

東京都認知症対策推進会議 医療支援部会(第10回)

次 第

東京都庁第一本庁舎 33階北側 特別会議室N2
平成21年3月11日(水) 午後5時00分から

1. 開 会

2. 議 題

- (1) 高度～終末期で必要とされる医療について
- (2) 「東京都認知症対策推進会議 医療支援部会報告書(仮称)」素案について

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) 第5回認知症対策推進会議における議論のまとめ

(資料2) 高度～終末期の段階で必要とされる医療のまとめ

(資料3) 「東京都認知症対策推進会議 医療支援部会報告書(仮称)」構成案

(参考資料1) 「医療支援部会における検討状況」

(参考資料2) これまでの議論のまとめ

「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	神子 武己	武蔵村山市健康福祉部高齢福祉課長
	水村 純子	北区みずべの苑地域包括支援センター 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
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）
中村 雄	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
小室 明子	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
坂本 博文	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

第 5 回東京都認知症対策推進会議の議論のまとめ

1 開催日時

平成 21 年 2 月 4 日（水） 17:00～19:00

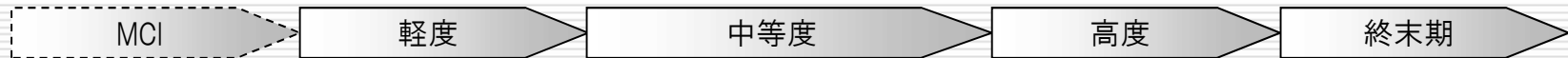
2 報告内容

中等度における考え方（要旨）について、「参考資料 1」に基づき報告

3 推進会議委員からの主な意見

- 介護申請する人の多くが認知症の日常生活自立度Ⅲ以上である。しかし、主治医意見書を見ると、精神科の受診歴がないなど、専門医療機関につながっていないと思われるケースが多く見受けられる。かかりつけ医と専門医療機関の連携が不十分なのではないか。
- 外来受診時に、認知症の診断・治療を断られたり、適切な診断を受けられないと、付き添っている家族の心理的な負担が大きくなる。そのためにも、地域で認知症医療に携わるかかりつけ医・サポート医への研修は、フォローアップも含めて必要だが、業務多忙な医師に研修受講を促すためには、動機付けが重要だと考える。そこで、研修内容や実施方法については、医師のモチベーション向上という視点も踏まえて検討してほしい。
- 「看取り」については、看取られる側の意思確認をどの時点で行うかということが非常に重要である。認知症で意思表示が困難だから確認しても意味がない、と言われることもあるが、明確な言葉にまではなくても意思表示できる人は多いので、本人の意思を確認し、それを尊重した対応が求められる。そのため、認知症の人の意思確認という視点を取り入れたうえで検討を進めていくことが必要。

高度～終末期の段階で必要とされる医療のまとめ



認知症医療

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

抑うつ症状
いらいら感
性格変化

- 他の疾患の鑑別→疾患
- 告知→生活方針、医療
- 中核症状の進行抑制
- 抑うつ・不眠・食欲低下

【本人・家族の状態に関する問題】

- 状態の変化が分かりにくい。
- 相談先が少ない。
- 在宅介護は、家族の身体的・精神的負担が大きい。
- 家族等介護者がいない場合、治療方針の決定時や医療行為時における意思決定権・同意権の所在が不明確
- ADLの低下が、自尊心やQOLを損なう。
- 終末期になると、精神科医ではなく、内科医等との付き合いになる。

【在宅に関する問題】

- 往診可能な医師があまりいない。
- これまでの疾患に加え、身体機能が低下して誤嚥などを繰り返すようになる。
- 見慣れない医師の診察を嫌がるため、馴染みのあるかかりつけ医に診察してほしい。
- 在宅医療だと容態急変時の対応が不安

【施設に関する問題】

- 寝たきりになった時のことを考えると施設に入所させたいが、すぐに入所できるのか不安
- 介護施設に入所すると、従来の医療の継続が困難になる。
- 介護施設は、病院と比較して医療体制が充実していない。（脱水等の軽微な疾患でも救急車で運ばれたりする。）
- 服薬管理や医療機器の取扱いが困難であることを理由に、介護施設での受入れを拒まれることがある。

高度～終末期の認知症の人に特有の課題とは

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

認知症に関する医療依存度

身体に関する医療依存度

身体医療

- 激しい周辺症状への対応
- 薬物療法による副作用の除去

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)など一般的な身体疾患

認知症特有のリスクを管理し、看取りに向けた全身管理
看取りに向けた全人的医療

- 歩行&座位維持困難
- 呼吸不全
- 嚥下機能低下→肺炎等のリスク

幻

中核症状
言語能力の喪失
基本生活機能の低下
覚醒・睡眠リズム

特有の課題に応じた対応策の検討

東京都認知症対策推進会議医療支援部会報告書（仮称）構成案

はじめに	
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
2	都内の認知症の人と家族を取り巻く医療的課題
3	議論の進め方
4	各段階の方針一覧表
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
	・課題
	・対策
	・関係者の役割分担
2	診断・治療
	・基本的な考え方
	・課題
	・求められる機能と対策
	(1) かかりつけ医
	(2) 連携体制の構築
	・関係者の役割分担
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
	・課題
2	身体合併症
	・基本的な考え方
	・課題
	(1) 主な事例
	(2) 外来時
	(3) 入院時
	(4) 退院時
	(5) かかりつけ医
	・求められる機能と対策
	(1) かかりつけ医
	(2) 一般急性期病院
	(3) 精神科病院
	(4) 療養病床
	(5) 将来的な方策についての提言
	(6) 連携体制の構築
	・関係者の役割分担

