
かかりつけ医認知症対応力向上研修 テキスト

平成 26 年 3 月

平成 25 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）

かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編

《 目 次 》

I	かかりつけ医の役割 編	2
II	診断と治療 編	24
III	連携と制度 編	80

DVD 教材 タイトル一覧

①	かかりつけ医の役割（新作）
②	認知症初期の発見のポイント
③	認知症の間診とアセスメント
④	認知症と間違えやすい症状
⑤	認知症の治療とケア
⑥	連携の意義と実際（新作）
(付録)	●改訂長谷川式簡易知能評価スケールのとり方 ●認知症と間違えやすい症状（うつ病） ●神経学的所見の具体的な見方

参考資料（別冊）

資料 1	Berthel Index
資料 2	改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）
資料 3	Mini-Mental State Examination（MMSE）
資料 4	初期認知症徴候観察リスト（OLD）
資料 5	介護予防マニュアル（改訂版）第 1 章抜粋
資料 6	主治医意見書記入の手引き
資料 7	主治医の診断書様式に関する診断の手引き（運転に関する臨時適性検査）
資料 8	成年後見制度における診断書作成の手引
資料 9	成年後見制度における鑑定書書式 《要点式》
資料 10	高齢者虐待とは（発見チェックリスト付）
資料 11	認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シートパック（解説付）
資料 12	かかりつけ医の視点からみた「センター方式」の有用性
資料 13	地域の連携事例（1 広島県、2 東京都、3 名古屋市、4 板橋区、5 八王子市）
資料 14	認知症の人、本人の声を傾聴する

かかりつけ医 認知症対応力向上研修

1. かかりつけ医の役割 編
2. 診断と治療 編
3. 連携と制度 編

平成25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）
かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編

かかりつけ医認知症対応力向上研修

研修全体の目的・意義

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

かかりつけ医の役割 編

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

到達目標 :

- 認知症であることに気づき、受け入れることができる
- 必要に応じ専門機関を含めた他の医療施設を紹介できる
- 日常的な管理（認知症に対する治療薬の管理を含む）を行う
- 必要なサービスを把握しそこに家族をつなぐことができる
- 家族の負担を理解し、経過の説明ができ、不安を軽減できる
- 家族に、望まれる対応・すべきでない対応を指導できる

[DVD-1]

かかりつけ医の役割

【かかりつけ医の役割】

目の前の患者さんについて、認知症の疑いがあることに気がつき、必要に応じ専門医や専門医療機関に紹介することが「かかりつけ医」として最も重要である。それだけでなく、日常的な生活管理や必要な介護サービスを家族と共に検討し実現することも大切である。

さらに、認知症の人本人や家族の不安を理解し軽減し、日頃の適切な対応を指導することが、身近に存在する「かかりつけ医」には望まれている。

【DVD-1】 かかりつけ医の役割

かかりつけ医とは

1. 開業医に対する昔からの名称
(患者サイドからのネーミング)
2. 患者さんが選ぶ医師
3. 患者さんの生活を支える医師
4. プライマリ・ケア医、家庭医、GPと機能面では同じ
5. 専門的医療を柱として、一般的医療にも対応
6. 様々なタイプのかかりつけ医が存在
(開業環境、専門科 など)

かかりつけ医に対する国民のニーズ

1. 身近であること (住み慣れた地域)
2. いつでも対応してくれる (休日、時間外) ⇒ 相談機能
3. わかり易く十分な説明 (治療法、病気)
4. 適切な紹介機能 (医療連携) ⇒ ふりわけ機能
5. 在宅医療の実践
6. 医療レベルが適正な水準を保っていること

「認知症の専門家ではなくても、高齢者を診療しており、認知症への対応をしっかり身に着けたいと思っている」医師

【役割-1】 かかりつけ医とは

かかりつけ医の定義はかならずしも一様ではない。「かかりつけ医」は、本来は「かかりつけの医師」である。すなわち患者の側の言葉であり、患者が選ぶ医師との意義が含まれている。

6に示したように様々なタイプのかかりつけ医が存在する。一般の人たちからは1+4のようなイメージであろうが、病院勤務医がかかりつけ医であることもありうる。

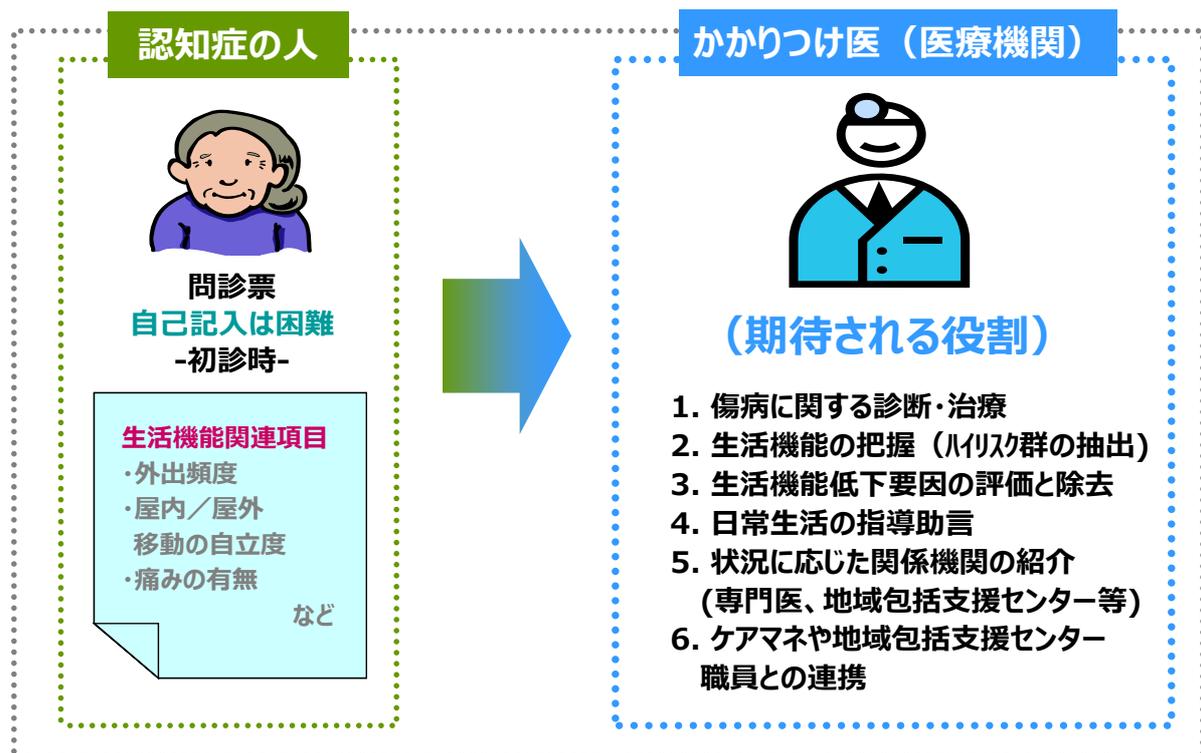
認知症診療においては、3+4(+5の一般的医療に対応)という役割を担う医師があてはまるのかもしれない。

【役割-2】 かかりつけ医に対する国民のニーズ

日本医師会の調査では国民がかかりつけ医に求めるニーズは1～6に示すような内容である。

認知症診療においては、認知症の人が可能な限り住み慣れた地域での生活を実現することにあり、そのため、「認知症の専門家ではなくても、高齢者を診療しており、認知症への対応をしっかりと身に着けたいと思っている」医師が必要不可欠であり、「認知症の人に対応し役立ちたいと思っている医師」が地域で増えることが求められている。

認知症の人とかかりつけ医



かかりつけ医の役割

- 認知症であることに気づくことができる
- 認知症の人を受け入れる
- 必要に応じ専門機関を含めた他の医療施設を紹介できる
- 日常的な管理 (認知症に対する治療薬の管理を含む) を行う
- 必要なサービスを把握しそこに家族をつなぐことができる
- 家族の負担を理解し、経過の説明ができ、不安を軽減できる
- 家族に、望まれる対応・すべきでない対応を指導できる

【役割-3】 認知症の人とかかりつけ医

かかりつけ医が患者の認知症に気が付いた後に期待される役割は、具体的には

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

があげられるが、認知症の人を認知症と認識するまでが難しい点を強く認識する必要がある。問診票の自己記入が困難であったり、可能であっても自己評価の障害から、認知症の症状に対する自覚が欠落していることが多い。生活機能について尋ねても同様に、本人からの情報のみでは認知症であることを認識することさえ困難なこともありうる。このようなときに必要な情報を得るために、家族や地域の第三者と協働することが「かかりつけ医」には求められる。

【役割-4】 かかりつけ医の役割

役割-4に示したことからまず重要な役割は、認知症であることに気づくことができ、認知症の人を受け入れることのできる医師ということになる。

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

【役割-5】 早期発見・早期対応の意義

認知症の早期発見・早期対応の意義について考えてみる。

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

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

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

早期発見により、家族も適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能となり、また実際に病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、認知症の進行を抑制する可能性が高まり、介護負担も軽減できる。

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

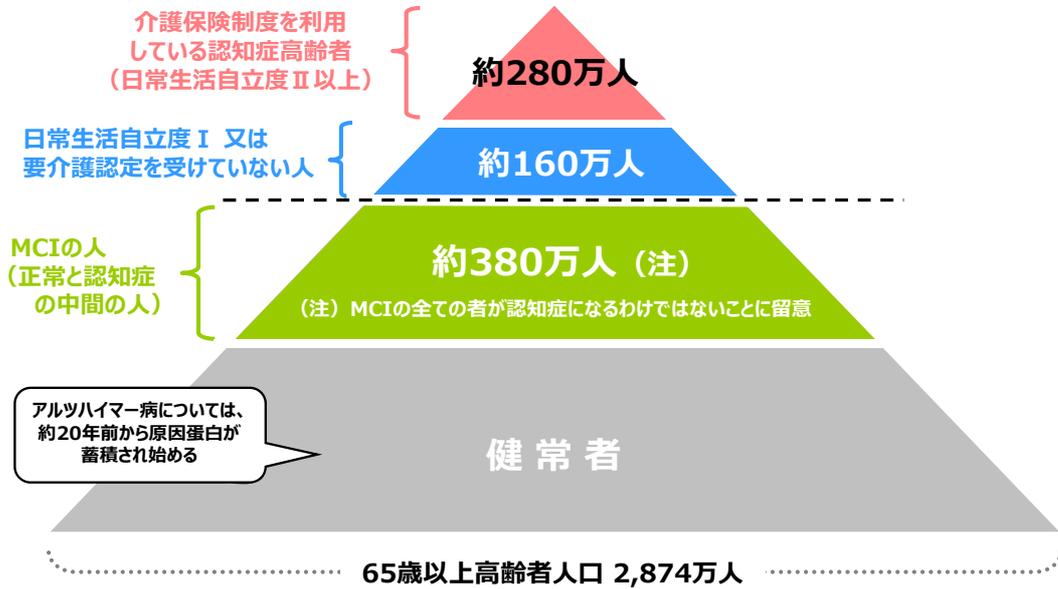
出典

- Seltzer B et al. Efficacy of donepezil in early-stage Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled trial. Arch Neurol. 2004;61:1852-6.
- Rodda J et al. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. Int Psychogeriatr. 2009;21:813-24.
- Mittelman MS et al. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2008; 16: 893-904.

<役割-6>

認知症高齢者の現状

- 認知症有病率推定値15%、認知症有病者数 約439万人と推計（平成22年）
- MCIの有病率推定値13%、MCI有病者数 約380万人と推計（平成22年）
（MCI：正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者）



出典：「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」（H25.5報告）及び『「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について』（H24.8公表）を引用

<役割-7>

認知症施策の方向性について

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

認知症施策推進5カ年計画(H25～29年度)

【役割-6】 認知症高齢者の現状

平成 22 年の推計によれば、認知症の有病率推定値は 15%、有病者数は約 439 万人と推計されている(うち、介護保険利用 かつ 認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上は約 280 万人)。また、MCI(正常でもない認知症でもない状態の者、[診断と治療-19]以降参照)の有病率推定値は 13%、約 380 万人と推計されている。

認知症高齢者の増加は、公表される推計値の変化に現れている通りであるが、今後、さまざまな認知症施策の取り組みにより、早期の発見・受診(診断)が進めば、さらに増加することも予想される。

【役割-7】 認知症施策の方向性について

平成 24 年 6 月、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームによって、「これまでの認知症ケアの流れを変える」を基本目標とした「今後の認知症施策の方向性について」を公表した。

そこでは、取り組みの視点として、①標準的な認知症ケアパスの作成・普及、②早期診断・早期対応、③地域での生活を支える医療サービスの構築、④地域での生活を支える介護サービスの構築、⑤地域での日常生活・家族の支援の強化、⑥若年性認知症施策の強化、⑦医療・介護サービスを担う人材の育成 が掲げられている。

(URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/houkousei.html>)

【役割-8】 オレンジプランについて

また、「今後の認知症施策の方向性について」および平成24年8月に公表された認知症高齢者の将来推計を受け、「認知症施策推進5ヵ年計画(オレンジプラン)」が策定された。

(URL: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>)

オレンジプランでは、様々な数値目標が設定されている。平成29年度末までに、認知症サポート医の養成は4,000人(平成24年度末見込2,500人)、かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了医師は50,000人(同35,000人)を目指すこととされている。

これらは数値目標であるが、かかりつけ医の認知症診療としては「早期診断・早期対応」といった面だけでなく「地域での生活を支える」医療、日常生活・家族支援といった側面にも対応できることが期待されている。

【役割-9】 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

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

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

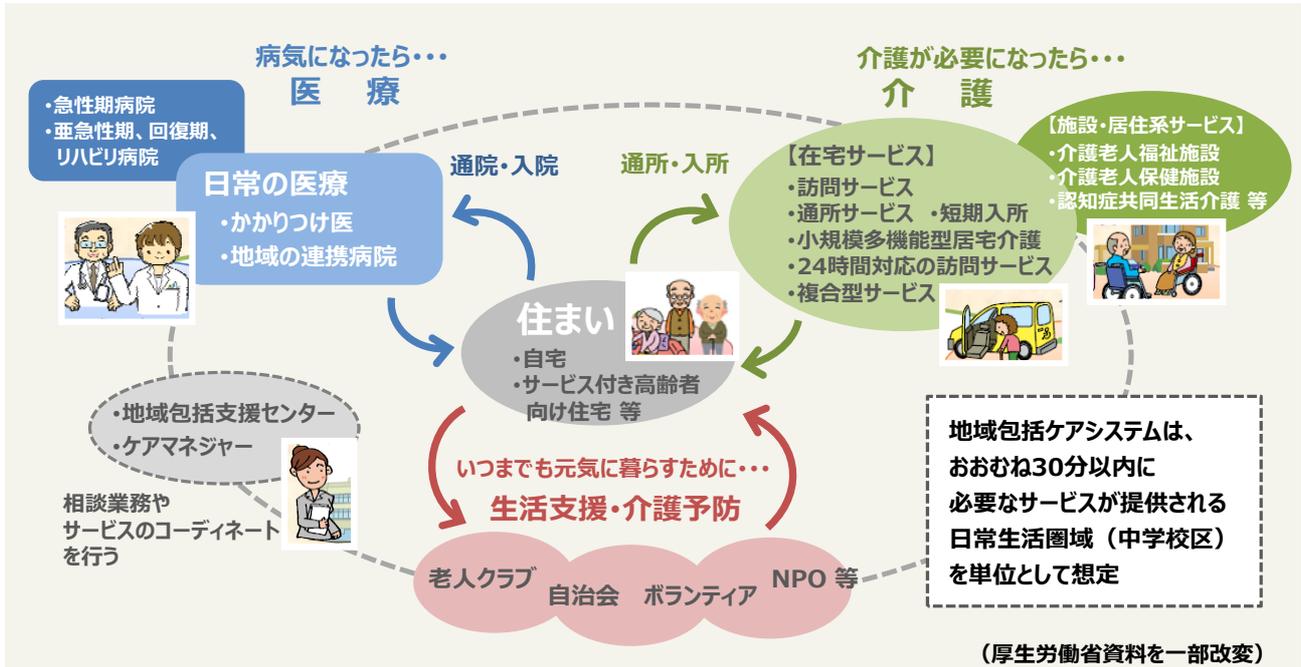
出典

高齢者介護研究会:「2015年の高齢者介護 報告書」

<役割-10>

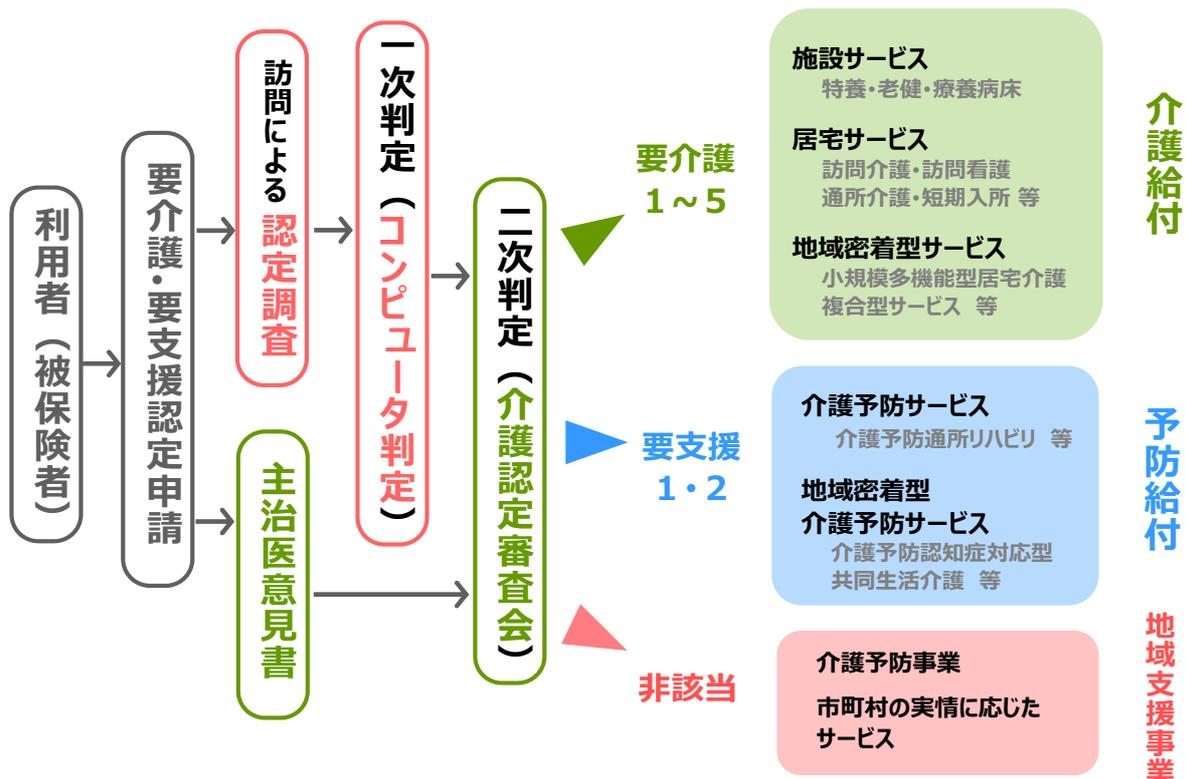
地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が一体的に提供される
 地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、
 住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



<役割-11>

介護保険制度の仕組み



【役割-10】 地域包括ケアシステム

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

平成24年度からスタートする第5期介護保険事業計画の期間は、地域包括ケアシステムを構築するため、以下のような取組を重点的に強化していくための開始時点ともされている。

(1)認知症支援の充実

- ・地域密着型サービスの強化
- ・成年後見人の育成など権利擁護の推進

(2)医療との連携

- ・在宅要介護者に対する医療の確保
- ・他制度、多職種ของทีมケアの推進
- ・入院時、退院時の医療と介護の連携強化

(3)高齢者の住居に係る施策との連携

- ・24時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスの充実
- ・サービス付き高齢者住宅の充実

