

福岡県かかりつけ医 認知症対応力向上研修

令和4年3月6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4年3月6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 10:15~11:00	<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	医) ゆう心と体のクリニック 瀬戸 裕司
II 「基本知識」編 11:00~12:00	<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	医) すずらん会たろうクリニック 内田 直樹
昼 休 み 12:00~12:45		
III 「診療における実践」編 12:45~13:45	<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	医) 牧和会 牧病院 安富 朋哲
IV 「地域・生活における実践」編 13:45~14:45	<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 常任理事 松永 幸代

3. 閉 会

I 「かかりつけ医の役割」 編

「かかりつけ医の役割」

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



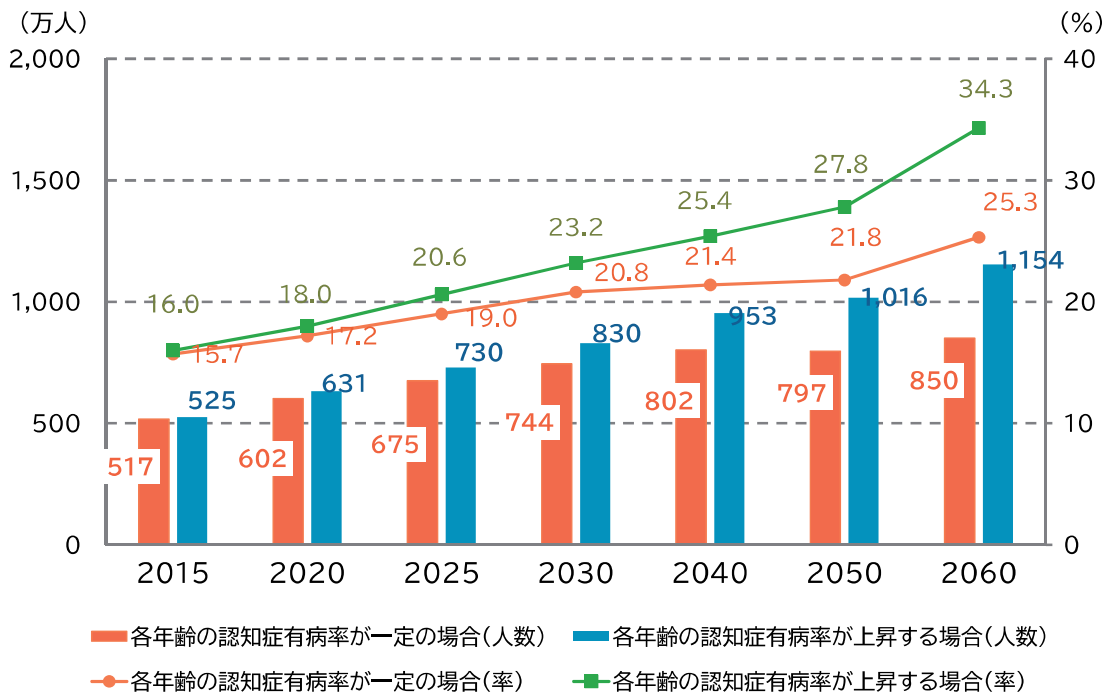
福岡県版「日医君」

ゆう心と体のクリニック
瀬戸 裕司

認知症対応力向上研修の目的

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

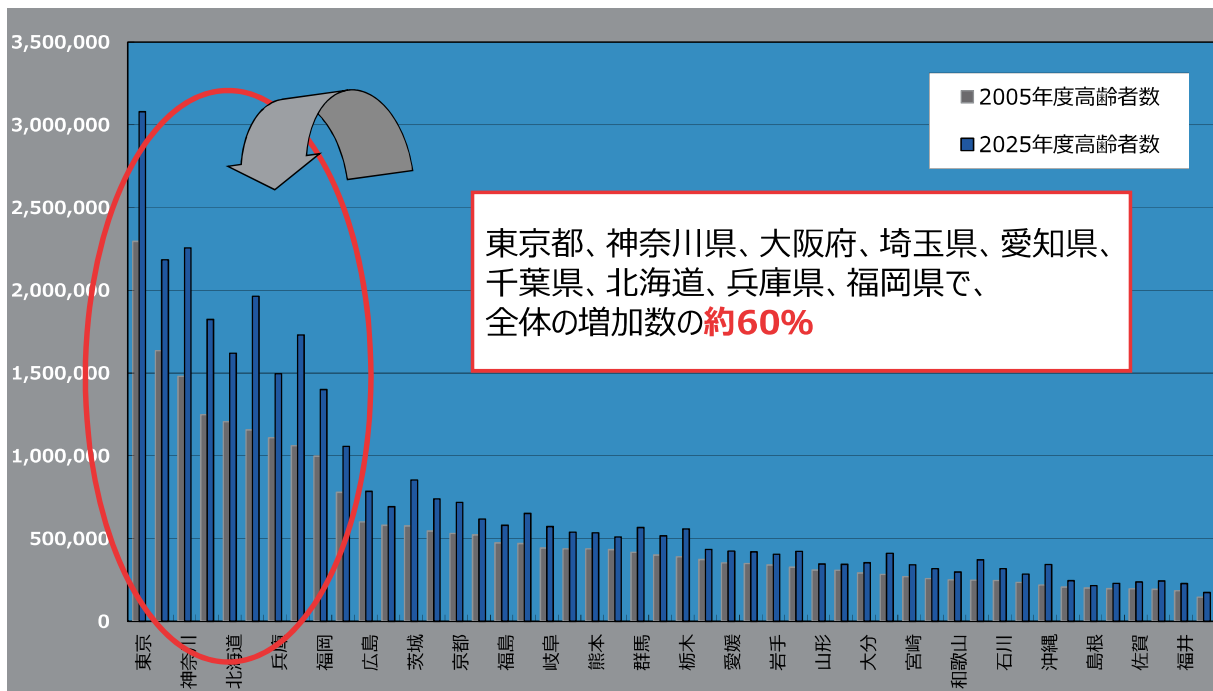
認知症高齢者数の推移



「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

都道府県別高齢者数の増加状況

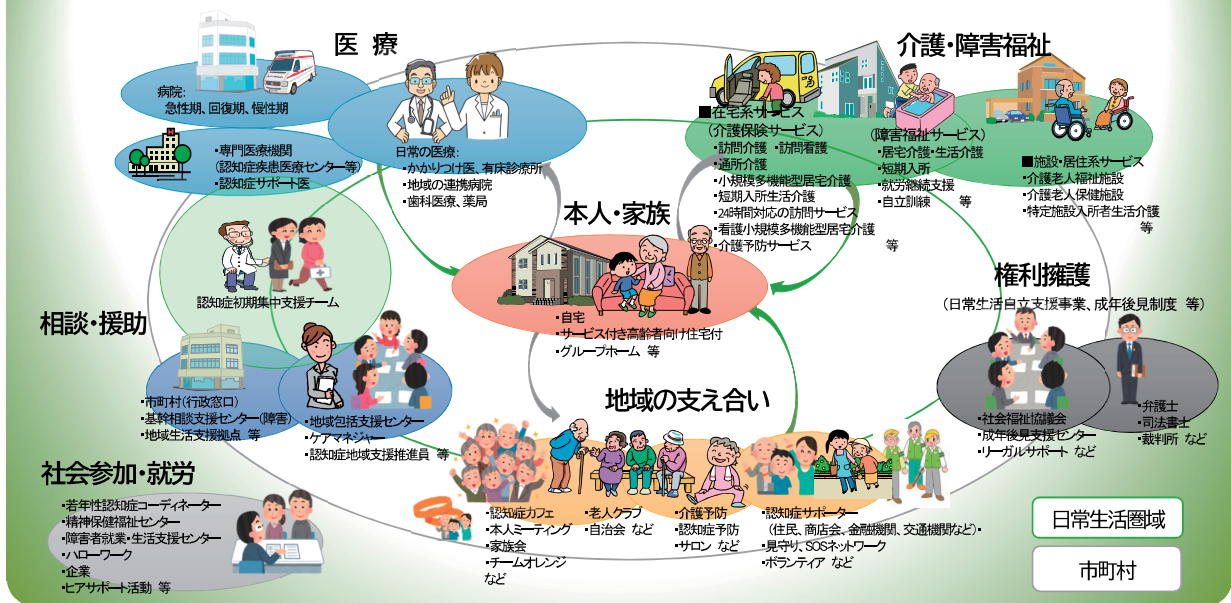
高齢者人口は今後20年間、首都圏など都市部で増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が要求される。



出典：総務省統計局(平成17年国勢調査) 国立社会保障人口問題研究所(都道府県別将来人口 平成14年)

認知症施策の推進について

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



認知症施策推進大綱の概要

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

認知症施策推進大綱の骨子

共 生

- 「認知症本人大使」を創設し、当事者の発言の機会を増やす
- 「認知症バリアフリー」のまちづくりへ、車に代わる交通手段や住宅の確保を進める
- 鉄道、バスなど公共交通事業者に認知症の人への対応計画の作成、報告を義務付ける
- 成年後見制度の利用促進、中核機関を全市区町村に設置する

予 防

- 「認知症になるのを遅らせる」、「進行を緩やかにする」と新たに定義付けた
- かかりつけ医らによる健康相談、認知症の早期発見・対応を推進
- 予防に関するエビデンスを収集、エビデンスを整理した手引きを作成
- 公民館など高齢者の「通いの場」を拡充し、参加率を8%に増やす

認知症対応力向上研修

	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

かかりつけ医の定義

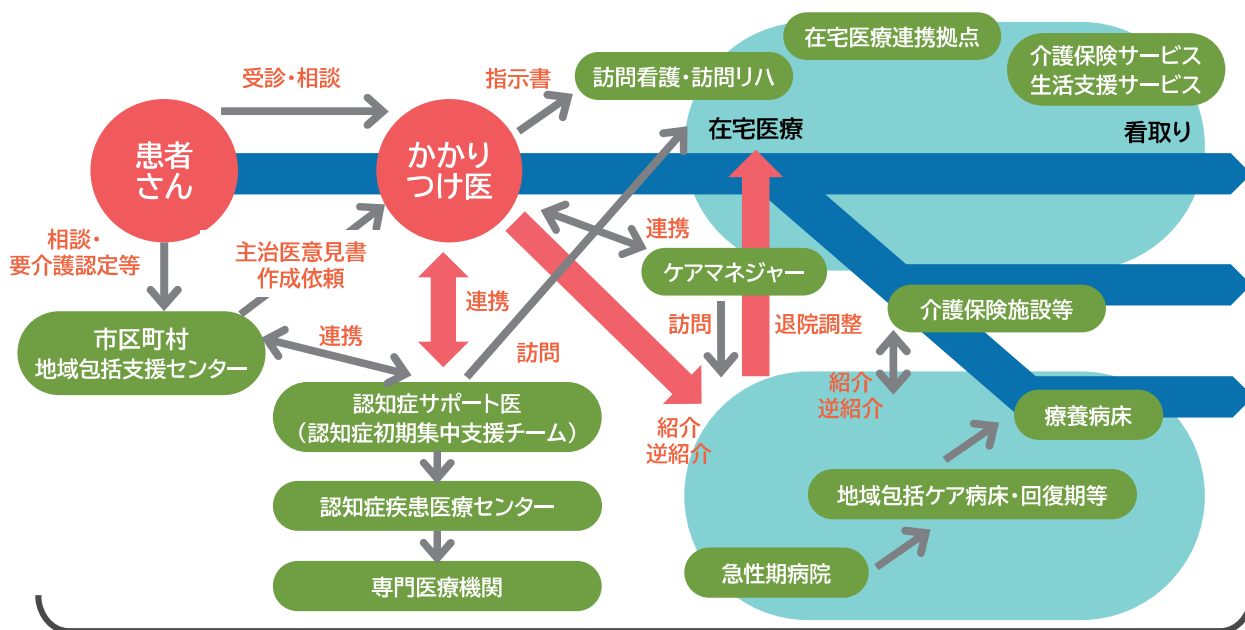
『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療・保健・福祉を担う総合的な能力を有する医師』

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

かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり



行政・医師会による地域の実情に応じた体制整備（地域包括ケアシステム）

認知症対応におけるかかりつけ医の役割

- 早期段階での発見・気づき役になる
- 認知症に対する相談や心配に適切な対応をする
- 日常的な身体疾患への対応、健康管理を行う
- 家族の介護負担、不安への理解を示し、共感的な精神的支えとなる
- 専門医との連携構築を行い、チームアプローチのコーディネーターとなる
- 適切に専門医療機関への受診誘導を行う(医療連携)
- 地域の認知症介護サービス諸機関や多職種との協働・連携を行う

公益社団法人日本医師会「かかりつけ医のための認知症マニュアル 第2版」令和2年4月7日発行

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
- 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

- 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

「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、味方や仲間と出会おう
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にいる
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)



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

認知症とともに生きる希望宣言

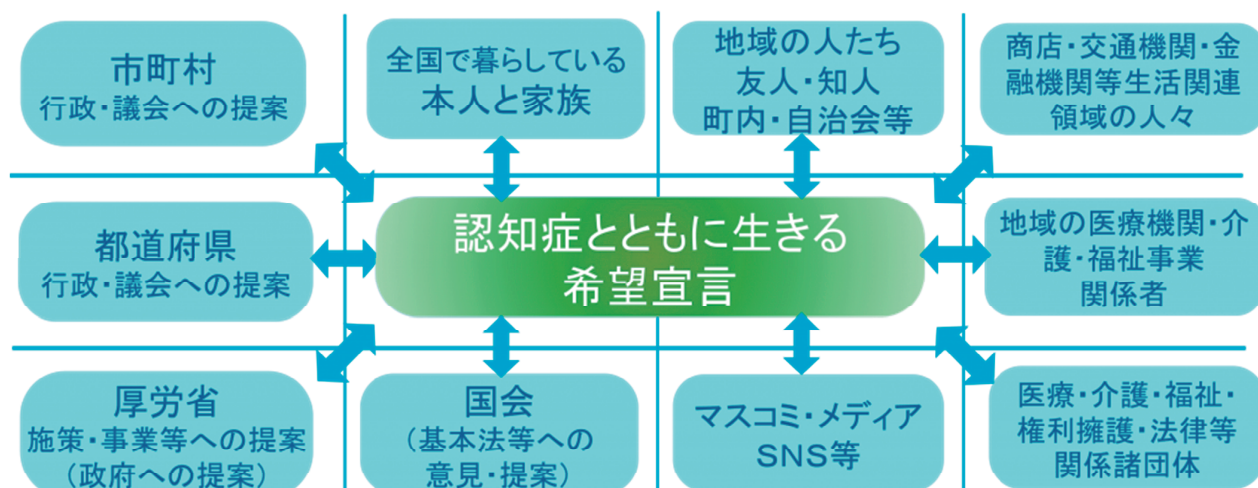
一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

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

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)(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

