

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4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)

認知症対応力向上研修(看護職員認知症対応力向上研修事業)のカリキュラム及び実施方法に関する調査研究事業 編

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：

- 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

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

認知症施策推進大綱の概要

【知識 -1】

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

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

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

【知識 -2】

- 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

本研修のカリキュラム構成

【知識 -3】

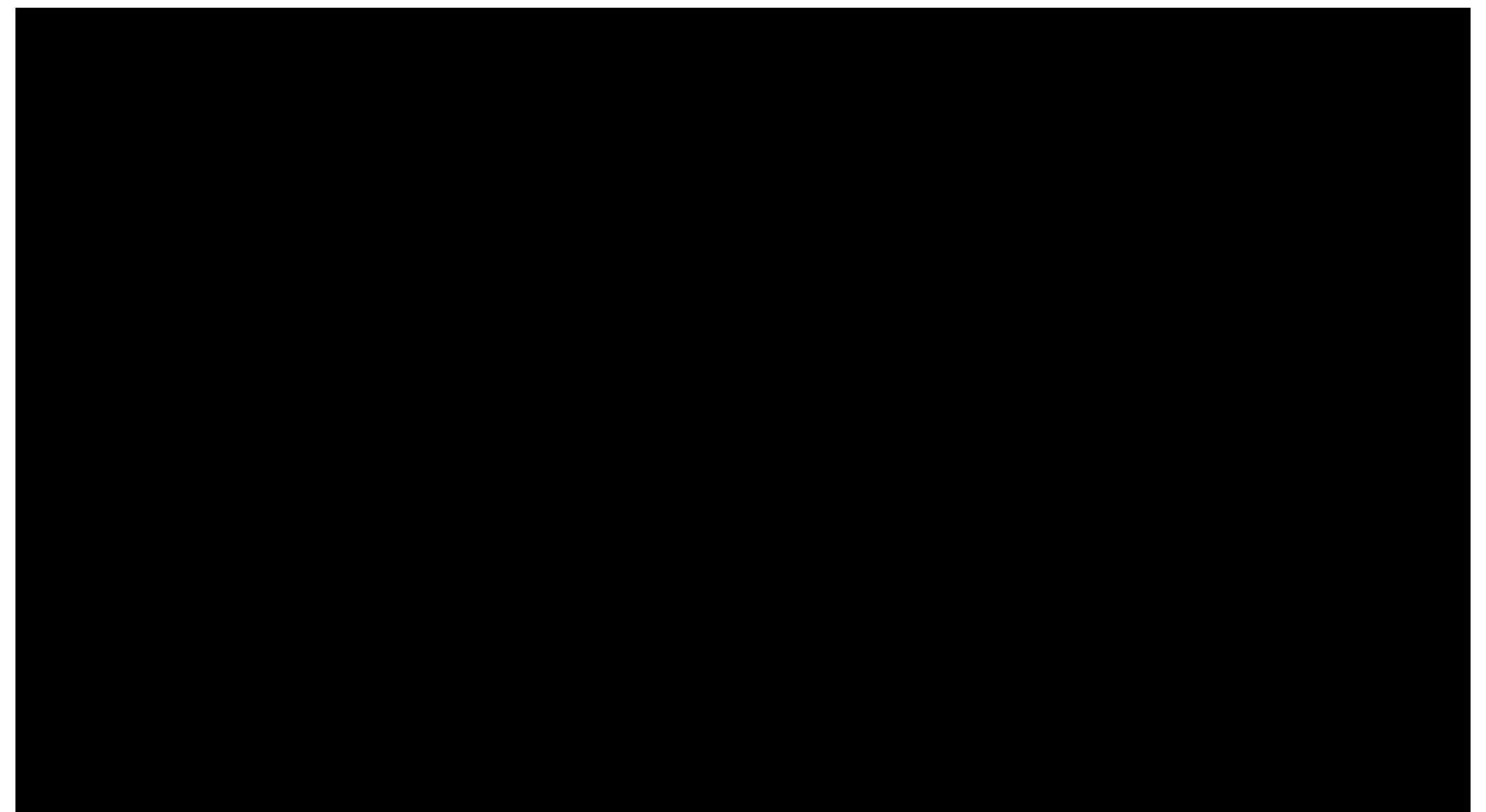
| 編 | 時間 | 講義 | 演習 | テーマ（編の中の内訳） | 主な内容、意図等 |
|-------------|-----|-----|-----|----------------|--|
| 認知症に関する知識 | 180 | 30 | | 1-1) 意義と役割 | ◎研修の意義や修了者の役割などを整理 |
| | | 120 | | 1-2) 認知症の病態論 | ◎実践対応力の前提となる認知症の医学的な知識を整理（病型別の症状、うつ・せん妄との鑑別、治療、予防等） |
| | | 30 | | 1-3) 施策・社会資源等 | ◎施策動向や社会資源を整理 |
| 認知症看護の実践対応力 | 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が多職種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 -4】

| 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 | <ul style="list-style-type: none">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 | <ul style="list-style-type: none">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 | <ul style="list-style-type: none">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 |

動画 ① 本人の声を聴いてみる



本研修が必要とされる背景

【知識 -6】

- 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 -7】

- 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協働・連携が不十分

入院中のケアの問題

【知識 -8】

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 -9】

- 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 -10】

- 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 -11】

- 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 -12】

- 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 -13】

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 -14】

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
- 地域で生活を続けていくための医療・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 -15】

- 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に、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 -16】

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

具体的な対応方針

【知識 -17】

- 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

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 -18】

- 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

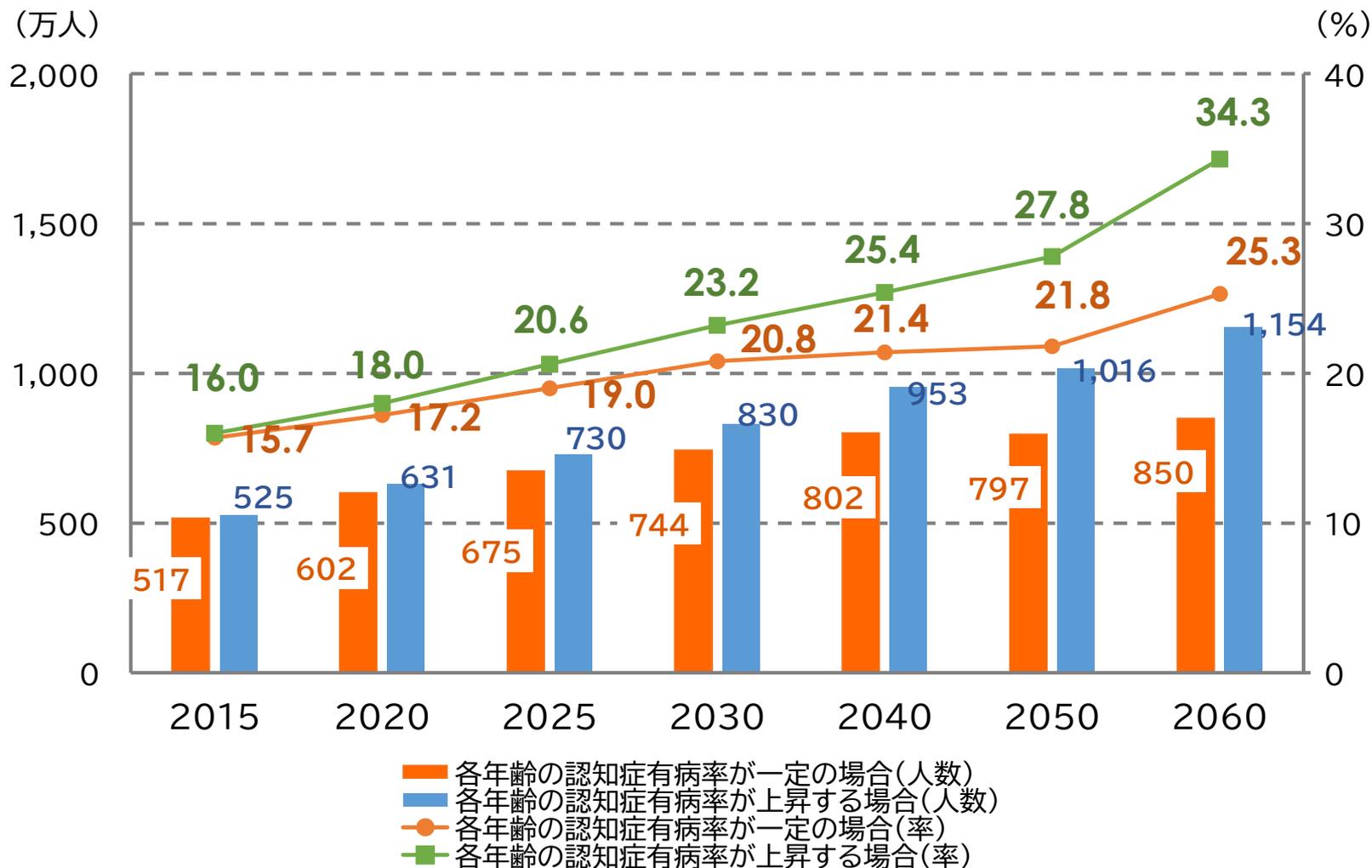
認知症とは

『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。

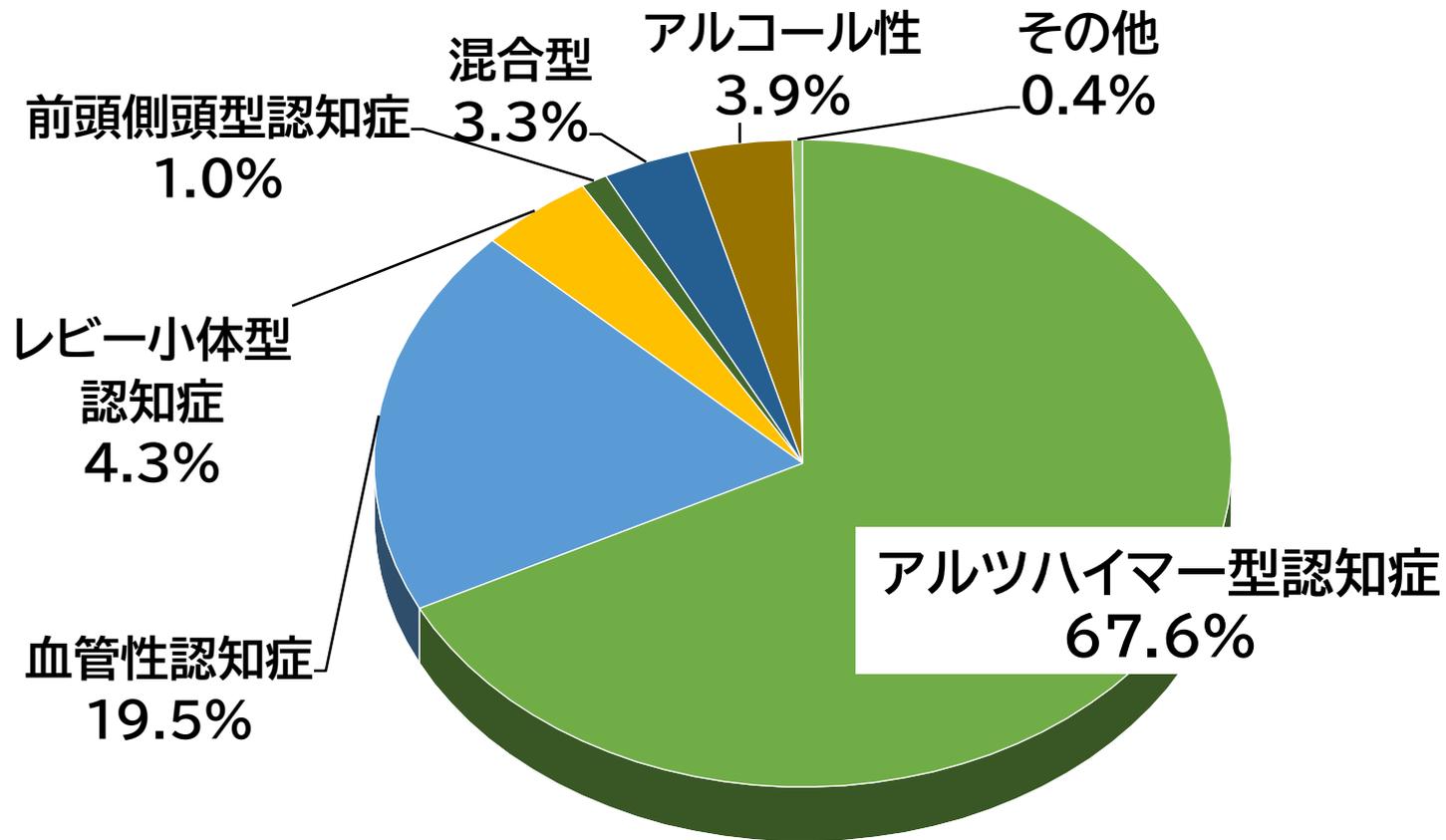
認知症高齢者数の推移

【知識 -20】



認知症の原因疾患

【知識 -21】



認知症の診断

【知識 -22】

- 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 利用可能な根拠に基づき、認知機能障害は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 -23】

