

平成 24 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)

# 認知症サポート医等のあり方および研修体系・教材に関する研究事業 事業報告書

平成 25 年 3 月

株式会社ニッセイ基礎研究所

## まえがき

認知症サポート医養成研修がスタートして7年、かかりつけ医認知症対応力向上研修が都道府県事業として展開されて6年が経過し、両研修の修了者の先生方も着実に増加して参りました。それぞれの先生方が、地域の仕組み・ネットワークにおいて、また、個別の多職種連携において、認知症ケアを医療の面から支える役割を果たされていると思います。

他方で、昨年度の診断ガイドラインの改訂、介護保険制度改正・報酬改定、そして、本年度厚生労働省から公表されました「今後の認知症施策の方向性」「同施策推進5ヵ年計画(オレンジプラン)」など、認知症を取り巻く施策環境も大きく変わろうとしています。

本調査研究事業では、これまで上記の両研修の教材作成を中心に継続実施して参りましたが、今後、地域の現場において、また、施策上の位置付けとしても、ますます重要な役割が期待される認知症サポート医の先生方の活動支援が求められることに鑑み、本年度事業として、認知症サポート医のあり方に立ち返り、「認知症サポート医の機能・役割の明示」と「同養成研修の体系・教材のリニューアル」を行いました。また、いわゆるオレンジプランに明記されています「一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」について、研修の実施方法から教材作成までを幅広く検討しました。

もともと、時間的な制約もあり、本年度事業では、認知症対応に携わる医療従事者の知識・技術向上という大きな目標の一部の対応にとどまってしまったところもあります。「かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材の修正」、「現任の認知症サポート医に対する情報提供や継続研修等の支援」、「一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の展開・推進」など、引き続き検討・対応しなければならないものが多く残されています。

本年度の事業成果を報告書として取りまとめましたが、研修素材等が広く活用されるとともに、積み残しの課題の検討にあたっての基礎資料となることを望みます。

平成24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)

認知症サポート医等のあり方と研修体系・教材に関する研究事業

委員会委員長 鳥羽 研二

# 目 次

.....	
<b>I 事業目的</b>	<b>1</b>
<b>II 事業内容</b>	<b>1</b>
1 委員会の設置 ----- 1	
1-1 委員会構成(委員)	
1-2 開催概要	
2 認知症サポート医養成研修テキストの改訂 ----- 5	
2-1 認知症サポート医の役割と機能の検討 5	
2-2 カリキュラムおよび PPT スライド 9	
2-3 DVD 教材の新規制作 14	
2-4 かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材 15	
3 一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修 ----- 20	
3-1 研修の方向性の検討 20	
3-2 研修の実施形態の検討 21	
3-3 カリキュラムおよび PPT スライド 24	
3-4 モデル研修の実施 28	
4 認知症サポート医活動実態調査 ----- 36	
<b>III 考 察</b>	<b>39</b>

## 【参考資料】

### 資料 I 研修テキスト PPT スライド

- ・ 認知症サポート医養成研修
- ・ 一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修

### 資料 II 認知症サポート医活動実態調査

## I 事業目的

平成 17 年度より実施されている認知症サポート医養成研修およびかかりつけ医認知症対応力向上研修のテキスト教材については、継続的な情報追加や修正作業が行われてきた。平成 23 年度時点、全国で、認知症サポート医は 1,900 名弱、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者は 20,000 名を数えるに至っているが、各地域においては、それぞれのフォローアップ研修や認知症医療・介護に関する連携の仕組みづくりが進められているが、その取組には濃淡が出てきている状況も指摘されている。

一方、昨年度には認知症治療薬の承認や、診断ガイドラインの改訂あり、また、介護保険制度改正、介護報酬・診療報酬の同時改定も実施された。加えて 6 月に公表された「認知症施策の方向性」では、認知症医療・ケアを取り巻く制度環境にも変化・進化が求められている。また、平成 25 年度から 29 年度までの計画として、認知症サポート医の更なる養成、かかりつけ医認知症対応力向上研修の充実、一般病院の医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施・推進が明記されたところである。

本年度事業は、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修了者に求められる役割(あり方)に遡った検討を行うとともに、両研修の教材改訂、および、一般病院の医療従事者への認知症対応力向上研修に関する実施方法・教材の検討を行うことを目的とする。

## II 事業内容

上記の事業目的を達成するために、①委員会の設置による認知症サポート医等のあり方の検討、②ワーキング委員会による認知症サポート医養成研修テキストの改訂、③ワーキング委員会による一般病院の医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修の実施方法・教材の検討、④認知症サポート医の活動実態調査(①の検討に資するため、国立長寿医療研究センターと連携して実施)を行った。以下、事業内容ごとに、経過等をまとめる。

### 1 委員会の設置

認知症サポート医養成研修の実施主体である国立長寿医療研究センター、関係団体、有識者等による委員会を組成し、認知症サポート医等のあり方の検討、ワーキング委員会での作業進行等について行った。

委員会およびワーキング委員会の構成と、それぞれの開催経過(日程と主な議事)は以下の通りである。

## 1-1 委員会構成

[委員会] (50音順、敬称略、○は委員長)

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 内科総合診療部長
齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
○ 鳥羽 研二	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 病院長
本間 昭	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事
森村 安史	公益社団法人 日本精神科病院協会 理事
鷺見 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（実施主体）

[テキスト改訂ワーキング委員会] (50音順、敬称略、○はWG座長)

氏名	所属
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 第二医長
館石 宗隆	札幌市保健福祉局高齢保健福祉部 認知症支援・介護保険担当部長
本間 昭	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
○ 鷺見 幸彦	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長

[看護研修ワーキング委員会] (50音順、敬称略、○はWG座長)

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 内科総合診療部長
高原 昭	医療法人財団 姫路聖マリア病院 看護主任（～H25.1） （三木市立三木市民病院 看護部主任（H25.2～））
野田 八嗣	富山県立中央病院 病院長
堀内 ふき	佐久大学 看護学部長

## 1-2 委員会開催概要

委員会および各ワーキング委員会の経過について、以下、開催日時順に示す。

### 第1回 委員会

日時 平成24年9月19日(水)

- 議事
- ・事業計画案について
  - ・認知症サポート医の役割と機能
  - ・認知症サポート医養成研修教材改訂について
  - ・病棟看護師研修について

### 第1回 テキスト改訂ワーキング委員会

日時 平成24年10月19日(金)

- 議事
- ・事業計画およびテキスト改訂ワーキング委員会について
  - ・認知症サポート医およびかかりつけ医研修体系について  
(現状整理と認知症サポート医の役割、カリキュラム(編)構成 など)
  - ・具体的な改訂作業工程(分担)とスケジュールの確認

### 第1回 看護研修ワーキング委員会

日時 平成24年10月22日(月)

- 議事
- ・事業計画および看護研修ワーキング委員会について
  - ・病棟看護師の認知症対応に関する現状整理  
(課題整理、カリキュラムの検討、実施(対象・規模・方法)の検討 など)
  - ・具体的な作業工程について

### 第2回 委員会

日時 平成24年11月20日(火)

- 議事
- ・認知症サポート医の役割・機能について  
(認知症サポート医活動実態把握調査の実施について)
  - ・テキスト改訂について(テキスト改訂WGより)
  - ・病棟研修について(看護研修WGより)

### 第2回 看護研修ワーキング委員会

日時 平成24年12月10日(月)

- 議事
- ・経過報告(委員会11/20)
  - ・病棟研修の形態・実施方法について  
(実施3案の検討、24～25年度の実施工程案 など)
  - ・研修教材の検討

### 第2回 テキスト改訂ワーキング委員会

日時 平成24年12月21日(金)

- 議事
- ・経過報告(委員会11/20)
  - ・認知症サポート医養成研修教材の検討  
(PPT・解説の検討と分担、演習教材の検討 など)
  - ・映像教材(DVD)の検討  
(サポート医研修版(新規)とかかりつけ医研修版(修正)の検討)

### 第3回 テキスト改訂ワーキング委員会

日時 平成25年2月15日(金)

- 議事
- ・認知症サポート医養成研修教材の作業確認  
(新スライドの最終確認、演習教材の検討 など)
  - ・かかりつけ医研修テキストの修正について
  - ・映像教材(DVD)シナリオの確認

### 第3回 看護研修ワーキング委員会

日時 平成25年2月19日(火)

- 議事
- ・病棟研修の形態および実施方法について  
(集合・病院単位・衛星それぞれのカリキュラム・課題の検討)
  - ・研修教材(PPT)の確認
  - ・モデル研修の実施について  
(タイムテーブル、講師分担、受講者アンケート など)

### 第3回 委員会(最終)

日時 平成25年2月26日(火)

- 議事
- ・テキスト改訂WGの作業概要と進捗状況の報告  
(新教材(PPT、DVD)の説明、かかりつけ医研修教材の修正 など)
  - ・看護研修WGの作業概要と進捗状況の報告  
(一般病院の医療従事者向け認知症対応力向上研修の教材について)
  - ・認知症サポート医のあり方と方向性について  
(活動実態調査報告、事業報告書の取りまとめについて)

## 2 認知症サポート医養成研修テキストの改訂

まず、計 3 回のワーキング委員会を開催し作業が進められた「認知症サポート医養成研修テキストの改訂」について、検討経過を以下にまとめる。

また、成果物としての教材一式(研修テキストおよび DVD)は、本事業報告書付属の DVD・CD のパッケージに格納しているが、参考として巻末の 資料 I として全スライドを掲載する。

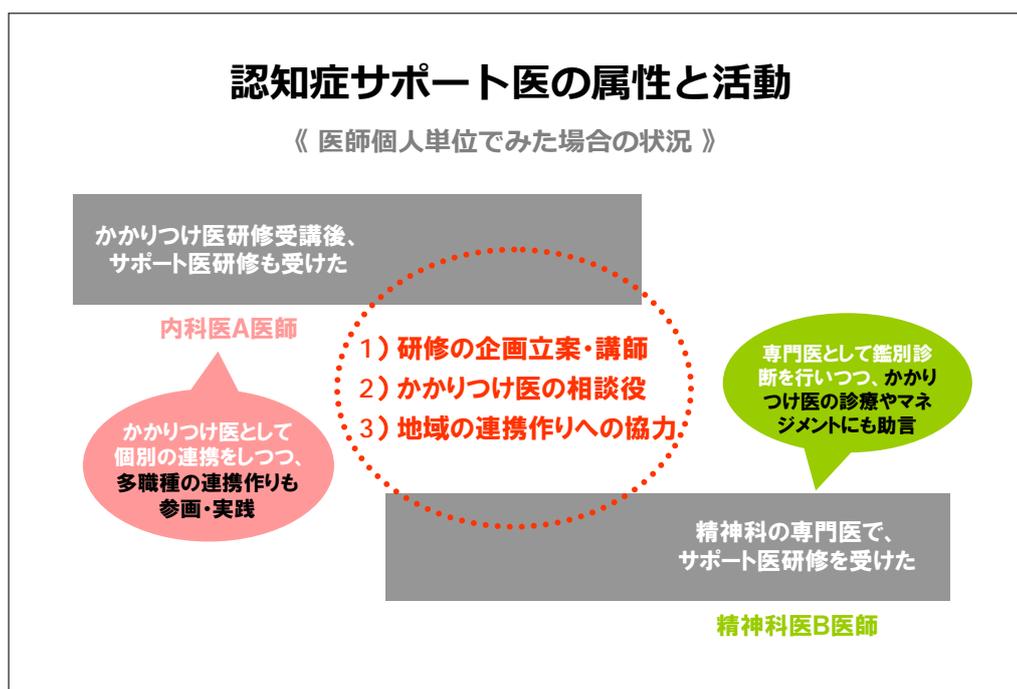
### 2-1 認知症サポート医の役割と機能の検討

事業目的においても示したとおり、認知症サポート医は養成初年度から7年が経過し、養成された2,000名程度の認知症サポート医の地域での活動や、役割と機能、活動の評価など、様々な課題が存在している。また、養成研修自体も、現行のかかりつけ医認知症対応力向上研修との教材の共用など、認知症サポート医としての活動の基礎となりうるか、また、継続的な活動を支援する体制があるか、といった課題を持っている。

そこで、これらの現状を踏まえた上で、まずは、「認知症サポート医の役割と機能」を今一度検討し、その役割と機能に資する観点から、養成研修教材の改訂を行うことを目指した。

第1回委員会への原案提示と協議経過は以下の通りであった。

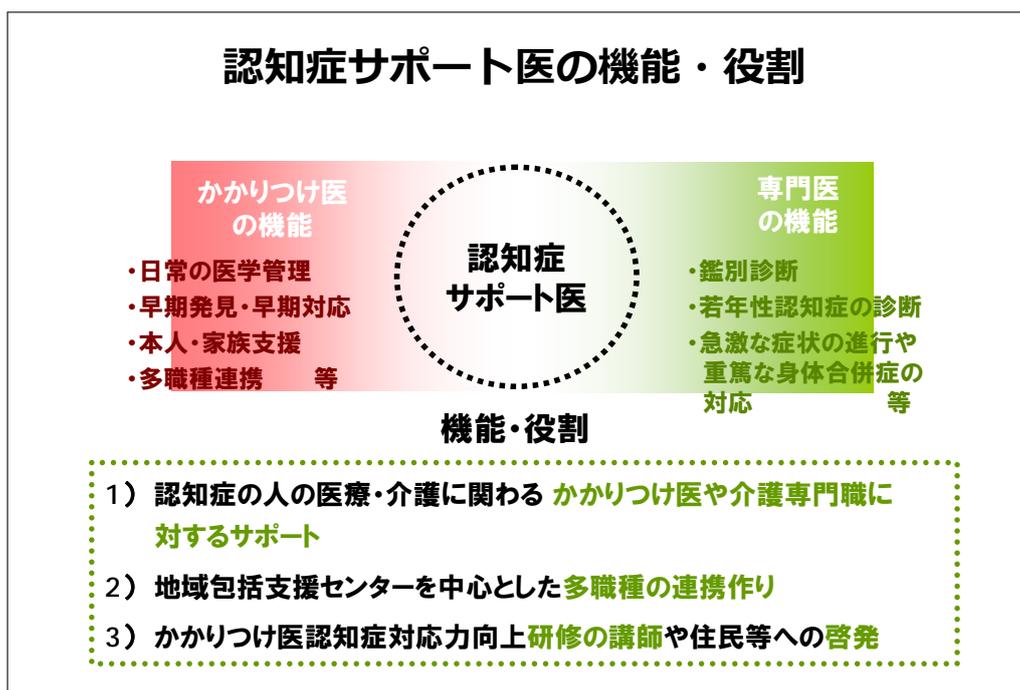
- ① 認知症サポート医は、精神科や神経内科等の専門医もいれば、地域の一般診療所の医師もいる。認知症疾患医療センターをはじめとする専門医療機関の整備状況など、地域ごとに認知症サポート医に求められる機能・役割が異なることもあり、それぞれの立場において、認知症サポート医の役割として示される活動を行っているのが現状。



② 認知症サポート医に専門医、かかりつけ医が存在することを前提に、それらを「機能」として捉え、それぞれの機能を活かす中で、認知症サポート医の機能と役割を検討した。

これまでの定義から大きな変更はないものの、地域における認知症対応で普遍的に求められる3つの機能・役割を、認知症サポート医が担うものとして明示。

- 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



③ さらに、認知症サポート医の機能・役割を果たしていくために必要な知識を習得する、という観点から、認知症サポート医養成研修のあり方として、従来共用していた「かかりつけ医認知症対応力向上研修」とは別個独立した カリキュラムおよび教材とする原案を提示。

※原案は、昨年度事業において考察として示された、認知症サポート医養成研修テキストの再編案 をベースに事務局にて作成したもの

カリキュラム構成の検討、教材(スライド・解説、映像)は、テキスト改訂ワーキング委員会において検討、作業する旨を指示。

## 認知症サポート医養成研修の構成案

### 1編 認知症サポート医の役割

(旧「厚労省・日医によるイントロ」部分)

### 2編 新しい診断・治療の知識

(旧「基本知識」「診断」「治療とケア」から抜粋)

### 3編 マネジメントに必要な知識

(旧「連携」を中心に抜粋)

## 認知症サポート医養成研修のカリキュラム原案

	分	(時間) イメージ	内 容	形態 ほか
1 日 目	5	13:00	(開講)	
	60	13:00	1 認知症サポート医の役割	講義 (厚労省+日医)
	60	14:00	2 新しい診断・治療の知識	講義 (基本・診断・治療)
	90	15:00	[事例(症例)検討]	演習
	90	16:30	3-1 マネジメントに必要な知識	講義 (基本・連携:前)
2 日 目	60	9:30	[グループワーク ①]	演習
	30	10:30	3-2 マネジメントに必要な知識	講義 (連携:後)
	60	11:00	[グループワーク ②]	演習
	15	12:00	(修了式)	

(参考)

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）テキストの再編案

～平成 23 年度事業報告書(考察より抜粋)～

	現行構成版	見直し案
改訂主旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 従来の編構成の枠組み</li> <li>○ 必要に応じたスライドの加除修正</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基本知識編に多く含まれていた“診断”に関するスライド(診断基準等)を、診断編に移行</li> <li>○ 新「診断編」の内容量を約3割増で再編（「導入編」は、旧イントロと旧基本知識編の冒頭部分を合わせ 30 分程度に）</li> <li>○ 必要に応じたスライドの加除修正</li> </ul>

主な内容	<b>イントロ（15分）</b> ・認知症医療の課題、認知症サポート医の役割、研修の目的	<b>導入（30分）</b> ・認知症医療の課題、施策の方向性等 ・早期診断・早期対応の意義 ・認知症サポート医の役割、研修の目的
	<b>1)基本知識（75分）</b> ・早期発見の意義 ・認知症の特徴 ・原因疾患別の診断基準、症例、画像（AD、VD、DLB-、前頭側頭）	
	<b>2)診断（90分）</b> ・発見のポイント、アセスメント ・問診、所見の見方（原因疾患同定） ・鑑別診断（検査、画像など）	<b>2)治療とケア（90分）</b> ・告知、本人・家族への支援 ・薬物療法（薬剤の解説、投薬の注意点など） ・行動・心理症状（BPSD）への対応
	<b>3)治療とケア（90分）</b> ・告知、本人・家族への支援 ・薬物療法（薬剤の解説、注意点など） ・行動・心理症状（BPSD）への対応	<b>3)連携（90分）</b> ・認知症高齢者医療体制、ケアの基本 ・介護サービス、主治医意見書、担当者会議 ・若年認知症への支援、成年後見制度、地域啓発
特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 講義時間が均等で分担しやすい</li> <li>○ 従来版と大きな変更がなく、改訂作業は必要なスライド修正にとどまる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 講義題（編名）と含まれるスライドが合致し、講義内容が明確、かつ、重複感がない</li> <li>○ 「導入」編は“地域の認知症サポート医”等、「診断」編は“専門医”等の講義内容による講師分担がやり易い</li> <li>○ 各編スライドの加除修正や講義（日程・時間）の短縮実施など、実施地域によるアレンジが考えやすい</li> </ul>

## 2-2 カリキュラムおよびスライド

認知症サポート医の機能・役割の整理を受けて、認知症サポート医養成研修の新カリキュラムと教材のスライド作成が行われた。

新カリキュラムは、原案をベースに 1編として、従来の厚生労働省と日本医師会からの政策動向を含む総論的なテーマとして「認知症サポート医の役割」(60分)、2編として、従来の基本知識、診断、治療とケアの各編から必要部分の抜粋と新たに加えるべき知識を含めた「診断・治療の知識」(60分)、さらに3編として、従来の連携編をベースとした「ケアマネジメント・連携の知識」(100分)として再編した。

また、従来からの課題であった、かかりつけ医や専門医との連携場面や地域包括支援センターをはじめとする多職種連携のイメージアップに資する「演習」(第2「診断・治療」編で90分、第3「ケアマネジメント・連携の知識」編で60分×2=120分)を設定することとした。

なお、演習については、講義担当が国立長寿医療研究センターであることから、当面は症例・事例準備を講師に委ねることとするが、次年度以降には標準的な症例・事例の提示を目指す、とされた。

## カリキュラム案

講義 220 分 (60+60+30+70) + 演習 210 分 (診断・治療 90+ケアマネジメント・連携 60+60)

	時間	分	形態	内容	備考
1 日目	13:00			(開講)	
	13:00	60	講義	1 認知症サポート医の役割	厚労省 30 日医 30
	14:00	60	講義	2 診断・治療の知識	
	15:00	90	演習	(診断・治療)	
	16:30	30	講義	3-1 ケアマネジメント・連携の知識	
	17:00	60	演習	(ケアマネジメント・連携)	
2 日目	9:30	(10)	DVD	(認知症サポート医の役割)	新規制作 DVD
		60	講義	3-2 ケアマネジメント・連携の知識	
	10:40	60	演習	(ケアマネジメント・連携)	
	11:40	(20)		(修了式)	

カリキュラム構成に沿って、講義で使用するテキスト(PPT・解説)の作成が進められた。

以下にパワーポイントスライドのタイトル一覧を示す。(前述の通り、全スライドは巻末の資料として掲載し、また、解説を含むテキスト全体(PDFファイル)は、付属のCDに格納している)

## スライド案

### 1 編 認知症サポート医の役割 (30 分)

PPT 6 枚

No.	スライドタイトル	(改訂作業)
1	認知症サポート医の役割	修正
2	認知症サポート医の活動状況	修正
3	現在の認知症サポート医の診療科の内訳	修正
4	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	——
5	認知症疾患医療センターの機能と連携	——
6	早期発見・早期対応の意義	——

※ 1 編は厚生労働省、日本医師会の講師が準備する PPT を想定し、最小限のスライドのみを示している

### 2 編 診断・治療の知識 (60 分)

PPT 50 枚

No.	スライドタイトル	(改訂作業)
1	認知症の診断基準(DSM)	——
2	認知症の経過と必要な医療	——
3	MCI	——
4	うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴	修正
5	うつと認知症の関係	新規
6	せん妄の概念	新規
7	せん妄と認知症の臨床的特徴	——
8	せん妄の原因	——
9	せん妄の原因となる主要な薬剤	——
10	DSM-IV-TRによるアルツハイマー型認知症の診断基準	——
11	アルツハイマー型認知症の画像	新規
12	アルツハイマー型認知症の病態(アミロイド仮説)	——
13	レビー小体型認知症の診断基準①	——
14	レビー小体型認知症の診断基準②	——
15	レビー小体型認知症の画像	——
16	前頭側頭葉変性症の概念	修正
17	前頭側頭型認知症の病気の説明	新規

18	前頭側頭型認知症のMRI画像	——
19	血管性認知症の診断基準	——
20	血管性認知症の考え方の変化	新規
21	血管性認知症の画像	修正
22	突発性正常圧水頭症(iNPH)	新規
23	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント	——
24	認知症各病型の典型的な SPECT パターン	——
25	認知症初期の発見のポイント	——
26	判断・実行機能障害のアセスメント	——
27	ADLのアセスメント	修正
28	IADLのアセスメント	修正
29	MMSEとADL・IADLの関係	新規
30	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	
31	CDRによる重症度のアセスメント	新規
32	法律家からみた告知の考え方	——
33	認知症の人への支援	——
34	家族への支援	——
35	臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果	——
36	コリンエステラーゼ阻害薬の特徴	修正
37	コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点	——
38	メマンチンの特徴	修正
39	メマンチンの副作用	修正
40	投薬に際して注意すべきこと	——
41	何をもって薬剤の効果判定を行うか	——
42	再軽症例の治療開始時期について	——
43	レビー小体型認知症の注意点	——
44	前頭側頭型認知症の注意点	——
45	血管性認知症の注意点	——
46	行動・心理症状(BPSD)の対応	——
47	不適切なケア・不適切な環境	新規
48	行動・心理症状(BPSD)に対する薬物療法	——
49	BPSD に対する薬物療法のポイント	新規
50	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	——

3 編 ケアマネジメント・連携の知識 (90 分)

PPT 49 枚

No.	スライドタイトル	(改訂作業)
1	認知症高齢者の将来推計	修正
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	修正
4	認知症の人の医療とケアの目標	新規
5	認知症高齢者ケアの基本	——
6	日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築	——
7	認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式	——
8	相談窓口	——
9	地域包括ケアシステム	——
10	認知症の人への支援体制	——
	<b>【DVD】認知症サポート医の役割と連携</b>	新規
11	介護保険の給付対象サービス	修正
12	地域密着型サービスの特徴	——
13	地域密着型サービス	——
14	小規模多機能居宅介護	——
15	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	——
16	複合型サービス	——
17	介護予防サービス	——
18	介護予防・日常生活支援総合事業	——
19	要支援・要介護認定	——
20	主治医意見書の役割	——
21	認知症症例の意見書の書き方①	——
22	認知症症例の意見書の書き方②	——
23	認知症日常生活自立度の判断	——
24	かかりつけ医にとっての連携の意味(意義)	新規
25	サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割	——
26	ケアマネジャーとの協働	——
27	ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	——
28	認知症の人に対する訪問看護の役割	——
29	社会福祉士、介護福祉士の役割	新規
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	修正
31	地域包括支援センター	修正

32	地域ケア会議のイメージ	新規
33	地域ケア会議(個別会議と推進会議)	新規
34	地域連携体制構築の方法①	――
35	地域連携体制構築の方法②	――
36	専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報	――
37	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度(1)	――
38	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度(2)	――
39	75歳以上の運転者の免許更新手続等の流れ	修正
40	認知症と成年後見制度	――
41	成年後見制度	――
42	成年後見制度の特徴	――
43	成年後見制度の利用概況	修正
44	日常生活自立支援事業	――
45	高齢者虐待の現状	修正
46	高齢者虐待防止における医師の役割	――
47	認知症サポーター100万人キャラバン	――
48	地域啓発のポイント	――
49	認知症施策の方向性について	新規

## 巻末資料

(巻末資料についても、同様の観点から加除修正の検討を行っている)

No.	資料タイトル	(編集案)
	改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)	×
	Mini-Mental State Examination (MMSE)	×
	初期認知症徴候観察リスト(OLD)	×
	介護予防マニュアル(改訂版) 第1章抜粋	○
	主治医意見書記入の手引き	○
	臨時適正検査 主治医の診断書様式に関する診断の手引き	新規
	成年後見制度における診断書作成の手引	○
	成年後見制度における鑑定書書式《要点式》	○
	高齢者虐待とは(発見チェックリスト付)	○
	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)	○
	かかりつけ医の視点からみた『センター方式』の有用性	×
	ひもときシート	×
	地域の連携事例(広島県・市、東京都、名古屋市、板橋区、八王子市)	○
	認知症の人、本人の声を傾聴する	×

## 2-3 DVD教材の新規制作

従来、使用されているDVD教材は、かかりつけ医に対する認知症の知識向上や気付きの視点や問診・連携の場面イメージを目的とするもので、いわゆる「認知症サポート医」の活動を示す内容が含まれていなかった。

そこで、新カリキュラムにおいて、認知症サポート医の機能・役割の講義を補強し、各演習でも活かせるようなDVD教材を新規に制作した。以下に、DVD(10分程度)のシナリオ構成を示す。(DVD映像全編は付属のDVDに格納している)

### 場面 1) プロローグ: 事案発生 ～センターに民生委員から電話～

- ・地域包括支援センターにかかってきた一本の電話。認知症の早期発見のきっかけに。
- ・認知症の疑いのある高齢者(女性)のもとへ、保健師と社会福祉士が現地直行。

### 場面 2) 現場報告 ⇒ 地域包括センター長へ

- ・現場から報告受けた地域包括のセンター長は、認知症サポート医の下田医師に相談することを提案。

### 場面 3) 認知症サポート医に事案を相談

- ・翌日、認知症サポート医の診療所で。認知症サポート医は、以前、本人が通っていたというかかりつけ医 に診てもらおうようアドバイス。また通院の際の注意点も...

