

看護職員認知症対応力向上研修

1. 認知症に関する知識 編
2. 認知症看護の実践対応力 編
3. 体制構築・人材育成 編

令和5年度 老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

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

医師に「認知症です。」

と言われて、頭が真っ白になりました。

自分はこれからどうなってしまうのか、心配で心配で、眠れない夜が続きました。

誰にも相談できずに、一人でうつうつ悩んでました。

人に会いたくない、家から出たくなって、家にこもってました。

自分でもまずいなとわかってるけど、

家族に言われるとムカっときて、毎日、口喧嘩ばかり。

こんなんじゃダメになるって、ある日思いきって役所に相談に
いって見たら、担当の人が本当に親身に話をきいてくれた。
視界がぱあっと開けた。

もっと早く相談にいけばよかったな。

あんなに苦しい思いをせずに済んだのに。

『本人にとってのよりよい暮らしガイド』より

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



看護職員認知症対応力向上研修 研修の意義 と 修了者の役割

- ① 病院における認知症の人の現状や課題、認知症の原因疾患の主な症状や特徴、認知症の人を支える施策・制度及び社会資源等について理解する
- ② 認知症の本人の視点を重視、意思を尊重した対応の原則を理解し、認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応を行うことができる
- ③ 病棟等におけるチーム対応、院内外の連携、介護者支援等について、退院後の生活の継続性も考慮した実践的な対応を行うことができる
- ④ 自施設の実情に応じて、病院・病棟や地域単位で認知症ケアに取り組む体制の構築を考えることができる
- ⑤ 自施設において看護職員向けの研修を企画・実施し、継続学習等のスタッフ育成計画を立てることができる

認知症に関する知識 編

ねらい：認知症の人の入院から退院までのプロセスに沿って、認知症の原因疾患の病態・特徴等の基本知識を習得する

到達目標：

- 病院における認知症の人の現状や課題を理解し、修了後の役割を理解する
- 実践対応力の前提となる認知症の原因疾患の主な症状や特徴を理解する
- 認知症の人を支える施策・制度及び社会資源等を理解する

1 認知症に関する知識

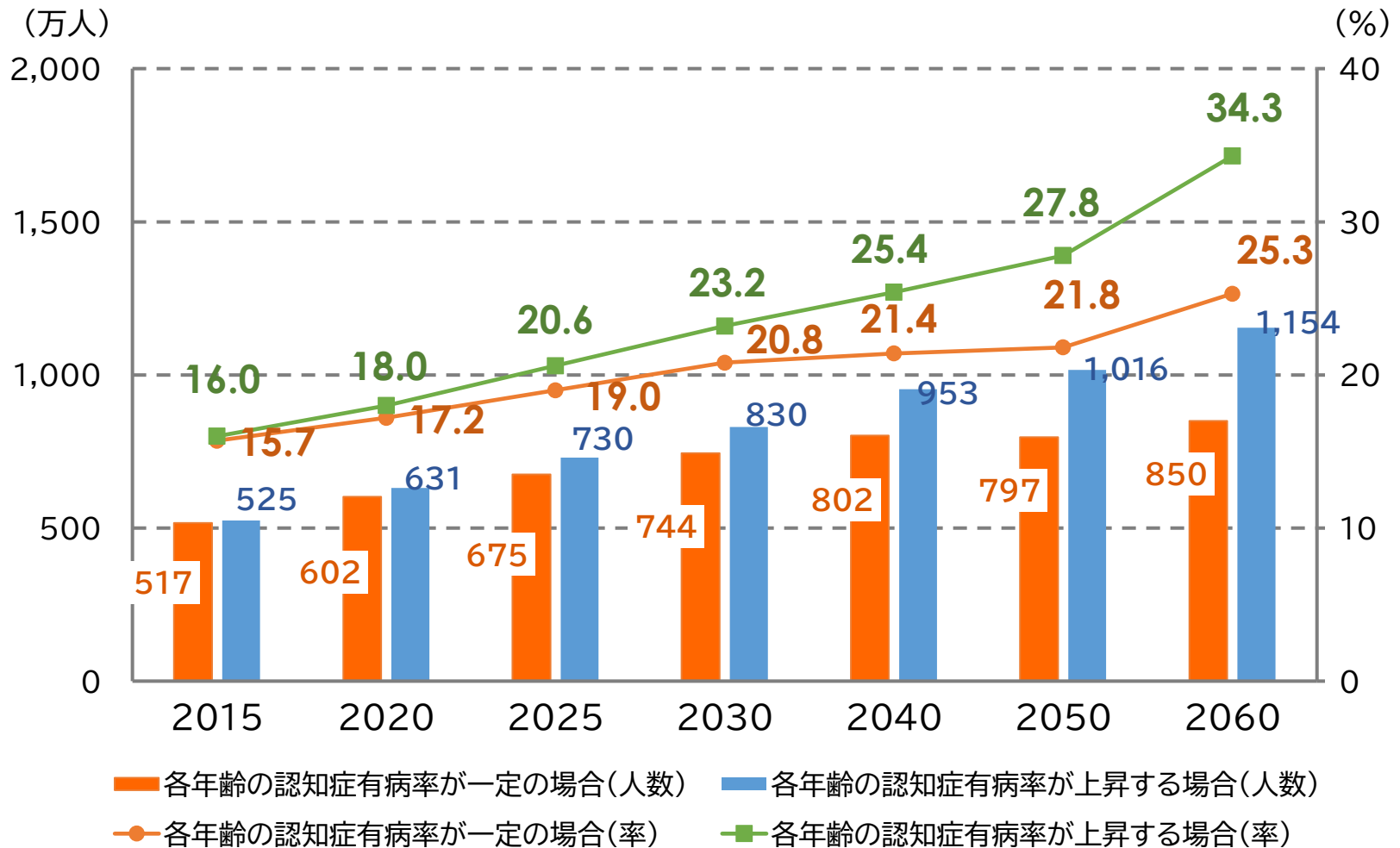
①意義と役割

②認知症の病態論

③施策・社会資源等

認知症高齢者数の推移

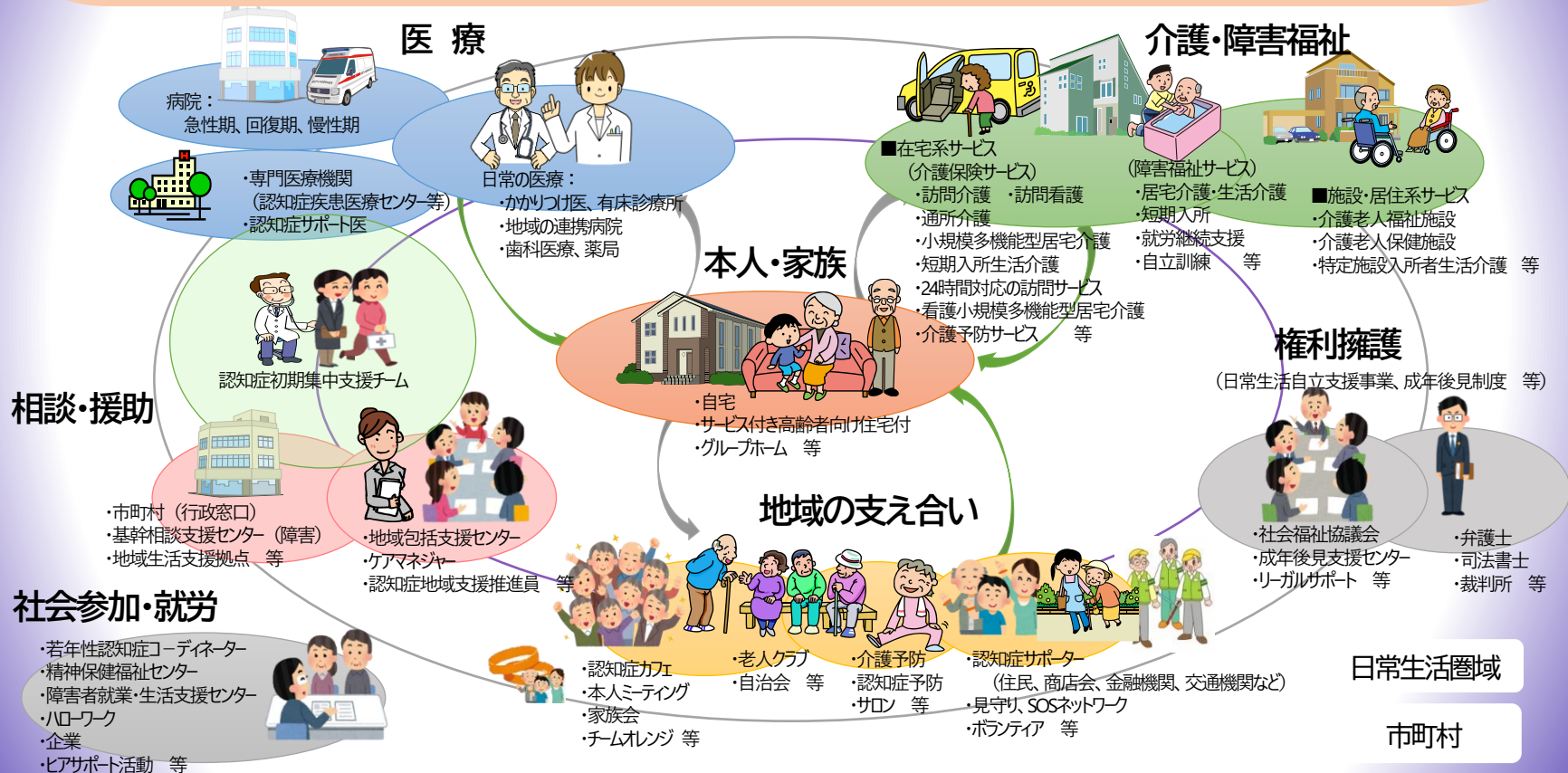
〔知識1〕



認知症施策の推進について

〔知識2〕

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



認知症施策推進大綱の概要

〔知識3〕

令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進

具体的な施策の5つの柱

① 普及啓発・本人発信支援

② 予防

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ▶▶早期発見・早期対応、医療体制の整備
- ▶▶医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人や家族の視点の重視

認知症とともに生きる希望宣言

〔知識4〕

一足先に認知症になった私たちからすべての人たちへ

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

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ①

〔知識5〕

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

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

➡ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

- ① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。
- ② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。
- ③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。
- ④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。
- ⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。
- ⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。
- ⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定(認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。)

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定(認知症の人及び家族等の意見を聴く。)(努力義務)

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要 ②

〔知識6〕

5. 基本的施策

①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】

国民が共生社会の実現の推進のために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるようにする施策

②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】

- ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
- ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策

③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】

- ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
- ・ 若年性認知症の人(65歳未満で認知症となった者)その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策

④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】

認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策

⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】

- ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
- ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
- ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策

⑥【相談体制の整備及び孤立への対策】

- ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
- ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策

⑦【研究等の推進等】

- ・ 認知症の本態解明、予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及 等
- ・ 認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用 等

⑧【認知症の予防等】

- ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
- ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策

※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、認知症の人及び家族等により構成される関係者会議を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等:令和6年1月1日施行、施行後5年を目途とした検討

本研修のカリキュラム構成

〔知識7〕

編	時間	講義	演習	テーマ（編の中の内訳）	主な内容、意図 等
認知症に関する知識	180	30		1-1) 意義と役割	◎研修の意義や修了者の役割などを整理
		120		1-2) 認知症の病態論	◎実践対応力の前提となる認知症の医学的な知識を整理（病型別の症状、うつ・せん妄との鑑別、治療、予防 等）
		30		1-3) 施策・社会資源等	◎施策動向や社会資源を整理
認知症看護の実践対応力	450	50		2-1) 認知症の人の理解	◎看護対応の基本的な考え方として「認知症の人の理解」を実践対応力の前に整理
		130	60	2-2) 実践対応力Ⅰ	◎对患者（1対1）の場面を想定した基本的な看護・対応を症状や状態別に整理（認知機能障害、BPSD、せん妄 等） ◎病態や症状を踏まえたBPSDやせん妄の事例について具体的な事例検討
		150	60	2-3) 実践対応力Ⅱ	◎看護チームもしくは院内外の高職種の連携による場面を想定した看護・対応を整理（多職種連携、意思決定支援、身体拘束、家族支援 等） ◎身体拘束へのチーム・連携による対応について具体的な事例検討
体制構築・人材育成	390	45	150	3-1) 認知症ケア体制構築	◎受講者の病院・病棟の課題の把握から、それを解決するための体制整備・構築を検討する演習中心
		45	150	3-2) スタッフ育成・教育	◎病院・病棟の体制構築に向けて、指導的役割を担う立場から、スタッフ育成・教育を検討する演習中心

ねらいと到達目標

〔知識8〕

編	ねらい	到達目標
認知症に関する知識	認知症の人の入院から退院までのプロセスに沿って、認知症の原因疾患の病態・特徴等の基本知識を習得する	①病院における認知症の人の現状や課題を理解し、修了後の役割を理解する ②実践対応力の前提となる認知症の原因疾患の主な症状や特徴を理解する ③認知症の人を支える施策・制度及び社会資源等を理解する
認知症看護の実践対応力	認知症の人を理解し、より実践的な対応力(アセスメント、看護技術、チーム対応、院内外の連携等)を習得する	①認知症及び認知症の人とその対応の原則について理解する ②認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応(アセスメント、看護技術、環境調整等)を行うことができる ③病棟等における実践的な対応(チーム対応、院内外の連携、介護者支援等)を行うことができる
体制構築・人材育成	病棟等における認知症ケア体制(院内・地域)の構築及びスタッフ育成・教育等の知識と技法を習得する	①病院・病棟の課題を把握し、体制等の実情に応じて、病院・病棟や地域単位で認知症ケアに取り組む体制を構築することができる ②自施設において看護職員向けの研修を企画・実施し、継続学習を含むスタッフ育成計画を立てることができる

本研修が必要とされる背景

〔知識9〕

- 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた良い環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現が必要である
- 認知症医療・介護等に携わる者が有機的に連携し、認知症の人のそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが切れ目なく提供されることが重要である

認知症施策推進大綱より抜粋

身体疾患の治療を行う一般病院における課題

- 通院時や入院中に認知症の症状に気づかれていない
- 認知症の症状を理由に身体疾患に対する適切な医療や本人視点でのケアが提供されていない
- 院内外の多職種との連携や情報共有が適切に行われていない

一般病院に入院する認知症の人に起こっていること

〔知識10〕

- 身体疾患の悪化による緊急の入院となることが多く、
気が付くと見知らぬ環境で、厳格に監視されている
➡ 入院時の初期対応や、環境不適合状態への介入の課題
- 認知症の治療やケアは身体疾患の治療後にと考えられ、
言動が制限され、症状へも未対応のまま治療が行われる
➡ 「認知症の治療やケアは元気になってから」の誤解
- 身体疾患は改善しても身体機能が低下し、入院前の療養
場所に退院するためには様々な困難に直面する
➡ 院内外の資源の活用や多職種の協働・連携が不十分

入院中のケアの問題

〔知識11〕

入院

退院

認知症の症状や
認知機能障害の
アセスメントが
なされない

身体疾患に対するケア

- ・ 認知症の人の身体ケアの方法を知らない
- ・ 疼痛などの症状への対策が不十分
- ・ 自覚症状の確認が困難で早期発見や対応の遅れ
- ・ 身体管理の優先、アパシーへの未対応

せん妄に対するケア

- ・ せん妄に気付かない
- ・ 不適切な疼痛管理、せん妄の原因となる薬剤使用、抑制、低栄養・脱水、活動低下
- ・ 家族への過度の負担

認知症に対するケア

BPSD(低活動):意欲低下、拒食、抑うつ

- ・ 気付かない、感染(尿路、呼吸器)の惹起
- ・ 低栄養や脱水、身体機能の低下

BPSD(過活動):焦燥、攻撃性、暴力

- ・ 評価法や対応法を知らない
- ・ 不適切な薬物療法や抑制
- ・ 低栄養や脱水の悪化
- ・ 家族への過度の負担

せん妄の遷延
認知症の進行
BPSDの悪化

身体疾患の悪化
入院期間の長期化
ADLの低下
在宅への移行困難

せん妄の原因である身体疾患が
より重症化し、転院や退院の対応は
事実上困難となる

BPSDに関するリスクの評価や
対応法などにが、知られていない

構造上、急性期病院は、激しいBPSDへの対応力が脆弱
で対応は困難

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ～入院環境に伴う困難～

〔知識12〕

- 環境の急激な変化を伴う
- 標識が多く画一的でわかりにくい環境であるため、見当識を失いやすい
- 転棟やベッド移動などが多く、見当識を失いやすい
- 音や光などの刺激が多い

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ～身体症状に関する困難～

〔知識13〕

- 医療処置に伴う苦痛が生じやすい
- 自身の身体症状を的確に伝えられない。医療者の指示が複雑に感じられ、理解しにくいなど、コミュニケーションに障害が生じやすい
- 飲水・摂食不良から、脱水・低栄養になりやすい
- 便秘・尿閉が見逃されやすい
- 認知機能障害や高齢に伴う感覚障害(視力・聴力障害)に対する個別の配慮をうけることが困難

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ～社会関係に関する困難～

〔知識14〕

- 入院期間が短いため、医療スタッフとなじみにくい
- 在宅時の介護スタッフとの関係が途切れやすい
- 認知症に関する病院スタッフ間のコミュニケーション・申し送りは不足しやすく、統一された対応を受けにくい
- 家族と疎遠になりやすい

認知症の人が入院時に体験する困難・苦痛 ～精神機能に関する困難～

〔知識15〕

- せん妄を合併しやすい
- 行動・心理症状(BPSD)がおこりやすい
- 抑うつ・不安が見逃されやすい

認知症の人からみた入院環境と治療やケア

〔知識16〕

入院という環境の変化

認知機能障害による症状

記憶の障害
実行機能の障害
注意の障害
言語の障害
社会的認知及び判断の障害
精神運動速度の障害
視覚認知・視空間認知の障害

付随する精神症状

抑うつ、緊張、不安、焦燥
睡眠障害、孤独感

身体症状

疼痛、掻痒、口渇、空腹、便秘、
頻尿、尿閉などの身体的苦痛を
適切に表現できない

社会関係

初めて出会う医療スタッフ
スタッフの交代
家族との分離・孤立

治療環境

複雑な説明や指示
慣れない入院環境
静脈ライン・カテーテル
転棟や転床
モニター音

不安や緊張の悪化
恐怖感や混乱の顕在化

認知症医療介護連携の課題

〔知識17〕

認知症医療や医療と介護の連携に関連した課題は山積しており、地域差も大きい

- 早期受診・対応の遅れによる認知症症状の悪化
- 一般病院で認知症の人の受け入れ拒否
- 地域で生活をしていくための医療・介護サービスが量・質ともに不足し、地域差が大きい
- 認知症の人と家族を支援する体制が不十分
- 医療・介護従事者間の現場での連携不備

