

# 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会(第6回)

## 次 第

東京都庁第一本庁舎33階北側 特別会議室N3  
平成20年6月24日(火) 午後5時00分から

1. 開 会
2. 議 題
  - (1) 第5回医療支援部会における議論のまとめ
  - (2) 中等度の段階で必要とされる医療について
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) 中等度の段階で必要とされる医療のまとめ

(参考資料1) 東京都の救急医療体制／病棟機能について

(参考資料2) 認知症対策に係る諸事業の紹介

(参考資料3) 東京都認知症専門医療機関実態調査について (抜粋)

「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	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
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

## これまでの議論のまとめ

【凡例】 ○：到達点 ★：確認事項 △：出された意見

### 1 中等度（緊急時）における議論の進め方

#### 前回までの到達点

- 中等度の段階での緊急時には、①軽度の段階から介護・医療を利用して中等度に至り、周辺症状や身体合併症が生じた場合と、②独居や夫婦とも認知症などの理由により、介護・医療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表面化する場合とがある。
- 後者（②）の場合は、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課題であるため、緊急時の医療支援体制の検討からは切り離し、前者（①）の場合について検討していく。

### 2 緊急時（周辺症状・合併症双方）とは何か

#### 前回までの到達点

- (1) 緊急時(周辺症状・身体合併症双方)とはどのような場合か
  - 主に、①身体的不調により、周辺症状も急激に悪化した場合、②介護者の急病など、周囲の介護状況が変化したことにより、周辺症状が急激に悪化した場合、③家族等の介護者の限界を超えてしまった場合の3通りに分類される。
  - ①認知症・身体合併症の緊急事態の主な事例としては、意識障害（せん妄）、急性腹症、脱水、低栄養、外傷（骨折など）が挙げられる。
  - ②周辺症状の緊急事態の主な事例としては、暴言・暴力等で周囲の介護者が対応できない状態が生じている場合が挙げられる。
  - ②と③のケースでは、入院が第一の選択肢というわけではない。収集した生活情報や介護者の状況などに応じて、個別に判断していくべき。
- (2) 緊急事態が起こりやすい状況
  - 介護者が疲弊してくると本人とのトラブルが多くなる。
  - 暴言・暴力等の激しい周辺症状は、少しずつ症状として表れていたものが積み重なったり、家族等の介護者が疲弊した時に問題が表面化することが多い。

#### 確認事項

- ★ 身体合併症の緊急時（①）の対応（→「3」へ）
- ★ 周辺症状の緊急時（②）における対応（→「4」へ）
- ★ 介護者の限界を超えてしまった場合（③）の対応（→「5」へ）
- ★ それぞれの場合における関係者の役割分担

#### 前回までに出了された意見

- (1) 緊急時の頻度
  - △ 周辺症状や身体合併症の急激な悪化により緊急の対応が必要になることは、老健など施設内では度々あるが、外来ではあまりない。振分けやコールセンターのような機能があるといいと思うのは、年間に数例しかない。あとは自助努力で何とか対応できる。
  - △ 認知症で東京都精神科夜間休日救急診療事業（合併症ルートを含む。）を利用する事例はほとんどない。
- (2) 緊急時の対応
  - △ 東京都には、身体疾患については二次救急などの救急医療体制、精神症状に対しては精神科夜間休日救急診療事業などが既にある。これらの体制で初期に介入し、身体的な部分を評価してもらえば、その後、周辺症状が表れて対応が困難になった場合でも、精神科病院が後方病床的な役割を果たせるのではないか。
  - △ 認知症の患者は、長年住みなれた自宅にいと、周辺症状が少ない場合が多い。家族も、入院すると周辺症状が悪化することを知っているため、できるだけ入院させないように取り組んでいるケースが多い。  
ただ、本当の緊急時には入院せざるを得ないが、入院先で症状が悪化してしまい、自宅に戻れなくなってしまうケースが多い。
  - △ 放置すると命にかかわる状況では、身体拘束やそれに伴う機能低下のことは斟酌できない。現状では、身体合併症を治療する間の周辺症状をどのようにコントロールしていくかというガイドラインはないので、医療機関は手探りで対応している。
  - △ 一時的に家族を休ませる方法として、各地区にある緊急ショート制度を利用することが多いが、即時に使用する場合でないと使えない状況にある。

### 3 身体合併症の緊急時(①)の対応

#### 前回までの到達点

- 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難しいので、急性期に関しては、一般急性期病院で知識及び技術レベルを上げて対応することが、家族にとっても本人にとっても望ましい。
- 医師や看護師、その他のスタッフも含めて、全員が少しでも認知症に関する知識を身につけるだけで、一般急性期病院での状況は大きく改善される。

#### 確認事項

- ★ 身体合併症の緊急時の治療の意義(治療の目標)
- ★ 身体合併症の緊急時の治療に必要な機能とは(求められるレベル)
- ★ 身体合併症の緊急時を避けるためには
- ★ 関係者の役割分担

