

# 東京都認知症対策推進会議 医療支援部会(第8回)

## 次 第

東京都庁第一本庁舎 33階北側 特別会議室N1  
平成20年10月20日(月) 午後5時00分から

### 1. 開 会

### 2. 議 題

- (1) 中等度の段階で必要とされる医療について
- (2) 高度～終末期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

(資料2) 高度～終末期の段階で必要とされる医療のまとめ

(参考資料1) 共通フォーマット(案)

(参考資料2) 東京都認知症専門医療機関実態調査(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

## 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が望ましい。
  - ・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。
- (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。

#### 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）
  - その時々での生活上の困難、家族が対応に困ること
  - その時々での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)）
- ・ かかりつけ医・一般病院・専門病院→介護側（サマリー）
  - 主に入院時から退院時までの情報を記載する。【cf. 参考資料 1】

(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。【cf. 参考資料 1】
- ・ 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

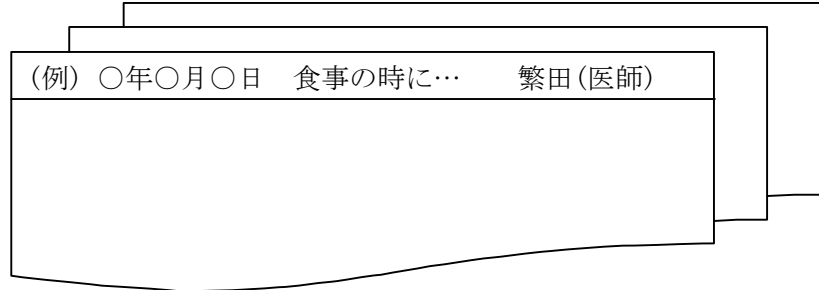
(1) 手帳の目的

- ・ 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交付することとする。

(2) 形式

- ・ 手帳形式を基本とし、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。
- ・ 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】



- ・制度ごとに複数の手帳があると1つ1つの管理が困難となるため、必須事項を記載したカード又はシールを、既存の健康手帳の「別冊」形式で作成し、本体である健康手帳に挟む（貼る）という方式についても検討していくことが考えられる。

### (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
- ・ サマリーの項目についても、手帳に含めてしまうことは可能ではないか。

### (4) 患者手帳を有効に活用するための方策

- ・ 普及啓発活動
  - 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。
- ・ 習慣づけ
  - 本人・家族 普段から手帳を携行し、受診先（相談先）に関わらず提示する。
  - 医療機関・相談機関等関係者 常に手帳情報を参考にする。

## 【cf. 別冊1・2】

## 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、胃ろうの装着ならば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

- ・周辺症状が生じてても、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、緊急時に至っても在宅での生活を継続す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ように必要な知識・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、物忘れや生活上の失敗だけでなく、本人の気分の変化等（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても相談する。
- (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
  - ・要介護者が居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

- ・日ごろから、本人の様子に目を配り、必要に応じてかかりつけ医に相談する。

#### (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、本人の気分の変化等（穏やかなのか、イライラしてきているのか等）についても相談する。
- ・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

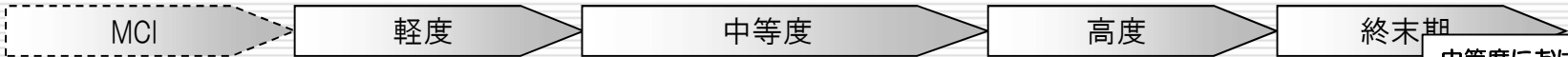
#### (1) 行政・専門医療機関

- ・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。)

# 中等度の段階で必要とされる医療のまとめ



## 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

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
- 基本的ADLの低下
- 慣れた道で迷子になる

### 周辺症状

- 徘徊・多動・1日中寝る
- せん妄

- 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るにもかかわらず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。

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

- 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

- 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。
- 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っていると感じる。
- 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

