

平成 23 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

認知症サポート医の活動支援のあり方と 養成および継続研修事業に関する調査研究

報告書

平成 24 年 3 月

株式会社ニッセイ基礎研究所

はじめに

かかりつけ医による認知症のひとに対する早期発見・早期対応および介護家族を含めた継続的なバックアップは、認知症ケアを医療の面から支える大きな役割を果たしています。そして、そのかかりつけ医による対応を支援する認知症サポート医の役割は、ますます重要なものとなってきています。平成24年4月からの新しい介護保険制度においても、認知症に関するさまざまな施策がさらに推進されるような仕組みとなっています。

本調査研究事業では、これまでかかりつけ医認知症対応力向上研修および認知症サポート医養成研修の教材作成を中心に、フォローアップ研修モデル講習会の実施、認知症サポート医に関する調査等を継続的に実施してきました。

他方、認知症医療を取りまく環境は、認知症診断基準ガイドラインの改訂、新薬の承認・保険収載、先に述べた介護保険制度改正などをはじめ、日々変化・進展しています。認知症サポート医養成研修・かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材においても、それらへの対応が必要と考え、本年度事業では、新しい情報・状況を一つでも多く教材に取り入れることを目的に、テキストの改訂作業を実施しました。また、合わせて、認知症サポート医の先生方を対象とした実態調査も実施しました。

もともと、本年度、事業と同時並行で具体的な検討が行われる介護保険制度改正や診療報酬・介護報酬改定の内容については完全には取り込むことができないため、優先順位の高いものを中心に可能な範囲での修正を行いました。

平成24年度の新教材(第4版)が、かかりつけ医認知症対応力向上研修・認知症サポート医養成研修という“スタート時”のツールとなるだけでなく、研修修了者のかかりつけ医および現任の認知症サポート医の先生方の情報源としても広く活用されることを望みます。

認知症サポート医の活動支援のあり方と養成および継続研修事業に関する調査研究

研究会委員長 鷲見 幸彦

目 次

はじめに

I 事業目的	5
II 事業内容	5
1. 委員会	6
2. 研修テキストの改訂	7
(第4版(改訂版)テキストのスライド一覧)	
3. アンケート調査	46
(1) 都道府県医師会アンケート	
(2) 認知症サポート医アンケート	
4. モデル講習会の実施	78
(講習会テキストのスライド一覧)	
III 考察	100

I 事業目的

認知症の早期発見、早期診断には地域のかかりつけ医の取り組みがポイントとなる。様々な診療科・環境にあるかかりつけ医にその機能を十分発揮してもらうためには、専門医療機関・専門医との連携、認知症ケアに関わる多職種との連携等をバックアップするサポート役が必要となる。

これまで養成された認知症サポート医が担う「かかりつけ医支援」や「地域の仕組み作り」等の活動を支援するため、認知症初期対応、早期診断、認知症ケア、介護保険制度改正等に関する新しい知見や情報を提供するなど、継続的かつ直接的なフォローを行うことを目的とする。

II 事業内容

かかる事業目的のために、これまで認知症サポート医養成研修テキストの制作を担当頂いてきた医師および有識者を中心に委員会を組成した(①)。また、認知症サポート医の継続研修や活動支援の核となる、新しい知見や情報提供のため、研修テキストの改訂版を作成した(②)。

さらに、認知症サポート医の活動実態の把握のため、都道府県医師会および現任の認知症サポート医に対するアンケート調査を実施した(③)。

1. 委員会

1-1 委員

(○は委員長、50音順、敬称略)

氏名	所属
遠藤 英俊	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部 部長
武田 章敬	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部 第二脳機能診療科 医長
館石 宗隆	札幌市東区保健福祉部 部長
野中 博	医療法人社団博腎会 野中医院 院長
本間 昭	認知症介護研究・研修東京センター センター長
森村 安史	社団法人日本精神科病院協会 理事
○ 鷲見 幸彦	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部 部長

【オブザーバー】

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室

【事務局】

株式会社 ニッセイ基礎研究所

(映像教材制作:株式会社シルバーチャンネル 事業協力:NPOシルバー総合研究所)

1-2 開催概要

第1回 検討委員会

- 日時 平成23年10月3日(月)
- 議事
1. 平成23年度事業計画について
 2. 研修教材(テキスト・DVD)の改訂について
 - ・修正方針の説明と意見交換
 3. アンケート調査実施について
 - ・都道府県医師会向け、認知症サポート医向け調査の説明
 4. フォローアップ研修モデル講習会について

第1回 テキスト改訂ワーキング委員会

- 日時 平成23年11月18日(金)
- 議事
1. pptスライド・解説の確認および修正協議
 2. 映像教材(DVD)の確認および修正協議
 3. アンケート調査・モデル講習会に関する報告

第2回 テキスト改訂ワーキング委員会

- 日時 平成24年1月13日(金)
- 議事
1. pptスライド・解説の修正確認および追加協議
 2. 映像教材(DVD)の修正確認および追加協議

第2回 検討委員会(最終回)

- 日時 平成24年3月5日(月)
- 議事
1. フォローアップ研修モデル講習会の実施報告
 2. 研修教材改訂作業について
 - ・テキスト:pptスライド、解説、巻末資料の改訂内容の確認
 - ・DVDの修正内容の確認
 3. アンケート調査結果の報告
 - ・都道府県医師会アンケート結果
 - ・認知症サポート医アンケート結果(速報)

2. 研修教材(テキスト・DVD)の改訂作業

2-1 実施概要

本事業の中心的な作業の一つである、かかりつけ医認知症対応力向上研修および認知症サポート医養成研修テキストについて、認知症にかかる診断基準ガイドラインの改訂、新しく承認された認知症治療薬の情報や平成24年4月の介護保険制度改正にかかる情報など、新しい知見や情報を追加する必要があったため、テキスト(pptスライドおよび解説)とDVDの改訂を行った。

なお、第1回委員会における検討において、特に注力すべき「連携編」に関係深い、介護保険制度改正の詳細検討や介護報酬改定など、同時並行で議論されることもあり、介護保険関連部分の改訂は来年度に持ち越し、本年度は、診断基準や新薬にかかる部分等の至急の改変等を要する箇所を中心に対応することとした。

2-2 修正作業の全体像

具体的なpptスライドおよび解説の修正について、旧版と修正版のスライド一覧の対照表によって、修正作業の全体像を示す。

なお、委員会およびテキスト改訂ワーキング委員会において、段階的に「追加」、「修正」、「削除」の検討が行われたが、修正版については、途中の検討経緯は含まない最終の作業の元となったもの(第2回テキスト改訂ワーキング委員会後)で示している。

テキスト改訂の基本的な視点(作業方針)は以下の通りである。

- 全体を通じての表現の修正
 - ・周辺症状 ⇒ 行動・心理症状(BPSD)
 - ・塩酸ドネペジル ⇒ コリンエステラーゼ阻害薬
- 新しい情報の追加
 - ・診断基準ガイドライン 2010 に基づく修正
 - ・新薬(ガランタミン、リバスチグミン、塩酸メマンチン)の情報追加
- 各種統計資料の更新

※ DVD教材についても同様の方針で修正を行う

※ スライドの修正・変更を行わず、解説文章の修正、資料の追加等により、対応したものも多数含まれる。

[テキスト改訂「旧版」と「修正版」の対照表]

現行版		修正版	
[イントロダクション]			
1	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者の推計	1	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者の推計
2	認知症疾患患者数の年次推移	2	認知症疾患患者数の年次推移
		3	高齢者単独・夫婦世帯の増加
3	認知症医療の課題	4	認知症医療の課題
4	認知症の人と家族の会 代表理事の要望	5	認知症の人と家族の会 代表理事の要望
5	日本認知症GH協会 副代表理事のお話	6	日本認知症GH協会 副代表理事のお話
6	高齢者単独・夫婦世帯の増加		移動
7	認知症地域医療支援事業	7	認知症地域医療支援事業
8	認知症サポート医の役割	8	認知症サポート医の役割
		9	認知症サポート医の活動状況
9	現在の認知症サポート医の診療科の内訳	10	現在の認知症サポート医の診療科の内訳
10	地域における認知症サポート医の役割分担と連携の構築	11	地域における認知症サポート医の役割分担と連携の構築
11	専門医・専門医療機関に期待される役割	12	専門医・専門医療機関に期待される役割
12	認知症疾患医療センターの機能と連携	13	認知症疾患医療センターの機能と連携
13	医療から介護への切れ目のないサービスを提供		削除
14	かかりつけ医認知症対応力向上研修(研修の目的)	14	かかりつけ医認知症対応力向上研修(研修の目的)
15	研修カリキュラム	15	研修カリキュラム
16	かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制	16	かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

※イントロダクションは、認知症サポート医養成研修のテキストのみに編集される。

[基本知識編]	
1	早期発見・早期対応の意義
2	初診時の医師の対応
3	身近な人の認知症を一番最初に相談した相手
4	【ビデオ①】 かかりつけ医認知症対応力向上研修の目的
5	認知症の診断基準(DSM)
6	認知症の中核症状と周辺症状
7	家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化
8	認知症を呈する疾患
9	認知症を呈する主要な疾患
10	認知症の経過と必要な医療
11	MCI
12	認知症と間違えられやすい状態
13	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ
14	【ビデオ②】 認知症と間違いやすい症状
15	うつ状態とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴
16	せん妄と認知症の臨床的特徴
17	せん妄の原因
18	せん妄の原因となる主要な薬剤
19	DSM-IV-TRによるアルツハイマー型認知症の診断基準
20	アルツハイマー型認知症の症例
21	アルツハイマー型認知症のMRI
22	アルツハイマー型認知症のSPECT
23	アルツハイマー型認知症の病態(アミロイド仮説)
24	血管性認知症の診断基準
25	血管性認知症の症例
26	レビー小体型認知症
27	レビー小体型認知症の診断基準①
28	レビー小体型認知症の診断基準②

1	早期発見・早期対応の意義	修正
		削除
		削除
2	【ビデオ①】 かかりつけ医認知症対応力向上研修の目的	
3	認知症の診断基準(DSM)	
4	認知症の中核症状と行動・心理症状	修正
5	家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化	
		削除
6	認知症を呈する主要な疾患	
7	認知症の経過と必要な医療	修正
8	MCI	
9	認知症と間違えられやすい状態	
10	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ	
11	【ビデオ②】 認知症と間違いやすい症状	
12	うつ状態とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴	
13	せん妄と認知症の臨床的特徴	
14	せん妄の原因	
15	せん妄の原因となる主要な薬剤	
16	DSM-IV-TRによるアルツハイマー型認知症の診断基準	
17	アルツハイマー型認知症の症例	
18	アルツハイマー型認知症のMRI	
19	アルツハイマー型認知症のSPECT	
20	アルツハイマー型認知症の病態(アミロイド仮説)	
21	血管性認知症の診断基準	
22	血管性認知症の症例	
23	血管性認知症の画像	新規
24	レビー小体型認知症	
25	レビー小体型認知症の診断基準①	
26	レビー小体型認知症の診断基準②	