#### 前回までに出示された意見

##### (1) 入院治療における課題

- △ 一般病院では、他の入院患者とのトラブルや器物損壊などが原因で、病院側で対処できなくなり、退院を促される事例がある。
- △ 入院することにより周辺症状が悪化してしまうことがある。

##### (2) 一般急性期病院に必要な機能

- ◆ 外来
  - △ 病院では、受付・問診・採血などの検査・会計・薬の処方など全てを1箇所で行うことはできないので、病院内をあちこち行ったり来たりしているうちに半日ばかりになってしまう。その場合に訪問看護師やケアマネ等がボランティアで付き添っている実態もある。このような、外来の最初の窓口で非常に苦労している実態を何とかしてほしい。
  - △ 救急の場合は救急隊から、本人の生活状況を把握している人に付き添ってほしい、と求められることもある。
  - △ 病院職員全体に認知症についての理解を深めてもらうことも必要。
- ◆ リスクの説明について
  - △ 精神科病院では、認知症患者を入院させるにあたり、事故もありうるということを家族に対して説明している。併せて、統計上年間で何件ぐらい、何%ぐらい事故が発生しているかも説明している。
  - △ 認知症患者は、自分がどのような状況なのかを理解できない。そこで身体拘束される

と精神症状が活発になるのでは。身体の状態と精神の状態のバランスの見極めをいかにしていくかが大事。

##### ◆ 医師について

- △ 受け入れる病院側の対応スキルを上げていく必要がある。それが進むと地域の間口が広がっていく。
- △ 身体合併症を治療する間の周辺症状や精神症状をどのようにコントロールしていくかというガイドラインがない。(再掲)

##### ◆ 看護師について

- △ 急性期病院の看護師は身体疾患しか看ない。身体疾患・精神疾患・生活面、これらのバランスを取りながら患者をみるのは実際にはとても難しい。
  - △ 入院による環境変化によって周辺症状が一時的に悪化することがあることを理解していない場合も多い。身体疾患と精神疾患の状況・優先順位の見極めや、リスクの説明を家族に対してできることが必要。
  - △ 一般病床の看護師は、身体抑制はやむを得ないと考えている部分があり、抑制により周辺症状が悪化することについての認識が低い。ただ、医療安全について考慮しなければならない面もあるので、対応に苦慮している場合も多い。
  - △ 制度上も経営上も多くの看護師は置けないので身体拘束が生じてしまう。自院でそれなりに対応する医療機関と、急性期を脱したらすぐに転・退院先を検討する医療機関とがある。
  - △ 身体疾患の患者と認知症の患者が混合している病棟では認知症に対するスキルは上がっている。そのため、医療療養病床では、できるだけ身体を拘束しないように対応している。
  - △ 研修を行うだけでも、認知症患者に対する看護の質は向上する。
- ##### (3) 連携・役割分担
- △ 救急患者を受け入れるには、まず、急性期のトリアージができる医師がいて、そこで緊急の治療が行えることが必要。その後、認知症をみられるスタッフのいる、回復期を過ごせる病棟や医療療養病床にうつることが考えられる。しかし、現実には、このような病床の使い分けはできていない。
  - △ 東京都には、身体疾患については二次救急などの救急医療体制、精神症状に対しては精神科夜間休日救急診療事業などが既にある。これらの体制で初期に介入し、身体的な部分を評価してもらえば、その後、周辺症状が表れて対応が困難になった場合でも、精神科病院が後方病床的な役割を果たせるのではないか。
  - △ 精神科病院が後方病床としての役割を果たすためには、①一般病院で身体疾患について適切に診断・治療し、症状がある程度落ち着いていること、②精神保健指定医がいる時間帯であること、が必要。
  - △ (「手帳」のような制度を導入する場合には) 本人の生活歴や基礎疾患など、医療情報を集約した手帳のようなものを本人が携帯するようにすること、病院側もそのような情報があれば参考にすること、両方が必要。
  - △ 退院時の状況が分かれば、それを参考にして支援していくことができるが、介護側で

は状況について全く分からない。逆紹介状のようなもので介護側にも状況を知らせてほしい。

#### 4 周辺症状が急激に悪化した場合（②）の対応

##### 前回までの到達点

- 周辺症状に対する治療をすることで、家族等周囲の介護者への心身の負担が軽くなり、余裕を持った対応が可能になる。
- 初期の段階から、かかりつけ医と専門医がチームを作って対応し、それが普段から機能するようにしていくことが重要。
- 入院が第一の選択肢というわけではない。収集した生活情報や介護者の状況などに応じて、個別に判断していくべき。

##### 確認事項

- ★ 周辺症状の緊急時の治療の意義（治療の目標）
- ★ 周辺症状の緊急時の治療に必要な機能とは（求められるレベル）
- ★ 周辺症状の緊急時を避けるためには
- ★ 関係者の役割分担

