

かかりつけ医

認知症対応力向上研修 研修テキスト

2024年3月

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

かかりつけ医等の
認知症対応力向上
研修カリキュラム
に関する調査研究

委員会 編

かかりつけ医

認知症対応力向上研修 研修テキスト

目次

テキスト

1	かかりつけ医の役割 編	4
2	基本知識 編	30
3	診療における実践 編	76
4	地域・生活における実践 編	118

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

かかりつけ医認知症対応力向上研修

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

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会 編



医師に「認知症です。」
と言われて、頭が真っ白になりました。
自分はこれからどうなってしまうのか、心配で心配で、
眠れない夜が続きました。
誰にも相談できずに、一人でうつうつ悩んでました。
人に会いたくない、家から出たくなくて、家にこもってました。
自分でもまずいなとわかってるけど、
家族に言われるとムカっときて、毎日、口喧嘩ばかり。
こんなじゃダメになるって、ある日思いきって役所に相談に
いってみたら、担当の人が本当に親身に話をきいてくれた。
視界がぱあっと開けた。
もっと早く相談にいけばよかったな。
あんなに苦しい思いをせずに済んだのに。

『本人にとってのよりよい暮らしガイド』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成



認知症対応力向上研修の目的

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

〔当事者の言葉①〕

これは、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」にて作成された『本人にとってのよりよい暮らしガイド』の一節です。

全文は日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)のウェブサイトの中で読むことができます。

〔研修の目的〕

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、となっています。

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ました。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ます。どういうケアを受けたいかについて、認知症の本人から教えてもらうという態度を持ちましょう。

かかりつけ医の役割 編

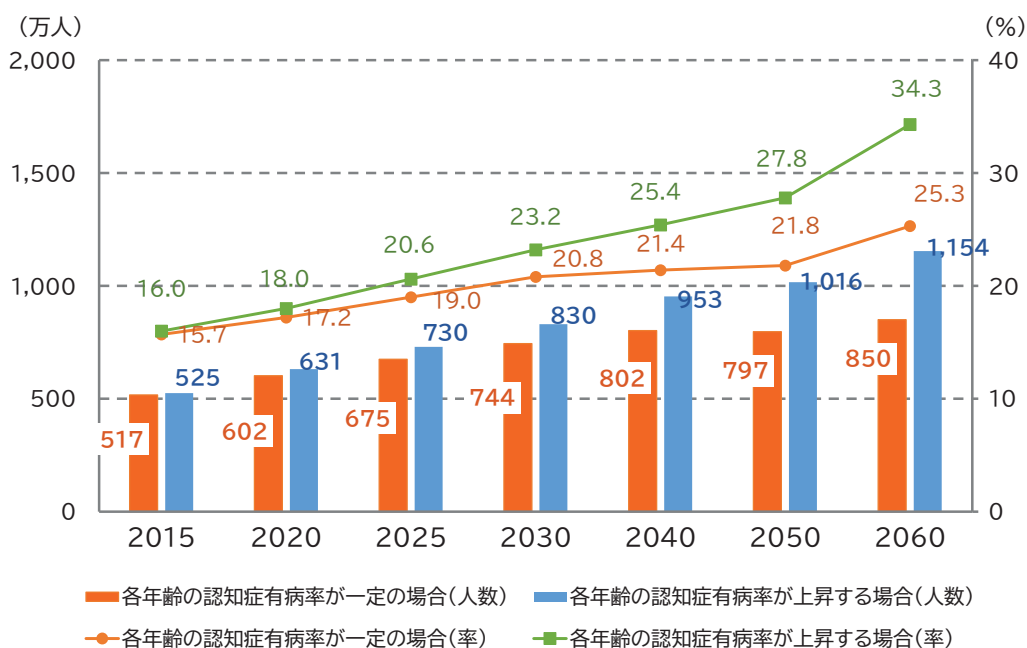
ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ医ができることを理解する

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

認知症高齢者数の推移

〔役割1〕



平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「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」

〔役割1〕

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ます。

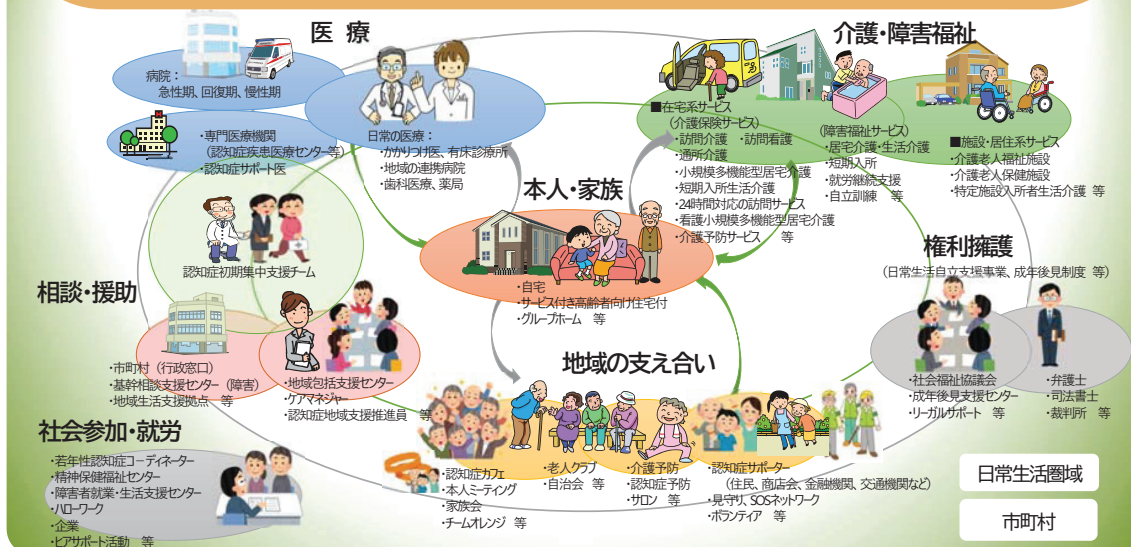
さらに、糖尿病等によって認知症有病率が上昇する場合、つまり 2060 年までに認知症の有病率が 20%増加すると仮定した場合の推計もされており、それぞれ 730 万人(同 20.6%)、953 万人(同 25.4%)、1,154 万人(同 34.3%)に増加すると計算されています。

このように認知症の高齢者数が高齢者に占める割合も時代とともに増加するとされることから、認知症の病態解明のための基礎及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ます。

認知症施策の推進について

〔役割2〕

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人（65歳以上高齢者の約5人に1人）となる見込み
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要
- 2025年に向け、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す



認知症施策推進大綱の概要

〔役割3〕

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

基本的考え方

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

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ▶▶早期発見・早期対応、医療体制の整備
- ▶▶医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点を重視

〔役割2〕

高齢化の進展と認知症の人の増加が見込まれる現在、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ます。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ます。

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、認知症の本人・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ます。

〔役割3〕

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が基本的な考えとして掲げられています。同大綱は、5つの柱で構成されていて、これらの施策はすべ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ます。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ます。

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、認知症の本人・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ます。

認知症とともに生きる希望宣言

〔役割4〕

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) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

〔役割5〕

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

➡ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的権利を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定(認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。)

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定(認知症の人及び家族等の意見を聴く。)(努力義務)

令和5年法律第65号
令和5年6月14日成立、
同月16日公布
令和6年1月1日施行

〔役割4〕

「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、日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)が、平成30年11月に表明したものです。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ほしいという願いが込められています。

この中には、「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いて、「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す。

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

〔役割5〕

令和5年6月14日に「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が議員立法で成立し令和6年1月1日に施行されました。これは、法律としては理念法であり、冒頭の『共生社会の実現を推進するための』を含めた全体が法律としての正式名称です。特に前半の共生社会の実現を推進という部分は、この法律の目的を示しており、重要です。

基本理念は7つの項目からなっており、①において基本的人権に触れ、「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。」とあるように、等しく国民のひとりとして、ともに生活する社会であることが明示されています。このことを十分に理解し、我々も診療を進めていく必要があります。

3に国と地方自治体の責務、4に計画について記載がありますが、令和6年に国が計画を策定し、それにともなって、各地方自治体が、努力義務ではありますが、計画を策定し、それに従って認知症施策が進められていくことになります。

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ②

〔役割6〕

5. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策
 - ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
・ 若年性認知症の人(65歳未満で認知症となった者)その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【相談体制の整備及び孤立への対策】
・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【研究等の推進等】
・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等
 - ⑧【認知症の予防等】
・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。
※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：令和6年1月1日施行、施行後5年を目途とした検討

認知症対応力向上研修

〔役割7〕

	かかりつけ医	病院勤務の医療従事者	歯科医師	薬剤師	看護職員	病院勤務以外の看護師等
開始年度	平成18年度	平成25年度	平成28年度	平成28年度	平成28年度	令和3年度
教材の改訂※	令和2年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度	令和4年度	—
受講対象	医師 (かかりつけ医)	病院勤務の医療従事者	歯科医師	薬剤師	指導的役割の看護職員	病院勤務以外の看護師等
標準的カリキュラム※	210分 ①かかりつけ医の役割(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)	90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	210分 ①かかりつけ歯科医の役割(30) ②基本知識(60) ③歯科診療における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	210分 ①かかりつけ薬剤師の役割(30) ②基本知識(60) ③薬局業務における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	1,020分 ①認知症に関する知識(講180) ②認知症看護の実践対応力(講330/演120) ③体制構築・人材育成(講90/演300)	100分 ①知識(20) ②実践(70) ③社会資源(10)
演習		▲(任意)			●	

※ 直近で実施された個別の教材改訂、標準的カリキュラムの内容は令和6年度現在

〔役割6〕

基本的施策の一覧です。まず①に、国民の理解を、②に認知症の人が自立した生活をおくるためのバリアフリー化について、③に社会参加の機会の確保、④に意思決定支援および権利利益の保護と、認知症の人の基本的人権に関する施策が上位に並んでいることは特徴的です。⑤は保険医療サービスおよび福祉サービスの提供体制整備、⑥は相談体制の整備と孤立への対策とあり、認知症の人や家族等が社会から孤立することがないように、と記載されていることも重要です。⑦が研究、⑧は予防に関する施策になります。

これらの施策の推進のための計画策定に向けて、令和6年1月26日に認知症施策推進本部が設置されました。当事者および有識者等からなる関係者会議を設置し、意見を聞き、基本計画が策定されます。

〔役割7〕

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」があります。

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て、実施主体は都道府県・指定都市です。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ます。

かかりつけ医の定義と機能

〔役割8〕

かかりつけ医の定義

「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言

『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』

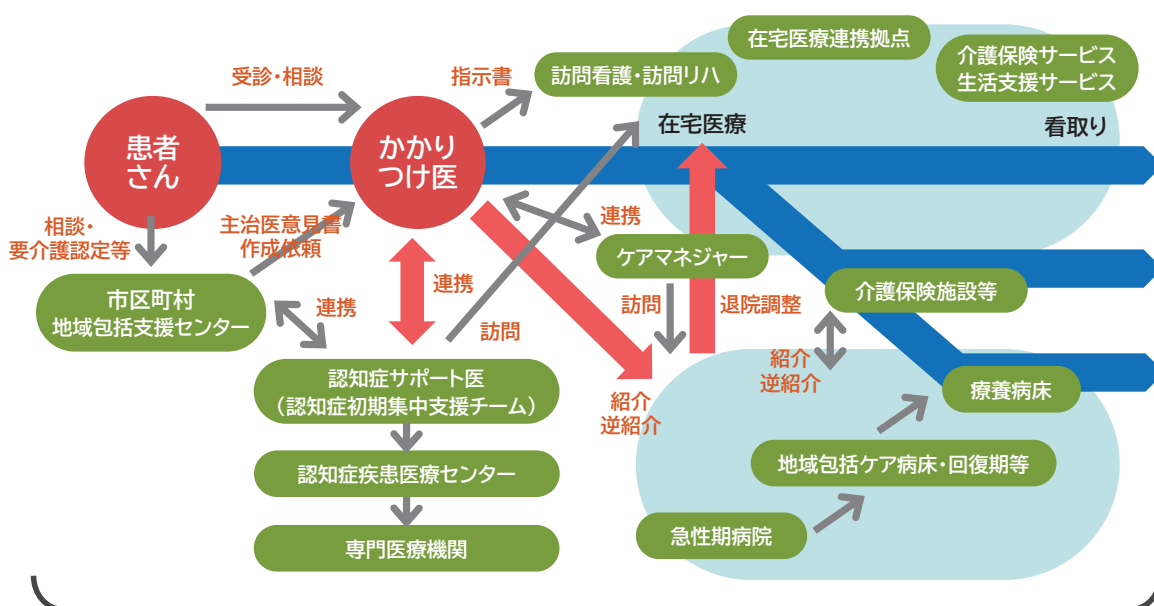
かかりつけ医機能

日医かかりつけ医機能研修制度資料

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

かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり

〔役割9〕



行政・医師会による地域の実情に応じた体制整備（地域包括ケアシステム）

第5回全国在宅医療会議WG(平成29年12月8日), 日本医師会提出資料より作成

〔役割8〕

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ます。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ます。

このかかりつけ医の定義は、平成 25 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す。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ます。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ます。

〔役割9〕

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でも重要な位置付けである疾患です。認知症はかかりつけ医が診るコモンディジーズとなった以上、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上で、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や介護事業所等と連携しながら、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ます。

かかりつけ医には、日常診療における認知症への気づきと継続的な診療や多職種との連携を継続し、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ます。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）の整備が必要とされます。

認知症対応におけるかかりつけ医の役割

〔役割10〕

- 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, p82, 2020, 社会保険研究所, 東京

〔役割10〕

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ます。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、等を挙げています。

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ます。

早期発見・早期対応の意義

〔役割11〕

- 認知機能障害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が軽減できる

〔役割11〕

認知症の原因には、割合は必ずしも多くない(全認知症の5～10%)ものの、可逆性の疾患も多種類存在します。もともと、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・早期治療が重要でとなります。

アルツハイマー型認知症であれば、治療薬としてコリンエステラーゼ阻害薬や抗体薬での症状進行抑制が期待され、治療開始が早いほど効果も出やすいといわれています。行動・心理症状(BPSD)に対しても、限定されるものの一定の効果が示されています。

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ます。病気に関する知識と理解は、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能とし、不安も軽減、ひいては現在の生活の継続にもつながることが期待されます。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ります。支援制度としては、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ることから、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ります。

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めに入手可能となります。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ます。

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といえます。

【文献】

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.

本人の視点を重視したアプローチ

〔役割12〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “わからない人”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必要に応じて家族も交える
- 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13〕

一足先に認知症になった私たちからあなたへ

診断直後に本人が手にし、次の一步を踏み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

〔役割12〕

認知症の人の支援は、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ありません。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、“わからない人”とせず、自己決定を尊重することが大前提です。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す。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めます。

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、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ます。

〔役割13〕

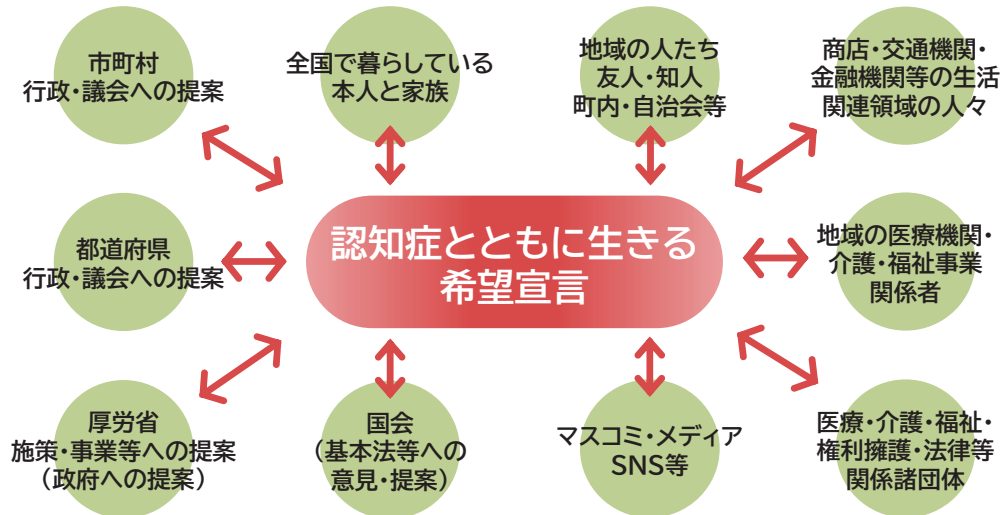
認知症になった体験をもとに、診断を受けた後に絶望せずに、自分なりによりよい日々を暮らしていくためのヒントをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド」が平成 29 年に作成されました。

「本人ガイド」は、「認知症になったら、何もわからなくなる、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、「わかること・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書かれています。

「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



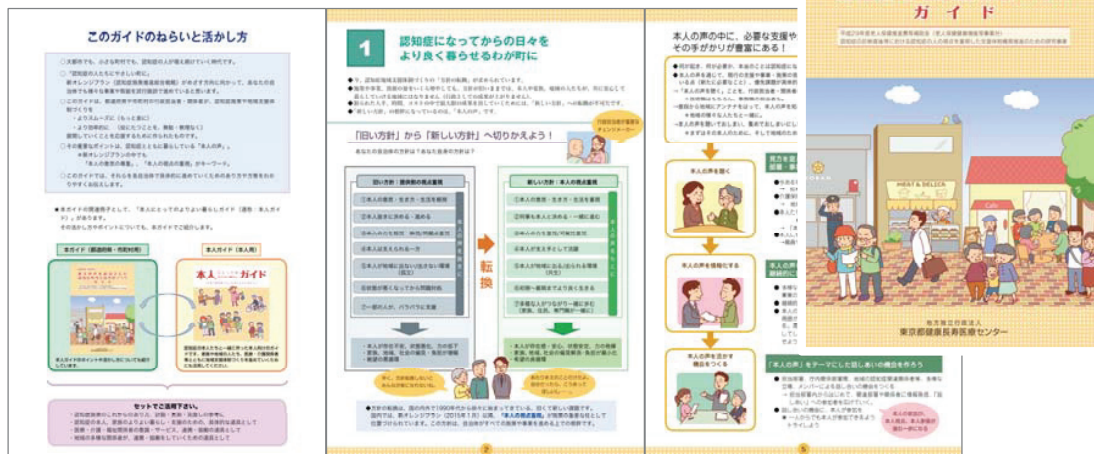
日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)を参照して作成

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

〔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ます。「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す。

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、認知症の本人に直接的・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ります。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ます。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のです。

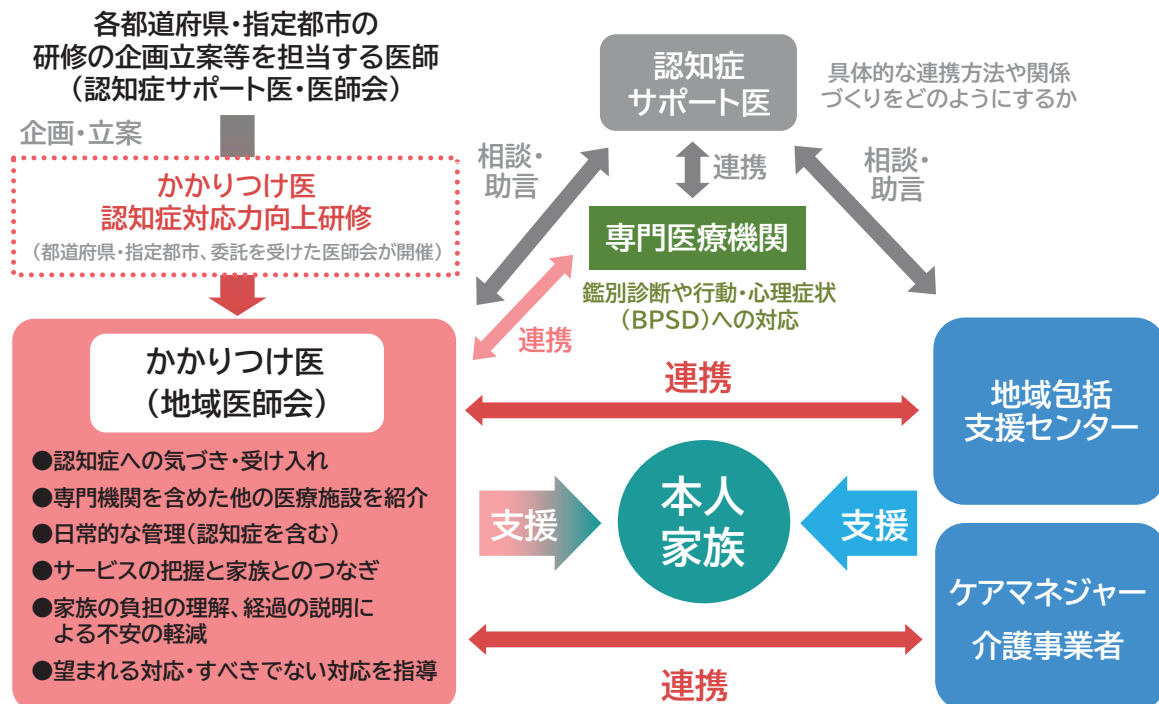
〔役割15〕

「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 月に発行されました。

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、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ます。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ます。

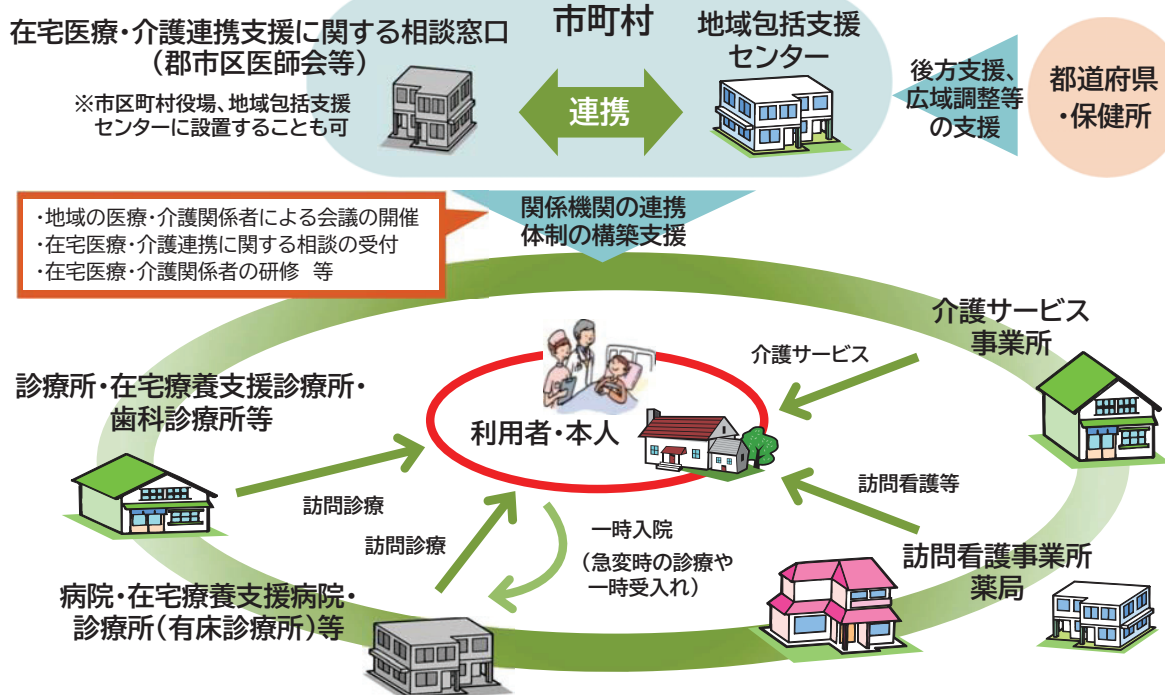
かかりつけ医が参画した 早期からの認知症高齢者支援体制

〔役割16〕



地域包括ケアシステムにおける 在宅医療・介護連携の推進

〔役割17〕



厚生労働省、在宅医療・介護連携推進事業の手引き(Ver.3)
より作成(一部改変)

