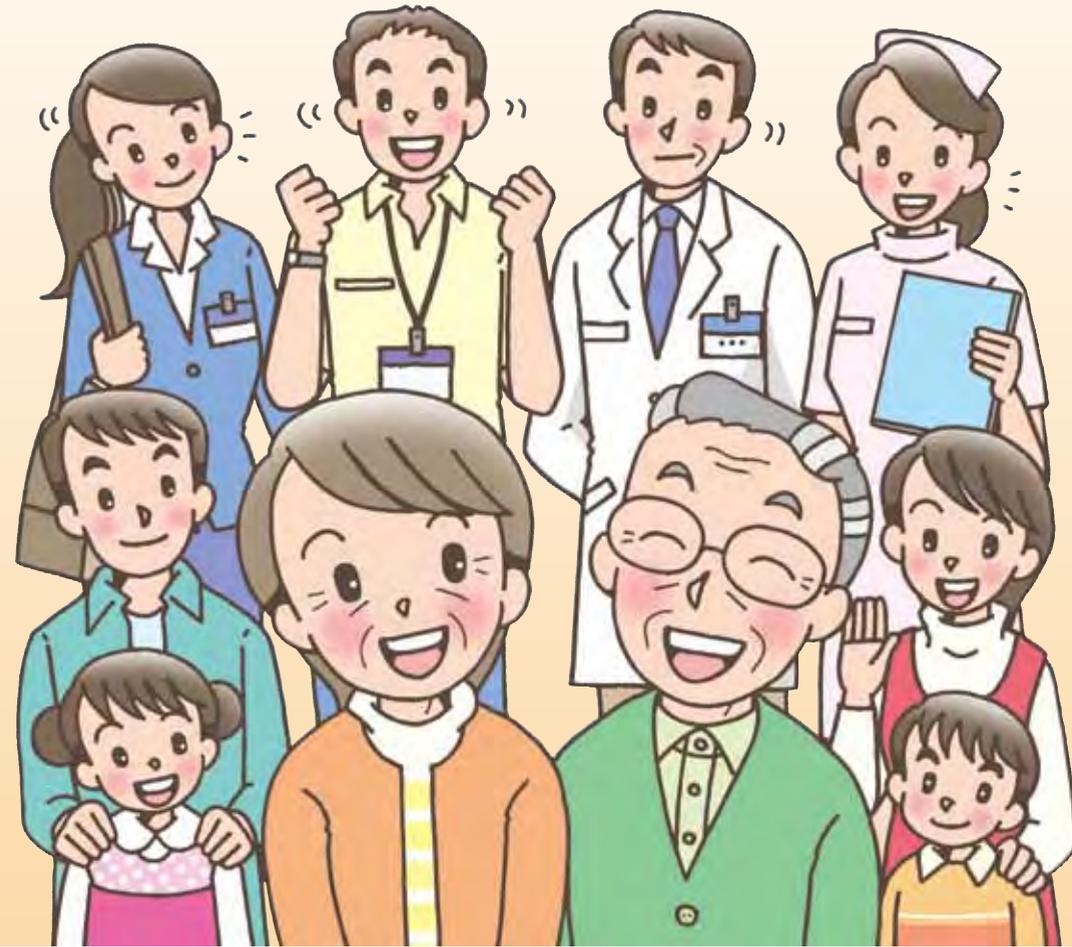


認知症ケアに **HAND BOOK** 関わる人のための 認知症 **HAND BOOK** ハンドブック

認知症ケアに
関わる人のための

HAND BOOK
認知症
ハンドブック



公益社団法人
福岡県医師会



とびうめネット
マスクットキャラクター
うめこ先生

この書籍の電子ブック版を
福岡県医師会ホームページでご覧になれます



福岡県医師会ホームページアドレス：<https://www.fukuoka.med.or.jp/>



公益社団法人
福岡県医師会



ごあいさつ

認知症は高齢になるほど発症しやすく、超高齢社会に突入している我が国では、今後さらに認知症の方は増えてくることが予測されます。

国は、認知症の方とその家族が住み慣れたまちで、いつまでも安心して生活ができる社会の実現のために、2019年6月に「認知症施策推進大綱」を取りまとめ、「共生」と「予防」を車の両輪とした施策を推進することとしていますが、その実現のために、日常において認知症の方と接する機会の多い医療・介護従事者に大きな期待が寄せられているところです。

今回、発行いたしました『認知症ケアに関わる人のための認知症ハンドブック』は、認知症医療や介護について関わる皆さまが、確認したいことや疑問を抱かれたときなどに、役立てていただくための実践ツールとして作成いたしました。

本ハンドブックが、医療・介護現場で活用され、認知症ケアの充実につながることを願っております。

最後に、本ハンドブックを作成するにあたり、ご尽力いただきました認知症ケアに関するハンドブック作成委員会委員をはじめ、ご協力いただいた関係者の方々に、心より感謝申し上げます。

令和2年3月

公益社団法人福岡県医師会
会長 松田 峻一良

Chapter1 認知症の基礎知識～認知症を理解しよう～	7
1. 認知症の現状	8
道路交通法による高齢者運転対策の現状について	11
認知症カフェとは	17
2. 認知症とは	19
はじめに	19
認知症の定義	19
認知症の原因になる病気の特徴	22
A アルツハイマー型認知症（アルツハイマー病）	23
B 血管性認知症	29
C レビー小体型認知症	31
D 前頭側頭葉変性症	35
E その他の認知症	37
軽度認知障害とは	37
認知症とせん妄、うつ病との鑑別	40
おわりに	42
Chapter2 認知症の診断と治療・連携	43
1. 認知症の受診	44
かかりつけ医への早期受診のメリット	44
認知症の早期発見のために	46
受診の流れについて	47
問診の主な内容（診察手順）	49
評価指標	52
受診の前に整理しておくポイント	54
無理に受診につなげると不信感を招くことも	54
受診へのためらいがある場合は表現を工夫しよう	55
専門医との連携	56
2. 認知症の診断	56
認知機能低下の原因を調べる	56
A 慢性硬膜下血腫	58
B 正常圧水頭症	58
C 脳炎	59
3. 認知症の治療	59
認知症のマネージメント	59
薬物療法（お薬を使う治療）	62
行動・心理症状（BPSD）	62
アルツハイマー型認知症治療薬	63

効果の違いと使い分けについて	65	Chapter4 認知症の進行を食い止めるために	121
アルツハイマー型認知症治療薬の開始時期について	66	認知症の予防とは？	122
アルツハイマー型認知症治療薬の切り替え時期、切り替えの目安	67	1. 認知症の1次予防について	122
穏やかな認知症症状の進行(悪化)も薬の効果	67	(1) 身体的要因について	122
少なくとも3か月は再評価を行う	68	(2) 心理的要因について	124
アルツハイマー型認知症治療薬の中止について	69	(3) 環境要因について	126
アルツハイマー型認知症治療薬による治療後に見られる変化の一例	70	2. 認知症の2次予防について	126
アルツハイマー型認知症治療薬の副作用のチェック	71	(1) 認知症の早期発見について	126
コリンエステラーゼ阻害作用のある薬剤	72	(2) 認知症の早期治療について	129
中止する場合も、休薬で認知機能を急激に悪化させないために観察が必要	73	3. 認知症の3次予防について	130
非薬物療法	74	(1) 重症化予防について	130
家族・介護者への対応	75	(2) 機能維持について	131
		(3) 行動・心理症状(BPSD)について	131
Chapter3 認知症の症状と対応	77	4. 生活習慣病による認知症リスク管理	132
1. 認知症の基本症状と具体的な対応	78	A 糖尿病	132
(1) 中核症状	79	B 高血圧症	134
記憶障害とその対応	79	C 脂質異常症	135
「見当識障害」とその対応	82	D メタボリック症候群(メタボリックシンドローム)	136
実行(遂行)機能障害とその対応	84	Chapter5 認知症の人の権利を守るために	137
理解力・判断力の低下とその対応	85	1. 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について	138
失行・失認・失語とその対応	86	2. 高齢者の消費者被害の対応と防止	144
(2) 行動・心理症状(BPSD)	90	(1) 高齢者を狙った消費者被害の状況	144
幻覚とその対応	91	(2) 早期発見と対応	145
妄想とその対応	93	知っておこう! 消費生活センター	147
暴言・暴力とその対応	95	知っておこう! 法テラス	148
徘徊とその対応	96	3. 権利擁護のための制度	148
2. 認知症の人の心理と支援の基本、支援の基本的な考え方	98	(1) 日常生活自立支援事業	149
(1) 認知症の人の心理と支援の基本	98	チェック! 日常生活自立支援事業を利用するときは……	151
(2) 認知症の人の支援のゴールについて	99	(2) 成年後見制度	151
(3) アルツハイマー型認知症について	101	対象者ってどんな人?	153
認知症の人とその環境	107	制度の手続きなど	154
中核症状の治療と介護	110	チェック! 利用促進法 基本計画のポイント……	157
BPSDの治療と介護	113	「本人情報シート」とは	158
(4) 血管性認知症への支援の基本	115	後見ポータルサイト	159
(5) レビー小体型認知症への支援の基本	117	成年後見制度における診断書記載について	159
(6) 前頭側頭型認知症への支援の基本	119		
前頭側頭型認知症のケア	120		

4. 高齢者虐待防止法における専門職の役割	163
(1) 高齢者虐待防止法の基礎知識	163
虐待防止法の特徴	165
虐待防止法における介護・医療・福祉関係者の責務	165
チェック！ 個人情報保護法の例外規則とは……	166
(2) 養護者による高齢者虐待	167
チェック！ 高齢者、養護者の自覚は問わない	171
養護者支援について	173
養護者支援へのつなぎ	174
不適切ケア、虐待の予兆を察知して家族を支える	176
セルフ・ネグレクトへの対応	179
5. 養介護施設従事者等による高齢者虐待	182
専門職による虐待防止のために	182
養介護施設の設置者・養介護事業者の責務	183
養介護施設従事者等による虐待をなくすために	190
Chapter6 多職種連携の取り組み	195
1. 認知症と地域包括ケアシステム、そして地域共生社会へ	196
2. 共生社会に向けた取り組み	199
普及啓発・本人発信支援	201
医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	203
介護従事者の認知症対応力向上の促進	204
認知症の人の家族介護者の負担軽減の推進	205
医療・介護の手法の普及・開発	206
若年性認知症の人への支援	206
3. 他職種・多職種との連携	207
医療と介護の連携のための、ケアマネジメント	207
目標設定における SMART の法則	208
実現可能なケアのための担当者会議の重要性	209
4. 多職種連携・協働に求められる基本的な視点	210
チームに備わっているべき要素	210
多職種協働の成功のための過程	211
5. 「とびうめネット」を利用した認知症患者対策	212
認知症ケアに関わる人のための認知症ハンドブック 作成委員会委員	220

Chapter 1

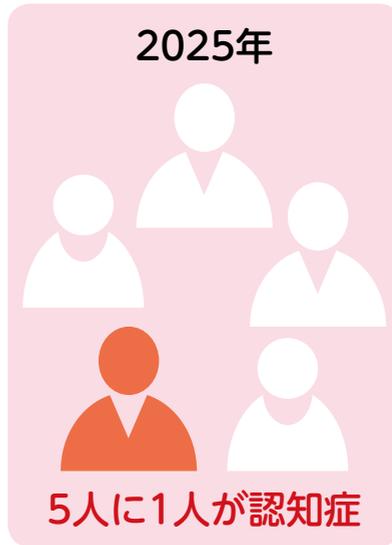
認知症の基礎知識
～認知症を理解しよう～

認知症の基礎知識

～認知症を理解しよう～

1. 認知症の現状

世界的規模で増加している認知症性疾患。高齢者人口が急激に増加している我が国では、その傾向は極めて顕著であり、2012年時点で認知症の人は約462万人、2016年では約530万人であったと推計され、いわゆる団塊の世代が75歳以上になる2025年には、高齢者の5人に1人、国民の17人に1人となる、700万人を超えると予測されています。



図表1-1：2025年問題～すべての団塊の世代が75歳を超える年

	75歳以上人口比率	65歳以上人口比率
2015年	13.0%	26.8%
2018年	13.8%	27.7%
2025年	18.1%	30.3%

図表1-2：2025年における様々なデータ

- 我が国の総人口は、2017.10.1現在、1億2,671万人となっている
- その内、65歳以上の高齢者人口は3,515万人（男1,526万人、女1,989万人）
- 高齢化率は、27.7%（総務省推計では2018年9月15日時点で、28.1%）
- 2025年には、高齢化率が30%を超えると予測されている
- 高齢者人口の約15%が認知症で、2025年には約20%を超えると予想
- 認知症の有病率は年齢が5歳高まるとほぼ倍増する
- 認知症の50～92%に様々な行動・心理症状（BPSD）が起こる
- 高齢者人口の13%は軽度認知障害《認知症前駆状態、予防の対象》
- 毎年、軽度認知障害の10～12%が認知症を発症する
- 認知症の疑いは本人自身が最初にかかる
- しかし、身内も含め誰かに相談するケースは50%程度
- 医療機関に受診する人は、未だ10%程度にすぎないという報告もある
- 高齢者単独世帯・夫婦世帯の増加《2025年には合わせて、全世帯の66.6%と推計される》

〔平成30年版高齢社会白書 第1節 高齢化の状況〕より

このような中、認知症施策の政府大綱である「認知症施策推進大綱（認知症大綱）」が2019年6月18日に決定しました。認知症の人を単に支えられる側として考えるのではなく、認知症の人と寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことを目的に「共生」と「予防」を目標に掲げられています。

共生

予防



図表1-3：認知症施策推進大綱の骨子

基本的な考え方

- 認知症になっても地域で安心して暮らしやすい社会を目指す「共生」と、認知症の発症や進行を遅らせることを「予防」と定義し、「車の両輪」と位置づけて、認知症施策を推進する
- 運動不足の改善や社会参加などの取り組みを進めた結果として、70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す

共生

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

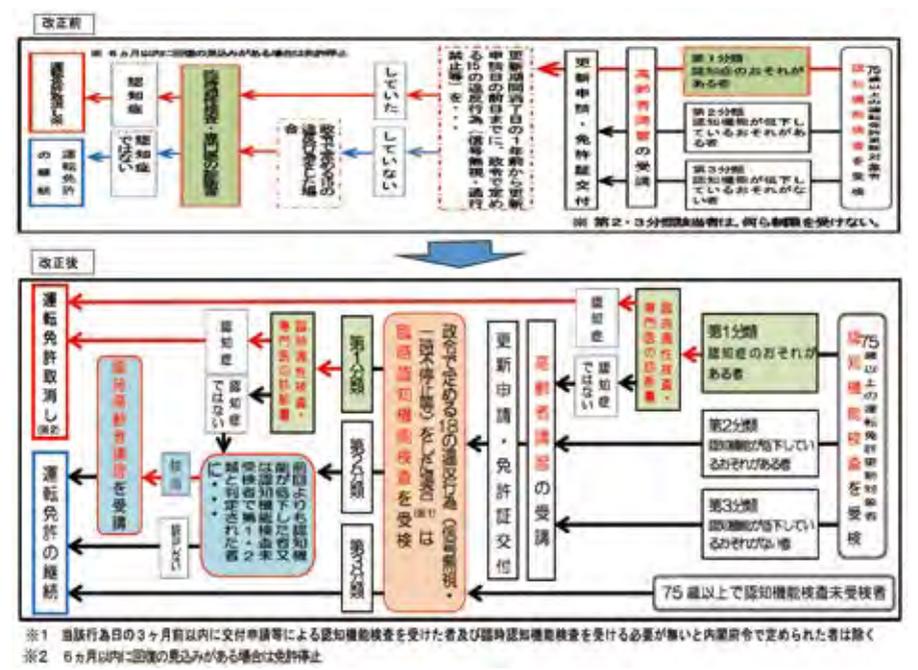
予防

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

道路交通法による高齢者運転対策の現状について

2017年3月12日より改正道路交通法が施行されています。これは75歳以上の高齢者運転対策を目的としたもので、これまでとの大きな変更点は、一定の交通違反をした場合には、3年に1度の免許更新時のみに行っていた「認知機能検査」をただちに「臨時認知機能検査」として受けることを義務付け、その結果、第一分類と判定された場合は、「臨時適性検査」の受検もしくは専門医の診断書の提出を義務付けたことにあります（図表1-4参照）。

図表1-4：改正道路交通法（高齢者運転対策）の概要



改正前と改正後の現行制度の相違点を図示すると、図表 1-4 のような流れとなり、認知機能検査で第一分類となった者は、医師の適性検査か診断書のいずれかが必ず必要となり、認知症と診断された場合は、都道府県公安委員会の判断のもと、運転免許取り消し処分となるものであり、この流れの中でかかりつけ医として診断書作成に深く関わることになります。診断書作成は専門医のみでは到底対応しきれず、今後かかりつけ医の協力が必要です。



「臨時認知機能検査」の受検命令に際しては、一定の違反行為が 18 項目定められており、以下のように通知されています。通知された翌日から 1 か月以内に正当な理由なく受検しなかった場合は、免許取り消しまたは免許停止処分となるものです。

図表 1-6：臨時認知機能検査はいつ受けるのか？

75 歳以上の運転者が、認知機能の低下により生じやすい**一定の違反行為（18 項目）**をした場合に、臨時認知機能検査を受けることになる。
検査内容は、「更新時の認知機能検査」と同じ。

改正前は 3 年に 1 度、免許更新の際に認知機能検査を受ければよかったが、現行制度は、より緊急性を求めため、一定の違反行為があれば、**通知が届いた翌日～1 か月以内**に受けなければいけない。受けなかった場合は、免許取り消しまたは免許停止処分になる。

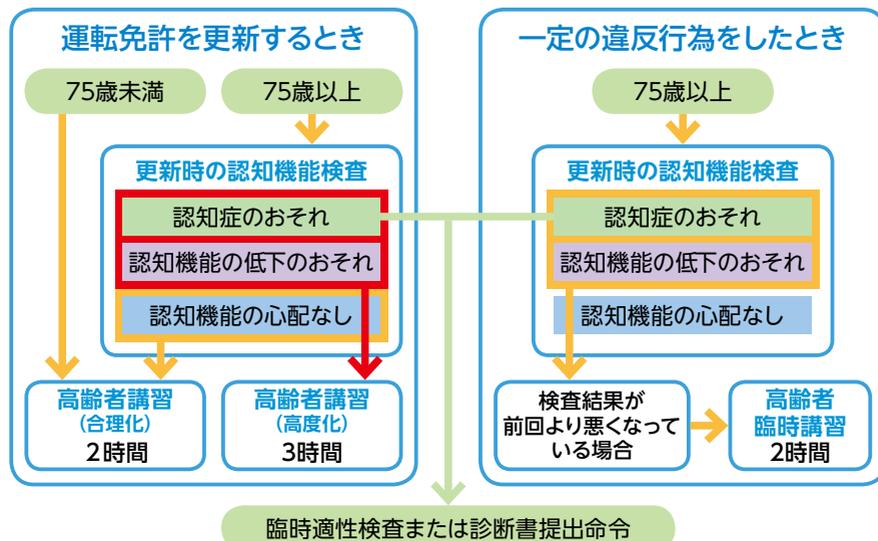
一定の違反行為（18 項目）

- 信号無視（点滅信号も対象）
- 通行禁止違反（一方通行の道路を逆から通行するなど）
- 通行区分違反（逆走や歩道の通行など）
- 横断等禁止違反（禁止場所で回転するなど）
- 進路変更禁止違反（黄線を越えてレーンを変更など）
- しゃ断踏切立入り等（踏切で一時停止しないなど）
- 交差点右左折方法違反（徐行せず左折するなど）
- 指定通行区分違反（右折レーンから直進するなど）
- 環状交差点左折等方法違反（徐行しないで右左折するなど）
- 優先道路通行車妨害等（交差する優先道路の車の通行を妨害など）
- 交差点優先車妨害（対向車の直進を妨げて右折するなど）
- 環状交差点通行車妨害等（環状交差点内の通行妨害など）
- 横断歩道等における横断歩行者等妨害等（横断歩道で一時停止しない妨害など）
- 横断歩道のない交差点における横断歩行者等妨害等
- 徐行場所違反（徐行すべき場所で徐行しないなど）
- 指定場所一時不停止等（一時不停止など）
- 合図不履行（右左折などの際にウィンカーをださないなど）
- 安全運転義務違反（わき見や操作ミスなど）



図表 1-5：2017年3月12日より施行された改正道路交通法

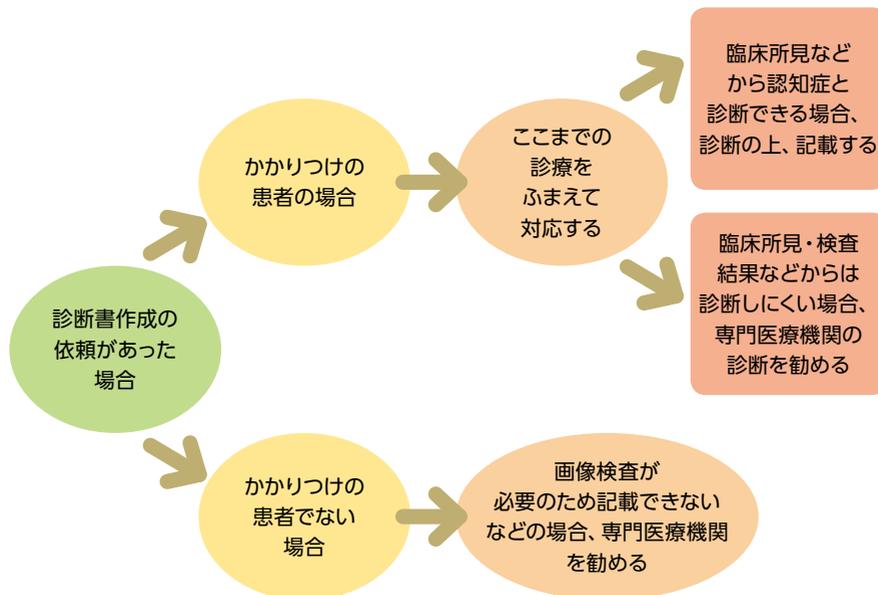
75 歳以上の高齢運転者対策として、認知機能の低下が事故に相当の影響を及ぼしているという調査結果に基づき、現行の認知機能検査、高齢者講習制度の見直しが行われ、2017 年 3 月 12 日から新たな対策が施行。



改正道路交通法に基づく診断書作成の手順としては、依頼があったケースについての作成の可否判断の流れは、以下のフローチャートの通りです。詳しくは日本医師会で作成した「かかりつけ医向け 認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」をぜひ参考にしてください。

なお、免許取り消しの判断は、公安委員会の責任において公安委員会の判断基準に基づいて行われるものであり、よって処分に対する不服などについての対応は、すべて公安委員会が対応するものであり、かかりつけ医が関与する必要はありません。

図表1-7：かかりつけ医による診断書作成フローチャート



日本医師会作成「かかりつけ医向け 認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き」より

図表1-8：診断書作成に関する事項

- 診断書を作成する医師の資格は限定されていない
- 原則的には、何科の医師でも可能である
- 公費負担となる臨時適正検査は特別の案件に限定されると考えるので、公安委員会指定医師が作成する
- 診断書提出命令は免許更新を希望する本人へ行われるものであり、医師に作成を義務づけるものではない
- 診断書作成を受諾するか否かは、各医師の自由意志である
- 免許取り消しなどの行政処分に対する不服は、公安委員会に対して行うものであり、裁判などは各公安委員会が責任をもって対応することとなっている

図表1-9：運転事故発生時における医師の責任について

認知症でないと診断した方が、その後、事故を起こし、認知症であったことが判明した場合であっても、通常、医師の刑事責任が問われることはありません。

医師が故意に虚偽の診断書を作成したような場合は別として、その良心と見識に基づき、医学的見地から行った診断に基づき作成した診断書について、結果的にそれとは異なる結果が生じたからといって、それを理由に刑事責任が問われることは通常想定できません。

【参考】

2013年11月19日参議院・法務委員会において警察庁交通局長が同様の趣旨の答弁をしている。

運転免許の付与は、必要により医師の診断を参考に公安委員会の責任により行うものであり、医師の良心と見識にもとづき作成した診断書について、結果として異なる結果が生じてもそれを理由に刑事責任を問われることは、通常想定できない。

なお、警察庁は2022年度に道路交通法を改正して「運転技能試験」を創設し、一定の違反歴のある高齢運転者に免許更新時に試験を義務付ける方針を決定しています。具体的にはコース上で実際に運転状況を判定し、不合格の場合には免許更新をできなくするものです。同時に、衝突被害軽減ブレーキなどを備える安全運転サポート車が条件の限定免許も新設予定となっています。

この「運転技能試験」の対象年齢については、現時点(2020年3月)では75歳以上か80歳以上で検討中ですが、75歳以上の免許保有者は、団塊世代の加わる2023年に約717万人に達すると予想されています。



図表1-10：検討中の高齢運転者対策のポイント

道路交通法を改正し、一定の違反をした高齢者に「運転技能検査」を創設、義務化

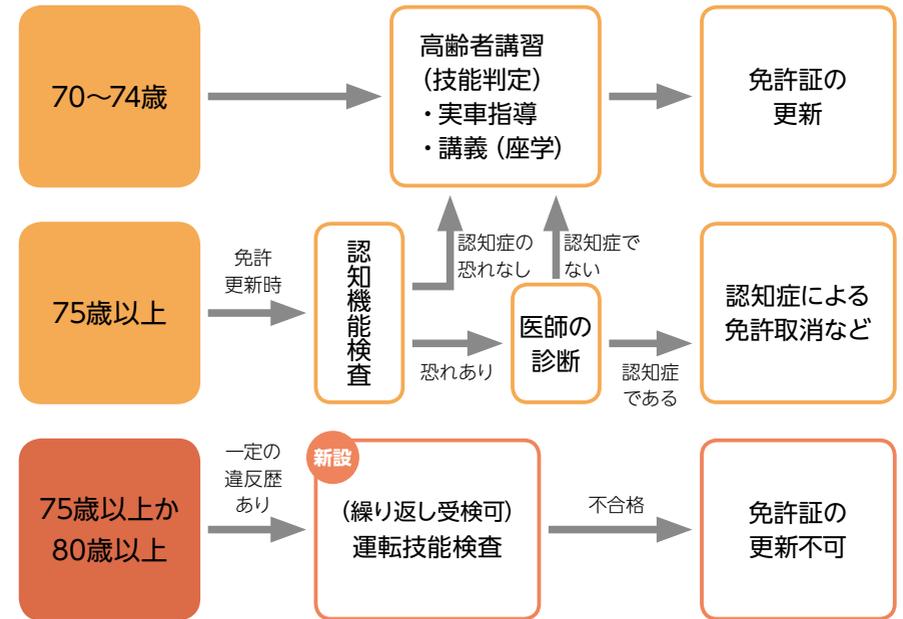
検査に合格しなければ免許の更新不可

対象年齢は75歳以上かあるいは80歳以上で検討

安全運転サポート車が条件の限定免許導入

対象車種は技術の実用化を見極めて決定

図表1-11：高齢運転者に関する免許制度改正検討案



認知症カフェとは

認知症カフェとは、認知症の人とそのご家族が、地域の方々や、医療・介護・福祉の専門家などと身近な場所で気楽に交流することのできる新しい場のことです。ヨーロッパで始まったスタイルを取り入れて、厚生労働省が2015年1月に発表した「新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）」で中心施策の一つとして位置付けられました。

新オレンジプランの目的である「認知症の方が住み慣れた場所で自分らしく暮らし続ける」ためには、介護者の支援に視点を持

つことも重要であり、カフェという自然な雰囲気の中で、認知症の人やその介護者、そしてさまざまな専門家の交流を行うことで、次に紹介するように認知症の人の生活の質を向上させることにつながります。

カフェという名称ですが、認知症カフェを運営するための基準は特にありません。開催場所も、医療施設・介護施設・地域コミュニティセンター・個人宅・空き店舗など多様で、そこで行われていることもさまざまです。自由に時間を過ごすことを目的としたカフェもあれば、歌やゲーム、散歩に園芸など、多彩なプログラムを用意しているタイプもあったり、情報交換や勉強の場として活用されているところもあります。

認知症カフェの効果としては、認知症の人にとっては、居場所や安心感の獲得ともなり、ご家族にとっては負担軽減や他の方々との共感を得たり、情報交換などができる場となります。地域の方々の認知症についての理解が深まることも期待できますし、地域で認知症を支えあう拠点の一つともなります。

このように「認知症カフェ」の仕組みは、住民同士の支えあいが必要な「地域包括ケア」の構築の中での重要な役割を果たすものの一つであり、地域交流の構築が大切となります。



2.認知症とは

はじめに

令和を迎え、認知症患者は既に500万人以上となると推定され、まさに「メガ認知症時代」を迎えています。このため介護に携わる方も認知症についての知識を持つことが必要になっています。

認知症の定義

認知症の診断基準は世界保健機関（WHO）によるICD-10の診断基準、米国国立老化研究所とアルツハイマー協会（NIA-AA）の提唱した診断基準などいくつかありますが、代表的な診断基準であるアメリカ精神医学会のDSM-5では、長年使われた「dementia」の使用が廃止され、代わりに「major neurocognitive disorder」という用語が使われるようになっています。

そして認知症の定義は「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）において、以前の行為水準から有意な認知の低下がある」、「毎日の活動において認知欠損が自立を阻害する」とされています。

なかなかわかりにくい定義ですが、簡単にいえば「脳の障害でものの忘れなどの認知機能の低下が生じて、元々できていた日常生活に支障が出た状態」と考えて良いでしょう。

したがって高齢になって人の名前が思い出せなかったり、もの名前を間違えたりすることは認知症ではありません。ある高名な政治家が国会でロッキードのことを「ラッキード」、パラボラアンテナを「バラバラアンテナ」などと呼んでいましたが、彼はその後もしばらく政界で活躍していました。

一般臨床の場面では「日常生活の障害」があるのかを確認することが大切です。もの忘れすると訴えても往々にして「特に格段生活に困ることはありませんが」や「なかなか思い出せませんが、ちょっとした拍子に思い出しました」という返事があることが多いようです。

また近年の本人の認知機能の変化を確認することも大切です。もの忘れがいつから出現したか、またそのもの忘れが最近進行しているかを確認します。そのためには「今年の今頃はどうか」「一昨年の今頃はどうか」などを聞いてみます。そうすればそのような変化が最近出現してきた進行する病的なものなのか、それとも加齢による変化なのかがある程度分かります。サザエさんの歌ではサザエさんは財布を忘れて買い物に行っていますが、サザエさんはそそっかしいだけで認知症ではありません。

認知症と加齢によるもの忘れの違いを図表 1-12 に示します。

実際の診察の場合、代表的な認知症のスクリーニングテストである「ミニメンタルステート検査 (MMSE)」や「改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)」では、認知症発症時に初期から障害されるのは時間見当識と遅延再生とされますので、それだけでも確認する方法は有用です。例えば「桜・猫・電車を繰り返

返してください」「今日は何月何日何曜日ですか?」「さっきの3つの言葉をいってください」のような方法です。時間見当識は曜日のみの間違い、遅延再生は2ついえれば許容範囲とされます。また私は最近、時間見当識のなかで「季節」の重要性を痛感しています。認知症患者でも、通院してMMSEを繰り返して行っていると日付を正しくいえることがあります。そのような方は診察

図表1-12: 「認知症によるもの忘れ」と「加齢によるもの忘れ」の違い

認知症によるもの忘れ

- 体験全体を忘れる
- 新しい出来事を記憶できない
- ヒントを与えられても思い出せない
- 時間や場所などの見当がつかない
- 日常生活に支障がある
- もの忘れに対して自覚がない

加齢によるもの忘れ

- 体験の一部分を忘れる
- ヒントを与えられると思い出せる
- 時間や場所など見当がつかなく
- 日常生活に支障はない
- もの忘れに対して自覚がある



直前に日付を新聞で確認したりしています。しかし例えば「7月25日」と正しく日付をいいながら季節を「春」とか「冬」など答える患者がいます。日付や曜日はカレンダーや新聞で確認できますが、季節は確認ができません。9月初旬でまだ残暑の時に「夏」と答えるのは良いでしょうが、「冬」や「春」と答えれば、まず認知症と考えられます。

また認知症（特にアルツハイマー型認知症）の方は理由にならない言い訳をいったり、隣の人の方を向いたりすること（ネック・ターン・サイン／振り向き兆候）が出現します。今日は何月何日ですかと尋ねると「急に聞かれても」とか「さっきまで覚えていました」と言ったり、「お歳はおいくつですか？」と尋ねると「いくつかな？」と隣の娘さんの方を向いたりします。このような兆候が認められたらまず認知症と考えて良いでしょう。

認知症の原因になる病気の特徴

認知症の原因となる疾患を図表 1-13 に示しました。多くの疾患が認知症の原因になりますが、老年期に出現する代表的な認知症は、アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症の3つです。その頻度は色々な説がありますが、おおよそアルツハイマー型認知症（血管障害を合併する場合を含む）が50～60%くらい、血管性認知症が20%くらい、レビー小体型認知症が10%程度と考えて良いと思います。また特異な症状を示す前頭側頭葉変性症（前頭側頭型認知症）もありますが、その頻度は少ないと考えられます。以下、その特徴について述べます。

図表1-13：認知症の原因となる疾患

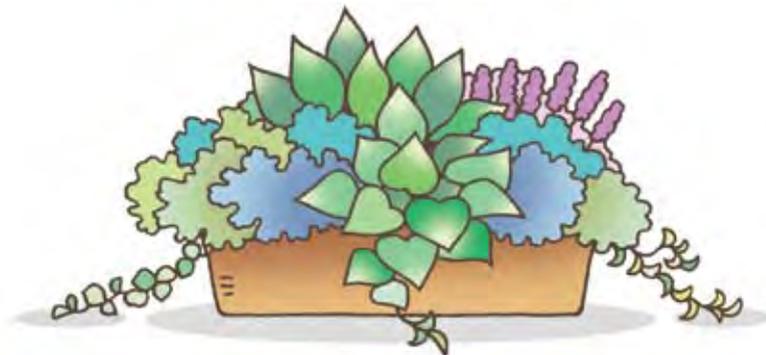
1.神経変性疾患	
①アルツハイマー型認知症	
②非アルツハイマー型認知症	レビー小体型認知症、ピック病、神経原線維変化型老年期認知症、嗜銀顆粒性認知症、運動ニューロン疾患に伴う認知症、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、ハンチントン病など
2.脳血管障害（血管性認知症）	
	脳出血、脳梗塞など
3.その他の原因疾患	
①内分泌・代謝性中毒性疾患	甲状腺機能低下症、下垂体機能低下症、ビタミンB12欠乏、ビタミンB1欠乏、ペラグラ、脳リポドーシス、ミトコンドリア脳筋症、肝性脳症、肺性脳症、透析脳症、低酸素症、低血糖症、アルコール脳症、薬物中毒など
②感染性疾患	クロイツフェルト・ヤコブ病、亜急性硬化性全脳炎、進行性多巣性白質脳症、各種脳炎・髄膜炎、脳腫瘍、脳寄生虫、進行麻痺など
③腫瘍性疾患	脳腫瘍（原発性、続発性）、髄膜癌腫症など
④外傷性疾患	慢性硬膜下血腫、頭部外傷後遺症など
⑤その他	正常圧水頭症、多発性硬化症、神経ベーチェット、サルコイドーシス、シェーングレン症候群など

A アルツハイマー型認知症（アルツハイマー病）

認知症をきたす代表的な疾患です。アルツハイマー型認知症は病理学的には神経細胞外の老人斑（アミロイドベータ蛋白）と細胞内の神経原線維変化（異常リン酸化タウ蛋白）の蓄積がその特徴で、1905年にドイツのアルツハイマー医師が最初に報告しています。このような異常物質の蓄積によって生じる脳細胞の障害がアルツハイマー型認知症の本質です。

診断基準である DSM-5 では

- (1) 家族歴または遺伝子検査から、アルツハイマー型認知症の原因となる遺伝子変異の証拠がある。
 - (2) 以下の3つすべてが存在している：
 - (a) 記憶、学習、および少なくとも1つの他の認知領域の低下の証拠が明らかである（詳細な病歴または連続的な神経心理学的検査に基づいた）。
 - (b) 着実に進行性で緩徐な認知機能低下があつて、安定状態が続くことはない。
 - (c) 混合状態の証拠がない（すなわち、他の神経変性または脳血管疾患がない、または認知の低下をもたらす可能性がある他の神経疾患、精神疾患、または全身性疾患がない）。
- と定義されています。



また 2011 年に米国国立老化研究所とアルツハイマー協会 (NIA-AA) により提案された認知症診断基準での「ほぼ確実なアルツハイマー型認知症」は

1. 認知症があり

- A 数か月から年余に緩徐進行性
- B 認知機能低下の客観的病歴
- C 以下の1つ以上の項目で病歴と検査で明らかに低下
 - a. 健忘症状 b. 非健忘症状：失語、視空間機能障害、遂行機能障害
- D 以下の所見がない場合
 - a. 脳血管障害 b. レビー小体型認知症 c. 行動障害型前頭側頭型認知症 d. 進行性失語症 e. 他の内科・神経疾患の存在、薬剤性認知機能障害