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/>

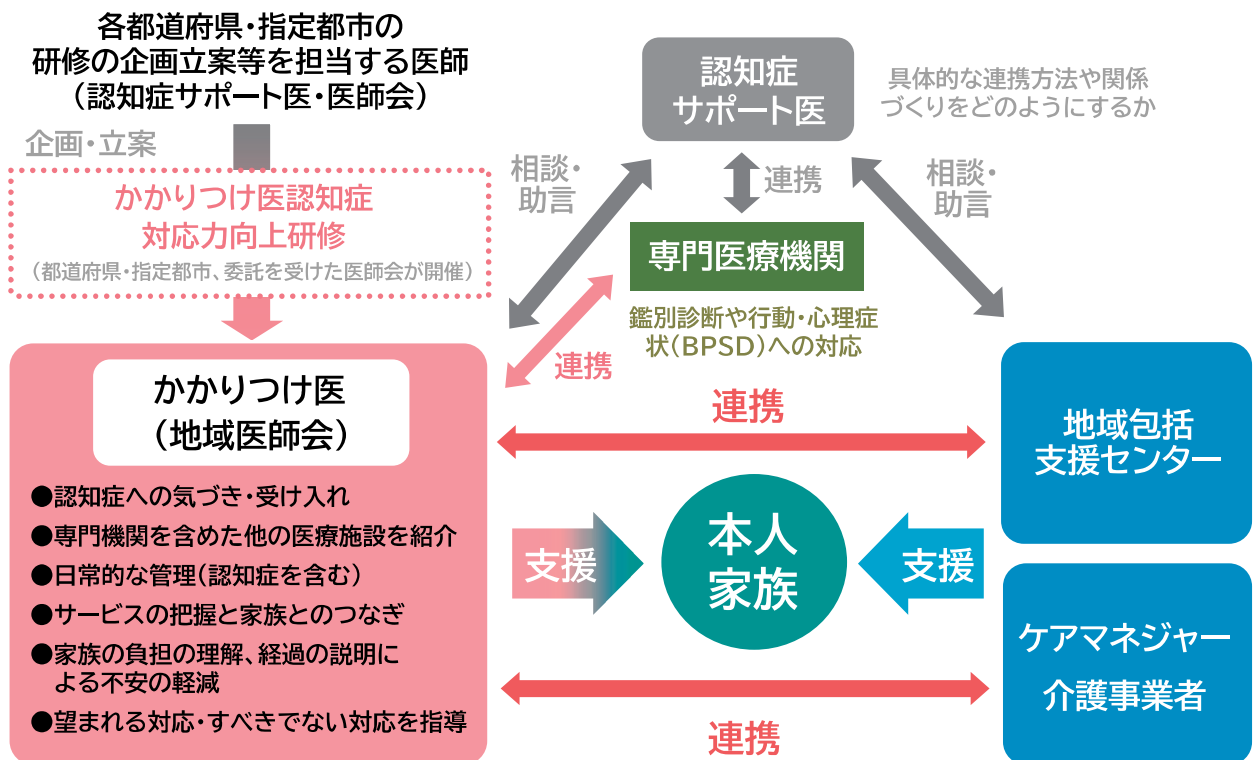
本人の視点を重視した施策の展開

「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」

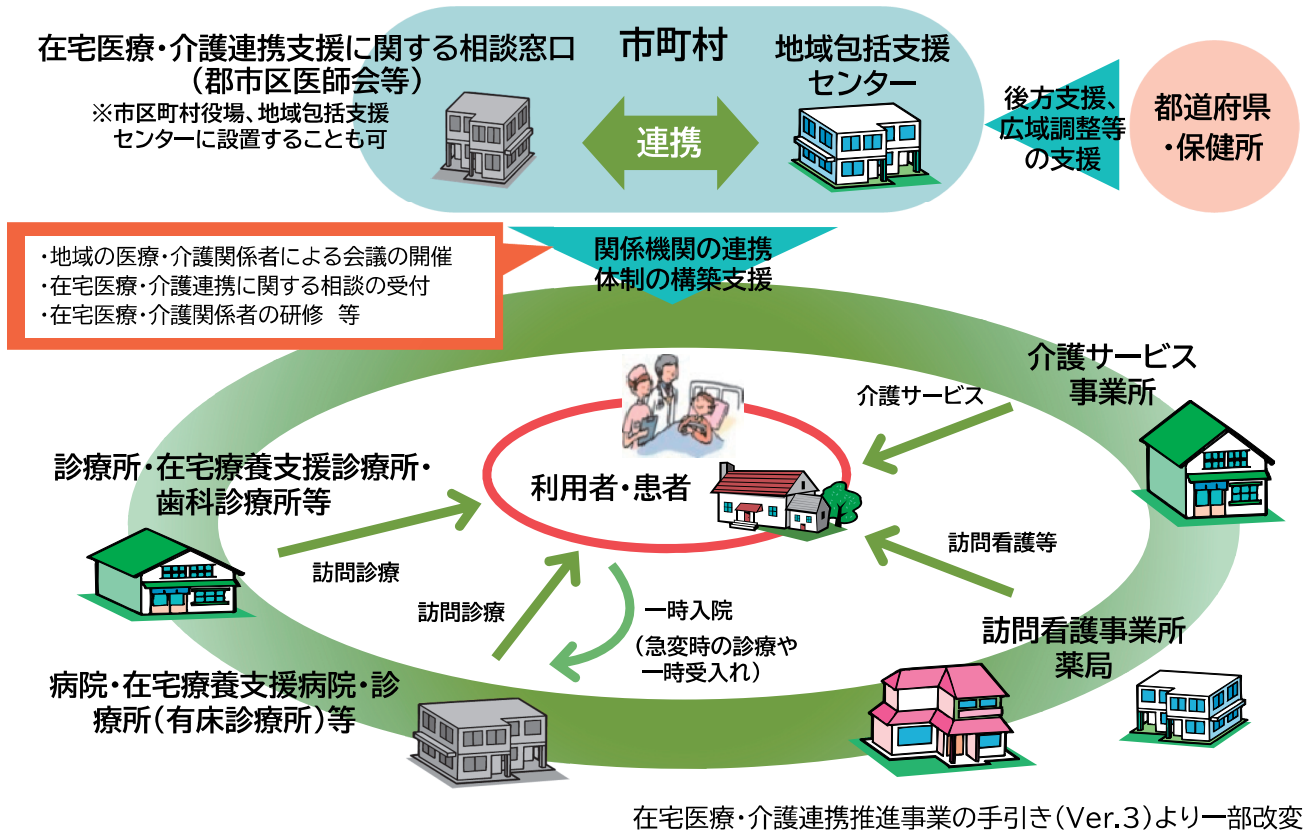
○ 都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的に展開していくことを支援するためのガイド

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



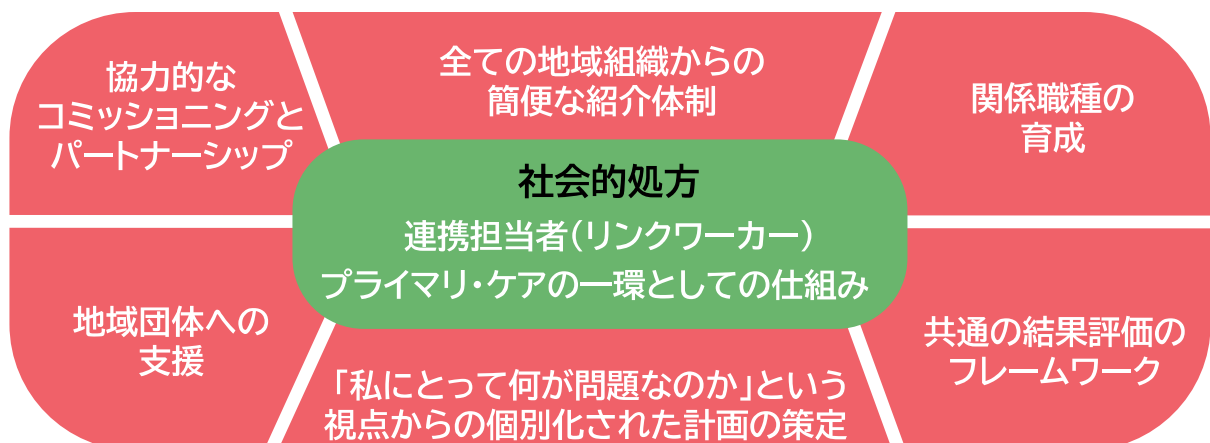
地域包括ケアシステムにおける 在宅医療・介護連携の推進



かかりつけ医の社会的機能の重要性

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

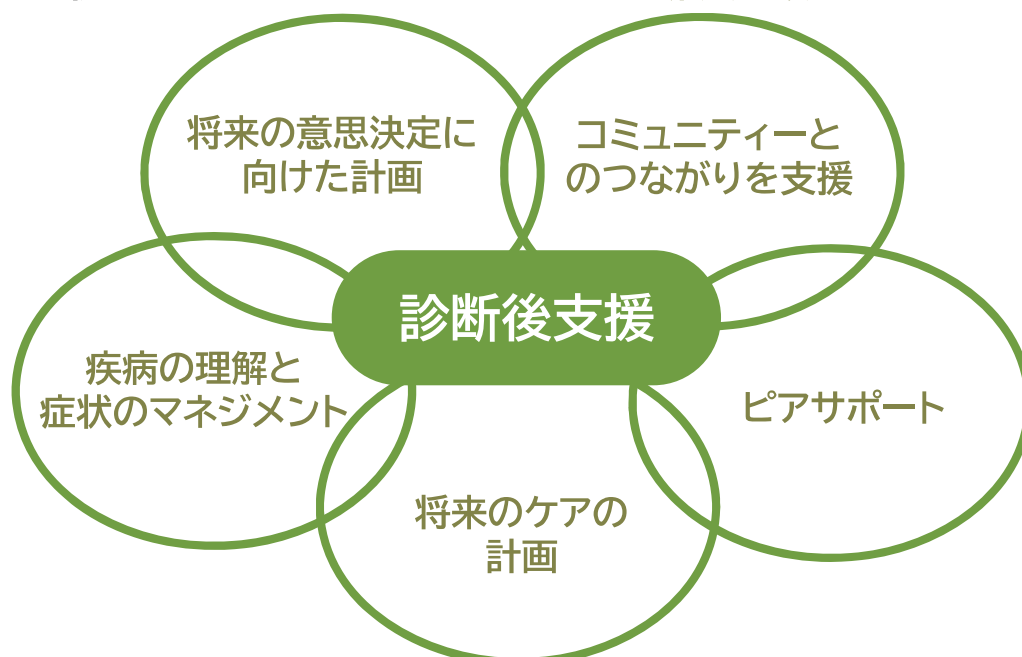
～診断後の本人や家族の不安～

- 『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

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。



認知症啓発の説明のポイント

- 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

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～

- ◎ 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
-

Memo

A series of 22 horizontal dashed lines spaced evenly down the page, serving as a template for handwritten notes.

Ⅱ 「基本知識」 編

認知症の基礎知識



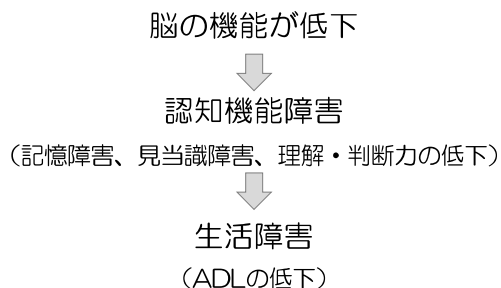
医療法人 すずらん会
たろうクリニック
TARO CLINIC

内田 直樹

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修 2022.3.6

1

認知症とは



©みんなの認知症情報学会

2

認知症とは

脳の機能が低下



- ・ 脳の神経細胞が減少することで
脳の機能が低下している
- ・ 脳の神経細胞が減少する原因となる
病気は70以上あるが、
約半分を占めるのがアルツハイマー病

3

認知症における見立て

- 第一段階 状態の評価
認知機能障害の評価 (記憶障害、見当識障害)
生活障害の側面
精神症状の側面
- 第二段階 改善可能な部分の検討
～改善可能な認知機能障害
- 第三段階 認知症の原因疾患の検討
～どのくらいの寄与割合があるか?
- 第四段階 医療モデルと社会モデル

©みんなの認知症情報学会

4

医療が認知症にできること

- ・ 診断
改善可能な認知症を見逃さない
確定診断は死亡後
- ・ 治療
薬の効果はごく軽度の認知機能改善

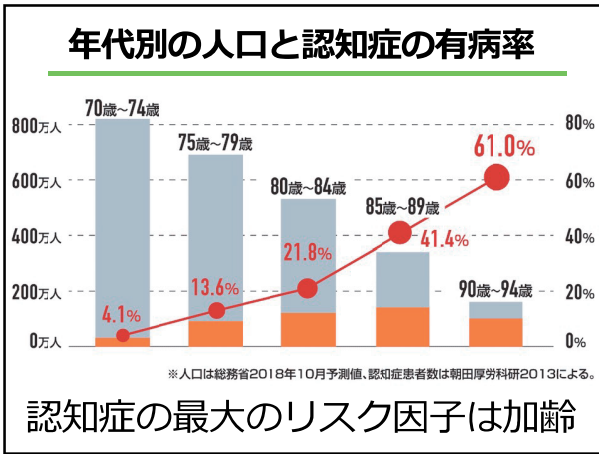
5

認知症の人の将来推計

年	H24年 (2012)	H27年 (2015)	H32年 (2020)	H37年 (2025)	H42年 (2030)	H52年 (2040)	H62年 (2050)	H72年 (2060)
有病率が 一定 人数/率	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
有病率が 上昇 人数/率		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

「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研究特別事業 九州大学 二宮教授

6



7

FAST

Functional Assessment Staging

ステージ	臨床診断	特徴	機能獲得年齢
1	正常成人	主観的客観的に機能障害なし	成人
2	正常老化	物忘れや仕事の困難。他覚所見ない	成人
3	境界域	職業上の複雑な仕事ができない	若年成人
4	軽度AD	日常生活の複雑な仕事ができない	8歳~思春期
5	中等度AD	適切な服を選べない 入浴にだめることが必要	5~7歳

8

FAST

重度の認知症のみが認知症だと考えられていることで、認知症への恐怖が増し、認知症の診断が遅れる

6a		5歳
6b		4歳
6c		48ヵ月
6d		5~54ヵ月
6e	便失禁	24~36ヵ月
7a	重度AD 語彙が5個以下になる	15ヵ月
7b	「はい」など語彙が1つになる	12ヵ月
7c	歩行機能の喪失	12ヵ月
7d	座位保持機能の喪失	24~40週
7e	笑顔の喪失	8~16週
7f	頭部固定不能・最終的に意識消失	4~12週

9

認知症とは老いの過程である

6a	やや重度AD	服を正しい順に着られない	5歳
6b		入浴に介助を要す・嫌がる	4歳
6c		トイレの水を流し忘れる	48ヵ月
6d		尿失禁	36~54ヵ月
6e		便失禁	24~36ヵ月
7a	重度AD	語彙が5個以下になる	15ヵ月
7b		「はい」など語彙が1つになる	12ヵ月
7c		歩行機能の喪失	12ヵ月
7d		座位保持機能の喪失	24~40週
7e		笑顔の喪失	8~16週
7f		頭部固定不能・最終的に意識消失	4~12週

10

みんなの認知症情報学会

みんなの認知症情報学会

アクセス お問い合わせ 関連リンク 学会関係者

ホーム | 学会について | 入会案内 | 学会システム | 会員向け

認知症は個性です。

<https://cihcd.jp/>

11

みんなの認知症

一人称：自分もなる
二人称：家族もなる
三人称：もなる

12

認知症予防に有効なこと

- 人との会話
- 運動
- バランスのいい食事
- 規則正しい生活
 - 公民館活動・ゲートボール・デイサービスはとても有効
 - 引きこもった生活は悪影響

13

認知症予防に有効なこと

- 飲酒は週にグラスワイン4杯まで
- 禁煙
- 糖尿病、高血圧のコントロール
- 難聴の改善
- 歯周病の改善
- 健康な生活に有効なこと

14

認知症予防に有効なこと

- 飲酒は週にグラスワイン4杯まで
- 実践すると長生きする
長生きすると認知症になる
- 歯周病の改善
 - 健康な生活に有効なこと

15

認知症を恐れない！

16

認知症の備えに有効なこと

- 認知トレーニング
- Posit ScienceのBrainHQは70以上のビッグジャーナルで論文になっている
- 脳エクササイズで認知症のリスクが半減したという報告もある
- 主に作業記憶を鍛えるものであり、紙ベースや集団で行うのは難しい

17

認知症発症の修正可能な危険因子の割合

	危険因子	集団寄与危険割合(%)
若年期	低学歴	7
中年期	難聴	8
	外傷性脳損傷	3
	高血圧	2
	過度の飲酒(週にアルコール21単位以上)	1
高齢期	肥満	1
	喫煙	5
	抑うつ	4
	社会的孤立	4
	身体不活動	2
	大気汚染	2
	糖尿病	1
	合計	40%

Livingston G, et al. Lancet. 2020;396:413-446.