##### 前回までに出了された意見

- △ 薬の処方仕方が医師によって異なる。かかりつけ医が専門医の助言も得て処方できるような仕組みを作ってほしい。

#### 5 家族等の介護者の限界を超えた場合（③）の対応

##### 前回までの到達点

- 緊急にとるべき対策として、一旦家族等の介護者に休んでもらうことが必要。

##### 確認事項

- ★ 家族等の介護者が休むための方策

##### 前回までに出了された意見

- △ 一時的に家族を休ませる方法として、各地区にある緊急ショート制度を利用することが多いが、即時に使用する場合でないと使えない状況にある。（再掲）

#### 6 緊急時以外にも求められる対応

##### 前回までに出了された意見

##### （1）身体合併症について

###### ◆一般急性期病院

- △ 病院では、受付・問診・採血などの検査・会計・薬の処方など全てを1箇所で行うことはできないので、病院内をあちこち行ったり来たりしているうちに半日がかりになってしまう。その場合に訪問看護師やケアマネ等がボランティアで付き添っている実態もある。このような、外来の最初の窓口で非常に苦勞している実態を何とかしてほしい。（再掲）

- △ 本人の生活歴や基礎疾患など、医療情報を集約した手帳のようなものを本人が携帯するようにすること、病院側もそのような情報があれば参考にすること、両方が必要。（再掲）

- △ 病院職員全体に認知症についての理解を深めてもらうことも必要。（再掲）

- △ 退院時の状況が分かれば、それを参考にして支援していくことができるが、介護側では状況について全く分からない。逆紹介状のようなもので介護側にも状況を知らせてほしい。（再掲）

##### （2）周辺症状について

- △ 周辺症状の薬物治療に関するガイドラインの整備が必要。

- △ 家族は普段から、症状の状況（穏やかなのか、イラついてきているのか、等）についても医師に相談し、相談を受けた医師も、症状が軽度でも家族の対応だけでは難しいということであれば、初期の段階から薬を使用することも考えていくべき。

- △ 薬の処方仕方が医師によって異なる。かかりつけ医が専門医の助言も得て処方できるような仕組みを作ってほしい。（再掲）

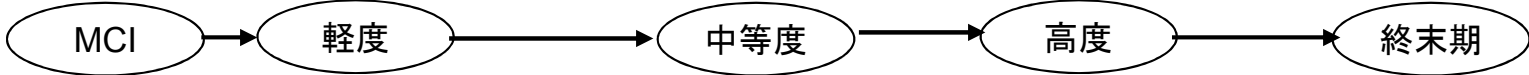
##### （3）家族等介護者のサポート

- △ 介護うつ予防など、介護者に対するフォローも医療の大切な役割の一つではないか。



# 中等度の段階で必要とされる医療のまとめ

変性疾患の場合



認知症医療

抑うつ症状  
いらいら感  
性格変化

- 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
- 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

○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。

○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。  
○周辺症状は、病気など身体的な不調からくることも多いが、医療機関からは周辺症状を理由に、介護サービスからは身体的不調を理由にはじかれてしまう。  
○精神症状を呈していてもかかりつけ医は身体所見をきちんととってほしい。  
○身体疾患に起因したせん妄等の意識障害による自宅からの入院例が多い。かかりつけ医にかかって服薬しているケースもある。

○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てから処方という対応を取ることもある。  
○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。

中等度における診断・治療

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

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

認知症に関する医療依存度

身体に関する医療依存度

東京都の救急医療体制の概要

■ 基本方針

突発不測の傷病者が、いつでも、どこでも、だれでもその症状に応じ、必要かつ適切な医療を受けられる救急医療体制の整備

■ 救急医療体系

○ 初期救急

- ・ 対象  
比較的軽症な救急患者の診療(自力来院)
- ・ 主な受け入れ先  
休日夜間急患センター、小児初期救急診療事業
- ・ 時間帯

時間帯	月	火	水	木	金	土	日
昼間	通常診療で対応						
準夜	(一部確保)						
深夜	救急医療機関で対応						

○ 二次救急

- ・ 対象  
中等症から重症患者で入院、手術を要する救急患者の治療(自力・救急車)
- ・ 主な受け入れ先  
東京都指定二次救急医療機関
- ・ 時間帯

時間帯	月	火	水	木	金	土	日
昼間	通常診療で対応						
準夜							
深夜							

○ 三次救急(救命救急)

