

第3章 認知症の人の在宅生活に関する知識

第1節 在宅での認知症の人と家族の現状

ポイント

- 1 自宅での生活は、病棟とは大きく異なることを理解し、認知症のある人の自宅での生活をイメージする必要がある。
- 2 認知症のある人を介護している家族の思いは、さまざまに揺れ動いていることを知る。

1 病院では見えない自宅での生活

認知症の人は、記憶障害の進行に伴い、内服薬の自己管理ができなくなることが多い。飲むことを忘れていることも多いが、「飲まなくてはいけない」という思いから、処方以上に飲んでしまうこともある。退院前の病棟の看護師からの情報では、「自己管理できています」と言われていても、在宅生活では難しいことがある。

基本的に全ての時間管理を看護師がしている病棟とは異なり、自宅では認知症の人が自らしなくてはいけないことが多い。その中で時間や行動に関する記憶とその時々のおいのずれから、処方された通りに内服薬を飲めないという状況が起こる。食後に内服するなど、食事との関連で服用する場合、食事をしなければ服用せず、食事を何回も摂れば何度も服用するかもしれない。内服薬は、残数や置き場所などで内服状況の把握ができるため、日常生活を想像する手掛かりとすることができる。

特にひとり暮らしの場合には、いつ排便が出ているのか、いつ食事をどのくらい摂れているのかなどを把握することは難しい。トイレや洗濯物の汚染状況や、ごみや台所の状況から推測するしかないこともある。在宅サービスを利用している場合には、デイサービスでの食事の様子をみて自宅での生活を推察したり、体重の変化をみて体調管理に役立てたりすることがある。物の置き場所がいつも変わり、受診後の薬や必要な書類が紛失する、ということも起こる。本人にとっては理由のある行動でも、支援者が全ての行動を把握することはできないため、ときには再受診してもらうなどの対応が必要となる。さらに、受診日が分からなくなり、何度も病院に電話をする、「薬がないから」と3日後に再受診する、ということも起こる。

家族や看護師が状況を聞いたり説明をしたりしても、その場では「そうだったわね」「そうなのよ」と話を合わせることもある。また、「これまで自分でやってきた」というプライドがあるため、いろいろなことを周囲の人間が管理することを受け入れられない。受け入れたとしても自信

や意欲をなくしてしまうことにつながる可能性がある。支援の内容については、何を優先するかを考えて行うことが大切である。

病院で説明を受けた時には、「分かっている」「普段はできている」と返事をしていても、退院後に、本人にとって様々な困りごとが起こる可能性がある。また、家族に認知症がある場合にも、同様のことが起こり得る。本人や家族が、受診の結果や予定などの情報の管理、あるいは内服薬などの管理ができなくなったときには、介護保険の要介護認定申請や訪問診療の導入などを検討したり、医療や介護の窓口を一本化するなどの支援体制を整える必要がある。また、内服薬などの治療を必要最低限のシンプルな形に整理することも、早めに進める必要がある。

入院は、それまでの生活を変える機会となる。例えば、退院してきた本人に、「身体の具合が悪いから、お医者さんに定期的に家に来てもらおう」「薬をチェックしてもらおう」と説明をして、サービス導入につなげる。退院と同時にサービスの変更をしなくても、病院で今後の生活についての話をされることで、家族が考え始めるきっかけとなるのである。病棟看護師による、先を見越した退院支援が求められる。

2 家族の状況と思い

認知症の人が「しなくてはいけない」「何とか処理しよう」と思っている行動や、心配で電話したり繰り返し確認したりする行動は、近くにいる家族にとっては、いらだちの原因となり精神的な負担になることが多い。疾患を理解しているということと、身内の変化を受け入れることは異なり、また、家族自身の生活もあるため、繰り返される行動への否定的な感情が起こるのは当然のことである。