29	レビー小体型認知症の症例
30	レビー小体型認知症の画像
31	前頭側頭葉変性症
32	前頭側頭型認知症の特徴
33	前頭側頭型認知症の症例①
34	前頭側頭型認知症の症例②
35	前頭側頭型認知症のMRI画像

27	レビー小体型認知症の症例	
28	レビー小体型認知症の画像	
29	前頭側頭葉変性症	
30	前頭側頭型認知症の特徴	
31	前頭側頭型認知症の症例①	
32	前頭側頭型認知症の症例②	
33	前頭側頭型認知症のMRI画像	

[診断編]	
1	【ビデオ③】認知症初期の発見のポイント
2	認知症の中核症状と周辺症状
3	中核症状のアセスメント:本人と家族からの情報
4	記憶障害のアセスメント
5	見当識障害のアセスメント
6	判断・実効機能障害のアセスメント
7	FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント
8	外来時の対応
9	認知症診断の問診の方法
10	【ビデオ④】認知症の問診とアセスメント
11	認知症の中核症状のアセスメント 質問式と観察式のポイント
12	代表的なアセスメントツール
13	改訂長谷川式簡易知能評価スケールの項目
14	ミニメンタルステート検査の項目
15	初期認知症徴候観察リストの項目
16	OLDの使い方
17	原因疾患同定の手順
18	鑑別診断に必要な一般身体所見
19	【ビデオ⑤】神経学的所見の具体的なみかた
20	認知症鑑別に役立つ簡単な神経学的所見の見方
21	表情や目の動きに注目
22	しゃべり方に注目
23	手足の動きに注目
24	ハンマーを使ってみる
25	歩き方に注目
26	簡単な高次神経機能の見方①

1	【ビデオ③】認知症初期の発見のポイント	
2	認知症初期の発見のポイント	新規
3	認知症の中核症状と行動・心理症状	修正
4	中核症状のアセスメント:本人と家族からの情報	
5	記憶障害のアセスメント	
6	見当識障害のアセスメント	
7	判断・実行機能障害のアセスメント	
8	ADLのアセスメント	新規
9	IADLのアセスメント	新規
10	FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント	
11	外来時の対応	
12	認知症診断の問診の方法	修正
13	【ビデオ④】認知症の問診とアセスメント	
14	認知症の中核症状のアセスメント 質問式と観察式のポイント	
		削除
15	改訂長谷川式簡易知能評価スケールの項目	
16	ミニメンタルステート検査の項目	修正
		削除
		削除
17	原因疾患同定の手順	
18	鑑別診断に必要な一般身体所見	
19	【ビデオ⑤】神経学的所見の具体的なみかた	
20	認知症鑑別に役立つ簡単な神経学的所見の見方	
		削除
21	しゃべり方に注目	
22	手足の動きに注目	
		削除
23	歩き方に注目	
24	簡単な高次神経機能の見方①	

27	簡単な高次神経機能の見方②	25	簡単な高次神経機能の見方②	
28	簡単な高次神経機能の見方③	26	簡単な高次神経機能の見方③	
29	必要な検査とは	27	必要な検査とは	
30	可逆性の認知症とその鑑別法	28	可逆性の認知症とその鑑別法	
31	画像診断とは	29	画像診断の目的	修正
		30	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント	新規
		31	認知症各病型の典型的なSPECTパターン	新規
32	アルツハイマー型認知症と血管性認知症の 主な鑑別点			削除

[治療とケア編]		
1	認知症の病気の説明	1 認知症の病気の説明(告知) 修正
2	法律家からみた告知の考え方	2 法律家からみた告知の考え方
3	75歳以上の運転者の免許更新手続等の流れ	3 75歳以上の運転者の免許更新手続等の流れ
4	認知症の人に接するときの視点	4 認知症の人に接するときの視点 修正
5	【ビデオ⑥】認知症の治療とケア	5 【ビデオ⑥】認知症の治療とケア
6	認知症の人への支援	6 認知症の人への支援
7	家族への支援	7 家族への支援
8	市民が認知症を疑ったときに受診をためらう理由	削除
9	認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階	8 認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階
10	アルツハイマー型認知症の薬物療法	9 アルツハイマー型認知症の薬物療法
11	アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過と塩酸ドネペジルの効果	10 アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果 修正
		11 コリンエステラーゼ阻害薬の特徴 新規
		12 アセチルコリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点 移動
		13 塩酸メマンチンの特徴 新規
		14 メマンチンの副作用 新規
12	塩酸ドネペジルによる薬物療法の比較効果	
13	投薬に際して注意すべきこと	15 投薬に際して注意すべきこと
14	治療の効果を本人や家族にどのように説明するか	16 治療の効果を本人や家族にどのように説明するか
15	服用の仕方や副作用の説明	
16	塩酸ドネペジルの使用上の注意点	移動
17	何をもちて薬剤の効果判定を行うか	17 何をもちて薬剤の効果判定を行うか
18	再軽症例の治療開始時期について	18 再軽症例の治療開始時期について
19	効果はあるが副作用のため継続困難な場合の対応	削除
20	血管性認知症の注意点	19 血管性認知症の注意点 修正
21	レビー小体型認知症の注意点	20 レビー小体型認知症の注意点 修正
		21 前頭側頭型認知症の注意点 新規
22	周辺症状の対する対応	22 行動・心理症状の対する対応
23	認知症の症状に関連する要因	23 認知症の症状に関連する要因
24	もの盗られ妄想への対応	24 もの盗られ妄想への対応

25	周辺症状に対する対応①	25	昼夜逆転のあるケースへの対応	修正
26	周辺症状に対する対応②	26	不適切なケアがみられ他ケースへの対応	修正
27	薬の副作用による認知症様症状	27	薬の副作用による認知症様症状	
28	周辺症状に対する薬物療法	28	行動・心理症状に対する薬物療法	修正
29	アルツハイマー型認知症に対する非薬物療法のエビデンス	29	アルツハイマー型認知症に対する非薬物療法のエビデンス	修正
30	認知症短期集中リハビリテーション	30	認知症短期集中リハビリテーション	
31	認知症の予防	31	認知症の予防	
		32	外来フォローのときの注意点①	新規
		33	外来フォローのときの注意点②	新規

[連携編]	
1	要介護認定者における認知症高齢者の推計
2	認知症高齢者の日常生活自立度
3	要介護認定者における認知症高齢者 (自立度Ⅱ以上)の将来推計
4	認知症高齢者の所在
5	かかりつけ医・サポート医と地域包括支援 センターの連携
6	認知症高齢者ケアの基本 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立～
7	日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築
8	認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式
9	【ビデオ⑦】認知症の支援体制
10	地域の情報
11	相談窓口
12	介護保険の給付対象サービス
13	地域密着型サービスの特徴
14	地域密着型サービス
15	小規模多機能居宅介護
16	介護予防システムの全体像
17	介護予防サービス
18	認知症は介護給付が原則
19	主治医意見書の役割
20	事例
21	意見書例①
22	意見書例②

1	要介護認定者における認知症高齢者 (自立度Ⅱ以上)の将来推計	移動
2	認知症高齢者の日常生活自立度	
3	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	移動
4	認知症高齢者ケアの基本 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立～	
5	日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築	
6	認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式	
7	【ビデオ⑦】認知症の支援体制	
8	地域の情報	
9	相談窓口	
10	地域包括ケアシステムについて	新規
11	認知症の人への支援体制	新規
12	介護保険の給付対象サービス	
13	地域密着型サービスの特徴	
14	地域密着型サービス	修正
15	小規模多機能居宅介護	修正
16	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	新規
17	複合型サービス	新規
18	介護予防サービス	修正
19	介護予防・日常生活支援総合事業	新規
20	認知症は介護給付が原則	修正
21	主治医意見書の役割	
22		削除
		削除
		削除

		22 認知症症例の意見書の書き方①	新規
		23 認知症症例の意見書の書き方②	新規
		24 認知症自立度の判断	新規
23	ケアマネが主治医意見書から知りたい情報		削除
24	【ビデオ⑧】 サービス担当者会議の実際	25 【ビデオ⑧】 サービス担当者会議の実際	
25	ケアプランの視点		削除
26	サービス担当者会議	26 サービス担当者会議	
27	ケアマネジャーとの協働	27 ケアマネジャーとの協働	
28	ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	28 ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	
29	認知症の人に対する訪問看護の役割	29 認知症の人に対する訪問看護の役割	
30	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		移動
		30 かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携	移動
31	地域包括支援センター	31 地域包括支援センター	修正
32	地域連携体制構築の方法(1)	32 地域連携体制構築の方法(1)	
33	地域連携体制構築の方法(2)	33 地域連携体制構築の方法(2)	
34	専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報	34 専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報	
35	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度①	35 若年性認知症の人が利用できる主な支援制度(1)	
36	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度②	36 若年性認知症の人が利用できる主な支援制度(2)	
37	認知症と成年後見制度	37 認知症と成年後見制度	
38	成年後見制度	38 成年後見制度	
39	成年後見制度の特徴	39 成年後見制度の特徴	修正
40	成年後見制度の利用概況	40 成年後見制度の利用概況	修正
41	日常生活自立支援事業	41 日常生活自立支援事業	修正
42	高齢者虐待の現状	42 高齢者虐待の現状	修正
43	高齢者虐待防止における医師の役割	43 高齢者虐待防止における医師の役割	修正
44	地域啓発のポイント	44 認知症サポーター100万人キャラバン	修正
45	認知症サポーター100万人キャラバン	45 地域啓発のポイント	

2-3 改訂版テキストのppt(案)

続いて、最終的な修正作業を終えた「研修テキスト 平成 24 年度版」の各編のpptスライドを掲載する。

なお、事業報告書の取りまとめ時期と最終のテキスト構成時期の関係から、掲載するスライドと研修テキスト(第 4 版)のスライドが若干異なる可能性がある。

認知症サポート医 養成研修テキスト

<イントロ-1>

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計

認知症高齢者の 日常生活自立度 (2002年9月末現在)	要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
		居宅	特別養護 老人 ホーム	老人保健 施設	介護療養型 医療施設	その他 の施設
総 数	314	210	32	25	12	34
再掲						
日常生活自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
日常生活自立度Ⅲ以上	79 (26)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

