

福岡県かかりつけ医 認知症対応力向上研修

令和 6 年 12 月 1 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12月1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 占部 嘉男
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	福岡県医師会 常任理事 原 祐一
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">●認知症の問診・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	福岡県医師会 理事 田中 耕太郎
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 会長 柴口 里則

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5年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

かかりつけ医等の認知症対応力向上研修カリキュラムに関する調査研究 委員会 編

動画①
認知症の人の声

医師に「認知症です。」
と言われて、頭が真っ白になりました。
自分はこれからどうなってしまうのか、心配で心配で、
眠れない夜が続きました。
誰にも相談できずに、一人でうつうつ悩んでました。
人に会いたくない、家から出たくない、家にこもってました。
自分でもまずいなどわかってるけど、
家族に言われるとムカッときて、毎日、口喧嘩ばかり。
こんなんじゃダメになるって、ある日思いきって役所に相談に
いってみたら、担当の人が本当に親身に話をきいてくれた。
視界がぱあっと開けた。
もっと早く相談にいけばよかったな。
あんなに苦しい思いをせずに済んだのに。

『本人にとってのよりよい暮らしガイド』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成



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

かかりつけ医の役割 編

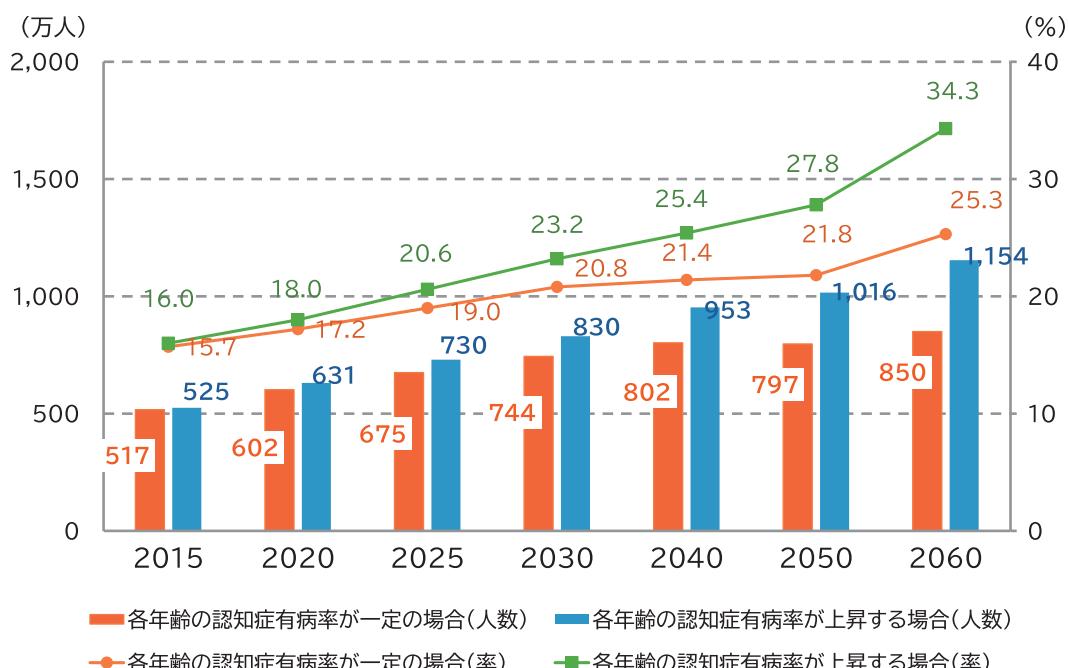
ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ医ができるることを理解する

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

認知症高齢者数の推移

〔役割1〕

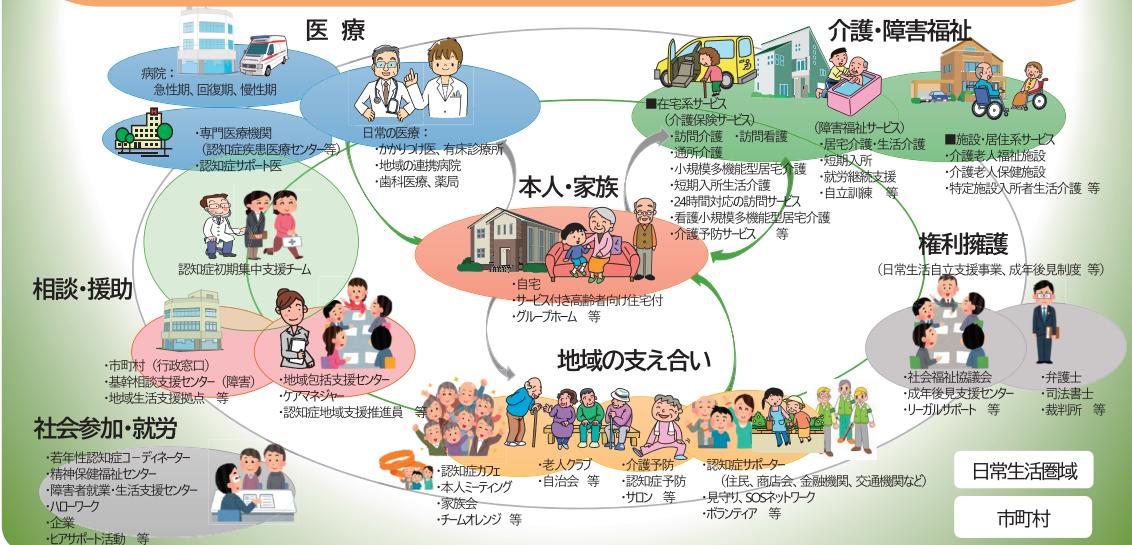


平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

認知症施策の推進について

[役割2]

- 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

[役割3]

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になつても希望をもつ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

認知症とともに生きる希望宣言

〔役割4〕

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) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

〔役割5〕

令和5年法律第65号
令和5年6月14日成立、
同月16日公布
令和6年1月1日施行

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～

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、基本理念にのっとり、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)

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ②

【役割6】

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【相談体制の整備及び孤立への対策】
 - ・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と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とするための施策
 - ・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:令和6年1月1日施行、施行後5年を目途とした検討

認知症対応力向上研修

【役割7】

	かかりつけ医	病院勤務の医療従事者	歯科医師	薬剤師	看護職員	病院勤務以外の看護師等
開始年度	平成18年度	平成25年度	平成28年度	平成28年度	平成28年度	令和3年度
教材の改訂※	令和2年度	令和3年度	令和3年度	令和3年度	令和4年度	—
受講対象	医師 (かかりつけ医)	病院勤務の医療従事者	歯科医師	薬剤師	指導的役割の看護職員	病院勤務以外の看護師等
標準的カリキュラム※	210分 ①かかりつけ医の役割(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)	90分 ①目的(15) ②対応力(60) ③連携等(15)	210分 ①かかりつけ歯科医の役割(30) ②基本知識(60) ③歯科診療における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	210分 ①かかりつけ薬剤師の役割(30) ②基本知識(60) ③薬局業務における実践(60) ④地域・生活における実践(60)	1,020分 ①認知症に関する知識(講180) ②実践(70) ③社会資源(10) ②認知症看護の実践対応力(講330/演120) ③体制構築・人材育成(講90/演300)	100分 ①知識(20) ②実践(70) ③社会資源(10)
演習	▲(任意)				●	

※ 直近で実施された個別の教材改訂、標準的カリキュラムの内容は令和6年度現在

かかりつけ医の定義と機能

〔役割8〕

かかりつけ医の定義

「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言

『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』

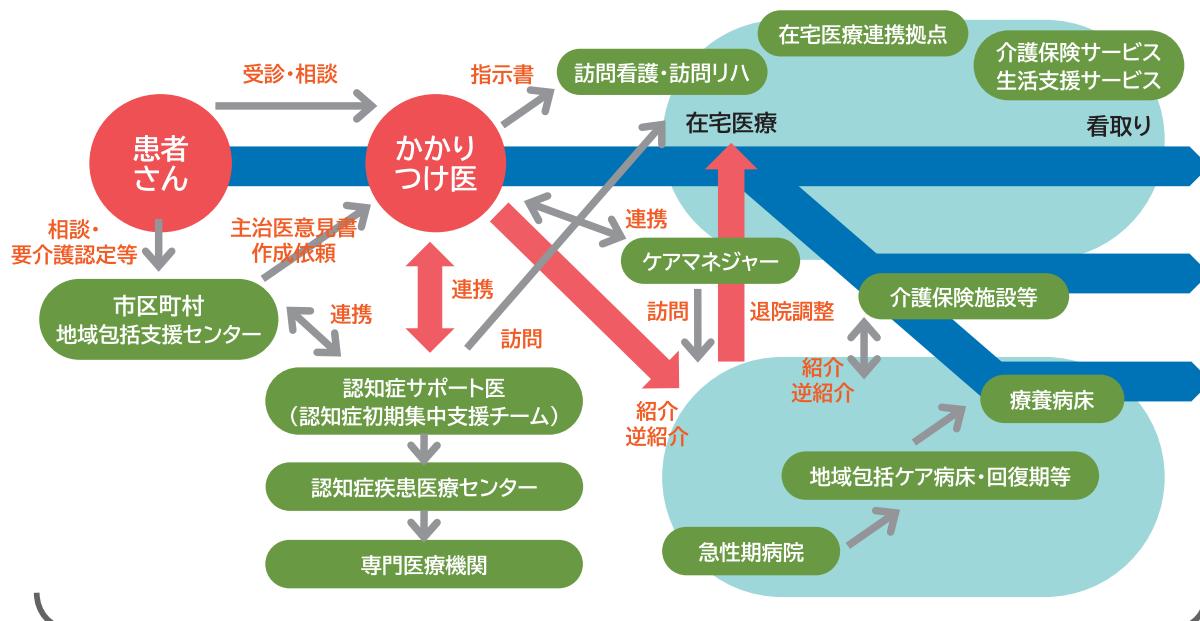
かかりつけ医機能

日医かかりつけ医機能研修制度資料

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

かかりつけ医と高齢者医療・介護との関わり

〔役割9〕



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）

第5回全国在宅医療会議WG(平成29年12月8日), 日本医師会提出資料
より作成

認知症対応におけるかかりつけ医の役割

〔役割10〕

- 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、p82、2020、社会保険研究所、東京

早期発見・早期対応の意義

〔役割11〕

- 認知機能障害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が軽減できる

本人の視点を重視したアプローチ

〔役割12〕

- ① その人らしく存在していられることを支援
- ② “わからない人”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必要に応じて家族も交える
- 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13〕

一足先に認知症になった私たちからあなたへ

診断直後に本人が手にし、次の一步を踏み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>

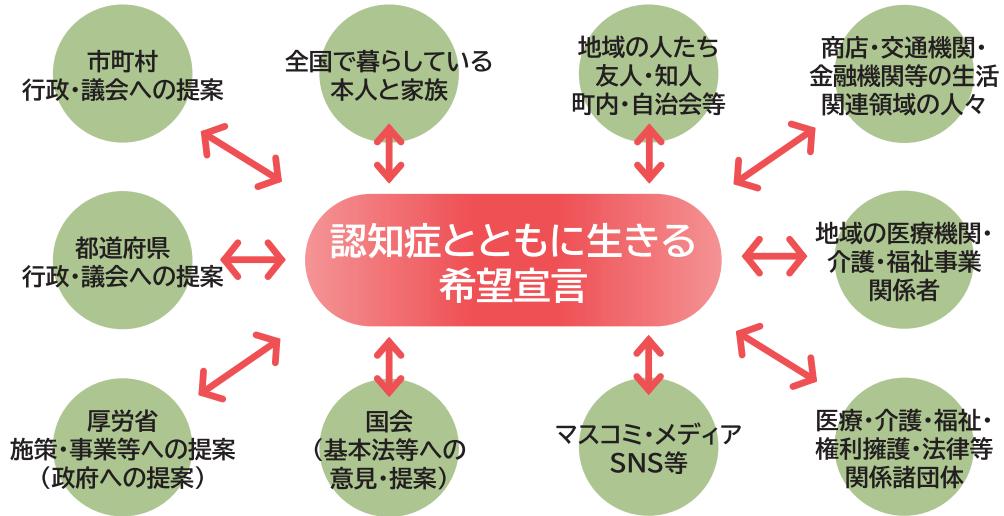
1. 一日も早く、スタートを切ろう
2. これからよりよい日々のために
 - イメージを変えよう！
 - 町に出て、味方や仲間と出会おう
 - 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう
 - 自分にとって「大切なこと」をつたえよう
 - のびのびと、ゆる～く暮らそう
 - できないことは割り切ろう、できることを大事に
 - やりたいことにチャレンジ！ 楽しい日々を
3. あなたの応援団がまちの中にいる
4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています)

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

「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に地域づくりには、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) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成

本人の視点を重視した施策の展開

[役割15]

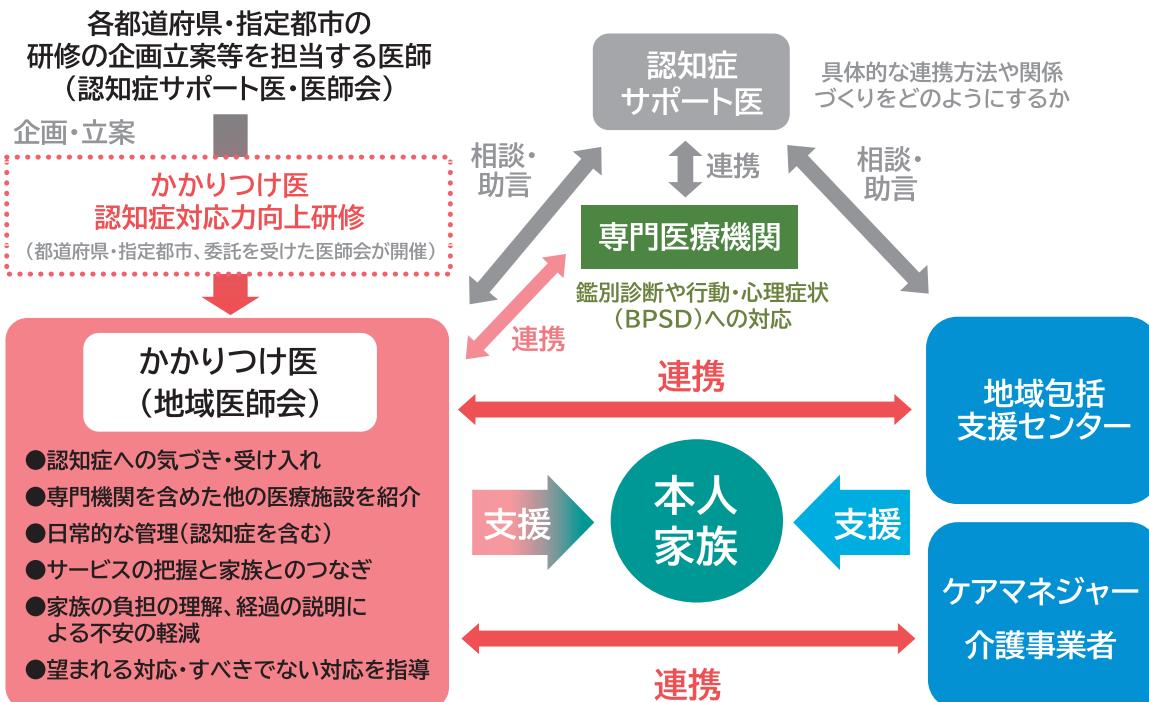
「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」