(4)介護予防、重度化予防の推進

- ・自立した高齢者の社会参加の活発化を支援
 - ・生活期のリハビリテーションの充実
- など

【役割-11】 介護保険制度の仕組み

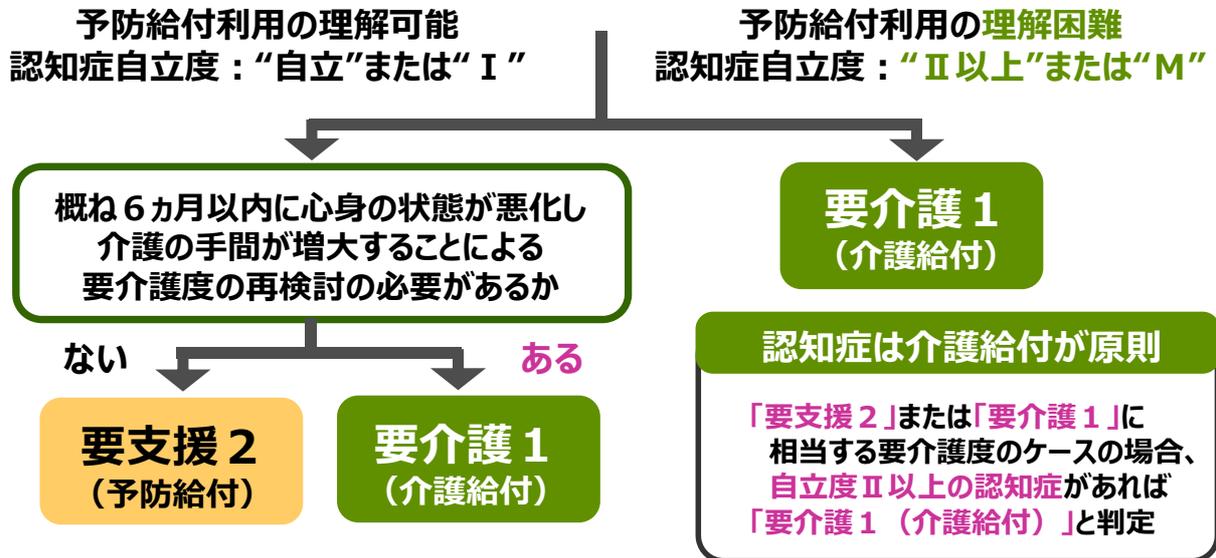
介護保険制度は、大きく、①認定申請、②要介護認定、③介護給付・予防給付という流れ(スライドの左から右へ)で利用することになる。

- ①介護保険サービスを利用する場合、まず、保険者(市町村)に対して要介護認定の申請をする。
- ②要介護認定は、認定調査員(原則市町村職員)が訪問して行う身体状態などの調査によるコンピュータ判定(一次判定)結果と、かかりつけ医が作成する主治医意見書([役割-13]以降参照)等を資料として行う介護認定審査会での合議(二次判定)の2段階で行われる(要介護認定は[役割-12]参照)。
- ③認定結果によって、要介護1～5であれば、居宅サービス等の介護給付を、要支援1・2であれば、予防給付を受けられる。なお、「非該当」となった場合は、介護保険サービスではなく、市町村が行う地域支援事業によるサービスを利用することができる(介護保険サービスは[連携と制度-19]以降参照)。

要介護認定の仕組み

認知症がある場合の審査判定に関する部分

一次判定で「要支援2」または「要介護1」と判定された
ケースの審査判定の流れ



主治医意見書の役割

● 介護認定審査会における重要な資料

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

● ケアプラン作成の情報源

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

【役割-12】 要介護認定の仕組み

平成 21 年 10 月からの介護認定審査会における審査判定の流れ(特に認知症と関連が深い「一次判定で要支援2または要介護1と判定された方」の取扱いについて確認する。

コンピュータによる一次判定で「要支援2」または「要介護1」と判定された方のうち、認知機能や思考・感情等の障害により予防給付の利用及び理解が困難であると考えられる場合(目安として、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上)は、「要介護1」と判定される。(すなわち、認知症は原則として介護給付となる。)

その他、これに該当しない場合であっても、短期間のうちに心身の状態が変化することが予測され、概ね 6 ヶ月程度以内に要介護状態等の再評価が必要と考えられる場合(状態が不安定な場合)には、「要支援2」ではなく、「要介護1」と判定される。

【役割-13】 主治医意見書の役割

主治医意見書は、高齢者の心身状況をしっかりと把握して作成することにより、要介護認定ばかりでなくケアプランの作成や継続的なフォローに役立つ重要な情報となる。とりわけ、認知症の症状については、在宅における介護の手間と大きく関係することから、確実に利用者の状態を把握することが必要であり、医学的な観点から介護に必要な情報を提供することに意義がある。

具体的には、ケアマネジャーがケアプランを作成する際、市区町村保険者に対して認定調査結果と主治医意見書の開示を求め、客観的情報としてアセスメントに使用する。

認知症症例の意見書①

項目	介護の手間を把握するための視点（例）
(1)認知機能	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・現在デイサービスを週3回利用している ・今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

認知症症例の意見書②

項目	介護の手間を把握するための視点（例）
(6)生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・肺炎を来た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	<ul style="list-style-type: none"> ・症状は1日のうちでも大きく変動している ・とりつくりのため正常にみられる

【役割-14】 認知症症例の意見書①

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

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

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

出典

「主治医意見書記載ガイドブック」平成22年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「かかりつけ医 介護保険ガイド」p.58-69, じほう, 阿部 崇 (2013)

【役割-15】 認知症症例の意見書②

認知症の人に関して、特に生活環境が重要であり、独居か家族と同居しているか、施設に入所しているか等で必要な支援は異なってくる。また、認知症の妻と二人暮らし、などの家族の状況や家族介護者の介護負担も把握し、記載することが望ましい。

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

現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性に関して、火の不始末や外出し行方不明になる、経済被害にあう等、本人・家族の生命・財産に影響を与える事柄についても評価しておくことが望ましい。

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

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

出典

「主治医意見書記載ガイドブック」平成22年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「かかりつけ医 介護保険ガイド」p.58-69, じほう, 阿部 崇 (2013)

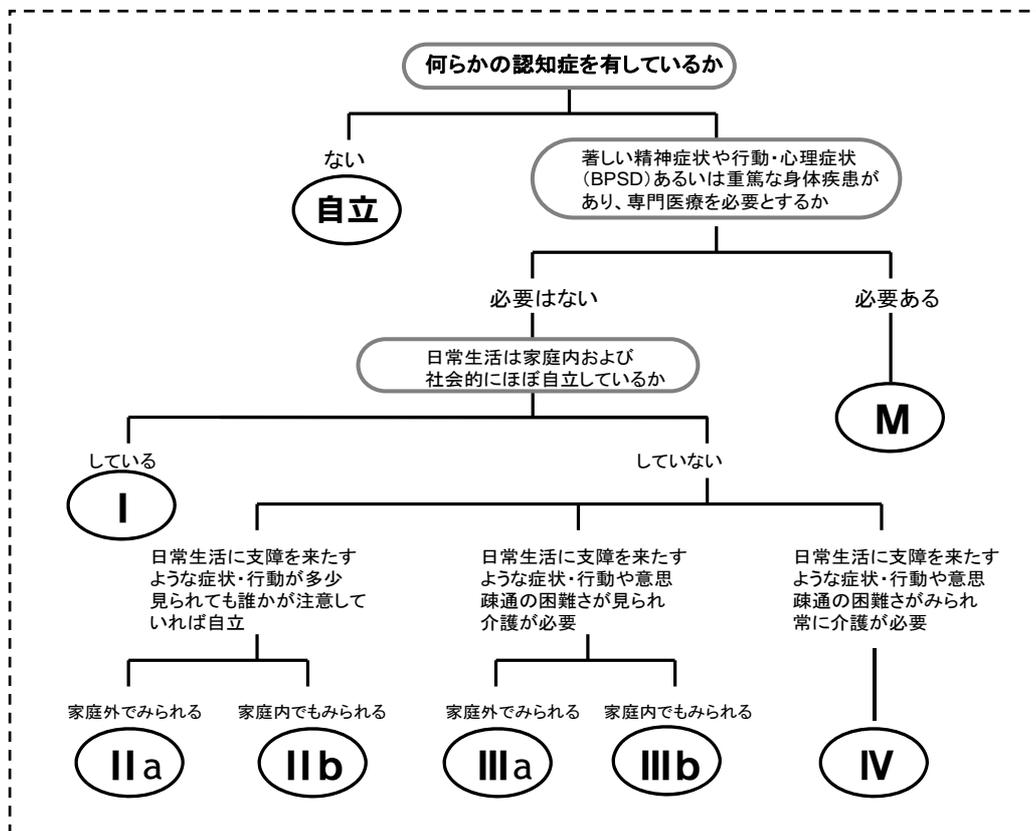
ADL×BPSDによる認知症日常生活自立度

		ADLのレベル				
		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
B P S D の 程 度	なし	I	II a	II b	III a	IV
	日中を中心	III a	III a	III a	III a	IV
	夜間を中心	III b	III b	III b	III b	IV
	著しい 精神症状等	M	M	M	M	M

【役割-16】 ADL×BPSD による認知症日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は主治医意見書や認定調査、介護保険サービスの加算要件などで使用されている。通常、認知症の重症度は認知機能と日常生活の障害の程度で評価されることが多いが、この尺度は日常生活活動(ADL)と行動・心理症状(BPSD)の2軸で評価されるため注意を要する。例えば、行動・心理症状(BPSD)がほとんどない状態で、買い物ができない、ATMが使えないなど家庭外での手段的ADLが難しくなるとⅡa、服薬管理など家庭内での手段的ADLが障害されるとⅡb、着替えや入浴など基本的な生活活動に介護が必要になるとⅢa、全てができなくなって常に介護が必要になるとⅣになる。しかし、ADLが自立していても例えば昼間に徘徊などの行動・心理症状(BPSD)があればⅢaになり、夜間にあればⅢbということになる。更に激しい精神症状や身体合併症があつて専門的な医療を必要とする場合Mと評価される。

また、下図は、自立度判定のプロセスをフローチャート化したものであり、合わせて参考にしてください。



<役割-17>

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

- **生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる**
 - * 1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
 - * 2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る
- **服薬の確認ができる**
 - * 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる
- **かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる**
- **生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる**
- **BPSDに関連する要因についての情報が得られる**

<役割-18>

かかりつけ医に求められる認知症の診療（まとめ）

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

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

【役割-17】 「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

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、生活上の状況に関する情報を得られることにある。認知症の診断には生活状況に関する情報が欠かせないことおよび介護者から得られる情報は不十分なことが少なくないことを考えれば明らかであろう。

特に最近増加が指摘されている独居世帯では、多職種との連携なしに診断はおろか治療さえままならない。かかりつけ医が行うことができる介入の大きな部分に薬物療法があるが、独居例では認知症の重症度が軽度であっても服薬の管理を期待することはできず、多職種とのチームワークなしに薬物療法を行い、服薬の確認をすることができない。

【役割-18】 かかりつけ医に求められる認知症の診療（まとめ）

かかりつけ医に求められる認知症の診療に関するまとめである。どこまで診断し治療するかは、診療科や地域の資源等の状況によるが、増加する認知症に対応するためには今後はある程度の診断・治療が求められるようになってくるであろう。

診断と治療 編

ねらい：認知症診断・治療の原則を理解する

到達目標：

- 認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化を説明することができる
- 認知症の診断の方法と手順を説明することができる
- 認知機能障害への薬物療法、行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を説明することができる
- 治療開始にあたって、本人・家族への対応・支援のポイントを理解している

<診断と治療-1>

認知症の診断基準 (DSM)



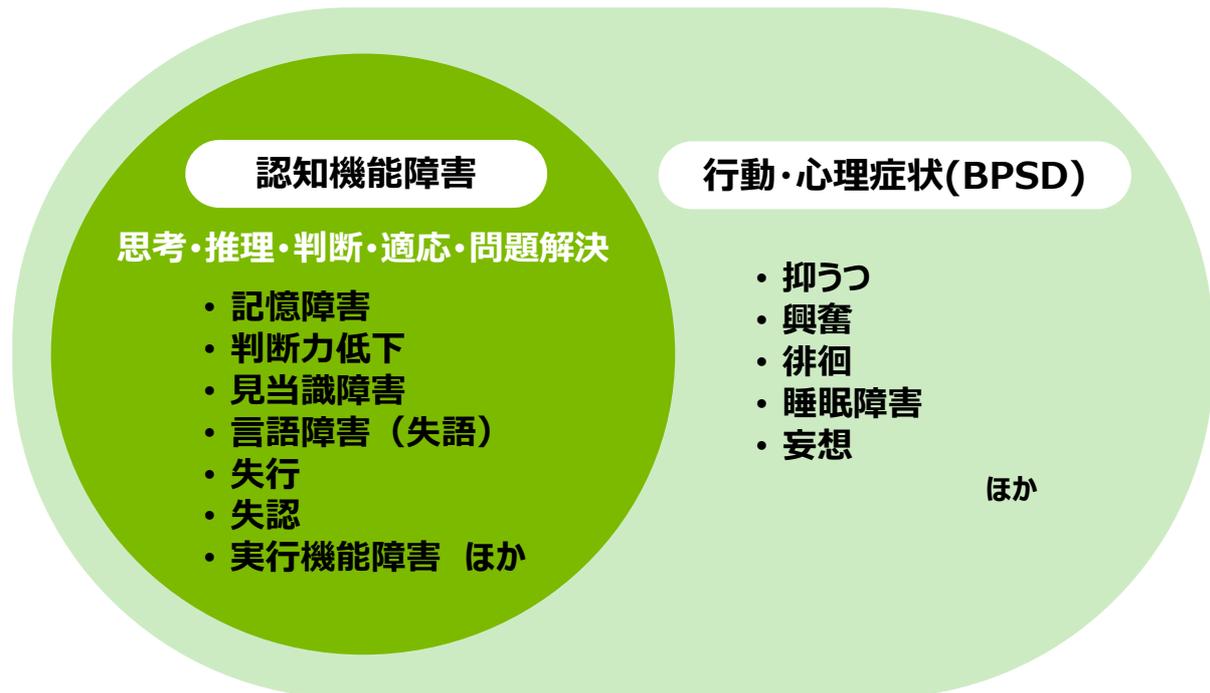
【診断と治療】

【診断と治療-1】 認知症の診断基準（DSM）

米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。国際的にも最も一般的な考え方である。意識障害がないことが前提となるが、記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、つまり判断力の障害や実行機能障害が認められ、それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来し、病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定され、うつ病などが除外されれば認知症ということになる。

病因には身体疾患も含まれ、経過は非可逆性とは限らない。高齢者のみにみられる病態でもない。この考え方は操作的な基準ではないが、信頼性と妥当性は米国神経学会によっても確認されている。

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



家族が最初に気づいた日常生活の変化

- 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

(n:123)

【診断と治療-2】 認知機能障害と行動・心理症状（BPSD）

認知症の主体は認知機能の障害であり、それらに続発、併存して様々な精神症状あるいは行動上の障害がみられ、行動・心理症状(BPSD)と呼ばれている。国際老年精神医学会においても提唱されている。

認知機能障害としては、記憶障害を始めとして、判断力低下、見当識障害、失語、失行、失認などの症状がみられる。一方、行動・心理症状(BPSD)としては、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などの症状がみられる。これらの症状は介護の上でも問題となるが、環境の調整、対応上の工夫、対症的な薬物療法などで改善する可能性がある。

【診断と治療-3】 家族が最初に気づいた日常生活の変化

認知症の初期にみられる日常生活上の変化を示す。これは東京都全域を対象とした疫学調査で「認知症」と診断された対象者の家族が気づいた日常生活上の変化を頻度順に示したものである。1項目のみで見れば加齢による生理的な変化と区別することは難しい。しかし、このような変化が少なくとも半年前と比較して目立つようであれば認知症を疑うタイミングといえる。

ここで問題となるのは家族がいなければこのような変化は気づかれにくいことであろう。65歳以上の4割が単身あるいは高齢者世帯であり、その割合が今後ますます増加することを考えれば、家族に情報源を求めることが難しい状況もあり得る。家族から情報が得られる場合には、認知症を疑うことはむしろ容易と言っていい。本人との問診を通して認知症を疑う技術がかかりつけ医に求められる理由である。

出典

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)

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ということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

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

[DVD-2]

認知症初期の発見とポイント

【診断と治療-4】 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と認知症のもの忘れの臨床的な違いを示す。

まず、前者は半年～1年では進行することはないが、後者では進行性の変化がみられる。本人は自覚していないが、家族に1年前のもの忘れの状態と現在を比べてもらえばわかりやすい。もの忘れの内容に関しては、前者が体験の一部であるのに対して後者は体験すべてを忘れてしまうという違いがある。例えば、結婚式に出席した際に隣に座っていた人の名前を思い出せないのが前者であり、出席したこと自体を忘れてしまうのが後者である。また、前者であれば見当識障害は伴わないが、後者であればしばしば時間の失見当がみられる。後者ではもの忘れに対する自覚は前者に比べて乏しい。

出典

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

【DVD-2】 認知症初期の発見とポイント

<診断と治療-5>

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

<診断と治療-6>

アルツハイマー型認知症の症例（68歳・女性）

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

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

最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

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

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

【診断と治療-5】 アルツハイマー型認知症の診断基準

米国精神医学会が平成 12 年(2000 年)に作成した診断基準である。

記憶を含む複数の認知機能障害とは、記憶以外に a)失語、b)失行、c)失認、d)実行機能の障害を指し、これらのうちの一つ、またはそれ以上の障害があることが A)の基準を満たすことになる。

DSM-IV-TR ではアルツハイマー型認知症、血管性認知症、一般身体疾患による認知症、物質誘発性の持続性認知症、複数の病因による認知症、特定不能の認知症に分け、鑑別診断の基準を示しているのが特徴である。

【診断と治療-6】 アルツハイマー型認知症の症例（解説はありません）

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) パーキンソニズムの出現

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

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状

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

4. DLBの診断を支持する症状

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

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

【診断と治療-7】 レビー小体型認知症の診断基準①

レビー小体型認知症の改訂された診断基準である。平成 15 年(2003 年)の国際ワークショップで提唱され平成 17 年(2005 年)の Neurology に発表された。

自律神経症状がとりあげられ、MRI や CT といった形態画像、SPECT、PET などの機能画像所見、MIBG 心筋シンチグラムの異常なども支持する所見としてとりあげられた。

【診断と治療-8】 レビー小体型認知症の診断基準②

レビー小体型認知症の症例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

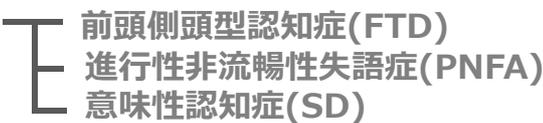
現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

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

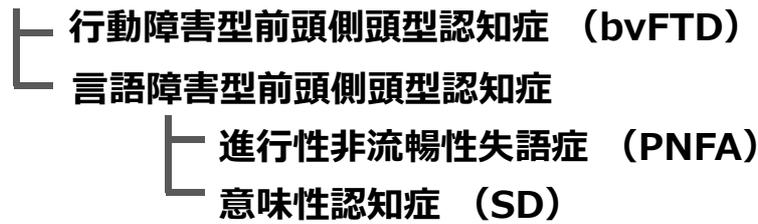
平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかった。

前頭側頭葉変性症の概念

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

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

新分類： 前頭側頭型認知症 (FTD)

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

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

【診断と治療-9】 レビー小体型認知症の症例（解説はありません）**【診断と治療-10】 前頭側頭葉変性症の概念**

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、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、新たに提唱された診断基準が2011年にRascovskyらによって提唱された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た。

出典

- 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

前頭側頭型認知症の病気の説明

1. 行動障害：発症は緩徐で、経過も緩徐進行性行動や品行の障害が早期から出現

清潔さと整容の無視、社会性に対する関心の消失、脱抑制的行為、精神面での柔軟性の欠落、常同的、保続的行動、道具の強迫的使用、衝動的行動、注意力散漫、病識欠如

2. 感情障害：抑うつ、不安、自殺念慮、執着観念、妄想 奇妙な自己身体への執着、無表情

3. 言語能力の障害：進行性の発語の減少、常同言語 反響言語と保続

4. 空間認知と習慣は保たれる

前頭側頭型認知症（62歳・女性）

主 訴：異常行動

家族歴：姉が認知症

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

平成X+2年6月頃から異常行動出現

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

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。

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

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

【診断と治療-11】 前頭側頭型認知症の病気の説明

前頭側頭型認知症では、仕事や家事に対して無関心になる、同じ行為を繰り返す常同行動、万引きや立ち小便などの社会的なルールを無視する行為・脱抑制などが初発症状であることが多い。記憶、計算、空間的見当識は保たれる。本人の病識は乏しい。末期には自発性が低下し運動障害がみられるようになり、無言・臥床状態となる。

進行性非流暢性失語症は、進行性の運動性失語(非流暢性失語)を示す。発話量が減少し、発話に努力を要し、失文法(例:助詞がなくなり、単語を羅列するなど)がみられるが、初期には言語理解は良好である。進行すると前頭側頭型認知症と同様の行動異常が見られる。

