

かかりつけ医 認知症対応力向上研修 研修テキスト

令和3年3月

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 編

目次 >>>>

1	かかりつけ医の役割 編	1
2	基本知識 編	29
3	診療における実践 編	77
4	地域・生活における実践 編	123

動画教材 タイトルー覧 >>>>

かかりつけ医の役割 編	2	① 認知症の人の視点にたってみる
基本知識 編	8	② 認知症初期の発見のポイント
	23	③ 認知症と間違えやすい症状
診療における実践 編	2	④ 認知症の問診とアセスメント
	32	⑤ 認知症の治療とケア
地域・生活における実践 編	56	⑥ かかりつけ医の役割と連携

参考資料（別冊） >>>>

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	1
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	27
資料 3	成年後見制度における鑑定書作成の手引	69
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	105

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

〔役割 1〕

認知症対応力向上研修の目的は、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。となっている。

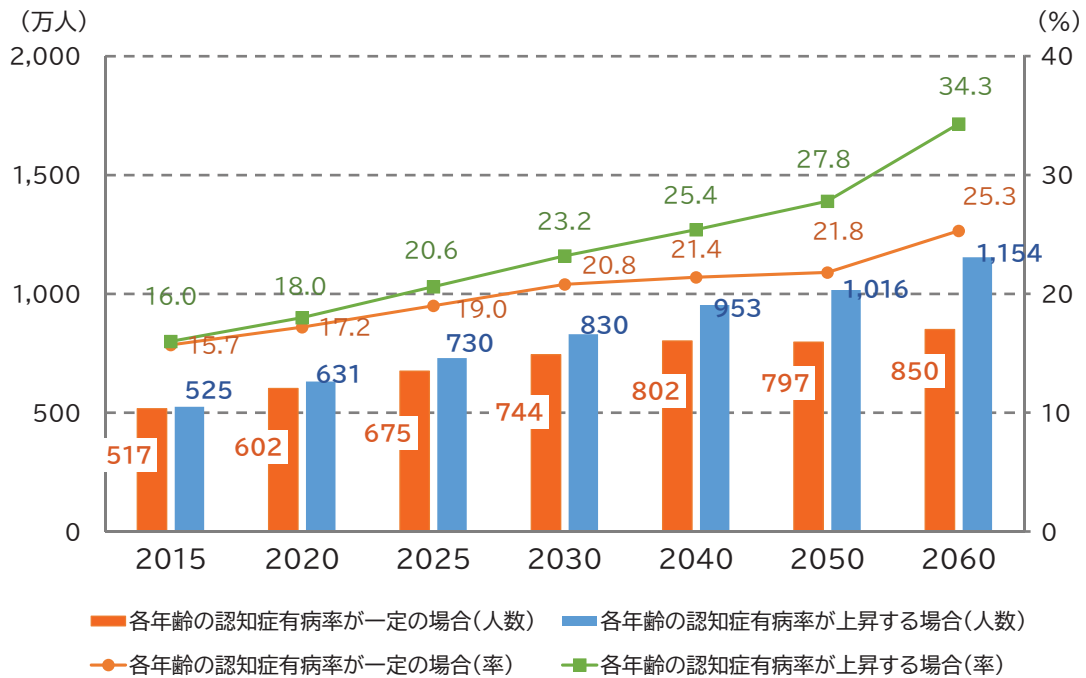
近年、クリスティーン・ブライデン氏や長谷川和夫氏をはじめとし、認知症の方本人から自らの体験を積極的に発信するということがなされた。認知症政策においても、認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場として「本人ミーティング」が行われることが推奨されている。どういうケアを受けたいかについて、認知症の方本人から教えてもらうという態度を持とう。

〔役割 2〕

動画❶「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〕

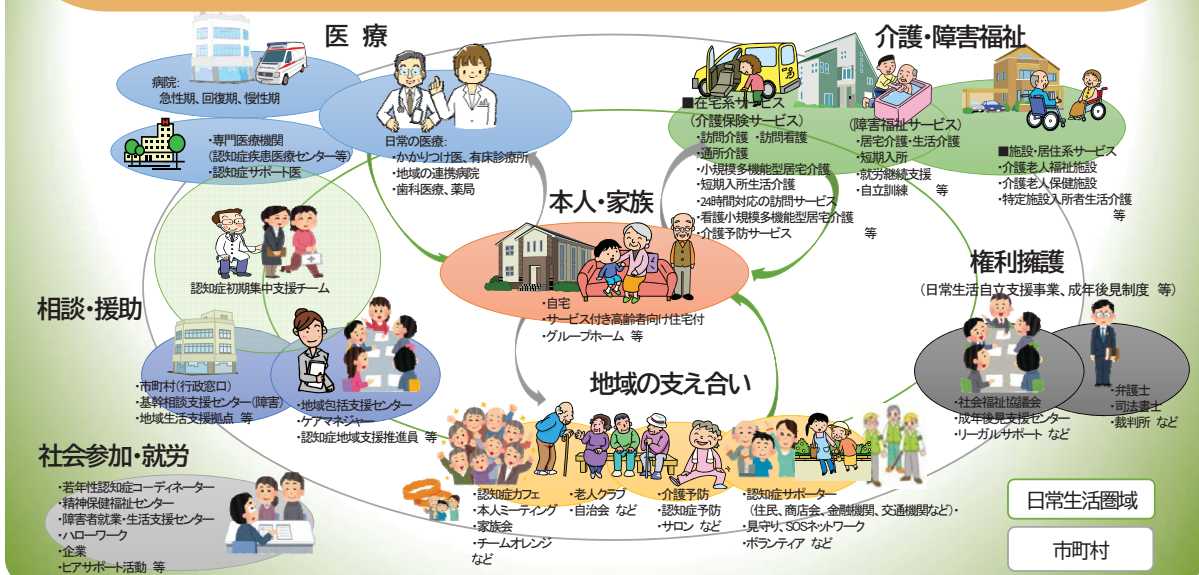


「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

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。



〔役割 3〕

超高齢社会を迎えた本邦では高齢者の増加に伴い認知症高齢者も増加し、認知症有病率が一定である場合では、2025 年に 675 万人（高齢者に占める割合 19.0%）、2040 年に 802 万人（同 21.4%）、2060 年には 850 万人（同 25.3%）になると推計されている。

さらに、認知症有病率が上昇する場合（2060 年までに認知症の有病率が 20%増加すると仮定した場合）には、2025 年に 730 万人（同 20.6%）、2040 年に 953 万人（同 25.4%）、2060 年には 1,154 万人（同 34.3%）に増加すると推計されている。

このように認知症患者数も高齢者に占める割合も時代とともに増加することが示唆され、認知症の病態解明のための基礎および臨床研究をさらに推進していく必要があると同時に、より健全な超高齢社会を迎えるためには、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進と充実が求められている。

〔役割 4〕

高齢化の進展と認知症患者の増加が見込まれており、認知症はだれもがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなどを含め、多くの人にとって身近なものとなっている。こうした中、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環境整備が必要となっている。

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を実現するためには、認知症である本人・家族を中心に、「医療」、「介護・障害福祉」の他、「相談・援助」、「権利擁護」、「社会参加・就労」、そして「地域の支え合い」など、様々な仕組みや担い手（拠点）が、日常生活の単位で整備され、充実していくことが望まれている。

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) (薬学的管理／ 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

〔役割 5〕

令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議で決定された認知症施策推進大綱では、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持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していくことを基本的な考えとして掲げている。同大綱は、5 つの柱で構成されており、これらの施策は全て認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本としている。認知症対応力向上研修は、「3.医療・ケア・介護サービス・介護者への支援」に位置付けられている。

かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者には、認知症対応力向上研修を通じて、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応し、診断後の継続的な支援まで、認知症である本人・家族の生活の場である地域ネットワークの中で重要な役割を担うことが期待されている。

〔役割 6〕

医療専門職を対象とした認知症対応力向上研修には、平成 18 年度に開始された「かかりつけ医認知症対応力向上研修」、平成 24 年度から主に一般病院の医療スタッフ向けの「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」、また、平成 28 年度には、地域の歯科医療機関の歯科医師、薬局の薬剤師を対象とした「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」がある。いずれも、導入的な位置付けとして、「気づき」や「日常対応」などの基本を中心としたカリキュラムとなっている。実施主体は、都道府県・指定都市である。

また、「看護職員認知症対応力向上研修」は、指導的役割の看護職員を対象とした重厚なカリキュラムで実施されている。

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』

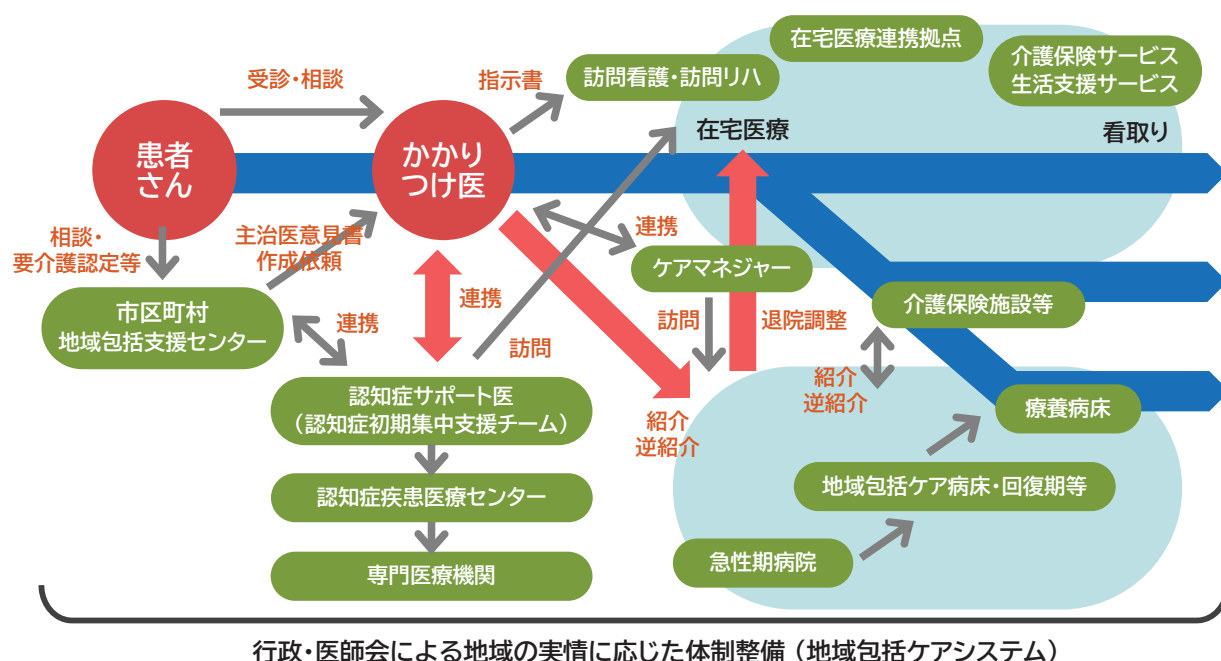
かかりつけ医機能

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〕



〔役割 7〕

日本医師会では、「健康に関することを何でも相談でき、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・家族にとっての「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たうえで、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向の連携を継続し、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・入所にわたる医療・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。

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

〔役割 9〕

日本医師会は、令和 2 年 4 月 7 日に発行した『かかりつけ医のための認知症マニュアル第 2 版』の中で、認知症対応におけるかかりつけ医の役割を「何よりも日頃から信頼され、関わりのあるかかりつけ医こそがそのキーパーソンであり、認知症の人のナビゲーターになる」ことであるとしている。具体的な役割としては、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、等を挙げている。

同マニュアルでは、かかりつけ医が日常診療において認知症の早期診断・早期介入、進行度に応じた適切な対応の重要性なども強調されている。

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、治療を確実に行うことが可能
- 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

〔役割 10〕

認知症の原因には、頻度は必ずしも多くはない(全認知症の5～10%)が、可逆性の疾患も多種類存在する。ただし、例えば、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫による認知症であれば、発症後遅くとも半年～1年以内に脳外科的手術を実施しなければ症状の改善は見込めないとされている。可逆性といっても、原因疾患が発症後もしばらく放置されてしまうと治療による改善は望めないケースが多いため、早期発見・早期治療が重要である。

また、アルツハイマー型認知症であれば、中核症状治療薬としてコリンエステラーゼ阻害薬による薬物療法による進行抑制が可能であり、治療開始が早いほど効果も出やすいと言われている。行動・心理症状(BPSD)に対しても、限定されるもののコリンエステラーゼ阻害薬の一定の効果が示されている。

また、認知症を早期に発見できれば、本人が病気について理解することもより容易となるといえる。病気に関してある程度理解できれば、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能であり、不安も軽減されるであろう。行動・心理症状(BPSD)にもあまり悩まされずに生活が継続できる可能性が高まる。また、任意後見制度等の利用により、自己決定を活かし、経済損失を防止することにもつながる。また、精神障害者保健福祉手帳交付の申請には初診日から6ヶ月を経過した日以降の診断書が必要であり、障害年金は初診から1年半経過した日を障害認定日としていことから、早期の受診によって様々な支援制度をより早期に利用できることになる。

早期発見により、家族も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り、また実際に病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、日常生活の質の維持・向上が期待され、介護負担も軽減できる。

また、家族介護者の介護負担に対する心理社会的な介入の効果を勘案すれば、早期からの介入あるいはケアマネジメントが好ましい。

出典

Seltzer B et al. Efficacy of donepezil in early-stage Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled trial. Arch Neurol. 2004;61:1852-6.

Rodda J et al. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. Int Psychogeriatr. 2009;21:813-24.

Mittelman MS et al. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2008; 16: 893-904.

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、次の一步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、味方や仲間と出会おう
 - 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

〔役割 11〕

認知症の本人の支援は、単に認知症を治療する、認知症に伴う生活の不便を代替することではない。認知症の人が、その人らしく存在していただけることを支援し、“分からない人”とせず、自己決定を尊重することが重要である。さらに治療方針や診療費用等の相談は家族も交え、心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針が検討されるべきである。また家族やケアスタッフの心身状態にも配慮することや、本人の生活歴を知り、生活の継続性を保つことや最期の時までの継続性を視野においた治療が計画されることが望ましい。

このようにかかりつけ医には、治療計画の立案や継続的な支援を行う際には、常に“その”本人の視点を重視したアプローチが求められており、認知症の人の視点を施策の中心とした取り組みや施策が展開されている。

〔役割 12〕

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)は、平成 29 年に認知症になった体験をもとに、診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々を暮らしていくためのヒントをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド(通称:本人ガイド)」の作成に取り組み、その後同法人の公益活動の一環として、この「本人ガイド」を当事者の方に頒布する活動を行っている。

「本人ガイド」は、「認知症になったら、何も分からなくなる、何もできなくなる」「認知症になったら、人生もうおしまい」といった偏見を離れ、「分かること・できることはたくさんある」「認知症になっても希望を持って一日一日を楽しく暮らしていける」「認知症になっても支えられる一方になるわけではなく、新しいことを学んだり、やりたいことにチャレンジできる、家族や社会の役に立てる」などのメッセージとそれを実現するための具体的方法が述べられている。

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へ

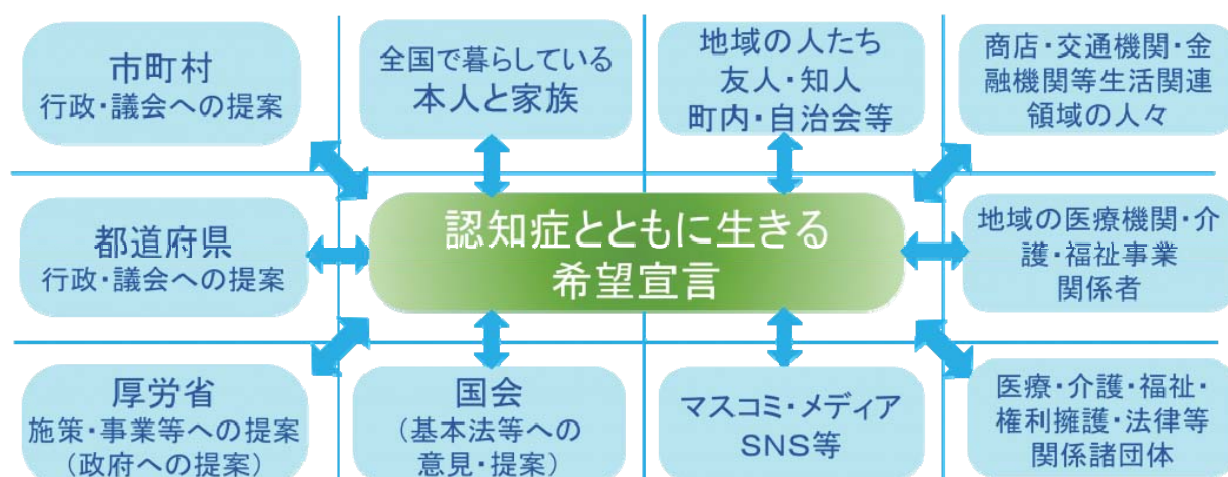
- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

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/>

〔役割 13〕

「認知症とともに生きる希望宣言」は、認知症とともに暮らす本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で生まれたものであり、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)が、2018年(平成30年)11月に表明したものである。今とこれからを生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言をしてほしいといった思いと、この希望宣言が、さざなみのように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくという願いが込められている。

「一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ」のメッセージとともに5つの宣言がまとめられており、「認知症とともに生きる希望宣言」のリーフレットは、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)のホームページの以下のアドレスよりダウンロードが可能である。

http://www.jdwg.org/wp-content/uploads/2018/11/statement_leaflet.pdf

〔役割 14〕

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)は、「認知症とともに生きる希望宣言」を全国各地に届ける「希望のリレー」を様々な人や分野、団体と一緒に進めている。「希望のリレー」は、自分も希望を持って暮らしていこうという人が一人でも多く増え、一緒によりよい社会を創っていこうという人の輪が広がることを目標とした取り組みである。

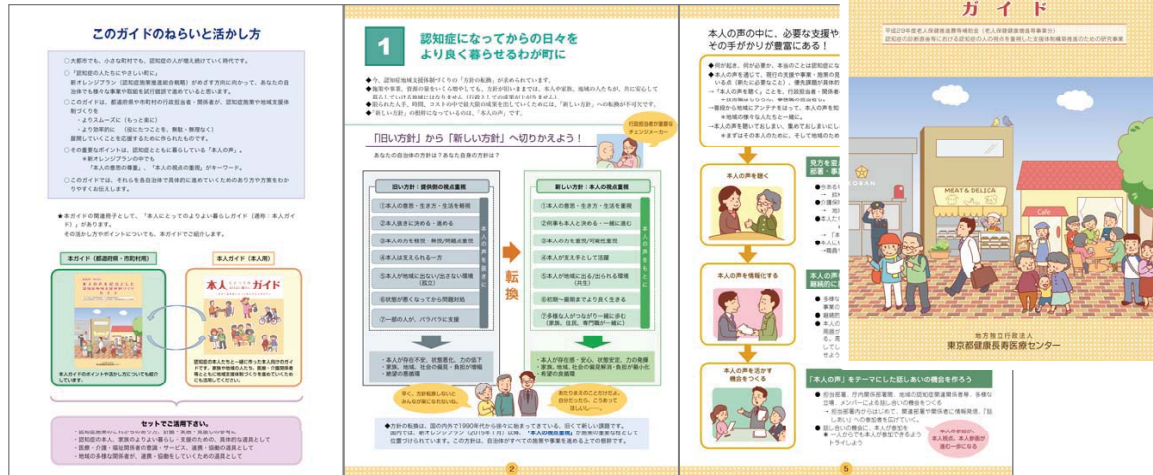
認知症の人が、希望をもって共に生きるための地域づくりには、認知症である本人に直接的・身近な存在から、行政やメディア等の間接的に関わる領域まで、様々な立場や職種を超えた働きかけが必要となる。その働きかけに共通の概念・考え方が、本人発の「認知症とともに生きる希望宣言」であり、それぞれの立場や職種である関係者の拠り所となるといえる。もちろん、かかりつけ医もその一員としての活動が求められている。

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率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

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〕

各都道府県・指定都市の
研修の企画立案等を担当する医師
(認知症サポート医・医師会)

企画・立案

かかりつけ医認知症
対応力向上研修

(都道府県・指定都市、委託を受けた医師会が開催)

かかりつけ医
(地域医師会)

- 認知症への気づき・受け入れ
- 専門機関を含めた他の医療施設を紹介
- 日常的な管理(認知症を含む)
- サービスの把握と家族とのつなぎ
- 家族の負担の理解、経過の説明による不安の軽減
- 望まれる対応・すべきでない対応を指導

認知症
サポート医

具体的な連携方法や関係
づくりをどのようにするか

専門医療機関

鑑別診断や行動・心理症
状(BPSD)への対応

地域包括
支援センター

ケアマネジャー
介護事業者

本人
家族

相談・
助言

連携

相談・
助言

連携

連携

支援

支援

連携

〔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」は、本人視点の重視の考え方を施策の展開において実現していくためのガイドであり、平成 29 年度の老人保健健康増進等事業において制作され、平成 30 年 3 月に発行された(実施主体:東京都健康長寿医療センター)。

このガイドは、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スムーズに(もっと楽に)、より効率的に(役に立つことを、無駄・無理なく)、展開していくことを応援するために作られたものであるが、それらを各自治体で具体的に進めていくためのあり方や方策がわかりやすまとめられている。地域の施策・支援体制づくりに重要な役割を担うかかりつけ医にも、このガイドの内容を理解した上で、積極的に関与・協力していくことが期待されている。

〔役割 16〕

本研修の目的は、かかりつけ医に求められる「早期段階での気づき」、「家族に対する理解や支援」とともに、地域連携の発信者になっていただくことにもある。

認知症高齢者の早期発見・早期支援のためには、かかりつけ医の日常診療における気づきをきっかけに地域包括支援センターやケアマネジャーや介護事業者につながる方向(医療から介護へ)、総合相談・予防ケアマネジメント等の地域支援のネットワークからかかりつけ医につながる方向(介護から医療へ)、双方向の連携体制が期待される。同時に地域医師会、市区町村、都道府県、認知症サポート医、専門医療機関等との連携を含めた総合的な認知症高齢者支援体制作りも不可欠である。

出典

高齢者介護研究会:「2015 年の高齢者介護 報告書」

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〕

在宅医療・介護連携支援に関する相談窓口
(郡市区医師会等)

※市区町村役場、地域包括支援センターに設置することも可



市町村



地域包括支援センター

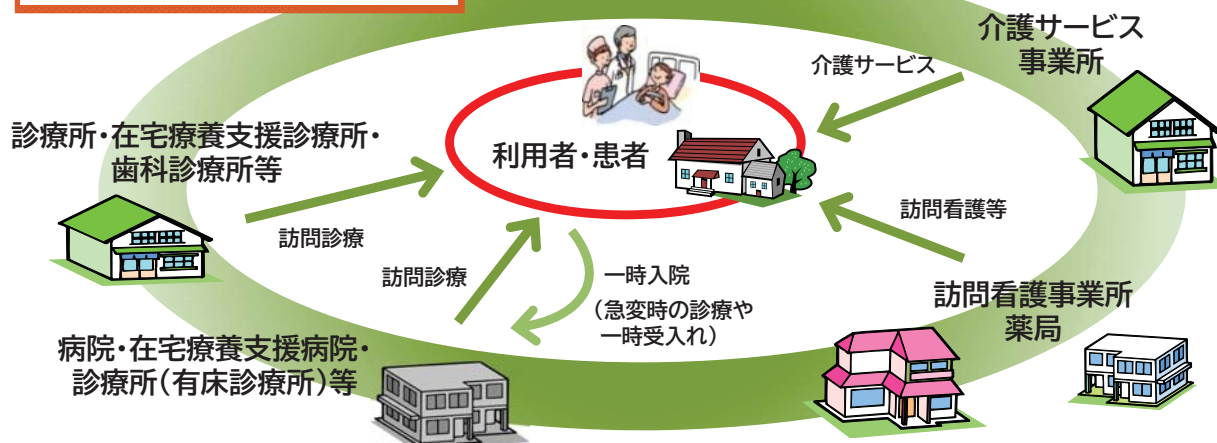


後方支援、
広域調整等
の支援

都道府県
・保健所

・地域の医療・介護関係者による会議の開催
・在宅医療・介護連携に関する相談の受付
・在宅医療・介護関係者の研修 等

関係機関の連携
体制の構築支援



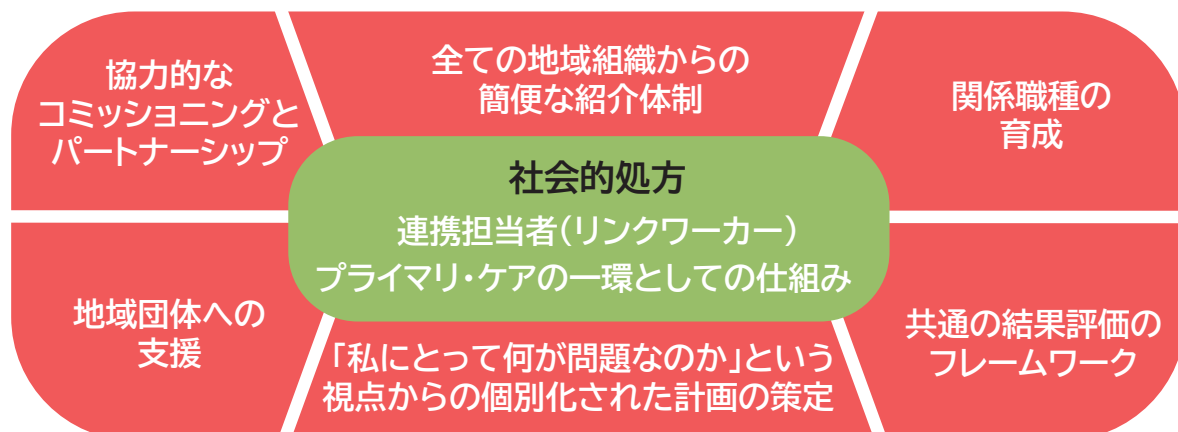
在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)より一部改変

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

〔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/12400000/000666660.pdf>

〔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、保健・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。

英国の NHS (National Health Service) では、『地域医療機関がニーズのある人々をリンクワーカーに紹介する行為である。リンクワーカーは、「患者本人にとって重要なこと」に焦点を当て、人々の健康と福祉に対して総合的なアプローチをとることで、人々に余裕を与える。』と定義している(社会的処方の概念図はスライドの通りである)。

認知症などにより要介護状態にある高齢者の自立支援のための医学的管理をより効果的なものにするためには、かかりつけ医を中核とした仕組みの構築に加え、かかりつけ医が高齢者と地域とのつながりをサポートすることで、病気の長期化を防ぎ、心身の健康の維持・向上を図る取り組みが求められている。

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～

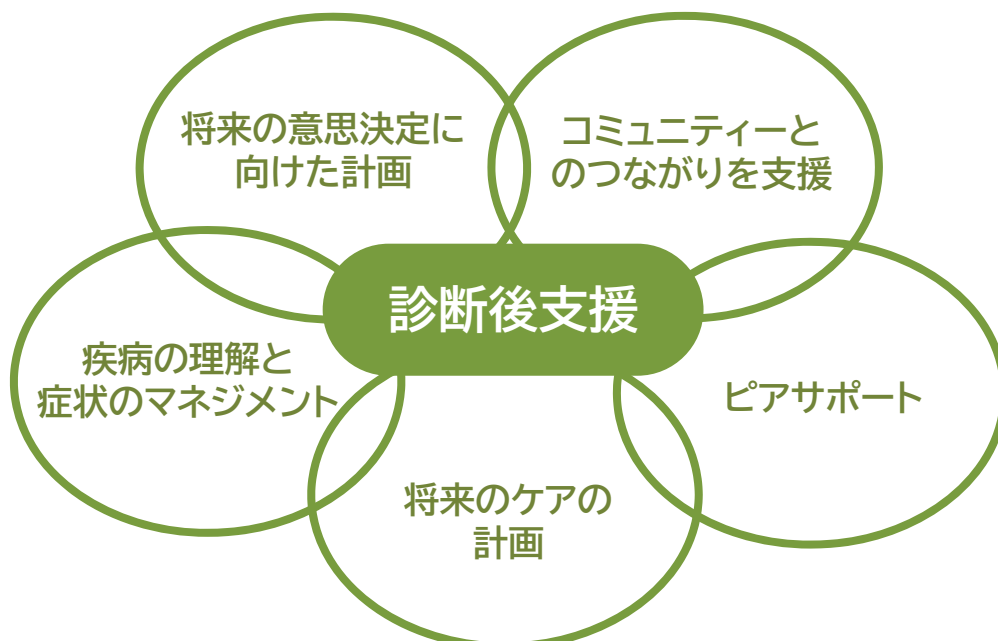
『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』
『これからの変化や症状についての説明がなかった』
『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』
『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 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。



〔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ご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、コミュニティとのつながりを支援、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パスの普及、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。

認知症啓発の説明のポイント

〔役割 21〕

- 認知症は脳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

〔役割 21〕

認知症啓発の説明のポイントをまとめた。

認知症の人を地域で支えていくためには、医療・介護関係者・地域住民が認知症について、共通の認識（正確な知識と対応によってもたらされる効果など）をもって足並みを揃えて対応していく必要がある。すなわち、かかりつけ医、ケアスタッフ、家族、地域の住民、様々な職種の人が認知症を正しく理解し、接することによって、認知症の人が地域で安心してそれまでの生活続けることができるようになる。

かかりつけ医認知症対応力向上研修を受けたかかりつけ医や認知症サポート医は、これらのポイントを中心に地域の住民や様々な職種の人に認知症に関する正しい知識と理解を伝えることによって、地域の認知症の人や家族の生活を支えることができる。

〔役割 22〕

認知症施策推進大綱では、「共生」と「予防」を両輪として施策を推進することが掲げられ、「予防」とは、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことであるとしている。

一般的に認知症の予防は、一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）として、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）として、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）として、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、などが代表的であり、それぞれの予防でかかりつけ医が果たすべき役割は大きい。

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

〔役割 23〕

これまで認知症に関連した施策が推進されてきたが、未だに解消すべき様々な問題と課題が残されている。具体的には、認知症に対する誤解と偏見が根強く、早期の診断や鑑別診断が難しい場合があり、増加する患者さんに対し専門医療機関が少なく、医療のみでの対応には限界がある、などの認知症医療の特殊性が影響している。