一般病院に求められる認知症対応における役割

〔知識18〕

- 1 認知症を見落とさないように努める
- 2 認知症が身体合併症の治療に影響することを踏まえ、安全で確実に身体合併症治療を進めるための対応をとる
- 3 入院中にせん妄やBPSDを出現させたり、悪化させたりしないための対応をとる
- 4 初めて認知症が疑われた場合には、患者・家族に対し、支援や専門医療機関に関する情報を適切に提供する
- 5 入院早期から退院後の地域生活に配慮した支援を行う
- 6 認知機能障害に配慮し、認知症の人が治療内容を十分理解できるよう、わかりやすく説明するなどの配慮を行う
- 7 生活習慣病は認知症のリスクになることから、一般診療においては、生活習慣病に対する適切な教育・支援を提供する

病院全体として求められる認知症対応の取り組み

〔知識19〕

- 1 本人主体の医療・介護等の徹底
- 2 管理者による積極的な体制整備の推進
- 3 認知症の人の体験・苦痛を踏まえた対応

平成27年度老人保健健康増進等事業
認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会
「一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き」
を参照して作成

具体的な対応方針

〔知識20〕

- 1 病棟・外来でのアセスメントを実施する
- 2 入院の早期から認知機能障害に配慮した適切な退院支援を行う
- 3 認知機能障害の特性に配慮した対応を行う
- 4 認知機能障害に配慮した環境調整やBPSD対応を行う
- 5 認知症の人やその家族に対して社会的支援を提供する

平成27年度老人保健健康増進等事業
認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会
「一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き」
を参照して作成

看護職員認知症対応力向上研修 研修の意義 と 修了者の役割（再掲）

〔知識21〕

- ① 病院における認知症の人の現状や課題、認知症の原因疾患の主な症状や特徴、認知症の人を支える施策・制度及び社会資源等について理解する
- ② 認知症の本人の視点を重視、意思を尊重した対応の原則を理解し、認知症の症状・特徴を踏まえた基本的な対応を行うことができる
- ③ 病棟等におけるチーム対応、院内外の連携、介護者支援等について、退院後の生活の継続性も考慮した実践的な対応を行うことができる
- ④ 自施設の実情に応じて、病院・病棟や地域単位で認知症ケアに取り組む体制の構築を考えることができる
- ⑤ 自施設において看護職員向けの研修を企画・実施し、継続学習等のスタッフ育成計画を立てることができる

1 認知症に関する知識

①意義と役割

②認知症の病態論

③施策・社会資源等

② 認知症の病態論

- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
- ② 認知機能障害とBPSD
- ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- ④ せん妄の特徴や症状
- ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ⑥ 若年性認知症の特徴
- ⑦ 認知症の重度化予防

認知症の概念

〔知識22〕

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

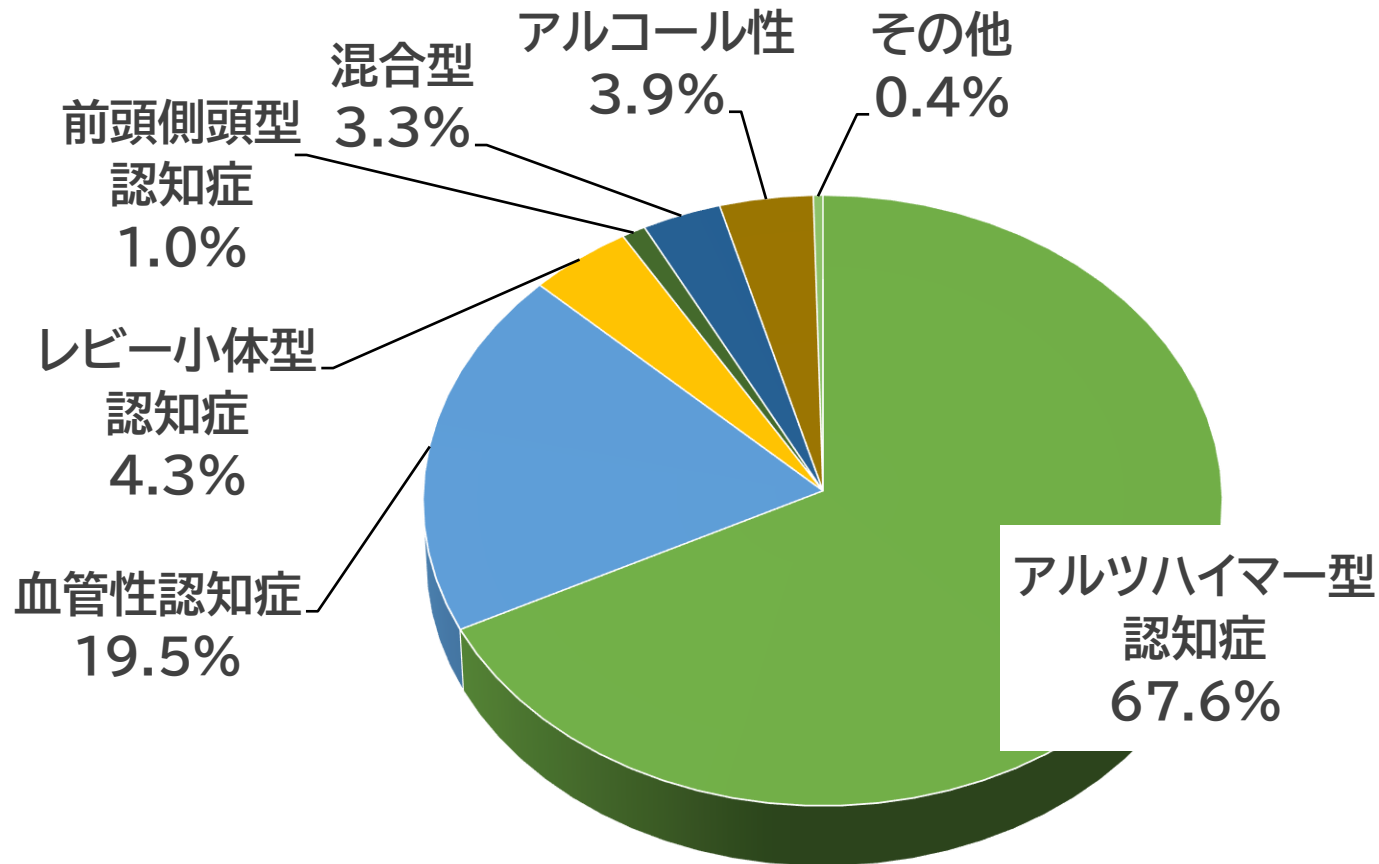
認知症とは

『一度正常に発達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続的に低下し、日常生活や社会生活に支障をきたすようになった状態』

- ※ 認知機能の低下は、せん妄や他の精神疾患(うつ病や統合失調症など)では説明されない
- ※ 各診断基準で記憶障害は必須条件ではなく、早期には記憶が保たれている場合もあることに配慮すべきとしている

認知症の原因疾患

〔知識23〕



都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応(平成25年5月報告)

認知症の診断

〔知識24〕

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

- A 認知領域(記憶、実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)のうち2つ以上が以前のレベルから低下しているという特徴を持つ後天的な脳症候群である
- B 認知機能の低下は正常加齢によるものではなく、日常生活活動の自立を有意に妨げる
- C 認知機能障害は、利用可能な根拠に基づき、脳に影響する神経学的あるいは医学的な状況、外傷、栄養欠乏、特定の物質や薬剤の慢性的使用、重金属やその他の毒物によるものと考えられる

主な認知症疾患の特徴

〔知識25〕

病型	主な特徴
アルツハイマー型認知症	◎海馬や大脳皮質を中心に、広範な神経細胞の脱落と、さまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症 ◎発症は潜行的で、進行は緩徐である。初期から、近時記憶障害が目立つのが特徴
血管性認知症	◎脳梗塞や脳出血などの脳血管障害に関連して現れる認知症 ◎脳卒中発作後に急速に発症し、階段状に進行するものと、慢性虚血変化を背景に、潜行的に発症し、緩徐に進行するものがある
レビー小体型認知症	◎脳幹から大脳皮質までの神経細胞内にレビー小体が広範に出現 ◎認知機能障害に加え、幻視、うつ、レム期睡眠行動異常症、パーキンソンニズム、自律神経症状等多彩な症状を呈する
前頭側頭葉変性症	◎大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来たす ◎人格変化や行動障害、失語症、認知機能障害、運動障害などが緩徐に進行する

アルツハイマー型認知症の診断

〔知識26〕

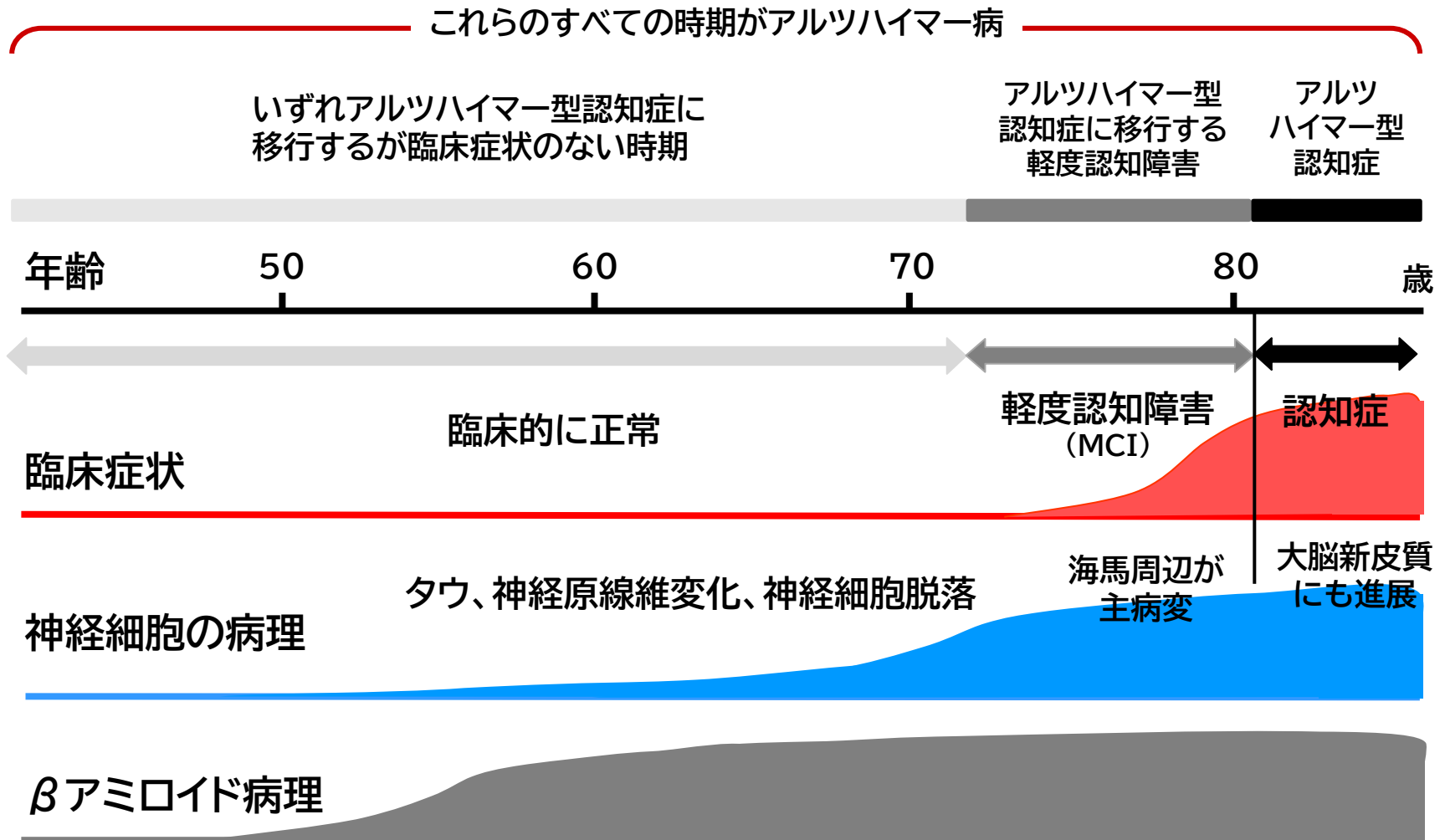
ICD-11 (International Classification of Diseases 11th Revision) , WHO

- A. 典型的には最初に記憶障害が潜行性に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で抑うつ気分やアパシーのような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常や痙攣を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であることを強く示唆する

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

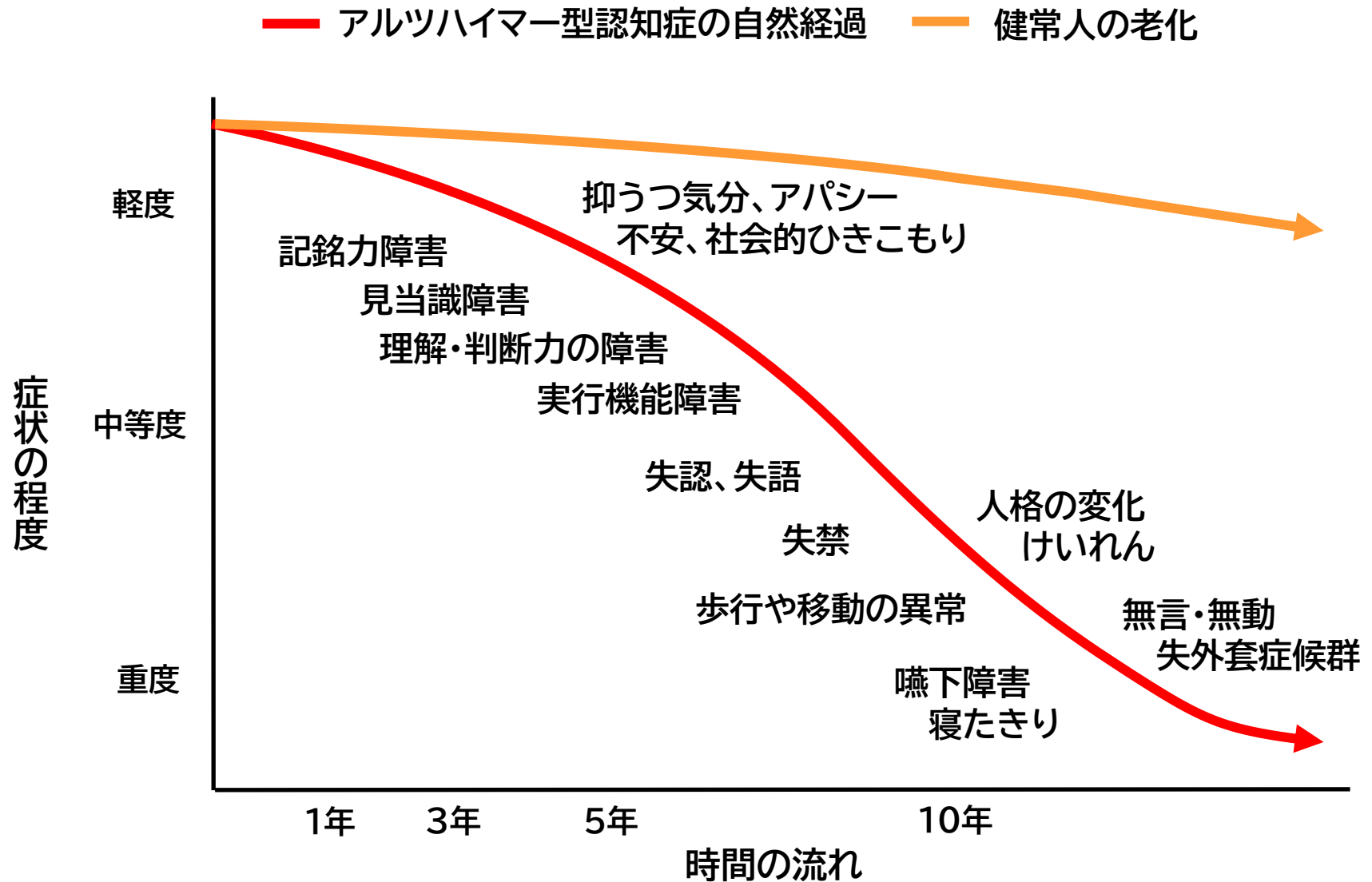
〔知識27〕

臨床症状が出現する前からアルツハイマー病変化は潜在的に進行している



アルツハイマー型認知症の自然経過

〔知識28〕



アルツハイマー型認知症の初期に多い症状

〔知識29〕

- **記憶障害**が目立つことが多い
(同じことを何度も尋ねる、約束事を忘れる、同じものを買うなど)
- **遂行機能障害**を周囲に気づかれる
(仕事でミスが増えた、料理が順序良くできなくなったなど)
- **日付や場所の見当識障害**が目立つこともある
(受診日に通院しない、外出先で迷うなど)
- **精神症状**が先行する、もしくは伴うことも多い
(意欲や関心が低下する、何事にも自分で取り組まなくなったなど)

血管性認知症の診断

〔知識30〕

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

- A. 認知機能障害の発症が1回以上の脳血管障害のイベントと時間的に関連している
- B. 認知機能障害は典型的には情報処理速度、複雑性注意、前頭葉性実行機能において最も顕著である
- C. 病歴、身体診察、神経画像検査から認知機能障害を十分に説明できる脳血管障害が存在する証拠がある

