

福岡県医発第 1871 号 (地)
平成 20 年 12 月 5 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公印省略)

『福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修』の資料の送付について

平成 20 年 11 月 30 日 (日) に開催いたしました『福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修』の資料をご参考までにお送りいたします。

なお、当該研修の録画映像は、本会ホームページ「ビデオライブラリ」にて視聴できますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事	名取一幸
地域保健副担当理事	毛利康茂
生涯教育担当理事	永田正和
会長	丸山 泉

福岡県かかりつけ医認知症 対応力向上研修

平成20年11月30日

福岡県・福岡県医師会・福岡市

福岡県かかりつけ医認知症対応力向上研修

平成20年11月30日(日) 10:00

1. 開 会

2. 挨拶

3. 福岡県における認知症支援体制について

福岡県保健医療介護部高齢者支援課

4. 研 修

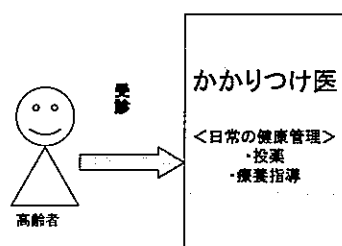
	研 修 内 容	講 師 (予定)
I「基礎知識」編 10:30 ～11:30	・ 家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化 ・ 認知症の考え方 (DSM) ・ 認知症の中核症状と周辺症状 ・ アルツハイマー型認知症の典型例の経過 など	福岡県医師会 理事 大橋 輝明
II「診断」編 11:30 ～12:30	・ 認知症初期の発見のポイント ・ 中核症状のアセスメント (質問式) ・ 認知症の原因疾患の同定の手順 など	雁の巣病院 副院長 鹿井 博文
昼 休 み 12:30～13:30		
III「治療とケア」編 13:30 ～14:30	・ 早期発見・早期治療の意義 ・ 認知症患者・家族への対応や支援のあり方 ・ アルツハイマー型認知症への薬物療法 ・ 周辺症状に対する薬物療法と非薬物療法 など	福岡県医師会 理事 瀬戸 裕司
IV「連携」編 14:30 ～15:30	・ 主治医意見書の役割 ・ かかりつけ医とケアマネージャーとの連携 ・ 認知症高齢者ケアの基本 など	福岡県医師会 常任理事 山内 孝
V「権利擁護」編 15:30 ～16:00	・ 認知症患者を取り巻く人権問題について など	地域包括支援センター 門司3 社会福祉士 篠原 博幸

5. 閉 会

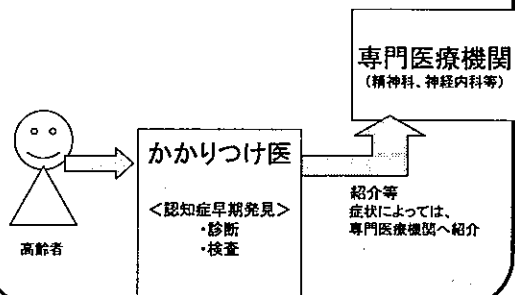
認知症高齢者を支える 医療と介護の 連携体制について

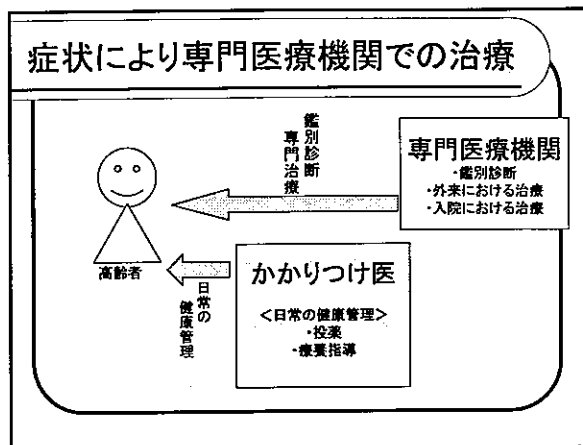
平成20年11月30日(日)
福岡県高齢者支援課

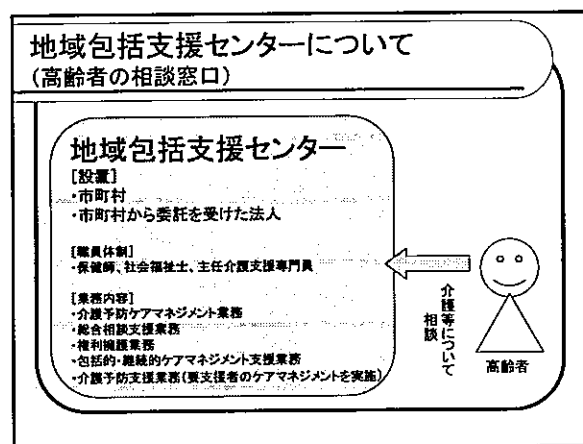
高齢者の日常の健康管理

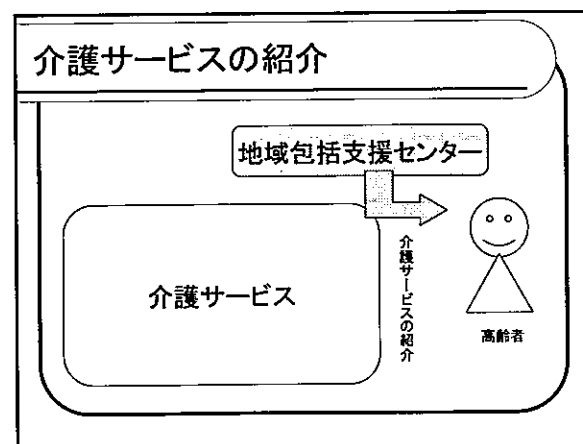


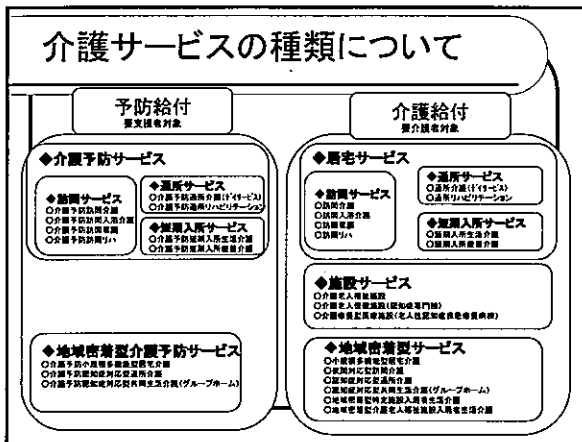
認知症の早期発見

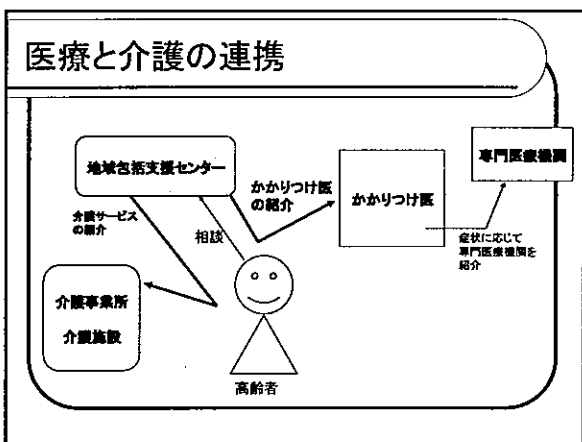


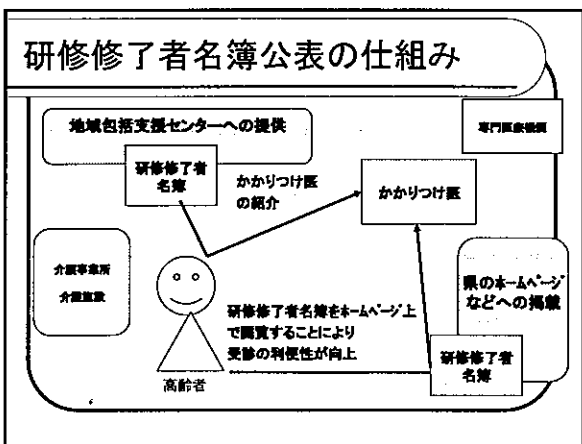












「研修修了者名簿の公表について」
提出のお願い

拡大

かきぞつ付国語知能開発力向上研修
研修修了者名簿の公表について

記入例(同意部分を拡大)

研修修了者名簿の公表に

例
「地域包括支援センターへの
名簿提供」のみに
同意する場合

①同意する

ア)地域包括支援センターへの名簿提供による公表

イ)県および市町村ホームページへの掲載による公表

②同意しない

氏名等も記入願います。

最後に
「氏名」、「勤務先」
等の記入を
お願いします

かきぞつ付国語知能開発力向上研修
研修修了者名簿の公表について

提出先

福岡県
医師会館にて
受講の方

本日の研修終了後、
「研修室」出口に回収ボックスを準備
していますので、
そちらへご提出願います。

都市
医師会館にて
受講の方

福岡県医師会本部へご郵送願います。

〒812-8551
福岡市博多区博多駅南2-9-30
社団法人 福岡県医師会
地域医療課

最後に

皆様の
ご理解とご協力を
よろしく
お願いいたします。



基礎知識編

かかりつけ医 認知症対応力向上研修

かかりつけ医認知症対応力向上研修

研修の目的

- 認知症の早期発見、早期対応の意義とかかりつけ医としての自分自身の役割を考察する
- 認知症高齢者と家族から話や悩みを聞く姿勢を身につける
- 認知症診断を適切に行うための知識を習得する

かかりつけ医認知症対応力向上研修

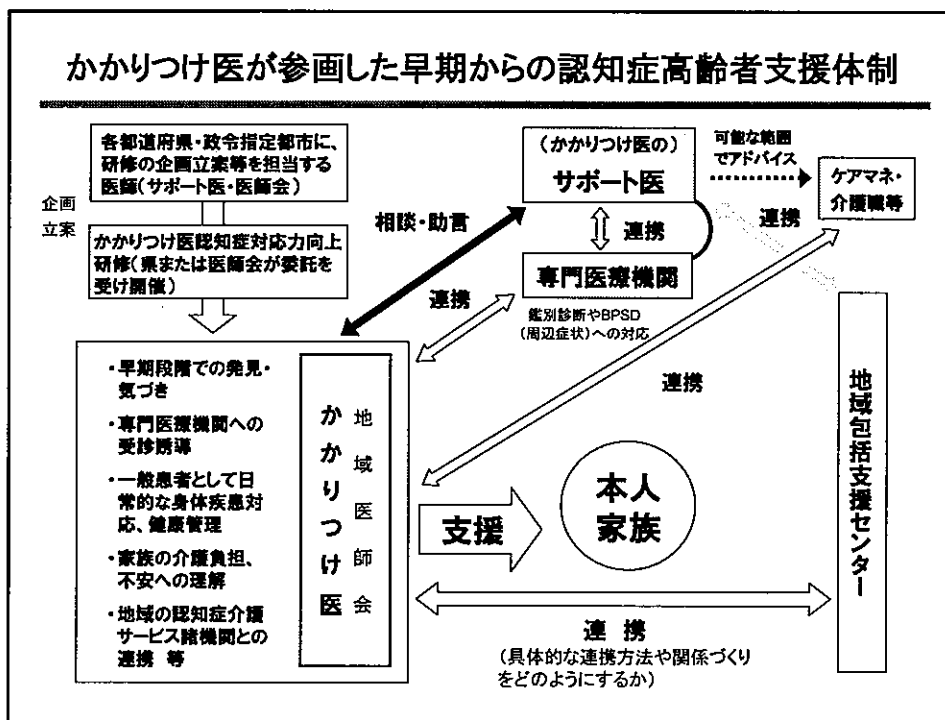
研修カリキュラム

1. 基本知識 編

2. 診斷編

3. 治療とケア 編

4. 連携編



第1編 基本知識

ねらい：認知症の早期発見・診断及び早期対応に
おける かかりつけ医の役割を考察する

到達目標：

- ①認知症とはどういうものか、患者・家族にある程度説明
することができる
- ②認知症の考え方、中核症状と周辺症状、原因疾患、鑑
別すべき疾患・状態について、ある程度説明することが
できる
- ③アルツハイマー型認知症の病態、一般的な経過、及び
今後の見通しについて、患者・家族にある程度説明する
ことができる

<基本-2>

家族の初診時の受診理由①

(N=241、複数回答)

以前からのもの忘れに加えて、夜騒ぐ、怒りっぽい、暴力、徘徊、不潔な行為などが見られるようになった	42.7%
以前からのもの忘れに加えて、物が盗まれる、家族がいじめる、誰か見知らぬ人が来ているなどと言う	34.9%
いつもの病気をみているときに、医師からぼけを指摘された	15.8%
以前からもの忘れはあったが、最近日常生活で混乱や失敗が目立ってきたため	7.9%
世話の方法や、これから先どうしていいかわからず、医師に相談した	6.6%