| 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 -24】

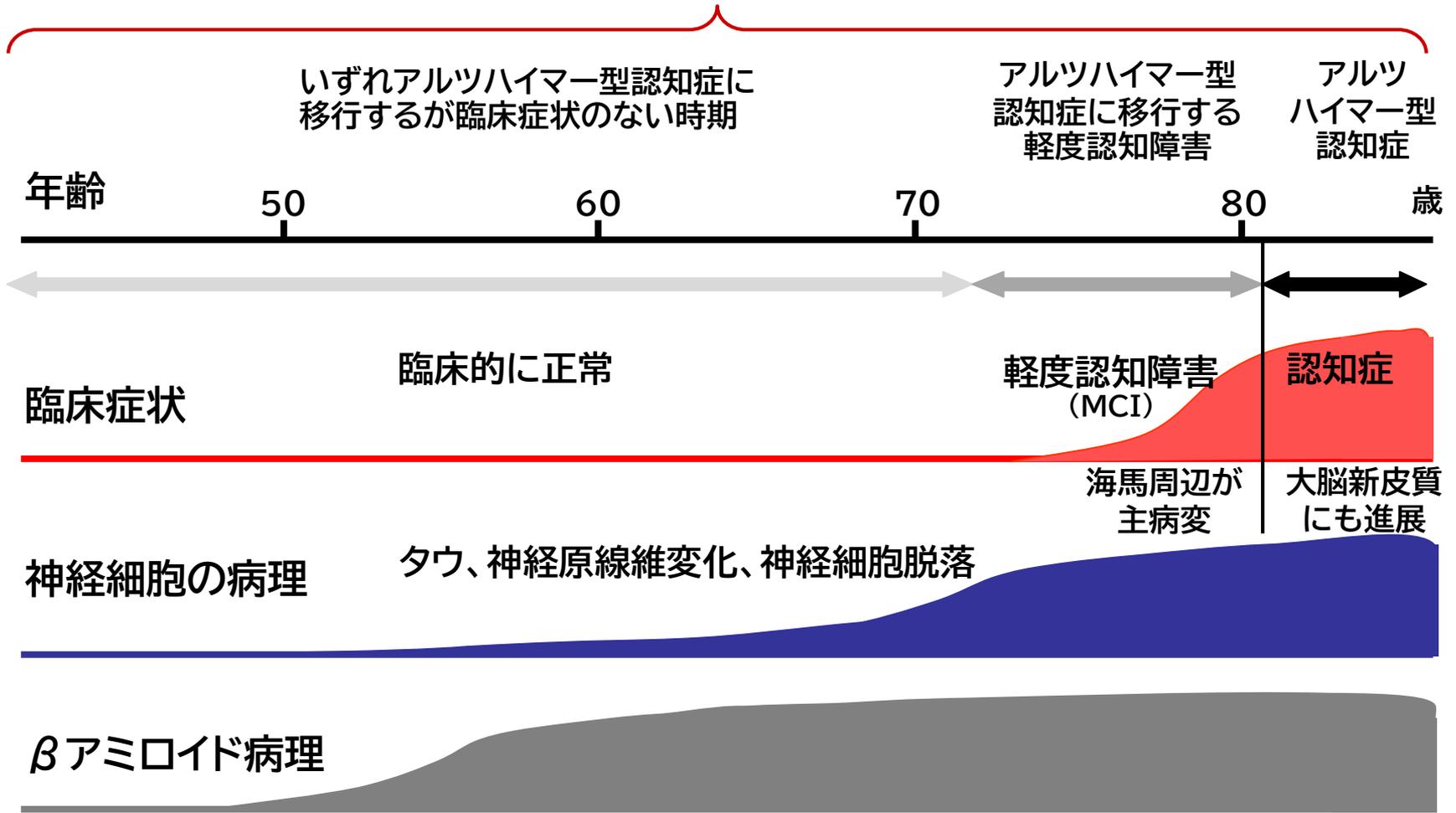
- A. 典型的には最初に**記憶障害**が**潜行性**に出現する
- B. ゆっくりではあるが着実に以前の認知機能のレベルから悪化し、疾患の進行とともに**他の認知領域(実行機能、注意、言語、社会的認知及び判断、精神運動速度、視覚認知又は視空間認知)**の障害を伴ってくる
- C. しばしば疾患の初期の段階で**抑うつ気分**や**アパシー**のような行動・心理症状を伴い、より進行した段階で**精神病症状、易刺激性、攻撃、錯乱、歩行や移動の異常**や**痙攣**を来す可能性がある
- D. 遺伝子検査で陽性であること、家族歴、徐々に認知機能が障害されることはアルツハイマー型認知症であること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