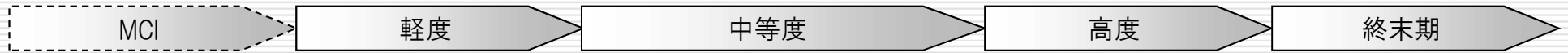
（身体合併症）  
周辺症状・身体疾患  
双方に治療が必要な場合

覚醒・睡眠リズム不明確化

取りに向け  
全人的医療

（身体合併症）  
身体疾患の治療を優先する場合

# 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→疾患に応じた治療

告知→生活方針、医療側との連携

中核症状の進行抑制（塩酸ドパミン阻害薬等）

抑うつ・不眠・食欲低下等の対応

**【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。

案(1)

案(2)

生活の場の選択を支援するためには

高度～終末期の認知症の人に特有の課題とは

選択した生活の場において、各人にとって必要な医療支援を継続して受けるためには

特有の課題に応じた対応策の検討

- ①在宅において
- ②グループホーム、有料老人ホームにおいて
- ③介護老人保健施設、特別養護老人ホームにおいて
- ④病院において

**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

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

認知症特有のリスクを踏まえた全身管理

認知症に合わせた人的医療

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

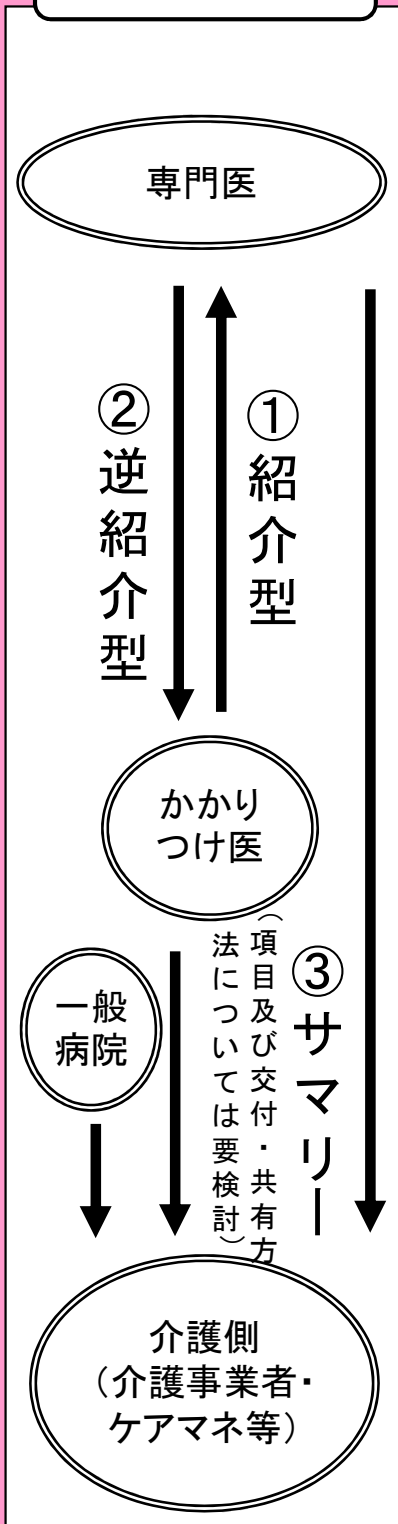
身体疾患そのものに対する適切な医療

歩行&座位維持困難  
嚥下機能低下→肺炎等のリスク

呼吸不全

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

共通フォーマット



① 紹介型 (かかりつけ医⇒専門医)