意味性認知症は、言葉や物品などの意味に関する記憶が障害される疾患であり、発語は流暢であるが、言葉の意味を理解できず(例:「気分はいかがですか」と問うと「気分って何ですか」と答えるなど)、言い間違いが多くなる、物品の名前を言えない、といった症状を示す(語義失語という)。CT や MRI などの画像検査で左側優位の側頭葉前方部の萎縮を認めることが多い。症状はゆっくりと進行し、発話量も減少し、自発性の低下や無関心といった症状も現れ、ついには無言状態となる。

【診断と治療-12】 前頭側頭型認知症の症例 (解説はありません)

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 . が単独で見られるか両者が見られる場合)

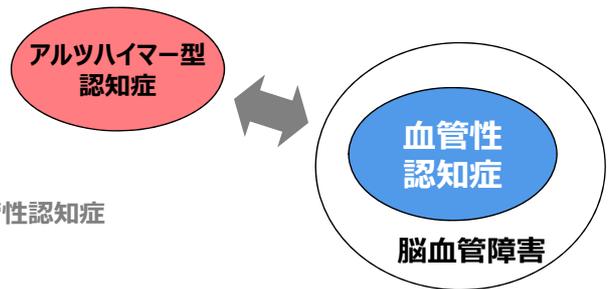
- a. 脳卒中発症後3ヶ月以内の認知症発症
- b. 認知機能の急速な低下、あるいは認知機能障害の動揺性
あるいは階段状の進行

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

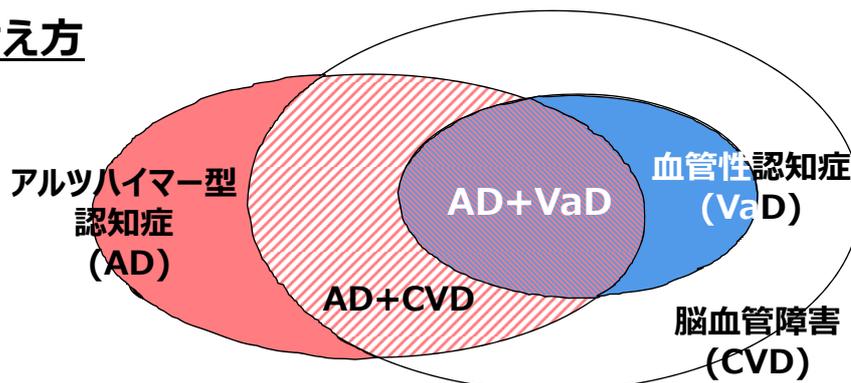
血管性認知症の考え方の変化

これまでの考え方

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



最近の考え方



長田の図を改変

【診断と治療-13】 血管性認知症の診断基準

血管性認知症の診断基準として、ICD-10、DSM-IV、ADDTC、NINDS-AIREN などいくつかの基準が示されている。NINDS-AIREN の probable VD の診断基準の要旨を示す。

この基準では血管性認知症を虚血性・出血性脳血管障害、あるいは虚血-低酸素性脳障害によってもたらされる認知機能障害と定義している。認知症の存在(認知症を以前高レベルにあった認知機能の低下と定義)、血管病変の存在(画像診断による)、両者の関連性からなる。脳血管障害発症と認知症発症の時間的関連性は重要な因子と強調しており、その期間を人為的に3ヶ月以内としている。またこの基準では混合型認知症という概念を認めておらず、AD with cerebrovascular disease という用語は possible AD の診断基準を満たし、かつ臨床上も画像上も対応した脳血管障害の所見がある場合に使用することと決められている。しかしこの診断基準での臨床・病理研究では、特異度は高いが感度が低いという報告があり、血管性認知症にはまだ理想的な診断基準はない。

いずれにしても画像所見に血管病変がみられ、認知症が存在すれば単純に血管性認知症と診断してしまうことは、とりわけ高齢者において診断を誤る危険性が高い。

出典

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

【診断と治療-14】 血管性認知症の考え方の変化

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る。従来は脳卒中の既往があったり、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った。

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かった。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あり、両者の併存は混合型認知症ととらえられていた。しかし実際には高齢者が多く、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は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る。(図の AD+CVD)

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）が認知症に移行しやすいかどうかの指標

※ 薬剤の効果判定のバイオマーカーとしての役割

… 今後期待されるが現時点では探索的段階

代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

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

【診断と治療-15】 画像診断の目的

認知症における画像検査の役割は大きく分けて3つある。

1 つは、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、認知症に類似した状態が引き起こされていないかどうかという除外診断目的。2 つめは認知症の病型診断の補助診断。3 つめは軽度認知機能障害 (mild cognitive impairment:MCI) が認知症に移行しやすいかどうかの指標である。

薬剤の効果判定のバイオマーカーとしての役割は今後期待されるが、現時点では探索的段階である。

1) 除外診断について、AD 類似の症状を来すことがある慢性硬膜下血腫や脳腫瘍、脳梗塞や脳出血を除外するために CT (可能なら MRI) の撮像が勧められる。CT や MRI のような形態画像は認知症の病像をきたす他の疾患の鑑別に有用であるが、早期診断には無力で、早期の認知症の人では異常が見られないことが多い。重要なのはこれらの所見が正常であった時に認知症を否定しないことである。

2) もの忘れ外来のような認知症専門外来では、認知症の病型診断の補助検査として MRI や SPECT や FDG-PET が用いられる。各病型の画像診断の特徴を次スライドの表にまとめた。

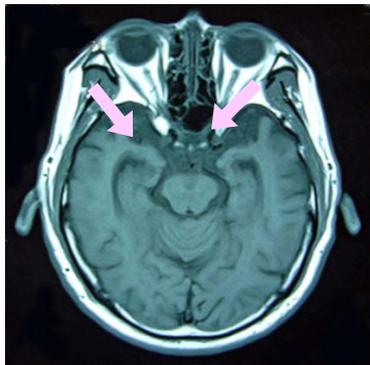
3) MCI の人が認知症に移行するかどうかを推定するために画像診断が用いられる。Yuan らは各種画像検査の MCI から AD への予測診断能をまとめており MRI は感度 72.8% 特異度 81.0% SPECT は感度 83.8%、特異度 70.4%、FDGPET は感度 88.8%、特異度 84.0% としている。この領域では画像検査が有用である。

【診断と治療-16】 代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

典型的な経過や臨床症状があり、表に示すような特徴的な画像所見を呈する場合は病型診断しやすいが、典型的でない画像所見を示すこともまれでない。その場合は臨床症状や経過が優先する。また近年 VSRAD (Voxel-based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease) のような海馬傍回付近の萎縮の程度を数値化して診断を支援するツールが開発された。この方法により萎縮が存在するかどうかは明確になったが、萎縮の存在がすなわち機能の低下や疾患の存在ではない。逆に萎縮がなくても機能低下が存在することもまれでない。萎縮がないからといって AD を否定できない。

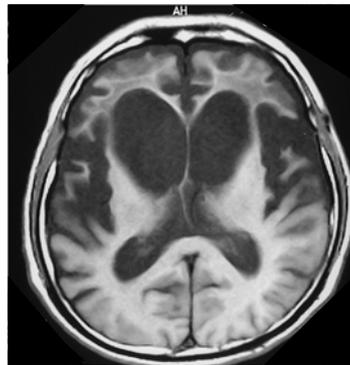
2013 年 9 月に承認された DAT スキャンは DAT スキャンを用いた SPECT により線条体内に存在する黒質線条体ドパミン神経の終末部に高発現する DAT の脳内分布を可視化できる。線条体の DAT はパーキンソン病および DLB において発現量が低下することが知られており、本検査は DLB の診断基準にも採用されている。

認知症各病型の典型的なMRI画像

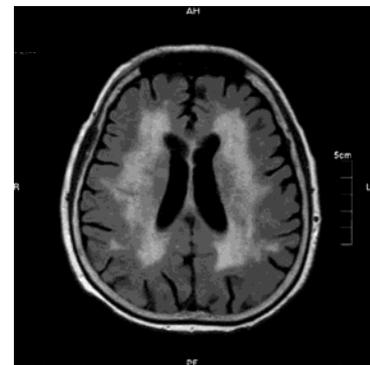


アルツハイマー型
認知症

(側脳室下角の開大
と海馬の萎縮)



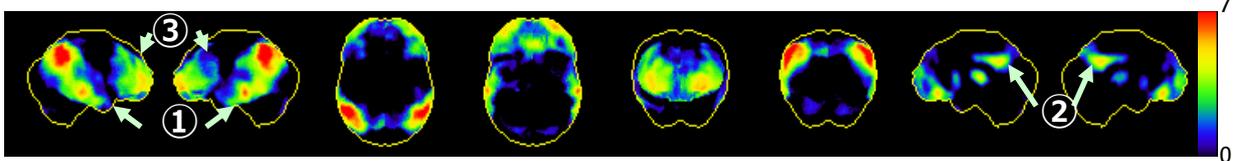
前頭側頭型
認知症



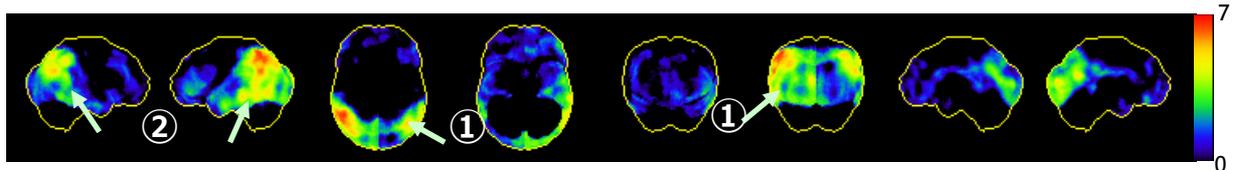
血管性認知症

認知症各病型の典型的なSPECTパターン

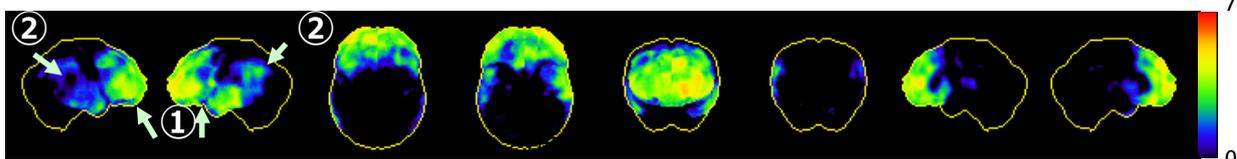
AD ①頭頂側頭連合野 ②楔前部から後部帯状回 ③前頭葉



DLB ①後頭葉 ②頭頂側頭連合野



FTD ①前頭葉 ②頭頂側頭連合野 (ADと比べて軽い)



【診断と治療-17】 認知症各病型の典型的な MRI 画像

アルツハイマー型認知症の病理学的変化は、側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされ、MRI では比較的早い時期よりこの近傍の海馬の形態学的な萎縮がみられる。これをとらえるには、水平断画像では側脳室下角の拡大を評価するが、T1 冠状断画像がより有効であり認知症を疑う際にはこの条件での指示が必要となる。

高齢発症例では、側頭葉に比較的限局する脳萎縮を呈する例が多いが、初老期発症の狭義のアルツハイマー病では、脳萎縮は前頭葉側頭葉優位に全体におよぶことがある。特に高齢者では正常者においても脳萎縮の個人差が大きいため、個々の症例での脳萎縮での判定は注意を要する。また、CT、MRI 上の白質病変（いわゆる PVL、PVH）はアルツハイマー型認知症を初めとする変性疾患でもしばしばみられ、これを根拠に血管性認知症と診断することは慎重を要する。初期診断においては SPECT や PET のような機能画像がより有用であるが、他の脳疾患の鑑別のためにも CT や MRI のような形態画像は必須である。

レビー小体型認知症では、側頭葉から頭頂葉にかけての萎縮が見られるが、海馬の萎縮はアルツハイマー型認知症に比べて軽度と言われている。

前頭側頭型認知症では、著明な前頭葉、側頭葉の萎縮が見られる。病理学的にはピック小体を有するピック病と診断された。

血管性認知症の画像パターンは大きく 3 つに分類される。①多発梗塞性認知症：皮質梗塞を多発性に生じたためその結果として、記憶、言語、空間認知などの複数の認知ドメインが障害されて認知症に基準を満たすもの、②戦略的重要部位脳梗塞 strategic infarction 視床、尾状核頭部など単独でも認知機能に障害を引き起こす戦略的重要部位に梗塞を生じた結果認知症の診断基準を満たす場合、③皮質下血管性認知症 中程度以上の白質病変を伴い、基底核領域に複数のラクナ梗塞を認め認知症の診断基準を満たす場合。

さらに脳血流検査で梗塞部位に一致した血流低下をきたし、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症のような一定のパターンを呈さない場合には診断の参考になる。

しかし MRI や CT で複数の血管病変がみられたからといって直ちに血管性認知症と断定するのは要注意で、変性性認知症と血管障害の合併を常に念頭に置く必要がある。

出典

目黒謙一：血管性認知症 ワールドプランニング 2008 東京

【診断と治療-18】 認知症各病型の典型的な SPECT パターン

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 AD では頭頂側頭連合野、後部帯状回、楔前部の血流低下が、DLB では頭頂側頭連合野に加えて内側後頭葉の血流低下が、FTD 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ある。VaD 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さない。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ある。しかし、DLB では子の血流パターンを呈するのは 6 割程度といわれており、臨床経過や症状と合致しないこともしばしばである。DLB における MIBG 心筋シンチの有用性が注目されており、現在、多施設共同研究が進行中である。

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)

MCIの人への対応

本人と家族の

「将来認知症になってしまうのではないか」

という不安に对应していくこと

「認知症ではないのだから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」

という誤解に对应していくこと

- 
- 病態に対する徹底的な知識教育
 - 経過観察の重要性の説明

【診断と治療-19】 MCI

MCI (Mild Cognitive Impairment) とは、本人、もしくは周りの人からもの忘れがあると認識され、年齢に比し、記憶力が低下している状態(1.5SD 以下)と定義され、認知症ではない。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る。

出典

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

【診断と治療-20】 MCI の人への対応

軽度認知障害の人には、二つの対応が必要となる。本人と家族の「将来認知症になってしまうのではないか」という、不安に応えていくことと、「認知症ではないのだから病気ではない、だから病院へもかかる必要はない。」という誤解に対する対応である。それぞれ、徹底的な病態に対する知識教育と経過観察をきちんと行うことの重要性を説明することがなにより重要となる。診断に至るまでの注意点としては

軽度認知障害の人は、まだ自覚がある場合とない場合があることに留意する。自覚のある場合は受診に対する、不安は大きいものの受診につなげることはある程度可能である。家族はそれほどとは思わないが本人が気にするので受診しました、あるいは本人も気にしているし、家族も何となく以前とは違うと思うので受診しましたというような場合である。一方本人に自覚がなく、家族も気にしていない場合や放置している場合にはなかなか受診につながらない。本人に自覚がなく、家族が気付いている場合は、受診につながることもあるが、基本的に日常生活には支障がないため、どうしても受診までにはいたらないことが多い。このような群に対しては地域での早期発見システムが必要で、認知機能検査を含めた検診システムとスクリーニング後に医療や介護へつなぐ連携システムが必要となる。

MCIの人への対応②：何をどう伝えるか

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

MCIの人への対応③：薬物療法は？

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

Doody RS et al. Donepezil treatment of patients with MCI : a 48-week randomized placebo-controlled trial. Neurology 72 : 1555-1561, 2009

【診断と治療-21】 何をどう伝えるか

詳細な神経心理検査や画像検査を施行したうえで、軽度認知障害と診断した場合にどのように本人、家族へ伝えるかが重要になる。地域在住の65歳以上の軽度認知障害の有病率は約5%と考えられており決してまれな状態ではないことを伝える。

一方、もの忘れ外来受診者では年間10-15%が認知症に移行すると考えられており、現時点では認知症ではないが、将来認知症に移行するリスクの高い群であり、そのためには、通院して慎重な経過観察が必要であることを本人、家族に明確に伝える必要がある。

また、5年経過しても半数は認知症に移行しないこと、逆に回復する例もあることを話し、必要以上に認知症になる不安をかきたてるような説明は避けたほうがよい。

【診断と治療-22】 薬物療法は？

コリンエステラーゼ阻害薬を開始するかどうかは微妙な問題である。これまで行われた研究では、いずれのコリンエステラーゼ阻害薬も軽度認知障害から認知症へ移行することを防止することはできないと報告されている¹⁾。またいずれの治療薬も軽度認知障害での適応はない。現実にはどの時点で治療を開始するかはなかなか難しく、時間の見当識障害や、構成障害、実行遂行障害が加わってきているかどうか、手段的な日常生活動作が低下して、何らかの形で日常生活に問題ができてきているかどうかを確認しこのような状態が少しでも加わってきた際には早めに投与することを考える。一つの考え方としては軽度認知障害の診断がついてもすぐには治療を開始せず、内服なしでも5年間たっても50%の人は認知症に移行しないことを伝え、その代り慎重に経過をみて、少しでも進行する気配があれば、治療を開始しようとするという対処のしかたもある。

また近年もう一つ注意が必要な点は、車の運転の問題である。軽度認知障害であれば、法的にも車の運転の規制は原則必要がなく、軽度認知障害の段階で内服を開始していた場合に事故をおこすと、内服していたために認知症であったとみなされることになり、不利になる可能性があるためである。

出典

1) Doody RS et al. Donepezil treatment of patients with MCI: a 48-week randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 72:1555-1561, 2009

[DVD-3]

認知症の問診とアセスメント

<診断と治療-23>

認知機能障害のアセスメント

- **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

【DVD-3】 認知症の問診とアセスメント**【診断と治療-23】 認知機能障害のアセスメント**

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

また家族から情報を得る際に重要な点は、①症状が出現してきたのはいつごろからなのか、②以前は無かった症状なのかどうか、の2点である。以前は無かった症状が出現し悪化している、出現してきた時期が家族の間でも一定せずいつとは断定できないという情報が得られた時には、病的な変性性認知症の存在が疑われる。

失行、失認については家族はおかしなことをする、わざと変なことをすると認識している場合があり、症状と認識していないことがある。おかしな行動をするという訴えがある際には、着衣失行、構成障害、半側空間無視、肢節運動失行の存在を疑ってみる必要がある。

記憶障害のアセスメント

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

について、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する

見当識障害のアセスメント

(通常は質問式)

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

【診断と治療-24】 記憶障害のアセスメント

最近の記憶

食事の内容や、外来ならばどのような交通手段で受診したのかを聴く。できる限り世間話をするように聞きだすのがコツである。昨日何をしましたかと質問するのもよい。

昔の記憶

生年月日、出身地、結婚や子供の誕生日などを尋ねる。既往歴、職業歴を聴く。ここで教育歴を聴くのもよい。その年齢なら当然知っているはずの社会的事件についてきく。太平洋戦争、東京オリンピック、サリン事件など。

【診断と治療-25】 見当識障害のアセスメント

見当識障害のアセスメントでは時間と場所についての見当識を尋ねる。通常、時間の見当識が先に障害されることが多い。アルツハイマー型認知症では一般に記憶障害と平行して進行するが、レビー小体型認知症では見当識障害が前景に出て記憶障害よりも目立つことがある。

時間の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わせることも有用である。月は正確に答えても、季節は間違ふこともある。

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

判断・実行機能障害のアセスメント

● 家族からの情報

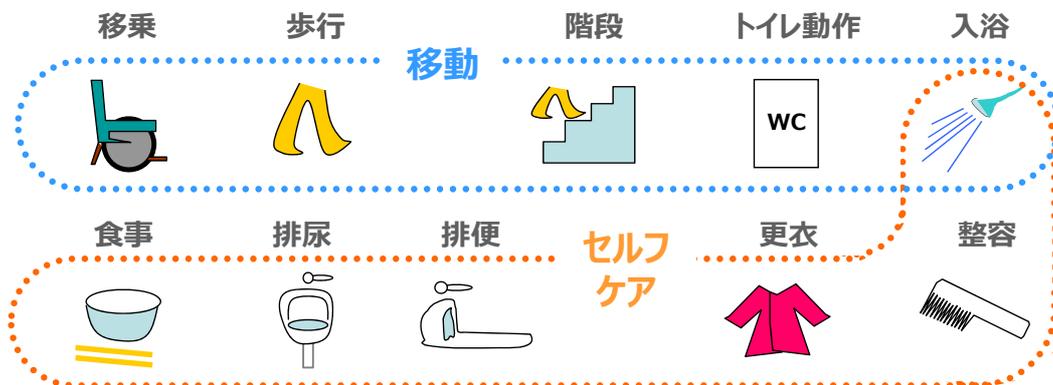
- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていくか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか

● 本人への質問

- ・火事に出会ったらどうするか
- ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

ADLのアセスメント

● Barthel Index



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

【診断と治療-26】 判断・実行機能障害のアセスメント

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

【診断と治療-27】 ADL のアセスメント

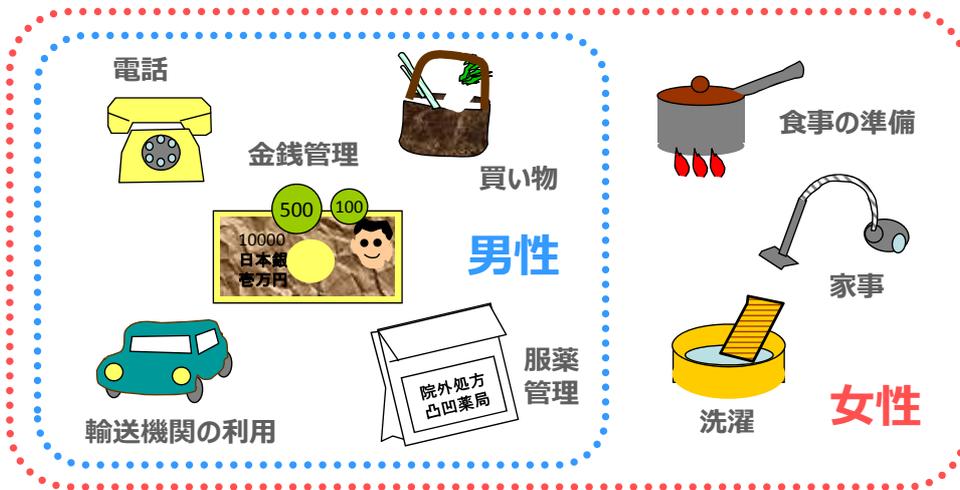
実際の評価は、バーセルインデックス (Barthel Index; 機能的評価) の 10 項目 100 点満点で行う。総合点は、全般的自立を表すが、各機能項目の依存評価がより重要である。

バーセルインデックス (Barthel Index ; 機能的評価)

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

IADLのアセスメント

● IADL(Lawton) = 独居機能の評価



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

FAST による重症度のアセスメント (アルツハイマー型認知症)

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

【診断と治療-28】 IADL のアセスメント

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、服薬管理、金銭管理の 8 項目からなっている。

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

全体として独居機能をみているとあって差し支えない。

外来で認知症または MCI 患者に行った手段的 ADL 検査では、買物、料理、服薬管理が早期に低下しており、認知症の早期発見に役立つことを報告した¹⁾。

更に MCI 113 名との対比の検討から、男性では買い物、女性では料理が出来ないことが、初期認知症と MCI との鑑別に役立つことが判明した²⁾。これらのオッズ比は 5 倍をこえており、80% 以上の確率で認知症を MCI と区別できることを意味する。

しかしながら、正常と MCI を手段的 ADL の Lawton & Brody の配点で区別することは不可能で、各下位項目の配点を重み付けし再検討する必要がある。さらに、料理にしても、作れる・作れないといった二者択一ではなく、レパートリーや味付けの変化など、微細な変化が記述された事例の集積による研究 (Narrative Based Medicine) が求められている。

出典

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

【診断と治療-29】 FAST による重症度のアセスメント

Functional Assessment Staging (FAST) はアルツハイマー型認知症の重症度を判定することを目的としている。スライドのように病期を 7 段階に分類しており、この病期は認知症の重症度と対応している。旅行や買い物、運転といった日常家庭生活の具体的な状態が臨床指標として示されており、行動面から観察し評価できることが特徴である。そのため正確な評価のためには介護者からの情報が必要となる。

出典

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

[DVD-4]

認知症と間違えやすい症状

<診断と治療-30>

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

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

※うつ病については、DVD教材（付録）を参照

【DVD-4】 認知症と間違えやすい症状**【診断と治療-30】 うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴**

うつ病とアルツハイマー型認知症の違いを示す。

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多い。通常は長くても数ヶ月前からの発症が多い。うつ病では本人は症状を強調するが、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い。とりつくろう様な答えはアルツハイマー型認知症に特徴的と言っていい。この傾向が顕著となると明らかな作話となる。思考内容に関しても違いがあり、うつ病では自責的あるいは自罰的となる。

一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となる。この結果、もの盗られ妄想の出現につながることもある。

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ある。

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

せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤

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

国際老年精神医学会
：プライマリケア医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005 を一部改変

主な薬剤

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

【診断と治療-31】 せん妄と認知症の臨床的特徴

せん妄との最も大きな違いは発症様式である。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、緩徐に進行する。何日の夜からと特定できる発症は前者の特徴である。また、夜間に増悪することが多く、夜間せん妄ともいわれる。注意力の散漫という形での意識障害と幻視および運動不穏はせん妄の三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。また、通常は運動不穏のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。

【診断と治療-32】 せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤

せん妄の原因としては様々なものがある。アルコールや薬物、肺炎や尿路感染症等の感染症、脱水状態や電解質異常、感覚遮断や心理的ストレス(入院、旅行等の環境の変化など)などがある。そのため、せん妄の対処には原因を適切に把握する必要があり、身体的診察や臨床検査等も必要である。

せん妄を来す可能性のある主要な薬剤を示す。特に頻尿や尿失禁に対して使用される抗コリン薬や胃潰瘍や胃炎に用いられるH₂受容体拮抗薬は見逃されやすいので注意を要する。せん妄が疑われたときに、これらの薬剤の使用によるものではないかを検討する必要がある。

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

認知症の問診の方法

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

【診断と治療-33】 外来時の対応

本人がもの忘れを訴えて受診した場合は、生活の様子を詳しく聴くことが必要である。状況に応じて精査するか、専門医に紹介する。またその時点では、スクリーニングテストや画像診断に異常所見が認められない場合であっても、時間をおいた再度の精査で異常所見が現れ、後に認知症と診断されることがあることを認識しておくことが重要である。ことに若年の例や、一見うつと思われるような例では注意が必要で、半年後～1年後に再度精査を勧めるように配慮する。

家族に付き添われて受診した場合、本人が診療を受けることについて十分に同意しているかどうかの問題である。十分な同意が得られていない場合は、本人の気持ちをゆっくりと聴き、状況に応じて、診察の必要性を説明する。

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など、本人にそれとなく聴いてみる。

認知症が疑われても受診を拒む高齢者は少なくない。確実に有効と言える方法はないが、いくつか方策を示す。健康診断の名目で受診してもらう方法が有効な場合がある。認知症は否定するが、「もの忘れ」は自覚している場合も多く、「もの忘れの検査に行きましょう」と促して受診できる場合もある。(介護保険サービスの利用を拒否する場合でも「もの忘れのリハビリテーション」という名目であれば利用が可能となる場合もある。)また、本人が信頼しているかかりつけ医等から受診をすすめてもらうなどの方法がある。

【診断と治療-34】 認知症の間診の方法

認知症の人は病院へくることに納得していない場合もあり、かつ緊張している。まずはリラックスした雰囲気を作り出すことが肝要である。また認知症の人にとって認知機能検査は大変大きな負荷になることを十分意識して行う。認知機能検査を始めるには、少し時間をかけて会話をした後、「今からいくつか質問をします、答えにくい質問もあるかもしれませんがそのときはわからないといってくださいね」などと予告してから始める。顔を合わせたとたんに、認知機能検査を始めない。

4はたとえばDLBでは転倒が多いため外傷に関する問診が必要であり、血管性認知症では血管障害のリスクに関する問診が欠かせない。また、ADLや手段的ADLに関する情報は問診の際に得る必要がある。

内服薬に関する情報はきわめて重要である。初診時に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には服薬情報が得られるよう家族に依頼する。

認知症診療に必要な一般身体所見

- 血圧
- 脈拍
- 体温
- 貧血
- 黄疸
- 浮腫

認知症診療で注意すべき身体疾患

- 脳血管障害 ● 慢性硬膜下血腫
- 同不全症候群
- 逆流性食道炎 ● 胃潰瘍
- 誤嚥性肺炎 ● 腸閉塞
- 大腿骨頸部骨折
- 褥瘡 ● 蜂窩織炎 ● 疥癬 ● 帯状疱疹
- 耳垢栓塞

【診断と治療-35】 鑑別診断に必要な一般身体所見

認知症診療において一般身体所見は①認知症の病型診断の参考になる②せん妄の誘因となる背景疾患に注意するという二つの観点から重要である。

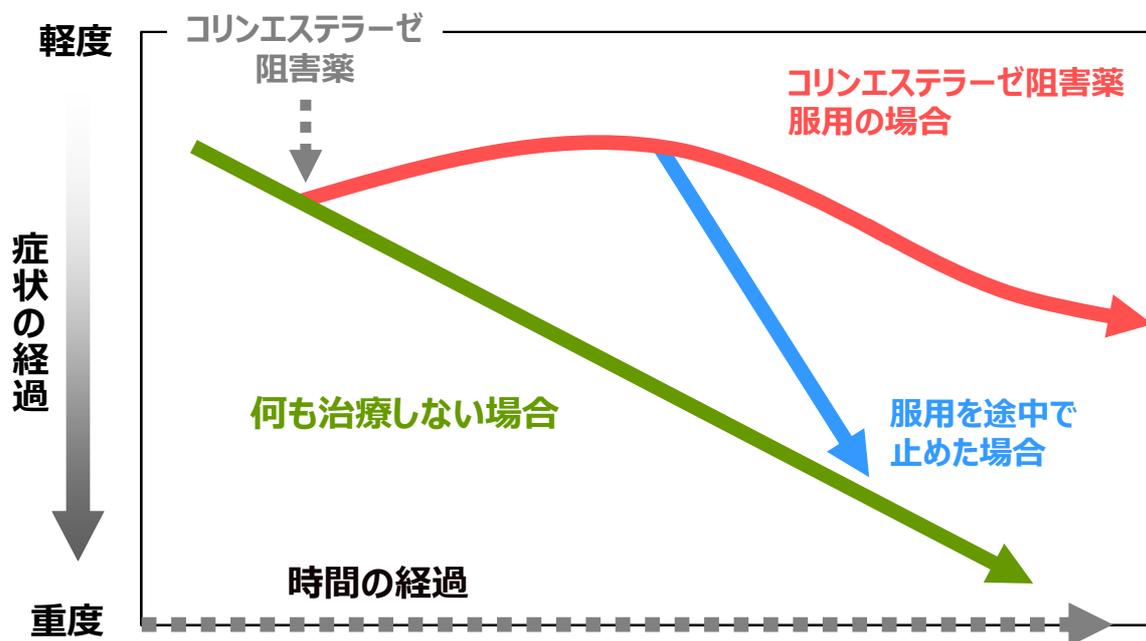
高血圧は血管性認知症の危険因子である。また極度に変動する血圧が極度に変動する場合には起立性低血圧、臥位性高血圧、食後性低血圧といった自律神経症状による血圧変動を疑い、臥位と立位の両方で血圧を測定する。レビー小体型認知症で見られることがある。また、これまで良好だった血圧管理が急に悪化した際には、認知症による服薬コンプライアンスの低下を疑う必要がある。脈拍では心房細動の有無（脳塞栓症のリスク、甲状腺機能亢進症）、徐脈の有無（コリンエステラーゼ阻害薬の副作用や、心伝導ブロックによる脳血流灌流低下）をチェックする。発熱はせん妄の誘因として重要で、肺炎、尿路感染症、胆道系感染症、インフルエンザの頻度が高いが、褥瘡、蜂窩織炎といった皮膚からの感染症がみのがされやすく注意が必要である。貧血は心機能の低下、脳機能の低下をまねき、せん妄の一因となる。浮腫は全身状態がよく両側性にみられる場合は沈下性のことが多く、心配ないが左右差があったり、頻脈や呼吸困難を伴う場合には心不全や腎不全が問題になる。これらはいずれもせん妄の要因となる。

【診断と治療-36】 認知症診療で注意すべき身体疾患

- 1) **内科疾患**：脳血管障害は出血、梗塞にかかわらず、それ自体で認知症を起こしうる病態である。血管障害自体が直接認知機能障害を起こさなくても、せん妄を引き起こすことがある。心疾患では洞不全症候群に注意が必要で、高齢者でアセチルコリンエステラーゼ阻害薬（AChEI）を内服しているときには常に徐脈の有無を確認する必要がある。同様に AChEI 内服時に注意すべきは逆流性食道炎と胃潰瘍で、逆流性食道炎は同時に誤嚥性肺炎の危険因子でもある。誤嚥性肺炎は終末期の認知症での大きな問題であり、経口からの栄養の可否にも直接関係する。Ganguli らも認知症の死因の唯一最大大のリスクと報告している。（Arch Neurol.62:779-784,2005）
- 2) **外科・脳神経外科疾患**：腸閉塞は見落とされると致命的になることがありますが、症状が潜行することがあり注意が必要である。腸閉塞の原因として悪性腫瘍や腸間膜動脈閉塞症が存在することもまれではなく、悪性腫瘍の場合検査が困難なこともあり進行してから発見されることが多い。転倒の頻度が正常高齢者の3倍多い認知症のひとつにとって慢性硬膜下血腫は常に起こりうる身体合併症である。何となくぼんやりしている、片方の手を使わなくなった、歩行がおかしくなったなどの訴えがみられる際には頭部 CT を行う必要がある。
- 3) **整形外科疾患**：徘徊する患者では大腿骨頸部骨折は7倍になるといわれている。
- 4) **皮膚科疾患**：皮膚科が関係する疾患としては褥瘡、蜂窩織炎、疥癬、帯状疱疹が問題になる。これらの疾患は疾病そのものの治療が重要であると同時に、これらが引き起こすかゆみや痛みがせん妄の原因となることに注意が必要であり、蜂窩織炎や褥瘡は隠れた発熱の原因としても見逃しやすいので注意が必要である。
- 5) **耳鼻科疾患**：耳垢栓塞が聴力低下の原因になっていることがある。乾性耳垢の多いアジア諸国では耳垢栓塞になりやすく耳垢に対する関心がうすいといわれているが、日本でも高齢者、知的障害者では耳垢栓塞の頻度は高い。認知症患者で聴理解が急に悪化した際には耳垢栓塞の可能性を疑ってみることが大切である。

<診断と治療-37>

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



<診断と治療-38>

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネパジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与方法	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	腎臓
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)

【診断と治療-37】 コリンエステラーゼ阻害薬の効果

当初 コリンエステラーゼ阻害薬は短期的(1年程度)には一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされてきた。

長期試験の結果ではコリンエステラーゼ阻害薬による進行の遅延が報告されてきている¹⁾。

出典

1) Rogers SL, et al :Eur Neuropsychopharmacol.10:195-203,2000

【診断と治療-38】 コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

平成 23 年(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った。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめた。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るが、この 3 剤の治療効果には明確な差はないと言われている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る。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売である。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できる。投与法はいずれも漸増法である。半減期はドネペジルが明らかに長く、1 日 1 回投与であるが、比較的半減期の短いガランタミンは 1 日 2 回投与となっている。

出典

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

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

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

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

… 重大ではないが頻度の高い副作用 …

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

メマンチンの特徴

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

【診断と治療-39】 コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

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ある。しかし高齢者が多いアルツハイマー型認知症ではスライドに示したような注意が必要である。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ある。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るが、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ある。

頻度の高い副作用としては消化器系の副作用が多いが、減量、中止によって消失することが多い。またコリンエステラーゼ阻害薬を内服中のアルツハイマー型認知症の人に興奮や不穏が見られた際に薬剤の影響が否定できないことがある。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ない。

パッチ剤では貼付部位の発赤がみられることがあるが、貼付部位の変更、保湿剤の塗布で使用継続できることが多い。

【診断と治療-40】 メマンチンの特徴

メマンチンはグルタミン酸受容体の1つである NMDA 受容体の拮抗薬である。AD 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る。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が期待される。国外では有効という結果がでており、国内でも今後販売後試験が行われる。

メマンチンの使用上の注意点

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

投薬に際して注意すべきこと

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

【診断と治療-41】 メマンチンの使用上の注意点

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ある。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る。また、市販後、傾眠が多いことが指摘されている。

【診断と治療-42】 投薬に際して注意すべきこと

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ある。他院から処方された薬がある場合には特に要注意である。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る。

服薬の効果判定の基準は日常生活の変化である。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る。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う。

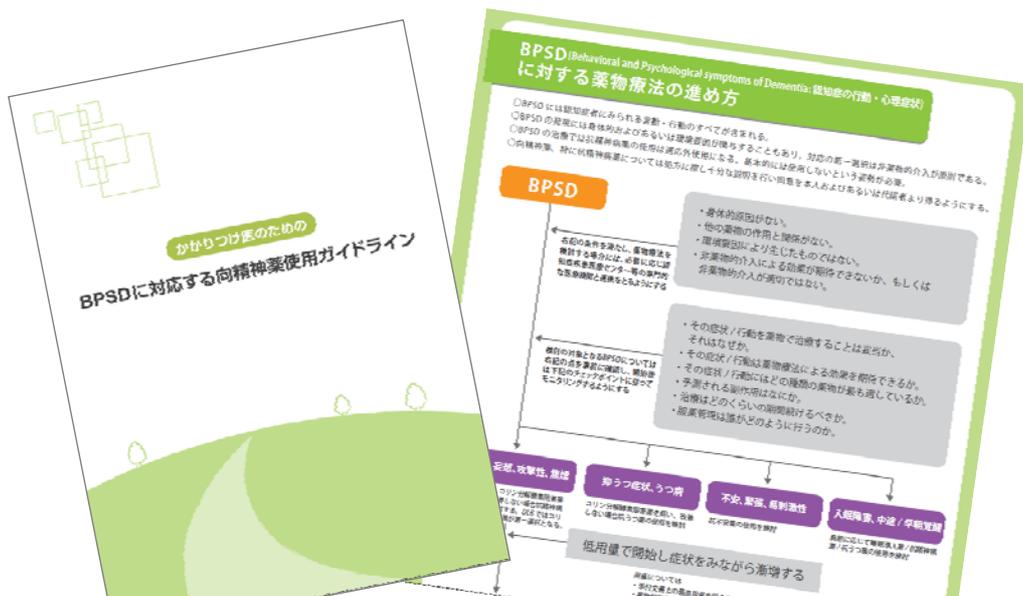
行動・心理症状(BPSD)に対する対応

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

改善がみられない場合は、

- ガイドラインに沿った薬物治療
- 専門医に紹介

BPSDに対する薬物療法のガイドライン



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

【診断と治療-43】 行動・心理症状(BPSD)に対する対応

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る。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ある。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る。

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、ショートステイなどを利用することも考える。

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るが、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る。(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ある。状況に応じて専門医への紹介を考慮すべき場合もある。

【診断と治療-44】 BPSD に対する薬物療法のガイドライン

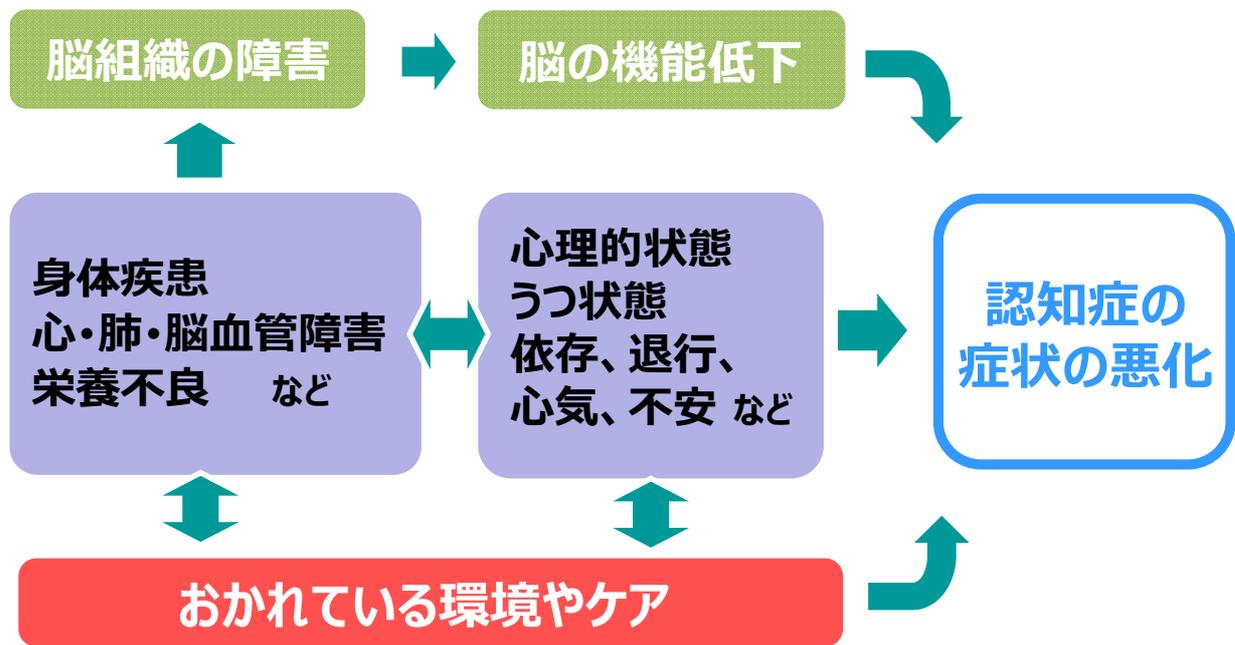
本ガイドライン作成の背景

- ・ 24 年度に行われたかかりつけ医による認知症者に対する向精神薬の使用実態調査結果では、かかりつけ医(2960 人に調査票が発送され、604 人から有効票が回収。回収率 19.5%)の 94.5%に認知症患者が通院し、89.2%が向精神薬を服用していたが、抗精神病薬の使用に関して常に同意を得ているかかりつけ医は 19.1%という低い率にとどまっていた。
- ・ 同調査の 22 種類の BPSD について向精神薬を処方することがあるかどうかの設問では向精神薬の有効性に関する報告がない BPSD に対しても向精神薬が処方されている実態が示された。

