

令和2年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症対応力向上研修の研修教材 に関する調査研究事業 報告書

令和3年3月

地域活性化協同組合フロンティア

まえがき

令和元年 6 月に公表された「認知症施策推進大綱」では、これまでのオレンジプラン、新オレンジプランと引き継がれてきた基本的な考え方や施策の流れに、今日的な要素が加えられ、2025 年までの進むべき方向性が示されました。認知症対応力向上研修については、「3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」の中で、“医療従事者等の認知症対応力向上の促進”として位置付けられています。

現在、認知症対応力向上研修は、かかりつけ医認知症対応力向上研修をはじめ、歯科医師、薬剤師、病院勤務の医療従事者、看護職員と職種を拡げながら、修了者の認知症対応力向上はもちろん、修了者同士の連携の基礎を築く研修として展開されています。

その中で、地域において認知症の人に関わる医療従事者を取り巻く環境は年々変化しており、特に、認知症に対する社会の考え方の変化、医療技術等の進化・発展、地域等におけるそれぞれが担う役割の変化、研修・学習環境や情報の充実などは、認知症対応力向上研修が立ち上げられたときからは大きく変わってきていると言えるでしょう。

本年度の事業では、かかる変化を踏まえ、研修教材の見直し・充実を求める声が大きかった「かかりつけ医認知症対応力向上研修」について、集中的に改訂作業を行いました。前回の改訂から一定期間が経過しており、また、他の認知症対応力向上研修の基軸として、今日的な内容にブラッシュアップすることが重要と考えたためです。

改訂作業の経緯や改訂教材（研修テキスト・講義スライド・動画教材）は報告書において整理していますので、次年度以降の研修等において活用されることを期待しています。

もっとも、コロナ禍の状況下でモデル研修の試行や多くの先生方の評価を十分に受けることができなかった点もあります。受講者となるかかりつけ医の先生方をはじめとして、多くの先生方の目に触れ、研修カリキュラムや教材にかかる評価をフィードバックして頂けましたら幸いです。引き続き、認知症対応力向上研修の充実に向けて取り組んでいきたいと思います。

最後になりましたが、改訂教材の評価を頂きました八戸市医師会の先生方、また、改訂作業にあたりご協力を頂きました方々にお礼を申し上げます。

令和 3 年 3 月

令和 2 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症対応力向上研修の研修教材に関する調査研究事業

委員会委員長 鷺見 幸彦

令和2年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

認知症対応力向上研修の研修教材に関する調査研究事業

報告書

目次

I 事業概要	1
II かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂について	5
1 教材改訂作業の経過	5
①研修テキスト（講義スライド・解説）抜粋	17
②動画教材 収録台本	29
2 改訂教材の評価	38
III 歯科医師認知症対応力向上研修および薬剤師認知症対応力向上研修の研修教材について	40
IV 改訂教材説明にかかる情報提供について	47
V 考察	51
【講義スライド 全掲載】	54

I 事業概要

1 事業名

認知症対応力向上研修の研修教材に関する調査研究事業

2 事業目的

かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護職員の認知症対応力向上研修カリキュラム及び教材は、平成28年度以降改訂されておらず、最新の医学情報等に応じた内容とする必要がある。認知症施策推進大綱においても、「認知症対応力向上研修においては、医学の進歩や医療・介護提供体制の変化に対応するため適宜、必要な見直しを行う」とされている。

特に優先順位の高い「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を中心に、社会環境の変化、かかりつけ医に求められる役割等の変化に応じて、“新たな修了者像”を意識したカリキュラム・教材の見直し作業を行い、他の研修教材にも適切に反映できるような教材改訂を行うことを目的とする。

なお、歯科医師、薬剤師、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の教材については、上記改訂作業を反映させることを想定し、委員会や個別ヒアリング会を通して現状教材の課題整理を行う。

3 実施体制

全体の方向性を示す委員会(親)と、かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂を効率的に実施するための作業部会を設置して、具体的な検討・改訂作業を行う体制とする。

4 実施期間

令和2年6月11日（内示日）～ 令和3年3月31日

5 事業内容

5-1 事業の具体的な内容

①委員会および作業部会の設置

●事業全体の方向性（認知症対応力向上研修全般にかかる検討等）の他、作業部会への助言や評価を行う親委員会、また、具体的な改訂作業を行う作業部会を設置した。

②作業部会において、かかりつけ医認知症対応力向上研修の研修カリキュラムの見直し・教材（講義スライドおよび動画教材）の改訂を実施した。

●全体の方向性、到達目標等の検討を受けて、現行の「かかりつけ医認知症対応力向上研修教材」のスライドと動画各教材を精査し、現行カリキュラムの見直しも含め、教材のリニューアルを行った。

●歯科医師、薬剤師研修教材については、団体ヒアリング等を中心に課題や改訂項目等を整理した。

③教材の評価と改訂教材説明の情報提供

- 改訂教材の作業進捗に合わせ、可能な範囲で作業部会委員の地域医師会等の協力も得て、改訂教材にかかる評価を実施した。
- 研修テキストおよび動画教材の改訂作業が終了した段階で、研修の実施主体である都道府県・指定都市の担当者および講師となる認知症サポート医等向けの改訂教材説明の情報提供を行った。
(当初、教材説明会を計画していたが、コロナ禍の状況に応じて、DVD 収録・配布の方法とした)

5-2 委員会体制および開催状況

【委員会】

〈50 音順、敬称略〉

		氏名	所属等	役職
1	委員長	鷺見 幸彦	国立長寿医療研究センター	病院長
2	委員	有澤 賢二	公益社団法人 日本薬剤師会	常務理事
3	委員	江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
4	委員	小川 聡子	公益社団法人 全日本病院協会	理事
5	委員	小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
6	委員	高山 陽子	公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校認定看護師教育課程認知症看護学科	主任教員
	厚労省	唐川 祐一	老健局認知症施策・地域介護推進課	主査

【作業部会】

〈50 音順、敬称略〉

		氏名	所属等	役職
1	座長	深澤 隆	医療法人青仁会 青南病院（八戸市医師会理事）	病院長
2	委員	枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員
3	委員	沖田 裕子	NPO 法人 認知症の人とみんなのサポートセンター	代表
4	委員	辻本 昌史	国立長寿医療研究センター 治験・臨床研究推進センター／治験臨床研究推進部	臨床研究企画室長
5	委員	山口 潔	医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力	理事長・院長

【事務局】

実施主体 地域活性化協同組合フロンティア
業務協力 合同会社 HAM 人・社会研究所、株式会社タスクプランニング

【委員会・作業部会の実施】

第1回 委員会

日時 令和2年9月3日（木） 18:30～ 於：航空会館502

- 議事
- 1 令和2年度事業計画案について
 - 2 かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂について
 - 3 認知症対応力向上研修の実施・運営について

第1回 作業部会

日時 令和2年9月15日（火） 18:30～ （web会議）

- 議事
- 1 事業計画の確認と第1回委員会の振り返り
 - 2 かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂について
 - 3 講義スライド・動画の作業の進め方について

第2回 作業部会

日時 令和2年10月26日（月） 18:30～ （web会議）

- 議事
- 1 講義スライド教材のレビュー（改訂初版）
 - 2 動画教材に関するご検討

第3回 作業部会

日時 令和2年12月1日（水） 18:30～ （web会議）

- 議事
- 1 講義スライド教材についてのご検討（改訂2版レビュー）
 - 2 動画教材（既存修正および新作）についてのご検討

第2回 委員会

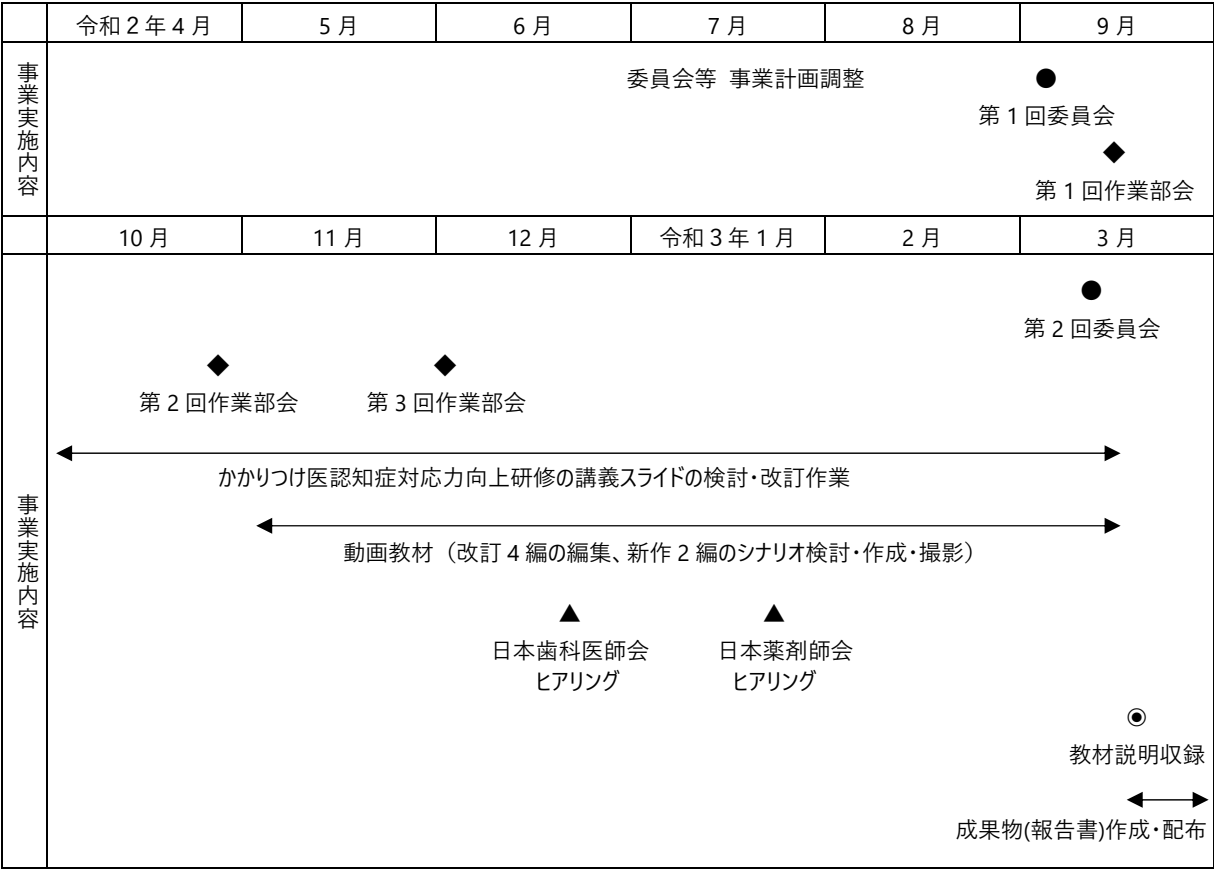
日時 令和3年3月12日（金） 18:00～ （web会議）

- 議事
- 1 かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂について
 - ①作業部会における検討および作業経過
 - ②教材改訂案（講義スライド・動画教材）
 - ③歯科医師研修・薬剤師研修への対応
 - 2 教材説明会に代わる情報提供について

5-3 事業スケジュール

委員会等、教材改訂作業（講義スライド、動画教材の作成等）の事業は、概ね以下のスケジュールで進出した。

図表 事業スケジュール（交付申請書面を更新）



II かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂について

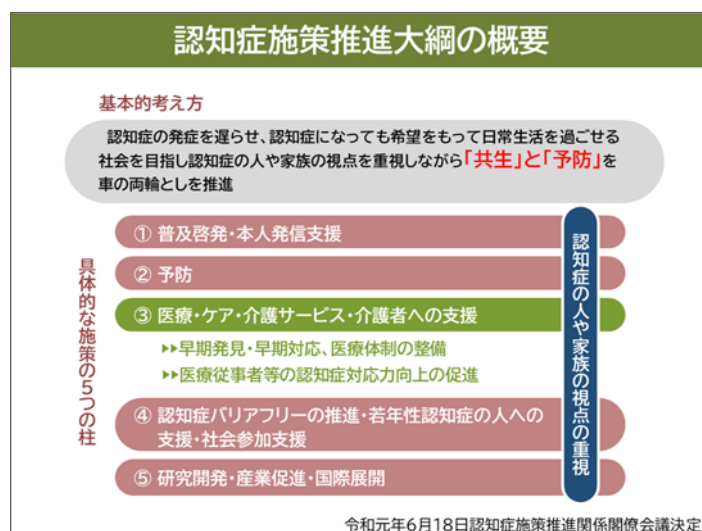
1 教材改訂作業の経過

1.1 制作趣旨・全体像

- 現在、認知症地域医療支援事業実施要綱の枠組みで展開されている認知症対応力向上研修は、かかりつけ医認知症対応力向上研修をはじめ 6 種類がある。認知症施策推進大綱でも、③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の中に位置づけられ、「認知症対応力向上研修においては、医学の進歩や医療・介護提供体制の変化に対応するため適宜、必要な見直しを行う」とされている。

- 本年度は、認知症対応力向上研修の中でも、前回改訂から時間が経過しており、見直しの必要性の高い、かかりつけ医認知症対応力向上研修について、集中的に検討・作業を行った。

- カリキュラムの改訂の検討においては、認知症対応力向上研修のコンセプトである対応力の底上げを図り、すそ野を広げる導入的研修であることを維持しつつ、受講対象である地域のかかりつけ医の現状、「認知症に対する社会の変化」、「医学・医療技術等の進化・発展」、「地域等での役割の変化」、「学習環境や情報の充実」等を勘案しながら検討を重ねた。



認知症対応力向上研修

	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護士等
開始年度	平成18年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	令和3年度
研修形態	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位または病院ごとの実施	都道府県単位の集合研修で実施
受講対象	医師(かかりつけ医)	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護士等
カリキュラム	講義 210分 ①かかりつけ医の役割(30) ②診断と治療(90) ③ケアと連携(90)	講義 210分 ①基本知識(30) ②かかりつけ歯科医の役割(90) ③連携と制度(90)	講義 210分 ①基本知識(30) ②対応力(薬学的管理/気づき・連携)(90) ③制度等(90)	講義 90分 ①自約(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	講義 100分 ①知識(20) ②実践(70) ③連携等(10)
教材	スライド 118 動画 6編	スライド 112 動画 3編	スライド 91 動画 1編	スライド 58 動画 3編	スライド 約70 動画 2編
実績値(30年度末)	63,020人	12,465人	24,226人	147,456人	
KPI目標	90,000人	40,000人	60,000人	300,000人	
	R2年度改訂	R1年度新規作成		H29年度改訂	R2年度新規作成

R2年度改訂 → 次期改訂への反映

カリキュラムの改訂

現行版		認知症に対する社会の変化 医療技術等の進化・発展 研修コンセプトの維持 地域等での役割の変化 学習環境や情報の充実	改訂版	
編	所要時間		編	所要時間
かかりつけ医の役割	30分		かかりつけ医の役割	30分
診断・治療	90分		基本知識	60分
連携・制度	90分		診療における実践	60分
			地域・生活における実践	60分
計210分 スライド107枚			計210分 スライド166枚	

- 改訂版は、従来の 3 編構成から、「かかりつけ医の役割」、「基本知識」、「診療における実践」、「地域・生活における実践」の 4 編構成とした。“制度・施策”の紹介等に関するパートを「地域・生活における実践」に位置付けたことで、当該パートは講義スライドが多く配分されている。

- なお、各編の所要時間は、それぞれ 30 分、60 分、60 分、60 分の計 210 分（従来と同じ）であるが、講義スライドは約 1.5 倍に増えている。この点、作業部会による教材作成の趣旨としては、研修教材としてなるべく多くの情報を提供することに主眼を置き、実際の研修講義においては、講師を担当される認知症サポート医等の先生方のご判断により取舍選択しながら実施して頂くことと考えられたためである。

（令和 3 年度からの当該教材を用いた研修の講師・受講者等からの評価を待って、講義スライドの重みづけなどを継続検討する必要がある）

- 各編の具体的な「ねらい」と含まれる主な内容を順に紹介する。

（具体的な講義スライドは 54 ページ以降を参照）

「かかりつけ医の役割」編では、“ねらい”は『認知症である人や家族を支えるために、かかりつけ医ができることを理解する』であり、①施策全体、②かかりつけ医機能、③本人視点、④診断後支援などで構成されている。

改訂版 研修テキスト目次			
編	所要時間	講義スライド	動画教材
かかりつけ医の役割	30分	23枚（新規14）	① 認知症の人の視点にたってみる
基本知識	60分	45枚（新規22）	② 認知症初期の発見のポイント ③ 認知症と間違えやすい症状
診療における実践	60分	41枚（新規22）	④ 認知症の問診とアセスメント ⑤ 認知症の治療とケア
地域・生活における実践	60分	57枚（新規19）	⑥ かかりつけ医の役割と連携

編	資料名
資料1	かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き
資料2	成年後見制度における診断書作成の手引/本人情報シート作成の手引
資料3	成年後見制度における鑑定書作成の手引
資料4	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

かかりつけ医の役割 編	
ねらい：認知症の人や家族を支えるために、かかりつけ医ができることを理解する	
主な内容	主なスライドタイトル
施策全体	認知症施策の推進について／認知症対応力向上研修 など
かかりつけ医機能	かかりつけ医と高齢者医療・介護の関わり／認知症対応におけるかかりつけ医の役割／早期発見・早期対応の意義 など
本人視点	認知症の本人の視点を重視したアプローチ／本人にとってのよりよい暮らしガイド／本人の視点を重視した施策の展開 など
診断後支援	かかりつけ医の社会的機能の重要性／診断後の介入とサポートのあり方／診断後の早い段階からの支援 など

- 「基本知識」編では、“ねらい”は『認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する』であり、①認知症の概念、②診断基準、③認知症の診断、④せん妄／うつ病、⑤可逆性の認知症などで構成されている。

基本知識 編	
ねらい：認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する	
主な内容	主なスライドタイトル
認知症の概念	認知症の概念／年齢階級別の認知症の有病率／認知症の診断 など
診断基準	アルツハイマー型認知症の診断(ICD-11)／アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント、レビー小体型認知症の臨床症状 など
認知症の診断	認知症診断のフローチャート、認知症と鑑別すべき状態や疾患／軽度認知障害 など
せん妄／うつ病	せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態／うつと認知症に伴うアパシーの差異 など
可逆性の認知症	治療により改善が見込める認知症／各疾患の診断や鑑別に必要な検査

- 「診療における実践」編では、“ねらい”は『認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する』であり、①マネジメント、②薬物療法（AD）、③BPSD への対応、④本人への対応、⑤家族への対応などで構成されている。

診療における実践 編	
ねらい：認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する	
主な内容	主なスライドタイトル
マネジメント	認知症のマネジメント(トータルケア)／認知症の非薬物的介入／認知症の薬物療法のフローチャート など
薬物療法(AD)	認知症治療薬の薬理学的な差異／病気別の治療薬選択のアルゴリズム／臨床症状の経過と薬物療法の効果 など
BPSDへの対応	BPSDの4つの要因／BPSDの悪化の要因と対応／BPSDの薬物療法／開始前後のチェックポイント など
本人への対応	アルツハイマー型認知症の対応／レビー小体型認知症の対応 など
家族への対応	認知症の人と介護者の間に起こる悪循環／認知症の人の家族の心理的な変化 など

- 「地域・生活における実践」編では、“ねらい”は『認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基本、活用できる医療・介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する』であり、①認知症ケア、②医療連携、③多職種連携、④意思決定支援などで構成されている。

地域・生活における実践 編	
ねらい：認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基本、活用できる医療・介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する	
主な内容	主なスライドタイトル
認知症ケア	かかりつけ医による認知症診療の要点／認知症の人のケアとコミュニケーション／認知症の介護者への注意点やアドバイス など
医療連携	地域における認知症医療連携／専門医がかかりつけ医に望むこと／医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義 など
多職種連携	多職種連携と情報共有／地域の多職種の役割／ケアマネジャーと多職種の連携／地域包括支援センターとの連携 など
意思決定支援	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン／生活支援としての意思決定支援 など

- 全体構成（各編の“ねらい”と到達目標）の新旧比較は次ページの通りである。

かかりつけ医認知症対応力向上研修（ねらいと到達目標）

現行の標準カリキュラム		令和2年度 改訂版	
かかりつけ医の役割編 (30分)	ねらい » 認知症の人や家族を支えるために かかりつけ医ができることを理解 到達目標 » ①認知症であることに気づき、受け入れる ②専門機関を含めた医療施設を紹介 ③日常的な管理 (認知症治療薬の管理を含む)	かかりつけ医の役割編 (30分)	ねらい » 認知症の人や家族を支えるために、かかりつけ医ができることを理解する 到達目標 » ①認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえ、かかりつけ医の役割を理解する ②認知症の人の本人視点を重視したアプローチの重要性を理解する ③早期診断・早期対応の意義・重要性を理解する
診断と治療編 (90分)	ねらい » 認知症診断・治療の原則を理解 到達目標 » ①初期症状や日常生活上の行動の変化を説明 ②認知症の診断の方法と手順を説明 ③認知機能障害への薬物療法、行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を説明 ④治療開始にあたって、本人・家族への対応・支援のポイントを理解	基本知識編 (60分)	ねらい » 認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する 到達目標 » ①認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する ②認知症の診断基準及び診断のポイントを理解する ③認知症の診断の手順および鑑別すべき疾患について理解する
連携と制度編 (90分)	ねらい » 認知症の人を支えるための医療・介護、地域が連携した生活支援の重要性を理解 到達目標 » ①認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ医の役割について理解 ②介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明 ③成年後見制度、高齢者虐待防止法等の権利擁護の仕組みの概要を説明	診療における実践編 (60分)	ねらい » 認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた診療におけるマネジメントを理解する 到達目標 » ①認知症の問診・アセスメントのポイントを理解する ②認知症の治療の原則・具体的な方法について理解する ③行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を理解する ④治療期の本人・家族への対応および実践上のポイント理解する
		地域・生活における実践編 (60分)	ねらい » 認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基本、活用できる医療・介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する 到達目標 » ①かかりつけ医による認知症ケアのポイントを理解する ②認知症である人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要なかかりつけ医の役割を理解する ③多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医の役割を理解する

- 従来通り、全ての講義スライドには、スライド内で表示しきれない内容説明や発展的な補足を、概ね 500 字程度の解説文章として付している。（研修テキスト PDF で掲載）

講義スライドと解説

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

【基本知識 15】

必須症状

- 進行性の認知機能低下により、社会的、職業的、または日常生活に支障

中核的所見

- 認知機能の変動
- 視覚的幻覚
- レム睡眠行動障害
- パーキンソン

特徴的な所見

- 認知機能の変動
- 視覚的幻覚
- レム睡眠行動障害
- パーキンソン

支持的所見

- 認知機能の変動
- 視覚的幻覚
- レム睡眠行動障害
- パーキンソン

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

【基本知識 16】

【初期に多い症状】

- 物忘れに対する自覚がある
- 人物や小動物、虫など幻覚や錯覚
- レム睡眠行動障害
- 大げな振る舞い、暴言など
- 歩行障害や転倒頻発
- 便秘や起立性低血圧などの自律神経症状
- 嘔吐、めまい、不眠、不安、妄想など

【特徴的な所見】

- 症状の日内変動がある。
- 認知や行動障害への対応が困難である。
- 取りこまれ、取りこまれ、取りこまれ。

- # 動画教材について(DVD教材の改訂)
- ## 現行版
- | 編 | タイトル |
|-------|------------------|
| 役割 | #1 かかりつけ医の役割 |
| 診断・治療 | #2 認知症初期の発見のポイント |
| | #3 認知症の問診とアセスメント |
| | #4 認知症と間違えやすい症状 |
| | #5 認知症の治療とケア |
| | #6 連携の意義と実際 |
-
- ## 改訂案
- | 編 | タイトル |
|-----------|--|
| 役割 | #1 認知症の人の視点に立てみる
*よくある場面
*認知症の本人の声
(全面改訂) |
| 基本知識・診療実践 | #2 初期の発見のポイント |
| | #3 問診とアセスメント |
| | #4 間違えやすい症状 |
| | #5 治療とケア
(現行版のナレーション・テロップ等の修正と再編集) |
| | #6 かかりつけ医の役割と連携
～ 認知症の人と家族への関わり方～
(全面改訂) |

- # 研修テキスト表紙・目次・DVD教材タイトル・参考資料(別冊)

- ※ new は今回の改訂版で新規に追加されたもの

「『サポート医』等の他の研修職種」は、当該研修から流用したもの

- 9 -

【かかりつけ医の役割 編】

〔中項目〕		〔スライドタイトル〕	新旧など
かかりつけ医の役割	研修の目的	役 1 認知症対応力向上研修の目的	new
		役 2 〔動画①〕 認知症の人の視点に立ってみる	
	施策全体	役 3 認知症高齢者数の推移	旧
		役 4 認知症施策の推進について	new
		役 5 認知症施策推進大綱の概要	旧
		役 6 認知症対応力向上研修	new
	かかりつけ医機能	役 7 かかりつけ医の定義と機能	旧
		役 8 かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり	new
		役 9 認知症対応におけるかかりつけ医の役割	new
		役 10 早期発見・早期対応の意義	旧
	本人視点	役 11 認知症の本人の視点を重視したアプローチ	new
		役 12 本人にとってのよりよい暮らしガイド	サポート医
		役 13 認知症とともに生きる希望宣言	サポート医
		役 14 「希望をもって共に生きる」ための地域づくり	new
		役 15 本人の視点を重視した施策の展開	new
	地域包括ケア	役 16 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	旧
		役 17 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携の推進	new
	診断後支援	役 18 かかりつけ医の社会的機能の重要性	new
		役 19 認知症診断後の介入とサポートのあり方	new
		役 20 診断後の早い段階からの支援	new
		役 21 認知症啓発の説明のポイント	旧
	予防	役 22 認知症の予防の考え方	new
	編のまとめ	役 23 かかりつけ医に期待される役割	new

【基本知識 編】

〔中項目〕		〔スライドタイトル〕	新旧など
基本 知識	認知症の 概念	基 1 認知症の概念	new
		基 2 認知症の原因疾患	病院勤務
		基 3 年齢階級別の認知症の有病率	new
		基 4 認知症の診断（ICD-11）	サポート医
		基 5 認知機能の障害	サポート医
		基 6 認知症の症状と要因・誘因	歯科医師
		基 7 変性疾患の場合の認知症の経過	旧
		基 8 〔動画②〕 認知症初期の発見とポイント	旧
	診断基準	基 9 アルツハイマー型認知症の診断	サポート医
		基 10 アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症	サポート医
		基 11 アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント	旧
		基 12 血管性認知症の診断	サポート医
		基 13 脳血管障害と認知症の関係	旧
		基 14 血管性認知症の早期発見のポイント	new
		基 15 レビー小体型認知症（DLB）の臨床症状	new
		基 16 レビー小体型認知症の早期発見のポイント	new
		基 17 前頭側頭葉変性症（FTLD）の概念	旧
		基 18 前頭側頭葉変性症（FTLD）の診断	旧
		基 19 前頭側頭型葉変性症の早期発見のポイント	new
	鑑別診断・ 画像	基 20 画像診断の意義と重要性	旧
		基 21 各認知症の典型的な MRI 画像	旧
		基 22 各認知症の典型的な機能画像	new
	認知症診断	基 23 〔動画③〕 認知症と間違えやすい症状	旧
		基 24 認知症診断のフローチャート	new
		基 25 認知症と鑑別すべき状態や疾患	new
		基 26 加齢に伴う生理的健忘の特徴	旧
		基 27 軽度認知障害	旧
	せん妄	基 28 せん妄の特徴	new
		基 29 せん妄の発症	看護職員
		基 30 せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態	new
		基 31 せん妄の臨床的特徴	旧
	うつ病	基 32 うつ病	new
		基 33 うつ病の臨床的特徴	旧
		基 34 うつと認知症に伴うアパシーの差異	new