〔役割16〕

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ります。

認知症の人の早期発見・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ます。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づくりも不可欠です。

【文献】

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

〔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・分析した上で、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ます。

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す。

認知症診断後の介入とサポートのあり方

〔役割18〕

～ 診断後の本人や家族の不安 ～

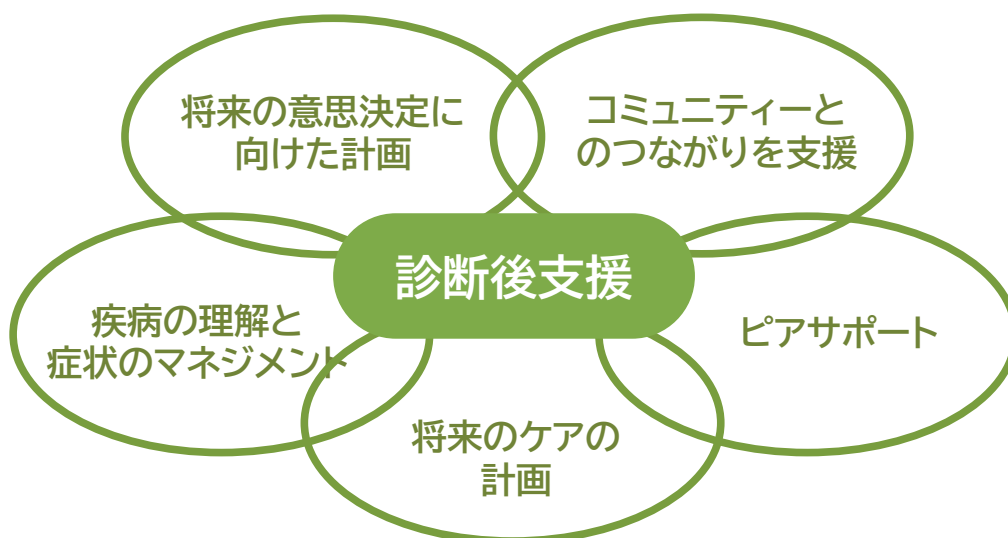
『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』
『これからの変化や症状についての説明がなかった』
『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』
『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 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19〕

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



Alzheimer Scotland <https://www.alzscot.org/>

〔役割18〕

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ました。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ます。併せて、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ます。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もあります。認知症と診断された後の本人や家族の不安へ十分に配慮した診断後支援が求められているのです。

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を行うことが求められています。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す。

〔役割19〕

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です。さらに専門職からの医療・介護面でのサポートや認知症の本人からの体験談を交えた心理面でのサポートなども重要となります。

Alzheimer Scotland 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、コミュニティーとのつながりの支援、ピアサポート、を挙げています。

日本においても、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ーへの参加、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いて、これらへはかかりつけ医の関与も欠かせないものとなっています。

認知症啓発の説明のポイント

〔役割20〕

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

認知症の予防の考え方

〔役割21〕

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20〕

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ります。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を続けることができるようになります。

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ます。

〔役割21〕

一般的に認知症の予防には、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の連携、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の連携、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くなっています。

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22〕

- ◎ 認知症に対する理解が浸透していない
➡ 地域や医療現場での啓発や気づき
- ◎ 早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある
➡ 医師の専門性を活かした医療連携
- ◎ 増加する患者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、看護師、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22〕

認知症に関連した様々な施策が推進されている一方で、未だに解消すべき様々な問題と課題が残されています。具体的には、認知症に対する理解が浸透していない、早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある、増加する患者さんに対し専門医療機関が少ない、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ます。

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、医師の専門性を活かした医療連携、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、看護師、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ます。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ます。

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、早期には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

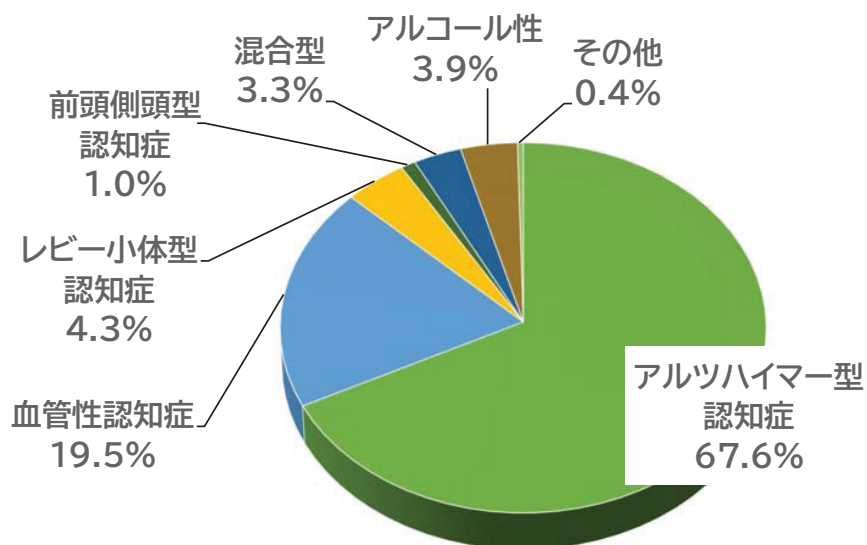
〔基本知識1〕

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ます。臨床診断に際しては、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います。これまで認知症の診断基準は何度も改訂が行われてきましたが、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ます。

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されています。

認知症の原因疾患

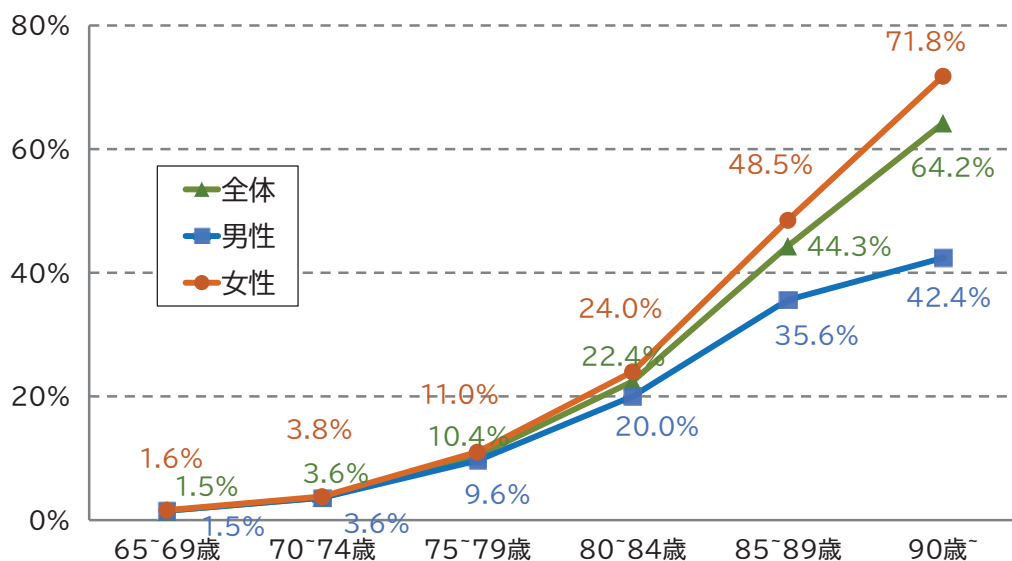
〔基本知識2〕



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)

年齢階級別の認知症の有病率

〔基本知識3〕



※平成24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。平成30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。

〔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ます。調査の時期や地域、対象、診断基準などにより頻度は異なりますが、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します。

アルツハイマー型認知症は 67.6%を占め、最も頻度が高く、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%です。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、関わるすべての人々による注意深い観察と評価が重要です。さらに高齢の場合に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す。

〔基本知識3〕

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します。男女別では、女性の方が有病率は全体的に高くなっています。認知症の人の 8 割弱は 80 歳以上であり、80 歳以上の患者の約 8 割を女性が占めています。認知症患者の約 64%が 80 歳以上の女性でとなっています。

認知症の診断

〔基本知識4〕

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

- 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 認知機能障害は、利用可能な根拠に基づき、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

認知機能の障害

〔基本知識5〕

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

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

〔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します。認知症イコールアルツハイマー型認知症ではありません。

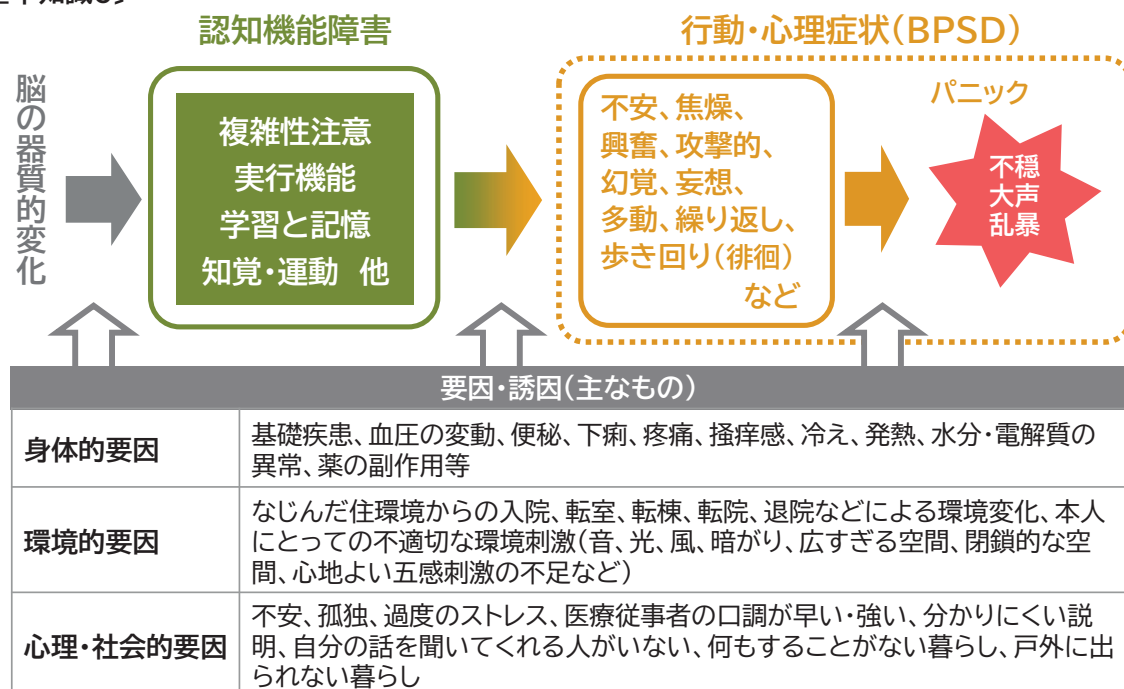
認知症の定義として、正常加齢によるものではなくかつ後天的な変化によって日常生活や社会生活に支障をきたすような状態とされています。記憶力が必ずしも低下していなければならないわけではなく、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知(各領域の説明は次のスライドにて説明)の認知領域のうちの 2 つ以上が障害されている場合でも認知症の診断となります。

〔基本知識5〕

(解説なし)

認知症の症状と要因・誘因

〔基本知識6〕

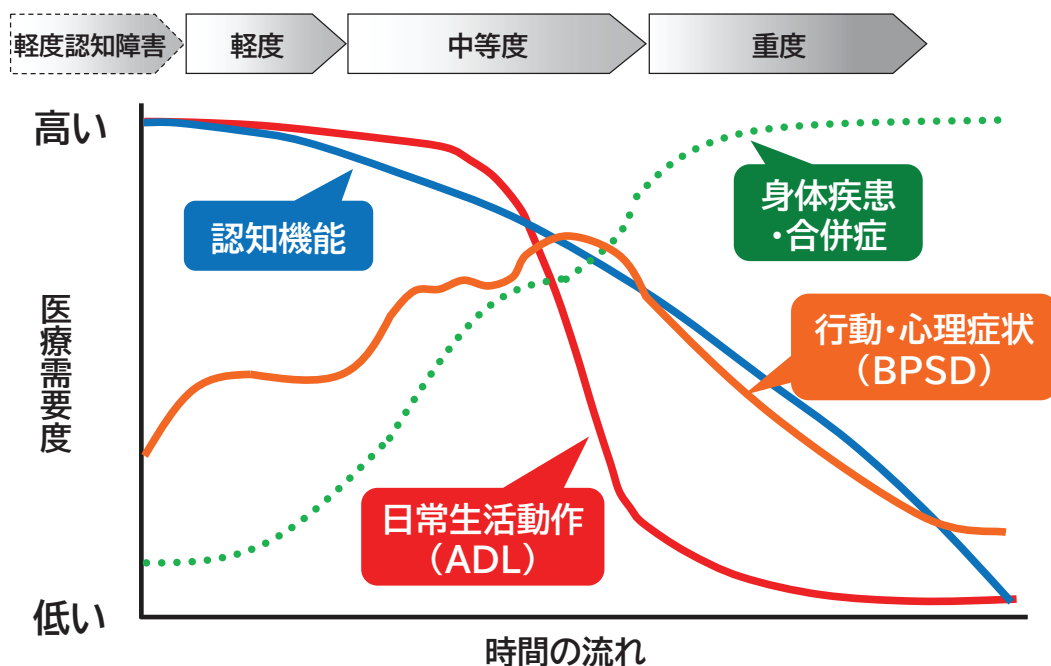


永田久美子, 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」, 正木治恵 監修, 改訂版老年看護学, p196, 2011, 日本放送出版協会, 東京
より一部改変

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します。

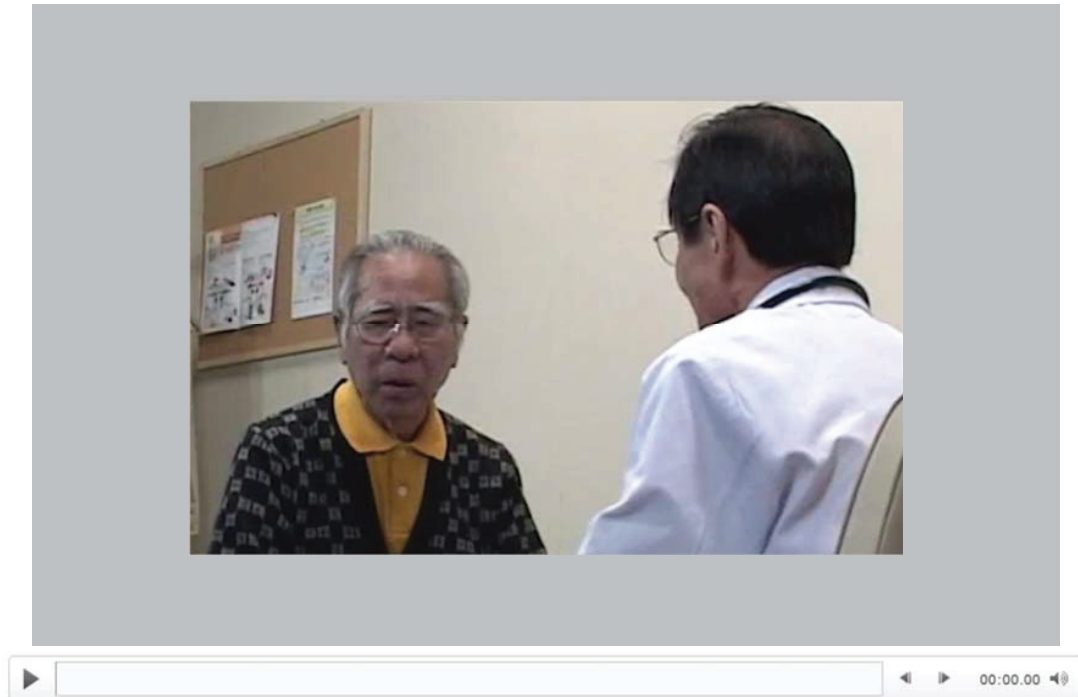
認知症では、脳の器質的变化により、「複雑性注意」「実行機能」「記憶」「知覚・運動」などの認知機能障害が生じます。さらに、この認知機能障害によって二次的に生じる、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返し、歩き回り(徘徊)などの症状を、BPSD(行動・心理症状)とよびます。BPSDの発症や悪化には、スライドに示すような身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因などが要因や誘因になることが知られています。BPSDの予防や治療の際には、これらの要因や誘因などへの理解と適切な対応が求められます。

〔基本知識7〕

認知症の経過は、原因疾患や類型によって一様ではなく、個人差も大きいですが、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ます。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ります。

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ます。

動画 ① 認知症初期の発見のポイント



アルツハイマー型認知症の診断

- 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

〔基本知識8〕

動画①「認知症初期の発見とポイント」

〔基本知識9〕

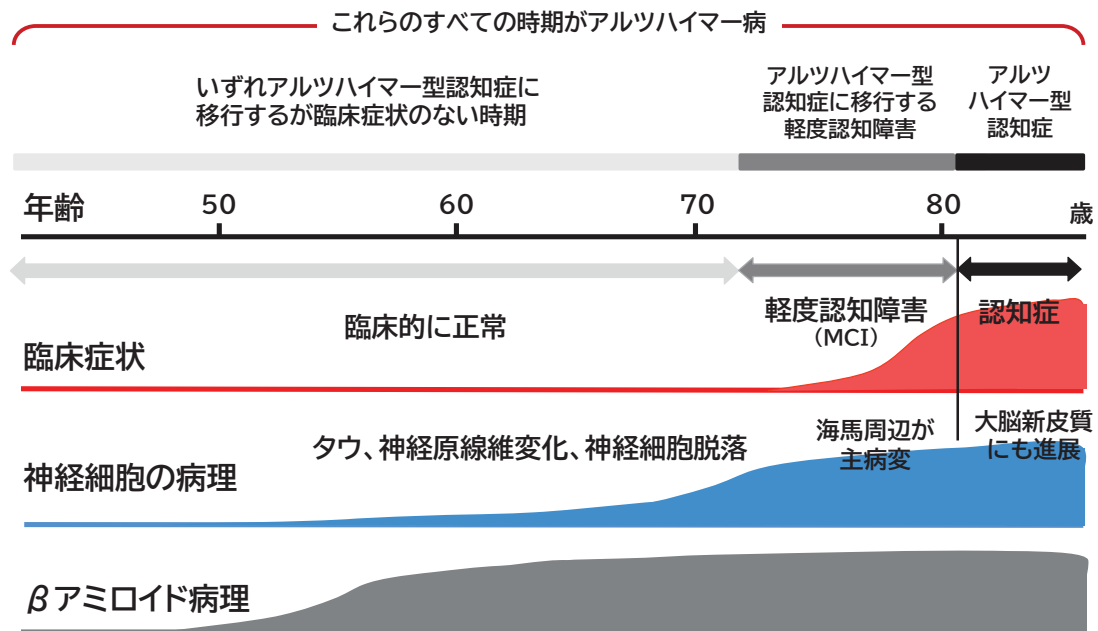
アルツハイマー型認知症は、初発症状が記憶障害であることが多く、進行とともに他の認知領域の障害を伴ってくる場合が多くなります。生活環境によっては、記憶障害が見過ごされていて様々な行動・心理症状を来して初めて受診するような場合も少なくありません。抑うつ気分といった意欲低下、また、アルツハイマー病の原因遺伝子変異が確認されたり、家族歴があったり、徐々に認知機能が障害されることなども、本疾患であることを示唆します。

現在、アルツハイマー病の診断に有用なバイオマーカーが数多く同定されてきており、今後それらのバイオマーカーの進歩によって、新たな診断基準が示される可能性もあるでしょう。

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



認知症サポート医養成研修テキスト

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局所徴候はない
- **取り繕いや振り返り徴候**がある
- 病識の自己評価が正確にできず、**症状を否認**しがち

〔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ました。近年 PET や脳脊髄液検査により、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てきていて、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 と表現するようになりました。そこで脳内にアルツハイマー病変化がおり、軽度認知障害の時期(AD による軽度認知障害:MCI due to AD)をへて認知症を発症する全病期をアルツハイマー病とよび、認知症を発症してからをアルツハイマー型認知症とよぶという考え方がでてきています。

今後バイオマーカーの進歩によってはレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症にも同様の用語区分が生じる可能性があります。

〔基本知識11〕

アルツハイマー型認知症の初期に多い症状として、記憶障害が潜在性に発症し、内容に基づく分類ではエピソード記憶障害、保持時間に関する分類では近時記憶障害が特徴的です。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します。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ります。見当識障害は、時間→場所→人の順に進むことが多くなります。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ります。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ります。初期には抑うつやアパシー等を伴うことも多く、取り繕い反応や振り返り徴候、病識の自己評価が正確にできず自分の症状を否認しがちであること、なども特徴的な症状です。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す。

血管性認知症の診断

〔基本知識12〕

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

- 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

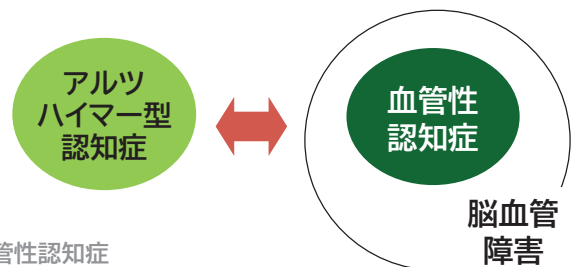
※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

血管性認知症の考え方の変化

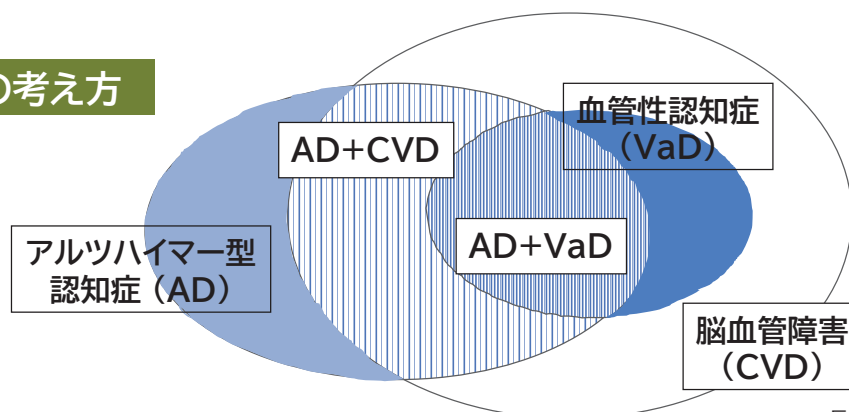
〔基本知識13〕

これまでの考え方

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



最近の考え方



長田の図を改変

〔基本知識12〕

血管認知症の診断に際しては、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こと、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、等が重要とされています。

しかし実際の臨床においては、必ずしも症状経過が血管障害のイベントと時間的に関連していないケースに遭遇することも多く、診断基準としては改善の余地があるとの指摘もあります。

〔基本知識13〕

血管性認知症の有病率が低下した理由として、血管性認知症に対する認識の変化があります。従来は脳卒中の既往があつたり、画像で脳梗塞を指摘されれば血管性認知症とされる傾向がありました。

