

平成24年度宮城県かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(仙南地区・2日目)

日 時 平成25年1月25日(金) 午後7時

場 所 白石市・舞鶴会館

社 団 法 人 宮 城 県 医 師 会

平成24年度宮城県かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(仙南地区・2日目)

プログラム

日時 平成25年1月25日(金) 午後7時

場所 白石市・舞鶴会館

1. 開 会

2. 挨拶

3. 研修内容

(1) 「治療とケア」編及び「連携」編

川崎こころ病院副院長 石井 洋 先生

(2) 「認知症になっても笑顔で過ごせるまち 角田市の取組みについて」

角田市市民生活部社会福祉課副主幹兼係長(地域支援係長)

八島 浩美 氏

「大河原町の認知症の人と家族を支えるための体制」

大河原町地域包括支援センター主任介護支援専門員

白戸 佳子 氏

(3) その他

4. 質疑応答

5. 閉 会

治療とケア 編

ねらい：認知症治療とケアの原則を理解する

到達目標：

- ①治療開始にあたって、本人・家族への対応・支援のポイントを理解している
- ②中核症状に対する薬物療法について適応症、効果、注意点について説明することができる
- ③行動・心理症状 (BPSD) に対する対応の原則を説明することができる
- ④認知症の人の特性とケアの基本について説明することができる

1

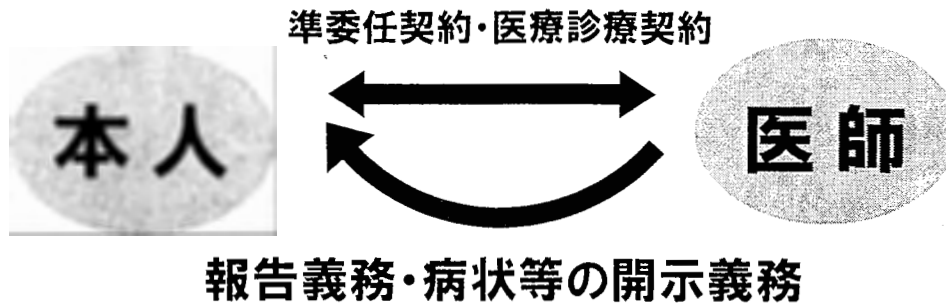
<治療-1>

認知症の病気の説明(告知)

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

2

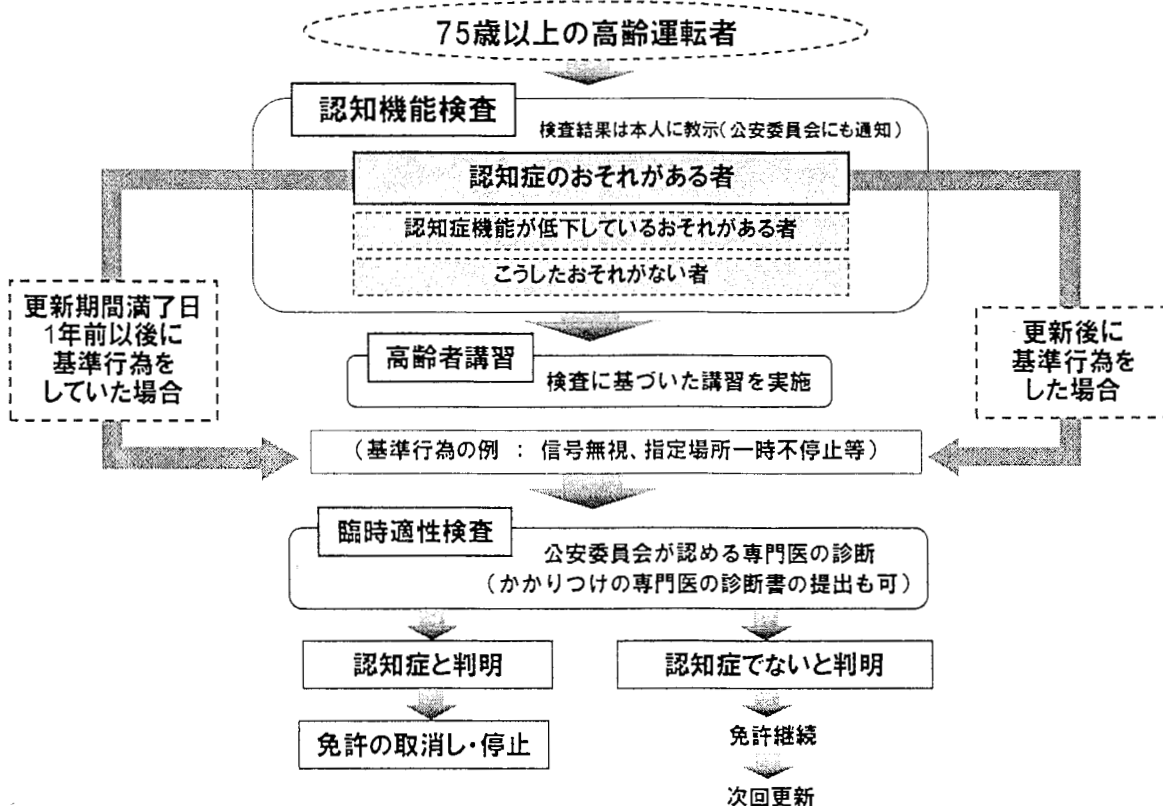
法律家からみた告知の考え方



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

例外として、
本人が告知に耐えられない精神状態である場合など告知は控える

75歳以上の運転者の免許証更新手続等の流れ



認知症の人に接する時の視点

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
※参考資料13「認知症の人、本人の声を傾聴する」参照
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多い
3. 感情面は保たれているという認識で接すること
4. 認知症の症状は基本的には理解可能として接する
5. いつもと様子が違うと感じたら、身体合併症のチェックを

