

3 認知症の人の受け入れと対応

● 認知症の人の理解と受け入れの視点

(1) 認知症の人の初発心理の理解

キーポイント

不安心理がうつ状態を惹起
うつが認知症の進行を早める

認知症では、絶えず不安心理がよぎることが多い。突然忘れることに不安を覚える。患者の表情を見ていると、その様子が伝わってくる。

たとえば、駅で買い物をしている、列車が到着したことに慌てて、高額紙幣でのお釣りを忘れることはあり得るが、そうしたことが度重なれば、不安からうつ状態にもなる。高齢者の心理を理解し、思いやる必要がある。

(2) コミュニケーションの難しさの克服

キーポイント

頑固さ・理解力の低下・説得の難しさ

診察していると、説得の難しさを感じることもある。理解力が低下し時として頑固であり、理詰めでは説得しにくいことも多い。診察の場で何とか説き伏せようとせず、何事もいとわず、その人を受け入れて根気よく接することが警戒心を解き、結局コミュニケーションの近道となる。

(3) 老々暮らしや独居の認知症の人への配慮

キーポイント

独居、老々介護と認知症・常識とかけ離れた生活が生じる・介護保険だけでは支援しにくく、多分野融合型の「地域力」の創造が必要

高齢社会の中で、認知症の人はさまざまな問題を抱えている。認知症の夫婦が生活していると、その生活が自立していても、普通では考えられない生活になることもある。整理整頓やゴミの分別ができず、清潔面でも支援が必要となる。

独居の認知症高齢者の場合は、24時間の介護対応は難しく、必要であれば施設対応となるが、施設の整備が十分でない現状ではこれも難し

い。行動力がある認知症の人の場合は、近隣とのトラブルが多発することもある。トラブルはときには警察ざたにもなる。介護保険だけでは対応しきれず、介護支援専門員やヘルパーだけでは、対応は難しい。居宅での生活の継続は、衣食住やライフライン全般にわたる生活支援や見守りが維持できるかどうかによって左右される。認知症に限ったことではないが、特に認知症には多分野の人々の理解と協力が融合した「地域力」としてのインフォーマルなサービスが必要になる。

(4) 介護に関する理解

キーポイント

介護の手間のかかる認知症、かからない認知症・動ける認知症、動けない認知症、身体拘束や虐待

認知症の介護は「介護の手間のかかる認知症」と「介護の手間のかからない認知症」とで対応が分かれる。要介護認定でもその判断は重要であり、明らかに認知症の程度が高くとも、家族が同居し、食事や排泄が自立していて行動障害がなければ、認知症に関する介護の負担は少ない。それに対し、食べたことを忘れ、トイレの場所も分からず、介護者への暴言や介護への抵抗、昼夜逆転、徘徊などがあれば介護度は上がる。

別の視点では「動ける認知症」と「動けない認知症」では、介護量が左右される。動けなければ、介護量は当然減る。動ける場合、介護者が動きを抑制し、いわゆる身体拘束や虐待につながることもある。BPSDと呼ばれている周辺症状に困り果てて、そういった対応が生じないように、適切な環境づくりや治療が望まれるところだが、向精神薬などによる不適切な沈静は身体拘束となり、転倒や副作用のリスクを招くことになる。

徘徊防止に引き戸につっかえ棒をするだけでも、力の弱い高齢者には身体拘束となってしまう、弄便行為に対しても、オムツに手の入らないオーバーオールを着せることは、大きく QOL を低下させてしまう。このように認知症の介護は難しい。

(5) 診察上の問題

キーポイント

認知症に隠れた疾患も見落とさない診察上のコツを身につける

周囲の無関心に流されない全人的な対応

短い診察時間で早く結論を出したい医師の気持ちが、患者の言い分を聞き逃すことがある。特に認知症の人の場合は、往々にして患者の時間軸のずれがある。医師は患者の時間軸を確かめながら、記憶が定まらない状態を辛抱強く問診しなければならない。その定まらない話に隠れた疾患は見逃されやすい。

新患で来院した高齢者を診察したら腹部膨満があったが、本人は話から分からず、診断の遅れが起こる。後日家族から、下血が1年前からあったと聞かされ病院を紹介すると、大腸がんが隠れていたりする。

認知症が始まってしまうと、誰も病気をみていないということが生じかねない。認知症専門医が行っている「認知症診療のコツ」を紹介する。

認知症診療のコツ

- 本人と家族からの聴取
事前に、看護師などを通じ電話や文書などで家族の話を聞く。それぞれ別々に話を聞く。
- 本人の主訴の聴取
身体的主訴、精神的主訴まで聞き、それにまつわる話題に触れ積極的に語りを引き出す。
- 身体面の診察
聴診器もしくはそれ相応の手技を用いて、診察を積極的に行い、その印象を本人に伝え、それをもとに本人の語りを引き出す。
- 認知機能評価
HDS-Rなどを行う際、本人を傷つけないよう、自尊心に十分配慮して、自然な形で行う。
- 身体合併症の評価
本人や家族から身体合併症の症状を確認、治療方針の検討や対応をとり、認知症特有の経過観察上の注意点を共に検討し、本人や家族、ケアスタッフ、紹介医などと情報を共有する。
- 家族からの生活情報
生活上の問題を具体的に聞き、今出ている症状を認知症の病態に沿って整理し、家族に共感しねざらう。

- 介護保険を使っている場合**

介護度、ケアマネジャーが誰か、介護サービスの利用状況を詳しく聞き、本人や家族と共にケアマネジャーとの密な連携方策を考える。

- 介護保険を使っていない場合**

介護保険サービスを紹介し、本人や家族のニーズや思いを聞き、適切なサービス利用について共に考え、有効な利用方法を提案する。

- 前医からの情報**

前医の紹介情報、家族からの情報のほか、不足情報については積極的に自ら、あるいは医療スタッフが直接、前医から情報を得て、本人や家族の前医への思いを確認し、前向きなフィードバックをする。

- 認知症に関する判断**

中核症状と周辺症状を分けて、それらを修飾している薬剤性や身体性のせん妄との鑑別を行い、どの症状が生活を脅かしているか、以前と今の家族関係の変化を検討する。

- 処方薬を減らす視点**

現状維持が薬を減らすかの判断をし、薬の調整に関する計画や、観察すべきポイントを家族に説明し、その計画に対する本人や家族の思いを引き出す。

- 処方薬の説明**

実際に服薬可能かを評価し、作用、副作用、観察ポイントを分かりやすく説明し、緊急時の連絡や対応について本人や家族と話し合う。

- 家族介護上の負担の聴取**

家族介護上の精神的、身体的、経済的、社会的負担を聞き、本人に対する家族の思いを引き出し、介護上の対策について話し合う。

- ケアマネジャーとの連携**

ケアマネジャーとの関わりを確認し、ケアマネジャーに直接電話や文書で了解を得て、ケアマネジャーとの連携について本人や家族と十分に話し合う。

- 疾患の予後**

中核症状の進行、今後起こりうる BPSD、薬剤性、身体性のせん妄で、BPSD が悪化することについて説明し、対処や連絡方法を伝え、本人、家族の思いを引き出す。

- 今後の療養計画**

在宅、施設での療養生活の継続について種々の方法を説明、ケアマネジャーと情報を共有し、本人家族の希望を引き出し、無理をしないよう、ねざらいながら共感的に話し合う。

参考資料：

- 1) 特定非営利活動法人 脳神経疾患医療福祉研究機構 専門医の外来診療観察調査
- 2) 木之下徹、元永拓郎、八森淳ら、特定非営利活動法人 地域認知症サポートブリッジ BPSD チームケア研究会資料を要約

(6) その他

キーポイント

認知症スクリーニング・告知の問題・

認知症ドライバー

認知症は病気であるとの啓発は、早期発見に役立つ。引きこもり、医療から遠ざかると早期発見を遅らせる。認知症スクリーニングは望まれることではあるが、その方法は難しい。それ以上に難しいのは、その後の適切な対応をどのようなものにするかであろう。告知の問題を含めて、十二分な論議が待たれる。また、認知症と診断されれば、成年後見制度の利用が必要となる。

最近話題になる高齢者ドライバーの中に、認知症ドライバーもいる。生活の基盤が自動車となっていると、運転を諦めてもらうことはなかなか難しい。改正道路交通法により医師の診断書や適性検査で、免許更新の是非を問う仕組みが導入されつつあるが、運用は慎重に進める必要があらう。

● 認知症の人への対応

(1) 認知症の薬物療法の原則

キーポイント

薬はなじみの環境での療養を継続するために

認知症の人に対する薬物療法は、認知症の人が、それぞれの事情で選択した「暮らしの場」への適応、日常生活の継続、自己決定や尊厳を支えることが第一義であり、過度な抑制、転倒リスク、副作用などをきたさないよう十分に配慮し、必要最小限に適用されることが望まれる。