アルツハイマー病とアルツハイマー型認知症

【知識 -25】

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

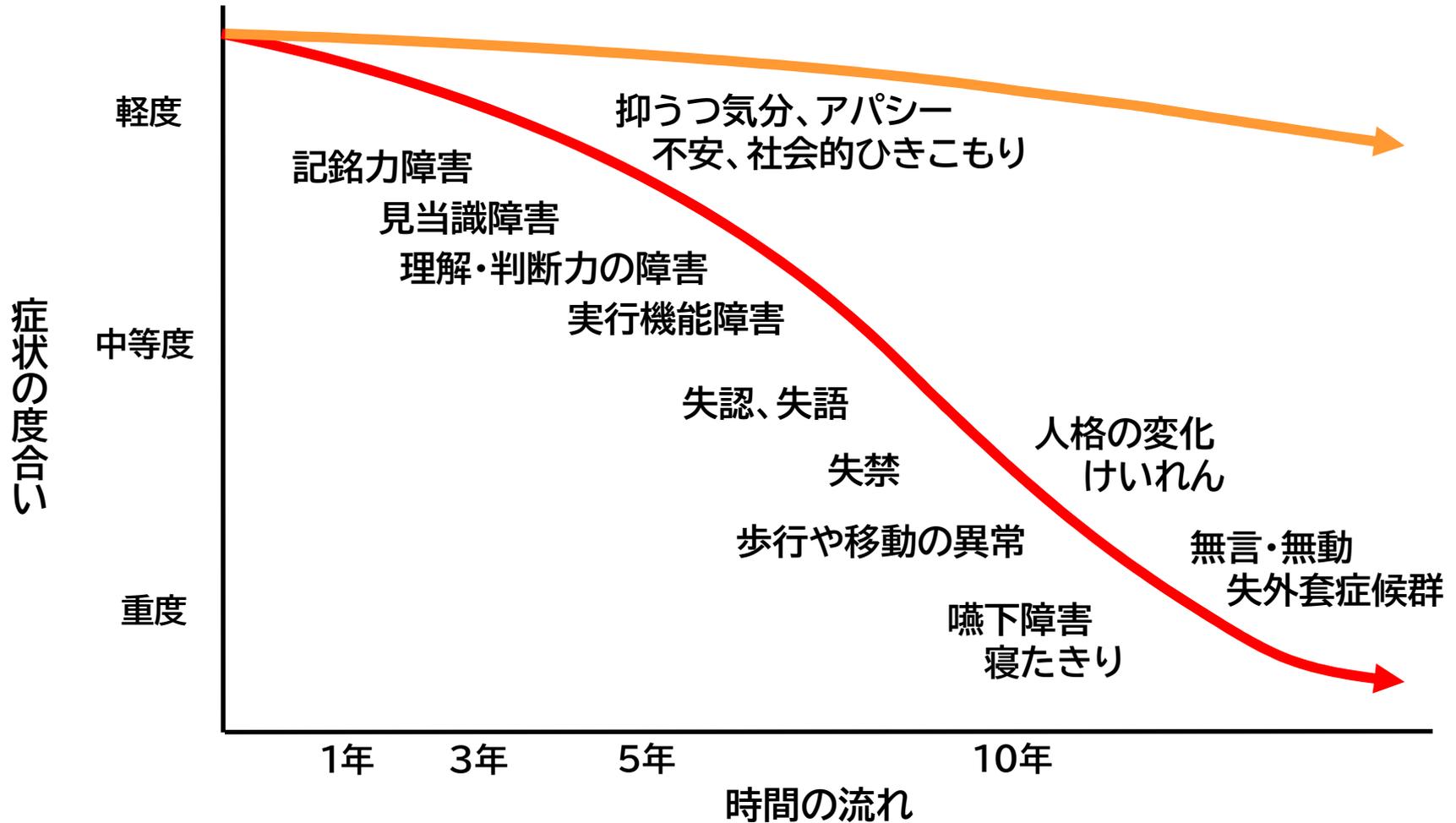
これらのすべての時期がアルツハイマー病



アルツハイマー型認知症の自然経過

【知識 -26】

— アルツハイマー型認知症の自然経過 — 健常人の老化



アルツハイマー型認知症の初期に多い症状

【知識 -27】

- **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

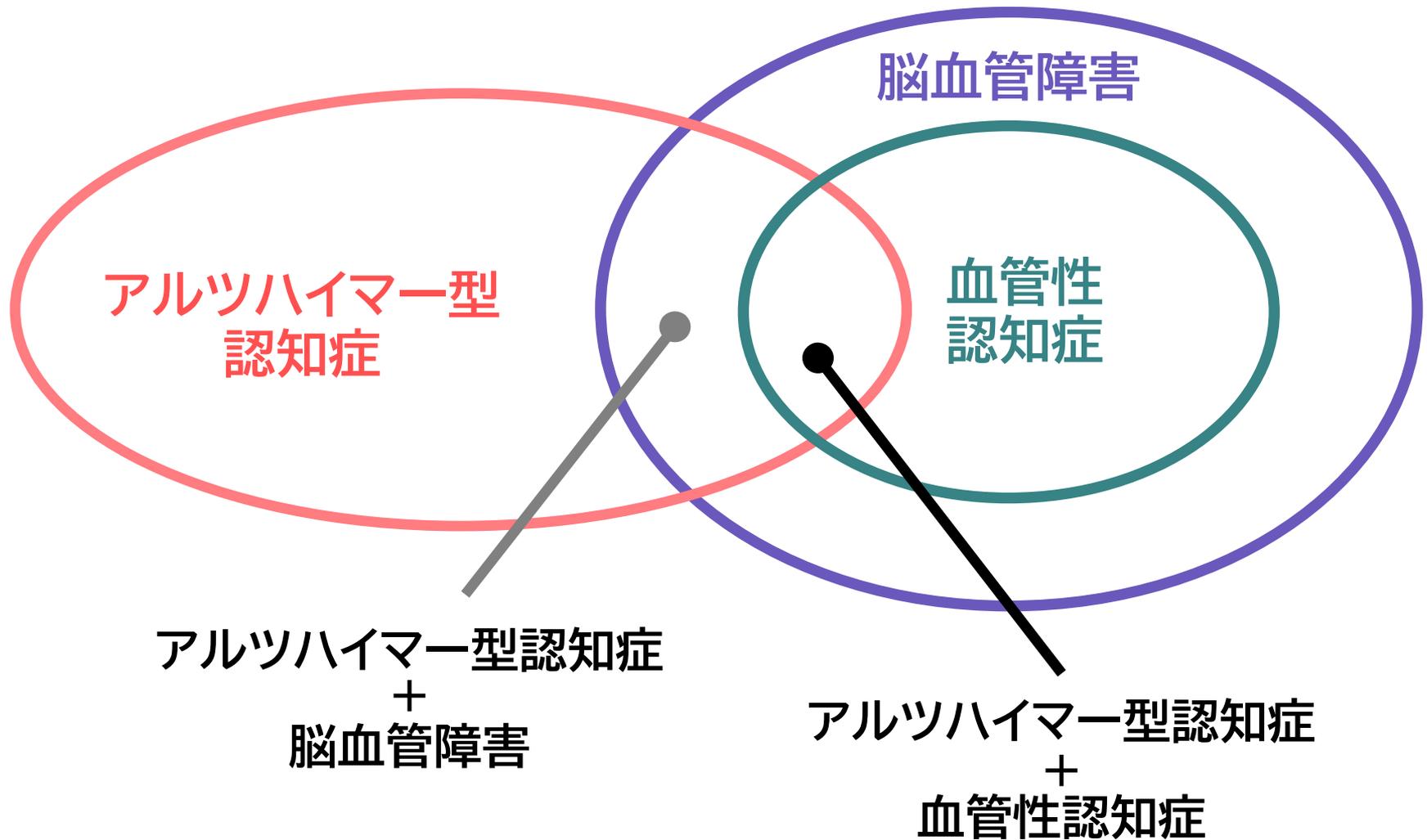
【知識 -28】

- 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

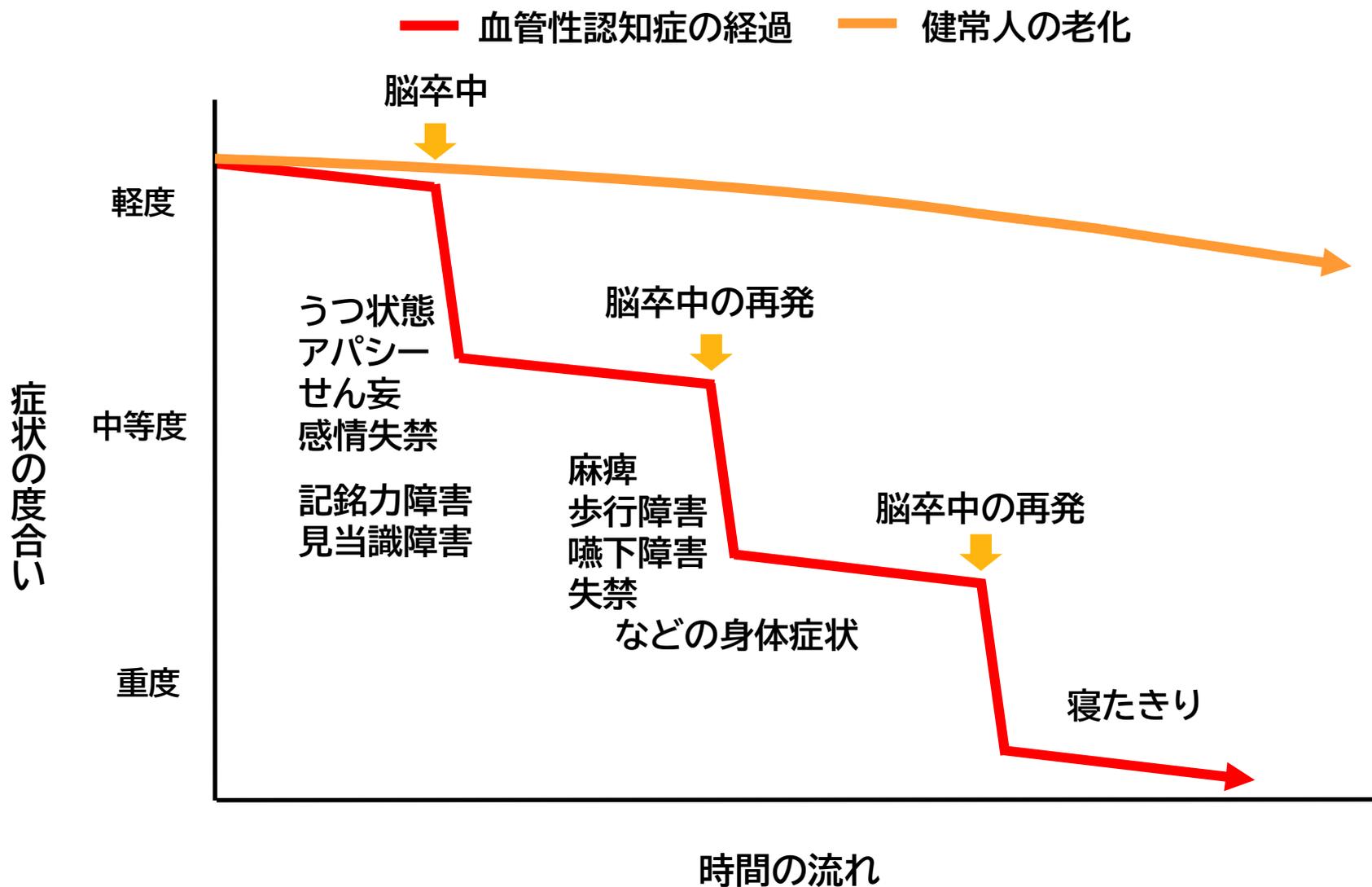
脳血管障害と認知症の関係

【知識 -29】



血管性認知症の症状と経過

【知識 -30】



血管性認知症の初期に多い症状

【知識 -31】

- **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(DLB)の臨床症状

【知識 -32】

必須症状

進行性の認知機能低下により、社会的、職業的、または日常生活に支障

中核的特徴

- 認知機能の変動
- 具体的な幻視
- レム期睡眠行動異常症
- パーキンソニズム
(動作緩慢、寡動、静止時振戦、筋強剛)

+

指標的バイオマーカー

- SPECTまたはPET
- MIBG心筋シンチグラフィ
- 睡眠ポリグラフ検査
などで示される特徴的な所見

- 抗精神病薬に対する過敏性
- 失神・原因不明の意識障害
- 著明な自律神経障害
(便秘・起立性低血圧・尿失禁)
- 姿勢の不安定さ
- 繰り返す転倒
- 幻視以外の幻覚
- 嗅覚障害
- 過眠
- 妄想
- アパシー
- 不安
- 抑うつ

支持的特徴

レビー小体型認知症の多彩な症状

【知識 -33】

認知機能障害とパーキンソニズム、行動・心理症状、自律神経障害など多彩な症状を呈し、それぞれの症状の出現時期には個人差が大きい

認知機能障害

- 認知機能の変動
- 注意障害
- 視空間認知障害
- 遂行機能障害
- 処理速度の低下 など

行動・心理症状

- レム期睡眠行動異常
- 幻覚 ● 妄想
- うつ ● 興奮
- 過眠
- アパシー など

パーキンソニズム

- 筋強剛
- 寡動
- 安静時振戦
- 姿勢反射障害 など

自律神経障害

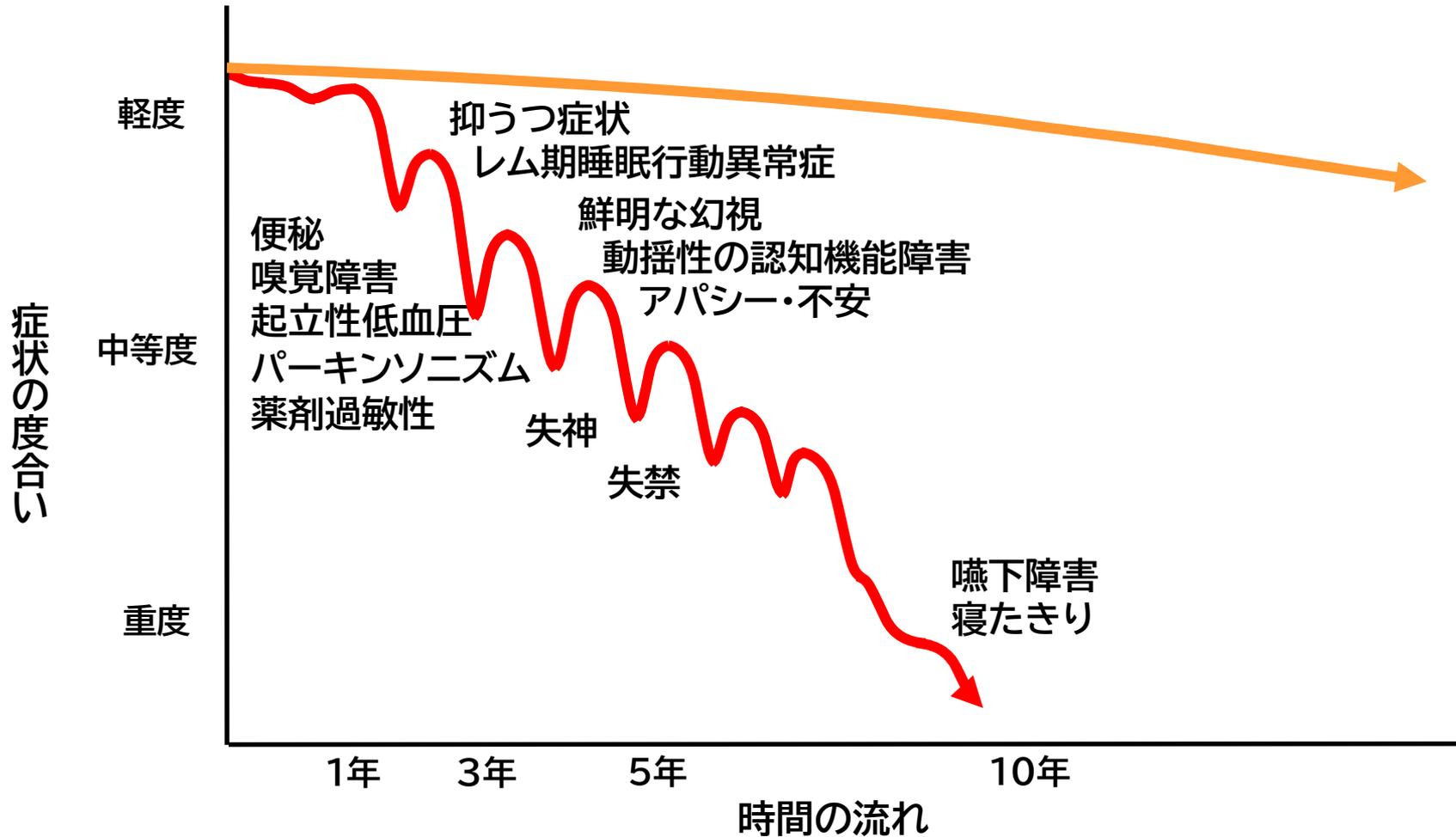
- 起立性低血圧
- 排尿障害
- 便秘
- 発汗障害 など

レビー小体型認知症の自然経過

【知識 -34】

— レビー小体型認知症の自然経過

— 健常人の老化



レビー小体型認知症の初期に多い症状

【知識 -35】

- **も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(FTLD)の概念

【知識 -36】

1) 定義：主として初老期に発症し、大脳の前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来し、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

2) 分類：前頭側頭葉変性症 (frontotemporal lobar degeneration:FTLD)



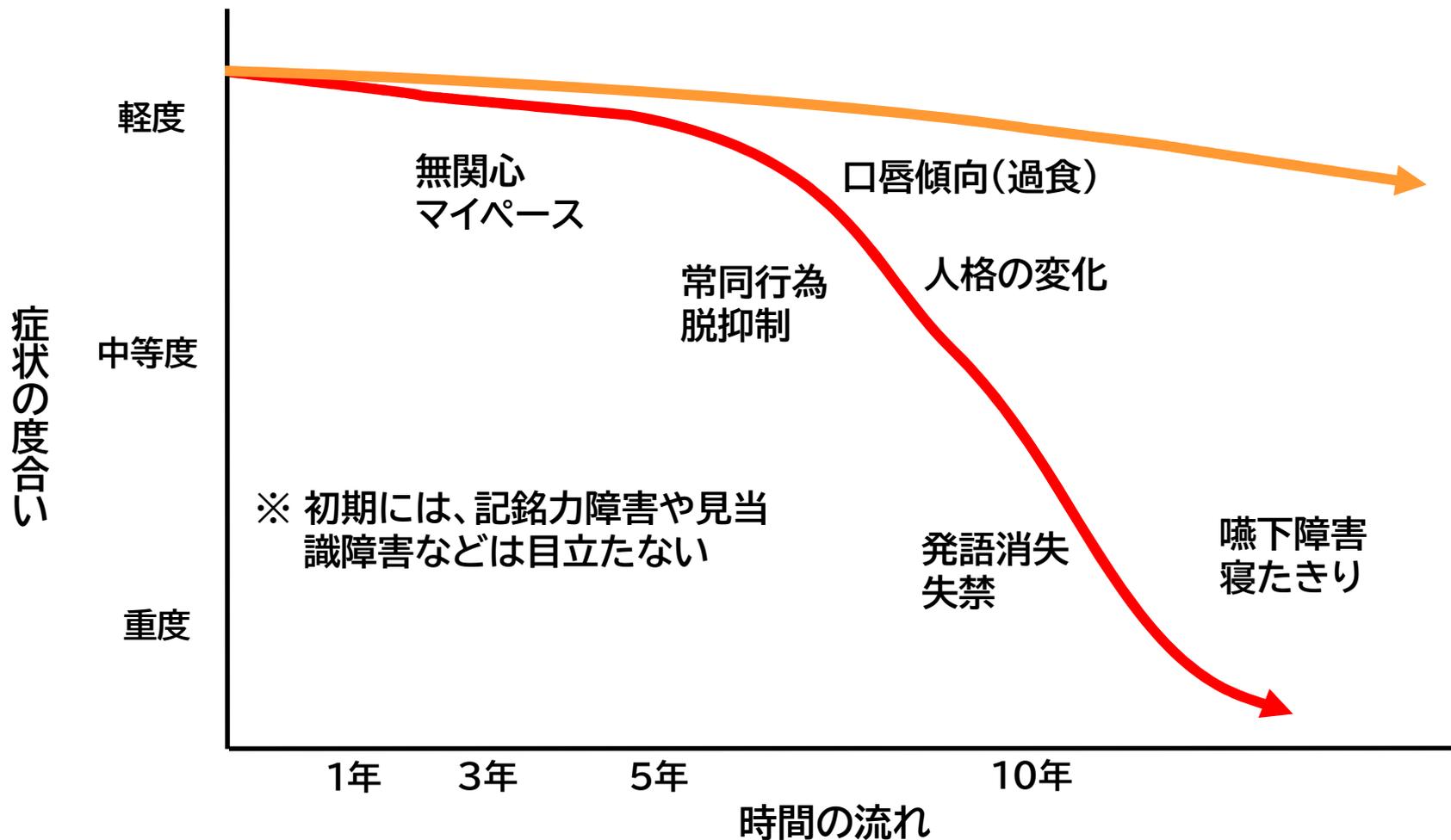
3) 特徴：

- ・ 頻度は、アルツハイマー病の10分の1以下で性差はない。
- ・ 高齢で発症する例も存在するが、70歳以上で発症する例は稀である。家族歴を有することがある。
- ・ bvFTDとSDは指定難病(平成27年から)

行動障害型前頭側頭型認知症の自然経過

【知識 -37】

— 行動障害型前頭側頭型認知症の経過 — 健常人の老化



前頭側頭葉変性症の初期に多い症状

【知識 -38】

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 | <ul style="list-style-type: none">・ 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 | <ul style="list-style-type: none">・ 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 | <ul style="list-style-type: none">・ 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 -39】

