

かかりつけ医 認知症対応力向上研修

1. かかりつけ医の役割 編
2. 診断と治療 編
3. 連携と制度 編

平成27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）

歯科医師、薬剤師、看護師および急性期病棟従事者等への認知症対応力向上研修教材開発に関する研究事業
既存研修分科会 編

令和元年度 老人保健健康増進等事業「認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業」において一部修正

かかりつけ医認知症対応力向上研修

研修全体の目的・意義

- 認知症の人と家族の生活を支える知識と方法を習得する
- 早期発見・早期対応の重要性を理解する
- 認知症の診断、治療・ケア、連携に関する基本的な知識を習得する

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：

- 認知症対応としてのかかりつけ医の役割について理解する
- 認知症の人と家族への支援の現状を理解する
- 専門医・専門医療機関・介護サービス諸機関との連携の重要性について理解する

[DVD-1]

かかりつけ医の役割

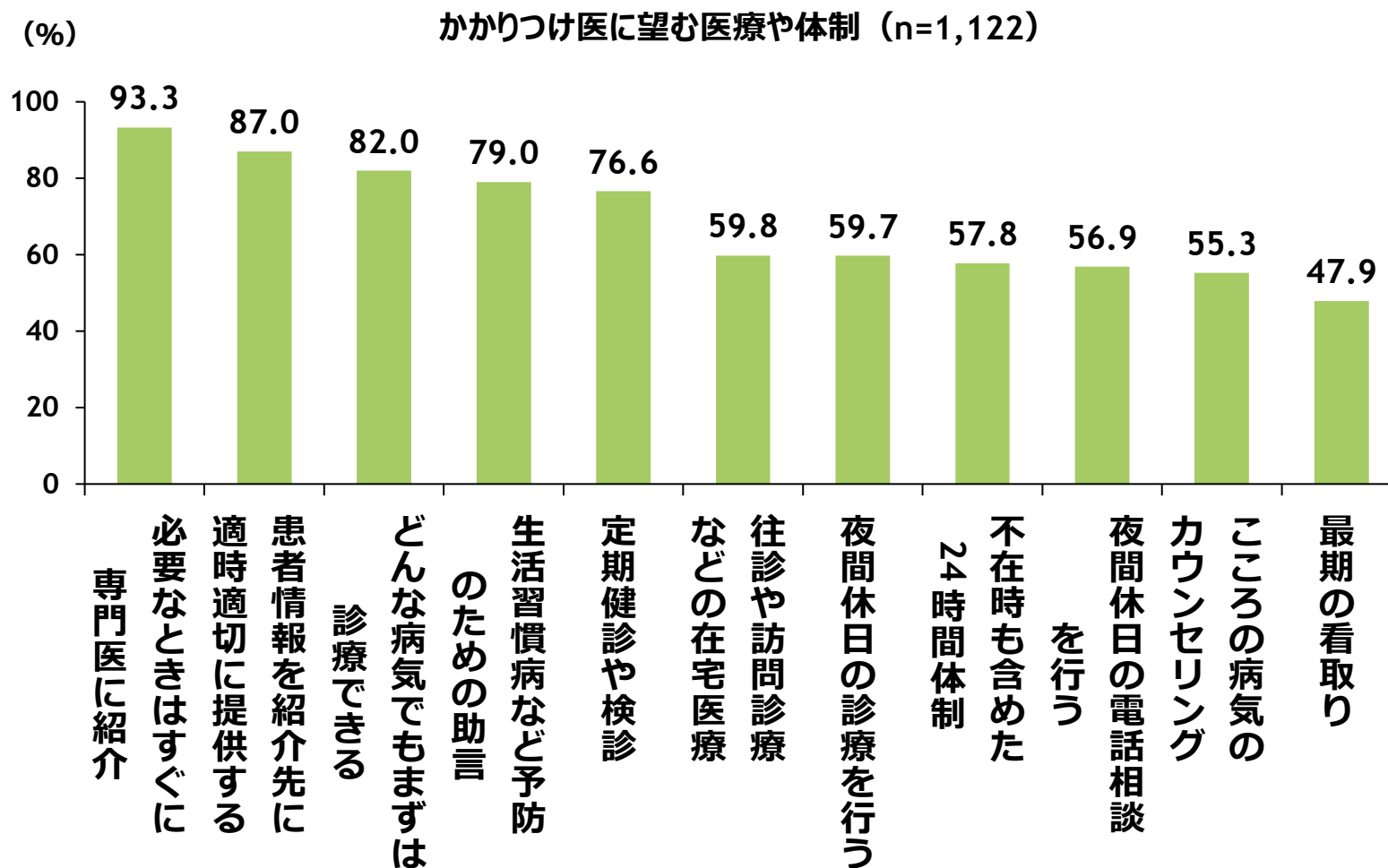
かかりつけ医とは

**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**

(2013年8月8日 「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言)

かかりつけ医に対する国民のニーズ

Q あなたは、かかりつけ医にどのような医療や体制を望んでいますか。



認知症の人とかかりつけ医

認知症の人



問診票
自己記入は困難
-初診時-

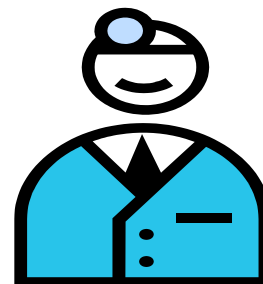
生活機能関連項目

- ・外出頻度
- ・屋内／屋外
移動の自立度
- ・痛みの有無

など



かかりつけ医（医療機関）



（期待される役割）

1. 傷病に関する診断・治療
2. 生活機能の把握（ハイリスク群の抽出）
3. 生活機能低下要因の評価と除去
4. 日常生活の指導助言
5. 状況に応じた関係機関の紹介
（専門医、地域包括支援センター等）
6. ケアマネや地域包括支援センター
職員との連携

かかりつけ医の役割

- 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、精神的支えとなる
- 専門医との適切な連携構築と治療を行う
- 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との連携ができる(多職種協働)

出典：「かかりつけ医のための認知症マニュアル」平成27年3月31日発行

編 公益社団法人日本医師会 監修 西島 英利 著 瀬戸 裕司、遠藤 英俊、池田 学

早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 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になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により 認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

認知症の人の将来推計について

	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成37年 (2025)
各年齢の認知症有病率が 一定の場合の将来推計 人数／(率)	462 万人 (15.0%)	517 万人 (15.7%)	675 万人 (19.0%)
各年齢の認知症有病率が 上昇する場合の将来推計 人数／(率)		525 万人 (16.0%)	730 万人 (20.6%)
(軽度認知障害)	380 万人 (13.0%)		

「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 九州大学 二宮教授) による速報値

認知症施策推進大綱の概要

－令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定－

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

▶▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

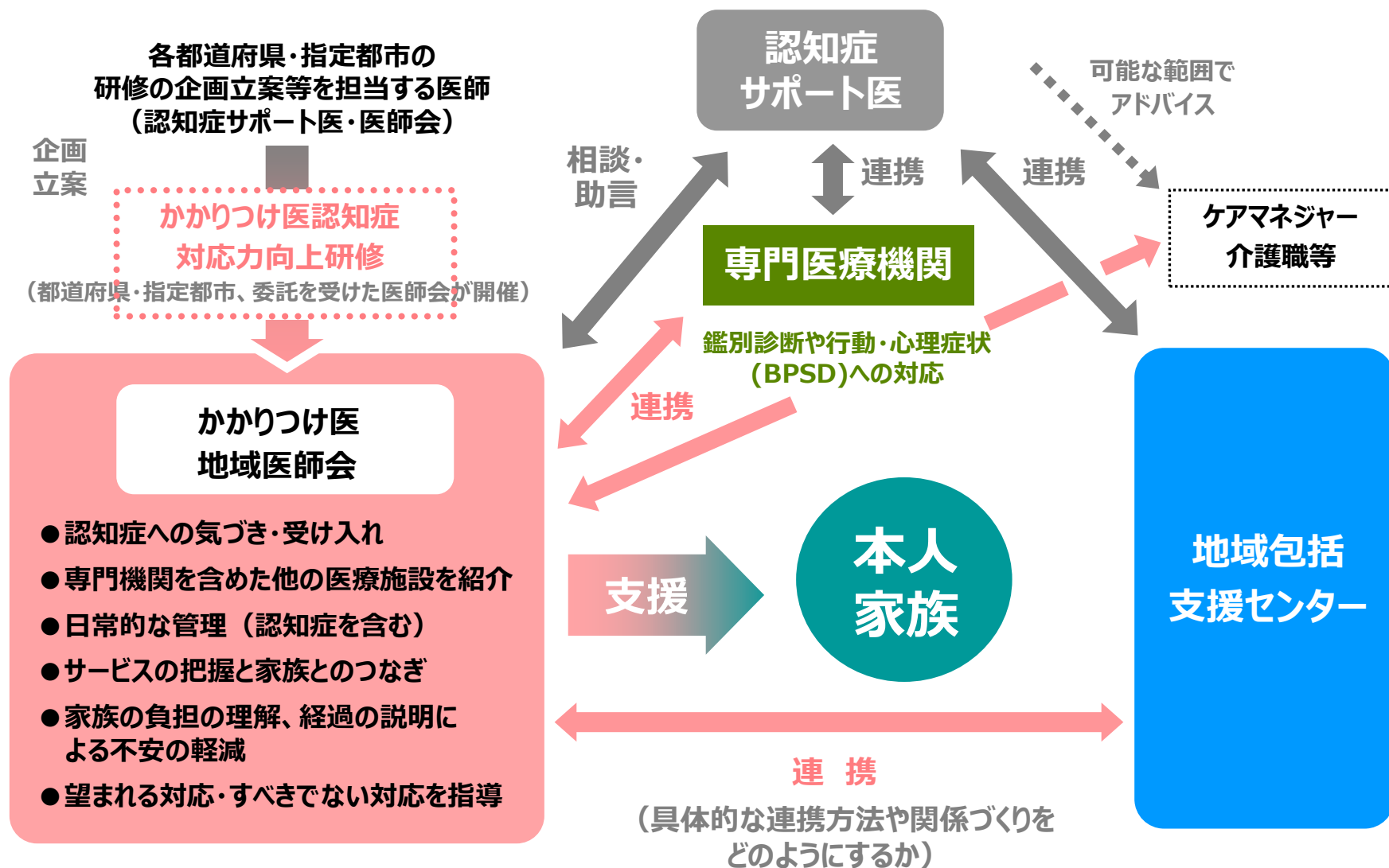
④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人
への支援・社会参加支援