	〔中項目〕	〔スライドタイトル〕	新旧など
基本 知識	その他	基 35 薬剤による認知機能の低下	new
		基 36 認知機能低下を誘発しやすい薬剤	new
		基 37 アルコール関連障害（精神・神経の疾患）	new
	可逆性の 認知症	基 38 治療により改善が見込める認知症	new
		基 39 内分泌・代謝疾患	new
		基 40 炎症性疾患（脳炎・脳症）	new
		基 41 正常圧水頭症	サポート医
		基 42 慢性硬膜下血腫／脳腫瘍	new
		基 43 側頭葉てんかん（もしくは高齢者のてんかん）	new
		基 44 各疾患の診断や鑑別に必要な検査	サポート医
	まとめ	基 45 どのような場合に専門医に紹介すべきか	new

【診療における実践 編】

〔中項目〕		〔スライドタイトル〕	新旧など
診療における実践	早期発見	診 1 認知症の早期発見・早期治療のメリット	new
		診 2 〔動画④〕 認知症の問診とアセスメント	旧
		診 3 外来時の対応	旧
		診 4 認知症の問診時の留意点	旧
	アセスメント	診 5 記憶障害のアセスメント	旧
		診 6 見当識障害のアセスメント	旧
		診 7 判断・実行機能障害のアセスメント	旧
		診 8 ADL のアセスメント	旧
		診 9 IADL のアセスメント	旧
		診 10 認知症診療の際に留意すべき身体的・神経学的所見	旧
		診 11 改訂長谷川式簡易知能評価スケール	旧
	マネジメント	診 12 認知症のマネジメント（トータルケア）	new
		診 13 認知症の非薬物的介入	new
		診 14 認知症の非薬物療法	new
		診 15 認知症の薬物療法のフローチャート	new
	薬物療法	診 16 AD) 認知症治療薬の薬理学的な差異	旧
		診 17 AD) 病期別の治療薬選択のアルゴリズム	new
		診 18 AD) 認知症治療薬の副作用	旧
		診 19 AD) 臨床症状の経過と薬物療法の効果	new
	BPSD への対応	診 20 BPSD の 4 つの要因	new
		診 21 BPSD の悪化の要因と対応	new
		診 22 BPSD の治療方針の検討	new
		診 23 BPSD に対する向精神薬使用ガイドライン	サポート医
		診 24 BPSD の薬物療法開始前後のチェックポイント	new
	その他留意点・対応	診 25 高齢者で薬物有害事象が増加する要因	new
		診 26 高齢の認知症の人への薬物療法の注意点と原則	new
		診 27 せん妄の対応	new

〔中項目〕		〔スライドタイトル〕	新旧など
診療に おける 実践	本人への 対応	診 28 アルツハイマー型認知症の対応	new
		診 29 血管性認知症の対応	new
		診 30 レビー小体型認知症の対応	new
		診 31 前頭側頭葉変性症の対応	new
		診 32 〔動画⑤〕 認知症の治療とケア	旧
		診 33 認知症の人への支援	旧
		診 34 外来フォローのときの注意点	旧
		診 35 認知症診療で注意すべき身体疾患	旧
		診 36 治療期間における視点や姿勢	旧
	介護者への 対応	診 37 認知症の人と介護者の間に起こる悪循環	new
		診 38 介護者への支援	旧
		診 39 介護者の状況を知る	new
		診 40 認知症の人の家族の心理的な変化	new
		診 41 介護者の認知症本人に対する望まれる姿勢・態度	new

【地域・生活における実践 編】

〔中項目〕		〔スライドタイトル〕	新旧など
地域・生活における実践	認知症ケア	地 1 高齢者に対する適切な医療提供の指針	new
		地 2 かかりつけ医による認知症診療の要点	new
		地 3 認知症の人の医療とケアの目標	旧
		地 4 認知症の人のケアとコミュニケーション	new
		地 5 認知症の介護者への注意点やアドバイス	new
	支援の基本	地 6 地域包括ケアシステム	旧
		地 7 認知症の人への支援体制	旧
		地 8 認知症ケアパス	旧
		地 9 標準的な認知症ケアパス：社会資源の整理	サポート医
	医療連携	地 10 認知症サポート医	旧
		地 11 地域における認知症の医療連携	サポート医
		地 12 専門医がかかりつけ医に望むこと（情報）	旧
		地 13 認知症疾患医療センター	旧
		地 14 認知症医療連携のイメージ	new
		地 15 医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義	new
	介護保険	地 16 介護サービスの利用の手続き	旧
		地 17 主治医意見書の役割	旧
		地 18 認知症症例の意見書①	旧
		地 19 認知症症例の意見書②	旧
		地 20 介護給付（介護保険サービス）	旧
		地 21 地域密着型サービス	旧
		地 22 予防給付と地域支援事業	旧
	多職種連携	地 23 多職種連携と情報共有	new
		地 24 多職種連携のかかりつけ医にとっての意味	旧
		地 25 地域の多職種の役割	new
		地 26 情報共有ツール	new
		地 27 ケアマネジャーと多職種の連携	new
		地 28 サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割	旧
		地 29 ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	旧
		地 30 地域包括支援センター	旧
		地 31 地域包括支援センターとの連携	旧

〔中項目〕		〔スライドタイトル〕		新旧など
地域・生活における実践	支援の仕組み	地 32	地域ケア会議	旧
		地 33	認知症初期集中支援チーム	旧
		地 34	認知症地域支援推進員	旧
		地 35	認知症カフェ・ピア活動	new
		地 36	認知症の人と家族の支援	new
		地 37	認知症サポーター・キャラバンメイト・チームオレンジ	旧
	意思決定支援	地 38	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	旧
		地 39	生活支援としての意思決定支援	旧
		地 40	意思決定支援のプロセス	旧
		地 41	各意思決定支援ガイドライン	new
		地 42	Advance Care Planing（ACP）	new
	権利擁護	地 43	成年後見制度利用促進基本計画	サポート医
		地 44	成年後見制度利用促進基本計画の中の医療機関	サポート医
		地 45	消費者被害の現状	new
		地 46	日常生活自立支援事業と成年後見制度	旧
	若年性認知症	地 47	若年性認知症の特徴と現状	旧
		地 48	若年性認知症の人への支援	new
		地 49	若年性認知症の人への支援のネットワーク	new
	運転免許更新	地 50	改正道路交通法と認知症	サポート医
		地 51	75 歳以上高齢者の運転免許更新手続き	サポート医
		地 52	一定の違反行為（基準行為）があった場合	サポート医
	虐待	地 53	養護者による高齢者虐待	旧
		地 54	高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割	旧
	保護入院	地 55	医療保護入院制度	new
	まとめ	地 56	〔動画⑥〕 かかりつけ医の役割と連携	
		地 57	今後の切れ目のない支援に向けて	new

【役割 7】

かかりつけ医の定義と機能

かかりつけ医の定義

『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師』

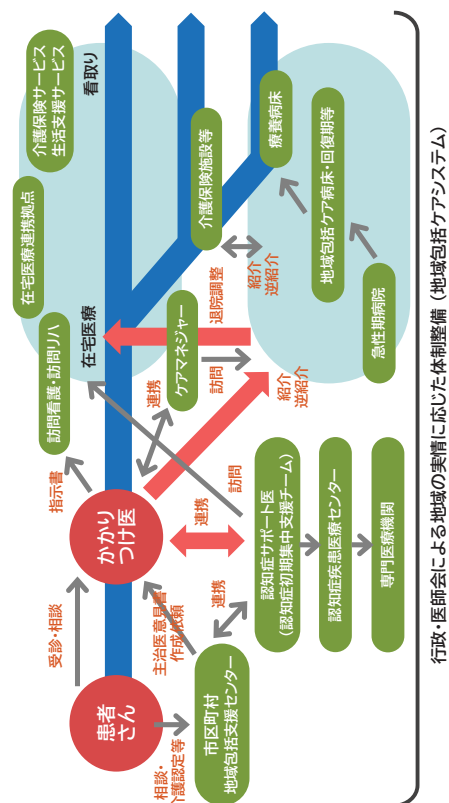
かかりつけ医機能

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

日本医師会かかりつけ医機能研修制度概要より引用

【役割 8】

かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



第5回全国在宅医療会議WG資料(平成29年12月8日)及び日本医師会より引用

【役割 7】

日本医師会では、「健康に関すること何でも相談でき、必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる身近にいて頼りになる医師のこと」を「かかりつけ医」と呼んでいる。認知症診療に限らず、国民、患者・家族にとつての「かかりつけ医」とは、①相談、②最新の情報、③専門医療へのつなぎ、④地域視点、⑤総合力を併せ持つ医師といえる。

このかかりつけ医の定義は、2013 年 8 月に、医療提供体制のあり方、として、日本医師会・四病院団体協議会による合同の提言として示されたものである。高齢者が可能な限り住み慣れた地域で暮らしていけるよう、医療、介護、福祉などのサービスを一体的に提供できる体制を構築するためには、かかりつけ医がその中心的な役割を果たすべきであると考えられている。かかりつけ医には、患者中心、継続性、チーム・連携、社会性、地域性、在宅視点の面から一体的・複合的に実践し、よりよい医療を提供する役割が求められている。

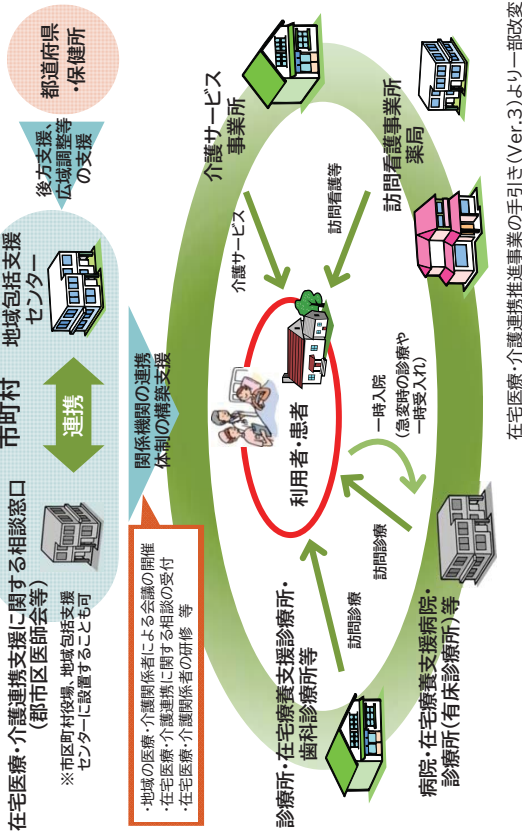
【役割 8】

認知症は、医療と介護の両方のサポートが必要であり、地域包括ケアシステムにふさわしい疾患であると言える。認知症がまずかかりつけ医が診るべき疾患となった以上、かかりつけ医も様々な研修などを活用して認知症に対する知識と理解を深めようと、医療面では認知症サポート医や認知症疾患医療センターと、介護面ではケアマネジャーと連携しながら、認知症においても多職種連携のリーダーになることが期待されている。

かかりつけ医には、日常診療における認知症の気づきと継続的な診療や多職種との双方の連携を継続し、患者・家族からの相談や依頼に応ずると同時に、認知症医療の様々な仕組み(認知症サポート医や認知症初期集中支援チームなど)との連携、また、在宅から入院・入所につながる医療・介護サービス資源や拠点との協働が求められている。行政と医師会による地域の実情に応じた体制(地域包括ケアシステム)の整備が必要である。

地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携の推進

【役割 17】



【役割 17】

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供し、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するために、地域の実情を把握・分析したうえで、住民や地域の医療・介護関係者と地域のめざすべき姿を共有し、医療機関と介護事業所等の関係者が協働・連携することが推進されている。

もちろん、認知症の人にも当てはまるものであって、身体合併症の治療や慢性疾患の管理、介護サービスによる生活支援など、認知症であることを踏まえた対応や配慮・工夫も併せて考えていくことが重要である。

参考

在宅医療・介護連携推進事業の手引き（ver.3）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/0006666660.pdf>

かかりつけ医の社会的機能の重要性

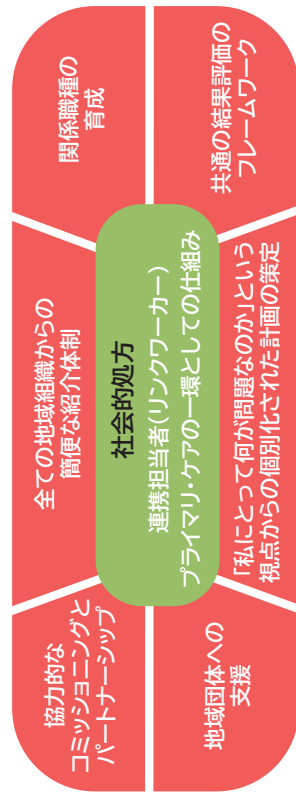
【役割 18】

かかりつけ医には、「医療的機能」と「社会的機能」を備えた全人的視点での対応が望まれる。「社会的機能」の重要性が高まる中で、「社会的処方（医師が高齢者と地域とのつながりをサポートすること）」などの取り組みも期待されている。

【役割 18】

かかりつけ医には、自身の専門性を生かした「医療的機能」と「社会的機能」を備え、医療・医療・福祉の諸問題にも応じるなど全人的視点での対応を併せ持つことが望まれる。かかりつけ医の「社会的機能」の重要性が高まる中で、その具体的な取り組みの一つである「社会的処方（医師が高齢者と地域とのつながりをサポートすること）」も期待されており、今後は治療の一環として患者を地域の活動やサービス等につなげる役割も重要となる。

「社会的機能」の一つである「社会的処方」の概要



英国 NHS (National Health Service) ホームページより引用
 松田晋哉「かかりつけ医の社会的処方」日医かかりつけ医機能研修制度2019年度応用研修会を参照

認知症診断後の介入とサポートのあり方

【役割 19】

～診断後の本人や家族の不安～

『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』
『これからの変化や症状についての説明がなかった』
『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』
『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 早期診断と治療導入の取り組みだけでは、不十分
- 本人と家族の受ける心理的打撃や将来への不安の緩和が重要
- 個別性と柔軟性の高い手段での介入やサポートが必要
- 本人や家族の話に共感し、傾聴する姿勢が必要不可欠

診断後の早い段階からの支援

【役割 20】

認知症と診断された早い段階から生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が重要となる。



Scotland's national dementia charity <https://www.alzscot.org/>

【役割 19】

これまで認知症医療は早期発見と治療導入に関心を集中させてきた。しかし、このような取り組みだけでは、認知症と診断された後の本人や家族の心理的打撃や将来に対する不安を緩和する対応が不十分であることが指摘されている。現状では初期段階であることから支援の必要性が理解されず、十分な支援を受けられない空白の期間があることも指摘されている。この空白期間に社会的孤立が進み、本人の生活の質が低下し、認知症が進行する可能性がある。認知症と診断された後の本人や家族の不安(スライド参照)へ十分に配慮した診断後支援が求められている。

本人と家族の不安を緩和するためには、早期診断と治療導入の取り組みだけでなく、かかりつけ医各々が診断後支援の重要性を理解し、画一的で系統だった方法ではなく、個別性と柔軟性の高い手段での介入やサポートが求められている。そのためには本人や家族の話に共感し、傾聴する姿勢が必要不可欠である。

【役割 20】

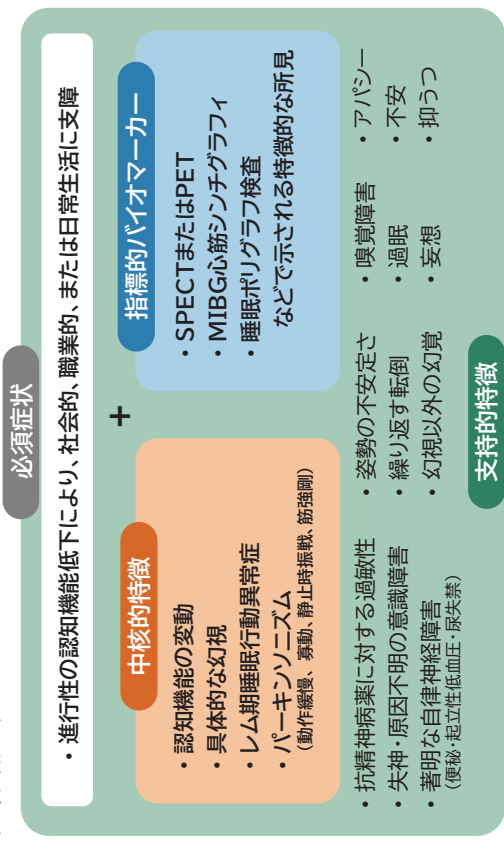
認知症の人と家族の生活の質を高めるためには、認知症と診断された早い段階から認知症を有しつつ生活する方法を伝え、社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が必要となる。さらに専門職からの医療・介護面でのサポートや認知症の本人からの体験談を交えた心理面でのサポートなども重要である。

Scotland's national dementia charity では、診断後支援のために重要な5つの要素として、将来の意思決定に向けた計画、疾病の理解と症状のマネジメント、将来のケアの計画、コミュニケーションのつながりを支援、ピアサポート、を挙げている。

本邦でも、生活に役立つ情報や社会資源に関する情報を提供するための認知症ケアバスの普及、認知症カフェのような当事者コミュニティへの参加、医療従事者による意思決定支援などの取り組みが進められており、これらへはかかりつけ医の関与も欠かせない。

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

【基本知識 15】



認知症疾患診療ガイドライン 医学書院 2017年, McKeith,I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作図

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

【基本知識 16】

【初期に多い症状】

- **もの忘れに対する自覚がある**
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- **人物や小動物、虫など幻視や錯視**
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- **レム睡眠行動障害**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- **動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性**
- **便秘や起立性低血圧などの自律神経症状**
- **嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など**

【特徴的な所見】

- 症状の**日内変動**がある。
- 質問や支持動作への**反応が緩徐**である。
- **取り繕いや振り返り**症候がない。

【基本知識 15】

レビー小体型認知症(以下 DLB) の診断基準は 2017 年に改訂されている。進行性の認知機能の低下により日常生活に支障をきたしている状態に加えて、中核症状(認知機能の変動、具体的な繰り返される幻視、レム期睡眠行動異常、パーキンソンズム(動作緩慢、暴動、静止時振戦、筋強剛))、指標的バイオマーカー(SPECT または PET で示される基底核におけるドパミントランスポーターの取り込み低下、MIBG 心筋シンチグラフィでの取り込み低下、睡眠ポリグラフ検査における筋緊張低下を伴わないレム睡眠の確認)が診断に必要な症状である。中核症状 2 項目もしくは 1 項目の中核的特徴と 1 項目の指標的バイオマーカーで probable(ほぼ確実)DLB の診断となる。

1 項目の中核的特徴のみ、もしくは 1 項目以上の指標的バイオマーカーのみの場合は possible(疑い)DLB となる。支持的特徴として、薬剤過敏性、易転倒性、自律神経症状、幻覚・妄想などの精神症状を伴う場合が多い。

【基本知識 16】

レビー小体型認知症の早期発見のためのポイントをまとめた。

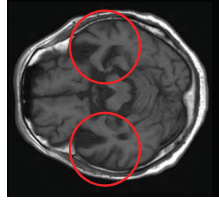
病初期には、記憶障害が目立たないことが少なくないため、記憶障害以外の注意障害や視空間認知障害、遂行機能障害などの有無を検討することが重要である。さらに中核症状以外にも多彩な臨床症状を呈しうる。また注意機能をはじめとした認知機能が変動し、数分、数日、月単位で症状が変動する。パーキンソン症状では、振戦は比較的少なく、動作緩慢、姿勢反射障害、歩行障害が目立つことが多い。睡眠のレム期に大きな寝言や叫び声をあげたり、手足を動かしたりするレム期睡眠行動異常常症が前駆段階からしばしばみられる。嗅覚障害、便秘や起立性低血圧などの自律神経症状、抑うつ、アパシーなどが早期よりみられる場合がある。

臨床症状の出現時期や重症度、進行の速度には個人差が大きい。認知機能障害以外にも全身の症状に注目することが重要である。

各認知症の典型的なMRI画像

【基本知識 21】

アルツハイマー型認知症



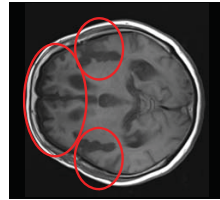
海馬、側頭葉内側の萎縮

血管性認知症



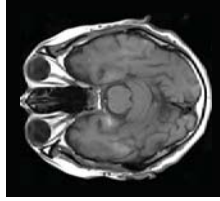
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の限局性萎縮

レビー小体型認知症

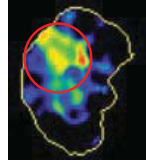


海馬、側頭葉の萎縮が目立たない

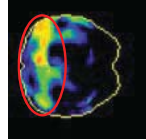
各認知症の典型的な機能画像

【基本知識 22】

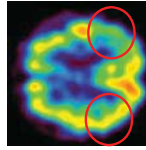
アルツハイマー型認知症



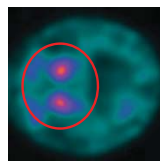
後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下



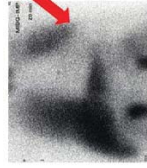
脳血流シンチ



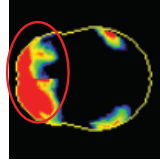
レビー小体型認知症



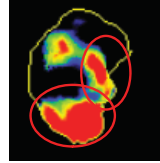
大脳基底核での取り込み低下



MIBG心筋シンチ



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の血流低下(脳血流シンチ)



前頭側頭葉変性症

脳血流シンチ

【基本知識 21】

変性性認知症の評価には T1 画像がより有効である。萎縮の部位、程度の評価のためには3方向(横断、矢状断、冠状断)で撮像する事が望ましい。また、各認知症においても頭部画像評価のみで診断することは極めて危険であるため臨床症状とともに評価し、画像は参考程度とするべきである。

アルツハイマー型認知症は、海馬、側頭葉内側部の萎縮が特徴であるが、萎縮が軽微である場合、年齢的な萎縮を伴う場合も多いため、他の部位と比較しての萎縮評価が重要である。

血管性認知症の画像パターンは①多発梗塞性、②戦略的な部位の単一病変、③小血管病変(多発ラクナ梗塞、Binswanger 病)、④低灌流、⑤脳出血の大きく5つに分類される。小血管病変が最も多いが、CT、MRI 上の白質病変は高齢者や他疾患でもしばしば認められるため、これを根拠に血管性認知症と診断するべきではなく、変性性認知症と血管障害の合併を常に念頭に置く必要がある。

前頭側頭型認知症では、著明な前頭葉、側頭葉の萎縮が見られる場合が典型的であるが、失語症状中心の場合は前頭葉の萎縮が目立たない事も多く、症状により画像が異なる事に注意が必要である。

レビー小体型認知症では、頭部 MRI では萎縮が目立たないことが特徴である。症状が顕著であるのに萎縮が目立たない場合は、本疾患を疑う手掛かりとなる場合がある。

【基本知識 22】

シンチグラフィ検査は頭部 MRI とともに評価する事により診断の精度を上げることができる。

アルツハイマー型認知症は、脳血流シンチでは後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下が特徴である。初期にはその一部のみの場合もあるため経時的に評価する事も有用である。一方で、脳血管障害や脳血流低下による血流低下を伴う場合があるため、頭部 MRI を含めて評価する事が重要である。

レビー小体型認知症では、DAT スキャン®において線条体におけるドパミントランスポーター(DAT)の取り込み低下を認め、ドパミン神経の変性・脱落を評価する事ができる。ドット型の集積低下を示す。選択的セロトニン取り込み阻害薬などの中には影響を与える薬剤があるため、内服薬は注意が必要である。MIBG 心筋シンチグラフィは心臓の交感神経の変性・脱神経を評価しているが、MIBG の心筋への取り込み低下が本疾患での特徴となる。心疾患や糖尿病でも低下を示すため、合併疾患には留意すべきである。

前頭側頭型認知症では、前頭葉および側頭葉を中心に血流低下を示すが、意味性認知症などの失語症状が中心の疾患群では側頭葉前部を中心とした低下や、左右差を伴う事がしばしばあるため留意すべきである。

どのような場合に専門医に紹介すべきか

〔基本知識 45〕

下記の変化や症状を認めた場合や診断や診断や対応に迷う場合は、
認知症サポート医や認知症専門医への紹介を検討すべき

- 1～3か月の間で急に発症し、進行する場合
- 日常生活レベルが急激に低下した場合
- 認知症の症状の変動や意識障害がある場合
- 精神症状や行動障害が目立つ場合
- 易転倒性や麻痺などの神経症状がある場合
- うつ病との鑑別が困難な場合
- 発症年齢が若い場合
- 車の運転で何回も事故を起こす場合
(認知機能の障害は微妙である場合も)
- 認知機能の障害がきわめて軽い場合
(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)

かかりつけ医認知症対応力向上研修〔解説〕

〔基本知識 45〕

かかりつけ医には継続的な観察と支援、対応が求められ、定期的に本人の生活上の不安はないか、家族に介護上気になることはないかを尋ねることが重要である。

日常の診療の中で認知機能障害やその他の症状の進行、家族の介護負担などを見極め、必要に応じてサポート医や認知症専門医に紹介することもかかりつけ医としての重要な役割である。認知症が急性ないし亜急性に発症した場合、認知症の進行が急速な場合、認知機能の障害がきわめて軽い場合(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)、精神症状や行動障害が目立つ場合、神経学的症候が目立つ場合、うつ病との鑑別が困難な場合、発症年齢が若い場合、などを認めた場合や診断に迷う場合には、専門医受診の必要性について十分な説明を行い、日頃より連携している適切な医療機関への紹介を検討することが望ましい。地域の医療機関の状況を把握することも重要である。

認知症の非薬物的介入

【診療実践 13】

認知症本人への介入

- 認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション
- 運動療法、マッサージ
- 音楽療法、作業療法、レクリエーション
- 回想法、支持的精神療法、バリエーション療法

介護者への介入

- 心理教育、スキル訓練
- 介護者サポート、ケアマネジメント、レスパイトケア
- 介護者のセルフケア、認知行動療法

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

認知症の非薬物療法

【診療実践 14】

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行う。
認知刺激	認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する。
認知リハビリテーション	個別のコール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法
運動療法	多種多様なプログラムが存在し、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うことが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在し、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法がある。
回想法	人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支える。
認知行動療法	認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法。

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

かかりつけ医認知症対応力向上研修【解説】

【診療実践 13】

認知症の非薬物的介入には、認知症本人への介入と、介護者への介入がある。

認知症本人への介入としては、認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーションなど認知機能・生活機能に注目したもの、運動療法、タクティールケアなどのマッサージ、音楽、絵画、園芸、手芸などの作業やレクリエーション、認知症の方の自尊心に働きかける回想法、支持的精神療法、バリエーション療法などのコミュニケーション技法がある。これらの非薬物的介入を効果的に行うには、認知症本人のライフレビューをしっかり行い、本人にとって快刺激となり、役割や生きがいにつながり、個人療法だけでなくグループ療法として提供することも検討する。

