

# 東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会(第2回) 次 第

東京都庁 第一本庁舎 3 3 階 特別会議室 S 1  
平成 2 0 年 1 2 月 1 2 日 (金) 午後 5 時 0 0 分から

## 1. 開 会

## 2. 議 題

- (1) 第 1 回若年性認知症支援部会における議論のまとめ
- (2) 自治体等が実施している医療・家族支援関係の事業 (報告)
- (3) 東京都が実施した実態調査の結果 (報告)
- (4) 医療における現状について
- (5) 家族の現状について

## 3. 閉 会

### [配付資料]

東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会委員名簿

(資料 1) 第 1 回若年性認知症支援部会の議論のまとめ

(資料 2) 医療における現状について

(資料 3) 若年認知症の問題点について

(参考資料 1) 自治体等が実施している医療・家族支援分野における認知症関連事業

(参考資料 1 (1)) かかりつけ医認知症対応力向上研修の概要

(参考資料 2) 東京都認知症専門医療機関実態調査 (抜粋)

(参考資料 3) 東京都若年性認知症生活実態調査 (抜粋)

「東京都認知症対策推進会議(若年性認知症支援部会)」委員名簿

◎部会長

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	小野寺 敦志	認知症介護研究・研修東京センター研究企画主幹
	◎斎藤 正彦	医療法人社団翠会 和光病院院長
	田谷 勝夫	独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター主任研究員
医療関係者	浅川 雅晴	社団法人東京都医師会産業保健委員会委員 (医療法人社団浅川クリニック院長)
介護事業者	末延 法子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事 (株式会社コスモスライフ シーエルポート世田谷管理者)
	林田 俊弘	東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会副代表 (特定非営利活動法人ミニケアホームきみさんち理事長)
家族代表	干場 功	若年認知症家族会・彩星の会代表
行政関係者	高橋 一成	国立市健康福祉部高齢者支援課長
	山澤 雅明	豊島区保健福祉部中央保健福祉センター所長

各区分において50音順

●第2回若年性認知症支援部会 ゲストスピーカー 松崎 陽子 氏

「東京都認知症対策推進会議(若年性認知症支援部会)」幹事名簿

氏名	所属
中村 雄	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
坂本 博文	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

## 1 若年性認知症支援部会の設置について

## 説明(事務局より)

- ▶若年性認知症とは、65歳未満で発症する認知症を指す。
- ▶若年性認知症の人を取り巻く現状として、①ノウハウの蓄積がなく、適切な医療・介護を受けられない②利用できる制度等についての情報が少ない③介護期間が長期にわたる場合があり、家族の負担が大きい④家計を支える働き手を失う、といった、高齢発症の認知症と異なる課題が挙げられる。
- ▶支援制度上の問題として、そもそも支援の対象になっていない、または対象になっていても今の制度では十分な支援が受けられない、といった課題がある。
- ▶これらの若年性認知症特有の課題に配慮した支援策の検討のため、第4回認知症対策推進会議において、若年性認知症支援部会の設置が承認された。

## 2 東京都若年性認知症生活実態調査について(報告)

## 説明(事務局より)

- ▶東京都では若年性認知症への支援策検討の基礎資料とするため、47世帯の若年性認知症の人とその家族へ訪問調査を行い、その結果を10月に公表した。
- ▶調査結果の概況を説明。

## 3 若年性認知症の支援策の検討にあたって

## 主な意見

## ①医療に関する意見

- ▶医療の中にも、カウンセリングなど、若年性認知症の人の思いを受けられる場を作っていくことが一つの課題。
- ▶早期診断を促進するため、地域住民に対し早期受診の重要性を啓蒙する活動が大切。

## ②介護・公的支援に関する意見

- ▶介護保険サービスには高齢者対象のサービスが多く、若年性認知症でADLが保たれている人に対応するのは、今の制度上では難しいのではないかと。
- ▶若年性認知症の人は、「何で(自分がこの年で認知症になるのか)」という思いが強いので、じっくり話を聞くためのカウンセリング等が必要。
- ▶介護保険サービスが若年性認知症の人も受け入れられるようにならなければいけない。そうすることで、高齢者にとっても良いサービスになる。
- ▶若年性認知症は、高齢者と比較すると体力があり、また異なる症状が現れることがある。そうした様々な症状に対応するため、介護施設の側の能力を高めていくことが重要。
- ▶要介護度の認定において、自治体ごとに取扱いの格差がある。

## ③経済支援に関する意見

- ▶家庭内の大黒柱が発症したことで、ご家族が大変苦勞をするケースがあった。こうし

た場合、まず生活保障により経済面を支え、その上で介護環境づくりを支援することが求められる。

- ▶働き盛りで発症するという点から、就労支援を抜きにしては考えられないが、介護保険を切り口にするケアマネジャーだけでは多岐にわたる問題に対応できない。
- ▶自立支援医療費の支給認定や生命保険等の高度障害認定・入院給付金の支払いなどでは、自治体や法人によって取扱いに格差がある。

## ④家族支援に関する意見

- ▶経済的な問題に起因して養育中の子どもが不登校になる、また配偶者が介護を行っている場合に夫婦の関係が悪くなるなど、家庭内に他の問題が生じる事例がある。このような問題に対しての対応に困ることがある。
- ▶本人を介護する家族の疲労度が大きくなっているため、健康管理などの家族支援を考えなくてはならない。

## ⑤職場を含む社会的支援に関する意見

- ▶医療や就労の支援が制度的に整ってきて、それらの橋渡しを行う環境も出来てきている高次脳機能障害に対し、若年性認知症については、そうした先行きが全く見えていない。
- ▶就労支援に関しては、ジョブコーチを利用できるようにするなど、現在の勤務先での雇用継続を支援したい。

## ⑥部会の取りまとめの方向性に関する意見

- ▶全国レベルでの制度体系の構築や格差の解消が必要な分野については、東京都でモデルをつくり、国に発信することで全国に示していけると理想的。
- ▶ケアマネジャーだけでは対応できないような、多岐に渡る問題に対して、広く支援を行うネットワークの構築を望む。
- ▶部会で検討した内容が、ケアマネジャーの研修などに反映されるとよい。
- ▶若年性認知症の人の意思や可能性を追求するための、研究やモデル事業がもっと豊かになるとよい。
- ▶若年性認知症の人の症状一つ一つへの対策をするのではなく、その人が人としてどう生活できるかを支援する方向性が望ましい。
- ▶発症後も、本人を取り巻く人間関係を維持するための仕組みについて検討したい。

## 今後の検討の進め方について

## 決定事項

- (1)①医療②介護・公的支援③経済支援④家族支援⑤職場を含む社会的支援、の5つのテーマごとに検討を進める。
- (2)各テーマごとにゲストスピーカーとして専門家を招き、その話を参考に検討を行い意見をまとめていく。