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

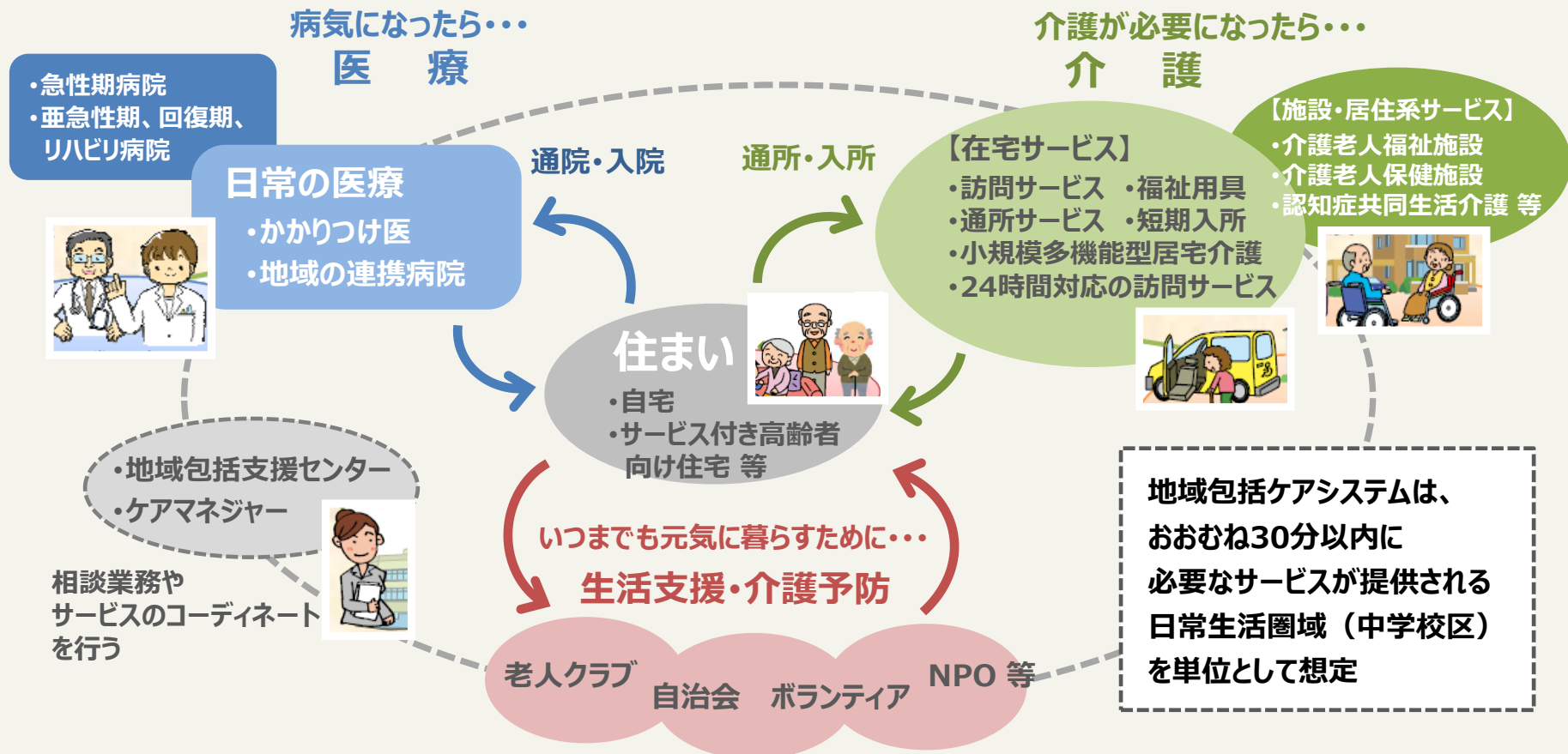
<役割-8>

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



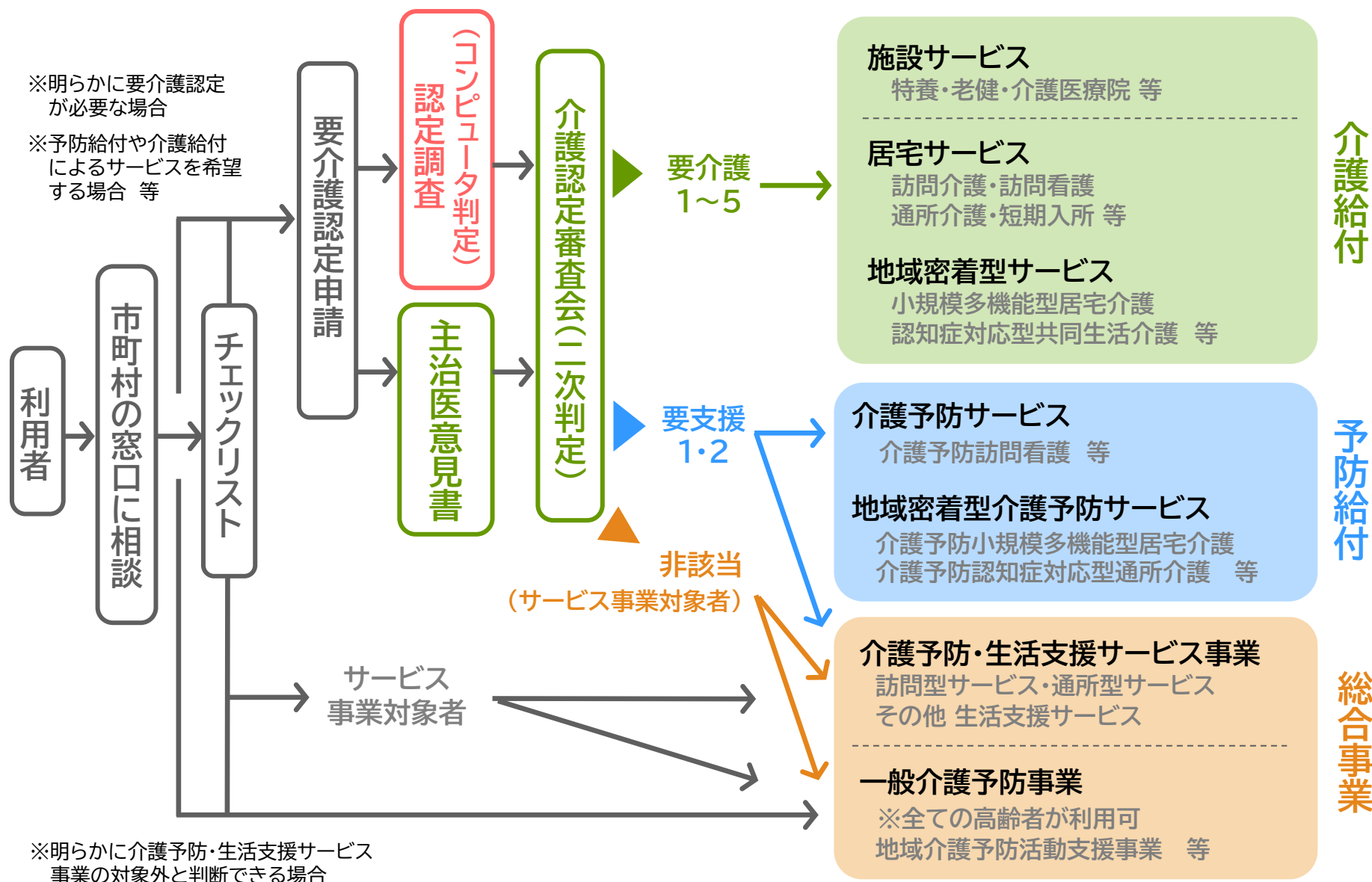
地域包括ケアシステム

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後まで続けることができる



<役割-10>

介護サービスの利用の手続き



主治医意見書の役割

●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

●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

認知症症例の意見書①

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

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 ・とりつくりのため正常にみられる

ADL×BPSDによる認知症日常生活自立度

ADLのレベル

BPSDの程度

	自立	家庭外 で支障	家庭内 で支障	介護 が必要	常に介護 が必要
なし	I	II a	II b	III a	IV
日中を中心	III a	III a	III a	III a	IV
夜間を中心	III b	III b	III b	III b	IV
著しい 精神症状等	M	M	M	M	M

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

● 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる

- * 1 特に、今後増加が予想される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からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
- * 2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る

● 服薬の確認ができる

- * 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる

● 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の情報が得られる

かかりつけ医に求められる認知症の診療（まとめ）

- 認知症の人に **気づく**
- 認知症の人を **受け入れる**
- 認知症の人の **家族を気遣い支える**
- **地域でみる** ことを意識する

どこまで診断し治療するかは、診療科や地域の資源等の状況によるが、今後は診断・治療が求められる。

診断と治療 編

ねらい：認知症診断・治療の原則を理解する

到達目標：

- 認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化を説明することができる
- 認知症の診断の方法と手順を説明することができる
- 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することができる
- 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している

新しい認知症の診断基準（DSM-5）

- A 1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。**
- B 認知機能の低下が日常生活に支障を与える。**
- C 認知機能の低下はせん妄のときのみには現れるものではない。**
- D 他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。**

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)

認知機能障害

- 複雑性注意
- 実行機能
- 学習と記憶
- 言語
- 知覚・運動
- 社会的認知

行動・心理症状(BPSD)

- ・ 抑うつ
- ・ 興奮
- ・ 徘徊
- ・ 睡眠障害
- ・ 妄想

ほか

家族が認知症を疑うきっかけとなった変化

(n:465)

- 忘れ物・もの忘れ・置き忘れを頻繁にするようになった ... 74.6%
- 時間や日にちが分からなくなった(忘れるようになった) ... 52.9%
- 仕事や家事が以前のようにできなくなり、支障をきたすようになった ... 46.7%
- クレジットカードや銀行通帳の取り扱いができなくなった ... 29.5%
- 服薬がきちんとできなくなった ... 28.4%
- ふさぎこんで、何をするのも億劫がり、嫌がるようになった ... 26.5%
- 気候に合った服を選んではいることができなくなった ... 19.6%
- 入浴しても洗髪は困難になった ... 13.5%

加齢に伴うものの忘れと認知症のものの忘れ

加齢に伴うものの忘れ	アルツハイマー型認知症のものの忘れ
体験の一部を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて 判断の障害や実行機能障害がある
ものの忘れを自覚している	ものの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

[DVD-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準

- A major neurocognitive disorder の基準を満たす
- B 少なくとも**2つ以上の認知機能の障害**が潜行性に出現し、徐々に進行する
- C 次のどちらかがあてはまる
 1. 家族歴か遺伝子検査から Alzheimer's disease の原因遺伝子変異が存在する証拠がある
 2. 下記の全てがあてはまる
 - a. 詳細な病歴や経時的な神経心理検査で、**記憶・学習と他の認知機能の低下**の明確な証拠がある
 - b. 認知機能が長く安定していることがなく、確実に、徐々に悪化している
 - c. 認知機能障害の原因となりそうな他の神経変性疾患、脳血管疾患、神経/精神/全身疾患や状態がない
- D その障害が脳血管疾患、他の神経変性疾患、薬物等の影響、他の精神/神経/全身疾患によるものとして説明できない。

アルツハイマー型認知症の症例（68歳・女性）

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところに何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えていない。

買い物へはいくが、同じものを大量に買ってきてしまい 冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。

最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記銘 3/3、 集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか？の問いに対し、“えーっと何月でしたっけ” と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見てこなかったから と言いつける。

レビー小体型認知症の診断基準①

1. 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在

初期は記憶障害は目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。
注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。

2. 以下の3項目の中核症状のうち probable DLBでは 2項目、possible DLBでは1項目が認められること

- 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
- 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
- 3) パーキンソニズムの出現

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状

- 1) レム睡眠行動障害
- 2) 重篤な抗精神病薬過敏
- 3) PET、SPECTでの基底核におけるドパミントランスポータの減少

4. DLBの診断を支持する症状

- 1) 繰り返す転倒と失神
- 2) 一過性の意識障害
- 3) 重篤な自律神経障害
- 4) 幻視以外のタイプの幻覚
- 5) 系統的な妄想
- 6) うつ
- 7) CT、MRIで側頭葉内側が保たれている
- 8) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下
- 9) MIBG心筋シンチグラムの異常
- 10) 脳波での徐波と側頭葉での一過性の鋭波

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもか
かわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

前頭側頭葉変性症の概念

1)定義： 臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、画像所見で前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群

2)分類： 前頭側頭葉変性症(FTLD)  前頭側頭型認知症(FTD)
進行性非流暢性失語症(PNFA)
意味性認知症(SD)

新分類： 前頭側頭型認知症 (FTD)

(2011)  行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)
言語障害型前頭側頭型認知症
進行性非流暢性失語症 (PNFA)
意味性認知症 (SD)

3)疫学： ・頻度：ADとの比は10分の1以下
・65歳以下の発症が多く、性差はない
・ときに家族歴を有することがある

行動障害型 前頭側頭型認知症の診断基準(bvFTD)

前提：観察または病歴から行動及び/または認知機能の進行性の悪化を認めること

以下のうち 3つを認めれば **possible bvFTD**

- A 早期からの行動の脱抑制
- B 早期からの無関心または無気力
- C 早期からの共感または感情移入の欠如
- D 早期からの保続的、常同的、または強迫的/儀式的な行動
- E 口唇傾向や食事の変化
- F エピソード記憶や視空間認知機能の保持と実行機能の障害

さらに、以下の全てを認めれば **probable bvFTD**

- A **possible bvFTD** の診断基準を満たす
- B 有意な機能低下が介護者の報告や質問票で明らか
- C 画像（MRI、CT、PET、SPECT）がbvFTD に一致している

前頭側頭型認知症（62歳・女性）

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月頃から無口になった。本来は社交的でおしゃれな性格だったが、家族とも口をきかなくかった。

平成X+2年6月頃から 異常行動出現

- 安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
- スーパーのビニール袋を際限なく引っ張り出す。
- 全裸で洗濯物を乾かす。
- ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
- 他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわからない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。
夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30
病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる。

血管性認知症の診断基準

- A major neurocognitive disorder の基準を満たす
- B 臨床的特徴が以下のどちらかによって示唆されるような血管性の病因に合致している
 - 1. 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
 - 2. 複雑性注意(処理速度を含む)と前頭葉性実行機能の障害が明らかである
- C 病歴、身体診察、および/または神経画像検査から神経認知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
- D その症状は他の神経疾患や全身疾患でより良く説明されない

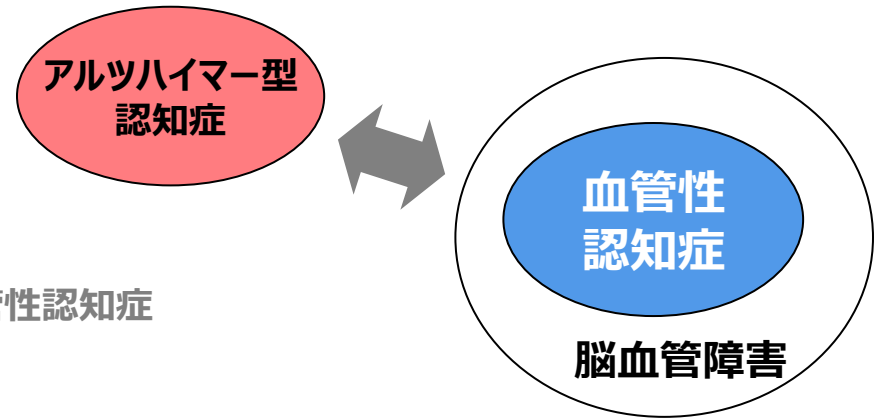
以下のうち一つはあてはまる。

- 1 臨床症状が神経画像検査での脳血管疾患による脳組織の障害の所見によって支持される
- 2 神経認知障害が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
- 3 臨床的および遺伝的に脳血管疾患である証拠がある