(2) 小集団生活

キーポイント

グループホーム

数人から9人の小集団化による認知症対策がグループホームとして各地で行われている。その歴史の中で、薬物療法にたよらずとも認知症高齢者がグループ生活をするなど、生活環境を整えると、全体的に自立度が高くなり、介護の負担が少なくなってくることが知られた。環境整備

をすることで、周辺症状による攻撃的な反応も、穏やかに落ち着く。知らぬ者同士で不安になったり、喧嘩になったりしても、環境を整備し、なじみの空間を作り出せば生活は安定することが多い。利用者がなじみやすく、少ない介護職でも見守りやすい人数として、9人という人数が用いられている。

(3) 笑いが認知症を癒す

キーポイント **楽しみや笑いがもたらす安心感**

認知症の人と話すときは、相手の笑いがコミュニケーションのバロメーターであり、それが安心感を呼び、さらに継続すれば笑いが癒しになる。診察室で笑い合えれば、医師の名前は覚えてもらえなくとも、次の受診のときにも認知症の人へ安心感をもたらせれば幸いである。

(4) 認知症の非薬物ケアの取り組みと原則

キーポイント **深く関わるケア**
なじみの生活環境と人間関係の創造

認知症の非薬物ケアの評価は難しいが、介護三施設など、医療職と介護職が集い、多職種協働で認知症のケアを行っている現場では、先進的研究に学び、活発な取り組みが行われている（図12）。

平成20年度からは介護老人保健施設で認知症短期集中リハビリテーションとして認められるようになり、平成21年度からは通所での提供も可能となった（図11）。

すなわち尊厳や自己決定を可能な限り重視し、なじみの生活環境となじみの人間関係の創造に基づく、自立や自発的行動への寄り添いや見守り、生活の共有、精神世界への共感や同行などを基本姿勢とし、中核症状の進行遅延、精神や身体の活性化、周辺症状の発現や重積の予防や軽減、認知症に起因する生活機能全般の低下を防ぐことを達成目標とする取り組みである。

認知症ケアの原則は、ともに心と体を動かし、なじみ深く関わることにあると言えよう（図10）。

図 10 「認知症の人を尊重するケア」の原則

- 認知症の人とその家族を深く理解し、個別性を尊重し安心を提供する「深く関わるケア」
- 不安・恐れ・孤独など心の苦痛の緩和や生活上の問題の解決を支援する「その人を中心とした選択を尊重するケア」
- 生活環境の変化による「リロケーションダメージ」を最小限に留める「慣れ親しんできた暮らしを大切にするケア」
- 認知症の進行の応じて「人生や日常生活の継続を支えるケア」
- 施設で暮らす人にも「馴染みの生活環境を創造し提供するケア」
- その総合的結果として「尊厳を守るケア」

※ 近年、認知症の人の個性や生活、尊厳を重んじるケア理念の一つとしてパーソン・センタード・ケア（Person Centered Care）「その人を中心としたケア」の理念が浸透しつつある。92年、英国ブラッドフォード大学の K.KIDWOOD 教授らが提唱した。

図 11 認知症短期集中リハビリテーションの概要

医師（認知症サポート医研修修了者など）が、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断した認知症の人に対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が集中的なリハビリテーションを個別に行った場合に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、老健、介護療養型医療施設では入所の日から起算して3か月以内の期間に限り、1週に3回を限度として、通所リハビリテーションでは2回を限度として、1回につき240単位を所定単位数に加算する。

—— 具体的手法の例 ——

実施するよう強く勧告

- 「記憶訓練」……記憶リハビリテーション
- 「リハビリテーション」……日常生活活動訓練
- 「見当識訓練」……認知症老人精神療法（特定診療費）

部分的な効果が望める

- 「音楽療法・音楽の使用」

根拠が不十分

- 「回想法」……認知症老人精神療法（特定診療費）
- 「認知的リハビリテーション・介入・マネジメント・訓練」……認知訓練
- 「memory aids」……記憶の手がかり（家族・思い出の写真集）
- 「動物介在療法」、「光療法」

（「平成13～14年度アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドライン」研究班長：本間昭による）

図 12 非薬物療法の取り組みと効果

—我が国の通所や施設介護でも取り入れられているもの—

1. 興奮、攻撃性に対する取り組みと効果（非薬物療法の有効性が多く示されている）
①活動療法、運動療法 活動療法は無作為対照試験により 30%以上対照群より興奮を改善（Rovner, 1996）、運動療法は安眠療法に比べ有意に興奮を改善（－20%対＋150%）（Alessi, 1999）、散歩は有意に暴力行為（staff incident reports of aggression）が減少（－30%）（観察研究 Holmberg, 1997）
②リクリエーション療法 8週間のリクリエーション療法により興奮のエピソードが 50%減少（Buettner 1996）し、73%のスタッフがやや有効と判定している（Aronstein 1996）。
③ペット療法 28 人に対する 1 時間のペット療法の観察研究で、興奮の改善（Churchill, 1999）。
④ビデオ、模擬再現療法 興奮に有効な成績はなく、無効の成績が示されている（Hall, 1997 Camberg, 1999）。
⑤マッサージ ハンドマッサージ：多くは無効（Snyder, 1995,1996 Brooker, 1997）。
⑥高輝度光線療法 2 ～ 4 週の治療で有意に興奮が改善（Lovell, 1995 Thorpe, 2000）。
⑦アロマテラピー 無効（Brooker, 1997）有効（浦上, 2005, 認知症学会）。
⑧音楽療法 18 週間交差試験（Cross over traia）で 65%の興奮の改善、（観察研究で 9 ～ 18%の興奮症状の改善, Gerdner, 2000）、音楽療法のタイミング（Goddaer, 1994 Brotons, 1996 Clark, 1998 Thomas, 1997）、食事中（Goddaer）入浴中（Clark・Thomas）、録音か生演奏（Brotons）で特に差はない。 好きな音楽を選択してもらうと効果が 47%～80%と高い（Gerdner, 1993）。十分な統計解析の観察研究はない。

⑨白色雑音療法

不要な刺激音を遮断するための広範囲な周波数帯に対する不規則雑音による効果を調べた観察研究で13人中9人が反応（Burgio, 1996）。

⑩環境改善

露天風呂や自然浴で興奮が有意に改善（Whall, 1997）、特別ケア病棟によって53%改善（Cleary, 1988）。

⑪教育

看護援助者教育によっても20%の興奮が有意に改善（McCallion, 1999）2か月の抑制廃止プログラムによって、抑制減少と興奮症状改善（Werner, 1994）患者との交わり増加（刺激療法）によって興奮が85%減少（Hussian, 1988）、暴力行為に関しては無効（McCallion, 1999）。

2. 行動障害全般に対する取り組みと効果

（行動障害全般の改善に関しては、無作為対照試験で有意な成績は得られていない）

84人の認知症患者に対する25日間の観察研究で行動訓練によって有意な問題行動の減少（Rogers, 1999）。

6か月間のグループホームでDBDスコアの減少（ $p=0.14$ ）を示した（鳥羽ら、効果的医療技術の確立推進研究2003年度報告書）。実施困難性：Matterson(1997)は、施設間比較研究で40%が脱落しDoyle（1997）らは3週間の行動訓練で反応者は29～43%。

看護補助者教育：行動障害エピソードの減少（Mantes, 1989）、ドアの開放病棟：行動障害数が減少（Namazi, 1992）

参考資料：鳥羽 研二：第19回 全国介護老人保健施設大会 指定講演テキストを一部改編

（5）認知症予防の布石

キーポイント ハイリスクグループ（特定高齢者）の介護予防

65歳以上で介護保険を利用していない高齢者にも、認知症や生活機能の低下に対する介護予防が必要なハイリスクグループが想定されている（特定高齢者）。高齢者人口が増えれば特定高齢者も増え、現在その的確な対策を行政でも模索している。かかりつけ医にも日常診療の場で、そうした高齢者をいち早く予防に結びつける機能を求められている。そ

の昔、国民健康増進のため、長年にわたりラジオ体操があった。集団で定例的にする早朝体操は近所の様子も分かり、それこそ地域活動の根幹となっていた。認知症の早期対応には地域連携とともに地域活動も重要であろう。

（６）家族介護者への教育と支援

キーポイント

認知症は病気であるという認識

生活環境の整備

完全完璧を求めず余裕のある介護

家族に認知症の人がいると、よほど認知症の人を理解していない限り、誰でもストレスの重複に耐え難くなる。その対極には虐待問題がある。周辺症状の強いBPSDに対しては、家族だけで解決することは困難なので、その時は専門医療機関の助けが必要である。いつでもアクセスできるよう、関係機関は相互の連絡を日常から密にする必要があり、日常生活上、変化をいち早く察知する必要もある。アラームに気が付くのは家族より第三者である。かかりつけ医も、さまざまなBPSD症状について、家族がどのように接したらよいかを説明できるようにしておく必要がある。

● 認知症の早期診断と告知の課題

認知症の早期診断の最も重要な意義は、本人・家族の自己決定の機会の提供にある。それはその人に応じた適格な告知の問題でもある。軽症の認知機能障害を確認しても、早期であるほど確定診断は画像診断でも難しい。進行性であるかを観察し告知と治療へと結びつく。それには、客観的で簡便な観察診断法を身に付けることが必要である。