※ 虚血性又は出血性の脳血管疾患により脳実質が損傷されることに起因する

血管性認知症の考え方の変化

〔知識31〕

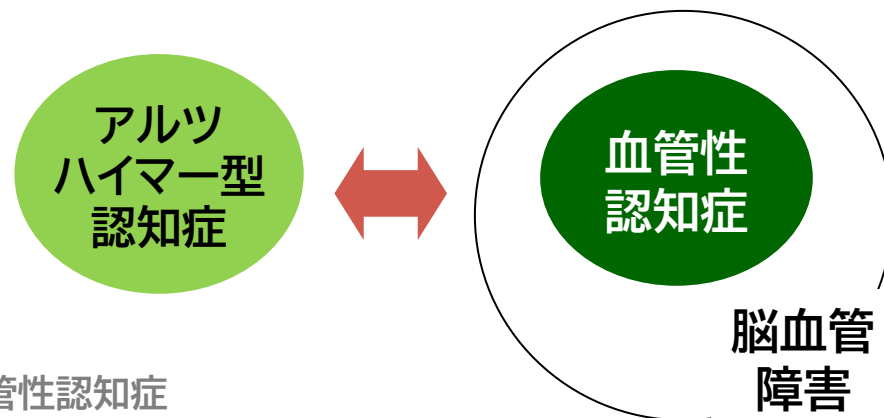
これまでの考え方

脳卒中の既往があれば 血管性認知症

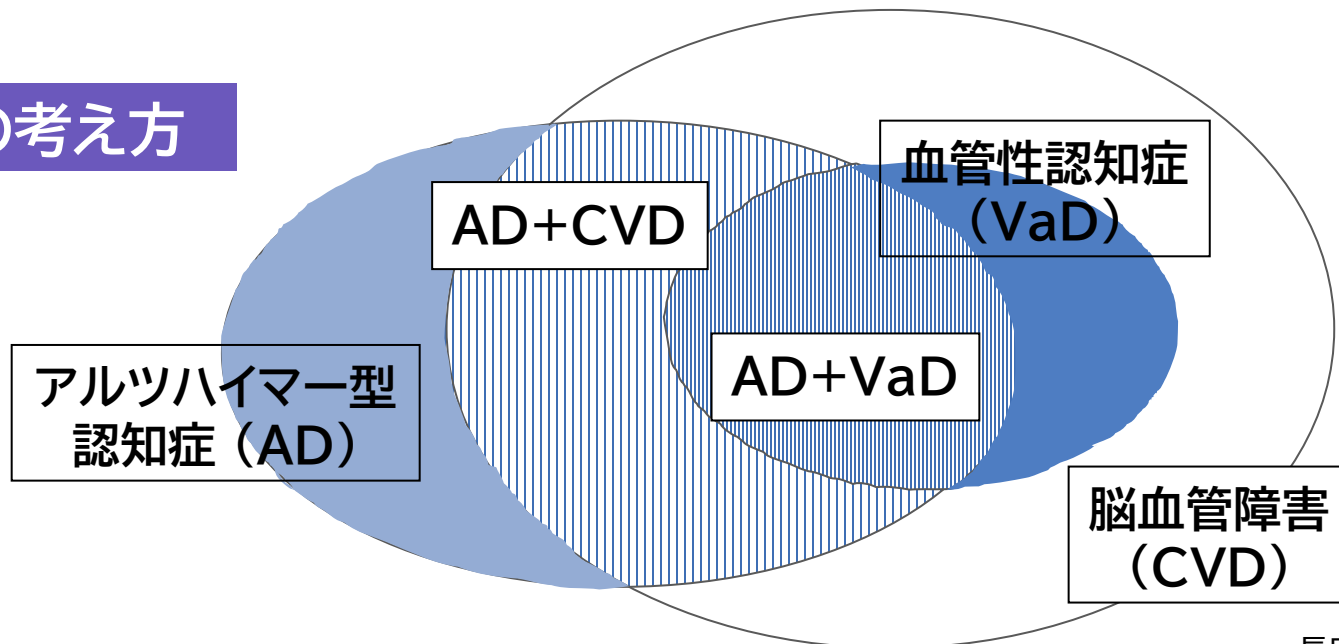
画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症

画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症

運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症



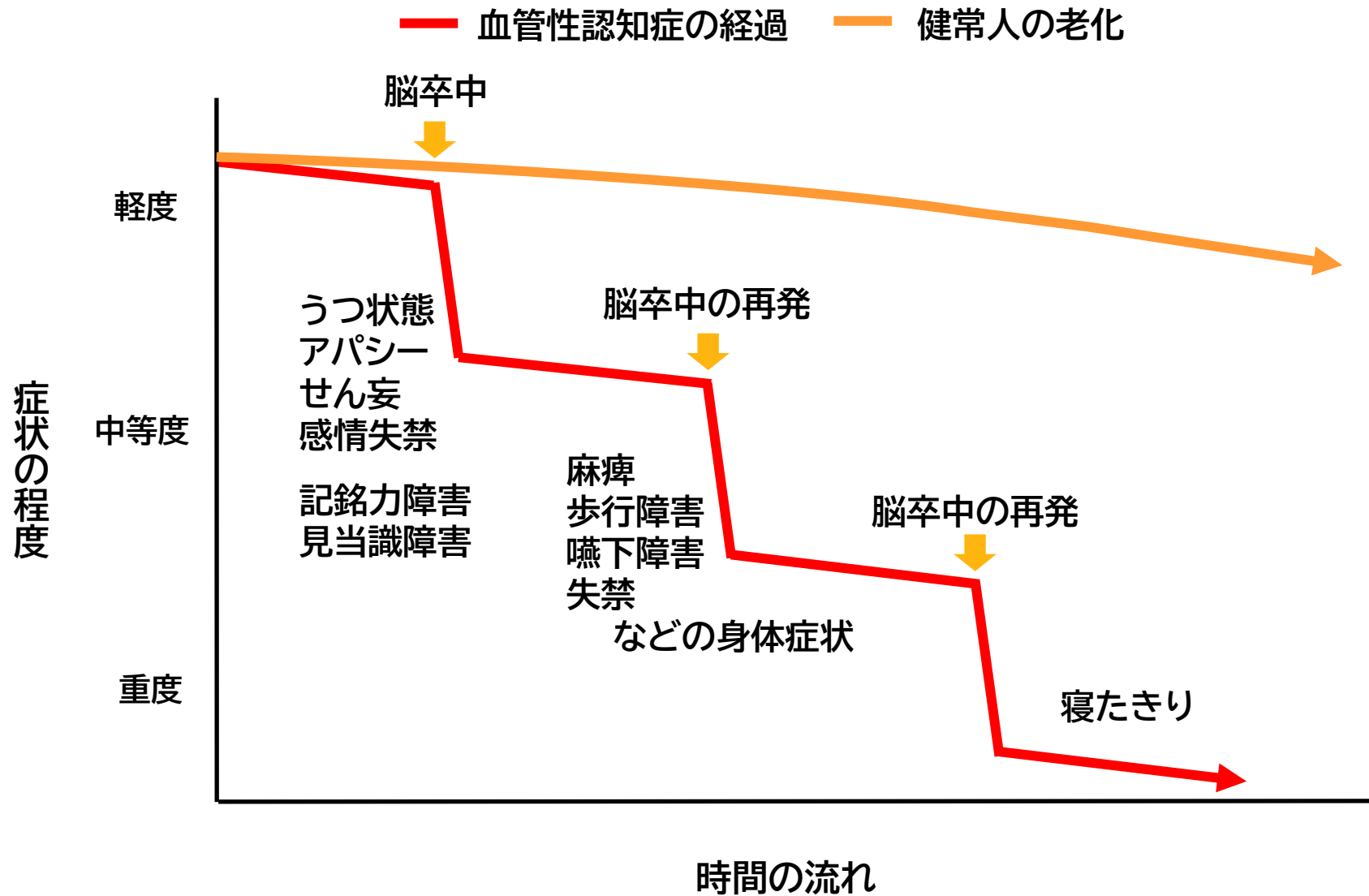
最近の考え方



長田の図を改変

血管性認知症の症状と経過

〔知識32〕



血管性認知症の初期に多い症状

〔知識33〕

- 記憶障害よりも**遂行機能障害**が目立つ
(記憶力はある程度保てているが、携帯電話が使えなくなった、料理が順序良くできなくなったなど)
- **動作の緩慢さ、意欲や自発性の低下、抑うつ、傾眠**などが脳血管障害のエピソード後に持続する

レビー小体型認知症の診断基準

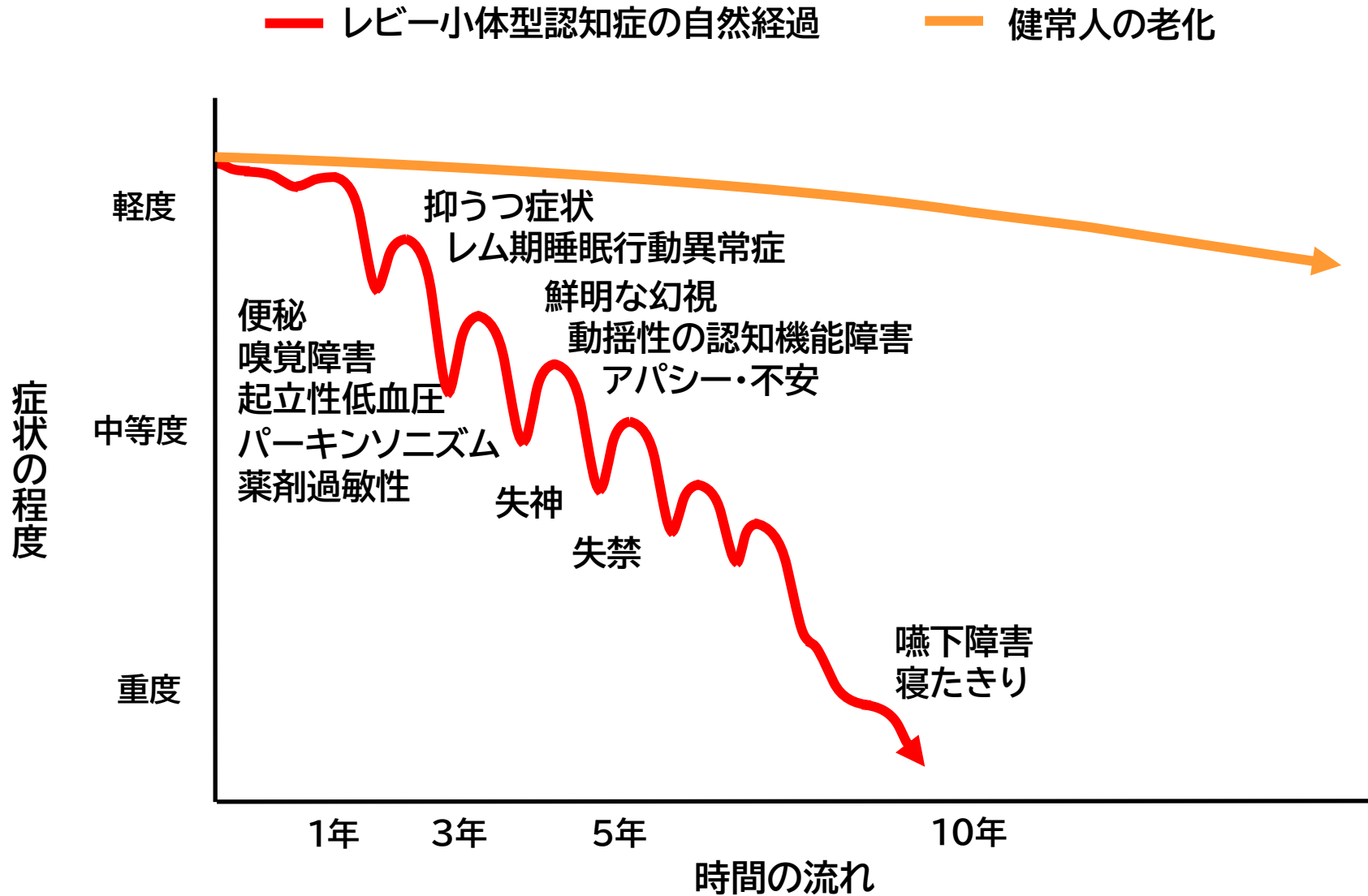
〔知識34〕

- ① 中心的特徴
(必須症状) 社会的あるいは職業的機能や通常の日常活動に支障を来す程度の進行性の認知機能低下を意味する認知症であることが必須である
- ② 中核的特徴 1) 認知機能(注意・集中)の変動 2) 繰り返し出現する具体的な幻視
3) レム期睡眠行動異常症(RBD) 4) 誘因のないパーキンソニズム
- ③ 指標的
バイオマーカー 1) 大脳基底核でのドパミントランスporter取り込み低下
2) MIBG心筋シンチグラフィでの取り込み低下
3) 睡眠ポリグラフ検査による筋活動低下を伴わないレム睡眠
- ④ Probable DLB
(ほぼ確実なDLB)
は右により診断 a) 4項目の中核的特徴のうち、2項目以上の存在
b) 中核的特徴が1項目かつ指標的バイオマーカーが1項目以上存在
Probable DLBは指標的バイオマーカーの存在のみで診断するべきではない
- ⑤ Possible DLB
(DLBの疑い)
は右により診断 a) 中核的特徴だけが1項目存在
b) 指標的バイオマーカーだけが1項目以上存在

認知症サポート医養成研修テキスト

レビー小体型認知症の自然経過

〔知識35〕



レビー小体型認知症の初期に多い症状

〔知識36〕

- 物の忘れに対する**自覚がある**
(動揺性があり注意障害を伴う点でもアルツハイマー病と異なる)
- 人物や小動物、虫など**幻視や錯視**
(鮮明で生々しい幻視にもかかわらず本人は困惑していない)
- **レム期睡眠行動異常症**
(大声の寝言、眠っているときの激しい体の動き)
- **動作緩慢や歩行障害に伴う易転倒性**
- **便秘や起立性低血圧などの自律神経症状**
- **嗅覚の障害、抑うつ、不安、妄想 など**

前頭側頭葉変性症の概念

〔知識37〕

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

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

新分類: 前頭側頭型認知症 (FTD)

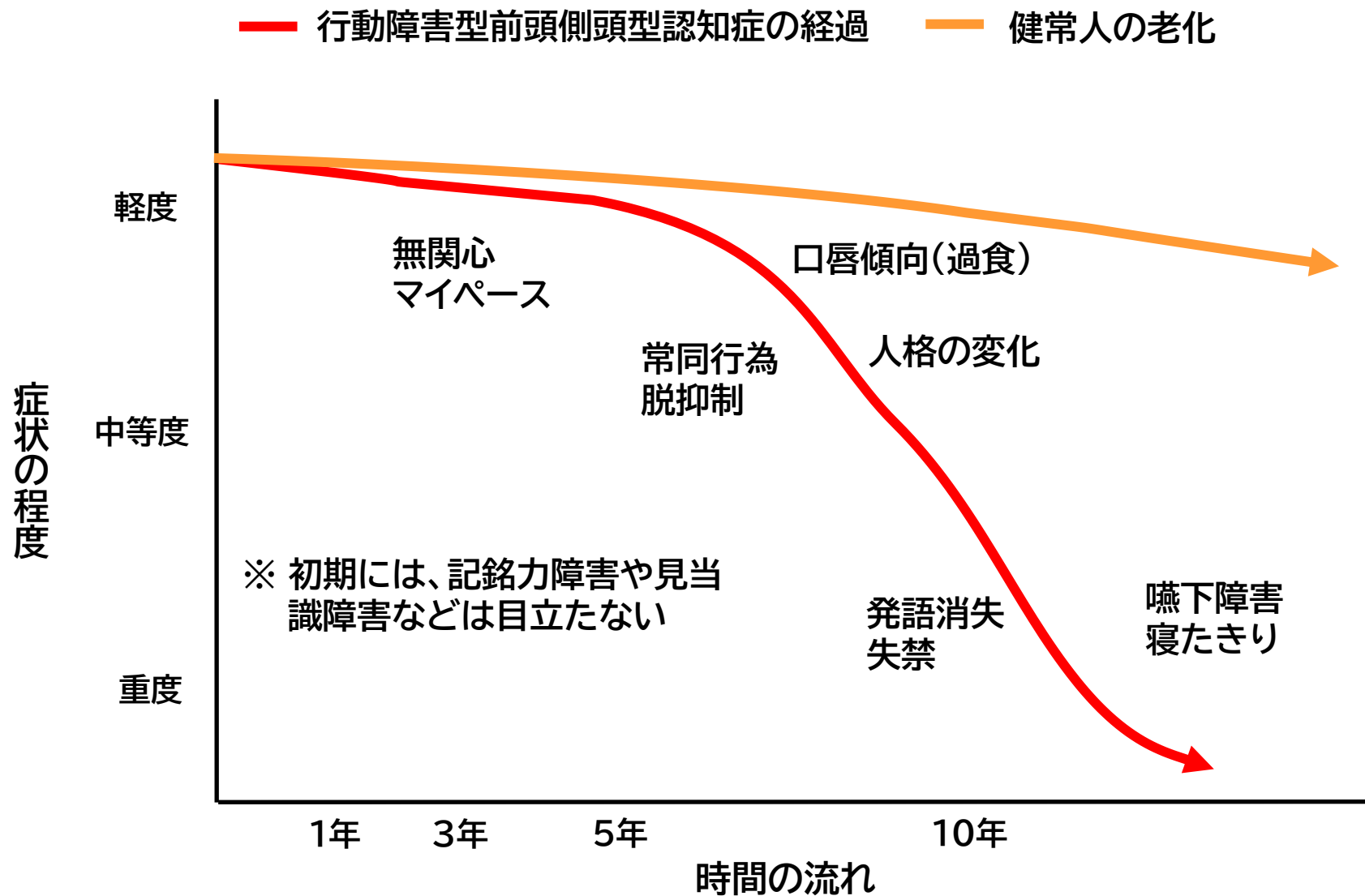
(2011)

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

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

行動障害型前頭側頭型認知症の自然経過

〔知識38〕



前頭側頭葉変性症の初期に多い症状

〔知識39〕

初期には記憶障害は目立たず、神経学的所見は特に認めない

分類	初期に多い症状
行動障害型 前頭側頭型認知症	・ 脱抑制的行動 ・ 常同行為 (時刻表的生活・反復行為) ・ 食行動異常 (過食・嗜好変化・口唇傾向) ・ 無関心・共感の欠如
意味性認知症	・ 言葉の意味が分からない(「利き手」「季節」など) ・ 物や人の名前が出てこない
進行性非流暢性 失語症	・ 発話自体がゆっくりで努力性になる

② 認知症の病態論

- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
- ② 認知機能障害とBPSD
- ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- ④ せん妄の特徴や症状
- ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ⑥ 若年性認知症の特徴
- ⑦ 認知症の重度化予防

認知症の症状

〔知識40〕

認知症では、多様な認知機能の障害と行動・心理症状を認める

認知機能障害

- ・ 記憶障害
- ・ 実行機能障害
- ・ 注意障害
- ・ 言語障害
- ・ 社会的認知及び判断の障害
- ・ 精神運動速度の障害
- ・ 視覚認知又は視空間認知の障害

行動・心理症状(BPSD)