介護者の介入としては、まず認知症の疾患理解を促す心理教育、介護スキルの訓練に始まり、介護者自身のストレスや介護負担の緩和を目的とした、介護者サポート、ケアマネジメント、レスパイトケアがある。介護者の役割を新たに担う過程の中で、介護者自身のメンタル問題が明らかになることもあり、介護者のセルフケアや認知行動療法も含まれる。介護者に対するこれらの介入は、認知症の方の行動心理症候の改善に効果があることが示されている。

【診療実践 14】

それぞれの非薬物療法の詳細について示す。

認知機能訓練は、記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行うものである。高次脳機能障害の方に行われる訓練と同じだが、認知症の場合、代償的手段の提示も重要なため、家族や介護者への指導も含まれる。

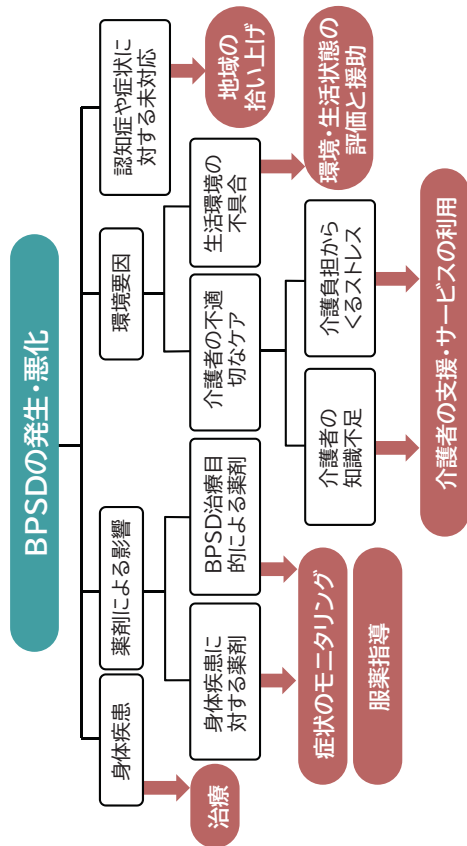
認知刺激は、認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を包括した、ある程度決まったプログラムである。海外では有効性も確認されている。現実見当識療法(リアリティ・オリエンテーション)から発展したものであり、認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示することも含まれる。

認知リハビリテーションは、個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法で、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職が提供する。利点としては、本邦では介護保険サービスとして通所と訪問の両方で提供可能である。

運動療法は、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うが、個人でやる場合とグループで行う場合がある。音楽療法は、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法があり、個人でやる場合とグループで行う場合がある。回想法は、人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支えることが目的である。認知行動療法は、認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法であるが、介護者のケアにおいてよく用いられる心理療法である。

BPSDの悪化の要因と対応

【診療実践 21】



八森淳 老年精神医学雑誌 2009を引用・改変

【診療実践 21】

BPSD が発生もしくは悪化した要因とそれぞれの場合の対応の要点を図にまとめた。BPSD への対応の原則として非薬物療法を薬物療法より優先的に行う。BPSD の発生や悪化が身体症状の原因となっている場合には、身体疾患の適切な治療が重要である。薬剤による影響が原因となつている場合は、身体疾患に対する薬剤と BPSD の治療目的による薬剤による 2 つの要因が考えられ、どちらの場合でも症状のモニタリングや服薬指導などの対応が必要である。

環境要因には、介護者の不適切なケアとして介護者の知識不足や介護負担からくるストレスが原因であることを考慮し、介護者の支援や介護サービスの適切な利用を検討することが重要である。生活環境の不具合が原因となっている場合には、環境・生活状況の評価と援助を実施する。認知症や症状に対して未対応であることが原因である場合には、地域でのセーフティネットの整備や啓発が重要である。

【診療実践 22】

BPSDの治療方針の検討

1. BPSDの原因の評価

- 身体疾患の有無
- ケアの質
- 薬剤性の精神症状
- 生活環境

2. 精神症状の緊急性の評価

- 大うつ病の状態（希死念慮の有無を問わない）
- 他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想
- 自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性

3. BPSDへの対応

- 非薬物療法的介入の開始
- 介護保険サービスの導入
- 薬物療法の必要性を検討（必要な場合は開始）
- 対応困難であれば入院治療の適応を検討

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会から改変引用

血管性認知症の対応

〔診療実践 29〕

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動、運動不足、肥満、喫煙など血管障害のリスク因子の内科的管理による脳卒中の再発の防止が重要である。
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため、誤嚥や転倒に注意し、リハビリテーションを行う。
- 自発性や意欲の低下、抑うつに留意し、非薬物療法や薬物療法を組み合わせた適切な対応を継続する。
- 廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等を利用して活動性を保つ。
- 規則正しい生活習慣を保ち、飲酒は控える。

レビー小体型認知症の対応

〔診療実践 30〕

- 早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持のためのリハビリテーションが大切である。
- うつ病やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症、てんかんの鑑別診断が重要である。
- 治療の標的とすべき臨床症状を定め、ケアや環境整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせる。
- 転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意する。
- 認知機能の変動や幻視、パーキンソン症状、レム期睡眠行動異常症によるQOLへの影響を考慮する。

※ 薬物療法を行う際は、精神症状の増悪のリスク、薬剤過敏性による過鎮静や錐体外路症状などを含め、安全性に対する十分な配慮が必要である。

〔診療実践 29〕

血管性認知症の対応の要点をまとめた。加齢以外の血管性認知症の危険因子として、運動不足、脳卒中の既往、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、肥満、心房細動、喫煙などが挙げられ、これらのリスク因子の内科的管理による脳卒中の再発の防止が重要である。また、嚥下障害や歩行障害などの身体症状を伴うことが多いため、誤嚥や転倒に注意し、適切なリハビリテーションを行う。

また、自発性や意欲の低下、抑うつなどの精神症状に留意し、非薬物療法や薬物療法を組み合わせた適切な対応を継続する。さらに廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等を利用して活動性を保つことや、規則正しい生活習慣を保ち、飲酒は控えるなどの生活指導を継続することも重要となる。

〔診療実践 30〕

レビー小体型認知症の対応の要点をまとめた。認知機能障害以外にもレム期睡眠行動異常症、自律神経症状、パーキンソン症状など安全な日常生活の維持に影響を与える多彩な臨床症状を伴うことから、早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持のためのリハビリテーションが大切である。それぞれの臨床症状を適切に評価し、うつ病やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症、てんかんの鑑別診断が重要となる。また治療の標的とすべき臨床症状を見定め、ケアや環境整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせた対応を心がける。さらに転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに身体症状の対応や、認知機能の変動や幻視、パーキンソニズム、レム期睡眠行動異常症によるQOL への影響を考慮する。

なお、薬物療法を行う際には、精神症状の増悪のリスク、薬剤過敏性による過鎮静や錐体外路症状などを含め、安全性への継続的な配慮が重要である。

高齢者に対する適切な医療提供の指針 ～認知症高齢者の医療とケアの基本～

【地域実践 1】

1. 「高齢者の多病と多様性」
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
3. 「生活の場に則した医療提供」
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
5. 「患者の意思決定を支援」
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H22-長寿-指定-009）「研究班

かかりつけ医による認知症診療の要点 ～認知症の特徴を考慮した日常診療の継続～

【地域実践 2】

- 診断された早い段階から認知症を有しつつ住み慣れた場所での生活を継続することを支える。
- 社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための実践的な支援を行う。
- 疾病教育、コミュニティへの参加、本人の意思表明など本人の希望に基づく支援を行う。
- 認知機能の改善と生活の質の向上を目標として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせて行う。
- 身体疾患の有無やケアが適切か否かを検討する。

かかりつけ医認知症対応力向上研修【解説】

【地域実践 1】

医療従事者が高齢患者に対して医療提供を行う際に考慮すべき基本的な要件を示す。

1. 「高齢者の多病と多様性」
 - ・高齢者の病態と生活機能、生活環境をすべて把握する。
 2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
 - ・生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指す。
 3. 「生活の場に則した医療提供」
 - ・患者のQOL維持に生活の場の問題は重要であり、適切な医療提供の場を選択する。
 - ・医療提供の場を変更する際に生じる問題を理解し、予防に努める。
 4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
 - ・有害事象や服薬管理、優先順位に配慮した薬物療法を理解し、実践する。
 5. 「患者の意思決定を支援」
 - ・意思決定支援の重要性を理解し、医療提供の方針に関して合意形成に努める。
 6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
 - ・家族をはじめとした介護者の負担を理解し、早期に適切な介入を行う。
 7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」
 - ・患者もチームの一員であることを理解し、患者本人の視点に立った多職種協働によるチーム医療を行う。
- 高齢者医療の実践面においては、多病と多様性を抱えた高齢患者を多様なケアの場において患者側の価値観にも配慮しつつ多職種協働で医療提供を行うという高度な医療スキルが必要となっている。

【地域実践 2】

認知症診療の要点として、認知症の特徴を考慮した日常診療を継続するためにかかりつけ医が特に留意すべき点をまとめた。診断された早い段階から認知症を有しつつ住み慣れた場所での生活を継続することを支え、そのためには可能な限り社会資源へのつながりを促すとともに、将来計画を考えるための実践的な支援を行うことが重要である。

これらの支援について計画する際には、疾病教育、コミュニティへの参加、本人の意思表明なども考慮し、本人の希望に基づく支援を行う。また実際の診療では、認知機能の改善と生活の質の向上を目標として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせて行いつつ、適宜身体疾患の有無やケアが適切か否かを検討する。このようにかかりつけ医には、広い視座での切れ目のない対応が求められている。

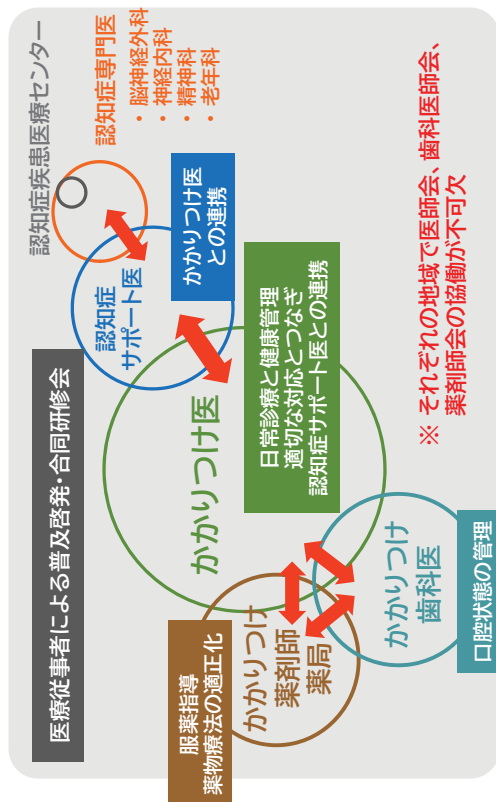
認知症疾患医療センター

【地域実践 13】



認知症医療連携のイメージ

【地域実践 14】



認知症サポート医研修会資料を一部改変

【地域実践 13】

認知症疾患医療センターは、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り都道府県・指定都市により設置され、医療機関の特性、人員配置、検査体制、急性期治療への対応体制等に応じて、基幹型、地域型、連携型に分類される。

地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、(1)認知症の速やかな鑑別診断、診断後のフォロー、症状増悪期の対応、BPSD や身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談などの専門的医療機能、(2)連携協議会の設置や研修会の開催など地域連携拠点機能、(3)診断後の認知症の人や家族に対する相談支援機能などの日常生活支援機能、などを有する。かかりつけ医や歯科医・薬剤師、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター、認知症サポート医などの地域の相談拠点との連携を含め、関係機関間の調整・助言・支援の機能なども重要な役割である。

地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりや認知症の人やその家族の視点に立った当事者によるピア活動や交流会の開催などの取り組みを必要に応じて行うことも求められている。

【地域実践 14】

かかりつけ医を中心とした認知症医療連携のイメージ図を示す。認知機能低下のある人や認知症の人の早期発見・早期対応、診断後の診療や支援を継続するためには、かかりつけ医をはじめとした地域の関係医療機関の日頃からの有機的な連携が欠かせない。

かかりつけ医には、日常診療や健康管理を行うとともに、適切な対応とつなぎ、認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医との適宜の連携、必要時の認知症疾患医療センターや認知症専門医(脳神経外科、神経内科、精神科、老年科)等との連携、さらに同じくかかりつけ機能を実践しているかかりつけ薬剤師やかかりつけ歯科医との日常的な連携、などが重要である。専門職による有機的な連携のためには、地域の医療従事者による普及や啓発、合同研修会の開催などが欠かせない。

認知症医療連携の構築には、各地域における医師会、歯科医師会、薬剤師会の協働が不可欠である。

若年性認知症の特徴と現状

【地域実践 47】

○ 全国における若年性認知症者数は、**3.57万人**と推計（前回調査（H21.3）3.78万人）※
○ 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数（有病率）は、**50.9人**（前回調査（H21.3）47.6人）
※ 前回調査と比較して、有病率は若干の増加が見られているが、有病者数は若干減少、有病者率が増えている。当該年代の人口が減少しているため。

（表）年齢階層別若年性認知症者有病率（推計）

人口10万人当たり 有病率（人）			（図）若年性認知症（調査時65歳未満） の基礎疾患の内訳		
年齢	男	女	総数	ピーク性認知症 による認知症	
18～29	4.8	1.9	3.4	4.1%	
30～34	5.7	1.5	3.7	12.7%	
35～39	7.3	3.7	5.5	4.2%	
40～44	10.9	5.7	8.3	9.4%	
45～49	17.4	17.3	17.4	17.0%	
50～54	51.3	35.0	43.2	52.6%	
55～59	123.9	97.0	110.3		
60～64	325.3	226.3	274.9		
18～64			50.9		

調査対象及び方法

全国12地域（札幌市、秋田県、山形県、福島県、群馬県、茨城県、東京都、名古屋県、大阪府、愛知県）の医療機関・事業所・施設等を対象に、若年性認知症利用者の有無に関する質問紙調査を実施（一次調査）。利用がある場合には、担当者、本人、家族を対象に質問紙調査を実施（二次調査）。二次調査に回答した本人、家族のうち、同意が得られた者を対象に面接調査を実施（三次調査）。

出典：日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による若年性認知症の有病率、生活機能把握と多面的データ共有システムの開発（令和2年3月）

若年性認知症の人への支援

【地域実践 48】

- 若年性認知症は、**高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境が異なるため、本人や家族の心理状態・社会経済的状態に配慮が必要である。**
- **早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつながりなどがかりつけ医の役割である。**
- 若年性認知症支援のハンドブックの配布、都道府県ごとの専門相談窓口の設置や相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置、若年性認知症コールセンターの周知などが重要である。

【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 本人やその家族、職場等からの電話等による相談窓口
- ・ 適切な専門医療へのアクセスと継続の支援
- ・ 利用できる制度・サービスの情報提供
- ・ 関係機関との連絡調整



専門職向け 本人・家族向け

全国若年性認知症支援センター 若年性認知症コールセンター

【地域実践 47】

65 歳未満で発症する認知症を若年性認知症という。全国における若年性認知症者数は、令和 2 年 3 月公表のデータにおいて約 3.57 万人と推計された。平成 21 年の前回調査より有病者数は減少しているが、当該年代の人口が減少していることが理由と考えられている。基礎疾患の内訳を見るとアルツハイマー型認知症の割合が過半数を占めている状況であった。

若年性認知症は高齢発症の認知症と比較して、①発症年齢が若く男性に多いこと、②初期の症状が認知症特有でないため診断しにくく、また本人や周囲が様子の変化には気づくが、適切な医療への受診が遅れがちであること、③子の養育や親の介護の時期と重なることが多く、社会的な問題が大きいこと、④主たる介護者が配偶者に集中し、本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護になること、⑤本人・配偶者の就労継続、子の養育の継続、子の結婚への影響等、家庭内での課題が多い、⑥若年性認知症の本人に適した公的なサービスが少ないことと、情報の少なさによって適切な支援に結び付きにくい、といった課題があげられる。

【地域実践 48】

若年性認知症の人は、年齢や置かれている社会経済的状況が高齢発症の認知症の人と異なることから、支援を組み立てる際に本人の希望や状況にあわせて配慮や工夫が必要となる。

若年性認知症の支援上の課題は、診断後の相談先がわかりにくいこと、地域で交流できる居場所の不足、自治体によって若年性認知症施策の取り組みにバラツキがあり、本人にフィットした制度や横断的なサービスを提案するには相談業務にあたるものの習熟が必要であることがある。

一般的に、若年性認知症の場合は診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長く、その間の就労支援や障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など本人の状態に応じた適切な支援が必要である。

鑑別診断を行う医療機関の医療ソーシャルワーカーやケアマネジャーが、障害福祉サービスや自立支援医療、成年後見制度等を熟知し連携を取ること、心理支援も含めた診断後支援を行うことが重要である。

かかりつけ医は、早期診断・治療の面で重要な役割を担う点はもちろん、認知症疾患医療センターや産業医とも連携して相談機関や支援機関にスムーズにつなぐことを重視し、継続的に支援・フォローしていくことが重要な役割である。

相談機関としては、若年性認知症の人への自立支援に関わるネットワークの調整役として若年性認知症コールセンター（愛知県大府市 <https://y-ninchisyotel.net/>）、都道府県の若年性認知症支援コーディネーターなどの相談機関、そのほか市町村や地域包括支援センター、認知症地域支援推進員などの相談窓口を活用する。

かかりつけ医研修 新作動画 # 1

認知症の人の視点に立ってみる
～ はじめに～

完成台本



令和 3 年(2021) 3 月制作 7 分 1 5 秒

画面テロップ	音 声 (N = ナレーション)
	認知症の人の視点に立ってみる ～ はじめに ～
1：オープニング	
	N～2025 年には国内で認知症の人は 700 万人。
<p>2025 年 認知症の人は...700 万人</p>	N～高齢者の 5 人に 1 人が、認知症になると言われています
<p>2025 年 65 歳以上高齢者の 5 人に 1 人が認知症</p>	N～今後、診療場面においても認知症の人が増え続けていくことでしょう。
<p>参考「の本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成 2 6 年度)</p>	N～認知症の人や家族を支えていくためにも、早期発見、早期支援が求められており、日ごろから身近で診療している かかりつけ医の役割は、ますます重要になっています。

2：認知症の人の声を聴いてみる	
<p>N～ 先ず、認知症の人の声をお聴きください</p>	
 <p>認知症の人の声 INTERVIEW</p> <p>撮影協力 (一社) 日本認知症ケアワーキンググループ</p>	<p>田尾下久さん(79歳)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●東京都 多摩市 在住妻との二人暮らし ●5年前にアルツハイマー型認知症と診断された ●大手メーカーのエンジニアとして定年まで勤めた <p>Q 認知症になって思うこと</p> <p>「年齢を重ねると、だんだんに(認知症が)進捗してるように感じますものですから。それは、やっぱり女房なんてのは一番分かってると思うんですね。</p> <p>Q 認知症になって思うこと</p> <p>まあ病院も薬局もそうだけど、ちゃんと我々みたいな認知のものに対して、なんとか良くしてやろうというような心がけを持つてると言う人は少ないと思いますね</p> <p>Q かかりつけ医に 望むこと</p> <p>この人のも忘れが激しいのは、どうしたらより良くなるのではないかと、言ってもらえればね</p> <p>認知症の患者がお医者さんに願わくば、だから・・・こういう・・・まあ医者だって そんなに何でもかんでも分かってるわけではないでしょうからね・・・」</p>

 <p>平みきさん(62歳)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●茨城県 石岡市 在住 ●1年前に夫を亡くし 現在は息と二人暮らし ●10年前にレビドー小体型認知症と診断された <p>Q 診断を受けた当時</p>	<p>Q 診断を受けた当時</p> <p>「混乱する中で一人でやって、すごい検査を受けて、やっぱり、あのレビドー小体型ですって言われた時には、なんかやっとなんか解放されたというか……病名がはっきりしたということで、逆にちょっと安心。</p> <p>Q 症状は</p> <p>幻視幻聴とかいうレベルじゃなくて、レム睡眠もあるし、痛みも走るし、自律神経失調症もひどいし、全てを経験、10年できてきたっていうのがあって……</p> <p>Q 日常生活は</p> <p>スーパー行ったり、人とぶつかりそうになるし、音はある、品物はある、色んなザワザワがある、自分の買いたい物はない、やいけない、その中で子供の声は、もう私にとっては音以外の何者でもないんです。</p> <p>Q 【人を診る】ということ</p> <p>私は、人の話を聞ける体制、その人の身をもって、その人の言葉を拾う気持ちがあったら、絶対診られると思います」</p>
--	---

 <p>渡邊康平 さん (78 歳)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●香川県 観音寺市 在住 ●6 年前に血管性認知症と診断された ●現在、病院の認知症カフェで非常勤相談員として勤務 	<p>① 認知症カフェの相談員をしていて</p> <p>「楽しみは、ここへ来るたびに、“あっ、一週間前の人が元気になって来たな”っていうのは、これはもうホント、よかったと思うわ。その人も良くなってくるし、家族も元気になってくる。それだけは、喜ぶというか良かったという気持ちになる。」</p> <p>② 医療従事者全般に置えること</p> <p>認知症のことは、ほとんど知らないな。認知症になったらこうなるっていうことは、皆知っとるけど、どうやったら、その人たちと話し合える、その人たちも良くなってもらえるというふうな勉強はしてないんじゃないかと思えます。認知症の人たちの心の中がどれだけ皆んなが、わかっているのか、考えたことがあるのか、いろんなことを知ってるんだ、偉いんだというじゃないか、その気持ち、心の中の部分をわかって、はじめて認知症のことは、どういのかをわかった…という話に始まるのではないかと…</p>
<p>3：診療場面で起きていること</p>	 <p>診療場面で起きていること</p>

	<p>N～ここで認知症の人の医療現場で実際に起きていることをご紹介します</p> <p>～診察終わって～</p> <p>医師「調子はよさそうですね、おひとり暮らしでなにか困っていることとかありませんか？」</p> <p>幸子「大丈夫ですよ、先生。何でも出来てますから！」</p> <p>娘「なに言ってるの、お母さん！こないだお財布どこかに、やっちゃって困ってたじゃない！」</p> <p>幸子「(不満そうに・・・気まずそうに・・・)」</p> <p>～娘怪訝そうに～</p> <p>娘「通帳や印鑑も『ないない』って、いつもそうでしょ！」</p> <p>医師「(心の声：おかしいなあ、これまで無かったけどなあ・・・)」</p>
	<p>～診察終わって～</p> <p>医師「ところで最近どうですか？なにか変わったことありますか？」</p> <p>幸子「最近、泥棒が入ってるみたいなんです！」</p> <p>医師「ええ！泥棒！？」</p> <p>幸子「アタシのセーターとかパジャマ持っていくんですよ」</p> <p>娘「最近いつもこんなことばかりで、自分でしまったのを忘れてるようなんです。」</p>

	<p>～医師 驚いて娘のほうを見る</p> <p>幸子 「だってアタシの大切なマフラー 無くなったのよ！」</p> <p>娘 「いいえ、ありましたよ！いつもと違うタンスの中に あったでしょ！」</p> <p>幸子 「・・・そうだったかしらー」</p> <p>～医師 up～</p> <p>医師 「（心の声：これ、もの忘れかもしれないなあ）」</p>
<div>診療の場面で</div> <div>何もしなくなった・・・</div> <div>(画面中のサイドスバー)</div>	<p>～診察終わって～</p> <p>医師 「はい、これで診察 終わりますね。」</p> <p>娘 「先生、あのちよっといいですか。 最近、母が何もしくなくなっちゃったんですが？」</p> <p>医師 「何もしない・・・？」</p> <p>娘 「はい。大好きな編み物も、趣味の園芸も 何もやらなくなってます」</p> <p>幸子 「あたし、歳をとって面倒なだけよ」</p> <p>娘 「何もしなくて、ポンヤリと窓の外ばかり 見てるだけで・・・」</p> <p>～医師 視線 娘から本人へ～</p> <p>医師 「ポンヤリ？はあ・・・」</p> <p>～医師 up～</p>

	<p>医師 「（心の声：年齢のせいだけではなさそうだなあ・・・）」</p>
<div>診療の場面で</div> <div>あんなに綺麗好きだったのに・・・</div> <div>(画面中のサイドスバー)</div>	<p>～診察終わって～</p> <p>医師 「どうですか幸子さん 最近変わったこととか ありませんか？」</p> <p>幸子 「何も、ありません」</p> <p>娘 「何もないじゃないでしょ！ 先生、最近 母の部屋が散らかり放題なんです」</p> <p>医師 「お部屋が？」</p> <p>娘 「若い頃から、綺麗好きで、部屋の掃除ばかり してる人だったんですけども・・・」</p> <p>～医師の視線 娘から母へ～</p> <p>医師 「幸子さん どうですか・・・？」</p> <p>幸子 「なんとなく億劫なだけだよ・・・」</p> <p>～医師 up～</p> <p>医師</p> <p>「（心の声：あんなに綺麗好きの人がどうしたんだろう）」</p> <p>【END】</p>

かかりつけ医の役割と連携

～認知症の人と家族への関わり方～

完成台本

令和3年(2021)3月制作 6分25秒




出演者 (サービス担当者会議出席者)

認知症の人	鈴木 幸子 (80歳)
付き添いの娘	由美 (48歳)
かかりつけ医	渡辺 昭雄 (50歳)
ケアマネジャー	山崎しのぶ (45歳)
薬剤師	上条みゆき (30歳)
デイサービスのスタッフ	浜田和良 (35歳)

画面のみ	音 (N = ナレーション)
	<p>かかりつけ医の役割と連携</p> <p>～認知症の人と家族への関わり方～</p>
1：プロローグ	
 <p>鈴木幸子 (80歳)</p> 	<p>N～6年ほど前にご主人を亡くされた鈴木幸子 (ゆきこ) さんは現在、ひとり暮らし。夫婦で隣り町に暮らす娘さんが、時折、見守りに来ています。</p> <p>N～鈴木さんは高血圧のため、かかりつけの渡辺医院に定期的に受診し、内服薬の処方を受けています。</p>
2：かかりつけ医が認知症に気づき診断・社会資源へつなぐ	
 <p>渡辺医院</p>	<p>N～今日は、月一回の受診日。鈴木さんは、かかりつけ医の渡辺先生のもとを訪れました。</p> <p>～医師 血圧 測り終えて～</p> <p>かかりつけ医</p> <p>「血圧も大丈夫ですね。お薬、ちゃんと飲んでいますか？」</p>