神奈川県医師会「平成3年度老人性痴呆疾患対策システム化調査研究事業報告書」より

<基本-3>

家族の初診時の受診理由②

(N=241、複数回答)

世話を今後、続けていくことが困難になったため、入院できる病院を紹介してほしかった	5.8%
ほけ症状があることはわかっていたが、最近ひどくなったため	4.6%
最近ものの忘れが見られるようになったので、ほけを心配して受診した	3.7%
保健所や他の相談機関で受診を勧められたため	3.3%
以前よりも、元気が無くなり、閉じこもることが多くなったため	2.5%
その他	18.7%
回答なし	17.8%

神奈川県医師会「平成3年度老人性痴呆疾患対策システム化調査研究事業報告書」より

<基本-4>

認知症サポーター100万人キャラバン

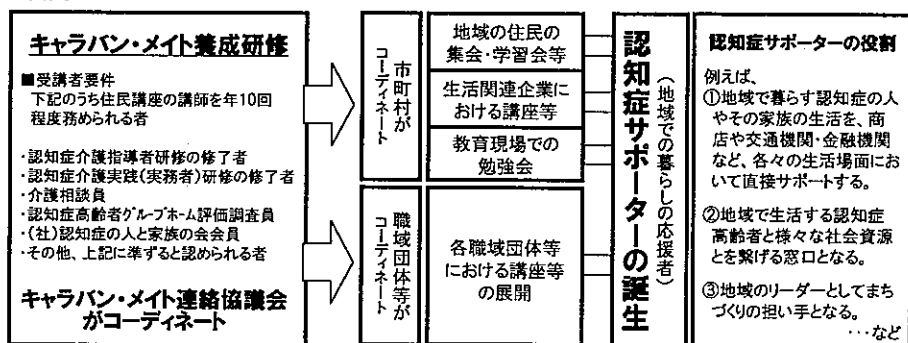
〇目的

認知症を理解し、地域の中で、認知症の人や家族を見守り、支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する。

〇展開方法

認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域や職域の集まりや学校などに出向いて認知症に関するミニ学習会を開催し、地域の認知症サポーターを育成

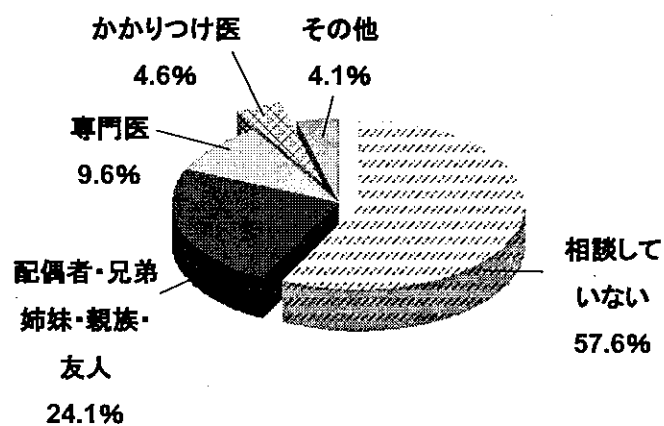
展開イメージ



<基本-5>

身近な人の認知症を一番最初に相談した相手

(N=675)

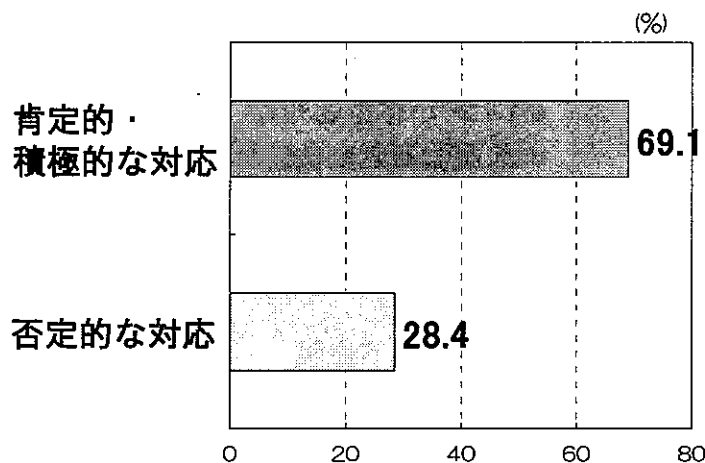


(本間、老年精神医学雑誌投稿中、2008)

<基本-6>

初診時の医師の対応

(受診経験者:N=81/331)



本間昭:老年精神医学雑誌 2003; 14: 573-591.

<基本-7>

認知症を呈する疾患

変性疾患	アルツハイマー型認知症、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症、皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺 など
脳血管障害	血管性認知症、Binswanger病、脳アミロイドアンギオパシー、CADASIL など
感染症	脳炎、進行麻痺、エイズ脳症、プリオン病 など
腫瘍	脳腫瘍
中枢免疫疾患	神経ベーチェット、多発性硬化症 など
外傷	慢性硬膜下血腫、外傷性脳出血
髄液循環障害	正常圧水頭症
内分泌障害	甲状腺機能低下症
中毒、栄養障害	アルコール依存症・ビタミン欠乏 など

<基本-8>

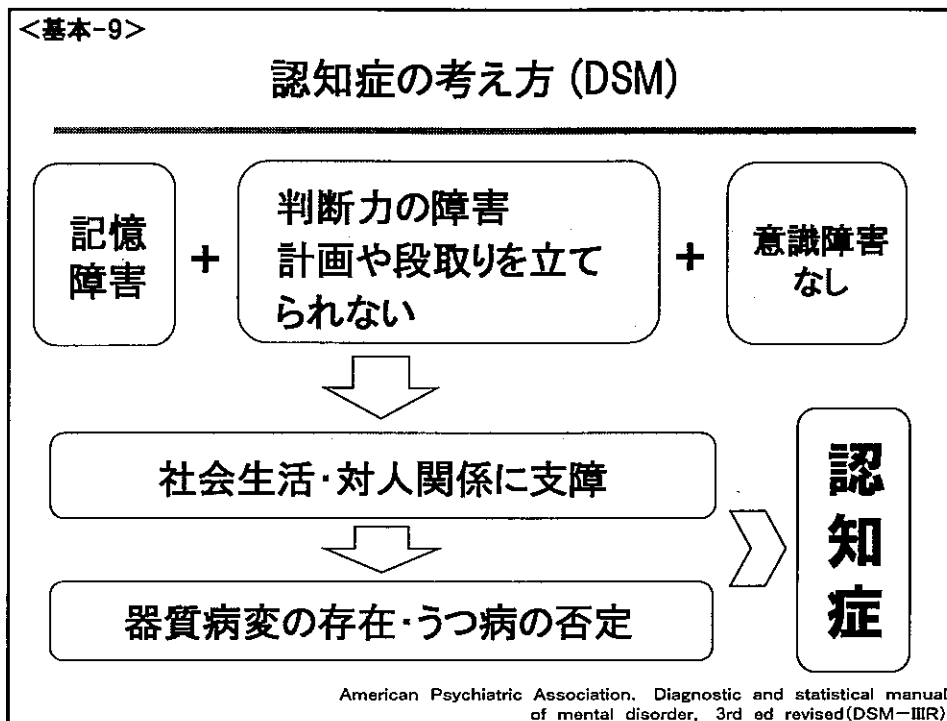
認知症を呈する主要な疾患

代表的な疾患

- アルツハイマー型認知症
- 血管性認知症
- レビー小体型認知症
- 前頭側頭葉変性症
- その他の認知症

可逆性の疾患

- 甲状腺機能低下症
- 慢性硬膜下血腫
- 正常圧水頭症
- ビタミン欠乏症



<基本-10>

家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化

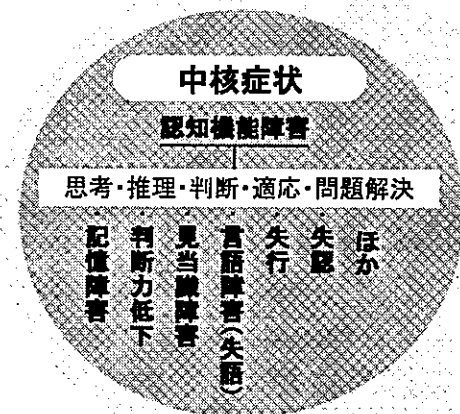
- 同じことを何回も言ったり聞いたりする (N=123)
- 財布を盗まれたと言う
- だらしなくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起き出して騒いだ
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

東京都福祉局「高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査報告書」1995より

<基本-11>

認知症の中核症状と周辺症状

生活機能の障害



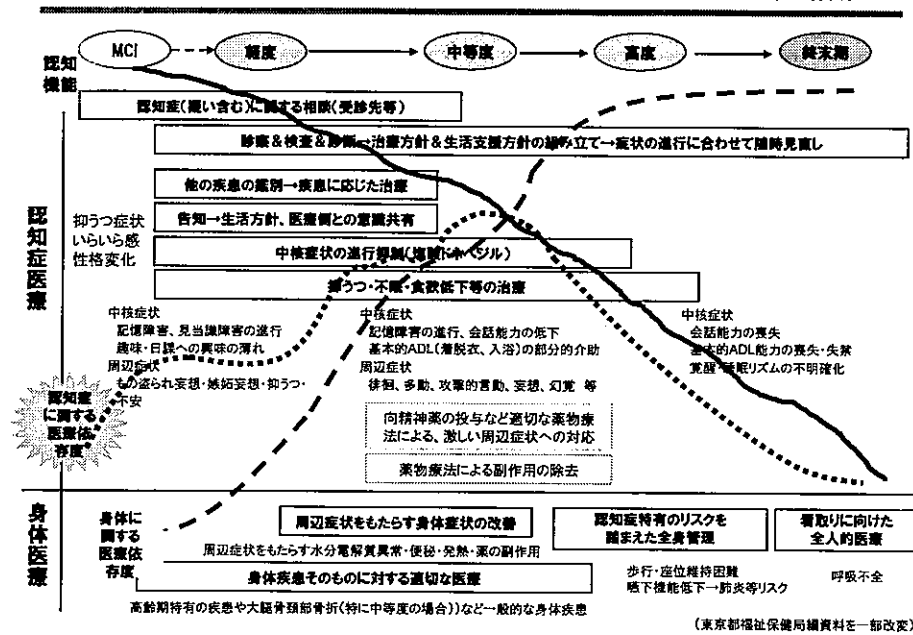
周辺症状

- せん妄
- 抑うつ
- 興奮
- 徘徊
- 睡眠障害
- 妄想
- ほか

<基本-12>

認知症の経過と医療依存度

(アルツハイマー病等
変性疾患の場合)



<基本-13>

軽度認知機能障害
MCI (mild cognitive impairment)

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

Petersen RC et al Arch Neurol 2001

<基本-14>

認知症と間違えられやすい状態

- 加齢に伴うもの忘れ
- うつ病(仮性認知症)
- せん妄

<基本-15>

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて 判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったということがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
作話はみられない	しばしば作話がみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われたときに一かかりつけ医のための痴呆の手引き」1999より引用・改変

<基本-17>

うつ状態とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	うつ状態	アルツハイマー型認知症
発 症	週か月単位、 何らかの契機	緩徐
もの忘れの 訴え方	強調する	自覚がない、自覚あっても 生活に支障ない
答え方	否定的答え (わからない)	作話、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

<基本-18>

せん妄と認知症の臨床的特徴

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

<基本-19>

DSM-IV-TR(米国精神医学会診断統計便覧第4版)
によるアルツハイマー型認知症の診断基準

- A) 記憶を含む複数の認知機能障害
- B) 社会的・職業的な機能の障害/病前の機能の著しい低下
- C) ゆるやかな発症と持続的な認知機能の低下
- D) A)の障害が下記によらない
 - 1.中枢神経系疾患(脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍)
 - 2.全身性疾患(甲状腺機能低下症、VB12/葉酸/ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症)
 - 3.物質誘発性の疾患
- E) せん妄の経過中にのみ現れるものではない
- F) 障害が他の第1軸の疾患では説明されない
 - 大うつ病性障害、統合失調症など

<基本-20>

アルツハイマー型認知症の症例

73歳 女性

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもののしまい忘れがめだつようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。結婚した娘のところは何度も電話してくるが、前にかけてきたことを覚えていない。買い物へはいくが、同じものを大量に買ってきてしまい冷蔵庫内で腐らせてしまう。料理もレパートリーが減り3日続けて同じ料理を作った。好きで通っていた書道教室へ最近いろいろ理由をつけていかなかった。