家族が家事全般をしていたり、本人の行動を促すなどの軽度の介護で生活が成り立っている家庭などでは、認知症の人も穏やかに過ごし「不安はない」という人もいる。話が繰り返されていても、家族が普段の口調で受け答えをしていると、認知症の人も興奮したり不安になることが少ないようである。また、本人のできることを見つけて、薬の袋を自分で開けてもらっている、伝えても忘れてしまうからメモを置いてそれを見てもらうようにしている、などの工夫をしている家族もいる。

一方で、家族のそれぞれの生活リズムがあるため、認知症の人が話を繰り返したり、排泄を失敗したりすることに対して感情的になり、「父が急に大声を出すから、私も言い返してしまった」「つい力任せに腕を強く引っ張って、内出血してしまった」「横を向かせたらベッド柵に足が当たってあざになってしまった」など、認知症の人の心身に影響が出るような行動をとってしまうこともある。

しかし、認知症の人の不安そうな表情をみて、強いことを言ってしまったと後悔した、以前の「しっかりしていた」姿を思い出して悲しくなる、という家族もいる。家族を大切にしたいとい

う思いから介護をしていますが、日常生活の中では感情的な言動をとってしまうこともあり、そのことに家族自身も傷ついてしまう状況となる。

家族が「こうしてあげたい」と考えている思いを尊重し、しかし家族の健康も大切という姿勢で話を聞く必要がある。認知症の人の思いを尊重することは大前提であるが、介護を家族以外の他人に任せたり、デイサービスやショートステイを利用して本人と離れる時間を持つことが、お互いにとって良いこともある。このことを家族に伝え、介護者がひとりで抱え込まないようにすることが大切である。また、「介護施設に入れるのは、見捨てたような気がする」と考える家族も少なくない。しかし、会いに行くことで家族の絆は維持できるため、施設という選択は見捨てることとは異なる、というメッセージも必要となることがある。

認知症の人と家族の、安全と安心と愛情を維持するために様々な方法があることを、看護師からも伝えることが重要である。

参考文献

- (1) 矢吹知之: 認知症介護における家族支援の必要性と課題、認知症ケア事例ジャーナル、4(3)、247-256 頁、2011.
- (2) 板澤寛: 特別養護老人ホームにおける家族支援、認知症ケア事例ジャーナル、4(3)、274-280 頁、2011.
- (3) 野嶋佐由美、渡辺裕子編: 特集認知症患者の家族へのケア、家族看護、13(1)、6-112 頁、2009.
- (4) 加藤伸司、矢吹知之: 家族が高齢者虐待をしてしまうとき、ワールドプランニング社、2012.
- (5) 野嶋佐由美、渡辺裕子編: 家族看護選書 第4巻 在宅での家族への看護、日本看護協会出版会、2012.

第2節 様々な人が支える在宅生活

ポイント

- 1 在宅支援は介護、医療の連携によって支えられている。
- 2 在宅支援の情報を提示することで在宅生活の不安を軽減する。

認知症の示す症状や生活上の支障は、家族やケアスタッフの対応の適切さによって変化する。認知症の人が発する症状や生活上の支障、BPSDは認知症の人が周囲の人に発するサインであり、それをいかにキャッチし、適切な物理的・人的環境になるよう調整をするかが重要である。

認知症の人を支える在宅支援には、地域包括支援センターを中心に様々な関係機関やサービスが存在し、相互に連携し合い、「認知症の人の尊厳を守り、その人らしい生きがいを持てる生活」の支援を行っている。相互のサービスの連携を図るにはお互いの専門性への理解、情報の共有が不可欠である。

1 認知症の人を支える社会の仕組み

(1) 地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要ときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。

地域包括ケアシステムの構築に向けた中核的な機関として、地域包括支援センターが各区市町村に設置されている。地域包括支援センターは、地域支援事業の包括的支援事業(①介護予防ケアマネジメント、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)を一体的に実施し、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行う。

認知症をもつ人の在宅生活の支援にあたっては、これらの社会の仕組みを理解し、関係機関と連携して支援を行っていくことが重要となる。(詳細は第3章第5節「認知症の人を支える地域連携に向けた施策」P111～114を参照)