- ・ 対象  
生命危機を伴う重症・重篤な救急患者に対する救命措置、高度専門医療(救急車)
- ・ 主な受け入れ先  
救命救急センター
- ・ 時間帯

時間帯	月	火	水	木	金	土	日
昼間							
準夜							
深夜							

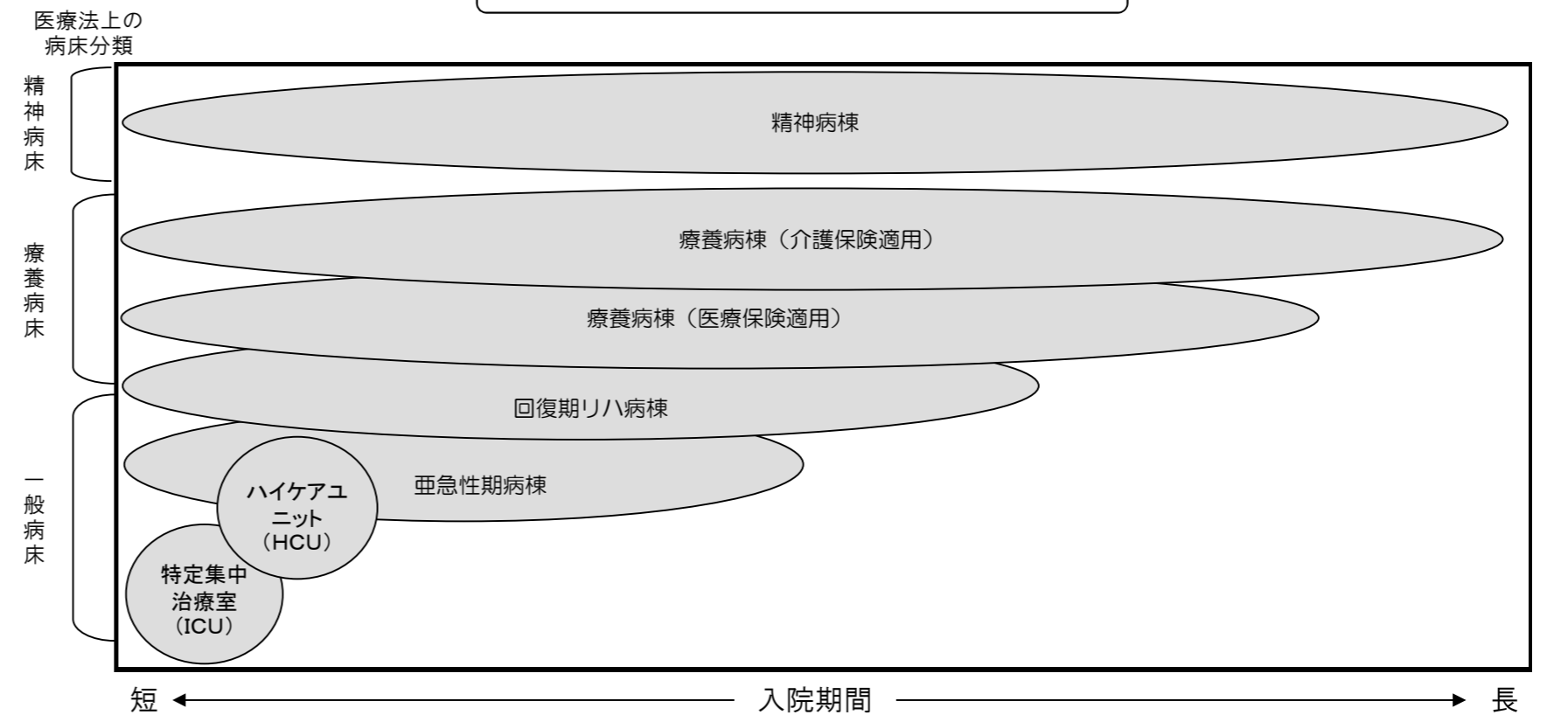
診療報酬上の病棟種別

	特定集中治療室 (ICU)	ハイケアユニット (HCU)	亜急性期病棟	回復期リハ病棟	療養病棟 (医療保険適用)	療養病棟 (介護保険適用)	精神病棟
病棟の機能	急性機能不全に陥った患者を24時間体制で管理し、総合的・集中的な医療を行うための病棟	ICUから一般病棟に移す場合に、一時的に経過を観察するために利用する病棟	急性期医療を経過した患者や、急性憎悪した在宅・介護施設等からの患者に対し、密度の高い医療を提供するための病棟	脳血管疾患や大腿骨頭部骨折等の患者に対し、寝たきり防止や家庭復帰を目的としたリハビリを集中的に行うための病棟	病状が安定しているが長期療養が必要で、医学的管理が必要な患者を受け入れるための病棟	病状が安定しているが長期療養が必要で、医学的管理が必要な要介護者を受け入れるための病棟	精神疾患を有する患者を入院させるための病棟
看護職員配置基準 (※1)	2対1以上	4対1以上	13対1以上	15対1以上	25対1以上	6対1以上(※3)	10対1以上
1日あたり診療報酬 (介護報酬) (※1)(※2)	8,760点 (※4)	3,700点	2,050点	1,690点	1,709点	1,322単位	1,240点 (※5)
算定期間(上限)	14日を限度	21日を限度	90日を限度	180日を限度	上限なし	上限なし	上限なし
その他	特になし	専任医師1名以上が必要	当該医療機関内に、在宅復帰支援を担当する者が1名以上必要	リハビリ科の医師1名以上、理学療法士2名以上、作業療法士1名以上、看護補助者30対1以上が必要	看護補助者25対1以上が必要	介護職員4対1以上が必要	特になし

※1 最も高いものを掲載

※2 診療報酬 1点=10円 介護報酬 1単位=10円~10.48円(地域により異なる)