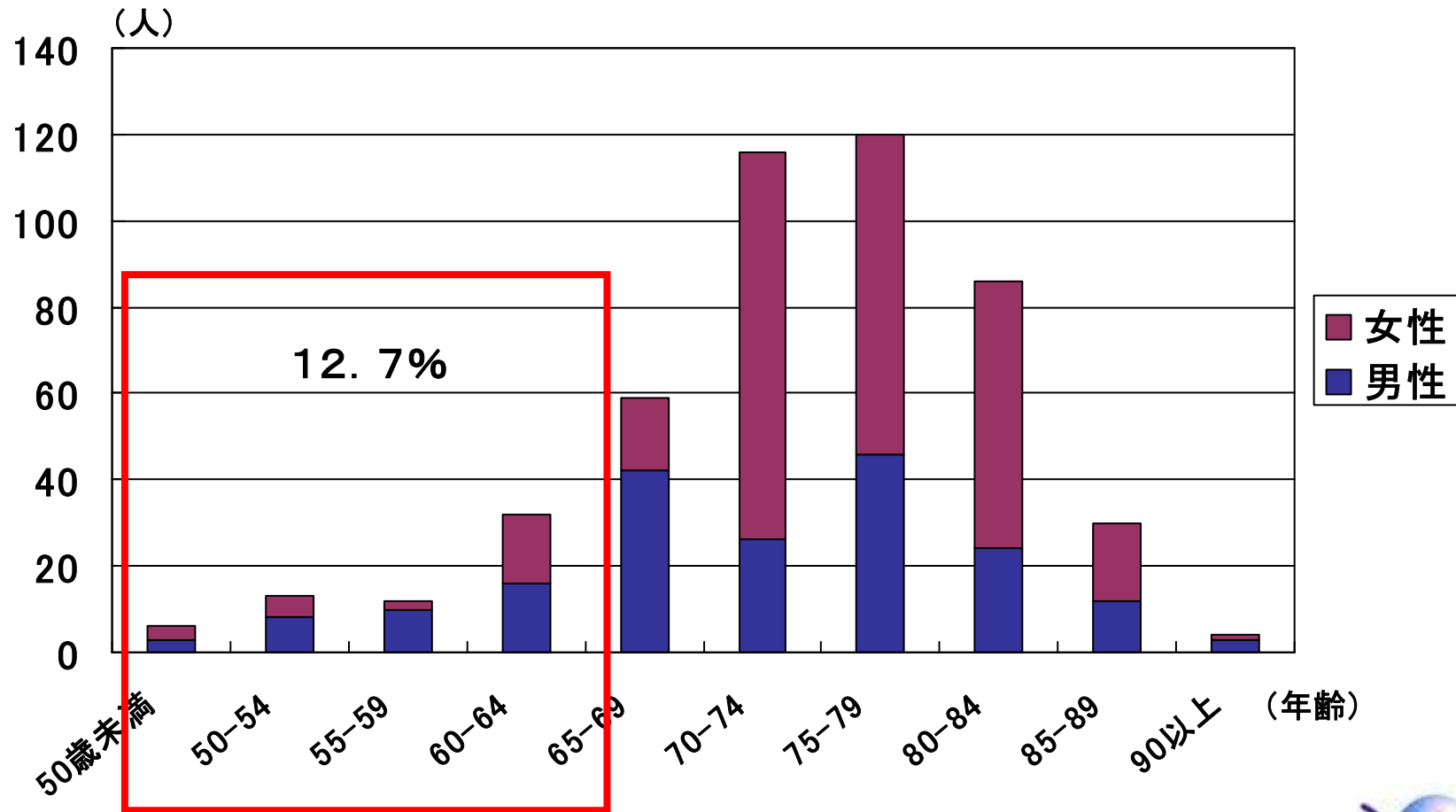
# 若年認知症

## —医療上の現状と課題—

東京都認知症対策推進会議  
若年性認知症支援部会

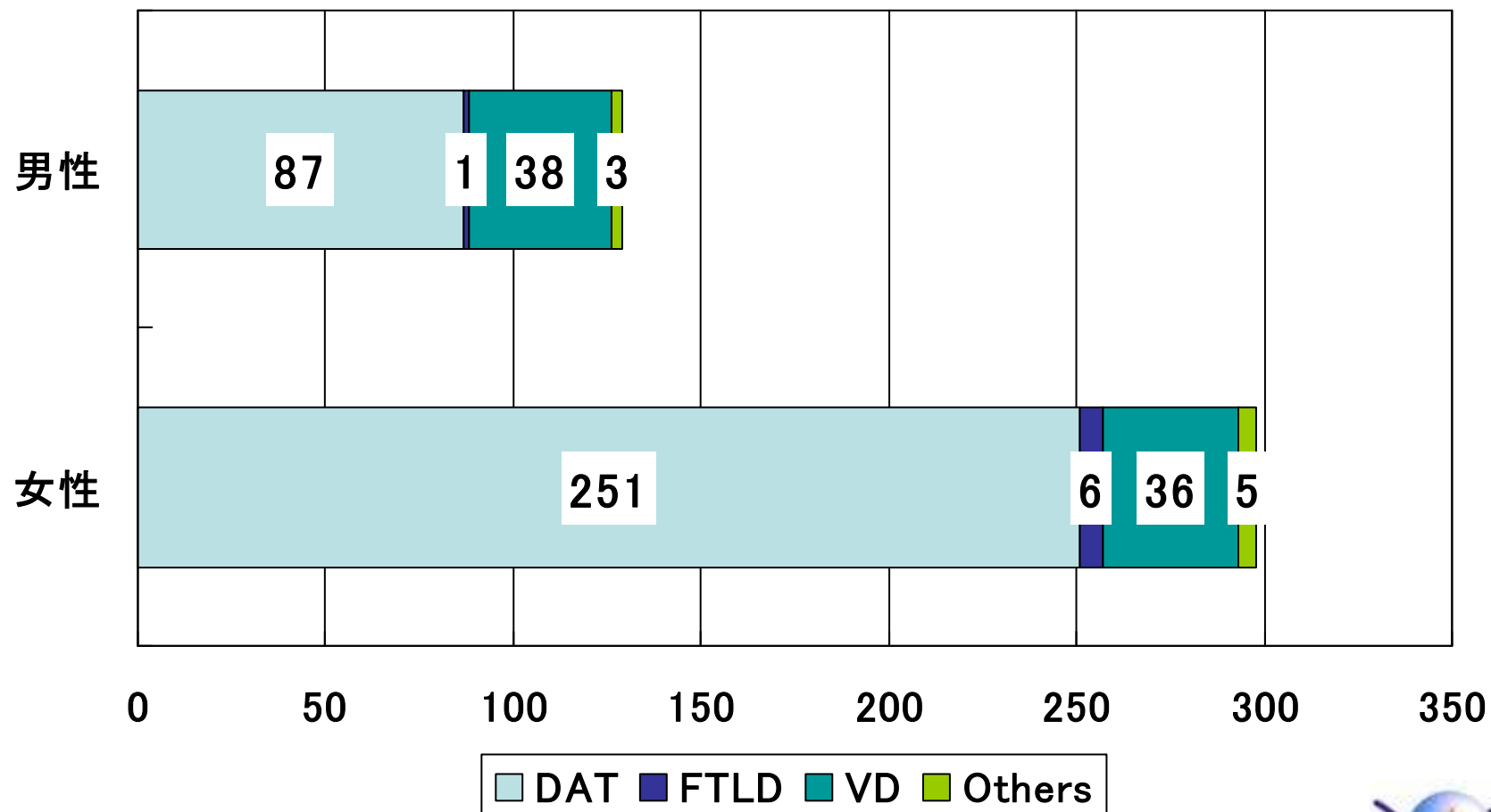
# 「若年認知症」という病気はない

## 認知症発症年齢度数分布

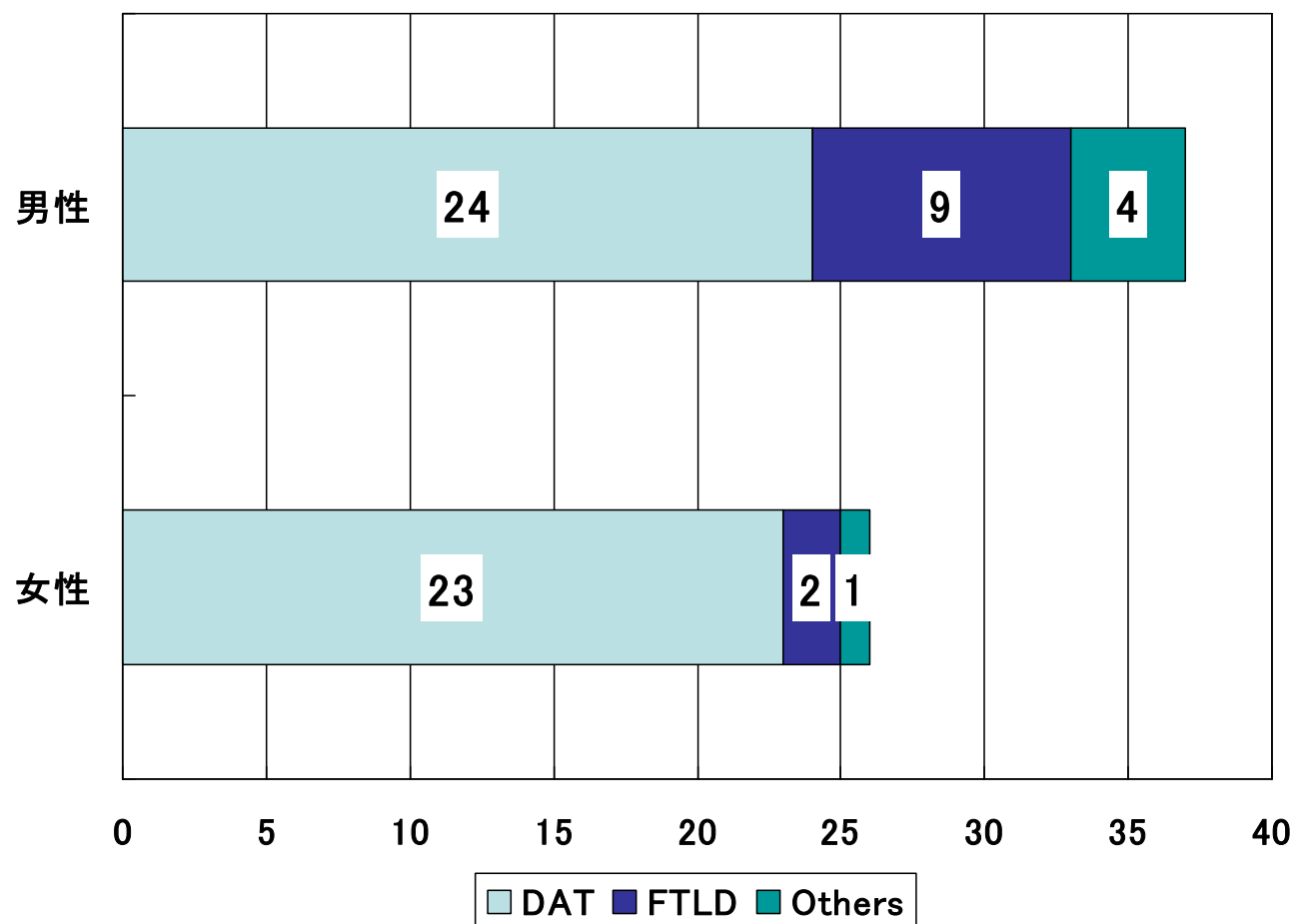


齋藤 2001-2005

# 65歳以上発症例の原因疾患



# 若年認知症原因疾患





# 65歳以下で発症する認知症

—自験例から考えると—

- 男女比が、老年期発症群と逆
- 前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症、進行性失語症、意味性認知症）は、若年認知症に特徴的な疾患
- アルツハイマー病について、現在は、早発型と遅発型の症状に本質的な違いはないと考えられている

# 若年認知症の原因疾患

- 血管病変
- 変性疾患: アルツハイマー、前頭側頭葉型、レビー小体型、進行性核上麻痺、脊髄小脳変性症
- 頭部外傷後遺症、脳腫瘍
- 感染症: エイズ、ヘルペス、CJ
- アルコール性
- 遺伝病: ハンチントン病、ウィルソン病
- その他

# 若年認知症の有病率

- 信頼できる疫学的データが少ない→正確な患者数、疾患構成は不詳
- 疫学調査が難しい
  - 国民意識の変化、個人情報保護→住民悉皆調査ができない
  - 疾患構成が多様、サービス民営化→施設調査が難しい(そもそも、施設調査では、サービスを受けている人以外対象にならない)

# 従来の研究から導かれる 有病率・疾患構成推計

- **2008年朝田研究班**
  - 茨城県の施設悉皆調査
    - 30歳から64才人口10万人に対して50人(男性57%、女性43%)
    - VD46.7%、AD29.3%、DLB/PDD6.5%、FTLD3.0%
- **1997年一ノ渡研究班**
  - 18歳から64歳：全国で25,000～37,000人
    - 男性：VD、PTD、AD、アルコール、脳腫瘍後
    - 女性：VD、AD、PTD、てんかん、パーキンソン