認知症のスクリーニングとして色々な方法があるが、N式老年者用精神状態尺度（表3）などは家族からの情報を聞き取り、判断できるツールとして使いやすい。簡単な認知症発見キット（OLD：Observation List for early signs of Dementia）（表2）などもよく用いられている。

表2 初期認知症徴候観察リスト (OLD)

記憶・忘れっぽさ	
1	いつも日にちを忘れている ——今日が何日かわからないなど
2	少し前のことをしばしば忘れる ——朝食を食べたことを忘れているなど
3	最近聞いた話を繰り返すことができない ——前回の検査結果など
語彙・会話内容の繰り返し	
4	同じことを言うことがしばしばある ——診察中に、同じ話を繰り返す
5	いつも同じ話を繰り返す ——前回や前々回の診察時にした同じ話（昔話など）を繰り返す
会話の組立能力と文脈理解	
6	特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある ——仕事上の使い慣れた言葉などがでてこないなど
7	話の脈絡をすぐに失う ——話があちこちに飛ぶ
8	質問を理解していないことが答えからわかる ——医師の質問に対する答えが的はずれで、かみあわないなど
9	会話を理解することがかなり困難 ——患者さんの話がわからないなど
見当識障害・作話・依存など	
10	時間の観念がない ——時間（午前か午後さえも）がわからないなど
11	話のつじつまを合わせようとする ——答えの間違いを指摘され、言いつくろおうとする
12	家族に依存する様子がある ——本人に質問すると、家族の方を向くなど

表 3 認知症簡易診断スケール（N 式老年者用精神状態尺度）

	0 点	1 点	3 点
家事 身辺整理	不 能	・ほとんど不能 ・目の前におやつなどがあれば、手で取れる	・ごく簡単な家事や整理も不完全 ・タオルを渡せば顔や手を拭くことができる ・目の前にお茶があれば飲める
関心・意欲 交流	無関心 全く 何もしない	・周囲に関心あり ・ぼんやりと無為に過ごすことが多い	・自分からは、ほとんど何もしないが、指示されれば簡単なことはしようとするが長続きはしない ・手渡せば雑誌を眺める ・ついていけばテレビを何となく見る
会話 （顕著な聴力 障害や失語が ない場合）	呼びかけに 無反応	・呼びかけに一応反応するが自ら話すことはない ・おうむ返しに言葉が言える	・ごく簡単な会話のみ可能。つじつまの合わないことが多い ・ありがとう・ごちそうさま、おはようなどが言える ・相手の話の筋は理解できない ・簡単な指示を理解できないことがある
記録・記憶	不能	・新しいことは全く覚えられない ・古い記憶がまれになる ・自分の名前は言える	・最近の記憶はほとんどない ・古い記憶は多少残存している ・生年月日は不確か ・出生地は覚えている ・生まれの干支が言える ・最終学歴が不確か
見当識	全くなし	・人物の弁別は困難 ・同居している家族がわからない ・男女の区別はできる	・家族と他人の区別はできるが、わからない ・同居している家族とヘルパーの区別はできる ・別居している家族がわからない ・自分の年齢をかけ離れた歳で答える

5点	7点	9点	10点
・簡単な買い物も不確か ・ごく簡単な家事、整理のみ可能である ・声をかければベッド周辺の整理ができる	・簡単な買い物は可能 ・留守番、複雑な家事、整理は困難 ・食器が洗える ・洗面用具の後片づけができる	・やや不確かだが、買い物、留守番、家事などを一応まかせられる ・部屋の掃除、自分の衣類の整理ができる	正常 買い物、娯楽、外出などが支障なくできる
・習慣的なことはある程度自分からする ・気が向けば、人に話しかける ・声かけにより行事に参加する ・テレビを興味をもって見る	・運動・家事・仕事・趣味などを気が向けばする ・必要なことは話しかける ・気が向けば行事に参加する ・テレビの番組を選んで見る	・やや積極性の低下が見られるが、ほぼ正常 ・周囲の人と雑談ができる ・家族や同居者の行動を知っている ・興味や関心を持っている	正常 部屋やベットの周囲を同室者と共に楽しむ 家族や他人の面倒を見る
・簡単な会話は可能だが、つじつまの合わないことがある ・会話の中で物の名前が出てこないため代名詞を使う ・相手の話の内容を理解できないことが多い	・話し方はなめらかではないが簡単な会話では問題はない ・会話の中で物の名前が出てこないため代名詞を使う ・話しの繰り返しが目立つ	・日常会話は正常 ・複雑な会話がやや困難 ・詳しい検査の説明をきちんと理解できない ・自分の意志をある程度はっきり相手に伝えることができる ・一度に2つ以上のことを話しても理解できない	正常
・最近の出来事の記憶困難 ・今食べた食事を忘れることがある ・古い記憶の部分的脱落 ・生年月日は答えられる ・前回の外来の受診日は覚えていないことがある ・前回の診察内容の記憶は不確か ・古い記憶を時系列的にいうことができない	・最近の出来事をよく忘れる ・物をしまい忘れて騒ぐ ・服薬の自己管理が難しい ・電話の取り次ぎができない ・最終学歴を言うことができる ・古い記憶は正常	・最近の出来事を時々忘れる ・一人で受診できるが、時に受診日を忘れる ・服薬の自己管理ができるが、時に忘れる	正常
・日時、曜日、年齢、場所の感覚が不確か ・看護婦、医師、寮母、指導員などの見分けはできる	・ときどき場所を間違えることがある ・目的の場所に行こうとするが、時に迷う	・ときどき日時や曜日を間違えることがある	正常

(1) 早期の告知が重要

認知症の告知を一般外来で行うのは難しいが、告知の時期は可能な限り早期でありたい。本人の意思能力や判断能力が残っている時期であれば、本人の自己決定を尊重することで、任意後見制度も利用できる。

また、本人への告知には、うつ病の出現や、生活・心理の変化のケアが必要となり、継続的な医療サポートが必要となることから、認知症対応力のあるかかりつけ医の活躍が期待されるところである。

(2) 告知は自己決定を支える

法律家からみれば、医師の診療は準委託契約、医療診療契約とされる。患者の自己決定権の観点からは、医師には「報告義務」や「病状等の開示義務」があると考えられる。つまり、告知は患者の自己決定権を保障するための情報開示の義務（どのような治療や介護サービス、法的支援を受けられるのか）となる。患者が告知に耐えられない精神状態である場合や、判断が困難である場合は、家族や後見人への適切な情報伝達が必要となる。

● うつへの対応

老齢期のうつ病は、認知症と鑑別しなければならない。うつ病の発症が認知症の悪化を招き、老齢期にはその悪化は逆戻りできないほど、脳の予備能力が少なくなっている。閉じこもりがちな老齢期こそ、うつ対策は重要である。

(1) 対応は同じ目線で

介護保険が施行される以前より、うつ病のケア方法として、対応者は同じ目線が重要とされてきた。うつ病の患者を元気づけるつもりで勢い良く対応すると、患者は雰囲気についていけず、ますます落ち込むことになる。心のレベルを高くするのは難しく、低くするのは容易である。

訪問看護や訪問介護は、連続して居宅を訪問しているので、人間関係は結びやすいが、仕事の勢いのはげましだけでうつ病の人と対応するのは逆効果となる。心理状態を配慮しながら接することが大事であるが、短

い時間ではその対応は難しいことも現実であり、担当学会議を開催し、チームアプローチが必要となる。また、ケアだけでは不十分であれば、治療対応のできる医療機関に積極的に繋げなければならない。

（２）重症などの場合は専門医へ

うつが重症の場合や自殺念慮の防止には、精神科依頼が必要である。認知症でも、周辺症状の強いものは専門医の依頼が必要であり、強いパーキンソンニズムも神経内科依頼が必要である。しかしながら、数の少ない専門医の配置を考えると軽症の周辺症状やパーキンソンニズムは、かかりつけ医で取り組むことも大切である。

（３）薬剤治療にはうつと認知症の鑑別が重要

かかりつけ医も軽度のうつには、マイナートランクライザーなどでの対応ができよう。また、認知症の周辺症状に抑制系薬剤を使用し、日常生活を穏やかに送れるようになることもある。しかし、認知症の場合にうつと誤診し、三環系抗うつ薬などを使用すると、ADLの低下をまねく結果になる。うつと認知症の鑑別は重要であり専門医でも難しいことが多い。

抑制系の薬とは、催眠・鎮静薬、抗不安薬、抗精神病薬、抗てんかん薬であり、賦活系はアリセプト、シンメトレル、サアミオンなどがある。

（４）長期の抗うつ薬投与は認知症を促進する可能性がある

上記のように、うつの治療には適切な判断が必要となる。高齢者の場合は、うつとアルツハイマー病や脳血管性認知症が合併することもあり、漫然と抗うつ薬を投薬し続けると認知症を進める可能性もある。患者および家族と常に良好なコミュニケーションをとることが必要であり、また社会参加的なデイケアなど、介護における総合力で心身の維持が必要となってくる。