(2) 在宅生活を支える様々な支援

認知症の精神障害や行動障害の状態はそれぞれ異なり、本人を取り巻く環境も個別性がある。認知症の人を地域で支えるには、個別のニーズに則したケアのマネジメントが必要となる。

個別のニーズに則したケアとは介護保険制度に基づくサービスだけではなく、区市町村

の福祉サービスや、医療機関、地域住民、ボランティア等の協力などを含めた支援を指す(図3-1)。

図3-1 在宅生活を支える様々な支援



①介護保険サービス

介護保険制度に基づくサービスには在宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、地域支援事業などがある。認知症に対応したサービスとしては、地域密着型サービスの認知症対応型通所介護や認知症対応型共同生活介護がある(付録「介護保険制度について」P153～159を参照)。

また、地域支援事業においては、認知症の人やその家族に早期に関わり、訪問支援等を行う認知症初期集中支援チームを全区市町村に配置することとされている(詳細は第3章第5節「認知症の人を支える地域連携に向けた施策」P111～114を参照)。

②医療機関

認知症以外の併発する疾病が加療の必要な状態となった場合、どうしても改善できない症状やBPSDに対して精神科医療の適応となった場合の入院がある。

日頃近隣で受診できる診療所やクリニックは体調の管理などを行っている。大きな体調変化があり集中的な治療が必要な場合、適切な医療機関へつなぐという役割がある。患者は日頃見知った医師が診療所等に存在することで、不安なく定期的な受診をすることができる。

また、東京都では認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターが指定され、

認知症の専門医療相談、鑑別診断と初期対応、身体合併症や行動・心理症状への対応等を行っている(詳細は第3章第5節「認知症の人を支える地域連携に向けた施策」P111～114を参照)。

③ボランティアや地域の住民、民生委員

各ボランティアグループは社会福祉協議会等に登録していることが多く、申込みを行い、派遣可能か判断される。

地域住民は患者、家族との信頼関係の下、安否の確認や緊急時の連絡先となるなどの支援が可能である。

民生委員とは民生委員法に基づき、社会奉仕の精神をもち、住民の立場に立って、相談や必要な援助を行う民間の奉仕者である。各自治体において職務に関して指導を行っている。その地域における援助が必要な人たちに対し、必要な情報を提供するほか、援助が必要になった人が速やかに支援に結びつくよう、情報を地域包括支援センターなどに提供する。

2 退院後の生活を安心して迎えることができるための在宅支援

退院を控えた家族から「トイレに自分で行っていたのに行けなくなった」「前は自分で食事を食べていたのに今は食べさせてもらっている」「夜、騒いでいると聞いた」等の話がよく聞かれる。また病棟の看護師からみて1人の生活は難しいと思われるケースも多々あるであろう。入院中に起こった変化は患者及び家族にとって退院後の生活に不安をもたらす。食べることや飲むこと、排せつすること、眠ること、動くこと、話すこと、記憶や考えること、これらのことは生きるうえで重要なことであるため、遂行に支障が生じれば何らかの支援が必要となる。逆を言えば、退院後に適切な支援を受けることができれば、それまでと同様の生活が可能になるはずである。

例えば、食事について、入院前は用意しておけば食事の時間に自分で食べることができたが、今は促すことが必要な場合、食事の時間に訪問介護を導入し食事のセッティングと促しというケア導入を行うという方法がある。また睡眠が不安定で昼夜逆転している場合などは、日中の活動の場としてデイサービスの利用を検討するなどの方法がある。デイサービスには認知症対応型デイサービスがあり、認知症の方への適切なケアが提供されている。誤嚥を繰り返している場合などは、往診や訪問看護の導入により、予防のための看護ケアや早期に対処することで重症化を防ぐことができる。

地域に存在するサービスを知り、その情報を提供することは、在宅生活を不安に思う患者及び家族に選択肢を増やし、自己決定を促す援助につながっていく。自ら選び決定していくことで生活のイメージ化ができ、生活することへの不安感が軽減していく。