それらの特徴への対応として、地域や医療現場での啓発や気づき、医師の専門性を生かした医療連携、かかりつけ医での治療の継続と医療連携、歯科医師、薬剤師、介護、行政、地域との連携、などの重要性を十分に考慮した医療の提供や地域での取り組みなどの対応が望まれている。そのためには、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、などがかかりつけ医に期待されている。本研修がそのための一助となることを期待する。

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

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〕

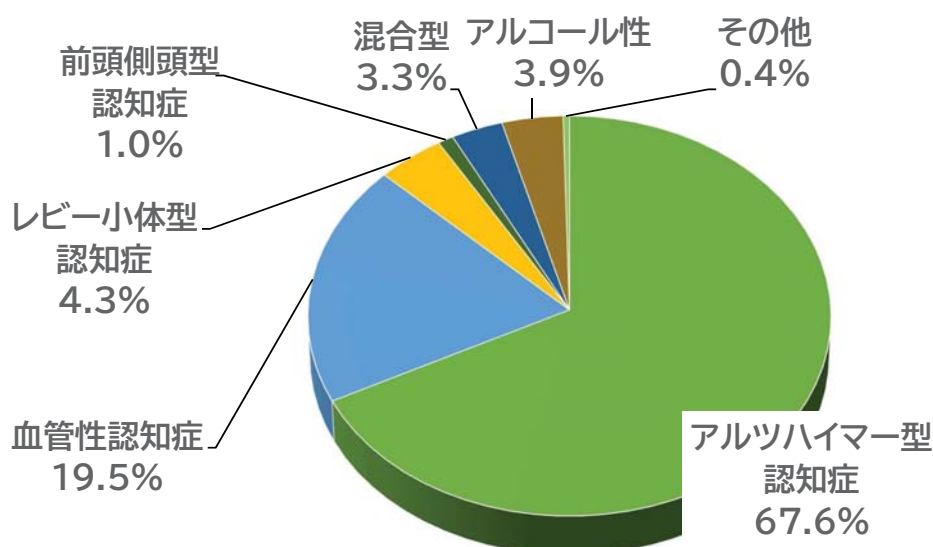
認知症とは

『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

〔基本知識 1〕

認知症とは『一度正常に発達した知的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』と定義され、多種の原因疾患や病態が含まれる。臨床診断は、問診、身体的診察、神経学的診察を行い、認知症の有無、症状、重症度を把握し、血液検査、認知機能検査、脳画像検査、脳髄液検査などを行い、認知症の病型診断を行う。これまで認知症の診断基準は何度も改訂が行われてきたが、現在は米国精神医学会の精神障害の診断と統計マニュアル第 5 版 (DSM-5) や世界保健機関 (WHO) の国際疾病分類第 11 回改訂版 (ICD-11) における認知症の診断基準が用いられている。

いずれの診断基準でも、「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) では説明されないこと」とされ、さらに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があることにも十分に配慮するべきとしている。

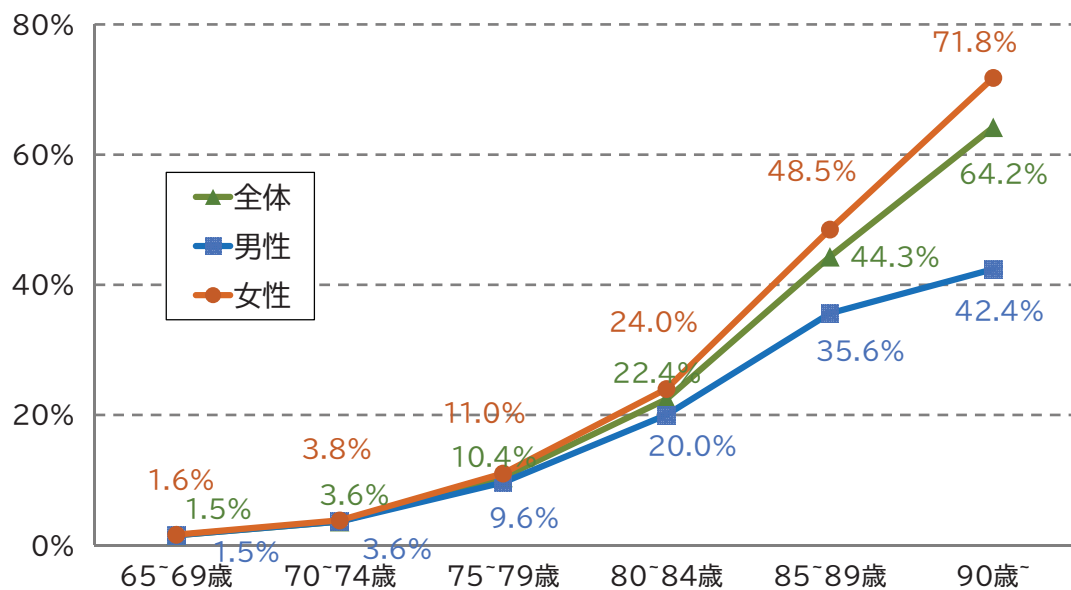
〔基本知識 2〕

認知症や認知症様の症状をきたす疾患には、様々な原因疾患や病態が含まれる。調査の時期や地域、対象、診断基準などにより頻度は異なるが、ここで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 23～平成 24 年度総合研究報告書;2013」を元に作成した認知症の原因疾患の頻度を示す。

アルツハイマー型認知症は 67.6% を占め、最も頻度が高い。次いで血管性認知症が 19.5%。レビー小体型認知症 (認知症を伴ったパーキンソン病を含む) が 4.3%、前頭側頭型認知症 (前頭側頭葉変性症) が 1.0% であった。初期症状のみでの確定的な診断は難しいことがあり、確定診断名がついているケースでも、関わる全ての人々による注意深い観察と評価が重要である。さらにより高齢の認知症患者では一つの疾患のみではなく複数の認知症性疾患が重複している可能性も考慮すべきである。

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。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)」において開始時に悉皆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。

〔基本知識 3〕

年齢階級別の認知症の有病率を 65 歳以降の 5 歳ごとの年齢階級で全体、及び男女別に示した。認知症の有病率は、全体で 75～79 歳では 10.4%、80～84 歳では 22.4%、85～89 歳では 44.3%、90 歳以上では 64.2%と顕著に増加し、89 歳までの階級で有病率は倍増する。男女別では、女性の方が有病率は全体的に高い。認知症患者の 8 割弱は 80 歳以上であり、80 歳以上の患者の約 8 割と女性が占めている。認知症患者の約 64%が 80 歳以上の女性である。

〔基本知識 4〕

2018 年 6 月に公表された世界保健機関(WHO)の国際疾病分類の第 11 回改訂版(ICD-11)による認知症の記述を示す。認知症イコールアルツハイマー型認知症ではない。

認知症の定義として、加齢ではなくかつ後天的な変化によって日常生活や社会生活に支障をきたすような状態である。記憶力が必ずしも低下していなければならないわけではなく、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(各領域の説明は次のスライドにて説明)の認知領域のうちの 2 つ以上が障害されている場合でも認知症の診断となる。

認知機能の障害

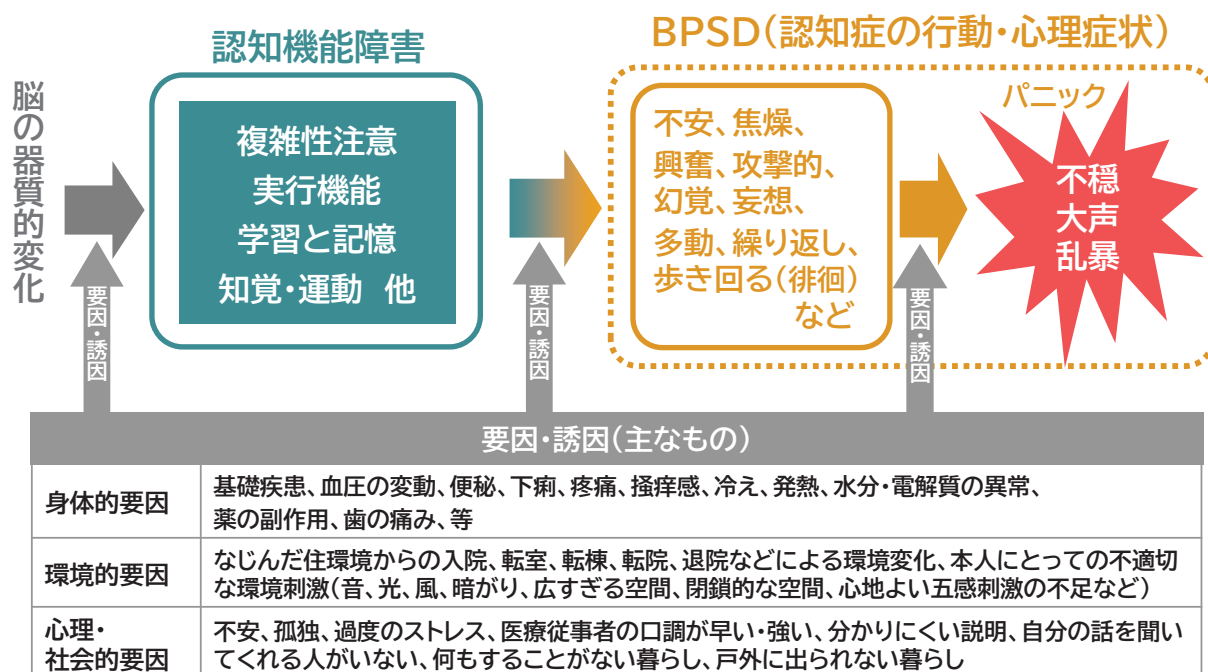
〔基本知識 5〕

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まわる等
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〕



〔基本知識 5〕

解説なし

〔基本知識 6〕

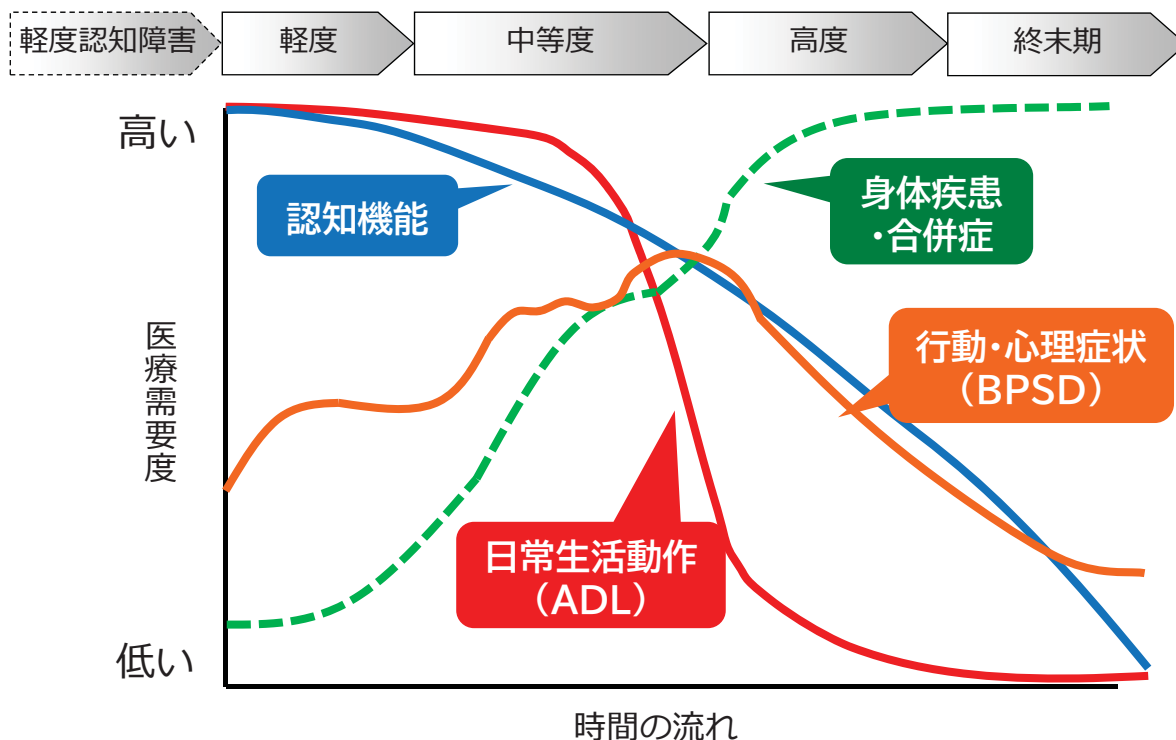
日常診療において留意すべき認知症の症状と、それらを引き起こす要因や誘因についての関係を示す。

認知症では、脳の器質的变化により、「複雑性注意」「実行機能」「記憶」「知覚・運動」などの認知機能障害が生じる。さらに、この認知機能障害により、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返し、歩き回る(徘徊)などの BPSD (行動・心理症状) が引き起こされる。これらの BPSD が、さらに不穏な言動や大声を出す、乱暴な行為などの著明な精神症状としての BPSD として現れる。この過程において身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因などが要因や誘因となり、BPSD を引き起こしたり、悪化させたりする。そのため BPSD の予防や治療を行う際には、スライドで示した様々な身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因や誘因などを理解し、それらに対して適切な評価や対応することが重要である。

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

〔基本知識 7〕

変性疾患の場合の認知症の経過と医療需要度の関係を示す。

認知症の経過は、原因疾患や類型によって一様ではなく、個人差も大きい。アルツハイマー型認知症などの緩徐に進行する変性疾患の場合の一般的な経過と医療ニーズを把握することによって、認知症の地域ケアにおけるかかりつけ医の役割を見出すことができる。認知症の医療には、認知症そのものに対する医療、認知機能の低下や行動・心理症状(BPSD)の増悪要因となる心身状態の改善を図るための医療、認知症の人が罹った一般的な身体疾患に対する医療、やがては看取りに至るまでの全人的医療が必要となる。

かかりつけ医には、本人や家族の心理に配慮しつつ、時間の経過と認知症のステージごとに変化する「認知機能」、「日常生活動作」、「身体疾患・合併症」、「行動・心理症状」などへの医療需要度を常に意識しながら、個々の患者の病状の把握や治療、生活の支援に結び付ける姿勢が求められている。

〔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〕

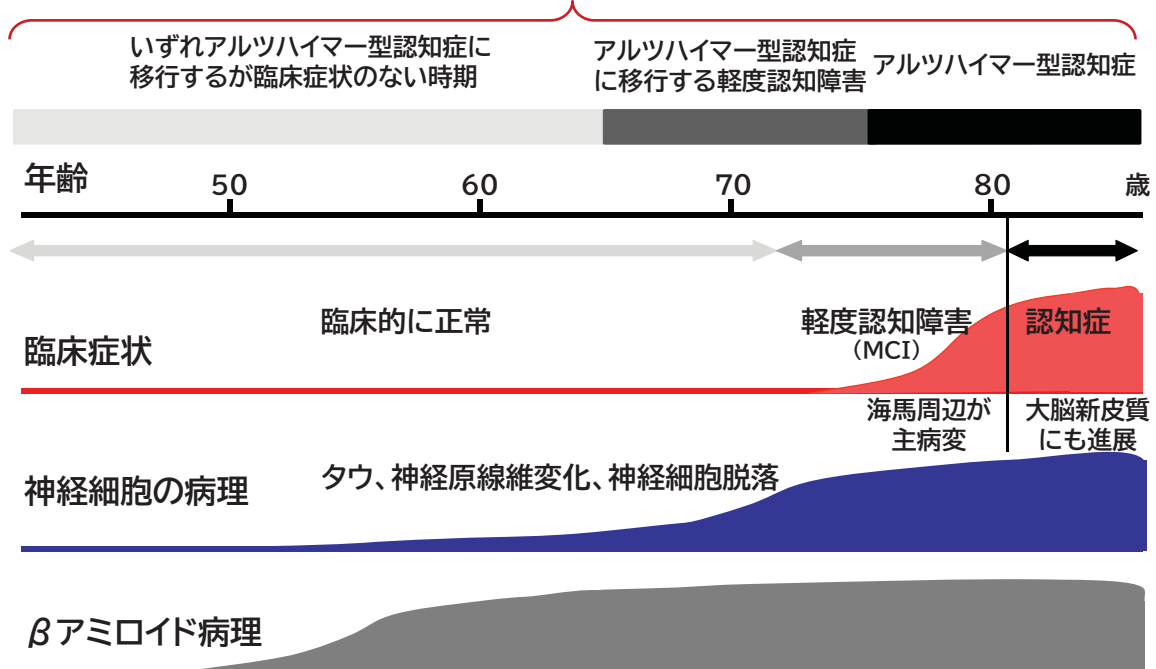
- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

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



〔基本知識 9〕

ICD-11 におけるアルツハイマー型認知症の記述である。

初発症状が記憶障害であることが多く、進行とともに他の認知領域の障害を伴ってくる場合が多い。生活環境によっては記憶障害が見過ごされており、様々な行動・心理症状を来して初めて受診する場合も多い。抑うつ気分といった意欲低下、また、アルツハイマー病の原因遺伝子変異が確認されたり、家族歴があったり、徐々に認知機能が障害されることが本疾患であることを示唆する。

〔基本知識 10〕

従来、用語としてアルツハイマー病とアルツハイマー型認知症はほぼ同義として扱われてきた。近年の PET や脳脊髄液検査などを用いた研究により、臨床症状が出現していない時期から脳内のアルツハイマー病変化がとらえられるようになった。いずれアルツハイマー型認知症に移行するが臨床症状のない時期を preclinical AD とし、その後時間の経過とともに β アミロイドが脳内に蓄積し、さらにタウ蛋白の蓄積や神経原線維変化、神経細胞脱落などの神経細胞の病理学的な変化などのアルツハイマー病変化がおこり、軽度認知障害の時期 (AD による軽度認知障害: MCI due to AD) を経て認知症を発症する。

この全病期をアルツハイマー病、認知症の発症後をアルツハイマー型認知症とする考え方が提唱されている。このように認知症の様々な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とを理解した対応が望まれている。

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

〔基本知識 11〕

アルツハイマー型認知症の早期発見のためのポイントをまとめた。記憶障害が潜在性に発症し、多くは内容に基づく分類では出来事記憶障害、保持時間に関する分類では近時記憶障害が特徴的である。約束を忘れたり、物の置き場所がわからなくなったり、話したことを忘れて同じ話を繰り返したりする。進行に伴い見当識障害や遂行機能障害、視空間認知障害が徐々に加わる。見当識障害は、時間→場所→人の順に進むことが多い。比較的早期から遂行機能障害が認められることが多く、仕事や家事などの日常業務に支障を来すようになる。視空間認知の障害が目立つこともあり、時計、立方体や複雑な図形の描画模写が困難となり、近所でも道に迷うようになる。初期には抑うつやアパシー等を伴うことも多い。取り繕い反応や振り返り徴候、病識のなさ、もの盗られ妄想なども特徴的な症状である。他の疾患と異なり、早期から著明な局所症状を認めることは稀である。

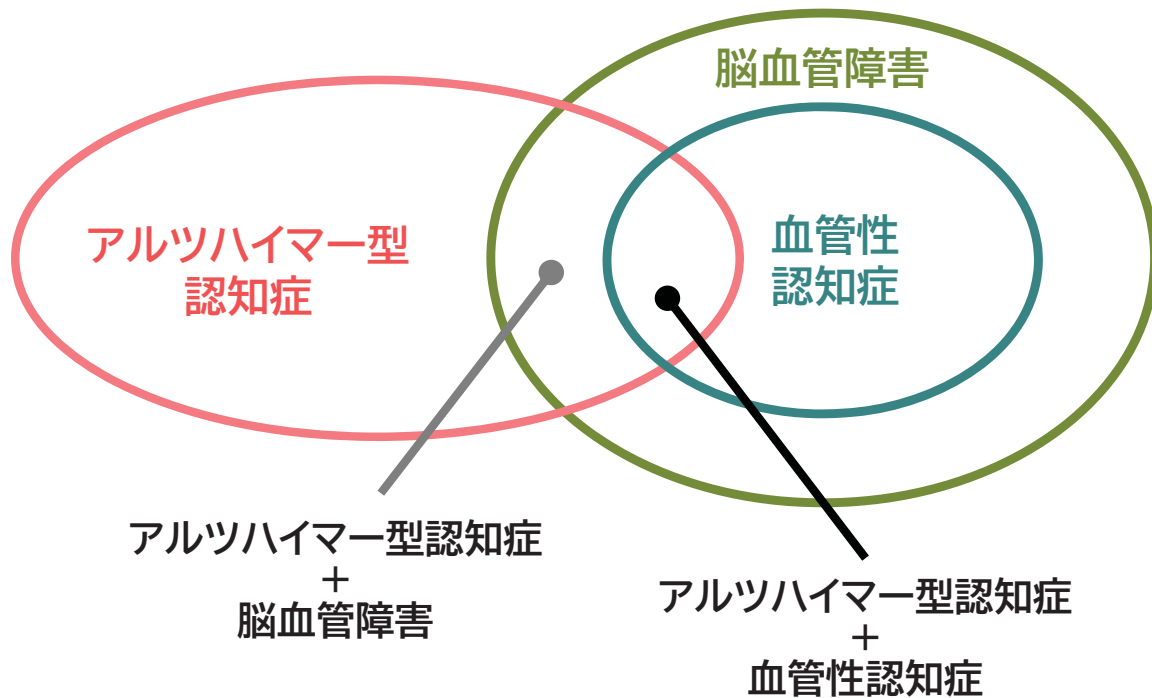
〔基本知識 12〕

ICD-11 の血管性認知症に関する記述を示す。

認知機能障害の発症と脳血管障害のイベントが時間的に関連している、血管性認知症に認められることが多い情報処理速度、複雑性注意と実行機能の障害が明らかであること、病歴、身体所見、画像所見で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ことが重要である。

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てているが、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。

〔基本知識 13〕

脳血管障害と認知症の関係を示す。従来は脳卒中の既往や画像検査で脳梗塞を認める場合や運動麻痺や構音障害などの局所神経症状があれば血管性認知症と診断される傾向があった。また、アルツハイマー型認知症と血管性認知症は本来異なる疾患であり、両者の併存は混合型認知症ととらえられていた。しかし実際の高齢者では、様々な程度に脳血管障害が合併していることが多く、さらに縦断的な観察では、アルツハイマー型認知症の経過のなかで脳血管障害を合併したり、潜在性のアルツハイマー型認知症が脳血管障害を契機に顕在化したりすることもある。

一方で脳血管障害を認めても血管障害の範囲や場所によっては認知機能障害を引き起こさないこともある。経過や臨床症状、画像所見などを考慮し、アルツハイマー型認知症のみ、アルツハイマー型認知症と脳血管障害、アルツハイマー型認知症と血管性認知症、血管性認知症のみ、といった適宜の評価や診断が重要である。

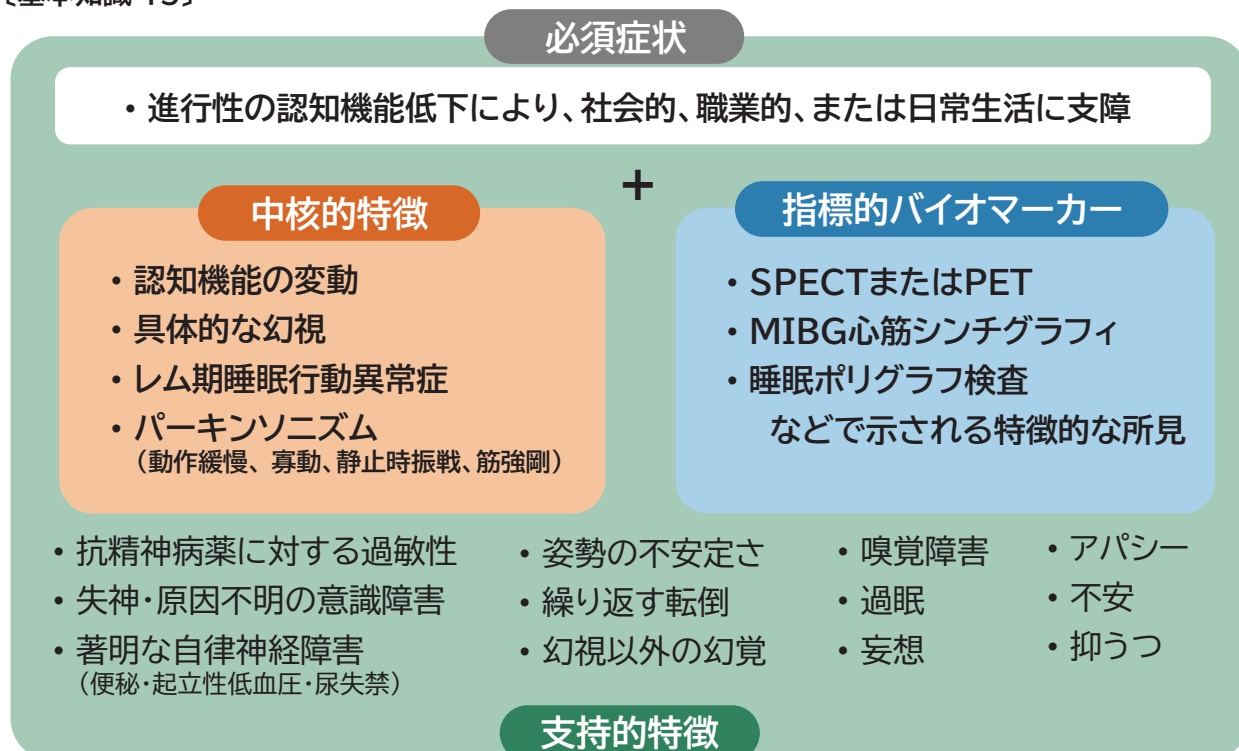
〔基本知識 14〕

血管性認知症の早期発見のためのポイントをまとめた。血管性認知症は、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認知症の総称であり、血管障害による病変の数、大きさ、場所によって多彩な症状を呈する。小さな梗塞でも認知障害を呈することもある。

記憶障害が軽いことが多く、脳卒中のエピソード後に認知機能が低下していれば強く疑う。早期から局所症状を認め、意欲の低下、感情失禁、歩行障害、構音障害、嚥下障害、麻痺、失禁などが目立つことが多いため、診察には神経学的診察が欠かせない。高血圧症、糖尿病、脂質代謝異常、大量飲酒など脳梗塞や脳出血の危険因子を有することが多い。複数の梗塞による場合は、まだらな認知機能障害と脳卒中発作後に階段状に進行することも特徴であるが、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、パーキンソニズム(動作緩慢、寡動、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の変動し、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。

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を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

〔基本知識 17〕

前頭側頭葉変性症は、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きたし、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疾患の総称である。スライドの分類は、2011年に提唱された診断基準(臨床的分類)である。前頭前野の萎縮により行動異常を主体とする行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)と言語障害を主体とする言語障害型前頭側頭型認知症に分類された。

言語障害型は更に萎縮の部位と臨床症状により、意味性認知症(SD)と進行性非流暢性失語症(PNFA)に分類される。前頭葉や側頭葉に局限した神経細胞の脱落がみられ、残存神経細胞にはタウ蛋白や TDP-43、FUS などの異常蛋白が蓄積していることが知られているが、その原因は解っていない。主な特徴はスライドの通りである。bvFTD と SD は指定難病に認定され、公的支援を受けるためには早期の正確な診断が重要である。

出典

Rascovsky K et al. Sensitivity of revised criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain, 134: 2456–2477

〔基本知識 18〕

前頭側頭葉変性症(FTLD)の診断基準を示す。診断のポイントとして、行動障害型前頭側頭型認知症では、行動障害が発症初期から見られることが多く、統合失調症や躁うつ病、うつ病、パーソナリティ障害などの精神疾患と間違われることがある。意味性認知症では、言葉の意味が分からない、人の顔が分からない、物の名前を聞いてもそれを指し示すことができない等が見られる。症状がアルツハイマー型認知症のもの忘れのように見えるため注意が必要である。

進行性非流暢性失語症では、助詞の欠落やゆっくりとした発語、なめらかに発音できなくなるなどが見られる。他の認知症の症状があまり目立たないことも特徴である。診断にはこれらの特徴的な行動や言語の症状を正確にとらえる必要があるが、行動の問題は医療機関内のみでは十分に把握できないことから、実際には家族から正確な情報を聞き取ることが重要である。

出典

認知症トータルケア「前頭側頭型認知症」池田学

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	・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	・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	・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	・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	・発話自体がゆっくりで努力性になる	・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、ダットスキャン®、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。

〔基本知識 19〕

前頭側頭葉変性症の早期発見のためのポイントをまとめた。いずれのタイプでも発症と進行は緩徐で初期には記憶障害や視空間機能障害などが目立たないことが特徴である。

行動障害型前頭側頭型認知症では、前頭葉機能の障害としての脱抑制行動、共感や感情移入の欠如、固執・常同性、食行動変化、口唇傾向などの行動異常が前景に立つ。そのため成人の発達障害やうつ病、強迫性障害など他の精神疾患と診断されることも稀ではない。

意味性認知症では、単語の呼称障害と理解障害を中心とする語義失語（物の名前が分からない、単語の意味が理解できないなど）、表層性失読（団子を「だんし」、三日月を「さんかづき」と読むなど）が目立つ。失語症状のためアルツハイマー型認知症と間違われることも多い。発語失行や複雑な文の理解障害などが目立つ。発話における失文法と不規則な音韻の誤りや歪みが特徴であり、努力性発話や発話開始困難を伴い、会話も途切れる。

〔基本知識 20〕

認知症の診断に際して画像診断の役割は大きい。『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。画像検査は、認知症の病型診断の補助としても重要である。また、脳出血や慢性硬膜下血腫といった認知症に類似した状態が引き起こされていないかどうかを含め、治療可能な認知症を見逃さないためにも、認知症と診断した場合には、頭部 CT 検査や頭部 MRI 検査などの形態画像検査を実施することが望ましい。

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、ダットスキャン®、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。かかりつけ医が自院で CT 検査や MRI 検査を施行できない場合には、他医療機関への依頼や認知症サポート医・専門医療機関との日常の連携により対応していくことも重要となる。

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



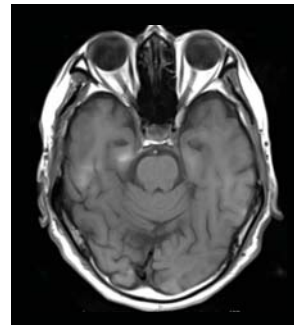
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

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

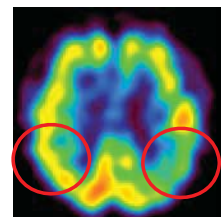
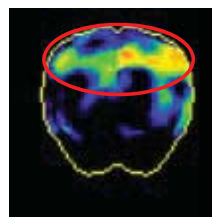
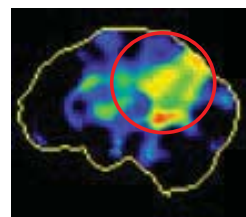


