本人や家族の支援に関わることの



● 理解促進・普及啓発のためのキャンペーン

医療・福祉分野の取組

- 地域密着型サービスをはじめとする介護・医療の基盤整備
- 介護・医療従事者の人材育成
- 地域における多様な連携の促

成 果

認知症高齢者を地域で支える東京会議

認知症の人が安心して暮らせるまち・東京キャンペーン



区市町村や生活関連事業者等と連携して、認知症に対する都民・事業者への普及啓発等を行っており、認知症高齢者や家族を地域で支える機運は高まりつつある

「残された課題」と「改めて確認された東京の強み」

課 題

- 地域住民や生活関連事業者が参加した、**具体的な仕組み**が求められる
- 地域における理解促進や支援を継続させるためには、こうした**活動の拠点**が求められる
- 地域での生活を面的に支えるためには、**行政や医療・介護等の事業者の適切な関与**が必要

強 み

- 多数の人が住み、働く、「人的資源」の宝庫
- 地域社会に根ざした組織や豊富な実践力を培った団体など地域生活を支える人材が豊富
- 介護サービス事業者だけでなく、交通機関・金融機関等の社会資源が身近な地域に存在

今後の取組の方向性

機運醸成を踏まえ、総合的な認知症対策の推進へ

認知症の人に対する具体的な支援体制の構築へと取組を前進させるため、中長期的な認知症対策を様々な角度から検討

認知症に関する医療資源等の現状

医療資源の分布状況

	一般（床）	療養（床）		精神（床）		在宅療養支援診療所（所）	診療所の医師数（人）	サポート医（人）	かかりつけ医（人）	訪問看護ステーション（所）
			（介護療養型）		（認知症治療）					
区中央部	13,773	662	(125)	344		146	1,787	8	46	38
区南部	6,564	1,227	(462)	177		106	1,032	6	138	45
区西南部	8,280	1,450	(423)	2,191		145	1,628	4	29	60
区西部	9,072	1,484	(327)	349		141	1,513	2	0	60
区西北部	10,124	3,642	(1,474)	3,838	(50)	182	1,508	4	153	81
区東北部	6,843	2,172	(573)	1,493		93	931	2	82	61
区東部	6,913	1,073	(229)	431	(43)	95	870	3	62	40
西多摩	1,852	2,342	(912)	2,728	(170)	10	177	4	16	17
南多摩	6,313	3,728	(1,746)	7,789	(697)	66	863	4	114	42
北多摩西部	3,167	1,056	(311)	63		28	444	6	23	26
北多摩南部	6,149	1,322	(629)	3,502	(50)	63	780	6	33	40
北多摩北部	4,206	1,551	(759)	2,793		47	425	5	31	26
島しょ	52	3	(0)	0		0	24	0	0	0
計	83,308	21,712	(7,970)	25,698	(1,010)	1,122	11,982	54	727	536

【参考】都内一般診療所数：12,197施設[有床：1,063施設、無床：11,134施設]（16年10月1日現在。出典：「東京都の医療施設」都福祉保健局）

※ 「認知症治療」は老人性認知症治療病棟の病床数、「認知症療養」は老人性認知症療養病棟の病床数

※ 「サポート医」は認知症サポート医養成研修修了者数、「かかりつけ医」はかかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数

※ 病床数は平成19年1月1日現在。ただし、老人性認知症治療病床は、19年7月1日現在

※ 在宅療養支援診療所数、サポート医数、かかりつけ医数及び訪問看護ステーション数、は19年7月1日現在

※ 診療所医師数は、平成16年12月31日現在（出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」都福祉保健局） ※出典について記載のないものは福祉保健局調

地域包括支援センターの設置状況

	第1号被保険者数	センター設置数	設置主体		ブランチ設置数	サブセンター設置数
			直営	法人等		
区	1,555,490	212	14	198	26	42
市	687,888	106	8	98	25	8
町村	19,624	9	4	5	2	0
計	2,263,002	327	26	301	53	50