病院関係者が地域の状況を知らずに「認知症だから在宅生活は無理」「独居は無理」と決

めつけず、可能性を探ってほしい。「より豊かに生きる」ことに生活が発展し、患者本人の持つ信念や価値観が慣れ親しんだ環境の中で発揮できることが、認知症の人への在宅支援においては重要である。

参考文献

- (1) 厚生労働省統計協会:国民衛生の動向 2012/2013、構成の指標増刊、928号、2012.
- (2) 認知症介護研究・研修東京センター監修:認知症地域ケアガイドブック 早期発見から看取りまで、ワールドプランニング、2012.
- (3) 松下由美子:認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助、聖路加看護学会誌、16(2)、17-24頁、2012.

第3節 ケア連携の方法

ポイント

- 1 退院前カンファレンスでは患者及び家族の意向を明らかにし、ケアの方向性を統一する。
- 2 病院でのケアに継続性を持たせるためにはケアを簡便にして提案する。
- 3 患者の行動の特徴や対処の仕方の個別性を確認する。

日本における保健医療福祉の提供体制の基本は、専門分化と機能分化であり、それらが連携強化されることによって、今後の地域包括ケアシステムがより国民のケアニーズに即していくと考えられている。

ケア連携とは施設から在宅へつながること、そしてつながったケアは在宅サービスを担うメンバーが相互に連続性のあるケアにしていくことである。

1 施設から在宅へ ～退院前カンファレンス～

退院前カンファレンスは、病院、診療所、又は介護老人保健施設に入院(入所)している利用者や家族に対して、退院(退所)に当たって入院(入所)施設の主治医やそのほかの職員と在宅療養を支えるケアチームが一堂に会して、退院(退所)後の生活における療養上必要な指導やケアの継続を目的として開かれる。

利用者や家族は自らの希望を伝えるとともに不安な点の明確化や問題となる点の解決策を見出す機会ともなる。

ベッドサイドで行われた医療の継続のために、処置を簡便化したり薬剤の調整がされたりする。療養上の世話においては生活に密着した入浴や排泄、食事については各々の生活スタイルに合った形で提供されるように調整する。

認知症高齢者においては、認知機能障害やBPSDが具体的にどのように表出されているか、また対処方法等を確認する。夜間の睡眠の状態が安定しているかの確認は大切である。24時間介護する家族にとって睡眠時間の確保は疲弊しない介護をするために重要なポイントといえる。

2 在宅ケアの連続性を保つ ～サービス担当者会議～

サービス担当者会議とは、ケアマネジャーが中心となって本人、家族、関係者が一堂に会し、療養者の意向を尊重しながら安定した生活ができるよう調整をするための会議である。

ケアマネジャーは在宅療養者のニーズから生活課題をアセスメントし、具体的な方法を立案する。必要なサービスを抽出し、各種サービスの内容を計画する。各々のサービス事業者は具体的にどのような方法でサービスを提供するか、計画書を提示する義務がある。各々のサービス事業者はその専門的な立場から、再検討が必要な点については述べ、不明な点は確認するなど、情報共有を効果的かつ機能的に行う機会となる。

<どのようなときに開催するのか？>

- ①要介護認定が更新されたとき
- ②新しいサービスが導入されたとき
- ③身体状況や介護状況が変化したとき

参考文献

- (1) 勝又浜子: 今後の認知症施策の方向性について、日本認知症ケア学会誌、11(4)、749-757 頁、2013.
- (2) 小森栄作: 「退院前カンファレンス」を活用して病院に積極的なアプローチを、コミュニティケア、14(9)、55-59 頁、2012.
- (3) 鷺見よしみ: サービス担当者会議 サービスの質向上という視点、総合ケア、16(11)、44-48 頁、2006.
- (4) 佐藤信人: 改正介護保険で見直されたサービス担当者会議の意義と展望、総合ケア、16(11)、12-17 頁、2006.
- (5) 佐瀬真粧美、酒井郁子: 退院に向けて病院看護師が他組織と連携をすすめるために必要な要素と課題、千葉看護学会誌、16(1)、77-85 頁、2010.