 <p>かかりつけ医 渡辺昭雄</p>	<p>幸子 「ハイ！ちゃんと忘れずに飲んでいます！」</p> <p>N～鈴木さんは、かかりつけ医の渡辺先生を 頼りにしています。</p> <p>ちようど一年ほど前、鈴木さんに認知症専門医への受診をすすめ くれたのも、渡辺先生でした</p> <p>診察時の幸子さんに異変を感じる かかりつけ医 (回顧映像)</p> <p>幸子 「先生あのね、娘が最近言うんですよ。お母さん、もの 忘れが多くなったって。あんまり言われるから、私も、 気になっちゃって」</p> <p>かかりつけ医 「お嬢さんがですか・・・、実はちょっと、こないだの 検査で気になるところもあったので、まあ念のためなん ですが、あの専門の先生がいます。もの忘れ外来と言 うんですが、すぐく信頼のおける先生なので、一度診ても らっても良いかもしれないですね」</p> <p>幸子 「(一瞬キョトン!)・・・ハイ判りました！ 先生が信頼する先生でしたら。」</p> <p>かかりつけ医 「まあ、念のためですけどね (笑)」</p>
--	--

<p>～回想シーンから戻る～</p>  <p>専門医からの診断書と検査結果 初期のアルツハイマー型認知症と 診断された</p>  <p>地域包括支援センター 要介護認定【要支援1】</p>	<p>N～専門医の診断の結果、鈴木さんは初期のアルツハイマー型認知 症と診断されました。</p> <p>N～そして渡辺先生から地域包括支援センターへ連絡が行き、 やがて鈴木さんは、要介護認定で「要支援1」となり、 その後はデイサービスなどを利用しながら、 以前と殆ど変わらない暮らしを続けていました・・・</p>
   <p>両親膝関節の打撲と右足関節の捻挫の診断 入院せずに帰宅出来たが・・・</p>	<p>N～ところが、ある日のこと！</p> <p>～鈴木さん宅を訪ねた娘が 玄間でうずくまる母親を発見！～</p> <p>娘 「お母さん！ どうしたの！」</p> <p>N～友達との待ち合わせに遅れそうだと、慌てため玄間で転倒し てしまったのです。</p> <p>N～救急車で搬送された鈴木さんでしたが、 幸い両膝関節の打撲と右足関節の捻挫で、 入院せずに帰宅することができました・・・</p>

 <p>翌日</p>  <p>ケアマネジャー 山崎しのぶ</p>  <p>娘 由美</p>	<p>N～翌日、かかりつけ医の渡辺先生は、このことを 鈴木さんの担当ケアマネジャー山崎さんから電話で知りました。</p> <p>～かかりつけ医とケアマネジャーが電話している～</p> <p>ケアマネジャー</p> <p>「・・・鈴木さんも、ご自宅には戻られたんですが、 娘さんが付きっきりで面倒見ているといった感じな んです」</p> <p>医師</p> <p>「大変ですよね！」</p> <p>ケアマネジャー</p> <p>「先生、恐縮なんですが、サービス担当者会議で今後の 方針を検討したいので、ご出席お願いできますか？」</p> <p>医師</p> <p>「わかりました。いいですよ！大丈夫です！」</p>
--	--

<p>4：サービス担当者会議</p>  <p>【事前準備】への区分変更を見込んだ サービス担当者会議が開かれた</p>  <p>ケアマネジャー山崎しのぶ</p>  <p>かかりつけ医 渡辺 昭雄</p>	<p>～サービス担当者会議 開始前の雑談雰囲気中に 杖をついた本人も娘とケアマネジャーに支えられながらも着席～</p> <p>N～数日後、鈴木さんの自宅で、歩行と服薬が困難な現状のため 「要介護1」への区分変更を見込んだサービス担当者会議が開かれ ました。</p> <p>N～ 今回のサービスの担当者会議は、鈴木さん親娘を囲んで、 ケアマネジャーとかかりつけ医の渡辺先生</p> <p>また薬の飲み忘れが増えていることから、その対策を 依頼した薬剤師、</p> <p>ディサービスの介護スタッフの6名で行われました。</p>  <p>薬剤師 上条みゆき</p>  <p>ディサービススタッフ 浜田和良</p>
---	---

	<p>ケアマネジャー 「今日は、お集まりいただきまして、ありがとうございます。幸子さん、かかりつけ医の渡辺先生も来てくださいましたよ」</p> <p>かかりつけ医 「大変でしたね、痛みは大丈夫ですか？」</p> <p>幸子 「先生、ありがとうございます！」</p> <p>ケアマネジャー 「今回の件で娘さんは、お母さんの安全な暮らしを考えると、そろそろ同居をしたらと、考えてもおられるようですね。」</p>
	<p>娘 「はい。ただ今すぐに同居というよりは、皆さんにサポートしていただきながら、母が望むこれまでの暮らしが、もう少ししばらく続けばいいかなあとも思っているんですけど・・・」</p>
	<p>幸子「私だって、ここで暮らしていきたいよ」</p> <p>～医師、幸子さんとデイのスタッフに向かって～ 医師 「足の痛みはだいぶ良くなっているようですね。ただ筋力が少し低下しています。ひとり暮らしを継続させるためには、一生賢明リハビリ頑張っていたいて、しっかり歩けるようにしましょう！」</p>

	<p>デイサービス介護スタッフ 「簡単なストレッチや体操、リクリエーションなど取り入れて楽しみながやりましょうね！」</p> <p>～薬剤師ワンセットにした薬の見本を見せる～ 薬剤師 「服薬に関しては、朝と夜の薬を一つにまとめた飲みやすいのではないですか」</p> <p>幸子「そうですね」</p>
	<p>Nサービス担当者会議では、認知症の進行に伴う今後の暮らし方も取り上げられ、今までのようなひとり暮らしも、サポートによっては、可能であると判断されました。</p>
<p>ひとり暮らしもサポートによっては可能！</p> <p>5：その後の問診風景</p>  <p>約一ヶ月が過ぎて・・・</p>  <p>渡辺医院</p>	<p>N～1ヶ月が過ぎた頃、定期受診でかかりつけ医のもとを、鈴木さんが娘さんと共に訪れました。</p>

	<p>～血圧 測り終えて～</p> <p>医師 「血圧も 大丈夫ですね！」</p> <p>～かかりつけ医、付き添いの娘のほうを向いて～</p> <p>医師</p> <p>「娘さんからご覧になって、最近のお母様のご様子とか、いかがですか？」</p> <p>娘</p> <p>「担当者会議で皆さんに母が一人で暮らせるようにって、色々と考えていただいたのが良かったと思います。今は、薬の飲み忘れも無くなり、とても楽しそうにダイサービスに通っています！」</p> <p>医師 「そうですか！」</p> <p>～医師 幸子さんのほうを向いて～</p> <p>医師</p> <p>「幸子さん、いま困っていることなどありませんか？」</p> <p>幸子</p> <p>「はい、しっかりご飯も食べてますし、なんでも楽しんでやっていますよ！先生」</p> <p>医師</p> <p>「また何か困ったことがあったら、遠慮なく言ってください！」</p> <p>幸子&娘</p> <p>「はい！ありがとうございます！」</p>
---	---

<p>6：エピソード</p>   	<p>N～かかりつけ医は、認知症の人と家族にとって心強い相談相手であり、人生というマラソンのばんそうこう伴走者でもあります。</p> <p>そのためには多くの職種の方々と連携していくことも、かかりつけ医に求められる大切な役割と言えるのではないのでしょうか！</p> <div data-bbox="655 181 898 611"> <p>監 修 認知症対応力向上研修の研修教材に 用いる調査研究事業 作業部会 深澤隆(院長) 沖田裕子 枝広あや子 山口潔 辻本昌史 企画制作 地域活性化協同組合フロンティア</p> </div> <p>【END】</p>
--	---



鈴木 幸子(80歳)

- 現在独居(アパート) / 元美容師
- 娘夫婦が同町内に暮らす
- 趣味：鑑み物
- 27歳で結婚 6年前に夫が他界
- ADLはほぼ自立・高血圧の持病あり(服薬のみ)

2 改訂教材案の評価

○ かかりつけ医認知症対応力向上研修の研修教材の改訂案について、作業部会座長の所属する地域医師会（八戸市医師会）の5人の認知症サポート医の先生方に下記のシートを用いて評価を頂いた。

○ 内容面、形式面とも「適当」～「不十分」までの5件法の評価について、平均値を示している。概ね高い評価を得ることができたが、形式面 2.1 全体のボリュームについては、3.8 ポイントと若干低い評価となった。

1 教材の内容面（6項目）

5 4 3 2 1
適当 << 普通 >> 不十分
十分 思わない

	㉑ 役割	㉒ 基本 知識	㉓ 診療 実践	㉔ 地域 実践
1.1 「対応力向上」の目的に対して、各編の範囲は適当か（過不足はあるか）	5.0	5.0	4.8	4.6
1.2 かかりつけ医の導入的研修としての各編の内容は十分か（専門的過ぎない）	5.0	5.0	4.8	5.0
1.3 より専門的な学習・生涯教育につながるものとして十分か（意欲向上）	4.8	5.0	5.0	5.0
1.4 日常の診療や活動の実践につながるものとして十分か（実効性）	4.8	4.8	4.8	4.8
1.5 各編の流れ（背景→基本→診療→地域）は適当か	（全体）			5.0
1.6 講義しやすい教材と思うか（講師するとしたら、認知症サポート医など）	（全体）			4.6

2 研修の形式面（4項目）

5 4 3 2 1
適当 << 普通 >> 不十分
十分 思わない

2.1 全体のボリューム（想定研修時間 210 分）は適当か	3.8
2.2 各編の配分は適当か（役割 30 分、基本知識 60 分、診療実践 60 分、地域実践 60 分）	4.4
2.3 講義スライドは分かりやすい・見やすいものとなっているか	4.8
2.4 講義スライドの枚数は適当か	4.2

○ 以下、内容面ならびに形式面での自由意見について掲載する。

【内容面についての意見】

医師 A	全体的なバランス、内容など、特に問題ないと思います。
医師 B	薬物療法の実践分野をもう少しボリュームをもたせて、具体的に説明して頂けると更によかったと感じました。
医師 C	全体的なバランス、内容とも素晴らしいと思います。 DVD にあるのかもしれませんが、介護保険によるサービス利用を予防の段階からかかりつけ医が積極的に進める意義（予防的介入と連携により成果が期待できること）と申請・連携の具体例（地域包括支援センターやケアマネジャーに連絡し情報共有のもと進めるやり方など）が簡単に示されるとなお良いと思います。
医師 D	教材としてとても優れていると思います。しかし、このスライド全てを説明するのは時間的に不可能と思うので、研修で必要最低限の説明・理解が必要なスライドをさらにセレクトして頂けると使用しやすいと思います。 地域・生活における実践編で、いわゆる終末期のケアの項目が少ない。ACP、終末期ケア、リビングウィルなど、実際に行われた症例（導入、プロセス、結果）の具体例があればもっとイメージがつくのではないかと。
医師 E	大幅な改訂が加えられ、内容は多岐に亘り、かつ難解すぎず理解しやすいものになっているという印象を受けました。かかりつけ医のみならず、認知症専門医の立場からみても満足度の高い充実したよいテキストであると思います。

【形式面についての意見】

医師 A	1 枚のスライドでもボリュームがあるものがあるので、配分はよくても、全体として時間が足りるかどうか。全体としてスライドは分かりやすいと思います。
医師 B	210 分で理解するにはボリュームが多いように感じます。
医師 C	形式も分かりやすく講義のスライドとしても使いやすいと思います。講師用に簡単なマニュアルとして、全体および各項目で強調すべきポイントや具体例の挙げ方などが示されるとよりやり易いと思います。
医師 D	内容が濃いので、研修で必要最低限の説明・理解が必要なスライドのセレクトを希望。 基本知識は、自学自習にして、研修会でミニテスト、必要最低限をチェックし、10 分程度に終了し、残り時間を役割・診療実践・地域実践に回してはどうでしょうか。 スライドは大変分かりやすいです。ただし、灰色背景色に白文字は画面で見づらいかもしれないので、スクリーンに投射して要チェックです。
医師 E	動画を用いた解説は、受講者の理解やイメージ形成の促進につながり、より効果的であると思います。動画の再生時間が不明であったためはっきりとは言えませんが、非常に充実したテキスト内容でありますので、研修時間の調整は必要になるかもしれないと思います。

Ⅲ 歯科医師認知症対応力向上研修・薬剤師認知症対応力向上研修 教材に関する対応

1 団体へのヒアリングの実施

- 事業期間後半において、日本歯科医師会・日本薬剤師会に対して、歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修の研修教材の改訂に向けたヒアリングを実施した。

かかりつけ医認知症対応力向上研修の研修改訂作業の進捗について情報共有するとともに、教材改訂にかかる希望・ご意見を中心に情報収集した結果を以下に示す。

1.1 歯科医師認知症対応力向上研修 教材に係る意見（日本歯科医師会）

【全般】

- 「基本知識編」、「かかりつけ歯科医の役割編」、「連携・制度編」のいずれにおいても、「病院勤務の医療従事者向け」、「病院勤務以外の看護師等」「かかりつけ医」と重複するものは合わせる。
- 最新の知見、直近のデータに差し替えるべきものは差し替える。
- 基本的な知識は事前研修とし、研修会当日はもう少しコンパクトにしたり、多職種による講演等を盛り込む。
- 可能な限り簡素化を図る。
- e-ラーニングの導入を視野に入れる。

【基本知識編】

- 《基本 30》「認知症治療薬の特徴」に加え、薬剤の副作用と歯科治療時の対処の解説を追加する。

【かかりつけ歯科医の役割編】

- 《役割 1》「かかりつけ歯科医（歯科医療機関）の役割」の一つ目の「●」に「認知症を理解し徴候などに気づくことができる」とあるが、「徴候」について具体的に列挙する。
- 《役割 2》「歯科の特殊性」に①～⑥が掲げられているが、食支援の視点を追加する。
- 《役割 4》「認知症の進行過程に応じた歯科におけるケア視点」に、具体的事例を増やす。
- 《役割 6》「かかりつけ歯科医に求められる認知症の人への対応（まとめ）」の解説に、「新オレンジプラン」の内容の記載となっているが、表現を修正する。
- 《役割 8》「歯科診療において注意すべき気づきのポイント」に、別紙の「認知症対応力向上研修に関する主な課題、困りごと」の「困りごと」を参照し、追加する（必要に応じて2枚に分けても可）。

【連携・制度編】

- 疑いや相談で、どこにつなげば良いのかを具体的に示す。また、分かりやすくフローも添える。

(日本歯科医師会からの提供資料)

認知症対応力向上研修に関する主な課題(令和元年度までの受講者アンケート結果より)

□研修への導入が望まれる主な項目

- ユマニチュードケア
- 実際の臨床であった様々な事例と具体的・実践的な対応
- 認知症患者(疑いを含む)の様態に応じた、患者・家族への具体的な対応
- 地域における多職種連携の在り方と実際の連携
- トラブルの事例とその対処法
- 中等度から重度の患者への具体的な対応
- 認知症患者への具体的な口腔ケア・摂食等のポイント
- 認知症患者と日々接している者の体験談
- 食事支援、摂食嚥下障害、薬剤性の紹介
- 歯科訪問診療への対応
- 認知症の種類に応じた対応
- 認知症関連施設における対応の状況

□研修の在り方に関する主な項目

- 歯科衛生士、受付等のスタッフ向けの対応研修の実施
- 上級編(スキルアップ研修)の導入
- DVDの配布または販売・貸出し
- 定期的な実施(複数回の実施)
- サテライト研修、事例報告会・事例検討会の実施

【参考】平成30年度診療報酬改定において、「か強診」の施設基準に、選択要件の一つとして「**認知症対応力向上研修等、認知症に関する研修の受講**」が新設

認知症患者に関する主な困りごと(令和元年度までの受講者アンケート結果より)

□治療に関する困りごと

- お薬手帳を持参せず、服薬状況の把握が困難
- 前回説明事項を覚えていない
- 治療方針・内容・費用への理解が得られにくい
- 無断キャンセル・予約調整
- 口を開けてもらえない
- 治療拒否による中断(継続した治療が困難)
- コミュニケーションが困難(主訴が不明確、説明と同意が困難、意思の疎通が図れない)
- 義歯の誤飲・紛失(保管・管理)・新旧の間違い
- 歯科訪問診療への移行/歯科訪問診療における対応
- 食事の嚥下評価や盗食への対応
- 認知症と診断されていないが、疑われる場合の対応
- 認知症だと自覚していない患者とその家族への対応

□患者・家族に関する困りごと(治療を除く)

- 他の患者への影響(暴力や暴言、靴の履き違いなどのトラブル)
- 保険証の提示・返却を忘れる、保険証の紛失
- 会計時のトラブルや、貴重品の紛失等の記憶違いへの対応
- 家族の理解・家族との連携(認知症の疑いのある患者の場合を含む)
- 独居の場合、連絡がつかない(家族の連絡先の把握が困難で伝達や相談等ができない)
- 付き添いがいない場合の来院時、帰宅時の交通安全

□体制等に関する困りごと

- 相談・紹介できる医療機関、介護専門職、窓口(行政)等との連携・情報共有
- スタッフを含めた院内体制の整備(バリアフリー化、人材育成、人員確保など)

1.2 薬剤師認知症対応力向上研修 教材に係る意見（日本薬剤師会）

2021 年度事業に盛り込みたいこと

【制度について】

○制度は変わってきているので、即してほしい。

【予防情報】

○認知症の治療に関しては治療の継続、これから増えてくる予防の概念を入れていくべき。

○薬局窓口で地域住民はなったらどうしよう、の相談が多い。正しい情報を来客者に伝える視点、知識（運動など）。

【意思決定支援】

○意思決定支援の仕組みを知ることは大事、知識として理解必要、深いレベルは不要、どうつながかが重要。

○初期集中、ケアパス等の延長である。

○制度等取り巻く中で、患者さんにとって知識として知っておく。

○ACP との概念の相違等。

【家族からの相談】

○それをどうつながぐのか。知識として持ち、包括に連絡するなど、具体的につなぐ。

【映像】

○知識は本にもある、実際にどう接しているのか、接し方の具体を知りたい（もう一步踏み込んだ形で）。

○予防の件、つなぎの件。

○家族からの相談対応の具体的な映像があるとよい。

（病院に連れて行った方がよいのか／物忘れ外来は 3～6 か月待たされる／薬剤師が紹介する、受診してわかりにくいことを薬剤師、情報提供で返してくれる／病院、薬局の引き出しの違い）

【薬局】

○地域社会との連携。

【講義の運営について】

○資料は、認知症予防学会でよいものがあれば提供。

（e-ラーニング：国立長寿で作成した健康サポート薬局研修、認知症の教材を見直している）

2 本年度事業内での対応

- 日本歯科医師会、日本薬剤師会からのご意見を踏まえて、本年度事業内において歯科医師認知症対応力向上研修、薬剤師認知症対応力向上研修の研修教材の修正等の対応を検討したが、

- ①両研修教材にかかる小委員会を設置していないこと
- ②前後のスライドとのつながりや流れがある中で、かかりつけ医認知症対応力向上研修の改訂講義スライドを単純に置き換えることが難しいこと

等の理由から、両研修教材本編についての修正作業は行わないこととした。

- 代替として、かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂版において、新規追加ないし修正された講義スライドのうち、歯科医師認知症対応力向上研修・薬剤師認知症対応力向上研修に共通する施策等に関連するもの、また、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師の連携にかかるものなど、両研修において追加活用しやすいスライドを「追補版」として整理して提供することとした。

- 「追補版」講義スライドは、事業主体のホームページから閲覧・ダウンロード可能なものとし、歯科医師認知症対応力向上研修や薬剤師認知症対応力向上研修において適宜利用できるように対応した。
追補版講義スライドを次ページ以降に掲載する。

歯科医師・薬剤師 認知症対応力向上研修

令和2年度 追補版

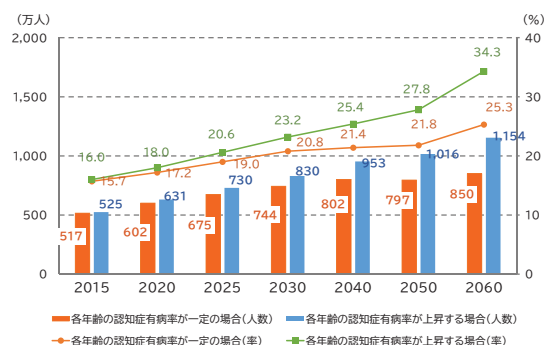
- ◇かかりつけ医認知症対応力向上研修教材の令和2年度の改訂で新規追加・修正された講義スライドの一部を抜粋
- ◇現行教材に適宜追加してご利用ください

令和2年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)
認知症対応力向上研修の研修教材に関する調査研究事業 編

1

認知症高齢者数の推移

〔歯・薬 追補 1〕



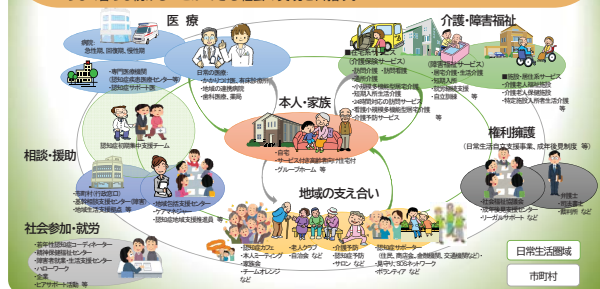
「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

2

認知症施策の推進について

〔歯・薬 追補 2〕

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人(65歳以上高齢者の約5人に1人)となる見込み。
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともにによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。
- 2025年に向け、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。



3

認知症施策推進大綱の概要

〔歯・薬 追補 3〕

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ▶ 早期発見・早期対応、医療体制の整備
 - ▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進
- ④ 認知症・バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点を重視

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

4

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

〔歯・薬 追補 4〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症の人の視点を施策の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

5

本人にとってのよりよい暮らしガイド

〔歯・薬 追補 5〕

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」

～一足先に認知症になった私たちからあなたへ～

- 診断直後に認知症の本人が手にし、次の一歩を踏出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイド



<主な内容>

1. 一日も早く、スタートを切ろう
2. これからのよりよい日々のためにイメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と出会う
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって大切なことをつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にいる
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)

平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

6

認知症とともに生きる希望宣言

〔歯・薬 追補 6〕

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちに

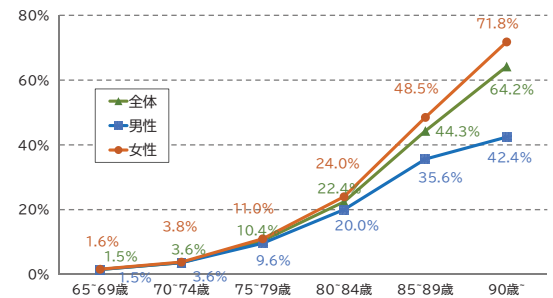
- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

日本認知症本人・キンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

7

年齢階級別の認知症の有病率

〔歯・薬 追補 7〕



※ 2012年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成24年度総合研究報告書による。2018年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(研究代表者二宮教授)」において開始時に匿名調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中島町のデータ解析の当初の結果である。

8

認知症の診断 (ICD-11)

〔歯・薬 追補 8〕

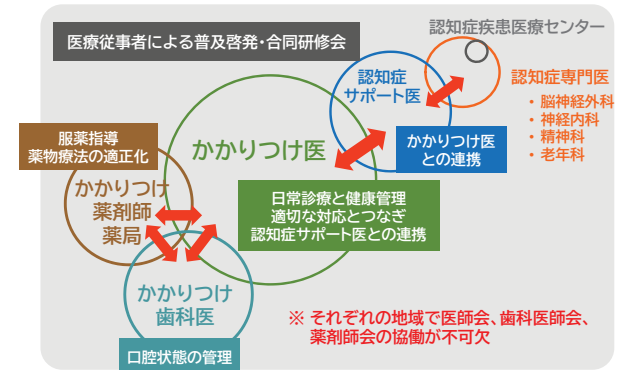
- A 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。
- C 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

9

認知症医療連携のイメージ

〔歯・薬 追補 9〕



認知症サポート医研修会資料を一部改変

10

医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義

〔歯・薬 追補 10〕

かかりつけ医

- ・生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる。
- ・BPSDに関連する要因についての情報が得られる。
- ・服薬状況の確認ができる。
- ・治療に関する本人・家族の満足度がより上がる。
- ・具体的に薬剤の副作用の説明ができる。

かかりつけ歯科医

- ・口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる。
- ・歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上する。

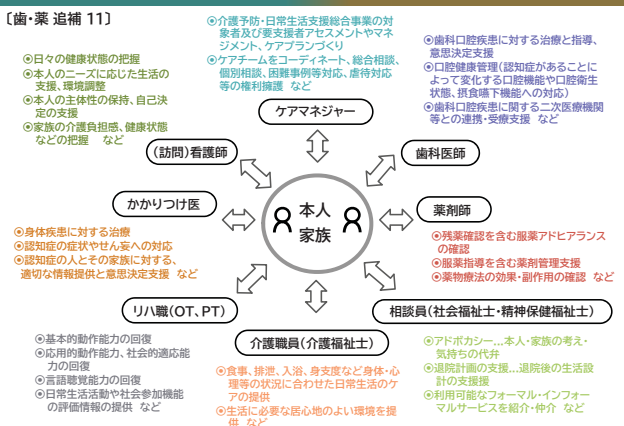
かかりつけ薬局・薬剤師

- ・服薬遵守の意義について共有することができる。
- ・薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができる。

11

地域の多職種の役割

〔歯・薬 追補 11〕

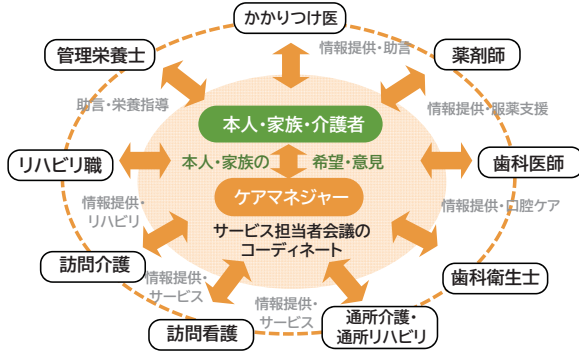


12

ケアマネジャーと多職種の連携

〔歯・薬 追補 12〕

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



13

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

〔歯・薬 追補 13〕

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

- 認知症の人ための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

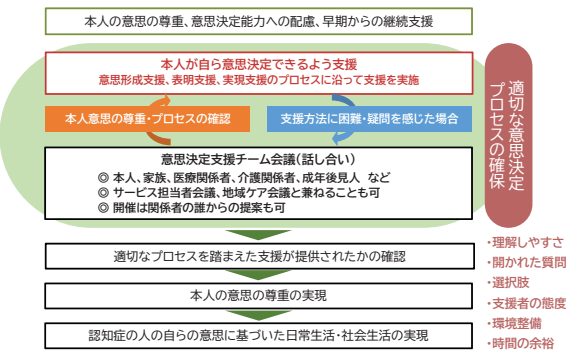
認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 組込型研修の視座

14

生活支援としての意思決定支援

〔歯・薬 追補 14〕

〔認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6)より〕



15

若年性認知症の特徴と現状

〔歯・薬 追補 15〕

○ 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計(前回調査(H21.3)3.78万人)※

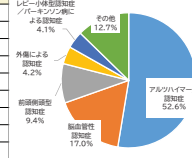
○ 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、50.9人(前回調査(H21.3)47.6人)

※前回調査と比較して、有病率は若干の増加が見られているが、有病者数は若干減少。有病者数が減少している理由は、当該年代の人口が減少しているため。

〔表〕年齢別若年性認知症者有病率(推計)