病院(医院) 先生 平成 年 月 日

**紹介先医療機関**

**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

**基本属性** 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

**紹介目的**  
診断(具体的に)  
治療( )  
入院( )  
その他( )

**服薬状況**  
●●●●●(薬種・服薬期間)  
●●●●●( )  
●●●●●( )  
●●●●●( )  
※ 処方箋の写しの添付も可

**介護保険の利用** 有(要介護度 ) 無  
( ケアマネ名・連絡先 )

**生活上の困難・家族が対応に困ること**

**身体疾患の治療状況**

**その他状態の変化**

※必要に応じて画像等を添付してください

② 逆紹介型 (専門医⇒かかりつけ医)

医院(クリニック) 先生 平成 年 月 日

**医療機関名  
及び所在地  
電話番号  
医師名 印**

**基本属性** 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

**逆紹介目的**  
経過観察(必要時・ か月後 に再紹介してください)  
薬の処方(薬種・処方量 )  
身体疾患の治療( )  
その他( )

**認知症について**  
種類 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( )  
程度 軽度 中等度 高度

**留意点**

**薬の処方状況** ●●●●●( )  
●●●●●( )  
●●●●●( )

**治療状況**

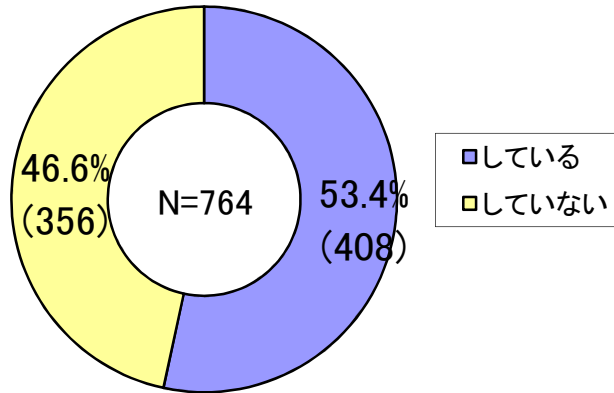
**説明** 本人に(説明内容)  
家族等に(説明内容)