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

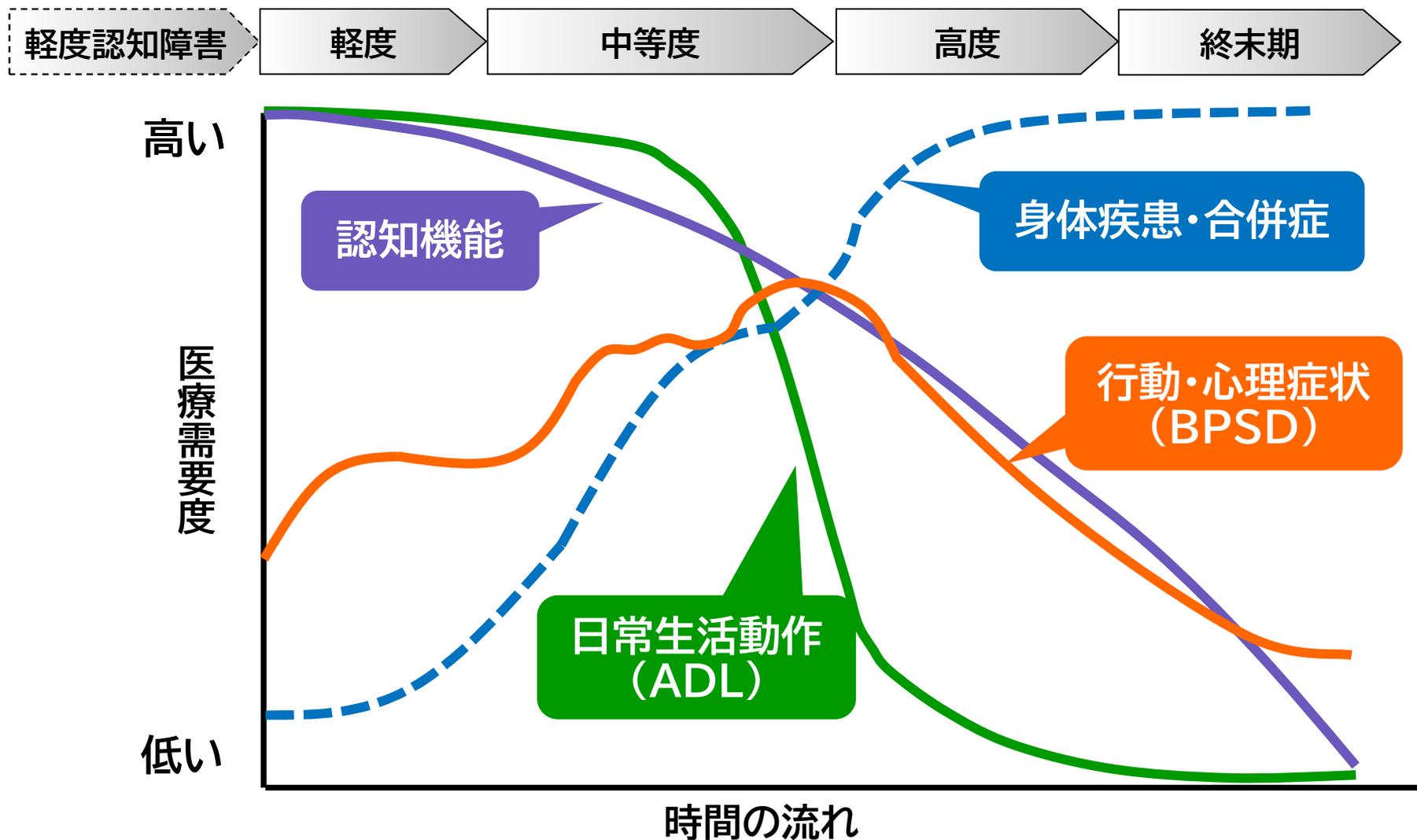
【行動症状】

焦燥、不穏、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と医療需要度

【知識 -40】

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 -41】

| | |
|-----------------|---|
| 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からない、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 -42】

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

記憶の分類

【知識 -43】

| 種類 | 内容 |
|--------------------|--------------------------------------|
| 短期記憶 | 数秒から数分の間覚えておく記憶 |
| 作動記憶 (ワーキングメモリ) | 短い間、あることを記憶に留めておくと同時に認知的な作業を頭の中で行う記憶 |
| エピソード記憶 | ある特定の時間と場所での個人にまつわる出来事の記憶 |
| 意味記憶 | だれでもが知っている知識についての記憶 |
| 手続き記憶 | 学習された運動技能の記憶 |

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分からない
- 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

明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】



要因・誘因(主なもの)

| | |
|----------|--|
| 身体的要因 | 基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用、歯の痛み、等 |
| 環境的要因 | なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激(音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など) |
| 心理・社会的要因 | 不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし |

BPSDの4つの要因

【知識 -52】

BPSDのタイプに応じた対応や治療が重要

活動亢進にかかわる症状

- ▶ 焦燥性興奮
- ▶ 易刺激性
- ▶ 脱抑制 など

精神病様症状

- ▶ 幻覚(幻視、幻聴)
- ▶ 妄想(もの盗られ妄想、被害妄想) など

BPSD の要因

感情障害がかかわる症状

- ▶ 不安
- ▶ 抑うつ
- ▶ 焦燥 など

アパシーがかかわる症状

- ▶ 自発性や意欲の低下
- ▶ 情緒の欠如 など

認知症のBPSDと具体的な症状の例

【知識 -53】

| 症状 | 具体的な症状の例 |
|------|--|
| 妄想 | 事実ではないことを信じ込んでいる |
| 幻覚 | 実際にはないものが聞こえたり見えたりする |
| 興奮 | 介助を拒否したり、扱いにくいときがある |
| 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 |
| 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、過度に緊張している等の神経質さを示す |
| 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 |
| 無関心 | 自身の日常生活や、他人の活動や計画に関心がなくなっているように見受けられる |
| 脱抑制 | 見ず知らずの人にあたかも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 | 気難しくおこりっぽい、計画に遅れたり待たされたりすることがまんできなかつたりする |
| 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 -54】

| 分類 | BPSD |
|-------------|--|
| アルツハイマー型認知症 | <ul style="list-style-type: none">・ 初期は、不安、抑うつ、易怒性、焦燥など・ 中期では、妄想や幻覚、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

認知症で評価すべきこと

【知識 -55】

| 項目 | 尺度 |
|-------------------|---|
| 認知機能 (スクリーニング) | ミニメンタルテスト 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 |

認知症診断のフローチャート

【知識 -56】

認知症の疑い・認知機能障害の疑い

認知症と鑑別
すべき状態や疾患

除外

→ 加齢による健忘(正常範囲内)

除外

→ 軽度認知障害

除外

→ せん妄

除外

→ うつ病

除外

→ 薬物の影響

除外

→ アルコールによる影響

除外

→ 他の精神障害(妄想性障害、知的障害など)

治療により改善が
見込める認知症

除外

→ 内分泌・代謝疾患

除外

→ 炎症性疾患(脳炎)

除外

→ 正常圧水頭症

除外

→ 脳腫瘍

除外

→ 慢性硬膜下血腫

除外

→ てんかん

認知症

認知症と鑑別すべき状態や疾患

【知識 -57】

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 -58】

| | 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 |

参照)東京都高齢者施策推進室:「痴呆が疑われたときに-かかりつけ医のための痴呆の手引」(1999) を参照、一部追加

軽度認知障害(MCI)

(MCI : Mild Cognitive Impairment)

【知識 -59】

- 『同年齢の人と比べて認知機能低下を認め、正常とは言えないが、認知症の診断基準を満たさないレベル』の状態である
(日常生活に支障が生じるほど認知機能が大幅に低下していない)
- MCIは、臨床症候群であり原因疾患や症状は様々である
- 認知症に移行する可能性のある状態と考えられているが、原因によって現状を維持したり、回復したりすることもある
(移行率は年間5～10%、回復率は年間16～41%)
- 症状が軽いことから本人や家族でも気づかず、発見が遅れる場合がある
- MCIのうちに早期に発見し対策を行うことで症状が改善したり、認知症の発症を遅らせる可能性がある

MCIの診断基準と分類、背景病理

【知識 -60】

MCIの診断基準

1. 認知機能低下の訴えがある
2. 認知機能障害がある(記憶、注意、遂行機能、視空間認知)
3. 全般的な認知機能は本質的に正常である
4. 基本的な日常生活機能はほとんど正常である
5. 正常ではなく、認知症でもない

MCIの分類

- MCIは、記憶障害の有無により、健忘型MCIと非健忘型MCIに分類される

Petersen R.C.:N Engl J Med.346(23);2227-2234.2011より引用

MCIの背景病理

- アルツハイマー病では健忘型MCIが多く、前頭側頭葉変性症やレビー小体型認知症では非健忘型MCIが多いとされている

MCIと認知症におけるADL

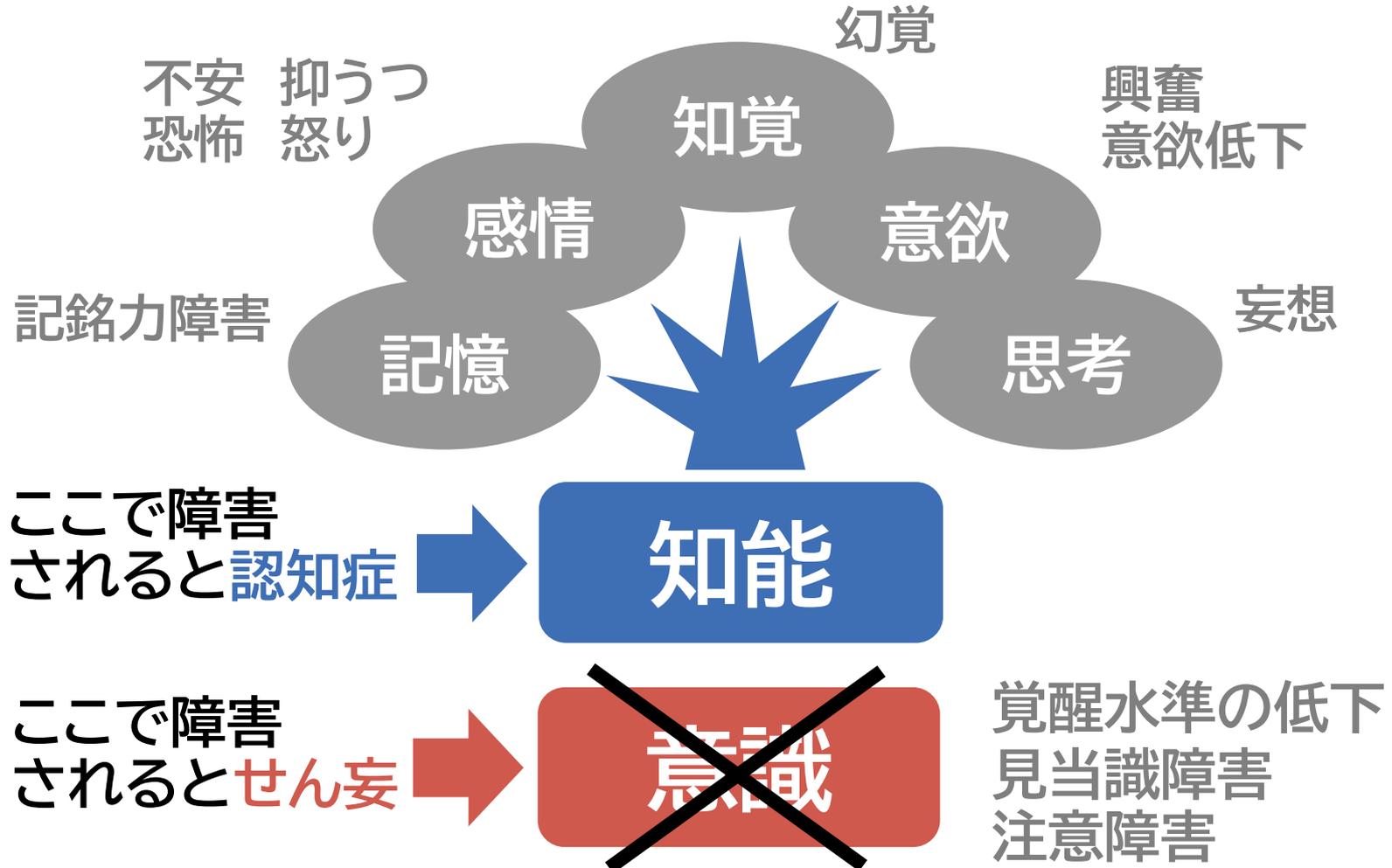
【知識 -61】

| | | 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 -62】

『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』



せん妄の特徴

【知識 -63】

定義

- 身体的な要因や薬剤の要因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、症状には変動性がある

特徴

- 診察する時期によって状態が大きく変化する
- 高齢者の有病率が高いにもかかわらず、医療従事者でもせん妄の症状が認識されないことも多い
- 精神疾患や認知症患者では見逃されることが多い
- 過小評価され、対応が遅れ症状が遷延する傾向がある

留意点

- 原則可逆性であり、診断と鑑別、治療が重要である

うつと認知症に伴うアパシーの差異

【知識 -64】

横断的な精神症状の聴取では鑑別が困難なことが多い

抑うつ
(うつ病による症状)

アパシー・無為・無気力
(認知症による症状)

抑うつ気分
絶望・苦痛
不眠・食欲不振
自責
憂慮
希死念慮

活動性の低下
活気のなさ
精神運動の緩慢さ
易疲労
興味の喪失

自発性・発動性の欠如
情動の平板化
持続力の欠如
社会性の減退
無関心・無頓着

うつ病の症状

【知識 -65】

以下の9つの症状のうち、5つ以上が同じ2週間の期間中
ほぼ毎日認められる場合にうつ病と診断する（そのうちの1つが①または②）

- ① 抑うつ気分(気持ちが落ち込む)
- ② 興味や関心・喜びの感情が低下する
- ③ 急な体重増加または体重減少(食欲減退または亢進)
- ④ 不眠(しばしば睡眠維持障害)または過眠
- ⑤ 気持ちが落ち着かず行動し続ける/気持ちも体も動かさない
- ⑥ 疲労感または気力減退
- ⑦ 無価値感または罪悪感
- ⑧ 思考力や集中力の減退、決断困難
- ⑨ 死や自殺について考える、自殺の企図・計画