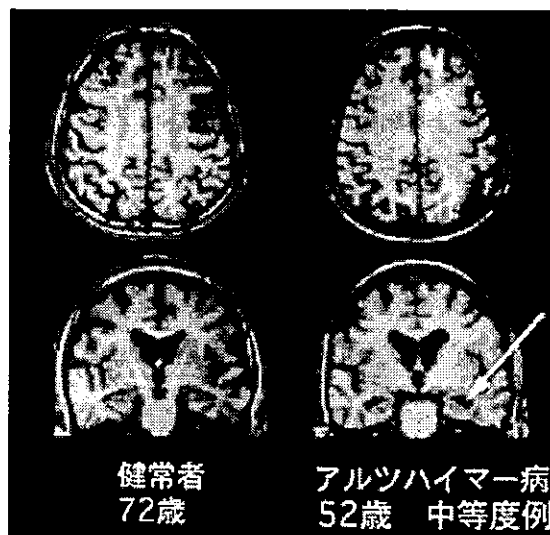
MMSE 23/30 (時間の見当識 1/5 場所の見当識 5/5 記銘 3/3 集中・計算 5/5 再生 0/3 言語 8/8 構成 1/1)

今日は何月の何日ですか？

何月でしたっけ。夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見ていなかったものですからと言いつける。

<基本-21>

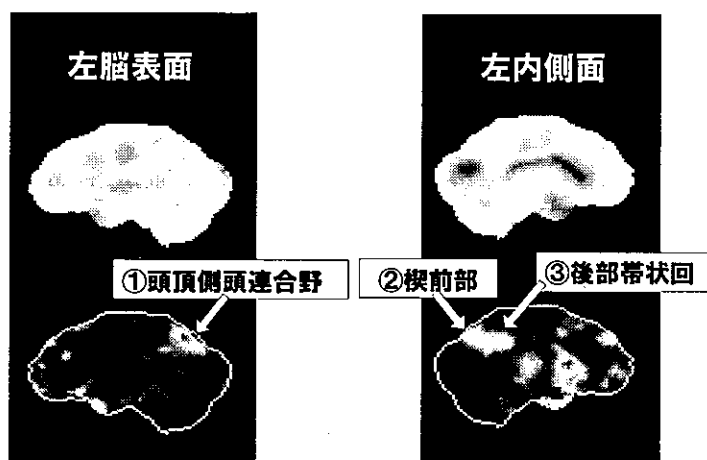
アルツハイマー型認知症のMRI



<基本-22>

アルツハイマー型認知症のSPECT

脳血流シンチ



<基本-23>

NINDS-AIRENによる 血管性認知症の診断基準

1. 認知症

- a. 記憶障害および認知機能に障害があること
- b. それらは神経心理検査で裏づけされたうえで診察で証明
- c. これらの脳卒中による身体的ハンディーキャップによらない

2. 脳血管障害

- a. 脳血管障害による局在徴候が神経学的検査で認められる
- b. 脳画像検査で対応した脳血管性病変がみられること

3. 認知症と脳血管障害との関連

(a.b.が単独でみられるか両者が見られる場合)

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

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

<基本-24>

血管性認知症の症例

67歳 男性

平成○年1月12日 昨日のことも、今日のこともなんにもわからないという。

前日話した内容を覚えていない。

身のまわりのこともできず尿失禁していた。

1月19日当科初診。その後も著明な健忘と傾眠傾向あり。

左半側空間無視あり。トイレの位置がわからず、洗面所で排便したり、玄関で放尿してしまう。

デイサービスに行っているが行ったことや、そこでしたことを覚えていない。

MMSE 16/30 (1/5, 1/5, 3/3, 3/5, 2/3, 6/8, 0/1)

頭部MRI上、両側被殻、左視床、両側皮質下白質にラクナ梗塞多発し、中等度のPVHあり。海馬の萎縮は年齢相応。

<基本-25>

レビー小体型認知症

1. 歴史 1976年小阪らが報告

1990年代になって欧米でも注目されるようになった

1995年統一された病名と診断基準が提唱

2. 頻度 正確な頻度は不明であるが変性性の認知症では

アルツハイマー病の次に多いといわれている

3. 病理 大脳皮質(前頭葉、側頭葉前部、帯状回、島回)

にLewy小体が多数出現。脳幹(黒質、青斑核、縫線核

迷走神経背側核)や間脳(視床下部、Meynert核)

にも出現する

<基本-26>

レビー小体型認知症の診断基準①

1. 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在

初期は記憶障害が目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。
注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。

2. 以下の3項目の中核症状のうちprobable DLBでは2項目、 possible DLBでは1項目が認められること。

- 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
- 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
- 3) パーキンソニズムの出現

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies (DLB). Neurology 65: 1853-1872, 2005

<基本-27>

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状

- 1) レム睡眠時行動異常
- 2) 重篤な抗精神病薬過敏
- 3) PET、SPECTでの基底核でのドパミントランスポータの減少

4. DLBの診断を支持する症状

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

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al : Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies (DLB). Neurology 65: 1853-1872, 2005

<基本-28>

レビー小体型認知症の症例

66歳 男性

主訴：意欲低下。動きが遅くなり眠ってばかりいる

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：約10年前頃から下肢の動きにくさを自覚

約6年前頃から会話が筋道をたててできない

洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていたにもかかわらずカメラが使えない。目覚まし時計があわせられない。

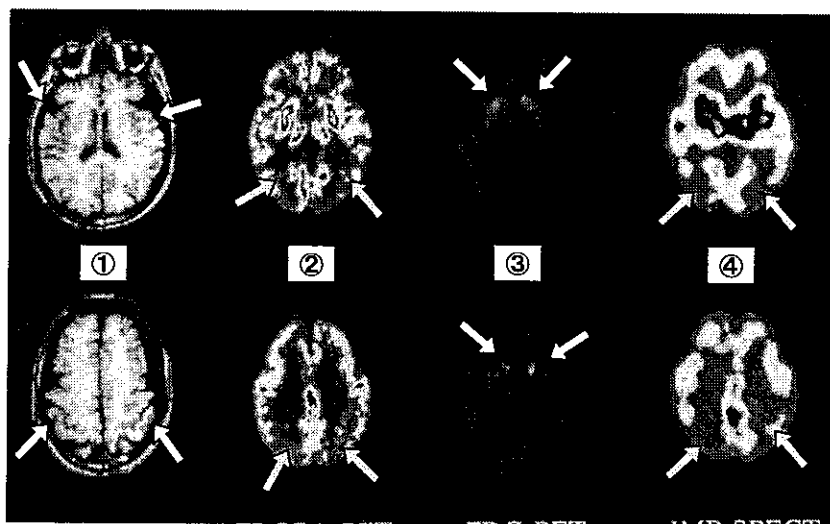
1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。5年前の1月大学病院の神経内科に入院。パーキンソン病といわれたがL-DOPAの効果は明らかでなく、D2アゴニストを使用したところ幻覚が出現したという。

5年前の5月初診 筋固縮は軽度だが動作緩徐が強い。

傾眠。自律神経症状(起立性低血圧、神経因性膀胱、発汗低下、MIBG心筋シンチの異常)。MMSE 24/30 WAIS-R IQ 83

<基本-29>

レビー小体型認知症の画像



<基本-30>

前頭側頭葉変性症

分類:

前頭側頭葉変性症

- 前頭側頭型認知症
 - Pick型
 - 運動ニューロン疾患型
 - 前頭葉変性型
- 進行性非流暢性失語
- 意味性認知症

<基本-31>

前頭側頭型認知症の特徴

臨床的特徴

初老期におこり、一部は家族性をしめす。

臨床症候群であり、進行性の前頭・側頭葉変性を示す。

臨床症状は高度の性格変化、社会性の喪失、注意、抽象性、計画、判断等の能力低下が特徴
言語面では会話が少なくなり末期には緘黙となる。
記憶、計算、空間的見当識は比較的保たれる。
画像では病理の萎縮部位に対応する選択的な前頭葉・側頭葉の異常が描出される。

<基本-32>

前頭側頭型認知症の症例①

70歳 女性

主訴：異常行動 家族歴：姉が認知症

現病歴：平成X年4月頃から不眠、7月ごろから無口になった。本来は社会的でおしゃれな性格だったが家族とも口をきかなくかった。平成X+1年6月頃から異常行動出現

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

<基本-33>

前頭側頭型認知症の症例②

現病歴：これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。平成X+1年10月銀行から大金をおろしてしまいどこへしまったかわからない。部屋のなかには泥棒が荒らしたかのように散らかっている。
夫が片づけても再び散らかす。

平成X+2年1月当科初診

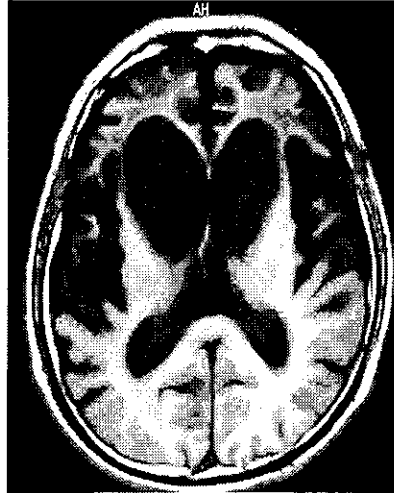
神経学的に特記すべき所見なし。

MMSE 19/30 (2/5, 4/5, 3/3, 1/5, 2/3, 6/8, 1/1)

病識は全くなく、夫のいっていることはすべて嘘であると言いきる。

<基本-34>

前頭側頭型認知症のMRI画像



診 断 編

第2編 診断

ねらい: 認知症診断の原則を理解する

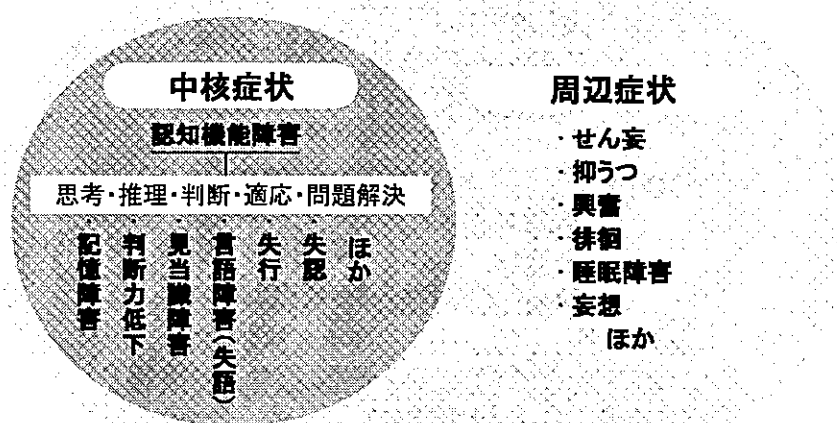
到達目標:

- ① 認知症の早期発見・早期診断に役立つ重要な初期症状や日常生活上の行動の変化について、説明することができる
- ② 認知症の診断の意義と診断手順について説明することができる

<診断-2>

認知症の中核症状と周辺症状

生活機能の障害



<診断-3>

中核症状のアセスメント:本人と家族からの情報

- 記憶障害
予め家族から情報を聞き、本人に質問
- 見当識障害
年月日など本人に質問
- 判断・実行機能障害
家族からの情報と本人への質問
- 失語・失行・失認
神経学的診察、あるいは家族からの情報

<診断-4>

記憶障害のアセスメント

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

について予め介護者から問診票などで情報を
得てから、本人と面接する

<診断-5>

見当識障害のアセスメント(通常は質問式)

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

<診断-6>

判断・実行機能障害のアセスメント

- 家族からの情報で
 - ・気候にあった服を着ているか
 - ・適切に着替えをしているか
 - ・雨天時に傘をもっていくか
 - ・料理の味付けはどうか
 - ・いつも同じ料理ばかりではないか
- 本人への質問
 - ・火事に出会ったらどうするか
 - ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

<診断-7>

FASTによるアルツハイマー型認知症の
重症度のアセスメント

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

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

<診断-9>

認知症の中核症状のアセスメント
質問式と観察式の特徴

< 質 問 式 >

- 生年月日だけ分かれば施行できる
- 本人が協力的である必要
- うつ状態などによって成績が影響される

< 観 察 式 >

- 日常生活の様子がわからなければ評価できない
- 協力的である必要なし
- うつ状態などによる影響なし
- 家族などからの情報がないと難しい

<診断-10>

代表的なアセスメント・ツール

● 質問式

認知症のスクリーニングを目的とすることが多い

- ① 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)
- ② ミニメンタルステート検査(MMSE)

● 観察式

患者を直接観察することや家族・介護者からの情報により
評価

- ① Functional Assessment Staging (FAST)
- ② 初期認知症徴候観察リスト(OLD)

<診断-11>

改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の項目

項 目	点 数
1. 年齢	1
2. 時間の見当識	4
3. 場所の見当識	2
4. 3つの単語の直後再生	3
5. 計算	2
6. 数字の逆唱	2
7. 3つの単語の遅延再生	6
8. 5つの物品課題	5
9. 言語の流暢性	5
合 計 点 数	30

加藤伸司ほか:老年精神医学雑誌 1991; 2: 1339-1347.

<診断-12>

ミニメンタルステート検査(MMSE)の項目

項 目	点 数
1. 即時記憶	4
2. 遅延再生	3
3. 見当識(時間+場所)	10
4. 注意の持続	5
5. 認識	2
6. 視念運動	3
7. 書字	1
8. 読字	1
9. 図形模写	1
カットオフ値	23/24

加藤伸司ほか:老年精神医学雑誌 1991; 2: 1339-1347.