**その他**

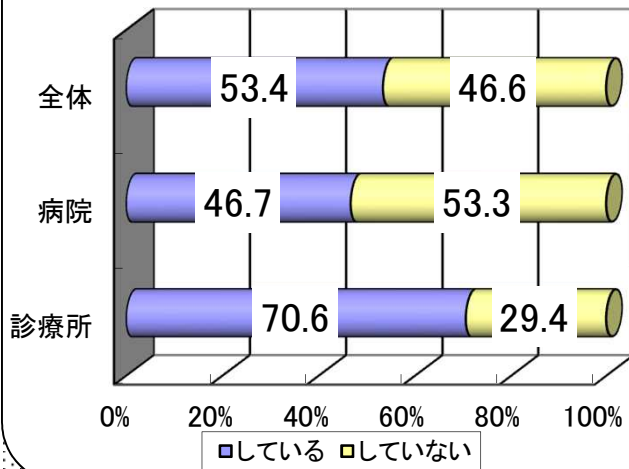
※必要に応じて画像等を添付してください



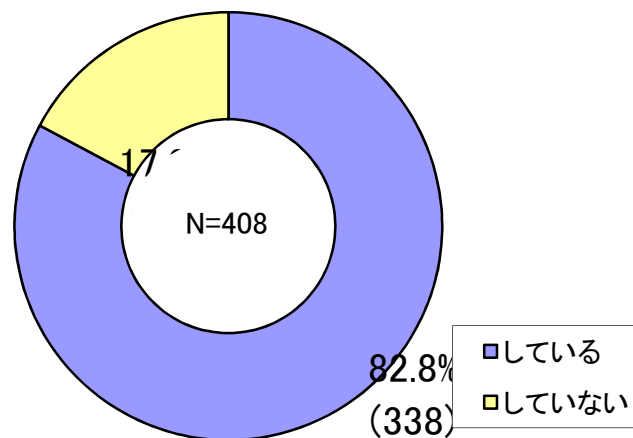
認知症患者への対応  
をしている医療機関



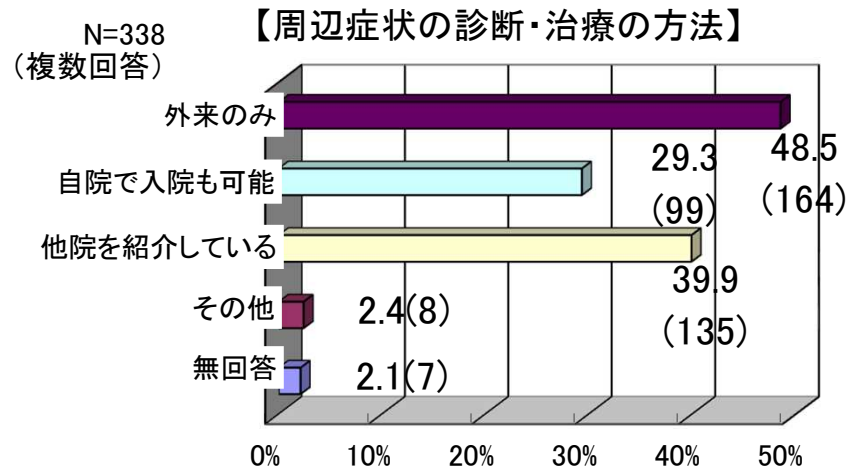
【医療機関別】



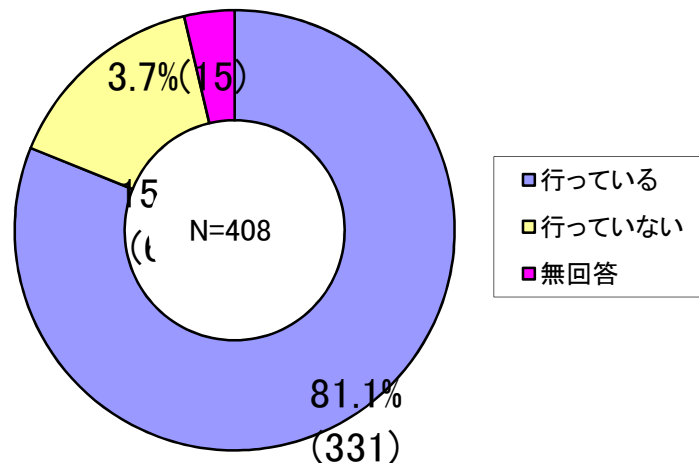
認知症の診断・治療  
をしている医療機関



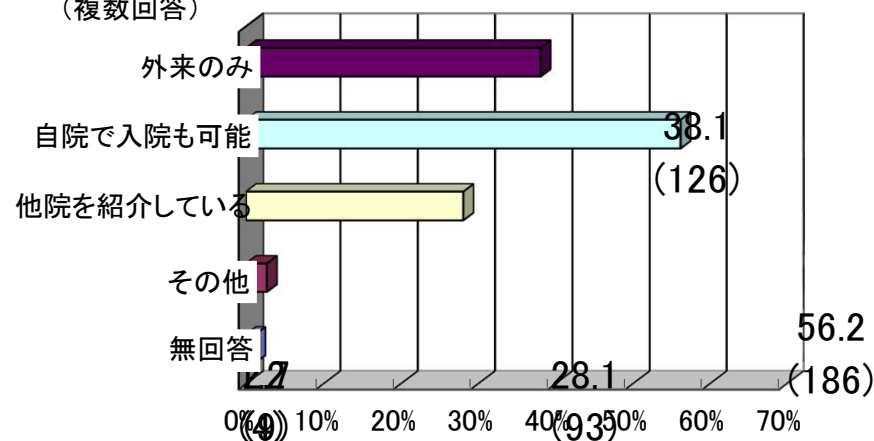
周辺症状・身体合併  
症の治療・対応



【身体合併症の治療の有無】

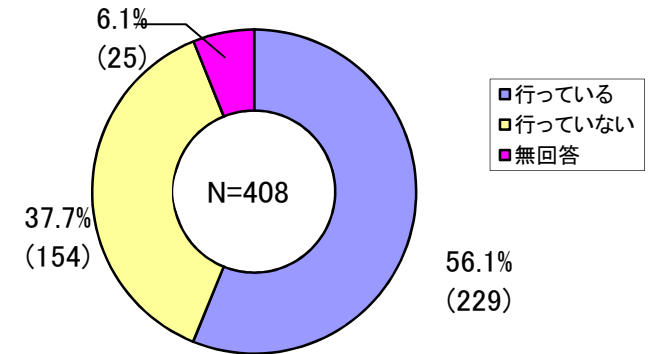


【身体合併症の診断・治療の方法】

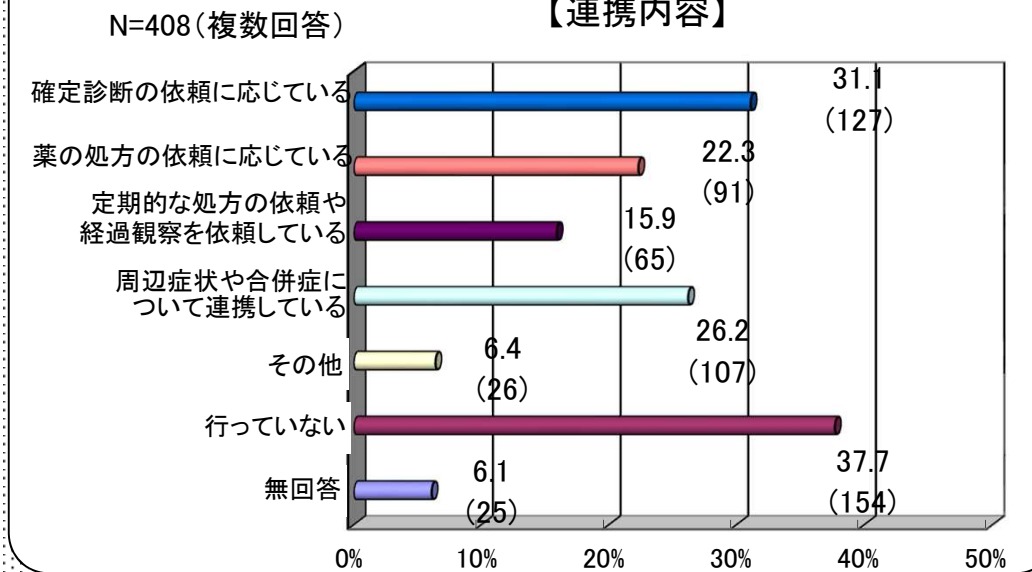


地域のかかりつけ医との連携

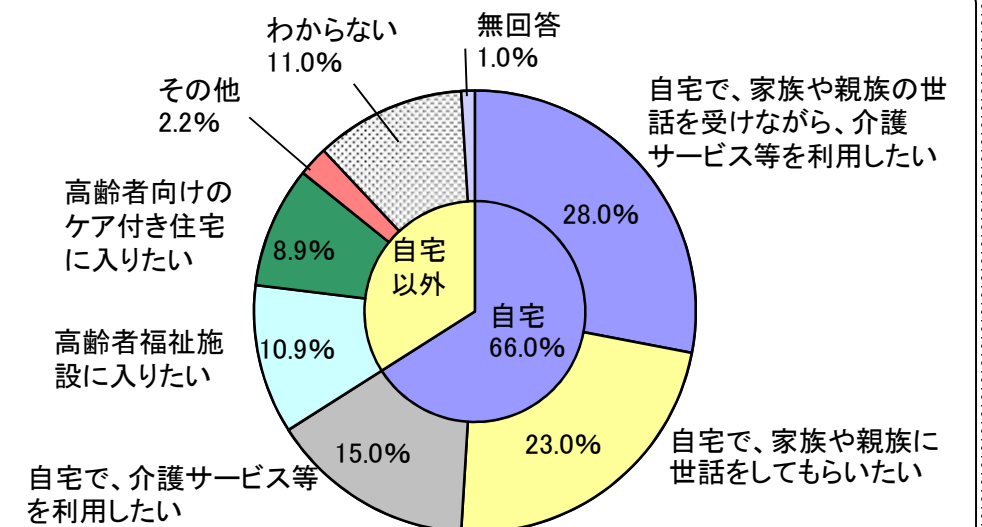
【連携の有無】



【連携内容】



【参考】介護が必要になった場合に望む対応



平成17年度東京都社会福祉基礎調査「高齢者の生活実態」より

## 二次保健医療圏別の状況

二次医療圏	調査対象数 (A)	回答数 (B)	認知症患者への対応可 (認知症診断・治療、身体疾患発症時の対応いずれでも可)		地域のかかりつけ医との連携の有無及び連携内容(※)													
