

福岡県かかりつけ医 認知症対応力向上研修

令和6年1月28日
福岡県医師会・福岡県

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

△と き 令和6年1月28日(日) 10:00

△ところ ハイブリッド開催(福岡県医師会館又はWeb)

1. 開 会 (10:00)

2. 研 修

	研 修 内 容	講 師
I 「かかりつけ医の役割」編 10:05~10:50	<ul style="list-style-type: none">●認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえたかかりつけ医の役割●認知症の人の本人視点を重視したアプローチの重要性●早期診断・早期対応の意義・重要性 など	福岡県医師会 理事 原 速
II 「基本知識」編 10:50~11:50	<ul style="list-style-type: none">●認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等●認知症の診断基準及び診断のポイント●認知症の診断の手順及び鑑別すべき疾患 など	岩本クリニック 院長 岩本 拓也
昼 休 み 11:50~12:35		
III 「診療における実践」編 12:35~13:35	<ul style="list-style-type: none">●認知症の間診・アセスメントのポイント●認知症の治療についての原則・具体的な方法●行動・心理症状(BPSD)に対する対応●治療期の本人・家族への対応および実践上のポイント など	福岡聖恵病院 理事長・院長 安松 聖高
IV 「地域・生活における実践」編 13:35~14:35	<ul style="list-style-type: none">●かかりつけ医による認知症ケアのポイント●認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要なかかりつけ医の役割●多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医の役割 など	福岡県介護支援専門員協会 専務理事 松本 直人

3. 閉 会

I 「かかりつけ医の役割」 編

かかりつけ医認知症対応力向上研修

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

令和2年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
認知症対応力向上研修の教材に関する調査研究事業 編

かかりつけ医の役割 編

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

到達目標：

- 認知症施策推進大綱等の施策の目的を踏まえ、かかりつけ医の役割を理解する
- 認知症の人の本人視点を重視したアプローチの重要性を理解する
- 早期診断・早期対応の意義・重要性を理解する

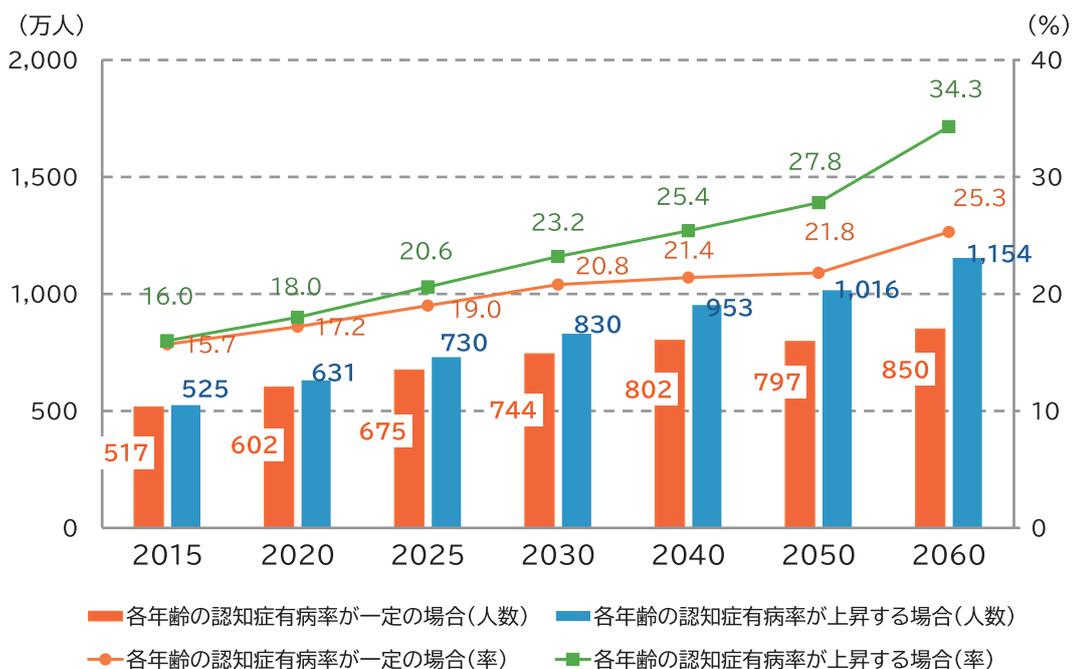
認知症対応力向上研修の目的

〔役割 1〕

1. 認知症の人や家族を支えるためのかかりつけ医の役割を理解する。
2. 認知症の本人の視点を重視したアプローチについて理解する。
3. 認知症の早期発見・早期対応の重要性を理解する。
4. 認知症の診断・治療の基本とケアの原則を理解する。
5. 認知症の人と家族への支援の現状と制度を理解する。
6. 認知症の人や家族を支えるための医療機関、介護事業者、地域が連携した生活支援の重要性を理解する。

認知症高齢者数の推移

〔役割 3〕

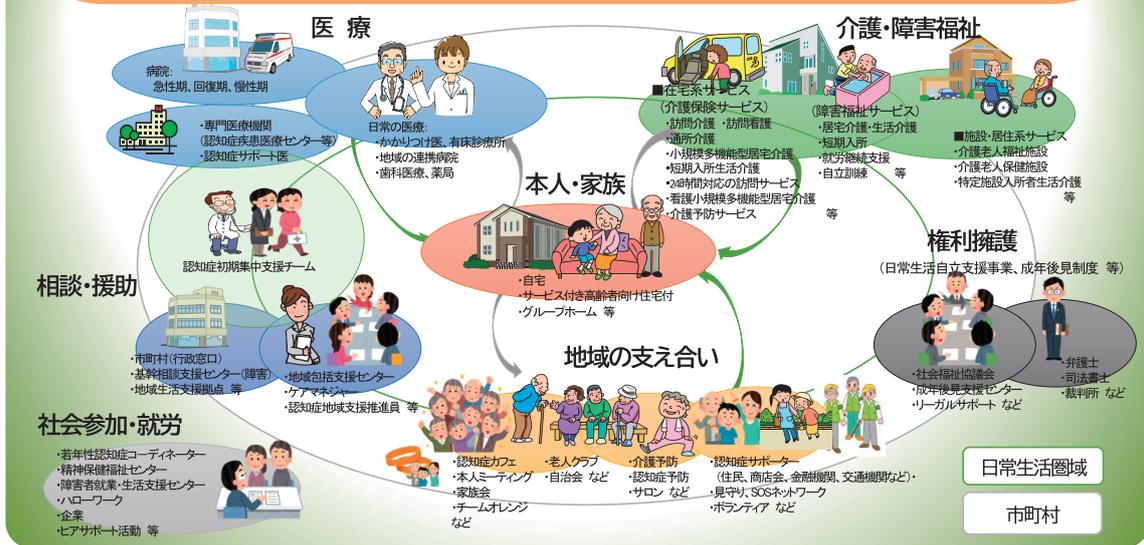


「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業

認知症施策の推進について

〔役割 4〕

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



認知症施策推進大綱の概要

〔役割 5〕

基本的考え方

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

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

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

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点の重視

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

認知症対応力向上研修

〔役割 6〕

	かかりつけ医	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	看護職員
開始年度	平成18年度	平成28年度	平成28年度	平成25年度	平成28年度
受講対象	医師 (かかりつけ医)	歯科医師	薬剤師	病院勤務の医療従事者	指導的役割の看護職員
標準的カリキュラム ※	講義 210分 ①役割・姿勢(30) ②基本知識(60) ③診療における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	講義 210分 ①基本知識(30) ②かかりつけ歯科医の役割(90) ③連携と制度(90)	講義210分 ①基本知識(30) ②対応力(90) (薬学的管理/気づき・連携) ③制度等(90)	講義 90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	講義 1,080分 ①基本知識(180) ②対応力向上 講義(330) 演習(150) ③マネジメント 講義(180) 演習(240)
	演習(任意) 動画教材あり (令和1年度~)			演習(任意) スライド教材あり	演習(必修) (上記に含まれる)

※ 標準的カリキュラムは 令和3年度現在

※ 「病院勤務以外の医療従事者向け認知症対応力向上研修」が令和3年度よりスタート

かかりつけ医の定義と機能

〔役割 7〕

かかりつけ医の定義

『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師』

かかりつけ医機能

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践

日本医師会かかりつけ医機能研修制度概要より引用

早期発見・早期対応の意義

〔役割 10〕

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- 進行性の認知症であっても、より早期からの適切な薬物療法により進行抑制や症状緩和が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能となる
- 病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により日常生活の質の維持向上や家族の介護負担の軽減ができる

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

〔役割 11〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症の人の視点を施策の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

本人にとってのよりよい暮らしガイド

〔役割 12〕

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」 ～一足先に認知症になった私たちからあなたへ～

- 診断直後に認知症の本人が手にし、次の一步を踏出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイド



<主な内容>

1. 一日も早く、スタートを切ろう
2. これからのよりよい日々のために
 - イメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と会おう
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にいる
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)

平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

認知症とともに生きる希望宣言

〔役割 13〕

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

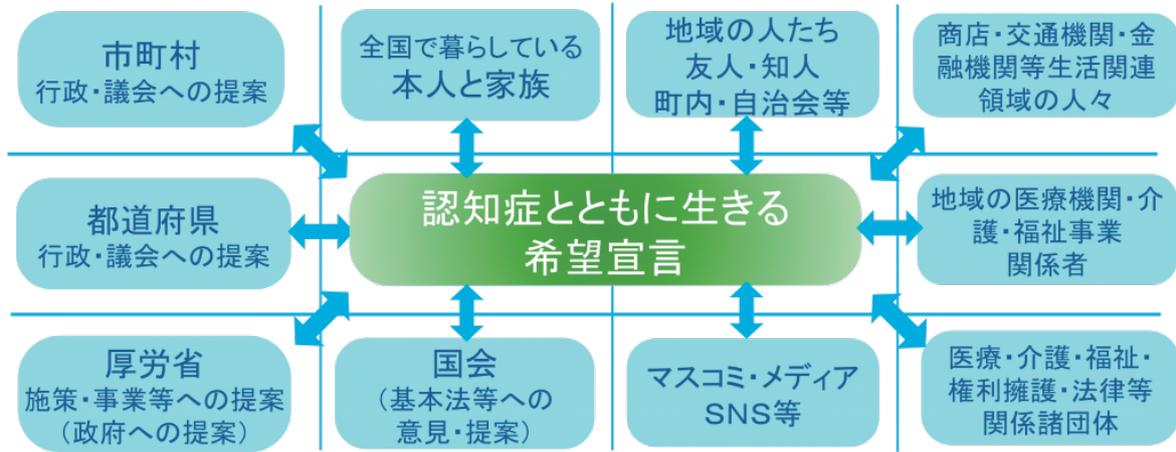
- 1 自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2 自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3 私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわき立たせ、元気に暮らしていきます。
- 4 自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩いていきます。
- 5 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

「希望をもって共に生きる」ための地域づくり

〔役割 14〕

認知症の人が、希望をもって共に生きるための地域づくりには、立場や職種を超えた関わりが必要であり、かかりつけ医もその一員である。



日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(平成30年11月1日) <http://www.jdwg.org/statement/>

本人の視点を重視した施策の展開

〔役割 15〕

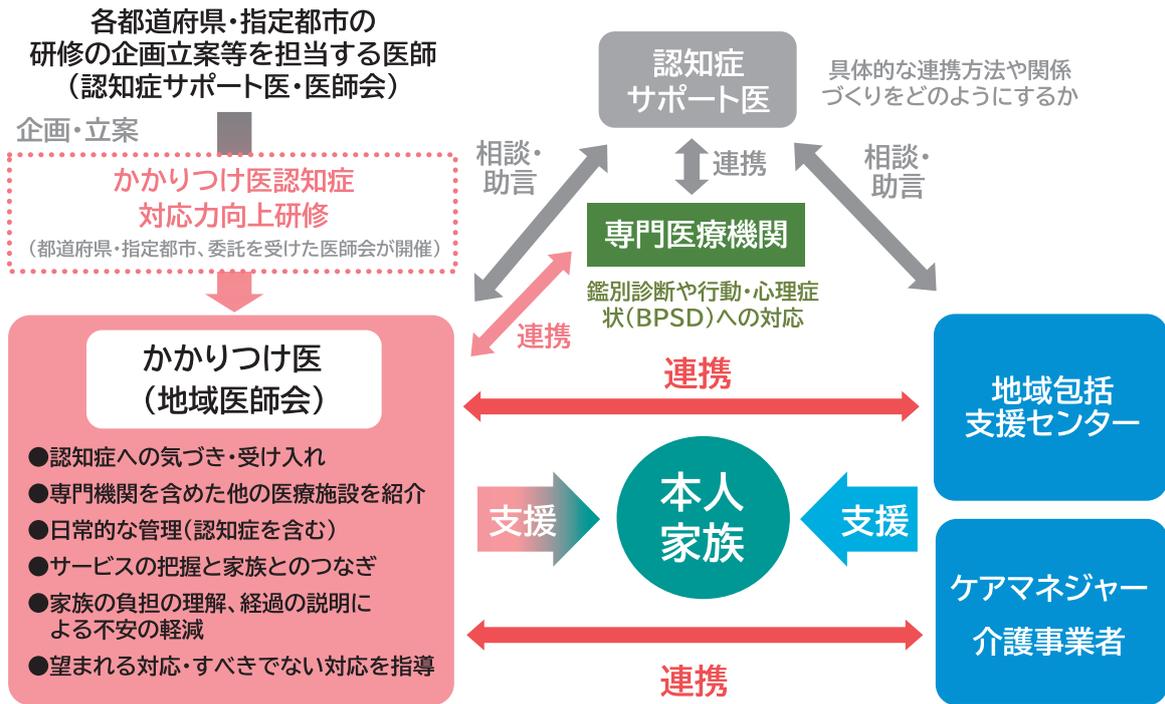
「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」

- 都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的に展開していくことを支援するためのガイド

平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より

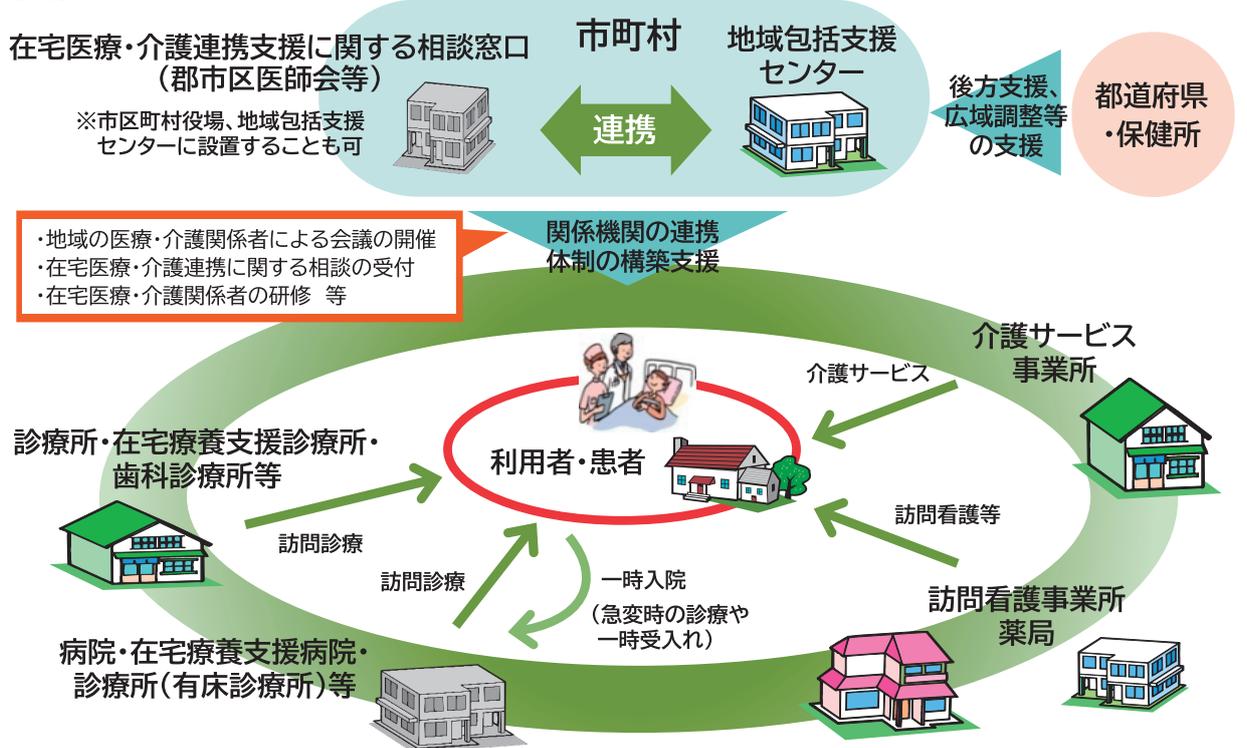
かかりつけ医が参画した 早期からの認知症高齢者支援体制

〔役割 16〕



地域包括ケアシステムにおける 在宅医療・介護連携の推進

〔役割 17〕



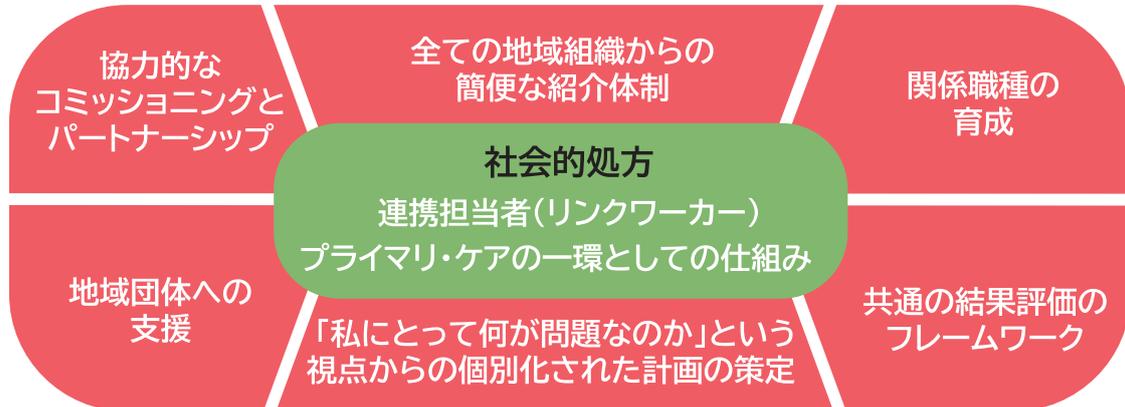
在宅医療・介護連携推進事業の手引き (Ver.3) より一部改変

かかりつけ医の社会的機能の重要性

〔役割 18〕

かかりつけ医には、「医療的機能」と「社会的機能」を備えた全人的視点での対応が望まれる。「社会的機能」の重要性が高まる中で、「社会的処方(医師が高齢者と地域とのつながりをサポートすること)」などの取り組みも期待されている。

「社会的機能」の一つである「社会的処方」の概要



英国 NHS(National Health Service)ホームページより引用
松田晋哉「かかりつけ医の社会的処方」日医かかりつけ医機能研修制度2019年度応用研修会を参照

認知症診断後の介入とサポートのあり方

〔役割 19〕

～診断後の本人や家族の不安～

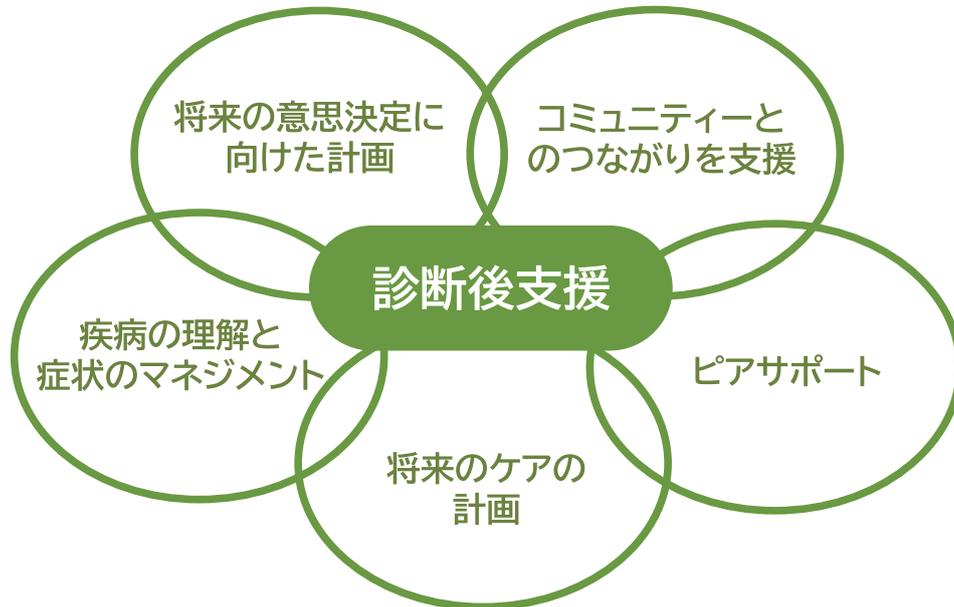
- 『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』
- 『これからの変化や症状についての説明がなかった』
- 『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』
- 『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 早期診断と治療導入の取り組みだけでは、不十分
- 本人と家族の受ける心理的打撃や将来への不安の緩和が重要
- 個別性と柔軟性の高い手段での介入やサポートが必要
- 本人や家族の話に共感し、傾聴する姿勢が必要不可欠

診断後の早い段階からの支援

〔役割 20〕

認知症と診断された早い段階から生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が重要となる。



Scotland's national dementia charity <https://www.alzscot.org/>

認知症啓発の説明のポイント

〔役割 21〕

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

認知症の予防の考え方

〔役割 22〕

一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）

- 運動不足の改善と糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防
- 社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持
- 介護予防の事業や健康増進事業と連携