第4節 長期療養施設での生活

ポイント

- 1 自宅以外にも様々な生活の場があり、施設ごとに医療スタッフの数や費用、サービス利用の条件が異なることを知る。
- 2 退院後も医療を継続する必要がある場合は、早めに施設と調整する必要がある。

1 自宅以外の生活の場

一般病院から退院した後の患者の生活の場には、自宅の他に療養病床や介護老人福祉施設（以下「特別養護老人ホーム」という。）、認知症対応型共同生活介護（以下「グループホーム」という。）、有料老人ホームなどがある。また、介護老人保健施設（以下「老健施設」という。）では、数ヵ月単位の入所も可能であり、退院先となることもある。

多くの人は、入院する前に過ごしていた場所に戻る。しかし、療養病床以外の施設（以下「介護施設」という。）では、医師や看護師などの医療スタッフの配置がなかったり、少なかったりするため、入院前と異なる状態で退院となる場合には配慮が必要である。例えば、カテーテルなどが挿入されたままになると、医療スタッフがいないため管理ができない、又は認知症で本人がカテーテルを引っ張ってしまう、気にせず動いてしまうなどの理由で、介護施設での受け入れが難しくなることがある。一方、家族の希望や施設の方針によっては、ターミナル期の患者でも、施設で受入れ、看取りをすることもある。

以下に示すように、介護施設によって医師や看護師の配置は異なる。もし、退院後にも点滴やカテーテル類の管理、その他の処置が必要になると予測される場合には、早めに介護施設に情報を伝え、その管理が可能かどうかを相談する必要がある。その状態では入院前に過ごしていた施設では受け入れができなくなると、入院中に処置の変更を検討するか、退院先として別の病院や施設を探す必要が出てくる。

2 医療を受けるシステム

必要な医療を継続して受けるという側面からみると、施設によって条件が異なる。

特別養護老人ホームの場合は、嘱託医が、必要に応じて診察や処方をし、点滴などの指示が出されることもある。医療費については、入居者が医療保険を利用し支払いをする。

一方、老健施設は常勤医の配置が必須であり、内科系の慢性疾患に関しては、診察も薬の処方も老健施設内で対応されることになる。骨折などの緊急時や耳鼻科や婦人科などの診察が必要なおときには、外部の医療機関の受診をすることができる（一部医療保険の適用が受けられる）。医療用麻酔等の一部の薬を除き、老健施設の介護報酬に包括される。よっ

て、施設によっては、高額な薬物の使用が制限されたり、薬物がジェネリック医薬品（後発医薬品）に変更されたりする現状がある。そのため、入院中から退院先となる施設で使用できる薬物を確認し、その薬によって症状をコントロールすることが必要な場合がある。施設を決める場合には、病状の進行に伴いどのような薬を用いるかを想定しておく必要がある。

また、グループホームや有料老人ホームの利用者の場合は、「在宅」扱いとなるため、自宅にいる場合と同様に、医療保険による訪問診療や外来受診を利用することができる。

3 看護職の配置

特別養護老人ホームの場合、昼間は看護師がいるが、夜間の配置は必須ではない。そのため、医療依存度の高い人の受入れが難しい状況があった。口腔内吸引や経管栄養剤の注入などについては、一定の研修を受けることで介護職員が行うことも可能になったが、施設によって可能な医療・処置は異なっている。また、朝食前や寝る前のインスリン注射などの医療行為は、看護師が不在の時間帯にはできないといった状況があることを理解しておく必要がある。

老健施設の場合は、看護師を夜間も最低1名は配置することが義務付けられている。また、グループホームには看護師の配置は義務付けられていないが、事業所によっては看護師を職員として配置していることもある。なお、医療保険での訪問看護を受ける条件がある入居者の場合には、外部からの訪問看護を受けることができる。グループホームが訪問看護ステーションに委託して、定期的に看護師が入居者の健康管理をしているところもある。その場合には、体調不良時に医師からの特別訪問看護指示書が発行されると、日常的に関わっている看護師が、医療保険による訪問看護を提供することが可能である。