海馬・側頭葉の萎縮は目立たない

各認知症の典型的な機能画像

〔基本知識 22〕

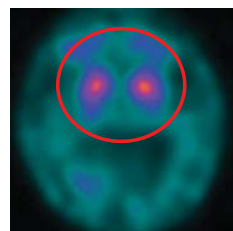
アルツハイマー型認知症



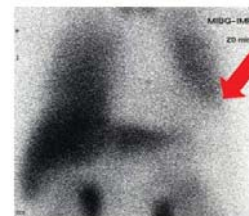
後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下

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

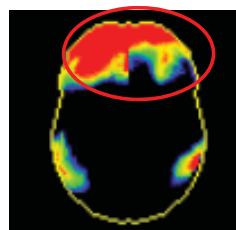
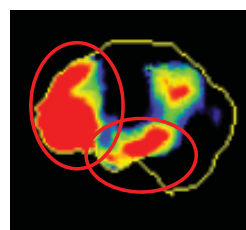


取り込み低下

DATスキャン®

MIBG心筋シンチ

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)

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を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変化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。

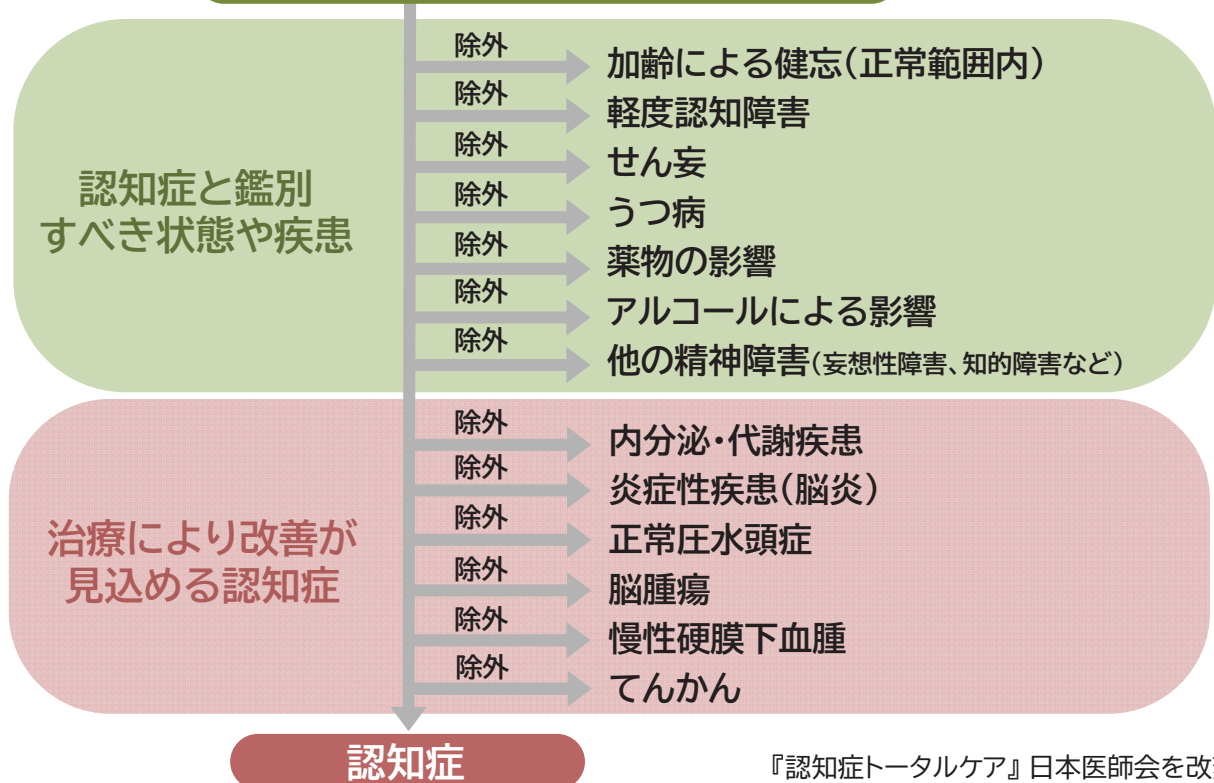
〔動画 ③〕

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



『認知症トータルケア』日本医師会を改変

〔基本知識 23〕

動画③「認知症と間違えやすい症状」

〔基本知識 24〕

認知症の臨床診断では、問診、身体的診察、神経学的診察を行い、認知症の有無、症状、重症度を把握し、認知機能検査、脳画像検査、血液検査、脳脊髄液検査などを行い、認知症の病型診断、除外診断、鑑別診断を行う。

認知症診断のフローチャート(例)をスライドに示した。認知症の疑い・認知機能障害の疑いがある場合に、まず、認知症と鑑別すべき状態や疾患などを除外し、さらに、治療により改善が見込める内科的疾患・外科的疾患を除外していく。その後、検査等により、変性性・血管性認知症の鑑別を進める。

このプロセスの中で、加齢による健忘(正常範囲内)、軽度認知障害、せん妄、うつ病、薬剤の影響、アルコールの影響、他の精神障害(妄想性障害、知的障害など)などを除外し、さらに内分泌・代謝疾患、炎症性疾患(脳炎)、正常圧水頭症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、てんかんなど治療により改善が望める認知症を見逃さないことが重要である。

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

〔基本知識 25〕

認知症と鑑別すべき状態や疾患の代表的なものを挙げる。診断後の医学管理や生活支援等の対応にならび、かかりつけ医の重要な役割は、入り口（鑑別診断）の場面において、これらの状態・疾患を除外することにある。なお、診断が難しい場合には、専門医療機関への紹介などの対応も検討する。

以下、項目ごとに詳説していく。

〔基本知識 26〕

生理的健忘（加齢に伴うもの忘れ）と病的健忘（認知症のもの忘れ）の鑑別点の要点をまとめた。「もの忘れの内容」、「もの忘れの範囲」、「進行」、「日常生活」、「自覚」、「学習能力」、「日時の見当識」、「感情・意欲」などの項目で前者と後者とでは表に挙げた特徴を認める。

具体的に一部を挙げると、「もの忘れの内容」に関しては、前者が体験の一部であるのに対して後者は体験すべてを忘れてしまうという違いがある。また、「進行」に関しては、前者は半年～1年では進行することはないが、後者では進行性の変化がみられる。「日付の見当識」では、前者であれば見当識障害は伴わないが、後者であればしばしば時間の失見当がみられる。「自覚」では、後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。それぞれの特徴を把握するための問診が重要である。

出典

東京都高齢者施策推進室：「痴呆が疑われたときに―かかりつけ医のための痴呆の手引」（1999）

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。

〔基本知識 27〕

軽度認知障害(MCI:Mild Cognitive Impairment)とは本人、もしくは周りの人からもの忘れがあると認識され、年齢に比し、記憶力が低下している状態(1.5SD 以下)と定義され、正常と認知症の中間の状態を指す。

健忘型 MCI の特徴は、①記憶障害の訴え、②ADL は正常、③全般的認知機能は正常、④記憶障害が存在、⑤認知症ではない、ことである。MCI は、その一部がアルツハイマー型認知症などへ進展するとされ、専門医の追跡では平均で年間約 10%が認知症に転換すると報告されている。一方で正常なレベルに回復する例もある。MCI はあくまでも症状での診断であり、その病理学的背景はさまざまであることに留意すべきである。これらに配慮し、本人ならびに家族に対して MCI について適切な情報提供し正しい理解を促す必要がある。

出典

Petersen RC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Neurol. 2001;58:1985-1992.

Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009

Shimada H et al. J Am Med Dir Assoc. 2017

〔基本知識 28〕

せん妄は、認知症と並び高齢者の認知機能障害の原因として最も重要な病態である。せん妄は、「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。」と定義され、急性の意識障害の一種である。

一方で高齢者における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ず、精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い、などの特徴がある。さらに過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向もある。

せん妄は、原則として可逆性であり、認知症との鑑別や原因に基づく治療を行うことが重要である。せん妄が疑われる場合には、安全な治療環境・療養環境の確保を図りつつ、精神症状の評価とともに、一般内科学的診察、神経学的な診察、画像検査、血液検査、服薬歴の調査などを適宜実施し原因の把握に努めつつ、精神症状に隠れた身体疾患を見逃さず、常に全身の診察を怠らないことも重要である。

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

準備因子

高齢者、脳器質疾患、認知症

誘発因子

- ・ 過少・過剰な感覚刺激
- ・ 睡眠障害
- ・ 強制的安静臥床
- ・ 身体拘束

直接原因

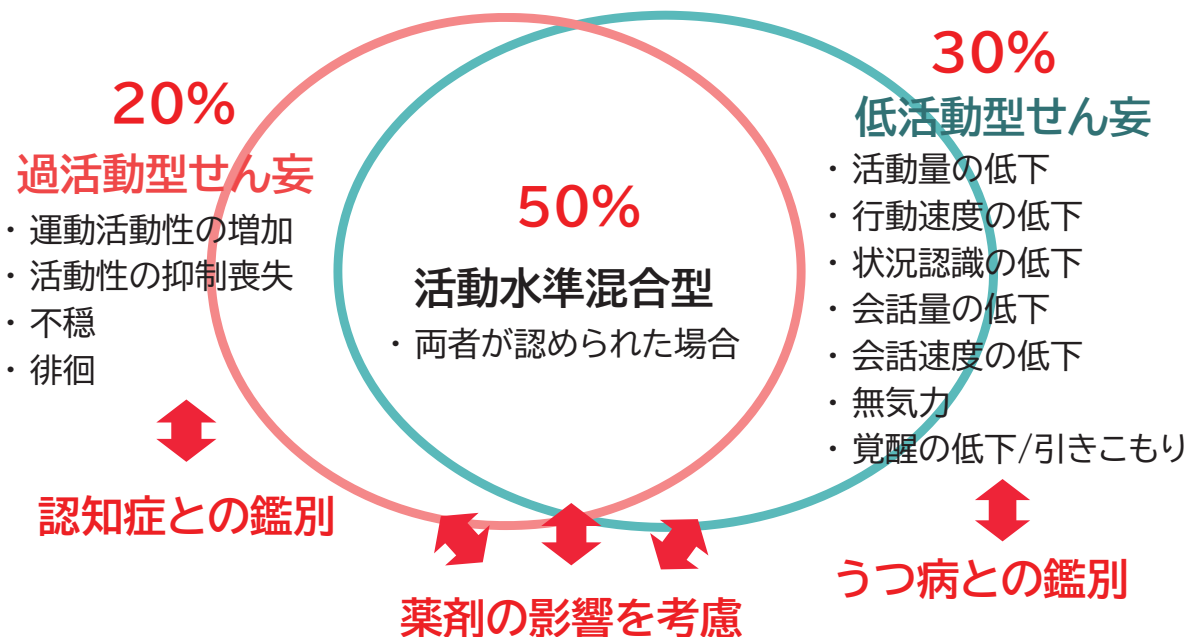
脱水、薬物、代謝性障害、感染症、循環・呼吸障害

せん妄

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

〔基本知識 29〕

せん妄は複数の要因が重なって発症する。特に高齢者のせん妄ではいくつかの要因が複合することによって生じる老年症候群としてとらえることが重要である。せん妄への対応では、その要因を、準備因子、誘発因子、直接原因(因子)と整理すると対応を検討しやすい。

準備因子は、脳自体の問題(器質因子)であり、高齢、器質疾患の既往(脳梗塞、パーキンソン病など)、認知症の既往、などである。

誘発因子は、身体内外の環境に関する問題で、それ自体直接せん妄を生じることはないが、重症・遷延化を招く要因である。環境要因としては、夜間の照明、不適切な音刺激など睡眠覚醒リズムを障害する環境、ルートやバルーンなど安静を強いられる処置、身体拘束がある。また、身体的な要因としては、疼痛や便秘、口渇など不快な身体症状などがある。

直接因子は、せん妄発症の主因となるもので、脱水、薬物、代謝性障害、感染症、循環・呼吸障害などが挙げられる。

〔基本知識 30〕

せん妄の3つの分類とそれぞれの頻度、鑑別が重要となる疾患・状態を図示した。

過活動型せん妄は、精神運動活動の水準は過活動であり、運動活動性の増加、活動性の抑制喪失、不穏、徘徊などに加え、気分の不安定性、焦燥、医療に対する協力の拒否を伴うかもしれない、低活動型せん妄は、精神運動活動の水準は低活動であり、活動量の低下、行動速度の低下、状況認識の低下、会話量の低下、会話速度の低下、無気力、覚醒の低下/引きこもりなどに加え、混迷に近いような不活発や嗜眠を伴うかもしれない。

活動水準混合型せん妄では、精神運動活動の水準は正常、または変動し、上記の二つのせん妄の特徴を呈する。それぞれで認知症やうつ病との鑑別や、薬剤の影響を考慮することが重要である。その他にも高齢者のせん妄ではいくつかの要因が重なって生じること、比較的急性に発症し、短い時間に症状が変化・動揺することなどを考慮した適切な診断が重要である。

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))
 - 1) 抑うつ気分
 - 2) 興味、喜びの著しい減退
 - 3) 体重減少、食欲の減退
 - 4) 不眠
 - 5) 精神運動性の焦燥/制止
 - 6) 易疲労性/気力の減退
 - 7) 思考力や集中力の減退/決断困難
 - 8) 無価値観/罪責感
 - 9) 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。

〔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を示す。

せん妄との最も大きな違いは「発症様式」と「経過の特徴」であり、せん妄は急激で数時間～数日で発症し、症状は動揺性である。一方でアルツハイマー型認知症では潜在性で数か月～数年で症状が現れ、慢性に進行することが特徴である。「何日の夜」「数日前から」からと特定できる症状の現れ方の場合は、前者の可能性が高い。注意力の散漫という形での「意識障害」と「幻視」および「運動不穏」は、せん妄の三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。

また、通常は運動不穏のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。また、「誘因」、「身体疾患」、「環境」などの要因の有無についてもスライドのような特徴がある。

〔基本知識 32〕

認知症と鑑別すべき疾患としてうつ病は重要である。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うつ病の頻度も高いが、一方で診断されずに見過ごされることが多い。さらにうつ病は、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。

DSM の診断基準では、1)抑うつ気分、2)興味、喜びの著しい減退、3)体重減少、食欲の減退、4)不眠、5)精神運動性の焦燥/制止、6)易疲労性/気力の減退、7)思考力や集中力の減退/決断困難、8)無価値観/罪責感、9)死についての反復思考、自殺念慮の9つの症状のうち 5 つ以上が 2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))する場合にうつ病と診断する。これらの症状以外にも、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多彩な症状を呈することが特徴的である、自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響への配慮が重要である。

うつ病の臨床的特徴

〔基本知識 33〕

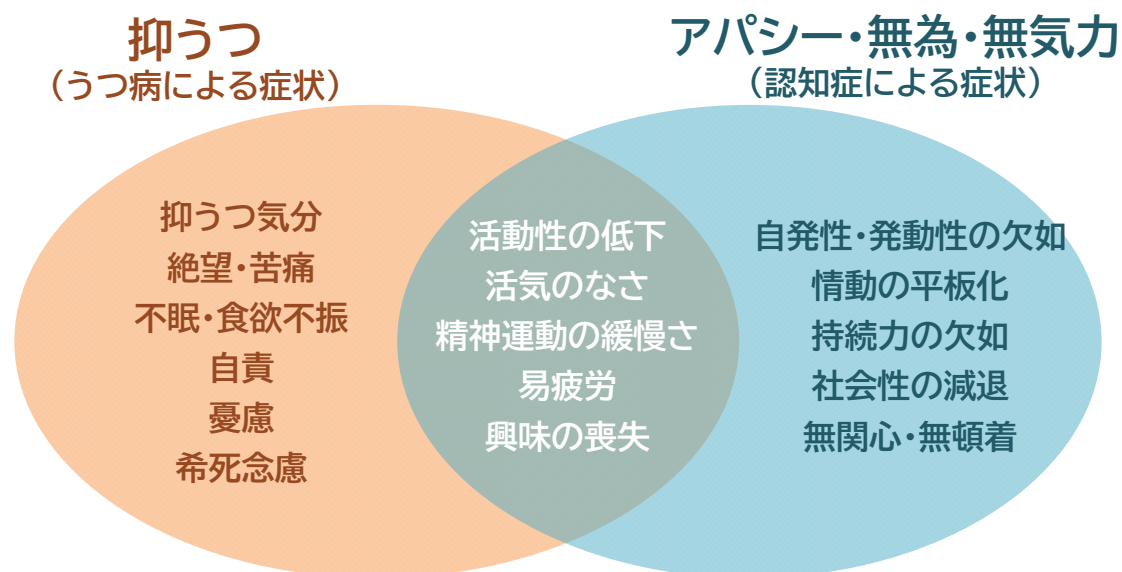
うつ病とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	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



〔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を示す。

うつ病は、潜在性に緩徐に発症することではなく、急性(週か月単位)で比較的短期の経過で症状を呈することが特徴である。生活史上の何らかの契機が認められることが多い。通常は長くても数ヶ月前からの発症である。

もの忘れなど認知症症状に対する自覚については、うつ病では自覚が強く、強調したり困惑したりする。アルツハイマー型認知症では自覚症状に対する関心が乏しく、能力の低下を隠したり否定したり傾向にある。また、うつ病では質問に対しての答え方が全体に緩徐となり、「分からない」と否定的に答えるが、アルツハイマー型認知症ではつじつまを合わせようとしたり、取り繕おうとしたりする。思考内容に関しても違いがあり、うつ病では自責的あるいは自罰的となる。一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となる。

その他、見当識障害、記憶障害、日内変動などでスライドに示した特徴が挙げられる。

〔基本知識 34〕

うつと認知症に伴うアパシー・無為・無気力の症状の共通点と相違点を図示した。うつ病の症状としての抑うつと認知症や神経変性疾患による症状では、活動性の低下、活気のなさ、精神運動の緩慢さ、易疲労、興味の喪失などが共通する。

一方で前者では、抑うつ気分、絶望・苦痛、不眠・食欲不振、自責、憂慮、希死念慮などの精神症状を呈する。また後者では、自発性・発動性の欠如、情動の平板化、持続力の欠如、社会性の減退、無関心・無頓着などの精神症状が特徴的である。

しかし、実際の臨床の場面では、これらの精神症状の横断的な観察や限られた情報のみで鑑別することが困難であることが多いため、正確な診断のためには、縦断的な臨床症状の観察とそれらの出現時期や症状の経過に関する介護者や支援者からの情報聴取、及び身体的な検査や画像検査などが欠かせない。さらに必要時には精神科や神経内科などの専門医への紹介も検討することが重要である。

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。
- 初診時だけではなく、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)

〔基本知識 35〕

認知機能低下の背景に服用している薬剤が影響している可能性を念頭に置く必要がある。肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者や認知症や神経変性疾患などでは出現しやすい。薬剤により認知機能が低下している場合は、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ち、せん妄に類似した症状が出現する、原因となっている薬剤中止により認知機能障害は改善する、等が特徴的な症状である。診療上の留意点としては、市販の健康食品を含め必ず聴取が必要であり、初診時だけではなく、定期的に薬剤に関する聴取を行うことが重要である。

かかりつけ医は、日々の診療で自らの処方した薬剤による有害事象の出現に留意すること以外にも、他院での薬剤の変更を把握し、認知機能低下の背景に薬剤が影響している(可能性がある)場合には、原因とする薬剤の減量・中止、他のメカニズムの薬剤への変更を検討する、等の対応が求められる。

〔基本知識 36〕

認知機能低下を誘発しやすい薬剤を向精神薬と向精神薬以外の薬剤に分けて表にまとめた。向精神薬では、抗コリン作用を有するフェノチアジン系抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系抗不安薬や催眠薬(睡眠薬)、三環系抗うつ薬などが認知機能低下を来しやすい。向精神薬以外で注意すべき薬剤としては、抗パーキンソン病薬、オピオイド系鎮痛薬、NSAIDs や副腎皮質ステロイドなどは認知機能低下を来しやすい。

また、抗てんかん薬、ジギタリスや利尿剤、抗不整脈薬、一部の降圧剤などの循環器病薬、抗菌薬、抗ウイルス薬、抗腫瘍薬、抗コリン作用を有する過活動性膀胱治療薬、抗喘息薬、H₂ 受容体拮抗薬や抗コリン作用を有する消化器病薬、抗ヒスタミン作用を有する抗アレルギー薬などは注意すべき薬剤である。かかりつけ医には、診療の中で認知機能低下の背景にこれらの薬剤が影響している可能性を常に念頭に置き、服薬内容の確認と適切な対応が求められている。

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 慢性硬膜下血種
- ⑥ てんかん

〔基本知識 37〕

多量に飲酒する人で認知機能の低下や認知症がみられることが知られている。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。ウェルニッケ脳症は、多量飲酒や偏食などによりビタミン B1 が欠乏し、意識障害、眼球運動障害、失調性歩行障害などが、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。

コルサコフ症候群は、健忘(前向性・逆行性)、失見当識、作話などを認め、この状態からの回復は困難である。さらに長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクを高め、認知症の症状を呈するアルコール性認知症(アルコール関連認知症)も鑑別上重要である(認知機能を障害している原因について検査し、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。ウェルニッケ脳症やコルサコフ症候群と同じという意見もある)。

〔基本知識 38〕

治療により改善が見込める疾患は、見逃してはならない。これらの疾患は、アルツハイマー型認知症をはじめとする根本的治療法のない疾患と異なり、診断すれば改善する可能性のある疾患である。見逃すことにより治療の機会を無くしてしまうので最大限の注意が必要であり、早期の段階でスクリーニングしておくことが極めて重要である。

また経過中に、想定される進行と異なる症状を呈してきた場合にも再度評価する必要がある。症状の変動、進行の速度、運動機能、意識レベルは、治療可能な認知症(Treatable dementia)を疑う重要な症状である。

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。

〔基本知識 39〕

若年者と比較して症状が分かりにくいことが大きな特徴である。時に、認知症の増悪と間違えるような、反応低下、幻覚が軽度の場合や、意識障害を含めた症状に日内変動があるため見過ごされる場合が多くある。また変性性認知症に合併する場合もあるため常に注意が必要である。血糖変動については、食事量を含めた生活習慣の評価、健康食品を含めた内服薬の評価が必要である。甲状腺機能低下、肝性脳症、ビタミン B 欠乏症等の代謝性疾患は、症状が典型的でない場合も多く認めるため、スクリーニング的に評価しておく事も考慮すべきである。

手術歴を含めた既往歴・合併症に注意するとともに、身体診察および食事量を含めた生活習慣の評価を定期的に行う事により、経過観察中にも内分泌・代謝性疾患は注意が必要である。

〔基本知識 40〕

概して急性・亜急性に進行し、アルツハイマー型認知症のような慢性疾患と異なり、急速に日常生活レベルが低下する。梅毒等の感染既往のある場合や先行する感冒症状がある場合は感染性脳炎を疑う。

一方、膠原病を指摘されたことのない場合であっても膠原病関連の脳炎・脳症をきたす事があるため注意が必要である。また腫瘍に伴う抗体による場合は、脳炎・脳症の原因検索の段階で腫瘍が発見される場合も多いため、生命予後の観点からも重要である。前述したように、急性・亜急性に進行する事が特徴であるが、症状のみから診断する事はできず、髄液検査・画像検査が必要であるため、想定よりも進行が急速である場合は専門機関への紹介が不可欠である。

正常圧水頭症

〔基本知識 41〕

概要

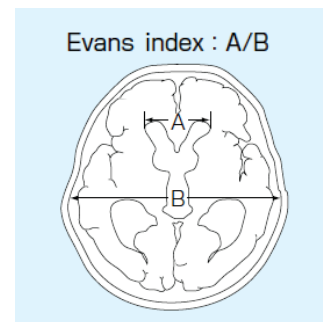
- 60歳以上の高齢者に多い。
- 軽症例でも精神運動速度が低下し、注意機能、作業記憶などが障害される。
- 特発性と二次性(くも膜下出血や髄膜炎などに続発する)に分類される。

診断基準

- ① 認知障害、歩行障害(歩幅の減少、足の挙上低下、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。



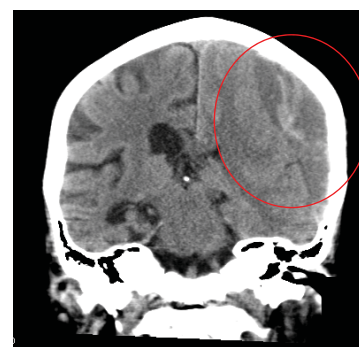
- 1 脳室拡大
- 2 高位円蓋部脳溝の狭小化
- 3 シルビウス裂の開大

慢性硬膜下血種／脳腫瘍

〔基本知識 42〕

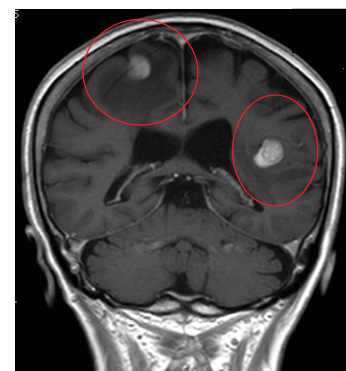
慢性硬膜下血種の特徴

- 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とがあり、外傷から1～2か月かけて緩徐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、うつ血乳頭が特徴(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。



〔基本知識 41〕

正常圧水頭症は、正確な頻度は不明だが、65 歳以上の地域住民の 0.5-2.9%という報告があり 1)、決してまれな疾患ではない。

診断基準としては、認知機能低下に加えて、歩行障害(歩幅の減少、足の挙上低下、開脚歩行等)、排尿障害であるが、3 つそろわない場合も多い。1)腰痛症や膝痛などの基礎疾患がないにもかかわらず開脚小股歩行である、2)年齢に比較し、反応が緩徐である、動作が緩慢である、それが次第に進行する、場合は疑う必要がある。くも膜下出血や髄膜炎の後遺症としておこる続発性もあるが、原因不明の特発性正常圧水頭症が高齢者では多く、診断は髄液排除試験による症状の改善が重要な評価項目となる。治療により認知機能も含めて改善する場合も多いので、見逃してはならない疾患ある。

出典

- 1) Hiraoka K et al: Prevalence of idiopathic normal-pressure hydrocephalus in the elderly population of a Japanese rural community . Neurol Med Chir(Tokyo) 48: 197-199,2008

〔基本知識 42〕

慢性硬膜下血腫、脳腫瘍も治療可能な疾患として見逃してはならない。脳機能画像が不可欠であるが、急性・亜急性に認知機能低下が進行する事に加えて、3 か月以内の転倒(頭部外傷がない場合でも起こり得る)や頭痛、四肢の筋力低下などを認める場合には疑う必要がある。慢性硬膜下血腫は頭部外傷だけではなく、尻もち程度でも発症する事があるため、転倒歴にも注意が必要である。抗血小板剤や抗凝固剤等の易出血性を内服している高齢者が亜急性に認知機能や反応の低下をきたした場合には疑うべき疾患である。

脳腫瘍は、頭痛、嘔吐等の症状が代表的であるが、頭蓋内圧の亢進がなければ症状は強くない、高齢であればこれらの症状がない場合もあるため、脳腫瘍に関しても亜急性に日常生活でできないことが増えたりするようなことがあれば、頭部画像評価を行う必要がある。脳腫瘍に関しては頭部 CT では評価が難しい場合も多いため頭部 MRI が望ましい。

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。

※ Beghi E et al. Curr Opin Neurol 33:191-197, 2020

- 高齢になり、初めて発症するが多い。
- 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、

〔基本知識 43〕

近年、高齢者に多いことが分かってきた疾患であり、独居、高齢者同士、日中一人の時間が多い場合は気づかれないことが多いため注意が必要である。

典型的には、呼びかけても反応がなく一点を見つめている、しばらくボーっとしている時間がある、自動症(体を意味もなくゆすっている、口をもぐもぐする)などがあるが、難聴がある場合には聞こえていないだけの場合もあるため、大声で呼びかけてはどうかという事もポイントである。側頭葉てんかんが起きた後の症状が残存している場合もあるため、日内変動よりは、期間変動により症状が変わる場合が多いが、症状の変化が大きい場合に加えて、日常生活ができていない割に認知機能検査の点数が悪い、認知機能検査の点数の変動が大きい場合は、本疾患を疑い脳波の検査が必要である。前述のように家庭環境によっては、症状から疑う場合が困難である場合も多いため注意が必要である。

出典・引用

久山町研究から

Takana A et al., Epilepsia Open. 2019 Mar; 4(1): 182-186.