3	周辺症状
	・基本的な考え方
	・課題
	(1) 要因
	(2) 外来時
	(3) 入院時
	(4) 退院時
	・求められる機能と対策
	(1) かかりつけ医
	(2) 専門医療機関・精神科病院
	(3) 連携体制の構築
	・関係者の役割分担
4	家族等介護者が一時的に介護できなくなった場合
	・課題
	・求められる機能と対策
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
	・課題
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
	・課題
	(1) 本人の意思・尊厳の尊重
	(2) 終末期
	・求められる機能と対策
	(1) かかりつけ医
	(2) 訪問看護ステーション
	(3) 本人の様子を観察できる人
	(4) 一般急性期病院
	(5) チームケア
	・関係者の役割分担
参考資料	
1	医療支援部会開催状況
2	医療支援部会 委員・幹事名簿
3	認知症対策推進事業実施要綱

医療支援部会における検討状況

検討項目及び開催実績

1 当部会における検討項目

認知症の人の、認知症と身体症状の症状に応じた医療支援体制について

2 開催実績

(第7回) 平成20年 8月25日(月) (第8回) 平成20年10月20日(月)
(第9回) 平成21年 1月14日(水) 各17時から19時まで

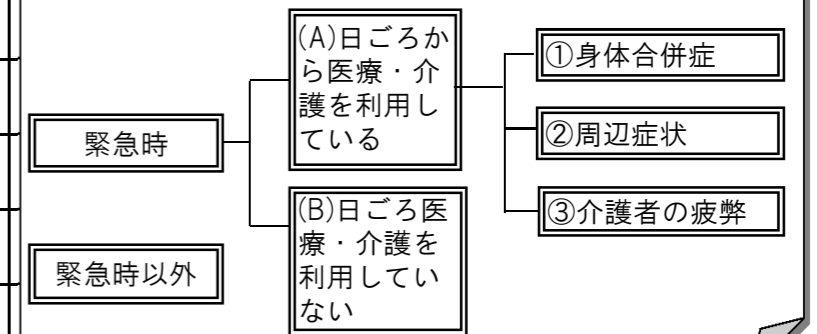
具体的な検討状況

中等度のまとめ

緊急時

		身体合併症の緊急時	周辺症状の緊急時	介護者の一時的な不在や限界を超えてしまった緊急時
治療の目標		◆認知症の症状に配慮しつつ身体疾患の治療を行い、症状の不必要な悪化を避ける	◆退院後の各人の生活環境を総合的に勘案し、その場において適応可能となる状態まで治す	-
基本的方針、現状及び対策	基本方針	◇かかりつけ医を中心に、一般急性期病院・療養病床・専門医療機関の連携方式を基本とする。	◇入院治療を前提とするのではなく、本人の生活環境や介護者の状況等に応じて個別に判断すべき	◇緊急に取るべき対策として、家族等の介護者に一時的な休養を取らせることが必要(詳細については検討しない)
	現状	<ul style="list-style-type: none"> ★事例としては、意識障害(せん妄)、急性腹症、脱水、低血糖、外傷(骨折など)が挙げられるが、脱水や低血糖のような軽微な症状が多い。 ★認知症の人は病状説明が十分にできないことがあり、医療機関側は治療に必要な情報収集が困難。そのため、適切な治療やケアを受けられないことがある。また、家族やケアマネ等が付き添いを求められることもある。 ★さらに、一般急性期病院では、認知症の理解が不十分で受入れを躊躇したり、安易な身体抑制の結果、在宅復帰を困難にしまうケースもある。一方、精神科病院では身体合併症の救急対応や濃厚な治療は困難 	<ul style="list-style-type: none"> ★身体疾患、介護者の疲弊、環境変化が周辺症状を引き起こしたり、悪化させる要因となっている。 ★周辺症状への対応には、症状の内容よりも要因を知ることが有効であり、緊急時に速やかに対応できる体制を組むには、生活環境の把握が必要 ★治療の対象となる症状や治療方針・内容等が、医師と家族等で共有されていないケースがある。 	<ul style="list-style-type: none"> ★介護者の疲弊が周辺症状の悪化を招くことがある。 ★なお、要介護者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、ショートステイ(介護保険)、緊急ショート(区市町村事業)等の制度がある。 ★しかし、ショートステイは事前の申込みが必要、緊急ショートは即時に使用する場合でないと利用できないなど、運用の
	対策	<ul style="list-style-type: none"> ●まずはかかりつけ医が初期対応にあたり、緊急性や重症度に応じて適切な医療機関を紹介することとするが、そのためには、かかりつけ医の認知症対応力の更なる向上が必要。 ●特に、一般急性期病院において認知症に関する正しい知識や対応スキルの習得により、受入れの許容力を増して身体疾患の治療を行うことが必要とされる。 ●また、かかりつけ医をバックアップする体制を構築し、地域連携・情報共有を促進する必要があるが、そのための具体的な手法としては、症例等検討会の実施や連携ツール(共 	<ul style="list-style-type: none"> ●かかりつけ医と専門医療機関が情報を共有しながら連携し、早期からの外来機能の活用を図り症状の急激な悪化を避けることを基本とする。それにより、緊急時に至るケースを減少させることも可能。 ●必要に応じて、精神科夜間休日救急診療事業等の既存の制度の活用も考える。 ●かかりつけ医の一層の対応力向上と、バックアップ体制の 	<ul style="list-style-type: none"> ●ショートステイ、緊急ショート等の制度の整備、運用方法の改善を図ることが必要。 ●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)」などの活用も検討されるべきである。