※ 「その他の施設」:医療機関、グループホーム、ケアハウス等

※ カッコ内は、運動能力の低下していない認知症高齢者の再掲(認知症自立度「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害自立度「自立」、「J」又は「A」)

将来 推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活 自立度 Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
日常生活 自立度 Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

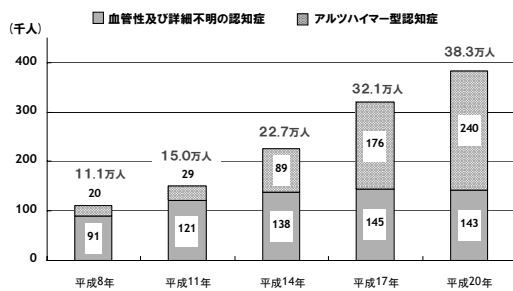
※ 下段は、65歳以上人口比(%)
※ 2002年9月末についての推計。

(単位:万人)

<イントロ-2>

認知症疾患患者数の年次推移

(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー型認知症を主病とする患者)



【出典】患者調査

<イントロ-3>

高齢者単独・夫婦世帯の増加

(万世帯)

区 分	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,906	5,029	5,060	5,044	4,984
世帯主が65歳以上	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901
単 独 (比率)	387 (28.6%)	466 (29.7%)	562 (31.2%)	631 (33.2%)	673 (35.4%)
夫婦のみ (比率)	465 (34.3%)	534 (34.1%)	599 (33.2%)	614 (32.3%)	594 (31.2%)
単独・夫婦計 (比率)	852 (62.9%)	1,000 (63.8%)	1,161 (64.4%)	1,245 (65.6%)	1,267 (66.6%)

(注)比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計—平成20年3月推計—」

独居の認知症高齢者、いわゆる老老介護や認知介護の増加が想定される

<イントロ-4>

認知症医療の課題

- 専門医療を提供する医師や医療機関の数が不十分
- 認知症を専門としない医療関係者の認知症に関する理解が不十分
- 認知症の行動・心理症状(BPSD)に対する治療が未確立
- 身体合併症の治療が適切に行われていない

(平成20年7月「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書より)

<イントロ-5>

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」 における「認知症の人と家族の会」代表理事の要望

「たとえ認知症の専門家ではなくても、命の専門家として素人の家族に向き合っていていただいて、『私は専門家ではないからよくわからないけれども、一緒に認知症に向かっていきましょう』とおっしゃっていただけたら、それだけで家族はすごく勇気づけられるし、力を得ることになると思います。」

<イントロ-6>

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」
における「全国認知症GH協会(現:日本認知症GH協会)」
副代表理事のお話

「認知症の人を内科とか外科とかに連れて行くと、
“認知症の人は入院できません”と帰されてしまう。
そういう人たちを例えば精神科だとか、専門医の
ところに連れて行くと、“外科的なことは診られません。
内科的なことは診られません。”といって帰
されて途方に暮れるわけです。」

<イントロ-7>

認知症地域医療支援事業

	認知症サポート医養成研修	かかりつけ医 認知症対応力向上研修
実施 主体	都道府県・指定都市 (国立長寿医療研究センターに委託)	都道府県及び指定都市
対象者	「地域において認知症診療に携わる医師」、 又は「認知症サポート医の役割を適切に担 える医師」と実施主体の長が認めた医師	地域で診療に従事する医師
研修 内容	・研修の位置づけと認知症サポート医の役割 ・かかりつけ医研修について (基本知識、診断、治療とケア、連携) ・小グループ討議 (約505分)	基本知識、診断、治療とケア、 連携 (約250分)
修了者 の役割	地域における連携の推進役 (かかりつけ医に対する研修・助言、地域の 専門医、認知症サポート医、地域医師会、 地域包括支援センター等との連携構築等)	地域における認知症の人への 支援
修了者数	1,677名 (平成17~22年度)	29,150名 (平成18~22年度)

<イントロ-8>

認知症サポート医の役割

- ① 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を
対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画
立案・講師
- ② かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザー
となるほか、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体
制の構築
- ③ 地域医師会と地域包括支援センターとの連携作りへの協力

地域における「連携」の推進役を期待されている

<イントロ-9>

認知症サポート医の活動状況

認知症サポート医はかかりつけ医対応力向上研修の企画・立案や研修の
講師役となるとともに、地域における認知症の人への支援体制構築に係る
活動を行っている

全国の認知症サポート医の活動状況(都道府県・政令指定都市の66か所)

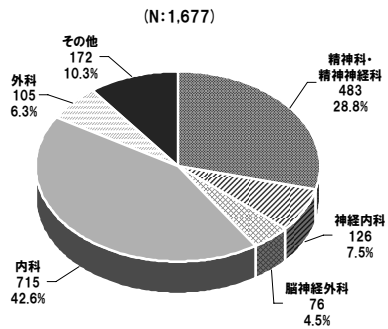
地域における認知症の人への支援体制の構築に係る活動 (内訳)	45か所 (69.2%)
地域住民の啓発	21か所 (32.3%)
認知症医療の地域連携体制の構築	20か所 (30.8%)
地域包括支援センターとの連携体制の構築	16か所 (24.6%)
介護保険サービス事業所との連携関係の構築	5か所 (7.7%)
その他	19か所 (29.2%)

【活動事例】 ○認知症対策連携強化事業の嘱託医
○市町村単位での認知症予防事業や家族交流会での講演、個別面談等での参加
○認知症地域支援体制構築推進会議委員、キャラバンメイト養成研修の講師
○かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役
○県で設置する認知症関係委員会・会議等の委員

【出典:平成21年度 厚生労働省高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査】

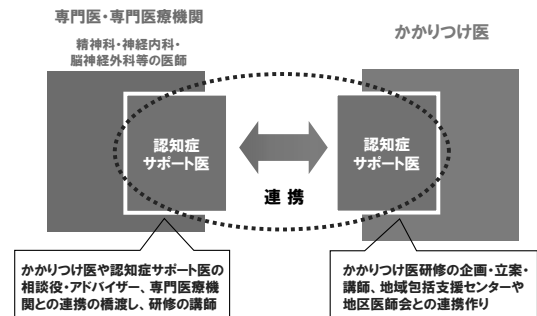
<イントロ-10>

認知症サポート医の診療科の内訳



<イントロ-11>

地域における認知症サポート医の
役割分担と連携の構築



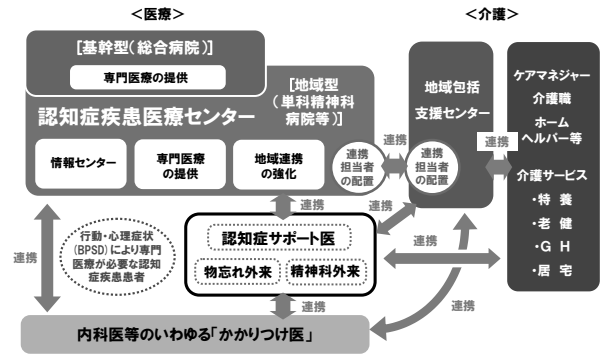
<イントロ-12>

修正) 専門医・専門医療機関に期待される役割

- 鑑別診断
- かかりつけ医からの相談対応
- 若年性認知症の診療
- 軽度認知障害の診断と経過観察
- 認知症の行動・心理症状 (BPSD) が高度なときの対応
- 急激な症状の進行がみられたとき
- 歩行障害や嚥下障害などの症状、パーキンソニズムや麻痺、痙攣等の徴候が現れたとき
- 重篤な身体合併症があるとき

<イントロ-13>

認知症疾患医療センターの機能と連携



<イントロ-14>

かかりつけ医認知症対応力向上研修 研修の目的

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

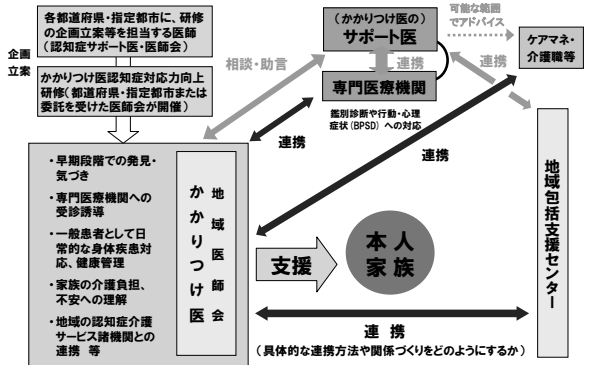
<イントロ-15>

かかりつけ医認知症対応力向上研修 研修カリキュラム (構成)

1. 基本知識 編
2. 診 断 編
3. 治療とケア 編
4. 連 携 編

<イントロ-16>

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制



基本知識 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ医として理解すること

到達目標：

- ① かかりつけ医認知症対応力向上研修の目的を理解する
- ② 認知症とはどういうものか、認知症の症状、原因疾患、鑑別すべき疾患・状態について、本人・家族に説明することができる
- ③ 認知症を来す代表的疾患の病態、一般的な経過、及び今後の見通しについて、患者・家族に説明することができる

<基本-1>

早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により 認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

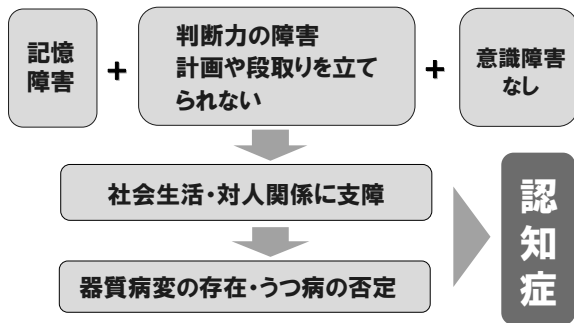
<基本-2>

ビデオ①

かかりつけ医認知症対応力向上研修の目的

<基本-3>

認知症の診断基準(DSM)



American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed text revision (DSM-IV-TR)

<基本-4>

認知症の中核症状と行動・心理症状 (BPSD)



<基本-5>

家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化

(N:123)

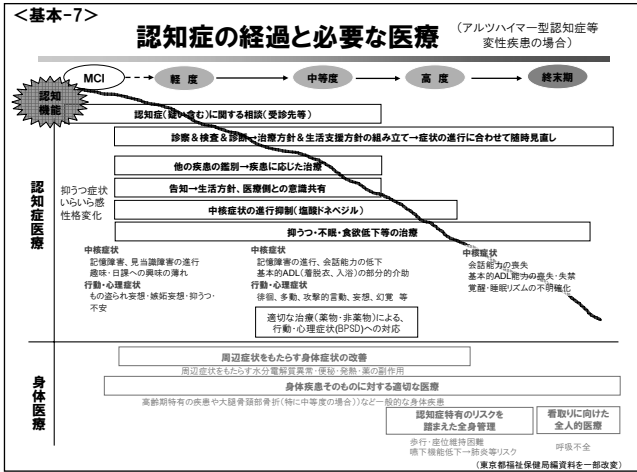
- 同じことを何回も言ったり聞いたりする
- 財布を盗まれたと言う
- だらしなくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起き出して騒いだ
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