とされています。

基本的にはアルツハイマー型認知症は認知機能の低下によって日常生活に支障が生じ、そして緩やかに進行していく疾患です。したがって当初アルツハイマー型認知症と思われても、急激に進行したり、良くなったり悪くなったりする場合には他の疾患の可能性を考えるべきです。またはアルツハイマー型認知症であっても他の身体疾患や精神疾患が合併している可能性もあります。

また 1984 年に作成され、2011 年まで使われた NINCDS-ADRDA のアルツハイマー型認知症の診断基準では、その発症年齢を「40 歳から 90 歳」としています。ですから 90 歳を超えて発症した認知症患者を安易にアルツハイマー型認知症と診断して、ドネペジルやメマンチンなどのアルツハイマー型認知症治療薬を投与することは避けるべきと思われます。現在日本で使用が

可能なアルツハイマー型認知症治療薬 4 種類の治験の際には、この診断基準を用いてアルツハイマー型認知症の診断がされました。

このため、80 歳代にアルツハイマー型認知症を発症してドネペジルなどのアルツハイマー型認知症治療薬の投与を開始した患者については、90 歳を超えても薬物療法を継続することは差し支えないと考えます。しかし、90 歳を超えた年齢で認知症を発症した方々はこれらの薬剤の治験の対象外だったので、現在発売中のアルツハイマー型認知症治療薬が有効かはっきりした証拠がありません。私はそのような方は、まずはデイサービス利用など非薬物療法の活用をお勧めしています。

また診断については画像診断も有用です。一番広く使われているのが頭部 MRI で、特に海馬の萎縮の所見がアルツハイマー型認知症の診断に有効です。視覚的には有意に萎縮しているか判断が難しい例もありますが、VSRAD（早期アルツハイマー型認知症診断支援システム）という海馬萎縮を定量的に測れる方法が開発されていて、数値（Zスコア）で海馬萎縮の状態がわかるようになりました。Zスコアの数値が大きいほど海馬が萎縮していて、2 以上の場合は海馬の萎縮が有意とされます。ただし、「Zスコアが 2 以上だからアルツハイマー型認知症」と簡単に判断することは避けるべきです。あくまでも診断のための 1 つの資料と考えるべきでしょう。

また核医学的検査である脳血流シンチグラフ（SPECT）も診断に有効です。しかし検査を受けられる施設が MRI に比べると少なく、費用も高額ですので、私は 75 歳未満の比較的若い発症

年齢で、認知症かそうでないのか判断が難しいような軽度の認知障害の方や認知症のタイプの鑑別が難しい方に限って SPECT を検査依頼しています。臨床症状や MRI の所見から明らかにアルツハイマー型認知症と考えられる方には行う必要はないでしょう。

ポジトロン CT（PET）は現在脳内の糖代謝のみではなく、アミロイドベータ蛋白の蓄積の状態も画像上で示すことができるようになっています。しかしアルツハイマー型認知症の診断では健康保険の適応になっていませんし、まだ一般診療に用いる状態ではないと思います。

以下典型的な症例を示します。

症例 62歳（初診時） 女性

57 歳時に家族のストレスなどから抑うつ状態となりましたが、数か月で回復しました。

58 歳のときよりもの忘れが出現し、次第に進行しました。60 歳頃からは同じことを聞くことが目立ち、また意欲も低下して、家事ができないようになってきました。

62 歳時 8 月に T クリニック受診。MMSE は 23 点（満点 30 点、23 点以下異常）と低下し、立方体の模写ができませんでした。アルツハイマー型認知症が疑われ、A 大学病院で脳血流シンチグラフなどの精査を行い、アルツハイマー型認知症と診断されました。このためアルツハイマー型認知症治療薬の投与などの薬物療法を開始しました。しかし認知機能の低下は着実に進行し、70 歳時には 0 点と低下しました。一時易怒性などが目立ちました。

71 歳頃よりはほぼ無言で、ADL も低下し、歩行不能となり、72 歳時にはほとんどベッドレスト（寝たきり）の状態となりました。

このようにいつ発症したかははっきり判らないように発症し、しかし緩徐に確実に進行していく認知症が典型的なアルツハイマー型認知症です。しかしアルツハイマー型認知症は多様な症状を示す疾患です。次のような症例もあります。

症例 83歳（初診時） 女性

元来明るい性格。高卒後主婦として生活し、初診時は次女一家と同居でした。趣味はコーラスでした。

80歳時よりもの忘れが出現しました。また財布を盗られるといい、自分で隠して隠し場所がわからなくなって警察を呼んだりするようになりました。近医を受診しましたが通院はしていません。自分はどこも悪くないとっていました。

83歳になって家の門柱を盗まれたなどといって建設会社に電話したりするため、Tクリニック受診となりました。初診時は穏やかでしたが、MMSEは17点と低下し、時間見当識、遅延再生、計算の障害を認めました。年齢や生年月日は正しくいえましたが、総理大臣名（安倍晋三総理）は「佐藤さん」といいました。アルツハイマー型認知症と診断し、アルツハイマー型認知症治療薬の投与を開始しましたが、「財布を盗られる」ともの盗られ妄想を訴えて、怒ったりすることが目立ち、抗精神病薬（スルピリド 25mg）の投与も行いました。その後、もの盗られ妄想は改善し、感情面は安定しました。MMSEは一時25点まで改善して、さらに犬を飼うようになって、楽しく生活できるようになりました。

88歳時のMMSEは20点と初診時より改善していて、アルツハイマー型認知症治療薬を継続しながらデイサービスに通い、穏やかな家庭での生活を継続しています。

このように現在発売中のアルツハイマー型認知症治療薬やデイサービス利用などの非薬物療法の効果により、長期に安定して生活できる例も多くみられます。アルツハイマー型認知症だからとあきらめずに、治療を継続してできる範囲で健康な生活を維持してアルツハイマー型認知症によるダメージのコントロールを行っていくことが大切です。



B 血管性認知症

血管性認知症は脳血管障害が原因となった認知症で、典型的な例は脳梗塞や脳出血などの脳血管障害の後から認知機能が低下してくるものです。

血管性認知症の診断基準にはICD-10、DSM-5、NINDS-ARIRENなどがあります。

またDSM-5では、血管性認知症はmajor vascular neurocognitive disorderとされています。その内容についての詳細は省きますが、基本的には脳血管性の発作と時間的に関係している認知機能の低下があることがその診断に重要です。DSM-5では具体的な期間の記載はありませんが、NINDS-ARIRENでは脳卒中発症後3か月以内の認知症発症とされています。血管性認知症の診断はどの基準を使用するかで、頻度が

大きく異なるとされていて、意外に典型的なものは少ないようです。昭和時代の疫学調査では、血管性認知症の発症頻度はアルツハイマー型認知症の2倍くらいといわれていましたが、今はアルツハイマー型認知症の方が逆に高頻度とされています。また一見血管性認知症に見えても、脳卒中の発作後、年月を置いて認知症が次第に発症してくることもあります。これはむしろ脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症を疑い、アルツハイマー型認知症治療薬の投与を行っても良い事例です。

血管性認知症の典型的な臨床像は認知機能の急激なそして階段状の悪化とされ、いわゆるまだら認知症の状態を呈します。そして失語、片麻痺や排尿障害、仮性球麻痺のような神経症状や意欲低下、抑うつ、感情失禁のような精神症状を伴います。実は認知機能の低下は軽度なのに、失語などのためにより重度の認知症状態と評価されてしまう場合もあります。また血管性認知症は脳血管障害（脳梗塞、脳出血など）に加えて、糖尿病、心房細動などの心臓病、高血圧症などの合併症を持つ場合が多く、そのため

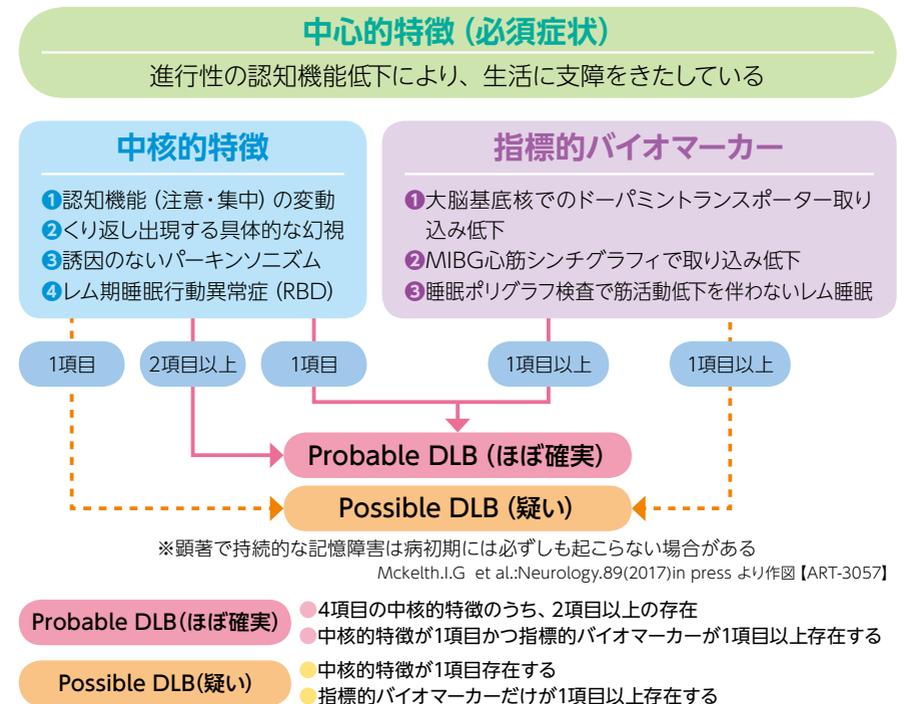
に生じる症状（低血糖、高血糖、不整脈による意識低下など）や合併症（肺炎などの感染症など）が認知症に影響を与えることもあります。またせん妄も容易に生じてきます。またアルツハイマー型認知症との鑑別には頭部CTやMRIなどの画像診断も有用です。



C レビー小体型認知症

レビー小体型認知症は元横浜市立大医学部精神科教授の小阪憲司先生が1976年に初めて報告した疾患です。次第にその概念が広く認められ、1995年に第1回国際ワークショップが開かれて、それまではびまん性レビー小体病などの病名が使われていましたが、レビー小体型認知症という名称が確立しました。また同時に診断基準が提唱され、現在は2017年に改定された診断基準（図表1-14）が診断に用いられています。

図表1-14: レビー小体型認知症 (DLB) の臨床診断基準 (2017年改訂版)



監修: 小阪憲司先生 (横浜市立大学名誉教授)、森悦明先生 (東北大学名誉教授)、池田学先生 (大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野教授)

レビー小体型認知症は認知症全体の20%を占めるという説がありますが、一方、厚生労働省の研究班の研究では5%弱の頻度になっています。特に初期には診断が難しい認知症です。

病理学的には神経細胞内にレビー小体（ α シヌクレインが主要構成成分）が多く沈着する疾患で、パーキンソン病に似た病理像を呈します。パーキンソン病に伴う認知症か、レビー小体型認知症かは厳密な区別は難しいのですが、現在はパーキンソン症状（手足が震える、動きが悪くなる、表情が乏しくなる、小刻みな歩行など）が出現する前か、パーキンソン症状が出現して1年以内に認知症が出現すればレビー小体型認知症、パーキンソン症状が出現して1年以上経って認知症が出現した場合はパーキンソン病に伴う認知症と区別しています（1年ルール）。

典型的なレビー小体型認知症は明確な幻視が出現します。せん妄でも幻視のような症状が出現しますが、それは夜間に意識レベルが低下した時に多く認めます。しかしレビー小体型認知症の幻視は白昼に明瞭に認めます。患者さんのご家族には民話の「座敷わらし」に似ていますと説明しています。その人だけに子供や亡くなっている家族（配偶者、両親など）、動物（ネズミ、猫など）などが明瞭に見えます。でもほとんどの方が「しゃべらない」といい、幻聴は否定します（時に幻聴も伴う場合があります）。また妄想や抑うつなどの精神症状が初発症状の場合があり、精神疾患との鑑別が困難なことがあります。夜間大声の寝言を出して激しく動いたり（レム睡眠行動障害）、嗅覚が低下したり、自律神経症状（便秘や起立性低血圧など）などが認められることもあります。

レビー小体型認知症は抗精神病薬に対しての過敏性が指摘されています。このため幻覚や妄想の治療のために抗精神病薬を投与すると、今まで目立たなかったパーキンソン症状が急に出現したり、転倒が生じたりしますので慎重な検討が必要です。治療に関しては、コリンエステラーゼ阻害薬の一つであるドネペジルが保険適用になっていて、認知機能の維持や幻視などの精神症状の改善に有効です。

症例を提示します。

症例 78歳（初診時）女性

主婦でしたが、近年はマンションで独居でした。77歳時5月より、食事の約束を全く忘れるなどのもの忘れが出現しました。7月になって夜間に大声を出し、また被害的な言動が目立ってきました。8月には夜10時頃マンションの1Fを徘徊し、家人に連絡がありました。本人は「男が入ってきた」などといっていました。このため9月にTクリニック初診となりました。初診時MMSEは24点でした。明らかなパーキンソン症状は認めず、頭部MRIでは脳萎縮は目立たない（Zスコア-0.9）状態でした。

精神症状に有効とされる漢方薬を投与しましたが、その後「子供がたくさん来る」と幻視が出現しました。このため10月よりドネペジルを投与し、幻視はほぼ消退し、MMSEは27点に改善しました。



症例 75歳（初診時） 女性

主婦でしたが、夫の死亡後は一軒家で独居でした。70歳より「家が揺れる」といい、次第に「隣の人が家を揺らす」と隣人にクレームをつけるためトラブルになりました。娘の家に泊まりに来ても同様の訴えをしていました。しかし生活は単身で自立してできていました。

75歳時にTクリニック初診し、MMSEは29点でした。初診時は「家が揺れる。隣の人に揺らされている。文句をいうと逆に怒鳴られて怖かったが、間違いはない」と隣人を対象とする被害妄想を訴えていました。娘さんの家も揺れるのは変なのではと反論しても、「こっそりやってきて揺らしているのです」と聞き入れませんでした。老年期の幻覚妄想状態と考え、抗精神病薬の一つであるリスペリドン0.5mgを処方しましたが、本人は服薬はしませんでした。その後、次第に上肢の動きが悪くなるなどのパーキンソン症状が出現し、MMSEも低下して「人が来る」などの幻視も訴えるようになりました。レビー小体型認知症と考慮して治療を行いましたが、脳出血を合併し、施設入所となりました。



このようにレビー小体型認知症は当初は認知症と診断しにくい場合もよくあります。

D 前頭側頭葉変性症

前頭側頭葉変性症は前頭側頭型認知症やピック病として知られています。現在は以下の3種に分類されています。

**1) 行動障害型前頭側頭型認知症**

これは以前のピック病に当たる疾患です。脱抑制行動が早期から出現し、社会的に不適切な行為（万引き、覗きなど）や常同行為（同じお菓子ばかり買ってくる、毎日同じ神社に行くなど）、常同言語（同じことばかりいう。「大丈夫、大丈夫」「どんとこい」など）などの特徴的な症状がみられます。初期には記憶の障害などの認知障害は目立たない場合も多く、注意が必要です。頭部MRIやCTの画像診断では特徴的な前頭葉や側頭葉の萎縮を認めます。

2) 意味性認知症

この疾患は主として言語面の障害が目立ってきます。物品の名前がいえなくなったり、言葉の意味が判らなくなったりする症状が早期から目立ちます。鉛筆や時計を見せても「タオル」と答え、「兄弟は何人ですか？」と尋ねると「兄弟って何ですか？」などといいます。初期には買い物をしたり、料理を作ったりなどの日常生活は問題なくできる場合が多くあります。

3) 進行性非流暢性失語症

この疾患は言語面の障害が最も著しく、発語の障害が目立ちます。スムーズな会話ができなくなり「わわ……し……かい……いん……いす」（私は会社員です）のようになります。

行動障害型前頭側頭型認知症の症例を提示します。

59歳（入院時） 男性

元来真面目な性格でした。農業高校卒、運送会社に勤務していました。

53歳頃より、何回も同じ事を尋ねることが始まり、次第に出社しなくなり解雇されました。その後は農業を手伝ったりしていましたが、意欲低下、性格変化が目立ち、髭そりや入浴もしなくなってきました。

58歳時に近医を受診し、前頭葉の萎縮を指摘されました。このため4月にA病院を受診しましたが、診察を拒否して、同伴した妻を置いて帰宅してしまいました。しかし、その後も万引きや無銭飲食などの行動がみられ、59歳時にA病院の認知症病棟に入院となりました。入院時は手で額を叩いたり、机を叩いたりを続け（常同行為）、種々の質問をしても“わからん”とばかり答え（常同言語）、真面目に考えようとせず（考え無精）、徘徊、多動が著しい状態でした。頭部MRIでは前頭葉の高度の萎縮を認めました。抗精神病薬の投与などの治療を行いましたが、安定しない状態が長期に続きました。



前頭側頭葉変性症は特殊な認知症で、特に行動障害型前頭側頭型認知症は行動の障害のため、介護者が大変困ります。ぜひ専門医受診をお勧めください。場合によっては精神科病棟での入院治療も必要になってきます。

E その他の認知症

今までで紹介した4種の認知症以外に認知機能の障害をきたす疾患として、「認知症疾患治療ガイドライン2017」では

- 1) 進行性核上性麻痺
- 2) 大脳皮質基底核変性症
- 3) 嗜銀顆粒性認知症
- 4) 神経原線維変化型老年期認知症
- 5) Huntington病
- 6) プリオン病
- 7) 内科的疾患（ビタミン欠乏症、甲状腺機能低下症、神経梅毒、肝性脳症、特発性正常圧水頭症など）

が挙げられています。

これらの疾患が疑われる場合は、脳神経内科専門医など認知症や神経疾患の診断に熟達した医師の受診をお勧めください。

軽度認知障害とは

軽度認知障害は「もの忘れはするが、日常生活には大きな支障はない」という状態で、MCI*と呼ばれます。MCIの概念は90年代にピーターセンによって提唱され、その基準は

- 1) 以前と比較して認知機能の低下がある。これは本人、情報提供者、熟練した臨床医のいずれかによって指摘される。
- 2) 記憶、遂行、注意、言語、視空間認知のうち1つ以上の認知機能領域における障害がある。

*Mild Cognitive Impairment

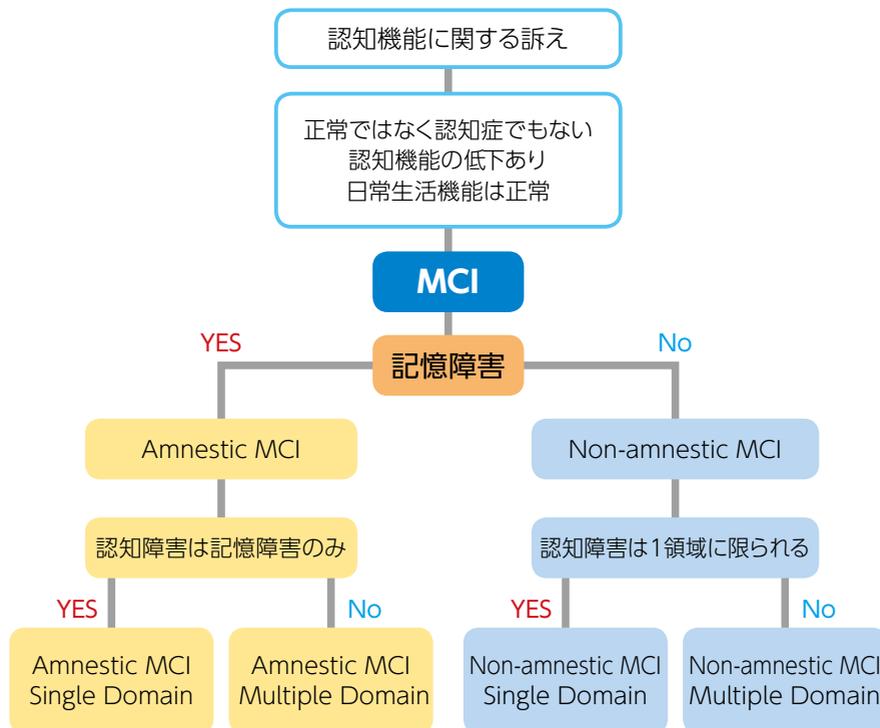
3) 日常生活動作は自立している。昔よりも時間を要したり、非効率であったり、間違いが多くなったりする場合もある。

4) 認知症ではない。

となっています。現在はさらにその種類が分類されるようになっています（図表 1-15）。

また他にも ICD-10 や NIA-AA などいくつかの診断基準がありますが、基本的には認知機能が低下しているが、認知症ではないという、白でもない黒でもない灰色のような状態です。

図表1-15：MCIのサブタイプ診断のためのフローチャート



一般臨床の場面では MCI か認知症（特にアルツハイマー型認知症）のごく初期なのかを見極めるのは困難です。年間約 5～15%の方が MCI から認知症に進行するとされますが、長く MCI レベルで落ち着いている方も多くいます。また軽度の認知機能低下にはベンゾジアゼピン系薬剤（睡眠剤や抗不安薬などとして多く使われる）や抗コリン剤（過活動膀胱治療薬など）の薬剤が関係していることも多くありますので、そのような薬剤を服用していないか確認することも大切です。認知機能低下をきたす薬剤については日本老年医学会作成の「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015」をご参照ください。

もし認知機能低下を生じる可能性がある薬剤を服用していないのに「もの忘れはするが、日常生活は自立している」方が受診されたら、その方が 75 歳以上の高齢者であれば「また 3 か月後に受診してください」と経過観察をして良いと思います。75 歳未満の方は専門医での精査をお勧めしてください。たとえ MCI であってもその認知症がアルツハイマー型認知症のごく初期である場合は、薬物投与などの治療を開始することも検討されます。

特に MCI と思われても若年性認知症（65 歳未満発症の認知症）のごく初期の場合は、まだ職業についていたりなどで社会や家庭で責任が重い方も多くおられます。その場合は早期に専門医に紹介して、MRI や SPECT などの画像診断を含めた精査を行ってもらうようにしてください。早く診断をつけることによって、まだ認知機能が保たれている早期の時期に種々の決定ができる方が将来に向けて有益です。また治療も効果が望めます。

認知症とせん妄、うつ病との鑑別

せん妄とうつ病は認知症と鑑別が必要な状態です。認知症とせん妄との違いを図表 1-16 に示します。せん妄にはそれを生じる要因がある場合があります。特に薬物（ベンゾジアゼピン系薬剤など）や感染症などの身体疾患には注意してください。薬剤の整理や身体疾患の治療でせん妄が改善する場合があります。また昼夜のリズムをつけるなどの生活リズムの改善も重要です。

それでもせん妄が改善しない場合は抗精神病薬（クエチアピン、リスペリドンなど）や抗うつ薬（トラゾドン、ミルタザピンなど）を投与します。しかし過剰投与にならないように、また副作用の出現



図表1-16: せん妄との鑑別

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～数週間	永続的
気分	動揺性	変化あり
知的能力	一時的低下	持続的低下
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

に充分注意して、初期には少量の投与から行うことが望めます。

認知症とうつ病との違いを図表 1-17 に示します。うつ病にみられる認知症のような状態を仮性認知症と呼びます。このような場合は MMSE の質問などに「わかりません」「ダメになってしまってわかりません」と答える場合が多いです。これは“I don't know answer”とされ、仮性認知症に特徴的な回答です。認知症の方は「1月1日です（本当は7月15日）」とか「30歳くらいです（本当は85歳）」などと答えます。これは“wrong answer”といわれ、認知症の方の回答に特徴的といわれます。

図表1-17: 認知症とうつとの鑑別

	うつ	認知症
発症	週か月単位、何らかのきっかけ	緩徐
もの忘れの訴え方	強調する	自覚がない
答え方	否定的答え（わからない）	作話、つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割に ADL 障害が強い	ADL の障害と一致
記憶障害	最近の記憶と昔の記憶に差がない	最近の記憶が主体
睡眠	障害がある	基本的に障害はない
日内変動	午前中が悪く、夕刻にやや改善	変化に乏しい
持続	数時間～数週間	永続的
気分	動揺性	動揺乏しい

また仮性認知症の場合は表情が暗く、声も小さい場合が多く、食欲の低下がみられます。しかし認知症の方はどちらかといえば多幸的で、もの忘れについても無関心な場合が多くみられます。また何らかのきっかけ（親しい人の死、重い身体疾患の罹患など）がある場合が多く、よく病歴を確認することが重要です。また過去にうつ病の既往があれば、仮性認知症を疑う要因になります。

仮性認知症の場合は受容的に接しながら、抗うつ薬を適切に投与することで多くの場合、改善に向かいます。

おわりに

認知症は今や国民病です。そして実は「加齢」が一番のリスクファクターで、長生きすればどんな方にも生じうる病気です。この小文が皆様のお仕事に役に立つことを願っています。



認知症の診断と 治療・連携

認知症の診断と治療・連携

1. 認知症の受診

かかりつけ医への早期受診のメリット

認知症は、世界中で様々な研究がなされていますが、残念ながら認知症を治す根本的治療薬ははまだ製造されていません。そのため認知症は、予防や早期発見・早期介入（診断や治療・ケア）が重要です。認知症の早期発見や早期介入を行うことには、以下のメリットがあります。

- (1) 認知症を呈する疾患としての割合は決して多くないですが、内分泌代謝疾患、脳炎や髄膜炎などの感染性疾患、脳腫瘍や高齢者に多い慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症などの脳外科疾患など早期に診断し、治療することができれば症状が劇的に改善しうる「treatable dementia(治療可能な認知症)」と呼ばれる病態があります。
- (2) 診断を行うことで、ある程度の経過や予後予測を伝えることができます。
- (3) 認知症を早期に診断し、治療を開始することで、進行を遅らせる、あるいは症状を緩和できます。また適切に介護サービスを受けることも可能となり、社会的理解も得られやすくなります。
- (4) 認知症の原因やタイプにより、ケアする際の注意点がより明らかになります。例えばレビー小体型認知症では、自律



神経機能障害が生じやすく、便秘や立ちくらみ、めまいなどの症状や、パーキンソン症状による歩行障害などで転倒に注意する、などです。

- (5) 今後出現してくる可能性のある多彩な「行動・心理症状(BPSD)」へ対応しやすくなります。例えば、ピック病などの前頭側頭型認知症では、性格変化や脱抑制などが生じるため、時に万引きなどの反社会的行動が出ることもあり、またレビー小体型認知症では、幻視や錯視をしばしば認めるなど疾患に応じた特徴があります。
- (6) ご本人が認知症の進行により意思や判断が困難になる前に、ご家族とともに、これからの生活について考えることができます。

以上からも早期発見・早期対応が重要ですが、日頃から日常生活における身体管理を行ってくれるかかりつけ医を持つことで、身近に認知症に関する相談や診断につながり、実際の認知症治療に携わっていただくこともあります。さらに専門医との連携や、介護支援専門員など介護関係機関との橋渡しにもなります。一方で多くの人にとって認知症は、いまだネガティブな感情のみを持つことが多く、診断を急ぐあまり、診断が認知症の方やご家族に不安を与え、将来への絶望につながる場合があります。気持ちに寄りそうなどの配慮はとても大切です。

認知症の早期発見のために

～日常的に接する機会が多い介護職が気づき、受診につなげる～

認知症は、記憶障害、見当識障害、実行機能障害など、複数の認知機能の障害を認めることにより日常生活に支障が出てきた状態です。しばしば本人の自覚がないこともあり、またご家族も「まさかうちの親が」など、関係性が密であるほど“相手が認知症であることを認めたくない”という心理が働きやすく、受診をためらうことや、実際に受診した時には認知症がかなり進行していることも少なくありません。医療介護従事者の方は、日常的にご本人やご家族に接することが多く、例えば「診察券や保険証をよくなくす」「診察日をよく間違える」「説明した内容を（全く）覚えていない」など、日頃から認知機能低下に気づき、受診につなげることが大切です。

認知症かなと思われたら、早めに医療機関への相談や受診を行いましょう。日常生活の中で認知症ではないかと思われる言動を「認知症の人と家族の会」の会員が経験に基づいてまとめ、「家族がつくった「認知症」早期発見のめやす」(図表 2-1) を作成しています。医学的な診断基準ではありませんが、気づきにはとても重要な内容です。



受診の流れについて

次に受診の流れについて説明します。病院によってその内容に多少差がありますが、基本的に 48 ページ図表 2-2 のような流れになります。受診の際にはあらかじめ予約が必要な場合もあるので注意しましょう。

認知症の診断・検査は他の疾患と同様に、問診による病歴、生活歴や教育歴、家族歴、既往歴、服薬歴を得た後に、一般的な身体所見や麻痺やパーキンソン症状など神経学的所見をとります。

図表 2-1：家族がつくった「認知症」早期発見のめやす

日常の暮らしの中で、認知症の始まりではないかと思われる言動を、「認知症の人と家族の会」の会員の経験からまとめたものです。医学的な診断基準ではありませんが、暮らしの中での目安として参考にしてください。いくつか思い当たることがあれば、かかりつけ医などに相談してみることがよいでしょう。

もの忘れがひどい

- 1. 今切ったばかりなのに、電話の相手の名前を忘れる
- 2. 同じことを何度も言う・問う・する
- 3. しまい忘れ置忘れが増え、いつも探し物をしている
- 4. 財布・通帳・衣類などを盗まれたと人を疑う

判断・理解力が衰える

- 5. 料理・片付け・計算・運転などのミスが多くなった
- 6. 新しいことが覚えられない
- 7. 話のつじつまが合わない
- 8. テレビ番組の内容が理解できなくなった

時間・場所がわからない

- 9. 約束の日時や場所を間違えるようになった
- 10. 慣れた道でも迷うことがある

人柄が変わる

- 11. 些細なことで怒りっぽくなった
- 12. 周りへの気づかいがなくなり頑固になった
- 13. 自分の失敗を人のせいにする
- 14. 「このごろ様子がおかしい」と周囲から言われた

不安感が強い

- 15. ひとりになると怖がったり寂しがったりする
- 16. 外出時、持ち物を何度も確かめる
- 17. 「頭が変になった」と本人が訴える

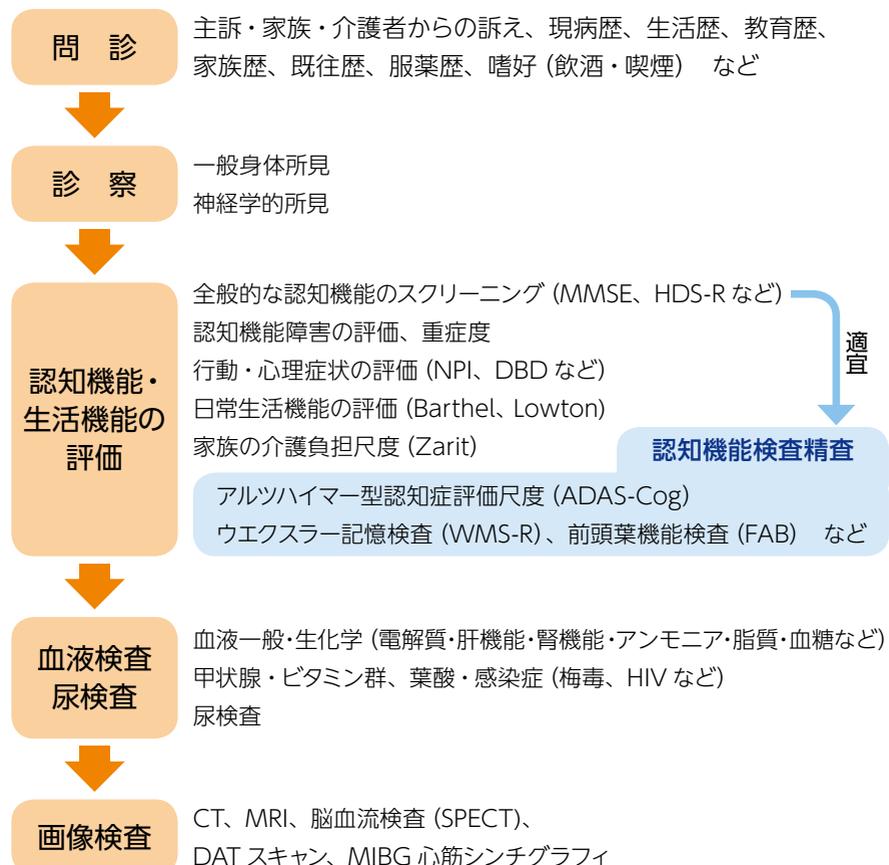
意欲がなくなる

- 18. 下着を変えず、身だしなみを構わなくなった
- 19. 趣味や好きなテレビ番組に興味を示さなくなった
- 20. ふさぎ込んで何をするのも億劫がりいやがる

「家族がつくった「認知症」早期発見のめやす」：公益社団法人 認知症の人と家族の会ホームページより抜粋
http://www.alzheimer.or.jp/wp-content/uploads/2019/10/soukihakkenmeyasu_01.jpg

これらの情報を収集しながら、患者さんとのコミュニケーションを良好にし、信頼感を築きあげながら、認知機能の評価やBPSDの評価を行っていきます。認知症との鑑別として、内科的疾患や外科的疾患の鑑別も必要ですので、血液検査・尿検査、頭部CTや頭部MRIなど脳画像検査も行います（図表2-2）。

図表 2-2: 受診（認知症診断）の流れ



公益社団法人 日本看護協会編「認知症ケアガイドブック」2016年（照林社）より一部改変

問診の主な内容（診察手順）

問診は診療の第一歩であり、必要不可欠な情報を得ることで、正確な診断、適切な治療へつな갑니다。患者さんやご家族とのよりよい関係を構築し、その後の治療関係を円滑に進めるためにも、問診時の態度や視線、言葉遣い、声のトーンなどにも配慮します。高齢者においては理解力の低下、難聴、上手く話せないなどにより円滑な問診が難しい場合もあります。

また高齢者を診察する場合には、同伴した家族や付き添いからの情報も重要です。特に患者本人からの問診が困難な場合や、アルツハイマー型認知症の場合は、しばしば「取り繕い」や「振り向き徴候」などが見られ、ご本人をよく知っているご家族らの周囲にもの忘れ、性格変化、行動異常、家庭環境などの情報を尋ねます。

問診の際に患者さんと家族介護者と一緒に面接すると、時に患者さんの自尊心を傷つけ、患者さんの思いと介護者の思いが相反する場合、お互いに否定的な感情を持つ場合もあり、面接の際には十分な配慮が必要です。そのため別々に話を聞くなどの工夫が大切です。

この際、家族介護者に話を聞く間に、患者さんの採血や心理検査を行うなどで時間を作り、疎外されたと感じることがないようにも配慮します。そして問診で大切なことは、誰が何に一番困っているかを知ることであり、患者さん本人が困っていること、家族介護者が困っていることをそれぞれ聞き出すことができれば、患者さんや家族介護者の抱える課題の本質が見え、その後の治療

やケアの方針を立てる際に役立ちます。

聞き取りには時間を要することも多く、予め問診票を作成し、使用することも有効です。

問診は、主訴、現病歴、家族歴、既往症、嗜好などですが、高齢者の病歴は、通院・服薬状況や生活状況の情報も含めて問診する必要があります。

【主訴】

気になる症状はどのようなものか、できるだけ患者本人の訴えを聞きます。しばしば患者さん本人の自覚がない場合もあり、事前に家族介護者の立場からも聞いておきます。もの忘れの訴えや被害妄想など認知症の疑いがある場合は、必ず誰から病歴を聴取したか記載しておきます。

【現病歴】

いつ頃どのように始まったのか？ 急性か亜急性か慢性か？ 常に症状が一定しているのか、あるいは夕方以降だけ悪くなるなど症状に変動があるのか？ そしてこれらの症状により、日常生活での支障（生活のしづらさ）はどうか？ などを聞きます。また症状が出始めた頃に気になるようなきっかけ、病気や事故などはあったか？ 発見してからこれまで進行・悪化した様子はあるか？ なども確認します。

【家族歴】

ご家族・ご親族に似たような症状の方、あるいは認知症の方や、うつ病や統合失調症などの精神疾患などの家族歴の方はいるか確認します。心筋梗塞、脳卒中は、およその発症年齢を聴取します。

【既往症】

これまでにかかったことがある病気（既往歴）、現在治療中の病気について、例えば身体合併症や随伴症状の有無、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の有無についてと、通院や服薬中のお薬、何をいつから服薬しているか（服薬歴）などを尋ねます。服薬遵守性（服薬忘れ、過量服薬など）についても確認します。

高齢者は複数の医療機関から薬剤を処方されていることも多く、OTC 医薬品（市販薬）を含め、服薬中の薬を可能な限りチェックします。また医療機関を受診する際には必ず“お薬手帳”を持参するように指導します。

【生活歴・状況（日常生活動作 [ADL]、家族構成、介護状況など）】

認知症（疑い）の方の出生時や発育・発達歴、教育歴、職業歴、現在の生活状況・家庭環境（独居や同居、健康状態、施設入所など、介護者やキーパーソン、かかりつけ医の有無）などを聞き、経済状況を含め生活機能全般について問題点をスクリーニングします。また意欲、認知機能、手段的 ADL (IADL)、基本的 ADL、情緒・気分を評価します。