# 老年期発症例と 若年発症例を比較すると

- 若年発症例の方が男性が多い
- 若年発症例の方が疾患が多彩
  - 脳血管性でも皮質型、急性型が多い
  - 前頭側頭葉変性症
  - 頭部外傷後遺症
  - アルコール性
  - 脳腫瘍の後遺症

# アルツハイマー病

## 高齢発症型 vs 若年発症型

- かつては、アルツハイマー病は若年で発症するものとして、65歳過ぎに起こるアルツハイマー型老年痴呆と区別されていた
- 現在は、BPSDの種類、頻度を含め、基本的な差はないのではないかと考えられている
- ただし、同じBPSDでも、80歳と60歳では、周囲への影響が違う

# 前頭側頭葉変性症

## (1)前頭側頭型認知症(ピック病など)

- 前頭葉から側頭葉前方の萎縮
  - 前頭葉症状→側頭葉症状
    - 病識欠如、感情・情動の変化、脱抑制・社会規範逸脱、自発性低下、常同行為、強迫行為、反復行為、被影響性亢進、転動性亢進、食行動の異常
- 早期に正しい診断がなされない場合が多い
  - 家族のストレス、社会的不利益が大きい
- しばしば、処遇が困難
  - 施設でも拒否される場合がしばしば

# 前頭側頭葉変性症

## (2)意味性認知症、(3)進行性失語症

- **意味性認知症**：左側頭葉前下部を中心とする萎縮
  - 流暢に話すが、言葉の意味が分からなくなる
- **進行性失語症**：左側頭葉優位の萎縮
  - 流暢性低下、錯語、失名詞、失文法
- 両者とも、早期には、行動障害目立たず



# 症例OF:意味性認知症

(男性、発症時54歳、会社役員)

- 一部上場企業事業部長、母(92)、妻(49)、娘(会社員)、息子(大学生)
- 54歳:物の名前、人の名前が出てこない
- 55歳:脳ドック「異常なし」、週刊誌にでた認知症専門医のリストを妻に見せる
- 56歳:1年前の週刊誌を出し、「クリニックに行く」→初診

# 症例OF: 意味性認知症

## (初診時症状)

- 本人は、「物忘れ」がひどいと言うが、実際は、もの名前、人の名前が分からない
  - 約束を忘れることはない
- 漢字を忘れる
  - テレビのテロップ、道路標示の地名が読めない
- ADL、IADL、社会的礼容、よく保たれている
- 計算力正常、文法正常