東京都福祉局「高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査報告書」1995より

<基本-6>

認知症を呈する主要な疾患

- | | |
|--------|---------------|
| 代表的な疾患 | ● アルツハイマー型認知症 |
| | ● 血管性認知症 |
| | ● レビー小体型認知症 |
| | ● 前頭側頭葉変性症 |
| | ● その他の認知症 |
| 可逆性の疾患 | ● 甲状腺機能低下症 |
| | ● 慢性硬膜下血腫 |
| | ● 正常圧水頭症 |
| | ● ビタミン欠乏症 |



<基本-8>

MCI (Mild Cognitive Impairment)

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

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

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

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

<基本-9>

認知症と間違えられやすい状態

- 加齢に伴うもの忘れ
- うつ病(仮性認知症)
- せん妄

<基本-10>

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

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

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

<基本-11>

ビデオ②

認知症と間違いやすい症状

<基本-12>

うつ状態とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

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

<基本-13>

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	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

<基本-14>

せん妄の原因

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

国際老年精神医学会：プライマリケア医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005

<基本-15>

せん妄の原因となる主要な薬剤

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

<基本-16>

DSM-IV-TR(米国精神医学会診断統計便覧第4版)によるアルツハイマー型認知症の診断基準

- A) 記憶を含む複数の認知機能障害
- B) 社会的・職業的な機能の障害/病前の機能の著しい低下
- C) ゆるやかな発症と持続的な認知機能の低下
- D) A)の障害が下記によらない
 1. 中枢神経系疾患(脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍)
 2. 全身性疾患(甲状腺機能低下症、VB12/葉酸/ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症)
 3. 物質誘発性の疾患
- E) せん妄の経過中にのみ現れるものではない
- F) 障害が他の第1軸の疾患では説明されない
大うつ病性障害、統合失調症など

<基本-17>

アルツハイマー型認知症の症例

73歳 女性

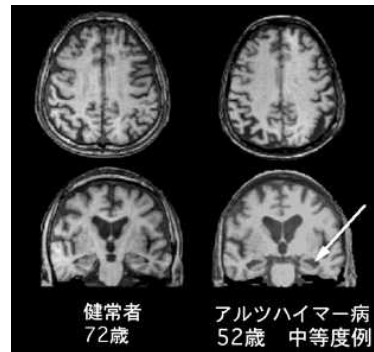
1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れがめだつようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところは何度も電話してくるが、前にかけてきたことを覚えていない。買い物へは行くが、同じものを大量に買ってきてしまい冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り3日続けて同じ料理を作った。好きで通っていた書道教室へ最近いろいろ理由をつけて行かなくなった。
MMSE 23/30(時間の見当識 1/5 場所の見当識 5/5 記銘 3/3 集中・計算 5/5 再生 0/3 言語 8/8 構成 1/1)

今日は何月の何日ですか？

何月でしたっけ。夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見てこなかったものですからと言いつける。

<基本-18>

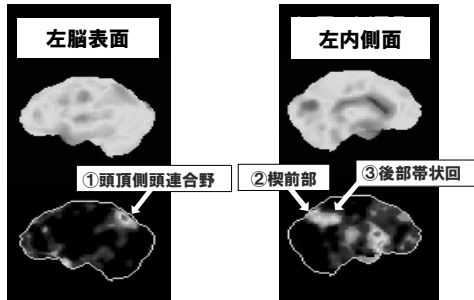
アルツハイマー型認知症のMRI



<基本-19>

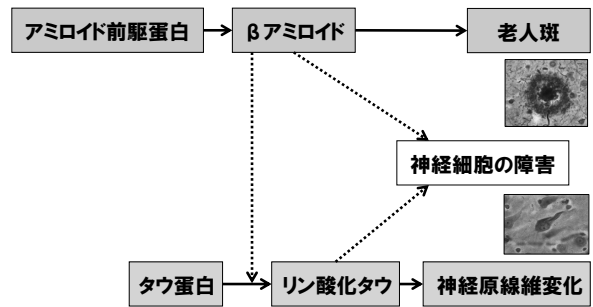
アルツハイマー型認知症のSPECT

脳血流シンチグラム



<基本-20>

アルツハイマー型認知症の病態（アミロイド仮説）



<基本-21>

NINDS-AIRENによる 血管性認知症の診断基準

1. 認知症
 - a. 記憶障害および認知機能に障害があること
 - b. それらは神経心理検査で裏づけされたうえで診察で証明
 - c. これらが脳卒中による身体的ハンディーキャップによらない
2. 脳血管障害
 - a. 脳血管障害による局在徴候が神経学的検査で認められる
 - b. 脳画像検査で対応した脳血管性病変がみられること
3. 認知症と脳血管障害との関連

(a.b.が単独でみられるか両者が見られる場合)

 - a. 脳卒中発症後3ヶ月以内の認知症発症
 - b. 認知機能の急速な低下、あるいは認知機能障害の動揺性
あるいは階段状の進行

Roman GC et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies-Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology. 1993; 43: 250-260

<基本-22>

血管性認知症の症例

67歳 男性

平成〇年1月12日 昨日のことも、今日のことも何もわからないという。

前日話した内容を覚えていない。

身のまわりのこともできず尿失禁していた。

1月19日 当科初診。その後も著明な健忘と傾眠傾向あり。左半側空間無視あり。トイレの位置がわからず、洗面所で排便したり、玄関で放尿してしまう。

デイサービスに行っているが行ったことや、そこでしたことを覚えていない。

MMSE 16/30 (1/5, 1/5, 3/3, 3/5, 2/3, 6/8, 0/1)

頭部MRI上、両側被殻、左視床、両側皮質下白質にラクナ梗塞多発し、中等度のPVHあり。海馬の萎縮は年齢相応。

<基本-23>

新規) 血管性認知症の画像

<基本-24>

レビー小体型認知症

1. 歴史 1976年 小阪らが報告
1990年代になって欧米でも注目されるようになった
1995年 統一された病名と診断基準が提唱
2. 頻度 正確な頻度は不明であるが変性性の認知症ではアルツハイマー病型認知症の次に多いといわれている
3. 病理 大脳皮質(前頭葉、側頭葉前部、帯状回、島回)にLewy小体が多数出現。脳幹(黒質、青斑核、縫線核、迷走神経背側核)や間脳(視床下部、Meynert核)にも出現する

<基本-25>

レビー小体型認知症の診断基準①

1. 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在

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

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

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

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies (DLB). Neurology 65: 1863-1872, 2005

<基本-26>

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状

- 1) レム睡眠行動障害
- 2) 重篤な抗精神病薬過敏
- 3) PET, SPECTでの基底核でのドパミントランスポーターの減少

4. DLBの診断を支持する症状

- 1) 繰り返す転倒と失神
- 2) 一過性の意識障害
- 3) 重篤な自律神経障害
- 4) 幻視以外のタイプの幻覚
- 5) 系統的な妄想
- 6) うつ
- 7) CT, MRIで側頭葉内側が保たれている
- 8) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下
- 9) MIBG心筋シンチグラムの異常
- 10) 脳波での徐波と側頭葉で一過性の鋭波

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies (DLB). Neurology 65: 1863-1872, 2005

<基本-27>

レビー小体型認知症の症例

70歳 男性

主訴: 意欲低下。動きが遅くなり眠ってはかりいる

家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 約1年前から会話が筋道をたててできない

半年前から下肢の動きにくさを自覚

洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもかかわらずカメラが使えない。目覚まし時計があわせられない。

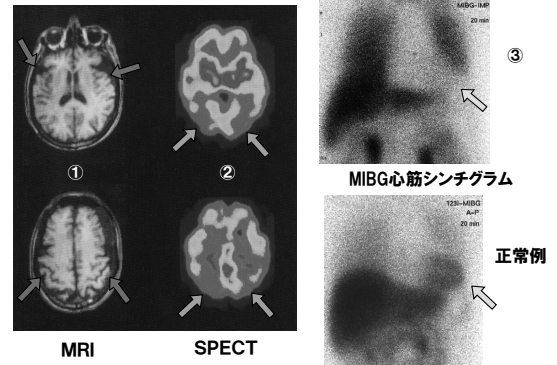
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。動きが鈍く歩行が不安定。夜になると人がたくさんきているのでお茶を出さなければと言っ、いない相手に話かけていることがある。

初診時 筋固縮は軽度だが動作緩徐が強い。

傾眠、自律神経症状(起立性低血圧、神経因性膀胱、発汗低下、MIBG心筋シンチグラムの異常)。MMSE 24/30 WAIS-R IQ 83

<基本-28>

レビー小体型認知症の画像



<基本-29>

前頭側頭葉変性症

分類:

前頭側頭葉変性症

— 前頭側頭型認知症

— Pick型

— 運動ニューロン疾患型

— 前頭葉変性型

— 進行性非流暢性失語

— 意味性認知症

<基本-30>

前頭側頭型認知症の特徴

臨床的特徴

初老期におこり、一部は家族性を示す。

臨床症候群であり、進行性の前頭・側頭葉変性を示す。

臨床症状は高度の性格変化、社会性の喪失、注意、抽象性、計画、判断等の能力低下が特徴。言語面では会話が少なくなり末期には緘黙となる。記憶、計算、空間的見当識は比較的保たれる。画像では病理の萎縮部位に対応する選択的な前頭葉・側頭葉の異常が描出される。

<基本-31>

前頭側頭型認知症の症例①

70歳 女性

主訴:異常行動 家族歴:姉が認知症

現病歴:平成X年4月頃から不眠、7月ごろから無口になった。本来は社会的でおしゃれな性格だったが家族とも口をきかなくかった。平成X+1年6月頃から異常行動出現

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

<基本-32>

前頭側頭型認知症の症例②

現病歴:これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

平成X+1年10月銀行から大金をおろしてしまいどこへしまったかわからない。部屋のなかは泥棒が荒らしたかのように散らかっている。夫が片づけても再び散らかす。

平成X+2年1月当科初診

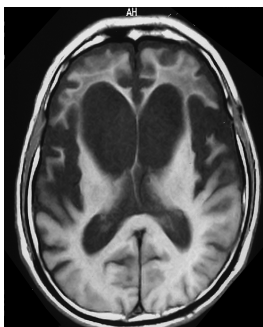
神経学的に特記すべき所見なし。

MMSE 19/30 (2/5、4/5、3/3、1/5、2/3、6/8、1/1)