【心理症状】

不安、抑うつ、アパシー
誤認、幻覚、妄想

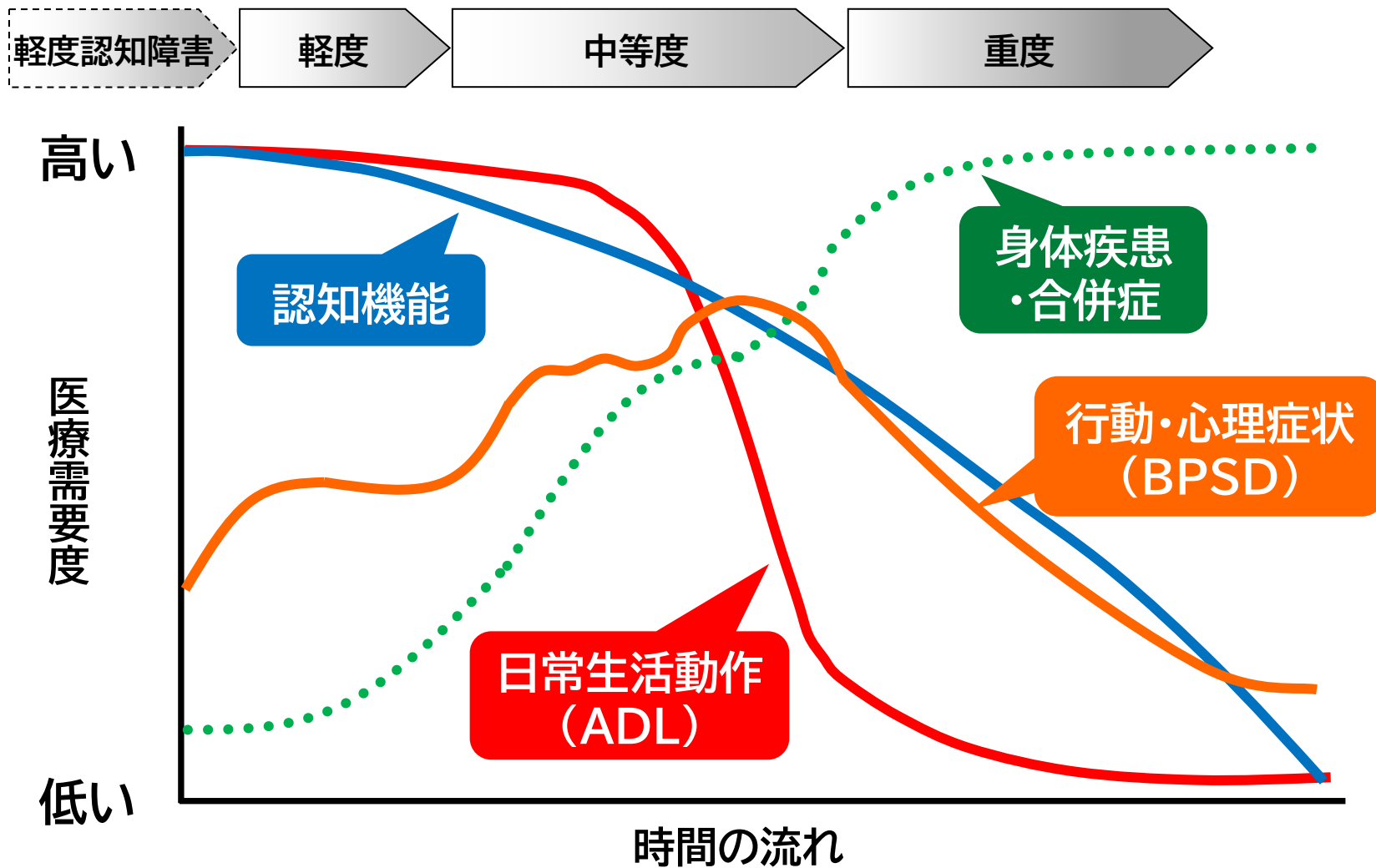
【行動症状】

焦燥、不穏、歩き回り(徘徊)
攻撃性、拒絶、拒食
異食、睡眠覚醒リズム障害
社会的に不適切な行動

変性疾患の場合の認知症の経過

〔知識41〕

認知症の進行とともに医療需要度は変化する



認知機能の障害

〔知識42〕

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

記憶	以前に言ったことを忘れて同じことを何度も言う、物を置いた場所を忘れて捜しまわる等
実行機能	自発的に、計画的に、効果的に、合目的に行為を遂行することが困難、個々の認知機能を使いこなすことが難しい等
注意	注意が持続できない、必要な刺激だけに注意を向けられない、複数の事柄に注意を振り分けられず、同時進行が困難等
言語	呼称の障害、流暢性の障害、理解の障害、復唱の障害等
社会的認知 及び判断	他者の思考や感情を類推できない、同情や共感の喪失等
精神運動速度	情報処理速度の低下、思考や作業に時間がかかる
視覚認知又は 視空間認知	知っている人の顔や物を見ても分らない、片側の視野が見えにくい、図形の模写が困難、道に迷う等

記憶障害

〔知識43〕

記憶障害

新しい経験を「記銘」し、その経験を一定期間「保持」し、その後に意識や行為の際に「想起」する記憶の3つの過程の障害

具体的な症状

- どこに物を置いたか忘れる
- 何度も同じことを聞く
- 自分が生活してきたことや体験したこと忘れる
- ものや言葉の意味を忘れる
- 長年体で覚えていたことが出来なくなる

※ 初期に記憶障害が目立たない認知症もある

実行機能障害(遂行機能障害)

〔知識44〕

実行機能障害

複雑な課題の遂行に際し、課題ルールの維持やスイッチング、情報の更新などを行うことで、思考や行動を制御する能力の障害

具体的な症状

- 計画的に段取り良く物事を進められなくなる
- 「失敗している」と分かっているにもかかわらず、修正の仕方が分からない
- 買い物や料理が苦手になる

※ 実行機能は遂行機能と同義として扱われている

視空間認知障害

〔知識45〕

視空間認知障害

目から入った感覚情報を処理して空間の全体的なイメージや方向や距離、物と物（あるいは自身と物）の位置関係などをつかむ能力の障害

具体的な症状

- 道に迷う（目印が目印にならなくなる）
- 物にぶつかる（物の位置関係がわからない）
- 自分の体の各部位がどうなっているのか
わからない
- 道具の操作や着衣が出来ない

※ 特に形態や模様の認識の影響が大きい

見当識障害

〔知識46〕

見当識障害

自分が置かれている状況、たとえば年月日、時間、季節、場所、人物などの状況を正しく認識する能力の障害

具体的な症状

- 日付や曜日、時間や季節などを間違える
- 通い慣れた場所に行けなくなる
- 自分がいる場所がわからなくなる
- 家族や親戚、友人などを認識できなくなる

※ 時間・場所・人の順で症状が進行することが多い

注意障害

〔知識47〕

注意障害

必要な刺激や情報に注意する、一定時間注意を持続させる、本来注意を向けなくてはいけないものへ切り替える、様々な方向に注意を向けるなどが困難となる

具体的な症状

- 落ちついて物事(食事やリハビリテーションなど)に取り組むことができない
- 多くの中から適切なものを探し出せない
- 物音に気を取られて行っていたことを継続することができない

※ 他の認知機能障害に影響を与えるが気づかれないことも多い

社会的認知及び判断の障害

〔知識48〕

社会的認知の障害

他者の表情、言動、行動などから相手の感情や意思を推測・共感する能力や周囲の状況に合わせて自己の感情を適切に抑制する能力、自分を振り返り反省する自己の認識の能力の障害

具体的な症状

- 周囲の人たちへの気遣いが困難となる
- 我慢することが出来なくなる
- 自分自身の病状を把握できなくなる
- 周りに迷惑をかけていてもそれを認められない
- 自分は何でもうまくやっていると思い込む

失語症

〔知識49〕

失語症

大脳の損傷に由来し、いったん獲得された言語の操作能力の低下ないし消失を失語という

錯語、理解障害、呼称・語想起の障害を伴うことが特徴

具体的な症状

- 会話を組み立てるのが難しくなる
- 他人の話す内容を理解できない
- 自分の考えていることをうまく言えない
- 物の名前や言葉が思い出せない
- 言葉の意味が分からなくなる

※ 運動障害性構音障害(発語発音器官の運動障害)との鑑別が重要である

精神運動速度の遅延

〔知識50〕

精神運動速度の遅延

あきらかな運動障害を認めないにも関わらず、運動の速度の低下や情報処理速度の低下を認め、作業や思考に時間がかかる

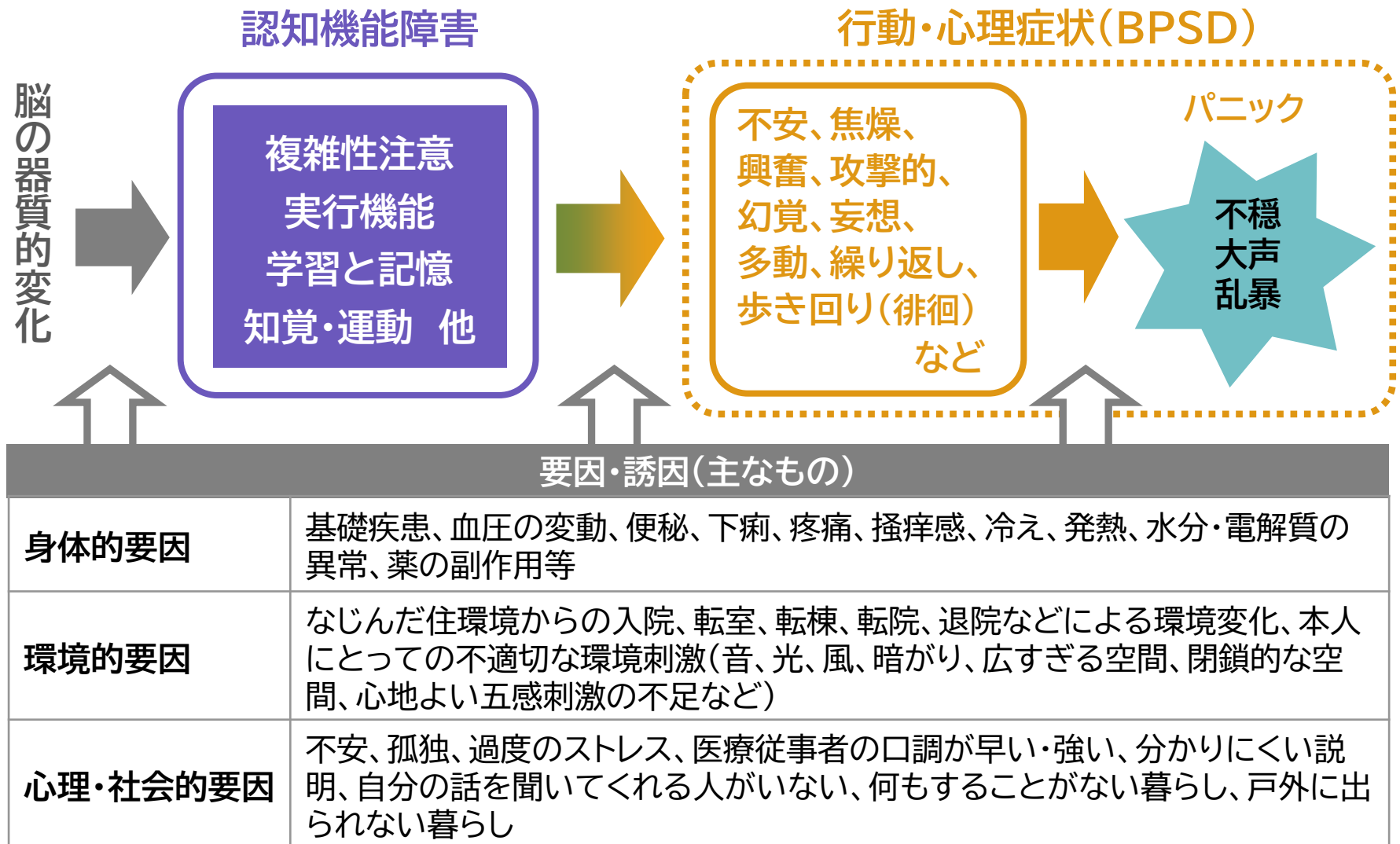
具体的な症状

- 体の動きが鈍くなる
- 話す速度が遅くなる
- 質問の返事がなかなか返ってこない
(十分に時間をかければ返答得られることも多い)

※ 日常生活に支障がでる程になると病的な遅延とみなされる

認知症の症状と要因・誘因

〔知識51〕



認知症のBPSDと具体的な症状の例

〔知識52〕

妄想

事実ではないことを信じ込んでいる

不安

落ち着かない、息苦しさやため息、リラックスできない等の神経質さを示す

幻覚

実際にはないものが聞こえたり見えたりする

多幸

過度に機嫌がよかったり、幸せそうであることがある

興奮

介助を拒否したり、扱いにくいときがある

無関心

自身の日常生活や、他人の活動等に関心がなくなっているように見受けられる

うつ

悲しそうであったり、落ち込んでいるように見えたり、そのように言ったりする

脱抑制

見ず知らずの人に知人のように話しかけたり、他人の感情を傷つけることを言ったりする

易怒性

気難しく怒りっぽい、計画に遅れたり待たされたりすることが、がまんできない

異常行動

家の周囲を歩いたり、ボタンやひもを弄んだり、同じ行為を繰り返すことがある

各認知症の頻度の高いBPSD

〔知識53〕

分類	BPSD
アルツハイマー型 認知症	・ 初期は、不安、抑うつ、易怒性、焦燥など ・ 中期では、妄想や幻覚、歩き回り(徘徊)、多動など ・ 重度では、人格の変化、無言・無動、異食など
血管性認知症	アパシー(自発性低下、意欲低下、無関心)、うつ、感情失禁、強制泣き・笑い、せん妄
レビー小体型認知症	幻視、うつ、妄想、錯視、誤認
前頭側頭葉変性症	脱抑制行動、無関心・無気力、共感や感情移入の欠如、固執・常同性、口唇傾向と食習慣の変化

② 認知症の病態論

- ① 認知症の定義と診断基準
- ② 認知症の病態論
 - ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
 - ② 認知機能障害とBPSD
 - ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
 - ④ せん妄の特徴や症状
 - ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
 - ⑥ 若年性認知症の特徴
 - ⑦ 認知症の重度化予防
- ③ 認知症の予防と治療

認知症で評価すべきこと

〔知識54〕

項目	尺度
認知機能 (スクリーニング)	Mini Mental State Examination (MMSE) 改訂 長谷川式簡易知能評価スケール MoCA-J
重症度	Clinical Dementia Rating (CDR) Functional Assessment Staging (FAST) DASC-21
生活機能	手段的ADL : Lawton index 基本的ADL : Barthel index
BPSD	Neuropsychiatric Inventory (NPI) 認知症行動傷害尺度(Dementia Behavior Disturbance Scale:DBD)
介護負担	J-ZBI (Zarit介護負担尺度日本語版)
身体疾患	糖尿病、高血圧、肥満とやせ、聴力・視力など
ライフスタイル	転倒歴、歩行能力(歩行速度、握力、体組成)、睡眠、 栄養評価
社会・経済的環境	生活様式、独居・婚姻、社会活動など

認知症診断の流れ

〔知識55〕

認知症の疑い・認知機能障害の疑い

除外

認知症と鑑別
すべき状態や
疾患

- ◎ 加齢による健忘
- ◎ 軽度認知障害
- ◎ せん妄などの意識障害
- ◎ うつ病
- ◎ 薬剤による影響
- ◎ アルコールによる影響
- ◎ 他の精神障害

除外

治療により
改善が見込ま
れる認知症

- ◎ 内分泌・代謝疾患
- ◎ 炎症性疾患
- ◎ 正常圧水頭症
- ◎ 脳腫瘍
- ◎ 慢性硬膜下血腫
- ◎ てんかん

認知症

認知症と鑑別すべき状態や疾患

〔知識56〕

認知症と鑑別すべき状態や疾患では、診断や対応が難しい場合には専門医への紹介を考慮する

- ① 年齢相応の健忘
- ② 軽度認知障害
- ③ せん妄などの意識障害
- ④ うつ病
- ⑤ 薬剤による影響
- ⑥ アルコールによる影響
- ⑦ 他の精神障害(妄想性障害、知的障害)

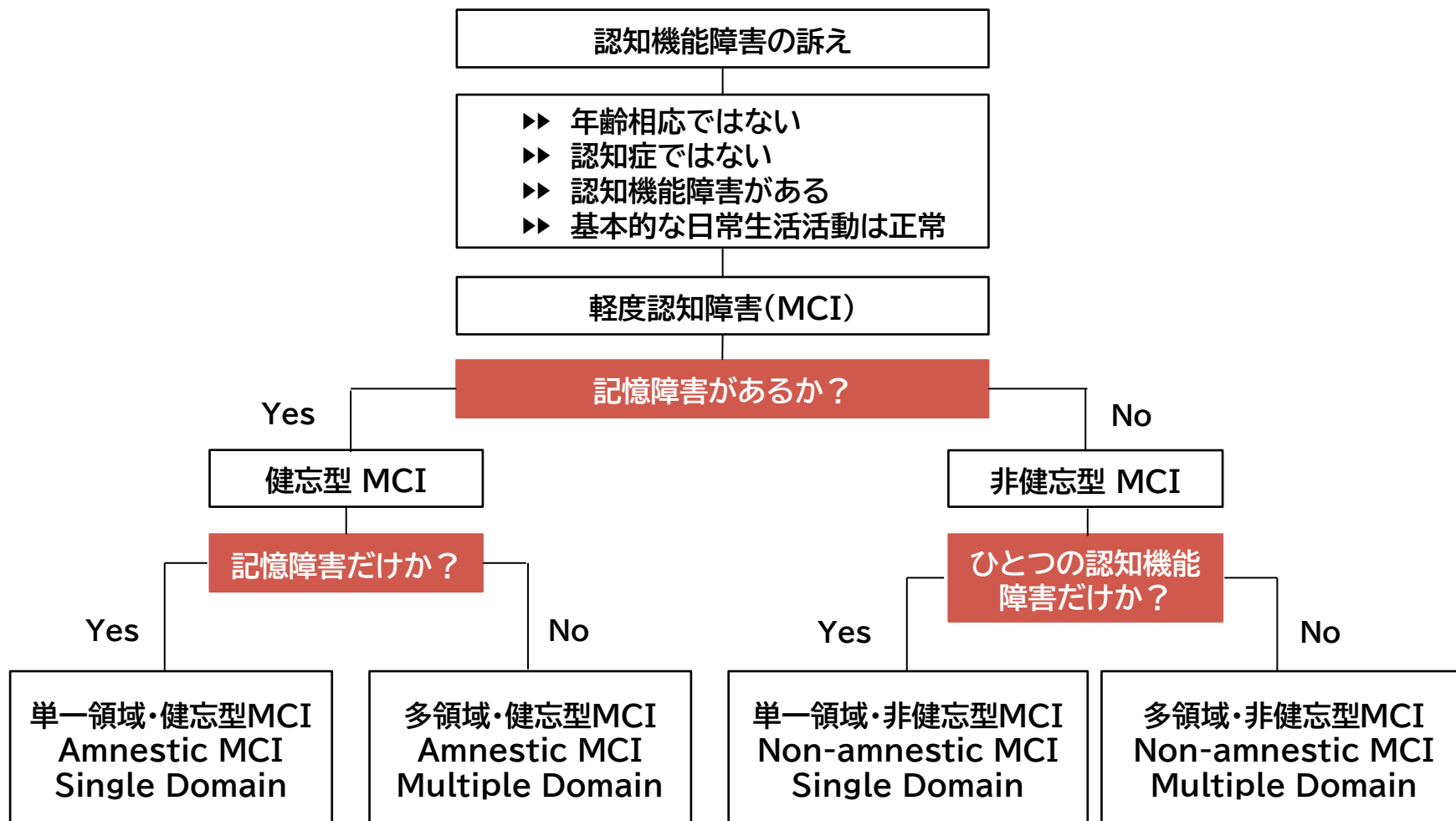
年齢相応のもの忘れとMCI、認知症の違い

〔知識57〕

	年齢相応の健忘 (生理的健忘)	MCI (軽度認知障害)	認知症 (アルツハイマー型認知症)
原因・病態	脳の生理的な老化	脳の神経細胞の脱落・変性 脳血管障害、うつ、 薬剤の影響等	脳の神経細胞の脱落・変性 脳血管障害
もの忘れ の特徴	体験したこと の一部 (ヒントがあれば思い出す)	認知症に近いもの忘れから 生理的もの忘れに近いもの もあり多様	体験したこと の全部 (ヒントがあっても思い出せない)
症状の進行	あまり進行しない	認知症に進行する場合、 変動しながら現状維持される 場合、改善する場合と多様	徐々に進行する
日常生活 への支障 と自立	日常生活に支障 なく自立は可能	大きな支障はなく ある程度自立	日常生活に支障あり 自立は困難
もの忘れ への自覚	自覚あり	自覚がある場合が多い	自覚が薄れる
判断力	低下しない	保たれることが多い	低下する