18

認知症発症抑制に無効なこと

- ビタミンC、E、βカロチン
Neurology. 2004
- ビタミンE、抗認知症薬
N Engl J Med. 2005
- EPAとDHA
Cochrane Database Syst Rev. 2012
- イチョウ葉エキス
Lancet Neurol. 2012

19

生活障害の評価

- IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
家事など、暮らしを維持していくために必要な能力
- BADL
身の回りのことを自立して行う能力

20

家庭外のIADLの障害

- 仕事上でミスが目立つようになる
- ひとりで買い物に行けなくなる
- ひとりで申請書、税金の申告書などを作成できなくなる
- ひとりで交通機関を使って外出できなくなる
- ひとりで家賃や公共料金の支払いができなくなる
- ひとりでATMを利用したり、貯金を下ろすことができなくなる

21

家庭内のIADLの障害

- ひとりで電話をかけることができない
- ひとりで食事の準備ができない
- ひとりで薬を決められた通りに内服できない
- ひとりで掃除、洗濯をすることができない
- ひとりでエアコン、その他の家電製品を適切に利用できない
- ひとりで場面にあった洋服を選ぶことができない

22

BADLの障害

- BADLの障害が認められるようになると、身の回りのことを自立して行うことができなくなる
- ひとりで食事が食べられなくなる
- 排泄が上手にできなくなる
- 入浴ができなくなる
- 洗面や歯磨き、整容を保つことができなくなる

23

代表的な認知機能障害

- 記憶の障害(記銘力と作業記憶)
- 病識の障害
- 見当識障害
- 注意障害

24

記憶障害

- 短期記憶
記憶の仕組み(記銘→保持→想起)
記銘の障害
- 感情が伴う記憶は残りやすい
- 作業記憶 (情報の処理能力が低下)

25

病識の障害

- 認知症、特にアルツハイマー病では進行に伴って病識が低下する。
- これにより、認知症本人と介護者の評価にギャップが生じ、様々なトラブルの元となる。
- 「何かおかしい」という病感と比較的保たれる。
- 脳血管性認知症では病識が保たれることが多い。

26

記銘の障害
病識の障害

不安



もの盗られ妄想

27

見当識: 自分の周りのことがわかること

1. 時間 → 時刻、日付、季節など
2. 場所 → 自分がどこにいるのか
3. 人 → 自分の周囲にいる人が誰か

一般的に1→2→3の順に障害される



28

注意障害

- 見えているようで見えておらず、聞こえているようで聞こえていない。
- まずは注意をキャッチする。

29



監修 イブ・ジネストさん
ユマニチュード考案者



監修 本田 美和子さん
東京医療センター
総合内科医長

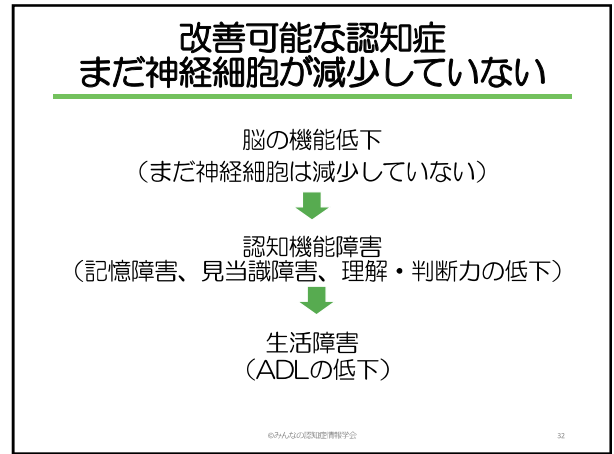


司会 内藤 裕子
フリーアナウンサー

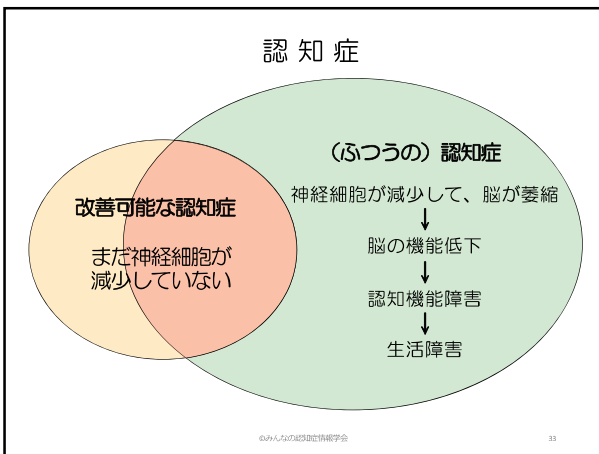
30



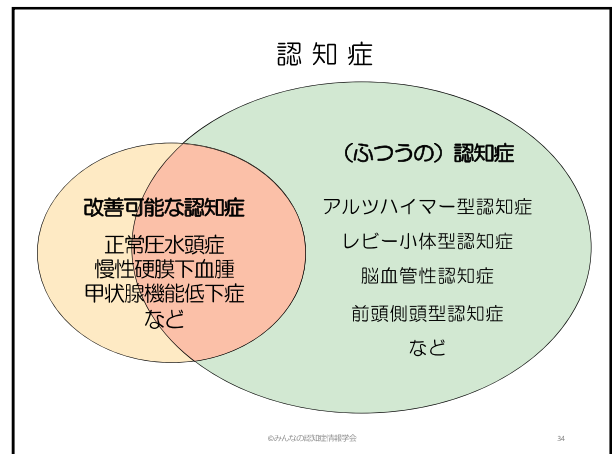
31



32



33



34

改善可能な認知機能障害・精神症状

疾患	気づきのポイント
薬剤の副作用 うつ病、精神的ストレス 甲状腺機能低下症	薬の内服内容のチェック うつ病の症状があるか。二質問票法 むくみ、食欲がないのに体重が増える、 皮膚の乾燥、寒がりになる、無気力など 食事をきちんとしていない
ビタミンB1、B12欠乏 正常圧水頭症 慢性硬膜下血腫 脳腫瘍 意識障害・せん妄状態	三主徴（認知症、歩行障害、尿失禁） 麻痺、ふらつき、意識障害など 様々な症状、無症状のこともあり 状態の時間的変動

©みんなの認知症情報学会 35

35

うつ病と認知症

- うつ病が認知症の初期症状であることがある
- うつ病で一見認知症のような状態になることがある（仮性認知症）
- うつ病と認知症が合併する場合もある
- うつ病が治療で改善していても、長期的には認知症へ移行する可能性がある

©みんなの認知症情報学会 36

36

うつ病のスクリーニング検査 2質問票法

- 不眠、食欲低下がある場合
- 「この1ヵ月、気分が沈んだり、憂鬱になることがよくあったか」
- 「この1ヵ月、物事に対して興味がわかない、あるいはここから楽しめない感じがよくあったか」（ほとんど1日中、ほぼ毎日が原則）
→どちらかがあれば、「うつ病」とする
- 感度96% 特異度57%

©みんなの認知症情報学会

34

37

正常圧水頭症

脳脊髄液による脳の圧迫で
脳の機能が低下



認知機能障害
(記憶障害、見当識障害、理解・判断力の低下)



生活障害
(ADLの低下)

©みんなの認知症情報学会

38

38

改善可能な認知機能障害・精神症状

疾患	鑑別のための検査
薬剤の副作用	
うつ病、精神的ストレス	
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH, F-T3, F-T4)
ビタミンB ₁ 、B ₁₂ 欠乏	ビタミンB ₁ 、B ₁₂ 測定
正常圧水頭症	CT, MRI, タップテスト、システルノグラフィ
慢性硬膜下血腫	CT, MRI
脳腫瘍	CT, MRI
意識障害・せん妄状態	AIUEO TIPS

©みんなの認知症情報学会

39

39

アルコールと認知症

- ごく少量（週に56g未満：グラスワイン4杯）であれば予防効果があるかもしれない
- しかし、それ以上の長年の飲酒は脳を萎縮させる
- 断酒後6-7週間で脳体積が増加したという報告もあり、可能な限り断酒する



©みんなの認知症情報学会

40

40

高齢てんかんの特徴

- 高齢者の100人に1-2人が発症
- 認知症患者におけるてんかんの発症リスクは一般人口の5-10倍
- 高齢発症でけいれん発作は少ない
- 脳波の異常は発作時のみで診断されにくい

©みんなの認知症情報学会

30

41

高齢てんかんの症状

- 発作が起きると突然意識が途切れ通常の動作が停止する
- 同時に多くの場合、口がもぐもぐ動いたり手足が勝手に動いたりする自動症がみられる
- 発作は数十秒から数分で終わるが、この間に話しかけられても反応しない
- 発作が終わったあと数分から数時間もうろう状態が続き、この間は何か話しても筋が通らず攻撃的になって暴言を吐くこともある

©みんなの認知症情報学会

38

42

せん妄状態

- 軽度から中等度の意識障害が背景
- 不安、いらいら、不眠、精神運動興奮を伴い、幻覚（特に幻視）や妄想を認めることが多い状態

→ 経過は比較的急激に始まり、動揺する

©ひんなの認知症神経学会

43

43

3-3-9度方式 Japan Coma Scale (JCS)

I 覚醒している状態

- 1: 見当識は保たれているが、意識清明ではない。
- 2: 見当識障害がある。
- 3: 自分の名前、生年月日が言えない。

II 刺激に応じて一時的に覚醒する状態

- 10: 普通の呼びかけで容易に開眼する。
- 20: 大声で呼びかけたり強く揺すったりすることなどで開眼する。
- 30: 痛み刺激を加えつつ、呼びかけを続けると辛うじて開眼する。

III 刺激しても覚醒しない状態

- 100: 痛みに対して払いのけるなどの動作をする。
- 200: 痛み刺激で手足を動かしたり、顔をしかめたりする。
- 300: 痛み刺激に全く反応しない。

©ひんなの認知症神経学会

44

44

せん妄状態のスクリーニング

→ 意識障害があるかどうか

- 状態が短時間のうちに変動するかどうか
- 夕方～夜間にかけて増悪するかどうか

©ひんなの認知症神経学会

45

45

せん妄状態

せん妄の準備状態



誘因



せん妄状態

©ひんなの認知症神経学会

46

46

せん妄の準備状態 (脳の機能低下状態)

- 認知症などで脳の機能が低下しているとき
～特に脳血管障害～
- 身体的な病気が重症のとき

©ひんなの認知症神経学会

47

47

せん妄の誘因

■ 身体的誘因

→ 薬剤の内服（抗バ剤、抗不安薬、三環系抗うつ薬、H₂ブロッカー、ステロイド剤等々）、血圧の一時的変動、心肺機能の低下、発熱、下痢、脱水状態、貧血、手術直後、飲酒及び断酒

■ 心因、環境因

→ 急激な環境変化、離別、死別、経済的問題、感覚遮断状況（周囲からの孤立感）、睡眠遮断、身体抑制

夕方・夜間になること

©ひんなの認知症神経学会

48

48

意識障害・せん妄の原因と なりやすい薬物

- 緩和精神安定剤（抗不安薬、睡眠導入剤）
- 消化性潰瘍治療薬（H₂ブロッカー）
- 抗パーキンソン病薬
- 抗生物質、合成抗菌薬、解熱鎮痛剤、抗ウィルス薬
- ステロイド剤



©ひんなの認知症情報学会

49

49

高齢者の薬物療法の 基本は減薬！

50

せん妄状態

- 誰でもなりうる
- 認知症の人に起きた場合、せん妄ではなくBPSDの悪化、もしくは認知症自体の進行と捉えられがちで注意が必要である

©ひんなの認知症情報学会

51

51

認知症の人の精神症状

- ・ まず、せん妄が合併していないかどうか
- ・ 次に、他の精神症状がないか
- ・ 最後に、認知症に伴う行動・心理症状

©ひんなの認知症情報学会

91

52

認知症に伴う行動・心理症状

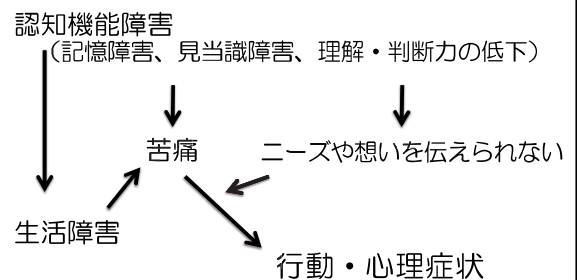
- ・ 認知症のある人
 - 認知機能障害 記憶障害、見当識障害、理解・判断力の障害、実行機能障害
 - 周囲の状況に適応ができずに混乱
- ・ 言葉で表現するのが苦手な認知症の人の言葉にならないメッセージとしての行動・心理症状
 - チャレンジング行動として捉えなおす

©ひんなの認知症情報学会

53

53

チャレンジング行動



©ひんなの認知症情報学会

95

54

認知症の病型分類について

- 病型によって経過が異なる
- 多くの抗認知症薬の適応はアルツハイマー型認知症のみ
- アルツハイマー型認知症は最後に診断
- 確定診断には剖検が必要で、専門医間にもばらつきがあり病型診断は難しい

©みんなの認知症情報学会

51

55

認知症の病型分類について

認知症を見逃さない
すぐに薬を出さない
典型例を見逃さない

©みんなの認知症情報学会

52

56

4大認知症

- 脳血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭型認知症
- アルツハイマー型認知症

©みんなの認知症情報学会

53

57

脳血管性認知症の診断基準 NINDS-AIREN Work Group (1993)

Probable Vad: 以下のすべての項目を満たす

- 認知症がある
- 脳血管障害がある
病歴、神経学診察、画像検査で証明される
- 認知症と脳血管障害の間に関連がある
(a) 認知症の発現が脳血管障害後の3ヵ月以内に起こる
(b) 認知機能が急激に低下、あるいは動揺性ないし段階状に悪化する

©みんなの認知症情報学会

58

58

脳血管性認知症 (VD)

- 脳梗塞や脳出血の既往
- 感情失禁（突然泣き出す）
- 人格は保たれ、病識はある
- まだら認知症
- 麻痺や呂律困難、歩行障害
- 階段状の進行



©みんなの認知症情報学会

55

59

レビー小体型認知症診断基準 Neurology 2017; 89 (1)

- 1. 中心的特徴（必須症状）：認知症であること
- 2. 中核的特徴
a. 注意や覚醒レベルの変動を伴う認知機能の動揺
b. 現実的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視
c. 自然発生の（誘因のない）パーキンソニズムの出現
d. REM 睡眠行動障害

©みんなの認知症情報学会

57

60

レビー小体型認知症診断基準 Neurology 2017 ; 89 (1)

- Probable DLB(ほぼ確実にレビー小体型認知症)
 - 中核的特徴が2つ以上あること
 - 中核的特徴が1つあり、指標的バイオマーカーが1つ以上ある
- Possible DLB(レビー小体型認知症疑い)
 - 中核的特徴だけが1つだけ認められる
 - 指標的バイオマーカーが1つ以上存在

©みんなの認知症情報研究会

58

61

レビー小体型認知症診断基準 Neurology 2017 ; 89 (1)

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

©みんなの認知症情報研究会

59

62

レビー小体型認知症診断基準 Neurology 2017 ; 89 (1)

- 4.指標的バイオマーカー
 - a.大脳基底核でのドパミントランスポーターの取り込み低下(ダットスキャン)
 - b.MIBG 心筋シンチグラフィ: 取り込み低下
 - c.睡眠ポリグラフ検査で筋活動低下を伴わないレム睡眠
- 5.支持的バイオマーカー
 - a.CT/MRIで側頭葉が比較的保たれてる
 - b.脳血流 SPECT/PETで後頭葉の取り込み低下
 - c.FDG-PET:帯状回の一部が島状に保たれる(cingulate island sign (CIS))
 - d.脳波で後頭部徐波化

©みんなの認知症情報研究会

60

63

前頭側頭型認知症(FTD)

- 人格変化(無関心、脱抑制)
- わが道を行く行動(万引きなど)
- 常同行動(同じことを繰り返す)
- 食行動異常(甘いものを好む)
- 初期には物忘れは目立たない
- 若年性が多い



©みんなの認知症情報研究会

61

64

アルツハイマー型認知症(AD)

- 記憶力低下やその他の認知機能が低下して生活に支障を来している
- ゆっくりと進行して持続している(6ヵ月続く)
- MMSEは平均3.3点/年の低下
- 神経症状(歩行障害や麻痺)がない
- 男性より女性に多い
- 家族性もある
- 取り繕い
- 社会性は末期まで保たれる



©みんなの認知症情報研究会

62

65

その他の認知症

- 神経原線維変化優位型認知症
- 嗜銀顆粒性認知症
- 糖尿病に伴う認知症
- 加齢男性性線機能低下症候群
- LATE (Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy)

©みんなの認知症情報研究会

63

66

その他の認知症

- 神経原線維変化優位型認知症
- 嗜銀顆粒性認知症

病型判断は難しい
でも、重要

(related TDP-43 encephalopathy)