うつ病を疑うコツ

【知識 -66】

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

認知機能低下を誘発しやすい主な薬剤

【知識 -67】

薬剤の影響を常に念頭に置いた適切な対応が重要

向精神薬

抗精神病薬

催眠薬

鎮静薬

抗うつ薬

抗不安薬

向精神薬以外の薬剤（主なもの）

抗パーキンソン病薬

循環器病薬（ジギタリス、利尿剤 など）

鎮痛薬（オピオイド、NSAIDs）

副腎皮質ステロイド

抗菌薬、抗ウイルス薬

泌尿器病薬（過活動性膀胱治療薬）

消化器病薬（H₂受容体拮抗薬、抗コリン薬）

抗喘息薬

抗アレルギー薬（抗ヒスタミン薬） など

薬剤による認知機能の低下

【知識 -68】

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

アルコール関連障害（精神・神経の疾患）

【知識 -69】

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、と急速(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する

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 -70】

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 -71】

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 | <ul style="list-style-type: none">・ 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 | <ul style="list-style-type: none">・ 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 | <ul style="list-style-type: none">・ 大腿骨頸部骨折・ 骨粗鬆症 |
| 皮膚科疾患 | <ul style="list-style-type: none">・ 褥瘡・ 蜂窩織炎・ 带状疱疹 |
| 眼科・耳鼻科疾患 | <ul style="list-style-type: none">・ 難聴・ 耳垢栓塞・ 緑内障・ 白内障 |
| 歯科疾患 | <ul style="list-style-type: none">・ う蝕・ 歯周病・ 口内炎・ 義歯不適合 |

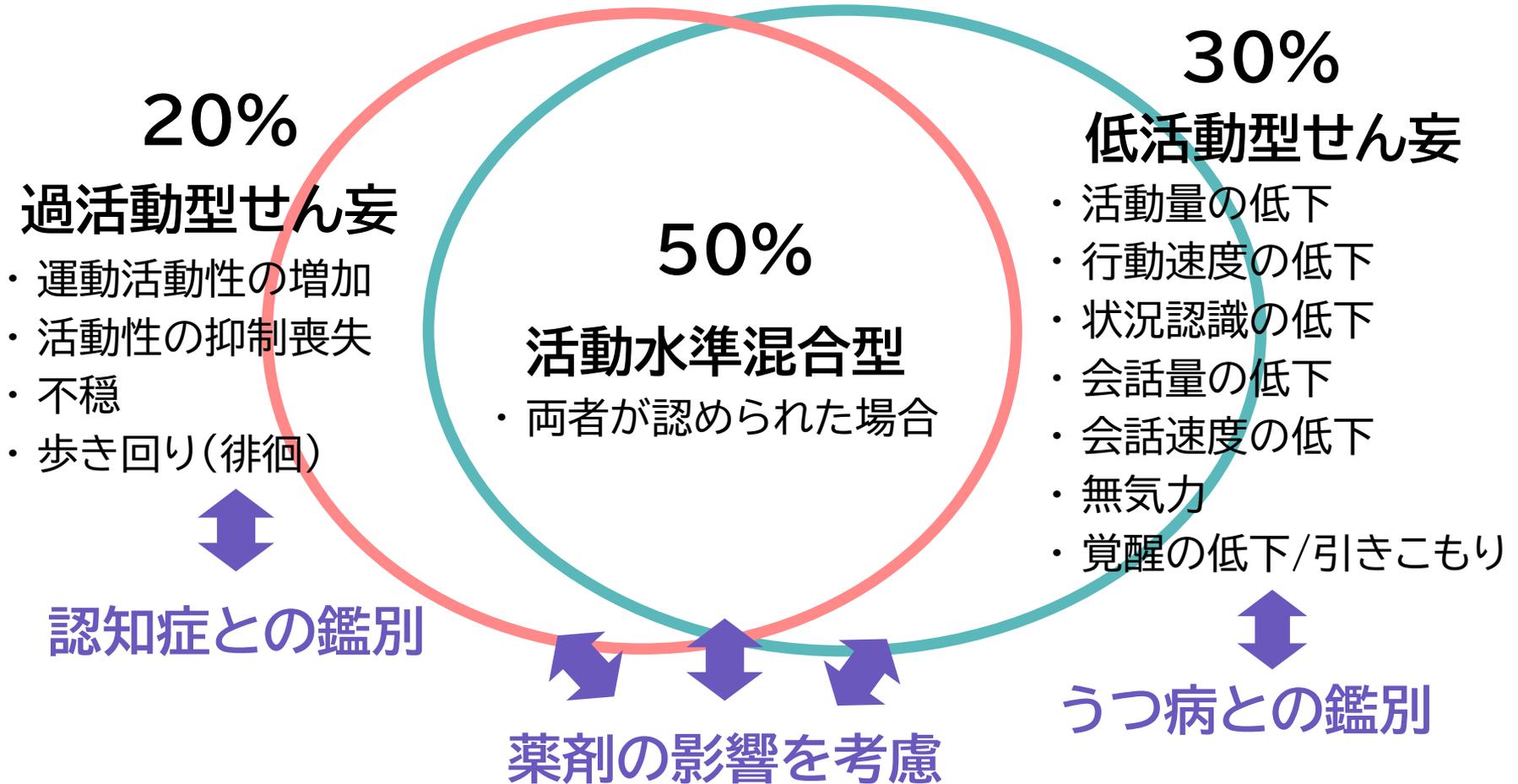
② 認知症の病態論

- 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

せん妄の分類と頻度、鑑別すべき疾患・病態

【知識 -72】

せん妄は3つに分類され、正確な診断と治療・対応が重要



せん妄の種類

【知識 -73】

| 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 -74】

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

準備因子

高齢者、脳器質疾患、認知症

誘発因子

- ・ 過少・過剰な感覚刺激
- ・ 睡眠障害
- ・ 強制的安静臥床
- ・ 身体拘束

直接因子
(原因)

脱水、薬物、代謝性障害、感染症、循環・呼吸障害

せん妄

せん妄の原因

【知識 -75】

| | |
|--|--|
| <p>準備因子</p> <p>せん妄を起こしやすくする因子</p> | <ul style="list-style-type: none">● 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 |
| <p>誘発因子</p> <p>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</p> | <ul style="list-style-type: none">● 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） |
| <p>直接因子(原因)</p> <p>せん妄発症に直接関わる因子</p> | <ul style="list-style-type: none">● 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 |

せん妄を誘発するおそれのある代表的な薬剤

【知識 -76】

◎ 抗コリン作用のある薬剤

- ▶ 抗コリン薬
- ▶ 抗ヒスタミン薬
- ▶ 抗うつ薬
- ▶ 抗精神病薬
- ▶ 頻尿治療薬 等

◎ ベンゾジアゼピン系受容体作動薬

◎ 気分安定薬

◎ 抗てんかん薬

◎ 抗パーキンソン薬

◎ 鎮痛薬

◎ 循環器系治療薬

◎ 副腎皮質ステロイド

◎ 気管支拡張薬

◎ 抗ウイルス薬

◎ 抗がん剤

◎ 免疫抑制薬

◎ 抗菌薬

◎ その他

せん妄の臨床的特徴

【知識 -77】

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 |

せん妄に用いられるスケール

【知識 -78】

| 種類 | スクリーニング | 診断 | 重症度 | 看護師による評価 |
|----------|---------|----|-----|----------|
| CAM | ● | | | ● |
| DRS-R-98 | | ● | ● | |
| MDAS | | | ● | |
| DST | ● | | | ● |
| NEECHAM | ● | | | ● |
| CDT | | | | ● |
| MMSE | | | | ● |

CAM :Confusion Assesment Method、DRS-R-98:Delirium Rating Scale-Revised-98、
MDAS :Memorial Delirium Assessment Scale、DST:Delirium Screening Tool、
NEECHAM :NEECHAM Confusion Scale、CDT:Clock Drawing Test、MMSE:Mini Mental State Examination

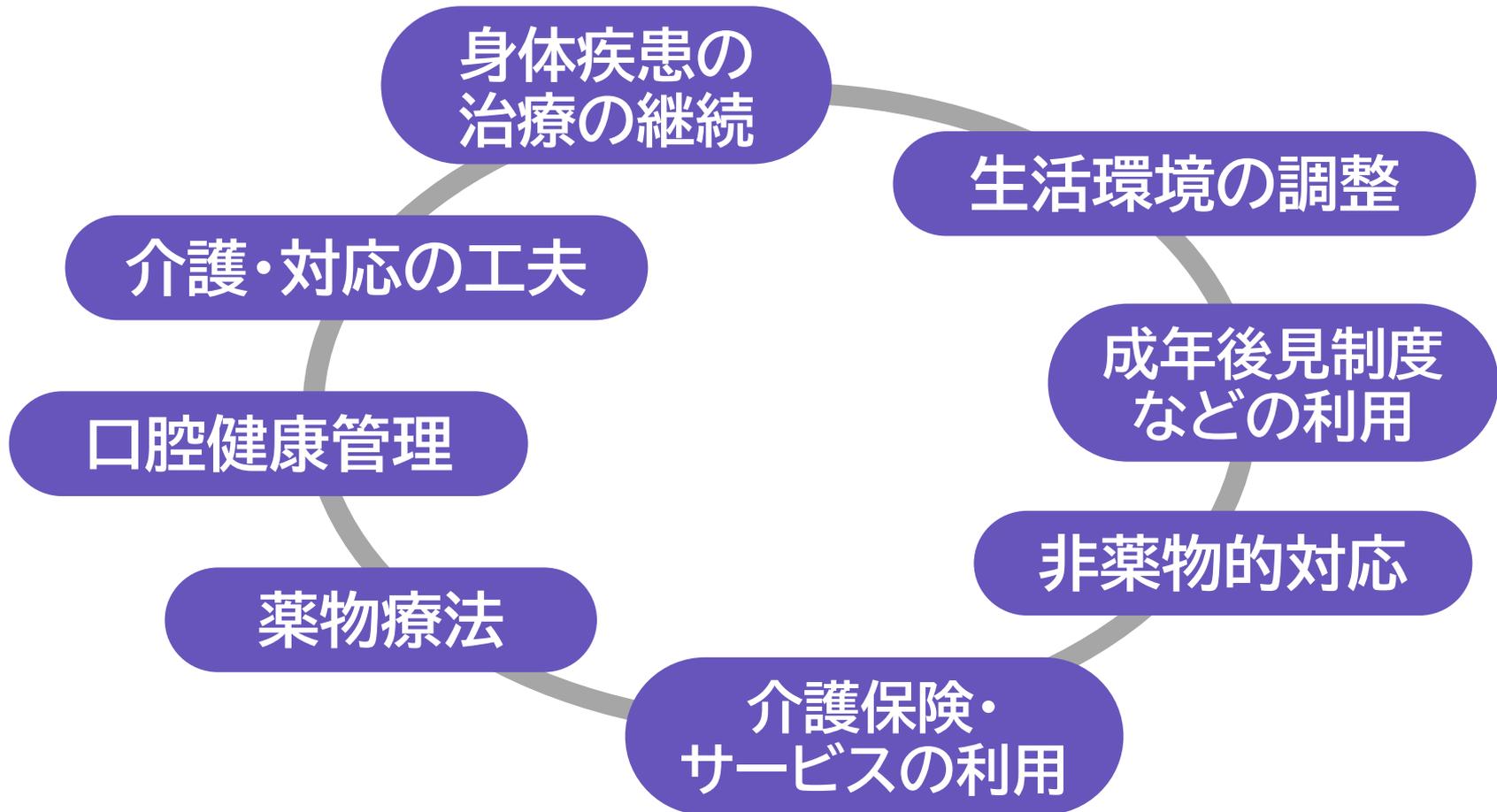
② 認知症の病態論

- 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 -79】

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 -80】



認知症(疑い含む)に関する相談(受診先等)