4 福祉用具レンタルの制限

特別養護老人ホームやグループホームに入居している場合は、介護保険を利用して福祉用具のレンタルをすることができない。ADLや全身状態が変化したときには、ベッドや車いすの必要性を吟味することに加え、自費でのレンタルや購入が経済的に可能かどうか、といったことの検討もなされる。

参考文献

- (1) 正木治恵、真田弘美編:看護学テキストシリーズNiCE 老年看護学概論 「老いを生きる」を支えることとは、南江堂、288-302 頁、2011.
- (2) 一般社団法人全国訪問看護事業協会:認知症対応型グループホームにおける『医療連携』を進めるために Ver. 3、
<https://zenhokan.or.jp/pdf/guideline/st-gh-2017.pdf>. (2017年9月確認)
- (3) 社会保険研究所:訪問看護業務の手引 平成28年4月版、社会保険研究所、2016.

第3章全体についての参考文献

- (1) 栗田圭一編:特別企画 認知症—地域で支える、こころの科学 通巻161号、日本評論社、2012.
- (2) 高橋紘士編:地域包括ケアシステム、オーム社、2012.
- (3) 太田喜久子他著:老年看護学、医歯薬出版、2012.
- (4) 吉本照子、酒井郁子、杉田由加里:地域高齢者のための看護システムマネジメント、2009.
- (5) 木下由美子:新版在宅看護論、医歯薬出版、2009.

第5節 認知症の人を支える地域連携に向けた施策

ポイント

- 1 地域包括ケアシステムの考え方によって、介護を必要とする人々を支え続ける仕組みを構築しつつある。地域包括支援センターがその中核となる。病院も地域包括ケアシステムの一部である。
- 2 新オレンジプランによって、認知症の人を地域で支えるための取り組みが推進されている。
- 3 認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供に向け、地域の関係機関との連携を強化して、認知症の人への支援を行っていく。

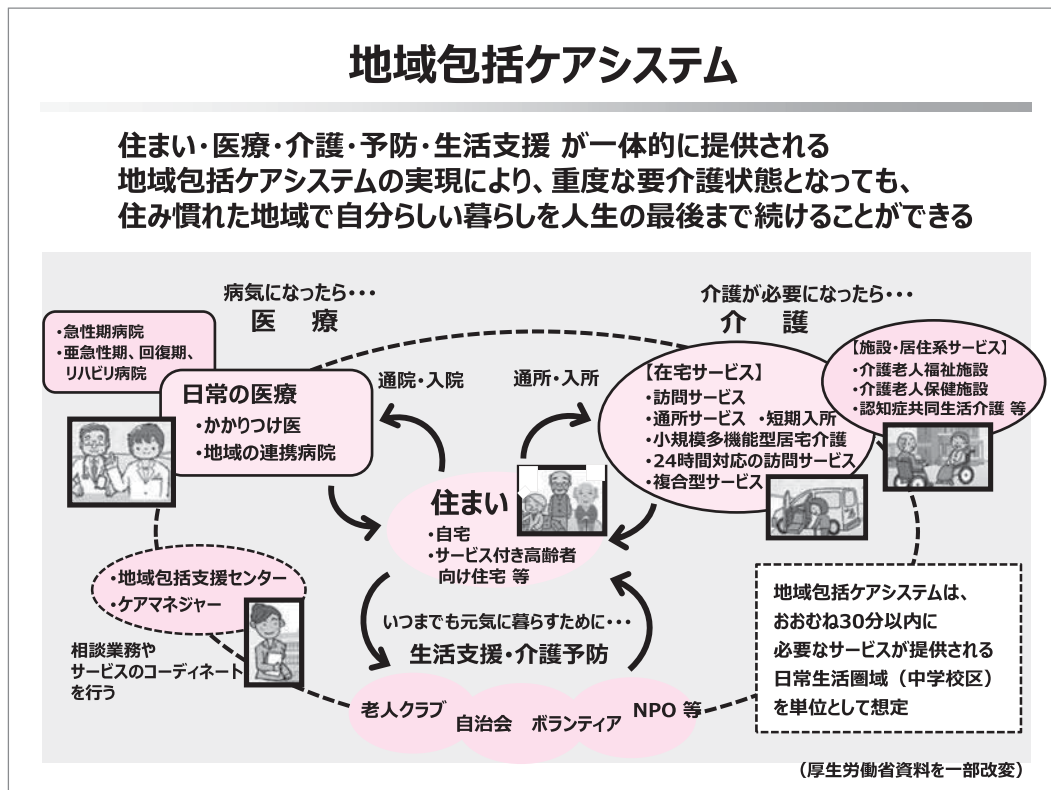
地域包括ケアシステムや新オレンジプランの考え方にに基づき、認知症をもつ人や要介護状態の人も、これまで生活してきた地域で暮らし続けることを目指して、環境整備が推進されつつある。認知症をもつ高齢者を支える地域の仕組みや組織を理解し、その現状を踏まえて退院支援を行う。また、認知症をもつ人が地域生活においてQOLを高めることができるよう、地域や行政との協力を行っていく。