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

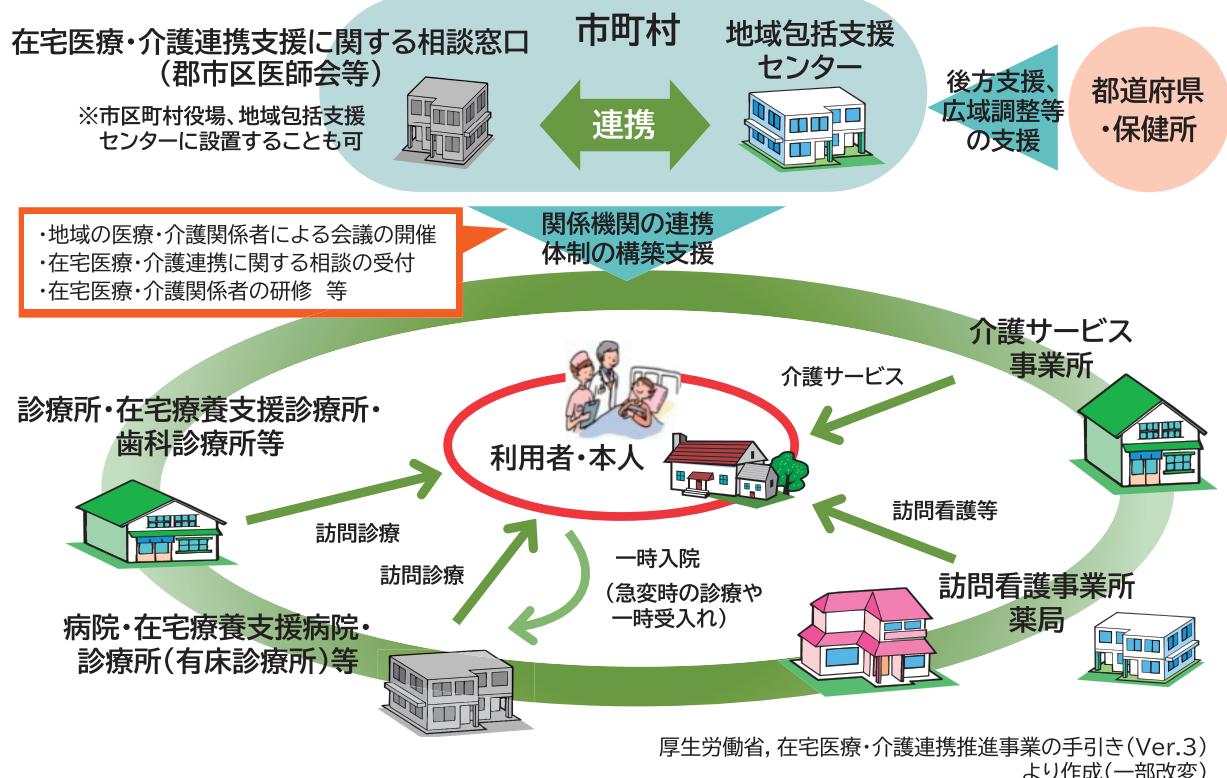
かかりつけ医が参画した 早期からの認知症高齢者支援体制

〔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〕



認知症診断後の介入とサポートのあり方

〔役割18〕

～ 診断後の本人や家族の不安～

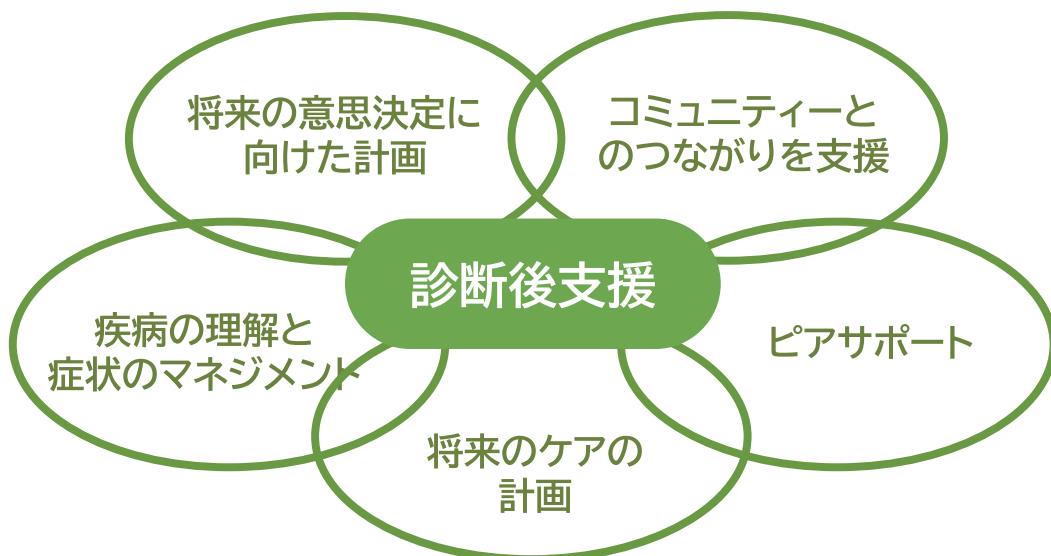
- 『診断名を告げられ、薬を処方されるだけだった』
- 『これからの変化や症状についての説明がなかった』
- 『サポート体制や具体的な対応の情報がなかった』
- 『何の支援も得られない空白の期間があった』

- 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19〕

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



Alzheimer Scotland <https://www.alzscot.org/>

認知症啓発の説明のポイント

[役割20]

- 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21]

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22〕

- 認知症に対する理解が浸透していない
→ 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
→ 医師の専門性を活かした医療連携
- 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、看護師介護、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〕

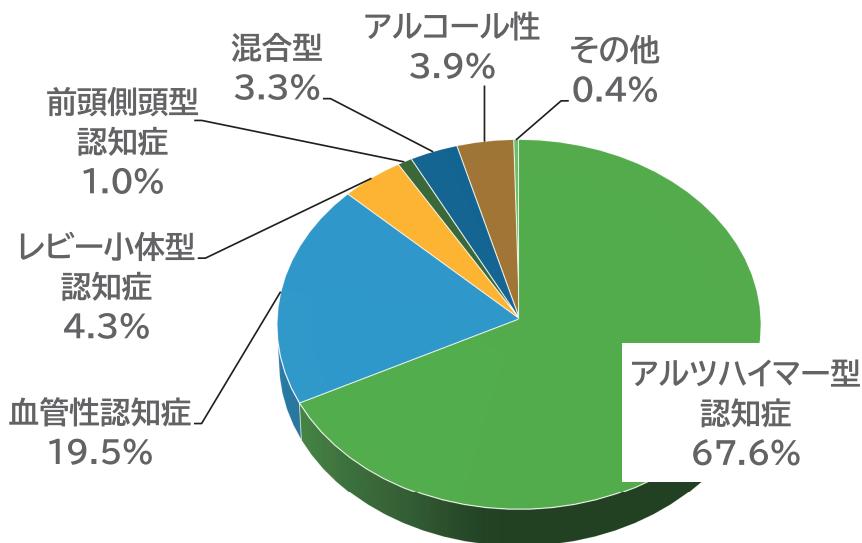
認知症とは

『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、早期には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

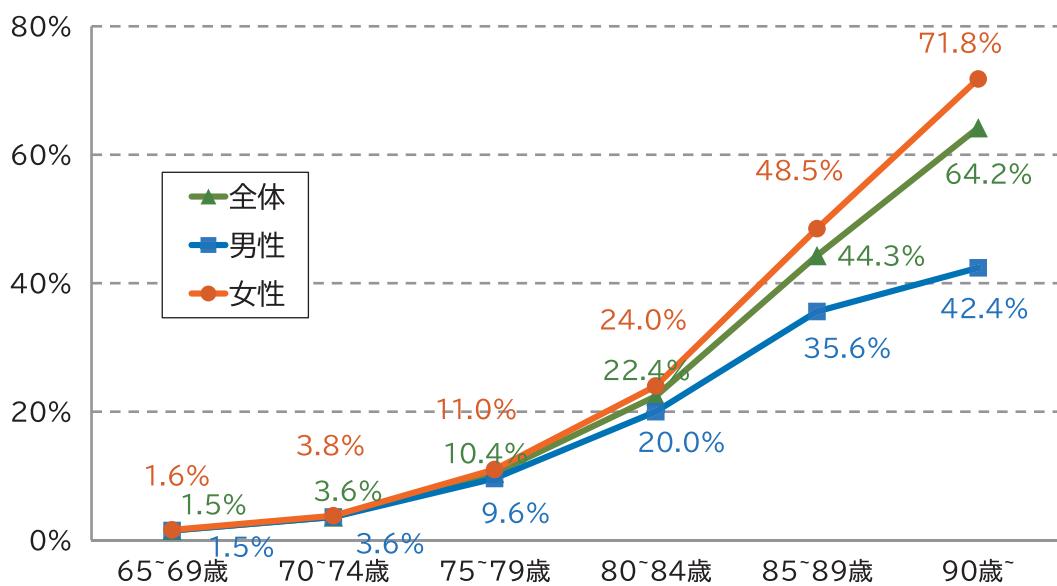
〔基本知識2〕



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)

年齢階級別の認知症の有病率

〔基本知識3〕



※平成24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。平成30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

〔基本知識4〕

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

- 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 認知機能障害は、利用可能な根拠に基づき、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

認知機能の障害

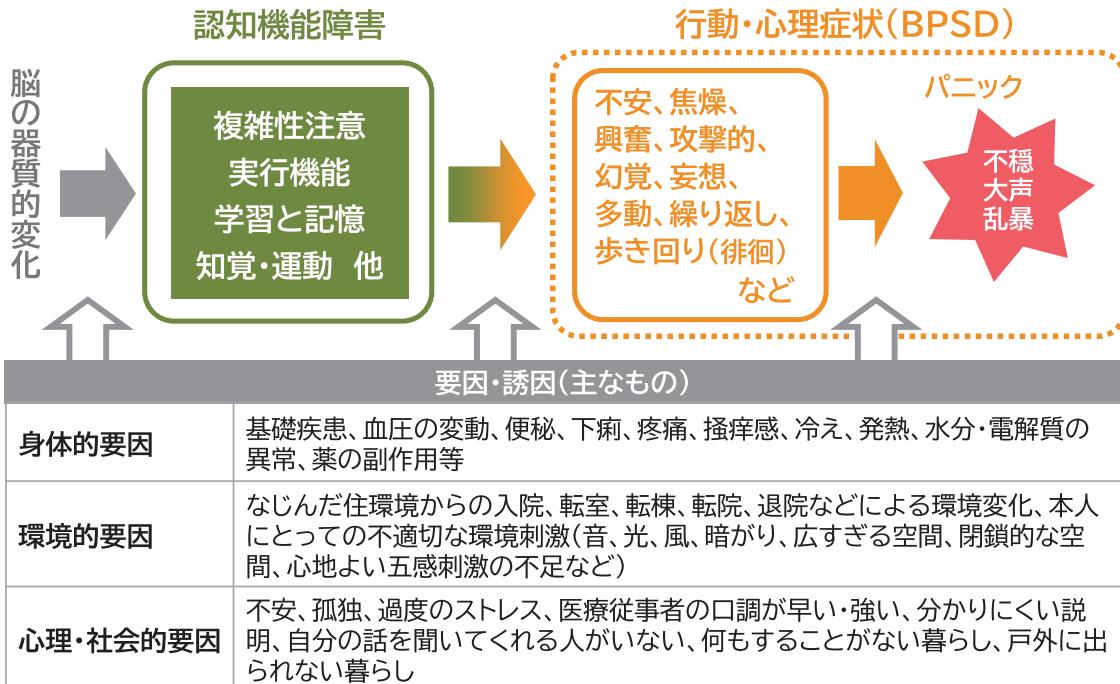
〔基本知識5〕

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

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、合目的的に行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

認知症の症状と要因・誘因

【基本知識6】

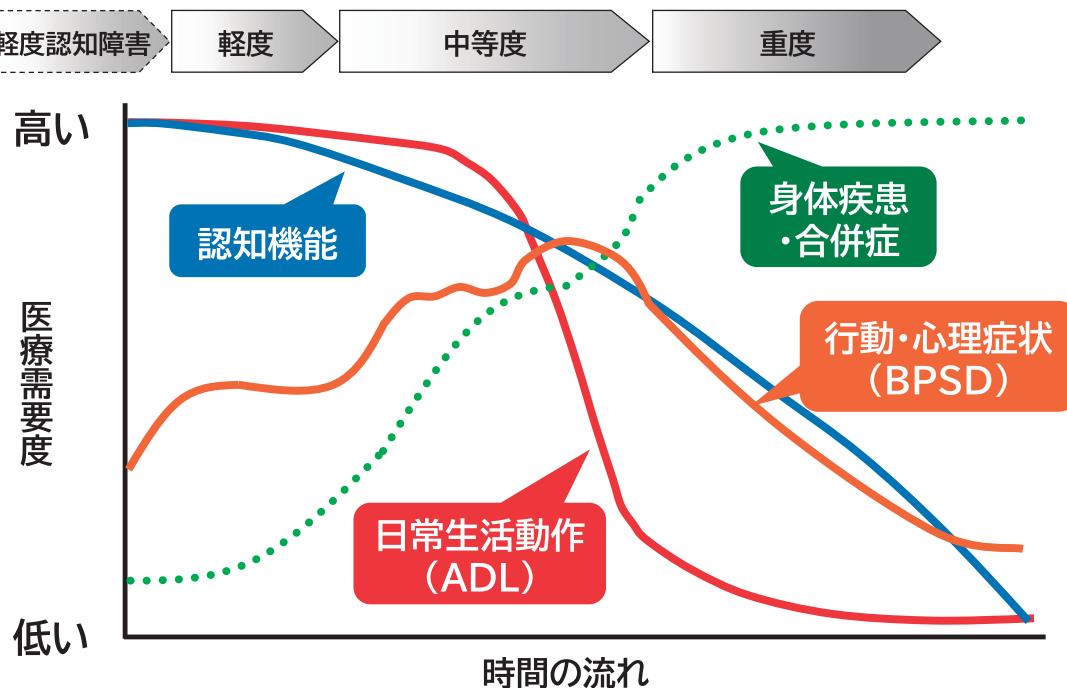


永田久美子,「11 認知症高齢者の理解とケアの変遷」,正木治恵 監修,改訂版老年看護学, p196, 2011, 日本放送出版協会, 東京
より一部改変

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

認知症初期の発見のポイント

アルツハイマー型認知症の診断

〔基本知識9〕

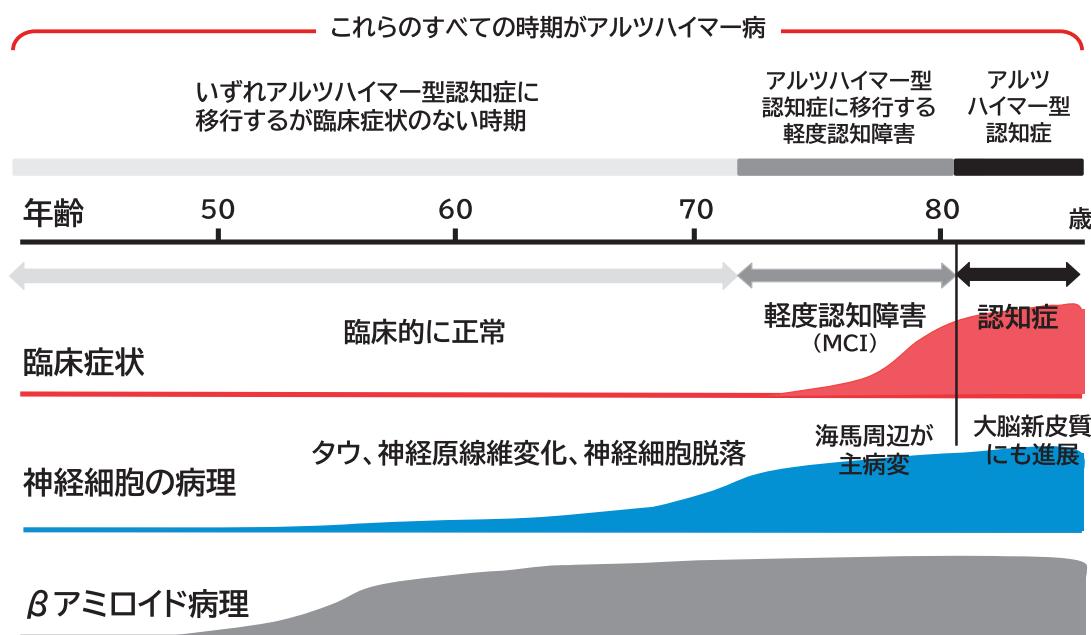
ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision), WHO