また臨床症状として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されやすく、アルツハイマー型認知症と血管性認知症は対立する概念で、両者の併存は混合型認知症ととらえられていました。しかし実際には、高齢者が多く、長い経過を呈するアルツハイマー型認知症の経過のなかで、それ自体は認知機能に影響をおよぼさない血管障害を合併する機会が認知機能障害を引き起こす血管障害と合併するよりもはるかに多いと考えられています。

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、料理が順序よくできなくなったなど)
- **動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠**などが脳血管障害のエピソード後に持続する

【特徴的な所見】

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

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

レビー小体型認知症の診断基準

〔基本知識15〕

- | | |
|--|--|
| ① 中心の特徴
(必須症状) | 社会的あるいは職業的機能や通常の日常活動に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である |
| ② 中核的特徴 | 1) 認知機能(注意・集中)の変動 2) 繰り返し出現する具体的な幻視
3) レム期睡眠行動異常症(RBD) 4) 誘因のないパーキンソニズム |
| ③ 指標的
バイオマーカー | 1) 大脳基底核でのドパミントランスポーター取り込み低下
2) MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
3) 睡眠ポリグラフ検査による筋活動低下を伴わないレム睡眠 |
| ④ Probable DLB
(ほぼ確実なDLB)
は右により診断 | a) 4項目の中核的特徴のうち、2項目以上の存在
b) 中核的特徴が1項目かつ指標的バイオマーカーが1項目以上存在

Probable DLBは指標的バイオマーカーの存在のみで診断すべきではない |
| ⑤ Possible DLB
(DLBの疑い)
は右により診断 | a) 中核的特徴だけが1項目存在
b) 指標的バイオマーカーだけが1項目以上存在 |

認知症サポート医養成研修テキスト

McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 2017 ; 89 : 1-13

〔基本知識14〕

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、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します。小さな梗塞でも認知機能障害を呈することもあります。

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います。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ません。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くなっています。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すが、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ります。

〔基本知識15〕

レビー小体型認知症の改訂された診断基準です。平成 29 年に国際ワークショップがレビー小体型認知症の臨床診断基準第 4 版を公表しました。

この診断基準では、2 つ以上の中核的臨床的特徴が存在するか、1 つの中核的臨床的特徴が存在し、1 つ以上の指標的バイオマーカーが存在する場合、Probable DLB と診断されます。

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)
- **レム期睡眠行動異常症**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- 動作**緩慢**や歩行障害に伴う**易転倒性**
- **便秘**や起立性低血圧などの**自律神経症状**
- 嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など

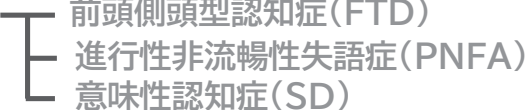
【特徴的な所見】

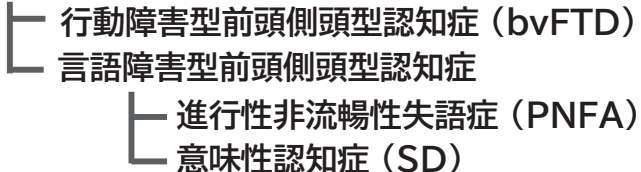
- 症状の**日内変動**がある
- 質問や支持動作への**反応が緩徐**である
- 取り繕いや振り返り症候がない

前頭側頭葉変性症の概念

〔基本知識17〕

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

2)分類: 前頭側頭葉変性症(FTLD) 

新分類: 前頭側頭型認知症 (FTD)
(2011) 

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

〔基本知識16〕

病初期には、記憶障害が目立たないことが多く、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す。さらに中核症状以外にも多彩な臨床症状を呈することがあります。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します。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く、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ます。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ります。

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く、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す。

〔基本知識17〕

1994 年に Lund 大学のグループと Manchester 大学のグループが共同で前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia: FTD) という概念を提唱し、さらに臨床特徴が共通する3病型 (Pick 型、運動ニューロン疾患型、前頭葉変性型) に分類しました 1)。1996 年にはこれらの概念に加えて失語症状で始まる2病型、進行性非流暢性失語症 (progressive non-fluent aphasia: PNFA) と意味性認知症 (semantic dementia: SD) を加えて、さらに包括的な概念である前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration: FTLD) が提唱されました 2)。

この診断基準では早期診断の感度が低い、行動異常の基準があいまいといった批判があり、新たな診断基準が 2011 年に Rascovsky らによって提唱されました 3)。臨床的には異常行動を中心とする行動障害型前頭側頭型認知症 (behavioural variant FTD: 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ました。

【文献】

- 1) The Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 57:416-418,1994
- 2) Snowden JS et al. Fronto-temporal lobar degeneration; Fronto-temporal dementia, progressive aphasia, semantic dementia. Churchill Livingstone, New York 1996
- 3) Rascovsky K et al. Sensitivity of revised criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain, 134: 2456-2477

行動障害型前頭側頭型認知症の診断基準(bvFTD)

〔基本知識18〕

前提:観察または病歴から行動及び/または認知機能の進行性の悪化を認めること

以下のうち 3つを認めれば **possible bvFTD**

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

さらに、以下の全てを認めれば **probable bvFTD**

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

前頭側頭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)

〔基本知識18〕

A～Fの症状は それぞれ感度 66-91% 特異度 79-90%と単独でも高い診断能を有します。また早期とはおおむね発症 3 年以内を示します。行動の脱抑制は社会的に不適切な行動や礼節や礼儀の欠如、衝動的で不注意な行動といった形で現れます。無関心無気力は自発性の低下として現れますが、一方でDのような常同的行動は執拗に繰り返すといった二面性を有します。共感、感情移入の低下は他人の気持ちを察することが苦手となり、アルツハイマー型認知症でとりつくろいがみられるのと対照的に、他人からどのようにみられているかという視点を持ちづらくなるといわれます。Dの例としては、決まったコースを歩き続ける、一日の日程が固定されそれを繰り返す(時刻表的生活)、などがみられます。Eは異常な食欲亢進や甘いものを大量に食べるといった形で現れ、進行すると異食がみられることがあります。Fは実行障害が強い割にエピソード記憶や視空間機能が保たれるという意味で、エピソード記憶障害が起こらないということではありません。アルツハイマー型認知症との鑑別で重要となります。

A～F項目のうち 3 つを認めれば bvFTD 疑いで、さらに臨床的確定の A、B、C3 項目すべてを満たせば臨床的確定となります。またこれ以外の症状として、被影響性の亢進も重要です。具体的には、検者のまねをしないでと説明してもまねしてしまったり(模倣行動や、目に映る文字をすべて読み上げてしまう、等)、強迫的音読がみられることがあります。

〔基本知識19〕

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す。

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、共感や感情移入の低下、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ちます。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ありません。

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(物の名前がわからない、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)が目立ちます。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くなります。発語失行や複雑な文の理解障害なども目立ちます。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、努力性発話や発話開始困難を伴い、会話も途切れます。

若年性認知症

〔基本知識20〕

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は若い世代でも発症することもある
- 65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」という
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい
- 若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である

○ 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計

○ 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

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)」

若年性認知症の症状の特徴

〔基本知識21〕

若年性認知症の注意すべき症状の特徴

- 初期の変化に気付かれやすいが、受診につながるまでに時間がかかる
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している



確定診断時には、既に症状が進行していることが少なくない

〔基本知識20〕

認知症は高齢者の病気だと思われがちですが、実際は若い世代でも発症することもあります。

65 歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」といいます。全国における若年性認知症者数は、3.57 万人と推計され、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 人と報告されています。

原因疾患としては、アルツハイマー型認知症が最も多く、血管性認知症、前頭側頭葉変性症、外傷による認知症、レビー小体型認知症など様々な原因があり適切な診断が重要となります。

若年性認知症は、働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため、本人だけでなく家族の生活への影響が大きいことが特徴で、そのため若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援につなげることが重要となります。

〔基本知識21〕

若年性認知症の理解や支援のために注意すべき特徴としては、初期の変化に気付かれやすいが、受診につながるまでに時間がかかる、症状の個人差が大きい、抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い、介護やケアを受けることへの抵抗感が強い、認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない、社会的役割や達成感を希求している、などが挙げられます。

そのため、早期発見・早期診断が重要となりますが、症状の特徴や発症が若いことから、うつ病や他の精神疾患に間違われたり、専門医療機関に受診するまでにさらに時間がかかったりすることも多いため、認知症の確定診断時には、既に症状が進行していることも少なくありません。

画像診断の意義と重要性

〔基本知識22〕

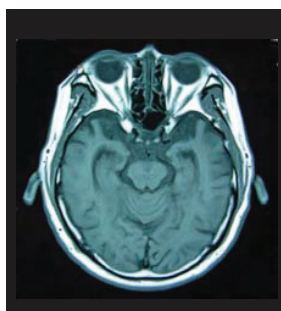
- 『高齢者でもの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査 などが必要となる
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する

各認知症の典型的なMRI画像

〔基本知識23〕

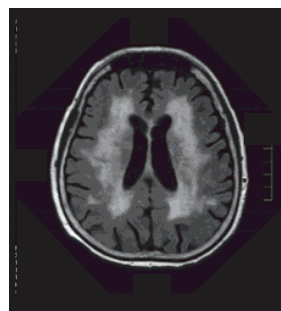
画像は了解を得て国立長寿医療研究センターより提供

アルツハイマー型認知症



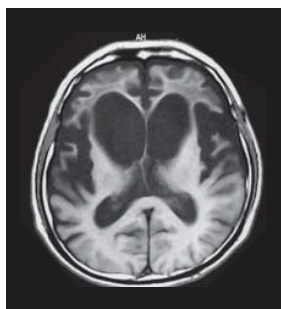
海馬、側頭葉内側の萎縮

血管性認知症



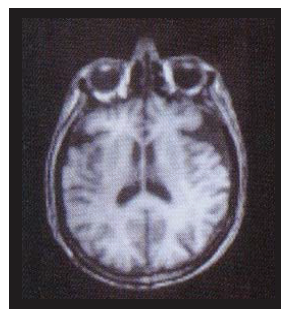
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

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

〔基本知識22〕

認知症の診断に際して画像診断の役割は大きいといえます。『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ります。画像検査は、認知症の病型診断の補助としても重要です。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といえます。

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ります。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です。

〔基本知識23〕

変性性認知症の評価には T1 強調画像がより有効です。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)で撮像することが望ましいとされます。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きわめて危険であるため臨床症状とともに評価し、画像は参考程度とするべきです。

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すが、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す。

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つに分類されます。小血管病変が最も多いですが、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ります。

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

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す。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ります。

各認知症の典型的なSPECTパターン

〔基本知識24〕

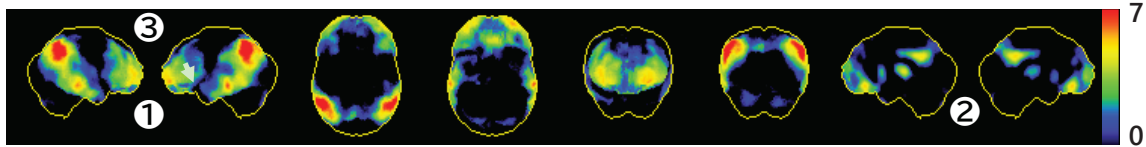
画像は了解を得て国立長寿医療研究センターより提供

アルツハイマー型認知症

①頭頂側頭連合野

②楔前部から後部帯状回

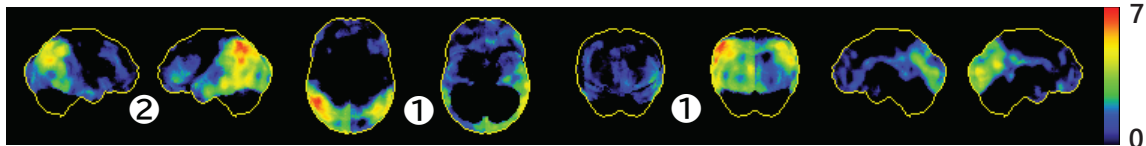
③前頭葉



レビー小体型認知症

①後頭葉

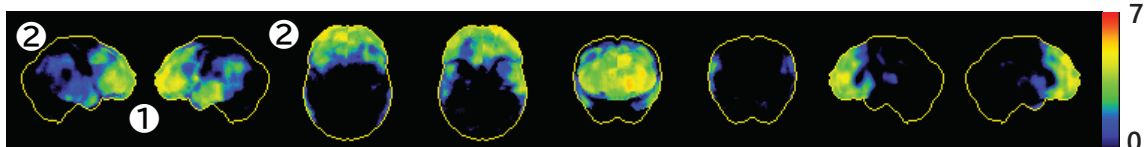
②頭頂側頭連合野



前頭側頭葉変性症

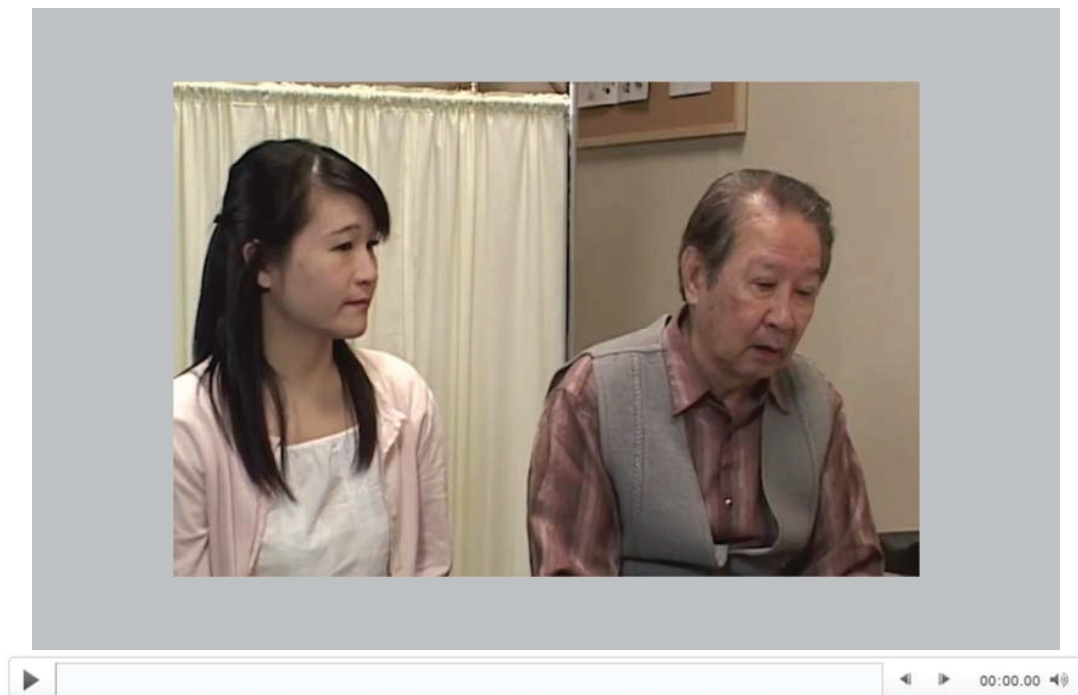
①前頭葉

②頭頂側頭連合野(ADと比べて軽い)



〔基本知識25〕

動画 ② 認知症と間違えやすい症状



〔基本知識24〕

脳血流検査における血流低下部位のパターンから認知症の病型診断をみてみます。アルツハイマー型認知症では頭頂側頭連合野、後部帯状回、楔前部の血流低下が、レビー小体型認知症では頭頂側頭連合野に加えて内側後頭葉の血流低下が、前頭側頭葉変性症では前頭葉に強い血流低下がみられる場合は比較的典型的です。血管性認知症では血管病変や血流低下領域に一致した低下を示すため特定のパターンを示しません。これらの典型的なパターンを呈し臨床症状も合致した際には、補助診断として有用です。しかし、レビー小体型認知症ではこの血流パターンを呈するのは6割程度といわれていて、臨床経過や症状と合致しないこともしばしばです。

〔基本知識25〕

動画②「認知症と間違えやすい症状」

認知症診断の流れ

〔基本知識26〕

認知症の疑い・認知機能障害の疑い

除外

認知症と鑑別すべき状態や疾患

- ◎ 加齢による健忘
- ◎ 軽度認知障害
- ◎ せん妄などの意識障害
- ◎ うつ病
- ◎ 薬剤による影響
- ◎ アルコールによる影響
- ◎ 他の精神障害

除外

治療により改善が見込まれる認知症

- ◎ 内分泌・代謝疾患
- ◎ 炎症性疾患
- ◎ 正常圧水頭症
- ◎ 脳腫瘍
- ◎ 慢性硬膜下血腫
- ◎ てんかん

認知症

認知症と鑑別すべき状態や疾患

〔基本知識27〕

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)

〔基本知識26〕

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、鑑別診断を行います。

認知症診断の流れは、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きます。その後、検査等により、変性性・血管性認知症の鑑別を進めます。

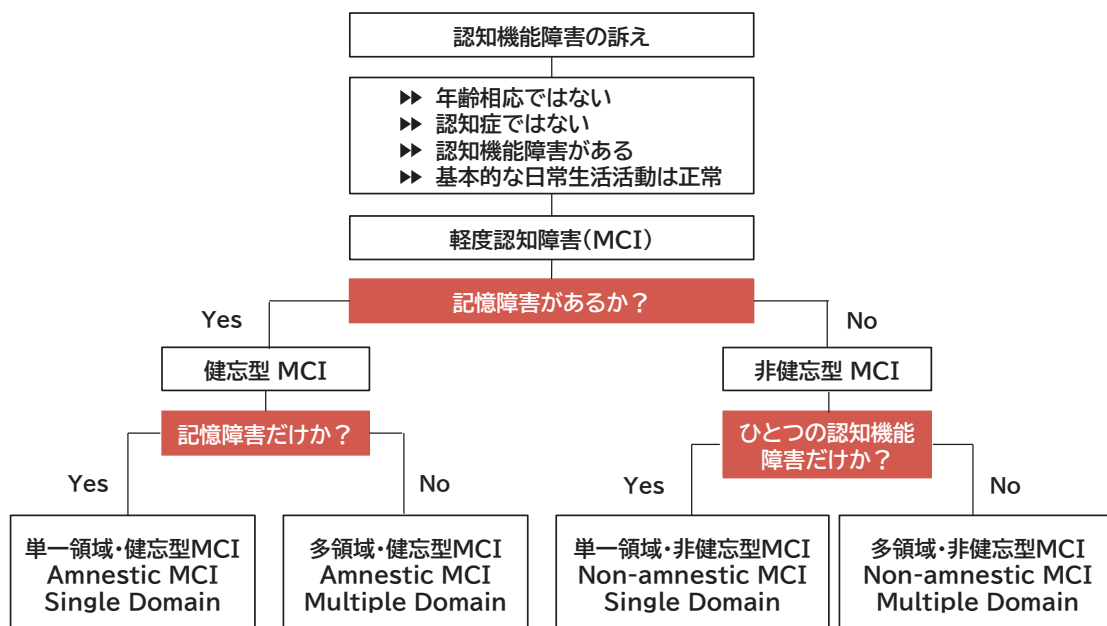
このプロセスの中で、加齢による健忘(正常範囲内)、軽度認知障害、せん妄、うつ病、薬剤の影響、アルコールの影響、他の精神障害(妄想性障害など)などを除外し、さらに内分泌・代謝疾患、炎症性疾患(脳炎)、正常圧水頭症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、てんかんなど治療により改善が望める認知症を見逃さないことが重要です。

〔基本知識27〕

認知症と鑑別すべき状態や疾患の代表的なものを挙げます。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ります。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します。

改訂されたMCI診断基準による診断の分類と手順

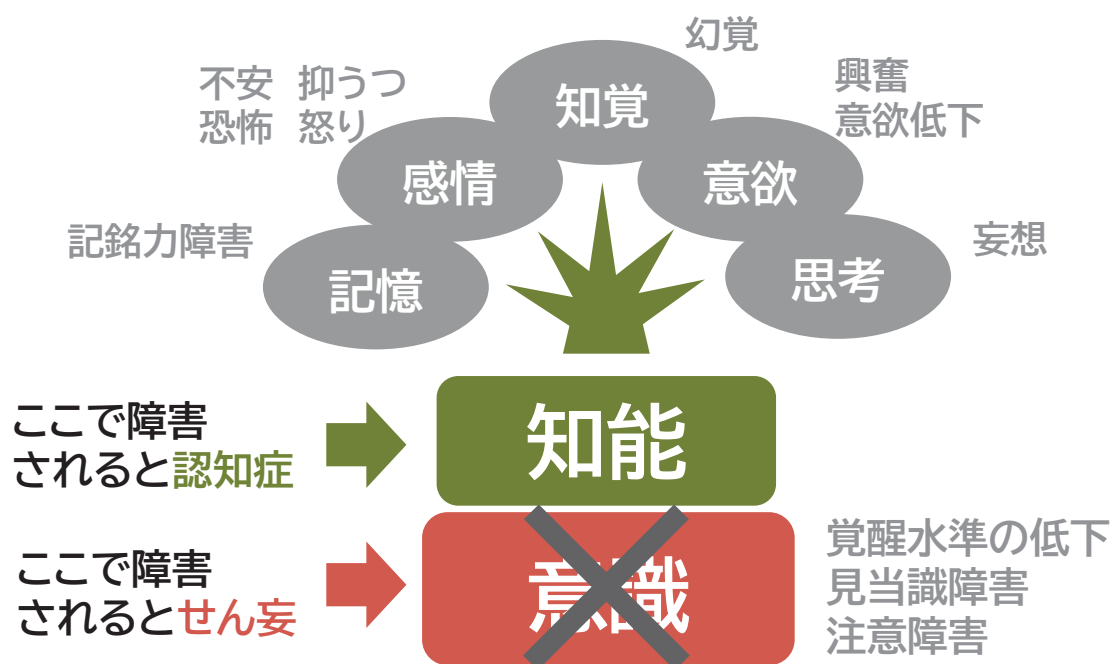
〔基本知識28〕



Petersen RC : J Intern Med, 256 : 183-194, 2004

せん妄

〔基本知識29〕



〔基本知識28〕

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(1.5SD 以下)しているが認知症ではない状態と定義されています。しかしながら、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、Bruscoli らによれば、19の縦断研究のシステマティックレビューにおいて、平均で年間約10%が認知症に転換すると報告されています。

MCI 中の小分類として、まず記憶障害を主体とする健忘型 MCI と、それ以外の遂行・注意・言語・視空間認知等の機能障害を主体とする非健忘型 MCI に分け、その上でまた各々につき単一領域か多領域かに分けることで、2×2 の計 4 つに分ける分類が現在広く使われています。

【文献】

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

Bruscoli M et al. Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. Int Psychogeriatr. 2004;16:129-40