診察&検査&診断 ▷ 治療方針&生活支援方針の組み立て ▷ 症状の進行に合わせて随時見直し



抑うつ症状

他の疾患の鑑別→疾患に応じた治療

いろいろな感

告知→生活方針、医療側との意識共有

性格変化

認知機能障害の進行抑制

抑うつ・不眠・食欲低下等の治療

認知機能障害

記憶障害、見当識障害の進行
(近時記憶から)
趣味・日課への興味の薄れ
家事の失敗

認知機能障害

記憶障害の進行
会話能力の低下(理解力の低下)
基本的ADL(着脱衣、入浴)での部分的介助
慣れた道で迷うなど、失認、場所見当識障害

認知機能障害

会話能力の喪失
基本的ADL能力の喪失・失禁
覚醒・睡眠リズム不明確化

BPSD

もの盗られ妄想・嫉妬妄想・抑うつ・不安から来る身体的不調の訴え等の精神症状

BPSD

徘徊・多動・攻撃的言動・異食等の行動障害、妄想・幻覚・せん妄等の顕著化

向精神薬の投与など適切な薬物療法による、激しい周辺症状への対応

薬物療法による副作用の除去

認知症医療

身体医療

BPSDをもたらす身体症状の改善

周辺症状をもたらす水分電解質異常・便秘・発熱・薬の副作用

身体疾患そのものに対する適切な医療

高齢期特有の疾患や大腿骨頸部骨折(特に中等度の場合)など一般的な身体疾患

認知症特有のリスクを踏まえた全身管理

看取りに向けた全人的医療

歩行&座位維持困難

嚥下機能低下→肺炎等のリスク

認知症の非薬物的対応

【知識 -81】

認知症の人への介入

- 運動療法
- 音楽療法
- 作業療法
- 日常生活動作訓練
- レクリエーション
- 回想法
- 認知機能訓練

など

介護者・家族への支援

- ◎ 心理的サポート
- ◎ コミュニケーション等のスキル教育
- ◎ 疾病・医療等に関する情報提供
- ◎ レスパイトケア
- ◎ 家族会・教室の紹介

など

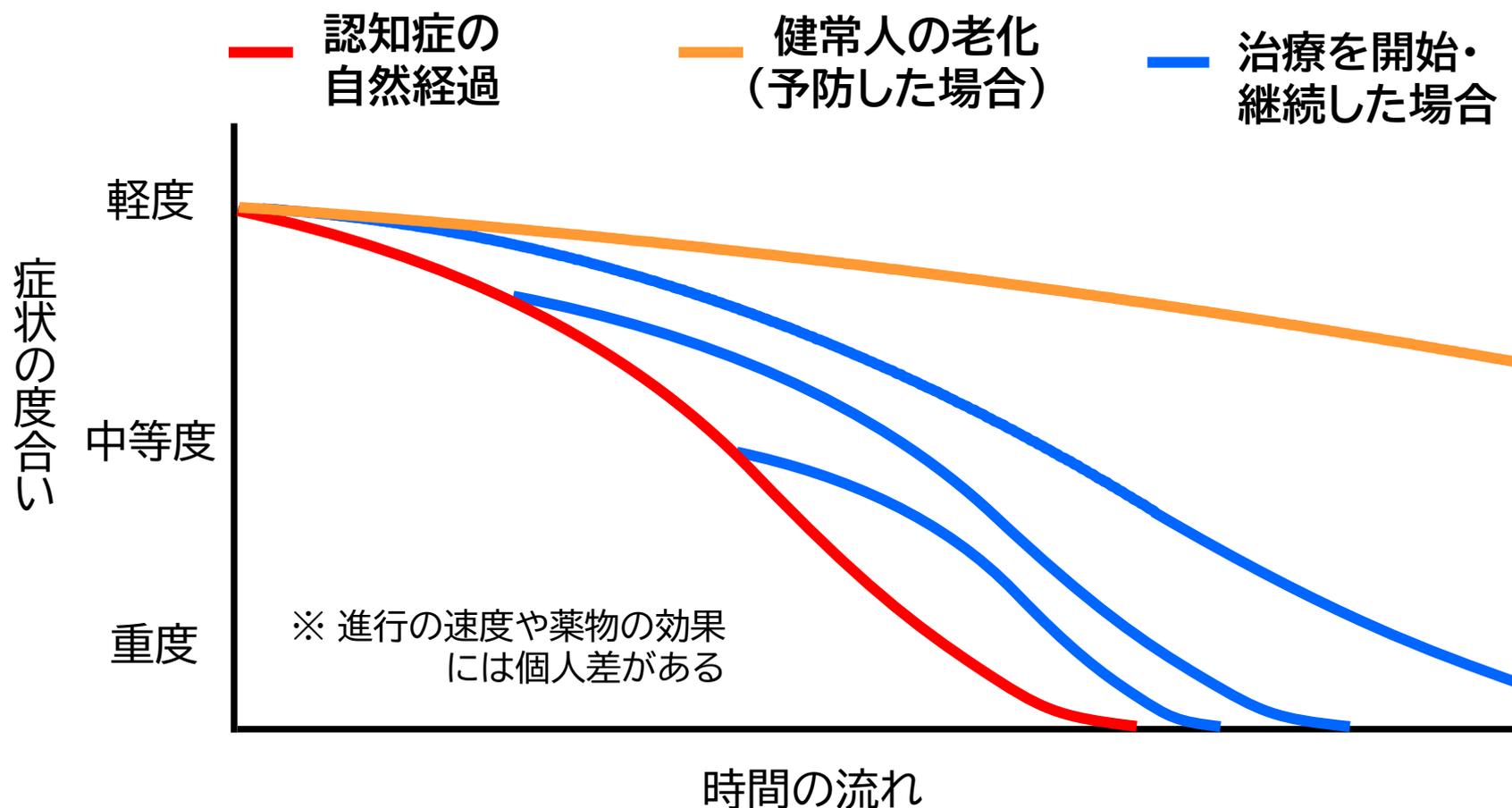
認知症の非薬物療法

【知識 -82】

| | |
|-------------|---|
| 運動療法 | 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 |
| 音楽療法 | 音楽療法は、音楽を聴く、歌う、演奏、リズム運動等のプログラムがあり、不安や痛みの軽減、精神的な安定、自発性・活動性の促進、コミュニケーションの支援、脳の活性化などの効果がある |
| 回想法 | 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 |
| 認知機能訓練 | 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行う |
| 認知刺激 | 認知機能や社会機能の全般的な強化を目的に、通常はグループにて、活動やディスカッションなどを行う |
| 認知リハビリテーション | 個別のゴール設定を行い、目標に向けて戦略的に行う個人療法 |

【知識 -83】

早期診断や早期治療と適切な薬物療法の継続が重要



アルツハイマー型認知症 認知症治療薬の薬理的な差異

【知識 -84】

| 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 | アマンタジン誘導体 |
| 作用機序 | ChE阻害 | ChE阻害 + ニコチン性アセチルコリン受容体(nAChR)へのアロステリック増強作用 | ChE阻害 + ブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)阻害作用 | NMDA受容体阻害 |
| 用量(/日) | 5-10mg | 16-24mg | 4.5-18mg | 10-20mg |
| 用法(/日) | 1回 | 2回 | 1回 | 1回 |
| 生体内利用率 | 100% | 100% | ~70% | 100% |
| 蛋白結合率 | 93% | 17% | 40% | 45% |
| 半減期(時間) | 70-80 | 5-7 | 3.4 | 60-80 |
| 代謝 | 肝臓 (CYP3A4 > 2D6) | 肝臓 (CYP2D6・3A4) | 腎排泄 | 腎排泄 |
| 剤形の種類 | 錠剤、OD錠、細粒、ドライシロップ、ゼリー等 | 錠剤、OD錠、内用液 | 貼付剤 | 錠剤、OD錠、ドライシロップ |

ChE: Cholinesterase, NMDA: N-methyl-D-aspartate
 Noetzli M, and Eap CB. Clin Pharmacokinet. 2013 Apr;52(4):225-41. より引用

コリンエステラーゼ阻害薬

- ・ 循環器症状(不整脈・徐脈など)
- ・ 消化器症状(食思不振・嘔吐・下痢・便秘など)
- ・ 精神症状(興奮、不穏、不眠、眠気)
- ・ その他(振戦、頭痛、顔面紅潮、皮疹など)

メマンチン

- ・ 浮動性めまい ・ ふらつき ・ 傾眠
- ・ 体重減少 ・ 便秘 ・ 頭痛 など

※ 投薬に際しては、定期的な受診、薬の管理、定期的な服薬、症状の観察などが可能かどうか確認することが重要である。

BPSDへの対応

【知識 -86】

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、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

BPSDの薬物療法を開始する際の確認要件

【知識 -87】

BPSDは非薬物的対応を最優先で行うことを前提とし、薬物療法を開始するには以下の5項目を確認する

- 他に身体的原因はない
(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
(あれば精神科受診が望ましい)
- 服用中の薬物と関係ない
- 服薬順守に問題ない
- 適応外使用も含めて当事者より十分な
インフォームドコンセントが得られている

BPSDの薬物療法開始前後のチェックポイント

【知識 -88】

- 日中の過ごし方、昼間の覚醒度の変化、眠気の有無
- 夜間の睡眠状態の変化
(就寝時間、起床時間、夜間の歩き回りの回数など)
- 服薬状況の確認
(介護者/家族がどの程度服薬を確認しているかなど)
- 水分の摂取状況(特に制限を必要としない限り)
- 口腔内の状況の確認
(口腔内の病変や副作用の有無)
- 食事の摂取状況や嚥下機能の変化
- 排便や排尿の変化
- パーキンソン症状
(振戦、筋硬直、寡動、小刻み歩行、前傾姿勢、仮面様顔貌など)
- 転倒傾向の有無 など

睡眠障害への対応

【知識 -89】

● 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

若年性認知症

【知識 -90】

- 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・生活実態把握と多元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 -91】

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 -92】

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

認知症施策推進大綱の概要（再掲）

【知識 -93】

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

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

認知症の本人の視点を重視したアプローチ

【知識 -94】

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”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

本人重視の主な施策

【知識 -95】

本人にとってのよりよい暮らしガイド

平成29年度老人保健健康増進等事業
「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した
支援体制構築推進のための調査研究事業」報告書より



一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ 認知症とともに生きる希望宣言

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。

認知症とともに生きる希望宣言

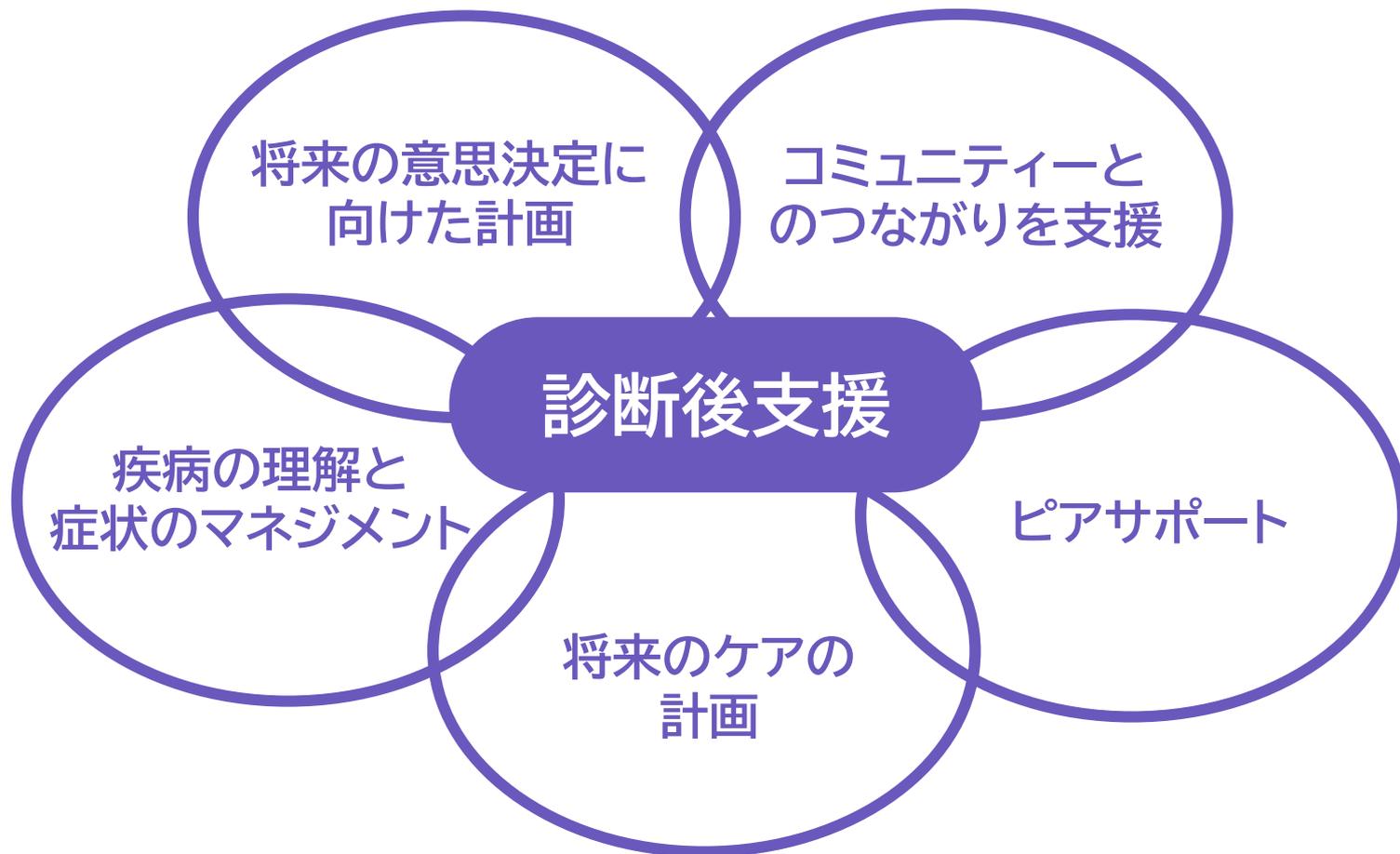
日本認知症本人ワーキンググループ
(平成30年11月1日)
<http://www.jdwg.org/statement/>