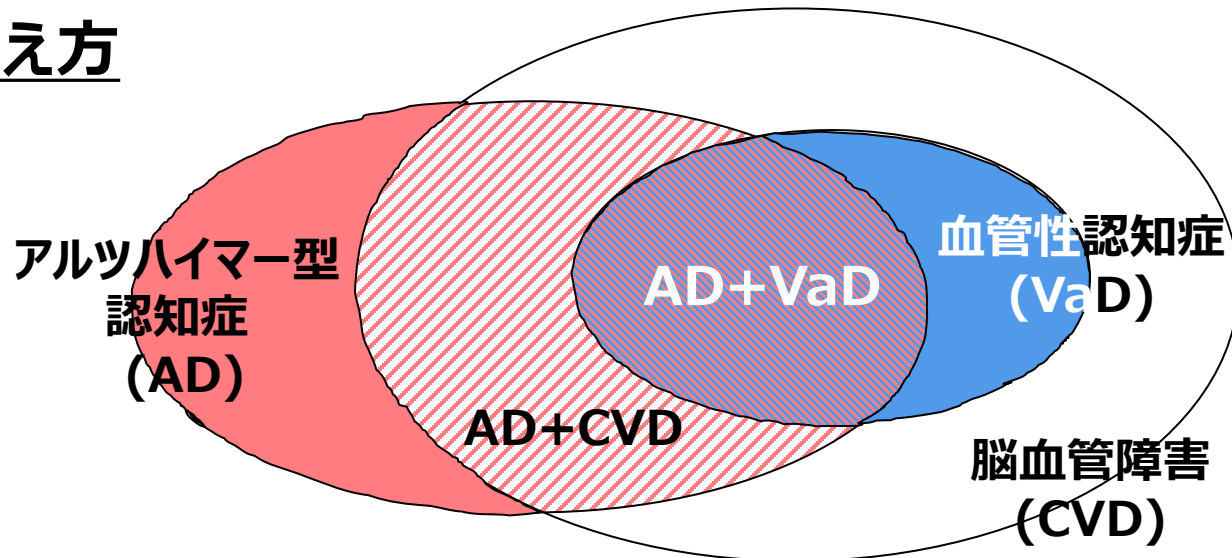
血管性認知症の考え方の変化

これまでの考え方

- ・脳卒中の既往があれば 血管性認知症
- ・画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
- ・画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
- ・運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症



最近の考え方



画像診断の目的

1. 除外診断

脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった
他の疾患によって、認知症症状が引き起こされて
いないかどうかを除外診断

2. 認知症の病型診断の補助

3. 軽度認知障害が認知症に移行しやすいかどうか の指標

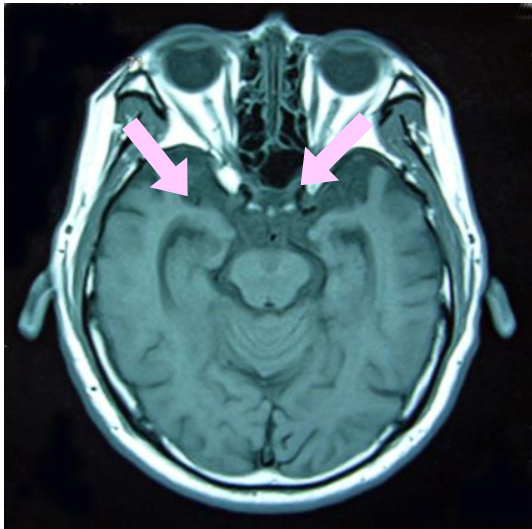
※ 薬剤の効果判定のバイオマーカーとしての役割

… 今後期待されるが現時点では探索的段階

代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

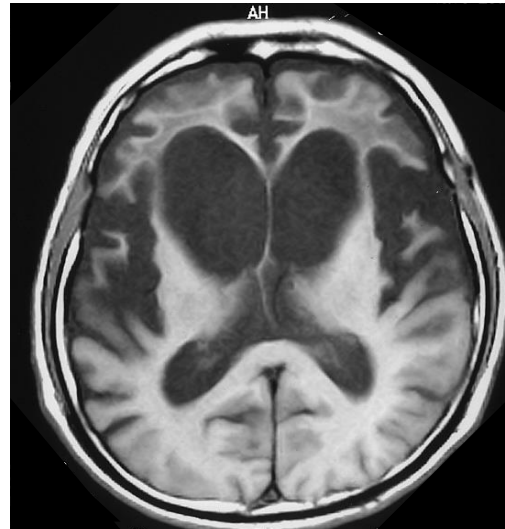
	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI CT	海馬、 側頭葉の萎縮 (初期には 目立たない)	(特異なものはない)	前頭葉、側頭葉 の萎縮	両側視床、側頭 葉梗塞 多発する皮質下 梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 (ADに比べて 軽い)	血管障害の病巣 により一定の傾向 をもたない
その他		・MIBG心筋シンチ で取り込み低下 ・DATスキャンでの ドパミントランスポー ター取り込み低下		

認知症各病型の典型的なMRI画像

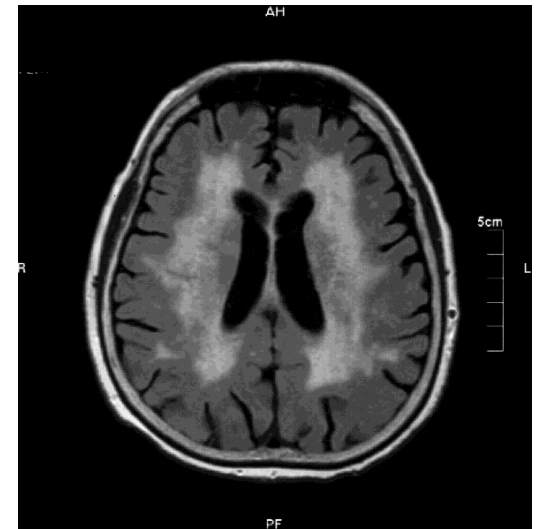


**アルツハイマー型
認知症**

(側脳室下角の開大
と海馬の萎縮)



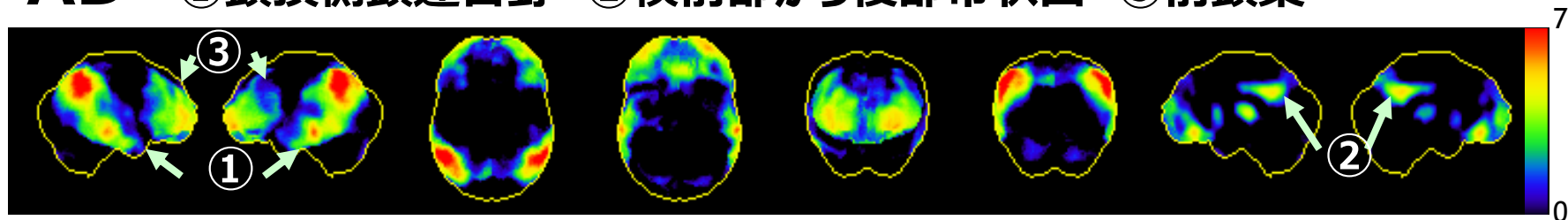
**前頭側頭型
認知症**



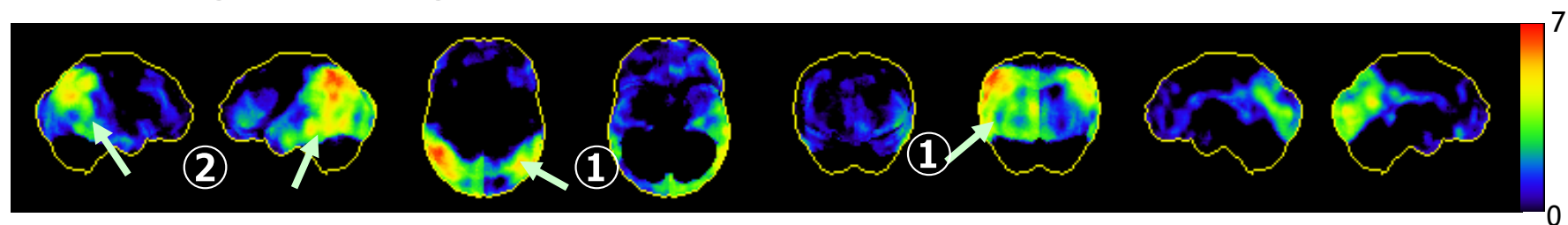
血管性認知症

認知症各病型の典型的なSPECTパターン

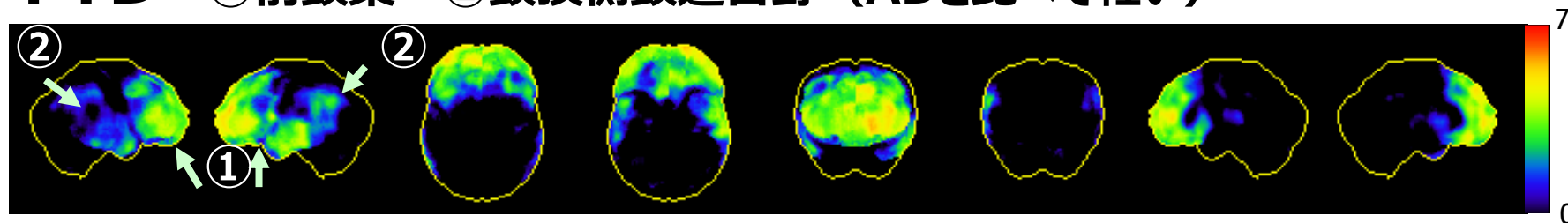
AD ①頭頂側頭連合野 ②楔前部から後部帯状回 ③前頭葉



DLB ①後頭葉 ②頭頂側頭連合野



FTD ①前頭葉 ②頭頂側頭連合野 (ADと比べて軽い)



軽度認知障害

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
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)

軽度認知障害 に関する19の縦断研究を検討した結果、平均で年間約10%が認知症に進展

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

軽度認知障害の人への対応

本人と家族の

「将来認知症になってしまうのではないか」

という **不安** に応えていくこと

「認知症ではないのだから病気ではない、
だから、病院へもかかる必要はない。」

という **誤解** に対応していくこと



- 病態に対する徹底的な知識**教育**
- 経過観察の重要性の**説明**

軽度認知障害の人への対応②：何をどう伝えるか

- 地域在住の65歳以上の軽度認知障害の有病率は約13%と考えられており、決してまれな状態ではないことを伝える。
- 一方、もの忘れ外来受診者では、年間10～15%が認知症に移行すると考えられており、現時点では認知症ではないが、将来認知症に移行するリスクの高い群であり、そのため通院して慎重な経過観察が必要であることを本人・家族に明確に伝える。
- 5年経過しても半数は認知症に移行しないこと、逆に回復する例もあることを話し、必要以上に認知症になる不安をかきたてるような説明は避けたほうがよい。

軽度認知障害の人への対応③：薬物療法は？

- コリンエステラーゼ阻害薬やメマンチンが認知症へのコンバートを防ぐという明確なエビデンスはない。
- 厳密に言えば保険適応ではない。

[DVD-3]

認知症の問診とアセスメント

記憶障害のアセスメント

- **最近の記憶**
 - ・食事の内容
 - ・受診の交通手段、目的
 - ・家族との外出など
- **昔の記憶**
 - ・生年月日
 - ・出生地
 - ・学校時代の話など

について、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

見当識障害のアセスメント

(通常は質問式)

- 今日の年月日、曜日、午前・午後
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識
- 家族の認識

判断・実行機能障害のアセスメント

● 家族からの情報

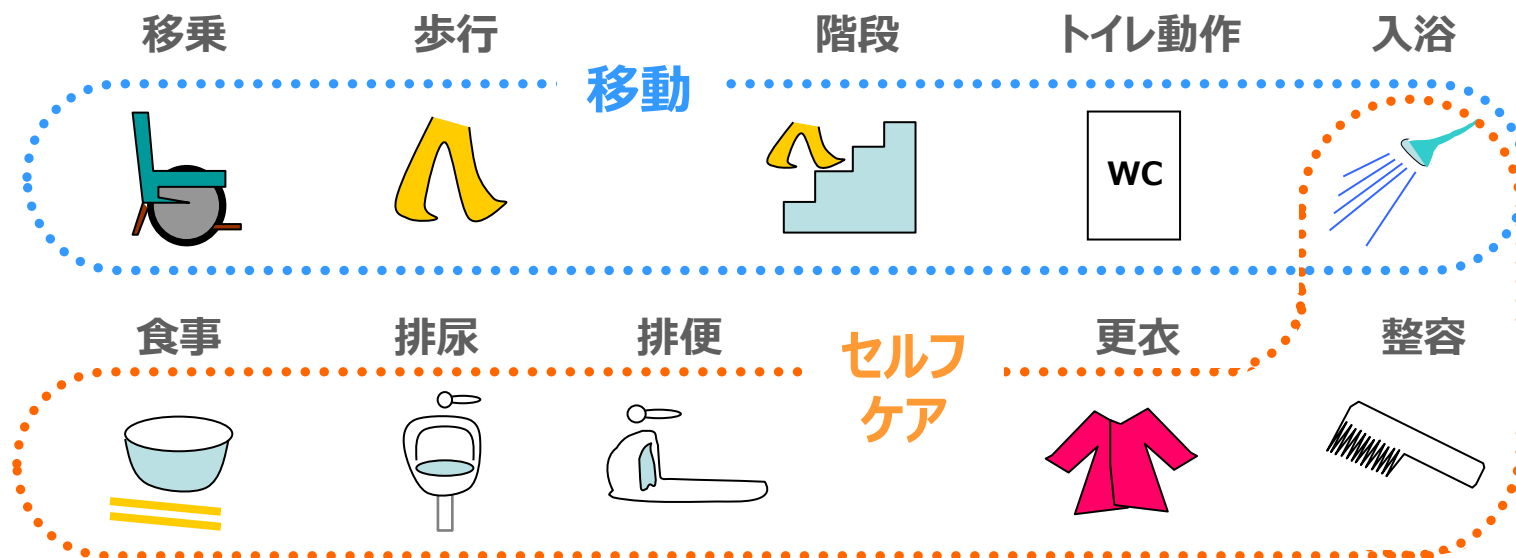
- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか

● 本人への質問

- ・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

ADLのアセスメント

● 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

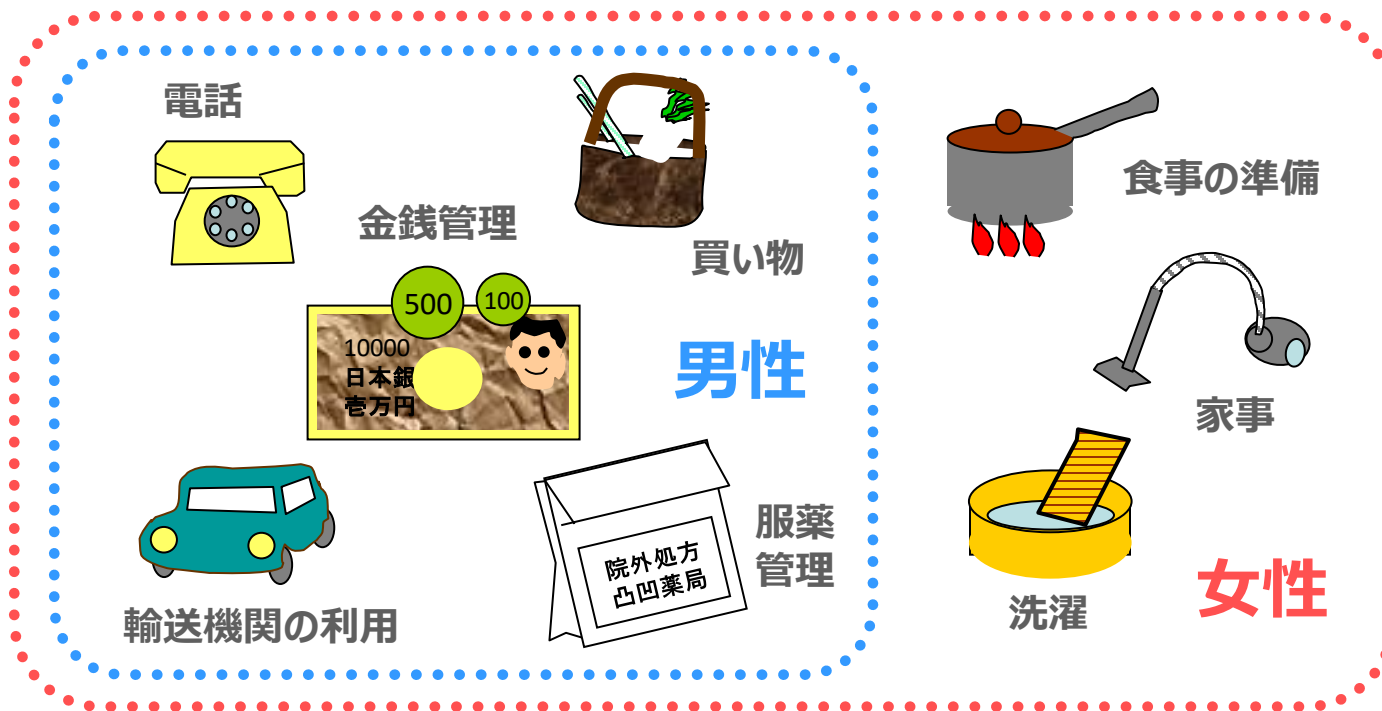
● 認知症のための障害評価尺度(DAD)

(Disability Assessment for Dementia)

● ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

IADLのアセスメント

● 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)

FAST による重症度のアセスメント

(アルツハイマー型認知症)

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度の アルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度の アルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。 入浴させるときにもなんとか、なだめすかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度の アルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。 トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度の アルツハイマー型認知症	最大約 6 語に限定された言語機能の低下。 理解しうる語彙はただ 1 つの単語となる。歩行能力の喪失。 着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

[DVD-4]

認知症と間違えやすい症状

可逆性の認知症とその鑑別法

疾 患	鑑別のための検査
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH、FT3、FT4)
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	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

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	うつ病 ※	アルツハイマー型認知症
発 症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの 訴え方	強調する	自覚がない、 自覚あっても生活に支障ない
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
失見当	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

※うつ病については、DVD教材（付録）を参照

うつ病と認知症の関係

- 1 独立した疾患としてのうつ病 ▶ 認知症との鑑別が問題に



- 2 認知症に先行するうつ状態 (DLBで時に見られる) ▶ 今後 認知症が出てくるかもしれない



- 3 認知症の症状としてのうつ状態 ▶ 今 認知症があるかもしれない



せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発 症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持 続	数時間 ～ 一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
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	関与ない

せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤

- アルコール、薬物または薬物中毒
- 感染症、特に肺炎と尿路感染症
- 脱水状態および代謝異常
- 感覚遮断（環境変化）
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会

: プライマリケア医のためのBPSDガイド、
アルタ出版、2005 を一部改変

主な薬剤

- ・抗パーキンソン病薬
- ・抗コリン薬
- ・抗不安薬
- ・抗うつ薬
- ・循環器用薬（ジギタリス、βブロッカー、利尿薬）
- ・H2受容体拮抗薬
- ・抗癌薬
- ・ステロイド

外来時の対応

【初診時】

- **本人が一人で受診した場合**
 - ・もの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

認知症の問診の方法

1. 本人と家族（あるいは付添人）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からも情報を収集する（介護保険利用時）
7. 現在の服薬内容について情報を収集する

認知症診療に必要な一般身体所見

- 血圧
- 脈拍
- 体温
- 貧血
- 黄疸
- 浮腫

認知症診療で注意すべき身体疾患

内科疾患

- 脳血管障害
- 慢性硬膜下血腫
- 洞不全症候群
- 逆流性食道炎
- 胃潰瘍
- 誤嚥性肺炎

外科・ 脳神経外科疾患

- 腸閉塞

整形外科疾患

- 大腿骨頸部骨折

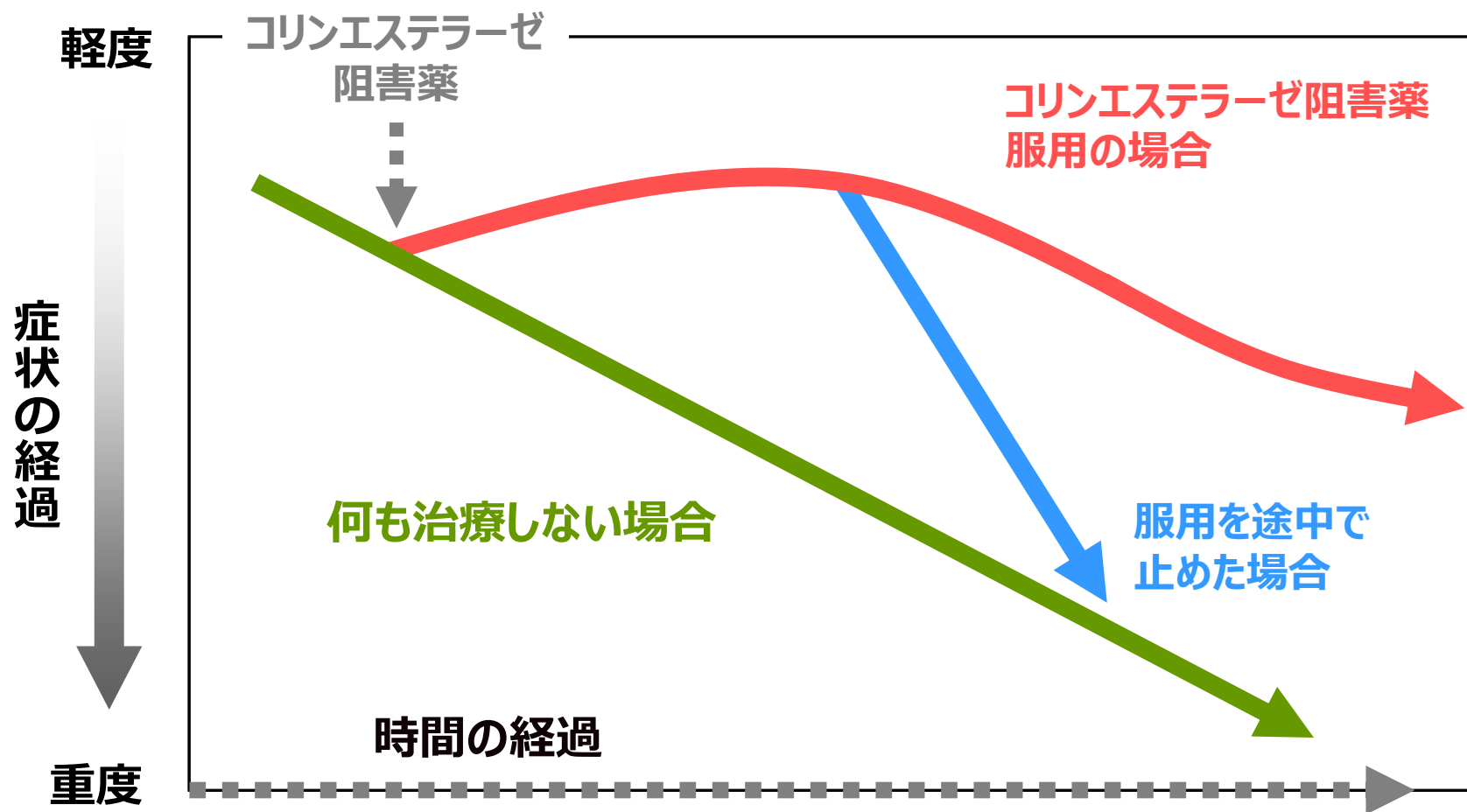
皮膚科疾患

- 褥瘡
- 蜂窩織炎
- 疥癬
- 带状疱疹

耳鼻科疾患

- 耳垢栓塞

認知症の臨床症状の経過と 認知症治療薬の効果



コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与法	3mgを1－2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70－80	5－7	2－3
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応 (2014)		1ステップ ^o 漸増法が 承認 (2015)

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

1. アルツハイマー型認知症に使用
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合
5. 消化器症状出現時は減量・中止を検討

………… 重大ではないが頻度の高い副作用 …………

食欲不振、嘔気、嘔吐、下痢、便秘、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気、徘徊、振戦、頭痛
顔面紅潮、皮疹、パッチ剤では貼付部位の発赤

メマンチンの特徴

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～高度
一日用量	20mg 5mg から 毎週漸増
用法	1
代謝	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)

メマンチンの使用上の注意点

- **副作用：**
 - ・浮動性めまい
 - ・便秘
 - ・体重減少
 - ・頭痛
 - ・傾眠
- **チトクローム P 450 による代謝を受けにくい
ため薬物相互作用が少ない**

投薬に際して注意すべきこと

- 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること
(本人または介護者が行う)
- 薬の効果と副作用の観察が行えること
(本人が**独居の場合**は訪問看護や訪問介護などを利用して適宜支援と確認ができる)
- 定期的な受診と服薬指導が受けられること

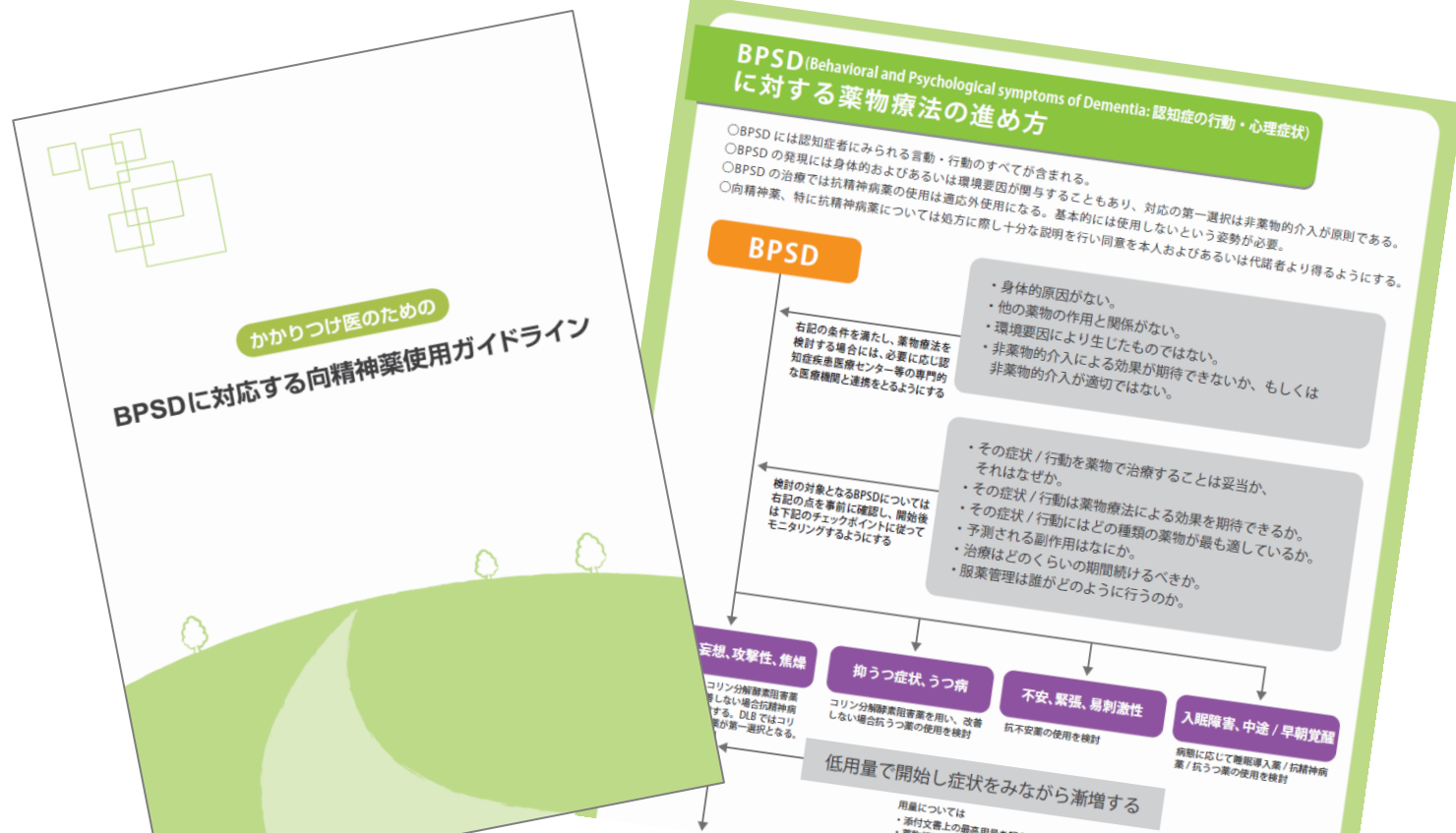
行動・心理症状(BPSD)に対する対応

- 身体疾患の有無のチェックと治療
(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善
(騒音、不適切なケアなど)
- 介護サービスの利用