<診断-13>

初期認知症徴候観察リスト(OLD)の項目

① いつも日にちを忘れている	記憶 忘れっぽさ
② 少し前のことをしばしば忘れる	
③ 最近聞いた話を繰り返すことができない	
④ 同じことを言うことがしばしばある	語彙・会話内容 の繰り返し
⑤ いつも同じ話を繰り返す	
⑥ 特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある	
⑦ 話の脈絡をすぐに失う	会話の 組み立て能力 と文脈理解
⑧ 質問を理解していないことが答えからわかる	
⑨ 会話を理解することがかなり困難	
⑩ 時間の観念がない	見当識障害 作話 依存など
⑪ 話のつじつまを合わせようとする	
⑫ 家族に依存する様子がある(本人に質問すると家族の方を向くなど)	

Hopman-Rock M. Development and validation of the Observation List for early signs of Dementia(OLD)
Int J Geriatr Psychiatry.2001Apr;16(4):406-14.

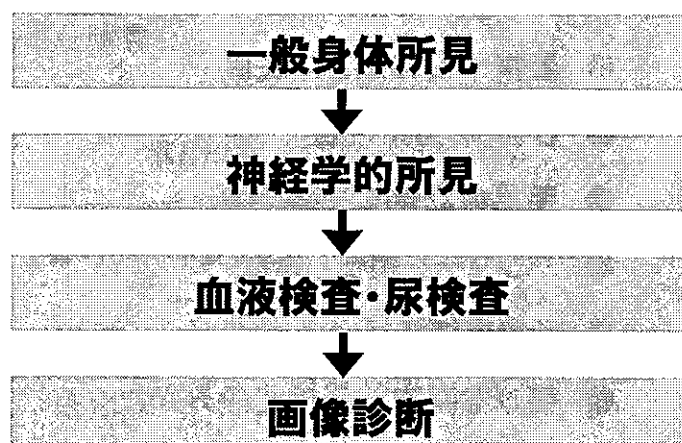
<診断-14>

OLDの使い方

- 本人との問診で観察できる具体的症状
→ 記憶障害、失語、失見当識など
- 必ずしも、全ての項目をチェックしなくてよい
- 該当項目数にはこだわらずに
(オリジナルは4項目)
- この内容を意識して問診できるようになったら、
自分なりのスタイルで

<診断-15>

原因疾患同定の手順



<診断-16>

鑑別診断に必要な一般身体所見

- 血圧は必ず測定する
- 問診にて起立性低血圧がありそうなら臥位と立位で血圧を測定する
- 貧血の有無をチェックする
- 体温を測定する

<診断-17>

**認知症鑑別に役立つ
ハンマーだけでとれる神経所見の見方**

- 表情や目の動きに注目
- しゃべり方に注目
- 手足の動きに注目
- ハンマーを使ってみる
- 歩き方に注目
- 簡単な高次神経機能のみかた

<診断-18>

表情や目の動きに注目

顔の表情

- 強制笑いや強制泣き
→血管性認知症の疑いがある
- 仮面様顔貌
→パーキンソニズムが存在する レビー小体型認知症

眼球運動障害

- 水平方向には動くが垂直方向に動かない
→進行性核上性麻痺の疑いがある
- すべての方向に動きが悪く、動くときは突然動く
→パーキンソニズムが存在する

<診断-19>

しゃべり方に注目

構音障害

- 仮性球麻痺:両側の橋・延髄路の障害で、
構音障害、嚥下障害がみられる
→血管性認知症の疑いがある
- 小声で単調な話し方
→パーキンソニズムの疑いがある

失語 (診断-23参照)

<診断-20>

手足の動きに注目①

麻 痺

- 片麻痺：Barré徴候がある
→血管性認知症・慢性硬膜下血腫の疑いがある

固縮(筋強剛)

- 筋緊張異常で、関節の動きに対して抵抗性を示す
→パーキンソン病やパーキンソン症候群の疑いがある

失行 (診断-24参照)

<診断-21>

ハンマーを使ってみる

深部腱反射亢進

- 膝蓋腱反射が亢進し左右差がある
→血管性認知症の疑いがある

病的反射

- バビンスキー徴候陽性
→血管性認知症の疑いがある

強制把握の有無

→前頭葉障害の疑いがある

<診断-22>

歩き方に注目

歩行障害

- 円弧歩行
→ 運動路の障害 脳血管障害の疑いがある
- 体幹を前傾・前屈させ、小さな歩幅で歩く
→ パーキンソン病の疑いがある
- 上体はそらし、足を開いて小さな歩幅で歩く
→ 多発脳梗塞の疑いがある
- 第一歩がなかなか出ず、足を開いて小さな歩幅で歩く
→ 前頭葉病変や正常圧水頭症の疑いがある

<診断-23>

簡単な高次神経機能の見方①

失語

- 1) 自然に話ができるか
- 2) 話の内容が理解できるか
- 3) 単語を繰り返すことができるか
- 4) 物の名前が言えるか

<診断-24>

簡単な高次神経機能の見方②

失 行

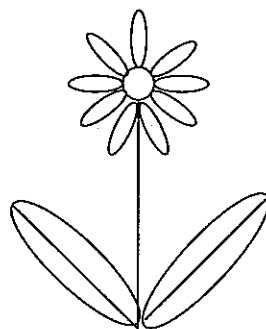
- 1) 麻痺や感覚障害がないのに動作がうまくできない
- 2) 検者が動作を命じて実行できるかどうかをみる
舌をだす 眼を閉じる 櫛で髪をとく
歯ブラシで歯を磨く かなづちで釘をうつ など
- 3) 上記の動作を検者が行い模倣できるかをみる

<診断-25>

簡単な高次神経機能の見方③

半側空間無視・構成障害

- 半側空間無視
 - 1) 描写試験
 - 2) 抹消試験
 - 3) 線分2等分試験
- 構成障害
立方体の模写



<診断-27>

必要な検査とは

- 尿検査一般
- 血液検査
 - 血液一般
 - 生化学
 - 肝・腎機能・電解質・
 - 甲状腺ホルモン(TSH、FT3、FT4)ほか
- さらには・・・
 - 梅毒・アンモニア高値などの疑いがあれば行う
 - ビタミンB₁・B₁₂・葉酸・カルシウムなども可能な限り行う

<診断-28>

可逆性の認知症とその鑑別法

疾 患	鑑別のための検査
甲状腺機能低下症	甲状腺ホルモン測定 (TSH、FT3、FT4)
ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 欠乏	ビタミンB ₁ ・B ₁₂ 測定
脳炎	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

<診断-29>

画像診断とは

● 脳の形態学的側面の変化を画像としてとらえる

CT 石灰化病変に強い。短時間で撮像できる

MRI 解像力に優れる。種々の方向の断層を得られる

● 脳の機能的側面を画像としてとらえる

SPECT 多くの施設で実施可能。統計解析画像により小さな変化の描出が可能となった。やや高価

PET サイクロトロンが必要。SPECTより解像力優れる
認知症に対して保険適応がない

<診断-30>

アルツハイマー型認知症と血管性認知症との主な鑑別点

	アルツハイマー型 認知症	血管性認知症
認知症と関連する脳血管障害		
病歴	なし	あり
画像所見(CT、MRI)	なし	あり
Hachinski Ischemic Score	4点以下	7点以上
経過	徐々に悪化	階段状に悪化、進行停止
神経症候	なし	あり
脳循環代謝所見 (SPECT、PET)	側頭葉、頭頂葉、 後部帯状回で低下	病巣に一致した低下 広範な低下

治療とケア編

第3編 治療とケア

ねらい: 認知症治療とケアの原則を理解する

到達目標:

- ① 治療開始にあたっては、患者・家族へ心理的な配慮をすることができる
- ② 中核症状に対する薬物療法について適応症、効果、注意点、について説明することができる
- ③ 周辺症状に対する対応の原則を ある程度説明することができる
- ④ 認知症高齢者の特性とケアの基本について ある程度説明することができる

<治療-1>

早期発見・早期治療の意義

- 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
- 患者本人・家族が病気について理解することがより容易となる。
→ 準備性が高まり、不安が軽減できる
- 家族等が適切な介護方法や対処方法を習得する時間を確保しやすく、病気の進行に合わせ適切にケアすることにより認知症の進行を抑制できる
- アルツハイマー型認知症であれば薬物療法による進行抑制が可能

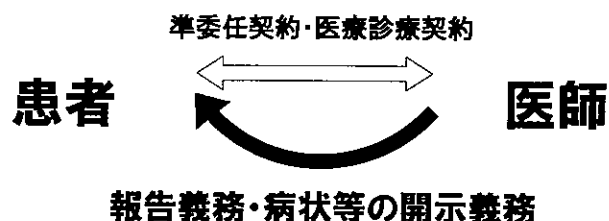
<治療-2>

認知症の病気の説明

1. いつ、どのタイミングで行うか？
2. どのように内容を説明するか？
(診断、治療、介護、予後)
3. 誰に行うか？
 - ・本人
 - ・家族
 - ・その他
4. 告知後に、どのようにフォローするか？
 - ・カウンセリングや心理的ケア

<治療-3>

法律家からみた告知の考え方



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

例外として、
患者が告知に耐えられない精神状態である場合など告知は控える

<治療-5>

認知症の患者さんに接する時の視点

1. 患者さんは強い不安の中にいることを理解して接する
2. 外来での医師への態度はご本人の一番良い状態を見せていることが多い
3. 感情面は保たれているという認識で接すること
4. 認知症の症状は基本的には理解可能として接する
5. いつもと様子が違うと感じたら身体合併症のチェックを

<治療-6>

外 来 時 の 対 応

【初診患者】

● **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聞き、診察の同意を得てから診察する

【通院中の患者】

● **かかりつけ医が患者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

<治療-7>

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
- 認知症患者の前での家族に対する病状説明は、慎重に行う
- 家庭で何らかの役割を分担すること、社会参加やデイ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

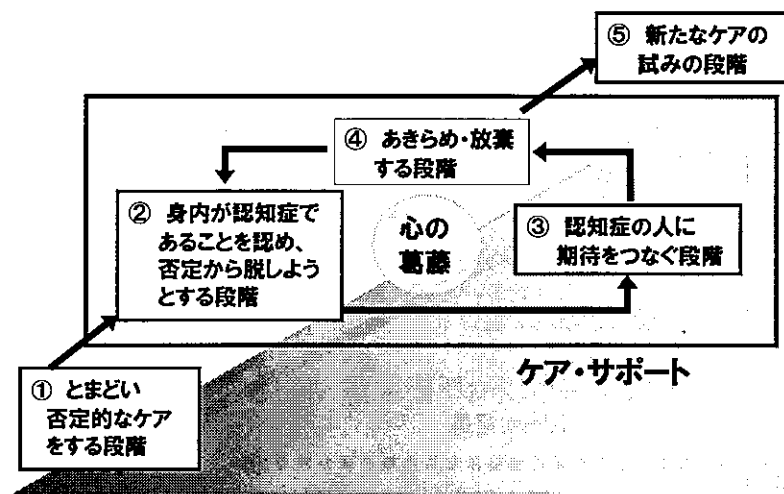
<治療-8>

家族への支援

- 専門医、ケアマネジャーやケアスタッフなどと協力して、認知症患者と家族を支えることを伝える
- 社会資源の活用をすすめる
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、往診をするなど介護者の負担の少ない方法をとる

＜治療-9＞

認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階



<治療-10>

アルツハイマー型認知症の薬物療法

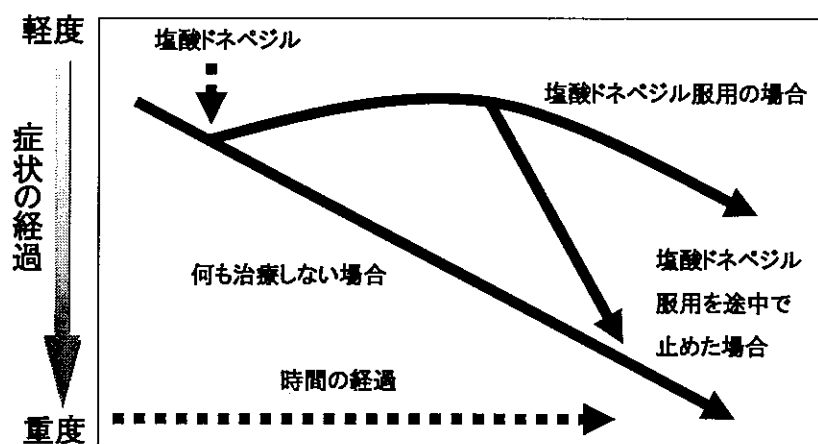
治療の対象となる症状

1. 中核症状

2. 周边症状

<治療-11>

アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過と
塩酸ドネペジルの効果

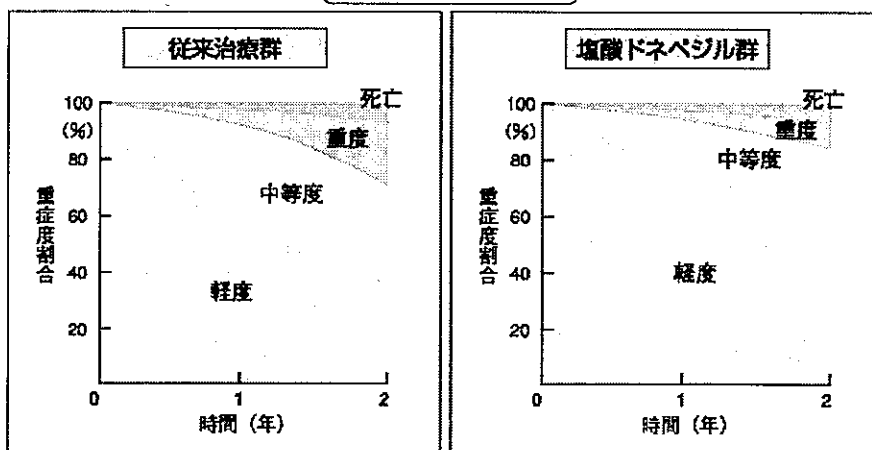


監修:筑波大学精神科 教授 朝田 隆

<治療-12>

軽度のアルツハイマー型認知症患者を対象とした
塩酸ドネペジルによる薬物療法の比較効果

重症度の推移



Ikeda S et al: Dement Geriatr Cogn Disord. 2002; 13: 33-9.