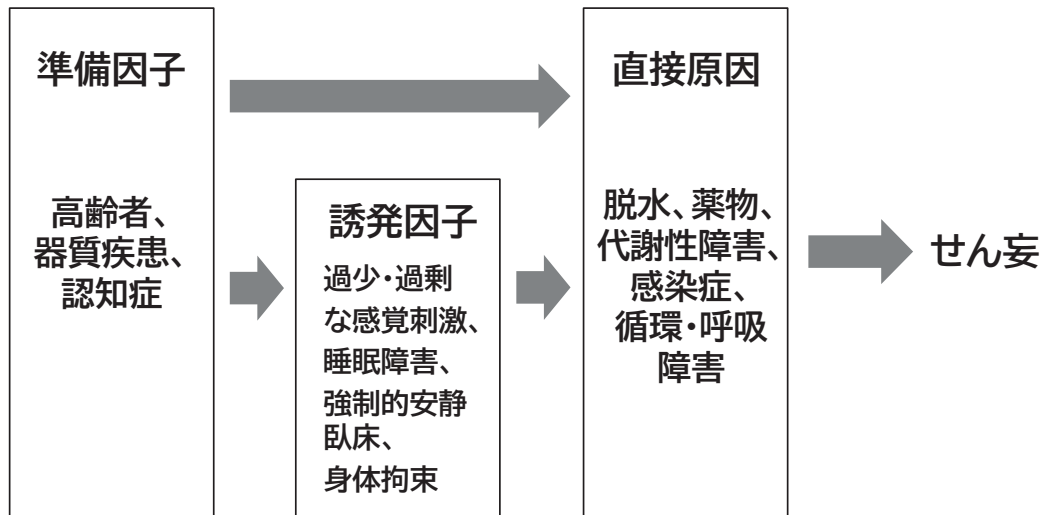
〔基本知識29〕

記憶、感情、知覚、意欲、思考といった知能は意識の上にのっており、意識の機能が低下すれば知的能力も低下します。認知症では意識が正常(覚醒)な状態で知的能力が低下した状態となります。せん妄の本態は意識障害であるため、認知症と区別のつかない知的能力の障害が出現します。

せん妄の発症

〔基本知識30〕

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

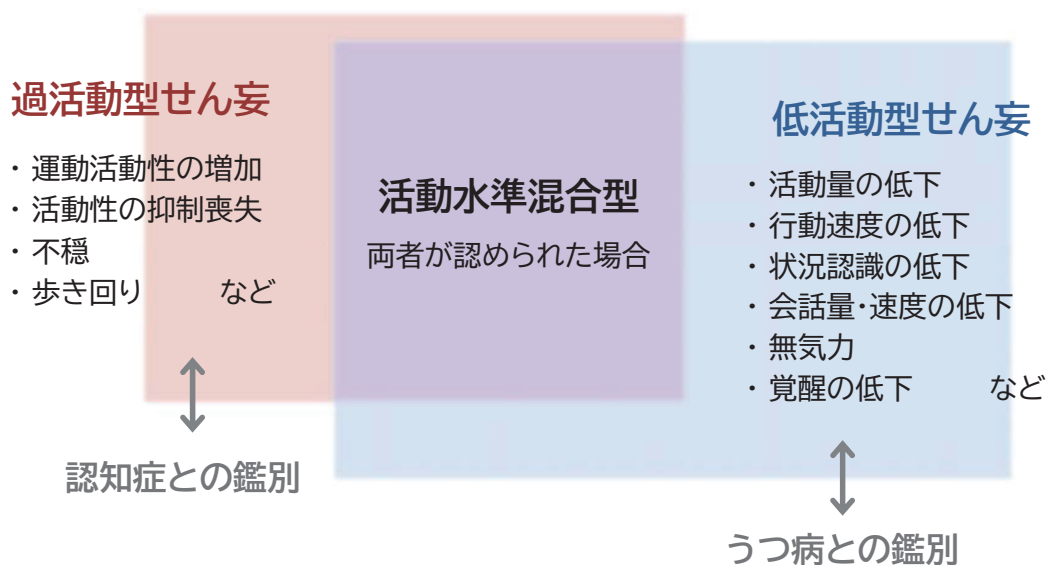


小川朝生, 自信がもてる せん妄診療はじめての一步, p46, 2014, 羊土社, 東京
を参照して作成

せん妄の分類と鑑別すべき疾患・病態

〔基本知識31〕

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)
を参照して作成

〔基本知識30〕

せん妄は複数の要因が重なって発症します。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す。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です。

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、などです。

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ありませんが、重症・遷延化を招く要因です。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、身体拘束があります。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ります。

直接原因は、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ます。

〔基本知識31〕

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、歩き回りなどに加え、気分の不安定性、焦燥、医療に対する協力の拒否を伴う可能性があります。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、覚醒の低下などに加え、混迷に近いような不活発や嗜眠を伴う可能性があります。

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します。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す。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す。

せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

〔基本知識32〕

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発 症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持 続	数時間 ～ 一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

〔基本知識33〕

	うつ病	アルツハイマー型認知症
発 症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
ものの忘れの訴え方	強調する	自覚がない、 自覚あっても生活に支障ない
身体的訴え	多い	少ない
答え方	否定的答え(わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に 差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

〔基本知識32〕

せん妄とアルツハイマー型認知症の最も大きな違いは発症様式です。前者は急性であり、認知症、特にアルツハイマー型認知症では潜行性に発症し、緩徐に進行します。何日の夜からと特定できる発症は前者の特徴です。また、夜間に増悪することが多く、夜間せん妄ともいわれます。注意力の散漫という形での意識障害と幻視及び運動不穏はせん妄の三徴ですが、高齢者では幻視を伴わないこともあります。また、通常は運動不穏のために多動となることが多いですが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もあります。

〔基本知識33〕

うつ病は半年以上前から潜行性に緩徐に発症することではなく、生活史上の何らかの契機が認められることが少なくありません。通常は長くても数ヶ月前からの発症が多いとされます。うつ病では本人は症状を強調しますが、アルツハイマー型認知症では本人は過小評価することが多くなります。とりつくりょう様な答えはアルツハイマー型認知症に特徴的です。この傾向が顕著となると明らかな作話となります。

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ります。

一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となります。この結果、もの盗られ妄想の出現につながることがあります。

認知症の症状(時に初発症状)としてうつ病の症状を示す場合があります、また、うつ病がアルツハイマー型認知症の危険因子であるという報告もあり、慎重な対応が必要です。

うつと認知症に伴うアパシー

〔基本知識34〕

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い



藤瀬昇・池田学, 精神経誌114(3)p279, 2012
を参照して作成

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

認知機能の低下を来しやすい薬剤

向精神薬

抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬 など

向精神薬以外の薬剤

抗コリン薬、抗パーキンソン病薬、H₂受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、過活動性膀胱治療薬、循環器病薬、抗てんかん薬、鎮痛薬、副腎皮質ステロイド など

〔基本知識34〕

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します。

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します。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す。

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ません。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す。

〔基本知識35〕

認知機能の低下を認めた場合は、その背景に服用している薬剤が影響している可能性も念頭に置く必要があります。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、薬剤による認知機能低下が出現しやすいとされます。

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す。

認知機能低下を誘発しやすい薬剤について、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とされます。

向精神薬以外で注意すべき薬剤として、抗コリン薬、抗パーキンソン病薬、H₂受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、抗コリン作用を有する過活動性膀胱治療薬、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、抗てんかん薬、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ので注意すべきです。

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ます。

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

〔基本知識36〕

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、急速（1日～数日）に出現する

※ ビタミン剤投与により可逆的だが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行

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37〕

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36〕

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ます。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す精神症状や神経症状を呈します。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)に出現します。ビタミン剤投与により可逆的ですが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行します。

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す。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)も鑑別上重要です(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ます。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ります)。

〔基本知識37〕

治療により改善が見込める疾患を見逃さないことが重要です。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す。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きわめて重要です。

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ことが必要です。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す。

内分泌・代謝疾患

〔基本知識38〕

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39〕

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38〕

高齢者の内分泌、代謝性疾患は、若年者と比較して症状がわかりにくいことが大きな特徴です。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なります。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す。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す。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ことも考慮すべきです。

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

〔基本知識39〕

脳炎・脳症などの炎症性疾患は、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します。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います。

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・脳症をきたすことがあるため注意が必要です。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す。急性・亜急性に進行することが特徴ですが、症状のみから診断することはできず、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となります。

特発性正常圧水頭症(iNPH)

〔基本知識40〕

画像はいずれも国立長寿医療研究センターの症例による

必須項目

A. Suspected iNPH

- ①60歳代以降に発症する
- ②脳室が拡大(Evans Index > 0.3)している

B. Possible iNPH

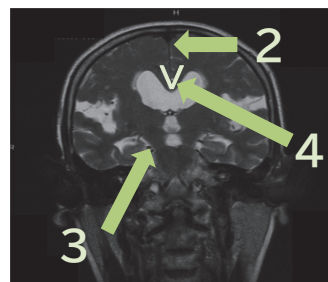
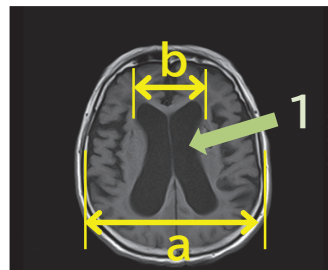
- ①A.の必須項目を満たす
- ②歩行障害、認知障害および尿失禁のうち1つ以上を認める
- ③他の神経学的あるいは被神経学的疾患によって上記臨床症状のすべてを説明し得ない
- ④脳室拡大をきたす可能性のある先行疾患がない

C. Probable iNPH

- ①B.の必須項目を満たす
- ②脳脊髄圧が20cmH₂O以下で、脳脊髄液の性状が正常である
- ③以下のいずれかを認める
 - I 歩行障害があり、DEDHが認められる
 - II タップテストで症状の改善を認める

D. Suspected iNPH

シャント術施行後、客観的に症状の改善が示された場合(shunt responder)



- 1. 脳室拡大(Evans index $b/a > 0.3$)
- 2. 高位円蓋部・正中部の脳溝・脳槽狭小化
- 3. シルビウス裂・基底槽の拡大
- 4. Callosal angle < 90 deg.

慢性硬膜下血種／脳腫瘍

〔基本知識41〕

慢性硬膜下血種の特徴

- 高齢者、男性、アルコール常用者、糖尿病、抗凝固剤の服用などでリスクが高い
- 軽い外傷でも発症することがあり、外傷から1～2か月かけて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、うっ血乳頭が特徴(脳圧亢進の3徴候)で、発生部位により症状は異なる
- 高齢者では、認知機能障害、意識障害、てんかん発作、精神症状なども出現する

〔基本知識40〕

特発性正常圧水頭症 (iNPH) はくも膜下出血、髄膜炎などの先行疾患がなく、歩行障害を主体として認知障害、尿失禁をきたし、脳脊髄液吸収障害に起因した病態です。高齢者に多く見られ、緩徐に進行します。重要な点は、適切なシャント術によって症状の改善を得る可能性がある症候群であることです。

正確な頻度は不明ですが、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ありません。

「特発性正常圧水頭症ガイドライン 第3版」²⁾ においては、症状及び画像所見に応じて、A. Suspected iNPH、B. Possible iNPH、C. Probable iNPH、D. Definite iNPH の4段階に分類し、C. の Probable iNPH で髄液シャント術可能とされています。

【文献】

- 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
- 2) 厚生労働科学研究費補助金難治性疾患政策研究事業「特発性正常圧水頭症の診療ガイドライン作成に関する研究」班, 日本正常圧水頭症学会 (監修): 特発性正常圧水頭症診療ガイドライン 第3版, メディカルレビュー社, 2020

〔基本知識41〕

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ものです。脳機能画像が不可欠ですが、急性・亜急性に認知機能低下が進行することに加えて、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ります。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ことがあるため、転倒歴にも注意が必要です。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す。

脳腫瘍は、頭痛、嘔吐等の症状が代表的ですが、頭蓋内圧の亢進がなければ症状は強くなく、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るようであれば、頭部画像評価を行う必要があります。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 が望ましいといえます。

側頭葉てんかん（もしくは高齢者のてんかん）

〔基本知識42〕

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。同居者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43〕

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

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42〕

側頭葉てんかんは、近年、高齢者に多いことがわ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す。

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）などがありますが、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こともポイントです。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ですが、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合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す。家庭環境によっては、症状から疑うことが困難である場合も多いため注意が必要です。

【文献】

久山町研究から Takana A et al., *Epilepsia Open*. 2019 Mar; 4(1): 182-186.

〔基本知識43〕

各疾患を疑った場合に行うべき検査です。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ことは不可欠です。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す。急性・亜急性に進行する症例で、脳機能画像や髄液検査、脳波検査の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ことが重要です。

どのような場合に専門医に紹介すべきか

〔基本知識44〕

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44〕

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す。

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、必要に応じて認知症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す。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といえます。そのため、地域の医療機関の状況を把握することも重要です。

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1〕

認知症の早期発見・早期治療のメリットとして、認知症の疾患としての側面からは、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ます。また、認知症の人の生活を支える側面からは、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ます。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いえます。

動画 ③ 認知症の問診とアセスメント



外来時の対応

【初診時】

- 本人が一人で受診した場合
 - ・ 物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

〔診療実践2〕

動画③「認知症の問診とアセスメント」

〔診療実践3〕

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ります。その後本人の状況に応じて精査するか、専門医に紹介します。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、通常の手順で診察しますが、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します。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ます。

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き、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、専門医に紹介します。

認知症の問診時の留意点

〔診療実践4〕

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

記憶障害のアセスメント

〔診療実践5〕

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

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

〔診療実践4〕

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があることが挙げられます。リラックスした雰囲気を作り出し、本人の身体的及び精神的な訴えに耳を傾けることが肝要です。

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します。

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します。例えばレビー小体型認知症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ません。

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す。

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します。

〔診療実践5〕

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です。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ります。

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きます。できる限り世間話をするように聞き出すのがコツとなります。「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つながります。

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ます。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でしょう。

見当識障害のアセスメント

〔診療実践6〕

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

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

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する

判断・実行機能障害のアセスメント

〔診療実践7〕

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

〔診療実践6〕

見当識障害のアセスメントは、通常は質問式で行われますが、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します。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します。

今日の年月日、曜日などの日付についての見当識を尋ねます。通常、時間の見当識が先に障害されることが少なくありません。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しますが、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ります。

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す。月は正確に答えても、季節は間違ふこともあります。

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します。

〔診療実践7〕

判断・実行機能障害について確認や評価をするには、家族から日ごろの行動について聴いておく必要があります。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、買い物は適切に行えているか、貴重品や金銭の管理は行えているか などを確認します。

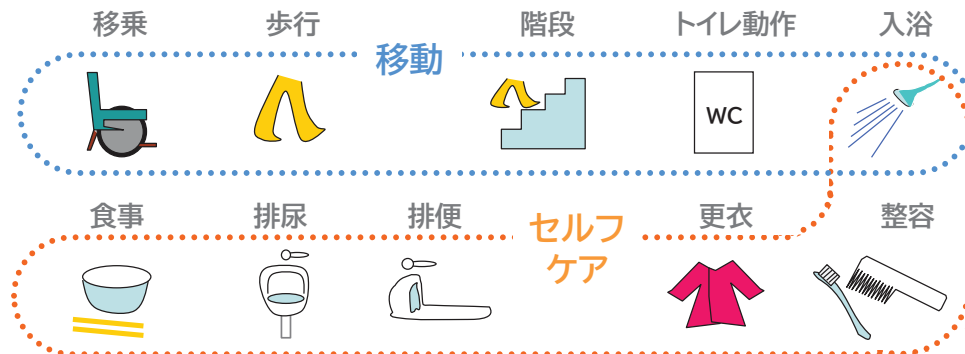
本人への質問で判断・実行機能障害について確認する場合には、日常生活で以前と比べて困ることはないか、火事に出会ったらどうするか、道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか、などを質問するとよいでしょう。

料理、買い物ともに多くの判断と遂行機能を要するため、料理が適切にできているか、買い物ができているかを聴くことが有用です。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ます。

ADLのアセスメント

〔診療実践8〕

● Barthel Index

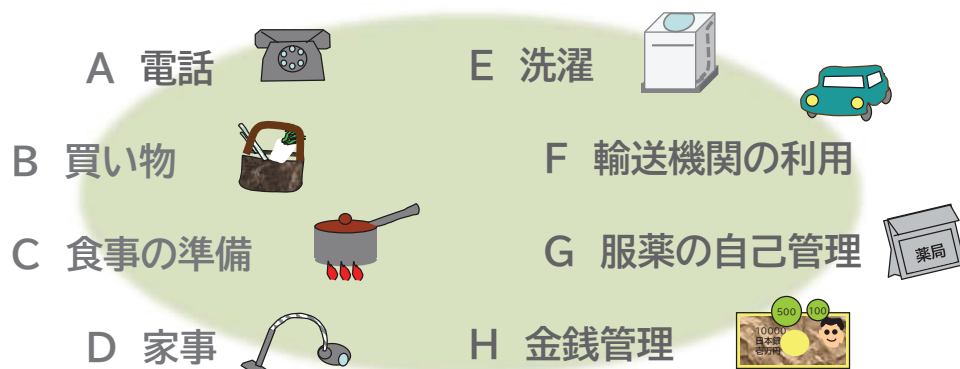


- Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度 (DAD)
(Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

IADLのアセスメント

〔診療実践9〕

● IADL (Lawton) = 独居機能の評価



(Lawton, M.P & Brody, E.M. Assessment of older people :Self Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9: 179 168, 1969 より)

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

【診療実践8】

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

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

【診療実践9】

手段的 ADL (IADL) は 1960 年代に 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ました。項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬の自己管理、金銭管理の 8 項目からなります。

外来で認知症または MCI 患者に行った手段的 ADL 検査では、買い物、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ます 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ました 2)。

【文献】

- 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

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 所見

- 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 所見

- 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

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	

〔診療実践10〕

認知症を診断するプロセスにおいては、身体的診察及び神経学的診察が重要です。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」、「頸部: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します。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場合があります。

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」について調べます。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となります。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します。

【文献】

日本神経学会監修、認知症疾患診療ガイドライン 2017、医学書院、東京

〔診療実践11〕

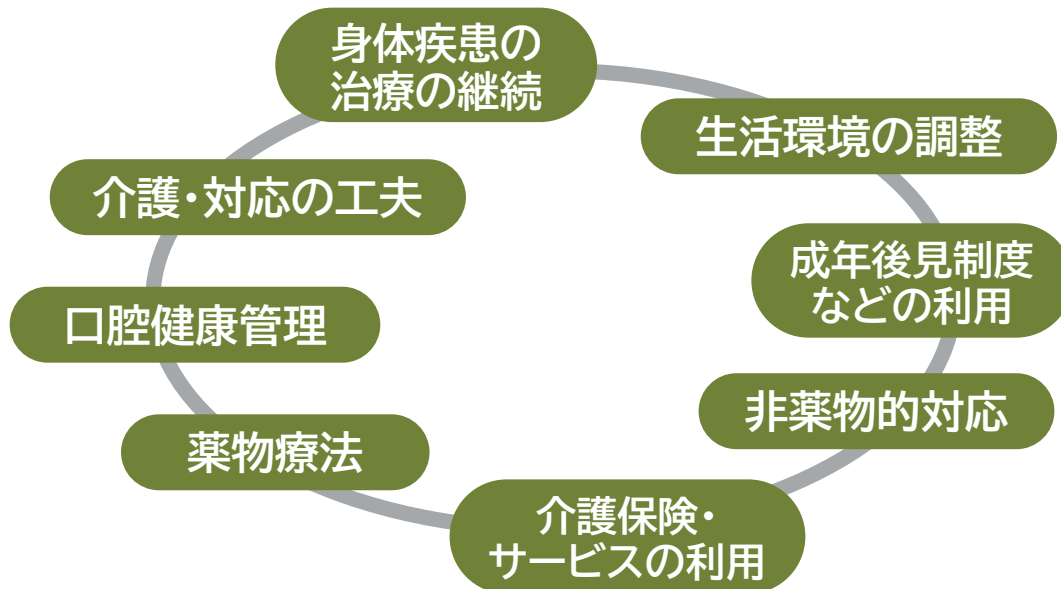
改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)は、見当識、言葉の記銘、計算、遅延再生など9つの項目からなる簡便な認知機能評価測度で、認知症のスクリーニング検査として有用です。臨床(医療)のみならず、保健・福祉や司法の分野でも広く用いられています。30点満点中20点以下で認知症の可能性を判断し、感受性は0.90、特異性は0.82と高い検出力をもっています。しかし、ルールを無視した安易な実施はその評価の信頼性を失うため、聴力・視力障害の有無、体調不良や神経症状等を事前に把握し、もの忘れにかかるテストである旨の明示など、正しく実施することが重要です。

※ 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場合や、施行前に緊張する場合があるので、施行時には十分な配慮が必要です。

認知症のマネジメント(トータルケア)

〔診療実践12〕

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



認知症の非薬物的対応

〔診療実践13〕

- ◆ 運動療法
- ◆ 音楽療法
- ◆ 回想法
- ◆ 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション
- ◆ 作業療法
- ◆ 日常生活活動訓練
- ◆ 栄養療法
- ◆ コミュニケーションや感覚器への支援(補聴器等)

など

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修教材
を参照して作成

〔診療実践12〕

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します。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、専門医療機関につなぐか検討します。さらに、認知症の人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します。

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ます。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ります。さらに、介護保険・サービスの利用について指導します。特に、認知症の非薬物療法は主に介護保険によって提供されることを伝えます。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ります（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よい場合もあります。認知症の人は、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ります。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します。この図には上がっていませんが、認知症の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、認知症の人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ります。

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す。

〔診療実践13〕

認知症の非薬物的対応としては、運動療法、音楽療法、回想法、認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション、作業療法、日常生活活動訓練、栄養療法、コミュニケーションや感覚器への介入（補聴器など）などが挙げられます。その他、生活リズムアプローチ、介護ロボットなども知られています。

非薬物療法(主なもの)

〔診療実践14〕

- ◆ **運動療法** は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果がある
- ◆ **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当て、個々の機能レベルに合わせた課題を紙面やコンピューターを用いて行う
- ◆ **音楽療法** は、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果がある
- ◆ **認知刺激** は、認知機能や社会機能の一般的な強化を目的に、通常はグループで活動やディスカッションなどを行う。集団リアリティオリエンテーションも含まれる
- ◆ **回想法** は、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法である
- ◆ **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、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行う

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修教材
を参照して作成

〔診療実践14〕

運動療法は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果があるとされます。プログラムの例としては、散歩する、ボールを転がすなどのレクリエーション要素を取り入れた活動の中で、自動的に身体を動かしたり、音楽を流したり、リズムをとったり、風船を使うなどして、身体を動かしやすいきっかけを作る、といったことが推奨されています。

音楽療法には、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果があるといわれています。

回想法とは、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法をいいます。認知症の人は、最近の記憶を保つことは困難でも、昔の記憶は保持されていることが知られています。回想法の効果として、情動機能の回復、意欲の向上、集中力の増大、社会的交流の促進、支持的・共感的な対人関係の形成、他者への関心の増大などがあがっており、認知症の進行予防に役立つのではないかと考えられています。

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、紙面やコンピューターを用いて行うものです。個人療法とグループ療法があります。

認知刺激は、認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループにて、活動やディスカッションなどを行うものです。集団リアリティオリエンテーション(正しい見当識等の情報を繰り返し教示)も含まれます。

認知リハビリテーションは、個別のゴール設定を行い、その目標に向けて戦略的に、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行うもので、日常生活機能の改善に主眼が置かれ、障害された機能を補う方法確立します。

認知症の薬物療法の検討と実施

〔診療実践15〕

薬物療法の必要性
を十分に検討

十分な説明を
行った上で開始

薬物療法における主なポイント

- ◎ 診断後、現在の服薬内容を確認
- ◎ 薬物療法による必要性を十分に検討
- ◎ 服薬の自己管理・遵守、および環境の確認
- ◎ 本人(家族や介護者を含め)への説明と同意
- ◎ 見直しを含めた継続的な評価

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

〔診療実践16〕

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	3-10mg	8-24mg	4.5-18mg
初期 投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1日1回	1日2回	1日1回
半減期	70-80 時間	5-7 時間	2-3 時間
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応(2014) 貼付剤発売(2023)		1ステップ漸増法 が承認(2015)