改善がみられない場合は、

- ガイドラインに沿った薬物治療
- 専門医に紹介

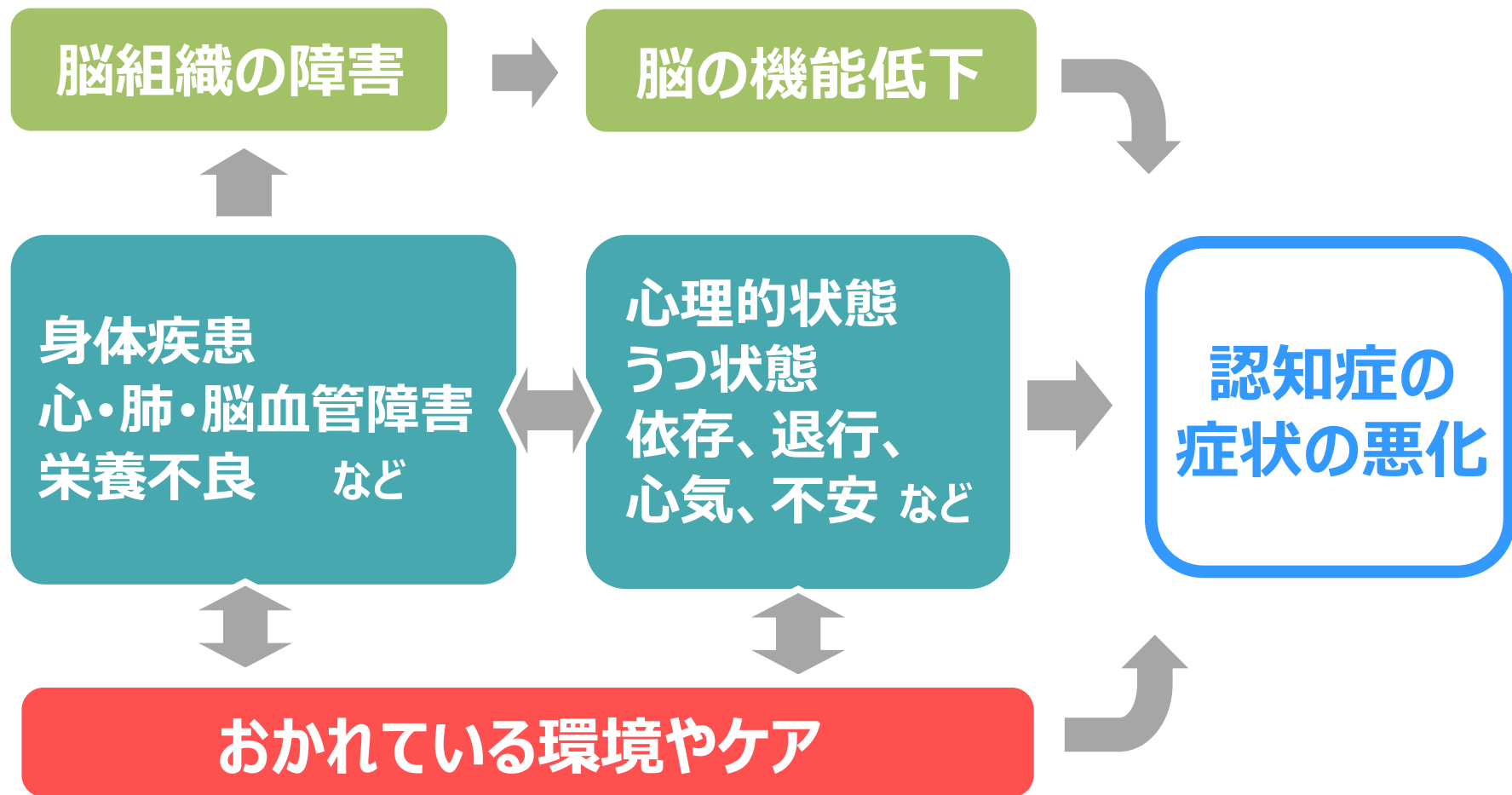
BPSDに対する薬物療法のガイドライン



かかりつけ医のための BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c.html>

＜2016年に改訂予定＞

認知症の症状に影響する要因



[DVD-5]

認知症の治療とケア

外来フォローのときの注意点

- 介護者に同伴してもらうこと
- 問診では ここ2～3カ月の状況を聴く
- 認知機能検査は定期的に実施
- 行動・心理症状(BPSD)がないか
- 身体疾患（発熱、痛み など）に気をつける
- 家族の介護負担を常に考慮する
- コリンエステラーゼ阻害薬等を処方している場合、副作用に注意
- 地域の医療・介護資源の情報（相談先・連絡先）をもっていること

治療期間における視点

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. いつもと様子が違うと感じたら、**身体合併症のチェック**を

認知症の人への支援

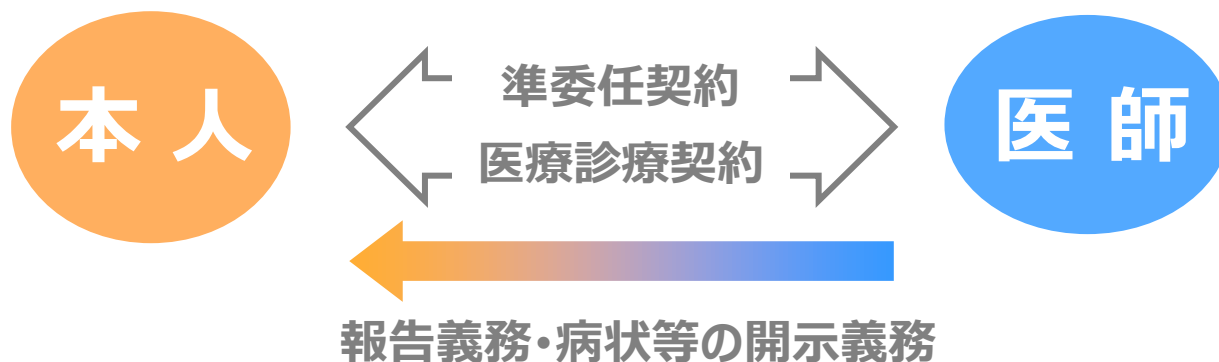
- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、**できる限りの治療や支援を行う**ことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する**辛さを受け止め**、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、家族への**病状説明は慎重に行う**
- 家庭の中で何らかの**役割を持ってもらうこと**、**社会参加や介護保険サービスの利用**をすすめる
- 身体疾患を**早めに見つけて治療**をする

家族への支援

- 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
- 家族の会など、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、など 介護者の**負担の少ない方法**をとる

認知症の説明(告知)と法的な取扱い

- ① いつの**タイミング**で
- ② どのような**内容**で
- ③ **誰**に、そして 説明(告知)の後
- ④ どう**フォロー**するか？



告知：本人の**自己決定権**を保障するための情報開示の役割
(どのような治療や介護サービス・法的支援を受けられるのか)

連携と制度 編

**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
理解する**

到達目標：

- 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する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、
本人・家族に説明することができる
- 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することができる

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味（再掲）

● 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる

- * 1 特に、今後増加が予想される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からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
- * 2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る

● 服薬の確認ができる

- * 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる

● 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の情報が得られる

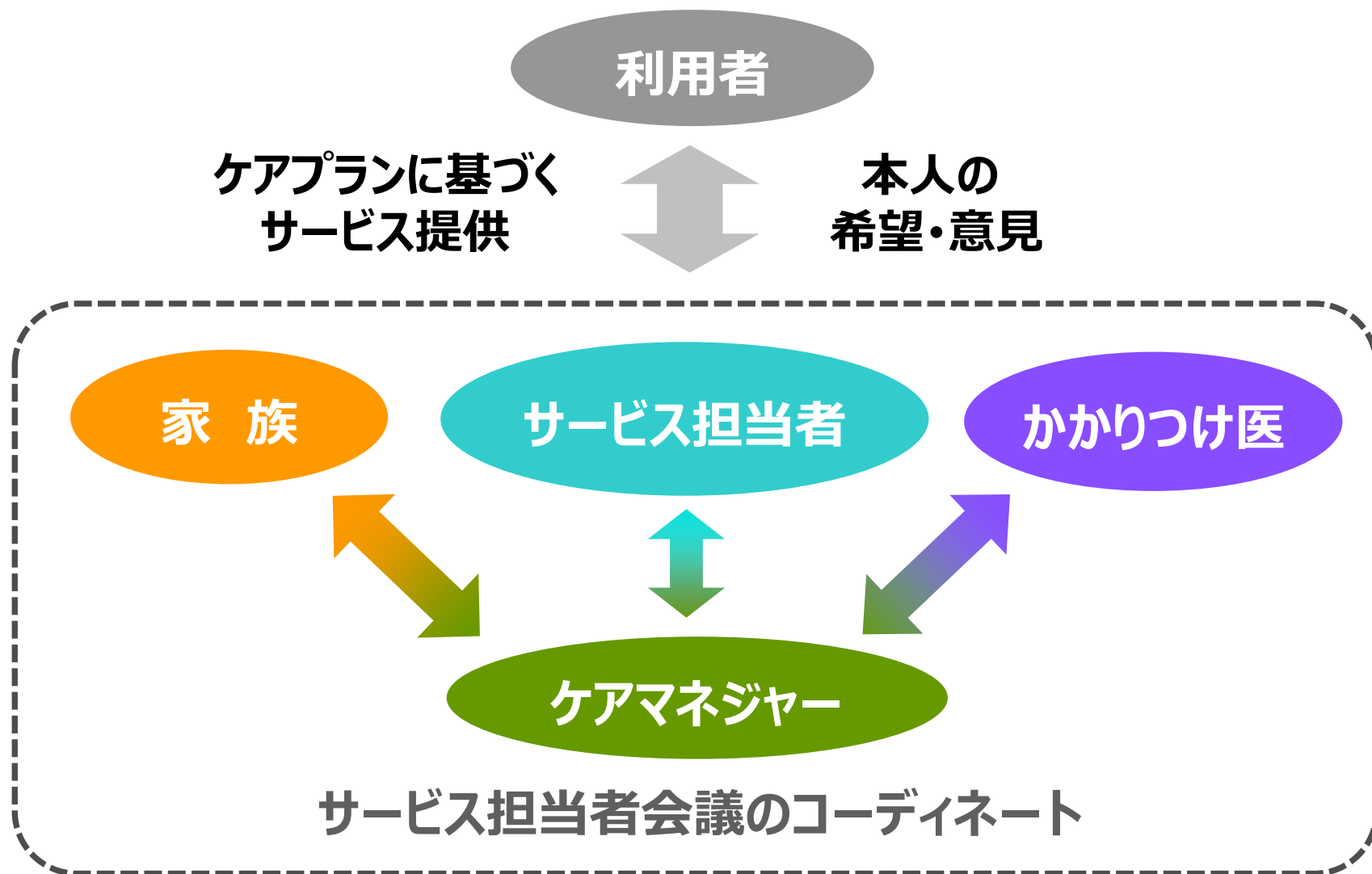
[DVD-6]

連携の意義と実際

サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

- 傷病に関わる身体状況等の情報提供
- 傷病の経過、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
- 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)

ケアマネジャーとの連携



ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

- 認知症の早期発見
- 専門医療機関との連携
- 他科受診の紹介と連携
- 疾病や体調管理面での指示・指導
- 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
- 家族への共感

訪問看護との連携

- 身体疾患の観察と看護
- 服薬管理
- 本人の症状観察
- リハビリテーション
- 介護者への心理的サポート

社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士の役割

社会福祉士・精神保健福祉士

- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築
- 社会参加支援

介護福祉士(ホームヘルパー・介護職員含む)