### 場面 4) 認知症サポート医 ⇒ かかりつけ医へ連絡

- ・認知症サポート医がかかりつけ医に、事前に電話で繋いでくれた。

### 場面 5) かかりつけ医による診察・問診

- ・数日後、かかりつけ医の診察を受ける。
- ・問診の様子(長谷川式による認知症テストを含めた)を実際に少し見せる...

### 場面 6) かかりつけ医から認知症サポート医に報告 ⇒ 専門医による診断を相談

- ・かかりつけ医から認知症サポート医に診察の状況を報告。「軽度の認知症」か。
- ・さらに、専門医による確定診断について相談。認知症サポート医は、専門医とかかりつけ医をつないだ。

### 場面 7) サポート医 ⇒ かかりつけ医へ電話 診断結果を知る

- ・認知症サポート医が、かかりつけ医より専門医の確定診断、今後の診療計画などを聞く。

### 場面 8) 要介護度決定後のフォローと支援

- ・2ヶ月ほど経過。認知症サポート医との地域包括支援センターの打合せ。
- ・本人は介護保険サービス利用、地域包括も訪問・声かけなど支援続行を報告。
- ・認知症サポート医は、地域包括スタッフに 今後も連携による支援が重要、とアドバイス

### 場面 9) エピローグ: サポート医の役割全般

- ・今回のエピソードは、ほんの一例。認知症サポート医の3つの機能・役割の確認。
- ・役割は多岐にわたる。地域の認知症対応の先頭に立って(メッセージでエンド)。

## 2-4 かかりつけ医認知症対応力向上研修の教材

本年度、かかりつけ医認知症対応力向上研修のテキスト(PPT・解説)については、認知症サポート医養成研修との切り離しの関係で、共通して使用されるスライドおよび解説についての修正を行うにとどまった。映像教材(DVD)を含め、来年度の課題として持ち越すこととした。

なお、現行4編(基本知識、診断、治療とケア、連携)、各90分ずつの教材について、今後、薬物ガイドラインや家族支援にかかる研修とのセットで同研修が実施されることも想定し、テキスト改訂ワーキング委員会で、DVDによる代替性やスライド間の重複、かかりつけ医としての今日的な必要性等の観点からスライドの重み付け評価を行った。以下に、時間短縮する場合の省略スライド選定の参考となる基準を明示する。(○は必須、▲なるべく使用、×は省略可)

### 基本知識 編

(○23)

	個別評価(○3 ▲2 ×1)				評価
	2	3	3		
1 早期発見・早期対応の意義					○
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)	3	3	3		○
4 認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)	3	3	3		○
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	3	3	2		○
6 認知症を呈する主要な疾患	3	3	3		○
7 認知症の経過と必要な医療	2	2	2		▲
8 MCI	2	2	3		○
9 認知症と間違えられやすい状態	2	2	2		▲
10 加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ	3	3	2		○
11 【ビデオ②】 認知症と間違いやすい症状					
12 うつとアルツハイマー型認知症の臨床的特徴	3	2	2		○
13 せん妄と認知症の臨床的特徴	3	3	2		○
14 せん妄の原因	3	3	3		○
15 せん妄の原因となる主要な薬剤	3	3	3		○
16 DSM-IV-TRによるアルツハイマー型認知症の診断基準	3	3	3		○
17 アルツハイマー型認知症の症例	3	3	3		○
18 アルツハイマー型認知症のMRI	2	2	3		○
19 アルツハイマー型認知症のSPECT	1	1	3		▲
20 アルツハイマー型認知症の病態(アミロイド仮説)	2	2	2		▲
21 NINDS-AIRENによる血管性認知症の診断基準	2	2	3		○
22 血管性認知症の症例	2	2	2		▲
23 血管性認知症の画像	2	2	3		○
24 レビー小体型認知症	3	3	2		○
25 レビー小体型認知症の診断基準①	3	3	3		○
26 レビー小体型認知症の診断基準②	3	3	3		○
27 レビー小体型認知症の症例	3	3	3		○

	個別評価(○3 ▲2 ×1)				評価
28	レビー小体型認知症の画像	3	2	3	○
29	前頭側頭葉変性症	2	2	3	○
30	前頭側頭型認知症の特徴	2	2	2	▲
31	前頭側頭型認知症の症例①	2	2	2	▲
32	前頭側頭型認知症の症例②	2	2	2	▲
33	前頭側頭型認知症のMRI画像	2	2	3	○

## 診断 編

(○11)

	個別評価(○3 ▲2 ×1)				評価
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	3	3	2	○
3	認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)	1	1	3	▲
4	中核症状のアセスメント: 本人と家族からの情報	3	3	3	○
5	記憶障害のアセスメント	3	3	2	○
6	見当識障害のアセスメント	3	3	2	○
7	判断・実行機能障害のアセスメント	3	3	2	○
8	ADLのアセスメント	1	1	2	▲
9	IADLのアセスメント	2	1	2	▲
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	2	3	3	○
11	外来時の対応	3	3	2	○
12	認知症診断の問診の方法	3	3	2	○
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	1	2	2	▲
15	改訂長谷川式簡易知能評価スケールの項目	1	1	3	▲
16	ミニメンタルステート検査の項目	1	1	3	▲
17	原因疾患同定の手順	1	1	2	×
18	鑑別診断に必要な一般身体所見	2	2	3	○
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	1	2	3	▲
21	しゃべりに注目	1	1	3	▲
22	手足の動きに注目	1	1	3	▲
23	歩き方に注目	1	1	3	▲
24	簡単な高次神経機能の見方①	1	1	2	×
25	簡単な高次神経機能の見方②	1	1	2	×
26	簡単な高次神経機能の見方③	1	1	2	×
27	必要な検査とは	2	2	2	▲
28	可逆性の認知症とその鑑別法	2	2	2	▲
29	画像診断の目的	2	2	3	○
30	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント	2	2	3	○
31	認知症各病型の典型的なSPECTパターン	1	1	3	▲

治療とケア 編

(○19)

	個別評価(○3 ▲2 ×1)				評価
1 認知症の病気の説明(告知)	2	2	3		○
2 法律家からみた告知の考え方	2	3	3		○
3 75歳以上の運転者の免許更新手続等の流れ	2	3	3		○
4 認知症の人に接するときの視点	3	3	3		○
5 【ビデオ⑥】認知症の治療とケア					
6 認知症の人への支援	3	3	3		○
7 家族への支援	3	3	3		○
8 認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階	1	2	3		▲
9 アルツハイマー型認知症の薬物療法		2	3		▲
10 臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果	2	3	3		○
11 コリンエステラーゼ阻害薬の特徴	3	3	3		○
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	3	3	3		○
13 メマンチンの特徴	3	3	3		○
14 メマンチンの副作用	3	3	3		○
15 投薬に際して注意すべきこと	3	3	3		○
16 治療の効果を本人や家族にどのように説明するか	2	2	2		▲
17 何をもって薬剤の効果判定を行うか	2	1	2		▲
18 再軽症例の治療開始時期について	2	1	2		▲
19 血管性認知症の注意点	2	2	3		○
20 レビー小体型認知症の注意点	3	3	3		○
21 前頭側頭型認知症の注意点	2	2	2		▲
22 行動・心理症状の対応	3	3	3		○
23 認知症の症状に関連する要因	3	3	2		○
24 もの盗られ妄想への対応	2	2	2		▲
25 昼夜逆転のあるケースへの対応	1	1	2		×
26 不適切なケアがみられたケースへの対応	1	1	2		×
27 薬の副作用による認知症様症状	1	1	2		×
28 行動・心理症状に対する薬物療法	3	3	3		○
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	2	2	2		▲
30 認知症短期集中リハビリテーション	1	1	2		×
31 認知症の危険因子	2	1	2		▲
32 外来フォローのときの注意点①	3	3	3		○
33 外来フォローのときの注意点②	3	3	3		○

	個別評価(○3 ▲2 ×1)				評価
1 認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)の将来推計	3	3	3	2	○
2 認知症高齢者の日常生活自立度	3	3	3	2	○
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	3	3	2	3	○
4 認知症高齢者ケアの基本	3	3	3	3	○
5 日常の生活圏域を基本としたサービス体系の構築	3	3	3	3	○
6 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式	1	1	2	3	▲
7 【ビデオ⑦】 認知症の支援体制					
8 地域の情報	1	1	1	1	×
9 相談窓口	3	3	3	2	○
10 地域包括ケアシステムについて	3	3	3	3	○
11 認知症の人への支援体制	3	2	2	3	○
12 介護保険の給付対象サービス	3	3	3	3	○
13 地域密着型サービスの特徴	3	3	3	3	○
14 地域密着型サービス	3	3	3	3	○
15 小規模多機能居宅介護	1	3	3	3	○
16 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1	2	3	3	○
17 複合型サービス	1	2	3	3	○
18 介護予防サービス	3	3	2	3	○
19 介護予防・日常生活支援総合事業	3	3	2	3	○
20 要支援・要介護認定	2	3	3	3	○
21 主治医意見書の役割	3	3	3	3	○
22 認知症症例の意見書の書き方①	2	3	3	3	○
23 認知症症例の意見書の書き方②	2	3	3	3	○
24 認知症自立度の判断	3	2	3	3	○
25 【ビデオ⑧】 サービス担当者会議の実際					
26 サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割	3	3	2	1	○
27 ケアマネジャーとの協働	3	3	2	1	○
28 ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	3	3	2	2	○
29 認知症の人に対する訪問看護の役割	3	3	2	2	○
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	2	3	2	3	○
31 地域包括支援センター	3	3	3	3	○
32 地域連携体制構築の方法(1)	1	2	2	1	×
33 地域連携体制構築の方法(2)	1	2	2	1	×
34 専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報	2	3	2	3	○

## 連携 編（続き）

	個別評価(○3 ▲2 ×1)				評価
35 若年性認知症の人が利用できる主な支援制度①	1	3	3	3	○
36 若年性認知症の人が利用できる主な支援制度②	1	3	3	3	○
37 認知症と成年後見制度	2	2	3	3	○
38 成年後見制度	2	3	3	3	○
39 成年後見制度の特徴	2	3	3	3	○
40 成年後見制度の利用概況	1	2	2	3	▲
41 日常生活自立支援事業	2	3	1	3	○
42 高齢者虐待の現状	2	2	2	3	○
43 高齢者虐待防止における医師の役割	2	3	3	3	○
44 認知症サポーター100万人キャラバン	3	2	3	2	○
45 地域啓発のポイント	3	3	3	2	○

### 3 一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の検討

当初、病棟勤務の看護師を対象とした認知症対応力向上研修の検討としたスタートした看護研修ワーキング委員会であったが、交付申請後に公表された「今後の認知症施策の方向性について」および「施策推進5ヵ年計画(オレンジプラン)」の要請もあり、一般病院の医療従事者(医師等を含む)を対象とした同研修の実施方法や使用教材についての検討を計3回のワーキング委員会で行った。(ワーキング委員会の名称は、交付申請時の「看護研修」を用いる)

ワーキング委員会で作成した教材を用いたモデル研修を含め、検討・作業経過を以下に示す。

また、認知症サポート医養成研修と同じく、成果物としての教材一式(研修テキスト)は、本事業報告書付属のCDに格納しているが、参考として巻末の資料Ⅱとして全スライドを掲載する。

#### 3-1 研修の方向性の検討(現状把握と課題の整理)

一般病院への認知症の人の入院場面を中心に、看護師をはじめとする医療従事者の対応次第では、必要な入院医療が受けられない場合も少なくないとされる。

研修では、今後増加することが想定されるそのようなケースにおいて、一般病院の医療従事者が適切な対応ができるように、基本的な知識を習得することを目的とするが、その前提としての現状把握と課題整理を行った。

場面	想定される課題	備考
入院時	○入院対応の拒否	先入観や不安
	○家族への付き添い依頼(日中等)	入院条件
	○入院手続や入院計画の説明が困難	意思疎通の問題
入院中	○身体拘束(車椅子抑制ベルトやミトン含む) 点滴除去などの術後管理、日常的また日中の抑制	
	○せん妄への対応	
	○行動・心理症状(BPSD)の理解と対応 「ちょっと待ってて」の回避、院内デイなどの工夫と対応	診療報酬の評価
	○病棟全体の安定維持(他の入院患者との関係)	
	○入院治療の補助(医師への情報伝達)	
	○看護補助(介護)職との連携	
退院時	○退院調整 退院受入拒否の家族への助言(指導)	
	○内外在宅部門との連携(必要な情報提供)	

### 3-2 研修の実施形態(対象者、研修形式、実施方法等)の検討

現状把握および課題整理から、研修の目的(受講によって改善すべきもの・こと)を明らかにした上で、どのように研修を実施していくか、具体的には、対象者、研修形式(講義、演習等)、実施方法(どの規模で、どこが主催して等)について、教材作成の前提として、研修の実施形態の検討を先行して行った。

研修の実施形態としては、大きく以下の3つのパターンを想定した。

①集合研修	現在の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」に近い形。勤務病院にかかわらず、一定の日時に一定規模の会場に集合して受講する形態
②病院単位研修	単独または複数の病院単位で実施され、勤務する医療従事者が受講する形態
③衛星通信研修	ライブ講義を衛星通信で配信し、複数の会場で受講する形態(日本看護協会の協力)

それぞれのパターンの対象者、研修時間、研修内容、課題等は次頁以降の通りに整理できる。

なお、研修時間については、研修形態に応じて複数設定することも検討された(例えば、①集合研修であれば午前午後3時間ずつの計6時間が可能、②病院単位研修は勤務後の1時間半～2時間が限界など)が、各形態で講義部分に複数種類を設けることは修了者の定義を含む混乱が生じるおそれがあること、また、まずは基本的な対応力の習得を重視する観点から、講義90分を基本として、集合研修(方法によっては衛星通信研修でも)では、演習90分を加える形を目指すこととなった。

また、研修形態ごとの今後の課題としては、①集合研修では、実施主体の設定、講師や演習ファシリテータの確保など、②病院単位研修では、認定看護師等の講師への伝達講習の実施、修了者管理を中心とする運営の仕組みなど、③衛星通信研修では、日本看護協会システムとの連動・調整、修了者数の把握などが挙げられた。

それぞれの形態とも、平成25年度早い時期からの検討・実施を要するものであり、今後の展開として、25年度健康増進事業等による早期の対応が求められる。

## 一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修(仮称)の研修実施形態別の整理表 (対象、時間、カリキュラム、課題等)

- ◎ 研修の実施形態は、「1 集合研修」、「2 病院単位研修」、「3 衛星通信研修」の3パターンを想定する。
- ◎ 3 形態に共通のコアプログラムを「講義:90分(知識30分、対応力40分、連携等20分)」とし、当該部分の受講をもって研修修了とする。
- ◎ 対象者は、「一般病院の医療従事者」とし、実施形態に応じて広く多職種に応じた受講を可能とする。
- ◎ 平成25年度は、健康増進事業等の活用により、それぞれの形態の課題部分の検討を行いつつ、着実な実施・修了者拡大を図る。

形態	受講対象	研修時間	研修内容	演習	備考 ◎今後の課題	展開 (健康増進事業等による)				
1 集合研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>○看護師</li> <li>○勤務医</li> <li>※管理者含む</li> <li>○リハ職</li> <li>○相談・連携</li> </ul>	<b>180分</b> (3時間) 講義 90 演習 90	<b>○</b> (90分)	<b>○</b> (90分)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●受講対象は病院勤務の医師・看護師を中心とした多職種とする</li> <li>●講義90分の内容は、3形態に共通とする</li> <li>●演習90分の内容は、グループワーク(10人程度)とし、以下の3種類から主催側が企画時に決定する</li> <li>①院内外の多職種連携・調整をテーマとする事例検討※</li> <li>※事例は、症例や進行方法について2～3例を標準教材として示す予定(25年度)</li> <li>②: 認知症ケアの一般概念(パーソンセンタードケアなど)に関する討論</li> <li>③: 認知症の人の入院やその対応についての討論</li> <li>●研修修了者は、講義90分を受講した者、と定義する</li> <li>◎実施主体(協力団体等)の設定・獲得(多職種に研修案内を行うため)</li> <li>◎講師、演習ファシリテータの確保方法</li> <li>◎グループワークの運営や受講者の職種の偏りへの対応(多職種演習)</li> </ul>	25年度 10都道府県 程度の実施				
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;"><b>知識</b></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><b>対応力</b></td> <td style="text-align: center; width: 33%;"><b>連携等</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">20</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">-1 アセスメント</td> <td style="text-align: center;">-2 対応力</td> <td style="text-align: center;">-1 院内外連携 -2 管理者</td> </tr> </table>	<b>知識</b>			<b>対応力</b>	<b>連携等</b>	30	40
<b>知識</b>	<b>対応力</b>	<b>連携等</b>								
30	40	20								
-1 アセスメント	-2 対応力	-1 院内外連携 -2 管理者								

	形態	受講対象	研修時間	研修内容 講義	演習	●備考 ◎今後の課題	展開 (健康増進事業等による)
2	病院単位研修	○看護師 ○勤務医 ※管理者含む ○リハ職 ○相談・連携	90分 講義 90	○ (90分) 知識 30 対応力 40 -1 アセスメント -2 対応力 連携等 20 -1 院内外連携 -2 管理者	×	●演習は標準実施とせず、病院単位で実施を判断する ●講師養成のため、25年度に伝達講習を行い、修了者は「病院認知症対応力向上研修(仮)」の講師として県等に登録される仕組みを作る ●県では、実施病院からの要請に応じて講師の紹介を行う ●伝達講習は、専門看護師、認知症介護指導者(看護)、認定看護師、認知症サポート医を対象とする(当面) ●伝達講習を25年度早い時期に実施することが必要 ●近隣病院での共同実施も可能とする ●修了者のカウントは、講師が適切に県等に報告する ◎伝達講習の実施主体の設定(25年度老健事業) ◎講師登録、管理、調整派遣の仕組みが運営可能か	24年度 モデル研修 (1病院)  25年度 上半期に 伝達講習 実施
3	衛星通信研修	○看護師 △勤務医 ※管理者含む △リハ職 △相談・連携	180分 (3時間) 講義 90 演習 90	○ (90分) 知識 30 対応力 40 -1 アセスメント -2 対応力 連携等 20 -1 院内外連携 -2 管理者	△	●日本看護協会の衛星通信研修システムとの調整を25年度早い時期に実施することが必要 ◎25年度教育計画への講義90分のコンテンツ提供方法 ◎衛星通信研修の研修枠と90分コンテンツの調整 ◎講師 ◎多職種への案内・受講(看護協会との調整が必須) ◎演習の実施方法 (個別受講について(将来的)) ●オンデマンド配信(収録講義を個人視聴する形態)も可能 ●衛星通信研修の講義を収録する ●個人受講の場合は演習はなし ◎受講者数の把握方法 ◎e-learning形式(演習や質疑)への展開	25年度 衛星通信シ テムとの調整

### 3-3 カリキュラムおよびスライド(タイトル一覧)

#### 3-3-1 カリキュラム・スライド

研修の実施形態の検討・整理を受けて、一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修のカリキュラムと教材のスライド作成が行われた。

カリキュラムは、「認知症の人に対する入院医療」の場面を中心に、現在課題となっている項目を取り上げ、1編として、現状と研修の目的を共有した上で、認知症および認知症の人についての基本的な理解に関する「知識」(30分)、2編として、入院時のアセスメントと事例別の対応方法についての「対応力」(40分)、3編として、入院中の院内および入退院時の院外との連携や管理者の理解にかかる「連携等」(20分)で構成した。

なお、演習の標準事例の準備等は、次年度以降の事業に引き継いで検討することとなった。

## カリキュラム案

コア部分:講義 90 分 (+研修形態に応じて 演習 90 分を想定)

編	小項目	時間	主な内容
1 知識	イントロダクション	5 分	現状・課題、研修目的
	1 認知症の人の理解	10 分	○認知症について ○入院の際に留意が必要な症状
	2 認知症ケア	15 分	○認知症ケアの基本 ○行動・心理症状(BPSD)への対応 ○病棟において重要な視点
2 対応力	1 アセスメント	10 分	○アセスメントの目的、留意点 ○ケアの展開における4つの視点
	2 対応力	30 分	○対応の基本 ○コミュニケーションのとり方(ポイント、事例) ○術後・処置の対応 ○せん妄、身体拘束、転倒
3 連携等	1 院内外連携	10 分	○連携による効果 ○地域の連携相手 ○地域包括ケアシステム
	2 管理者	10 分	○認知症の人を受け入れるにあたって ○管理者として行ってほしいこと

カリキュラム構成に沿って、講義で使用するテキスト(PPT・解説)の作成が進められた。

以下にパワーポイントスライドのタイトル一覧を示す。(前述の通り、全スライドは巻末の資料として掲載し、また、解説を含むテキスト全体(PDFファイル)は、付属のCDに格納している)

## スライド案

1 知識 編 30分程度	No	タイトル
1-0 インTRODクシヨン(5)	i	現状と課題(研修の背景)
	ii	研修の目的
1-1 認知症の人の理解(10)	1	認知症について
	2	認知症の人の入院加療・退院をスムーズに進めるために
	3	認知症の人がたどる経過と入院
	4	入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因
	5	本人が体験していること
	6	認知症の人の全人的理解
1-2 認知症ケア(15)	7	認知症ケアの基本
	8	コミュニケーションの工夫
	9	行動・心理症状(BPSD)への対応
	10	対応の違いでみる せん妄と認知症
	11	身体拘束にあたる項目
	12	病棟において重要なケアの視点
2 対応力 編 40分程度	No	タイトル
2-1 アセスメント(10)	1	身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点
	2	アセスメントの目的
	3	アセスメントの留意点
	4	認知症ケアの展開における4つの視点
2-2 対応力(30)	5	認知症の人に対する対応の基本
	6	コミュニケーションのとり方①(ポイント)
	7	②ポイント
	8	場面設定
	9	悪い例
	10	良い例
	11	まとめ
	12	術後・処置への対応①(ポイント)
	13	②ポイント
	14	③ポイント

2 対応力 編 (続き)	No	タイトル
	15	場面設定
	16	悪い例
	17	良い例
	18	まとめ
2-2 対応力(30)	19	<b>せん妄</b> (ポイント)
	20	場面設定
	21	悪い例
	22	良い例
	23	まとめ
	24	<b>身体拘束</b> (ポイント)
	25	場面設定
	26	悪い例
	27	良い例
	28	まとめ
	29	<b>転倒</b> (ポイント)
	30	場面設定
	31	悪い例
	32	良い例
	33	まとめ
	34	認知症の人への対応のまとめ

資料：認知症の人のアセスメントに必要な情報と分析の視点

3 連携等 編 20分程度	No	タイトル
3-1 院内外連携(10)	1	認知症の人にスムーズな医療・ケアを提供するために
	2	連携により期待される効果
	3	本人がよりよい経過をたどれるための病院と地域資源との連携
	4	認知症の人を共に支える地域の連携相手
	5	認知症の人を共に支える連携を進めていくために
	6	地域包括ケアシステムの全体像 ～イメージ図～
3-2 管理者(10)	7	「管理者」の目的
	8	認知症の人を受け入れるにあたって
	9	認知症への対応
	10	せん妄への対応
	11	転倒への対応
	12	管理者として行ってほしいこと

### 3-3-2 ねらいと到達目標(仮)

当初に整理した現状の課題と研修カリキュラムとスライド構成を踏まえて、それぞれの編ごとに「ねらい」と「到達目標」を整理した。

なお、以下はあくまで素案であり、平成25年度の当該研修の実施要綱が出される際に再整理されると思われる。

編	研修内容	
1 知識 (30分)	ねらい	<b>認知症の人の入院に際して、認知症とケアの基本を理解する</b>
	到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 研修の目的を理解する</li> <li>● 認知症の人が入院すること、の全体像を理解する</li> <li>● 認知症の人の特徴とケアの基本を理解する</li> </ul>
	主な内容	1 認知症の人の理解 ○認知症について 2 認知症ケア ○コミュニケーションの工夫や BPSD への対応 ○病棟において重要なケアの視点
2 対応力 (40分)	ねらい	<b>認知症の人のアセスメント、入院中の対応の基本を習得する</b>
	到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症の人の入院時に行うアセスメントのポイントを理解する</li> <li>● 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解する</li> <li>● 入院中に問題になりやすい場面の対応方法について習得する</li> </ul>
	主な内容	1 アセスメント ○アセスメントの目的、留意点 2 対応力 ○対応の基本 ○コミュニケーションのとり方(ポイント、事例) ○処置・術後の対応、せん妄、身体拘束、転倒
3 連携等 (20分)	ねらい	<b>1 院内・院外多職種・他職種連携の意義を理解する</b> <b>2 管理者として取り組む体制や環境整備の意義を理解する</b>
	到達目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 院内・院外の連携における認知症の人と自身のメリットを理解する</li> <li>● 入退院の場面と院外の連携相手について理解する</li> <li>● 管理者としての体制と環境作りについて理解する</li> </ul>
	主な内容	1 院内外連携 ○連携により期待される効果 ○病院と地域資源との連携、地域の連携相手 2 管理者 ○管理者として行ってほしいこと

### 3-4 モデル研修の実施

#### 3-4-1 モデル研修概要

講義部分の研修教材を用いて、実際に「②病院単位研修」のモデル事業を開催した。

会場は看護研修ワーキング委員会の委員所属の一般病院(総病床数735床(一般665床、精神50床、結核20床))であり、開催時間は、日勤帯終了後の夕方17:30～90分とした。その他実施概要は以下の通りである。

### モデル研修 実施概要

#### 1) 日 程

2013年3月8日(金)

開始時間 17:30 ～ (90分:19:00 終了予定)

#### 2) 対 象

病棟勤務の医師、看護師

(他 歯科医師、薬剤師、リハ職、MSW等 院内の多職種の受講も可)

#### 3) 研 修

内容、時間、講師は下表の通り

	編	時間	講 師
1	(イントロダクション)	5分	遠藤先生(WG 座長)
	知識 編 -1 認知症の人の理解 -2 認知症ケア	25分	
2	対応力 編 -1 アセスメント -2 対応力	40分 (10分) (30分)	高原先生(WG 委員)
3	連携等 編 -1 院内外連携 -2 管理者	20分 (10分) (10分)	遠藤先生(WG 座長)

※演習(グループワーク等)や映像(DVD)視聴 はなし

受講者は約110名にのぼり、うち、看護師が約7割、医師が約2割、残り1割は理学療法士や病棟薬剤師であった。講義は、概ねタイムテーブル通りに進んだものの、対応力編では、配分時間に対してコンテンツ(スライド枚数)が若干多かった印象があった。