# 症例OF: 意味性認知症

## (検査所見)

- **CT、MRI: 左側頭葉の著明な萎縮、他の部位の萎縮は相対的に目立たない**
- **心理検査**
  - **VIQ=79、PIQ=131、FIQ=103**
  - **VeMQ=50↓、ViMQ=95、FMQ=50↓、AQ=132**

# 症例OF:意味性認知症

(初診後の経過 1)

- 01.1(初発から3年):初診、診断、説明、仕事を継続
- 01.11:妻、来院、年内で休職、年度末退職の意志を固めた
  - 会社から帰ると疲労困憊
  - 実物を見ればなんだか分かるが名前が分からない、顔を見れば分かるが誰だか分からない
- 02.4(4年):上司に勧められてSTによる訓練開始、障病手当金請求

# 症例OF: 意味性認知症

(初診後の経過 2)

- **02.6(4年):** 訓練がストレス、毎日パチンコ、土日は競馬
- **03.8(5年):** 精神障害者手帳申請、ADの母と衝突、他人と接触を嫌う。
- **05.4(7年):** ADL自立、性格変化目立つ
  - 30万持ってパチンコへ、
  - 切符を通さず改札口を抜ける
  - 年寄りを押しのけて歩こうとする..

# 症例OF: 意味性認知症

## (家族の問題)

- 実母: 当初、患者を支援、経過中にADを発症、患者がケアしていたが、両者の進行とともに正面衝突→母をホームに
- 妻: うつ病で治療、定期的に面接
- 娘: 父の発症、退職後、一家の経済的中心となる
  - 当初は家族の中で最も安定
  - 父の初診後、3年目、リタリン依存で受診

# まとめ(1)

- 若年発症の認知症には、様々な原因がある
  - 様々な診療科が最初の窓口になる→正確な診断、対応ができないことがある
  - 1つ1つの疾患ごとに病状の違いが大きい
    - 「若年認知症一般」についての施策は困難
    - 個々の疾患に専門の制度を作っていたら大変
- 若年認知症では男性の割合が高い
  - 家族の経済的基盤が失われる
  - BPSDが起こったとき影響が大きい

# まとめ(2)

- 医療サービスの質の向上
  - 早期に正確な診断(総合病院の役割が大きい)
  - 診断後、家族支援を含むフォローアップ体制
  - 重症化したときの速やかな入院医療
- 福祉サービスの質の向上
  - 様々なニーズに応える必要がある
  - 若年認知症サービスの充実は、高齢者サービスの充実にもつながる



## 若年認知症の問題点について

厚労省研究班(彩星の会・朱雀の会・愛都の会・北海道ひまわりの会・筑波大学)、東京都(訪問アンケート)、彩星の会家族会(21年度最終中間報告)のアンケート調査から

### 1、経済的困難。不安

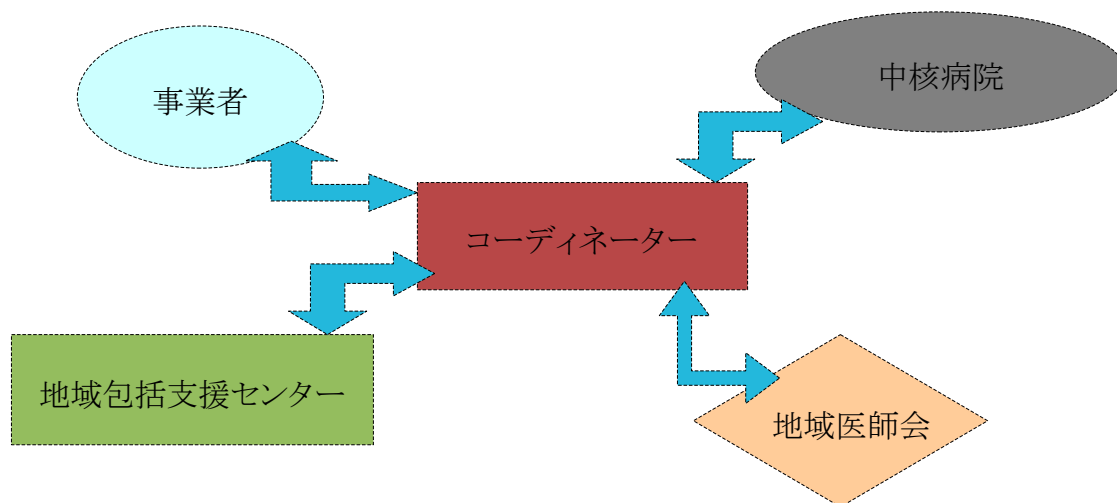
- ◆ 高度障害認定 (住宅ローン・生命保険)

○さんの事例報告

- ◆ 傷病給付金。障害年金給付 (認定までの期間初診より1年6か月の意味するもの)
- ◆ 成年後見制度 (入院給付金・口座開設)

### 2、医療の充実化

- ◆ 北海道砂川市立病院の地域連携の事例



OTさんの事例 (パニック障害介護者)

### 3、若年専門デイサービス・ショート・入所施設の充実と地域サポートの大切さ

- ◆ 北海道北竜町での経験から

### 4、うつ病をかかえた介護者の事例から

東京都が実施している医療分野の事業

	名称	概要
研修事業	かかりつけ医認知症対応力向上研修(18年度～)	目的： 認知症の早期発見・早期対応の重要性を理解し、地域の中で家族と共に高齢者本人を支えていくための対応力向上を図る。 対象： 日常的に高齢者やその家族と接するかかりつけ医(主治医) 内容： 認知症に関する知識・診断・治療とケア、介護保険サービスとの連携、家族・介護者への支援 等 (詳細は参考資料1(1)に掲載) ◎研修修了者数：1,670人(19年度末現在)
	認知症サポート医養成研修(17年度～19年度)	目的： かかりつけ医への助言等の支援を行う認知症サポート医を養成 対象： 認知症の診察に習熟した医師等 内容： かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育技術、認知症高齢者を支えるために必要な介護分野の知識、関係機関との連携のために必要な知識・技術 ◎研修修了者数：141人(20年9月末現在)
	認知症サポート医フォローアップ研修(検討 20年度 実施 21年度～)	目的： 都内の医療資源の現状や、認知症の特性を踏まえた身体疾患管理等の医学的知識を付与することでサポート医の機能強化を図る。 対象： 認知症サポート医 内容： 身体疾患管理等の医学的知識、地域における連携について 等
認知症専門医療	東京都老人性認知症専門医療事業	目的： 認知症高齢者に対する適切な医療の確保と、専門病棟の適正かつ効率的な運営の実施。 対象： 顕著な精神症状・行動障害を随伴している老人性認知症の患者で、重度のケアのみならず積極的な医療を必要とするもの。(若年性認知症患者も含む。) 内容： ①医師、看護師及び事務職員から成る「高齢者精神医療相談班」による、相談・訪問の実施。 ②老人性認知症専門病棟を運営する法人に対する経費の一部補助 ③東京都老人性認知症疾患専門病棟調整委員会の運営
調査	東京都認知症専門医療機関実態調査(19年度)	目的： 都内の医療機関の認知症に関する診療体制の把握 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。) 内容： 参考資料2参照(H20.3.6公表)
医療機関	ひまわり	・インターネットによる東京都医療機関案内サービス。 ・携帯電話用のサイトも用意 ・医療法第6条の3に基づく「医療機能情報提供制度」に対応
検討会	医療支援部会(19年度～20年度)	東京都認知症対策推進会議の専門部会として設置。認知症・身体症状の双方の症状に応じた切れ目の無い医療支援体制を検討。