- 身体介護等のケアの提供
- 服薬確認や生活リズム維持の支援
- 緊急時の医療サービスへの連携

地域包括支援センター

総合相談・支援

虐待防止・早期発見、権利擁護

多面的（制度横断的）支援の展開

包括的・継続的マネジメント事業

- ・日常的個別指導・相談
- ・支援困難事例等への指導・助言
- ・地域でのケアマネジャーのネットワークの構築

ケアチーム
（連携）



主治医

ケアマネジャー

社会福祉士



チームアプローチ



主任
ケアマネジャー

保健師等

予防給付・介護予防・
日常生活支援総合事業

予防給付・介護予防・
生活支援サービス

アセスメント実施
プラン策定

予防・支援事業実施
再アセスメント



主治医

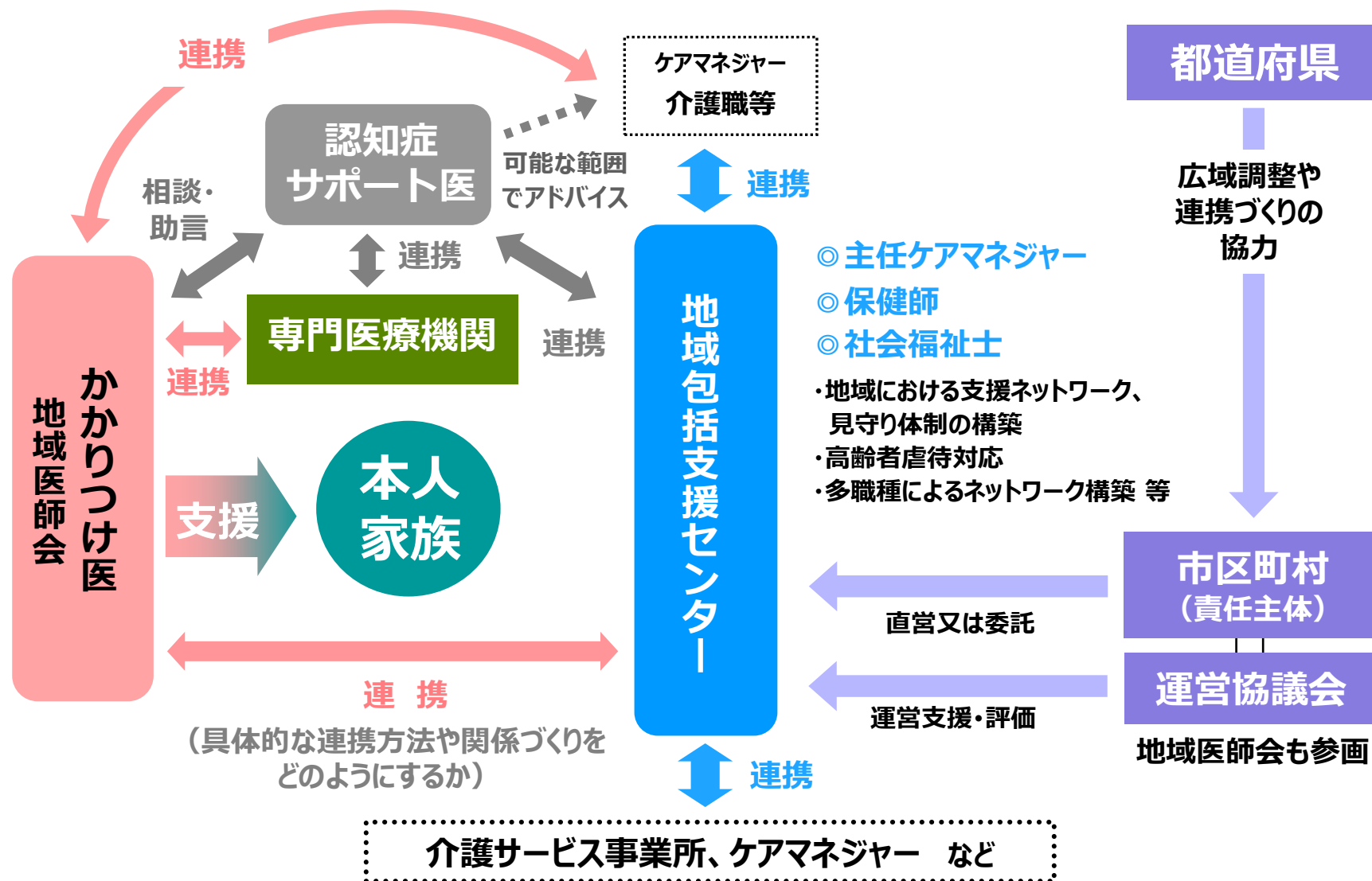
「地域ケア会議」

チームケアの支援
多職種・他制度連結調整

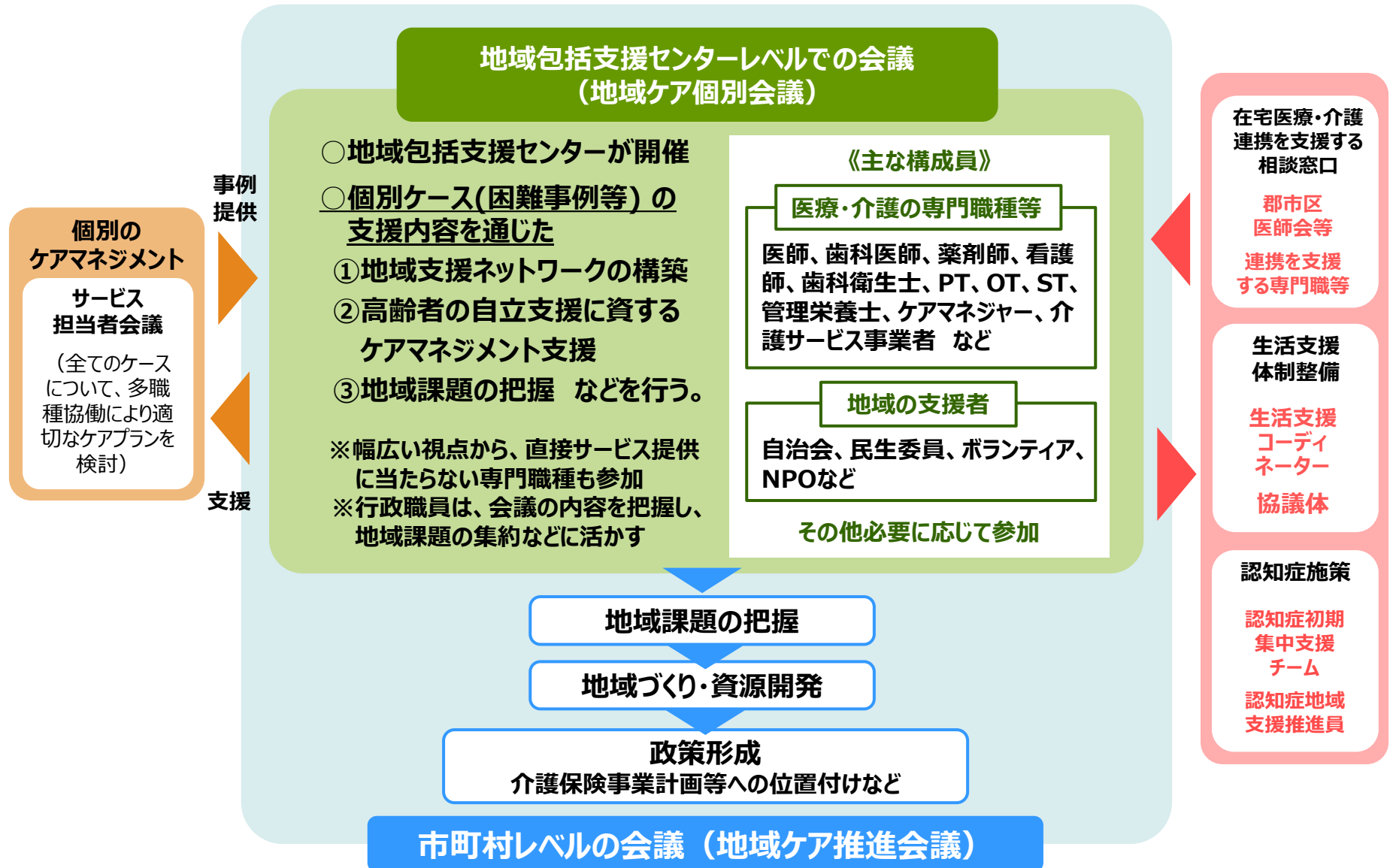
中立性の確保
人材確保支援

運営支援・評価
地域資源のネットワーク化

地域包括支援センター運営協議会



地域ケア会議



専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

- 施行してあれば CTやMRI の貸し出し
- アルツハイマー病治療薬を処方していれば、
使用開始後の変化の有無
- 施行してあれば 認知機能検査の結果
(得失点のプロフィールも重要なのでコピー添付が望ましい)
- 現在内服中の薬剤
- 身体疾患について
- 介護保険サービス利用の状況

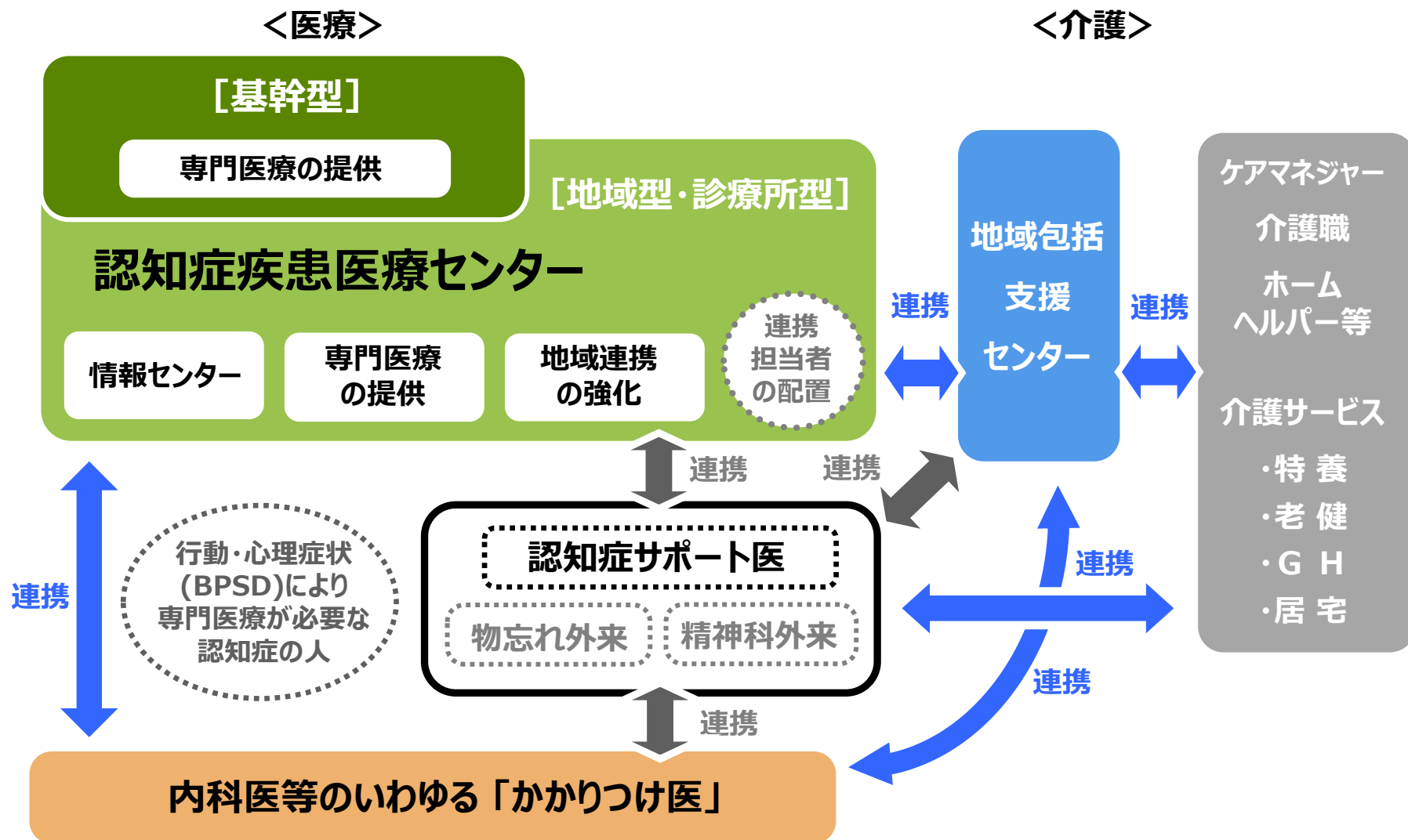
認知症サポート医の機能・役割



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**

認知症疾患医療センターの機能と連携



認知症の人の医療とケアの目標

- 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

認知症高齢者ケアの基本

～ 尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下
(環境変化に脆弱)



生活そのものを ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

認知症高齢者ケアの基本

～ サービスのあり方 ～

望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続



普遍化に向けた展開

- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

認知症の人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

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



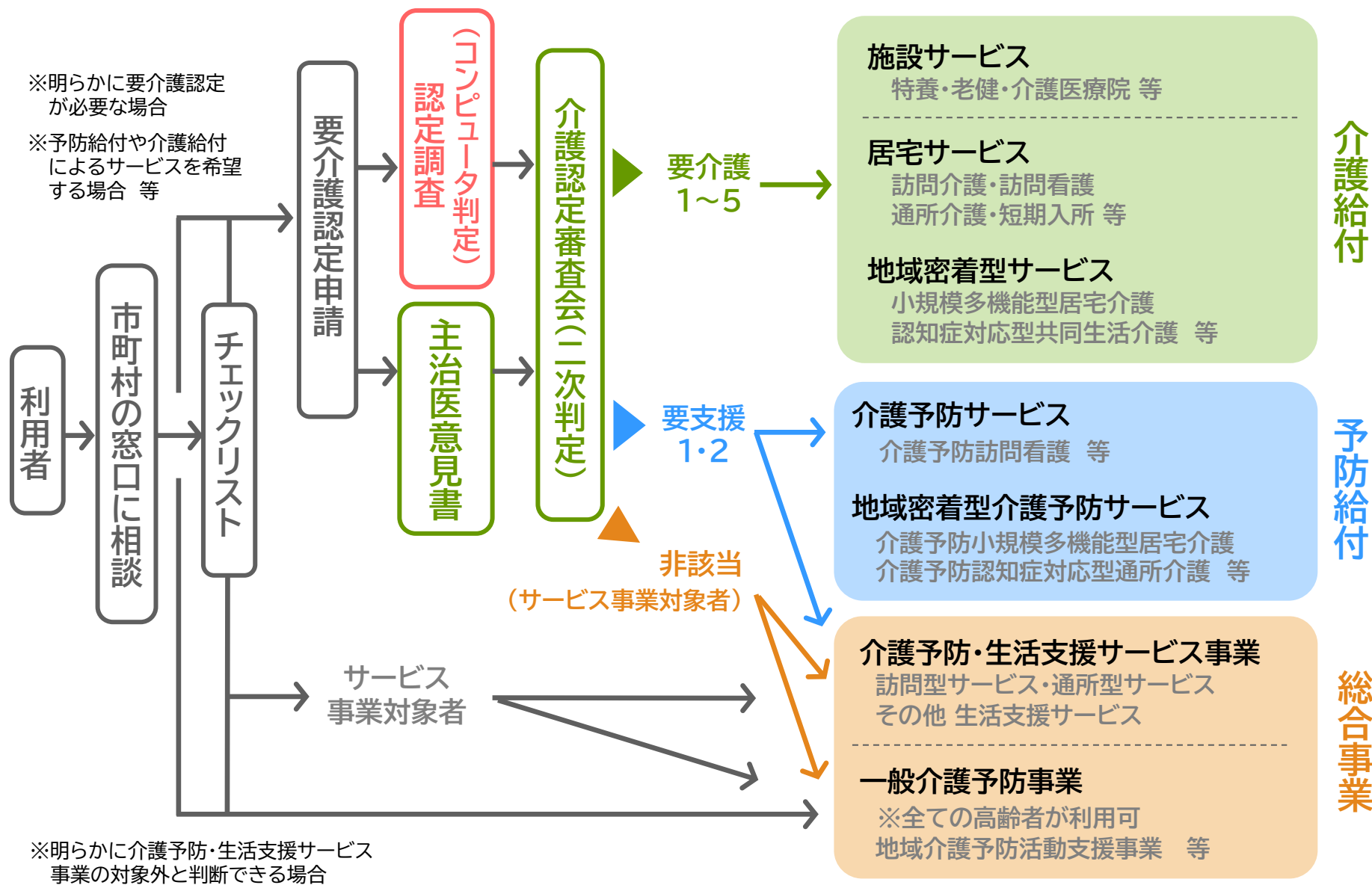
市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る。