<治療-13>

投薬に際して注意すべきこと

- 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること
(患者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
(患者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

<治療-14>

治療の効果を本人や家族にどのように説明するか

- 脳での神経の伝わりをよくすることで、もの忘れや判断力の低下などの改善が期待できる
- 数ヶ月間から1年にわたって、認知症症状の改善を期待できる
- 長期的に認知症の進行を遅らせ、患者の日常生活を維持し、身の回りのことができなくなるのを遅らせることができる

<治療-15>

服用の仕方や副作用の説明

- 消化器系副作用を抑えるため1日3mgを1～2週間服用
その後、1日5mgに増量する
高度アルツハイマー型認知症に対しては1日5mgを4週間
以上服用後10mgに増量することも可能
- 嘔気や食欲不振などが出ることもある
軽い場合には様子を見る
食事量が低下するようなら、薬を一旦中止して相談を
- 薬の効果の一部だが、意欲の亢進による不穏、興奮、易怒、
攻撃などがみられることがあり、介護負担が増える場合がある。
その時には相談する

<治療-16>

塩酸ドネペジルの使用上の注意点

1. アルツハイマー病に使用
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
投与前に心電図、胸部X線をとることが望ましい
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の患者

重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気	3%以上
嘔吐、下痢、便秘、腹痛	1～3%
興奮、不穏、不眠、眠気	1～3%
徘徊、振戦、頭痛	1%未満
顔面紅潮、皮疹	1%未満

<治療-17>

何をもって薬剤の効果判定を行うか

- 認知症に関する様々な評価尺度があるが、効果判定の大切な一つの基準は、日常生活上の変化である。「何か変化はありましたか？」と家族に尋ねながら効果判定の目安にする。
- 家族が自ら改善を観察すると、服薬に家族が積極的に協力するようになる。また、家族が症状に注意して接することは、介護の質を上げることにもつながる。

<治療-18>

最軽症例の治療開始時期について

● 最軽症例では診断が難しい

しかし、症状や経過からアルツハイマー型認知症が考えられるときには、本人・家族にアルツハイマー型認知症が“疑われる”ことを説明する。

数ヶ月間経過をみるのも一つの方法だが、もし、アルツハイマー型認知症なら治療開始は早いほうがよいことも説明し、塩酸ドネペジルの服用開始(時期)について、本人や家族と相談する。

<治療-19>

効果はあるが副作用のため継続困難な場合の対応

- 用量は1日1回5mgとされるが、高度の場合は10mgも可である。
しかし、5mgでも副作用(吐気、食欲低下、下痢など)のために
継続困難になることもある。
その場合、3mgに減量すると副作用が目立たなくなり、かつ効果
も持続する場合がある。
また、5mg錠を隔日に服用している患者もいる。
しかしながら、いずれも保険診療では認められていない投与方法
である。
しばらく様子を見て5mgの再投与を試みる。

<治療-20>

**薬剤の治療効果を判定するための中断
(再開する場合の中断の影響)**

- 効果がみられない場合*、服用を一時中断するのも一つの
方法である。悪化すれば効果のあることが確認される。
しかし長期間中断すると再開しても中断前の状態に戻らな
いため注意が必要である。
米国のデータでは、3週間の中断は再開により、中断前の
状態に戻ったが、6週間の中断では再開しても戻らなかった。

* 進行性疾患なので、不変でも効果があると考えられる

<治療-21>

認知症ケア

周辺症状に対する対応

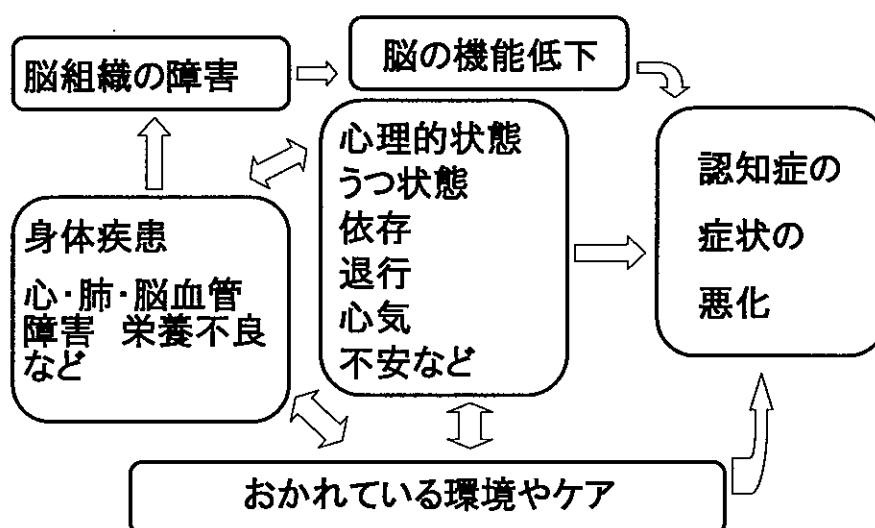
- 身体疾患の有無のチェックと治療
感染症、脱水、便秘など
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善
騒音、不適切なケアなど
- 介護サービスの利用



改善がみられない場合は
薬物治療へ

<治療-22>

認知症の症状に関連する要因



Wells CE, 1977

<治療-23>

周辺症状に対する対応 ①

薬の副作用による認知症様症状

もの忘れが悪化し、動作が緩慢でろれつ不全を伴ったため、認知症を心配して来院。普段は近医を受診し、抗不安薬ほか多数服用中。

内服を一旦すべて中止したところ、1週間ほどで動作緩慢、ろれつ不全は改善され、認知機能の低下は見られなかった。

<治療-24>

周辺症状に対する対応 ②

昼夜逆転のあるケース

不眠が続き、昼間うとうとする昼夜逆転がみられ、落ち着きのない行動がみられた。

昼間にデイサービスを利用し、昼間に散歩などで体を使い、昼寝をしないようにし、少量の眠剤を使用した。

その後、昼夜逆転がなくなり、眠剤も中止できた。

<治療-25>

周辺症状に対する対応 ③

不適切なケアがみられたケース

徘徊が激しく、すぐに外に出て行こうとする。無理やり引き戻そうとすると、険しい顔で殴りかかったり、玄関のドアをけるなどの行為がある。

徘徊の原因をアセスメントし、チームで対応を考えた。ドライブが好きで、実家に帰りたいとのことだったので、散歩とドライブを日課に取り入れ外出を多くした。

精神的な落ち着きを取り戻し、笑顔が見られるようになり、暴力を振るうことも無くなった。

<治療-26>

周辺症状に対する薬物療法

認知症に伴う精神症状や行動症候に対して適応を得ている薬剤はないが、実地臨床ではいくつかの薬剤が用いられる

- 抗精神病薬
- 睡眠導入剤
- 抗うつ薬
- 抗不安薬

<治療-27>

周辺症状に対する非薬物療法

- 行動に焦点をあてた療法
 - ・個別対応
 - ・環境調整
- 感情に焦点をあてた療法
 - ・回想法
 - ・バリデーション療法(確認療法)
- 刺激に焦点をあてた療法
 - ・音楽療法
 - ・芸術療法
 - ・ペット療法
 - ・園芸療法など

連携編

第4編 連携

ねらい①：認知症高齢者の療養生活を支えるための医療と介護の連携の重要性について考察する

到達目標：

- ①介護保険におけるかかりつけ医の役割について理解する
- ②介護保険制度で利用できるサービスについて、患者・家族にある程度説明することができる
- ③要支援・要介護認定及び特定高齢者スクリーニングの仕組みについて理解する

ねらい②：認知症高齢者の尊厳を守る制度を理解する

到達目標：

- ①成年後見制度・高齢者虐待防止法の概要を説明することができる

<連携-1>

要介護(要支援)認定者における認知症高齢者の推計

所在と認知症高齢者の日常生活自立度

(単位:万人)

	要介護(要支援)認定者	認定申請時の所在(再掲)				
		居宅	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設	その他の施設
総 数	314	210	32	25	12	34
自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

※ 2002年9月末についての推計

※ 「その他の施設」：医療機関、グループホーム、ケアハウス等

※ カッコ内は、運動能力の低下していない認知症高齢者の再掲(認知症自立度「Ⅲ」、「Ⅳ」又は「M」かつ、障害自立度「自立」、「J」又は「A」)

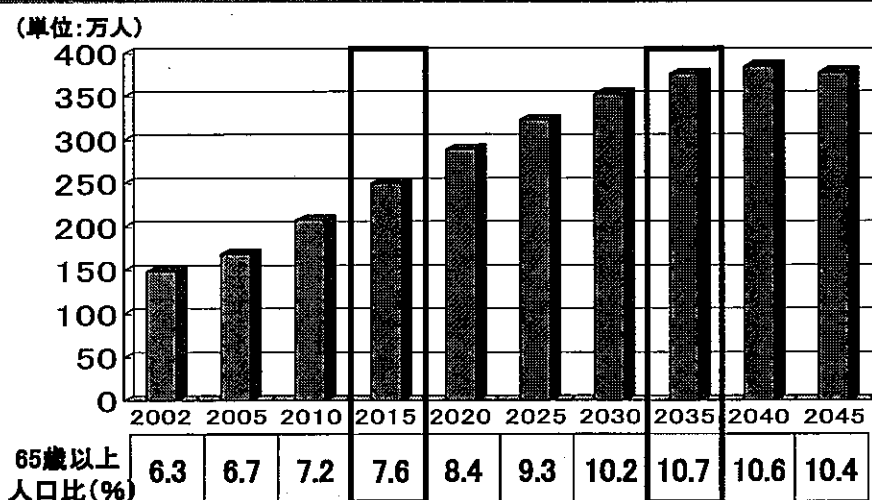
高齢者介護研究会：「2015年の高齢者介護報告書」2003より

<連携-2>

認知症高齢者の日常生活自立度

I	認知症を有するが、家庭内・社会で日常生活は自立
II	生活に支障ある症状等があるが、他者の注意あれば自立 a: 家庭外で、上記の状態がみられる b: 家庭内でも、上記の状態がみられる
III	日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要 a: 日中を中心として、上記の状態がみられる b: 夜間を中心として、上記の状態がみられる
IV	日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護要
M	著しい精神症状・問題行動等がみられ、専門医療が必要

<連携-3>

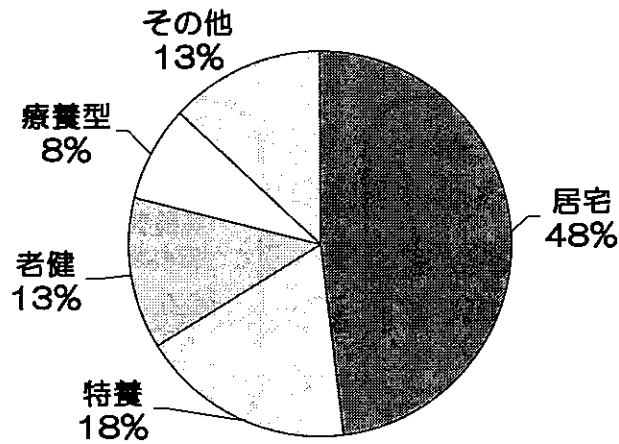
要介護(要支援)認定者における
認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)の将来推計