ビデオ⑥

認知症の治療とケア

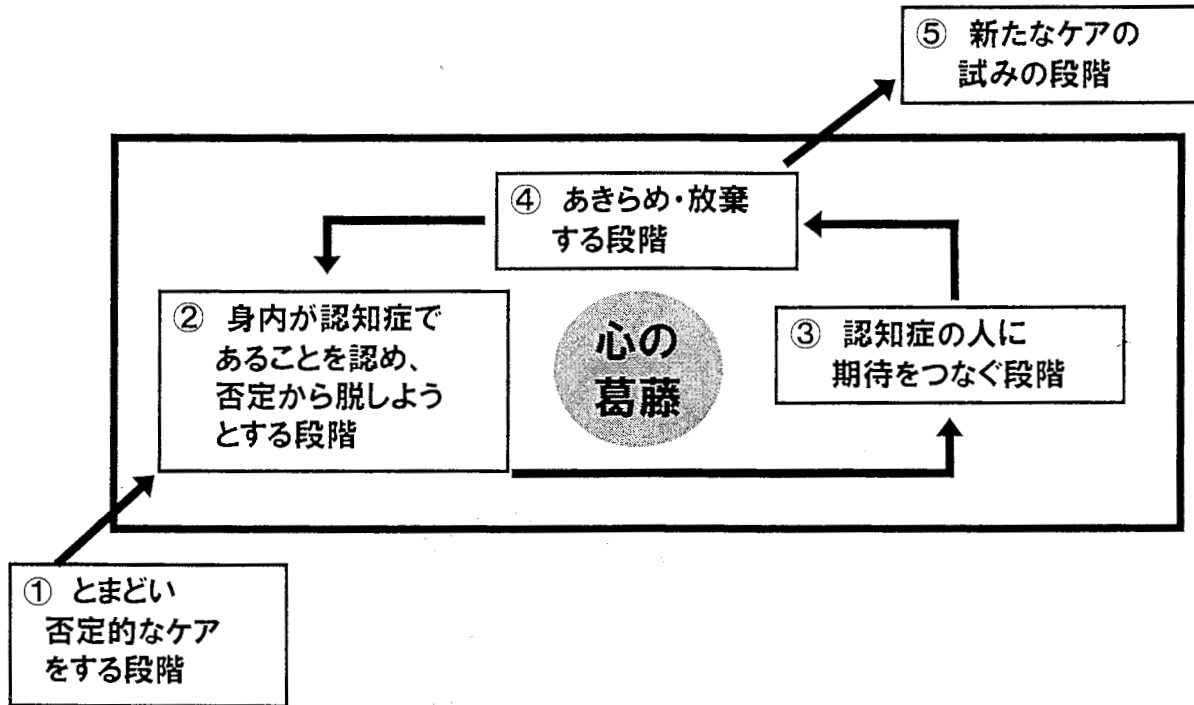
認知症の人への支援

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

家族への支援

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

認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階



9
本間 昭ほか: 認知症介護 介護困難症状別ベストケア50、小学館 2007

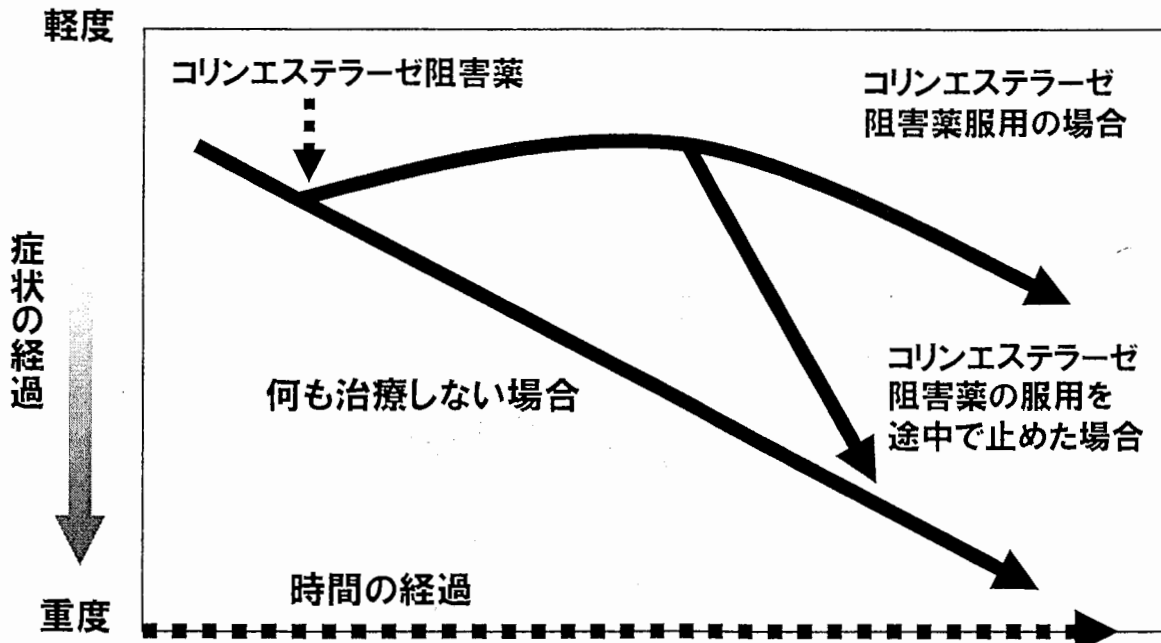
アルツハイマー型認知症の薬物療法

治療の対象となる症状

1. 中枢症状

2. 行動・心理症状 (BPSD)

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



コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	塩酸ドネペジル	ガランタミン (新承認薬)	リバスチグミン (新承認薬)
作用機序	AChE阻害 (アセチルコリン エステラーゼ阻害)	AChE阻害/ ニコチン性ACh受容体 刺激作用	AChE阻害/ BuChE阻害
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	10
代謝	肝臓	肝臓	腎代謝
推奨度	グレードA	グレードA	グレードA

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

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

重大ではないが頻度の高い副作用

食欲不振、嘔気
嘔吐、下痢、便秘、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
徘徊、振戦、頭痛
顔面紅潮、皮疹

塩酸メマンチンの特徴

	塩酸メマンチン (新承認薬)
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～高度
一日用量	20mg 5mgから毎週漸増
用法	1
代謝	肝臓
推奨度	グレードA

メマンチンの副作用

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

投薬に際して注意すべきこと

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

治療の効果を本人や家族にどのように説明するか

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

何をもって薬剤の効果判定を行うか

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

最軽症例の治療開始時期について

- **最軽症例では診断が難しい**

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

数ヶ月間経過をみるのも一つの方法だが、もし、アルツハイマー型認知症なら治療開始は早いほうがよいことも説明し、コリンエステラーゼ阻害薬の服用開始(時期)について、本人や家族と相談する。

- **軽度認知障害の人におけるコリンエステラーゼ阻害薬の服用がアルツハイマー型認知症の進展を抑制するという報告はない。**

(認知機能をわずかに改善させる可能性はある)

血管性認知症の注意点

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

レビー小体型認知症の注意点

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

前頭側頭型認知症の注意点

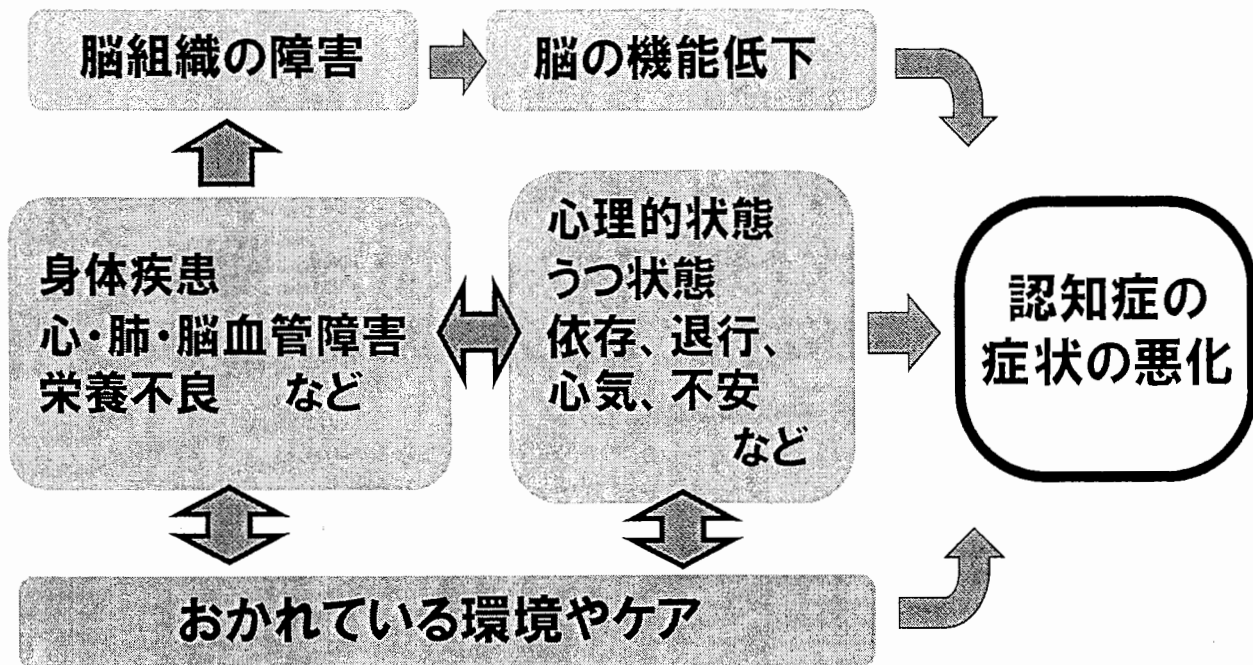
- 初期症状が記憶障害とはかぎらず性格変化や言語障害で始まることがある
- 全経過を通じて介護負担が大きい。他の認知症以上に介護者に対する配慮と介護のための社会資源の紹介を早めにおこなう
- 行動・心理症状 (BPSD) に対して、鎮静的な薬剤を過剰に使用しないことを常に念頭におく