病識は全くなく、夫のいっていることはすべて嘘であると言いきる。

<基本-33>

前頭側頭型認知症のMRI画像



診断編

ねらい:認知症診断の原則を理解する

到達目標:

- ①認知症の早期発見・早期診断に役立つ重要な初期症状や日常生活上の行動の変化について、説明することができる
- ②認知症の診断の方法と手順について説明することができる

<診断-1>

ビデオ③

認知症初期の発見のポイント

<診断-2>

認知症初期の発見のポイント

1. 最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。
2. 予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする。
3. 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常がみいだせない。
4. 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる
5. 前回行った検査を全く覚えていない
6. 受診のたびに同じ話を繰り返す
7. 入院すると不穏になる。
8. 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。

<診断-3>

認知症の中核症状と行動・心理症状 (BPSD)



<診断-4>

中核症状のアセスメント: 本人と家族からの情報

- 記憶障害
予め家族から情報を聴き、本人に質問
- 見当識障害
年月日など本人に質問
- 判断・実行機能障害
家族からの情報と本人への質問
- 失語・失行・失認
神経学的診察、あるいは家族からの情報

<診断-5>

記憶障害のアセスメント

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

について予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する

<診断-6>

見当識障害のアセスメント

(通常は質問式)

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

<診断-7>

判断・実行機能障害のアセスメント

- 家族からの情報で
 - ・気候にあった服を着ているか
 - ・適切に着替えをしているか
 - ・雨天時に傘をもっていか
 - ・料理の味付けはどうか
 - ・いつも同じ料理ばかりではないか
- 本人への質問
 - ・火事に出会ったらどうするか
 - ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

<診断-8>

ADLのアセスメント

- 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 (Disability Assessment for Dementia: DAD)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

<診断-9>

IADLのアセスメント

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

<診断-10>

FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

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

Reisberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

<診断-11>

外来時の対応

【初診時】

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

【通院中】

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

<診断-12>

認知症診断の問診の方法(実際)

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

<診断-13>

ビデオ④

認知症の問診とアセスメント

<診断-14>

認知症の中核症状のアセスメント 質問式と観察式の特徴と代表的なツール

< 質問式 >

- 生年月日だけ分ければ施行できる
- 本人が協力的である必要
- うつ状態などによって成績が影響される

< 観察式 >

- 日常生活の様子がわからなければ評価できない
- 協力的である必要なし
- うつ状態などによる影響なし
- 家族などからの情報がないと難しい

- ① 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)
- ② ミンメンタルステート検査(MMSE)

- ① FAST (Functional Assessment Staging)
- ② 初期認知症徴候観察リスト(OLD)

<診断-15>

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の項目

項目	点数
1. 年齢	1
2. 時間の見当識	4
3. 場所の見当識	2
4. 3つの単語の直後再生	3
5. 計算	2
6. 数字の逆唱	2
7. 3つの単語の遅延再生	6
8. 5つの物品課題	5
9. 言語の流暢性	5
合計点数	30

加藤伸司ほか・老年精神医学雑誌 1991; 2: 1339-1347.

<診断-16>

ミニメンタルステート検査(MMSE)の項目

項目	点数
1. 時間の見当識	5
2. 場所の見当識	5
3. 即時想起	3
4. 注意・集中・計算	5
5. 遅延再生	3
6. 物品呼称	2
7. 文の復唱	1
8. 口頭指示	3
9. 書字指示	1
10. 自発書字	1
11. 図形模写	1
カットオフ値	23/24

Folstein MF et al.: J Psychiatr Res. 1975;12:189-198.

<診断-17>

原因疾患同定の手順

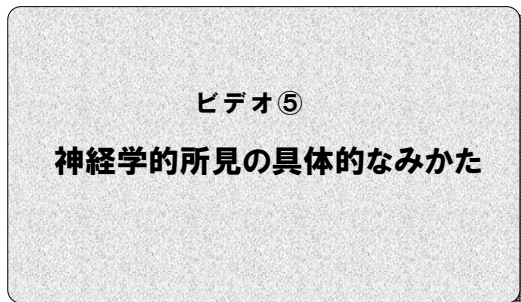


<診断-18>

鑑別診断に必要な一般身体所見

- 血圧は必ず測定する
- 問診にて起立性低血圧がありそうなら臥位と立位で血圧を測定する
- 貧血の有無をチェックする
- 体温を測定する

<診断-19>



<診断-20>

認知症鑑別に役立つ簡単な神経学的所見の見方

- 表情や目の動きに注目
- しゃべり方に注目
- 手足の動きに注目
- ハンマーを使ってみる
- 歩き方に注目
- 簡単な高次神経機能の見方

<診断-21>

しゃべりに注目

構音障害

- 仮性球麻痺:両側の皮質延髄路の障害で、構音障害、嚥下障害がみられる
→血管性認知症等の疑いがある
- 小聲で単調な話し方
→パーキンソニズムの疑いがある

失 語 (診断-24参照)

<診断-22>

手足の動きに注目

麻 痺

- 片麻痺:Barré徴候がある
→血管性認知症・慢性硬膜下血腫、脳腫瘍等の疑いがある

固縮(筋強剛)

- 筋緊張異常で、関節の動きに対して抵抗性を示す
→パーキンソニズム(パーキンソン病、レビー小体型認知症、薬剤性パーキンソニズム、血管性認知症等)の疑いがある

失 行 (診断-25参照)

<診断-23>

歩き方に注目

歩行障害

- 円弧歩行
→錐体路の障害(脳血管障害の既往等)の疑いがある
- 体幹を前傾・前屈させ、小さな歩幅で歩く
→パーキンソニズム(パーキンソン病、レビー小体型認知症、薬剤性パーキンソニズム等)の疑いがある
- 上体はそらし、足を開いて小さな歩幅で歩く
→前頭葉の障害(多発脳梗塞等)や正常圧水頭症などの疑いがある

<診断-24>

簡単な高次神経機能の見方①

失 語

- 1) 自然に話ができるか
- 2) 話の内容が理解できるか
- 3) 単語を繰り返すことができるか
- 4) 物の名前が言えるか

<診断-25>

簡単な高次神経機能の見方②

失 行

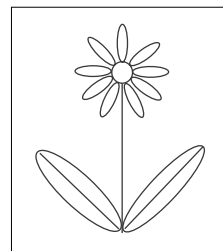
- 1) 麻痺や感覚障害がないのに動作がうまくできない
- 2) 検者が動作を命じて実行できるかどうかをみる
舌をだす 眼を閉じる 櫛で髪をとく
歯ブラシで歯を磨く かなづちで釘をうつ など
- 3) 上記の動作を検者が行い模倣できるかをみる

<診断-26>

簡単な高次神経機能の見方③

半側空間無視・構成障害

- 半側空間無視
 - 1) 描写試験
 - 2) 抹消試験
 - 3) 線分2等分試験
- 構成障害
立方体の模写



<診断-27>

必要な検査とは

- 尿検査一般
- 血液検査
 - 血液一般
 - 生化学 肝・腎機能・電解質・血糖・
 - 甲状腺ホルモン(TSH、FT3、FT4)ほか
- さらには・・・
 - 梅毒・アンモニア高値などの疑いがあれば行う
 - ビタミンB₁・B₁₂・葉酸・カルシウムなども可能な限り行う

<診断-28>

可逆性の認知症とその鑑別法

疾患	鑑別のための検査
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH、FT3、FT4)
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	髄液検査
正常圧水頭症	CT、MRI、髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT、MRI
脳腫瘍	CT、MRI

<診断-29>

画像診断の目的

- 1) 除外診断

脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった他の疾患によって、認知症症状が引き起こされていないかどうかを除外診断
- 2) 認知症の病型診断の補助
- 3) 軽度認知機能障害 (MCI:mild cognitive impairment) が認知症に移行しやすいかどうかの指標
- 4) 薬剤の効果判定のバイオマーカーとしての役割

今後期待されるが現時点では探索的段階

<診断-30>

代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI	海馬、側頭葉の萎縮	海馬の萎縮	前頭の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞
CT	(初期には目立たない)			多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
SPECT	頭頂側頭連合野	頭頂側頭連合野	前頭葉	血管障害の病巣により一定の傾向をもたない
FDG-PET	後部帯状回 楔前部 前頭葉	後頭葉	頭頂側頭連合野 (ADに比べて軽い)	
その他		MIBG心筋シンチで取り込み低下		

<診断-31>

認知症各病型の典型的なSPECTパターン

AD 頭頂側頭連合野① 楔前部から後部帯状回② 前頭葉③

DLB 後頭葉① 頭頂側頭連合野②

FTD 前頭葉① 頭頂側頭連合野 ADと比べて軽い②

治療とケア 編

ねらい: 認知症治療とケアの原則を理解する

到達目標:

- ① 治療開始にあたって、本人・家族への対応・支援のポイントを理解している
- ② 中核症状に対する薬物療法について適応症、効果、注意点について説明することができる
- ③ 行動・心理症状 (BPSD) に対する対応の原則を説明することができる
- ④ 認知症の人の特性とケアの基本について説明することができる

<治療-1>

認知症の病気の説明(告知)

- いつ、どのタイミングで行うか？
- どのように内容を説明するか？
(診断、治療、介護、予後)
- 誰に行うか？
 - ・本人
 - ・家族
 - ・その他
- 告知後に、どのようにフォローするか？
 - ・カウンセリングや心理的ケア

<治療-2>

法律家からみた告知の考え方

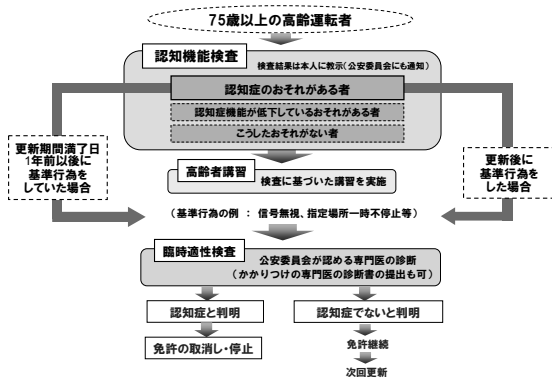


告知は、
本人の自己決定権を保障するための情報開示の役割
(どのような治療や介護サービス・法的支援を受けられるのか)