関係者(機関)の役割分担	本人・家族	◆日ごろからかかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や内容について話し合う。	◆左記の役割に加え、食事・睡眠・排泄の様子や気分の変化についても目を配り、早めに相談する。	
	相談機関等関係者(コーディネーター)	◆介護者不在などの場合で、緊急時に初動対応を行ったときは、外来時や救急時の付き添いを担うこともある。	◆介護者不在などの場合で、緊急時に初動対応を行ったときは、外来時や救急時の付き添いを担うこともある。	
	かかりつけ医	◆初期対応にあたり、周辺症状の要因について判断を行う。 ◆軽微な身体疾患の治療	◆周辺症状の悪化の要因について判断を行う。	
	専門医療機関	◆身体疾患が急性期を脱した後の周辺症状の治療	◆かかりつけ医に対する、薬の使用方法等についての助言 ◆身体疾患の治療が必要でも、周辺症状の治療の優先度が高い場合は、受け入れて周辺症状の治療を行う。	
	一般急性期病院	◆身体疾患の治療 ◆治療後の転院・退院、再発時の再受け入れ		
	療養病床	◆(今後)身体疾患治療後の経過観察時の受け入れ ◆(今後)在宅療養患者・介護施設入所者の急変時の受け入れ		
	行政	◆研修・普及啓発の実施 ◆連携ツールの作成・周知・普及 ◆症例等検討会の支援	◆研修・普及啓発の実施 ◆連携ツールの作成・周知・普及 ◆症例等検討会の支援	◆ショートステイ、緊急ショート等の整備・運用方法の改善
	その他	◆(今後)グループホームや有料老人ホーム等の介護施設においても、観察時の一時的な受け入れを行う。		

【参考】中等度の議論の進め方



		緊急時以外		
		身体合併症の緊急時を避けるためには	周辺症状の緊急時を避けるためには	日常的な家族等介護者のサポート
基本方針	基本方針	◇かかりつけ医を中心に、一般急性期病院・療養病床・専門医療機関の連携方式を基本とする。		◇家族等介護者の心身の負担軽減が図れるようサポ
	現 状	★認知症の人は意思表示が困難であるため、状態の変化が分かりにくい。そのために発見が遅れ、気づいた時には重症化していることがある。 ★身体疾患の悪化が、さらに周辺症状の悪化を引き起こすことがある。	★激しい周辺症状は、小さな症状の積み重ねや家族等介護者が疲弊した時に問題が表面化することが多い。また、身体疾患の悪化が周辺症状の悪化を引き起こすことがある。	★家族等介護者の疲弊が、激しい周辺症状の要因となり、それが緊急時へと発展することがある。
現状及び対策	対 策	●かかりつけ医が、日ごろから周辺症状への影響にも留意し、身体疾患の管理・治療を適切に行う。 ●そのためには、かかりつけ医の対応力向上や、かかりつけ医をバックアップする体制の構築が必要	●周辺症状の急激な悪化を避けるため、日ごろから、かかりつけ医と専門医療機関が連携し、早期から専門医療機関の外来機能を活用する。また、かかりつけ医は日ごろから身体疾患の管理・治療を適切に行う。 ●そのためには、かかりつけ医の対応力向上や、かかりつけ医をバックアップする体制の構築が必要 ●併せて、家族等介護者が疲労困憊・介護うつ等になら	●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）」などの活用も検討されるべきである。
	本人・家族	◆日ごろから食事・睡眠・排泄の様子や気分の変化についても目を配り、早めに相談する。	◆日ごろから食事・睡眠・排泄の様子や気分の変化についても目を配り、早めに相談する。 ◆専門医療機関の外来の早期活用	
関係者（機関）の役割分担	相談機関等関係者（コーディネーター）	◆外来時の付き添いを担うこともある。 ◆症状が安定していても専門医療機関への定期受診を促す	◆外来時の付き添いを担うこともある。 ◆症状が安定していても専門医療機関への定期受診を促す	
	かかりつけ医	◆身体疾患の管理・治療、家族への注意喚起	◆症状が軽症でも、対応困難になる可能性がある場合は、早期からの薬の使用も検討する。 ◆専門医療機関の外来の早期活用	
	専門医療機関	◆薬の使い方等について、関係者をサポート	◆薬の使い方等について、関係者をサポート	◆家族会、家族教室等の開催
	一般急性期病院	◆身体疾患の治療	◆かかりつけ医の役割と同様	
	療養病床		◆かかりつけ医の役割と同様	
	行政	◆研修・普及啓発の実施 ◆連携ツールの作成・周知・普及 ◆症例等検討会の支援	◆研修・普及啓発の実施 ◆連携ツールの作成・周知・普及 ◆症例等検討会の支援	◆家族会、家族教室等の開催 ◆ショートステイ、緊急ショート等の整備・運用方法の改善