〔基本知識 44〕

各疾患を疑った場合に行うべき検査である。前提として、食事量や健康食品を含めた内服薬等の日常生活歴を聴取するとともに、脈拍数や浮腫等の一般身体機能を評価する事は不可欠である。加えて、高齢者である場合は症状が顕在化しないことも多いため、各疾患における評価はスクリーニングとして行っておくことも検討すべきである。急性・亜急性に進行する症例で、脳機能画像や髄液検査、脳波検査は実施が難しい場合には、治療時期を逸する可能性もあるため、疑わしい段階で早期に専門病院を紹介する等地域の連携ネットワークを利用して評価を行う事が重要である。

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)

〔基本知識 45〕

かかりつけ医には縦断的な観察と支援、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。

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

〔診療実践 1〕

認知症の早期発見・早期治療のメリットをまとめた。

認知症の疾患としての側面では、治療可能な認知症が判明すること、適切な薬物療法により進行を遅らせることができること、環境等の調整により症状の軽減ができることなどが挙げられる。また、認知症の人の生活を支える側面では、早くからの準備・対応が可能となることから、支援者との信頼関係の構築ができ、先の方針を考え決めておく時間も確保できる。それによって自身の願う・意思に沿った生活を送ることにつながると言える。

〔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

〔診療実践 3〕

外来時の対応のポイントをまとめた。

本人がもの忘れを訴えて一人で初診した場合には、もの忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、生活の様子を詳しく聴く必要がある。その後本人の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には、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が、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、その後診察の必要性を説明し、診察の同意を得てから診察する。またその時点では、認知症が否定的であっても、状態に応じて半年後～1年後の再度の精査を勧める。

通院中に受付や診察時の行動の変化により、かかりつけ医が認知症の可能性を疑った場合は、家族などから生活の様子などを聴くとともに、生活上困っている点はないか本人にそれとなく聴いてみる。さらに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。

〔診療実践 4〕

認知症の間診時の留意点をまとめた。

本人から聴取する際の留意点としては、本人が病院へくることに納得していない場合や緊張している場合もあり、リラックスした雰囲気を作り出し、本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾けることが肝要である。

また認知症の人にとって認知機能検査は大きな負荷になることから、自尊心を傷つけないように配慮しながら実施する。

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。例えば DLB では転倒が多いため外傷に関する問診が必要であり、血管性認知症では血管障害のリスクに関する問診が欠かせない。

本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて情報を収集することや、介護保険利用時などの情報もケアマネジャーや訪問看護師などから収集することも重要である。

服薬内容や服薬状況に関する情報はきわめて重要であり、十分な情報が得られなかった場合には次回の診察時までそれぞれの情報が得られるよう家族に依頼する。

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。

〔診療実践 5〕

記憶障害のアセスメントのポイントをまとめた。

記憶障害に関する質問は、あらかじめ家族から最近起こった出来事の情報や日常生活の行動に関する情報を得ておくことが必要となる。両者の間の情報に矛盾が生じたりするだけでなく、その矛盾を本人が認めるかどうか、認めないで様々な言い訳をして取り繕うかどうかは、診断において重要なポイントとなる。

最近の記憶を確認・評価する際には、食事の内容や、外来ならばどのような交通手段で受診したのかを聴く。できる限り世間話をするように聞き出すのがコツである。「昨日何をしましたか」、「家族との外出でどこに行き何をしましたか」、「気になったニュースや出来事はありませんか」などの質問も最近の記憶の確認に繋がる。

昔の記憶に関して確認する際には、生年月日、出身地、結婚や子供の誕生日などを尋ねる。学校時代のエピソードや過去の仕事や社会的な役割、既往歴、教育歴などを聴くのもよい。

〔診療実践 6〕

見当識障害のアセスメントのポイントをまとめた。

通常は質問式で行われるが、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。

今日の年月日、曜日などの日付についての見当識を尋ねる。通常、時間の見当識が先に障害されることが多い。アルツハイマー型認知症では一般に記憶障害と並行して進行するが、レビー小体型認知症では見当識障害が前景に出て記憶障害よりも目立つことがある。

さらに見当識障害では年月日だけでなく、季節や時計を見ないで現在の時刻を言ってみてもらうことも有用である。月は正確に答えても、季節は間違えることもある。

場所の見当識としては、今いる場所、病院名や建物の名前、ビルなら何階にいるのか、自宅の住所、今住んでいるところ、自宅と今住んでいるところが一致するかどうかについて質問する。

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

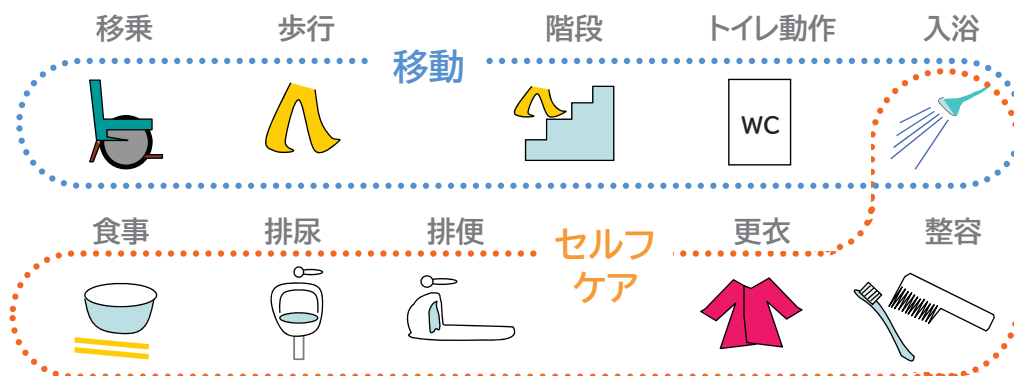
● 本人への質問

- ・ 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)

【診療実践 7】

判断・実行機能障害のアセスメントのポイントをまとめた。

判断・実行機能障害について確認や評価するには、家族から日ごろの行動について聴いておく必要がある。具体的には、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 などを確認する。

本人への質問で判断・実行機能障害について確認する場合には、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、などを質問すると良い。

女性の場合、料理が適切にできているか、男性の場合、買物ができているかを聴くことが有用である。料理、買物ともに多くの判断と遂行機能を要するからである。このほかに電話をかける、移動・外出をする、薬の管理をする、お金の管理をするなどについてどの程度できているか確認しておく。

【診療実践 8】

実際の評価は、バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価) の 10 項目 100 点満点で行う。総合点は、全般的自立を表すが、各機能項目の依存評価がより重要である。

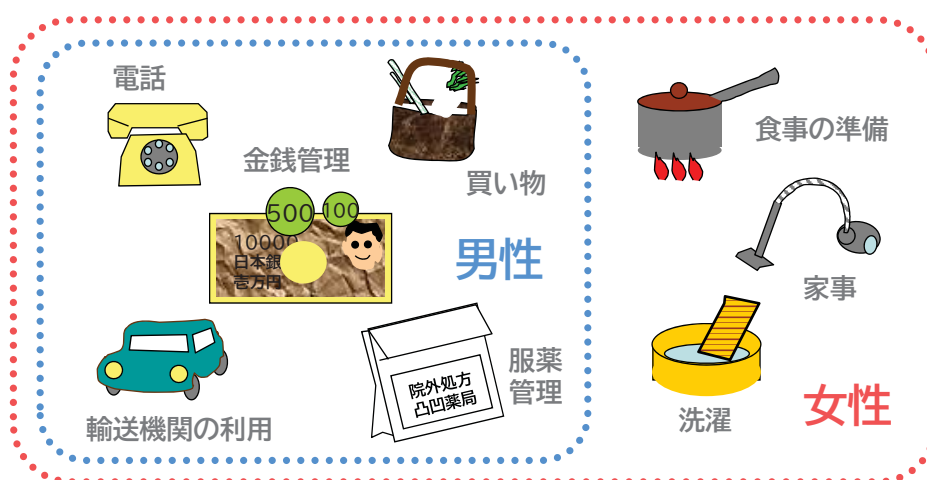
バーセルインデックス (Barthel Index ; 機能的評価)

1 食事	10 : 自立 5 : 部分介助 (例えば、おかずを切って細かくしてもらう)	0 : 全介助
2 車椅子から ベッドへの移動	15 : 自立 10 : 軽度の部分介助または監視	5 : 座ることは可能であるがほぼ全介助 0 : 全介助または不可能
3 整容	5 : 自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 0 : 部分介助または不可能	
4 トイレ動作	10 : 自立、衣服の操作、後始末を含む 5 : 部分介助、体を支える、衣服、 後始末に介助を要する	0 : 全介助または不可能
5 入浴	5 : 自立 0 : 部分介助または不可能	
6 歩行	15 : 45m 以上の歩行 10 : 45m 以上の介助歩行、 歩行器の使用を含む	5 : 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可 0 : 上記以外
7 階段昇降	10 : 自立 5 : 介助または監視を要する	0 : 不能
8 着替え	10 : 自立 5 : 部分介助、半分以上は自分で行える	0 : 上記以外
9 排便 コントロール	10 : 失禁なし 5 : ときに失禁あり、介助を要する	0 : 上記以外
10 排尿 コントロール	10 : 失禁なし 5 : ときに失禁あり介助を要する	0 : 上記以外

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

〔診療実践 9〕

IADL は 1960 年に Lawton らによって提唱された概念であり、再現性、検者間の一致などの基礎的検証がなされた。項目は電話、買物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の 8 項目からなっている。

8 点満点で評価するが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5 点満点となっている (Lawton IADL-5 と略称することあり)。現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えもみられる。全体として独居機能をみているとあって差し支えない。

外来で認知症または MCI 患者に行った手段的 ADL 検査では、買物、料理、服薬管理が早期に低下しており、認知症の早期発見に役立つことが報告されている 1)。更に MCI 113 名との対比の検討から、男性では買い物、女性では料理が出来ないことが、初期認知症と MCI との鑑別に役立つことが判明した 2)。

出典

- 1) 鳥羽研二: 認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から。日老医誌、44:305-307, 2007
- 2) 小林義雄、町田綾子、鳥羽研二他: 認知症患者の総合的機能評価。日本老年医学会関東甲信越地方会

〔診療実践 10〕

認知症を診断するプロセスにおいて身体的診察および神経学的診察を実施する。その際に留意すべき所見をまとめた。身体的診察としては、「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」の有無について確認する。身体的診察により見出されたこれらの所見が、内科的疾患に伴う治療可能な認知症の診断につながることもある。

神経学的診察としては、「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」について調べる。神経学的診察で得られた所見は、変性性認知症の病型診断の鑑別に有用である。聴覚障害を伴う耳鼻科的疾患や視力障害や視野障害の有無についても留意する。

出典

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〕

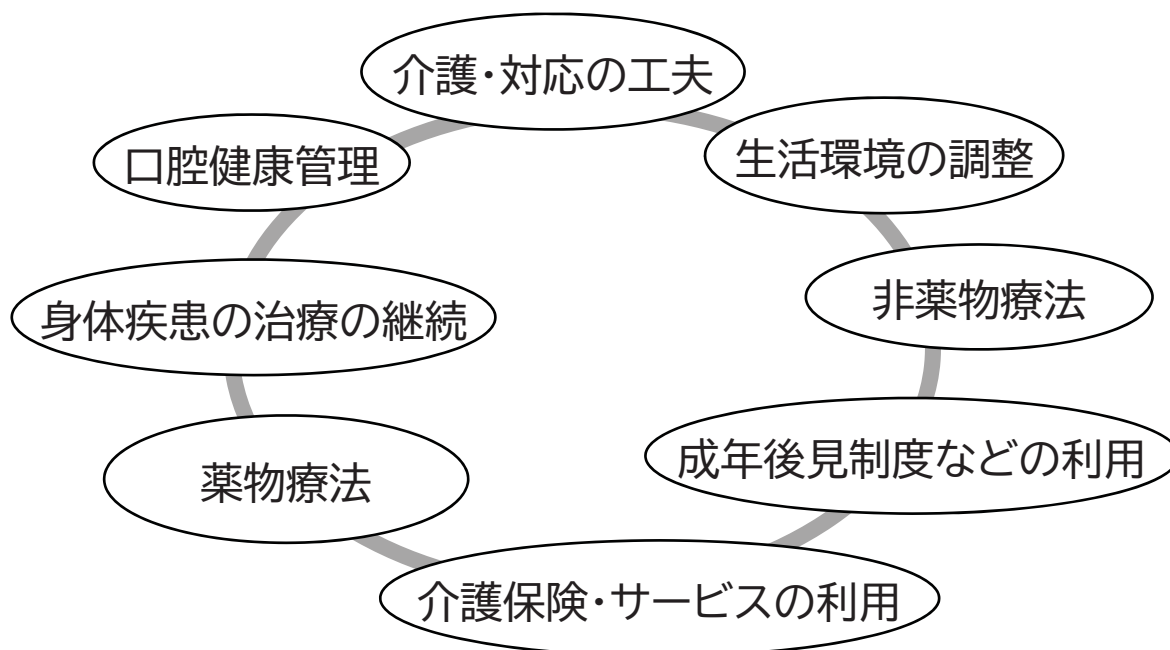
No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？（2年までの誤差は正解）	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ （年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ）	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3.	私たちが今いるところはどこですか？ 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点	0 1 2	
4.	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 （以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく） 1：a)桜 b)猫 c)電車 2：a)梅 b)犬 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逆から言ってください。 （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言ってみてください。 （自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば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。それを隠しますので何があったか言ってください。 （時計、鍵、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。 途中で詰まり、約10秒待っても出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。



〔診療実践 11〕

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は、見当識、言葉の記銘、計算、遅延再生など 9 つの項目からなる簡便な認知機能評価測度で、認知症のスクリーニング検査として有用である。臨床(医療)のみならず、保健・福祉や司法の分野でも広く用いられている。30 点満点中 20 点以下で認知症の可能性を判断し、感受性は 0.90、特異性は 0.82 と高い検出力をもっている。しかし、ルールを無視した安易な実施はその評価の信頼性を失うため、聴力・視力障害の有無、体調不良や神経症状等を事前に把握し、もの忘れにかかるテストである旨の明示など、正しく実施することが重要となる。

※ 被検者の中には、簡単な計算問題や常識的な設問に愚弄されていると思う者や、施行前に緊張する者がいるので、施行時には十分な配慮が必要である。

出典

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第 147 巻・特別号(2)

〔診療実践 12〕

認知症のマネジメント(トータルケア)の全体像を示す。

認知症の方を受け持った場合には、まずかかりつけ医として従来診療していた身体疾患の治療継続において特別な配慮が必要かどうか検討する。次に、認知症の原因疾患に応じた認知症の薬物療法を、自院で行うか、専門医療機関に繋ぐか検討する。さらに、認知症の方では初期から口腔衛生が障害され、また認知症の進行に伴い歯科治療の困難性が増すことが知られているため、口腔健康管理について歯科医師に相談する。

認知症の治療については、このような医学的治療にとどまらず、トータルケアの視点でマネジメントを行うことがかかりつけ医に求められる。まず、ご家族からの介護・対応の工夫や生活環境の調整についての相談にのる。さらに、介護保険・サービスの利用について指導する。特に本邦においては、認知症の非薬物療法は介護保険によって提供されることを指導する。非薬物療法の中には介護保険の医療サービスとして提供されるものがあり、利用にあたって、医師の指示書の作成が必要な場合がある(訪問薬剤管理指導・訪問看護・訪問/通所リハビリテーション・訪問栄養食事指導)。一人暮らしの方やご家族のいない方については、かかりつけ医から、地域包括支援センターなどの相談支援機関に情報提供した方が良い場合もある。認知症の方は、虐待、消費者被害など権利侵害がおこりやすい状況にあり、また、財産管理も難しくなる場合がある。その際には、成年後見制度など権利擁護制度の利用を検討する。この図には上がっていないが、認知症の方本人や家族の意思決定支援、介護者の健康管理やメンタルケア、認知症の方の自動車運転に関する指導も検討が必要となる場合がある。

このように、かかりつけ医として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせた治療を継続しつつ、利用可能なサービスの導入や制度の活用を考慮し続けることが大切である。

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、支持的な精神療法、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

〔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、支持的療法、バリデ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と行い、本人にとって快刺激となり、役割や生きがいに関わりつづけるものを選択することが重要である。またコミュニケーションを伴うものであることが効果的であり、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(リアリティー・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。

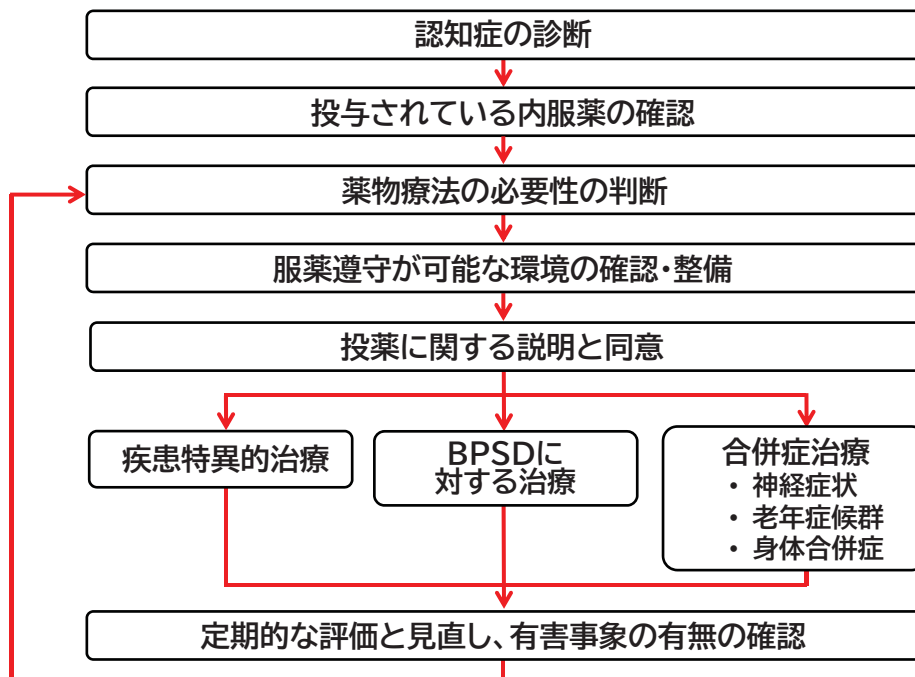
認知リハビリテーションは、個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法で、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職が提供する。利点としては、本邦では介護保険サービスとして通所と訪問の両方で提供可能である。

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。

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

〔診療実践 15〕

認知症の薬物療法のフローチャートを示す。

認知症の薬物療法を行う前には、まず認知症の原因疾患を診断する。原因疾患により、薬物療法を含む治療法は異なる。さらに投与されている内服薬を確認し、すでにポリファーマシーになっていないかを確認する。それぞれの薬物には禁忌や慎重投与が必要な疾患もあり、同時に確認すると良い。認知症と診断されたら必ず薬物療法を行うというわけではなく、このような患者の背景を十分理解した上で、薬物療法の必要性を判断する。

薬物療法が必要と考えた場合において、認知症の方の場合は服薬管理能力が低下している可能性がある。服薬遵守が可能な環境の確認・整備を行った上で薬物療法を開始する。同居家族などの介助を得ることが難しい場合は、介護保険サービス(訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問介護、通所介護)などと連携するため、ケアマネジャーに連絡し調整が必要になる場合もある。

認知症の薬物療法には、大きく分けると、①疾患特異的治療、②BPSD に対する治療、③合併症治療の 3 つに分けられる。疾患特異的治療とは、現時点ではアルツハイマー型認知症の治療薬(レビー小体型認知症にも保険適応となっている治療薬あり)が含まれる。BPSD に対する治療とは、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬・睡眠薬が含まれる。合併症治療は、パーキンソン症候群に対する治療薬、てんかんに対する治療薬、神経因性膀胱・便秘症・起立性低血圧など自律神経障害に対する治療薬、脳血管障害に対する治療薬、高血圧・糖尿病・骨粗鬆症など身体合併症に対する治療薬など様々なものが含まれる。

かかりつけ医は、薬物療法の定期的な評価と見直し、有害事象の有無の確認を行う。

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	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	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 + ブ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

Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

〔診療実践 16〕

アルツハイマー型認知症治療薬として使用可能なコリンエステラーゼ阻害薬 3 剤と NMDA 受容体拮抗薬の薬理学的な特徴を表にまとめた。

コリンエステラーゼ阻害薬の 3 剤は、その作用機序の特性には差があるため、効果がないもしくは不十分、あるいは副作用で継続できなくなった場合には他剤への変更やメマンチンとの併用など患者の特性に合わせた治療を考慮する。表のように 3 剤は生体内利用率、蛋白結合率、半減期、代謝や排泄など薬理学的にも特徴が異なり、ドネペジルとガランタミンでは薬物相互作用に留意する。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売であり、他の 2 剤では錠剤や OD 錠、細粒、内用液、ドライシロップなどの剤型がある。

メマンチンは、上記 3 剤とは作用機序が異なり、グルタミン酸受容体の 1 つである NMDA 受容体の拮抗作用により神経保護作用があると考えられている。腎排泄型の薬剤であり薬物相互作用も少ない。単剤で使用する以外に上記 3 剤との併用が可能である。

尚、ドネペジルのみが全病期での適応があり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度、メマンチンは中等度から重度で適応がある。

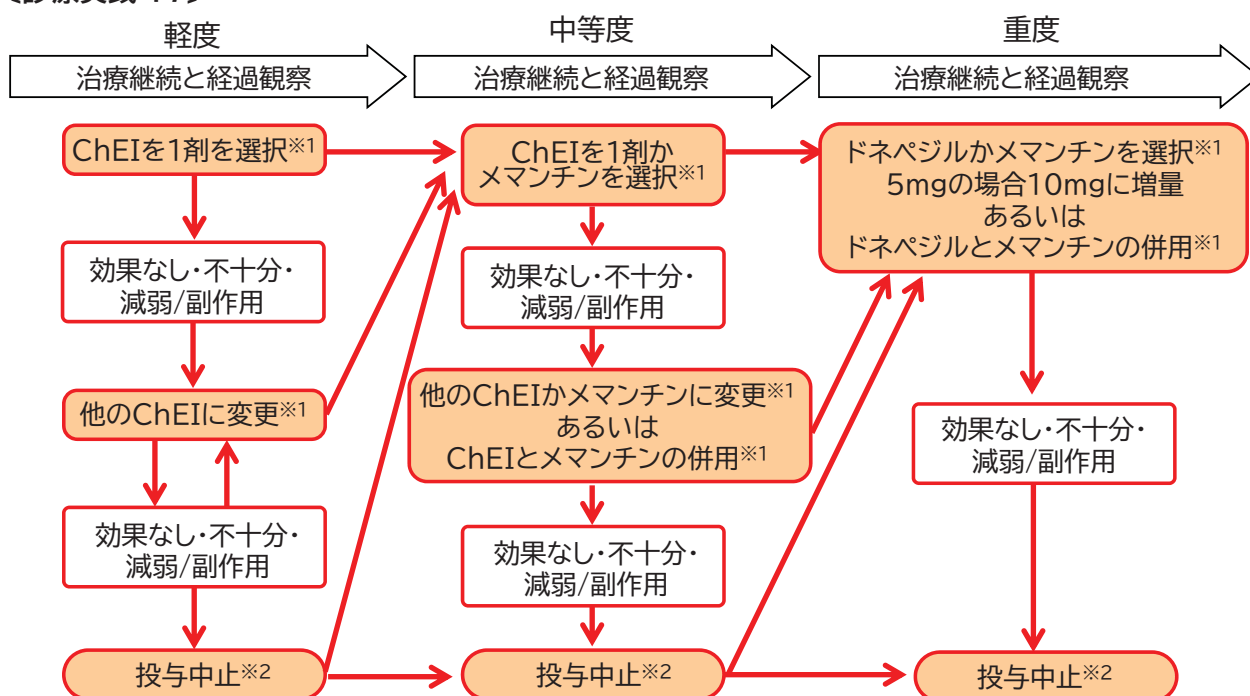
これらの特徴や用量・用法に配慮した投与を患者ごとに検討することが重要であり、いずれの薬剤も投与開始時には漸増法で投与する。

出典

- 1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593
- 2) Ritchie CW et al . Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(4):358-369

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。

〔診療実践 17〕

アルツハイマー型認知症において、病気別の治療薬選択のアルゴリズムが提案されている。まず診断を受けて軽症の段階では、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬を1剤選択し投与開始する。どの薬剤にするかは、薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択する。効果なし・不十分・減弱あるいは副作用を認める場合には、他のアセチルコリンエステラーゼ阻害薬に変更する。アセチルコリンエステラーゼ阻害薬は現在3種類あるが、いずれも効果なし・不十分・減弱あるいは副作用を認める場合には、投与を中止する。

中等度に進行してきた場合、メマンチンが選択肢に加わる。まず、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬3種類とメマンチンの中から1剤を選択し投与するが、効果なし・不十分・減弱あるいは副作用を認める場合には、その中から他の1剤に変更し投与するか、アセチルコリンエステラーゼ阻害薬1剤とメマンチンを併用して投与する。

重度に進行してきた場合、ドネペジルを10 mgに増量して投与するか、メマンチンを投与する。ドネペジルを10 mgとメマンチンを併用して投与する選択肢もある。効果なし・不十分・減弱あるいは副作用を認める場合には中止する。この際、急速に認知機能低下が進行する例があり、投与中止の判断は慎重に行う。

〔診療実践 18〕

アルツハイマー型認知症治療薬で留意すべき副作用についてまとめた。

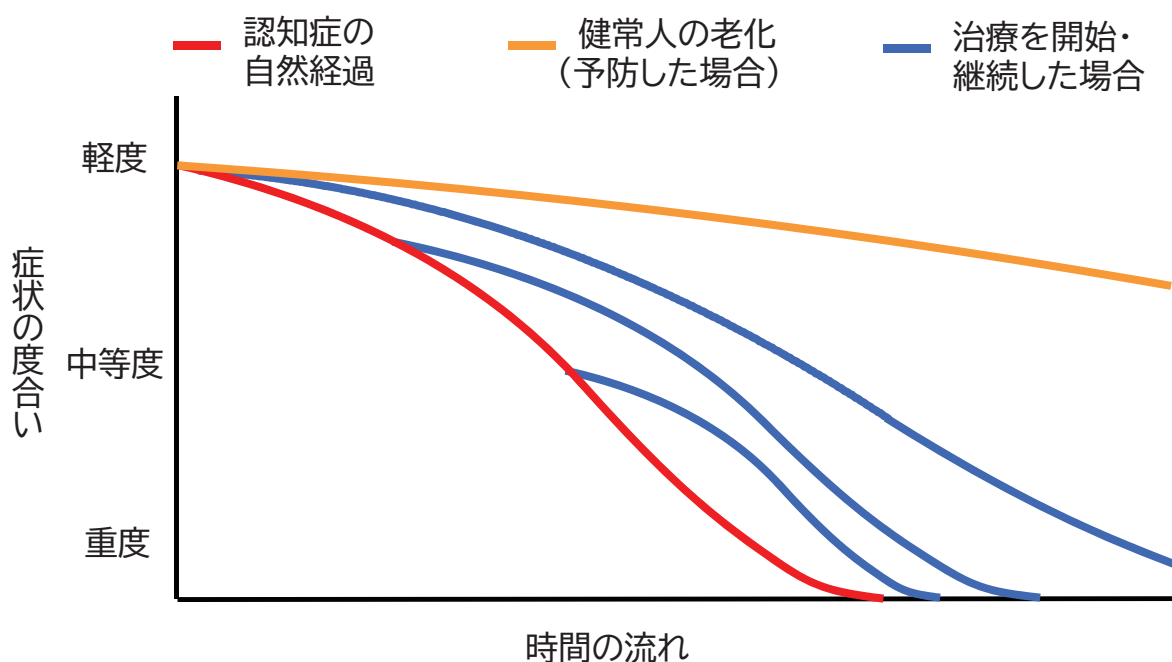
コリンエステラーゼ阻害薬は、比較的副作用が少ないが、高齢者が多いアルツハイマー型認知症ではスライドに示した副作用に注意が必要である。循環器症状に対しては、投与前に心電図を施行する、受診時に脈拍数をチェックするなどの配慮が必要である。また、認知症の人はその経過中に食欲不振や拒食などを呈することがあるが、その際には薬剤の影響も検討すべきである。消化器系の副作用は、減量、中止によって消失することが多い。さらに内服中に興奮や不穏が見られた際には薬剤の影響が否定できないことがある。薬剤性かどうかは判定できない場合には、漸減や中止を考慮する。パッチ剤では貼付部位の発赤がみられることがあるが、貼付部位の変更、保湿剤の塗布で使用継続できることが多い。

メマンチンは、比較的重篤な副作用は少なく、他剤との相互作用も少ない。主な副作用として、浮動性めまいや便秘、傾眠、体重減少、便秘、頭痛などが挙げられる。

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

〔診療実践 19〕

アルツハイマー型認知症の経過と薬物療法の効果の関係を示す。認知症の自然経過は緩徐に進行する(赤)。一方で健常人の老化や認知症の発症を予防した場合は、個人差はあるものの社会生活や日常生活に大きな支障を来すことなく年齢を重ねる(オレンジ)。認知症の薬物療法を開始・継続した場合の経過を示す(青)。

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続をすることで認知機能障害の進行を遅らせることが期待できる。治療を開始した時期による差はあるが、本人が出来ることを長く維持できる、進行に伴う変化に落ち着いて対応できる、介護や見守りの負担を軽減出来る、行動・心理症状の出現を予防できる、医療費や介護費用を削減する、等の効果やメリットなどが報告されている。

※認知機能障害の進行の速度や薬物療法の効果、有害事象の発現には個人差があることも留意すべきである。

出典

認知症疾患診療ガイドライン 2017

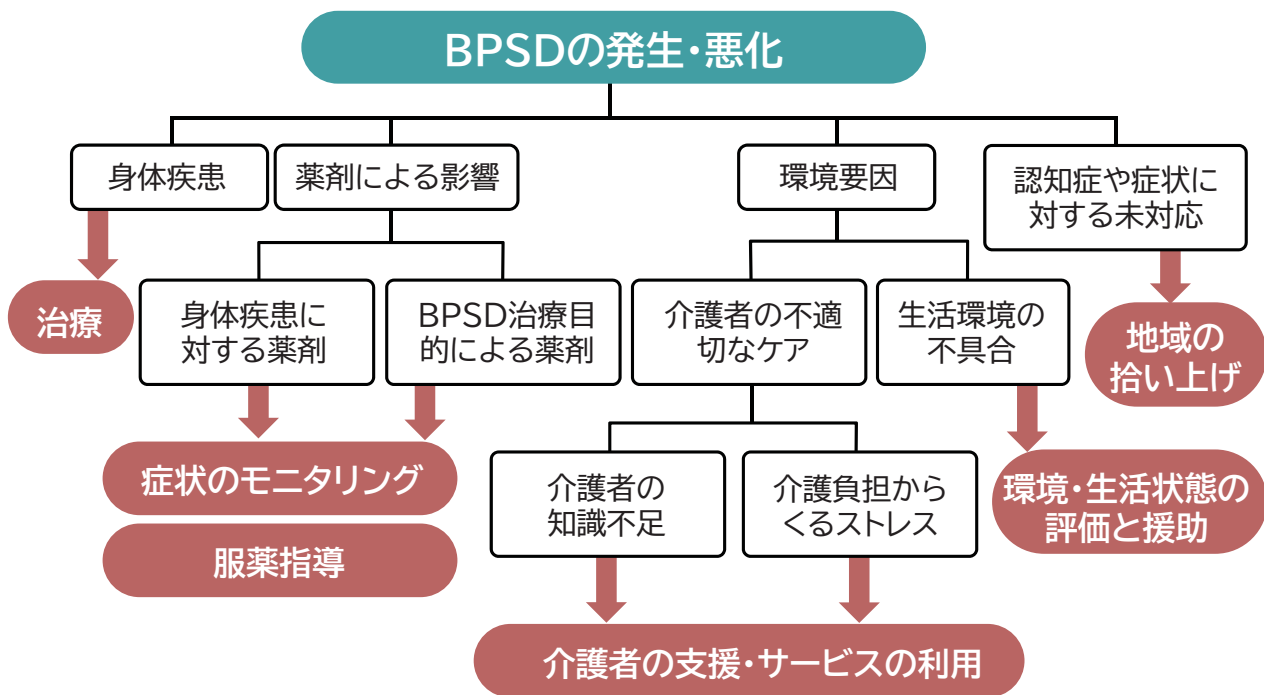
〔診療実践 20〕

行動・心理症状は認知機能障害を基盤に身体的要因、環境要因、心理学的要因などの影響を受けて出現し、焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動面の症状と不安、うつ、幻覚、妄想をはじめとする心理症状などの多彩な症状を呈する。行動・心理症状の4つの要因に分けて整理した。活動亢進が関わる症状としては、焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、徘徊、攻撃的行動などの症状が挙げられ、イライラして些細なことで不機嫌となったり、暴言や暴力なども含まれる。