年齢	人口10万人当たり 有病率(人)		
	男	女	総数
18~29	4.8	1.9	3.4
30~34	5.7	1.5	3.7
35~39	7.3	3.7	5.5
40~44	10.9	5.7	8.3
45~49	17.4	17.3	17.4
50~54	51.3	35.0	43.2
55~59	123.9	97.0	110.3
60~64	325.3	226.3	274.9
18~64			50.9

〔図〕若年性認知症(調査時65歳未満)の基礎疾患の内訳



主な調査結果

- ▷ 最初に気づいた症状は「もの忘れが最も多く(66.6%)」、「職場や家事などでのミス(38.8%)」、「怒りっぽくなった(23.2%)」がこれに続いた。
- ▷ 若年性認知症の人の約6割が発症時点で就業していたが、そのうち、約7割が退職していた。
- ▷ 調査時65歳未満若年性認知症の人の約3割が介護保険を申請しておらず、主な理由は「必要を感じない(39.2%)」、「利用したいサービスがない(19.4%)」、「家族がいるから大丈夫(12.2%)」であった。
- ▷ 調査時65歳未満若年性認知症の人の世帯では約6割が収入が減ったと感じており、主な収入源は、約4割が障害年金等、約1割が生活保護であった。

調査対象及び方法

全国12地域(札幌市、秋田県、山形県、福島県、群馬県、茨城県、東京都4区、山梨県、新潟県、名古屋市、大阪4市、愛媛県)の医療機関・事業所・施設等を対象に、若年性認知症利用者の有無に関する質問紙調査を実施(一次調査)。利用がある場合には、担当者・本人・家族を対象に質問紙調査を実施(二次調査)。二次調査に回答した本人・家族のうち、同意が得られた者を対象に面接調査を実施(三次調査)。

出典：日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多面的データ共有システムの開発(令和2年3月)」

16

IV 改訂教材説明にかかる情報提供

- 研修テキスト（講義スライド・解説）および動画教材の改訂作業が終了した段階で、研修の実施主体である都道府県・指定都市の担当者および講師となる認知症サポート医等向けの改訂教材説明の情報提供を行うため、作業部会委員による教材説明を収録の上、DVD として配布した。

※当初、教材説明会の開催を計画していたが、コロナ禍の状況に鑑み、DVD 収録・配布の方法とした。

- 教材説明 DVD 収録の主な内容は以下の通りである。

1 実施時期 2021 年 3 月 21 日（日） 14:30～（17:00 予定）

2 形式 会議室での収録形式 （於：航空会館）

3 所要時間 概ね 70 分 見込み

※教材説明は 実際のカリキュラムでの所要時間の半分を目安

4 内容案

	所要時間	担当講師等	備考
1 教材改訂の趣旨説明	10 分	深澤座長	
2 教材説明			
かかりつけ医の役割編	5 分	深澤座長	（動画別）
基本知識編	15 分	深澤座長	
診断における実践編	15 分	山口委員	
地域・生活における実践編	20 分	山口委員・枝広委員	（動画別）

- 「教材改訂の趣旨説明」パートで使用するスライドは次ページ以降の通り、教材説明パートでは、実際の研修教材を用いて、講義のポイントを中心とした説明を収録した。

教材改訂の趣旨について ～背景とコンセプト(作業部会)～

一般社団法人八戸市医師会 理事
医療法人青仁会青南病院 病院長
(作業部会座長) 深澤 隆

認知症施策推進大綱の概要

【概要 1】

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪としを推進

具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
▶▶早期発見・早期対応、医療体制の整備
▶▶医療従事者等の認知症対応力向上の促進
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点の重視

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

各認知症対応力向上研修の実施と見直し

【概要 2】

【認知症施策推進大綱より抜粋】

- 認知症の早期発見・早期対応、医療の提供等のための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、**かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等**に対する**認知症対応力向上研修**、**かかりつけ医**を適切に支援する**認知症サポート医養成のための研修**を実施する。
- 身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用し、**一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修**の受講を進める。
- **認知症対応力向上研修**においては、医学の進歩や医療・介護提供体制の変化に対応するため**適宜、必要な見直しを行う**。

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

認知症対応力向上研修

【概要 3】

	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護士等
開始年度	平成18年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	令和3年度
研修形態	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修で実施	都道府県単位の集合研修または病院ごとの実施	都道府県単位の集合研修で実施
受講対象	医師(かかりつけ医)	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	病院勤務以外の看護士等
カリキュラム	講義 210分 ①かかりつけ医の役割(30) ②診断と治療(90) ③ケアと連携(90)	講義 210分 ①基本知識(30) ②かかりつけ歯科医の役割(90) ③連携と制度(90)	講義210分 ①基本知識(30) ②対応力(薬学的管理/気づき・連携)(90) ③制度等(90)	講義 90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	講義 100分 ①知識(20) ②実践(70) ③連携等(10)
教材	スライド 118 動画 6編	スライド 112 動画 3編	スライド 91 動画 1編	スライド 58 動画 3編	スライド 約70 動画 2編
実績値 (30年度末)	63,020人	12,465人	24,226人	147,456人	
KPI目標	90,000人	40,000人	60,000人	300,000人	

R2年度改訂

次期改訂への反映

H29年度改訂

R2年度新規作成

認知症対応力向上研修の目的

【概要 4】

- ① 認知症の人や家族を支えるための**かかりつけ医の役割**を理解する。
- ② 認知症の**本人の視点を重視したアプローチ**について理解する。
- ③ 認知症の**早期発見・早期対応の重要性**を理解する。
- ④ 認知症の**診断・治療の基本とケアの原則**を理解する。
- ⑤ 認知症の**人と家族への支援の現状と制度**を理解する。
- ⑥ 認知症の人や家族を支えるための**医療機関、介護事業者、地域が連携した生活支援の重要性**を理解する。

かかりつけ医に期待される役割 ～認知症医療の特徴と望まれる対応～

【概要 5】

- ◎ 認知症に対する誤解と偏見が根強い
➡ 地域や医療現場での啓発や気づき
 - ◎ 早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある
➡ 医師の専門性を活かした医療連携
 - ◎ 増加する患者に対し専門医療機関が少ない
➡ かかりつけ医での治療と医療連携
 - ◎ 医療のみでの対応は限界がある
➡ 歯科医師、薬剤師、介護、行政、地域との連携
- ➡
- 認知症の早期発見・早期対応の重要性の理解
 - 認知症の診断、治療・ケア、連携に関する知識の習得
 - 認知症の人と家族を支える知識と方法の理解と実践

〔概要 6〕

編	所要時間	講義スライド	動画教材
かかりつけ医の役割	30分	23枚（新規14）	① 認知症の人の視点にたっている
基本知識	60分	45枚（新規22）	② 認知症初期の発見のポイント
			③ 認知症と間違えやすい症状
診療における実践	60分	41枚（新規22）	④ 認知症の問診とアセスメント
			⑤ 認知症の治療とケア
地域・生活における実践	60分	57枚（新規19）	⑥ かかりつけ医の役割と連携

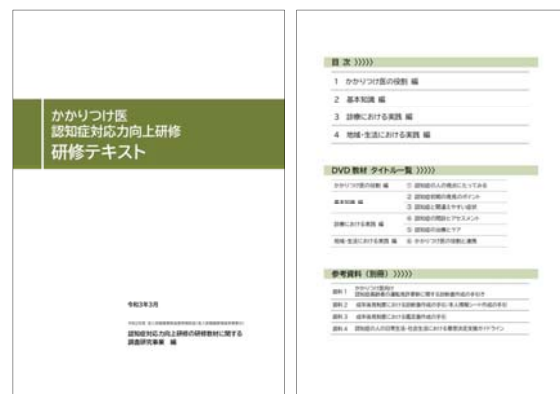
〔概要 7〕

改訂版

編	所要時間	講義スライド
かかりつけ医の役割	30分	23枚 (新規14)
診断・治療	90分	45枚 (新規22)
連携・制度	90分	41枚 (新規22)
計210分 スライド107枚		57枚 (新規19)

現行の標準カリキュラム		令和2年度 改訂版	
かかりつけ医の役割 (30分)	<p>ねらい① 認知症の個人や家族を支えるために、かかりつけ医ができることを理解</p> <p>到達目標① 認知症に関することについて、受け入れる② 専門機関を含めた医療提供を総合的に理解(認知症診療の管理を含む)</p>	かかりつけ医の役割 (30分)	<p>ねらい① 認知症の個人や家族を支えるために、かかりつけ医ができることを理解する</p> <p>到達目標① 認知症診療推進事業などの施策の目的を踏まえ、かかりつけ医の役割を理解する② 認知症の人の人生観点を重視したアプローチの重要性を理解する③ 早期診断・早期対応の意義、重要性を理解する</p>
診断と治療 (60分)	<p>ねらい① 認知症診断・治療の原則を理解</p> <p>到達目標① 初期診断が日常生活への行動の変化を説明② 認知症の診断の方法と手順を理解③ 認知症の家族の役割、生活行動・心理状態(BPSD)に対する対応の重要性を理解④ 治療開始にあたっては、本人・家族への対応・支援のポイントを理解</p>	基本知識 (60分)	<p>ねらい① 認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する</p> <p>到達目標① 認知症の主な原因疾患を患っている症状や経過などを理解する② 認知症の診断基準及び診断の原則を理解する③ 認知症の診断の手続きおよび鑑別すべき疾患について理解する</p>
		診療における実践 (60分)	<p>ねらい① 認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を理解するための学習をマネジメントする</p> <p>到達目標① 認知症の問診・アセスメントのポイントを理解する② 認知症の治療の原則、具体的な対応について理解する③ 行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を理解する④ 治療の個人・家族への対応および実践上のポイントを理解する</p>
	ねらい① 認知症の個人を支えるための医療・介護、地域が連携した生活支援の重要性を理解		ねらい① 認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基盤、活用できる医療・介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する
資源と情報 (90分)	<p>到達目標① 認知症の人の地域での連携体制を支える仕組みとかかりつけ医の役割について理解② 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明③ 成年後見制度、高齢者虐待防止法等の権利保護の仕組みの概要を理解</p>	地域・生活における実践 (60分)	<p>到達目標① かかりつけ医による認知症への対応を理解する② 認知症である人が介護保険等の施策の活用を促すために必要なかかりつけ医の役割を理解する③ 多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医の役割を理解する</p>

〔概要 9〕



〔概要 10〕

主な内容	主なスライドタイトル
施策全体	認知症施策の推進について／認知症対応力向上研修 など
かかりつけ医機能	かかりつけ医と高齢者医療・介護の関わり／認知症対応におけるかかりつけ医の役割／早期発見・早期対応の意義 など
本人視点	認知症の本人の視点を重視したアプローチ／本人にとってのよりよい暮らしガイド／本人の視点を重視した施策の展開 など
診断後支援	かかりつけ医の社会的機能の重要性／診断後の介入とサポートのあり方／診断後の早い段階からの支援 など

[概要 11]

主な内容	主なスライドタイトル
認知症の概念	認知症の概念／年齢階級別の認知症の有病率／認知症の診断 など
診断基準	アルツハイマー型認知症の診断 (ICD-11)／アルツハイマー型認知症の 早期発見のポイント、レビー小体型認知症の臨床症状 など
認知症の診断	認知症診断のフローチャート、認知症と鑑別すべき状態や疾患／ 軽度認知障害 など
せん妄/うつ病	せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態／うつと認知症に伴う アパシーの差異 など
可逆性の認知症	治療により改善が見込める認知症／各疾患の診断や鑑別に必要な検査

【概要 12】

診療における実践 編

ねらい：認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する

主な内容	主なスライドタイトル
マネジメント	認知症のマネジメント(トータルケア)/認知症の非薬物的介入/認知症の薬物療法のフローチャート など
薬物療法(AD)	認知症治療薬の薬理学的な差異/病気別の治療薬選択のアルゴリズム/臨床症状の経過と薬物療法の効果 など
BPSDへの対応	BPSDの4つの要因/BPSDの悪化の要因と対応/BPSDの薬物療法/開始前後のチェックポイント など
本人への対応	アルツハイマー型認知症の対応/レビー小体型認知症の対応 など
家族への対応	認知症の人と介護者の間に起こる悪循環/認知症の人の家族の心理的な変化 など

【概要 13】

地域・生活における実践 編

ねらい：認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基本、活用できる医療・介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する

主な内容	主なスライドタイトル
認知症ケア	かかりつけ医による認知症診療の要点/認知症の人のケアとコミュニケーション/認知症の介護者への注意点やアドバイス など
医療連携	地域における認知症医療連携/専門医がかかりつけ医に望むこと/医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義 など
多職種連携	多職種連携と情報共有/地域の多職種の役割/ケアマネジャーと多職種の連携/地域包括支援センターとの連携 など
意思決定支援	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン/生活支援としての意思決定支援 など

動画教材について(DVD教材の改訂)

【概要14】

現行版

編	タイトル
役割	#1 かかりつけ医の役割
診断・治療	#2 認知症初期の発見のポイント
	#3 認知症の問診とアセスメント
	#4 認知症と間違えやすい症状
	#5 認知症の治療とケア
連携・制度	#6 連携の意義と実際



改訂案

編	タイトル
役割	#1 認知症の人の視点に立ってみる *よくある場面 *認知症の本人の声 (全面改訂)
基本知識・診療実践	#2 初期の発見のポイント
	#3 問診とアセスメント
	#4 間違えやすい症状
	#5 治療とケア (現行版のナレーション・テロップ等の修正と再編集)
地域実践	#6 かかりつけ医の役割と連携 ～ 認知症の人と家族への関わり方 ～ (全面改訂)

切れ目のない支援に向けて

～本研修受講後に求められるかかりつけ医の姿勢～

【概要15】

- かかりつけ医は、認知症の人や家族の伴走者として支援していく姿勢が重要である。
- かかりつけ医には、認知症の人や家族の視点を重視した切れ目のない継続的な医療の提供と適切な連携が求められている。
- かかりつけ医には、地域の多職種連携のリーダーとしての役割が期待されている。
- 本研修受講後もそれぞれの地域での多職種合同研修、認知症サポート医との合同研修、フォローアップ研修などへの継続的な参加や地域での活動が望まれる。

V 考察

1 研修実施について

1.1 改訂教材の確実な実施・展開について

- 本事業において、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の教材の大幅な改訂を実施した。これまでの統計等の情報更新や新しい施策にかかる情報追加にとどまらず、受講対象となる地域のかかりつけ医の環境変化等に立ち返り、カリキュラム構成から検討・再編の上、講義スライドは約 1.5 倍に増え、新規作成が約半数となっている。
- 報告書本編でも触れているが、標準的カリキュラムの研修所要時間が変わらない中であっては、講師等による検討によって、講義スライドの濃淡付け、取捨選択などが必要になることもあると思われる。そのため、改訂教材の詳細な補足および、改訂作業の経緯や趣旨などについても、研修実施主体である都道府県・指定都市の担当者ならびに講師を担当頂く認知症サポート医等に対して説明の機会を設けることを当初計画から予定していた。
- もっとも、本年度のコロナ禍の状況という特殊事情により、集合形態にて上記の講習会（説明会）を実施することは難しく、事業の終盤において一定の改訂作業が終了した段階で、教材説明講習会に代わる「教材説明 DVD」を収録することとした。（成果物となる動画教材 DVD に併せて格納している）
- 動画視聴の利便性を考慮して、合計 210 分のカリキュラムに加え、改訂作業の概要を併せて 60 分程度に短縮した素材としたため、ポイントを絞った内容となっているが、都道府県・指定都市の担当者ならびに講師を担当頂く認知症サポート医等に広く視聴して頂き、改訂教材の実施ご検討に役立てて頂きたいと考える。
- なお、講師等への継続的なフォローアップについては、次期事業等においても実施していくことが望まれる。

1.2 認知症対応力向上研修未受講者への展開

- 前述の通り、改訂教材は大幅な見直しとなったため、かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施における課題とされていた、「新規受講者の拡大につなげにくい」、「新しい情報を追加する講師等の負担が大きい」などには一定程度対応できるものとする。
- 一方で、研修のコンセプトそのものは不変であるとしても、研修内容が充実したことにより、既修了者の再受講が多くなるものと予測され、「認知症対応力向上研修」のひとつの目的である、認知症およびその対応に関して“すそ野を広げる”（認知症に関心を持って取り組みをスタートして頂くかかりつけ医を増やす）ことに必ずしもつながらないことも懸念される。

- もちろん、既修了者の受講を妨げるものではないが、研修実施の企画立案においては、“すそ野を広げ”地域における認知症対応力の底上げ、認知症対応の中核を担うかかりつけ医を増やす点にも着目して展開されることが期待される。

1.3 オンライン実施等への対応

- 本年度の教材改訂においては、「地域において従来通り集合研修により実施される」ことを前提に、研修テキスト（講義スライド・解説）、動画教材の見直しを進めたところである。
- もっとも、前述の教材説明にかかる講習会を DVD 収録とした背景の通り、都道府県・指定都市における研修実施についても、集合研修における工夫（少人数規模での実施、複数回開催など）に加え、オンライン形式による実施など様々な取り組みが行われている・検討されていると推察される。
- 本年度は、教材の内容的改訂を中心としたため、実施方法にかかる具体的な検討、また、それに対応する教材形態のラインナップ等には至らなかったが、今後は、オンライン形式の研修実施に向けた対応教材の開発についても検討しなければならないと考える。
- また、認知症施策推進大綱における K P I ／目標との関係を含め、当該研修にかかる進捗把握、修了者の地域における活動支援（修了者の把握）などについても、併せて検討することが重要と考える。

2 改訂教材の継続的なフォローアップについて

2.1 教材の評価と継続的な修正等の対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材改訂にあたり、事業後半において作業部会委員が所属する地域医師会等の協力を得て、改訂教材を用いたモデル研修の実施を計画しており、その際に改訂教材にかかる講師および受講者からの評価を得ることを予定していたところである。もっとも、本年度のコロナ禍の事情によりモデル研修の実施が困難となり、5 人の認知症サポート医による個別の改訂教材の評価を頂くにとどまった。
- 大幅な教材改訂となった点を踏まえれば、より多くの目に触れ、評価を得、修正改善を図ることを継続的に実施していくことが必要なことは言うまでもない。次年度からの研修実施による地域の講師の先生方、受講者のかかりつけ医の先生方からの意見や評価を収集し、次期事業において継続的にフォローアップしていくことが望まれる。

2.2 歯科医師・薬剤師等の他の認知症対応力向上研修への反映

- 本年度は、様々な理由から優先的に「かかりつけ医」認知症対応力向上研修の教材改訂を行った点、前述の通りであるが、日本歯科医師会・日本薬剤師会からのヒアリングにおいても、教材作成から一定期間が経過している、「歯科医師」認知症対応力向上研修および「薬剤師」認知症対応力向上研修のカリキュラムおよび教材に関して同様の課題がある点分かった。
- 両研修については、本年度、追補版の提供という形で、前倒しで新しい講義スライドを提供することとしたところであるが、認知症対応力向上研修の基軸となる「かかりつけ医」研修の教材が改訂されたことを受けて、研修修了者による地域連携、つまり、共通理解・共通認識による協働が期待される中で、カリキュラムおよび教材の同程度の検討・改訂作業を行う対応が望まれる。

3 認知症対応力向上研修全般について

研修のアウトカム評価の必要性

- 認知症対応力向上研修全体にかかる課題として、研修のアウトカム評価が挙げられる。認知症対応力向上研修の進捗把握としては、これまで研修修了者数をベースに行われてきたが、地域の認知症対応の人材・拠点のすそ野を広げること（点から面へ）については、新オレンジプランにおける目標達成等をみても一定程度の成果がみられる。
- もっとも、本年度のかかりつけ医認知症対応力向上研修教材の改訂の背景にもあるように、認知症に関する社会の変化、情報の充実等に鑑みれば、認知症対応力向上研修の実施・推進による効果測定、いわゆるアウトカム評価について、研修実施主体である都道府県・指定都市等による活用が可能となるような指標を検討することが必要である。
- 研修のアウトカム評価は、様々な先行研究や指標があるが、認知症対応力向上研修の施策上の位置付け、他の施策との関係も考慮しながら、「受講者がどう変わったか」、「事業所・拠点がどう変わったか」、「地域がどう変わったか」、そして何より「患者・利用者がどう変わったか」等の実態調査を行い、実態に即したアウトカム評価の検討が行われることが期待される。

かかりつけ医の役割 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ医ができることを理解する

到達目標：

- 認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえ、
かかりつけ医の役割を理解する
- 認知症の人の本人視点を重視したアプローチ
の重要性を理解する
- 早期診断・早期対応の意義・重要性を理解する

認知症対応力向上研修の目的

〔役割 1〕

1. 認知症の人や家族を支えるためのかかりつけ医の
役割を理解する。
2. 認知症の本人の視点を重視したアプローチについて
理解する。
3. 認知症の早期発見・早期対応の重要性を理解する。
4. 認知症の診断・治療の基本とケアの原則を理解する。
5. 認知症の人と家族への支援の現状と制度を理解す
る。
6. 認知症の人や家族を支えるための医療機関、介護事
業者、地域が連携した生活支援の重要性を理解する。

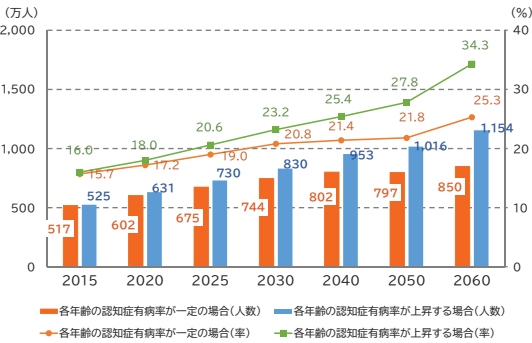
〔役割 2〕

〔動画 ①〕

認知症の人の視点に立ってみる

認知症高齢者数の推移

〔役割 3〕

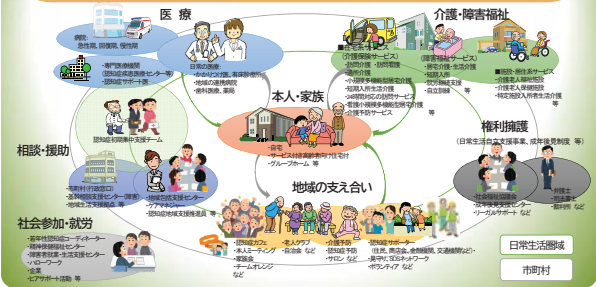


「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

認知症施策の推進について

〔役割 4〕

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人（65歳以上高齢者の約5人に1人）となる見込み。
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。
- 2025年に向け、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。



認知症施策推進大綱の概要

〔役割 5〕

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

具体的な施策の5つの柱

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
 - ▶▶ 早期発見・早期対応、医療体制の整備
 - ▶▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点の重視

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

認知症対応力向上研修

〔役割 6〕

	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	看護職員
開始年度	平成18年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	平成28年度
受講対象	医師 (かかりつけ医)	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	指導的役割の看護職員
標準的カリキュラム※	講義 210分 ①役割・姿勢(30) ②基本知識(60) ③診療における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	講義 210分 ①基本知識(30) ②かかりつけ歯科医の役割(90) ③連携と制度(90)	講義 210分 ①基本知識(30) ②対応力(90) (家学的管理/気づき・連携) ③制度等(90)	講義 90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	講義 1,080分 ①基本知識(180) ②対応力向上 講義(330) 演習(150) ③マネジメント 講義(180) 演習(240)
	演習(任意) 動画教材あり (令和1年度～)			演習(任意) スライド教材あり	演習(必修) (上記に含まれる)

※ 標準的カリキュラムは 令和3年度現在

※「病院勤務以外の医療従事者向け認知症対応力向上研修」が令和3年度よりスタート

かかりつけ医の定義と機能

〔役割 7〕

かかりつけ医の定義

『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師』

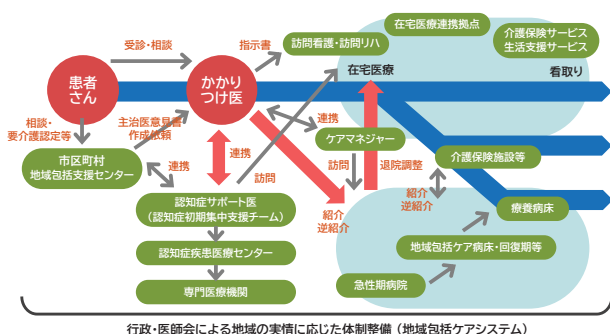
かかりつけ医機能

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

日本医師会かかりつけ医機能研修制度概要より引用

かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり

〔役割 8〕



第5回全国在宅医療会議WG資料(平成29年12月8日)及び日本医師会より引用

認知症対応におけるかかりつけ医の役割

〔役割 9〕

- 早期段階での発見・気づき役になる
- 認知症に対する相談や心配に適切な対応をする
- 日常的な身体疾患への対応、健康管理を行う
- 家族の介護負担、不安への理解を示し、共感的な精神的支えとなる
- 専門医との連携構築を行い、チームアプローチのコーディネーターとなる
- 適切に専門医療機関への受診誘導を行う（医療連携）
- 地域の認知症介護サービス諸機関や多職種との協働・連携を行う

公益社団法人日本医師会「かかりつけ医のための認知症マニュアル 第2版」令和2年4月7日発行

早期発見・早期対応の意義

〔役割 10〕

- 認知症を呈する疾患のうち**可逆性**の疾患は、治療を確実にすることが可能
- 進行性の認知症であっても、より早期からの適切な薬物療法により**進行抑制**や**症状緩和**が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の**暮らしに備える**ために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する**情報を早期から入手可能**となる
- 病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により**日常生活の質の維持向上**や**家族の介護負担の軽減**ができる

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

〔役割 11〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症の人の視点を施策の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

本人にとってのよりよい暮らしガイド

【役割 12】

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」 ～一足先に認知症になった私たちからあなたへ～

- 診断直後に認知症の本人が手にし、次の一歩を踏出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイド



<主な内容>

1. 一日も早く、スタートを切る
2. これからのよりよい日々のために
 - イメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と出会う
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にある
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)

平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

認知症とともに生きる希望宣言

【役割 13】

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちに

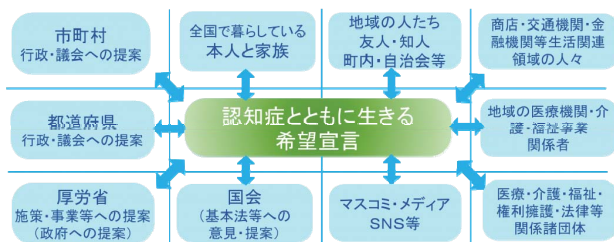
- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人々を、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

「希望をもって共に生きる」ための地域づくり

【役割 14】

認知症の人が、希望をもって共に生きるための地域づくりには、立場や職種を超えた関わりが必要であり、かかりつけ医もその一員である。



日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

本人の視点を重視した施策の展開

【役割 15】

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」

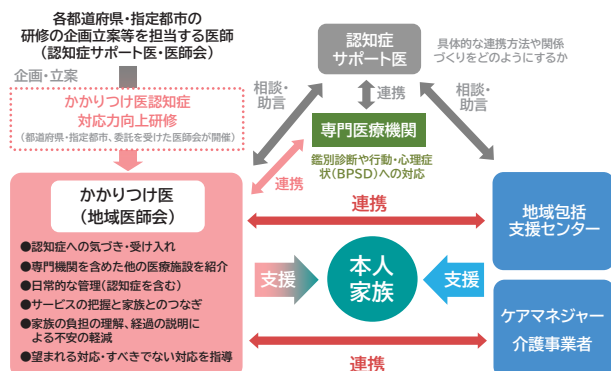
- 都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより効果的に展開していくことを支援するためのガイド



