

# 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会(第4回)

## 次 第

東京都庁第一本庁舎42階北側 特別会議室D  
平成20年2月5日(火) 午後5時00分から

### 1. 開 会

### 2. 議 題

- (1) 東京都認知症専門医療機関実態調査報告(最終案)について
- (2) これまでの議論のまとめ(MC I～軽度)
- (3) 中等度の段階で必要とされる医療と役割分担について
- (4) 20年度の検討の進め方について

### 3. 閉 会

#### [配付資料]

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) これまでの議論のまとめ

(資料2) MC I～軽度の段階で必要とされる医療のまとめ

(資料3) 軽度～中等度の段階で必要とされる医療のまとめ

(資料4) 20年度の検討の進め方について

「東京都認知症対策推進会議(医療支援部会)」委員名簿

◎部会長

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

## これまでの議論のまとめ

### I MCIから軽度について

#### 1 議論の進め方

- ・ 認知症の進行（MCIから終末期の5段階）に沿って、時系列に検討を進めることとする。
- ・ まずそれぞれの段階で必要とされる医療について議論し、その後それを誰が担うべきであるかという順に検討する。
- ・ なお、認知症の医療をめぐる関係者（関係機関）は、①本人・家族、②ケアマネージャー等のコーディネーター、③かかりつけ医、④認知症の専門医・専門医療機関、⑤主として身体疾患を対象とした一般病院、⑥行政に整理される。

#### 2 一次的な相談体制や受診を促す方法は

##### ★1 早期診断の必要性

###### (1) 医学的な意義

- ・ 治療可能な認知症が存在。
- ・ 認知症は、適切な治療やケアによって進行を遅らせたり、地域での生活を長く維持させることが可能となる病気であり、的確な診断は、適切な治療・ケアの前提となるものである。
- ・ 今後の生活設計を自分で決めることができる（自己決定権の保持）など、本人の尊厳の保持・権利擁護につながる。

###### (2) 制度上の意義

- ・ 認知症に適した介護保険サービスを申請するのに診断は不可欠。

##### ★2 情報の共有手法及び共有する情報の種類・内容

###### (1) 情報の共有化の必要性

- ・ かかりつけ医から専門医療機関への紹介だけでなく、相談機関も受診先の紹介を経験に基づいて行っている。
- ・ そこで、現在実施している医療機関実態調査の結果の活用策を検討し、かかりつけ医と相談機関で情報を共有していくことが必要。

###### (2) 共有手法・範囲

- ・ インターネットなどを活用し、広く情報を共有し、簡単にアクセスできる仕組みが必要。（例えば「ひまわり」に登録する）

- ・ 全ての人インターネットを利用できるわけではないので、相談機関等に情報提供を行うことが必要。
  - ・ 都民、相談機関等関係者向けそれぞれに適した情報が届くように配慮する必要がある。
- (3) 情報の種類・内容
- ・ 都民向けには、診療先を探すための基本的な情報を、関係者向けには、都民向けの基本的な情報に加え、連携を進めるために必要な情報を提供する必要がある。

### ★3 関係者の役割分担

(1) 本人・家族

- ・ 認知症の早期診断の意義について正しく理解している。
- ・ 家族に認知症の疑いが生じたとき、真摯に向き合い、かかりつけ医への受診を促す。

(2) かかりつけ医の役割

- ・ 認知症についての受診を促す役割については、(かかりつけ医が直接診断する場合も含めて) かかりつけ医が担うのがふさわしい。
- ・ 本人が受診を拒否するケースが多いこと、初期の段階では、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を踏まえ、家族から相談があった場合には、家族に対し、認知症への正しい理解や生活環境の整備のポイント等を伝える。

(3) 相談機関等関係者（コーディネーター）

- ・ かかりつけ医への相談・受診を促す。
- ・ 医療機関への受診にあたって、本人・家族からの相談にのる。
- ・ 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におけるネットワークを積極的に活用する。
- ・ かかりつけ医がいない場合には、サポート医研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者名簿を活用し、研修受講者への相談・受診を促す。