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003 を基に作成

<連携-4>

認知症高齢者の所在

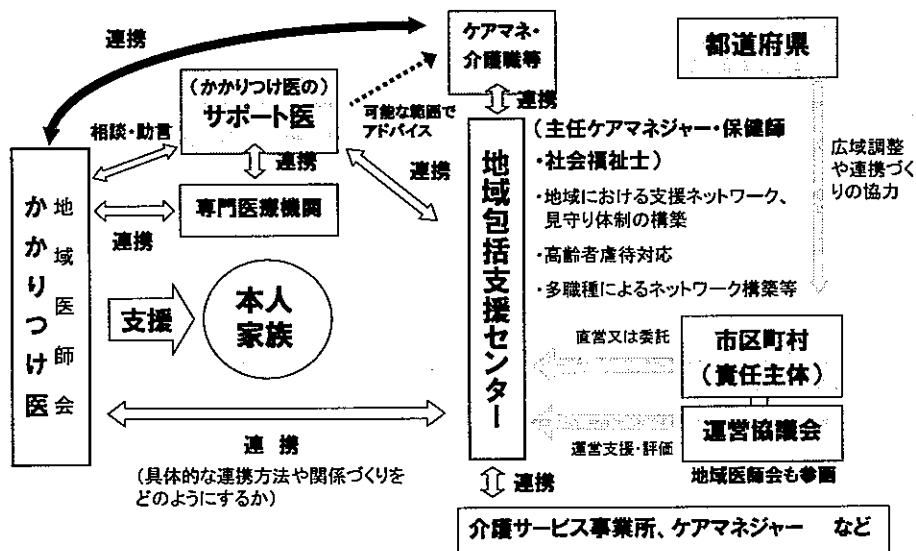
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上 149万人(47.5%)



高齢者介護研究会：「2015年の高齢者介護報告書」2003より

<連携-5>

かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携



<連携-6>

認知症高齢者ケアの基本 ～ 高齢者の尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

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



生活そのものを ケアとして組み立てる

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

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

<連携-7>

日常の生活圏域を基本とした サービス体系の構築

望ましい条件

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



普遍化に向けた展開

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



終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書
「2015年の高齢者介護」2003より一部改変

<連携-8>

認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式

<共通の視点>

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

(環境・関係・生活)

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

<連携-10>

地域の情報

- 介護保険サービス
- 相談窓口

<連携-11>

相談窓口

- 地域包括支援センター
- もの忘れ外来(相談可能な)
- 保健所・保健センター
- 精神保健福祉センター
- 認知症疾患医療センター
- 市町村、福祉事務所、社会福祉協議会
- シルバー110番
- 認知症の人と家族の会 など
- その他

<連携-12>

介護保険の給付対象サービス

- 居宅サービス
 - ・ 訪問サービス、通所サービス
 - ・ 短期入所サービス
 - ・ 福祉用具と住宅改修に関するサービスと費用の支給 など
- 地域密着型サービス
 - ・ 小規模多機能型居宅介護
 - ・ 夜間対応型訪問介護
 - ・ 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など
- 施設サービス
 - ・ 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設(2011年度末まで)

<連携-13>

地域密着型サービスの特徴

1. 事業所所在地の市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則として、事業所を指定した市区町村の住民(被保険者)だけが利用可能
3. 中学校区など、住民に身近な生活圏域単位で計画的に整備
4. 地域の実情に応じた指定基準、介護報酬の設定が可能

<連携-14>

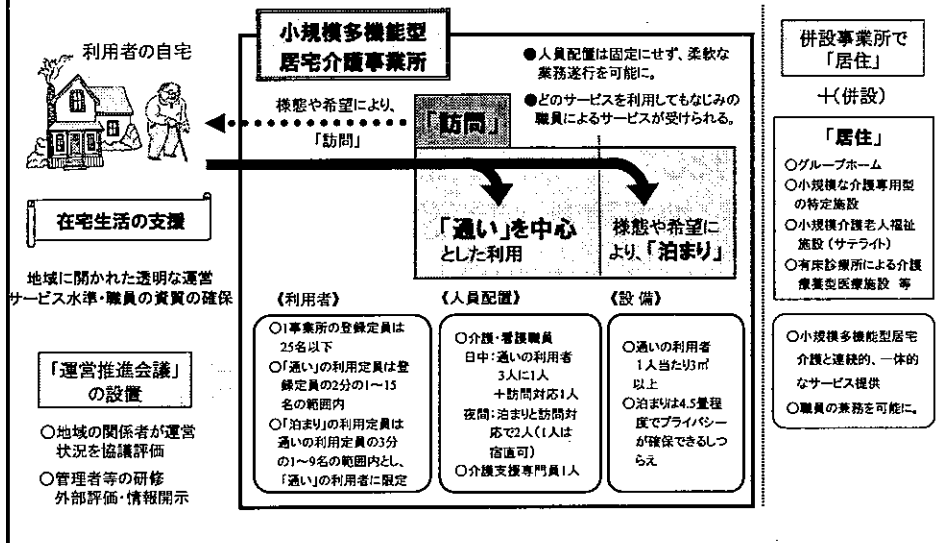
地域密着型サービス

- 小規模多機能型居宅介護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
(29名以下の特別養護老人ホーム)
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
(29名以下の介護専用型特定施設)
- 認知症対応型共同生活介護
(認知症高齢者グループホーム)
- 認知症対応型通所介護

<連携-15>

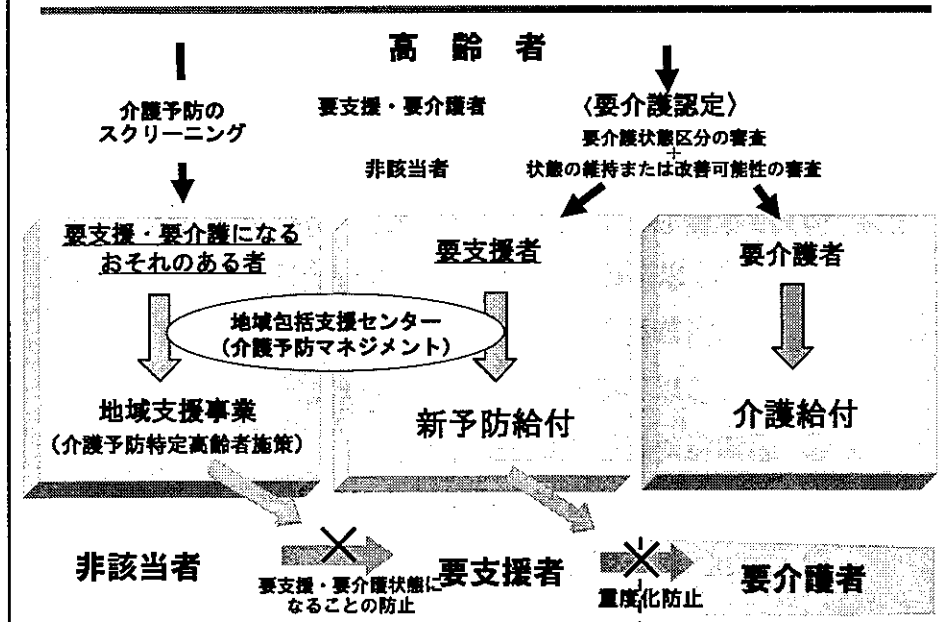
小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせ
てサービスを提供することで、中重度となっても在宅での生活が継続できるように支援する。



<連携-16>

介護予防システムの全体像



<連携-17>

介護予防サービス

● 予防給付

高齢者の自立支援に資するような日常生活上の支援のほか、

- ・運動器の機能向上(ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など)
- ・栄養改善(低蛋白血症、体重減少の改善など)
- ・口腔機能向上(口腔ケア、嚥下訓練)
- ・アクティビティ(集団レクリエーション、創作活動等の機能訓練など)

● 地域支援事業

特定高齢者施策(要支援・要介護になるおそれのある高齢者が対象)

- ・運動器の機能向上(ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など)
- ・栄養改善(低蛋白血症、体重減少の改善など)
- ・口腔機能向上(口腔ケア、嚥下訓練)
- ・閉じこもり予防・支援
- ・認知症予防・支援
- ・うつ予防・支援

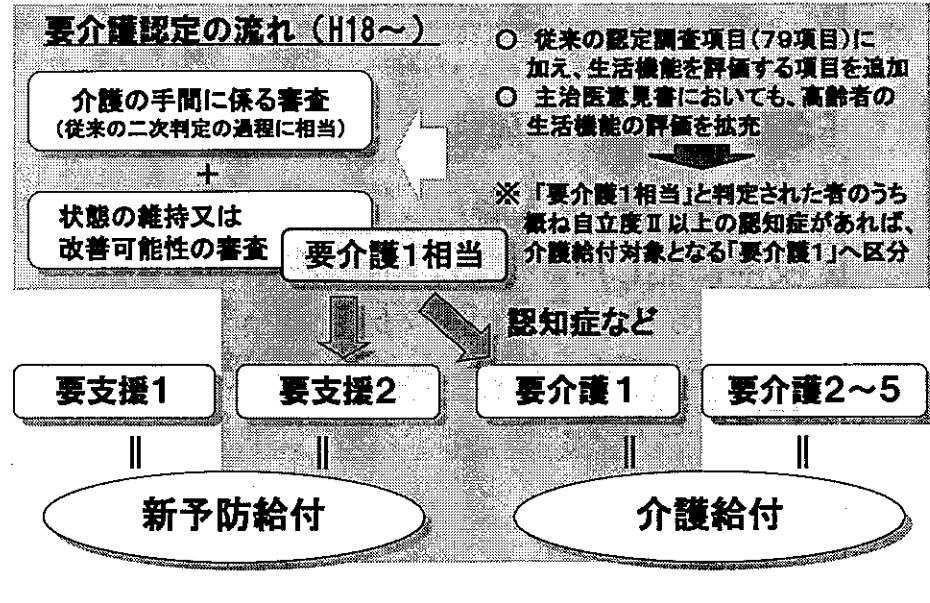
一般高齢者施策(地域の高齢者全体が対象)

- ・介護予防に関する普及啓発など

<連携-18>

認知症は介護給付が原則

要介護認定の流れ (H18～)



<連携-19>

主治医意見書の役割

● 介護認定審査会における重要な資料

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

● ケアプラン作成の情報源

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

<連携-20>

事 例

Fさん 81歳 男性

娘夫婦、孫と4人暮らし

夜中に話し声がする。お客が来たので話していたと言う。時々尿を漏らすがおむつをしてくれない。とがめると怒り自室に閉じこもる。

<連携-21>

1. 医師に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている疾病名については1.に記入) 及び発症年月日	
1. アルツハイマー型認知症	発症年月日 (昭和・平成 15 年 3 月 日頃)
2. 心房細動	発症年月日 (昭和・平成 不詳 年 月 日頃)
3.	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている疾病または特定疾病の経過及び治療内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)	
平成15年3月アルツハイマー型認知症と診断されたことにより、易怒性、暴力をふるうようになった。入院治療のあと、現在在宅。 服薬内容 アリセプト5mg 朝 ワーファリン2.0mg 夕 チラージン25mg 朝 ノキシル20mg 就寝前 ジゴシン0.3mg 朝 アルタット150mg 朝・夕	

2. 特別な医療 (過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐ 点滴の管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ ストーマの処置 ☐ 酸素療法
	☐ レスビレーター ☐ 気管切開の処置 ☐ 疼痛の看護 ☐ 経管栄養
特別な対応	☐ モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐ 褥瘡の処置
失禁への対応	☐ カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について ・障害高齢者の日常生活自立度(様たき度) ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2 ・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) ・短期記憶 ☐ 問題なし ☐ 問題あり ・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐ 自立 ☐ いくらか困難 ☐ 見守りが必要 ☐ 判断できない ・自分の意思の伝達能力 ☐ 伝えられる ☐ いくらか困難 ☐ 具体的要求に限られる ☐ 伝えられない	
(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む) ☐ 無 ☐ 有 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()	
(4) その他の精神・神経症状 ☐ 無 ☐ 有 [症状名:] 専門医受診の有無 ☐ 有 () ☐ 無	

<連携-22>

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動 屋外歩行 ☐ 自立 ☐ 介助があればしている ☐ していない 車いすの使用 ☐ 用いていない ☐ 主に自分で操作している ☐ 主に他人が操作している 歩行補助具・装具の使用 (履装履可) ☐ 用いていない ☐ 屋外で使用 ☐ 屋内で使用	
(2) 栄養・食生活 食事行為 ☐ 自立ないし何とか自分で食べられる ☐ 全面介助 現在の栄養状態 ☐ 良好 ☐ 不良 → 栄養・食生活上の留意点 ()	
(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対応方針 ☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊 ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 () → 対応方針 ()	
(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し ☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明	
(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。) ☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ その他の医療系サービス ()	
(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 ・血圧 ☐ 特になし ☐ あり (降圧剤の使用を確認する) ・移動 ☐ 特になし ☐ あり () ・摂食 ☐ 特になし ☐ あり (固形物は不可) ・運動 ☐ 特になし ☐ あり () ・嚥下 ☐ 特になし ☐ あり (仰臥位は出来るだけさける) ・その他 ()	
(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい) ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明	