20年度中の成果

- ◆ 医療支援部会 ★中等度の段階における考え方を整理(再掲)
★高度・終末期の段階について検討を開始

◆ 関連する事業

認知症シンポジウム

- 目的
認知症に対する正しい理解の促進
- 開催日時/参加者
平成20年9月17日(水) 14時～17時 / 312名(関係者等除く)
- 内容
・基調講演「認知症とその告知ー知りたい気持・知らせたくない気持ー」
・パネルディスカッション テーマ「認知症と向き合う～「認知症の告知」を中心に

認知症サポート医フォローアップ研修

- 目的
地域における認知症医療と身体疾患医療、専門医療と地域医療の切れ目を解消
 - 進捗状況
・検討委員会を設置(20年5月)
- 【参考】 認知症サポート医の養成状況(平成20年3月31日現在) 104名

今後の予定

- ◆ 医療支援部会
 - 高度・終末期について引き続き検討
 - 20年度末に医療支援部会での検討結果を取りまとめ
- ◆ 認知症サポート医フォローアップ研修
 - 20年度末までにカリキュラム等策定

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る人はいないこと、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・ケアマネージャー・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
 - その時々の上生活上の困難、家族が対応に困ること
 - その時々の上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、個人情報の上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)を上網羅した簡潔なものとする。
- ・紹介、返送・逆紹介の上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、定期的にも専門医にも受診する。
- ・専門医は、専門医への定期受診の上概ねの上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

- ・連携の上実践
- ・患者の上定期通院による往来

(2) 専門医療機関

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

(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。

II 中等度について

1 議論の進め方

- ・ 緊急時と緊急時以外に分けて検討を進めることとする。
- ・ 緊急時には、①軽度の段階から医療・介護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と、②独居や夫婦とも認知症等の理由により、医療・介護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り問題が表面化するケースがある。
- ・ 上記②のケースは、普段からのサポートが必要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、当部会の具体的な検討対象からは除外するが、早急に何らかのサービスに繋げる仕組みや地域づくりなどが検討され、構築されるべきである。
- ・ 上記①の緊急時について、発生しやすい事態を分類し、それぞれのカテゴリーごとに、治療の目標、必要とされる支援策及び関係者の役割分担について、順次検討する。
- ・ 緊急時以外については、それぞれの緊急時を避けるために必要な支援策及び関係者の役割分担について順に検討する。

2 緊急時及び緊急時以外の分類について

1 緊急時

○中等度の緊急時は3通りに分類される。

(1) 身体合併症の緊急時

- ・ 身体疾患と精神症状が併発している場合である。
- ・ 各症状の重症度は不問とする。

(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である。

(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、要介護者が居宅で介護を受けることが一時的に困難となる場合である。

2 緊急時以外

○緊急時以外についても、緊急時の対応を理解することで十分な対応を取ることができることから、次の3通りに分類し、検討する。

(1) 身体合併症の緊急時を避けるためには

(2) 周辺症状の緊急時を避けるためには

(3) 日常的な家族等介護者のサポート

3 身体合併症の緊急時の対応

1 現状及び課題

(1) 主な事例

- ・意識障害（せん妄）、急性腹症、脱水、低血糖、外傷（骨折など）が挙げられるが、脱水や低血糖のような軽微な症状が多い。

(2) 外来時

- ・認知症の人は病状の説明が十分にできないことがあるため、医療機関側では、治療方針の決定に必要な情報（病状及び住まいの状況、家族構成等の生活環境）の収集が困難である。
- ・そのため、適切な治療やケアを受けられないことや、身体疾患の治療を断られることがある。
- ・本人の生活環境を把握している家族等の付き添いを求められたり、家族等が疲弊しており付き添い困難な場合には、日常的に付き合いがあり生活環境も把握しているケアマネ・ヘルパー等が、半日がかりで付き添いをしている事例もある。