病棟機能別入院期間イメージ図





# 認知症対策に係る諸事業の紹介

## 認知症疾患医療センター(新旧比較)

	認知症疾患医療センター(新)	老人性認知症疾患センター(旧)
1 目的	都道府県等が認知症疾患医療センターを設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、以下の事業を実施することにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る。 (1)認知症疾患に関する鑑別診断 (2)周辺症状と身体合併症に対する急性期医療 (3)専門医療相談 (4)地域保健医療・介護関係者への研修 等	都道府県が老人性認知症疾患センターを設置し、保健医療・福祉機関等と連携を図りながら、以下の事業を実施することにより、地域の老人性認知症疾患患者等の保健医療・福祉サービスの向上を図る。 (1)老人性認知症疾患患者等の専門医療相談 (2)鑑別診断・治療方針選定 (3)夜間・休日の救急対応 (4)地域保健医療・福祉関係者への技術援助
2 実施主体	(1)実施主体 都道府県及び指定都市 (2)事業の実施 都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院 (3)届出 指定の際厚生労働大臣に届出	補助対象 都道府県又は都道府県知事が指定した病院で厚生労働大臣が適当と認めるもの
3 設置基準	(1)原則として、平日週5日の稼働 (2)専門医療機関としての機能を有すること ・医療相談ができる専門部門の設置 ・人員配置 専任の専門医1名以上 専任の臨床心理技術者1名以上 相談部門に常勤専従の精神保健福祉士等が1名以上 ・検査体制 血液、尿一般、心電図、神経心理、CT又はMRI MRI,SPECT (連携も可) ・病床 周辺症状と身体合併症に対する急性期治療が可能 な一般病床及び精神病床(一方は連携でも可) (3)地域連携の機能を有すること ・情報センター機能 鑑別診断や入院調整等の中核機能 ・研修会、連携協議会 研修の実施・協力 認知症疾患医療連携協議会を開催	(1)精神科を有する総合病院又は精神科・内科系・外科系診療科を有する病院 (2)専門医療相談が実施できる態勢 (相談窓口、専用電話等の必要な設備、態勢) (3)常時1床以上の空床及び診療応需態勢を確保
4 事業内容	(1)専門医療相談 初診前医療相談 情報収集提供(地域包括・保健所・福祉事務所等との連絡調整) 介護サービスとの連絡調整 (2)鑑別診断とそれに基づく初期対応 初期診断、鑑別診断、治療方針の選定、入院先紹介 (3)合併症・周辺症状への急性期対応 合併症・周辺症状の初期診断・治療(急性期入院医療含む。) 急性期入院医療のための、他の連携医療機関の空床把握 (4)かかりつけ医等への研修会の開催 (5)認知症疾患医療連携協議会の開催 地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括等の介護関係者、有識者等から組織された協議会の開催 (6)情報発信	(1)専門医療相談 初診前医療相談 情報収集提供(高齢者総合相談センター・保健所・福祉事務所等との連絡調整、医療・福祉施設等の稼働・空床状況把握) 広報 (2)鑑別診断・治療方針の選定 初期治療、鑑別診断、治療方針の選定、移送先紹介 (3)救急対応 救急対応受入事務 緊急に収容を要する患者のための病床として常時1床以上確保 (4)外部保健医療・福祉関係者への技術援助 (5)センターの機能の充実 医師・看護師・MSW等に対する研修会・関連学会への出席 文献収集
5 補助概要(概算要求)	(1)補助金額 1,250千円(=2,500千円×1/2) (2)予定施設数 150か所	(平成19年度に廃止)
6 その他	老人性認知症疾患センターには、3年以内を目途に認知症疾患医療センター機能を有するよう努力義務	全国150か所(18年度末)

## 区市町村が実施している認知症介護者支援事業(類型化)

類型	事業内容	利用要件	主な対象者	利用料(本人負担)	実施区市町村数
緊急ショートステイ事業	要介護者が居宅において介護を受けることが一時的に困難な状況になった場合に、介護施設等に短期間入所させることで、本人及び家族等の生活を支援する。	① 介護者の病気やけが ② 介護者の冠婚葬祭等への出席 ③ 介護者の心身の負担の軽減 ④ 介護者による虐待 ⑤ 火災・台風等の災害 等の理由で、要介護者が居宅で介護を受けることが一時的に困難な状況におかれていること	I 介護保険非該当者 II 虐待により緊急介護が必要な者 III 一時的に独居となる要支援・要介護者	平均 2,500円 程度	区部：16 市町村部：25 計 41
緊急医療ショートステイ事業	一時的に医療機関に入院させ、必要な医学的処置を行う。	介護者の緊急事態等で、一時的に在宅での介護・医療を受けることが困難なこと	要支援・要介護で、かつ、医学的管理が必要なため、介護保険の短期入所生活介護の利用が困難な高齢者	医療保険の自己負担分、差額ベッド料、食費、おむつ代等	区部：3 市町村部：3 計 6
認知症介護教室事業	在宅で認知症高齢者を介護している家族等を対象として、認知症や介護に関する知識及び情報を提供するとともに、家族同士の交流を通じて心身の負担軽減を図るための教室を開催する。	なし	認知症高齢者を介護している家族等	無料	区部：6 市町村部：1 計 7
認知症高齢者相談・助言・見守り等支援事業	専門員が各種の相談に応じ、必要な指導・助言・見守り等を行うことで、介護者の心身の負担軽減を図る。	なし	認知症高齢者及び家族等	原則無料	区部：6 市町村部：2 計 8
短期入所生活介護・短期入所療養介護	要介護者が居宅において介護を受けることが一時的に困難な状況になった場合に、介護施設等に短期間入所させることで、本人及び家族等の生活を支援する。	① 利用者の心身の状況 ② 介護者の病気・冠婚葬祭・出張等 ③ 介護者の負担軽減 等の理由で、一時的に在宅での生活に支障がでること	要介護者	介護保険の自己負担分	全区市町村