研修目的に対して、大枠(編)の設定は問題ないと思われるが、詳細のスライドについては、ボリュームの見直しを含めて、精査が必要と思われた。

### 3-4-2 モデル研修 受講者アンケート結果

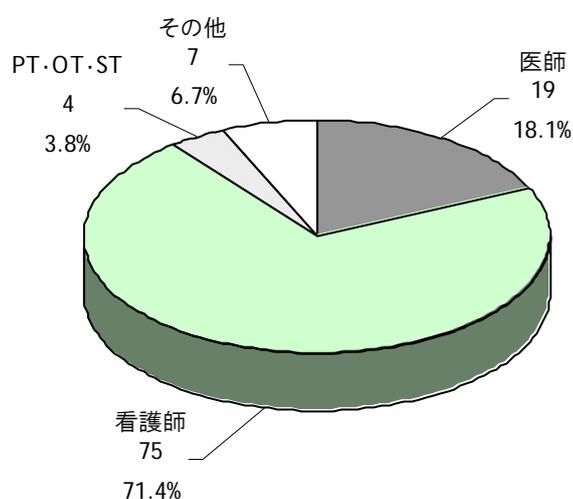
当日の研修受講後に実施した受講者アンケートについて、以下に結果を示す。

## モデル研修 受講者アンケート（結果）

### 1 受講者基本属性

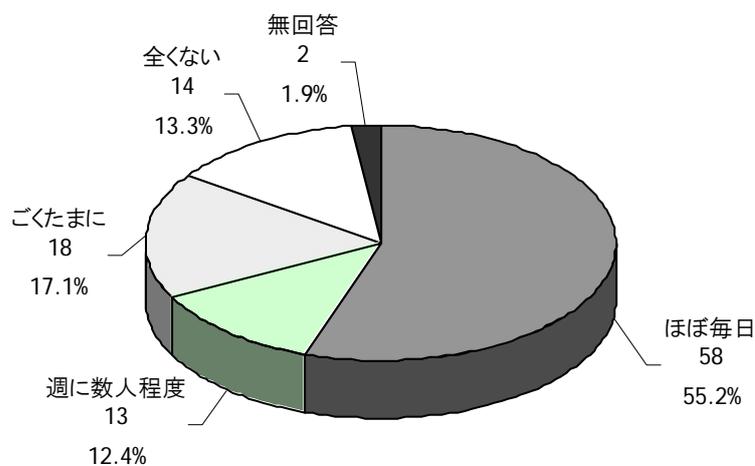
#### 1-1 職種 (n:105)

受講者の職種は、「看護師」が75人(71.4%)と最も多く、次いで「医師」19人(18.1%)、「PT・OT・ST」4人(3.8%)の順であった。



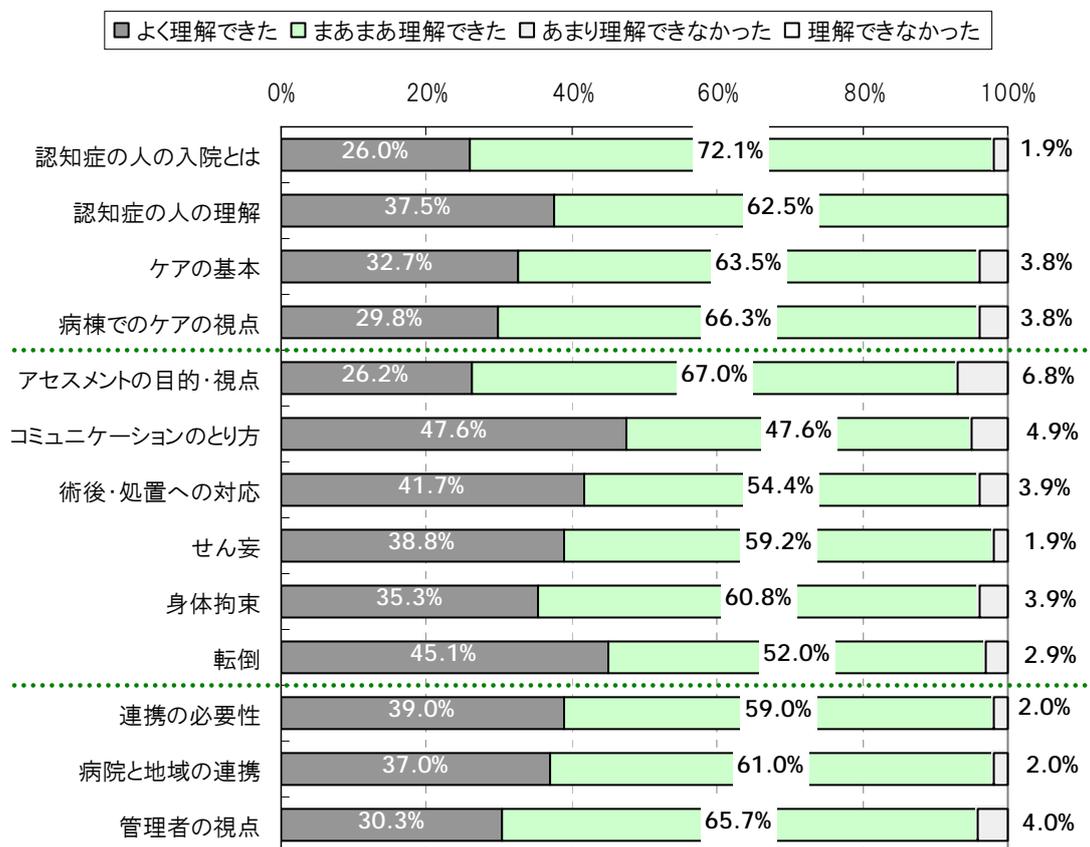
#### 1-2 対応機会 (n:105)

認知症患者の対応機会は、「ほぼ毎日」としたのが58人(55.2%)と過半数となり、以下、「ごくたまに」18人(17.1%)、「全くない」14人(13.3%)と続いた。



## 2 研修内容について（理解度）

研修内容を理解できたか、について、研修内容を13のパートに分け、それぞれの項目ごとに得た4段階評価をみると、いずれの項目も9割超で理解できた（「よく理解できた」「まあまあ理解できた」の計）としていた。項目別では、概念、総論的な1知識編、3連携編よりも、具体的な事例を用いた2対応力編で「よく理解できた」が相対的に高い割合を示した。

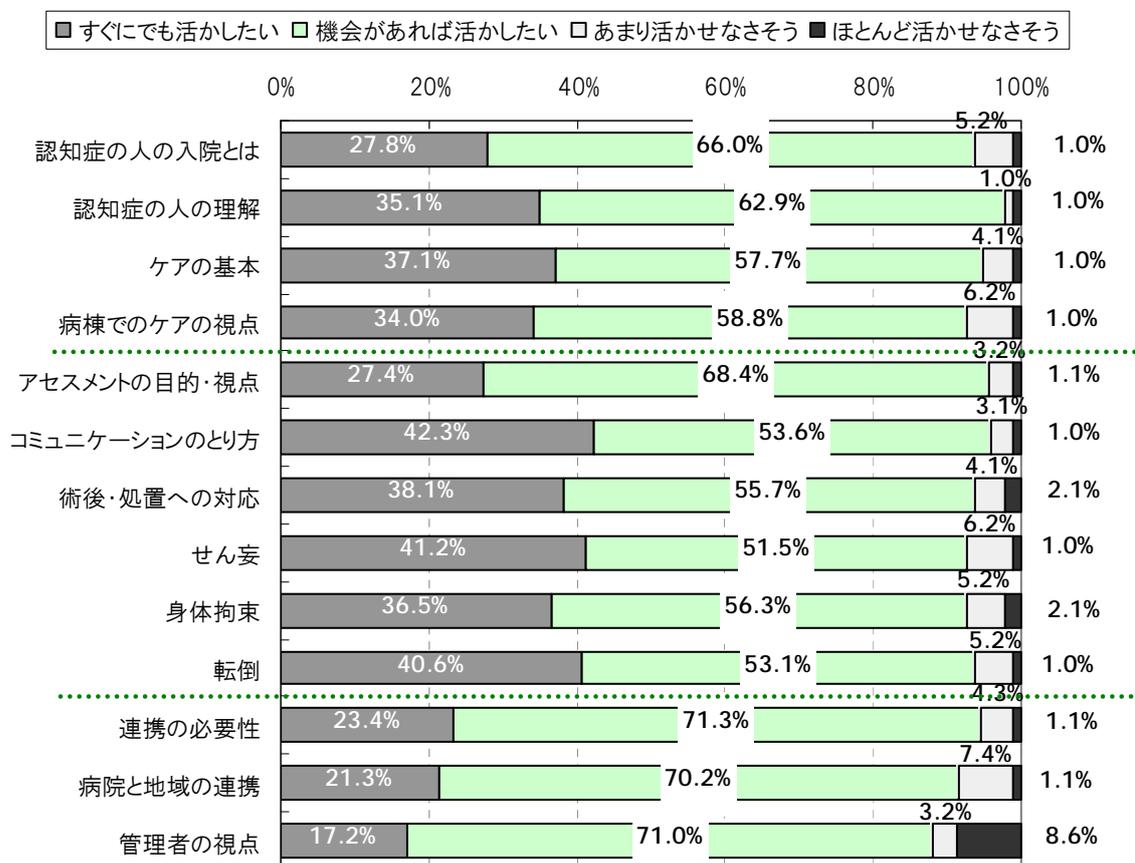


【アンケート項目とスライド(講義内容)の対照表】

認知症の人の入院とは	認知症について、認知症の人がたどる経過と入院 など
認知症の人の理解	本人が体験していること、認知症の人の全人的理解
ケアの基本	認知症ケアの基本、コミュニケーションの工夫 など
病棟でのケアの視点	病棟において重要なケアの視点
アセスメントの目的・視点	アセスメントの目的、認知症ケアの展開における4つの視点 など
コミュニケーションのとり方	対応の基本、コミュニケーションのとり方(ポイント)
術後・処置への対応	術後・処置の対応(ポイント)、良い例、悪い例、まとめ
せん妄、身体拘束、転倒	(ポイント)、良い例、悪い例、まとめ ※それぞれ共通
連携の必要性	連携により期待される効果 など
病院と地域の連携	認知症の人を共に支える地域の連携相手 など
管理者の視点	管理者として行ってほしいこと など

### 3 研修後の意向について（活用意向）

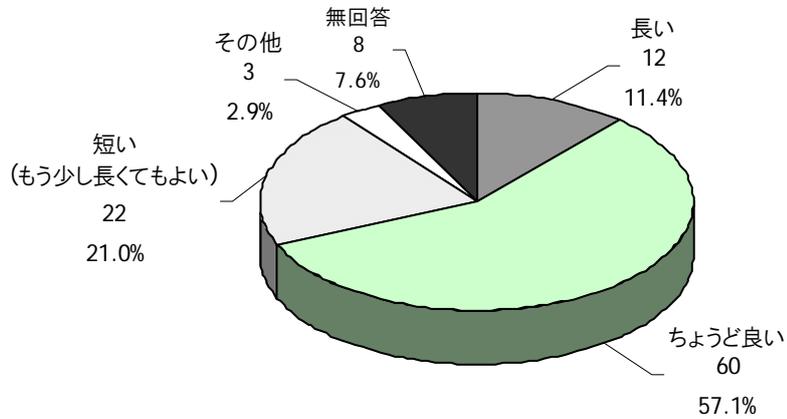
研修後の日常業務において、研修内容を活かそうか、については、概ね理解度と同様の傾向がみられた。なお、3 連携編については、所属部署の業務にも影響されるためか、「すぐにも活かしたい」とする割合が2割前後にとどまっていた。



#### 4 認知症対応力研修について

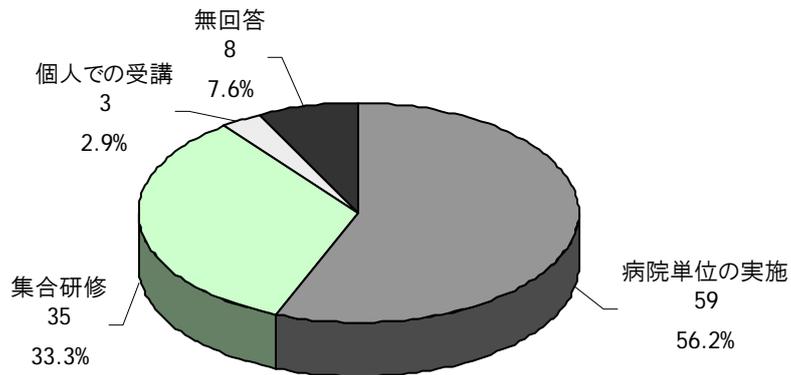
##### 4-1 研修時間 (n:105)

90 分の講義時間について、「ちょうど良い」が 60 人(57.1%)となった一方で、「長い」は 12 人(11.4%)、「短い(もう少し長くてもよい)」が 22 人(21.0%)となった。

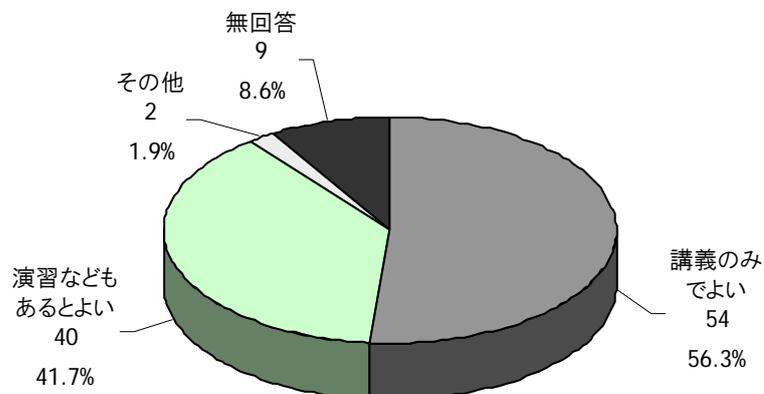


##### 4-2 研修形態 (n:105)

研修形態は、「病院単位の実施」59 人(56.2%)、「集合研修」35 人(33.3%)となる一方で、「個人での受講」3 人(2.9%)にとどまった。



##### 4-3 研修内容(プログラム) (n:105)



#### 4-4 意見(記述回答)

1	医療者の知識向上はもちろんであるが、家族が認知症を理解していない割合が多いため家族に理解してもらうようなアプローチ法なども必要であると思う。
2	講義として理解できたが実際の場面ではなかなか難しく、今後も考えながら業務にあたりたい。
3	良い例、悪い例など具体的で分かりやすかった。
4	内容は理解できたが、現実的には無理を感じる事が多くあった。どうするのかを知りたい。
5	資料に解説がついていて今後の参考になる。
6	具体的な対処方法であったが、もっと症例があればよい。
7	話し方が早くて理解しようとするのが大変である。地域性、施設特性もあると思う。コミュニケーションはDVDを導入されたら分かりやすいと思う。
8	事例があったので対応が分かりやすかった。患者のニーズを満たせない場合の対応を知りたい。(骨折でBa挿入中、トイレに行きたい など)
9	様々な事例があり、対応が分かりやすかった。毎日認知症の方と関わるため、今日学んだことを活かして生きたいと思う。まずは、自分の心を落ちつかせ、相手の話を聞く、何度も説明し理解を確認することを忘れず、看護していきたいと思いました。
10	管理者に認知症を十分に理解してもらいたい。
11	対応力についての講義、特に身体拘束の点では学ぶことが多く、とても役に立ったと思う。今後の対応に活かして生きたいと思う。
12	「良い例」は理解できるが、それで解決できているのか？ 時間とマンパワーが必要と思う。
13	「ケアの基本」について、言葉の意味は理解できるが、実際には対応できず、具体例がないためあまり理解できなかった。「連携等」はスライドと話がかみ合っていない気がしました。
14	認知症の方との対応はその通りだと思うが、臨床ではその時間がないのが実状です。
15	事例をもう少し詳しく分かりやすく話してもらえるとよかった。概念だけでは分かりにくいと感じた。
16	内容が濃いと感じた。具体的な対応例も示され分かりやすかった。実践していきたいと思った。
17	研修内容は理解できたが、マンパワー不足でなかなか適切な対応ができない場合が多い。
18	研修内容は分かりやすく理解できたが、急性期病院でマンパワー不足の病棟で対応していくのは困難なのではと感じた。院内の連携も不十分に感じる。地域への連携はつなげられていると思うが、待機期間が長い場合が多い。
19	地域や病院単位できめ細かい(本日分を3回シリーズ程度で)研修を受けるプログラムがあればよいと思う。(指導者の育成も含めて)
20	認知症に対する基本的知識のない人は最初の話は分かりにくい。事例を混ぜた話は理解しやすいが、抽象的な話は分かりにくい(現場の負担が増えるだけの話のように聞こえる)。家族への対応に関する話も聞きたかった。
21	スライドの文字が多すぎる(内容の大部分が文字)。講師のしゃべる言葉の数も多すぎる。スライドがワンパターンです。
22	スライドの順番について、興味・モチベーションを上げ、話に集中するためには、「必要性」を先に話した方がよいと思った。例えば、診療報酬での評価、チーム医療、今後の方向性など。
23	全体に話のスピードが速すぎたように感じました。内容は「ゆっくりと丁寧な対応を」というものなので、もう少しプレゼンもゆっくりとした印象があると伝わりやすいのでは。
24	時間の割に分量が多い。「対応力」の序盤(1-6)は「知識」との重複が多くまとめた方がよい。

## 認知症対応力向上モデル研修 アンケート

### 1 受講者ご自身について

①職種（現在）	1 医師	2 看護師	3 PT・OT・ST	4 その他( )
②診療科	1 内科	2 外科	3 整形外科	4 その他( )
③認知症患者の対応機会 （過去3ヶ月程度）	1 ほぼ毎日	2 週に数人程度	3 ごくたまに	4 まったくない
④認知症関連研修の受講歴	1 外部研修 ( )回	2 院内研修 ( )回	3 ない	

### 2 研修内容について

今日の研修内容を“理解できたか”について、1～4の4段階で評価して下さい。

スライド	主な講義内容	良く理解できた	まあまあ理解できた	あまり理解できなかった	理解できなかった
知識	1～4 入院時の留意点、症状と要因・誘引 など	1	2	3	4
	5～6 認知症の人の理解	1	2	3	4
	7～11 ケアの基本、コミュニケーション、BPSD への対応	1	2	3	4
	12 病棟での重要なケアの視点	1	2	3	4
対応力	1～5 アセスメントの目的・留意点、ケア展開の視点	1	2	3	4
	6～12 コミュニケーションのとり方（事例とポイント）	1	2	3	4
	13～19 術後・処置への対応（事例とポイント）	1	2	3	4
	20～24 せん妄（事例とポイント）	1	2	3	4
	25～29 身体拘束（事例とポイント）	1	2	3	4
	30～35 転倒（事例とポイント）	1	2	3	4
連携等	1～2 連携の必要性和効果	1	2	3	4
	3～6 認知症の人を支える病院と地域の連携	1	2	3	4
	7～12 管理者の視点、管理者として行ってほしいこと	1	2	3	4

「3 あまり理解できなかった」、「4 理解できなかった」としたものについて、具体的な内容または、その理由をご記入下さい。（講義内容へのご意見も自由にご記入下さい）



### 3 研修後の意向について

今後の業務に、研修内容を“活かせそうか(できそうか)”を1～4の4段階で評価して下さい。

	スライド	主な講義内容	すぐにも 活かしたい	機会あれば 活かしたい	あまり 活かせなさそう	ほとんど 活かせなさそう
知識	1～4	入院時の留意点、症状と要因・誘引 など	1	2	3	4
	5～6	認知症の人の理解	1	2	3	4
	7～11	ケアの基本、コミュニケーション、BPSD への対応	1	2	3	4
	12	病棟での重要なケアの視点	1	2	3	4
対応力	1～5	アセスメントの目的・留意点、ケア展開の視点	1	2	3	4
	6～12	コミュニケーションのとり方（事例とポイント）	1	2	3	4
	13～19	術後・処置への対応（事例とポイント）	1	2	3	4
	20～24	せん妄（事例とポイント）	1	2	3	4
	25～29	身体拘束（事例とポイント）	1	2	3	4
	30～35	転倒（事例とポイント）	1	2	3	4
連携等	1～2	連携の必要性和効果	1	2	3	4
	3～6	認知症の人を支える病院と地域の連携	1	2	3	4
	7～12	管理者の視点、管理者として行ってほしいこと	1	2	3	4

### 4 認知症対応力研修についてのご意見

研修の形式面について、もっともよく当てはまるものに○を付けてください

(本日の研修 90 分を基準としてください)

①研修時間 1 内容のわりに長い(もう少し短い方がよい) 2 ちょうどよい 3 内容のわりに短い(もう少し長くてもよい)  
4 その他( )

②研修の実施形態 1 病院単位がよい 2 集合研修がよい 3 個人受講がよい(DVD やネット配信)  
4 その他( )

③研修内容 1 講義のみでよい 2 演習・グループ討議などもあるとよい  
3 その他( )

本日の研修内容へのご意見やご感想の他、一般病院の医療従事者向け認知症対応力向上研修(仮称)について、ご意見やご要望などありましたら自由にご記入下さい

#### ④自由意見

## 4 認知症サポート医活動実態調査

本事業委員会において検討すべき「認知症サポート医のあり方」の基礎資料として、同養成研修の実施主体である国立長寿医療研究センターの協力を得て、認知症サポート医活動実態調査を実施した。具体的には、委員会において調査項目と調査票素案までを検討し、実査を同センターが担当し、調査結果について最終委員会にて報告を受けた。

以下では、調査結果の概要を示すとともに、全集計結果および記述回答、調査票については、巻末の資料Ⅲとして掲載する。

## 認知症サポート医 活動実態調査 結果概要

### 4-1 調査目的

認知症医療連携・多職種連携における認知症サポート医の役割はますます重要となっていく中で、現在、全国で2,000名余りの認知症サポート医がそれぞれの地域で活動されているが、その実態には地域事情等による濃淡が見られる、また、認知症サポート医の役割の明確化や評価のあり方についても、議論が十分に進んでいない状況にある。

そこで、認知症サポート医の養成機関として、認知症サポート医の活動実態を把握し、今後の施策上の位置付けや方向性の検討のための基礎資料を得ることを目的とする。

### 4-2 調査概要

- |            |                                    |
|------------|------------------------------------|
| 4-2-1 調査対象 | 平成 17～23 年度養成の認知症サポート医 2,007 名     |
| 4-2-2 調査主体 | 国立長寿医療研究センター（長寿医療研究開発費 課題番号 24-24） |
| 4-2-3 調査期間 | 平成 25 年 1 月 10 日 ～ 2 月 1 日（投函〆切）   |
| 4-2-4 回収状況 | 回収票 957 票（回収率 48.5%） ※郵送不達 33 件    |

### 4-3 調査結果

#### 4-3-1 認知症サポート医の現状と活動実態

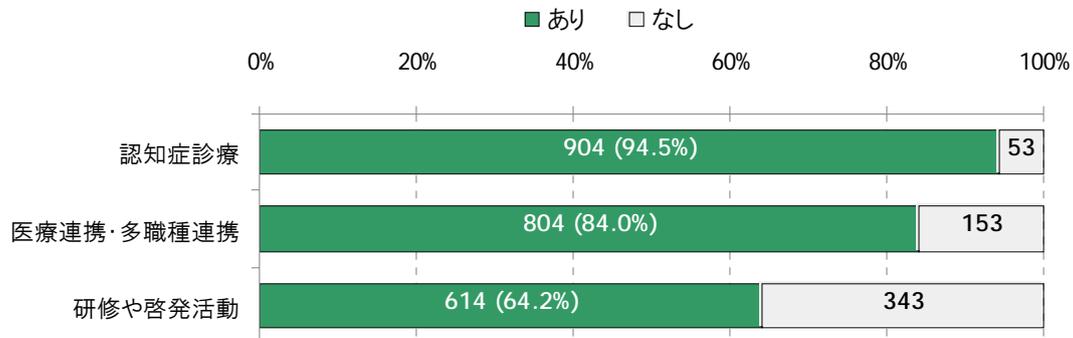
##### (1) 現状

診療科の構成割合は、「内科」が 48.9%、「精神科」27.2%、「神経内科」8.3%であった。初年度(H17)では「内科」と「精神科」で 4 割ずつであったが、直近は、「内科」が約 5 割に増加する一方、「精神科」は 2 割強と半減していた。また、認知症関連 6 学会の「専門医」は 41.4%であった。うち、「精神神経学会」が 55.1%、「神経学会」24.5%、「老年精神医学会」21.0%であった。

(2) 活動実態

認知症サポート医として日常活動があるとした割合は、①認知症診療では 904 人(94.5%)、②医療連携・多職種連携では 804 人(84.0%)、③研修・啓発活動では 614 人(64.2%)であった。

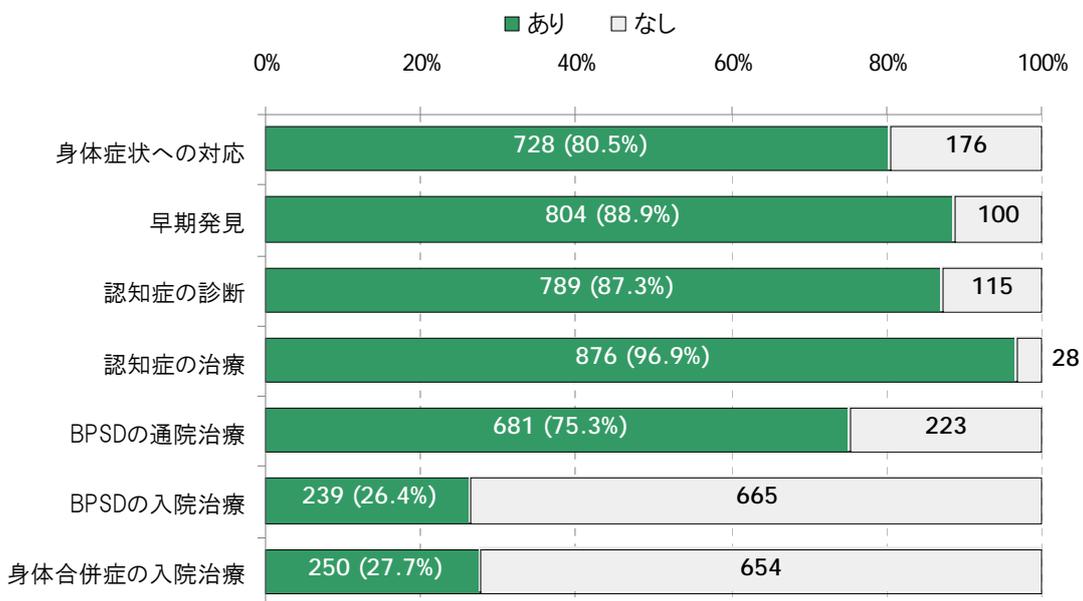
なお、①診療、②連携とも「なし(していない)」としたのは 64 人(6.7%)であった。



4-3-2 診療、連携、研修・啓発の具体的な活動状況

(1) 診療

「治療」が 96.9%、「早期発見」が 88.9%、「診断」が 87.3%と 9 割前後で「あり」となった一方で、「BPSDの通院治療」は 75.3%と若干減少していた。BPSD や身体合併症の入院治療は、設備の関係から「あり」は 3 割未満にとどまった (入院機能ある医療機関は約 4 割)。