行動・心理症状 (BPSD) に対する対応

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

改善がみられない場合は
薬物治療へ

認知症の症状に関連する要因



もの盗られ妄想への対応

- アルツハイマー型認知症の半数弱に、経過中何らかの妄想が出現し、そのうち約75%がもの盗られ妄想
- 初期に出現しやすい
- 最も身近なひと、介護してくれる人に対して出現しやすい
- 前もってご家族に説明しておけば(介護者教育)、約3割は治療が不要
- デイサービス・デイケアの適切な利用により妄想の対象となっている介護者との接触を減らすことで約3割が解決
- 上記の方法でも対応が難しい場合は薬物療法を考慮

Ikeda M et al. Int J Geriatr Psychiatry. 2003;18:527-532.
矢田部裕介ほか: Geriatric Medicine. 2009;47:41-45.

昼夜逆転のあるケースへの対応

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

夜間の睡眠の状態につき、家族に再度確認してもらった上で、昼間にデイサービスを利用し、昼間に散歩などで体を使い、昼寝をしないようにし、少量の眠剤を使用した。

その後、昼夜逆転がなくなり、眠剤も中止できた。

不適切なケアがみられたケースへの対応

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

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

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

薬の副作用による認知症様症状

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

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

行動・心理症状 (BPSD) に対する薬物療法

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

- 抗精神病薬
- 睡眠導入薬
- 抗うつ薬
- 抗てんかん薬
- 漢方薬

アルツハイマー型認知症に対する 非薬物療法のエビデンス

A: 行うよう強く勧められる

B: 行うよう勧められる

C1: 科学的根拠がないが行うよう勧められる

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

認知症短期集中リハビリテーション

- 介護老人保健施設、介護療養型老人保健施設、通所リハビリ等において、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断された認知症者に対し、記憶の訓練、日常生活活動の訓練等を組み合わせた20分以上のプログラムを個別に週3日(通所リハビリでは週2日)実施(3月以内の期間)。
- 調査研究事業では、認知症短期集中リハビリテーションによる認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)改善効果が示された。

認知症の危険因子

- **アルツハイマー型認知症**
確実とされる危険因子：加齢、アポリポ蛋白 E ε 4
危険因子として可能性があるもの：
高血圧症、糖尿病、肥満、心疾患等
- **血管性認知症**
脳血管障害の危険因子と共通と考えられる
高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動、
喫煙、過度の飲酒

外来フォローのときの注意点①

- まず介護者に同伴してもらうこと
 - ・アルツハイマー病では特有の取り繕い反応
 - ・実行・遂行障害の情報が得にくい
- 問診のポイント
 - ・この2～3か月で、“できなくなったこと”や“やらなくなったこと”はないか 聴く
- 認知機能検査
 - ・認知症の人にとっては負担が大きい
 - ・しかし HDS-R かMMSEを定期的に行っておくとよい
 - ・結果についてはできなかった項目を指摘するだけでなく、できた項目を強調

外来フォローのときの注意点②

- 行動・心理症状 (BPSD) がないか
過活動症状だけでなく無為や摂食障害にも注意
- 身体疾患に気をつける
発熱、かゆみ、食欲不振、痛み、聴力障害、視力障害
- 家族の介護負担を常に考慮する
- コリンエステラーゼ阻害薬・NMDA受容体拮抗薬を処方している場合
副作用に注意 (徐脈、食欲不振、精神症状 等)
- 地域の医療・介護資源の情報をもっていること
 - ・診断を依頼する医療機関は？
 - ・身体合併症時の入院先は？
 - ・行動・心理症状 (BPSD) が強い時の相談先、紹介先は？
 - ・地域包括支援センターの連絡先は？

連 携 編

ねらい①: 認知症の人を支えるための医療と介護、地域が連携した生活支援の重要性を理解する

到達目標:

- ① 認知症の人を地域の連携体制で支える為のかかりつけ医の役割について理解する
- ② 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる
- ③ 要支援・要介護認定および二次予防事業高齢者スクリーニングの仕組みについて理解する

ねらい②: 認知症の人の尊厳を守る制度を理解する

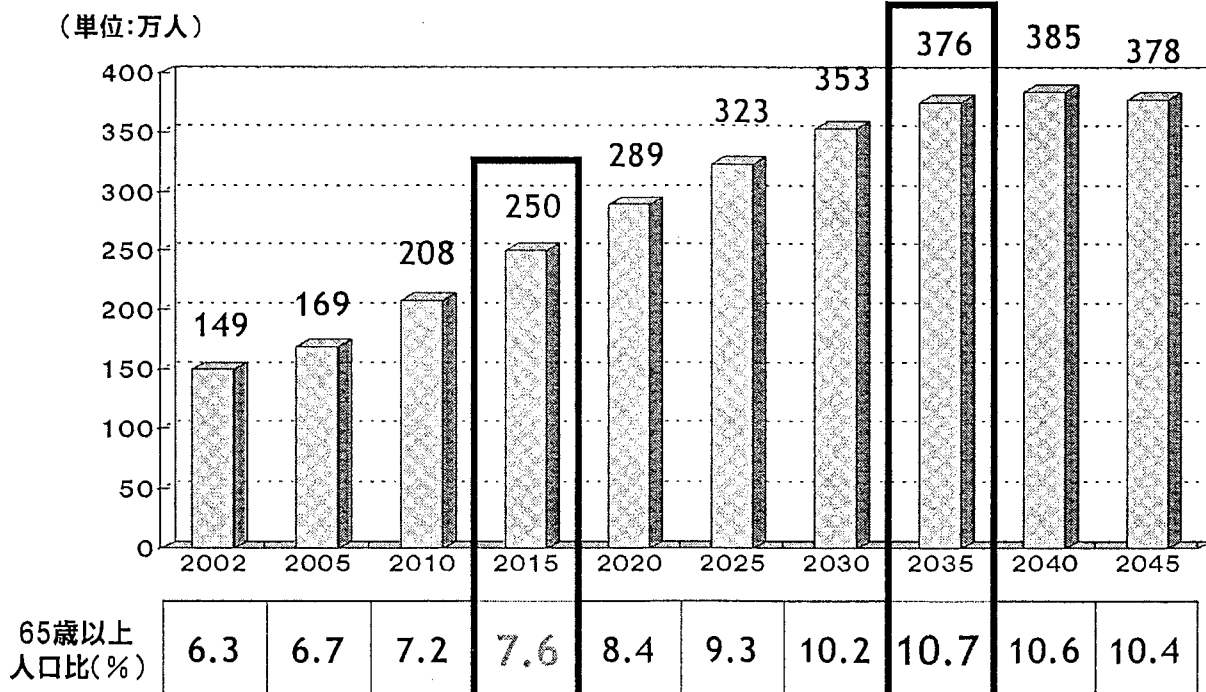
到達目標:

- ① 成年後見制度・高齢者虐待防止法の概要を説明することができる

1

<連携-1>

要介護(要支援)認定者における 認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)の将来推計

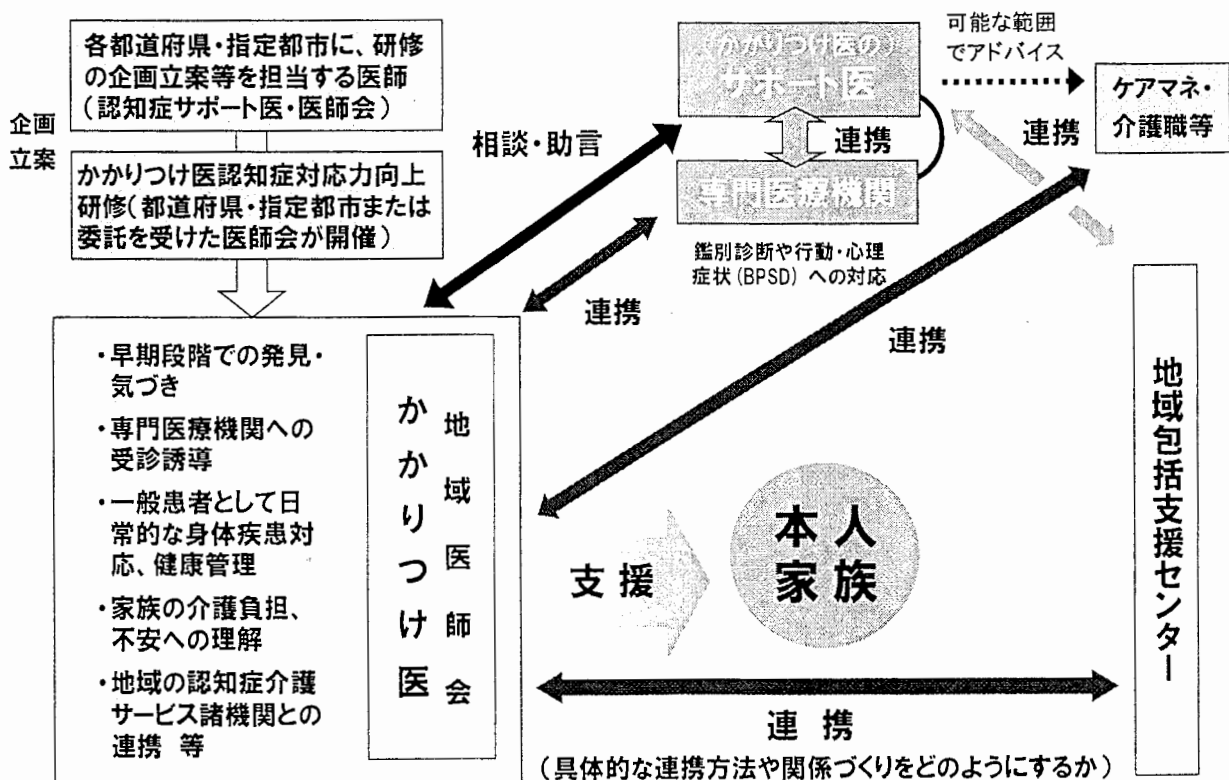


2

認知症高齢者の日常生活自立度

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

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制



認知症高齢者ケアの基本 ～ 高齢者の尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

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

生活そのものを ケアとして組み立てる

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

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より

日常の生活圏域を基本とした サービス体系の構築

望ましい条件

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

普遍化に向けた展開

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

終末期を視野に入れた
生活に配慮した医療サービス

認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式

【共通の視点】

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

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

ビデオ⑦

認知症の支援体制

地域の情報

- 介護保険サービス
- 相談窓口

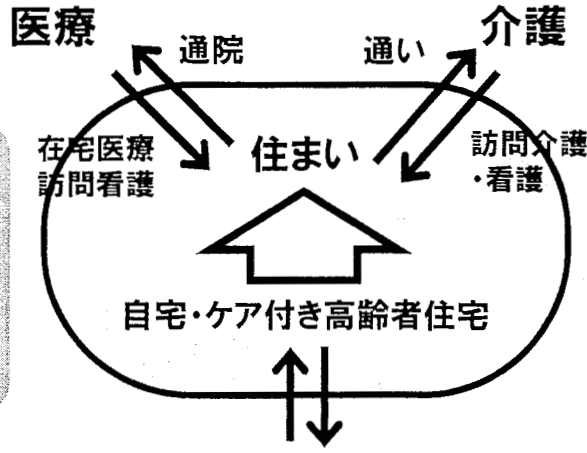
相談窓口

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

地域包括ケアシステム ~ 人口1万人規模の場合 ~

どこに住んでいても、その人にとって適切な
医療・介護サービスが受けられる社会へ

▶ 病院から
退院したら



グループホーム
(16 ⇒ 37人分)
小規模多機能
(0.25 ⇒ 2ヵ所)
デイサービス など

介護人材
(207 ⇒ 356
~375人)

24時間対応の定期
巡回・随時対応
サービス(15人分)

在宅医療等
(1日あたり
17 ⇒ 29人分)
訪問看護
(1日あたり
29 ⇒ 49人分)

※地域包括ケアは、
人口1万人程度の
中学校区を単位
として想定

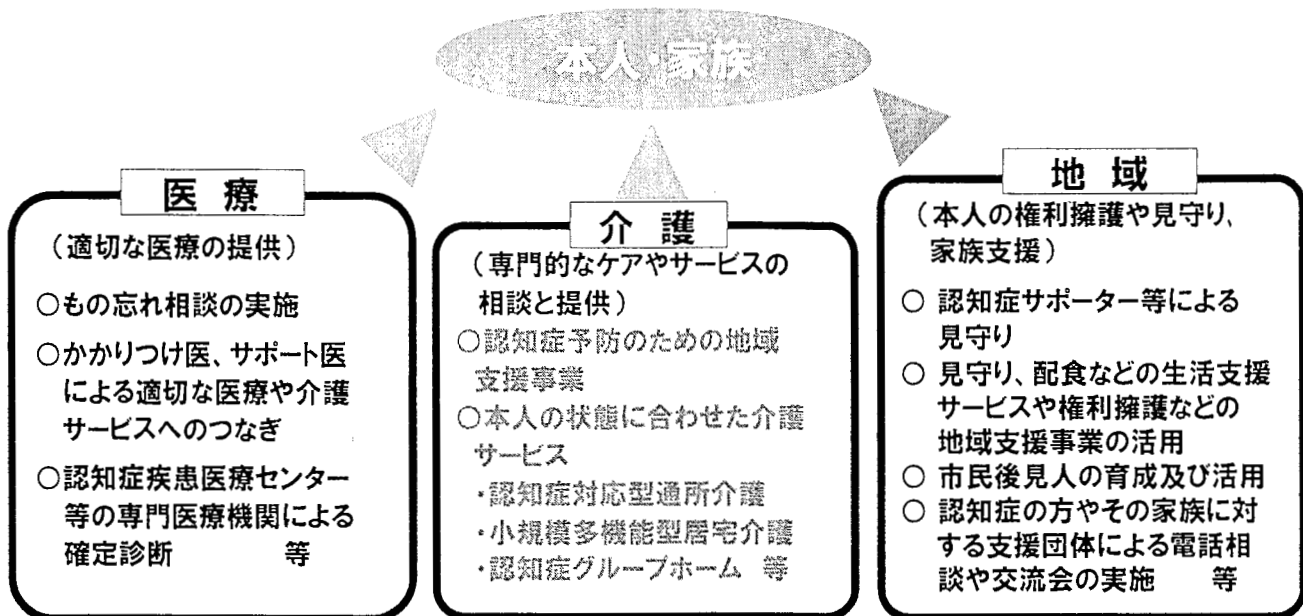
老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