改訂されたMCI診断基準による診断の分類と手順

〔知識58〕



MCIと認知症におけるADL

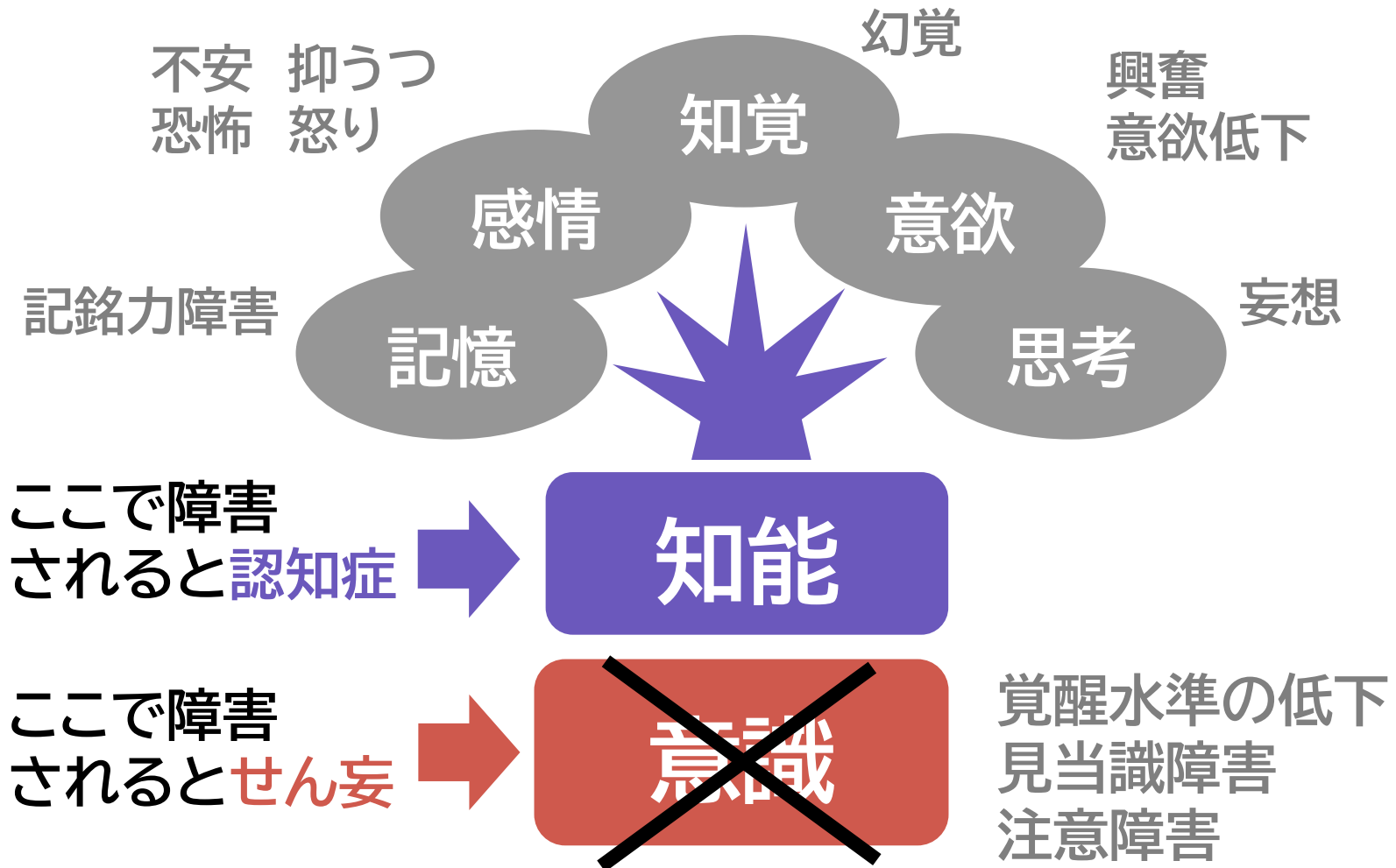
〔知識59〕

		日常生活活動(ADL)	
		手段的ADL 電話、買い物、交通機関の利用、 食事の準備、服薬管理、金銭管理	基本的ADL 食事の摂取、排せつ、身だしなみ、 着替え、家のなかの移動、入浴
MCI		自立しているが、以前より非効率的でミスが多く、努力や工夫が必要となるかもしれない	自立
認知症	軽度	障害が出現し、支援が必要	自立
	中等度	障害が顕著で支援が必要	障害が出現し、時に介護が必要
	高度	不能	障害が顕著で常時の介護が必要

せん妄

〔知識60〕

『急性の脳機能障害で、種々の身体疾患・薬剤などによる急性の脳の機能不全による意識障害』



うつと認知症に伴うアパシー

〔知識61〕

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い



うつ病を疑うコツ

〔知識62〕

以下の特徴を認めた際にはうつ病を疑うべきである

- 多彩な訴えがある
- うつ病に多い身体症状を訴える
- とらえどころのない曖昧な症状が持続する
- 身体的治療後も症状の改善が認められない
- 身体所見や検査結果に比べて症状が強い
- 検査所見に異常なく長く持続する症状がある

薬剤による認知機能の低下

〔知識63〕

特徴

- 認知機能低下に、服用している薬剤が影響している可能性があり、肝・腎機能障害、多剤併用の高齢者、認知症や神経変性疾患などで出現しやすい

症状

- 潜在性もしくは亜急性に発症する
- 服用により経時的に認知機能障害が変化する
- 注意力の低下が目立つ（せん妄に類似した症状）
- 薬剤の中止により認知機能障害は改善する

認知機能の低下を来しやすい薬剤

向精神薬

抗精神病薬、睡眠薬、抗不安薬、抗うつ薬 など

向精神薬以外の薬剤

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

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

〔知識64〕

特徴

- アルコール依存症など長期の多量飲酒が、中枢神経の機能や構造に変化をもたらし、精神症状や神経症状を呈する

症状

ウェルニッケ脳症

- ビタミンB1欠乏により、意識障害・眼球運動障害・失調性歩行障害などが、急速（1日～数日）に出現する

※ ビタミン剤投与により可逆的であるが、見過ごされるとコルサコフ症候群に移行

コルサコフ症候群

- 健忘（前向性・逆行性）・失見当識・作話を認め、回復は困難

アルコール性認知症（アルコール関連認知症）

- 長期の多量飲酒が、間接的な血管リスクや脳の萎縮などリスクとなり認知症症状を呈する

※ アルコール以外に認知症の原因がない場合、アルコール性認知症とされる

治療により改善が見込める認知症

〔知識65〕

治療により症状の改善が見込めるため、適切な診断や対応、脳神経外科や脳神経内科、精神科等への紹介が必要となる

- ① 内分泌・代謝疾患
- ② 炎症性疾患（感染性、自己免疫性脳炎・脳症）
- ③ 正常圧水頭症（特発性・二次性）
- ④ 脳腫瘍
- ⑤ 慢性硬膜下血種
- ⑥ てんかん

認知症診療で注意すべき身体疾患

〔知識66〕

身体合併症や高齢者特有の疾患の発症や悪化に留意する

内科・外科疾患	・ 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質代謝異常症 ・ 胃潰瘍 ・ 排尿障害 ・ 誤嚥性肺炎 ・ 肺塞栓症 ・ 洞不全症候群 ・ 便秘
脳神経外科 神経内科疾患	・ 慢性硬膜下血腫 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 正常圧水頭症
整形外科疾患	・ 大腿骨頸部骨折 ・ 骨粗鬆症
皮膚科疾患	・ 褥瘡 ・ 蜂窩織炎 ・ 带状疱疹
眼科・耳鼻科疾患	・ 難聴 ・ 耳垢栓塞 ・ 緑内障 ・ 白内障
歯科疾患	・ う蝕 ・ 歯周病 ・ 口内炎 ・ 義歯不適合

② 認知症の病態論

- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
- ② 認知機能障害とBPSD
- ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- ④ **せん妄の特徴や症状**
- ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ⑥ 若年性認知症の特徴
- ⑦ 認知症の重度化予防

せん妄の分類と鑑別すべき疾患・病態

〔知識67〕

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要

過活動型せん妄

- ・ 運動活動性の増加
- ・ 活動性の抑制喪失
- ・ 不穏
- ・ 歩き回り など

↑↓
認知症との鑑別

活動水準混合型

両者が認められた場合

低活動型せん妄

- ・ 活動量の低下
- ・ 行動速度の低下
- ・ 状況認識の低下
- ・ 会話量・速度の低下
- ・ 無気力
- ・ 覚醒の低下 など

↑↓
うつ病との鑑別

せん妄の種類

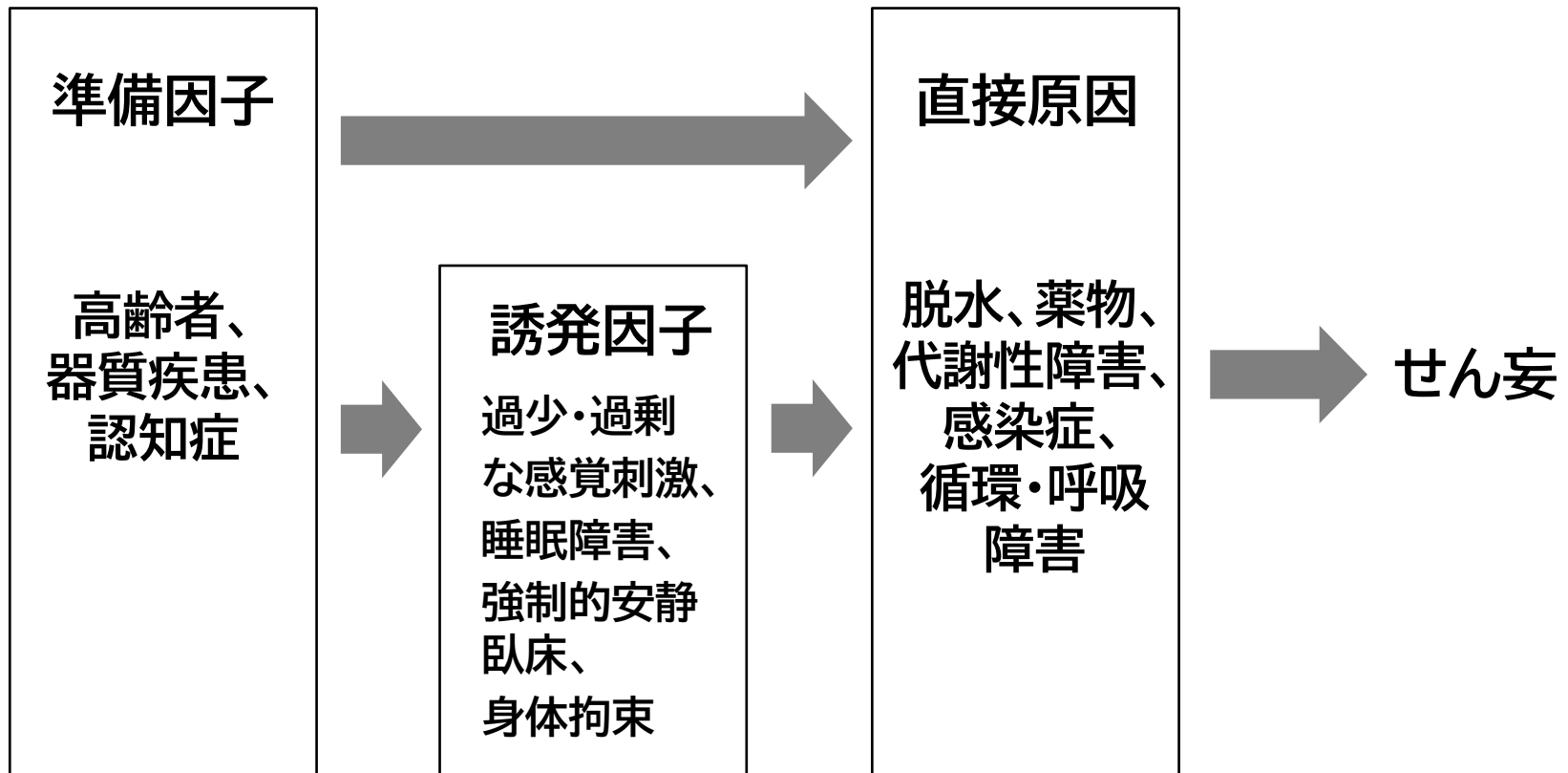
〔知識68〕

種 類	症 状
夜間せん妄	脳血管障害や認知症などで、昼間は症状がなく夕方から夜にかけて出現する
術後せん妄	手術後に急にしゃべりだしたり、動き回ってベッドから降りようとしたり点滴を抜いたりする
アルコールせん妄	アルコール依存症の人が病気などで急に断酒した2-3日後に激しい興奮状態になる
薬剤性せん妄	服薬により精神状態が不安定になる

せん妄の発症

〔知識69〕

準備因子に誘発因子や直接的な原因など
複数の要因が重なり発症



せん妄の原因

〔知識70〕

準備因子 せん妄を起こしやすくする因子	● 高齢 ● 認知機能障害 ● 脳梗塞など頭部疾患の既往 ● せん妄の既往 ● アルコール多飲 など
誘発因子 せん妄の直接の原因にはならないが、誘発、重篤化に関わる因子	● 環境変化（入院、転室、明るさ、騒音など） ● 睡眠障害（不眠、睡眠覚醒リズム障害など） ● 身体的要因（脱水、疼痛、ドレーンなどの留置、身体的拘束など） ● 精神的要因（抑うつ、不安など）
直接因子(原因) せん妄発症に直接関わる因子	● 全身性疾患（感染症、血糖異常、電解質異常、代謝性疾患、内分泌疾患、循環器疾患、呼吸器疾患、血液疾患、外傷、熱傷、悪性腫瘍など） ● 中枢神経疾患（脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍など） ● 薬物摂取 ● 依存性薬物からの離脱

せん妄の臨床的特徴

〔知識71〕

せん妄とアルツハイマー型認知症の鑑別の要点

	せん妄	アルツハイマー型認知症
発症様式	急激(数時間～数日)	潜在性(数か月～数年)
経過の特徴	動揺性、短時間	慢性進行、長時間
初期症状	注意集中困難、意識障害	記憶障害
注意力	障害される	通常正常である
覚醒水準	動揺する	正常
誘因	多い	少ない
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

せん妄の主な評価尺度

〔知識72〕

種類	(概要)
CAM Confusion Assessment Method	せん妄に特徴的な症状から、「急性発症の変化の経過」や「意識レベルの変化」等の4つを用いて評価するツール
DST Delirium Screening Tool	DSM-IVのせん妄診断基準に基づいて構成される評価ツール
NEECHAM NEECHAM Confusion Scale	看護師の日常業務・ケアにおいて観察可能な項目・事柄によって構成される評価スケール
CDT Clock Drawing Test	時計(アナログ)の絵と指定した時刻を描くことによって行う評価法(視空間認知機能等の評価)
MMSE Mini Mental State Examination	認知機能障害の簡易的スクリーニングとして用いられる評価ツール

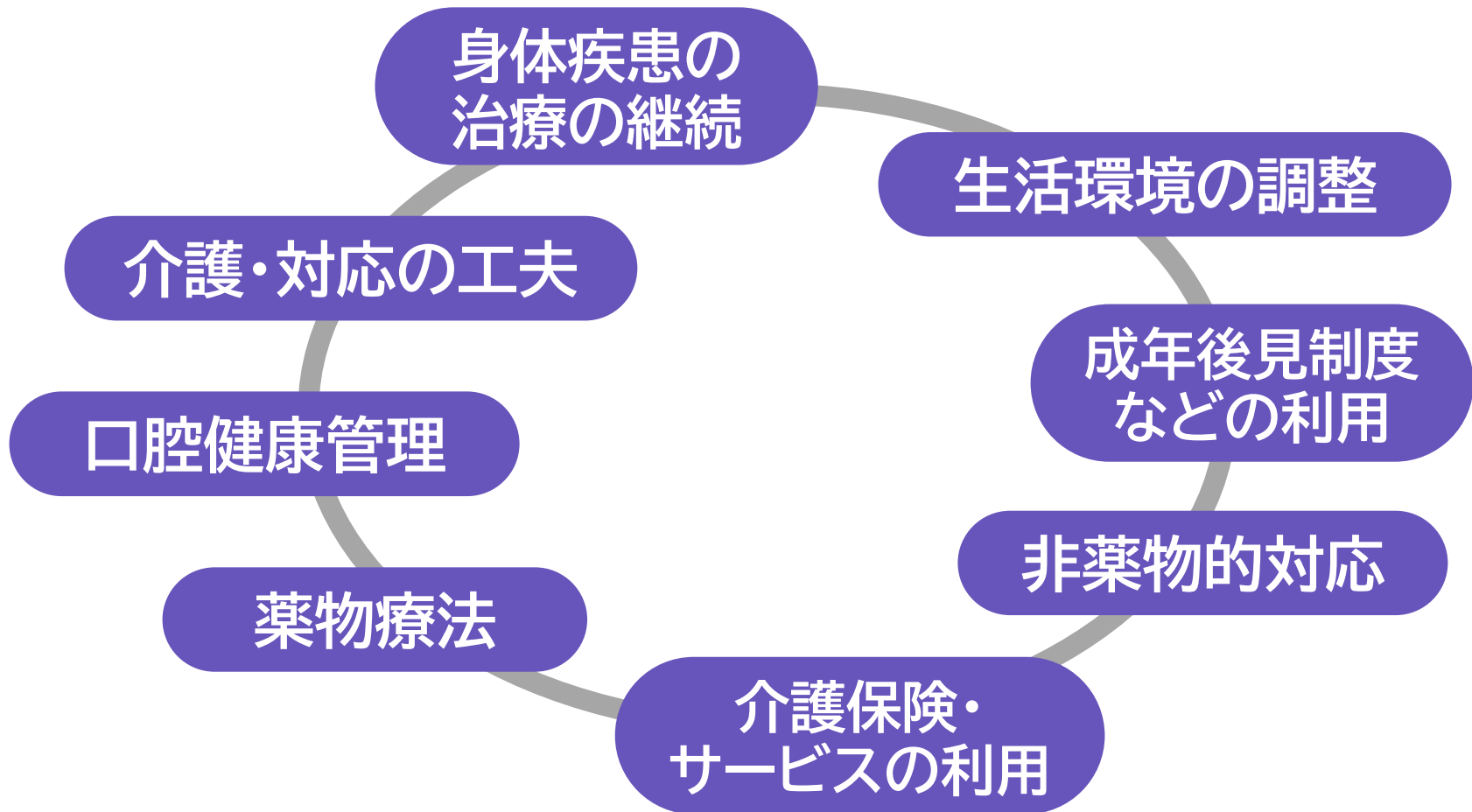
② 認知症の病態論

- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
- ② 認知機能障害とBPSD
- ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- ④ せん妄の特徴や症状
- ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ⑥ 若年性認知症の特徴
- ⑦ 認知症の重度化予防