(3) 入院時

- ・緊急手術や救命的対応は必要ないが、短期間の入院治療が必要な程度の症状の場合は、受入先が見つからずに困ることがある。
- ・一般急性期病院では、看護師が認知症の基本的な事柄について理解していない場合もあり、身体疾患の治療のことしか念頭になかったり、安易に身体抑制を行ってしまうケースがある。しかし、患者の安全確保について考慮する必要もあるため、板挟みで対応に苦慮している看護師もいる。
- ・一般急性期病院では、他の入院患者とのトラブルや器物損壊等が原因で病院側で対処できないため、受入れに難色を示されたり、退院を促されることがある。
- ・入院による環境変化が原因で周辺症状が悪化したり、安易な身体抑制や過度の投薬の結果身体機能が低下してしまい、在宅への復帰が困難になってしまう。
- ・摂食量の減少を理由に安易に胃ろう等を装着してしまうと、介護保険施設での受入れが困難になる。
- ・一般急性期病院では精神症状のコントロールが困難である。一方で、身体疾患があると、精神科病院への転院も難しい。
- ・精神科病院が後方病床として受け入れた後、身体疾患が再発（悪化）した場合に、再受入先が見つからないことがある。

(4) 退院時

- ・ケアマネージャーやヘルパーなどの介護従事者は、入院中の状況について把握できない。このため、退院後の適切な支援が難しい。

(5) かかりつけ医

- ・24時間体制での支援が必要と判断したら、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。
- ・しかし、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ない。一方で、全てのかかりつけ医に24時間対応を求めるのは困難である。

(6) 療養病床

- ・一般急性期病院と比較して看護職員のマンパワーは不足しているが、救急医療機関・介護保険施設等からの患者の受入れを担うなど、連携を進めている病院もある。

2 医療資源の分布状況

○ 身体合併症への対応

- ・都内の病院のうち、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割に過ぎない。
- ・身体合併症患者の入院治療が可能な病院の割合は、約3割となっている。
- ・入院可能な病院では、患者を受け入れる場合に一般病床を使用しているケースが多い。

3 基本的な考え方

(1) 治療の目標

- ・認知症の症状に配慮しつつ身体疾患の治療を行い、症状の不必要な悪化を避ける。

(2) かかりつけ医を中心とした連携方式

- ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床・専門医療機関の連携方式を基本とするが、必要に応じて、救急医療体制や精神科夜間休日救急診療事業等の既存の制度も併用する。
- ・周辺症状があっても、身体疾患（状態）の悪化が原因となっていることが多いため、まずはかかりつけ医が初期対応にあたり、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病院で治療を行うかのトリアージを行う。
- ・認知症の症状が顕著な場合は特にこれまでの経過を把握しているかかりつけ医が判断する必要がある。
- ・精神科病院で身体合併症の救急対応や濃厚な治療にあたるのは困難であるため、一般急性期病院が身体合併症患者の許容力を増して対応にあたること

望ましい。

- ・かかりつけ医又は一般急性期病院での身体疾患の治療後は、精神科病院又は療養病床が後方病床としての役割を果たし、それぞれ、周辺症状の治療や経過観察等を行う。
- ・関係者それぞれがスキル向上及び許容範囲の拡大に努めるとともに連携を図り、地域の受入れ体制の充実を図る必要がある。
- ・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実効性に疑問があるが、機能するようであれば連携機関の1つとして検討していく。

(3) かかりつけ医に求められる機能

- ・脱水や低血糖のような軽微な症状については、自ら対応する。

(4) 一般急性期病院に求められる機能

- ・認知症の症状を許容し、認知症であっても受け入れ身体疾患の治療を行えることが望ましい。
- ・認知症の特性を踏まえると、入院期間が長引くのは好ましくない。
- ・身体疾患の治療後、精神科病院で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あたる。

○ 全職員

- ・認知症に関する知識・認知症患者を受入れる意識・対応スキルを習得する。

○ 医師

- ・入院中のリスク（事故の可能性等）について本人・家族に説明をする。
- ・ケアマネ等が外来時に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が求められる。
- ・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の提供が求められる。

○ 看護師

- ・入院中のリスク（事故の可能性等）について本人・家族に説明をする。
- ・ベッドコントロールや備品の配置など、院内の環境にも配慮する。
- ・状況の変化や身体抑制が精神症状に影響を及ぼすことなど認知症の特性を理解するとともに、身体疾患と精神疾患の状況・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。

(5) 精神科病院に求められる機能

- ・周辺症状の治療が必要な患者について、身体疾患の治療が必要な場合でも、治療方針が定まっているのであれば、再発時には一般急性期病院が再受入れすることを条件に受け入れ治療する。

(6) 療養病床に求められる機能

- ・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、連携と機能充実をすすめ、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する。

(7) 将来的な方策についての提言

- ・療養病床は地域により分布状況が大きく異なることや、グループホームを始めとする介護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施設においても、緊急性や侵襲性は高くないが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れ先としての役割が期待される。
- ・その場合において、各施設では日常生活上の世話をを行うとともに、入所者の急変時には迅速な対応ができるよう、予め医療機関との連携体制を構築しておくことが望ましい。
- ・上記のような介護施設の活用は、現行制度上困難であるが、将来の1つの方策として検討していくよう提言する。

4 今後の対応策

○ 認知症対応力向上研修・普及啓発

(1) かかりつけ医の対応力の向上

- ・従来の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」のカリキュラムを見直し、認知症の特性を踏まえた身体疾患管理についての医学的知識を付与するなど、かかりつけ医の認知症対応力の更なる向上を図る研修が必要である。