相談窓口

- 地域包括支援センター
- もの忘れ外来（相談可能な）
- 保健所・保健センター
- 精神保健福祉センター
- 認知症疾患医療センター
- 市町村、福祉事務所、社会福祉協議会
- 若年性認知症コールセンター
- 認知症の人と家族の会
- その他

<連携と制度-18>

介護サービスの利用の手続き



介護給付(介護保険サービス)

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)

予防給付と地域支援事業

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1・2）

地域支援事業

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）

- 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）
 - ・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
- 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（コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

地域密着型サービス

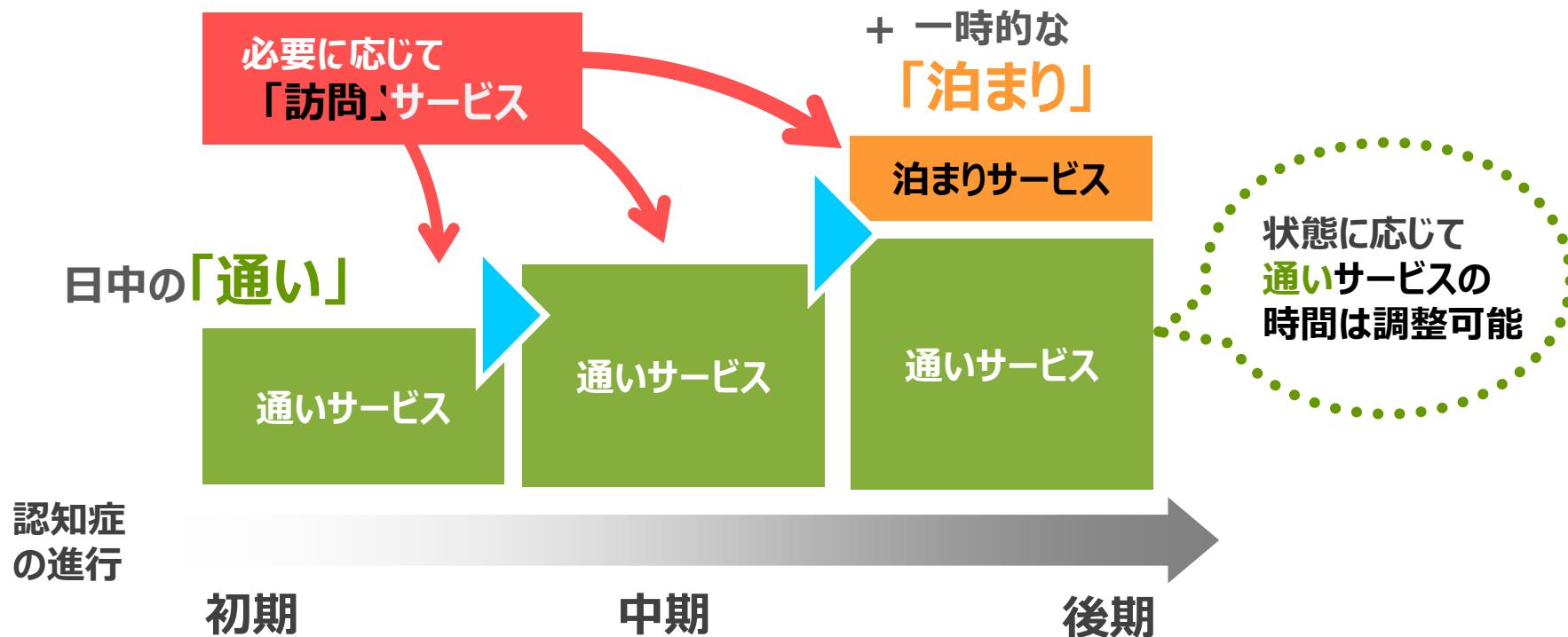
1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

- ▶▶ 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

小規模多機能型居宅介護

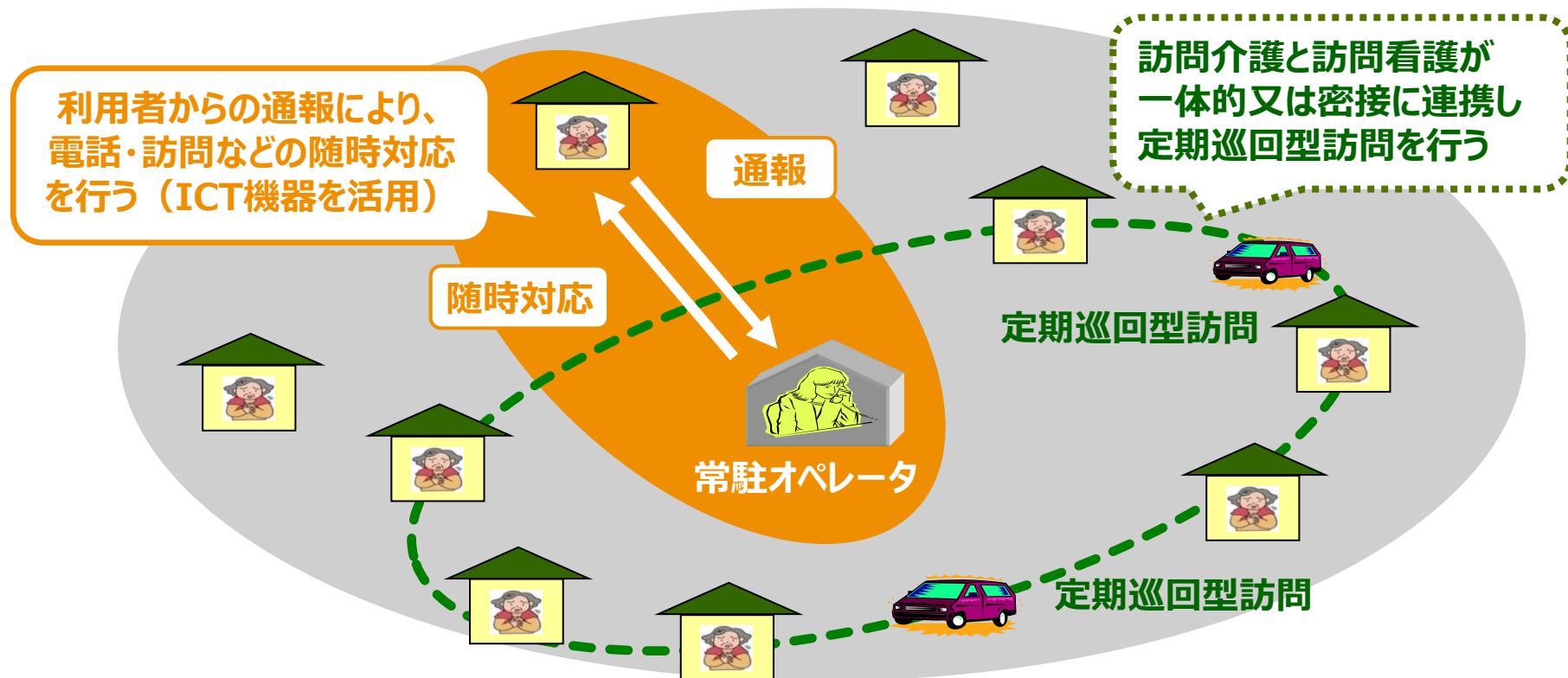
通いを中心に、要介護者の様態や希望に応じて、随時**訪問**や**泊まり**を組み合わせ
サービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援

サービス機能 **通い・訪問・泊まり** のイメージ



定期巡回・随時対応型訪問介護看護

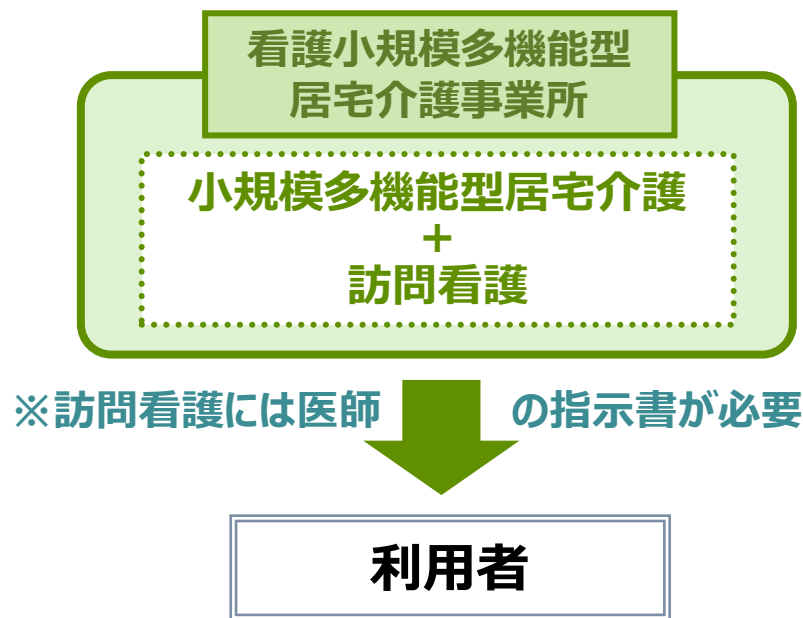
- 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的または密接に連携
- 定期巡回型訪問と随時の対応を行う



- ※ 訪問看護についての医師の指示書が必要であり、地域の医療機関との連携が重要
- ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村が主体となり圏域ごとにサービスを整備

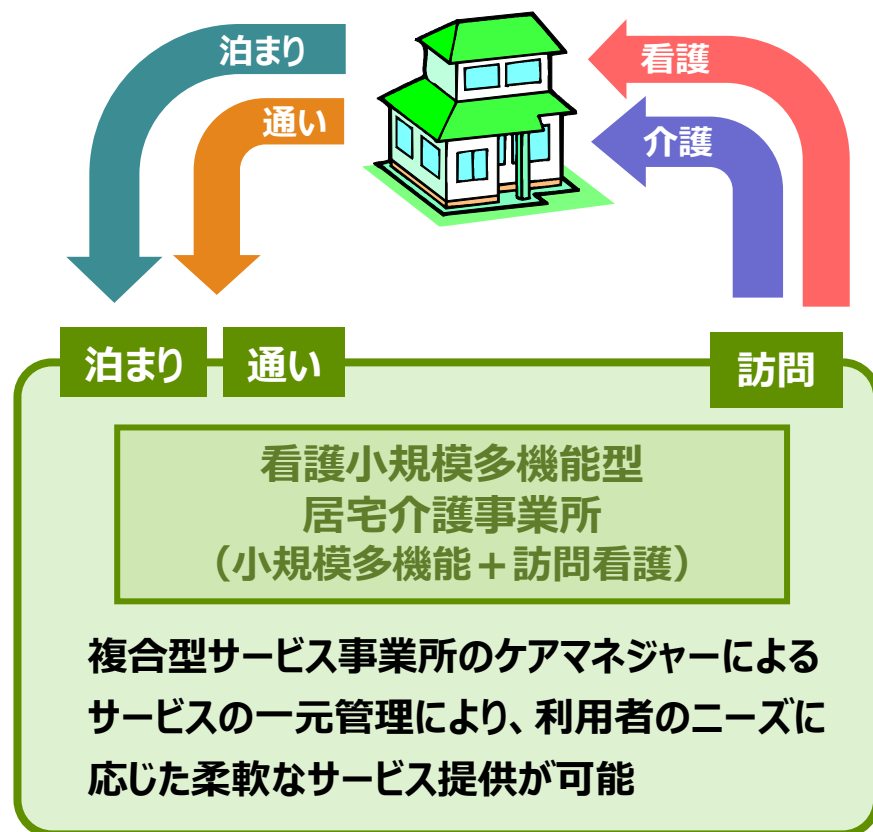
看護小規模多機能型居宅介護

- 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービス
- 医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できる