二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 認知症初期集中支援チームによる訪問活動
- かかりつけ医や地域包括支援センター等と連携

三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）

- 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応
- 認知症バリアフリー、不安の除去と安心・安全な生活の確保

かかりつけ医に期待される役割 ～認知症医療の特殊性と望まれる対応～

〔役割 23〕

- ◎ 認知症に対する誤解と偏見が根強い
 - ➔ 地域や医療現場での啓発や気づき
 - ◎ 早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある
 - ➔ 医師の専門性を生かした医療連携
 - ◎ 増加する患者さんに対し専門医療機関が少ない
 - ➔ かかりつけ医での治療の継続と医療連携
 - ◎ 医療のみでの対応には限界がある
 - ➔ 歯科医師、薬剤師、介護、行政、地域との連携
- ▼
- 認知症の早期発見・早期対応の重要性の理解
 - 認知症の診断、治療、ケア、連携に関する知識の習得
 - 認知症の人と家族を支える方法の理解と地域での実践

Ⅱ 「基本知識」 編

基本知識 編

ねらい: 認知症に関する基本的な知識・診断の原則を理解する

到達目標:

- 認知症の主な原因疾患及びその症状や経過等を理解する
- 認知症の診断基準及び診断のポイントを理解する
- 認知症の診断の手順および鑑別すべき疾患について理解する

認知症の概念

〔基本知識 1〕

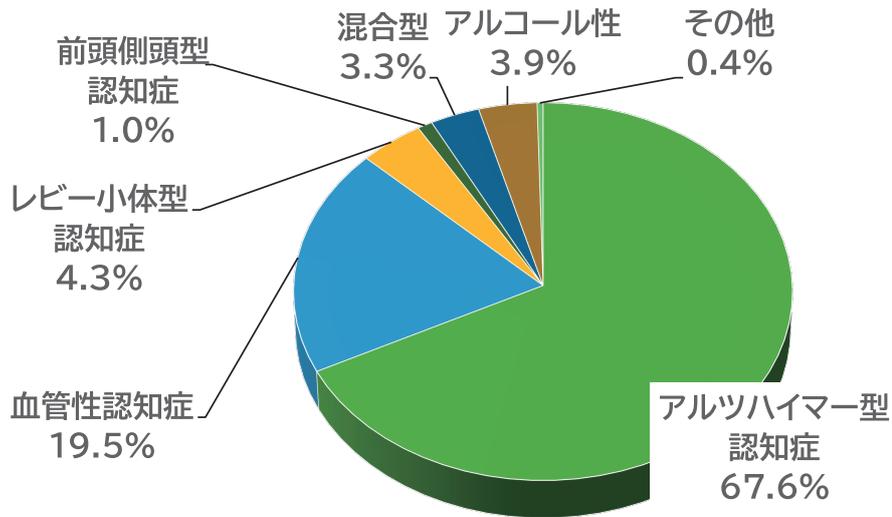
認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

- ※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されない。
- ※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期に記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている。

認知症の原因疾患

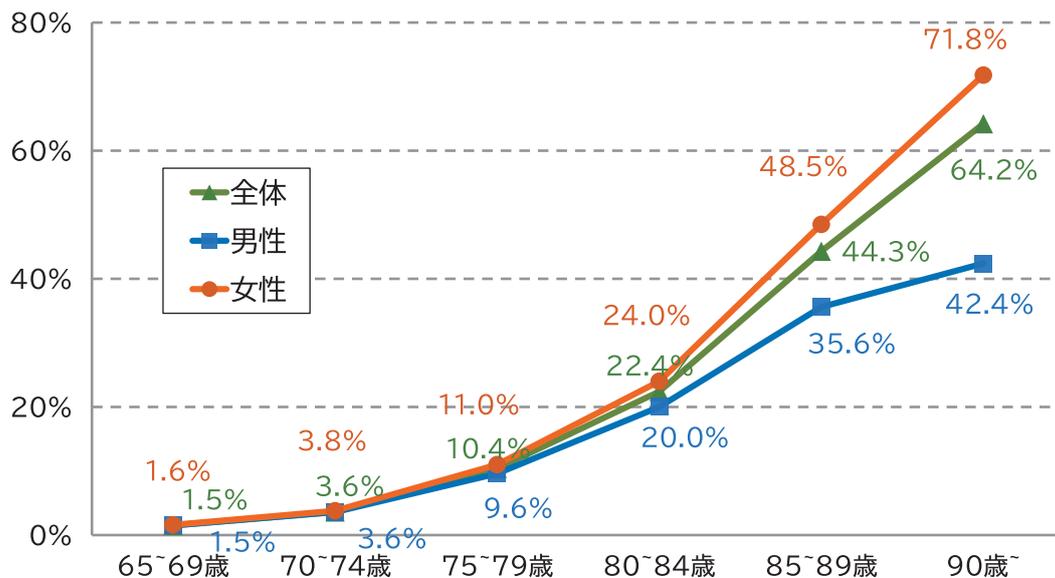
〔基本知識 2〕



「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月報告)を引用

年齢階級別の認知症の有病率

〔基本知識 3〕



※ 2012年時点の推計は厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成24年度総合研究報告書による。2018年時点の推計は日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究(研究代表者二宮教授)」において開始時に悉皆調査を行った福岡県久山町、石川県中島町、愛媛県中山町のデータ解析の当初の結果である。

認知症の診断 (ICD-11)

〔基本知識 4〕

- A 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である。
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる。
- C 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる。

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

認知機能の障害

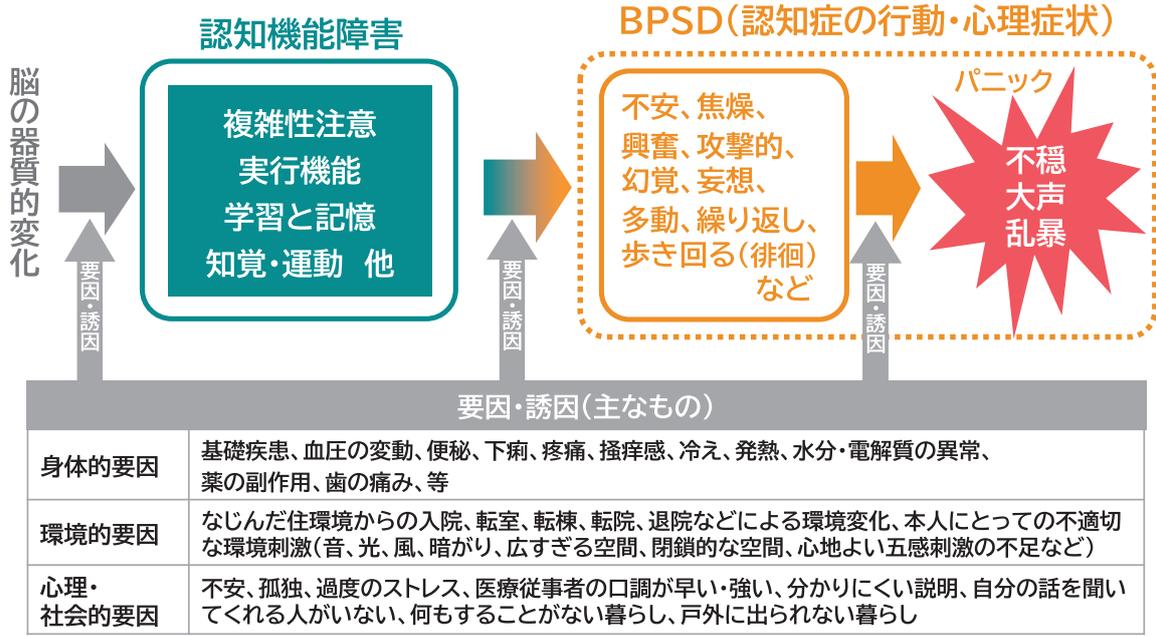
〔基本知識 5〕

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分からない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

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

認知症の症状と要因・誘因

〔基本知識 6〕

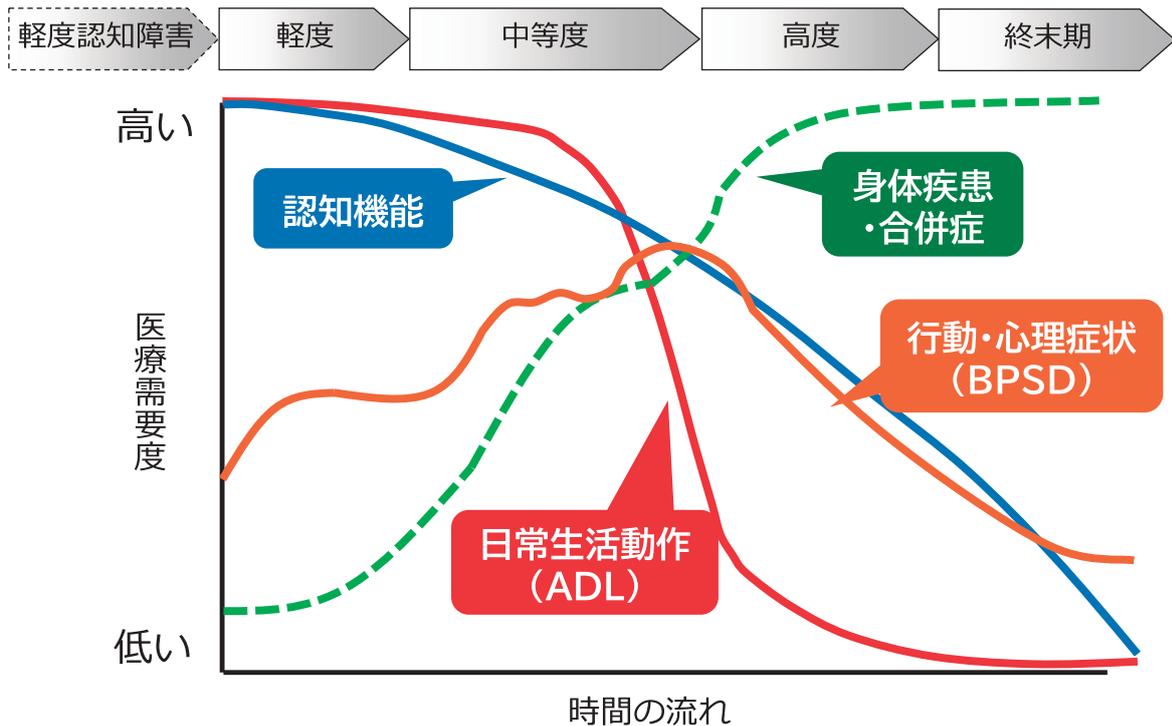


永田久美子「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」正木治恵 監修「改訂版老年看護学」日本放送出版協会

変性疾患の場合の認知症の経過

〔基本知識 7〕

認知症の進行とともに医療需要度は変化する



〔動画 ②〕

認知症初期の発見とポイント

アルツハイマー型認知症の診断

〔基本知識 9〕

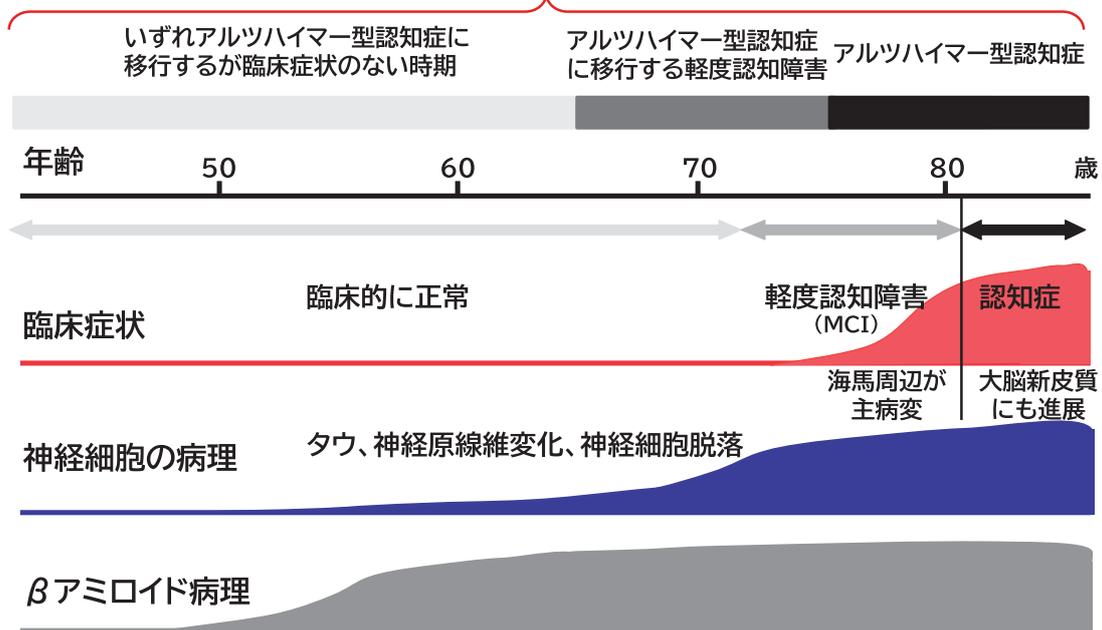
- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

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

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

〔基本知識 10〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している
これらのすべての時期がアルツハイマー病



アルツハイマー型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 11〕

【初期に多い症状】

- **記憶障害が目立つことが多い。**
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害を周囲に気づかれる。**
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- **日付や場所の見当識障害が目立つこともある。**
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状が先行する、もしくは伴うことも多い。**
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

【特徴的な所見】

- 麻痺などの神経学的所見はない。
- **取り繕いや振り返り症候がある。**
- **病識がないもしくは乏しい。**

血管性認知症の診断

〔基本知識 12〕

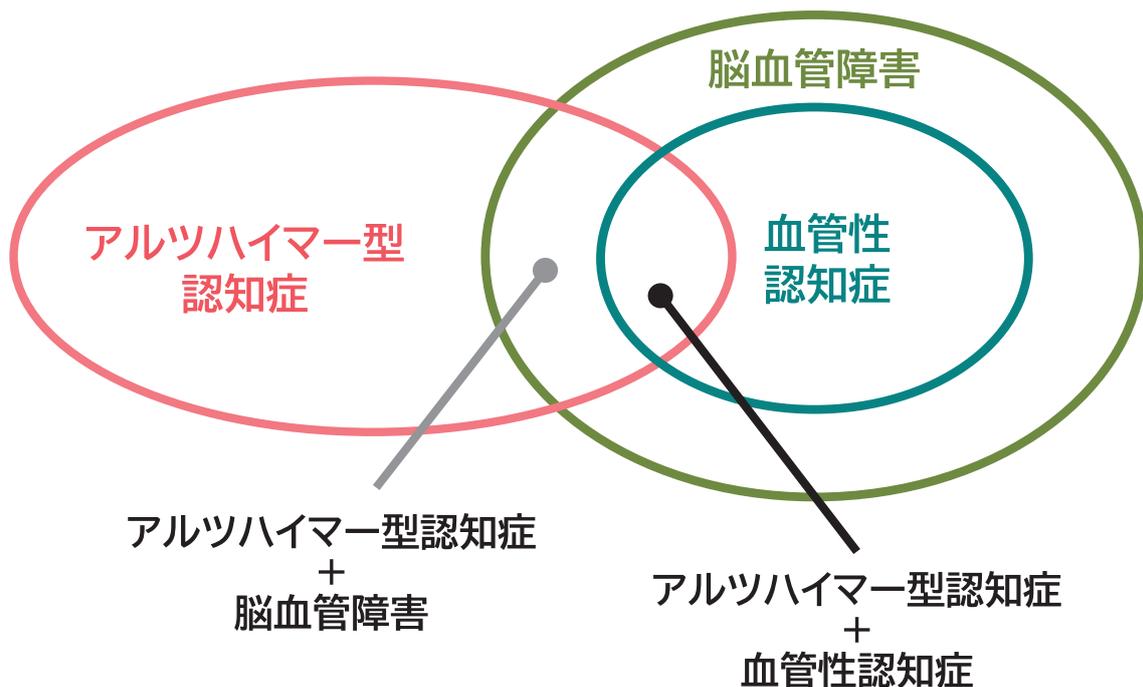
- A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

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

脳血管障害と認知症の関係

〔基本知識 13〕



血管性認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 14〕

【初期に多い症状】

- 記憶障害よりも**遂行機能障害が目立つ。**
(記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- **動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠**などが脳血管障害のエピソード後に持続する。

【特徴的な所見】

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

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

レビー小体型認知症(DLB)の臨床症状

〔基本知識 15〕

必須症状

- ・ 進行性の認知機能低下により、社会的、職業的、または日常生活に支障

中核的特徴

- ・ 認知機能の変動
- ・ 具体的な幻視
- ・ レム期睡眠行動異常症
- ・ パーキンソニズム
(動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛)

+

指標的バイオマーカー

- ・ SPECTまたはPET
- ・ MIBG心筋シンチグラフィ
- ・ 睡眠ポリグラフ検査
などで示される特徴的な所見

- ・ 抗精神病薬に対する過敏性
- ・ 姿勢の不安定さ
- ・ 嗅覚障害
- ・ アパシー
- ・ 失神・原因不明の意識障害
- ・ 繰り返す転倒
- ・ 過眠
- ・ 不安
- ・ 著明な自律神経障害
(便秘・起立性低血圧・尿失禁)
- ・ 幻視以外の幻覚
- ・ 妄想
- ・ 抑うつ

支持的特徴

認知症疾患診療ガイドライン 医学書院, 2017年. McKeith,I.G et al.: Neurology, 89: 88-100, 2017より作図

レビー小体型認知症の早期発見のポイント

〔基本知識 16〕

【初期に多い症状】

- **もの忘れに対する自覚がある**
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- **人物や小動物、虫など幻視や錯視**
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- **レム睡眠行動障害**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- **動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性**
- **便秘や起立性低血圧などの自律神経症状**
- **嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想など**

【特徴的な所見】

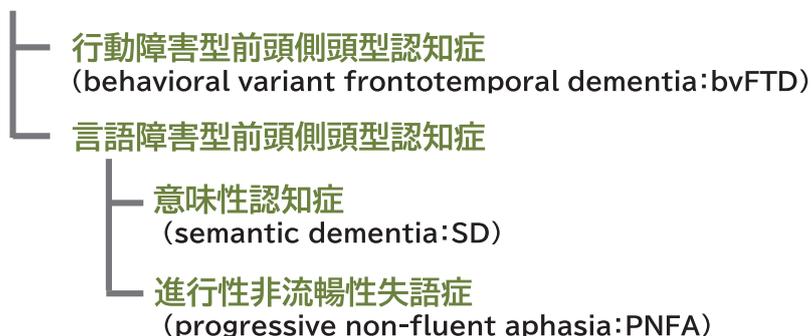
- **症状の日内変動がある。**
- **質問や支持動作への反応が緩徐である。**
- **取り繕いや振り返り症候がない。**

前頭側頭葉変性症(FTLD)の概念

〔基本知識 17〕

1) 定義：主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来し、人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する

2) 分類：前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration:FTLD)



3) 特徴：・ 頻度は、ADの10分の1以下で性差はない。
・ 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
・ bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

前頭側頭葉変性症(FTLD)の診断

〔基本知識 18〕

行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)

1. 進行性の異常行動や認知機能障害を認める。
2. 以下の症状のうちの3項目以上。症状は発症初期から。
 - A. 脱抑制行動
 - B. 無関心又は無気力
 - C. 共感や感情移入の欠如
 - D. 固執・常同性
 - E. 口唇傾向と食習慣の変化
 - F. 記憶や視空間認知能力の保持と遂行機能障害

意味性認知症 (SD)

1. 物品呼称の障害と単語理解の障害を認める。
2. 以下の4つのうち少なくとも3つを認める。
 - A. 対象物に対する知識の障害
 - B. 表層性失読・失書
 - C. 復唱は保たれる。流暢性の発語を呈する
 - D. 発話(文法や自発語)は保たれる

進行性非流暢性失語症 (PNFA)

1. 発音における失文法と、努力性で滞りのみられる発語、不規則な音韻の誤りや歪みを特徴とする発語失行を認める。
2. 以下の2つ以上を認める。
 - A. 文法的に複雑な文の理解障害
 - B. 個々の単語理解は保たれる
 - C. ものについての知識は保たれる

Gome-Tempiri et al., Neurology 2011. 公益財団法人難病医学研究財団 / 難病情報センター

前頭側頭葉変性症の早期発見のポイント

〔基本知識 19〕

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状	特徴的な所見
行動障害型 前頭側頭型認知症	<ul style="list-style-type: none">・ 脱抑制的行動・ 常同行為 (時刻表的生活・反復行為)・ 食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向)・ 無関心・共感の欠如	<ul style="list-style-type: none">・ 病識の欠如・ 「我が道を行く行動」・ 診察中の立ち去り行為・ 社会のルールが守れない
意味性認知症	<ul style="list-style-type: none">・ 言葉の意味が分からない (「利き手」「季節」など)・ 物や人の名前が出てこない	<ul style="list-style-type: none">・ 会話が迂遠になる・ 質問の意味が理解できない
進行性非流暢性 失語症	<ul style="list-style-type: none">・ 発話自体がゆっくりで努力性になる	<ul style="list-style-type: none">・ 発語の開始が困難となる (会話中のどもりや途切れ)

画像診断の意義と重要性

〔基本知識 20〕

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

各認知症の典型的なMRI画像

〔基本知識 21〕

アルツハイマー型認知症



海馬、側頭葉内側の萎縮

血管性認知症



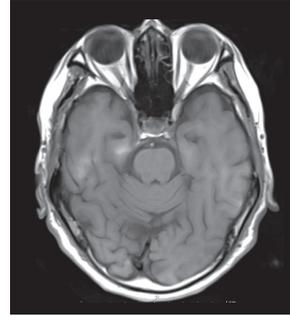
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