					確定診断の依頼 に応じている		薬の処方の依頼 に応じている		定期的な処方の 依頼や経過観察 を依頼している		周辺症状や合併 症について連携し ている		その他		行っていない		無回答	
					か所数 (C)	構成比 (C/B)	か所数 (D)	構成比 (D/C)	か所数 (E)	構成比 (E/C)	か所数 (F)	構成比 (F/C)	か所数 (G)	構成比 (G/C)	か所数 (H)	構成比 (H/C)	か所数 (I)	構成比 (I/C)
区中央部	137	95	42	44.2%	15	35.7%	13	31.0%	12	28.6%	16	38.1%	5	11.9%	12	28.6%	2	4.8%
区南部	64	46	31	67.4%	11	35.5%	7	22.6%	8	25.8%	9	29.0%	3	9.7%	9	29.0%	3	9.7%
区西南部	97	64	35	54.7%	11	31.4%	8	22.9%	3	8.6%	10	28.6%	2	5.7%	15	42.9%	—	—
区西部	94	74	48	64.9%	16	33.3%	12	25.0%	8	16.7%	8	16.7%	6	12.5%	16	33.3%	6	12.5%
区西北部	146	93	47	50.5%	14	29.8%	8	17.0%	7	14.9%	10	21.3%	1	2.1%	24	51.1%	3	6.4%