● 著しい行動障害への対応

(1) 周辺症状に対する薬物療法

BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia / 幻視・幻聴、妄想、夜間せん妄、徘徊、不潔行為、異食など、認知症の周辺症状としての行動障害) が大きい場合は、介護は大変苦勞することになる。その結果、家族の精神的負担も大きく、家族がうつ状態となることも多く、孤立しがちである。

認知症に伴う精神症状や行動障害そのものに医療保険適応を得ている薬剤は現在ないが、実地臨床ではやむをえず抗うつ薬、抗精神病薬、睡眠導入薬・抗不安薬が使用されることもある。抗精神病薬の使用は、著しい行動障害に効果を示すが、高齢者の場合は精神活動や ADL の低下による身体拘束につながったり死亡することもあるので、注意が必要である。

かつて、定型的抗精神病薬を多用し、行動を抑えることが主体の時代があったが、その後、非定型抗精神病薬の改良で、行動を強く抑えなくても、比較的良好な生活を過ごすことができるようになり、施設介護も可能となっていることも事実である。また、最近では環境の整備も重要視され、環境を整えることで易怒性を抑えられるようになり、薬物の使用が回避されている。こうした非適応薬（オフラベル薬）の使用については、賛否があり、わが国の認知症ケアの環境と方向性を踏まえた議論が必要である。諸外国ではガイドラインに基づき使用されている国もある（表 4）。

(2) 今後の課題

在宅で療養する認知症の人の増加に伴い、著しい行動障害があり、核家族化や、老々介護の中で援助も得られず孤立し、困窮する例が増加する可能性は高い。特に認知症の行動障害と身体疾患が合併している高齢者は、一般病床では敬遠され、療養病床は削減され、介護老人福祉施設は満床、介護老人保健施設や精神病棟では合併症に対応しきれないことなどから、事実上行き場所が無くなる地域が生じかねない。

表4 認知症の周辺症状や行動障害に使われることがある薬剤

抗うつ薬	古典的抗うつ薬	三環系 トフラニール®
		四環系 テシブール®
	SSRI	パキシル® ルボックス® デプロメール® ジェイゾロフト®
	SNRI	トレドミン®
抗精神病薬	定型抗精神病薬	フェノチアジン系 コントミン®
		ブチロフェノン系 セレネース®
	非定型抗精神病薬	リスパダール® セロクエル®
	ベンザマイド系	ドグマチール® グラマリール®
睡眠導入薬 抗不安薬 その他	睡眠導入薬・抗不安薬	(薬名省略)
	気分調整薬	デパケン® リチウム®
	脳循環・代謝改善薬	サアミオン® シンメトレル®
	その他	アリセプト® (塩酸ドネペジル) 抑肝散

(注) アリセプトを除き認知症に対する保険適用はありません。

(出典：Dementia Congress Japan 2008：東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキスト)

● 認知症診療で注意すべき薬剤

高齢者によく投与されるものの中では、認知症の中核、周辺症状の悪化や錐体外路症状の誘引となる薬剤には注意が必要である。認知症の人の変化に常に留意し、活動が不活発になったり、周辺症状が顕著になった場合、複数の医療機関で多くの投薬がされている場合は、まず薬の相互作用ではないか、薬の整理が必要ではないかに留意することが大切である。薬を減量したり追加する場合は、副作用や相互作用に十分留意し、経過観察のために具体的にわかりやすい指標を設定し、量を看護師や介護者、家族などと共有して、注意深く見守る必要がある。

表 5 認知症治療で注意すべき薬剤

ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬
抗パーキンソン薬
抗うつ薬
H ₂ ブロッカー
抗ヒスタミン薬（P _L 顆粒 [®] 等）

（出典：Dementia Congress Japan 2008：東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキスト）

● 抗アルツハイマー薬について

抗アルツハイマー薬に関して、現在、日本で唯一認可されているのは塩酸ドネペジル（アリセプト）であるが、近年その開発は著しいものがあり、アメリカではアリセプト以外に幾つか認可され、その治療効果が期待されている。

薬物療法（アリセプト）の効果は、認知症の進行の遅延、日常生活動作能力の維持、介護者の介護・見守り時間の低減、医療・介護費用の低減、自己決定の機会の拡大が期待できる。最近中重度の認知症の人へも使用適用が広がった。著効例もあり軽度認知機能障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）から治療が有効なのかについても議論が待たれることである。いずれにしろ、的確なアルツハイマー病の診断が必要となってくる。

薬剤はやや高価なために、費用対効果を見きわめ、エビデンスのある治療が望まれる。進行を遅らせることは自己決定の機会を上げ、介護負担も少なくする効果がある。

また、効果のある薬であっても、服薬が継続されなければ効果を得られず、途中中断は再投与による効果を半減することになる。このことは重要である。

服薬上の注意点は、消化器系副作用を抑えるため、1日3mgを1～2週間服用し、その後、1日5mgに増量することが基本となっている。経過中、嘔気や食欲不振などが出ることがあれば、軽い場合には様子を見て、食事量が低下するようなら、薬を一旦中止して医師に相談をさせ

る。薬の効果で、服薬後しばらくして、意欲の亢進による不穏、興奮、易怒、攻撃などが見られることがあり、介護負担が増える場合がある。その場合は減量すべきである。これは、アリセプトの賦活作用による。

● 認知症の人に身体拘束をすべきではない

身体拘束は個人の尊厳を貶める。夜間、ベッドから落ちないように縛り付け、椅子からずり落ちないように椅子に縛り付けても拘束となる。落ちないように縛っていると納得するのではなく、縛らない環境づくりが必要となる。尊厳を守る時代となっても、身体拘束ゼロ運動が続いているのは、その裏返しに入院入所施設などで事実上の身体拘束が存在しているからである。周辺症状の軽い人は、グループホームなどで集団生活もできる。周辺症状の強い場合の対応が身体拘束とならないような努力が必要である。

非薬物療法により、残された認知能力を生かし行動障害を抑える効果も期待できる。それでも難しければ、最後に適切な範囲で薬物療法が選択されることになる。薬で身体を拘束する結果にならないように、細心の医療がなされるべきである。アルツハイマー病の10数年ともいわれる経過の中で、周辺症状が著しくなる一時期があるが、多職種の取り組みにより、身体拘束のないケアが開発され、普及することを願って止まない。

「認知症高齢者を地域で支える東京会議」と かかりつけ医認知症対応力向上の取り組み

2004（平成 16）年 12 月、国は痴呆症を認知症とあらため、増加する認知症高齢者の尊厳ある生活を支えるため、総合的な取り組みの展開を開始した。現在、認知症高齢者の半数近くは居宅で生活しているが、今後その割合は増加する一方である（表 1、図 1）。現代社会や都市構造は、決して認知症の人に優しいとはいえない。

東京に住む高齢者の 6 割は独居か老々世帯となり、高層化や商店街の形骸化により、人と人とのかかわりは薄れ、住み慣れた街が消え、いわば社会そのものの介護力がなくなってきている。

高齢者の 10%以上が認知症を抱えているといわれる今、誰もが古い、認知症という障害を持つ可能性があることを知らなくてはならない。

たとえば、ゴミの分別や小銭での買い物ができなくなったり、自動販売機が使えなくなったり、または金融機関を利用できなくなったりしたとき、認知症の人を理解し、見守り、声をかけ、手助けをする人がいれば、そこで生活を継続することができる。そのような社会をできるだけ早くつくりあげる必要がある。

●認知症高齢者に対する取り組みの重要性

国は有識者による「認知症でもだいじょうぶ 100 人委員会」を組織して、認知症を正しく理解し、地域で認知症高齢者や家族の支援などを行う「認知症サポーター」を、10 年間で全国に 100 万人養成することを目指している。また各地、各界で、認知症への理解を深める集いなどを行うボランティアを「キャラバン・メイト」と命名し、その取り組みを支援している。

国の事業を受け、東京都でも 2006（平成 18）年 7 月 10 日に「認知症高齢者を地域で支える東京会議」を発足し、取り組みを開始した。この会議では都民、自治体、警察、消防、流通、交通、不動産、金融、医療・介護提供団体など、関係各業界、各分野から幅広い参加を得て、各種