診断後の早い段階からの支援

【知識 -96】

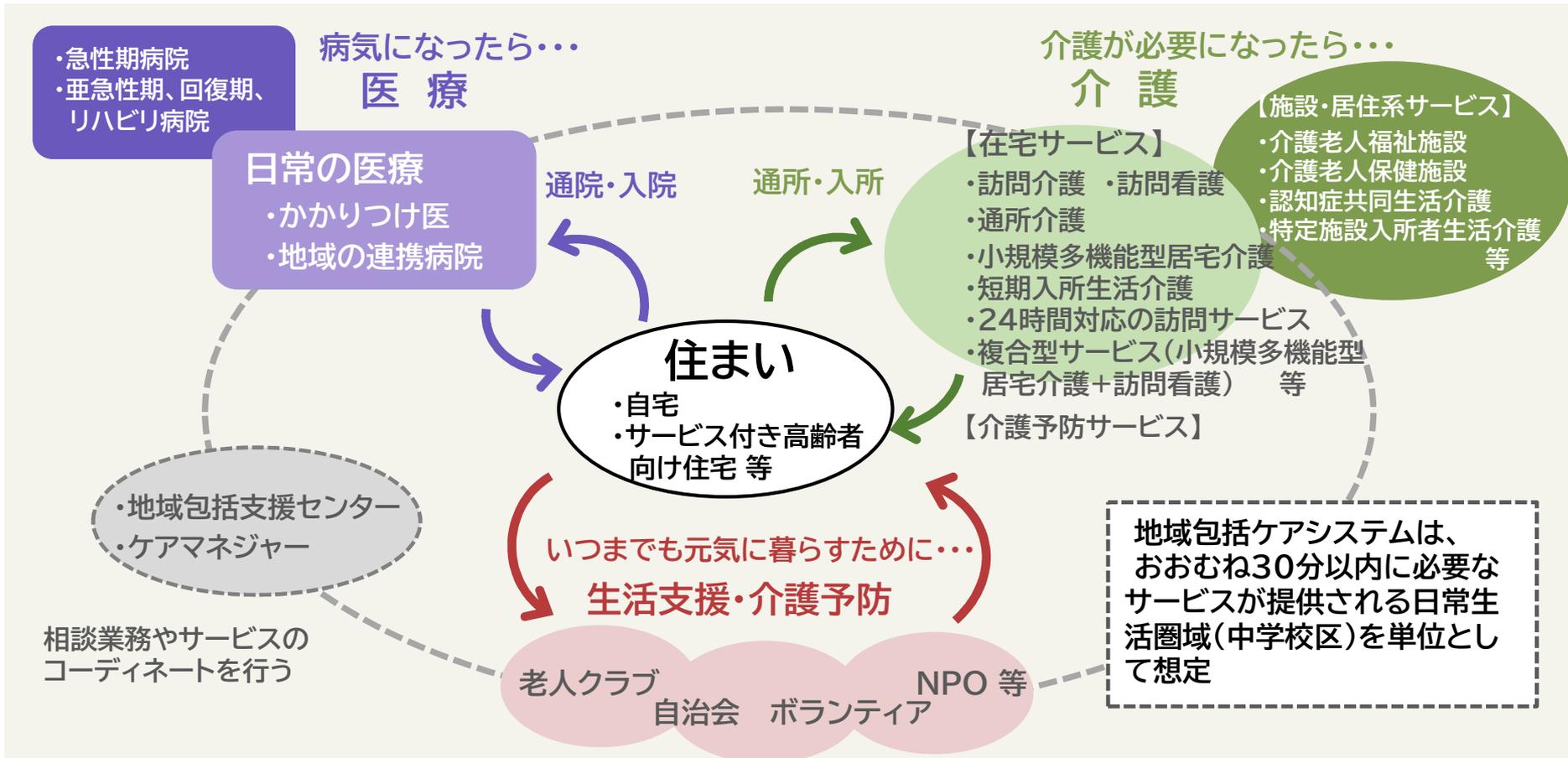
認知症と診断された早い段階から生活の支えや社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための診断後支援が重要



地域包括ケアシステム

【知識 -97】

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



(厚生労働省資料を一部改変)

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

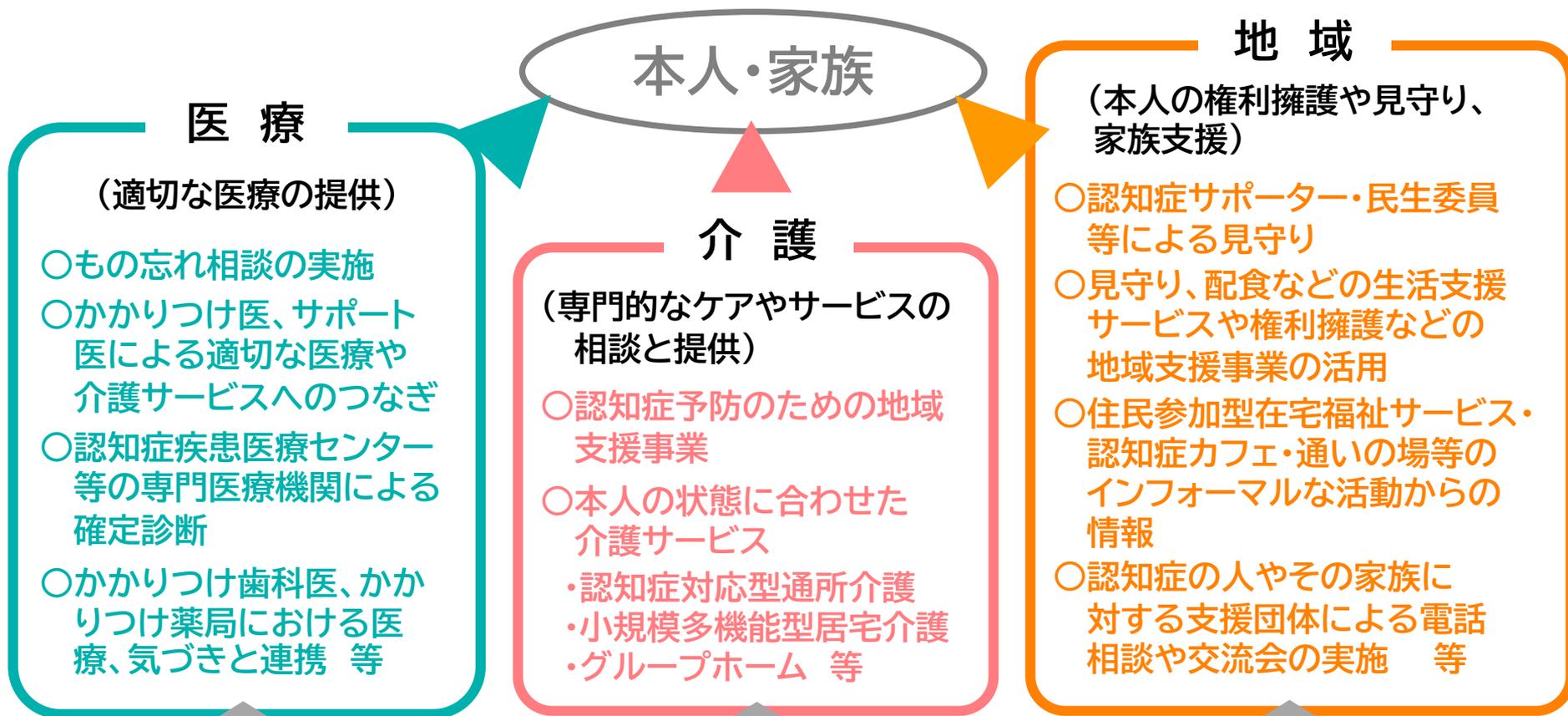
- ※ 多職種連携を実践するには、患者・利用者とその家族を含め、各専門職間の適宜の情報共有と適切なコミュニケーションが欠かせない

認知症の人への支援体制

～医療・介護・地域の連携～

【知識 -99】

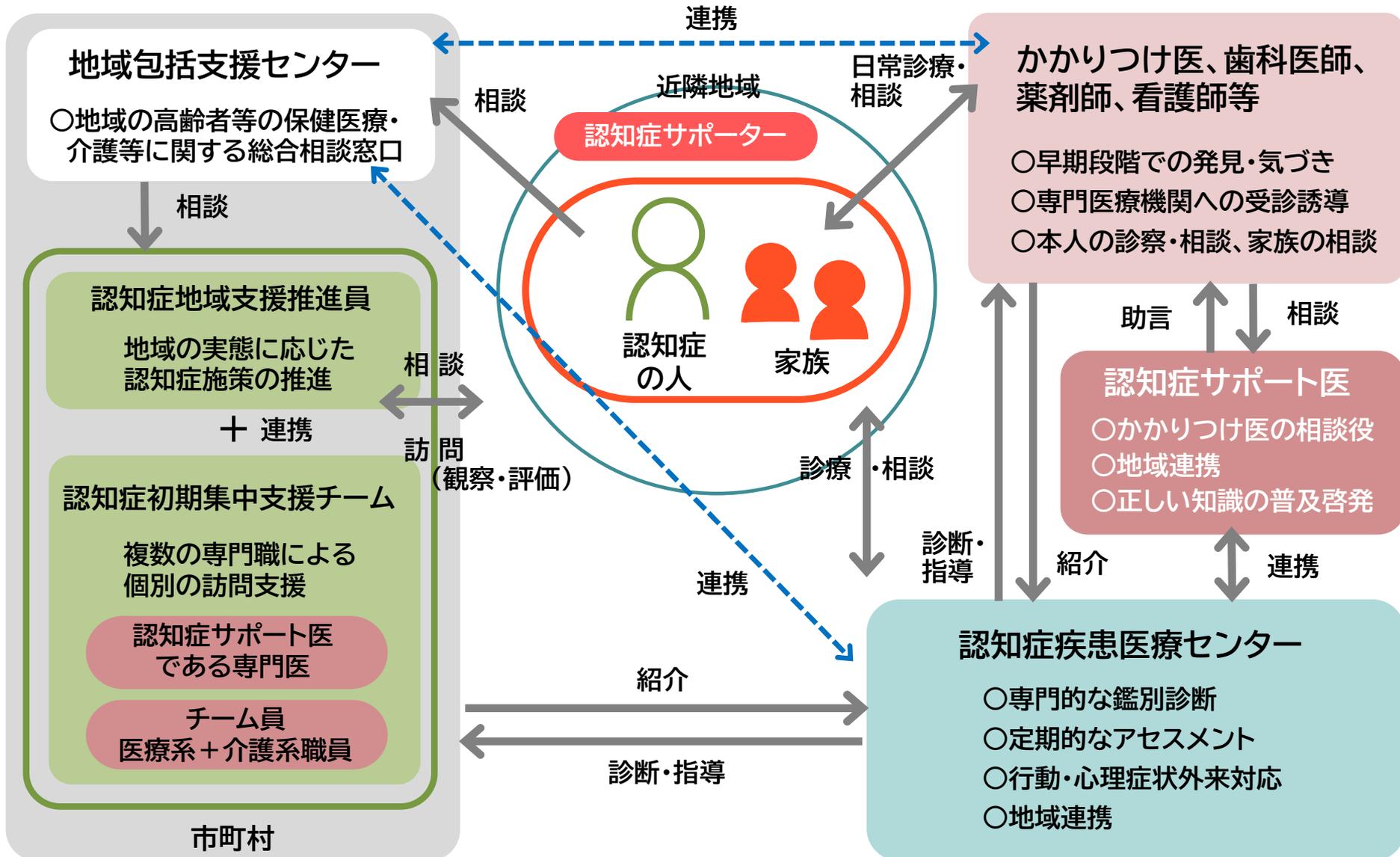
認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



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 -100】



認知症ケアパス

【知識 -101】

認知症ケアパスとは

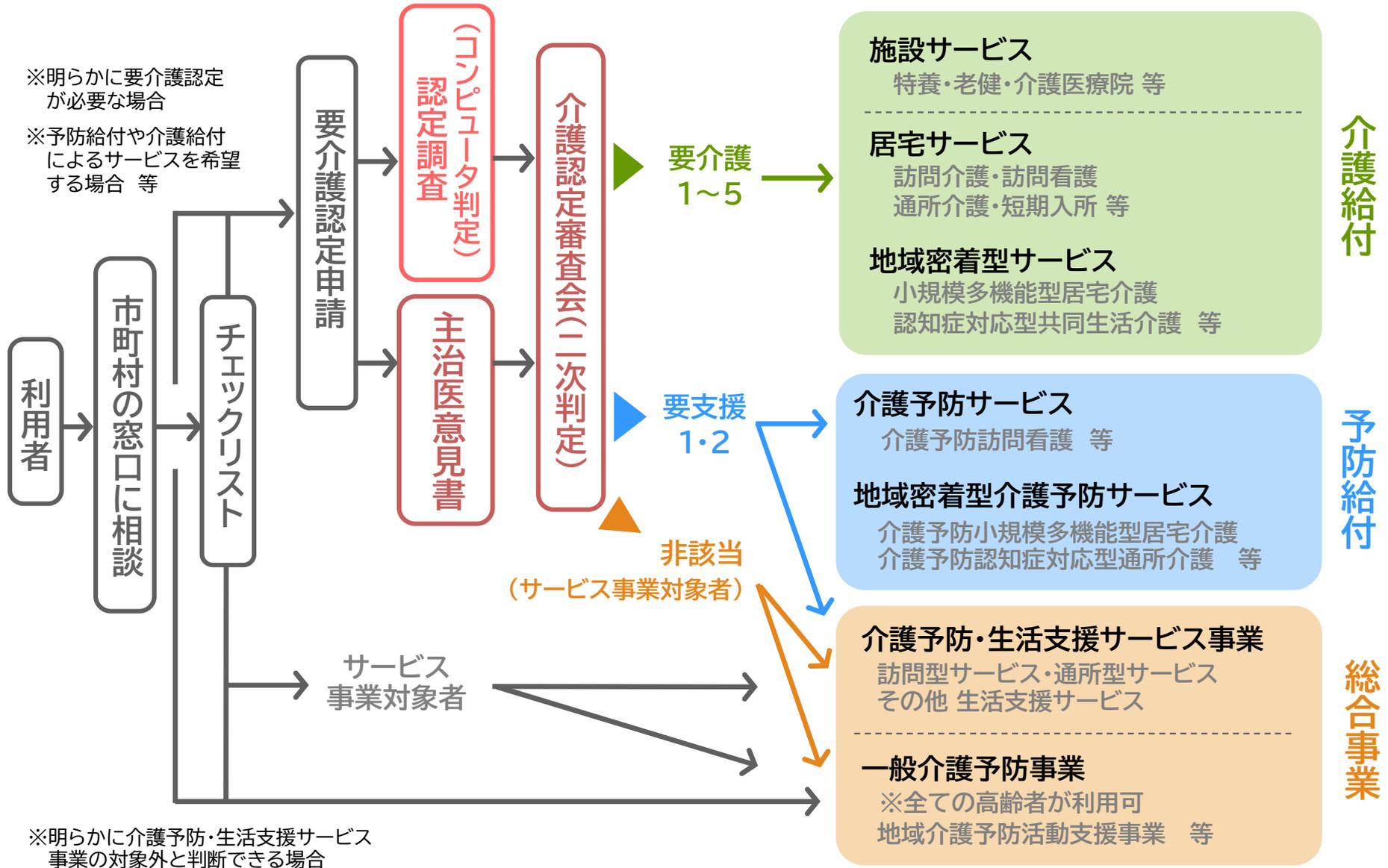
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