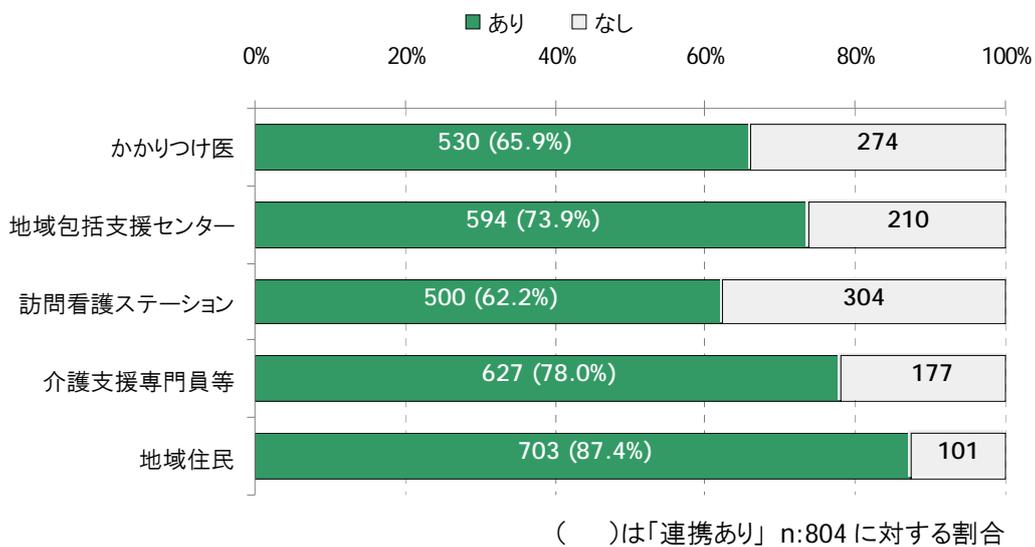
( )は「診療あり」 n:904 に対する割合

## (2) 連携

連携の相手先として、「地域住民」で87.4%、「介護支援専門員等」が78.0%、「地域包括支援センター」が73.9%と8割近くとなった。一方、「かかりつけ医」は65.9%と相対的に低い割合にとどまった。

かかりつけ医との連携では、内科で40.2%、精神科で93.6%と大きな開きがあった。学会専門医の有無別でも同様の傾向がみられた。もっとも、具体的な連携の内容別では、「確定診断」、「処方・服薬」以外の「家族支援」「ケアマネ連携」などは、内科や学会専門医なしの方が高い割合で実施していた。

また、地域包括支援センターとの連携では、診療科や学会専門医の有無による特徴的な差異は認められず、認知症サポート医の属性による違いは重要でない点がかがえた。



## (3) 研修・啓発

研修・啓発活動への企画・立案や講師としての関わりは、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」83.1%、「多職種研修」79.3%、「地域住民向けセミナー」83.4%と、いずれも8割前後の割合を示した。

### 4-3-3 認知症サポート医に関する意見等

記述回答のうち、活動上の課題として挙げられた上位3つは、「地域連携の仕組み・体制作り」への意見が77件、「市町村行政や地域包括支援センターへの周知・広報の不足」が41件、「認知症サポート医の役割や機能の明確化」が36件であった。

### Ⅲ 考 察

委員会における検討(各ワーキング委員会での検討・作業を含む)、および、認知症サポート医活動実態調査の調査結果を踏まえ、本事業として以下を考察する。

#### 1 認知症サポート医の個々のレベルにおいて、診療、連携、研修の活動は概ね行われている

認知症サポート医の活動は客観的な把握が難しく、地域によって主観的な評価が分かれる面もあるが、今回の活動実態アンケートによって、個々のレベルにおいて、認知症診療、医療・多職種連携、研修・啓発の基本となる3分野において、高い割合で活動実態があることが把握できた。もっとも、連携では、地域住民や地域包括支援センターとの活動は行われている反面、かかりつけ医等との医療連携については相対的に低く、充実・改善が求められる点もある。

これらの活動実態に鑑みれば、既存の資源である認知症サポート医(医療機関)を、地域の認知症対応に関する住民、介護事業者、かかりつけ医等にとっての身近な拠点として、また、専門医療機関との間を結ぶ拠点として、十分に活用していくことが必要である。

#### 2 役割・機能の明示や方向性提示には、診療科や学会専門医の状況を踏まえた検討が必要

認知症サポート医は、直近の養成研修では約半数が内科となり、今後、同科を主な診療科とする医師がメインとなることが予想され、また、認知症関連6学会の専門医でない医師も6割を占めることが分かった。

具体的な認知症診療の内容、医療・多職種連携の内容詳細をみても、「精神科、神経内科」と「内科」、また、「学会専門医」と「非専門医」では、活動の実態が異なる傾向がみられ、今後の認知症サポート医の役割・機能の明示や活用の方向性の提示においては、これらの状況(診療科や学会専門医の構成割合等)を十分に踏まえた検討も必要と考える。

#### 3 地域における認知症サポート医の活用には、行政と地域包括支援センターの理解が不可欠

認知症サポート医が個々の活動にとどまらず、地域の認知症対応に関する仕組みの中で、連携等の一定の役割を果たしていくためには、その機能・役割が、市町村行政や地域包括支援センター等から広く認知・理解されることが不可欠である。そのため、国や都道府県・指定都市から、市町村さらに地域包括支援センターに対する情報提供・広報を強化する必要がある。

認知症サポート医同士のつながりから仕組み作りに展開していく例もみられるが、市町村行政、各地域包括支援センター、地域医師会等によって、いかに認知症サポート医に活動してもらうか、認知症対策等総合支援事業等の活用による費用手当等の周辺対応を含め、地域づくりの一戦力として活用されることが望まれる。

**【参考資料】**

**資料 I 認知症サポート医養成研修テキスト（PPT スライド）**

[役割-1]

## 認知症サポート医の機能・役割



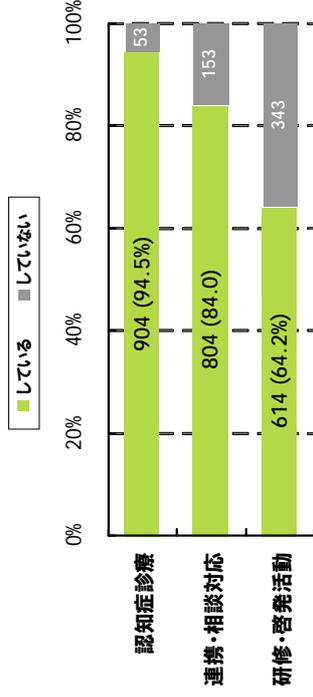
### 機能・役割

- 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連携の連携作り
  - 3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発
- 地域における「連携の推進役」を期待されている**

[役割-2]

## 認知症サポート医の活動状況

[n=957] H17～23までに養成研修を受けた認知症サポート医へのアンケート



認知症診療：「診断」、「早期発見」、「治療」などに対応しているとした回答

連携・相談対応：「かかりつけ医」、「地域包括支援センター」との連携や相談への対応をしているとした回答

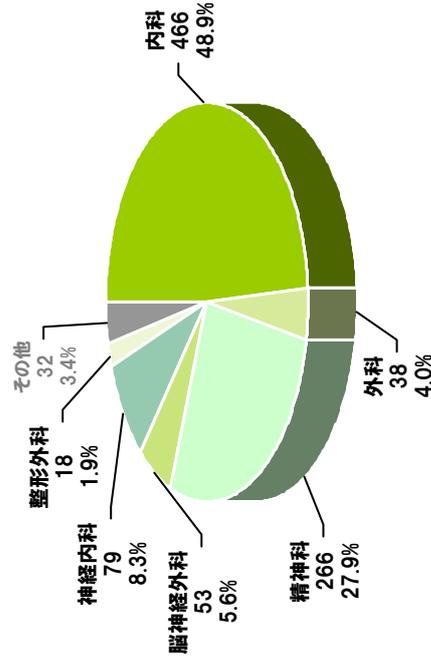
研修・啓発活動：「かかりつけ医や多職種研修」、「住民セミナー」への協力をしているとした回答

【出典：平成24年度老人保健健康増進等事業における調査】

[役割-3]

## 認知症サポート医の診療科の内訳

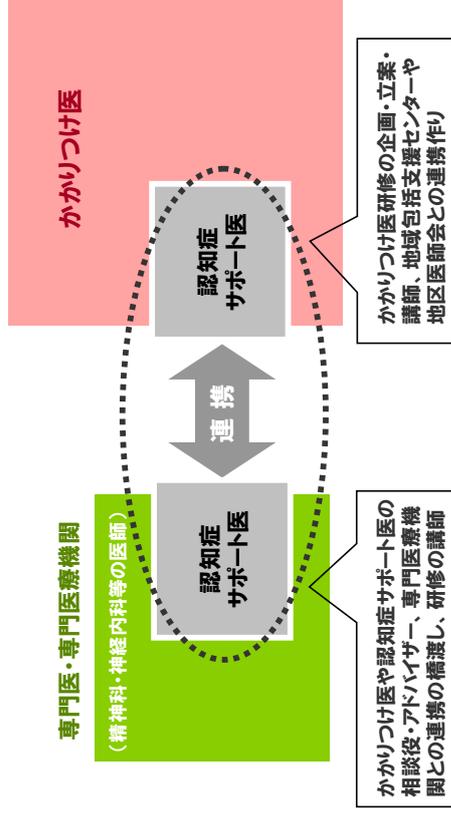
[n=957] H17～23までに養成研修を受けた認知症サポート医へのアンケート



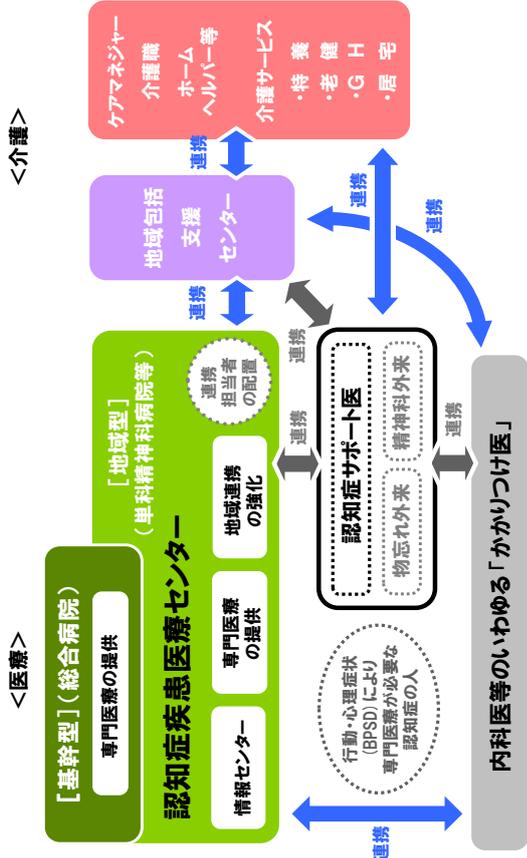
【出典：平成24年度老人保健健康増進等事業における調査】

[役割-4]

## 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



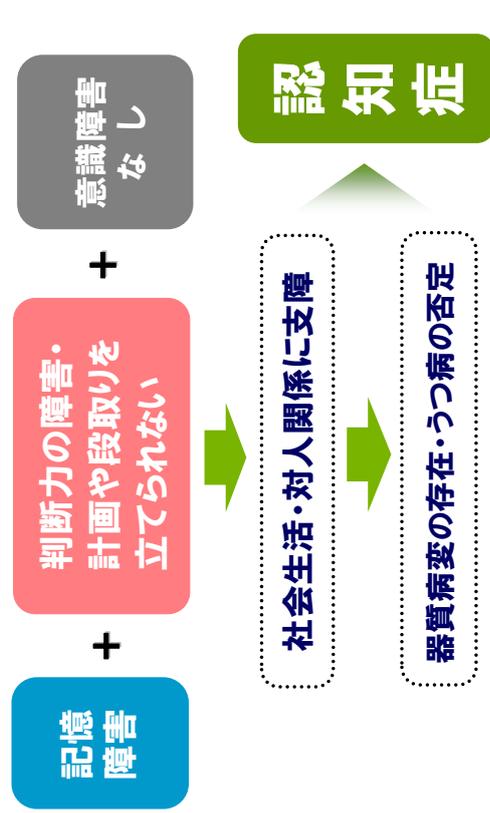
### 認知症疾患医療センターの機能と連携



### 早期発見・早期対応の意義

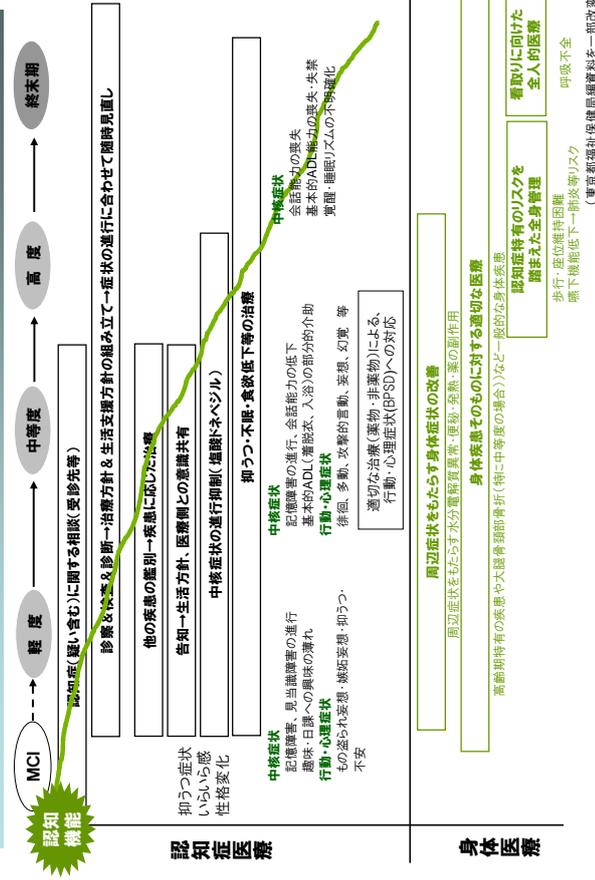
- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により 認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

### 認知症の診断基準 (DSM)



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

### 認知症の経過と必要な医療 (アルツハイマー型認知症等慢性疾患の場合)



(東京都福祉保健局調査資料を一部改変)

## 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)

## うつ病と認知症の関係

1. 独立した疾患としてのうつ病 ➡ 認知症との鑑別が問題に  

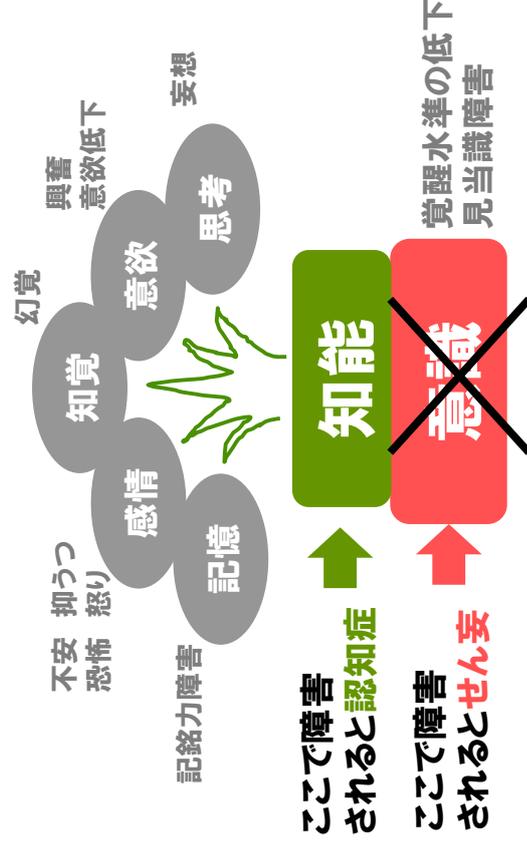
2. 認知症に先行するうつ状態 ➡ 今後 認知症が出てくるかもしれない (DLBで時に見られる)  

3. 認知症の症状としてのうつ状態 ➡ 今 認知症があるかもしれない  


## 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

## せん妄の概念



## 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	変動性	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	関与しない

## 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

## せん妄の原因となる主要な薬剤

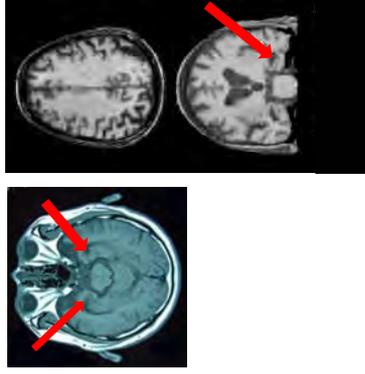
- 抗パーキンソン病薬
- 抗コリン薬
- 抗不安薬
- 抗うつ薬
- 循環器用薬
  - :ジギタリス、βブロッカー、利尿薬
- H2受容体拮抗薬
- 抗癌薬
- ステロイド

## DSM-IV-TR(米国精神医学会診断統計便宜第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

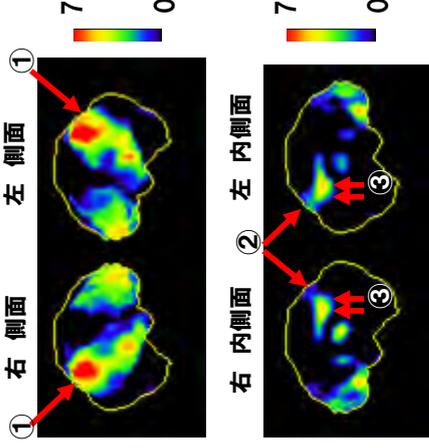
## アルツハイマー型認知症の画像

典型的なADのMRI画像



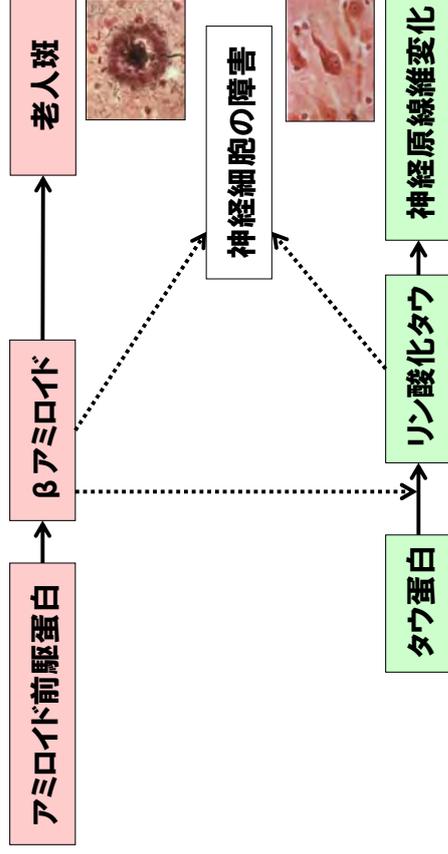
側脳室下角の開大と海馬の萎縮

典型的なADのSPECT画像



①頭頂側頭連合野 ②楔前部 ③後部帯状回での血流低下

## アルツハイマー型認知症の病態 (アミロイド仮説)



## 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

## レビー小体型認知症の診断基準②

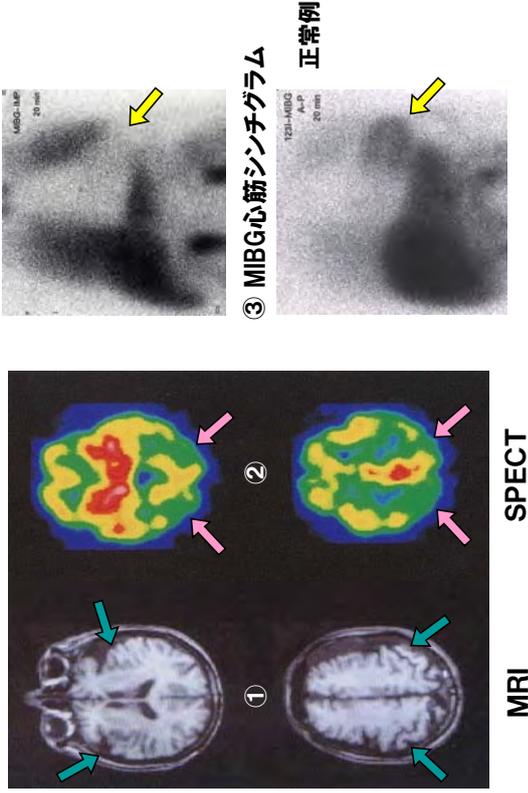
### 3. DLBの診断を示唆する症状

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

## レビー小体型認知症の画像



## 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)

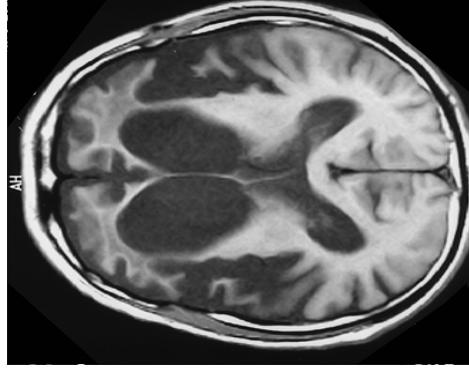
3) 疫学:
 

- ・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

## 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
  - 脱抑制的行動、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

## 前頭側頭型認知症のMRI画像



## 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

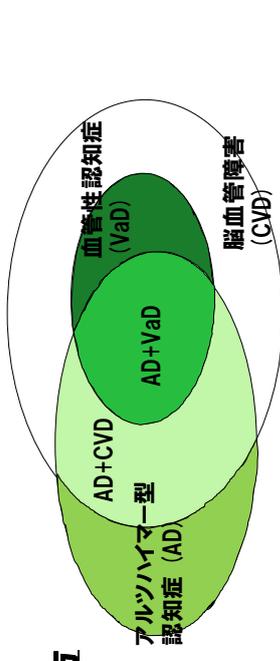
Roman GC et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies-Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-260

## 血管性認知症の考え方の変化

### これまでの考え方

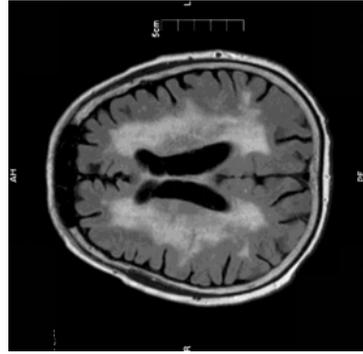


### 最近の考え方

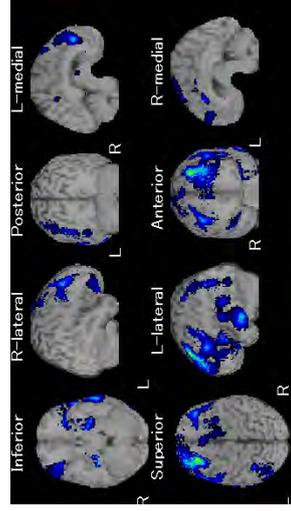


## 血管性認知症の画像

### MRI

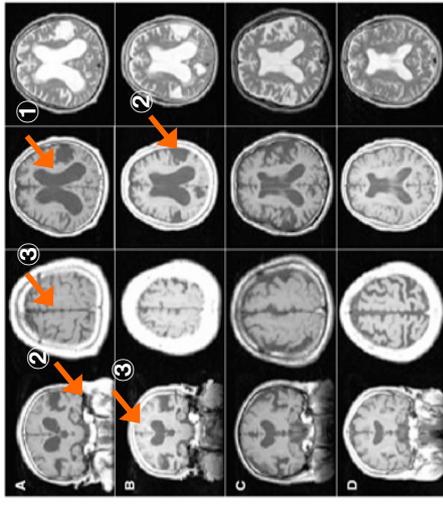


### SPECT



## 突発性正常圧水頭症 (iNPH)

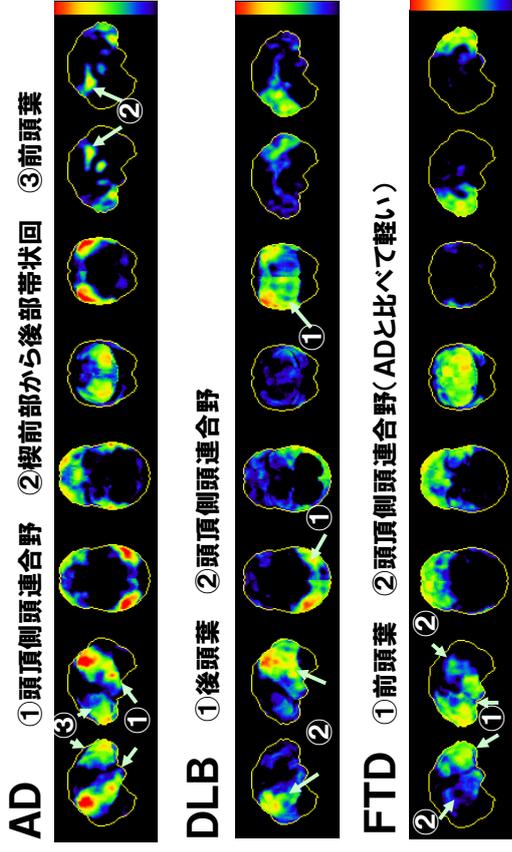
- 水頭症を来す原因疾患がない
- 高齢者に多く見られるが正確な発症頻度は不明
- 歩行障害、尿失禁、認知症が緩徐に進行
- 適切なシャント術によって症状が改善する可能性がある
- 特徴ある画像所見を呈する
- 髄液除去テストを行い上記症状が改善
- 病理学的な裏付けはない



## 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 海馬、側頭葉 の萎縮 (初期には 目立たない)	DLB レビー小体型 海馬の萎縮	FTD 前頭側頭型 前頭の萎縮	VaD 血管性 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
MRI CT				
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と比べて 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		

## 認知症各病型の典型的なSPECTパターン



## 認知症初期の発見のポイント

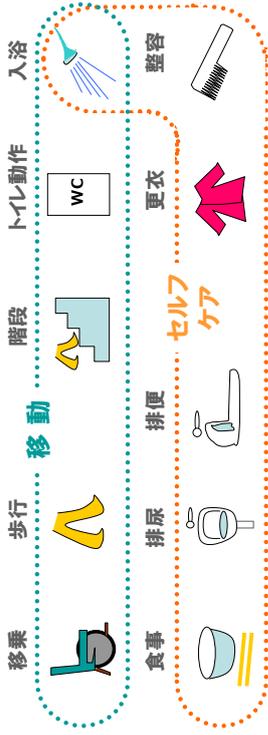
1. 最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。
2. 予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする。
3. 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常がみいだせない。
4. 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる。
5. 前回行った検査を全く覚えていない。
6. 受診のたびに同じ話を繰り返す。
7. 入院すると不穏になる。
8. 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。

## 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くか
  - ・料理の味付けはどうか
  - ・いつも同じ料理ばかりではないか
- 本人への質問
  - ・火事に出会ったらどうするか
  - ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