入院患者においては入院前の生活状況を聴取し、さらに退院後の生活状況を考えます。介護保険の有無や、実際に介護保険サービスを利用している場合には、要介護度、サービス内容、可能であればケアマネジャーの連絡先について確認します。



【嗜好】

喫煙歴の有無（喫煙本数、喫煙年数または喫煙開始年齢～禁煙年齢）、飲酒歴に加え、健康食品やサプリメント服用などについても聞きます。

【その他】

家族として心配なこと、気がかりなことはあるか？ などです。

患者さんの背景を知っておくことは今後の治療・ケアの方針を考えていく中で極めて重要で、BPSDの背景にこれら患者さんの背景が影響していることが少なくありません。

評価指標

認知症の評価尺度については、図表 2-3 に示します。「改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)」や「ミニメンタルステート検査 (MMSE)」などの簡易スクリーニング検査や、ADL 評価などを定期的に評価することで、患者さんの状態変化の把握がしやすくなり、また医療・介護などの共通アセスメントツールとしても役に立つため、日頃から行うようにすることが望ましいです。HDS-R (図表 2-4) などのスクリーニング検査では、単に点数がカットオフ値以上だから認知症ではないというのではなく、「軽度認知障害 (MCI)」など認知症へ移行しやすい方などは、日時がわからない (見当識障害)、近時記憶 (遅延再生) などの項目が低下していることが多く、どのような項目が低下しているかをチェックしておくことも早期診断において有用です。

図表2-3：主な認知機能検査とその他認知症評価尺度

関連する主な機能	略称	日本語名	特記
複合的	MMSE	ミニメンタルステート検査	簡易スクリーニング検査
	HDS-R	改訂長谷川式簡易知能評価スケール	
	MoCA-J	日本版 MoCA	
	ADAS-Jcog	日本版アルツハイマー病評価スケール	認知機能評価する
知能	WAIS- III	Wechsler 成人知能検査	成人用知能検査改定第 3 版
記憶	WMS-R	Wechsler 記憶検査	総合的な記憶検査
	RBMT	日本版 Rivermead 行動記憶検査	
	BVRT	Benton 視覚記銘検査	図版記銘の検査
前頭葉機能	FAB	(Frontal Assessment Battery)	前頭葉機能検査
	TMT	(Trail Making Test)	
	WCST	Wisconsin カード分類検査	
	BADS	BADS 遂行機能障害症候群の行動評価	
重症度	CDR	Clinical Dementia Rating	重症度評価
	FAST	Functional Assessment Staging	
ADL の評価尺度		Barthel Index	基本的 ADL
		Lawton の尺度	手段的 ADL (IADL)
行動・心理症状 (BPSD)	NPI	Neuropsychiatric Inventory	
	Behave-AD	Behavioral pathology in Alzheimer's disease	
介護負担尺度	Zarit	Zarit 介護負担尺度	

図表2-4：認知機能検査／改訂 長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)

		検査の内容
1	お歳はいくつですか？	
2	今日は何年の何月何日ですか？ 何曜日ですか？	時間の見当識
3	私たちがいまいるところはどこですか？	場所の見当識
4	これからいう 3 つの言葉を言ってみてください。あとでまた聞きますのでよく覚えておいてください。	単語再生
5	100 から 7 を順番に引いてください。	計算
6	私がこれからいう数字を逆から言ってください。	数字の逆唱
7	先ほど覚えてもらった言葉をもう一度言ってみてください。	遅延再生
8	これから 5 つの品物を見せます。それを隠しますのでなにがあったか言ってください。	物品の視覚記銘
9	知っている野菜の名前をできるだけ多く言ってください。	言葉の流暢性

受診の前に整理しておくポイント

受診を行う際に、診断や今後の治療・ケアを行う上で必要な情報として、上記の問診内容に加え、あらかじめ気づいた点などをメモするようにして、また HDS-R や MMSE などのスクリーニング検査の結果を受診先の医師に渡すなどすると、診療の際にとっても参考になります。

無理に受診につなげると不信感を招くことも

認知症にかかわらず体調を管理していく上でも、早めの受診や治療は重要です。特に家族介護者の方にとって、ご本人が受診を拒否することも不安なことと思います。しかしながら病院へ受診される場合の多くは、何らかの自覚症状（例えば熱が出て咳が止まらないなど）があつてのことかと思えます。ご本人に自覚症状が乏しいのであれば、当然受診の必要性を感じませんし、治療を拒否されることは起こりえます。

また、認知症の初期や MCI の際など、しばしばご本人自身が今までできたことができないことへのもどかしさや不安、時には困惑もあります。さらには自分が認知症と診断されたり、周りから思われたりするの、特に身近な家族などからですと、ご本人の自尊心が傷つけられることもあります。このような状態のときに無理に受診させようとしても不安感や不信感を増してしまうことがあります。

受診へのためらいがある場合は表現を工夫しよう

受診をためられる場合や、拒否される場合は、可能な限りご本人の立場に立って考えることが重要です。対応としての工夫は、「病気の診察」ではなく、「健康であることの確認」という点を伝えて誘導します。例えば「（健康番組を観ながら）元気で長生きしてほしいから、悪いところがないか確認してもらいましょう」とか、「市から通知が来ているから（健康診断に）行こうよ」と誘ってみるといいですし、時に「誰が認知症なの！ 馬鹿にしないで!!」というような場合でも、自尊心を傷つけないように配慮することが重要であり「なんでもないことを（診察で）診てもらおうよ」というように、言葉かけひとつで「じゃあ、念のため」といって受診につながることもあります。

しかしながら、ご家族が話しても無理な場合などは、地域包括支援センターに相談する、あるいはご本人の親しい方や信頼している方、またかかりつけ医がいる場合などは、予め事情を説明して、そのかかりつけ医に受診を勧めてもらうこともよいと思います。ご家族には反発しても、信頼している人や権威のある方の言葉には、すんなりと承諾されることもあります。



専門医との連携

認知症の早期診断や治療・ケアにおける課題の1つが、認知症専門医療機関との連携です。認知症の初期やMCIなど、BPSDがない段階の認知症診断は簡単ではありません。「最近元気がない」「もの忘れがある」など比較的軽い症状のみの場合、それが加齢に伴うものなのか、それとも認知症によるものなのか、ほかに要因はないのかなど、病歴と問診・診察だけでは診断が困難なことがあります。

また実際にBPSDが出現し、対応が困難な場合もあり、そのため、経験豊かな認知症専門医療機関に紹介し、診断や治療方針などを求めることが大切です。日頃から患者さんの情報を交わす、ケース会議を開くなどのお互い信頼できるいわゆる「顔の見える関係」づくりが大切です。



2. 認知症の診断

認知機能低下の原因を調べる

図表 2-5 に日本神経学会が作成した認知症診断のフローチャートを示しています。基本的にはまず認知症があるかどうか認知機能低下の有無を確認し、正常加齢によるものではないか、意識障害や薬剤が原因ではないか、うつ病や統合失調症など精神疾患に

よる認知機能低下ではないか、内科的・外科的疾患による認知機能低下ではないかなどの鑑別を行った上で、(狭義の)認知症かどうかの診断を行い、次にどのようなタイプ(病型)の認知症かの診断を行います。

併せて認知症(Chapter1, 2 参照)の重症度、日常生活動作(ADL)、手段的ADL(IADL)、家族介護者などの背景や負担度などについて調べていき、治療方針などを決定していきます。

認知症かどうかを鑑別するうえで治療の可能性がある認知症(treatable dementia)を見逃さない(鑑別する)ことが大切です。

図表2-5：認知症診断のフローチャート

認知症(広義)の疑い

- 除外 → 加齢に伴う健忘(正常範囲内)
- 除外 → 軽度認知障害
- 除外 → 薬剤誘発性、意識障害(せん妄など)、うつ病、妄想性疾患、特殊なてんかん
- 除外 → 内科的疾患、外科的疾患

認知症(変索性・血管性)の疑い

- 鑑別 → 画像上、脳血管障害の存在
脳血管障害の部位に一致した認知機能障害・神経症状 → 血管性認知症 段階的進行

変索性認知症を臨床症状、画像・検査所見により鑑別

- アルツハイマー型認知症
▶ 出来事記憶障害、取り繕い、もの盗られ妄想/画像上、側頭葉内側の萎縮が目立つ
- FTLD(前頭側頭葉変索性症)：限局性脳萎縮(前頭・側頭葉)
▶ 性格変化や反道徳行為、失語症、記憶障害は比較的軽度
- DLB(レビー小体型認知症)：幻視、症状が動揺性 ▶ 錐体外路症状
- CJD(クロイツフェルト・ヤコブ病)：進行が早い
▶ ミオクローヌス/脳波上のPSD(周期性同期性放電)、DWI(拡散強調画像)における大脳皮質の高信号
- 他の変索性疾患(PSP(進行性核上性麻痺)、CBD(皮質基底核変索性症)、HD(Huntington病)など)

日本神経学会監修、「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会編：認知症疾患診療ガイドライン 2017, 医学書院, 東京, 2017

主な鑑別疾患のいくつかを示します。

A 慢性硬膜下血腫

人間の脳は硬膜、くも膜、軟膜の3つの膜に覆われていますが、頭部外傷（怪我など）がきっかけで、比較的時間をかけてゆっくりと硬膜と脳の間血の塊（血腫）ができて発症します。転倒のほか、机の角や鴨居などに頭をぶつけたなどの軽い外傷でも発症することがあります。

きっかけとなった外傷から1～2か月後に、頭蓋内圧が高くなり、頭痛や吐き気などの症状や血腫の位置により、麻痺やしびれ、けいれんや構音障害、もの忘れや見当識障害などの認知症状などを起こします。

B 正常圧水頭症

水頭症とは、脳脊髄液の流れが悪くなり、脳室が大きく拡大する病気です。脳内の脳室で作られた脳脊髄液は、くも膜下腔に流れ、脳や脊髄を循環すると、静脈に吸収されます。くも膜下腔での循環や吸収が悪い場合など、脳圧が高くなる場合があります。正常圧水頭症といいます。正常圧水頭症は原因不明（特発性）なものや、くも膜下出血や脳内出血に合併するもの（続発性）があります。

最もよく見られる症状は、小刻み歩行やすり足、転倒しやすいといった歩行障害です。次に多いのは認知障害です。また、尿失禁も典型的な症状で、これらが三徴候といわれます。

C 脳炎

日本脳炎などの他に、真菌性や原虫性などの要因があります。

発熱などの感冒様症状後に、脳圧亢進症状、髄膜刺激徴候（頭痛、悪心・嘔吐、項部硬直、Kernig 徴候）、様々な程度の意識障害、けいれんなどを認めます。死亡率や後遺症発生率が高く、転帰が初期治療に左右されるため、早期診断・早期治療は極めて重要です。幻覚・妄想などの精神症状や健忘、自発性低下、行動異常などを認め、後遺症としても、記憶障害、症候性てんかん、性格・行動異常、失語、時に失外套症候群などが残存することがあります。

いつもと様子が明らかに違う場合、その原因を考え、できるだけ早く医療機関を受診しましょう。

3. 認知症の治療

認知症のマネジメント

認知症の診断基準は「様々な認知機能の障害が原因で、日常生活や社会生活に支障をきたした状態」と定義されていることから「生活障害」としてとらえて、治療ケアしていくことが重要です。そのため治療目標としては「認知機能の改善」のみならず、認知症の時期（ステージ）に応じた生活の質（Quality of Life : QOL）を高めることがとても大切になります。認知症高齢者を理解するための評価項目（図表 2-6）にありますように、認知症高齢者を治療ケアしていくに当たっては、単に認知症の診

断、症状（中核症状とBPSD）、重症度のみならず、患者さんやご家族の背景について可能な限り情報を集めることが重要です。

患者さん個々人に豊かな生活史があり、現在までの家族環境、住居環境、経済状況などの社会環境があります。また高齢者は様々な身体疾患にも罹患しやすく、ADLやIADLなど身体状況も異なります。さらには、もって生まれた気質や性格変化、知的・認知的側面、ひいてはQOLまでの精神状況など、これらを多面的にとらえ、包括的治療・ケアを行うことが重要です。認知症の

BPSDは、当事者にとって苦痛を伴うばかりでなく、家族介護者にとっても介護負担を増大させ、時に被介護者と介護者との関係性を損なう要因となり、当事者のみならず家族介護者のQOL低下にもつながります。現状認知症に対する根本的な治療薬がないことから、患者さん、家族介護者のQOLを損ねている要因がどこにあるのかに注目して、治療・ケアを行うことが大切です。

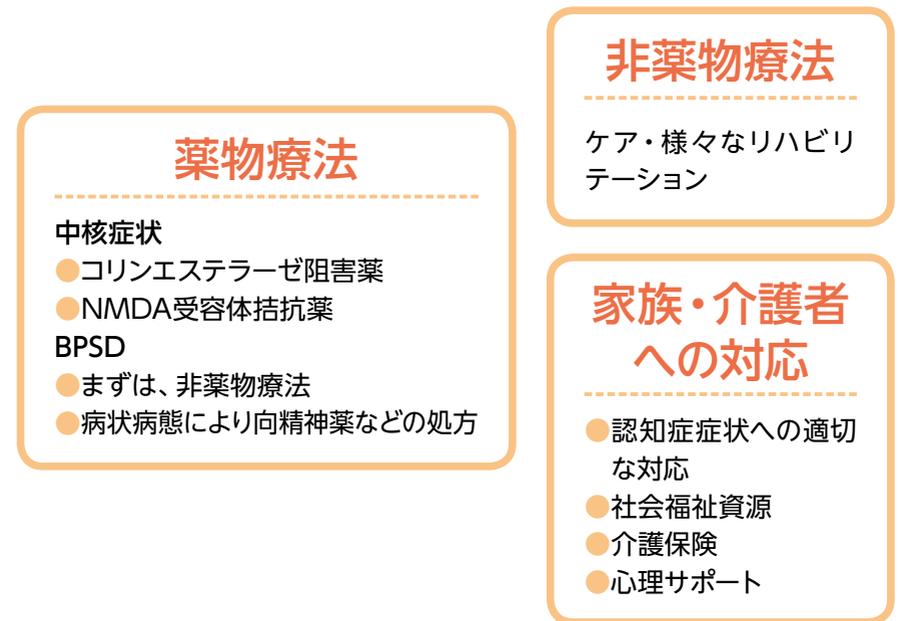
上記の理由からも、認知症のマネジメントとしては、単に薬物療法を行うのみならず、様々なレクリエーションやリハビリテーションなど薬を使わない治療（非薬物療法）、家族介護者への対応を行うことが必要です（図表2-7）。

図表2-6：認知症高齢者を理解するための評価項目

多面的評価とそれに基づく包括的アプローチが重要となる



図表2-7：認知症のマネジメント



薬物療法（お薬を使う治療）

認知症の薬物療法として、中核症状と BPSD に分けて考えます。現在、中核症状である認知機能の改善に対して適応がある薬物は、アルツハイマー型認知症は 4 剤、レビー小体型認知症に対しては 1 剤です。薬理作用から大きく分けて、コリンエステラーゼ阻害薬 3 剤、N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体拮抗薬の 1 剤です。

行動・心理症状（BPSD）

BPSD につきましても、しばしば認知機能障害とは異なる症候として取り上げられることもあります。中核症状から BPSD が派生して起こることが少なくありません。認知機能低下のために、状況が呑み込めずに不安に陥ることや、認知症のご本人が思いや考えを言葉としてうまく伝えられなくなることで、コミュニケーションが図れず、ご本人の周りで起こっていることが理解できない時や、伝えられないと、腹立たしさやもどかしさを感じ、時に混乱し、興奮し、怒りっぽくなるなど BPSD に発展することも少なくありません。

また高齢者の場合、様々な身体症状にも罹患しやすく、特に痛みや、かゆみ、夜間頻尿などの症状があると、それだけで眠れずに昼間ぼーっとして意欲がないように見えたり、体調がすぐれずに不機嫌になったりすることもあります。さらに高齢者は入院や施設への入所など環境の変化にうまく適応できずに居心地が悪いことや、医療や介護従事者の説明や接し方 1 つでも BPSD につ

ながることがあります。

認知症の BPSD は、出現時間、誘因、環境要因などの特徴を探り、身体的要因はないか（特に感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など）、以前からの精神疾患はないか（あれば精神科受診が望ましい）、服薬中の薬物と関連がないか、きちんと服薬もできているか、などをきちんと評価し、あればまずは環境調整や誘因を可能な限り除去するなど、非薬物療法によるケアアプローチを試みるのが大切です。

アルツハイマー型認知症治療薬

アルツハイマー型認知症の根本的治療薬としては、その病理仮説に応じた治療薬が開発に向けて研究されていますが、いまだ製造には至っていません。

コリンエステラーゼ阻害薬は、神経伝達物質の 1 つであるアセチルコリンを分解する酵素（コリンエステラーゼ）の阻害薬であり、アルツハイマー型認知症では、正常対照者と比較して、アセチルコリンの働きが減弱していることが考えられています。コリンエステラーゼ阻害薬はアセチルコリンの分解を抑制し、アセチルコリン濃度を上昇させ、アセチルコリン神経系の伝達を促進し、記憶障害などの認知症症状を改善すると考えられています（コリン仮説）。

NMDA 受容体拮抗薬であるメマンチンは、アルツハイマー型認知症では、神経伝達物質の 1 つであるグルタミン酸受容体の中の NMDA 受容体の過活性化状態から電気シグナル（シナプ

ティックノイズ) が過剰となり、記憶形成にかかわる神経伝達に異常をもたらしていると考えられています。また NMDA 受容体は神経細胞内への Ca²⁺ (カルシウムイオン) 流入にも関与しており、持続的に細胞内に Ca²⁺ が異常流入すると神経細胞死が生じると考えられており、メマンチンは NMDA 受容体拮抗作用により神経保護効果及び、記憶・学習機能障害に対する抑制作用があると考えられています。

現在投与可能なアルツハイマー型認知症治療薬を図表 2-8 に示します。またアルツハイマー型認知症治療薬の投与については、日本神経学会が病期別の治療薬剤選択のアルゴリズムとして「認知症疾患診療ガイドライン 2017」¹⁾として出しています (図表 2-9)。

図表2-8：アルツハイマー型認知症治療薬の特徴

薬剤	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
分類	ピペリジン系	アルカロイド系	カルバメート系	アバマンタン誘導体
作用機序	AChE阻害	AChE阻害APL作用	AchE阻害/ BuChE阻害	NMDA受容体拮抗
適用	①軽～中等度 5mg ②重度 10mg	軽～中等度 16・ 24mg	軽～中等度 18mg	中等～重度 20mg
用量	① 3mg (2週) → 5mg ② 5mg (1月) → 10mg	8mg (1月) → 16mg (1月) → 24mg	① 4.5mg (1月) → 9mg (1月) → 13.5mg (1月) → 18mg ② 9mg → 18mg	5mg (1週) → 10mg (1週) → 15mg (1週) → 20mg (腎機能により減量 10mg)
製剤 (剤型)	錠・D錠 (口腔内崩壊錠)・細粒・ゼリー・ドライシロップ	錠・OD錠 (口腔内崩壊錠)・内用液	パッチ剤	錠 ドライシロップ
用法	1日1回	1日2回	1日1回	1日1回
半減期 (時間)	70～80	5～7	3.4	60～80
最高濃度到達 (時間)	3～5	0.5～1	8	1～7
代謝	肝臓 CYP3A4, 2D6	肝臓 CYP2D6, 3A4	非 CYP (エステラーゼ加水分解)	腎排泄

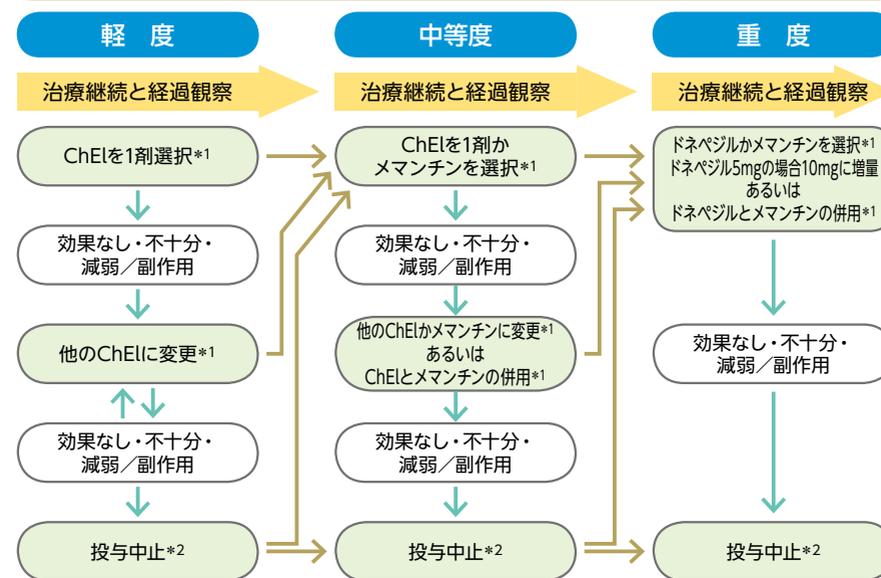
【認知症疾患診療ガイドライン2017】 (日本神経学会) より一部加筆

効果の違いと使い分けについて

コリンエステラーゼ阻害薬の3剤による効果の違いですが、若干の作用機序の違いはありますが、いずれも認知機能改善とADLや行動に効果が確認され、明らかな有意差は認められません。

各薬剤の使い分けに関しては、実際の臨床におきましては、各症例の特徴 (重症度、前景となる精神症状、合併症の有無など) と、各薬剤の特徴 (投与方法、剤型、副作用の発現の有無、合併症治療など他の薬剤との相互作用など) に加え、家庭環境としての介護状況などを考慮して薬剤選択を行っています。

図表2-9：アルツハイマー型認知症病期別の治療薬剤選択のアルゴリズム



* 1 薬剤の特徴と使用歴を考慮して選択

* 2 急速に認知機能低下進行例があり、投与中止の判断は慎重に

【認知症疾患診療ガイドライン2017】 (日本神経学会) P227

アルツハイマー型認知症治療薬の開始時期について

アルツハイマー型認知症治療薬の投与開始時期ですが、アルツハイマー型認知症の診断がつく場合は、将来的な予後の観点からできるだけ早期から開始し、中核症状の進行抑制を図る方が大切とされています。

アルツハイマー型認知症治療薬の投与に際しては、十分に服薬できていない例が少なくなく、家族介護者らによる服薬管理の協力は不可欠です。また例えば近時記憶障害に加え、意欲低下や自発性の低下を認めている方に対して、コリンエステラーゼ阻害薬の投与を開始して活動性が増し、治療者の目からはQOLが改善していても、介護者から「もの忘れがどんどんひどくなっている」ということをよく耳にすることがあります。アルツハイマー型認知症治療薬が漠然と効く薬という認識を持たれている場合も多く、どのような症状改善効果を期待しているのか、治療開始後も日常生活の変化を尋ね、治療者が感じた改善点などを本人、家族介護者と話してみることで、治療を受ける側の気づきが増えることもあります。

アルツハイマー型認知症治療薬は、各々の薬剤の構造式も異なっていますので、治療効果が十分ではないと判断された際には、副作用に十分注意しながら適宜増量したり、1つの薬剤で治療効果が十分でない場合は、別の薬に切り替えたり、中等度以上であれば、コリンエステラーゼ阻害薬とNMDA受容体拮抗薬の併用療法なども考えます。

アルツハイマー型認知症治療薬の切り替え時期、切り替えの目安

アルツハイマー型認知症治療薬の評価は、まずきちんと服薬できていたかどうか（服薬コンプライアンス）を最初に確認します。そして他の疾患治療薬と同様に、効果と忍容性（副作用の有無と程度）の観点から検討します。副作用については、その症状がどのようなもので、その重症度はどうか？ 症状の出現は一過性か持続的なものかどうか？ 減量や何らかの処置で改善しうるものか？ などで考慮し、投与上のメリット、デメリットを判断したうえで決めていきます。

一方、元々アルツハイマー型認知症治療薬は上述のように認知症を引き起こす原因そのものを治す根本的治療薬でないため、劇的な症状の改善など、臨床上の治療効果としての変化は見えづらいかもかもしれません。

穏やかな認知症症状の進行（悪化）も薬の効果

また薬物療法開始時に症状の改善がみられても、半年1年と治療開始時より認知機能が低下していることが少なくありません。同一人物で服用をした場合としなかった場合の比較ができないため、評価判定は大変難しいですが、治療を行う医師の多くは、投与前後での患者の認知機能（各種認知機能検査）、表情、精神症状、行動異常などにより総合的に効果を判定しています。

先行研究によれば、介護時間の短縮や意欲の改善、ADL や IADL、QOL の向上などが報告されていますが、要するに画像所見や MMSE・HDS-R などの心理検査だけ診ていけばよいといった単純な話ではなく、認知症のご本人やご家族の日常生活の様子など「統合的視点」が必要であり、後述の治療後の変化と、その後の症状の変化をとらえていきながら治療を行います。

認知症は進行性の経過をたどるため、症状の悪化がみられない、または進行が緩徐であること自体が薬の効果であり、ご本人や家族介護者の方に伝えていくことが重要です。

少なくとも3か月は再評価を行う

評価時期についてですが、副作用は投与初期、あるいは増量時に出現しやすいため、この期間は副作用の出現にまず留意して細かく経過観察します。また効果は、即効性に認められるというよりは、日々の生活の変化として見ていくことが多いので、決していつと決められたわけではありませんが、少なくとも3か月は再評価を行い、症状が安定していれば半年、あるいは1年と経過を追いながら治療薬の継続、増量、変更などを決めます。

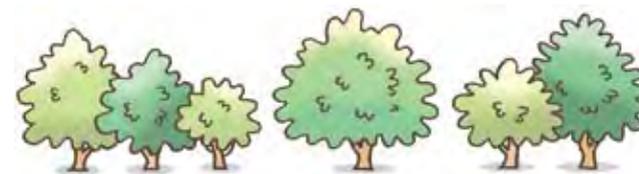
現時点では、忍容性（副作用など）に問題がなければ、可能な限りアルツハイマー型認知症治療薬を継続する方が望ましいと考えます。副作用が問題となる際や、重度認知症の患者さんでは、個々の患者背景も考慮して、継続のメリット及びデメリットについて本人、家族介護者と十分協議し、中止を含めた治療方針を決定することが適切と思われます。

アルツハイマー型認知症治療薬の中止について

アルツハイマー型認知症治療薬の中止についてですが、治療薬を中止することは、認知機能悪化や生活機能障害を引き起こす可能性があるため判断が難しく、中止の判断も慎重に行います。中止の判断根拠として、カナダのガイドラインでは以下のように提言されています。

- 1 治療中止のリスクとベネフィットを提示した後に、患者さんや代諾者が中止を決定した場合
- 2 きちんと服薬ができておらず（服薬アドヒアランスが不良である）、改善が見込めない場合
- 3 十分量・十分な期間薬を飲んでいてもかかわらず、認知機能、生活機能、活動低下の速度が、治療前より加速した場合
- 4 コリンエステラーゼ阻害薬による重篤な副作用がある場合
- 5 身体合併症のために内服のリスクが高く、効果が期待できない場合
- 6 認知症が進行し、治療継続でも有益性が得られない場合

治療効果の理由で治療を中止する場合には、原則、処方薬は漸減中止として、中止後も認知機能低下が起こらないかどうかを観察し、いつでも治療を再開することも考慮します。



アルツハイマー型認知症治療薬による治療後にみられる変化の一例

アルツハイマー型認知症治療薬は、前述のようにその薬理作用からコリンエステラーゼ阻害作用と NMDA 受容体拮抗作用の 2 種類に分けられますが、コリンエステラーゼ阻害作用は、ガランタミンが併せ持つ APL 作用も含めて、アセチルコリンの働きを高める作用で、記憶学習効果や、注意、言語などへの効果が期待されます。一方で NMDA 受容体拮抗作用は、シナプティックノイズを軽減することで、記憶学習効果の改善が、また興奮性神経伝達物質であるグルタミン酸への拮抗作用により、易刺激性や易怒性・興奮などを緩和する作用が期待されます。

しかしながら BPSD は特にそうですが、認知症の患者さんは環境変化や接し方でも BPSD が出現しますので、必ずしも薬理効果通りに作用するとは限りません。またデイケアなどの非薬物療法で昼間の活動性を上げることにより、夜間睡眠が改善され、睡眠覚醒リズムが整うことで体調も優れ、さらに昼間の覚醒度が向上し、注意力も向上し、活動性も向上することはよくあることです。単に薬物効果だけを期待して服薬を行うのではなく、常に非薬物療法や家族介護者への対応を考慮していくことが必要不可欠です。

その中で様々な報告からいくつかの治療後にみられる変化を図表 2-10 に示します。多くの内容が生活面の変化です。これらの変化にいかんが重要です。

図表 2-10：アルツハイマー型認知症治療薬による治療後にみられる変化の一例

- 表情面** ▶ 呼びかけに対する反応が良くなった。
表情が明るくなった。
- 会話面** ▶ 言葉が出るようになった。自分から話す機会が増えた。
会話が通じるようになった。しりとりができるようになった。
- 意欲面** ▶ 意欲・やる気が出てきた。家事の手伝いをするようになった。
新聞や TV を観るようになった。外出するようになった。
- 見当識** ▶ 日時、曜日、季節などが言えるようになった。
トイレに迷わず行けるようになった。
- 記憶面** ▶ 置き忘れ、しまい忘れが減った。
同じことを言ったり、聞き返す頻度が減った。
- 遂行機能** ▶ 電気を消したり、トイレが流せるようになった。
水の出っぱなしがなくなった。鍋を焦がさなくなった。
できなかった簡単な計算ができるようになった。
- ADL 面** ▶ (季節に応じた) 服を選べるようになった。
入浴の介助(着衣など)がいらなくなった。尿失禁が減った。
- 精神症状** ▶ 夜眠るようになった。昼間眠らなくなった。
もの盗られ妄想など被害妄想が減った。幻覚がなくなった。
抑うつが改善した。怒らなくなった。混乱が減った。
- 行動面** ▶ 暴言など介護への抵抗が減った。
うろろうろしなくなった。独語が減った。

アルツハイマー型認知症治療薬の副作用のチェック

アルツハイマー型認知症治療薬を開始し、せっかく効果が認められても副作用がもとで服薬を途中でやめられてしまうことも少なくありません。高齢者は、若年成人と比較し、薬物の代謝や排泄機能が低下していることが多いことから、副作用が出現しやすい傾向にあります。また、複数の疾患にかかっていることも多く、色々な薬を服薬していることがありますので、薬物相互作用によ

り薬の効果が減弱、十分な効果が得られない、あるいは逆に作用が増強して副作用が出やすいなども起こります。そのためお薬手帳を活用して、現在の処方薬を医師や薬剤師に確認してもらうことも大切です。医療介護従事者は、出現しやすい副作用にどのようなものがあるかあらかじめ理解しておく、医師への相談など



事前の対策も取りやすくなります。この際、処方薬のみが原因と決めつけるのではなく、ほかの要因がないかどうか検討が必要ですし、わからない場合も医師などに相談することが大切です。

コリンエステラーゼ阻害作用のある薬剤

コリンエステラーゼ阻害作用を有する薬剤では、食欲不振、悪心、嘔吐、下痢などの胃腸障害が発現頻度の高い副作用として報告されていますが、投与初期や増量時の急性症状であり、ある程度連用していると慣れが生じ、消失することが多いです。症状が重篤な時は減量や休薬を検討します。

リバスチグミンは貼付（パッチ）剤であり、経口薬に比較して悪心嘔吐が低いとの報告があります。しかしながら貼付剤は、その部位の紅斑や掻痒感、接触性皮膚炎などの皮膚症状を認めることがあり、使用する際には、貼る場所を毎回変更する、保湿剤などのスキンケアを行うことで軽減させることが可能ですし、皮膚症状が出現した際には、ステロイド軟膏などを使用するか、減量、一時休薬、あるいは使用を中止します。

中止する場合も、休薬で認知機能を急激に悪化させないために観察が必要

重篤な副作用として、徐脈、心ブロック、洞不全症候群、失神、狭心症、心筋梗塞を引き起こすことがありますので、このような場合は直ちに中止して適切な処置を行います。特に心疾患（徐脈性不整脈、心筋梗塞、心筋症、弁膜症）などのある方や電解質異常（低カリウム血症など）のある方は観察を十分行います。

コリンエステラーゼ阻害薬は、コリン作動性神経を活性化する作用を持ちますので、時に興奮や焦燥感、激越や怒り、攻撃性などBPSDに影響する懸念もあります。これらは必ずしも薬剤すべてが原因ではありませんが、介護継続が困難な場合は、一時的に減量や中止を検討します。休薬により認知機能が急激に悪化する恐れもありますので、やはり観察が必要です。

その他にも、消化性潰瘍、十二指腸穿孔、消化管出血、肝機能障害や肝炎、けいれん発作、錐体外路症状、悪性症候群、横紋筋融解症、呼吸困難、急性膵炎、急性腎不全などが稀ではありますが現れることもあり、その際は投与を直ちに中止し、適切な処置を行います。



NMDA 受容体拮抗薬であるメマンチンは投与中止に至る重篤な副作用が少ないなど忍容性が高く、欧米では標準治療薬の1つにされています。主な副作用としては浮動性めまいや傾眠、便秘、体重減少、頭痛が報告されています。これら副作用もやはり投与初期や増量時であり、次第に慣れが生じ自然に消退することが多いです。減量や休薬で軽快しています。傾眠などの場合は、投与を朝から夕方に変更したり、または睡眠導入剤などを使用している場合はこれら薬剤を減量・中止も可能です。また腎機能がクレアチニンクリアランス (CCr) 値 30mL/分未満の症例には維持量を 10mg/日までとします。

非薬物療法

認知症の治療は、薬物療法以外に薬を使わない非薬物療法もあります。代表的なものとして、「回想法」や「リアリティオリエンテーション（現実見当識訓練）」「園芸療法」「美術療法」「音楽療法」「アニマルセラピー」などがあります。

「回想法」：認知症になると直前の記憶（近時記憶）はすぐに忘れてしまうことが多いですが、古い記憶（遠隔記憶）は残っていることも多いです。回想法はこの古い記憶を引き出し、再認識してもらうことで、脳が刺激され、自尊感情も高まりやすく、記憶障害などの不安から一時的でも解放され、心が安らぎます。

「リアリティオリエンテーション（現実見当識訓練）」：認知症の症状として、今の季節や月日、曜日や日時、さらには今、自分がいる場所などがわからなくなる見当識障害を認めるようにな

ります。リアリティオリエンテーションは、これを解消するための訓練です。日常的な会話の中で、季節や月日、場所などのヒントを投げかけながら脳を刺激し、現実認識を高めていきます。



非薬物療法の目的は、残された脳の機能（残存機能）を様々な方法で刺激することで、その人の能力を最大限引き出し、周囲とのコミュニケーションを深め、お互いの理解を促し、認知機能の改善や感情の安定を図ることです。

薬物療法と非薬物療法は、各々単独で行うよりも併用することでより効果があると考えられています。

家族・介護者への対応

国の「認知症施策推進総合戦略」（以下、新オレンジプラン）にもあるように、認知症になっても住み慣れた地域で、できる限り長く安心して暮らすためにも、生活の中心である自宅にいる時間が長いことから、共に暮らす家族の生活の支えも同時に行っていくことも極めて大切です。家族の方の健康も認知症の患者さん同様に重要であり、家族の心配や負担に感じていることに耳を傾け（傾聴）、共感し、寄り添うことが基本です。

認知症の患者さんのBPSDについては、生活環境の変化や対応の仕方1つで生じやすく、時に混乱し、興奮し、怒りっぽく

なることも少なくありません。また BPSD が生じてくると患者さんの苦痛のみならず介護者の負担も増え、疲弊してしまうことも少なくありません。

家族の心理として、認知症の家族が家庭にいることを、あまり周囲に知られたくないと考えられることもあり、一人で悩みを抱えることもあります。そのため介護うつや、時に認知症の方への虐待につながることもあります。

支援を行う際には、専門職も決して 1 人で抱え込まずに他の専門職と協力・分担・相談・情報交換することが大切です。そのうえで認知症の人に対しても家族に対しても、まずは思いを聞き、日常生活での不安や困りごとを探り、受容的・支持的・共感的な理解に努めることが求められます。専門職は、認知症に関して可能な限り正しい知識をもつとともに、家族が認知症をどのようにとらえているかを知っておくことも不可欠です。

家族はとかく患者さんのできない部分をとらえがちですが、専門職から正しく理解できるような情報提供を行ったり、認知症症状への対応の仕方などの助言などを行うことも必要です。

また家族の負担軽減の面からも、介護保険が利用できるかの検討をしたり、実際に介護認定を受けている場合は、その介護度に応じた様々な社会資源につなげることも行います。この際、既に介護認定を受けている場合でもサービスが途切れていることもあり、その途切れている原因を探りながら再度活用できるように対応していくことも必要です。

Chapter 3

認知症の 症状と対応

認知症の症状と対応

1. 認知症の基本症状と具体的な対応

認知症の基本的な症状は、図表 3-1 に示したように「中核症状」と、以前は周辺症状といわれていた「行動・心理症状（BPSD）」の概ね2つに分類できます。中核症状は、脳の病変によって生じてくる主症状で、一般には緩徐に進行し、薬物療法による効果は一定以上は期待できません。一方、BPSD は主に中核症状が患者さんの内外の環境要因によって図表 3-1 にあるような諸症状に発展するものをいいます。