©みんなの認知症情報学会

67

67

抗認知症薬4剤の添付文書

- 効能・効果

「アルツハイマー型認知症（及びレビー小体型認知症）の認知症症状の進行抑制」

©みんなの認知症情報学会

68

68

抗認知症薬4剤の添付文書

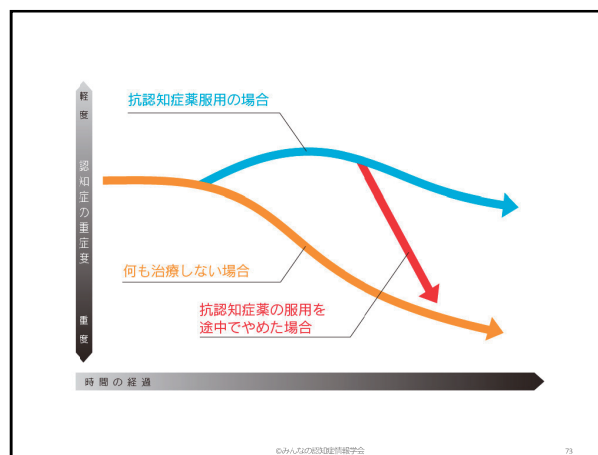
- 効能又は効果に関連する使用上の注意

「本剤がアルツハイマー型認知症（及びレビー小体型認知症）の病態そのものの進行を抑制するという成績は得られていない」

©みんなの認知症情報学会

70

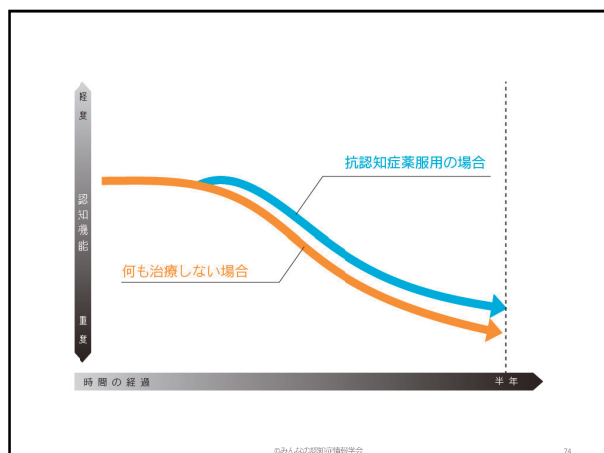
69



©みんなの認知症情報学会

73

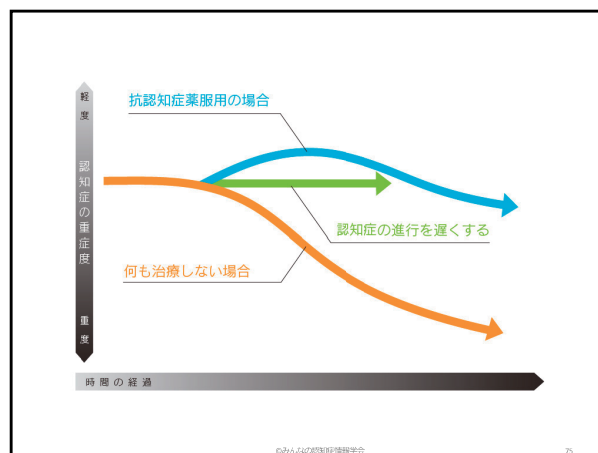
70



©みんなの認知症情報学会

74

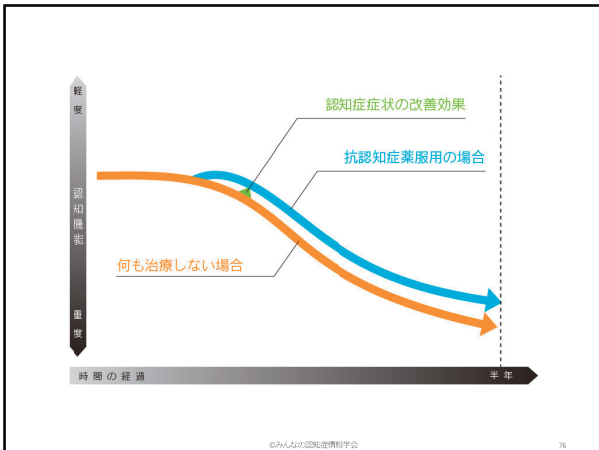
71



©みんなの認知症情報学会

75

72



73

抗認知症薬4剤の添付文書

■ 重要な基本的注意

4. 「定期的に認知機能検査を行う等患者の状態を確認し、本剤投与で効果が認められない場合、漫然と投与しないこと」

74

抗認知症薬

- アルツハイマー型認知症もしくはレビー小体型認知症と診断できる場合に使用を検討
- NNTは10、NNHも12
- 使用する場合はMMSEで認知機能の評価を
- 効果を感じなければ中止する
- 前医から処方されていた場合は中止を検討
- 副作用として嘔吐、めまい、不眠、徐脈、下痢

75

抗精神病薬と認知症

- 認知症患者で非定型抗精神病薬を投与された群はプラセボと比較して1.54倍の死亡率¹⁾
- FDA（米国食品医薬品局）の警告
- その後、定型抗精神病薬のリスクも報告²⁾

1) Schneider LS, et al. JAMA 2005

2) Wang PS, et al. N Engl J Med. 2005

76

抗精神病薬と認知症

- 日本の報告³⁾として、アルツハイマー型認知症高齢者を対象に抗精神病薬服用群(4977例)と非服用群(5102例)を24週フォローし、死亡率は有意差なかった(3.4% vs 3.0%)
- しかし、調査登録後に抗精神病薬を開始された群(85例)のみに注目すると、10週後では死亡例はなかったものの、11-24週では高い死亡率(9.4%)を認めた。

3) Arai H, et al. Alzheimers Dement 2016

77

認知症

- 高齢化が一番の危険因子
→だれでも高齢になれば認知症になる可能性がある
- 現在、完全な予防法、完全な治療法は存在しない
→認知症を怖れていてもうまくいかない
必要なのは、認知症になってもいきいきとして生活できる社会をつくること

78

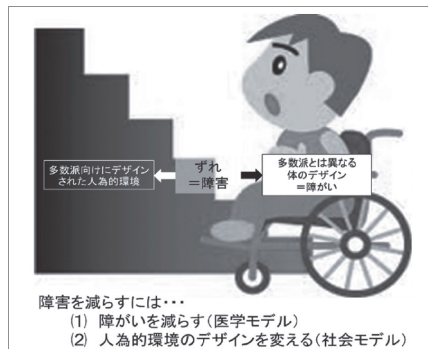
人類の歴史

- 暮らしやすい社会を求めての試行錯誤の歴史

→社会の多数派が暮らしやすい社会が作り上げられた

79

障害の考え方 医学モデル&社会モデル



熊谷晋一郎 当事者研究への招待-知識と技術のバリアフリーを目指して、生産研究 67(5)467-474,2015

80

障害のとらえ方～医学モデル

- 障害問題の原因
 - 見えない目、聞こえない耳、動かない手足に求める
 - 解決のためには治療やリハビリによる除去・軽減が必要
 - 「障害＝取り除くべきもの」
 - 障害者は克服がうまくいかなかった、気の毒な存在
 - 障害者は同情、保護の対象

81

障害のとらえ方～社会モデル

- 障害は、身体障害、知的障害、精神障害という本人の要因だけではなく、社会的環境との関係で生じてくるもの

82

認知症とは

- 認知機能障害
 - もの忘れ、自分の周囲の状況がわからない、理解力の低下、判断力の低下



- ある社会の中で、日常生活、社会生活上の支障がある
 - 生活障害の存在

83

認知症になると

- 高齢化による身体機能低下 →身体障害
- 認知機能障害 →知的障害
- 行動・心理症状 →精神障害

→認知症になると従来の分類による三障害全てが出現する可能性がある

84

支援の基本

～改善可能な部分に働きかける～

認知症＝認知機能障害＋生活障害

- 医学モデル 認知機能障害の改善
「改善可能な認知症」
- 社会モデル 周囲の環境を変える
→個別の自立の支援
→社会のあり方を変えること

85

認知症 と 生きがい に関する研究

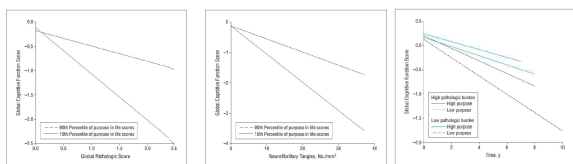
- 2012年に**権威ある国際医学誌**（精神医学）に発表された論文
- アルツハイマー病の経過は、**生きがい**をどの程度感じて生活できているか、によって大きく異なることが明らかとなった。
- **脳の病変的変化が進んだとしても**、「生きがいの感じられる生活」が送れていれば**認知機能低下は緩やか**となる。

Boyle, *Arch Gen Psychiatry*, 2012

86

ORIGINAL ARTICLE

Effect of Purpose in Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes and Cognitive Function in Advanced Age



Boyle, *Arch Gen Psychiatry*, 2012

「生きがい、生きる意味」を奪われると、
認知症の進行は加速する

87

対人支援のポイント まとめ

人間が人間であることを支援すること
「病気を括弧でくっつけて、ひとをみる」

- 味方 周囲との人間関係(つくる・維持する)
- 居場所 住居
- 存在価値
自分が必要とされる場
自分が役に立つチャンス
社会とのつながり 就労の場
お金がポイント ☆

88

Roren (ローレン)

- シティデイサービス長住で作成されているもののブランド名



89

認知症高齢者が配達代行 顔知られ、徘徊時に利点も DM便、大牟田など

2019/6/20 6:00
西日本新聞 二画



宅配業者が介護事業所と連携し、配送の一部を認知症の人に担ってもらい取り組みが九州で始まっている。福岡県大牟田市と鹿児島県始良市で、ヤマト運輸（東京）と介護事業所が実施。高齢者には手当が入り、配達時に地域で顔が知られるため徘徊（はいかい）したときに住民に気付いてもらえる一方、宅配業者はインターネット通販の拡大で業務が増す中、負担が増えるなど両者に利点がある。認知症の人による代行配達も全国でも極めて珍しいという。

ヤマト運輸は介護事業所と業務委託契約を結び、ドライバーがカタログなどの入った「クロネコDM便」を事業所に預け、これを高齢者が介護スタッフと一緒に写せる。1通当たりの業務委託料は大牟田市が23

90

認知症の人の生活障害、暮らしにくさ

- 認知症の人が行きたい場所に行くことが出来ず、迷っている →徘徊
- 私たちも慣れない都市の地下鉄の乗換えに戸惑い、迷ってしまつてなかなか目的地に行き着かないことがあります

91

- 認知症の人が心ない人にだまされてしまい、大切な財産を奪われてしまうことがあります
- 私たちも巧妙な詐欺に引っかかって、財産を失うことがあります

92

- 私たちの暮らしにくさ、認知症の人の暮らしにくさ、障害のある人の暮らしにくさ
→実は連続している
- 認知症の人が暮らしやすい社会、障害のある人が暮らしやすい社会をつくること
→私たちが暮らしやすい社会をつくること

93

認知症の人が生き生きとして暮らせる社会

実現のために必要なのは

私たちの社会のあり方を変えること

94



95



96

認知症対処社会と 認知症フレンドリー社会 社会をアップデート！

97

認知症施策推進大綱 2019.6.18

- 「共生と予防」がテーマ
- 「共生」認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる。認知症であってもなくても同じ社会でともに生きる
- 「予防」は、「認知症にならない」ではなく「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」

98

日本認知症本人ワーキンググループ

「認知症とともに生きる希望宣言」を表明

一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ-JDWG
認知症になってから希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創りだしていこう

認知症とともに生きる希望宣言 本人にとってのよりよい暮らしガイド トピックス プロジェクト

日本認知症本人ワーキンググループとは わたしたちからの提案 INQISH お問い合わせ/情報提供

認知症とともに生きる希望宣言

日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）は、2018年11月1日、厚生労働省内で記者会見を行い「認知症とともに生きる希望宣言」を表明しました。

記者会見の模様はこちら YouTube-306チャンネル パート1 / パート2

「認知症とともに生きる希望宣言」は、わたしたち認知症とともに暮らす本人一人ひとりが、体験と思いを言葉にし、それらを寄せ合い、重ね合わせる中で、生まれたものです。今とこれから生きていくために、一人でも多くの人に一緒に宣言をしてほしいと思っています。この希望宣言が、さまざまなように広がり、希望の日々に向けた大きなうねりになっていくことをここから願っています。

ニュース

平成31年2月9日（土）事業報告会を開催します 2019-01-05

東京慈恵会医科大学附属病院図書館に「当事者の本」コーナー 2018-12-30

「認知症とともに生きる希望宣言」を表明 2018-11-01

10月8日「認知症の本人が語り合う全国集いの静岡」を協賛開催！ 2018-09-17

認知症フレンドリージャパンサミット 2018でセッションを開催 2018-09-03

99

科学的 認知症診療 5 Lessons

小田陽彦 著

Signs

認知症の 診察室の対話から ある人と 思いをひきだすヒント 向き合う



大石 智

東京大学医学部精神科学講座 / 橋渡し型認知症高齢者ケアセンター 編

© 20 新泉館学芸社

100

認知症ケアのプラットフォーム CareNetTV

配信予定 アプリ対応番組 日英辞書 FAQ CareNetTVとは DVD付アンケート

新着番組 ランキング 傑作選 講師別 診療科別▼ キーワード入力

正しい認知症アプローチ

【ボクからアルツハイマー】と安眠に診断・投薬していませんか？

【新作番組】「Dr.白石のAI's エコー 運動映像」の「笑い目・膝痛」が公開されました。

【配信予定】2019/11/13(水)に「一発診断」の「第14回 右側に用いられないあざができた30歳女性」が公開されます。

101

みんなの認知症情報学会



みんなの認知症情報学会

アクセス お問い合わせ 関連リンク 学会関係者

ホーム 学会について 入会案内 学会システム 会員向け

認知症は個性です。

https://cihc.jp/

102

Ⅲ 「診療における実践」編

「診療における実践」

ねらい：認知症のアセスメント及び具体的な対応の原則を踏まえた、診療におけるマネジメントを理解する。

到達目標：

- 認知症の問診・アセスメントのポイントを理解する
- 認知症の治療についての原則・具体的な方法について理解する
- 行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を理解する
- 治療期の本人・家族への対応および実践上のポイントを理解する

牧病院 安富 朋哲

認知症の早期発見・早期治療のメリット

- 適切な治療をすれば治る認知症もある。
- 薬で進行を遅らせることが出来る認知症もある。
- 少しずつ理解を深め、症状を軽減できる。
- 医師や医療・介護スタッフとの信頼関係を結ぶことで不安を軽減できる。
- 将来のことをゆっくり考える時間をもて、方針を決めておくことができる。
- 自分が願う生き方を全うすることが出来る。

外来時の対応

【初診時】

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

【通院中】

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

認知症の問診時の留意点

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

記憶障害のアセスメント

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

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

見当識障害のアセスメント

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

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

※ 施行が可能であれば認知症のスクリーニング検査の実施を検討する。

判断・実行機能障害のアセスメント

● 家族からの情報

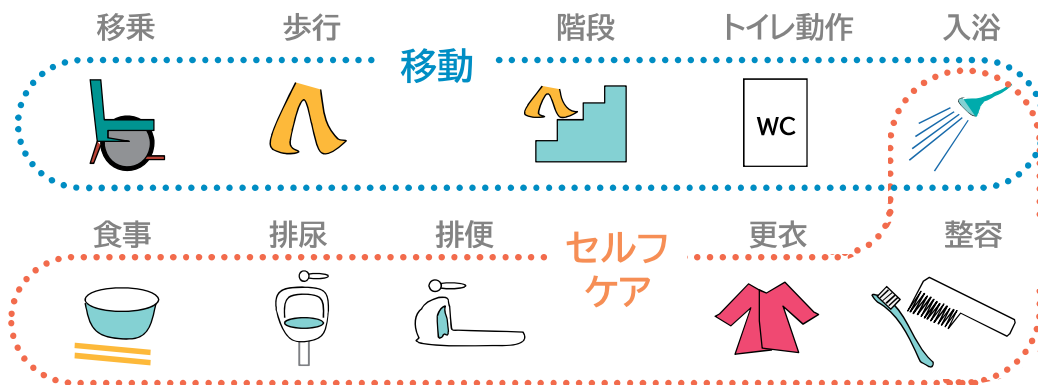
- ・ 気候にあった服を着ているか
- ・ 適切に着替えや入浴をしているか
- ・ 料理の味付けや段取りはどうか
- ・ いつも同じ料理ばかりではないか
- ・ 買い物は適切に行えているか
- ・ 貴重品や金銭管理は行えているか など

● 本人への質問

- ・ 日常生活で以前と比べて困ることはないか
- ・ 火事に出会ったらどうするか
- ・ 道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか など

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

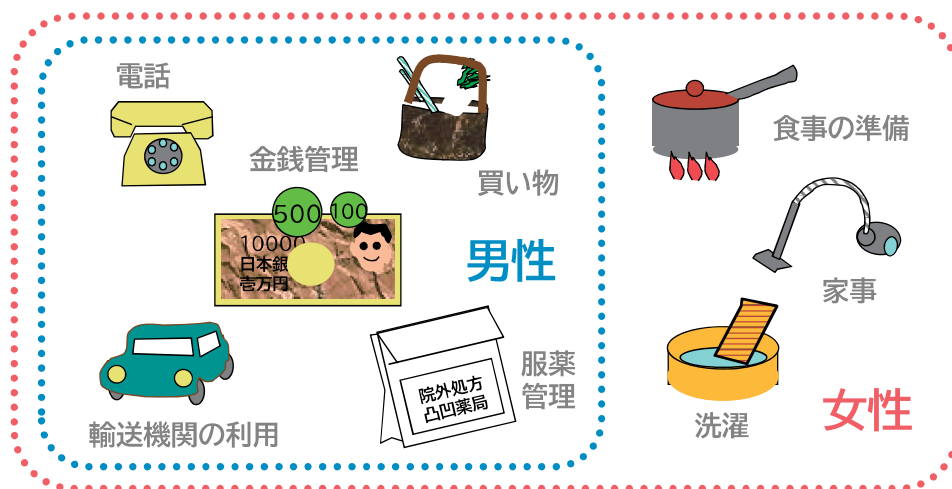
● 認知症のための障害評価尺度(DAD)

(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)

認知症診断の際に留意すべき身体的・神経学的所見

身体的診察

- 頭髪、皮膚
- 眼瞼結膜、瞳孔
- 口腔粘膜、咽頭、舌
- 頭部:リンパ節、甲状腺、血管雑音の聴取
- 脈拍と血圧
- 胸部
- 腹部
- 四肢:皮膚、関節、浮腫