認知症のマネジメント(トータルケア)

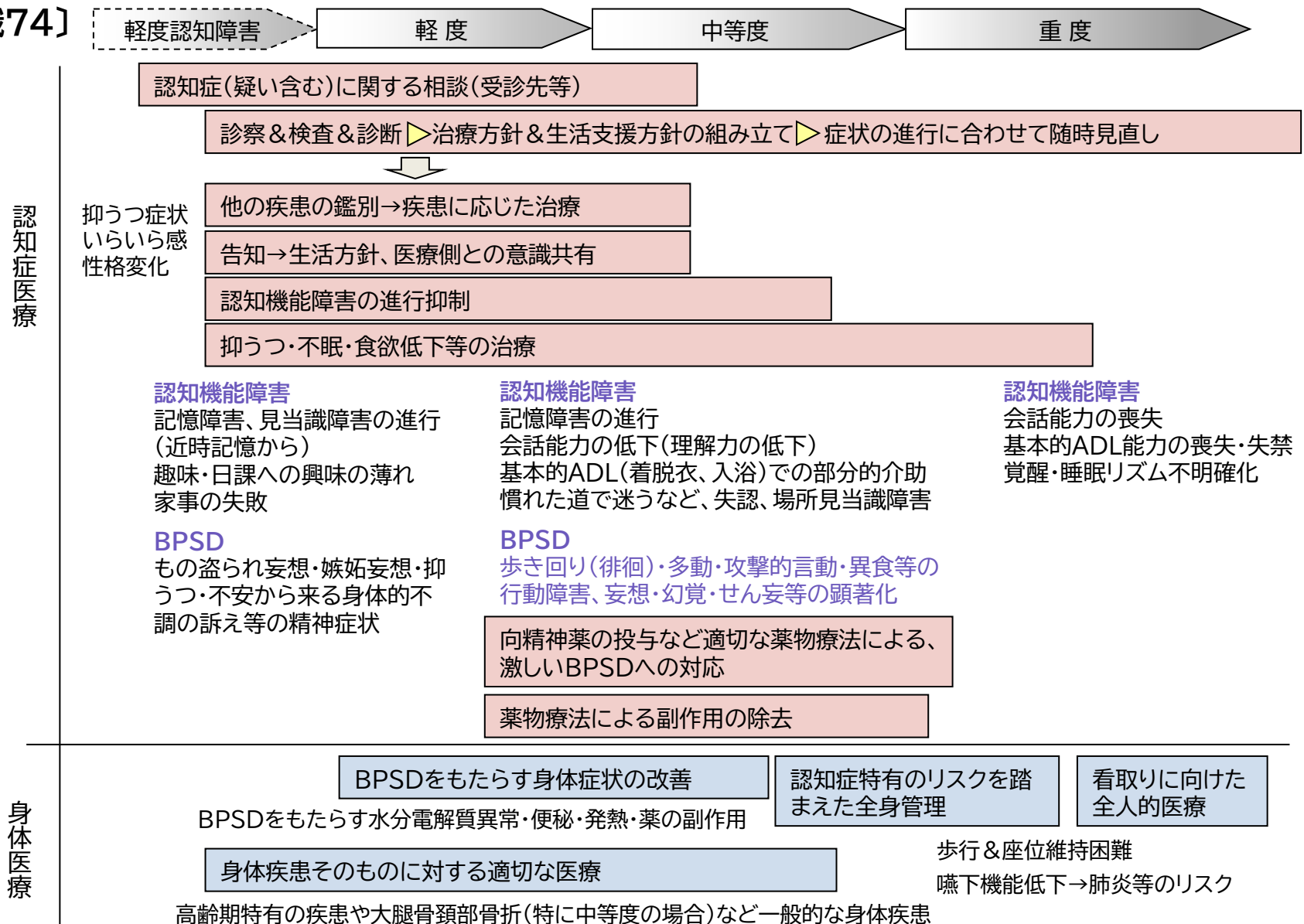
〔知識73〕

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



変性疾患の場合の認知症の経過と医療

〔知識74〕



認知症の非薬物的対応

〔知識75〕

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

など

非薬物療法(主なもの)

〔知識76〕

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

認知症治療薬の特徴

〔知識77〕

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン	メマンチン
作用機序	コリンエステラーゼ阻害			グルタミン酸受容体の拮抗薬
用量/日	3-10mg	8-24mg	4.5-18mg	20mg 5mgから毎週漸増
用法/日	1回	2回	1回	1回
半減期	70－80時間	5－7時間	2－3時間	55－70時間
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度	中等度～重度
剤形の種類	錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー、貼付剤 等	錠剤、OD錠、内用液	貼付剤	錠剤、OD錠、ドライシロップ
その他	DLBが適応 (2014)			コリンエステラーゼ阻害薬と併用可

認知症治療薬の主な副作用

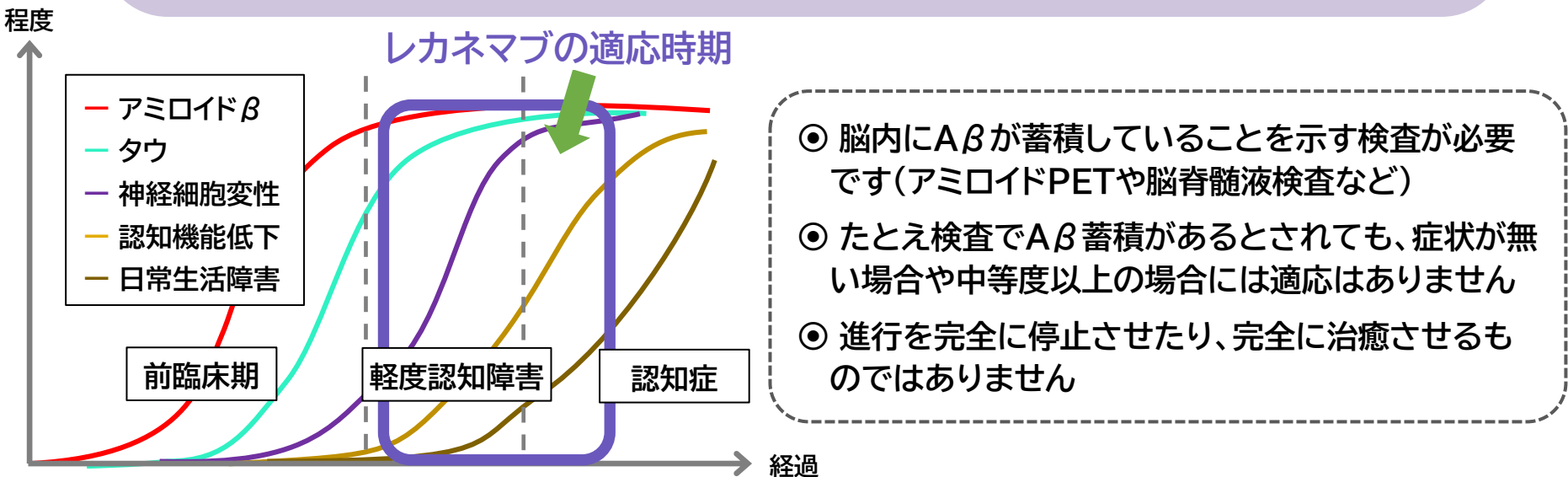
〔知識78〕

コリンエステラーゼ阻害薬 (ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン)	メマンチン
◎ 食欲不振、嘔気 ◎ 嘔吐、下痢、便秘、頻尿、腹痛 ◎ 興奮、不穏、不眠、眠気 ◎ 歩き回り(徘徊)、振戦、頭痛 ◎ 唾液分泌過多、顔面紅潮、皮疹	◎ 浮動性めまい ◎ 便秘 ◎ 体重減少 ◎ 頭痛 ◎ 傾眠

アルツハイマー病 抗アミロイドβ抗体薬 レカネマブ

〔知識79〕

アルツハイマー病による「軽度認知障害」及び「軽度の認知症」(＝早期AD)においてアミロイドβ(Aβ)の毒性を減少させ、進行抑制効果をもたらすとされている



◎ 2週間ごとに約1時間かけて点滴静注で投与されます

◎ アミロイド関連画像異常(ARIA)という副作用があらわれることもあり、安全性の確認のため、MRIを定期的に撮像する必要があります

注意点

◎ PET検査、髄液検査、MRI検査などの必要な検査や安全管理が実施可能な施設や、当該医療施設と連携可能な施設で投与を行います

◎ ADについて十分な知識と経験があり、本剤についても十分に理解があり、管理や説明できる医師の下で投与を行うこととされています

BPSDへの対応

〔知識80〕

前提

認知症の人の体験や不都合さを、本人の視点から学ぶ
多職種連携し、本人の苦痛緩和に向けて対応する

1. 症状のアセスメント

- 病型及び生活歴・習慣・嗜好等との関連、要因の検討
- これまでの経過、症状の現われ方・引き金/鎮まり方、頻度
- 本人の苦痛症状、苦痛の程度
- 対応する人の困難感や負担感

2. アセスメントに基づく 非薬物療法的対応、環境調整 など

3. 改善が認められない場合に 2.と併せ、薬物療法

睡眠障害への対応

〔知識81〕

● 正確な症状の把握と鑑別診断

- ・ 睡眠時無呼吸症候群
- ・ 睡眠時周期性四肢運動障害
- ・ 概日リズム睡眠－覚醒障害
- ・ レストレスレッグス症候群
- ・ レム期睡眠行動異常症
- ・ 精神疾患による不眠 など

● 非薬物的対応を優先

- ・ 心理的ストレスの低減
- ・ 身体症状への対処
- ・ 日中の過ごし方の工夫
- ・ 睡眠環境の改善 など

● 投薬前にリスクとベネフィットを考慮

● 投薬後は副作用を定期的にチェック

- ・ 鎮静 ・ 昼間の眠気 ・ 転倒 ・ 健忘 ・ せん妄 など

● 改善後は適宜減薬や中止を検討

② 認知症の病態論

- ① 認知症の定義と診断基準
- ② 認知症の病態論
 - ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
 - ② 認知機能障害とBPSD
 - ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
 - ④ せん妄の特徴や症状
 - ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
 - ⑥ 若年性認知症の特徴
 - ⑦ 認知症の重度化予防
- ③ 認知症の予防と治療

若年性認知症

〔知識82〕

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

○ 全国における若年性認知症者数は、3.57万人と推計

○ 18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、50.9人

日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システムの開発(令和2年3月)

若年性認知症の症状の特徴

〔知識83〕

若年性認知症の注意すべき症状の特徴

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



確定診断時には、既に症状が進行していることが少なくない

② 認知症の病態論

- ① 認知症の原因疾患の特徴・病態
- ② 認知機能障害とBPSD
- ③ 認知症と鑑別すべき他の疾患
- ④ せん妄の特徴や症状
- ⑤ 認知症の薬物療法と非薬物的対応
- ⑥ 若年性認知症の特徴
- ⑦ 認知症の重度化予防

認知症の予防の考え方

〔知識84〕

一次予防（認知症の発症遅延や発症リスク低減）

- 運動不足の改善
- 生活習慣病の予防
- 社会的孤立の解消
- 役割の保持
- 介護予防事業や健康増進事業の活用

二次予防（早期発見・早期対応）

- かかりつけ医、歯科医、薬剤師、保健師、管理栄養士等による健康相談
- 本人や介護者、医療従事者による気づきからの適切な診断と治療の導入
- 認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターなどによる介入

三次予防（認知症の進行の予防と進行遅延）

- 適切な治療やリハビリテーションの継続による進行予防
- 生活機能の維持
- 行動・心理症状の予防と緩和
- 身体合併症への適切な対応
- 本人視点のケアと不安の除去
- 安心・安全な生活の確保

認知症に関する知識

①意義と役割

②認知症の病態論

③施策・社会資源等

本人の視点を重視したアプローチ

〔知識85〕

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “わからない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 治療方針や診療費用等の相談は必要に応じて家族も交える
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えた治療方針
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 生活歴を知り、生活の継続性を保つ治療方針とする
- ⑦ 最期の時までの継続性を視野においた治療計画

認知症の人の視点を施策の中心へ

- 本人にとってのよりよい暮らしガイド
- 認知症とともに生きる希望宣言
- 本人の視点を重視した施策の展開

本人にとってのよりよい暮らしガイド

〔知識86〕

一足先に認知症になった私たちからあなたへ

診断直後に本人が手にし、次の一步を踏み出すことを後押しする
ような本人にとって役に立つガイド



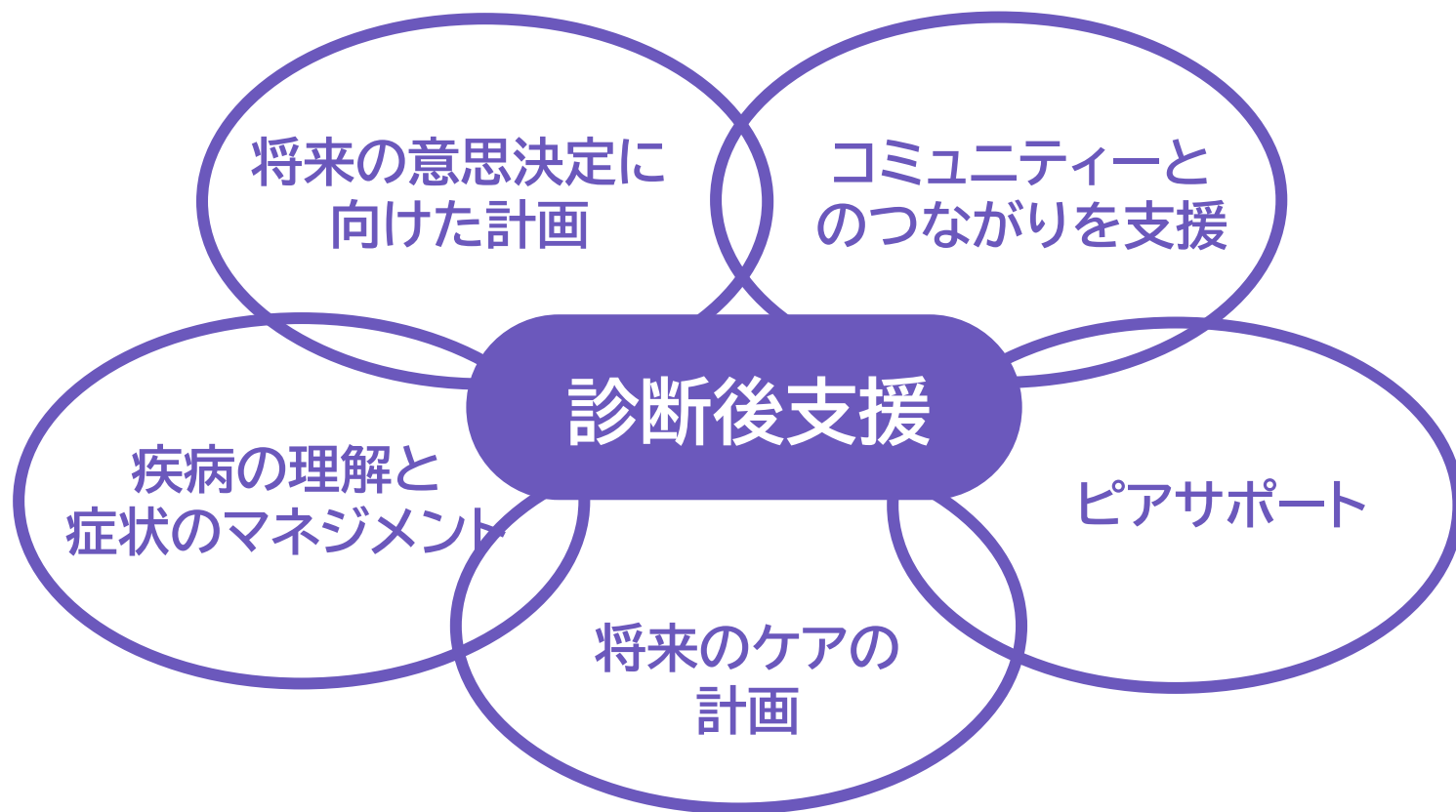
<主な内容>

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

診断後の早い段階からの支援

〔知識87〕

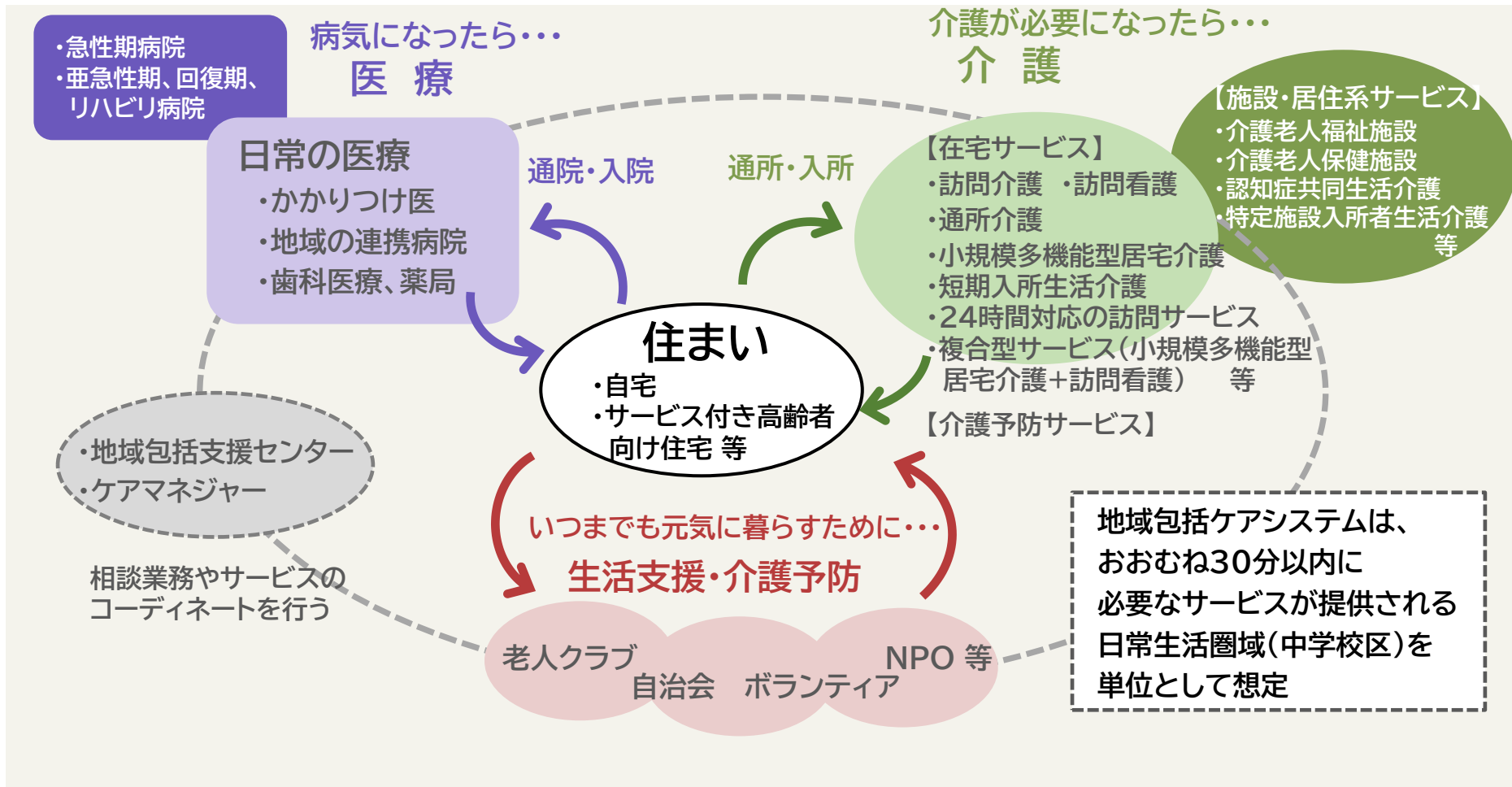
認知症と診断された早い段階から生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための**診断後支援**が重要