(4) 一般病院

- ・ 高齢者の身体疾患を対象とした診療を行っている場合でも、認知症について常に意識をもち、疑いがあつた場合は、かかりつけ医又は専門医療機関につなぐ。

(5) 専門医療機関

- ・ 本人が受診を拒否するケースが多いことを踏まえ、本人を伴わない家族から現に相談を受けた場合には、かかりつけ医にまず相談していただくことを勧める。

(6) 行政

- ・都・区市町村
  - 早期診断の意義及びかかりつけ医が受診促進に果たす役割について、普及啓発を行う。
- ・都
  - カリキュラムの見直しなどにより、かかりつけ医が受診促進に果たす役割や、困っている家族が来た場合の対応について、かかりつけ医に対して周知する。
- ・区市町村
  - 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する。
  - 早期受診へと繋げるため、サポート医研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者名簿の共有・活用を図る。

### 3 より迅速に的確な診断へアクセスするには

#### ★1 迅速・的確な診断を得る必要性

##### (1) 医学的な意義

- ・治療可能な認知症が存在。
- ・認知症は、適切な治療やケアによって進行を遅らせたり、地域での生活を長く維持させることが可能となる病気であり、的確な診断は、適切な治療・ケアの前提となるものである。
- ・今後の生活設計を自分で決めることができる（自己決定権の保持）など、本人の尊厳の保持・権利擁護につながる。

##### (2) 制度上の意義

- ・認知症に適した介護保険サービスを申請するのに診断は不可欠。

#### ★2 基本的な考え方

- ・高齢者の増加や啓発により受診が増えると、全てを専門医が行うことは困難だと考えられる。
- ・このため全ての症例について専門医につなぐのではなく、一定の症例の診断・治療についてはかかりつけ医が担っていくのがふさわしい。

#### ★3 かかりつけ医が診療を担っていくことが望ましい一定の疾患とその根拠

##### (1) かかりつけ医が診療を担っていくことが望ましい一定の疾患

- ・アルツハイマー、脳血管性の典型例の診断
- ・状態が安定している認知症の治療継続

## (2) (1)の理由

- ・一定の経験を積むことで認知症の典型例の診断は十分可能。
- ・地域で受診できる。
- ・身体疾患や生活状況（家族関係や生活環境）を把握していることが期待でき、地域の相談機関や介護サービス事業者等との連携はかかりつけ医が適任。
- ・MC I から軽度は比較的症状が安定している場合が多い。
- ・ただし疑陽性について治療を始めた場合、患者に対するリスクは少ないが、疑陰性については、慎重になる必要がある。
- ・また、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や、かかりつけ医が専門医の診断が必要と判断した場合には、必ず専門医につなげることが必要。

## ★4 かかりつけ医が診療を担うための体制

### (1) 疑陰性を見過ごさないためのサポート

- ・かかりつけ医の対応力の向上
  - － 認知症の人の全てを見きれない人はいないこと、かかりつけ医や専門医が診療しながら、医学的な勉強や介護保険等の情報収集、連携体制の構築等を全て一人でやるのは困難であることを勘案し、看護師・ケアマネジャー・地域包括支援センター等の関係者・関係機関との定期的な研修会・症例検討会の実施が必要
- ・専門医による助言が得られる仕組み
  - － 地域にある専門医療機関との連携を図ることにより助言を得やすい関係を構築しておくことが重要。

### (2) 他の疾患との鑑別

- ・老年期のうつ病、聴覚障害等他の疾患との鑑別についても症例検討会等で知識を得ておく必要がある。

### (3) 診断・治療をかかりつけ医が担うことについての都民・住民への十分な周知

## ★5 患者の集中度と医療資源の分布状況

### (1) 患者の動向

- ・専門外来の予約は、3ヶ月待ち、半年待ち、という話をよく聞くことから、患者が特定の医療機関に集中していることが考えられる。
- ・1ヶ月の外来患者が5人以下という医療機関が多数ある一方、200床以上の医療機関の約4割が50人以上の患者を診ている。

### (2) 医療資源の分布状況

- ・認知症の診断・治療ができる医療機関は少なくない。また、これらの医療機関全てで、予約待ちが常態化しているわけではない。
- ・原因疾患別にみると、レビー、前頭側頭型については診療科により対応力に差があるが、アルツハイマー、脳血管性については、主に認知症の診断・治療を行っているどの診療科でも概ね対応が可能である。