神経学的診察

- 意識レベル
- 認知機能検査
- 脳神経領域
- 四肢の運動系
- 深部腱反射と病的反射
- 不随意運動
- 感覚系
- 姿勢・歩行
- 自律神経系

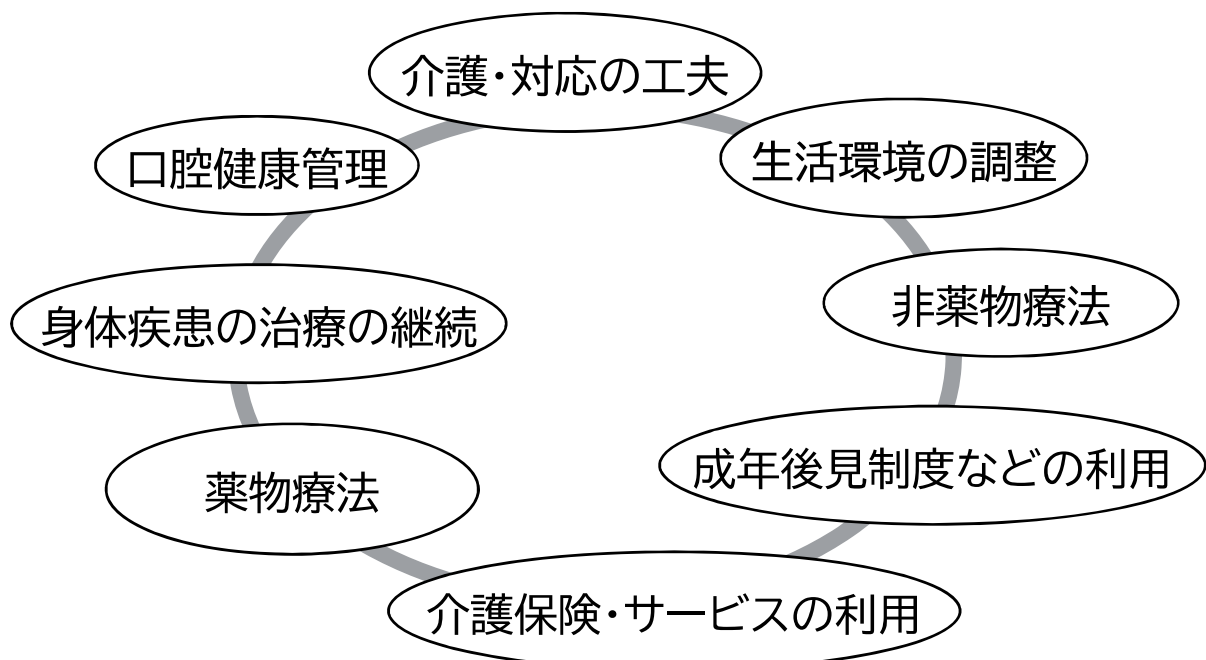
改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)

No.	質問内容	配点	記入
1.	お歳はいくつですか？(2年までの誤差は正解)	0 1	
2.	今日は何年の何月何日ですか？何曜日ですか？ (年月日、曜日が正解でそれぞれ1点ずつ)	年	0 1
		月	0 1
		日	0 1
		曜日	0 1
3.	私たちが今いるところはどこですか？ 自発的に出れば2点、5秒おいて、家ですか？病院ですか？ 施設ですか？の中から正しい選択をすれば1点	0 1 2	
4.	これから言う3つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。 (以下の系列のいずれか1つで、採用した系列に○印をつけておく) 1：a)桜 b)猫 c)電車 2：a)梅 b)犬 c)自動車	0 1 0 1 0 1	
5.	100から7を順番に引いてください。 (100-7は？それからまた7を引くと？と質問する。最初の答えが不正回の場合、打ち切る)	(93)	0 1
		(86)	0 1
6.	私がこれから言う数字を逆から言ってください。 (6-8-2、3-5-2-9)(3桁連唱に失敗したら打ち切る)	2-8-6	0 1
		9-2-5-3	0 1
7.	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。 (自発的に回答があれば各2点、もし回答がない場合、以下のヒントを与え正解であれば1点) a)植物 b)動物 c)乗り物	a：0 1 2 b：0 1 2 c：0 1 2	
8.	これから5つの品物を見せます。それを隠しますので何があったか言ってください。 (時計、鍵、タバコ、ペン、鉛筆など必ず相互に無関係なもの)	0 1 2 3 4 5	
9.	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。 答えた野菜の名前を右欄に記入する。 途中で詰まり、約10秒待っても出ない場合にはそこで打ち切る。 5個までは0点、6個=1点、7個=2点、8個=3点、9個=4点、10個=5点		0 1 2
			3 4 5

認知症トータルケア 日本医師会雑誌 第147巻・特別号(2)

認知症のマネジメント(トータルケア)

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



認知症の非薬物的介入

認知症本人への介入

- 認知機能訓練、認知刺激、認知リハビリテーション
- 運動療法、マッサージ
- 音楽療法、作業療法、レクリエーション
- 回想法、支持的な精神療法、バリデーショ療法

介護者への介入

- 心理教育、スキル訓練
- 介護者サポート、ケアマネジメント、レスパイトケア
- 介護者のセルフケア、認知行動療法

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

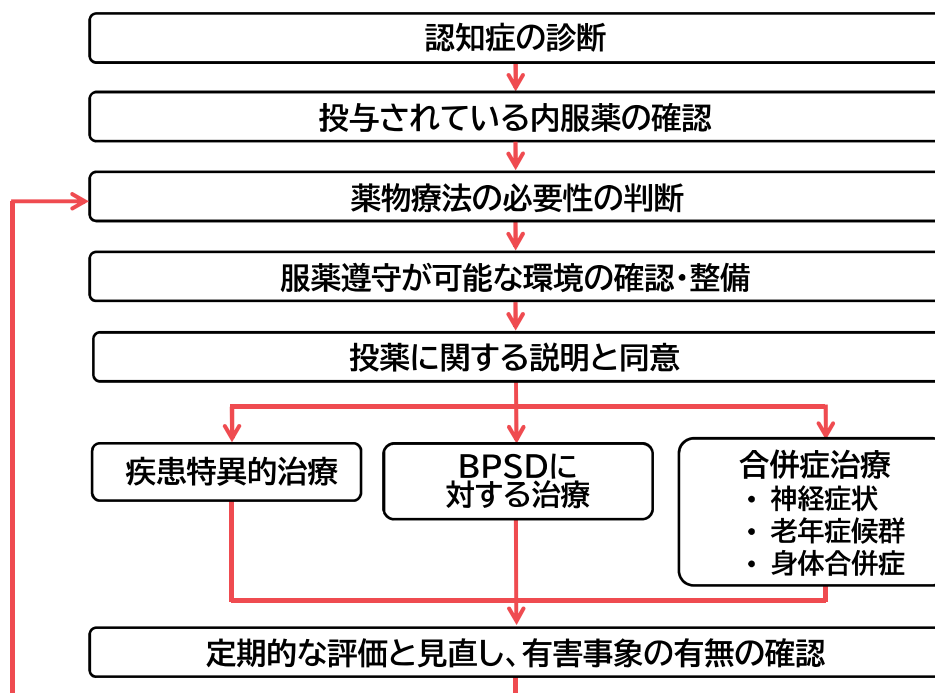
認知症の非薬物療法

認知機能訓練	記憶、注意、問題解決など認知機能の特定の領域に焦点をあて、個々の機能レベルに合わせた課題を行う。
認知刺激	認知機能や社会機能の全般的な強化を目的とした活動やディスカッションなどの様々な関与を指す。認知に焦点をあてて正しい見当識などの情報を繰り返し教示する。
認知リハビリテーション	個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法
運動療法	多種多様なプログラムが存在し、有酸素運動、筋力強化訓練、平衡感覚訓練などを組み合わせて行うことが多い。
音楽療法	多種多様なプログラムが存在し、音楽を聴く、歌う、楽器を演奏する、リズム運動を行うなどの方法がある。
回想法	人生の歴史に焦点をあて、聞き手が受容的、共感的、支持的に傾聴することを通じて心を支える。
認知行動療法	認知のゆがみを修正することでストレスの軽減を図る技法。

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

認知症の薬物療法のフローチャート

薬物療法の必要性を十分に検討し、十分な説明を行ったうえで開始する。



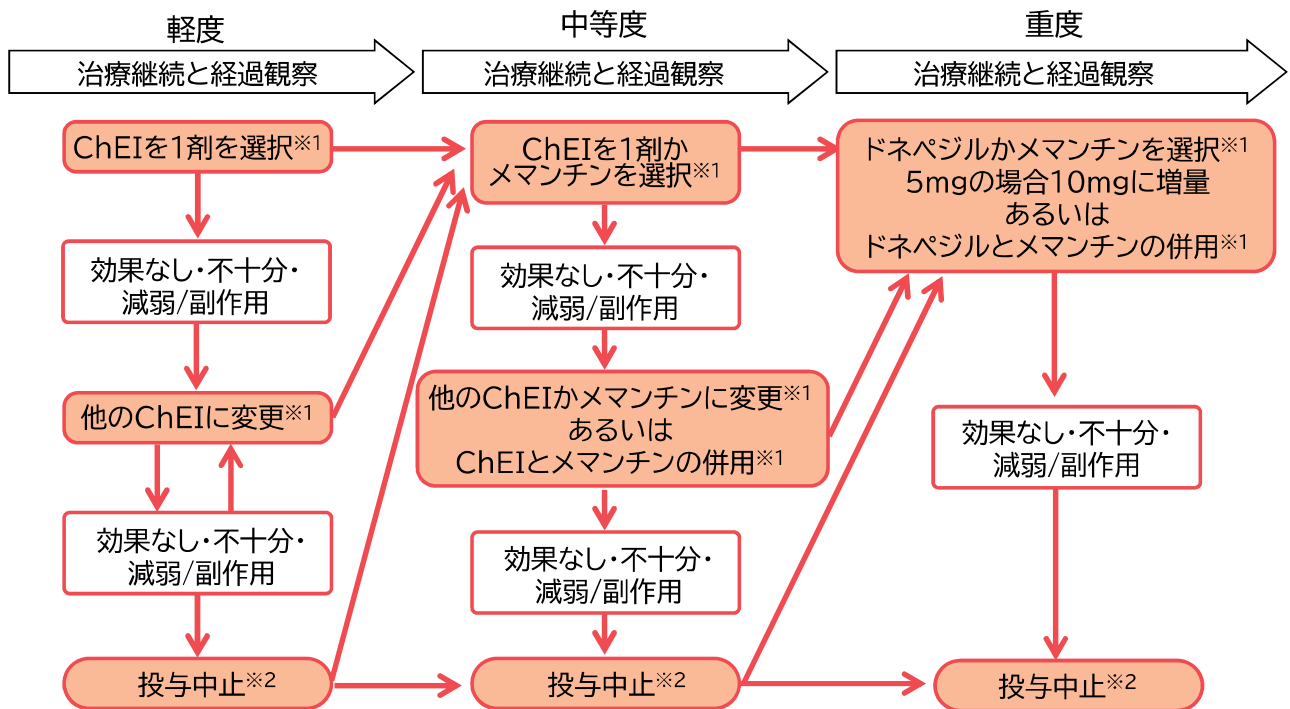
認知症疾患診療ガイドライン2017 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理学的な差異

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アマンタジン誘導体
作用機序	ChE阻害	ChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用	ChE阻害 + ブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用	NMDA受容体阻害
用量(/日)	5-10mg	16-24mg	4.5-18mg	10-20mg
用法(/日)	1回	2回	1回	1回
生体内利用率	100%	100%	~70%	100%
蛋白結合率	93%	17%	40%	45%
半減期(時間)	70-80	5-7	3.4	60-80
代謝	肝臓 (CYP3A4>2D6)	肝臓 (CYP2D6・3A4)	腎排泄	腎排泄
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー等	錠剤、OD錠、内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、ドライシロップ

ChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-aspartate
Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

アルツハイマー型認知症 病期別の治療薬選択のアルゴリズム



※1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択 ※2 急速に認知機能低下進行例があり、投与中止の判断は慎重に

認知症疾患診療ガイドライン2017 CQ6-7 認知症疾患診療ガイドライン作成委員会

アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の副作用

コリンエステラーゼ阻害薬

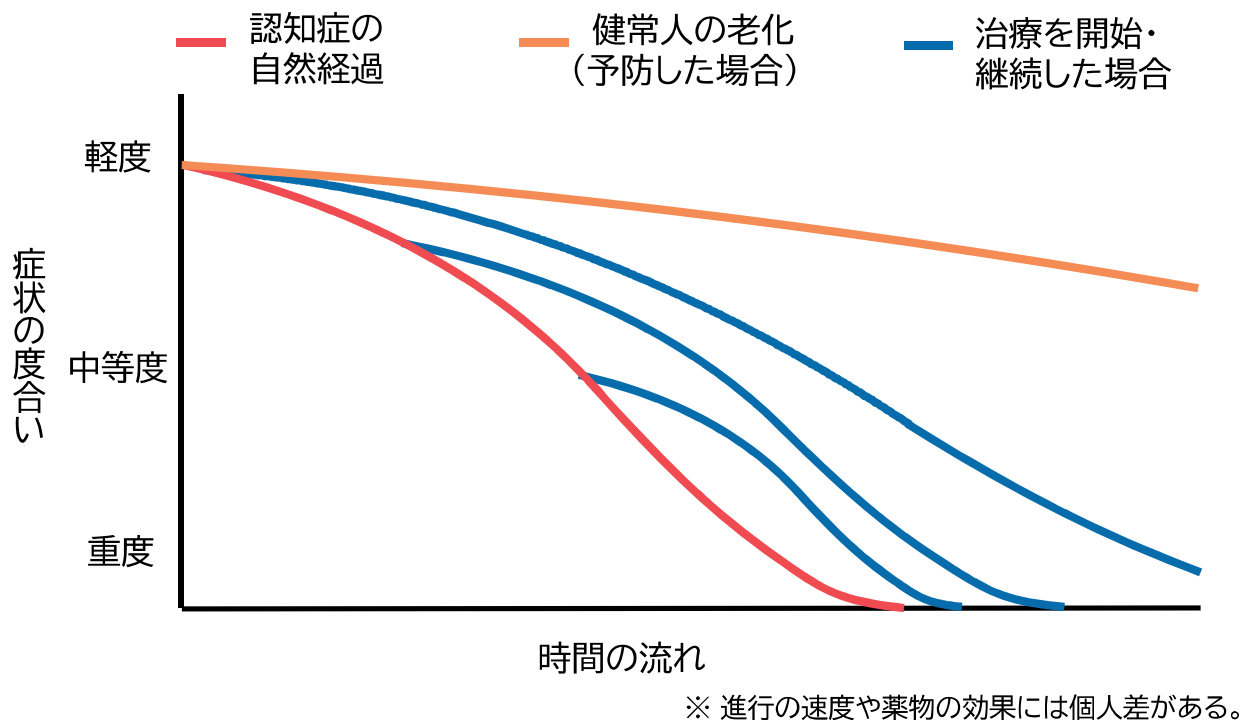
- ・ 循環器症状(不整脈・徐脈など)
- ・ 消化器症状(食思不振・嘔吐・下痢・便秘など)
- ・ 精神症状(興奮、不穏、不眠、眠気)
- ・ その他(振戦、頭痛、顔面紅潮、皮疹など)

