# 認知症サポート医養成研修
# テキスト

国立研究開発法人
国立長寿医療研究センター
National Center for Geriatrics and Gerontology

# 認知症サポート医養成研修
# テキスト

**平成 30 年8月**

平成 28 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

**認知症に関する研修の普及および評価に関する調査研究事業　編**

［認知症サポート医養成研修教材改訂作業班］

« 目　次 »


**Ⅰ．認知症サポート医の役割** ---------- **1**

**Ⅱ．診断･治療の知識** ---------- **9**

**Ⅲ．制 度** ---------- **77**

**連 携** ---------- **121**


## DVD 教材 タイトル一覧

| | |
|---|---|
| 認知症サポート医とは<br>～ 認知症の人を医療につなぐ ～ | 13 分 |

## 参考資料


| | | |
|---|---|---|
| 資料１ | 介護予防マニュアル（改訂版）　第１章抜粋 | 151 |
| 資料２ | 主治医意見書記入の手引き | 189 |
| 資料３ | 主治医の診断書様式に関する診断の手引き（運転に関する臨時適性検査） | 209 |
| 資料４ | 成年後見制度における診断書作成の手引 | 215 |
| 資料５ | 成年後見制度における鑑定書書式《要点式》 | 229 |
| 資料６ | 高齢者虐待とは　（発見チェックリスト付） | 237 |
| 資料７ | 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シートパック（解説付） | 243 |
| 資料８ | 地域の連携事例(1 名古屋市、2 板橋区、3 八王子市、4 広島県、5 東京都) | 277 |

# Ⅰ.認知症サポート医の役割

《 役割-1 》

# 認知症サポート医の機能・役割

**機能・役割**

1）　認知症の人の医療・介護に関わる かかりつけ医や介護専門職に対するサポート

2）　地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り

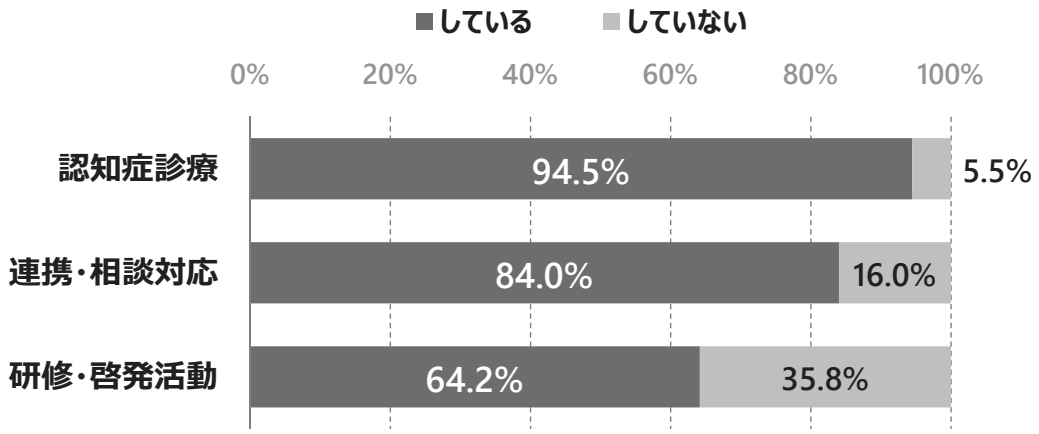
3）　かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

**地域における「連携の推進役」を期待されている**

《 役割-2 》

# 認知症サポート医の活動状況

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




認知症診療　　：「診断」、「早期発見」、「治療」 などに対応
連携・相談対応　：「かかりつけ医」、「地域包括支援センター」との連携や相談への対応
研修・啓発活動　：「かかりつけ医や多職種研修」、「住民セミナー」への協力

【出典：平成24年度老人保健健康増進等事業における調査】

**［役割-1］**

認知症サポート医は、かかりつけ医か専門医に峻別されるものではなく、通常の認知症に関する診療の状況によって、それぞれの立場から機能・役割を担うものである。

具体的には、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などが挙げられる。

これらの活動を通じて、地域における「連携の推進役」が期待されている。

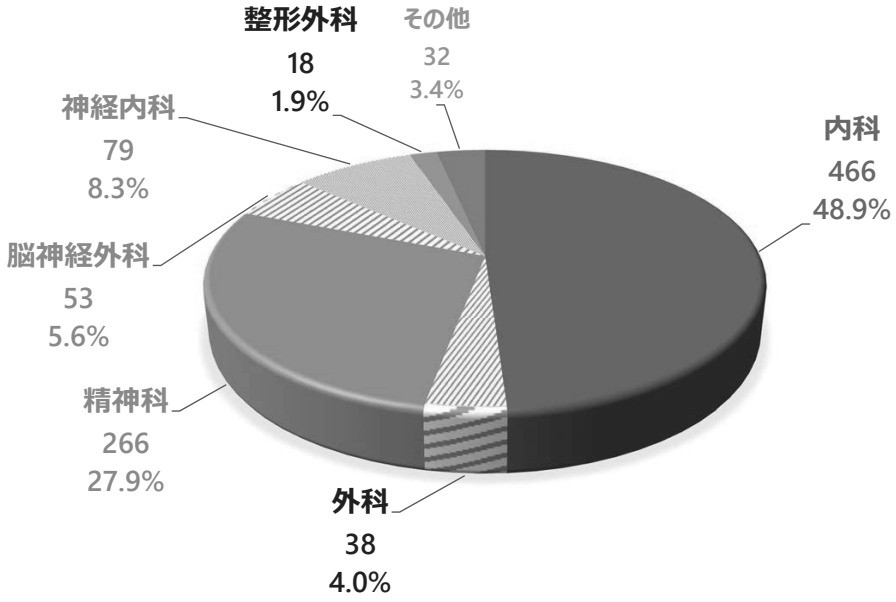
**［役割-2］**

認知症サポート医の活動状況について、平成 24 年度に行ったアンケートでは、診断や早期発見などの何らかの「認知症診療」を行っている認知症サポート医が 94.5%、かかりつけ医や地域包括支援センターとの「連携や相談対応」については 84.0%、また、かかりつけ医や多職種向けの研修や住民向けのセミナーなどの「研修・啓発活動」では 64.2%という結果であった。

《 役割-3 》

# 認知症サポート医の診療科の内訳

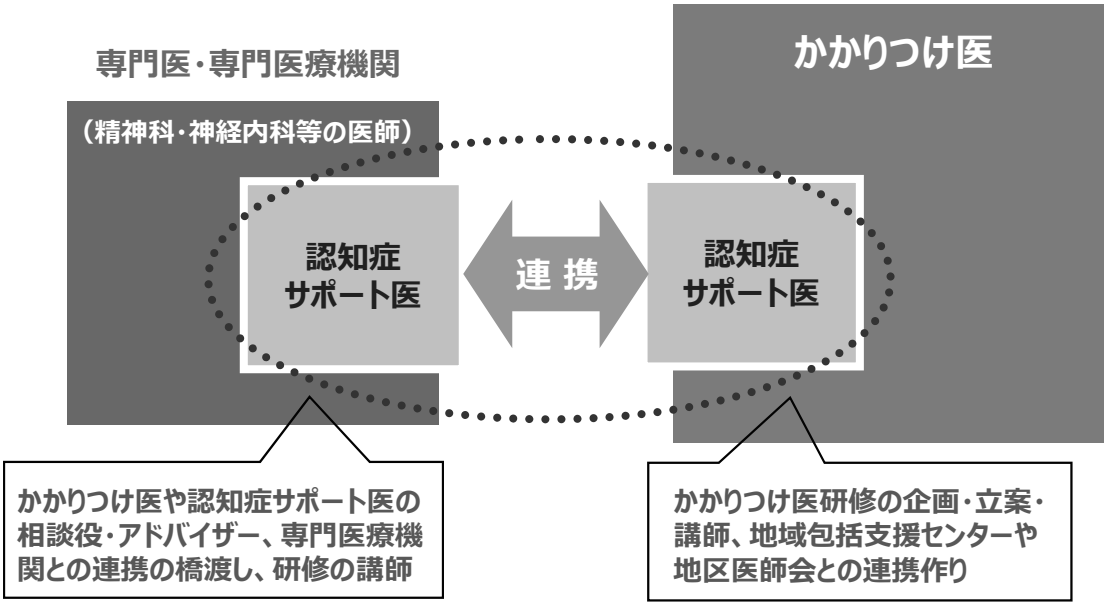
［n =957］ H17～23までに養成研修を受けた認知症サポート医へのアンケート




【出典：平成24年度老人保健健康増進等事業における調査】

《 役割-4 》

# 地域における認知症サポート医の役割分担と連携の構築



**［役割-3］**

直近の認知症サポート医の診療科の内訳としては、「精神科・精神神経科」、「神経内科」、「脳神経外科」を合わせて、約4割となる一方で、「内科」も、それを上回る48.9%を占めている状況である。

グラフには示されていないが、最近の養成研修受講者の内訳としては、「内科」の医師が過半数となっている。

**［役割-4］**

精神科・神経内科・脳神経外科の認知症サポート医は専門医療機関との連携やアドバイザーとしての役割を、地域のかかりつけ医の中の認知症サポート医は地区医師会や地域包括支援センターとの連携の役割を担い、両者が今後予定されている認知症サポート医フォローアップ研修等を通じて、地域における顔のみえる連携関係を構築し、認知症地域医療体制の中核となることが期待されている。

《 役割-5 》

# 早期発見・早期対応の意義

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

## ［役割-5］

認知症の早期発見・早期対応の意義について考えてみる。

認知症の原因には、頻度は必ずしも多くはない（全認知症の5～10％）が、可逆性の疾患も多種類存在する。ただし、例えば、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫による認知症であれば、発症後遅くとも半年～1年以内に脳外科的手術を実施しなければ症状の改善は見込めないと言われている。可逆性といっても、原因疾患が発症後もしばらく放置されてしまうと治療による改善は望めないケースが多いため、早期発見・早期対応が重要である。

また、アルツハイマー型認知症であれば、中核症状治療薬としコリンエステラーゼ阻害薬による薬物療法による進行抑制が可能であり、治療開始が早いほど効果も出やすいと言われている。行動・心理症状（BPSD）に対しても、限定されるもののコリンエステラーゼ阻害薬の一定の効果が示されている。

また、認知症を早期に発見できれば、本人が病気について理解することもより容易となるといえる。病気に関してある程度理解できれば、病気の進行による生活への影響にも予めの準備が可能であり、不安も軽減されるであろう。行動・心理症状（BPSD）にもあまり悩まされずに生活が継続できる可能性が高まる。また、任意後見制度等の利用により、自己決定を活かし、経済損失を防止することにもつながる。また、精神障害者保健福祉手帳交付の申請には初診日から6ヶ月を経過した日以降の診断書が必要であり、障害年金は初診から1年半経過した日を障害認定日としていることから、早期の受診によって様々な支援制度をより早期に利用できることになる。

早期発見により、家族も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り、また実際に病気の進行に合わせて、介護保険サービス等も利用し適切にケアできれば、認知症の進行を抑制する可能性が高まり、介護負担も軽減できる。

また、家族介護者の介護負担に対する心理社会的な介入の効果を勘案すれば、早期からの介入あるいはケアマネジメントが好ましい。

出 典

Seltzer B et al. Efficacy of donepezil in early-stage Alzheimer disease: a randomized placebo-controlled trial. Arch Neurol. 2004;61:1852-6.

Rodda J et al. Are cholinesterase inhibitors effective in the management of the behavioral and psychological symptoms of dementia in Alzheimer's disease? A systematic review of randomized, placebo-controlled trials of donepezil, rivastigmine and galantamine. Int Psychogeriatr. 2009;21:813-24.

Mittelman MS et al. A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: effects on caregiver depression. Am J Geriatr Psychiatry. 2008; 16: 893-904.

# Ⅱ.診断・治療の知識

# 新しい認知症の診断基準（DSM-5）

**A　1つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚-運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。**

**B　認知機能の低下が日常生活に支障を与える。**

**C　認知機能の低下はせん妄のときのみに現れるものではない。**

**D　他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。**

## ［診断・治療-1］

2013 年 5 月に刊行された米国精神医学会による認知症の診断基準を示す。

複雑性注意（注意を維持したり、振り分けたりする能力）、実行機能（計画を立て、適切に実行する能力）、学習及び記憶、言語（言語を理解したり表出したりする能力）、知覚-運動（正しく知覚したり、道具を適切に使用したりする能力）、社会的認知（他人の気持ちに配慮したり、表情を適切に把握したりする能力）の６つの神経認知領域のうちの1つ以上が障害され、その障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来たし、せん妄やその他の精神疾患（うつ病や統合失調症など）が除外されれば認知症ということになる。

以前の診断基準では“dementia”という用語が用いられていたが、今回新たに“major neurocognitive disorder”という用語が提唱されている。

また、これまでの診断基準において認知症の診断に必須とされていた「記憶障害」が必ずしも必要ではなくなった点、2 つ以上の領域の認知機能の障害が必須であったが、1 つ以上となった点が最も大きな違いである。

なお、DSM と世界保健機関（WHO）の国際疾病分類（ICD）は可能な限り歩調を合わせる方向で編集されてきているため、ICD-11 にもDSM-5 の内容が反映されることが予想される。

※本診断基準は 研修教材として最新情報を提供する趣旨で取り上げたものであり、
DSM-Ⅳ-TR からの変更等を明示するものではない。

《 診断・治療-2 》

# 認知症の経過と必要な医療

（アルツハイマー型認知症等変性疾患の場合）

（東京都福祉保健局編資料を一部改変）

## ［診断・治療-2］

認知症の経過は、原因疾患や類型によって一様ではないが、アルツハイマー型認知症など、比較的緩徐に進行する変性疾患の場合の一般的な経過と医療ニーズを把握することによって、認知症の地域ケアにおけるかかりつけ医の役割を見出すことができる。認知症の医療には、認知症そのものに対する医療、認知機能の低下や行動・心理症状（BPSD）の増悪要因となる心身状態の改善を図るための医療、認知症の人が罹った一般的な身体疾患に対する医療、やがては看取りに至るまでの全人的医療が必要となる。

かかりつけ医は、まず認知症に関する相談役として、認知症の人と家族から話や悩みを聴き取り、必要に応じて専門医への紹介や連携により、可能な限り早期に、他疾患との鑑別や診断を導く役割を担う。さらには本人や、家族の心理に配慮しつつ、認知症について、病気の捉え方や一般的な経過を説明し治療や生活支援に結び付けていく。

認知症治療については、中核症状の進行を抑制する薬物療法（コリンエステラーゼ阻害薬など）の適応、効果、副作用などについて説明を行い、本人や家族の選択に寄り添う。行動の変化や行動・心理症状（BPSD）への対処、低栄養や脱水、感染症など注意を要する身体状態や合併症の予防と治療、生活を支えるために介護保険サービスの導入など、包括的な支援を行うことが求められる。

また急性増悪時や行動・心理症状（BPSD）が顕著となった場合は、本人や家族の方および地域の実情を踏まえて、専門医と連携し適切な治療やケアへの橋渡しを行う必要がある。

普段から地域的な対応状況を把握し、地域包括支援センターなどと連携してシステム作りに取り組むことも必要であろう。

《 診断・治療-3 》

# 健忘型軽度認知障害

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）

軽度認知障害 に関する19の縦断研究を検討した結果、平均で年間約10%が認知症に進展

（Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004）

《 診断・治療-4 》

# うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

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

※うつ病については、DVD教材（付録）を参照

## ［診断・治療-3］

MCI（Mild Cognitive Impairment）とは本人、もしくは周りの人からもの忘れがあると認識され、年齢に比し、記憶力が低下している状態（1.5SD 以下）と定義され、認知症ではない。しかしながら、その一部がアルツハイマー型認知症などへ進展するとされ、Bruscoli らによれば、19 の縦断研究のシステマティックレビューにおいて、平均で年間約 10％が認知症に転換すると報告されている。

出 典

Petersen RC et al. Current concepts in mild cognitive impairment. Arch Nerurol. 2001;58:1985-1992.
Bruscoli M et al. Is MCI really just early dementia? A systematic review of conversion studies. Int Psychogeriatr. 2004;16:129-40

## ［診断・治療-4］

うつ病とアルツハイマー型認知症の違いを示す。

うつ病は半年以上前から潜行性に緩徐に発症することはなく、生活史上の何らかの契機が認められることが多い。通常は長くても数ヶ月前からの発症が多い。うつ病では本人は症状を強調するが、アルツハイマー型認知症では本人は過小評価することが多い。とりつくろうような答えはアルツハイマー型認知症に特徴的と言っていい。この傾向が顕著となると明らかな作話となる。思考内容に関しても違いがあり、うつ病では自責的あるいは自罰的となる。

一方、アルツハイマー型認知症では他罰的となる。この結果、もの盗られ妄想の出現につながることがある。

認知症の症状（時に初発症状）としてうつ病の症状を示す場合があり、また、うつ病がアルツハイマー型認知症の危険因子であるという報告もあり、慎重な対応が必要である。

《 診断・治療-5 》

# うつ病と認知症の関係

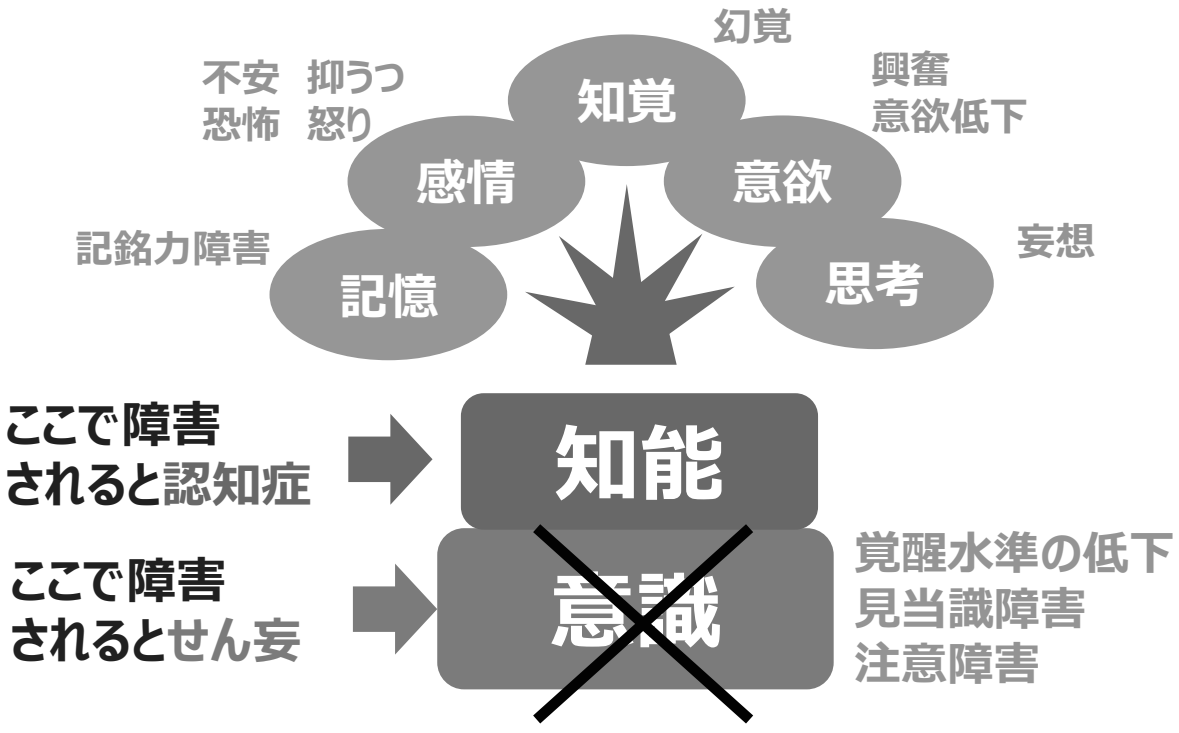
1　独立した疾患としてのうつ病 ▶ 認知症との鑑別が問題に

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

3　認知症の症状としてのうつ状態 ▶ 今 認知症があるかもしれない

《 診断・治療-6 》

# せん妄の概念



## ［診断・治療-5］

うつ病、うつ状態と認知症の関係は多様である。診断・治療4に示したような、認知症と鑑別される疾患としてのうつ病が存在する。この場合うつ病としての治療が奏功すれば、認知機能は改善する。

2. のようにうつ状態が先行し、その後さまざまな認知機能障害が加わってくる例もある。DLB では時にうつ状態が先行しその後 DLB に特徴的な症状が加わってくることがある[1)2)]。また、認知症の経過の中で抑うつ状態が出現することもある。記憶障害や遂行障害が軽度で病識の障害が軽度の段階で、このような状態に陥ることがある。

この 1－3 によって、うつに対する対応・治療法が異なってくる。

1 の場合、うつ病としての治療を行いその効果をみる

2 の場合、うつとしての治療を行いつつ、他の認知機能障害が出現してこないかを観察する。DLB に先行している場合には抗うつ薬に対する過敏反応がおこりうることも念頭におく。

3 の場合、認知機能障害があるかどうかをまずチェックする必要がある。抗うつ薬よりもアセチルコリンエステラーゼ阻害薬が有効なことがある。

出 典

1) McKeith IG et al: Operational criteria for senile dementia with Lewy body type (SDLT). Psychol Med, 22:911-922, 1992

2) 高橋 晶ら:レビー小体型認知症(DLB)の前駆症状、初期症状. 老年精神医学雑誌, 22(増刊-Ⅰ):60-64, 2011

## ［診断・治療-6］

われわれの記憶、感情、知覚、意欲、思考といった知能は意識の上にのっており、意識の機能が低下すれば知能も低下する。

認知症では意識が正常(覚醒)な状態で知能が低下した状態となる。せん妄の本態は意識障害であるため、認知症と区別のつかない知能の障害が出現する。

《 診断・治療-7 》

## せん妄とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

| | 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 | 関与ない |

《 診断・治療-8 》

## せん妄の原因

- アルコール、薬物または薬物中毒
- 感染症、特に肺炎と尿路感染症
- 脱水状態および代謝異常
- 感覚遮断（環境変化）
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会：プライマリケア医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005 を一部改変

**［診断・治療-7］**

せん妄との最も大きな違いは発症様式である。前者は急性であり、認知症、特にアルツハイマー型認知症では潜行性に発症し、緩徐に進行する。何日の夜からと特定できる発症は前者の特徴である。また、夜間に増悪することが多く、夜間せん妄ともいわれる。注意力の散漫という形での意識障害と幻視および運動不穏はせん妄の三徴であるが、高齢者では幻視を伴わないこともある。また、通常は運動不穏のために多動となることが多いが、多動状態を伴わず、不活発な状態となる場合もある。

**［診断・治療-8］**

せん妄の原因としては様々なものがある。アルコールや薬物、肺炎や尿路感染症等の感染症、脱水状態や電解質異常、感覚遮断や心理的ストレス（入院、旅行等の環境の変化など）などがある。そのため、せん妄の対処には原因を適切に把握する必要があり、身体的診察や臨床検査等も必要である。

《 診断・治療-9 》

# せん妄の原因となる主要な薬剤

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

《 診断・治療-10 》

DSM-5（米国精神医学会診断統計便覧第5版）による

# アルツハイマー型認知症の診断基準

A major neurocognitive disorder の基準を満たす

B 少なくとも2つ以上の認知機能の障害が潜行性に出現し、徐々に進行する

C 次のどちらかがあてはまる

1. 家族歴か遺伝子検査から Alzheimer's disease の原因遺伝子変異が存在する証拠がある
2. 下記の全てがあてはまる
   a. 詳細な病歴や経時的な神経心理検査で、記憶・学習と他の認知機能の低下の明確な証拠がある
   b. 認知機能が長く安定していることがなく、確実に、徐々に悪化している
   c. 認知機能障害の原因となりそうな他の神経変性疾患、脳血管疾患、神経/精神/全身疾患や状態がない

D その障害が脳血管疾患、他の神経変性疾患、薬物等の影響、他の精神/神経/全身疾患によるものとして説明できない。

**［診断・治療-9］**

せん妄をきたす可能性のある主要な薬剤を示す。特に頻尿や尿失禁に対して使用される抗コリン薬や胃潰瘍や胃炎に用いられるH2受容体拮抗薬は見逃されやすいので注意を要する。せん妄が疑われたときに、これらの薬剤の使用によるものではないかを検討する必要がある。

**［診断・治療-10］**

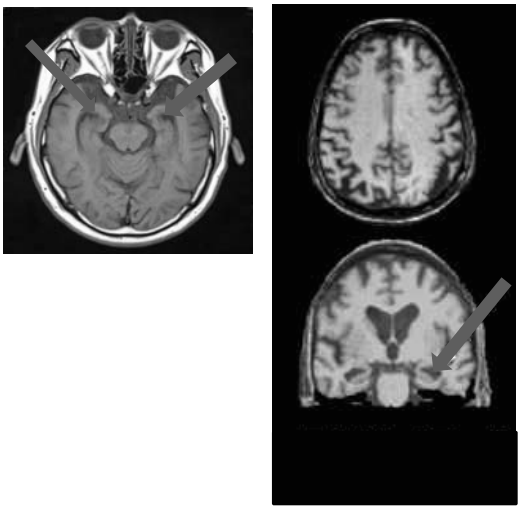
米国精神医学会が 2013 年に作成したアルツハイマー型認知症（probable)の診断基準である。

DSM-5 の認知症（major neurocognitive disorder）の診断基準においては 1 つ以上の認知領域の障害が条件であり、記憶・学習の障害があることは必須ではなかったが、アルツハイマー型認知症（probable）と診断されるためには 2 つ以上の認知領域の障害が徐々に進行することが必要とされ、経過が重視されている。また、家族歴や家族性アルツハイマー病の原因遺伝子変異が確認されるか、記憶・学習の障害があることが必須とされている点が特徴である。

《 診断･治療-11 》

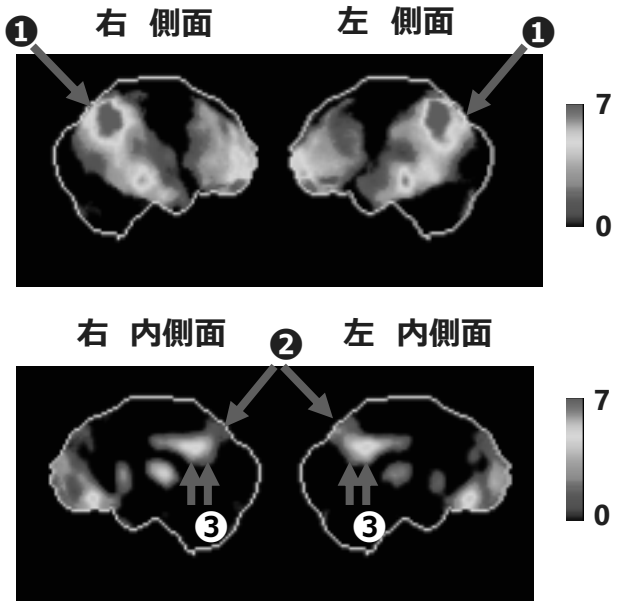
# アルツハイマー型認知症の画像

**典型的なADのMRI画像**



側脳室下角の開大と海馬の萎縮

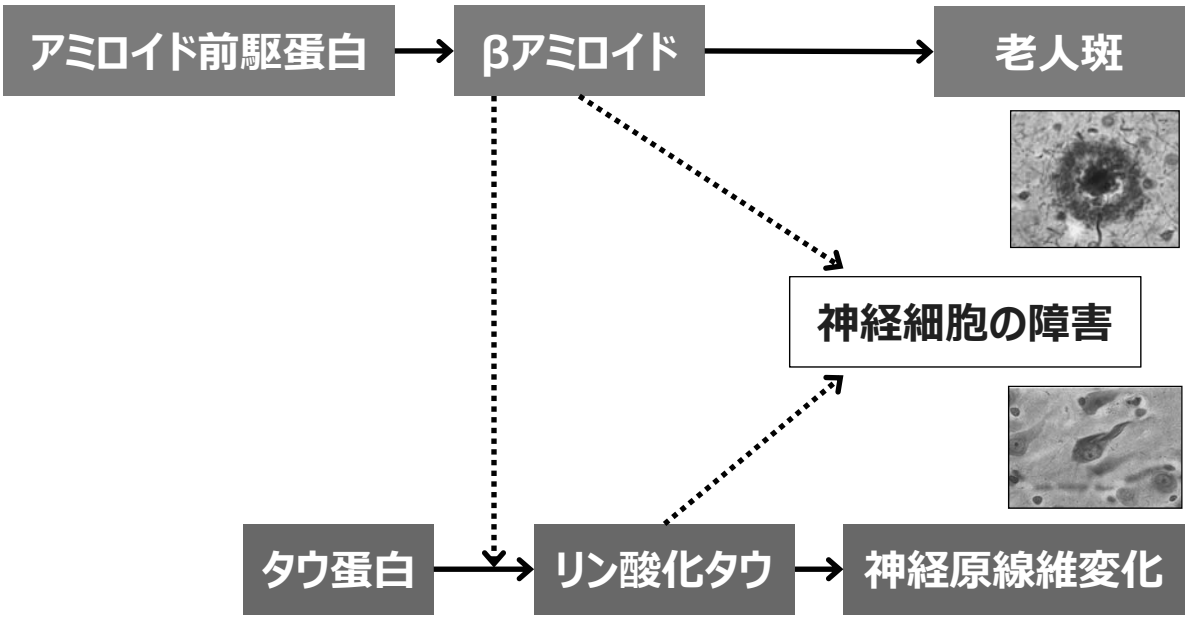
**典型的なADのSPECT画像**




①頭頂側頭連合野 ②楔前部 ③後部帯状回での血流低下

《 診断･治療-12 》

# アルツハイマー型認知症の病態 (アミロイド仮説)



## ［診断・治療-11］

アルツハイマー型認知症の病理学的変化は、側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされ、MRI では比較的早い時期よりこの近傍の海馬の形態学的な萎縮がみられる。これをとらえるには、水平断画像では側脳室下角の拡大を評価するが、T1 冠状断画像がより有効であり認知症を疑う際にはこの条件での指示が必要となる。

高齢発症例では、側頭葉に比較的限局する脳萎縮を呈する例が多いが、初老期発症の狭義のアルツハイマー病では、脳萎縮は前頭葉側頭葉優位に全体におよぶことがある。特に高齢者では正常者においても脳萎縮の個人差が大きいため、個々の症例での脳萎縮での判定は注意を要する。また、CT、MRI 上の白質病変（いわゆる PVL、 PVH）はアルツハイマー型認知症を初めとする変性疾患でもしばしばみられ、これを根拠に血管性認知症と診断することは慎重を要する。

右側は、機能画像の一つ SPECT によって典型的な血流低下部位を示したものである。①頭頂側頭連合野、②楔前部、③後部帯状回の血流低下がみられる一方で、一次運動野や感覚野は保たれている。

アルツハイマー型認知症の初期診断においては SPECT や PET のような機能画像がより有用であるが、他の脳疾患の鑑別のためにも CT や MRI のような形態画像は必須である。

## ［診断・治療-12］

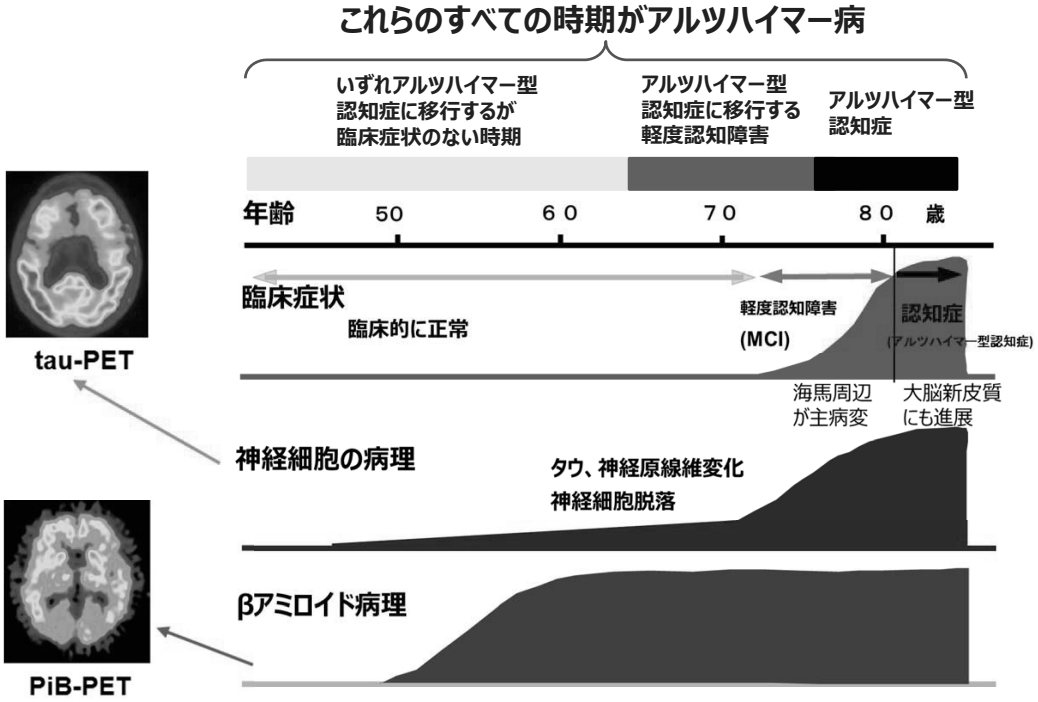
アルツハイマー型認知症の人の脳では老人斑と神経原線維変化を認めることが特徴である。老人斑の主要構成成分はアミロイド前駆蛋白からγセクレターゼとβセクレターゼによって切り出されたβアミロイドである。βアミロイドは神経細胞やシナプスを障害することが明らかにされており、また、神経細胞内のタウ蛋白をリン酸化して神経原線維変化の形成及び神経細胞障害に関与することが示唆されている（アミロイド仮説）。

この仮説に基づき、ワクチン療法等のアルツハイマー型認知症の根本的治療を目標とした研究が進められている。

《 診断・治療-13 》

# アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

## アルツハイマー病が惹起する認知症をアルツハイマー型認知症




《 診断・治療-14 》

# 認知症診断における脳脊髄液検査の意義

- 髄膜炎・脳炎等の頭蓋内感染症の鑑別
- アルツハイマー病の補助診断として、
  髄液中 tau、リン酸化tau の上昇と
  Aβ1-42蛋白の低下
  （リン酸化tauの測定は保険適応）
- クロイツフェルドヤコブ病の補助診断として、
  髄液14-3-3蛋白の出現

## ［診断・治療-13］

従来 用語としてアルツハイマー病とアルツハイマー型認知症はほぼ同義として扱われてきた。近年 PET や脳脊髄液検査により、臨床症状が出現していない時期から脳内のアルツハイマー病変化がとらえられるようになってきており、いずれアルツハイマー型認知症に移行するが臨床症状のない時期を preclinical AD と表現するようになった。そこで、脳内にアルツハイマー病変化がおこり、軽度認知障害の時期（AD による軽度認知障害：MCI due to AD)をへて認知症を発症する全病期をアルツハイマー病と呼び、認知症を発症してからをアルツハイマー型認知症と呼ぶという考え方がでてきている。

今後、バイオマーカーの進歩によってはレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症にも同様の用語区分が生じる可能性がある。

## ［診断・治療-14］

アルツハイマー型認知症では Aβ42 の低下、総タウ、リン酸化タウの上昇を認める[1,2]。

脳脊髄液中の Aβ42 の低下は脳内 Aβ 蓄積を反映すると考えられており、アミロイド PET の結果とよく相関する[3]。リン酸化タウの測定は認知症の補助診断を目的とした検査として保険適応となっている。またアルツハイマー型認知症にコンバートする軽度認知症者は，Aβ42 の低下、総タウ、リン酸化タウの上昇を認めることが報告されている。

出 典

1) Agarwal R, Tripathi CB. Diagnostic Utility of CSF Tau and Aβ(42) in Dementia: A Meta-Analysis. Int J Alzheimers Dis. 2011;2011:503293
2) van Harten AC, Kester MI, Visser PJ, Blankenstein MA, Pijnenburg YA, van der Flier WM, Scheltens P. Tau and p-tau as CSF biomarkers in dementia: a meta-analysis. Clin Chem Lab Med 2011;49:353-366
3) Wurtman R. Biomarkers in the diagnosis and management of Alzheimer's disease. Metabolism 2015;64;S47-50
4) Ahmed RM, Paterson RW, Warren JD, Zetterberg H, O'Brien JT, Fox NC, Halliday GM, Schott JM. Biomarkers in dementia: clinical utility and new directions. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014;85:1426-1434

《 診断・治療-15 》

# レビー小体型認知症の診断基準①

## 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）大脳基底核でのドパ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

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

《 診断・治療-16 》

# レビー小体型認知症の診断基準②

## ４．Probable DLB（ほぼ確実にDLBである）は以下により診断される

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（疑い）は以下により診断される

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

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

## ［診断・治療-15・16］

レビー小体型認知症の改訂された診断基準である。平成29年（2017年）に国際ワークショップがレビー小体型認知症の臨床診断基準第4版を公表した。

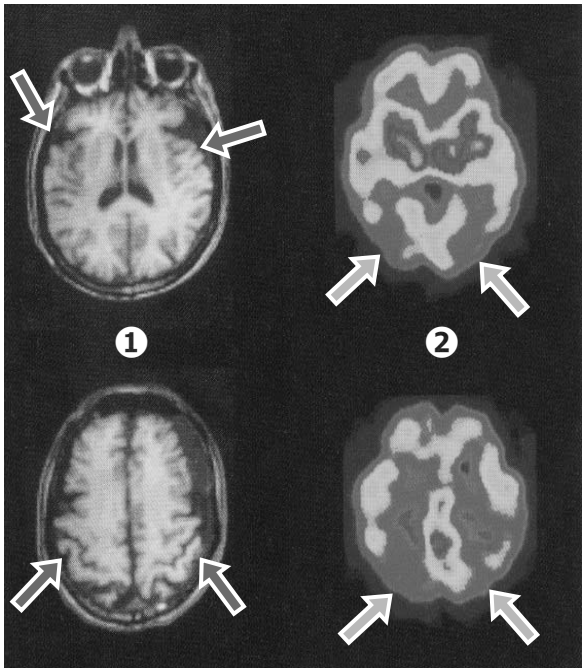
この診断基準では、2つ以上の中核的臨床的特徴が存在するか、1つの中核的臨床的特徴が存在し、1つ以上の指標的バイオマーカーが存在する場合、Probable DLBと診断される。

出 典

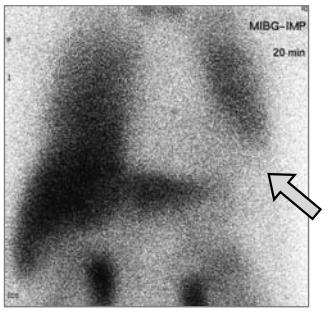
McKeith IG,Boeve BF,Dickson DW, et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies(DLB). Neurology 2017;89:1-13

《 診断・治療-17 》

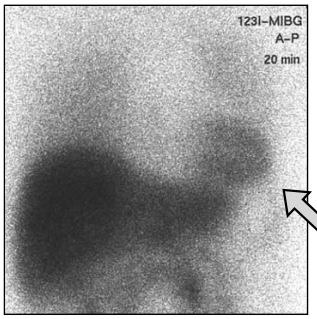
# レビー小体型認知症の画像




MRI　　SPECT




❸MIBG心筋シンチグラム

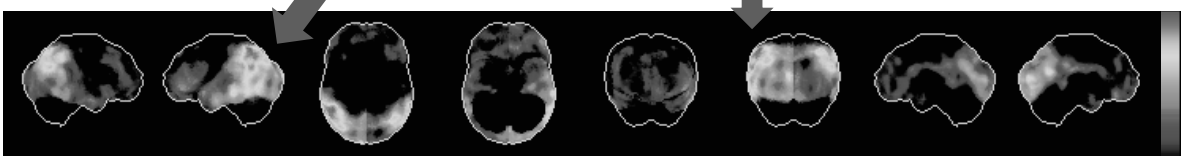



正常例

《 診断・治療-18 》

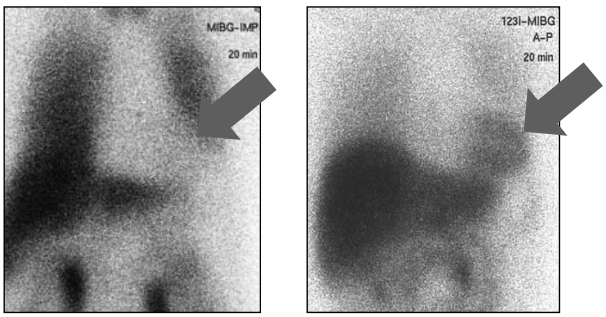
# レビー小体型認知症の画像所見

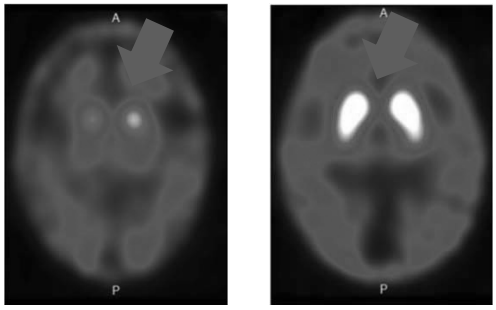
脳血流SPECT　　②頭頂側頭連合野の血流低下　　①後頭葉の血流低下




MIBG心筋シンチ　　DATスキャン

DLB例　　正常例　　DLB例　　正常例




（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）

## ［診断・治療-17］

左から MRI T1 強調画像、IMP-SPECT 画像、MIBG 心筋シンチグラム画像である。

MRI では、側頭葉から頭頂葉にかけての萎縮が見られるが、海馬の萎縮はアルツハイマー型認知症に比べて軽度と言われている（画像①）。

脳の血流を評価する SPECT では、後頭葉の血流の低下が見られる。頭頂側頭連合野の血流の低下に加えて、後頭葉の血流の低下が見られるのが特徴と言われている(画像②)。

MIBG 心筋シンチでは、交感神経終末を評価すると言われているが、レビー小体型認知症では心筋への集積が低下することが示されている（画像③）。

出 典

Ishii K et al. Regional cerebral glucose metabolism in dementia with Lewy bodies and Alzheimert al. Regional cerebral 1998;51:125-130.

## ［診断・治療-18］

レビー小体型認知症における機能画像所見をまとめた。上段 IMP-SPECT（3DSSP 画像、下段左が MIBG 心筋シンチグラム画像　下段右が 123I-FP-CIT を用いたドパミントランスポーターシンチグラフィーS（DAT スキャン）検査である。

脳の血流を評価する SPECT では、後頭葉の血流の低下が見られる。頭頂側頭連合野の血流の低下に加えて、後頭葉の血流の低下が見られるのが特徴と言われている。MIBG 心筋シンチは、交感神経終末を評価すると言われているが、レビー小体型認知症では心筋への集積が低下することが示されている。

また 123I-FP-CIT を用いた SPECT 検査は，線条体におけるドパミントランスポーターの密度を反映すると考えられており，Lewy 小体型認知症と Alzheimer 型認知症の鑑別を目的とした検査として保険適応が 2014 年に認められて，臨床応用が進んでいる。

なお MRI 等の形態画像では、側頭葉から頭頂葉にかけての萎縮が見られるが、海馬の萎縮はアルツハイマー型認知症に比べて軽度と言われている。

出 典

Ishii K et al. Regional cerebral glucose metabolism in dementia with Lewy bodies and Alzheimert al. Regional cerebral 1998;51:125-130.

# 前頭側頭葉変性症の概念

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

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

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

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

## ［診断・治療-19］

1994 年にLund 大学のグループとManchester 大学のグループが共同で前頭側頭型認知症（frontotemporal dementia: FTD)という概念を提唱し、さらに臨床特徴が共通する3病型（Pick 型、運動ニューロン疾患型、前頭葉変性型）に分類した[1)]。

1996 年にはこれらの概念に加えて失語症状で始まる2病型、進行性非流暢性失語症（progressive non-fluent aphasia: PNFA)と 意味性認知症(semantic dementia:SD)を加え、さらに包括的な概念である前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar-degeneration: FTLD)が提唱された[2)]。この診断基準では早期診断の感度が低い、行動異常の基準があいまいといった批判があり、新たに提唱された診断基準が 2011 年にRascovsky らによって提唱された[3)]。臨床的には異常行動を中心とする行動障害型前頭側頭型認知症（behavioural variant FTD：bvFTD)と言語障害を主体とする言語障害型前頭側頭型認知症に分類された。

出 典

1) The Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 57:416-418,1994
2) Snowden JS et al. Fronto-temporal lobar degeneration; Fronto-temporal dementia, progressive aphasia, semantic dementia. Churchill Livingstone, New York 1996
3) Rascovsky K et al. Sensitivity of revised criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. Brain, 134:2456-2477

《 診断・治療-20 》

# 行動障害型 前頭側頭型認知症の診断基準(bvFTD)

**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

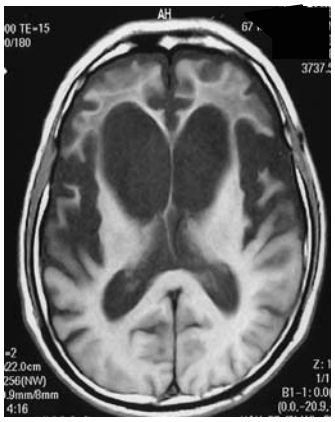
**さらに、以下の全てを認めれば probable bvFTD**

- 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

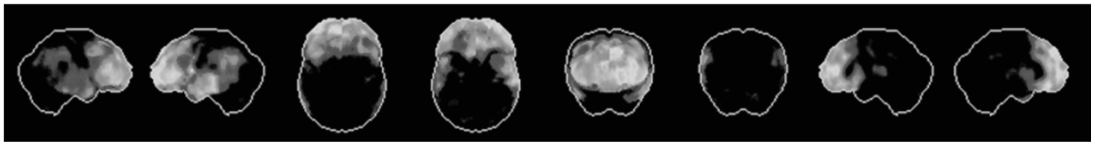
《 診断・治療-21 》

# 前頭側頭型認知症の画像

## MRI



## SPECT



## ［診断・治療-20］

Rascovsky らによって提唱された行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)の診断基準を示す。A～Fの症状は、それぞれ感度 66-91％ 特異度 79-90％と単独でも高い診断能を有する。また早期とはおおむね発症 3 年以内を示す。行動の脱抑制は社会的に不適切な行動や礼節や礼儀の欠如、衝動的で不注意な行動といった形で現れる。無関心無気力は自発性の低下としてあらわれるが、一方でDのような常同的行動は執拗に繰り返すといった二面性を有する。共感、感情移入の低下は他人の気持ちを察することができない。アルツハイマー型認知症でとりつくろいがみられるのと対照的に他人からどのようにみられているかという視点を持てない。Dは決まったコースを歩き続ける、一日の日程が固定されそれを繰り返す（時刻表的生活）がみられる。Eは異常な食欲亢進や甘いものを大量に食べるといった形であらわれる。進行すると異食がみられることがある。Fは実行障害が強い割にエピソード記憶や視空間機能が保たれるという意味で、エピソード記憶障害おこらないということではない。アルツハイマー型認知症との鑑別で重要である。

A～F項目のうち 3 つを認めれば bvFTD 疑いであり、さらに臨床的確診の A,B,C3 項目すべてを満たせば臨床的確診となる。またこれ以外の症状として、被影響性の亢進も重要である、具体的には、検者のまねをしないでと説明してもまねしてしまう（模倣行動や、目に映る文字をすべて読み上げてしまう、強迫的音読がみられることがある。

## ［診断・治療-21］

著明な前頭葉、側頭葉の萎縮が見られる。病理学的にはピック小体を有するピック病と診断された。

また、機能画像では前頭葉、側頭葉の血流低下がみられる。アルツハイマー型認知症でもこれらの部位の低下がみられることがあるが、アルツハイマー型認知症でみられる頭頂側頭連合野の血流低下が目立たない点が特徴である。

《 診断・治療-22 》

DSM-5（米国精神医学会診断統計便覧第5版）による

# 血管性認知症の診断基準

**A** major neurocognitive disorder の基準を満たす

**B** 臨床的特徴が以下のどちらかによって示唆されるような血管性の病因 に合致している

1. 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
2. 複雑性注意(処理速度を含む）と前頭葉性実行機能の障害が明らかである

**C** 病歴、身体診察、および/または神経画像検査から神経認知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

**D** その症状は他の神経疾患や全身疾患でより良く説明されない

以下のうち一つはあてはまる。

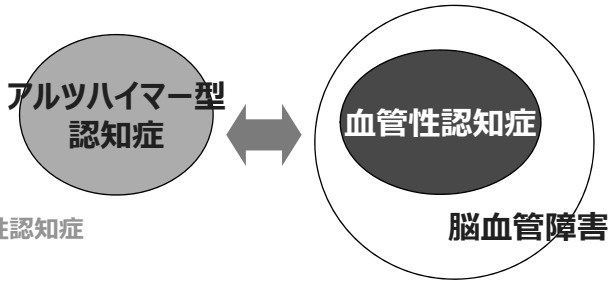
1 臨床症状が神経画像検査での脳血管疾患による脳組織の障害の所見によって支持される
2 神経認知障害が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
3 臨床的および遺伝的に脳血管疾患である証拠がある

《 診断・治療-23 》

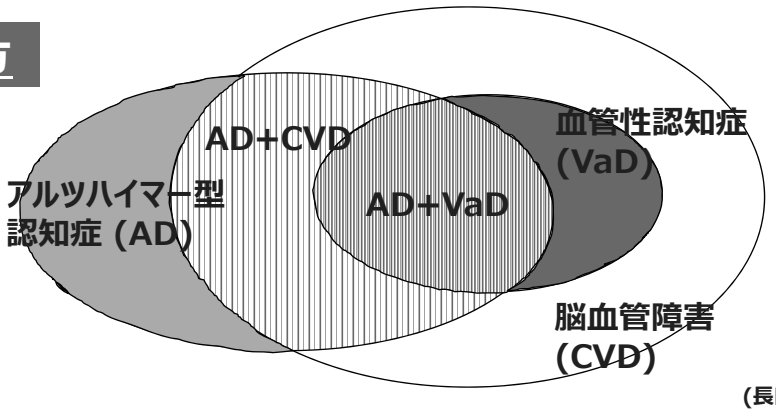
# 血管性認知症の考え方の変化

## 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)

## ［診断・治療-22］

血管性認知症の診断基準として、ICD-10、ADDTC、NINDS-AIREN、AHA/ASA、DSM-5 などいくつかの基準が示されている。DSM-5 の血管性認知症（probable） の診断基準の要旨を示す。認知症（major neurocognitive disorder）と脳血管障害が存在（病歴、身体所見、画像所見）し、その両者が時間的に関連しているか、血管性認知症に認められることが多い複雑性注意と実行機能の障害が明らかであることが必要である。

DSM-5 の特徴は DSM-Ⅳ-TR や他の多くの診断基準で必須とされている記憶・学習の障害の存在を必要としない点である。これまでの診断基準では特異度は高い反面、感度が低く、血管性危険因子の管理が必要な認知症を見逃す危険性が指摘されていた（参考文献）が、新たな診断基準によってこのような課題の改善が期待される。

出 典

高野大樹、長田　乾；血管性認知症の診断基準と基本的なタイプ（老年精神医学雑誌 24：357-365, 2013）

## ［診断・治療-23］

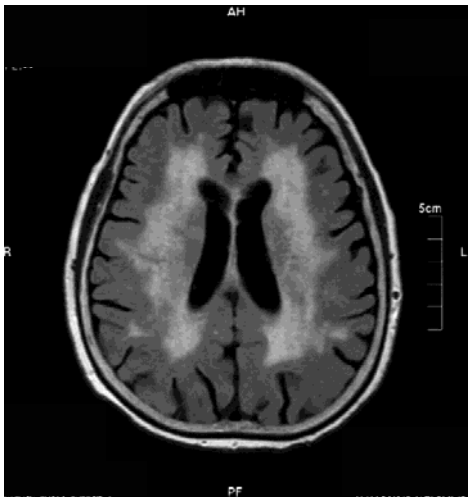
血管性認知症の有病率が低下した理由として、血管性認知症に対する認識の変化がある。従来は脳卒中の既往があったり、画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症とされる傾向があった。また、臨床症状として運動麻痺や構音障害などの局所神経症状があれば血管性認知症とされやすかった。アルツハイマー型認知症と血管性認知症は対立する概念であり、両者の併存は混合型認知症ととらえられていた。

しかし、実際には高齢者が多く、長い経過を呈するアルツハイマー型認知症の経過のなかで、それ自体は認知機能に影響をおよぼさない血管障害を合併する機会は認知機能障害を引き起こす血管障害と合併するよりもはるかに多いと考えられる（図の AD+CVD）。

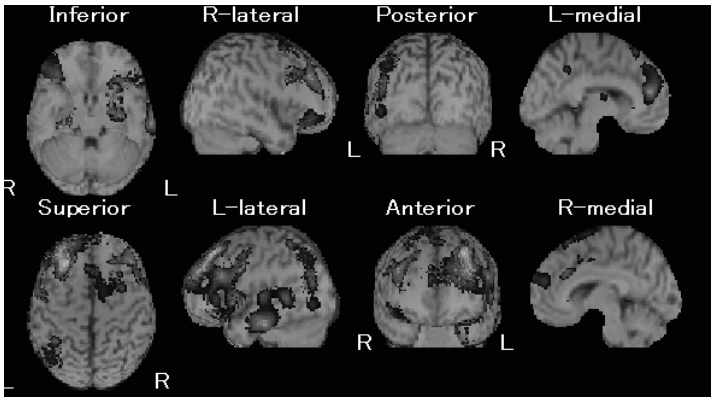
《 診断･治療-24 》

# 血管性認知症の画像

MRI



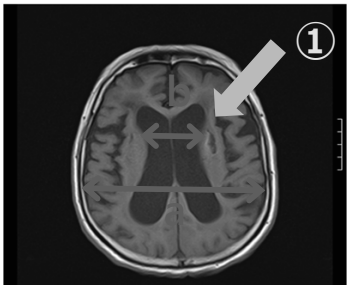
SPECT

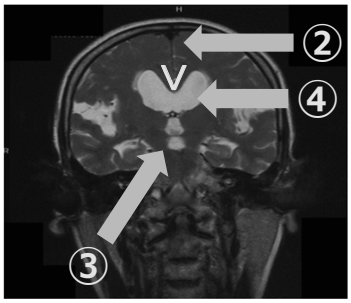



《 診断･治療-25 》

# 特発性正常圧水頭症(iNPH)

- 水頭症を来す原因疾患がない
- 高齢者に多く見られるが正確な発症頻度は不明
- 歩行障害、尿失禁、認知症が緩徐に進行
- 適切なシャント術によって症状が改善する可能性がある
- 特徴ある画像所見を呈する(1-4)
- 髄液除去テストを行い、上記症状が改善
- 病理学的な裏付けはない




1. 脳室拡大（Evans index b/a >3.0）
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.

## ［診断・治療-24］

血管性認知症の画像パターンは大きく 3 つに分類される。

1. 多発梗塞性認知症：皮質梗塞を多発性に生じたためその結果として、記憶、言語、空間認知などの複数の認知ドメインが障害されて認知症に基準を満たすもの
2. 戦略的重要部位脳梗塞　strategic infarction　視床、尾状核頭部など単独でも認知機能に障害を引き起こす戦略的重要部位に梗塞を生じた結果認知症の診断基準を満たす場合
3. 皮質下血管性認知症　中程度以上の白質病変を伴い、基底核領域に複数のラクナ梗塞を認め認知症の診断基準を満たす場合

さらに、脳血流検査で梗塞部位に一致した血流低下をきたし、アルツハイマー型認知症やレビー小体型認知症のような一定のパターンを呈さない場合には診断の参考になる。 しかし、MRI や CT で複数の血管病変がみられたからといって直ちに血管性認知症と断定するのは要注意で、変性性認知症と血管障害の合併を常に念頭に置く必要がある。

出 典

目黒謙一： 血管性認知症 ワールドプランニング 2008 東京

## ［診断・治療-25］

正常圧水頭症は、歩行障害を主体として、認知機能障害、尿失禁を呈する症候群で、画像上脳室の拡大はみられるにもかかわらず、脳脊髄液圧は正常範囲で、脳脊髄シャント術で症状が改善する病態である。高齢者ではくも膜下出血や髄膜炎の後遺症としておこるのではなく、原因のわからない特発性正常圧水頭症が多くを占める。正確な頻度は不明だが、65 歳以上の地域住民の 0.5-2.9%という報告があり [1)]、決してまれな疾患ではない。

診断のためにまず MRI を行い、特徴的な歩行障害に加えて、MRI で典型的な正常圧水頭症の所見（①脳室拡大、②シルビウス裂や脳底部脳溝の拡大、③高位円蓋部くも膜下腔狭小化）があれば手術の適応を検討する。MRI が典型的でなかったり、歩行障害がない場合には、脳脊髄液除去テストを行い、症状の改善が見られた場合に手術の適応となる。

出 典

1) Hiraoka K et al: Prevalence of idiopathic normal-pressure hydrocephalus in the elderly population of a Japanese rural community . Neurol Med Chir(Tokyo) 48: 197-199,2008
2) 日本正常圧水頭症学会特発性正常圧水頭症診療ガイドライン 作成委員会編：特発性正常圧水頭症診療ガイドライン 第 2 版 メディカルレビュー社 2011

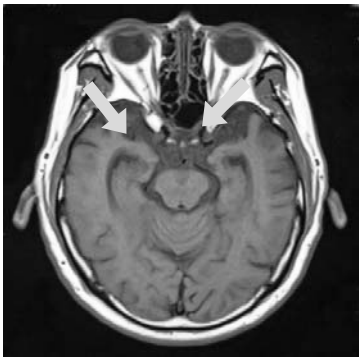
《 診断・治療-26 》

# 代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

| | AD<br>アルツハイマー型 | DLB<br>レビー小体型 | FTD<br>前頭側頭型 | VaD<br>血管性 |
|---|---|---|---|---|
| MRI<br>CT | 海馬、側頭葉の萎縮（初期には目立たない） | 海馬の萎縮 | 前頭葉の萎縮 | 両側視床、側頭葉梗塞<br>多発する皮質下梗塞<br>高度の白質病変 |
| SPECT<br>FDG-PET | 頭頂側頭連合野<br>後部帯状回<br>楔前部<br>前頭葉 | 頭頂側頭連合野<br>後頭葉 | 前頭葉<br>頭頂側頭連合野（ADに比べて軽い） | 血管障害の病巣により一定の傾向をもたない |
| その他 | | MIBG心筋シンチで取り込み低下<br>DATスキャンでのドパミントランスポーター取り込み低下 | | |

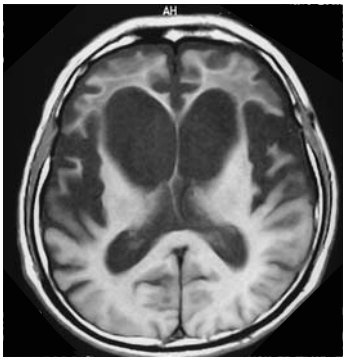
《 診断・治療-27 》

# 認知症各病型の典型的なMRI画像

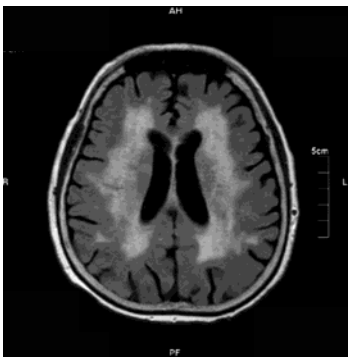


アルツハイマー型認知症

（側脳室下角の開大と海馬の萎縮）



前頭側頭型認知症



血管性認知症

## ［診断・治療-26］

認知症専門外来では、認知症の病型診断の補助検査として MRI や SPECT や FDGPET が用いられる。各病型の画像診断の特徴を表にまとめた。典型的な経過や臨床症状があり、表に示すような特徴的な画像所見を呈する場合は病型診断しやすいが、典型的でない画像所見を示すこともまれでない。その場合は臨床症状や経過が優先する。

また近年 VSRAD(Voxel-based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease)のような海馬傍回付近の萎縮の程度を数値化して診断を支援するツールが開発された。この方法により萎縮が存在するかどうかは明確になったが、萎縮の存在がすなわち機能の低下や疾患の存在ではない。逆に萎縮がなくても機能低下が存在することもまれでない。また、萎縮がないからといって AD を否定できない。

2013 年 9 月に承認された DAT スキャンは DAT スキャンを用いた SPECT により線条体内に存在する黒質線条体ドパミン神経の終末部に高発現する DAT の脳内分布を可視化できる。線条体の DAT はパーキンソン病および DLB において発現量が低下することが知られており、本検査は DLB の診断基準にも採用されている。

## ［診断・治療-27］

(AD)アルツハイマー型認知症の病理学的変化は、側頭葉内側部の内嗅領皮質に始まるとされ、MRI では比較的早い時期よりこの近傍の海馬の形態学的な萎縮がみられる。これをとらえるには、水平断画像では側脳室下角の拡大を評価するが、T1 冠状断画像がより有効であり認知症を疑う際にはこの条件での指示が必要となる。

高齢発症例では、側頭葉に比較的限局する脳萎縮を呈する例が多いが、初老期発症の狭義のアルツハイマー病では、脳萎縮は前頭葉側頭葉優位に全体におよぶことがある。特に高齢者では正常者においても脳萎縮の個人差が大きいため、個々の症例での脳萎縮での判定は注意を要する。また、CT、MRI 上の白質病変(いわゆる PVL、PVH)はアルツハイマー型認知症を初めとする変性疾患でもしばしばみられ、これを根拠に血管性認知症と診断することは慎重を要する。

(FTD) 著明な前頭葉、側頭葉の萎縮が見られる。病理学的にはピック小体を有するピック病と診断された。

(VaD) 血管性認知症の画像パターンは大きく 3 つに分類される。

①多発梗塞性認知症:皮質梗塞を多発性に生じたためその結果として、記憶、言語、空間認知などの複数の認知ドメインが障害されて認知症に基準を満たすもの

②戦略的重要部位脳梗塞 strategic infarction 視床、尾状核頭部など単独でも認知機能に障害を引き起こす戦略的重要部位に梗塞を生じた結果認知症の診断基準を満たす場合

③皮質下血管性認知症 中程度以上の白質病変を伴い、基底核領域に複数のラクナ梗塞を認め認知症の診断基準を満たす場合

しかし、MRI や CT で複数の血管病変がみられたからといって直ちに血管性認知症と断定するのは要注意で、変性性認知症と血管障害の合併を常に念頭に置く必要がある。

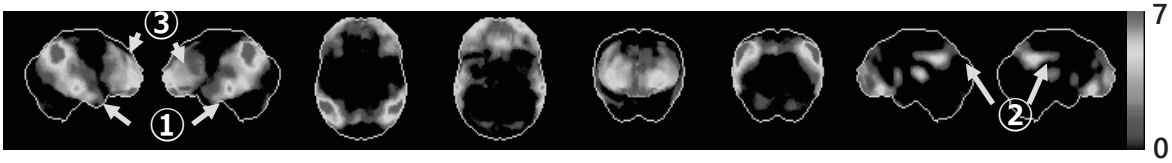
出 典

目黒謙一： 血管性認知症 ワールドプランニング 2008 東京

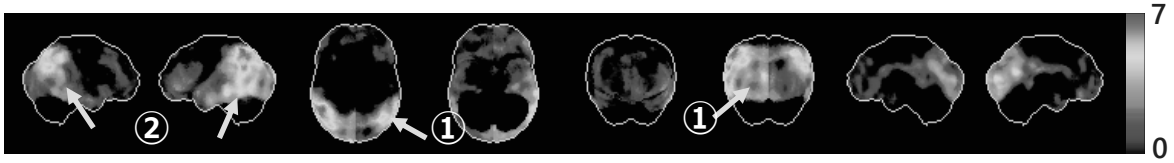
《 診断・治療-28 》

# 認知症各病型の典型的なSPECTパターン

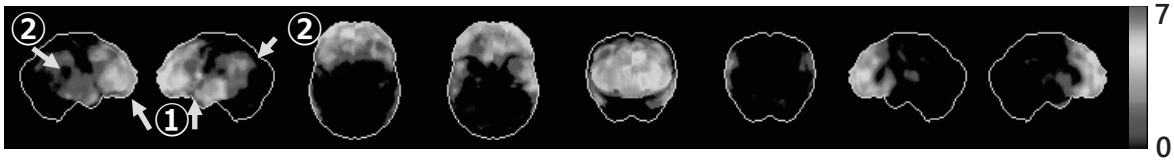
AD　①頭頂側頭連合野　②楔前部から後部帯状回　③前頭葉




DLB　①後頭葉　②頭頂側頭連合野




FTD　①前頭葉　②頭頂側頭連合野（ADと比べて軽い）




《 診断・治療-29 》

# 認知症初期の発見のポイント

1．最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、
本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。

2．予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする。

3．不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても
客観的な異常がみいだせない。

4．検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、
パニックになる。

5．前回行った検査を全く覚えていない。

6．受診のたびに同じ話を繰り返す。

7．入院すると不穏になる。

8．原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。

**［診断・治療-28］**

脳血流検査における血流低下部位のパターンから認知症の病型診断 AD では頭頂側頭連合野、後部帯状回、楔前部の血流低下が、DLB では頭頂側頭連合野に加えて内側後頭葉の血流低下が、FTD では前頭葉に強い血流低下がみられる場合は比較的典型的である。VaD では血管病変や血流低下領域に一致した低下を示すため特定のパターンを示さない。これらの典型的なパターンを呈し臨床症状も合致した際には、補助診断として有用である。しかし、DLB ではこの血流パターンを呈するのは 6 割程度といわれており、臨床経過や症状と合致しないこともしばしばである。DLB における MIBG 心筋シンチの有用性が注目されており、現在、多施設共同研究が進行中である。

**［診断・治療-29］**

一般外来で認知症を疑うきっかけとなる出来事を列挙した。

1は記憶障害や遂行障害が、2は記憶障害、時間の見当識障害、遂行障害のいずれでも起こりうる。3はうつが背景に存在する可能性がある。AD でも DLB でもみられる。8のようなレム睡眠行動障害を疑わせるエピソードや失神発作は DLB に随伴（時に先行）して出現することがある。例に示したような状況がみられた際にすべて認知症とはかぎらないが、認知症を疑ってかかる必要がある。実際の現場では疑いを持った時点で MMSE（Mini-Mental State Examination）や改訂長谷川式簡易認知症評価スケールといった標準的なスクリーニングテスト行うことが望ましい。

《 診断・治療-30 》

# 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・治療-31 》

# ADLのアセスメント

● **Barthel Index**

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

## ［診断・治療-30］

家族から日ごろの行動について聴いておく必要がある。女性の場合、料理が適切にできているか、男性の場合、買い物ができているかを聴くことが有用である。料理、買い物ともに多くの判断と遂行機能を要するからである。このほかに電話をかける、移動・外出をする、薬の管理をする、お金の管理をするなどについてどの程度できているか確認しておく。

## ［診断・治療-31］

実際の評価は、バーセルインデックス（Barthel Index; 機能的評価）の 10 項目 100 点満点で行う。総合点は、全般的自立を表すが、各機能項目の依存評価がより重要である。

バーセルインデックス（Barthel Index ; 機能的評価）

| | |
|---|---|
| **1** 食事 | 10: 自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終わる<br>5: 部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）<br>0: 全介助 |
| **2** 車椅子から<br>ベッドへの移動 | 15: 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）<br>10: 軽度の部分介助または監視を要する<br>5: 座ることは可能であるがほぼ全介助<br>0: 全介助または不可能 |
| **3** 整容 | 5: 自立（洗面、整髪、歯　磨き、ひげ剃り）<br>0: 部分介助または不可能 |
| **4** トイレ動作 | 10: 自立、衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄を含む<br>5: 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する<br>0: 全介助または不可能 |
| **5** 入浴 | 5: 自立<br>0: 部分介助または不可能 |
| **6** 歩行 | 15: 45m 以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わない<br>10: 45m 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む<br>5: 歩行不能の場合、車椅子にて 45m 以上の操作可能<br>0: 上記以外 |
| **7** 階段昇降 | 10: 自立、手すりなどの使用の有無は問わない<br>5: 介助または監視を要する<br>0: 不能 |
| **8** 着替え | 10: 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む<br>5: 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える<br>0: 上記以外 |
| **9** 排便<br>コントロール | 10: 失禁なし、浣腸、坐薬、の取り扱いも可能<br>5: ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む<br>0: 上記以外 |
| **10** 排尿<br>コントロール | 10: 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能<br>5: ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む<br>0: 上記以外 |

注）代表的なADL評価法である、100 点満点だからといって、独居可能というわけではない
（Mahoney.F.L&Barthel .D.W:Functional evaluation）