地域包括ケアシステム

〔知識88〕

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



多職種連携

〔知識89〕

多職種連携とは

多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、相互に連携・補完し合い、患者・利用者等の状況に適切に対応した医療・介護等を提供すること

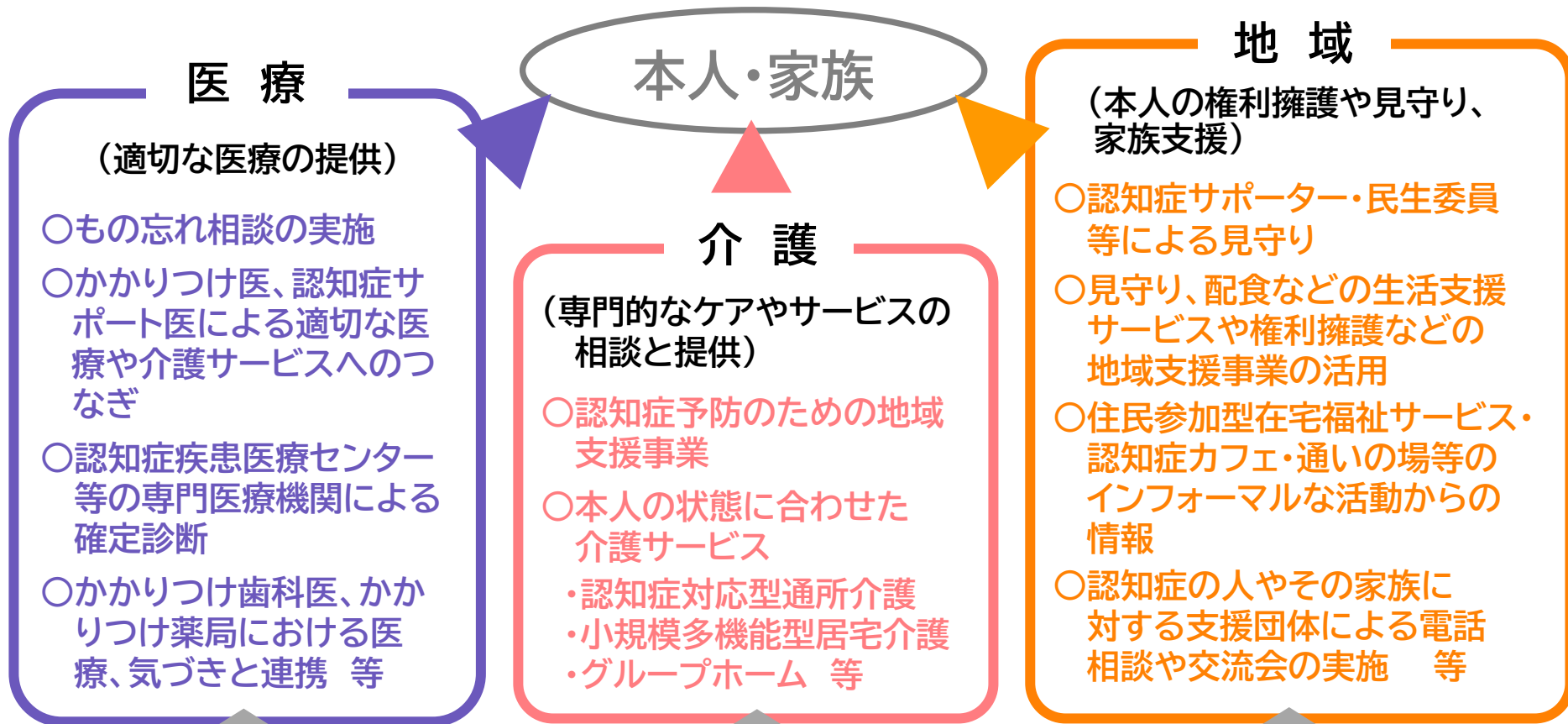
※ 多職種連携を実践するには、患者・利用者とその家族を含め、各専門職間の適宜の情報共有と適切なコミュニケーションが欠かせない

認知症の人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

〔知識90〕

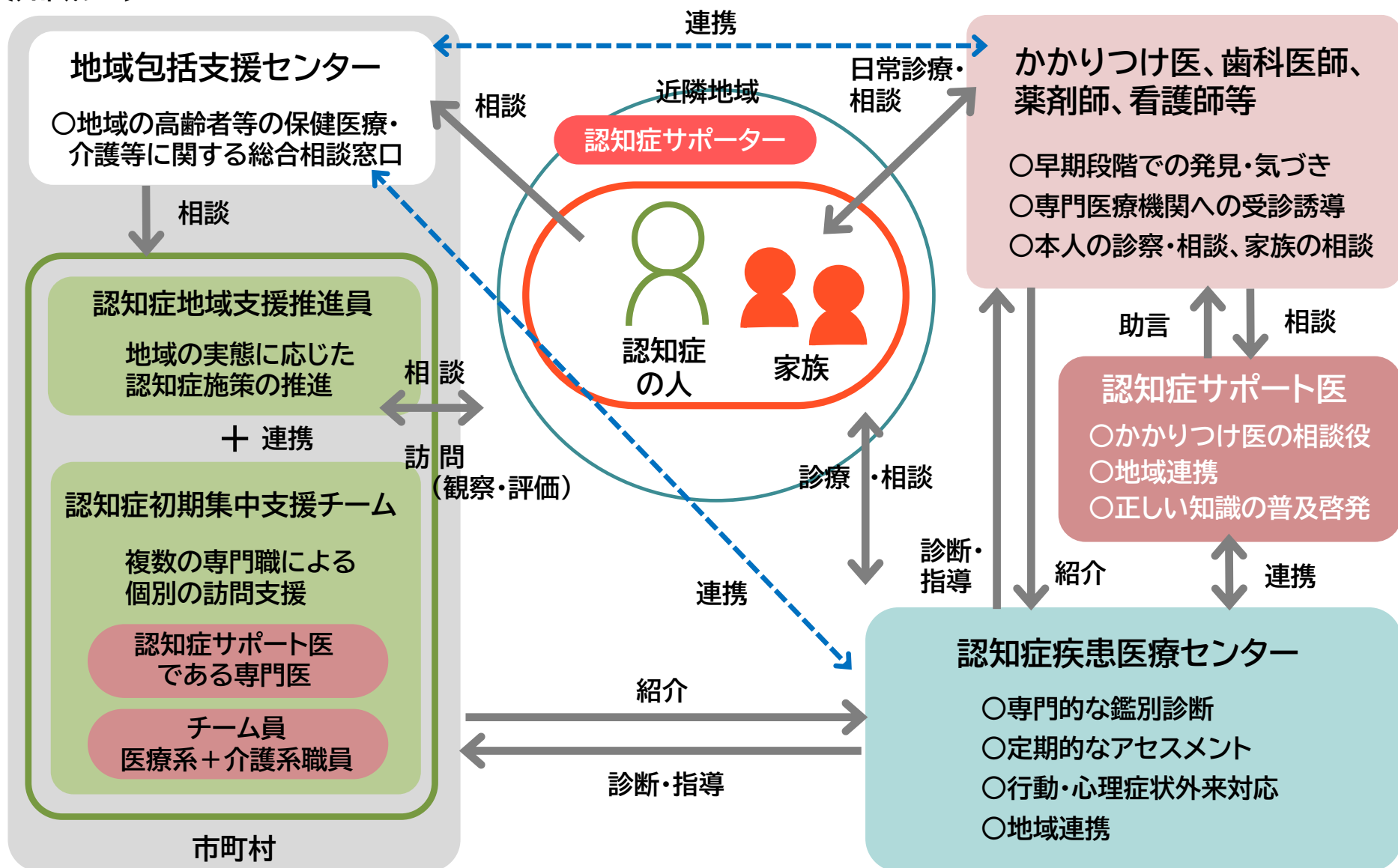
認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



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

認知症の人を支える様々な仕組み

〔知識91〕

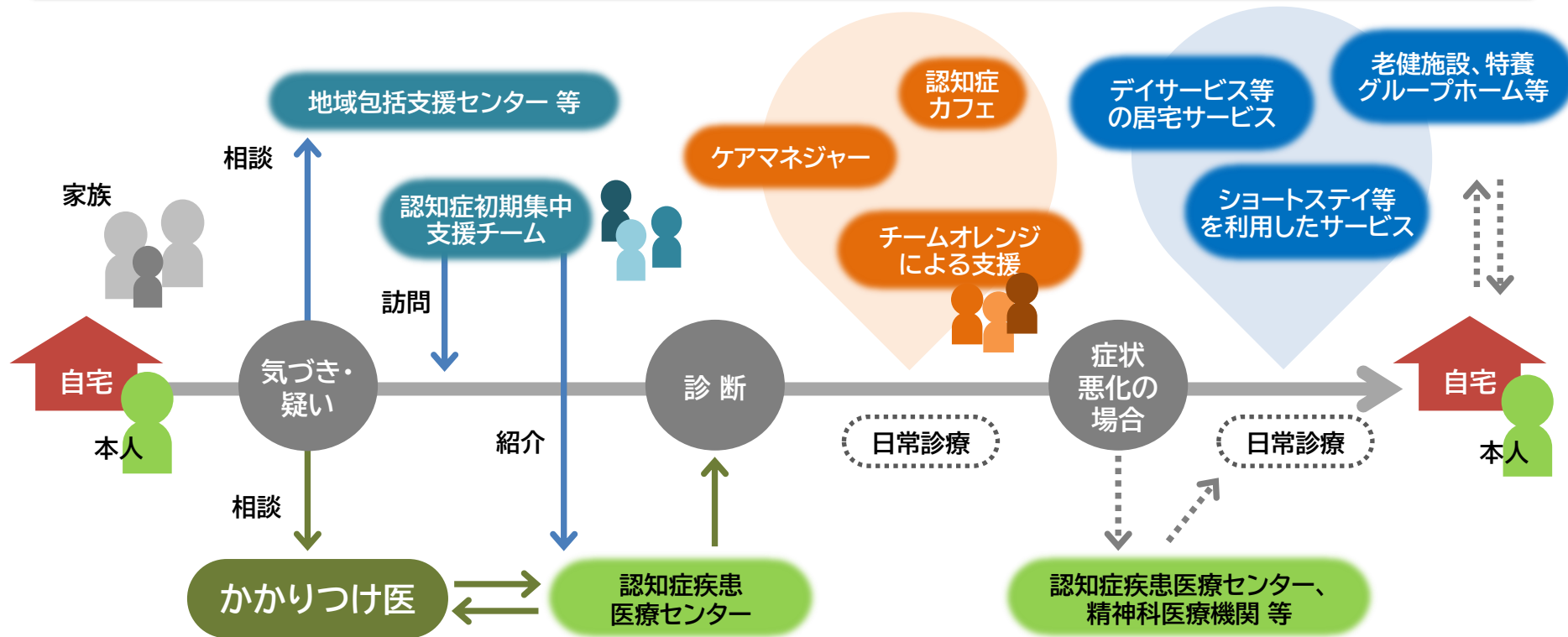


認知症ケアパス

〔知識92〕

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

認知症ケアパスのイメージ(一例)



介護保険サービス

〔知識93〕

居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
地域密着型通所介護
認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など

【特徴】

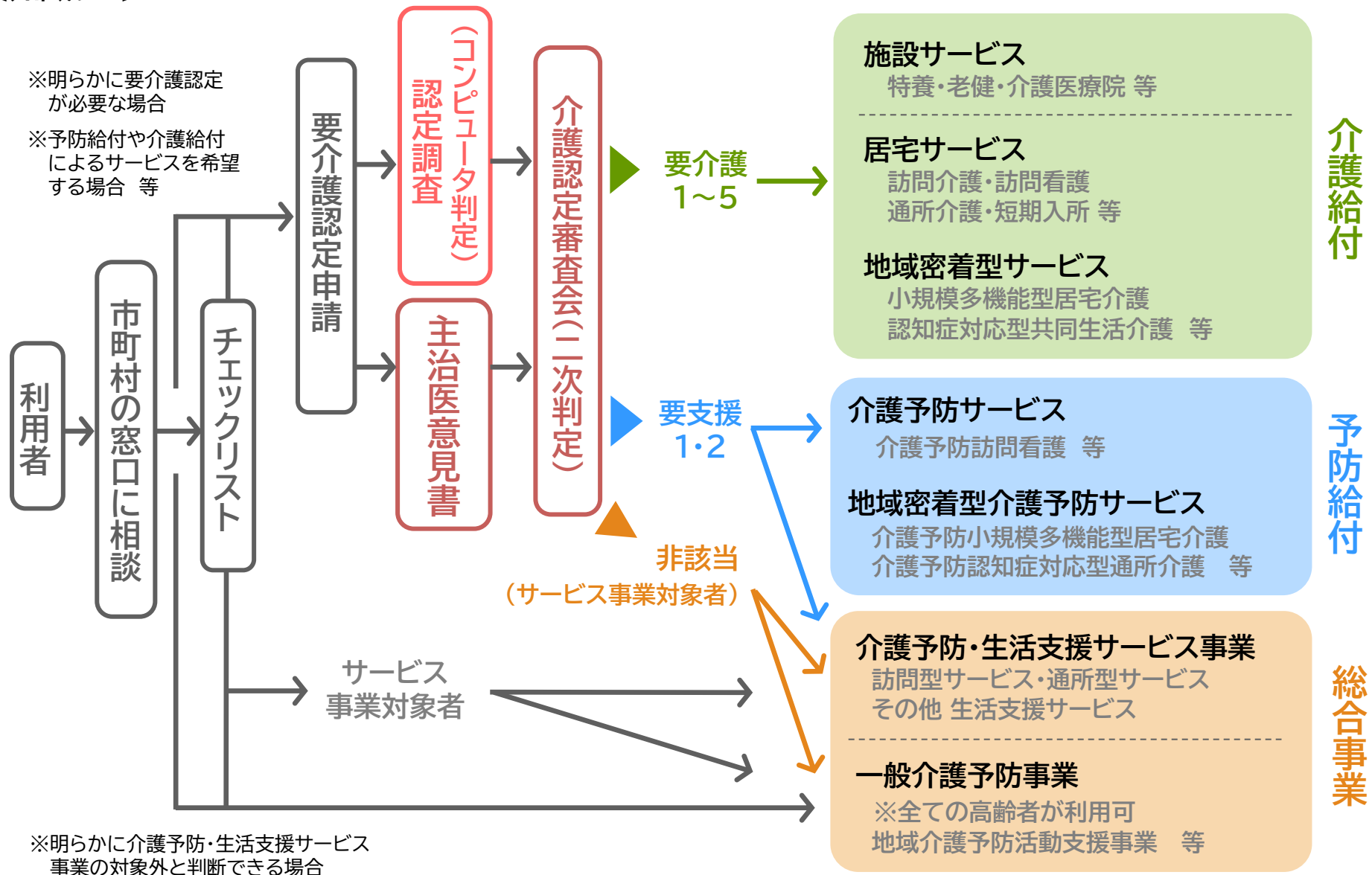
- ◎ 市区町村長が事業者の指定・指導監督
- ◎ 原則、市区町村の被保険者が利用可能
- ◎ 住民に身近な生活圈域単位で整備
- ◎ 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院（H30～）

介護サービスの利用の流れ

〔知識94〕



地域包括支援センター

〔知識95〕

地域医師会等との連携により、在宅医療・介護の一体的な提供体制を構築

在宅医療・介護連携

生活支援コーディネーター

高齢者のニーズとボランティア等の地域資源とのマッチングにより、多様な主体による生活支援を充実

認知症初期集中支援チーム
認知症地域支援推進員

早期診断・早期対応等により、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制づくりなど、認知症施策を推進

社会
福祉士

地域包括支援センター

主任
ケアマネジャー

保健師等

地域ケア会議

多職種協働による個別事例のケアマネジメントの充実と地域課題の解決による地域包括ケアシステムの構築

包括的支援業務
介護予防ケアマネジメント

介護予防の推進

市町村：運営方針策定・総合事業の実施・地域ケア会議の実施 等

都道府県：市町村に対する情報提供、助言、支援、バックアップ 等

地域包括支援センターの機能強化に向けて

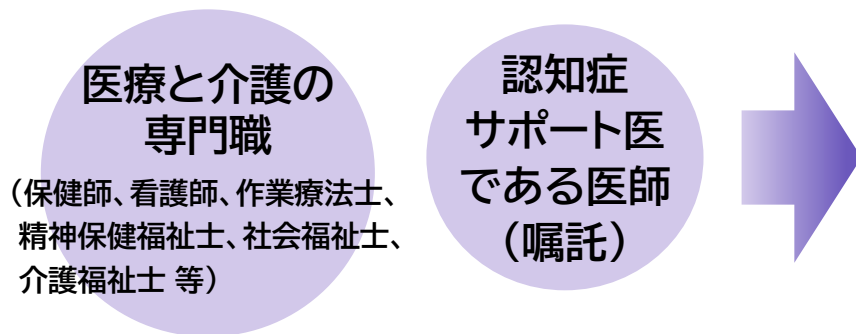
- 業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化
- 基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営
- 運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