厚労省資料を一部改変 ※数字は現状は2011年、目標は2025年

認知症の人への支援体制

~医療・介護・地域の連携~

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



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。¹²

介護保険の給付対象サービス

●居宅サービス

訪問サービス、通所サービス

短期入所サービス

福祉用具と住宅改修に関するサービスと費用の支給 など

●地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護（H24.4～）

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

●施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、

介護療養型医療施設（～H30.3末）

地域密着型サービスの特徴

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

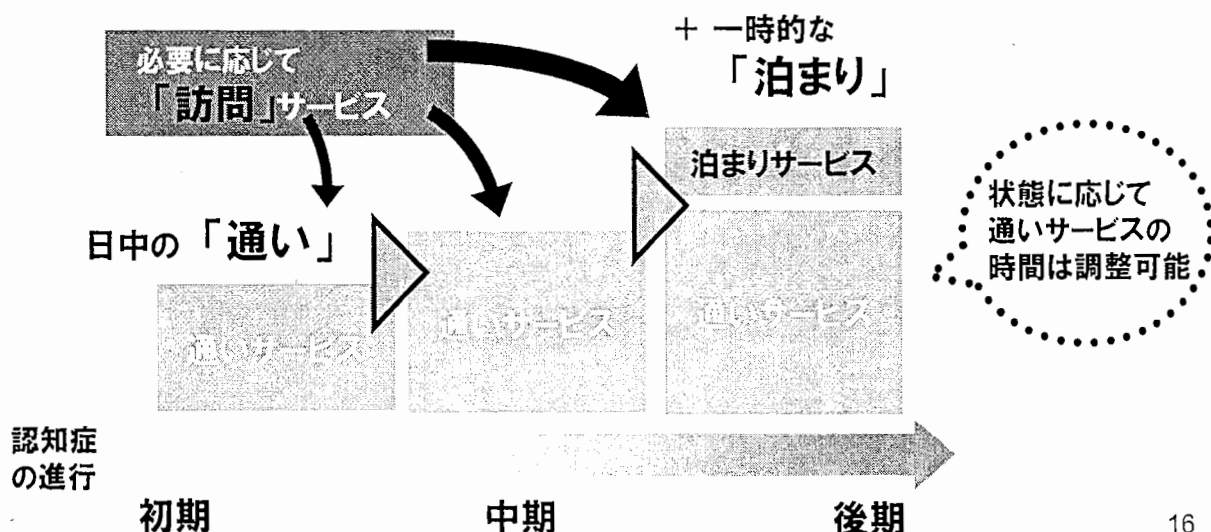
地域密着型サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（H24.4～）
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護
（29名以下の介護専用型特定施設）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
（29名以下の特別養護老人ホーム）
- 複合型サービス（H24.4～）
（小規模多機能型居宅介護＋訪問看護）

小規模多機能型居宅介護

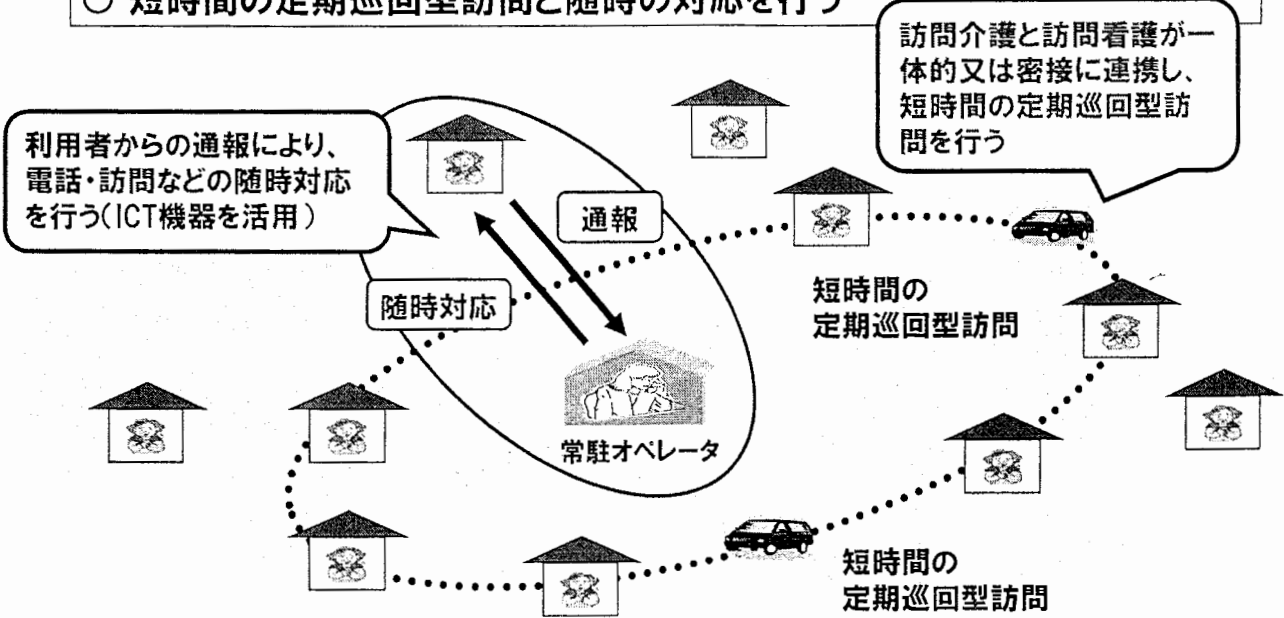
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援

サービス機能 通い・訪問・泊まりのイメージ



定期巡回・随時対応型訪問介護看護

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



※ 訪問看護についての医師の指示書が必要であり、地域の医療機関との連携が重要
 ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村が主体となり圏域ごとにサービスを整備¹⁷

複合型サービス

- 複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせて提供するサービスを創設する。(まずは、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組合せとする)
- 利用者は、医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できるようになる。

複合型サービス事業所

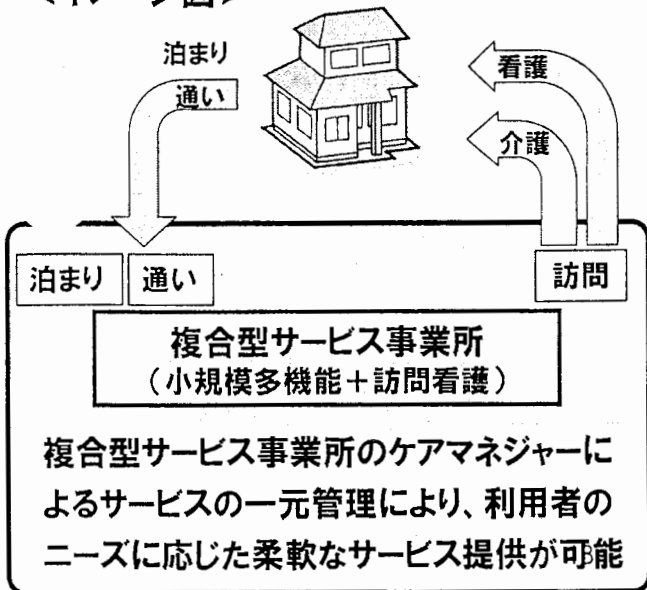
小規模多機能型居宅介護
+
訪問看護

※訪問看護については医師の指示書が必要 ※地域密着型サービスとする

利用者

小規模多機能型居宅介護と訪問看護が一体的に提供できることから、医療依存度の高い在宅の要介護者への支援が可能。

<イメージ図>



複合型サービス事業所
(小規模多機能+訪問看護)

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

介護予防サービス

● 予防給付

- 高齢者の自立支援に資するような日常生活上の支援のほか、
- ・運動器の機能向上(ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など)
 - ・栄養改善(低栄養状態、体重減少の改善など)
 - ・口腔機能向上(口腔ケア、嚥下訓練)
 - ・アクティビティ(集団レクリエーション、創作活動等による機能訓練など)

● 地域支援事業

二次予防事業(要支援・要介護になるおそれのある高齢者が対象)

- ・運動器の機能向上(ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など)
- ・栄養改善(低栄養状態、体重減少の改善など)
- ・口腔機能向上(口腔ケア、嚥下訓練)
- ・閉じこもり予防・支援
- ・認知機能の低下予防・支援
- ・うつ予防・支援