前頭側頭葉変性症



前頭葉または側頭葉前部、あるいはその両方の限局性萎縮

レビー小体型認知症

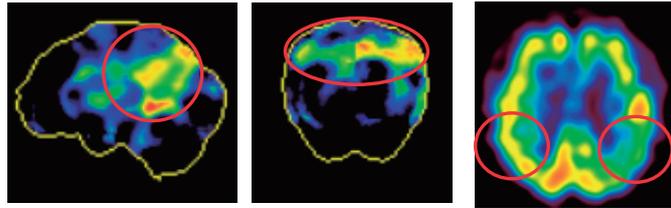


海馬・側頭葉の萎縮は目立たない

各認知症の典型的な機能画像

〔基本知識 22〕

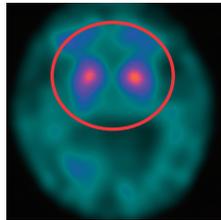
アルツハイマー型
認知症



後部帯状回、楔前部、側頭頭頂連合野の血流低下

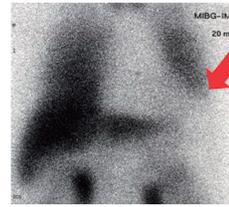
脳血流シンチ

レビー小体型
認知症



DATスキャン®

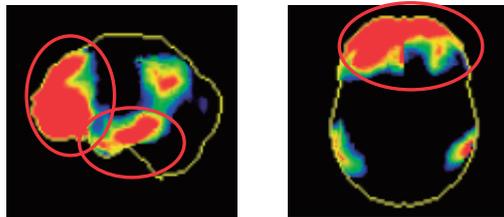
大脳基底核での
取り込み低下



MIBG心筋シンチ

取り込み低下

前頭側頭葉
変性症



脳血流シンチ

前頭葉または側頭葉
前部、あるいはその両
方の血流低下
(脳血流シンチ)

〔基本知識 23〕

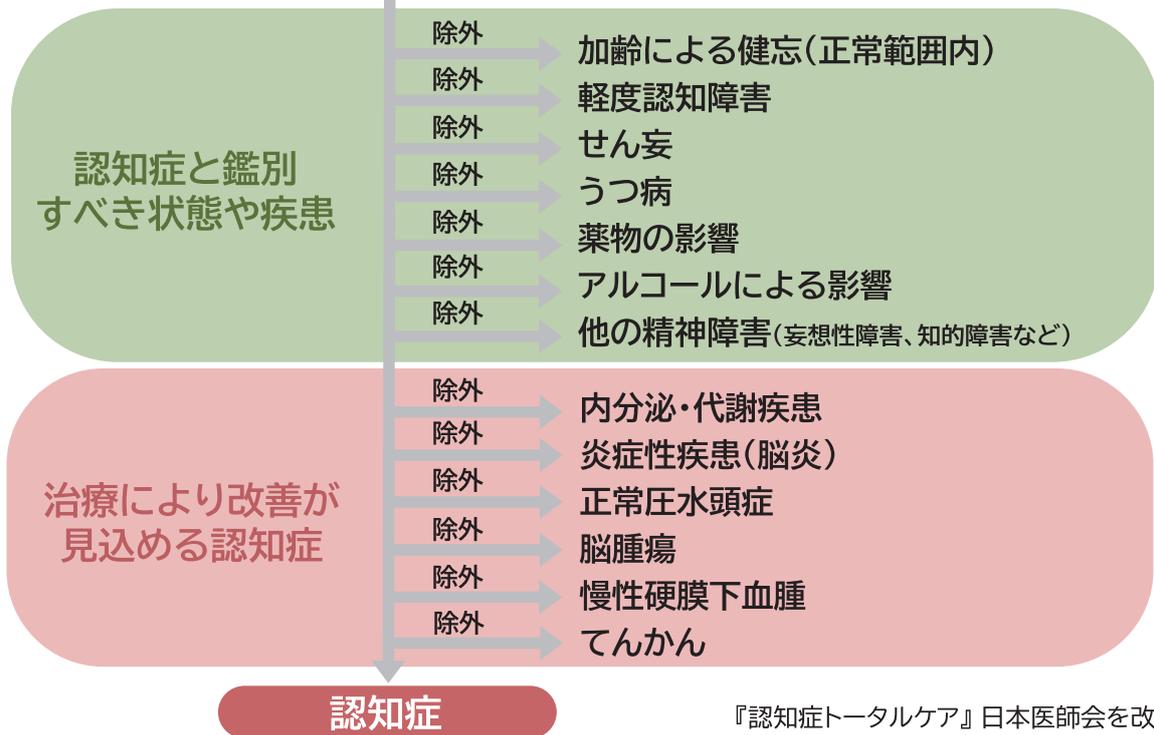
〔動画 ③〕

認知症と間違えやすい症状

認知症診断のフローチャート

〔基本知識 24〕

認知症の疑い・認知機能障害の疑い



『認知症トータルケア』日本医師会を改変

認知症と鑑別すべき状態や疾患

〔基本知識 25〕

認知症と鑑別すべき状態や疾患では、診断や対応が難しい場合には専門医への紹介を考慮する。

- ① 加齢による健忘
- ② 軽度認知障害
- ③ せん妄などの意識障害
- ④ うつ病
- ⑤ 薬剤による影響
- ⑥ アルコールによる影響
- ⑦ 他の精神障害(妄想性障害、知的障害)

加齢に伴う生理的健忘の特徴

〔基本知識 26〕

生理的健忘と病的健忘の鑑別点の要点

	生理的健忘	病的健忘 (アルツハイマー型認知症)
もの忘れの内容	一般的知識など	自分の経験した出来事
もの忘れの範囲	体験の一部	体験した全部
進行	進行・悪化しない	進行していく
日常生活	支障なし	支障あり
自覚	あり	なし
学習能力	維持されている	新しいことが覚えられない
日時の見当識	保たれている	障害されている
感情・意欲	保たれている	易怒性、意欲低下

軽度認知障害

(MCI : Mild Cognitive Impairment)

〔基本知識 27〕

定義・分類

- 正常と認知症の中間の状態。記憶障害を主体とする健忘型MCIとその他の障害による非健忘型MCIに分類される

健忘型MCIの特徴

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

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

特徴

- 軽度認知障害から認知症へのコンバージョンは専門医による追跡では9.6%/年、地域研究では4.9%/年。一方で正常なレベルに回復する人もいる。

(Mitchell AJ, Acta Psychiatr Scand. 2009)

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

せん妄の特徴

〔基本知識 28〕

定義

- 身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある。

特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する。
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されないことも多い。
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い。
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある。

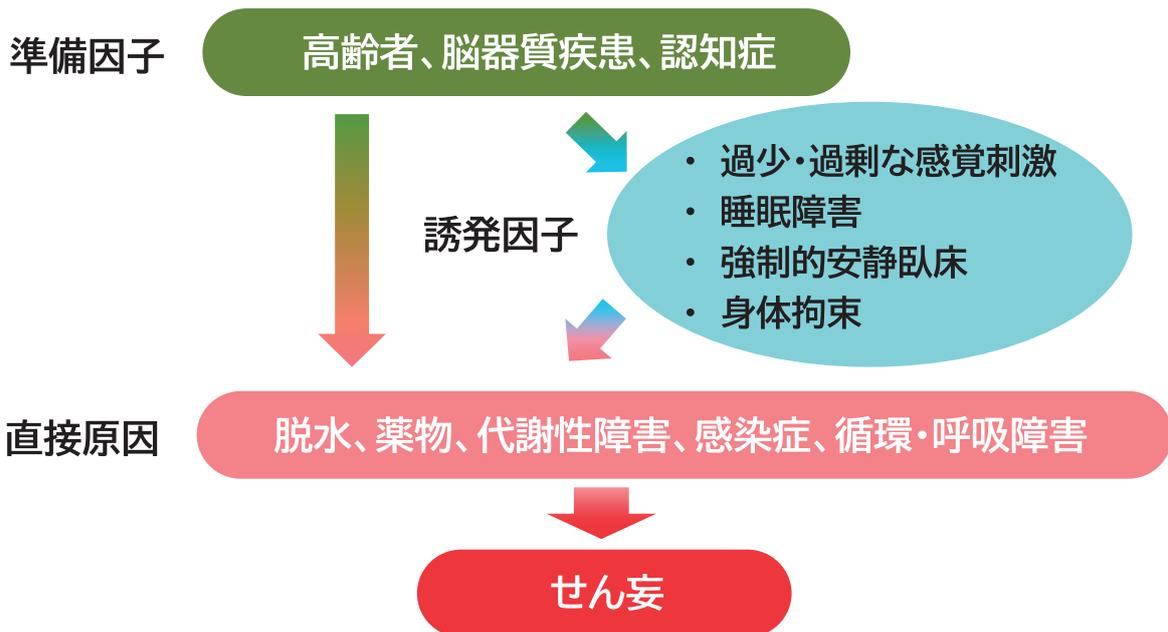
留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である。
- 安全な治療・療養環境の確保、適切な検査、精神症状に隠れた身体疾患の鑑別、全身の診察を怠らない。

せん妄の発症

〔基本知識 29〕

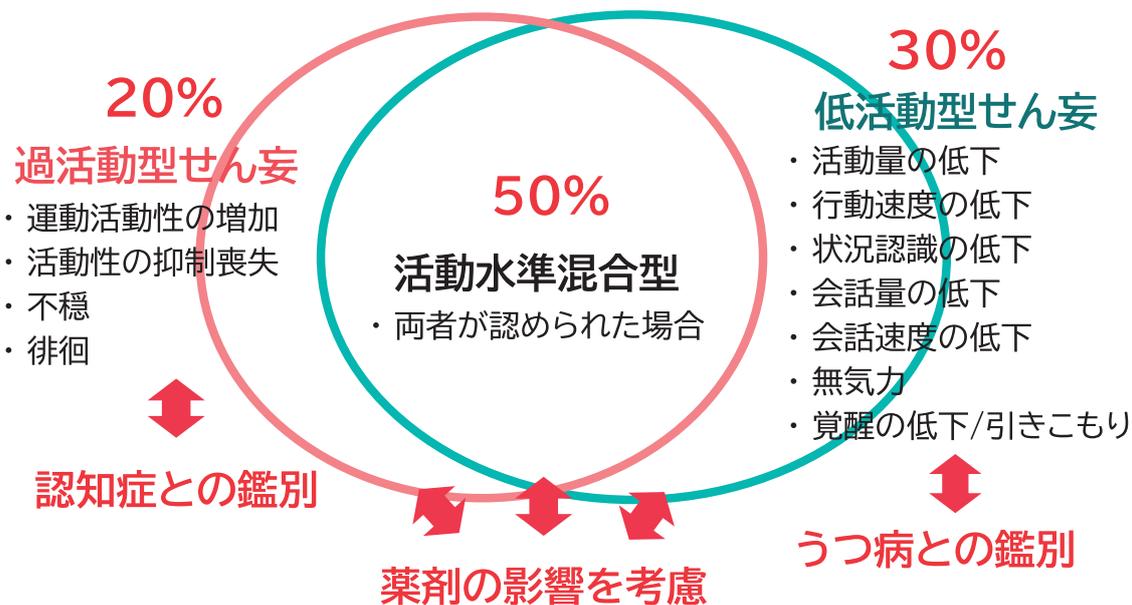
準備因子に誘発因子や直接的な原因など複数の要因が重なり発症



せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態

〔基本知識 30〕

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要



寺田 整司 日本老年医学会雑誌 51巻5号(2014:9)を一部改変
Meagher D et al. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 2008;20:185-93より引用

せん妄の臨床的特徴

〔基本知識 31〕

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	動揺性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

うつ病

〔基本知識 32〕

特徴

- 高齢者では、加齢や心理社会的要因、身体的要因が重なるため頻度も高いが、診断されずに見過ごされることが多い。
- 認知症発症のリスクであり、認知症に併存することもある。

診断

- 以下の症状のうち5つ以上が2週間持続(少なくとも1つは、1)または2))
 - 1) 抑うつ気分
 - 2) 興味、喜びの著しい減退
 - 3) 体重減少、食欲の減退
 - 4) 不眠
 - 5) 精神運動性の焦燥/制止
 - 6) 易疲労性/気力の減退
 - 7) 思考力や集中力の減退/決断困難
 - 8) 無価値観/罪責感
 - 9) 死についての反復思考、自殺念慮

DSM:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

留意点

- 高齢者では、悲観的思考、精神運動激越、心気症、身体症状、精神病症状、うつ病性仮性認知症などが特徴である。
- 自殺の可能性や社会的孤立、身体疾患の影響などへの配慮が重要。

うつ病の臨床的特徴

〔基本知識 33〕

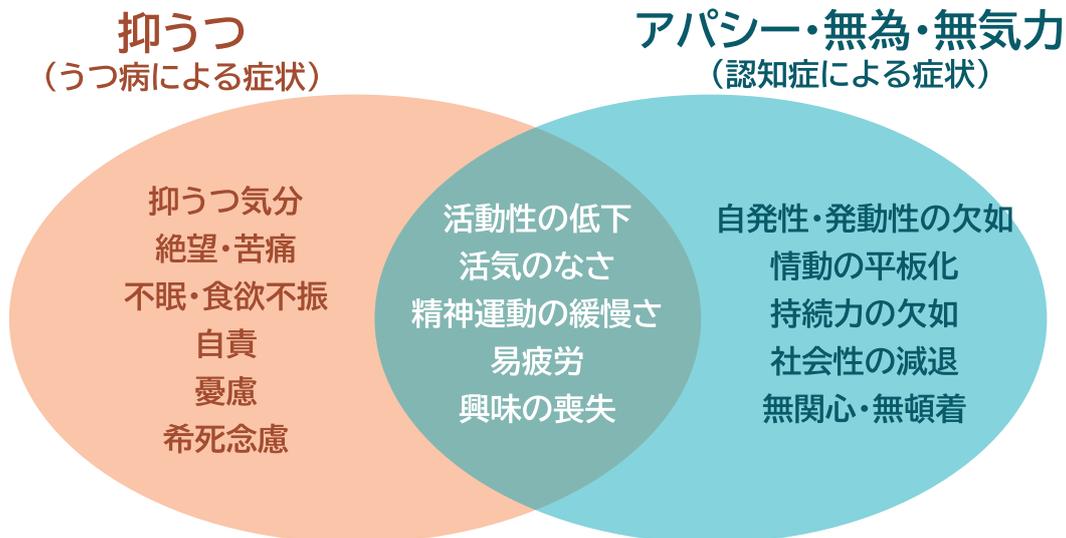
うつ病とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	うつ病(仮性認知症)	アルツハイマー型認知症
発症	急性(週か月単位)	緩徐で潜在性
経過と特徴	比較的短期、動揺性	長期、進行性
自覚症状	存在する、強調する(能力の低下を慨嘆する)	欠如することが多い(能力の低下を隠す)
身体症状	摂食障害、睡眠障害	ないことが多い
答え方	否定的答え(わからない)	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
見当識障害	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

うつと認知症に伴うアパシーの差異

〔基本知識 34〕

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い



藤瀬昇・池田学, 精神経誌114(3)276-282,2012

薬剤よる認知機能の低下

〔基本知識 35〕

特徴

- 認知機能低下に服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患などで出現しやすい。

症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する。
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する。
- 注意力の低下が目立つ。(せん妄に類似した症状)
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する。

留意点と対応

- 市販の健康食品を含め必ず聴取が必要である。
- 初診時だけでなく、定期的に聴取を行う。
- 他院での薬剤の変更を把握する。
- 原因薬剤の減量・中止、他の薬剤への変更を検討する。

認知機能低下を誘発しやすい薬剤

〔基本知識 36〕

薬剤の影響を常に念頭に置いた適切な対応が重要である

向精神薬	向精神薬以外の薬剤
抗精神病薬	抗パーキンソン病薬
催眠薬	抗てんかん薬
鎮静薬	循環器病薬(ジギタリス、利尿剤、一部の降圧剤など)
抗うつ薬	鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs)
抗不安薬	副腎皮質ステロイド
	抗菌薬、抗ウイルス薬
	抗腫瘍薬
	泌尿器病薬(過活動性膀胱治療薬)
	消化器病薬(H ₂ 受容体拮抗薬、抗コリン薬)
	抗喘息薬
	抗アレルギー薬(抗ヒスタミン薬)

認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会に一部追加

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

〔基本知識 37〕

特徴

- アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造に変化をもたらし、精神症状や神経症状を呈する。

症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、と急速(1日～数日)に出現する。

※ ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行する。

コルサコフ症候群

- 健忘(前向性・逆行性)・失見当識・作話を認め、回復は困難。

アルコール性認知症(アルコール関連認知症)

- 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する。

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる。

治療により改善が見込める認知症

〔基本知識 38〕

治療により症状の改善が見込めるため、適切な診断や対応、脳神経外科や神経内科、精神科等への紹介が必要となる。

- ① 内分泌・代謝疾患
- ② 炎症性疾患（感染性、自己免疫性脳炎・脳症）
- ③ 正常圧水頭症（特発性・二次性）
- ④ 脳腫瘍
- ⑤ 慢性硬膜下血種
- ⑥ てんかん

内分泌・代謝疾患

〔基本知識 39〕

特徴

- 概して反応速度の低下、幻覚、時にせん妄などの意識障害を伴い、日内変動がある場合が多い

問診と留意点

低血糖

- 食事状態(飲酒)・糖尿病・内服、健康食品の変更の有無・日内変動

甲状腺機能低下症

- 抑うつ状態を呈する(うつ病との鑑別が重要である)
- 体重の変化や下腿浮腫などの身体症状

肝性脳症

- 身体状態の変化でも起こる(羽ばたき振戦や痙攣を認める)
- 肝機能障害の有無・内服の変更・脱水や下痢等の身体症状

ビタミンB欠乏症

- アルコール関連障害以外でも起こる
- 食事状態・胃切除等の吸収障害をきたす基礎疾患の有無

炎症性疾患(脳炎・脳症)

[基本知識 40]

特徴

- 概して急性・亜急性に進行することが多い。
- 先行感染がある場合だけではない。
- 精神症状や異常行動、意識障害を伴うことが多い。

原因

- 感染性:ヘルペス、真菌、梅毒等
- 自己免疫性:膠原病関連
- 傍腫瘍抗体:肺小細胞がん(抗Hu抗体、抗CV2抗体)
卵巣奇形腫(抗NMDA抗体) 等

留意点

- 画像検査に加え、髄液検査が必要となる。
- 鑑別診断と原因疾患の特定、適切な治療が重要である。

正常圧水頭症

[基本知識 41]

概要

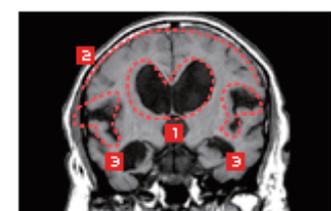
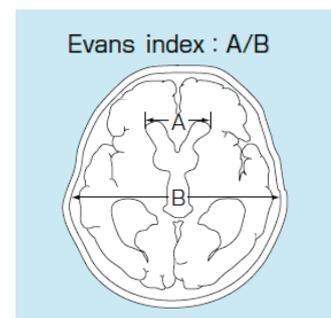
- 60歳以上の高齢者に多い。
- 軽症例でも精神運動速度が低下し、注意機能、作業記憶などが障害される。
- 特発性と二次性(くも膜下出血や髄膜炎などに続発する)に分類される。

診断基準

- ① 認知障害、歩行障害(歩幅の減少、足の挙上低下、開脚歩行等)、排尿障害のうち1つ以上
- ② 60歳以上
- ③ Evans Index >0.3
- ④ 他の疾患で説明ができない

特徴

- 特徴的な画像所見を呈する。(右記参照)
- 髄液排除試験を行い、シャント手術の適応を検討する。



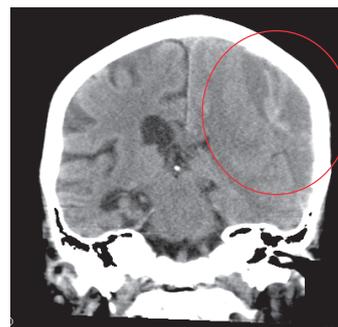
- 1 脳室拡大
- 2 高位円蓋部脳溝の狭小化
- 3 シルビウス裂の拡大

慢性硬膜下血種／脳腫瘍

〔基本知識 42〕

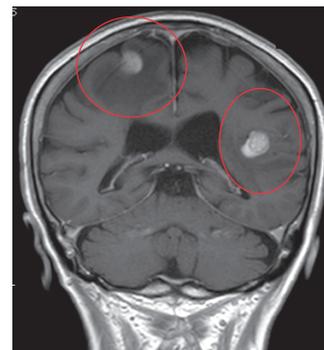
慢性硬膜下血種の特徴

- 高齢者、男性、アルコール常用者、糖尿病、抗凝固剤の服用などでリスクが高い。
- 軽い外傷でも発症するとがあり、外傷から1～2か月かけて緩徐に症状が出現することもある。
- 慢性的に続く頭痛や筋力低下、歩行障害、尿失禁などが特徴である。



脳腫瘍の特徴

- 亜急性に進行する頭痛や、嘔吐、うっ血乳頭が特徴(脳圧亢進の3徴候)で発生部位により症状は異なる。
- 高齢者では、認知機能障害、意識障害、てんかん発作、精神症状なども出現する。



側頭葉てんかん(もしくは高齢者のてんかん)

〔基本知識 43〕

特徴

- 65歳以上におけるてんかんの有病率は約1%であるが、アルツハイマー型認知症では1～6%※である。
- 高齢になり、初めて発症する場合が多い。
- 発作のタイプとしては約半数が、全身性のけいれんを認めず、側頭葉てんかんを中心とする焦点意識減損発作である。

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

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

症状(焦点意識減損発作による症状の特徴)