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

長谷川式11点(平成17年4月)
中程度認知症、意思疎通はなんとか可能である。
「生きていてもしかたない」「死にたい」と抑うつ的なことがあるので対応に注意が必要。

<連携-23>

ケアマネが主治医意見書から知りたい情報

- 認知症の診断名、発症年月日
- その他の現病や合併症
- 認知症や現病の治療内容
- 認知症の程度（認知症スケール結果等）
- 行動障害の具体的内容
- 注意障害や視空間認知障害等の有無
- 介護に関する意見

<連携-25>

ケアプランの視点

- Fさんの不安と混乱に寄り添うために、生活史から生きかたをアセスメント
- 心房細動・血圧・服薬の管理
- 失見当識があり、尿失禁のアセスメント
- 抑うつへの対応（兆候をアセスメントして、対応方法を共通認識しておく）

<連携-26>

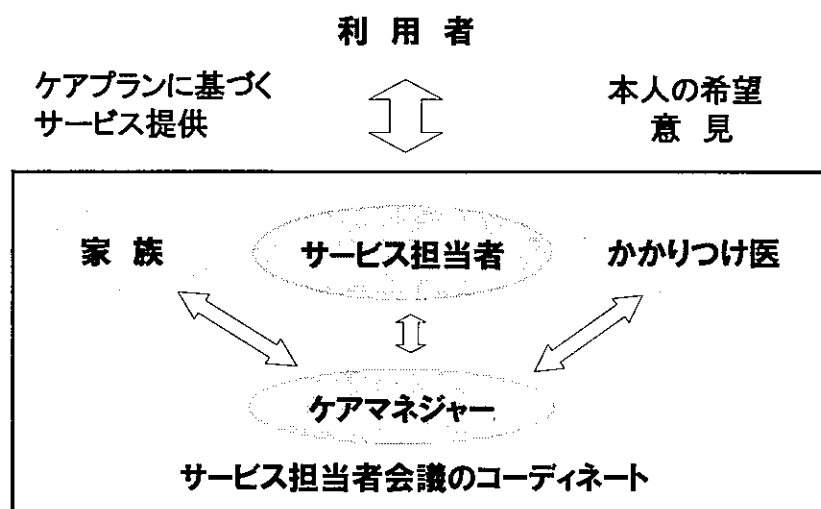
サービス担当者会議

かかりつけ医の役割

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

<連携-27>

ケアマネジャーとの協働



<連携-28>

ケアマネジャーが かかりつけ医に望むこと

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

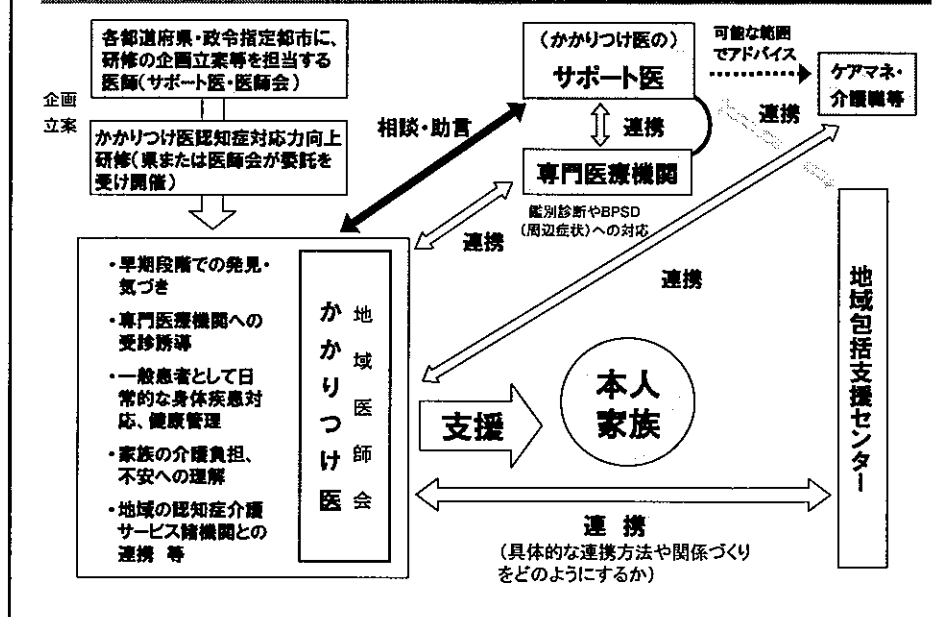
<連携-29>

認知症患者に対する訪問看護の役割

- 身体疾患の観察と看護
- 服薬管理
- 認知症患者の症状観察
- 認知症患者に対するリハビリテーション
- 介護者への心理的サポート

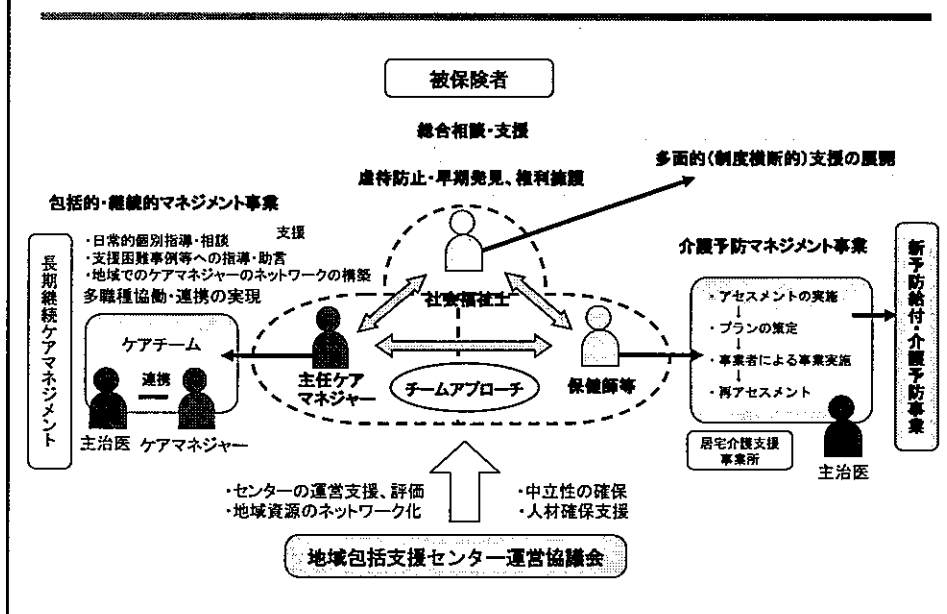
<連携-30>

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



<連携-31>

地域包括支援センター



<連携-32>

若年発症の人が利用できる主な支援制度

- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者(40～64歳)も介護保険サービスを利用可能
- 障害者自立支援法によるサービス・支援
 - ・介護保険と同じサービスは介護保険適用となるが、それ以外は利用可能
- 障害年金
 - ・年金加入者が、一定の障害状態になった場合に支給
 - ・制度移行期の未加入者には、特別障害給付金制度あり
- 特別障害者手当
 - ・日常生活に常時特別な介護を要する場合に支給
 - ・20歳以上の在宅の障害者が対象
- 精神通院医療費の支給
 - ・本来1割負担の通院医療費に自己負担額の上限を設定
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体によっては種々の助成制度あり

<連携-33>

認知症と成年後見制度

- 高齢者：2000年より介護保険制度導入
 - 障害者：2003年度より支援費制度導入
- さらに2006年度から障害者自立支援法へ

「措置」から「契約」へと制度を転換

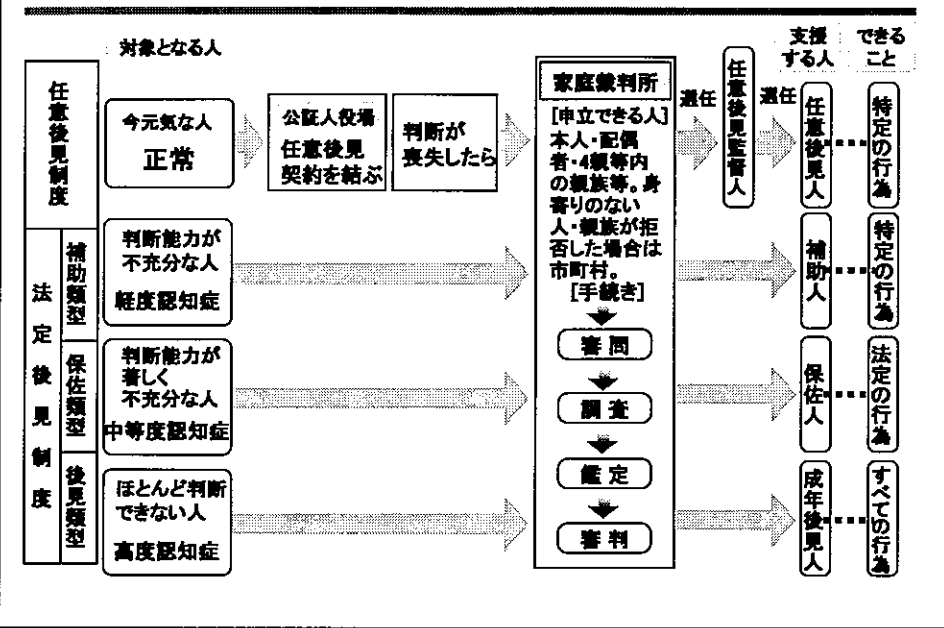
- ・高齢者、障害者が自らの意思でサービスを選択し、契約に基づき介護・福祉サービスを利用する仕組みを導入
- ・認知症等の障害により判断能力が不十分な者が行う契約という法律行為を支援する仕組みが不可欠となる

高齢者・障害者等の尊厳の保持

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

<連携-34>

成年後見制度



<連携-35>

新しい成年後見制度の特徴

- 任意後見制度の導入：自己決定の尊重
- 補助類型の追加：軽度の認知症など
- 財産管理に加え身上監護も：身上配慮義務
- 戸籍への記載廃止
- 申し立て権：市区町村長にも付与

<連携-36>

日常生活自立支援事業 (旧:地域福祉権利擁護事業)

福祉サービスの利用援助

- 福祉サービスについての情報の提供
- 福祉サービスの利用手続き、支払いの代行、苦情手続きの代行

日常的な金銭管理サービス

- 年金や福祉手当の手続きの代行
- 税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払の代行

書類等の預かりサービス

- 金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
 - ・証書（年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書）
 - ・印鑑（実印、銀行印）

<連携-37>

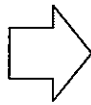
高齢者虐待の現状

- 被虐待者のうち、認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が約4割であった。
- 虐待者の続柄は、息子（38.5%）、夫（14.7%）、娘（14.5%）息子の配偶者（10.7%）の順であった。
- 虐待の種別・類型では、身体的虐待（63.7%）が最も多く、次いで心理的虐待（35.9%）、介護等の放棄（29.5%）、経済的虐待（27.1%）の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者（養護者）の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加えて、相談・介護支援を中心にした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域における重層的な仕組みが必要

<連携-38>

高齢者虐待防止における医師の役割

- 高齢者虐待の早期発見及び虐待防止の施策への協力
 - 虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、高齢者の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに通報する義務（上記以外の場合は努力義務）
-
- 高齢者が地域のかかりつけ医を受診する機会が多いことから、「虐待の可能性」に気づききっかけとなる場合がある
 - 身体的虐待が疑われる場合は、生命や身体の危険性や緊急性を、医学的見地から判断することが必要な場合もある
 - 虐待者の中には、行政・福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従う事例も一部報告されている



虐待の早期発見・未然防止におけるかかりつけ医の役割は極めて重要

認知症を含め高齢者虐待への理解を深めることが必要

<連携-39>

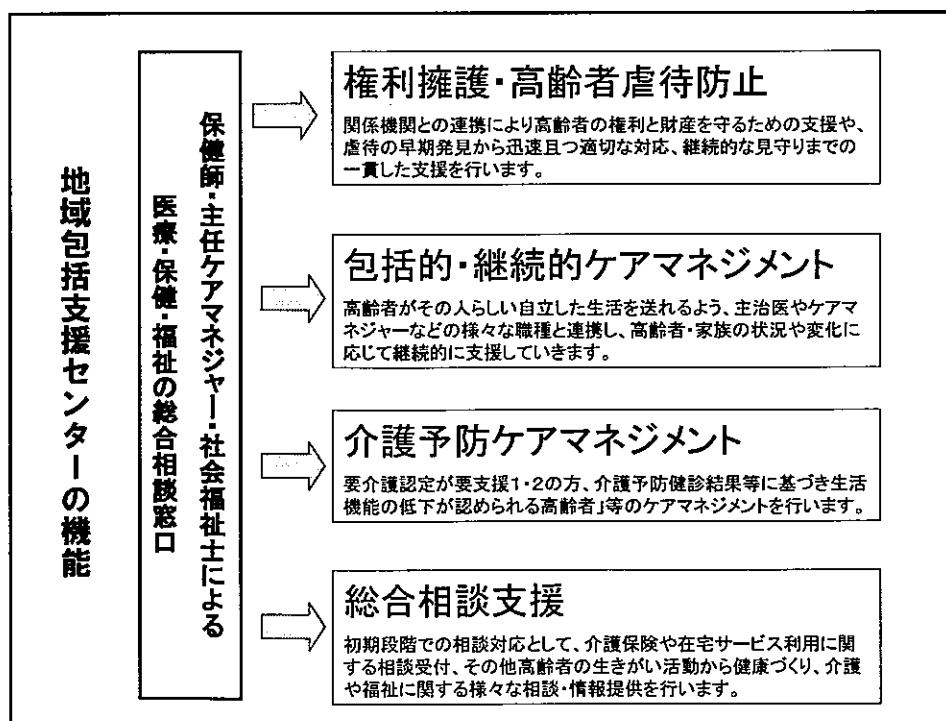
地域啓発

- 認知症は病気であり、治る認知症もある
- 早期発見・早期治療で進行を遅らせることができる
- 家族だけでは認知症介護は困難であり、介護サービスを積極的に利用すべきである
- 患者と介護者に対してできる援助を、地域全体で考える