例外として、
本人が告知に耐えられない精神状態である場合など告知は控える

<治療-3>

75歳以上の運転者の免許証更新手続等の流れ

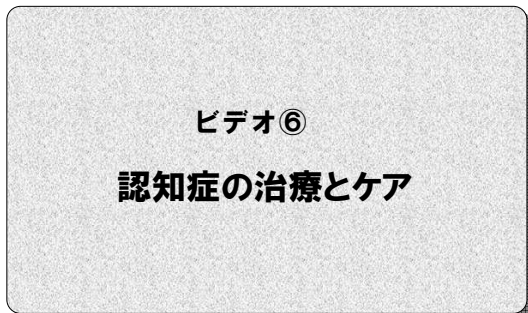


<治療-4>

認知症の人に接する時の視点

- 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
※参考資料13「認知症の人、本人の声を傾聴する」参照
- 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
- 感情面は保たれているという認識で接すること
- 認知症の症状は基本的には理解可能として接する
- いつもと様子が違うと感じたら、身体合併症のチェックを

<治療-5>



<治療-6>

認知症の人への支援

- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での家族に対する病状説明は、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

<治療-7>

家族への支援

- 専門医、ケアマネジャーやケアスタッフなどと協力して、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すすめる
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、など介護者の負担の少ない方法をとる

<治療-8>

認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階

① とまどい 否定的なケアをする段階

② 身内が認知症であることを認め、否定から脱しようとする段階

③ 認知症の人に期待をつなく段階

④ あきらめ・放棄する段階

⑤ 新たなケアの試みの段階

心の葛藤

本間 昭ほか・認知症介護 介護困難症状別ベストケア50、小学館 2007

<治療-9>

アルツハイマー型認知症の薬物療法

治療の対象となる症状

1. 中核症状
2. 行動・心理症状 (BPSD)

<治療-10>

アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果

軽度

重度

症状の経過

時間の経過

コリンエステラーゼ阻害薬

コリンエステラーゼ阻害薬服用の場合

何も治療しない場合

コリンエステラーゼ阻害薬服用を途中で止めた場合

監修: 筑波大学精神科 教授 朝田 隆

<治療-11>

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	塩酸ドネペジル	ガランタミン (新承認薬)	リバスチグミン (新承認薬)
作用機序	AChE阻害 (アセチルコリンエステラーゼ阻害)	AChE阻害/ニコチン性ACh受容体刺激作用	AChE阻害/BuChE阻害
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与方法	3mgを1-2週投与後5mgで維持	8mgで4週投与後16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	10
代謝	肝臓	肝臓	腎代謝
推奨度	グレードA	グレードA	グレードA

<治療-12>

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

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

重大ではないが頻度の高い副作用

- 食欲不振、嘔気
- 嘔吐、下痢、便秘、腹痛
- 興奮、不穏、不眠、眠気
- 徘徊、振戦、頭痛
- 顔面紅潮、皮疹

<治療-13>

塩酸メマンチンの特徴

	塩酸メマンチン (新承認薬)
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～高度
一日用量	20mg 5mgから毎週漸増
用法	1
代謝	肝臓
推奨度	グレードA

<治療-14>

修正) メマンチンの副作用

- 副作用は比較的少ない
 - ・浮動性めまい
 - ・便秘
 - ・体重減少
 - ・頭痛
 - ・傾眠
- 発売後傾眠が多いことが追加された
- 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

<治療-15>

投薬に際して注意すべきこと

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

<治療-16>

治療の効果を本人や家族にどのように説明するか

- 脳での神経の伝わりをよくすることで、もの忘れや判断力の低下などの改善が期待できる
- 数ヶ月間から1年にわたって、認知症症状の改善を期待できる
- 長期的に認知症の進行を遅らせ、本人の日常生活を維持し、身の回りのことができなくなるのを遅らせることができる

<治療-17>

何をもちて薬剤の効果判定を行うか

- 認知症に関する様々な評価尺度があるが、効果判定の大切な一つの基準は、日常生活上の変化である。
「何か変化はありましたか？」と家族に尋ねながら効果判定の目安にする。
- 家族が自ら改善を観察すると、服薬に家族が積極的に協力するようになる。また、家族が症状に注意して接することは、介護の質を上げることにもつながる。

<治療-18>

最軽症例の治療開始時期について

- 最軽症例では診断が難しい
しかし、症状や経過からアルツハイマー型認知症が考えられるときは、本人・家族にアルツハイマー型認知症が“疑われる”ことを説明する。
数ヶ月間経過をみるのも一つの方法だが、もし、アルツハイマー型認知症なら治療開始は早いほうがよいことも説明し、コリンエステラーゼ阻害薬の服用開始(時期)について、本人や家族と相談する。
- 軽度認知障害の人におけるコリンエステラーゼ阻害薬の服用がアルツハイマー型認知症の進展を抑制するという報告はない。
(認知機能をわずかに改善させる可能性はある)

<治療-19>

血管性認知症の注意点

- 脳血管障害の再発予防及び危険因子(高血圧症、糖尿病、不整脈等)の管理
- 廃用症候群になりやすいため、デイケアやデイサービス等を利用して活動性をあげる
- 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する

<治療-20>

レビー小体型認知症の注意点

- 認知機能変動しやすいので状態をみながらリハビリテーション等を行う。
- 転倒しやすいことを伝える。
- 血圧の変動も大きいので注意を要する。
- 薬剤過敏性があることが多い。(過鎮静と錐体外路徴候等)
- 幻覚は完全に抑制しなくても良い場合がある。

<治療-21>

前頭側頭型認知症の注意点

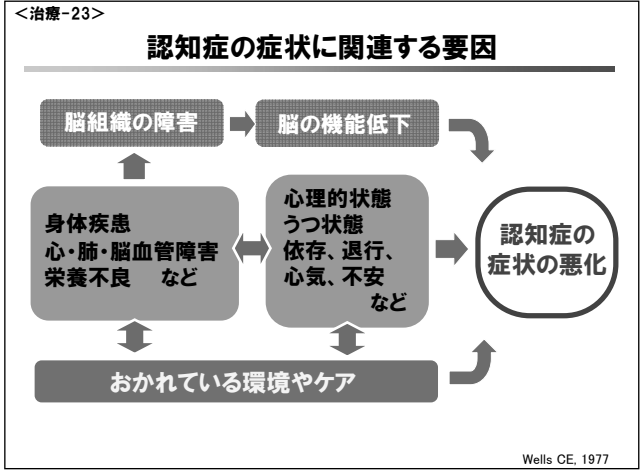
- 初期症状が記憶障害とはかぎらず性格変化や言語障害で始まることもある
- 全経過を通じて介護負担が大きい。他の認知症以上に介護者に対する配慮と介護のための社会資源の紹介を早めにおこなう
- 行動・心理症状(BPSD)に対して、鎮静的な薬剤を過剰に使用しないことを常に念頭におく

<治療-22>

行動・心理症状(BPSD)に対する対応

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

改善がみられない場合は
薬物治療へ



<治療-24>

もの盗られ妄想への対応

- アルツハイマー型認知症の半数弱に、経過中何らかの妄想が出現し、そのうち約75%がもの盗られ妄想
- 初期に出現しやすい
- 最も身近なひと、介護してくれる人に対して出現しやすい
- 前もってご家族に説明しておけば(介護者教育)、約3割は治療が不要
- デイサービス・デイケアの適切な利用により妄想の対象となっている介護者との接触を減らすことで約3割が解決
- 上記の方法でも対応が難しい場合は薬物療法を考慮

Ikeda M et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18:527-532.
矢田部裕介ほか: Geriatric Medicine. 2009;47:41-45.

<治療-25>

昼夜逆転のあるケースへの対応

不眠が続き、昼間うとうとする昼夜逆転がみられ、落ち着きのない行動がみられた。

夜間の睡眠の状態につき、家族に再度確認してもらった上で、昼間にデイサービスを利用し、昼間に散歩などで体を使い、昼寝をしないようにし、少量の眠剤を使用した。

その後、昼夜逆転がなくなり、眠剤も中止できた。

<治療-26>

不適切なケアがみられたケースへの対応

徘徊が激しく、すぐに外に出て行こうとする。無理やり引き戻そうとすると、険しい顔で殴りかかったり、玄関のドアをけるなどの行為がある。

徘徊の原因をアセスメントし、チームで対応を考えた。ドライブが好きで、実家に帰りたいとのことだったので、散歩とドライブを日課に取り入れ外出を多くした。

精神的な落ち着きを取り戻し、笑顔が見られるようになり、暴力を振るうことも無くなった。

<治療-27>

薬の副作用による認知症様症状

もの忘れが悪化し、動作が緩慢でろれつ不全を伴ったため、認知症を心配して来院。普段は近医を受診し、抗不安薬ほか多数服用中。

内服を一旦すべて中止したところ、1週間ほどで動作緩慢、ろれつ不全は改善され、認知機能の低下は見られなかった。

<治療-28>

行動・心理症状 (BPSD) に対する薬物療法

認知症に伴う精神症状や行動症候に対して適応を得ている薬剤はないが、実地臨床ではいくつかの薬剤が用いられる

- 抗精神病薬
- 睡眠導入薬
- 抗うつ薬
- 抗てんかん薬
- 漢方薬

<治療-29>

アルツハイマー型認知症に対する非薬物療法のエビデンス

A: 行うよう強く勧められる

B: 行うよう勧められる

C1: 科学的根拠がないが行うよう勧められる

- ・運動療法
- ・記憶の訓練、リハビリテーション
- ・現実見当識訓練 (Reality orientation therapy)
- ・音楽療法
- ・認知リハビリテーション
- ・回想法
- ・動物介在療法

<治療-30>

認知症短期集中リハビリテーション

- 介護老人保健施設、介護療養型老人保健施設、通所リハビリ等において、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された認知症者に対し、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせた20分以上のプログラムを個別に週3日(通所リハビリでは週2日)実施(3月以内の期間)。
- 調査研究事業では、認知症短期集中リハビリテーションによる認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)改善効果が示された。

<治療-31>

認知症の危険因子

● アルツハイマー型認知症

確定とされる危険因子：加齢、アポリポ蛋白 Eε4

危険因子として可能性があるもの：

高血圧症、糖尿病、肥満、心疾患等

● 血管性認知症

脳血管障害の危険因子と共通と考えられる

高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒

<治療-32>

外来フォローのときの注意点①

● まず介護者に同伴してもらうこと

・アルツハイマー病では特有の取り繕い反応
・実行・遂行障害の情報が得にくい

● 問診のポイント

・この2～3か月で、“できなくなったこと”や“やらなくなったこと”はないか 聴く

● 認知機能検査

・認知症の人にとっては負担が大きい
・しかし HDS-R かMMSEを定期的にやっておくとよい
・結果についてはできなかった項目を指摘するだけでなく、できた項目を強調