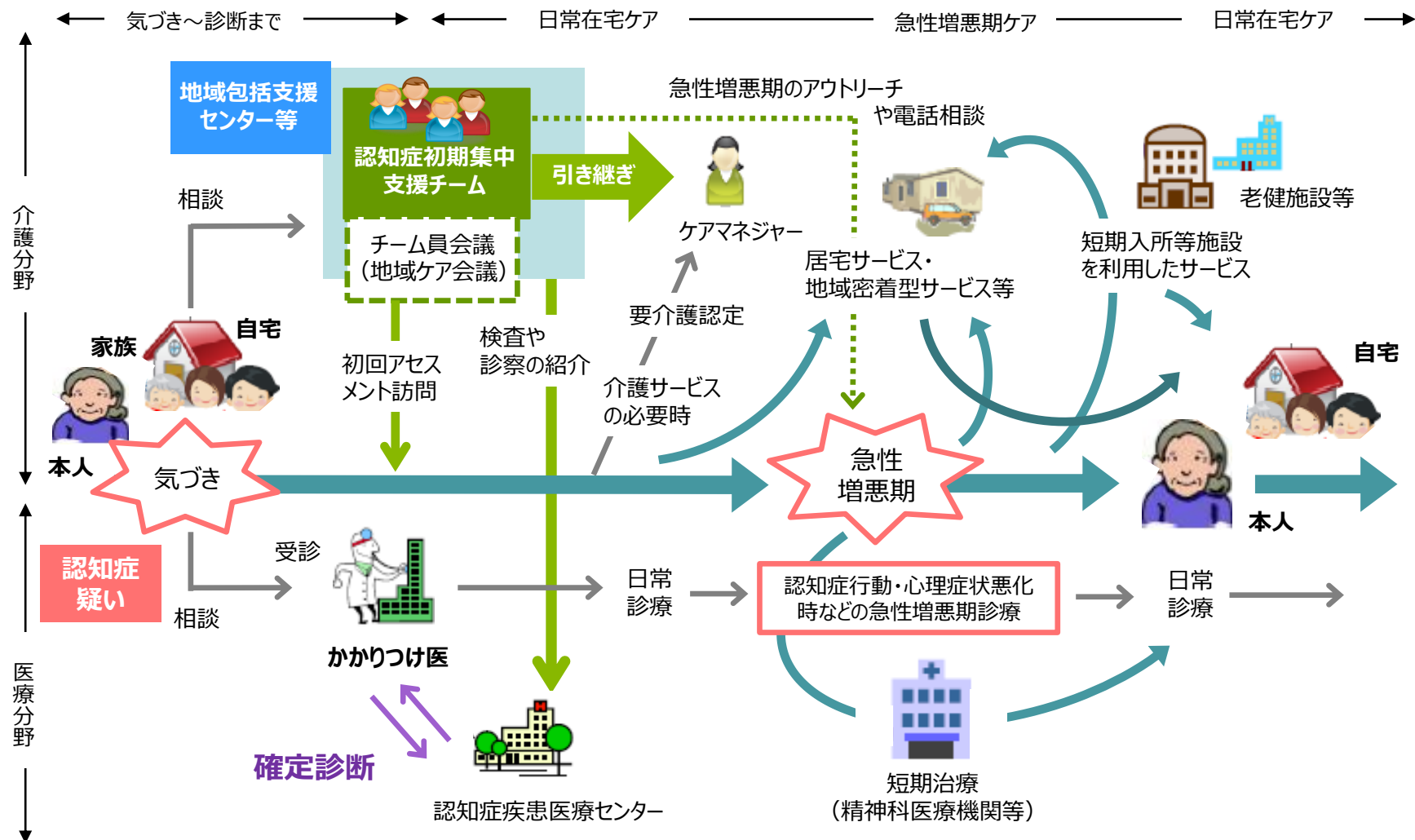
小規模多機能型居宅介護・訪問看護を一体的に提供できることから、医療依存度の高い在宅の要介護者への支援が可能。

<イメージ図>



認知症ケアパス

認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ



認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、
いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか 理解できる

認知症疾患医療センター

地域における認知症医療体制 日常生活支援に関する相談支援

認知症初期集中
支援チーム

地域包括支援
センター

かかりつけ医
・歯科医

認知症
サポート医

連 携

認知症疾患医療センター(早期診断等を担う医療機関)

連携型

地域型

基幹型

(1)専門的医療機能

- ・鑑別診断
- ・BPSD・身体合併症
への急性期対応
- ・専門医療相談

(2)地域連携拠点機能

- ・連携協議会の設置
- ・研修会の開催

(3)日常生活支援機能

- ・診断後の相談支援

認知症初期集中支援チーム

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

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

（保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等）

認知症サポート医 である医師（囑託）

● 配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【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

認知症地域支援推進員

市町村

協働

認知症地域支援推進員

【推進員の要件】

- ① 認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 地域包括支援センター
- 市町村本庁
- 認知症疾患医療センター など

医療・介護等の支援 ネットワーク構築

- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 市町村等との協力による、認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ）の作成・普及 等

認知症対応力向上の ための支援

※関係機関等と連携し、以下の事業の企画・調整を行う

- 認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施 等

相談支援・ 支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は **3.78万人** と推計
- 18～64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、**血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、**頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%の順であった。

認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い
(就労、子供の教育・結婚 等)

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- ・ 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い（H24年度：39.1%）
※認知症高齢者からの相談では男性は **9.1%**
- ・ 本人からの相談が多い（H24年度：40.0%）
※認知症高齢者からの相談では本人からは **0.9%**
- ・ 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は：
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

若年性認知症の人への支援(制度)

- 精神通院医療費の助成(自立支援医療)
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体により種々の助成制度
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
- 障害者総合支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援サービスや外出支援サービス等がある
- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者(40～64歳)の特定疾病に該当する
- 障害年金
 - ・年金加入者が一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症支援コーディネーター
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会(各都道府県支部等)

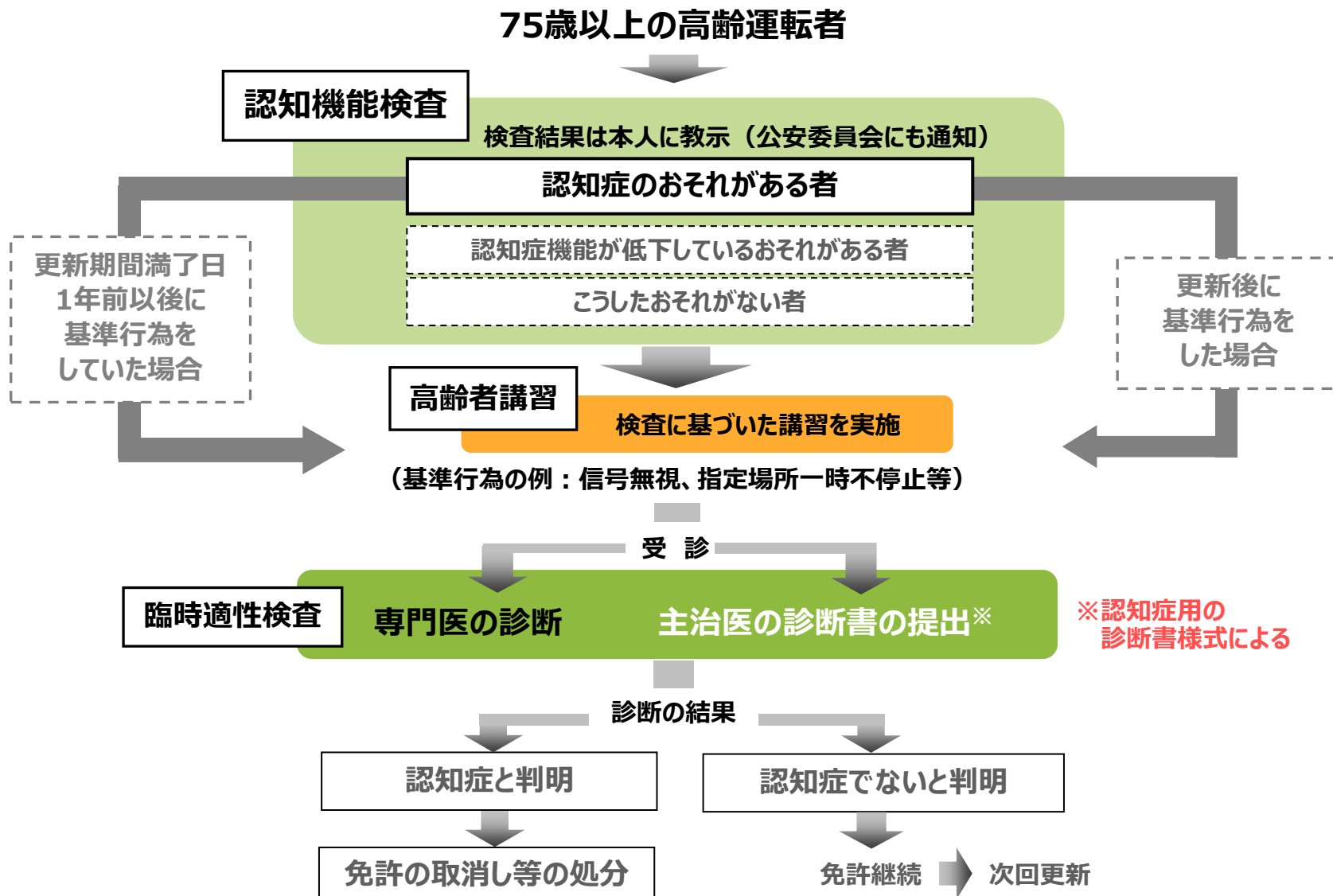
認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきだとの提言

**道路交通法一部改正(平成25年6月14日公布)
「一定の病気等」に罹っているドライバー対策**

- **病状の虚偽申告で罰則**
- **一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度**
- **免許再取得時の試験一部免除**
- **交通事故情報データベースの一部拡充**

75歳以上の運転者の免許証更新 手続等の流れ



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

趣旨

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、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目指すもの。

誰のための誰による意思決定支援か

認知症の人を支援するためのガイドラインであり、また、特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、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を行う際のガイドラインとなっている。

意思決定支援の基本原則

認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。

本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。

また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなって必要な支援を行う体制(意思決定支援チーム)が必要である。

意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

- ◎ 意思決定支援者の態度
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
- ◎ 意思決定支援と環境

意思形成支援

:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

+

意思表明支援

:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

+

意思実現支援

:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

各プロセスで困難・疑問が生じた場合、
チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

認知症と成年後見制度

高齢者：平成12年より介護保険制度導入

障害者：平成15年度より支援費制度導入

平成18年度から 障害者自立支援法へ

平成25年度から 障害者総合支援法へ

「措置」から「契約」へと制度を転換

- ・高齢者、障害者が自らの意思でサービスを選択し、契約に基づき
介護・福祉サービスを利用する仕組みを導入
- ・認知症等の障害により判断能力が不十分な者が行う契約という
法律行為を支援する仕組みが不可欠となる

高齢者・障害者等の尊厳の保持

- ・判断能力が不十分な認知症の人の尊厳の保持のためにも、必要
に応じて本人の意思を代弁しうる仕組みが不可欠
- ・高齢者虐待への対応、消費者被害等の未然防止にも有効

成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度（下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として 成年後見人・保佐人・補助人 が選ばれる制度

		後 見	保 佐	補 助
対象者		判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者		本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年 後見人 等の 権限	必ず 与えられる 権限	財産管理についての 全般的な代理権、取消権 (日常生活行為を除く)	特定の事項※1についての 同意権※2、取消権 (日常生活行為を除く)	—
	申立により 与えられる 権限	—	▶ 特定事項※1以外の事項 についての同意権※2、 取消権 (日常生活行為を除く) ▶ 特定法律行為※3 についての代理権	▶ 特定事項※1の一部 についての同意権※2、 取消権 (日常生活行為を除く) ▶ 特定法律行為※3 についての代理権

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項(民13 I)

※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限

※3 民13 I に挙げられる、要同意の行為に限定されない

日常生活自立支援事業

- **福祉サービスの利用援助**

- ・福祉サービスについての情報の提供
- ・福祉サービスの利用手続き、支払い代行、苦情手続き代行

- **日常的な金銭管理サービス**

- ・年金や福祉手当の手続きの代行
- ・税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払代行

- **書類等の預かりサービス**

- ・金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
 - 証書（年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書）
 - 印鑑（実印、銀行印）

高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が67.7%であり、さらにそのうち、**認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が71.7%**であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 67.8% が最も多く、以下 心理的虐待 39.5%、介護等の放棄19.9%、経済的虐待 17.6% の順に多い。
- 市町村の対応窓口の住民への周知が約85%で実施されている一方で、虐待防止ネットワークの構築の取組については、保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク、関係専門機関介入ネットワークとも、約半数にとどまっていた。

厚生労働省：「平成30年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

- 高齢者虐待の早期発見及び虐待防止の施策への協力
- 虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、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通報する義務
(“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務)

- ・受診の機会が多く「虐待の可能性」に気づくきっかけとなる場合がある
- ・身体的虐待が疑われる場合は、生命や身体の危険性や緊急性を、医学的見地から判断することが必要な場合もある
- ・虐待者の中には、行政・福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従う事例も一部報告されている

▶ 虐待の早期発見・未然防止における かかりつけ医の役割は極めて重要

▶ 認知症を含め高齢者虐待への理解を深めることが必要

認知症サポーター

[定義]

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域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、職域における「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

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



地域啓発のポイント

- 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、またアルツハイマー型認知症等の治療が望めない疾患であっても、本人の症状（特に行動・心理症状：BPSD）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、本人と介護者を**地域全体で支えていく**必要がある