- 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)の障害を伴つてくる
- 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

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



認知症サポート医養成研修テキスト

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、もしくは伴うことが多い**
(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りなど)

【特徴的な所見】

- **麻痺などの神経学的局所徴候はない**
- **取り繕いや振り返り徴候がある**
- **病識の自己評価が正確にできず、症状を否認しがち**

血管性認知症の診断

[基本知識12]

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

- 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

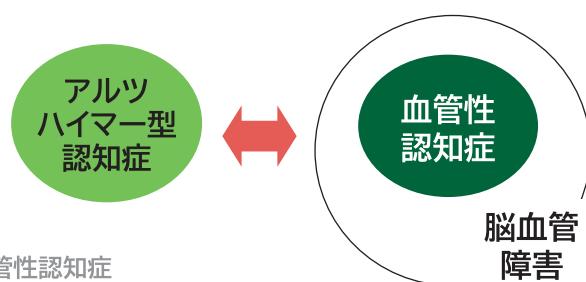
※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

血管性認知症の考え方の変化

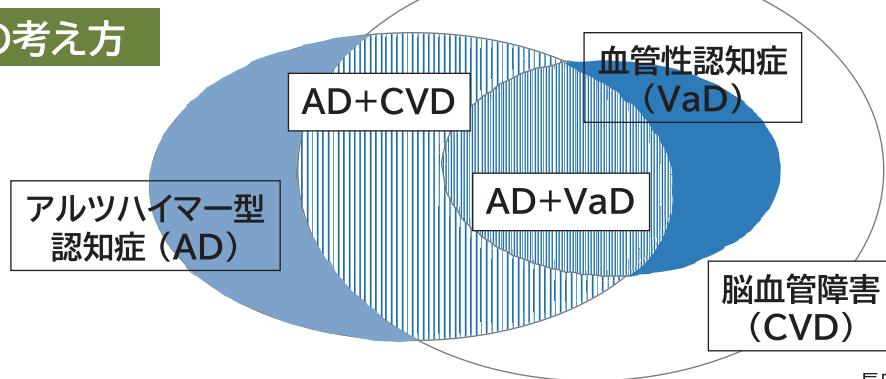
[基本知識13]

これまでの考え方

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



最近の考え方



長田の図を改変

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、料理が順序よ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ビンスワンガー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の診断基準

〔基本知識15〕

- | | |
|--|---|
| ① 中心的特徴
(必須症状) | 社会的あるいは職業的機能や通常の日常活動に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である |
| ② 中核的特徴 | 1) 認知機能(注意・集中)の変動 2) 繰り返し出現する具体的な幻視
3) レム期睡眠行動異常症(RBD) 4) 誘因のないパーキンソニズム |
| ③ 指標的
バイオマーカー | 1) 大脳基底核でのドバミントランスポーター取り込み低下
2) MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
3) 睡眠ポリグラフ検査による筋活動低下を伴わないレム睡眠 |
| ④ Probable DLB
(ほぼ確実なDLB)
は右により診断 | a) 4項目の中核的特徴のうち、2項目以上の存在
b) 中核的特徴が1項目かつ指標的バイオマーカーが1項目以上存在

Probable DLBは指標的バイオマーカーの存在のみで診断するべきではない |
| ⑤ Possible DLB
(DLBの疑い)
は右により診断 | a) 中核的特徴だけが1項目存在
b) 指標的バイオマーカーだけが1項目以上存在 |

認知症サポート医養成研修テキスト

McKeith IG,Boeve BF,Dickson DW, et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 2017 ; 89 : 1-13

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
(動搖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)
- レム期睡眠行動異常症
(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】

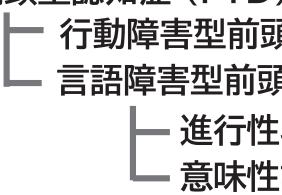
- 症状の日内変動がある
- 質問や支持動作への反応が緩徐である
- 取り繕いや振り返り症候がない

前頭側頭葉変性症の概念

〔基本知識17〕

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

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

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

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

行動障害型前頭側頭型認知症の診断基準(bvFTD)

〔基本知識18〕

前提：観察または病歴から行動及び/または認知機能の進行性の悪化を認めること

以下のうち 3つを認めれば **possible bvFTD**

- A 早期からの行動の脱抑制
- B 早期からの無関心または無気力
- C 早期からの共感または感情移入の欠如
- D 早期からの保続的、常同的、または強迫的/儀式的な行動
- E 口唇傾向や食事の変化
- F エピソード記憶や視空間認知機能の保持と実行機能の障害

さらに、以下の全てを認めれば **probable bvFTD**

- A **possible bvFTD** の診断基準を満たす
- B 有意な機能低下が介護者の報告や質問票で明らか
- C 画像(MRI、CT、PET、SPECT)が bvFTD に一致している

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ぬ (「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)

若年性認知症

〔基本知識20〕

- 認知症は高齢者の病気だと思われがちだが、実際は若い世代でも発症することもある
- 65歳未満の人が発症する認知症を総じて「若年性認知症」という
- 働き盛り世代や子育て世代の人に発症するため本人だけでなく、家族の生活への影響が大きい
- 若年性認知症について正しく理解し、早期の気づきと対応、及び適切な支援に繋げることが重要である

- 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計
- 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

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・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発(令和2年3月)

若年性認知症の症状の特徴

〔基本知識21〕

若年性認知症の注意すべき症状の特徴

- 初期の変化に気付かれやすいが、受診につながるまでに時間がかかる
- 症状の個人差が大きい
- 抑うつ状態に陥りやすく、不安感が強い
- 介護やケアを受けることへの抵抗感が強い
- 認知機能の低下と身体機能の低下が並行しない
- 社会的役割や達成感を希求している



確定診断時には、既に症状が進行していることが少なくない

画像診断の意義と重要性

[基本知識22]

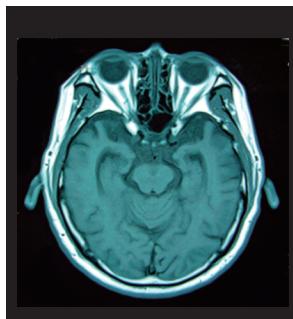
- 『高齢者でももの忘れがあるから認知症である』と容易に診断せずに、診断には必ず器質性の脳病変の有無を検出する必要がある
- 疾患によっては、確定診断には、脳波検査や他の画像検査(SPECTやPET、ダットスキャン®、MIBG心筋シンチなどの核医学検査を含む)、神経心理学的検査、血液検査、髄液検査などが必要となる
- 自院で頭部CT検査や脳MRI検査などが施行できない場合には、施行が可能な施設への依頼や認知症サポート医や専門医との連携を検討する

各認知症の典型的なMRI画像

[基本知識23]

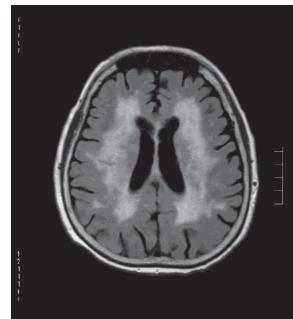
画像は了解を得て国立長寿医療研究センターより提供

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



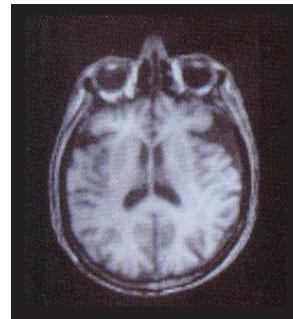
多発する皮質下梗塞や灌流域の高度の白質病変(低灌流型)

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

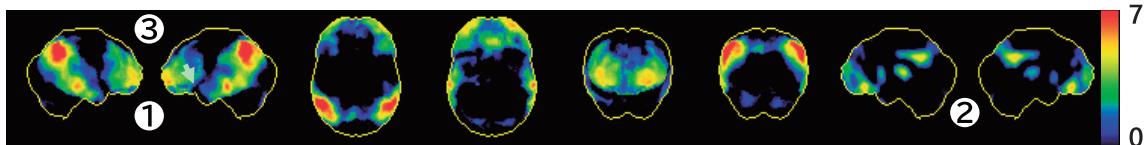
各認知症の典型的なSPECTパターン

[基本知識24]

画像は了解を得て国立長寿医療研究センターより提供

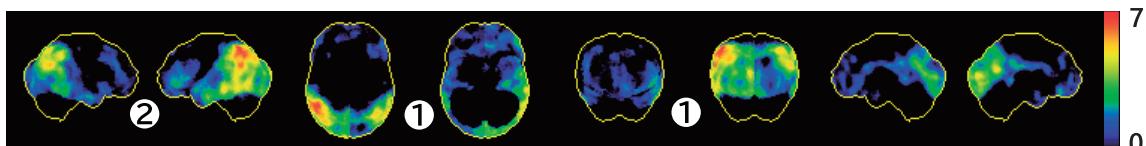
アルツハイマー型認知症

①頭頂側頭連合野 ②楔前部から後部帯状回 ③前頭葉



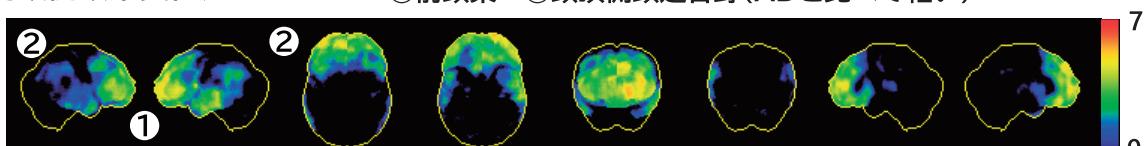
レビー小体型認知症

①後頭葉 ②頭頂側頭連合野



前頭側頭葉変性症

①前頭葉 ②頭頂側頭連合野(ADと比べて軽い)

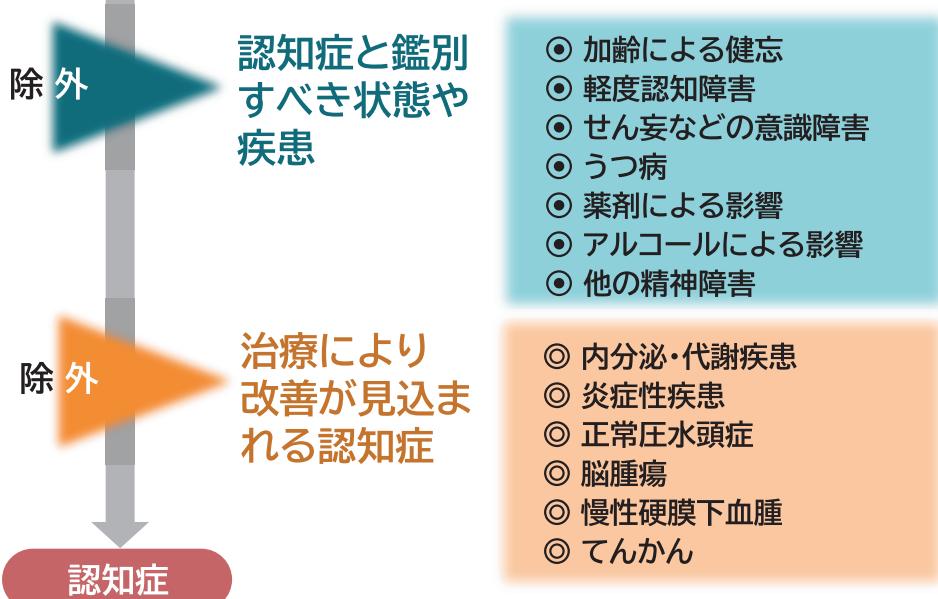


動画③
認知症と間違えやすい症状

認知症診断の流れ

[基本知識26]

認知症の疑い・認知機能障害の疑い



認知症と鑑別すべき状態や疾患

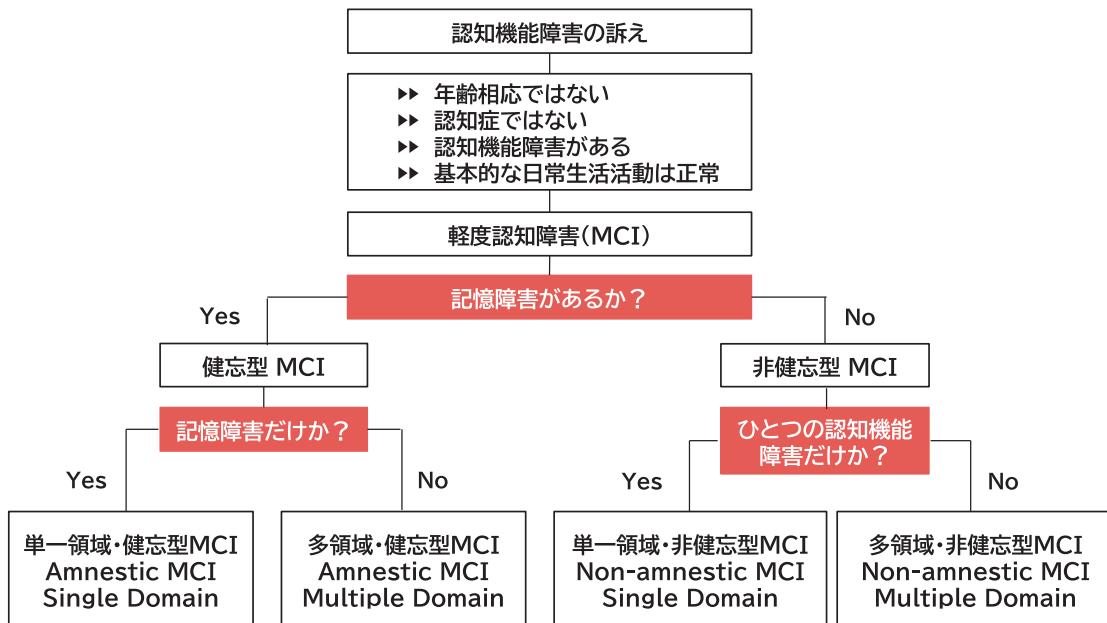
[基本知識27]

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)

改訂されたMCI診断基準による診断の分類と手順

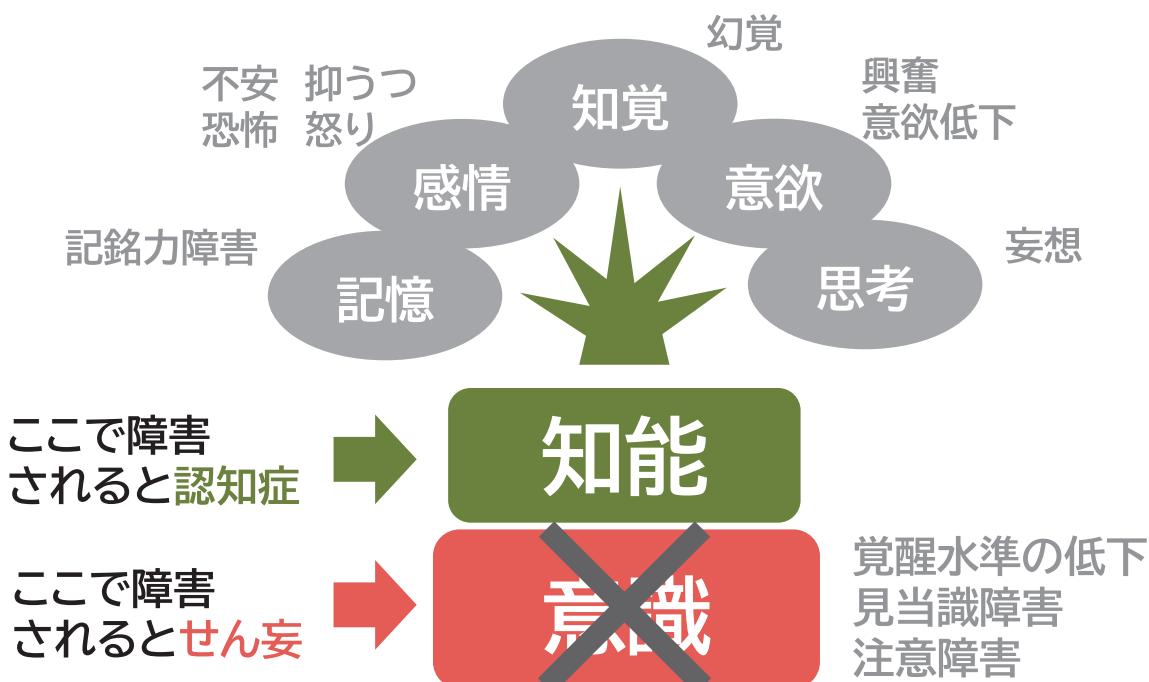
[基本知識28]