# ADLのアセスメント

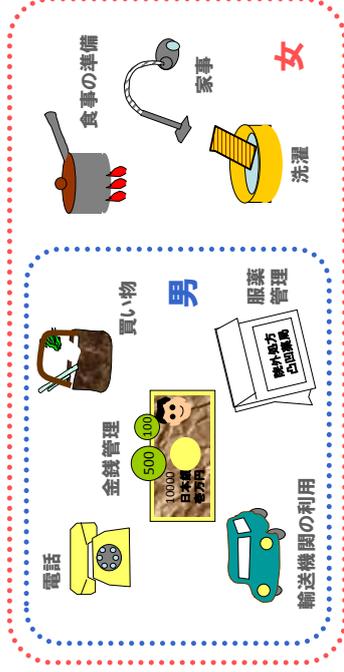
● Barthel Index



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

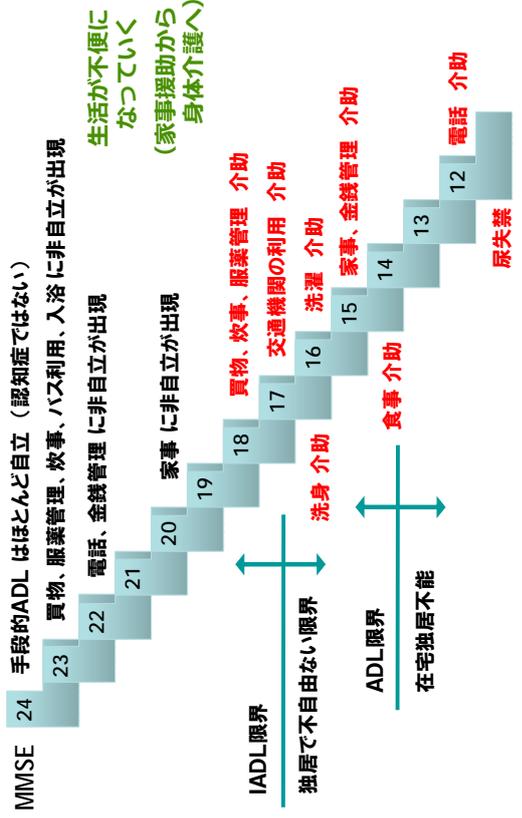
# IADLのアセスメント

● IADL (Lawton) = 独居機能の評価



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

# MMSEの程度とADL/IADLの関係



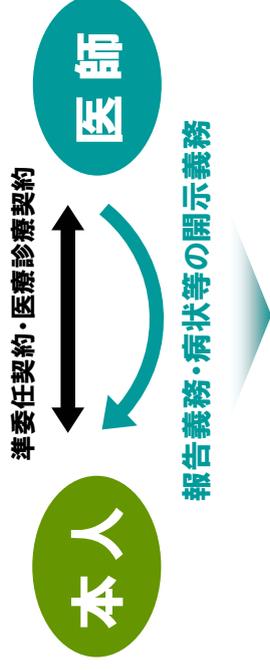
# FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

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にか、なだめず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。

## CDRによる重症度アセスメント

	なし(0点)	軽微(1点)	中等度(2点)	重症(3点)
記憶	記憶の断片的な物忘れ	中等度の記憶障害 障害は最近の出来事についてより著しい。障害は日々の生活を妨げる	重度の記憶障害 十分に学習したことのみに限らずに消失	重度の記憶障害 断片的なことのみに記憶に残存
見当識	十分に見当識がある	時間的前後関係に中等度の困難がある 障害は場所についての見当識は正常、他の場所についての地理的見当識は軽微または見当識がない	時間的前後関係に重度の困難がある。たいていの場合、時間的前後関係は障害され、地理的見当識もほぼは障害される	自分についての見当識のみが保たれている
判断力と問題解決能力	日常の問題を解決し、必要な上での判断力と問題解決能力を十分に発揮できる	問題解決、類似点および相違点を程度に軽微の障害がある	問題解決、類似点および相違点に軽微の障害はない。社会的判断力は障害されていない	報告義務・病状等の開示義務
地域社会の活動	仕事、買い物、ボランティア、社会集団において通常のレベルでは自立して機能する	左記の活動のいくつかに、まだ関わっているかもしれないが、自立して機能できない	家庭外において、自立して機能するようには見えない	本人
家庭および趣味	家庭生活、趣味および社会的関係の十分な保持	家庭生活、趣味および社会的関係は軽微に障害されている	家族の関与のみ維持、非常に限られた関与がみられる	医師
身の回りの世話	自分の面倒は自分で十分とることができる	促すことが必要	着衣、衛生、身の回りの世話の確保などに手伝いが必要	準委任契約・医療診療契約

## 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

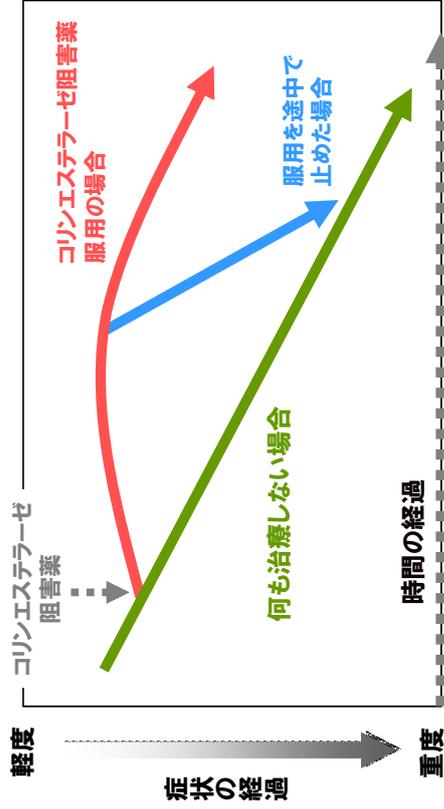
## 認知症の人への支援

- 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

## 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

## 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



## 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

## コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE阻害 (アセチルコリン エステラーゼ阻害)	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)

## 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)

## メマンチンの副作用

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

## 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**

## 何をもちっ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。

## 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)

## レビー小体型認知症の注意点

- 認知機能の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。

## 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がある
- 全経過を通じて介護負担が大きいが、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

## 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

## 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

## 不適切な環境・ケア

- **不適切な環境**
  - 物理的環境 暑い・寒い・騒音がある  
音が反響する・暗い・広すぎる空間 など
  - 人的環境 不適切な対応をする介護者
- **不適切なケア**
  - 悪性の社会心理に関する17の要因
    1. だます 2. できることをさせない 3. 子供扱い
    4. おびやかす 5. レッテルをはる 6. 汚名を着せる
    7. 急がせる 8. 主観的現実を認めない 9. 仲間外れ
    10. もの扱い 11. 無視する 12. 無理強い 13. 放っておく
    14. 非難する 15. 中断する 16. からかう 17. 軽蔑する

基本的に認知症の人の不安を増すようなケアを避ける

## 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

## BPSDに対する薬物療法のポイント

	適 応	推奨度 (グレード)	特 徴
クエチアピン	興奮 不安、幻覚妄想	B C1	DMIに注意
リスペリドン	興奮、不安、幻覚妄想	B	切れ味よい 液剤あり 動作緩徐おこしやすい
パルプロ酸		C1	パーキンソニズムがあるとき
抑肝散	レビー小体型認知症 のBPSD	C1	
パキシレチン	FTDの常同行動、 脱抑制、性的逸脱	C1	

グレードB：科学的根拠があり行うようにすすめられる  
グレードC1：科学的根拠がないが行うようにすすめられる

## 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

## 認知症高齢者の将来推計

将来推計(年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	(単位:万人)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280 9.5%	345 10.2%	410 11.3%	470 12.8%	

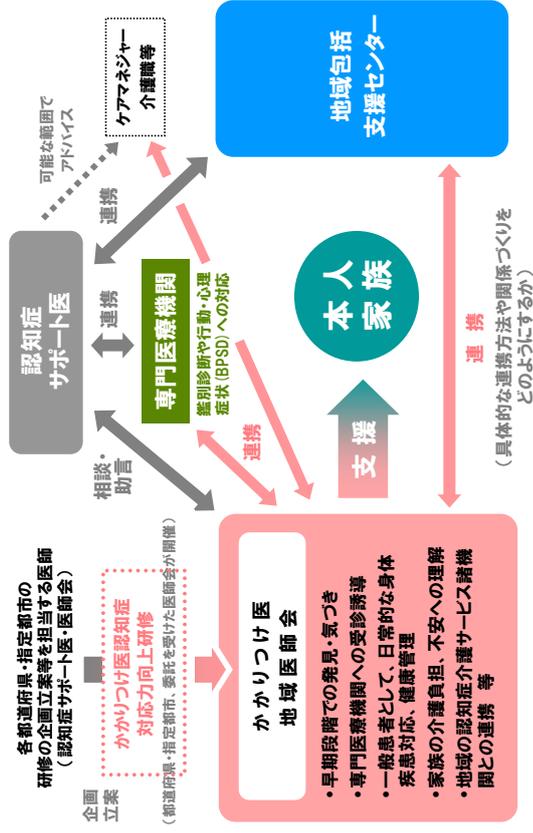
※平成24年(2012)を推計すると 305万人となる

※下段は、満65歳以上人口に対する比率

## 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、行動・心理症状 (BPSD) 等がみられ、 専門医療が必要

## 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



## 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

## 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 ～

### 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

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

## 日常生活圏域を基本としたサービス体系の構築

### 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

## 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式

### 【共通の視点】

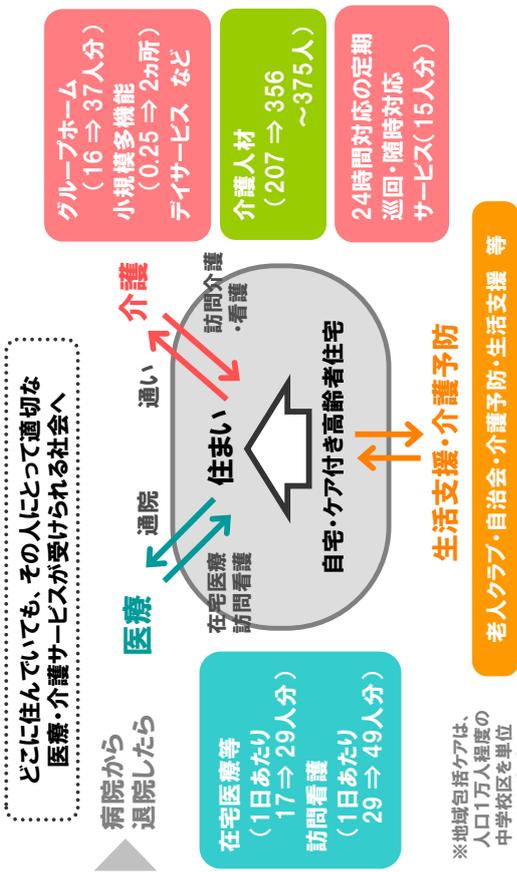
1. その人らしいあり方
2. その人の安心・快
3. 暮らしのなかでの心身の力の発揮
4. その人にとっての安全・健やかさ
5. なじみの暮らしの継続（環境・関係・生活）

(URL:<http://www.itsu-doko.net/center/01.html>)

## 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

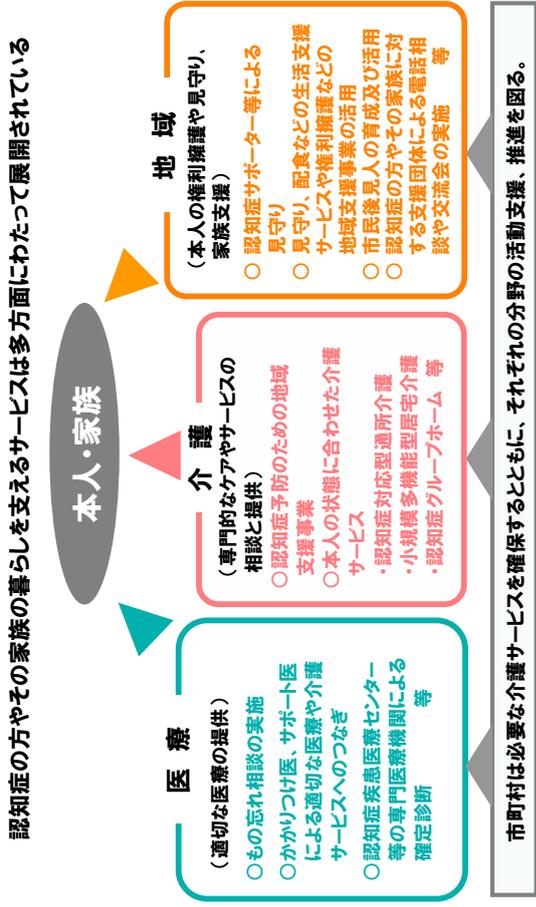
## 地域包括ケアシステム（人口1万人規模の場合）



## 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
  - 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）

## 認知症の人への支援体制～医療・介護・地域の連携～



## 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

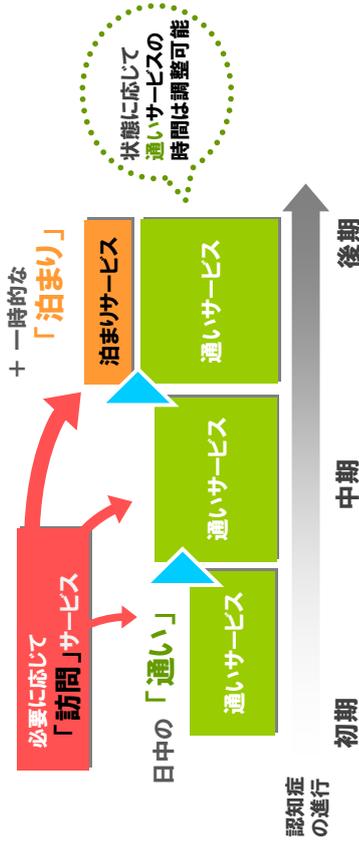
## 地域密着型サービス

- 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名以下の介護専用型特定施設）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下の特別養護老人ホーム）
- 複合型サービス（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

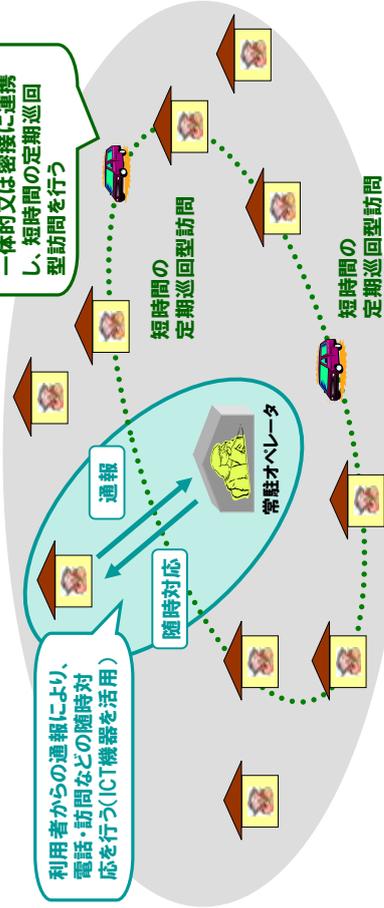
「通い」を中心として、要介護者の状態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援

サービス機能 **通い・訪問・泊まり** のイメージ



## 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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

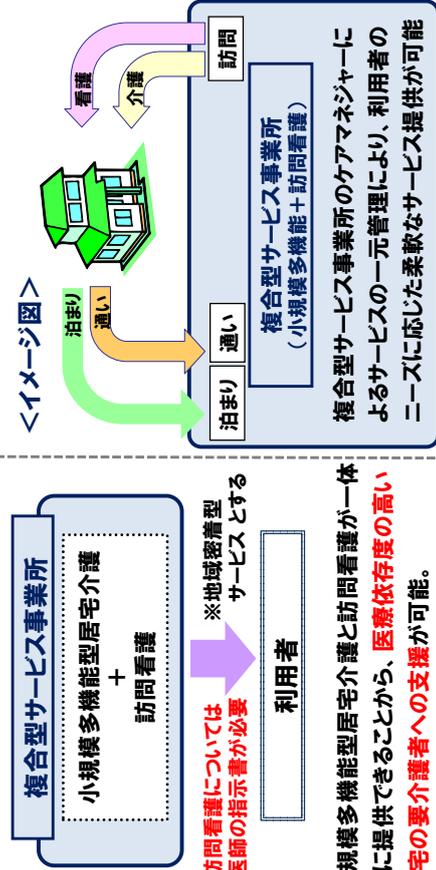


※ **訪問看護**についての医師の指示書が必要であり、地域の医療機関との連携が重要

※ 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

- 複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供創設する。(まずは、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組合せとする)
- 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。



小規模多機能型居宅介護と訪問看護が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。

## 介護予防サービス

### ● 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、うつ等の予防・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~)

## 介護予防・日常生活支援総合事業

- 市町村の選択により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設
- 導入した市町村は、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断

利用者像  
 ・要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供  
 ・虚弱、ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入  
 ・自立や社会参加意欲の高い者には、社会参加や活動の場を提供

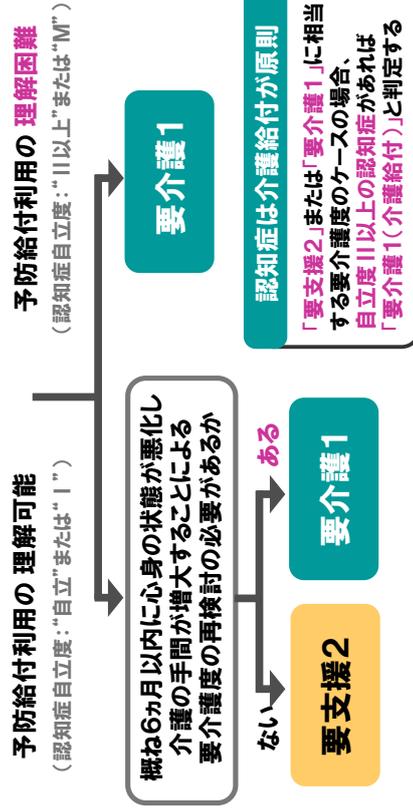


※ケアマネジメント・介護予防・生活支援は、「介護予防・日常生活支援総合事業」において必ず実施

## 要支援・要介護認定

### 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(予防給付)」または「要介護1(介護給付)」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

## 認知症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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・HDS-R15/30</li> <li>・記憶と見当識の障害が高度</li> <li>・全く意思疎通ができない</li> </ul>
(2) 日常生活活動	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬の飲み忘れが多い</li> <li>・トイレがわからず部屋の中で排泄する</li> </ul>
(3) 行動・心理症状	<ul style="list-style-type: none"> <li>・不安が強い</li> <li>・ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される</li> </ul>
(4) 処方内容とその影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
(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"> <li>・現在デイサービスを週3回利用している</li> <li>・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</li> </ul>

## 認知症の日常生活自立度の判断

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

B P S D

## 認知症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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・独居</li> <li>・公団の4階に住んでいてあまり外出しない</li> </ul>
(7) 家族の状況と介護負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の妻と二人暮らしである</li> <li>・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</li> </ul>
(8) 経過・頻度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ADLは悪化しつつある</li> <li>・徘徊の頻度は増加している</li> </ul>
(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"> <li>・しばしば経済被害を受けている</li> <li>・今後、家人へ暴力をふるう危険がある</li> </ul>
(10) 身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> </ul>
(11) 評価に際しての留意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症状は1日のうちでも大きく変動している</li> <li>・とりつくりののために正常にみられる</li> </ul>

## 「連携すること」のかけつけ医にとつての意味

### ●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介護支援専門員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

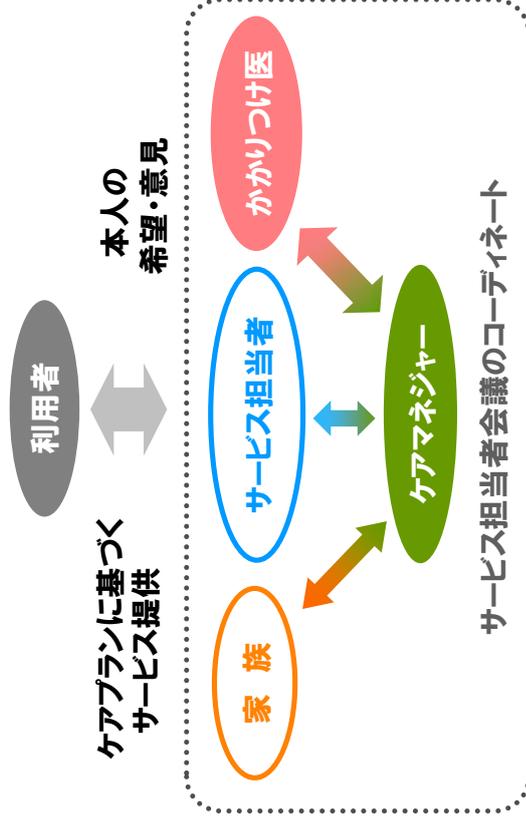
### ●主治医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる

- 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

## 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)

## ケアマネジャーとの協働



## 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

## 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

## 社会福祉士、介護福祉士等の役割

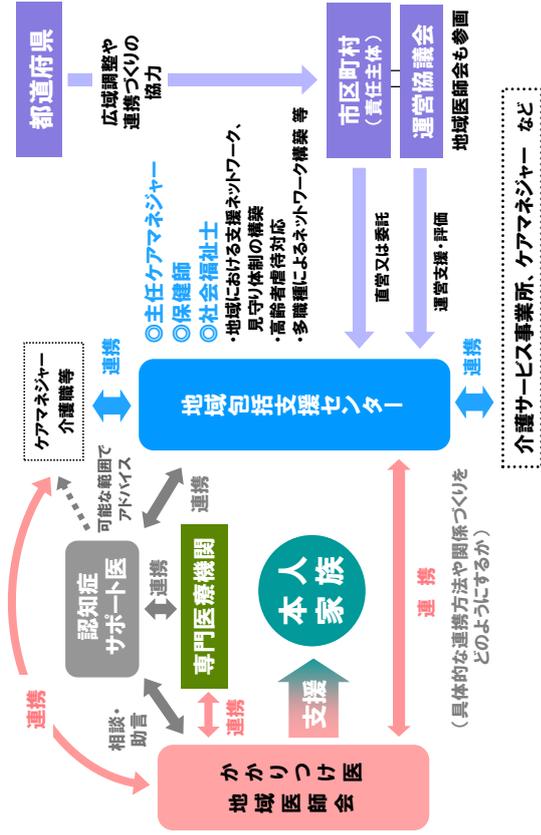
### 社会福祉士

- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築

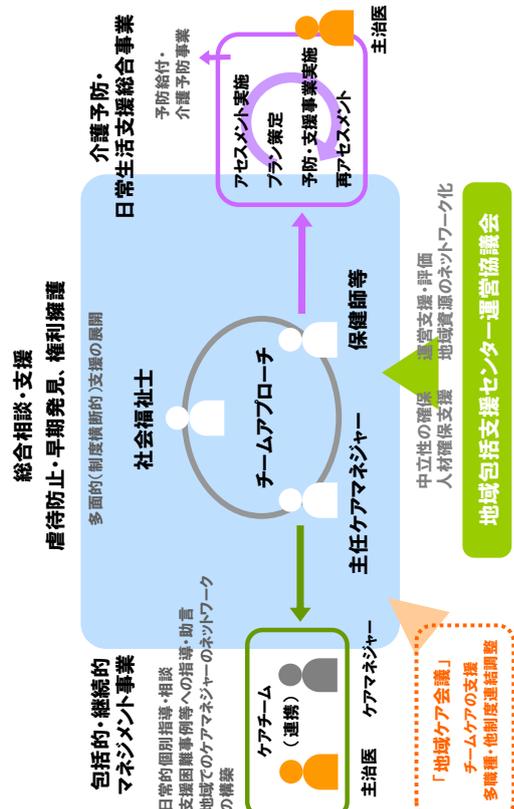
### 介護福祉士(ホームヘルパー・介護職員含む)

- 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

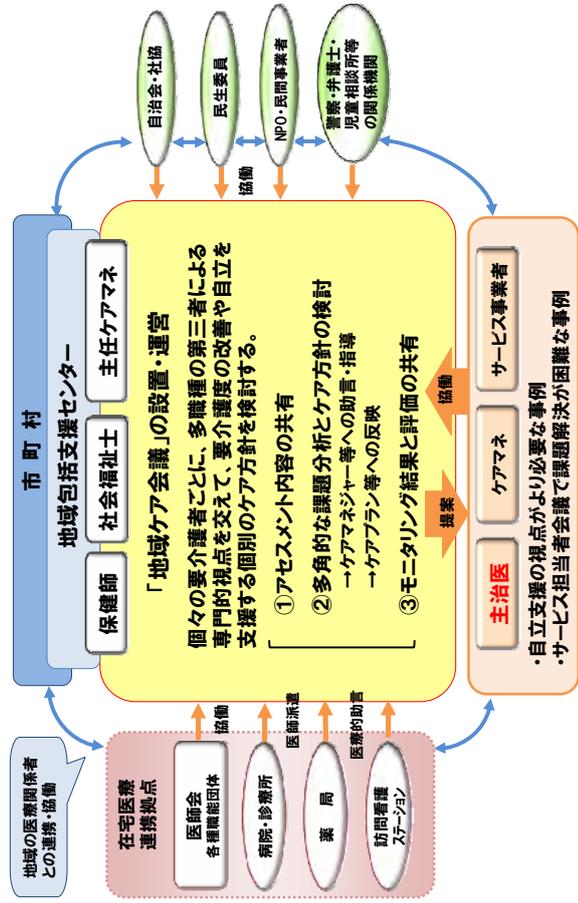
## かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携



## 地域包括支援センター



## 地域ケア会議のイメージ



## 地域ケア会議（個別会議と推進会議）

### ● 地域ケア（個別）会議

- 実務者レベルで構成
- 事例ごとに柔軟に選定
  - ・自治体職員、地域包括職員
  - ・ケアマネジャー、介護サービス事業者
  - ・医師、薬剤師、看護師、OT・PT・ST
  - ・管理栄養士、その他の専門職

### ● 地域ケア（推進）会議

- 代表者レベルで構成
  - ・自治体、包括センター
  - ・医療機関、介護事業所
  - ・社協、自治会、民生委員
  - ・その他の関係機関

### ● 個別会議の対象となる事例

- 市町村が定める選定要件

【自立支援の視点がより必要な事例】

- リハビリの視点が必要なケース
- 治療優先により改善が可能なケース

【課題解決が困難な事例】

- 医療ニーズの高いケース
- 認知症の行動・心理症状が著しいケース
- 支援拒否、地域からの孤立ケース
- 介護者に課題があるケース
- 若年者や児童を含む多問題世帯
- インフォーマルなサービスの導入が必要なケース