BPSD に対する薬物療法の進め方

- ・ BPSD には認知症者にみられる言動・行動のすべてが含まれる。
- ・ BPSD の発現には身体的およびあるいは環境要因が関与することもあり、対応の第一選択は非薬物的介入が原則である。
- ・ BPSD の治療では抗精神病薬の使用は適応外使用になる。基本的には使用しないという姿勢が必要。
- ・ 向精神薬、特に抗精神病薬については処方に際し十分な説明を行い同意を本人およびあるいは代諾者より得るようにする。
- ・ 治療により BPSD が改善しない場合には認知症疾患医療センターなどの専門的な医療機関へ紹介などの連携をとることが望ましい(診療情報提供料 I の認知症専門医療機関連携加算、認知症専門診断管理料2など、BPSD が悪化した場合のかかりつけ医と認知症疾患医療センターの連携について診療報酬上も評価がなされている)。

認知症の症状に影響する要因



Wells CE,1977

[DVD-5]

認知症の治療とケア

【診断と治療-45】 認知症の症状に影響する要因

病気の進行に伴う脳機能低下は、認知症の症状の悪化をもたらすが、通常その変化は緩やかである。いわゆる行動・心理症状(BPSD)は、日常生活上の様々なできごとによってもたらされる心理状態の悪化や、不適切な環境やケアによって急激に悪化する。身体状態の悪化は、脳機能、心理状態、環境などを悪化させることで、行動・心理症状(BPSD)の原因となる。

一般に行動・心理症状(BPSD)に対しては、その原因を脳機能低下の程度とその人の背景から予測して、適切なケアや介護の工夫によって、その出現を予防したり増悪を回避したりすることができる。しかし、誘発している原因によってはケアでは収まらないものがある。明らかにならないうつ状態やせん妄、睡眠障害であれば薬物療法を考慮する必要がでてくる。

出典

Wells CE: Dementia: Definition and description. In Dementia, Wells CE, ed., FA Davis, Philadelphia, pp23, 1977.

【DVD-5】 認知症の治療とケア

外来フォローのときの注意点

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

治療期間における視点

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. いつもと様子が違うと感じたら、身体合併症のチェックを

【診断と治療-46】 外来フォローのときの注意点

通院外来により経過を見ていくことが多い認知症の人について、外来フォローをする際のポイントを列挙した。

可能な限り介護者に同伴してもらうことが必須である。親族の居ない認知症の人であっても、友人や近隣の人、ケアマネジャー等の情報提供者を探す。ご本人だけへの問診では情報は乏しい。介護者にはこの2～3ヶ月で、“できなくなったこと”や“やらなくなったこと”はないかを具体的に聴く。ADLやIADLの変化や行動・心理症状(BPSD)の有無を聴く。

認知機能検査を定期的に行っておくと、経過の説明をする際に有用であるが、前述のように本人の負担には留意が必要である。

行動・心理症状(BPSD)では過活動症状は訴えやすいが、無為や抑うつは自発的には訴えないことがある。

身体疾患の発現には常に注意を払う必要がある。発熱では肺炎や尿路感染症以外に蜂窩織炎に注意が必要であり、褥瘡や疥癬、帯状疱疹といった皮膚疾患が痛みや、かゆみの原因となっていることがある。また耳垢栓塞が聴力低下の原因になっていることがあり、高齢者であっても可逆性の聴力障害を見逃さないことが大切である。

コリンエステラーゼ阻害薬やNMDA受容体拮抗薬(メマンチン)を処方している場合には、重篤でなくても副作用に注意すべきである。

また、外来で経過を診ていく際には、入院が必要になったり、介護者が入院してしまうといった事態も起こりうる。その場合の相談先や連携先をあらかじめ探しておき、情報を持っていることも重要である。

【診断と治療-47】 治療期間における視点

1. 認知症の人は、かつては何もわからない、何も感じない人であるかのようにみなされていたことがあったが、内部には深刻な不安を抱えていたり、自信を失ったりしていることが多い。そのために感情的に不安定になりやすいことを家族にも理解していただくとよい。
2. 認知症の人は主介護者として最も懸命に介護している人に対してつらくあたることが多い。反対に第三者やたまたま顔をあわせる人には驚くほど愛想よくふるまうことがある。このため周囲の人から理解されず、主介護者の孤立感を深めることになりがちである。
3. 記憶や判断力、意思を伝える能力は低下していても、感情面は比較的保たれていることが多い。具体的な体験内容は忘れてしまっても、いやな思いをした、つらい思いをしたという感情は残ることがある。接するときの態度や口調には注意することが必要であり、わかってもらいたいあまり一所懸命説明や説得をすると、認知症の人は「叱られている」と感じることもあり、孤独感を深め、行動・心理症状(BPSD)が現れる背景になることがある。
4. 行動・心理症状(BPSD)の多くは、認知機能障害の特性とともに本人の身体状態(脱水、不眠、便秘、痛み、感染症等)、使用している薬剤、過去の生活史や現在の生活環境などをもとに考えると理解できる場合が少なくない。
5. 認知症の人は体調の変化を様々なサインとして出してくる。いつもと様子が違うときは身体合併症の可能性を常に念頭におく必要がある。

認知症の人への支援

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

家族への支援

- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、**認知症の人と家族を支えることを伝える**
- 介護保険サービスなどの**社会資源の活用を勧める**
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて**傾聴する**
- 家族の会など、**介護仲間を紹介する**
- 身体疾患の治療は、**治療薬の投与回数を減らす**、**訪問診療や往診を行う**、など **介護者の負担の少ない方法をとる**

【診断と治療-48】 認知症の人への支援

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

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

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

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

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

【診断と治療-49】 家族への支援

認知症の人の在宅ケアを支えるために、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体制をとり、困ったときには相談に乗ることを伝えておくことは、介護家族への精神的な支えになる。また、社会資源を上手に活用することが介護負担の軽減につながり、ひいては本人のためにもなることを伝える。

介護負担や不安を軽減するように、(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。たとえ介護者が認知症の本人に対して好ましくない対応をしている場合でも、否定することなく介護の労をねぎらいつつ、本人の自尊心を傷つけない対応をする方が症状を落ち着かせ、結局は介護が楽になることを伝える。

介護者にとって、介護仲間の存在を知り、お互いに助け合うことは、専門職の支援と同様大きな支えとなる。

身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診をするなど、介護家族の負担が少ない方法をとる。

認知症の説明(告知)と法的な取扱い

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



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

【診断と治療-50】 認知症の説明(告知)と法的な取扱い

認知症の告知は確実に認知症の診断がなされた後に行うべきであり、本人の受け入れ、心理状態を考えて行うべきである。

告知の時期については可能な限り早期、つまり本人の意思能力や判断能力がある程度は保たれている時期に診断をすることができれば、本人に診断を含めた病気の説明をすることが可能となる。このような時期であれば任意後見制度を利用し、本人の自己決定を尊重することもできる。将来はこのような方向に臨床現場が進むであろうことは容易に想像できるが、現時点ではかかりつけ医を含めた関係者の間で十分なコンセンサスが得られていないという現状がある。告知した後もうつや生活の変化、心理状態に注意しつつ、場合によってはカウンセリングや心理的ケアが必要になる場合もあり、こうしたことに配慮しつつ、診療を継続する必要がある。

医師の診療は、法的には準委任契約、医療診療契約とされるが、本人の自己決定権(どのような治療行為を受けていくか、または 受けないか等)の観点からは、医師には、「(診療進捗に関する)報告義務」や「病状等の開示義務」があると考えることができる。

認知症に限らず、告知が本人の自己決定権を保障するための情報開示・情報提供の意味を持つことを考えれば、治療の継続という面においても重要なプロセスであるといえる。

もっとも、全ての認知症の人、全ての状況に当てはまるものではなく、例えば、本人が告知に耐えられない精神状態である場合などは、告知を控えるということもありうる。

連携と制度 編

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

到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ医の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護の仕組みの概要を説明することができる

<連携と制度-1>

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味（再掲）

● 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる

- * 1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
- * 2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る

● 服薬の確認ができる

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

● かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる

● 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる

● BPSDに関連する要因についての情報が得られる

【連携と制度】

【連携と制度-1】「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味（再掲）

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、生活上の状況に関する情報を得られることにある。認知症の診断には生活状況に関する情報が欠かせないことおよび介護者から得られる情報は不十分なことが少なくないことを考えれば明らかであろう。

特に最近増加が指摘されている独居世帯では、多職種との連携なしに診断はおろか治療さえままならない。かかりつけ医が行うことができる介入の大きな部分に薬物療法があるが、独居例では認知症の重症度が軽度であっても服薬の管理を期待することはできず、多職種とのチームワークなしに薬物療法を行い、服薬の確認をすることができない。

[DVD-6]

連携の意義と実際

<連携と制度-2>

サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

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

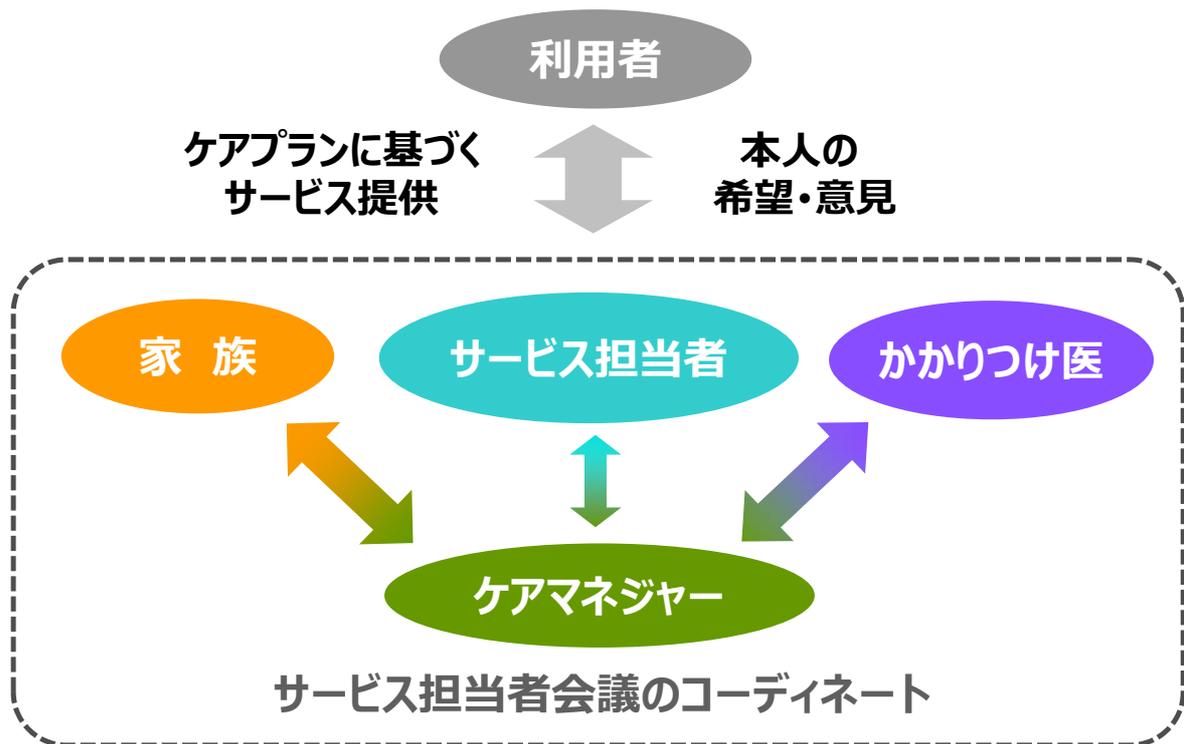
【DVD-6】 連携の意義と実際

【連携と制度-2】 サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

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る。

- ・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

ケアマネジャーとの連携



ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

- 認知症の早期発見
- 専門医療機関との連携
- 他科受診の紹介と連携
- 疾病や体調管理面での指示・指導
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへのアドバイスと共通理解
- 家族への共感

【連携と制度-3】 ケアマネジャーとの連携

ケアマネジャーは、利用者に関わるケアチームをコーディネートし、適切な生活支援をマネジメントする。

- ① 利用者の情報はケアマネジャーに集約し、アセスメントが行われた上でケアプランに活かされる。
- ② 病気や障害を抱える利用者の生活支援は、命を守るという最優先のニーズがある。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医との連携が必要となる。
- ③ サービス担当者会議は、利用者にかかるケアチームの共通理解・共通認識の場として重要である。更新時やケアプラン変更時には、必ず開催しなければならない。

【連携と制度-4】 ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

早期の認知症を発見し、本人や家族に対して専門医療機関の受診を促し、早期治療やケアに対するアドバイスを行うことが求められる。

また、ケアマネジャーに対しては、ケアの側面から泌尿器科や整形外科等の他科との連携の上、体調管理や疾病に関する指示・指導、服薬があれば服薬方法や禁忌・副作用等の指導も必要である。さらに、介護保険サービス利用の場面では、サービス担当者会議への出席およびケアプランへのアドバイス・共通理解が求められる。

本人や家族から信頼を得ているかかりつけ医が、本人や家族をねぎらい、生活全体へのアドバイスをすることも期待されている。

訪問看護との連携

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

社会福祉士・介護福祉士等の役割

社会福祉士

- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築

介護福祉士(ホームヘルパー・介護職員含む)

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

【連携と制度-5】 訪問看護との連携

認知症の人は自らの体調の変化に気づけず、また、病状を正確に訴えられないことが多い。医療的な知識や経験を持った訪問看護師が、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うことが重要となる。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す。また、本人だけでなく介護者の身体的、精神的なサポート役としての役割も期待される。自宅での生活の様子をよく知る訪問看護師が介護者に与えられる安心感は大きいからである。

医療的知識のある訪問看護師が在宅ケアの中で役割を持つことで、かかりつけ医との調整もスムーズとなり、併せてケアマネジャー、他のスタッフ等との緊密な関係作りが期待できる。

【連携と制度-6】 社会福祉士・介護福祉士等の役割

社会福祉士は、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、包括的および継続的に支援を行うことが任務である。具体的には①権利擁護・自己決定の援助・権利侵害(虐待、消費者被害)への対応・成年後見制度の利用・日常生活自立支援事業の利用、②受診援助・主治医への情報提供・キーパーソンの確立、③家族援助・キーパーソンの確立・BPSD への対応・家族会への参加、④地域の見守り体制の構築・認知症サポーター養成講座の開催・徘徊高齢者検索ネットワークの構築・買い物セーフティネットの構築 などである

介護福祉士とは、身体上や精神上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ある。介護の現場では福祉施設の介護職、在宅のホームヘルパー、地域包括支援センターの職員などを勤める。国家資格でありその取得には二つの方法がある。一つは、「介護の現場で3年以上働いた」などの条件を満たし国家試験に合格する方法、もう一つは、厚生労働大臣の指定する養成施設で所定の知識・技能を修得することである。後者の場合、現時点で国家試験の受験は不要であるが2015年度から、養成施設卒業生についても国家試験受験が必要とされることになっている。介護による直接的な生活のサポートのみでなく、認知症の人の生の声を、かかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー等に伝えることが期待される。

【連携と制度-7】 地域包括支援センター

地域包括支援センターの業務(機能)は、以下の3つが柱となっている。

- 地域支援事業による介護予防ケアマネジメント
(二次予防事業の対象者及び要支援者アセスメントやケアプランづくり等)
- 地域における多職種によるネットワークの形成等
(個別相談や困難事例等対応、ケアマネジャーのネットワーク構築等)
- 総合相談、虐待対応等の権利擁護

このような機能を果たすため、地域包括支援センターには保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士の3職種が配置され、これら専門職が、かかりつけ医等の地域の社会資源とネットワークを構築することで、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されている。

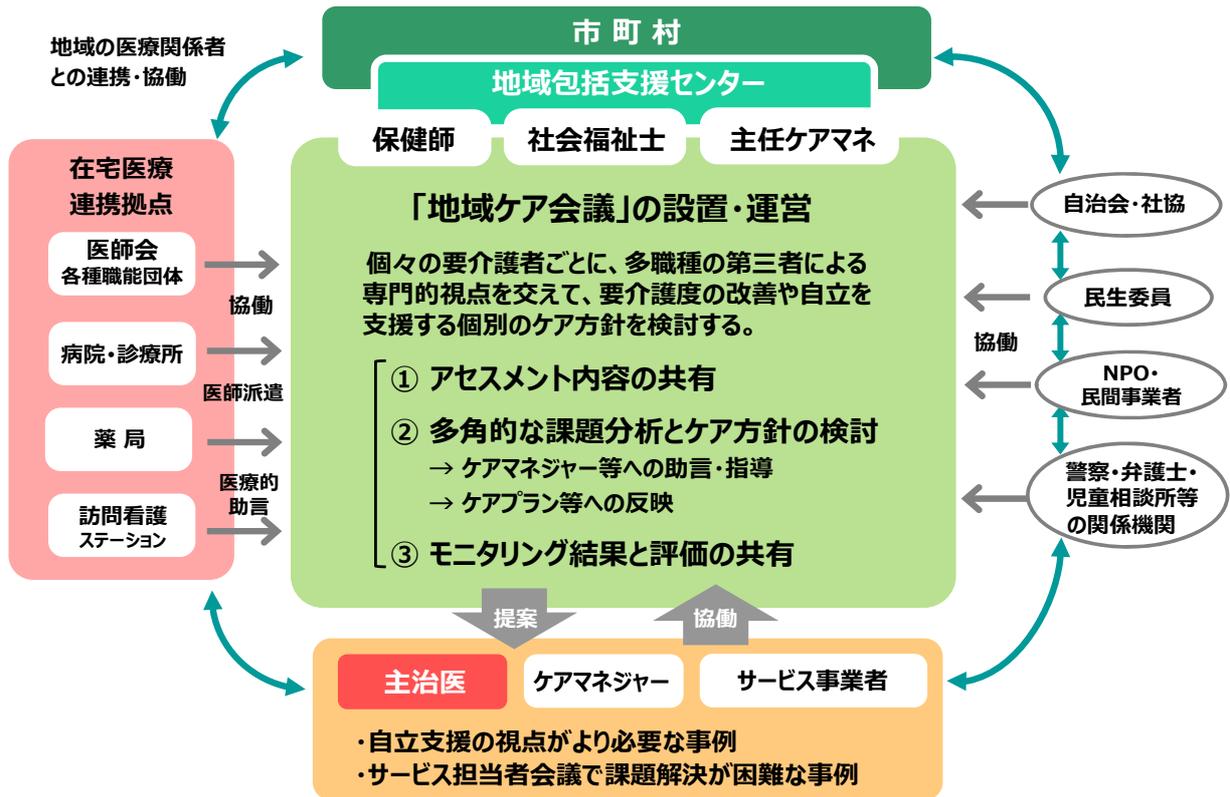
かかりつけ医には、認知症の人や家族の生活をサポートするため、地域包括支援センターの所在(連絡先等)、担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められる。また、多職種協働のマネジメントの場面、介護予防マネジメントの場面において、必要な助言を行うことも、かかりつけ医に期待される役割である。

【連携と制度-8】 地域包括支援センターとの連携

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

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

地域ケア会議



専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

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

【連携と制度-9】 地域ケア会議

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同に会して、また、多職種の第三者による専門的な視点も交えて、個別のケア方針を検討する会議である。