Petersen RC : J Intern Med, 256 : 183-194, 2004

せん妄

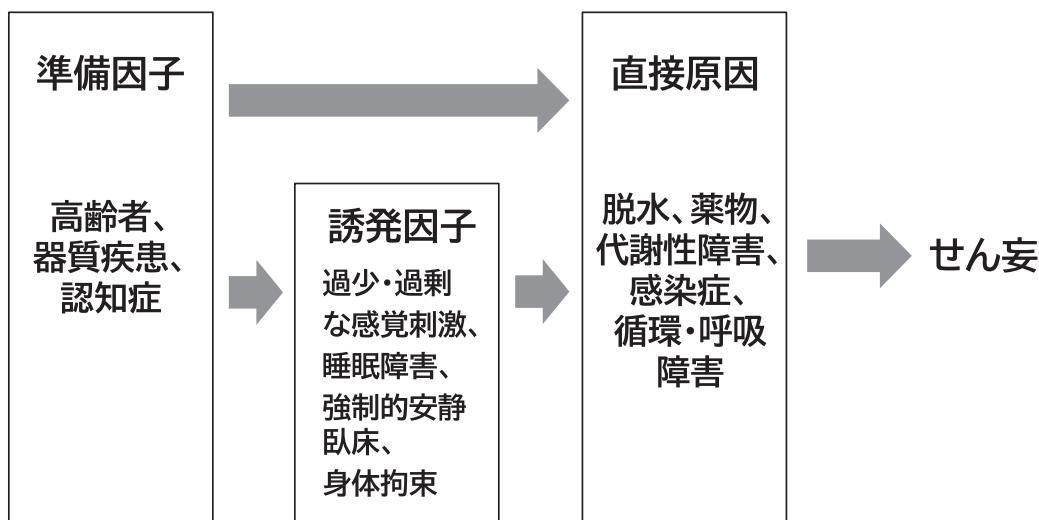
[基本知識29]



せん妄の発症

[基本知識30]

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

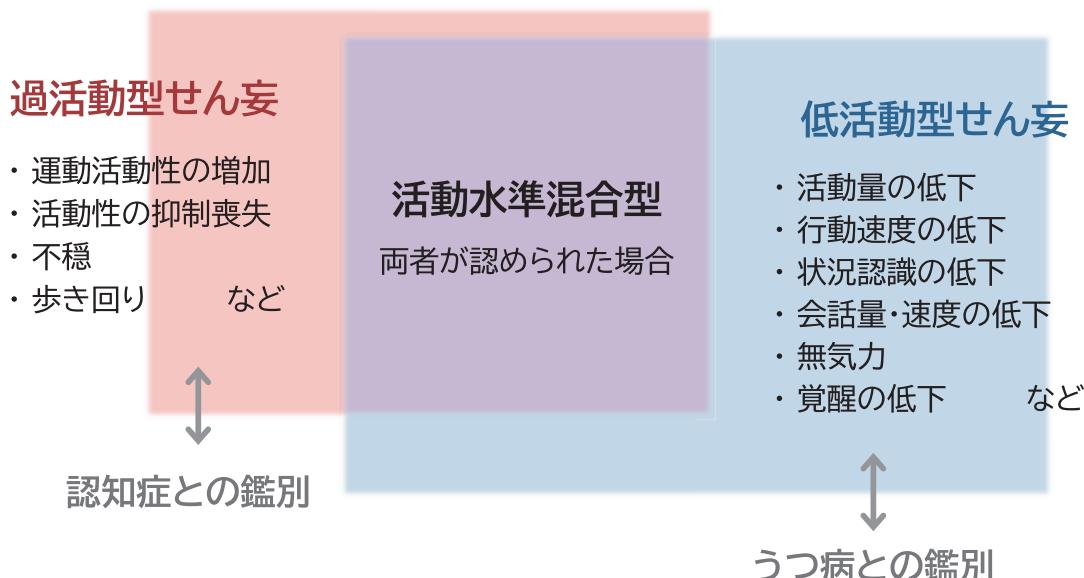


小川朝生, 自信がもてる せん妄診療はじめの一歩, p46, 2014, 羊土社, 東京
を参照して作成

せん妄の分類と鑑別すべき疾患・病態

[基本知識31]

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)
を参照して作成

せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

〔基本知識32〕

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動搖性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

〔基本知識33〕

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

うつと認知症に伴うアパシー

[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)p279, 2012
を参考して作成

薬剤に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

認知機能の低下を来しやすい薬剤

向精神薬

抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬など

向精神薬以外の薬剤

抗コリン薬、抗パーキンソン病薬、H₂受容体拮抗薬、抗ヒスタミン薬、過活動性膀胱治療薬、循環器病薬、抗てんかん薬、鎮痛薬、副腎皮質ステロイドなど

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

〔基本知識36〕

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、急速(1日～数日)に出現する

※ ビタミン剤投与により可逆的だが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行

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37〕

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 慢性硬膜下血腫

⑥ てんかん

内分泌・代謝疾患

[基本知識38]

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39]

特徴

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

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

特発性正常圧水頭症(iNPH)

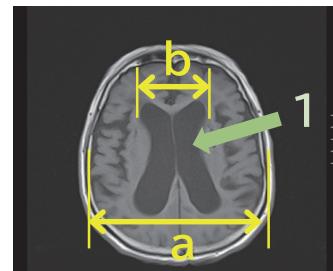
[基本知識40]

画像はいずれも国立長寿医療研究センターの症例による

必須項目

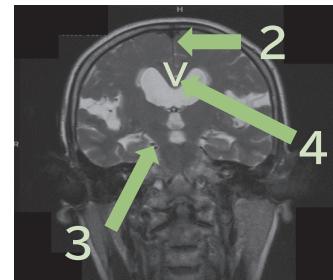
A. Suspected iNPH

- ①60歳代以降に発症する
- ②脳室が拡大(Evans Index > 0.3)している



B. Possible iNPH

- ①A.の必須項目を満たす
- ②歩行障害、認知障害および尿失禁のうち1つ以上を認める
- ③他の神経学的あるいは被神経学的疾患によって上記臨床症状のすべてを説明し得ない
- ④脳室拡大をきたす可能性のある先行疾患がない



C. Probable iNPH

- ①B.の必須項目を満たす
- ②脳脊髄圧が20cmH₂O以下で、脳脊髄液の性状が正常である
- ③以下のいずれかを認める
 - I 歩行障害があり、DEDHが認められる
 - II タップテストで症状の改善を認める

1. 脳室拡大(Evans index b/a > 0.3)
2. 高位円蓋部・正中部の脳溝・脳槽狭小化
3. シルビウス裂・基底槽の拡大
4. Callosal angle < 90 deg.

D. Suspected iNPH

シャント術施行後、客観的に症状の改善が示された場合(shunt responder)

慢性硬膜下血種／脳腫瘍

[基本知識41]

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ことがあり、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、うつ血乳頭が特徴(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42〕

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。同居者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43〕

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

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44〕

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)
-

MEMO

III 「診療における実践」編

診療における実践 編

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

認知症の早期発見・早期治療のメリット

[診療実践1]

- 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
- 少しづつ理解を深め、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できる

動画④

認知症の問診とアセスメント

外来時の対応

〔診療実践3〕

【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

〔診療実践4〕

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. ケアマネジヤ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

〔診療実践5〕

- 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

〔診療実践6〕

- 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

〔診療実践7〕

● 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

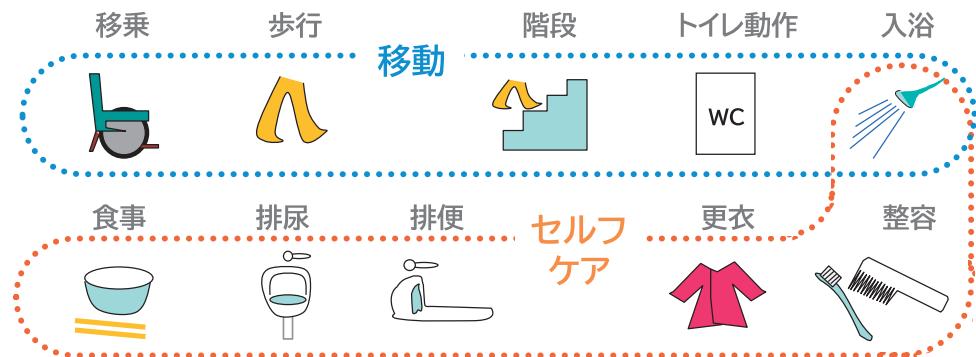
● 本人への質問

- ・ 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

[診療実践8]

● 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)

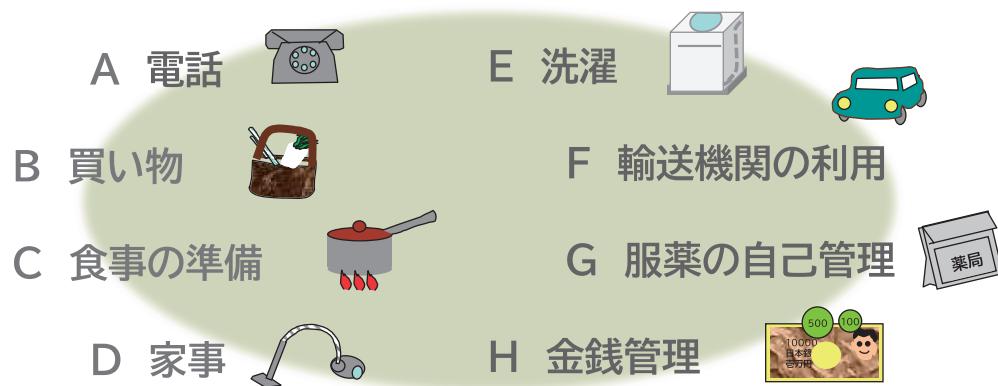
(Disability Assessment for Dementia)

● ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

IADLのアセスメント

[診療実践9]

● IADL(Lawton) = 独居機能の評価



(Lawton, M.P & Brody. E.M. Assessment of older people :Self Maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9: 179 168, 1969 より)

● 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

〔診療実践10〕



- 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、血管雜音の聴取

- 脈拍と血圧
- 胸部
- 腹部
- 四肢:皮膚、関節、浮腫



- 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)

〔診療実践11〕

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 月 日 曜日	0 1 0 1 0 1 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) (86)	0 1 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 9-2-5-3	0 1 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

認知症のマネジメント(トータルケア)

〔診療実践12〕

薬物療法と非薬物的対応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



認知症の非薬物的対応

〔診療実践13〕

- ◆ 運動療法
- ◆ 音楽療法
- ◆ 回想法
- ◆ 認知機能訓練・認知刺激・認知リハビリテーション
- ◆ 作業療法
- ◆ 日常生活活動訓練
- ◆ 栄養療法
- ◆ コミュニケーションや感覚器への支援(補聴器等)

など

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修教材
を参照して作成

非薬物療法(主なもの)

[診療実践14]

- ◆ 運動療法 は、関節機能の改善、筋力の増強、全身耐久性の向上、動作の改善、転倒予防、痛みの緩和だけでなく、実行機能や視空間認知などの認知機能の改善にも効果がある
- ◆ 音楽療法 は、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、身体の運動性の向上、表情や感情の表出、コミュニケーションの支援、脳の活性化、リラクゼーションなどの効果がある
- ◆ 回想法 は、昔の懐かしい写真や音楽、昔使っていた馴染み深い家庭用品などを見たり、触れたりしながら、昔の経験や思い出を語り合う一種の心理療法である
- ◆ 認知機能訓練 は、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紙面やコンピューターを用いて行う
- ◆ 認知刺激 は、認知機能や社会機能の一般的な強化を目的に、通常はグループで活動やディスカッションなどを行う。集団リアリティオリエンテーションも含まれる
- ◆ 認知リハビリテーション は、個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に、セラピストが本人や家族に対して個人療法を行う

病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修教材
を参照して作成

認知症の薬物療法の検討と実施

[診療実践15]

薬物療法の必要性
を十分に検討

十分な説明を
行った上で開始

薬物療法における主なポイント

- 診断後、現在の服薬内容を確認
- 薬物療法による必要性を十分に検討
- 服薬の自己管理・遵守、および環境の確認
- 本人(家族や介護者を含め)への説明と同意
- 見直しを含めた継続的な評価

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

〔診療実践16〕

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE*阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE*阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	3-10mg	8-24mg	4.5-18mg
初期 投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1日1回	1日2回	1日1回
半減期	70-80 時間	5-7 時間	2-3 時間
代謝	CYP	CYP	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	DLBが適応(2014) 貼付剤発売(2023)		1ステップ漸増法 が承認(2015)

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

〔診療実践17〕

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

重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気
嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
歩き回り(徘徊)、振戦、頭痛
唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹

メマンチンの特徴

〔診療実践18〕

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～重度
一日用量	20mg
投与法	5mgから1週間ごとに5mgずつ增量し 20mgで維持
用法	1日1回
半減期	55～70時間
代謝	非CYP
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)
その他	コリンエステラーゼ阻害薬と併用可

メマンチンの使用上の注意点

〔診療実践19〕

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

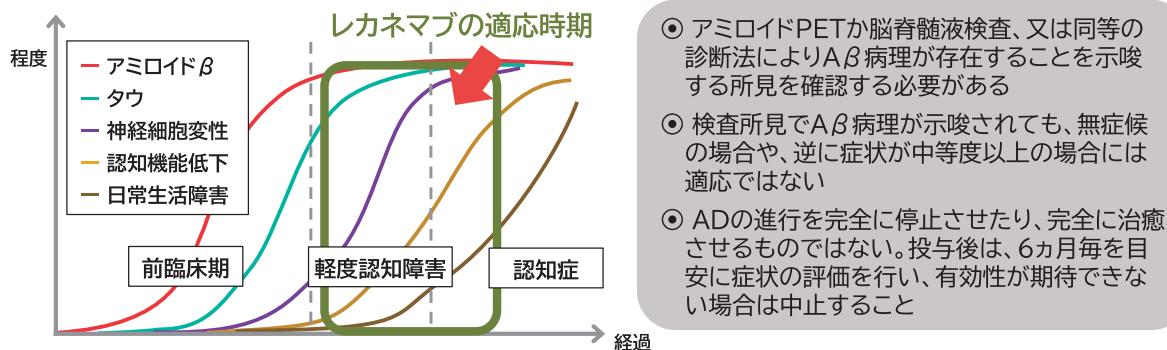
アルツハイマー病 抗アミロイド β 抗体薬 レカネマブ

〔診療実践20〕

レカネマブは、アルツハイマー病(AD)の病態で重要な役割をはたすアミロイド β (A β)蛋白のうち、毒性が示唆されるA β プロトフィブリルに選択的に結合し、脳内のA β プロトフィブリルやA β プラーカを減少させると考えられている



アルツハイマー病による「軽度認知障害」及び「軽度の認知症」(=早期AD)において進行抑制効果をもたらすとされている



- ◎ アミロイドPETか脳脊髄液検査、又は同等の診断法によりA β 病理が存在することを示唆する所見を確認する必要がある
- ◎ 検査所見でA β 病理が示唆されても、無症候の場合や、逆に症状が中等度以上の場合には適応ではない
- ◎ ADの進行を完全に停止させたり、完全に治癒させるものではない。投与後は、6ヶ月毎を目安に症状の評価を行い、有効性が期待できない場合は中止すること