精神病症状には、幻視や幻聴などの幻覚やもの盗られ妄想や被害妄想などの妄想などであり、夜間の異常行動や嫉妬妄想などの症状も含まれる。感情障害が関わる症状には、不安、抑うつ、焦燥などが含まれ、アルツハイマー型認知症では早期から認めることもある。アパシーが関わる症状は、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であり、感情面や行動面、認識面に現れる。

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

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

〔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っている場合は、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助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 の治療方針を検討する際の留意点である。最初に原因となり得る身体疾患の有無やケアや生活環境が適切かどうか、薬剤の精神症状の可能性がないか、を評価する。その後の対応では、非薬物療法を薬物療法より優先的に行うことが原則であるが、薬物療法を優先して行うべき例外的状況として、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、等の場合が挙げられ、これらを認めた場合には緊急性を鑑み、薬物療法の開始を検討する。緊急性が否定される場合は、非薬物療法的介入の開始や介護保険サービスの導入を検討する。

それらの対応でも BPSD が改善しない場合には、薬物療法の必要性を十分に検討（必要な場合は開始）し、さらに対応困難であれば入院治療の適応を検討する。薬物療法を開始後も、定期的に薬剤投与の必要性和減量・中止の可能性を検討する。

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

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、寡動、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に一部追加

〔診療実践 23〕

平成 27 年度厚生労働科学特別研究事業において取りまとめられた「かかりつけ医のための BPSD に対する向精神薬使用ガイドライン(第 2 版)」を提示する。

全文は厚生労働省 HP からダウンロードすることが可能である。本ガイドラインでは、かかりつけ医が BPSD への対応を行う際には、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などが簡潔にまとめられており、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が重要であることも強調されている。

参考

かかりつけ医のための BPSD に対する向精神薬使用ガイドライン(第 2 版)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>

〔診療実践 24〕

BPSD の薬物療法開始前後の日常生活のチェックポイントをまとめた。どの薬剤でも低用量で開始し、状態を見ながら漸増する。添付文書の最高用量を超えず、薬剤の相互作用に注意し、身体的状況を勘案した用量の設定を行うことが重要である。

開始前後で日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無、夜間の睡眠状態(就寝時間、起床時間、夜間の徘徊回数など)の変化、服薬状況(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)の確認、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(口腔内の病変の有無、口腔に出現する副作用の確認)、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、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)の有無、転倒傾向の有無などを定期的に確認・評価することが重要である。その後も薬物療法のリスクとベネフィットを常に確認し、減量や中止を検討する。

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	・ 複数の疾患を有する ・ 慢性疾患が多い ・ 症状が非定型的	・ 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	・ 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	・ 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	・ 過少医療	・ 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』改変・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、認知症者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

〔診療実践 25〕

高齢者に薬物療法を行う際には、薬物の有害事象が増加する要因について十分に理解した適切な対応が求められる。多くの因子が高齢者における薬物有害作用の増加に関連しているが、便宜的に疾患上の要因、機能上の要因、社会的要因など要因ごとにそれぞれの特徴と現状を表にまとめた。まず、疾病上の要因としては、高齢者では複数の疾患を有し、慢性疾患が多い、症状が非定型的であることが多いなどの特徴から、多剤併用や複数科受診であることが多く、長期服用、誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用に陥りやすい。

また、機能上の要因としては、高齢者における薬物動態の加齢変化として臓器予備能の低下、さらに認知機能の低下や視力・聴力の低下等が原因となり、症状発現の遅れ、過量投与、誤服用、アドヒアランス低下などに陥っている可能性が考えられる。また、社会的要因としては、過少医療により投薬中断に至ることも特徴である。

〔診療実践 26〕

高齢の認知症の人への薬物療法の注意点と原則をまとめた。高齢者では複数の疾患に罹患している頻度が高く、症状は非典型となりやすく、症状や薬物反応性の個人差も大きい。そのため多剤の併用が長期化しやすく、加齢や合併症の影響で薬物の代謝能や排泄能が低下し、有害事象が生じやすいことが特徴である。

よって高齢の認知症の人への薬物療法を行う際には、①薬剤によっては、若年成人投与量の $1/2 \sim 1/4$ 量の少量から投与することを検討する(増量は少量ずつとし、増量の間隔を長くする)、②薬効は短期間で評価する(投薬前に効果判定の所見や検査データを定める)、③服薬方法を単純化する(服薬回数を減らしたり、薬剤の一包化を行う)、④多剤併用を避け、処方シンプルにする、⑤服薬を本人以外に介護者にも確認する(家族、薬剤師、訪問看護師等で服薬管理を行うことで服薬アドヒアランスの向上と有害事象の早期発見に努める)、などが重要となる。

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。

〔診療実践 27〕

せん妄の対応の要点をまとめた。せん妄は、器質的脳障害の罹患・既往、高齢などの準備因子を考慮した予防を心がける。症状が出現した場合には、誘発因子や直接因子を適切に評価する。環境的要因、身体的要因、睡眠関連要因、感覚的要因、精神的要因などが誘発因子となっている可能性を考慮し、患者ごとに適宜それらの要因を評価し円滑に対応する。脳卒中、感染症、電解質異常、薬物服用・離脱などが直接因子となっている場合は治療を行う。高齢者では、様々な原因が重複している可能性も考慮する。

上記の対応後も症状が改善しない場合には、半減期の短い非定型抗精神病薬による薬物療法を考慮し、同時に原因の再精査や患者の安全の確保、治療の円滑な実施、静穏な環境の提供などに留意し、必要時には入院治療を考慮する。抗精神病薬による薬物療法を行う際には適応外処方であることを患者及び家族に十分説明し、有害事象に常に留意し適切に対応する。

〔診療実践 28〕

アルツハイマー型認知症の対応の要点をまとめた。アルツハイマー型認知症は潜行性に進行するため早期発見・早期診断が重要であり、鑑別診断後は認知機能改善や進行の遅延を目的にガイドラインで推奨されている適切な薬物療法を開始・継続する。さらに個人の能力の活用に努め、本人の生きがいや自尊心を保つために家族などの介護者やケアマネジャーとも協働し、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、身体機能などに合わせて、本人や家族の希望を考慮した非薬物療法を積極的に継続する。場合によっては複数の非薬物療法を組み合わせることを考慮する。薬物療法は、本人と家族に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ながら、副作用の出現にも留意する。さらに認知機能障害の進行予防のために介入が可能な因子（高血圧、糖尿病、脂質異常など）の対応や治療を継続することも重要である。

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。

〔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、てんかんと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、パーキンソニスム、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。

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

〔診療実践 31〕

前頭側頭葉変性症の要点をまとめた。早期発見のためには、行動障害型前頭側頭型認知症、意味性認知症、進行性非流暢性失語症のそれぞれで初期の特徴的な症状である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となる。他の認知症と同様、早期発見・早期診断が重要であり、診断や対応のためには専門医への紹介や連携が必要となることが多い。特に精神症状や行動障害が前景に立つことが多いため、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、進行予防のためには患者の残された機能、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が有用であり、そのためには適切な支援や公的な社会資源を活用することも積極的に検討する。

なお、行動障害や精神症状に対しての薬物療法は、過度な鎮静に陥らないように留意する。

〔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**早めに見つけて治療**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

〔診療実践 33〕

ものの忘れがあっても、できるだけ住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、身体疾患に対する治療、必要時の専門医への紹介、相談に応じるなど、かかりつけ医としてできる限りの治療や支援を行うことを伝える。

認知症の全経過を通じて、本人の気持ちに配慮した対応が求められる。認知症の初期の人は、ものの忘れの自覚は強く、生活上のトラブルも増えていくため、自信を失ったり、抑うつ的になることが多い。もの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。

発症初期にはもちろんだが、認知症がかなり進行しても会話に対する理解力は残っていることも多い。本人が同席しているところで、「症状がひどくなってきたね」など、本人が聞いて不安になるような病状説明は避ける。

できることや得意なことをみつけて家庭内での役割を持ってもらうことや、可能な範囲での社会参加、介護保険サービスの利用などによって、自己効力感を高め、情緒の安定、今ある能力の維持、対人交流・社会性の促進などをはかる。できないことはプライドを傷つけないようさりげなく援助することが望ましい。

また、認知症の人は自分の身体的不調を適切に伝えられず、治療の開始が遅れがちであることに留意し、身体疾患を見逃さないように注意する。

〔診療実践 34〕

かかりつけ医が外来フォローする際のポイントを列举した。

生活状況に関する情報を収集するためには、ご本人の問診からの情報では不十分なことも多く、受診時には可能な限り介護者に同伴してもらう。親族以外でも友人や近隣の人、ケアマネジャー等の情報提供者を探す。介護者には短期的な変化だけでなく月単位での状況について、ADL や IADL の具体的な変化や行動・心理症状の有無を聴く。出来ないことのみではなく出来ることも確認し、無為や抑うつなどについても留意する。認知機能検査を定期的に行っておくと、経過の説明をする際に有用であるが、本人の負担には留意が必要である。発熱や痛み、痒みなどの身体疾患の発現には常に注意を払う必要がある。

さらに、服薬中の薬剤の影響や副作用にも注意する。本人や家族が、地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)を得ているか確認し、実際に利用している介護サービスについても確認する。

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	● 带状疱疹
	● 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

〔診療実践 35〕

かかりつけ医が認知症診療を継続する際には、身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化も留意することが重要である。主な身体疾患を診療科ごとにまとめた。

内科・外科疾患では、糖尿病、高血圧症、脂質代謝異常などの生活習慣病の悪化や胃潰瘍、逆流性食道炎、排尿障害、誤嚥性肺炎、肺塞栓症、洞不全症候群、便秘、腸閉塞などの身体疾患の併存や合併の可能性に留意する。脳神経外科・神経内科疾患では、慢性硬膜下血腫、脳梗塞、脳出血などは常に起こりうる身体合併症である。整形外科疾患としては、より高齢で骨粗鬆症を合併している場合には大腿骨頸部骨折のリスクが高い。皮膚科疾患としては、褥瘡や蜂窩織炎、帯状疱疹、疥癬、脂漏性皮膚炎などへの対応が必要となることが多い。眼科・耳鼻科疾患では、難聴や耳垢栓塞、緑内障、白内障などの頻度が高いことに留意すべきである。歯科疾患でも、う蝕、歯周病、口内炎などへの対応も重要である。

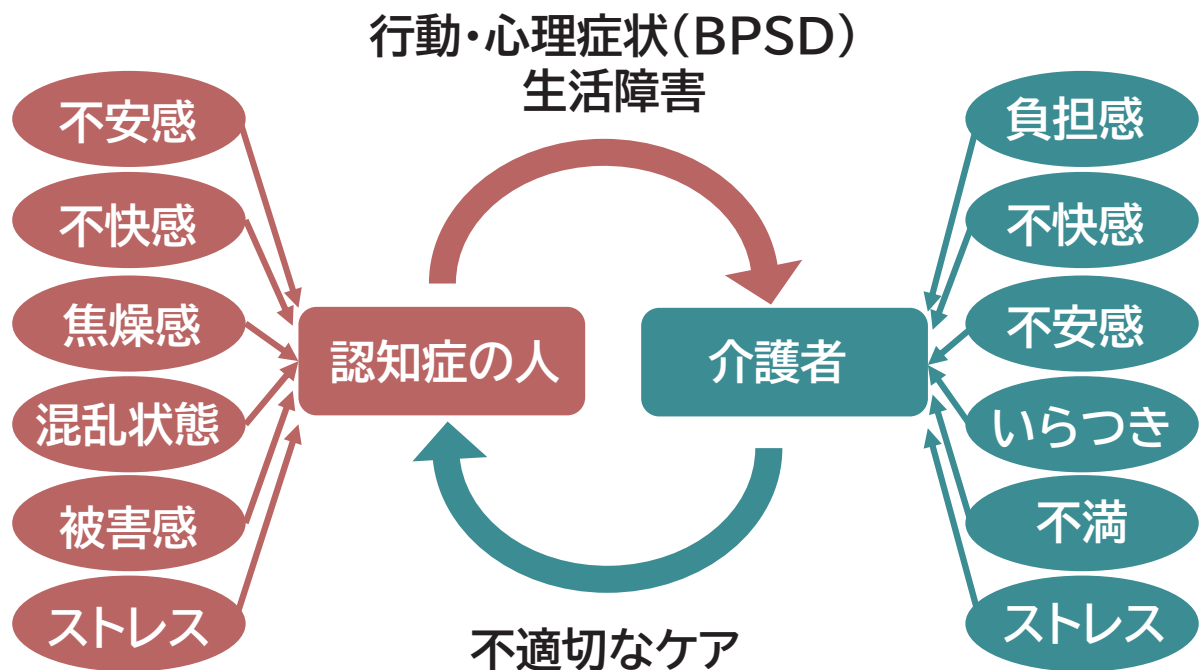
〔診療実践 36〕

治療期間におけるかかりつけ医に求められる視点や姿勢についてまとめた。

1. 認知症の人は、強い不安の中にいることを理解して接する。
2. 認知症の人では、主介護者などより身近な者に対して、症状がより強く現れることが多いという認識で接する。
3. 記憶や判断力、意思を伝える能力は低下していても、感情面は比較的保たれていることが多いことから、接するときの態度や口調には十分に配慮する。
4. 行動・心理症状の多くは、認知機能障害を背景として様々な要因が重なることで現れる、と理解可能であることを考慮する。
5. できないこと、できなくなったことに着目するのではなく、現存しているできること(残存している能力)を最大限に活用するための支援を検討する。
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適時考慮する。
7. 服薬アドヒアランスが不良となる場合があるため、家族と協力し服薬状況の確認やアドヒアランスの向上を図る。

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

〔診療実践 37〕

誰であっても目の前の人がイライラした気持ちになると、その気持ちが伝わり不快な気持ちになる。不安感や不快感を抱えている認知症の人にとってはなおさらである。介護者の気持ちや言動が、認知症の人の行動に現れることがあり、「認知症の人の行動は介護者の鏡」と言われる。その他にも色々な感情の悪循環が認知症の人と介護者の間には生じてしまう。認知症の人の不安感、不快感、焦燥感、混乱状態、被害感、様々なストレスが原因となり、BPSD や生活障害が悪化する。悪化することで介護者の負担感が増大し、不快感、不安感、いらつき、不満、様々なストレスなどに心理的な変化が重なり、不適切なケアに至ってしまう可能性がある。その変化が認知症の人の心理的な負担となるといった悪循環に至る可能性がある。

介護者が「快い」気持ちで関わりができていると、認知症の人も「快い」気持ちでいられる、との考え方を忘れないことが重要である。

〔診療実践 38〕

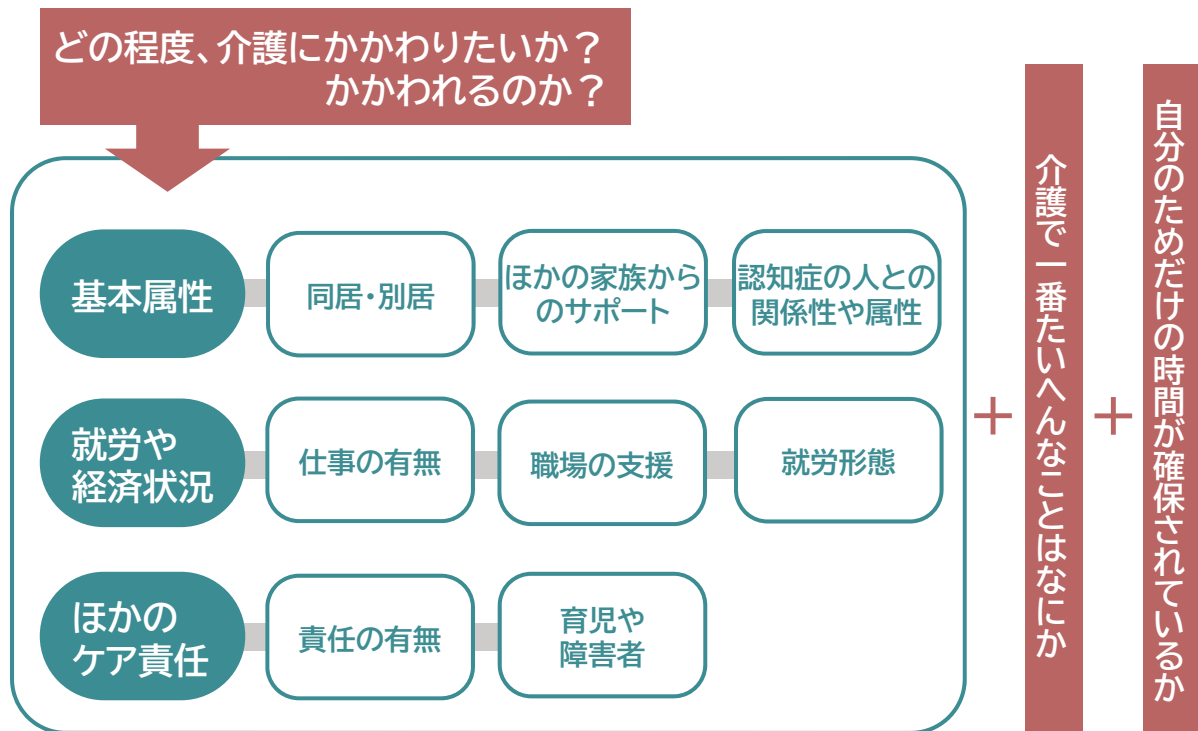
かかりつけ医が介護者の支援を適切に継続するための留意点をまとめた。

かかりつけ医が、専門医、ケアマネジャーや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ておくことは、介護家族への精神的な支えになる。また、介護保険サービスなどの社会資源を上手に活用することが介護負担の軽減につながり、ひいては本人のためにもなることを伝える。さらに症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴し、負担や不安を軽減する。そのためには、長時間ではなくても介護者の話を穏やかに、かつ真摯に聴く姿勢が求められる。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ことや家族の会や認知症カフェなど、介護仲間を紹介することも大きな支えとなる。

身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診をする、訪問看護を利用するなど、本人や介護家族の負担が少ない方法を検討する。

介護者の状況を知る

〔診療実践 39〕

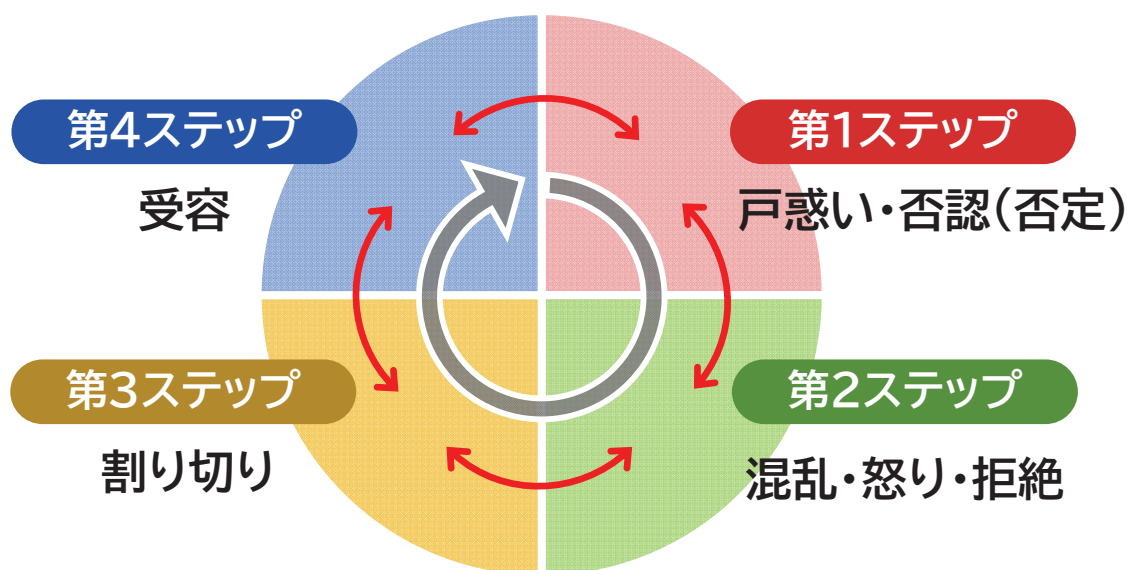


Q&Aでわかる専門職のための認知症の家族等介護者支援ガイドブック

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。

〔診療実践 39〕

認知症の人の治療等に当たっては、生活の伴走者でもある家族等の介護者の状況を知ること
も重要である。在宅生活における介護の状況を把握するため、基本属性、就労・経済状況、ダブル
ケア等の状況がないかなどから、どの程度介護にかかわりたいのか、かかわれるのかを知ること
は、かかりつけ医の治療計画にも重要な情報となる。

また、このような情報を収集するプロセスは、本人や家族にとっては、かかりつけ医による共有・
共感を得る機会ともなり、安心にもつながるものである。

〔診療実践 40〕

認知症の認知機能障害の進行や行動心理症状、環境等によっても家族の気持ちは大きく変
化する。認知症の人の家族介護者の心理的な変化には、4つのステップで整理できると言われて
いる。全ての家族介護者にあてはまるものではないが、このステップを行ったり来たりしながら、認
知症を受容し、前向きに介護が行えるようになる。家族介護者が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することが大切である。

特に第2ステップから第3ステップに早く移行できるようにすることが重要で、長く介護していれ
ば移行できるものではない。同じ家族介護をしている仲間と話せる機会があると早く第3、第4ステ
ップに移行できると言われるので家族介護者の交流会などを案内することで、家族が心理的に楽
になり介護が継続できるようになる。

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な態度を心がける
- 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
- 本人が障害のせいで嫌な思いをしないようにさりげなくサポートする

〔診療実践 41〕

かかりつけ医としては、認知症の人と家族介護者等が受診した際の様子から、本人と介護者の関係や家族の心理的な変化(ステップ)にも配慮し、介護者からの相談があった場合には、スライドに挙げられたようなアドバイスをすることも有用である。

また、かかりつけ医自身が治療を中心とした本人の支援を行う際にも、参考にできるものと言える。

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際的な支援を行う。
- 疾病教育、コミュニティへの参加、本人の意思表示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。

〔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際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、本人の意思表示なども考慮し、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で行いつつ、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に感情を共有し、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

〔地域実践 3〕

認知症の人の医療とケア(介護)の目標をまとめた。医療の役割である鑑別診断や認知症治療薬を中心とした認知機能障害や BPSD の治療は重要であるが、これらの治療は、認知症の人の生活機能を一日でも長く維持することが目標である。薬物療法や非薬物療法により認知機能障害の進行を遅延させることも生活機能を少しでも長く維持することが目的であり、BPSD の治療も同様である。さらに、この生活機能の維持はケアの目標でもある。さらに、この医療の目標は、診断と薬物投与だけでは達成することは出来ず、医療とケアの連携、特に介護保険サービスと医療が連携してはじめて本人や家族にとって適切な支援となる。

医療とケアの連携には、共通言語として、高齢者の総合的な機能の評価が欠かせないが、今後はさらにこれらを地域のケアと密着したサービスにも発展させて行く必要がある。このように医療であってもケアであっても目標が同じであることを認識した連携が最も重要である。

〔地域実践 4〕

認知症の人の言動には意味がある。その原因や背景を考えていくための考え方や技法として代表的なものをスライドに挙げている。かかりつけ医をはじめとする医療職や介護職等が専門職としての役割を果たすための基礎的な対応力として有効なものである。

認知症の介護者への注意点やアドバイス

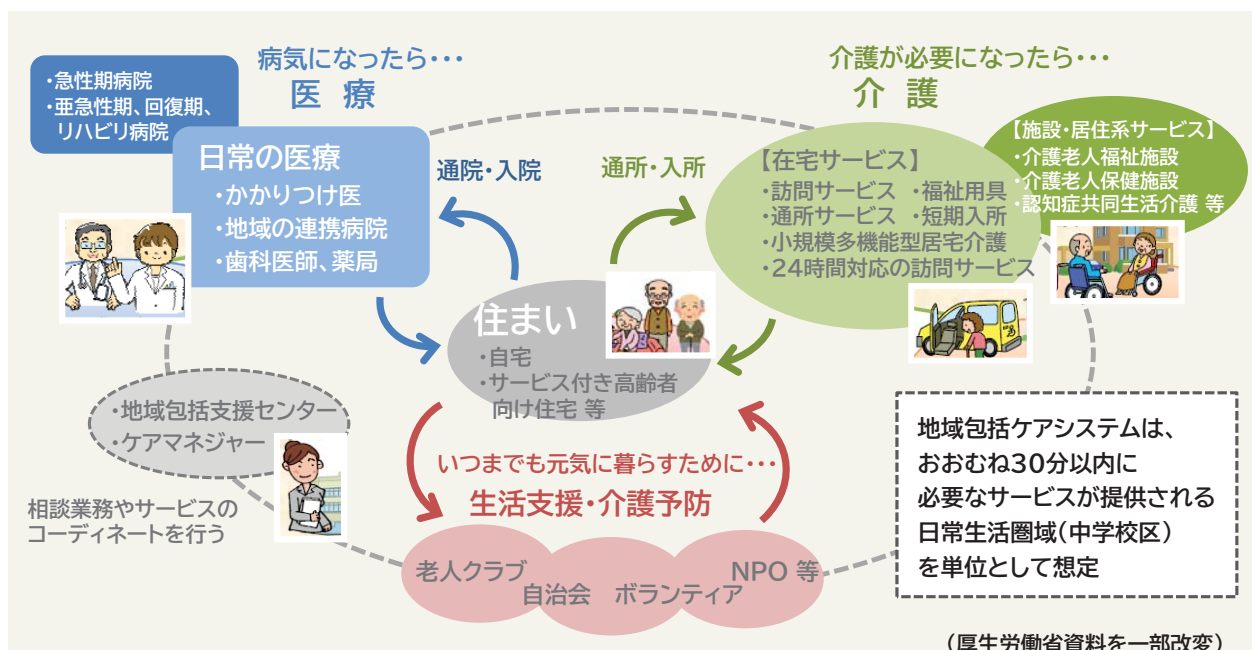
〔地域実践 5〕

- 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**を大切にする。
- 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。



〔地域実践 5〕

認知症の人を介護する家族が、もの忘れなどの症状にだけとらわれないように、本人らしさや、本人の希望、安心などに目をむけられるようにアドバイスが必要である。身近なかかりつけ医だからこそできる、生活面で本人の困りごとが上手くサポートできるように家族にアドバイスする。

〔地域実践 6〕

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

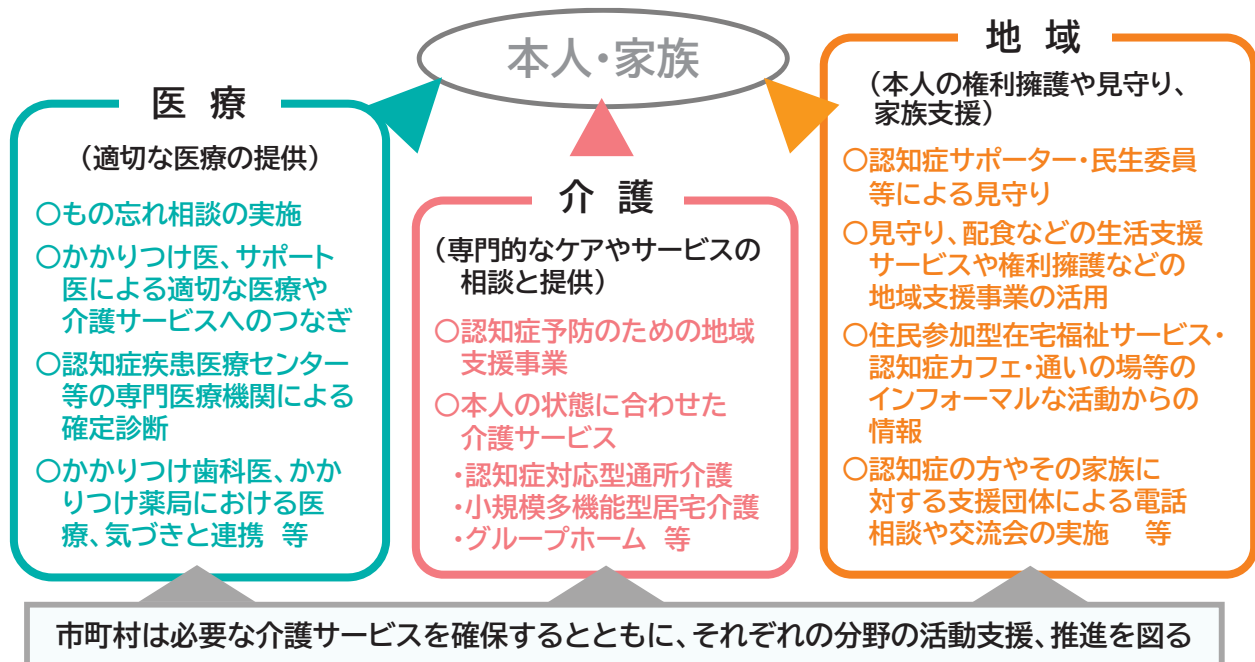
認知症の人についても、この地域包括ケアシステムの中で、切れ目なく適時適切なサービスを受けることができ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることが重要であることに変わりはなく、そのためには、自治体や医療機関（保険薬局を含む多様な医療資源）、介護サービス事業所、インフォーマルサービスなど様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域作りが重要となる。

認知症施策においても、この住まい・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を実現することが重要である。

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。

〔地域実践 7〕

それぞれの地域で認知症の人と家族への支援体制を示す。

認知症の人や家族の時々の状態やニーズに適切に対応し、暮らしを支えるサービスを提供するためには、スライドに示すような医療・介護・地域の領域ごとの各サービスが連携と役割分担をすることで効果的な支援を行っていく必要がある。さらに地域の実情を踏まえ、多方面にわたって展開されることも重要である。