(2) 認知症サポート医の対応力の向上

- ・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疾患管理について、かかりつけ医に助言できるために必要な知識・技術等の習得が必要である。

(3) 一般急性期病院の対応力の向上

- ・身体合併症患者の受入れ拡大を図り、治療を在宅等への移行を見据えたものにするためには、認知症についての正しい理解・知識を深め、認知症の特性を踏まえたケアの提供・入院中のリスク管理・院内環境の整備等を可能にすることが必要である。そのためには、一般急性期病院のスタッフ（特に医師・看護師）を対象とした対応力向上研修の実施が効果的である。
- ・リエゾン・認知症ケアチームとして、院内を回り認知症の患者への治療と看護の提供について必要なアドバイスをすることが有効である。

○ かかりつけ医をバックアップする体制の構築（地域連携の促進）

(1) 症例等検討会の実施（再掲）

- ・必要な時にアドバイスを求めやすい顔の見える関係の構築

(2) 連携ツール（共通フォーマット・患者手帳等）の活用

- ・関係者間でのコミュニケーション不足の解消・円滑な情報共有の推進手段

(3) 療養病床の活用

- ・経過観察の受入れに対するマンパワーの不足については、輪番を組み、地域全体で対応を図る等の方策も考えられる。

5 連携ツール

○ 共通フォーマット

(1) 情報の内容

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

- ・送り手と受け手だけでなく、それ以外の関係者も同じ情報を共有することが望ましい。ただし、個人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。
- ・具体的なひな型については、認知症サポート医フォローアップ研修のカリキュラム等検討委員会において検討を進める。
- ・作成したひな型は、誰でもアクセス可能な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。

(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。

○ 患者手帳

(1)手帳の目的

- ・本人及び医療・介護等の関係者が随時書き込んだり参照することで、母子手帳のように、日ごろから情報源として利用し、かつ、関係者間の連携を促進することを目的とする。
- ・外来時（特に緊急時）の情報源としての活用も期待される。

- ・関係者が随時書き込んだり参照したりするものであるため、本人の同意を得た上で使用することとする。

(2) 形式

- ・手帳形式を基本とするが、既に国民年金法に基づく年金手帳など複数の手帳が存在し、管理が困難となっている。そのため、既存の健康手帳を活用し、それに認知症になっても自身の健康管理を行うために有用な情報を書き込めるフォーマットを付け加えることを提案する。
- ・付け加えるフォーマットは、①必須事項のページ、②自由記載欄のページという2部構成とする。なお、使用時の利便性を考慮し、必須事項のページは、一番始め又は一番終わりのページに設けることが望ましい。
- ・自由記載欄のページは白紙で、上部に記載例が載っているだけの簡潔なものとする。

【手帳例】

The diagram illustrates a notebook page layout. At the top, there is a header section with a white background and a black border. Below the header is a large, empty rectangular area for writing, also with a black border. The header section contains the following text: (例) ○年○月○日 食事の時に… 繁田(医師). The text is aligned to the left. The notebook is shown as a stack of pages, with the top page slightly offset to the right and bottom to show the underlying pages.

(3) 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、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、常に更新する。
- ・自由記載欄は、記載年月日及び記載者の記入は必須とするが、内容については自由であり、(1) 本人をサポートするために必要な情報、(2) 本人が健康管理等に活用できる情報を必要に応じ誰でも参照できるように、記載する。
- ・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
- ・介護に関する情報も記載することで、医療職と介護職の情報共有ツールとしても活用できる。

(4) 患者手帳を有効に活用するための方策

- ・認知症であることを知られたくない人は手帳の交付を拒否することもあり、必要な人に必ずしも行き渡らない恐れがある。また、認知症について正しく理解していない家族等の存在も考えられることから、認知症に対する正しい理解の促進や、手帳の効果的な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である。

(5) 将来的な方策についての提言

- ・手帳の紛失時等も緊急時に関係者が必要な情報を得られるよう、本人の基本属性や緊急時の連絡先等、必要最小限の情報についてITを活用したデータベースを構築するなど、将来に向けた対策を講じる必要があることを提案する。
- ・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を受けておくなど、取扱いには十分留意する必要がある。

6 関係者の役割分担

(1) 本人及び家族

- ・日ごろからかかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や内容について話し合い疑問点については説明を求める。

(2) 相談機関等関係者（コーディネーター）

- ・介護者が不在などの場合において、緊急時に初期対応を行ったときは、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。

(3) かかりつけ医

- ・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、まずは初期対応にあたり、周辺症状の要因についての判断を行う。
- ・軽微な身体疾患については自ら治療にあたる。

(4) 専門医療機関

- ・一般急性期病院での身体疾患の治療後に、周辺症状の治療を行う。
- ・身体疾患の治療が必要な場合でも、治療方針が定まっているのであれば、再発時には一般急性期病院が再受入れすることを前提として受け入れる。（再掲）

(5) 一般急性期病院

- ・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う。
- ・治療後は速やかに転院・退院させる。
- ・身体疾患再発（悪化）時は、再受入れをして治療にあたる。

(6) 療養病床

- ・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、連携と機能充実をすすめ、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する。（再掲）