## 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

## 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

## 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ただければ、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

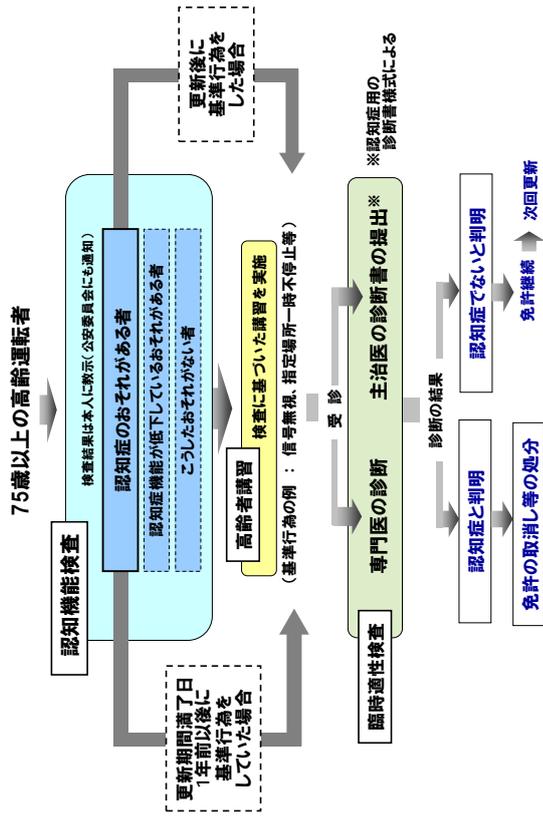
## 若年性認知症の人が利用できる主な支援制度①

- **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

## 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)

## 75歳以上の運転者の免許証更新手続等の流れ



## 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

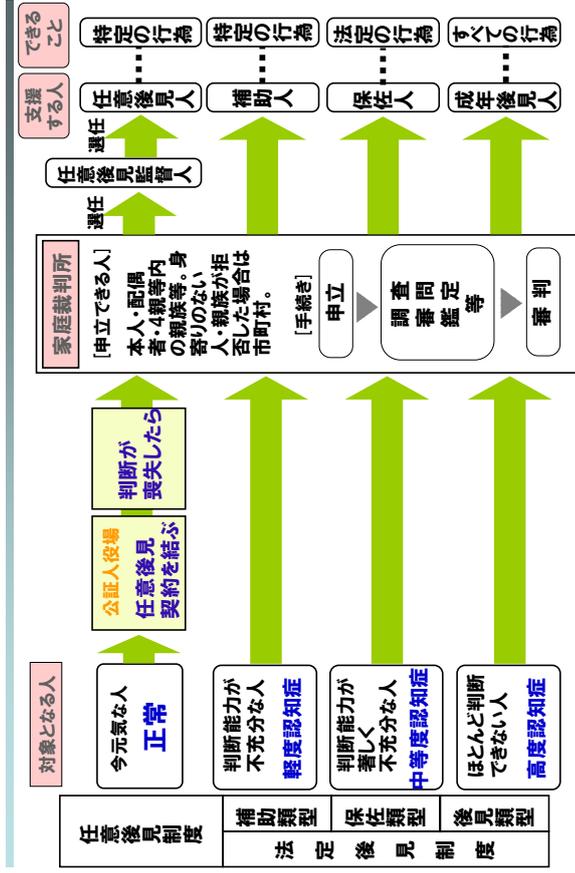
### 「措置」から「契約」へと制度を転換

- ・ **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

## 成年後見制度



## 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

## 成年後見制度の利用概況

- 平成23年の成年後見関係事件の申立件数は31,436件。
- 後見開始の審判の申立件数は25,905件、保佐開始は3,708件、補助開始は1,144件、任意後見監督人選任は645件。
- 市区町村長による申立が3,680件(前年3,108件)。
- 平成23年に終局した31,436件のうち、認容が92.7%、却下が0.2%、その他(取下げ、本人死亡等)が7.1%。
- 終局した事件のうち、2ヶ月以内に審理が終局したものが全体の79.1%(前年75.1%)であり、鑑定を実施したのは全体の13.1%(前年17.7%)であった。

## 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)

## 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69.2%であり、さらにそのうち、認知症の日常生活自立度が11以上(見守りや援助が必要)の人が69.3%であった。
- 虐待者の続柄は、息子(40.7%)、夫(17.5%)、娘(16.5%)、息子の配偶者(6.7%)の順であった。
- 虐待の種別(複数回答)では、身体的虐待(64.5%)が最も多く、次いで心理的虐待(37.4%)、経済的虐待(25.0%)、介護等の放棄(24.8%)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23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き対応状況等に関する調査結果」より

## 高齢者虐待防止における医師の役割

- 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

## 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69.2%であり、さらにそのうち、認知症の日常生活自立度が11以上(見守りや援助が必要)の人が69.3%であった。
- 虐待者の続柄は、息子(40.7%)、夫(17.5%)、娘(16.5%)、息子の配偶者(6.7%)の順であった。
- 虐待の種別(複数回答)では、身体的虐待(64.5%)が最も多く、次いで心理的虐待(37.4%)、経済的虐待(25.0%)、介護等の放棄(24.8%)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23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き対応状況等に関する調査結果」より

## 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 地域や職場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]



## 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

## 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か年計画 (H25～29年度)**

**資料Ⅱ 一般病院の医療従事者に対する  
認知症対応力向上研修テキスト（PPT スライド）**

## 一般病院医療従事者に対する認知症対応力向上研修

### 現状と課題 (研修の背景)

一般病院における、医療従事者の認知症への知識及び対応能力は十分とはいいがたく、しばしば入院した認知症の人の行動・心理症状(BPSD)やコミュニケーションの困難さによる戸惑いや混乱、看護・介護負担の増加がみられる。

そのため、認知症を理由とする入院拒否等によって手術や処置などの必要な医療を受けることができなかつたり、時には不適切な身体抑制や安易な薬物的鎮静がなされることがある。

これらの中には、認知症に対する理解や基本的知識、具体的な対応方法が習得されることで避けられるものも多いとされる。

## 研修の目的

- 認知症への理解を深め、認知症の人や家族を支えるために必要な基本的知識と具体的な対応方法を習得する。
- それにより、認知症の人への適切な対応方法がわからないことに由来する医療従事者側の不安および看護・介護負担を軽減させる。
- それらを通じて、認知症の人が一般病院でも分け隔て無く受け入れられ、必要な医療および適切なケアを受けられることができる体制を構築する。

### [知識-1]

## 認知症について

認知症は病名ではありません

種々の原因疾患により認知機能が低下し、生活に支障が出ている状態(6か月以上継続している状態)。一過性のせん妄との区別が必要。

認知症の主な原因疾患

- 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
- 前頭側頭型認知症(ピック病など)



65歳以上の10人に1人は認知症

年	2012年 (平成24年)	2015年 (平成27年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)
認知症高齢者数*	305万人	345万人	410万人	470万人
65歳以上に占める割合	9.9%	10.2%	11.3%	12.8%

(厚生労働省 認知症高齢者数の将来推計より 平成24年8月24日発表)

\*認知症の人の人数:介護保険サービス利用者の中で、「認知症高齢者の日常生活自立度」が1以上の人の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に算じて推計。2012年は実数。

### [知識-2]

## 認知症の人の入院加療・退院を スムーズに進めるために

一般の人以上に、身体的、環境的、心理・社会的な要因による影響を受けやすい特徴があります。

そのために、以下の点を理解しておきましょう。

- 認知症の人がたどる経過と入院
- 入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因
- 本人が体験していること
- 認知症の人の全人的理解



## 認知症の人がたどる経過と入院

### 本人の暮らし

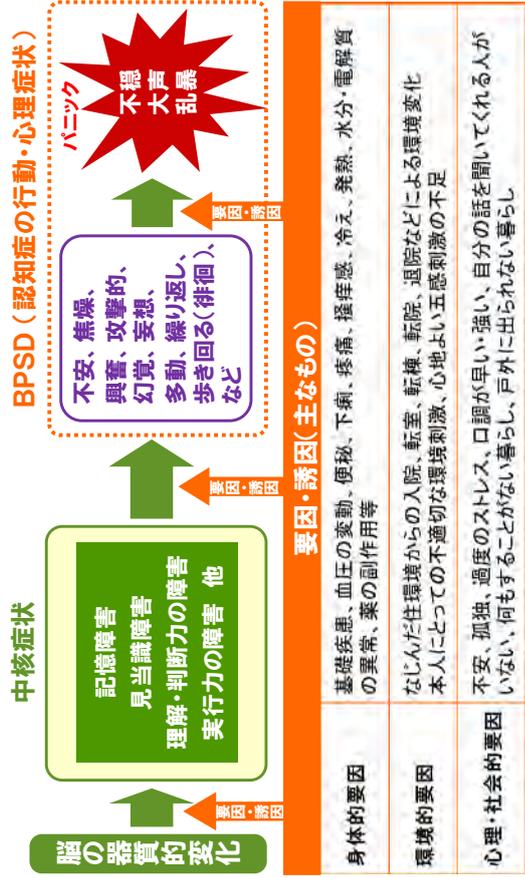
#### 認知機能低下の進行

グレイゾーン	中核症状 出現期	BPSD 多発期	障害 複合期	ターミナル期
自立した 暮らし	本人がおか しいと感じる ことが増える ・不安・イライラ ・疲れやすい	本人におこる暮らしの中での変化(主なもの) ・わがままな ことが増える ・ハニツクに 陥りやすい	できないこと が増える ・ふらつき、 転びやすい、 動けない	・食べられなく なる ・体温調節が 乱れる

どの時期、段階(ステージ)での入院なのか、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮・留意した対応が必要になります。

参考・永田久美子監修・著：認知症の人の地域包括ケア、日本看護協会出版会、P12-13、2006

## 入院の際に留意が必要な 認知症の症状と要因・誘因



参考・永田久美子:11認知症高齢者の理解とケアの変遷、正木治恵監修・改訂版老年看護学、日本放送出版協会 P196、2011

## 本人が体験していること

ここがあなたのベッドです。トイレは廊下の向こう側にあります。何かあればこのナースコールを押してください。勝手に動かないでください。



相手のことや話を理解する力、憶えておく力が低下しています。ふだんどおりの説明では、本人に伝わりにくく、不安や混乱を引き起こす場合があります。

## 認知症の人の全人的理解 (本人の有する力や生活習慣、意向に目を向ける)

表面的な状態だけで本人を判断したり対応しない。

- 本人が持っている力やこれまでの生活習慣を知り、本人の意向を把握
- それらを理解した対応により、認知症がある人も安定した入院生活が可能
- 入院時の適切な理解と対応が、その後の経過や生活に大きく影響
- スムーズな入退院には、家族や入院前後の医療職・介護職との情報共有が必要不可欠

## 認知症ケアの基本

- ① その人らしく存在していられることを支援
- ② “分からない”人とせず、自己決定を尊重
- ③ 生活歴を知り、生活の継続性を保つケア環境
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えたケア
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 退院・社会復帰を視野に入れたケア
- ⑦ 最期の時までを視野においたケア

## 行動・心理症状(BPSD)への対応

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

BPSDには ①必ず何らかの意味があり、  
②その人からのメッセージとして聴くことが重要

### 【要因】

中核症状のさまざまな身体症状、孤立・不安、  
不適切な環境・ケア、睡眠や生活リズムの乱れ など

### 【対応】

- ① 置かれている環境や健康状態・心理状態を考慮して  
対応、必要であれば身体状態への医学的対応も  
(薬物の調整が必要な場合もある)
- ② 個々の生活歴が参考となり、対応の工夫に

## コミュニケーションの工夫

### 【特徴】

- ① 病状の進行、さまざまな身体・心理状態の変化など  
によって、コミュニケーションレベルは影響される
- ② 非言語的コミュニケーションが多く割合を占める
- ③ 視覚・聴覚など、さまざまな加齢変化もある

### 【工夫】

- i) 表情や声の抑揚、行動、歩き方、身体反応などに現れる意思を把握する。
- ii) 空間や自然、時間などを含む環境すべてが  
コミュニケーションであると考える。

## 対応の違いでみるせん妄と認知症

認知症と間違えられやすい症状に **せん妄** がある

⇒ 身体疾患と薬物に起因するものが多く、  
治療することによって**症状改善**が図れる

### 【症状の特徴】

- ・意識障害がある
- ・起始が明確である
- ・夜間に増悪することが多い

### 【留意点】

- ・身体状態、病歴や投与されている薬剤などに  
注意を向けることが重要

## 身体拘束にあたる項目

- 1 徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 3 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6 車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったたりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテールをつける。
- 7 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- 8 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- 9 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる。
- 11 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より

## 病棟において重要なケアの視点

- ① 身体疾患で入院した場合、**周囲の人への適切な説明、認知症の人のペースの保持などに配慮する**
- ② 病院は治療優先の場であるため、**認知症の人にとって馴染みにくい場である**
- ③ **状態変化や生活環境の変化は、認知症の症状の悪化、BPSDの発生や悪化につながりやすい**  
(せん妄症状を起こしてことも多い)
- ④ **身体拘束は、BPSDの発生や悪化の要因にもなる**

認知症に対する理解が十分とは言えないケアが、BPSDを悪化させる可能性もある

## 身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点

急性期 から 病状安定期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 異常の早期発見、全身状態の観察、苦痛の緩和、安全管理</li> <li>・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援</li> <li>・ BPSDの予防・緩和</li> <li>・ 二次的障害の予防、早期リハビリテーション</li> </ul>
回復期 から 在宅に向けて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ADL拡大への援助、日常生活の再構築</li> <li>・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援</li> <li>・ BPSDの予防・緩和</li> <li>・ 退院指導</li> </ul>
慢性期 および 在宅	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 機能維持や体力増進、心理面での安寧</li> <li>・ 自分なりの方法でADLを遂行</li> <li>・ 社会生活を継続していくための援助</li> <li>・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援</li> <li>・ BPSDの予防・緩和</li> <li>・ 廃用症候群については、褥瘡の予防と処置、関節拘縮の予防</li> </ul>

## アセスメントの目的

- 1) 多面的、包括的に情報収集し、**認知症の人を全人的に理解するため**
- 2) 治療可能な健康上の問題の把握するため
- 3) 認知症の人のもっている能力を発揮した入院生活が送れるように支援するため
- 4) 認知症の人・家族にとって最も重要なことに焦点をあて、**具体的なケア計画を考案するため**

## アセスメントの留意点

- 1) 軽微な表情や言動の変化、検査データの推移から身体状況を慎重にアセスメントする
- 2) 認知症の人の生活歴、経時的変化に注目し、時間軸をもつ(入院前と現在の状態)
- 3) 認知症の人の言葉と行為・行動の意味を深く掘り下げる
- 4) チーム内で認知症の人のアセスメントに関して繰り返し話し合う

## 認知症ケアの展開における4つの視点



## 認知症の人に対する対応の基本

認知症の人に、意思も・経験もある

## 認知症の人の見ている世界を理解する

に聞いてみる。  
 の話を想像する。  
 に現状を伝えてみる。  
 の反応をみる。  
 がどのように思いか聴いてみる。  
 にどのようにするか相談する。

認知症の人

## コミュニケーションのとり方 ①

### 〈ポイント〉

- 入院、手術、処置等の特殊な経験は、経験のある人と経験のない人では、説明内容が異なる。
- 認知症の人の場合、未知のことを言語でイメージすることが困難であることが多いため、本人の経験を聴き、その経験をもとに本人がイメージできるように説明する。

[対応力-7]

## コミュニケーションのとり方②

### 〈ポイント〉

- 入院、手術、処置に対する思いを聴くことが重要である。
- 認知症の人が持つ思いにより、受け入れる姿勢が変わる。  
受け入れる姿勢によって、看護師は思いを受け取り、対応を変える必要がある。
- 認知症の人への対応時には、**適時この確認**が必要である。

[対応力-8]

## コミュニケーション：場面設定

- 80歳、男性、アルツハイマー型認知症
- 大腸の手術のため定期入院し、明日が手術予定日である。今日の21時から絶飲食の指示が出ているときの説明の場面

[

資料 35]

[対応力-9]

## コミュニケーション：悪い例

「明日の手術に差し障るので、21時から絶飲食にしてください」

〈患者はどのように思うかというと…〉

- ◇ 明日は手術？…聞いてない。
- ◇ 手術のことを家の者は知ってるのか？
- ◇ 21時に私はここにいるのか？
- ◇ 絶飲食とはどうすればいいのか？

[対応力-10]

## コミュニケーション：良い例

「明日は手術ですが、不安はないですか」

「寝る前の21時から  
飲んだり、食べたりできませんが、大丈夫ですか」

## コミュニケーション：まとめ

- 一文の中に、時期と事柄をたくさん入れない。
- 説明は、ひとつずつ確認して、話下次に進める。
- 話を進めながら、本人がどのような気持ちでいるのか確認する。

## 術後・処置への対応 ①

## 〈ポイント〉

- 認知症の人は、現状を把握することが困難なことが多い。
- 現状が把握できないと予測ができにくい。予測できない場合に不安が発生しやすい。
- 予測していないときに起こる苦痛は、耐えがたいものである。これらの心境を理解して関わる。

## 術後・処置への対応 ②

## 〈ポイント〉

- 認知症の人には記憶障害があるため、現状を医師・看護師等と共に理解しながら進めるような説明が必要である。
- 手術や処置の瞬間まで、状況を伝え、気持ちを読み取るようにする。
- 「不快」という感情をおこさないようにする。

## 術後・処置への対応 ③

認知症の人へ処置を行う場合には、**処置がわかるように状況を語る**

## 〈語る内容〉

- ◇ 本人が“今”から自分がどうなるのか、どうすれば良いのか、イメージできるように
- ◇ 医師・看護師等が“今”何をしようとしているのか、イメージできるように

[対応力-15]

術後・処置：場面設定

- 82歳、女性、脳血管性認知症
- 胃がんの術後で創部痛のあるため、鎮痛剤を適宜使用している。
- オムツ交換を行う場合。

[対応力-16]

術後・処置：悪い例

「オムツ交換しますので、横を向いてください」と言いながら動かした。

創痛が発生して大きな声を出した。

[対応力-17]

術後・処置：良い例

「手術してお腹痛みませんか、今からオムツを交換しようと思いましたが、今してもいいですか」

「オムツを交換するとき、身体を左右に向けてもらわないといけないのですが、痛みが強くなる場合があります。まず、少し向けてみましょうか。」

「これくらいの痛みがありますが、今、オムツ交換しても良いですか」

[対応力-18]

術後・処置：まとめ

- 認知症の人は記憶障害があります。関わるときには、現状をどのように理解しているか確認する必要があります。
- 看護師は、「“あれ”これはいつもと違うかもしれない」と思った時は、必ず確認を行う必要があります。
- 認知症の人の思いを理解し、医師・看護師等側の事情を説明する必要があります。

## せん妄

## 〈ポイント〉

- せん妄の場合は生活リズムをつけることを重視する。
- 生活リズムをつけるには、**かわるスタッフすべてが、環境要因であることを意識する。**
- 関わるスタッフすべてが情報を共有し、**同じ考えのもとでチームでかわる意識が必要である。**

## せん妄：場面設定

- 70歳、女性、アルツハイマー型認知症
- 出血性潰瘍があり入院する。当日、緊急手術を行い術後5日目である。
- 前夜より不眠の傾向があり、ベッドから降りようとすする行為がある。説明しても降りようとすする行為は繰り返された。明け方になり眠り始めた。

## せん妄：悪い例

医師が寝ているところに声をかけて起こし、診察をした。

そのあとから、ベッドから降りようとする動作が見られ「蛇がいる」と言い始めた。

## せん妄：良い例

医師に昨夜の患者の状態を伝える。

「今は睡眠しているときであり、覚醒するまでもう少し待ってください」と医師に伝える。

医師は診察を後に回すようにする。

## せん妄：まとめ

- 認知症の高齢者はせん妄を起こす可能性が高い、せん妄の発症を念頭においてかわる必要がある。
- せん妄は早期発見、早期対応が必要です。
- せん妄は、チームで関わる場合には、スケールなどを使用し正確に評価を行うことが重要です。

## 身体拘束：ポイント

## 〈ポイント〉

- 認知症の人は記憶障害により、説明されたことを忘れたとしても、その場の自分の気持ちは言える。
- 現状を説明し安静の必要性を説明する。看護師が分かってもらいたいという対応は、相手を安心させます。
- 身体の状況を考えながら、可能な範囲で希望をかなえるため工夫する。

## 身体拘束：場面設定

- 80歳、女性、アルツハイマー型認知症
- 骨折の受傷により入院する。
- Aさんに骨折部位の安静の必要性を説明するが、ベッド上で起き上がろうとするなど、骨折部位の安静を考ええた行動をしない。
- 説明すると「安静にするんですね」と復唱できるが、言ったあとすぐに起き上がろうとした。

## 身体拘束：悪い例

身体拘束を行い安静を守ろうとした。



興奮して大声で「なんでこんなことするの、こんなことされるなら家に帰ります」怒った。

身体拘束：良い例

「何か用事がありますか」と聞く。

どのようにしたいか問い、受傷した状況を伝え、安静の必要性を説明しながら、可能な範囲で希望をかなえる工夫を考える。

ベッド上安静の場合で、「外が見たい」という希望がある場合にはベッドで外を見に行く など

転倒：ポイント

〈ポイント〉

- 認知症の人は、疾患の症状によっては転倒を起こしやすい。疾患・障がい の理解が重要である。
- 人は環境要因であるため、認知症の人の がいいにもなりうる。
- 認知症の人の行動を洞察することが重要である。

身体拘束：まとめ

- 看護師が想像していない行動の場合には、理由を問う。
- 看護師はどのようにしたいのかを問い、どのようにしてほしいかを相談する。
- 希望をかなえるための工夫を考える。

転倒：場面設定

- 78歳、男性、レビー小体型認知症
- 誤嚥性肺炎で入院、体温は40度。抗菌剤と解熱剤の投与を行い、36度に解熱した。
- トイレに行こうと起き上がり、スリッパを履き、ベッドから立ち上がり歩き始めた時に、少しふらついた。

[対応力-31]

### 転倒：悪い例

看護師は「〇〇さん危ない」と  
大きな声をだした。

〇〇さんは、ハッと看護師の方を  
見た瞬間、バランスを大きく崩し倒れた。

[対応力-32]

### 転倒：良い例

注意をそらせることなく、  
素早く身体を支えられる距離に行く。

バランスが安定してから、ゆっくり話しかける。

看護師がなぜここに一緒にいるのが、  
伝える必要があれば伝える。

[対応力-33]

### 転倒：まとめ

- レビー小体型認知症であり、パーキンソニズム、注意障害等の症状があるため疾患の症状を理解する。
- 突然、大きな声で名前を呼ばれ、注意が散漫になり、バランスを崩してしまった。患者の状態をみてからアクションを起こす。

[対応力-34]

### 認知症の人への対応のまとめ

認知症の人の行動は援助者の鏡

援助者のイライラした気持ちは、  
認知症の人のイライラした気持ち  
をよぶ。

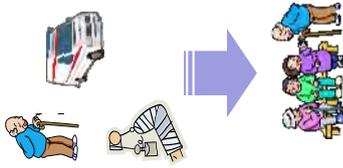
### 認知症の人に適切でスムーズな医療・ケアを提供するために

- 認知症の人がスムーズに入院加療を受け、退院してもとの暮らしに戻れるためには、本人の暮らしに関する情報を具体的に把握し、得た情報を治療、処置、療養の場面で活かしていくことで可能になります。
- そのためには、家族や地域の医療・介護職との連携が重要になります。



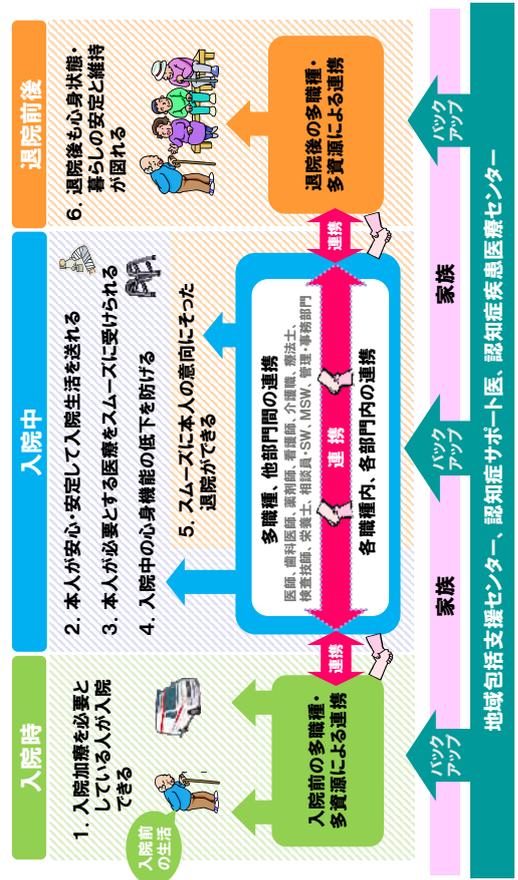
### 連携により期待される成果

1. 入院加療を必要としている人が入院できる
2. 本人が安心・安定して入院生活を送れる
3. 本人が必要とする医療をスムーズに受けられる
4. 入院中の心身機能の低下を防げる
5. スムーズに本人の意向にそった退院ができる
6. 退院後も心身状態・暮らしの安定と維持が図れる



- 認知症医療・ケアの質の向上、職員の負担軽減
- 本人の状態が安定し、よりよい経過をたどれる
- 家族の不安・負担軽減、在宅生活の継続

### よりよい経過をたどれるための病院と地域資源との連携

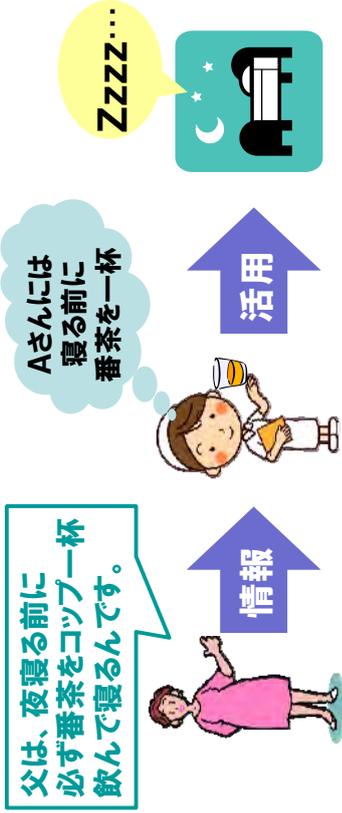


### 認知症の人を共に支える地域の連携相手



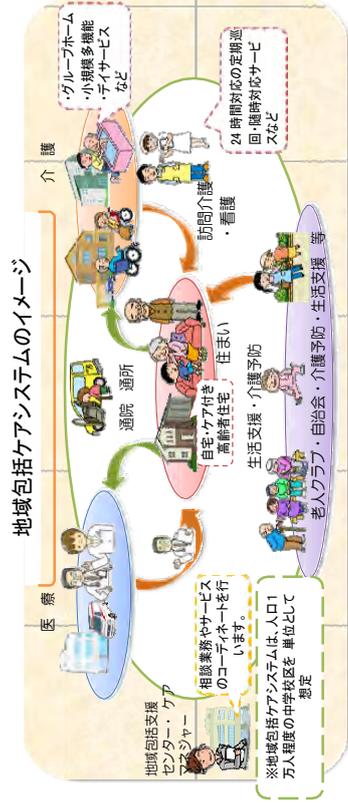
認知症の人を共に支える連携を進めていくために

- 連携相手を知ろう
- 積極的に本人の暮らしの具体情報を収集しよう
- 治療、処置、療養の場面で活かそう
- 入院中の情報を退院先のケア関係者に引き継ごう



地域包括ケアシステムの全体像 ～イメージ図～

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ます。



「管理者」の目的

病院の管理者が、入院患者がたとえ認知症の人であっても安心して療養できる環境を整え、必要な職員の研修を実施し、認知症の人がいつでも安心して入院できるよう支援することを目的としている。