平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

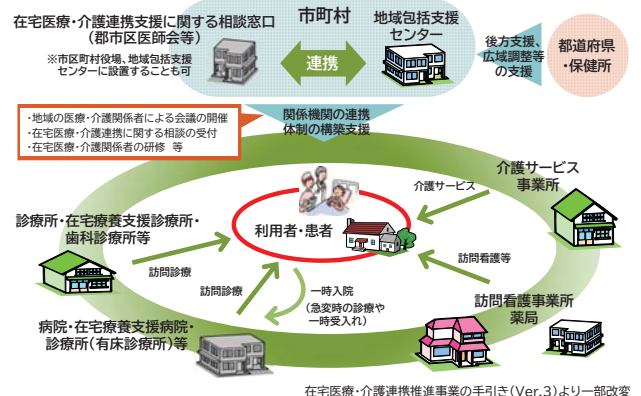
かかりつけ医が参画した 早期からの認知症高齢者支援体制

【役割 16】



地域包括ケアシステムにおける 在宅医療・介護連携の推進

【役割 17】

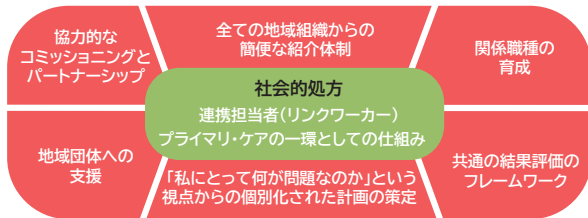


かかりつけ医の社会的機能の重要性

【役割 18】

かかりつけ医には、「医療的機能」と「社会的機能」を備えた全人的視点での対応が望まれる。「社会的機能」の重要性が高まる中で、「社会的処方（医師が高齢者と地域とのつながりをサポートすること）」などの取り組みも期待されている。

「社会的機能」の一つである「社会的処方」の概要



英国 NHS(National Health Service)ホームページより引用
松田晋哉「かかりつけ医の社会的処方」日医かかりつけ医機能研修制度2019年度応用研修会を参照

認知症診断後の介入とサポートのあり方

【役割 19】

～診断後の本人や家族の不安～

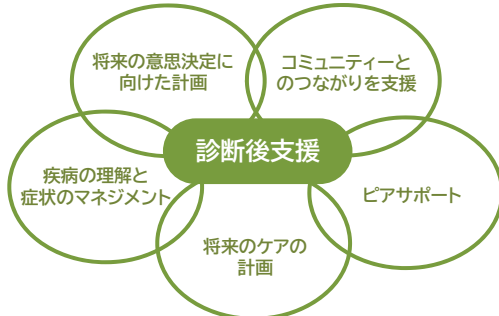
『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』
『これからの変化や症状についての説明がなかった』
『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』
『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 早期診断と治療導入の取り組みだけでは、不十分
- 本人と家族の受ける心理的打撃や将来への不安の緩和が重要
- 個性と柔軟性の高い手段での介入やサポートが必要
- 本人や家族の話に共感し、傾聴する姿勢が必要不可欠

診断後の早い段階からの支援

【役割 20】

認知症と診断された早い段階から生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が重要となる。



Scotland's national dementia charity <https://www.alzscot.org/>

認知症啓発の説明のポイント

【役割 21】

- 認知症は脳の疾患によって起こる
- 早期発見・早期対応によって、可逆性の疾患の治療ができたり、進行性の認知症であっても認知機能障害の進行を遅らせることができる
- 適切な治療とケアにより本人の症状を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、認知症の人と家族を地域全体で支えていく必要がある
- 認知症の人と家族を地域全体で支えるサポート体制や様々な支援があり、活用が可能である
- 認知症は、適切な対応や治療により発症を遅らせたり、進行を予防できる

認知症の予防の考え方

【役割 22】

一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）

- 運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防
- 社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持
- 介護予防の事業や健康増進事業と連携

二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 認知症初期集中支援チームによる訪問活動
- かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携

三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）

- 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応
- 認知症バリアフリー、不安の除去と安心・安全な生活の確保

かかりつけ医に期待される役割

～認知症医療の特殊性と望まれる対応～

【役割 23】

- ◎ 認知症に対する誤解と偏見が根強い
➡ 地域や医療現場での啓発や気づき
 - ◎ 早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある
➡ 医師の専門性を生かした医療連携
 - ◎ 増加する患者さんに対し専門医療機関が少ない
➡ かかりつけ医での治療の継続と医療連携
 - ◎ 医療のみでの対応には限界がある
➡ 歯科医師、薬剤師、介護、行政、地域との連携
- ➡
- 認知症の早期発見・早期対応の重要性の理解
 - 認知症の診断、治療、ケア、連携に関する知識の習得
 - 認知症の人と家族を支える方法の理解と地域での実践

基本知識 編

ねらい：認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する

到達目標：

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する
- 認知症の診断基準及び診断のポイントを理解する
- 認知症の診断の手順および鑑別すべき疾患について理解する

認知症の概念

〔基本知識 1〕

認知症とは

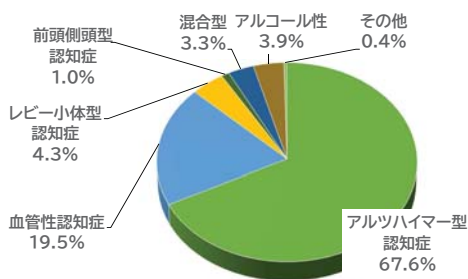
『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）では説明されない。

※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている。

認知症の原因疾患

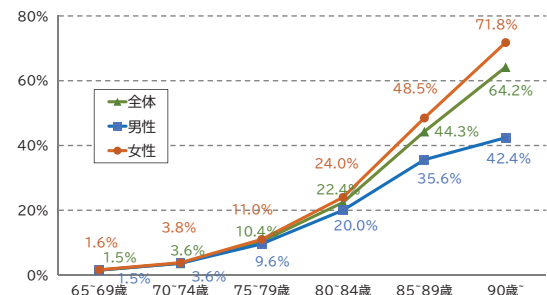
〔基本知識 2〕



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月報告)を引用

年齢階級別の認知症の有病率

〔基本知識 3〕



※ 2012年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成24年度総合研究報告書による。2019年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究（研究代表者：二宮教授）」において開始時に匿名調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

認知症の診断（ICD-11）

〔基本知識 4〕

- A 認知領域（記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知）のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。
- C 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

認知機能の障害

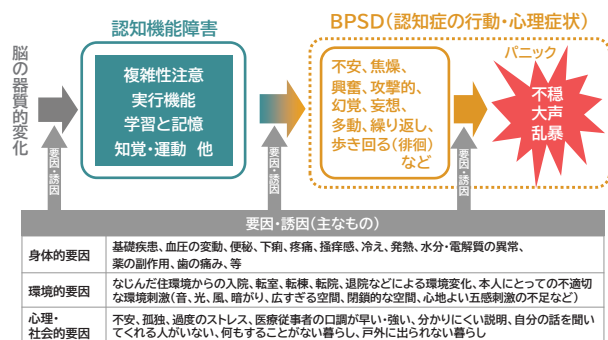
〔基本知識 5〕

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜し回る等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

認知症の症状と要因・誘因

【基本知識 6】

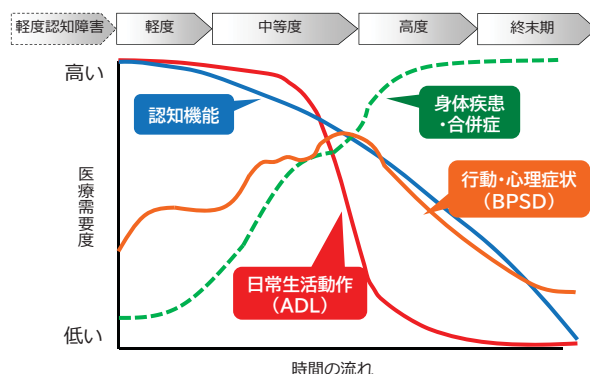


永田久美子「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」正木治恵 監修「改訂版老年看護学」日本放送出版協会

変性疾患の場合の認知症の経過

【基本知識 7】

認知症の進行とともに医療需要度は変化する



【基本知識 8】

【動画 ②】

認知症初期の発見とポイント

アルツハイマー型認知症の診断

【基本知識 9】

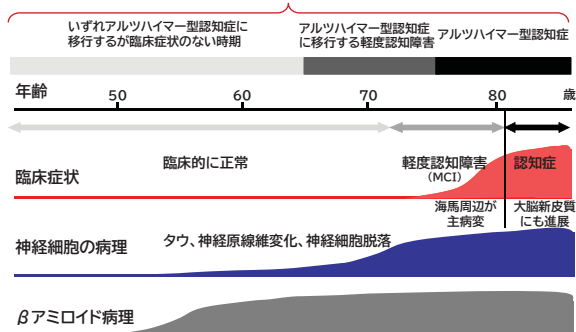
- 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

【基本知識 10】

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している
これらのすべての時期がアルツハイマー病



アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

【基本知識 11】

【初期に多い症状】

- 記憶障害が目立つことが多い。
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- 遂行機能障害を周囲に気づかれる。
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- 日付や場所の見当識障害が目立つこともある。
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- 精神症状が先行する、もしくは伴うことも多い。
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的所見はない。
- 取り繕いや振り返り症候がある。
- 病識がないもしくは乏しい。

血管性認知症の診断

〔基本知識 12〕

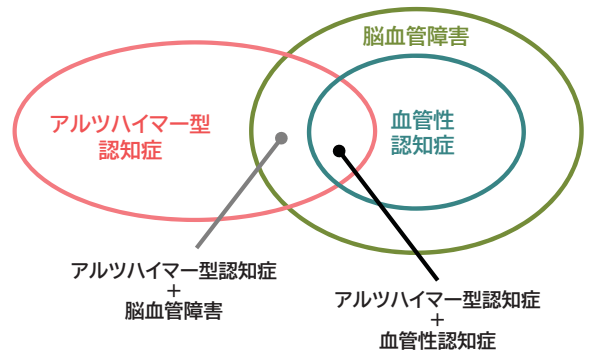
- A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

脳血管障害と認知症の関係

〔基本知識 13〕



血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 14〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも遂行機能障害が目立つ。
(記憶力はある程度保っているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- 動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠などが脳血管障害のエピソード後に持続する。

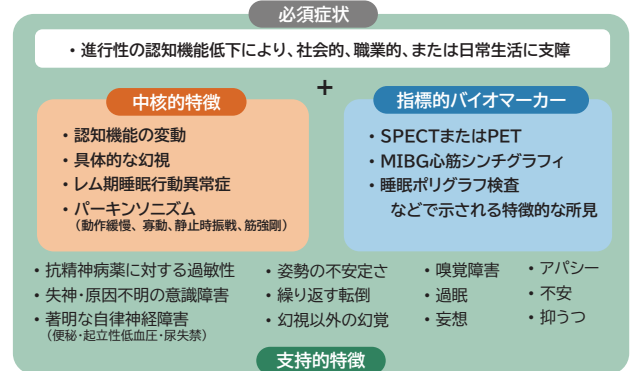
【特徴的な所見】

- 脳血管障害に伴う局所症状(麻痺、嚥下障害など)を認める。
- 脳血管障害を起こすたびに階段状に悪化している。
- 斑な認知機能障害、歩行障害や構音障害など。

※ 多発性ラクナ梗塞やBinswanger病といった深部白質の虚血性病変(小血管病)では、脳卒中との関連がはっきりせず緩徐に進行することがある。

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

〔基本知識 15〕



認知症疾患診療ガイドライン 医学書院, 2017年, McKeith, I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作成

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 16〕

【初期に多い症状】

- もの忘れに対する自覚がある
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など幻視や錯視
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- レム睡眠行動障害
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- 動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性
- 便秘や起立性低血圧などの自律神経症状
- 嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など

【特徴的な所見】

- 症状の日内変動がある。
- 質問や支持動作への反応が緩徐である。
- 取り繕いや振り返り症候がない。

前頭側頭葉変性症(FTLD)の概念

〔基本知識 17〕

- 1) 定義: 主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来し、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する
- 2) 分類: 前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD)
 - └ 行動障害型前頭側頭型認知症 (behavioral variant frontotemporal dementia: bvFTD)
 - └ 言語障害型前頭側頭型認知症
 - └ 意味性認知症 (semantic dementia: SD)
 - └ 進行性非流暢性失語症 (progressive non-fluent aphasia: PNFA)
- 3) 特徴:
 - ・ 頻度は、ADの10分の1以下で性差はない。
 - ・ 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
 - ・ bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

前頭側頭葉変性症(FTLD)の診断

【基本知識 18】

行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)

1. 進行性の異常行動や認知機能障害を認める。
2. 以下の症状のうちの3項目以上。症状は発症初期から。
A. 脱抑制行動 B. 無関心又は無気力 C. 共感や感情移入の欠如
D. 固執・常同性 E. 口唇傾向と食習慣の変化
F. 記憶や視空間認知能力の保持と遂行機能障害

意味性認知症 (SD)

1. 物品呼称の障害と単語理解の障害を認める。
2. 以下の4つのうち少なくとも3つを認める。
A. 対象物に対する知識の障害 B. 表層性失読・失書
C. 復唱は保たれる。流暢性の発語を呈する D. 発話(文法や自発語)は保たれる

進行性非流暢性失語症 (PNFA)

1. 発音における失文法と、努力性で滞りのみられる発語、不規則な音韻の誤りや歪みの特徴とする発語失行を認める。
2. 以下の2つ以上を認める。
A. 文法的に複雑な文の理解障害 B. 個々の単語理解は保たれる
C. ものについての知識は保たれる

Gome-Tempiri et al., Neurology 2011. 公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

【基本知識 19】

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭型認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・脱抑制的行動 ・常同行為 (時刻表的生活・反復行為) ・食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向) ・無関心・共感の欠如 	<ul style="list-style-type: none"> ・病識の欠如 ・「我が道を行く行動」 ・診察中の立ち去り行為 ・社会のルールが守れない
意味性認知症	<ul style="list-style-type: none"> ・言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など) ・物や人の名前が出てこない 	<ul style="list-style-type: none"> ・会話が迂遠になる ・質問の意味が理解できない
進行性非流暢性 失語症	<ul style="list-style-type: none"> ・発話自体がゆっくりで努力性になる 	<ul style="list-style-type: none"> ・発語の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

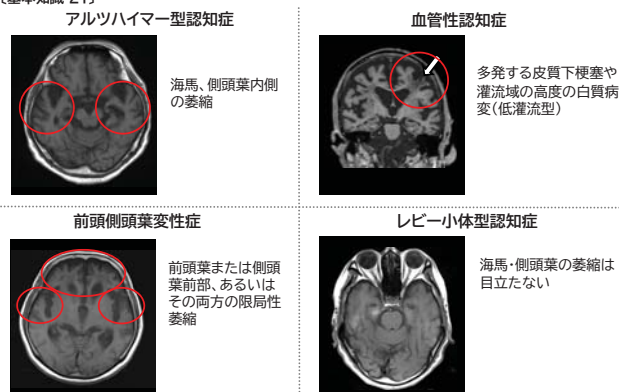
画像診断の意義と重要性

【基本知識 20】

- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある。
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダツスキャン[®]、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査 などが必要となる。
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する。

各認知症の典型的なMRI画像

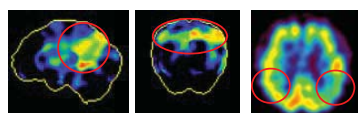
【基本知識 21】



各認知症の典型的な機能画像

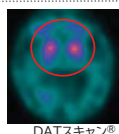
【基本知識 22】

アルツハイマー型認知症



後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下

レビー小体型認知症

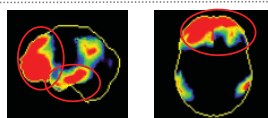


大脳基底核での取り込み低下



取り込み低下

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の血流低下(脳血流シンチ)

【基本知識 23】

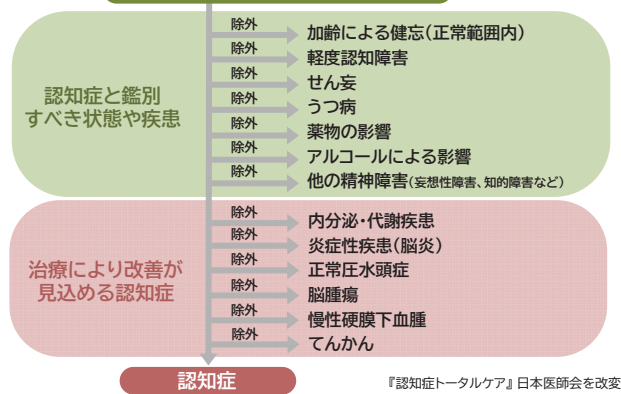
【動画 ③】

認知症と間違えやすい症状

認知症診断のフローチャート

【基本知識 24】

認知症の疑い・認知機能障害の疑い



認知症と鑑別すべき状態や疾患

【基本知識 25】

認知症と鑑別すべき状態や疾患では、診断や対応が難しい場合には専門医への紹介を考慮する。

- ① 加齢による健忘
- ② 軽度認知障害
- ③ せん妄などの意識障害
- ④ うつ病
- ⑤ 薬剤による影響
- ⑥ アルコールによる影響
- ⑦ 他の精神障害(妄想性障害、知的障害)

加齢に伴う生理的健忘の特徴

【基本知識 26】

生理的健忘と病的健忘の鑑別点の要点

	生理的健忘	病的健忘 (アルツハイマー型認知症)
もの忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全部
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力	維持されている	新しいことが覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

軽度認知障害

(MCI : Mild Cognitive Impairment)

【基本知識 27】

定義・分類

- 正常と認知症の中間の状態。記憶障害を主体とする健忘型MCIとその他の障害による非健忘型MCIに分類される

健忘型MCIの特徴

- ① 記憶障害の訴えが本人または家族から認められる
- ② 日常生活動作は正常
- ③ 全般的認知機能は正常
- ④ 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
- ⑤ 認知症ではない

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

特徴

- 軽度認知障害から認知症へのコンバージョンは専門医による追跡では9.6%/年、地域研究では4.9%/年。一方で正常なレベルに回復する人もいる。

(Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009)
(Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017)

せん妄の特徴

【基本知識 28】

定義

- 身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある。

特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する。
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されないことも多い。
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い。
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある。

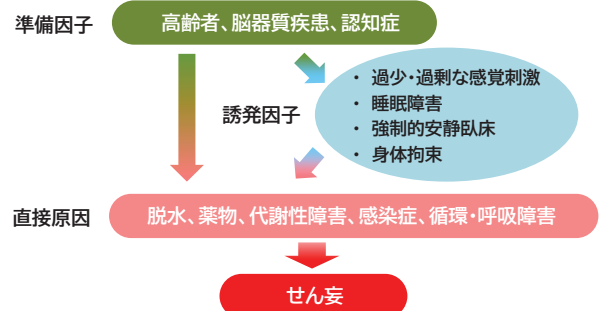
留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である。
- 安全な治療・療養環境の確保、適切な検査、精神症状に隠れた身体疾患の鑑別、全身の診察を怠らない。

せん妄の発症

【基本知識 29】

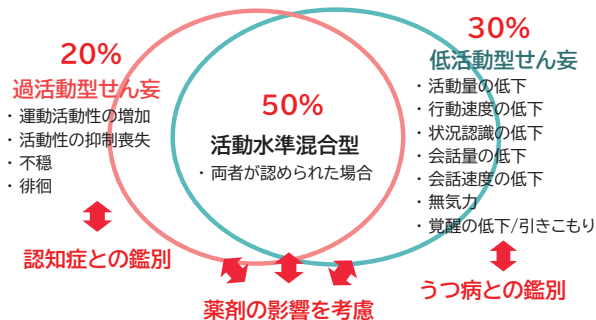
準備因子に誘発因子や直接的な原因など複数の要因が重なり発症



せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態

【基本知識 30】

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要



寺田 整司 日本老年医学会雑誌 51巻5号(2014:9)を一部改変
Meagher D et al. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2008;20:185-93より引用

せん妄の臨床的特徴

【基本知識 31】

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	動揺性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与しない

うつ病

【基本知識 32】

特徴

- 高齢者では、加齢や心理社会的要因、身体的要因が重なるため頻度も高いが、診断されずに見過ごされることが多い。
- 認知症発症のリスクであり、認知症に併存することもある。

診断

- 以下の症状のうち5つ以上が2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))
- 抑うつ気分
 - 興味、喜びの著しい減退
 - 体重減少、食欲の減退
 - 不眠
 - 精神運動性の焦燥/制止
 - 易疲労性/気力の減退
 - 思考力や集中力の減退/決断困難
 - 無価値観/罪責感
 - 死についての反復思考、自殺念慮

DSM:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

留意点

- 高齢者では、悲観的思考、精神運動激越、心気症、身体症状、精神病症状、うつ病性仮性認知症などが特徴である。
- 自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響などへの配慮が重要。

うつ病の臨床的特徴

【基本知識 33】

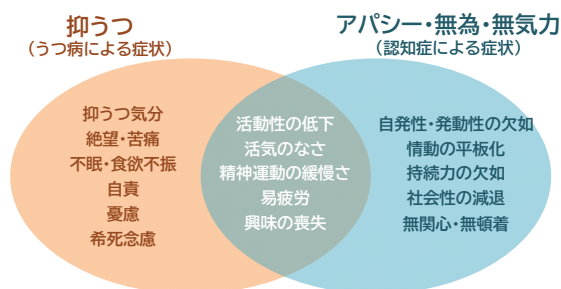
うつ病とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	うつ病(仮性認知症)	アルツハイマー型認知症
発症	急性(週か月単位)	緩徐で潜在性
経過と特徴	比較的短期、動揺性	長期、進行性
自覚症状	存在する、強調する(能力の低下を慨嘆する)	欠如することが多い(能力の低下を隠す)
身体症状	摂食障害、睡眠障害	ないことが多い
答え方	否定的答え(わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
見当識障害	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

うつと認知症に伴うアパシーの差異

【基本知識 34】

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い



藤瀬昇・池田学, 精神経誌114(3)276-282,2012

薬剤による認知機能の低下

【基本知識 35】

特徴

- 認知機能低下に服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患などで出現しやすい。

症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する。
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する。
- 注意力の低下が目立つ。(せん妄に類似した症状)
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する。

留意点と対応

- 市販の健康食品を含め必ず聴取が必要である。
- 初診時だけでなく、定期的に聴取を行う。
- 他院での薬剤の変更を把握する。
- 原因薬剤の減量・中止、他の薬剤への変更を検討する。

認知機能低下を誘発しやすい薬剤

【基本知識 36】

薬剤の影響を常に念頭に置いた適切な対応が重要である

向精神薬	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬	抗パーキンソン病薬
催眠薬	抗てんかん薬
鎮静薬	循環器病薬(ジギタリス、利尿剤、一部の降圧剤など)
抗うつ薬	鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs)
抗不安薬	副腎皮質ステロイド
	抗菌薬、抗ウイルス薬
	抗腫瘍薬
	泌尿器病薬(過活動性膀胱治療薬)
	消化器病薬(H ₂ 受容体拮抗薬、抗コリン薬)
	抗喘息薬
	抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬)

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会に一部追加

アルコール関連障害(精神・神経の疾患)

【基本知識 37】

特徴

- アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造に変化をもたらし、精神症状や神経症状を呈する。

症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、と急速(1日～数日)に出現する。

※ ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する。

コルサコフ症候群

- 健忘(前向性・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難。

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

- 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する。

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる。

治療により改善が見込める認知症

【基本知識 38】

治療により症状の改善が見込めるため、適切な診断や対応、脳神経外科や神経内科、精神科等への紹介が必要となる。

- ① 内分泌・代謝疾患
- ② 炎症性疾患(感染性、自己免疫性脳炎・脳症)
- ③ 正常圧水頭症(特発性・二次性)
- ④ 脳腫瘍
- ⑤ 慢性硬膜下血腫
- ⑥ てんかん

内分泌・代謝疾患

【基本知識 39】

特徴

- 概して反応速度の低下、幻覚、時にせん妄などの意識障害を伴い、日内変動がある場合が多い

問診と留意点

低血糖

- 食事状態(飲酒)・糖尿病・内服、健康食品の変更の有無・日内変動

甲状腺機能低下症

- 抑うつ状態を呈する(うつ病との鑑別が重要である)
- 体重の変化や下腿浮腫などの身体症状

肝性脳症

- 身体状態の変化でも起こる(羽ばたき振戦や痙攣を認める)
- 肝機能障害の有無・内服の変更・脱水や下痢等の身体症状

ビタミンB欠乏症

- アルコール関連障害以外でも起こる
- 食事状態・胃切除等の吸収障害をきたす基礎疾患の有無

炎症性疾患(脳炎・脳症)

【基本知識 40】

特徴

- 概して急性・亜急性に進行する場合が多い。
- 先行感染がある場合だけではない。
- 精神症状や異常行動、意識障害を伴う場合が多い。

原因

- 感染性:ヘルペス、真菌、梅毒等
- 自己免疫性:膠原病関連
- 傍腫瘍抗体:肺小細胞がん(抗Hu抗体、抗CV2抗体)
卵巣奇形腫(抗NMDA抗体)等

留意点

- 画像検査に加え、髄液検査が必要となる。
- 鑑別診断と原因疾患の特定、適切な治療が重要である。

正常圧水頭症

【基本知識 41】

概要

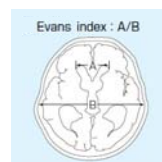
- 60歳以上の高齢者に多い。
- 軽症例でも精神運動速度が低下し、注意機能、作業記憶などが障害される。
- 特発性と二次性(くも膜下出血や髄膜炎などに続発する)に分類される。

診断基準

- ① 認知障害、歩行障害(歩幅の減少、足の掌上低下、開脚歩行等)、排尿障害のうち1つ以上
- ② 60歳以上
- ③ Evans Index>0.3
- ④ 他の疾患で説明ができない

特徴

- 特徴的な画像所見を呈する。(右記参照)
- 髄液排除試験を行い、シャント手術の適応を検討する。



- 脳室拡大
- 高位内蓋部脳溝の狭小化
- シルビウス裂の開大

慢性硬膜下血種／脳腫瘍

【基本知識 42】

慢性硬膜下血種の特徴

- 高齢者、男性、アルコール常用者、糖尿病、抗凝固剤の服用などでリスクが高い。
- 軽い外傷でも発症することがあり、外傷から1～2か月かけて徐々に症状が出現することもある。
- 慢性的に続く頭痛や筋力低下、歩行障害、尿失禁などが特徴である。



脳腫瘍の特徴

- 亜急性に進行する頭痛や、嘔吐、うっ血乳頭が特徴(脳圧亢進の3徴候)で発生部位により症状は異なる。
- 高齢者では、認知機能障害、意識障害、てんかん発作、精神症状なども出現する。



側頭葉てんかん(もしくは高齢者のてんかん)

【基本知識 43】

特徴

- 65歳以上におけるてんかんの有病率は約1%であるが、アルツハイマー型認知症では1～6%※である。
※ Beshi E. et al. Curr Opin Neurol 33:191-197, 2020
- 高齢になり、初めて発症する人が多い。
- 発作のタイプとしては約半数が、全身性のけいれんを認めず、側頭葉てんかんを中心とする焦点意識減損発作である。
Tanaka A et al., Epilepsia Open. 2019 Mar; 4(1): 182-186.