(7) 行政

- ・研修・普及啓発活動の実施
- ・連携ツールの作成・普及

- ・症例等検討会の支援

4 周辺症状の緊急時の対応

1 現状及び課題

(1) 周辺症状の要因

- ・身体疾患が要因になっている場合と、なっていない場合がある。なっている場合は「**3 身体合併症の緊急時の対応**」へ。
- ・家族等介護者の疲弊が、暴言・暴力等の激しい周辺症状を生じさせる原因となる場合がある。
- ・入院による環境変化等で周辺症状が悪化することがある。

(2) 在宅時

- ・症状が悪化した場合の原因（認知症の進行、薬の副作用、介護者の対応等）の見極めが困難

(3) 外来時

- ・薬の処方仕方が医師によって様々であり、そのことに対する関係者への説明が十分にできていない。
- ・薬物療法のガイドラインがない。

(4) 入院時

- ・周辺症状が激しく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る。
- ・精神科病院への入院は、一般の人にとって心理的に抵抗がある。そのため、入院を躊躇している間に症状が悪化してしまう。
- ・治療の対象とすべき症状とそうでないものについて、家族の理解を得ることが難しい。
- ・精神科病院は、胃ろうを装着されている患者には対応できても呼吸器となると難しい。

(5) 退院時

- ・家族の認知症についての理解が不足していることや、認知症の特性として、周辺症状の治療は終わっても認知症そのものは進行するので、家族は退院を受け入れ難い。
- ・家族が疲弊してしまったり、暴力等の周辺症状で恐怖を感じて入院に至るケースでは、治療後に周辺症状がなくなっても、家族は再度在宅で受けることをためらってしまう。

2 医療資源の分布状況

○ 周辺症状への対応

- ・ 周辺症状の治療が可能な医療機関は少なくない。
- ・ 入院可能な病院では、患者を受け入れる場合に精神病床を使用しているケースが多い。
- ・ 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割となっている一方で、1か月以上に及ぶ医療機関も約1割存在する。

3 基本的な考え方

(1) 治療の目標

- ・ 退院後の各人の生活環境（在宅 or 介護施設、家族と同居 or 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を目標とする。
- ・ 介護者の介護力やかかりつけ医の許容力等によっても、治療目標は異なる。

(2) 生活環境の把握

- ・ 周辺症状が生じて、症状の内容よりは症状を起こしている（悪化させている）要因について知ることが、周辺症状に対応していくうえで有効
- ・ 緊急時においても速やかに対応できる体制を構築するためには、生活環境について把握することが必要

(3) かかりつけ医と専門医による連携方式

- ・ 入院による環境変化で症状が悪化することがあるため、入院を前提として考えるべきではない。生活環境や介護者の状況等に応じて、個別に判断するべきである。
- ・ かかりつけ医と専門医が情報を共有しながら連携し、早期からの外来機能の活用を図り急激な悪化を避けることを基本とするが、必要に応じて精神科夜間休日救急診療事業等の既存の制度の活用も考える。
- ・ 早めの対応を心がけることで、緊急時に至るケースを減少させることが可能となる。
- ・ 関係者それぞれがスキル向上及び許容範囲の拡大に努めるとともに連携を図り、地域の受入れ体制の充実を図る必要がある。

(4) かかりつけ医に求められる機能

- ・ 身体疾患が原因となっているかどうかの判断を行う。身体疾患が原因となっているのであれば、「**3 身体合併症の緊急時の対応**」へ。そうではない場合は、生活環境も含めて検討し、必要に応じて専門医療機関を紹介する。

(5) 専門医療機関に求められる機能

- ・ 医師は、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、本人・家族に十分に説明をする。
- ・ 外来機能を活用し、問題への早期対応を図る。

- ・胃ろう等が装着されていても、積極的な身体疾患の治療が必要ない状態であれば、受け入れる。

4 今後の対応策

○ 認知症対応力向上研修・普及啓発

(1) かかりつけ医の対応力の向上

- ・従来の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」のカリキュラムを見直し、認知症の特性を踏まえた身体疾患管理についての医学的知識を付与するなど、かかりつけ医の認知症対応力の更なる向上を図る研修が必要である。(再掲)

(2) 認知症サポート医の対応力の向上

- ・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疾患管理について、かかりつけ医に助言できるために必要な知識・技術等の習得が必要である。(再掲)

○ かかりつけ医をバックアップする体制の構築（地域連携の促進）（再掲）

5 関係者の役割分担

(1) 本人及び家族

- ・日ごろからかかりつけ医・専門医療機関と、治療方針や内容について話し合い疑問点については説明を求める。
- ・家族は、日ごろから、物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の変化（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、早めに相談する。

(2) 相談機関等関係者（コーディネーター）

- ・介護者が不在などの場合において、緊急時に初期対応を行ったときは、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。

(3) かかりつけ医

- ・周辺症状の悪化の原因が、身体疾患によるものであるかどうかの判断を行う。身体疾患が原因となっているのであれば、「**3 身体合併症の緊急時の対応**」へ。そうではない場合は、生活環境について検討し、変化等がある場合は、元の状態に戻すよう助言をして経過を観察するが、必要に応じて専門医療機関を紹介する。