<治療-33>

修正) 外来フォローのときの注意点②

● 行動・心理症状 (BPSD) がないか

過活動症状だけでなく無為や摂食障害にも注意

● 身体疾患に気をつける

発熱、かゆみ、食欲不振、痛み、聴力障害、視力障害

● 家族の介護負担を常に考慮する

● コリンエステラーゼ阻害薬を処方している場合

副作用に注意 (徐脈、食欲不振、精神症状等)

● 地域の医療・介護資源の情報をもっていること

・診断を依頼する医療機関は？
・身体合併症時の入院先は？
・行動・心理症状(BPSD)が強い時の相談先、紹介先は？
・地域包括支援センターの連絡先は？

連携編

ねらい①: 認知症の人を支えるための医療と介護、地域が連携した生活支援の重要性を理解する

到達目標:

- ① 認知症の人を地域の連携体制で支える為のかかりつけ医の役割について理解する
- ② 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる
- ③ 要支援・要介護認定および二次予防事業高齢者スクリーニングの仕組みについて理解する

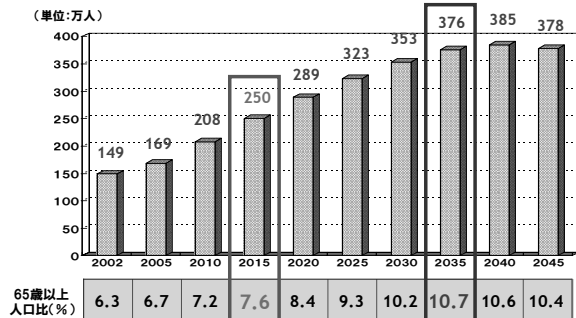
ねらい②: 認知症の人の尊厳を守る制度を理解する

到達目標:

- ① 成年後見制度・高齢者虐待防止法の概要を説明することができる

<連携-1>

要介護(要支援)認定者における認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)の将来推計



高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より作成

<連携-2>

認知症高齢者の日常生活自立度

I	認知症を有するが、家庭内・社会で日常生活は自立
II	生活に支障ある症状等があるが、他者の注意あれば自立 a: 家庭外で、上記の状態がみられる b: 家庭内でも、上記の状態がみられる
III	日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要 a: 日中を中心として、上記の状態がみられる b: 夜間を中心として、上記の状態がみられる
IV	日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護要
M	著しい精神症状・周辺症状等がみられ、専門医療が必要

<連携-9>

相談窓口

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

<連携-10>

地域包括ケアシステム ～人口1万人規模の場合～

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

病院から退院したら → 在宅医療等(1日あたり17⇒29人分) 訪問看護(1日あたり29⇒49人分) → 住まい(自宅・ケア付き高齢者住宅) → 介護(訪問介護・看護) → グループホーム(16⇒37人分) 小規模多機能(0.25⇒2ヵ所) デイサービス など

介護人材(207⇒356 ~375人)

24時間対応の定期巡回・随時対応サービス(15人分)

生活支援・介護予防

老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定

厚労省資料を一部改変 ※数字は現状は2011年、目標は2025年

<連携-11>

認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたって展開されている

本人・家族

医療 (適切な医療の提供)

- もの忘れ相談の実施
- かかりつけ医、サポート医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 等

介護 (専門的なケアやサービスの相談と提供)

- 認知症予防のための地域支援事業
- 本人の状況に合わせた介護サービス
 - ・ 認知症対応型通所介護
 - ・ 小規模多機能型居宅介護
 - ・ 認知症グループホーム 等

地域 (本人の権利擁護や見守り、家族支援)

- 認知症サポーター等による見守り
- 見守り、配食などの生活支援サービスや権利擁護などの地域支援事業の活用
- 市民後見人の育成及び活用
- 認知症の方やその家族に対する支援団体による電話相談や交流会の実施 等

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

<連携-12>

介護保険の給付対象サービス

- **居宅サービス**
訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス
福祉用具と住宅改修に関するサービスと費用の支給 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 (H24.4～)
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
- **施設サービス**
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設 (～H30.3末)

<連携-13>

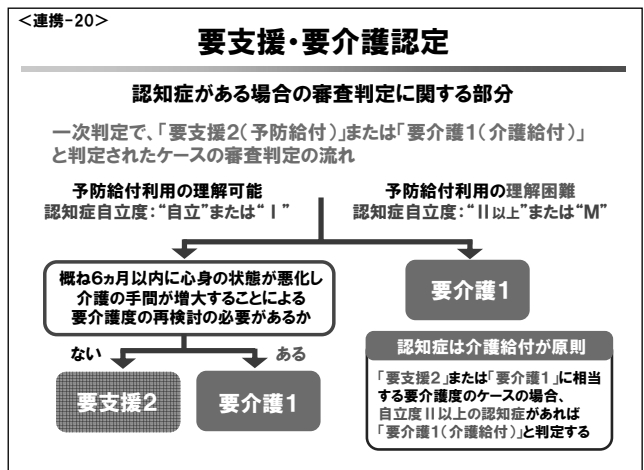
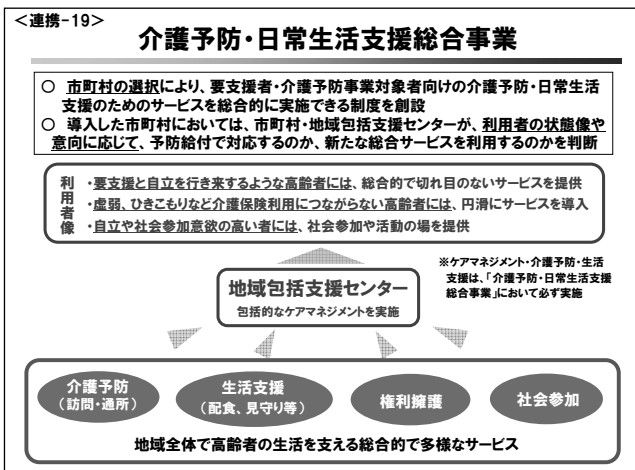
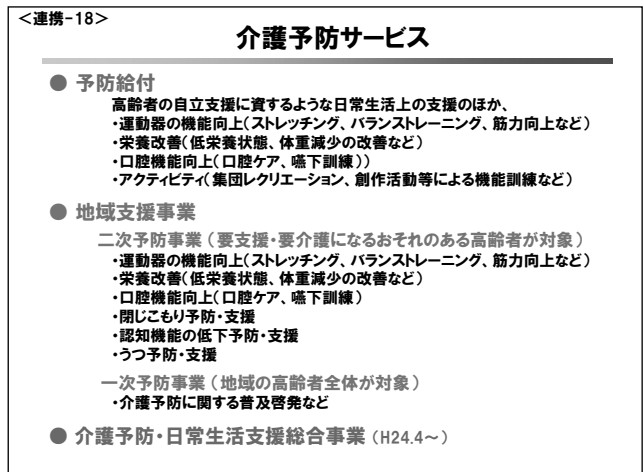
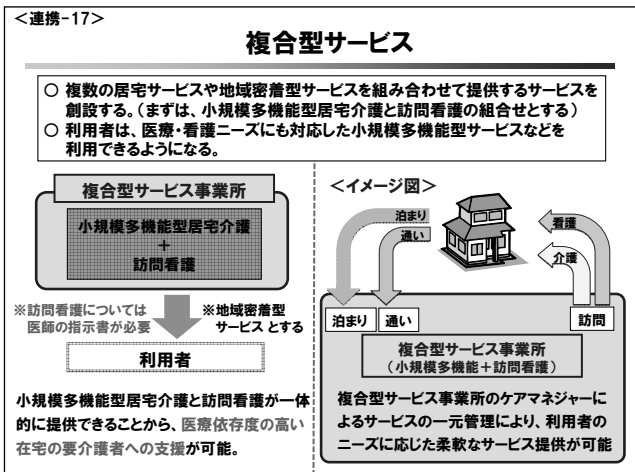
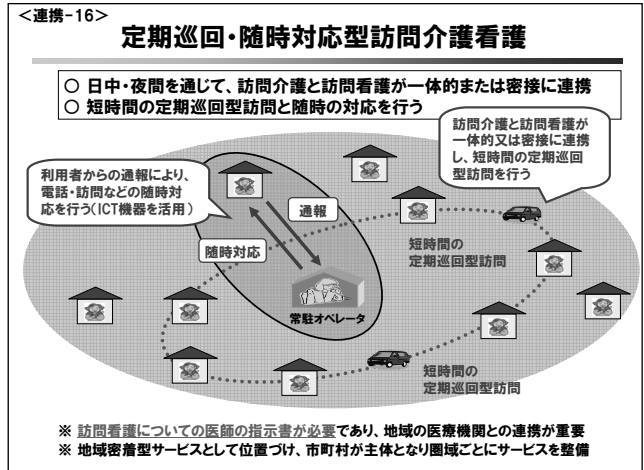
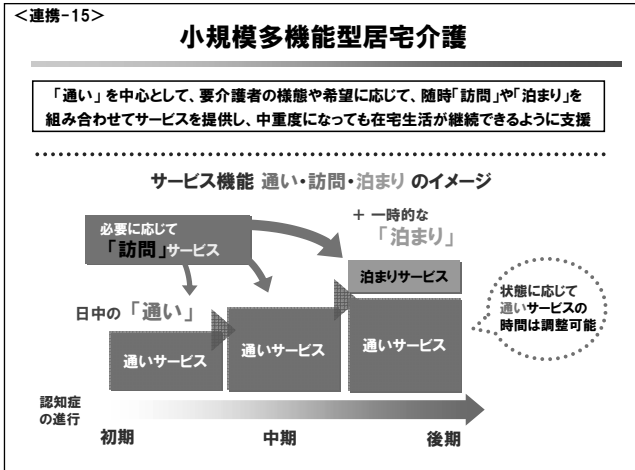
地域密着型サービスの特徴

1. 事業所所在地の市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則として、事業所を指定した市区町村の住民(被保険者)だけが利用可能
3. 中学校区など、住民に身近な生活圏域単位で計画的に整備
4. 地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定が可能

<連携-14>

地域密着型サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 (H24.4～)
- 夜間対応型訪問介護
- 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)
- 地域密着型特定施設入居者生活介護 (29名以下の介護専用型特定施設)
- 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 (29名以下の特別養護老人ホーム)
- 複合型サービス (H24.4～)
(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)



<連携-21>

主治医意見書の役割

●介護認定審査会における重要な資料

- 医学的観点からの意見を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案できる
- 介護の手間の程度や状況等について、具体的状況の記入が求められる

●ケアプラン作成の情報源

- 医学的観点からの意見や留意点を客観的な情報としてアセスメントで活かす

<連携-22>

認知症事例の意見書の書き方①

項目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1) 認知機能	・HDS-R15/30 ・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