〔診療実践15〕

認知症の薬物療法を行うには、まず、薬物療法の必要性を十分に検討し、その内容について十分な説明を行った上で開始することが原則となります。

まず認知症の原因疾患を診断します。原因疾患により、薬物療法を含む治療法は異なります。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します。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、同時に確認するとよいでしょう。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します。

薬物療法における主なポイント(検討点)としては、診断後、①現在の服薬内容を確認すること(ポリファーマシーになっていないか等)、②薬物療法による必要性を十分に検討すること、③服薬についての自己管理の状況、その環境を確認すること(必要に応じて服薬に関する調整を行う)、④家族や介護者を含めた本人への説明とその同意を確認すること、⑤薬物療法について、見直しを含めて継続的な評価を行うこと、が挙げられます。

〔診療実践16〕

2011年にガランタミン、リバスチグミンが発売されたことにより、ようやく世界と同等の薬物治療が可能になりました。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめました。作用機序が少しずつ異なることから、治療効果の差異が報告されていますが、この3剤の治療効果には明確な差はないと言われています¹⁾²⁾。

ドネペジルのみが全病期で投与可能であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度で使用されます。剤形ではガランタミンには液剤があり、リバスチグミンは貼付剤のみとなっています。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できます。また、2023年にはドネペジルの貼付剤が発売になりました。投与法はドネペジルの貼付剤は初回から維持量を投与しますが、他はいずれも漸増法です。半減期はドネペジルが明らかに長く、1日1回投与ですが、比較的半減期の短いガランタミンは1日2回投与となっています。

【文献】

1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593

2) Ritchie CW et al . Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(4):358-369

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

〔診療実践17〕

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

重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気
嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
歩き回り(徘徊)、振戦、頭痛
唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹

メマンチンの特徴

〔診療実践18〕

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～重度
一日用量	20mg
投与法	5mgから1週間ごとに5mgずつ増量し 20mgで維持
用法	1日1回
半減期	55－70時間
代謝	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	コリンエステラーゼ阻害薬と併用可

〔診療実践17〕

コリンエステラーゼ阻害薬は比較的副作用が少なく、また他剤との相互作用も少ない薬剤です。しかし高齢者が多いアルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症では注意が必要です。ことに房室伝導障害は要注意で、投与前に心電図をとる、受診時に脈拍数のチェックを行うといった配慮が必要です。また、認知症の人はその経過中に食欲不振や拒食といった摂食障害を呈することがありますが、その際にはコリンエステラーゼ阻害薬の影響も検討すべきです。

頻度の高い副作用としては消化器系の副作用がありますが、多くは減量、中止によって消失します。またコリンエステラーゼ阻害薬を内服中の認知症の人に興奮や不穏がみられた際に薬剤の影響が否定できないことがあります。この場合、症状からは薬剤性かどうかは判定できず、漸減中止をして、症状の変化を見る以外に方法はありません。

パッチ剤では貼付部位の発赤がみられることがありますが、貼付部位の変更、保湿剤の塗布で使用継続できることが少なくありません。

〔診療実践18〕

メマンチンはグルタミン酸受容体の1つである NMDA 受容体の拮抗薬です。アルツハイマー型認知症ではこの NMDA 受容体が過剰に活性化するために機能的な長期増強現象の形成障害と器質的な神経細胞障害がおきると考えられています。中等度以降でのみ適応があります。コリンエステラーゼ阻害薬とは作用機序が異なるため、単剤で使用する以外に併用療法による効果が期待されます。

メマンチンの使用上の注意点

〔診療実践19〕

- 副作用：
 - ・ 浮動性めまい
 - ・ 便秘
 - ・ 体重減少
 - ・ 頭痛
 - ・ 傾眠
- チトクロームP450 による代謝を受けにくいため薬物相互作用が少ない

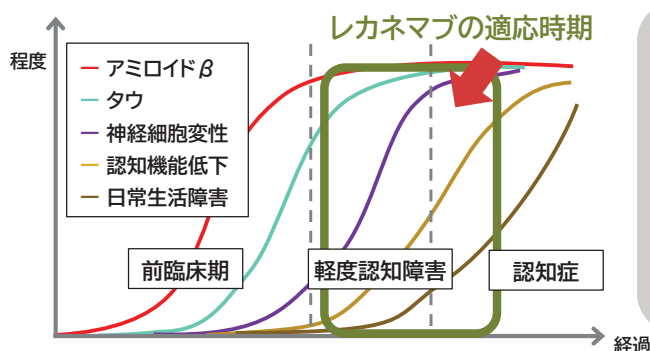
アルツハイマー病 抗アミロイドβ抗体薬 レカネマブ

〔診療実践20〕

レカネマブは、アルツハイマー病(AD)の病態で重要な役割をはたすアミロイドβ (Aβ) 蛋白のうち、毒性が示唆されるAβプロトフィブリルに選択的に結合し、脳内のAβプロトフィブリルやAβプラークを減少させると考えられている



アルツハイマー病による「軽度認知障害」及び「軽度の認知症」(＝早期AD)において進行抑制効果をもたらすとされている



- ◎ アミロイドPETか脳脊髄液検査、又は同等の診断法によりAβ病理が存在することを示唆する所見を確認する必要がある
- ◎ 検査所見でAβ病理が示唆されても、無症候の場合や、逆に症状が中等度以上の場合には適応ではない
- ◎ ADの進行を完全に停止させたり、完全に治癒させるものではない。投与後は、6ヵ月毎を目安に症状の評価を行い、有効性が期待できない場合は中止すること

【診療実践19】

メマンチンも一定の副作用が存在するものの、比較的重篤なものは少なく、他剤との相互作用も少ない薬剤です。国内の臨床試験での代表的な副作用として、浮動性めまいや便秘、体重減少などが挙げられています。また、市販後、傾眠が多いことが指摘されています。

【診療実践20】

2023 年 12 月にレカネマブが発売されました。アルツハイマー病ではアミロイドベータは可溶性の単量体であるモノマーから徐々にオリゴマー(重合)化、そして不要性の繊維(フィブリル)を形成し、やがてこれがプラーク(老人斑)として神経細胞外に蓄積し病原性を発揮すると考えられています。レカネマブは、特にこのなかで、毒性が示唆されているプロトフィブリルへ選択的に結合し、脳内のアミロイドベータプロトフィブリルやプラークを減少させると考えられています。これにより、アルツハイマー病による軽度認知障害とアルツハイマー病による軽度の認知症(あわせて早期アルツハイマー病)において、アルツハイマー病の進行抑制効果をもたらすとされています。

投与に際しては、脳内にアミロイドベータが蓄積していることを示す必要があり、アミロイド PET 検査または脳脊髄液検査による確認が必要となります。また、無症候でアミロイドベータ病理を示す例や中等度以上のアルツハイマー病による認知症には適応がないため、認知機能評価や臨床認知症尺度で早期アルツハイマー病に相当することを確認する必要があります。

レカネマブはアルツハイマー型認知症の進行を完全に停止させたり、完全に治癒させるものではありません。また、投与後は、6 ヶ月毎を目安に症状の評価を行い、有効性が期待できない場合は中止することが推奨されています。

【文献】

最適使用推進ガイドライン レカネマブ(遺伝子組換え)令和5年12月 厚生労働省,
<https://www.pmda.go.jp/files/000265885.pdf>

レカネマブ投与における注意

〔診療実践21〕

- ◎ 2週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与
- ◎ インフュージョンリアクション(輸注反応;頭痛、悪寒、発熱、吐き気、嘔吐等)がみられた場合、次回以降投与前に抗ヒスタミン薬や抗炎症薬などの予防的投与を考慮

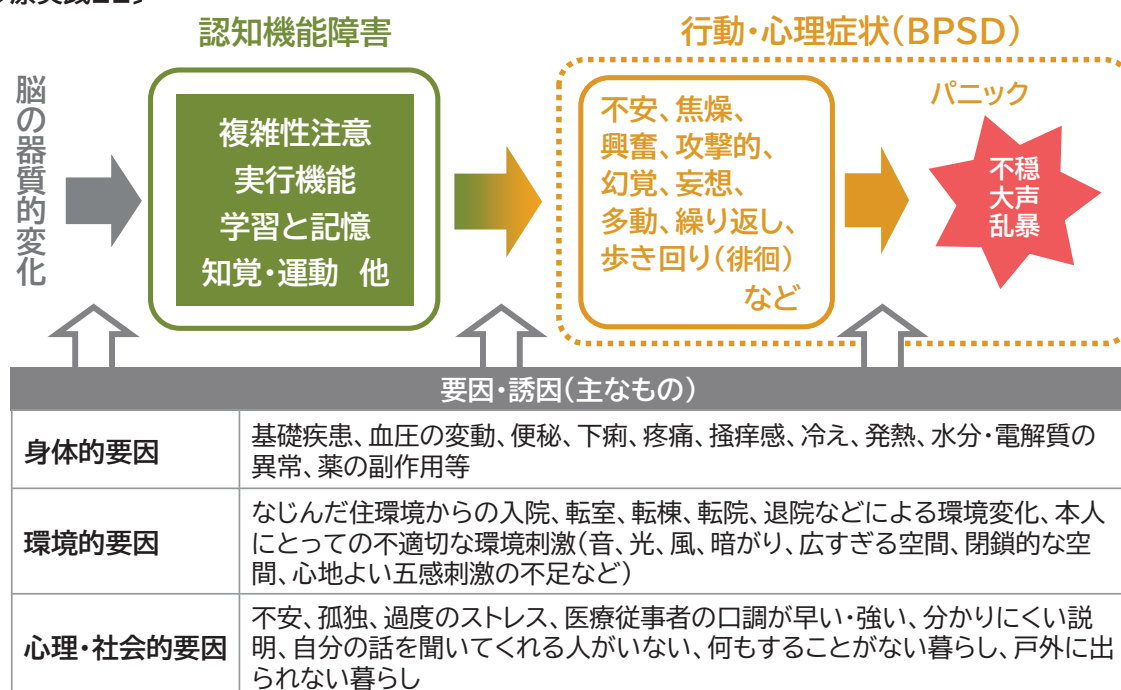
- ◎ 投与により、アミロイド関連画像異常(ARIA)があらわれることがある。
ARIA-浮腫/滲出液貯留(ARIA-E)、ARIA-脳微小出血・脳表ヘモジデリン沈着症・脳出血(ARIA-H)がある。

- ◆ 投与前のMRI確認が必要。5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が見られた場合は投与不可。
- ◆ 抗血小板剤や抗凝固薬服用時、脳出血の副作用を増強させる可能性があり、注意が必要。(急性期脳梗塞対応に関しては、日本脳卒中学会の静注血栓溶解(rt-PA)療法適正治療指針追補を参照)
- ◆ ARIAは投与開始から14週間以内に多く、開始後初期は特に注意深い観察が必要。無症状のことも多いが、5、7、14回目の投与前にはMRI撮像が必要。また、それ以降も定期的または疑わしい症状があれば、MRI検査を実施する。画像異常の程度や症状の程度を評価し、一時投与休止や、中止を考慮。
- ◆ (APOE遺伝子型がε4の場合、その数に応じてリスクが上昇することが知られている)

- アミロイドPET、髄液検査、MRI等の必要な検査及び管理が実施可能な医療施設又は当該医療施設と連携可能な医療施設において投与を行うこと
- ADに関する十分な知識及び経験を有し、本剤のリスク等について十分に理解があり、管理・説明できる医師の下で投与を行うこと

認知症の症状と要因・誘因（再掲）

〔診療実践22〕



永田久美子, 「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」, 正木治恵 監修, 改訂版老年看護学, p196, 2011, 日本放送出版協会, 東京
より一部改変

〔診療実践21〕

投与にあたっては、1回1時間程度の点滴静注を2週間ごとに行います。

副作用としてインフュージョンリアクション（輸注反応；頭痛、悪寒、発熱、吐き気、嘔吐等）がみられた場合、次回以降投与前に抗ヒスタミン薬や抗炎症薬などの予防的投与を考慮します。また、その他副作用としてARIA（アミロイド関連画像異常）があらわれることがあります。ARIAには、ARIA-E（浮腫/滲出液貯留）と、ARIA-H（脳微小出血・脳表へモジデリン沈着症・脳出血）があります。このため、MRIの定期的な撮像が必要とされるほか、投与前のMRIで5個以上の脳微小出血、脳表へモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血がみられた場合は投与できません。抗血小板剤や抗凝固薬服用時には脳出血の副作用を増強させる可能性があります。また、APOE遺伝子型に関して、ε（イプシロン）4型を持つ場合、その数に応じてARIAのリスクが上昇することが知られています。

投与に際して、自施設または、他施設との連携によって、必要な検査や安全管理体制を実施できる施設において投与する必要があるほか、アルツハイマー病について十分な知識と経験があり、また本剤についても十分に理解があり管理や説明ができる医師のもとで投与を行う必要があります。

【参考】

1) 静注血栓溶解(rt-PA)療法 適正治療指針 第三版 2023 年 9 月追補
https://www.jsts.gr.jp/img/rt-pa03_supple.pdf

〔診療実践22〕

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もういちど確認しましょう。

認知症では、脳の器質的変化により、「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ます。さらに、この認知機能障害によって二次的に生じる、不安や焦燥、興奮、攻撃的言動、幻覚、妄想、多動、繰り返し、歩き回りなどの症状をBPSD（行動・心理症状）とよびます。BPSDの発症や悪化には、スライドに示すような身体的要因、環境的要因、心理・社会的要因などが要因や誘因となることが知られています。BPSDの予防や治療の際には、これらの要因や誘因などへの理解と適切な対応が求められます。

行動・心理症状(BPSD)への対応

〔診療実践23〕

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

改善がみられない場合は、

- ▶ ガイドラインに沿った薬物治療
- ▶ 専門医に紹介

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔診療実践24〕

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, 1 安全な薬物療法, p2, 2017
を参照して作成

〔診療実践23〕

行動・心理症状(BPSD)は、脳血管障害、感染症、脱水、便秘などによって悪化することがあります。訴えの少ない認知症の人の身体疾患の検査はかかりつけ医の役割です。また、薬物の副作用が原因であることもあり、特に効果的に投与されていない抗不安薬、睡眠導入薬などは中止してみます。

攻撃性や興奮などは、介護者や介護スタッフの不適切なケアが原因であることも少なくはなく、介護者のケアの仕方に問題がある場合は、ショートステイなどを利用することも考えます。

行動・心理症状(BPSD)に対しては、薬物を用いない対応が原則になりますが、本人あるいは家族等に身体的な危険がおよぶ可能性がある場合には、薬物療法の適応となります(特に顕著な行動上の障害を伴う幻覚妄想状態、抑うつ状態、せん妄状態など)。

しかし、認知症のこのような行動・心理症状(BPSD)に対する薬物療法で保険適応となっている薬剤はなく、十分なインフォームドコンセントと副作用に対する注意が特に必要です。状況に応じて専門医への紹介を考慮すべき場合もあります。

〔診療実践24〕

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ます。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ますが、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ました。

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くなります。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ます。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す。

投薬に際して注意すべきこと

〔診療実践25〕

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

アルツハイマー型認知症の対応

〔診療実践26〕

- 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25〕

本人が自ら服薬管理を行う場合、規則的な服薬ができているかどうかの確認が必要です。他院から処方された薬がある場合には特に注意が必要です。家族が服薬の確認をすることを本人が嫌がる場合は、かかりつけ医が適切にアドバイスをすることで納得しやすくなります。

服薬の効果判定の基準は日常生活の変化です。家族が生活上の改善点を見つけることができれば、介護を続ける上で勇気づけられます。独居の場合の情報収集はヘルパー等のケアスタッフあるいはケアマネジャーから行います。

〔診療実践26〕

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・継続します。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します。

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します。場合によっては複数の非薬物療法を組み合わせることも考慮します。薬物療法は、本人と家族に十分な説明を行った上で開始し、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します。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）への対応や治療を継続することも重要となります。

血管性認知症の対応

〔診療実践27〕

- 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28〕

- 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

〔診療実践27〕

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防止が重要です。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います。

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します。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ります。

〔診療実践28〕

レビー小体型認知症は、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す。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を行うことが重要です。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ます。さらに転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意し、身体症状の対応や、認知機能の変動や幻視、パーキンソニズム、レム期睡眠行動異常症による QOL への影響を考慮します。

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す。

前頭側頭葉変性症の対応

〔診療実践29〕

- 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、現存する機能、特徴的な症状、それまでの生活様式を利用した**非薬物的対応**を考慮する

〔診療実践 30〕

動画 ④ 認知症の治療とケア



〔診療実践29〕

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等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です。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少なくありません。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す。

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認知症の人の現存する機能、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します。

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します。

〔診療実践30〕

動画④「認知症の治療とケア」

認知症の人への支援

〔診療実践31〕

- 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32〕

- 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31〕

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ます。

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ます。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、抑うつになることが多くみられます。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ます。

発症初期にはもちろんですが、多くの場合、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ます。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ます。

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ります。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でしょう。

また、認知症の人は自分の身体的不調を適切に伝えにくく、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します。

〔診療実践32〕

生活状況に関する情報を収集するためには、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います。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します。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きます。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します。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すが、本人の負担には留意が必要です。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ります。

さらに、服薬中の薬剤の影響や副作用にも注意します。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します。

認知症診療で注意すべき身体疾患

〔診療実践33〕

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34〕

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33〕

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す。

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します。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す。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くなります。皮膚科疾患としては、褥瘡や蜂窩織炎、带状疱疹、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です。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す。歯科疾患でも、う蝕、歯周病、口内炎などへの対応も重要です。

〔診療実践34〕

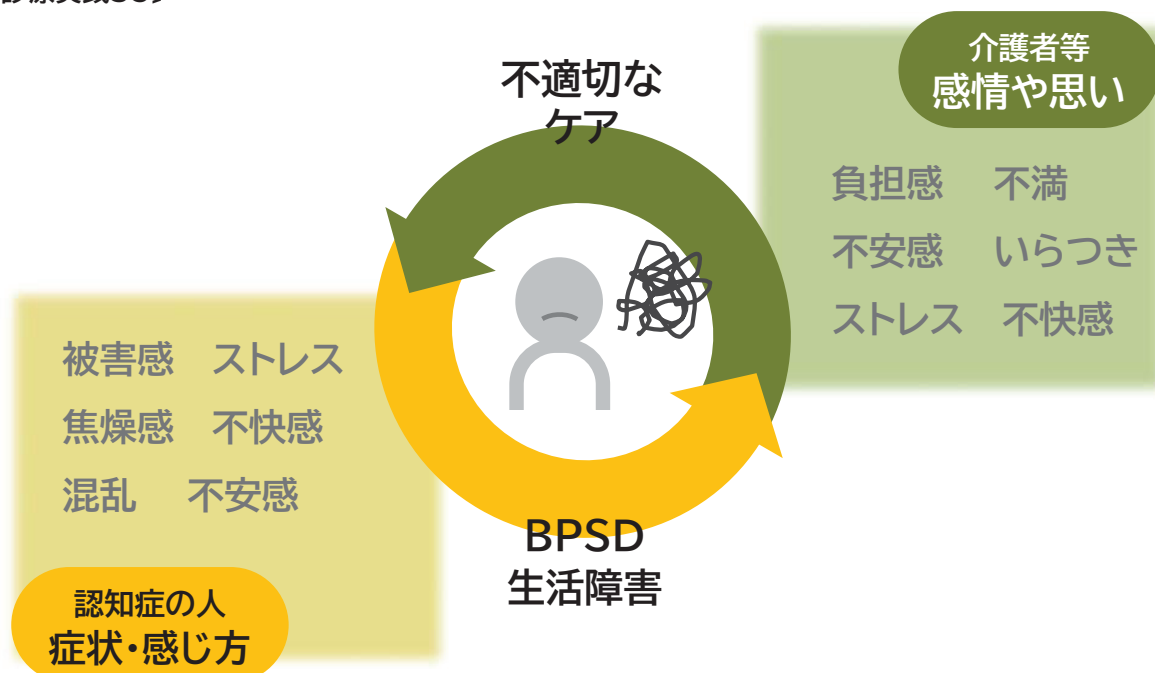
治療に際して心していきたい視点や姿勢をまとめます。

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こと。
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こと。
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こと。
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こと、基本的に理解可能であること、考慮すること。
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を最大限に活用するための支援を検討すること。
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こと。
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こと。

などです。

不適切なケアとBPSDの負の関係

〔診療実践35〕



加藤伸司, 痴呆による行動障害の理解と対応, 高齢者痴呆介護実践講座Ⅱ, p152, 2002, 第一法規出版, 東京を参照して作成

介護者への支援

〔診療実践36〕

- 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35〕

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ものです。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す。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」と言われます。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います。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や生活障害が悪化します。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もあります。そしてまたその変化が認知症の人の心理的な負担となるといった負の関係(循環)に至る可能性があります。

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す。

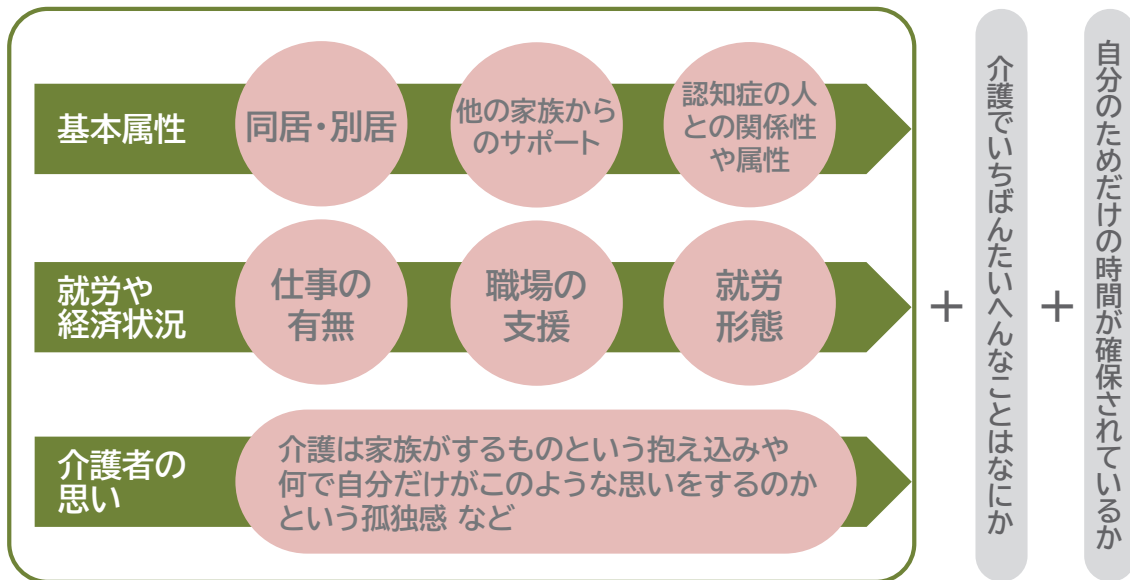
〔診療実践36〕

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ります。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ます。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、負担や不安を軽減します。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ます。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の横のつながりを紹介することも大きな支えとなります。