区東北部	101	86	40	46.5%	8	20.0%	9	22.5%	5	12.5%	11	27.5%	1	2.5%	17	42.5%	2	5.0%
区東部	67	58	23	39.7%	9	39.1%	5	21.7%	3	13.0%	7	30.4%	—	—	5	21.7%	2	8.7%
西多摩	35	31	19	61.3%	2	10.5%	2	10.5%	2	10.5%	6	31.6%	1	5.3%	8	42.1%	1	5.3%
南多摩	104	76	41	53.9%	11	26.8%	6	14.6%	5	12.2%	13	31.7%	1	2.4%	17	41.5%	—	—
北多摩西部	34	27	13	48.1%	6	46.2%	6	46.2%	2	15.4%	2	15.4%	3	23.1%	4	30.8%	—	—
北多摩南部	76	60	35	58.3%	15	42.9%	10	28.6%	7	20.0%	10	28.6%	1	2.9%	9	25.7%	2	5.7%
北多摩北部	57	52	32	61.5%	8	25.0%	3	9.4%	2	6.3%	3	9.4%	2	6.3%	18	56.3%	4	12.5%
島しょ	3	2	2	100.0%	1	50.0%	2	100.0%	1	50.0%	2	100.0%	—	—	—	—	—	—
計	1,015	764	408	53.4%	127	31.1%	91	22.3%	65	15.9%	107	26.2%	26	6.4%	154	37.7%	25	6.1%

(※)複数回答のため、構成比の合計は100%とならない。