# IADLのアセスメント

- **IADL（Lawton）＝独居機能の評価**

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

## ［診断・治療-32］

IADL は 1960 年代に Lawton らによって提唱された概念であり、再現性、検者間の一致などの基礎的検証がなされた。項目は電話、買い物、食事の準備、家事、洗濯、輸送機関の利用、服薬管理、金銭管理の 8 項目からなっている。

8 点満点で評価するが、男性は食事の準備、家事、洗濯は判定項目から除外され、5 点満点となっている（Lawton IADL-5 と略称することあり）。 現在では、女性の社会進出によって、家事を応分に負担する男性も増え、独居高齢者の場合、性差を問う必要もないとの考えもみられる。

全体として独居機能をみているといって差し仕えない。

外来で認知症または MCI 患者に行った手段的 ADL 検査では、買い物、料理、服薬管理が早期に低下しており、認知症の早期発見に役立つことを報告した [1)]。

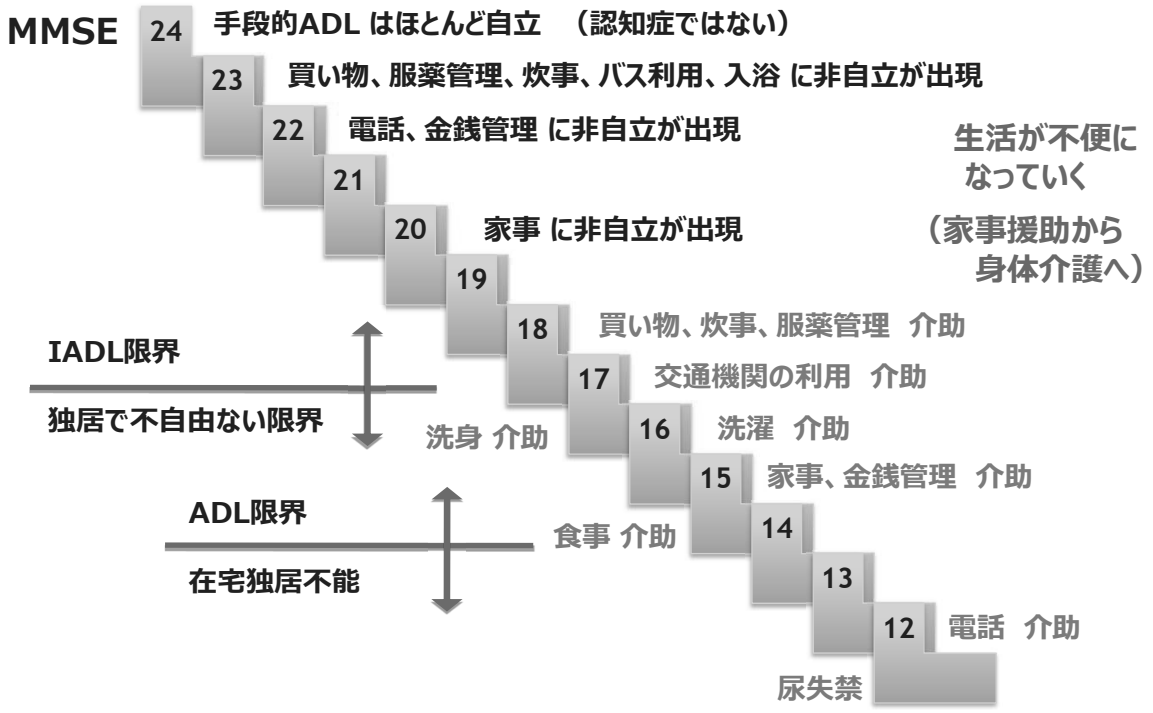
更に MCI 113 名との対比の検討から、男性では買い物、女性では料理ができないことが、初期認知症と MCI との鑑別に役立つことが判明した [2)]。これらのオッズ比は 5 倍を超えており、80％以上の確率で認知症を MCI と区別できることを意味する。

しかしながら、正常と MCI を手段的 ADL の Lawton & Brody の配点で区別することは不可能で、各下位項目の配点を重み付けし再検討する必要がある。さらに、料理にしても、作れる・作れないといった二者択一ではなく、レパートリーや味付けの変化など、微細な変化が記述された事例の集積による研究（Narrative Based Medicine）が求められている。

出 典

1）鳥羽研二：認知症高齢者の早期発見 臨床的観点から。日老医誌、44:305-307,2007。
2）小林義雄、町田綾子、鳥羽研二他：認知症患者の総合的機能評価。日本老年医学会関東甲信越地方会

# MMSEの程度とADL/IADLの関係

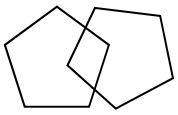


## ［診断・治療-33］

MMSE の程度と実際の ADL および IADL の関係をみると MMSE が 23 以下に低下してくると IADL の障害がおこりはじめる。MMSE が 18 点を下回ってくると、独居が困難となるような ADL の障害が目立ち始める。15 点以下となると在宅での独居が困難となってくることが多い。

Mini-Mental State Examination (MMSE)

| | 質 問 内 容 | 回答 | 得点 |
|---|---|---|---|
| 1 (5 点) | 今年は何年ですか。<br>今の季節は何ですか。<br>今日は何曜日ですか。<br>今日は何月何日ですか。 | 年<br><br>曜日<br>月<br>日 | |
| 2 (5 点) | ここはなに県ですか。<br>ここはなに市ですか。<br>ここはなに病院ですか。<br>ここは何階ですか。<br>ここはなに地方ですか。（例：関東地方） | 県<br>市<br><br>階 | |
| 3 (3 点) | 物品名 3 個（相互に無関係）<br>検者は物の名前を 1 秒間に 1 個ずつ言う、その後、被検者に繰り返させる。正答 1 個につき、1 点を与える。3 個すべて言うまで繰り返す（6 回まで）。<br>何回繰り返したかを記せ ＿＿＿ 回 | | |
| 4 (5 点) | 100 から順に 7 を引く（5 回まで）、あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。 | | |
| 5 (3 点) | 3 で呈示した物品名を再度復唱させる。 | | |
| 6 (2 点) | （時計を見せながら）これは何ですか。<br>（鉛筆を見せながら）これは何ですか。 | | |
| 7 (1 点) | 次の文章を繰り返す。<br>「みんなで、力を合わせて綱を引きます」 | | |
| 8 (3 点) | （3 段階の命令）<br>「右手にこの紙を持ってください、それを半分に折りたたんでください、机の上に置いてください」 | | |
| 9 (1 点) | （次の文章を読んで、その指示に従ってください）<br>「眼を閉じなさい」 | | |
| 10 (1 点) | （なにか文章を書いてください） | | |
| 11 (1 点) | （次の図形を書いてください） | | |
| | | 得点合計 | |



満点：30 点　　23/24 点がカットオフ・ポイントとされ、23/24 点以下は認知症を疑う

（Folstein MF et al. :J Psychiatry Res 12: 189-195,1975）

《 診断・治療-34 》

# 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、買い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。理解しうる語彙はただ１つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。 |

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

《 診断・治療-35 》

# CDRによる重症度アセスメント

| | なし （0 点） | 疑わしい （0.5 点） | 軽度 （1 点） | 中等度 （2 点） | 重度 （3 点） |
|---|---|---|---|---|---|
| 記憶 | 記憶障害なし，あるいは 軽度の断続的な物忘れ | 軽度の物忘れが常に存在出来事を部分的に思い出す“良性”健忘 | 中等度の記憶障害<br>障害は最近の 出来事についてより著しい．障害 は日々の生活を妨げる | 重度の記憶障害<br>十分に学習 したことのみ保持新しいことは急速に記憶から消失 | 重度の記憶障害<br>断片的 なことのみ記憶に残存 |
| 見当識 | 十分に見当識がある | 時間的前後関係に軽度の困難があることを除き十分に見当識がある | 時間的前後関係に中等度の困難がある<br>検査の場所についての見当識は正常．他の場所についての地理的見当識障害があるかもしれない | 時間的前後関係に重度の困難がある．たいていの場合，時間的見当識は障害され，地理的見当識もしばしば障害される | 自分についての見当識のみが保たれている |
| 判断力と問題解決能力 | 日常の問題を解決し，仕事上および金銭上の問題を十分処理できる過去の実績と比較し，遜色のないすぐれた判断力 | 問題解決，類似点および相違点に軽度の障害がある． | 問題解決，類似点および相違点に中等度の困難がある<br>たいていの場合，社会的判断力は保持されている． | 問題解決，類似点および相違点に重度の障害<br>たいていの場合，社会的判断力は障害されている | 判断あるいは問題解決ができない |
| 地域社会の活動 | 仕事，買い物，ボランティア，社会集団において，通常のレベルでは自立して機能する | 左記の活動に軽度の障害がある | 左記の活動のいくつかに，まだ携わっているかもしれないが，自立して機能できない<br>通り一遍の検 査だと正常そうに見える | 家庭外において，自立して機能するようには見えない<br>家庭外の会合に連れて行ってもらえるくらい健康そう に見える | 家庭外の会合に連れて行ってもらうには，具合が悪すぎるように見える |
| 家庭および趣味 | 家庭生活，趣味および知的興味の十分な保持 | 家庭生活，趣味および知 的興味は軽度に障害さ れている | 家庭における機能は軽度だが明 確に障害されている<br>より困難な家事はやめている<br>より複雑な趣味や興味の喪失 | 単純な家事のみの維持．非常に限られた興味が不十分に保持されている． | 家庭において，重要な機能が果たせない． |
| 身の回りの世話 | 自分の面倒は自分で十分みることができる | | 促すことが必要 | 着衣，衛生，身の回りの品の 保管などに手伝いが必要 | 身の回りの世話において，多くの助けが必要 頻繁に失禁がある |

## ［診断・治療-34］

Functional Assessment Staging（FAST）はアルツハイマー型認知症の重症度を判定することを目的としている。スライドのように病期を7段階に分類しており、この病期は認知症の重症度と対応している。旅行や買い物、運転といった日常家庭生活の具体的な状態が臨床指標として示されており、行動面から観察し評価できることが特徴である。そのため正確な評価のためには介護者からの情報が必要となる。

出 典

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

## ［診断・治療-35］

CDR は認知症の人の重症度を判定するためには最も詳細な評価法のひとつである。記憶、見当識、判断力と問題解決力、地域社会での活動、家庭生活や趣味、身の回りの世話の 6 項目について 0、0.5、1、2、3 の五段階で評価する。介護者からの詳細な情報が必須である。

CDR を計算するポイントは、以下の通りである。

①原則として、記憶の評価が優先される。

たとえば、記憶が 0.5 点で、それ以外の項目が 0 点の場合、CDR は 0.5 点となる。

②記憶が 0 の場合、

ア）記憶以外の2つ以上の項目の点数が 0.5 以上の点数でなければ、CDR は 0 である。

イ）記憶以外の 2 つ以上の項目が 0.5 の場合、CDR は 0.5 となる。

③記憶以外の項目の 1 つもしくは 2 つが記憶の点数と同じである場合、3つ以上の記憶以外の項目が記憶よりも 1 ランク大きい（小さい）場合を除いて、記憶の点数が CDR となる。

④記憶以外の項目が 3 つ以上同点の場合、

ウ）記憶と同じ点数である場合は、CDR は記憶の点数となる。

エ）記憶の点数よりも 1 ランク大きいか小さい場合、CDR の点数は、記憶以外の 3 つ以上の項目が示す数となる。

オ）記憶の点数よりも 1 ランク大きく（もしくは小さく）、かつ残り 2 つの記憶以外の項目が記憶の点数よりも 1 ランク小さい（もしくは大きい）場合、CDR は記憶の点数となる。

出 典

目黒謙一　神経心理学コレクション、痴呆の臨床：東京、医学書院、2004

# DASC-21による認知症アセスメント

**地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（DASC-21）**

Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System・21items

| | | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 | 評価項目 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A | もの忘れが多いと感じますか | 感じない | 少し感じる | 感じる | とても感じる | 導入の質問 | |
| B | 1年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか | 感じない | 少し感じる | 感じる | とても感じる | | |
| 1 | 財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか | まったくない | ときどきある | 頻繁にある | いつもそうだ | 記憶機能 | 近時記憶 |
| 2 | 5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか | まったくない | ときどきある | 頻繁にある | いつもそうだ | | |
| 3 | 自分の生年月日がわからなくなることがありますか | まったくない | ときどきある | 頻繁にある | いつもそうだ | | 遠隔記憶 |
| 4 | 今日が何月何日かわからないときがありますか | まったくない | ときどきある | 頻繁にある | いつもそうだ | 見当識 | 時間 |
| 5 | 自分のいる場所がどこだかわからなくなることはありますか | まったくない | ときどきある | 頻繁にある | いつもそうだ | | 場所 |
| 6 | 道に迷って帰ってこれなくなることはありますか | まったくない | ときどきある | 頻繁にある | いつもそうだ | | 道順 |
| 7 | 電気やガスや水道が止まってしまったとき、自分で適切に対処できますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | 問題解決判断 | 問題解決 |
| 8 | 一日の計画を自分で立てることができますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | | |
| 9 | 季節や状況に合った服を自分で選ぶことができますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | | 社会的判断 |
| 10 | 一人で買い物に行けますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | 家庭外のIADL | 買物 |
| 11 | バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | | 交通機関 |
| 12 | 貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | | 金銭管理 |
| 13 | 電話をかけることができますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | 家庭内のIADL | 電話 |
| 14 | 自分で食事の準備はできますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | | 食事の準備 |
| 15 | 自分で、薬を決まった時間に決まった分量のむことはできますか | 問題なくできる | だいたいできる | あまりできない | まったくできない | | 服薬管理 |
| 16 | 入浴は一人でできますか | 問題なくできる | 見守りや声がけを要する | 一部介助を要する | 全介助を要する | 身体的ADL① | 入浴 |
| 17 | 着替えは一人でできますか | 問題なくできる | 見守りや声がけを要する | 一部介助を要する | 全介助を要する | | 着替 |
| 18 | トイレは一人でできますか | 問題なくできる | 見守りや声がけを要する | 一部介助を要する | 全介助を要する | | 排泄 |
| 19 | 身だしなみを整えることはできますか | 問題なくできる | 見守りや声がけを要する | 一部介助を要する | 全介助を要する | 身体的ADL② | 整容 |
| 20 | 食事は一人でできますか | 問題なくできる | 見守りや声がけを要する | 一部介助を要する | 全介助を要する | | 食事 |
| 21 | 家の中での移動は一人でできますか | 問題なくできる | 見守りや声がけを要する | 一部介助を要する | 全介助を要する | | 移動 |

**［診断・治療-36］**

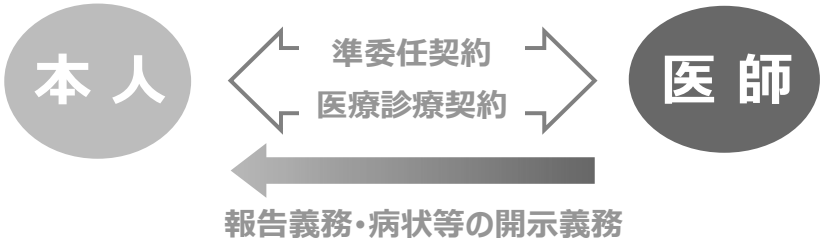
DASC-21 は、認知症の際によく認められる認知機能障害と生活障害を総合的に評価するために作成されたアセスメント・ツールである。原則として研修を受けた専門職が、認知症の可能性がある本人や、本人のことをよく知る家族や介護者から、日々の暮らし様子を聞きながら専門職の判断で評価する。

最初の 2 項目（A「もの忘れが多いと感じますか」、B「1 年前と比べてもの忘れが増えたと感じますか」）は導入の質問で採点されない。これに続く 1～21 の 21 項目の質問を 4 件法で評価し採点する。概ねの目安として、選択肢の 1・2 を「正常域」、3・4 を「異常域」とすることによって、障害されている認知領域や生活領域を簡便に把握することができる。

DASC-21 には以下のような特徴がある。①認知機能と生活機能を総合的に評価することができる、②IADL の項目が充実しているので軽度認知症の生活障害を検出しやすい、③4 件法で評価することによって機能変動をカバーしやすい、④設問が具体的であり、観察法によって評価できる、⑤簡便で、短時間で実施できる、⑥評価方法も単純である、⑦簡単な研修をすることによって、認知症の基本的理解と認知症の総合的アセスメントの基本的技術を修得できる、⑧評価結果から臨床像全体をある程度把握することができる。31 点以上で、感度 91.3%、特異度 82.5%で、認知症(CDR1 以上)と非認知症（CDR0 または 0.5）を弁別できることが確認されている。

# 認知症の説明(告知)と法的な取扱い

① いつのタイミングで
② どのような内容で
③ 誰に、そして 説明(告知)の後
④ どうフォローするか？




**告知：本人の自己決定権を保障するための情報開示の役割**

（どのような治療や介護サービス･法的支援を受けられるのか）

**［診断・治療-37］**

認知症の告知は確実に認知症の診断がなされた後に行うべきであり、本人の受け入れ、心理状態を考えて行うべきである。

告知の時期については可能な限り早期、つまり本人の意思能力や判断能力がある程度は保たれている時期に診断をすることができれば、本人に診断を含めた病気の説明をすることが可能となる。このような時期であれば任意後見制度を利用し、本人の自己決定を尊重することもできる。将来はこのような方向に臨床現場が進むであろうことは容易に想像できるが、現時点ではかかりつけ医を含めた関係者の間で十分なコンセンサスが得られていないという現状がある。告知した後もうつや生活の変化、心理状態に注意しつつ、場合によってはカウンセリングや心理的ケアが必要になる場合もあり、こうしたことに配慮しつつ、診療を継続する必要がある。

医師の診療は、法律的には準委任契約、医療診療契約とされるが、本人の自己決定権（どのような治療行為を受けていくか、または 受けないか等）の観点からは、医師には、「（診療進捗に関する）報告義務」や「病状等の開示義務」があると考えることができる。

認知症に限らず、告知が本人の自己決定権を保障するための情報開示・情報提供の意味を持つことを考えれば、治療の継続という面においても重要なプロセスであるといえる。

もっとも、全ての認知症の人、全ての状況に当てはまるものではなく、例えば、本人が告知に耐えられない精神状態である場合などは、告知を控えるということもありうる。

《 診断・治療-38 》

## 認知症の人への支援

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

《 診断・治療-39 》

## 家族への支援

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

**［診断・治療-38］**

もの忘れがあっても、できるだけ住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるように、身体疾患に対する治療、必要時の専門医への紹介、相談に応じるなど、かかりつけ医としてできる限りの治療や支援を行うことを伝える。

認知症の全経過を通じて、本人の気持ちに配慮した対応が求められる。認知症の初期の人は、もの忘れの自覚は強く、生活上のトラブルも増えていくため、自信を失ったり、抑うつ的になることが多い。そこで、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。

発症初期にはもちろんだが、認知症がかなり進行しても会話に対する理解力は残っていることも多い。本人が同席しているところで、「症状がひどくなってきたね」など、本人が聞いて不安になるような病状説明は避ける。

できることや得意なことをみつけて家庭内での役割を持ってもらうことや、可能な範囲での社会参加、介護保険サービスの利用などによって、自己効力感を高め、情緒の安定、今ある能力の維持、対人交流・社会性の促進などをはかる。できないことはプライドを傷つけないようさりげなく援助することが望ましい。

また、認知症の人は自分の身体的不調を適切に伝えられず、治療の開始が遅れがちであることに留意し、身体疾患を見逃さないように注意する。

**［診断・治療-39］**

認知症の人の在宅ケアを支えるために、かかりつけ医が、専門医、ケアマネジャーやケアスタッフなどと協力体制をとり、困ったときには相談に乗ることを伝えておくことは、介護家族への精神的な支えになる。また、社会資源を上手に活用することが介護負担の軽減につながり、ひいては本人のためにもなることを伝える。

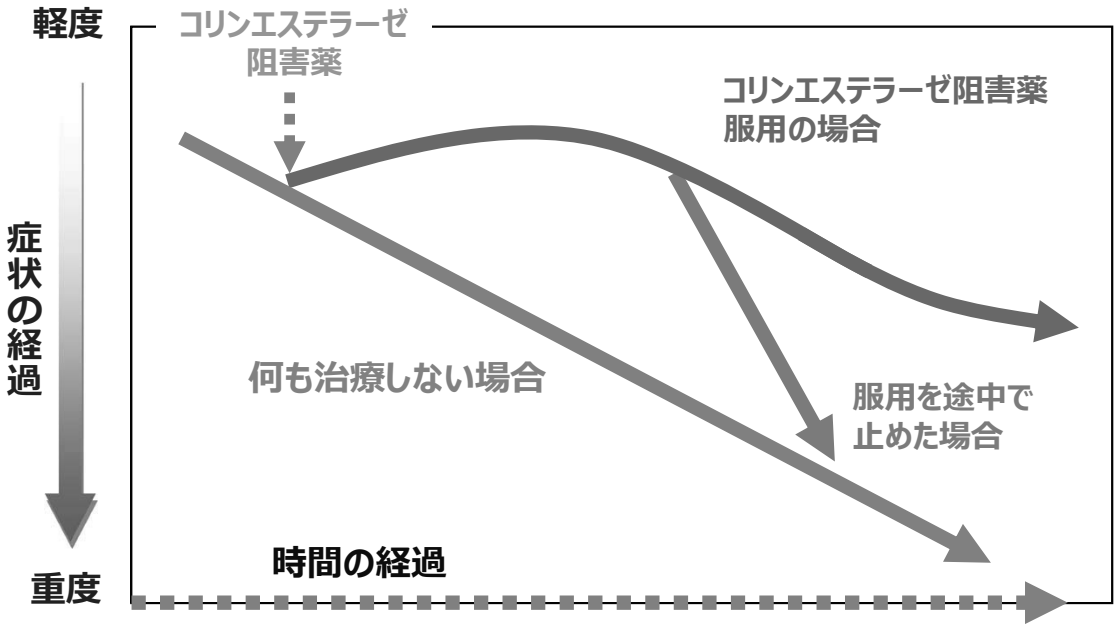
介護負担や不安を軽減するように、（長時間ではなくても）介護者の話を穏やかに、かつ真摯に聴く。たとえ介護者が認知症の本人に対して好ましくない対応をしている場合でも、否定することなく介護の労をねぎらいつつ、本人の自尊心を傷つけない対応をする方が症状を落ち着かせ、結局は介護が楽になることを伝える。

介護者にとって、介護仲間の存在を知り、お互いに助け合うことは、専門職の支援と同様大きな支えとなる。

身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診をするなど、介護家族の負担が少ない方法をとる。

《 診断・治療-40 》

# アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過と コリンエステラーゼ阻害薬の効果




《 診断・治療-41 》

# コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

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

## ［診断・治療-40］

当初　コリンエステラーゼ阻害薬は短期的（1 年程度）には一時的に症状を改善方向へ変化させて、治療をしない場合よりもよい期間を延長するとされてきた。

長期試験の結果ではコリンエステラーゼ阻害薬による進行の遅延が報告されてきている[1)]。

出 典

1) Rogers SL, et al :Eur　Neuropsychopharmacol.10:195-203,2000

## ［診断・治療-41］

平成 23 年（2011 年）にガランタミン、リバスチグミンが発売されたことにより、ようやく世界と同等の薬物治療が可能になった。それぞれの薬剤の特徴を表にまとめた。作用機序が少しずつ異なることから、治療効果の差異が報告されているが、この 3 剤の治療効果には明確な差はないと言われている[1)2)]。

ドネペジルのみが全病期で投与可能であり、ガランタミンとリバスチグミンは軽度から中等度で使用される。剤型ではリバスチグミンは貼付剤のみの発売である。拒薬や経口摂取が不能な際に使用できる。投与法はいずれも漸増法である。半減期はドネペジルが明らかに長く、1 日 1 回投与であるが、比較的半減期の短いガランタミンは 1 日 2 回投与となっている。

出 典

1) Birks J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 1: CD005593
2) Ritchie CW et al . Am J Geriatr Psychiatry. 2004; 12(4):358-369

《 診断・治療-42 》

# コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

１．アルツハイマー型認知症に使用

２．洞不全症候群、房室伝導障害は要注意

投与前に心電図をとることが望ましい

３．気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往

４．消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合

５．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、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
徘徊、振戦、頭痛
顔面紅潮、皮疹

《 診断・治療-43 》

# メマンチンの特徴

| | メマンチン |
|---|---|
| 作用機序 | グルタミン酸受容体の拮抗薬 |
| 病期 | 中等度～高度 |
| 一日用量 | 20ｍｇ 5ｍｇから 毎週漸増 |
| 用法 | 1 |
| 代謝 | 非CYP |
| 推奨度 | グレードA<br>（行うよう強く勧められる） |

## ［診断・治療-42］

コリンエステラーゼ阻害薬は比較的副作用が少なく、また他剤との相互作用も少ない薬剤である。しかし高齢者が多いアルツハイマー型認知症ではスライドに示したような注意が必要である。ことに房室伝導障害は要注意で、投与前に心電図をとる、受診時に脈拍数のチェックを行うといった配慮が必要である。また、認知症の人はその経過中に食欲不振や拒食といった摂食障害を呈することがあるが、その際にはコリンエステラーゼ阻害薬の影響も検討すべきである。

頻度の高い副作用としては消化器系の副作用が多いが、減量、中止によって消失することが多い。またコリンエステラーゼ阻害薬を内服中のアルツハイマー型認知症の人に興奮や不穏が見られた際に薬剤の影響を否定できないことがある。この場合症状からは薬剤性かどうかは判定できず、漸減中止をして、症状の変化を見る以外に方法はない。

パッチ剤では貼付部位の発赤がみられることがあるが、貼付部位の変更、保湿剤の塗布で使用継続できることが多い。

## ［診断・治療-43］

メマンチンはグルタミン酸受容体の1つであるNMDA受容体の拮抗薬である。ADではこのNMDA受容体が過剰に活性化するために機能的な長期増強現象の形成障害と器質的な神経細胞障害がおきると考えられている。コリンエステラーゼ阻害薬とは作用機序が異なるため、単剤で使用する以外に併用療法が期待される。国外では有効という結果がでており、国内でも今後販売後試験が行われる。

《 診断・治療-44 》

## メマンチンの使用上の注意点

●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

《 診断・治療-45 》

## 投薬に際して注意すべきこと

● 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること
（本人または介護者が行う）

● 薬の効果と副作用の観察が行えること
（本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護など
を利用して適宜支援と確認ができる）

● 定期的な受診と服薬指導が受けられること

**［診断・治療-44］**

メマンチンも一定の副作用が存在するものの、比較的重篤なものは少なく、他剤との相互作用も少ない薬剤である。国内の臨床試験での代表的な副作用として、浮動性めまいや便秘、体重減少などが挙げられる。また、市販後、傾眠が多いことが指摘されている。

**［診断・治療-45］**

本人が自ら服薬管理を行う場合、規則的な服薬ができているかどうかの確認が必要である。他院から処方された薬がある場合には特に要注意である。家族が服薬の確認をすることを本人が嫌がる場合は、かかりつけ医が適切にアドバイスをすることで納得しやすくなる。

服薬の効果判定の基準は日常生活の変化である。家族が生活上の改善点を見つけることができれば、介護を続ける上で勇気づけられる。独居の場合の情報収集はヘルパー等のケアスタッフあるいはケアマネジャーから行う。

# 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。

**［診断・治療-46］**

実際の臨床で薬効判定についてスケールを使って行うことは困難と思われる。プラセボ群と比較するわけでもなく、病期の進み方は個人差が大きいからである。ただ、HDS-R などを使って得点が変化していないことを示し、認知症が進行していないことを説明することは可能である。家族の話から ADL や手段的 ADL はあまり悪化していないにもかかわらず、HDS-R などの得点が悪化することはしばしばあるが、この場合には、テスト得点の変化よりも日常生活上での機能が保たれていることに意味があることを強調する。

「何か変化がありましたか」という開いた質問で家族へ問いかけることにより、家族が主観的に感じている効果を聞き出し、医師が行う効果判定の目安にするとともに、家族に改めて効果を実感してもらう機会にもできる場合がある。

もっとも、家族によっては「何か変化がありましたか」という抽象的な質問では答えにくく、「食事の時やその前後の様子はいかがですか」「会話をしていて何か変化はありますか」等、具体的な日常生活上の行動を例示した方が（ただし、誘導にならないよう配慮が必要）答えやすいこともあり、それをきっかけにその他の変化についても思い出しやすくなることもある。

また、服薬をきちんとすることが重要であることは、毎回家族に話をした方がよい。「薬ですよ」とただ声をかけたり、机の上に置いておくだけではなく、実際に口の中に入れて服薬したことまで確認するように説明する。

《 診断・治療-47 》

## 最軽症例の治療開始時期について

- **最軽症例では診断が難しい**
  しかし、症状や経過からアルツハイマー型認知症が考えられるときは、本人・家族にアルツハイマー型認知症が“疑われる”ことを説明する。
  数ヶ月間経過をみるのも一つの方法だが、もし、アルツハイマー型認知症なら治療開始は早いほうがよいことも説明し、コリンエステラーゼ阻害薬の服用開始（時期）について、本人や家族と相談する。

- **軽度認知障害の人におけるコリンエステラーゼ阻害薬の服用がアルツハイマー型認知症の進展を抑制するという報告はない。**
  （認知機能をわずかに改善させる可能性はある）

《 診断・治療-48 》

## レビー小体型認知症の注意点

- **認知機能が変動しやすいので状態をみながらリハビリテーション等を行う。**
- **転倒しやすいことを伝える。**
- **血圧の変動も大きいので注意を要する。**
- **薬剤過敏性があることが多い。**
  （過鎮静と錐体外路徴候等）
- **幻覚は完全に抑制しなくても良い場合がある。**

## ［診断・治療-47］

アルツハイマー型認知症の超早期では診断が困難であるが、もし早期に発見でき、早期治療ができれば効果は大いに期待できる可能性がある。

現在、MCI の一部はアルツハイマー型認知症の前駆状態と考えられているが、現在まで MCI に対するコリンエステラーゼ阻害薬を用いた治験は3本行われている。Doody ら(2009)は 48 週間の RCT を行っているが、認知機能検査(modified ADAS cog.)で軽微であるが有意差が認められた。しかし、CDR-SB（Clinical Demantia Rating-Sum of the Boxes;認知症の重症度の評価基準）では有意差は認められなかった。この結果は過去の2つの結果とおおよそ一致している。また、他のコリン分解酵素阻害薬を用いた結果でも有効性は確認されていない。しかし、認知機能検査に比べて全般評価で差が示されにくいという主要評価項目を含む研究デザイン上の課題もあり、最終的な結論と考えるには慎重である必要がある。

出 典

Doody RS et al. Donepezil treatment of patients with MCI: a 48-week randomized, placebo-controlled trial. Neurology. 2009; 72: 1555-1561.
Schneider LS et al. Characteristics and performance of a modified version of the ADCS-CGIC CIBIC+ for mild cognitive impairment clinical trials. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2009;23:260-7.
Winblad B et al. Safety and efficacy of galantamine in subjects with mild cognitive impairment. Neurology. 2008;70:2024-35.
Jelic V et al. Clinical trials in mild cognitive impairment: Lessons for the future. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2006;77:429-438.

## ［診断・治療-48］

レビー小体型認知症の治療とケアの注意点を示す。

認知機能が顕著に変動するのでリハビリテーションやアクティビティなどは意識がはっきりしているときに行う。また、転倒しやすいため、十分な見守りが必要である。血圧の変動が大きく、起立性低血圧によるふらつきや意識消失が起こりうる。薬剤過敏性があるため、抗精神病薬等の使用により、過鎮静や錐体外路徴候等が出現しやすく、細心の注意が必要である。幻覚があっても、本人が幻覚であることを自覚していて、行動や心理に影響がない場合にはあえて幻覚に対する治療を行わない方が良い場合がある。

《 診断・治療-49 》

## 前頭側頭型認知症の注意点

- 初期症状が記憶障害とはかぎらず性格変化や言語障害で始まることがある
- 全経過を通じて介護負担が大きい。他の認知症以上に介護者に対する配慮と介護のための社会資源の紹介を早めにおこなう
- 行動・心理症状(BPSD)に対して、鎮静的な薬剤を過剰に使用しないことを常に念頭におく

《 診断・治療-50 》

## 血管性認知症の注意点

- 脳血管障害の再発予防及び危険因子（高血圧症、糖尿病、不整脈等）の管理
- 廃用症候群になりやすいため、デイケアやデイサービス等を利用して活動性をあげる
- 嚥下障害や歩行障害などを伴うことが多いため誤嚥や転倒に注意する

## ［診断・治療-49］

前頭側頭型認知症は前頭側頭葉変性症という大きな疾患グループの一病型であるが、その初期症状は多様である。側頭葉の病変から始まった場合には失語を中心とする言語障害から始まることがある。また前頭葉から病変が起こった場合でも、障害部位によって脱抑制的になることもあれば、無欲状になることもある。またアルツハイマー型認知症のような記憶障害で始まることもある。

脱抑制や、非社会的行動、常同行動、食行動異常などの行動・心理症状がみられたり、言語症状で始まる場合には早期にコミュニケーションがとりにくくなるなど介護上の負担が大きい。そのため早期から介護者に対する配慮と社会資源の導入を行う必要がある。

また行動・心理症状が強いため、鎮静的な薬剤を使用する機会が増えるが、有効であってもできる限り、減量、少量投与につとめ、必要以上に長期投与にならないように注意が必要である。

## ［診断・治療-50］

血管性認知症の治療とケアの注意点を示す。

血管性認知症の場合、脳血管障害の再発予防及び危険因子の適切な管理が重要である。また、自発性が低下しやすいため、デイケア等を利用して廃用症候群を防止する必要がある。

《 診断･治療-51 》

# 行動･心理症状(BPSD)への対応

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

**改善がみられない場合は、**

- **ガイドラインに沿った薬物治療**
- **専門医に紹介**

《 診断･治療-52 》

# 不適切な環境･ケア

**不適切な環境**

**物理的環境**　**暑い･寒い･騒音がある**
**音が反響する･暗い･広すぎる空間 など**

**人的環境**　**不適切な対応をする介護者**

**不適切なケア**

**悪性の社会心理に関する17の要因**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. だます | 2. できることをさせない | 3. 子供扱い | |
| 4. おびやかす | 5. レッテルをはる | 6. 汚名を着せる | |
| 7. 急がせる | 8. 主観的現実を認めない | 9. 仲間外れ | |
| 10. もの扱い | 11. 無視する | 12. 無理強い | 13. 放っておく |
| 14. 非難する | 15. 中断する | 16. からかう | 17. 軽蔑する |

**基本的に 認知症の人の不安を増すようなケアを避ける**

## ［診断・治療-51］

行動・心理症状（BPSD）は、脳血管障害、感染症、脱水、便秘などによって悪化することがある。訴えの少ない認知症の人の身体疾患の検査はかかりつけ医の役割である。また、薬物の副作用が原因であることもあり、特に効果的に投与されていない抗不安薬、睡眠導入薬などは中止してみる。

攻撃性や興奮などは、介護者や介護スタッフの不適切なケアが原因であることも少なくはなく、介護者のケアの仕方に問題がある場合、ショートステイなどを利用することも考える。

行動・心理症状（BPSD）に対しては、薬物を用いない対応が原則になるが、本人あるいは家族等に身体的な危険がおよぶ可能性がある場合には、薬物療法の適応となる。（特に顕著な行動上の障害を伴う幻覚妄想状態、抑うつ状態、せん妄状態など）

しかし、認知症のこのような行動・心理症状（BPSD）に対する薬物療法で保険となっている薬剤はなく、十分なインフォームドコンセントと副作用に対する注意が特に必要である。状況に応じて専門医への紹介を考慮すべき場合もある。

## ［診断・治療-52］

不適切な環境の要因としては、物理的な環境要因と人的な環境要因がある。酷暑は脱水や熱中症を引き起こすことがあり、認知機能をさらに悪化させる。また、認知症の人は音に対して敏感なことが多く、遠くや後ろから話しかけたり、大声で話す、急に話しかける、認知症の人の後ろや死角で大きな音を出さないことは大切である。

不適切なケアとは何かをひとまとめにして述べることは難しい。パーソンセンタードケアを提唱した Kitwood が述べたような「悪性の社会心理」に関する 17 要因に基づくような対応をした場合には不適切なケアにつながりやすい。良いケアとされる、本人の視点に立ったケア、本人に残された機能をできるだけ活かしたケア、適切な環境でのケアが達成できなかった際には不適切なケアとなる。

出 典

トム・キットウッド. 高橋誠一訳　認知症のパーソンセンタードケア；新しいケアの文化へ、東京 筒井書房. 2005

# 行動･心理症状(BPSD)に対する薬物療法

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

- **抗精神病薬**
- **睡眠導入薬**
- **抗うつ薬**
- **抗てんかん薬**
- **漢方薬**

**［診断・治療-53］**

コリンエステラーゼ阻害薬はアルツハイマー型認知症の進行抑制の効果が認められるが、行動・心理症状（BPSD）に関しても、限定的ながら一定の効果があるとの報告がある。

平成 17 年（2005 年）に米国 FDA から、認知症のある高齢者に対するリスペリドンやオランザピンなどのような非定型抗精神病薬の使用がプラセボと比較して 1.6～1.7 倍死亡率を高くするため、その使用を再考すべきであるという勧告が出された。一方、古典的なハロペリドールのような定型的抗精神病薬にも非定型抗精神病薬と同程度で脳血管障害の発症があるとの報告もあり、現時点では、これらの抗精神病薬が保険適応でないことも含め、十分なインフォームド・コンセントを行い、副作用に注意しつつ、短期間だけ使用することが現実的な対応と考えられる。なお、行動・心理症状（BPSD）の治療に難渋する場合は専門医への紹介の適応と考えられる。

抗不安薬や睡眠導入薬としてベンゾジアゼピン系の薬物が認知症の人に対して用いられることがあるが、特に筋弛緩作用による転倒・骨折、せん妄の誘発等の副作用があるため、一般的には奨められない（やむを得ず使用する場合でも、リスクを念頭におき、ケアスタッフとの連携を考慮するなど慎重を期すべきである）。睡眠導入薬としてはゾルピデムやゾピクロン等の非ベンゾジアゼピン系の超短時間作用型の薬物が選択される場面も多いが慎重な使用が求められることに変わりはない。

また、バルプロ酸やカルバマゼピンといった抗てんかん薬が認知症の焦燥や攻撃的行動に有効であったという報告がある。

漢方薬に関しては、抑肝散の使用が認知症の人の行動・心理症状（BPSD：幻覚、興奮、易刺激性/不安定性、異常行動)を改善し、ADL を改善させたという報告がある。

出 典（参考）

Iwasaki K et al. A randomized, observer-blind, controlled trial of the traditional Chinese medicine Yi-Gan San for improvement of behavioral and psychological symptoms and activities of daily living in dementia patients. J Clin Psychiatry. 2005;66: 248-55.

《 診断・治療-54 》

# BPSDに対する薬物療法のポイント

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

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

《 診断・治療-55 》

# アルツハイマー型認知症に対する<br>非薬物療法のエビデンス

A：行うよう強く勧められる

B：行うよう勧められる

C１：科学的根拠がないが行うよう勧められる

- 運動療法
- 記憶の訓練、リハビリテーション
- 現実見当識訓練　（Reality orientation therapy）
- 音楽療法
- 認知リハビリテーション
- 回想法
- 動物介在療法

## ［診断・治療-54］

BPSD に対する薬物療法を行う際の代表的な薬剤の適応とガイドライン[1)]の推奨度、特徴をまとめた。なお、いずれも保険適応はない。

出 典

1) 日本神経学会監修、「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会編集. 認知症疾患治療ガイドライン 2010 コンパクト版 2012, 医学書院. 2012

## ［診断・治療-55］

アルツハイマー型認知症の非薬物療法として、スライドのような治療法が行われているが、効果判定の困難さ、盲検試験の困難さからいずれの治療法も十分なエビデンスが得られていない。しかし、個々の治療法、あるいはこれらを組み合わせた治療法で、限定的ではあるが効果を示すことがある。

出 典

Alzheimer 病に対する有効な非薬物療法はあるか 認知症疾患治療ガイドライン 2010
：pp242-246,2010

# 認知症におけるリハビリテーション

以前は… 事後的な(生活障害をきたしてからの)対応 ➡ 機能維持が目的

現在は… 事前的な(早期からの包括的な)対応 ➡ 生活障害の予防が目的

患者と介護者が共に幸せに生活を継続することを目指す

**［診断・治療-56］**

非薬物療法の一つであるリハビリテーションでは、以前は、生活障害をきたしてから紹介を受け、なんとか機能維持を図ることを目的としていた。

しかし、早期診断、早期対応を軸とした新オレンジプランの理念に基づき、患者が生活障害をきたす前に早期から対応し、包括的なリハビリテーションを実施することで、生活障害の予防を図ることを目的とするようになってきている。

具体的には、患者の認知機能、身体機能、生活機能に加えて、家族を含む生活環境を詳細に評価する。

その評価に基づき、運動や認知訓練、生活訓練、心理的介入などの手法を組み合わせてリハビリテーションを実施する。

また並行して、外来リハや訪問リハを行う中で家族指導を行い、社会資源の活用方法や在宅生活での問題点の解決方法を探るなど、患者だけでなく、家族も共に、よりよく生きるための継続した支援を実施している。

# Ⅲ.制 度

《 制度-1 》

# 認知症の人の将来推計について

| | 平成24年（2012） | 平成27年（2015） | 平成37年（2025） |
|---|---|---|---|
| 各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数／(率) | 462 万人（15.0%） | 517 万人（15.7%） | 675 万人（19.0%） |
| 各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数／(率) | | 525 万人（16.0%） | 730 万人（20.6%） |
| （軽度認知障害） | 380 万人（13.0%） | | |

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」
（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授）による速報値

《 制度-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<br>a： 家庭外で、上記の状態がみられる<br>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<br>a： 日中を中心として、上記の状態がみられる<br>b： 夜間を中心として、上記の状態がみられる |
| Ⅳ | 日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護要 |
| M | 著しい精神症状、行動・心理症状(BPSD)等がみられ、専門医療が必要 |

## ［制度-1］

平成 26 年度に公表された新しい推計によれば、日本の認知症高齢者数は、平成 24 年の約 462 万人から、平成 27 年に約 517 万人、平成 37 年には、約 675 万人になると推計されている（認知症の有病率が一定である場合）。

なお、軽度認知障害（正常でもない認知症でもない状態の者）は、平成 24 年時点で、約 380 万人と推計されている。

今後、予防からケアに至るまで、一層の認知症施策の推進・充実が求められる。

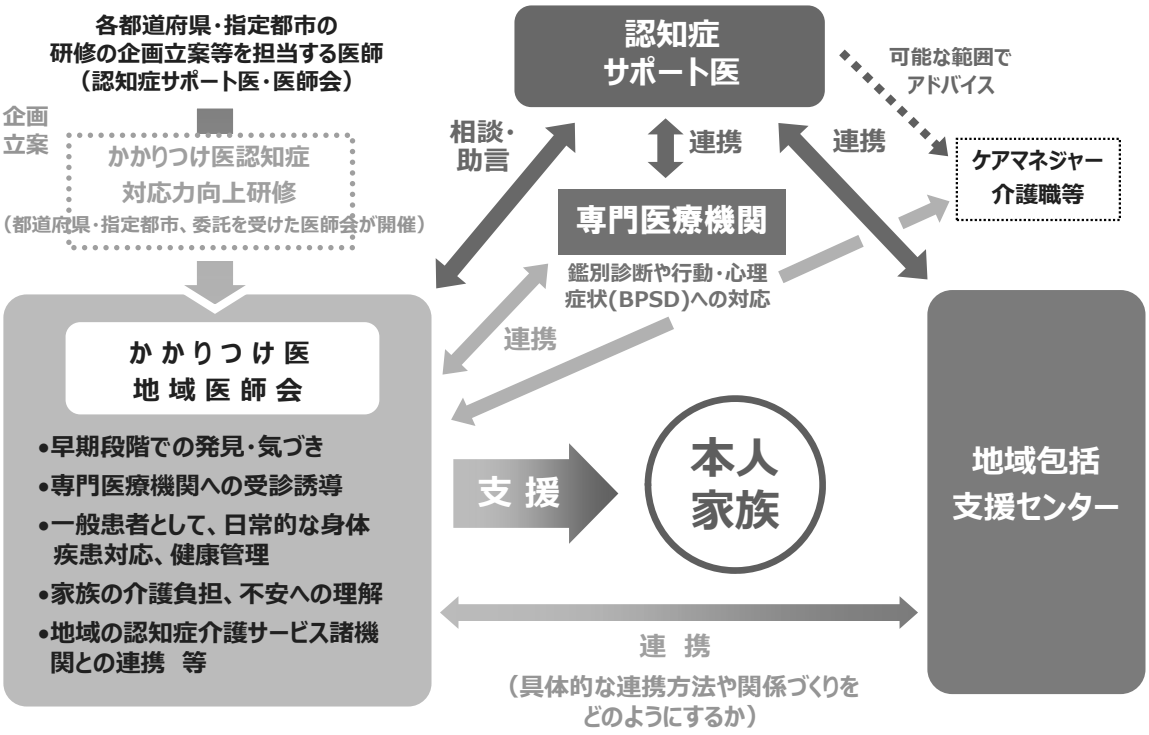
## ［制度-2］

認知症高齢者の日常生活自立度は、介護保険の主治医意見書にも採用されているものであり、判定にあたっては認知症の程度、症状、生活障害を加味して判定する。

| | |
|---|---|
| ランクⅠ | 軽度の認知症を有するが、日常生活はほぼ自立しており、家庭での生活は可能な状態である。 |
| ランクⅡ | 記憶障害や見当識障害による生活の支障があり、他者の注意や見守りが必要であり、一人暮らしは困難な場合もある |
| ランクⅢ | 日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 |
| ランクⅣ | 常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区別される。 |
| ランクM | ランクⅠ～Ⅳと判断されていた高齢者が、著しい精神症状・周辺症状がみられ、精神病院や認知症専門病棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患がみられ、療養病床等での治療・療養が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。 |

《 制度-3 》

# 早期からの認知症高齢者支援体制




《 制度-4 》

# 認知症高齢者ケアの基本❶

## ～ 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より一部改変

**［制度-3］**

認知症高齢者の早期発見・早期支援のためには、かかりつけ医の日常診療における気づきをきっかけに地域包括支援センターにつながる方向（医療から介護へ）、総合相談・予防ケアマネジメント等の地域支援のネットワークからかかりつけ医につながる方向（介護から医療へ）、双方向の連携体制が期待される。また、かかりつけ医の診療・連携等をバックアップする認知症サポート医も重要な役割を果たすことになる。

スライドで示したような全体像、すなわち、市区町村、都道府県、認知症サポート医、専門医療機関等を含めた総合的な支援体制作りが不可欠である。

出 典

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

**［制度-4］**

記憶障害をはじめとする認知障害が相当進行した段階でも、感情的な機能は保たれる一方、環境の変化に適応することが困難であるなどの認知症高齢者の特徴を踏まえると、日常の暮らしの場面では、「生活そのものをケアとして組み立てる」ことを指向するケアが望まれる。

具体的な支援のあり方としては、①環境の変化をできるだけ避けて、それまでの暮らしが継続されるよう配慮すること、②あらかじめ提供者側が作成した日課に沿った管理的な関わりではなく、高齢者一人ひとりのペースに合わせたゆったり型の援助スタイルにあらため、安心感の醸成を心がけること、③その時点で一人ひとりが持っている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すること、などが望まれる。

出 典

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

《 制度-5 》

# 認知症高齢者ケアの基本❷

## ～ 日常生活圏域を基本としたサービス体系の構築 ～

### 望ましい条件

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

### 普遍化に向けた展開

- グループホーム
- 小規模・多機能ケア
- 施設機能の地域展開
- ユニットケアの普及

☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

終末期を視野に入れた生活に配慮した医療サービス

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」 2003より一部改変

《 制度-6 》

# 認知症の本人の視点を重視したアプローチ

### 本人ミーティング※を実現するための条件

- 思いを主体的に語れる居場所づくりの取り組み
- そのような場につながり、それを支援する人々
- 語られる言葉に耳を傾け、その意味に気づく人々

### 本人ミーティングの意義

- 本人による社会への発信
- 本人の希望の回復
- 本人参加による地域づくり

※本人ミーティング：認知症の本人同士の集い。思いを主体的に語り、社会へ発信する。

平成27年度老人保健健康増進等事業
「認知症の人の視点を重視した生活実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業」報告書より

**［制度-5］**

そうしたケアを実践するための具体的な条件としては、①できるだけ自宅の規模を大きく逸脱しない小規模な居住空間に、②家庭的な雰囲気・設えを工夫して、③少人数の高齢者をいつも同じ顔ぶれの少人数のスタッフが顔の見える関係（いわゆる「なじみの関係」）で支えるケアの形を整える、とともに、④可能であれば、住み慣れた地域で必要な援助を受けながら暮らし続けられるよう、日常の生活圏域を基本としたサービス体系を構築することが望まれる。

これらの条件を兼ね備えたサービスとして、①グループホーム、②小規模多機能型ケアといった新たな小規模ケアサービスの他、③大きな施設の機能を積極的に地域に展開する取組や、④施設そのもののあり方を問い直す試みとして、ユニットケアの普及に向けた施策等を展開していくこととされている。

出 典

高齢者介護研究会：「2015 年の高齢者介護 報告書」

**［制度-6］**

新オレンジプランでは7つ目の柱に「認知症の人やその家族の視点の重視」という目標が掲げられているが、国の研究事業において、認知症の本人の視点を重視した生活実態調査と施策への反映方法を明らかにすることを目的に、全国で「本人ミーティング」を実施し、その実現可能性と意義について分析した。

ここでいう本人ミーティングとは、認知症の本人同士の集いで、主体的に自らの思いを語り、社会へ発信していくことを目的としている。

調査の結果、本人ミーティングを実現するには、①その地域で、認知症の本人が、自らの思いを主体的に語ることができる居場所づくりの取り組みが続けられており（例：認知症カフェなど）、②認知症の本人がそのような場につながり、自らの思いを語れるように支援する人々がおり、③そこで語られる言葉に耳を傾け、その深い意味に気づき、それを社会に活かそうとする人々がいることなどが条件になることが、また、そのようにして実施される本人ミーティングには、①本人による社会への発信、②本人の希望の回復とともに、③本人参加による地域づくりへと発展する可能性があることが明らかになった。

《 制度-7 》

# 診断直後に本人が支えになった「医師のことば」

～ 日本認知症ワーキンググループ　本人の語りより ～

「今は治すことはできないけれど、薬の開発が進んできています。良い状態を保つために、一緒にがんばりましょう。」

・・・ この言葉をかけてもらえたことが、大きな支えになりました。　（50代　女性）

「心配しないでだいじょうぶ。わたしがこれから、ずっとみていきますよ。」

・・・ どれだけ、心強かったことか。後の説明はまったく覚えていませんが、これだけはしっかりと覚えています。　（60代　女性）

「おどろかれたでしょうね。奥さんもご心配でしょうが、ご本人が一番つらいと思います。ご本人の安心が一番の薬です。これから少しでも安心して過ごしていけるよう、何か心配なことがあったら、なんでも聞いてください。」

・・・ この言葉で、妻もわたしもほっとしました。　（60代　男性）

「昔とちがって、今は認知症になってからも元気で暮らす人が増えているんですよ。閉じこもらないで、外に出て。散歩もいいし、やりたいことをあきらめないで続けてください。」

・・・ ぱぁっと視界が開けた。　（60代　男性）

「勇気がいったでしょう。よく受診されましたね。 病気がなんだかわかってよかった。 病気と上手につきあっていきましょう。わたしもできるだけのことをしますので。」

・・・ よく説明してくれて、この先生についていこうと思った。　（70代　男性）

「今は地域でいろいろな人が支えてくれますよ。一人で悩まないで。家に戻って落ち着いたら、ここの○○さんに相談してみるといいですよ。なんでも相談をきいてくれますよ。」

・・・ 資料を渡してくださり、その場所と電話番号に〇印をつけてくださいました。早速、電話しました。（70代　女性）

《 制度-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）

**［制度-7］（解説なし）**

**［制度-8］**

認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式は、認知症の人が生活していく上での課題を見極め、それらを解決するための計画を作り、実践した結果をモニタリングしながら認知症の人がその人らしい生活を安全に、そしてより健康に過ごすことができるように開発されたものである。

センター方式はスライドにある5つの視点に基づいてアセスメントが行われ、ケアプランが作成され、モニタリングされる。このような認知症の人に適したケアマネジメントは、わが国では初めての試みである。

なお、参考資料として、「センター方式アセスメントシート（解説付き）」を収載している他、下記 URL から関連情報を知ることができる。

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

《 制度-9 》

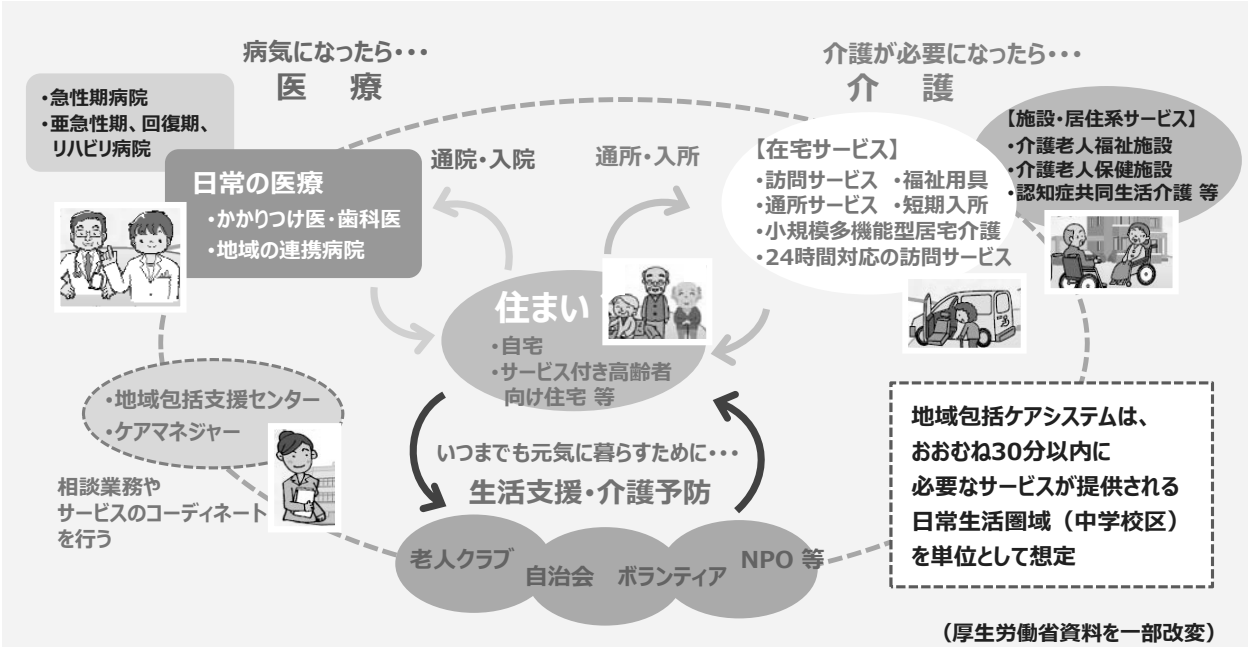
# 相談窓口

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

《 制度-10 》

# 地域包括ケアシステム

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




（厚生労働省資料を一部改変）

**［制度-9］**

認知症の相談窓口は、医療関係、保健関係、福祉関係、介護経験者等に分けることができる。

医療関係では、総合病院等の神経内科や老年科等が開設する窓口の他、もの忘れ外来でも診断や治療と並行して相談に応じている。保健関係では、地域の保健所、保健センターや精神保健福祉センター等があり、保健師等の専門スタッフが相談に応じ、関係機関とも連携する体制がある。福祉関係では、市区町村の身近な生活圏域ごとに設置される地域包括支援センターを核とした地域の支援体制強化の期待が寄せられている。また、若年性認知症については、国の事業において若年性認知症専用のコールセンターが全国で一箇所設置されている。

介護経験者等の団体としては「公益社団法人 認知症の人と家族の会」が代表例である。ほとんどの都道府県に支部があり、相談事業、認知症の本人交流会の支援等の活動が行われている。（家族の会：0120－294－456 ［月～金曜日：10～15 時］）

また、最近では、若年性認知症の人を中心に、本人同士が“仲間に会いたい、思いを共有したい”との主旨からブログを立ち上げ交流を行うなど、相互支援の動きも始まっている。

**［制度-10］**

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要なときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す仕組みが「地域包括ケアシステム」である。

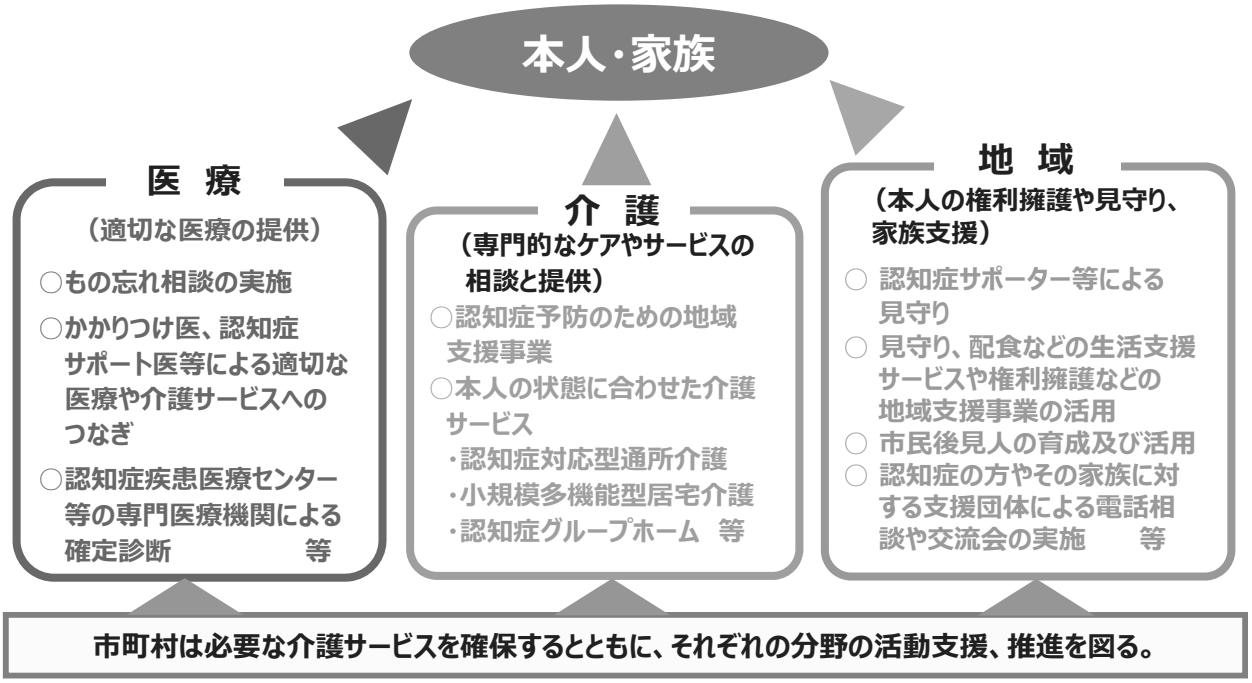
認知症の人についても、この地域包括ケアシステムの中で、切れ目なく適時適切なサービスを受けることができ、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられることが重要であることに変わりはなく、そのためには、自治体や医療機関（保険薬局を含む多様な医療資源）、介護サービス事業所、インフォーマルサービスなど様々な関係機関が連携して認知症の人を支える地域作りが重要となる。

認知症施策においても、この地域包括ケアシステムがうまく機能することがポイントとなる。

《 制度-11 》

# 認知症の人への支援体制
## ～医療・介護・地域の連携～

**認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたって展開されている**




《 制度-12 》

# 介護給付（介護保険サービス）

### ●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
看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能+訪問看護）
小規模多機能型居宅介護
地域密着型通所介護（H28.4～）
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など

### ●施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設　（～H30.3末）

**［制度-11］**

各市町村において、認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは、医療・介護・地域のステージごとに、地域の実情を踏まえつつ、多方面にわたって展開されている。しかしながら、認知症の方のその時々の状態やニーズに適切に対応していくためには、各サービスが有機的に連携し、効果的な支援を行っていく必要がある。

地域連携の発信者として位置付けられるかかりつけ医には、認知症の方やその家族への適切な助言やつなぎを行うため、自らが住んでいる地域の認知症の支援体制の把握や理解をすることが求められる。

**［制度-12］**

介護保険サービスは、サービスの利用形態により、主に在宅でサービスを組み合わせて利用する「居宅サービス」「地域密着型サービス」、介護施設に入所・入院する「施設サービス」に大別される。地域密着型サービスは、平成 18 年制度改正で導入されたもので、市区町村保険者が地域事情に応じた整備や基準設定が可能となっている。平成 24 年度から新たに「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」、「看護小規模多機能型居宅介護」など、平成 28 年度には「地域密着型通所介護」が加えられた。

なお、居宅サービス、地域密着型サービスには要支援者を対象とする「介護予防サービス」がある（施設サービスは対象外）。

《 制度-13 》

# 地域密着型サービス

**1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督**

**2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能**

**3. 住民に身近な生活圏域単位で整備**

**4. 地域ごとの指定基準、介護報酬が設定可能**

**サービス種類**

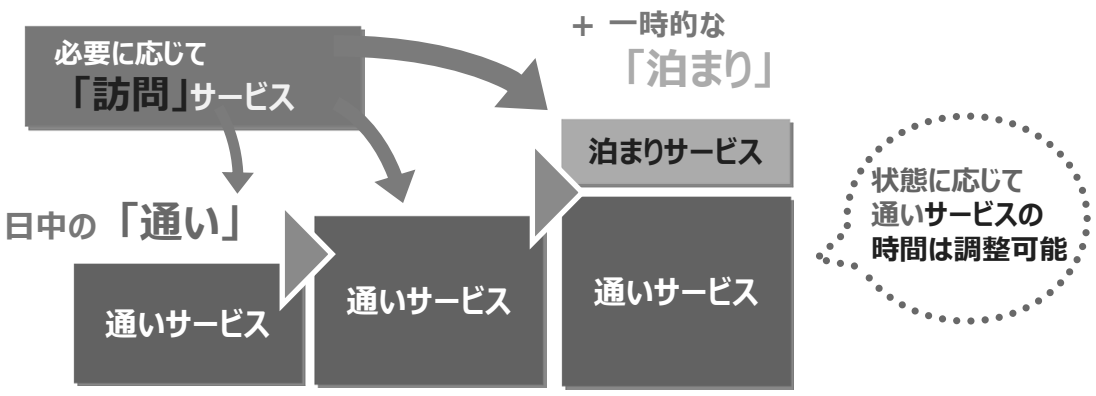
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護（H28.4～）
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護（29名以下）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
- 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能＋訪看）

《 制度-14 》

# 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し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援**

**サービス機能 通い・訪問・泊まり のイメージ**



**［制度-13］**

地域密着型サービスには、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（平成 24 年 4 月～）、夜間対応型訪問介護、認知症専用のデイサービス（認知症対応型通所会議）、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、入居定員 29 名以下の介護専用型特定施設、同じく定員 29 名以下の小規模な特養、看護小規模多機能型居宅介護（旧複合型サービス、小規模多機能型居宅介護＋訪問看護、平成 24 年 4 月～）の計 8 種類のサービスがある。

また、平成 28 年度より、小規模事業所による通所介護が、「地域密着型通所介護」として加えられた。

**［制度-14］**

「小規模多機能型居宅介護」は、地域密着型サービスの一つとして導入され、高齢者本人の自宅での生活の継続を支えることに軸足を置きながら、気軽に通える身近な場所で、必要なサービスを継続的に提供する仕組みである。高齢者本人の要介護度が軽いうちは、週に数回の「通い」から始まり、家族が必要とする時などには時間を延長して対応する、本人の状態が重度化するのに伴って、週に数回の「泊まり」を受け入れる、という利用イメージである。

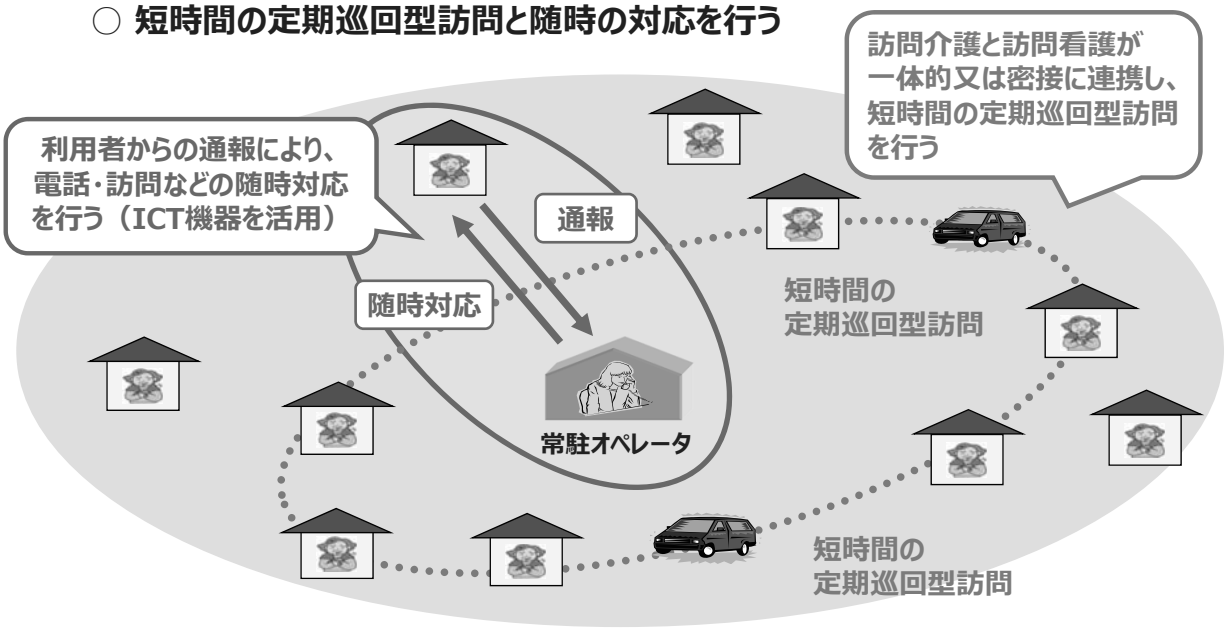
その際、高齢者本人の状態の変化に応じて他の施設に移されるのではなく、通い慣れた場所でなじみの仲間と過ごし、なじみのスタッフが介護に当たることから、環境の変化に適応することが難しい認知症の高齢者にとって、リロケーションに伴うダメージを回避して、混乱を最小限にとどめることができることが大きな利点である。

※また、小規模多機能型居宅介護そのものの機能ではないが、グループホームなどを併設することにより、最終的に「住む」ことにも対応しうる。

《 制度-15 》

# 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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




※ 訪問看護についての医師の指示書が必要であり、地域の医療機関との連携が重要
※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村が主体となり圏域ごとにサービスを整備

**［制度-15］**

在宅の重度要介護者に日中・夜間を通じて定期の巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」が、平成 24 年度制度改正の際に導入され、次の二つの類型が定義された。

1）介護・看護一体型

一つの事業所で訪問介護と訪問看護を一体的に提供する事業形態

2）介護・看護連携型

訪問介護を行う事業所が地域の訪問看護事業所と連携してサービスを提供する事業形態

その主な特徴は、

①いずれの事業形態においても、訪問看護を要しない（訪問介護だけの利用を必要とする）要介護者の利用も可能とされていること

②訪問看護については、医師の指示（書）が必要となること

③介護報酬は、サービスの利用回数によらず、要介護度別の月額定額報酬となること

④急性増悪により医師から特別指示書が交付された場合、及び「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は、訪問看護の費用は医療保険で算定し、その分の介護報酬は減額調整されること（この場合、訪問看護は介護保険の区分支給限度額管理の対象外となるため、必要な回数の訪問看護を利用することが可能となる。）

⑤通所介護や短期入所等、他の介護サービスを利用した日については、介護報酬の減額調整が行われること

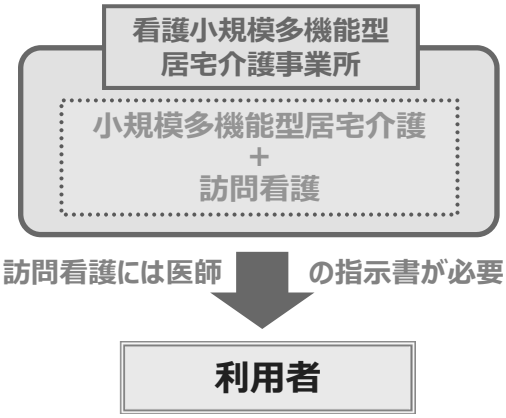
などである。

※ なお、看護サービスが区分支給限度額管理の対象外となる場合であっても、利用者の在宅生活を支えるため、ケアマネジャーや関係機関との連携が重要である点は、他のサービスと同様である。