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

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

【連携と制度-10】 専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報を示す。

症状が出現してから施行された CT や MRI は、脳腫瘍や慢性硬膜下血腫等の緊急対応すべき疾患の除外と、必要ない検査を省く意味で有用である。(情報提供書への所見の記載のみでなく、実物又はコピーの持参が望ましい)また、かかりつけ医が専門医への紹介に先立ちアルツハイマー病治療薬を処方する場合、投与前後の症状の変化に関する情報提供が望ましい。HDS-R や MMSE 等の認知機能検査が施行してあれば、得失点のプロフィールを含め情報提供することが望まれる。

認知症サポート医の役割には、この連携がスムーズに行われるための、かかりつけ医への初期の支援や継続的な助言などがある。

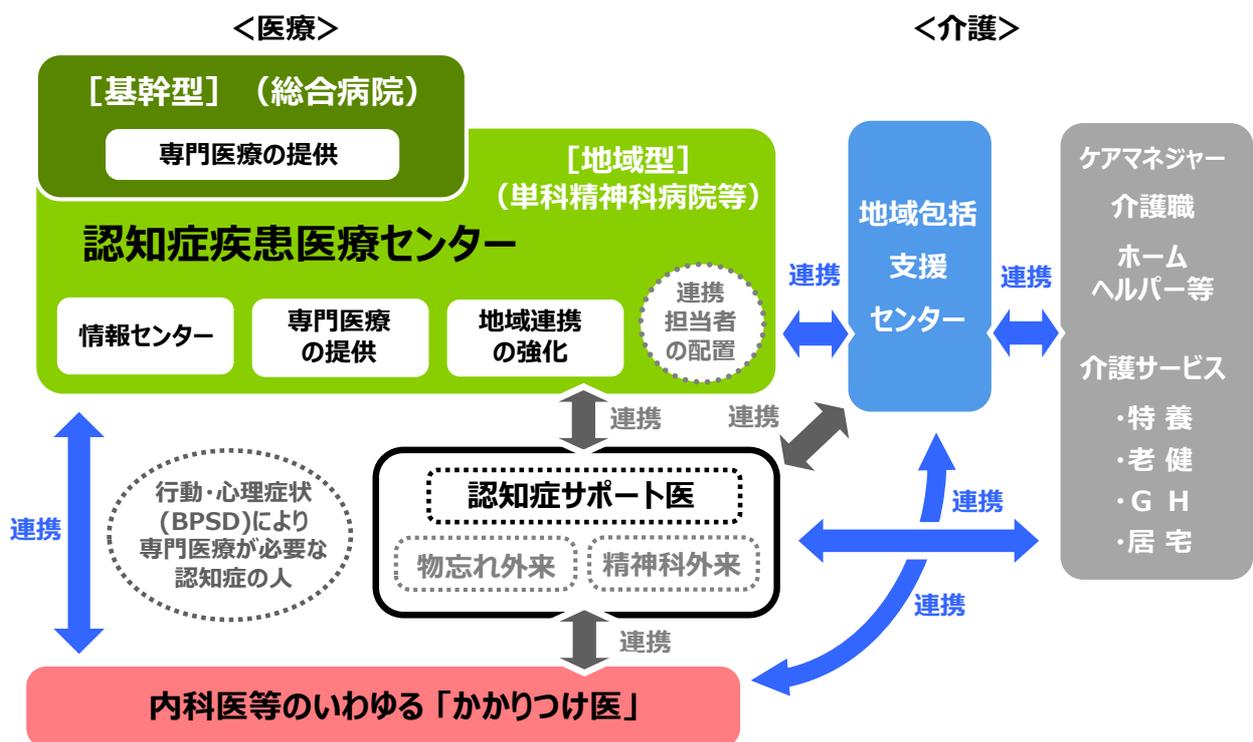
認知症サポート医の機能・役割



機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関わる **かかりつけ医**や**介護専門職**に対する**サポート**
- ② **地域包括支援センター**を中心とした**多職種**の**連携作り**
- ③ **かかりつけ医**認知症対応力向上**研修**の**講師**や**住民等**への**啓発**

認知症疾患医療センターの機能と連携



【連携と制度-11】 認知症サポート医の機能・役割

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

具体的には、1) 認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、2) 地域包括支援センターを中心とした多職種連携作り、3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発などが挙げられる。これらの活動を通じて、地域における「連携の推進役」が期待されている。

【連携と制度-12】 認知症疾患医療センターの機能と連携

認知症疾患医療センターに求められる役割は、詳細な鑑別診断、適切な治療方針の決定、急性精神症状(行動・心理症状(BPSD))への対応、身体合併症への対応であり、さらに地域における情報センター機能や研修会、連携協議会の開催等の地域連携の強化も求められている。

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」での提言を受け、平成 21 度には地域包括支援センター等との連絡調整を担う者の配置が定められ、平成 22 年度からは認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症に対する双方の医療を担う基幹的な機能を果たす総合病院型のセンターが新たに位置付けられることとなった。

認知症の人の医療とケアの目標

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

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

認知症高齢者ケアの基本 ～ 尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

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

生活そのものを ケアとして組み立てる

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

【連携と制度-13】 認知症の人の医療とケアの目標

認知症者の医療の目標とは何であろうか。むろん鑑別診断および抗認知症薬を中心とした認知機能障害や BPSD の治療に関しては言うまでもない。しかし、これらの治療の意味はスライドの 1 番目に示されている生活機能の維持ということになる。抗認知症薬によって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 の治療もしかりである。

AD を例にとれば、長期的な低下をみるとすべての機能は悪化方向に変化する。このような特徴をもつ疾患に対する治療の目標を考えれば生活を可能な限り維持することであることは明らかであろう。さらに、この生活の維持はケアの目標でもあることである。むろん、立場によって生活を維持するための手段が異なることは無論であるが、医療であってもケアであっても目標が同じであることの認識が最も重要ではないだろうか。

出典

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

【連携と制度-14】 認知症高齢者ケアの基本 ～尊厳を支えるケアの確立～

記憶障害をはじめとする認知障害が相当進行した段階でも、感情的な機能は保たれる一方、環境の変化に適応することが困難であるなどの認知症高齢者の特徴を踏まえると、日常の暮らしの場面では、「生活そのものをケアとして組み立てる」ことを指向するケアが望まれる。

具体的な支援のあり方としては、①環境の変化をできるだけ避けて、それまでの暮らしが継続されるよう配慮すること、②あらかじめ提供者側が作成した日課に沿った管理的な関わりではなく、高齢者一人ひとりのペースに合わせたゆったり型の援助スタイルにあらため、安心感の醸成を心がけること、③その時点で一人ひとりが持っている心身の力を最大限に引き出して、充実感のある暮らしを構築すること、などが望まれる。

出典

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

認知症高齢者ケアの基本 ～サービスのあり方～

望ましい条件

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

普遍化に向けた展開

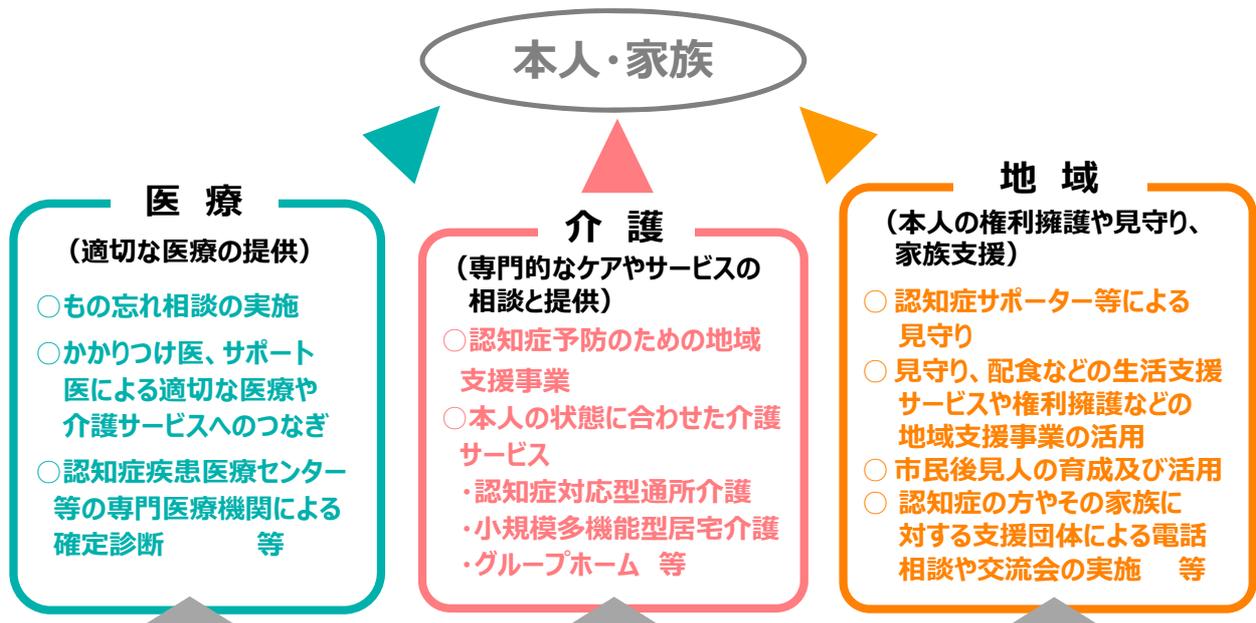
- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より一部改変

認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



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

【連携と制度-15】 認知症高齢者ケアの基本 ～サービスのあり方～

そうしたケア(連携と制度-14)を実践するための具体的な条件としては、①できるだけ自宅の規模を大きく逸脱しない小規模な居住空間に、②家庭的な雰囲気・設えを工夫して、③少人数の高齢者をいつも同じ顔ぶれの少人数のスタッフが顔の見える関係(いわゆる「なじみの関係」)で支えるケアの形を整える、とともに、④可能であれば、住み慣れた地域で必要な援助を受けながら暮らし続けられるよう、日常の生活圏域を基本としたサービス体系を構築することが望まれる。

これらの条件を兼ね備えたサービスとして、①グループホーム、②小規模多機能型ケアといった新たな小規模ケアサービスの他、③大きな施設の機能を積極的に地域に展開する取組や、④施設そのもののあり方を問い直す試みとして、ユニットケアの普及に向けた施策等を展開していくこととされている。

出典

高齢者介護研究会：「2015年の高齢者介護 報告書」

【連携と制度-16】 認知症の人の支援体制

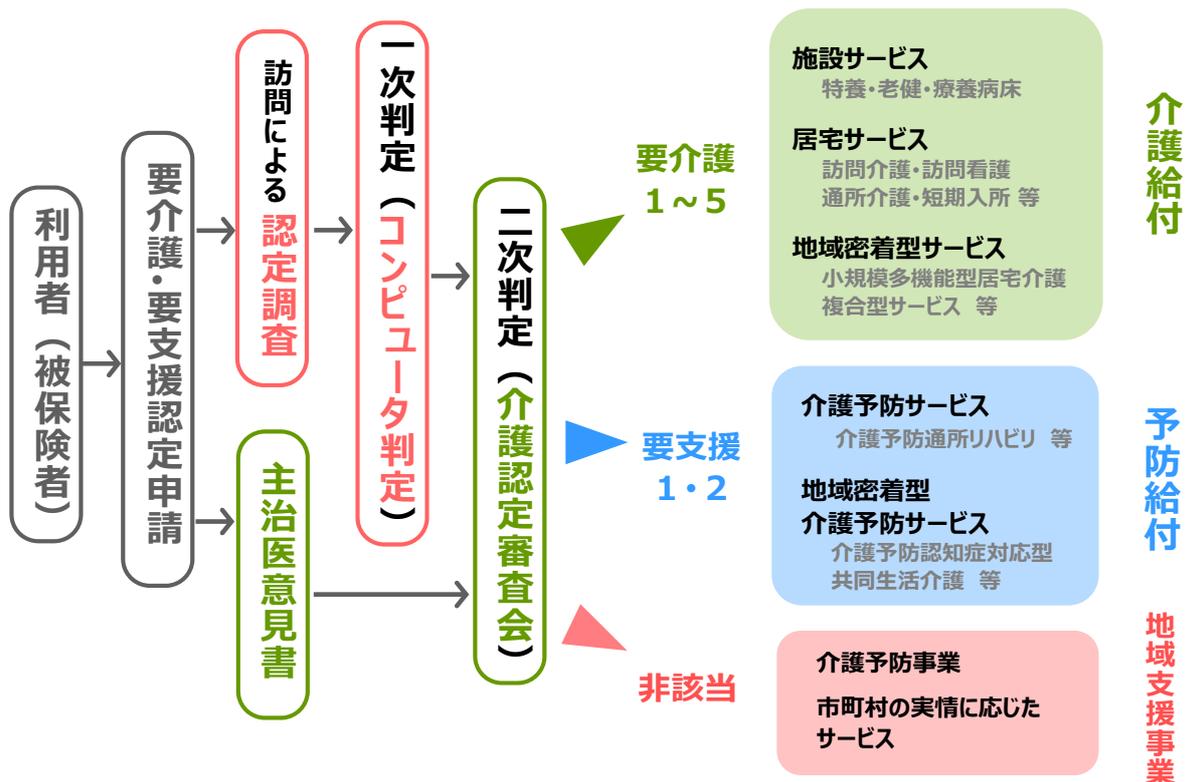
各市町村において、認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは、医療・介護・地域のステージごとに、地域の実情を踏まえつつ、多方面にわたって展開されている。しかしながら、認知症の方のその時々々の状態やニーズに適切に対応していくためには、各サービスが有機的に連携し、効果的な支援を行っていく必要がある。

地域連携の発信者として位置付けられるかかりつけ医には、認知症の方やその家族への適切な助言やつなぎを行うため、自らが住んでいる地域の認知症の支援体制の把握や理解をすることが求められる。

相談窓口

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

介護保険制度の仕組み（再掲）



【連携と制度-17】 相談窓口

認知症の相談窓口は、医療関係、保健関係、福祉関係、介護経験者等に分けられる。

医療関係では、総合病院等の神経内科や老年科等が開設する窓口の他、もの忘れ外来でも診断や治療と並行して相談に応じている。保健関係では、地域の保健所、保健センターや精神保健福祉センター等があり、保健師等の専門スタッフが相談に応じ、関係機関とも連携する体制がある。福祉関係では、市区町村の身近な生活圏域ごとに設置される地域包括支援センターを核とした地域の支援体制強化の期待が寄せられている。また、若年性認知症については、国の事業において若年性認知症専用のコールセンターが全国で一箇所設置されている。

介護経験者等の団体としては「公益社団法人 認知症の人と家族の会」が代表例である。ほとんどの都道府県に支部があり、相談事業、認知症の本人交流会の支援等の活動が行われている。(家族の会:0120-294-456 [月～金:10～15時])

また、最近では、若年性認知症の人を中心に、本人同士が“仲間に会いたい、思いを共有したい”との主旨からブログを立ち上げ交流を行うなど、相互支援の動きも始まっている。

【連携と制度-18】 介護保険制度の仕組み（再掲）

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・予防給付という流れ(スライドの左から右へ)で利用することになる。

- ①介護保険サービスを利用する場合、まず、保険者(市町村)に対して要介護認定の申請をする。
- ②要介護認定は、認定調査員(原則市町村職員)が訪問して行う身体状態などの調査によるコンピュータ判定(一次判定)結果と、かかりつけ医が作成する主治医意見書([役割-13]以降参照)等を資料として行う介護認定審査会での合議(二次判定)の2段階で行われる。
- ③認定結果によって、要介護1～5であれば、居宅サービス等の介護給付を、要支援1・2であれば、予防給付を受けられる。なお、「非該当」となった場合は、介護保険サービスではなく、市町村が行う地域支援事業によるサービスを利用することができる。

介護給付（介護保険サービス）

● 居宅サービス

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

● 地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
複合型サービス（小規模多機能+訪問看護）
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

● 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）

予防給付と地域支援事業

● 予防給付

高齢者の自立支援に資するような日常生活上の支援のほか、
・運動器の機能向上（ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など）
・栄養改善（低栄養状態、体重減少の改善など）
・口腔機能向上（口腔ケア、嚥下訓練）
・アクティビティ（集団レクリエーション、創作活動等による機能訓練など）

● 地域支援事業

二次予防事業（要支援・要介護になるおそれのある高齢者が対象）

・運動器の機能向上（ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など）
・栄養改善（低栄養状態、体重減少の改善など）
・口腔機能向上（口腔ケア、嚥下訓練）
・閉じこもり、認知機能の低下、うつ の予防・支援

一次予防事業（地域の高齢者全体が対象）

・介護予防に関する普及啓発など

● 介護予防・日常生活支援総合事業（H24.4～）

【連携と制度-19】 介護給付（介護保険サービス）

介護保険サービスは、サービスの利用形態により、主に在宅でサービスを組み合わせて利用する「居宅サービス」「地域密着型サービス」、介護施設に入所・入院する「施設サービス」に大別される。地域密着型サービスは、平成18年制度改正で導入されたもので、市区町村保険者が地域事情に応じた整備や基準設定が可能となっている。平成24年度から新たに「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「複合型サービス」が加えられた（連携と制度-23、24 参照）。

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

施設サービスのうち、介護療養型医療施設（療養病床）は、平成29年度末で廃止されることになっている。

【連携と制度-20】 予防給付と地域支援事業

介護予防サービスは、サービス事業者が行う「予防給付」と市区町村が行う「地域支援事業」によるものに分かれている。

予防給付では、「本人ができることはできる限り本人が行う」ことを基本とした日常生活上の支援を行うほか、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」といったサービスが提供される。

地域支援事業においては、介護予防サービスを要支援・要介護になるおそれのある高齢者（ハイリスクな高齢者）を「二次予防事業の対象者」と位置づけ、事前に作成したプランに基づき、運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能の向上といった介護予防サービスを提供するほか、閉じこもり・認知機能の低下・うつの疑いのある高齢者を対象にした訪問サービスを二次予防事業として行っている。さらに、地域の高齢者全体に対し、一次予防事業として介護予防に資する普及啓発や健康教育、健康相談にも取り組んでいる。

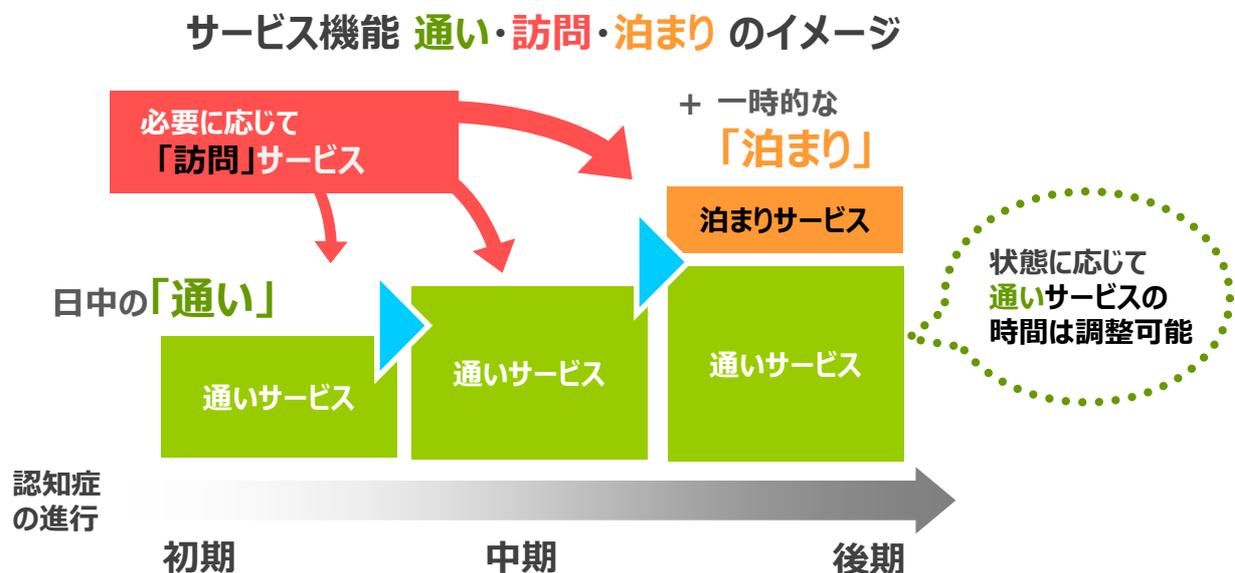
地域密着型サービス

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

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 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）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
- 複合型サービス（小規模多機能型居宅介護＋訪問看護）

小規模多機能型居宅介護

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



【連携と制度-21】 地域密着型サービス

地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護(平成 24 年 4 月～)、夜間対応型訪問介護、認知症専用のデイサービス、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、入居定員 29 名以下の介護専用型特定施設、同じく定員 29 名以下の小規模な特養、複合型サービス(小規模多機能型居宅介護+訪問看護、平成 24 年 4 月～)の計 8 種類のサービスがある。