<連携-23>

認知症事例の意見書の書き方②

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

<連携-24>

認知症の日常生活自立度の判断

BPSD	著しい精神症状等	M	M	M	M	M
	夜間を中心	IIIb	IIIb	IIIb	IIIb	IV
	日中を中心	IIIa	IIIa	IIIa	IIIa	IV
	なし	I	IIa	IIb	IIIa	IV
		自立	家庭外で支障	家庭内で支障	介護が必要	常に介護が必要
ADL						

※巻末資料7 自立度判定フローチャートを参照

<連携-25>

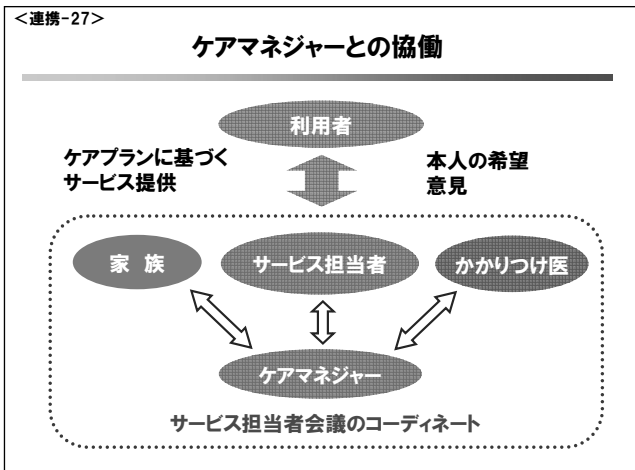
ビデオ⑧

サービス担当者会議の実際

<連携-26>

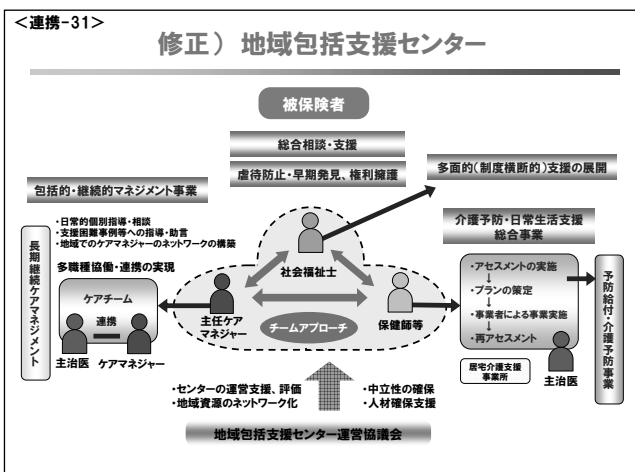
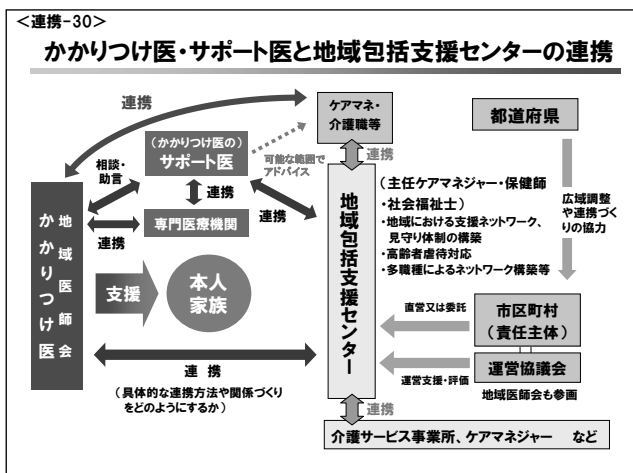
サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

- 傷病に関わる身体状況等の情報提供
- 傷病の経過、投薬内容副作用等の注意事項
- 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針についての具体的指示
- 日常生活上の医学的な注意事項
(特に介護サービス提供時に留意すべき事項)



- <連携-28>
- ### ケアマネジャーが かかりつけ医に望むこと
- 早期認知症の発見
 - 専門医療機関との連携
 - 他科受診の紹介と連携
 - 疾病や体調管理面での指示・指導
 - 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
 - ケアプランへのアドバイスと共通理解
 - 家族へのねぎらい

- <連携-29>
- ### 認知症の人に対する訪問看護の役割
- 身体疾患の観察と看護
 - 服薬管理
 - 本人の症状観察
 - リハビリテーション
 - 介護者への心理的サポート



- <連携-32>
- ### 地域連携体制構築の方法 (1)
- 医師会主導型
 - 病院主導型
 - 行政主導型
 - 地域包括支援センター主導型
- その地域にあった連携システムを構築する
生活圏内での医療、介護、福祉、地域住民の理解、
行政の協力が不可欠である
- 東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキストより、一部改変

<連携-33>

地域連携体制構築の方法(2)

- まずは地域包括支援センターとの連携を始める
- 地域の認知症に関する資源を把握
- 認知症専門医はどこにいるのか、受診方法や紹介方法も含めて把握
- 行動・心理症状(BPSD)悪化時に対応できる病院はあるか
- 身体合併症に対応できる病院はあるか
- 介護保険サービス事業所や家族支援の資源についても把握

東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキストより、一部改変

<連携-34>

専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報

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

<連携-35>

修正) 若年性認知症の人が利用できる主な支援制度①

- 精神通院医療費の助成(自立支援医療)
 - ・健康保険の自己負担額の軽減
- 精神障害者保健福祉手帳/身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体によっては種々の助成制度あり
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
 - ・障害者手帳取得後、事業主は障害者雇用率に算定でき、雇用障害者数が法定雇用率を上回った場合には障害者雇用調整金が支給される。
- 障害者自立支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援に関するサービスや外出支援に関するサービス等がある

<連携-36>

若年性認知症の人が利用できる主な支援制度②

- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者(40~64歳)も介護保険サービスを利用可能
- 障害年金
 - ・年金加入者が、一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会
(各都道府県支部等)

<連携-37>

認知症と成年後見制度

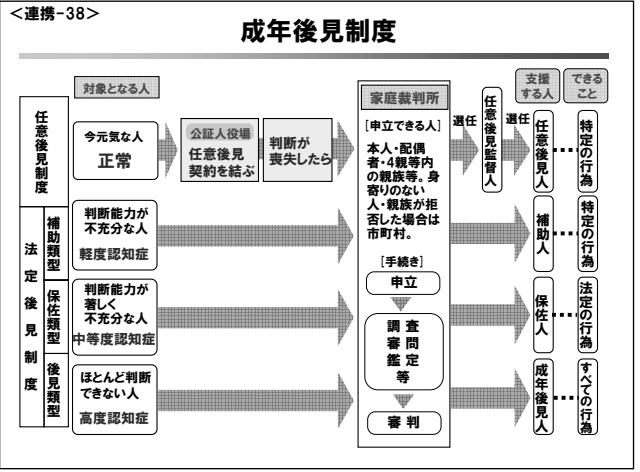
- 高齢者：平成12年より介護保険制度導入
- 障害者：平成15年度より支援費制度導入
さらに、平成18年度から障害者自立支援法へ

「措置」から「契約」へと制度を転換

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

高齢者・障害者等の尊厳の保持

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



<連携-39>

成年後見制度の特徴

- 任意後見制度の導入:自己決定の尊重
- 補助類型の追加:軽度の認知症など
- 財産管理に加え身上監護も:身上配慮義務
- 戸籍への記載廃止
- 申し立て権:市区町村長にも付与
- 市民後見人の育成および活用 (H24.4~)

<連携-40>

成年後見制度の利用概況

- 平成22年の成年後見関係事件の申立件数は30,079件。
- 後見開始の審判の申立件数は24,905件、保佐開始は3,375件、補助開始は1,197件、任意後見監督人選任は602件。
- 市区町村長による申立が3,108件(前年2,471件)。
- 平成20年に終局した29,982件のうち、認容が92.7%、却下が0.3%、その他(取下げ、本人死亡等)が7.0%。
- 終局した事件のうち、2ヶ月以内に審判が終局したものが全体の75.1%(前年69.5%)であり、鑑定を実施したのは全体の17.7%(前年21.4%)であった。

(最高裁判所事務総局家庭局「成年後見関係事件の概況-平成22年1月~12月-」より)

<連携-41>

日常生活自立支援事業

- 福祉サービスの利用援助
 - ・福祉サービスについての情報の提供
 - ・福祉サービスの利用手続き、支払いの代行、苦情手続きの代行
- 日常的な金銭管理サービス
 - ・年金や福祉手当の手続きの代行
 - ・税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払の代行
- 書類等の預かりサービス
 - ・金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
 - 証書(年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書)
 - 印鑑(実印、銀行印)

<連携-42>

養護者による高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が68.3%であり、そのうち、認知症の日常生活自立度がII以上(見守りや援助が必要)の人が68.9%であった。
- 虐待者の続柄は、息子(42.6%)、夫(16.9%)、娘(15.6%)、息子の配偶者(7.2%)の順であった。
- 虐待の種類・類型では、身体的虐待(63.4%)が最も多く、次いで心理的虐待(39.0%)、介護等の放棄(25.6%)、経済的虐待(25.5%)の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者(養護者)の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加えて、相談・介護支援を中心とした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域における重層的な仕組みが必要

厚生労働省:「平成22年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

<連携-43>

高齢者虐待防止における医師の役割

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

- ・高齢者が地域のかかりつけ医を受診する機会が多いことから、「虐待の可能性」に気づきかけとなる場合がある
- ・身体的虐待が疑われる場合は、生命や身体の危険性や緊急性を、医学的見地から判断することが必要な場合もある
- ・虐待者の中には、行政・福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従う事例も一部報告されている

虐待の早期発見・未然防止におけるかかりつけ医の役割は極めて重要

認知症を含め高齢者虐待への理解を深めることが必要

<連携-44>

認知症サポーター100万人キャラバン

【目的】

認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



【展開方法】

- ① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、
- ② 地域や職域の集まりや学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、
- ③ 地域の「認知症サポーター」を育成

【展開イメージ】

① 認知症キャラバン・メイト養成研修

キャラバン・メイト連絡協議会がコーディネート

② 市町村のコーディネート

- 住民集会・学習会
- 企業等の市民講座
- 学校等での勉強会

③ 職域団体等のコーディネート

- 職域団体等の講座

③ 認知症サポーターの誕生

(地域での暮らしの応援者)

役割は、

- ① 各生活場面で直接サポート
- ② 様々な社会資源との窓口
- ③ まちづくりの担い手 ……など

地域啓発のポイント

- 認知症は脳の器質的な疾患によって起こる
- 早期発見・早期対応によって、可逆性の疾患の治療ができたり、またアルツハイマー型認知症等の治療が望めない疾患であっても、本人の症状(特に行動・心理症状(BPSD))を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を地域全体で支えていく必要がある