メマンチン

- ・ 浮動性めまい ・ ふらつき ・ 傾眠
- ・ 体重減少 ・ 便秘 ・ 頭痛 など

※ 投薬に際しては、定期的な受診、薬の管理、定期的な服薬、症状の観察などが可能かどうか確認することが重要である。

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要である



BPSDの4つの要因

● 活動亢進が関わる症状

焦燥性興奮、易刺激性、脱抑制、徘徊、攻撃的行動など

● 精神病症状

幻覚(幻視、幻聴)、妄想(もの盗られ妄想、被害妄想)など

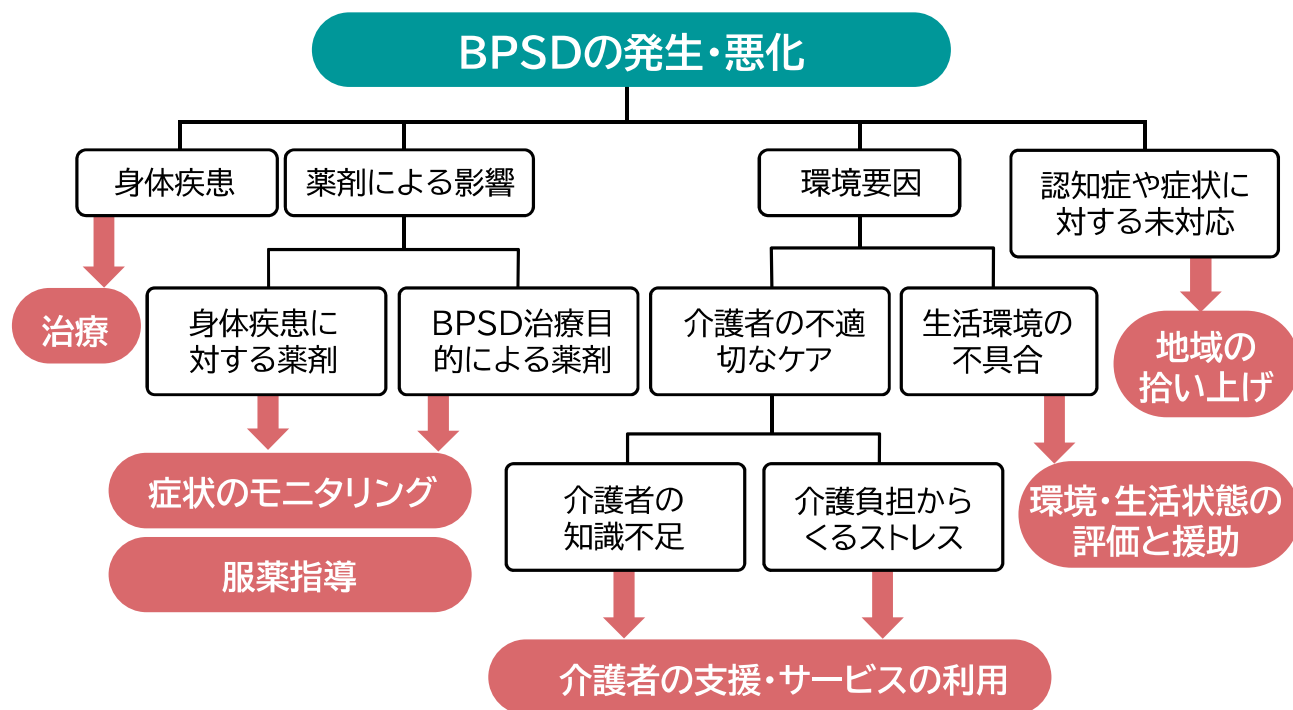
● 感情障害が関わる症状

不安、抑うつ、焦燥など

● アパシーが関わる症状

自発性や意欲の低下、情緒の欠如、周囲への興味の欠如など

BPSDの悪化の要因と対応



八森淳 老年精神医学雑誌 2009を引用・改変

BPSDの治療方針の検討

1. BPSDの原因の評価

- 身体疾患の有無
- ケアの質
- 薬剤性の精神症状
- 生活環境

2. 精神症状の緊急性の評価

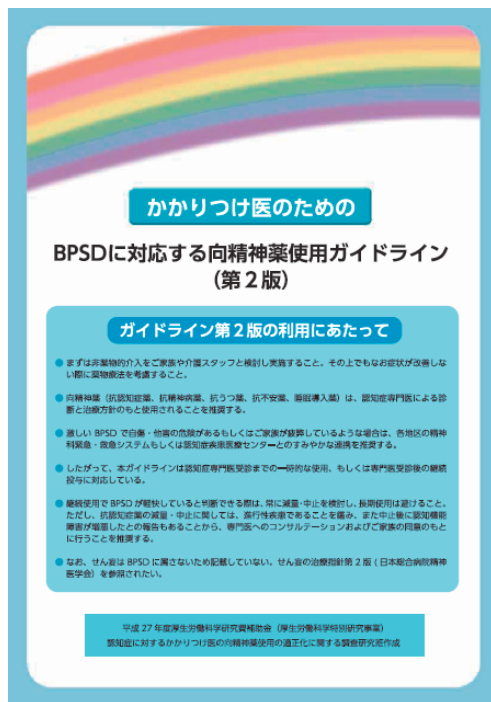
- 大うつ病の状態（希死念慮の有無を問わない）
- 他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想
- 自分自身や他者を危険にさらす原因となる攻撃性

3. BPSDへの対応

- 非薬物療法的介入の開始
- 介護保険サービスの導入
- 薬物療法の必要性を検討（必要な場合は開始）
- 対応困難であれば入院治療の適応を検討

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から改変引用

BPSDに対する向精神薬使用ガイドライン



- 安全性に配慮した薬物療法
- 症状や状態に対応した薬剤選択
- 向精神薬の種類別の留意点
- 開始前後の確認要件や留意点
- 精神科救急、認知症疾患医療センター、認知症専門医との連携

平成27年度厚生労働科学研究費補助金 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成

BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

- 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- 夜間の睡眠状態の変化
(就寝時間、起床時間、夜間の徘徊回数など)
- 服薬状況の確認
(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)
- 水分の摂取状況(特に制限を必要としない限り)
- 口腔内の状況の確認
(口腔内の病変や副作用の有無)
- 食事の摂取状況や嚥下機能の変化
- 排便や排尿の変化
- パーキンソン症状
(振戦、筋硬直、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
- 転倒傾向の有無 など

平成27年度厚生労働科学研究費補助金 認知症に対するかかりつけ医の向精神薬使用の適正化に関する調査研究班作成(一部追加)

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

高齢者の薬物有害事象には多くの要因が関連している。

要因	特徴	現状
疾患上の要因	<ul style="list-style-type: none">・複数の疾患を有する・慢性疾患が多い・症状が非定型的	<ul style="list-style-type: none">・多剤併用、複数科受診・長期服用・誤診に基づく誤投薬・対症療法による多剤併用
機能上の要因	<ul style="list-style-type: none">・臓器予備能の低下（薬物動態の加齢変化）・認知機能の低下・視力・聴力の低下	<ul style="list-style-type: none">・症状発現の遅れ・過量投与・誤服用・アドヒアランス低下
社会的要因	<ul style="list-style-type: none">・過少医療	<ul style="list-style-type: none">・投薬中断

日本医師会『超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き』改変・引用

高齢の認知症の人への薬物療法の注意点と原則

高齢者では有害事象が生じやすく、忍容性も低下することから、認知症者で薬物療法を行う際には以下の点に留意する。

- ① 薬剤によっては、若年成人投与量の1/2～1/4量の少量から投与することを検討する
- ② 薬効は短期間で評価する
- ③ 服薬方法を単純化する
- ④ 多剤併用を避け、処方シンプルにする
- ⑤ 服薬を本人以外に介護者にも確認する

せん妄の対応

前提

- 準備因子(器質的脳障害の罹患・既往、高齢など)を考慮した予防
- 原因の精査、患者の安全の確保、治療の円滑な実施、静穏な環境の提供

1. 誘発因子の除去

- 環境的要因
- 身体的要因
- 感覚的要因
- 精神的要因
- 睡眠関連要因

2. 直接因子の治療

- 脳卒中
- 感染症
- 電解質異常
- 薬物服用・離脱

3. 薬物療法(1. 2.を行っても改善しない場合)

- 半減期の短い非定型抗精神病薬※による治療
- 必要時には入院治療を検討

※ 適応外処方であることを、患者及び家族に十分説明し、有害事象に留意する。

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

アルツハイマー型認知症の対応

- 早期発見・早期の正確な診断、推奨されている適切な薬物療法を開始・継続することが重要である。
- 個人の能力の活用に努め、生きがいや自尊心を保つために適切な介護サービスの活用を検討する。
- 認知機能障害や行動心理症状、身体機能、本人や家族の希望を考慮し非薬物療法を積極的に継続する。
- 薬物療法は、十分な説明を行ったうえで開始し、その後も適宜症状を確認し、副作用に留意する。
- 進行予防の介入が可能な因子(高血圧、糖尿病、脂質異常など)への対応・治療を継続する。

血管性認知症の対応

- 高血圧症や糖尿病、脂質異常症、心房細動、運動不足、肥満、喫煙など血管障害のリスク因子の内科的管理による脳卒中の再発の防止が重要である。
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため、誤嚥や転倒に注意し、リハビリテーションを行う。
- 自発性や意欲の低下、抑うつに留意し、非薬物療法や薬物療法を組み合わせた適切な対応を継続する。
- 廃用症候群の予防のためデイケアやデイサービス等を利用して活動性を保つ。
- 規則正しい生活習慣を保ち、飲酒は控える。

レビー小体型認知症の対応

- 早期発見と早期診断、早期治療、身体機能の維持のためのリハビリテーションが大切である。
- うつ病やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症、てんかんと鑑別診断が重要である。
- 治療の標的とすべき臨床症状を見定め、ケアや環境整備などの非薬物療法と薬物療法を組み合わせる。
- 転倒や誤嚥、失神、血圧の変動、便秘などに注意する。
- 認知機能の変動や幻視、パーキンソン症状、レム期睡眠行動異常症によるQOLへの影響を考慮する。

※ 薬物療法を行う際は、精神症状の増悪のリスク、薬剤過敏性による過鎮静や錐体外路症状などを含め、安全性に対する十分な配慮が必要である。

前頭側頭葉変性症の対応

- 早期発見には、初期症状の特徴的な行動障害や進行性失語、言語障害を見逃さないことが重要である。
- 診断や対応には、専門医との連携が必要となる。
- 症状の理解、介護者への配慮、行動障害の対応など患者の状態に応じた個別の支援が重要である。
- 家族教育、介護の工夫、環境調整、介護負担の軽減、進行予防のために適切な支援や公的な社会資源を活用する。
- 行動障害や精神症状に対しては、残された機能、特徴的な症状、それまでの生活様式を利用した非薬物療法を考慮する。

認知症の人への支援

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

外来フォローのときの注意点

- 生活状況に関する情報を収集する
- 介護者に同伴してもらう
- 短期的な変化だけでなく月単位での状況を聴く
- 認知機能検査は定期的を実施する
- 行動・心理症状(BPSD)がないか確認する
- 身体疾患(発熱や痛み、痒みなど)に気をつける
- 家族の介護負担を常に考慮する
- 服薬中の薬剤の影響や副作用に注意する
- 地域の医療・介護資源の情報(相談先・連絡先)を得ているか確認する
- 介護サービスの利用状況を確認する

認知症診療で注意すべき身体疾患

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する。

内科・外科疾患

- 糖尿病
- 高血圧症
- 脂質代謝異常症
- 胃潰瘍
- 排尿障害
- 誤嚥性肺炎
- 肺塞栓症
- 洞不全症候群
- 便秘

脳神経外科 神経内科疾患

- 慢性硬膜下血腫
- 脳梗塞
- 脳出血

整形外科疾患

- 大腿骨頸部骨折
- 骨粗鬆症

皮膚科疾患

- 褥瘡
- 蜂窩織炎
- 带状疱疹
- 疥癬
- 脂漏性皮膚炎

眼科・耳鼻科疾患

- 難聴
- 耳垢栓塞
- 緑内障
- 白内障

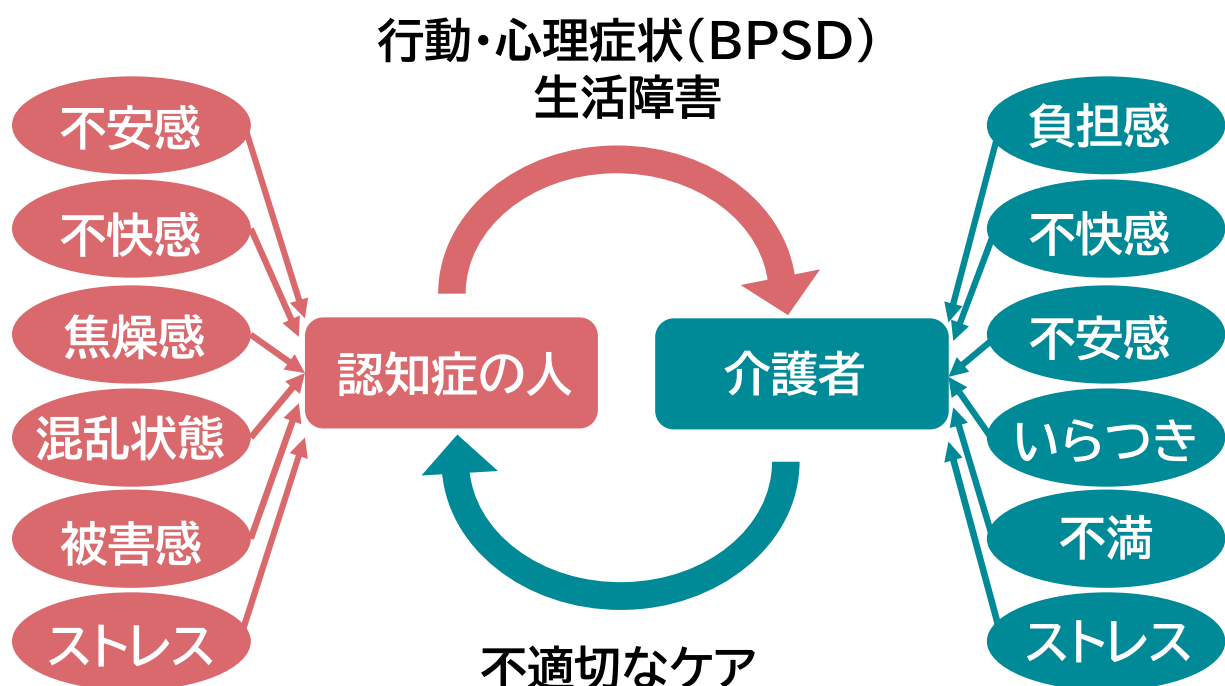
歯科疾患

- う蝕
- 歯周病
- 口内炎
- 義歯不適合

治療期間における視点や姿勢

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. 現存している能力を最大限に活用する
6. いつもと様子が違うと感じたら、身体疾患や身体症状の影響を考慮する
7. 服薬アドヒアランスを確認する

認知症の人と介護者の間に起こる悪循環

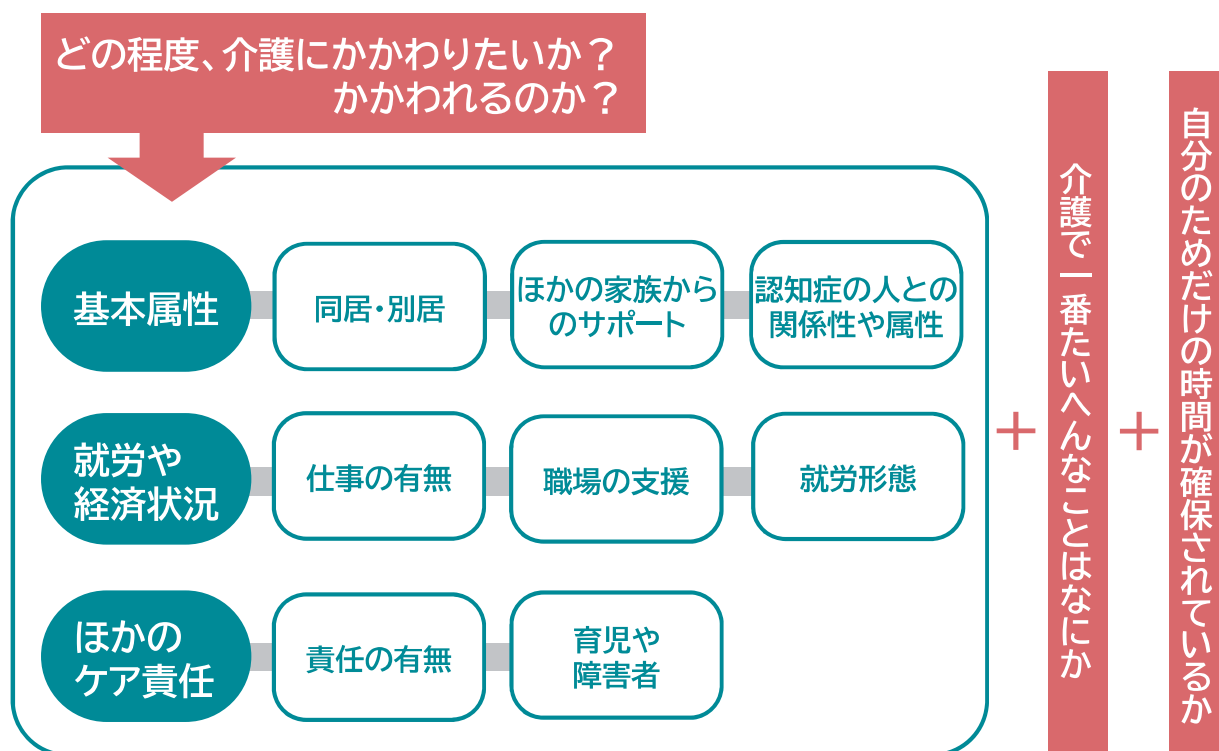


加藤伸司 第一法規出版 2002を引用・改変

介護者への支援

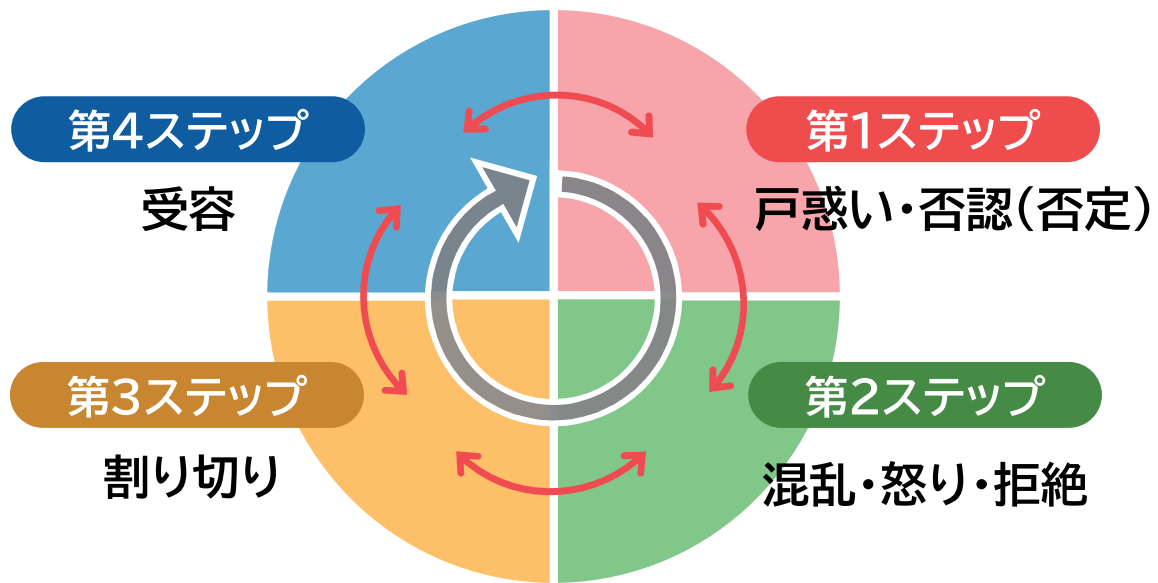
- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の負担や心理的变化に配慮し、適宜病状の説明を行い、治療・ケアをコーディネートする
- 家族の会や認知症カフェなど、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、訪問看護を利用する、など本人や家族などの介護者の負担の少ない方法を検討する