（平成19年4月現在：福祉保健局調）

関連学会の専門医数

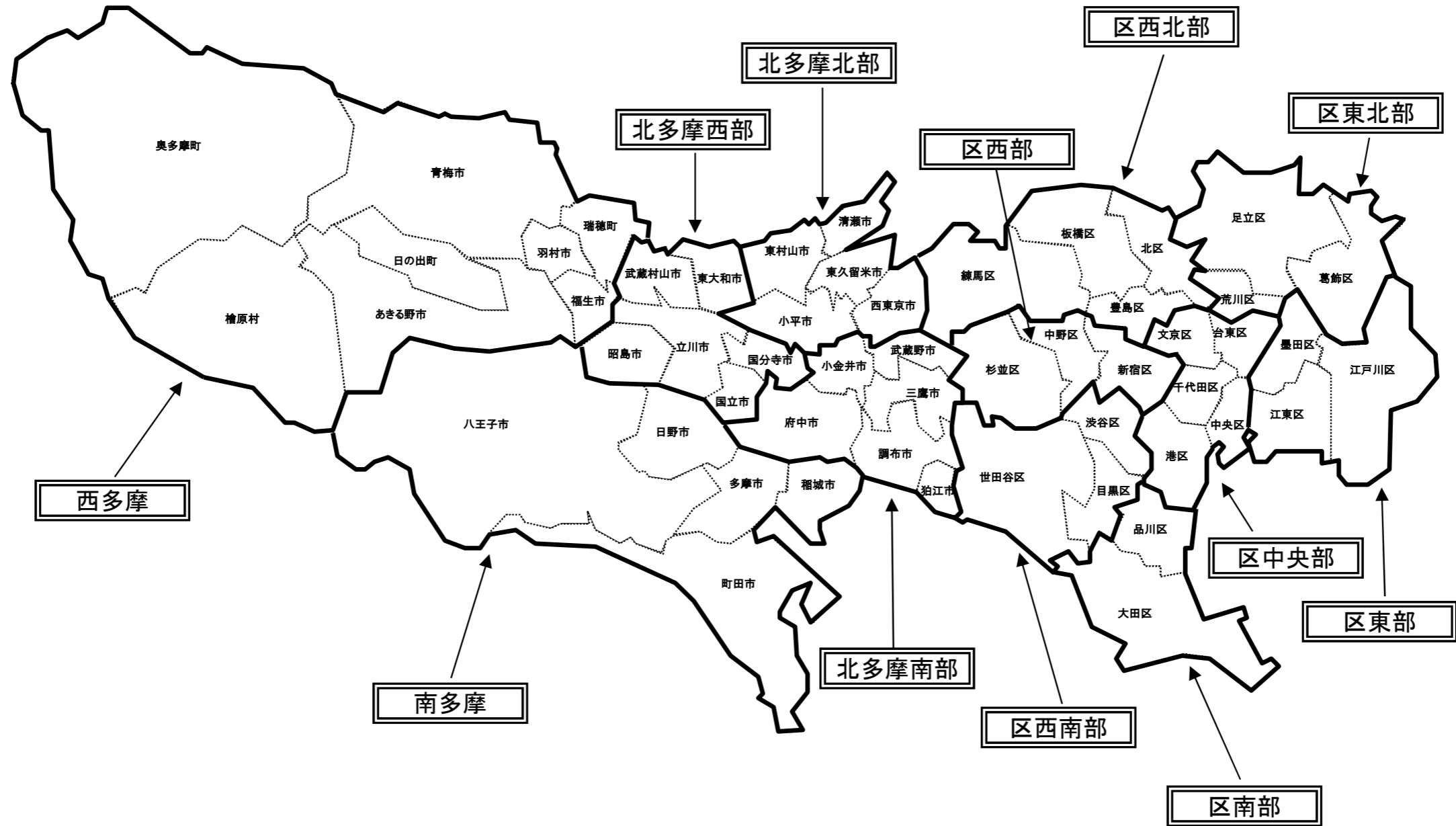
	都内 (a)	全国(b)	(a/b)
日本老年精神医学会	92	769	12.0
日本老年医学会	279	1,434	19.5
日本神経学会	695	4,140	16.8