1 地域包括ケアシステム

高齢者が、可能な限り住みなれた地域で生活するために、適切な住まいが確保され、医療や介護、介護予防や生活支援サービスが、日常生活の場で一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められている。

地域包括ケアシステムにおいて、医療機関は、医療が必要な高齢者や重度の要介護高齢者等であっても、可能な限り在宅で生活できるよう支える役割を担っている。そのために、入院後の円滑な退院、在宅での看取り、利用者や家族のQOLの確保に向けた支援が必要となる。

図3-2 地域包括ケアシステムの仕組み



※出典：「東京都かかりつけ医認知症研修テキスト」（平成29年6月）より

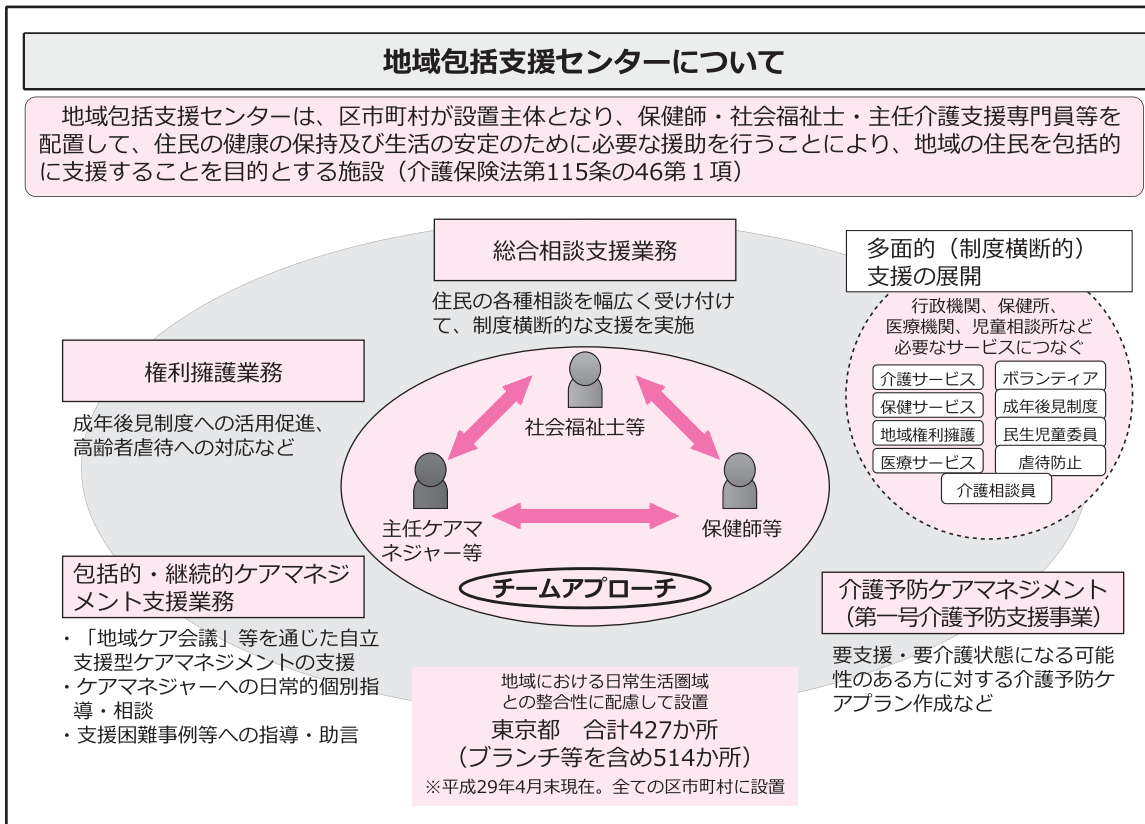
2 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域支援事業の包括的支援事業を一体的に実施し、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援することを目的として区市町村が設置している。