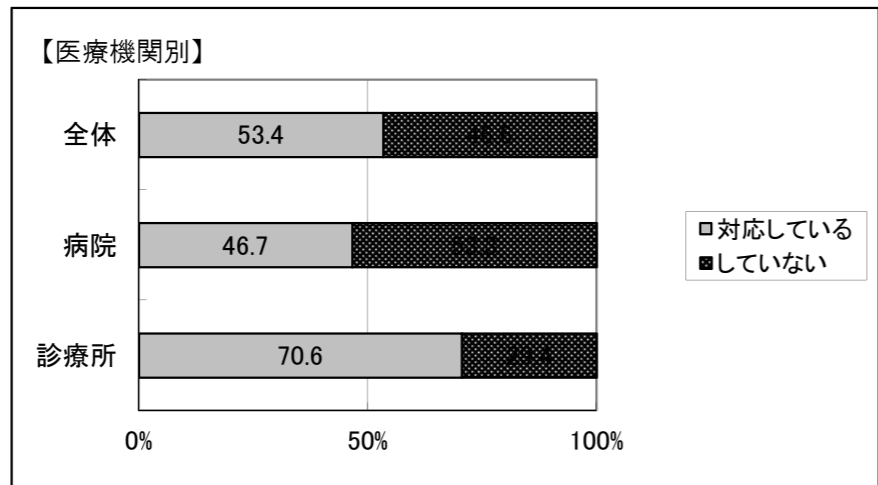
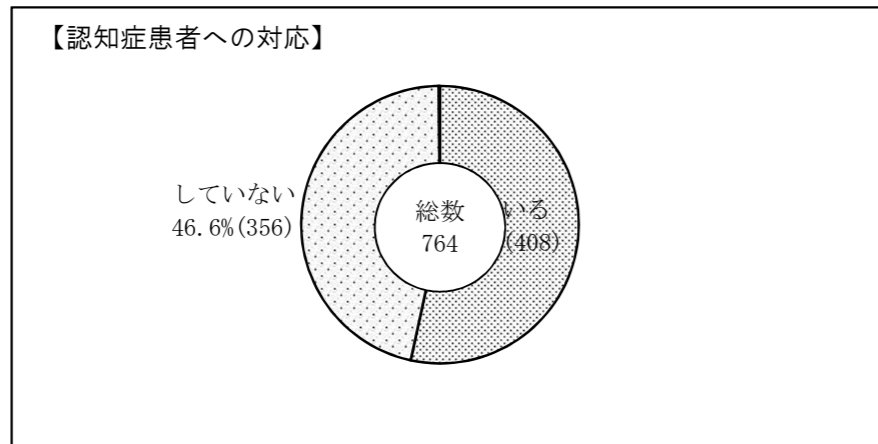
※1 事業名・利用料(本人負担)等は、各区市町村により異なる。  
 ※2 平成20年3月31日現在：福祉保健局調

**【参考】介護保険事業(ショートステイ)**

短期入所生活介護・短期入所療養介護	要介護者が居宅において介護を受けることが一時的に困難な状況になった場合に、介護施設等に短期間入所させることで、本人及び家族等の生活を支援する。	① 利用者の心身の状況 ② 介護者の病気・冠婚葬祭・出張等 ③ 介護者の負担軽減 等の理由で、一時的に在宅での生活に支障がでること	要介護者	介護保険の自己負担分	全区市町村
-------------------	---	--	------	------------	-------