身体疾患の治療に際しては、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します。

介護者の状況を知る

〔診療実践37〕

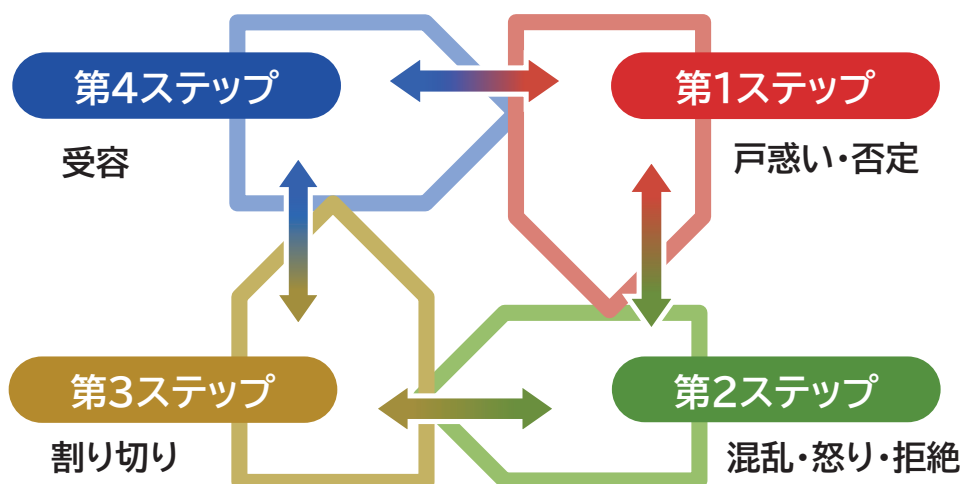


認知症介護研究・研修仙台センター，平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業」専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き，p10より一部改変

認知症の人の家族の心理的な変化

〔診療実践38〕

家族介護者の4つの心理的ステップ



- 何度か「受容」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「戸惑い」や「怒り」と「受容」の間を行き来する
- 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

公益社団法人 認知症の人と家族の会ホームページ，杉山孝博副代表理事「介護者のたどる4つの心理的ステップ」を参照して作成

〔診療実践37〕

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
も重要です。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、どの程度介護に関わりたいのか、関われるのか、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ります。

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、安心にもつながります。

〔診療実践38〕

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
化します。認知症の人の家族介護者の心理的な変化を、4つのステップで整理する考え方があり
ます。すべての家族介護者にあてはまるものではありませんが、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ことをめざすものです。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す。

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すが、ただ長く介護
していれば移行できるというものではありません。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いわれるので、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支援します。

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39〕

- 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いない
- 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39〕

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す。

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、参考にできるものです。

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), 高齢者に対する適切な医療提供に関する研究
(H22-長寿-指定-009) 研究班, 「高齢者に対する適切な医療提供の指針」
を参照して作成

〔地域実践1〕

医療従事者が高齢患者に対して適切な医療提供を行えるよう支援するため、日本老年医学会・全国老人保健施設協会・日本慢性期医療協会により、日本医師会の協力のもとまとめられた「高齢者に対する適切な医療提供の指針」においては、考慮すべき事柄や基本的な要件がこのように示されています。

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こと。

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・向上を目指すこと。

3. 「生活の場に則した医療提供」

- ・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こと。
- ・医療提供の場を変更する際に生じる問題を理解し、予防に努めること。

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、実践すること。

5. 「本人の意思決定を支援」

- ・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こと。

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こと。

7. 「本人の視点に立ったチーム医療」

- ・本人もチームの一員であることを理解し、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こと。

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本人・家族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求められています。

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、薬物療法と非薬物的対応を組み合わせる
- 身体疾患の有無やケアが適切か否かを検討する

認知症の人の医療とケアの目標

〔地域実践3〕

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

〔地域実践2〕

認知症診療において、かかりつけ医としては、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ことが求められます。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す。

これらの支援について計画する際には、疾病教育、コミュニティーへの参加、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います。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、薬物療法と非薬物的対応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します。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ます。

〔地域実践3〕

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 の治療は重要ですが、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す。薬物療法や非薬物的対応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 の治療も同様です。さらに、この生活機能の維持はケアの目標でもあります。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できず、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ります。

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ませんが、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いく必要があります。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す。

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

- 認知症の人の“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

- 認知症の人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ことで、お互いを尊重し合い認知症の人とポジティブな関係を築こうとするケア技法

認知症の介護者への注意点やアドバイス

〔地域実践5〕

- 認知症の人の特性を理解し、現存する心身の能力を活かしながら、**本来の本人らしさ**をなるべく保つ
- 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

〔地域実践4〕

認知症の人の言動には意味があります。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ます。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す。

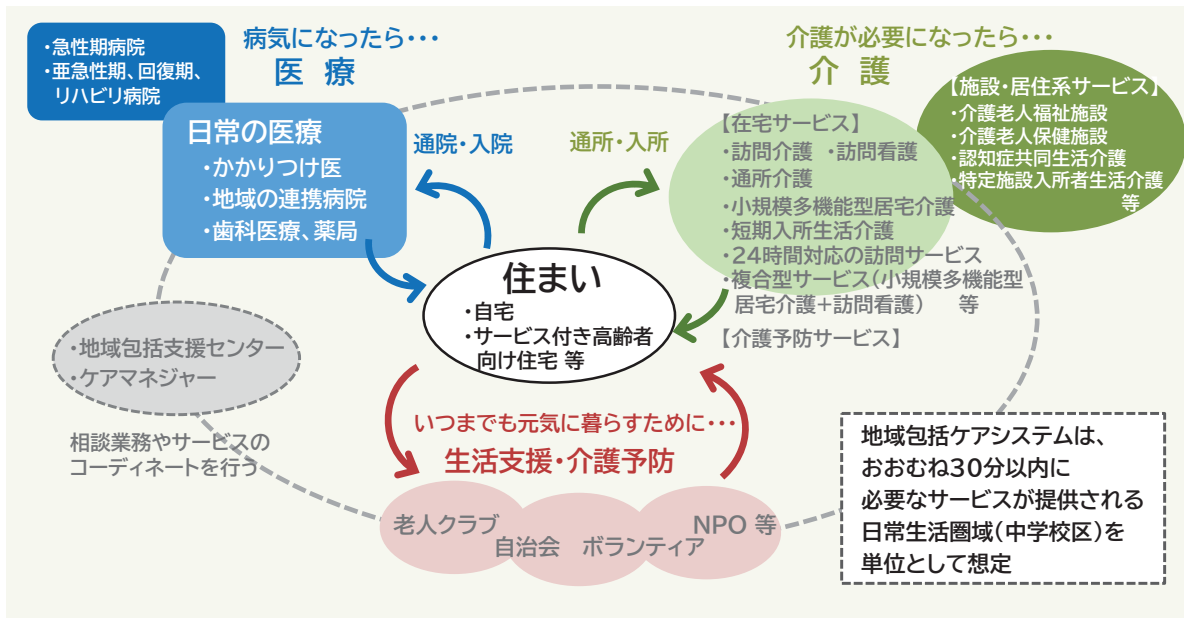
〔地域実践5〕

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を行うことが必要です。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な家族へのアドバイスです。

地域包括ケアシステム

〔地域実践6〕

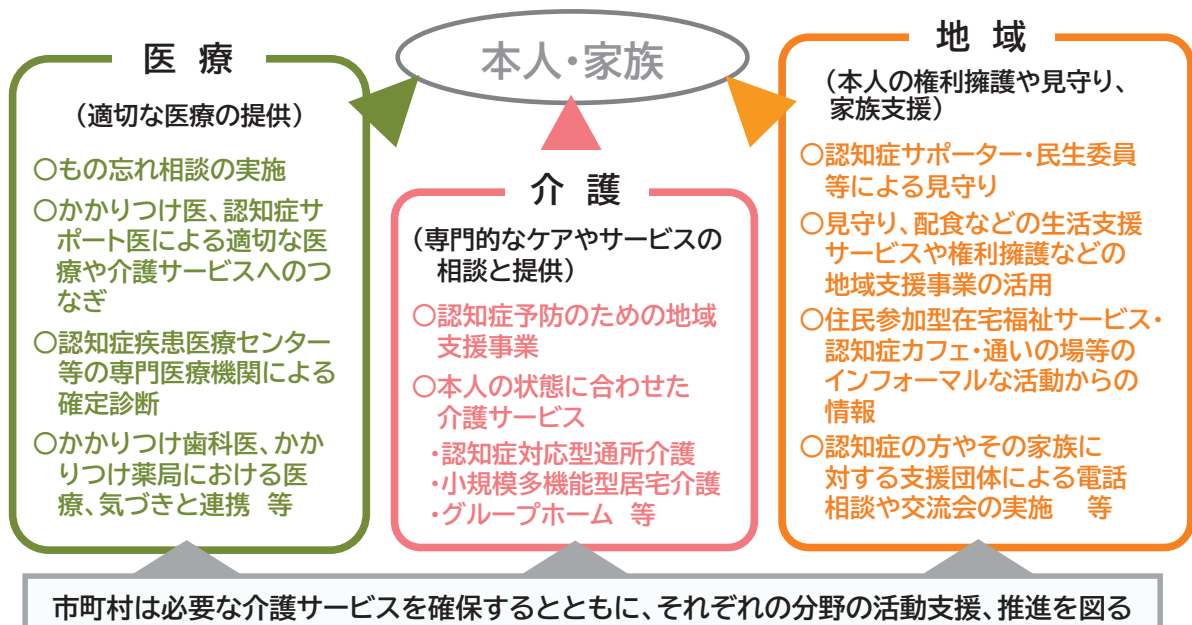
住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる



認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

〔地域実践7〕

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



〔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」です。

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づくりが重要となります。

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す。

〔地域実践7〕

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、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ります。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す。

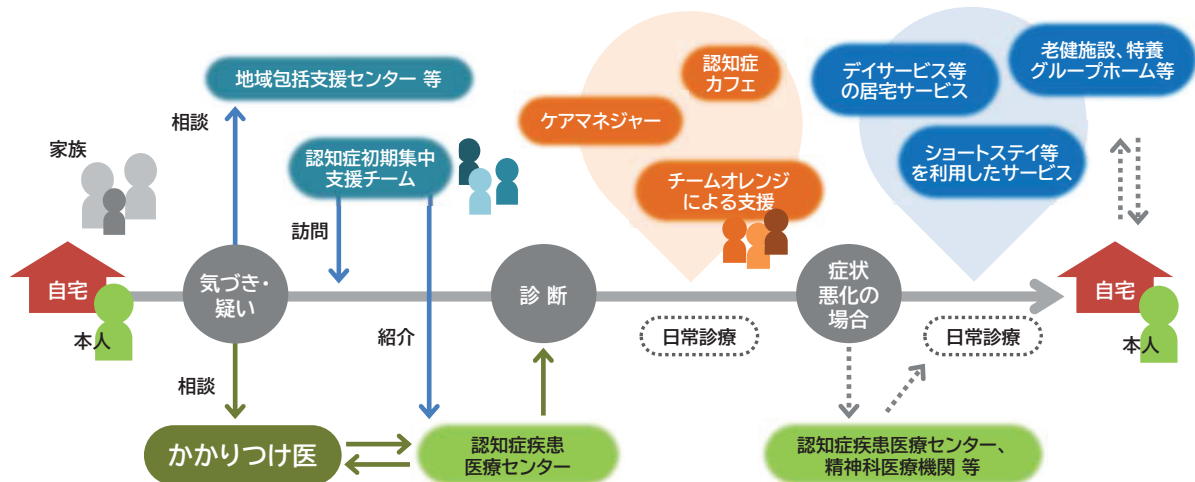
かかりつけ医を含む医療の役割は、もの忘れ相談の実施、医療介護連携によるかかりつけ医と認知症サポート医との連携による適切な医療や介護サービスへのつなぎ、認知症疾患医療センター等の専門医療機関による確定診断、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局における医療、気づきと連携等です。地域連携の発信者として位置付けられるかかりつけ医には、認知症の本人やその家族への適切な助言や資源へのつなぎを行うため、自院の所在する地域の認知症の支援体制を把握することが求められています。

認知症ケアパス

〔地域実践8〕

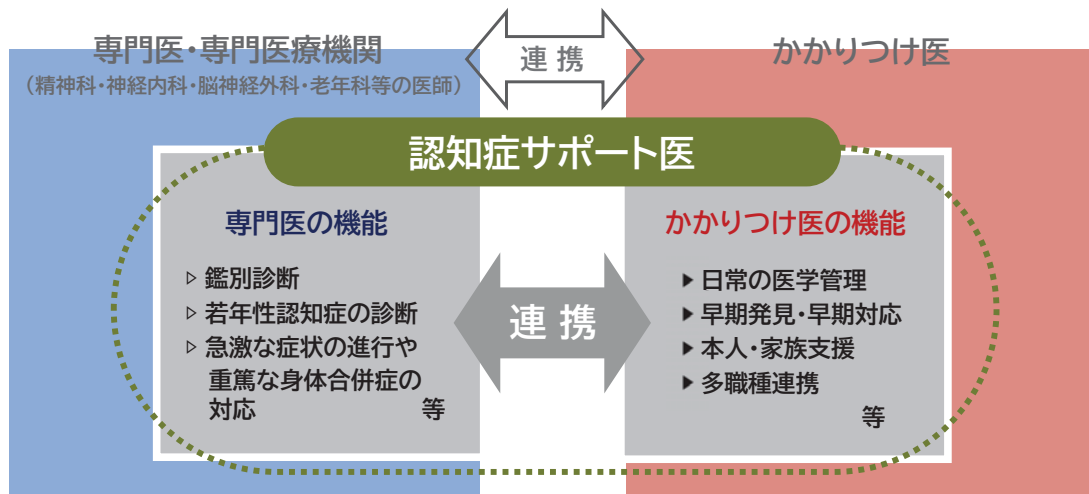
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』（認知症施策推進大綱）

認知症ケアパスのイメージ(一例)



認知症サポート医

〔地域実践9〕



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8〕

「認知症ケアパス」とは、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、各市町村の実情に応じて策定されるものです。

認知症ケアパスには、2つの側面があります。1つはマクロのケアパス: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、もう一つはミクロのケアパス: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、専門職間の情報連携のしくみや連絡ツールを作ったり、標準的な「認知症ケア」の手順を表したものです。

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に活用することが重要です。

〔地域実践9〕

認知症サポート医は、かかりつけ医か専門医か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・役割を担うものです。

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づくり、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ます。

これらの活動を通じて、地域における「連携の推進役」としての活躍が期待されています。

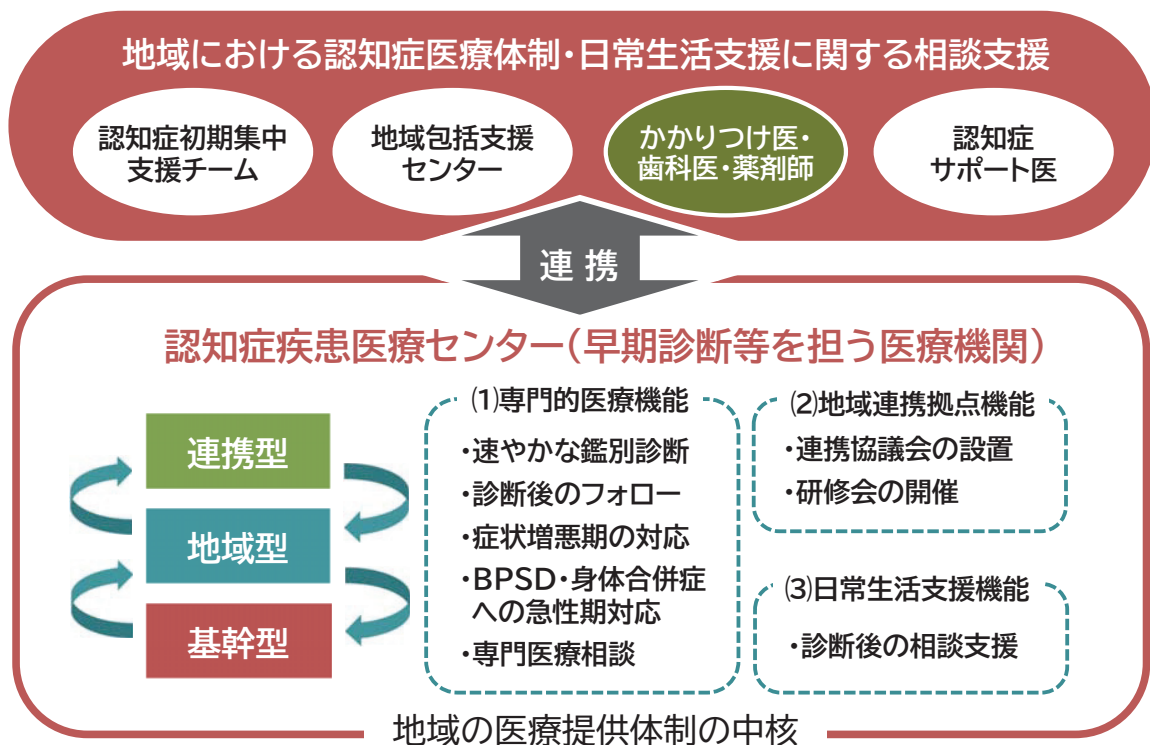
専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

〔地域実践10〕

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

認知症疾患医療センター

〔地域実践11〕



〔地域実践10〕

専門医への紹介を行う場合、アルツハイマー病治療薬を既に使用していれば、開始後の変化の有無や過去の投薬歴などは、非常に重要な情報です。さらに、もし 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でしょう(得失点のプロフィールも重要)。

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 対応などの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です。

〔地域実践11〕

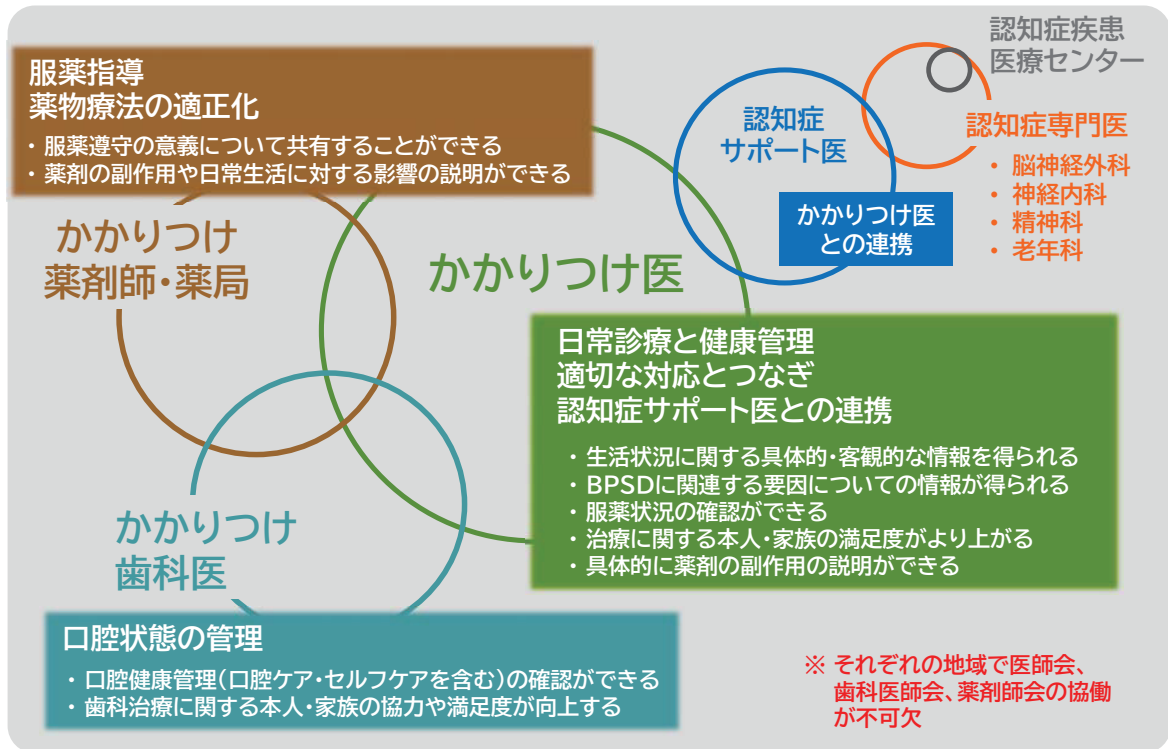
認知症疾患医療センターは、二次医療圏ごとに地域の医療計画との整合性を図り都道府県・指定都市により設置され、医療機関の特性、人員配置、検査体制、急性期治療への対応体制等に応じて、基幹型、地域型、連携型に分類されます。

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、などがあります。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す。

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ます。

認知症医療連携のイメージと意義

〔地域実践12〕



介護保険サービス

〔地域実践13〕

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
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(グループホーム) など

【特徴】

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

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～)

〔地域実践12〕

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ません。

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、などが求められます。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も不可欠です。

かかりつけ医にとっての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、等が挙げられます。

その結果、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されます。

〔地域実践13〕

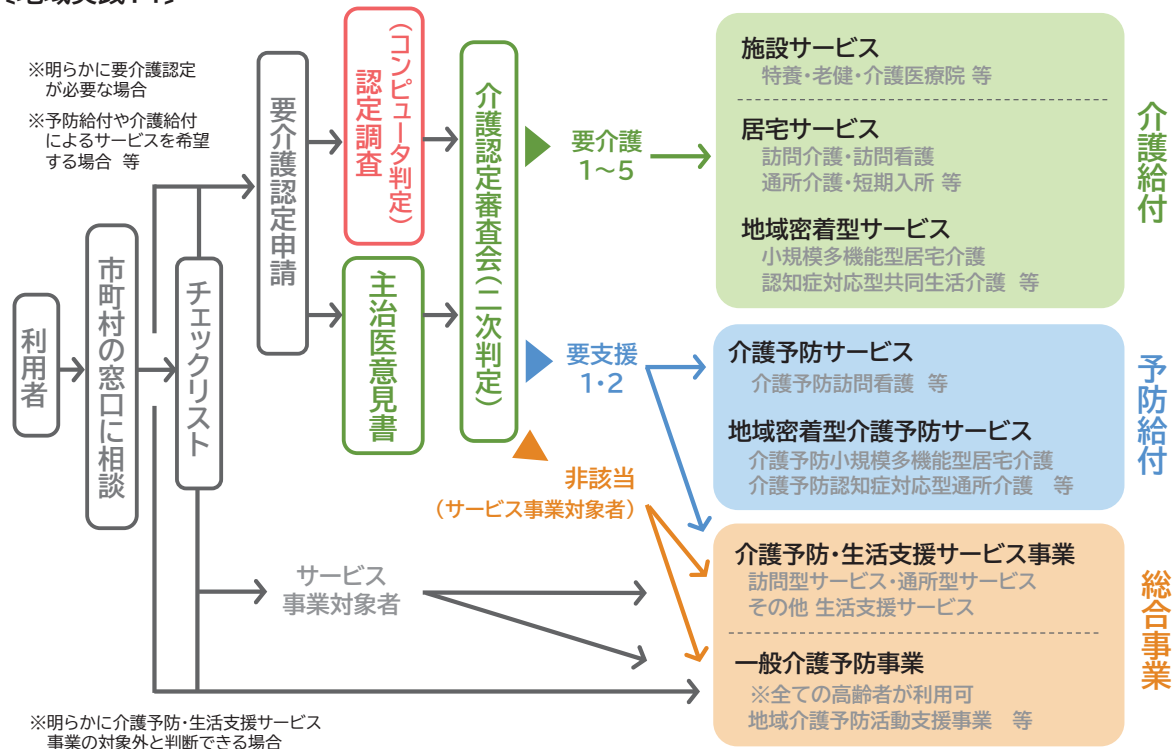
介護保険サービスは、サービスの利用形態により、主に在宅でサービスを組み合わせて利用する「居宅サービス」・「地域密着型サービス」、介護施設に入所・入院する「施設サービス」に大別されます。地域密着型サービスは、平成 18 年制度改正で導入されたもので、市区町村保険者が地域事情に応じた整備や基準設定を行うこと可能となっています。