自治体等が実施している家族支援分野の事業

	名称	内容	利用要件または対象者
区市町村事業※	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。	介護者の病気やけが、冠婚葬祭への出席等の理由で、要介護者が居宅で介護を受けることが困難な状況におかれていること。
	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。
	認知症介護教室事業	在宅で認知症の人を介護している家族等に、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。	認知症の人を介護している家族等が対象
	家族交流事業	介護家族が参加し交流できるイベント等を開催する。	認知症の人を介護している家族等が対象
	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。	認知症の人とその家族等が対象
都事業	認知症生活支援モデル事業	・区市町村や介護サービス事業者が中心となり、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し、認知症の人・家族を「面的」に支える仕組みを構築。 ・「地域資源マップ」の作成、サロン活動等の実施。	特になし
	ケアマネジャーのための地域生活を支える社会資源活用ハンドブック	・介護給付に限らず、保健医療、福祉、地域のボランティア等も含めた社会資源を活用するための手引き書。 ・2号被保険者特有の課題に対する対応も記載されている。	特になし
国事業	介護休業制度	家族が要介護状態となった場合に、 ①休暇の取得 ②勤務時間の短縮等の措置 ③時間外労働の制限等の配慮を受けられる制度。 (①②は合わせて通算93日まで)	・家族が要介護状態であること ・労働者(日々雇用を除く)であること。 ※期間労働者の場合はさらに、1年以上同一の事業主に雇用されていること等の要件がある。
	介護休業給付制度	・介護休業制度による介護休暇を取得した場合に、3か月を限度として支給。 ・支給額は支給前の平均賃金の最大40%。	・65歳未満の、雇用保険の被保険者であること。 ・支給単位期間(1ヶ月)の間に20日以上介護休業を取得していること。

※ 実施の有無・事業名・利用対象者等は、各区市町村により異なる。

**かかりつけ医認知症対応力向上研修の概要**

**目 的**

高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医（推進医師）との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図る。

**標準カリキュラム**

	研修のねらいと到達目標	主な内容
「基礎知識」編 (60分)	<p style="text-align: center;">＜ねらい＞</p> <p>認知症の早期発見・診断及び早期対応におけるかかりつけ医の役割を考察する。</p> <p style="text-align: center;">＜到達目標＞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 認知症とはどういうものか、患者・家族にある程度説明することができる。</li> <li>2 認知症の考え方（捉え方）、中核症状と周辺症状、原因疾患、鑑別すべき疾患、状態について、ある程度説明することができる。</li> <li>3 アルツハイマー型認知症の病態、一般的な経過、及び今後の見通しについて、患者・家族にある程度説明することができる。</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制 →①早期段階での気づき ②家族に対する理解や支援 ③地域連携の発信者</li> <li>・高齢者数や認知症高齢者数の推計</li> <li>・認知症高齢者の所在</li> <li>・家族の初診時の受診理由</li> <li>・身近な人の認知症の症状を相談した相手</li> <li>・認知症の定義</li> <li>・スクリーニング・スケール</li> </ul>
「診断」編 (60分)	<p style="text-align: center;">＜ねらい＞</p> <p>認知症診断の原則を理解する</p> <p style="text-align: center;">＜到達目標＞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 認知症の早期発見・早期診断に役に立つ重要な初期症状や日常生活上の行動の変化について述べるができる。</li> <li>2 認知症の診断の意義と診断手順について説明することができる。</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー型、脳血管性、レビー小体型認知症の診断基準</li> <li>・原因疾患の種類</li> <li>・中核症状（記憶障害、見当識障害、判断・実行機能障害）のアセスメント</li> <li>・原因疾患の同定手順</li> <li>・必要な検査</li> <li>・アルツハイマー型、脳血管性、レビー小体、前頭側頭型認知症の症例</li> </ul>
「治療とケア」編 (60分)	<p style="text-align: center;">＜ねらい＞</p> <p>認知症治療とケアの原則を理解する。</p> <p style="text-align: center;">＜到達目標＞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 治療開始に当たっては、患者及び家族へ心理的な配慮をすることができる。</li> <li>2 中核症状に対する薬物療法について、適応症、効果及び注意点について説明することができる。</li> <li>3 周辺症状に対する対応の原則を、ある程度説明することができる。</li> <li>4 認知症高齢者の特性とケアの基本について、ある程度説明することができる。</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期発見・早期治療の意義</li> <li>・認知症の病気の説明 →タイミング、内容、相手、その後のフォロー</li> <li>・外来時の対応</li> <li>・アルツハイマー型認知症への薬物療法（投薬の際の注意点、服用の仕方や副作用の説明含む）</li> <li>・認知症の症状に関連する要因</li> <li>・周辺症状への薬物療法・非薬物療法</li> </ul>
「連携」編 (70分)	<p style="text-align: center;">＜ねらい＞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 認知症高齢者の療養生活を支えるための医療と介護の連携の重要性について考察する。</li> <li>2 認知症高齢者の尊厳を守る制度を理解する。</li> </ol> <p style="text-align: center;">＜到達目標＞</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 介護保険におけるかかりつけ医の役割について理解する。</li> <li>2 介護保険制度で利用できるサービスについて、患者・家族にある程度説明することができる。</li> <li>3 要支援・要介護認定及び特定高齢者スクリーニングの仕組みについて理解する。</li> <li>4 成年後見制度、高齢者虐待防止法の概要を説明することができる。</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携</li> <li>・認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式</li> <li>・介護保険の給付対象サービス</li> <li>・主治医意見書の役割</li> <li>・ケアマネージャーとの連携</li> <li>・認知症患者に対する訪問看護の役割</li> <li>・若年発症の人が利用できる主な支援制度（H20.3月版のテキストから追加）</li> <li>・成年後見、高齢者虐待について</li> </ul>

## 東京都認知症専門医療機関実態調査の概要

### 目的

- ・初診や入院等の各段階における医療資源の分布・活用状況の把握
- ・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の作成

### 調査対象

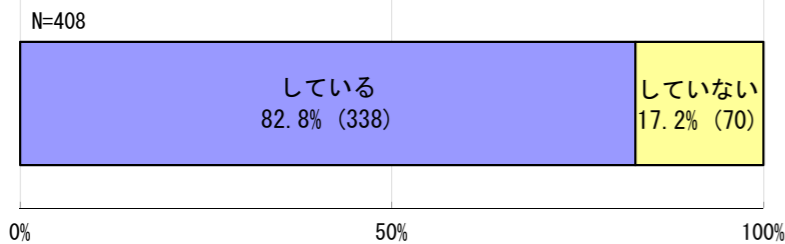
母集団：都内の全ての病院655か所及び認知症関係3学会※に所属する医師が勤務する都内の診療所（歯科診療所を除く）360か所  
 ※日本神経学会、日本老年医学会、日本老年精神医学会

回収率：病院……550か所（84.0%）  
 診療所……214か所（59.4%）

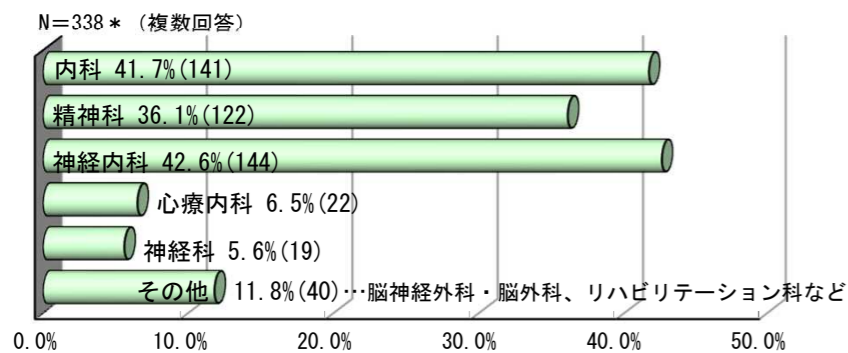
分析の対象：調査票を回収できた764か所の医療機関のうち、認知症患者への対応※を行っていると感じた408か所の医療機関  
 ※認知症診断・治療・身体疾患発症時の対応いずれでも可