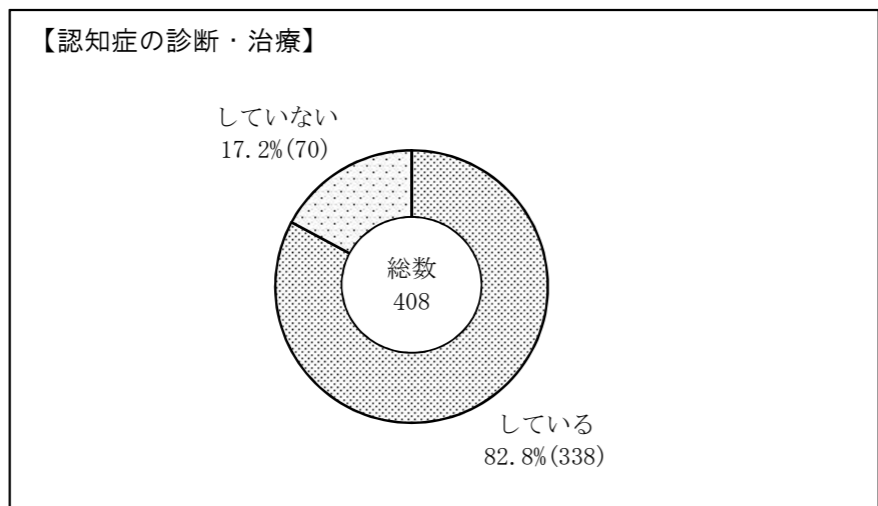
① 認知症患者への対応

認知症患者への対応（認知症診断・治療、身体疾患発症時の対応いずれでも可）を行っているのは、約53%（408か所）となっている。



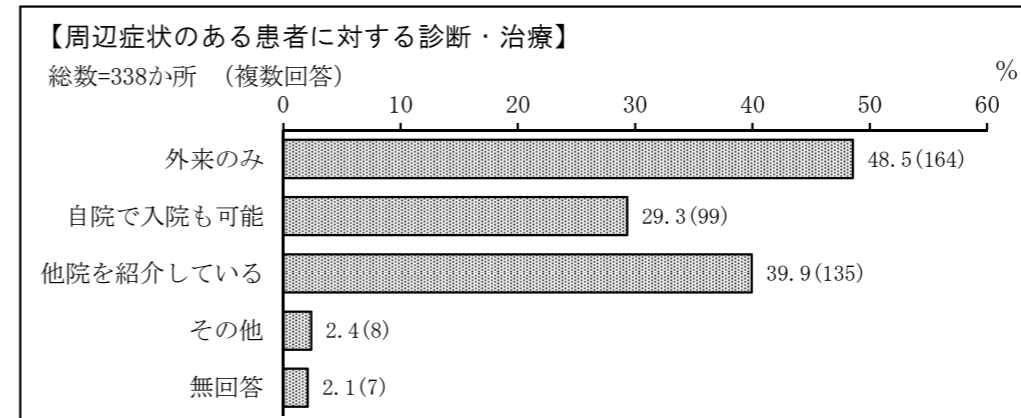
② 認知症の診断・治療

認知症患者への対応をしている医療機関408か所のうち、診断・治療をしているのは約83%（338か所）。



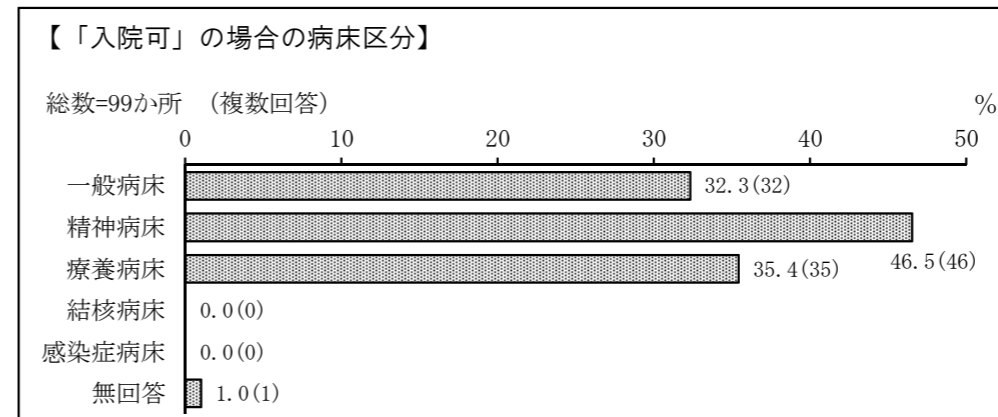
③ 周辺症状の診断・治療の方法

認知症の診断・治療を行っている医療機関338か所のうち、周辺症状のある患者への対応では、外来のみの対応が約49%（164か所）、他院を紹介しているのが約40%（135か所）、入院も可能が約30%（99か所）、という結果になっている。



④ 周辺症状で入院可の場合の病床区分

入院も可能な場合（99か所）の病床区分は、精神病床が約47%、療養病床が約35%、一般病床が約32%となっている。

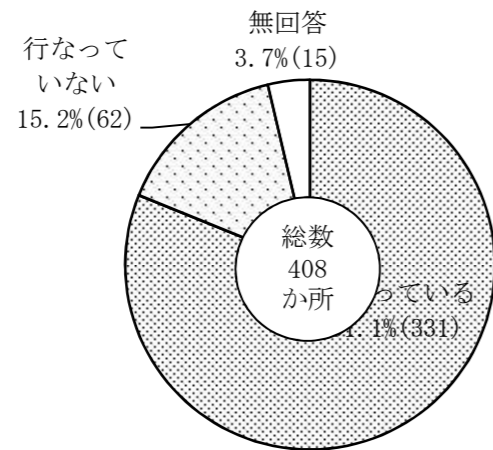


項目名（12個までの複数回答）	集計値	構成比 (%)
全体	99	100.0
一般病床	32	32.3
回復期リハビリテーション病棟	2	2.0
その他	32	32.3
精神病床	46	46.5
老人性認知症疾患治療病棟	9	9.1
老人性認知症疾患療養病棟	3	3.0
その他	38	38.4
療養病床	35	35.4
介護療養型	18	18.2
回復期リハビリテーション病棟	3	3.0
その他	23	23.2
結核病床	—	—
感染症病床	—	—
無回答	1	1.0