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」があります（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」が創設されました。

介護サービスの利用の流れ

〔地域実践14〕



主治医意見書の役割

〔地域実践15〕

- **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

〔地域実践14〕

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ります。

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り、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ます。

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

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)等があります。

〔地域実践15〕

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ります。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、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ります。

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されます。

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ります。

認知症症例の意見書①

〔地域実践16〕

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

認知症症例の意見書②

〔地域実践17〕

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 ・ 歩き回り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

〔地域実践16〕

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です。特に、「特記すべき事項」欄への記載は重要であり、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ます。

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

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ます。

【文献】

「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17〕

認知症の人に関しては、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きます。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、記載することが望めます。

経過や頻度の把握・記載も重要であり、例えば歩き回り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ります。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めます。

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ます。

また、認定評価に際しての留意事項も重要です。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り強いと軽く判定される可能性もあります。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といえます。

【文献】

「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

多職種連携と情報共有

〔地域実践18〕

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19〕

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
 - ＊ 特に独居の認知症の人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18〕

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、統合した上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す。

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ります。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ります。

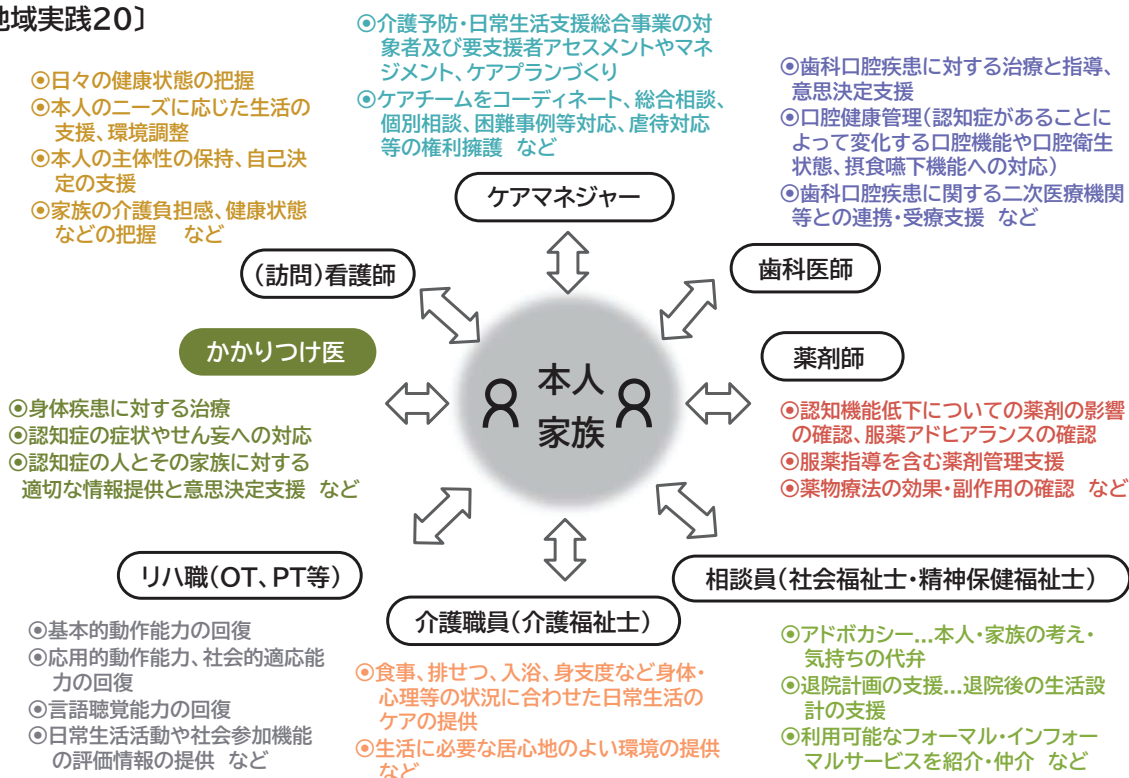
〔地域実践19〕

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す。特に独居の認知症の人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ません。

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ります。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できます。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す。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す。

地域の多職種の主な役割

〔地域実践20〕

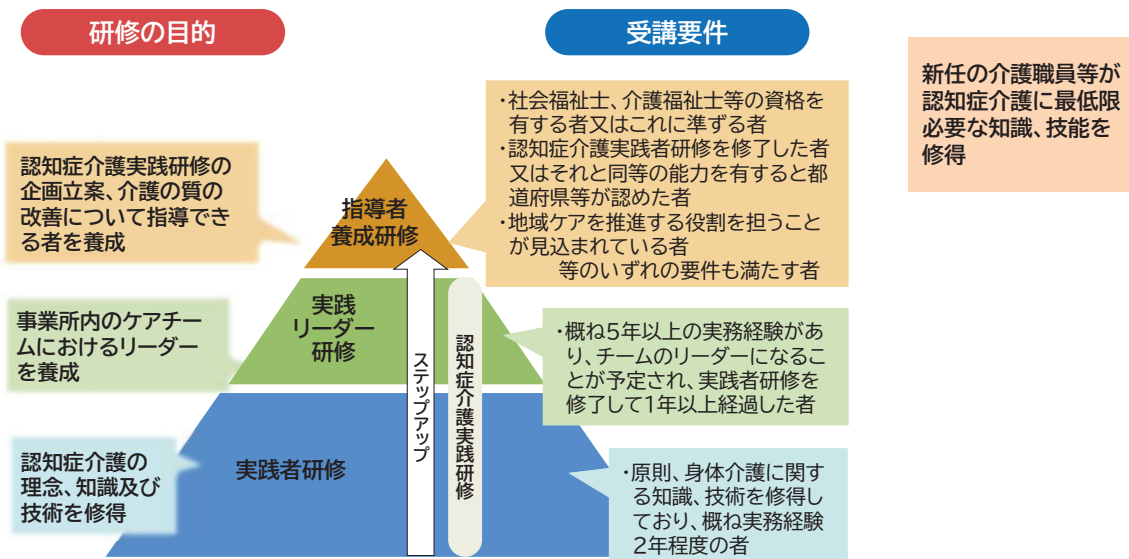


介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系

〔地域実践21〕

認知症介護指導者養成研修／認知症介護実践リーダー研修
／認知症介護実践者研修

認知症介護基礎研修



〔地域実践20〕

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欠かせません。

一人の支援対象の課題を把握した上で、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ことが求められます。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す。

(訪問)看護師は、本人の日常生活から体調変化やサインに気づき、身体疾患の観察と看護を行います。認知症の人の服薬の面でも、服薬管理のみならず効果や副作用について、かかりつけ医との連絡を密に取れる立場として訪問看護師は重要な役割を果たします。

社会福祉士・精神保健福祉士は、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的及び継続的に支援を行います。

介護福祉士は、身体上や精神上的の障害で日常生活に支障がある人について心身の状況に応じた介護を提供し、介護者に対して必要に応じて介護に関する助言や指導を行うための専門的な知識や経験を有する職種です。

〔地域実践21〕

介護従事者等を対象とした認知症に関する研修は、新任の介護職員等を対象に認知症介護に最低限必要な知識・技能を習得することを目的とした「認知症介護基礎研修」をはじめ、一定の受講要件を満たした者を対象に、3段階でステップアップしていく「認知症介護実践研修」があります。

認知症介護実践研修は、「①実践者研修」、「②実践リーダー研修」、「③指導者研修」があり、それぞれ研修の目的は、①認知症介護の理念、知識及び技術の習得、②事業所内のケアチームにおけるリーダーを養成、③認知症介護実践研修の企画立案、介護の質の改善について指導できる者を養成 となっています(各研修の受講要件はスライドの通り)。認知症介護基礎研修は3年間の経過措置を経て2024年4月から受講が義務化されています(一定の資格保有者は受講免除)。

①実践者研修と②実践リーダー研修は都道府県・指定都市単位で、③指導者養成研修は都道府県等の委託を受けて認知症介護研究・研修センター(仙台、東京、大府)により実施されています。

【参考】

認知症介護情報ネットワーク <https://www.dcnnet.gr.jp/study/syllabus/>

情報共有ツール

〔地域実践22〕

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

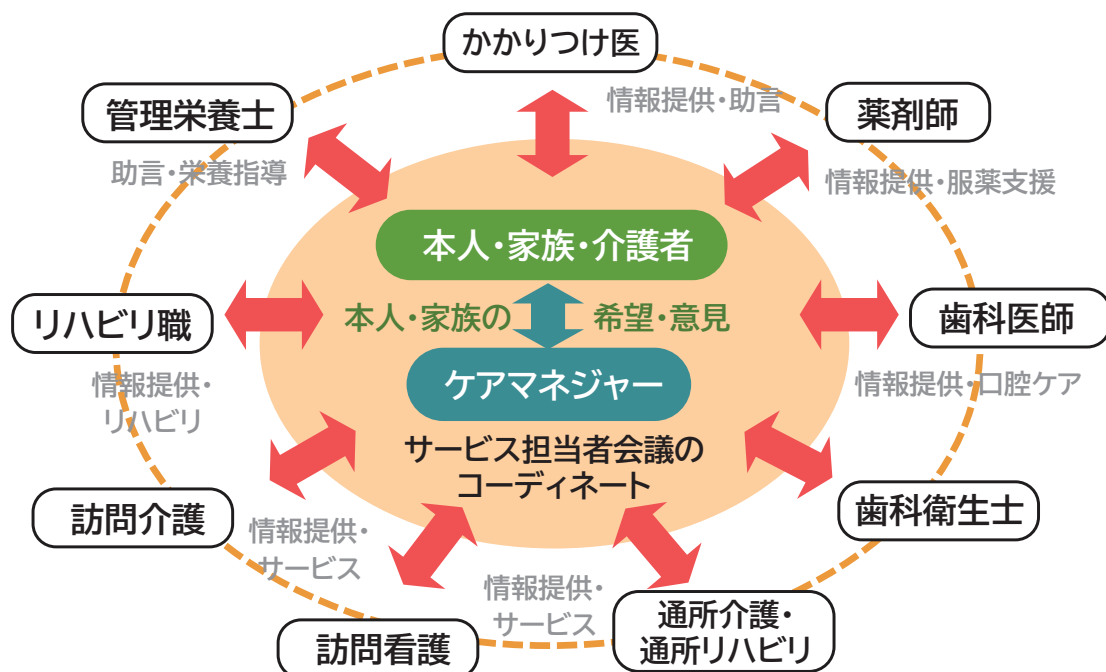
※情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能
<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/jouhourenkei-all.pdf>

平成27年度老人保健健康増進等事業
 「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」報告書

ケアマネジャーと多職種連携

〔地域実践23〕

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



〔地域実践22〕

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・作成されました。記載できる情報の項目は 15 項目挙げられていて、“わたしの”情報を本人起点で共有できる点が特徴です。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す。

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ます。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れます。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ます。

〔地域実践23〕

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します。

- 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ます。
- 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ります。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です。
- 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す。更新時やケアプラン変更時には、必ず開催しなければなりません。

会議室や本人の自宅で行われることがあり、かかりつけ医も可能な限り出席することが望まれます。

サービス担当者会議・ケアマネジャー

〔地域実践24〕

サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

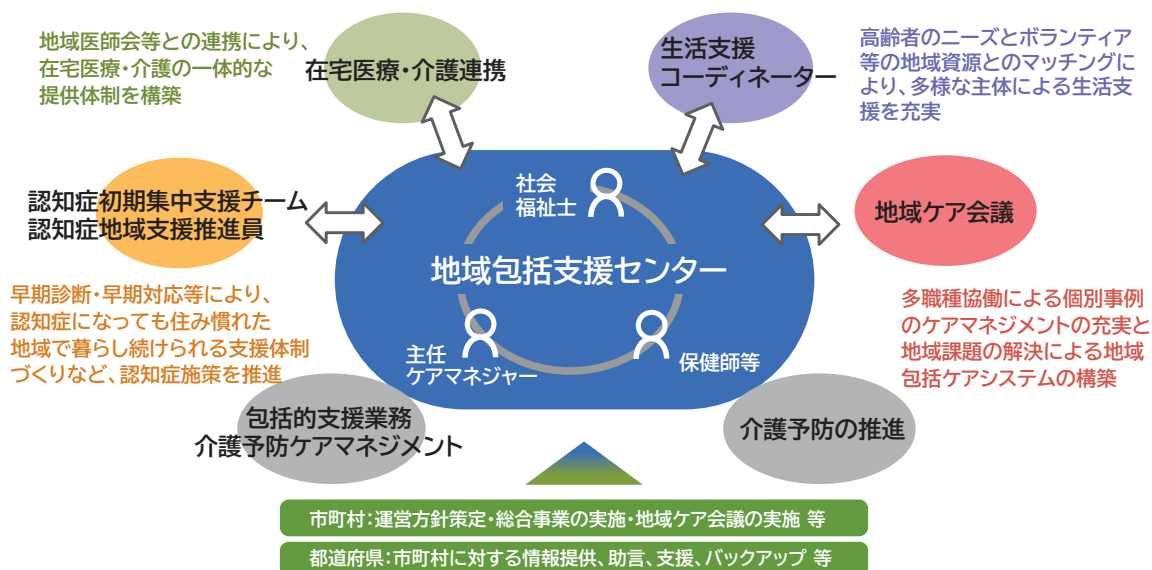
- 通院時や診察時の本人の様子について報告
- 傷病に関わる身体状況等の情報提供
- 認知症の病期や重症度、経過などの確認
- 現在の投薬内容、副作用等の注意事項
- 現在、発生の可能性が高い病態とその対応の具体的指示（身体症状やBPSD）
- 日常生活上の医学的な注意事項（特に介護サービス提供時の留意事項）

ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

- 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の悪化時の対応
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへの助言と共通理解
- 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25〕



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24〕

サービス担当者会議において、かかりつけ医には以下のような観点でのアドバイスや助言が求められています。

- ・失禁や転倒のアセスメントに対する助言
- ・嚥下や摂食に関する注意点
- ・心房細動で生じる危険性のある症状、服薬の管理、副作用等についての具体的指示
- ・行動障害や抑うつ状態への対応についての助言と共通理解 など

また、ケアマネジャーに対しては、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ます。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ます。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ます。かかりつけ医のサービス担当者会議への出席及びケアプランへのアドバイスや共通理解も適宜望まれます。

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期待されています。

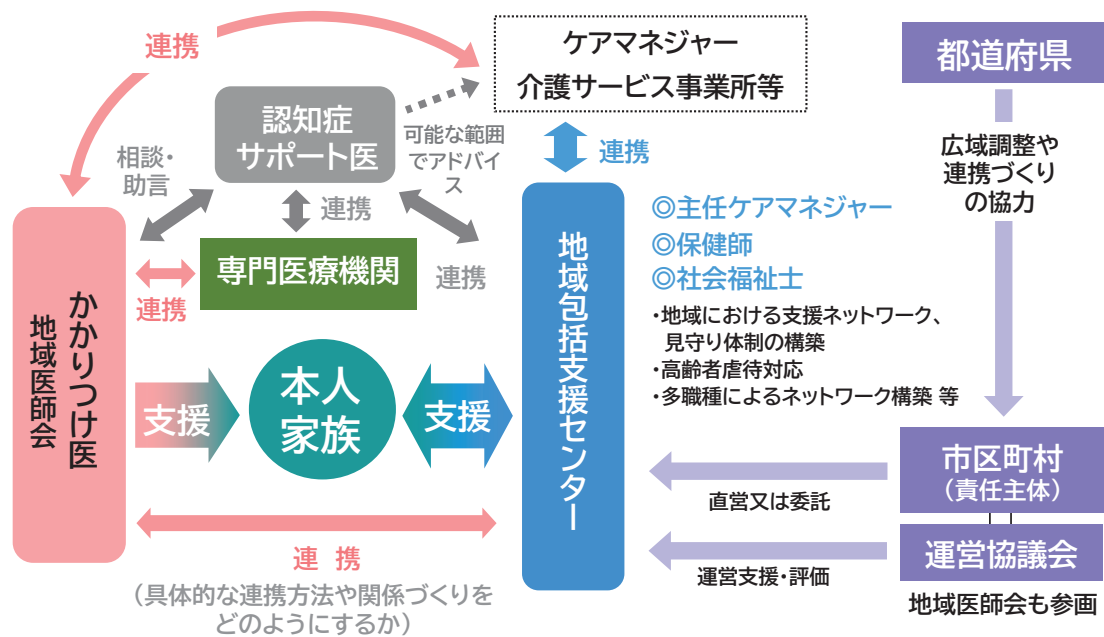
〔地域実践25〕

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ます。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ます。

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ています。

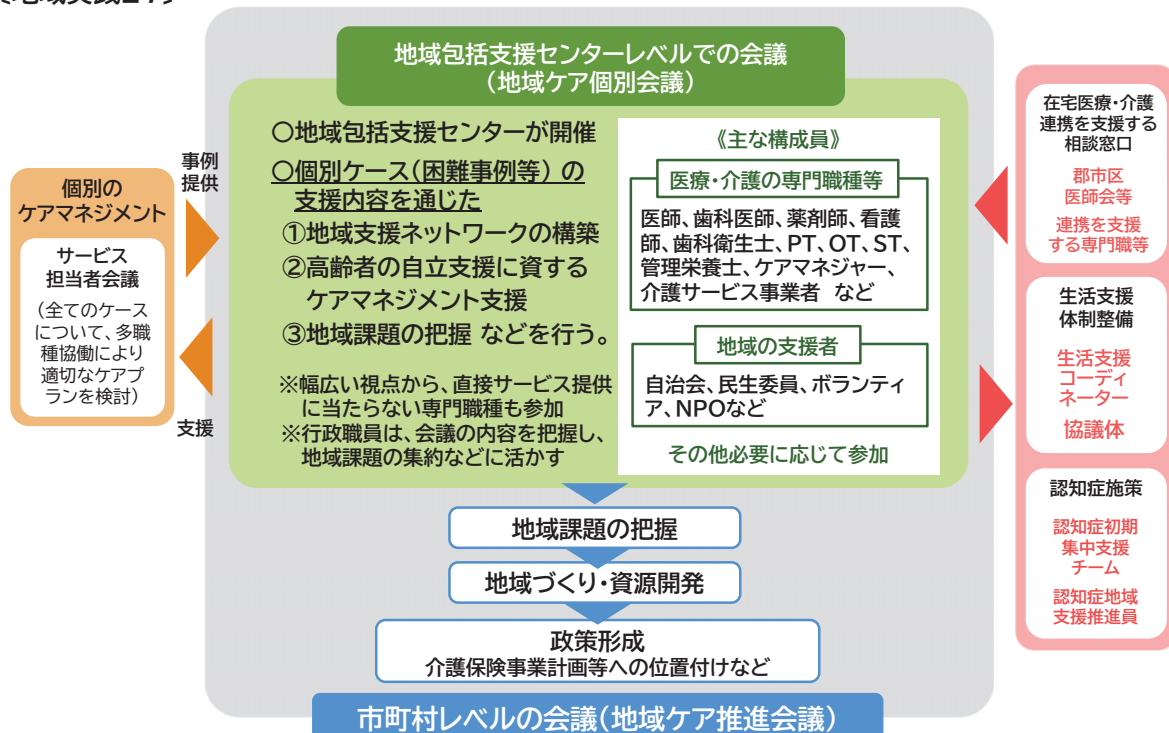
地域包括支援センターとの連携

〔地域実践26〕



地域ケア会議

〔地域実践27〕



〔地域実践26〕

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ります。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ています。認知症の人の早期発見・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ます。

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っていただくことも目的とされています。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ます。

〔地域実践27〕

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す。

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ります。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ります。

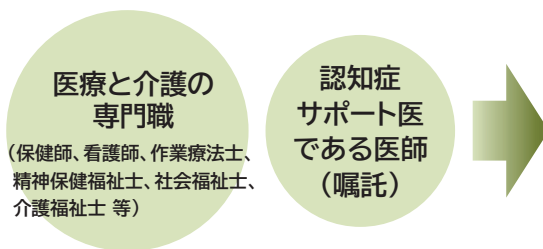
さらに、上記の「個別課題解決」と同時に、その協働を通じて、地域の多職種による「ネットワーク構築」や、地域に共通する課題を浮き彫りにする「地域課題発見」なども地域ケア会議の目的とされています。

認知症初期集中支援チーム

〔地域実践28〕

- 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

【支援対象者】

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

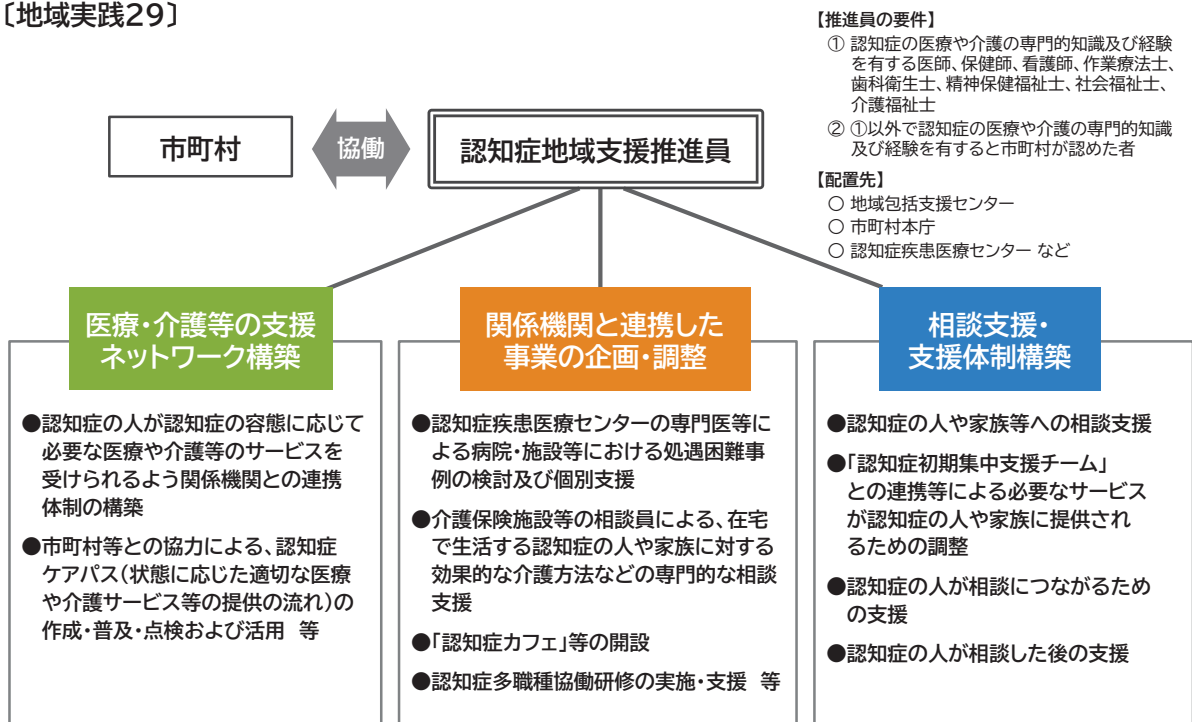
- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

(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人

認知症地域支援推進員

〔地域実践29〕



〔地域実践28〕

認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が、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、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う多職種チームです。