介護者の状況を知る



認知症の人の家族の心理的な変化

家族介護者の4つの心理的ステップ




心理的ステップのどの段階にいるかを周囲の人や支援者が理解した上で適切な支援に結びつけることが重要である。

介護者の認知症本人に対する望まれる姿勢・態度

- 本人の機能低下を理解し、出来ることに目を向ける
- 急速な進行と新たな症状の出現に注意する
- 簡潔で簡易な表現で依頼する・伝える
- 本人のリアクションに合わせて言い方を変更する
- 本人が出来ることを中心に任せる
- 障害に向かい合うことを強めない
- 穏やかで安定した支持的な態度を心がける
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避ける
- 本人にわかりやすい表現で簡単に説明し、希望を聞く
- 本人が障害のせいで嫌な思いをしないようにさりげなくサポートする

IV 「地域・生活における実践」編



「地域・生活における実践」

福岡県介護支援専門員協会
常任理事 松永幸代



かかりつけ医による
認知症ケアのポイント

認知症は、早期診断・早期対応が重要であると言われ、かかりつけ医の役割がますます重要になっています。専門医や認知症に対応した介護サービス等との連携を円滑に行うことも求められています

これからの日本では、「認知症と診断されても、これまで通りの日常の暮らしを大切にして、できるだけ社会にも関わり続けながら、住み慣れた地域で穏やかに過ごせる、認知症にやさしいまちづくりに取り組むことが求められている」として、かかりつけ医がその中心となるよう期待されています

「もしかして認知症かも…」。
そんな不安がよぎった時には、
どこに相談すればよいのでしょうか。

身近なかかりつけ医に相談できることが一番の安心ではないでしょうか

でも診断にはどんな検査をするのか、はじめての受診ではどんなことを聞かれるのかなどについて、実は心配している

認知症と診断されたら明日からどうなるのだろうか・・・。



認知症と診断されても
あなたの明日は何も変わりありません
あなたの1週間後も何も変わりません
あなたの1か月後も何も変わりません
1年後のあなたは変わっているかもしれません

「かかりつけ医の機能」

かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の**生活背景**を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自身の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

【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



生活
背景?

生活背景把握のポイント

1. 高齢者の生活背景は様々です。独居か否か、配偶者の状況、同居家族の状況、実際に介護をしてくれる人がいるのか、1日の過ごし方等
2. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
「最近よく物忘れがある」「思い出せないことがある」と家族や本人が言う
「処方日まで薬が残っていない」
3. 日常生活動作は正常
ADLは自立しておりバスや電車を使って移動が可能。「いつも服装が同じ」
「整容がうまくいっていない」様子がうかがえる
4. 全般的認知機能は正常
「車の更新が出来なかったんだ」「車にぶつけた傷が多い」
5. 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
「世間を騒がせた最近の大きなニュースの記憶があいまい」
6. 認知症ではない

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



早期発見・早期対応の意義

- 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



親の認知症 	口座凍結 生活費や介護費用が下ろせない	売却不可 介護施設の入居費用等にまとまったお金が必要なのに実家が売却できない
 「介護をすると相続財産が多くなる」と勘違いする	 財産の全容が把握できず遺産分割がすずまない	 同居していた実家に住めなくなって生活に困る

早期発見・早期対応の意義

- 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

困ったときは早めに相談しましょう

困ったことや心配なことがあるときは、
住んでいるまちの「地域^{ほろかつしえん}包括支援センター」で相談しましょう。

事例紹介

10年来、夫の介護を自宅でしている70代のAさん。最近、今まで特に意識することなくできていたことが、いちいち考えてからするようになった。物事をするのに時間がかかるようになり、自信もなくなってきたため、夫の介護を相談している主治医に自分のことを相談。

認知症検査をしたところ、「アルツハイマー型認知症の疑いが強い」と診断されてしまった。これ以上、症状が進まないようにと薬を飲んでいるが、病を抱える夫には、診断を受けたことを言えないでいる。2人の子どもたちもそれぞれ家庭があり、仕事が忙しい時期なので「心配をかけたくないから」と相談していない。「忘れないように！」となんとか自分を鼓舞して毎日生活している。

事例紹介

独身で両親も姉弟もすでに他界したため天涯孤独だが、週に3回はお友だちと外出や趣味を楽しんでいる70代のBさん。もっぱらの話題は「もの忘れ」で、仲間内で「忘れっぽくなった」「私もそうよ」と話している。そこで、仲間みんなで認知症検査を受けることにした。結果、「アルツハイマー型認知症＋脳血管性認知症」と診断されたが、特に生活に支障を感じていない。自分では認知症ではないと思っているため、もらった薬を飲まずに様子を見ている。

認知症になった当事者の想いは

- 認知症と診断された時から私ではなく病気の症状ばかり聞かれて私を見てくれない…
- 認知症と診断されたらやさしさと心配から財布を取り上げられたり、ごみが出せないからとゴミ出しをしてくれる人が現れたり、家族とケアマネジャーが決めたデイサービスに行かないと言うと拒否と言われたりする
- 物忘れがあることを知っているのに「何食べましたか？」って聞かれる。
- 認知症と診断されると介護保険の申請を勧められる

診断された時から周りが変わり始める

認知症になった当事者の想いは

- 認知症になる前は野球が好きだった。でも今はデイサービスで子供用おもちゃのプラスチックのバットにボール。海釣りが好きだったと言えばデイサービスでは紙と磁石で作った釣り堀ゲーム。
- 朝食でパンを焦がすと怒られてしまいもうパンは焼かなくていいと言われる。
- 周りの人は気を使っているのかもしれないけど役割もなければ生き甲斐もない。

尊厳が守られるはずの支援が尊厳を奪っている

かかりつけ医
による
認知症ケアの
ポイント

- 認知症になった当事者の想いは成功体験をほめてほしい
- できなくなかった事に対する対応方法ではなく工夫を教えてほしい
- 困っていることばかり聞かないでほしい…そんなに私は困った人のように見えるのだろうか
- 「できない」というイメージをもたないでほしい・・・
できることもたくさんある

かかりつけ医による 認知症ケアのポイントまとめ

- 対象者の生活背景を理解する必要がある
- 早期発見、早期対応
認知症の症状を示す可逆的疾患の治療ができる
早期発見による治療のメリット。進行の抑制
認知症になった場合の備えについて助言
各制度、諸サービスへ繋ぐことができる
- 当事者の想いを知り本人、家族に対し適切な助言ができる



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り

高齢者虐待について

養護者による高齢者虐待

- 身体的虐待/高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴力を加えること。
- 介護の世話の放棄・放任/高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、擁護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
- 心理的虐待/高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- 性的虐待/高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- 経済的虐待/養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分することその他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

保健・医療・福祉関係者の責務

高齢者の福祉に業務上又は職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければなりません。また、国及び地方公共団体が講ずる高齢者虐待の防止のための啓発活動及び高齢者虐待を受けた高齢者の保護のための施策に協力するよう努める必要があります

(第5条)

高齢者虐待について

虐待についての留意事項

- 虐待に対する「自覚」は問わない
- 高齢者の安全を優先する
- 常に迅速な対応を意識する
- 必ず組織的に対応する
- 関係機関と連携して援助する
- 適切に権限を行使する

成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害などの理由で判断能力の不十分な方々は、財産管理（不動産や預貯金などの管理、遺産分割協議などの相続手続など）や身上保護（介護・福祉サービスの利用契約や施設入所・入院の契約締結、履行状況の確認など）などの法律行為をひとりで行うのが難しい場合があります。また、自分に不利益な契約であることがよくわからないままに契約を結んでしまい、悪質商法の被害にあうおそれもあります。このような判断能力の不十分な方々を法的に保護し、支援するのが成年後見制度です。

成年後見制度には、法定後見制度の他、任意後見制度があります。

認知症・精神障害・高齢者 の保護・支援

詐欺や悪徳商法から守ります！



成年後見制度の全体像



すでに判断能力が不十分
法定後見制度



まだ元気だけど将来が不安
任意後見制度

家庭裁判所の審判

契約

判断能力の程度に応じて、
成年後見人、保佐人、補助人が選任される

現在の生活状況、希望する将来のライフ
スタイルに合わせて契約することができる



法定後見人



任意後見人

ざい さん
**財産の
かんり
管理**

きょうぎ
**協議を
する時**

けい やく
**契約を
する時**



はんだんのうりよく ふじゅうぶん かたがた
判断能力の不十分な方々

あく しつしょうほう ふ り えき けい やく
悪質商法などの不利益な契約

法定後見の3種類



後見

物忘れがひどいなどの
アルツハイマー病



保佐

物忘れが多いなどの
中程度の認知症



補助

家事を失敗するなどの
軽度の認知症

	後見	保佐	補助
対象となる人	常に判断能力が欠けている人。日常の買い物をを含め常に援助が必要な状況。病気により寝たきりな人や、 脳死判定された人、重度の認知症の人、重度の知的障害者 など。	判断能力が著しく不十分な人。日常的な買い物はできるが、不動産や車などの大きな財産の購入や、契約締結などが困難な状況。 中度の認知症の人や中度の知的障害者 など。	判断能力が不十分な人。日常的な買い物だけでなく、家や車などの大きな財産の購入、契約締結も一人で可能だが、援助があったほうが良いと思われる状況。 軽度の認知症の人や、軽度の知的障害者 など。

日常生活自立支援事業

「日常生活自立支援事業」のご案内

福祉サービスの利用や日常的な金銭管理などに不安がある方々が住み慣れた地域で安心して暮らせるようお手伝いします。

● 福祉サービスの利用援助
● 日常的な金銭の管理
● 書類等の預かり

社会福祉協議会（専門員・生活支援員）

社会福祉法人 福岡県社会福祉協議会

Q どんな人が利用できますか？

A 認知症、知的障害、精神障害などで、判断能力が不十分なため、自分ひとりで契約などの判断をすることが不安な方や、お金の管理に困っている方などが利用できます。

※この事業を利用する意思があり、必要な契約内容について理解できる方が対象となります。

※どのくらい判断能力があるかは、「契約締結判定ガイドライン」で確認します。※判断手段、精神障害者保護福祉手帳を持っていたり、認知症と診断を受けているに頼られるものではありません。※施設や病院に入院、入院された場合でも利用できます。



Q どんなサービスがありますか？

A 次のようなお手伝いをします。

福祉サービスの利用援助
福祉サービスを安心して利用できるよう相談を受けます。福祉サービスの利用や日常的な金銭管理などに不安がある方々が住み慣れた地域で安心して暮らせるようお手伝いします。

● 福祉サービスの情報提供、相談、利用する（やめる）ための手続き。
● 福祉サービスについて不備があるとき、苦情解決制度を利用する手続きのお手伝い。

※【お手伝いできないこと】 貴い物支援、保証人、施設や病院の入院・入院の手続き、死後事務。

日常的な金銭の管理
毎日の生活に欠かせないお金の出し入れをお手伝いします。

● 年金や福祉手当等の受領に際してお手伝い。
● 生活費の定期的なお届け、お金の使い回しについての相談、助言。
● 福祉サービス利用料や医療費、公共料金や家賃などの支払いのお手伝い。

※【お手伝いできないこと】 預金の資産運用や確定申告、債務整理にかかる手続き。

書類等の預かり
大切な書類や印鑑、証書などを安全にお預かりします。

● 保管できるもの
年金手帳、証書、病状経過簿、緊急連絡先情報通知書、印鑑、キャッシュカードなど

※【保管できないもの】 宝石、書画、骨董品、貴金属類、家の鍵など

日常生活自立支援事業

Q 費用はかりますか？

A 相談は無料ですが、契約後は利用料や預かり料が必要です。ただし、生活保護を受けている方は、すべて無料です。

利用料	
1時間まで	1,000円
1時間を超えて 1時間30分まで	1,350円
1時間30分を超えて 2時間まで	1,700円
2時間を超えて 2時間30分まで	2,050円
2時間30分を超えて 3時間まで	2,400円
3時間を超えた場合	2,750円

預かり料
お住まいの市町村の社会福祉協議会で預かりする場合は、日常生活金銭管理にかかる書類等を預かります。（年金手帳、証書、病状経過簿、緊急連絡先情報通知書、印鑑、キャッシュカードなど）※50万円以内の預貯金通帳に限りです。

銀行の貴金属等でお預かりする場合は、前段取り扱わないその他の書類等を預かります。（年金手帳、証書、病状経過簿、緊急連絡先情報通知書、印鑑、キャッシュカードなど）※50万円以内の預貯金通帳に限りです。