權利擁護編

認知症高齢者を取り巻く 人権問題について

平成20年11月30日
北九州市門司区役所生活支援課
地域包括支援センター門司3
社会福祉士 篠原 博幸



認知症高齢者を支援するときに心がけていること

「尊 厳」…自己決定の尊重

認知機能が低下しても、自分の生活を決めることができる。
しかし、自己決定の尊重と客観的利益のバランスが大切。

「安 全」…安心できる生活

適切な支援をうけ安心できる生活を送ることが出来る。
擁護者を含めた環境への積極的なアプローチも必要。
必要があれば公的制度で守られなければならない。

「受 容」…認められる権利

認知症になっても、本人の思いと人生の重みは変わらない。
不安や混乱を理解することで得られる関係がある。

認知症高齢者を取り巻く人権問題

高齢者虐待（生命身体の危険、搾取、罵声・無視、性強要）

権 利 侵 害（消費者被害、財産侵害）

偏 見（本人の思いや訴えの軽視、個人としてではなく
認知症高齢者でひとくくりにしてしまう）

孤立・セルフネグレクト

（適切な医療や福祉に結びつかない社会的弱者、
客観的な利益が受けられるのに拒否する）

高齢者虐待

養護者による高齢者虐待への対応状況

(厚生労働省H19. 12発表資料より抜粋)

相談・通報件数、虐待認定件数

相談・通報対応	19, 971件
虐待と認定した件数	13, 273件

相談・通報者の内訳 上位3位

ケアマネジャー ・介護保険事業所	家族・親族	被虐待高齢者本人
41. 1%	12. 8%	12. 6%

被虐待高齢者の性別

男	女	不明	合計
3, 073人	10, 626人	28人	13, 727人
22. 4%	77. 4%	0. 2%	100. 0%

被虐待高齢者の年齢

年齢 (歳)	65 ～69	70 ～79	80 ～89	90 以上	不明	合計
人	1,373	5,197	5,538	1,394	225	13,727
%	10.0	37.8	40.3	10.2	1.7	100.0

高齢者虐待における虐待者との同居の有無

	同居	別居	その他	不明	合計
件数	11,375	1,547	228	123	13,273
%	85.7	11.7	1.7	0.9	100.0

虐待者の被虐待者との続柄

	配偶者	子	子の 配偶者	兄弟 姉妹	孫	その他	不明	合計
人	3,066	8,206	1,788	271	661	688	96	14,776
%	20.7	55.6	12.1	1.8	4.5	4.7	0.6	100.0

被虐待者高齢者の要介護度

	全 国	
	人	%
要支援1	709	7.5
要支援2	910	9.6
要介護1	1,705	18.0
要介護2	1,784	18.8
要介護3	2,016	21.2
要介護4	1,409	14.8
要介護5	837	8.8

被虐待者高齢者の認知症自立度

	全 国	
	人	%
自立	1, 517	16.0
I	1, 430	15.1
II	2, 346	24.7
III	1, 937	20.4
IV	694	7.3
M	166	1.7
不明	443	4.8

認知症高齢者の虐待ケースから見てきたもの

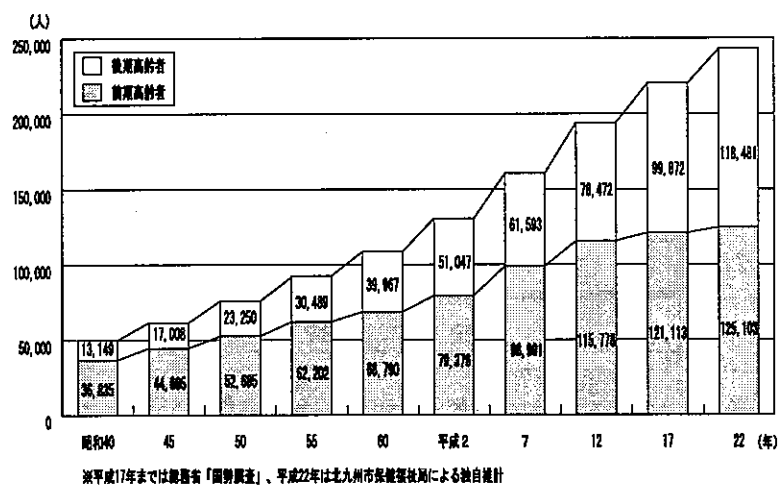
- 1 認知症の中核症状そのものよりもBPSDに
起因する介護負担が引き金になっている
- 2 養護者の認知症への理解・対応が不十分、
相談機関等を知らない
- 3 認知症に対する診療方針と介護方針が必
ずしも一致していないこともあった



十分予防できたのではないか？

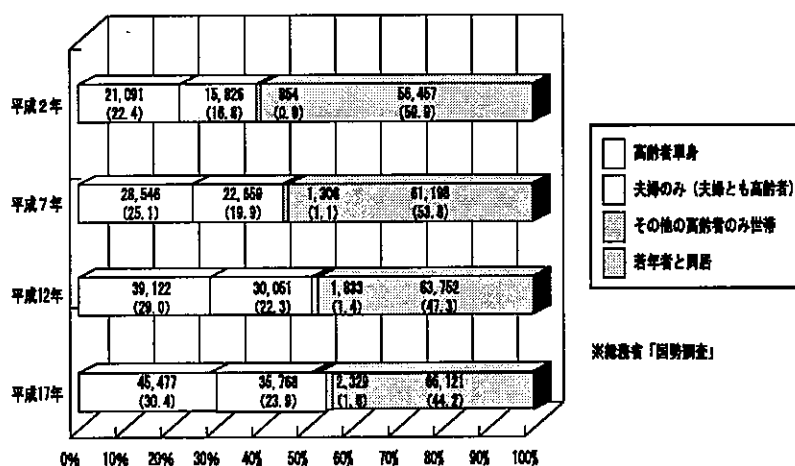
独居等の認知症高齢者の増加

前期高齢者および後期高齢者の推移



独居または高齢者のみの世帯の増加

● 高齢者のいる世帯の家族類型別世帯割合の推移



独居等の認知症高齢者ケースから見てきたもの

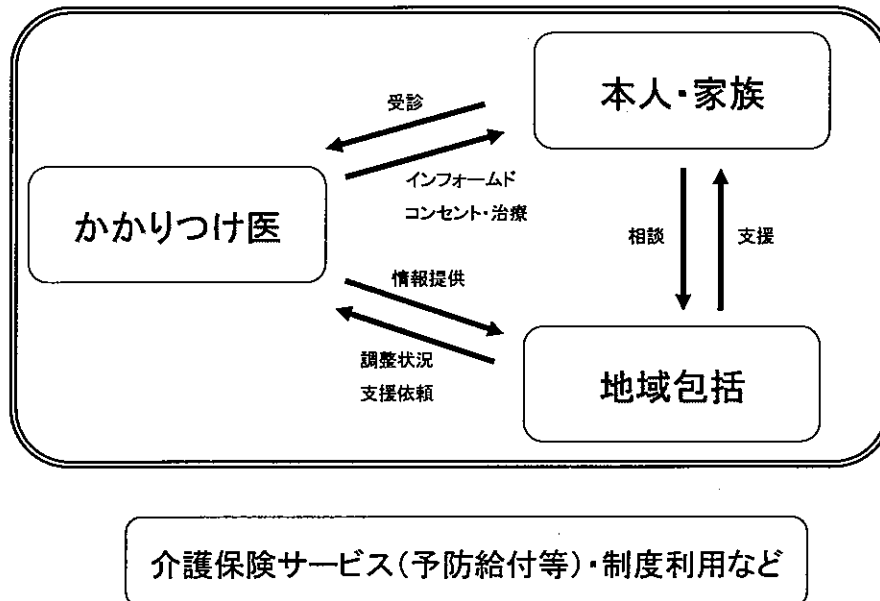
- 1 医療・福祉・保健のいずれかの機関で早期に問題を把握していたが、共有するまでに時間がかかってしまう。
- 2 本人や家族が問題の認識がなく、高齢者の将来についての準備をしていなかったため、必要な制度・支援機関につながりにくい。
- 3 認知症がかなり進行し、侵害行為を受けたり生活が破綻するなど問題が深刻化するまで発見されづらい。

- 4 医療・福祉に繋がらないまま重度化しているケースは、自ら支援を求めてくることはまずないさらに認知症状が重ければ支援（成年後見制度・介護サービス）の拒否につながり孤立、急迫状態となる

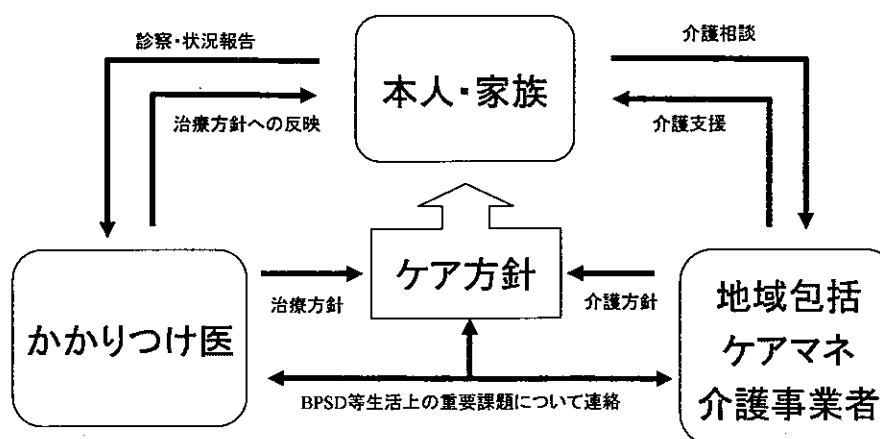


本人の将来に対する準備、関係機関による対策が立てられたのではないかな？

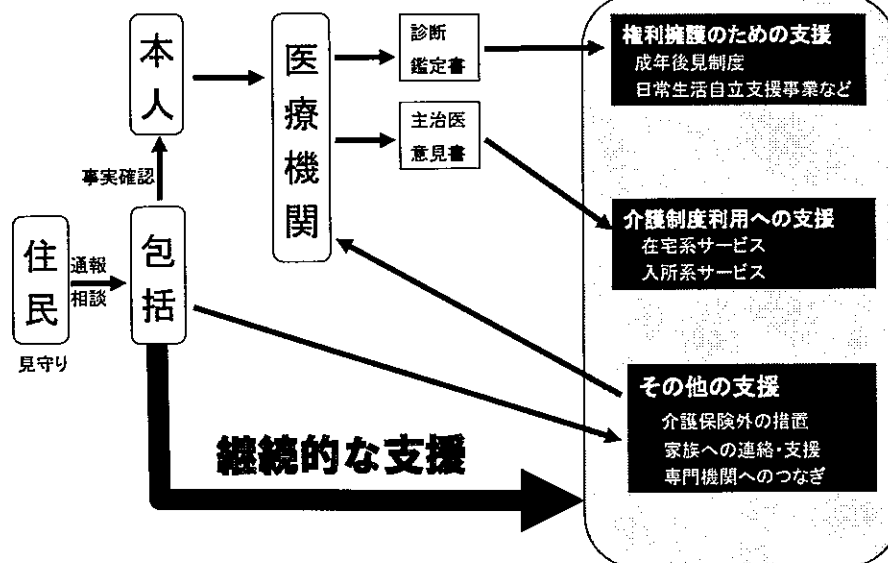
初期認知症の診断から準備期



認知症の進行と周辺問題への対応



地域で孤立した認知症高齢者への対応



住みなれた地域で 安心して

その人らしい生活を送るために

初期の段階での必要な予防の手だて

自分自身の将来を考える

支援を行う関係者の思いをひとつに

支援者と地域との連携