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上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ます。チームは、すべての市町村に設置されていて、主な支援の対象者はスライドに示した通りですが、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す。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ます。

〔地域実践29〕

認知症地域支援推進員（以下、推進員）は、平成30年度からすべ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、専門職等が担っています。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ます。

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」などです。令和元年度から、「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りました。

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す。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上で日頃からの連携や協働が求められています。

予防給付と地域支援事業

〔地域実践30〕

介護給付（要介護1～5）	
予防給付（要支援1・2）	
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	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

認知症カフェ・ピア活動

〔地域実践31〕

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

〔地域実践30〕

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ます。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ります。

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枠組み(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)が推進されています。

〔地域実践31〕

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」が行われています。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ます。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ます。

認知症の人と家族の支援

〔地域実践32〕

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・差別に対する啓発	地域の人への認知症の知識の啓発、家族支援の啓発
経済的な支援制度	就労継続支援、介護費用の軽減、税の減免、介護手当等

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

〔地域実践33〕

【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作り、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

〔地域実践32〕

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す。すべての内容や効果を把握しておく必要はありませんが、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す。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、積極的に関わることが望まれます。

〔地域実践33〕

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ました。認知症サポーター養成講座の受講者は認知症サポーターとして認定されます。認知症サポーター養成講座の講師役を養成するのがキャラバン・メイト養成講座です。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ます。

認知症の人と地域で関わる人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ます。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ます。

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ます。

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34〕

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)

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

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

生活支援としての意思決定支援

〔地域実践35〕

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

本人が自ら意思決定できるよう支援
意思形成支援、表明支援、実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

意思決定支援チーム会議(話し合い)

- ◎ 本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人 など
- ◎ サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
- ◎ 開催は関係者の誰からの提案も可

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

本人の意思の尊重の実現

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

適切な意思決定
プロセスの確保

- ・理解しやすさ
- ・開かれた質問
- ・選択肢
- ・支援者の態度
- ・環境整備
- ・時間の余裕

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(平成30年6月)
に一部追記

〔地域実践34〕

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月に公表されました。

認知症の人は自分で決められない人ではなく、本人が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すべ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す。ガイドラインでは、認知症の人のための（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すべての人による（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、意思表示支援、意思実現支援）などの基本事項が整理されています。

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ます。

【文献】

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>

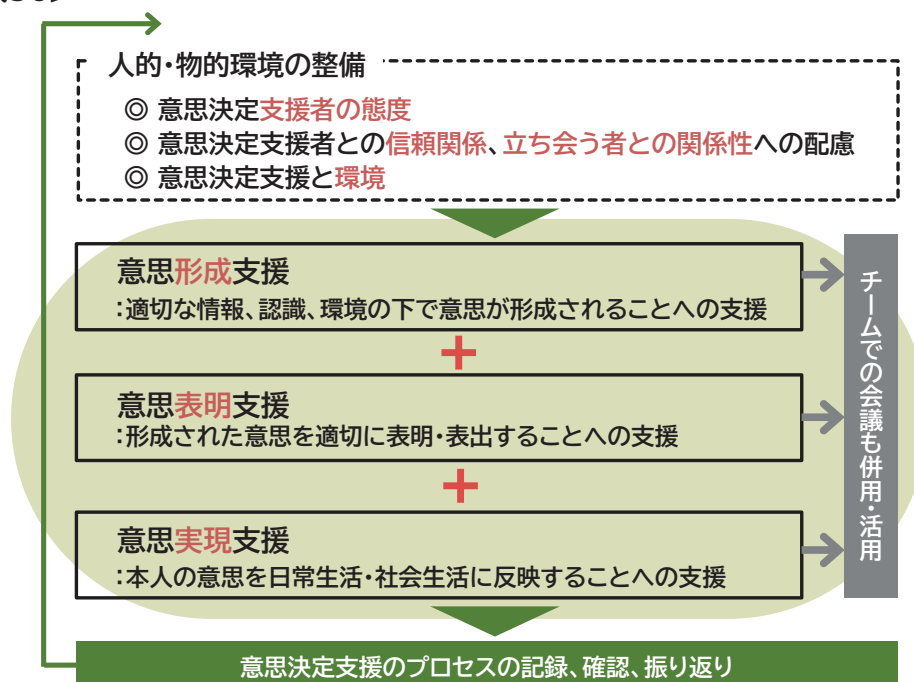
〔地域実践35〕

「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ます。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ます。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す。

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ます。

意思決定支援のプロセス

〔地域実践36〕



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(平成30年6月)

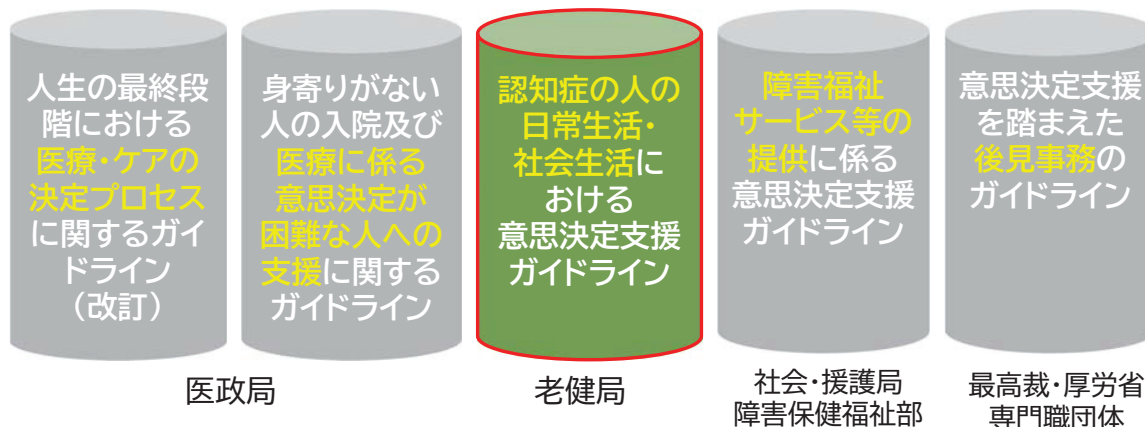
各意思決定支援ガイドライン

〔地域実践37〕

【意思決定支援ガイドラインの策定等推進の背景】

- ◎ 障害者の権利に関する条約
- ◎ 成年後見制度の利用の促進に関する法律(平成28年法律第29号)
- ◎ 第2期成年後見制度利用促進基本計画(令和4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】



〔地域実践36〕

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、意思決定支援にあたっては、まず、人的・物的な「環境の整備」が重要です。

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」させることを支援します。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とされます。

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、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 つの観点から行うと整理しやすくなります。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です。

〔地域実践37〕

「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ます。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、内容は様々です。

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です。かかりつけ医には、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ています。

【参考】

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-](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf)

[Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/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>

Advance Care Planning(ACP)

〔地域実践38〕

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

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

日本医師会, 終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える, 2018
より引用(一部抜粋)

成年後見制度利用促進基本計画

〔地域実践39〕

- 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いさとの調和

- ▶ 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討

〔地域実践38〕

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本人を主体に、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、本人の意思決定を支援するプロセスのこと』であり、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ます。

ACP の主体は本人であり、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です。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本人の意思に寄り添うことが理想です。

〔地域実践39〕

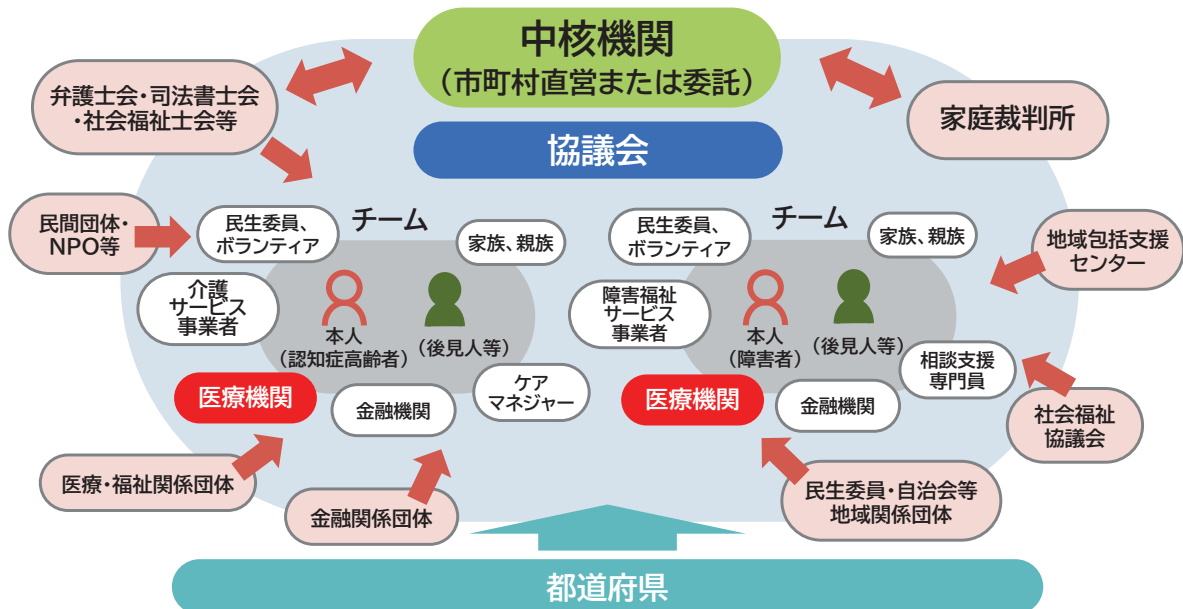
成年後見制度の利用の促進と全国どの地域に住んでいても成年後見制度を必要とする人が制度を利用できることを目的として、平成 28 年に成年後見制度利用促進法が施行され、平成 29 年に成年後見制度利用促進基本計画が閣議決定されました。この計画に基づいて市町村の中核機関(権利擁護センター等を含む)の整備や市町村計画の策定が推進されています。

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ます。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ます。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、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す。

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40〕

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

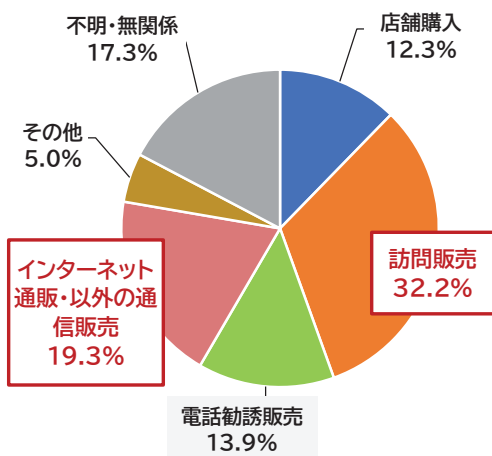


消費者被害の現状

〔地域実践41〕

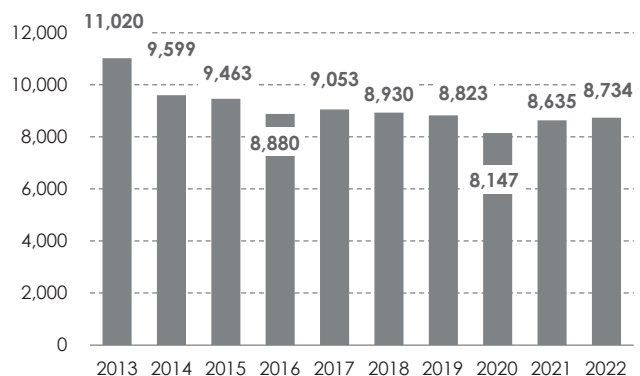
認知症等高齢者の販売購入形態別消費生活相談割合

○訪問販売とインターネット通販・以外の通信販売が半数以上



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約30%
○相談1件あたりの平均契約購入額 109.1万円
○約8割で相談者と契約者が異なる



消費者庁「令和5年版消費者白書」より作成

〔地域実践40〕

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ます。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ります。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ます。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ますが、かかりつけ医もこのネットワークやチームの一員です。

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です。

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です。

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ます。

〔地域実践41〕

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ます。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）を構築し、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す。

認知症等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ます。また、相談件数をみると、年間9,000件前後で推移しており、相談1件あたりの平均契約購入額は約109万円となっています。

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ます。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ます。

日常生活自立支援事業と成年後見制度

〔地域実践42〕

日常生活自立支援事業と成年後見制度は、判断能力が不十分となった場合に利用できる制度であり、下表の内容となっている

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・後见人 任意後見制度：任意後见人
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、任意後见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援助、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。
社会福祉協議会が支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

本人の不動産や預貯金などの財産を管理したり、本人の希望や身体の状態、生活の様子等を考慮して、必要な福祉サービスや医療が受けられるよう、契約の締結や支払などを行う

若年性認知症の特徴と現状

〔地域実践43〕

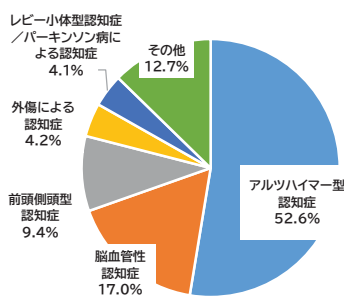
- 全国における若年性認知症者数は、**3.57万人**と推計（前回調査（H21.3）3.78万人）※
- 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数（有病率）は、**50.9人**（前回調査（H21.3）47.6人）

※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）

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

（図）若年性認知症（調査時65歳未満）の基礎疾患の内訳



主な調査結果

- ▶ 最初に気づいた症状は「もの忘れが最も多く（66.6%）」、「職場や家事などでのミス」（38.8%）」、「怒りっぽくなった」（23.2%）がこれに続いた。
- ▶ 若年性認知症の人の約6割が発症時点で就業していたが、そのうち、約7割が退職していた。
- ▶ 調査時65歳未満若年性認知症の人の約3割が介護保険を申請しておらず、主な理由は「必要を感じない」（39.2%）」、「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）

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

〔地域実践42〕

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ります。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す。

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す。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す。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、監督機関ごとにまとめています。

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)を下表に整理しています。

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	

〔地域実践43〕

65 歳未満で発症する認知症を若年性認知症といいます。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 万人と推計されました。平成 21 年の前回調査より有病者数は減少していますが、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ます。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す。

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

若年性認知症の人への支援

〔地域実践44〕

- 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ぎなどが、かかりつけ医の役割である**
- 若年性認知症支援ガイドブック等の配布、都道府県ごとの専門相談窓口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

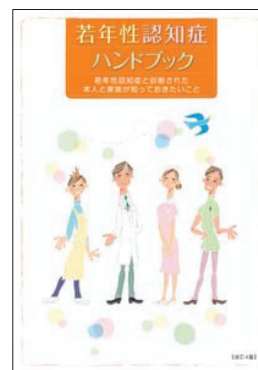
【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 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



若年性認知症の人への支援のネットワーク

〔地域実践45〕

「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

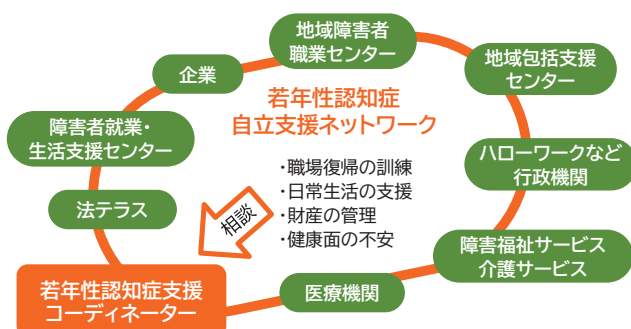
〈〈 普及・啓発 〉〉

- 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



〔地域実践44〕

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ります。

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者の習熟が必要であること、などがあります。

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す。

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す。

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となります。

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があります。

〔地域実践45〕

若年性認知症の人への支援として、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」が展開されています。

これらを一体的に進めるため、都道府県ごとに「若年性認知症支援コーディネーター」が配置されています。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、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ります。

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

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

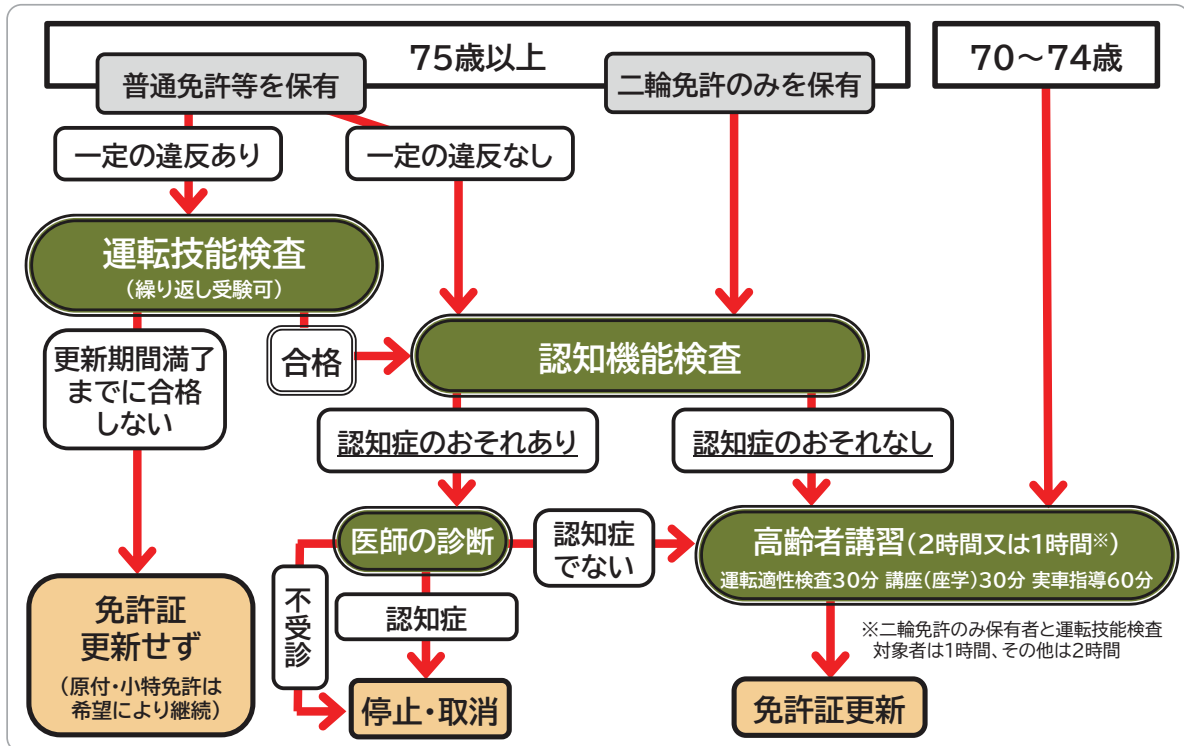
(<https://y-ninchisyotel.net/wp-content/uploads/information20210129.pdf>)

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ます。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関わる拠点や機関も含まれます。

道路交通法の改正後の流れ

〔地域実践46〕

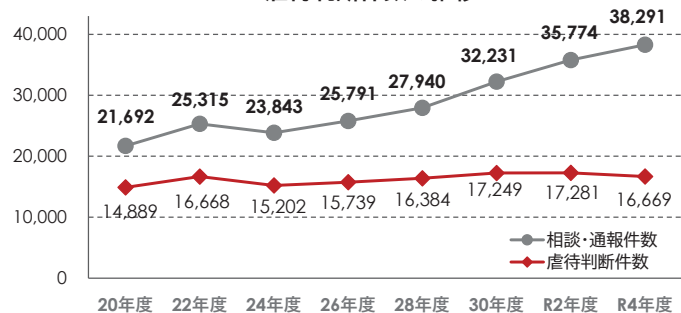
令和4年5月13日施行



養護者による高齢者虐待の現状

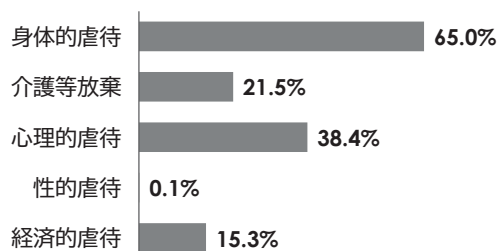
〔地域実践47〕

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

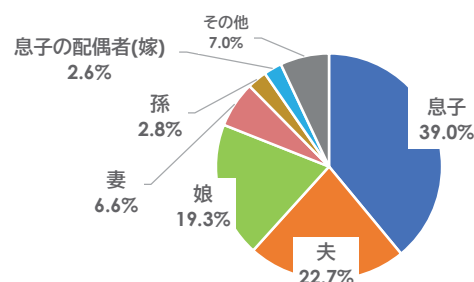


- 養護者による高齢者虐待の相談・通報は年々増加、虐待判断は1.6万件前後で推移している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」「経済的虐待」を受ける割合が高い
- 介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度(深刻度)で最重度4の割合が高い

虐待の種類の割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



令和4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より作成

〔地域実践46〕

高齢運転者対策の充実と強化を図るため、道路交通法が改正されました(令和4年5月13日施行)。

運転免許証の更新手続きに際して、75歳以上で「一定の違反歴」のある人は、運転免許証更新時に運転技能検査(実車試験)等を受検し、検査の結果が一定の基準に達しない人は、運転免許証の更新をしないことになりました。運転技能検査の合格者と「一定の違反歴」のない人は、認知機能検査を受け、「認知症のおそれなし」と判定された場合は高齢者講習に進み、「認知症のおそれあり」と判定された場合は医師の診断を受けることとなります。

地域の交通環境・地理的な実情によっては、自動車運転は日常生活を送る上で不可欠となる場合もあり、治療等の場面以外の日常生活を視野に入れた継続的な支援にあたって、自動車運転や免許証更新への配慮も重要な視点といえるでしょう。

〔地域実践47〕

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ます。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ます。

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・通報件数は増加傾向で、虐待判断件数は年間1.6万件前後で推移しています。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」などの割合が高くなっています。被虐待高齢者からみた虐待者の続柄では、「息子」、「夫」、「娘」の順となっています。

また、被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」「経済的虐待」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)の最重度4の割合が高い、などが高齢者虐待の現状といえます。

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

〔地域実践48〕

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49〕

動画 ⑤ かかりつけ医の役割と連携



〔地域実践48〕

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ます。「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）」と規定されています。

かかりつけ医のもとを高齢者が受診したことをきっかけに「虐待の可能性」に気づくこともあります。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ります。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ます。

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きわめて重要です。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す。

〔地域実践49〕

動画⑤「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50〕

- 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

私たちは、認知症とともに暮らしています。
日々いろんなことが起き、不安や心配はつきませんが、
いろいろな可能性があることも見えてきました。
一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、
希望を持って自分らしく暮らし続けたい。
次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、
いい人生を送ってほしい。
私たちは、自分たちの体験と意志をもとに
「認知症とともに生きる希望宣言」をします。
この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、
そしてよりよい社会を一緒につくっていこうという
人の輪が広がることを願っています。

『認知症とともに生きる希望宣言』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成



〔地域実践50〕

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研修受講後のかかりつけ医に求められる姿勢と役割をまとめました。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す。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ます。

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ます。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す。

〔当事者の言葉②〕

これは、当事者の会である「日本認知症本人ワーキンググループ」が平成30年11月1日に発表した「認知症とともに生きる希望宣言」の一節です。

全文は日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)のウェブサイトの中で読むことができます。

かかりつけ医
認知症対応力向上研修テキスト
〈令和5年度改訂版〉

令和5年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

かかりつけ医等の認知症対応力向上研修
カリキュラムに関する調査研究

2024年3月
禁無断転載

(発行) 合同会社 HAM 人・社会研究所