⑤ 身体合併症の治療

認知症患者への対応をしている医療機関408か所のうち、身体合併症がある認知症患者への対応では、約81%が治療を行っている。

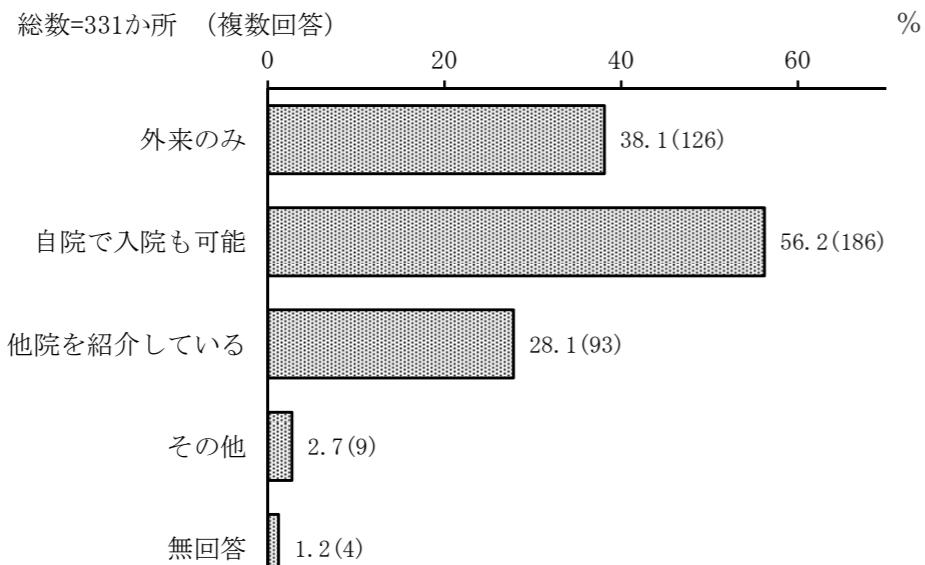
【合併症の治療の有無】



⑥ 身体合併症の診断・治療の方法

入院も可能な場合(99か所)の病床区分は、精神病床が約47%、療養病床が約35%、一般病床が約32%となっている。

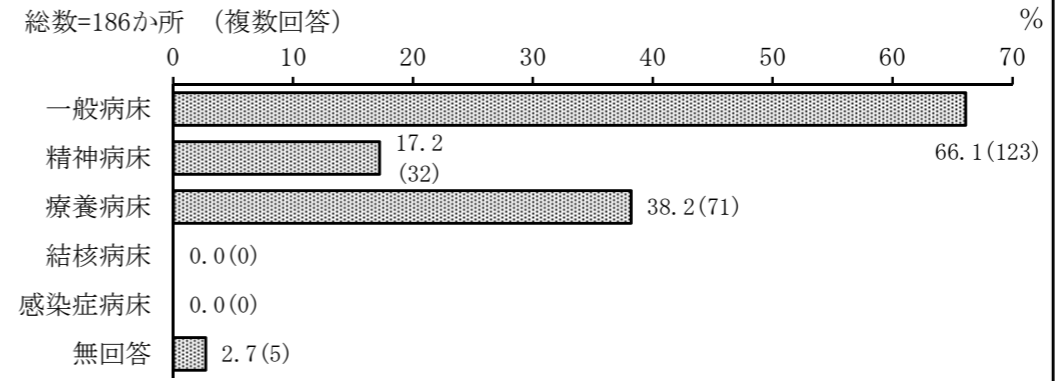
【合併症の患者に対する診断・治療】



⑦ 身体合併症で入院可の場合の病床区分

入院も可能な場合(186か所)の病床区分は、一般病床が約66%、療養病床が約38%、精神病床が約17%となっている。

【「入院可」の場合の病床区分】



項目名 (12個までの複数回答)	集計値	構成比 (%)
全体	186	100
一般病床	123	66.1
回復期リハビリテーション病棟	15	8.1
その他	116	62.4
回復期リハビリテーション病棟	15	8.1
精神病床	32	17.2
老人性認知症疾患治療病棟	3	1.6
老人性認知症疾患療養病棟	2	1.1
その他	28	15.1
療養病床	71	38.2
介護療養型	36	19.4
回復期リハビリテーション病棟	6	3.2
老人性認知症疾患療養病棟	2	1.1
その他	47	25.3
結核病床	—	—
感染症病床	—	—
無回答	5	2.7

⑧ 身体合併症に対応していない場合の対処法

【身体疾患の治療をしていない場合の対処法】