## 調査の結果（抜粋）

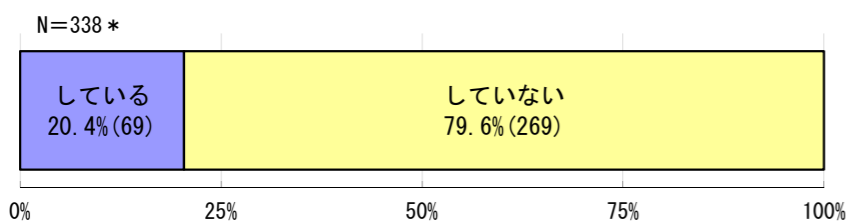
### 1. 認知症の診断・治療を行っている医療機関



### 2. 認知症の診断を行う診療科



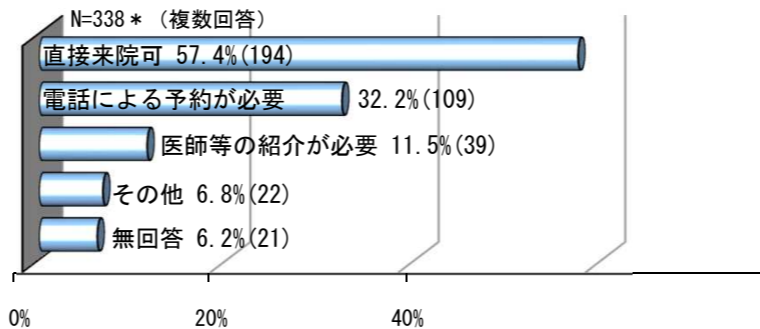
### 3. 認知症の専門外来の設置



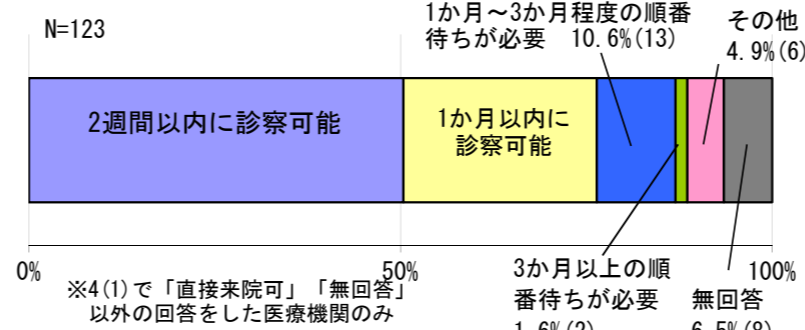
※専門外来の名称は、記載のあった60か所のうち「もの忘れ外来・物忘れ外来」が39か所と多数を占め、「認知症外来・認知症専門外来」が5か所、「老人外来」が3か所であった。