《 制度-16 》

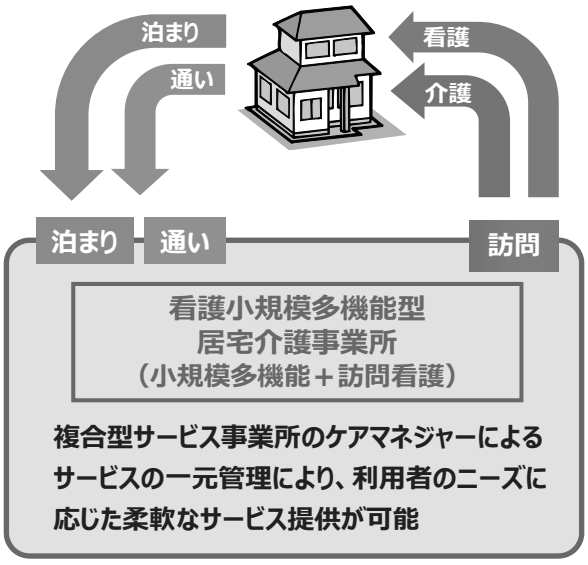
# 看護小規模多機能型居宅介護

○ 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービス
○ 医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できる




小規模多機能型居宅介護・訪問看護を一体的に提供できることから、医療依存度の高い在宅の要介護者への支援が可能。

<イメージ図>




複合型サービス事業所のケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能

《 制度-17 》

# 予防給付と地域支援事業

**予防給付**（要支援1・2） 要支援状態に関する保険給付
・介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション など

**地域支援事業**

**新しい介護予防・日常生活支援総合事業**（要支援1・2、それ以外の者）

○ 介護予防・生活支援サービス事業
- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス
- ・生活支援サービス（配食等）
- ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）

○ 一般介護予防事業

**包括的支援事業**

○ 地域包括支援センターの運営 （従来3事業に加え、地域ケア会議の充実）
○ 在宅医療・介護連携の推進
○ 認知症施策の推進 （認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等）
○ 生活支援サービスの体制整備 （コーディネーターの配置、協議体の設置等）

**任意事業**

## ［制度-16］

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の機能を併せ持つ「看護小規模多機能型居宅介護（旧称：複合型サービス）」が、平成 24 年度制度改正の際に導入された。
このサービスは、自宅での生活を希望する本人、家族のニーズに応じて、「通い」を中心に「泊まり」「訪問」を柔軟に組み合わせて提供する小規模多機能型居宅介護に加え、「訪問看護」を一体的に提供することにより、要介護度と医療依存度がともに高い、在宅の要介護高齢者の地域での生活を支えることが意図された。

その主な特徴は、

①ケアマネジメントは、訪問看護を含め、看護小規模多機能型居宅介護事業所に配置されるケアマネジャーが一体的に行うこと
②訪問看護の利用については、医師の指示（書）が必要となること
③介護報酬は、サービスの利用回数によらず、要介護度別の月額定額報酬となること
④急性増悪により医師から特別指示書が交付された場合、及び「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」に該当する場合は、訪問看護の費用は医療保険で算定し、その分の介護報酬は減額調整されること

などである。

## ［制度-17］

介護保険制度の予防給付と地域支援事業については、平成 27 年 4 月より再編されている。チェックリストや介護認定審査会（二次判定）においてサービス事業対象者とされた場合や、要支援 1・2 の一部サービスの利用者は、市町村が実施する新しい介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型サービスや通所型サービス等を利用することになる。

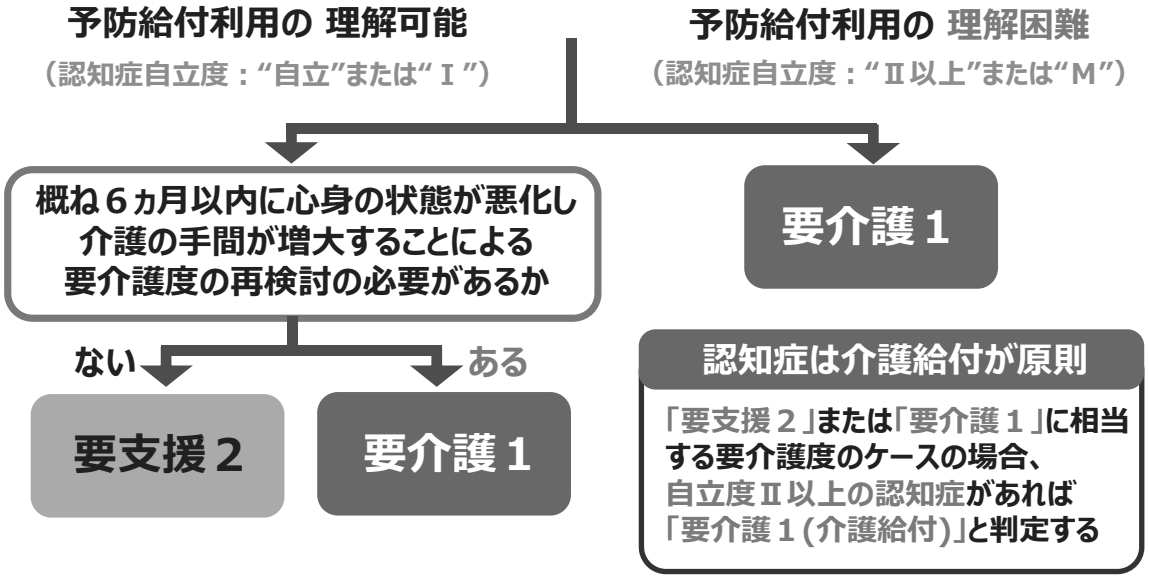
地域支援事業には、個別のサービス提供にかかる事業の他、包括的支援事業や任意事業があり、地域の高齢者支援の仕組み（認知症初期集中支援チーム、地域ケア会議等）が推進されている。

《 制度-18》

# 要支援・要介護認定

## 認知症がある場合の審査判定に関する部分

一次判定で、「要支援２(予防給付)」または「要介護１(介護給付)」と判定されたケースの審査判定の流れ




《 制度-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
- **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

**［制度-18］**

平成 21 年 10 月からの介護認定審査会における審査判定の流れ（特に認知症と関連が深い「一次判定で要支援2または要介護1と判定された方」の取扱いについて確認する。

コンピュータによる一次判定で「要支援2」または「要介護1」と判定された方のうち、認知機能や思考・感情等の障害により予防給付の利用及び理解が困難であると考えられる場合（目安として、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）は、「要介護1」と判定される。（すなわち、認知症は原則として介護給付となる。）

その他、これに該当しない場合であっても、短期間のうちに心身の状態が変化することが予測され、概ね６ヶ月程度以内に要介護状態等の再評価が必要と考えられる場合（状態が不安定な場合）には、「要支援2」ではなく、「要介護1」と判定される。

**［制度-19］**

主治医意見書は、高齢者の心身状況をしっかりと把握して作成することにより、要介護認定ばかりでなく、ケアプランの作成や継続的なフォローに役立つ重要な情報となる。とりわけ、認知症の症状については、在宅における介護の手間と大きく関係することから、確実に利用者の状態を把握することが必要であり、医学的な観点から介護に必要な情報を提供することに意義がある。

具体的には、ケアマネジャーがケアプランを作成する際、保険者に対して認定調査結果と主治医意見書の開示を求め、客観的情報としてアセスメントに使用する。

また、認知症高齢者の日常生活自立度の評価は、介護報酬の認知症関連加算の算定根拠にもなる。

《 制度-20 》

# 認知症症例の意見書の書き方①

| 項　目 | 介護の手間を把握するための視点（例） |
|---|---|
| (1)認知機能 | ・HDS-R 15／30<br>・記憶と見当識の障害が高度<br>・全く意思疎通ができない |
| (2)日常生活活動 | ・薬の飲み忘れが多い<br>・トイレがわからず部屋の中で排泄する |
| (3)行動・心理症状 | ・不安が強い<br>・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 | ・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 | ・現在デイサービスを週3回利用している<br>・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 |

《 制度-21 》

# 認知症症例の意見書の書き方②

| 項　目 | 介護の手間を把握するための視点（例） |
|---|---|
| (6)生活環境 | ・独居<br>・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 | ・認知症の妻と二人暮らしである<br>・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 | ・ADLは悪化しつつある<br>・徘徊の頻度は増加している |
| (9)現在ある困難や危険性及び 今後予想される困難や危険性 | ・しばしば経済被害を受けている<br>・今後、家人へ暴力をふるう危険がある |
| (10)身体合併症 | ・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 | ・症状は１日のうちでも大きく変動している<br>・とりつくろいのために正常にみられる |

## ［制度-20］

主治医意見書は医療と介護の連携のための最も基本的なツールと言える。そのため、診療している疾患の医学的な状態だけではなく、その疾患と状態が日常生活にどのような不自由さをもたらし、介護する者にどのような手間がかかるかがわかるような記載が求められる。

認知症の最も基本的な状態像として、認知機能、日常生活活動（ADL）、行動・心理症状（BPSD）に関して把握し、記載する必要がある。

さらに、どのような治療が行われているのか、主治医としてどのような支援が必要と考えるかなどを記載することが求められる。

出 典

「主治医意見書記載ガイドブック」 平成 22 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「かかりつけ医 介護保険ガイド」 p.58-69, じほう, 阿部 崇 (2013)

## ［制度-21］

認知症の人に関して、特に生活環境が重要であり、独居か家族と同居しているか、施設に入所しているか等で必要な支援は異なってくる。また、認知症の妻と二人暮らし、などの家族の状況や家族介護者の介護負担も把握し、記載することが望ましい。経過や頻度の把握・記載も重要であり、例えば徘徊やもの盗られ妄想等が毎日あるのと年に 1 回あるのでは介護負担は全く異なる。

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に関して、火の不始末や外出し行方不明になる、経済被害にあう等、本人・家族の生命・財産に影響を与える事柄についても評価しておくことが望ましい。

身体合併症の状況、例えば糖尿病や高血圧症の内服管理ができていないなどの情報もケアプランを作成する際に必要と考えられる。

また、認定評価に際しての留意事項も重要である。例えば、レビー小体型認知症で認知機能が激しく変動する場合は認定調査員が評価した時間で大きく変わる可能性があり、アルツハイマー型認知症でとりつくろいが強いと軽く判定される可能性もある。こういった情報は主治医でなければ提供できない可能性が高く、特に重要度が高い。

出 典

「主治医意見書記載ガイドブック」 平成 22 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「かかりつけ医 介護保険ガイド」 p.58-69, じほう, 阿部 崇 (2013)

《 制度-22 》

# 認知症の日常生活自立度の判断

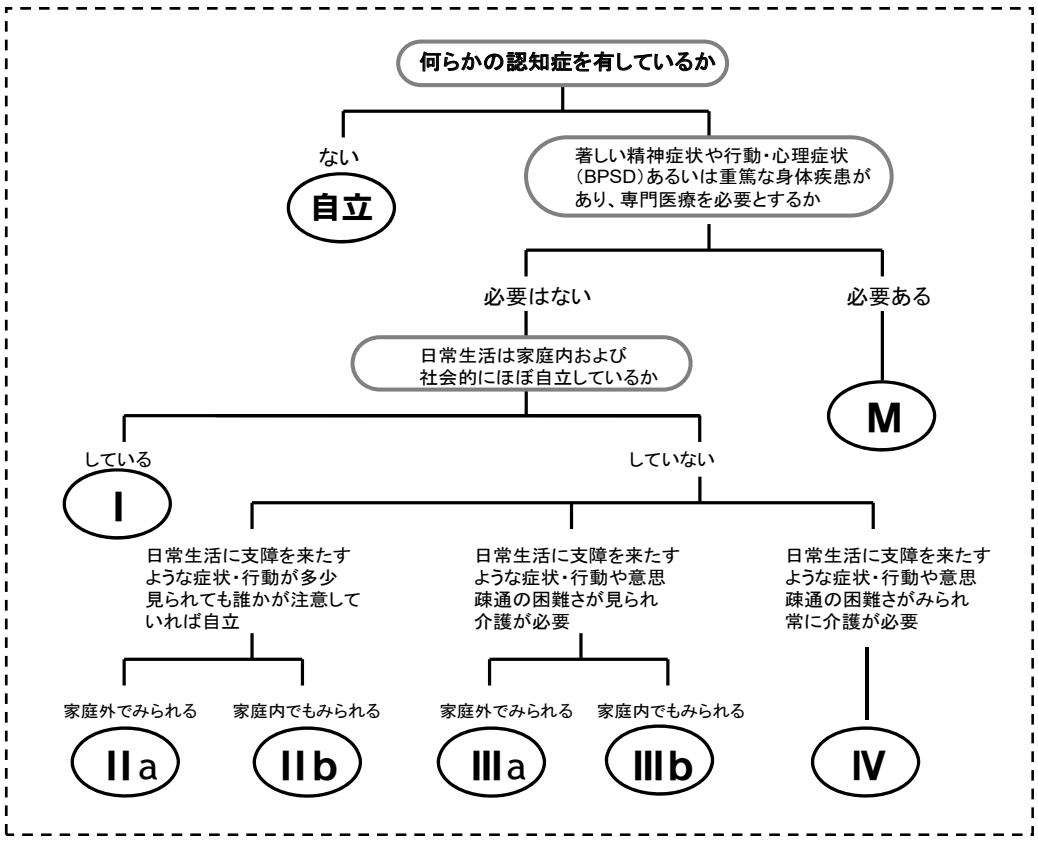
ADL

| BPSD | 自立 | 家庭外で支障 | 家庭内で支障 | 介護が必要 | 常に介護が必要 |
|---|---|---|---|---|---|
| なし | Ⅰ | Ⅱａ | Ⅱｂ | Ⅲａ | Ⅳ |
| 日中を中心 | Ⅲａ | Ⅲａ | Ⅲａ | Ⅲａ | Ⅳ |
| 夜間を中心 | Ⅲｂ | Ⅲｂ | Ⅲｂ | Ⅲｂ | Ⅳ |
| 著しい精神症状等 | M | M | M | M | M |

## ［制度-22］

認知症高齢者の日常生活自立度は主治医意見書や認定調査、介護保険サービスの加算要件などで使用されている。通常、認知症の重症度は認知機能と日常生活の障害の程度で評価されることが多いが、この尺度は日常生活活動（ADL）と行動・心理症状（BPSD）の 2 軸で評価されるため注意を要する。例えば、行動・心理症状（BPSD）がほとんどない状態で、買い物ができない、ATM が使えないなど家庭外での手段的 ADL が難しくなるとⅡa、服薬管理など家庭内での手段的 ADL が障害されるとⅡb、着替えや入浴など基本的な生活活動に介護が必要になるとⅢa、全てができなくなって常に介護が必要になるとⅣになる。しかし、ADL が自立していても例えば昼間に徘徊などの行動・心理症状（BPSD）があればⅢa になり、夜間にあればⅢb ということになる。更に激しい精神症状や身体合併症があって専門的な医療を必要とする場合 M と評価される。

また、下図は、自立度判定のプロセスをフローチャート化したものであり、合わせて参考にして頂きたい。




出 典

「主治医意見書記載ガイドブック」 平成 22 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「かかりつけ医 介護保険ガイド」p.55-56, じほう, 阿部 崇 (2013)

《 制度-23 》

# 若年性認知症の特徴と現状

●全国における若年性認知症者数は 3.78万人 と推計

●18~64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人

●基礎疾患としては、血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、
頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、
レビー小体型認知症3.0%の順であった。

**認知症高齢者との違い**

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い
（就労、子供の教育・結婚 等）

＜認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴＞

・若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い（H24年度：39.1%）
※認知症高齢者からの相談では男性は 9.1%

・本人からの相談が多い（H24年度：40.0%）
※認知症高齢者からの相談では本人からは 0.9%

・社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※の認知症高齢者の電話相談における割合は：
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

**［制度-23］**

全国における若年性認知症者数は、平成 21 年の調査において約 3.78 万人と推計され、基礎疾患の内訳を見ると脳血管性認知症の割合が約4割を占めている状況であった。

若年性認知症と認知症高齢者との違いとして、

○発症年齢が若く男性に多いこと。

○初期の症状が認知症特有でないため診断しにくく、また異常であることには気づくが、医療への受診が遅れること。

○経済的な問題が大きいこと。

○主たる介護者が配偶者に集中し、本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護になること。

○就労や子供の教育、結婚等、家庭内での課題が多い。

といったことがあげられる。

若年性認知症の課題としては、診断後の相談先が不明であること、地域で交流できる居場所の不足、自治体によって若年性認知症施策の取組にバラツキがあること、さらに一般的に診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長く、その間の就労支援や障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など本人の状態に応じた適切な支援が必要であるとされている。

《 制度-24 》

# 若年性認知症の人への支援(制度)

- **精神通院医療費の助成（自立支援医療）**
- **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、自治体により種々の助成制度
- **障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援**
- **障害者総合支援法によるサービス・支援**
  - ・就労支援サービスや外出支援サービス等がある
- **介護保険の在宅・施設サービス**
  - ・第２号被保険者（40～64歳）の特定疾病に該当する
- **障害年金**
  - ・年金加入者が一定の障害状態になった場合に支給
- **若年性認知症コールセンター**
- **公益社団法人 認知症の人と家族の会**（各都道府県支部等）

## ［制度-24］

1. 精神通院医療費の助成（自立支援医療）

継続して通院医療を受ける場合、自己負担額は1割となるが、家計への影響、障害の状態に応じて自己負担の上限額が設定される。

2. 精神障害者保健福祉手帳（精神保健福祉法）／身体障害者手帳（身体障害者福祉法）

所得税、住民税などに係る税制上の優遇措置の他、自治体によっては公共交通機関の交通費助成、公営住宅使用料の減免などを受けられる場合がある。

※手帳の交付申請の際は、所定の様式の診断書（精神障害者保健福祉手帳：精神保健指定医、その他精神障害の診断または治療に従事する医師が作成したもの、身体障害者手帳：身体障害者福祉法に基づく指定医が作成したもの）が必要となる。

3. 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援

事業主に対しては障害者雇用率の算定や障害者雇用納付金制度に基づく助成金の支援があり、本人に対しては地域障害者職業センター（職業評価、職業準備支援、ジョブコーチ支援等）や障害者就業・生活支援センター、ハローワークなどの支援機関がある。

4. 障害者自立支援法によるサービス・支援（障害者自立支援法）

障害者自立支援法が定める障害福祉サービスには、全国統一的に実施される障害福祉サービスと自治体の判断により実施される地域生活支援事業がある。障害福祉サービスには就労支援を目的としたサービスも含まれており、また、地域生活支援事業では相談支援事業や障害者の外出支援、社会との交流の促進といった事業が行われている場合がある。

5. 介護保険の在宅・施設サービス（介護保険法）

認知症（特定疾病）に起因する要介護（要支援）状態であれば、40～64 歳の第2号被保険者も介護保険の各種在宅・施設サービスを利用することができる。平成 21 年度介護報酬改定により、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス、グループホームにおいて若年性認知症利用者（入所者/患者）受入加算が創設された。

6. 障害年金

傷病等により一定の障害状態になった場合に、加入している年金の種別に応じ、障害基礎年金、障害厚生（共済）年金等が支給される。ただし、加入期間の3分の2以上の保険料納付期間（保険料免除期間を含む）が必要となる。国民年金制度の移行期に任意加入していなかった者については、特別障害給付金の支給を受けられる場合がある。

※平成 21 年 10 月 22 日から認知症に係る障害の診断書の作成は精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に限らず、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば可能となった。

7. 若年性認知症コールセンター

平成 21 年 10 月 1 日に開設された。若年性認知症の人の支援に関する相談に専門教育を受けた相談員が対応する。

電話(フリーコール)　0800-100-2707　月～土曜日(年末年始・祝日除く)　10～15 時

8. 認知症の人と家族の会（各都道府県支部等）

《 制度-25 》

# 認知症の人と運転

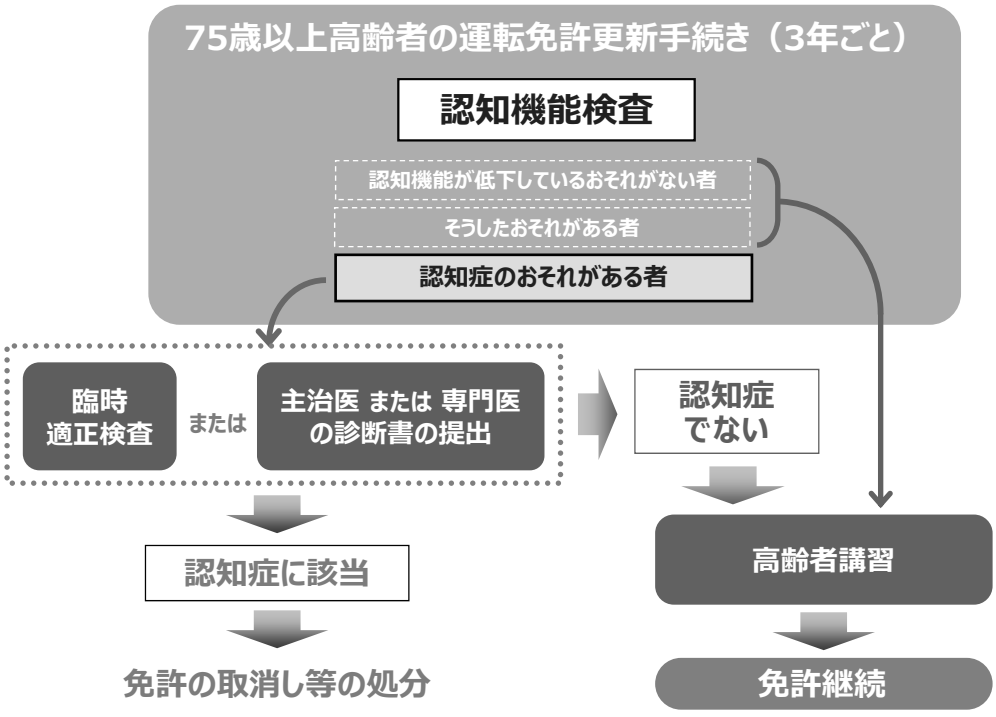
- 平成29年3月12日、改正道路交通法が施行
- 75歳以上高齢者の 運転免許更新 の際、従来の認知機能検査の結果によって、

  「高齢者講習」や「臨時適正検査 または 医師の診断書」が必要
- 75歳以上で、一定の違反行為(基準行為)があった場合 に、臨時の認知機能検査の受検、その結果によって、

  「臨時高齢者講習」や「臨時適正検査 または 医師の診断書」が必要
- 臨時適正検査・診断書は、都道府県公安委員会より本人に対して通知・命令

《 制度-26 》

# 75歳以上高齢者の運転免許更新手続き



## ［制度-25］

高齢運転者の増加を背景に、道路交通法が改正され、平成 29 年 3 月 12 日から施行されている。

従来、75 歳以上の高齢者の免許証更新手続きの際、認知機能検査で「認知症のおそれあり」と判定され、かつ、一定の違反行為（基準行為）があった場合に、高齢者講習および臨時適正検査を要していたものが、①免許更新時に、基準行為の有無を問わず、認知機能検査、その結果によって、高齢者講習および臨時適正検査または医師の診断書が必要に、また、更新時に限らず、②一定の違反行為があった場合に、臨時認知機能検査を受検、その結果によって、高齢者講習および臨時適正検査または医師の診断書が必要となった。

今後、臨時適正検査受検や診断書作成を要するケースが増加することも予想され、高齢者の運転免許更新・継続の場面における認知症サポート医・かかりつけ医の役割が重要となってくる。

## ［制度-26］

［3 年ごとの運転免許更新の場面］

①運転免許更新手続きの際に認知機能検査を受検

②認知症のおそれがある場合（左の流れ）、臨時適正検査の受検または医師の診断書の提出

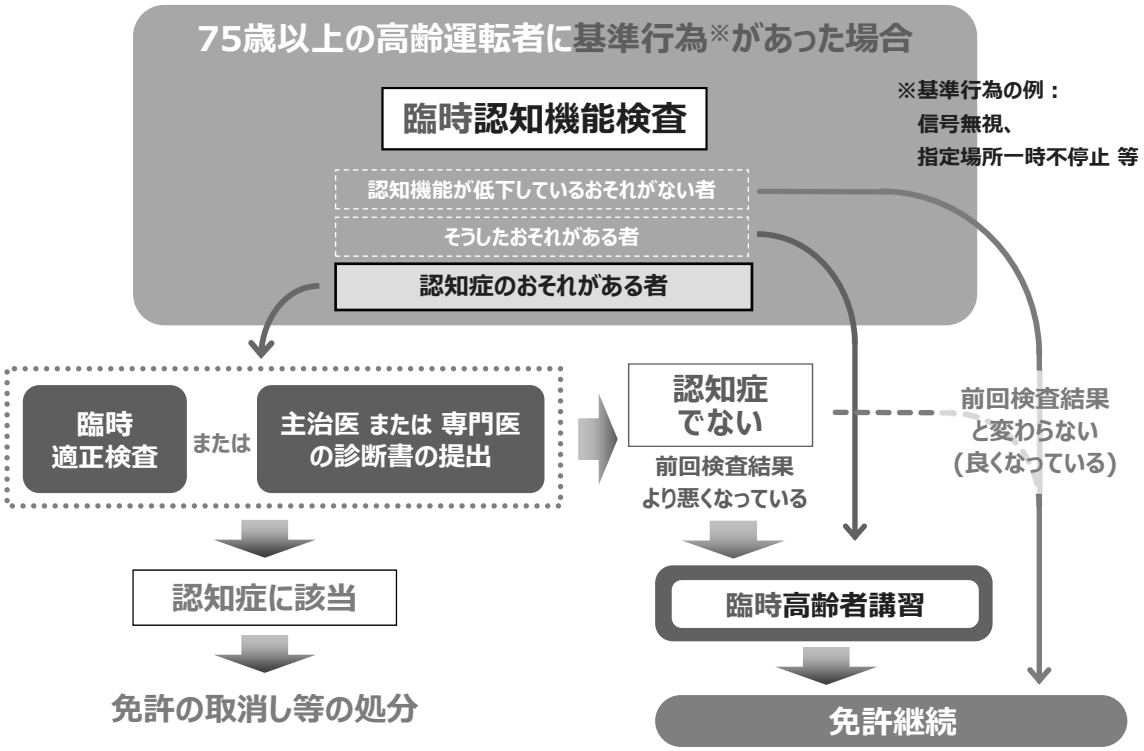
⇒ 認知症と診断された場合、免許の停止・取り消し等となる

⇒ 認知症でないと診断された場合、検査と別の日に高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる

③認知機能低下のおそれがある場合およびそのおそれがない場合（右の流れ）、高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる

《 制度-27 》

# 一定の違反行為(基準行為)があった場合




《 制度-28 》

# 認知症と成年後見制度

- 高齢者 ： 平成12年より介護保険制度導入
- 障害者 ： 平成15年度より支援費制度導入
  平成18年度から障害者自立支援法へ
  平成25年度から障害者総合支援法へ

## 「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

## ［制度-27］

［一定の違反行為(基準行為)があった場合］

①免許更新時に限らず、信号無視や指定場所一時不停止などの違反行為があった場合に、臨時認知機能検査を受検

②認知症のおそれがある場合（左の流れ）、臨時適正検査の受検または医師の診断書の提出

⇒ 認知症と診断された場合、免許の停止・取り消し等となる

⇒ 認知症でないと診断された場合、検査結果が前回より悪くなっているときは、臨時高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる。検査結果が変わらない・良くなっているときは、（講習なく）免許更新(継続)となる。

③認知機能低下のおそれがある場合（右内側の流れ）、臨時高齢者講習を受け、免許更新(継続)となる。

④認知機能低下のおそれがない場合（右外側の流れ）、（講習なく）免許更新(継続)となる。

## ［制度-28］

介護保険制度では、それまでの措置制度（行政処分としてのサービス給付）に代えて、高齢者自らがサービスを選択し、事業者との契約に基づき在宅・施設サービスを利用する仕組みが導入された。このため、判断能力が衰えた認知症の高齢者等の場合、誰かが代わって介護サービスに係る契約を締結する必要が生じることから、介護保険制度と成年後見人制度は密接なつながりを有する。両制度が車の両輪と言われ、同時実施を目指して準備が進められたゆえんである。成年後見人には財産管理の他、本人にふさわしい介護サービスを手配（契約）し、その履行状況を確認し、必要に応じて改善を求めることなどが期待される。判断能力が不十分な認知症の要介護者や知的障害者が、障害者自立支援法に基づく各種障害福祉サービス等を利用する場合も基本的に同様である。

また、社会福祉法、介護保険法など福祉関連法は、いずれも個人（高齢者や障害者）の尊厳保持を旨としている。判断能力が不十分な認知症の人の尊厳を守り、本人本位の生活を営むためにも、必要に応じて本人の意思を代弁し実行しうる仕組みが不可欠である。

認知症と関連の深い高齢者虐待への対応、消費者被害の防止のためにも有効であることから、成年後見制度の普及が望まれる。

出 典

「Q＆A成年後見制度解説」（三省堂）秦　悟志･額田洋一編

《 制度-29 》

# 成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように支援してもらうか」をあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度 （下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の３つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として 成年後見人・保佐人・補助人 が選ばれる制度

| | | 後 見 | 保 佐 | 補 助 |
|---|---|---|---|---|
| 対象者 | | 判断能力が全くない | 判断能力が著しく不十分 | 判断能力が不十分 |
| 申立て権者 | | 本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など | | |
| 成年後見人等の権限 | 必ず与えられる権限 | 財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活行為を除く） | 特定の事項※1についての同意権※2、取消権（日常生活行為を除く） | ―― |
| | 申立てにより与えられる権限 | ―― | ●特定事項※1以外の事項についての同意権※2、取消権（日常生活行為を除く）<br>●特定法律行為※3についての代理権 | ●特定事項※1の一部についての同意権※2、取消権（日常生活行為を除く）<br>●特定法律行為※3についての代理権 |
| 制度利用の場合の資格等の制限 | | 医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う | 医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う | ―― |

［法務省ホームページより］

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項（民13Ⅰ）
※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限
※3 民13Ⅰに挙げられる、要同意の行為に限定されない

《 制度-30 》

# 成年後見制度の特徴

- 任意後見制度の導入：自己決定の尊重
- 補助類型の追加：軽度の認知症など
- 財産管理に加え身上監護も：身上配慮義務
- 戸籍への記載廃止
- 申し立て権：市区町村長にも付与
- 市民後見人の育成および活用
- 利用申請は 家庭裁判所
  相談は 市町村・法テラス・地域包括支援センター等

**［制度-29］**

成年後見制度は、従来の制度と比べて、個人の自己決定権の尊重を重視されていることが特徴であり、このことは財産管理のみではなく身上監護を中心とした制度であることによっても示される。

**［制度-30］**

従来制度からの変更点を中心に、成年後見制度のポイントを解説する。

①まず、任意後見制度が設けられたことである。つまり、本人に判断能力があるときに後見人を選出し、後見の内容を自己決定することができる。内容は、財産管理以外に身上監護（医療、住居の確保、施設の入退所など、介護、生活維持、教育、リハビリなど）が含まれる。

②従来の禁治産に相当する後見類型、準禁治産に相当する保佐類型に加え、補助類型が追加された。軽度の認知症、知的障害、精神障害に対応でき、本人の申し立てや意見をもとに補助人の権限の内容や範囲を自由に選ぶことができる。

③財産管理から身上監護を中心とした制度となった。法人後見あるいは複数後見が可能となった。後見人、保佐人、補助人、任意後見人のすべてに身上配慮義務を果たす規定が設けられた。

④これまでの戸籍への記載が廃止され、成年後見登記制度が新設された。

⑤これまでは親族に限られていた申し立て権が市区町村長にも付与された。また、配偶者が自動的に後見人になる従前の仕組みも改められ、本人にとって最もふさわしい後見人が家庭裁判所により選任されるようになった。このことは「介護の社会化」に対応して「後見の社会化」といわれる。

⑥また、平成 24 年 4 月の法改正において、新たに「市民後見人」という概念が導入された。市民後見人とは、弁護士、司法書士等の専門職による法定後見人に対して、一般市民が一定の研修を受講して後見事務を担うもので、後見制度の普及の担い手として期待される。

⑦実際の利用申請は、家庭裁判所に申し立てを行うことになるが、その相談は、市町村窓口や、法テラス（日本司法支援センター）、地域包括支援センター などで行うことができる。

《 制度-31 》

# 成年後見制度の利用概況

- 平成27年の成年後見関係事件の申立件数は34,782件。
- 後見開始の審判の申立件数は 27,521件、保佐開始は5,085件、補助開始は1,360件、任意後見監督人選任は816件。
- 市区町村長による申立が 5,993件（前年5,592件）。
- 主な申立て動機は、「預貯金等の管理・解約」が 28,874件と最も多く、次いで、「介護保険契約(入所等)」が 11,588件。
- 終局事件のうち、鑑定を実施したのは 全体の9.6%であり、鑑定費用は、「5万円以下」が60.9%であった。（97.6%が10万円以下）

（最高裁判所事務総局家庭局 「成年後見関係事件の概況-平成27年1月～12月-」より）

《 制度-32 》

# 日常生活自立支援事業

## 福祉サービスの利用援助

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

## 日常的な金銭管理サービス

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

## 書類等の預かりサービス

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

**［制度-31］**

平成 27 年の成年後見制度の利用概況を示す。

市区町村長による申立が増加し、審理期間は短縮する傾向にある。また、鑑定書作成を求められる率が低くなっている。

認知症の人の尊厳を守るため、裁判所から診断書作成の要請があったときは、可能な限り対応して頂くことが望まれる。

**［制度-32］**

介護保険におけるサービス利用は、サービス利用者と提供者による任意契約に基づく行為であり、自己決定と自己責任を前提として運営されている。しかし、現実には自ら決定して責任をとれない高齢者も数多くいることから、認知症高齢者、知的障害者、精神障害者など判断能力が十分ではない人を対象として、サービスの利用手続き援助や日常的な金銭管理などを行う日常生活自立支援事業が平成 11 年 10 月から実施されている。

《 制度-33 》

# 高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が66.7%であり、さらにそのうち、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69.0%であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 66.0%が最も多く、以下 心理的虐待 41.1%、介護等の放棄 20.8%、経済的虐待 20.0% 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、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、地域の重層的な仕組みが必要

厚生労働省：「平成27年度　高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

《 制度-34 》

# 高齢者虐待防止における医師の役割

- 高齢者虐待の早期発見及び虐待防止の施策への協力
- 虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、高齢者の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに通報する義務
  （“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務）

・高齢者が地域のかかりつけ医を受診する機会は多いことから、「虐待の可能性」に気づく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

**［制度-33］**

高齢者虐待とは、介護する家族など何らかの保護が期待できる他者からの不適切なかかわりによって、高齢者の権利利益が侵害され、生命や心身または生活に支障をきたすような行為または状況をいう。

平成18年4月に高齢者虐待防止法（正式名は「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」）が施行されたことに伴い、市区町村や地域包括支援センターが相談・通報を受理する体制が整備されている。法施行初年度である平成18年度から、市区町村等への相談・通報対応件数や状況等について、厚生労働省は毎年全国調査を行い、その結果を公表している。（スライドは平成27年度調査結果）

認知症の高齢者を介護する養護者・家族等にとっては、親や配偶者が認知症になったという事実を受け入れることが困難な場合、あるいは認知症によって引き起こされる症状への対応方法がわからない場合などが考えられ、結果として虐待に至るケースもうかがえる。

高齢者の権利擁護はもとより、介護を担ってきた養護者を支援するためにも、早期発見・見守りだけでなく、相談・介護支援を中心とする対応、医療や法律の専門家も参加した専門的な対応など、地域において重層的な仕組みを構築していく必要がある。

**［制度-34］**

高齢者虐待防止法においては、

○保健医療福祉関係者は、高齢者虐待の早期発見、国や地方公共団体による高齢者虐待防止のための施策に協力すること

○養護者や養介護施設従事者等により虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、市区町村や地域包括支援センターに通報すること

が責務として定められており、医師にもこうした責務が課されている。

実際に起きた虐待事例をみると、

○高齢者が地域のかかりつけ医を受診する機会は多いことから、高齢者が「息子から頭を殴られた」と訴え受診したことがきっかけで、「虐待の可能性」に気づいた事例がある（法が規定する虐待に相当するかの判断よりも本人の権利擁護を優先）

○身体的虐待が疑われる場合に、生命・身体の危険性や緊急性を、医師の協力も得て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、行政や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という事例も一部報告されている

こうしたことから虐待の早期発見や未然防止についてかかりつけ医の果たす役割は極めて重要であり、同時に認知症サポート医による支援が必要な部分でもある。

また、併せて、かかりつけ医が担う地域啓発の役割についても、認知症サポート医との協働や助言等が有益となるであろう。

《 制度-35 》

# 認知症サポーター

**[目的]**

**認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する**

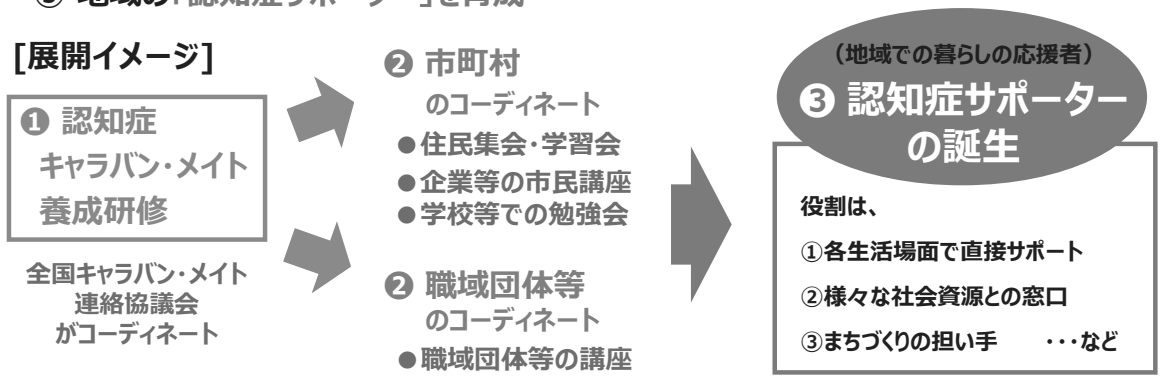
**[展開方法]**

**① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、**

**② 地域や職域の集まりや学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、**

**③ 地域の「認知症サポーター」を育成**

**[展開イメージ]**




《 制度-36 》

# 地域啓発のポイント

- **認知症は脳の疾患によって起こる**
- **早期発見・早期対応によって、可逆性の疾患の治療ができたり、またアルツハイマー型認知症等の治癒が望めない疾患であっても、本人の症状（特に行動・心理症状：BPSD）を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる**
- **認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を地域全体で支えていく必要がある**

**［制度-35］**

「認知症サポーター100 万人キャラバン」とは、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)を育成しようとするものである。認知症キャラバン・メイト研修を受けた者が地域、職域の集まり、学校等への講師として出向き、認知症に関する講座を開催し、その講座受講者を認知症サポーターとして認定する仕組みである。

平成 21 年度末までに 100 万人の養成を目標として推進されてきたが、新オレンジプランでは、平成 29 年度末までに 800 万人と目標が引き上げられ、平成 28 年 12 月 31 日現在で、849 万 7,194 人の認知症サポーターが養成され、目標をクリアしている。

最近では、社会貢献活動のひとつと位置づけ、従業者をサポーターに養成する取り組みを行う企業が増加するなど、すそ野が広がっている。このような例からも、従前と比べ、認知症に対する一般市民の関心、理解は格段に高まっていることが分かる。

**［制度-36］**

認知症の人を地域で支えていくためには、医療・介護関係者・地域住民が認知症について共通の認識をもって足並みを揃えて対応していくことが必要である。すなわち、かかりつけ医、ケアスタッフ、家族、地域の住民、様々な職種の人が認知症を正しく理解し、接することによって、認知症の人が地域で安心してそれまでの生活を続けることができるようになる。

認知症サポート医とかかりつけ医認知症対応力向上研修を受けたかかりつけ医が中心となって、地域の住民や様々な職種の人に認知症に関する正しい知識と理解を伝えることによっても、地域の認知症の人や家族の生活を支えることができる。

《 制度-37 》

# 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要
## ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 新オレンジプランの基本的考え方

**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。**

**7つの柱**

①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

③若年性認知症施策の強化

④認知症の人の介護者への支援

⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

⑦認知症の人やその家族の視点の重視

**［制度-37］**

「認知症施策推進 5 ヵ年計画（オレンジプラン）」が内容充実の上、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」として公表された。

（詳細は、URL： http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html）

新オレンジプランは、7 つの柱で構成されており、認知症対応力向上研修は「②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」に位置付けられている。平成 28 年度から、従来のかかりつけ医、病院勤務の医療従事者に加えて、歯科医師、薬剤師を対象とした同研修が実施されることとなった。

同プランでは、本研修を通じて、かかりつけ医による認知症診療として、早期診断・早期対応に加え、「地域での生活を支える」 医療、日常生活・家族支援といった面にも対応できることが期待されている。

# Ⅲ. 連 携

《 連携-1 》

# 認知症サポート医にとっての連携 ～何が求められるか～

## 地域での連携

**認知症初期集中支援チーム(に協力する)医師としての要件**

- **日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であって、今後5年間で認知症サポート医養成研修を受講する予定のあるもの**
- **認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの(認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る)**

## 病院内での連携

**病院内で認知症対応チームを立ち上げた際の医師の要件**

**認知症患者の診療について十分な経験と知識のある専任の常勤医師**
**“十分な経験と知識のある専任の医師”の研修に関する要件は、国、都道府県、または医療関係団体等が主催する研修で、認知症診療について適切な知識・技術等を修得することを目的とした研修で、2日間、7時間以上の研修期間で修了証が交付されるものとなっている。認知症サポート医養成研修がこれに相当する。**

《 連携-2 》

# 「連携すること」のかかりつけ医にとっての意味

- **生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる**
  - ＊1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者では介護支援専門員を含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
  - ＊2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る
- **服薬の確認ができる**
  - ＊ 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる
- **主治医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる**
- **生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる**
- **BPSDに関連する要因についての情報が得られる**

**［連携-1］**

認知症サポート医は、認知症施策の推進とともに、役割を拡充しながら地域ないし病院内で活動することが求められている。

地域においては、認知症初期集中支援チーム（後述）のチーム活動に協力する医師として認知症サポート医が規程されている。多職種で構成される同チームにおいて、診断や専門医療機関へのつなぎの他、チーム活動に対する医学的助言など、地域連携の重要な役割を担う。

また、病院内においては、認知症診療に限らず、認知症患者の身体合併症の入院・外来対応への助言など、院内サポートにあたるチームのリーダーとして、院内連携の役割を担う。

**［連携-2］**

かかりつけ医にとって多職種との連携を図ることの第一の意味は、生活上の状況に関する情報を得られることにある。認知症の診断には生活状況に関する情報が欠かせないことおよび介護者から得られる情報は不十分なことが少なくないことを考えれば明らかであろう。

特に最近増加が指摘されている独居世帯では、多職種との連携なしに診断はおろか治療さえままならない。かかりつけ医が行うことができる介入の大きな部分に薬物療法があるが、独居例では認知症の重症度が軽度であっても服薬の管理を期待することはできず、多職種とのチームワークなしに薬物療法を行い、服薬の確認をすることができない。

《 連携-3 》

## 専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

- 施行してあれば CTやMRI の貸し出し
- 抗認知症薬を処方していれば、使用開始後の変化の有無
- 施行してあれば 認知機能検査の結果
  （得失点のプロフィールも重要なのでコピー添付が望ましい）
- 現在内服中の薬剤
- 身体疾患について
- 介護保険サービス利用の状況

《 連携-4 》

## サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

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

**［連携-3］**

専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報を示す。

症状が出現してから施行されたCTやMRIは、脳腫瘍や慢性硬膜下血腫等の緊急対応すべき疾患の除外と、必要ない検査を省く意味で有用である。（情報提供書への所見の記載のみでなく、実物又はコピーの持参が望ましい）また、かかりつけ医が専門医への紹介に先立ちアルツハイマー病治療薬を処方する場合、投与前後の症状の変化に関する情報提供が望ましい。HDS-RやMMSE等の認知機能検査が施行してあれば、得失点のプロフィールを含め情報提供することが望まれる。

認知症サポート医の役割には、この連携がスムーズに行われるための、かかりつけ医への初期の支援や継続的な助言などがある。

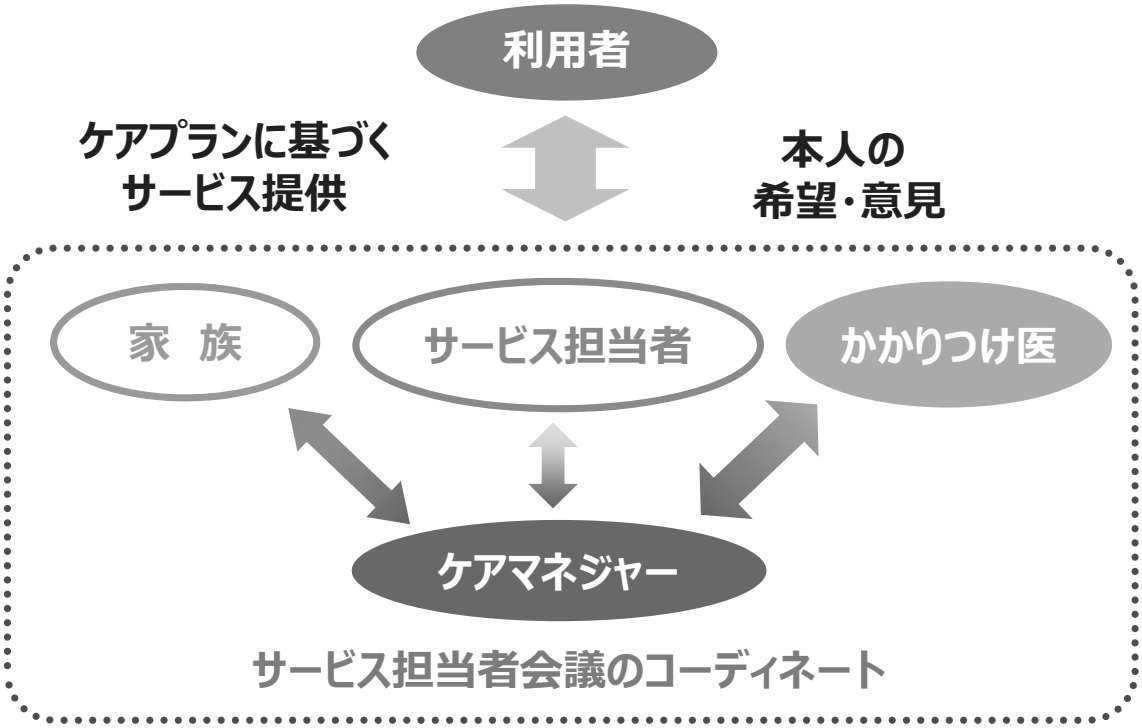
**［連携-4］**

サービス担当者会議において、かかりつけ医には以下のような観点でのアドバイスや助言が求められている。

・失禁や転倒のアセスメントに対する助言
・嚥下や摂食に関する注意点
・心房細動で生じる危険性のある症状、服薬の管理、副作用等についての具体的指示
・行動障害や抑うつ状態への対応についての助言と共通理解　　など

《 連携-5 》

# ケアマネジャーとの協働




《 連携-6 》

# ケアマネジャーが かかりつけ医に望むこと

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

**［連携-5］**

ケアマネジャーは、利用者に関わるケアチームをコーディネートし、適切な生活支援をマネジメントする。

① 利用者の情報はケアマネジャーに集約し、アセスメントが行われた上でケアプランに活かされる。

② 病気や障害を抱える利用者の生活支援は、命を守るという最優先のニーズがある。疾病・障害・身体状況の把握は、常にかかりつけ医との連携が必要となる。

③ サービス担当者会議は、利用者にかかるケアチームの共通理解・共通認識の場として重要である。更新時やケアプラン変更時には、必ず開催しなければならない。

**［連携-6］**

早期の認知症を発見し、本人や家族に対して専門医療機関の受診を促し、早期治療やケアに対するアドバイスを行うことが求められる。

また、ケアマネジャーに対しては、ケアの側面から泌尿器科や整形外科等の他科との連携の上、体調管理や疾病に関する指示・指導、服薬があれば服薬方法や禁忌・副作用等の指導も必要である。さらに、介護保険サービス利用の場面では、サービス担当者会議への出席およびケアプランへのアドバイス・共通理解が求められる。

本人や家族から信頼を得ているかかりつけ医が、本人や家族をねぎらい、生活全体へのアドバイスをすることも期待されている。

《 連携-7 》

# 訪問看護の役割

- 身体疾患の観察と看護
- 服薬管理
- 本人の症状観察
- 本人・介護者への心理的サポート

《 連携-8 》

# 社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士の役割

社会福祉士・精神保健福祉士

- 権利擁護
- 受診援助
- 本人・家族支援
- 地域の見守り体制の構築
- 社会参加支援

介護福祉士(ホームヘルパー・介護職員含む)

- 身体介護等のケアの提供
- 服薬確認や生活リズム維持の支援
- 緊急時の医療サービスへの連携

**［連携-7］**

認知症の人は自らの体調の変化に気づけず、また、病状を正確に訴えられないことが多い。医療的な知識や経験を持った訪問看護師が、本人の日常生活から体調変化やサインに気づき、身体疾患の観察と看護を行うことが重要となる。認知症の人の服薬の面でも、服薬管理のみならず効果や副作用について、かかりつけ医との連絡を密に取れる立場として訪問看護師は重要な役割を果たす。 また、本人だけでなく介護者の身体的、精神的なサポート役としての役割も期待される。自宅での生活の様子をよく知る訪問看護師が介護者に与えられる安心感は大きいからである。

医療的知識のある訪問看護師が在宅ケアの中で役割を持つことで、かかりつけ医との調整もスムーズとなり、併せてケアマネジャー、他のスタッフ等との緊密な関係作りが期待できる。

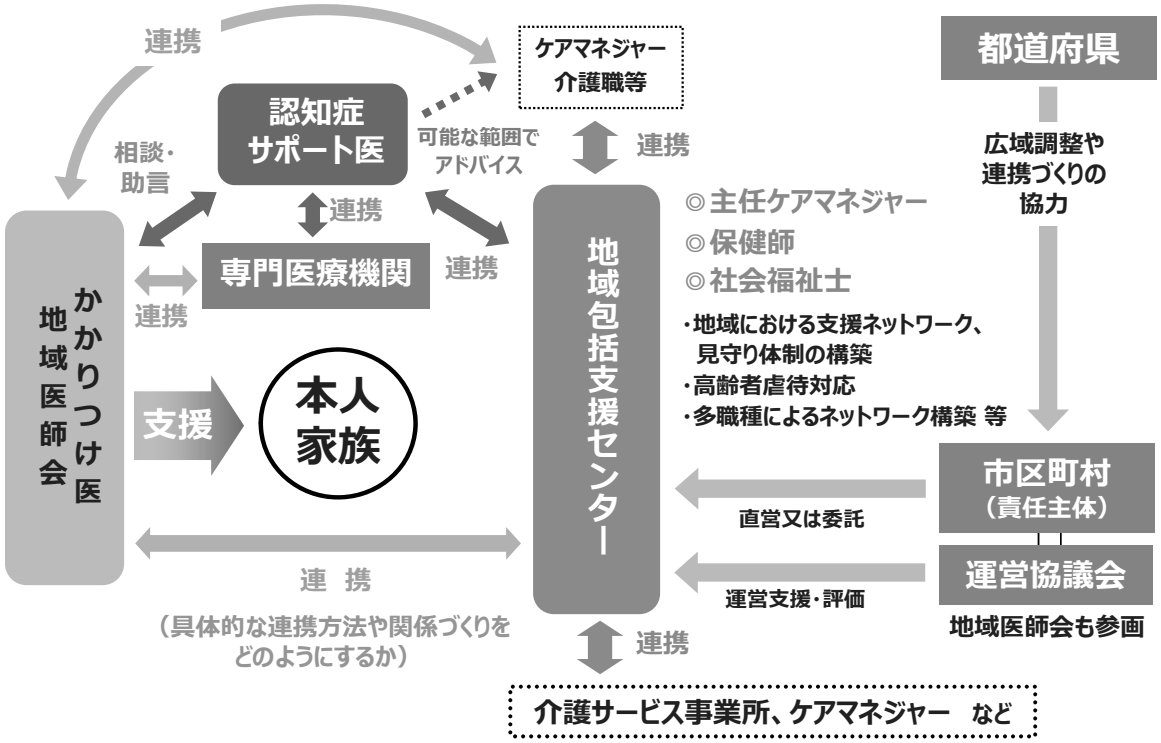
**［連携-8］**

社会福祉士・精神保健福祉士は、地域住民が住み慣れた地域で安心して尊厳あるその人らしい生活を継続することができるように、介護保険制度による公的サービスのみならず、その他のフォーマルやインフォーマルな多様な社会資源を本人が活用できるように、包括的および継続的に支援を行うことが任務である。具体的には①権利擁護・自己決定の援助・権利侵害（虐待、消費者被害）への対応・成年後見制度の利用・日常生活自立支援事業の利用、②受診援助・主治医への情報提供・キーパーソンの確立、③家族援助・キーパーソンの確立・BPSD への対応・家族会への参加、④地域の見守り体制の構築・認知症サポーター養成講座の開催・徘徊高齢者捜索ネットワークの構築・買い物セーフティネットの構築　などである

介護福祉士とは、身体上や精神上の障害で日常生活に支障がある人について心身の状況に応じた介護を提供し、介護者に対して必要に応じて介護に関する助言や指導を行うための専門的な知識や経験を有する職種である。介護の現場では福祉施設の介護職、在宅のホームヘルパー、地域包括支援センターの職員などを勤める。国家資格でありその取得には二つの方法がある。一つは、「介護の現場で 3 年以上働いた」などの条件を満たし国家試験に合格する方法、もう一つは、厚生労働大臣の指定する養成施設で所定の知識・技能を修得することである。後者の場合、現時点で国家試験の受験は不要であるが 2015 年度から、養成施設卒業者についても国家試験受験が必要とされることになっている。介護による直接的な生活のサポートのみでなく、認知症の人の生の声を、かかりつけ医、地域包括支援センター、ケアマネジャー等に伝えることが期待される。

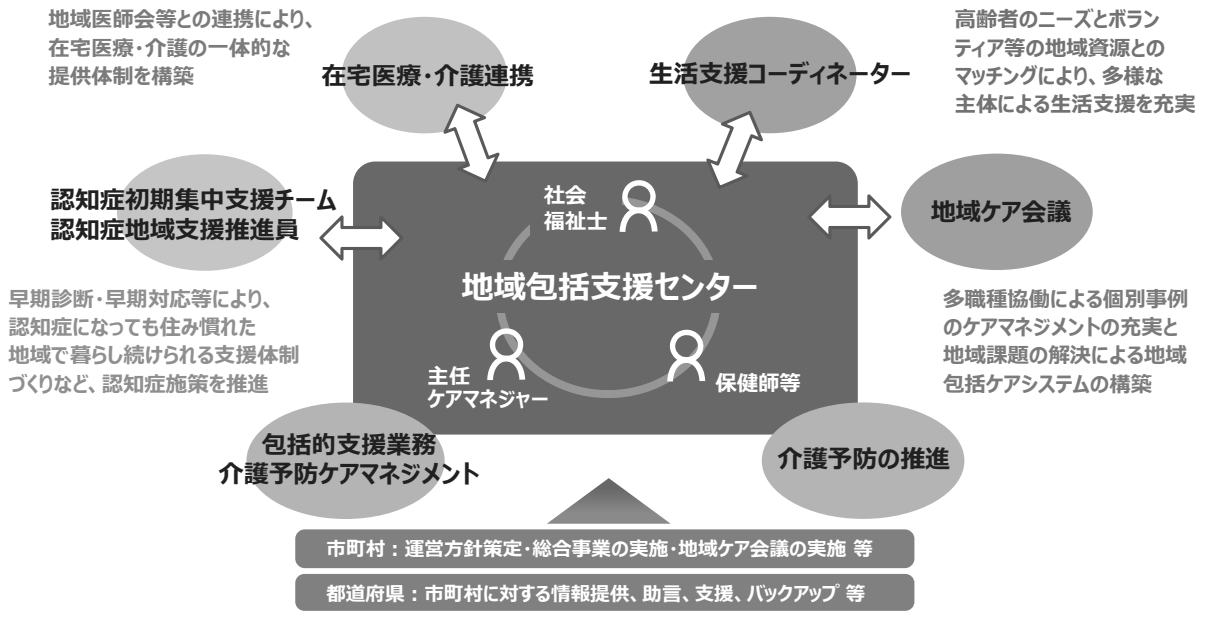
《 連携-9 》

# かかりつけ医・認知症サポート医と地域包括支援センターの連携




《 連携-10 》

# 地域包括支援センター




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

## ［連携-9］

高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしく暮らし続けるためには、介護や医療を含む様々な生活支援サービスが、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、切れ目なく提供される必要がある。地域包括支援センターは、こうした要請に応える地域の総合機関として設置された。認知症高齢者の早期発見・早期対応のためには、かかりつけ医の日常診療における気づきをきっかけとして、早期診断のための専門医療機関受診や地域包括支援センターの相談・支援機能につながる方向（かかりつけ医側から）、逆に地域包括支援センターが担う総合相談や地域支援ネットワークの方から、かかりつけ医に助言や医療支援を求める方向（かかりつけ医側へ）の双方向の連携が機能することが期待される。

かかりつけ医認知症対応力向上研修では、かかりつけ医に「早い段階での気づき」「家族に対する理解や支援」とともに地域連携の発信者となることも目的とされている。同時に、市区町村行政と地域医師会が協力し、かかりつけ医の日常診療を、認知症サポート医や専門医療機関等が支援する体制を構築することが不可欠とされている。

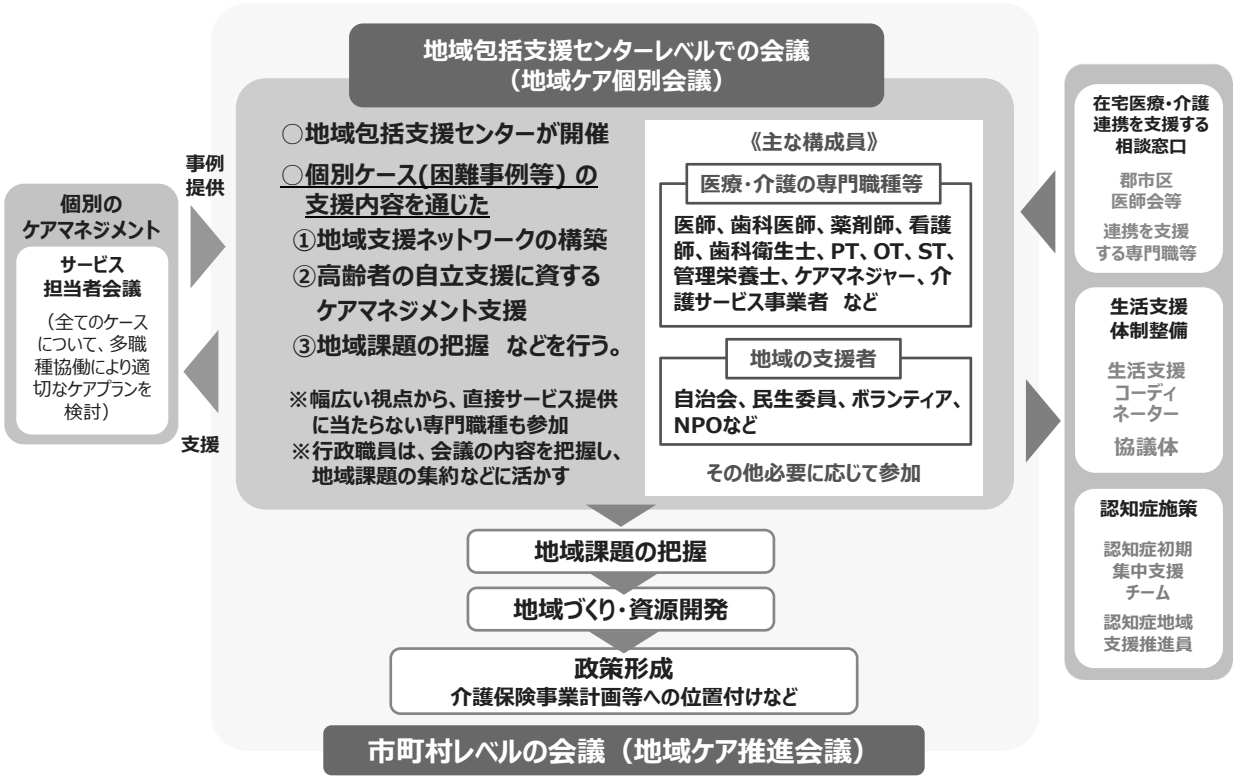
## ［連携-10］

地域包括支援センターの機能は、従来からの、介護予防、多職種ネットワーク、権利擁護の柱に加え、認知症施策の推進、生活支援、地域ケア会議など、それぞれを有機的に関連させながら拡充している。センターの基本配置職種である、保健師等・主任ケアマネジャー・社会福祉士を中心に、地域の専門職や専門機関等の社会資源と連携を図りながら、高齢者や家族のニーズに応じた適切なサービスを提供することが期待されている。

認知症の人や家族の生活をサポートするため、かかりつけ医には、地域包括支援センターの所在(連絡先等)、担当者、基本的な機能を把握し、その機能を通じて必要な資源につなげるなど、十分に活用していくことが求められる。また、認知症サポート医には、地域包括支援センターが担う認知症施策の推進を中心に、助言や協力が求められている。

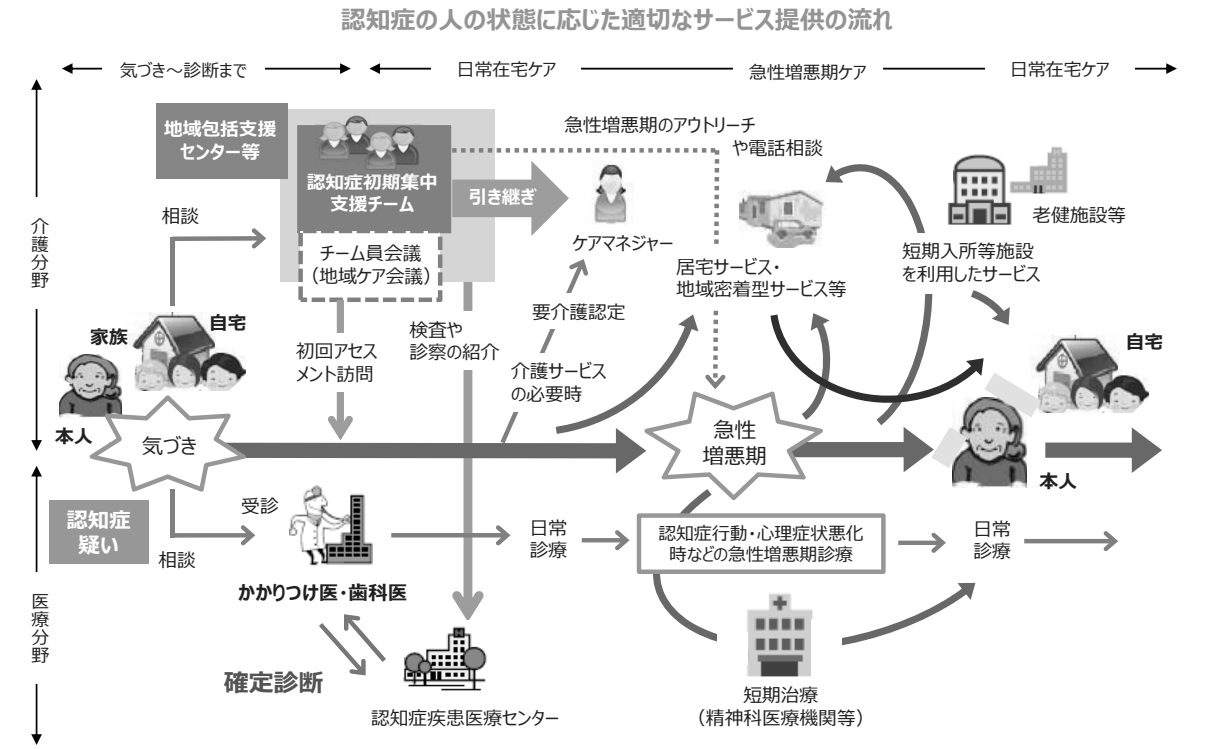
《 連携-11 》

# 地域ケア会議




《 連携-12 》

# 認知症ケアパス




認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、
いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか 理解できる

## ［連携-11］

地域ケア会議とは、主に市町村直営や基幹型の地域包括支援センターを中心に設置が進められ、個々の要介護者ごとに、かかりつけ医やケアマネジャー、サービス事業者などが一同に会して、また、多職種の第三者による専門的な視点も交えて、個別のケア方針を検討する会議である。

認知症の人を支えるにあたっては、介護、医療、生活支援、家族関係など多面的なアプローチを要する場合が少なくなく、サービス担当者会議では課題解決が困難な例もある。直接的な関係者のみならず、市町村、民生委員、地域医師会を含む在宅医療拠点、自治会・社協など、様々な社会資源の視点で、①アセスメント内容の共有、②多角的な課題分析とケア方針の検討、③モニタリング結果と評価の共有を行うことで、認知症の人と家族の生活を、より具体的かつ継続的に支援していくことが可能となる。

さらに、上記の「個別課題解決」と同時に、その協働を通じて、地域の多職種による「ネットワーク構築」や、地域に共通する課題を浮き彫りにする「地域課題発見」なども地域ケア会議の目的とされている。

## ［連携-12］

「認知症ケアパス」とは、認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れを表したものであり、各市町村の実情に応じて策定されるものである。

認知症ケアパスには、2 つの側面がある。1 つはマクロのケアパス：認知症の人が地域で生活するための基盤整備として介護保険サービス、医療サービス、インフォーマルサービス、その他社会資源を整理していくためのもの。

もう一つは、認知症の人への適切なケアマネジメントの実施にむけて、専門職間の情報連携のしくみや連絡ツールを作ったり、標準的な「認知症ケア」の手順を表したものである。

この作成された「認知症ケアパス」は平成 27 年度以降には介護保険事業計画に反映されるべきものである。

《 連携-13 》

# 地域連携体制構築の方法❶

- 医師会主導型
- 医療機関主導型
- 行政主導型
- 地域包括支援センター主導型

その地域にあった連携システムを構築する
生活圏内での医療、介護、福祉、地域住民の理解、
行政の協力が不可欠である

東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキストより、一部改変

《 連携-14 》

# 地域連携体制構築の方法❷

- まずは地域包括支援センターとの連携を始める
- 地域の認知症に関する資源を把握
- 認知症専門医はどこにいるのか、受診方法や紹介方法も含めて把握
- 行動・心理症状(BPSD)悪化時に対応できる病院はあるか
- 身体合併症に対応できる病院はあるか
- 介護保険サービス事業所や家族支援の資源についても把握

東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキストより、一部改変

**［連携-13］**

認知症の連携モデルには、様々なタイプがあり、医師会主導型では、参考資料の名古屋市（愛知県）、板橋区（東京都）、八王子市（同）などで行われている。医療機関主導型は、認知症疾患医療センターや地域の中核病院が「もの忘れ外来」などの専門外来を活用して地域の認知症医療連携を支えるもので、いくつかの地域での活動がなされている。

認知症サポート医が関与する場合、サポート医が医師会役員であれば、医師会主導型の連携モデル構築を行い、医師会が主体的に関与する方法もひとつの選択である。または地区に認知症専門外来を持った中核病院があれば、その病院と連携構築を開始することも方策のひとつである。また、地域の介護サービス事業者連絡会が医師会等と連携をとっているところもある。

認知症の連携モデル設計を行う場合、医療保険と介護保険だけでは十分とは言えない。本人の生活圏という地域特性を考えた中での、医療、介護、福祉、そこに住む地域住民、その生活圏を統括する行政の包括的な連携モデル設計が必要である。そのためには、展開すべき連携モデルの青写真を作成することが重要で、その地域において利用可能な各種資源の調査と協力依頼、地域住民への啓発、行政との調整・協力要請が不可欠となる。