## ★6 専門医に紹介する場合の留意点

- ・地域にある医療機関を探す。
- ・専門医に対し以下について知らせる。
  - 紹介の目的を明確にする
  - 現在飲んでいる薬及び治療状況
  - 今できること・できないことは何か

## ★7 関係者の役割分担

- (1) 相談機関等関係者（コーディネーター）
  - ・かかりつけ医への受診を促す。
  - ・かかりつけ医がいない場合には、サポート医研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者名簿を活用し、研修受講者への受診を促す。（再掲）
- (2) 一般病院
  - ・高齢者の身体疾患を対象とした診療を行っている場合でも、認知症について常に意識をもち、疑いがあった場合は、かかりつけ医又は専門医療機関につなぐ。（再掲）
- (3) かかりつけ医
  - ・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く。
- (4) 専門医療機関
  - ・典型例以外の疾患、状態が不安定、本人・家族が専門医への受診を希望している場合には、診断する。
  - ・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、かかりつけ医に対して助言を行う。
- (5) 行政
  - ・都・区市町村
    - かかりつけ医が認知症の診断・治療について果たす役割について、普及啓発を行う。
  - ・都
    - 都内の医療資源の状況を把握し、提供する。
  - ・区市町村
    - サポート医研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者名簿の共



- 有・活用を図る。(再掲)
- (6) かかりつけ医・専門医療機関・相談機関
- ・関係者による定期的な研修会・症例検討会の実施 (再掲)

## 4 本人・家族の負担感の軽減と医療資源の有効活用の双方を実現するには

### ★1 双方実現の必要性

- ・専門医での診断・治療後、専門医とかかりつけ医双方がどのような役割を担うことが、患者・家族にとって望ましいのかが課題。
- (1) 本人等の負担感の軽減
- ・遠くの医療機関まで行く必要がないのに通院するのは、本人・家族の負担感・徒労感が大きい。定期的に通院する必要があるとなおさらである。
- (2) 医療資源の有効活用
- ・診断が困難、あるいは精神症状があつて、専門医の先生に紹介をした後、いつまでも専門医が患者を診ていると、安定した軽度の患者が増大し、専門医が必要な場面で機能しなくなる恐れがあるなど、十分かつ適切な医療を受けられなくなる可能性がある。
  - ・認知症の診断・治療ができる医療機関は少なくない。また、これらの医療機関全てで、予約待ちが常態化しているわけではない。

### ★2 患者の集中度と医療資源の分布状況

- (1) 患者の集中度
- ・1ヶ月の外来患者が5人以下という医療機関が多数ある一方、200床以上の医療機関の約4割が50人以上の患者を診ている。
- (2) 医療資源の分布状況
- ・認知症の診断・治療ができる医療機関は少なくない。また、これらの医療機関全てで、予約待ちが常態化しているわけではない。
  - ・かかりつけ医から専門医に繋ぐ動きと比較して、専門医から地域(かかりつけ医)に戻す動きは活発とはいえない。

### ★3 基本的な考え方

- ・MC I から初期の段階では、必ずかかりつけ医に戻すのが基本。
- ・かかりつけ医が初期から看取りまで長い期間関わっていくためには、かかりつけ医をバックアップする体制の構築が不可欠。
- ・専門医のところへは、安定している場合でも年に1回か2回定期的に通院するほか、周辺症状などそれ以外のケースが生じた場合に適宜かかりつけ医から相

談してもらい、専門医がそれに応じる体制を作っておく必要がある。

- ・ 紹介・逆紹介のときに、認知症自体、あるいは認知症にかかわる合併症で患者の情報をやり取りするための標準的なフォーマットをできるだけ単純な形で作っておき、情報を共有するとともに、この仕組みについて十分に周知・実践することが必要。

#### ★4 取り交わされる情報について

##### (1) 情報の内容

- ・ かかりつけ医→専門医
  - その時々の上の生活上の困難、家族が対応に困ること
  - その時々の上の身体疾患の治療状況
  - 状態の変化
- ・ 専門医→かかりつけ医
  - 認知症の診断・治療の内容
  - 告知の有無と説明内容
  - 取り交わし方 (→(4))