この BPSD は患者さん自身の何らかの問題（他の身体疾患など）や本人の生活環境、介護者などとの対人関係を工夫することによって多くは改善することができ、一部に対しては薬物療法も

図表3-1：認知症症状



ある程度期待がもてる場合があります。

このように認知症では様々な症状が出現してきますが、基本的には上述のように中核症状と BPSD の 2 つに分けて理解と対応を考えていけば、家族や介護関係者に対する負担を大きく軽減することができます。

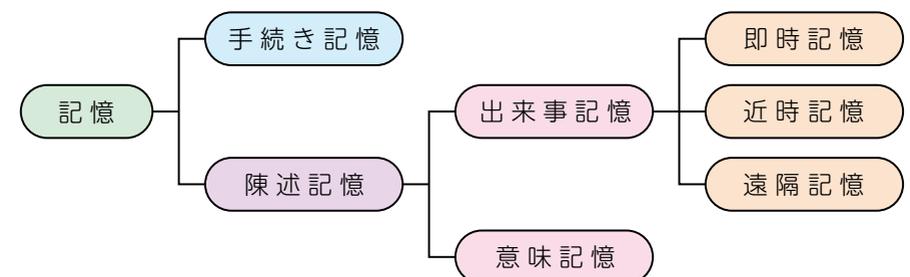
(1) 中核症状

中核症状は、主に脳に起こっている病変そのものに由来する症状で、現在のところ薬物療法などで病変の進行をある程度遅らせることはできても、根本的には進行を止めることはできないため症状への対応はその時々々の程度に合わせたものになってきます。

記憶障害とその対応

まず記憶する能力を考えると、言葉や出来事を思い出す能力（陳述記憶）と自転車に乗ったり卓球やバレーなどの動作を覚える能力（手続き記憶）の 2 通りに分けることができます（図表 3-2）。

図表3-2：記憶の分類



陳述記憶のうち、出来事記憶に分類される言葉や出来事を覚える能力は、人から聞いた事を復唱してもらうことが可能なく短時間（数秒～1分程度）の記憶である即時記憶と、数分間から数日覚えておくことができる近時記憶、それと人生に渡る長い記憶の遠隔記憶に分けられます。

多くの認知症では、主に近時記憶の障害が目立つようになるため、さっき話していた話の内容を思い出せず、何度も繰り返し同じ事を聞き返す行動が出たり、ものの置き忘れが目立ち、病気の経過の初期にはそれらを探して回る行動が認められます。

認知症の病状が進行してくると、初めは保たれていた遠隔記憶も障害され、認知症の発症時期から時間が経つと昔に遡るようになり、例えば定年退職したことそのものを忘れてしまい、今もその仕事に就いていると誤っていたり、さらに遠隔記憶の障害が進行すると現在住んでいる自宅のことを忘れて、子どもの頃に住んでいた自宅に帰らなければいけないと思うようになります。

また、意味記憶が障害されると簡単な言葉の意味が分からなくなり、会話が成り立たなくなります。

一方、手続き記憶に分類される自転車に乗る動作などは忘れにくく、昔自転車に乗っていた人は、長い間乗っていなくてもいきなり乗れることが多いように、認知症になりもの忘れが酷くなっても自転車には問題なく乗れることが多いので、あとで述べる他の中核症状との関連での問題行動に発展してしまうことがあるので注意が必要です。

この記憶障害で生じやすい困り事と対応方法ですが、代表格はやはり「ごはんを食べていない」でしょう。さっき食べたばかり

でも、何度も繰り返しいわれ続けるとやはり介護者としてもイライラしてきます。本人は食べた記憶がすっぱり抜け落ちていきますので、本人の言い分を否定する発言をしてしまうと火に油を注ぐ状態になります。模範的には「今、作っているところですから少し待ってください」と返答すると、しばらくの間は待ってくれます。しかし長時間効果がない場合は甘味のあるオヤツを少し出すと満足される場合は多いです。認知機能が低下してきますと味覚にも変化が現れ、甘味をよりおいしく感じるようになりますので、甘味のあるゼリーを食べて待ってもらうことなどは喉に詰まる可能性も低いので良い方法です。

もう一つよく問題になる記憶障害に由来する困り事に「財布がない」「通帳と印鑑がない」などがあります。財布はやはり置き忘れが多く、一緒に探す時は介助者がすぐに見つくと「他人に財布を盗られていた」と思い込まれ、後述する「もの盗られ妄想」に発展しますので、必ず一緒に探す時には患者さんに見つけても



らえる場所を指示して本人に見つけてもらい、「自分の置き忘れだった」と安心してもらうことが重要です。他には、本人が一番信頼している人が持っている事を伝えて、他に注意を向けてもらうために散歩や手作業などに誘い、考えを他方向に切り替えることも大切なコツのひとつです。

「見当識障害」とその対応

記憶障害が生じてくると、日付や時間の流れや自分のいる場所や一緒にいる人物についての見当がつきにくくなってきます。一番初めに分かりにくくなるのは**時間**に対する見当で、今日の日付が分からなくなります。もの忘れを主訴に受診された患者さんに元号について尋ねてみますと間違える方が圧倒的に多いです。

また、時間の流れについての見当を知る一番簡単な方法は、自分の年齢について尋ねることですが、「よく分からない」と返答し、自分の生年月日をいい、取り繕う方がほとんどです。このように時間に対する見当識障害が生じると、これから食べる食事が朝・昼・夕のいずれかも分からなくなります。

次に障害されやすい見当識は**場所**です。自分が今、どこにいるのかが分からなくなってしまうと、後述する視空間失認と相まって、自分の居場所が分からなくなり迷子になります。なんとか自宅に戻ろうとあちこちを歩き回っていると、周りの人からは「徘徊」していると思われるかもしれません。また何らかの理由で病院に入院した場合、周りを見渡すと見当識に問題ない方は「ここは病院だろう」と気付きますが、見当識障害があると「自分がどこにいるのか、さっぱり見当がつかない」状態になりますので、とにかく自宅に戻りたくなくてその場から出たくなり、制止されると暴れてしまう結果になります。

最後に障害を受けるのが**人物**に対する見当識です。息子のお嫁さんと一緒に来られた高齢男性はよく息子のお嫁さんを「自分の嫁」と答えます。これは人物に対する見当がついておらず、かつ自分の年齢も実年齢より遥かに若いつもりでいるため、自分と年

相応の女性で付き添ってくれているから「自分の嫁」と返答していると考えられます。

見当識障害の対応で、一番問題になるのは**時間**に対する見当識障害で飲み薬の管理です。時間がよく分からなくなりますので、糖尿病のある方の食前薬は特に難しいでしょうし、降圧剤や高血糖薬の飲み過ぎは低血圧や低血糖になりますので注意が必要です。

場所に対する見当識障害で、施設でよく問題になるのは自分の部屋が分からず、他人の部屋を開けて回る行動です。部屋の前に大きく患者さんの名前を書いて貼っておくことも有効な場合もありますが、認知症になると視野が狭くなりますので、名前が目に入らずあまり効果のないことも多いです。またトイレの場所が分からなくなり廊下などで用を足してしまう場合もよくあります。トイレの場所にも「便所」の大きな見出しを貼り出すことも良いかもしれませんが、一定時間に排尿誘導などしてあげる対応が有効です。

人物に対する見当識障害では、介護職員の方などの場合その都度自己紹介して、患者さんに安心感を与えることが大切です。



実行（遂行）機能障害とその対応

実行機能とは一つの目的を実行するために色々な手順や段取りをうまくこなして目的を実現する能力を指します。

複雑な実行機能の例としては、友人を自宅で接待したときの手順などがありますが、女性の場合だと料理を作る場面で実行機能障害は気付かれやすいです。まず初めは、もともと料理が得意だった方の味付けが変わってくることで気付かれます。食材の下ごしらえから、調味料の使い方や加熱の具合などが少しずつうまくできなくなり、でき上がったものは味も見た目も全く違ったものになってしまいます。

料理以外で気付かれやすいものに入浴があります。普段の入浴手順は概ね決まっていますが、体を洗って石鹸の泡を流さずに浴室から上がってきたり、体を洗わずに湯船に浸かるだけで出てくることも多いですが、認知症高齢者にとってはこの入浴する一連の行動をすることそのものが億劫になり、入浴したからなくなる方は多いです。また風呂には大体一人で入りますので、しっかり体や髪を実際に洗えているか否かについても不明なことがよくあり、介護保険を使い始めて施設で入浴するようになって初めてきちんと入浴できないことが明らかになり、ご家族が驚かれることも多いです。

実行機能障害への対応策ですが、料理の場合は、一緒に作る



のを手伝ってもらうのが良いでしょう。さりげなく食材の切り方や大きさを見てあげながら相手の気持ちに配慮して、具体的に指示を出すのが良いでしょう。特に料理に自信のあった高齢女性の場合は若いお嫁さんからいちいち注文を付けられますと、自らの尊厳を傷付けられた気持ちになって、ただでさえ難しい嫁姑関係がより複雑になってしまいます。

入浴の場合は、できるだけ自分でできることは見守ってあげて、洗い残しは介助し、特に陰部は自分で洗ってもらうのが良いでしょう。湯船に浸かる時も転倒や溺水に十分注意を払いながらの介助が必要となります。いずれにしても実行機能の減退した認知症の人への尊厳に配慮する事が最も大切です。

理解力・判断力の低下とその対応

記憶力や見当識が不十分でも、具体的に分かりやすく話せば、概ね認知症の初期では理解が得られます。しかし、発症後3～4年経過してきますと、例えば家の修理が必要である事を伝えて、その費用が妥当なものか否かなどについては判断が付きにくくなります。

同様に土地や家の売買に関しても現実的な値段かどうか、または相手である業者が話していることがよく分からないまま契約に至り、多額の損失を被ることもあります。これは、やはり理解力と判断力が明らかに低下してきている実例です。低額の同じ商品がいくつも必要以上に購入されていることに気付かれた場合は、ご家族であればクーリングオフなどすぐに救済措置を取ることによって解決しますが、家屋や自動車関係などの高額な動産や不動産に対

する対応は簡単に処理できませんので、一般的には成年後見制度を利用することが賢明です。動産や不動産についての処理で理解や判断力が低下している場合は保佐人が付きます。また、日用品の購入や簡単な釣り銭の勘定ができないほど理解力や判断力が低下した場合は後見人が付くことになります。

成年後見制度に関する同意権や取消権については Chapter5 の「3. 権利擁護のための制度」の項（148 ページ～）を参照してください。

失行・失認・失語とその対応

失行とは、物事の操作がうまくできなくなることをいいます。概ね認知症発症後5～6年経過したころに出始めます。例えば私たちは衣類を着る時、上着とズボンやスカートなどをほとんど何も考えることなく着ることができますが、認知症になるとジャケットの着方が分からなくなり、袖に足を通そうとしたり、ズボンを被ろうとしたりすることがよくあります。一番初めにはボタンが上手く掛けられなくなってずれているようなことで気付かれ



たりします。これを着衣失行といいます。

また、機械操作が苦手になってくることが多く、自動車を運転して病院までやって来たにもかかわらず、エンジンの切り方や、ワイパーの止め方が分からず、病院職員に尋ねに来られて初めて認知症が予想以上に進行していることにご家族が気付かれて愕然とされる場面は多々あります。

最も身近なものではテレビやエアコンのリモコン操作ができなくなってきました。最近、暑さや寒さが厳しいことが多く、エアコンは高齢者にとっても必需品です。ところが、認知症の高齢者は猛暑の中でクーラーのリモコンの使い方が分からず熱中症で亡くなったり、厳寒の中で十分な暖が取れずに凍死する場合がありますので注意が必要です。独居老人宅で適切な室温管理ができない場合の対応方法としてはエアコンを一日中つけっ放しにしておいて、リモコンは本人が操作できないところに置いておくことは極めて有効です。

また自動車運転など、人の生命に危険が及ぶ行為については、道路交通法に従って直ちに運転免許を返納し、車を売却することが一番安全です。免許を返納しても自宅に車があると勝手に車に乗ってしまうこともありますので、処分が難しければ車のバッテリーを外すのも方法の1つです。自動車修理会社を呼んでまた乗ろうとする場合はやはり売却し、公共の交通機関と一緒に利用されることが良いでしょう。

失認とは、物が上手く認識できなくなってくることをいいます。例えば地面にある丸い石を飴玉と誤って認識してしまい、口に入れてしまうこともあります。介護関係で危険なものとして、失認

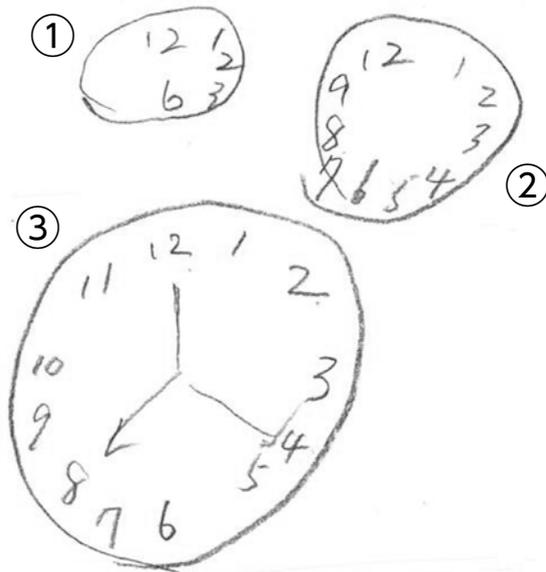
に基づく異食行動があります。特に紙オムツなどは口に入れると水分を含み膨張し、窒息してしまうことがあります。異食行動などが出る方への対応としては、口に入れると危険なものは本人の周りに置かないことが大切です。

失認の中でも認知症で重要となってくることに、目で見ているものの空間配置が頭の中できちんと認識できなくなる視空間失認があります。これは認知症検査の中では「文字盤のある時計で8時20分の絵を描いてください」と話しますと、図表3-3のように数字の配置や針の向きなどがバラバラになってきます。

これは、立体図形の模写でも認められる現象ですが、やはり頭の中で空間の配置、特に自分の家の周囲の風景の配置が崩れてき

図表3-3：中等度アルツハイマー型認知症患者の描いた時計の図

8時20分の時計の図
①→②→③の順に考
えながら描いたもの



て場所に対する失見当識に視空間失認が加わってくると、自分のいる場所がどこか分からなくなり、さらに頭の中にある自分の家への帰り道の地図が分からなくなり、迷子になってしまいます。これが認知症の高齢者が迷子になる一番大きな要因です。

失語とは、言葉によるコミュニケーションが脳の病気によってうまくできなくなる状態です。アルツハイマー型認知症では言葉そのものが頭に浮かんで来ないため、「あれ、それ」と具体的な物品の名称が出て来ず、何をいいたいのか聞き手には分からないことがよくあります。また、血管性認知症では、言葉を司る脳の一部が脳血管障害でダメージを受け、言葉がうまく出なくなったり、内容がさっぱり分からない言葉をどんどん話してきて会話がなりたたなくなってしまう場合があります。また、前頭側頭型認知症の場合、言葉の意味そのものが分からなくなり、例えば「ここは病院ですよ」と話しかけても「病院」という言葉そのものが理解できずに会話が成立しないこともあります。

失語が原因で言葉によるコミュニケーションが取れない場合の対応方法としては、言葉を介さない方法、例えば相手の目線でどの程度こちらの意図が伝わっているかを理解しながら、相手がして欲しいことを汲み取って相手の体にそっと寄り添い、その行動を促すことが重要です。言葉による意思疎通が困難な場合でも、認知症の人には少なくとも快や不快を感じる心は残っていますので、一人で放置された時には、強い孤独感に陥ります。言葉がうまく使えない不自由な気持ちを理解してあげて、こまめに訪室し、行動や表情を介して気持ちの交流を図ることが大切です。

(2) 行動・心理症状 (BPSD)

認知症の人の BPSD は、認知症の中核症状や本人自身の特性や周囲の環境及び介護者との相互関係の中で生じてきます。図表 3-4 に示すように、内的要因では、まず本人の認知症のタイプが重要なポイントになります。

例えばアルツハイマー型認知症では、もの盗られ妄想は比較的多く、また血管性認知症であれば易怒性の高い人が問題になりやすいです。また、レビー小体型認知症では幻視をきっかけに様々な問題行動に発展したり、前頭側頭型認知症では、一つのことに

こだわり、いつまでもその行動、例えば一か所に電話をかけまくるなどの問題行動が出やすい傾向があります。

また認知症を発症する前のその人となり、いわゆる人格もしくは人柄は重要な内的要因で、例えば元営業セールスマンで亭主関白の人であれば家族、特に奥さんにはとても高圧的で暴言暴力が頻々と出現しても、通所先のデイサービスのスタッフには人当たりが良く、サービス利用の周りの方々の人気者であったりします。図表 3-4 にある全身症状では、感冒で調子が悪い場合や、便秘による腹痛から問題行動に発展することがあります。

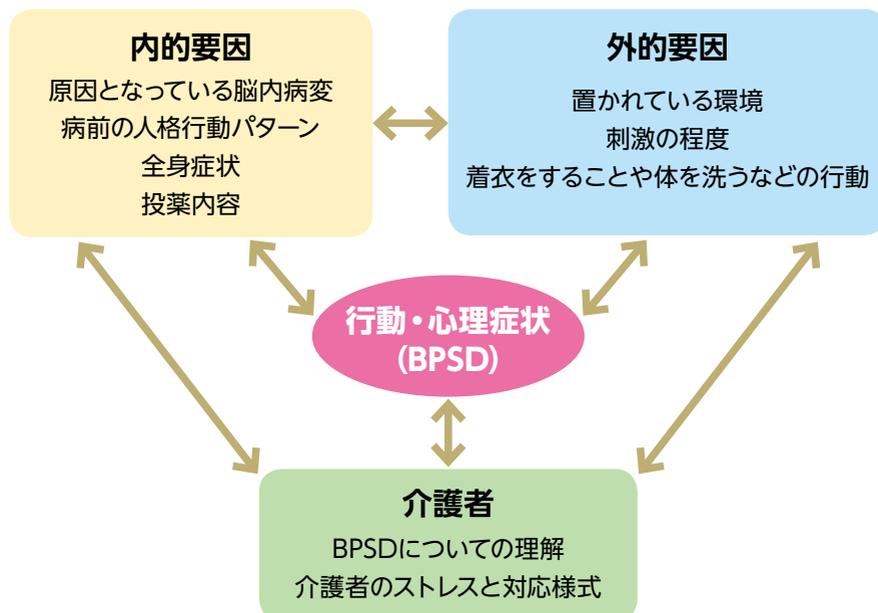
外的要因としては入所先の施設環境そのものや同居者との相性、他の患者の大声なども刺激になり、BPSD に発展します。さらに介護者の要因としては、患者さんの認知症の中核症状そのものや BPSD についての理解が十分でなく、うまく対応できずにいると介護者自身にストレスが溜まります。逆に患者さんに対して怒りの感情が向いてしまうと、ますます患者さんの問題行動が増える結果になります。

以下に BPSD の主な症状と対応を解説しますが、本質的には図表 3-4 にある 3 つの要因が基本ですので、常に念頭において認知症の人への対応を工夫してみてください。

幻覚とその対応

幻覚とは見たり、聞いたり、嗅いだりする人間の知覚が、脳の障害により誤った形となり、そこにはないにもかかわらず、実際にあるもののように理解されてしまうことをいいます。認知症で最も多い幻覚は幻視です。特にレビー小体型の認知症によく見られ

図表3-4：行動・心理症状 (BPSD) に影響する様々な要因



ますが、「部屋の中で子供が毬をついている姿」が見えるなど、子供が見える事はよくあります。見えている姿は実にありありとしており、色や輝き方などは鮮明です。問題は、見えているものが何なのかであり、それによって対応方法は異なってきます。子供や親族などが見えても大きな問題にはなりません、泥棒やヤクザが自宅に侵入してくるところが見えると本人は本物が侵入していると認識し、大パニックに陥ります。統合失調症の患者さんの幻覚に有効な抗精神病薬はこれらの認知症患者さんの幻視にはほとんど無効で、レビー小体型認知症は特に抗精神病薬の副作用が強く出ますので、やはり周囲の方々の対応で解決することが最も重要です。

日中見える怖い幻視に対しては、見えて恐くなり大声が出た時は患者さんの側に寄り添って「私が一緒にいるから大丈夫ですよ」と声を掛けてあげることがとても重要です。また、見えているものから患者さんの注意を他の事に逸らしてあげることも大切です。悪人が見えて恐がっている患者さんの手を引いて「ここには危ないからテレビを観に行きましょう」などの声掛けで容易に幻視に基づく問題行動は解決します。夜間の幻視に対する対応方法は基本的に同じですが、やはり患者さんには夜はぐっすり寝てもらふことにより、ほぼ解決するので、その際には認知症診療に熟達した医師に習慣



性の出にくい睡眠導入剤などを処方してもらうことも大切です。

誰もいないのに「人の声や物音がする」などの幻聴の訴えは比較的少ないですが、難聴の高齢者では時折あります。日中の雑音が多い時の訴えは目立ちませんが、やはり夜間静かになった時に「人の話し声がうるさくて眠れない」など訴えられることがあります。この幻聴についても、やはり睡眠導入剤などの処方してもらい、夜ゆっくり休んでもらうことで概ね解決することが多いです。

患者さんが「声が聞こえてうるさくて眠れない」と訴えているのに「何も聞こえない」と否定した発言をすると、なぜこの騒音を分かってくれないのだとの不信感から信頼を失い、ひいては夜間の不穏や興奮に発展する悪循環に陥りますので気を付けましょう。

妄想とその対応

妄想とは、どんなに一生懸命理論立ててその考え方が誤っていることを訂正しようと思っても、訂正できない考えをいいます。認知症の高齢者に最も多い妄想はもの盗られ妄想です。これは主に自分の財布や通帳、印鑑などを“大切なものだから”と引き出しの奥などにしまい込んで、次に必要な時に見つからないと人に盗られたに違いないと考え始めることがきっかけになります。一番最初は、記憶の障害からどこにしまったか思い出せないことから始まります。失見当識が生じてくると、いつも良く面倒を看ている息子のお嫁さんに対して「誰だかよく知らない女の人が、私の財産を狙って、わざと自分の所に甲斐甲斐しく近寄って

きているに違いない』と考え出します。さらに、最終的に自分を守ってくれる唯一の頼みの綱はお金であるとの信念から、財布や通帳を盗られたというもの盗られ妄想に発展していきます。

このもの盗られ妄想は生活費を管理する主婦に多く認められ、同居して本人の面倒を一番よくみている息子の嫁が財産を狙っているとして、もの盗られ妄想の対象になる場合が多く見られます。息子の嫁としては、よく面倒を看ているにもかかわらず泥棒扱いされるので、もともと上手くいきにくい嫁姑関係がこじれていく結果となります。

また認知症が進行し、施設に入所している場合は、自宅で起きるような財産目的のもの盗られ妄想というよりは、自分の洋服や作業療法で作った作品などを誰かが部屋に侵入してきて盗んだと主張する場合があります。この場合も基本的には認知症の中核症状の一つの表現型と考えれば特効薬はありません。またこの施設に移しても訴えはほとんど変わりませんので、施設内でこのようなもの盗られ妄想が出た時にはうまく話題をすり替えることが大切でしょう。話の内容が上手に受容できず、また本人の易怒性が高い場合には少量の精神安定剤が有効な事があります。

認知症患者の人に認められる嫉妬妄想は、女性に極めて多い妄想で、80歳を超える夫がよその女性と浮気をしているといい、夫への暴言や身体的暴力にまで発展することはよくあります。夫の方が高齢で、特に身体



が不自由で上手く攻撃が回避できない場合は夫が心身ともに衰弱し、生命にかかわることもあります。

この嫉妬妄想に対する特効薬はまずありませんので、対応方法は、夫婦間に物理的距離を置くことが最も有効です。施設などでは部屋の階を変えて面会時間はせいぜい1～2時間にしておくと元の夫婦仲の良い状態に戻られ、弱った夫の体力も回復が良いようです。

暴言・暴力とその対応

認知症高齢者の介護場面で、食事の介助や入浴を勧める時にいきなり怒り出し、暴言や暴力が出たりする事はよく遭遇する出来事です。この暴言や暴力の出る背景はこのBPSDの最初で述べた通り、三つの要因が複合的に重なっていることを理解する必要があります。

よくあるパターンは、特定の介護者に対する暴言や暴力です。他の介護者には出ない暴言・暴力が特定の介護者にだけ出る要因は様々ですが、多くは患者さんと介護者の相性かもしれません。介護者の声かけや、介助の時の表情や動作が患者さんの気持ちと合っていない場合が多い原因です。

このような場合は、担当者を変える必要がありますが、上手くいかない介護者が一人いると徐々に施設全体に攻撃対象となる介護者が拡がり、もはや一つの施設内で患者さんを見ることができなくなります。これは一人の介護者が上手くいかず、その介護者が抱え込んだストレスを周囲の介護者が理解してあげられていないことも問題です。特定の人上手くいかず、他の人で問題がな

い状況が発生した段階で、患者さんと上手くいかない理由を徹底的に話し合い、何が問題なのか皆で考えてみることは大切でしょう。そこで対処がうまくいけば施設全体に患者さんの暴言・暴力による問題が拡がることは少なくなると思います。

また、患者さんの身体疾患も見過ごしてはいけません。便秘による腹痛や足の巻き爪の痛み、貧血症や癌などの体調不良から不機嫌となり、暴言・暴力にいたることもありますので、身体症状の有無を確かめることも重要です。このような場合、誘発因子を少しずつ除外しながら対応していくこととなりますが、一度は必ず認知症医療に詳しい医師に相談することが肝要です。

せん妄は比較的短い期間で急激に出現してきます。せん妄に基づく不穏・興奮・不眠などには少量の向精神薬が有効な事がありますので、症状が消失するまでの期間限定で使用することが推奨されます。もっとも患者さん自身の病前の人格行動様式に大きな問題があったり、重篤な精神疾患がある場合は早めに精神科医に相談しましょう。

徘徊とその対応

認知症の人の徘徊は、アルツハイマー型認知症で多く認められる行動様式です。徘徊の行動は BPSD に分類されていますが、本質的には中核症状である場所に対する失見当識と視空間認知障害から自分の居る場所が分からなくなり、頭の中に普段からあった地図の記憶が薄れてあちこちをうろうろ歩き回ることから生じています。自宅や施設の外に出てしまう大きな動機の一つが帰宅願望です。自宅にいる時でも、80 ページで説明した通り、今、

自分の住んでいる家は子供の頃住んでいた家ではないと考え、夕方暗くなると現在の自宅ではない昔の自宅に帰ろうとして、外へ出て昔の家を探している間に迷子になって、人から徘徊していると判断されます。



この現象は施設内でも同じ理由で生じると考えられます。自宅でも施設内のいずれの場合でも、夜間の徘徊がよく問題になります。自宅から夜間に外に出て迷子になってしまうと、患者さん本人は必死で自宅に帰ろうと歩き回りますが、道が分からず疲れ果て、道端に倒れたり、時には側溝などに落ちたり、冬では冷えて命を落とす場合がありますので注意が必要です。

対応方法としては、徘徊そのものを完全に止めることはまず困難ですが、夜間の徘徊は防止しましょう。夜間は寝てもらおうことが重要ですので、昼夜逆転をまず戻すことを目的に、日中はできるだけ活動してもらい、時間があったら日光を浴びてもらいます。それでも夜間に不眠があれば、最近足元のふらつきの出にくい睡眠導入剤もありますので、医師から処方してもらおうとかなり夜間徘徊は予防できると思います。また迷子防止用の GPS 発信装置の付いている携帯電話などを持ってもらっていると、迷子になっても見つけやすいことがあります。

いずれにしても、徘徊は今後足腰が丈夫な認知症高齢者が増加して来る可能性が高いため、十分な配慮が必要でしょう。

2. 認知症の人の心理と支援の基本、 支援の基本的な考え方

(1) 認知症の人の心理と支援の基本

認知症は高齢化にともない、誰にでも起こりうる病気ですが、その支援を実践するには、病気としての認知症を理解するだけでは不十分です。なぜなら、認知症という病気は正常な生活を営んできた人に老化に伴ってあとから起こる進行性の病気であり、いつでも正常な部分と認知症の部分が一人の人の中に共存しており、その総体が、その人の言動として現れるからです。

支援するに当たっては、認知症という病気についてよく知るとともに、病気が正常な言動を邪魔している、あるいは修飾していることを理解することが重要です。そのため支援の基本は、その人が認知症になる前に生活のなかで育まれてきたその人となり（もしくはその人の世界）を理解し、尊重することです。このことは、認知症という病気の部分に対処することと同時にその人の正常な部分を刺激することにもなります。

そのためにはその人の生活史を知ることが大事になります。よくあるのは認知症の症状がおこった時にどのような症状がおこったのかは病歴として聞きとられています。その症状に対してご本人やご家族はどう思い、どうしようとしていたのかはあまり聞きとられていません。しかし、どうしようとしたかを聞き取ることをつみかさねていくと、次第にその人となり（その人の世界）がぼんやりとでも見えてくるものです。

もちろん、人となり（その人の世界）は全て個別ですので、一概にまとめることはできませんが、支援する側が人となりを感じられればその支援は質がいいといえると考えます。支援される側がこのことがわかるかということ、認知症が進行した状態では時間がかかるかもしれませんが、尊重されているということは必ず伝わるものだと思います。

(2) 認知症の人の支援のゴールについて

支援というのは不足するのよくないし、過剰になってもよくないものです。不足すれば尊重されているとは思われないため、よくないのは当然ですが、さらに認知症の症状の進行を早めてしまいます。しかし過剰になると、残っている正常な機能を使わないために逆に正常な機能を損なってしまうことがあります。認知症の程度に合わせて支援の程度を調整することが必要です。

具体的には、軽度から中等度の認知症の場合は、刺激が比較的多い環境で過ごしてもらうことが進行予防になります。中等度から重度になると、支援の量を増やすとともに、症状を持つご本人にとって、負荷の少ない刺激の少ない環境で過ごしてもらうことが大事です。なかなか難しい点もあるのですが、この過程の中で、見失ってはならない大事なことを二つ挙げておきます。

一つは支援のゴールです。認知症が根治できない病気である以上、そのゴールは認知症で見られる様々な症状を消し去ることではなく、のんびりした縁側で日向ぼっこしながらお茶をしているような雰囲気です。過ごしてもらうことです。こうなっていれば認知

症の支援は成功していると考えていいと思います。また、施設などでこのような雰囲気があるところは認知症の支援に成功しているといっていると思います。

もう一つは一般にもよくある偏見ですが、認知症になったら何もわからないのでそれなりに幸せであるという考えです。認知症の人は、何もわからなくなる前に、部分的に分かったり、全く分からない時があったりして、かなり追い詰められた状況になりがちです。認知症の人を尊重すると同時に、人にはいいにくいことで追い詰められている人と思って対応することが必要です。特に認知症であることを否認してしまうケースでは、治療やケアが困難になることが多いように感じられます。自分がおかしくないのであれば、周囲がおかしいに決まっているからです。



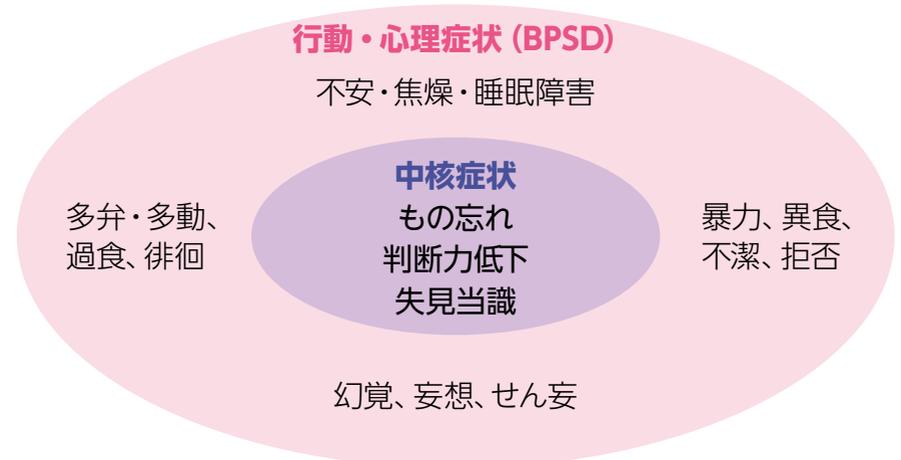
(3) アルツハイマー型認知症について

アルツハイマー型認知症は加齢に伴って起こる神経の変性疾患ですので、臨床的にすべての種類の認知症と合併することがありえますし、認知症のなかでも発生確率が6割程度ともっとも高い重要疾患です。

図表3-5はアルツハイマー型認知症にみられる症状を示しています。この図で大事なことは中核症状とBPSDがあることです。「改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)」などの心理テストで調べているのは中核症状です。認知症の重さの程度は中核症状で決まります。

BPSDは、中核症状が原因で環境とのかかわりで起こってくる行動のことです。一般によく間違われるのが、BPSDが出ると認

図表3-5：アルツハイマー型認知症の症状



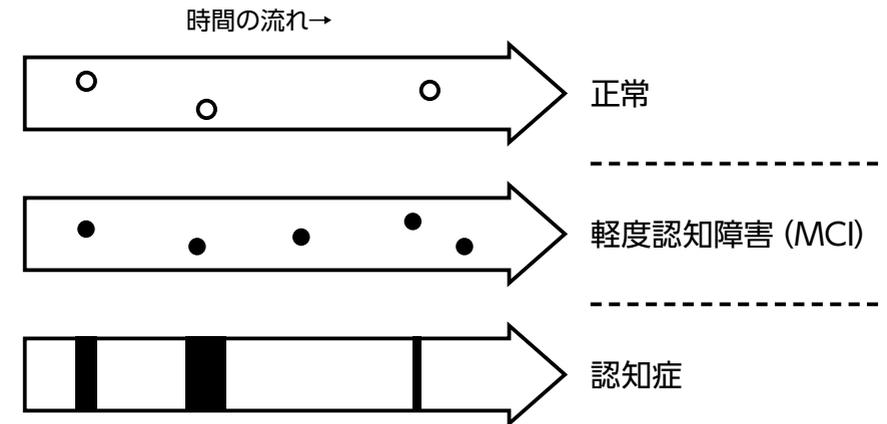
知症が重いと思われることです。中核症状が基本になり環境との関連で起こっている症状ですので、BPSD の治療においては、中核症状が軽ければ薬物療法や環境療法は効果を発揮する可能性が高く、逆に中核症状が重ければ、BPSD の治療は予後が悪いことが多いです。

中核症状が軽いのに起こりやすい BPSD としては、もの盗られ妄想がよく見られます。もの盗られ妄想はアルツハイマー型認知症の初期から中期にかけて起こりやすい妄想で、その根底にはもの忘れがあります。自分がしまい込んだものなのに、どこにしまい込んだか、また、しまい込んだことさえも忘れて、見つからないということから、最も身近で世話をしている人が盗んだと決めつける妄想です。身近に世話をしている方から見ると大変なショックで、心理的負担が増します。これがこじれると長期にわたって家族の関係が壊れてしまうケースさえもあります。

認知症の介護をする人の 3 割程度にはうつ病があるといわれています。先に述べたようにもの盗られ妄想はアルツハイマー型認知症の割合初期に出る妄想なので、後が長いということもあり、家族関係が壊れてしまうと、最も世話をしている人はもちろんのこと、家族全体の心理的負担は何倍にもなり、結果的には認知症の人本人にとっても良くありません。

治療は少量の向精神薬を使いながら、認知症の人とその家族が離れる時間を作るためにデイサービスを組み合わせるのが通常です。もの盗られ妄想が出る前であれば、一番世話をしている人が妄想の対象になることを事前に家族に伝えておくことが家族関係の維持にとっても役に立ちます。伝えておけば、妄想が起こった時

図表3-6：認知症の中核症状 1.もの忘れ



に症状だということがわかり、最も世話をしている人が孤立せず、余裕を持つことが可能です。

図表 3-6 は認知症の中核症状の一つであるもの忘れについて説明した図です。正常のもの忘れでは、例えば今日の朝食は何だったかとたずねられた時、何とか思い出したり、ちょっとしたヒントがあれば思い出せたりします。軽度認知障害 (MCI) では何を食べたのかどうしても思い出せないことになります。アルツハイマー型認知症では朝食を食べたこと自体を忘れてしまいます。

アルツハイマー型認知症が進行して HDS-R で 10 点未満となると、5 分前のことすら忘れてることが多々あります。こうなると、自分がなぜここにいるのか、何をしていたのかなど記憶の連続性が途切れてしまいますので、気がついた時はいつも新しい環境にいることになります。このことは大きなストレスになると思いますが、一方ではストレスになったこと自体を忘れてしまう

ので割と平然としていることも可能になります。

図表 3-7 は認知症の中核症状である判断力低下について説明したものです。映画館で火事が起こったらと質問し、「傘をさす」と答えた方がおられましたなどと講演などで話すと、聞いている人は笑って返事をしませんが、しばらくするとおずおずと「逃げる」といい始めます。もちろん「逃げる」で正解です。

これは極端な判断力の低下ですが、判断力の低下は家庭でわかるようになる前に職場で気づかれることが多いようです。特に直属の部下に指示を出す立場にある人なら最初に部下が気づくようです。

軽度から中等度の重さの認知症の人で、誤った判断による言動をしてしまうと、本人は周囲の反応からはずしてしまったという意識はすぐに感じます。この時点で周囲に怒る人もいれば、ごまかす人もいます。どう反応するかはその人の人となりやその時の気分で決まります。

失見当識というのは日常では使わない言葉ですが、例えば私たちはいま目を閉じても、いまは何年なのか、ここはどこなのか、近くにいる人は誰なのか見当がついています。これを見当識とい

図表3-7：認知症の中核症状 2.判断力低下

映画館で火事が起こったらどうしますか？

誤った判断による言動

図表3-8：認知症の中核症状 3.失見当識

今は何年ですか？(今の季節は?)