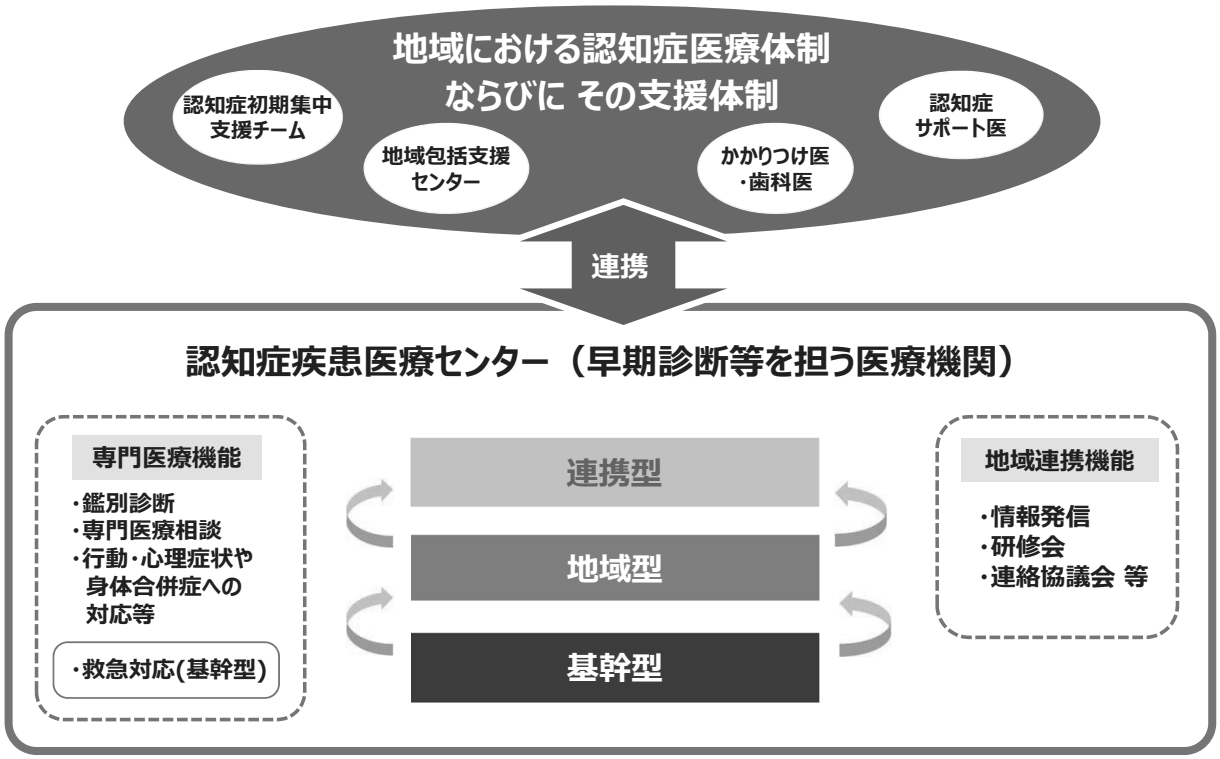
**［連携-14］**

地域連携を構築しようとした場合、まずはその地域の地域包括支援センターとの連携をとることから始めるという方法がある。また、その地域の認知症に関わる資源を把握することが必要となる。専門医がどこにいるかを知るためには、日本老年精神医学会や日本認知症学会のホームページ等で地域の専門医や専門医療機関を調べることができる。地域の介護保険サービス事業所は WAM-NET（(独)福祉医療機構）で検索することが可能である。

また、家族支援の資源に関しては、認知症の人と家族の会のホームページ等でも調べることができる。

《 連携-15 》

# 認知症疾患医療センター



## ［連携-15］

新オレンジプランの柱の一つである「早期診断・早期対応」の具体的な対応方策の一つである「早期診断等を行う医療機関」については、これまで総合病院や精神科病院等において、認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点として設置されてきた「認知症疾患医療センター（基幹型・地域型）」（平成 25 年 12 月現在で、全国 250 か所）について、地域拠点として機能している一方、受診までの時間が長いことやカバーする圏域が広すぎること等の課題を解決し、より地域の身近なところで、かかりつけ医と連携し、その支援を担う地域の認知症医療の拠点として、平成 29 年度までに約 500 か所整備することとされた。

この考えに基づき、平成 25 年度には、診療所タイプの「認知症疾患医療センター」について市町村モデル事業が実施され、平成 26 年度より現在の「基幹型・地域型」に加え、「診療所型」（現在は「連携型」に名称変更）として制度化されることとなった。

今後、市町村において「認知症初期集中支援チーム」を中心とした早期診断・早期対応に向けた支援体制の構築が求められる中、認知症疾患医療センターには、これまで同様、かかりつけ医や認知症サポート医との連携により、こうした地域における認知症支援体制を支えていくことが求められている。

《 連携-16 》

# 認知症初期集中支援チーム

**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**

●認知症初期集中支援チームのメンバー

**医療と介護の専門職**
（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）

**認知症サポート医である医師（嘱託）**

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

**【対象者】**

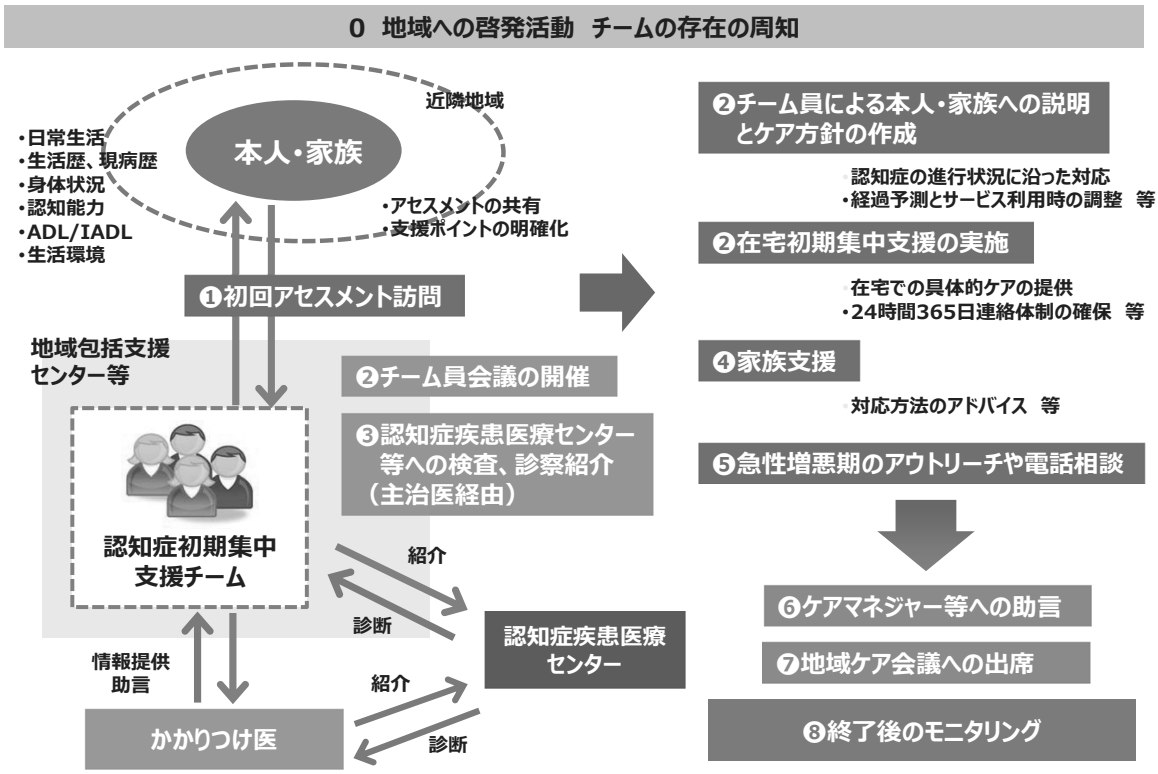
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

◆ 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

《 連携-17 》

# 認知症初期集中支援の流れ（イメージ）



**［連携-16］**

新オレンジプランの柱の一つとして、認知症初期集中支援チームが創設されることになり、チームによる早期支援機能が期待されている。チームは、市町村を実施主体として、認知症になっても本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暮らし続けられるような支援を、できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられている。

この専門職(薬剤師等の医療職や福祉・介護職)で構成される支援チームは、地域包括支援センター等に配置され、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、家族支援などの初期の支援を、専門医療機関やかかりつけ医と連携しながら、包括的、集中的に行う。また、支援チームは、対象者が必要な日常生活支援や日常診療に結びつくように支援を行い、介護支援専門員等に引き継ぐという個別支援を行うものである。

チーム員は以下の 3 項目をすべて満たす者とし、複数の専門職（具体的な人数は地域の実情に応じて設定する）で編成される。

①保健師、看護師、作業療法士、介護福祉士など医療福祉に関する国家資格を有する者およびこれらに準じる者（市町村が認めた場合）※

②認知症ケア実務経験 3 年以上又は在宅ケア実務経験 3 年以上を有する者

③初期集中支援チームで従事するために必要な研修を受講し、試験に合格した者※

上記チーム員に加えて、チーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識からアドバイスが可能な医師※を確保することが求められている。

※研修受講実態や人員確保の観点から、一定の要件緩和が実施されている。

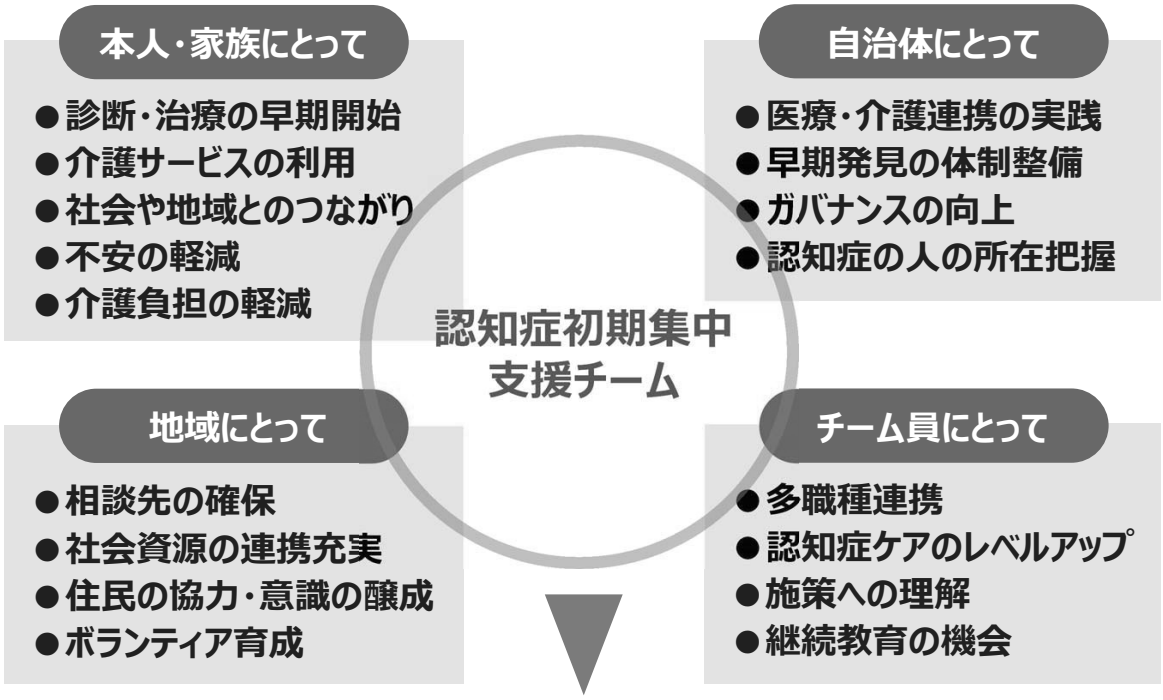
**［連携-17］**

全体の活動の流れをイメージ図で示した。

スライド内の①から⑦の流れですすめ、適切な医療やケアにつなげていく。これらの活動の前提として重要なのは　0でしめした地域への啓発活動　チームの存在の周知であり、これなくしては依頼そのものがでてこないことになる。もう一点特記すべきは⑧に示した終了後のモニタリングで、引き継いだあとも継続して医療やケアをうけているかどうか、本人、家族に定期的に確認を行うことが求められている。引継いだら役割終了ではない。

《 連携-18 》

# 認知症初期集中支援の利点 (効果)




## 地域による能動的な認知症対応の契機

《 連携-19 》

# チーム員医師の要件（当初からの要件緩和）

日本老年精神医学会
若しくは日本認知症学会の
定める専門医 又は認知症
疾患の鑑別診断等の専門
医療を主たる業務とした5年
以上の臨床経験を有する
医師のいずれかに該当し、
かつ 認知症サポート医で
ある医師1名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には
当分の間、以下の医師も認めることとする。

●日本老年精神医学会若しくは日本認知症
学会の定める専門医、又は認知症疾患の
鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした
5年以上の臨床経験を有する医師であって、
**今後5年間で認知症サポート医研修を受講
する予定のあるもの**

●**認知症サポート医であって、**認知症疾患
の診断・治療に5年以上従事した経験を
有するもの（認知症疾患医療センター等
の専門医と連携を図っている場合に限る）

**［連携-18］**

認知症初期集中支援チームの活動（設置の検討段階から実際の訪問支援に至る全体）は、単に認知症高齢者へのアウトリーチ活動の機能・効果（①本人・家族にとって）にとどまらず、②自治体にとっては、早期発見や医療・介護連携の体制づくりのツールやチームのマネジメントを通じたガバナンスの向上に利点がある。また、活動する③チーム員にとっては、多職種連携の実践、個人のケア技術の向上につながり、④地域にとっては、社会資源の連携の核としてのチームが地域住民を巻き込んだ認知症に優しい街づくりへと発展することが期待できる。

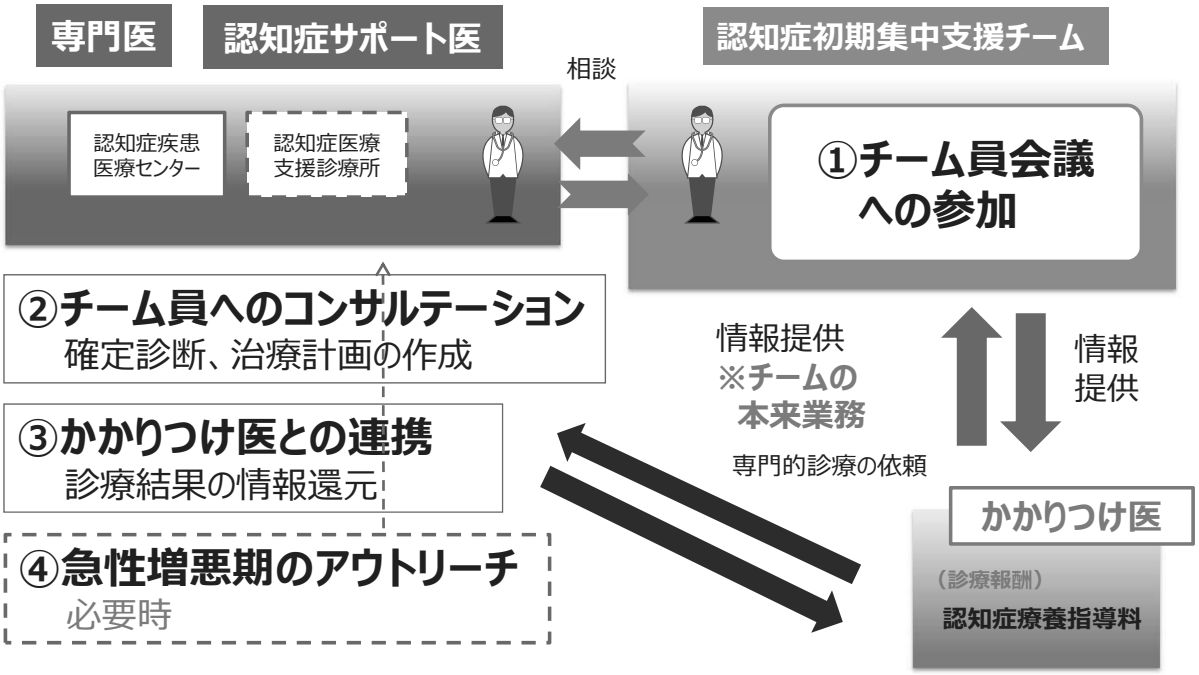
**［連携-19］**

認知症初期集中支援チームの医師の要件は、その役割の重要性に鑑みて、学会専門医または 5 年以上の臨床経験ある医師であり、かつ、認知症サポート医であること、とされている。

もっとも、認知症サポート医の確保が難しい地域も一定程度あることを踏まえ、“当分の間”とした上で、認知症サポート医養成研修の受講予定がある場合等に要件が緩和されている。いずれにせよ、同チームへの参画・協力は、本研修を修了した認知症サポート医に求められる重要な役割となっている。

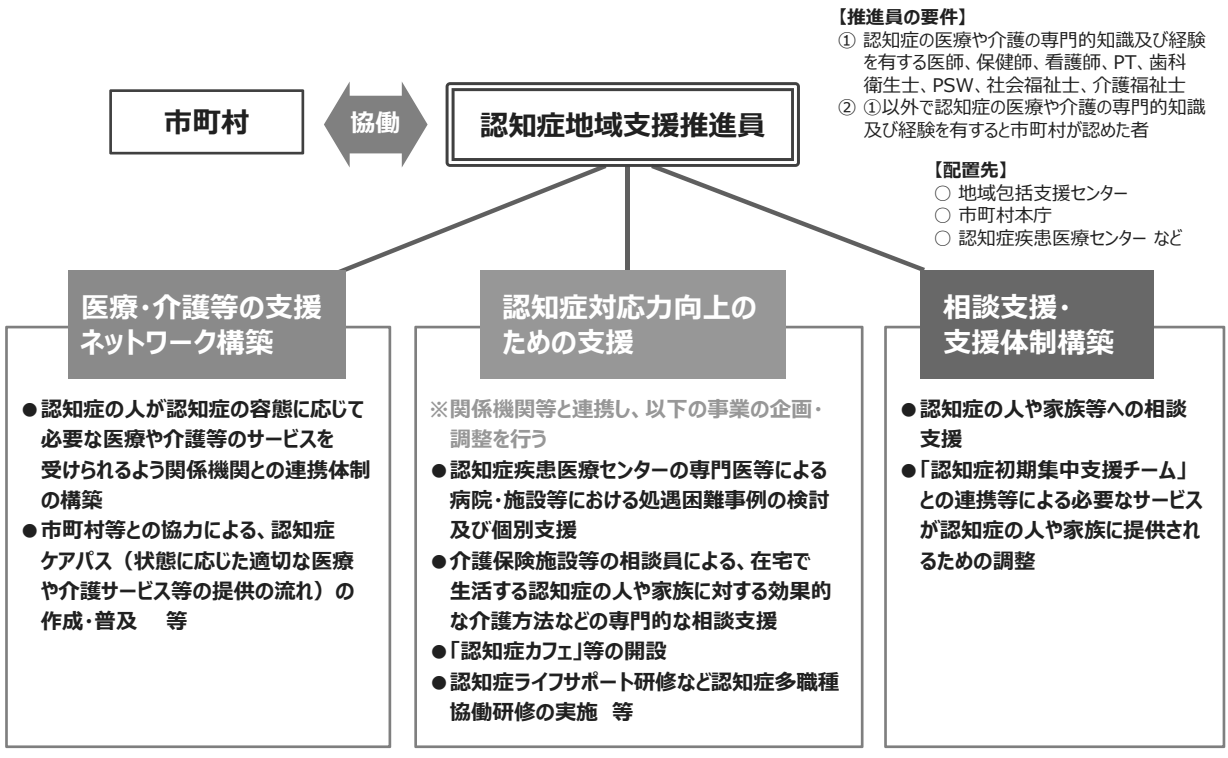
《 連携-20 》

# 認知症初期集中支援チームへの医師の関与




《 連携-21 》

# 認知症地域支援推進員



**［連携-20］**

認知症初期集中支援チームに専門医はどのように関与することが求められているのであろうか。

まず第一に最も重要な役割は認知症の診断と治療計画の作成である。またすでに診断のついている場合は、治療のコンサルテーションをうけることも求められる。

第二に対象者にかかりつけ医が存在する際には、かかりつけ医に認知症の状況を情報提供する。専門医が認知症疾患医療センターにいる場合には、かかりつけ医から専門診療を依頼する形にすることによって診療点数上のメリットも生じる。

第三の役割は急性増悪期に直接患者の自宅を訪問することがあるが、モデル事業では実際に自宅を訪問する機会は少なかったと報告されている。これらの検討をするためにチーム員会議への参加が求められる。

**［連携-21］**

地域の連携先として、重要なものに「認知症地域支援推進員」がある。

この「認知症地域支援推進員」は、市町村によって配置されているものであり、認知症の行政施策の旗振り役としての役割をもち、市町村において、地域包括支援センターや市町村の担当課に配置され、専門職等が充てられている。

「認知症地域支援推進員」の主な役割は、医療と介護の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進などを担っている。

《 連携-22 》

# 認知症カフェ

**認知症の人やその家族が、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**

- 認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じて展開
- 設置主体は 地域包括支援センター、介護サービス施設・事業所が多い

**認知症カフェの要素**

❶ 認知症の人とその家族が安心して過ごせる
❷ 認知症の人・家族が気軽に相談できる
❸ 認知症の人とその家族が自分たちの思いを吐き出せる
❹ 本人と家族の暮らしのリズム、関係性を崩さずに利用できる
❺ 認知症の人と家族の思いや希望が社会に発信される
❻ 一般の地域住民が認知症の人やその家族と出会う
❼ 一般の地域住民が認知症のことや認知症ケアについて知る
❽ 専門職が本人や家族と平面で出会い、本人家族の別の側面を発見する相互扶助の輪を形成できる
❾ 運営スタッフにとって、必要とされていること、やりがいを感じる
❿「自分が認知症になった時」に安心して利用できる場を知り、相互扶助の輪を形成できる

出典：平成24年度老人保健健康増進等事業
「認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業」

《 連携-23 》

# 診療報酬改定（平成28年度）

## 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価について」

(1)身体疾患により入院した認知症患者に対する病棟の対応力及びケアの質の向上を図るため、病棟での取組及び多職種チームによる介入を評価する。

**［連携-22］**

介護保険サービスに並んで、地域において認知症の人やその家族を支える拠点・場として重要な位置付けとなっているものに、認知症カフェがある。地域の実情に応じて展開され、人員基準や運営基準等はないが、認知症カフェの要素としては、認知症の人や家族の特徴や環境、ニーズに沿って、本人・家族の視点（❶～❺）、地域住民の視点（❻、❼、❿）、専門職・スタッフの視点（❽、❾）から、スライドのようなものがポイントとして整理される。

認知症診療、介護・日常生活サービスに並び、相互共有・理解の場、地域とのつながり・参加等の観点からも重要な社会資源として考えられている。

**［連携-23］**

平成 28 年度診療報酬改定において、病棟での取組や多職種チームによる介入が評価されるようになった。同チームの医師要件の 1 つ（認知症治療に係る適切な研修の修了）として、認知症サポート医養成研修が挙げられている。

《 連携-24 》

# 病棟サポートのための多職種チームの考え方

## 認知症・せん妄サポートチーム：DST （国立長寿医療研究センター）

**身体疾患で入院患者に認知症症状が出現している状況があれば、**
**認知症・せん妄サポートチーム(DST)が 各病棟看護師を通して相談対応**

### DSTチームメンバー

神経内科医師、精神科医師
薬剤師、作業療法士（リハビリ）、精神保健福祉士、
老人看護専門看護師、認知症看護認定看護師、
もの忘れ外来看護師、認知症専門病棟看護師長　　の多職種チーム

### 主な役割

病棟と密に連携し、総合的に認知症症状への要因や対応などを検討

（主な内容）
- 認知症・せん妄ケアへのアドバイス
- 認知症・せん妄治療へのアドバイス
- 退院後の生活を見据えた治療・ケア・生活のアドバイス
- 認知症対応病棟　転棟のアドバイス

**［連携-24］**

診療報酬の評価の要件にもなっている病棟における多職種チーム（身体疾患で入院している入院患者に認知症症状が出現している場合に対応する病棟スタッフをサポートするチーム）について、国立長寿医療研究センターにおいて設置されているチームを例に、メンバー構成（職種）や主な役割を示す。

メンバー構成は、認知症診療を専門とする神経内科医・精神科医の他、老人看護専門看護師や認知症看護認定看護師等、また、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士など、さまざまな状況に対応・助言できるようになっている。

主な役割は、定期や随時などのルールを定めて各病棟とメール等によって密に連携し、原則として各病棟にチームが出向いて具体的なアドバイス等を相談のあったスタッフに直接行っている。

メンバー構成や役割・運営方法は、各病院のスタッフや入院患者の状況に応じて適切な方法を検討頂きたい。

# 参考資料

## 認知症サポート医養成研修


| | | |
|---|---|---|
| 資料 1 | 介護予防マニュアル（改訂版）　第 1 章抜粋 | 151 |
| 資料 2 | 主治医意見書記入の手引き | 189 |
| 資料 3 | 主治医の診断書様式に関する診断の手引き（運転に関する臨時適性検査） | 209 |
| 資料 4 | 成年後見制度における診断書作成の手引 | 215 |
| 資料 5 | 成年後見制度における鑑定書書式《要点式》 | 229 |
| 資料 6 | 高齢者虐待とは　（発見チェックリスト付） | 237 |
| 資料 7 | 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シートパック（解説付） | 243 |
| 資料 8 | 地域の連携事例(1 名古屋市、2 板橋区、3 八王子市、4 広島市、5 東京都) | 277 |

# 介護予防マニュアル(改訂版)

（第１章 抜粋）

全体版 URL　http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html

第1章　介護予防について
第2章　複合プログラム実施マニュアル
第3章　運動器の機能向上マニュアル
第4章　栄養改善マニュアル
第5章　口腔機能向上マニュアル
第6章　閉じこもり予防・支援マニュアル
第7章　認知機能低下予防・支援マニュアル
第8章　うつ予防・支援マニュアル

# 第１章　介護予防について

## １－１　介護予防の定義と意義

介護予防とは「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」と定義される。

介護保険は高齢者の自立支援を目指しており、一方で国民自らの努力についても、介護保険法第４条（国民の努力及び義務）において、「国民は、自ら要介護状態となることを予防するため、加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリテーションその他の適切な保健医療サービス及び福祉サービスを利用することにより、その有する能力の維持向上に努めるものとする」と規定されている。また、第 115 条 45（地域支援事業）において、「可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するために、地域支援事業を行うものとする」とされている。介護予防は、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けていけるような、地域づくりの視点が重要である。

### １－１－１　介護予防が目指すもの

介護予防とは、単に高齢者の運動機能や栄養状態といった個々の要素の改善だけを目指すものではない。むしろ、これら心身機能の改善や環境調整などを通じて、個々の高齢者の生活機能（活動レベル）や参加（役割レベル）の向上をもたらし、それによって一人ひとりの生きがいや自己実現のための取り組みを支援して、生活の質（QOL）の向上を目指すものである。これにより、国民の健康寿命をできる限りのばすとともに、真に喜ぶに値する長寿社会を創成することを、介護予防はめざしているのである。

その意味では、運動器の機能向上などの個々のサービスは、あくまでも目標達成のための手段に過ぎないのであって、それが自己目的化することはあってはならない。そこで介護予防におけるケアマネジメントの役割が重視されている。介護予防ケアマネジメントでは、利用者の生活機能の向上に対する意欲を促し、サービス利用後の生活を分かりやすくイメージしてもらうことが重要である。すなわち、「いつまでに」「どのような生活機能ができる」という形の本人の目標がまずあって、それに到達するための手段として個々のサービス要素が選択される。

一方、介護予防の対象となる高齢者は、すでに心身の機能や生活機能の低下を経験しており、しかも「自分の機能が改善するはずはない」といった誤解やあきらめを抱いている者、うつ状態などのために意欲が低下している者も少なくないと考えられる。そこで、介護予防に関わる専門職においては、利用者の意欲の程度とその背景を配慮したうえで積極的な働きかけを行うことが求められている。

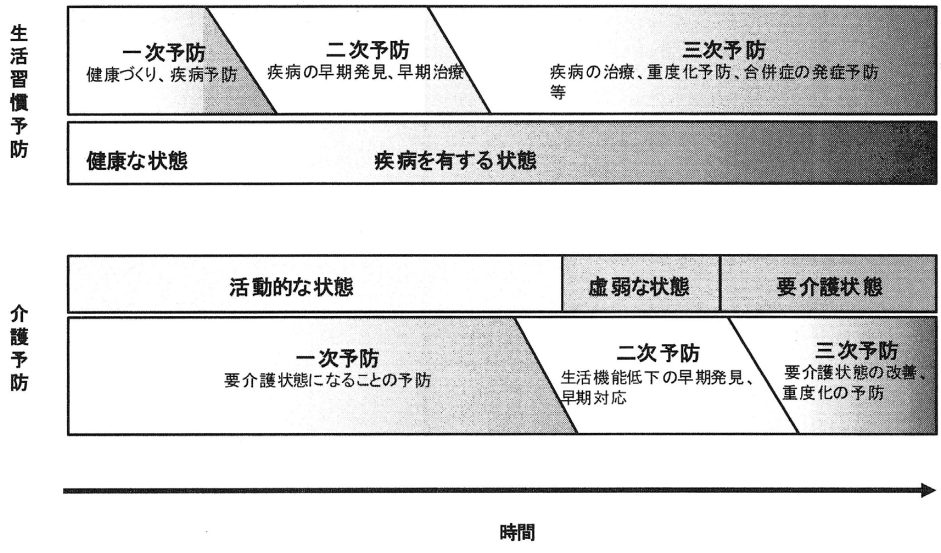
## １－１－２　介護予防における一次・二次・三次予防

高齢者の健康寿命をのばし、生活の質を高めていくためには、生活習慣病予防と介護予防を地域で総合的に展開することが大切である。予防の概念は、一次予防、二次予防、三次予防の３段階に整理してとらえることができる。（図表１－１）。

まず、生活習慣病予防における一次予防は、健康な者を対象に、発病そのものを予防する取り組み（健康づくり、疾病予防）である。二次予防は、すでに疾病を保有する者を対象に、症状が出現する前の時点で早期発見し、早期治療する取り組みである。そして三次予防は、症状が出現した者を対象に、重度化の防止、合併症の発症や後遺症を予防する取り組みである。

次に介護予防における一次予防は、主として活動的な状態にある高齢者を対象に、生活機能の維持・向上に向けた取り組みを行うものであるが、とりわけ、高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性を維持・向上させることが重要である。二次予防は、要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し、要支援状態となることを遅らせる取り組みである。そして三次予防は、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重度化を予防するものである。平成 24 年 4 月から創設される介護予防・日常生活支援総合事業（P9）は、事業の導入により、一次予防事業の対象者から二次予防事業の対象者、要支援者に対する三次予防まで、切れ目なく総合的に展開することが可能になる。

図表　１－１　生活習慣病予防及び介護予防の「予防」の段階




注）一般的なイメージであって、疾病の特性等に応じて上記に該当しない場合がある。

介護予防は、高齢者が主体的に地域の住民主体の活動や地域支援事業を活用し、活動的で生きがいのある生活や、自分らしい人生を送ることができるよう、生活習慣病の発症予防や重症化予防などを含む、予防に関わるあらゆる人々が互いに協力し、協働をはかりながら、それぞれの役割を果たすことにより実効性の高いものとなる。

### １－１－３　地域支援事業と予防給付における介護予防

介護予防事業は、要支援・要介護に陥るリスクの高い高齢者を対象にした二次予防事業と、活動的な状態にある高齢者を対象としできるだけ長く生きがいをもち地域で自立した生活を送ることができるようにすることを支援する一次予防事業で構成されている。

一方、予防給付は、要支援１および要支援２の認定を受けた被保険者（第２号被保険者を含む）を対象に、状態の改善と重度化の防止を目的に介護予防サービスが提供される。地域支援事業における介護予防事業と介護予防・日常生活支援総合事業（以下、介護予防等事業）も、予防給付のサービスも、日常生活の活発化に資する通所型の介護予防事業や通所系サービスを中心としたプログラムを行うことにより、生活機能の向上を図ることを目指している。これに対し、訪問型の介護予防事業や訪問系サービスは、通所型の事業やサービスの利用が困難な場合などに、訪問により生活機能の改善を図るものである。介護予防事業と予防給付における介護予防サービスの目的はいずれも生活機能の向上を図るものである。

要支援者、二次予防事業対象者、一次予防事業対象者は連続性を持ってとらえて介護予防を展開することが重要である。具体的には、要支援認定で非該当になった場合や二次予防事業対象者でなくなった場合も継続して参加できる場を地域の中に増やすなど、住民主体の活動の育成や支援が考えられる。そのためには、予防事業を高齢者が歩いていける範囲の会場で開催するなど、地域の日常生活環境の中で健康を維持し自己実現を図ることのできるような工夫が求められる。

現在、地域支援事業が一次予防及び二次予防を、予防給付が三次予防を担っているが、今後、市町村[1]において介護予防・日常生活支援総合事業（P9）が取り組まれるようになると、活動的な状態にある高齢者の一次予防から要支援者に対する三次予防までを切れ目なく展開することが可能となる。

[1] 市町村：特別区、一部事務組合、広域連合等を含む。以下同じ。

## １－１－４　介護予防事業を活用した地域づくり

### ＜介護予防を推進する地域づくり＞

これまで、要支援状態となるおそれの高い人を対象とした二次予防事業に主眼を置いた取り組みでは、対象者の把握に多大な努力が費やされ、介護予防プログラムへの参加を働きかけることが十分にできない、参加者が集まらない、ニーズを満たすプログラムを提供できないなどの課題を抱えていた。また、二次予防事業の対象者と見なされ、カテゴリーの中に入れられてしまうことへの抵抗感が高齢者の側に生まれてしまうことも、介護予防プログラムの参加率が伸びない１つの要因であった。介護予防は、高齢者が自ら進んで事業や介護予防の活動に継続的に参加し、自分らしい生活を維持できるようにする必要がある。そのためには、高齢者が日常生活の中で気軽に参加できる活動の場が身近にあり、地域の人とのつながりを通して活動が広がるような地域コミュニティを、一次予防事業や介護予防・日常生活支援・総合事業などを活用して構築すること、すなわち、地域づくりが重要になってくる。

このためには、介護予防事業の実施主体は市町村であるが、地域包括支援センターが中心となり、地域の高齢者の健康状態（支援を要する人がどのくらいいるか等）や、地域の社会資源等について把握し、課題やニーズ、必要な社会資源などをアセスメントすることが重要である。地域の高齢者の健康状態や社会資源等について把握する上で、市町村が実施する日常生活圏域ニーズ調査や市町村の介護保険給付や国保等の情報を共有し用いることが望ましく、地域の社会資源についての情報を含むデータベースの構築がなされていると、効果的かつ効率的に地区診断を進め、適切なアセスメントを行うことができる。市町村と地域包括支援センターは、この地区診断の内容を共有し、介護予防を推進する地域づくりを、連携して進めていくことが重要である。

また、地域づくりにおいて大切な視点は、高齢者を介護予防の対象者としてのみとらえるのではなく、むしろ地域づくりの担い手として活躍できるようにしていくことである。老人クラブや町内会などの地域の既存組織・団体等への働きかけや自主活動の育成支援など、地域の特性を活かした多様な取り組みが求められる。また、これらの組織・団体と協働で地域づくりを進めるためには、地域の課題やニーズを共有し、互いの役割を理解し、信頼関係を築いていくような働きかけが重要となる。

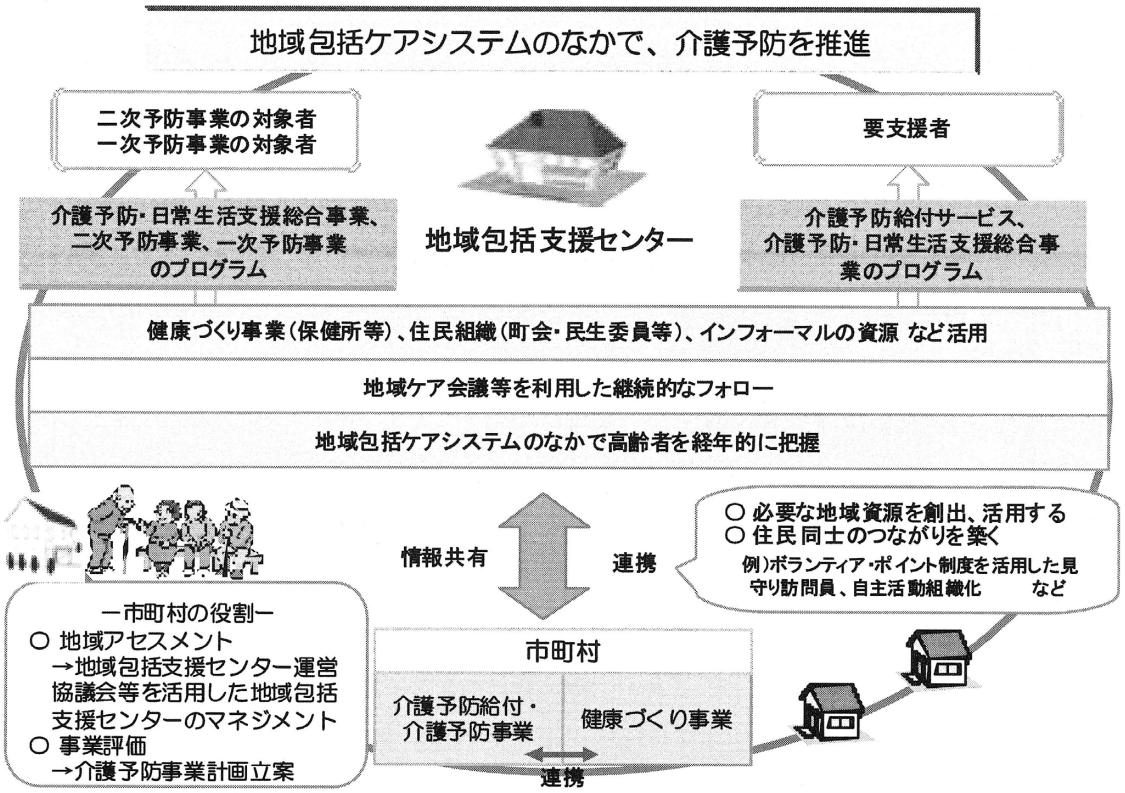
例えば、愛知県武豊町では、地区ごとに高齢者がいつでも気軽に立ち寄れる地域サロンを一次予防事業として立ち上げ、住民により自主的に運営がされている。この地域サロンを立ち上げる準備段階では、市町村が住民ボランティア募集を行い、計画の説明等を行った後、ボランティアが地域の課題を抽出し、地域に必要な「サロン像」について議論を行い、サロンの開所に至っている。地域住民主体の活動の中で多彩な企画が、地域のニーズに基づき次々と生み出されており、前年度に比べて介護予防事業参加者数が大幅に増加するなどの成果もみられている。

また、大阪府大東市では、地域住民主体の活動状況や住民が困っている点を把握するとともに地域の高齢者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、一次予防事業として「身近で気軽に仲間と

一緒に運動できる場（自主グループ）」を住民主導で立ち上げていった。市は立ち上げ時に独自に開発した体操のビデオを配布し運動指導員を派遣するほか、介護予防サポーターを育成し派遣するなどのサポート体制を敷き、地域住民の自主性を引き出すために、地域の特性を大事にし、地域住民がやりたいと思うことを支援するほか、負担が特定の人に集中しないこと、できるだけお金がかからないことなどに留意しながら、支援を継続している。二次予防事業の対象者についても、この自主グループに参加してもらうことで継続的な活動を図るとともに、各自主グループへの出張型の二次予防事業を行い、一次予防事業対象者にも参加してもらう独自の形態をとり、二次予防事業対象者についての支援の評価も行っている。

このように、一次予防事業などを活用して地域の様々な組織・団体が自主的に介護予防の活動を展開できるように市町村が地域資源の掘り起こしや支援を行い、高齢者が気軽に参加することのできる機会や場を身近につくり出すことで、介護予防の取り組みが増えることが期待されている。

図表　１－２　介護予防を推進する地域づくり



## １－１－５　介護予防事業及び予防給付における介護予防サービスの概要

### （１）一次予防事業

本事業が目指すものは、地域において介護予防に資する自発的な活動が広く実施され、地域の高齢者が自ら活動に参加し、おのずと介護予防が推進される地域コミュニティを構築すること、つまり一次予防事業を活用し、介護予防の推進を図る地域づくりにある。そのため、当該市町村の第１号被保険者全員及びその支援のための活動に関わる者を対象として、介護予防に関する活動の普及・啓発や、地域住民の主体的な介護予防の活動の育成・支援を行いながら、地域の高齢者が日常生活の中で継続して参加できるような場や機会を住民と協働でつくっていくことが重要である。

二次予防事業の修了者の事業終了後の受け皿として、あるいは二次予防事業対象者が継続的に介護予防を図る場として、一次予防事業を行っている市町村もある。これは、二次予防事業対象者や二次予防事業に参加した高齢者が社会参加の機会や地域同士の交流を通じて、生活機能を維持・向上する上で有用なことと考えられている。

本事業は、以下の３つにより構成され、市町村が効果があると認めるものを適宜実施することとされている（図表１－３）。

**図表　１－３　一次予防事業の種類と内容**

| 種類 | 想定される内容 |
|---|---|
| 地域介護予防活動支援事業 | ・ボランティア等の人材育成のための研修を行う<br>・地域活動組織を育成・支援する<br>・二次予防事業修了者の活動の場を提供する<br>・介護予防に資する地域活動（社会参加活動等）を実施する |
| 介護予防普及啓発事業 | ・基本的知識に関するパンフレットを作成・配布する<br>・有識者等による講演会・相談会を開催する<br>・運動教室等の介護予防教室等を開催する<br>・各対象者の介護予防の実施を記録する媒体を配布する |
| 一次予防事業評価事業 | ・介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する<br>・評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する |

### （２）二次予防事業

二次予防とは、活動性や生活機能が低下して要介護状態となるおそれの高い高齢者を早期に発見（把握）して早期に対処（介護予防プログラムを提供）することにより、要介護状態の発生をできる限り防ごうとするものである。なお、二次予防事業の参加者数として、高齢者人口の概ね5%を目安としている。

本事業は、以下の４つにより構成される（**図表１－４**）。ただし、その詳細については後述する。

**図表　１－４　二次予防事業の種類と内容**

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 対象者把握事業 | ・基本チェックリストを実施して二次予防事業の対象者を決定する<br>・必要に応じて検査等を行う |
| 通所型介護予防事業 | ・対象者の通所により、介護予防に資するプログラムを実施し、自立した生活の確立と自己実現の支援を行う |
| 訪問型介護予防事業 | ・保健師・歯科衛生士等が対象者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導ほか必要なプログラムを行う。通所型介護予防事業につなげていく |
| 二次予防事業評価事業 | ・介護保険事業計画で定めた目標値の達成状況等を検証する<br>・評価結果に基づいて事業の実施方法等を改善する |

二次予防事業における通所型介護予防事業では、運動器の機能向上プログラム、栄養改善プログラムや口腔機能の向上プログラムが単独で行われることが多かったが、今回のマニュアルからそれらを同時に実施する複合プログラムに関する章が加わった。たとえば運動器の機能を上げるには栄養状態が良好であることが望ましい。口腔機能の低下は低栄養につながるなど、これら三者は密接に関わっていることから、これらのプログラムを複合的に行うことで、単独で行う場合よりも高い効果が期待される。

### （３）予防給付サービス

予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスを提供した場合の加算が設定されているが、平成 24 年度介護報酬改定においては、これらのサービスを 2 種類または 3 種類組み合わせて実施した場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設された。

予防給付サービスは介護保険制度の中で行われるものだが、要支援認定を受けた者に対する支援の目的は地域支援事業と共通しており、高齢者が生きがいをもち、地域で自立した生活を維持できるよう支援することにある。介護保険の担当課とも連携して、連続性を持ってサービス内容を考える必要がある。

**図表　１－５　予防給付サービスの種類と内容**

| 種類 | 内容 |
|---|---|
| 通所系サービス | 介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護　等 |
| 訪問系サービス | 介護予防訪問介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防訪問看護　等 |
| 短期入所サービス | 介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護　等 |

### （４）総合的な介護予防の展開

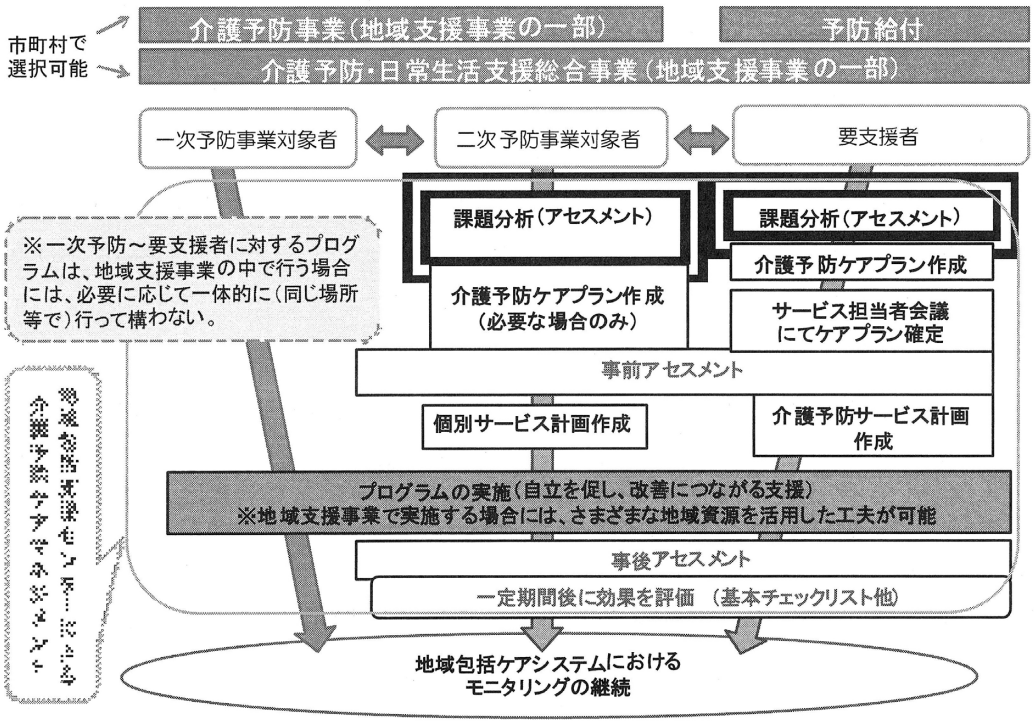
二次予防事業は、要支援や要介護状態（等）に陥るおそれの高い者すなわちハイリスク者を拾い上げて介護予防プログラムを提供する取り組みであり、ハイリスク・アプローチとして位置付

けられる。すでに述べたように、二次予防事業の参加者数としては、地域に在住する高齢者のうち 5%程度を目標に、介護予防事業を実施するものである。しかし二次予防事業対象者以外の高齢者に要介護リスクが全くないかと言うと、それは当たらない。

むしろ要支援・要介護者が従来高齢者人口の概ね 15%であること、そして高齢者はそう遠くない将来のうちに終末期を迎えることを考えれば、残りの 80%の高齢者も（リスクの程度に個人差はあるものの）要介護発生の予備群・介護予防の対象者と考えられる。これらの人々すべてが介護予防の取り組みを推進していけるようなポピュレーション・アプローチが求められている。それが一次予防事業なのである。その意味で、介護予防の一次予防事業と二次予防事業、予防給付が、地域の中で一体となって展開される必要がある（**図表１－６**）。

中でも、一次予防事業と二次予防事業は、相互に密に連携を図って、効果的な事業実施に努めることが重要であり、二次予防事業の修了者が、主体的かつ継続的に取り組みを実施できるよう、一次予防事業たとえば地域活動組織やボランティア育成研修へとつなげるケアマネジメントを行うとともに、参加できるプログラム等の整備を行うことなどが必要である。二次予防事業の参加終了後、基本チェックリストの結果、二次予防事業対象者に該当しなくなった場合でも、介護予防は継続的にはかられる必要がある。なお、一次予防事業と二次予防事業は、地域の実情や参加状況、地域の高齢者のニーズ等に応じて、同じ場で実施するなどの工夫も可能である。しかし、その場合においても、二次予防事業対象者は要介護状態等に陥るおそれの高い者であることを意識し、アセスメントに基づき必要な支援を補足するなどの配慮のほか、評価を行うことが重要である。

**図表　１－６　介護予防に関する事業の概要**



## １－１－６　介護予防・日常生活支援総合事業

介護保険法の改正により、平成 24 年４月から介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）が創設される。**＜厚生労働省 HP 参照：参考資料１－１＞**

総合事業は、要支援者・二次予防事業対象者に対して、地域支援事業において、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービス等を総合的に提供することができる事業である。なお、総合事業の導入については各市町村が判断することとなっている。

現状では、要支援者については配食・見守り等の生活を支えるために利用できるサービスが不足しており、二次予防事業対象者についてはサービスの量や種類が少なく、二次予防事業とその他の事業それぞれで、サービスの提供が行われている。そのため、要介護・要支援状態から順調に改善したとしても、二次予防事業ではサービスが急激に減少してしまうことから、再度悪化をきたしたり、必要なサービスが限られているにもかかわらず要支援に留まることを余儀なくされるなど、介護予防の取り組みが推進されにくい等の課題が挙げられていた。これらの課題を解決することを目的として、総合事業が創設された。

総合事業の導入により、上記の課題を解決するだけでなく、以下のようなことも可能になると考えられる。

(1) 要介護認定において「要支援」と「非該当」とを行き来するような高齢者に対して、その状態像の変化に応じた切れ目のない総合的なサービスを提供する。

(2) 虚弱・閉じこもりの高齢者などサービスの利用につながらない高齢者に対して、円滑なサービスを導入できる。

(3) 自立や社会参加の意欲の高い者に、ボランティアとしての事業参加や活動の場を提供できる。

総合事業は、通所型や訪問型等の予防サービス、配食や見守り等の生活支援サービス、ケアマネジメントの３種から構成される。これらのうち、生活支援サービスは特に上記の(2)の高齢者にとって有効であると考えられることから、積極的な提供を行うことが望ましい。

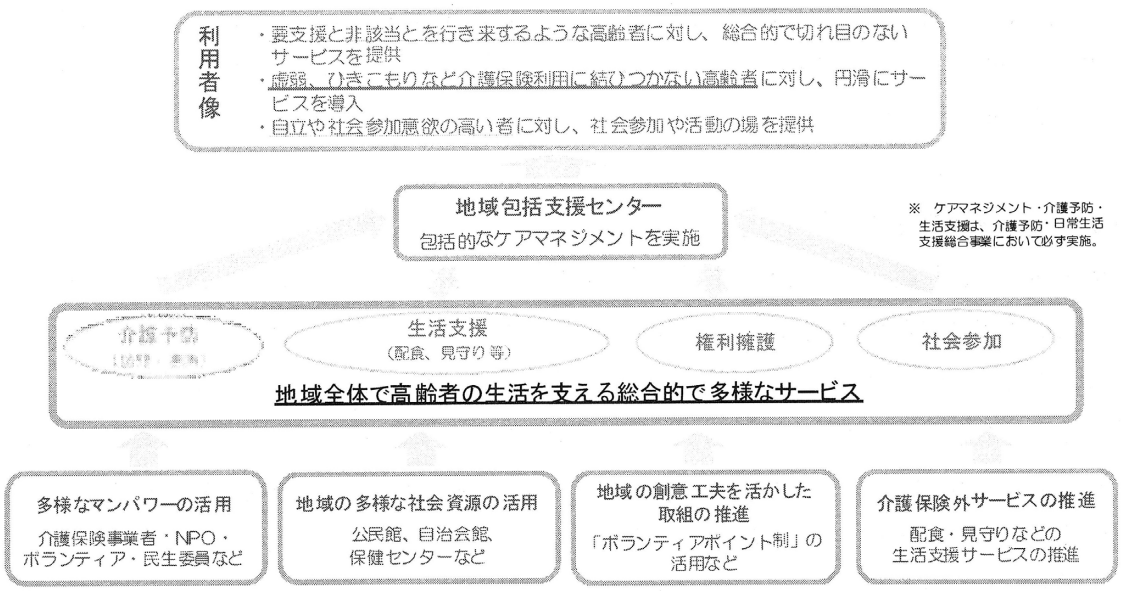
また総合事業では、生活支援サービスの実施者は、介護福祉士・ホームヘルパーだけでなく、シルバー人材センターやボランティア団体など、地域の実情に応じて多様な人材（ボランティアを含む）や団体が参加できる。さらには、既存の枠にとらわれないサービス（地域における互助・インフォーマルな支援等）まで生活支援サービスに含めることができている。これは、まさに上記の（３）を具体化したものである。本事業の活用により、たとえばボランティア・ポイント制（ボランティア活動の実績に応じてポイントを付与し、高齢者等の社会参加、地域貢献を促しつつ、貯めたポイントを活用できる仕組み）など、地域における互助・インフォーマルな支援をさらに推進していくことが望まれる。

総合事業を導入するか否かについては、前述のとおり市町村の判断によることとなるが、当該事業の導入により、地域における様々な社会資源（例えば、地元の農協による配食サービスや見守り活動をしているボランティア団体等）の発見や地域社会の再構築を図ることができると考え

られる。総合事業は自由な制度設計が可能である。過去には、事業を実施するにあたり、自由度の低さに歯痒い思いをした行政担当者も多数いたかもしれない。総合事業は、地域における絆・コミュニティづくり、ひいては地域包括ケアの構築・地域活力の向上に資する事業であると考えられるので、その実現に向けた行政担当者の自由な発想・アイディアが求められることとなる。このような背景も加味して市町村における積極的な導入が期待される。

地域全体における本事業の総合的な展開イメージを**図表１－７**に示す。

**図表　１－７　介護予防・日常生活支援総合事業**



## １－１－７　各機関・団体の役割と連携

介護予防のシステムは、市町村と地域包括支援センター、介護予防プログラムの実施者だけでなく、多種多様な機関・団体により構成される。これら各機関・団体と連携することで、地域全体における総合的な介護予防の展開が求められる。

### （１）市町村の役割

市町村は、地域における総合的介護予防システムを構築し、関係各機関・団体と連携を図りながら介護予防の総合計画を立案し、進捗管理とともに事業評価を行って、計画を一定期間後に見直す。その過程では、保健福祉や介護保険の担当部署だけでなく、雇用・教育・交通・建設などの数多くの部署が積極的に関与できる体制を組む。

### （２）医療機関の役割

医療機関は、介護予防事業の対象者と最も頻繁に接する機会が得られる場であり、かかりつけ医が二次予防事業の対象者把握の入り口となる機会も多い。かかりつけ医に期待される役割とは、高齢者の健康管理に加えて、介護予防に関する患者教育を行うこと、二次予防事業の対象者になると思われる高齢者を地域包括支援センターに紹介すること、運動器関連プログラムの参加にあたって安全上の判断を行うなど、多岐に渡る。**＜厚生労働省 HP 参照：参考資料１－２＞**

医療機関との連携事例としては、医療機関を受診する高齢者を対象に、外来の待合中に地域包括支援センターの職員や医療機関の職員が基本チェックリストを実施している市町村や、高齢者が退院する際に医療機関より地域包括支援センターに連絡してもらっている市町村、地域包括ケアの構築や認知症対策の推進を図る上で医療機関との連携体制を構築し、それを通じて、介護予防についても連携体制を築いている市町村（地域包括支援センター）などがある。医療機関との連携体制を築く上では、市町村が主体となり、地域の医療機関や医師会に介護予防についての理解を図り、十分な連携を図ることが重要である。

**図表　１－８　医療機関との連携例**

| 市町村名 | 医療機関との連携 |
|---|---|
| 秋田県<br>横手市 | 大森病院を中核とし、医療・保健・福祉・介護が連携して総合的なサービスを提供する体制を構築しており、病院外来で基本チェックリストを実施し、その情報を併設の地域包括支援センターに共有するなどの取り組みが行われている。また、二次予防事業対象者として選定された場合に、地域内の主治医から二次予防事業への参加を勧奨してもらっている。主治医からの紹介であれば、事業参加意欲につながりやすく、その結果、生活機能の向上に結びつきやすいという効果がみられている。今後は、医療機関から二次予防事業対象者につなげる仕組みを地域全体に普及したいとしている。 |
| 福井県<br>越前市 | 各医療機関に様式を配布し、二次予防事業の対象者に該当する可能性のある方について連絡してもらっている。情報提供のあった高齢者のうち、要介護認定を受けていない人について、地域包括支援センターのサブセンターが基本チェックリストの実施、介護予防事業への参加勧奨を行っている。 |

### （３）地域・民間における各団体の役割と連携

総合的な介護予防システムにおいて、民生委員や食生活改善推進員などの地域リーダー、老人クラブや町内会などの地区組織、さらに様々なボランティアや民間団体（NPO、住民団体など）は、重要な構成要素である。それは、介護予防とは単に介護保険事業や市町村事業だけでなく、家庭でのセルフケアや地域でのインフォーマル・サービスをも含むものだからである。両者の連携と協働こそが介護予防を成功に導くカギである。さらに、民間団体などの参加を促すことで、高齢者のニーズをより的確に反映した事業の企画・運営が可能となる。すなわち、市町村と被保険者（住民）および関係機関・団体等が、介護予防の目的・目標を共有し、共助・互助・自助・公助[2]の４つをうまく機能させることが重要である。地域の中で高齢者とともに暮らしている住民や民間団体は、日頃から高齢者の抱える問題や希望を的確に把握していることも多いので、彼らの意見を取り入れることが重要である。実際に、ある市町村では、住民や民間団体から事業の企画を募集し、その内容を審査したうえで実施を委託すること（「市民コンペ」）により、市民団体も活性化し、事業内容もより魅力的になったという事例がある。また、自立や社会参加の意欲の高い者には、ボランティアやサポーターとしての参加を促していくことが重要である。

2　共助とは、介護保険や医療保険等のサービスを、互助とは地域の人々とお互いに力を合わせ助け合うことを指し、自助とは、自分の力で課題を解決することを指し、公助とは、行施機関等による支援を指す。

## １－１－８　今回のマニュアル改定のポイント、介護予防をめぐる課題と今後の方向性

平成 18 年度以降、介護予防事業については、その実施をめぐって様々な課題が明らかとなり、さまざまな内容の見直しを行ってきた。平成 22 年 8 月には、原則として基本チェックリストの結果だけで二次予防事業の対象者を決定できることにしたり、介護予防ケアプランの作成を任意とするなど、事業参加に至るまでの手続きの簡素化を図った。加えて、市町村内の全高齢者に対する基本チェックリストの配布と回収を実施することで、虚弱な高齢者やニーズが潜在化しやすい高齢者を拾い上げられるようにした。これらの対応により、二次予防（生活機能低下の早期発見・早期対応）がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

平成 21 年～平成 23 年にわたって行われた介護予防実態調査分析支援事業での効果検証結果に基づき、今回のマニュアル改訂では、膝痛・腰痛に効果的なプログラムや、運動・口腔・栄養のプログラムを複数組合せて行うプログラムなどが加わった。また、予防給付における介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションにおいては、運動器の機能向上サービス、口腔機能向上サービス及び栄養改善サービスのうち、2 種類または 3 種類組み合わせて実施した場合の評価として「選択的サービス複数実施加算」が新設される。これらの対応により、介護予防がさらに効果的かつ効率的に行われることが期待されている。

また、二次予防事業の対象者におけるプログラム参加率が低いという課題があり、プログラムの名称を魅力あるものとしたり、プログラム内容をさらに楽しく効果的なものとするとともに、複合型の実施を含む多様なメニュー（運動と栄養のプログラムを併せて行うなど）の提供、そしてリフトバス等による送迎を必要に応じて実施するなどの創意工夫が求められている。

もう一つの課題は、各市町村の状況に応じて介護予防事業のあり方を企画し、実施することである。これにより、地域のニーズに合った効果的な介護予防事業の展開が可能となる。それを推進するために、介護予防・日常生活支援総合事業が創設されるので、その十分な活用が求められている。同事業では、ボランティア等の介護予防に資する団体・人々を活用した事業を展開しやすくなるなどの措置が講じられているので、それを最大限に活用して、介護予防に資する地域資源の活用・育成に向けた取り組みをさらに強化することが求められている。

さらに、これまでの反省として、介護予防の事業評価が十分に行われてこなかったというものがある。介護予防事業は、要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）という明確な目的のもとで実施されており、その実施には相当の人手と費用を要している以上、それが所期の効果をあげているかどうかを評価し、それに応じて必要な見直しを行うべきであることは言うまでもない。また、市町村、地域包括支援センター、事業実施者のそれぞれにおいて、介護予防事業の評価・見直しをさらに推進することが求められている。第 5 期介護保険事業計画の策定にあたり、介護予防事業による効果を見込んだ推計を行うなど、介護予防事業の効果の評価はさらに重要性を増している。

## １－２　二次予防事業の対象者把握事業

### １－２－１　対象者の定義・特徴

二次予防事業の対象者とは、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態にあると認められる65歳以上の者と定義される。

対象者の名称については、「健康づくり高齢者」や「元気向上高齢者」など、地域の特性や実情にあった親しみやすい通称を設定することが望ましい。

二次予防事業の対象者は、心身の健康状態の悪化や生活機能の低下などを抱えているため、日常生活が不活発となっており、生活範囲も狭くなっている場合が多く、しかも機能改善や介護予防に対する意欲も低下していることが多い。したがって、地域における様々なルートを通じて対象者を把握するとともに、対象者には介護予防事業への参加を粘り強く呼びかける必要がある。

### １－２－２　対象者把握の方法

二次予防事業の対象者把握事業は、（１）情報の収集と（２）対象者の決定等で構成される。

**（１）情報の収集**

すでに述べたように、二次予防事業の対象となり得る者は、生活範囲が狭くなり、介護予防への意欲も低下していることが多いため、介護予防のニーズは地域の中で潜在していると考えるべきである。したがって、地域においてできる限り把握事業の全対象者について情報の収集を行うことが望ましい。その方法は、①基本チェックリストの配布・回収と②他部局からの情報提供等に分けられる。

①　基本チェックリストの配布・回収

全対象者（当該市町村の要介護者及び要支援者を除く第１号被保険者）に郵送等により基本チェックリストを配布・回収する。基本チェックリストの配布・回収は、毎年行い、高齢者の状況を把握することが望ましいが、実施方法や頻度については、地域の実情に応じて検討する。介護保険事業計画策定に向けた日常生活圏域ニーズ調査に合わせて、基本チェックリストを実施することも考えられる。

基本チェックリスト未回収者の中には、閉じこもり、うつ、認知症等により日常の生活動作が困難な者が含まれる（未回収者こそハイリスクである）ことから、できる限り電話・個別訪問等を行い、支援が必要な者の早期発見・早期対応に努めることが重要である。

②　他部局からの情報提供等

**図表１－９**に掲げる方法等により把握した者に対して、基本チェックリストを実施する。

**図表　１－９　対象者把握のための各種ルート**

- 要介護認定及び要支援認定の担当部局との連携による把握
- 訪問活動を実施している保健部局との連携による把握
- 医療機関からの情報提供による把握
- 民生委員等からの情報提供による把握
- 地域包括支援センターの総合相談支援業務との連携による把握
- 本人、家族からの相談による把握
- 特定健康診査等の担当部局との連携による把握
- 健康長寿ネットの生活機能チェックシステム（メール送信機能）による把握
- その他市町村が適当と認める方法による把握

なお、上記の第１項について、２点補足する。第１に、要介護認定等を受けていた者が非該当と判定された場合、二次予防事業の対象者とし、適切にフォローする。第２に、新たに要介護認定等の申請を行った者が非該当と判定された場合、必要に応じ基本チェックリストを実施して、二次予防事業への参加の必要性について検討する。それに当たっては、市町村の要介護認定の担当部局と地域包括支援センター等との間で要介護認定等の情報の共有が図られるべきであり、たとえ高齢者本人から同意を得ない場合であっても「本人以外の者に保有個人情報を提供することが明らかに本人の利益になると認められるとき」等の場合には目的外利用・第三者提供が可能であると考えられている。

同様に、行政の様々な活動（保健師等の訪問活動、民生委員等の地域活動、健康診査等の保健活動）を通じて得られる情報についても十分活用できるよう、市町村内部においても日ごろから連携ネットワークを構築する必要がある。

また、日ごろから医療機関を受診している高齢者が多いことから、医療機関から情報を得ることは必須といっても過言ではない。また、退院前の患者に基本チェックリストを答えてもらうことも（疾病や入院中の不活発な生活により、要介護認定等のリスクも高まっている場合が多いことから）有用な取り組みと考えられる。

### （２）対象者の決定等

二次予防事業の対象者は、基本チェックリストにより決定される。基本チェックリストとは、高齢者の生活機能を評価し、要介護状態となるリスクを予測することを目的に開発された25項目の質問票である。No.１～5までは手段的日常生活活動（社会生活を営む上で基本となる行為）、No.6～10までは運動機能、No.11と12は栄養、No.13～15までは口腔機能、No.16と17は閉じこもり、No.18～20までは認知機能、No.21～25まではうつを、それぞれ評価するものである。

図表　１－１０　基本チェックリスト

| No. | 質問項目 | 回　答（いずれかに○をお付け下さい） | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | バスや電車で1人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | 10項目以上に該当 |
| 2 | 日用品の買物をしていますか | 0.はい | 1.いいえ | |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0.はい | 1.いいえ | |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0.はい | 1.いいえ | |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0.はい | 1.いいえ | |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0.はい | 1.いいえ | 運動3項目以上に該当 |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 0.はい | 1.いいえ | |
| 8 | 15分位続けて歩いていますか | 0.はい | 1.いいえ | |
| 9 | この1年間に転んだことがありますか | 1.はい | 0.いいえ | |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1.はい | 0.いいえ | |
| 11 | 6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ | 栄養2項目に該当 |
| 12 | 身長　　cm　体重　　kg　（BMI＝　　）（注） | | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1.はい | 0.いいえ | 口腔2項目以上に該当 |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1.はい | 0.いいえ | |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい | 0.いいえ | |
| 16 | 週に1回以上は外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | 閉じこもり |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1.はい | 0.いいえ | |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 1.はい | 0.いいえ | 認知機能 |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 0.はい | 1.いいえ | |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1.はい | 0.いいえ | |
| 21 | （ここ2週間）毎日の生活に充実感がない | 1.はい | 0.いいえ | うつ |
| 22 | （ここ2週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1.はい | 0.いいえ | |
| 23 | （ここ2週間）以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる | 1.はい | 0.いいえ | |
| 24 | （ここ2週間）自分が役に立つ人間だと思えない | 1.はい | 0.いいえ | |
| 25 | （ここ2週間）わけもなく疲れたような感じがする | 1.はい | 0.いいえ | |

（注）　ＢＭＩ＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当とする。

次のｉからⅳまでのいずれかに該当する者を、要介護状態等となるおそれの高い状態にあると認められる者として、二次予防事業の対象者とする（図表１－１１）。

図表　１－１１　二次予防事業の対象者の基準

| | |
|---|---|
| ｉ | No.1～20までの20項目のうち10項目以上に該当する者 |
| ⅱ | No.6～10までの5項目のうち3項目以上に該当する者 |
| ⅲ | No.11及びNo.12の2項目すべてに該当する者 |
| ⅳ | No.13～15までの3項目のうち2項目以上に該当する者 |

なお、上記に該当する者のうち、基本チェックリストの No.16 に該当する者、No.18～20 のいずれかに該当する者、No.21～25 までの項目のうち 2 項目以上に該当する者については、それぞれ閉じこもり、認知機能の低下、うつの予防や支援にも考慮する必要がある。

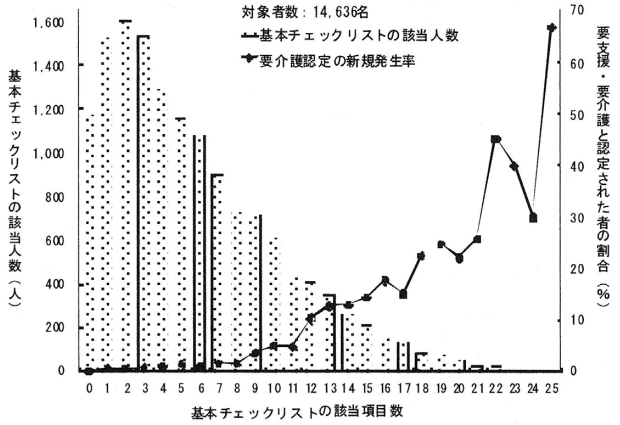
基本チェックリストの予測精度は、すでに検証されている。たとえば、宮城県大崎市で 65 歳以上の全市民に基本チェックリストへの回答を依頼し、その後 1 年間の要介護認定等の発生状況を追跡した調査によると、基本チェックリストの全項目が要介護認定リスクと有意に関連した。そして二次予防事業の対象者では（そうでない者に比べて）1 年以内の要介護認定を受けるリスクは 3.80 倍であった。以上のように、基本チェックリストは、要介護認定リスクの予測精度が高く、要支援・要介護状態となるおそれの高い状態の者の拾い上げに有用である。