（出典：各学会ホームページ）

※ 専門医：各学会で定める規則に基づき、一定の臨床経験を有し、試験に合格した医師。認知症そのものにかかる資格ではない。

東京都二次保健医療圏

参考資料3-(1)



圏域	構成区 市 町 村	人口	面積(k㎡)
区中央部	千代田・中央・港・文京・台東	717,205	63.5
区南部	品川・大田	1,028,477	82.2
区西南部	目黒・世田谷・渋谷	1,328,726	87.9
区西部	新宿・中野・杉並	1,157,383	67.8
区西北部	豊島・北・板橋・練馬	1,817,916	113.9
区東北部	荒川・足立・葛飾	1,252,235	98.2
区東部	墨田・江東・江戸川	1,335,156	103.4
西多摩	青梅・福生・羽村・あきる野・みずほ・日の出・檜原・奥多摩	398,133	572.7
南多摩	八王子・町田・日野・多摩・稲城	1,385,975	324.5
北多摩西部	立川・昭島・国分寺・国立・東大和・武蔵村山	627,768	90.3
北多摩南部	武蔵野・三鷹・府中・調布・小金井・狛江	979,057	95.8
北多摩北部	小平・東村山・西東京・清瀬・東久留米	713,591	76.6
島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村	28,239	400.9

(平成19年6月1日現在。出典：東京都総務局「東京都の人口(推計)」)

総合的な認知症対策に向けた平成19年度の東京都の事業について

分野	目的	事項
研究	発生機序、診断法、予防・治療法などの解明	東京都老人総合研究所 (1) 老年病のゲノム解明 等 (2) 自立促進と介護予防（認知症を予防するための研究）等 (3) 認知症に関する総合的研究 (4) 認知症予防対策室の設置 東京都神経科学総合研究所 多発性硬化等神経難病の免疫療法の開発（アルツハイマー病に対するワクチン療法の開発）等 東京都精神医学総合研究所 高齢社会における心の病の解明と治療法に関する研究（老化性神経変性疾患の病因・病態の解析）等
医療	かかりつけ医等の適切な関わりによる早期発見及び早期からの生活支援の実現	認知症地域医療支援事業 (1) サポート医養成研修 (2) かかりつけ医認知症対応能力向上研修
	認知症の症状に応じた医療支援体制の整備	老人性認知症専門医療事業 (1) 高齢者精神医療相談班の設置 (2) 老人性認知症専門病棟の運営費補助 (3) 老人性認知症専門病棟調整委員会 老人医療センターの運営 (1) 神経内科・精神科における診断及び治療（もの忘れ外来の設置） (2) 東京都老人総合研究所との連携（臨床データの収集、ブレインバンクの相互研究 等） 松沢病院の運営 (1) 老人専門外来の設置 (2) 老人専門病棟の運営((3)に参画)
介護	認知症介護基盤の整備	認知症高齢者グループホームの整備促進 (1) 認知症対応型デイサービス加算 (2) 小規模多機能型拠点併設加算
	認知症介護を担う人材育成	認知症介護研修事業 （実践者、管理者、開設者等を対象に実施） 高齢者権利擁護推進事業 (1) 事例検討会の開催 (2) 介護保険施設・事業者向け研修
地域包括ケア	社会資源を生かした「面的」仕組みづくり	認知症生活支援モデル事業 (1) 認知症地域資源ネットワークモデル事業 (2) 認知症支援拠点モデル事業
認知症に関する正しい理解の促進		認知症シンポジウム キャラバン・メイト及び認知症サポーターの養成支援