一次予防事業(地域の高齢者全体が対象)

- ・介護予防に関する普及啓発など

● 介護予防・日常生活支援総合事業(H24.4~)

介護予防・日常生活支援総合事業

- 市町村の選択により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設
- 導入した市町村においては、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断

- 利用者像
- ・要支援と自立を行き来するような高齢者には、総合的で切れ目のないサービスを提供
 - ・虚弱、ひきこもりなど介護保険利用につながらない高齢者には、円滑にサービスを導入
 - ・自立や社会参加意欲の高い者には、社会参加や活動の場を提供

地域包括支援センター
包括的なケアマネジメントを実施

※ケアマネジメント・介護予防・生活支援は、「介護予防・日常生活支援総合事業」において必ず実施

介護予防
(訪問・通所)

生活支援
(配食、見守り等)

権利擁護

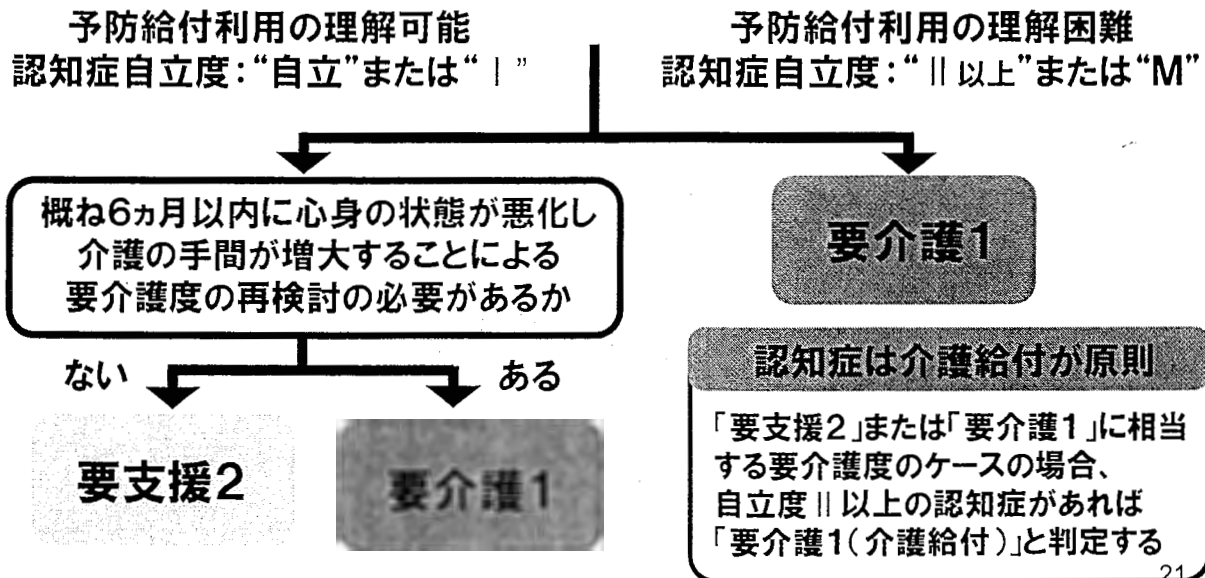
社会参加

地域全体で高齢者の生活を支える総合的で多様なサービス

要支援・要介護認定

認知症がある場合の審査判定に関する部分

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



主治医意見書の役割

●介護認定審査会における重要な資料

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

●ケアプラン作成の情報源

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

認知症症例の意見書の書き方①

項目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1) 認知機能	<ul style="list-style-type: none"> ・HDS-R15/30 ・記憶と見当識の障害が高度 ・全く意思疎通ができない
(2) 日常生活活動	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の飲み忘れが多い ・トイレがわからず部屋の中で排泄する
(3) 行動・心理症状	<ul style="list-style-type: none"> ・不安が強い ・ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される
(4) 処方内容とその影響	<ul style="list-style-type: none"> ・少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5) 現在受けている支援及び今後必要な支援	<ul style="list-style-type: none"> ・現在デイサービスを週3回利用している ・今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

認知症症例の意見書の書き方②

項目	介護の手間を把握するための視点(例)
(6) 生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・独居 ・公団の4階に住んでいてあまり外出しない
(7) 家族の状況と介護負担	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の妻と二人暮らしである ・主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8) 経過・頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLは悪化しつつある ・徘徊の頻度は増加している
(9) 現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性	<ul style="list-style-type: none"> ・しばしば経済被害を受けている ・今後、家人へ暴力をふるう危険がある
(10) 身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> ・肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11) 評価に際しての留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・症状は1日のうちでも大きく変動している ・とりつくりのため正常にみられる

認知症の日常生活自立度の判断

BPSD	著しい精神症状等	M	M	M	M	M
	夜間を中心	IIIb	IIIb	IIIb	IIIb	IV
	日中を中心	IIIa	IIIa	IIIa	IIIa	IV
	なし	I	IIa	IIb	IIIa	IV
		自立	家庭外で支障	家庭内で支障	介護が必要	常に介護が必要