ここはどこですか？

時間→場所→人の見当識



失見当識は時間、場所、人の順に出現する

結果的に的外れな行動や対応になってしまう

います。これが失われることを失見当識といいます（図表 3-8）。

この症状は、時間や場所、人がわからないということになり、この順番にわからなくなります。通常はわからなくても行動はできますが、聞かれたらわからないということになります。そして、わからなくても行動すれば、移動したときに、ふと、「ここはどこだったっけな」ということになります。

進行してくると、特に外出先などでの的外れな行動が表面化します。そして的外れな行動を指摘されたり、あるいは指摘されなくても恥ずかしいと感じてしまうと、怒り出したり、ごまかしたりすることが増え、次第に外出をしなくなってしまいます。また、逆にある目的で外出した時に、家に戻れないということも起こっ

てきます。

先に述べたとおり、BPSD は中核症状と環境とその人となりの関係で起こってきますので、様々な症状があります。図表 3-9 では中核症状と BPSD の関係を示しています。

とくに初期から中期にかけては、体験のつながりが無く、周囲や自分の体の状況を誤って理解する或いははっきりと理解できないために、本人は持続的なストレス下にあります。そのため周囲になじめず、はずしてしまうなど失敗するとプライドが傷つきます。このことで落ち込んだり、不安になったりすると閉じこもりがちになります。そうすると、中核症状は進行しやすくなります。同じように落ち込んだり不安になったりした場合に、逆に興奮し

やすくなったり拒否的になったりする人もいます。

このように BPSD が出現すると次第にケアがむずかしくなり、周囲の人が引いてしまうことになります。そうすると、中核症状に対してのケアが不十分になりがちで、これで中核症状が進行しやすくなってしまいます。

そして中核症状が進行していけば、BPSD は以前にもまして出やすくなってしまいます。このように中核症状と BPSD は関連して進行していきます。ではどうすればいいかというと、BPSD が起こっている環境を考えることです。

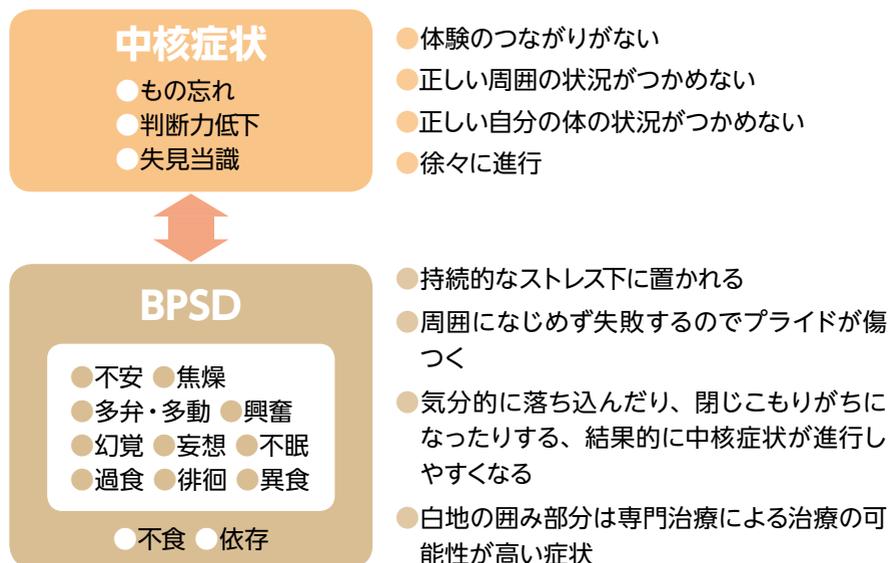
認知症の人とその環境

例えとして適切かどうかわかりませんが、幼稚園児は幼稚園で少々興奮したり走り回ったりしても、幼稚園では問題行動にはなりません。しかし、その園児が中学校に行っても同じように興奮したり走り回ったりすれば、これは問題行動になります。つまり、幼稚園児には幼稚園児にあった環境や周囲の様子があり、中学生には中学生にあった環境や周囲の様子があるといえます。

認知症の人の場合は、中核症状の程度が軽い初期から中期にかけては比較的様々なことが起こる活動的な刺激の多い環境が適切であり、中期から後期にかけては割合静かで刺激の少ない環境が適切です。

家で BPSD が起これば、その家の環境が本人の中核症状にとって負荷が強い可能性を考えてみるといいと思います。環境の負荷というのは、心理的な負荷もありますが、広さや人の出入りの多さなど、様々なものがあります。

図表3-9：中核症状とBPSDの悪循環



一般科の病棟で認知症の興奮や妄想、あるいは拒否などのBPSDが起こる場合もあります。このような人の中には、精神科の病棟に転入してくる人もいますが、転入してきただけでBPSDが目立たなくなる人も結構います。

これはなぜかという、一般科の病棟は身体的治療を行うために合理的な構造になっているので、一般的には余分なスペースやくつろいだ雰囲気あるいは家族的な雰囲気を持たせるようには作られていません。一方精神科の病棟はレクリエーションや活動を行うスペースがあったり、特に用事が無くても声掛けをおこなったりするので、少し雰囲気が違います。この環境の違いが大きいのではないかと考えています。

また、高齢者の施設では施設によって環境は様々ですが、特に日常生活の自立を前提にしていて活動を促す傾向の強い施設の場合は、中核症状に対して負荷が大きく興奮や妄想、あるいは拒否などのBPSDが起こりやすいことがあります。こういう方も精神科病棟にうつると、BPSDが目立たなくなる方がおられます。自立を求められる程度が低く、活動の促しが少ないことによる雰囲気の違いで、その人の中核症状に負荷の少ない環境のせいだと考えています。



その他にも、ある程度継続してデイサービスを利用しているのに途中からデイサービスでBPSDが出てくることがあります。中核症状の進行によるものです。はじめの頃は中核症状に負荷が少なかったのですが、中核症状が進行したことによってBPSDが起こってくる可能性があります。

また、デイサービスに行き始めてすぐにBPSDが出てくるともあります。これはそのデイサービスで利用者の間に共有されている自立度が、本人にとってハードルが高い場合に起こりがちです。次第に慣れていくこともありますが、この場合は中核症状が比較的軽い場合で、まだ、環境に対して適応力が高い状態です。中核症状が重い場合はデイサービスを増やすという環境調整は不適切で、治療を行ってもBPSDがおさまらない時は、もっと自立の程度が低くても大丈夫な介護の手が多い、のんびりしたデイサービスに移るか、施設入所を考える方が得策です。どれぐらいの期間で慣れるかどうか見極めるかですが、経験上は長くても3週間と感じています。

いくつか例を挙げましたが、環境の中には人的環境、物的環境があります。人的環境はいつでも家族的な雰囲気、声掛け、適切で正確なケアが求められます。物的環境とは広さ、人の多さや入れ替わりや騒音などの環境の騒々しさがあります。広さというのはわかりにくいかもしれませんが、居住空間の広さです。広ければ広いほど好ましいかというところでもありません。広ければそれだけ把握しなければならぬものが多く、負荷になる場合がほとんどです。適切な狭さというのも中核症状の程度によっては大事なことです。

中核症状の治療と介護

中核症状は生活環境や介護で長期的には大きく変わります。一般に中核症状の重さを見る HDS-R では、普通の環境で過ごした場合に 1 年で 3 点落ちるといわれています。満点が 30 点で、21 点が認知症かどうかの判断のポイントになりますので、仮に初期で 20 点以上の点数があっても、認知症の人が何もしなければ 3 年でおおむね 10 点台の中期になります。そのままさらに 3 年たつと、一桁の点数になり、重度認知症となってしまいます。

経験では HDS-R の点数が 1 年で 7 点落ちたケースもありました。このケースは認知症の妻と二人暮らしで介護をしていた夫の方です。夫の外来初診時に HDS-R で 21 点でした。MRI や諸検査でアルツハイマー型認知症と診断し、投薬を開始して、医師が介護保険の申請や夫婦で通えるデイサービスを紹介し、再来を勧めていたのですが、中断し、地域包括支援センターの職員に連れられて 1 年後に受診した時の HDS-R では 14 点になっていました。もちろん服薬はしていませんでした。

家の様子を聞くと、異臭があり、生活用品が片づけられておらず床に散らばっていたとのことで、夫はかろうじて弁当などを買ってきていたようだったとのことでした。幸いにも大きな BPSD は無かったので、結局夫婦で入所できる施設を探してもらいました。ケアのない状態で放置されると中核症状がここまで進むものかと驚いたものです。

普通の環境で過ごしていても 1 年で HDS-R は約 3 点落ちてしまうものですが、1 年で 3 点以上落ちるケースでは、ケア不足

や孤立がその原因とされます。

変な言い方ですが、無事に 1 年に 3 点程度の進行で止めるには必要なケアと環境調整を行うことが必須とされます。その結果、もし、1 年で 3 点以下の進行でとどまれば成功といえます。

前述のケースは、薬を飲んでいけば 1 年後は違っただろうとは思いますが、しかし、現在あるアルツハイマー型認知症治療薬の有効率は 20～70%と報告されており（30%とする報告が多い）、進行を 2 年程度遅くする効果しかありません。ここで、20～70%というのは開きが大きいのですが、これは環境によるばらつきが大きいと思われる。つまり薬を長期に服薬しても完全に止めることはできないし、やはり中核症状は進行していくといえます。

そこで、認知症の人本人の中核症状のレベルにあったケアや環境に調整していくこと、それを継続することが必要なのですが、ケアをする方にも心理的、肉体的、経済的などさまざまな限界がありますし、むやみに限界を超えていくと、持続的なストレスとなり、身体的な病気を起こしたり、うつ病を発症したりして、介護が続けられなくなってしまいます。認知症の介護は、どこまでやったから認知症が進行しないというものでもないのだから、継続できるレベルでケアを行うことが大事です。

そのためには“自力よりも他力”といたったりしますが、様々な介護サービス、医療サービスをミックスして使うことが大事です。

また、介護者自身の心身の健康と、孤立しないために介護者同士の集まりや、情報交換、継続的な学習なども大事なことです。そしてこのことは、施設や病院で働くスタッフにもある程度はい

えることだと思います。

中核症状のために勘違いがあったり、的外れな行動をとった認知症の人に対して、いかに身近で介護していても、正しいことを伝えたり、行動を修正しようとするのは、ケアとしてほとんど意味がないどころか有害でさえあります。それは余裕のない人を辱めてしまう行為です。その人に余裕が無い場合は正しいということは何の支えにもなりません。

ではどう対応するかですが、そのことを忘れるかもしれないという前提で考えて、問題が小さければそのまま流すことがベストです。さらに問題にならないように、介護者側で調整できることはする方がよいと思います。無視できないほどの問題である時は正さなければなりません、その場合でも本人の思いを尊重した形を崩さない必要があります。

認知症の中核症状への対応の原則

1. よく耳を傾けて何をいおうとしているのかじっくり聴く

2. 沈黙しても急がさず、待つ

3. 落ち着いた調子でゆっくり話す

この3つは話を聞くととき、あるいは話をする時の基本的な態度です。

4. 話題を直接関係があることに集中する

5. 情報の量を減らして、要点を絞る

これらは中核症状のなかで、特に記憶障害に対しての配慮です。



BPSD の治療と介護

BPSD は初期から中期にかけてよくみられる症状で、後期になると動きや活動自体が減少してくるので目立たなくなるケースがほとんどです。また、中核症状とは違い波があり、生活環境や介護でも短期的に（例えば1日のうちでも）だいぶ変動があります。

BPSD の根底にあるのは、中核症状のために起こっている環境への不安と恐怖です。不安や恐怖に対しては正常な人でも、行動するとなると、戦うか逃げるかですが、感情としては怒りや、悲しみが出やすいです。時には一瞬にせよ妄想的な考えが浮かぶことさえあります。

これが認知症の方では BPSD につながります。一般に余裕のない状態では敵か味方か、生きるか死ぬかなど考えも極端に進みやすく、これも重なって拒否や興奮、妄想などの BPSD が起こります。これらの BPSD は介護する方にも心理的な負担を増大させてしまい、結果的に本人のケアの量と質を落としてしまいがちになります。

BPSD の治療は中核症状の治療を優先するのが原則です。その上で副作用に注意しながら、漢方薬やごく少量の向精神薬を使います。経験上は中核症状が軽ければ薬効は高く、重ければ薬効は低くなる傾向があります。BPSD の改善には薬よりも中核症状に関連した認知機能の程度が大きく関与しているせいかもしれません。

BPSD の介護については、BPSD そのものが様々であり、一様にこれというのではありませんが、以下に原則としていいと思われ

るものを列挙しました。

困った行動への対応の原則

1. 日頃からいい家族関係を作っておく

「いい」というのは「安心感があり信頼できる」という意味です。

2. 非難や説得は効果がない、情緒的に対応する

「正しいこと」でなくても問題が無視できる、あるいは対処できる程度のものなら、流す方がその人の尊厳を傷つけないので有意義です。

3. 楽しいこと、興味のあることができるように話しかけ、一緒に行動する

その人の中核症状のレベルにあった心身の活動は常に大事です。本人にとって昔からなじんでいて興味があることや楽しいことは、適度な刺激にもなり継続するのが望ましいです。



4. 問題行動のパターンをしっかりと観察する

問題行動はパターン化しやすいので、起こりやすい時間帯、前兆、制止が効くのか効かないのか、どんな制止の仕方が有効か、などを発見できればいつも有効です。これにより介護する側が振り回されずに冷静に対処できます。

介護する側のよくないサイン

介護する家族の3割はうつ状態という調査もあり、直接介護する人の心身の健康維持も大事です。そこで介護者にみられるよくないサインを列挙しました。

1. 不安、緊張

2. 抑うつ

3. 続かないムリな計画、気負いすぎ、しょいこみすぎ

4. 混乱、被害妄想的

5. 拒否、孤立

これらの原因は一様に説明することは困難ですが、愛情や義務感、喪失感から限界を超えて頑張ってしまうためではないかと思われれます。限界というのは個別の事情であり、これも一概に決められません。本人の家族以外からの視点も大事です。そのほかにも認知症に対する知識不足も原因となります。ずっと一緒にいるよりもデイサービスやデイケア、ショートステイなどをつかって離れる時間が必要ですし、認知症の人本人だけでなく介護する側の仲間同士の支え合いも有効です。

(4) 血管性認知症への支援の基本

血管性認知症は認知症の方の10～20%程度にみられ、アルツハイマー型認知症の次に多い疾患です。生活習慣病によって起こりやすい脳出血、脳梗塞などのために、脳の機能が部分的に低下することで起こる認知症です。アルツハイマー型認知症に比べて情緒的な反応は維持されるとされています。

しかし、アルツハイマー型認知症は高齢化に伴う変性疾患なので、血管性認知症に合併することも多く、症状としては血管性認知症の部分的な症状とアルツハイマー型認知症の症状が混じって現れることがほとんどです。脳血管障害の起こる場所によって、部分的な機能の低下の種類も様々で、片麻痺や失語、失認や空間失認なども見られます。これらの局所的な障害は、介護する場面で様々な対応が可能です。

支援の基本は、生活習慣病の治療を行うことで脳血管障害の再発を予防することが一番になります。高血圧症、脂質異常症、糖尿病はどれも血管の病変を伴っており、薬物療法とともに、食事や運動などの生活習慣の見直しを行います。

支援についてはアルツハイマー型認知症の場合とほぼ共通しますが、一つだけ注意を要することは、発作の急性期が過ぎてある程度落ち着いて慢性期に入る頃、抑うつまたは軽い活動性の低下が見られる時期があることです。この時期は昼間あまり活動せず、場合によっては眠っていることもあります。介護する側もようやくほっとして落ち着く時期ではありませんが、ゆっくり休ませすぎていると、生活のリズムが壊れて夜間不眠になりやすくなります。

夜間というのは介護者も休



む時間ですし、夜間に起きだしていると、見守って介護する人がいないため、BPSD が起こっていても止める手立てがありません。徘徊などの BPSD が出現すると家族は夜間に眠ることが困難になり、介護の継続が困難になります。

発作が慢性期に入ったら、早い時期からリハビリのためにデイサービスやデイケアを利用することが望ましいと考えられます。

(5) レビー小体型認知症への支援の基本

レビー小体型認知症はすべての認知症の 10～20%を占め、血管性認知症に近い発症数がある認知症です。アルツハイマー型認知症と合併することもあります。比較的、記憶障害などの中核症状は目立たず、幻視、幻聴、あるいは妄想が早い時期にみられることが特徴です。また、パーキンソン病と同じ神経の変性があることが知られており、事実パーキンソン病もよく合併します。したがって転倒しやすく、誤嚥も起こしやすいので身体的には注意が必要です。また、嗅覚が障害されることが多く、そのせいか食事が低下することもよく見られます。

レビー小体型認知症では、いわゆる見まがいのといえる錯視や無いものが見える幻視、一日のうちでも意識レベルの変動がよく起こることが知られています。

支援の前提として、幻視や幻聴が起こる脳の病気があることを本人にしっかり知らせることが大事です。幻視や幻聴などの幻覚というのは、普段の生活の中ではまず見られないものです。それだけにありありとしたこれらの幻覚は本人の中ではなかなか人に

話すのは難しいものです。ここを理解したうえで、本人の体験を尊重しながら話を聞くことによって、初めて幻覚について話してもらうことが可能です。

ここで錯視と幻視の違いについて簡単に触れます。錯視というのはそこに実際に存在するものが、別なものに見えることで、例えばトイレにおいてあった洗剤のビンの赤いうべが、ビンに血がついているように見えるということです。幻視というのは無いものが見えることで、例えば夜中に起きたときに枕元に人が立っていたりすることです。

これらの錯視や幻視は本人にとって実際に見えているものですので、言下に否定してしまうことは良くありません。対処法としては、例えば幻視の場合は寝室を真っ暗にしないようにすることや、見えている人や物を実際に触ってみることです。触ってみると消えてしまう幻視は多いものです。

あるレビー小体型認知症の人は火が燃えている幻視がある人でした。病棟のホールに座っていても、常に不安そうな顔をしていました。尋ねると「目の前の床で火が燃えている」といい、「なぜみんな平気なのだろう。逃げないのか?」といいました。「火がありますか? 一緒に触ってみましょう。熱いですか?」と、手を取って火のところに持っていくと消えたようで驚いていました。そこで、その場で無いものが見える脳の病気について説明し、その治療法があることを話しました。その人は自分の脳の異常だと知って、安心してホールに出ていられるようになったのです。

脳の異常と思うことの方が、周りがおかしいと思うよりも安心であるというのは奇妙に思われるかもしれませんが、しかし、周囲

がおかしいというのは、対処方法が無く、もし対処してしまえば自分の異常さが周囲に知られてしまうので、大きな不安を伴うのです。自分がおかしいというのは治療法があるわけですから対処方法があるわけです。



レビー小体型認知症では、嫉妬妄想もよく見られます。嫉妬妄想は相手が浮気をしているという妄想ですが、大部分は幻視を実際のものだと確信してしまうことに基づくものだと考えられます。いったん嫉妬妄想が形成されると、本人にとっては確信ですので、訂正は困難です。これに興奮などが伴っている場合には、本人との接触を増やすことで激しさは減少します。

(6) 前頭側頭型認知症への支援の基本

前頭側頭型認知症の発症率は低いのですが、原因解明ができておらず症状は多彩です。記憶障害よりも、社会性の欠如や抑制が効かなくなる、同じことを繰り返す、感情の鈍麻（どんま：感情がにぶくなる、他人に共感できない、感情移入ができない）、相手にいわれたことをオウム返りする、いつも同じ言葉をいい続けるといった症状があり、これらの症状がゆるやかに進行し、発症後、平均6～8年で寝たきりの状態となります。いわば、わが道を行く認知症ともいえます。

現在のところ有効な治療法は開発されていませんが、症状に対して、向精神薬を処方する対症療法が主に行われています。

前頭側頭型認知症のケア

症状が多様なうえに盗みや興奮、暴力など場合によっては軽犯罪となる行動が出ることで、有効な薬物が少ないため、ご家族による介護の負担は心理的なものも加わって、とても大きなものとなります。そのため、アルツハイマー型認知症のところでも述べたように、家族だけで抱え込まず、専門医や福祉サービス、家族会など専門家や同じ境遇の方々との情報を共有し、連携していくことが大切となります。

ケアの方法として、この病気の特徴である、「何かにこだわる」「同じことを繰り返す」という常同行動を活用して、生活していく上で困る常同行動を、日常生活に支障を来さないものに置き換えていくことができる場合があります。

ある前頭側頭型認知症の人は HDS-R で 15 点程度でしたが、施設で予測がつかない興奮や粗暴行為があったため対応困難となり、当院へ入院となりました。病歴から長く事務職をしていたことがわかり、病棟での観察で興奮する時間が夕方 5 時から 6 時にかけて多いことがわかりました。そこで、その時間に本人が取り組みやすい計算ドリルや興味を持ちやすい塗り絵をスタッフと一緒に取り組んだところ、楽しく集中して行うことができ、一人でも行うようになり、興奮がおさまり施設に戻ることができました。

このように問題となる行動を新しい行動に変換するには、症状の出現する時間帯やタイミングを知って、その時間に、これまでの患者さんの生活の中から向いていると思われる作業や、楽しく取り組める活動や環境を考えるのがコツです。

Chapter 4

認知症の進行を 食い止めるために

認知症の進行を食い止めるために

認知症の予防とは？

認知症の予防というとき、「予防」とは「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」もしくは「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。認知症施策推進大綱における認知症予防とは、以下のとおりです。

1次予防：認知症の発症遅延や発症リスクの軽減

2次予防：早期発見、早期治療

3次予防：重症化予防、機能維持、行動・心理症状（BPSD）の予防と対策

1.認知症の1次予防について

アルツハイマー型認知症をはじめとする認知症は、脳の器質的障害（臓器としての脳自体が悪くなって）で、起こる病気ですから、脳自体を悪くしないようにすると予防できます。

脳自体を悪くする要因には、大きく分けて、身体的要因、心理的要因、環境的要因の3つがあります。

(1) 身体的要因について

身体的要因のうち、脳の老化が一番大きな要因ですが、現在のところ老化を完全に止める方法は見つかっていません。しかし少

しでも、脳の老化を進行させないように、普段から健康的な生活をするのが大切です。具体的には、適正な運動をし、食べ過ぎて肥満にならないようにすることです。

「身体的不活動」の回避のための、適正な運動とは、脳を含めて臓器が低酸素状態にならない程度の、有酸素運動（エアロビックスエクササイズ）のことです。ウォーキングやジョギングをするときの目安としては、会話しながらできる程度の強度の運動で、にこにこペースの運動やスロージョギングが有名です。部屋の掃除や、子供と遊ぶなどの普通の生活活動もこの程度の運動になります。

肥満も、アルツハイマー型認知症に対する危険因子で、特に「中年期の肥満」がよくありません。東京大学が2005年より始めた骨関節疾患の臨床統合データベース、ROAD（Research on Osteoarthritis Against Disability）プロジェクトからの報告にも、軽度認知障害（MCI）のリスクに関するものがあり、高度の変形性膝関節症がある人は、ない人に比べて3.0倍に、メタ



ポリックシンドロームの人は、そうでない人に比べて 4.7 倍の MCI のリスクがあり、それぞれが独立したリスクであることが示されています。

具体的には、食べ過ぎないようにして、BMI（体重（kg）を身長（m）で 2 回割った数字）を 22 を中心に 25 を超えないように保つことです。そのためには、自分に合った標準体重（ $22 \times \text{身長（m）} \times \text{身長（m）}$ ）を計算して、この標準体重を保つことが重要です。

後に述べますが、高血圧や糖尿病などの生活習慣病は、身体中のいろいろな臓器を悪くするため、その症状の一部として脳の症状を起こすことも、認知症の発症要因になります。不眠症やうつ病も認知症のリスクになることが分かっています。脳の血流に影響する喫煙や、一部の薬剤も認知症の原因になることが知られています。これらの病気にならないようにすること、もしなったら、しっかり治療することも認知症を予防するために重要です。

また、最近（2019年）、オランダから血清ヘモグロビン（Hb）濃度も高すぎても、低すぎても認知症のリスクが上昇するとの報告が出ており、特に貧血のある人はない人に対して、認知症になるリスクが 34%（アルツハイマー型認知症に関しては 41%）高かったという研究が報告されており、貧血の是正も認知症の予防のために大切と思われます。

(2) 心理的要因について

次に、認知症の発症に関わる心理的要因について説明します。前に述べたように、認知症の予防のためには、脳の老化を進行さ

せないように、普段から健康的な生活をするのが大切です。そのためには、気持ちを明るく保つことはとても重要なことです。うつ病は、認知症に対する影響が身体的不活発の次に大きくなっています。また、抑うつ状態は認知症発症のきっかけになります。抑うつ状態を改善すると、認知症になる人を 10% 減少させることが知られています。

ストレスとの関連で、ストレスの多い群でアルツハイマー型認知症の累積危険度は高く、エピソード記憶の低下度は大きいことが知られています。

社会性や余暇活動と認知症リスクに関する観察期間 3～8 年の縦断研究をまとめると、認知症の危険因子は単身または寡婦、独居、社会参加の少なさであり、一方、リスクを下げる因子は旅行、日曜大工、編み物、庭いじり、精神社会生産活動への参加、読書、楽器演奏であると報告されています。



(3) 環境要因について

最後に認知症の1次予防に関する環境要因です。

喫煙は生活習慣病全般に影響する行動で、認知症の予防のみならず、健康全体に大きく影響しますので、すぐに禁煙を実行したいものです。2009年のミネソタ大学からの発表では、認知症で入院した203例において、白人、アフリカ系黒人を問わず、喫煙は入院のリスクを上昇させ、特に55歳未満の若年者において、喫煙があるとそのリスク（ハザード比）が4.8倍になると報告されています。

またアルコール多飲は、認知症の発症リスクとされており、やはり飲みすぎはよくないようです。

心理的要因でも述べたとおり、認知症の危険因子として单身または寡婦、独居、社会参加の乏しさがあります。環境を整え、庭いじりや、読書、楽器演奏そして精神社会生産活動への参加といったことを通じリスクを下げる可以做到とよいでしょう。

2. 認知症の2次予防について

2次予防とは、この場合、認知症の早期発見・早期治療を指します。

(1) 認知症の早期発見について

2013年に刊行された米国精神科医学会の診断基準では、それまで診断に必須だった「記憶障害」が必ずしも必要なくなった点と、2つ以上の領域の認知機能障害が必須であったのが1つ以

上になった点が最も大きな違いです。

認知症の診断では問診が最も重要ですが、本人との問診では、本人は「もの忘れはない」「毎日きちんと家事をしている」「薬も欠かさず飲んで」と話をする事が多く、診察中の会話の中で、認知症の存在を疑うことはかなり困難です。しかし、家族の話を聞くと「さっき話した話を繰り返し聞く」「冷蔵庫の中に同じ食材がたくさん入っている」「薬を飲んでる気配がなく大量に薬が余っている」と、本人と家族の話が全く違うことが往々にしてあります。

通常の通院では家族が同伴することは少ないので、例えば、介護保険の書類作成の時期などに家族の同伴をうながしたり、逆に家族のほうからも主治医に相談してもらうとよいでしょう。

医療機関でも「保険証・診察券をよく忘れるようになった」「待合室などによく忘れ物をする」「お金の支払いでもめる」など医師以外の医療スタッフが気付くこともあります。

図表4-1：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現れるものではない。
- D** ほかの精神疾患（うつ病や統合失調症など）が否定できる。

少しでも認知機能低下が疑われたら、認知症機能障害の評価のためのスクリーニング検査を行います。スクリーニング検査としては、「改定 長谷川式簡易認知能評価スケール (HDS-R)」、「ミニメンタルステート検査 (MMSE)」などが汎用されています。

簡易的なスクリーニング方法として

- 1) 言葉の遅延再生を見るために3つの言葉を覚えてもらい、別の質問を挟んだのちに思い出してもらおう検査
- 2) 時間の見当識として今日が何年、何月、何日の何曜日かを覚えてもらおう検査
- 3) 視空間認知機能として立方体の模写をしてもらおう検査

などの検査もあります。

また、人が質問する形でなくタッチパネル式コンピューターによる検査もあります。

これは、機械式なので質問者による差がない、精神的、身体的ストレスが少ない、どこでも簡単に実施できるなどの利点があります。

認知症高齢者や介護家族に過大な負担がかかる要因は認知障害のためばかりではなく、生活自立の障害が問題となることも多くそのため日常生活機能 (ADL) の評価も大切です。

食事や排せつ、入浴、歩行、更衣など身の回りの動作を示すADL (BADL) と、買い物や公共交通機関を利用した外出、家事、服薬管理など自立した社会生活に必要となる活動である手段的ADL (IADL) があり、それぞれ評価方法としてはBADLの評価としてはBarthel Indexや機能的自立度評価表 (functional independence measure : FIM) などがあり、IADLの評価法

にはLawtonのIADL、老研式活動能力指標などがあり、またDAD (disability assessment for dementia) やDASC-21にはBADL、IADLのそれぞれについて調べる項目が含まれています。

MCI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、年齢に比べて記憶力が低下している状態と定義され、認知症ではありませんが、残念ながら年平均10%が認知症に転換する可能性があります。

(2) 認知症の早期治療について

アルツハイマー型認知症治療薬については、中核症状の進行を抑えるコリンエステラーゼ阻害薬 (ドネペジルなど) などの薬物療法、行動の変化や行動・心理症状 (BPSD) への対処、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支援を行う必要があります。



3.認知症の3次予防について

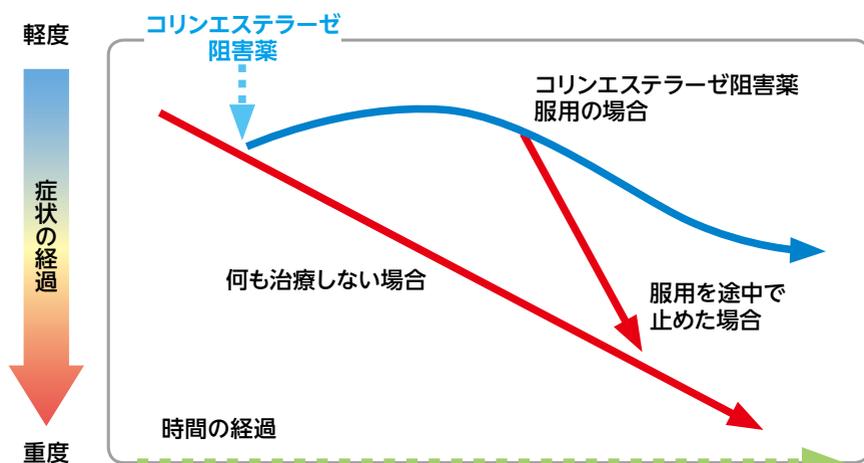
3次予防では、重症化予防、機能維持、BPSDの予防と対応がその目的となります。

(1) 重症化予防について

コリンエステラーゼ阻害薬は、短期的（一年程度）には症状を改善方向へ変化させて、治療しない場合よりも良い期間を延長します。また、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います（認知症サポート医研修テキスト P57）。

2011年にガランタミン、リバスチグミンが発売されましたが、この3剤の治療効果には、明確な差はないといわれています。

図表4-2：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



〔認知症サポート医研修テキスト〕57ページ

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の確認が必要です。服薬の効果判定の基準は、日常生活の変化でみます。

(2) 機能維持について

発症初期はもちろんですが、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ので、できることや得意なことを見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図り、できないことはプライドを傷つけないようにさりげなく援助することが望めます。また、身体的疾患を早めに見つけて治療することも大切です。

(3) 行動・心理症状（BPSD）について

BPSDは脳血管障害や感染症、脱水、便秘などの身体疾患により悪化することがあります。

また、薬物の副作用や急激な中断によっても悪化する場合があります、それらの確認がまずは大切です。

BPSDの治療は、薬物を用いない対応が基本となりますが、本人や家族などに身体的な危険が及ぶ場合には、薬物療法の適応となります。しかし現在、BPSDに適応となっている薬物は存在しません。そのため、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の説明が必要です。状況に応じて専門医への紹介を考慮しましょう。

4.生活習慣病による認知症リスク管理

認知症の発症の危険因子には、年齢、遺伝子、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、喫煙、メタボリック症候群（メタボリックシンドローム）、睡眠時無呼吸症候群、うつ病などがあり、認知症の発症の防御因子には、適度な運動、適切な食事、余暇活動、社会的参加、認知訓練などが挙げられています。

認知症の発症予防においては、中年期における生活習慣病予防が、効果があることが証明されています。

そのポイントは

- 運動を行うこと
- 食事に気をつけること
- 社会活動に参加すること

です。

しかし、認知症の重症化予防に関しては、残念ながら、まだ、はっきりした結論は出ていませんが、生活習慣病の適切なコントロールは、認知症の重症化予防を否定していないものが多いです。現段階では、このことを踏まえ、個々の状態を注意深く観察し、主治医と連携を取りながら適切に対応していく必要があります。今のところ、こうすれば間違いないというゴールドスタンダードは存在しません。

A 糖尿病

認知症を伴った糖尿病患者は、適切なセルフケアができないため、糖尿病のコントロールを悪化させやすいです。高齢糖尿病患者

者の認知症のリスクは、アルツハイマー型認知症および血管性認知症ともに糖尿病のない人に比べて2～4倍です。

また、重症低血糖は認知症の発症リスクを高めます。高齢者の低血糖症状では、典型的な発汗、動悸、手のふるえ（自律神経の症状）などの症状があまり出ず、自覚症状のない低血糖を起こしやすく、また重症低血糖も起こしやすいです。高齢者の低血糖は、頭や身体がふらつく（中枢神経の症状）といった典型的でない症状が多いので注意が必要です。入浴はエネルギー消費が大きく、

図表4-3：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c値）

患者の特徴・健康状態	カテゴリーⅠ	カテゴリーⅡ	カテゴリーⅢ
	①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知機能障害～軽度認知症 または ②手段的ADL低下、基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や機能障害
重症低血糖が危惧される薬剤（インスリン製剤、SU薬、グリニド薬など）の使用	なし あり	7.0%未満 65歳以上75歳未満 75歳以上 7.5%未満（下限6.5%） 8.0%未満（下限7.0%）	7.0%未満 8.0%未満（下限7.0%） 8.0%未満 8.5%未満（下限7.5%）

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL（IADL）、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

〔高齢者糖尿病治療ガイド2018〕（日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著）をもとに作成

空腹での入浴は低血糖のリスクを増やし、事故にも繋がりがやすいので、空腹時の入浴は避けましょう。

高齢者糖尿病の血糖コントロール目標は、通常の方のコントロール目標とは異なっています。高齢者のコントロール目標は、年齢、認知症があるかどうか、認知症の程度、ADLの状態、合併症、インスリン注射をしている、体内のインスリンを出すことによって血糖を下げる薬を飲んでいる、などで変わってきます。

B 高血圧症

高血圧は、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など）や心臓病（冠動脈疾患、心肥大、心不全など）、腎臓病（腎硬化症など）などの重大な原因となる病気です。高血圧治療の目的は、脳や心臓や腎臓などの高血圧から起こる合併症の発症予防や進展抑制にあります。

2019年に改訂された「高血圧治療ガイドライン」によれば、降圧目標（血圧を下げる目標）は、年齢、脳血管障害、冠動脈疾患、慢性腎臓病（CKD）、糖尿病、抗血栓薬服用などで異なります。75歳未満は130/80mmHg未満を、75歳以上は一応140/80mmHg未満を目指しています。

高血圧は血管性認知症の危険因子で、アルツハイマー型認知症との関連も指摘されています。中年期の降圧治療は認知症発症予防に効果があることは証明されていますが、高齢高血圧の降圧効果は認知症発症予防には効果ははっきりしませんでした。しかし、脳卒中などの発症予防の観点から治療は必要です。

図表4-4：高血圧治療ガイドライン2019（JSH）の降圧目標

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人* ¹ 脳血管障害患者 （両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし） 冠動脈疾患患者 慢性腎臓病（CKD）患者（たんぱく尿陽性）* ² 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	130 / 80 未満	125 / 75 未満
75歳以上の高齢者* ³ 脳血管障害患者 （両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価） 慢性腎臓病（CKD）患者（たんぱく尿陰性）* ²	140 / 90 未満	135 / 85 未満

* 1 未治療で診察室血圧130～139/80～89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者ではおおむね1か月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療で130～139/80～89mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて、最終的に130/80mmHg未満を目指す。

* 2 随時尿で0.15g/gCr以上をたんぱく尿陽性とする。

* 3 併存疾患などによって一般に降圧目標が130/80mmHg未満とされる場合、75歳以上でも忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満を目指す。

〔高血圧治療ガイドライン2019〕（日本高血圧学会）

C 脂質異常症

脂質異常症があると血管性認知症の発生リスクが高いことが分かってきました。脂質異常症は非心原性脳梗塞（内頸動脈などのはがれやすい動脈硬化の一部のはがれ、脳内の血管まで流れていき詰まる脳梗塞）のリスクとなり、脳梗塞を含め脳卒中は血管性認知症の発症リスクとなります。脂質異常症と認知症との関連は、中年期の治療がアルツハイマー型認知症の発症予防に効果があるといわれていますが、高齢者についてはまだ研究が進んでおらず、今後の課題です。

D メタボリック症候群（メタボリックシンドローム）

メタボリック症候群とは、内臓脂肪が蓄積された状態（腹囲：男性 85cm 以上、女性 90cm 以上）に加えて、高血圧（130 / 85mmHg 以上）、高血糖（空腹時血糖 110mg / dL 以上）、脂質異常（中性脂肪 150mg / dL 以上または HDL コレステロール 40mg / dL 未満）の 2 つ以上が合併した状態をいいます。いずれも治療中を含みます。

メタボリック症候群は動脈硬化を促進させる要因で、動脈硬化は脳血管障害を引き起こし、ひいては血管性認知症の発症につながると考えられます。しかし、メタボリック症候群では、アルツハイマー型認知症も発症しやすいことが分かっています。認知症の発症予防にメタボリック症候群の改善をすることは効果がありますが、認知症の重症化予防に効果があるかどうかは今のところよくわかりません。

認知症発症予防に効果が期待される食事

- 適正体重を保つ（腹八分）
- 肉、魚、大豆製品をバランスよく食す
- 野菜を毎食とる（1日5品）
- 乳製品を毎日コップ1杯
- 果物は1日1個程度

認知症発症予防に効果が期待される運動

- 週2～3回以上、1日30分以上の歩くような運動（できるだけ速歩）

Chapter 5

認知症の人の権利を 守るために

認知症の人の権利を守るために

1. 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」について

2018年6月に、厚生労働省より「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が公表されました。ガイドラインでは、「意思決定支援」は、支援であり指示ではないこと、意思は絶えず変化するものという認識が重要とされています。その上で、このガイドラインの特徴や原則、その考え方について理解する必要があります。

理解判断能力や想像力が症状の進行と共に低下し、意思変容も強くなる認知症ですが、支援の基本原則として「本人意思の尊重」「本人の意思決定能力への配慮」「チームによる早期よりの継続的支援」が挙げられています。認知症は、種類によりそれぞれ症状、経過も異なるものであり、意思決定支援のあり方は一括りにはできず、機能低下が時系列的に低下していく過程での繰り返し作業となるものです。そのような絶えず変容する意思に対するチームでの決定支援といえます。



図表5-1：誰の意思決定支援のためのガイドラインか

- 基本、認知症の人を支援するためのガイドラインである
- しかし、対象は認知症と確定診断された場合のみに限らず、**認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む**

ポイント!!