## 4. 初診までの対応

### (1) 初診の受診方法



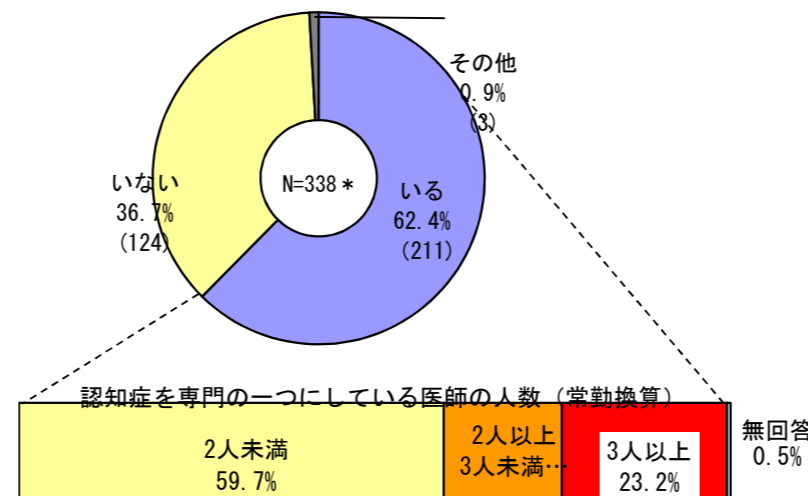
### (2) 予約から初診までの期間



## 5. 人員体制

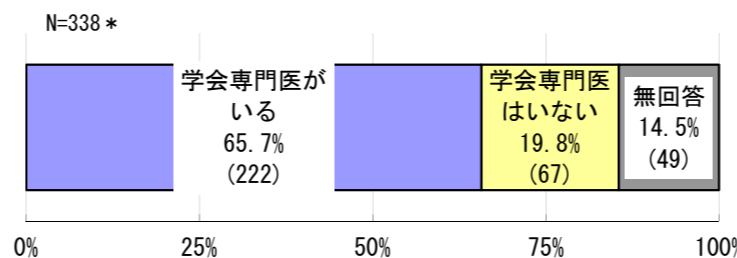
### (1) 認知症を専門の一つにしている医師※の有無

※当該医療機関においてもっぱら認知症の患者を診ている医師を指す。（必ずしも学会の認定する「専門医」とは限らない。）

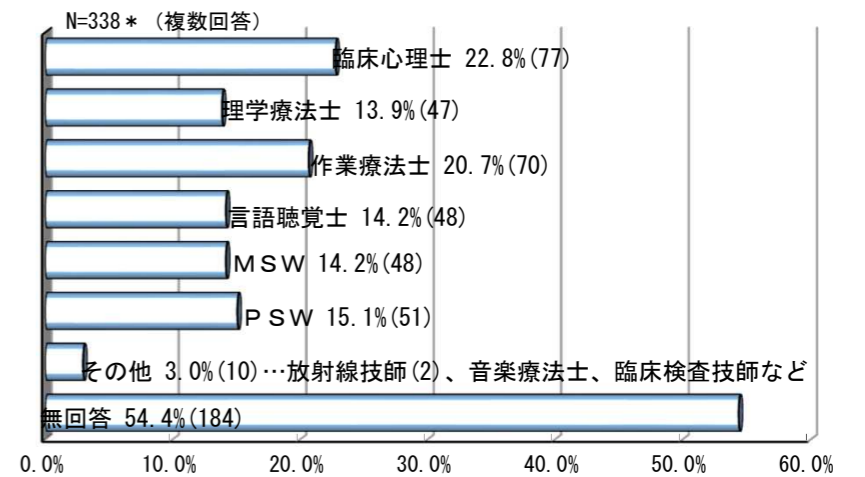


### (2) 認知症に関する学会の専門医※（学会専門医）の有無

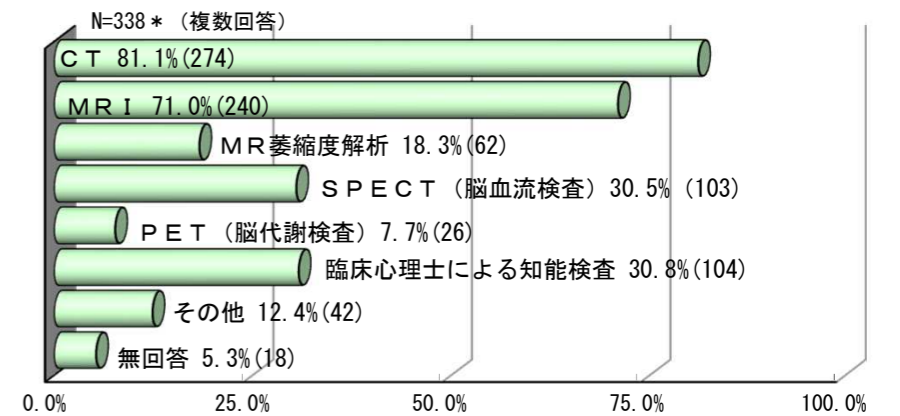
※「専門医」には「認定医」及び「指導医」を含む。



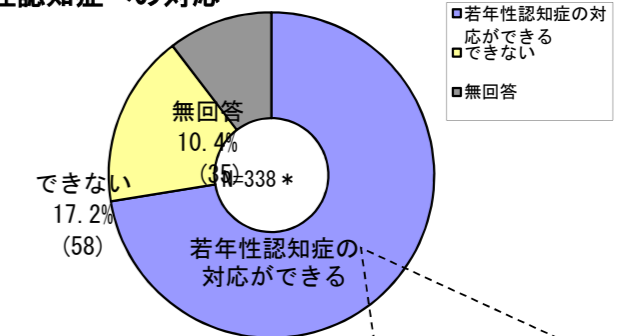
## (3) 医師・看護師以外で認知症の診療に関わる専門職



## 6. 通常行う検査方法（他の医療機関に依頼する場合も含む）

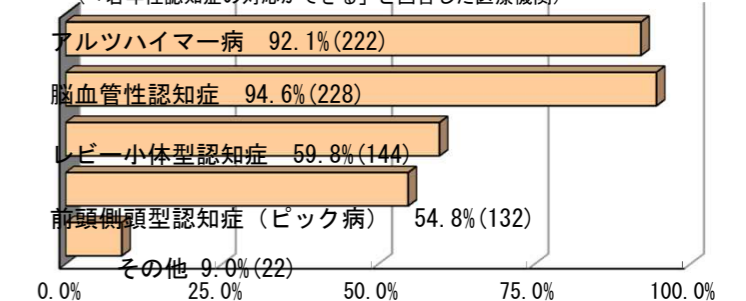


## 7. 若年性認知症への対応



### 対応可能な原因疾患名（若年性認知症）

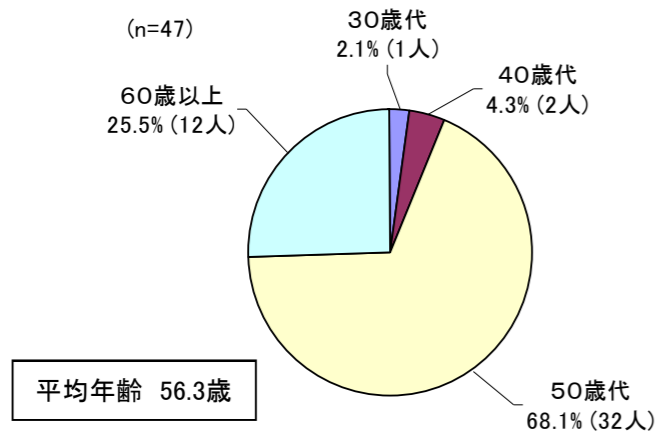
総数=245か所（複数回答）  
 （「若年性認知症の対応ができる」と回答した医療機関）



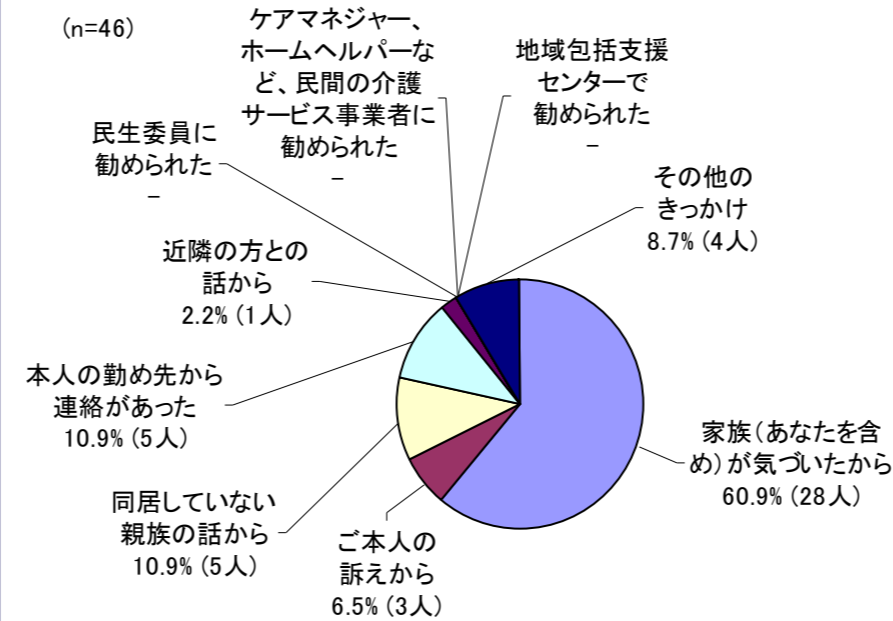
\* 「1. 認知症の診断・治療を行っている医療機関」で「している」と回答した医療機関

## 気づきから受診するまで

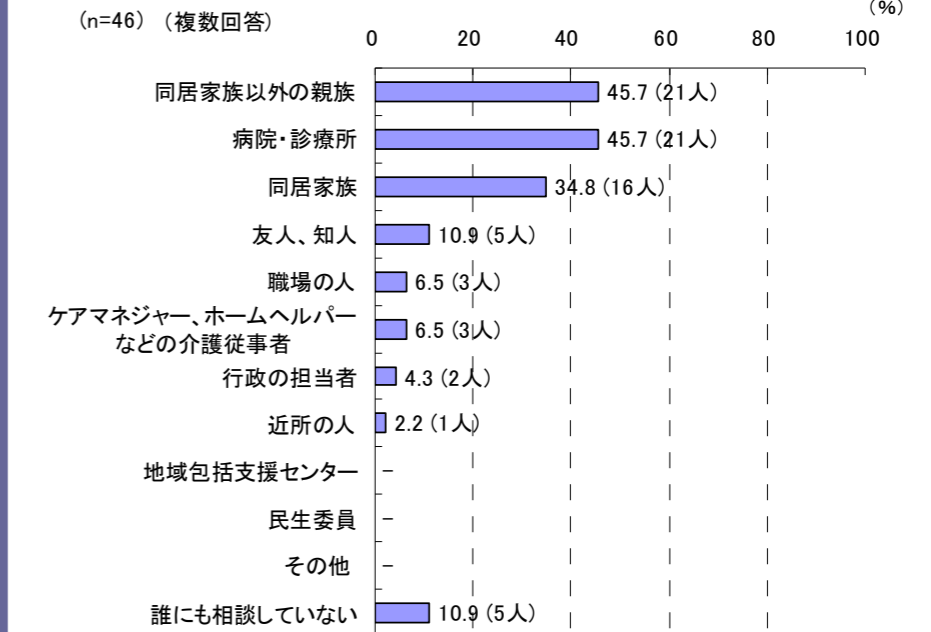
(1) 認知症ではないかと周囲が気づいた頃の本人の年齢（「家族または本人票」から）