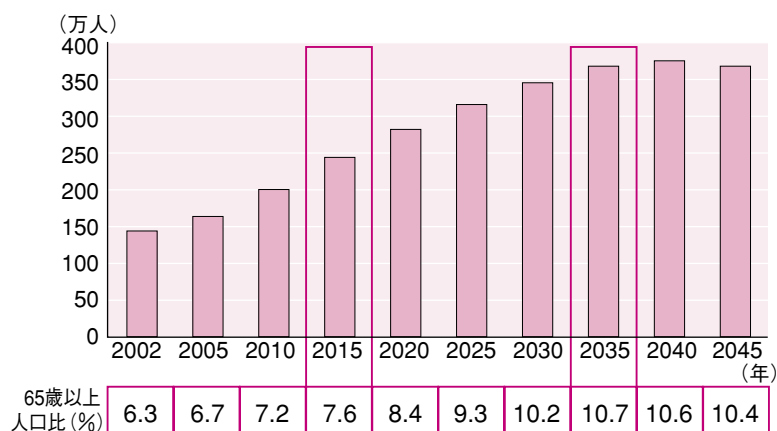
表1 要介護（要支援）認定者における認知症高齢者の推計（万人）

	要介護 （要支援） 認定者	認定申請時の所在（再掲）				
		居宅	特別養護 老人ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総数	314	210	32	25	12	34
自立度Ⅱ 以上 （再掲）	149	73	27	20	10	19

※ 2002年9月末についての推計

※ 「その他の施設」：医療機関、グループホーム、ケアハウスなど

（「かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト」（財）日本公衆衛生協会、2006年から）

図1 要介護（要支援）認定者における
認知症高齢者（自立度Ⅱ以上）の素将来推計

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003年を基に作成

（「かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト」（財）日本公衆衛生協会、2006年から）

事業を展開している。

この取り組みには、かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修も含まれている。医師、とりわけ地域のかかりつけ医の役割は大きい。早期診断や、治療する他疾患との鑑別、住み慣れた暮らし

の場での生活を継続する上での支援や、地域社会に対する啓発、周辺症状や行動障害への対応、徐々に終末期へと移行する段階における合併症の予防、そして看取りと多岐にわたっている。

早期診断には「告知」の問題がある。「告知」は尊厳の維持において自己決定を尊重する上で、重要な要素だからである。家族や友人との別れ、相続や財産処分の決定、今後の療養上の希望など、少しでも人生の終末段階での自己決定の機会を広げ、多様な選択を尊重する社会基盤があってこそ、尊厳ある生と死の実現を可能にすると考えたい。

●国や東京都における「認知症対策等総合支援事業」

国は認知症対策について、介護保険法の改正による、地域密着型サービスの創設や地域包括支援センターを中核とした総合的なマネジメント体制の構築など、制度的な対応を図っていくとしている。こうした制度的な対応以外に、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援など、地域単位での総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要であることから、2006（平成 18）年度より「認知症対策等総合支援事業」が創設された。

かかりつけ医を中心とした早期診断などの地域医療体制の充実、早期段階に対応したサービスの普及、地域における認知症の理解の普及や本人・家族への支援ネットワークの構築、認知症介護の専門職員に対する研修の充実など、認知症の各ステージに応じた対策を推進していくとしている。

（１）認知症地域医療支援事業

東京都では東京都医師会と協力し、全国に先駆けて 2006（平成 18）年度から 3 年計画で、区市町村ごとに「認知症サポート医（推進医師）」を積極的に養成するとともに、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を展開している。

①「認知症サポート医（推進医師）」養成研修事業

かかりつけ医への助言や地域における連携づくりの支援、都道府県・指定都市単位で実施するかかりつけ医を対象とした研修の企画・立案などを行う「認知症サポート医（推進医師）」を養成する事業として、2005（平成17）年度から開始された。

②かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

かかりつけ医には、認知症の発症初期から早期発見・早期診断にかわり、残りの人生設計における自己決定の機会を確保して、たとえば正常圧水頭症など、治療可能な器質的疾患や薬剤性せん妄、うつや他の精神疾患の除外診断を専門医と連携して行い、周辺症状による行動障害に対応しながら、その後の地域での尊厳ある療養生活の継続を支え、終末期に至るまで関わる幅広い役割が期待されている。

こうした観点から、高齢者が日頃より受診するかかりつけ医に対し、適切な認知症診断の知識や技術、家族からの相談への対応力などを修得する研修を行う。実施主体は都道府県・指定都市で、医師会などと連携を図りながら実施される。

（2）認知症早期サービス等推進事業

認知症の早期段階における対応を進めていくためには、専門職による関与のみならず、地域において認知症予防や見守り・支援などの取り組みを進めていくことも重要である。このため、認知症予防に関する先駆的な取り組み事例の情報収集・紹介や、地域における認知症高齢者や家族の見守り・支援ネットワークの構築、さらに改正介護保険法に基づく「地域密着型サービス」に関する知識や理解の促進を図るため、地域の関係者などに対する研修を行う。

（3）認知症理解普及促進事業

認知症高齢者や家族などが、地域において安心して生活を営むことができるよう、認知症に対する理解の促進や、認知症の各ステージに応じたさまざまな支援、さらに地域全体で認知症高齢者や家族を支え

るためのネットワークづくりなどを推進するため、従来の「介護予防・地域支え合い事業」において実施してきた事業を再編し、新たに以下の事業を実施する。

①認知症高齢者家族やすらぎ支援事業

認知症高齢者や家族が、認知症介護の経験を持つ地域の支援者と、電話相談や集会などを通じて交流する環境を整備することにより、認知症の知識・介護技術だけではなく、精神面も含めた支援を行う体制を構築する。

②認知症地域支援ネットワーク推進事業

地域において認知症の理解を普及する取り組みや、徘徊などに対応したネットワークづくりを推進することにより、地域全体で認知症高齢者や家族を支援する体制を推進する。

(4) 認知症介護実践者等養成事業

今後増加する認知症高齢者に対応するためには、改正介護保険法の目的に明記された「尊厳の保持」を基本理念として、サービス提供やケアの面において、認知症高齢者の特性を踏まえ、生活全般を視野に入れつつ、なじみの人間関係や居住空間といった「関係性」を重視した「認知症ケアモデル」を構築するため、介護に携わる人材養成と専門性の向上を図っていく事業。

①小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

小規模多機能型サービス等における計画作成担当者（介護支援専門員）が、必要な専門的な知識や技術を修得するための研修事業。

②認知症介護サービス事業開設者研修

認知症高齢者に関連するサービス事業所（認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型サービスなど）を開設する者が、認知症介護に関する知識を修得し、介護サービス事業所全体の質の向上を図るための研修事業。

(5) 身体拘束廃止推進事業

これまでも、都道府県における「身体拘束廃止推進会議」の設置や、施設長や看護職員、推進員などに対する研修事業を行ってきたが、2005（平成 17）年末の「介護保険施設における身体拘束状況調査」において、施設長などが率先して研修事業への取り組みを行っている施設ほど拘束率が低いとの結果を得たことから、今後とも現場に根ざした、より具体的な取り組みを進めていくという観点により、新たに以下の事業を実施する。

○身体拘束廃止事例等報告検討会

身体拘束廃止の取り組みがさらに充実するよう、各都道府県内に於いて、身体拘束廃止に向けた取り組み事例などに関する報告検討の場を設置し、情報提供・交換を行う取り組みの推進を図る。

東京都認知症対策推進事業

認知症高齢者を地域で支える東京会議（18年度）

- ◆ 内容 認知症についての正しい理解の促進、認知症高齢者や家族を地域で支える機運づくり

東京都認知症対策推進会議（19年度～）

- ◆ 目的 「認知症高齢者を地域で支える東京会議」の成果を踏まえ、中長期的な認知症対策を様々な角度から検討
- ◆ 内容 中長期的な施策の検討、各事業の進行管理など

仕組み部会 (19年度～)	医療支援部会 (19年度～20年度)	若年性認知症支援部会 (20年度～)	認知症シンポジウム (19年度～)
【目的】 地域資源の活用による「面的」仕組みづくりの具体化	【目的】 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	【目的】 若年性認知症に特有の課題に配慮した支援策の検討	正しい理解の促進と地域で支える機運づくりのため、普及啓発を行う。
【内容】 ・ 認知症生活支援モデル事業の検証 ・ 広域的対応を要する課題の検討 ・ 全般的に広めるための方策の検討	【内容】 ・ 地域の医療資源の把握、情報の共有化 ・ 関係者（関係機関）の役割分担の明確化、連携推進	【内容】 ・ 居場所づくりなどの若年性認知症患者への支援の検討 ・ 家族支援の検討	

東京都認知症対策（平成21年度の予定）

認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりの推進

分野	目的	事項
地域づくり	「面的」 仕組みづくり	地域の人的資源・社会資源が参画したネットワークを構築することにより、認知症の人・家族を「面的」に支える仕組みを作る。
	理解促進・普及啓発 （都民向け）	認知症に対する正しい理解の促進と地域で認知症の人・家族を支える機運醸成のため、都民向けのシンポジウムやキャラバン・メイトの養成、認知症サポーターの養成支援を実施する。
医療	地域の医療支援 体制の構築	かかりつけ医の認知症対応力を向上し、早期発見・早期診断と早い段階からの生活支援を実現する。
	専門医療の提供	老人性認知症専門病棟の運営を支援するとともに、専門医療と相談支援を一体として提供する。
介護	介護人材育成	介護職を対象に認知症ケアに関する研修を行い、ケアの質の向上を図る。
	基盤整備	区市町村職員や介護職等を対象とした研修を行い、高齢者の権利擁護を推進する。
若年性認知症	特有の課題への対応	認知症高齢者グループホームの整備を様々な手法で支援する。 若年性認知症の特性に応じたモデル事業を実施し、若年性認知症に適したサービスの在り方を検討する。
最先端の研究	予防と治療法	認知症の原因となるアルツハイマー病等の治療薬等に関する最先端の研究に取り組んでいく。