症状(焦点意識減損発作による症状の特徴)

- 症状の変動がある
- 呼びかけても反応がない時がある(一点を見つめる)
- しばらくボーっとしている時間がある
- 自動症(体をゆすっている、口をもぐもぐする) など

留意点

- 独居であれば評価は難しい。同居している人がいれば上記特徴を尋ねる。
- 発作による転倒や骨折、不慮の事故、治療薬による副作用に十分な注意が必要である。

各疾患の診断や鑑別に必要な検査

【基本知識 44】

丁寧な病歴聴取と診察、下記の補助診断を合わせて総合的に診断する

疾患	鑑別のための検査
低血糖	血糖値、24時間血糖値、インスリン値
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン、自己抗体測定
肝性脳症	血中アンモニア値測定、脳波検査
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏症	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	CT、MRI、髄液検査
正常圧水頭症	CT、MRI、髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT、MRI
脳腫瘍	CT、MRI
てんかん	脳波検査、CT、MRI、

どのような場合に専門医に紹介すべきか

【基本知識 45】

下記の変化や症状を認めた場合や診断や対応に迷う場合は、認知症サポート医や認知症専門医への紹介を検討すべき

- 1～3か月の間で急に発症し、進行する場合
- 日常生活レベルが急激に低下した場合
- 認知症の症状の変動や意識障害がある場合
- 精神症状や行動障害が目立つ場合
- 易転倒性や麻痺などの神経症状がある場合
- うつ病との鑑別が困難な場合
- 発症年齢が若い場合
- 車の運転で何回も事故を起こす場合
(認知機能の障害は微妙である場合も)
- 認知機能の障害がきわめて軽い場合
(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)

診療における実践 編

ねらい：認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する。

到達目標：

- 認知症の問診・アセスメントのポイントを理解する
- 認知症の治療についての原則・具体的な方法について理解する
- 行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を理解する
- 治療期の本人・家族への対応および実践上のポイントを理解する

認知症の早期発見・早期治療のメリット

〔診療実践 1〕

- 適切な治療をすれば治る認知症もある。
- 薬で進行を遅らせることが出来る認知症もある。
- 少しずつ理解を深め、症状を軽減できる。
- 医師や医療・介護スタッフとの信頼関係を結ぶことで不安を軽減できる。
- 将来のことをゆっくり考える時間をもて、方針を決めておくことができる。
- 自分が願う生き方を全うすることが出来る。

〔診療実践 2〕

〔動画 ④〕

認知症の問診とアセスメント

外来時の対応

〔診療実践 3〕

【初診時】

- 本人が一人で受診した場合
 - ・ もの忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する
- 家族と一緒に受診した場合
 - ・ 本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する
 - ・ 本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する

【通院中】

- かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合
 - ・ 家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する

認知症の問診時の留意点

〔診療実践 4〕

1. 本人と家族(または付添人)それぞれから聴取する
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
3. 認知機能の評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する
4. 身体合併症に関する問診には、各人の認知機能障害の特徴を考慮する
5. 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて情報を収集する
6. ケアマネジャーや訪問看護師などの関係者からも情報を収集する(介護保険利用時)
7. 服薬内容や服薬状況について情報を収集する

記憶障害のアセスメント

〔診療実践 5〕

- 最近の記憶
 - ・ 食事の内容
 - ・ 受診の交通手段、目的
 - ・ 家族との外出
 - ・ 気になったニュースや出来事 など
- 昔の記憶
 - ・ 生年月日
 - ・ 出生地
 - ・ 学校時代の話
 - ・ 過去の仕事や社会的な役割 など

※ 内容によっては、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する。可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

見当識障害のアセスメント

【診療実践 6】

- 今日の年月日、曜日
- 今の時間、午前・午後
- 今の季節
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識（病院名や建物の名前）
- 家族の認識（同伴者の続柄や名前）

※ 通常は質問式であり、質問内容や状況によっては、診察の会話の中でさりげなく確認することを考慮する。

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

判断・実行機能障害のアセスメント

【診療実践 7】

- 家族からの情報
 - ・ 気候にあった服を着ているか
 - ・ 適切に着替えや入浴をしているか
 - ・ 料理の味付けや段取りはどうか
 - ・ いつも同じ料理ばかりではないか
 - ・ 買い物は適切に行えているか
 - ・ 貴重品や金銭管理は行えているか など
- 本人への質問
 - ・ 日常生活で以前と比べて困ることはないか
 - ・ 火事に出会ったらどうするか
 - ・ 道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか など

ADLのアセスメント

【診療実践 8】

● Barthel Index



- Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度 (DAD)
(Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

IADLのアセスメント

【診療実践 9】

● IADL (Lawton) = 独居機能の評価



- 認知症のための障害評価尺度
(Disability Assessment for Dementia: DAD)

認知症診断の際に留意すべき身体的・神経学的所見

【診療実践 10】

身体的診察

- 頭髪、皮膚
- 眼瞼結膜、瞳孔
- 口腔粘膜、咽頭、舌
- 頭部：リンパ節、甲状腺、血管雑音の聴取
- 脈拍と血圧
- 胸部
- 腹部
- 四肢：皮膚、関節、浮腫

神経学的診察

- 意識レベル
- 認知機能検査
- 脳神経領域
- 四肢の運動系
- 深部腱反射と病的反射
- 不随意運動
- 感覚系
- 姿勢・歩行
- 自律神経系

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

【診療実践 11】

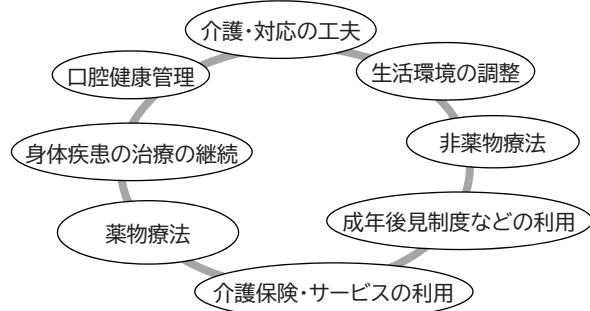
No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年 0 1 月 0 1 日 0 1 曜日 0 1	
3.	私たちが命いるところはどこですか？ 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点	0 1 2	
4.	これから言う3つの言葉を覚えてみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1: a) 度 b) 腰 c) 電車 2: a) 腰 b) 度 c) 自動車	0 1 0 1 0 1	
5.	100から7を順番に引いてください。 (100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正回の場合、打ち切る)	(93) 0 1 (86) 0 1	
6.	私がこれから言う数字を覚えてください。 (6-8-2, 3-5-2-9)(3桁連唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6 0 1 9-2-5-3 0 1	
7.	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度覚えてみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを正解であれば1点) a) 植物 b) 動物 c) 乗り物	a: 0 1 2 b: 0 1 2 c: 0 1 2	
8.	これから5つの品物を見せます。それを見ますので何があったか言ってください。 (時計、扇、タバコ、ペン、鉛筆など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9.	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 答えた野菜の名前を右欄に記入する。 途中で途切れて、約10秒待っても思い出せない場合にはそこで打ち切る。 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点	0 1 2 3 4 5	

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第147巻・特別号(2)

認知症のマネジメント(トータルケア)

【診療実践 12】

薬物療法と非薬物療法を組み合わせた治療を継続し、利用可能なサービスの導入や制度の活用を考慮する。



認知症の非薬物的介入

【診療実践 13】

認知症本人への介入

- 認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション
- 運動療法、マッサージ
- 音楽療法、作業療法、レクリエーション
- 回想法、支持的精神療法、バリデーション療法

介護者への介入

- 心理教育、スキル訓練
- 介護者サポート、ケアマネジメント、レスパイトケア
- 介護者のセルフケア、認知行動療法

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

認知症の非薬物療法

【診療実践 14】

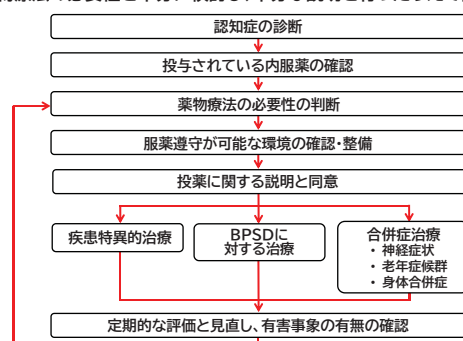
認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行う。
認知刺激	認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する。
認知リハビリテーション	個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に個人療法
運動療法	多種多様なプログラムが存在し、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うことが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在し、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法がある。
回想法	人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支える。
認知行動療法	認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法。

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

認知症の薬物療法のフローチャート

【診療実践 15】

薬物療法の必要性を十分に検討し、十分な説明を行ったうえで開始する。



認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

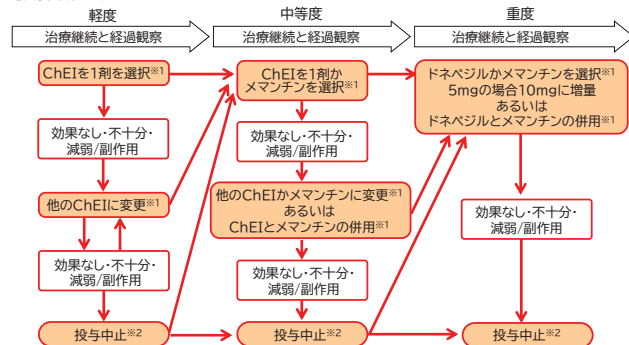
【診療実践 16】

薬剤	ドネベジル	ガラタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ヒバリン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	ChE阻害	ChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用	ChE阻害 + プチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用	NMDA受容体阻害
用量(日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(日)	1回	2回	1回	1回
生体内利用率	100%	100%	~70%	100%
蛋白結合率	93%	17%	40%	45%
半減期(時間)	70-80	5-7	3.4	60-80
代謝	肝臓 (CYP3A4>2D6)	肝臓 (CYP2D6・3A4)	腎排泄	腎排泄
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー等	錠剤、OD錠、内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、ドライシロップ

ChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-aspartate
Noetzel M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

アルツハイマー型認知症 病期別の治療薬選択のアルゴリズム

【診療実践 17】



※1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択 ※2 急速に認知機能低下進行例があり、投与中止の判断は慎重に

認知症疾患診療ガイドライン2017 CQ6-7 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の副作用

【診療実践 18】

コリンエステラーゼ阻害薬

- ・循環器症状(不整脈・徐脈など)
- ・消化器症状(食思不振・嘔吐・下痢・便秘など)
- ・精神症状(興奮、不穏、不眠、眠気)
- ・その他(振戦、頭痛、顔面紅潮、皮疹など)

メマンチン

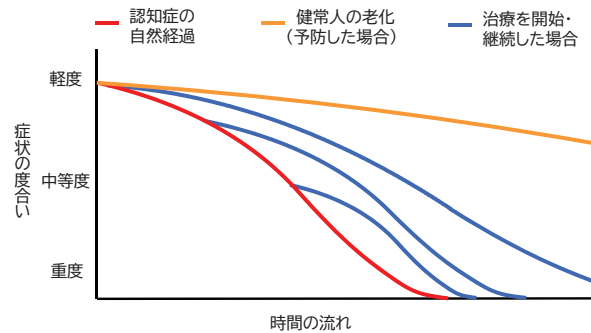
- ・浮動性めまい ・ふらつき ・傾眠
- ・体重減少 ・便秘 ・頭痛 など

※ 投薬に際しては、定期的な受診、薬の管理、定期的な服薬、症状の観察などが可能かどうか確認することが重要である。

アルツハイマー型認知症 臨床症状の経過と薬物療法の効果

【診療実践 19】

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要である



※ 進行の速度や薬物の効果には個人差がある。

BPSDの4つの要因

【診療実践 20】

● 活動亢進が関わる症状

焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、徘徊、攻撃的行動など

● 精神病症状

幻覚(幻視、幻聴)、妄想(もの盗られ妄想、被害妄想)など

● 感情障害が関わる症状

不安、抑うつ、焦燥など

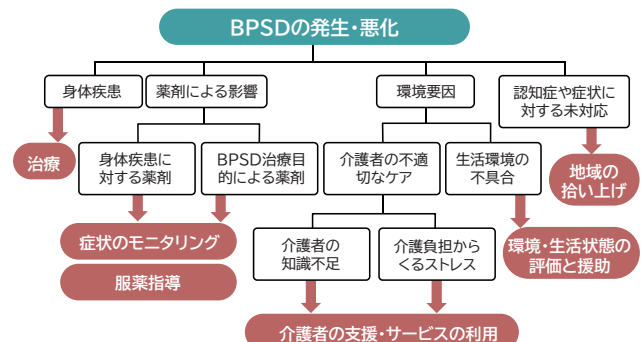
● アパシーが関わる症状

自発性や意欲の低下、情緒の欠如、周囲への興味の欠如など

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

BPSDの悪化の要因と対応

【診療実践 21】



八森淳 老年精神医学雑誌 2009を引用・改変

BPSDの治療方針の検討

【診療実践 22】

1. BPSDの原因の評価

- 身体疾患の有無
- ケアの質
- 薬剤性の精神症状
- 生活環境

2. 精神症状の緊急性の評価

- 大うつ病の状態(希死念慮の有無を問わない)
- 他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想
- 自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性

3. BPSDへの対応

- 非薬物療法的介入の開始
- 介護保険サービスの導入
- 薬物療法の必要性を検討(必要な場合は開始)
- 対応困難であれば入院治療の適応を検討

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会から改変引用

BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン

【診療実践 23】



- 安全性に配慮した薬物療法
- 症状や状態に対応した薬剤選択
- 向精神薬の種類別の留意点
- 開始前後の確認要件や留意点
- 精神科救急、認知症疾患医療センター、認知症専門医との連携

平成27年度厚生労働科学研究事業 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成

BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

【診療実践 24】

- 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- 夜間の睡眠状態の変化
(就寝時間、起床時間、夜間の徘徊回数など)
- 服薬状況の確認
(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)
- 水分の摂取状況(特に制限を必要としない限り)
- 口腔内の状況の確認
(口腔内の病変や副作用の有無)
- 食事の摂取状況や嚥下機能の変化
- 排便や排尿の変化
- パーキンソン症状
(振戦、筋硬直、尋常、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
- 転倒傾向の有無 など

平成27年度厚生労働科学特別研究事業 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成の一部追加

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

【診療実践 25】

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している。

要因	特徴	現状
疾患上の要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 複数の疾患を有する ・ 慢性疾患が多い ・ 症状が非定型的 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多剤併用、複数科受診 ・ 長期服用 ・ 誤診に基づく誤投薬 ・ 対症療法による多剤併用
機能上の要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臓器予備能の低下 (薬物動態の加齢変化) ・ 認知機能の低下 ・ 視力・聴力の低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症状発現の遅れ ・ 過量投与 ・ 誤服用 ・ アドヒアランス低下
社会的要因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 過少医療 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 投薬中断

日本医師会『超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き』改定・引用

高齢の認知症の人への薬物療法の注意点と原則

【診療実践 26】

高齢者では有害事象が生じやすく、忍容性も低下することから、認知症で薬物療法を行う際には以下の点に留意する。

- ① 薬剤によっては、若年成人投与量の1/2～1/4量の少量から投与することを検討する
- ② 薬効は短期間で評価する
- ③ 服薬方法を単純化する
- ④ 多剤併用を避け、処方法はシンプルにする
- ⑤ 服薬を本人以外に介護者にも確認する

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

せん妄の対応

【診療実践 27】

前提

- ・ 準備因子(器質的脳障害の罹患・既往、高齢など)を考慮した予防
- ・ 原因の精査、患者の安全の確保、治療の円滑な実施、静穏な環境の提供

1. 誘発因子の除去

- 環境的要因
- 身体的要因
- 感覚的要因
- 精神的要因
- 睡眠関連要因

2. 直接因子の治療

- 脳卒中
- 感染症
- 電解質異常
- 薬物服用・離脱

3. 薬物療法(1. 2.を行っても改善しない場合)

- 半減期の短い非定型抗精神病薬による治療
- 必要時には入院治療を検討

※ 適応外処方であることを、患者及び家族に十分説明し、有害事象に留意する。

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

アルツハイマー型認知症の対応

【診療実践 28】

- 早期発見・早期の正確な診断、推奨されている適切な薬物療法を開始・継続することが重要である。
- 個人の能力の活用に努め、生きがいや自尊心を保つために適切な介護サービスの活用を検討する。
- 認知機能障害や行動心理症状、身体機能、本人や家族の希望を考慮し非薬物療法を積極的に継続する。
- 薬物療法は、十分な説明を行ったうえで開始し、その後も適宜症状を確認し、副作用に留意する。
- 進行予防の介入が可能な因子(高血圧、糖尿病、脂質異常など)への対応・治療を継続する。

血管性認知症の対応

【診療実践 29】

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動、運動不足、肥満、喫煙など血管障害のリスク因子の内科的管理による脳卒中の再発の防止が重要である。
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため、誤嚥や転倒に注意し、リハビリテーションを行う。
- 自発性や意欲の低下、抑うつに留意し、非薬物療法や薬物療法を組み合わせ適切な対応を継続する。
- 廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等を利用して活動性を保つ。
- 規則正しい生活習慣を保ち、飲酒は控える。

レビー小体型認知症の対応

【診療実践 30】

- 早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持のためのリハビリテーションが大切である。
- うつ病やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症、てんかんと鑑別診断が重要である。
- 治療の標的とすべき臨床症状を見定め、ケアや環境整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせる。
- 転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意する。
- 認知機能の変動や幻視、パーキンソン症状、レム期睡眠行動異常症によるQOLへの影響を考慮する。

※ 薬物療法を行う際は、精神症状の増悪のリスク、薬剤過敏性による過鎮静や錐体外路症状などを含め、安全性に対する十分な配慮が必要である。

前頭側頭葉変性症の対応

【診療実践 31】

- 早期発見には、初期症状の特徴的な行動障害や進行性失語、言語障害を見逃さないことが重要である。
- 診断や対応には、専門医との連携が必要となる。
- 症状の理解、介護者への配慮、行動障害の対応など患者の状態に応じた個別の支援が重要である。
- 家族教育、介護の工夫、環境調整、介護負担の軽減、進行予防のために適切な支援や公的な社会資源を活用する。
- 行動障害や精神症状に対しては、残された機能、特徴的な症状、それまでの生活様式を利用した非薬物療法を考慮する。

【診療実践 32】

【動画 ⑤】

認知症の治療とケア

認知症の人への支援

【診療実践 33】

- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、家族への病状説明は慎重に行う
- 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用をすすめる
- 身体疾患を早期に見つけて治療をする

外来フォローのときの注意点

【診療実践 34】

- 生活状況に関する情報を収集する
- 介護者に同伴してもらう
- 短期的な変化だけでなく月単位での状況を聴く
- 認知機能検査は定期的に実施する
- 行動・心理症状(BPSD)がないか確認する
- 身体疾患(発熱や痛み、痒みなど)に気をつける
- 家族の介護負担を常に考慮する
- 服薬中の薬剤の影響や副作用に注意する
- 地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)を得ているか確認する
- 介護サービスの利用状況を確認する

認知症診療で注意すべき身体疾患

【診療実践 35】

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する。

内科・外科疾患	● 糖尿病	● 高血圧症	● 脂質代謝異常症
	● 胃潰瘍	● 排尿障害	● 誤嚥性肺炎
	● 肺塞栓症	● 洞不全症候群	● 便秘
脳神経外科 神経内科疾患	● 慢性硬膜下血腫	● 脳梗塞	● 脳出血
整形外科疾患	● 大腿骨頸部骨折	● 骨粗鬆症	
皮膚科疾患	● 褥瘡	● 蜂窩織炎	● 帯状疱疹
	● 疥癬	● 脂漏性皮膚炎	
眼科・耳鼻科疾患	● 難聴	● 耳垢栓塞	● 緑内障
			● 白内障
歯科疾患	● う蝕	● 歯周病	● 口内炎
			● 義歯不適合

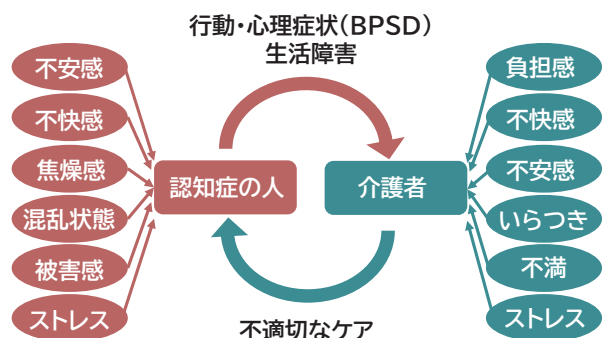
治療期間における視点や姿勢

【診療実践 36】

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. 現存している能力を最大限に活用する
6. いつもと様子が違うと感じたら、身体疾患や身体症状の影響を考慮する
7. 服薬アドヒアランスを確認する

認知症の人と介護者の間に起こる悪循環

【診療実践 37】



加藤伸司 第一法規出版 2002を引用・改変

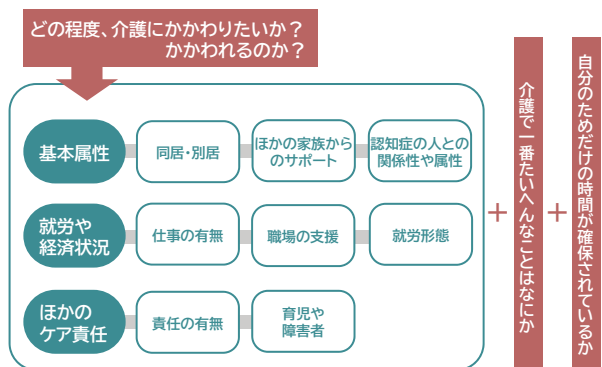
介護者への支援

【診療実践 38】

- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の負担や心理的变化に配慮し、適宜病状の説明を行い、治療・ケアをコーディネートする
- 家族の会や認知症カフェなど、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、訪問看護を利用する、など本人や家族などの介護者の負担の少ない方法を検討する

介護者の状況を知る

【診療実践 39】

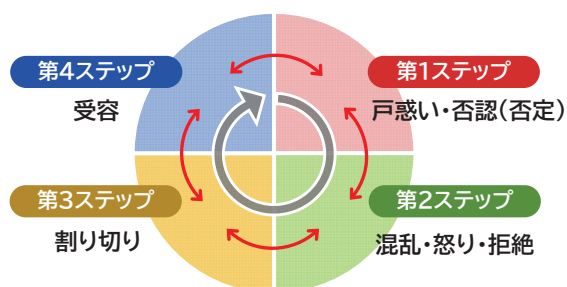


Q&Aでわかる専門職のための認知症の家族等介護者支援ガイドブック

認知症の人の家族の心理的な変化

【診療実践 40】

家族介護者の4つの心理的ステップ



心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で適切な支援に結びつけることが重要である。

介護者の認知症本人に対する望まれる姿勢・態度

【診療実践 41】

- 本人の機能低下を理解し、出来ることに目を向ける
- 急速な進行と新たな症状の出現に注意する
- 簡潔で簡易な表現で依頼する・伝える
- 本人のリアクションに合わせて言い方を変更する
- 本人が出来ることを中心に任せる
- 障害に向かい合うことを強めない
- 穏やかで安定した支持的態度を心がける
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避ける
- 本人にわかりやすい表現で簡単に説明し、希望を聞く
- 本人が障害のせいだと嫌な思いをしないようにさりげなくサポートする

地域・生活における実践 編

ねらい：認知症の人の地域における生活を支える
ために必要な支援の基本、活用できる医療・
介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する

到達目標：

- かかりつけ医による認知症ケアのポイントを理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用する
ために必要なかかりつけ医の役割を理解する
- 多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医
の役割を理解する

高齢者に対する適切な医療提供の指針

～認知症高齢者の医療とケアの基本～

〔地域実践 1〕

1. 「高齢者の多病と多様性」
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
3. 「生活の場に則した医療提供」
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
5. 「患者の意思決定を支援」
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H22-長寿-指定-009）研究班

かかりつけ医による認知症診療の要点

～認知症の特徴を考慮した日常診療の継続～

〔地域実践 2〕

- 診断された早い段階から認知症を有しつつ住み
慣れた場所での生活を継続することを支える。
- 社会資源へのつながりを促し、将来計画を考える
ための実地的な支援を行う。
- 疾病教育、コミュニティへの参加、本人の意思表明
など本人の希望に基づく支援を行う。
- 認知機能の改善と生活の質の向上を目標として、
薬物療法と非薬物療法を組み合わせる。
- 身体疾患の有無やケアが適切か否かを検討する。

認知症の人の医療とケアの目標

〔地域実践 3〕

1. 生活機能の1日でも長い維持
2. 行動・心理症状(BPSD)の緩和
3. 家族の介護負担の軽減

日本老年医学会ニュースレター 第1回認知症の医療と介護 総合的機能評価の観点からより抜粋

認知症の人のケアとコミュニケーション

〔地域実践 4〕

パーソンセンタードケア

- 認知症をもつ人の“その人らしさ”を尊重し、その人の視点や立場
に立って理解し、ケアを行おうとする基本的な認知症ケアの視点
- 認知症をもつ人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活背景、健康
状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉えて理解しよう
とする

バリデーション療法

- 認知症者の言動を否定せず感情を共有し、行動の背景や理由
を理解しながら関わる手法

ユマニチュード

- 「見る」「触れる」「話す」「立つ」の4つの柱を使って働きかけると
で、お互いを尊重し合い認知症の人とポジティブな関係を築こう
とするケア技法

認知症の介護者への注意点やアドバイス

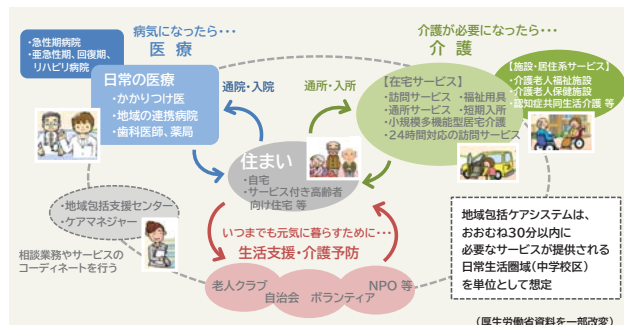
〔地域実践 5〕

- 認知症の方の特性を理解し、現存する心身の能力
を活かしながら、本来の本人らしさなるべく保つ。
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は
避け、本人の希望を尊重した生活の継続性を重視
する。
- 本人のペースでゆっくりと安心感を大切に。
- 本人が希望をもって充実した暮らしが継続できる
ように生活支援面で配慮する。