ADL

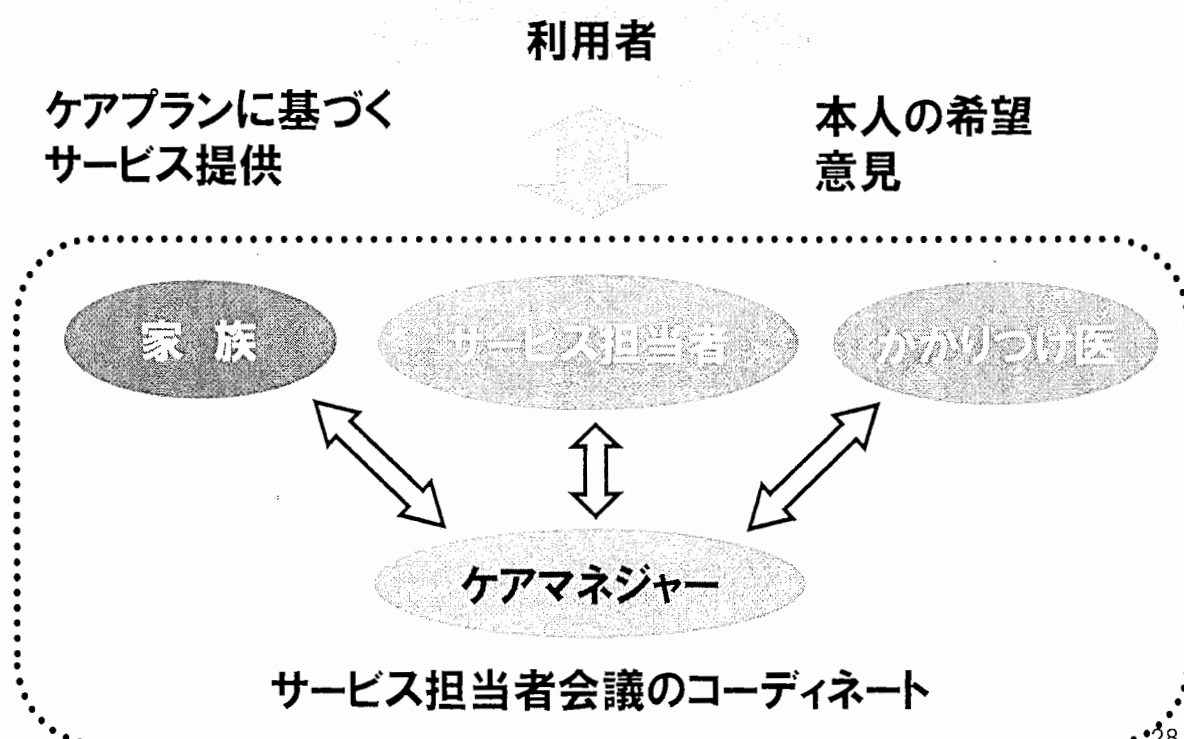
ビデオ⑧

サービス担当者会議の実際

サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

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

ケアマネジャーとの協働



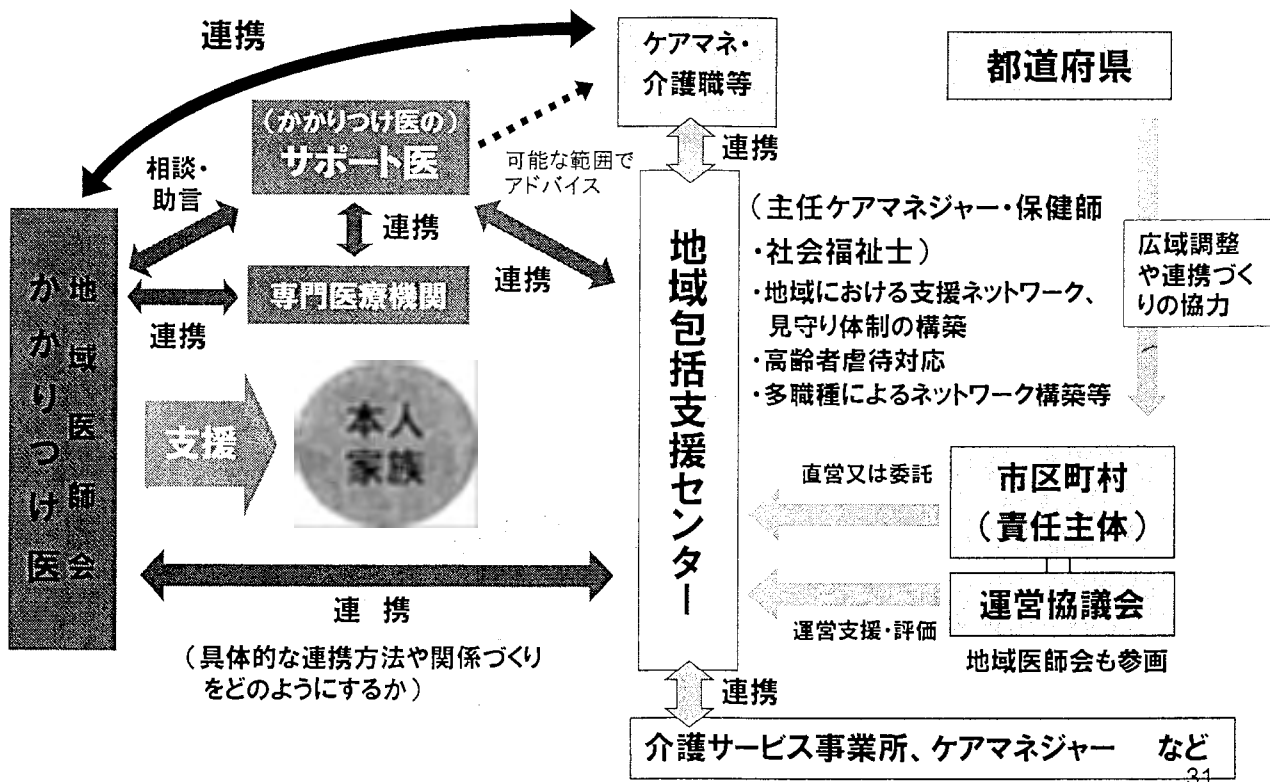
ケアマネジャーが かかりつけ医に望むこと

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

認知症の人に対する訪問看護の役割

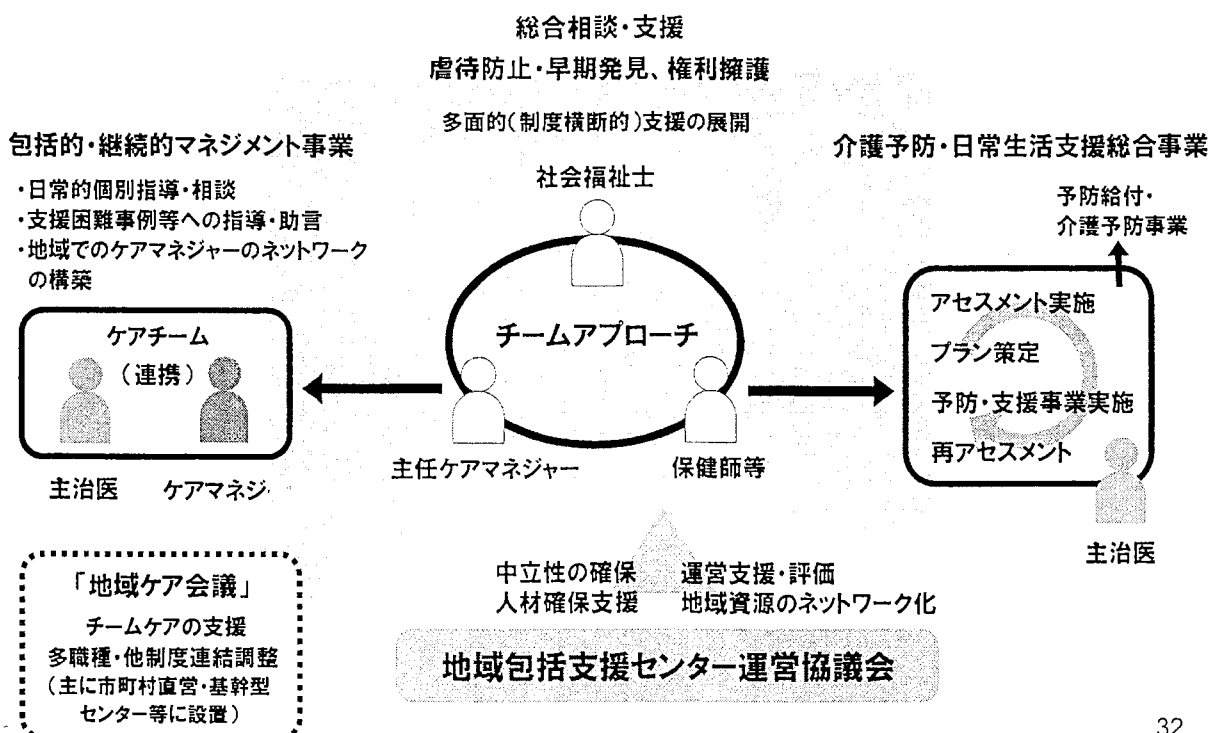
- 身体疾患の観察と看護
- 服薬管理
- 本人の症状観察
- リハビリテーション
- 介護者への心理的サポート

かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携



地域包括支援センター

地域包括支援センター (4,145ヵ所 H23.4末)



地域連携体制構築の方法(1)

- 医師会主導型
- 病院主導型
- 行政主導型
- 地域包括支援センター主導型

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

地域連携体制構築の方法(2)

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

専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報

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

若年性認知症の人が利用できる主な支援制度①

- 精神通院医療費の助成(自立支援医療)
 - ・健康保険の自己負担額の軽減
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体によっては種々の助成制度あり
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
 - ・障害者手帳取得後、事業主は障害者雇用率に算定でき、雇用障害者数が法定雇用率を上回った場合には障害者雇用調整金が支給される。
- 障害者自立支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援に関するサービスや外出支援に関するサービス等がある

若年性認知症の人が利用できる主な支援制度②

- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者(40～64歳)も介護保険サービスを利用可能
- 障害年金
 - ・年金加入者が、一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会
(各都道府県支部等)