レカネマブ投与における注意

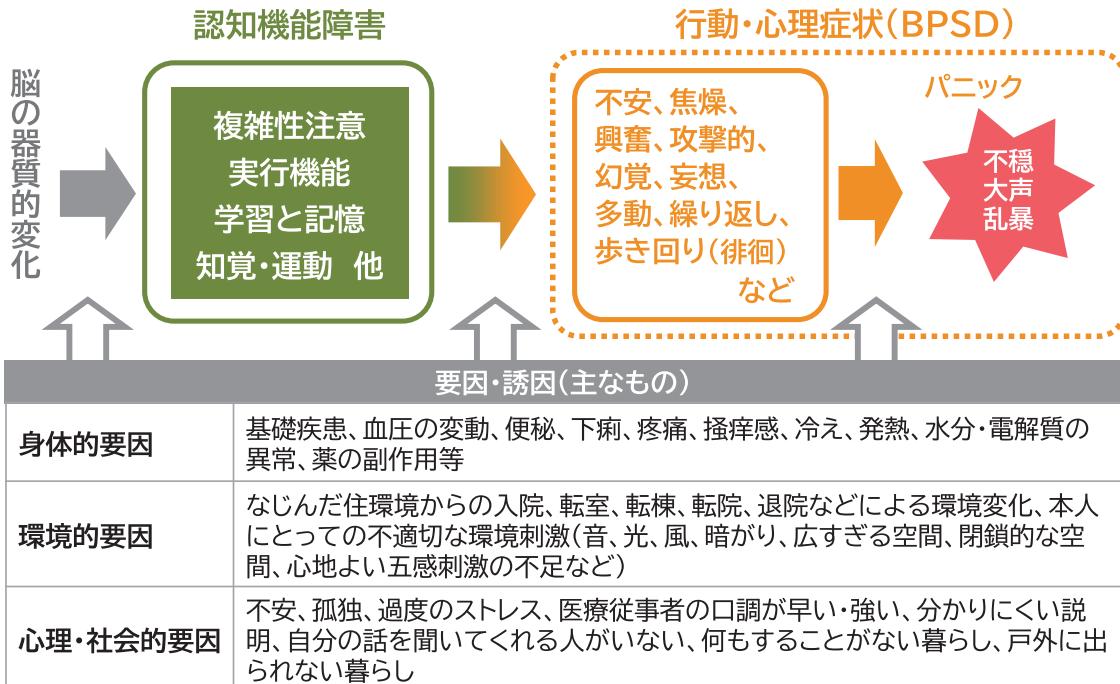
〔診療実践21〕

- ◎ 2週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与
- ◎ インフュージョンリアクション(輸注反応;頭痛、悪寒、発熱、吐き気、嘔吐等)がみられた場合、次回以降投与前に抗ヒスタミン薬や抗炎症薬などの予防的投与を考慮
- ◎ 投与により、アミロイド関連画像異常(ARIA)があらわれることがある。
ARIA-浮腫/滲出液貯留(ARIA-E)、ARIA-脳微小出血・脳表ヘモジデリン沈着症・脳出血(ARIA-H)がある。
 - ◆ 投与前のMRI確認が必要。5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が見られた場合は投与不可。
 - ◆ 抗血小板剤や抗凝固薬服用時、脳出血の副作用を増強させる可能性があり、注意が必要。(急性期脳梗塞対応に関しては、日本脳卒中学会の静注血栓溶解(rt-PA)療法適正治療指針追補を参照)
 - ◆ ARIAは投与開始から14週間以内に多く、開始後初期は特に注意深い観察が必要。無症状のことが多いが、5、7、14回目の投与前にはMRI撮像が必要。また、それ以後も定期的または疑わしい症状があれば、MRI検査を実施する。画像異常の程度や症状の程度を評価し、一時投与休止や、中止を考慮。
 - ◆ (APOE遺伝子型が ε 4の場合、その数に応じてリスクが上昇することが知られている)

- アミロイドPET、髄液検査、MRI等の必要な検査及び管理が実施可能な医療施設又は当該医療施設と連携可能な医療施設において投与を行うこと
- ADに関する十分な知識及び経験を有し、本剤のリスク等について十分に理解があり、管理・説明できる医師の下で投与を行うこと

認知症の症状と要因・誘因（再掲）

【診療実践22】



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、p196、2011、日本放送出版協会、東京
より一部改変

行動・心理症状(BPSD)への対応

【診療実践23】

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

改善がみられない場合は、

- ▶ ガイドラインに沿った薬物治療
- ▶ 専門医に紹介

高齢者で薬物有害事象が増加する要因

〔診療実践24〕

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נס低下
社会的要因	<ul style="list-style-type: none">・過少医療	<ul style="list-style-type: none">・投薬中止

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、1 安全な薬物療法、p2、2017 を参照して作成

投薬に際して注意すべきこと

〔診療実践25〕

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

アルツハイマー型認知症の対応

〔診療実践26〕

- 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

〔診療実践27〕

- 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
- 嘔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

〔診療実践28〕

- 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、てんかんとの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

前頭側頭葉変性症の対応

〔診療実践29〕

- 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、現存する機能、特徴的な症状、それまでの生活様式を利用した非薬物的対応を考慮する

動画⑤

認知症の治療とケア

認知症の人への支援

〔診療実践31〕

- もの忘れがあつても充実感を持ち、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つてもらうこと、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

〔診療実践32〕

- 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聞く
- 認知機能検査は定期的に実施する
- 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

〔診療実践33〕

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	● 帯状疱疹
	● 痱癬	● 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
------	------	-------	-------	---------

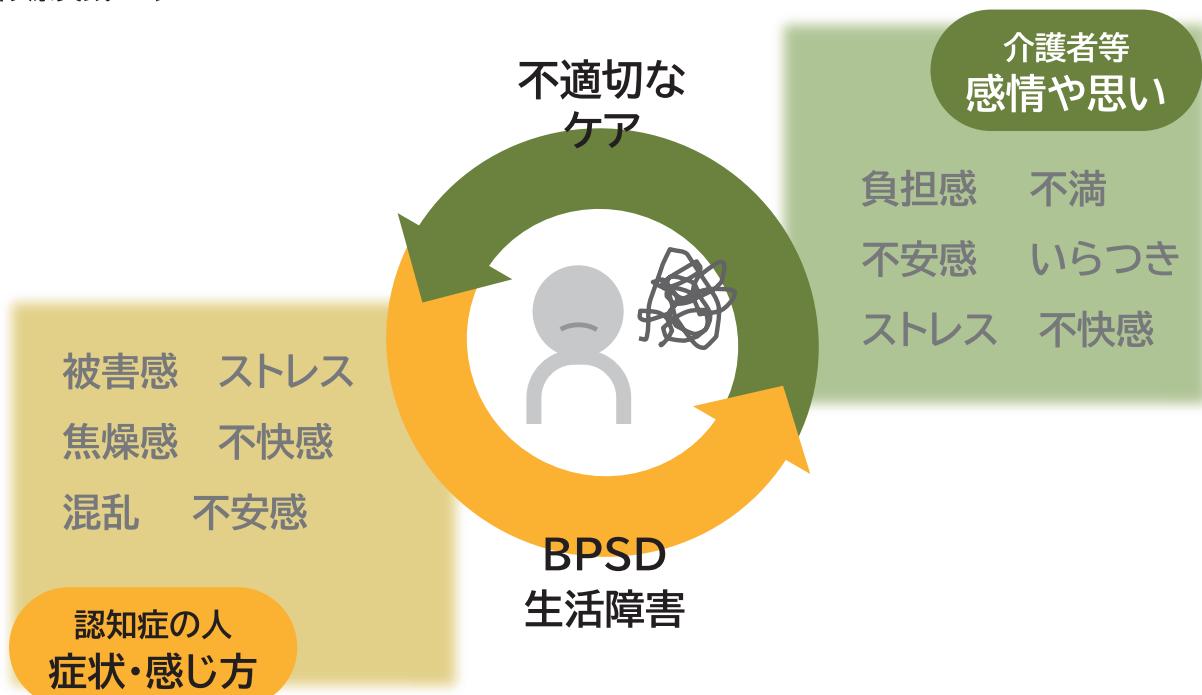
治療期間における視点や姿勢

〔診療実践34〕

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

不適切なケアとBPSDの負の関係

〔診療実践35〕



加藤伸司, 痴呆による行動障害の理解と対応, 高齢者痴呆介護実践講座Ⅱ, p152, 2002, 第一法規出版, 東京を参照して作成

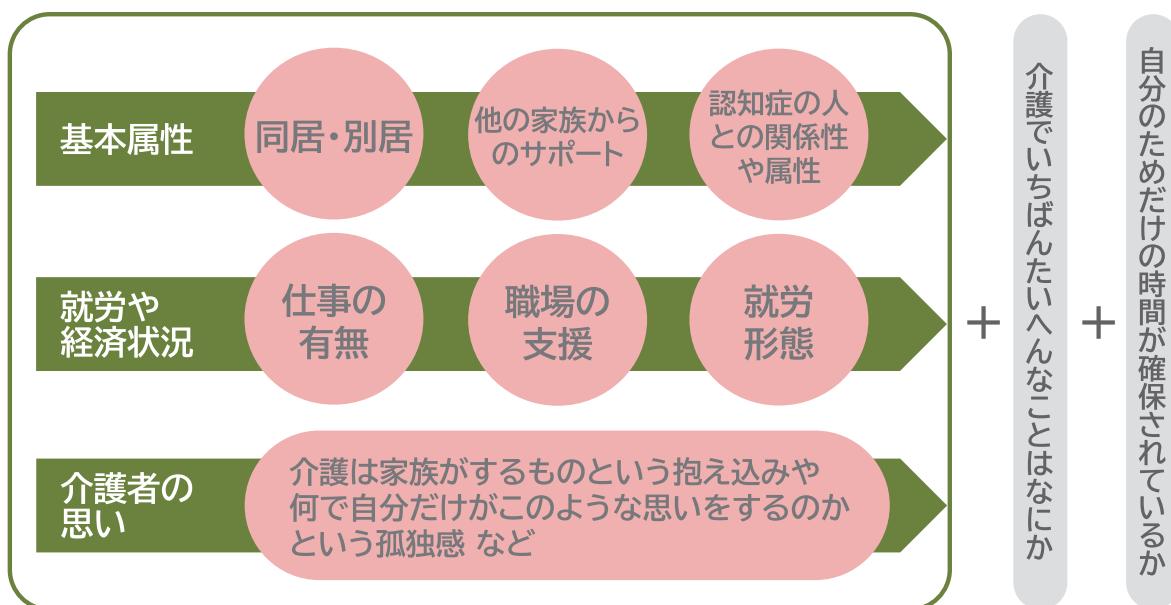
介護者への支援

〔診療実践36〕

- 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

〔診療実践37〕

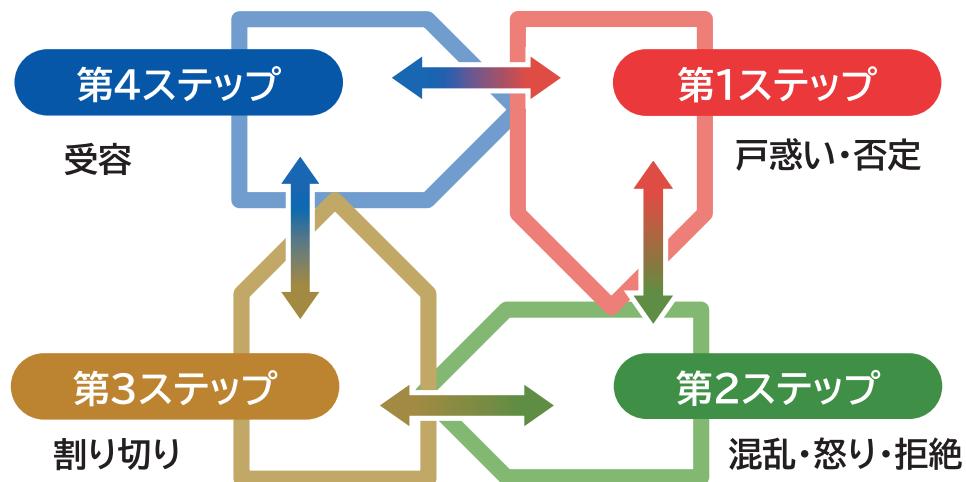


認知症介護研究・研修仙台センター、平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業」
専門職のための認知症の本人と家族が共に生きることを支える手引き、p10
より一部改変

認知症の人の家族の心理的な変化

[診療実践38]

家族介護者の4つの心理的ステップ



- 何度か「受容」したようにみえても、再び新たな認知症の人の症状や出来事に直面するたびに「戸惑い」や「怒り」と「受容」の間を行き来する
- 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

公益社団法人 認知症の人と家族の会ホームページ、杉山孝博副代表理事「介護者のたどる4つの心理的ステップ」を参照して作成

介護者の認知症本人に対する望まれる姿勢・態度

[診療実践39]

- 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してやる
- 障害に向かい合うことを強いない
- 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 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)、高齢者に対する適切な医療提供に関する研究
(H22-長寿-指定-009) 研究班、「高齢者に対する適切な医療提供の指針」
を参照して作成

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、本人の意思表明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、薬物療法と非薬物的対応を組み合わせて行う
- 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

鳥羽研二、日本老年医学会ニュースレター「第1回認知症の医療と介護 総合的機能評価の観点から」
より抜粋（一部修正）

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

- 認知症の人の“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

バリデーション療法

- 認知症の人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ことで、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

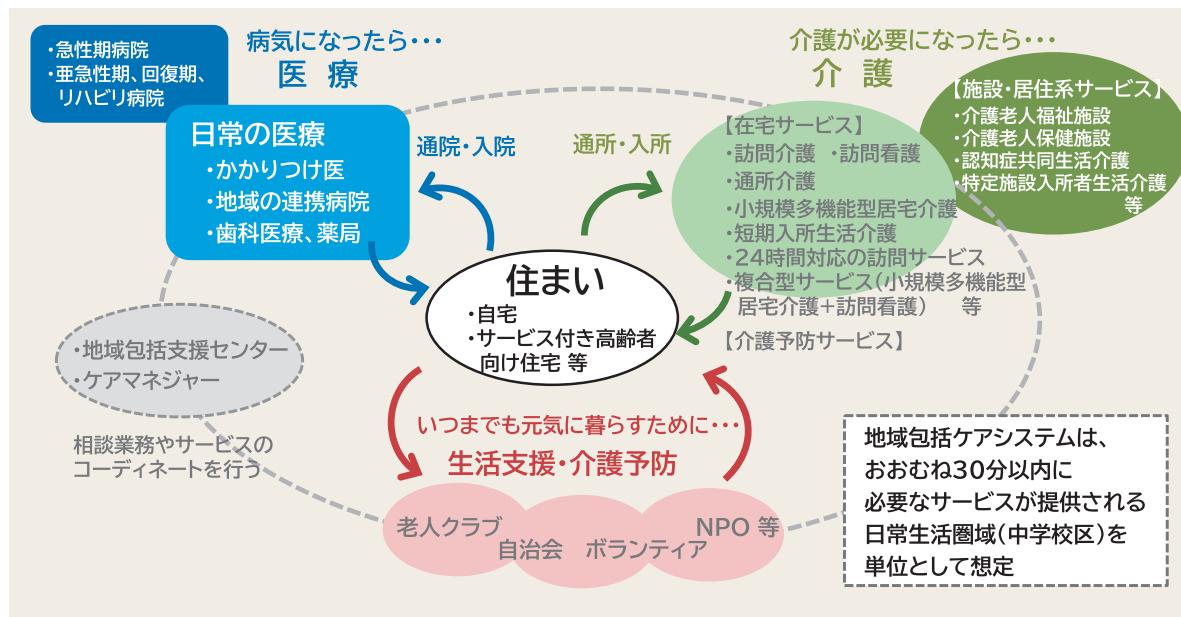
〔地域実践5〕

- 認知症の人の特性を理解し、現存する心身の能力を活かしながら、本来の本人らしさをなるべく保つ
- 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