【連携と制度-22】 小規模多機能型居宅介護

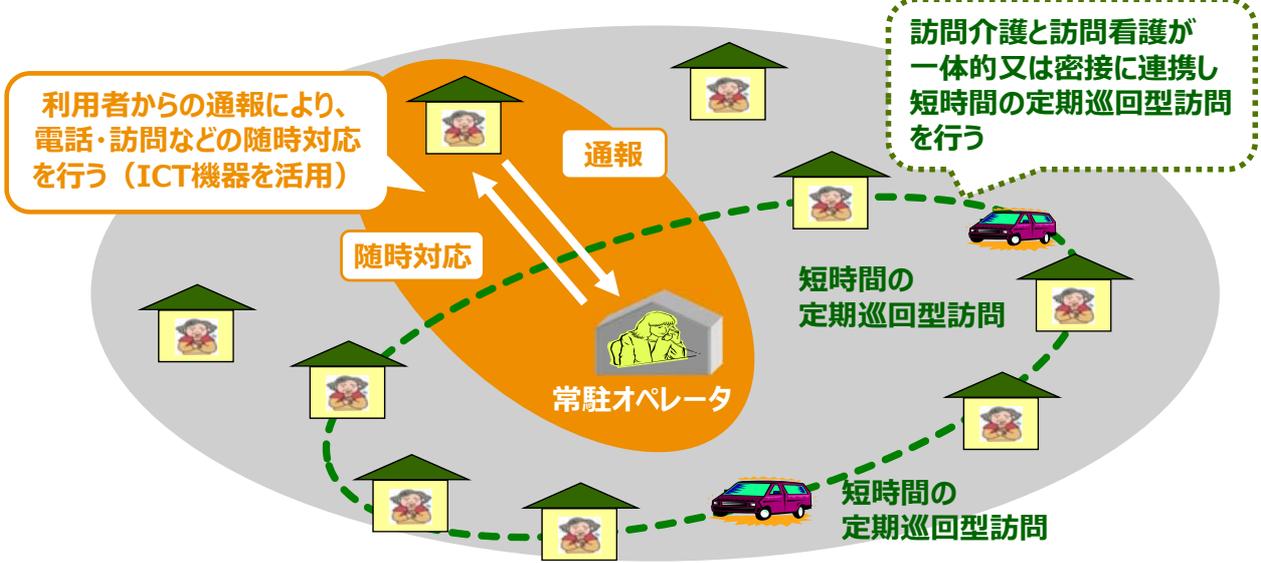
小規模多機能型居宅介護は、地域密着型サービスの一つとして平成 18 年度制度改正で導入されたサービスである。高齢者本人の自宅での生活の継続を支えることに軸足を置きながら、気軽に通える身近な場所で、必要なサービスを継続的に提供する仕組みである。高齢者本人の要介護度が軽いうちは、週に数回の「通い」から始まり、家族が必要とする時などには時間を延長して対応する、本人の状態が重度化するのに伴って、週に数回の「泊まり」を受け入れる、という利用イメージである。

その際、高齢者本人の状態の変化に応じて他の施設に移されるのではなく、通い慣れた場所でなじみの仲間と過ごし、なじみのスタッフが介護に当たることから、環境の変化に適応することが難しい認知症の高齢者にとって、リロケーションに伴うダメージを回避して、混乱を最小限にとどめることができることが大きな利点である。

※また、小規模多機能型居宅介護そのものの機能ではないが、グループホームなどを併設することにより、最終的に「住む」ことにも対応しうる。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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



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

複合型サービス

- 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービスを創設（平成24年度～、まずは小規模多機能型居宅介護と訪問看護）
- 利用者は、医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できるようになる

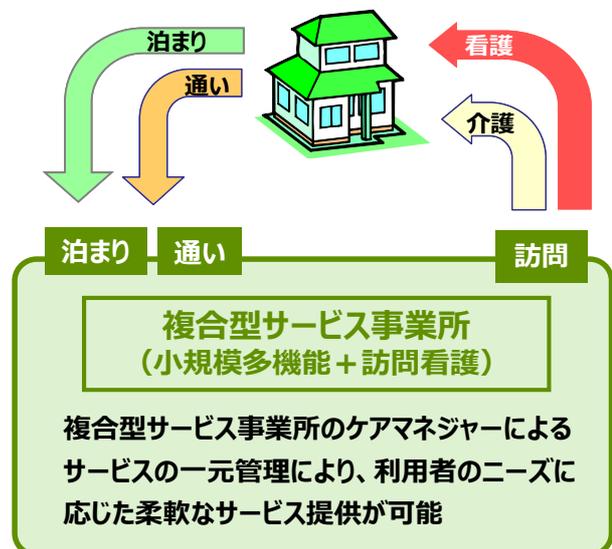


※ 訪問看護には医師の指示書が必要



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

<イメージ図>



【連携と制度-23】 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

在宅の重度要介護者に日中・夜間を通じて定期の巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が、平成 24 年度制度改正の際に導入され、次の二つの類型が定義された。

1) 介護・看護一体型

一つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する事業形態

2) 介護・看護連携型

訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する事業形態
その主な特徴は、

- ① いずれの事業形態においても、訪問看護を要しない(訪問介護だけの利用を必要とする)要介護者の利用も可能とされていること
- ② 訪問看護については、医師の指示(書)が必要となること
- ③ 介護報酬は、サービスの利用回数によらず、要介護度別の月額定額報酬となること
- ④ 急性増悪により医師から特別指示書が交付された場合、及び「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は、訪問看護の費用は医療保険で算定し、その分の介護報酬は減額調整されること(この場合、訪問看護は介護保険の区分支給限度額管理の対象外となるため、必要な回数の訪問看護を利用することが可能となる。)
- ⑤ 通所介護や短期入所等、他の介護サービスを利用した日については、介護報酬の減額調整が行われること などである。

【連携と制度-24】 複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せ持つ「複合型サービス」が、平成 24 年度制度改正の際に導入された。

このサービスは、自宅での生活を希望する本人、家族のニーズに応じて、「通い」を中心に「泊まり」「訪問」を柔軟に組み合わせて提供する小規模多機能型居宅介護に加え、「訪問看護」を一体的に提供することにより、要介護度と医療依存度がともに高い、在宅の要介護高齢者の地域での生活を支えることが意図された。

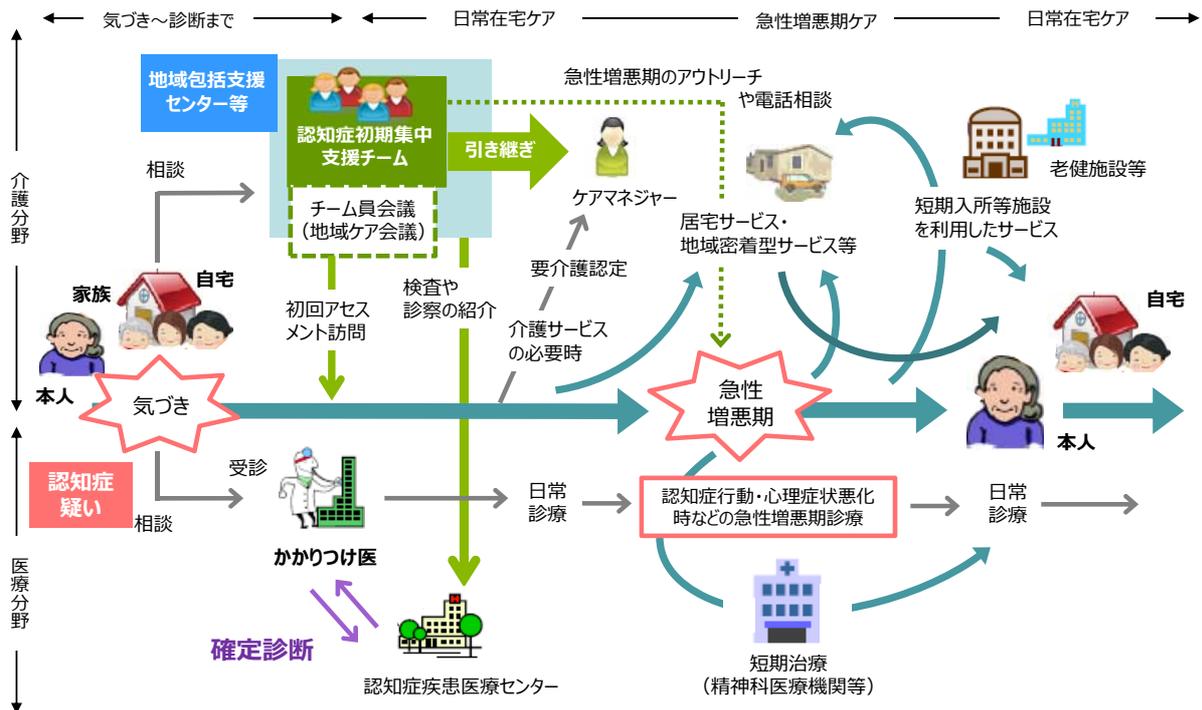
その主な特徴は、

- ① ケアマネジメントは、訪問看護を含め、複合型サービス事業所に配置されるケアマネジャーが一体的に行うこと
- ② 訪問看護の利用については、医師の指示(書)が必要となること
- ③ 介護報酬は、サービスの利用回数によらず、要介護度別の月額定額報酬となること
- ④ 急性増悪により医師から特別指示書が交付された場合、及び「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は、訪問看護の費用は医療保険で算定し、その分の介護報酬は減額調整されること などである。

<連携と制度-25>

認知症ケアパス

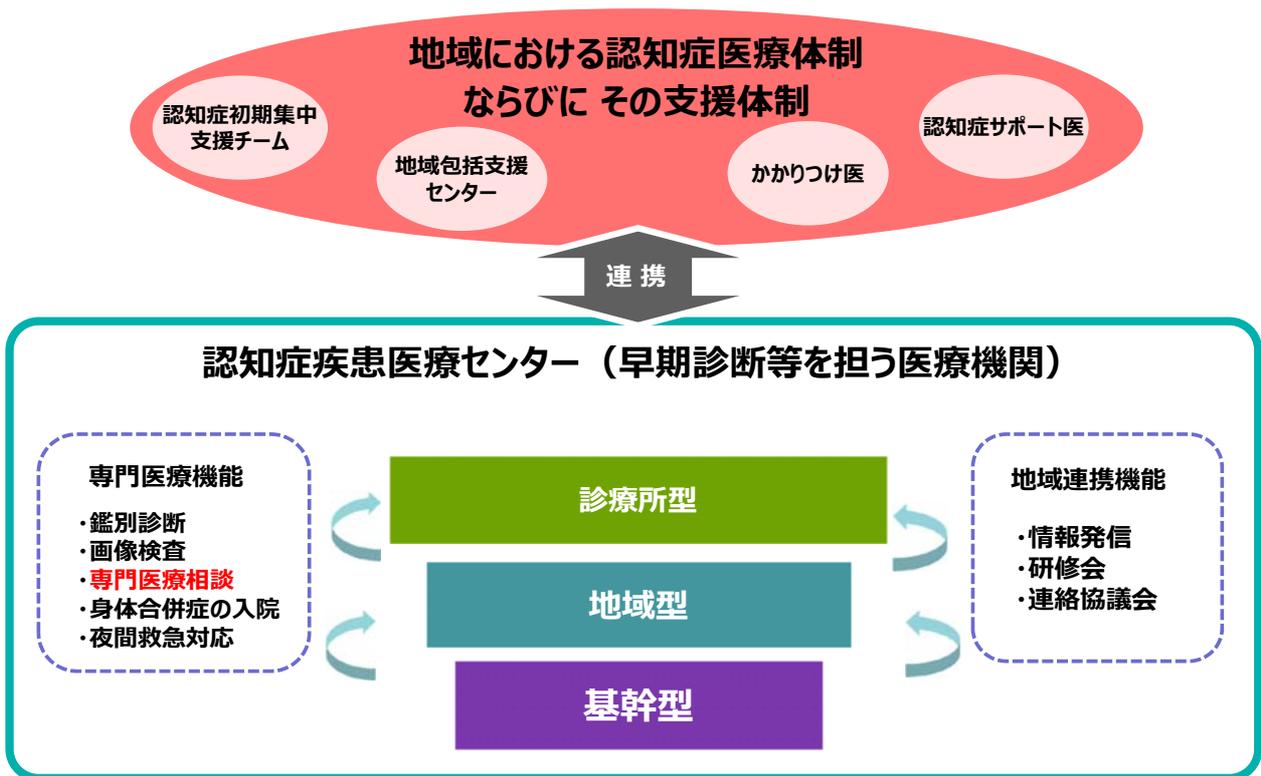
認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ



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

<連携と制度-26>

認知症疾患医療センター



【連携と制度-25】 認知症ケアパス

「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あり、各市町村の実情に応じて策定されるものである。

認知症ケアパスには、2つの側面がある。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、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ある。

この作成された「認知症ケアパス」は平成27年度以降には介護保険事業計画に反映されるべきものである。

【連携と制度-26】 認知症疾患医療センター

オレンジプランの柱の一つである「早期診断・早期対応」の具体的な対応方策の一つである「早期診断等を行う医療機関」については、これまで総合病院や精神科病院等において、認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点として設置されてきた「認知症疾患医療センター（基幹型・地域型）」（平成25年12月現在で、全国250か所）について、地域拠点として機能している一方、受診までの時間が長いことやカバーする圏域が広すぎるなど等の課題を解決し、より地域の身近なところで、かかりつけ医と連携し、その支援を担う地域の認知症医療の拠点として、平成29年度までに約500か所整備することとされた。

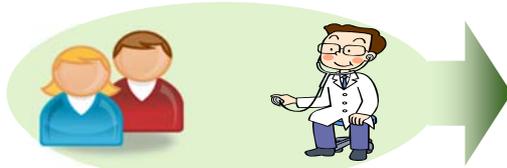
この考えに基づき、オレンジプランの初年度である平成25年度には、診療所タイプの「認知症疾患医療センター」について市町村モデル事業が実施され、平成26年度より現在の「基幹型・地域型」に加え、「診療所型」として制度化されることとなった。

今後、市町村において「認知症初期集中支援チーム」を中心とした早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築が求められる中、認知症疾患医療センターには、これまで同様、かかりつけ医や認知症サポート医との連携により、こうした地域における認知症支援体制を支えていくことが求められている。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により
認知症が疑われる人や認知症の人及び
その家族を訪問し、アセスメント、家族
支援等の初期の支援を包括的・集中的
(おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の
サポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

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

専門医

(認知症サポート医嘱託可)

配置場所 地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ
認知症が疑われる人又は認知症の人で
以下のいずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、
または中断している人で以下のいずれかに
該当する人
(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
(イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
(エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが
認知症の行動・心理症状が顕著なため、
対応に苦慮している

【連携と制度-27】 認知症初期集中支援チーム

オレンジプランの柱の一つとして、認知症初期集中支援チームが創設されるに至った。その背景として、これまで、1)早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診している例が散見され、認知症の人に「危機」が生じてからの「事後的な対応」が主眼となっていた、2)早期診断・早期対応に関して、ケアの現場での継続的なアセスメントが不十分であり、適切な認知症のケアが提供できていない、ことがあった。

このためオレンジプランでは、今後目指すべきケアに関して、「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、「危機」の発生を防ぐ「早期・事後的な対応」に基本をおく、とした。この「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、市町村を実施主体として、認知症になっても本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暮らし続けられるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられている。

チーム員は、以下のアを満たす専門職2名以上、イを満たす専門医1名の計3名以上の専門職にて編成する。

ア 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする

(ア)「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者

(イ)認知症ケア実務経験3年以上又は在宅ケア実務経験3年以上を有する者

(ウ)国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した者

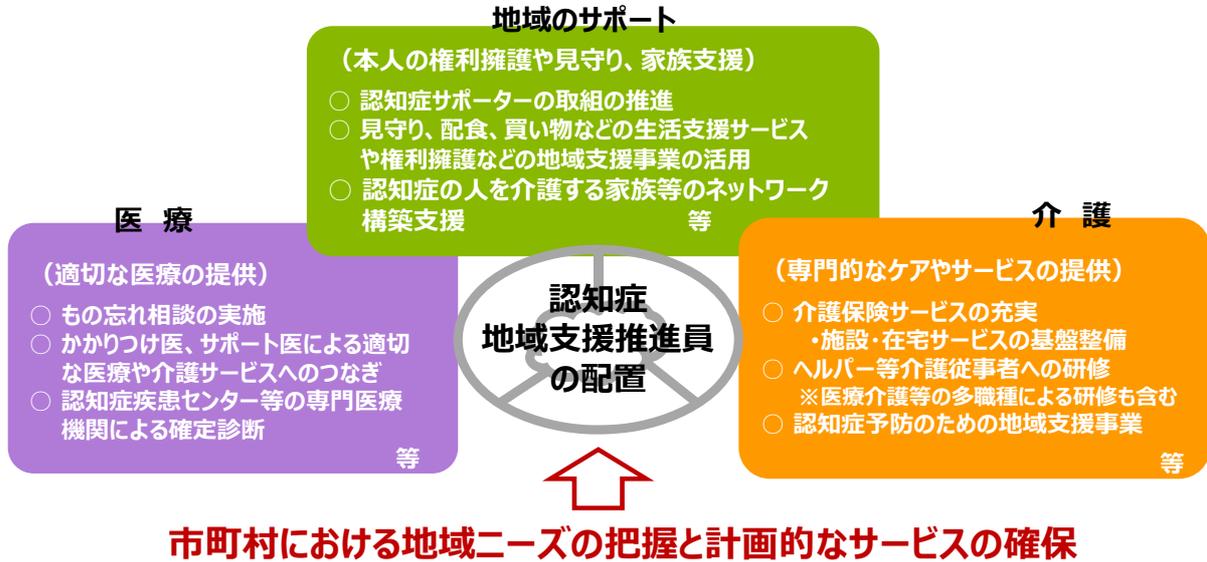
イ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師(嘱託可)。

この専門職で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、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、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援が行うものである。

認知症地域支援推進員

認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、

- 地域の実情に応じて**医療機関**、**介護サービス事業所**や**地域の支援機関**をつなぐ連携支援
- 認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う



若年性認知症の特徴と現状

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

認知症高齢者との違い

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

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

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

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

【連携と制度-28】 認知症地域支援推進員

地域の連携先として、重要なものに「認知症地域支援推進員」がある。

この「認知症地域支援推進員」は、市町村によって配置されているものであり、認知症の行政施策の旗振り役としての役割をもち、市町村において、地域包括支援センターや市町村の担当課に配置され、専門職等が充てられている。

「認知症地域支援推進員」の主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っている。

【連携と制度-29】 若年性認知症の特徴と現状

全国における若年性認知症者数は、平成21年の調査において約3.78万人と推計され、基礎疾患の内訳を見ると脳血管性認知症の割合が約4割を占めている状況であった。

若年性認知症と認知症高齢者との違いとして、

- 発症年齢が若く男性に多いこと。
- 初期の症状が認知症特有でないため診断しにくく、また異常であることには気づくが、医療への受診が遅れること。
- 経済的な問題が大きいこと。
- 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。
- 就労や子供の教育、結婚等、家庭内での課題が多い。

といったことがあげられる。

若年性認知症の課題としては、診断後の相談先が不明であること、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組にバラツキがあること、さらに一般的に診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長く、その間の就労支援や障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など本人の状態に応じた適切な支援が必要であるとされている。

若年性認知症の人への支援(制度)

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

【連携と制度-30】 若年性認知症の人への支援（制度）**1. 精神通院医療費の助成(自立支援医療)**

継続して通院医療を受ける場合、自己負担額は1割となるが、家計への影響、障害の状態に応じて自己負担の上限額が設定される。

2. 精神障害者保健福祉手帳（精神保健福祉法）／身体障害者手帳（身体障害者福祉法）

所得税、住民税などに係る税制上の優遇措置の他、自治体によっては公共交通機関の交通費助成、公営住宅使用料の減免などを受けられる場合がある。

※手帳の交付申請の際は、所定の様式の診断書(精神障害者保健福祉手帳:精神保健指定医、その他精神障害の診断または治療に従事する医師が作成したもの、身体障害者手帳:身体障害者福祉法に基づく指定医が作成したもの)が必要となる。

3. 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援

事業主に対しては障害者雇用率の算定や障害者雇用納付金制度に基づく助成金の支援があり、本人に対しては地域障害者職業センター(職業評価、職業準備支援、ジョブコーチ支援等)や障害者就業・生活支援センター、ハローワークなどの支援機関がある。

4. 障害者自立支援法によるサービス・支援(障害者自立支援法)