- 症状の変動がある
- 呼びかけても反応がない時がある(一点を見つめる)
- しばらくボーっとしている時間がある
- 自動症(体をゆすっている、口をもぐもぐする) など

留意点

- 独居であれば評価は難しい。同居している人がいれば上記特徴を尋ねる。
- 発作による転倒や骨折、不慮の事故、治療薬による副作用に十分な注意が必要である。

各疾患の診断や鑑別に必要な検査

〔基本知識 44〕

丁寧な病歴聴取と診察、下記の補助診断を合わせて総合的に診断する

疾患	鑑別のための検査
低血糖	血糖値、24時間血糖値、インスリン値
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン、自己抗体測定
肝性脳症	血中アンモニア値測定、脳波検査
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏症	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	CT、MRI、髄液検査
正常圧水頭症	CT、MRI、髄液排除試験
慢性硬膜下血腫	CT、MRI
脳腫瘍	CT、MRI
てんかん	脳波検査、CT、MRI、

どのような場合に専門医に紹介すべきか

〔基本知識 45〕

下記の変化や症状を認めた場合や診断や対応に迷う場合は、認知症サポート医や認知症専門医への紹介を検討すべき

- 1～3か月の間で急に発症し、進行する場合
- 日常生活レベルが急激に低下した場合
- 認知症の症状の変動や意識障害がある場合
- 精神症状や行動障害が目立つ場合
- 易転倒性や麻痺などの神経症状がある場合
- うつ病との鑑別が困難な場合
- 発症年齢が若い場合
- 車の運転で何回も事故を起こす場合
(認知機能の障害は微妙である場合も)
- 認知機能の障害がきわめて軽い場合
(正常老化や軽度認知機能障害との鑑別に迷う場合)

Ⅲ 「診療における実践」編

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修 講演内容「診療における実践」編

令和6年1月28日(日)
医療法人聖恵会福岡聖恵病院
安松 聖高



1

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の評価

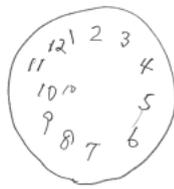
質問1		点数
年齢は？	正解なら1点 (2年までの誤差は正解)	01
質問2		点数
年,月,日,曜日	すべて正解なら4点	01234
質問3		点数
私達が今いるところはどこですか？	正解で2点 選択肢の中から正解すれば1点	012
質問4 3つの言葉の記憶		点数
桜、猫、電車	すべて正解なら3点	0123
質問5 計算		点数
100-7は？	正解で1点	012
それからまた7を引くと？	正解で2点	
質問6 数字の逆唱		点数
6-8-2を逆から言うとは？	正解で1点	012
3-5-2-9を逆から言うとは？	これも正解なら2点	
質問7		点数
質問4で覚えてもらった言葉(桜,猫,電車)をもう一度		0123456
ヒント：植物、動物、乗り物	ヒントなしで各2点	
	ヒントで正解は1点	
質問8 5つの物品		点数
物品を見せてから隠して、何だったかたずねる		012345
メガネ、ペン、手帳、はんこ、時計など		
質問9 野菜の名前を10個		点数
5個まで0点 6個から1点増 10個で5点		012345

2

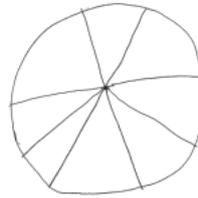
時計描画の特徴



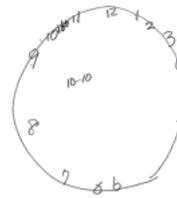
1A, SBR



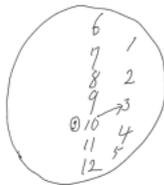
1B, SBR



2A, CD



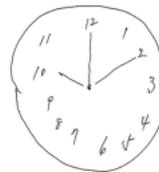
2B, CD



3A, SPD



3B, SPD



4A, PE



4B, PE

3

HDS-Rでのアルツハイマー型認知症(AD)の特徴

- ・ 質問に答えられない時の言いわけ(取り繕い)
- ・ 家族の方を向き、代弁を求める仕草(振り向き現象)
- ・ 遅延再生の点数が低い

HDS-Rでのレビー小体型認知症(DLB)の特徴

- ・ 初期高得点
- ・ 計算と逆唱に関する失点
- ・ 中等度以下では、野菜語想起の点数が低下する
- ・ 検査のたびに点数が変化する

4

HDS-Rでの脳血管型認知症(VD)の特徴

- ・ 遅延再生がアルツハイマー型認知症(AD)より点数が良い、答えが遅い
- ・ 病識があり、答えられない時は申し訳なさそうにしたり、困惑の表情となる

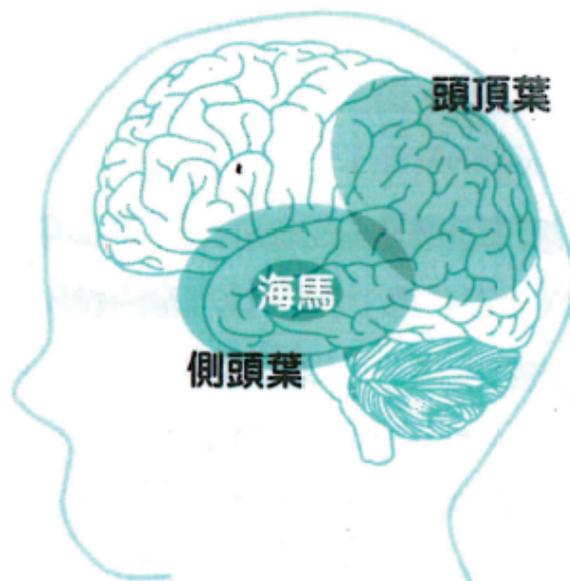
HDS-Rでの前頭側頭型認知症(FTD)の特徴

- ・ 「何でこんな質問に答えんといかんのか」と怒ってしまう、検査の実施が困難

HDS-Rの短所

- ・ 点数が高くても認知症を完全に否定できない
- ・ 教育レベルで差が出る
- ・ 臨床症状や日常生活での障害を含めた総合的な判断が必要

5



ADで障害される部位

6

早期アルツハイマー病の臨床像

1. 病歴聴取で「近時記憶障害」を認める

日常生活に支障はないが、家族などから「もの忘れ」を指摘され、本人にもその自覚がある。若年(50代)の場合、主に記憶障害による「仕事上の失敗」が生じていることも多い。

2. HDS-Rで「3単語の遅延再生」の成績が悪い

MCI due to AD の人は1語ぐらいは想起できる場合もあるが、おおむね2単語以上答えられない。ヒントを与えても不可。一方で他の課題ではほとんど失点しない。

3. 「持続的な記憶障害」が中心

大半は記憶障害が中心であり、今日の昼ご飯、昨日の晩ご飯が何だったか覚えていなかったりする。HDS-Rでは3単語の遅延再生が3つとも答えられない一方、他の課題は満点という人も多い。記憶障害は一過性ではなく持続する。

監修:三村将.池田学.

執筆:岩田淳.森悦朗.櫻井博文.片山禎夫.

『アルツハイマー病の早期診断の重要性』.エーザイ株式会社.2023年,P.3、P.5、P.7改変⁷

早期アルツハイマー病の臨床像

4. もの忘れの自覚はあっても「軽く考えている」

もの忘れをすることは認識していても、「歳のせいだから。こんなの誰でもありますよね」と軽く捉えている人が多い。本人の評価と実際の記憶障害の程度にギャップがある。

5. 「日常の出来事の記憶が不確か」だが、本人に「病気の認識はない」ことが多い

一般的に本人は、自分の近時記憶障害について「たいしたことはない」「歳相応のもの忘れ」と考えている。自分の能力低下を隠したが、取り繕いもみられる。

6. 生活習慣病薬の「内服が遵守できず急に悪化」することがある

服薬管理、銀行ATMでの引き出しなどは最初に苦手になる日常生活活動であり、MCI due to AD 検出のきっかけとなりうる。

監修:三村将.池田学.

執筆:岩田淳.森悦朗.櫻井博文.片山禎夫.

『アルツハイマー病の早期診断の重要性』.エーザイ株式会社.2023年,P.3、P.5、P.7改変⁸

メタ記憶(自分の記憶をどう捉えているか)の障害(病態失認)

9

料理の変化にみる認知症の症状

料理のバリエーションが減る。品数が減る



お札で買い物をする。小銭がたまる



料理が面倒になってくる。出来合いのものを買ってくる



料理の味付けがおかしくなる

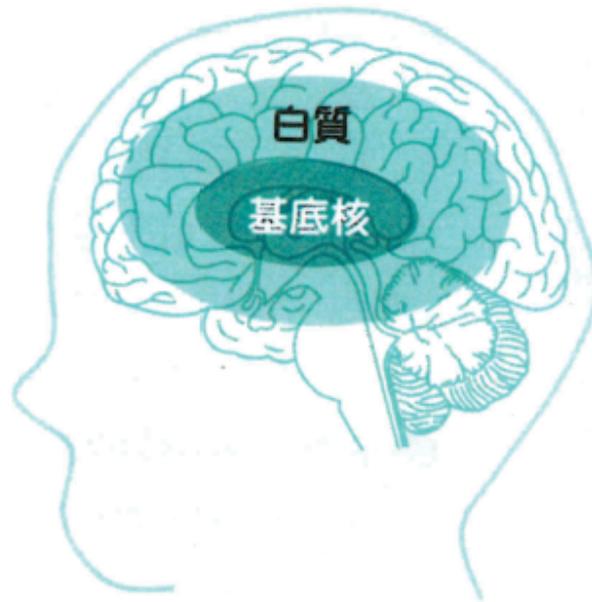


鍋を焦がす(うつ病との違い)



まったく料理をしなくなる。料理ができない

10



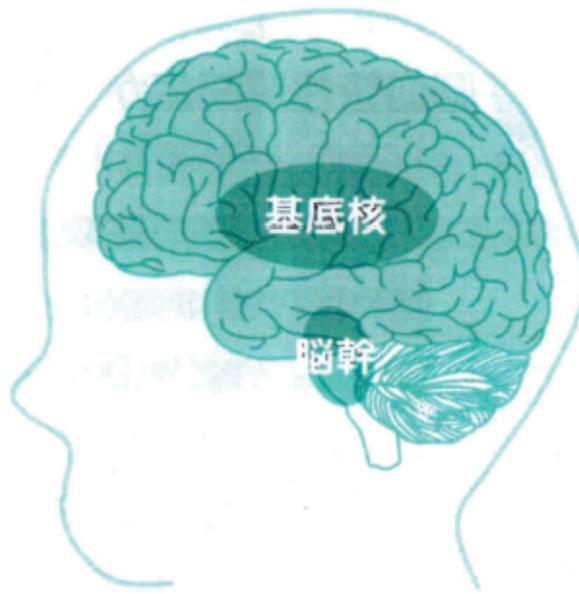
VDで障害される部位

11

脳血管性認知症の症状

1. 「まだら」な症状
2. やる気の喪失、陰気、感情失禁
3. 夜間徘徊、昼夜逆転

12



DLBで障害される部位

13

レビー小体型認知症の症状

1. 虚弱(見るからに弱々しい)
2. 体幹の傾き
3. 歩行障害(パーキンソン様の運動障害)・筋強剛(固縮)
4. 幻視
5. 夜中の大声、寝言(REM睡眠行動障害)
6. うつ症状(またはうつ病の既往)
7. 「いつの間にか低血圧」、失神(意識消失発作)の既往
8. 薬剤過敏性

14



FTDで障害される部位

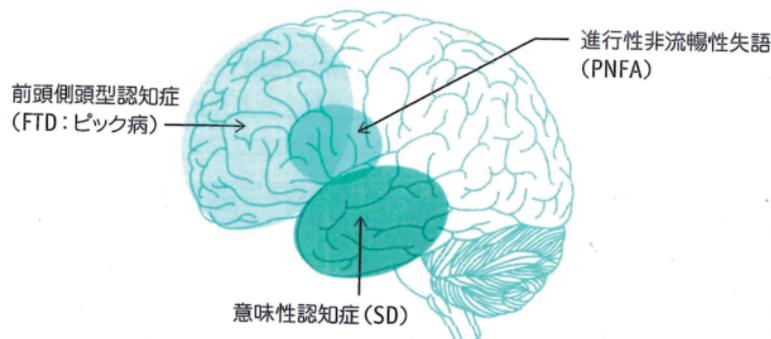
15

前頭側頭型認知症（ピック病）の症状

1. 易怒性、興奮、暴言
2. 非道徳的な行動
3. 横柄、傲慢、自分勝手
4. 常同行動
5. 治療拒否
6. 生活上のだらしなさ、収集癖、迷惑行為
7. 甘いもの好き、過食、異食
8. 初期には目立たず病識もない

16

前頭側頭葉 変性症の主 に障害され る部位



平川直.『明日から役立つ認知症のかんたん診断と治療』.日本医事新報社.2017年,P.27改変

17

認知症に出現する妄想とその内容

妄想の名称	妄想の内容	具体例	頻度の高い疾患
カプグラ症候群	身近な人物が他人であると否定	「妻は偽者である」	DLB,AD
フレゴリの錯覚	赤の他人が、身近な人物であると主張	「隣に座っている男は、夫が変装している」	AD,DLB
重複記憶錯誤	同じ人物や場所が2つ以上存在する	「妻が2人いて、もう1つの自宅に住んでいる」	DLB,AD,VaD
幻の同居人	自分の家に見知らぬ人が入り込んでいる	「天井の裏に誰かが住んで、悪さをする」	DLB,AD
鏡現象	鏡にうつった自己像を他者と誤認	「鏡に知らない人がうつっている」	AD
物盗られ妄想	自分の大事にしている金や財布などが盗られたと確信する	「嫁が自分の預金通帳やお金を盗んで使っている」	AD,DLB
嫉妬妄想	事実でないにもかかわらず配偶者を疑う	「夫が隣人の女性と関係している、外出するのは隣人と逢うために違いない」	AD,DLB,VaD

AD:アルツハイマー病、DLB:レビー小体型認知症、VaD:血管性認知症

林峰子.『日本精神神経学会認知症診療医テキスト』.新興医学出版社.2019年,P.81改変¹⁸

個人とその家族 中井久夫著作集 6 卷

リュムケは、「われわれが、患者の前で、それがいかに社会的地位の高い人であっても、自分の“デコララム”に気をくばらなくなり、さらに患者相手にちょっとおふざけを試してみたいくなるならば、それは患者に老年期痴呆のごく初期が始まりかけている確実な徴候である。」と言っている。

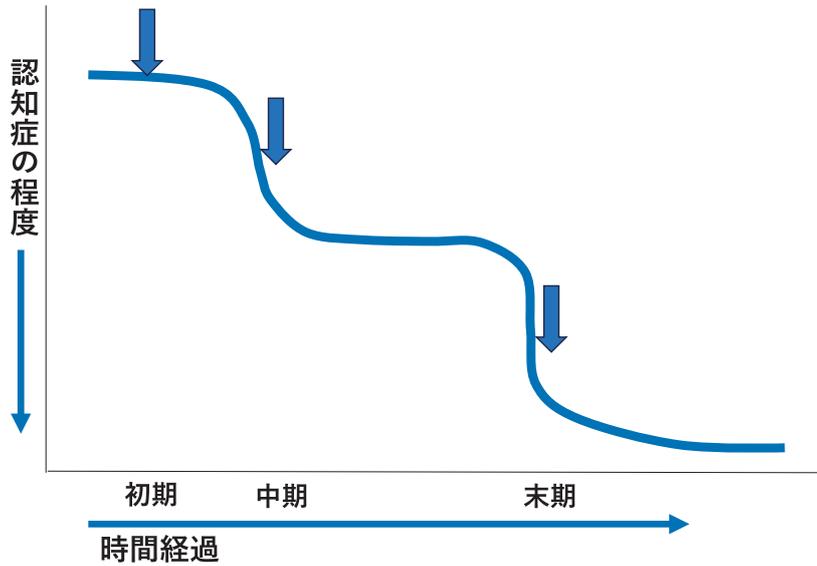
中井久夫.『個人とその家族』.岩崎学術出版社.1991年,P.135 19

認知症の経過と症状

初期	健忘期	記憶障害が中心	精神症状が活発
中期	混乱期	見当識障害が明白に	行動障害が活発
末期	寝たきり期	歩行障害、失禁、嚥下の障害など	身体的問題が中心