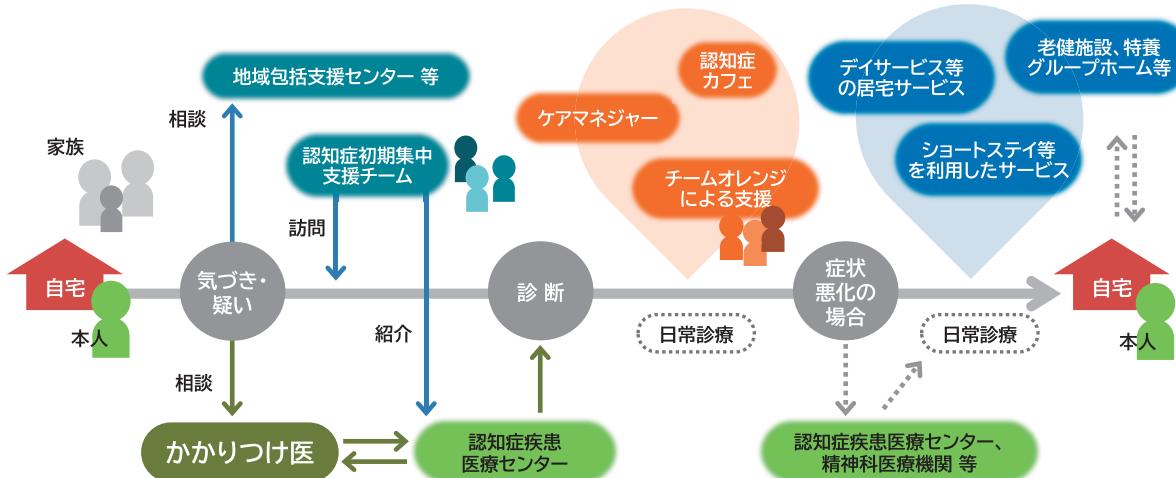
市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る

認知症ケアパス

[地域実践8]

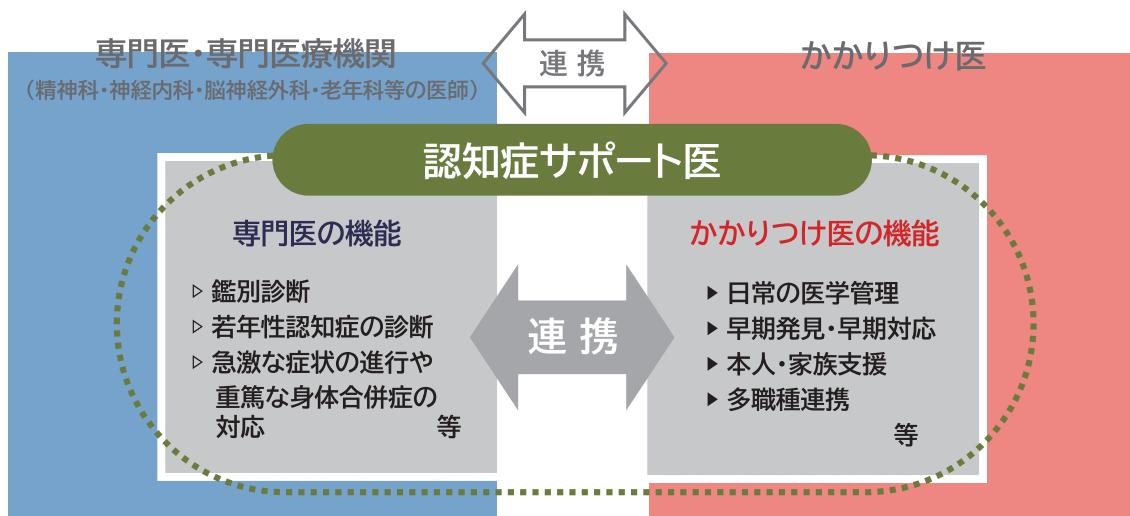
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』（認知症施策推進大綱）

認知症ケアパスのイメージ(一例)



認知症サポート医

[地域実践9]



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の連携作り
- ③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

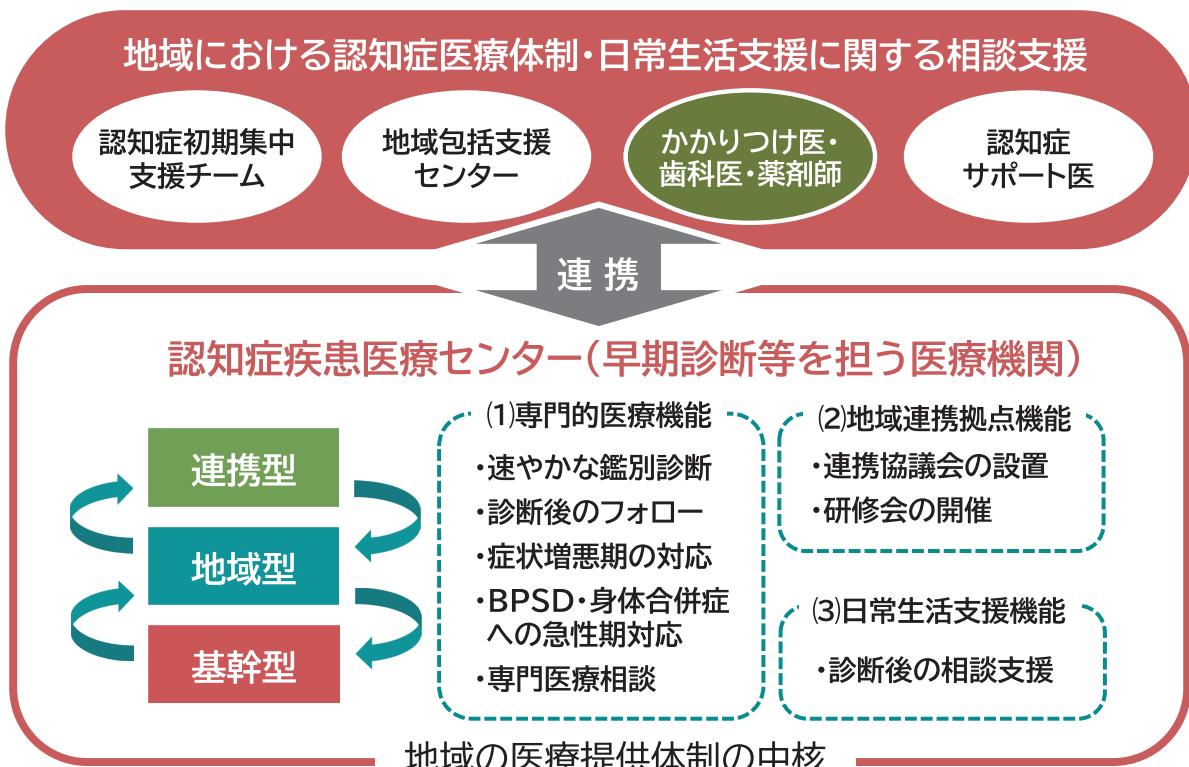
専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

[地域実践10]

- 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、实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)

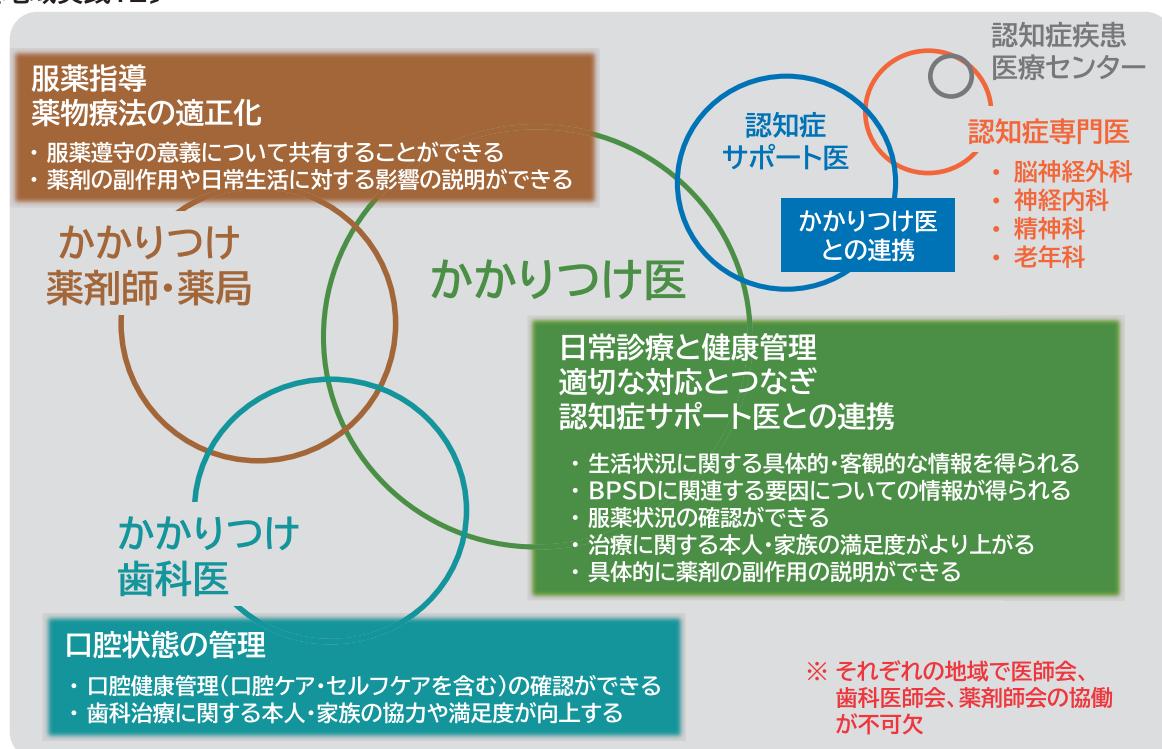
認知症疾医療センター

[地域実践11]



認知症医療連携のイメージと意義

[地域実践12]



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

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に、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

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

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）		
■ 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。		
	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

※1・2の改定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

※3) 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

※4) 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専属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。

※5) ⅠとⅡは併算定不可。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け入れ加算（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け入れ加算（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け入れ加算（介護療養型医療施設、介護医療院）
 →若年性認知症患者を受け入れ、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－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－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人に、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に開催

◆ 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－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－介護給付費分科会

第222回 (R5.8.30) 資料 1

令和5年法律第65号
令和5年6月14日成立

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～

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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 認知症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。
- 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。
- 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、基本理念にのっとり、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が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】
・認知症の人が生きか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見方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

介護保険サービス

[地域実践13]

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
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(グループホーム) など

【特徴】

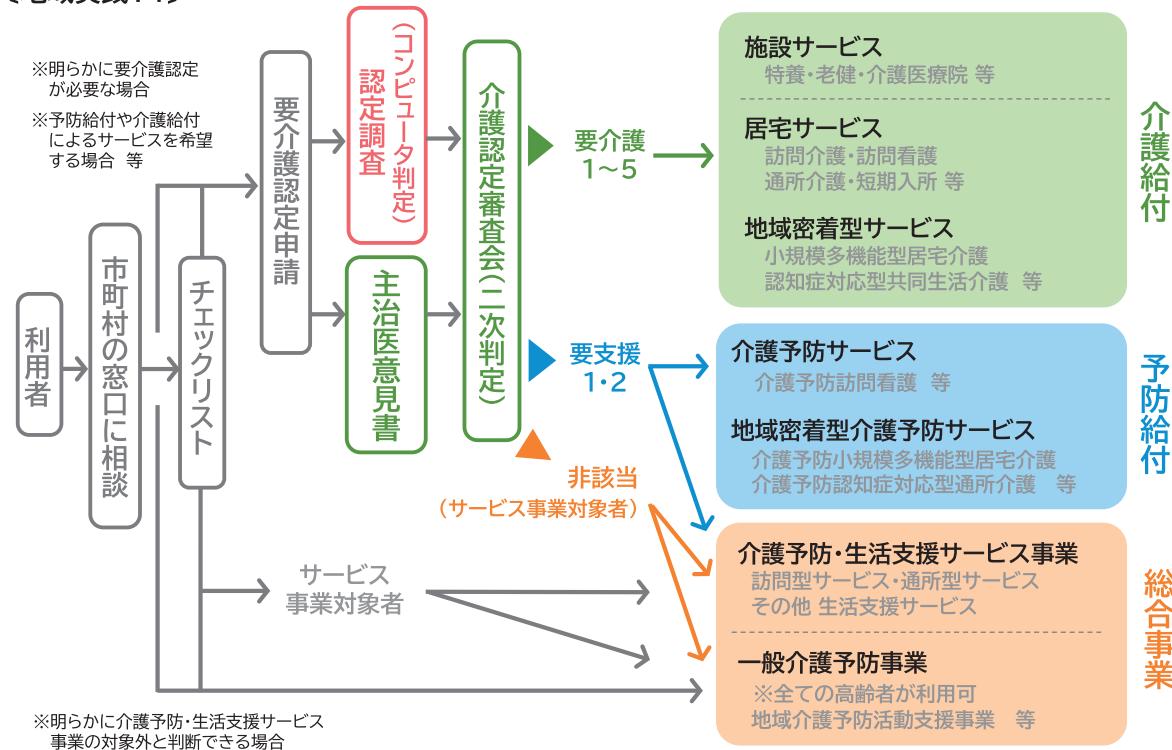
- ◎ 市区町村長が事業者の指定・指導監督
- ◎ 原則、市区町村の被保険者が利用可能
- ◎ 住民に身近な生活圏域単位で整備
- ◎ 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

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～)

介護サービスの利用の流れ

[地域実践14]



主治医意見書の役割

[地域実践15]

● 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、具体的な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16]

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17]

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・ 歩き回り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・ とりつくろいのために正常にみられる

多職種連携と情報共有

[地域実践18]

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19]

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
 - * 特に独居の認知症の人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

地域の多職種の主な役割

[地域実践20]

- ◎日々の健康状態の把握
- ◎本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
- ◎本人の主体性の保持、自己決定の支援
- ◎家族の介護負担感、健康状態などの把握など

- ◎介護予防・日常生活支援総合事業の対象者及び要支援者アセスメントやマネジメント、ケアプランづくり
- ◎ケアチームをコーディネート、総合相談、個別相談、困難事例等対応、虐待対応等の権利擁護など

- ◎歯科口腔疾患に対する治療と指導、意思決定支援
- ◎口腔健康管理(認知症があることによって変化する口腔機能や口腔衛生状態、摂食嚥下機能への対応)
- ◎歯科口腔疾患に関する二次医療機関等との連携・受療支援など

- ◎身体疾患に対する治療
- ◎認知症の症状やせん妄への対応
- ◎認知症の人とその家族に対する適切な情報提供と意思決定支援など

かかりつけ医

- ◎基本的動作能力の回復
- ◎応用的動作能力、社会的適応能力の回復
- ◎言語聴覚能力の回復
- ◎日常生活活動や社会参加機能の評価情報の提供など

(訪問)看護師

- ◎食事、排せつ、入浴、身支度など身体・心理等の状況に合わせた日常生活的ケアの提供
- ◎生活中に必要な居心地のよい環境の提供など

ケアマネジャー

歯科医師

薬剤師

本人 家族

- ◎認知機能低下についての薬剤の影響の確認、服薬アドヒアラנסの確認
- ◎服薬指導を含む薬剤管理支援
- ◎薬物療法の効果・副作用の確認など

リハ職(OT、PT等)

相談員(社会福祉士・精神保健福祉士)

- ◎アドボカシー...本人・家族の考え方・気持ちの代弁
- ◎退院計画の支援...退院後の生活設計の支援
- ◎利用可能なフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・仲介など

介護職員(介護福祉士)

介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系

[地域実践21]