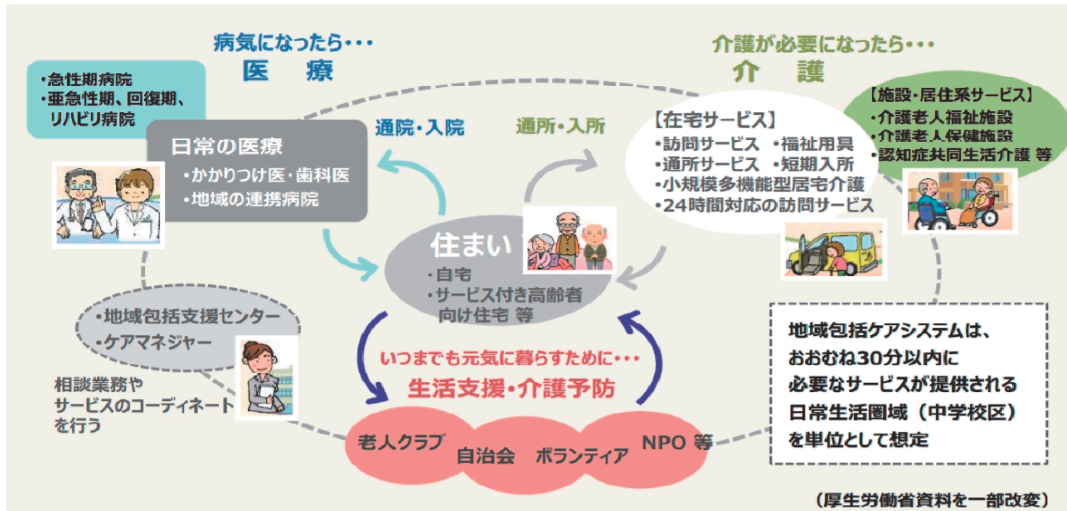
相談受付窓口は、お住まいの市町村の社会福祉協議会です。お気軽にご相談ください。

- ◆大牟田市社会福祉協議会 ☎0944-57-2531
- ◆久留米市社会福祉協議会 ☎0942-34-3077
- ◆直方市社会福祉協議会 ☎0949-23-2551
- ◆飯塚市社会福祉協議会 ☎0948-24-4500
- ◆田川市社会福祉協議会 ☎0947-46-0801
- ◆柳川市社会福祉協議会 ☎0944-72-5347
- ◆八女市社会福祉協議会 ☎0943-23-0294
- ◆筑後市社会福祉協議会 ☎0942-52-3969
- ◆大川市社会福祉協議会 ☎0944-86-6556
- ◆行橋市社会福祉協議会 ☎0930-23-1111
- ◆豊前市社会福祉協議会 ☎0979-82-3391
- ◆中間市社会福祉協議会 ☎093-244-1310
- ◆小郡市社会福祉協議会 ☎0942-73-1120
- ◆筑紫野市社会福祉協議会 ☎092-920-8008
- ◆春日市社会福祉協議会 ☎092-581-7225
- ◆大野城市社会福祉協議会 ☎092-572-7700
- ◆宗像市社会福祉協議会 ☎0940-37-1300
- ◆大宰府市社会福祉協議会 ☎092-923-3230
- ◆古賀市社会福祉協議会 ☎092-944-2941
- ◆福津市社会福祉協議会 ☎0940-34-3341
- ◆うきは市社会福祉協議会 ☎0943-76-3977
- ◆志賀市社会福祉協議会 ☎0949-32-0335
- ◆嘉麻市社会福祉協議会 ☎0948-42-0751
- ◆朝倉市社会福祉協議会 ☎0946-22-7834
- ◆みやま市社会福祉協議会 ☎0944-22-5000
- ◆糸島市社会福祉協議会 ☎092-324-1660
- ◆那珂川市社会福祉協議会 ☎092-952-4565
- ◆宇美町社会福祉協議会 ☎092-931-1008
- ◆榑栗町社会福祉協議会 ☎092-947-7581
- ◆志免町社会福祉協議会 ☎092-937-3011
- ◆須恵町社会福祉協議会 ☎092-933-2160
- ◆新宮町社会福祉協議会 ☎092-963-0921
- ◆久山町社会福祉協議会 ☎092-976-3420
- ◆粕屋町社会福祉協議会 ☎092-938-6844
- ◆芦屋町社会福祉協議会 ☎093-222-2866
- ◆水巻町社会福祉協議会 ☎093-202-3700
- ◆岡垣町社会福祉協議会 ☎093-283-2940
- ◆遠賀町社会福祉協議会 ☎093-293-0430
- ◆小竹町社会福祉協議会 ☎09496-2-2028
- ◆鞍手町社会福祉協議会 ☎0949-42-7800
- ◆桂川町社会福祉協議会 ☎0948-65-2271
- ◆筑前町社会福祉協議会 ☎0946-42-4555
- ◆東峰村社会福祉協議会 ☎0946-74-2012
- ◆大刀洗町社会福祉協議会 ☎0942-77-4877
- ◆大木町社会福祉協議会 ☎0944-32-2423
- ◆広川町社会福祉協議会 ☎0943-32-3788
- ◆香春町社会福祉協議会 ☎0947-32-4616
- ◆添田町社会福祉協議会 ☎0947-82-2600
- ◆糸田町社会福祉協議会 ☎0947-26-4540
- ◆川崎町社会福祉協議会 ☎0947-72-5244
- ◆大任町社会福祉協議会 ☎0947-63-4828
- ◆赤村社会福祉協議会 ☎0947-62-3004
- ◆福岡町社会福祉協議会 ☎0947-22-3778
- ◆刈田町社会福祉協議会 ☎093-434-3641
- ◆吉富町社会福祉協議会 ☎0930-42-1000
- ◆吉富町社会福祉協議会 ☎0979-23-5400
- ◆上毛町社会福祉協議会 ☎0979-72-2900
- ◆築上町社会福祉協議会 ☎0930-56-2223

※この事業は、北九州市社会福祉協議会、福岡市社会福祉協議会も取り組んでいます。北九州市社会福祉協議会(権利擁護・市民後見センター「らいと」) ☎093-882-4914 福岡市社会福祉協議会(あんしん生活支援センター) ☎092-751-4338

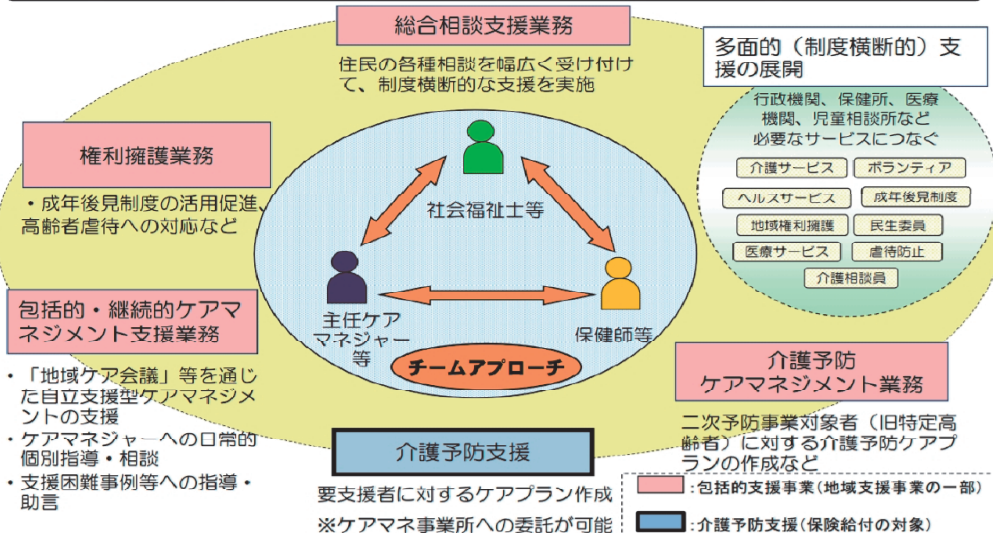
地域包括ケアシステム

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後まで続けることができる



地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設である。(介護保険法第115条の46第1項)
 主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業(①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施する。





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

指定居宅介護支援事業所

居宅介護支援事業所とは

居宅介護支援事業所とは、事業所に所属するケアマネジャーがケアプランを作成・管理する場所です。要介護認定を受けたら、居宅介護支援事業所に連絡することで今後の生活について相談できます。

■サービス内容

所属のケアマネジャーは、利用者が可能な限り自宅で自立した日常生活を送れるように、利用者の心身状況や環境、希望に応じた介護サービスを利用するためのケアプランを作成します。

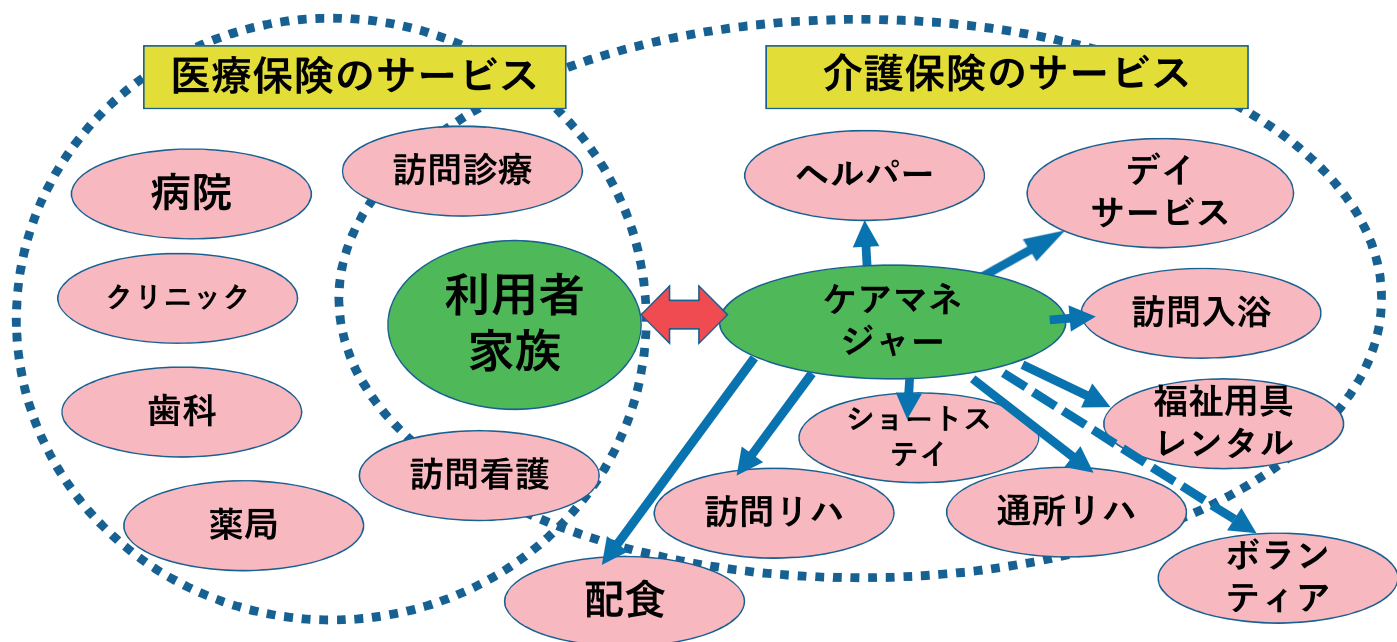
ケアプラン作成後は、ケアプランに基づいたサービスを提供する事業所等との連絡調整などを行います。

その他にも、利用者本人やご家族の代わりに、要介護認定の申請手続きや更新認定の申請手続きも行います。

※要支援の方のケアプランは地域包括支援センターが作成します。

※利用料金の利用者負担はありません。介護保険で支払われます。

ケアマネジャーの役割



主治の医師等の意見等

運営基準第13条19号・19号の2

介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て**主治の医師等の意見を求めなければならない。**

義務

前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を**主治の医師等に交付しなければならない。**

義務

地域包括ケアと多職種連携とは

厚生労働省は2025年を目途に、高齢者や認知症の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域における医療介護関係機関が連携して、包括的かつ継続的な治療・ケアを、患者またはその家族に提供できるサービス提供体制の構築を推進しています。この体制を地域包括ケアシステム（地域包括ケア）と呼びます。

地域包括ケアシステム（地域包括ケア）では、市町村が中心となって地域の医師会などと密に連携しながら、在宅医療・介護の連携構築と質の向上、および効率的なサービスの提供を図っています。

多職種連携のメリットとは

1, 治療・ケアの質向上

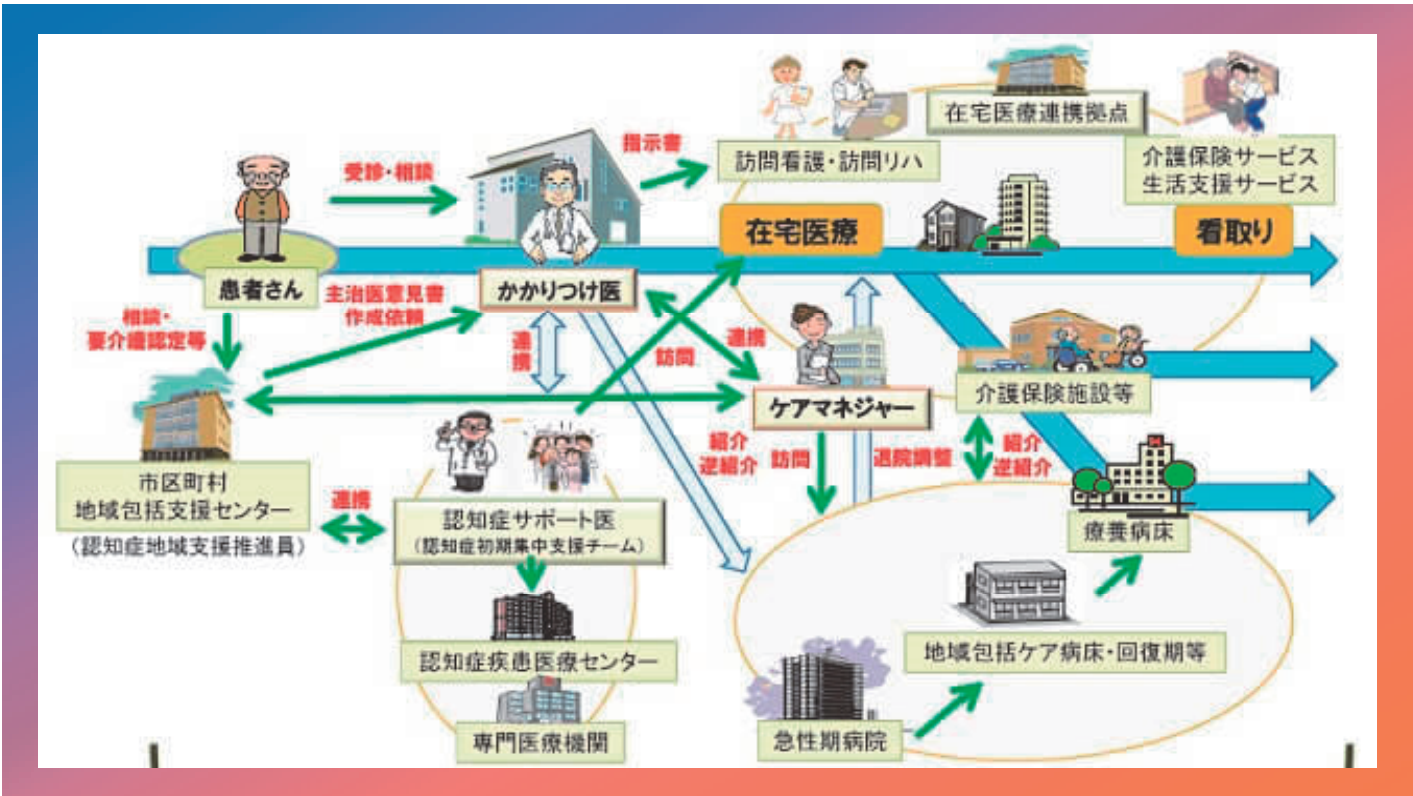
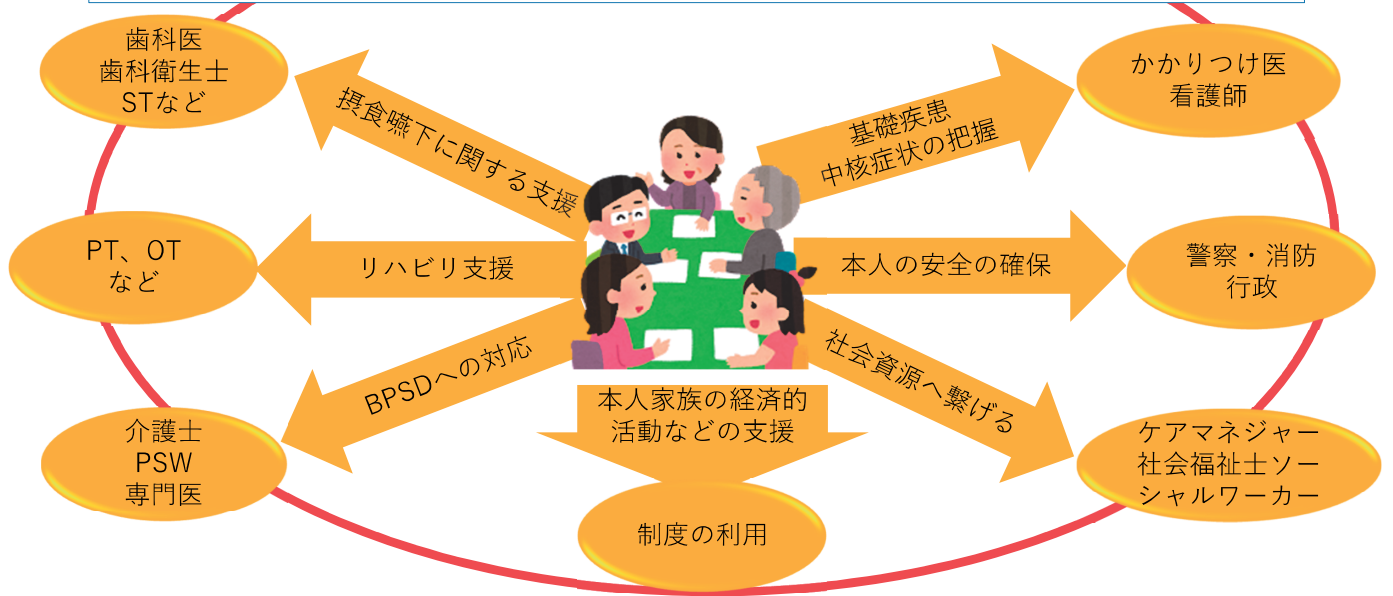
各専門職が患者対応をした際に、患者（利用者）の状態を速やかに報告し、適宜、質問や提案を多職種に伝えることで、患者（利用者）の症状変化を捉えられるようになります。結果として症状変化への迅速な対応が可能になり、切れ目のない治療やケアが提供され、医療の効率化・質の向上が可能になります。

2, 患者（利用者）・家族の安心感に患者（利用者）・家族の関係者間で目標を共有する事によって、患者（利用者）への一貫した対応が可能となり、すれ違いが回避されます。さらには、患者（利用者）本人の望む生き方が尊重され、信頼と安心感に繋がります

3, 自分自身の成長に繋がる

多職種とコミュニケーションをとりながら相談や意見交換をすることで、他の職種の視点や知識を学びながら成長することが期待されます。

認知症の人を生活を支えるための「多職種連携」



協働に望ましい関係づくりのポイント

- 共通の理念に導かれた目標を持つ
 - 明確な役割分担 共通の言語を持つ
 - いつでも安心して連絡が取れる
 - 定期的に情報交換できる
 - 対象者にとって良いと思われることをいつでも提案できる
- *お互いの職種の「業務に対する考え方」、
「仕事の進め方」を理解し、配慮することも必要
-

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....