障害者自立支援法が定める障害福祉サービスには、全国統一的に実施される障害福祉サービスと自治体の判断により実施される地域生活支援事業がある。障害福祉サービスには就労支援を目的としたサービスも含まれており、また、地域生活支援事業では相談支援事業や障害者の外出支援、社会との交流の促進といった事業が行われている場合がある。

5. 介護保険の在宅・施設サービス(介護保険法)

認知症(特定疾病)に起因する要介護(要支援)状態であれば、40～64歳の第2号被保険者も介護保険の各種在宅・施設サービスを利用することができる。平成21年度介護報酬改定により、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス、グループホームにおいて若年性認知症利用者(入所者/患者)受入加算が創設された。

6. 障害年金

傷病等により一定の障害状態になった場合に、加入している年金の種別に 応じ、障害基礎年金、障害厚生(共済)年金等が支給される。ただし、加入期間の3分の2以上の保険料納付期間(保険料免除期間を含む)が必要となる。国民年金制度の移行期に任意加入していなかった者については、特別障害給付金の支給を受けられる場合がある。

※平成21年10月22日から認知症に係る障害の診断書の作成は精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に限らず、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば可能となった。

7. 若年性認知症コールセンター

平成21年10月1日に開設された。若年性認知症の人の支援に関する相談に専門教育を受けた相談員が対応する。

電話(フリーコール) 0800-100-2707 月～土曜日(年末年始・祝日除く) 10～15時

8. 認知症の人と家族の会（各都道府県支部等）

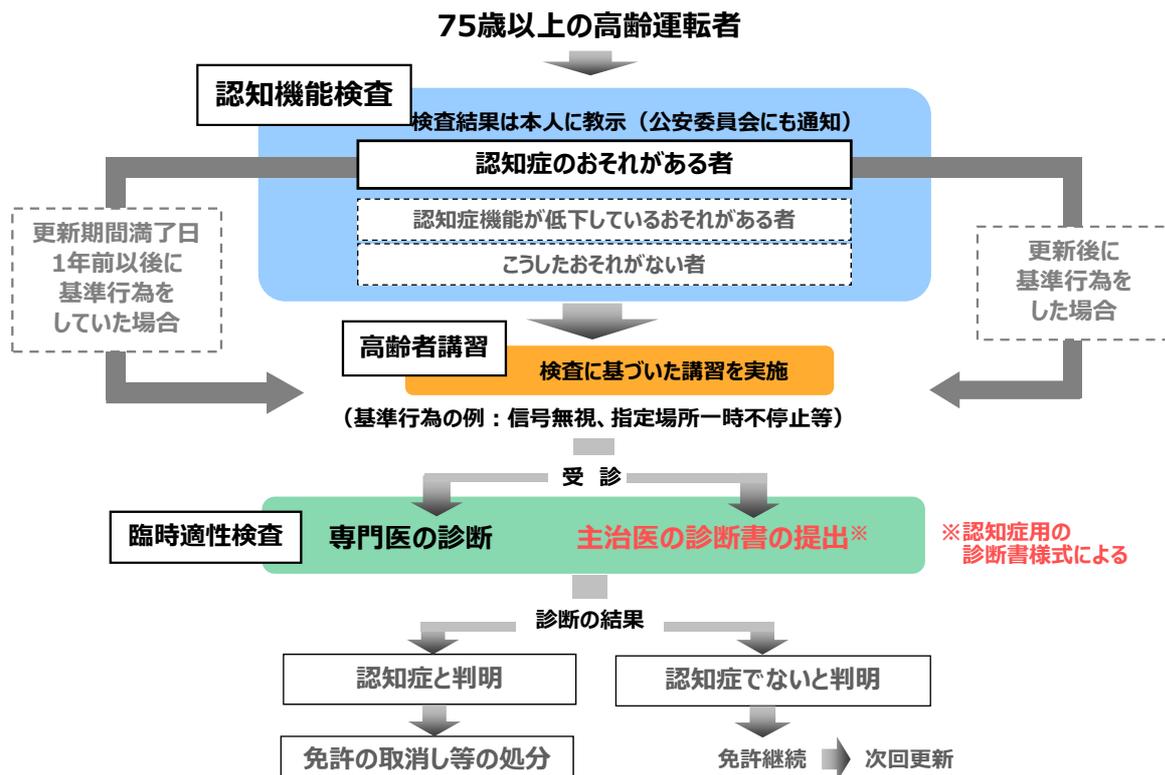
認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきだとの提言

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

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

75歳以上の運転者の免許証更新 手続等の流れ



【連携と制度-31】 認知症の人と運転

平成 24 年 6 月 14 日交付の道路交通法では「一定の病気等」に罹っているドライバー対策としていくつかの改訂がなされた。背景には判断力を失ったり、運転中に意識を喪失したりする疾患による大きな事故が起こってきている事実がある。認知症に関しては平成 21 年 6 月から、75 歳以上の免許更新時に認知症のスクリーニングテストが行われるようになり〈連携と制度-32〉参照、さらに

今回の改正では任意ではあるが、医師が運転を危険と判断した患者情報を警察に届けられるようになった。病状の虚偽申告で罰則が設けられることになっているが、認知症の人においては意図的でなく症状を否認する可能性があり、この条項に抵触する可能性がある。個別の例では困難はあるが、医師の立場としては認知症とわかって運送することのリスクを伝え、運転をあきらめる方向へ誘導する必要がある。

【連携と制度-32】 75 歳以上の運転者の免許証更新 手続等の流れ

平成 21 年 6 月より、運転免許証の 75 歳時の更新時に、認知症のスクリーニング検査が導入された。検査成績で認知症が疑われる場合には、一定の条件を加味して、原則として専門医の診断または主治医の診断書を求められ（臨時適性検査）、認知症と診断された場合には、免許証が取り消しになる場合もある。（認知症用の診断書様式に関する診断の手引きは、巻末資料を参照）

また、認知症高齢者の自動車運転に関しては、様々な対応すべき課題があるが、平成 19-21 年厚生労働科学研究「認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討（研究代表者 荒井由美子）」において「家族介護者支援マニュアル」が作成され、下記よりダウンロードできる。

(URL:<http://www.ncgg.go.jp/department/dgp/index-dgp-j.htm>)

＜連携と制度-33＞

75歳以上の運転者の免許証更新 診断書作成

言念 10行 25字 (都道府県公安委員会提出用)

<p>1 氏名</p> <p style="text-align: right;">男・女</p> <p>生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)</p> <p>住所</p> <hr/> <p>2 医学的判断</p> <p>病名</p> <p>① アルツハイマー型認知症 ② 血管性認知症 ③ 前頭側頭型認知症 (ピック病) ④ レビー小体型認知症 ⑤ その他の認知症 () ⑥ 認知症ではないが認知機能の低下が見られ今後認知症となるおそれがある。(軽度の認知機能の低下が認められる・境界状態にある・認知症の疑いがある等) ⑦ 認知症ではない</p> <p>所見 (現病歴、現在症、重症度 (CDR) など)</p> <p style="text-align: center;">C D R _____</p> <hr/> <p>3 身体・精神の状態に関する検査結果 (実施した検査にチェックして結果を記載)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能検査、心理学的検査</p> <p><input type="checkbox"/> 臨床検査</p> <p><input type="checkbox"/> その他の検査 (CT検査等)</p>	<p>4 認知機能障害等の状態 (症状があるものにチェックして状態を記載)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 記憶障害</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 見当識障害</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 失認</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 失行</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 言語の障害</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 実行機能障害</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 視空間認知の障害</td> <td></td> </tr> </table> <hr/> <p>5 現時点での病状 (改善見込み等についての意見)</p> <p>※ 前頁2⑤ (甲状腺機能低下症、脳腫瘍、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症、頭部外傷後遺症等) に該当する場合のみ記載</p> <p>(1) 認知症について6月以内 [又は6月より短期間 (カ月間)] に回復する見込みがある。</p> <p>(2) 認知症について6月以内に回復する見込みがない。</p> <p>(3) 認知症について回復の見込みがない。</p> <p>(4) 上記(1)から(3)のいずれにも該当しない。</p> <hr/> <p>6 その他参考事項</p>	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 見当識障害	<input type="checkbox"/> 失認	<input type="checkbox"/> 失行	<input type="checkbox"/> 言語の障害	<input type="checkbox"/> 実行機能障害	<input type="checkbox"/> 視空間認知の障害	
<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 見当識障害								
<input type="checkbox"/> 失認	<input type="checkbox"/> 失行								
<input type="checkbox"/> 言語の障害	<input type="checkbox"/> 実行機能障害								
<input type="checkbox"/> 視空間認知の障害									

専門医・主治医として以上のとおり診断します。 平成 年 月 日
 病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名 _____ 印
 担当医師氏名 _____

＜連携と制度-34＞

認知症と成年後見制度

高齢者 : 平成12年より介護保険制度導入
障害者 : 平成15年度より支援費制度導入
 平成18年度から 障害者自立支援法 へ
 平成25年度から 障害者総合支援法 へ

「措置」から「契約」へと制度を転換

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

高齢者・障害者等の尊厳の保持

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

【連携と制度-33】 75歳以上の運転者の免許証更新 診断書作成

診断書の書き方に関しては参考資料7に詳細を示してある。

重症度のCDRについても記載した。

【連携と制度-34】 認知症と成年後見制度

介護保険制度では、それまでの措置制度(行政処分としてのサービス給付)に代えて、高齢者自らがサービスを選択し、事業者との契約に基づき在宅・施設サービスを利用する仕組みが導入された。このため、判断能力が衰えた認知症の高齢者等の場合、誰かが代わって介護サービスに係る契約を締結する必要が生じることから、介護保険制度と成年後見人制度は密接なつながりを有する。両制度が車の両輪と言われ、同時実施を目指して準備が進められたゆえんである。成年後見人には財産管理の他、本人にふさわしい介護サービスを手配(契約)し、その履行状況を確認し、必要に応じて改善を求めることなどが期待される。判断能力が不十分な認知症の要介護者や知的障害者が、障害者自立支援法に基づく各種障害福祉サービス等を利用する場合も基本的に同様である。

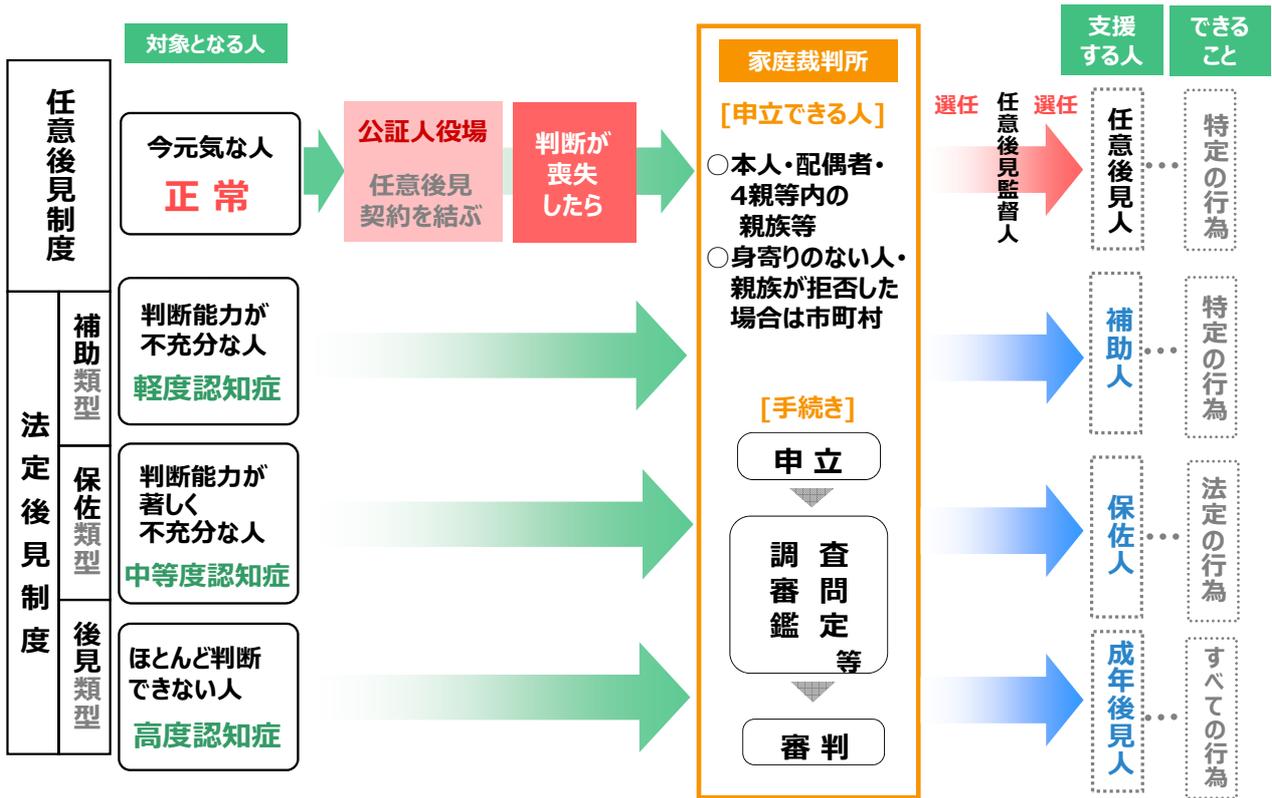
また、社会福祉法、介護保険法など福祉関連法は、いずれも個人(高齢者や障害者)の尊厳保持を旨としている。判断能力が不十分な認知症の人の尊厳を守り、本人本位の生活を営むためにも、必要に応じて本人の意思を代弁し実行しうる仕組みが不可欠である。

認知症と関連の深い高齢者虐待への対応、消費者被害の防止のためにも有効であることから、成年後見制度の普及が望まれる。

参 考

「Q&A成年後見制度解説」(三省堂) 秦 悟志・額田洋一編

成年後見制度の仕組み



【連携と制度-35】 成年後見制度の仕組み

現在の成年後見制度の概要を図にまとめたものを示す。従来の制度と比べて、個人の自己決定権の尊重を重視されていることが特徴であり、このことは財産管理のみではなく身上監護を中心とした制度であることによっても示される。従来制度からの変更点を中心に、成年後見制度のポイントを解説する。

- ①まず、任意後見制度が設けられたことである。つまり、本人に判断能力があるときに後見人を選出し、後見の内容を自己決定することができる。内容は、財産管理以外に身上監護(医療、住居の確保、施設の入退所など、介護、生活維持、教育、リハビリなど)が含まれる。
- ②従来の禁治産に相当する後見類型、準禁治産に相当する保佐類型に加え、補助類型が追加された。軽度の認知症、知的障害、精神障害に対応でき、本人の申し立てや意見をもとに補助人の権限の内容や範囲を自由に選ぶことができる。
- ③財産管理から身上監護を中心とした制度となった。法人後見あるいは複数後見が可能となった。後見人、保佐人、補助人、任意後見人のすべてに身上配慮義務を果たす規定が設けられた。
- ④これまでの戸籍への記載が廃止され、成年後見登記制度が新設された。
- ⑤これまでは親族に限られていた申し立て権が市区町村長にも付与された。また、配偶者が自動的に後見人になる従前の仕組みも改められ、本人にとって最もふさわしい後見人が家庭裁判所により選任されるようになった。このことは「介護の社会化」に対応して「後見の社会化」といわれる。
- ⑥また、平成24年4月の法改正において、新たに「市民後見人」という概念が導入された。市民後見人とは、弁護士、司法書士等の専門職による法定後見人に対して、一般市民が一定の研修を受講して後見事務を担うもので、後見制度の普及の担い手として期待される。

※認知症が進行し、意思疎通、経口摂取が困難になった際に胃瘻を造設するかどうか、又、終末期に延命処置をするか否か、などのケースにおいては医療同意権が問題となるが、成年後見制度において医療同意権は後見人にも認められていない。現状では本人の意思が確認できない場合、家族からの情報や多専門職種からなる医療・ケアチームなどで決定されていることが多い。認知症の医療をめぐる今後の課題である。

日常生活自立支援事業

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

高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が68.0%であり、さらにそのうち、認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が69.6%であった。
- 虐待者の続柄は、息子 41.6%、夫 18.3%、娘 16.1%、息子の配偶者 5.9% の順であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 65.0% が最も多く、次いで心理的虐待 40.4%、経済的虐待 23.5%、介護等の放棄23.4% 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、相談・介護支援を中心にした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域の重層的な仕組みが必要

【連携と制度-36】 日常生活自立支援事業

介護保険におけるサービス利用は、サービス利用者と提供者による任意契約に基づく行為であり、自己決定と自己責任を前提として運営されている。しかし、現実には自ら決定して責任をとれない高齢者も数多くいることから、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が十分ではない人を対象として、サービスの利用手続き援助や日常的な金銭管理などを行う日常生活自立支援事業が平成 11 年 10 月から実施されている。

これは各都道府県の社会福祉協議会を実施主体に行うもので、制度の対象となるのは「契約をする意思能力はあるが、福祉サービスを1人で利用するには能力が足りない」人になる。一人暮らし、あるいは高齢核家族世帯の高齢者にとっては利用価値があるが、認知症と診断されて、早晚、意思能力を喪失することが予測される場合には、成年後見制度の利用を検討する必要がある。

【連携と制度-37】 高齢者虐待の現状

高齢者虐待とは、介護する家族など何らかの保護が期待できる他者からの不適切なかかわりによって、高齢者の権利利益が侵害され、生命や心身または生活に支障をきたすような行為または状況をいう。

平成 18 年4月に高齢者虐待防止法(正式名は「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」)が施行されたことに伴い、市区町村や地域包括支援センターが相談・通報を受理する体制が整備されている。法施行初年度である平成 18 年度から、市区町村等への相談・通報対応件数や状況等について、厚生労働省は毎年全国調査を行い、その結果を公表している。(スライドは 23 年度の調査結果)

認知症の高齢者を介護する養護者・家族等にとっては、親や配偶者が認知症になったという事実を受け入れることが困難な場合、あるいは認知症によって引き起こされる症状への対応方法がわからない場合などが考えられ、結果として虐待に至るケースもうかがえる。

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ためにも、早期発見・見守りだけでなく、相談・介護支援を中心とする対応、医療や法律の専門家も参加した専門的な対応など、地域において重層的な仕組みを構築していく必要がある。

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

- 高齢者虐待の早期発見及び虐待防止の施策への協力
- 虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、**の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに通報する義務**
(“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務)

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

▶ **虐待の早期発見・未然防止におけるかかりつけ医の役割は極めて重要**

認知症を含め高齢者虐待への理解を深めることが必要

認知症サポーター

[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、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

② 職域団体等のコーディネート

- 職域団体等の講座

(地域での暮らしの応援者)

③ 認知症サポーターの誕生

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

【連携と制度-38】 高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

高齢者虐待防止法においては、以下のように定められている。

- 保健医療福祉関係者は、高齢者虐待の早期発見、国や地方公共団体による高齢者虐待防止のための施策に協力すること
- 養護者や養介護施設従事者等により虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、市区町村や地域包括支援センターに通報すること

実際に起きた虐待事例をみると、①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、高齢者が「息子から頭を殴られた」と訴え受診したことがきっかけで、「虐待の可能性」に気づいた事例がある(法が規定する虐待に相当するかの判断よりも本人の権利擁護を優先)、②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、医師の協力も得て医学的見地から判断することが必要な場合もある、③虐待者の中には、行政や福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従うという事例も一部報告されている。

こうしたことから虐待の早期発見や未然防止についてかかりつけ医の果たす役割は極めて重要である。

【連携と制度-39】 認知症サポーター

「認知症サポーター100万人キャラバン」とは、認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族を見守り、支援する人(サポーター)を育成しようとするものである。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域、職域の集まり、学校等への講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組みである。

平成21年度末までに100万人の養成を目標として推進されてきたが、平成25年12月31日現在で、475万4,272人の認知症サポーターが養成されている。

最近では、社会貢献活動のひとつと位置づけ、従業者をサポーターに養成する取り組みを行う企業が増加するなど、すそ野が広がっている。このような例からも、従前と比べ、認知症に対する一般市民の関心、理解は格段に高まっていることが分かる。

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

[DVD-付録]

- ①改訂長谷川式簡易知能評価スケールのとり方
- ②認知症と間違えやすい症状（うつ病）
- ③神経学的所見の具体的な見方

【連携と制度-40】 地域啓発のポイント

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をもって足並みを揃えて対応していくことが必要である。すなわち、かかりつけ医、ケアスタッフ、家族、地域の住民、様々な職種の人が認知症を正しく理解し、接することによって、認知症の人が地域で安心してそれまでの生活を続けることができるようになる。

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

かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト

平成 26 年 3 月

平成 25 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）

制作・監修 **かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業**

（発行） **株式会社ニッセイ基礎研究所**（実施主体）

〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-7

TEL 03-3512-1811 FAX 03-5211-1084

禁無断転載