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

認知症介護基礎研修

研修の目的

受講要件

認知症介護実践研修の企画立案、介護の質の改善について指導できる者を養成

事業所内のケアチームにおけるリーダーを養成

認知症介護の理念、知識及び技術を修得

・社会福祉士、介護福祉士等の資格を有する者又はこれに準ずる者
・認知症介護実践者研修を修了した者又はそれと同等の能力を有すると都道府県等が認めた者
・地域ケアを推進する役割を担うことが見込まれている者
等のいずれの要件も満たす者

・概ね5年以上の実務経験があり、チームのリーダーになることが予定され、実践者研修を修了して1年以上経過した者

・原則、身体介護に関する知識、技術を修得しており、概ね実務経験2年程度の者

新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識、技能を修得

指導者 養成研修

実践 リーダー 研修

実践者研修

認知症介護実践研修 ステップアップ

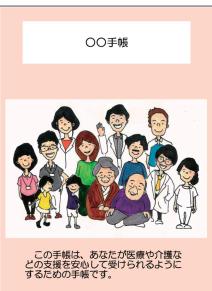
情報共有ツール

[地域実践22]

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、運用



○○手帳

この手帳は、あなたが医療や介護などの支援を安心して受けられるようにするための手帳です。

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

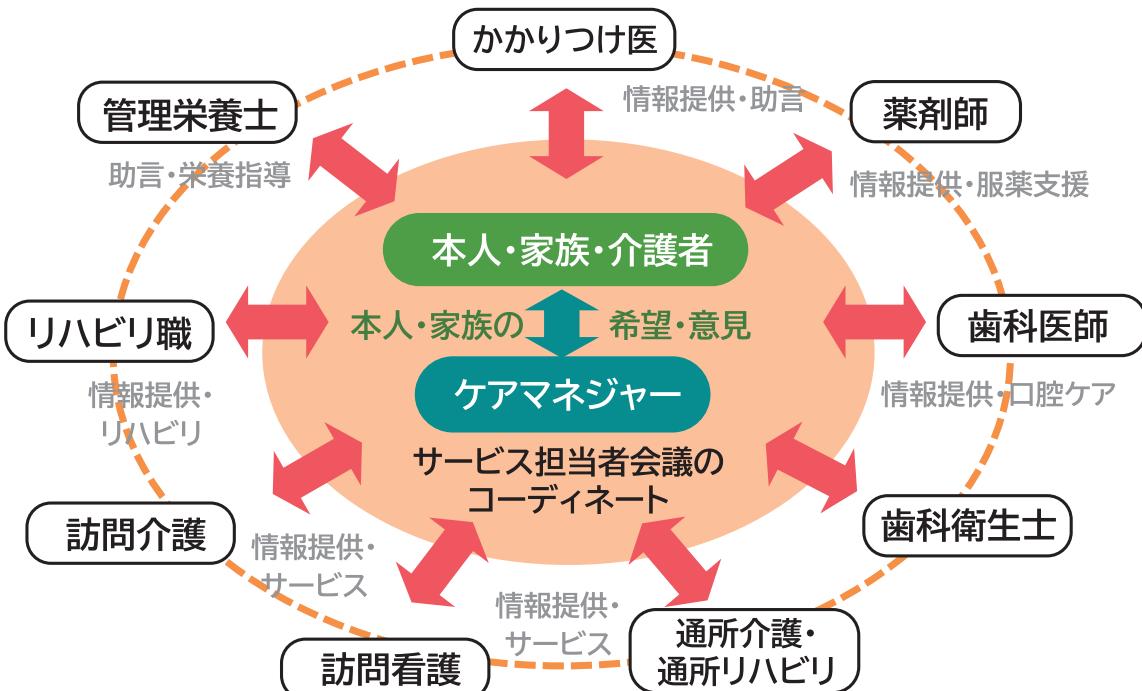
※情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能
<https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/jouhourenkei-all.pdf>

平成27年度老人保健健康増進等事業
「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」報告書

ケアマネジャーと多職種の連携

[地域実践23]

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・ケアマネジャー

[地域実践24]

サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

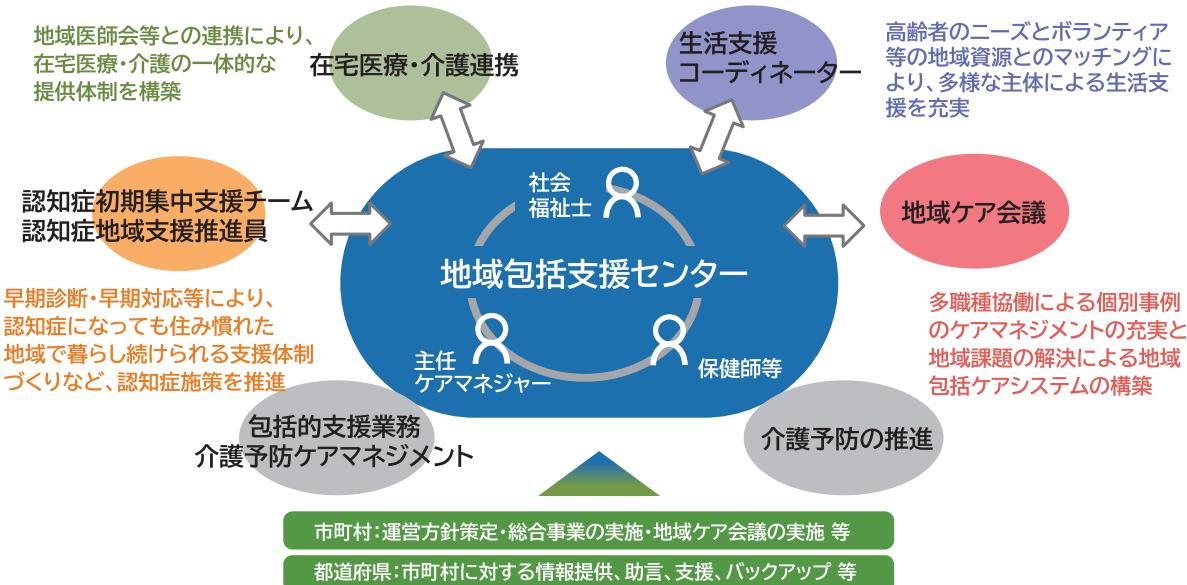
- 通院時や診察時の本人の様子について報告
- 傷病に関する身体状況等の情報提供
- 認知症の病期や重症度、経過などの確認
- 現在の投薬内容、副作用等の注意事項
- 現在、発生の可能性が高い病態とその対応の具体的指示（身体症状やBPSD）
- 日常生活上の医学的な注意事項（特に介護サービス提供時の留意事項）

ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

- 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の悪化時の対応
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへの助言と共通理解
- 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25]



地域包括支援センターの機能強化に向けて

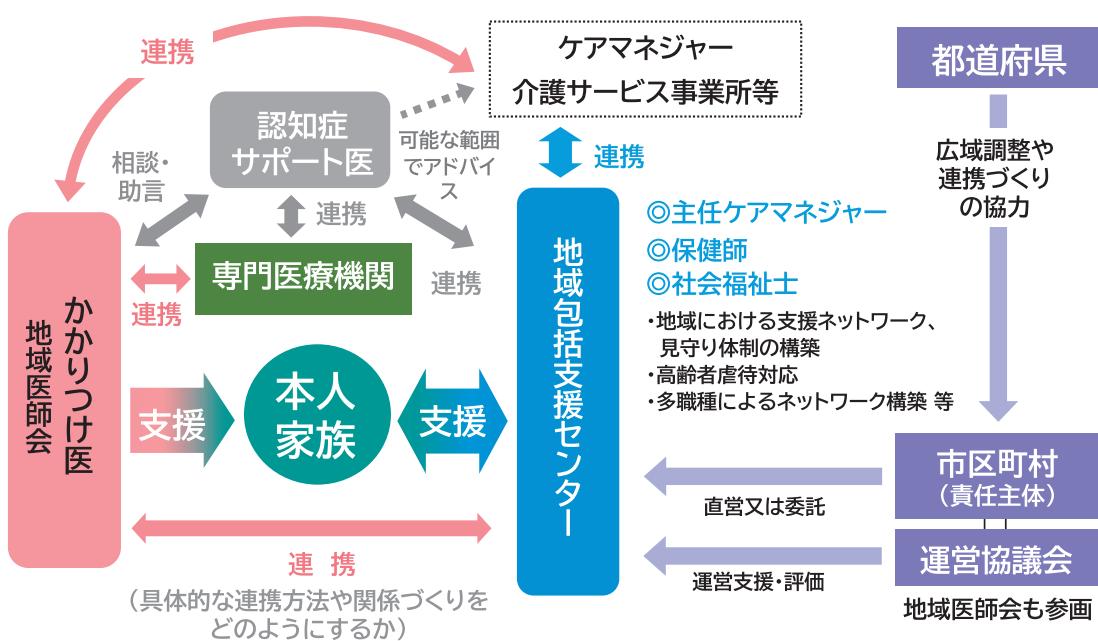
業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化

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

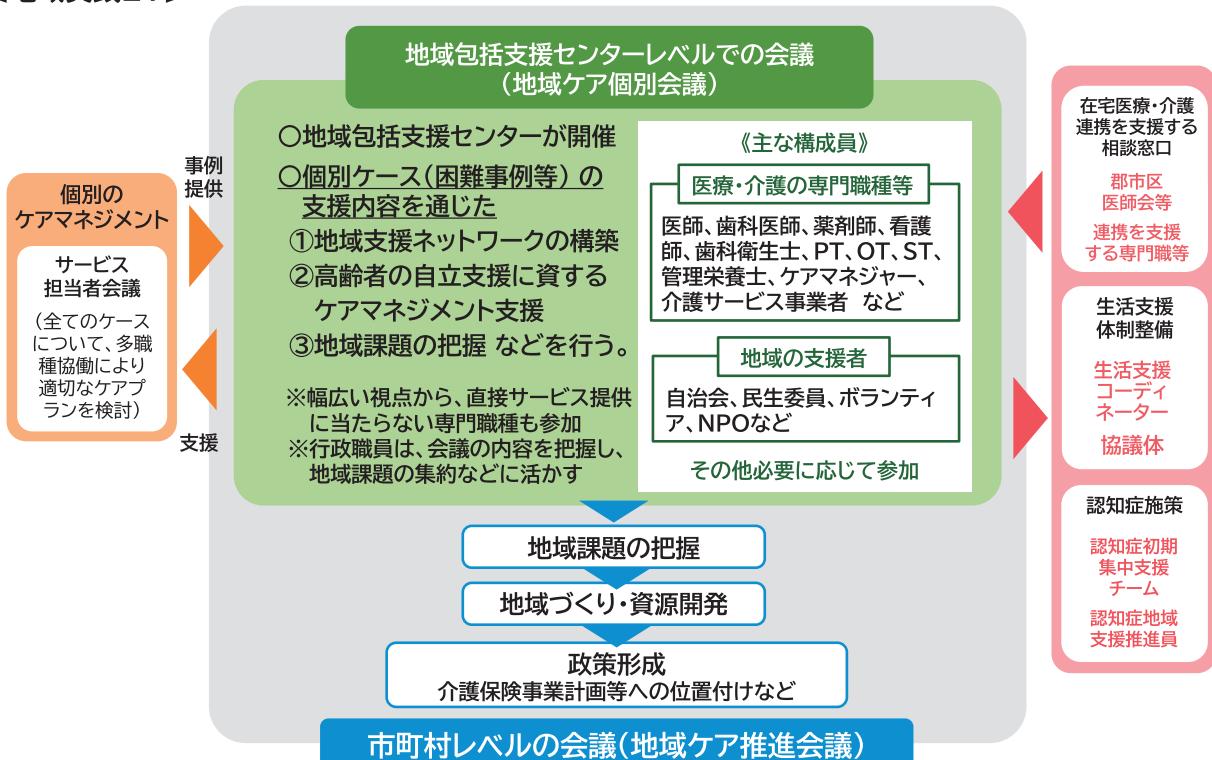
地域包括支援センターとの連携

[地域実践26]



地域ケア会議

[地域実践27]



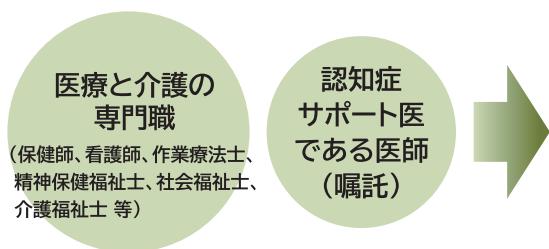
認知症初期集中支援チーム

【地域実践28】

- 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

【支援対象者】

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人

認知症地域支援推進員

【地域実践29】

市町村

協働

認知症地域支援推進員

医療・介護等の支援ネットワーク構築

- 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- 市町村等との協力による、認知症ケアパス(状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ)の作成・普及・点検および活用 等

関係機関と連携した事業の企画・調整

- 認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 「認知症カフェ」等の開設
- 認知症多職種協働研修の実施・支援 等

相談支援・支援体制構築

- 認知症の人や家族等への相談支援
- 「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整
- 認知症の人が相談につながるための支援
- 認知症の人が相談した後の支援

【推進員の要件】

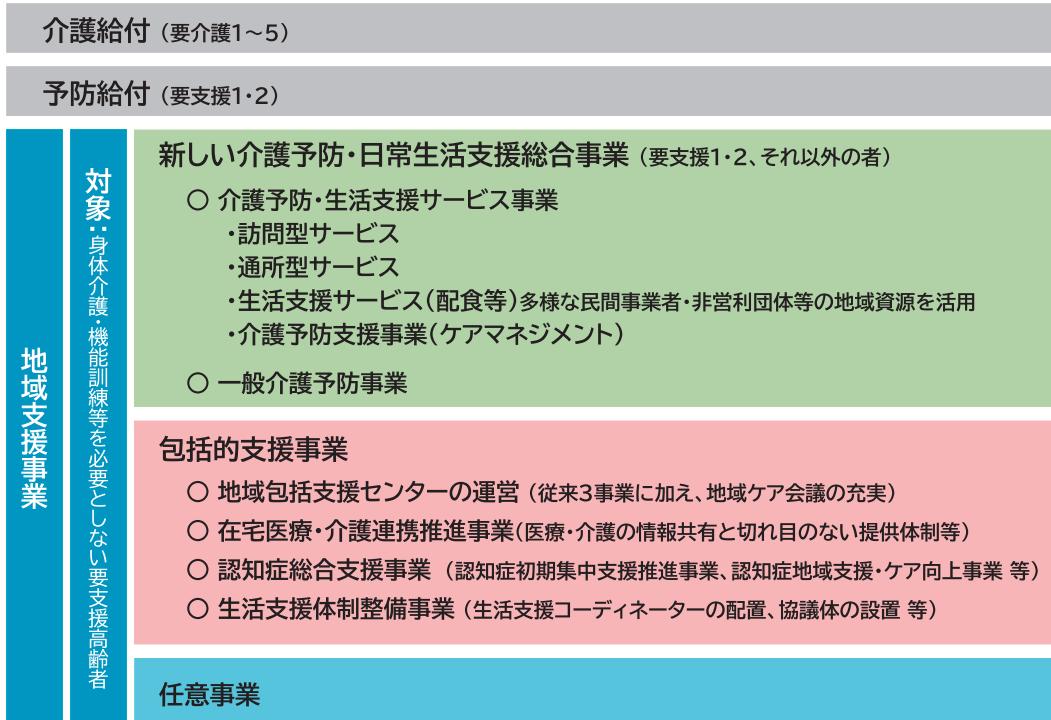
- ① 認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
- ② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 地域包括支援センター
- 市町村本庁
- 認知症疾患医療センター など

予防給付と地域支援事業

[地域実践30]



認知症カフェ・ピア活動

[地域実践31]

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32〕

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
介護者的心身の休息	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・差別に対する啓発	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33〕

【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作り、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34]

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、意思表明支援、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35]

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援

本人が自ら意思決定できるよう支援
意思形成支援、表明支援、実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

意思決定支援チーム会議(話し合い)
◎ 本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人 など
◎ サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
◎ 開催は関係者の誰からの提案も可