認知症初期集中支援チーム

〔知識96〕

- 複数の専門職が家族の訴え等により 認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族 支援等の**初期の支援を包括的・集中的(おおむね6ヶ月)**に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと
- 全ての市町村に設置されている

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



● 配置場所

地域包括支援センター、診療所、病院、認知症疾患医療センター、市町村の本庁など

【支援対象者】

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

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア)認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ)継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ)適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ)診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している人

認知症疾患医療センター

〔知識97〕

地域における認知症医療体制・日常生活支援に関する相談支援

認知症初期集中
支援チーム

地域包括支援
センター

かかりつけ医・
歯科医・薬剤師

認知症
サポート医

連携

認知症疾患医療センター（早期診断等を担う医療機関）

連携型

地域型

基幹型

①専門的医療機能

- ・速やかな鑑別診断
- ・診断後のフォロー
- ・症状増悪期の対応
- ・BPSD・身体合併症への急性期対応
- ・専門医療相談

②地域連携拠点機能

- ・連携協議会の設置
- ・研修会の開催

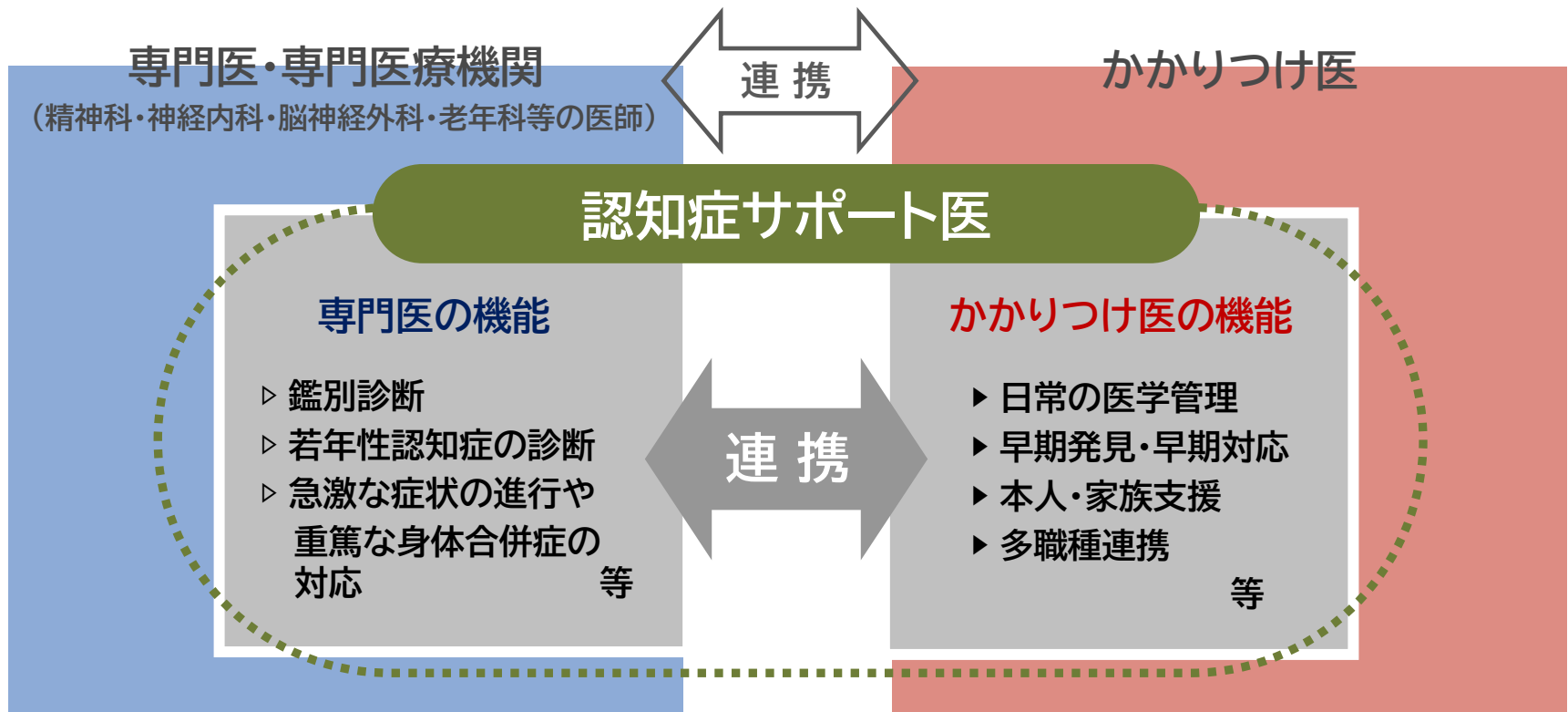
③日常生活支援機能

- ・診断後の相談支援

地域の医療提供体制の中核

認知症サポート医

〔知識98〕



認知症サポート医の機能・役割

- ① 認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート
- ② 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り
- ③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

認知症カフェ・ピア活動

〔知識99〕

認知症カフェ

- 認知症の人やその家族が地域で孤立しないために、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

家族介護教室や家族同士のピア活動

- 認知症の人と家族の会
- その他の家族支援・介護者支援の会

認知症の人同士のピア活動

- 認知症の本人交流会、本人ミーティング
- 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

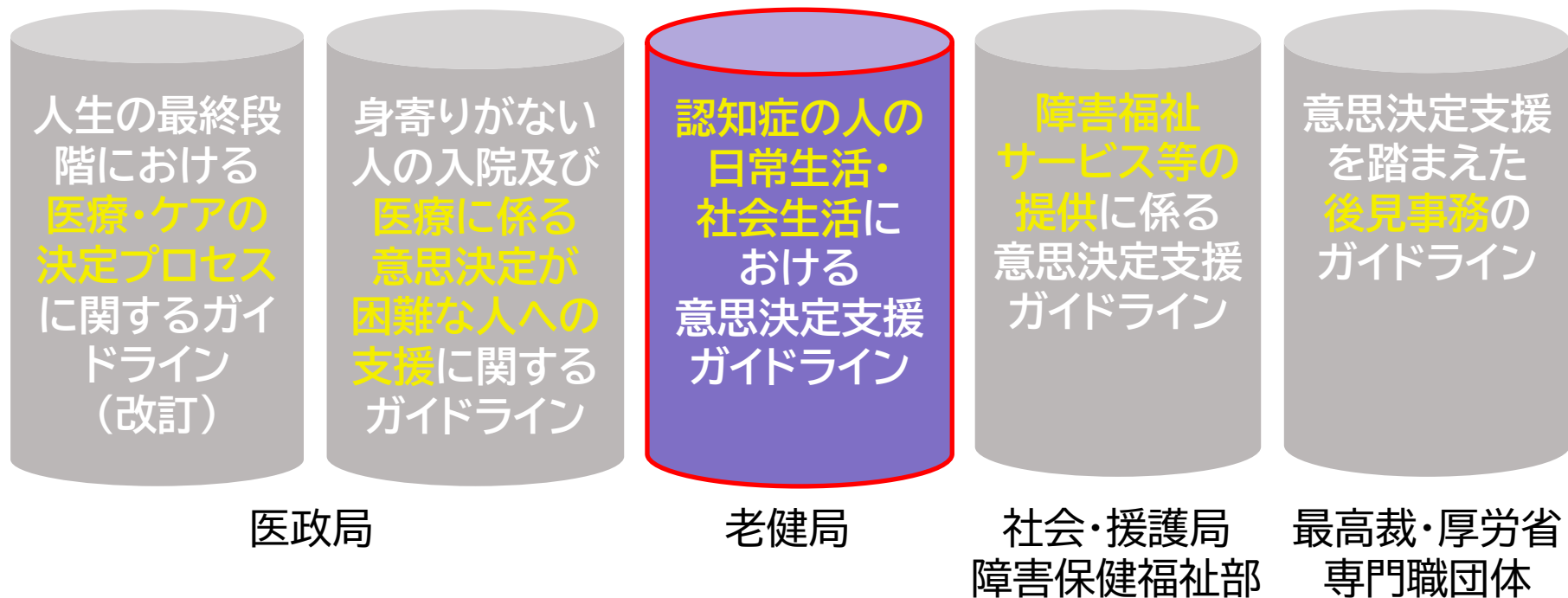
各意思決定支援ガイドライン

〔知識100〕

【意思決定支援ガイドラインの策定等推進の背景】

- ◎ 障害者の権利に関する条約
- ◎ 成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成28年法律第29号）
- ◎ 第2期成年後見制度利用促進基本計画（令和4年3月閣議決定）

【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】



Advance Care Planning(ACP)

〔知識101〕

ACPとは

『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』

ACPの目標

- 患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化する

ACPの原則(主体は患者さん本人)

- コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則である
- 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である
- かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である

日本医師会, 終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える, 2018
より引用(一部抜粋)

日常生活自立支援事業と成年後見制度

〔知識102〕

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

日常生活自立支援事業		成年後見制度
厚生労働省	所轄庁	法務省
社会福祉法	法律	法定後見制度：民法 任意後見制度：任意後見契約に関する法律
認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方であり、なおかつ、本事業の契約内容について、判断し得る能力を有していると認められる方(判断能力が全くない方は対象外)	対象者	認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方(補助・保佐)及び判断能力が全くない方(後見)
市区町村社会福祉協議会の職員(専門員, 生活支援員)	援助者	法定後見制度：補助人・保佐人・後見人 任意後見制度：任意後見人
社会福祉協議会への相談 (本人、家族、関係機関から)	手続きの開始	本人、配偶者、4親等内の親族、市区町村長、検察官、任意後見人等が家庭裁判所へ申立て
「契約締結判定ガイドライン」により確認 困難な場合、契約締結審査会で審査(都道府県社協に設置)	意思能力の確認・ 審査や鑑定・診断	医師の診断書を家庭裁判所に提出 (必要に応じて、鑑定を行うことがある)
本人負担 生活保護世帯は公費負担あり	利用中の費用	本人が負担 金額については家庭裁判所が決定
運営適正化委員会(都道府県社協に設置)	監督機関	法定後見制度：家庭裁判所、成年後見監督人 任意後見制度：家庭裁判所、任意後見監督人

福祉サービスの利用援助、日常生活費(預金の入出金・通帳の預かり等)の管理、日常生活の購入代金の支払い、各種届出などの手続きを支援する。
社会福祉協議会が支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

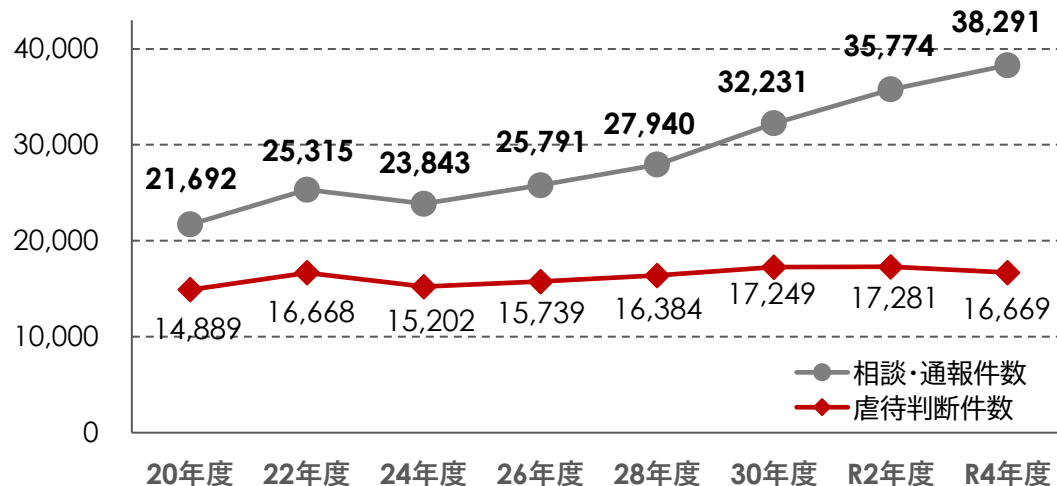
本人の不動産や預貯金などの財産を管理したり、本人の希望や身体の状態、生活の様子等を考慮して、必要な福祉サービスや医療が受けられるよう、契約の締結や支払などを行う

養護者による高齢者虐待の現状

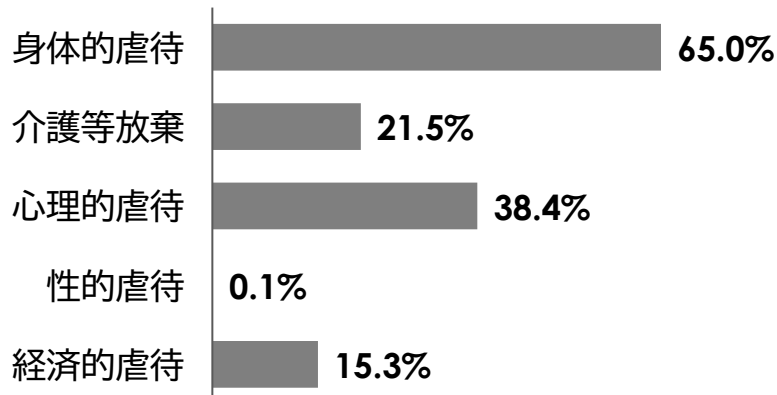
【知識103】

- 養護者による高齢者虐待の相談・通報は年々増加、虐待判断は1.6万件前後で推移している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」「経済的虐待」を受ける割合が高い
- 介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度(深刻度)で最重度4の割合が高い

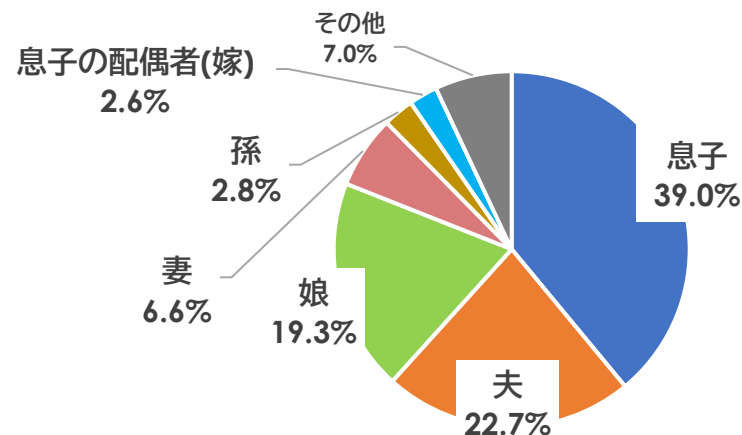
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類の割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄

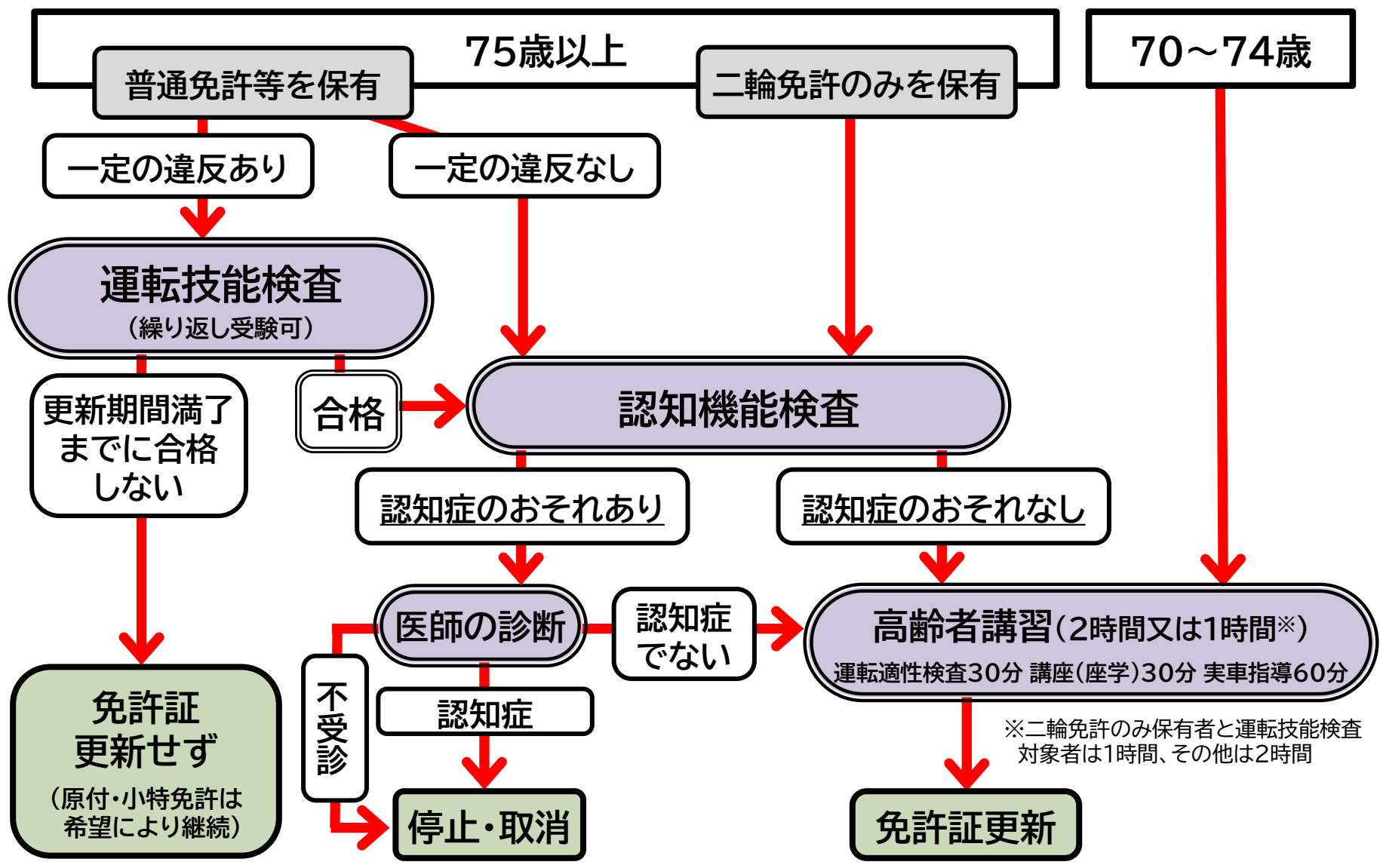


令和4年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査より作成

道路交通法の改正後の流れ

〔知識104〕

令和4年5月13日施行



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

『認知症とともに生きる希望宣言』より

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