認知症と成年後見制度

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

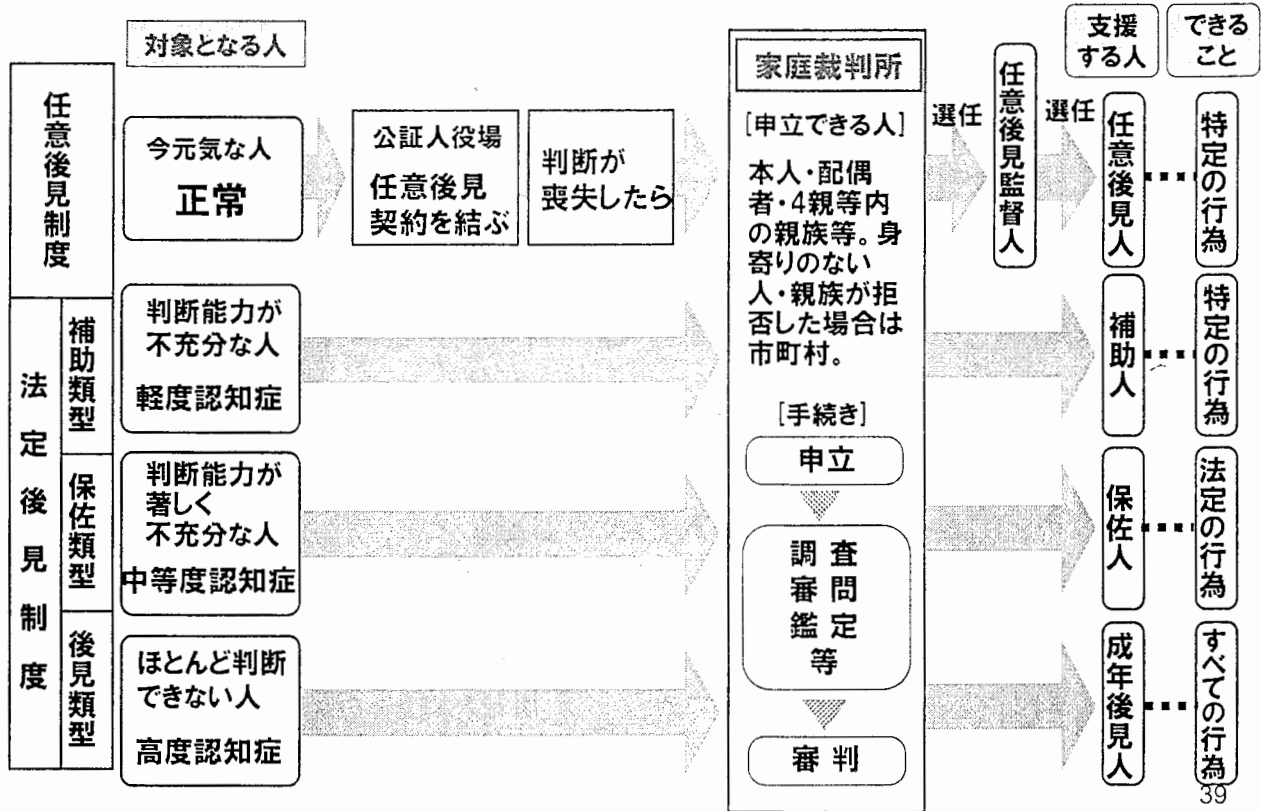
「措置」から「契約」へと制度を転換

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

高齢者・障害者等の尊厳の保持

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

成年後見制度



成年後見制度の特徴

- 任意後見制度の導入: 自己決定の尊重
- 補助類型の追加: 軽度の認知症など
- 財産管理に加え身上監護も: 身上配慮義務
- 戸籍への記載廃止
- 申し立て権: 市区町村長にも付与
- 市民後見人の育成および活用 (H24.4~)

成年後見制度の利用概況

- 平成22年の成年後見関係事件の申立件数は30,079件。
- 後見開始の審判の申立件数は24,905件、保佐開始は3,375件、補助開始は1,197件、任意後見監督人選任は602件。
- 市区町村長による申立が3,108件(前年2,471件)。
- 平成20年に終局した29,982件のうち、認容が92.7%、却下が0.3%、その他(取下げ、本人死亡等)が7.0%。
- 終局した事件のうち、2ヶ月以内に審理が終局したものが全体の75.1%(前年69.5%)であり、鑑定を実施したのは全体の17.7%(前年21.4%)であった。

41

(最高裁判所事務総局家庭局「成年後見関係事件の概況-平成22年1月~12月-」より)

日常生活自立支援事業

- 福祉サービスの利用援助
 - ・福祉サービスについての情報の提供
 - ・福祉サービスの利用手続き、支払いの代行、苦情手続きの代行
- 日常的な金銭管理サービス
 - ・年金や福祉手当の手続きの代行
 - ・税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払の代行
- 書類等の預かりサービス
 - ・金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
証書(年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書)
印鑑(実印、銀行印)

42

養護者による高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が68.3%であり、そのうち、認知症の日常生活自立度がII以上(見守りや援助が必要)の人が68.9%であった。
- 虐待者の続柄は、息子(42.6%)、夫(16.9%)、娘(15.6%)、息子の配偶者(7.2%)の順であった。
- 虐待の種別・類型では、身体的虐待(63.4%)が最も多く、次いで心理的虐待(39.0%)、介護等の放棄(25.6%)、経済的虐待(25.5%)の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者(養護者)の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加えて、相談・介護支援を中心にした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域における重層的な仕組みが必要

厚生労働省：「平成22年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」⁴³⁾

高齢者虐待防止における医師の役割

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

- ・高齢者が地域のかかりつけ医を受診する機会が多いことから、「虐待の可能性」に気づききっかけとなる場合がある
- ・身体的虐待が疑われる場合は、生命や身体の危険性や緊急性を、医学的見地から判断することが必要な場合もある
- ・虐待者の中には、行政・福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従う事例も一部報告されている

▶ 虐待の早期発見・未然防止におけるかかりつけ医の役割は極めて重要

認知症を含め高齢者虐待への理解を深めることが必要⁴⁴⁾

認知症サポーター100万人キャラバン

[目的]

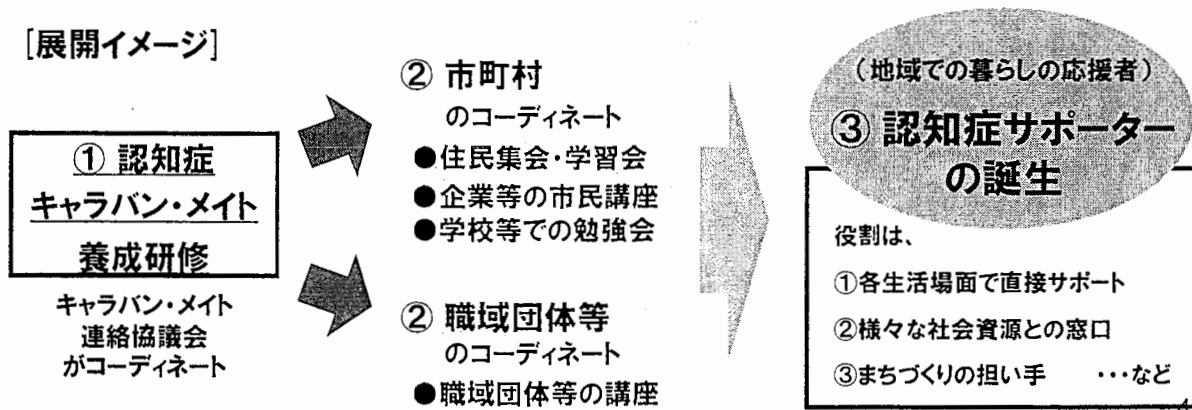
認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



[展開方法]

- ① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、
- ② 地域や職域の集まりや学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、
- ③ 地域の「認知症サポーター」を育成

[展開イメージ]



地域啓発のポイント

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