**基本チェックリストの妥当性（スクリーニングの予測精度）について**

要支援・要介護状態となるリスクの高い高齢者を拾い上げることを目的として、基本チェックリストが使われている。では基本チェックリストは、将来（たとえば 1 年後に）要支援・要介護状態となるリスクを、どれくらい正確に予測できるのであろうか？この問題について、すでに全国各地で調査研究が行われており、基本チェックリストの予測精度は十分に高いことが分かっている。代表的な研究報告を以下に紹介する。

宮城県大崎市の（介護保険非該当）高齢者 14,636 人に基本チェックリストを実施し、その後 1 年間の介護保険認定状況を調査とした研究では[3]、基本チェックリストの点数とともに要介護認定発生率が上昇した（**図表１－１２**）。基本チェックリストのそれぞれの項目で、「該当あり」群では要介護認定発生リスクが有意に上昇した。また「うつ予防・支援の 5 項目を除く 20 項目」、「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」という該当基準も全て、「該当あり」の群で要介護認定発生リスクが有意に上昇した（オッズ比の範囲：1.9 倍～6.5 倍）。上記 4 つのいずれかに該当する者（つまり、二次予防事業の対象者）の要介護認定発生リスクは、該当しなかった者の 3.8 倍であった。このように基本チェックリストの各項目や各基準は、その後 1 年間の要介護認定の新規発生の予測に有用である。

**図表　１－１２　基本チェックリストの該当項目数の分布と要支援・要介護と新規認定された者の割合**




[3] 遠又靖丈、寶澤篤他：日本公衆衛生雑誌. 58: 3-12, 2011

なお「二次予防事業の対象者」の基準の感度（その後１年以内に新規に要支援・要介護と認定された者のうち、基本チェックリストの基準に該当した者の割合）は、上記の大崎市の研究では78%であった。特異度（その後１年間で介護保険非該当であり続けた者のうち、基本チェックリストの基準に該当しなかった者の割合）は、63%であった。他の厚生労働省老人保健増進等事業による研究班の報告でも２年間の要介護認定の新規発生に対する感度・特異度は74%、58%と、どちらも同等で比較的良好な値となっていた。

### １－２－３　医師の判断を求める場合の基準

地域支援事業実施要綱の改正により、二次予防事業対象者の選定については、基本チェックリストの実施によって決定できることとなったが、特に運動器関連プログラムの参加にあたって、管理すべき疾患がある者等については、医師の判断が必要と考えられる。そこで、複数の市町村に対する実態調査を通じて、医師の判断が必要と考えられる対象者の把握方法について研究を行ったので、市町村が事業を実施する際の参考として提示する。**＜厚生労働省 HP 参照：参考資料１－２＞**

その方法は以下の通りである。

1　地域包括支援センターは、二次予防事業対象者からプログラム参加に係るチェックシート（**別添資料１－１**）（P33）の内容を情報収集する。

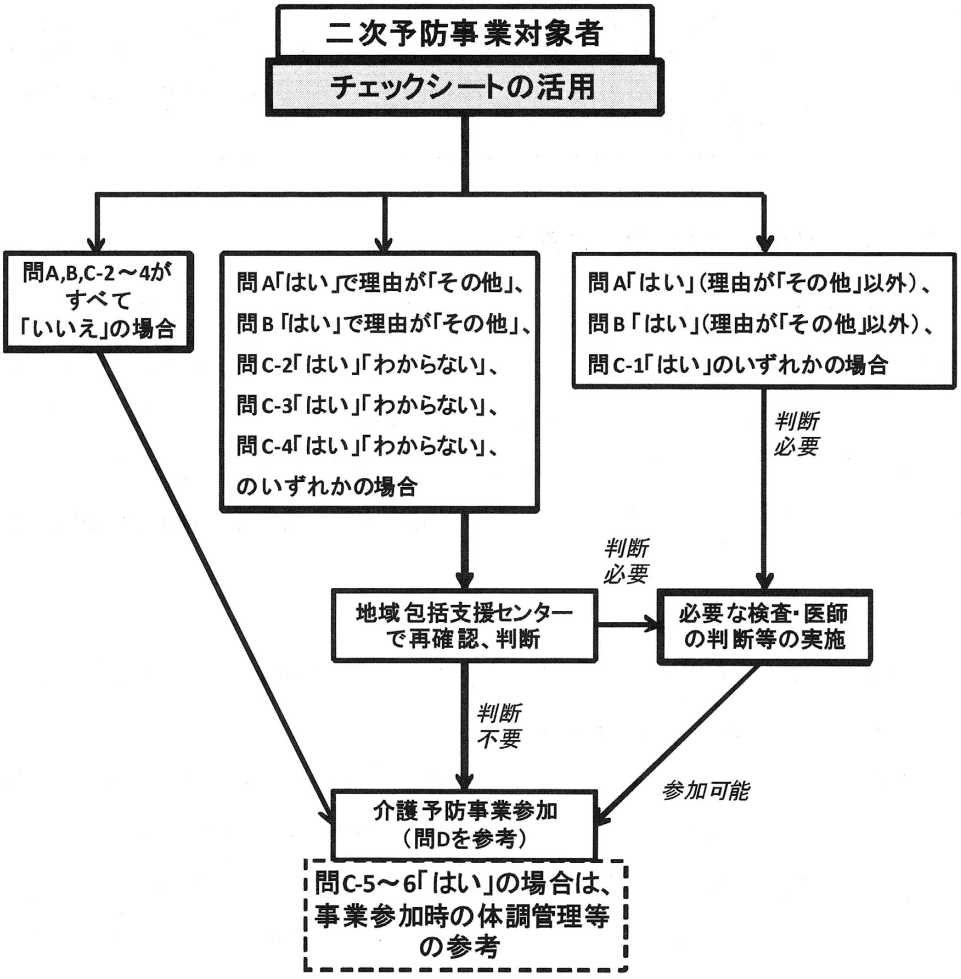
2　チェックシートにおいて、問 A「はい」（理由が「その他」以外）、問 B「はい」（理由が「その他」以外）又は問 C-1 が「はい」の場合は、医師の判断を求める。

3　２に該当せず、問 A「はい」で理由が「その他」、問 B「はい」で理由が「その他」、問 C-2～4 が「はい」もしくは「わからない」の場合は、地域包括支援センターにおいて、再度聞き取り等を行った上で、必要があれば医師の判断を求める。

4　上記以外は、介護予防事業への参加を可能とする。事業参加にあたっては、基本チェックリストの結果に加え、問 D を参考とする。

5　問 C-5～6 が「はい」の場合は、事業参加時の体調管理等の参考とする。

図表　１－１３　プログラム参加に係るチェックシートを活用した
医師の判断を求める対象者把握の流れ



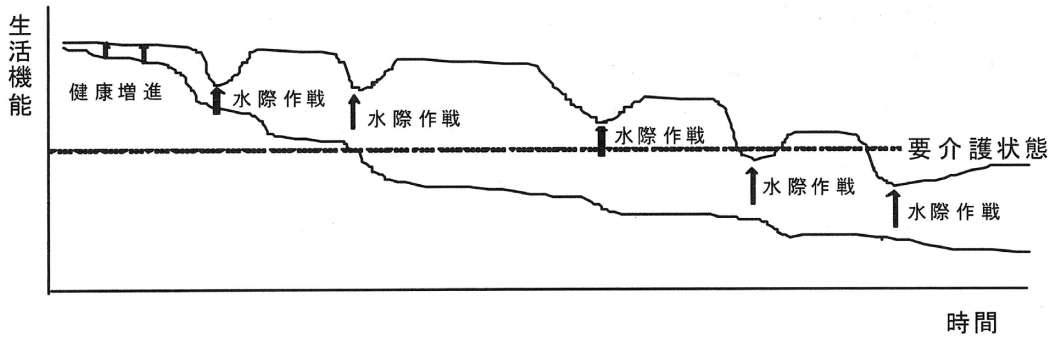
## １－２－４　水際作戦の考え方と効果的展開

要支援・要介護状態となるおそれの高い状態（新たな疾病の発生、持病の悪化、事故・外傷、生活環境の変化、親しい者との別離など）は、いつでも起こり得る。その際に介護予防の取り組みを行わなければ、廃用の影響も加わって、生活機能はさらに低下し、要介護状態へと進むことが懸念される。そこで水際作戦が考えられている。これは、何らかのきっかけで生活機能が低下したときに、速やかに把握して介護予防の取り組みを一定期間に集中的に行うことにより生活機能を元のレベルに戻そうとすることを言う。これにより、要介護状態の発生をできる限り遅らせようとするのである（**図表１－１４**）。

年に１回の基本チェックリストの配布・回収だけを対象者把握の機会とした場合では、高齢者の急な生活機能低下に対応できず、みすみす廃用症候群をまねくことになってしまう。水際作戦の考え方は、虚弱高齢者を、年間いつでもどこでも速やかに把握し、適切な介護予防サービスの提供につなぐということなのである。

そのためには、他部局からの情報提供を活用することが重要となる。市町村内の他部局との連携、地域における関係各団体（医療機関等）との緊密な連携ネットワークの構築に努めなければならない。

**図表　１－１４　生活機能低下の早期発見・早期対応のための水際作戦（イメージ）**



## １－２－５　対象者把握を有効に行うために

基本チェックリストを郵送等により全対象者に配布することにより、把握者数が増加した市町村も多くみられる。しかし、一方では郵送・回収・記載確認等における業務量の増加などもみられることから、対象者把握が有効に行われるように、地域包括支援センターが、地域住民や関係機関と協力し、どのような活動を行い、どのような体制を整えればよいかについて整理する。ただし、市町村も地域包括支援センターに任せきりではなく、年間を通じた対象者把握のためのシステムや、経年的に情報を蓄積し共有できるデータベース化等を検討する事ことが重要である。

### （１）地域包括支援センターを中心とするネットワークの構築

二次予防事業の対象者把握は、地域包括支援センターを中心に進められている地域包括ケアシステムにおいて構築されたネットワークシステムの活用が有効である。地域包括支援センターが公平中立な視点を保ち、地域包括ケアシステムを構築する中で、保健医療福祉の関係機関や民間の諸団体等と、二次予防事業対象者についての情報を共有し早期に支援を開始するために、ネットワークを張り巡らせる必要がある。

### （２）当事者（被保険者、家族）に対して地域包括支援センターが行うこと

被保険者本人や家族から早期に相談してもらうために、以下のような活動が重要である。

①　介護保険の被保険者証発行時やパンフレット配布時など、被保険者と直接的・間接的に接する機会を通じて啓発活動や広報活動を行うこと

②　介護予防の必要性と、予防を要する対象者の状態が理解できるよう説明すること

③　専門相談窓口やその連絡先、どのようなときに相談すればよいかの説明を行うこと

④　利用できるサービスについて情報提供し、意義や効果を説明すること

⑤　自分の状態についてセルフチェックできる方法を提供すること

例）基本チェックリストを広報等に掲載、健康長寿ネットの生活機能チェックシステムの活用など

### （３）地域住民に対して地域包括支援センターが行うこと

地域住民主体のネットワークによる対象者の発見・気づきの機能を高めるために、以下のような活動が重要である。

①　地域住民への啓発活動・広報活動

②　民生委員や地区健康推進員など行政と関わる住民、および自治会や老人クラブなどの地区組織との情報交換や学習会開催支援

③　リーダーとなる住民の発掘と彼らの能力形成支援

④　地域の見守りネットワーク（ご近所同士など）の重要性を伝え、ネットワークづくりを支援すること

⑤　その基盤となる地域住民のヘルスプロモーションを推進すること

### （４）行政の委託機関に対して地域包括支援センターが行うこと

二次予防事業の対象者となりそうな高齢者をもれなく速やかに把握すること、申し出のあった高齢者への相談機能を充実すること、地域全体の対象者把握が有効に機能するようなネットワークシステムを整えることのために、以下のような活動が重要である。

① 介護予防を要する対象像を明確にし、的確に把握できる専門職の技能を高めること
② 高齢者がいつでもどこでも相談しやすいように、行政の介護予防の相談窓口やその他の対応機関・対応できる場や機会を整え、それを明示・PR・広報すること
③ 申し出に対して様々な方法（相談窓口・家庭訪問・電話など）で相談に応じること
④ 地域住民や公的・非公的関係機関・関係者からの情報が集約でき早期に対応できるネットワークシステムを作ること、ネットワーク参加機関の協議の場を持つこと

### （５）公的・非公的関係機関に対して地域包括支援センターが行うこと

関係機関・関係者による二次予防事業対象者を把握する機能を高め、的確な把握を推進するために、以下のような活動が重要である。

① 日頃から連絡調整や協力の体制を整えること
② 事業所の刊行物やパンフレットへの広報内容の記載推進

## １－３　二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント

### １－３－１　介護予防ケアマネジメントの定義・目的

ケアマネジメントとは、対象者の自立と QOL の向上を目指し対象者の持つニーズに対して適切な社会資源やサービスを結びつける援助機能であり、介護予防ケアマネジメントにおいては、地域包括支援センターが中心的な役割を担う。介護予防ケアマネジメントの基本的なプロセスは介護保険制度におけるケアマネジメントと同じである。

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業の対象者が要介護状態等となることを予防するため、その心身の状況、その置かれている環境その他の状況に応じて、対象者自らの選択に基づき、介護予防事業その他の適切な事業が包括的かつ効率的に実施されるよう必要な援助を行うことを目的としている。

介護予防は終わりのない取り組みであり、それは対象者のセルフケアとして習慣化され、継続される必要がある。そのためには対象者が主体的に取り組めるように働きかけることと知識や技術提供によって対象者自身の能力が高まるような支援が重要である。また、地域において継続した取り組みを支援する基盤づくりも視野に入れて進めていく必要がある。

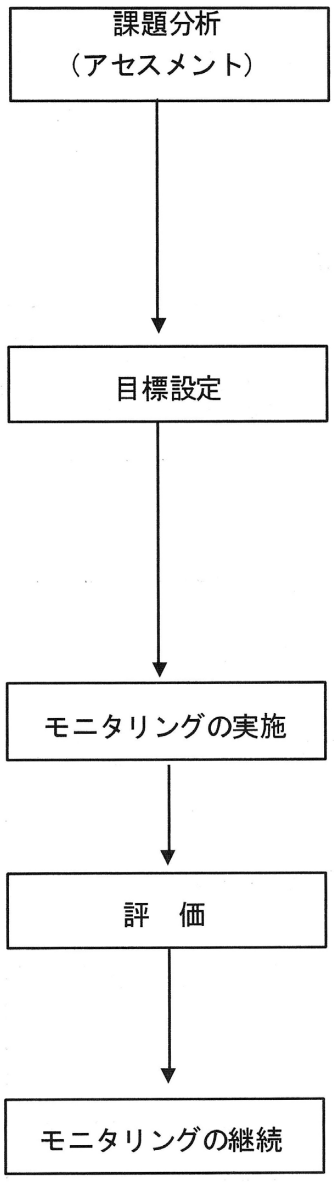
**＜厚生労働省 HP 参照：参考資料１－３＞**

**図表　１－15　これまでの介護保険におけるケアマネジメントと介護予防事業におけるケアマネジメントの比較**

| 項　目 | これまでの介護保険における<br>ケアマネジメント | 介護予防事業における<br>ケアマネジメント |
|---|---|---|
| 目　標 | 自立支援・家族支援 | 自立保持のための身体的・精神的・社会的機能の維持向上 |
| ケアマネジメント担当者と特徴 | ケアマネジャー | 地域包括支援センター職員が相互に協働しながら実施 |
| 支援の必要性の判断 | 認定調査・主治医意見書を資料に介護認定審査会が行う | 基本チェックリストにより、市町村※が行う。 |
| ケアプランの作成 | 必須 | 任意（必要な場合にのみ作成） |
| 支援内容 | 主に介護サービス（インフォーマルサービスで補完） | 介護予防事業とインフォーマルサービスを組み合わせて実施 |

※市町村は地域包括支援センターに二次予防事業対象者の把握について委託できる。

## １－３－２　介護予防ケアマネジメントの流れ




基本チェックリストの結果、本人・家族との面接を踏まえ、①運動及び移動、②家庭生活を含む日常生活、③社会参加並びに対人関係及びコミュニケーション、④健康管理の各領域で課題分析を行う。利用者基本情報の例を**別添資料１－２**（P34）に、アセスメントシートの例を**別添資料１－３**（P36）に参考として示す。

今後、対象者がどのような生活をしたいか、ということ。
単なる機能改善でなく、生活の質を改善することが重要。
目標は、本人、家族、事業実施担当者で共有する。
必要に応じて介護予防ケアプランを作成する。

事業が実施されている間、必要に応じて実施状況を把握し、実施担当者等の関係者と調整する。

実施担当者からの事後アセスメント、本人・家族との面接により、対象者の心身の状況などを再把握し、介護予防ケアプランを作成している場合には、ケアプランを見直す。

事業の終了後も二次予防事業対象者に該当する場合や、
アセスメントの結果再び二次予防事業対象者となるリスク要因のある対象者に対し、モニタリングの継続を実施する。

## １－３－３　介護予防ケアマネジメントの方法・ポイント

介護予防ケアマネジメントは、二次予防事業に参加する全ての人に必要であるが、標準様式による介護予防ケアプランの作成については、必要と認める場合のみ作成し、必要がないと判断した場合には、事業の実施前後に事業実施者と情報共有をすることにより介護予防ケアプランに代えることとなった。

介護予防ケアマネジメントで最も重要なことは、達成可能で、しかも本人の意欲を引き出せるような目標を設定することである。そのためには、(i)かつて本人が生きがいや楽しみにしていた

こと（しかし今はできなくなったこと）で、(ⅱ)介護予防に一定期間（例：3 か月）取り組むことにより実現可能なこと、そして(ⅲ)それが達成されたかどうかが具体的に分かることを目標とすることが望ましい。課題別の目標（案）を**図表１－１６**に例示する。

なお、介護予防ケアマネジメントの段階で設定された目標は介護予防プログラムの実施担当者にも共有されることが重要であり、それにより目標の達成に役立つようなプログラムが実施されるよう留意しなければならない。

**図表　1－16　介護予防ケアマネジメントにおける課題と目標の例**

| 課題 | 目標 |
|---|---|
| セルフケア<br>清潔・整容、排泄の自立、<br>TPOに応じた更衣、<br>服薬管理、健康に留意した食事・運動など | 健康：毎年健診に行く、体にいいと思う食事や運動を日々続ける、自分で服薬管理する<br>日常生活：起床から就寝まで規則正しい生活リズムで過ごす、TPOに応じた身支度をする |
| 家庭生活<br>日常の買い物、食事の準備、掃除・洗濯・ゴミ捨てなどの家事、簡単な家の修理・電球の交換・水やり・ペットの世話など | 家事：炊事・掃除・洗濯などを自分でする<br>用事：買い物や銀行の用事を自分ですます |
| 対人関係<br>家族や友人への気配り・支援、<br>近所の人・友人・同僚との人間関係づくりと保持、夫婦・親密なパートナーとの良好な関係保持など | 関係：家族と仲良く過ごす、近所の人といい関係で過ごす<br>役割：庭の草むしりや孫の世話など家族の用事や世話をする<br>他者への支援：誰かの手助けをしたり、相談者になる |
| 主要な生活領域（仕事と雇用、経済生活）<br>自営業の店番・田んぼの見回りなどの仕事、<br>ボランティアや奉仕活動など人の役に立つ活動、<br>預貯金の出し入れ | 仕事：店番や畑仕事など自営業の手伝いを続ける<br>活動：地域の奉仕活動に参加<br>経済生活：預貯金の出し入れや管理 |
| コミュニケーション<br>家族や友人への手紙やメール、家族や友人との会話、電話での会話 | 家族や友人との会話や電話、手紙やメールのやりとりを続ける |
| 運動と移動<br>自宅内・自宅以外の屋内、屋外を円滑に移動、<br>移動にバス・電車・他人が運転する自動車を使用、<br>自分で自動車や自転車を使って移動 | 外出：週に2回は買い物に行く、展覧会、公園など行きたいところに外出する<br>旅行：家族や友人と2泊3日の旅行に行く |
| 知識の応用（判断・決定）<br>日常生活に関する内容について、自分で判断・決定 | 何か起こったら自分で判断する、自分のことは自分で決める |
| コミュニティライフ・社会生活・市民生活<br>友人との行き来、趣味や楽しみの継続、<br>候補者を決めて投票、<br>自治会や老人会の年行事・お祭りへの参加など | 交流・参加：自治会のお祭りに参加、老人会の行事に参加、候補者を決めて投票<br>楽しみ：趣味の会に参加する、週に1回外出する、趣味を持つ |

## １－４　通所型介護予防事業・訪問型介護予防事業

### １－４－１　通所型介護予防事業

以下のプログラムを実施して対象者本人が掲げる日常生活上の目標達成を図り、自立した生活の確立と自己実現に向けた支援を行う。

- 運動器の機能向上プログラム：理学療法士等を中心に看護職員、介護職員等が協働して、有酸素運動、ストレッチ、簡単な器具を用いた運動等を実施し、運動器の機能を向上させ生活機能の改善を図る支援を行う。
- 栄養改善プログラム：管理栄養士が看護職員、介護職員等と協働して栄養状態を改善するための個別の計画を作成し、当該計画に基づき個別的な栄養相談や集団的な栄養教育等を実施し、低栄養状態を改善するための支援を行う。
- 口腔機能の向上プログラム：歯科衛生士等が看護職員、介護職員と協働して、摂食・嚥下機能訓練、口腔清掃の自立支援等を実施し、口腔機能を向上させるための支援を行う。
- その他のプログラム：膝痛・腰痛対策のためのプログラム、閉じこもり予防・支援、認知機能の低下予防・支援、うつ予防・支援に関するプログラム等、市町村において介護予防の観点から効果が認められると判断されるプログラムを実施する。
- 複合プログラム：上記のプログラムを複合的に実施する。例えば、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを合わせて実施することを言う。特に、栄養改善プログラムと口腔機能向上プログラムを組み合わせたり、運動器の機能向上プログラムと栄養改善プログラムを組み合わせて実施することによる効果が大きいと考えられていることから、市町村の状況に応じて複合プログラムの実施について検討することが望ましい。

なお、プログラムは個別サービス計画に基づいて行われなければならない。また、心臓疾患や骨折等の傷病を有している者については、運動器の関連のプログラムの参加の適否について医師の判断を求める必要がある（その詳細は「１－２－３　医師の判断を求める場合の基準」を参照）。

### １－４－２　訪問型介護予防事業

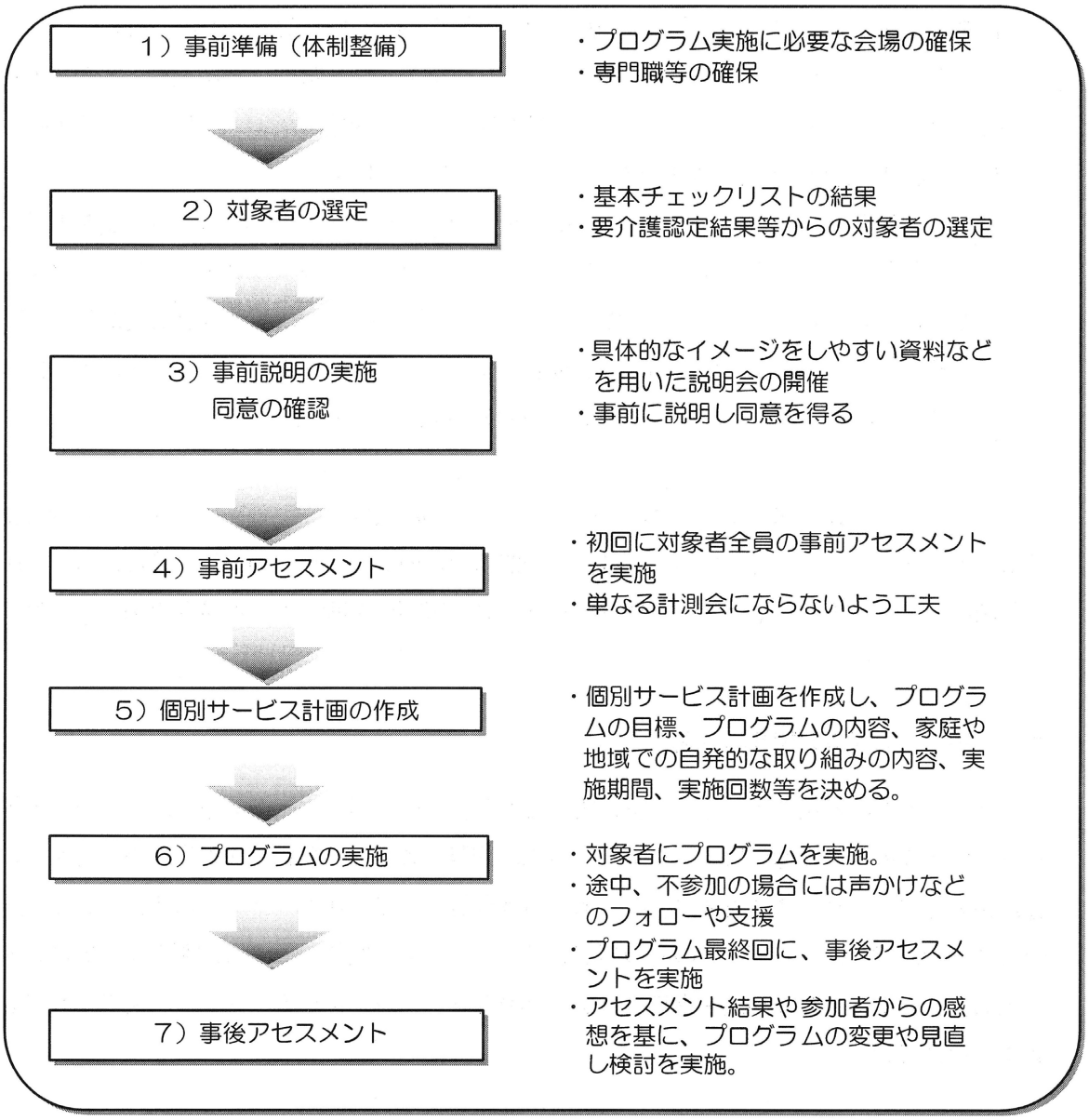
二次予防事業の対象者であって、特に閉じこもり、うつ、認知機能の低下のおそれがある等、心身の状況等のために通所による事業への参加が困難な者で、市町村が訪問型介護予防事業の実施が必要と認められる者を対象に、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等がその者の居宅を訪問して、生活機能に関する問題を総合的に把握・評価し、その上で必要な相談・指導のほか、必要なプログラムを行う。また、通所型介護予防事業につなげていく。

### １－４－３　介護予防事業の流れ

通所型と訪問型の双方とも、介護予防事業は次の手順で実施する。まず事前アセスメントを実施した上で、個別サービス計画を作成し、それに基づいてプログラムを実施する。事業が終了したら、事後アセスメントを実施する。なお、これらは全て、各事業の実施担当者が行うものであり、その結果は地域包括支援センターに必ず報告するものとする。

なお、地域包括支援センターは、介護予防事業委託事業者との間で緊密な関係を築く必要がある。介護予防ケアプランを作成した場合、介護予防ケアマネジメント担当者は、個々の対象者における課題分析の結果や目標、介護予防ケアプランの内容を介護予防事業実施担当者に伝える必要がある。また、介護予防ケアプランを作成する必要がない場合、介護予防ケアマネジメント担当者はプログラムの種類を含む支援の内容等を実施担当者に伝える必要がある。

**図表　１－17　通所型介護予防事業の流れ**



- 事前アセスメント：個別サービス計画を作成するために必要となる課題を把握するとともに、事業終了後にその効果を評価するための基準値を得るために実施する。
- 個別サービス計画の作成：事前アセスメントの結果や対象者の意向を踏まえて、プログラムの目標、プログラムの内容、家庭や地域での自発的な取り組みの内容、実施期間、実施回数等を記載する。実施期間は、概ね３ヵ月から６ヵ月程度とする。
- プログラムの実施：個別サービス計画に基づいて、プログラムを実施する。概ね１ヵ月ごとに個別サービス計画で定めた目標の達成状況について評価を実施し、適宜、プログラムの実施方法等について見直しを行う。
- 事後アセスメント：事業終了後に、事前アセスメントと同様の評価を実施して、目標の達成状況やその後の支援方法について検討を行う。

なお、安全に事業を実施するために、事故発生時の対応を含む安全管理マニュアルを整備し、常に安全管理に配慮する必要がある。また、二次予防事業の対象者の心身の状況等に応じて、リフトバス等による送迎を行うことができる。

また、訪問型介護予防事業では、事前アセスメントの実施にあたって、主治医とも連携して対象者の心身の状況等について包括的な評価を行うとともに、認知機能の低下やうつが疑われる者については適宜、医療機関への受診を勧奨するとともに、精神保健福祉センター等の専門機関との連携を図る。また、訪問型介護予防事業による支援を行う際は、対象者の心身の状況等を踏まえつつ、対象者の関心や興味に応じて、通所型介護予防事業や地域の自発的な活動等への参加を促すことが重要である。

また、低栄養状態の改善に特に必要であると判断された場合には、訪問型介護予防事業で管理栄養士等による栄養指導に加え、任意事業で配食の支援を実施することができる。その際の食材料費及び調理費相当分については利用者負担を基本とする。

## １－５　事業評価

介護予防は、「要介護状態の発生をできる限り防ぐ（遅らせる）こと、そして要介護状態にあってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと」という明確な目的のもとに行われるものであり、その実施にあたっては相当の人手と経費を要するものである以上、それが計画した通りに適切に実施され、その結果として所期の効果が得られているか（目標が達成されたか）どうかということについて、評価を実施するとともに、その結果に応じて事業の見直しを行う必要がある。

介護予防の事業評価をする際には、プロセス（過程）・アウトプット（出力・量）・アウトカム（成果）の３段階で指標を評価する。

### １－５－１　二次予防事業の評価指標

（１）　プロセス指標：事業の実施過程に関わる指標。事業を効果的・効率的に実施するための事業の企画立案、実施過程等に関する指標。

以下の 10 項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

**図表　１－１８　プロセス指標**

| |
|---|
| ・二次予防事業の対象者を適切に把握・選定するため、複数の把握経路を確保しているか |
| ・二次予防事業の対象者に関する情報を提供してくれた機関等に、当該対象者に対する事業の実施状況等について情報を還元しているか |
| ・事業の企画・実施・評価に住民が参加しているか |
| ・事業の実施状況を把握しているか |
| ・事業の実施量と需要量との関係を的確に把握しているか |
| ・事業の実施状況の検証に基づき、次年度以降の実施計画の見直しを行っているか |
| ・事業に関する苦情や事故を把握しているか |
| ・事業の効果を分析する体制が確立しているか |
| ・関係機関（地域包括支援センター、医療機関、民生委員等）において情報を共有するため、共有する情報の範囲、管理方法、活用方法に関する取り決めをしているか |
| ・二次予防事業の対象者の個人情報が共有されることについて、対象者に十分な説明を行い、同意を得ているか |

（２）　アウトプット指標：事業成果の目標を達成するために必要となる事業の実施量に関する指標。

**図表　１－１９　アウトプット指標**

| |
|---|
| ・介護予防ケアマネジメント実施件数と実施率 |
| ・事業実施回数と実施率 |
| ・事業参加者数と実施率 |

上記のいずれでも、集計は年度末に行い、実施状況を評価する。また、実施率は（実施件数÷実施予定件数）として計算する。上記の「事業実施回数と実施率」、「事業参加者数と実施率」では、通所・訪問の事業種別、運動・栄養等のプログラム別にも集計することが望ましい。

（３）　アウトカム指標：事業成果の目標に関する指標。

**図表　１－２０　アウトカム指標**

- 基本チェックリストの点数：事業参加の前後で比較し、維持・改善率を計算する
- 新規認定申請者数：年間の新規認定申請者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- 新規認定者数：年間の新規認定者数を集計し、前年比や年次推移を検討する
- 「要支援１・2」の人数：左記の人数を、可能な限り介護保険事業計画に記載されている自然体（介護予防事業を実施しなかった場合）での人数と比較する
- 介護予防事業参加者からの新規認定者数：（新規認定者数÷介護予防事業参加者数）として率を計算する。この率を年度別、事業・プログラム別、事業者別等で比較し、次年度の事業展開に活かす。
- 主観的健康感：事業参加の前後で比較し、維持・改善された者の割合（維持・改善率）を計算する
- 二次予防事業参加後、一次予防事業や地域の介護予防に資する活動への参加などで、継続して予防的な活動が行えている人の人数（年度別）

これら３つの指標のなかでアウトカム指標が最も重要なものであることは言うまでもない。アウトプット指標もプロセス指標も事業が効果を発揮するための前提ではあるが、しかしこれらが適切に行われたら必ず所期の効果が得られるかというと、必ずしもそうではないからである。その意味で、アウトカム指標による目標を最初に設定し、それを達成するためにはどのようなアウトプットとプロセスが必要となるかについて企画立案を行うことが重要である。そして、事業評価においても、最も重要なことは所期の成果（アウトカム）が得られたかどうかということであり、アウトカム指標が最大の評価対象となる。

これらの各指標について、二次予防事業のプログラム別、地域包括支援センター、市町村（保険者）の各単位で検討（企画立案と事業評価）が行われる必要がある。さらに言えば、介護予防の各プログラムに関しては事業参加者における生活機能や事業に対応した各種指標（運動機能、栄養機能、口腔の状態など）を事業実施の前後で比較することなどにより、介護予防事業委託事業者ごとに検討されるべきである。

### １－５－２　一次予防事業の評価指標

ここでは従来、プロセス指標が重視されてきたが、近年、高齢者が介護予防につながる活動を主体的かつ継続的に行うことにより、特に軽度者の要介護認定率の低下や介護保険料の軽減といった効果をあげている市町村も増加しつつある。介護保険の本来の趣旨（要介護状態になることを予防する）から考えても、今後は、アウトカム指標について評価することの重要性が増してくると考えられる。

（１）プロセス指標：以下の５項目について、事業が適切な手段・過程を経て実施できているかを評価する。

**図表　１－２１　プロセス指標**

- 介護予防に関する一般的な知識や、介護予防事業の対象者、事業内容、参加方法等の事業実施に関する情報について積極的に普及啓発を行っているか
- 介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織を適切に把握しているか
- 介護予防事業を推進するにあたり、介護予防に資する活動を行っているボランティアや地域活動組織と密に連携を図っているか
- ボランティアや地域活動組織のリーダー等を育成するための研修会等を開催しているか
- 地域活動組織の求めに応じて、担当職員の派遣、活動の場の提供等の支援を行っているか

（２）アウトプット指標・アウトカム指標

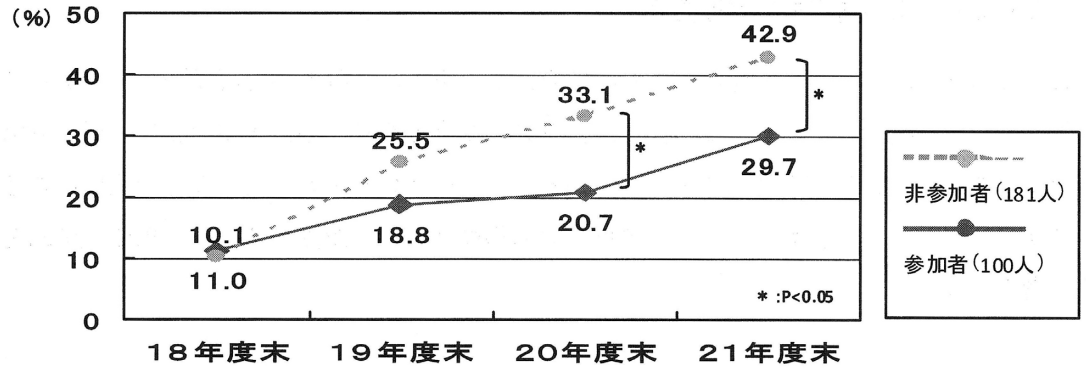
市町村（保険者）の創意工夫により様々な事業が想定されるので、事業内容等に応じて適宜指標を設定することとなる。その例としては、介護予防に関する講演会や相談会の開催回数・参加者数、介護予防に関するイベント等の開催回数、ボランティア育成のための研修会の開催回数・参加者数、参加者のうちその後地域で介護予防に資する活動を行っている者の数、地域活動組織への支援・協力等の実施回数、当該年度に新規に創設されたあるいは継続して活動を続けている地域活動組織の数などが挙げられる。

**事業評価の例（東京都練馬区）**

東京都練馬区では、平成 18 年度に二次予防事業対象者と判定された人について、二次予防事業に参加した 100 人と、参加しなかった 181 人のその後の要介護認定の状況を追跡調査している。練馬区では、一次予防事業の自主グループ等の充実を図っており、二次予防事業の参加者は、運動の継続に対する意識が高まり、その後これらの自主グループに参加している人が多い。平成 18 年度末はほぼ同様の要介護認定率であったが、その後、両群における認定率は、徐々に差が開いてきている。

**図表　１－２２　二次予防事業参加者と非参加者の要介護認定率の変化（東京都練馬区）**

**人口 707,319 人、高齢者 137,093 人、高齢者率 19.38%**




対象者は、平成18年度に二次予防事業対象者と把握され、運動機能向上プログラムに参加した方と参加しなかった方を3年間追跡
（各年度末の認定率：　認定有【人】／（認定無【人】＋認定有【人】）（%））

＜厚生労働省 HP 参照：参考資料１－４＞

## １－６　予防給付の流れ

予防給付は要支援者に対し、介護予防支援事業者による介護予防ケアマネジメントに基づき介護予防サービスが提供され、一定期間を経過後に介護予防支援事業者による効果の評価が行われる（図表１－６）。

### １－６－１　予防給付の対象者

要介護認定で要支援１または要支援２と判定された者が対象となる。

### １－６－２　介護予防ケアマネジメント

１）予防給付の介護予防ケアマネジメントは、介護予防支援事業者により行われる。

２）予防給付の介護予防ケアマネジメントは要支援者の生活機能や健康状態、その置かれている環境等を把握した上で、日常生活の状況を把握し、生活機能の低下の原因を含む要支援者が現に抱える問題点を明らかにするとともに、介護予防の効果を最大限に発揮できるように支援するものである。

なお、介護予防サービス計画の作成の手順は、二次予防事業と同様である。

※詳細については、「１－３　二次予防事業対象者の介護予防ケアマネジメント」を参考にされたい。

### １－６－３　サービス担当者会議

介護予防サービス計画はサービス担当者会議において、計画の原案について、各利用者に適したサービスが提供されるよう検討した上で完成させる。

### １－６－４　サービスの提供

各サービスの実施者は、事前アセスメント、サービスの実施とモニタリング、事後アセスメントの流れでサービスの提供を行う。これは、二次予防事業の流れと同様である。

### １－６－５　効果の評価

要支援者が一定期間のプログラムを終了した後、介護予防支援事業者により効果が評価される。すなわち、介護予防ケアマネジメントにより設定された目標（生活機能の改善・利用者の望む生活の実現）が達成されたかどうかを評価し、それに基づいてケアプランや介護予防サービス計画を見直す。

計画の見直しにあたっては、対象者の主体的な取り組みを支援し、常に生活機能の向上に対する意欲を高めることを念頭におくことが重要である。

別添資料１－１　プログラム参加に係るチェックシート

# プログラム参加に係るチェックシート

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | この3ヶ月間で1週間以上にわたる入院をしましたか？<br>（「はい」または「いいえ」に○をつける） | はい | いいえ |

| 「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける） | |
|---|---|
| ○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血） | |
| ○ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞） | |
| ○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため | |
| ○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため | |
| ○ その他（具体的にご記入ください） | |
| （　　） | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| B | あなたはかかりつけの医師等から「運動を含む日常生活を制限」されていますか?（「はい」または「いいえ」に○をつける） | はい | いいえ |

| 「はい」の場合、その理由は何ですか？（当てはまる理由に○をつける） | |
|---|---|
| ○ 重い高血圧、脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血） | |
| ○ 心臓病（不整脈、心不全、狭心症、心筋梗塞） | |
| ○ 糖尿病、呼吸器疾患などのため | |
| ○ 骨粗鬆症や骨折、関節症などによる痛みのため | |
| ○ その他（具体的にご記入ください） | |
| （　　） | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| C | 以下のご質問にお答えください（「はい」、「いいえ」、または「わからない」に○をつける） | | | |
| C1 | この6ヶ月以内に心臓発作または脳卒中を起こしましたか？ | はい | いいえ | |
| C2 | 重い高血圧（収縮期血圧180mmHg以上、拡張期血圧110mmHg以上）がありますか? | はい | いいえ | わからない |
| C3 | 糖尿病で目が見えにくくなったり、腎機能が低下、あるいは低血糖発作などがあると指摘されていますか？ | はい | いいえ | わからない |
| C4 | この1年間で心電図に異常があるといわれましたか？ | はい | いいえ | わからない |
| C5 | 家事や買い物あるいは散歩などでひどく息切れを感じますか？ | はい | いいえ | |
| C6 | この1ヶ月以内に急性な腰痛、膝痛などの痛みが発生し、今も続いていますか？ | はい | いいえ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| D | あなたは自分の身体を丈夫にし、張りのある生活を送るための取り組みに興味がありますか？以下のご質問にお答え下さい。（「はい」または「いいえ」に○をつける） | | |
| D1 | 足腰の衰えを予防するための取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| D2 | 口の機能や肺炎の予防のための取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| D3 | 栄養と体力の改善のための取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| D4 | 認知症予防のために脳機能を高める取り組みをしてみたい。 | はい | いいえ |
| D5 | 気のあった人たちと仲間つくりをしてみたい。 | はい | いいえ |

別添資料１－２　利用者基本情報（例）

# 利用者基本情報

計画作成者氏名：

**《基本情報》**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 相談日 | 年　月　日（　） | 来所　・電話<br>その他（　） | 初回<br>再来（前　／　） |
| 把握経路 | １．介護予防検診　２．本人からの相談　３．家族からの相談<br>４．非該当　５．新予防からの移行　６．関係者　７．その他（　） | | |
| 本人の状況 | 在宅・入院又は入所中（　） | | |
| フリガナ<br>本人氏名 | | 男・女 | M・T・S　年　月　日生（　）歳 |
| 住所 | | TEL | （　） |
| | | FAX | （　） |
| 日常生活自立度 | 障害高齢者の日常生活自立度 | 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 | |
| 認定情報 | 非該当・要支援１・要支援２<br>認定期限：　年　月　日～　年　月　日（前回の介護度　） | | |
| 障害等認定 | 身障（　）・療養（　）・精神（　）・難病（　）・その他（　） | | |
| 本人の住居環境 | 自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室（有　階・無）・住居改修（有・無）<br>浴室（有・無）　便所（洋式・和式）<br>段差の問題（有・無）　床材、じゅうたんの状況（　）<br>照明の状況（　）履物の状況（　） | | |
| 経済状況 | 国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・その他（　） | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 来所者（相談者）<br>住所 | | 続柄 | | 家族構成 | 家族構成　◎＝本人、○＝女性、□＝男性<br>●■＝死亡、☆＝キーパーソン<br>主介護者に「主」<br>副介護者に「副」<br>（同居家族等○で囲む） |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | 住所・連絡先 | | 日中独居（有・無）<br>家族関係等の状況 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

# 利用者基本情報

## 《介護予防に関する事項》

| | |
|---|---|
| 今までの生活 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか） | １日の生活・すごし方 | | | 趣味・楽しみ・特技 |
| | 時間 | 本人 | 介護者・家族 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | 友人・地域との関係 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 《現病歴・既往歴と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

| 年月日 | 病名 | 医療機関・医師名（主治医・意見作成者に☆） | | | 経過 | 治療中の場合は内容 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TEL | 治療中<br>経観中 | |
| | | | | TEL | 治療中<br>経観中 | |
| | | | | TEL | 治療中<br>経観中 | |
| | | | | TEL | 治療中<br>経観中 | |

## 《現在利用しているサービス》

| 公的サービス | 非公的サービス |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医の意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

年　　月　　日　氏名　　印

# 別添資料１－３　アセスメントシート

| 申請日 | 年　月　日 | 合計 |
|---|---|---|
| 氏　名 | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本項目 | 主生活支援者氏名 | 続柄 | 年齢 | 健康状態 | 居所 | 勤務 | 支援者なし<br>健康状態悪い<br>or 市外居住 | 1.0<br>1.0<br>0.5 | 小計 |
| | | | | 普通 ・ 悪い(　　) | 市内 ・ 市外 | 有 ・ 無 | | | |
| | 食生活支援者氏名 | 続柄 | 年齢 | 健康状態 | 居所 | 勤務 | 支援者なし<br>健康状態悪い<br>or 市外居住 | 1.0<br>1.0<br>0.5 | |
| | | | | 普通 ・ 悪い(　　) | 市内 ・ 市外 | 有 ・ 無 | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 保健・社会活動 | ① | この１年、市の健康教室等へ参加していますか | 1 はい | 2 いいえ | すべて２の場合：0.5 |
| | ② | この１年、公民館・婦人会・老人クラブ活動等に参加していますか | 1 はい | 2 いいえ | |
| | ③ | この１年、趣味や各種教室に参加していますか | 1 はい | 2 いいえ | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 移動 | ① | 日用品を買う店まで | 1 徒歩　2 セニアカー　3 自家用車　4 バイク 自転車　5 バス・JR　6 タクシー又は他の人に頼む | ①の 6：0.5 |
| | ② | 病院等に行くときは | 1 徒歩　2 セニアカー　3 自家用車　4 バイク 自転車　5 バス・JR　6 タクシー又は他の人に頼む | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 生活スタイル | ① | １日誰と過ごすことが多いか | 1 家族　2 友人・知人　3 ほとんど一人 | | 3 が少なくとも１つ：0.5 | |
| | ② | １週間に外出する頻度（通院以外） | 1 3回以上　2 1～2回　3 あまり外出しない | | | |
| | ③ | １週間に親戚・友人が来る頻度 | 1 3回以上　2 1～2回　3 あまり来ない | | | |
| | ④ | 歩行　：物につかまって歩いたり、杖を使用したりしていますか | 1 はい | 2 いいえ | 1：0.5 | 小計 |
| | ⑤ | 食事の準備　：毎日、調理が自分で出来ていますか | 1 はい | 2 いいえ | 2：0.5 | |
| | ⑥ | 買い物　：生活に必要なものを自分で買いに行けますか | 1 はい | 2 いいえ | 2：0.5 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 精神面 | ① | 身の回りの乱れや汚れを気にしなくなりましたか | 1 はい | 2 いいえ | | ①～⑤のうち１～２個該当：0.5<br>３個以該当：1.0 |
| | ② | 外出や食事の準備が難しくなりましたか | 1 はい | 2 いいえ | ②または③で 1：0.5 | |
| | ③ | 金銭管理(日々の支払い行為等を含む)が難しくなってきましたか | 1 はい | 2 いいえ | | |
| | ④ | 情緒が不安定になることが増えてきましたか | 1 はい | 2 いいえ | | 小計 |
| | ⑤ | 一人きりになる（している）ことが不安ですか | 1 はい | 2 いいえ | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 食に関する情報 | ① | 食事回数 | 食/日 | | 1 食：0.5 |
| | ② | 食料品の入手方法 | スーパー等 ・ 移動販売 ・ 配達 ・ その他(　　) | | |
| | 支援状況 ③買物 | 家族(　　)<br>その他(　　) | 1 できる　(　　回/　　) | | |
| | | | 2 できない　a 就労　b 他に要介護者あり　c 家が遠い　d その他(　　) | | |
| | | | 3 今のところ必要ない | 2：0.5 | |
| | 支援状況 ④調理 | 家族(　　)<br>その他(　　) | 1 できる　(　　回/　　) | | 小計 |
| | | | 2 できない　a 就労　b 他に要介護者あり　c 家が遠い　d その他(　　) | | |
| | | | 3 今のところ必要ない | 2：0.5 | |

| その他特記すべき事項 |
|---|
| |

# 判定基準表

| 分　類 | 判定対象項目 | | 摘　要 | | 加点 | 得点 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 基本項目 | 世帯状況 | 利用者基本情報「家族構成」 | 独居 | 65～79歳 | 0.5 | |
| | | | | 80歳以上 | 1.0 | |
| | | | 高齢者のみ（合算140歳 以上） | | 0.5 | |
| | | | 要介護者との同居世帯 | | 0.5 | |
| | 主生活支援者 | アセスメントシート「主生活支援者」 | 有で市外居住者 | | 0.5 | |
| | | | 無（有で健康状態の悪い援助者も含む） | | 1.0 | |
| | 食生活支援者 | アセスメントシート「食生活支援者」 | 有で市外居住者 | | 0.5 | |
| | | | 無（有で健康状態の悪い援助者も含む） | | 1.0 | |
| | 障害高齢者の日常生活自立度 | 利用者基本情報「日常生活自立度」 | J2以上 | | 0.5 | |
| | 認知症高齢者の日常生活自立度 | 利用者基本情報「日常生活自立度」 | Ⅱa以上 | | 0.5 | |
| 身体状況 | 外出・家事への影響のある疾患（大分類） | 利用者基本情報「現病歴と経過」 | 1～2個 | | 0.5 | |
| | | | 3個以上 | | 1.0 | |
| | 体重 | 基本チェックリスト 質問11および12 | BMIが「やせ」または「高肥満」<br>体重の増減が2～3kg以上あるもの | | 0.5 | |
| 保健・社会活動 | すべての項目 | アセスメントシート「保健・社会活動」①～③ | すべて「2. いいえ」チェック | | 0.5 | |
| 移動手段 | 日用品 | アセスメントシート「移動」① | 6にチェック | | 0.5 | |
| 生活スタイル | 一日で誰と過ごす時間が多い | アセスメントシート「生活スタイル」① | 「3. ほとんど一人」にチェック | どれか1つにチェック | 0.5 | |
| | 一週間に外出する頻度（通院以外） | アセスメントシート「生活スタイル」② | 「3. あまり外出しない」にチェック | | | |
| | 一週間に親戚・友人が来る頻度 | アセスメントシート「生活スタイル」③ | 「3. あまり来ない」にチェック | | | |
| | 歩行 | アセスメントシート「生活スタイル」④ | 「1. はい」にチェック | | 0.5 | |
| | 食事の準備 | アセスメントシート「生活スタイル」⑤ | 「2. いいえ」にチェック | | 0.5 | |
| | 買い物 | アセスメントシート「生活スタイル」⑥ | 「2. いいえ」にチェック | | 0.5 | |
| 精神 | ①から⑤まで | アセスメントシート「精神面」①～⑤ | 1～2個 | | 0.5 | |
| | | | 3個以上 | | 1.0 | |
| | ②または③ | アセスメントシート「精神面」②および③ | ②または③にチェック | | 0.5 | |
| 食関連情報 | 食事回数 | アセスメントシート「食に関する情報」① | 食事回数　1食／日 | | 0.5 | |
| | 家族等支援状況 買い物 | アセスメントシート「食に関する情報」③ | 2にチェック | | 0.5 | |
| | 家族等支援状況 調理 | アセスメントシート「食に関する情報」④ | 2にチェック | | 0.5 | |

※上記項目については、利用者基本情報、基本チェックリスト及びアセスメントシートを基に加点するものとする。

| | |
|---|---|
| (a)アセスメントシートの合計 | |
| (b)その他の項目の合計 | |

| 判定会議加算 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 疾患症状加算 | 判定会議 | 判定加算 | 0.5 | | |
| 特記事項からの加算 | | 判定加算 | 0.5 | | |

| | |
|---|---|
| (c)判定会議の合計 | |
| 総計 (a)+(b)+(c) | |

参考資料 2

# 主治医意見書記入の手引き

# Ⅰ　介護保険制度における主治医意見書について

## １　主治医意見書の位置付け

介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定（要介護認定）を保険者である市町村から受ける必要があります。

この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われます。

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上の障害（生活機能低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされています。主治医意見書（以下「意見書」という。）は、この規定に基づき、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記入するものであり、その様式等については全国で一律のものを使用することとします。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうかが、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されることとなるものですから、審査判定に用いられる資料である意見書の役割は極めて大きいものです。

介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うことになりますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避け、平易にわかりやすく記入してください。

## ２　意見書の具体的な利用方法

意見書は、介護認定審査会において、主として以下のように用いられます。

### （１）第２号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかどうかの確認

申請者が 40 歳以上 65 歳未満の場合は、要介護状態の原因である身体上又は精神上の生活機能低下が政令で定められた 16 疾病（特定疾病）によることが認定の要件となっています。介護認定審査会は、意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、申請者の生活機能低下の原因となっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認します。その上で、介護の必要度等について、65 歳以上の方と同様に審査及び判定を行います。

従って、特定疾病に該当している場合の診断根拠については、本意見書内に記入してください。

（２）介護の手間がどの程度になるのかの確認（介護の手間に係る審査判定）

介護認定審査会ではまず心身の状況に関する 79 項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として介護の手間に係る審査判定を行います。審査判定にあたっては、意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。

従って、介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入してください。

（３）状態の維持･改善可能性の評価（状態の維持･改善に係る審査判定）

介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「要介護１相当」と判定された者に対しては、続いて状態の維持･改善可能性に係る審査判定を行い、「要支援２」「要介護１」のいずれの要介護状態等区分に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援２」と判定することとなります。

（４）認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査員による認定調査は、通常は１回の審査に対して１回行うこととされており、また、認定調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、介護認定審査会は認定調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります。

（５）介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画の作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。

## Ⅱ　記入に際しての留意事項

### １　記入者

意見書の記入は、申請者の主治医が行ってください。

### ２．記入方法

意見書への記入は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することはさしつかえありませんが、その場合には感熱紙等長期間の保存に適さないものは用いないでください。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また□にレ印をつけてください。

## Ⅲ　記入マニュアル

### ０．基本情報

「申請者の氏名」等

申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。

性別については、該当する□にレ印をつけてください。

生年月日及び年齢（満年齢）については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。

住所及び連絡先については、居住地（自宅）の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。

主治医として意見書が介護サービス計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「□同意する」に、同意しない場合には「□同意しない」にレ印をつけてください。

同意する場合には、介護サービス計画の内容についての検討を行うサービス担当者会議に本意見書が提示されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことについては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。

「医師氏名」等

意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、主治医の氏名を記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。氏名にもゴム印等を用いる場合は、押印してください。

（１）最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください。

（２）意見書作成回数

申請者について意見書を初めて作成する場合は「□初回」に、２回目以降の場合は「□２回目以上」にレ印をつけてください。

（３）他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、お分かりになる範囲で該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名の□にレ印をつけてください。意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の（　　）内に診療科名を記入してください。

## １．傷病に関する意見

（１）診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。

発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記入してください。

「１.」の傷病名には、65 歳以上の第１号被保険者については、生活機能(※)低下の直接の原因となっている傷病名を、40 歳以上 65 歳未満の第２号被保険者については、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではありませんが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入してください。

なお、４種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「５．特記すべき事項」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考としつつ、別添３の「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入するとともに、診断上の主な所見については「（３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記入してください。

※:　生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ＡＤＬ（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。

生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々に影響する。

**特定疾病の症候・所見のポイント**

| | 疾病名 | 症候・所見 |
|---|---|---|
| 1 | がん<br>（がん末期） | 以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。<br>①　組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの<br>②　組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。<br>注）　ここでいう治癒困難な状態とは、概ね６月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。 |
| 2 | 関節リウマチ | 指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。 |
| 3 | 筋萎縮性側索硬化症 | 筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。 |
| 4 | 後縦靭帯骨化症 | 靭帯の骨化は頚椎に最も多く、頚髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。 |
| 5 | 骨折を伴う<br>骨粗鬆症 | 脊椎圧迫骨折 … 腰背部痛を伴う脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりになることが多い。<br>大腿骨頚部骨折・転子部骨折 … 転倒等の後に、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頚部骨折の場合、歩行可能な場合もある。 |
| 6 | 初老期における認知症（ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病、血管性認知症、レビー小体病等） | ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病 … 初期の主症状は、記憶障害である。また、意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識障害がみられる。 中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れたり、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れたり、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。薬物治療で進行の遅延効果が得られる場合がある。<br>血管性認知症 … 初発症状として物忘れで始まることが多い。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常等の局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害はかなりあっても、判断力は保持されており、人格の崩壊は認められない。<br>レビー小体病 … 進行性の認知症。リアルな幻視体験が特徴。パーキンソン症状が先行する事もあり、薬物治療で効果が得られる場合がある。 |
| 7 | 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患） | 臨床的に、これら三疾患にはパーキンソン症状が共通に認められる。すなわち、筋肉のこわばり（筋固縮）、ふるえ（振戦）、動作緩慢（無動）、突進現象（姿勢反射障害）などのうちのいくつかを認めるものである。<br>①　パーキンソン病は、パーキンソン症状を中心とし、薬剤などの治療効果が高いものが多い<br>②　進行性核上性麻痺は、異常な姿勢（頚部を後屈させ、顎が上がる）や、垂直方向の眼球運動障害（下方を見にくい）といった多彩な症状を示す<br>③　大脳皮質基底核変性症は、パーキンソン症状と大脳皮質症状（手が思うように使えないなど）が同時にみられる<br>など、症状や病状の進行に差が見られる。①振戦 ②筋強剛（固縮） ③動作緩慢 ④姿勢反射障害 ⑤その他の症状（自律神経障害、突進現象、歩行障害、精神症状等） |
| 8 | 脊髄小脳変性症 | 初発症状は歩行のふらつき（歩行失調）が多い。非常にゆっくりと進行。病型により筋萎縮や不随意運動、自律神経症状等で始まる。最終的には能動的座位が不可能となり、寝たきり状態となる。 |
| 9 | 脊柱管狭窄症 | 腰部脊柱管狭窄症 … 腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。<br>頚部脊柱管狭窄症 … 両側の手足のしびれで発症するものが多い。手足のしびれ感、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺を呈する。 |
| 10 | 早老症（ｳｪﾙﾅｰ症候群等） | 若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石炭化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。 |

| | | |
|---|---|---|
| 11 | 多系統萎縮症 | 多系統萎縮症（ＭＳＡ）は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこわばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせて呈する疾患である。<br>自律神経症状が強いものを「シャイ・ドレーガー症候群」、パーキンソン症状が強いものーを「線条体黒質変性症」、小脳症状が強いものを「オリーブ橋小脳萎縮症」とする。ＭＲＩなど画像検査が診断に有効である。パーキンソン病や小脳萎縮症に比して、やや進行が早い傾向がある。 |
| 12 | 糖尿病性神経障害､糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | 糖尿病性腎症 … 糖尿病の罹病期間が長い。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。<br>糖尿病性網膜症 … 主な症候は視力低下。末期まで視力が保たれることもあり、自覚症によると手遅れになりやすい。<br>糖尿病性神経障害 … 下肢のしびれ、痛み等を認める。 |
| 13 | 脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等) | 脳出血 … 発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる。半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害等が見られる。<br>脳梗塞 … 発症状況と経過は、アテローム血栓症脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症して症状が完成することが多い。<br>注）高次脳機能障害については、言語・思考・記憶・行為・学習・注意障害等が生じ、社会生活をさまたげることが多いが、外見からは分かりにくく、注意が必要である。 |
| 14 | 閉塞性動脈硬化症 | 問診で閉塞病変に由来する症状ー下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死 等があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。 |
| 15 | 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎､気管支喘息､びまん性汎細気管支炎） | 肺気腫 … ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。<br>慢性気管支炎 … 喫煙者に多く、慢性の咳、痰を認める。体動時呼吸困難は、感染による急性増悪時には認めるが、通常は軽度である。身体所見では、やや肥満傾向を示す人が多いといわれる。<br>気管支喘息 … 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳（特に夜間・早朝）が、症状がない時期をはさんで反復する。気道閉塞が自然に、または治療により改善し、気流制限は可逆的である。その他、気道過敏症を示す。<br>びまん性汎細気管支炎 … 呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長引くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。 |
| 16 | 両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症 | 初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。 |

（東京都医師会：介護保険における特定疾病診断の手引き．東京都医師会雑誌，51（９）：1763-1821,1999 を一部改変）

（２）症状としての安定性

上記（１）で記入した「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症状」の安定性について、該当する□にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。記載欄が不足する場合は「（３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記載してください。

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。

（３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

上記「（１）１．診断名」に記入した生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容について要点を簡潔に記入してください。

高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることにより、さらに生活機能が低下することが考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。

投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。（ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。）

また、意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

## ２．特別な医療

申請者が過去１４日間に受けた１２項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為（医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む）について該当する□にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族／本人が行える類似の行為」は含まれないので注意して下さい。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっていますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、１２項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

## ３．心身の状態に関する意見

（１）日常生活の自立度について

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。

遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□Mにレ印をつけ、「１．（３）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

## 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

| | | |
|---|---|---|
| 生活自立 | ランクJ | 何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する<br>1．交通機関等を利用して外出する<br>2．隣近所へなら外出する |
| 準寝たきり | ランクA | 屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない<br>1．介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する<br>2．外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている |
| 寝たきり | ランクB | 屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ<br>1．車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う<br>2．介助により車いすに移乗する |
| | ランクC | 1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する<br>1．自力で寝返りをうつ<br>2．自力では寝返りもうたない |

## 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

| ﾗﾝｸ | 判断基準 | 見られる症状・行動の例 | 判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例 |
|---|---|---|---|
| Ⅰ | 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。 | | 在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。 |
| Ⅱ | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。 | | 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。 |
| Ⅱa | 家庭外で上記Ⅱの状態がみられる。 | たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等 | |
| Ⅱb | 家庭内でも上記Ⅱの状態がみられる。 | 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等 | |
| Ⅲ | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。 | | 日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランクⅡより重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。<br>在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。 |
| Ⅲa | 日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 | 着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。<br>やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等 | |
| Ⅲb | 夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。 | ランクⅢaに同じ | |
| Ⅳ | 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。 | ランクⅢに同じ | 常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。<br>家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| M | 著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。 | せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等 | ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。 |

（２）認知症の中核症状

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準に基づき、該当する□にレ印をつけてください。なお、認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

短期記憶

例えば、身近にある３つのものを見せて、一旦それをしまい、５分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者及び医師がともに一時的には記憶に残るような直前のことについて覚えているか否かを評価します。

記憶に問題がない場合には「□問題なし」に、覚えていないような場合には「□問題あり」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

| | |
|---|---|
| 自立 | 日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。 |
| いくらか困難 | 日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。 |
| 見守りが必要 | 判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。 |
| 判断できない | ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。 |

自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えありません。

| | |
|---|---|
| 伝えられる | 自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。 |
| いくらか困難 | 適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。 |
| 具体的要求に限られる | 時々は自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）に限られる。 |
| 伝えられない | ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン（本人固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求を伝えることができない。 |

（３）認知症の周辺症状

申請者に認められる認知症の周辺症状の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（　　）内に記入してください。

なお、認知症の周辺症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。

| | |
|---|---|
| 幻視・幻聴 | 幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。<br>幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。 |
| 妄想 | 病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。 |
| 昼夜逆転 | 夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。 |
| 暴言 | 発語的暴力をいう。 |
| 暴行 | 物理的暴力をいう。 |
| 介護への抵抗 | 介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。 |
| 徘徊 | 客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の葛藤からの逃避的行為やその他急性精神病等でもみられる。 |
| 火の不始末 | たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。 |
| 不潔行為 | 排泄物を弄んだり撒き散らす場合等をいう。体が清潔でないことは含まれない。 |
| 異食行動 | 食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。 |
| 性的問題行動 | 周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。 |

（４）その他の精神・神経症状

認知症以外の精神・神経症状があれば、「□有」にレ印をつけ、その症状名を記入してください。有の場合、専門医を受診している場合は「□有」にレ印をつけ、（　　）内に受診の科名を記入してください。

また、申請者の状態から判断して、以下に挙げる定義の中からあてはまるものがあれば、症状名に記入してください。

| | |
|---|---|
| 失語 | 正常な言語機能をいったん獲得した後、多くは大脳半球の限定された器質的病変により、言語（口頭言語と文字言語の両方）表象の理解・表出に障害をきたした状態。 |
| 構音障害 | 俗に“ろれつが回らない”という状態。構音器官（咽頭、軟口蓋、舌、口唇等）の麻痺による麻痺性構音障害と、筋相互の間の協調運動障害による協調運動障害性構音障害とがある。後者は運動失調によるものと、錐体外路性運動障害によるものがある。 |
| せん妄 | 意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、不安・恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい（夜間せん妄）。 |

| | |
|---|---|
| 傾眠傾向 | 意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。 |
| 失見当識 | 見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際にみられる（意識障害性）ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記銘力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認められる。 |
| 失認 | 局在性の大脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。 |
| 失行 | 随意的、合目的的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。 |

（５）身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の□にレ印をつけてください。

身長・体重

体重及び身長について、おおよその数値を記入してください。また、過去６ヶ月程度における体重の変化について、３%程度の増減を目途に、該当する□にレ印をつけてください。

麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば□にレ印をつけてください。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入してください。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の□にレ印をつけてください。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、日常生活に影響があるかどうかで判断することとしており、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするものです。

| | |
|---|---|
| 四肢欠損 | 腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。 |
| 麻痺 | 主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。 |
| 筋力の低下 | 麻痺以外の原因による随意運動に支障のある筋力の低下。 |
| 関節の拘縮 | 関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。 |
| 関節の痛み | 日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態 |
| 失調 | 運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、 その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴である。 |

| | |
|---|---|
| 不随意運動 | 意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。 |
| 褥瘡 | 廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫及びずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。 |
| その他皮膚疾患 | 褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。 |

## 4．生活機能とサービスに関する意見

### （1）移動

屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。

| | |
|---|---|
| 自立 | 自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含みます。外出するようには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含みます。 |
| 介護があればしている | 介護者と一緒に屋外を歩いている状態。直接介助されている場合だけでなく、そばで見守っている場合も含みます。 |
| していない | 屋外歩行をしていない状態。<br>歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合や、訓練の時だけ屋外歩行をしている場合を含みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。 |

車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を用いていることがある場合に、主に誰が操作（駆動）しているかについて、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。車椅子を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含みます。

| | |
|---|---|
| 用いていない | 全く使用していない状態 |
| 主に自分で操作 | 車いすを用いることがあり、その場合は主に自分だけで操作（駆動）している状態。<br>主に室内での状態で判断し、例えば室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含みます。 |
| 主に他人が操作 | 車いすを用いていることがあり、その場合は主に他人に操作（押してもらう等）してもらっている状態。操作時に見守りを必要とする場合を含みます。 |

歩行補助具・装具の使用

日常生活での室内歩行や屋外歩行で、歩行補助具（杖等）や装具を用いてい

る状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけて下さい。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の□にレ印をつけて下さい。

どちらか一方だけの使用の場合も含みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

| | |
|---|---|
| 使用していない | 日常生活では、歩行補助具も装具も全く使用していない状態。訓練歩行の時だけは使っている場合も含みます。 |
| 屋外で使用 | 日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含みます。 |
| 屋内で使用 | 日頃の室内歩行のときに使用している状態。例えば家事の時だけの使用のように、特定の生活行為を行う時のみ使用している場合も含みます。 |

（２）栄養・食生活

高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（以下「低栄養」という。）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価します。医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記載してください。

食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。

| | |
|---|---|
| 自立ないし何とか自分で食べられる | 自分一人で、ないし、見守り・励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。 |
| 全面介助 | 他の者の全面的な介助が必要である。 |

現在の栄養状態

現在の栄養状態を評価します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する□にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、（　　）内に記入してください。

| | |
|---|---|
| 良好 | ①過去６ヶ月程度の体重の維持（概ね３％未満）、②BMI（体重(kg)/身長$^2$($m^2$)）18.5以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dlを上回る、の |

| | |
|---|---|
| | ３項目全てが該当する状態。<br>上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがない状態）から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。 |
| 不良 | ①過去６ヶ月程度の体重の減少（概ね３％以上）、②BMI（体重(kg)/身長$^2$($m^2$)）18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下、の３項目のうち１つでも該当する状態。<br>上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良と判断される状態。 |

（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処方針

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね６ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する□にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

（４）サービス利用による生活機能の維持･改善の見通し

現在の状態から、概ね３ヶ月から６ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持･改善の見通しについて、該当する□にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持･改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

（５）医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの□にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含みます。

訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する□にレ印をつけてください。

また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。

なお、本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。

| | |
|---|---|
| 訪問診療 | 通院することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。 |

| | |
|---|---|
| 訪問看護 | 訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師等が訪問して看護を行うことをいう。<br>なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。 |
| 訪問リハビリテーション | 病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。 |
| 通所リハビリテーション | 病院、診療所（医院）、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所（医院）の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所、市町村保健センター等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合はこれに含めない。 |
| 短期入所療養介護 | 介護老人保健施設等に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話を行うものをいう。 |
| 訪問歯科診療 | 居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。 |
| 訪問歯科衛生指導 | 訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。 |
| 訪問薬剤管理指導 | 医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。 |
| 訪問栄養食事指導 | 医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。 |
| その他の医療系サービス | 上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院、短期入所　（老人保健施設・診療所）等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。 |

（６）サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「□あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、（　　）内に具体的な留意事項を記載してください。また、血圧・嚥下等の項目以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の（　　）内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

嚥下

嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記載してください。

その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、（　　）内に具体的に記載してください。

（７）感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合には、具体的な症病名・症状等を（　　）内に記入してください。

## ５．特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記載してください。

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。

# 主治医意見書

記入日　平成　年　月　日

| 申請者 | (ふりがな)<br><br>明・大・昭　年　月　日生(　歳) | 男・女 | 〒　－<br><br>連絡先　(　) |
|---|---|---|---|

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに　□同意する。　□同意しない。

医師氏名

医療機関名　　電話　(　)

医療機関所在地　　FAX　(　)

| | |
|---|---|
| (1) 最終診察日 | 平成　年　月　日 |
| (2) 意見書作成回数 | □初回　□２回目以上 |
| (3) 他科受診の有無 | □有　□無<br>(有の場合)→□内科　□精神科　□外科　□整形外科　□脳神経外科　□皮膚科　□泌尿器科<br>□婦人科　□眼科　□耳鼻咽喉科　□リハビリテーション科　□歯科　□その他　(　) |

## １．傷病に関する意見

(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傷病名については１．に記入）及び発症年月日

１．　発症年月日　(昭和・平成　年　月　日頃)

２．　発症年月日　(昭和・平成　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傷病または特定疾病の経過及び投薬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〕

## ２．特別な医療　（過去１４日間以内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
□レスピレーター　□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(寝たきり度)　□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
□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〕

**（5）身体の状態**

利き腕 （□右 □左） 身長＝［　　］cm 体重＝［　　］kg（過去６ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □減少 ）

□四肢欠損 （部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□麻痺 □右上肢（程度：□軽 □中 □重） □左上肢（程度：□軽 □中 □重）

□右下肢（程度：□軽 □中 □重） □左下肢（程度：□軽 □中 □重）

□その他（部位： 程度：□軽 □中 □重）

□筋力の低下 （部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 □中 □重）

□関節の拘縮 （部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 □中 □重）

□関節の痛み （部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 □中 □重）

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 （部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 □中 □重）

□その他の皮膚疾患（部位：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 程度：□軽 □中 □重）

## 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（複数選択可） | □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処方針**

□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（ ）

→ 対処方針 （ ）

**（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（ ）・移動 □特になし □あり（ ）

・摂食 □特になし □あり（ ）・運動 □特になし □あり（ ）

・嚥下 □特になし □あり（ ）・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等を記載して下さい。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。）

主治医の診断書様式に関する診断の手引き

2. 医学的判断

1）認知症の診断

米国精神医学会による認知症の診断基準を用いる。国際的にも最も一般的な考え方である。①意識障害がないことが前提であり、②記憶障害に加えて、それ以外の認知機能障害、見当識障害や判断力の障害、実行機能障害が認められ、③それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障を来たし、④病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定され、⑤うつ病などが除外されれば認知症と診断される。

2）認知症の病型診断

経過、臨床症状、画像を合わせても病型診断が困難であることは少なくない。一方で典型的な経過を示すことも多い。

| | アルツハイマー型<br>ＡＤ | レビー小体型<br>ＤＬＢ | 前頭側頭型<br>ＦＴＤ | 血管性<br>ＶａＤ |
|---|---|---|---|---|
| 好発年齢 | 65歳未満発症　早発型<br>65歳以上発症　晩発型 | 65-75 | 50-60 | なし |
| 初発症状の特徴 | 記憶障害<br>実行機能障害 | パーキンソニズム<br>睡眠障害<br>初期には記憶障害はめだたない | 喚語困難<br>意欲低下<br>脱抑制的行動<br>記憶障害 | 運動麻痺<br>実行機能障害<br>記憶障害 |
| 臨床症状の特徴 | エピソード記憶の障害<br>自己評価の障害 | 症状の日内変動<br>易転倒性<br>幻視 | 失語　常同行動<br>食行動の異常<br>時に家族性あり<br>病識の高度の消失 | 階段状、突発性の症状変動<br>進行の停止 |
| 経過 | 緩徐に進行<br>身体合併症により悪化 | 変動しながら進行性に悪化。ＡＤよりも経過が早い。また易転倒性による骨折も悪化要因となる | 緩徐に進行　語義失語や進行性失語も最終的にはＦＴＤの特徴を呈してくる | 段階的、突発的に悪化<br>一方で進行がほとんど見られない時期も |
| 代表的な診断基準 | NINCDS-ADRDA<br>Neurology 34:939-944、1984 | McKeithらの診断基準<br>Neurology 65:1863-1872、2005 | Nearyらの診断基準<br>Neurology 51: 1546-1554. 1998<br><br>International Behavioural Variant FTD Criteria (FTDC)<br>Brain 134; 2456-2477、2011 | NINDS-AIREN<br>Neurology 43:250-260、1993 |

3）CDR のポイント

CDR を計算するポイントは以下の通りである。

①原則として、記憶の評価が優先される。

たとえば、記憶が 0.5 点で、それ以外の項目が 0 点の場合、CDR は 0.5 点となる。

②記憶が 0 の場合、

(ア)記憶以外の２つ以上の項目の点数が 0.5 以上の点数でなければ、CDR は 0 である。

(イ)記憶以外の 2 つ以上の項目が 0.5 の場合、CDR は 0.5 となる。

③記憶以外の項目の 1 つもしくは 2 つが記憶の点数と同じである場合、３つ以上の記憶以外の項目が記憶よりも１ランク大きい（小さい）場合を除いて、記憶の点数が CDR となる。

④記憶以外の項目が 3 つ以上同点の場合、

(ウ)記憶と同じ点数である場合は、CDR は記憶の点数となる。

(エ)記憶の点数よりも１ランク大きいか小さい場合、CDR の点数は、記憶以外の 3 つ以上の項目が示す数となる。

(オ)記憶の点数よりも１ランク大きく（もしくは小さく）、かつ残り 2 つの記憶以外の項目が記憶の点数よりも１ランク小さい（もしくは大きい）場合、CDR は記憶の点数となる。

- ①～④に該当しない場合には、目黒謙一、痴呆の臨床：医学書院を参照のこと。
- CDR の点数を記入しない場合は、所見欄に「なし、疑い（軽度認知障害）、軽度、中等度、重度」と重症度を必ず記入する。

- 軽度認知障害とは、認知症とも知的に正常とも言えない中間状態を指し、家事や仕事等の日常生活動作が概して正常な状態である。
- 軽度認知症とは手段的日常生活動作には支障があるため、職業あるいは社会活動が障害されているが、基本的日常生活動作は自立しており入浴、更衣、排泄など身辺の清潔を保つことができる。
- 中等度認知症とは基本的日常生活動作にも障害がみられ、家庭での日常生活でも自立できないことがあり、ある程度の介助が必要な状態である。
- 重度認知症では、重度の記憶障害があり、人物に関するもの以外の見当識が失われ、問題解決や判断は不能で、家庭内外での活動に支障があり、多大な介助が必要な状態である。

## 臨床的認知症尺度(CDR)の判定表

| CDR | 0 | 0.5 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 障害 | | | | |
| | なし<br>0 | 疑い<br>0.5 | 軽度<br>1 | 中等度<br>2 | 重度<br>3 |
| 記憶<br>(M) | 記憶障害なし<br>軽度の一貫しない物忘れ | 一貫した軽い物忘れ<br>出来事を部分的に思い出す良性健忘 | 中程度記憶障害<br>特に最近の出来事に対するもの<br>日常生活に支障 | 重度記憶障害<br>高度に学習したもののみ保持、新しいものはすぐに忘れる | 重度記憶障害<br>断片的記憶のみ残存する程度 |
| 見当識<br>(O) | 見当識障害なし | 時間的関連の軽度の困難さ以外は障害なし | 時間的関連の障害中程度あり、検査では場所の見当識良好、他の場所で時に地誌的失見当 | 時間的関連の障害重度、通常時間の失見当、しばしば場所の失見当 | 人物への見当識のみ |
| 判断力と問題解決<br>(JPS) | 日常の問題を解決<br>仕事をこなす<br>金銭管理良好<br>過去の行動と関連した良好な判断 | 問題解決、類似性差異の指摘における軽度障害 | 問題解決、類似性差異の指摘における中程度障害 | 問題解決、類似性差異の指摘における重度障害 | 問題解決不能 |
| | | | 社会的判断は通常、保持される | 社会的判断は通常、障害される | 判断不能 |
| 地域社会活動<br>(CA) | 通常の仕事、買い物、ボランティア、社会的グループで通常の自立した機能 | 左記の活動の軽度の障害 | 左記の活動のいくつかにかかわっていても、自立できない<br>一見正常 | 家庭外では自立不可能 | |
| | | | | 家族のいる家の外に連れ出しても他人の目には一見活動可能に見える | 家族のいる家の外に連れ出した場合生活不可能 |
| 家庭生活および趣味・関心<br>(HH) | 家での生活、趣味、知的関心が十分保持されている | 家での生活、趣味、知的関心が軽度障害されている | 軽度しかし確実な家庭生活の障害<br>複雑な家事の障害、複雑な趣味や関心の喪失 | 単純な家事手伝いのみ可能<br>限定された関心 | 家庭内における意味のある生活活動困難 |
| 介護状況<br>(PC) | セルフケア完全 | | 奨励が必要 | 着衣、衛生管理など身の回りのことに介助が必要 | 日常生活に十分な介護を要する<br>頻回な失禁 |

〔Morris JC、 The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. Neurology 1993、 43:2412-2414;
目黒謙一、痴呆の臨床：CDR 判定用ワークシート解説. 医学書院、2004、p.104 より〕

### 3. 身体・精神の状態に関する検査結果

1) 認知機能検査、心理学的検査

HDS-R MMSEのどちらを用いてもよいが、合計点のみでなくどの領域で失点しているかも示す。

2) 臨床検査

全血算では高齢者に潜在する貧血や感染症による白血球増加をチェックする。

生化学検査は、通常の肝機能、腎機能、電解質、血糖に加えて、認知機能低下を引き起こす原因となる疾患の鑑別のための下記検査も行う。

甲状腺機能（TSH、FT3、FT4）→甲状腺機能低下症　血清梅毒検査→ 神経梅毒

アンモニア→肝性脳症　ビタミンB1→ Wernicke 脳症　ビタミンB12、葉酸→それぞれの欠乏症

カルシウム→副甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下症、骨粗鬆症治療薬による高カルシウム血症

3）その他の検査（CT検査等）

画像検査の役割は大きく分けて2 つある。1 つは、脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった他の疾患によって、認知症に類似した状態が引き起こされていないかどうかという除外診断目的。2 つめは認知症の病型診断の補助診断である。画像による病型鑑別の要点を表に示す。

| | アルツハイマー型<br>ＡＤ | レビー小体型<br>ＤＬＢ | 前頭側頭型<br>ＦＴＤ | 血管性<br>ＶａＤ |
|---|---|---|---|---|
| ＭＲＩ<br>ＣＴ | 海馬、頭頂側頭葉の萎縮（初期には目立たない） | 海馬の萎縮<br>（ＡＤに比べ軽度のことが多い） | 前頭葉・側頭葉のナイフの刃様の萎縮 | 両側視床、側頭葉梗塞<br>多発する皮質下梗塞<br>高度の白質病変 |
| ＳＰＥＣＴ<br>ＦＤＧ-ＰＥＴ | 頭頂側頭連合野<br>後部帯状回<br>楔前部<br>前頭葉 | 頭頂側頭連合野<br>後頭葉 | 前頭葉<br>頭頂側頭連合野<br>（ＡＤに比べて軽い） | 血管障害の病巣により一定の傾向をもたない |
| その他 | | ＭＩＢＧ心筋シンチで取り込み低下 | | |

4. 認知機能障害等の状態

①記憶障害（健忘）

新しいことを覚えたり、最近の出来事を思い出すことができない。

質問や会話を繰り返す。

忘れ物や探し物が多い。

②視覚認知の障害（失認）

視力は保たれているのに、知っている物や人の顔が見ただけでは分からない。

知っている場所で道に迷う。

③言語の障害

言葉がすぐに出てこない。

発話が困難である。

家族の話を正しく理解できない。

文字の読み書きが困難である。

④視空間認知の障害

左右の判断ができない。

左（または右）側に気づくことができない。

（視覚や運動の障害が無いにもかかわらず）目の前の物に手を伸ばすことができない。

⑤見当識障害

自分のいる場所が分からない。

季節、年、月、日が分からない。

⑥行為の障害（失行）

日常物品がうまく使えない。

手がうまく動かせない。

服がうまく着られない。

⑦実行機能障害

見通しや計画を立てて行動することができない。

買い物や金銭の管理ができない。

物事を適切に判断することができない。

⑧人格・感情の障害（項目がない場合は、空欄に記載すること。）

無気力、興味・関心の低下。

強迫的な行動。

共感性の欠如、わが道を行く（他人を顧みない）行動。

不安が強い。

待てない、我慢できない。

【認知症と自動車の運転に関する諸論（資料からの抜粋）】

・認知症患者における事故リスクの上昇

〔資料 1、p11〕自動車の運転には、記憶、視空間認知、交通法規等の知識、判断力、注意能力など多くの認知機能が必要となり、これらの認知機能に広範な障害を有する認知症患者は、事故を生じるリスクが高くなると考えられる。実際、認知症患者の 23～47%がその経過中、1 回以上の自動車事故を経験していること、また認知症患者は同年齢の健常者に比し、2.5～4.7 倍自動車事故を起こすリスクが高いことが報告されている。さらに、一度事故を起こし、その後運転を継続していた認知症患者の 40%が再び事故を起こしていることも報告されている。

・認知機能低下の種類と運転技能の障害、運転技能テスト

〔資料 1、p13～14〕認知症では個々の患者で様々な認知機能が様々な程度障害されるため、異なった自動車運転技能の障害が生じうる。例えば記憶障害のある患者は目的地を忘れてしまうことがあるであろうし、視空間認知機能障害のある患者は反対車線を走行してしまうかもしれない。注意障害のある患者は重要な標識を見逃してしまう可能性があるし、意味記憶障害のある患者はそもそも標識の意味がわからないこともあり得る。実際、これらの様々な認知機能検査は路上運転技能評価成績や事故の発生を予測することが報告されている。

・アルツハイマー病の場合

〔資料 1、p53～54〕初診時、自動車の運転を行っており、過去に交通事故、違反歴が確認されたアルツハイマー病(AD)患者と、事故、違反歴、運転上の問題のない AD 患者を抽出した。＜中略＞その現病歴から確認された事故、違反、運転上の問題は「行き先忘れ」「迷子」「接触事故」が多く、主に記憶障害、場所に関する見当識障害、注意障害、視空間性機能に関する障害によると考えられた。

・前頭側頭葉変性症（ピック病など）の場合

〔資料 1、p26〕ピック病を代表とする前頭側頭葉変性症では、記憶障害は目立たないものの、脱抑制や、常同行動などの行為異常から運転行動上の危険性は、アルツハイマー病よりむしろ高いと考えられ、今回の対象の中にも道路を逆走した例が含まれていた。

〔資料 2、p7〕前頭側頭型認知症(FTD)と意味性認知症(SD)の違いによる運転行動の差異では、FTD 群ではわき見運転・注意散漫運転(70%)が多く、一方 SD 群では信号無視が多かった。SD 群の萎縮の左右差による運転行動については、左半球優位萎縮群では右半球萎縮有意群と比較し車間距離維持困難が 85.7%と高い一方で、右半球萎縮有意群で信号無視が 66.6%、わき見運転が 33.3%と左半球萎縮有意群より多く見られた。

・アルツハイマー病と前頭側頭葉変性症との違い

〔資料 1、p60〕運転行動においては前頭側頭葉変性症(FTLD)では車間距離調整困難が 62.5%、接触事故が 87.5%、信号・道路標識の無視が 62.5%、わき見・注意散漫運転が 62.5%に認められた。一方アルツハイマー病(AD)では、行き先忘れが 95.6%、車庫入れ失敗が 17.6%に認められた。交通事故や交通違反の危険性は、FTLD 群が 87.5%、AD 群が 21.7%で、FTLD 群の方が有意に危険性は高かった(P<0.0001)。さらに、認知症の発症から初回事故までの期間は、FTLD 群（1.28±0.49 年）の方が AD 群（3.0±1.2 年）より有意に短かった(P<0.05)。

〔資料 2、p7〕FTLD と AD 患者における運転行動の差異では、FTLD 群で認知症発症後の運転行動変化を 85%に認め、車間距離の維持困難（前の車をあおる）70%、わき見・注意散漫運転 50%、信号無視 35%の順であった。＜中略＞一方 AD 群では発症後 76.7%で運転行動変化を認めたが、運転行動では運転中行き先を忘れる 72.3%、車庫入れの失敗 21.3%、車間距離の維持困難（ノロノロ運転）10.6%の順であった。

・運転技能テストとの関係

〔資料 3、p7〕メタ分析では視空間認知課題が運転技能を直接測定するテストとよく相関したと報告されている。

〔資料 3、p38〕路上テストにおいて、＜中略＞評定者による得点とアルツハイマー病の自己評価による得点が大きく乖離した項目として、交差点の操作、警告標識への対応、車線変更操作、適切なスピード維持、適切なミラー操作、路面状況への対応などを挙げている。

資料１　厚生労働科学研究費補助金　長寿科学総合研究事業　主任研究者：池田 学　痴呆性高齢者の自動車運転と権利擁護に関する研究　平成 15～17 年度総合研究報告書　平成 18 年４月

資料２　厚生労働科学研究費補助金　長寿科学総合研究事業　主任研究者：荒井 由美子　認知症高齢者の自動車運転に対する社会支援のあり方に関する検討　平成 19 年度総括・分担研究報告書　平成 20 年３月

資料３　財団法人東京都高齢者研究・福祉振興財団　東京都老人総合研究所　自立促進と介護予防研究チーム　認知機能の状況を確認する手法に関する基礎的研究　平成 17 年度受諾研究成果報告書　平成 18 年３月

# 成年後見制度における診断書作成の手引

最高裁判所事務総局家庭局

# はじめに

この手引は，成年後見制度において診断書を作成する際に参考としていただくために，制度の概要を説明するとともに，成年後見制度における診断の位置付け，診断書書式，診断書記載ガイドライン及び診断書記載例の内容，診断の手続について説明したものです。

ここに示した書式等は，成年後見事件の補助及び任意後見の手続において判断資料として用いられる診断書として必要かつ十分なものとしてのモデルとして作成されたものです。新しい成年後見制度においては，使いやすい制度として作られている補助及び任意後見の利用者が多くなることが予想されていますが，これらの手続では，診断書を判断資料とすることが原則となることから，円滑な審理を進め利用者の便宜に資するために，判断資料として用いられる診断書の書式を作成したものです。成年後見制度における診断の位置づけを踏まえて，この書式等を参考に，事案に応じた適切な診断書が作成されるようにしていただきたいと考えています。

なお，この診断書の書式については，今後の実務の動向を注視しながら，必要に応じて修正を加えていきたいと考えています。

平成12年1月

最高裁判所事務総局家庭局

標題を「新しい成年後見制度における診断書作成の手引」から「成年後見制度における診断書作成の手引」に改めるとともに，本文についても若干の表記上の修正を行った（平成18年5月）。

本文の記述の一部を，最近の家庭裁判所実務の実情に即したものに改めた（平成19年6月）。

# 目　次

成年後見制度における診断書作成の手引…… 1
診断書の書式…… 7
診断書記載ガイドライン…… 8
診断書記載例…… 10

# 成年後見制度における診断書作成の手引

## 第１　成年後見制度の概要

### １　成年後見制度とは

成年後見制度とは，精神上の障害により判断能力が不十分な者について，契約の締結等を代わって行う代理人など本人を援助する者を選任したり，本人が誤った判断に基づいて契約を締結した場合にそれを取り消すことができるようにすることなどにより，これらの者を保護する制度です。

### ２　平成１２年の制度改正前の成年後見制度（旧制度）

平成１２年の制度改正前の成年後見制度は，本人の判断能力の程度に応じて，禁治産と準禁治産の２つの類型が設けられていました。禁治産は，心神喪失の常況にある者（自己の財産を管理・処分することができない程度に判断能力が欠けている者）を，準禁治産は，心神耗弱者（自己の財産を管理，処分するには常に援助が必要である程度の判断能力しか有しない者）を対象とし，それぞれの判断能力の程度に応じて保護の内容が法律（民法）で定められていました。しかし，この制度は，判断能力の不十分さが心神耗弱に至らない比較的軽度な者を対象としておらず，また，制度が硬直的であるなど，いろいろな点で利用しにくいとの指摘がありました。さらに，制度の運用についても，時間や費用の面で当事者に少なくない負担がかかっているとの指摘がありました。

### ３　現行の成年後見制度

現行の成年後見制度は，旧制度に対する指摘を踏まえて，本人の状況に応じた弾力的で利用しやすい制度を提供するもので，平成 12 年 4 月 1 日から施行されました。この成年後見制度には，旧制度の禁治産，準禁治産の制度を改めた「法定後見」（民法で定められます。）と，新しく作られた「任意後見」（任意後見契約に関する法律で定められます。）があります。

法定後見は，本人の判断能力の程度に応じて，後見，保佐，補助の３つの類型があり，精神上の障害により本人の判断能力が不十分である場合に，家庭裁判所が，法律の定めに従って，本人を援助する者（成年後見人等）を選任し，この者に本人を代理するなどの権限を与えることにより本人を保護するものです。判断能力の不十分さが最も重度な者を対象とするのが後見で，次いで保佐，そして補助になります。旧制度のうち禁治産が現行の制度の後見に，準禁治産が現行の制度の保佐に相当します。補助は，新しく設けられた類型で，判断能力が不十分ではありますが，

その状態が後見や保佐の対象となる程度には至っていない者を対象とします。

任意後見は，本人の判断能力が不十分な状態になった場合に，本人があらかじめ締結した契約（任意後見契約）に従って本人を保護するものです。任意後見契約では，代理人である任意後見人となるべき者や，その権限の内容が定められます。

なお，成年後見制度は，認知症の高齢者，知的障害者，精神障害者等精神上の障害により判断能力が不十分な者を対象とします。すなわち，身体機能に障害があるため一人では十分に財産上の行為を行うことができなくても，判断能力が十分ある者は，対象者から除かれます。

## 4　後見の概要

後見の対象者は，「精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者」（民法 7 条）です。これは，自己の財産を管理・処分できない程度に判断能力が欠けている者，すなわち，日常的に必要な買い物も自分ではできず誰かに代わってやってもらう必要がある程度の者です。後見が開始されると，成年後見人が選任され，成年後見人は，本人の行為全般について，本人を代理することができ，本人がした行為を取り消すことができます(注1)。

（注１）　後見においては，本人がした行為は取り消すことができますが，日用品の購入等日常生活に関する行為については取り消すことができないとされています（民法 9 条）。しかし，このことは，後見の対象者には日常生活に関する行為をする能力があることを前提としたものではありません。すなわち，後見の対象者は，前記のとおり，日常的に必要な買い物も自分ではできない程度の者ですが，本人の自己決定の尊重及びノーマライゼーション（障害のある人も家庭や地域で通常の生活ができるような社会を作るという理念）から，法律はそこまで介入せず，日常生活に関する行為については取り消し得ないとしたものです。

## 5　保佐の概要

保佐の対象者は，「精神上の障害により事理を弁識する能力が著しく不十分である者」（民法 11 条）です。これは，判断能力が著しく不十分で，自己の財産を管理・処分するには，常に援助が必要な程度の者，すなわち，日常的に必要な買い物程度は単独でできますが，不動産，自動車の売買や自宅の増改築，金銭の貸し借り等，重要な財産行為(注2)は自分ではできないという程度の判断能力の者のことです。ただし，自己の財産を管理・処分できない程度に判断能力が欠けている者は，保佐ではなく，後見の対象者となります。

保佐が開始されると，保佐人が選任され，本人が行う重要な財産行為については，保佐人の同意を要することとされ，本人又は保佐人は，本人が保佐人の同意を得ないで行った重要な財産行為を取り消すことができます。また，必要があれば，家庭裁判所は，保佐人に本人を代理する権限を与えることができます。

（注２）　保佐人に同意権・取消権が与えられる重要な財産行為とは，①元本を領収し又は利用すること，②金銭を借り入れたり保証をすること，③不動産又は重要な動産（自動車等）の売買等をすること，④訴訟行為をすること，⑤贈与，和解又は仲裁合意をすること，⑥相続の承認若しくは放棄又は遺産分割をすること，⑦贈与の申込みを拒絶し，遺贈を放棄し，負担付贈与の申込みを承諾し，又は負担付遺贈を承認すること，⑧新築，改築，増築又は大修繕をすること，⑨建物については 3 年，土地については 5 年を超える期間の賃貸借をすることです（民法 13 条 1 項）。したがって，これらのすべてについて自分ではできず，常に援助が必要であるという程度の判断能力の者が保佐の対象者とみることができます。その代表的なものは，前記のとおり，不動産，自動車の売り買いや自宅の増改築，金銭の貸し借り等ですから，これらについて常に援助が必要かどうかが，保佐に該当するか，あるいは保佐に至らない程度であるかを判断する指標とすることができるでしょう。

## ６　補助の概要

補助の対象者は，「精神上の障害により事理を弁識する能力が不十分である者」（民法 15 条 1 項）です。これは，判断能力が不十分で，自己の財産を管理，処分するには援助が必要な場合があるという程度の者，すなわち，重要な財産行為は，自分でできるかもしれないが，できるかどうか危ぐがあるので，本人の利益のためには誰かに代わってやってもらった方がよい程度の者をいいます。ただし，自己の財産を管理･処分するには常に援助が必要な程度に判断能力が著しく不十分な者は保佐の対象者に，自己の財産を管理･処分できない程度に判断能力が欠けている者は後見の対象者になるので，補助の対象とはなりません。

補助が開始されると，補助人が選任され，補助人に本人を代理する権限や，本人が取引等をするについて同意をする権限が与えられます。代理権や同意権の範囲・内容は，家庭裁判所が個々の事案において必要性を判断した上で決定します。補助人に同意権が与えられた場合には，本人又は補助人は，本人が補助人の同意を得ないでした行為を取り消すことができます。

補助を開始するに当たっては，本人の申立て又は同意が必要とされています。補助の対象者は，後見及び保佐の対象者と比べると，不十分ながらも一定の判断能力を有しているので，本人の自己決定を尊重する観点から，本人が補助開始を申し立てること又は本人が補助開始に同意していることを必要としたものです。この本人の同意は，家庭裁判所が確認するものです。これに対し，後見及び保佐においては，これらを開始するに当たり，本人の同意は要件とされていません。

## ７　任意後見の概要

任意後見は，原則として，精神上の障害により判断能力が低下した場合に備えて本人があらかじめ契約を締結して任意後見人となるべき者及びその権限の内容を定

め，本人の判断能力が低下した場合に家庭裁判所が任意後見人を監督する任意後見監督人を選任し契約の効力を生じさせることにより本人を保護するというものです。家庭裁判所が任意後見契約の効力を生じさせることができるのは，本人の判断能力が，法定後見でいえば，少なくとも補助に該当する程度以上に不十分な場合です（補助，保佐，後見のいずれに該当する場合も任意後見契約の効力を生じさせることができます。）。任意後見人には，契約で定められた代理権のみが与えられます。

任意後見においても，本人の自己決定を尊重する観点から，契約の効力を生じさせるに当たって，本人の申立て又は同意が必要とされており，家庭裁判所がこの本人の同意を確認することになります。

### 8　裁判所による監督

後見，保佐又は補助が開始された場合，家庭裁判所は，後見人，保佐人又は補助人に対し，その事務について報告を求めたり，本人の財産の状況を調査することができるほか，その事務について必要な処分を命じることや，後見監督人等を選任して監督に当たらせることができます。また，後見人等が不正行為をするなど，その任務に適しない事由があるときは，家庭裁判所は後見人等を解任することができます。

任意後見では，家庭裁判所は，家庭裁判所が選任した任意後見監督人を通じて任意後見人の事務を監督することになりますが，後見等の場合と同様に，任意後見人にその任務に適しない事由があるときは，任意後見人を解任することができます。

こうした監督を通じて，後見等の事務が適正に行われることが担保されています。

## 第２　診断書作成上の留意事項

### 1　補助類型及び任意後見における診断

家庭裁判所は，後見及び保佐開始の審判をするには，本人の精神の状況について医師その他適当な者に鑑定をさせなければならないとされていますが，明らかに鑑定の必要がないと認めるときはこの限りではありません[注3]。補助及び任意後見においても，精神上の障害により判断能力が不十分な者を対象にしていますので，本人の精神上の障害の有無や判断能力の程度を判定するに当たっては，医学上の判断を前提にすることが適当であると考えられます。しかし，補助は，前記のとおり，判断能力をある程度有しており，これまでの禁治産及び準禁治産の対象とされなかった者に対して，裁判所が必要と認めた範囲内で保護を与えるものであり，任意後見も，同様に補助と同程度の判断能力を有する者をも対象としており，本人があらかじめ締結した契約に従って本人を保護するものです。また，補助又は任意後見による保護を始めるには，本人の申立て又は同意が必要である上，これらの制度は，

本人の行為を制限するものではなかったり，制限する場合にも，後見や保佐に比べればその範囲は狭められています。補助及び任意後見は，このような制度の趣旨や仕組みに基づき，当事者に利用しやすいものとして作られているので，これらの制度による保護を始めるに当たっては，医師の診断書で足りるとされています(注4)。その場合には，申立人などの関係者が本人の精神の状態について医師に診断書を作成してもらい，家庭裁判所に提出することが一般的になっています。なお，補助及び任意後見についても，判断能力の判定が困難な事案など，必要がある場合には，鑑定が行われることがあります。

（注３）　鑑定書を作成する上での留意事項（鑑定書書式・記載ガイドライン・記載例等）については，「成年後見制度における鑑定書作成の手引」を参考にしてください（最寄りの家庭裁判所又は裁判所ウェブサイト（http://www.courts.go.jp/saiban/syurui/kazi/kazi_09_02.html）で入手することができます。）。

（注４）　法案の立案過程において公表された要綱試案では，補助及び任意後見については，原則として鑑定を要しないものとする方向が示され，関係各界に対する意見照会の結果も，その方向を支持する意見が多数を占めました。

## ２　診断書書式，診断書記載ガイドライン及び診断書記載例

診断書書式及び診断書記載ガイドラインは，裁判所にとって成年後見事件，特に補助や任意後見の手続で判断の資料となる診断書の記載の一般的な基準を示したものです。診断書書式は，診断書に求められる記載事項を示し，診断書記載ガイドラインは，それぞれの記載事項の意味や記載の要領を示しています。

補助は，精神上の障害により本人の判断能力が不十分であること（ただし，保佐や後見の程度には至らないこと）が要件とされており，任意後見は，精神上の障害により本人の判断能力が少なくとも補助に該当する程度以上に不十分であること（保佐，後見に該当する場合も含みます。）が要件とされているので，診断書には，この点を認定するための資料となる記載，すなわち本人の精神上の障害に関する記載と本人の判断能力の程度に関する記載が求められます。また，診断書記載例は，診断書を作成する上での参考とするために，補助や任意後見の手続において比較的多く現れると考えられる症例を想定して，診断書書式及び診断書記載ガイドラインに沿って診断書の例を作成したものです。

この診断書は，通常の臨床で行われる程度の診察により作成されることを前提としています。補助及び任意後見は，前記のとおり，本人の申立て又は同意に基づいて本人を保護するもので，当事者に利用しやすいように制度が作られていることから，診断書の記載に要する利用者の時間面あるいは費用面での負担が，通常の診断書を作成する場合と比べて過度に大きなものにならないような運用が望まれます。

そこで，この診断書は，以前から本人を診察している医師が作成する場合や病状が明らかな場合には，１回の診察で作成されることが想定されています。また，以

前には診察を受けていなかったために医学上の資料が不十分な場合であっても，おおむね１か月程度の期間，２，３回程度の診察で作成されることが想定されています。なお，通常の臨床で行われる程度の診察では本人の病状や判断能力の程度について判断をすることが困難である場合など，より慎重な手続を要する場合には，その旨を診断書に注記することができます。

また，この診断書は，補助及び任意後見において裁判所が本人の判断能力を認定するための資料として用いるためのものですから，判断能力についての意見を記載するようになっています。後見及び保佐の審判を申し立てる場合にも診断書の提出が求められる扱いが一般的ですが，その場合にもこの診断書を用いることができます。なお，本人の判断能力の具体的な程度についての資料があると，以後の手続の円滑な進行に役立つため，本人の判断能力の具体的な程度を判断することができる場合には，それについても記載することが望まれます。

任意後見の場合には，本人の判断能力が不十分，著しく不十分又は判断能力を欠く場合のいずれをも対象とすることから，本人の判断能力がこのいずれかの程度に当たることが分かれば，それ以上にどの程度に当たるかを判断しなくても保護を開始することができます。ただし，この場合にも，本人の判断能力の具体的な程度についての資料があると，以後の手続の円滑な進行に役立つため，本人の判断能力の具体的な程度を判断することができる場合には，それについても記載することが望まれます。

### ３　診断の手続

この診断書は，鑑定書とは異なり，裁判所が，診断を行うことを決定したり，診断をする医師を指定して依頼して作成されるものではなく，通常の診断書と同様，当事者が医師に依頼して作成されるものであり，診断書作成にかかる費用は，通常の診断書の場合と同様，当事者の負担となります。成年後見のための診断書を作成する医師にも資格等による限定はありませんが，この診断書は，本人の精神の状況について医学的見地から判断をするものですから，精神神経疾患に関連する診療科を標榜する医師又は主治医等で本人の精神の状況に通じている医師によって作成されるものと考えられます。また，診断書の内容についてさらに確認したい点がある場合には家庭裁判所から質問が行われることもありますが，診断書を作成した医師に成年後見の手続において証言を求めることは少ないものと考えられます。

なお，家庭裁判所によっては，成年後見事件の審理をさらに円滑に進めるために，この診断書書式を一部変更したり，項目を付加した診断書書式を使用している場合があります。成年後見事件の当事者からそのような書式での診断書作成の依頼があった場合にもご協力をお願いします。

（家庭裁判所提出用）

※　この診断書の記載要領については，最寄りの家庭裁判所にお問い合わせください。

# 診　断　書（成年後見用）

1　氏名　　男・女

生年月日　　M・T・S・H　　年　　月　　日生　（　　歳）

住所

2　医学的診断

診断名

所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

備考（診断が未確定のときの今後の見通し，必要な検査など）

3　判断能力についての意見（下記のいずれかをチェックするか，（意見）欄に記載する）

□　自己の財産を管理・処分することができない。

□　自己の財産を管理・処分するには，常に援助が必要である。

□　自己の財産を管理・処分するには，援助が必要な場合がある。

□　自己の財産を単独で管理・処分することができる。

（意見）

判定の根拠（検査所見・説明）

備考（本人以外の情報提供者など）

以上のとおり診断します。　　平成　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名　　印

# 診断書記載ガイドライン

| |
|---|
| 1　氏名　　男・女<br>生年月日　　M・T・S・H　　年　　月　　日生　（　　歳）<br>住所 |

ガイドライン

○　生年月日は，西暦で記載してもよい。

| |
|---|
| 2　医学的診断<br>診断名<br><br>所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）<br><br>備考（診断が未確定のときの今後の見通し，必要な検査など） |

ガイドライン

〈診断名〉

○　病名についての診断を記載する。鑑定で求められる程度の検査・診察を行った上での確定診断である必要はないが，病院で通常に行われる程度の診察によってなされる診断である必要がある。成年後見の開始に当たっては，何らかの精神上の障害があることを要するので，病名についての確定診断が得られない場合には，状態像についての診断又は病名についての最も可能性の高い診断名（病名については「～の疑い」という形でもよい。）が求められる。

〈所見欄〉

○　現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往歴・合併症などについて，診断を導く根拠と考えられる症状の要点を簡潔に記載する。発症の時期，経過についても概要を記載するほか，現病歴，既往の疾患のうち，現在の精神の状態に影響を与えるものがある場合には，必要に応じてこの欄に記載する。

○　精神医学的診断に必要な検査については，実施した検査の名称及び結果を記載する。入院先の検査結果などで利用できるものについては，それを用いてもよい（その場合には，検査を実施した場所，検査日時についても記載する。）。

身体の状態についての検査としては，①理学的検査，②臨床検査（尿，血液）などが考えられるが，必要なもののみについて行い，その結果を記載すれば足りる。③脳波検査，④ＣＴ等もこれに当たるが，本人の症状に照らして，必要なもののみについて行えば足りる。

知能検査，心理学的検査については，① WAIS-Ⅲ成人知能検査，②田中ビネー知能検査，③ HDS-R長谷川式認知症スケール，④柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」などが考えられるが，必要なもののみについて行えば足りる。

〈備考欄〉

○　診断が未確定の時の今後の見通し，必要な検査などを記載する。この診断書を作成するため受診した場合はその旨記載し，従前から診察をしていた場合は，どのような経緯・目的で診療を受けていたのかを簡潔に記載する。

3　判断能力についての意見（下記のいずれかをチェックするか，（意見）欄に記載する）
□　自己の財産を管理・処分することができない。
□　自己の財産を管理・処分するには，常に援助が必要である。
□　自己の財産を管理・処分するには，援助が必要な場合がある。
□　自己の財産を単独で管理・処分することができる。
（意見）

判定の根拠（検査所見・説明）

備考（本人以外の情報提供者など）

ガイドライン

〈判断能力判定〉

○　裁判所が本人の判断能力について判断するための参考となる意見を記載する。４項目のいずれかをチェックすることもできるし，その記載を参考に，個々の事案に応じた適宜の意見を記載することもできる。

「自己の財産を管理・処分することができない」とは，日常的に必要な買い物も自分ではできず，誰かに代わってやってもらう必要があるという程度（後見に相当する。），「自己の財産を管理・処分するには常に援助が必要である」とは，日常の買い物程度は単独でできるが，重要な財産行為（不動産・自動車の売り買いや自宅の増改築，金銭の貸し借り等）は，自分ではできないという程度（保佐に相当する。），「自己の財産を管理・処分するには，援助が必要な場合がある」とは，重要な財産行為（不動産・自動車の売り買いや自宅の増改築，金銭の貸し借り等）について，自分でできるかもしれないが，できるかどうか危ぐがある（本人の利益のためには，誰かに代わってもらった方がよい。）という程度（補助に相当する。）である（「診断書作成の手引」第１の４ないし６，p.2～3参照）。

任意後見の申立てにおいては，本人の判断能力が不十分な状態（著しく不十分又は判断能力を欠く場合を含む。）であることが分かれば，そのうちのどの程度に当たるかまで判断する必要がないため，そのような観点から意見を記載することで足りる。

なお，本人の判断能力の具体的な程度が明らかであれば事後の手続の円滑な進行に役立つため，判断能力の具体的な程度を判断することができる場合には，それについても記載することが望まれる（「診断書作成の手引」第２の２，p.5～6参照）。

〈判定の根拠〉

○　判断能力判定に必要な検査の所見及び判定を導いた理由の要点を記載する。

知能検査，心理学的検査は，判断能力判定の必要に応じて実施すれば足りる。検査を実施した場合，実施した検査の名称及び結果を記載する。入院先の検査結果などで利用できるものについては，それを用いてもよい（その場合には，検査を実施した場所，検査日時についても記載する。）。

説明については，現在の精神の状態等（検査の所見も含む。）から診断結果を導いた理由の要点について簡潔に記載する。精神医学的診断は明らかであっても，原則として判断能力の判定について説明を要する。

〈備考欄〉

○　前提事実についての情報源（説明した者の本人との関係及び名前等）その他の事項のうち，裁判所の判断に当たって参考となることがあれば記載する。

# 診 断 書 記 載 例

1　氏名　　鈴　木　A　太　郎　　(男)・女

生年月日　　M・T・(S)・H　3　年　○　月　○　日生　（　71　歳）

住所　　東京都○□区×○町▽△番○号

2　医学的診断

診断名

健忘症候群（血管性認知症の疑い）

所見（現病歴，現在症，重症度，現在の精神状態と関連する既往症・合併症など）

５年ほど前から記銘力の低下が見られ，２年ほど前から時間見当識障害が顕著になる。
現時点では健忘症状を主とし，認知症の初期が疑われるが，断定はできない。
１０年前より糖尿病や高血圧症で通院加療中。

備考（診断が未確定のときの今後の見通し，必要な検査など）

血糖及び血圧コントロールに注意し，経過を追う必要あり。必要に応じて頭部CTを行う。漸次悪化のおそれあり。

3　判断能力についての意見（下記のいずれかをチェックするか，（意見）欄に記載する）

□　自己の財産を管理・処分することができない。
□　自己の財産を管理・処分するには，常に援助が必要である。
☑　自己の財産を管理・処分するには，援助が必要な場合がある。
□　自己の財産を単独で管理・処分することができる。

（意見）

判定の根拠（検査所見・説明）

長谷川式認知症スケール22点。場所的及び対人的見当識は保たれており，応答にも問題はない。日常生活は特に問題がない。しかし，自宅兼工場の増改築に際して融資を受けるための書類に不備が多いことを銀行から指摘されたことがある。注意力，判断力の低下を自覚し，長男に援助を求めた。妻からも同様の状況を聞いている。

備考（本人以外の情報提供者など）

妻（鈴木Ｅ子）

以上のとおり診断します。　　平成　12　年　7　月　17　日

病院又は診療所の名称・所在地　東京都○×区△○町□□番○号　A野総合病院

担当診療科名　精神科

担当医師氏名　○　○　○　○　　印

（平成21年６月）

# 成年後見制度における鑑定書書式《要点式》

最高裁判所事務総局家庭局

# はじめに

成年後見制度における鑑定については，平成１２年１月の「成年後見制度における鑑定書作成の手引」（旧称「新しい成年後見制度における鑑定書作成の手引」。以下「手引」といいます。）を参考に鑑定書の作成が行われることが一般的ですが，今後，成年後見制度のより一層の利用が見込まれる中，当事者にとってより利用しやすく，鑑定人にとっても実施しやすい鑑定が求められています。

近年，特に精神上の障害の程度が重い方を対象とした後見開始の審判等の事例において，「手引」で示された書式の中から必要な項目のみを選択して，簡潔かつ合理的に記載した鑑定書が見られるようになりました。これは，「手引」で示されている鑑定の位置付け，鑑定書書式，鑑定書記載ガイドライン等の内容を踏まえながら，事案に即した適切な鑑定書をより迅速に作成するための工夫であるということができるでしょう。

そこで，この度，このような鑑定の実例等を参考にしながら，「手引」の鑑定書書式のうち，事案によっては適宜記載を省略してもよいと考えられる欄ないし項目を整理した要点式の書式を作成しました。

今後，「手引」のほかこの要点式の書式も参考にして，事案に応じて簡にして要を得た鑑定書が作成されることが望ましいと考えられます。

平成１８年５月

最高裁判所事務総局家庭局

本文の記述の一部を，最近の家庭裁判所実務の実情に即したものに改めた（平成19年6月）。

目　次

成年後見制度と鑑定について…… 1
鑑定書書式《成年後見用・要点式》…… 2
鑑定書書式《成年後見用・要点式》を利用した鑑定書記載例…… 4

# 成年後見制度と鑑定について

## 1　成年後見制度とは

成年後見制度とは，精神上の疾患・障害により判断能力が低下した方（本人）に関し，本人に代わって法律行為や財産管理を行ったり，本人の財産上の行為に対し，同意を与えたり，取り消したりする後見人等を選ぶことで，本人の判断を助け，本人の利益保護を図る制度です。

裁判所が審判を行う法定後見には，本人の判断能力に応じて

- 後見開始（自己の財産を管理・処分することができない方）
- 保佐開始（自己の財産を管理・処分するには，常に援助が必要な方）
- 補助開始（自己の財産を管理・処分するには，援助が必要な場合がある方）

の三つの類型があり，類型によって援助の内容や援助者の権限が異なります。

家庭裁判所では，親族等の申立てに基づき，本人の能力と援助の必要性の程度や，誰を後見人等に選任するかなどを判断します。

## 2　成年後見制度における鑑定

後見開始及び保佐開始の審判における鑑定は，審判によって本人が契約などを行う能力が制限されることになるため，慎重な手続によって判断をしようとする趣旨ですが，家庭裁判所が明らかに必要がないと認めるときは鑑定を省略することができます。また，成年後見制度をより利用しやすくするために，鑑定に要する時間や費用をより一層少ないものにすることが求められています。こうしたことから，成年後見制度における鑑定は，能力判定の資料としての重要性と制度の利用者の立場の双方に配慮したものであって，簡にして要を得たものであることが期待されています。

## 3　鑑定の手続

裁判所は，鑑定を行う場合には，鑑定人を指定した上で，鑑定事項を定めて鑑定人に鑑定を依頼することになります。鑑定人は，宣誓をした上で鑑定を行うこととされていますが，宣誓は，裁判所に宣誓書を提出する方法によることができます。鑑定人は，鑑定の結果を裁判所に報告しますが，鑑定書を作成して裁判所に提出するのが一般的です。鑑定の費用（鑑定料のほか鑑定に要する費用が含まれます。）は，最終的には当事者の負担になりますが，当事者が裁判所にあらかじめ費用を納付し，裁判所が金額を決定して，裁判所から鑑定人に支払われることになります。鑑定に要する期間については，裁判所と鑑定人との間で相談させていただくことになります。

**より詳しくお知りになりたい場合は，「成年後見制度における鑑定書作成の手引」をご覧ください。（裁判所ウェブサイト（http://www.courts.go.jp/saiban/syurui/kazi/kazi_09_02.html）に掲載されています。）**

**また，上記ウェブサイト上から，入力可能な「鑑定書書式《要点式》」のダウンロードができます。**

# 鑑　　定　　書《成年後見用・要点式》

家庭裁判所　　支部
平成　　年（家）第　　号　　後見開始の審判　　申立事件

氏名　　□男　□女
□明 □大 □昭 □平　　年　　月　　日生（　　歳）
住所

**鑑 定 事 項 及 び 鑑 定 主 文**

**鑑定事項**
①精神上の障害の有無，内容及び障害の程度
②自己の財産を管理・処分する能力
③回復の可能性
④その他（　　）

**鑑定主文**
□①につき，精神上の障害（□認知症　□その他　　）があり，
その程度は重い。
②につき，自己の財産を管理・処分することはできない。
③につき，回復の可能性は低い。
□次のとおり

**鑑 定 経 過**

**本人の診察**
実施日：平成　　年　　月　　日
場　所：
内　容：□問診　□検査　□その他（　　）
**参考資料**

**既 往 歴 及 び 現 病 歴 等**

**学歴・婚姻歴・職歴等**:□参考事項なし　□参考事項あり

**既往症**：□特記事項なし　□特記事項あり

**現病歴**

**その他**：□特記事項なし　□特記事項あり

**生活の状況及び現在の精神の状態等**

**日常生活の状況**：□全介助　□その他

**身体の状態**

① **理学的検査**：□特記事項なし　□特記事項あり

② **臨床検査**：□特記事項なし　□特記事項あり

③ **その他**

**精神の状態**

① **意識／疎通性**
□意思疎通不可
□

② **記憶力**
□自己の年齢（□回答不可　□回答可）
□

③ **見当識**
□日時（□回答不可　□回答可）　　□場所（□回答不可 □回答可）
□

④ **計算力**
□計算は全くできない。
□

⑤ **理解・判断力**
□理解不能
□

⑥ **知能検査，心理学的検査**
□ＨＤＳ－Ｒ　　点　　□その他の検査（　　）

⑦ **その他**
□特記事項なし
□

**説　明**

平成　　年　　月　　日

以上のとおり鑑定する。

住所

所属・診療科　　氏名　　印

**鑑定書《成年後見用・要点式》を利用した鑑定書記載例　（認知症高齢者・後見開始の審判）**

| | 記載ガイドライン |
|---|---|
| 東京　家庭裁判所　　支部<br>平成　18年(家)第××××号　後見開始の審判　申立事件 | ○事件番号を記載する。 |
| 氏名　丙田和子　　□男　☑女<br>□明 □大 ☑昭 □平　2年　○月　○日生　(　78　歳)<br>住所　東京都△△区××町○丁目△番××号 | ○被鑑定人（本人）の人定事項を記載する。<br>○年齢は鑑定書作成時のものを記載する。 |
| **鑑定事項及び鑑定主文** | |
| **鑑定事項**<br>①精神上の障害の有無，内容及び障害の程度<br>②自己の財産を管理・処分する能力<br>③回復の可能性<br>④その他（　　） | ○鑑定事項は①から③が通常であるが，別途裁判所が④としてその他の事項を指定する場合もある。 |
| **鑑定主文**<br>☑①につき，精神上の障害（☑認知症　□その他　　）があり，その程度は重い。<br>②につき，自己の財産を管理・処分することはできない。<br>③につき，回復の可能性は低い。<br>□次のとおり | ○「次のとおり」をチェックする場合，鑑定事項に対応して以下の事項を記載する。<br>①診断名，障害の程度<br>②自己の財産を管理・処分することが「できない」，「常に援助が必要」，「援助が必要な場合がある」，「できる」のいずれに該当するか<br>③回復の見込みの有無 |
| **鑑定経過** | |
| **本人の診察**<br>実施日：平成　18年　　6月　28日<br>場　所：特別養護老人ホームＡ園<br>内　容：☑問診　□検査　□その他（　　） | ○診察を複数回実施した場合には，適宜その日時も書き込む。 |
| **参考資料**　当院診療録，Ａ園ケースワーカー作成の記録 | ○参考にした資料を挙げる。 |
| **既往歴及び現病歴等** | |
| **学歴・婚姻歴・職歴等**：□参考事項なし　☑参考事項あり<br>婚姻し３人の子をもうけ，５５歳ころまで就労 | ○学歴・婚姻歴・職歴等は，必要に応じて確認した範囲内で，特に参考にした事項を記載する。 |
| **既往症**：☑特記事項なし　□特記事項あり | ○精神上の障害に関係のない疾患の既往症は記載しない。 |
| **現病歴**<br>平成１５年１月　物忘れが目立つようになり，当院を受診，診察及び脳ＣＴ検査にて認知症と診断される。<br>平成１７年２月　夜間に妄想状態となることが多くなり，外出時に迷子になることも目立つようになる。<br>平成１７年８月　特別養護老人ホームＡ園に入所 | ○現病歴には，現在の精神上の障害の発現時期，経過，内容及び程度，人格変化と異常行動の有無等を簡潔に記載する（箇条書きでもよい）。 |
| **その他**：☑特記事項なし　□特記事項あり | ○その他，精神医学的診断及び能力判定に特に関係のある特記事項があれば，簡潔に記載する。 |

**生活の状況及び現在の精神の状態等**

**日常生活の状況**：☑全介助　□その他

**身体の状態**

① **理学的検査**：☑特記事項なし　□特記事項あり

② **臨床検査**：☑特記事項なし　□特記事項あり

③ **その他**

脳ＣＴ検査（平成１５年１月当院で実施）の結果から，脳萎縮が認められた。

**精神の状態**

① **意識／疎通性**

□意思疎通不可

☑ごく簡単な内容の会話のみ，時折成り立つ。

② **記憶力**

☑自己の年齢（☑回答不可　□回答可）

☑年齢は２４歳と誤答。自己の経歴についても回答不可である。

③ **見当識**

☑日時（☑回答不可 □回答可）　☑場所（☑回答不可 □回答可）

☑家族の名前についても回答不可。障害は重篤である。

④ **計算力**

□計算は全くできない。

☑ほとんどできない。

⑤ **理解・判断力**

☑理解不能

□

⑥ **知能検査，心理学的検査**

☑ＨＤＳ－Ｒ　３点　　□その他の検査（　　）

⑦ **その他**

☑特記事項なし

□

○精神医学的診断及び能力判定に影響する本人の問題状況が端的に示されるように，必要に応じて，本人の日常生活の状況（日常生活動作，経済活動，社会性など）について簡潔に記載する。

○検査不要，検査不能，検査を実施して異常所見がない場合のいずれも「特記事項なし」をチェックする。

○下段のチェック欄には，上段のチェック欄（「□意思疎通不可」など）に当てはまらない場合やそれ以外の項目について記載すべき場合にその内容を記載する。また，上段のチェック欄を補充する内容を記載してもよい。

**説　明**

平成１５年ころにアルツハイマー型認知症を発病し，現在は記憶障害，日時・場所の見当識障害等があり症状は重篤である。自立した経済活動は困難である。

○「既往歴及び現病歴等」及び「生活の状況及び現在の精神の状態等」を踏まえ，鑑定主文を導く根拠を簡潔に説明する。

平成　１８年　　６月　　３０日

以上のとおり鑑定する。

住所　　東京都△△区□□町×丁目○番△△号

所属・診療科　　○×クリニック・内科　　氏名　　○　○　○　○　印

（平成21年６月）

# 高齢者虐待とは

## 1　高齢者虐待防止法

平成 17 年 11 月 1 日、国会において「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成 17 年法律第 124 号。以下「高齢者虐待防止法」という）が議員立法で可決、成立し、平成 18 年 4 月 1 日から施行されました。

## 2　「高齢者虐待」の捉え方と対応が必要な範囲について

○ 高齢者虐待防止法では、法第 2 条第 4 項及び第 5 項において高齢者虐待の定義をしていますが、ここでの定義は、広い意味での高齢者虐待を「高齢者が他者からの不適切な扱いにより権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれるような状態に置かれること」と捉えた上で、対象を規定したものといえます。

○ また、介護保険法第 115 条の 38 第 1 項第 4 号に、地域支援事業（包括的支援事業）のひとつとして、「高齢者に対する虐待の防止及びその早期発見のための事業、その他の高齢者の権利擁護のための必要な援助を行う事業」の実施が市区町村に義務づけられています。

○ このため、市区町村は、高齢者虐待防止法に規定する高齢者虐待かどうか判別しがたい事例であっても、高齢者の権利が侵害されていたり、生命や健康、生活が損なわれるような事態が予測されるなど支援が必要な場合には、高齢者虐待防止法の取扱いに準じて、必要な援助を行っていく必要があります。

# 高齢者虐待防止法の概要について

1　高齢者の定義

この法律において、「高齢者」とは、65 歳以上の方をいいます。

2　高齢者虐待の定義

家庭内における養護者又は、施設等の職員による次の行為や状態をいいます。

①　身体的虐待、②　ネグレクト（介護・世話の放棄・放任）、③　心理的虐待、④　性的虐待、⑤　経済的虐待

3　養護者・養介護施設従事者等の定義

（1）養護者

高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外の者をさします。

（2）養介護施設従事者等

次に掲げる施設や事業に従事する者をさします。

- 老人福祉法に規定する老人福祉施設、有料老人ホーム
- 介護保険法に規定する介護保険3施設、地域密着型介護老人福祉施設、地域包括支援センター
- 老人福祉法に規定する老人居宅生活支援事業
- 介護保険法に規定する居宅介護（介護予防）支援事業、居宅・介護予防サービス事業、地域密着型（介護予防）サービス事業

4　通報義務

（1）養護者若しくは養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、当該高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合には、速やかに市町村に通報しなければなりません。

（2）前項に定める場合のほか、養護者若しくは養介護施設従事者等による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した者は、速やかに市町村に通報するよう努めなければなりません。

（3）養介護施設従事者等は、その従事する養介護施設又は養介護事業において業務に従事する者による高齢者虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合は、速やかに市町村に通報しなければなりません。

5　高齢者虐待の早期発見等

高齢者の福祉に業務上関係のある団体及び職務上関係のある者は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者虐待の早期発見に努めなければなりません。

6　市区町村の役割

高齢者及び養護者に対する相談・指導・助言、その他必要な措置等の支援を行います。

高齢者虐待の通報及び高齢者本人からの虐待を受けている旨の届出を受けたときには、高齢者の安全の確認や事実の確認を行い、必要な措置を講じます。

養介護施設従事者等による高齢者虐待の通報を受けた場合は、必要な権限を適切に行使し、高齢者の安全を図り、虐待を防止しなければなりません。

## 高齢者虐待の例

| 区　分 | 内　容　と　具　体　例 |
|---|---|
| 身体的虐待 | 暴力行為などで、身体に傷やアザ、痛みを与える行為や、外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。<br>（具体的な例）<br>・ 平手打ちをする、つねる、殴る、蹴る、無理矢理食事を口に入れる、やけど・打撲させる<br>・ ベッドに縛り付けたり、意図的に薬を過剰に服用させたりして、身体拘束、抑制をする　等 |
| 介護・世話の放棄・放任 | 意図的であるか、結果的であるかを問わず、介護や生活の世話を行っている家族が、その提供を放棄または放任し、高齢者の生活環境や高齢者自身の身体・精神的状態を悪化させていること。<br>（具体的な例）<br>・ 入浴しておらず異臭がする、髪が伸び放題だったり、皮膚が汚れている<br>・ 水分や食事を十分に与えられていないことで、空腹状態が長時間にわたって続いたり、脱水症状や栄養失調の状態にある<br>・ 室内にごみを放置するなど劣悪な住環境の中で生活させる<br>・ 高齢者本人が必要とする介護・医療サービスを、相応の理由なく制限したり、使わせない　等 |
| 心理的虐待 | 脅しや侮辱などの言語や威圧的な態度、無視、嫌がらせ等によって、精神的、情緒的に苦痛を与えること。<br>（具体的な例）<br>・ 排泄の失敗等を嘲笑したり、それを人前で話すなどにより、高齢者に恥をかかせる<br>・ 怒鳴る、ののしる、悪口を言う<br>・ 侮辱を込めて、子どものように扱う<br>・ 高齢者が話しかけているのを意図的に無視する　等 |
| 性的虐待 | 本人との間で合意が形成されていない、あらゆる形態の性的な行為またはその強要。<br>（具体的な例）<br>・ 排泄の失敗等に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する<br>・ キス、性器への接触、セックスを強要する　等 |
| 経済的虐待 | 本人の合意なしに財産や金銭を使用し、本人の希望する金銭の使用を理由なく制限すること。<br>（具体的な例）<br>・ 日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない<br>・ 本人の自宅等を本人に無断で売却する<br>・ 年金や預貯金を本人の意思・利益に反して使用する　等 |

（参考）「家庭内における高齢者虐待に関する調査」（平成 15 年度）財団法人 医療経済研究機構

# 高齢者虐待発見チェックリスト

虐待が疑われる場合の『サイン』として、以下のものがあります。複数のものにあてはまると、疑いの度合いはより濃くなってきます。これらはあくまで例示ですので、この他にも様々な『サイン』があることを認識しておいてください。

**《身体的虐待のサイン》**

| チェック欄 | サイン例 |
|---|---|
| | 身体に小さなキズが頻繁にみられる。 |
| | 太腿の内側や上腕部の内側、背中等にキズやみみずばれがみられる。 |
| | 回復状態が様々な段階のキズ、あざ等がある。 |
| | 頭、顔、頭皮等にキズがある。 |
| | 臀部や手のひら、背中等に火傷や火傷跡がある。 |
| | 急におびえたり、恐ろしがったりする。 |
| | 「怖いから家にいたくない」等の訴えがある。 |
| | キズやあざの説明のつじつまが合わない。 |
| | 主治医や保健、福祉の担当者に話すことや援助を受けることに躊躇する。 |
| | 主治医や保健、福祉の担当者に話す内容が変化し、つじつまがあわない。 |

**《心理的虐待のサイン》**

| | |
|---|---|
| | かきむしり、噛み付き、ゆすり等がみられる。 |
| | 不規則な睡眠(悪夢、眠ることへの恐怖、過度の睡眠等)を訴える。 |
| | 身体を萎縮させる。 |
| | おびえる、わめく、泣く、叫ぶなどの症状がみられる。 |
| | 食欲の変化が激しく、摂食障害(過食、拒食)がみられる。 |
| | 自傷行為がみられる。 |
| | 無力感、あきらめ、投げやりな様子になる。 |
| | 体重が不自然に増えたり、減ったりする。 |

**《性的虐待のサイン》**

| | |
|---|---|
| | 不自然な歩行や座位を保つことが困難になる。 |
| | 肛門や性器からの出血やキズがみられる。 |
| | 生殖器の痛み、かゆみを訴える。 |
| | 急に怯えたり、恐ろしがったりする。 |
| | ひと目を避けるようになり、多くの時間を一人で過ごすことが増える。 |
| | 主治医や保健、福祉の担当者に話すことや援助を受けることに躊躇する。 |
| | 睡眠障害がある。 |
| | 通常の生活行動に不自然な変化が見られる。 |

**《経済的虐待のサイン》**

| | |
|---|---|
| | 年金や財産収入があることは明白なのにもかかわらず、お金がないと訴える。 |
| | 自由に使えるお金がないと訴える。 |
| | 経済的に困っていないのに、利用負担のあるサービスを利用したがらない。 |
| | お金があるのにサービスの利用料や生活費の支払いができない。 |
| | 資産の保有状況と衣食住等生活状況との落差が激しくなる。 |
| | 預貯金が知らないうちに引き出された、通帳がとられたと訴える。 |

**《ネグレクト(介護等日常生活上の世話の放棄、拒否、怠慢)のサイン(自己放任も含む)》**

| | |
|---|---|
| | 居住部屋、住居が極めて非衛生的になっている、また異臭を放っている。 |
| | 部屋に衣類やおむつ等が散乱している。 |
| | 寝具や衣服が汚れたままの場合が多くなる。 |
| | 汚れたままの下着を身につけるようになる。 |
| | かなりのじょくそう(褥瘡)ができてきている。 |
| | 身体からかなりの異臭がするようになってきている。 |
| | 適度な食事を準備されていない。 |
| | 不自然に空腹を訴える場面が増えてきている。 |
| | 栄養失調の状態にある。 |
| | 疾患の症状が明白にもかかわらず、医師の診断を受けていない。 |

**《セルフネグレクト(自己放任)のサイン》**

| | |
|---|---|
| | 昼間でも雨戸が閉まっている。 |
| | 電気、ガス、水道が止められていたり、新聞、テレビの受信料、家賃等の支払いを滞納している。 |
| | 配食サービス等の食事がとられていない。 |
| | 薬や届けた物が放置されている。 |
| | ものごとや自分の周囲に関して、極度に無関心になる。 |
| | 何を聞いても「いいよ、いいよ」と言って遠慮をし、あきらめの態度がみられる。 |
| | 室内や住居の外にゴミがあふれていたり、異臭がしたり、虫が湧いている状態である。 |

**《養護者の態度にみられるサイン》**

| | |
|---|---|
| | 高齢者に対して冷淡な態度や無関心さがみられる。 |
| | 高齢者の世話や介護に対する拒否的な発言がしばしばみられる。 |
| | 他人の助言を聞き入れず、不適切な介護方法へのこだわりがみられる。 |
| | 高齢者の健康や疾患に関心がなく、医師への受診や入院の勧めを拒否する。 |
| | 高齢者に対して過度に乱暴な口のきき方をする。 |
| | 経済的に余裕があるように見えるのに、高齢者に対してお金をかけようとしない。 |
| | 保健、福祉の担当者と会うのを嫌うようになる。 |

**《地域からのサイン》**

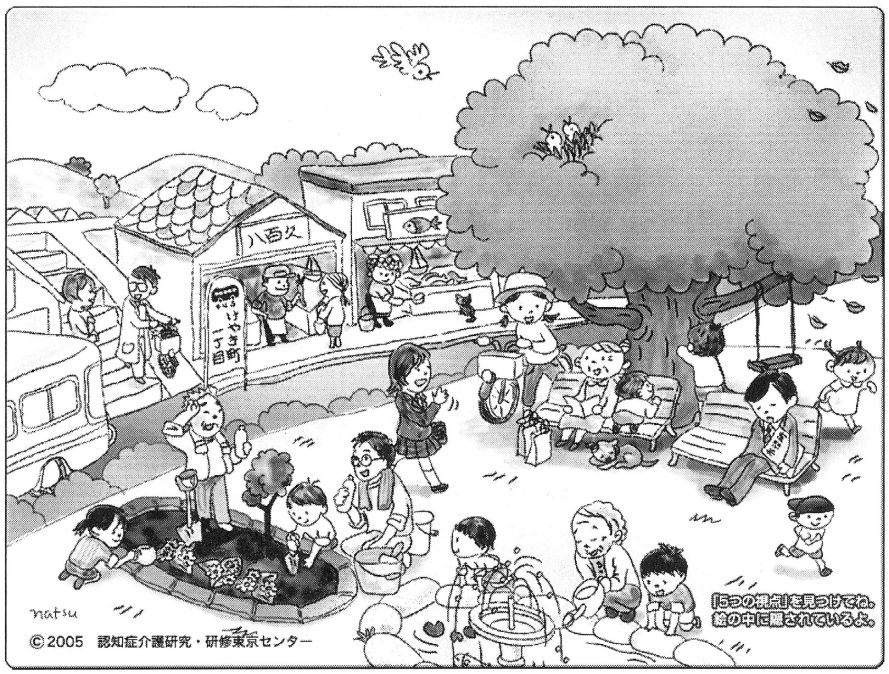
| | |
|---|---|
| | 自宅から高齢者や介護者・家族の怒鳴り声や悲鳴・うめき声、物が投げられる音が聞こえる。 |
| | 庭や家屋の手入れがされていない、または放置の様相(草が生い茂る、壁のペンキがはげている、ゴミが捨てられている)を示している。 |
| | 郵便受けや玄関先等が、1週間前の手紙や新聞で一杯になっていたり、電気メーターがまわっていない。 |
| | 気候や天気が悪くても、高齢者が長時間外にいる姿がしばしばみられる。 |
| | 家族と同居している高齢者が、コンビニやスーパー等で、一人分のお弁当等を頻繁に買っている。 |
| | 近所づきあいがなく、訪問しても高齢者に会えない、または嫌がられる。 |
| | 高齢者が道路に座り込んでいたり、徘徊している姿がみられる。 |

＊このチェックリストは(高齢者処遇研究会、1996)、(世田谷区・山田、2005)をベースに、2005 年度に東京都が行った調査(東京都福祉保健局)を参考に作成したものである。

# 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シートパック（解説付）

2007. 4

# 一人ひとりを支える 地域包括ケアをめざして




「認知症の初期から最期まで、どこに住んでいても自分らしく暮らし続けたい」そんな本人・家族の願いを実現するためにつくられたのがセンター方式（認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式）です。

本人と家族を中心に、ケア関係者が共通シートを使って、互いの思いや実情、アイデアを出しあいながら、「本人と家族のよりよい暮らし」を一緒にめざしていく方法です。

認知症介護研究・研修東京センター
ケアマネジメント推進室

# わたしたちのこころを聴いてください。

2007年10月　本人会議アピールより
ホームページ「だいじょうぶネット」http://www.dai-jobu.net
（本人ネットワーク支援の情報サイトです。）

今、それぞれが知っていること、
気づいていること、
ケアの工夫やアイデアが
埋もれていませんか・・・？
互いに対話をしてみましょう。
言葉や気づきを
シートに書き込んでいきましょう。

一つの記入が、本人と関係者の
今とこれからの可能性を開いていく一歩です。

★センター方式のホームページは「いつどこネット」http://www.itsu-doko.net/

# 目　次


よりよい支援を効果的に進めていくためのポイント＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿1
認知症の長い経過を、本人・家族を中心にチームで支えていこう＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿2
シートを使ってチーム力を高めよう＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿2
ケアマネジメントの流れ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿3
医療と介護のよりよい協働にむけて＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿3
センター方式の活かし方のあれこれ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿4
利用者本位のケアのポイント＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿5
とにかくチャレンジ！成功体験の良循環を生み出そう＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿6
さまざまな角度から本人の理解を深めよう（センター方式シートの全体構造）＿＿＿＿＿＿＿7
それぞれのシートのねらい＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿8
ご本人・ご家族がセンター方式を活用してみよう＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿9
シートを実際に書いてみよう＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿11
個人情報の保護を徹底しよう＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿12
シートの記入ポイント＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿13
センター方式シート