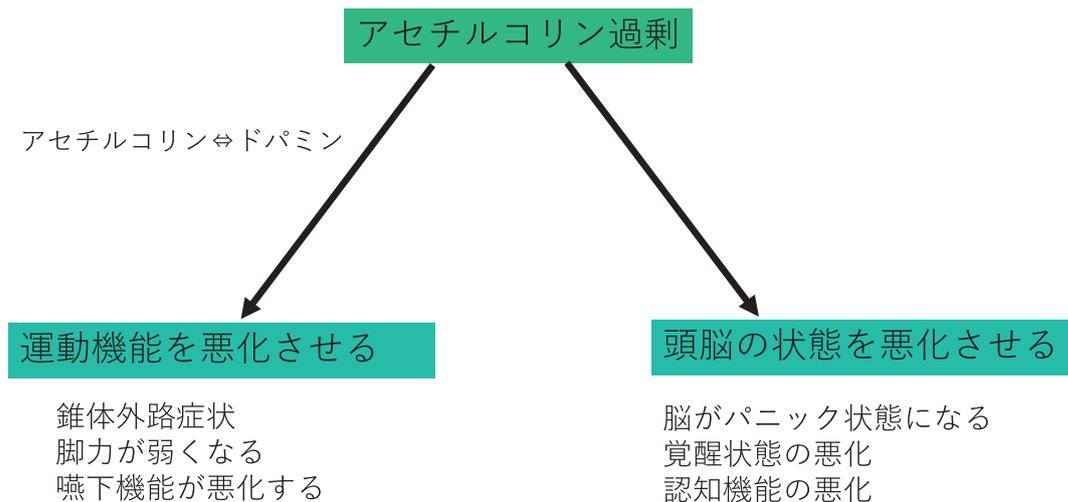
小澤勲.『痴呆を生きるということ』.岩波新書.2003年,P.19改変 20

アルツハイマー型認知症に於ける 周辺症状(B P S D)の生じやすい時期



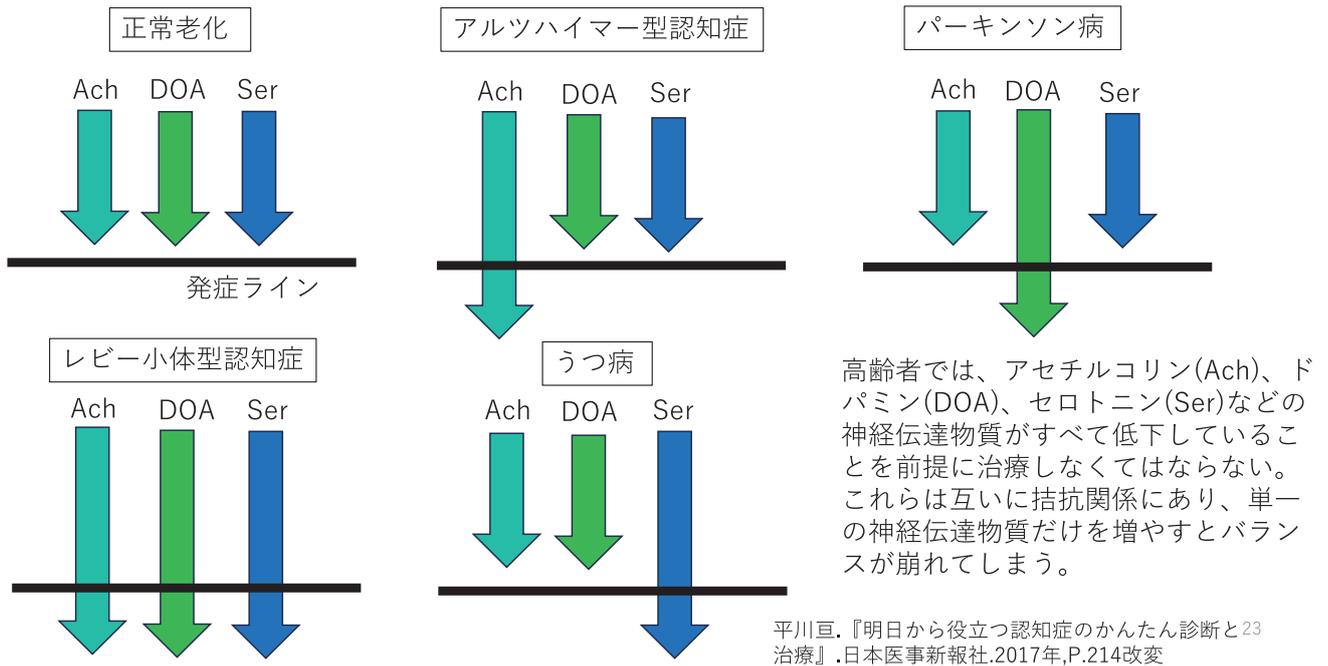
小澤勲.『痴呆を生きるということ』.岩波新書.2003年,P.94改変²¹

脳内のアセチルコリン過剰が身体機能にもたらす影響

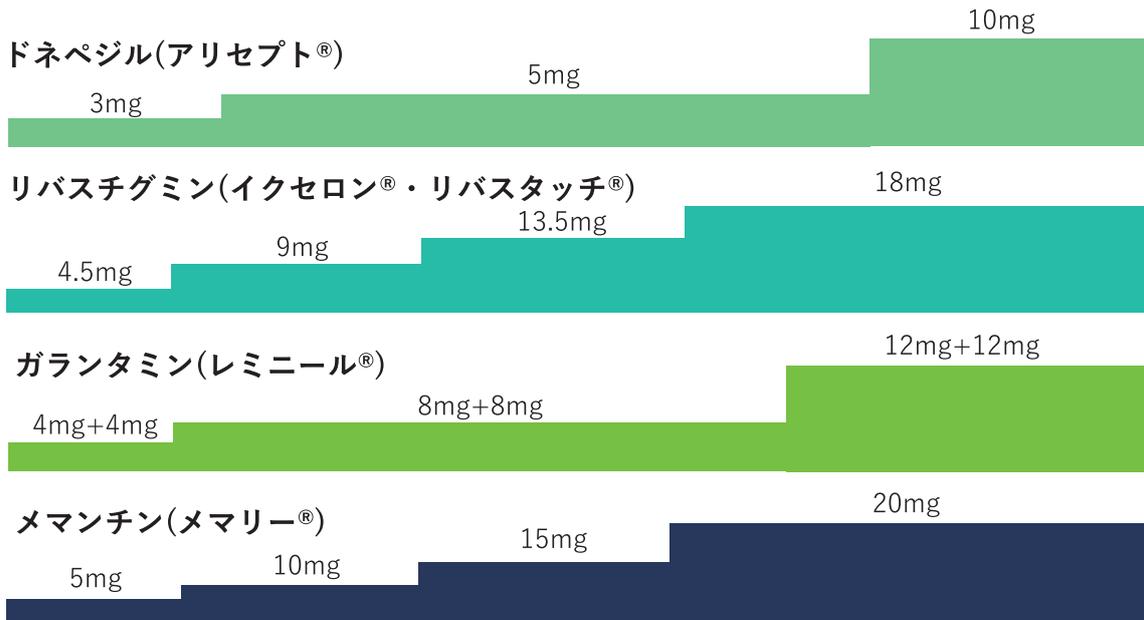


平川亘.『明日から役立つ認知症のかんたん診断と治療』.日本医事新報社.2017年,P.73改変²²

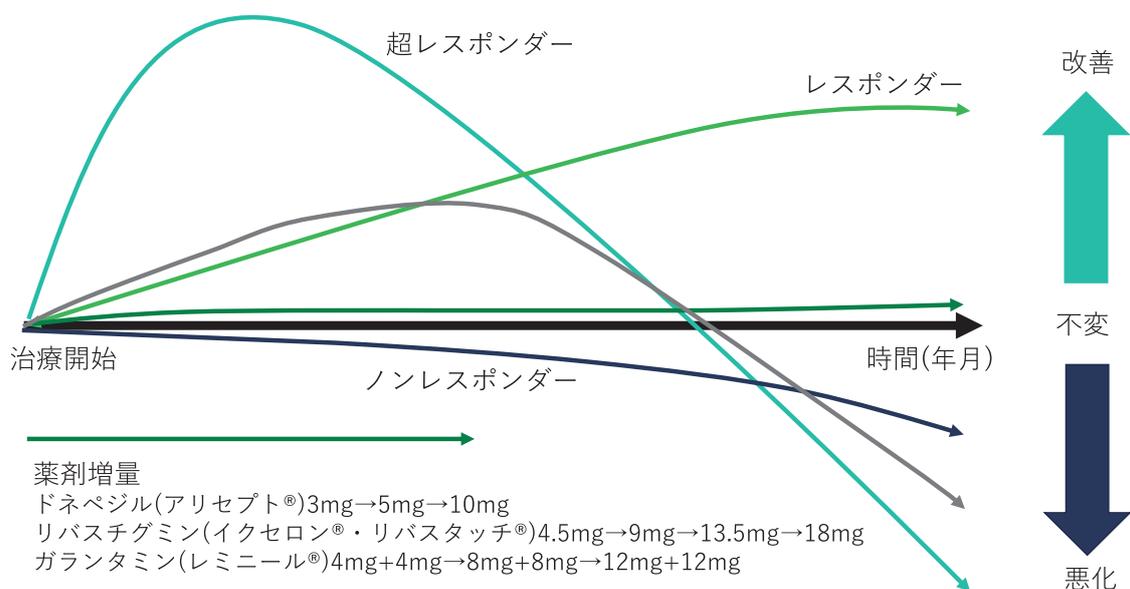
神経伝達物質と疾患の関係



認知症治療薬の増量規定(2017年3月時点)



患者さんの感受性の違いによる認知症治療薬の効果のイメージ



平川 亘.『明日から役立つ認知症のかんたん診断と治療』.日本医事新報社.2017年,P.82改変²⁵

認知症治療薬の作用と副作用

	作用		副作用					
	覚醒意識↑	元気記憶↑	嘔気 食欲低下 下痢	易怒 興奮 妄想	歩行障害 不随意運動	めまい ふらつき	眠気	頻尿 尿失禁 便秘
ドネペジル (アリセプト®)	○	○	○	◎	◎	—	—	○
リバスチグミン (イクセロン®・ リバスタッチ®)	◎	○	○	○	○	—	△	○
ガランタミン (レミニール®)	△	○	◎	△	△	△	○	◎
メマンチン (メマリー®)	—	△	—	○	—	◎	◎	—

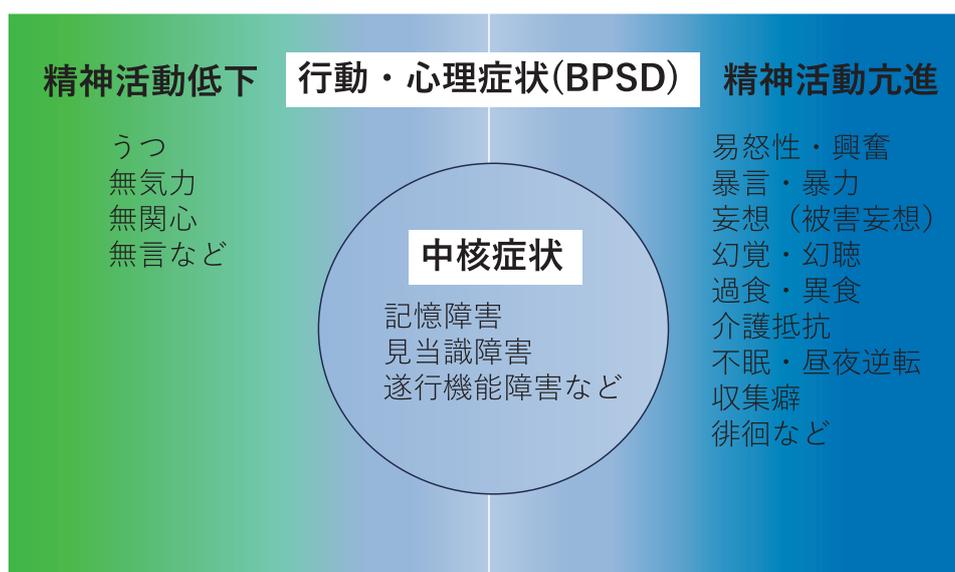
26

認知症の中核症状に対する病型別の薬剤の使い分け

	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	レビー小体型認知症	前頭側頭型認知症(ピック病)
認知症治療薬	アリセプト®	アリセプト®	アリセプト®少量	アリセプト®は使わない
	イクセロン®・リバスタッチ®	イクセロン®・リバスタッチ®	イクセロン®・リバスタッチ®少量	イクセロン®・リバスタッチ®は使わない
	レミニール®	レミニール®	レミニール®は使わない	レミニール®は使わない
	メマリー®			メマリー®

※文字の大きさが推奨の順番

27



認知症の中核症状と B P S D

28

B P S D の精神活動亢進症状に対する薬剤

薬剤	投与量
抑肝散	1包～2包(～3包)
チアプリド(グラマリール®)	12.5mg～100mg(～150mg)
クエチアピン(セロクエル®)	12.5mg～50mg(～75mg)
クロルプロマジン(コントミン®)	4mg～50mg(～200mg)
バルプロ酸ナトリウム(デパケン®)	100mg～300mg(～600mg)

29

B P S D の精神活動低下症状に対する治療

- ・ 無気力・無関心（アパシー）うつなどの精神活動低下症状に最も効果的なのは、リバスチグミンである。
- ・ クエチアピンの少量投与も有効である。

30

物盗られ妄想

攻撃性に目を奪われ
ず、不安に寄り添う

31

痴呆老人に対するさいは、答えに窮させる状態をひき起こさないように配慮しながら対話してゆくと、思いもかけぬ歴史の証言を聞き出すことがしばしばあり、そうした確かな記憶が再現したことが老人自身にも確認されることで、人としての自信が回復し、自己制御の機能が瞬時に向上するものである。これが痴呆という状態への精神療法である。

神田橋條治.『精神療法面接のコツ』.岩崎学術出版社.1990年,P.192 ³²

IV 「地域・生活における実践」編

地域・生活における実践 編

ねらい： 認知症の人の地域における生活を支える
ために必要な支援の基本、活用できる医療・
介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する

到達目標：

- かかりつけ医による認知症ケアのポイントを理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要なかかりつけ医の役割を理解する
- 多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医の役割を理解する

高齢者に対する適切な医療提供の指針 ～認知症高齢者の医療とケアの基本～

〔地域実践 1〕

1. 「高齢者の多病と多様性」
2. 「QOL維持・向上を目指したケア」
3. 「生活の場に則した医療提供」
4. 「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
5. 「患者の意思決定を支援」
6. 「家族などの介護者もケアの対象に」
7. 「患者本人の視点に立ったチーム医療」

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H22-長寿-指定-009）研究班

かかりつけ医による認知症診療の要点

～認知症の特徴を考慮した日常診療の継続～

〔地域実践 2〕

- 診断された早い段階から認知症を有しつつ住み慣れた場所での生活を継続することを支える。
- 社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための実際的な支援を行う。
- 疾病教育、コミュニティへの参加、本人の意思表示など本人の希望に基づく支援を行う。
- 認知機能の改善と生活の質の向上を目標として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせる。
- 身体疾患の有無やケアが適切か否かを検討する。

認知症の人の医療とケアの目標

〔地域実践 3〕

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

認知症の人のケアとコミュニケーション

〔地域実践 4〕

パーソンセンタードケア

- 認知症をもつ人の“その人らしさ”を尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする基本的な認知症ケアの視点
- 認知症をもつ人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活背景、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉えて理解しようとする

バリテーション療法

- 認知症者の言動を否定せずに感情を共有し、行動の背景や理由を理解しながら関わる手法

ユマニチュード

- 「見る」「触れる」「話す」「立つ」の4つの柱を使って働きかけるとで、お互いを尊重し合い認知症の人とポジティブな関係を築こうとするケア技法

認知症の介護者への注意点やアドバイス

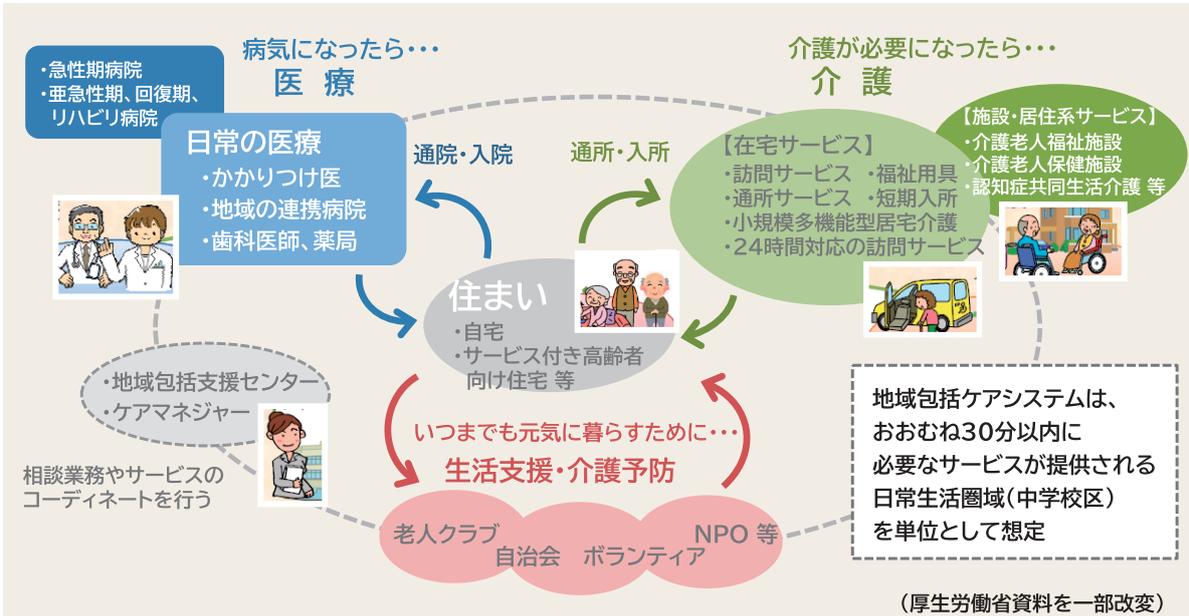
〔地域実践 5〕

- 認知症の方の特性を理解し、現存する心身の能力を活かしながら、本来の本人らしさなるべく保つ。
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避け、本人の希望を尊重した生活の継続性を重視する。
- 本人のペースでゆっくりと安心感を大切にする。
- 本人が希望をもって充実した暮らしが継続できるように生活支援面で配慮する。

地域包括ケアシステム

〔地域実践 6〕

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



認知症の人への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

〔地域実践 7〕

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



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

認知症ケアパス

〔地域実践 8〕

認知症ケアパスとは

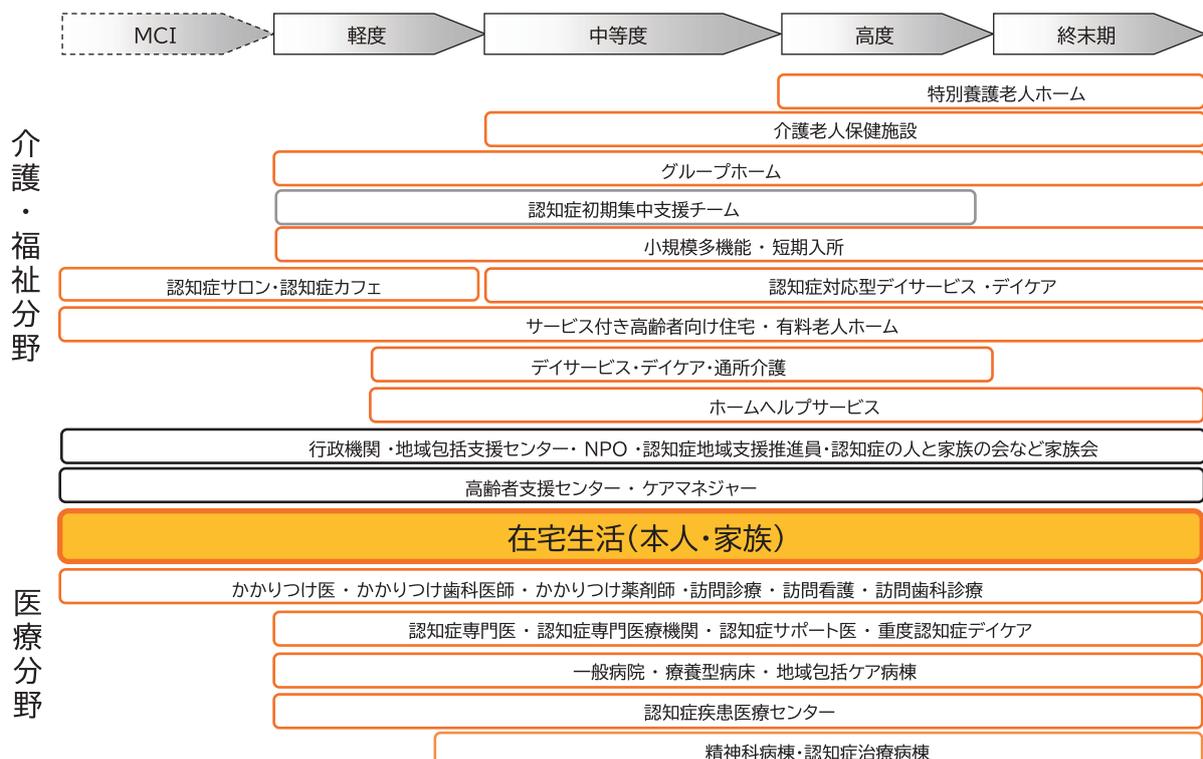
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

(認知症施策推進大綱より引用)

- ・ 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- ・ 認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる。

標準的な認知症ケアパス：社会資源の整理

〔地域実践 9〕



認知症サポート医

〔地域実践 10〕

地域における「連携の推進役」を期待されている



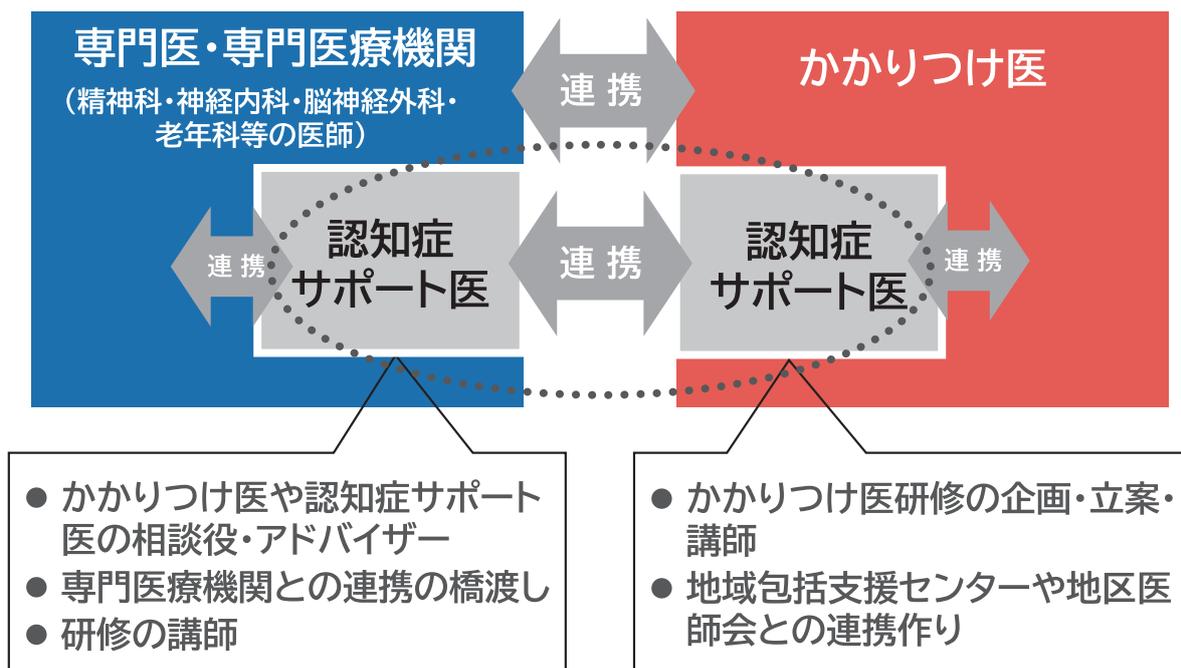
認知症サポート医の機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関わる かかりつけ医や介護専門職 に対するサポート
- ② 地域包括支援センターを中心とした多職種連携作り
- 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

地域における認知症の医療連携

〔地域実践 11〕

専門医・専門医療機関・認知症サポート医・かかりつけ医の連携



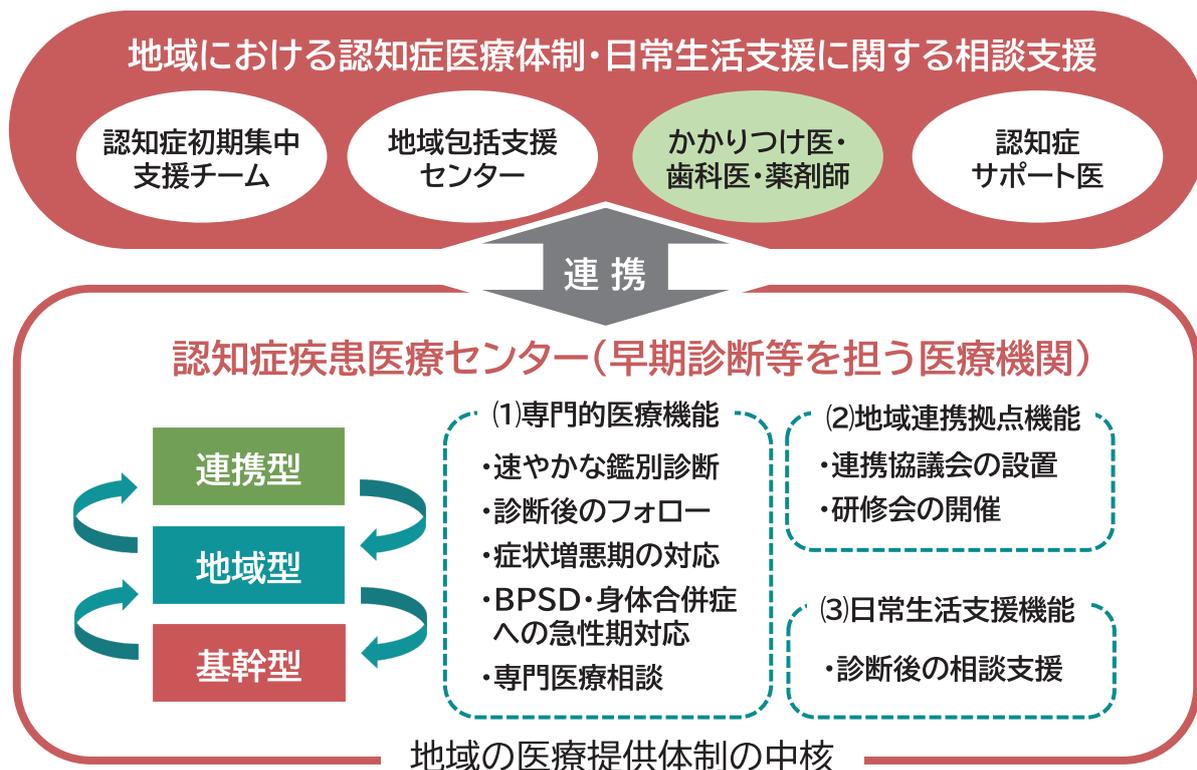
専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