かかりつけ医を含む医療の役割は、もの忘れ相談の実施、医療介護連携によるかかりつけ医とサポート医との連携による適切な医療や介護サービスへのつなぎ、認知症疾患医療センター等の専門医療機関による確定診断、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局における医療、気づきと連携等である。地域連携の発信者として位置付けられるかかりつけ医には、認知症の本人やその家族への適切な助言や資源へのつなぎを行うため、自院の所在する地域の認知症の支援体制を把握することが求められている。

〔地域実践 8〕

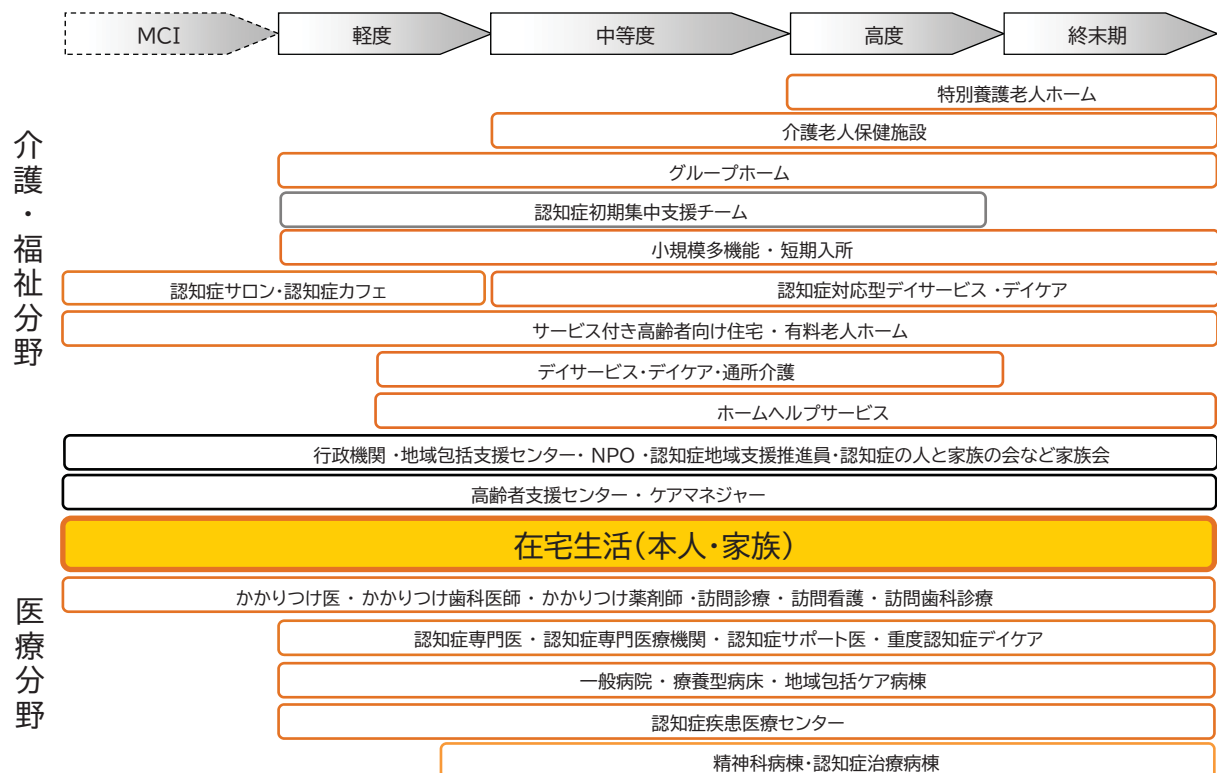
認知症ケアパスは、スライドのように定義され、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを表したものである。各市町村の実情に応じて策定され、介護保険事業計画に反映される。①認知症の人が地域で生活するための基盤整備として介護保険サービス、医療サービス、インフォーマルサービス、その他社会資源を整理していくためのもの、②認知症の人への適切なケアマネジメントの実施にむけて、医療・介護関係者間の情報共有のツールとして標準的な「認知症ケア」の手順を表したものの、の二つの側面がある。

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ことや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に活用することが重要である。

かかりつけ医も、自院の所在する地域の認知症ケアパスについて、自治体ホームページ等から確認しておくことが望ましい。

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

〔地域実践 9〕

認知症は原因疾患や認知症の進行によって、必要な支援の内容が変化することに留意する必要がある。そのため、一人ひとりの認知症の人に合わせて、必要な支援を必要な期間、適切に提供するために、認知症の人の生活機能障害とニーズを把握するとともに、認知症の人の立場に立ち、どういう支援があると助かるか、どういう支援であれば不安や心配なく受けることができるのかといった視点に立って検討する必要がある。さらに認知症の人の生活機能障害にあわせた社会資源を地域ごとに整理し、それぞれの地域の社会資源が連携しあい、認知症の人に適切な支援を提供する必要がある。

認知症の人の生活機能障害に応じて、介護保険サービス、医療サービス、地域支援事業等のサービス、介護保険制度以外のサービスなど、どの事業所・団体が支援を提供するかを、地域福祉を担う関係者間でおおまかに検討・整理し、「地域として、こういう状態の認知症の人をこのサービスで支えていく」というおおまかな構図を描くようにすると良い。

〔地域実践 10〕

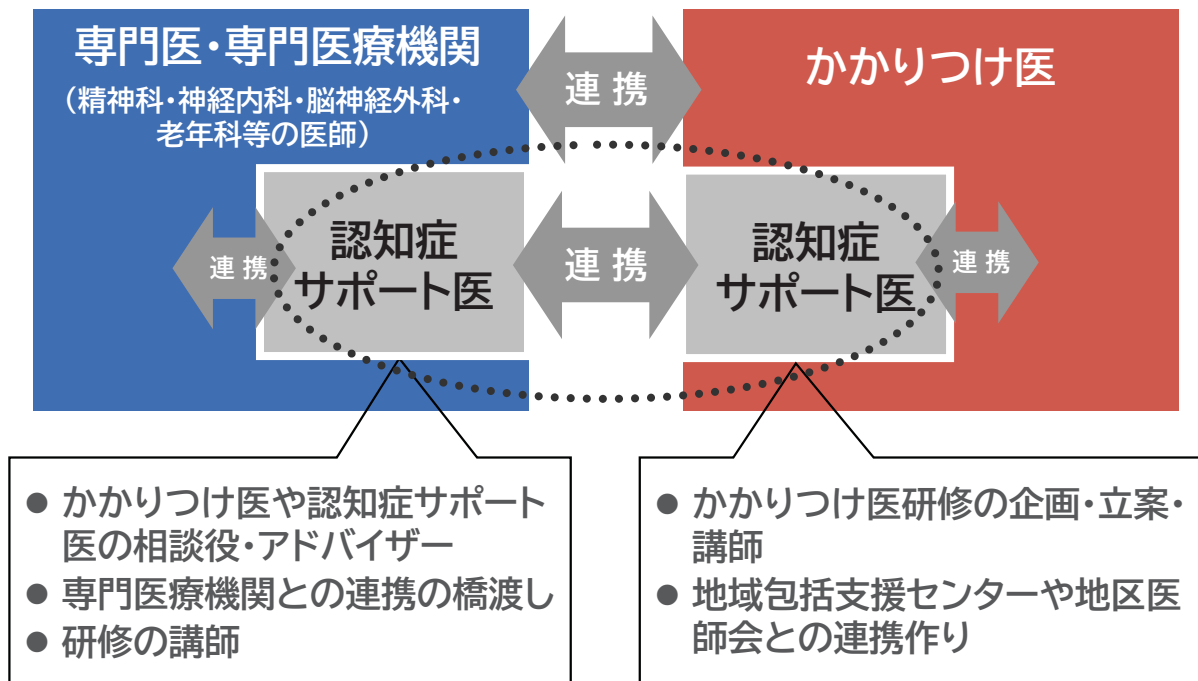
認知症サポート医は、かかりつけ医か専門医に峻別されるものではなく、通常の認知症に関する診療の状況によって、それぞれの立場から機能・役割を担うものである。

具体的には、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などが挙げられる。これらの活動を通じて、地域における「連携の推進役」が期待されている。

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）

〔地域実践 11〕

精神科・神経内科・脳神経外科・老年科等の認知症を専門とする認知症サポート医は専門医療機関との連携やアドバイザーとしての役割を、地域のかかりつけ医である認知症サポート医は、地域医師会や地域包括支援センターとの連携の役割を担い、両者が地域ごとに行われている認知症サポート医フォローアップ研修等を通じて、顔の見える連携関係を構築し、認知症地域医療体制の中核となることが期待されている。

〔地域実践 12〕

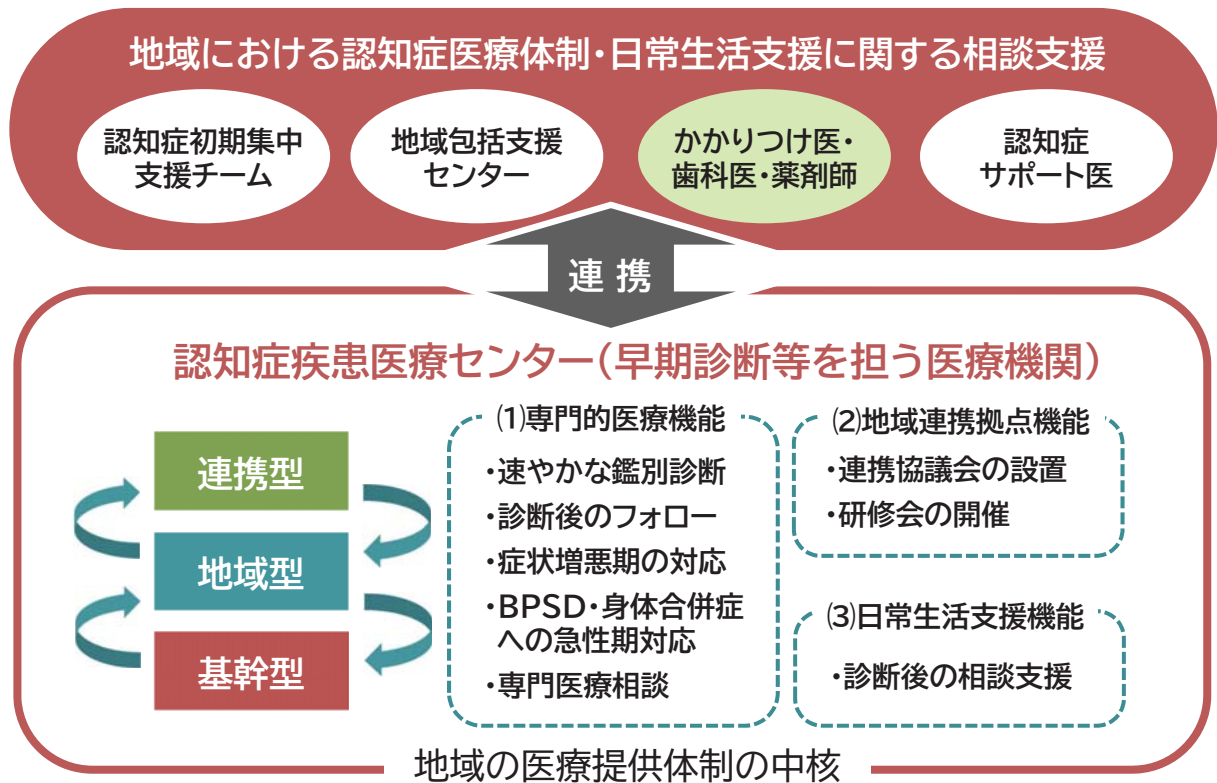
鑑別診断や BPSD への対応のために、かかりつけ医が専門医と連携する際〔基本知識 46 参照〕に提供することが望ましい情報についてまとめた。

かかりつけ医が、アルツハイマー病治療薬を処方する頻度は増加しているが、これまで使用していれば開始後の変化の有無や過去の投薬歴などについては、非常に重要な情報である。さらにかかりつけ医で、HDS-R や MMSE などの認知機能検査や CT や MRI などの画像検査を施行していれば実物やコピーを添付することが望ましい(得失点のプロフィールも重要である)。

また、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)、鑑別診断、薬物調整、BPSD 対応などかかりつけ医が専門医に望む具体的な内容、今後の治療環境に関する本人・家族からの希望についての情報も重要となる。

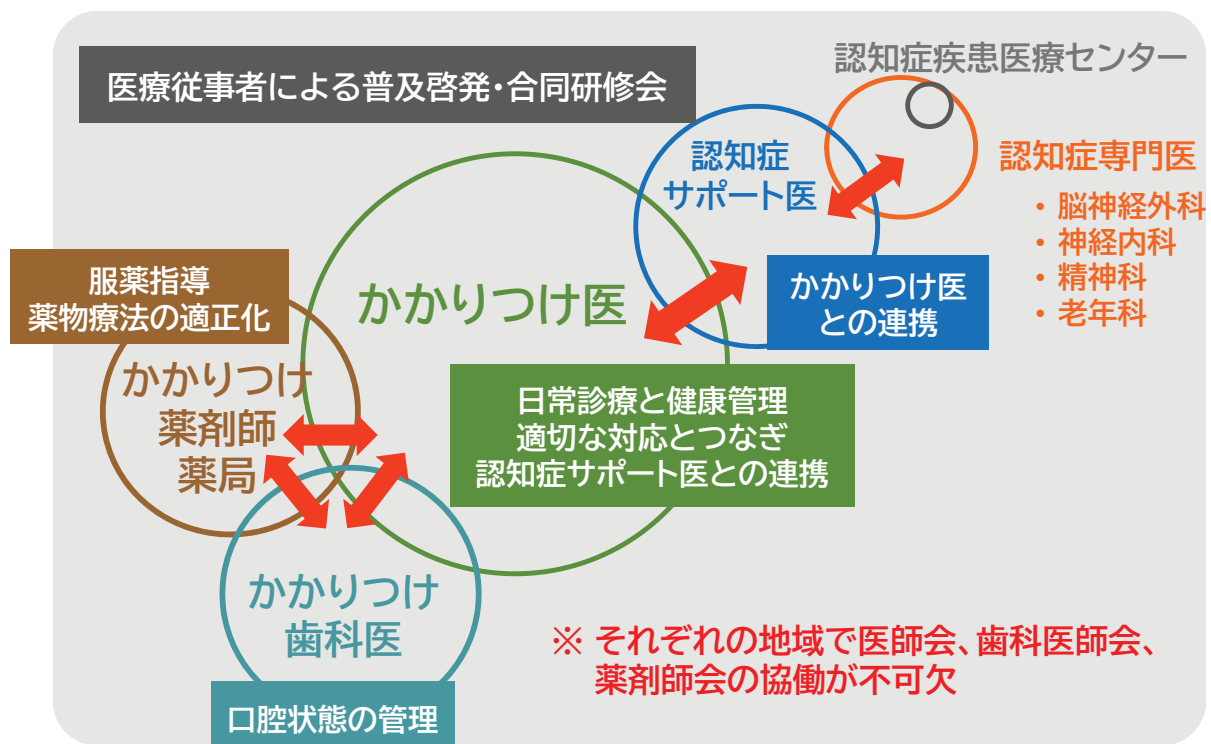
認知症疾患医療センター

〔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。

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

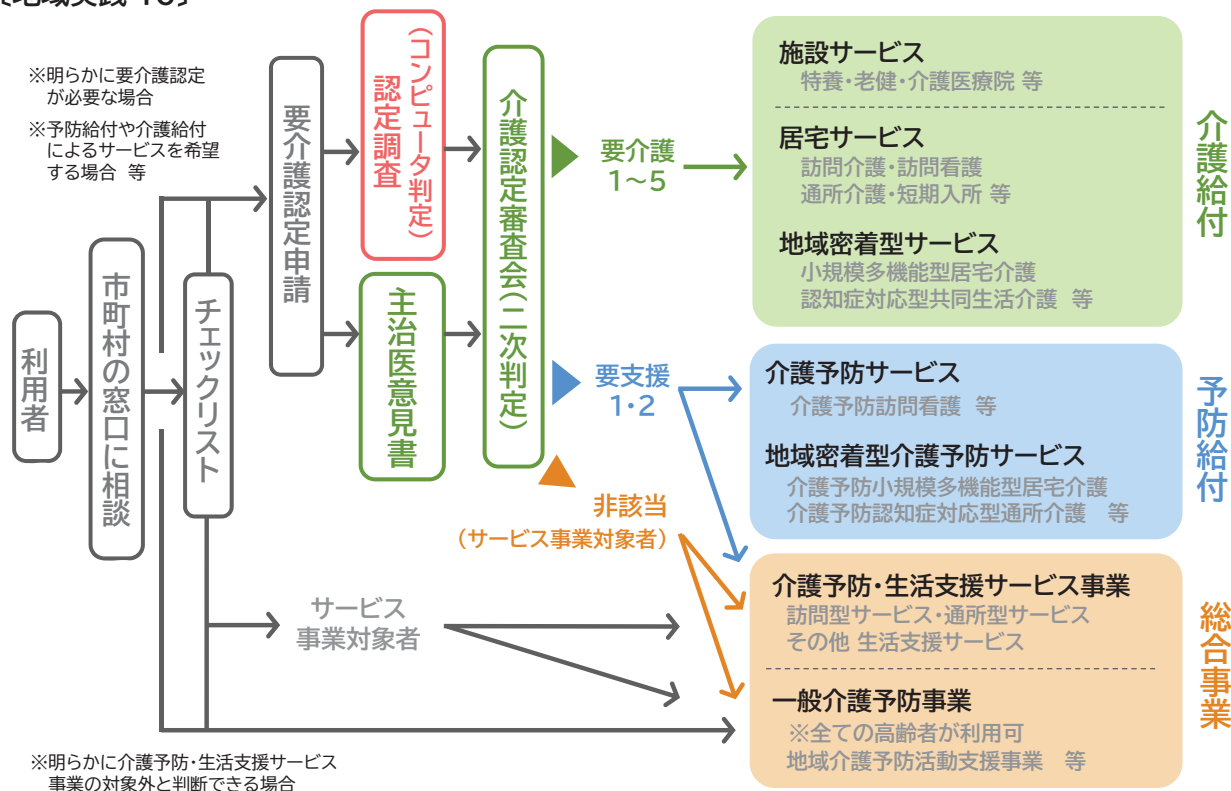
- ・口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる。
- ・歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上する。

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〕



〔地域実践 15〕

医師、歯科医師、薬剤師が連携することの意義(連携することで得られる利点)についてまとめた。かかりつけ医における具体的な利点としては、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、等が挙げられる。さらに共通点も多いが、かかりつけ歯科医師では、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、かかりつけ薬剤師では、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、などの利点が挙げられる。

結果として認知症の人や家族への利点も大きくなり、日常から医師、歯科医師、薬剤師が適切に連携することでそれぞれのかかりつけ機能や専門性がより効果的に発揮できる。

〔地域実践 16〕

介護保険制度は、大きく、①認定申請、②要介護認定、③介護給付・予防給付・総合事業という流れ(スライドの左から右へ)で利用することになる。

介護サービス利用の手続きは利用者が市町村の窓口で相談することから始まる。介護認定は認定調査員による調査の結果と主治医意見書の内容に基づき、介護認定審査会において判定される。

要介護度に応じて支給限度額が決められている。自己負担額は所得に応じて1～3割となっている。

要介護認定を受けて利用できる介護サービスには、主に認知症の人の利用が想定される地域密着型サービス(認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護(グループホーム)など)等がある。〔地域実践 21、22 参照〕

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

〔地域実践 17〕

主治医意見書は、高齢者の心身状況をしっかりと把握して作成することにより、要介護認定ばかりでなくケアプランの作成や継続的なフォローに役立つ重要な情報となる。とりわけ、認知症の症状については、在宅における介護の手間と大きく関係することから、確実に利用者の状態を把握することが必要であり、医学的な観点から介護に必要な情報を提供することに意義がある。具体的には、ケアマネジャーがケアプランを作成する際、保険者に対して認定調査結果と主治医意見書の開示を求め、客観的情報としてアセスメントに使用する。

また、認知症高齢者の日常生活自立度の評価は、介護報酬の認知症関連加算の算定根拠にもなる。

〔地域実践 18〕

主治医意見書は医療と介護の連携のための最も基本的なツールと言える。そのため、診療している疾患の医学的な状態だけではなく、その疾患と状態が日常生活にどのような不自由さをもたらし、介護する者にどのような手間がかかるかがわかるような記載が求められる。

認知症の最も基本的な状態像として、認知機能、日常生活活動（ADL）、行動・心理症状（BPSD）に関して把握し、記載する必要がある。

さらに、どのような治療が行われているのか、主治医としてどのような支援が必要と考えるかなどを記載することが求められる。

出典

「主治医意見書記載ガイドブック」平成22年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

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)

〔地域実践 19〕

認知症の人に関して、特に生活環境が重要であり、独居か家族同居か、施設入所か等で必要な支援は異なってくる。また、認知症の配偶者と二人暮らし、といった家族の状況や家族介護者の介護負担も把握し、記載することが望ましい。

経過や頻度の把握・記載も重要であり、例えば徘徊やもの盗られ妄想等が毎日あるのと年に 1 回あるのでは介護負担は全く異なる。

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に関して、火の不始末や外出し行方不明になる、経済被害にあう等、本人・家族の生命・財産に影響を与える事柄についても評価しておくことが望ましい。

身体合併症の状況、例えば糖尿病や高血圧症の内服管理ができていないなどの情報もケアプランを作成する際に必要と考えられる。

また、認定評価に際しての留意事項も重要である。例えば、レビー小体型認知症で認知機能が激しく変動する場合は認定調査員が評価した時間で大きく変わる可能性があり、アルツハイマー型認知症でとりつくろいが強いと軽く判定される可能性もある。主治医でなければ提供できないような情報は特に重要度が高い。

出典

「主治医意見書記載ガイドブック」平成 22 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

〔地域実践 20〕

介護保険サービスは、サービスの利用形態により、主に在宅でサービスを組み合わせて利用する「居宅サービス」・「地域密着型サービス」、介護施設に入所・入院する「施設サービス」に大別される。地域密着型サービスは、平成 18 年制度改正で導入されたもので、市区町村保険者が地域事情に応じた整備や基準設定が可能となっている。

居宅サービス、地域密着型サービスには要支援者を対象とする「介護予防サービス」がある（施設サービスは対象外）。

平成 30 年度から「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の「長期療養」機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた、新たな介護保険施設として「介護医療院」が創設された。平成 29 年度末で設置期限を迎えることとなっていた介護療養型医療施設については、その経過措置期間を6年間延長することとなった。

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. 住民に身近な生活圈域単位で整備
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

予防給付と地域支援事業

〔地域実践 22〕

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）

- 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

地域支援事業

対象：身体介護・機能訓練等を必要としない要支援高齢者

〔地域実践 21〕

地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(平成 24 年 4 月～)、夜間対応型訪問介護、小規模事業所による通所介護(地域密着型通所介護、平成 28 年 4 月～)、認知症専用のデイサービス(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(旧複合型サービス、小規模多機能型居宅介護＋訪問看護、平成 24 年 4 月～)、グループホーム(認知症対応型生活介護)、入居定員 29 名以下の地域密着型特定施設入居者生活介護、同じく定員 29 名以下の小規模な特養(地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)の計 9 種類のサービスがある。

〔地域実践 22〕

介護保険制度の予防給付と地域支援事業については、平成 27 年 4 月より再編されている。チェックリストや介護認定審査会(二次判定)においてサービス事業対象者とされた場合や、要支援 1・2 の一部サービスの利用者は、市町村が実施する新しい介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等を利用することになる。

地域支援事業には、個別のサービス提供にかかる事業の他、包括的支援事業や任意事業があり、地域の高齢者支援の仕組み(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)が推進されている。

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

〔地域実践 23〕

多職種が連携することとは、医師を含めて、多種多様な医療・介護・保健・福祉関係職種が、それぞれの高い専門性が遂行できる状態で、一人の支援対象者への支援目的と互いの専門情報を共有しあい、統合したうえで支援内容を分担し補完しあって支援対象者の状況に応じた的確に対応するチーム医療のことである。

認知症の人への支援においては、認知症の人本人の希望や家族の希望社会経済的状況を含めて医療のみならず介護保健福祉も同時に乗り入れる必要がある。そのため、かかりつけ医の役割は医療の情報提供にとどまるものではないことを、熟知している必要がある。

〔地域実践 24〕

かかりつけ医にとって多職種との連携を図ることの第一の意味は、生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られることである。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。

また、アルツハイマー型認知症では“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。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、連携している薬剤師や訪問看護師や介護職員からより詳しい情報を得ることが出来る。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なども連携のメリットである。さらにかかりつけ医が、多職種と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ことも連携の意義である。

地域の多職種役割

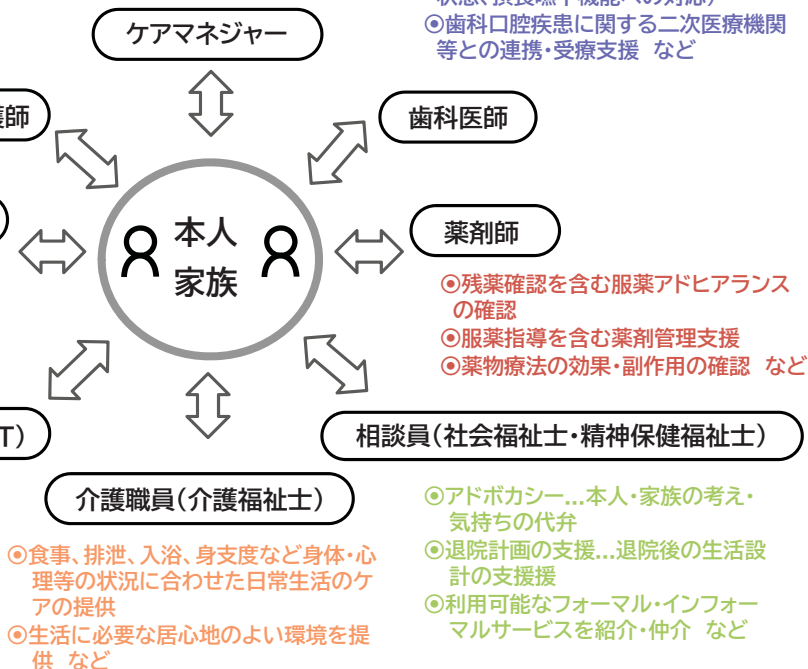
〔地域実践 25〕

- ◎日々の健康状態の把握
- ◎本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
- ◎本人の主体性の保持、自己決定の支援
- ◎家族の介護負担感、健康状態などの把握 など

- ◎介護予防・日常生活支援総合事業の対象者及び要支援者アセスメントやマネジメント、ケアプランづくり
- ◎ケアチームをコーディネート、総合相談、個別相談、困難事例等対応、虐待対応等の権利擁護 など

- ◎歯科口腔疾患に対する治療と指導、意思決定支援
- ◎口腔健康管理（認知症があることによって変化する口腔機能や口腔衛生状態、摂食嚥下機能への対応）
- ◎歯科口腔疾患に関する二次医療機関等との連携・受療支援 など

- ◎身体疾患に対する治療
- ◎認知症の症状やせん妄への対応
- ◎認知症の人とその家族に対する、適切な情報提供と意思決定支援 など



- ◎食事、排泄、入浴、身支度など身体・心理等の状況に合わせた日常生活のケアの提供
- ◎生活に必要な居心地のよい環境を提供 など

- ◎残薬確認を含む服薬アドヒアランスの確認
- ◎服薬指導を含む薬剤管理支援
- ◎薬物療法の効果・副作用の確認 など

- ◎アドボカシー...本人・家族の考え・気持ちの代弁
- ◎退院計画の支援...退院後の生活設計の支援
- ◎利用可能なフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・仲介 など

- ◎基本的動作能力の回復
- ◎応用的動作能力、社会的適応能力の回復
- ◎言語聴覚能力の回復
- ◎日常生活活動や社会参加機能の評価情報の提供 など

- ◎食事、排泄、入浴、身支度など身体・心理等の状況に合わせた日常生活のケアの提供
- ◎生活に必要な居心地のよい環境を提供 など

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治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報共有ツールを作成し、運用。



情報項目

- (1) 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意)
- (2) 同意書
- (3) わたし自身①：ご本人の基本情報
- (4) 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
- (5) わたしの医療・介護①：医療機関
- (6) わたしの医療・介護②：支援に関わる者・機関のリスト
- (7) わたしの医療・介護③：病名と医療機関
- (8) わたしの医療・介護④：処方内容と処方の目的
- (9) わたしの医療・介護⑤：血圧、体重
- (10) わたしの医療・介護⑥：利用しているサービス状況
- (11) わたしの認知症の状況①：認知機能検査(MMSE又はHDS-R)
- (12) わたしの認知症の状況②：日常生活活動の変化
- (13) 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
- (14) わたしのこれからのこと①②：今後の医療・介護への希望
- (15) 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

〔地域実践 25〕

地域において多職種・多事業所間で連携を行うためには、地域における全体像を把握し、それぞれ異なる場所で勤務している他の職種や事業所のそれぞれの業務内容や役割を知ることが重要となる。

一人の支援対象の課題を把握したうえで、連携による対象者への効果が最大化するように連携の意義を明確にして、関係各所に連絡しあい対象者情報を共有し、互いが実施可能な医療・介護の内容を共有する。

スライドでは、本人・家族に関わる多職種の主な役割が記載されている。連携相手の業務内容をたがいに理解した上で、日頃から忌憚のない意見交換ができるようにしておくことが重要である。

〔地域実践 26〕

認知症の人と家族と支援する医療・介護関係者等の多職種が、連携する際には情報共有が重要であり、認知症の人の情報を共有するためのツールが、平成 27 年度 老人保健健康増進等事業で検討され、作成された。事業報告書の中でひな形が WEB 上で公表されている。記載できる情報の項目はスライド右の「情報項目」にある通りで、“わたしの”情報を本人起点で共有できる点が特徴である。かかりつけ医にとっても、認知症の人の疾病以外の情報源として有効活用できるものである。

その後認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行うために全国で様々な情報連携ツールが作成され、実際に活用されている。地域の実情に応じた医療・介護関係者等の情報連携ツールが認知症ケアパスとともに活用されることが望ましい。近年では、情報連携のために ICT を活用している地域も増加している。