事業化・検証

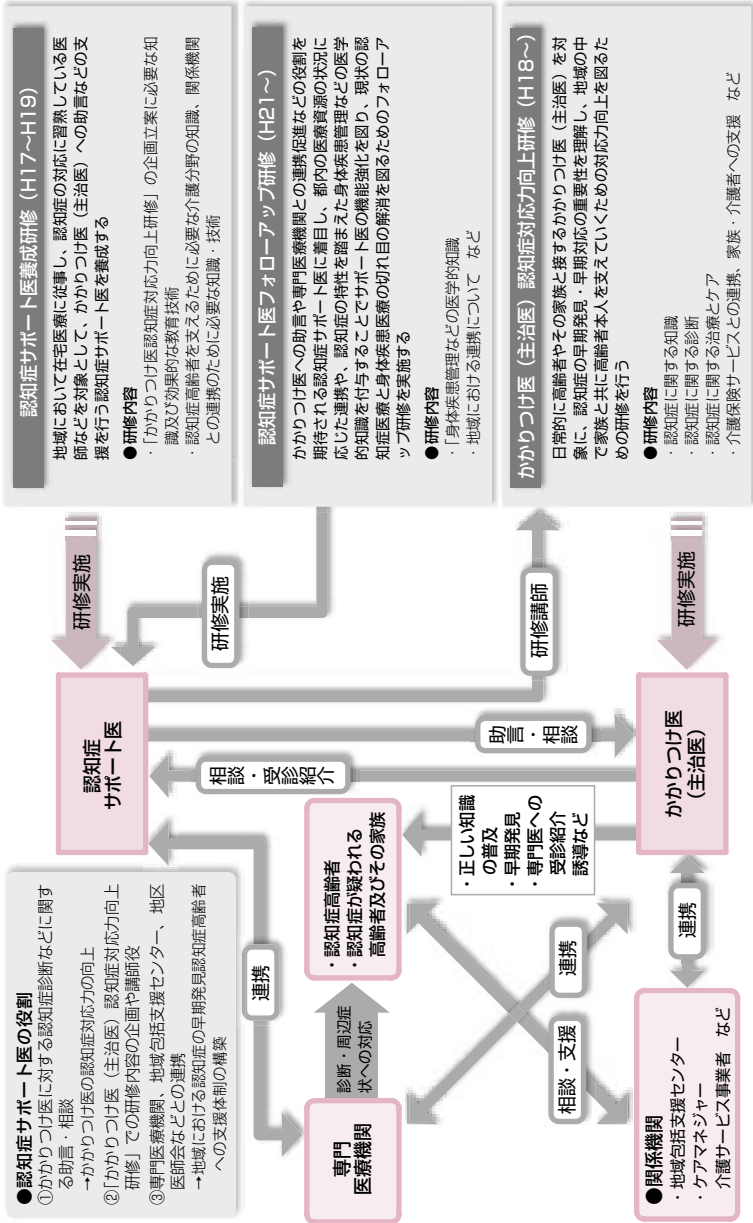
東京都認知症実態調査

東京都認知症対策推進会議

東京都認知症介護研修事業（体系図）



東京都認知症地域医療推進事業

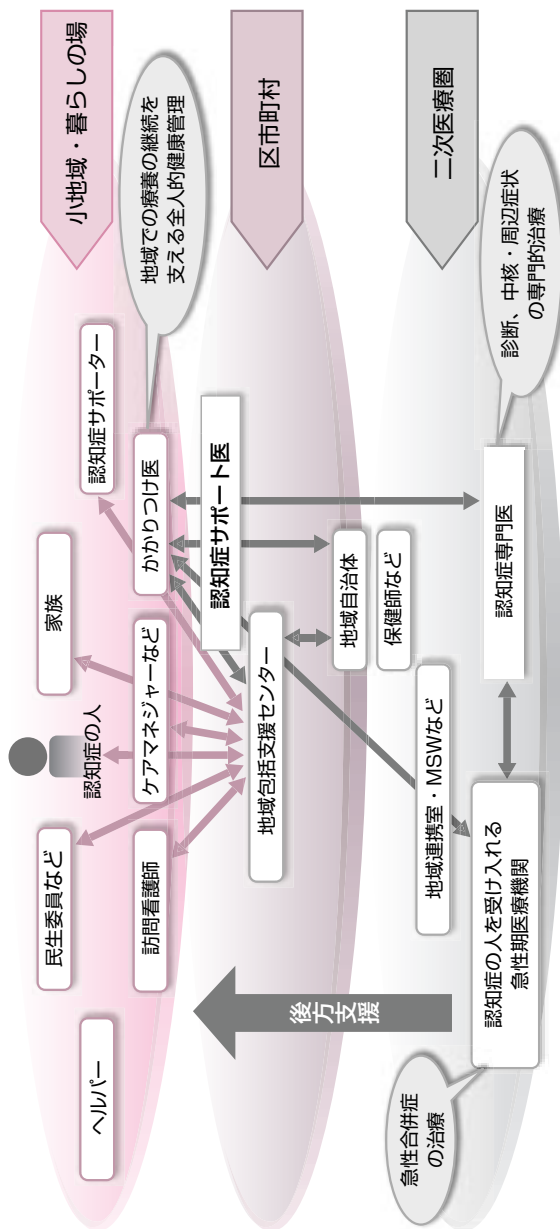


地域で暮らす認知症の人のためのケアネットワークイメージ

認知症の人に対する医療について中心的な役割を担う「かかりつけ医」「認知症サポート医」を中心とした地域の医療支援体制を構築することで、医療・ケア資源の有効活用・連携体制の構築を図り、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充実を図る。

ケアと医療、地域と専門医療をつなぐ「かかりつけ医」をアンカーとした二次医療圏単位の連携を構築

認知症の専門医療、合併症の急性期医療にもアクセスできる、「暮らしの場」の個別ネットワークをつくる



東京の認知症サポート医活動の創造と展開をめざして OUTCOME（達成目標）の提案

- 「認知症サポート医」への期待を理解し、地域に応じた役割を創造して活動する
- 認知症の人が、地域で療養生活を継続するための様々な問題の解決を支援する
- 認知症について地域住民や多様な職種が声をかけやすい医師として活動する

1. 地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する

(1) 東京都の認知症の医療やケアの現状を理解する

- ① 東京都における認知症対策の施策や活動状況を理解する
- ② 東京都認知症専門医療機関の状況を理解する
- ③ 東京における精神科救急医療体制の現状を理解する
- ④ 地域の認知症の医療体制の把握を理解する

(2) 地域の「専門医（医療機関）」の診断・治療・周辺症状・合併症への対応力を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

(3) 認知症の人の急変時の地域の対応体制を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

- ① 認知症の人の急変時の地域の対応体制についての情報を把握する
- ② 地域の「精神科救急対応医療機関」についての情報を把握する

(4) 地域に見合った「かかりつけ医」と「専門医」の連携を構築する

2. 包括的認知症ケアの現況を踏まえて「かかりつけ医」を総合的に支援する

(1) 困難事例への対応も含めた「かかりつけ医」の認知症対応力の向上を支援する

- ①「認知症の人の日常生活を尊重するケア」の理念を理解し伝える
 - ②認知症診療のコツを把握し伝える
 - ③認知症の非薬物療法の概要と効果を理解し伝える
 - ④認知症短期集中リハビリテーションの概要を理解し伝える
 - ⑤認知症の中核症状とBPSDへの薬物療法の適用を理解し専門医との連携を支援する
 - ⑥諸外国のBPSDの薬物療法のガイドラインの存在と概要を理解し専門医との連携を支援する
 - ⑦「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の開催に協力する
- (2) 権利擁護や虐待への対応について「かかりつけ医」の相談を受け支援する
- ①地域の認知症の人の権利擁護体制を把握しマネジメントや情報提供をする
 - ②自らも鑑定書等権利擁護手続きの依頼に対応し「かかりつけ医」も支援する
- (3) 病名告知とその後の対応について下記の観点に留意し「かかりつけ医」の相談を受け支援する
- ①認知症の人とその家族の心情に配慮した支援をする
 - ②予後の見通しを適正に説明し、疾患の受容を支援する
 - ③治療法や地域の医療体制等を説明する
 - ④告知後の生活を支援する
 - ⑤家族・介護者を支援する
- 3. 地域の医療・介護・福祉職等への連携促進や認知症対応力の向上を支援する**
- (1) 地域の認知症早期スクリーニング、早期対応の取り組みを支援する
- 例：地域自治体、地域包括支援センター、医師会が行う「物忘れ相談」などへ協力する
- (2) 地域の医療・介護・福祉職等への認知症対応力向上のための啓発活動を牽引する