プロセスの適切な意思決定

- 理解しやすさ
- 開かれた質問
- 選択肢
- 支援者の態度
- 環境整備
- 時間の余裕

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

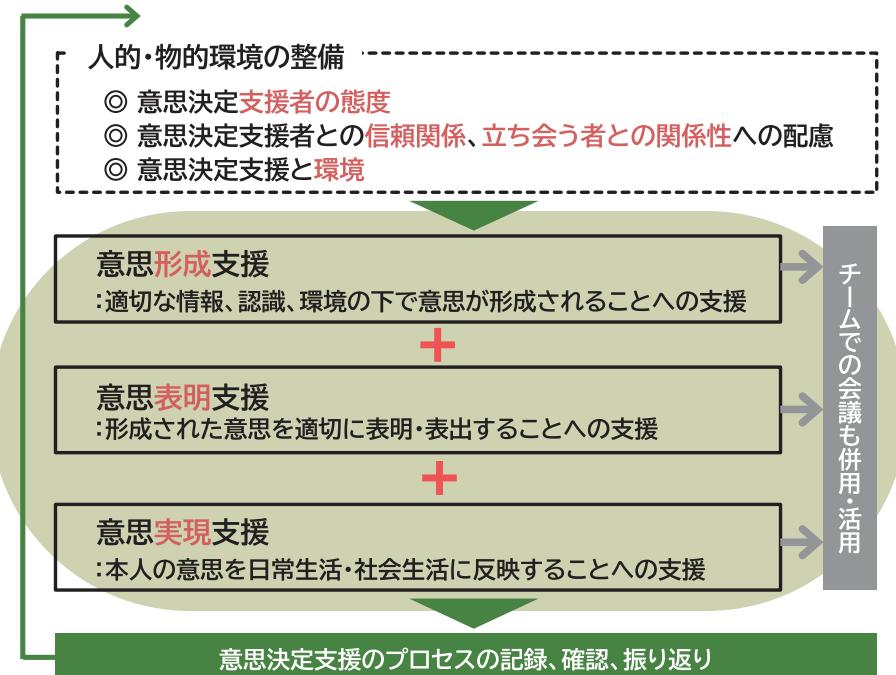
本人の意思の尊重の実現

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

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（平成30年6月）
に一部追記

意思決定支援のプロセス

[地域実践36]



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(平成30年6月)

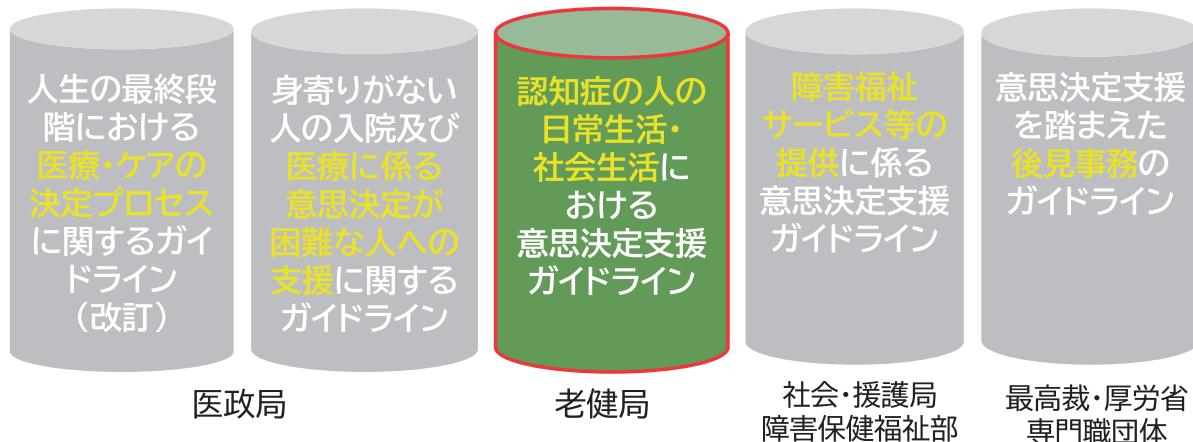
各意思決定支援ガイドライン

[地域実践37]

【意思決定支援ガイドラインの策定等推進の背景】

- 障害者の権利に関する条約
- 成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成28年法律第29号）
- 第2期成年後見制度利用促進基本計画(令和4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38〕

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こと

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(一部抜粋)

成年後見制度利用促進基本計画

〔地域実践39〕

- 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

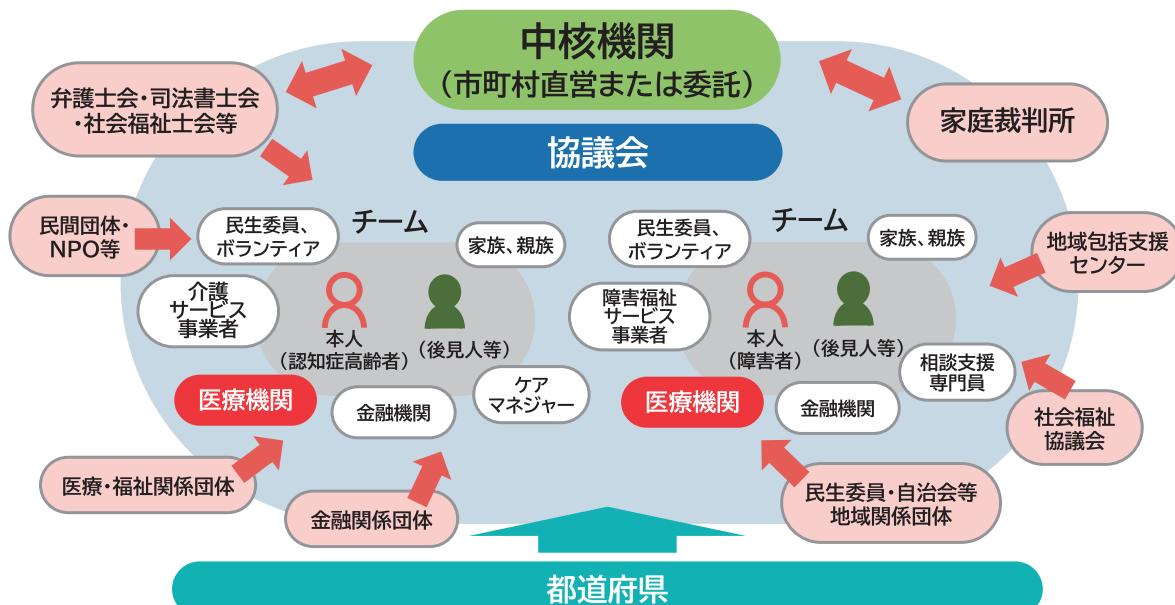
〈計画のポイント〉

- (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40]

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、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

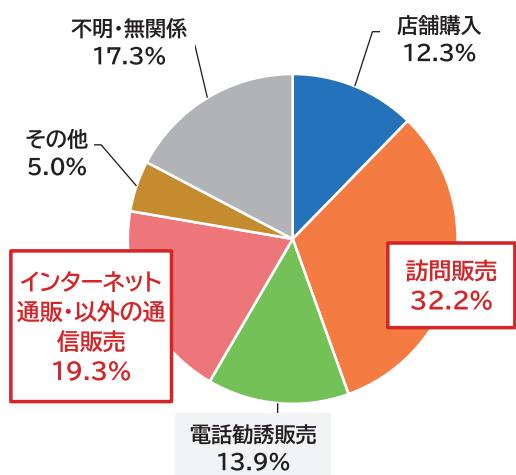


消費者被害の現状

[地域実践41]

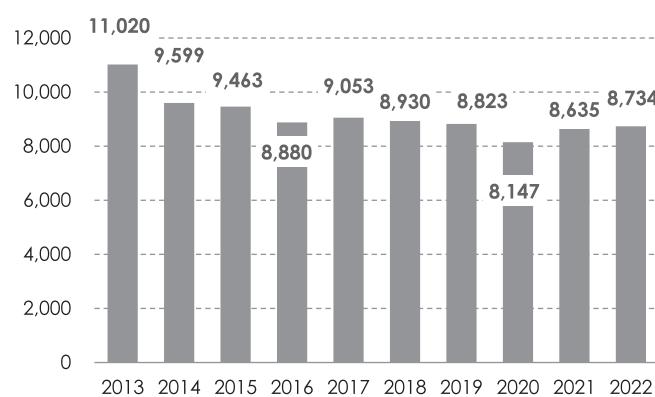
認知症等高齢者の販売購入形態別 消費生活相談割合

- 訪問販売とインターネット通販・以外の通信販売が半数以上



認知症等の高齢者に関する 消費生活相談件数

- 高齢者の相談は全体の約30%
- 相談1件あたりの平均契約購入額 109.1万円
- 約8割で相談者と契約者が異なる



消費者庁「令和5年版消費者白書」
より作成

日常生活自立支援事業と成年後見制度

[地域実践42]

日常生活自立支援事業と成年後見制度は、判断能力が不十分となった場合に利用できる制度であり、下表の内容となっている

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援助、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。
社会福祉協議会が支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

本人の不動産や預貯金などの財産を管理したり、本人の希望や身体の状態、生活の様子等を考慮して、必要な福祉サービスや医療が受けられるよう、契約の締結や支払などを行う

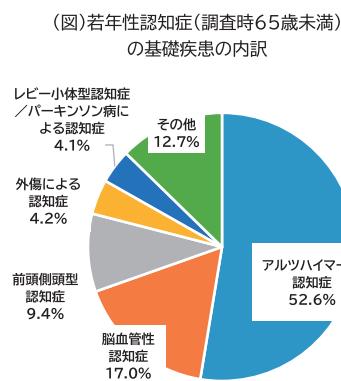
若年性認知症の特徴と現状

[地域実践43]

- 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



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）

若年性認知症の人への支援

[地域実践44]

- 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・社会経済的状態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、かかりつけ医の役割である
- 若年性認知症支援ガイドブック等の配布、都道府県ごとの専門相談窓口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



若年性認知症の人への支援のネットワーク

[地域実践45]

「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

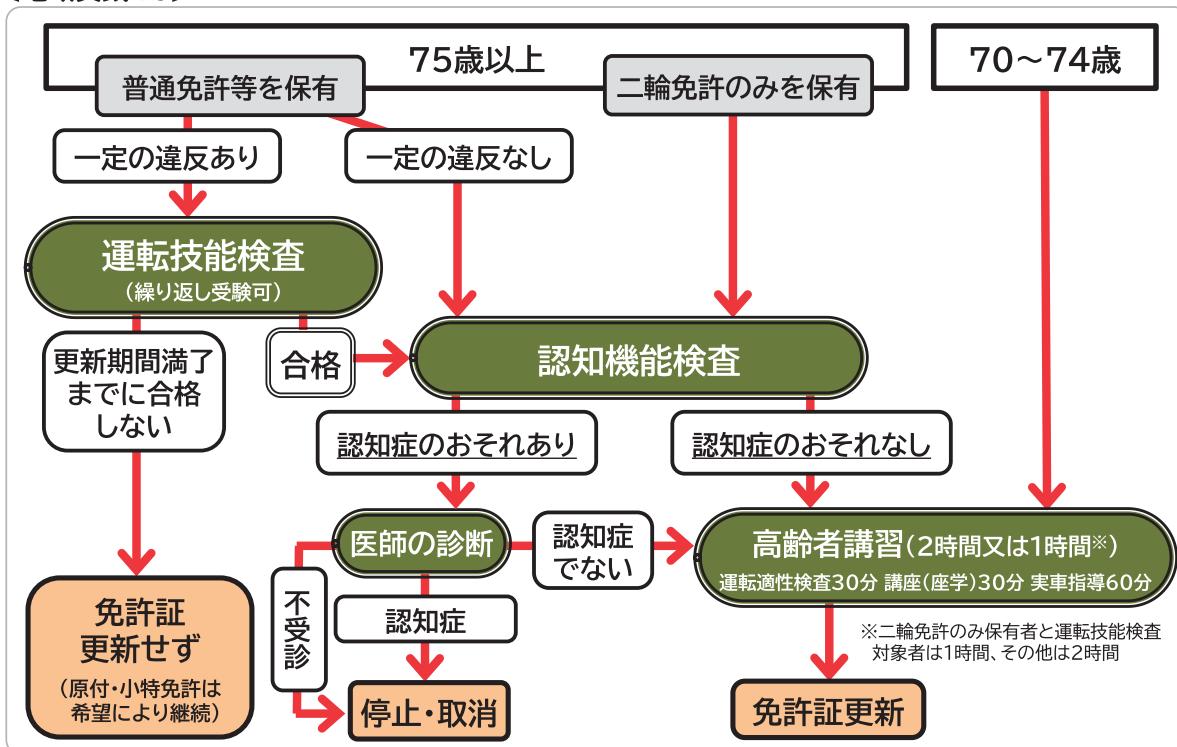
- 若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援
- ① 若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
 - ② 若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
 - ③ 産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知
 - ④ 企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の推進
 - ⑤ 若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知 等



道路交通法の改正後の流れ

[地域実践46]

令和4年5月13日施行

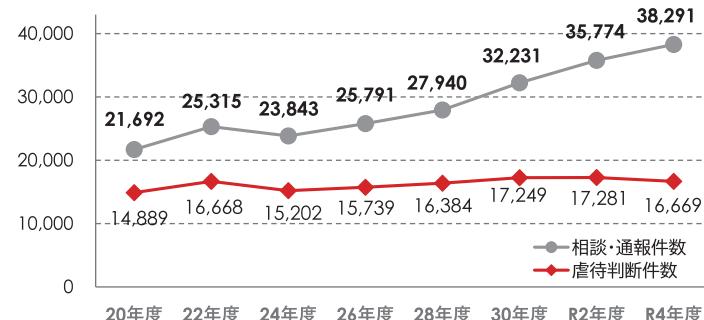


養護者による高齢者虐待の現状

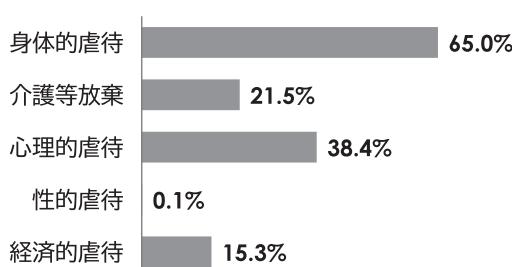
[地域実践47]

- 養護者による高齢者虐待の相談
 - ・通報は年々増加、虐待判断は1.6万件前後で推移している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」「経済的虐待」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)で最重度4の割合が高い

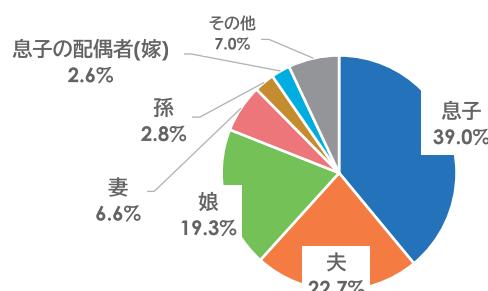
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類の割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



令和4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より作成

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

〔地域実践48〕

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

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50〕

- 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、フォー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**

私たちちは、認知症とともに暮らしています。
日々いろんなことが起き、不安や心配はつきませんが、
いろいろな可能性があることも見えてきました。
一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、
希望を持って自分らしく暮らし続けたい。
次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、
いい人生を送ってほしい。
私たちは、自分たちの体験と意志をもとに
「認知症とともに生きる希望宣言」をします。
この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、
そしてよりよい社会を一緒につくりていこうという
人の輪が広がることを願っています。

『認知症とともに生きる希望宣言』より

日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG) ホームページ(<http://www.jdwg.org/statement/>)
を参照して作成





国民のみなさまへのメッセージ

私たちからの5つの約束



私たち介護支援専門員は、あなたらしい生活を応援します
私たち介護支援専門員は、災害時や感染症禍の中でも支援を止めません

私たち介護支援専門員は、人生の最終段階までの伴奏者です
私たち介護支援専門員は、身近で相談しやすい存在です
私たち介護支援専門員は、常に質の向上をはかります



全文は当協会ホームページに掲載しています

©Japan Care Manager Association

61



ご清聴ありがとうございました。

MEMO