[地域実践 12]

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

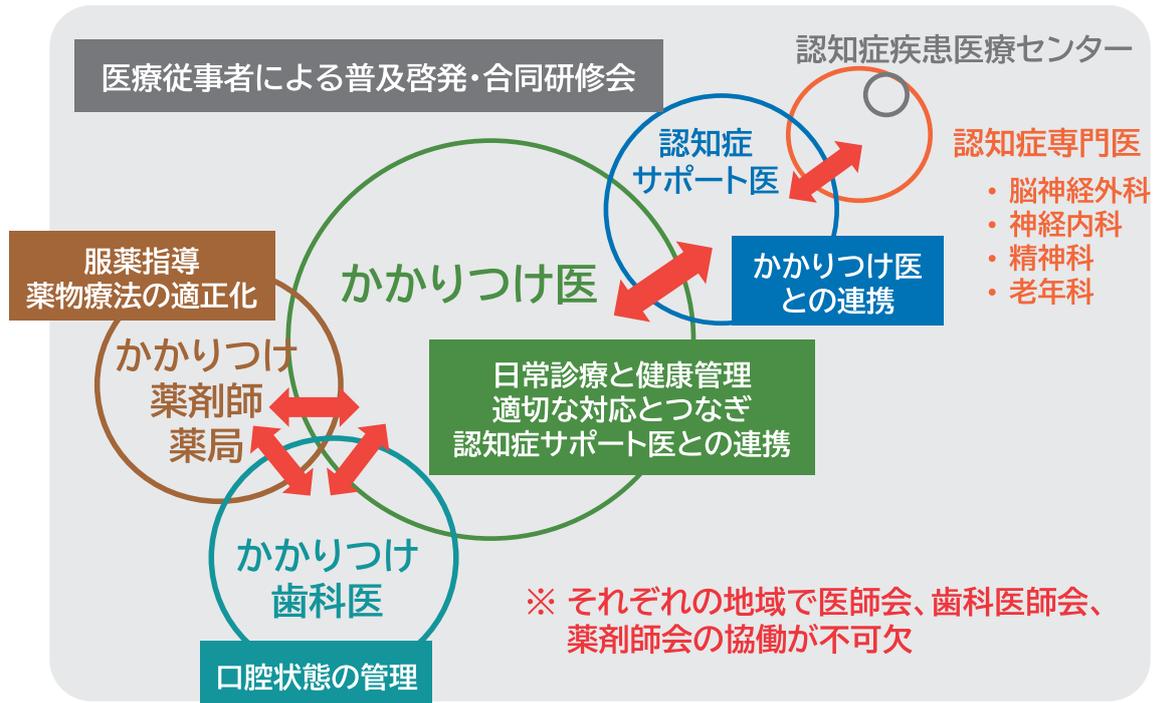
認知症疾患医療センター

[地域実践 13]



認知症医療連携のイメージ

〔地域実践 14〕



認知症サポート医研修会資料を一部改変

医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義

〔地域実践 15〕

かかりつけ医

- ・生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる。
- ・BPSDに関連する要因についての情報が得られる。
- ・服薬状況の確認ができる。
- ・治療に関する本人・家族の満足度がより上がる。
- ・具体的に薬剤の副作用の説明ができる。

かかりつけ歯科医

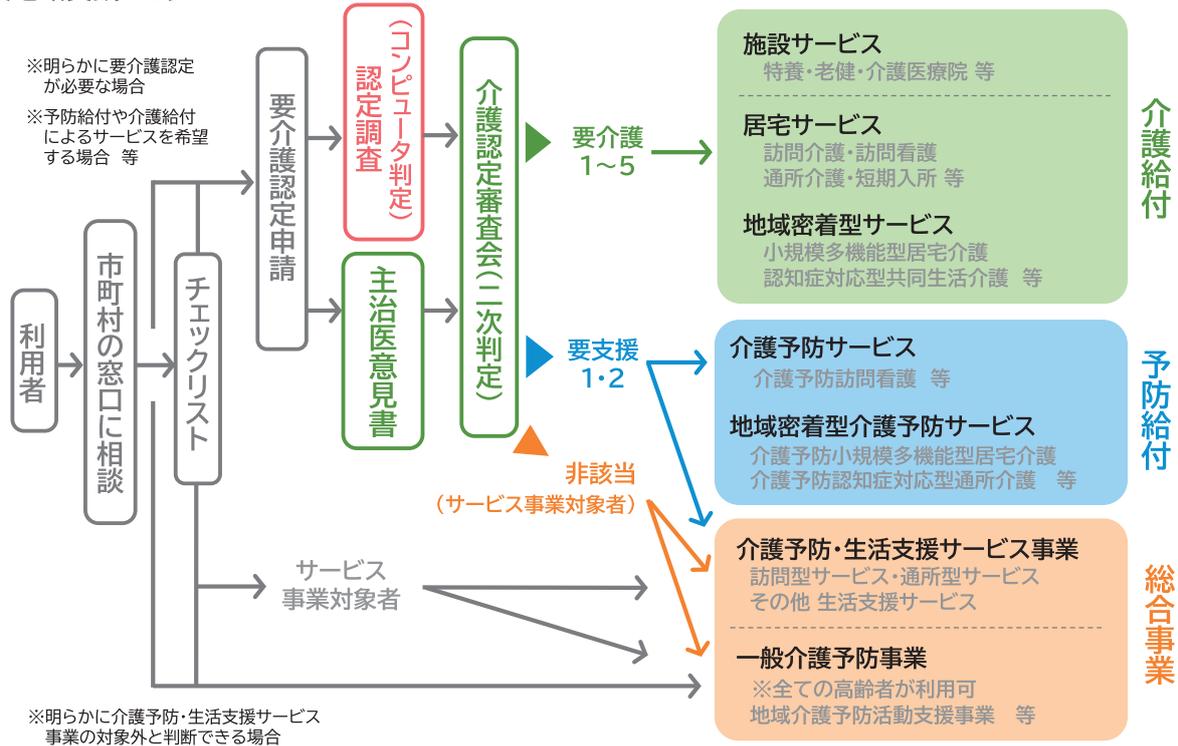
- ・口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる。
- ・歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上する。

かかりつけ薬局・薬剤師

- ・服薬遵守の意義について共有することができる。
- ・薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができる。

介護サービスの利用の手続き

〔地域実践 16〕



主治医意見書の役割

〔地域実践 17〕

- **介護認定審査会における重要な資料**
 - ➔ 医学的観点からの意見を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案できる
 - ➔ 介護の手間の程度や状況等について、具体的状況の記入が求められる
 - ➔ 認定調査(コンピュータ判定)には表れない情報の補足を期待されている
- **ケアプラン作成の情報源**
 - ➔ 医学的観点からの意見や留意点などを客観的な情報としてアセスメントで活かす
- **介護報酬「認知症加算」の算定根拠**
 - ➔ 認知症高齢者の日常生活自立度の評価が、介護保険サービスの認知症関連加算の算定根拠となる

認知症症例の意見書①

〔地域実践 18〕

項目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1)認知機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ HDS-R 15/30 ・ 記憶と見当識の障害が高度 ・ 全く意思疎通ができない
(2)日常生活活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬の飲み忘れが多い ・ トイレがわからず部屋の中で排泄する
(3)行動・心理症状	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不安が強い ・ ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される
(4)処方内容とその影響	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5)現在受けている支援及び今後必要な支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現在デイサービスを週3回利用している ・ 今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

認知症症例の意見書②

〔地域実践 19〕

項目	介護の手間を把握するための視点(例)
(6)生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 独居 ・ 公団の4階に住んでいてあまり外出しない
(7)家族の状況と介護負担	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の妻と二人暮らしである ・ 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8)経過・頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADLは悪化しつつある ・ 徘徊の頻度は増加している
(9)現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性	<ul style="list-style-type: none"> ・ しばしば経済被害を受けている ・ 今後、家人へ暴力をふるう危険がある
(10)身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11)評価に際しての留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 症状は1日のうちでも大きく変動している ・ とりつくりのため正常にみられる

介護給付(介護保険サービス)

〔地域実践 20〕

居宅サービス

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

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院(H30～)
介護療養型医療施設(~R5)

地域密着型サービス

〔地域実践 21〕

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

- ▶▶ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ▶▶ 夜間対応型訪問介護
- ▶▶ 地域密着型通所介護
- ▶▶ 認知症対応型通所介護
- ▶▶ 小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 看護小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 認知症対応型共同生活介護
- ▶▶ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶▶ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

予防給付と地域支援事業

〔地域実践 22〕

介護給付 (要介護1~5)

予防給付 (要支援1・2)

対象・身体介護 機能訓練等を必要としない要支援高齢者 地域支援事業	新しい介護予防・日常生活支援総合事業 (要支援1・2、それ以外の者) <ul style="list-style-type: none">○ 介護予防・生活支援サービス事業<ul style="list-style-type: none">・訪問型サービス・通所型サービス・生活支援サービス(配食等)多様な民間事業者・非営利団体等の地域資源を活用・介護予防支援事業(ケアマネジメント)○ 一般介護予防事業
	包括的支援事業 <ul style="list-style-type: none">○ 地域包括支援センターの運営 (従来3事業に加え、地域ケア会議の充実)○ 在宅医療・介護連携推進事業(医療・介護の情報共有と切れ目のない提供体制等)○ 認知症総合支援事業 (認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等)○ 生活支援体制整備事業 (生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置 等)
	任意事業

令和6年度介護報酬改定に関する審議報告の概要

■ 人口構造や社会経済状況の変化を踏まえ、「地域包括ケアシステムの深化・推進」「自立支援・重度化防止に向けた対応」「良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり」「制度の安定性・持続可能性の確保」を基本的な視点として、介護報酬改定を実施。

1. 地域包括ケアシステムの深化・推進

■ 認知症の方や単身高齢者、医療ニーズが高い中重度の高齢者を含め、質の高いケアマネジメントや必要なサービスが切れ目なく提供されるよう、地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組を推進

- ・ 医療と介護の連携の推進
 - 在宅における医療ニーズへの対応強化
 - 高齢者施設等における医療ニーズへの対応強化
 - 在宅における医療・介護の連携強化
 - 高齢者施設等と医療機関の連携強化
- ・ 質の高い公正中立なケアマネジメント
- ・ 地域の実情に応じた柔軟かつ効率的な取組
- ・ 看取りへの対応強化
- ・ 感染症や災害への対応力向上
- ・ 高齢者虐待防止の推進
- ・ 認知症の対応力向上
- ・ 福祉用具貸与・特定福祉用具販売の見直し

2. 自立支援・重度化防止に向けた対応

■ 高齢者の自立支援・重度化防止という制度の趣旨に沿い、多職種連携やデータの活用等を推進

- ・ リハビリテーション・機能訓練、口腔、栄養の一体的取組等
- ・ 自立支援・重度化防止に係る取組の推進
- ・ LIFEを活用した質の高い介護

4. 制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護保険制度の安定性・持続可能性を高め、全ての世代にとって安心できる制度を構築

- ・ 評価の適正化・重点化
- ・ 報酬の整理・簡素化

3. 良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり

■ 介護人材不足の中で、更なる介護サービスの質の向上を図るため、処遇改善や生産性向上による職場環境の改善に向けた先進的な取組を推進

- ・ 介護職員の処遇改善
- ・ 生産性の向上等を通じた働きやすい職場環境づくり
- ・ 効率的なサービス提供の推進

5. その他

- ・ 「書面掲示」規制の見直し
- ・ 基準費用額(居住費)の見直し
- ・ 地域区分
- ・ 通所系サービスにおける送迎に係る取扱いの明確化

認知症の行動・心理症状への対応（要件イメージ案）

単位数・算定要件（案）	<p>■ BPSDチームケア加算は、BPSDの予防に資するケアを実施するための知識・技術を有する一定の研修を修了した者が配置され、認知症（日常生活自立度Ⅱ以上）の利用者に対し、BPSDの予防のためのケア計画に基づくチームケアが継続して実施された場合、1月につき算定するもの。</p>
--------------------	---

	BPSDチームケア加算Ⅰ（仮称）	BPSDチームケア加算Ⅱ（仮称）
対象施設	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護	
単位数(※5)	○単位/月	○単位/月
算定要件等	<ul style="list-style-type: none"> ・ BPSDの予防に資する認知症介護に係る専門的な研修(※1)を修了した者を1名以上配置していること。 ・ 配置された者が、事業所内において、BPSDの予防に資する認知症ケアの指導を実施していること。 ・ 日常生活自立度Ⅱ以上の利用者に対し、配置された者が、別途国が定める評価指標(※4)を用いて、計画的にBPSDの客観的評価を行い、複数名でチームを組みBPSDの予防に資するケアを提供していること。 ・ チームケアの実施について、計画的な評価・見直し、事例検討を行っていること。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ BPSDの予防に資する認知症介護の指導に係る専門的な研修(※2)を修了した者を1名以上配置または ・ BPSDの予防に資する認知症介護に係る専門的な研修(※1)を修了かつ別途国が指定するBPSDの予防に資するケアプログラムを含んだ研修(※3)を修了した者を1名以上配置していること。 ・ 配置された者が、事業所内において、BPSDの予防に資する認知症ケアの指導を実施していること。 ・ 日常生活自立度Ⅱ以上の利用者に対し、配置された者が、別途国が定める評価指標(※4)を用いて、計画的にBPSDの客観的評価を行い、複数名でチームを組みBPSDの予防に資するケアを提供していること。 ・ チームケアの実施について、計画的な評価・見直し、事例検討を行い、さらに職員に定期的なBPSDの予防に資するケアの指導を行っていること。

- ※1) 認知症介護実践リーダー研修のカリキュラムにBPSD予防に資する内容を含む改訂を行う方向で検討
 ※2) 認知症介護指導者養成研修のカリキュラムにBPSD予防に資する内容を含む改訂を行う方向で検討
 ※3) ※1・2の改訂前カリキュラムの研修修了者及び認知症看護に係る適切な研修修了者は、BPSD予防に資する内容の追加受講で要件を満たす方向で検討
 ※4) 日本版BPSDケアプログラム研修等（認知症介護研究・研修東京センターもしくは東京都の実施するもの）を想定。なお、日本版BPSDケアプログラム研修を受講済みの者で、認知症介護実践リーダー研修又は認知症看護に係る適切な研修を修了していない者は、別途の措置を検討
 ※5) NPI-NH、BPSDQ25等を想定。なお、管理者はBPSDを予防・軽減する体制を構築し尊厳あるケアを提供を行うことを施設方針として明示すること。該当研修や評価については、別途通知等で示す。
 ※6) ⅠとⅡは併算不可。また認知症専門ケア加算Ⅰ・Ⅱとの併算定も不可

認知症に関連した加算の概要①

社保審一介護給付費分科会
第222回 (R5.8.30) 資料1

○ 認知症に関連した加算の概要は、次の(1)～(5)のとおり。

(1) 認知症の行動・心理症状への緊急対応や若年性認知症の受け入れへの評価

- ① **認知症行動・心理症状緊急対応加算**（短期入所生活介護、短期入所療養介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、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、介護医療院、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）
 → 医師が、認知症の行動・心理症状が認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に短期利用を利用することが適当であると判断した者に対し、サービスを行ったことについて評価。
 ◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

- ② **若年性認知症利用者受入加算**（通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護※、認知症対応型共同生活介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）
若年性認知症入所者受入加算（地域密着型介護福祉施設入所者生活介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護）
若年性認知症患者受入加算（介護療養型医療施設、介護医療院）
 → 若年性認知症者を受け入れ、受け入れた利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じた介護サービスを提供することについて評価。
 ◆ 通所： 60単位/日
 ◆ 入所等： 120単位/日（※ 特定介護老人保健施設短期入所療養介護費、特定病院療養病床短期入所療養介護費、特定診療所短期入所療養介護費については60単位/日）

(2) 認知症高齢者へのリハビリテーション等の評価

- ③ **認知症短期集中リハビリテーション実施加算**（通所リハビリテーション、介護老人保健施設）
 → 認知症の利用者及び入所者に対して生活機能の改善を目的に実施される短期集中的な個別リハビリテーションの実施を評価。
 ◆ 通所リハビリテーション (Ⅰ) 240単位/日（週2日まで）
 ◆ 通所リハビリテーション (Ⅱ) 1,920単位/月【退院（所）または通所開始日から3月以内】
 ◆ 介護老人保健施設 240単位/日（週3日まで）【入所（院）の日から3月以内】

認知症に関連した加算の概要②

社保審一介護給付費分科会

第222回 (R5.8.30)

資料 1

(3) 医療ニーズ等への対応の評価

④ 精神科を担当する医師に係る加算（介護老人福祉施設、地域密着型介護福祉施設入所者生活介護）

→ 認知症である入所者（医師が認知症と診断した者等）が全入所者の3分の1以上を占める場合において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。

◆ 5単位/日

⑤ 認知症情報提供加算（介護老人保健施設）

→ 認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症のおそれのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価。

◆ 350単位/回（1回を限度）

⑥ 医療連携体制加算（認知症対応型共同生活介護）

→ 環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

◆ 医療連携体制加算（Ⅰ）39単位/日、医療連携体制加算（Ⅱ）49単位/日、医療連携体制加算（Ⅲ）59単位/日

⑦ 重度認知症疾患療養体制加算（短期入所療養介護、介護医療院）

→ 入所者等が全て認知症の確定診断を受けており、2分の1以上が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲb以上、またはⅣの場合に、近隣の精神科病院と連携し、専門的なサービスを提供することを評価。

◆ 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅰ）（一）要介護1又は要介護2 140単位/日、（二）要介護3～5 40単位（自立度Ⅲb以上）

◆ 重度認知症疾患療養体制加算（Ⅱ）（一）要介護1又は要介護2 200単位/日、（二）要介護3～5 100単位（自立度Ⅳ以上）

認知症に関連した加算の概要③

社保審一介護給付費分科会

第222回 (R5.8.30)

資料 1

(4) 専門的なケア提供体制に対する評価

⑧ 認知症専門ケア加算（訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院）

◇ 厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所等について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して介護サービスを提供することについて評価。

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位/日

（算定要件）

- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の2分の1以上
- ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施
- ・ 当該事業所等の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催

◆ 認知症専門ケア加算（Ⅱ） 4単位/日

（算定要件）

- ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所等全体の認知症ケアの指導等を実施
- ・ 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、当該計画に従い研修を実施又は実施を予定

(5) 認知症高齢者への支援の評価

⑨ 認知症ケア加算（短期入所療養介護（介護老人保健施設）、介護老人保健施設）

認知症専門病棟において日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して介護保健施設サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 76単位/日

認知症に関連した加算の概要④

社保審一介護給付費分科会
第222回 (R5.8.30) 資料1

(5) 認知症高齢者への支援の評価

⑩ 認知症加算（通所介護、地域密着型通所介護）

厚生労働大臣が定める基準に適合する事業所について、日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）に対して通所介護サービス等の提供を行うことを評価。

◆ 60単位/日 (加算要件)

- ・ 看護職員又は介護職員を人員基準に規定する員数に加え、常勤換算方法で2以上確保していること。
- ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上
- ・ 認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修の修了者を指定通所介護を行う時間帯を通じて1名以上配置していること。

⑪ 認知症加算（小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護）

厚生労働大臣が定める登録者に対して小規模多機能型居宅介護サービス等の提供を行うことを評価。

- ◆ 認知症加算（Ⅰ） 800単位/月（認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する者）
- ◆ 認知症加算（Ⅱ） 500単位/月（要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者）

(参考) 共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

社保審一介護給付費分科会
第222回 (R5.8.30) 資料1

1. 目的

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

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

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

令和5年法律第65号
令和5年6月14日成立

2. 基本理念

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

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

3. 国・地方公共団体等の責務等

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

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

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

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

4. 認知症施策推進基本計画等

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

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

5. 基本的施策

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

6. 認知症施策推進本部

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

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

多職種連携と情報共有

〔地域実践 23〕

多職種連携とは

『多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、お互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供する**チーム医療**のこと。』