地域包括支援センターは、地域で暮らす認知症高齢者の支援の要とも言える。その役割を理解し、連携を図ることは、認知症高齢者が望む生活を支える上で重要となる。

医療機関においては、認知症の人の在宅生活継続に向けた支援を行うにあたり、地域包括支援センターと連携していくことが求められている。

図3-3 地域包括支援センターについて



※厚生労働省公表資料に基づき東京都福祉保健局高齢社会対策部作成

3 新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）の策定

厚生労働省は、2015年1月に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」を発表し、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す」という基本的な考え方を示した。

新オレンジプランは、七つの柱（①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進、②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供、③若年性認知症施策の強化、④認知症の人の介護者への支援、⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進、⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進、⑦認知症の人やその家族の視点の重視）で構成されており、認知症の人やその家族の視点に立って、関係府省庁が共同で策定したものとなっている。

4 認知症の早期診断・早期対応のための体制

新オレンジプランにおいては、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」に向け、早期診断・早期対応のための体制を整備していくこととしている。

東京都においても、これらの体制整備に向け、認知症疾患医療センターの整備や、区市

町村による認知症初期集中支援チームの配置が進められている。

医療機関は、認知症疾患医療センター等の関係機関と連携し、認知症の人への支援を行っていくことが望まれる。

(1) 東京都認知症疾患医療センター

東京都認知症疾患医療センターは、専門医療機関として認知症の専門医療相談の実施、鑑別診断と初期対応、身体合併症や行動・心理症状への対応等を行うとともに、地域連携の推進、人材の育成等の役割を担っている。

このうち、二次保健医療圏域における認知症医療・介護連携の拠点として位置づけている12か所の地域拠点型認知症疾患医療センターでは、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催、地域の医療・介護従事者向け研修の実施等により、身体合併症や行動・心理症状を有する認知症の人を地域で受け入れる体制づくりを進めている。

図3-4 都における認知症疾患医療センターの類型

類型	指定基準	設置機関	位置づけ	指定数 (H30.3現在)
地域拠点型 認知症疾患 医療センター	二次保健医療圏域 ごとに1か所 (島しょ地域を除く)	病院	所在する二次保健医療圏の 認知症に係る医療・介護連携 の拠点 * 所在する区市町村における 「地域連携型」の機能も兼ねる	12か所
地域連携型 認知症疾患 医療センター	区市町村ごとに1か所 (島しょ地域・地域拠点型 設置地域を除く)	病院 又は 診療所	所在する区市町村における 認知症に係る医療・介護連携 の推進役	40か所

(2) 認知症初期集中支援チーム

新オレンジプランでは、全ての区市町村において、2018年4月までに、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することとされている。

認知症初期集中支援チームは、医療と介護の専門職(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等)及び専門医(認知症サポート医等)から構成される。チーム員は、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活のサポートを行う。