(4) 専門医療機関

- ・かかりつけ医に対し、薬の使用方法や家族への対応について助言をする。
- ・周辺症状の治療が必要な患者について、身体疾患の治療が必要な場合でも、治療方針が定まっているのであれば、再発時には一般急性期病院が再受入れすることを前提として受け入れ、治療する。(再掲)

(5) 行政

- ・研修・普及啓発活動の実施
- ・連携ツールの作成・普及
- ・症例等検討会の支援

5 介護者の一時的な不在や限界を超えてしまった緊急時の対応

1 現状及び課題

○ 緊急時の制度

- ・要介護者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、ショートステイ(介護保険)・緊急ショート等の制度がある。
- ・しかし、即時に使用する場合でないと利用できないなど、運用の弾力性に欠けている。

2 基本的な考え方

- ・緊急に取るべき対策として、家族等の介護者に一時的な休養を取らせることが必要

3 関係者の役割分担

(1) 行政・専門医療機関

- ・家族会・家族教室等の開催

(2) 行政

- ・ショートステイ・緊急ショートステイ等の整備・運用方法の改善を図る。
- (具体的対応策・関係者の役割分担については、当部会の検討事項からは外れるため、専門的な検討は行わない。)

6 身体合併症の緊急時を避けるためには

1 基本的な考え方

- ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床・専門医療機関の連携方式を基本とする。
- ・身体疾患の悪化が周辺症状の悪化を引き起こすことを意識して、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。

2 今後の対応策(「3 身体合併症の緊急時の対応」と同じ)

- 認知症対応力向上研修・普及啓発
- かかりつけ医をバックアップする体制の構築(地域連携の促進)

3 関係者の役割分担

(1) 本人・家族

- ・家族は、日ごろから、物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の変化（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、早めに相談する。

(2) 相談機関等関係者

- ・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る。
- ・関係者と情報を共有する。
- ・症状が安定していても、定期的な受診を促す。

(3) かかりつけ医

- ・本人は自分の身体疾患の状況を適切に管理できないため、日ごろから身体疾患の管理を慎重に行うとともに、家族への注意を喚起する。
- ・連携の実践

(4) 専門医療機関

- ・かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の使い方等についてのサポートをする。

(5) 一般急性期病院

- ・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う。
- ・連携の実践

(6) 行政

- ・研修・普及啓発活動の実施
- ・連携ツールの作成・普及
- ・症例等検討会の支援

7 周辺症状の緊急時を避けるためには

1 基本的な考え方

- ・暴言・暴力等の激しい周辺症状は、小さな症状の積み重ねや、家族等介護者が疲弊した時に問題が表面化することが多い。
- ・そのため、日ごろからかかりつけ医と専門医が情報を共有しながら連携し、外来機能の活用による早期対応を心がけることで、周辺症状の急激な悪化を避ける。
- ・また、家族等介護者が疲労困憊・介護うつ等にならないように、日ごろからのサポートを行う。

2 今後の対応策（「4 周辺症状の緊急時の対応」と同じ）

- 認知症対応力向上研修・普及啓発
- かかりつけ医をバックアップする体制の構築（地域連携の促進）

3 関係者の役割分担

(1) 本人・家族

- ・ 家族は、日ごろから、物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の変化（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、早めに相談する。
- ・ 早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。

(2) 相談機関等関係者

- ・ 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る。
- ・ 関係者と情報を共有する。
- ・ 症状が安定していても、専門医療機関への定期的な受診を促す。

(3) かかりつけ医及び一般急性期病院・療養病床

- ・ 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は、早期の段階からの薬の使用についても検討する。
- ・ 早めに地域の専門医療機関の外来を活用する。
- ・ 周辺症状が生じた場合、身体疾患によるものであるかどうかの判断を行う。身体疾患が原因となっているのであれば、「6 身体合併症の緊急時を避けるためには」へ。そうではない場合は、生活環境について検討し、変化等がある場合は、元の状態に戻すよう助言をして経過観察する。必要に応じて専門医療機関を紹介する。
- ・ 連携の実践

(4) 専門医療機関

- ・ かかりつけ医・一般急性期病院・療養病床に対し、薬の使い方等についてのサポートをする。
- ・ 連携の実践

(5) 行政

- ・ 研修・普及啓発活動の実施
- ・ 連携ツールの作成・普及
- ・ 症例等検討会の支援

8 日常的な家族等介護者のサポート

1 基本的な考え方

- ・ 家族等介護者の疲弊が、暴言・暴力等の激しい周辺症状を生じさせ、それが緊

急時の対応へと発展することとなる。

- ・そのため、家族等介護者が疲労困憊・介護うつ等にならないように、日ごろからのサポートを行い、心身の負担軽減を図る。

2 関係者の役割分担

(1) 行政・専門医療機関

- ・家族会・家族教室等の開催

(2) 行政

- ・ショートステイ・緊急ショートステイ等の整備・運用方法の改善を図る。

(具体的対応策・関係者の役割分担については、当部会の検討事項からは外れるため、専門的な検討は行わない。)