※ 多職種連携を実践するには、患者・家族を含め、各医療職種間の適宜の情報共有と適切なコミュニケーションが欠かせない。

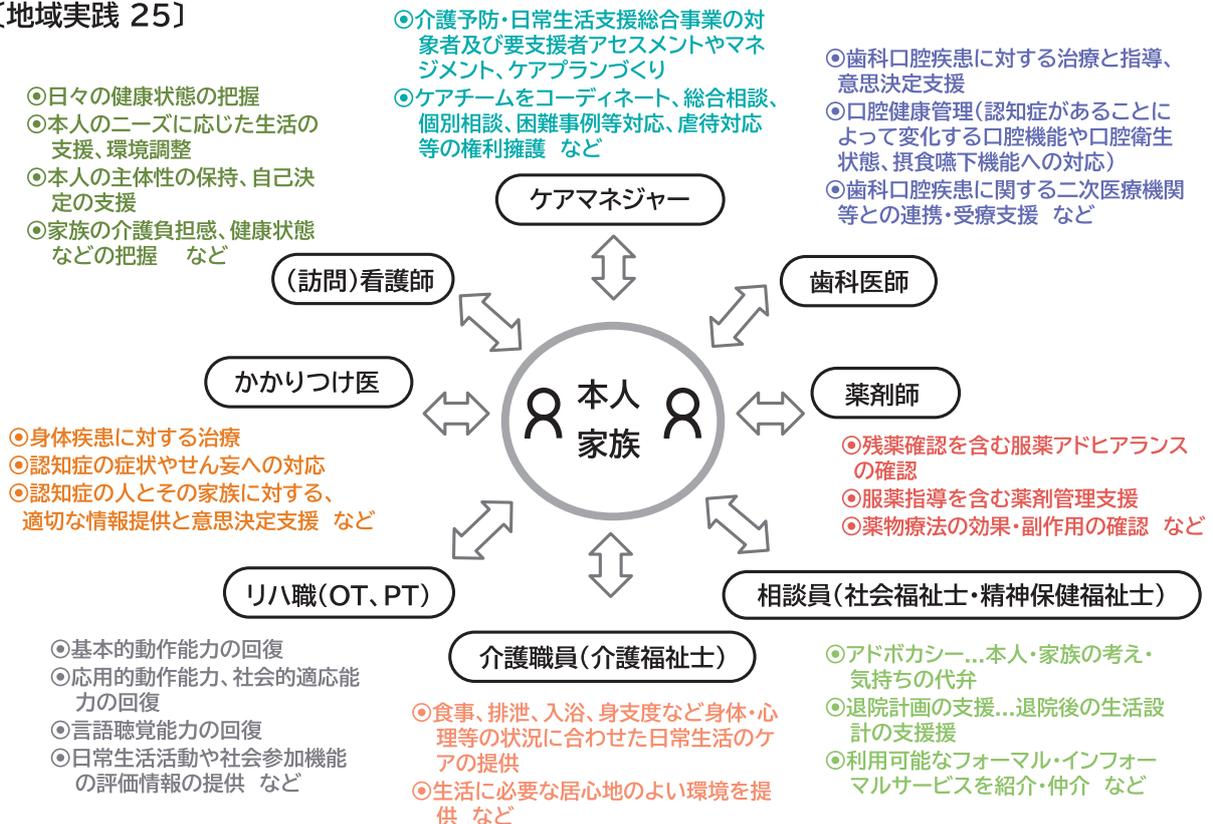
「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

〔地域実践 24〕

- **生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる**
 - * 特に独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員や訪問看護師からの情報は欠かせない。
 - * アルツハイマー型認知症では“取り繕い”が特徴であり、本人以外から情報を得る必要がある。
- **服薬状況の確認ができる**
 - * 認知症治療薬や身体疾患の治療薬を含め、診察時に実際の服薬状況が確認できない場合は、薬剤師や訪問看護師や介護職員から情報を得る。
- **かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる**
- **生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる**
- **BPSDに関連する要因について客観的な情報が得られる**
- **同じ目的や目標を共有することで、それぞれの専門職種と役割分担でき、連携のマネジメントが可能になる**

地域の多職種の役割

〔地域実践 25〕



情報共有ツール

〔地域実践 26〕

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

- ✓ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。
- ✓ ひな形を参考に各自治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報共有ツールを作成し、活用。



情報項目

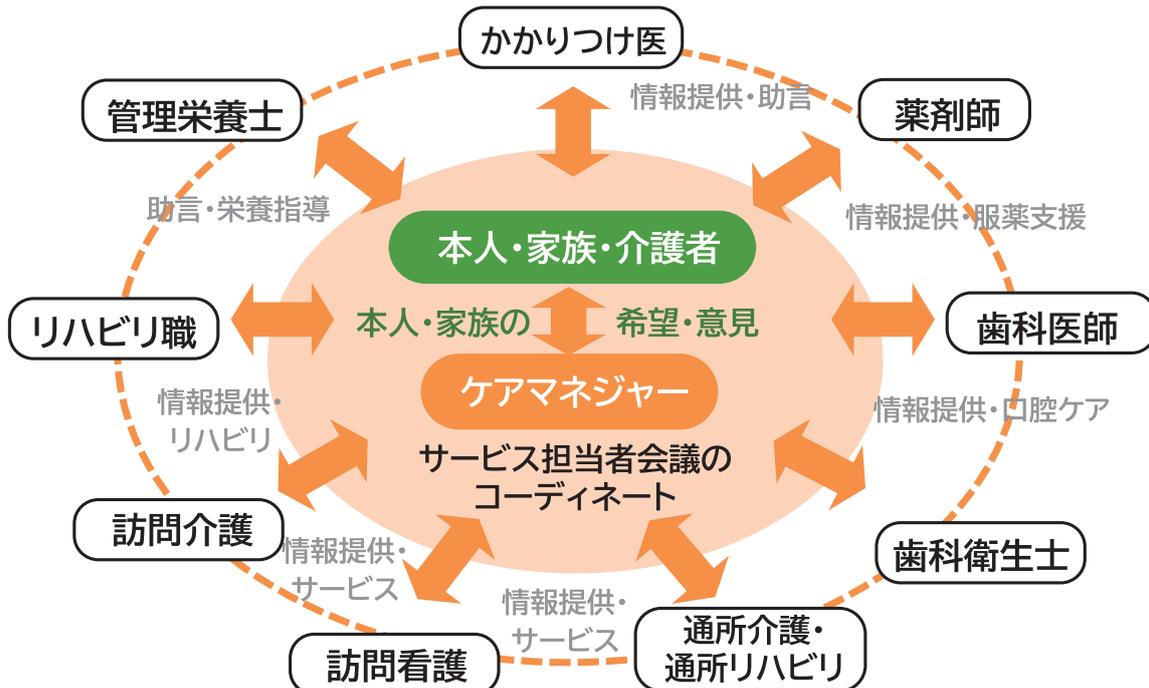
- (1) 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意)
- (2) 同意書
- (3) わたし自身① :ご本人の基本情報
- (4) わたし自身② :ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目
- (5) わたしの医療・介護① :医療機関
- (6) わたしの医療・介護② :支援に関わる者・機関のリスト
- (7) わたしの医療・介護③ :病名と医療機関
- (8) わたしの医療・介護④ :処方内容と処方の目的
- (9) わたしの医療・介護⑤ :血圧、体重
- (10) わたしの医療・介護⑥ :利用しているサービス状況
- (11) わたしの認知症の状況① :認知機能検査(MMSE又はHDS-R)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

認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業
 情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能

ケアマネジャーと多職種連携

〔地域実践 27〕

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

〔地域実践 28〕

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

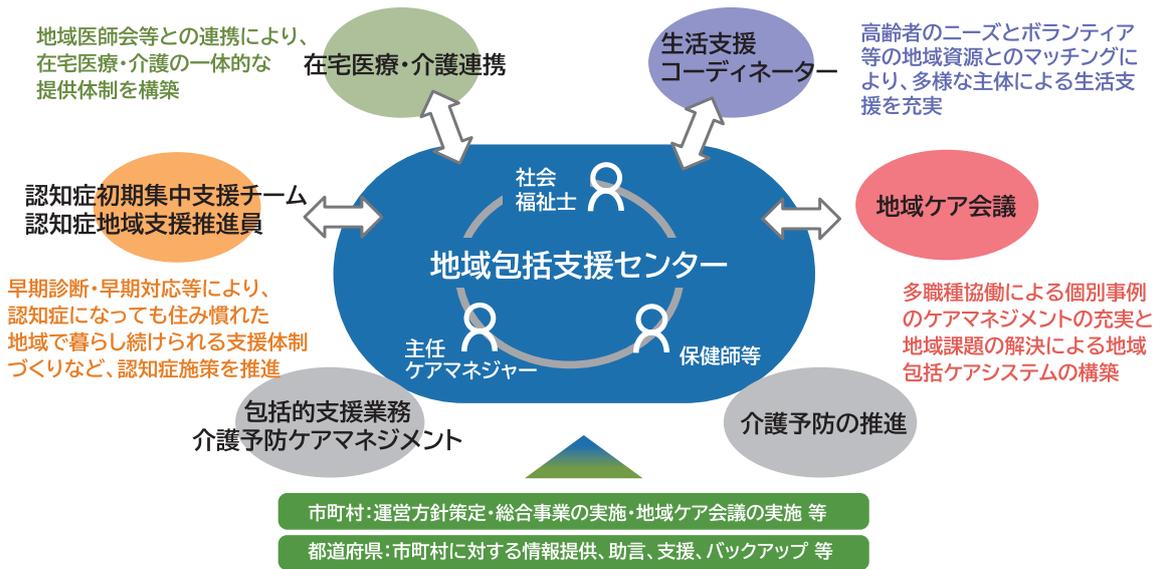
ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

〔地域実践 29〕

- 認知症の早期発見と進行予防
- 適時の専門医療機関との連携
- 他の診療科受診の判断と紹介時の連携
- 疾病や体調管理面での指示や指導
- 身体症状や精神症状が悪化時の対応
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへのアドバイスと共通理解
- 本人の心理的サポートと家族への共感

地域包括支援センター

〔地域実践 30〕

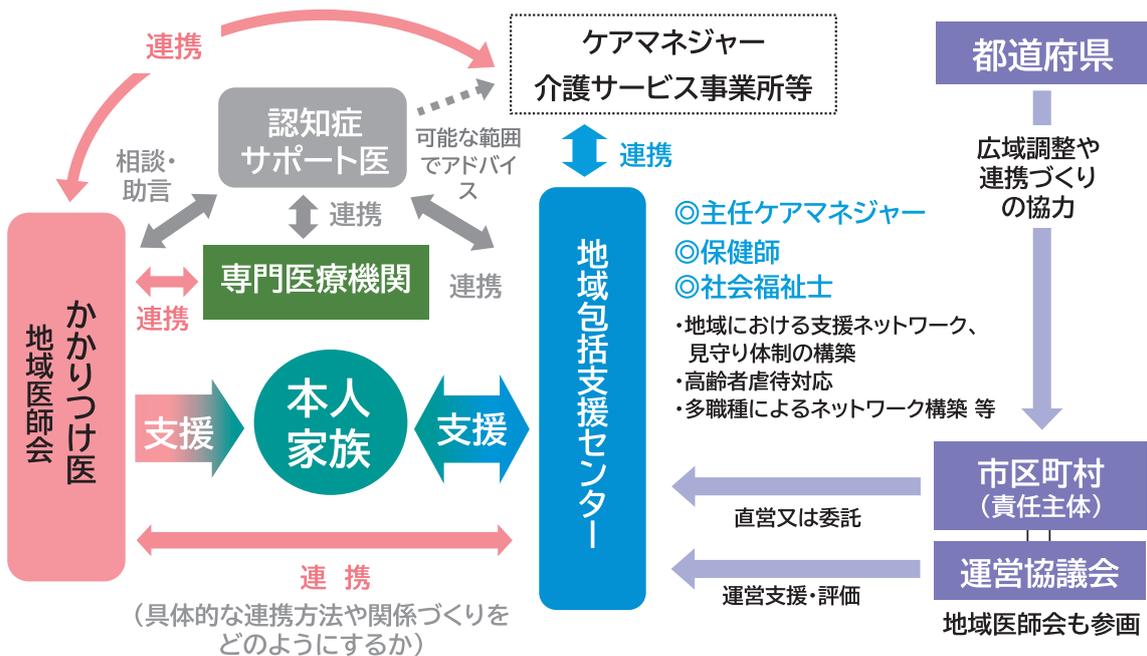


地域包括支援センターの機能強化に向けて

業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化 基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営 運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

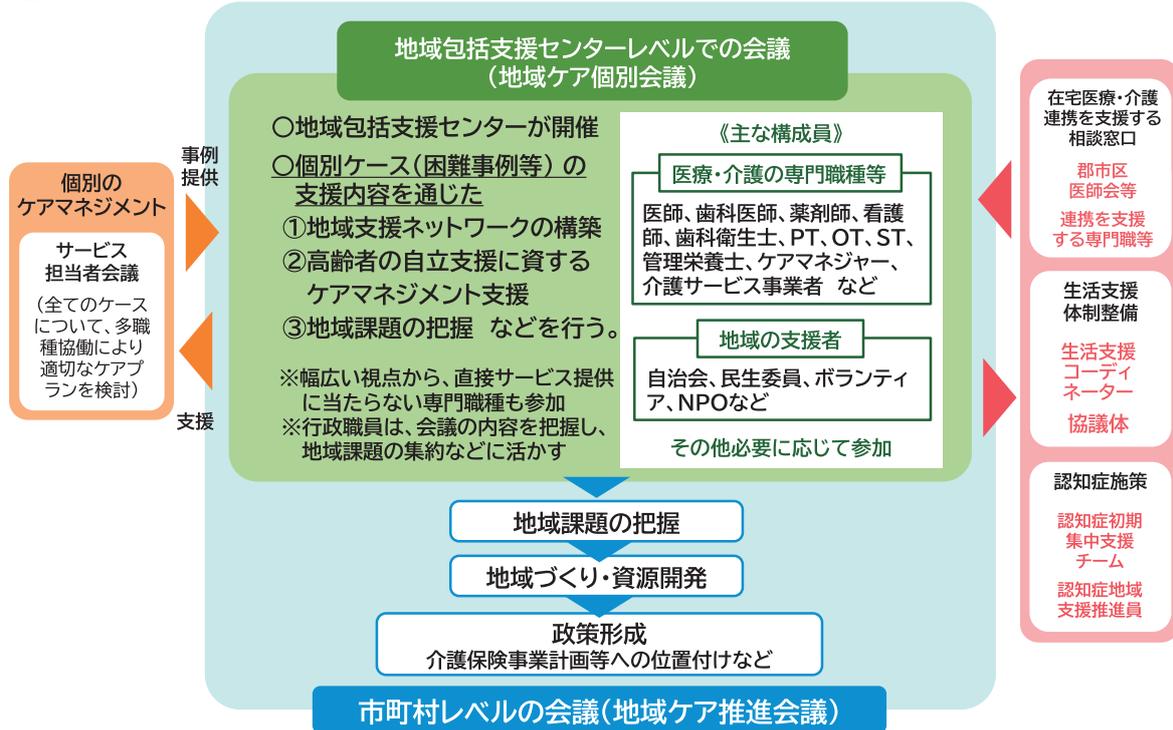
地域包括支援センターとの連携

〔地域実践 31〕



地域ケア会議

〔地域実践 32〕



認知症初期集中支援チーム

〔地域実践 33〕

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

- 全ての市町村に設置されている

- 認知症初期集中支援チームのメンバー



- 配置場所
地域包括支援センター、診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁など

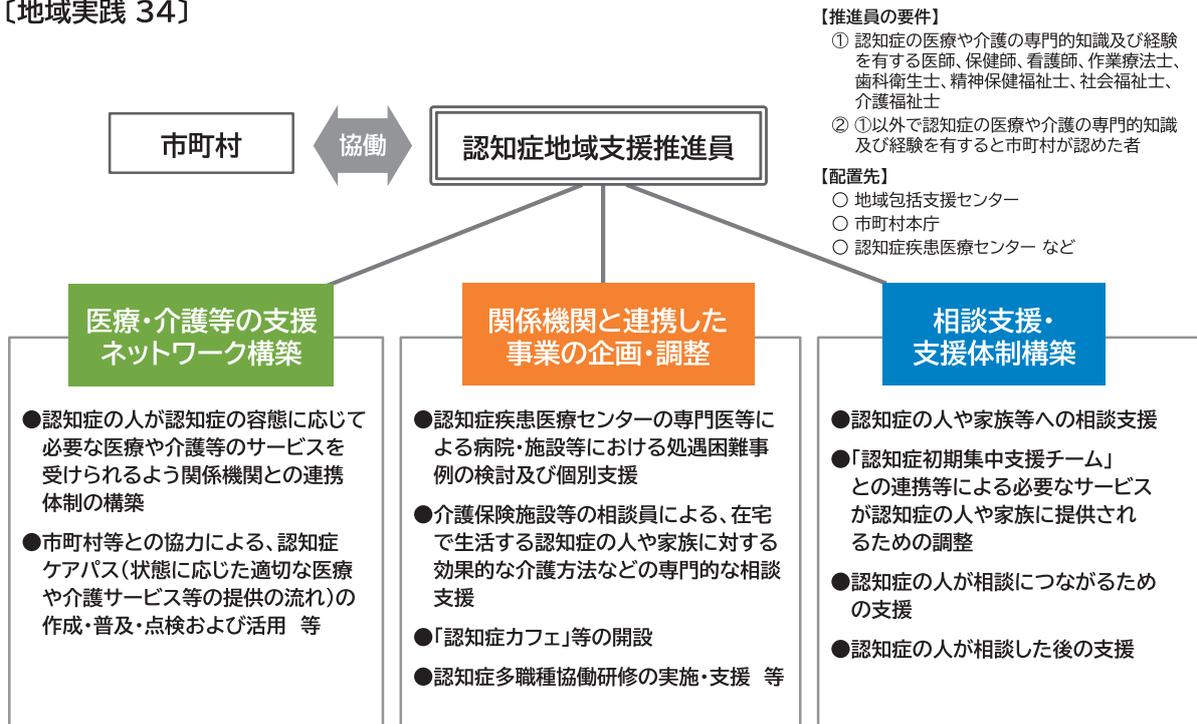
【対象者】

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

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

認知症地域支援推進員

〔地域実践 34〕



認知症カフェ・ピア活動

〔地域実践 35〕

認知症カフェ

- 認知症の人やその家族が地域で孤立しないために、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

家族介護教室や家族同士のピア活動

- 認知症の人と家族の会
- その他の家族支援・介護者支援の会

認知症の人同士のピア活動

- 認知症の本人交流会、本人ミーティング
- 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

認知症の人と家族の支援

〔地域実践 36〕

支援内容	具体例
治療や症状への対処法	知識情報を得る場、家族教室、介護講習会、認知症カフェ、相談窓口
介護者の心身の休息	デイサービス・ショートステイの活用、介護・リフレッシュ休暇、保養所
介護者の健康	家族の心身の健康の維持、健康診断、受診や治療の支援
同じ立場の人と話せる場	家族会や家族の集いの場、情報交換、家族同士のピア活動
偏見・差別に対する啓蒙	地域の人への認知症の知識の啓発、家族支援の啓発
経済的な支援制度	就労継続支援、介護費用の軽減、税の減免、介護手当等

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

〔地域実践 37〕

【認知症サポーターとは】

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人。

【キャラバン・メイト養成研修】

実施主体：

都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的：

地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン・メイト」を養成する。

内容：

認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。



認知症サポーターキャラバン

【認知症サポーター養成講座】

実施主体：

都道府県、市町村、職域団体等

対象者：

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



【チームオレンジとは】

認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組み。認知症の人もメンバーとして参加する。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

〔地域実践 38〕

趣旨

- 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。
- 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

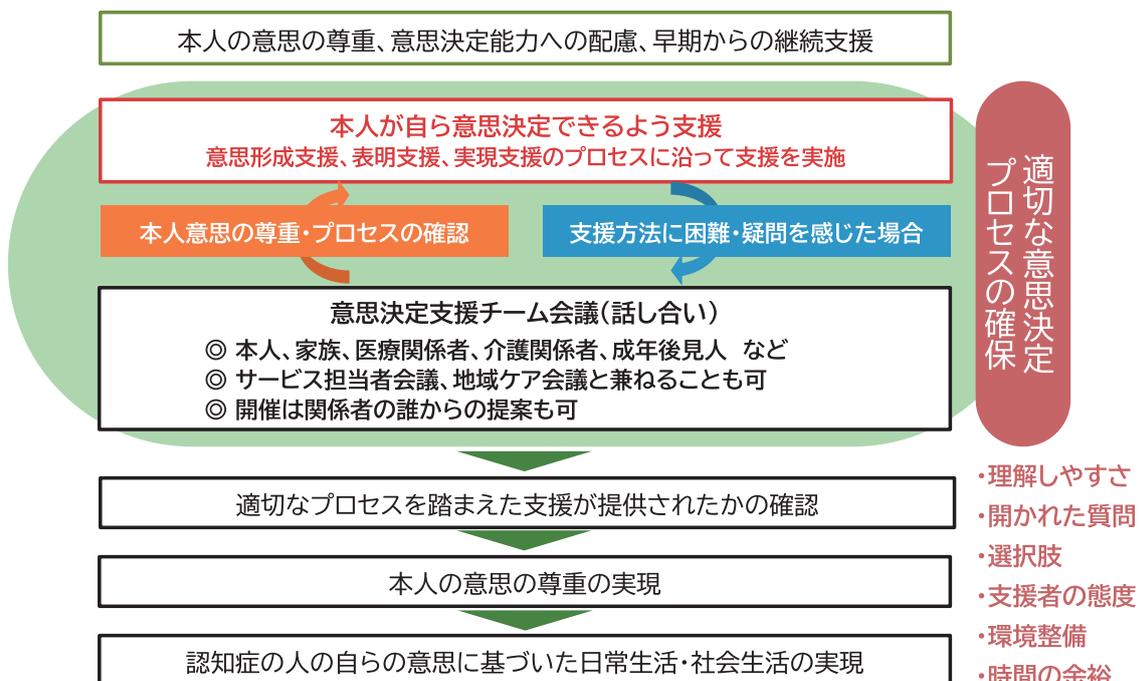
基本事項(誰のための・誰による・支援なのか)