地域包括ケアシステム

〔地域実践 6〕

住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる。

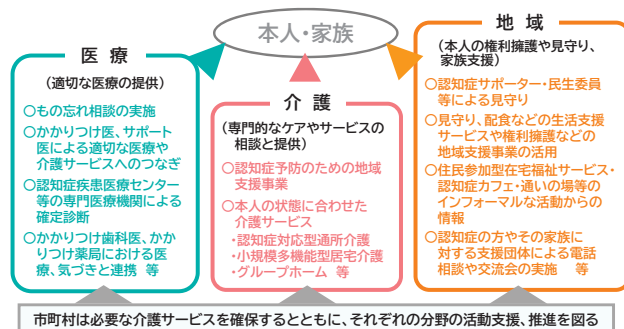


認知症の人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

〔地域実践 7〕

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



認知症ケアパス

〔地域実践 8〕

認知症ケアパスとは

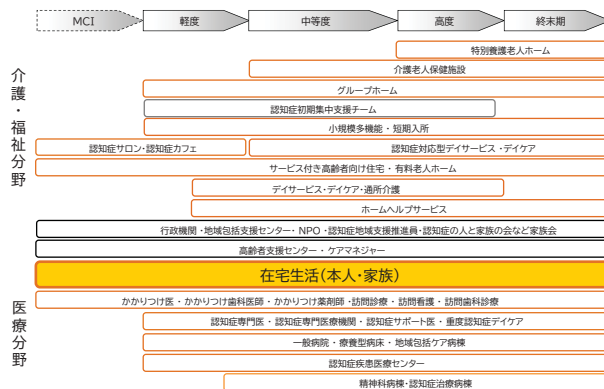
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

(認知症施策推進大綱より引用)

- ・ 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- ・ 認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる。

標準的な認知症ケアパス：社会資源の整理

〔地域実践 9〕



認知症サポート医

〔地域実践 10〕

地域における「連携の推進役」を期待されている



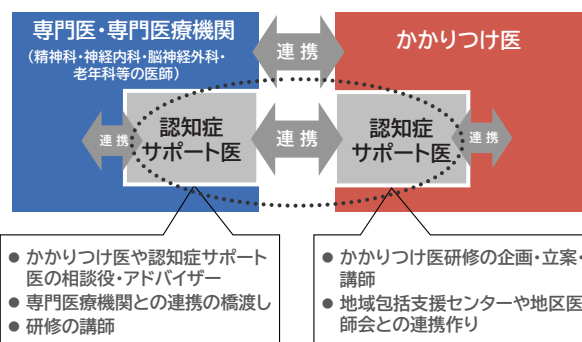
認知症サポート医の機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関わる かかりつけ医や介護専門職に対するサポート
- ② 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り
- ③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

地域における認知症の医療連携

〔地域実践 11〕

専門医・専門医療機関・認知症サポート医・かかりつけ医の連携



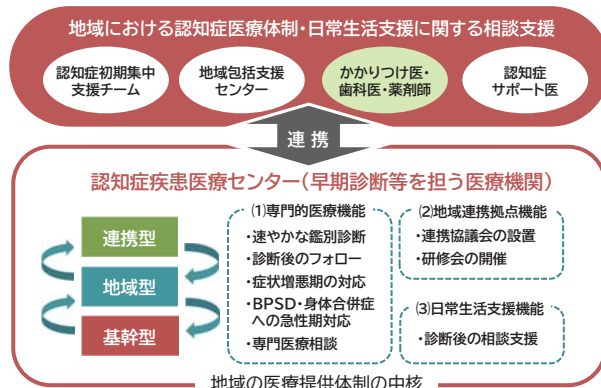
専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

〔地域実践 12〕

- アルツハイマー病治療薬を処方していれば、薬剤名、使用開始後の変化の有無、過去の投薬歴
- 施行していれば、認知機能検査や画像検査の結果(得失点のプロフィールも含め、実物やコピー添付が望ましい)
- 現在内服中の薬剤と服薬指導の内容(薬剤名、用法・用量、服薬の管理、服薬支援状況など)
- 身体疾患に関する情報(既往歴や治療を継続している疾患の治療開始の時期)
- 介護保険サービス利用の状況(要介護認定やケアマネジャーの所属や氏名)
- かかりつけ医や本人・家族からの希望(鑑別診断、薬物調整、BPSD対応、今後の治療環境など)

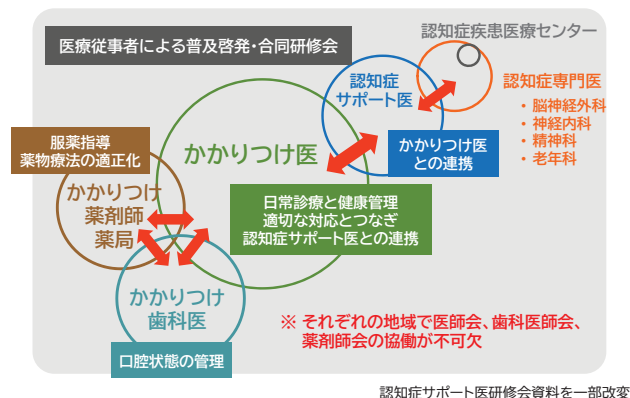
認知症疾患医療センター

〔地域実践 13〕



認知症医療連携のイメージ

〔地域実践 14〕



医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義

〔地域実践 15〕

かかりつけ医

- ・生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる。
- ・BPSDに関連する要因についての情報が得られる。
- ・服薬状況の確認ができる。
- ・治療に関する本人・家族の満足度がより上がる。
- ・具体的に薬剤の副作用の説明ができる。

かかりつけ歯科医

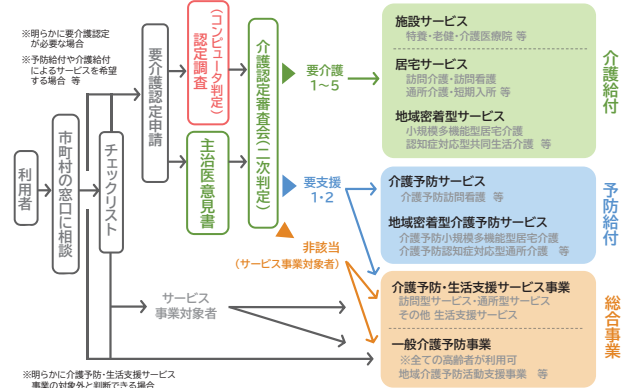
- ・口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる。
- ・歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上する。

かかりつけ薬局・薬剤師

- ・服薬遵守の意義について共有することができる。
- ・薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができる。

介護サービスの利用の手続き

〔地域実践 16〕



主治医意見書の役割

〔地域実践 17〕

● 介護認定審査会における重要な資料

- ➔ 医学的観点からの意見を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案できる
- ➔ 介護の手間の程度や状況等について、具体的状況の記入が求められる
- ➔ 認定調査(コンピュータ判定)には表れない情報の補足を期待されている

● ケアプラン作成の情報源

- ➔ 医学的観点からの意見や留意点などを客観的な情報としてアセスメントで活かす

● 介護報酬「認知症加算」の算定根拠

- ➔ 認知症高齢者の日常生活自立度の評価が、介護保険サービスの認知症関連加算の算定根拠となる

認知症症例の意見書①

〔地域実践 18〕

項 目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1)認知機能	・ HDS-R 15/30 ・ 記憶と見当識の障害が高度 ・ 全く意思疎通ができない
(2)日常生活活動	・ 薬の飲み忘れが多い ・ トイレがわからず部屋の中で排泄する
(3)行動・心理症状	・ 不安が強い ・ ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される
(4)処方内容とその影響	・ 少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5)現在受けている支援及び今後必要な支援	・ 現在デイサービスを週3回利用している ・ 今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

認知症症例の意見書②

〔地域実践 19〕

項 目	介護の手間を把握するための視点(例)
(6)生活環境	・ 独居 ・ 公団の4階に住んでいてあまり外出しない
(7)家族の状況と介護負担	・ 認知症の妻と二人暮らしである ・ 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8)経過・頻度	・ ADLは悪化しつつある ・ 徘徊の頻度は増加している
(9)現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性	・ しばしば経済被害を受けている ・ 今後、家人へ暴力をふるう危険がある
(10)身体合併症	・ 肺炎を来したが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11)評価に際しての留意事項	・ 症状は1日のうちでも大きく変動している ・ とりつくろいのために正常にみられる

介護給付(介護保険サービス)

〔地域実践 20〕

居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院(H30～)
介護療養型医療施設(～R5)

地域密着型サービス

〔地域実践 21〕

1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

- ▶▶ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ▶▶ 夜間対応型訪問介護
- ▶▶ 地域密着型通所介護
- ▶▶ 認知症対応型通所介護
- ▶▶ 小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 看護小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 認知症対応型共同生活介護
- ▶▶ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶▶ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

予防給付と地域支援事業

〔地域実践 22〕

対象、身体介護施設訓練等を施さずいまま支援の割合	介護給付 (要介護1～5)
	予防給付 (要支援1・2)
	新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1・2、それ以外の者)
	包括的支援事業

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)多様な民間事業者・非営利団体等の地域資源を活用
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営(従来3事業に加え、地域ケア会議の充実)
- 在宅医療・介護連携推進事業(医療・介護の情報共有と切れ目のない提供体制等)
- 認知症総合支援事業(認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業等)
- 生活支援体制整備事業(生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

多職種連携と情報共有

〔地域実践 23〕

多職種連携とは

『多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、お互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療のこと。』

※ 多職種連携を実践するには、患者・家族を含め、各医療職種間の適宜の情報共有と適切なコミュニケーションが欠かせない。

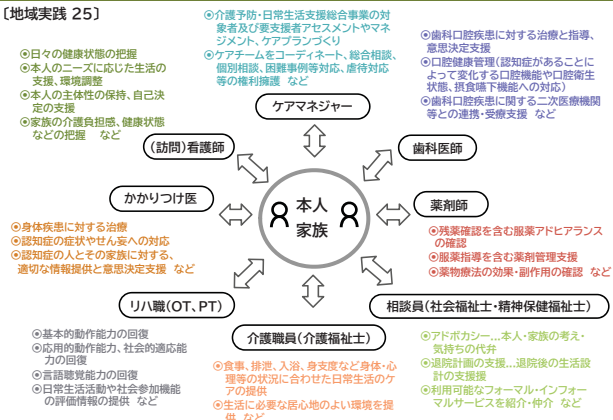
「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

【地域実践 24】

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
 - * 特に独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員や訪問看護師からの情報は欠かせない。
 - * アルツハイマー型認知症では“取り繕い”が特徴であり、本人以外から情報を得る必要がある。
- 服薬状況の確認ができる
 - * 認知症治療薬や身体疾患の治療薬を含め、診察時に実際の服薬状況が確認できない場合は、薬剤師や訪問看護師や介護職員から情報を得る。
- かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる
- 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる
- BPSDに関連する要因について客観的な情報が得られる
- 同じ目的や目標を共有することで、それぞれの専門職種と役割分担でき、連携のマネジメントが可能になる

地域の多職種の役割

【地域実践 25】



情報共有ツール

【地域実践 26】

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

- ✓ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。
- ✓ ひな形を参考に各自自治体を中心に関係機関と協議しながら地域の状況に合わせた情報共有ツールを作成し、運用。

情報項目

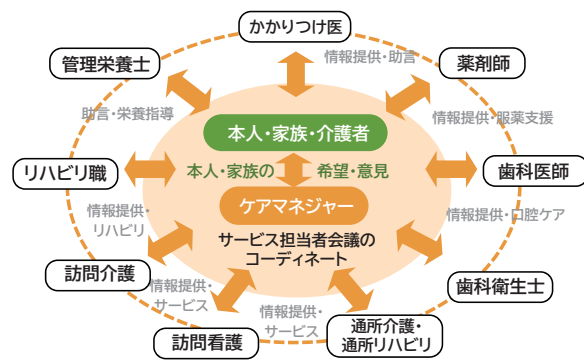
- 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意)
- 同意書
- わたし自身①:ご本人の基本情報
- わたし自身②:ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目
- わたしの医療・介護①:医療機関
- わたしの医療・介護②:支援に関わる者・機関のリスト
- わたしの医療・介護③:病名と医療機関
- わたしの医療・介護④:処方内容と処方目的
- わたしの医療・介護⑤:血圧、体重
- わたしの医療・介護⑥:利用しているサービス状況
- わたしの認知症の状況①:認知機能検査(MMSE又はHDS-R)
- わたしの認知症の状況②:日常生活活動の変化
- わたしの認知症の状況③:最近気になっていること、困っていること
- わたしのこれからのこと①②:今後の医療・介護への希望
- 通信欄

認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業
情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能

ケアマネジャーと多職種の連携

【地域実践 27】

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

【地域実践 28】

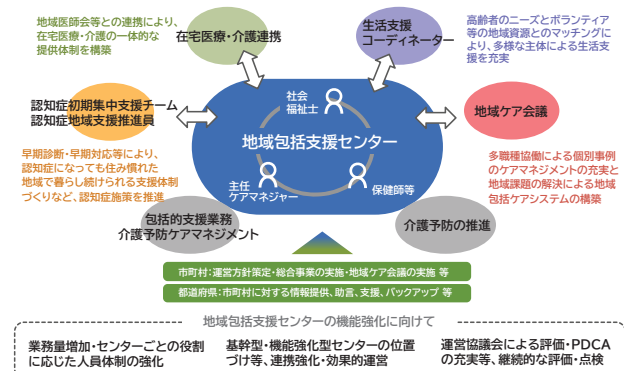
- 通院時や診察時の本人の様子について報告
- 傷病に関わる身体状況等の情報提供
- 認知症の病期や重症度、経過などの確認
- 現在の投薬内容、副作用等の注意事項
- 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針についての具体的指示
(身体症状や行動心理症状)
- 日常生活上の医学的な注意事項
(特に介護サービス提供時の留意事項)

ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

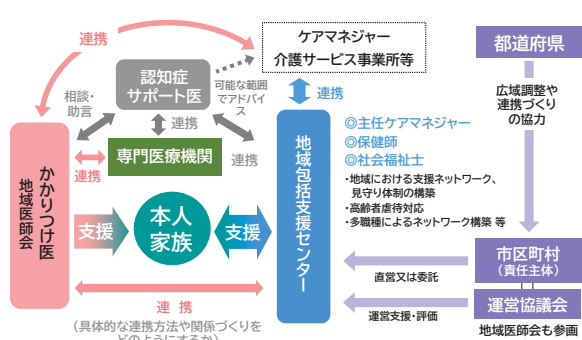
【地域実践 29】

- 認知症の早期発見と進行予防
- 適時の専門医療機関との連携
- 他の診療科受診の判断と紹介時の連携
- 疾病や体調管理面での指示や指導
- 身体症状や精神症状が悪化時の対応
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへのアドバイスと共通理解
- 本人の心理的サポートと家族への共感

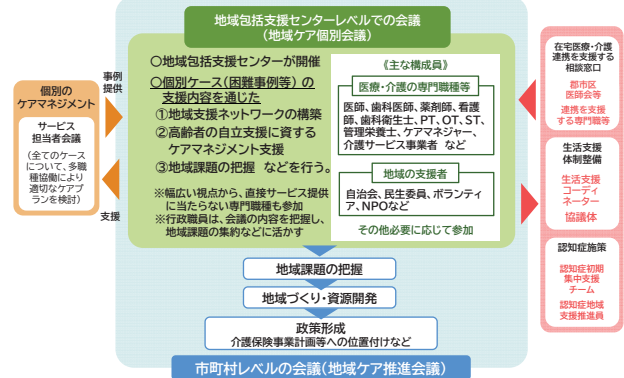
〔地域実践 30〕



〔地域実践 31〕



〔地域実践 32〕

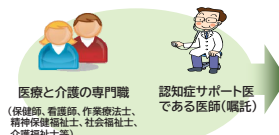


〔地域実践 33〕

- 複数の専門職が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 支援等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チームのこと

- 全ての市町村に設置されている

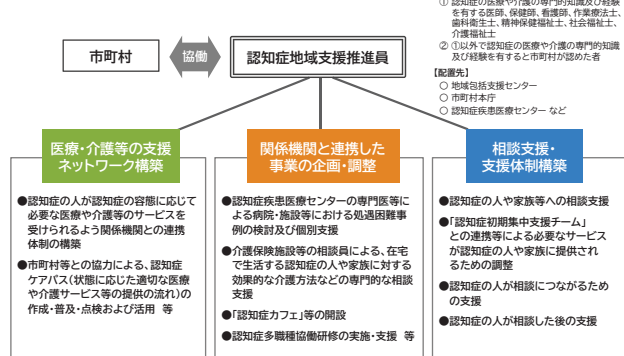
- ### ●認知症初期集中支援チームのメンバー



- 配置場所
地域包括支援センター、診療所、病院、認知症
疾患医療センター、市町村の本庁など

- 【対象者】**
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ 認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のいずれかの基準に該当する人
- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
 - ◆ 医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

[地域実践 34]



〔地域実践 35〕

○ 認知症の人やその家族が地域で孤立しないために、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

- 認知症の人と家族の会
- その他の家族支援・介護者支援の会

- 認知症の本人交流会、本人ミーティング
- 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

認知症の人と家族の支援

〔地域実践 36〕

支援内容	具体例
治療や症状への対処法	知識情報を得る場、家族教室、介護講習会、認知症カフェ、相談窓口
介護者の心身の休息	デイサービス・ショートステイの活用、介護・リフレッシュ休暇、保養所
介護者の健康	家族の心身の健康の維持、健康診断、受診や治療の支援
同じ立場の人と話せる場	家族会や家族の集いの場、情報交換、家族同士のピア活動
偏見・差別に対する啓蒙	地域の人への認知症の知識の啓発、家族支援の啓発
経済的な支援制度	就労継続支援、介護費用の軽減、税の減免、介護手当等

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

〔地域実践 37〕

【認知症サポーターとは】

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職場で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人。

【キャラバン・メイト養成研修】

実施主体：
都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的：
地域、職場における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン・メイト」を養成する。

内容：
認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。



【認知症サポーター養成講座】

実施主体：
都道府県、市町村、職域団体等

対象者：
〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



【チームオレンジとは】

認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組み。認知症の人もメンバーとして参加する。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

〔地域実践 38〕

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

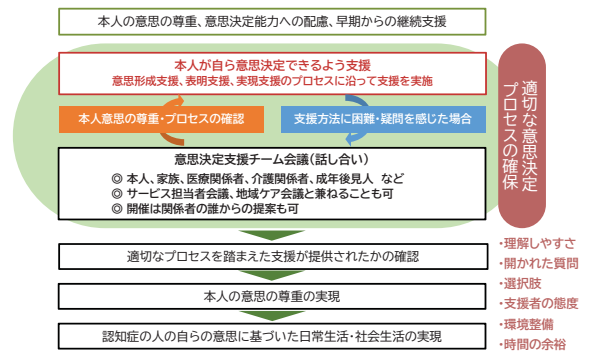
基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

- 認知症の人ための
(認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。)
- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
(意思決定支援者)
- 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
(意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援)

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 組込型研修の視聴

生活支援としての意思決定支援

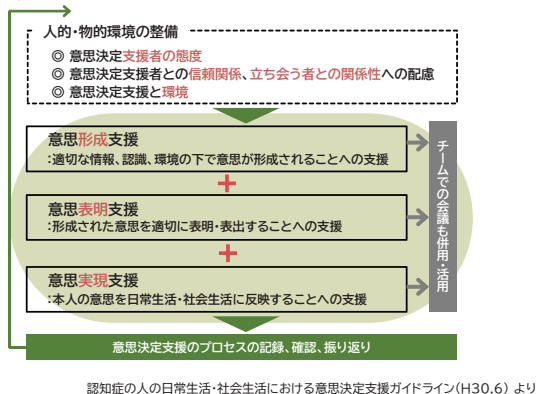
〔地域実践 39〕



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6) に一部追記

意思決定支援のプロセス

〔地域実践 40〕



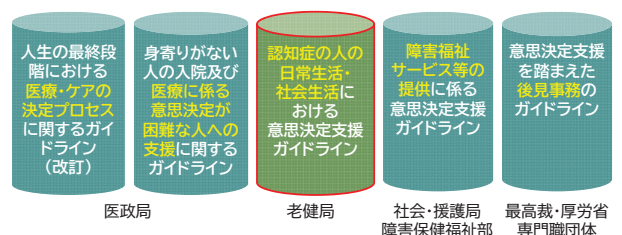
各意思決定支援ガイドライン

〔地域実践 41〕

【意思決定支援ガイドラインの策定推進の背景】

- ◎ 障害者の権利に関する条約
- ◎ 成年後見制度利用促進法
- ◎ 成年後見制度利用促進基本計画(2017年3月閣議決定)

【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】



若年性認知症の人への支援

【地域実践 48】

- 若年性認知症は 高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境が異なるため、本人や家族の心理状態・社会的状況に配慮が必要である。
- 早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつなぎなどがかりつけ医の役割である。
- 若年性認知症支援のハンドブックの配布、都道府県ごとの専門相談窓口の設置や相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置、若年性認知症コールセンターの周知などが重要である。

【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 本人やその家族、職場等からの電話等による相談窓口
- ・ 適切な専門医療へのアクセスと継続の支援
- ・ 利用できる制度・サービスの情報提供
- ・ 関係機関との連絡調整



全国若年性認知症支援センター 若年性認知症コールセンター

若年性認知症の人への支援のネットワーク

【地域実践 49】

「認知症総合戦略推進事業」若年性認知症施策総合推進事業（実施主体：都道府県・指定都市）

- 《相談（相談窓口）》

 - ① 本人や家族との協力の共有
 - ② 同行受診を含む受診勧奨
 - ③ 利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援
 - ④ 本人、家族が交流できる居場所づくり

《支援ネットワークづくり》

○ ワンストップの相談窓口の役割を果たすため、医療・介護・福祉・労働等の関係者による支援体制（ネットワーク）の構築

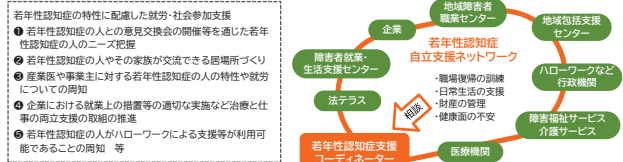
○ ネットワークにおける情報共有、ケース会議の開催、普及啓発等

《普及・啓発》

○ 支援者・関係者への研修会の開催等

○ 企業や福祉施設等の理解を促進するためのパンフレット作成など

これらの支援を一体的に行うために 若年性認知症支援コーディネーター を各都道府県に配置



改正道路交通法と認知症

【地域実践 50】

改正道路交通法（平成29年3月12日施行）

- 75歳以上の高齢者が運転免許を更新する際には、**認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。
- 75歳以上で、**一定の違反行為（基準行為）があった場合には、臨時認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**臨時高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。

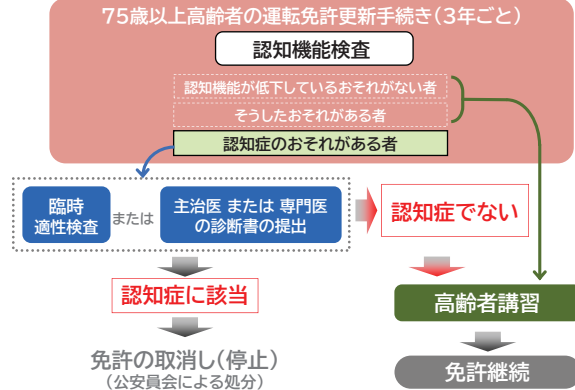
※ 臨時適性検査の受検及び診断書の提出は、都道府県公安委員会より本人に対して通知・命令される。

改正後の課題

- 正確な認知症診断や判定、自主返納後や運転中断後の生活の維持、症状の進行予防、社会的孤立などへの支援や連携が課題であり、かかりつけ医の役割も大きい。

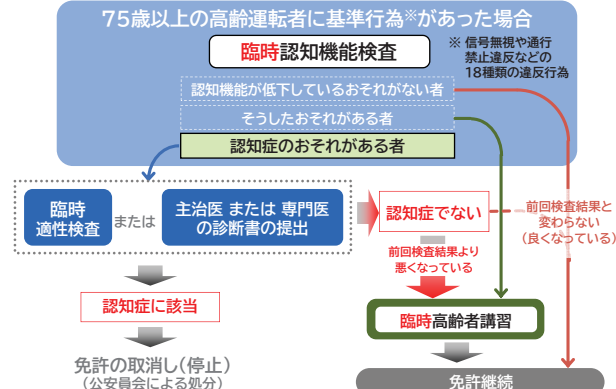
75歳以上高齢者の運転免許更新手続き

【地域実践 51】



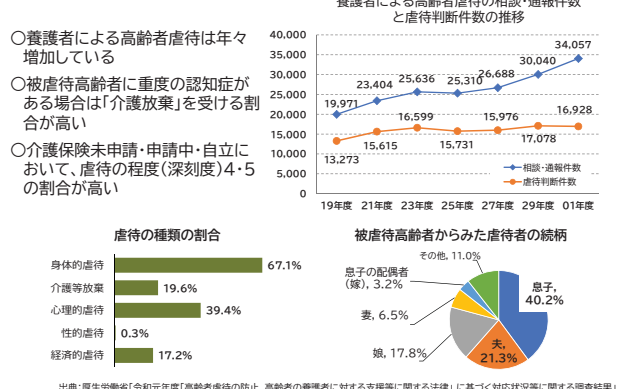
一定の違反行為（基準行為）があった場合

【地域実践 52】



養護者による高齢者虐待の現状

【地域実践 53】



高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

〔地域実践 54〕

高齢者虐待防止法における医師の通報義務

医師は、虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、**高齢者の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに必ず通報しなければならない**
（“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務）

- ▶ 高齢者虐待の早期発見、未然防止、地域の取り組みへの協力などかかりつけ医の役割は極めて重要
- ▶ かかりつけ医は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者の権利擁護や介護を担ってきた養護者を支援することも重要

医療保護入院制度

〔地域実践 55〕

- 医療及び保護のため精神科病床への入院の必要があるが、本人に入院治療契約を交わすだけの理解力、同意能力がない場合に限って、家族等の同意によって成立する入院形態。
- 医療保護入院となる条件（以下の1つでも満たさない場合は入院は成立しない）
 - ① 精神疾患のために入院治療が必要な状態であること。
 - ② 病状のために、それをしっかり理解し自ら入院契約に同意する能力が現時点ではないこと。
 - ③ ①②が精神保健指定医の診察の結果確認され、確かに医療保護入院が必要であると診断されること。
 - ④ 家族等※のうちいずれかの書面による同意があること。

※ 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合は、居住地（不明の場合は現在地）の市町村長が同意の判断を行う。
- 可能な限り、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行うことや本人の権利擁護を図ることが重要である。

精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）の一部改正平成26年4月1日施行

〔地域実践 56〕

〔動画 ⑥〕

かかりつけ医の役割と連携

切れ目のない支援に向けて

～本研修受講後のかかりつけ医に求められる姿勢と役割～

〔地域実践 57〕

- かかりつけ医は、**認知症の人や家族の伴走者**として支援していく姿勢が重要である。
- かかりつけ医には、**認知症の人や家族の視点を重視した切れ目のない継続的な医療の提供と適切な連携**が求められている。
- かかりつけ医には、**地域の多職種連携のリーダー**としての役割が期待されている。
- 地域で開催される**多職種合同研修、認知症サポート医との合同研修、フォローアップ研修**などへの積極的な参加や**地域での啓発活動の継続**などが望まれている。

令和2年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
**認知症対応力向上研修の研修教材
に関する調査研究事業
報告書**

地域活性化協同組合フロンティア

令和3年3月

禁無断転載