例：事例検討会、連携協議会などへ協力する

- (3) 地域自治体、地域包括支援センター、地域医師会・介護事業者などの連携促進に協力する

4. 地域住民や多様な職種の従事者に対する認知症への理解を促進し地域ケアの向上を支援する

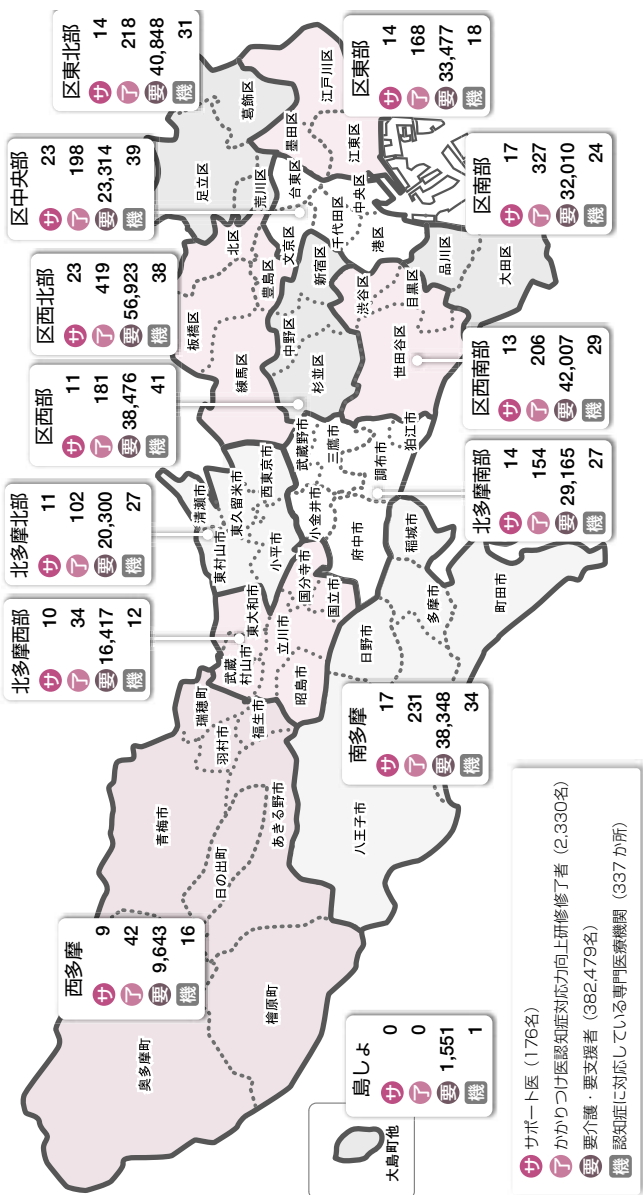
- (1) 地域住民の啓発、認知症サポーターの養成等の住民主体の活動に協力する

- (2) 認知症の人のライフラインを支える事業者を啓発し支援する

(住居・商工・金融・流通・交通・飲食・通信・エネルギー・水道等々の事業者)

(東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキストより)

東京都における二次保健医療圏のサポート医・研修修了者・要介護、要支援者・専門医療機関の分布図



※1 要介護・要支援者数は、平成19年3月末現在（出典：「平成18年度介護保険事業状況報告（年報）」都福祉保健局）

※2 専門医療機関とは「東京都認知症専門医療機関実態調査」（平成19年12月）において、分析対象となった認知症患者への対応を行っている医療機関のうち認知症の診断・治療を行っていると回答した医療機関のことを指す。

※3 サポート医、かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数は平成21年2月末現在。専門医療機関数は平成19年12月現在。

東京都認知症専門医療機関実態調査の結果（概要）

東京都では、都内の医療機関に対して「東京都認知症専門医療機関実態調査」を実施しました。この度、調査結果がまとまりましたので、お知らせします。

1 調査の概要

（１）調査の目的

「東京都認知症専門医療機関実態調査」は、都内の医療機関の認知症に関する診療体制を調査することにより、初診や入院等の各段階における医療資源の分布・活用状況を把握し、都における認知症への医療支援体制の検討のための基礎資料とするものです。

（２）調査対象

都内の全ての病院及び認知症関係３学会（日本神経学会、日本老年医学会及び日本老年精神医学会）に所属する医師が勤務する都内の診療所（歯科診療所を除く）

（３）調査方法

自記入式による郵送による。

（４）調査期間

平成 19 年 8 月 20 日から同年 10 月 26 日まで
 （回答基準日は、平成 19 年 8 月 1 日現在とする。）

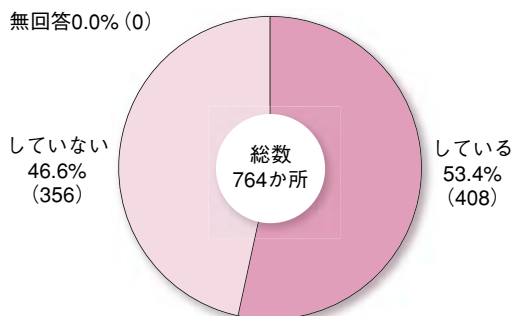
（５）調査の実施状況

医療機関種別	対象数	回収数	回収率
病院	655	550	84.0%
診療所	360	214	59.4%
合計	1,015	764	75.3%

(6) 分析の対象

調査対象とした医療機関のうち、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のいずれでも可）をしている 408 か所について分析の対象としました。

【認知症患者への対応をしている医療機関】

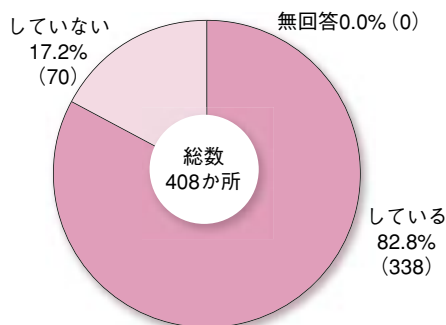


2 調査結果の概況

(1) 認知症の診断・治療

認知症患者への対応を行っている医療機関（408 か所）のうち、認知症の診断・治療をしているのは、全体の 82.8%でした。

【認知症の診断・治療をしている医療機関】

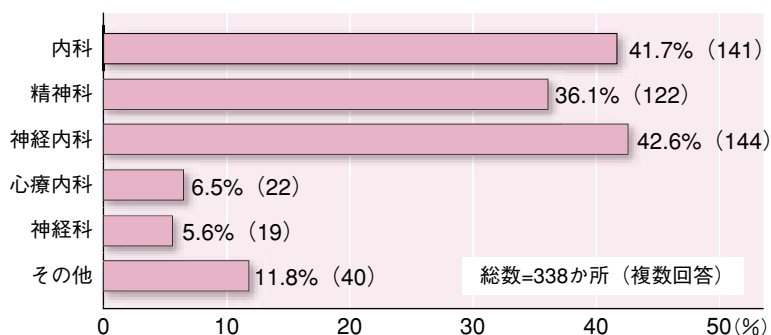


(2) 認知症の診断を行う診療科

認知症の診断・治療をしている医療機関（338 か所）のうち、認知症

の診断を行う診療科としては、神経内科が42.6%で最も高く、次いで内科41.7%、精神科36.1%でした。「その他」の診療科（自由記述）では、「脳神経外科・脳外科」（18 か所）、「老年病科」（10 か所）、「リハビリテーション科」（4 か所）、「高齢医学科」（2 か所）、「老年内科」（2 か所）、「総合診療科」「心療科」「老人外来」（各1 か所）が挙げられました。

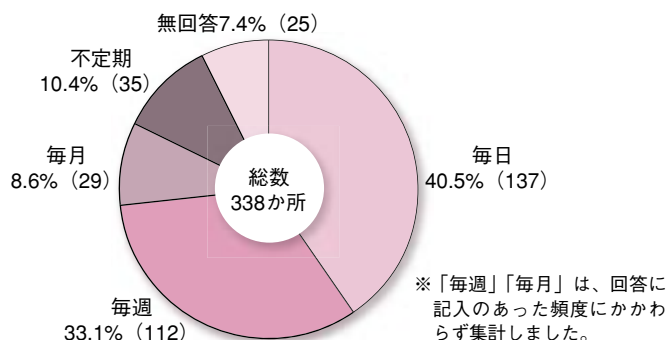
【認知症の診断を行う診療科】



(3) 外来診療の頻度

認知症の診断を行う外来診療の頻度については、40.5%の医療機関が毎日行くと回答しました。また、毎週診療を行っていると回答した医療機関が33.1%あることから、全体の約4分の3で、常時診療体制が整っているといえます。