認知症の人を受け入れるにあたって

- BPSDやコミュニケーションの困難さを理由に、認知症の人とその家族を差別しない
- 認知症に関してリスクマネジメントを行う
- 認知症の人を受け入れるにあたり、定期的に全職員を対象とした研修や環境の整備を行う
- 可能な限り身体拘束などの不自由な環境をつくらないケアを考える
- 場合によっては、職員の配置や増員、環境の整備も検討する
- 必要な医療行為や手術・処置を行える環境を整える

## 認知症への対応

- 病院として 適正な病気の診断・治療を行う
- BPSD、せん妄への対応をマニュアル等を整備する
- 退院の支援を行う

## せん妄への対応

- せん妄のリスクアセスメントを行う
- せん妄対策マニュアルを作成する
- 認知症を評価し、生活支援を行う
- 場合によっては家族やボランティアの協力を得る

## 転倒への対応

- 認知症の評価を行う
- 転倒のリスクアセスメントを行う
- センサーなどの転倒・骨折予防の対策を検討する
- 家族への説明と同意を得る
- 転倒後の対応をマニュアル化する

## 管理者として行ってほしいこと

- 病院の原則として、認知症を理由に入院を断らない
- 認知症の人の手術や処置について、トリアージを行う
- 症状に応じて適切な病院と連携する
- 医師・看護師等の多職種職員の研修を行う
- 認知症認定看護師等の研修受講を支援する
- 認知症医療、高齢者医療、老年看護研修等を取り入れる
- 環境の整備を行う

# 資料Ⅲ 認知症サポート医 活動実態調査 結果

## 1 調査目的

昨年6月に厚生労働省より公表された「認知症施策の方向性について」および、それに続く「施策推進5か年計画(オレンジプラン)」では、認知症サポート医をはじめ、認知症の人や家族に対応する専門職の機能強化や養成拡充の方向が示された。

認知症医療連携・多職種連携における認知症サポート医の役割はますます重要となっていく中で、現在、全国で2,000名余りの認知症サポート医がそれぞれの地域で活動されているが、その実態には地域事情等による濃淡が見られる、また、認知症サポート医の役割の明確化や評価のあり方についても、議論が十分に進んでいない状況にある。

そこで、認知症サポート医の養成機関として、認知症サポート医の活動実態を把握し、今後の施策上の位置付けや方向性の検討のための基礎資料を得ることを目的とする。

## 2 調査概要

### 2-1 調査対象

平成 17～23 年度養成の認知症サポート医 2,007 名

### 2-2 調査主体

国立長寿医療研究センター（長寿医療研究開発費 課題番号 24-24）

### 2-3 調査期間

平成 25 年 1 月 10 日 ～ 2 月 1 日（投函〆切）

### 2-4 調査項目

(1) 基本属性	・養成研修受講年度 ・主な診療科 ・認知症関連 6 学会の専門医 など
(2) 診療	・日常の認知症診療の状況
(3) 連携	・かかりつけ医、地域包括支援センター等との連携の有無 ・同 主な連携(相談や対応)の内容 ・地域の認知症多職種連携の仕組みへの参加 など
(4) 研修・啓発	・かかりつけ医認知症対応力向上研修への協力の状況 など

### 2-5 回収状況

回収票 957 票（回収率 48.5%） ※郵送不達 33 件

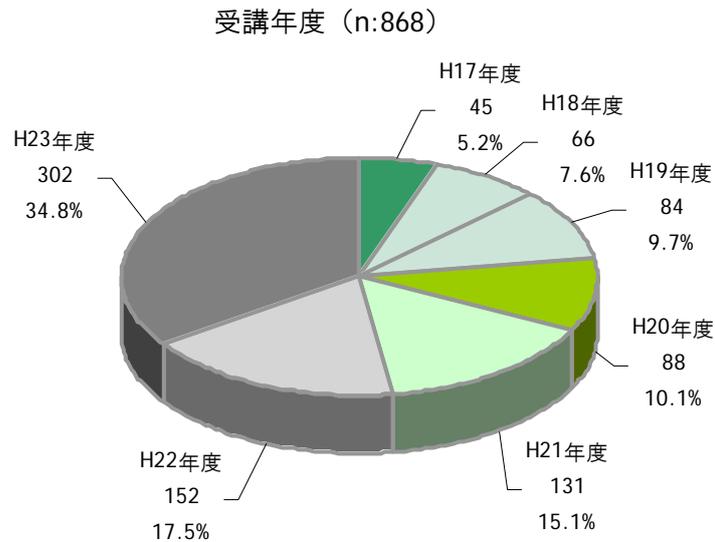
### 3 調査結果

回答957票の集計・分析結果を、設問ごとに以下にまとめる。

#### 3-1 基本属性 (問 1)

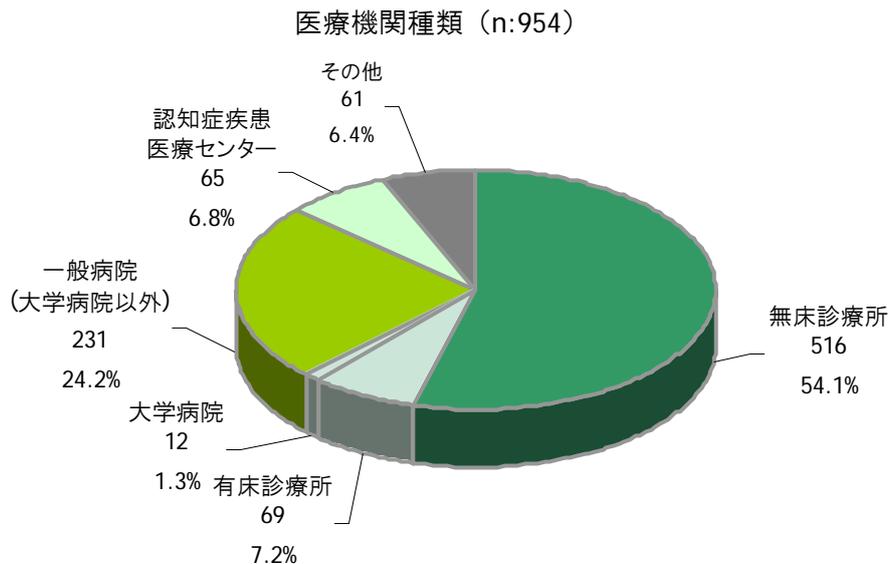
##### (1) 受講年度

認知症サポート医養成研修の受講年度について、「H23年度」が302人(34.8%)と最も多く、次いで、「H22年度」152人(17.5%)、「H21年度」131人(15.1%)の順であった。



##### (2) 医療機関種類

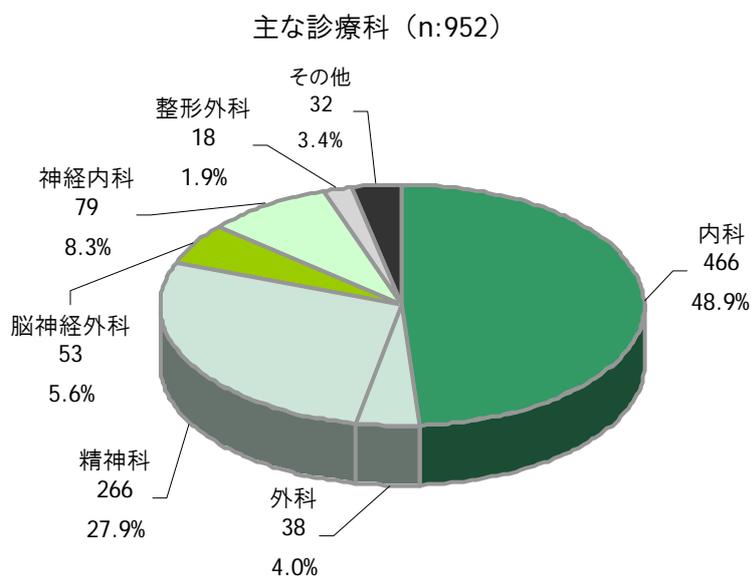
医療機関種類について、「無床診療所」が516人(54.1%)と過半数で最も多く、次いで、精神科病院を含む「一般病院(大学病院以外)」231人(24.2%)、「有床診療所」69人(7.2%)の順であった。



### (3) 主な診療科

主な診療科について、「内科」が 466 人(48.9%)で約 5 割と最も多く、次いで、「精神科」266 人(27.2%)、「神経内科」79 人(8.3%)の順であった。

養成研修受講年度別にみると、養成初年度にあたる H17 年度では、「内科」と「精神科」で 4 割ずつとほぼ同数であったが、H21、23 年度には、「内科」が 5 割前後に増加した一方で、「精神科」は、2 割強と概ね半減していた。



		内科	外科	精神科	脳神経外科	神経内科	
受講 年度	H17年度	N	20	2	18	0	2
		%	44.4%	4.4%	40.0%	0.0%	4.4%
	H19年度	N	39	2	35	3	2
		%	47.0%	2.4%	42.2%	3.6%	2.4%
	H21年度	N	70	6	33	8	11
		%	53.4%	4.6%	25.2%	6.1%	8.4%
	H23年度	N	148	9	69	18	34
		%	49.2%	3.0%	22.9%	6.0%	11.3%

#### (4) (医療機関)所在地

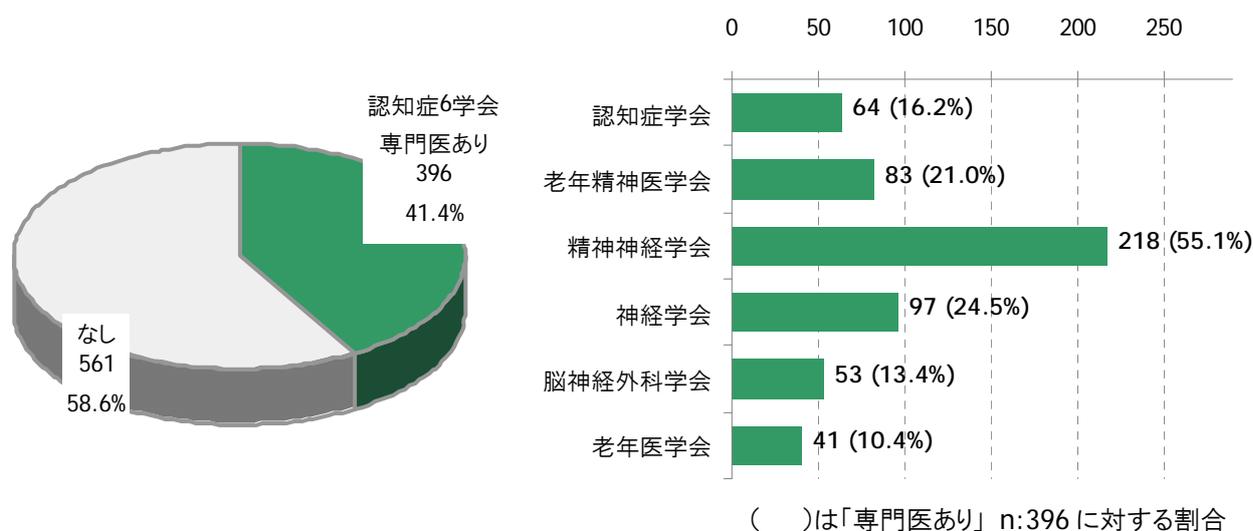
所属医療機関の所在地(都道府県別)は下表の通りで、「東京」の160人を筆頭に、「愛知」「大阪」「兵庫」「広島」で50人前後となる一方で、10人未満であるところも16県あった。

都道府県名	人数	都道府県名	人数	都道府県名	人数	都道府県名	人数
1 北海道	22	13 東京都	160	25 滋賀県	17	37 香川県	2
2 青森県	5	14 神奈川県	38	26 京都府	10	38 愛媛県	6
3 岩手県	8	15 新潟県	11	27 大阪府	71	39 高知県	9
4 宮城県	12	16 富山県	8	28 兵庫県	43	40 福岡県	27
5 秋田県	8	17 石川県	6	29 奈良県	6	41 佐賀県	16
6 山形県	5	18 福井県	8	30 和歌山県	21	42 長崎県	16
7 福島県	6	19 山梨県	9	31 鳥取県	5	43 熊本県	27
8 茨城県	6	20 長野県	23	32 島根県	13	44 大分県	17
9 栃木県	11	21 岐阜県	18	33 岡山県	12	45 宮崎県	12
10 群馬県	15	22 静岡県	16	34 広島県	60	46 鹿児島県	32
11 埼玉県	19	23 愛知県	48	35 山口県	10	47 沖縄県	5
12 千葉県	20	24 三重県	14	36 徳島県	11	(合計)	944

#### (5) 学会専門医

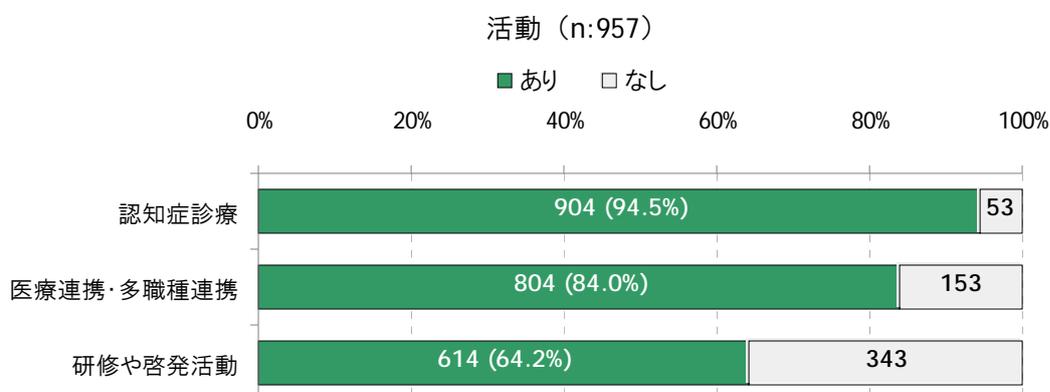
認知症関連6学会の専門医であるか否かについて、「専門医である」としたのは396人(41.4%)であった。学会別の内訳は、「精神神経学会」が218人(専門医396人に占める割合55.1%)と最も多く、次いで「神経学会」97人(同24.5%)、「老年精神医学会」83人(同21.0%)の順であった。

学会専門医 (n:952)



## (6) 認知症サポート医としての日常活動

認知症サポート医としての日常活動について、①認知症診療、②医療連携・多職種連携、③研修・啓発活動の3分野の状況をみると、まず、①認知症診療では「あり(している)」が904人(94.5%)、②医療連携・多職種連携では「あり」が804人(84.0%)、③研修・啓発活動では「あり」が614人(64.2%)であった。なお、①診療、②連携とも「なし(していない)」としたのは64人(6.7%)であった。



※1 診療: 問2の「早期発見」「診断」等の選択肢に 少なくとも1つ以上の○がある

※2 連携: 問3の「①かかりつけ医」「②地域包括支援センター」「③訪問看護ステーション」「④介護支援専門員等」のいずれかからの相談・対応に、1つ以上の○がある

※3 研修: 問4の「①かかりつけ医研修」「②多職種研修」「③住民セミナー」への協力を、1つ以上の○がある

また、受講年度別(1)、主な診療科別(3)、学会専門医別(5)にみた、①診療、②連携、③研修の状況は、(6)-1~3の通りであった。

### (6)-1 受講年度別(1)の状況

		1 診療		2 連携		3 研修	
		あり	なし	あり	なし	あり	なし
17年度	N	43	2	41	4	36	9
	%	95.6%		91.1%		80.0%	
18年度	N	64	2	57	9	55	9
	%	97.0%		86.4%		85.9%	
19年度	N	80	4	73	10	65	15
	%	95.2%		88.0%		81.2%	
20年度	N	82	6	75	11	64	19
	%	93.2%		87.2%		77.1%	
21年度	N	123	8	110	20	79	48
	%	93.9%		84.6%		62.2%	
22年度	N	147	5	132	15	99	45
	%	96.7%		89.8%		68.8%	
23年度	N	284	18	242	58	158	133
	%	94.0%		80.7%		54.3%	
合計	N	823	45	730	127	556	278
	%	94.8%		85.2%		66.7%	

## (6)-2 主な診療科別(3)の状況

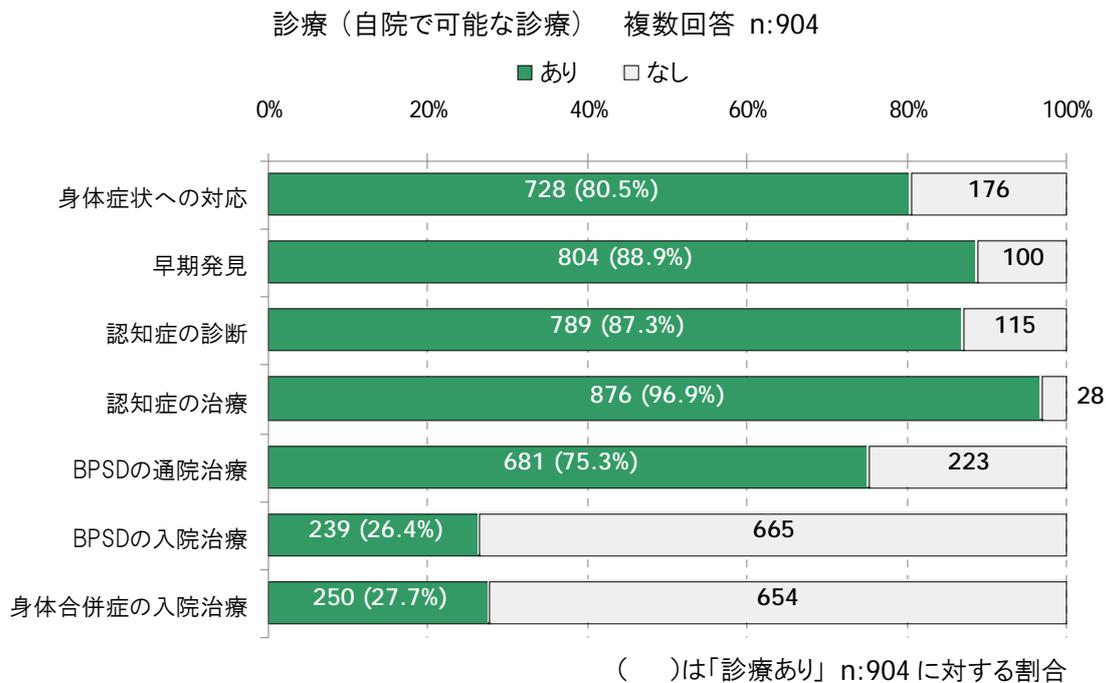
		1 診療		2 連携		3 研修		
		あり	なし	あり	なし	あり	なし	
主な 診療科	内科	N	439	27	368	91	288	164
		%	94.2%		80.2%		63.7%	
	外科	N	34	4	27	10	17	17
		%	89.5%		73.0%		50.0%	
	精神	N	257	9	250	13	184	69
		%	96.6%		95.1%		72.7%	
	脳神経 外科	N	53	0	51	2	34	15
		%	100.0%		96.2%		69.4%	
神経 内科	N	79	0	71	8	61	17	
	%	100.0%		89.9%		78.2%		
整形 外科	N	14	4	12	6	9	8	
	%	77.8%		66.7%		52.9%		
その他	N	24	8	22	10	20	12	
	%	75.0%		68.8%		62.5%		
合計	N	900	52	801	140	613	302	
	%	94.5%		85.1%		67.0%		

## (6)-3 学会専門医別(5)の状況

		1 診療		2 連携		3 研修		
		あり	なし	あり	なし	あり	なし	
学会 専門医	あり (1以上)	N	385	11	367	28	291	94
		%	97.2%		92.9%		75.6%	
	なし	N	519	42	437	113	323	211
		%	92.5%		79.5%		60.5%	
合計	N	904	53	804	141	614	305	
	%	94.5%		85.1%		66.8%		

### 3-2 診療（問2）

3-1(6)の活動において、①認知症診療に「あり」とした904人の具体的な診療内容をみると、「認知症の治療」で876人(96.9%)と最も多く、その他、「早期発見」が804人(88.9%)、「認知症の診断」が789人(87.3%)と、9割前後が「あり」としていたが、「BPSDの通院治療」は681人(75.3%)と若干減少していた。BPSDや身体合併症の入院治療は、無床診療所の医師が多いことから「あり」は3割未満にとどまった。



### 3-2-1 主な診療科別(3-1(3))の状況

また、診療内容別の状況について、主な診療科別(3-1(3))にみると、全般的には、精神科、神経内科では「あり」とした割合が高かった一方で、内科は、「身体症状」では同水準以上であった他、「診断」や「BPSD 通院」では、「あり」とした割合が相対的に低かった。

		診療あり							N	
		身体症状	早期発見	診断	治療	BPSD通院	BPSD入院	合併症		
主な 診療科	内科	N	399	387	350	424	284	43	78	439
		%	90.9%	88.2%	79.7%	96.6%	64.7%	9.8%	17.8%	
	外科	N	30	24	28	33	19	7	8	34
		%	88.2%	70.6%	82.4%	97.1%	55.9%	20.6%	23.5%	
	精神科	N	149	233	251	256	245	159	108	257
		%	58.0%	90.7%	97.7%	99.6%	95.3%	61.9%	42.0%	
	脳神経外科	N	41	49	52	50	38	7	14	53
		%	77.4%	92.5%	98.1%	94.3%	71.7%	13.2%	26.4%	
	神経内科	N	74	76	78	77	72	13	32	79
		%	93.7%	96.2%	98.7%	97.5%	91.1%	16.5%	40.5%	
	整形外科	N	13	12	10	13	6	2	3	14
		%	92.9%	85.7%	71.4%	92.9%	42.9%	14.3%	21.4%	

### 3-2-2 学会専門医別(3-1(5))の状況

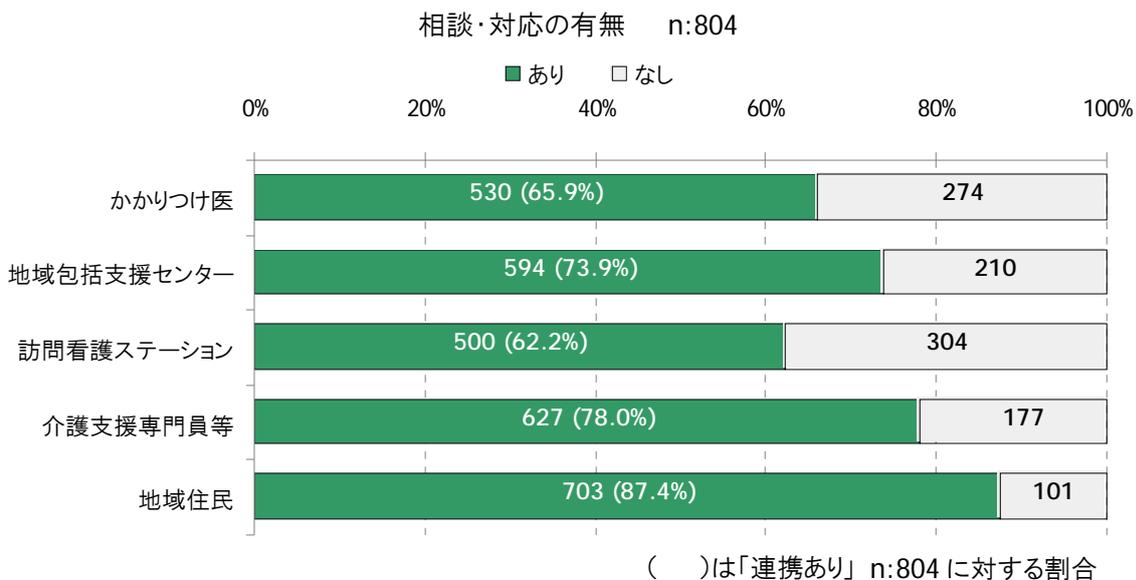
さらに、学会専門医別(3-1(5))では、学会専門医でない場合に「診断」「BPSD 通院」を「あり」とした割合が低くなっていた。

		診療あり							N	
		身体症状	早期発見	診断	治療	BPSD通院	BPSD入院	合併症		
学会 専門医	あり (1以上)	N	275	353	377	374	345	162	144	385
		%	71.4%	91.7%	97.9%	97.1%	89.6%	42.1%	37.4%	
	なし	N	453	451	412	502	336	77	106	519
		%	87.3%	86.9%	79.4%	96.7%	64.7%	14.8%	20.4%	

### 3-3 連携（問3）

3-1(6)の活動において、②医療連携・多職種連携に「あり」とした804人の相談・対応の相手先別の状況をみると、「地域住民」で703人(87.4%)と最も多かった他、「介護支援専門員等」が627人(78.0%)、「地域包括支援センター」が594人(73.9%)と8割近くが何らかの相談・対応があったとしていた。

一方、「かかりつけ医」は530人(65.9%)、「訪問看護ステーション」は500人(62.2%)であり、医療連携については相対的に低い割合にとどまっていた。



### 3-3-1 主な診療科別(3-1(3))の状況

また、相談・対応の相手先別の状況について、主な診療科別(3-1(3))にみると、内科と精神科の比較では、「訪問看護ステーション」との連携ではほぼ同水準であったが、「地域包括支援センター」、「介護支援専門員等」では約 10 ポイント、「かかりつけ医」では倍以上の大きな開きがみられた。

			かかりつけ医		地域包括支援センター		訪問看護ステーション		介護支援専門員等		地域住民	
			あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
受講年度	内科	N	157	234	269	121	231	156	282	106	322	67
		%	40.2%		69.0%		59.7%		72.7%		82.8%	
	外科	N	9	18	16	11	15	12	20	7	21	7
		%	33.3%		59.3%		55.6%		74.1%		75.0%	
	精神科	N	235	16	197	54	153	98	200	47	222	27
		%	93.6%		78.5%		61.0%		81.0%		89.2%	
	脳神経外科	N	44	7	36	15	34	16	38	12	45	5
		%	86.3%		70.6%		68.0%		76.0%		90.0%	
	神経内科	N	64	8	54	17	48	23	57	14	61	11
		%	88.9%		76.1%		67.6%		80.3%		84.7%	
	整形外科	N	6	7	6	7	5	7	11	2	10	3
		%	46.2%		46.2%		41.7%		84.6%		76.9%	

### 3-3-2 学会専門医別(3-1(5))の状況

学会専門医別(3-1(5))でも、「かかりつけ医」との連携で、専門医か否かによって 50 ポイント以上の大きな違いが認められた。

			かかりつけ医		地域包括支援センター		訪問看護ステーション		介護支援専門員等		地域住民	
			あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
学会専門医	あり(1以上)	N	338	31	285	83	234	133	290	74	323	44
	%		91.6%		77.4%		63.8%		79.7%		88.0%	
	なし	N	192	270	309	152	266	190	337	121	380	80
	%		41.6%		67.0%		58.3%		73.6%		82.6%	