##### (2) 誰がどのようにその情報を共有するのか

- ・ 相談を受けた関係者は同じ情報を共有することが望ましい。ただし、個人情報  
情報の取扱いには十分留意する必要がある。

##### (3) 具体的なフォーマット

- ・ 上記(1)を網羅した簡潔なものとする。
- ・ 紹介、返送・逆紹介の目的が分かりやすく記載されている必要がある。

##### (4) 取り交わし方

- ・ 患者がかかりつけ医だけでなく、定期的に専門医にも受診する。
- ・ 専門医は、専門医への定期受診の概ねの頻度を予めかかりつけ医、本人・家族に説明しておく。
- ・ 専門医は、定期受診以外にも、急変時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。

#### ★5 関係者の役割分担

##### (1) かかりつけ医及び専門医療機関

- ・ 連携の実践
- ・ 患者の定期通院による往来

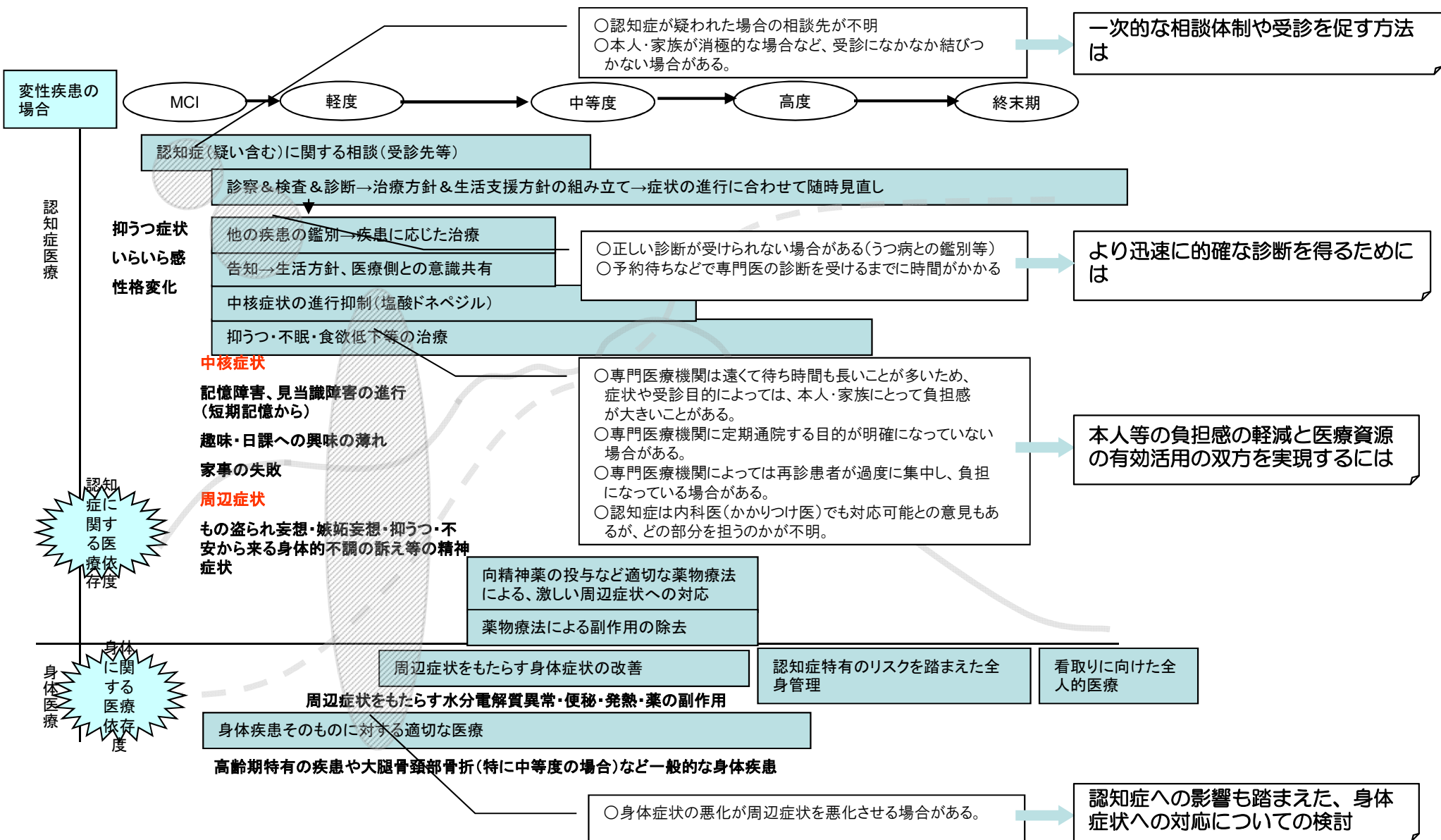
##### (2) 専門医療機関

- ・ 他の精神障害を合併しているなど、かかりつけ医では対応困難な部分を補う  
ルールの確立

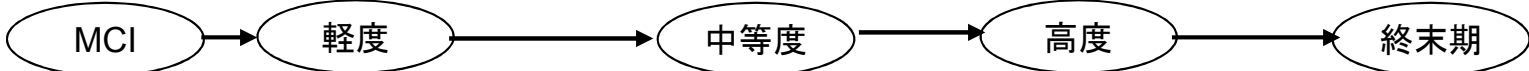
##### (3) 患者・家族

- ・ 専門医へはかかりつけ医に相談したうえで受診することが望ましい。
- (4) 相談機関等関係者（コーディネーター）
  - ・ 情報の共有
- (5) かかりつけ医・専門医療機関・相談機関等関係者（コーディネーター）
  - ・ 関係者による定期的な研修会・症例検討会の実施（再掲）
- (6) 行政（都）
  - ・ カリキュラムの見直しなどにより、連携についてのかかりつけ医の一層の対応力の向上を図る。

# MCI～軽度の段階で必要とされる医療のまとめ



# 中等度の段階で必要とされる医療のまとめ



中等度における診断・治療

- 生活環境や変化等についてケアスタッフからかかりつけ医にこまめな情報提供があると治療方針の決定等に役立つ。
- 周辺症状が激しい時期は、一番医療・介護を必要とするが、誰も受入れてくれない。