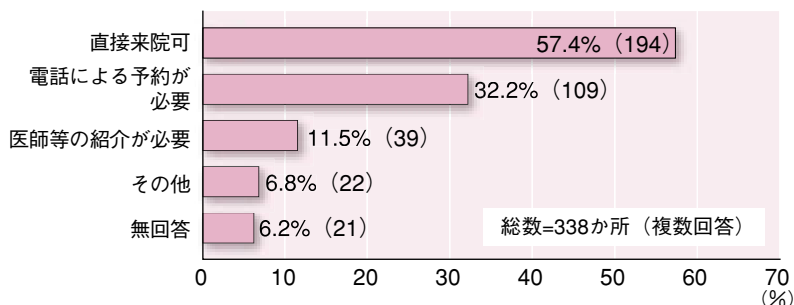
【外来診療の頻度】



(4) 初診の受診方法

認知症患者の初診時の対応については、全体の57.4%が直接来院可と回答しました。

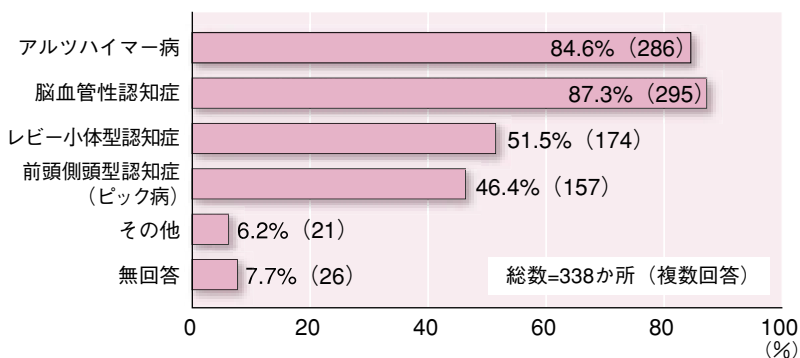
【初診の受診方法】



(5) 対応可能な原因疾患名

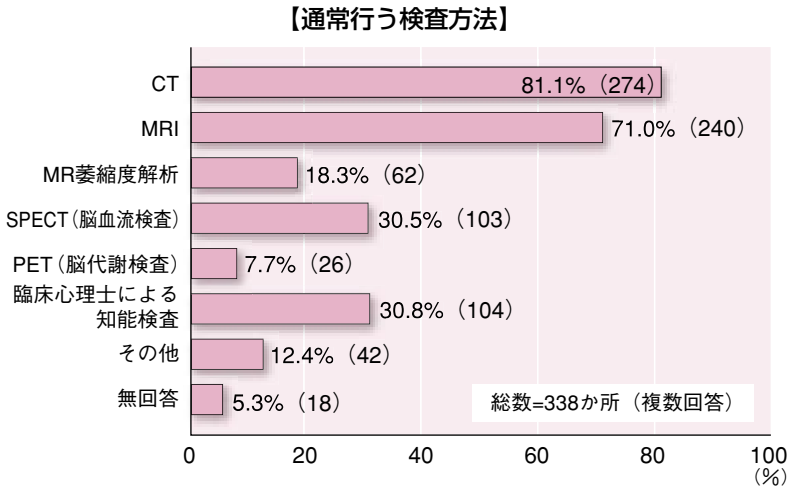
認知症の診療で対応が可能な原因疾患名(若年性認知症を除く)では、脳血管性認知症が87.3%、アルツハイマー病が84.6%と高率だったのに対し、レビー小体型認知症では51.5%、前頭側頭型認知症(ピック病)では46.4%にとどまりました。

【対応可能な原因疾患名(若年性認知症を除く)】



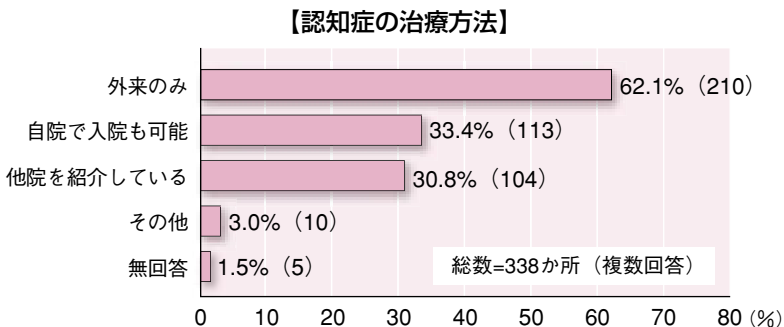
(6) 通常行う検査方法

認知症の診断に当たって通常行う検査方法（他の医療機関に依頼する場合も含む）については、CTが最も多く81.1%、次いでMRIが71.0%でした。



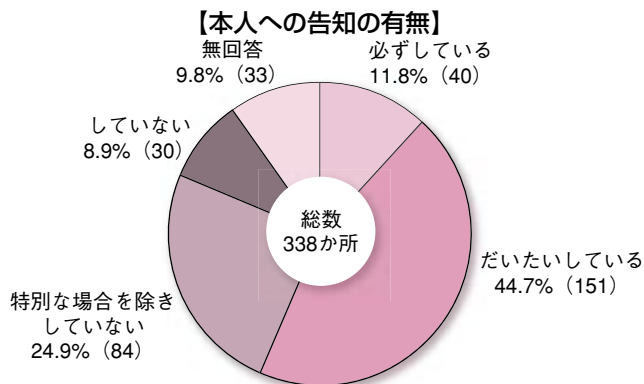
(7) 認知症の治療方法

認知症の治療方法では、外来のみと回答した医療機関が最も多く、62.1%でした。「他院を紹介している」の紹介先としては、精神科のある病院が最も多く挙げられ、次いで老年科や老年病科などのある医療機関が挙げられました。



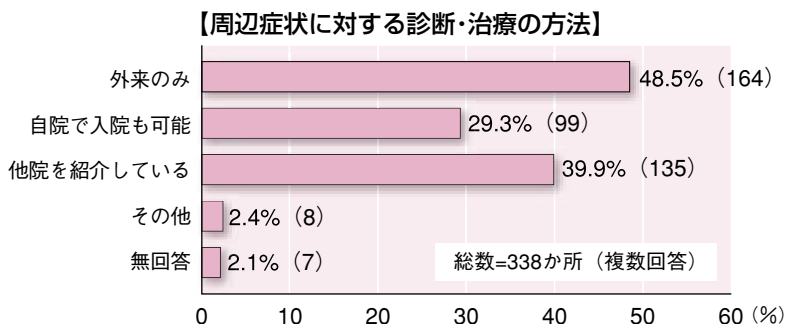
(8) 病状の告知

患者本人に対する病状の告知については、全体の過半数で「必ずしている」「だいたいしている」と回答した一方、「していない」「特別な場合を除きしていない」も全体の約3分の1を占めました。



(9) 周辺症状に対する診断、治療の方法

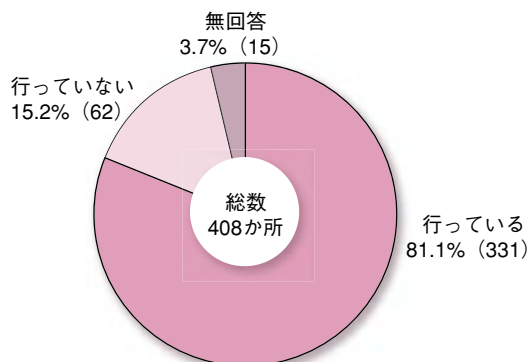
周辺症状のある患者への対応では、外来のみで対応していると回答した医療機関が48.5%、自院で入院も可能が29.3%、必要に応じて他院を紹介しているという回答が39.9%でした。



(10) 身体疾患の治療

認知症患者への対応をしている医療機関（408 か所）に対して、身体合併症がある認知症患者に対して治療を行っているかどうかを尋ねたところ、全体の8割以上が治療を行っていると回答しました。

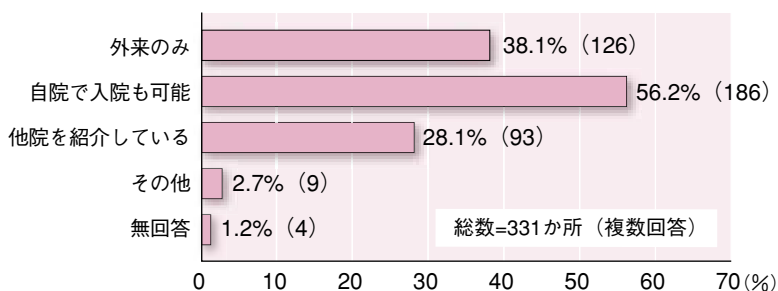
【身体合併症の治療の有無】



(11) 身体疾患の治療の方法

身体合併症がある認知症患者に対する治療を行っている医療機関（331 か所）に対し、治療について尋ねたところ、56.2%が自院で入院可能と回答しました。

【身体合併症の診断・治療の方法】



(12) 地域のかかりつけ医との連携

認知症患者への対応をしている医療機関(408 か所)に対して、地域の「かかりつけ医」との連携について尋ねたところ、「確定診断の依頼に応じている」が31.1%、「行っていない」も37.7%を占めました。

「その他」として自由記述に記載のあった20 か所のうち、自院がかかりつけ医としての役割を果たしている旨の記載のあった医療機関が9 か所と多数を占めました。

【地域のかかりつけ医との連携】