### 3-3-3 相手先ごとの相談・対応の内訳

連携の相手先ごとに、連携(相談・対応)の具体的な内容をみた。

#### -1 かかりつけ医 n:530

「認知症の継続診療」、「確定診断の依頼」、「処方や服薬指導」が上位であった。

紹介先	確定診断の依頼	認知症の継続診療	処方や服薬指導	家族支援の方法	合併症の治療管理	ケアマネ等との連携方法
190	361	375	345	192	161	162
35.8%	68.1%	70.8%	65.1%	36.2%	30.4%	30.6%

#### -2 地域包括支援センター n:594

「受診先」、「日常生活上の留意点」が上位であった。

受診先	日常生活上の留意点	急変時の対応	家族支援の方法	ケアマネジメントの留意点	虐待の兆候	権利擁護・成年後見
333	321	193	236	307	102	199
56.1%	54.0%	32.5%	39.7%	51.7%	17.2%	33.5%

#### -3 訪問看護ステーション n:500

「処置・観察上の留意点」が上位であった。(通常の指示書の範囲内の連携と思われる)

訪問看護利用のタイミング	急変時の対応	処置・観察上の留意点	家族支援・指導
184	243	343	269
36.8%	48.6%	68.6%	53.8%

#### -4 介護支援専門員やサービス事業所・施設 n:627

「サービス提供上の留意点」、「ケアマネジメント上の留意点」が上位であった。

ケアマネジメントの留意点	サービス提供上の留意点	家族支援の方法	医療機関への連携タイミング
415	419	295	344
66.2%	66.8%	47.0%	54.9%

#### -5 地域住民 n:703

「BPSD等の症状への対応」、「日常生活の留意点」、「受診先の選択や紹介」が上位であった。

受診のタイミング	受診先の選択や紹介	サービス等の選択や紹介	日常生活の留意点	BPSD等の症状への対応	受診先への疑問や不安	診療に関する心配
320	406	376	466	509	224	285
45.5%	57.8%	53.5%	66.3%	72.9%	31.9%	40.5%

3-3-4 受講年度別、診療科別、学会専門医別の相談・対応内訳 -1 かかりつけ医

さらに、相手先のうち、かかりつけ医、地域包括支援センター、地域住民の3つについて、受講年度別(3-1(1))、主な診療科別(3-1(3))、学会専門医別(3-1(5))の状況をみた。

かかりつけ医との連携では、①受講年度が最近になるに従って、いずれも割合が微減していた。②主な診療科では、「確定診断」、「処方・服薬」を除いては内科が精神科を上回っていた。また、③学会専門医では、学会専門医でない場合の方が「ケアマネとの連携」、「家族支援」といった日常診療や地域連携分野で学会専門医を上回っていた。

①受講年度別(3-1(1))の状況 n:484

		相談・対応							N	
		紹介先	確定診断	継続診療	処方・服薬	家族支援	合併症治療	ケアマネとの連携		
受講年度	17年度	N	11	22	22	24	10	7	12	31
		%	35.5%	71.0%	71.0%	77.4%	32.3%	22.6%	38.7%	
	19年度	N	26	42	42	40	21	21	20	55
		%	47.3%	76.4%	76.4%	72.7%	38.2%	38.2%	36.4%	
	21年度	N	24	39	46	38	22	19	15	65
		%	36.9%	60.0%	70.8%	58.5%	33.8%	29.2%	23.1%	
	23年度	N	50	103	105	96	48	48	47	152
		%	32.9%	67.8%	69.1%	63.2%	31.6%	31.6%	30.9%	

②主な診療科別(3-1(3))の状況 n:515

		相談・対応							N	
		紹介先	確定診断	継続診療	処方・服薬	家族支援	合併症治療	ケアマネとの連携		
主な診療科	内科	N	66	58	105	75	60	50	71	157
		%	42.0%	36.9%	66.9%	47.8%	38.2%	31.8%	45.2%	
	精神科	N	81	194	184	186	86	53	48	235
		%	34.5%	82.6%	78.3%	79.1%	36.6%	22.6%	20.4%	
	脳神経外科	N	14	41	27	30	17	18	14	44
		%	31.8%	93.2%	61.4%	68.2%	38.6%	40.9%	31.8%	
	神経内科	N	14	58	40	42	16	31	15	64
		%	21.9%	90.6%	62.5%	65.6%	25.0%	48.4%	23.4%	

③学会専門医別(3-1(5))の状況 n:530

		相談・対応							N	
		紹介先	確定診断	継続診療	処方・服薬	家族支援	合併症治療	ケアマネとの連携		
学会専門医	あり(1以上)	N	116	277	240	239	119	104	80	338
		%	34.3%	82.0%	71.0%	70.7%	35.2%	30.8%	23.7%	
	なし	N	74	84	135	106	73	57	82	192
		%	38.5%	43.8%	70.3%	55.2%	38.0%	29.7%	42.7%	

### 3-3-4 -2 地域包括支援センター

地域包括支援センターとの連携では、①受講年度、②主な診療科、③学会専門医のいずれにおいても、かかりつけ医との連携のような特徴的な差異は認められず、認知症サポート医の属性による違いは重要でない点がうかがえた。

#### ①受講年度別(3-1(1))の状況 n:536

		相談・対応							N	
		受診先	日常の留意点	急変時対応	家族支援	ケアマネジメント	虐待の兆候	権利擁護		
受講年度	17年度	N	17	16	13	14	21	4	12	34
		%	50.0%	47.1%	38.2%	41.2%	61.8%	11.8%	35.3%	
	19年度	N	35	35	19	22	30	10	23	56
		%	62.5%	62.5%	33.9%	39.3%	53.6%	17.9%	41.1%	
	21年度	N	40	40	21	27	36	14	29	84
		%	47.6%	47.6%	25.0%	32.1%	42.9%	16.7%	34.5%	
	23年度	N	96	87	51	60	86	19	48	165
		%	58.2%	52.7%	30.9%	36.4%	52.1%	11.5%	29.1%	

#### ②主な診療科別(3-1(3))の状況 n:578

		相談・対応							N	
		受診先	日常の留意点	急変時対応	家族支援	ケアマネジメント	虐待の兆候	権利擁護		
主な診療科	内科	N	151	149	63	99	133	46	73	269
		%	56.1%	55.4%	36.8%	36.8%	49.4%	17.1%	27.1%	
	精神科	N	112	94	81	79	101	38	75	197
		%	56.9%	47.7%	41.1%	40.1%	51.3%	19.3%	38.1%	
	脳神経外科	N	21	23	15	18	21	5	15	36
		%	58.3%	63.9%	41.7%	50.0%	58.3%	13.9%	41.7%	
	神経内科	N	27	31	20	25	27	7	24	54
		%	50.0%	57.4%	37.0%	46.3%	50.0%	13.0%	44.4%	

#### ③学会専門医別(3-1(5))の状況 n:594

		相談・対応							N	
		受診先	日常の留意点	急変時対応	家族支援	ケアマネジメント	虐待の兆候	権利擁護		
学会専門医	あり(1以上)	N	164	149	107	124	142	52	107	285
		%	57.5%	52.3%	37.5%	43.5%	49.8%	18.2%	37.5%	
	なし	N	169	172	86	112	165	50	92	309
		%	54.7%	55.7%	27.8%	36.2%	53.4%	16.2%	29.8%	

### 3-3-4 -5 地域住民

地域住民との連携では、①受講年度では、内容にかかわらず、最近であるほど割合が低下している傾向がみられた。②主な診療科では、「サービスの紹介」、「日常の留意点」などの日常的な内容では内科・精神科の差異は大きくないが、「受診のタイミング」、「BPSD への対応」など、地域住民にとって難しいと感じられるところは、精神科で相対的に高い割合を示していた。③学会専門医でも、②の内科・精神科の比較と同様の傾向がみられた。

#### ①受講年度別(3-1(1))の状況 n:641

		相談・対応							N	
		受診 タイミング	受診先 紹介	サービス 紹介	日常の 留意点	BPSD への対応	受診先 の疑問	診療の 心配		
受講 年度	17年度	N	19	27	18	28	31	15	16	38
		%	50.0%	71.1%	47.4%	73.7%	81.6%	39.5%	42.1%	
	19年度	N	28	42	34	43	53	29	29	65
		%	43.1%	64.6%	52.3%	66.2%	81.5%	44.6%	44.6%	
	21年度	N	47	55	51	67	66	30	38	96
		%	49.0%	57.3%	53.1%	69.8%	68.8%	31.3%	39.6%	
	23年度	N	90	112	103	139	151	54	85	210
		%	42.9%	53.3%	49.0%	66.2%	71.9%	25.7%	40.5%	

#### ②主な診療科別(3-1(3))の状況 n:681

		相談・対応							N	
		受診 タイミング	受診先 紹介	サービス 紹介	日常の 留意点	BPSD への対応	受診先 の疑問	診療の 心配		
主な 診療科	内科	N	140	207	185	220	197	87	120	322
		%	43.5%	64.3%	57.5%	68.3%	61.2%	27.0%	37.3%	
	精神科	N	116	119	104	144	195	85	101	222
		%	52.3%	53.6%	46.8%	64.9%	87.8%	38.3%	45.5%	
	脳神経 外科	N	22	25	28	28	38	21	21	45
		%	48.9%	55.6%	62.2%	62.2%	84.4%	46.7%	46.7%	
	神経 内科	N	25	27	35	45	50	25	27	61
		%	41.0%	44.3%	57.4%	73.8%	82.0%	41.0%	44.3%	

#### ③学会専門医別(3-1(5))の状況 n:703

		相談・対応							N	
		受診 タイミング	受診先 紹介	サービス 紹介	日常の 留意点	BPSD への対応	受診先 の疑問	診療の 心配		
学会 専門医	あり (1以上)	N	159	173	168	214	272	129	145	323
		%	49.2%	53.6%	52.0%	66.3%	84.2%	39.9%	44.9%	
	なし	N	161	233	208	252	237	95	140	380
		%	42.4%	61.3%	54.7%	66.3%	62.4%	25.0%	36.8%	

### 3-3-5 相談・対応に対する費用手当(「認知症対策等総合支援事業」等による)

連携業務について、認知症対策等総合支援事業等による認知症サポート医への費用手当が行われているかをみると、「かかりつけ医」は31人(相談対応ありとした530人に対する割合5.8%)、「地域包括支援センター」は45人(同7.6%)であった。

設問では、「謝金・報酬等の手当(制度)」の有無、という問い方をしているため、更なる精査を要するものの、全般的に、認知症サポート医の連携業務に対する費用手当は十分行われていない現状が認められた。

### 3-3-6 認知症に関する地域の仕組み

所在地域に認知症に関する多職種連携の仕組みがあるか、について、「ある」としたのは620人(73.1%)であり、その規模は、「市(区)町村」が462人(74.5%)、「都道府県」が86人(13.9%)であった。(回答は認知症サポート医ベースであるため、必ずしも地域の占有率とは一致しない)

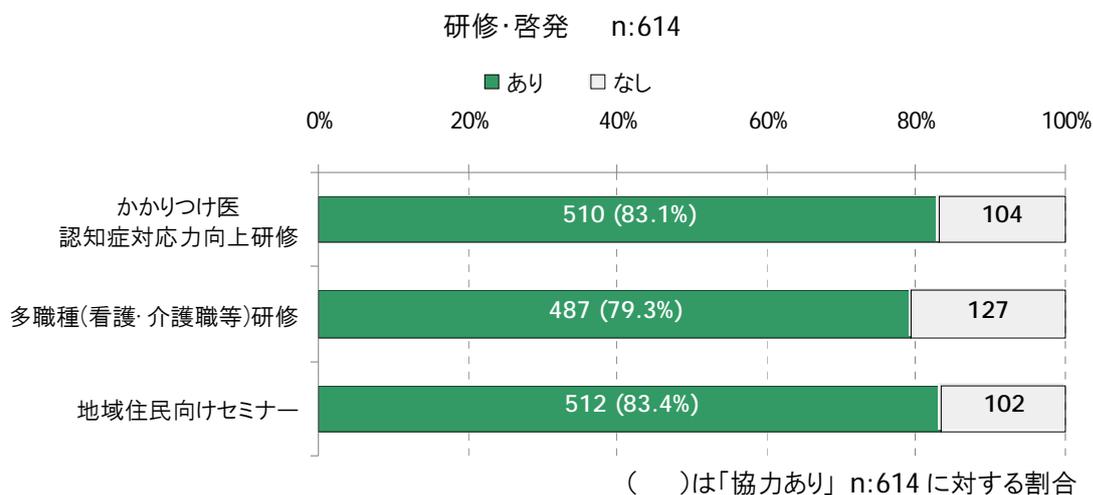
仕組みの具体的な活動内容をみると、「多職種連携」が426人(68.7%)と最も多く、次いで「医療機関の連携」が389人(62.7%)、「リストの公表」が339人(54.7%)の順であった。さらに、「ある」とした活動ごとに、認知症サポート医として参加しているか(各仕組みに対する参加の割合)をみると、「リストの公表」が81.7%と8割を上回り、次いで「多職種連携」が77.0%、「医療機関の連携」が74.3%という状況であった。

	医療機関の 連携(紹介)	多職種連携 (地域ケア会議等)	地域住民の 相談窓口	認知症サポート医 リストの公表
地域の仕組み・ 活動の有無	389 ----- 62.7%	426 ----- 68.7%	260 ----- 41.9%	339 ----- 54.7%
認知症サポート医 としての参加	289 ----- 74.3%	328 ----- 77.0%	162 ----- 62.3%	277 ----- 81.7%

※上段%:何らかの連携の仕組み「あり」とした620人に占める割合  
下段%:個々の仕組み「あり」とした各Nに占める割合

### 3-4 研修・啓発（問4）

3-1(6)の活動において、③研修や啓発活動に「あり」とした614人の研修・セミナーへの関与の状況をみると、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」510人(83.1%)、「多職種研修」487人(79.3%)、「地域住民向けセミナー」512人(83.4%)と、いずれも8割前後の割合を示した。



また、研修・啓発に関する具体的な協力の内容としては、「講師」が8割前後、「企画・立案」が4割、「教材・資料作成」が2割という状況で、いずれに対しても同様の傾向であった。

#### -1 かかりつけ医研修 n:510

企画・立案	講師	教材・資料作成
191	400	73
37.5%	78.4%	14.3%

#### -2 多職種研修 n:487

企画・立案	講師	教材・資料作成
187	401	98
38.4%	82.3%	20.1%

#### -3 地域住民向けセミナー n:512

企画・立案	講師	教材・資料作成
154	458	94
30.1%	89.5%	18.4%

### 3-5 記述回答（認知症サポート医の養成研修や地域での活動に関するご意見）

認知症サポート医の養成研修や地域での活動等に関する意見等について、249件の記述回答を得た。

認知症サポート医の活動現況の詳細を回答頂くものから、活動上の障害となっている課題について、また、認知症関連施策全般への意見など、さまざまな意見が寄せられた。

活動上の課題のうち、上位3つは、「地域連携の仕組み・体制作り」に関する意見が 77件(全記述回答に占める割合:30.9%)と最も多く、次いで、「認知症サポート医の市町村や地域包括支援センターへの周知・広報の不足」に関する意見が 41件(同16.5%)、「認知症サポート医の役割や機能の明確化」に関する意見も 36件(同14.5%)の順であった。

連携の仕組みや体制作り	77件 (30.9%)
認知症サポート医の市町村・地域包括支援センターへの周知・広報	41件 (16.5%)
認知症サポート医の役割や機能の明確化	36件 (14.5%)
養成研修や継続研修の充実・レベルアップ	23件 (9.2%)
相談・対応等の連携や協力に対する評価(報酬等)	19件 (7.6%)
かかりつけ医研修を通じた全体の底上げ	13件 (5.2%)

以下、それぞれの内容を含む主な記述回答について、抜粋して示す。

#### 【連携の仕組みや体制作り】

1	サポート医として動きやすい環境づくりをすることが必要。サポート医自身が環境づくりから始めるのは困難を伴う。行政、医師会がサポート医を取り込んだ体制作りをすることが必要。
2	地域包括との連携が乏しい。地域包括の嘱託医はサポート医になるべきと考える。連携も進むであろう。連携の定着には、地域包括プラスアルファのサポート医(人数)が必要と考える。
3	精神科専門医としての活動(認知症への取り組み)はいろんな形でしているが、サポート医としての活動は、全く依頼(県などから)がないため、行っているのは限られたサポート医が行っているのかもしれない。
4	連携については散発的で、多職種の中かでサポート医としての役割が十分認識されておらず、地域(区)全体を包括的に継続的にサポートする体制が十分できていない。
5	プライマリケア医の場合、活動は勤務する自治体内部の連携や診療に限定されている。日常業務で多忙であり、かかりつけ医への指導的な立場になろうという内発的動機付けは正直起きにくい。サポート医にそのような機能・仕事を望むのであれば、地域としての枠組みシステムを構築していくことが必要である。
6	個々のサポート医は活動の意欲をもっていても、誰と連携しているのか、その機会を作ることができないのではないかと。行政や保健所、地域包括支援センターなどと出会う機会を作っておく必要がある。行政側のある程度の強制も必要と思います。
7	認知症サポート医になってもその地域でどのように活動できるのか分からないことが多いと思われる。地域医師会が核となってもっと活動の輪を広げていくべきと思われます。

### 【市町村・地域包括支援センターへの周知・広報】

1	サポート医が地域で活動する際、行政の理解が得られていないように感じる。サポート医が中心となって地域連携を、との研修だったが、医師会の一部の医師が中心では難しく、行政の連携・理解ができていないとダメであろう。都道府県ではなく、市町村(地域)行政がサポート医を知ることが出発点である。
2	サポート医という存在そのものを医師会員も関係諸団体の職員もほとんど知らない。従って、連絡も何も発生しないのが現在の状態である。サポート医を養成するだけでなく、医師会などを通じてサポート医なるものを広く理解させることも必要である。
3	サポート医制度に関する広報が不十分である。地域住民のみならず、かかりつけ医、勤務医もサポート医制度の認識が不十分である。
4	サポート医の機能はおろか、その存在や具体的役割が地域住民や行政担当職は当然として、医師会員の中にもほとんど知られていないのが現状。かかりつけ医からの相談は皆無で、それ以外からの相談(地域包括、介護支援専門員等)は、サポート医としてではなく、認知症対応力向上研修修了後ホームページに公開された医師としての相談対応である。
5	もっと周囲から活用してもらいたいが、認知症サポート医の認知度が低い。どのような役割をするのか皆知らない。

### 【役割や機能の明確化】

1	精神科医として日頃より認知症診療には携わっているが、サポート医ということを意識して活動することはほとんどない。もう少し具体的な活動や役割を明確にして頂ければと思う。
2	現段階で特にサポート医としての明確な役割はありません。声がかかれば行くという程度です。全体を有効に機能させていくためには、役割の明確化、それに対する一定の費用設定が必要であろう。
3	認知症サポート医の役割が不明確で、必ずしも地域の旗振り役との評価ではない。認知症疾患医療センター、身近型センター、サポート医などスタンダードをいくつも作り、現場は混乱している。サポート医は専門医ではないが、一定の知識を取得しているのだから、役割分担を明らかにすべきである。
4	サポート医の属性が専門医とかかりつけ医(非専門医)にわかれており、当然ながら果たしている役割も異なる。このためサポート医の機能があいまいなものになっている。

### 【養成研修や継続研修の充実・レベルアップ】

1	サポート医に対して、年1回1日程度の継続的な研修をお願いしたい。最新のスタンダードな状況を知らないサポートできないと思う。
2	サポート医の会合が1回あった。非常に積極的に活動している先生と肩書きだけの場合と両極端である。地域の医師会の活動すらないので、現在のところ何もできていない。中央での継続研修などもう少し勉強する機会がほしい。
3	サポート医のスキルアップを図るために、レベルの高い研修会があれば参加したい。日々進む医学知識の速さに取り残されそうである。

### 【相談・対応等の連携に対する評価】

1	講師活動やケア会議は報酬があるが、診断連携に関して報酬があった方がよい。例えば、包括からの紹介、ケアマネからの受診などに診療報酬にプラスした対価を設定してほしい(初診30分くらいかかることが多い)
2	将来的にはサポート医としての活動がある程度報酬に反映されるようになれば、もう少し充実した体勢が確立できるのではと思います。

## 2012 年度 認知症サポート医活動実態調査 回答ご協力のお願い

平素より、認知症サポート医事業等に関して、ご協力を賜りお礼申し上げます。

昨年6月に厚生労働省より、「認知症施策の方向性について」および「5ヵ年計画(オレンジプラン)」が公表され、認知症サポート医をはじめとして、認知症の人や家族に対応する専門職の機能強化や養成拡充の方向が示されたところです。

現在、全国で2,000名余りの認知症サポート医が養成され、それぞれの地域で活動されています。もっとも、認知症医療連携・多職種連携においての認知症サポート医の役割はますます重要となっていく中で、役割の明確化や評価のあり方については、議論が十分に進んでいない状況にあります。

そこで、養成機関である国立長寿医療センターでは、先生方の活動実態を正確に把握し、それを十分踏まえた、認知症サポート医の今後の方向性をきちんと示していかなければならないと考えております。年明けのお忙しい時期とは存じますが、一人でも多くの先生方にアンケートにご協力頂き、より実効性の高い検討につなげていきたいと思っております。

本調査は、厚生労働省老人保健健康増進等補助金「認知症サポート医等のあり方および研修体系・教材に関する研究事業」および長寿医療研究開発費（課題番号24-24、課題名 認知症の予防から進行期までを見据えた多職種連携による医療の在り方についての研究）によって実施しています。

2013年1月

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長 鷲見 幸彦

- “○は1つ”の場合は、もっとも当てはまるもの1つを選び○を、また、“(○～○複数回答)”の場合は、当てはまるもの全てに○を付けて下さい。（一部、記述回答の設問もあります）
- 回答期日は **2013年2月1日(金)** 投函〆切 とさせていただきます。同封の返信用封筒にて、本紙をご返送下さい。
- アンケートの集計結果等は、当センターで運営するータルサイト「認知症サポート医ネットワーク」で、ご覧頂けるようにする予定としています。（URL）<http://www.dsd-network.jp/>

### 1. 基本属性

(1)研修：認知症サポート医養成研修の **受講年度** をお教え下さい 平成 ( ) 年度

(2)属性①： **医療機関種類** をお教え下さい (○は1つ)

- 1 無床診療所    2 有床診療所    3 大学病院    4 3以外の一般病院  
5 認知症疾患医療センター    6 その他 ( )

(3)属性②： **主な標榜科** をお教え下さい (○は1つ)

- 1 内科    2 外科    3 精神科    4 脳神経外科    5 神経内科  
6 整形外科    7 その他 ( )

(4)所在: **医療機関の所在地** をお教え下さい ( )都・道・府・県 ( )市・町・村

(5)学会専門医: 現在、取得している**学会専門医** をお教え下さい (1~7 複数回答)

- 1 日本認知症学会      2 日本老年精神医学会      3 日本精神神経学会      4 日本神経学会  
5 日本脳神経外科学会      6 日本老年医学会      7 その他 ( )

(6)活動: (認知症サポート医としての) **日常活動** についてお教え下さい

- |   |                 |          |
|---|-----------------|----------|
| ①認知症診療 (○は1つ)<br>(自院での確定診断や処方などの診療)                   | 1 行っている (2.診療へ) | 2 行っていない |
| ②医療連携や多職種連携 (○は1つ)<br>(かかりつけ医や地域包括支援センター等との連携)        | 1 行っている (3.連携へ) | 2 行っていない |
| ③研修や啓発活動 (○は1つ)<br>(かかりつけ医認知症対応力向上研修や住民セミナー等の企画立案や講師) | 1 行っている (4.研修へ) | 2 行っていない |

①~③全て「2 行っていない」の場合、**活動していない理由・ご意見等** を下欄にご記入下さい

アンケートのご回答はここまでで結構です。ご協力ありがとうございました。

## 2. 診療

**認知症診療**について、自院で可能なものすべてに○を付けてください (1~7 複数回答)

- 1 身体症状への対応      2 認知症の早期発見      3 認知症の診断  
4 認知症の治療 (処方を含む)      5 行動・心理症状(BPSD)の治療 (通院)  
6 行動・心理症状(BPSD)の治療 (入院)      7 身体合併症の治療 (入院)

## 3. 連携 (最近の認知症サポート医としての活動を振り返ってご回答ください)

(1)以下の①~⑤を対象とした**相談対応**について、有無とその主な内容をお教えてください

①**かかりつけ医**からの相談・その対応      1 あった      2 なかった

①-2 「1 あった」とした場合、どのような相談でしたか (1~8 複数回答)

- 1 紹介先      2 確定診断の依頼      3 認知症の継続診療  
4 処方や服薬指導      5 家族支援の方法      6 合併症の治療管理  
7 介護支援専門員・サービス事業者との連携方法      8 その他( )

②地域包括支援センターからの相談・その対応 1 あった 2 なかった

②-2 「1 あった」とした場合、どのような相談でしたか (1～8 複数回答)

- 1 受診先      2 日常生活上の留意点      3 急変時の対応  
4 家族支援の方法      5 ケアマネジメント・介護サービス上の留意点      6 虐待の兆候  
7 権利擁護・成年後見      8 その他( )

③訪問看護ステーションからの相談・その対応 1 あった 2 なかった

③-2 「1 あった」とした場合、どのような相談でしたか (1～6 複数回答)

- 1 訪問看護利用のタイミング      2 急変時の対応      3 処置・観察上の留意点  
5 家族支援・指導      6 その他( )

④介護支援専門員やサービス事業者・施設からの相談・その対応 1 あった 2 なかった

④-2 「1 あった」とした場合、どのような相談でしたか (1～5 複数回答)

- 1 ケアマネジメント上の留意点      2 サービス提供上の留意点      3 家族支援の方法  
4 観察上のポイントや医療機関への連携のタイミング      5 その他( )

⑤地域住民(患者・家族を含む)からの相談・その対応 1 あった 2 なかった

⑤-2 「1 あった」とした場合、どのような相談でしたか (1～8 複数回答)

- 1 受診のタイミング      2 受診先の選択や紹介      3 サービス・施設の選択や紹介  
4 日常生活・家族介護の留意点      5 認知症の症状(BPSD 等)への対応  
6 受診先(医療機関)への疑問や不満      7 現在の診療(治療や負担)に関する心配  
8 その他( )

(2) 上記(1)の①～⑤の対応についての **費用手当** についてお教えてください (1～5 複数回答)

「認知症対策等総合支援事業」などによる、謝金や報酬等の手当(制度)がある場合に○を付けてください

- 1 ①かかりつけ医      2 ②地域包括      3 ③訪問看護      4 ④介護      5 ⑤地域住民

(3) (認知症に関する) **地域の仕組み** についてお教えてください

①地域の多職種連携の仕組みはありますか 1 ある 2 ない 3 分からない

①-2 「1 ある」とした場合、その規模はどの単位ですか (○は1つ)

- 1 市町村      2 都道府県・指定都市      3 その他( )

①-3 その仕組みに、どのような活動内容がありますか (1～5 複数回答)

- 1 医療機関の連携(紹介)の仕組み      2 多職種連携の仕組み(地域ケア会議等)  
3 地域住民の相談窓口      4 認知症サポート医のリストの公表  
5 その他( )



平成24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)

## 認知症サポート医等のあり方と研修体系・教材に関する研究事業

平成25年3月

**発行：株式会社ニッセイ基礎研究所**

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-1-7

TEL：03(3512)1811 FAX 03(5211)1084