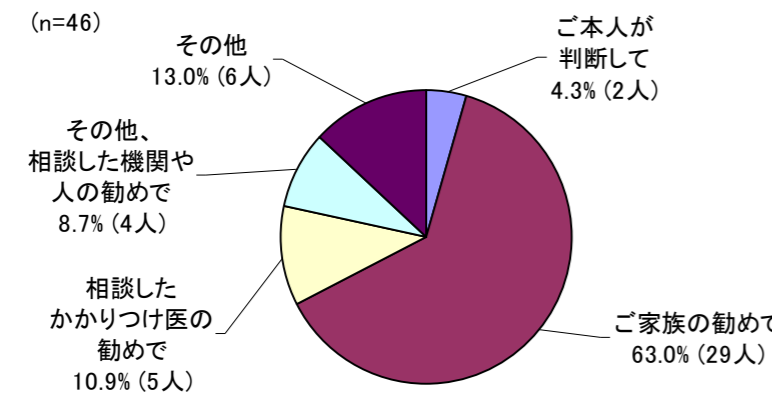
(2) 最初に相談・受診する直接のきっかけとなったこと（「家族票」から）



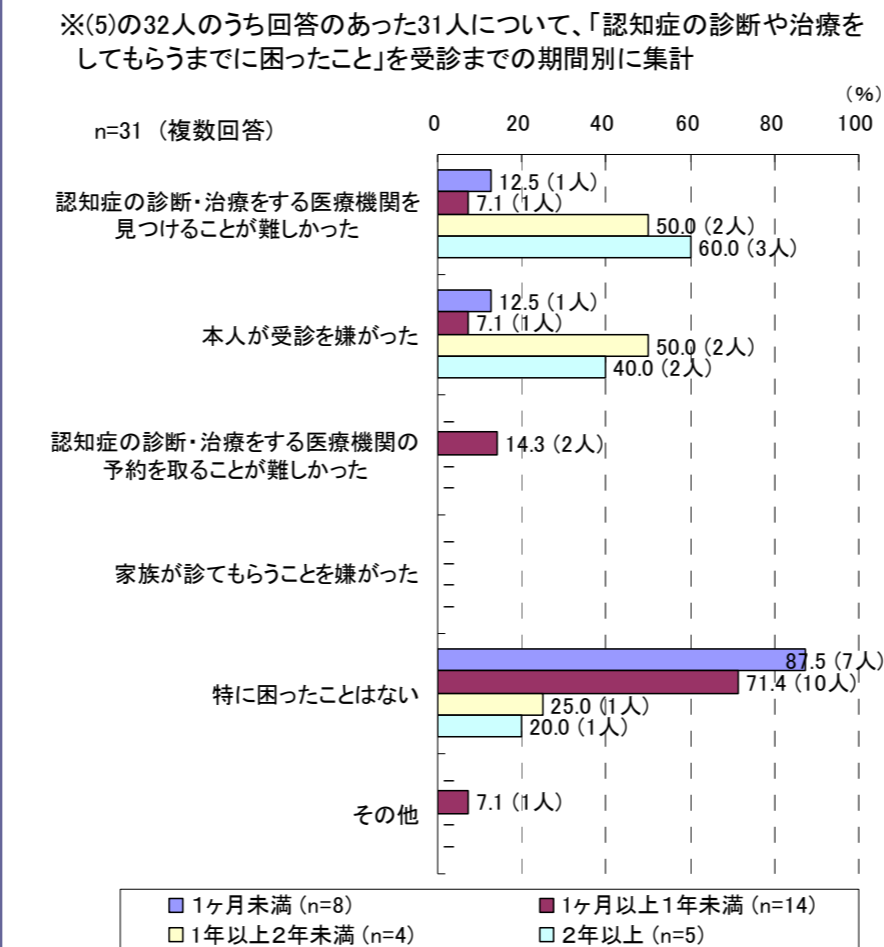
(3) 本人に認知症の症状が出たと気づいた頃に、主に相談した相手（「家族票」から）



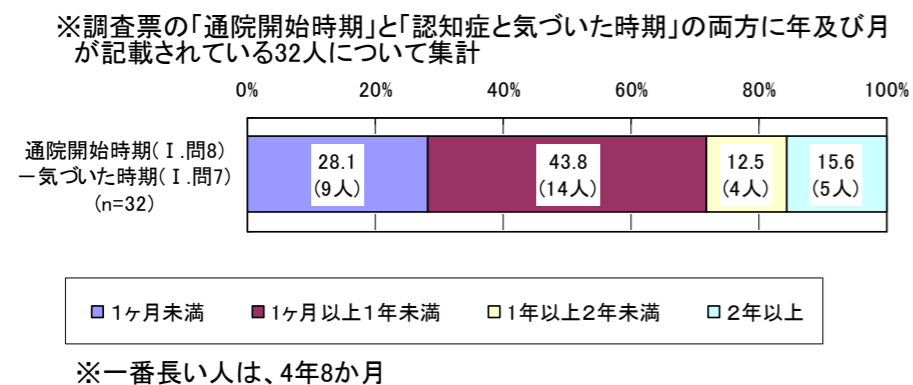
(4) 認知症の診断や治療のために診療所や病院に通院するきっかけとなったこと（「家族票」から）



(6) 認知症の診断や治療をしてもらうまでに、困ったこと（受診までの期間別）（「家族票」から）



(5) 認知症と周囲が気づいてから通院を開始するまでの期間（受診までの期間）（「家族または本人票」から）



(7) 自由回答から（「家族票」から）※医療に関して項目ごとに家族の声を抜粋（かっこ内のページは報告書の該当ページ）

**<早期発見・診断>**  
 (72ページ) 本人が診断に行くために、客観的に判断し、助言し、即対応してくれる第三者がほしい。  
 (72ページ) 約10年間、うつ病と誤診されていた。  
 (78ページ) 会社の人や、産業医と連絡を取ってくれたため、自分で迷わなくてすんだ。  
 (78ページ) 診断の見識や見立てが医師によって違う。  
 (78ページ) 病気の進行度合いを言葉だけでなく具体的な数値、画像で説明してほしい。  
 (82ページ) 治療のための医療機関を選ぶのがなかなか難しく、認知症と分かるまで3つ位の病院に通院した。  
 (82ページ) 入院し、検査できる病院が必要なのに、軽度の為、拒否された。  
 (82ページ) 家の近くの内科の医師でも診て頂けるといい。  
 (82ページ) 要介護2~3の時に、専門に診てもらえる所があったら良かったのと思う。

**<治療>**  
 (72ページ) 初期の時に、本人、家族の話や先生が何でも聞いてくれるような精神的ケアが大事だと思う。  
 (72ページ) 検査・治療費全てに、保険の適用を望む  
 (72、78ページ) 薬代が高額。  
 (72、78ページ) 新薬が出たら、認可に時間をかけず、早く使えるようにしてほしい。  
 (72、83ページ) 根本的な治療法、治療薬があるといい。  
 (83ページ) 病気を受け入れたりするためのカウンセリングがあればいい。

**<医療機関に対して>**  
 (72、78ページ) 「対処法がない、薬がない」「お手伝いすることがない」と言われてしまったので、医師がもっと親身になり、相談にのってほしい。  
 (72ページ) 病院での待ち時間中のかかり方にも工夫が必要。  
 (78ページ) 診断後の対処やリハビリ、急患の場合等、どのようにしたらよいか等のアドバイスがほしい。

**<その他>**  
 (74ページ) 介護する者の精神的なケアをしてくれるところ、相談ができる場所が必要。  
 (79ページ) 若年性認知症のケアをしてくれる施設や診療所がない。