参考

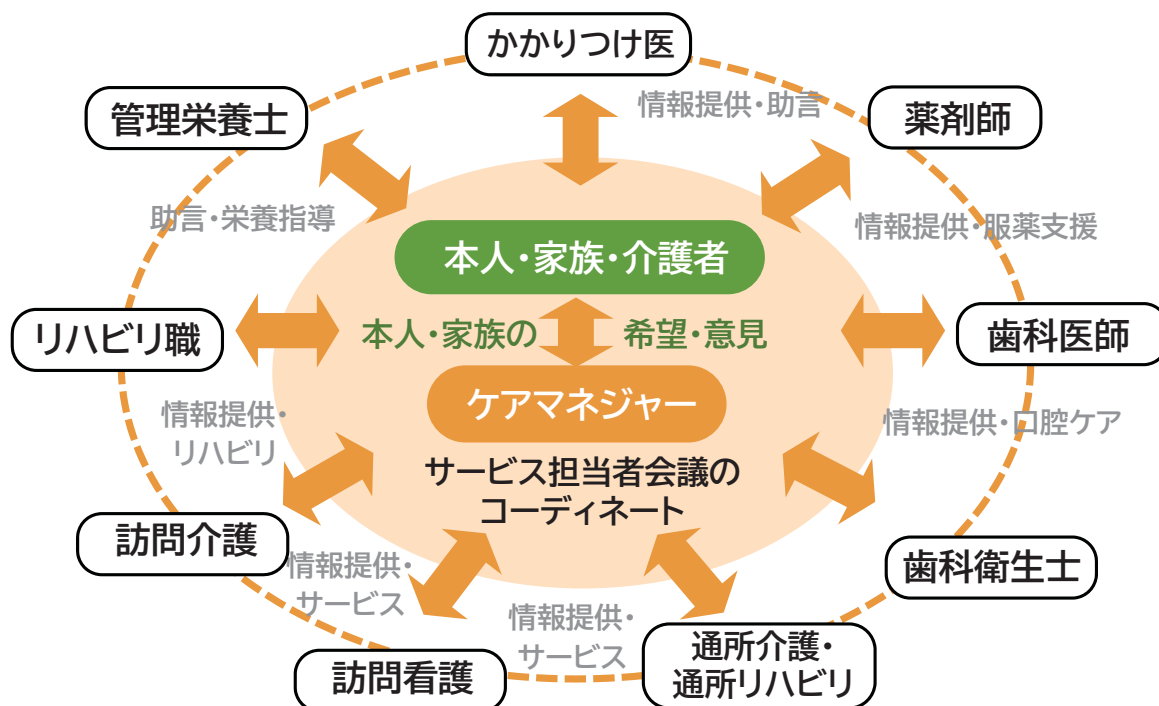
情報共有ツール（国立長寿医療研究センター）

<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/jouhourenkei-all.pdf>

ケアマネジャーと多職種連携

〔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)

〔地域実践 27〕

ケアマネジャーは、認知症の人に関わるケアチームをコーディネートし、本人にとっての適切な生活支援が可能になるよう、各職種の業務のバランスをマネジメントする。

- ① 認知症の人の情報はケアマネジャーに集約され、アセスメントが行われた上でケアプランに活かされる。
- ② 病気や障害を抱える認知症の人の生活支援では、疾患の管理ニーズが最優先となることがある。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医・かかりつけ歯科医との連携が必要となる。
- ③ サービス担当者会議は、認知症の人にかかるケアチームの共通理解・共通認識の場として重要である。更新時やケアプラン変更時には、必ず開催しなければならない。会議室や本人の自宅で行われることがあり、可能な限り出席することが望ましい。

〔地域実践 28〕

サービス担当者会議に出席した場合には、かかりつけ医には様々なアドバイスや助言が求められる。特に通院時や診察時の本人の様子について報告や傷病に関わる身体状況等の情報を提供することは重要な役割である。さらに認知症の病期や重症度、経過などを多職種から得られる情報と照らし合わせながら確認することも可能となる。

また、現在の投薬内容や薬剤の副作用に関する注意事項などに関する情報を提供することで多職種での観察を促すことに繋がり、結果として適切な薬剤調整や服薬管理、服薬支援に寄与する。現在もしくは今後、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)等の情報提供も重要である。

これまでの関わりから認知症の人の認知症発症前からの性格や生活状況、家族や家族状況などをかかりつけ医が把握していることも多く、これらの情報はサービス担当者会議の出席者のみならず、多職種にとっても有意義な情報となる。

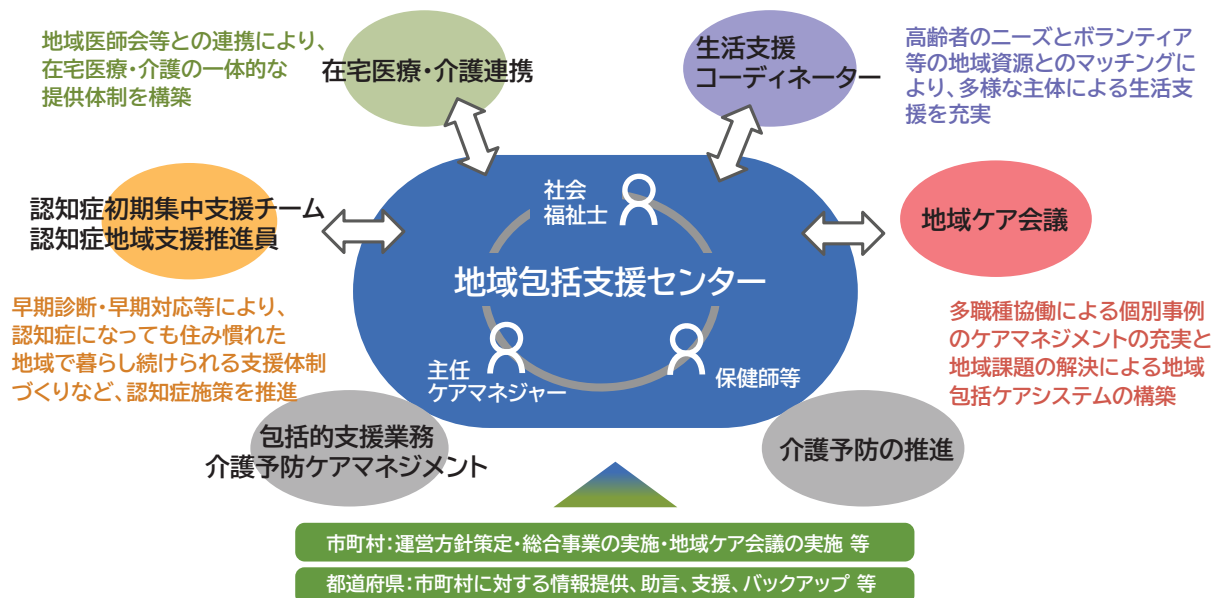
ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

〔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

地域包括支援センター

〔地域実践 30〕



地域包括支援センターの機能強化に向けて

業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化

基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営

運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

〔地域実践 29〕

ケアマネジャーが、かかりつけ医に望むことをまとめた。認知症を早期に発見し、本人や家族に対して専門医療機関の受診を促し、早期治療や進行予防、ケア等に対するアドバイスを行うことが求められる。BPSD やその他の精神症状、神経症状を含む身体症状などが悪化した際の対応や適時に専門医療機関と連携することもケアマネジャーは望んでいる。また、他の診療科受診の判断、疾病や体調管理面での指示や指導、服薬管理上の注意や薬の副作用の指導などの医学的な情報提供やアドバイスも求められる。また、かかりつけ医のサービス担当者会議への出席およびケアプランへのアドバイスや共通理解も適宜望まれる。

本人や家族から信頼を得ているかかりつけ医が、本人や家族をねぎらい、生活全体へのアドバイスをすることや本人を心理的にサポートし、家族へも共感することもケアマネジャーには期待されている。

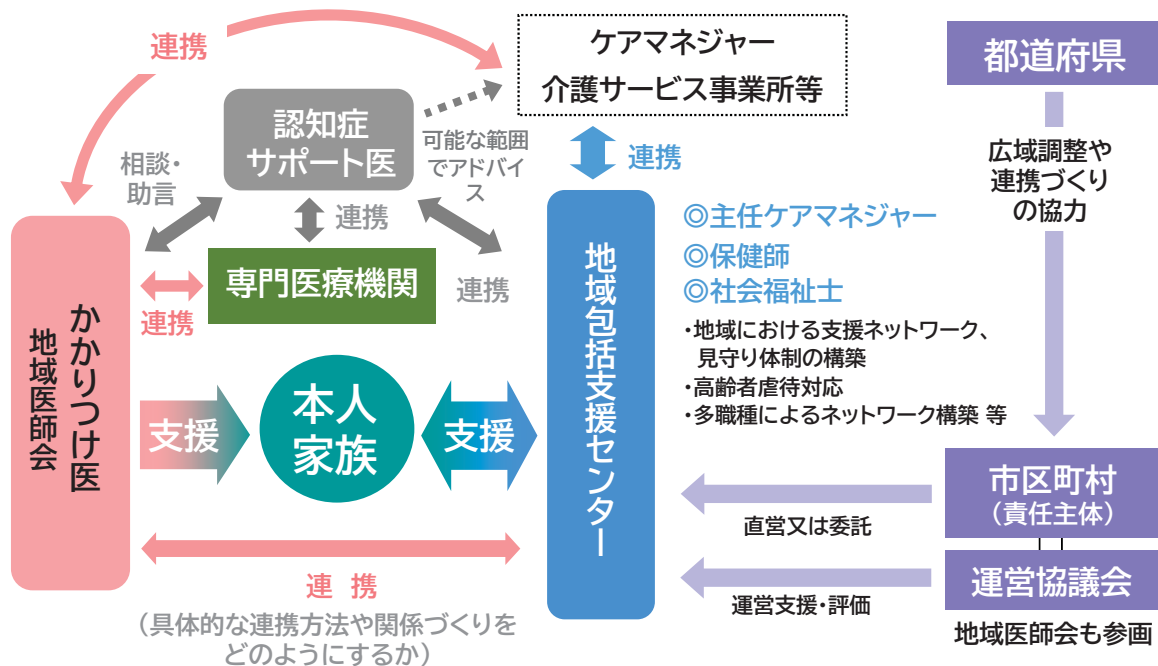
〔地域実践 30〕

地域包括支援センターの機能は、従来からの、介護予防、多職種ネットワーク、権利擁護の柱に加え、認知症施策の推進、生活支援、地域ケア会議など、それぞれを有機的に関連させながら拡充している。センターの基本配置職種である、保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士を中心に、地域の専門職や専門機関等の社会資源と連携を図りながら、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されている。

認知症の人や家族の生活をサポートするため、かかりつけ医には、地域包括支援センターの所在(連絡先等)、担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められる。

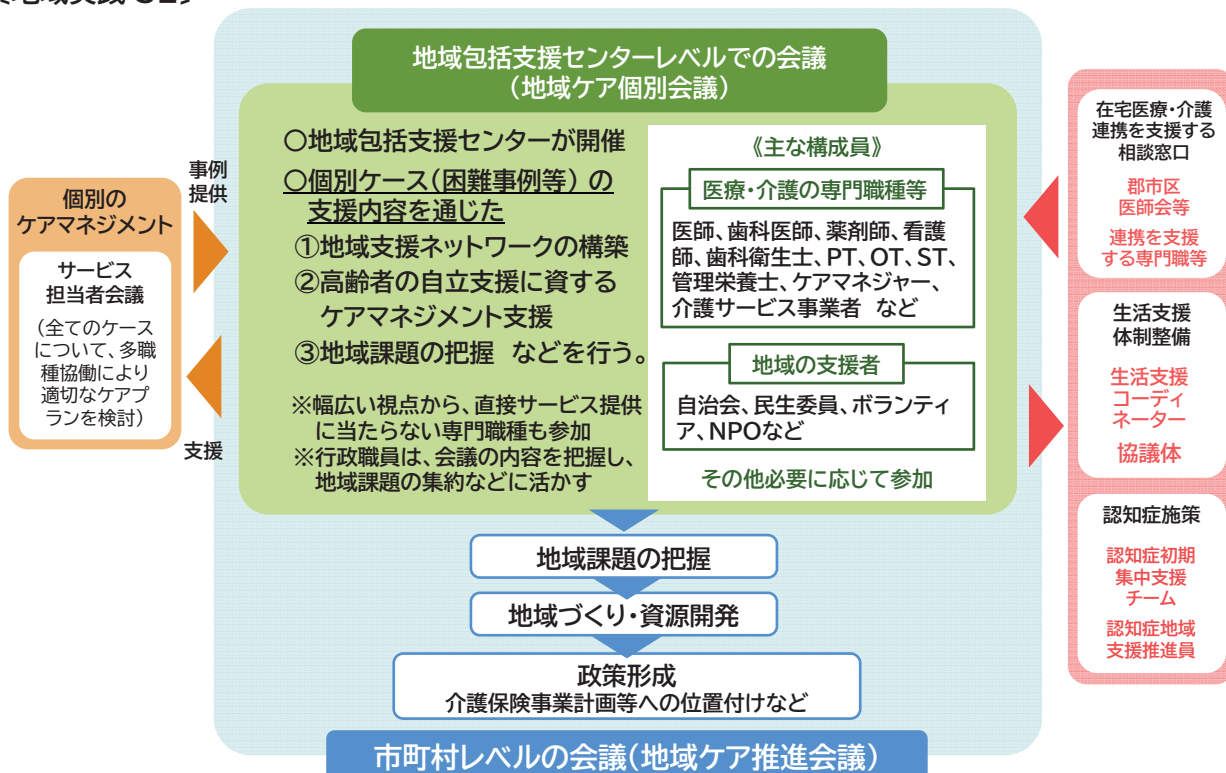
地域包括支援センターとの連携

〔地域実践 31〕



地域ケア会議

〔地域実践 32〕



〔地域実践 31〕

高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしく暮らし続けるためには、介護や医療を含む様々な生活支援サービスが、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、切れ目なく提供される必要がある。地域包括支援センターは、こうした要請に応える地域の総合機関として設置された。認知症高齢者の早期発見・早期支援のためには、かかりつけ医の日常診療における気づきをきっかけとして、早期診断のための専門医療機関受診や地域包括支援センターの相談・支援機能につながる方向（かかりつけ医側から）、逆に地域包括支援センターが担う総合相談や地域支援ネットワークの方から、かかりつけ医に助言や医療支援を求める方向（かかりつけ医側へ）の双方向の連携が機能することが期待される。

かかりつけ医認知症対応力向上研修では、かかりつけ医に「早い段階での気づき」「家族に対する理解や支援」とともに地域連携の発信者となることも目的とされている。同時に、市区町村行政と地域医師会が協力し、かかりつけ医の日常診療を、認知症サポート医や専門医療機関等が支援する体制を構築することが不可欠とされている。

〔地域実践 32〕

地域ケア会議とは、主に市町村直営や基幹型の地域包括支援センターを中心に設置が進められ、個々の要介護者ごとに、かかりつけ医やケアマネジャー、サービス事業者などが一堂に会して、また、多職種の第三者による専門的な視点も交えて、個別のケア方針を検討する会議である。

認知症の人を支えるにあたっては、介護、医療、生活支援、家族関係など多面的なアプローチを要する場合が少なくなく、サービス担当者会議では課題解決が困難な例もある。直接的な関係者のみならず、市町村、民生委員、地域医師会を含む在宅医療拠点、自治会・社協など、様々な社会資源の視点で、①アセスメント内容の共有、②多角的な課題分析とケア方針の検討、③モニタリング結果と評価の共有を行うことで、認知症の人と家族の生活を、より具体的かつ継続的に支援していくことが可能となる。

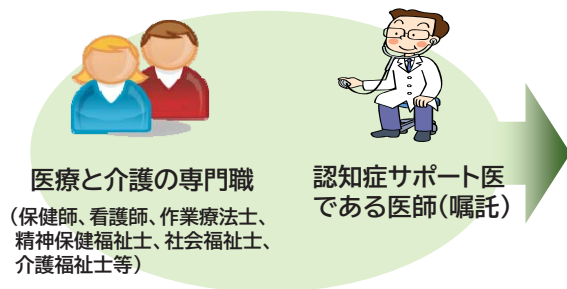
さらに、上記の「個別課題解決」と同時に、その協働を通じて、地域の多職種による「ネットワーク構築」や、地域に共通する課題を浮き彫りにする「地域課題発見」なども地域ケア会議の目的とされている。

認知症初期集中支援チーム

〔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

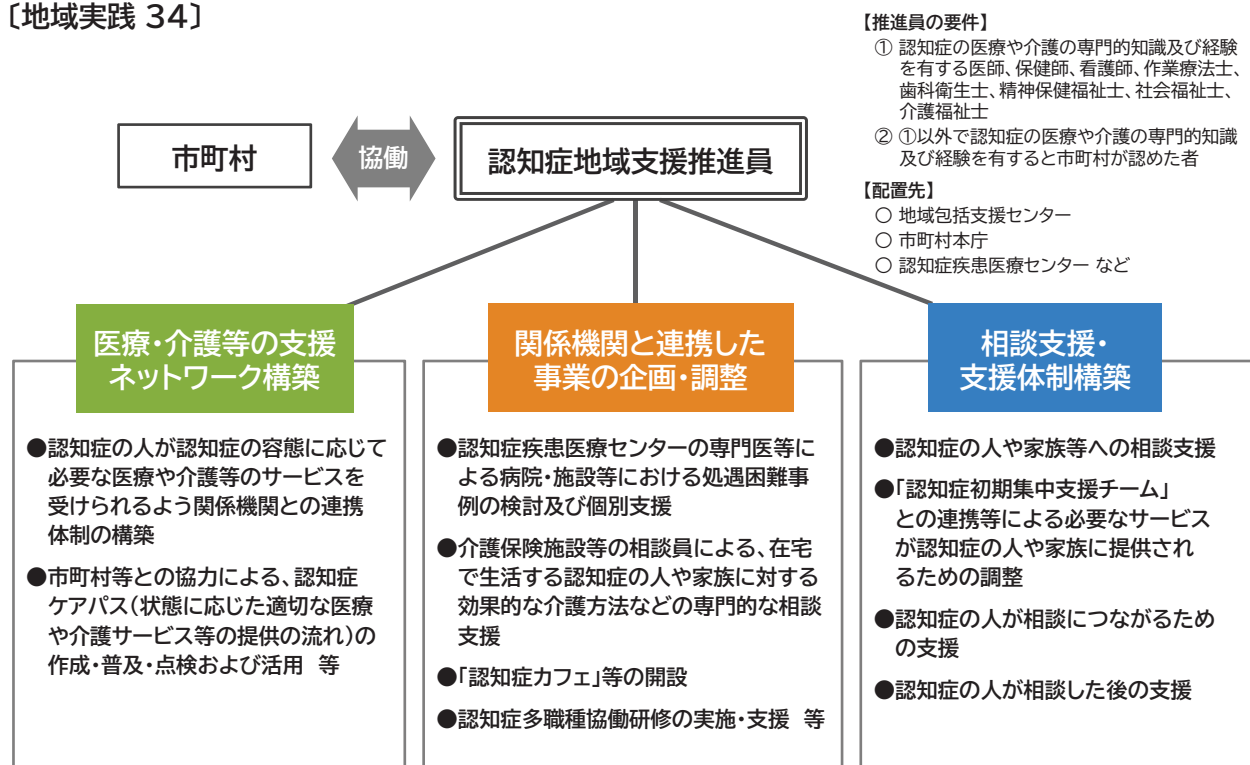
【対象者】

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

認知症地域支援推進員

〔地域実践 34〕



〔地域実践 33〕

認知症初期集中支援チームは、認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活が維持できるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供することを目的とした複数の専門職(サポート医や薬剤師等の医療職や福祉・介護職)で構成されたチームである。

チーム名の「初期」とは、疾患の初期という意味だけではなく、初動を意味しており、「集中」とは、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ったうえで本来の医療やケアチームに引き継いでいくことを意味している。チームは、全ての市町村の地域包括支援センター等に設置されており、主な支援の対象者はスライドに示した通りであるが、様々な状態や疾患などが背景にある可能性があり、必要となる支援も様々である。そのためチームには、かかりつけ医や専門医療機関と連携しながら、対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくような支援を適切に行うことが求められている。

〔地域実践 34〕

認知症地域支援推進員(以下、推進員)は、2018 年度から全ての市町村の地域包括支援センターや担当課に配置され、専門職等が充てられている。各市町村が進める認知症施策の推進役、そして地域における認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役としての役割が期待されている。

推進員の活動は、「医療・介護等の支援ネットワークの構築」、「関係機関と連携した事業の企画・調整」、「相談支援・支援体制構築」であり、詳細はスライドの通りである。2019 年度から、「認知症を有する人をはじめとする高齢者が地域において役割を担うことを通じて、生きがいをもった生活を送ることを支援するための社会参加活動のための体制整備」を推進していくことが推進員の新たな役割となった。

推進員が上記の活動を進めるためには、地域の関係機関や関係者の理解や協力が必要不可欠である。かかりつけ医にも地域の推進員がどこに配置され誰であるのかなどを確認したうえで日頃からの連携や協働が求められている。

認知症カフェ・ピア活動

〔地域実践 35〕

認知症カフェ

- 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

家族介護教室や家族同士のピア活動

- 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

認知症の人同士のピア活動

- 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

〔地域実践 35〕

地域では、認知症の人や家族が孤立しないように、「認知症カフェ」や「ピア活動」が行われている。認知症の人同士や家族介護者同士が出会うことで、認知症があっても希望をもって生きていく方法を見出すことができる。医学的観点からのアドバイスやフォローなど、かかりつけ医の参加も求められる場合もあり、また、かかりつけ医にとっても認知症の人を理解する貴重な機会であり、積極的な協力が望まれる。

〔地域実践 36〕

認知症の人と家族の支援の様々な取り組み、仕組み、制度を整理したものである。すべての内容や効果を把握しておく必要はないが、本人や家族への助言・アドバイスのためにも、自治体のホームページ等から、地域にはどのようなものがあり、連絡先はどこか、といった基本情報を蓄積しておくことも重要である。また、これらの拠点や機関から協力等を求められる場合には、積極的に関わって頂ければと考える。

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。認知症の人に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

〔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、地域や職域で認知症の人や家族を温かく見守り、できる範囲で支援する応援者のことであり、認知症に関する理解促進を目的に 2005 年から認知症サポーター養成事業が開始された。認知症サポーター養成講座の受講者を認知症サポーターとして認定し、認知症サポーター養成講座の講師役を養成するものがキャラバン・メイト養成講座である。認知症サポーターには、①認知症を正しく理解し、偏見をもたない、②認知症の人や家族に対して温かい目で見守る、③自分なりにできる簡単なことから実践する、④相互扶助・協力・連携、ネットワークをつくる、⑤地域のリーダーとして活躍する、ことが期待されている。

認知症の人と地域で関わることが多いと考えられる小売業・金融機関・公共交通機関等の従業員等をはじめ、子供や学生に対しての養成講座も開催されている。さらに認知症サポーターの復習の機会や実際の活動につなげるためのステップアップ講座も開催されている。

また、認知症サポーターがチームを組み、認知症の人・家族の生活支援を行う「チームオレンジ」という取り組みも行われている。

〔地域実践 38〕

認知症の人が日常生活・社会生活の場面において、自分で選んで自分で決めることの重要性、その支援の必要性に鑑み、「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」が策定され、平成 30 年 6 月に公表された。

認知症の人は自分で決められない人ではなく、意思決定しながら尊厳を持って暮らしていくことの重要性について全ての人が認識することが必要であり、「決められないときに代わりに決めてあげる」のではなく、「認知症の人が自分で決めることを支援する」ことが意思決定支援の基本原則である。本ガイドラインでは、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）などの基本事項が整理されている。

本ガイドラインの理解や実践につなぐための研修も令和元年度から展開されている。

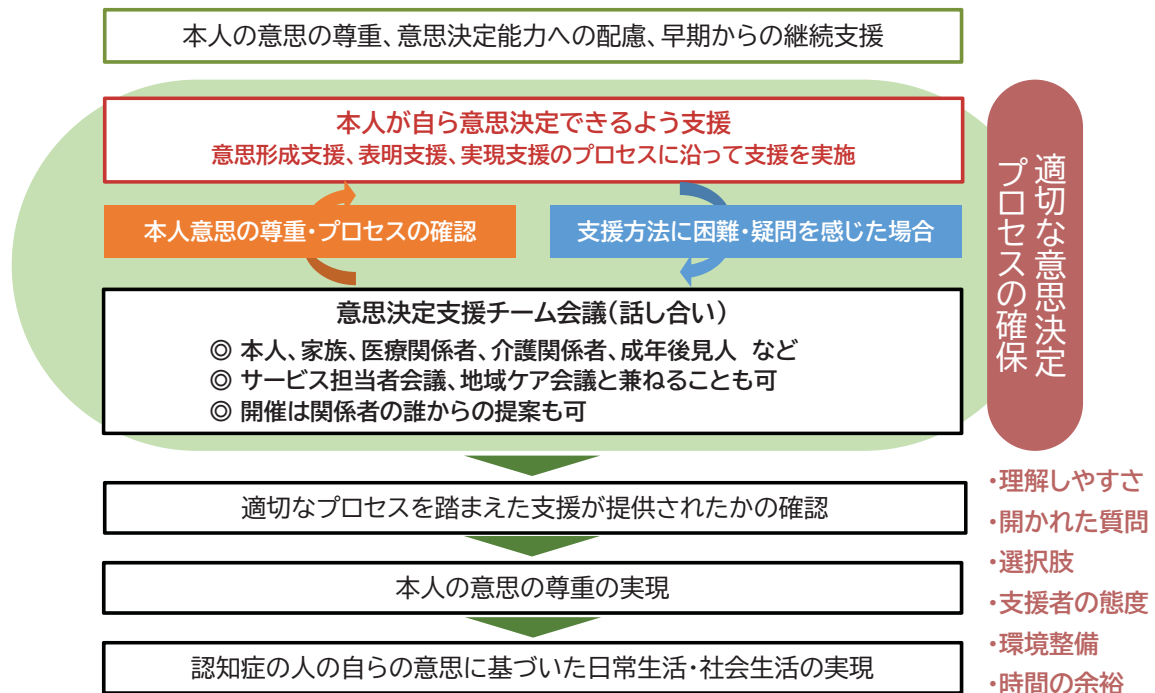
参考

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

URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>

生活支援としての意思決定支援

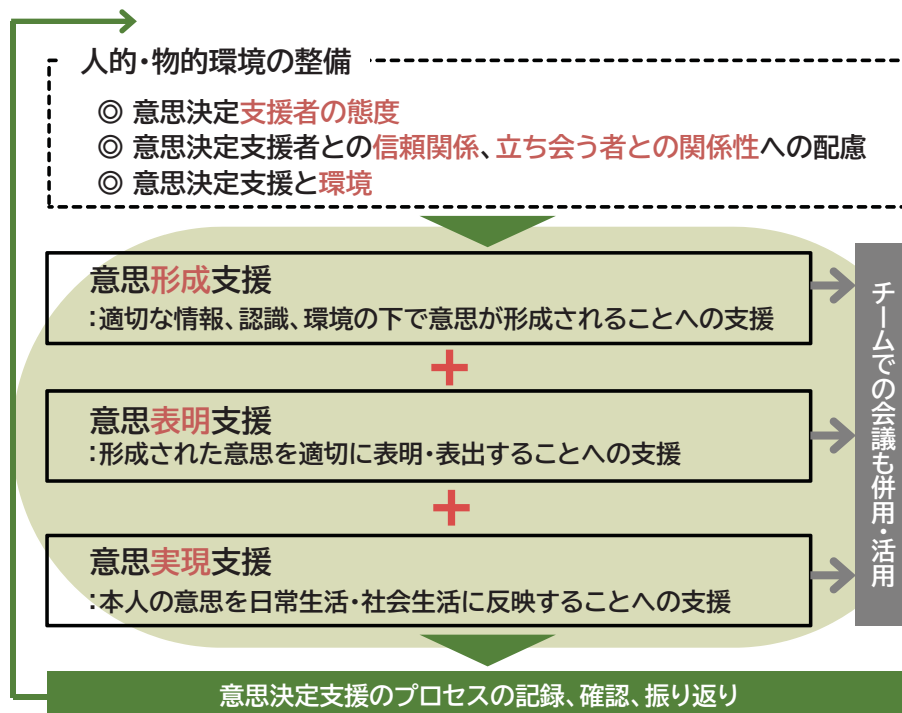
〔地域実践 39〕



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〕



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

〔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における意思決定支援とは、認知症の人が自ら意思決定できるように、そのプロセスを支援するものと定義されている。そのプロセスには、本人が「意思を形成すること」の支援と、本人が「意思を表明すること」の支援を中心とし、本人が「意思を実現する」ための支援までが含まれる。本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援などが前提となり、支援方法に困難や疑問を感じた場合などには、支援する関係者による話し合い(意思決定支援チーム会議)によって、多面的な情報や意見交換を行いながら支援していくことが重要である。

また、本人の特性に応じた意思決定支援を行うためには、多職種協働により、あらかじめ本人の意思の確認等を行う等の取り組みを推進することも重要であり、そのためには本ガイドラインが医療・介護従事者への研修において活用されることが望まれる。

〔地域実践 40〕

意思決定支援は、意思決定支援者の態度や意思決定支援者との信頼関係、立ち会う人との関係性や環境による影響を受けることから、意思決定支援に当たっては、まず、人的・物的な「環境の整備」が重要となる。

それを前提として、本人が適切な情報と、決められるだけの環境・認識のもとで判断できるようになっているかに注意して意思「形成」支援を行い、その上で本人が適切に「表明・表出」することができるように支援し、最終的にはその意思を生活に反映・「実現」させることを支援する。これらの支援を意思決定支援チームの会議の場では併用・活用することが望ましい。

なお、これらの支援は必ずしも順番通りに行われることが必須ではなく、重なり合い、行きつ戻りつ行われるものであり、適切な支援のプロセスかどうかを確認するときには、上記の 3 つの支援に「環境」、「振り返り」を加えた 5 つの観点から行くと整理しやすい。そのためには意思決定支援のプロセスを記録することも重要となる。