■Aシート群　基本情報
A-1：私の基本情報シート
A-2：私の自立度経過シート
A-3：私の療養シート
A-4：私の支援マップシート

■Bシート群　暮らしの情報
B-1：私の家族シート
B-2：私の生活史シート
B-3：私の暮らし方シート
B-4：私の生活環境シート

■Cシート群　心身の情報
C-1-1：私の心と身体の全体的な関連シート
C-1-2：私の姿と気持ちシート

■Dシート群　焦点情報
D-1：私ができること・私ができないことシート
D-2：私がわかること・私がわからないことシート
D-3：生活リズム・パターンシート
D-4：24時間生活変化シート
D-5：私が求めるかかわり方シート

■Eシート　24時間アセスメントまとめシート（ケアプラン導入シート）

認知症の人のためのケアマネジメント「12の鍵」



認知症の人のためのケアマネジメント センター方式シート（選択式）は、認知症介護研究・研修東京センターの著作物です。
©認知症介護研究・研修東京センター

# よりよい支援を効果的に進めていくためのポイント

**認知症の人が、わが町で暮らし続けるためにみんなが力をあわせて、本人と家族を支えていこう**

○ケア関係者が、ばらばらではなくチームを組んで
○関係者が方針（視点）をそろえて
○関係者が方法（アセスメント、シート等）をそろえて

⇩ そのための共通の方法として「センター方式」がつくられました。

## センター方式とは

正式名称：認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式
利用者本位のケアを多様な立場や職種の人々が協働で実践するための共通方法として、現場の声とアイデア、実践成果をもとにつくりだされたものです。

○認知症の人の特徴を総合的にとらえるために、センター方式シートを使います。
- シートは、１枚ずつ単独でも使えます（ミシン目で切り取ってご活用下さい）。
- 既存のアセスメントツールと併用しながら使えます。
- シートは、ケアを楽によりよくしていくための、いろいろな活用方法があります。（P.４参照）

○いつでも、どこでも、使えます。
- 認知症の初期からターミナルまで、すべてのステージの利用者で使えます。
- 居宅サービスでも、施設サービスでも使えます。（P.2参照）

○本人を支える人々が、立場や専門によらず一緒に使えます。
- 福祉職と医療職が、一緒に使えます。（P.3参照）
- 家族とも一緒に使えます。（P.9～10参照）

○チームで一緒に使うことで、様々な成果がでることが確認されています。
（平成16年度厚生労働省老人保健健康増進等事業結果より。P.6参照）

## これからの認知症ケアのあり方：利用者本位のケア

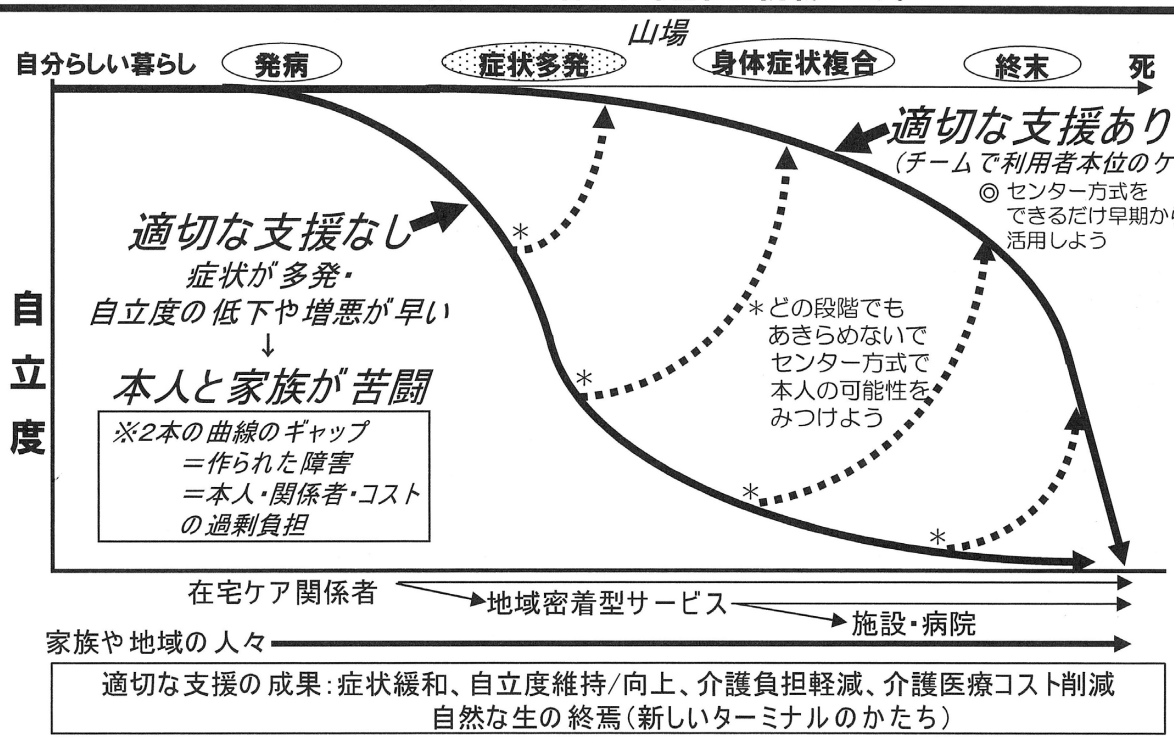
利用者本位を漠然とした目標で終わらせずに、今支援している「その人にとって何が大切か」、関係者が視点を共有しながら実践できることを一緒に見つけていくために、センター方式では「共通の５つの視点」を重要な指針としています。
日常的に「共通の５つの視点」で本人と向き合いましょう。
困った時には「共通の５つの視点」に立ち戻って、みんなでとにかく話し合おう。

共通の５つの視点

1. その人らしいあり方
2. その人にとっての安心・快
3. 暮らしの中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）

# 認知症の長い経過を、本人・家族を中心にチームで支えていこう

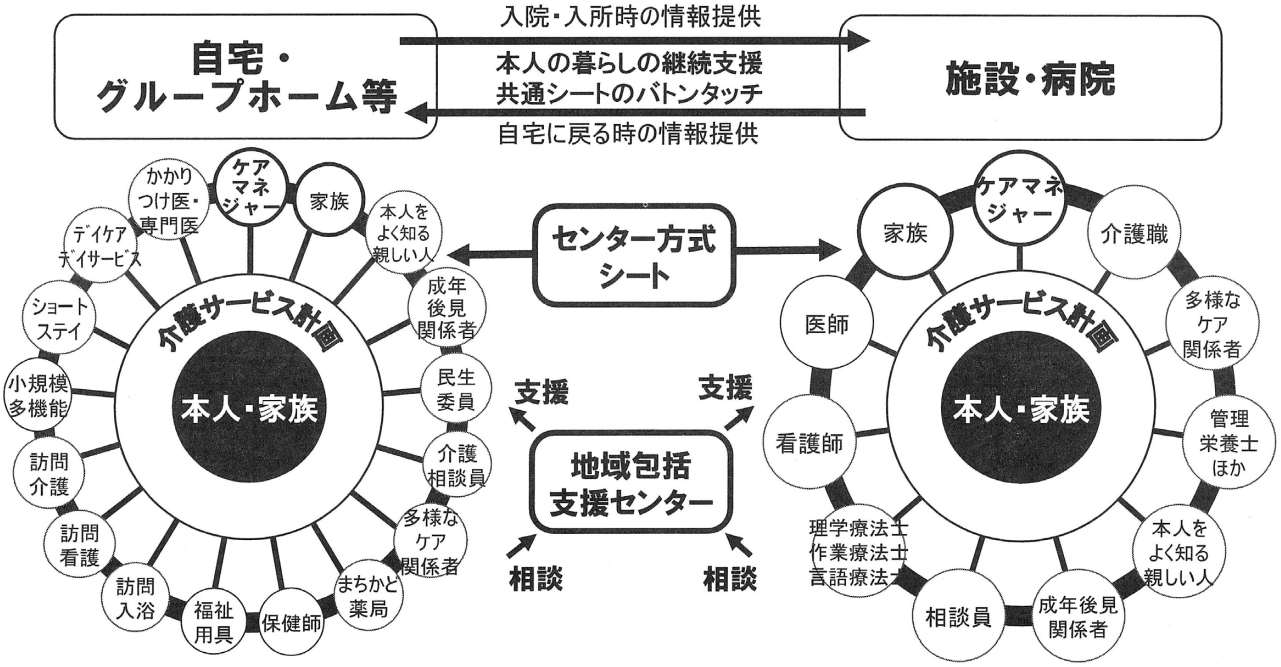
**＊センター方式を共通ツールにしながらチームを育て、バトンタッチしながら支えていこう。**
**＊どの段階でもあきらめず、本人が自分らしく暮らす可能性に挑戦しよう。**



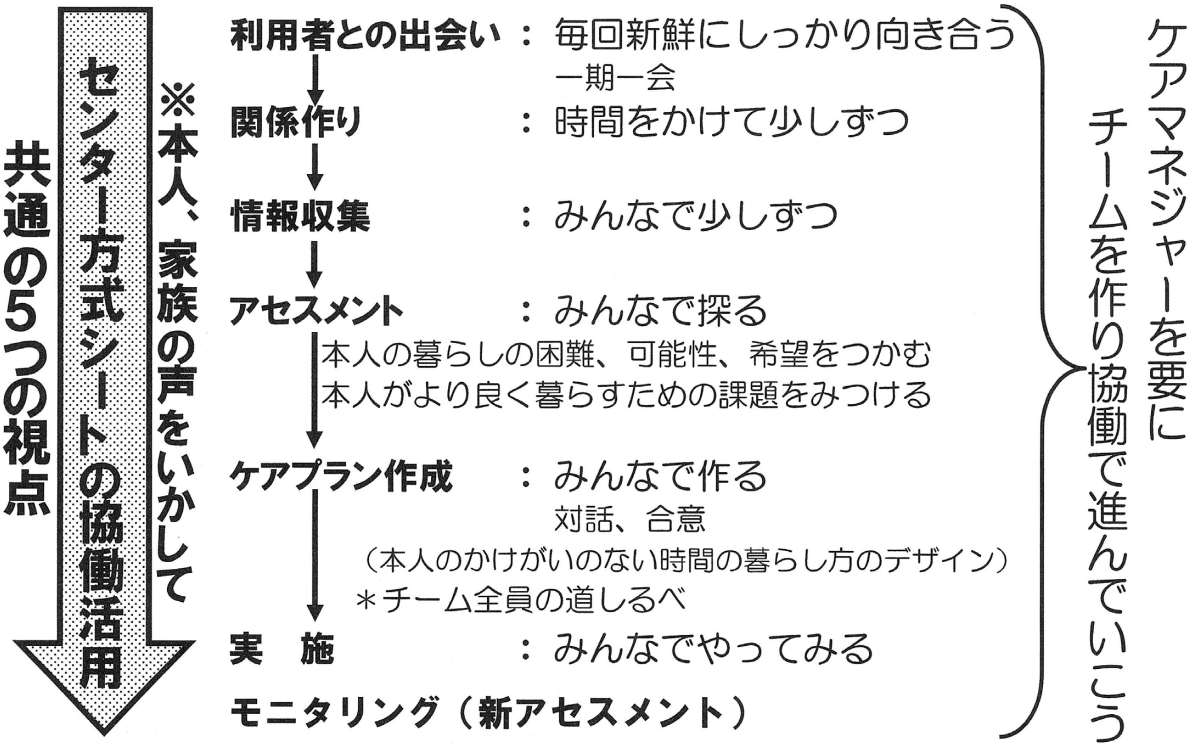

## 一人ひとりのための地域包括ケアに向けて

# シートを使ってチーム力を高めよう

本人を支えるケア関係者が、センター方式シートを一緒に活用することを通して、
チーム力を高め、ケアの成果や業務の効率化を生み出していきます。



# ケアマネジメントの流れ　～みんなで一緒に～




# 医療と介護のよりよい協働にむけて
## 「センター方式シート」から得られる情報と活用例

| 家族やケアマネジャー、ケアスタッフからシートを通して伝えられる情報 | | シートを利用した医療側の活用例 |
|---|---|---|
| D－3<br>生活リズム・パターンシート | ※睡眠パターン、排泄パターンがつかめる。<br>※食事・水分量、転倒等のリスクがつかめる。 | ○日常の事実情報に基づく状態の見極め<br>○個別の実態に即した服薬調整<br>○かかりつけ医意見書作成の参考資料 |
| D－4<br>24時間生活変化シート | ※１日の状態の変動や１日の過ごし方がわかる。<br>※変動の影響要因に関連する情報が得られる。 | ○変化やリスクの早期発見<br>○検査・治療、手術を安定して受けられるための個別対応策<br>○当事者やケア関係者への具体的な助言<br>○入院・入所のリロケーションダメージを防ぐための情報提供<br>○本人と家族が安心して外来受診や往診を受けられるための、時間決めや環境づくり |
| A－3<br>療養シート | ※本人の受診状況や服薬の全体状況がわかる。 | |
| A－2<br>自立度経過シート | ※認知症や自立度の経過がわかる。<br>※経過の影響因子に関する情報が得られる。 | ○経過全体の把握、認知症のステージの見極めや方針決定の参考資料 |
| C－1－2<br>姿と気持ちシート | ※本人の思いや悩み、願いがわかる。<br>※今の姿が見える。 | ○本人や家族の困りごと、願いや要望の把握<br>○当事者本位の治療やケアの方針の決定<br>○医療者による介護保険サービス等の紹介・助言 |
| B－1<br>家族シート | ※家族・親族の思いや悩み、要望、願いがわかる。 | |

# センター方式の活かし方のあれこれ

**＊センター方式は、日常の様々な場面で活かしていけます。**

**＊少しずつ、気軽に「視点」や「方法」を活かし、使いながら共通ツールとして馴染んでいきましょう。**

**＊できそうなことから「ちょっとだけ活用」**
**→「小さな手がかり」→「即、実践」→「(小さな)成功体験」→ さらなる一歩へ**

## 1. アセスメントとケアプランの展開ツールとして使おう

- これまでの利用者の取り組みに、プラスアルファー、視点や情報を強化しよう。
- 既存のツールを使っているところでは、補強シートとして取り入れていこう。
- 新しい利用者や新設の事業所やユニットでは、始めから取り入れて、活用していこう。

## 2. 家族とのコミュニケーションや情報交換のためのツールとして使おう

- 家族からシートを通してケア関係者（ケアマネジャーやケア担当者、医師等）に伝えてもらおう。
- 家族の方からシートを使って、情報や要望をどんどん伝えていこう。
- 本人や家族が見落としやすい力や希望を引き出すためのツールとして使おう。

## 3. 日々の気づきや情報集約のための道具として使おう

- 本人や家族とのふだんの会話の中にシートの項目を盛り込んで、情報を集めていこう。
- ケア関係者がシートを手元において、新たにつかんだ情報を追記していこう。
- 必要なシートを記録や日誌代わりに使っていこう。

## 4. 関係者間での情報配信や会議に活かそう

- 共通シートで効率的に情報を配信しよう。
- 共通シートを活かしてケース担当者会議等を効率的に展開しよう。

## 5. 利用者が住み替える時は次の事業者に必ずバトンタッチをしていこう

## 6. これからの認知症ケアの視点と具体を学ぶ教育ツールとして使おう

- 新人研修で早速使ってみよう。
- 現任者のケアの振り返りで使ってみよう。

## 7. 相談を受けたケースの問題解決や助言のために使おう

# 利用者本位のケアのポイント

- **表面的な問題にとらわれず、ポイントにそって本人の可能性をみつけよう。**
- **ポイント1～7のように、いろんな角度からケアの手がかりをみつけていこう。**

**☆ポイントを押さえて効率的に情報を集めるために、おすすめシートを使ってみよう。**

※ 1～7の順番通りに進む必要はありません。やれそうなところから、とにかくスタートしよう。
特に家族の不安や負担が大きい場合は「6」や「7」から始めると効果的です。

| ＜ケアのポイント＞ | ＜おすすめシート＞ | |
|---|---|---|
| 1 利用者の姿と声に注目しよう | ▸C-1-2 | 私の姿と気持ちシート |
| | ▸D-5 | 私の求めるかかわり方シート |
| 2 本人の変動の特徴をしり、要因をみつけよう | ▸D-4 | ２４時間生活変化シート |
| | ▸D-3 | 生活リズム・パターンシート |
| | ▸C-1-1 | 私の心と身体の全体的な関連シート |
| | ▸A-3 | 私の療養シート |
| 3 本人のなじみの生活をしろうケアに活かそう | ▸B-2 | 私の生活史シート |
| | ▸B-3 | 私の暮らし方シート |
| | ▸B-4 | 私の生活環境シート |
| | ▸A-4 | 私の支援マップシート |
| 4 本人の暮らしの中で生きる力を活かそう | ▸D-1 | 私ができること・私ができないことシート |
| | ▸D-2 | 私がわかること・私がわからないことシート |
| 5 本人の持つ地域資源を活かそう | ▸A-4 | 私の支援マップシート |
| | ▸B-2 | 私の生活史シート |
| 6 家族の声と力を活かそう | ▸B-1 | 私の家族シート |
| | ▸B-2 | 私の生活史シート |
| 7 認知症の人と家族が辿る長い経過に沿って | ▸A-1 | 私の基本情報シート |
| | ▸A-2 | 私の自立度経過シート |

**一日の暮らしの流れの中で**

**① 本人にとっての困難、可能性、希望を明確にする。**
**②「本人にとっての課題」の優先順位を明確にする。**
**③ ケアのアイデアをたくさん集め、実行可能な内容を明確にする。**

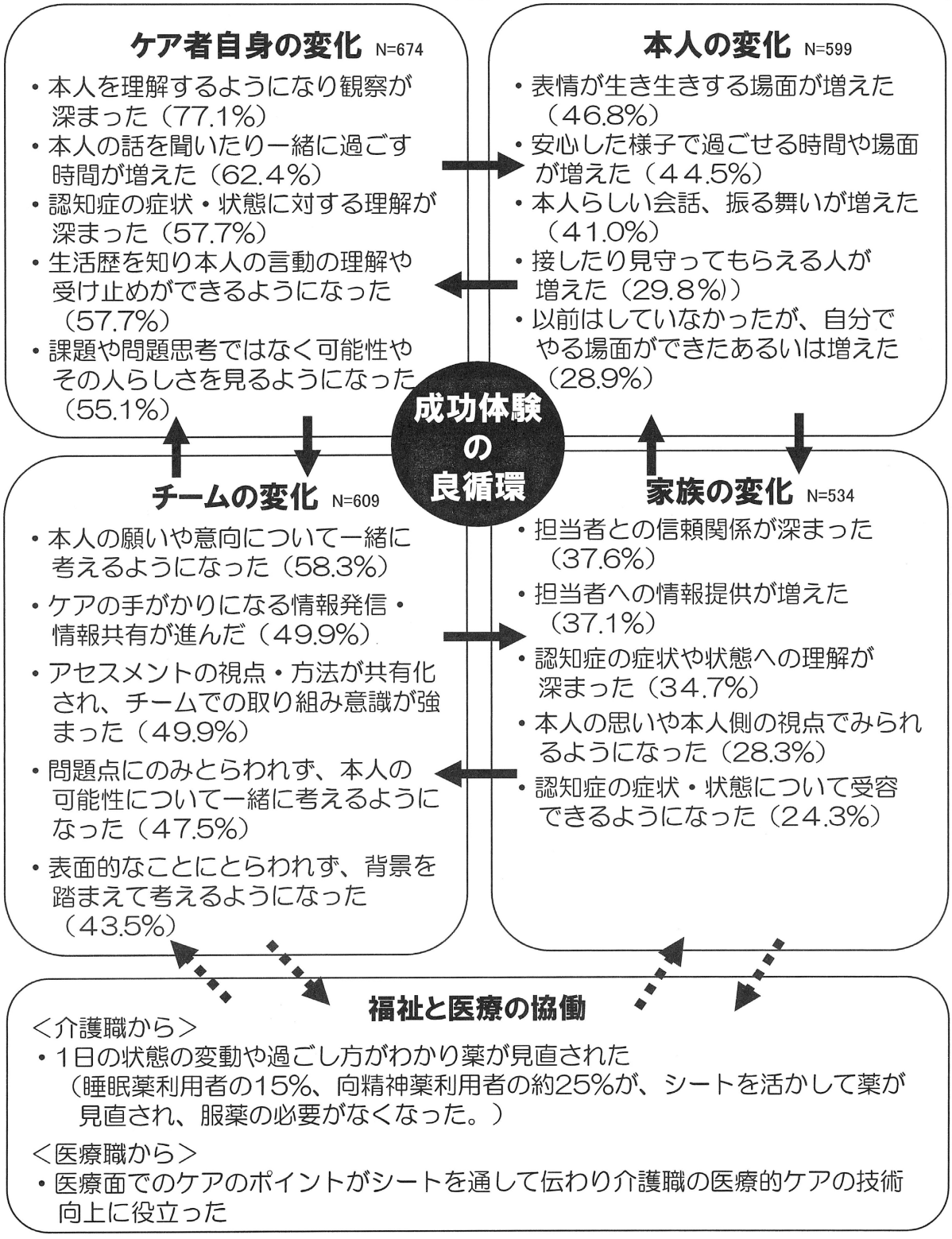
▸ Eシート

＊本人の求めていることに応じたケアを
＊本人の力を最大限に活かすケアを

# とにかくチャレンジ！成功体験の良循環を生み出そう
## ～ケア者が変わる、チームが変わる、本人・家族が変わる～

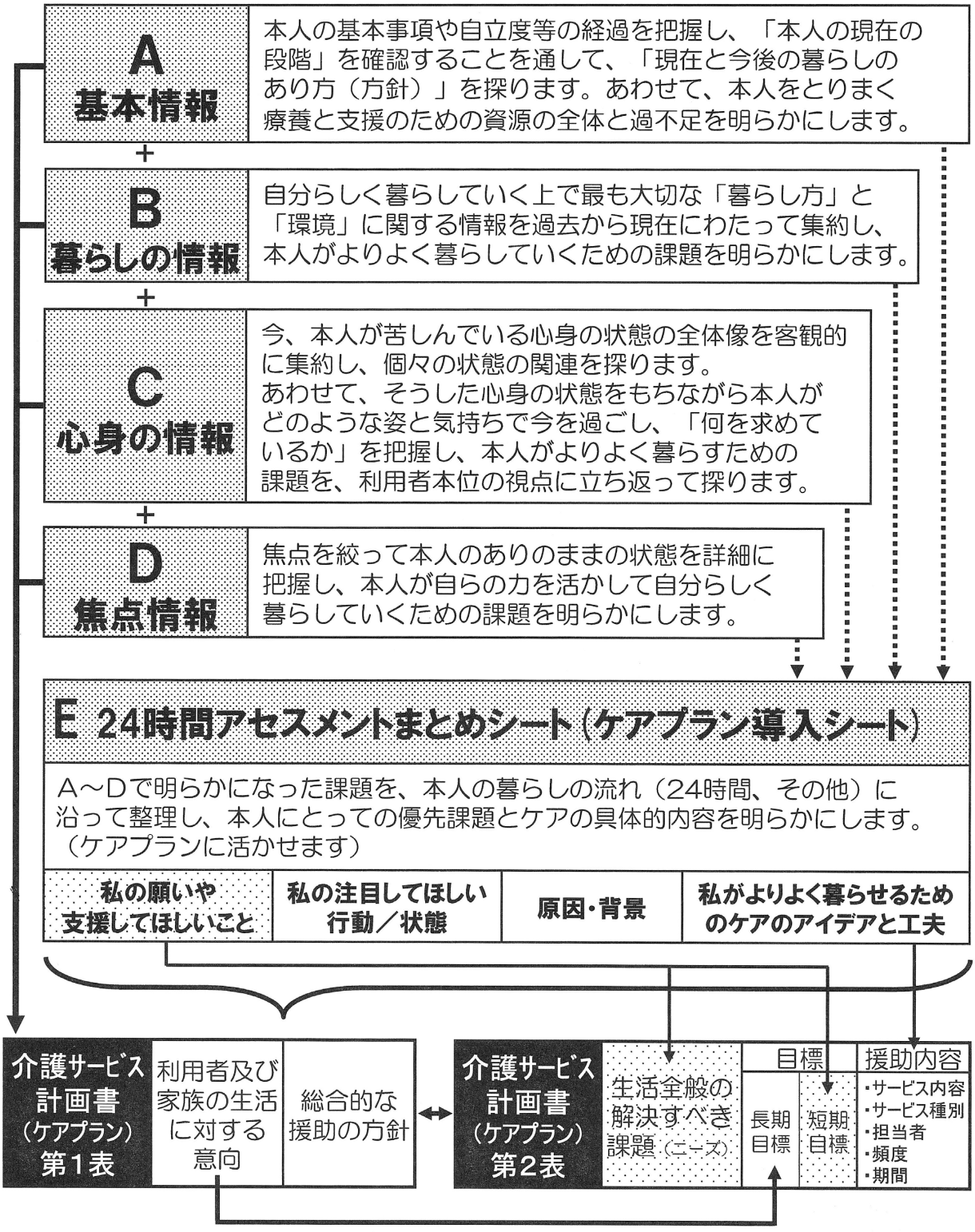
- **取り組みはじめることで、ケア者自身やチームに様々な変化が起きはじめ、本人・家族にもプラスの変化が生まれてきます。**
- **今できることからスタートし、小さな成功体験を積み上げていこう。**
- **本人と共に喜びとやりがいのある日々を。**

※平成16年度、465名を対象に889の事業所でセンター方式を試行した結果の一部



# さまざまな角度から本人の理解を深めよう
## ～ケアの手がかりを求めて（センター方式の全体構造）～

- **シートは１枚からでも利用できます。**
- **本人を総合的にとらえるために使用するシートを１枚ずつ広げていきましょう。**
- **シートを通してケアプランを利用者本位のものに充実させていこう。**



# それぞれのシートのねらい

**シート名に ☼ マークがあるシートはセンター方式シートの中でもコアになるシートです。**
**どこから書けば・・・とシートの選択に迷ったら、まずは ☼ シートから書いてみよう。**

| 領域 | シート名 | | ねらい |
|---|---|---|---|
| A<br>基本情報 | A-1 | 私の基本情報シート | これらの情報はご本人のためのものです。<br>全てのシートは「利用者本位」を忘れずに、ご本人(私)を主語に、ご本人の視点でご記入ください。 |
| | A-2 | 私の自立度経過シート | 私の自立状態が保てるように、私の状態と変化の経過を把握してください。 |
| | A-3 | 私の療養シート | 今の私の病気や、のんでいる薬などを知って、健康で安全に暮らせるように支援してください。 |
| | ☼A-4 | 私の支援マップシート | 私らしく暮らせるように支えてくれているなじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握して、より良く暮らせるよう支援してください。 |
| B<br>暮らしの情報 | B-1 | 私の家族シート | 私を支えてくれている家族です。<br>私の家族らの思いを聞いてください。 |
| | ☼B-2 | 私の生活史シート | 私はこんな暮らしをしてきました。<br>暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手がかりを見つけてください。 |
| | ☼B-3 | 私の暮らし方シート | 私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。<br>なじみの暮らしを継続できるように支援してください。 |
| | B-4 | 私の生活環境シート | 私が落ち着いて、私らしく暮らせるように環境を整えてください。 |
| C<br>心身の情報 | C-1-1 | 私の心と身体の全体的な関連シート | 私が今、何に苦しんでいるのかを気づいて支援してください。 |
| | ☼C-1-2 | 私の姿と気持ちシート | 私の今の姿と気持ちを書いてください。 |
| D<br>焦点情報 | ☼D-1 | 私ができること・<br>私ができないことシート | 私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。<br>できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかり行ってください。 |
| | ☼D-2 | 私がわかること・<br>私がわからないことシート | 私がわかる可能性があることを見つけて、機会をつくり力を引き出してください。<br>私がわかる可能性があることを見つけて支援してください。もうわからなくなったことは放置しないで、代行したり、安全や健康のための管理をしっかり行ってください。 |
| | D-3 | 生活リズム・パターンシート | 私の生活リズムをつかんでください。<br>私の自然なリズムが、最大限保たれるように支援してください。<br>水分や排泄や睡眠などを、介護する側の都合で、一律のパターンを強いないでください。 |
| | ☼D-4 | 24時間生活変化シート | 私の今日の気分の変化です。<br>24時間の変化に何が影響を与えていたのかを把握して、予防的に関わるタイミングや内容を見つけてください。 |
| | D-5 | 私の求めるかかわり方シート | 私に対するかかわり方のまなざしや態度を点検してみましょう。 |
| E | ☼24時間アセスメントまとめシート<br>(ケアプラン導入シート) | | 今の私の暮らしの中で課題になっていることを整理して、私らしく暮らせるための工夫を考えてください。 |

# ご本人・ご家族がセンター方式を活用してみよう

**本人・家族の情報を活かして日々を楽に、自分らしく！**
**本人・家族が伝えたいことを、シートでうまく伝えよう！**

**センター方式シートのいろいろ**

**本人の姿と気持ちシート【 C-1-2 】**
**家族の気持ちシート【B-1】**
今の気持ちや要望を記そう。
日々の思い、周囲にわかってほしいことをありのまま。

**本人の暮らし方や力のシート**
**・本人の習慣・好み【B-3／B-4】**
**・本人の心身の力【D-1／D-2】**
**・医療、心身の全体【B-2／C-1-1】**
**・人のつながり【A-4】**

**本人の生活史シート【B-2】**
少し立ち止まり、本人と家族の生活の歴史を振り返って整理してみよう。

**今、起きていることシート**
今の暮らしや介護で起きているありのままを。
**・日々の様子・本人の状態の変化【D-4／D-3】**
**・家族なりの介護の努力・工夫【B-1～B-3 】**

**これまでの経過シート【A-1／A-2】**
認知症になりはじめた頃からこれまでのことを振り返って整理してみよう。

**支援してほしいことをまとめるシート（ケアプラン導入シート）【E】**
本人と家族が支援してほしいこと、支援してほしい時間帯、うまくいくための工夫やアイディアなどを具体的に整理しよう。

## 【家族によるシート活用例 1】

**家族が記入したシートが手がかりとなって、デイサービスでの本人の激しい症状が減少、精神病院入院を回避できたケース。**

本人　70歳　アルツハイマー型認知症、診断後3年目。自宅で妻と2人暮らし。
妻　　68歳　デイサービスを利用しながら、なんとか夫を在宅でみたい。
しかしデイ利用時に激しい症状のため、デイが利用継続に難色を示す。
周囲は入院をすすめ、妻は限界を感じ始めていた。

**センター方式活用前**

**本人**：険しい顔で歩き続ける 職員対応困難

**妻**：何かおかしい…、と思いつつも夫に面と向かって聞けない。
些細なトラブルが増え、不安。

デイサービス（週に3日）
3ヵ月後

**センター方式活用後**

**大好きな娘の話題を、職員と嬉しそうに話す。職員にゴルフの素振りを指南。見学者の応接役として活躍。家と同じ1時半過ぎに昼寝。**

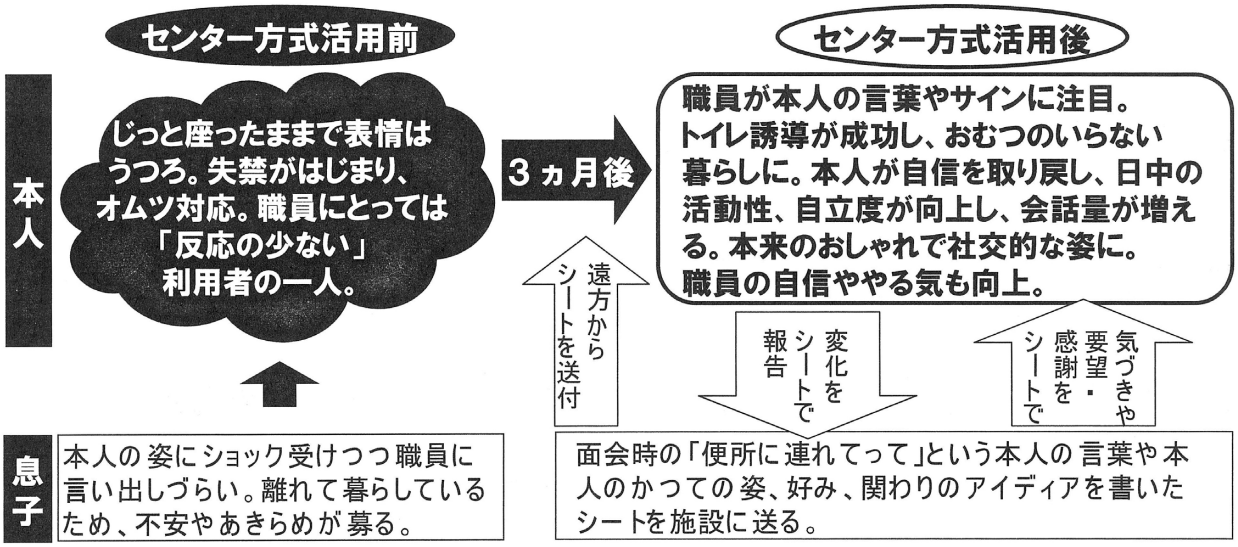
シートを渡す
シートで報告
気づきや要望・感謝をシートで

シートで本人の日課、好みや嫌いなこと、得意なこと、生活歴等をスタッフに伝える。
デイで落ち着いたら夜よく眠り、在宅継続になる。

# 【家族によるシート活用例 2】

**遠方に住む息子が、シートを通じて母の思い、家族のアイディアを施設に伝える。**
**低下一方だった本人に活気が蘇り、おむつは不要に。**

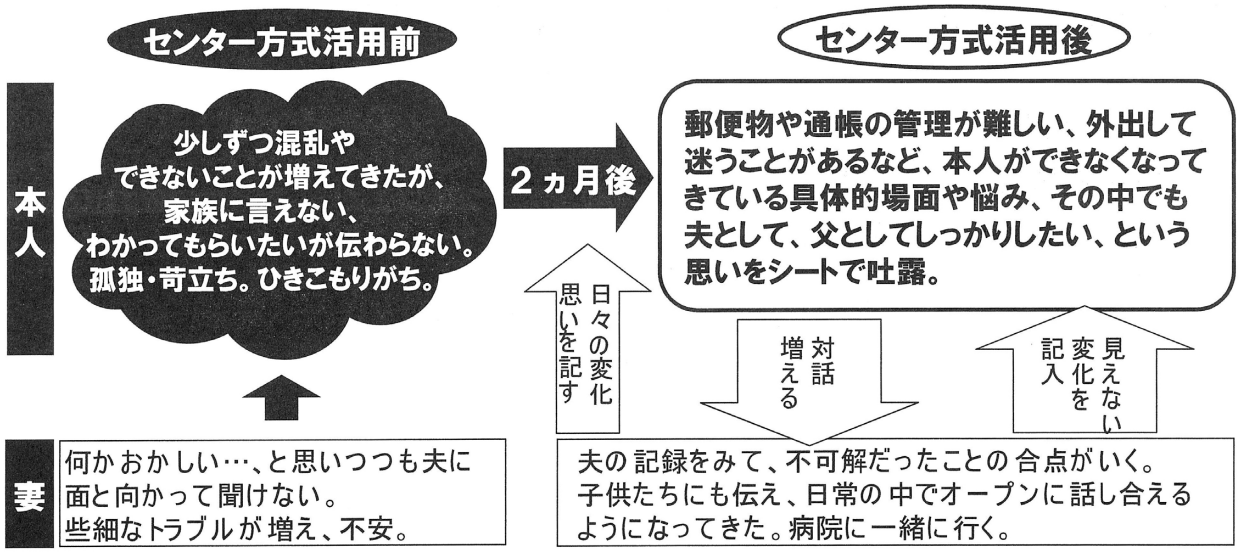
本人　82歳　血管性認知症　診断後7年　一人暮らしの後、施設入居後2年目。
息子　54歳　母に会いに来れるのは年数回。会うたびにじっと座ったままで、空ろになっていく姿にショック。会った時の母の言葉「便所へ」を書きとめ、遠方から息子なりの情報をシートで送り、職員と遠隔協働。互いの喜びに。




# 【本人によるシート活用例】

**自分の変化に一人で悩み、受診。起きている変化や心のうちをシートで家族や周囲に伝える。**
**周囲は驚くも、本人とこれからのことを一緒に相談。**

本人　58歳　血管性認知症　診断後7年　一人暮らしの後、施設入居後2年目。
妻　52歳　夫の変化に戸惑い、なぜ夫が早期退職したか不安と不満を持っていたが、シートで夫の病気の現実と苦しみ、これからも家族を守っていきたいという気持ちを知る。不安は大きいが「一緒に頑張りたい」。



# シートを実際に書いてみよう！

## 1. 記入しなければ、と力まずに

・自分のいつもの思い、しっていること、ふだんみていること、気づいていること、を気軽にメモするつもりで。

## 2. 全部、完璧に書こう、とがんばらないで

・少しの情報が、とても貴重
⇒　書きたいシート、書けるシートをまず１枚から少しずつ、書き足しOK。

## 3. シートに向かって、わかるところから埋めていこう

・書けないところは、これから意識して情報収集へ、よくみる、よくきく、集める。

## 4. きちんと書こう、専門用語を使って書かなければと、枠にはめないで

・ありのままの本人の・声、姿を書きとめよう。家族の声もありのまま。

## 5. 埋もれている気づき、何気なくしっていたこと、忘れていたこと、工夫を掘り起こそう

・見聞きした貴重な情報がたくさん埋もれたままでは・・・。
・これまでのこと、今見聞きしているけどあたりまえすぎて伝えていないこと。
・本人に接している人ならではの細やかな観察、聴き取り、気づき、アイデア、を日々の中でアンテナを立ててケアの情報を掘り起こそう。

## 6. 一人だけで、書こうと抱え込まないで

・他の職員、家族、本人をよく知る（友人、近所の人など）にも聞いてみよう、書いてもらおう。
・誰かと話しながら書こう。
＊人に話しているうちに、書くことが浮かんでくる
＊人に話すように、自然に、そのままの言葉でOK、そのほうが個別ケアにつながる

## 7. 迷ったらコアシート(☼ マークのついているシート)から書こう

## 8. プライバシー

**“当事者の立場にたって”あえて書かない合意を要する場合も**

**☆書いておしまいではなく**

＊書いたシートをもとに、明日からのケアに活かそう
＊情報をケアマネが集約しよう、ケアマネにシートや情報を出そう
⇒　個別具体のケアプラン作りを共に

# 個人情報の保護を徹底しよう

＊ シートの情報は、ご本人・ご家族のためのものです。

○ 情報やシートを共有する前提として、チームのメンバーの一人ひとりは、以下の事項を徹底することが求められます。

○ チームのリーダーの立場にある人には、チームメンバーに対して以下の事項の徹底を図ることが求められます。

## 1. 当事者のプライバシー、個人情報に触れる自らの立場性の理解の徹底・自己点検

ケアマネジメントのすべてのプロセスで、それを行うこと自体が当事者のプライバシーに踏み込む事であることの立場性の確認と、常に自己点検を行うことを徹底する。

## 2. プライバシー・個人情報の守秘の徹底

## 3. プライバシー・個人情報の取得の制限

利用者本位、ケアマネジメントのための「必要最小限」の事項に限り、プライバシーに立ち入り、情報を取得することとする。

## 4. プライバシー・個人情報の目的外利用・提供の禁止

## 5. 適正な取り扱いと管理(保管・破棄)の徹底

① 取り扱い：あらゆる会議、打合せの、情報の送信等の際に、プライバシー、個人情報が文字および言葉として、あらわにならないように徹底する。

② 保管、持ち出し、廃棄時の守秘管理を徹底する。

## 6. 複写・複製の禁止

## 7. 事故発生時における報告・対応

プライバシー、個人情報の保護に関し、何らかの事故が発生した場合の報告・対応の明確化。

# シートの記入ポイント

## 1. できるだけ具体的な事実を書こう

ひとりひとりのケースの具体的ケアプランを導くために、記載はできるだけ
具体的な事実と、それに基づくケアのヒントを記入しましょう。

## 2. "□"は点検欄です。

該当する項目の□に" ✓" を付けましょう。
同時に判断した具体的事実やケアのヒントも余白にメモしましょう。

## 3.「記入日」は最初にそのシートに記入した日付を書こう

- 最初にシートに記入した日付を記入しましょう。
- 新たに入手できた情報やケア上の気づきがあった場合は、該当するシートに記入し、
  記入事項の末尾に記入者名と記入日を添えて書き加えましょう。

## 4. 誰からの情報かわかるようにしよう

情報源を明確にするために、記入する文章の冒頭に以下のマークを入れ書こう。
誰からの情報か、マーク自体がアセスメントの大事な情報になります。

**●**
**私が言ったこと**

- 私（本人）の言ったことを　そ・の・ま・ま　書こう。
  （言葉になっていなくても、単語でも、発声でも、方言でもそのままを書こう）
- たとえば…●行こう、行こう（立ち上がりながら）●だぁー だぁー
- 発語もない場合は、その時の表情や様子を●（･･･）として書こう。

**△**
**家族が言ったこと**
**※ 文末に本人から みたその家族の 続柄も記入しよう**

- 家族の言ったことを　そ・の・ま・ま　書こう。
  （方言や言い方を変えないで、本人と言い分が違ってもかまわない）
- △できる訳ないですよ～(次女)
  △毎日のように、買い物に行ってたんですよ(夫)
- 家族がいない場合は、家族から聞いたことがない場合は記入しない。

**○**
**ケア者が 気づいたこと**
**※ 文末にケア者の 名前も記入しよう**

- ケア者が気づいたこと(ちょっとしたことでも)やケアのヒントや
  アイデアになりそうな事を書こう。
  （本人が言ったことやその時の表情や様子を根拠として気づきを書こう）
- たとえば…「○いつも帽子をかぶっていたのは、普段から外にでることが
  好きなので、いつでも出かけられるように準備していたのか。
  外に出る楽しみをつくろう。」

## 5. 関わる側の「かかわり方」も点検しよう

アセスメント（その人がよりよく暮らすための課題）を明確にするためには、
利用者にのみ注目するだけではなく、関わる側を冷静に点検する必要があります。
そのためにD-5のシートをご活用ください。

## 6. シートの欄が足りない場合は、欄外に記載したり、A4用紙を添付して書き足そう

＊欄の枠や幅に縛られないで！

# A-1 基本情報（私の基本情報シート）

事業者名　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎これらの情報はご本人のためのものです。全てのシートは「利用者本位」を忘れずに、ご本人（私）を主語に、ご本人の視点でご記入ください。

| フリガナ | | □男 □女 | 要介護度 | 認知症の人の日常生活自立度 | 障害老人自立度 | 認知症関連の評価（評価スケール:　） |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 名　前 | | 歳 | | | | |
| 誕生日 | □明治 □大正 □昭和　年　月　日 | | 家族や知人の連絡先（連絡しやすい手段を記入） | | | |
| | | | 氏名 | | 続柄 | TEL/携帯番号/メール/FAX |
| 住民票がある住所 | 〒　ー<br>電話　FAX | | 1 | | | |
| | | | 2 | | | |
| | | | 3 | | | |

認知症の診断名　　診断を受けた医療機関　　（いつ頃か　年　月）

サービスを利用するまでの経過（家族や周囲の人が認知症の状況に気づいてからの経過）

| 年　月 | 様子<br>※症状に気づいた時期、要介護認定を受けた時期、サービス開始時期など | その時にあった事など（背景） |
|---|---|---|
| | | |

| ○介護保険　被保険者番号 | ○健康保険　保険の種類 |
|---|---|
| 保険者番号 | 被保険者名 |
| 資格取得　平成　年　月　日 | 被保険者との続柄（　） |
| ○経済状態（年金の種類等）<br>国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護<br>その他（　）　月額　円 | ○公費負担医療　適用　□有 ・ □無<br>（　）障害者手帳　種　等<br>○就労状態（　） |


©認知症介護研究・研修東京センター(0704)

# A-2 基本情報（私の自立度経過シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私の自立状態が保てるように、私の状態と変化の経過を把握してください。
※左端の例を参考に次の記号で記入してください。要介護度■、障害老人自立度●、認知症の人の日常生活自立度△、認知症関連の評価□
（ご利用スケール名を枠内に記入）
※半年に1回はスケールで状態を把握してください。介護保険資格取得時の要介護認定およびサービス利用開始時の状態も記入しましょう。
介護保険利用前のケースの場合も、わかる範囲で記入しましょう。
※状態が変化した時に気づいた事があれば、下欄の「気づき」に記入しましょう。

| 要介護度 | 障害老人自立度 | 認知症の人の日常生活自立度 | 例 | 評価年月日（その時点の記入者名） | 認知症関連の評価 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 本人の変化に気づいた頃 | | 使用スケールに○を付ける<br>・N-ADL<br>・NMスケール<br>・DBD<br>・FAST<br>・HDS-R<br>・その他: |
| | | | 2002 4/12 | | |
| ■ | ● | △ | 佐藤 | | □ |
| なし 未申請 | J-1 | I | ■なし ●J1 | | |
| 1 要支援 | J-2 | IIa | △IIa | | |
| 2 要支援 | A-1 | IIb | | | |
| 1 | A-2 | IIIa | | | |
| 2 | B-1 | IIIb | | | |
| 3 | B-2 | IV | | | |
| 4 | C-1 | M | | | |
| 5 | C-2 | | | | |
| 気づき<br>状態を把握し、変化に影響した事柄や背景について気づいた点を記入しましょう。 | | | 散歩の帰りに道に迷うようになった。同じものを何度も買ってくることが増えた。 | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。

©認知症介護研究・研修東京センター(0704)

# A-3 基本情報（私の療養シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎今の私の病気や、のんでいる薬などを知って、健康で安全に暮らせるように支援してください。
（薬剤情報提供シートがある場合は、コピーをこのシートの裏に添付してください。）

| かかり始めた年月日<br>病院・医院名<br>（連絡先） | 医師 | 受診回数<br>月_回<br>週_回 | 通院方法<br>（所要時間）<br>徒歩、自家用車など、往診は「往」 | 私の病名<br>高血圧や糖尿病は、今の数値を記入しましょう。 | 私がのんでいる薬の名前<br>（何の薬かも記入）<br>薬剤名と使用目的<br>例：〇〇（血圧を下げる） | 回数・量<br>3回／日、各1錠又は、頓服、点眼等 | 医療機関から気をつけるようにいわれていること<br>水分を摂る、塩分を控えるなど | 私の願いや支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>〇ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

| 過去に治療を受けた病気（今の暮らしに配慮が必要な病気や感染症） | |
|---|---|
| 年　月 | 病名 |
| | |

今の暮らしの中で気をつけていること（アレルギーや禁忌なども記入）
（便秘にならないように気をつけていることなど、私や家族が配慮している内容を具体的に記入しましょう。）


©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

# A−4 基本情報（私の支援マップシート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私らしく暮らせるように支えてくれているなじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握して、より良く暮らせるよう支援してください。

※家族は日常的にかかわりのある人を記入しましょう。
（家族、親族の全体像はB−1に記入）
※施設で暮らしていても私が関わっている人、会いに来てくれる人、会いに行く人、私の支えとなっている物や場所も記入しましょう。
※記入者からみて連携がとれている人を線で結びましょう。

※誰からの情報かを明確にしましょう。

●私が言ったこと
△家族が言ったこと、
○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア

私にとってなじみの場所は　　です。

私が行きたい場所は　　です。

私にとってなじみの人は　　です。

私が会いたい人は　　です。

私が一番頼りにしている人は　　です。

私が支えたい人は　　です。

◎私の暮らしを支えてくれているサービスと、主となる担当者を教えてください。（例：デイサービス・田中）
※第3表（週間サービス計画表）を基盤に、介護保険サービス以外でも定期的に支えてくれているサービスや人を記入しましょう。

| 時間 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 私の願いや支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4:00 | | | | | | | | |
| 6:00 | | | | | | | | |
| 8:00 | | | | | | | | |
| 10:00 | | | | | | | | |
| 12:00 | | | | | | | | |
| 14:00 | | | | | | | | |
| 16:00 | | | | | | | | |
| 18:00 | | | | | | | | |
| 20:00 | | | | | | | | |
| 22:00 | | | | | | | | |
| 0:00 | | | | | | | | |
| 2:00 | | | | | | | | |
| 4:00 | | | | | | | | |

| | 必要時、利用している介護保険サービス | 上記以外でふだん地域で受けている支援や内容<br>（民生委員、ボランティア、各種自治体サービスなど） |
|---|---|---|

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。

©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

# B−1 暮らしの情報（私の家族シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私を支えてくれている家族です。私の家族らの思いを聞いてください。

私の家族・親族　※私がその人を呼ぶ時の呼称も書いてください。同居は囲んでください。

（旧姓:　　）

□ 男性
○ 女性
● 死亡
[*] 主介護者（男）
(*) 主介護者（女）
[△] 副介護者（男）
(△) 副介護者（女）
＝ 婚姻関係

私を支えてくれている家族・親族

| 名　前 | 続柄 | 年齢 | 役割と会える頻度 | 本人や介護に対する思い | 受けているサービスへの要望 | 最期はこうして迎えさせたい | 私の願いや支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

私の家族らの悩み・要望・願い（家族らの生活、介護、経済面、人間関係など）

| 名　前 | 続柄 | 私の家族自身の、暮らしに関する悩み・要望・願い | 私の願いや支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 成年後見制度の利用　：　有　・　無　（利用の緊急性　無　・有　） | 地域福祉権利擁護事業の利用　：　有　・　無　（利用の緊急性　無　・　有　） |
|---|---|

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。



©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

# B−2 暮らしの情報（私の生活史シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私はこんな暮らしをしてきました。暮らしの歴史の中から、私が安心して生き生きと暮らす手がかりを見つけてください。

※わかる範囲で住み変わってきた経過（現在→過去）を書きましょう。認知症になった頃に点線（・・・・）を引いてください。

私の生活歴（必要に応じて別紙に記入してください）

| 年月 | 歳 | 暮らしの場所（地名、誰の家か、病院や施設名など） | 一緒に暮らしていた主な人 | 私の呼ばれ方 | その頃の暮らし・出来事 | 私の願いや支援してほしいこと ●私が言ったこと △家族が言ったこと ○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 現在 | | | | | | |

私がしてきた仕事や得意な事など

私の好む話、好まない話

1日の過ごし方

長年なじんだ過ごし方（いつ頃　　）

時間
4時

現在の過ごし方

時間
4時

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。

©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

## B−3 暮らしの情報（私の暮らし方シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私なりに築いてきたなじみの暮らし方があります。なじみの暮らしを継続できるように支援してください。

| 暮らしの様子 | 私が長年なじんだ習慣や好み | 私の現在の状態・状況 | 私の願いや支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|
| 毎日の習慣となっていること | | | |
| 食事の習慣 | | | |
| 飲酒・喫煙の習慣 | | | |
| 排泄の習慣・トイレ様式 | | | |
| お風呂・みだしなみ<br>（湯の温度、歯磨き、ひげそり、髪をとかすなど） | | | |
| おしゃれ・色の好み・履き物 | | | |
| 好きな音楽・テレビ・ラジオ | | | |
| 家事<br>（洗濯、掃除、買い物、料理、食事のしたく） | | | |
| 仕事<br>（生活の糧として、社会的な役割として） | | | |
| 興味・関心・遊びなど | | | |
| なじみのものや道具 | | | |
| 得意な事/苦手な事 | | | |
| 性格・特徴など | | | |
| 信仰について | | | |
| 私の健康法<br>（例：乾布摩擦など） | | | |
| その他 | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。

©認知症介護研究・研修東京センター(0704)

# B−4 暮らしの情報（私の生活環境シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私が落ち着いて、私らしく暮らせるように環境を整えてください。
※私にとって課題のある項目に✓を付け、その項目番号（1～83）の具体的な状況を右端欄に書いてください。

**1. 私が緊張せずにいられる場所ですか**
1 □ 不安や不快な音がありませんか
2 □ 不快なにおいはありませんか
3 □ 落ち着かない色はありませんか
4 □ 刺激の強い光はありませんか（特に夕方から夜間）
5 □ 不安になる場所はありませんか（寝室、廊下、トイレなど）
6 □ その他：

**2. 私が安心して居られる場所が確保されていますか**
7 □ 食事をする場所や席は安心できる場所ですか
8 □ 寝る場所は安心できる場所ですか
9 □ 寝るときの明るさは私が安心して眠れる明るさですか
10 □ ベッドや布団・枕の位置は私にあっていますか
11 □ 私にとってなじみの家具がありますか
12 □ 安心して過ごせる好みの場所がありますか
13 □ その他：

**3. 私が心地よく過ごせる環境が用意されていますか**
14 □ 居室の明るさと温度は適切ですか
15 □ 色彩、音、香りは私にとって心地よいですか
16 □ 飲食物の食材や温度はなじみのものとなっていますか
17 □ 触れて心地よいクッション、抱けるものがありますか
18 □ 木や自然の素材がありますか
19 □ その他：

**4. 私の暮らしに必要な場所がわかる工夫がされていますか**
20 □ 居室・寝床がわかる工夫がありますか
21 □ 居間がわかる工夫がありますか
22 □ トイレがわかる工夫がありますか
23 □ 浴室がわかる工夫がありますか
24 □ その他：

**5. 私が過ごしている時や支えてくれている人をわかる工夫がされていますか**
25 □ 私がわかる時計がありますか
26 □ 私がわかる暦・カレンダーがありますか
27 □ 季節の行事やならわしに関する物がありますか
28 □ 季節を感じられる自然のもの（花、食べ物、外の風景）がありますか
29 □ 支えになっている人の写真がありますか
30 □ なじみの人がわかるサイン（服装・名札など）がありますか
31 □ その他：

**6. 私の持っている力が出せる場がありますか**
32 □ 炊事の場
・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか
33 □ 掃除の場
・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか
34 □ 洗濯の場
・自分でやれたり動作ができる場が用意されていますか
35 □ 使い慣れた身だしなみの道具はそろっていますか
36 □ 趣味（縫い物、編み物、大工仕事など）を楽しめる道具がそろっていますか
37 □ 長年やってきた仕事道具（培った能力）がそろっていますか
38 □ その他：

**7. 私が自然や地域と関われる場が確保されていますか**
39 □ 住まいの周囲に自然や地域と関われる場所が確保されていますか
40 □ 散歩道に自然や地域と関われる場所が確保されていますか
41 □ 買い物に行けるお店が確保されていますか
42 □ 私が行きたい場所が確保されていますか
43 □ その他：

**8. 室内にいても自然と触れ合える場づくりがされていますか**
44 □ 自然光はありますか
45 □ 風とおしはよいですか
46 □ 植物と触れあう場を作っていますか
47 □ 動物と触れあう場を作っていますか

**9. 私を取り戻せる場の工夫がされていますか**
48 □ 私の昔の写真、家族の写真、思い出の品物、私の好むもの（洋服や化粧、アクセサリー、時計、音楽など）をそばに置いていますか
49 □ その他：

**10. 人とのかかわりの場が確保されていますか**
50 □ 家族とのかかわりの場が確保されていますか
51 □ 近所とのかかわりの場が確保されていますか
52 □ 町の人とのかかわりの場が確保されていますか
53 □ 子供たちとのふれ合いの場が確保されていますか
54 □ その他：

**11. 私のいつもの居場所を知ってくれていますか**
55 □ 私のいつもの居場所を知っていますか
56 □ 近所の人は私が好む場所を知ってくれていますか
57 □ 私の行きそうな場所を知っていますか
58 □ その他：

**12. 私が危険な状況にならないように工夫がされていますか**
＜誤嚥の予防＞
59 □ 私にあった食事（形、硬さ、量）が工夫されていますか
60 □ 食事の姿勢が保てるイスや物品が工夫されていますか
61 □ その他：

＜転倒・転落の予防＞
*床の状態
62 □ 滑りやすいものはないですか（水こぼれ、玄関マット）
63 □ 歩行の障害になる物がないですか
64 □ 段差は適切ですか
65 □ 絨毯などのひっかかりやすい素材がありませんか
66 □ その他：
*衣類の状態
67 □ 靴下やスリッパは私にあっていますか
68 □ その他：
*ベッド等の状態
69 □ 私にとってベッド、布団のどちらが適切かを見極めていますか
70 □ 高さ、広さ、ベッド柵は適切ですか
71 □ その他：
*イス
72 □ 高さや安定感は適切ですか
73 □ その他：
*車いす
74 □ 移動具としてのみ使えていますか
75 □ ストッパー、フットレストは安全に使えていますか
76 □ 座り方は安定していますか
77 □ その他：

＜感染の予防＞
78 □ 手をすぐに洗える場や用意がありますか
79 □ 腐ったものがありませんか
80 □ カビなどがありませんか
81 □ ホコリがたまっていませんか
82 □ 害虫等が繁殖していませんか
83 □ その他

私の願いや支援してほしいこと

●私が言ったこと
△家族が言ったこと
○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア


©認知症介護研究・研修東京センター(0704)

## C-1-1 心身の情報（私の心と身体の全体的な関連シート）

◎私が今、何に苦しんでいるのかを気づいて支援してください。
※私の苦しみの最も引き金となっている項目を見つけるために、課題になっている項目に✓を付け、関連がある項目を線で結んでください。

| 身長 cm | 体重 kg | 栄養状態： | 食事の形態： | 主食： | 飲水量 cc/日 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 副食： | |

| 1. 私の体調 | 状態 |
|---|---|
| 1 ☐ 食欲がない | |
| 2 ☐ 眠れない | |
| 3 ☐ 起きれない | |
| 4 ☐ 痛みがある | |
| 5 ☐ 便秘している | |
| 6 ☐ 下痢している | |
| 7 ☐ 熱がある | |
| 8 ☐ 手足が冷えている | |
| 9 ☐ その他 | |

| 2. 行動心理的な状態 | 状態 |
|---|---|
| 10 ☐ 盗られたなど被害にあっていると言う | |
| 11 ☐ 状況に合わない話をする | |
| 12 ☐ (ないものが)見える、聴こえる | |
| 13 ☐ 気持ちが不安定 | |
| 14 ☐ 夜眠らない | |
| 15 ☐ 荒々しい言い方やふるまいをする | |
| 16 ☐ 何度も同じ話をする | |
| 17 ☐ (周囲に不快な)音を立てる | |
| 18 ☐ 大きな声を出す | |
| 19 ☐ 声かけや介護を拒む | |
| 20 ☐ 落ち着かない | |
| 21 ☐ 歩き続ける | |
| 22 ☐ 家に帰るなどの言動を繰り返す | |
| 23 ☐ (一人では危険だが)外に出ようとする | |
| 24 ☐ 外出すると一人で戻れない | |
| 25 ☐ いろいろな物を集める | |
| 26 ☐ 火を安全に使えない | |
| 27 ☐ 物や衣類を傷めてしまう | |
| 28 ☐ 排泄物とわからず触ってしまう | |
| 29 ☐ 食べられない物を口に入れる | |
| 30 ☐ その他 | |

| 3. 私の口の中 | 状態 |
|---|---|
| 31 ☐ 入れ歯が合わず痛みや不具合がある | |
| 32 ☐ 歯ぐきがはれている | |
| 33 ☐ 口内炎ができている | |
| 34 ☐ 舌が白くなっている | |
| 35 ☐ 口の中が汚れている | |
| 36 ☐ 口の中が乾燥している | |
| 37 ☐ 唇が乾燥している | |
| 38 ☐ 飲み込みが悪い、むせる | |
| 39 ☐ その他 | |

| 4. 私の皮膚の状態 | 状態 |
|---|---|
| 40 ☐ 乾燥している | |
| 41 ☐ かゆみがある | |
| 42 ☐ 湿疹ができている | |
| 43 ☐ 傷がある | |
| 44 ☐ はれている | |
| 45 ☐ 赤くなっている | |
| 46 ☐ タコができている | |
| 47 ☐ 魚の目ができている | |
| 48 ☐ 水虫ができている | |
| 49 ☐ 床ずれがある | |
| 50 ☐ その他 | |

| 5. コミュニケーション | 状態 |
|---|---|
| 51 ☐ 表情がうつろ、堅い、乏しい | |
| 52 ☐ 目に光がない | |
| 53 ☐ 見えにくい | |
| 54 ☐ 聞こえにくい | |
| 55 ☐ 意思を伝えにくい | |
| 56 ☐ 感情を表現できにくい | |
| 57 ☐ 相手のいうことが理解できない | |

※記入欄が足りない場合はコピーして裏につけてください。

## C-1-2 心身の情報（私の姿と気持ちシート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私の今の姿と気持ちを書いてください。
※まん中の空白部分に私のありのままの姿を書いてみてください。もう一度私の姿をよく思い起こし、場合によっては私の様子や表情をよく見てください。
左側のように、様々な身体の問題を抱えながら、私がどんな気持ちで暮らしているのかを吹き出しに書き込んでください。
（次の記号を冒頭に付けて誰からの情報かを明確にしましょう。●私が言ったこと、△家族が言ったこと、○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア）

私の姿です

私の不安や苦痛、悲しみは…

私が嬉しいこと、楽しいこと、快と感じることは…

私の介護への願いや要望は…

私がやりたいことや願い・要望は…

私が受けている医療への願いや要望は…

私のターミナルや死後についての願いや要望は…



★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。



©認知症介護研究・研修東京センター(0704)

# D−1 焦点情報（私ができること・私ができないことシート）

名前＿＿＿＿＿＿　記入日:20　年　月　日／記入者＿＿＿＿＿＿

◎私ができそうなことを見つけて、機会を作って力を引き出してください。
◎できる可能性があることは、私ができるように支援してください。もうできなくなったことは、無理にさせたり放置せずに、代行したり、安全・健康のための管理をしっかり行ってください。
※今、私がしている、していないを把握するだけでなく、できる可能性があるか、もうできないのかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。
※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面（時間や朝、昼、夕、夜など）かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

| 暮らしの場面 | 私がしていること | | 私がしていないこと | | 私の具体的な言動や場面 | できるために必要な支援、できないことへの代行、安全や健康のための管理 | 私ができるように支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 常時している（自立） | 場合によってしている | 場合によっては出来そう | もうできない | | | |
| | できる（可能性） | | | | | | |
| 起きる | | | | | | | |
| 移動・移乗 | | | | | | | |
| 寝床の片づけなど | | | | | | | |
| 整容（洗顔や整髪など） | | | | | | | |
| 着替え（寝まき⇔洋服） | | | | | | | |
| 食事準備（献立づくり・調理・配膳等） | | | | | | | |
| 食事 | | | | | | | |
| 食事の片付け | | | | | | | |
| 服薬 | | | | | | | |
| 排泄 | | | | | | | |
| 掃除・ゴミ出し | | | | | | | |
| 洗濯（洗い→たたみ） | | | | | | | |
| 買い物（支払いも含む） | | | | | | | |
| 金銭管理（貯金の管理、手持ち現金の管理、通帳の管理・出し入れ、計画的に使えるか） | | | | | | | |
| 諸手続き（書類の記入・保管・提出等） | | | | | | | |
| 電話をかける・受ける | | | | | | | |
| 入浴の準備 | | | | | | | |
| 入浴時の着脱 | | | | | | | |
| 入浴 | | | | | | | |
| 寝る前の準備（歯磨、寝床の準備） | | | | | | | |
| 就寝 | | | | | | | |
| 人への気づかい | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |

★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。



©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

## D−2 焦点情報（私がわかること・私がわからないことシート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私がわかる可能性があることを見つけて機会をつくり、力を引き出してください。
◎私がわかる可能性があることを見つけて支援してください。もうわからなくなったことは放置しないで、代行したり、安全や健康のための管理をしっかり行ってください。
※外見上のわかること、わからないことを把握するだけでなく、わかる可能性があるのか、もうわからないことかを見極めて、該当する欄に✓を付けましょう。
※漠然とした動作のチェックではなく、24時間の暮らしのどの場面（時間や朝、昼、夕、夜など）かを状況に応じて具体的に記入しましょう。

| 暮らしの場面 | 私がわかること | | 私がわからないこと | | 私の具体的な言動や場面 | わかるために必要な支援、わからないことへの代行、安全や健康のための管理 | 私がわかるように支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 常時わかる | 場合によってはわかること | 場合によってはわかる可能性がある | わからない | | | |
| 会話の理解 | | | | | | | |
| 私の意思やしたいことを伝える | | | | | | | |
| 毎日を暮らすための意思決定（服を選んだり、やりたいことを決める） | | | | | | | |
| 時間がわかる | | | | | | | |
| 場所がわかる | | | | | | | |
| 家族や知人がわかる | | | | | | | |
| 直前の記憶 | | | | | | | |
| 最近の記憶（1～2週間程度の記憶） | | | | | | | |
| 昔の記憶 | | | | | | | |
| 文字の理解（ことば、文字） | | | | | | | |
| その他 | | | | | | | |


©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

# D-3 焦点情報（生活リズム・パターンシート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私の生活リズムをつかんでください。私の自然なリズムが、最大限保たれるように支援してください。
◎水分や排泄や睡眠などを、介護する側の都合で、一律のパターンを強いないでください。
※生活リズムがとらえられていない場合、リズムやパターンをとらえるために必要な日数を関係者で協働して記入しましょう。
※水分、排泄、睡眠、活動、ヒヤリ・ハット（転倒、転落、誤嚥、誤飲、誤薬など）などを必要に応じて記入しましょう。
　*睡眠の時間をラインマーカーで記入してパターンを見つけよう　*ヒヤリ・ハットがあった場合は赤字で記入
※本人の状態に影響を与えている内容（会いに来てくれた人など）は必要に応じて「他」の欄に記入しましょう。

※排泄関連の記号
同じ記号で関係者が記入し、情報を共有、伝達しましょう。

| 【状況】 | 尿 | 便 | 【使用した物】 |
|---|---|---|---|
| 自立 | ○ | ● | オムツ…オ |
| 誘導して出た | △ | ▲ | パッド…パ |
| 誘導して出ない | □ | ■ | 下剤…下 |
| 失禁 | + | × | 浣腸…浣 |
| | | | 摘便…摘 |

| 日 / 時間 | 日付 ／ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 私の願いや支援してほしいこと |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 水分 | 排泄 | 睡眠 活動 ヒヤリ・ハット 他 | 水分 | 排泄 | 睡眠 活動 ヒヤリ・ハット 他 | 水分 | 排泄 | 睡眠 活動 ヒヤリ・ハット 他 | 水分 | 排泄 | 睡眠 活動 ヒヤリ・ハット 他 | 水分 | 排泄 | 睡眠 活動 ヒヤリ・ハット 他 | 水分 | 排泄 | 睡眠 活動 ヒヤリ・ハット 他 | 水分 | 排泄 | 睡眠 活動 ヒヤリ・ハット 他 | ●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 気づいたこと | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


©認知症介護研究・研修東京センター(0704)

# D-4 焦点情報（24時間生活変化シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私の今日の気分の変化です。24時間の変化に何が影響を与えていたのかを把握して、予防的に関わるタイミングや内容を見つけてください。

※私の気分が「非常によい」から「非常に悪い」までの、どのあたりにあるか、時間を追って点を付けて線で結んでください。
※その時の私の様子や、どんな場面なのか、ありのままを具体的に記入してください。
※数日記入して、パターンを発見したり、気分を左右する要因を見つけてください。

| 気分／時間 | 非常に悪い | 悪い | 悪い兆し | どちらでもない | よい兆し | よい | 非常によい | その時の具体的な様子や場面 | 影響を与えていると考えられる事 | 私の願いや、支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア | 記入者 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | −3 | −2 | −1 | 0 | 1 | 2 | 3 | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |


©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

# D−5 焦点情報（私の求めるかかわり方シート）

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

◎私に対するかかわり方のまなざしや態度を点検してみましょう。

| 月日 | かかわっている人の点検項目 | 場面 | 状況 | 私の願いや支援してほしいこと<br>●私が言ったこと<br>△家族が言ったこと<br>○ケア者が気づいたこと、ケアのヒントアイデア | 記入者 |
|---|---|---|---|---|---|
| | あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか | | | | |
| | あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか | | | | |
| | あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか | | | | |
| | あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか | | | | |
| | あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか | | | | |
| | あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか | | | | |
| | あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか | | | | |
| | あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか | | | | |
| | あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか | | | | |
| | あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか | | | | |
| | あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか | | | | |
| | あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか | | | | |
| | あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか | | | | |
| | あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか | | | | |
| | あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか | | | | |
| | あなたは「介護してあげる」という一方的な気持ちではなく、私の暮らしのパートナーとして一緒に楽しもうとしていますか | | | | |
| | あなたは私の言うことや問いかけに、しっかりと耳を傾けていますか | | | | |
| | あなたは、私が話しを通して伝えようとしている真意を汲み取ろうとしていますか | | | | |