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

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

生活支援としての意思決定支援

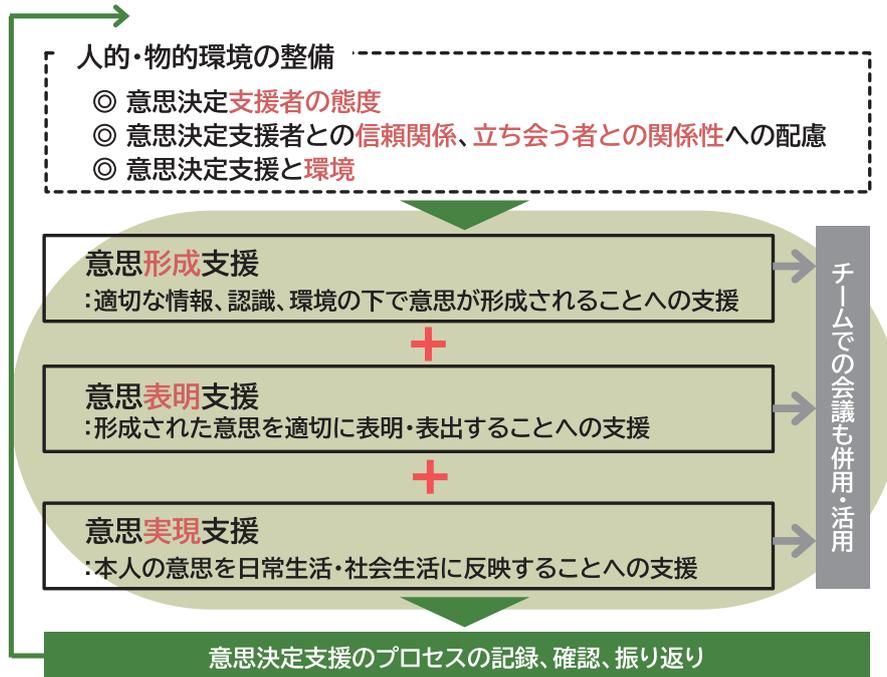
〔地域実践 39〕



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6) に一部追記

意思決定支援のプロセス

〔地域実践 40〕



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(H30.6) より

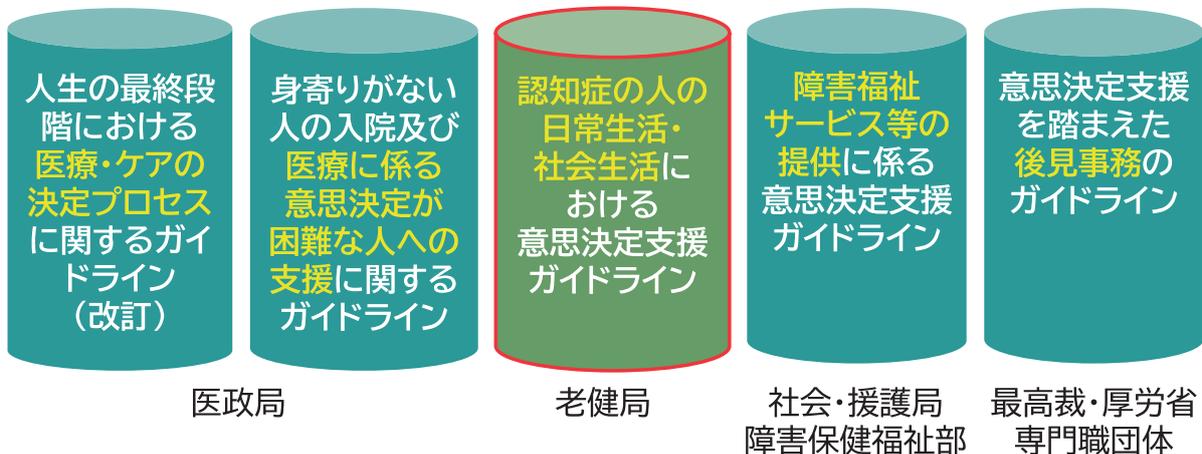
各意思決定支援ガイドライン

〔地域実践 41〕

【意思決定支援ガイドラインの策定推進の背景】

- ◎ 障害者の権利に関する条約
- ◎ 成年後見制度利用促進法
- ◎ 成年後見制度利用促進基本計画(2017年3月閣議決定)

【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】



Advance Care Planning(ACP)

〔地域実践 42〕

ACPとは

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

ACPの目標

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

ACPの原則(主体は患者さん本人)

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

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

成年後見制度利用促進基本計画

〔地域実践 43〕

- 平成28年5月 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行
- 平成28年9月 「成年後見制度利用促進会議」より、「成年後見制度利用促進委員会」に意見を求める(基本計画の案に盛り込むべき事項について)
- 平成29年1月 「委員会」意見取りまとめ
- 平成29年3月 「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

〈計画のポイント〉

(1) 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

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

(2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

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

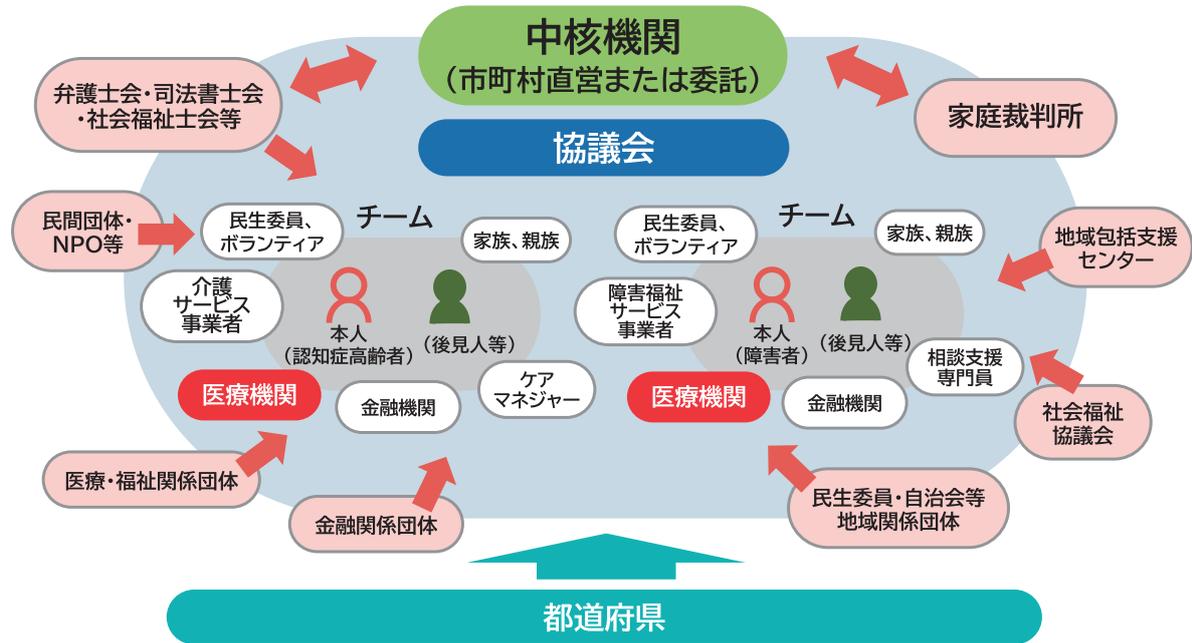
(3) 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和

- ▶ 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討

成年後見制度利用促進基本計画の中の医療機関

〔地域実践 44〕

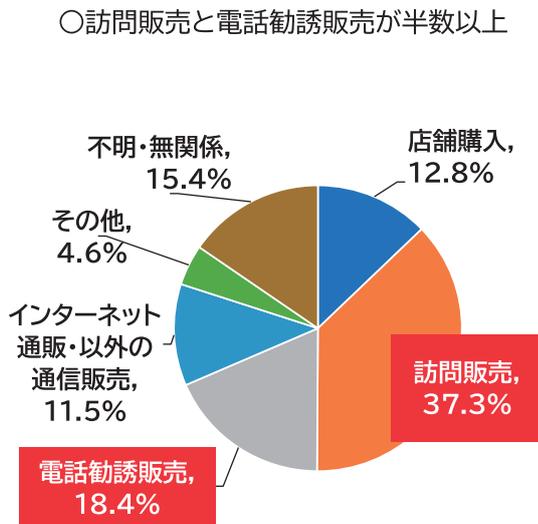
全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるように、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築する。



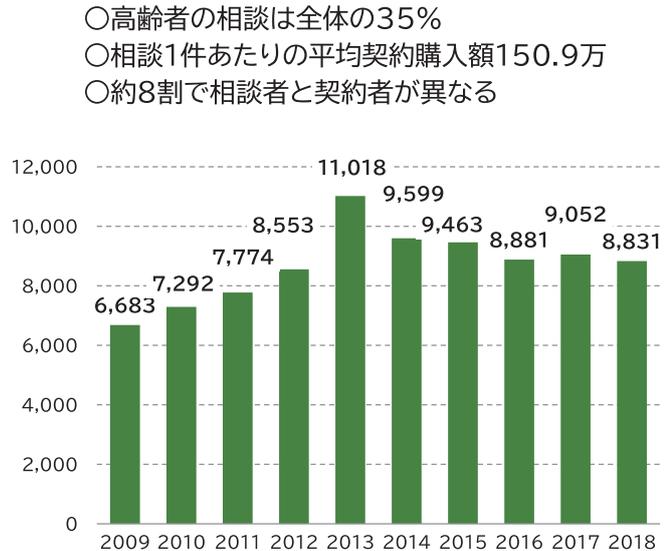
消費者被害の現状

〔地域実践 45〕

認知症等高齢者の販売購入形態別消費生活相談割合



認知症等の高齢者に関する消費生活相談件数



消費者庁「令和元年版消費者白書」

日常生活自立支援事業と成年後見制度

〔地域実践 46〕

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

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

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

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

若年性認知症の特徴と現状

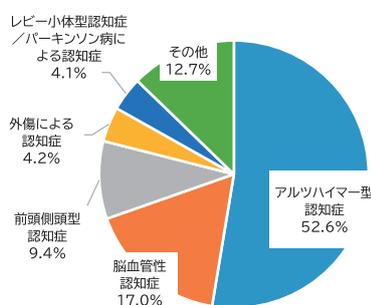
〔地域実践 47〕

- 全国における若年性認知症者数は、**3.57万人**と推計(前回調査(H21.3)3.78万人)※
- 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、**50.9人**(前回調査(H21.3)47.6人)
- ※前回調査と比較して、有病率は若干の増加が見られているが、有病者数は若干減少。有病者数が減少している理由は、当該年代の人口が減少しているため。

(表) 年齢階層別若年性認知症者有病率(推計)

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

(図) 若年性認知症(調査時65歳未満)の基礎疾患の内訳



主な調査結果

- ▶ 最初に気づいた症状は「もの忘れが最も多く(66.6%)」、「職場や家事などでのミス(38.8%)」、「怒りっぽくなった(23.2%)」がこれに続いた。
- ▶ 若年性認知症の人の約6割が発症時点で就業していたが、そのうち、約7割が退職していた。
- ▶ 調査時65歳未満若年性認知症の人の約3割が介護保険を申請しておらず、主な理由は「必要を感じない(39.2%)」、「サービスについて知らない(19.4%)」、「利用したいサービスがない(13.0%)」、「家族がいるから大丈夫(12.2%)」であった。
- ▶ 調査時65歳未満若年性認知症の人の世帯では約6割が収入が減ったと感じており、主な収入源は、約4割が障害年金等、約1割が生活保護であった。

調査対象及び方法

全国12地域(札幌市、秋田県、山形県、福島県、群馬県、茨城県、東京4区、山梨県、新潟県、名古屋市、大阪4市、愛媛県)の医療機関・事業所・施設等を対象に、若年性認知症利用者の有無に関する質問紙票調査を実施(一次調査)。利用がある場合には、担当者・本人・家族を対象に質問紙票調査を実施(二次調査)。二次調査に回答した本人・家族のうち、同意が得られた者を対象に面接調査を実施(三次調査)。

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

若年性認知症の人への支援

〔地域実践 48〕

- 若年性認知症は 高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境が異なるため、本人や家族の心理状態・社会経済的状态に配慮が必要である。
- 早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつなぎなどがかりつけ医の役割である。
- 若年性認知症支援のハンドブックの配布、都道府県ごとの専門相談窓口の設置や相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置、若年性認知症コールセンターの周知などが重要である。

【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- ・ 本人やその家族、職場等からの電話等による相談窓口
- ・ 適切な専門医療へのアクセスと継続の支援
- ・ 利用できる制度・サービスの情報提供
- ・ 関係機関との連絡調整

専門職向け

本人・家族向け



全国若年性認知症支援センター 若年性認知症コールセンター

若年性認知症の人への支援のネットワーク

〔地域実践 49〕

「認知症総合戦略推進事業」若年性認知症施策総合推進事業（実施主体：都道府県・指定都市）

〈〈 相談(相談窓口) 〉〉

- ① 本人や家族との悩みの共有
- ② 同行受診を含む受診勧奨
- ③ 利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援
- ④ 本人、家族が交流できる居場所づくり

〈〈 支援ネットワークづくり 〉〉

- ワンストップの相談窓口の役割を果たすため、医療・介護・福祉・労働等の関係者による支援体制（ネットワーク）の構築
- ネットワークにおける情報共有、ケース会議の開催、普及啓発等

〈〈 普及・啓発 〉〉

- 支援者・関係者への研修会の開催等
- 企業や福祉施設等の理解を促進するためのパンフレット作成など

これらの支援を一体的に行うために **若年性認知症支援コーディネーター** を各都道府県に配置

若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援

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



改正道路交通法と認知症

〔地域実践 50〕

改正道路交通法(平成29年3月12日施行)

- 75歳以上の高齢者が**運転免許を更新する際には、認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。
- 75歳以上で、**一定の違反行為(基準行為)**があった場合には、**臨時認知機能検査**を受検し、その結果によって、「**臨時高齢者講習**」や「**臨時適性検査** または **医師の診断書**」が必要となる。

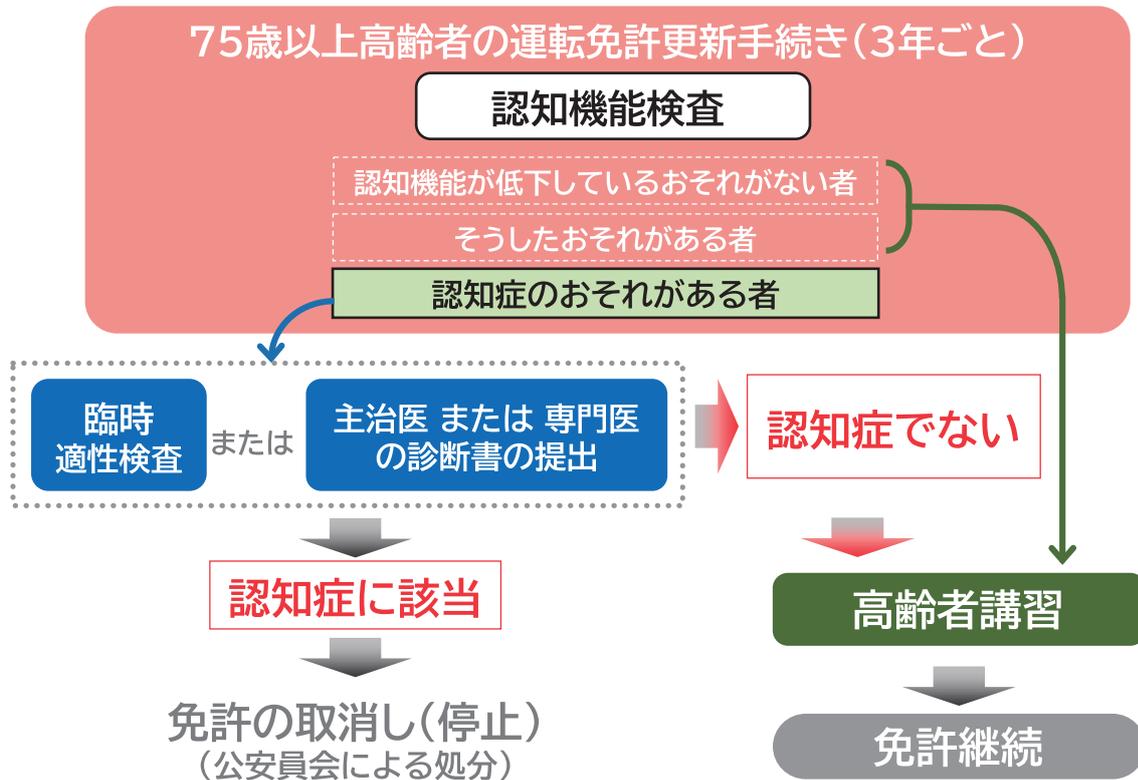
※ 臨時適性検査の受検及び診断書の提出は、都道府県公安委員会より本人に対して通知・命令される。

改正後の課題

- 正確な認知症診断や判定、自主返納後や運転中断後の生活の維持、症状の進行予防、社会的孤立などへの支援や連携が課題であり、かかりつけ医の役割も大きい。

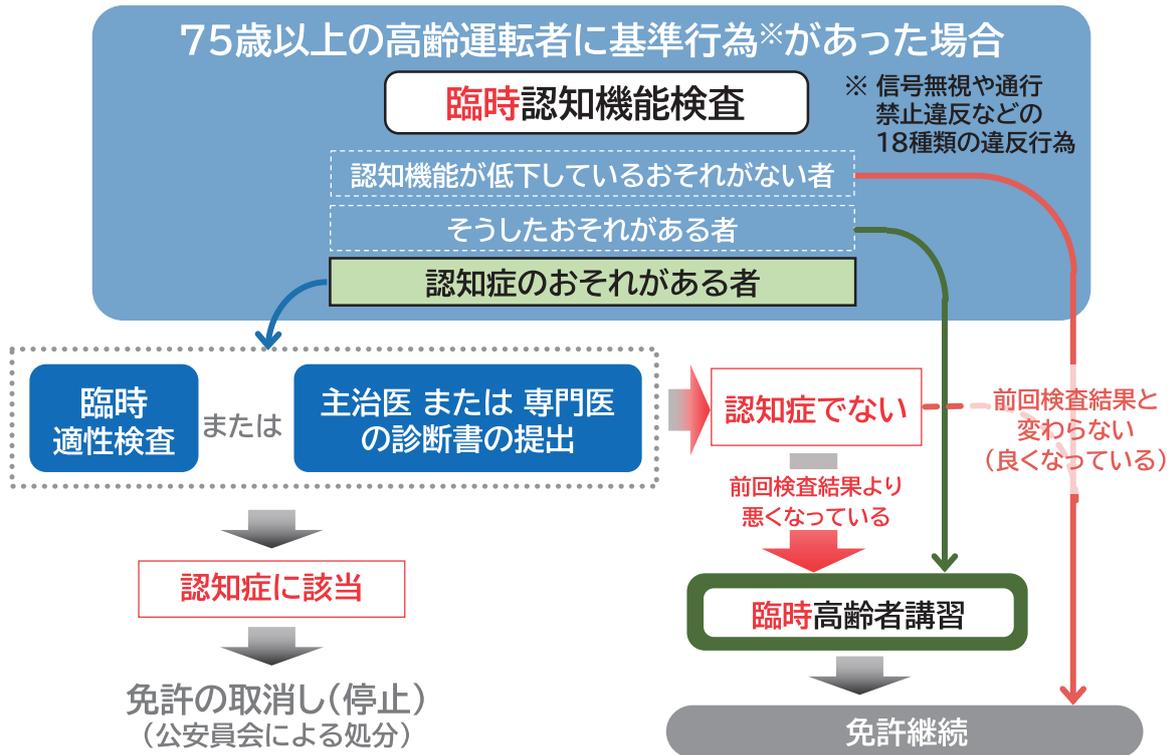
75歳以上高齢者の運転免許更新手続き

〔地域実践 51〕



一定の違反行為(基準行為)があった場合

[地域実践 52]



養護者による高齢者虐待の現状

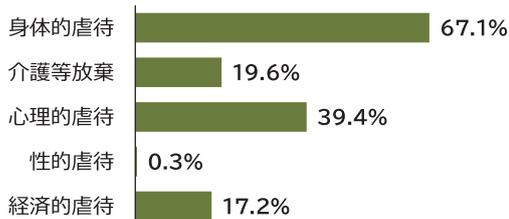
[地域実践 53]

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

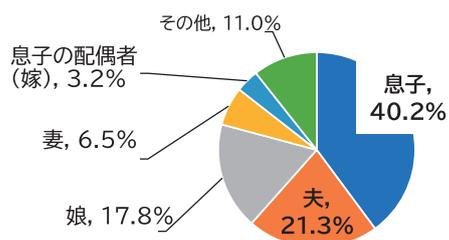
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類の内訳



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



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

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

〔地域実践 54〕

高齢者虐待防止法における医師の通報義務

医師は、虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、高齢者の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに必ず通報しなければならない

（“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務）

- ▶ 高齢者虐待の早期発見、未然防止、地域の取り組みへの協力などかかりつけ医の役割は極めて重要
- ▶ かかりつけ医は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者の権利擁護や介護を担ってきた養護者を支援することも重要

医療保護入院制度

〔地域実践 55〕

- 医療及び保護のため精神科病床への入院の必要があるが、本人に入院治療契約を交わすだけの理解力、同意能力がない場合に限り、家族等の同意によって成立する入院形態。
- 医療保護入院となる条件（以下の1つでも満たさない場合は入院は成立しない）
 - ① 精神疾患のために入院治療が必要な状態であること。
 - ② 病状のために、それをしっかり理解し自ら入院契約に同意する能力が現時点ではないこと。
 - ③ ①②が精神保健指定医の診察の結果確認され、確かに医療保護入院が必要であると診断されること。
 - ④ 家族等※のうちいずれかの書面による同意があること。
- 可能な限り、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行うことや本人の権利擁護を図ることが重要である。

※ 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合は、居住地（不明の場合は現在地）の市町村長が同意の判断を行う。

精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）の一部改正平成26年4月1日施行

〔動画 ⑥〕

かかりつけ医の役割と連携

切れ目のない支援に向けて

～本研修受講後のかかりつけ医に求められる姿勢と役割～

〔地域実践 57〕

- かかりつけ医は、認知症の人や家族の伴走者として支援していく姿勢が重要である。
- かかりつけ医には、認知症の人や家族の視点を重視した切れ目のない継続的な医療の提供と適切な連携が求められている。
- かかりつけ医には、地域の多職種連携のリーダーとしての役割が期待されている。
- 地域で開催される多職種合同研修、認知症サポート医との合同研修、フォローアップ研修などへの積極的な参加や地域での啓発活動の継続などが望まれている。