(認知症施策推進大綱)

- 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする
- 認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる

介護サービスの利用の手続き

【知識 -102】



介護保険サービス

【知識 -103】

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

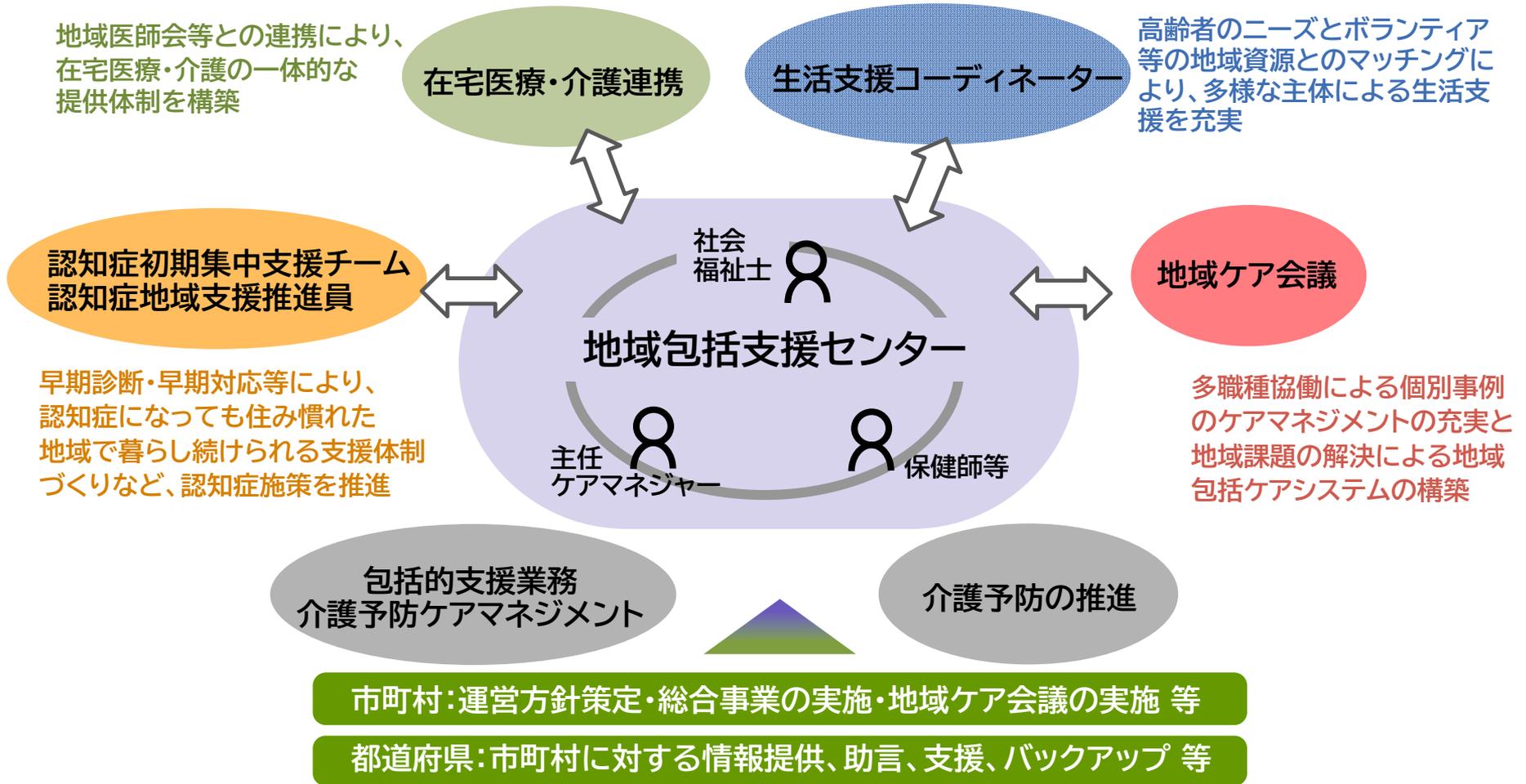
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院(H30～)
介護療養型医療施設(～R5)

地域包括支援センター

【知識 -104】



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 -105】

- 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

医療と介護の 専門職

(保健師、看護師、作業療法士、
精神保健福祉士、社会福祉士、
介護福祉士等)

認知症 サポート医 である医師 (嘱託)



● 配置場所

地域包括支援センター、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 -106】

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 -107】

地域における「連携の推進役」を期待されている

かかりつけ医の機能

- 日常の医学管理
- 早期発見・早期対応
- 本人・家族支援
- 多職種連携 等

認知症
サポート医

専門医の機能

- 鑑別診断
- 若年性認知症の診断
- 急激な症状の進行や
- 重篤な身体合併症の
対応 等

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 -108】

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

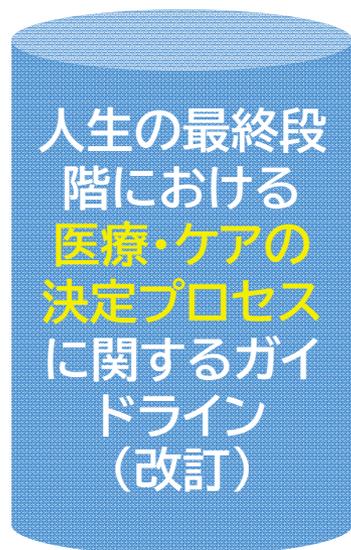
意思決定支援ガイドライン

【知識 -109】

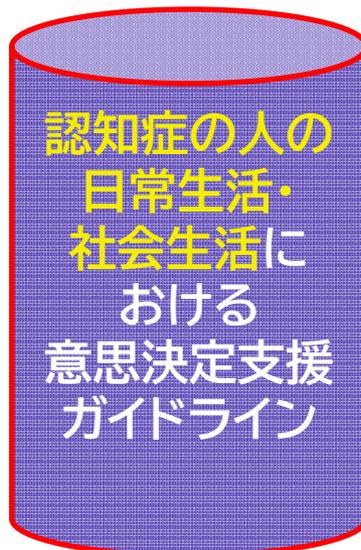
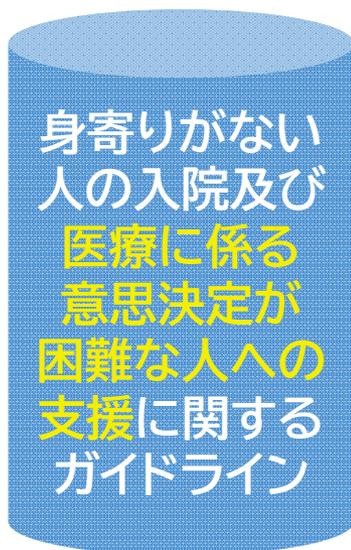
【意思決定支援ガイドラインの策定等推進の背景】

- 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）

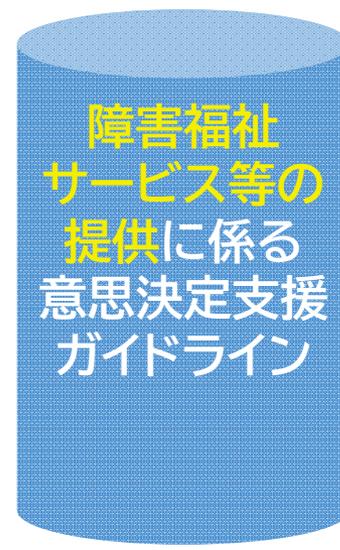
【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】



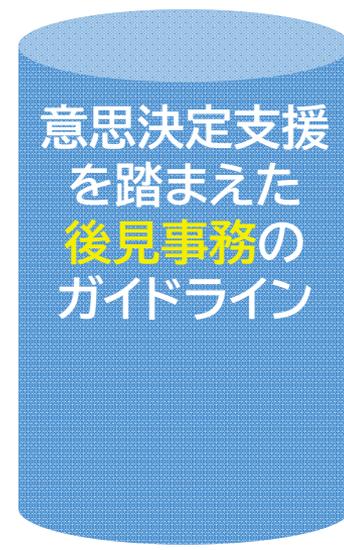
医政局



老健局



社会・援護局
障害保健福祉部



最高裁・厚労省
専門職団体

Advance Care Planning(ACP)

【知識 -110】

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

日常生活自立支援事業と成年後見制度

【知識 -111】

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。

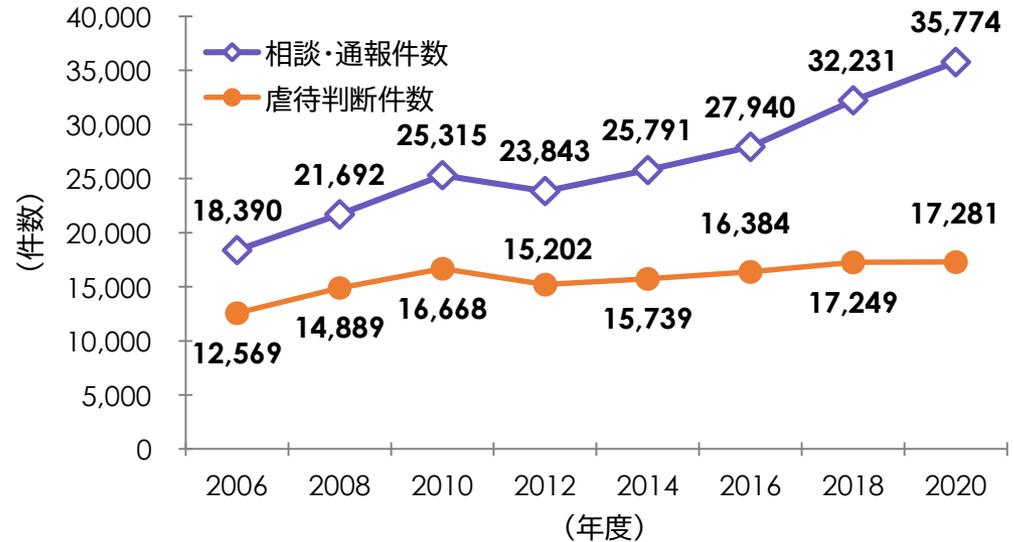
本人の不動産や預貯金などの財産を管理したり、本人の希望や身体の状態、生活の様子等を考慮して、必要な福祉サービスや医療が受けられるよう、契約の締結や支払などを行う

高齢者虐待

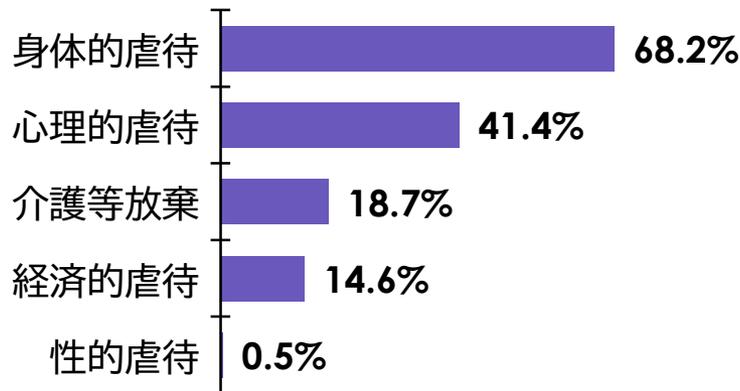
【知識 -112】

- 養護者による高齢者虐待は年々増加している
- 被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護等放棄」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)4・5の割合が高い

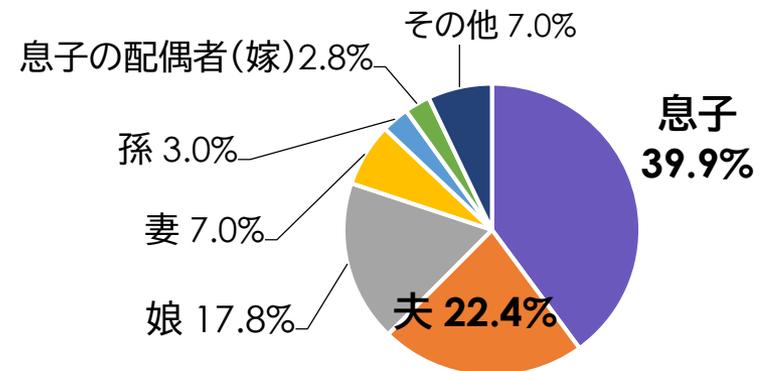
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類別の割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



道路交通法の改正後の流れ 令和4年5月13日施行

【知識 -113】