©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

## E 24時間アセスメントまとめシート（ケアプラン導入シート）★このシートを活かして介護計画表に、利用者本位の介護計画を展開しましょう！

名前　　記入日:20　年　月　日／記入者

**◎今の私の暮らしの中で課題になっていることを整理して、私らしく暮らせるための工夫を考えてください。**
※A～Dシートで把握してきた「私の願いや支援してほしいこと」から、今の暮らしで主に課題になっていることを選び、１日の流れにそって記入しましょう。（誰からの情報かを明確にしましょう。「●」私、「△」家族、「○」ケア者を冒頭に入れて記入しましょう。）
※介護者側が利用者本位の視点で判断した課題も書き込みましょう。
※ケアを行う上で注目してほしい行動や状態を整理し、原因や背景を考えてください。そして、より良く暮らせるための工夫を考えてください。
※その人らしさを守るために、５つの視点やそれを実践する視点を大切に記入しましょう。「私らしいあり方」、「私の安心・快」、「私の力の発揮」、「私にとっての安全と健やかさ」、「なじみの暮らしの継続」

| | 私の願いや支援してほしいこと（より良く暮らすための課題）<br>※ケア者が利用者本位の視点で判断した課題も書きましょう。 | 私の注目してほしい行動／状態 | 原因・背景 | 私がよりよく暮らせるためのケアのアイデアと工夫 |
|---|---|---|---|---|
| 4<br>6<br>8<br>10<br>12<br>14<br>16<br>18<br>20<br>22<br>0<br>2 | | | | |
| ケアプランに活かしたいこと<br>24時間に該当しない点で、 | | | | |



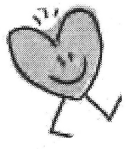
★プライバシー・個人情報の保護を徹底してください。



©認知症介護研究・研修東京センター(0503)

# 認知症の人のためのケアマネジメント
# 「12の鍵」

1. 認知症でもあきらめない、いつでもどこでも、「その人」から
2. めざすは「その人らしさ」、視点を共にチームパワーを
3. 一人ではない、本人の暮らしを支える仲間を知ろう、つくっていこう
4. 要はケアマネ、チームを束ねてつないでいこう、継続ケアの実現へ
5. 本人のそばにいる人こそが知っている、みんなの気づきをケアマネに
6. 急がずに、いいケアプランは日々の関係づくりから一歩ずつ
7. 一にも二にも当事者の声、ひたすら聴こう、苦しみと希望を
8. 声なき声を見落とさない、当事者のサインをチームで見極めよう
9. 本人は底力を秘めている、本人が生ききることを支えるケアプラン
10. 家族は底力を秘めている、家族と共にケアプランを育てよう
11. 地域は底力を秘めている、地域を舞台に町で暮らし続けるケアプラン
12. やれるケアプランで即実行、成功体験の連鎖でみんなが活き活きと



（平成16年度認知症高齢者ケアマネジメント推進モデル事業の実証結果より）

# センター方式を使っていくために……

＜教材＞

センター方式の理解や具体的な記入のしかたについては次のテキストをご参照ください。

★「改訂　認知症の人のためのケアマネジメント　センター方式の使い方・活かし方」
（中央法規、2006）

★「認知症の人のためのケアマネジメント　センター方式シートパック（解説付）」
（認知症介護研究・研修東京センター、2007）

★「認知症の人のための地域包括ケア、多職種によるステージアプローチ」
（日本看護協会出版、2005）

★「新しい認知症ケア～いつでもどこでもその人らしく　最期まで～」
（中央法規、2005）

＜ホームページ＞「いつどこネット」http://www.itsu-doko.net/

★ホームページからセンター方式シートを無料でダウンロードしていただけます。

★ホームページの「センター方式いつどこ広場」に実践事例をご紹介しています。
あなたの取り組み事例もぜひお寄せください。
（ホームページ上に簡易フォームがあります）

# これからの認知症ケアの学びのために ……

＜書籍＞

★「痴呆の人の思い、家族の思い」（中央法規、2004）

★「私、バリバリの認知症です」（かもがわ出版、2005）

★「私は私になっていく」（かもがわ出版、2004）

★「高齢者の尊厳を支える介護」（法研、2003）

★「いつだって心は生きている　大切なものを見つけよう」（中央法規、2006）

★「認知症の人の地域包括ケア　多職種で取り組むステージアプローチ」
（日本看護協会出版会、2006）

★「だいじょうぶ　だいじょうぶ、たすけたすけられる痴呆の人のケア」（筒井書房、2003）
※在宅の訪問介護の具体的事例集

＜映像＞

★「痴呆の人の体験世界を感じてみよう」（シルバーチャンネル、2003）

★「痴呆の人から学ぶ～クリスティーン・ブライデン講演より～」（第1巻～第3巻）
（シルバーチャンネル、2003）

★「懐かしの玉手箱」（全7章）（シルバーチャンネル、2003）

■　発行元　■
社会福祉法人　浴風会
認知症介護研究・研修東京センター　ケアマネジメント推進室
〒168－0071　　東京都杉並区高井戸西1-12-1
TEL　03（3334）1150　　FAX　03（3334）2156
URL　http://www.itsu-doko.net./
発行年月日　平成19年（2007年）4月

# 地域における連携システム等の実践報告

① 愛知県名古屋市
② 東京都板橋区
③ 東京都八王子市
④ 広島県
⑤ 東京都

（資料 11-1）

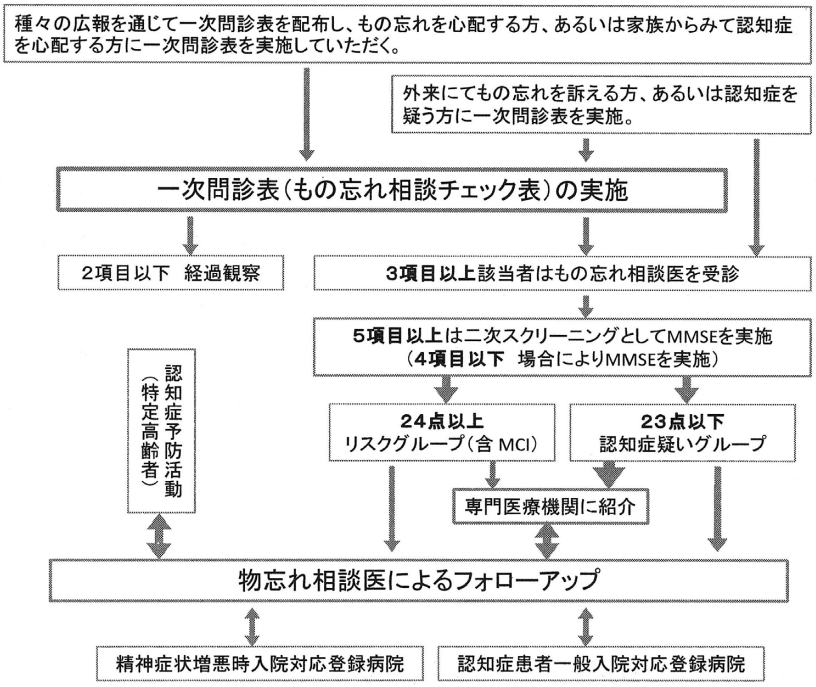
## 名古屋市医師会認知症ケアシステム
## 「なごや認知症安心安全プロジェクト」

名古屋市医師会では年々増加する認知症患者さんに対応するため、数少ない専門医だけではなく実際に相談を受けることの多いかかりつけ医において認知症患者さんを治療管理する認知症ケアシステムを構築しました。これは「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講した中から協力していただける医師を物忘れ相談医（登録かかりつけ医）とし、そのリストを行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・一般市民に公開するとともに認知症チェックリスト（20 項目）を配布しました。チェックリストで 3 項目以上あてはまる人に物忘れ相談医への受診を促すことをねらったものであります。物忘れ相談医は、受診した患者さんに MMSE の検査を行い、その結果により認知症予防のため地域包括支援センターへ紹介するか、認知症として治療するかを選択します。認知症として治療する場合は確定診断のため認知症診断専門医療機関（MRIとSPECT検査が可能であることを登録条件とするリストを物忘れ相談医へ配布してある）へ紹介し、確定診断の後　自院で治療を開始します。認知症の経過中には精神症状が増悪し自宅療養ができなくなることもあるため、認知症専用病棟を持つ入院協力病院リストを、骨折・肺炎等の身体疾患にて入院治療が必要な時のために一般入院協力病院リストを用意し、登録医に配布することによりかかりつけ医をバックアップしています。（システム保全のため、各リストは登録かかりつけ医のみに配布）

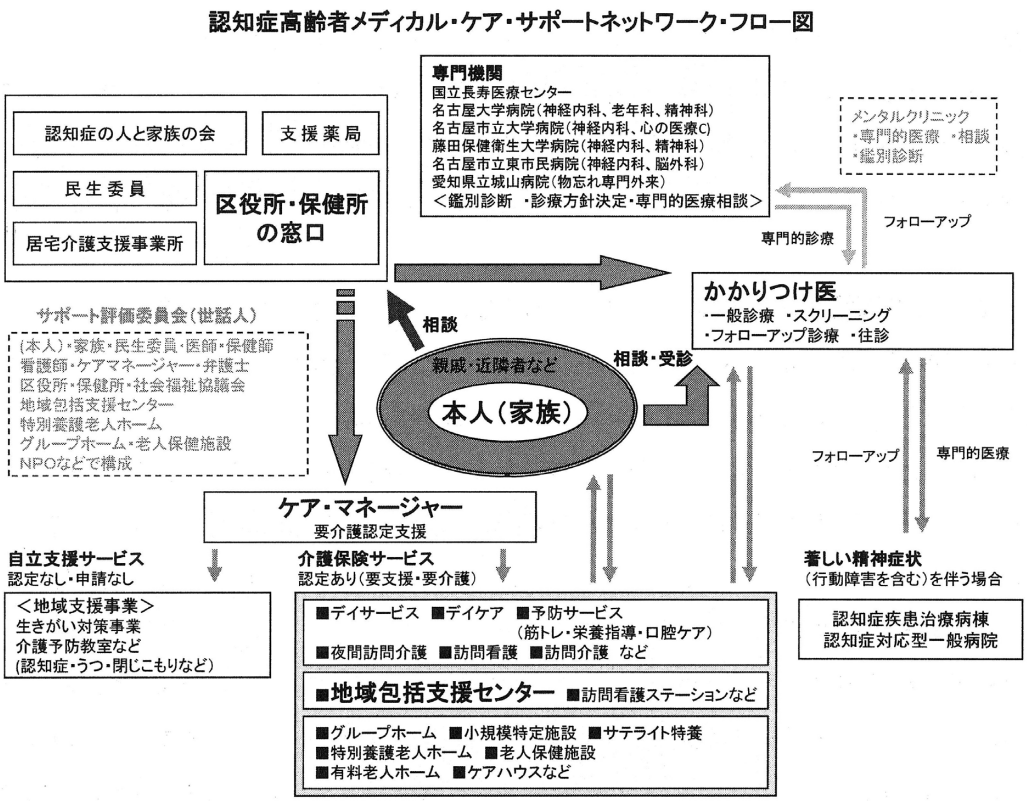
また認知症の経過中には介護保険・福祉制度等の利用が必要となるため、地区医師会が主体となり地域での資源や情報を共有し有効利用する（医療機関をはじめ家族会・行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・地域住民等が参加する）認知症地域連携を構築し、認知症患者さんの地元での生活を援助しています。（千種区ではすでに認知症地域連携が稼働しており、啓発活動としての認知症市民講座、専門職講演会、市民シンポジウムや認知症相談会などを行っています）これにより早期発見、早期治療から終末期の看取りまでを切れ目なく行うことが可能になると思われます。

（名古屋市医師会　認知症サポート医　黒川　豊）

## 【名古屋市医師会認知症ケアシステムフロー図】




## 【千種区認知症地域連携フロー図】



（資料 11-2）

# 東京都板橋区における認知症対策への取り組みと「かかりつけ医認知症対応力向上研修」

## Ⅰ はじめに

全国の中でも東京都は、今後急速な高齢化を迎えようとしており、認知症高齢者対策は緊急の課題である。平成 16 年から板橋区医師会は自発的に認知症対策に取り組み、板橋区医師会が主体となって独自の研修会を行い、医師会認定の「もの忘れ相談医」を養成した。

さらに板橋区行政と協力し、平成 18 年度の介護保険制度改正から、板橋区独自の「もの忘れ相談事業」が地域包括支援センターで行われるようになった。板橋区医師会の「もの忘れ相談医」がこれに参画して区民への啓発・認知症の早期発見に寄与するとともに、地域の認知症対策に貢献している。

## Ⅱ 板橋区認知症を考える会の設置と板橋区医師会の活動

板橋区は東京都 23 区の一つで、平成 18 年の人口約 53 万人、65 歳以上の高齢化率は約 19%である。板橋区医師会では平成 15 年より介護保険制度の改正をにらみ、「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～（高齢者介護研究会報告書）」などを参考に、これからの認知症対策のあり方を検討した。その後、東京都老人医療センター、東京都老人総合研究所の関係者らと平成 16 年1月「板橋区痴呆を考える会」（当時）を結成し、活動を開始した。現在は「板橋区認知症を考える会」として板橋区行政、地域病院らで構成される会として活動を継続している。

### 1．もの忘れ相談医研修、「認知症かかりつけ医対応力向上研修」と情報公開

活動開始当時は介護保険制度改正前であり、認知症の早期の気づきと早期発見・早期治療に課題を集約した。医師会員に対し、認知症関係の研修会を開催し、4 回以上の研修会参加をもって、板橋区医師会の「もの忘れ相談医」と認定した。この研修会は、現在各地で行なわれつつある「かかりつけ医認知症対応力向上研修」とほぼ同レベルの内容である（表1）。平成 17 年 9 月から「板橋区医師会認定もの忘れ相談医リスト」の区内への配布を開始するとともに、医療機関における認知症の早期診断や相談活動を開始した。

板橋区医師会員は A,B 会員併せて 500 名強であるが、板橋区医師会認定の「もの忘れ相談医」は、平成 17 年 9 月に 56 名で始まり、平成 18 年度には 76 名、平成 19 年度末には約 92 名になり、医師会員の 6 人に 1 人は「もの忘れ相談医」ということになる。平成 18 年度は「もの忘れ相談医」

医療機関に 354 件の認知症に関する受診（板橋区医師会調査）があった。

板橋区医師会の「もの忘れ相談医」認定期間は1年で、少なくとも年１回の認知症関連研修会継続参加が認定更新の要件である。板橋区医師会では、現在、表1に示すとおり独自に年2回研修会を行っているが、この他に、後述する豊島区医師会の認知症研修会も、板橋区医師会との合同研修会として開催されており、いずれの研修会へ参加しても認定単位にできる。さらに平成 18 年度から、国の補助を受けた東京都実施主体の事業として、東京都医師会と都内全域の地区医師会で「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が開始されたことを受け、板橋区医師会でも平成 19 年 3 月と平成 20 年 3 月 20 日に同研修を開催した。

東京都では「かかりつけ医認知症対応力向上研修」修了者に都知事による修了証を発行するとともに、都のホームページや区市町村から各地域包括支援センターへの通知により研修修了者情報の公開も行われている。板橋区医師会は、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」も、板橋区医師会の「もの忘れ相談医養成研修」の単位とすることにより、会員へのさらなる動機付け、啓発、意識向上へとつなげている。

平成 20 年度から制度化される医療機関情報の公開が、東京都の医療機関検索サイト「ひまわり」を利用して行われることから、各医療機関の認知症対応に関する地域社会への情報公開が一層進むことになろう。今後も国と都の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を活用しつつ認知症研修の充実、地域における包括的な認知症対応力の向上をめざしている。

表1　もの忘れ相談医養成研修会（板橋区医師会主催）

| | | |
|---|---|---|
| 第 1 回 | 痴呆の早期診断 | 平成 16 年　9 月 |
| 第 2 回 | 痴呆の治療 | 平成 16 年 11 月 |
| 第 3 回 | 痴呆の社会的対応と人権 | 平成 17 年　1 月 |
| 第 4 回 | 診断演習 | 平成 17 年　3 月 |
| 第 5 回 | もの忘れ相談医の役割と範囲 | 平成 17 年　7 月 |
| 第 6 回 | 薬物療法と介護指導 | 平成 17 年　9 月 |
| 第 7 回 | 認知症の診断手順と画像の役割 | 平成 18 年　7 月 |
| 第 8 回 | 認知症の概要とPCC | 平成 18 年　9 月 |
| 第 9 回 | 事例検討・マニュアル説明会 | 平成 19 年　6 月 |
| 第 10 回 | 成年後見制度鑑定書の書き方 | 平成 19 年　9 月 |

## 2. 専門医療機関との連携

板橋区内にある専門医療機関に対し、認知症患者の早期確定診断に協力してくれるよう医師会から協力要請を行った。現在は、専門医診察が必要な場合は専門医療機関へ受診誘導し、安定期は「もの忘れ相談医」が通常の健康管理や認知症対応を行う連携体制が構築され、円滑に運用されている(図1)。

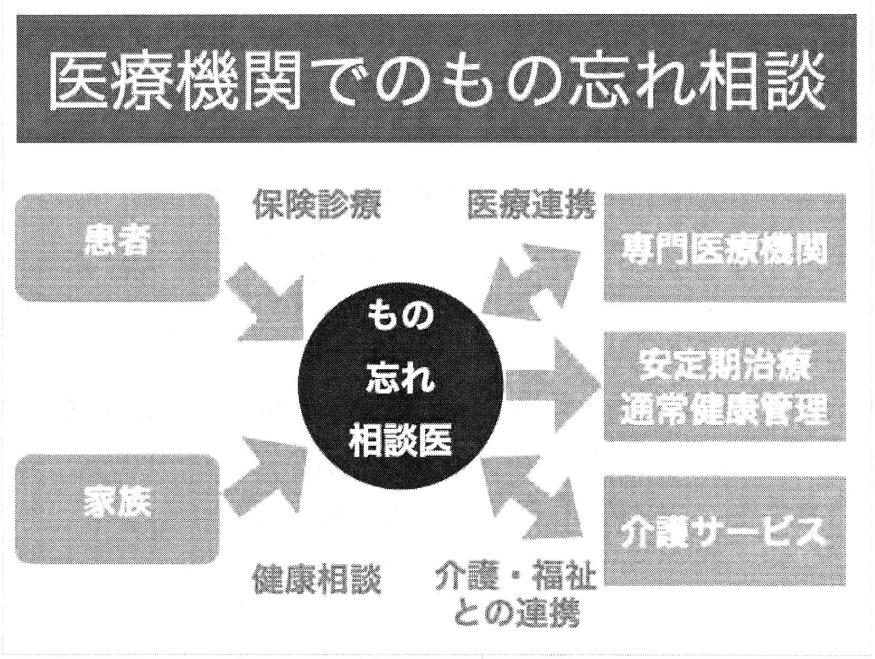



図 1　医療機関における「もの忘れ相談医」の役割と医療連携

表2　認知症診療について板橋区医師会と連携体制にある専門医療機関

| | |
|---|---|
| (1) | 東京都老人医療センター「もの忘れ外来」 |
| (2) | 日本大学板橋病院　精神神経科、神経内科 |
| (3) | 帝京大学病院　神経内科 |
| (4) | 成増厚生病院 |
| (5) | 和光病院 |
| (6) | 東京武蔵野病院 |
| (7) | 田崎病院「もの忘れ外来」 |
| (8) | 飯沼病院 |

## 3. 区民への啓発・普及活動

区民への啓発は不可欠であり、平成 16 年 9 月の板橋区医師会主催公開講座から、区行政とも連携して区民啓発の講演会に数多く参加している。平成 17 年には介護保険制度改正を前に、NPO 法人やヘルパー団体、薬剤師会らを対象に講演会を行い認知症対策の必要性を訴えた。現在も板橋区の「もの忘れ相談事業」等による啓発活動を行なっている。

表3　板橋区医師会が関与する認知症関連の啓発活動

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1) | 特別講演「痴呆の早期発見の意義とかかりつけ医の役割」 | 板橋区医師会公開講座 | 平成 16 年　9 月 |
| (2) | 講演会「認知症の医療」 | 板橋区主催 | 平成 17 年　3 月 |
| (3) | 講演会「認知症の医学的知識・予防の可能性」 | NPO 法人「板橋・ふれあい 21」主催 | 平成 17 年　7 月 |
| (4) | 講演会「認知症を知る」 | 板橋区主催 | 平成 17 年 10 月 |
| (5) | 薬剤師研修会「認知症と薬剤」 | 板橋区薬剤師会主催 | 平成 18 年　2 月 |
| (6) | 「もの忘れ予防講演会」 | 板橋区主催 | 平成 18 年より<br>年間 5 回 |
| (7) | 「認知症の人を介護する家族支援プログラム」 | 板橋区主催 | 平成 18 年より<br>年間 4 回 |

## 4. 行政・近隣医師会との連携

医師会から区行政に認知症対策への協力を求めた。後述する地域包括支援センターにおける「もの忘れ相談事業」と「認知症の人を介護する家族支援プログラム」には板橋区医師会が協力している。板橋区と隣接する豊島区医師会とも連携し、同会も平成 18 年度から板橋区医師会と同様の「認知症かかりつけ医」事業を開始した。両医師会は、年数回の合同委員会を持ちながら地域の認知症連携に取り組んでいる。

## III 板橋区行政との協力事業

### 1. 地域包括支援センターの「もの忘れ相談事業」

平成 18 年度から、板橋区医師会の「もの忘れ相談医」が各地域包括支援センターに出向いて、区民からの認知症に関する相談に応じる「もの忘れ相談事業」が新たに開始された。

これは板橋区が行う健康相談事業のひとつに位置づけられ、健康相談を通じて、必要な方が早期に医療機関や介護保険を利用するようになることをねらったものである。板橋区内の各地域包括支援センターにおいて年 4 回の「もの忘れ相談」を行うとともに、集会所などにおいて区民へ年 5 回の「もの忘れ予防講演会」を行っている(図 2)。相談を利用する区民の費用負担はなく、区民の講演会への参加も費用徴収はない。

板橋区には 16 ヶ所の地域包括支援センターがあるため、年間の「もの忘れ相談」は延べ 64 回にのぼる。地域包括支援センターで認知症個別健康相談を行い、医療や介護の早期利用につなげる試みは全国でも最初の試みと言われる。相談事業は平成 18 年 6 月から開始され、平成 19 年 3 月までに 129 件の利用があった。

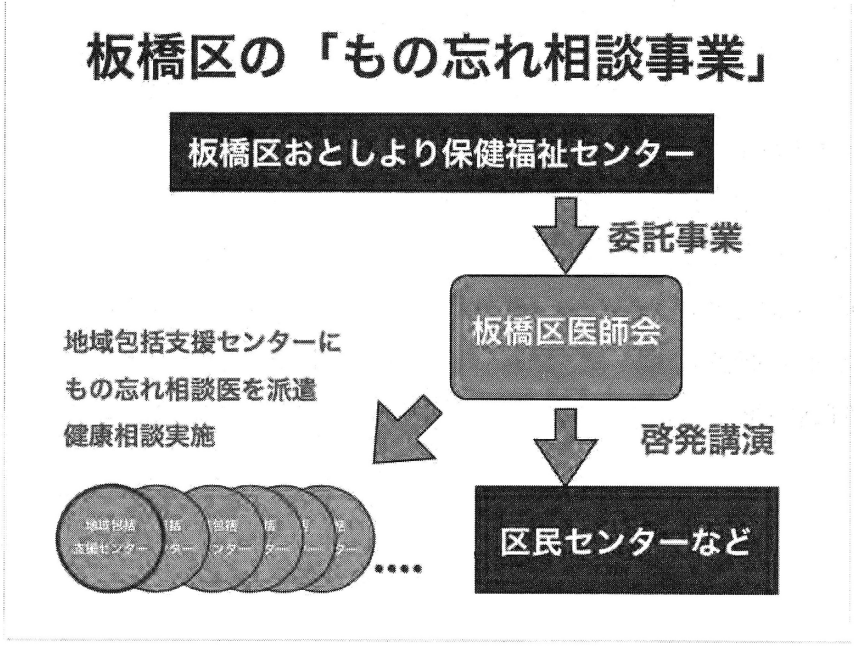



図 2 板橋区の「もの忘れ相談事業」概要

「もの忘れ相談事業」は、介護保険制度改正により設置されることになった地域包括支援センターでの新規事業として開始されたものであり、地域密着型ケアのひとつのモデルとして注目されている。前述したように平成 19 年度からは豊島区でも、同様の相談事業が行われるようになった。板橋区医師会は認知症相談事業における判定マニュアルを作成したが、豊島区医師会も板橋区のものと

同一の基準を使い、両医師会は緊密な連携を保ちつつ、地区医師会の壁を越えた「地域」としての認知症対応力向上に向けて活動している。

医師会・地域包括支援センター・行政の連携による認知症相談は、国が提唱する「地域包括ケア」の具現形のひとつと考え、板橋区医師会としては、本事業を区行政とともに支援・発展させてゆく所存である。

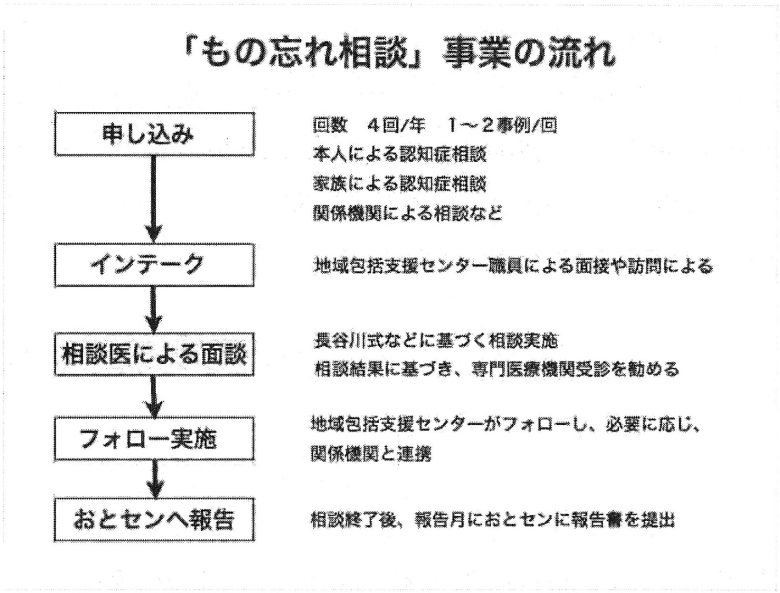



図 3　地域包括支援センターの「もの忘れ相談事業」フロー

## 2. 認知症の人を介護する家族支援プログラム

板橋区では行政機関である「おとしより保健福祉センター」において、平成 18 年度から認知症患者の家族を対象とした 5 日間コースの支援プログラムを開始した。1 日目に「認知症の理解 医療の現場から」という講義、2 日目と 3 日目はセンター方式の活用の講義と実習、4 日目は「介護保険サービスの利用と実際」についての講義、5 日目は介護ストレスの対処法に関する講義から構成されている。プログラムは全額公費負担で運営されており、30 人前後の定員で年間 4 回行っている。1 日目の「認知症の理解」をテーマとした講演は板橋区医師会の医師が講師を担当している。

## 3. 板橋区におけるその他の認知症行政サービス

板橋区では、上記の「もの忘れ相談」、「もの忘れ予防講演会」、「認知症の人を介護する家族支援プログラム」のほかにも、認知症で徘徊のある方を介護している家族のためにGPSを利用した「認知症徘徊高齢者探索サービス」、在宅で生活する認知症の方のために支援員が外出時の付添や話し相手、見守りを行う「ごいっしょサービス」、介護施設に関する情報提供なども行なっている。

## Ⅳ.おわりに

認知症対策には、医療・行政・介護・福祉・地域住民における緊密で包括的な連携とケアが必要である。「かかりつけ医認知症対応力向上研修」は、医師の認知症に対する意識変化・診察技術の向上・介護保険の円滑な利用などに不可欠な研修である。しかし地域における認知症対策のあり方は様々で、それぞれの地域における認知症のニーズにあった研修を引き続き開催することが必要である。これは認知症サポート医の重要な役割でもある。

また都道府県レベル、郡市区レベルでの行政との緊密な連携を獲得・維持することがなくては、地域の「ちから」としての「認知症対応力」の向上に結びつけることは困難である。医師会を含めた関係団体らと協力して地域としての「対応力」向上に繋げることが求められる。認知症サポート医には、医師会への働きかけ等を通じた積極的な活動を期待したい。

（板橋区医師会　認知症サポート医　弓倉　整）

文献

1）弓倉　整：板橋区医師会の「もの忘れ相談医」活動について．板橋区医師会通報，No.424，8-13，2005．

2）弓倉 整：都市型の医師会が主体となった地域連携実践について．老年精神医学雑誌，Vol.17，125-132，2006．

3）弓倉　整、水野重樹、依藤　壽、他：板橋区医師会における取り組み．治療，Vol.89，No.11，2007．

（資料 11-3）

# 八王子市医師会における認知症への取り組み
# ― 認知症支援ネットワーク(D-net)と認知症どんとこいドクター ―

## 1. はじめに

八王子市医師会は、従前より地域における認知症対策に積極的に取り組んできた。この対策の中核をなすのが、八王子認知症支援ネットワーク(通称:D-net)である。D-net は「質量ともに豊富に整備されている八王子市内の保健・医療・福祉サービス等が連携し、住み慣れた町で認知症者が、自分らしい生活を送り続けることをサポートするシステム」と定義されている。本事業の内容については後述するが、重要な事業の1つに認知症研修事業がある。本研修は認知症に関する正しい知識を身につけてもらうことを目的に、医師、専門職、一般市民を対象として、各々のレベルに見合った内容で実施してきた。こうした流れの中で、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業も順調な滑り出しをみせている。平成 18 年度の同研修修了者は約 35 人、平成 19 年度は約 30 人が受講中である。一方、八王子市医師会には「認知症どんとこいドクター(D.D.D)」という八王子市医師会独自の認知症専門医制度があり、この資格を取得するためには前述の研修を修了した上で、もう 1 単位を受講する必要がある。

本稿では、八王子市医師会が取り組む「D-net」と「認知症どんとこいドクター」について述べる。

## 2. 八王子認知症支援ネットワーク:D-net

D-net は八王子市医師会が病診連携事業を進めていく中で生まれた。他の地区と同様、八王子市医師会も長年にわたって病診連携事業を推進してきたが、医療機関ガイドやマップの製作程度にとどまり、実践的なシステム構築には至らなかった。そこで、はじめに「病診連携」ありきでなく、現場で「病診連携」が必要と考える疾患にどのようなものがあるかというテーマで病院・診療所関係者を集め意見交換を行った。この会合の特徴は、院長や医師のみならず、MSW や看護師長、事務長等の同伴を条件としたことである。その結果、共通認識されたのが「認知症問題」であった。つまり現場での必要性から生まれた病診連携である。よって、その後行われた実態調査や研修会、さらには自院の情報公開などを進めるにあたっての抵抗や障害は少なく、各方面からの協力も得やすかった。表1に D-net の事業概要をあげる。

表 1　D-net の事業概要

| |
|---|
| 1.保健･医療･福祉、施設･在宅、あるいは公的･民間の垣根を越えた支援体制の構築 |
| 2.認知症相談窓口の設置 |
| 3.認知症高齢者の相談･診断･治療.ケアに関する地域限定の情報発信<br>（認知症どんとこいドクターホームページ） |
| 4.認知症に関する研修会 |
| 八王子市医師会認知症どんとこいドクター研修会(認定医制度) |
| 看護･介護職等の専門職研修 |
| 一般市民研修 |
| 認知症高齢者の介護に携わる家族研修 |
| 5.もの忘れ検診等認知症予防･早期発見事業 |

「認知症相談窓口」「認知症どんとこいドクター研修会（認定制度）」「認知症どんとこいドクターホームページ」が中心となる3本柱であり、次項で各事業について解説する。

## 3. 認知症相談事業

表2に八王子市医師会認知症相談事業をあげる。相談窓口は八王子市医師会事務局内におかれ、専任の担当者が相談を受けている。相談内容によっては、当番医療機関や、専門医、八王子市、地域包括支援センター等につなげている。相談内容は記録に残し、相談担当者･当番医療機関連絡会議の資料とされる。相談窓口の案内はどんとこいドクターホームページや八王子市の広報誌等に載せられている。1日の平均相談件数は3～4件で後方の当番医療機関に送られるケースは1件弱である。

表 2　八王子市医師会認知症相談事業

| | |
|---|---|
| [開設時間] | 月曜～金曜 10 時-16 時 |
| [開設場所] | 八王子市医師会事務局 |
| [業務内容] | ･医師会担当者が電話、FAX、メールにて相談を受けつけ、必要に応じて当番医療機関、専門医、八王子市、地域包括支援センター等につなげる。<br>･当番医療機関は市内の4病院(精神科病院3ヵ所、療養型医療施設 1 カ所)が週替わりで担当する。 |

## 4. 認知症どんとこいドクター研修

表3に八王子市医師会認定認知症専門医「認知症どんとこいドクター研修プログラム」をあげる。本研修は認知症サポート医養成研修の基礎知識・診断・治療とケア・連携の各編をベースとして、より実践的な認知症医療や地域密着情報を研修するものである。前述のごとく本資格を取得するためには、かかりつけ医認知症対応力向上研修を全て履修した上でさらにもう1単位の受講が必要となる。研修修了者には「認知症どんとこいドクター認定証」が授与され、どんとこいドクターとしてホームページに登録される。

表 3　八王子医師会認定認知症専門医　-どんとこいドクター研修プログラム-

| テーマ | 主　な　内　容 |
|---|---|
| 1.認知症代表疾患のUP DATE | アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症の病理・経過・診断、現在の治療法、今後期待される治療法、鑑別の必要な身体疾患とその特徴 |
| 2.認知症の初期症状とその対応 | 気づき、家族から病歴聴取のコツ、疑った場合の①診断手順②治療手順　家族への告知、アドバイス、かかりつけ医の役割、成年後見制度 |
| 3.認知症を呈する様々な疾患 | 前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症、皮質基底核変性症の特徴<br>薬剤性認知症、せん妄を起こしやすい薬剤とその特徴 |
| 4.認知症の周辺症状に対する対応 | BPSD の種類・治療法、BPSD がある場合の治療、療養方法、BPSD のある患者の家族へのサポート法、地域のサポートシステム、認知症の非薬物療法、認知症のリハビリテーション |
| 5.八王子認知症支援ネットワークシステム | D-net と認知症どんとこいドクターについて |

※以上の内容を認知症サポート医養成研修テキストに付加して研修実施

## 5. 認知症どんとこいドクターホームページ

表4に認知症どんとこいドクターホームページの掲載内容をあげる。

表 4　認知症どんとこいドクターホームページ

1. 認定「認知症どんとこいドクター」の検索
2. 認知症の相談・診断・治療に対応可能な医療機関の検索
3. 認知症に合併した身体疾患に対応可能な医療機関の検索
4. リアルタイムの入院・入所施設の空きベッド情報（会員専用ページ）
5. 認知症のケア・キュアに関する情報提供
6. 行政担当部署、地域包括支援センター、居宅支援事業者、介護サービス事業者等紹介
7. 家族会・自助グループ・ボランティアグループ等の紹介

このホームページで医療機関を検索する場合、トップページ(図1)から医療機関検索をクリックし、どんとこい医療機関検索画面(図2)を開く。

図1 認知症どんとこいドクターホームページのトップページ

次に(1)認知症の相談・診断・治療・入院・入所等といった希望するサービスの種類、(2)希望する地域、(3)内科・神経内科・精神科等の診療科等を選択し検索する。検索により抽出された当該医療機関の情報は、各医療機関とも提供医療内容やサービス内容が比較できるように1頁目(図3)は共通項目とし、決められたフォーマットの中で情報が提供されている。2頁目(図4)は、個々の医療機関の特色を写真やコメント等によって自由に書き込むことができる頁としている。また自院のホームページとのリンクも可能である。

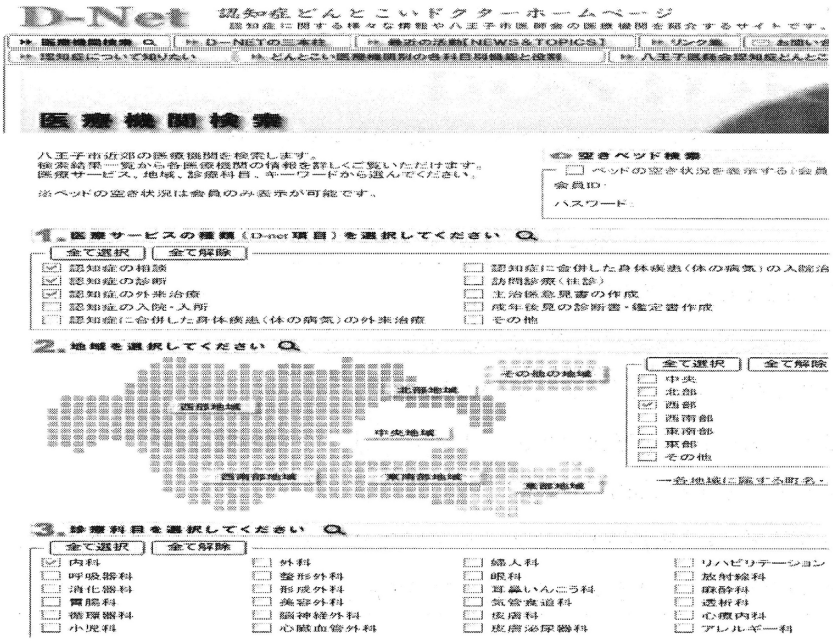



図2 医療機関検索画面

図3　医療機関の情報1頁目（共通項目）

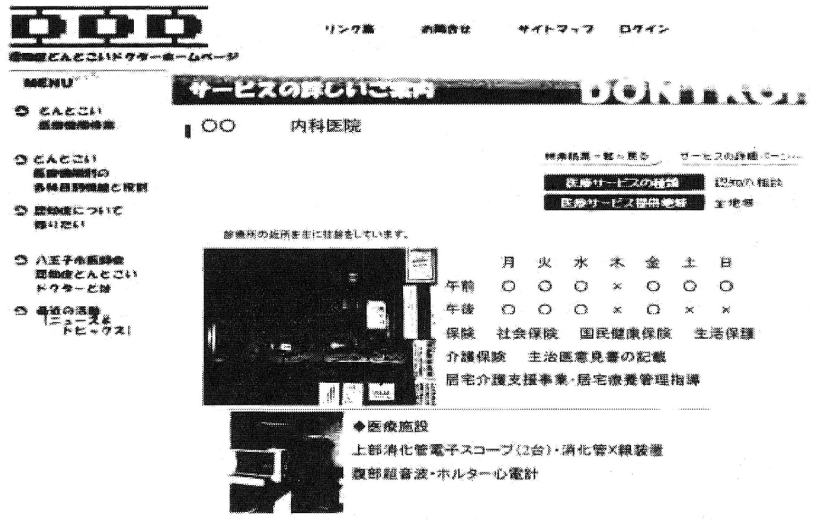



図4　医療機関の情報2頁目（個々の特色等）

表5に認知症どんとこいドクターホームページの目的をあげる。一般市民、専門職、医師会員を対象に、社団法人八王子市医師会の公共性を担保にして得られた各方面からの情報を集約、整理し公明正大な情報として提供している。提供側の医師会・医師会会員も受け取り側の一般市民等も認知症に対する関心を高めることができている。その効果のとして、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の受講や認知症どんとこいドクター資格取得へのモチベーションを高めている。

表 5　認知症どんとこいドクターホームページの目的

| |
|---|
| ・八王子市医師会、並びに会員が日常診療の中で実施している認知症高齢者に対する保健・医療・福祉への取り組みを広くアピールする |
| ・医療機関の検索、医療内容、特色、アクセス方法などの情報を提供する |
| ・認知症高齢者の医療や介鼓の問題で困窮している市民が、本日 HP を通して適切な情報を得ることにより、状況に応じた対応が可能となる。認知症の早期発見・早期治療にもつながる |
| ・認知症問題で悩む市民のコミュニケーションの場となる |
| ・医師会員間の医療連携のツールとして活用できる |
| ・医師会員がパソコンになじむ機会を得ることで医師会の IT 化の一助となる |

## 6. まとめ

（1）住み慣れた町で認知症者が尊厳を保ちながら安心した生活が送られるようにと「D-net」を立ち上げた。

（2）医療連携、地域連携を推進していくために、保健・医療・福祉、施設・在宅あるいは公的・民間の垣根を越えた支援体制とした。その際「認知症」という言葉がよい意味での結びつけ合うキーワードとなった。

（3）中核にどんとこいドクターホームページを設置した。

（4）IT技術を積極的に活用することで、誰もが地域限定の情報を容易に入手できるシステムを構築する事ができた。

（5）一般市民、介護者、専門職、医師会員、会員医療機関の認知症への関心を高めることができた。

以上、八王子市医師会の認知症への取り組みとして「認知症支援ネットワーク（D-net）」と「認知症どんとこいドクター制度」について述べた。医療連携を推進する中からスタートした本事業であったが、現在は医療関係のみならず一般市民、専門職をも巻き込む地域密着の包括的な認知症サポート事業となった。

（八王子市医師会　認知症サポート医　平川博之）

八王子市医師会認知症どんとこいドクターホームページ
http://www.hachiouji-d-net.com/

（資料 11-4）

# 広島県の取り組み

## もの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）の設置について

H22.3.18 広島県　健康福祉局　社会福祉部　高齢者支援課

### 1　趣　旨

高齢者等が日ごろ受診する主治医（かかりつけ医）による，認知症の早期発見・早期対応を促進するため，県及び県医師会では，次の研修を実施しており，当該研修修了者を**「もの忘れ・認知症相談医」（呼称「オレンジドクター」）**に認定し，広く周知することにより，認知症患者及び家族が気軽に相談でき，より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備する。

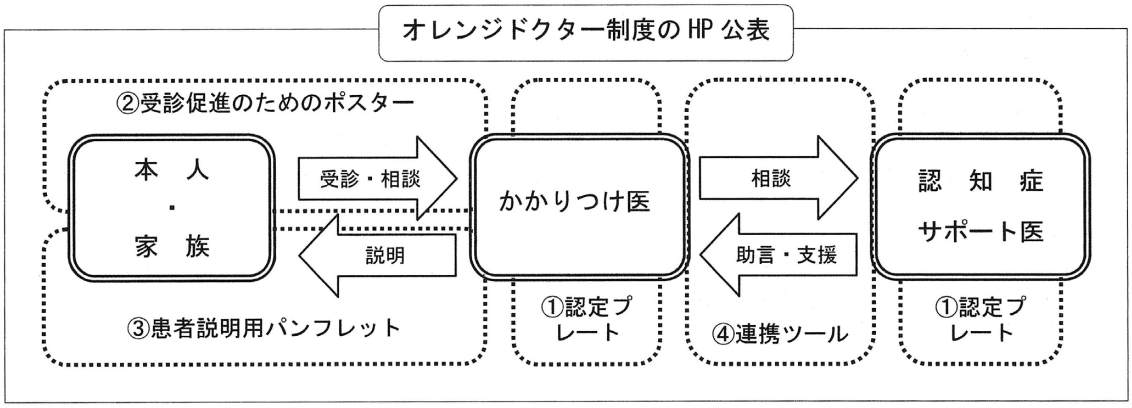
| 研　修　名 | 目　　的 | 修了者数（H22.2.28 現在） |
|---|---|---|
| かかりつけ医認知症対応力向上研修 | 認知症診断の知識・技術，家族からの相談対応の習得 | 773 人 |
| 認知症サポート医養成研修 | かかりつけ医への助言・支援，専門医療機関・地域包括支援センター等との連携の推進 | 54 人 |

### 2　オレンジドクターの役割

（1）認知症患者及び家族の支援
（2）認知症の医療及びケアに関する正しい知識の普及
（3）地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

### 3　制度概要

（1）オレンジドクターの同意を得た上で，県ホームページにおいて名簿を公表するとともに，啓発ポスター等により認知症患者，家族等の受診・相談を促進する。
（2）かかりつけ医による認知症の診療を支援するため，診断・治療方法等に関して，認知症サポート医へ相談できる体制を整備する。




**①　オレンジドクターの認定プレート**

県が認定する「もの忘れ・認知症相談医」に交付し，院内に掲示する。

**②　受診促進のためのポスター**

認知症の早期発見・早期診断の重要性を啓発し，オレンジドクターへの受診・相談を促進するため，院内に掲示する。

**③　患者説明用パンフレット**

オレンジドクターが，患者や家族等に対し，認知症への正しい理解や適切な対応等のポイントを説明する際に使用する。

**④　連携ツール**

診断・治療方法，家族の対応等について，かかりつけ医が認知症サポート医から助言を受けるためのツール（県ホームページから相談書をダウンロードし，メール等により送付）で，患者の診療や家族からの相談に対応する際に使用する。

**4　根拠規定**

広島県もの忘れ・認知症相談医設置要綱　参照

## 広島県もの忘れ・認知症相談医設置要綱

（目的）

第１条　高齢者等が日ごろより受診する主治医（かかりつけ医）に対し，認知症に関して気軽に相談でき，より早い段階から適切な医療と介護のサービスを提供できる体制を整備するため，もの忘れ・認知症相談医を設置し，地域における認知症の早期発見・早期対応を促進する。

（呼称）

第２条　前条のもの忘れ・認知症相談医の呼称は，オレンジドクターとする。

（役割）

第３条　オレンジドクターの役割は，次のとおりとする。

(1)　認知症患者及び家族の支援

(2)　認知症の医療及びケアに関する正しい知識の普及

(3)　地域における認知症患者及び家族の支援体制への協力

（認定）

第４条　オレンジドクターは，次の研修修了者をもって充てる。

(1)　かかりつけ医認知症対応力向上研修

(2)　認知症サポート医養成研修

(3)　認知症専門医療向上研修

(4)　その他前各号の研修に類似する研修で知事が特に認めたもの

２　県は，前項のオレンジドクターに対し，別記の認定プレートを交付する。

３　オレンジドクターは，前項の認定プレートを院内に掲示するものとする。

（公表）

第５条　県は，オレンジドクターに対し，別記様式第１号により，同意を得た上で，広島県ホームページにおいて名簿を公表する。

２　オレンジドクターは，前項の名簿の登載情報に変更があった場合は，別記様式第２号により，広島県に届け出るものとする。

３　オレンジドクターは，県外の医療機関に異動した場合又は医療機関を廃止した場合は，別記様式第３号により，広島県に届け出るとともに，第４条第１項の認定プレートを返還するものとする。

（支援）

第６条　県は，オレンジドクターによる認知症の診療を支援するため，診断・治療方法等に関して，認知症サポート医へ相談できる体制を整備する。

２　県は，オレンジドクターに対し，広島県医師会等の関係団体と連携して，認知症に関する研修会等を実施する。

（情報の提供）

第７条　県は，第５条第１項の名簿を，市町及び地域包括支援センターに提供する。

２　県は，認知症の早期発見・早期対応を啓発するポスター等を作成し，オレンジドクターのいる医療機関に配付する。

（その他）

第８条　この要綱に定めるもののほか，この事業の実施について必要な事項は健康福祉局長が別に定める。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は，平成 22 年３月９日から施行する。

（名簿の取扱）

２　第４条第１項第１号及び第２号の研修修了者については，当該研修の修了者名簿を，第５条第１項の名簿とみなす。

広島県指定様式

## 相談書（かかりつけ医→認知症サポート医）

平成　　年　　月　　日

（認知症サポート医）

＿＿＿＿＿＿＿＿病院

＿＿＿＿＿＿＿＿先生

（かかりつけ医）

医療機関名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

相談内容　□ 診断　□ 治療　□ ケア　□ その他（　　）

※具体的な内容

基本属性　年　齢　　歳　　性　別　□ 男　□ 女

生活環境　□ 在宅（同居家族　　）□ 施設　□ その他（　　）

既往歴

症状・治療経過

※必要に応じて画像等の添付も可

現在の処方　（　　）（　　）（　　）

※処方箋の写しの添付も可

介護保険の利用　□ あり（要支援　　要介護度　　）　□ なし

利用サービスの種類

（　　）（　　）（　　）

その他（生活上の困難・家族が対応に困ることなど）

## 助言書（認知症サポート医→かかりつけ医）

平成　　年　　月　　日　　（認知症サポート医）

＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

回答内容　□ 診断　□ 治療　□ ケア　□ その他（　　）

具体的な内容

（かかりつけ医→認知症サポート医→かかりつけ医）

広島県指定様式

## 相談書（かかりつけ医→認知症サポート医）

平成 ▲▲ 年 ▲▲ 月 ▲▲ 日

（認知症サポート医）

●●●●● 病院

●● ●● 先生

（かかりつけ医）

医療機関名 ▲▲クリニック

所在地 広島県▲▲▲▲▲▲▲▲－▲－▲

電話番号 ▲▲▲－▲▲▲－▲▲▲▲

FAX番号 ▲▲▲－▲▲▲－▲▲▲▲

氏 名 ▲▲ ▲▲ ㊞

相談内容 ☐ 診断 ☑ 治療 ☐ ケア ☐ その他（ ）

※具体的な内容

症状の改善を目的とした投薬に関して，次の3点について助言いただきたい。
① 薬物治療の患者及び家族への説明
② 塩酸ドネペジルの服用の仕方

基本属性 年 齢 7 7 歳 性 別 ☐ 男 ☑ 女

生活環境 ☑ 在宅（同居家族 子夫婦 ） ☐ 施設 ☐ その他（ ）

既往歴 糖尿病，高血圧症

症状・治療経過 糖尿病及び高血圧症の長期治療中。数年前よりもの忘れ出現。
見当識障害，計算力障害が出現したため受診

※必要に応じて画像等の添付も可

現在の処方 （ アリセプト 3mg ）（ ）（ ）

※処方箋の写しの添付も可

介護保険の利用 ☑ あり （ 要支援 要介護度 2 ） ☐ なし

利用サービスの種類

（ デイサービス ）（ ）（ ）

その他（生活上の困難・家族が対応に困ることなど）

家族が服薬の管理をすることを嫌がっている。

## 助言書（認知症サポート医→かかりつけ医）

平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日

（認知症サポート医）

●● ●● ㊞

回答内容 ☐ 診断 ☑ 治療 ☐ ケア ☐ その他（ ）

具体的な内容

① 患者及び家族に対して期待される効果を説明し，理解を得ておくことが必要です。約数か月から1年くらいは現状維持が可能で，なかにはもの忘れや判断力の改善が認められる場合がありますが，根治療法ではないこと，長期的には症状が進行することなどを十分説明してください。
② 3mgを2週間服用し，副作用がなければ5mgに増量してください。MMSE12点以下，FAST6以上（着衣，入浴，排泄に介助を要する等の状態）の高度アルツハイマー型認知症患者に対して10mgを処方する際には，5mgで4週間以上経過をみた後に増量してください。
③ 嘔気や食欲不振などの消化器症状がでる場合がありますので，これらの症状が出現した場合には，胃腸薬を併用しながら再投与することで服薬を継続できる場合もあるため，早めに相談するよう説明してください。導入時や増量時に多くみられます。また，服用後，意欲の昂進による不穏，興奮，易怒性，攻撃性がみられることがあり，介護負担の増大や周りの人との争いがでてくる場合がありえますが，効果の一部であることを，家族に必ず説明しておいてください。その場合は一時中止することもありえます。

（かかりつけ医→認知症サポート医→かかりつけ医）

（資料 11-5）

# 東京都医師会の認知症対策への取り組み

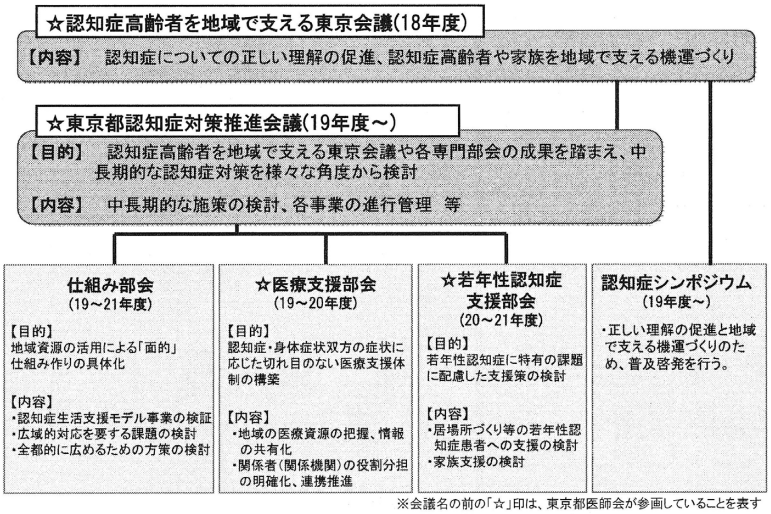
## はじめに

東京都では国の認知症対策を踏まえ、平成 18 年度から認知症対策推進事業を立ち上げ、認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりを推進するとともに、認知症地域医療推進事業において、区市町村を単位とした認知症サポート医の養成とかかりつけ医の認知症対応力向上に取り組み、東京都医師会の協力の下、2,000 名を超えるかかりつけ医・認知症サポート医を養成してきた。

また、平成 19 年度には「東京都認知症対策推進会議」の専門部会として、症状に応じた切れ目のない医療支援体制について検討するための「医療支援部会」を設置した。平成 21 年３月には、同部会において「認知症の人と家族を支えるための医療支援体制のあり方」についての報告書が取りまとめられ、「認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制の構築」、「医療支援に関わる関係者の役割分担の確立・地域の医療資源の情報共有による提供される医療の質の向上」、「かかりつけ医を中心とした地域における連携体制の構築」が重要であることが提言されている。

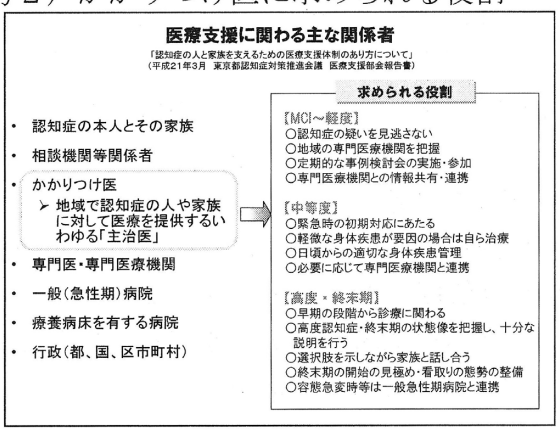
地域づくり、とりわけ地域の医療支援体制を構築するうえで、かかりつけ医に期待される役割は大きい。東京都医師会もこれらの取組に参画するなど、行政と医師会が一体となり、認知症の人に対する医療支援体制の充実に向けて、以下に述べるような総合的な取組を進めている。

（参考１）東京都認知症対策推進事業




※会議名の前の「☆」印は、東京都医師会が参画していることを表す

（参考２）かかりつけ医に求められる役割



### １）認知症サポート医養成研修

東京都医師会では、認知症の人の日常生活や健康管理に関わりの深い、かかりつけ医機能を担う開業医を中核とした「認知症サポート医」の養成が重要であると考えた。そこで、積極的に東京都に働きかけ、研修補助金も得て開業医の受講を奨励した。平成17～19年度は、受講費用を東京都が負担し、区市町村毎にサポート医が配置されるよう調整を図った。また、平成20年度以降、受講費用は自己負担となったが、介護老人保健施設協議会が推薦する施設の医師も含めて、認知症サポート医養成を継続している。

### ２）かかりつけ医認知症対応力向上研修

平成18年度から地区医師会の認知症サポート医が中心となり、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を地区医師会ごとに実施している。地区医師会で研修を実施するにあたり、カリキュラムの「連携編」も重視し、必ず区市町村担当者も研修会に招き、地域の認知症高齢者の状況等についての報告や資料の提供を受けている。また、研修修了者名簿は東京都から区市町村へ情報提供を行うとともに、地域包括支援センターへの配布など活用を促している。

地区医師会で全カリキュラムが受講できなかった受講者を対象に、東京都医師会が補講行い、非会員も受講できるように努めている。

（参考３）認知症サポート医・かかりつけ医の年度別研修修了者数

| 年度別 | | サポート医数 | かかりつけ医数 |
|---|---|---|---|
| 内訳 | H17年度　準備 | ６名 | － |
| | H18年度　開始 | ４８名 | ７２７名 |
| | H19年度 | ５０名 | ９４３名 |
| | H20年度 | ７２名 | ６９９名 |
| | H21年度(22年1月末) | ４２名 | ２９名 |
| | 合　計 | ２１８名 | ２，３９８名 |

（参考４）資料：地域別に見た医療資源状況　地図参照　資料挿入

（かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者2,390名は非会員を除く）

### ３）認知症サポート医フォローアップ研修テキストの作成

「かかりつけ医を中心とした地域における連携体制」が機能するためには、かかりつけ医のサポート体制の構築が必要である。そこで、東京都では、かかりつけ医をサポートする「認知症サポート医」の機能強化・活動の充実を図ることにより、地域の医療支援体制の向上を目指して、認知症サポート医のフォローアップ研修を実施することとなり、平成20年度に「東京都認知症サポート医フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会」を設置し、研修カリキュラムや教材等についての検討を行った。東京都医師会は、同検討委員会の運営を受託し、研修カリキュラムの開発及び研修テキストを作成した。

なお、研修テキストには達成目標を提案し、研修を受講してから達成目標の自己評価を行うこととした。OUTCOMEとテキストの目次は次のとおりである。

（参考５）　**東京の認知症サポート医活動の創造と展開をめざして**

# OUTCOME（達成目標）の提案と研修内容

**活動の方向性**

☆「認知症サポート医」への期待を理解し、地域特性に応じた役割を創造して活動する

☆認知症の人が、地域で療養生活を継続するための様々な問題の解決を支援する

☆認知症について、地域住民や多様な職種が声をかけやすい医師として活動する

## 1. 地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する

### （１）東京都の認知症の医療やケアの現状を理解する

① 東京都における認知症対策の施策や活動状況を理解する

② 東京都認知症専門医療機関の状況を理解する

③ 東京における精神科救急医療体制の現状を理解する

④ 地域の認知症の医療体制の把握を理解する

### （２）地域の「専門医（医療機関）」の診断・治療・周辺症状・合併症への対応力を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

### （３）認知症の人の急変時の地域の対応体制を踏まえた情報提供やアクセスを支援する

① 認知症の人の急変時の地域の対応体制についての情報を把握する

② 地域の「精神科救急対応医療機関」についての情報を把握する

### （４）地域に見合った「かかりつけ医」と「専門医」の連携を構築する

## 2. 包括的認知症ケアの現況を踏まえて「かかりつけ医」を総合的に支援する

### （１）困難事例への対応も含めた「かかりつけ医」の認知症対応力の向上を支援する

① 「認知症の人の日常生活を尊重するケア」の理念を理解し伝える

② 認知症診療のコツを把握し伝える

③ 認知症の非薬物療法の概要と効果を理解し伝える

④ 認知症短期集中リハビリテーションの概要を理解し伝える

⑤ 認知症の中核症状とBPSDへの薬物療法の適用を理解し専門医との連携を支援する

⑥ 諸外国のBPSDの薬物療法のガイドラインの存在と概要を理解し専門医との連携を支援する

⑦ 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の開催に協力する

### （２）権利擁護や虐待への対応について「かかりつけ医」の相談を受け支援する

① 地域の認知症の人の権利擁護体制を把握しマネジメントや情報提供をする

② 自らも鑑定書等権利擁護手続きの依頼に対応し「かかりつけ医」も支援する

### （３）病名告知とその後の対応について下記の観点に留意し「かかりつけ医」の相談を受け支援する

① 認知症の人とその家族の心情に配慮した支援をする

② 予後の見通しを適正に説明し、疾患の受容を支援する

③ 治療法や地域の医療体制等を説明する

④ 告知後の生活を支援する

⑤ 家族・介護者を支援する

**3. 地域の医療・介護・福祉職等への連携促進や認知症対応力の向上を支援する**

**（１） 地域の認知症早期スクリーニング、早期対応の取り組みを支援する**

例：地域自治体, 地域包括支援センター, 医師会が行う［物忘れ相談］等へ協力する

**（２） 地域の医療・介護・福祉職等への認知症対応力向上のための啓発活動を牽引する**

例：事例検討会、連携協議会等へ協力する

**（３） 地域自治体, 地域包括支援センター, 地域医師会・介護事業者等の連携促進に協力する**

**4. 地域住民や多様な職種の従事者に対する認知症への理解を促進し地域ケアの向上を支援する**

**（１） 地域住民の啓発, 認知症サポーターの養成等の住民主体の活動に協力する**

**（２） 認知症の人のライフラインを支える事業者を啓発し支援する**

（住居・商工・金融・流通・交通・飲食・通信・エネルギー・水道等々の事業者）

## （参考６） 東京都認知症サポート医フォローアップ研修テキスト目次


はじめに

東京の認知症サポート医活動の創造と展開をめざしてOUTCOME（達成目標）の提案と研修内容

１．地域の「かかりつけ医」と「専門医」の顔の見える連携づくりを支援する……1

２．包括的認知症ケアの現況を踏まえ「かかりつけ医」を総合的に支援する……45

３．地域の医療・介護・福祉職等への連携促進や認知症対応力の向上を支援する……85

４．地域住民や多様な職種の従事者に対する認知症への理解を促進し地域ケアの向上を支援する……95

**【参考資料】**

1．若年性認知症を取り巻く現状 ……105

2．都内の認知症サポーター養成講座実施状況 ……108

3．認知症サポート医養成研修及びかかりつけ医認知症対応力向上研修の実施状況 ……110

4．成年後見制度書式[診断書・鑑定書（要点式）]……112

5．共通フォーマット【記入例】……115

6．板橋区医師会における認知症対策への取り組み ……116

（板橋区の「もの忘れ相談事業」と「かかりつけ医認知症対応力向上研修」）

7．八王子市医師会における認知症への取り組み ……121

（認知症支援ネットワーク（D－net）と認知症どんとこいドクター）

8．その他　地域活動の事例一覧 ……127

### 4）認知症サポート医フォローアップ研修の実施

「認知症サポート医」に対し、所属地域の医療資源等の状況を踏まえた連携のあり方や、周辺症状・身体合併症の管理とマネージメント等に関する医学的知識等を付与することで、「かかりつけ医」への助言や地域の専門医療機関・地域包括支援センター等との連携促進等「認知症サポート医」の機能強化を図り、認知症医療と身体医療、専門医療と地域医療の切れ目を解消し、認知症の人に対する地域の医療支援体制の充実を図ることを目的としている。

平成21年度から東京都が実施主体となって東京都医師会が事業委託を受け、3）で作成したテキストを使用して、概ね二次医療圏域毎に実施し、平成22年度末までに全圏域での研修を終わる予定である。

研修内容は以下のとおりである。

| 研　修　内　容 | 時間割 | 講　師 |
|---|---|---|
| ① 東京都の認知症対策 | １５分 | 東京都担当者 |
| ② かかりつけ医と専門医の連携等 | ９０分 | 認知症専門医 |
| ③ 質疑応答 | １５分 | |
| ④ 具体的事例　等 | ３５分 | 認知症サポート医 |
| ⑤ グループワーク | ７５分 | 認知症専門医<br>認知症サポート医<br>（都医師会理事） |
| ⑥ ディスカッション | ３０分 | |
| 開会・休憩・閉会 | ４０分 | |
| 計 | 300分(5時間) | |

①～④までは研修テキストによる座学。

⑤グループワークは東京都が事前に区市町村における認知症対策の取組状況・高齢者を取り巻く現状等について調査し、その結果を基に実施。

### 5）認知症に対応可能な医師・医療機関の情報提供

★かかりつけ医・サポート医の名簿を東京都のホームページに公表★

かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者、認知症サポート医養成研修修了者、認知症サポート医フォローアップ研修修了者の同意を得て、氏名・医療機関名等を掲載した「かかりつけ医・認知症サポート医名簿」を東京都のホームページ「とうきょう認知症ナビ」（http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/）で公表している。

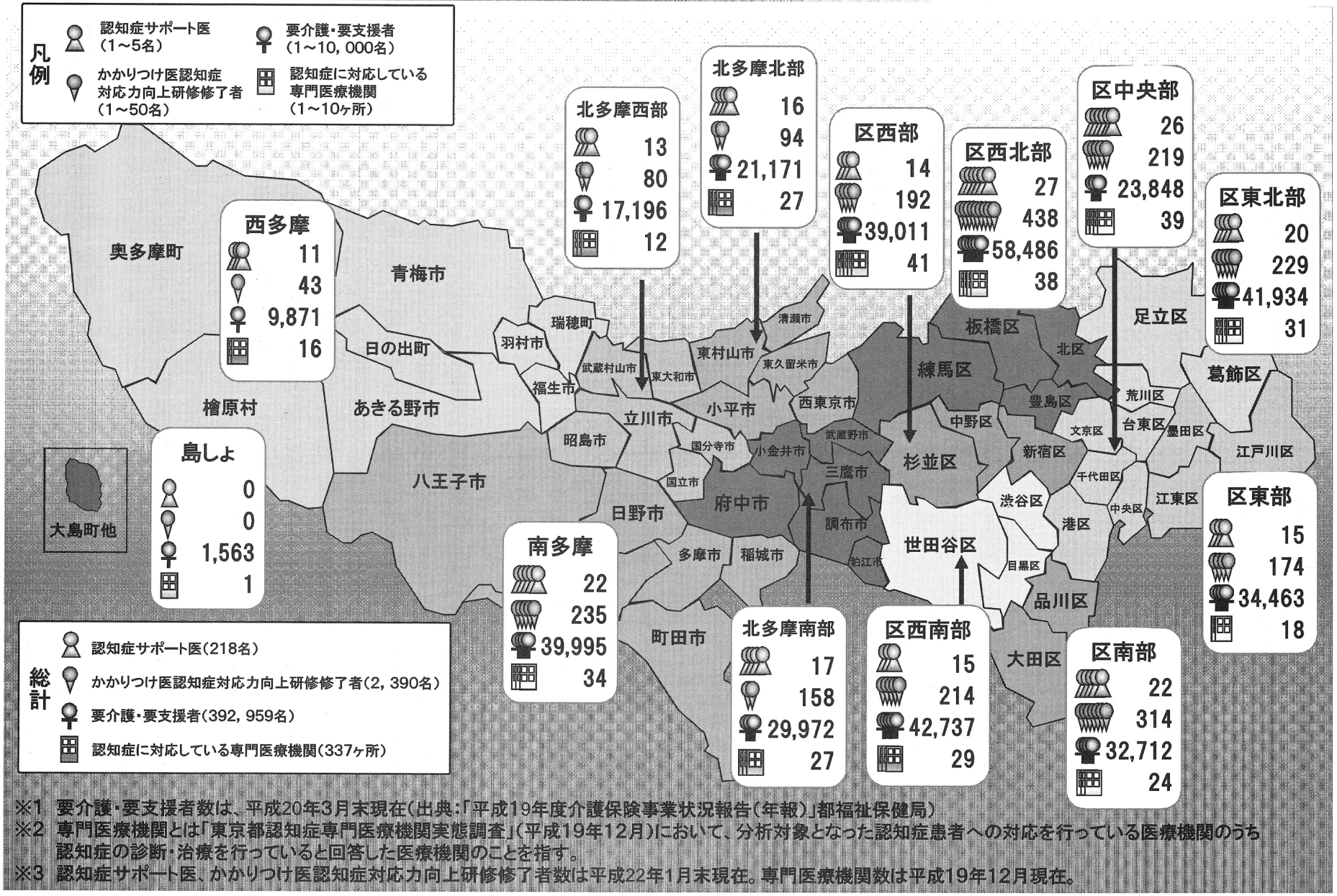
また、認知症に対応可能な医療機関の情報を、東京都医療機関案内サービス「ひまわり」からも検索できる。

### 6）「認知症・地域ケアガイドブック」作成

認知症サポート医フォローアップ研修テキストを、東京都医師会では既に発行している「かかりつけ医機能ハンドブック 2009」版と連動した編集により、「認知症・地域ケアガイドブック」として、東京都医師会版を作成した。

平成22年度は、そのガイドブックをテキストとして、かかりつけ医のフォローアップ研修を東京都医師会で実施する予定である。

# 二次医療圏ごとの認知症サポート医・かかりつけ医研修修了者・専門医療機関等の状況




※1 要介護・要支援者数は、平成20年3月末現在（出典：「平成19年度介護保険事業状況報告（年報）」都福祉保健局）
※2 専門医療機関とは「東京都認知症専門医療機関実態調査」（平成19年12月）において、分析対象となった認知症患者への対応を行っている医療機関のうち認知症の診断・治療を行っていると回答した医療機関のことを指す。
※3 認知症サポート医、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数は平成22年1月末現在。専門医療機関数は平成19年12月現在。

# 認知症サポート医養成研修テキスト

平成３０（２０１８）年８月１日

【発行】国立研究開発法人　国立長寿医療研究センター

〒４７４－８５１１
愛知県大府市森岡町７丁目４３０番地
ＴＥＬ　０５６２－４６－２３１１
ＦＡＸ　０５６２－４５－５８１３

**禁　無　断　転　載**