- 認知症の診断の有無にかかわらず、**認知機能の低下が疑われる人の支援も対象**

図表5-2：誰による意思決定支援のためのガイドラインか

- 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による意思決定支援を行う際のガイドラインであり、特定の職種や特定の場面に限定されるものではない
- 多くはケアを提供する専門職種や行政職員などであるが、これだけにとどまらず、**家人、成年後見人、地域近隣で見守り活動を行う人、本人と接し本人をよく知る人などが考えられる**

ポイント!!

- 認知症の診断の有無にかかわらず、**認知機能の低下が疑われる人の支援も対象としており、よって、様々な人が関わることがあり得る**

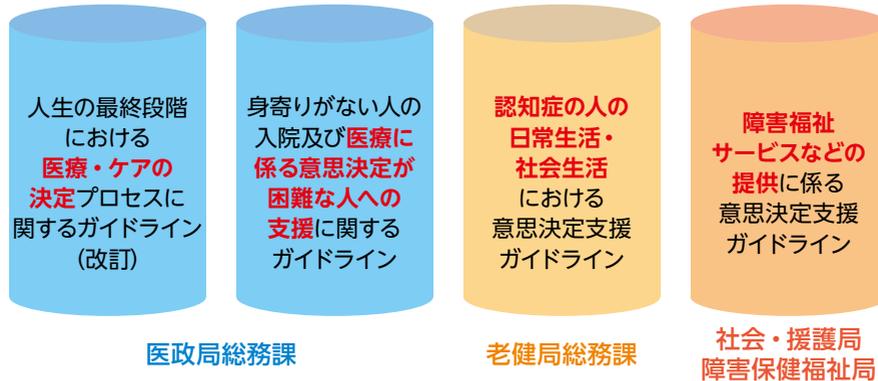
現在、わが国では様々な状態におけるいくつもの意思決定支援ガイドラインが公表されてきており、現場での混乱も招きかねない状況にもなってきています。現状の主なガイドラインは、図表5-3の通りです。

図表5-3：わが国の意思決定支援の現状

▶障害者の権利に関する条約

(第12条 障害者の権利、意思及び選好を尊重)

▶成年後見制度利用促進法



図表5-4：認知症の方の意思決定支援の特徴

- 進行性の疾患である認知症の意思決定支援は、本人の意向を反映させるために、初期段階での意向確認を行う必要がある。
- そのためには、見通しの共有が重要であり、繰り返しの確認作業となる。
- 理解判断能力や想像力などは、進行とともに低下していき、意思の変容も強くなる。
- 進行に伴い、説明を受けた内容や、事柄自体の記憶を保持できなくなっていく。

図表5-5：認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

本人の意思の尊重

- 意思決定が困難と思われる場合であっても、自己決定の尊重に基づき行う。よって、情報をその人の有する認知能力に応じて、理解できるように説明する義務がある。本人の示した意思は、それが他者を害する場合や、見過ごすことのできない重大な影響がない限り、尊重される。

本人の意思決定能力への配慮

- 意思決定能力を有することを前提に意思決定支援をする。本人のその時々意思決定能力の状況に応じて支援する。
- 本人の意思決定能力は、「理解する力」「認識する力」「論理的に考える力」「選択を表明できる力」によって構成される。

チームによる早期からの継続的支援

- 早期の段階で、見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後おこりうることにあらかじめ先を見通した意思決定支援を繰り返し行う。

図表5-6：認知症の方の意思決定支援について

- 認知症は進行性の症状であるが、認知症の種類（アルツハイマー型認知症、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症など）によってもそれぞれ症状、経過も異なるため意思決定支援の在り方を一括りにはできないと考える。
- いずれにしろ、認知機能・精神機能が時系列的に低下していく過程での意思決定支援となる。
- 狭義に、本人の意向を尊重するのであれば、初期の段階での意識共有の上で、予めの想定に基づく協議となろう。
- 認知症発症後における意思決定支援については、臨床などから状態を慎重に把握する必要がある、専門医療機関との十分な協議が必要と考える。
- 意思の変容が、症状に基づくものなのか、時系列的な変化かの判断は極めて難しい。
- 発症前の本人の意向や、親族、支援者などの情報を丁寧に収集し整理する必要がある。
- 任意後見制度があるものの、その有用性や必要性を理解しているのは制度を知っている専門職やごく一部の一般人である。多くの親族が認知機能の低下が著しい状態（後見類型相当）になってから、必要に迫られて成年後見制度を申し立てしている現状がある。
- 欧米と異なり、我が国は「家制度」の文化が根強く、健康な状態の頃から個人の尊厳を個人で決定する文化が希薄であり、近年「終活」が話題となる程度である。
- 当然の前提であるが、「意思決定支援」は、支援であり指示ではないこと、意思は絶えず変化することの認識が重要である。

図表5-7は、今回公表されたガイドラインの概要図です。認知症の人が自ら意思決定できるよう支援することを、「意思決定支援チーム」による話し合いを繰り返しながら進めていくプロセスを示しています。

図表5-7：本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援



「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」厚生労働省 平成30年6月 より

2.高齢者の消費者被害の対応と防止

(1) 高齢者を狙った消費者被害の状況

認知症高齢者の一人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯などに限らず、高齢者の「お金・健康・孤立」への不安につけ込み、高額な訪問販売、振込め電話詐欺、送り付け詐欺などの被害に遭う高齢者は後を絶ちません。高齢者の中には、悪質業者に騙された事を恥じる気持ちから、そのことを家族に隠したり、解決する事を諦めたりする傾向もあります。一度被害に遭った高齢者は悪質事業者間で売買される「被害者名簿（通称カモリスト）」に記載されて繰り返し被害に遭う可能性が高いとされます。

近年では、公的機関や金融機関・消費生活センターなどを名乗るなど、公共のための機関を装った悪質な手口も横行しています。高齢者に時間的切迫（「あなただけ、今だけ」「何日までに」）を迫り、誤った思い込みをさせたりします。またもの忘れから、被害に遭ったことを忘れて、複雑な販売トークに騙されたりしやすいため、自分では解決できない状況にあることも被害が減少しない要因でもあります。介護保険サービス事業者・関係機関などは、早めに被害に気づき、専門機関へ知らせることが必要です。



(2) 早期発見と対応

高齢者本人が、「被害者意識がない」「解決を望んでいない」「家族に知られたくない」などの強い思いがあった場合、介護サービス事業所だけでは、対応に苦慮することも多いでしょう。そのような場合は、高齢者の総合相談窓口である地域包括支援センター（以下、包括センター）に相談してください。包括センターの権利擁護業務の一つとして「消費者被害の防止」があります。包括センターは高齢者宅を訪問し、本人の状況を確認したり、商品・契約書を確認したりし、消費生活センターと連携して、具体的な被害回復の対応を行います。

親族の支援が受けられない、身寄りがいない高齢者などが被害に遭っている場合は、

- ①ご本人に注意喚起を促す
- ②早期発見・回復を図る
- ③再び消費者被害に遭わない為の再発防止の見守り

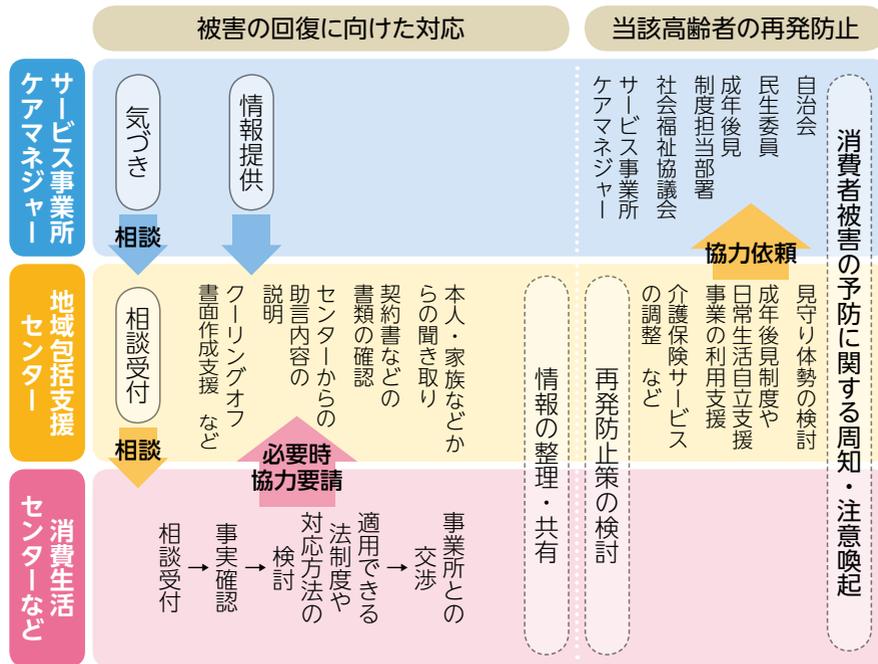
といった対応が必要です。

また、関係機関の方には「気づき知らせる」「必要な情報提供」「見守り」などへの協力が期待されています。

次ページの図表 5-8 は、早期発見と再発防止の為に、サービス事業者と包括センター、消費生活センターなどの消費者被害対応の流れを示したものです。



図表5-8：早期発見と再発防止



セルフ・ネグレクトや消費者被害等の犯罪被害と認知症の関連に関する調査研究事業報告書(平成26年度老人保健事業推進費等補助金)(平成27年3月) (公社) あい権利擁護支援ネットP155 より一部改変



知っておこう！消費生活センター

消費生活センターは、都道府県や市町村に設置されています。消費生活全般の苦情や問合せなどの無料相談を行ったり、必要であればクーリング・オフの書類の作成を支援したり、事業者とのあっせん（交渉）を行ったりする専門機関です。

市町村によっては、「消費生活相談窓口」として開設しているところもあります。地域によって開設時間が異なるため、休みの場合は、県の消費生活センターに直接連絡して相談することができます。

消費生活センターの多くが訪問機能を持たないため、認知症高齢者や虚弱高齢者で、来所相談ができない、本人が難聴で電話での会話が難しいなどの場合は、介護サービス事業者や包括センターの職員が、以下の点を聞き取ったり、確認して消費生活センターに報告することにより、スムーズな対応が可能です。

「契約したきっかけ、状況」

「契約の理由」

「契約している商品やサービス内容や金額、日付」

「契約書」

ご本人の心情に配慮しながら聞き取り、確認をしていきます。被害者救済のために、司法関係者と連携して法による救済を図る必要がある場合には、弁護士会、司法書士会などの相談窓口を利用したり、お金がない高齢者の場合は、日本司法支援センター（通称法テラス）の民事法律扶助による無料相談を利用することもできます（148 ページ参照）。

知っておこう！ 法テラス

総合法律支援に関する事業を行う公的機関です。犯罪被害者などを含むあらゆる法的トラブルの相談を、コールセンターや地方事務所にて電話受付し、適切な法制度や関係機関を紹介してくれます。資力要件やご本人の心身の状況に応じて、無料の出張相談も可能です。高齢者を支援している支援者からの相談もできます。

「被害かどうかよくわからない」「法律相談につなぐべきか迷っている」など、困っているときは相談をしましょう。必要な場合は、弁護士などがご本人の代理人となって解決や救済にあたります。

法テラス福岡

(日本司法支援センター福岡地方事務所)

電話番号 050-3383-5501

法テラス・サポートダイヤル

おなやみなし
電話番号 0570-078374



3.権利擁護のための制度

認知症などにより判断能力が不十分になると、買い物や公共料金の支払い、預貯金の管理、行政の手続き、福祉サービスの利用契約など、これまでできていた日常生活を維持することが難しくなってきます。

ゆるやかに判断力が低下した場合、生活の質そのものが低下したことに気がつかなかつたり、他者に騙されていることが理解できなかつたりします。一人暮らしの高齢者に至っては、生活そのものが危機的状況にあることを自覚できず、知らないうちに犯罪

被害者や被虐待者になったり、医療受診が途絶えて健康を損なったりするため、自分自身を護ることができません。

医療機関、福祉・介護サービスを通じてそのような高齢者に関わった時は、本人の福祉を図るために権利擁護の諸制度の知識とサービスを理解し、適切にそれらの専門機関に「つなぐ」ことが重要です。

ここでは、「日常生活自立支援事業」と「成年後見制度」について説明します。

(1) 日常生活自立支援事業

社会福祉協議会（以下、社協）が実施主体で、対象者がお住まいの地域にある社協で相談を受け付けます。軽度の認知症がある高齢者以外にも、知的・精神障がいのある方も対象となります。

社協と本人が契約を行うことで、福祉サービスの利用援助や金銭管理などのサービスを受けることができます。

支援の内容としては、本人が安心して生活ができるように相談から支援計画の作成、サービス実施に至るまで、専門員、生活支援員が支援します。専門員は、相談を受けてご本人の希望をもとに支援計画の作成などを支援します。生活支援員は契約内容に沿って定期的に訪問し、サービスを提供します。

多くの社協においては、利用料金は1回（1時間程度）1,000円が一般的です。生活保護受給者などに対しては減免措置の対象となる場合があります。詳細は地域の社協に確認しましょう。社協によっては、相談を申し込んでから本人面接に至るまでに、数

か月の時間を要する場合がありますので、あわせて確認すると良いでしょう。

図表5-9：日常生活自立支援事業について

1 福祉サービスの利用援助

- ①福祉サービスを利用し、または利用をやめるために必要な手続き
- ②福祉サービスについての苦情解決制度を利用する手続きの支援
- ③住宅改修、居住家屋の賃借、日常生活上の消費契約及び住民票の届出などの行政手続に関する援助、その他福祉サービスの適切な利用のために必要な一連の援助
- ④福祉サービスの利用料を支払う手続き

2 日常的金銭管理サービス

- ①年金及び福祉手当の受領に必要な手続き
- ②医療費を支払う手続き
- ③税金や社会保険料、公共料金を支払う手続き
- ④日用品などの代金を支払う手続き
- ⑤①～④の支払いに伴う預金の払戻し、預金解約、預金預け入れ手続き

3 書類などの預かりサービス (保管できる書類)

- ①年金証書
- ②預貯金の通帳
- ③権利書
- ④契約書類
- ⑤保険証書
- ⑥実印・銀行印
- ⑦その他、実施主体が適当と認めた書類 (カードを含む)

「日常生活自立支援事業推進マニュアル」社会福祉法人 全国社会福祉協議会 17 ページ (2008 年)

チェック!

日常生活自立支援事業を利用するときは……

ここでは、日常生活自立支援事業を利用する上で、注意すべき点を挙げておきます。

日常生活自立支援事業は、社協と本人の契約が必要で、ご本人に契約を理解するある程度の「契約能力」が求められます。

また本人に代わって入院やサービス利用契約を結んだり、購入したものや契約したことを取り消したりすることができません。日常生活自立支援事業の契約が結べないほどに判断力、理解力の低下がある場合は、成年後見制度の活用を検討することになります。

日常生活自立支援事業を利用していた人に後見人などの選任がされた場合、地域によっては社協が後見人などとの契約を制限している場合があります。日常生活自立支援事業と成年後見制度の併用が可能かどうか、必要な場合は社協に確認しましょう。

(2) 成年後見制度

成年後見制度は、判断能力が不十分で生活が困難となった人たちに契約などの代理行為をしたり、金銭管理を行うことにより権利擁護を図る制度です。この制度の根幹は「自己決定の尊重」「残存能力の活用」「ノーマライゼーション」と保護の調和にあります。

成年後見制度には「任意後見制度」と「法定後見制度」があります。

任意後見制度

判断能力が低下する前に、本人が公証役場での契約によって、あらかじめ本人が選んだ人（任意後見受任者）に代わりにしてもらいたいことを事前に契約（任意後見契約）しておく制度です。

法定後見制度

判断能力が不十分な場合に、家庭裁判所に申立てをして家庭裁判所が後見人などを選任する制度。以下のような**補助・保佐・後見**の3類型があり、必要な書類（申立書・診断書・戸籍謄本など）をそろえて「審判の申立」を行います（図表5-10）。



図表5-10：3類型の状態像

- 【補助】** 判断能力が不十分で、一人で重要な財産行為を適切に行えるか不安があり、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者
- 【保佐】** 判断能力が著しく不十分で、日常的な買い物程度は一人でできるが、金銭の貸借や不動産売買など、重要な財産行為は一人ではできない者
- 【後見】** 判断能力を欠く常況にあり、日常生活を送ることができなかつたり、財産管理ができなかつたりする者

対象者ってどんな人？

ここでは、法定後見制度について解説します。この法定後見制度の活用が必要だと考えられる状態像を、いくつかあげてみました。

- キーパーソンが不在で、本人にとって必要な入所契約、財産管理をしてくれる人がいないため、支援者も対応に苦慮する。
- 家族、もしくは第三者が本人の年金などを管理することによって、必要なサービス・医療が受けられない、生活費が不十分で支障をきたしている。
- 不当な契約を結んだり、必要がないものを買わされるなどの消費者被害に遭い、後見人などによる取消権（本人が行った法律行為を後見人などが取り消すことができる行為）が必要。
- 虐待に遭っていて、本人自身でその状況を回復できず、必要な福祉サービスを受けることができない。

本人に「困っている」という自覚がない場合もありますが、その状態を放置することによって、必要な医療やケアが受けられず心身に不調をきたす危険性も高まります。

これらの人の存在に気づいた時は、行政の高齢者部局、包括センターなどに相談して、制度活用を含めて協働して対応していくことが関係機関、支援者に求められます。



制度の手続きなど

(1) 申立てなどの手続き

申立てることができる人は、本人、配偶者、4親等内の親族です。申立てには、収入印紙や登記手数料、切手代などの実費1万円弱と診断書代5千円～1万円程度（医療機関により異なる）が必要です。他に申立て後、必要に応じて裁判所が医師に鑑定を依頼する場合があります。費用については、医療機関によって異なります。

後見制度の詳細については、家庭裁判所のホームページで確認したり、パンフレットなどを取り寄せたり、基礎知識を持っておくことで業務に役立つでしょう。

(2) 後見人などの職務

後見人などの職務は、本人の意思を尊重し、心身の状態や生活状況に配慮しながら、必要な手続き、契約を行ってサービスなどを手配・チェックしたり、本人に代わって支払いや財産管理をすることによって、本人を保護・支援することです。

結婚・離婚・養子縁組（身分行為）や保証人になること、手術など（医的侵襲行為）への同意、本人の居所を指定すること、財産の投機的運用、実際の介護（事実行為）は後見人の職務ではありません。また本人の居住用不動産（賃貸借契約含む）の処分については、家庭裁判所の許可が必要です。

後見人などが本人の財産を親族などに贈与・貸与することは、原則として認められていません。例えば「被後見人となった夫の収入・財産の中から、年金収入では足りない妻の施設利用料を出したい場合」などは、家庭裁判所に相談して許可を得る必要があります。

また、後見人などが行った事務については、家庭裁判所に報告しなければなりません。

「専門職後見人は給料が高い」と給与制と勘違いする人もいますが、給与制ではありません。家庭裁判所に対して「報酬付与の申立て」を後見人などが行い、本人の財産の中から支払える金額を裁判所が決定する仕組みになっており、具体的な金額が決まっているわけではありません。家庭裁判所への事務報告と報酬付与の申立ては同時に行われることが一般的です。

(3) 福祉・介護サービス事業者などと後見人などとの連携

後見人などには、家族などの親族後見人と弁護士、司法書士、社会福祉士などの専門職後見人、または社会福祉協議会などの法人が選任される場合もあります。

2018年度、親族以外が後見人などに選任されたケースは全体の約76.8%（前年度は約73.8%）であり、専門職後見人が多く選任されています（成年後見関係事件の概況 2018年1月～12月 最高裁判所事務総局家庭局）。

本人に後見人などが選任されている場合、その連携や協働について説明します。

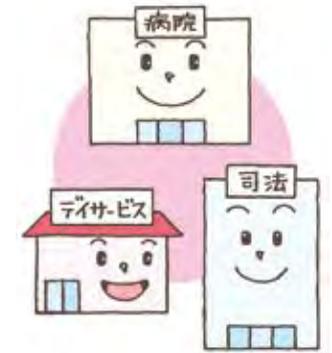
図表 5-11 のとおり後見人などは被後見人に対して、その生活において必要な手続きと手配、チェックを行う身上監護（身上保護）義務があります。具体的には、本人に定期的な面談をし、その心身の状態を確認した上で、新たなサービス導入の必要性の検討、契約などを行います。

また、介護保険におけるサービス担当者会議や医療機関における退院カンファレンスなどに、後見人なども参加することが求められます。

本人およびその支援者などと本人の課題や情報を共有し、支援方針の検討、後見人などと各機関の役割分担などを行うことは、高齢者本人にとって重要なチーム支援につながるからです。共に

顔の見える関係であることが支援者にとっても安心です。

司法関係者が後見人などの場合は、高齢者の特性や関係機関、支援者の役割などについて、情報が不足している場合もあり、積極的に会議などへの参加を依頼すると良いでしょう。連絡が取りにくい後見人などに対しては、日頃の必要な連絡内容の確認、緊急時の連絡体制、対応など事前に取り決めておきましょう。



チェック!

利用促進法 基本計画のポイント……

認知症、知的障がい、その他の精神上的の障がいがあることにより、財産の管理や日常生活などに支障がある人たちを社会全体で支え合うという喫緊の課題に向けて、かつ共生社会の実現に向けて、「成年後見制度の利用の促進に関する法律（以下、利用促進法という）」が2016年4月15日に公布され、同年5月13日に施行されました。

【基本方針】

- ① 三類型の適切な選択
- ② 権利制限制度の見直し
- ③ 意思決定の支援

【成年後見制度利用促進基本計画のポイント】

- ① 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善
- ② 権利擁護支援の地域連携ネットワーク構築
- ③ 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和

図表5-11：身上監護とは？

例えば入浴や洗濯ができない方であれば、洗濯や入浴を手伝うというような事実行為でなく、それが行えるよう、本人の身体状況や年金等経済状況を踏まえて、手配・契約（法律行為）・確認・支払い等である。

プロセス	後見人が行うこと	法律行為との関係
Plan	アセスメント、方針策定、手配 本人の意思・意向を直接確認 する 健康・医療・認知面などで可能か検討する 支援体制やサービス、環境面、かかる費用を 検討する お金はどの程度使えるのか？ これらにより本人の「最善の利益」を考える	法律行為を適切に行うための準備
Do	契約・支払 後見人としての権限行使	法律行為・財産行為
See	モニタリング 契約の履行状況を確認	履行状況の確認
Check	見守り 妥当性を問う	
Act	支援の見直し 再契約や解約、苦情申立てを行う	再契約、解約、苦情申立てなど

(公社) あい権利擁護支援ネット編「エピソードで学ぶ成年後見人 Part II」(民事法研究会 2014) 148 ページを一部改変

財産管理のみならず、本人の意思決定支援や身上保護を重視して、本人にとってメリットが実感できる制度運用を目指しています。

2019年4月から、本人の日常生活などを踏まえた医師の診断書の改訂と「本人情報シート」の運用が開始されました。

全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、各地域において権利擁護支援のネットワーク構築とその中核となる機関（中核機関）を整備することが、市町村の努力義務とされています。

「本人情報シート」とは

本人を日頃から支援し、日常生活上の課題、本人の強みなどを知っている、介護サービス・福祉サービス事業者や医療機関の相談員、包括センターなどが、作成することが想定されたシートです。

●本人情報シートの活用場面

医師の診断のための補助資料として活用するほか、次のような場面で活用することが考えられます。

- ①申立て前の成年後見制度利用の適否に関する検討資料として
- ②家庭裁判所における成年後見人などの選任のための検討資料として
- ③従前の後見事務の検証と今後の事務方針の策定のための資料として

⇒後見人などを含む多職種で構成される「チーム」での方針検討や、見直し、再検討に有効

後見ポータルサイト

裁判所のホームページにある「後見ポータルサイト（<https://www.courts.go.jp/koukenp/>）」から、「本人情報シート」（Word形式）のダウンロードができます。

ご本人の日常生活の状況をよく知る関係機関・支援者だからこそ、その作成に対しての協力が期待されています。

申立てに関わる際は、裁判所に確認しましょう。

〔成年後見制度における診断書作成の手引・本人情報シート作成の手引〕最高裁判所事務総局家庭局

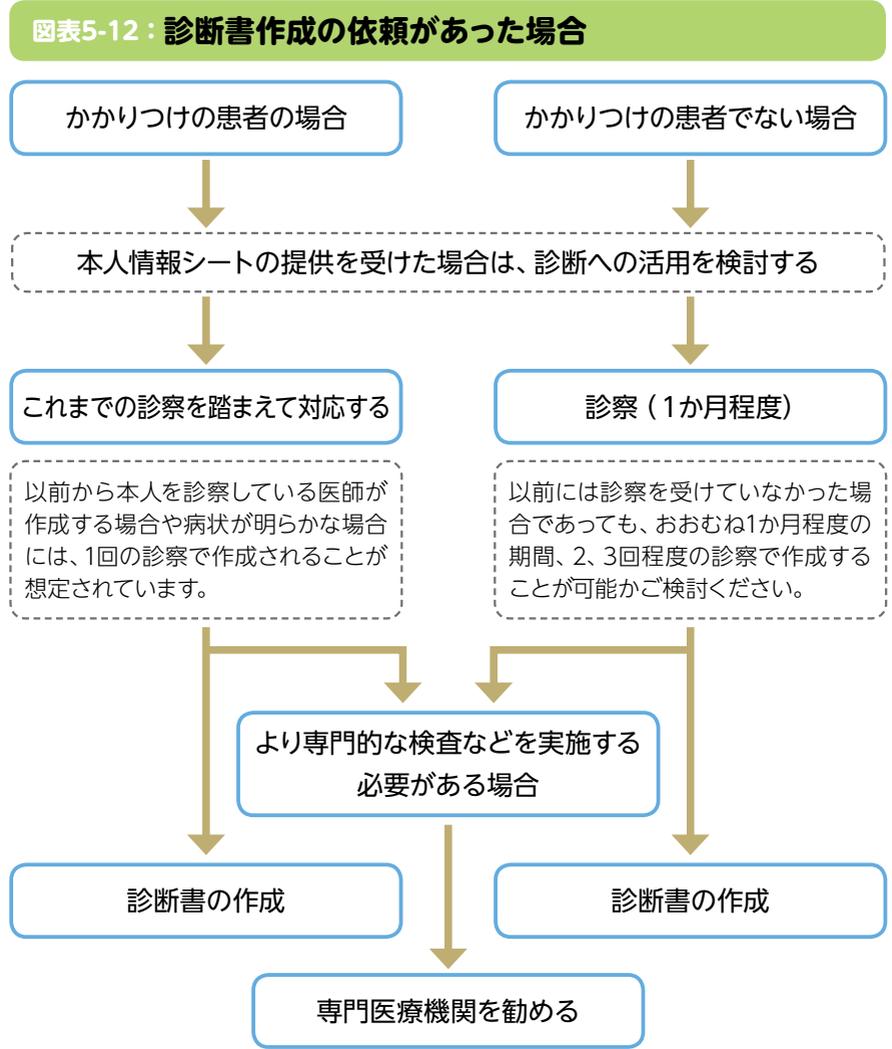
成年後見制度における診断書記載について

世界的規模で増加している認知症性疾患。高齢者人口が急激に増加している我が国では、その傾向は極めて顕著であり、2012年時点で約462万人、2016年では約530万人であったと推計され、いわゆる団塊の世代が75歳以上になる2025年には、高齢者の5人に1人、国民の17人に1人となる700万人を超えると予測されています。

このような中、政府による「認知症施策推進大綱」が2019年6月18日に決定し、認知症の人を単に支えられる側として考えるのではなく、認知症の人と寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことを目的に「共生」と「予防」を目標に掲げました。

この度、改定された「成年後見制度」についても利用促進が目標として掲げられており、かかりつけ医の役割、フォーマットの変更された診断書記載方法の理解が求められます。

実際に診断書依頼があった場合の流れは、図表5-12のようになります。全ての依頼について記載する必要はありません。参考にしてください。



「成年後見制度における診断書作成の手引・本人情報シート作成の手引」 最高裁判所事務総局家庭局

診断書の様式は、図表5-13のようになっています。

図表5-13：診断書の様式

The form is titled '診断書 (成年後見制度用)' and is divided into several sections:

- 1 氏名 (Name):** Includes fields for name, gender (男・女), and date of birth (年 月 日).
- 2 医学的診断 (Medical Diagnosis):** Includes a field for the diagnosing doctor's name and a section for '所見 (Observations)' regarding symptoms and mental state. It also contains several checkboxes for various cognitive and functional assessments, such as '認知機能 (Cognitive Function)', '日常生活 (Daily Living)', and '判断能力 (Judgment Ability)'. There are also checkboxes for '同意 (Consent)' and '不協定 (Disagreement)' for each assessment item.
- 3 判断能力についての意見 (Opinion on Judgment Ability):** A section for the doctor's written opinion on the patient's judgment ability, with checkboxes for '判断能力が低下している (Judgment ability is declining)', '判断能力が正常である (Judgment ability is normal)', and '判断能力が不明である (Judgment ability is unclear)'. It also includes a checkbox for 'その他 (Other)' and a field for '特記事項 (Remarks)'.

「成年後見制度における診断書作成の手引・本人情報シート作成の手引」 最高裁判所事務総局家庭局



かかりつけ医による診断書記載の際の留意点については、図表5-14を参考にしてください。

図表5-14：診断書記載の際の留意点

診断名：判断能力に影響を与えている診断名を記載する。影響を与えていない診断名は不要。

診断名：病院で通常に行われる診療で得られる診断名でよい。

所見：診断を導く根拠となる病状等について、その内容、発症時期、重症度、経過等を簡潔に記載。また、現病歴、既往疾患等のうち、現在の精神状態に影響を与えるものがある場合も、この欄に記載する。

各種検査：検査は、本人の症状に照らして行うものであり、診断を行う際に必要な範囲のみでよい。殊更に記載されている検査をする必要はない。

各種検査：診断書には、判断能力に関する医学的診断をする場合の代表的なものを掲げている。掲げられている検査を行った際は、その結果を記載する。入院先などの検査結果が利用できる際には、それを用いても構わない。

各種検査：知能検査を行った場合は、その検査方法、結果、検査年月日を必ず記載する。その他の検査も同様である。

判断能力についての意見：裁判所が本人の判断能力を判断するための参考となる意見を記載する。「契約等」は、一般に契約書を必要とする取引を想定。「支援」は、家族等によって提供される適切な援助行為を想定している。

短期間内に回復する可能性：診断を導く根拠となった病状の回復可能性について記載する。特記事項欄は、その判断根拠等を記載する。

補助類型の申立て、保佐類型の申立て、後見類型の申立てについて

「(5) その他」については、(1) から(4)に関する記載では判断の根拠についての説明として不十分な場合に、その意見の根拠を記載する。

判断の根拠：診断結果および判断能力についての意見を導いた根拠について、(1) から(4)の項目ごとに記載する。チェックボックスへのチェックでは的確に意見を伝えられない場合や、付加的な説明を要する場合には、下の空欄にその事情等を記載する。

参考となる事項：判断能力についての意見を導く事情とまではいえないものの、本人の状態や生活状況に関して、裁判所が把握した方がよいと思われる事情があれば記載する。

参考となる情報：家族や支援者等から本人情報シートの提供を受けた場合には、「受けた」の欄にチェックをする。診断に際して考慮した点があれば、内容を記載する。(特段、考慮する点が無かった場合にも、その旨の記載が必要)

「成年後見制度における診断書作成の手引・本人情報シート作成の手引」最高裁判所事務総局家庭局

4. 高齢者虐待防止法における専門職の役割

(1) 高齢者虐待防止法の基礎知識

「一人息子が、同居の母親を殴り続け、出血性ショックで死亡させてしまった」「認知症のある利用者を介護職が殴ってケガをさせ逮捕された」

このようなニュースを新聞やテレビなどで見たことがあるでしょう。マスコミで犯罪として取り上げられているこのような事件だけが「虐待」として考えられがちですが、「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（2006年4月施行/以下、虐待防止法という）」は、暴力という加害行為も含めて、

5つの類型を定めました。

この法律では、高齢者虐待を防止するとともに、虐待を行っている養護者を支援するため、虐待の早期発見・早期対応を公的責務のもとで進めることとしています。

ここでは、虐待防止法の基礎知識を確認した上で、介護・福祉・医療関係者に求められている虐待の早期発見と解消に向けた対応への協力を中心に解説します。以下、虐待防止法の特徴を述べます。



図表5-15：高齢者虐待防止法の5つの類型

- ①**身体的虐待**：高齢者の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- ②**介護・世話の放棄・放任**：高齢者を衰弱させるような著しい減食又は長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること。
- ③**心理的虐待**：高齢者に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。
- ④**性的虐待**：高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること。
- ⑤**経済的虐待**：養護者又は高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること。その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること。

虐待防止法の特徴

虐待防止法では、高齢者を“65歳以上”と定義しています。虐待の主体と通報先は以下のとおりです。

1) 養護者による高齢者虐待

養護者とは、金銭の管理、食事や介護などの世話、自宅の鍵の管理など、何らかの世話をしている者（家族、親族、同居人など）が該当します。同居していなくても、現に身の世話をしている親族・知人などが養護者に該当する場合があります。

⇒**通報先：市町村、地域包括支援センター**

2) 養介護施設従事者等による高齢者虐待

老人福祉法及び介護保険法に規定する「養介護施設」「養介護事業」の業務に従事する者*が該当します。

⇒**通報先：市町村・県**

*直接介護サービスを提供しない者（施設長、事務職員など）や介護職以外で直接高齢者に関わる他の職種も含む。
「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」3頁 平成30年3月厚生労働省 老健局

虐待防止法における介護・医療・福祉関係者の責務

関係機関の専門職は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、虐待の早期発見に努め、市町村などが講ずる高齢者の保護の施策に協力することが求められます（法第5条）。

専門職は高齢者の生活に身近に関わり、虐待の徴候を知りやすい立場にあり、虐待のおそれに基づき、早期に相談・通報につなげていただくことが強く期待されています。また、市町村が行う虐待認定や、緊急性の判断を行う際に必要な調査や情報収集において、情報提供などの協力も求められます。

チェック!