- 対応できる医療機関は限られている。
- 医療機関によって対応に格差がある。
- 家族は、本人の状況を第一に考え受診について判断すべき。また、場合によっては長期入院の可能性があるなど「かかり方」について理解しておくことが必要。
- 家族に適切なアドバイスができる人が必要。

周辺症状を誰がどうみるか

- ①身体疾患（状態）が要因となっていない場合
- ②身体疾患（状態）が要因となっている場合

夫禁

（身体合併症）  
周辺症状・身体疾患双方に治療が必要な場合

- 在宅での服薬管理が難しいケースでは、訪問介護等を組み合わせることも取ることもある。
- 通院・往診・訪問看護の組み合わせにより、在宅で対応可能な症例もある。
- 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。
- 入院需要は脱水等による短期のものが多いのではないかと。
- 一般急性期の医療機関と認知症を診ている医療機関では、医師・看護師の認知症に対する理解が違ふと感じる。
- 合併症の入院では、同室の患者や家族からクレームが出るケースも多い。
- 医療機関が必要性を理解していないと受入れは進まない。

取りに向けた  
全人的

（身体合併症）  
身体疾患の治療を優先する場合

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

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)

基本的ADL(着脱衣)

慣れた道で迷うなど

### 周辺症状

徘徊・多動・攻撃的言動・異

妄想・幻覚・せん妄等の顕

向精神薬の投与など適切

よる、激しい周辺症状への

薬物療法による副作用の

周辺症状をもたらす身体症状の改善

周辺症状をもたらす水分電解質異常・便秘・発熱・薬の副作用

身体疾患そのものに対する適切な医療

高齢期特有の疾患や大腿骨頸部骨折(特に中等度の場合)など一般的な身体

変性疾患  
の場合

認知症医療

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

## 20年度の検討の進め方について