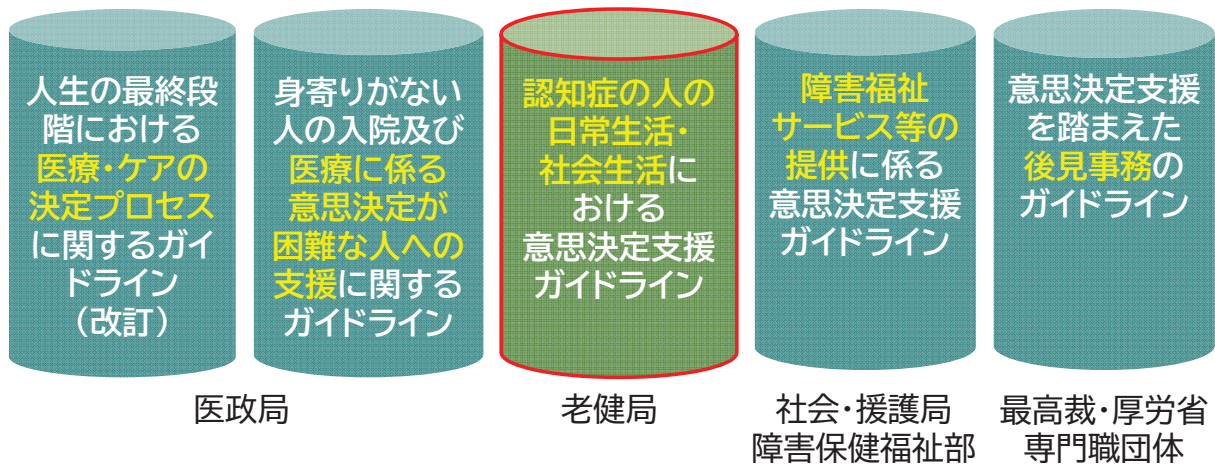
各意思決定支援ガイドライン

〔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】



Advance Care Planning(ACP)

〔地域実践 42〕

ACPとは

『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』

ACPの目標

- 患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化する。

ACPの原則(主体は患者さん本人)

- コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則である。
- 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である。
- かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である。

〔地域実践 41〕

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の他にも、医療や障害サービス等の分野での意思決定支援に関するガイドラインが公表されている。各ガイドラインは、対象となる場面を広くとり、支援の規範を示すものや、また、場面を限定しつつ具体的な方法論を示すものなど、内容は様々である。

認知症疾患ごとに特徴は異なり、多くは進行性の経過をたどるため、本人の状態や認知症のステージに応じた意思決定支援が重要となる。かかりつけ医は、本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かした医療・介護等が提供されるように、各ガイドラインが示す考え方や方法などを参照し、多職種や家族とも情報共有・連携しながら支援していくことが望まれる。

参考

かかりつけ医のための認知症マニュアル第2版 日本医師会

障害福祉サービス等の提供にかかる意思決定支援ガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihoken-fukushibu/0000159854.pdf>

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>

身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>

意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/000687818.pdf>

〔地域実践 42〕

アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning、以下 ACP)とは、『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』であり、患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目的としている。

ACP の主体は患者さん本人であり、コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則となる。認知症の特性に配慮した ACP の啓発や普及などが今後の課題であり、ACP の実践には、かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である。

成年後見制度利用促進基本計画

[地域実践 43]

平成28年5月 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行

平成28年9月 「成年後見制度利用促進会議」より、「成年後見制度利用促進委員会」に意見を求める(基本計画の案に盛り込むべき事項について)

平成29年1月 「委員会」意見取りまとめ

平成29年3月 「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

〈計画のポイント〉

(1) 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

- ▶ 財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代
- ▶ 本人の置かれた生活状況等を踏まえた診断内容について記載できる診断書の在り方の検討

(2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

- ▶ ①制度の広報、②制度利用の相談、③制度利用促進、④後見人支援等の機能を整備
- ▶ 本人を見守る「チーム」、地域の専門職団体の協力体制(「協議会」)、コーディネートを
行う「中核機関(センター)」の整備

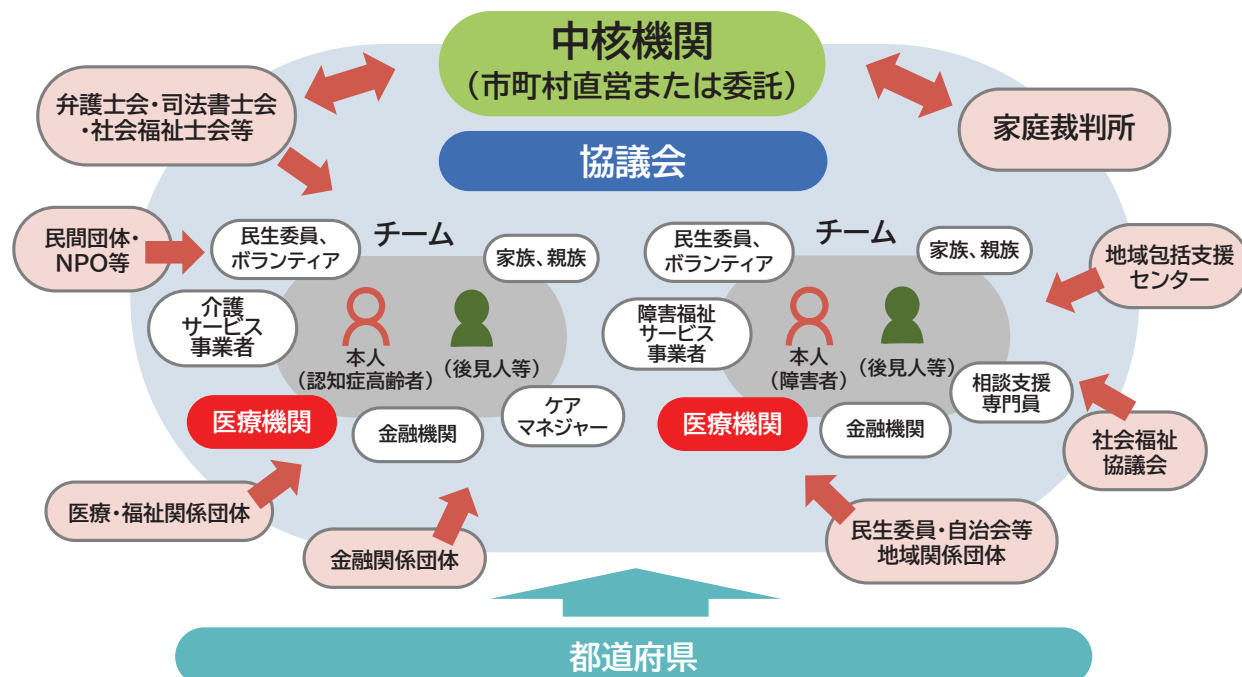
(3) 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和

- ## ▶ 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討

成年後見制度利用促進基本計画の中の医療機関

〔地域実践 44〕

全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築する。



〔地域実践 43〕

成年後見制度の利用の促進と全国どの地域に住んでいても成年後見制度を必要とする人が制度を利用できることを目的として、平成 28 年に成年後見制度利用促進法が施行され、平成 29 年に成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定された。この計画に基づいて市町村の中核機関(権利擁護センター等を含む)の整備や市町村計画の策定が推進されている。

本計画では、利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善、権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり、不正防止の徹底と利用しやすさとの調和、などが利用促進のポイントとしてまとめられている。また、制度の運用に関しては、意思決定支援のための指針の策定、診断書の見直し、適切な後見人選任のための検討、などの重要性が強調されている。成年被後見人等の利益や生活の質の向上のための財産利用・身上保護に資する支援ができるように研修会の実施や「任意後見」「補助」「保佐」制度の広報・相談体制の強化、市町村等による市民後見人・親族後見人への専門的バックアップ体制の強化も重要である。

〔地域実践 44〕

成年後見制度利用促進基本計画では、「全国どの地域においても必要な人が成年後見制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を図る」ことが掲げられている。このネットワークには、従来の保健・医療・福祉に加え、司法などが含まれ、これらの関係機関が連携することが重要となる。さらに、①権利擁護支援の必要な人の発見・支援、②早期段階からの相談・対応体制の整備、③意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築、といった3つの役割をネットワークが担うこととされている。そのためには、以下の仕組みが必要となり、各自治体で整備が進められているが、かかりつけ医もこのネットワークやチームの一員である。

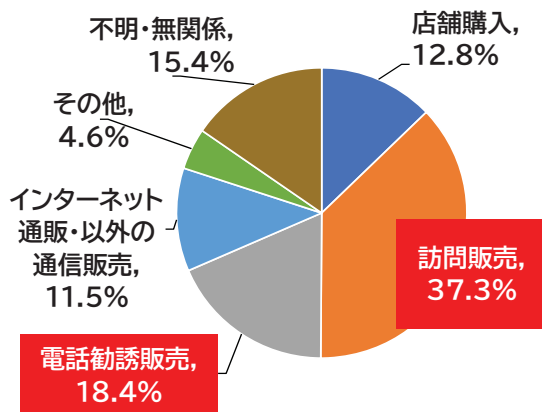
- ①チーム:本人に身近な親族、福祉・医療、地域等の関係者と後見人がチームになって、日常的に本人を見守り、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な対応を行う仕組み
- ②協議会:後見等開始前後を問わず、「チーム」に対して法律・福祉の専門職団体や関係機関が必要な支援を行えるよう、各地域において、専門職団体や関係機関が連携体制を強化し、各専門職団体や各関係機関が自発的に協力する体制づくりを進める合議体
- ③中核機関:権利擁護支援の地域連携ネットワークにおいて、主導する役割。また、協議会の事務局を担いながら、支援の全体を見渡し、必要に応じて専門職による専門的助言等の支援を確保する役割も担っている。

消費者被害の現状

〔地域実践 45〕

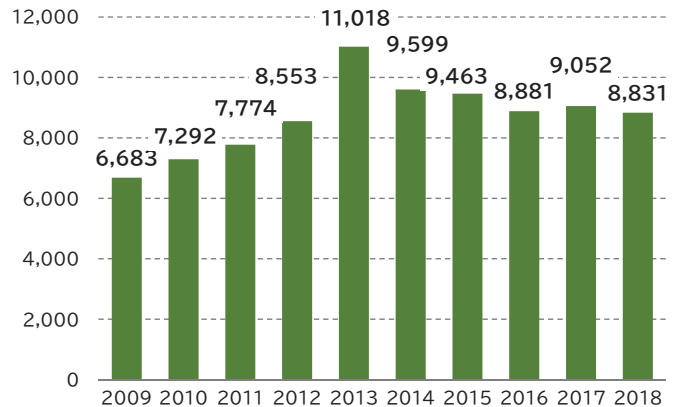
認知症等高齢者の販売購入形態別 消費生活相談割合

○訪問販売と電話勧誘販売が半数以上



認知症等高齢者に関する 消費生活相談件数

- 高齢者の相談は全体の35%
- 相談1件あたりの平均契約購入額150.9万
- 約8割で相談者と契約者が異なる



消費者庁「令和元年版消費者白書」

〔地域実践 45〕

認知症の人を含む高齢者の消費生活相談は近年増加し、消費者トラブルへの遭遇の頻度は増し、その被害額も多額となっている。このため、高齢者や認知症等の判断力の低下した消費者を地域で見守る体制（消費者安全確保地域協議会など）が構築され、政府や自治体などの広報等を通じて消費者被害に関する注意喚起を行うことが重要である。

認知症等高齢者の消費者被害の現状を提示した。認知症高齢者の消費生活にかかる相談について、形態別では、「訪問販売」と「電話勧誘販売」が上位 2 位で、合わせて過半数となっている。また、相談件数をみると、1 年間で 9,000 件前後で推移しており、相談 1 件あたりの平均契約額は約 150 万円となっている。

認知症の人の消費者被害は、件数、額とも大きく、社会問題となっており、成年後見制度や日常生活自立支援事業などを活用した事前・事後の支援の必要性が高まっている。高齢者に日頃から接することが多いかかりつけ医もこれらの現状を把握し、地域の高齢者見守りネットワークの一員として、高齢者の消費者被害を防ぐことへ協力することが望まれる。

日常生活自立支援事業と成年後見制度

〔地域実践 46〕

- 日常生活自立支援事業は、判断能力などは不十分でも契約行為が行え、身近に親族などの支援者がなく金銭管理等できないで困っている人を支える仕組み
- 成年後見制度は、さらに認知症が進行し、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を行う仕組み

日常生活自立支援事業		成年後見制度
厚生労働省	所轄庁	法務省
社会福祉法	法律	法定後見制度：民法 任意後見制度：任意後見契約に関する法律
認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方であり、なおかつ、本事業の契約内容について、判断し得る能力を有していると認められる方（判断能力が全くない方は対象外）	対象者	認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方（補助・保佐）及び判断能力が全くない方（後見）
市区町村社会福祉協議会の職員（専門員、生活支援員）	援助者	法定後見制度：補助人・保佐人・後見人 任意後見制度：任意後見人
社会福祉協議会への相談（本人、家族、関係機関から）	手続きの開始	本人、配偶者、4親等内の親族、市区町村長、検察官、任意後見人等が家庭裁判所へ申立て
「契約締結判定ガイドライン」により確認 困難な場合、契約締結審査会で審査（都道府県社協に設置）	意思能力の確認・ 審査や鑑定・診断	医師の診断書を家庭裁判所に提出 （必要に応じて、鑑定を行うことがある）
本人負担 生活保護世帯は公費負担あり	利用中の費用	本人が負担 金額については家庭裁判所が決定
運営適正化委員会（都道府県社協に設置）	監督機関	法定後見制度：家庭裁判所、成年後見監督人 任意後見制度：家庭裁判所、任意後見監督人

福祉サービスの利用、日常生活費（預金の入出金・通帳の預かり等）の管理、日常生活の購入代金の支払い、各種届出などの手続きを支援する。
社会福祉協議会と支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

親族等（推定相続人）への照会、作業等の手続きがあり、2か月以上を要するほか、後見人等は家裁の職権によって選任され、後見業務は本人の死亡等まで継続し、選任された人物に対し不服申立てはできない。後見が開始されると、印鑑登録できなくなる。

〔地域実践 46〕

地域に暮らす人が、障害の有無や年齢にかかわらず、尊厳をもってその人らしく安心して生活が送れるように、利用者本位の自己決定や自立支援をする仕組みとして、日常生活自立支援事業と成年後見制度がある。具体的には、支援の内容・場面や判断能力の程度に応じて、認知症の人の金銭・財産管理をはじめとする契約等を支援する制度である。日常生活自立支援事業は、判断能力などは不十分でも契約行為が行え、身近に親族などの支援者がなく、金銭管理等できないで困っている人を支えるための仕組みである。一方の成年後見制度は、さらに認知症が進行し、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を行う制度である。それぞれの相違点について、所轄庁、法律、対象者、援助者、手続きの開始、意思能力の確認・審査や鑑定・診断、利用中の費用、監督機関ごとにスライドの表にまとめた。

支援内容を大きく「身の回りに関すること」と「財産に関すること」に分け、両者が可能なこと(対象になること)を下表に整理した。

日常生活自立支援事業	支援内容	成年後見制度
身の回りに関すること		
△	福祉サービスの利用援助	○
△	病院入院契約	○
△	施設の入退所契約	○
×	医療行為の同意	×
×	身元保証人	×
×	婚姻・離婚・養子縁組	×
財産に関すること		
○	日常生活の金銭管理	○
○	年金の受領に必要な手続き	○
○	通帳や銀行印の保管	○
×	不動産の処分や管理	○
×	遺産分割	○
△	消費者被害の取消	○

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）※

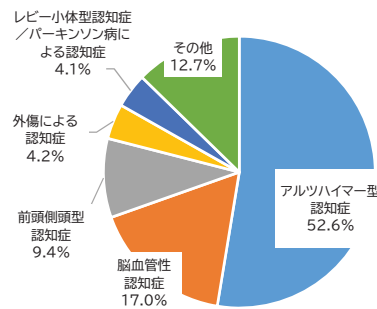
○18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、**50.9人**（前回調査(H21.3)47.6人）

※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〕年齢階層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%)」、「サービスについて知らない(19.4%)」、「利用したいサービスがない(13.0%)」、「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票調査を実施(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票調査を実施(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)」

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・社会経済的状态**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。

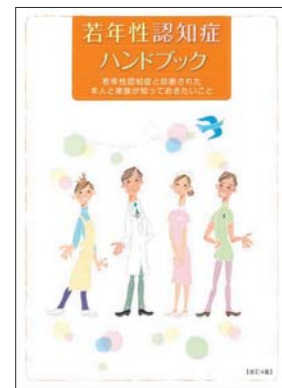
【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 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、社会経済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や、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た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。

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 本人や家族との悩みの共有
- 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

- 若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援
- ① 若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
 - ② 若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
 - ③ 産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知
 - ④ 企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の推進
 - ⑤ 若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知 等



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。

〔地域実践 49〕

認知症施策推進大綱において 5 つの柱のひとつとして、「若年性認知症の人への支援」が位置付けられ、都道府県・指定都市を主体として、①相談、②支援ネットワーク、③普及・啓発を柱とする「若年性認知症施策総合推進事業」が展開されている。

これらを一体的に進めるため、各都道府県ごとに「若年性認知症支援コーディネーター」が配置され始めている。若年性認知症支援コーディネーターは全国の認知症疾患医療センターなどの医療機関の医療相談室や本人家族の会などに配置されており、都道府県ごとに事業所名称が異なるため、あらかじめ把握しておく必要がある。

(https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/jyakunen_coordinator20210215.pdf)

(<https://y-ninchisyotel.net/contact/>)

(<https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/information20210129.pdf>)

認知症高齢者とは異なる若年性認知症の特性に配慮する観点から、「就労」や「社会参加」に着目した支援が展開されている。若年性認知症自立支援ネットワークには、医療や介護(地域包括支援センター、認知症地域支援推進員など)のみならず、就労相談機関(障害者職業センターや障害者就業・生活支援センター、ハローワーク等)や、基幹相談支援センターや特定相談支援事業所(福祉的就労としての障害者総合支援法の活用)、認知症カフェや本人・家族の会など社会参加にかかわる拠点や機関も含まれる。

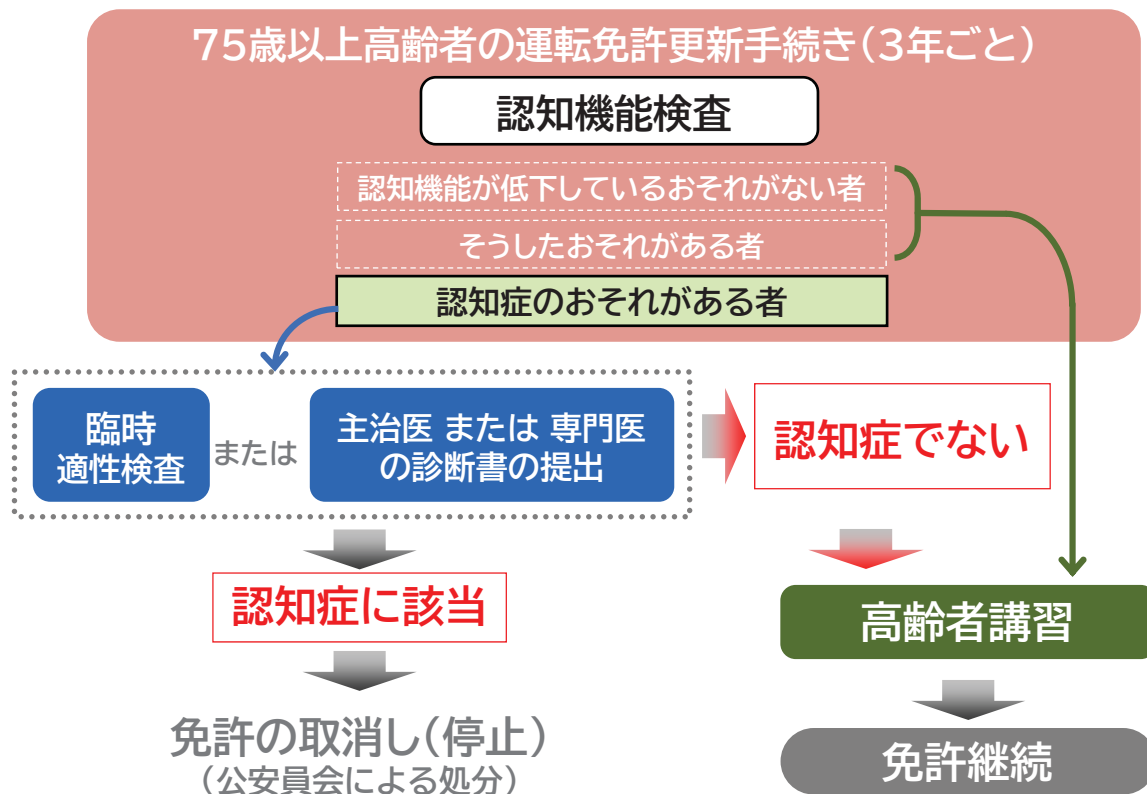
〔地域実践 50〕

平成 29 年 3 月 12 日に改正道路交通法が施行され、75 歳以上の高齢者が運転免許を更新する際には、認知機能検査の受検が義務付けられた。この認知機能検査で「認知症のおそれあり」と判断された場合には、基準行為の有無を問わず、臨時適性検査または医師の診断書が必要となった。また、更新時に限らず、一定の違反行為があった場合に、臨時認知機能検査を受検し、その結果によって、臨時適性検査または医師の診断書や臨時高齢者講習が必要となった。

今後、臨時適性検査受検や診断書作成を要するケースが増加することも予想され、高齢者の運転免許更新・継続の場面において、かかりつけ医や認知症サポート医の役割が重要となってくる。一方で改正後の課題として、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等が挙げられている。かかりつけ医にはゲートキーパーとしての役割や適切な説明や指導なども求められている。

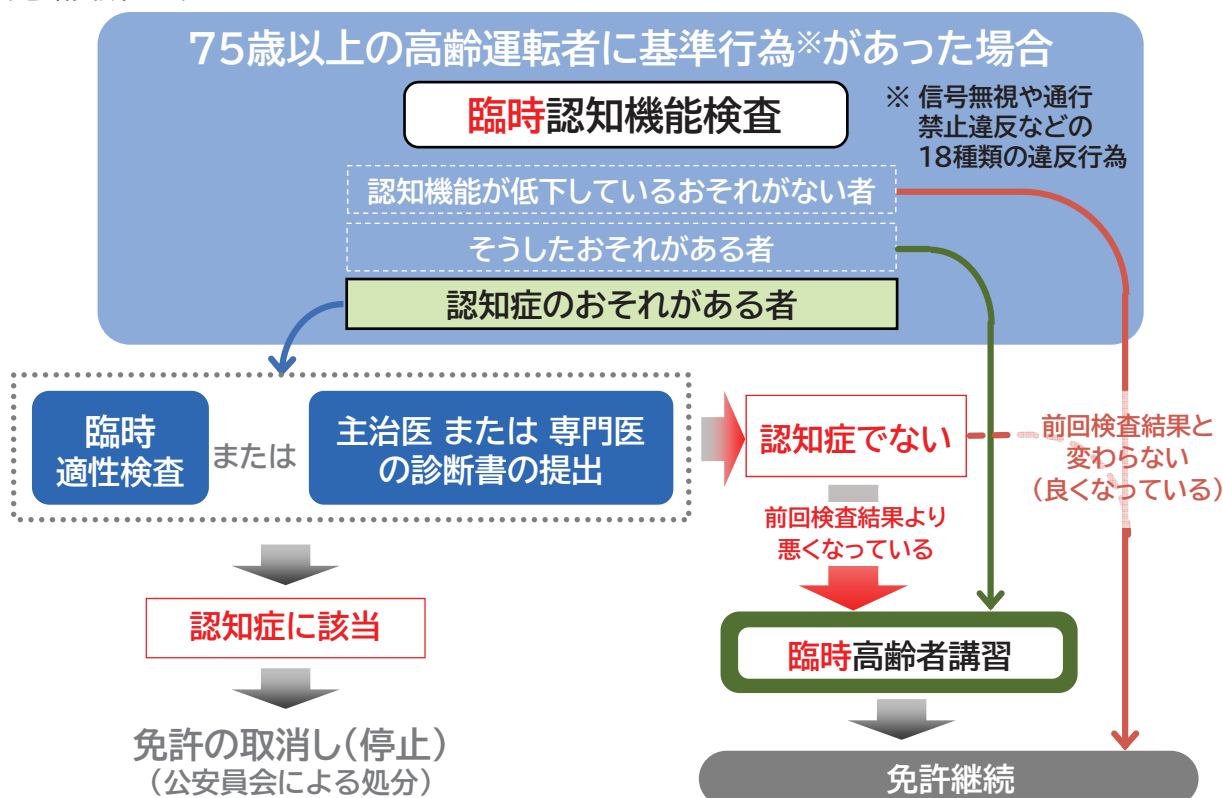
75歳以上高齢者の運転免許更新手続き

〔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〕



〔地域実践 51〕

[75 歳以上高齢者の運転免許更新手続き:3 年ごとの更新の場面]

- ①運転免許更新手続きの際に認知機能検査を受検
- ②認知機能検査の結果「認知症のおそれがある場合」(左の流れ)は、臨時適性検査の受検または医師の診断書の提出
 - ⇒「認知症と診断された場合」は、免許の停止または取り消しとなる(公安委員会による処分)
 - ⇒「認知症でないと診断された場合」は、高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる
- ③「認知機能低下のおそれがある場合」および「そのおそれがない場合」(右の流れ)は、高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる

〔地域実践 52〕

[75 歳以上の高齢運転者に一定の違反行為(基準行為)があった場合]

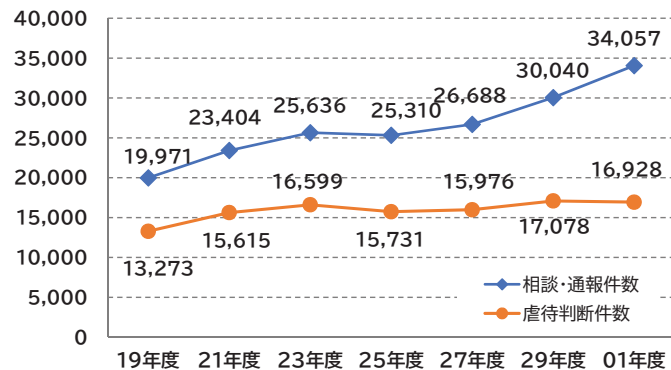
- ①運転免許更新時に限らず、信号無視や指定場所一時不停止などの違反行為があった場合に、臨時認知機能検査を受検
- ②「認知症のおそれがある場合」(左の流れ)は、臨時適正検査の受検または医師(主治医または専門医)の診断書の提出
 - ⇒「認知症と診断された場合」は、免許の停止または取り消しとなる(公安委員会による処分)
 - ⇒「認知症でないと診断された場合」は、
 - 検査結果が前回より悪くなっているときは、臨時高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる。
 - 検査結果が変わらない・良くなっているときは、(講習なく)免許更新(継続)となる。
- ③「認知機能低下のおそれがある場合」(右内側の流れ)は、
 - ⇒ 検査結果が前回より悪くなっているときは、臨時高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる。
 - ⇒ 検査結果が変わらない・良くなっているときは、(講習なく)免許更新(継続)となる、
- ④「認知機能低下のおそれがない場合」(右外側の流れ)、(講習なく)免許更新(継続)となる。

養護者による高齢者虐待の現状

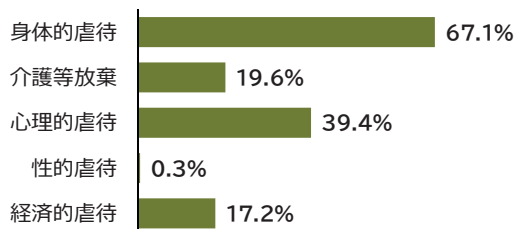
〔地域実践 53〕

- 養護者による高齢者虐待は年々増加している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」を受ける割合が高い
- 介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度(深刻度)4・5の割合が高い

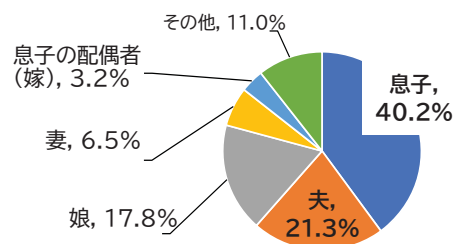
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類の割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



出典:厚生労働省「令和元年度「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」

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

〔地域実践 53〕

平成 18 年 4 月に高齢者虐待防止法（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）が施行され、市区町村や地域包括支援センターが相談・通報を受理する体制が整備されている。厚生労働省は毎年全国調査を行い、その結果を公表している。

高齢者虐待は依然として深刻な状況にあり、養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数ともに年々増加している。（スライドの右上グラフ）。さらに、虐待の種類では、「身体的虐待」、「心理的虐待」、「介護等放棄」などの割合が高い。被虐待高齢者からみた虐待者の続柄では、「息子」、「夫」、「娘」の順であった。（スライド下段）。

スライド未提示だが、他にも被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」を受ける割合が高い、介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度（深刻度）4・5の割合が高い、などが高齢者虐待の現状である。

出典

厚生労働省「令和元年度「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」

〔地域実践 54〕

高齢者虐待防止法では、高齢者の虐待防止と早期発見・早期対応を主眼に、家庭内のみならず、施設や事業所の従事者等による虐待も対象としている。「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）」と規定されている。

かかりつけ医のもとで高齢者が受診したことをきっかけに「虐待の可能性」に気づくこともある。また、身体的虐待が疑われる場合に、生命・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。さらに虐待者の中には、行政や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という事例も一部報告されている。

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、など保健医療福祉関係者としてかかりつけ医の果たす役割は極めて重要である。高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者の権利擁護はもとより、介護を担ってきた養護者を支援することも重要である。

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等は、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

〔地域実践 55〕

かかりつけ医が、精神症状の入院治療のために精神科医療機関と連携する際には精神保健福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、以下法とする)により定められている医療保護入院制度についての理解が欠かせない。認知症に伴う行動・心理症状や併存した精神疾患の治療(医療の提供や保護)のために精神科病床への入院が必要な際には、法を順守した対応と手続きが求められる。認知機能障害や精神症状の影響で入院治療が必要となる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が医療保護入院である。

医療保護入院となる条件はスライドの①から④であり、1 つでも満たさない場合は入院は成立しない。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。よってかかりつけ医と精神科医との適切な情報共有が重要となる。

〔地域実践 56〕

動画⑥「かかりつけ医の役割と連携」

～認知症の本人と家族への関わり方～

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。

〔地域実践 57〕

最後に認知症の人や家族への切れ目のない支援を地域で実践するために本研修受講後のかかりつけ医に求められる姿勢と役割まとめた。かかりつけ医には、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。さらに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も求められている。

また、地域の多職種連携のリーダーとしての役割も期待されている。本来のかかりつけ機能の継続に加えて、かかりつけ医が地域で認知症診療を実践する具体的な取り組みとして、それぞれの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も、かかりつけ医が認知症の人や家族への切れ目のない支援を継続するために望まれている姿勢と役割である。

かかりつけ医 認知症対応力向上研修テキスト

〈令和2年度改訂版〉

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

令和3年3月

禁無断転載

（発行）地域活性化協同組合フロンティア