個人情報保護法の例外規定とは……

ここでは、「個人情報保護に関する法律（以下、個人情報保護法という）」の例外規定について説明します。

医療・介護・福祉機関などには、守秘義務規定がありますが、虐待防止法において、関係機関が高齢者虐待などの情報を提供することは、同法の「第三者提供の制限（第23条）」の例外規定に該当すると解釈できます。事業所内でこれらを周知、理解しておくことが重要です。

図表5-16：利用目的による制限(第16条) 第三者提供の制限(23条)の例外規定

- 1.法令に基づく場合
 - 高齢者虐待の通報、立入調査における必要な調査又は質問
- 2.人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難である時
 - 虐待により本人の生命などを保護するため対応が必要であるが、本人が意識不明又は認知症により同意の確認が困難な場合など
- 3.(略)
- 4.国の機関もしくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める業務を遂行することに協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 - 高齢者虐待防止法に基づき、市町村と包括センター、および各関係機関などがネットワークを組んで対応する場合

「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」平成30年3月厚生労働省老健局42頁～43頁を関係者向けに改変

(2) 養護者による高齢者虐待

養護者による高齢者虐待とは何か、基本事項を確認します。

図表5-17：養護者による高齢者虐待類型の例

区分	主体	具体的な例
身体的虐待	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）が (第2条2項、同条第4項第1号)	①暴力的行為で、痛みを与えたり、身体にあざや外傷を与える行為。 【具体的な例】 ●平手打ちをする。つねる。殴る。蹴る。やけど、打撲をさせる。 ●刃物や器物で外傷を与える。など ②本人に向けられた危険な行為や身体になんらかの影響を与える行為。 【具体的な例】 ●本人に向けて物を壊したり、投げつけたりする。 ●本人に向けて刃物を近づけたり、振り回したりする。など ③本人の利益にならない強制による行為によって痛みを与えたり、代替方法があるにもかかわらず高齢者を乱暴に取り扱う行為。 【具体的な例】 ●医学的判断に基づかない痛みを伴うなりハビリを強要する。 ●移動させる時に無理に引きずる。無理やり食事を口に入れる。など ④外部との接触を意図的、継続的に遮断する行為。 【具体的な例】 ●身体を拘束し、自分で動くことを制限する（ベッドに縛り付ける。ベッドに柵を付ける。つなぎ服を着せる。意図的に薬を過剰に服用させて、動きを抑制する。など）。 ●外から鍵をかけて閉じ込める。中から鍵をかけて長時間家の中に入れない。など
介護・世話の放棄・放任	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）が (第2条2項、同条第4項第1号)	①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やっている者が、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。 【具体的な例】 ●入浴しておらず異臭がする、髪や爪が伸び放題だったり、皮膚や衣服、寝具が汚れている。 ●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。 ●室内にごみを放置する、冷暖房を使わせないなど、劣悪な住環境の中で生活させる。など

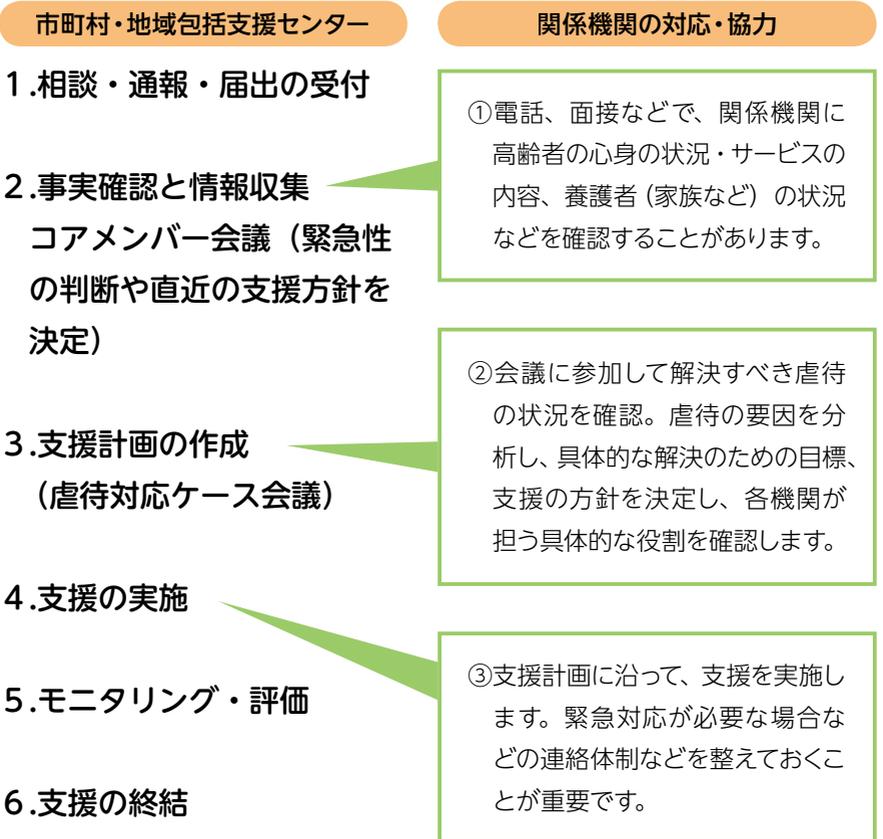
区分	主体	具体的な例
介護・世話の放棄・放任	<p>養護者（高齢者を現に養護する者であって養介護施設従事者等以外の者）が （第2条2項、同条第4項第1号）</p>	<p>②専門的診断や治療、ケアが必要にもかかわらず、高齢者が必要とする医療・介護保険サービスなどを、周囲が納得できる理由なく制限したり使わせない、放置する。 【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●徘徊や病気の状態を放置する。 ●虐待対応従事者が、医療機関への受診や専門的ケアが必要と説明しているにもかかわらず、無視する。 ●本来は入院や治療が必要にもかかわらず、強引に病院や施設等から連れ帰る。など <p>③同居人等による高齢者虐待と同様の行為を放置する。 【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●孫が高齢者に対して行う暴力や暴言行為を放置する。など
心理的虐待	<p>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）が （第2条2項、同条第4項第1号）</p>	<p>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、精神的苦痛を与えること。 【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●老化現象やそれに伴う言動などを嘲笑したり、それを人前で話すなどにより、高齢者に恥をかかせる（排泄の失敗、食べこぼしなど）。 ●怒鳴る、ののしる、悪口を言う。 ●侮蔑を込めて、子どものように扱う。 ●排泄交換や片づけをしやすいという目的で、本人の尊厳を無視してトイレに行けるにおむつをあてたり、食事の全介助をする。 ●台所や洗濯機など、生活に必要な道具の使用を制限する。 ●家族や親族、友人等との団らんから排除する。など
性的虐待	<p>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）が （第2条2項、同条第4項第1号）</p>	<p>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。 【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●排泄の失敗に対して懲罰的に下半身を裸にして放置する。 ●排泄や着替えの介助がしやすいという目的で、下半身を裸にしたり、下着のままに放置する。 ●人前で排泄行為をさせる、オムツ交換をする。 ●性器を写真に撮る、スケッチをする。 ●キス・性器への接触、セックスを強要する。 ●わいせつな映像や写真を見せる。 ●自慰行為を見せる。など
経済的虐待	<p>養護者又は高齢者の親族が （第2条第4項第2号）</p>	<p>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。 【具体的な例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●日常生活に必要な金銭を渡さない、使わせない。 ●本人の自宅等を本人に無断で売却する。 ●年金や預貯金を無断で使用する。 ●入院や受診、介護保険サービスなどに必要な費用を支払わない。など

「市町村・地域包括支援センター・都道府県のための養護者による高齢者虐待対応の手引き」中央法規、P.5～6を参考に、主体部分を追加

1 「暴行とは人に向かって不法なる物理的勢力を發揮することで、その物理的力が人の身体に接触することは必要でない。例えば、人に向かって石を投げ又は棒を打ち下せば、仮に石や棒が相手方の身体に触れないでも暴行罪は成立する」（東京高裁判決昭和25年6月10日）。
上記判例のとおり、身体的虐待における暴力的行為とは、刑法上の「暴行」と同様、高齢者の身体に接触しなくても、高齢者に向かって危険な行為や身体になんらかの影響を与える行為があれば、身体的虐待と判断することができます。

関係機関は、高齢者の虐待解消が図られるように協力が求められます。

図表5-18：養護者による高齢者の虐待対応の流れと関係機関に求められること



「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」平成30年3月厚生労働省老健局33頁～34頁を関係者向けに改変

専門職として知っておくべき法律の、基本的な内容を説明します。

①保健医療福祉関係者には早期発見の努力義務（法第5条）

⇒高齢者虐待を発見しやすい立場にあるとして、虐待の疑いがある場合は、市町村・包括センターに連絡します。

②通報義務は業務上の守秘義務より優先（第7条）

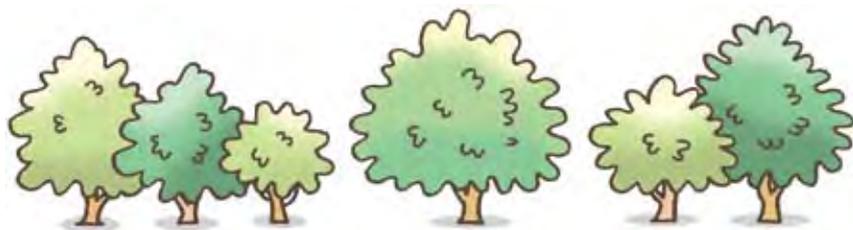
養護者による虐待を受けたと「思われる」高齢者を発見した者には通報の義務

⇒業務上の守秘義務よりも通報義務が優先されます。

③通報者を特定させる情報を漏らさない（第8条）

⇒誰からの通報か分からないように対応開始。

「通報したことがわかると、ケアマネジャー（サービス事業者）として家族との信頼関係が壊れるかもしれない」などの不安を感じる方も多いでしょう。包括センターなどは「近所の高齢者の実態把握で回っている」「介護家族の集いのお誘いに来た」など、事例に関わる時に通報者が特定されないように配慮します。相談・通報時の介護サービス事業者などの立ち位置について、包括センターなどと話し合っておくとよいでしょう。



チェック!

高齢者、養護者の自覚は問わない

虐待を受けている高齢者（疑いがある場合も含む）が、「誰にもいわないで」「大げさにしたくない」「私が我慢すればよい」など、相談・通報などに対して躊躇する事があっても、またご本人が権利侵害を受けている自覚が無くても、それが通報することへの妨げになってはいけません。

また、養護者自身が「しつけのつもり」「いってもわからないから叩く」など、介護の知識が無い、時間が無い、意欲が無い場合もあります。養護者自身では虐待の解消を図れない状況にあることから、通報・相談は早期に行うことが求められます。



④老人福祉法上のやむを得ない事由による措置及びそのための居室の確保（第9条2項、第10条）

いわゆる虐待対応において、養護者との分離を行う手段のひとつです。本人の同意は原則必要ですが、家族の同意は不要です。

独居の認知症の人、このままでは虐待になりそうな過剰な介護負担事例にも適用可とされています（老人福祉法施行令第5条）。入所だけでなく、デイサービスや訪問介護なども適用できます。事案によって緊急性や必要性が異なりますので、措置の決定などについては、市町村・包括センターなどが行う、

コアメンバー会議（図表 5-18）にて判断されます。

介護サービス事業者や医療機関などの関係者は、市町村などが適切に権限行使ができるように知りうる情報を提供します。

⑤成年後見制度の首長申立（第 9 条 2 項）

本人及び親族が申立てをすることができない、申立てをするのに適さない場合には、市町村長による申立てができます。

⑥立入調査及び警察署長への援助要請（第 11 条、第 12 条）

養護者が本人に会わせてくれない、本人の心身が危険な状態にあることが予測される場合など、市町村が自宅に立入調査をすることを検討します。また必要がある場合は、警察署へ援助を求めることができるとされています。

⑦面会制限（第 13 条）

「やむを得ない事由による措置」を行った場合に、分離先を秘匿し、面会について制限することができるとされています。介護保険などの契約による分離を行い、施設などに押しかけて養護者が高齢者を連れ去る可能性が高い場合などは、施設管理権に基づく面会制限を検討することもできます。

④～⑦は、虐待対応の責務を担う市町村の権限によって行われるもので、その必要性、時期などは会議などにおいて決定、行使されます。

養護者支援について

虐待防止法には、養護者の負担軽減のために、養護者に対する相談、指導及び助言、その他必要な措置を講ずることが規定されています。虐待の解消と高齢者が安心して生活を送るための環境整備に向けて、養護者への支援を適切に行うことが求められます。虐待の要因を分析して、それらを具体的に解消することが重要です。

（例）

①高齢者が重度の要介護状態にあり介護負担が大きい。

→介護負担軽減の為の介護保険申請やサービスの見直しの支援などを行います。

②養護者に認知症に対する介護の知識がないため、介護疲れによって虐待が起きている。

→主治医の説明に同席して分かりやすくその病気や対応の説明をしたり、介護家族教室の案内をしたり、相談に乗り、労ったりする支援などを行います。

③養護者自身が、障害や疾患、生活上の課題を抱えている、経済状況の課題がある

→次ページの「養護者支援へのつなぎ」を参照。

以上のような問題に対して、市町村や包括センターなどが虐待解消のために、養護者への支援を行っていく際の関係機関として配慮すべき点について説明します。

介護サービス事業者の皆さんは、介護保険法に規定されたサー

ビス契約に基づいて関わり、虐待対応中もそのケアプランに沿って関わりを継続します。介護保険サービスの利用において支援が継続するため、虐待事例の対応中は市町村・包括センターとの役割分担において具体的な事務分掌が必要です。皆さんの支援対象は高齢者であり、虐待事例の対応時の養護者支援は包括センターなどが中心を担うなど、支援者の役割を分けて考えましょう。

介護支援専門員の抱える支援困難事例の中の多くに虐待疑い事案があると考えられます。居宅・介護サービス事業者の担当者のみで高齢者と養護者双方の支援を行うことは、両者にとって利益相反にもなり、支援者のメンタルヘルスの面においても望ましくありません。

「虐待かな」「かもしれない」と感じた時は、早期に市町村・包括センターに相談・通報をするようにしましょう。

養護者支援へのつなぎ

前項の「③養護者自身が、障害や疾患、生活上の課題を抱えている、経済状況の課題がある」場合においては、市町村・包括センターは、その課題を解決するための専門機関につなぐための支援が求められます。

(例)

多重債務⇒弁護士会などの無料相談、法テラス

アルコール依存症⇒精神保健センター、専門医療機関

生活困窮・就労支援⇒生活困窮者自立支援制度の機関など

実際には、養護者自身が、支援を拒否をしたり、専門機関の支

援につながらなかったりなど、養護者支援は困難を極めることが多いことも理解しておきましょう。

169ページの図表5-18の「養護者による高齢者の虐待対応の流れと関係機関に求められること」の**3.支援計画の作成**と**4.支援の実施**では、市町村・包括センターなど関係機関の皆さんに担っていただく役割が具体的に決定され、支援を実施して虐待の解消を目指すこととなります。

在宅で介護保険サービスを利用（サービスを増量する場合も多い）して介護負担の軽減をはかる事例も多く、そのような場合はサービス提供中に察知したことを市町村・包括センターに報告・共有することが必要です。

例えば、「養護者がサービスの提供を拒んできた」「暴言が出始めた」「高齢者の体重が減ってきている」などはすぐに市町村・包括センターに知らせるようにしましょう。緊急性が高い場合は、高齢者の安全を図るために、分離・保護を実施する判断が必要になり、「契約による入所」もしくは「やむを得ない事由による措置」を適応しなければならないのか、決定しなければなりません。

虐待対応は、家族という「私的自治」に強く介入することであり、契約によるサービスを提供している関係機関だけでの対応では高齢者の命を護ることは難しいことが多いため、必ず市町村・包括センターと連携して対応しましょう。

皆さんの支援する高齢者が、安心して安全な生活を送ることができるよう、「早期発見・早期対応」を心がけてくださるようお願いいたします。

不適切ケア、虐待の予兆を察知して家族を支える

予兆に気づき、声をかける

虐待の早期発見、通報の重要性はこれまで説明してきましたが、日頃から高齢者本人、家族らの関わりの中で、その予兆に気づき、心理的サポートや専門職間で情報共有・対応を検討するなど虐待発生の「未然の防止」のための働きかけをすることが大切です。

高齢者の自宅を訪問した時、送迎時、サービス提供時など、家族などに会う機会も多いと思います。家族や利用者との会話の場面には、直接訴えかけがなくても、その言葉の裏に隠されている様々なサインがあります。

高齢者（利用者）と話す機会が多いと思いますが、家族と話す機会は限られています。短い会話の中で、語調や強弱、声の抑揚などを聞き取り、高齢者の介護をしている家族介護者の負担感や疲弊などに気がつくことが大切です。

介護によるストレス反応は個人差があり、心理面に反応が出る



人、行動として反応が出る人、または、ストレスを感じにくい人がいます。

心理面に出る人は、介護者がうつになったり病気になったりという場合もあり、行動面に出る人は、暴力を振ったり乱暴な介護をしてしまったりします。不適切ケアや虐待を予防するためには、その予兆に気づき、介護者に寄り添う視点で対応します。

その言動を否定するような対応をせず、介護者を気遣い、介護者自身に優しい言葉を使い、前向きになれるような声かけをしましょう。介護者に対して、してはいけない事は「こうあるべきだ」という評価です。

図表5-19：ストレスモデルから考える未然防止

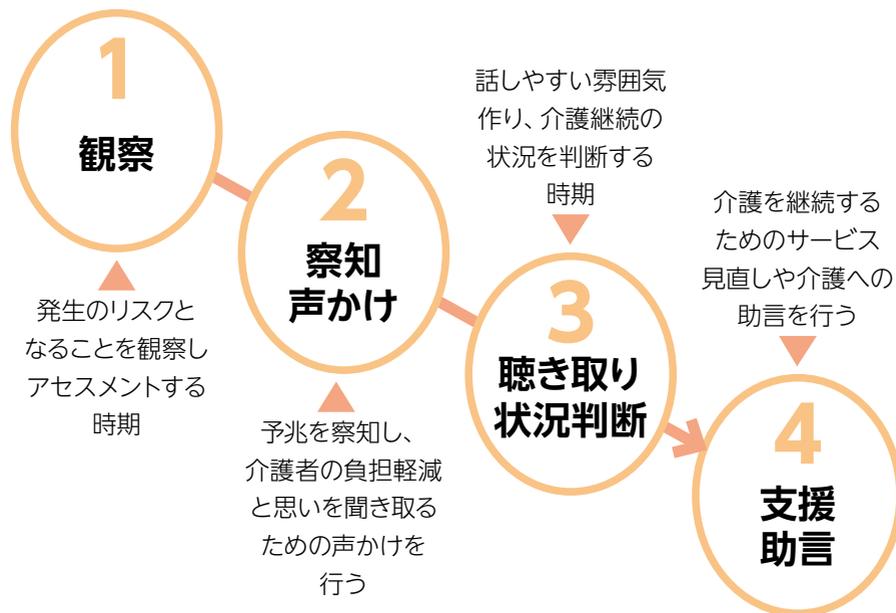


介護者は、認知症などで不可解な行動をとる高齢者との葛藤、地域や近隣が理解してくれないことによる葛藤、家族や親族が協力してくれず全て自分1人で介護をしなければならない家族間の葛藤、家族問題を他者に任せなければならないという自分自身の葛藤と戦っていることを理解しましょう。

「いいたくてもいえない」

介護者は、専門職の一言に助けられたり深く傷ついたりします。その思いを察知し、声に耳を傾け、思いを読み取り、適切な一言をかけることが家族支援につながります。

図表5-20：介護サービス事業所（通所・訪問介護スタッフ等）などによる未然防止の取組み



(声かけの例)

- 介護者の様子の観察から「疲れているな」と感じた場合は、「お疲れのようですが、よく眠れていますか？」と声かけして話を始める。
- 介護者が「実は、夜中に父が起きるのでよく眠れていない」などと答えた時は、「心配です。一緒に考えていきましょう」などと聴き取り、声をかけていく。



社会福祉法人認知症介護研究・研修仙台センター「通所・訪問介護スタッフによる家族支援と対応のポイント」より

セルフ・ネグレクトへの対応

虐待防止法にはセルフ・ネグレクト（自己放任）は含まれません。虐待防止法に含まれる虐待ではないため、法律上の定義づけはありません。しかし2015年7月10日に老推発0710第2号「市町村や地域包括支援センターにおける高齢者の「セルフ・ネグレクト」及び消費者被害への対応について」では、市町村が、セルフ・ネグレクト状態にある高齢者に対応できる関係部署・機関との連携構築に努めるよう示されました。

セルフ・ネグレクトとは、次のような状態像が考えられます。

「高齢者が自分らしい生活を維持していく上で必要な介護やサービスを求める行為を行わずに、外部からの勧めに対しても拒否するなどして、地域で孤立し健康的な生活が維持できない」こと。

「セルフ・ネグレクトや消費者被害等の犯罪被害と認知症との関連に関する調査研究事業」報告書 平 26 年老人保健事業推進費等補助金 2 頁

図表5-21：セルフ・ネグレクトの状態像

セルフ・ネグレクトの例

1. 家の前や室内にゴミが散乱した中で住んでいる
2. 極端に汚れている衣類を着用したり、失禁があっても放置している
3. 窓や壁などに穴が空いていたり、構造が傾いている家にそのまま住み続けている
4. 生活に必要な最低限の制度、介護、福祉サービスの利用を拒否する
5. 重度のけがを負っている、あるいは治療が必要な病気があるにもかかわらず、受診・治療を拒否する
6. 高齢者の言動や生活、住環境により、近隣住民の生命・身体・生活・財産に影響がある

セルフ・ネグレクトの背景・因子

精神・心理的な問題

- 認知症、統合失調症や妄想性障害、うつ、依存症、アルコール問題、不安障害や恐怖症、強迫性障害、パーソナリティ障害、感覚障害、自閉症スペクトラムなど

喪失体験

- 配偶者や家族の死、病気、リストラなど
- 家族を介護した後の喪失感

経済的困窮

- 人間関係のトラブル、家族・親族・地域・近隣などからの孤立、虐待
- プライドが高い、あるいは遠慮・気がね

これらの背景を踏まえ、その状態にある高齢者については次のように理解して関わるとよいと考えられます。

- それまでの生活歴、疾病・障害により「自分に必要な支援を求めることができなくなった人」
- これまでの生活において他者からの支援を受けた経験がないためその選択をすることができない人

生命や身体の危機にあったとしても支援を望まない高齢者に関しては、関係機関として対応に苦慮する事も多いでしょう。

明確な拒否があった場合は、「本人が決めたこと（意思決定）だから、しかたがない」と悩み、かといって知らぬ振りもできずに右往左往することも多々あるでしょう。

本人の意思決定は最大限に尊重されるべきですが、高齢者本人に鬱、パワレス、認知症が疑われる場合は、「その決定が本人の生命・財産などを護ることか」と利益衡量の視点で考えることが必要になります。

関係機関、事業者のみで抱え込まずに、公的機関である市町村や包括センターに相談をして、今後の対応について検討する事が大切です。



5. 養介護施設従事者等による高齢者虐待

専門職による虐待防止のために

ここでは養介護施設従事者による高齢者虐待とは何か、基本事項を確認します。

図表5-22: 「養介護施設従事者等」と施設・事業所の責務1

「養介護施設・事業所」と「従事者等」の範囲

	養介護施設	養介護事業	養介護施設従事者等
老人福祉法による想定	<ul style="list-style-type: none"> ● 老人福祉施設 ● 有料老人ホーム 	<ul style="list-style-type: none"> ● 老人居宅生活支援事業 	「養介護施設」または「養介護事業」の業務に従事する者
介護保険法による想定	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 ● 地域密着型介護老人福祉施設 ● 地域包括支援センター 	<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅サービス事業 ● 地域密着型サービス事業 ● 居宅介護支援事業 ● 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 ● 介護予防支援事業 	

サービス付高齢者住宅の場合は、介護、食事の提供、家事、健康管理のいずれかのサービスを提供している住宅は、**有料老人ホームとみなす。**

厚生労働省 老健局「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」2006

養介護施設の設置者・養介護事業者の責務

養介護施設の設置者及び養介護事業を行う者は、

- ①従事者に対する研修の実施
 - ②利用者や家族からの苦情処理体制の整備
 - ③その他従事者による高齢者虐待の防止のための措置
- を講じなければなりません（虐待防止法第20条）。

また養介護施設従事者等に関しては、養介護施設従事者等による虐待を受けたと思われる高齢者を発見した際には、速やかにこれを市町村に通報しなければならないとあり、通報が義務として定められています（第21条第一項）。

これは養介護施設従事者等以外の者に対する通報努力義務（同条第3項）と異なり、養介護施設従事者等には重い責任が課せられることを意味します。養介護施設・事業者は、職員に対し、虐待発見時の通報義務、連絡先などの周知を行うことが必要です。

経営者・管理者層にあっては、虐待の未然防止及び早期発見に努めるとともに、職員からの報告などによる虐待（疑い）を発見した場合には、自ら通報義務を負うことを自覚する必要があります。

「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」平成30年3月厚生労働省老健局16頁

養介護施設事業者などによる高齢者虐待件数は、毎年増加傾向にあります。福岡県は毎年ホームページで次のように調査結果を公表しています。

虐待の認定（虐待と判断したもの）を受けた施設は減少してい

図表5-23：2016年度養介護施設従事者等による虐待

相談・通報 対応件数	事実確認を 行った件数	虐待と判断 したもの	虐待ではないと 判断したもの	虐待の判断に 至らなかった もの
74件	69件	26件	34件	9件

図表5-24：2017年度養介護施設従事者等による虐待

相談・通報 対応件数	事実確認を 行った件数	虐待と判断 したもの	虐待ではないと 判断したもの	虐待の判断に 至らなかった もの
71件	75件	20件	35件	20件

福岡県ホームページより

ますが、相談・通報対応件数はほぼ変わらない状況です。

特徴的なことは、2017年度に認定された20件のうち、虐待の種別において身体的虐待の判断を受けた施設などは18件でした。そのうち暴力が2件で他の16件は身体拘束によるものです。まだ多くの施設などで適切な手続きを得ていない拘束が行われているという残念な結果です。

また心理的虐待6件、介護放棄など2件、経済的虐待2件という結果でした（一つの施設などで複数の虐待が生じているため、認定された施設数とは合わない）。

次に、養介護施設従事者等による虐待とはどのような行為をさすのか確認しましょう。

図表5-25：養介護施設従事者等による虐待類型（例）

以下では、類型別に高齢者虐待に該当する行為を例示しています。ただし、ここに例示する行為のみが高齢者虐待に該当するわけではありません。確認された行為が虐待に該当するかどうかの判断は、法の趣旨や虐待の定義に照らし合わせ、事実に着目し客観的・総合的に判断する必要があります。

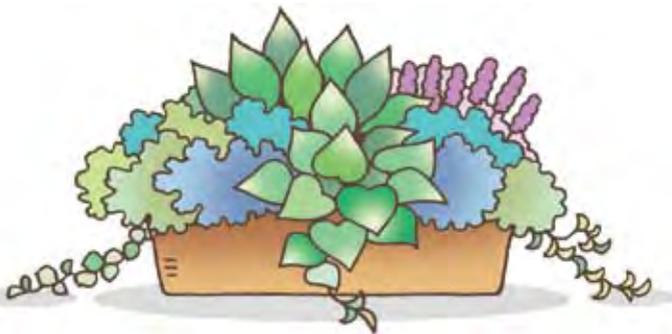
養介護施設従事者等による高齢者虐待類型(例)

区 分	具体的な例
イ 身体的虐待	<p>①暴力的行為*</p> <ul style="list-style-type: none"> ●平手打ちをする。つねる。殴る。蹴る。 ●ぶつかって転ばせる。 ●刃物や器物で外傷を与える。 ●入浴時、熱い湯やシャワーをかけてやけどをさせる。 ●本人に向けて物を投げつけたりする。 など <p>②本人の利益にならない強制による行為、代替方法を検討せずに高齢者を乱暴に扱う行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医学的診断や介護サービス計画等に位置づけられておらず、身体的苦痛や病状悪化を招く行為を強要する。 ●介護がしやすいように、職員の都合でベッド等へ抑えつける。 ●車椅子やベッド等から移動させる際に、必要以上に身体を高く持ち上げる。 ●食事の際に、職員の都合で、本人が拒否しているのに口に入れて食べさせる。 など <p>③「緊急やむを得ない」場合以外の身体拘束・抑制</p>

※身体的虐待における暴力的行為とは、刑法上の「暴行」と同様、高齢者の身体に接触しなくても、高齢者に向かって危険な行為や身体になんらかの影響を与える行為があれば、身体的虐待と判断することができます。

「暴行とは人に向かって不法なる物理的勢力を發揮することで、その物理的力が人の身体に接触することは必要でない。例えば、人に向かって石を投げ又は棒を打ち下せば、仮に石や棒が相手方の身体に触れないでも暴行罪は成立する」(東京高裁判決昭和25年6月10日)。

区分	具体的な例
<p>ロ 介護・世話の放棄・放任</p>	<p>①必要とされる介護や世話を怠り、高齢者の生活環境・身体や精神状態を悪化させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ●入浴しておらず異臭がする、髪・ひげ・爪が伸び放題、汚れのひどい服や破れた服を着せている等、日常的に著しく不衛生な状態で生活させる。 ●褥瘡(ずれ)ができるなど、体位の調整や栄養管理を怠る。 ●おむつが汚れている状態を日常的に放置している。 ●健康状態の悪化をきたすほどに水分や栄養補給を怠る。 ●健康状態の悪化をきたすような環境(暑すぎる、寒すぎる等)に長時間置かせる。 ●室内にごみが放置されている、鼠やゴキブリがいるなど劣悪な環境に置かせる。 <p>など</p> <p>②高齢者の状態に応じた治療や介護を怠ったり、医学的診断を無視した行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ●医療が必要な状況にも関わらず、受診させない。あるいは救急対応を行わない。 ●処方通りの服薬をさせない、副作用が生じているのに放置している、処方通りの治療食を食べさせない。 <p>など</p> <p>③必要な用具の使用を限定し、高齢者の要望や行動を制限させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ナースコール等を使用させない、手の届かないところに置く。 ●必要なめがね、義歯、補聴器等があっても使用させない。 <p>など</p> <p>④高齢者の権利を無視した行為またはその行為の放置</p> <ul style="list-style-type: none"> ●他の利用者に暴力を振るう高齢者に対して、何ら予防的手立てをしていない。 <p>など</p>



区分	具体的な例
<p>ハ 心理的虐待</p>	<p>①威嚇的な発言、態度</p> <ul style="list-style-type: none"> ●怒鳴る、罵る。 ●「ここ(施設・居宅)にいらなくしてやる」「追い出すぞ」などと言脅す。 <p>など</p> <p>②侮辱的な発言、態度</p> <ul style="list-style-type: none"> ●排せつの失敗や食べこぼしなど老化現象やそれに伴う言動等を嘲笑する。 ●日常的にからかったり、「死ね」など侮蔑的なことを言う。 ●排せつ介助の際、「臭い」「汚い」などと言う。 ●子ども扱いするような呼称で呼ぶ。 <p>など</p> <p>③高齢者や家族の存在や行為を否定、無視するような発言、態度</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「意味もなくコールを押さないで」「なんでこんなことができないの」などと言う。 ●他の利用者に高齢者や家族の悪口等を言いふらす。 ●話しかけ、ナースコール等を無視する。 ●高齢者の大切にしているものを乱暴に扱う、壊す、捨てる。 ●高齢者がしたくてもできないことを当てつけにやってみせる(他の利用者にやらせる)。 <p>など</p> <p>④高齢者の意欲や自立心を低下させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ●トイレを使用できるのに、職員の都合を優先し、本人の意思や状態を無視しておむつを使う。 ●自分で食事ができるのに、職員の都合を優先し、本人の意思や状態を無視して食事の全介助をする。 <p>など</p> <p>⑤心理的に高齢者を不当に孤立させる行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人の家族に伝えてほしいという訴えを理由なく無視して伝えない。 ●理由もなく住所録を取り上げるなど、外部との連絡を遮断する。 ●面会者が訪れても、本人の意思や状態を無視して面会させない。 <p>など</p> <p>⑥その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ●車椅子での移動介助の際に、速いスピードで走らせ恐怖感を与える。 ●自分の信仰している宗教に加入するよう強制する。 ●入所者の顔に落書きをして、それをカメラ等で撮影し他の職員に見せる。 ●本人の意思に反した異性介助を繰り返す。 ●浴室脱衣所で、異性の利用者を一緒に着替えさせたりする。 <p>など</p>

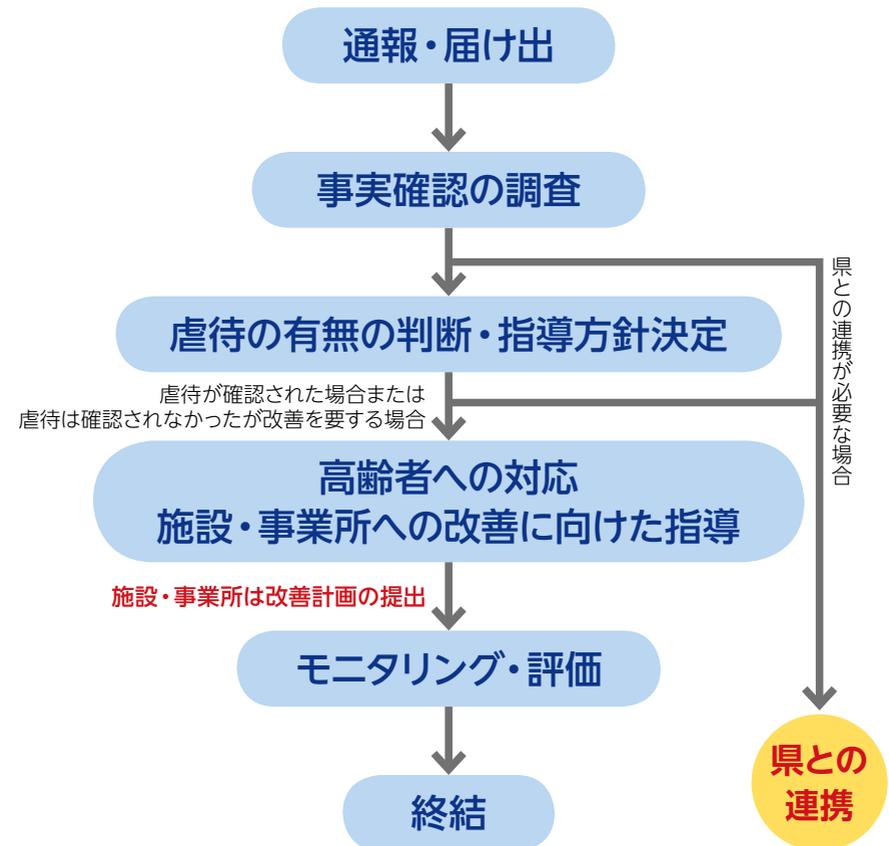
区分	具体的な例
二 性的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ○本人との間で合意が形成されていない、あらゆる形態の性的な行為またはその強要 <ul style="list-style-type: none"> ●性器等に接触したり、キス、性的行為を強要する。 ●性的な話を強要する（無理やり聞かせる、無理やり話させる）。 ●わいせつな映像や写真をみせる。 ●本人を裸にする、またはわいせつな行為をさせ、映像や写真に撮る。撮影したものを他人に見せる。 ●排せつや着替えの介助がしやすいという目的で、下（上）半身を裸にしたり、下着のままに放置する。 ●人前で排せつをさせたり、おむつ交換をしたりする。またその場面を見せないための配慮をしない。など
ホ 経済的虐待	<ul style="list-style-type: none"> ○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 <ul style="list-style-type: none"> ●事業所に金銭を寄付、贈与するよう強要する。 ●金銭、財産等の着服・窃盗等（高齢者のお金を盗む、無断で使う、処分する、無断流用する、おつりを渡さない）。 ●立場を利用して、「お金を貸してほしい」と頼み、借りる。 ●日常的に使用するお金を不当に制限する、生活に必要なお金を渡さない。など

厚生労働省「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について（平成30年3月改訂）」をもとに作成



次に、養介護施設従事者等による虐待対応の流れを説明します。通報や相談などを受け付けてから、終結までの流れを図表5-26で示します。実施指導などは、事前に文書で通知がなされますが、虐待防止法は、事前告知の必要は規定されていないことを覚えておきましょう。事業者は、市町村などが行う事実確認調査に協力することが求められます。

図表5-26：養介護施設従事者等による高齢者虐待対応の流れ



養介護施設従事者等による虐待をなくすために

養介護施設従事者等による虐待、いわゆる専門職による虐待を防止するためには、次のことが求められます。

- 自分たちが虐待者にならないこと
- 虐待を発見した場合は通報を行うこと
- 事業所内で不適切ケア・虐待が起きた場合は、改善への取り組み、協力を行い、再発防止に努めること

個人だけで取り組むのではなく、事業所としての組織的な対応が重要です。

図表5-27: 養介護施設従事者等による虐待防止のための取り組み

高齢者虐待・不適切ケアを防ぐために何をすべきか

- 不適切ケアを生み出す背景要因を解消する
(組織的な要因も多くあり、相互に関連している)
- 不適切ケアを減らす
(虐待の“芽”を摘む)
- 良いケアへの評価、共有を行う
- 利用者の権利利益をまもる適切なケアを提供する



結果的に高齢者虐待の防止が達成される

高齢者にとって、身近に接していただく皆さんの日頃の優しい声かけや対応こそが、生き活きとした日常生活の支援となります。

認知症により行動に問題がある、介護の拒否があり対応に苦慮するなどの高齢者に対しては、以下の視点が重要です。

1. 見守りと観察ケア

ケアの基本は見守り、できるだけ観察することです。認知症などにより行動・心理症状（BPSD）が現れる時間帯、その原因、環境の問題点はないかなども、見守り、観察することから見えてくるものと考えられます。

2. 関わりのケア

BPSDで悩んだり、怖い思いをしているのは、高齢者本人であると考えて「何が?」「どのように?」「なぜ?」という開かれた質問をして、その気持ちや感情を理解して対応します。不安に寄り添い、支えていく介護を目指します。

3. 健康管理のケア

高齢者は痛みや熱などの症状を自覚しにくく、それを伝えることも難しいため、予測しがたい行動をしたり、不穏になり、世話を拒否したり、介護者からすると介護や世話がしにくい状況になることもあります。そのようなときは、

- ①既往歴を見逃さない ②検査データを見る
- ③食事・水分摂取の状況 ④排泄状況
- ⑤顔色や皮膚の状態 ⑥服薬の情報
- ⑦いつもの日常生活の把握

などは、欠かせない大切な観察項目です。

4. チームアプローチによるケア

介護拒否、転倒リスク、スタッフへの暴言・暴力などがある高齢者については、アセスメントは適切か、統一したケア方針のためのカンファレンス、モニタリングは適宜行っているかを支援チームで検討しましょう。

また、介護支援専門員、介護職、看護職、相談員、リハビリなどの多職種チームにおいて、それぞれの専門性を発揮したケアができているかの確認も大切です。必要に応じて、医療機関や家族・親族などもチームに加わることも考えられます。



それではこの章の最後に、福岡県による「養介護施設従事者等による虐待の防止のためのパンフレット」を参照しましょう。
(以下は同パンフレット誌面を流用)

身体拘束と高齢者虐待

身体拘束は、原則としてすべて高齢者虐待に該当します。
高齢者福祉施設等においては、利用者本人や他の利用者等の生命や身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束を行うことは禁止されています。

(「市町村・看護福祉における高齢者虐待への対応と介護者支援について」厚生労働省発表 平成 18 年 4 月より)

このような行為は身体拘束です

- ・罪罰しないよう、車いすやベッドにひも等でしぼる
- ・自分で降りられないよう、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- ・行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- ・脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる など

施設や事業所に求められること

- ・従事者等の研修を実施すること
- ・利用者や家族からの苦情処理体制を整備すること
- ・その他高齢者虐待の防止等のための措置を講じること が求められています。(法第 20 条)

従事者等が行わなければならないこと

高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、早期発見に努めなければなりません。
(法第 5 条第 1 項)

高齢者虐待のサインを見逃さない

- ・身体のおざや傷について、説明があいまいである
- ・寝具や衣服が汚れたままである
- ・居室が極めて非衛生的な状況になっている
- ・明らかに病状であるのに医師の診察を受けていない など



自分が働く施設等で養介護施設従事者等による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。(法第 21 条第 1 項)

※ 通報を行うことは守秘義務違反にはあたりません。(法第 21 条第 6 項)

※ 通報したことによる不利益な取扱い(解雇、降格、減給など)は禁止されています。

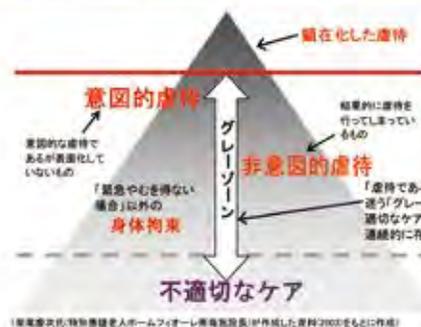
(法第 21 条第 7 項)

市町村や県の対応

通報を受けた市町村は、事実確認を行い、県に報告するとともに、県や市町村は、立入検査、勧告、改善命令など関係法令による権限を適切に行使して虐待の防止と高齢者の保護を図ります。
(通報の秘密は守られます。)(法第 22 条～第 24 条)

高齢者福祉施設等から高齢者虐待をなくすために

「不適切なケア」の段階で、「虐待の芽」を摘む取り組みが大切です



図のように、虐待が顕在化する前には、「不適切なケア」を感念に、表面化していない虐待やその周辺の「グレーゾーン」の行為が、連続的に存在しています。介護施設等では、ささいな「不適切なケア」の存在が放置されると、それが蓄積され、拡大されて、明らかな虐待につながっていくといえます。

高齢者虐待・不適切なケアを防止するには

組織運営の健全化

- ・理念や方針を職員間で共有
- ・職員教育体制の整備
- ・第三者の視点で開かれた組織に

チームアプローチの充実

- ・リーダーの役割の明確化
- ・チームでの意思決定の仕組みの明確化

負担やストレス・組織風土の改善

- ・柔軟な人員配置の検討
- ・職員のストレスの把握
- ・上司や先輩による声かけ、悩み相談

倫理観とコンプライアンスを高める教育の実施

- ・「利用者本位」の大原則の確認
- ・職業倫理・専門性に関する学習の徹底
- ・身体拘束を行わないケアや虐待を防止する方法の学習

ケアの質の向上

- ・認知症に関する正しい理解
- ・アセスメントとその活用方法の実践的学習
- ・認知症ケアに関する知識の共有

(施設・事業所における高齢者虐待防止学習テキスト「社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修センター」を参考に作成)

「虐待かもしれない!」と思ったら…… ひとりで悩まず
市町村の担当窓口又は地域包括支援センターへご相談ください。



発行 平成 27 年 4 月 福岡県保健医療介護部高齢者支援課・介護保険課

Chapter 6

多職種連携の
取り組み

多職種連携の取り組み

1. 認知症と地域包括ケアシステム、そして地域共生社会へ

認知症の多くはゆっくりと発症し、その後もゆっくりと進行していくことが特徴であり、また現在の医療（キュア）では完治は困難で、その治療の目標は進行を抑えることにおかれます。そして治すことが困難な病気である以上、その治療は外来治療が中心となり、日常生活を送りながら、長い間治療を続けなければなりません。またなかには進行して自分で身の回りのことができなくなってしまいうこともあり、ご家族をはじめ多くの方の助けや介護を受けながら人生を全うしなければならない病気でもあります。

急速に進む超高齢社会においてますます増えてくることが予想される認知症は医療だけで対処できる疾患ではありません。そしてそれを可能とするのが、医療だけでなく、住まい、生活支援、予防、介護などを地域で包括的に提供し、どんな病気になっても最後まで住み慣れた地域で人生を全うできるようにするシステムである地域包括ケアシステムです（図表 6-1）。

現在、地域包括ケアシステムは 2025 年、さらには高齢者人口がピークを迎えるその先の 2040 年を見据え、市町村と医師会が中心となって医療、介護、福祉に携わる多職種で構築が進んでいます。対象は当初は高齢者の在宅医療が中心でしたが、現在は医療的ケアが必要な小児（医療的ケア児）、重症難病者、がん患者などにも拡がりを見せています。治癒が難しい一方、生活の

場での様々な刺激や人とのコミュニケーションにより、その進行を遅らせることも可能である認知症こそ、まさにこの地域包括ケアシステムの中で見ていく疾患といえます。

図表 6-1：地域包括ケアシステムとは

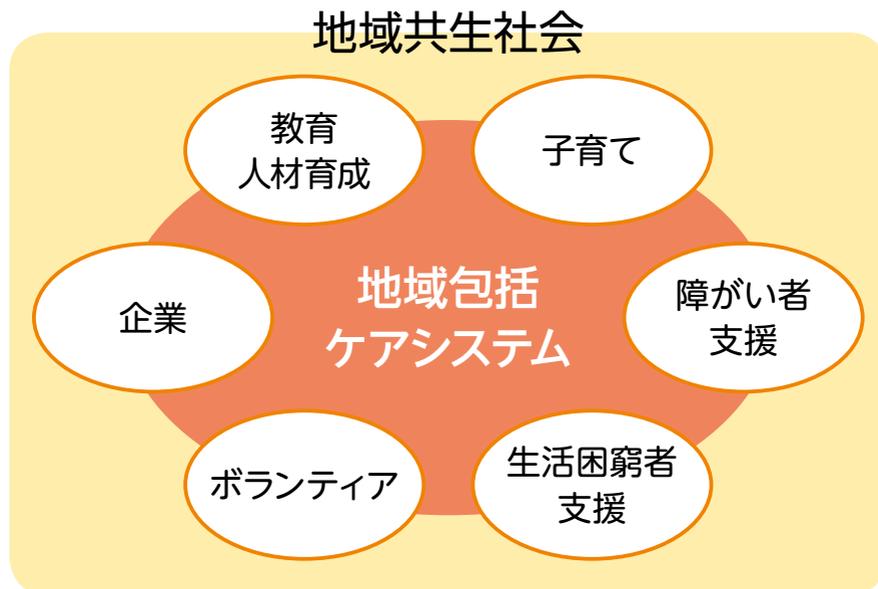
高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続するため、個々の高齢者の状況やその後の変化に応じて、5つのサービスを一体化し、継続的かつ包括的に提供する仕組み



さらに、地域包括ケアに教育・人材育成、子育て、困窮者支援や認知症カフェなどのボランティア活動、企業など、すべての地域資源が繋がった地域社会がすなわち地域共生社会です（図表6-2）。

高齢者も子供たちも、障がいをお持ちの方も、認知症など長期療養が必要な病気をお持ちの方も、特別な存在ではなく地域の重要な一員として健常者と共に生き、住み慣れた地域で尊厳をもって生涯を全うできる社会である地域共生社会。世界中がその行く末に注目する超少子高齢社会を迎えた日本では今、地域が一体となってそのような共生社会を作り上げていくことが求められています。

図表6-2：地域包括ケアシステムから地域共生社会へ



2.共生社会に向けた取り組み

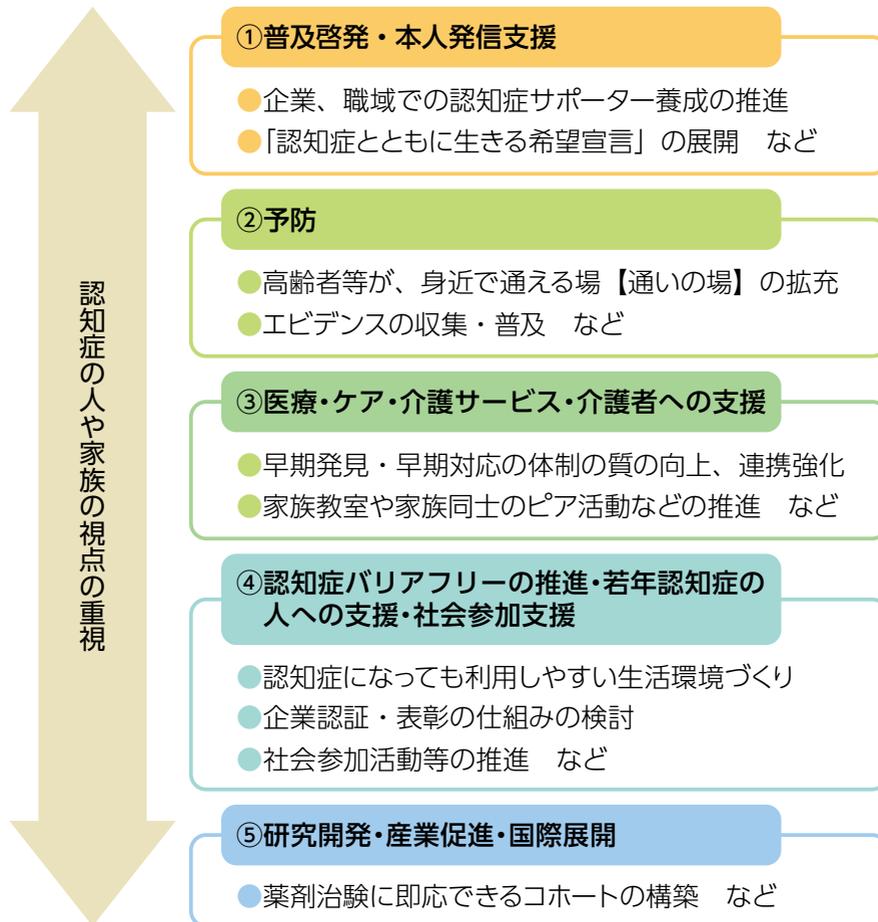
誰もが支え合う地域の構築にむけた新しい福祉サービスの実現を目指し、新たなケア・コミュニティの創設に取り組んでいくことが求められています。

我が国では、2019年6月18日に認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱（認知症大綱）」が取りまとめられ、閣議決定がなされました。認知症大綱は、2025年までを目途に、認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取り組みを進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など、「予防」の取り組みを政府一丸となって進めていくとされています。



認知症大綱の具体的な施策の5つの柱は、図表 6-3 のとおりです。共生社会の実現に向けた取り組みについて、次の5つの柱の中から支援者などに必要と考えられる内容を次のページから紹介しますので、おさえておきましょう。

図6-3: 認知症大綱の5つの柱



普及啓発・本人発信支援

①認知症サポーター・認知症キャラバン・メイトの養成

認知症に関する正しい知識を持って、地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターと、認知症サポーター養成講座を企画し、講師役を担う、認知症キャラバン・メイトの養成が、各地域で展開されています。

自らの地域において、どのような活動が行われているのか、市町村や地域包括支援センターなどで、情報収集をしてみましょう。

②支援をつなぐシステム・チームオレンジの創設

認知症サポーターは、「なにか」特別なことをする人ではありません。認知症の人とその家族の「応援者」です。

一方で、「応援者」として、認知症の人や家族を見守る中から、介護保険サービスが必要と感じたり、その他何らかの支援やサービスが必要と感じた場合は、サポーター養成講座の講師役であるキャラバン・メイトに相談できる仕組みとなっています。

認知症サポーターから相談や情報提供を受けたキャラバン・メイトは、認知症の人とその家族に対して、必要に応じ、それぞれの職域や多職種でのネットワークなどを通じて支援を行います。診断や治療が必要となれば、主治医や、認知症の専門医などにつないでいくこととなります。

このように、認知症の人とその家族、地域の認知症サポーター（生活関連企業の方々など）、多職種の職域サポーター（認知症キャラバン・メイトなど）などが、早期からの継続支援ができるよう

に近隣チームで活動する「チームオレンジ」の実践が、始まっています。

③地域内の情報発信

認知症に関する情報を発信する場として図書館も積極的に活用し、認知症コーナーを設置するなどの取り組みが始まっています。

④本人の意思を支える理解への情報発信

認知症サポーターのステップアップ講座などにおいて、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の内容を盛り込み普及することが始まります。

⑤相談先の周知・認知症ケアパスの活用

地域の高齢者などの保健医療・介護などに関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターなどを含めた、認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、市町村ごとに作成されている「認知症ケアパス」があります。

「認知症ケアパス」には、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法などが掲載されていますので、自らの地域の「認知症ケアパス」について、情報収集をしてみましょう。

⑥認知症の人本人からの発信

認知症の人本人からの発信の機会が増えるよう、地域で暮らす本人とともに普及啓発への取り組みが始まっています。

「認知症とともに生きる希望宣言」など、本人らによる普及活動の支援や、認知症サポーター講座の講師であるキャラバン・メイトの応援者を認知症の人が務める「キャラバン・メイト大使（仮称）」を創設し、全都道府県へ設置することも検討されています。

またアルツハイマーデーや各種イベントなどにおいても、本人からの発信の機会が広がりつつありますので、本人本位の支援のあり方を考えるうえでも、大変参考になると思います。

⑧本人による、早期診断直後の方への相談活動

診断直後の支えとなるよう、認知症の人の暮らし方やアドバイスなどをまとめた「本人にとってのよりよい暮らしガイド（本人ガイド）」、本人が今伝えたいことや自身の体験を話し合った「本人座談会（DVD）」などの活用、普及が始まっています。

⑨認知症の人による「本人ミーティング」

認知症の人本人が、自身の希望や必要としていることなどを本人同士で語り合う「本人ミーティング」が始まっています。地域の取り組みについて、情報収集してみると良いでしょう。

医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可

能性のあることに目を向けましょう。本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要です。

このような本人主体の医療・介護の原則は、その提供に携わるすべての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の類型や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念です。そのことを改めて徹底し、かかりつけ医とともに、課題を整理し対応を多職種・様々な機関にて検討することが重要です。自らの役割を再確認しておきましょう。

介護従事者の認知症対応力向上の促進

認知症についての理解のもとに本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう、BPSDの発生背景や原因などに対するアセスメントやケアのアプローチ、マネジメントを学ぶ取り組みが行われています。福岡県下においても、厚生労働省策定のカリキュラムに基づき認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修などが、認知症介護指導者により行われております。

また、介護事業所は、地域における認知症ケアの拠点として、その機能を地域に展開し、認知症カフェなどの事業を積極的に行っていくことが期待されています（17ページ参照）。

認知症高齢者の日常生活自立度

介護保険制度においては、要支援・要介護認定の際に主治医意見書が作成されています。医療・介護連携の観点より、主治医意見書の内容は、ケアチームで共有しておくことが重要です。ここでは、認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準をご紹介します。

図表6-4：認知症高齢者の日常生活自立度の判定基準

ランク	判定基準
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的に自立している。
II	日常生活に支障を来すような症状・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。
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。
IV	日常生活に支障を来すような症状・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。
M	著しい精神症状や行動・心理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。

厚生省老人保健福祉局長（通知）平成18年4月3日をもとに作成

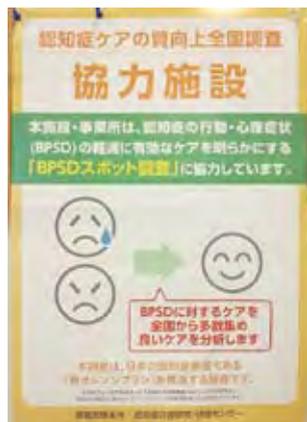
認知症の人の家族介護者の負担軽減の推進

「育児休業・介護休業等又は介護を行う労働者の福祉に関する法律（1991年法律第76号）」に基づく介護休業等制度をはじめとする介護離職ゼロに向けた職場環境の整備に加え、介護者の負担軽減のため、介護保険制度による通所介護や訪問看護、短期入所生活介護、小規模多機能型居宅介護などのサービスの活用や、地域内での認知症カフェの活用など、家族介護者の負担軽減が行われています。

医療・介護の手法の普及・開発

BPSDの予防やリスク低減、現場におけるケア手法の標準化に向けて、現場で行われているケアの事例収集やケアレジストリ研究、ビッグデータを活用した研究などをはじめとした効果的なケアのあり方に関する研究が始まっています。

研究結果などの公表などについて、情報収集に努めましょう。



(写真：ケアレジストリ研究参加事業所掲示)

若年性認知症の人への支援

若年性認知症の人が、発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境などの特徴を踏まえ、認知機能が低下してもできることを可能な限り続けながら、適切な支援を受けられるよう、福岡県では「若年性認知症支援ハンドブック」が作成されています。

また、若年性認知症支援コーディネーターが配置された、若年性認知症に関する電話相談を受けるための「若年性認知症サポートセンター」が運営されています。

福岡県若年性認知症サポートセンター

〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1-7 クローバープラザ内

電話番号 092-574-0196

受付時間 火～土 10:00～16:00

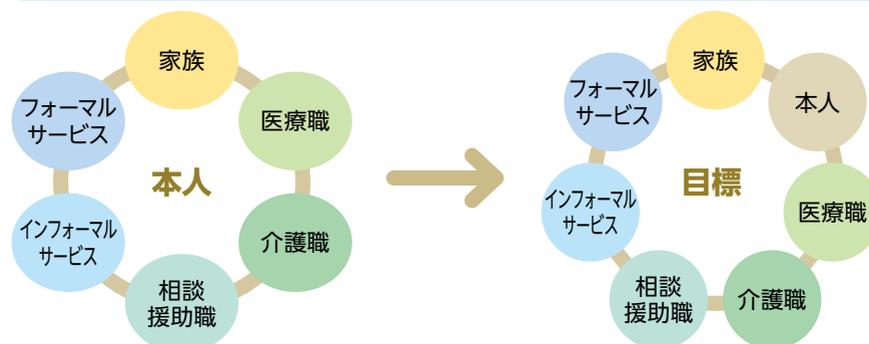
3.他職種・多職種との連携

医療と介護の連携のための、ケアマネジメント

認知症の人の「ニーズ」は多様であり、地域社会のなかで自立した日常生活を継続していくためには、地域の取り組みに加えて、医療や介護サービスの統合的・一体的・効率的な提供が必要です。介護保険制度におけるケアマネジメントは、介護支援専門員をはじめ各種サービスの担当者が、認知症の人の立場に立って、サービスを調整・統合し、利用者の状況に最もふさわしい適切なサービスを常に継続して確保し続け、利用者の「生活の質」を保持していくために行われる実践です。

認知症の人の生活全般の状況を総合的に把握して、ニーズに応じたサービスを一体的に提供する機能を果たすために、ケアマネジメントを通じて、ケアの目標設定であるケアプランを作成していくこととなります。

図表6-5：ケアの目標設定＝ケアプラン



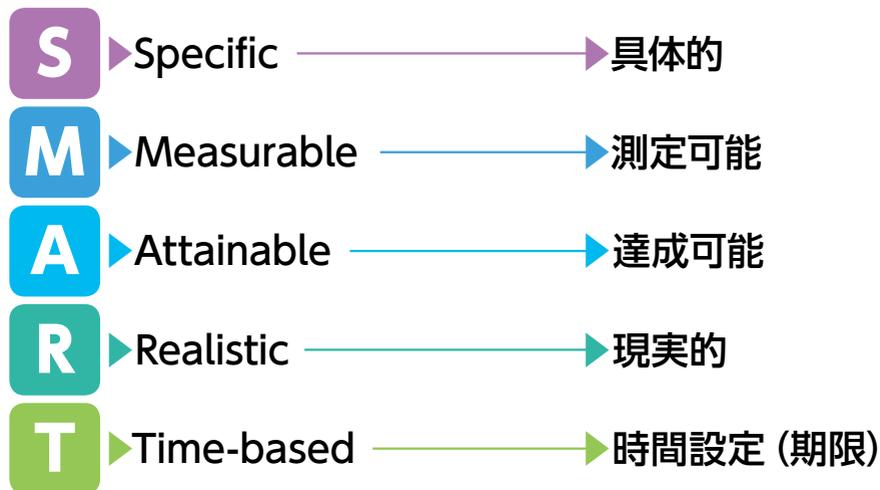
佐藤信人氏作図を一部改変

目標設定における SMART の法則

SMARTの法則を最初に提唱したのはジョージ・T・ドラン(George T. Doran)氏です。ドラン氏は「Management Review」に掲載された「There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives」という論文の中で、5つの成功因子の頭文字を繋いだ「SMART」という言葉を初めて使用しました。ケアの目標(ケアプラン)を創るうえで、参考にすると良いでしょう(図表6-6)。

特に、具体的ではない目標、現実的ではない目標、達成可能でない目標が存在すると、関係する人たちが疲弊する要因となります。あいまいな表現は避けることが重要です。

図表6-6: 目標設定: SMARTの法則



実現可能なケアのための担当者会議の重要性

介護保険制度では、介護支援専門員がケアプランの「原案」を作成し、担当者会議(図表6-7)などでのチームでの検討により、ケアプランが修正され、決定されることで、実現可能なケアに繋がるよう、定められています。サービス提供に携わる専門職は、専門的な見地からの意見を、介護支援専門員に述べるが大変重要です。

(公社)福岡県介護支援専門員協会では、介護現場において実現可能な目標設定がなされるよう、様々な研修会を開催するなど、介護支援専門員などの資質向上に努めています。

図表6-7: 担当者会議

■ 担当者会議

(指定居宅会議支援等の事業の人員及び運営に関する基準 第13条9)

【サービス担当者会議等による専門的意見の聴取】

介護支援専門員は、**効果的かつ実現可能な**質の高い居宅サービス計画とするため**各サービスが共通の目標を達成**するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービスなどの担当者からなるサービス担当者会議の開催により、利用者の状況などに関する情報を当該担当者と共有するとともに、専門的な見地からの**意見を求め調整を図る**ことが重要である。

とされています。介護の立場からの専門的意見を述べることは重要です。

4.多職種連携・協働に求められる基本的な視点

チームに備わっているべき要素

目標を達成するために効果的な多職種連携や、協働を実現するチームを構成する際、次の図のように、4つの要素を備えることが重要となります。



図表6-8: チームに備えるべき4つの要素

- | | |
|-------|---------------------|
| 第1の要素 | 達成すべき明確な目標の共有 |
| 第2の要素 | メンバー間の協力と相互信頼関係 |
| 第3の要素 | 各メンバーに果たすべき役割の割り振り |
| 第4の要素 | チームの構成員とそれ以外との境界が明瞭 |

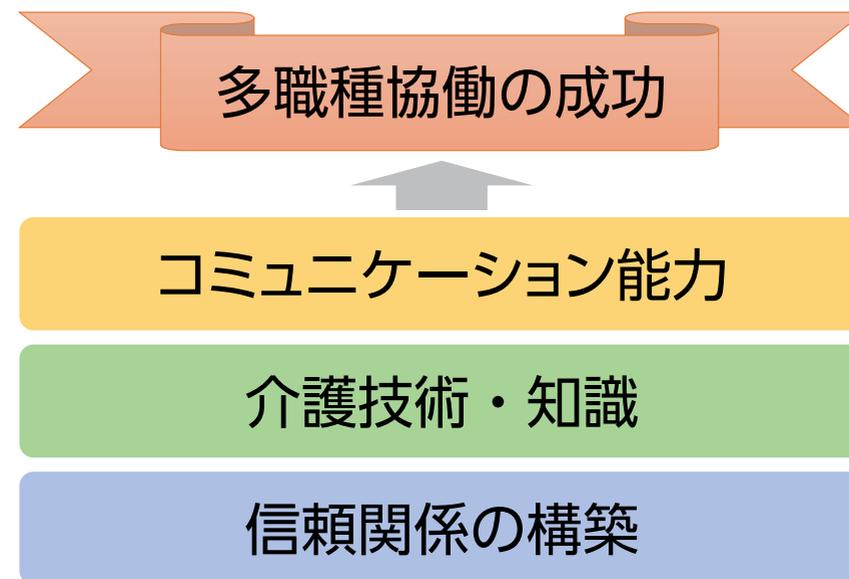
山口裕幸「チームワークの心理学—よりよい集団づくりをめざして」サイエンス社 2008 をもとに作成

多職種協働の成功のための過程

目標達成の実現や、質の高いチームケアの実現には、介護技術のスキルアップとコミュニケーション能力を高めることが大切です。特に、認知症の人の生活習慣や生活文化の多様性を尊重して行われる介護技術は、きわめて個別性の高いものです。

アセスメントから課題を明らかにし、予測を踏まえた介護技術を効果的に発揮するためには、多職種との信頼関係の構築も重要となります。多職種協働の成功のために、3つの能力を日々スキルアップしていく努力が求められています。

図表6-9: 多職種協働の成功のための3つの能力



「最新介護福祉士養成講座4 介護の基本Ⅱ」P160 編集：介護福祉士養成講座編集委員会
発行：中央法規出版株式会社 2019年3月31日

5. 「とびうめネット」を利用した認知症患者対策

「とびうめネット」は、福岡県医師会が事業主体である診療情報ネットワークです。とびうめネットには、4つの機能があります（図表6-10）。とびうめネットを利用した認知症患者の対策には1つ目の機能と2つ目の機能を利用できます。

1つ目の機能「救急医療支援システム」は、かかりつけ医が患者の基本的な医療情報をとびうめネットの中に入力し、入院などで他の医療機関を受診する際に、かかりつけ医が入力した情報を参照できるという仕組みです（図表6-11、6-12）。急な入院やかかりつけ医を経ずに入院する場合には、かかりつけ医が持つ患者の診療情報を、入院を受け入れる病院がすぐに入手するのは困難です。そのため、病院の医師は、患者の既往歴や現病歴を十分に理解できずに治療を開始することあ



図表6-10：とびうめネット4つの機能

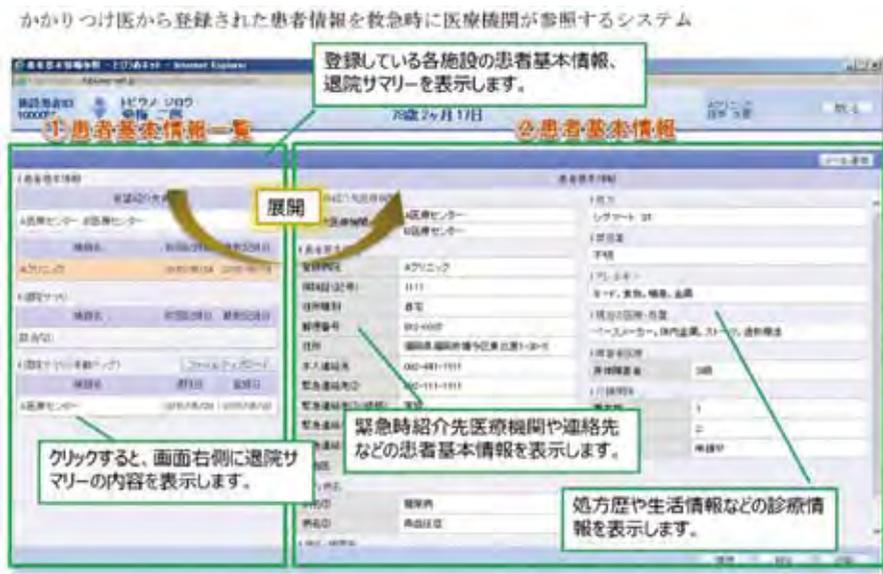
- ①救急医療支援システム
- ②多職種連携システム
- ③災害時バックアップシステム
- ④健診情報保存システム（試行）

ります。その結果、治療が遅れたり、重複の検査を行ったりすることもあります。事前に患者の基本的な医療情報を、入院を受け入れる病院と医師が入手できると、このようなことが起こるおそれは減り、適切な医療が行われる確率が大幅に上昇すると思われます。

図表6-11：救急医療支援システムの全体像



図表6-12：患者基本情報登録内容



図表6-13：患者基本情報とSNSによる情報共有



図表6-14：SNSによる情報共有



2つ目の機能「多職種連携システム」は、多職種での情報の共有をする仕組みです（図表6-13、6-14）。基本の仕組みはとびうめネットに搭載されていますが、郡市医師会単位で申し込みをしていただき、利用していただきます。どのような職種を多職種とするのかについては、地域によって違いがあり、各郡市医師会によって決



めてもらいます（図表6-15、6-16）。また、具体的に誰を「多職種連携システム」に招待するかについては、かかりつけ医に患者ごとに決めてもらうようにしています。

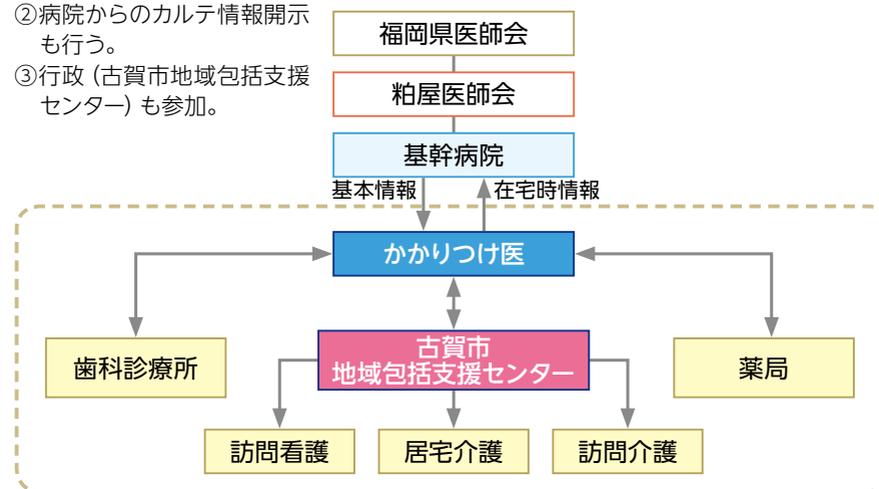
認知症があり、通院が困難な患者については、訪問看護師が患者の自宅に訪問し、その時の状況をテキストで入力してもらう、画像を撮影する、動画を撮影するなどの方法で、主治医やリハスタッフに情報を伝えることも容易になります。

また、認知症患者は介護保険を受けていることが多く、ケアマネジャーがいることが大半です。一方、ケアマネジャーや訪問看護師が訪問をすると、患者が入院していて自宅や高齢者施設にいないということもよく聞きます。この場合もかかりつけ医に多職種連携システムに入院した旨を入力してもらうと、このような情報の齟齬も減ることが期待されます。

次に、患者がいつ退院するかによって、介護サービスの再開時期を決めないとはいけません。病院から十分な情報が入ってくることはなかなか難しいことが多いようです。また退院時に認知症が悪化していたり、日常生活動作（ADL）が変化していることも多く、患者の入院中の情報が必要ですが、ケアマネジャーや訪問看護師には、その情報入手も困難なことが多いようです。そのため、とびうめネットの患者基本情報と多職種連携システムを利用して、入院中や退院時の情報を共有する意義は大きいと思います。

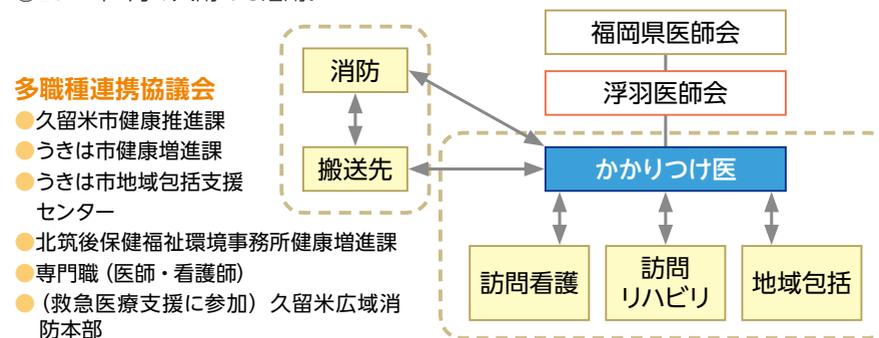
図表6-15：粕屋医師会（古賀市）

- ①医療職・介護職が参加可能（医療職はかかりつけ医、介護職は古賀市地域包括支援センターが参加職種・事業所を決定）。
- ②病院からのカルテ情報開示も行う。
- ③行政（古賀市地域包括支援センター）も参加。



図表6-16：浮羽医師会

- ①かかりつけ医と訪問看護師から開始。
- ②行政（久留米市健康推進課、うきは市健康増進課、北筑後保健福祉環境事務所健康増進課、久留米広域消防本部）は協議会に参加。
- ③うきは市地域包括支援センター（CM）は情報共有中。
- ④救急医療システムと多職種連携システムを同時に活用。
- ⑤2017年7月の大雨でも活用。



まとめ

→認知症患者が急増する将来において、診療所⇔病院、医師⇔薬剤師・看護師、病院⇔ケアマネジャーなどの間で情報を共有する事は重要です。認知症患者さん、高齢患者さんが急増する今後、とびうめネットはこの情報共有の一助になる仕組みですので、福岡県全体で利用していただくようお願いいたします。



認知症ケアに関わる人のための 認知症ハンドブック

作成委員会委員

	執筆担当	
稲吉 江美	福岡県社会福祉士会副会長／日本司法支援センター 福岡地方事務所 (法テラス福岡)	Chapter5-2～5
大治 太郎	社会医療法人聖ルチア会 聖ルチア病院 理事長・院長	Chapter3-1
小路 純央	久留米大学 高次脳疾患研究所 教授／久留米大学医学部神経精神医学講座	Chapter2-1～3
川島 豊輝	福岡県介護支援専門員協会常任理事／(株) パーソンサポート	Chapter6-2～4
田北 昌史	田北メモリーメンタルクリニック 院長	Chapter1-2
牧 聡	牧病院 理事長・院長	Chapter3-2
瀬戸 裕司	福岡県医師会専務理事／ゆう心と体のクリニック	Chapter1-1,5-3
桑野 恭行	福岡県医師会常任理事／自由ヶ丘クリニック	
原 祐一	福岡県医師会常任理事／ホームケアクリニック	Chapter6-5
辻 裕二	福岡県医師会常任理事／辻内科クリニック	Chapter6-1
岩田 定幸	福岡県医師会理事／いわた医院	
日高 滋紀	福岡県医師会理事／日高整形外科医院	Chapter4-1
香月きょう子	福岡県医師会理事／池田医院	Chapter4-4
西 秀博	福岡県医師会理事／西内科医院	Chapter4-2～3

(順不同)

発行者

公益社団法人 福岡県医師会
〒812-8551福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 4F
TEL 092-431-4564

印刷 株式会社東京法規出版

令和2年3月発行